

博士（看護学）学位論文

中年期男性のライフスタイルと健康増進行動に
影響を及ぼす要因に関する研究
－健康増進ライフスタイル仮説モデルを用いて－
A Study on Factors that Influence Lifestyles and
Health-Promoting-Behavior of Middle-Aged Men
- Based on a hypothetical model of their health-promoting lifestyles-

北里大学大学院看護学研究科

金子 あけみ

2017 年度

論文内容要旨

【本研究の背景】

わが国は第二次世界大戦以降、慢性退行性疾患である生活習慣病は増加し続けており、死因の60%以上を占めている。世界保健機構(World Health Organization, WHO)においても、がん、循環器疾患、糖尿病及び慢性閉塞性肺疾患(Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD)を、生活習慣の改善によって予防可能な非感染性疾患(Non-communicable Disease, NCD)と定義し、21世紀最大の健康問題として各国への働きかけを強化している(WHO: Global Health Observatory Data, 2012)。

生活習慣病の発症には、遺伝的要因、環境的要因に加え、ライフスタイルが大きく影響している。疾病予防や健康増進のためには、ライフスタイルの改善による一次予防を重視する必要がある。そのため、ライフスタイルと生活習慣病との関連性については、数多くの研究がなされてきている。しかし、ライフスタイルの定義が不明瞭なものや食習慣や喫煙等の単なる行動様式のみをライフスタイルとするなど概念の混乱が見られている。また、測定尺度についても、身体的な側面への偏りが多くみられている。こうした背景には、医学的パラダイムや健康か疾病かといった二項対立的な思考が影響していると考えられる。

看護学領域では、ライフスタイルは、健康状態に大きな影響を及ぼす裁量的活動(Pender, 2006)と定義され、個人の価値観を前提としている。看護学的な全人的立場からライフスタイルを捉えるには、個人の発達段階や家族を含むライフサイクルについても考慮する必要がある。人々が、自らのライフスタイルについて深く考察し、健康の維持、増進によって、よりポジティブなライフスタイルを構築する看護支援を行うことは、ヘルスプロモーションの目的にも合致する。

本研究は、生活習慣病の発症リスクが高まる中年期男性に焦点を当て、そのライフスタイルの特徴を把握する。また、健康的なライフスタイルに影響を及ぼす要因を明らかにするため、Penderの改訂ヘルスプロモーションモデル(Health Promotion Model, HPM)を用いた仮説モデルを作成し、健康増進行動に影響を及ぼす要因を明らかにする。

【研究目的】

中年期男性のライフスタイルの特徴と健康増進ライフスタイルに影響を及ぼす要因を明らかにするため、中範囲理論であるPenderの改訂HPMを用いた健康増進ライフスタイル仮説モデルの作成、分析を通して、看護支援について検討する。

【研究方法】

1. 研究デザイン

本研究はインターネット調査による横断的記述型研究デザインとした。インターネット調査は、地域を越えた大規模な調査が可能であることや特定の集団に着目したサンプリングが可能であるといった利点があるが、回答者がどのような集団を代表しているかが不透明であることや回収率が不明確、虚偽、重複回答のリスクといった点に問題があるとされている。本研究では、実績のある民間調査会社(M社)を選定し、事前にそのシステムとモニタの品質管理についての安全性と信頼性を確認した。

2. 対象者

M社の登録モニタは公募型で登録された調査専用モニタであり、総モニタ数は2015年8月3日時点で1,182,026名であった。本研究で対象者となる中年期男性(40~59歳)を、職業、職位、地域等の条件に合致した27,416名から便宜的標本抽出により、本研究への協力依頼を行った。その結果8,988名から同意が得られた。研究対象者数は400名を目標とした。

3. データ分析

調査対象者の属性及び単一変数ごとに記述統計量を算出した。各変数と対象者属性との関連については、t検定及び一元配置分散分析を行った。特性的自己効力感尺度、家族 Apger 尺度、職業性ストレス簡易調査票の平均値と標準偏差及び各尺度の信頼性係数を算出し、内的一貫性を確認した。日本語版健康増進ライフスタイルプロフィールは、質問項目ごとに平均値と標準偏差等の記述統計を算出し、天井効果(ceiling effect)と床効果(floor effect)について検討し、探索的因子分析(主因子法、プロマックス回転)により、因子構造を明らかにした。その後、確証的因子分析により、モデル適合度を評価した。適合度は GFI(good of fit index)、RMR(Root Mean Squared Residual)、RMSEA(Root Mean Squared Error of Approximation)、CFI(Comparative Fit Index)を用いた。仮説モデルの検証は重回帰分析により行った。

なお、統計学的分析には、統計パッケージ IBM SPSS Statistics Version 22 for Windows 及び IBM SPSS Amos Version 24 を用いた。

【結果】

1. 対象者の概要

対象者は 40~59 歳までの男性 412 名であった。平均年齢 49.3 ± 5.4 歳、BMI は平均 23.5 ± 3.2 であった。婚姻状況は、既婚・事実婚は 343 名(83.3%)で、子ども「あり」は 304 名(73.8%)であった。子どもの数は 1 人ないし 2 人という家族構成が 245 名(59.4%)と半数以上であった。末子の学年は小学生から大学生までばらつきがあった。離別・死別は 13 名(3.2%)、未婚は 56 名(13.6%)であった。

2. 中年期男性の健康増進ライフスタイルの特徴

日本語版健康増進ライフスタイルプロフィール(日本語版 HPLP II)の 52 項目によって測定された総平均得点と標準偏差は 2.4 ± 0.4 であった。クロンバック α 係数は、0.92 と有効な値が得られた。

日本語版 HPLP II の下位尺度項目の合計得点の平均値は、【健康の意識】は 2.3 ± 0.5 、【精神的成長】は 2.3 ± 0.5 、【身体活動】は 2.0 ± 0.6 、【人間関係】は 2.6 ± 0.5 、【栄養】は 2.5 ± 0.4 、【ストレス管理】は 2.4 ± 0.5 であった。

探索的因子分析を行った結果、34 項目 6 因子構造が得られた。【人生における満足と成長】、【意識的な身体活動】、【健康管理における専門的助言】、【ストレス管理】、【身体状況への意識】、【親しい人の存在】の 6 因子であり、各因子のクロンバック α 係数は 0.89~0.77 と内的一貫性が確認された。しかし、日本語版 HPLP II の【栄養】に関する項目は 1 項目を除き脱落する結果となった。

3. 中年期男性の健康増進ライフスタイル仮説モデルの適合性評価

中年期男性の健康増進ライフスタイル仮説モデルの構造を検証するため、確証的因子分析を行った。その結果、適合度指標は、GFI は 0.85、AGFI は 0.83、CFI は 0.89、RMSEA は 0.05 であった。CFI(Comparative Fit Index)と MRSEA(Root Mean Square Error of Approximation)はよく適合していることを示した。しかし、GFI(Goodness-of-fit index)と AGFI(Adjusted GFI:GFI を補正した指標)は、それぞれ 0.85 と 0.83 で、採択基準とされる 0.9 以上を満たせなかった。

4. 中年期男性の健康増進ライフスタイルに影響を及ぼす要因

中年期男性の健康増進ライフスタイル仮説モデルは十分な適合度が得られなかったため、個人特性、自己効力感、家族関係、職業性ストレスを説明変数とする重回帰分析、ステップワイズ法(stepwise method)を行った。

その結果、自己効力感、家庭満足、受療の有無、肥満、年代(40 歳代、50 歳代)、やせ、家族 Apger による家族機能障害の有無によって、29%の分散説明率であった。中でも、自己効力感の影響が最も大きい影響力を示した。家庭満足度と家族機能障害の有無という家族関係に関連した変数が有意に影響していたことは、中年期男性のライフスタイルを考察する上で示唆に富むと言える。

【考察】

中年期男性の健康増進ライフスタイルは、探索的因子分析をした結果、6 因子構造（【人生における満足と成長】、【意識的な身体活動】、【健康管理における専門的助言】、【ストレス管理】、【身体状況への意識】、【親しい人の存在】）であることが明らかになった。人生における満足と成長に向け、意識的に運動を行い、健康管理では専門的助言を積極的に受け入れ、親しい人の存在があり、ストレスをコントロールするといったポジティブな生き方が読み取れた。中年期は、発達心理学的に中年期の危機(midlife crisis)を経験することが指摘されているが、主観的な健康観に基づき、人生における満足と成長を志向するライフスタイルであることが明らかになった。

しかし、一方で HPLP II 原版の下位尺度である栄養に関する項目は得られなかった。一般的に男性は栄養や食事に対し受身の姿勢であるとする先行研究もあるが、本研究の結果からは統計的に共通性が低い、すなわち、独自性が高い項目と考えられることから、さらなる検討が必要と考えられた。

抽出された中年期男性の健康増進ライフスタイルの構成概念を確認するため、確証的因子分析を行ったが、GFI と AGFI において良好な適合度が得られず、適切なモデルとは判断されなかった。そのため、潜在変数による解析ではなく重回帰分析により検討することとした。その結果、中年期男性の健康増進ライフスタイル仮説モデルには、自己効力感、家庭満足、家族機能障害の有無、受療の有無、年代、肥満・やせが影響していることが明らかになった。

仮説モデルが基盤とした Pender の HPM は、Bandura(1995)による自己効力感を中心概念と位置づけており、自己効力感が高まることが健康増進ライフスタイルに大きな影響を及ぼすと考えられた。自己効力感の認識は、制御体験、代理体験、言説的説得、情緒的喚起の4つの情報源によって基礎づけられるとされるが、臨床的にどのような働きかけをすれば望ましいライフスタイルを導けるか、今後明らかにしていく必要がある。

また、家庭満足と家族機能障害の有無が影響を及ぼしていることが明らかになった。日本語版 HPLP II の探索的因子分析でも、健康管理における専門的助言や親しい人の存在が抽出されたことを踏まえると、健康の維持、増進には人間関係の関与が大きいと考えられる。これまでの保健指導では当事者に対する個別指導を中心としているが、家族を単位とした支援も有効であると考えられた。

受療の有無、年代、肥満・やせは、健康障害の有無、加齢に伴う変化、身体的変化といった身体的健康の自覚に繋がる項目であり、BMI や体重など客観的データを提示すること、受診を契機に健康について深く考察することを促すことは、ライフスタイルの見直しに繋がる可能性があると考えられた。

【結論】

1. 今回得られた中年期男性の健康増進ライフスタイルは、【人生における満足と成長】、【意識的な身体活動】、【健康管理における専門的助言】、【ストレス管理】、【身体状況への意識】、【親しい人の存在】の6因子構造であった。
2. 日本語版 HPLP II の項目である栄養については独自性が高いと考えられることから、中年期男性を対象とする保健指導においては、個別性に応じた栄養指導を行う必要がある。
3. 中年期男性の健康増進ライフスタイル仮説モデルには、自己効力感、家庭満足、家族機能障害の有無、受療の有無、肥満・やせが影響要因であることが明らかになった。
4. 中年期男性の健康増進仮説モデルで、自己効力感と家族関係が説明変数として確認されたことは、Pender の改訂 HPL の部分的な検証に繋がった。今後、モデルを検証していく上で自己効力感の高さが長期間にわたって安定性があるかを検討するため縦断研究の必要があると考えられた。また、自己効力感がどのような情報源から高められるかについても明らかにしていく必要がある。さらに、家族関係の影響とは、どのような関係性なのかについて解明していく必要があると考えられた。

5. 健康増進ライフスタイル仮説モデルは、確証的因子分析で良好な適合度を得られなかった原因として、観測変数の数が多いことが考えられた。変数を再吟味し精錬するとともに、日本語版 HPLP II の項目で、自然の力や神の存在といった日本文化に馴染まない項目があったことから、項目の妥当性について検討することも必要と考えられた。

目次

第1章	序論	1
I.	問題の背景	1
II.	研究の目的	6
III.	研究の意義	6
第2章	文献検討	9
I.	本研究における主要概念の検討	9
1.	ライフスタイル	10
2.	健康増進行動	13
II.	中年期男性のエイジングに伴う変化	14
1.	生物学的要因（年齢、加齢現象、死因）	14
2.	発達心理学的要因（発達課題、アイデンティティ）	17
3.	社会文化的要因（婚姻・家族状況、就業状況、所得、教育水準）	19
III.	中年期男性の健康増進行動に関連する要因	22
1.	健康意識・主観的健康	23
2.	特有の不安	24
3.	自己効力感	25
4.	家族関係	26
5.	職業性ストレス	27
IV.	文献検討のまとめと本研究への示唆	28
第3章	中年期男性の健康増進ライフスタイル仮説モデルの作成	30
I.	本仮説モデルの基盤としたPenderの改訂HPMの概要	29
1.	個人の特性と経験	32
2.	行動に特異的な認識と感情	33
3.	行動の成果	33
II.	中年期男性の健康増進ライフスタイル仮説モデルの作成	34
1.	個人の特性と経験	34
2.	人間関係の影響：家族関係、職業性ストレス	35
3.	行動の成果	35
III.	中年期男性の健康増進ライフスタイル仮説モデルの測定尺度	36
1.	日本語版健康増進ライフスタイルプロフィール	36
2.	特性的自己効力感尺度	37
3.	家族APGER尺度	38
4.	職業性ストレス簡易調査票	39
5.	測定尺度の使用許可承諾	39
IV.	用語の操作的定義	41
第4章	研究方法	42
I.	研究デザイン	42
II.	データ収集期間	43
III.	母集団と標本抽出法	43
IV.	データ収集方法	44
V.	データ分析方法	45
VI.	倫理的配慮	46

第5章	結果	49
	Ⅰ. 調査対象者の概要	49
	Ⅱ. 中年期男性の健康増進ライフスタイルの得点	50
	Ⅲ. 中年期男性の健康増進ライフスタイルの構成概念の抽出	52
	Ⅳ. 中年期男性の健康増進ライフスタイル仮説モデルの検討	54
第6章	考察	58
	Ⅰ. 中年期男性の健康増進ライフスタイルの特徴	58
	Ⅱ. 中年期男性の健康増進ライフスタイル仮説モデルの検討	62
	Ⅲ. 看護実践への適用	65
	Ⅳ. 本研究の限界と今後の課題	67
第7章	結論	68
	謝辞	71
	文献	72
	図表	86
	資料	96

図 表

図 1	改訂ヘルスプロモーションモデル(Pender, 1996)	86
図 2	中年期男性の健康増進ライフスタイル仮説モデル	86
図 3	確証的因子分析の結果	87
表 1	調査対象者の概要	88
表 2	特性的自己効力感の平均値と標準偏差及び信頼性係数	89
表 3	家族Apger尺度の平均値と標準偏差及び信頼性係数	89
表 4	職業性ストレス簡易調査票の平均値と標準偏差及び信頼性係数	90
表 5	日本語版健康増進ライフスタイルプロフィールの平均値と標準偏差及び信頼性係数	91
表 6	日本語版健康増進ライフスタイルプロフィールの探索的因子分析の結果	92
表 7	日本語版健康増進ライフスタイルプロフィールの個人の特性による平均値の差	93
表 8	仮説モデルに含まれる変数間の相関マトリックス	94
表 9	仮説モデルの重回帰分析結果	94

資 料

資料 1	尺度使用許可に関する回答	95
資料 2	インターネット調査票	96

第 1 章 序論

I. 問題の背景

わが国は、第二次大戦以降、急性感染症は減少した一方、慢性退行性疾患が増加している。1990 年以降の死因では、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患等が 60%を占め、これらの疾患の下地に多く見られる糖尿病、脂質異常症、高血圧症等はライフスタイルとの関連性が高いことから生活習慣病として位置づけられた。2000 年から今日に至るまで糖尿病等の生活習慣病をもつ人の割合は、40 歳以降の中年期の男女ともに増加し、その状態は変化していない(平成 27 年国民健康・栄養調査, 2015)。今や、生活習慣病の罹患者数は数千万人に及び、医療経済上の負担も重く、社会保障体制の維持を困難にしつつある(日本学術会議, 2014)。

世界保健機構(World Health Organization, WHO)においても、がん、循環器疾患、糖尿病及び慢性閉塞性肺疾患(Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD)を、生活習慣の改善によって予防可能な非感染性疾患(Non-communicable Disease, NCD)と定義し、発展途上国でも急速な増加が見込まれていることから、21 世紀最大の健康問題として各国への働きかけを強化している(WHO: Global Health Observatory Data, 2012)。

生活習慣病又は NCD は、数十年にわたる個人のライフスタイルが遺伝素因との複雑な交絡の下にその発症に影響を及ぼしている(森本, 2000)ことは、多くの疫学研究によって明らかにされている。その嚆矢は、1965 年米国カリフォルニア州アラメダ郡における Belloc と Breslow (1972) らの大規模な疫学調査(Alameda County Study)であり、生活習慣と健康度との関連から、①睡眠を 7~8 時間とる、②朝食を食べる、③間

食をしない、④喫煙をしない、⑤禁酒または節飲酒、⑥適度な体重、⑦規則的に運動をするといった7つの生活習慣が健康維持に寄与することを明らかにしている。その後、米国の国民的健康政策の **Healthy People** (1979) では、健康を規定する要因として、ライフスタイルが寄与する割合は50%であると報告し、**Mason** と **McGinnis**(1990) は、心疾患、悪性新生物、脳血管疾患等の約50%は、非健康的なライフスタイルに起因することを疫学的に明らかにしている。

わが国においても、福岡県久山町の40歳以上の全住民を対象として、1961年より継続している前向きコホート研究の久山町研究や全国11保健所管内14万人の地域住民を対象に、国立がん研究センターが実施している多目的コホート研究等によって、望ましくない生活習慣を改善することによって、生活習慣病の発症予防に繋がることが明らかにされている。近年では、**WHO** (2010) が、喫煙、過度なアルコール摂取、運動不足、好ましくない食習慣、高血圧、高血糖、肥満、脂質代謝異常等のリスクファクターを除くことができれば、がんの40%、**NCD** の80%を予防できると報告している。

しかし、ライフスタイルを主体的に、かつ、継続性のある健康行動となるよう改善することは容易なことではない。例えば、21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)の過去10年間の取り組みでは、数値目標が未達成というだけでなく、開始時よりも平均歩数等の数値が減少する等、約40%の項目で期待した成果を上げられていない(健康日本21中間評価報告書, 2007; 近藤, 2016; 春山他, 2014)という実態が報告されている。また、メタボリックシンドロームに焦点を当てた特定健診・特定保健指導は、健康行動理論や保健指導技術の知見に基づき、対象者を内臓脂肪の蓄積状態と健康リスクに応じて、情報提供のみ、動機

付け支援、積極的支援の各群に分け、個別指導または集団指導を実施するものであるが、3~6 か月間の短期間の効果は見られても、日常生活の影響が及ぶ長期的な効果が認められていないことは、多くの調査研究によって明らかにされている（近藤, 2015）。

欧米においても、ライフスタイルに行動変容をもたらすプログラムの効果を検証するため、無作為化対照比較試験が行われたが、比較的少人数を対象とした短期効果の検証に留まり、多人数の集団を対象にした地域介入研究のシステマティックレビューでは十分な効果は認められていない（近藤, 2011）。

一方で、「健康」概念そのものを見直そうとする動きもみられている。猪飼(2010)は、その著書「病院の世紀の理論」の中で、疾病構造の変化や長寿命化に伴い、健康の概念が病気と認められない状態から心身の状態に応じて生活の質が最大限に確保された状態へ多様性と不可知性を含むものに変化したと指摘している。また、Huber らの国際的研究グループは、WHO の健康の定義は望ましくない結果を生む可能性すらあるとして、「健康は社会的、身体的、感情的問題に直面したときに適応してなんとかやりくりする能力」(2011)と定式化しており、「健康」概念を巡りさまざまな議論がなされている。

こうした動向を踏まえ、改めてライフスタイル概念について検討するとともにライフスタイルに影響を及ぼす多様な要因を明らかにし、将来における疾病発症を予防し、健康増進を支援する新たな説明モデルを構築する必要がある。

一般的に、「ライフスタイル」という用語は、「衣・食・住に関する選択の結果という単なる生活様式・行動様式だけでなく、人生観・価値観・習慣等を含めた個人の生き方・アイデンティティ等も含んでいる」（「大

辞林」, 2006)。Wileyら(1980)は、健康と生活の観点から、「ライフスタイルを人の健康状態に重大な影響を及ぼす生活パターンである」と述べている。また、森本(1991)は、「個々人の具体的な日常生活習慣を表すとともに、より抽象化された個人の生きざまや健康に対する考え、志向等その個人の健康意識、ひいては宇宙感、人生観ともいべきものを表現する用語である」と述べている。これらの定義が示すように、ライフスタイルは、特定の個人あるいは集団が有する衣食住及び余暇生活等の習慣的な生活や行動だけを意味するわけではなく、その人の欲求や価値観、態度といった思考様式を含む多義的な概念といえる。

わが国の医学・疫学研究領域では、ライフスタイルと疾病発症との関連性の強さから膨大な数の研究が実施され、健康問題における性差や年齢、職業等の関連が多く報告されている。しかし、研究の枠組みとして、ライフスタイルの定義が不明瞭なものや食習慣や喫煙、飲酒等の日常生活習慣行動(森本, 1991; 旗持, 2008)をライフスタイルと同義に扱っているなど概念の混乱が見られている。「ライフスタイル」について統一された定義はないが、本研究は全人的にとらえることが求められていると考えるため、ライフスタイルを、個人の健康状態に重大な影響を及ぼす生活パターンと健康意識と定義する。

ライフスタイルは、発達段階や家族のライフサイクルの影響を受けて変化すると考えられることから、それらの点を踏まえて明らかにしていく必要がある。

一方、看護学におけるライフスタイル研究では、特定の疾患に罹患した「患者」のライフスタイルや予防行動に焦点を当てているものが多く報告されている。Penderは、「医療人は人々が病気になってしまった後で介入を始め、治療だけに専念しているが、これは明らかに看護先達者の

理念に反する」(筒井, 2015)と述べており、疾病を発症する前のライフスタイルの特徴を把握し、発症リスクの高い疾病を未然に防止するよう行動変容を促す働きかけが求められていると考えられる。

ライフスタイルに関する測定尺度については、Breslow ら(1986)の7つの生活習慣項目(前述①～⑦)や森本らのライフスタイル評価項目(1987)、あるいはそれらに独自の項目を追加したものが多くみられている。これらの測定尺度は、生活習慣における身体的側面に焦点を当てているため、健康と疾病の座標軸上での評価には適しているが、本来のライフスタイルを把握する尺度として理想的なものとは言えない。ライフスタイルの構成概念として、健康行動に関連する心理的側面や行動レベルに範囲を広げて検討することが求められる。

Kickbusch(1983)によれば、健康的ライフスタイルの形成をめざした活動がヘルスプロモーションである。ヘルスプロモーションは、WHO のオタワ憲章(1986)では、「人々が自らの健康をコントロールし、改善することができるようにするプロセスである。」と定義されている。また、O' Donnell(1989)は、「人々が自らのライフスタイルを最適な健康状態へ移行させることを手助けする科学であり技術である」と述べ、健康維持・増進における人々の主体性を強調している。

このようなヘルスプロモーションの考え方を基盤に Pender(1987, 2014)は、人々の健康増進ライフスタイルに影響を及ぼす要因を、ヘルスプロモーションモデルとして提示している。また、ライフスタイルを評価する尺度は、Pender らにより開発された **Lifestyle and Health Habits Assessment** に基づいて、Walker ら(1987)が開発した **Health-Promoting Lifestyle Profile II (HPLP II, 1995)** が広く用いられている。HPLP II を用いた論文は多数報告され、邦訳された日本語版健康増進ライフスタイルプ

ロフィール(日本語版 HPLPⅡ)については、信頼性と妥当性が検証されている(魏他, 2000)。

そこで、本研究は生活習慣病の発症リスクが高まる中年期男性に焦点を当てそのライフスタイルの特徴を浮き彫りにする。男性のみとしたのは、女性は更年期障害に代表される身体的変化の影響や性役割分業等の生活構造上の違いがあると考えられるためである。

また、健康増進行動に影響を及ぼす要因を明らかにするため、中範囲理論である Pender の改訂 Health Promotion Model (改定 HPM) の理論的枠組みを用いて分析を試みる。これにより、中年期男性のライフスタイルを基盤とした生活習慣病(NCD)予防に貢献する看護支援について検討することができると思う。

Ⅱ．研究の目的

本研究の目的は、中年期男性のライフスタイルの特徴と健康増進ライフスタイルに影響を及ぼす要因を明らかにするため、Pender の改訂 HPM の理論的枠組みを用いた健康増進ライフスタイル仮説モデルの分析を通して、看護支援について検討することである。

Ⅲ．研究の意義

本研究の意義としては、第一に、ヘルスプロモーションの考えを基盤とすることにより、健康に対して、疾病の発症予防を目的とするネガティブなアプローチだけでなく、個人のよりよい生活(QOL)や自己実現をめざすポジティブなアプローチをすることが可能となる。

これまでの医学・疫学研究領域における研究の大半は、Illness Modelに基づいているため、急性疾患の治療や病気をなくすことに重点を置いている(OECD, 2008)。生活習慣等の改善の成果を、臨床検査データや死亡率、有病率、平均寿命等の身体的側面に関わる数値で評価するため、身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態(well-being)としての健康ではなく、疾病ではないことの証明や疾病からの回復といったネガティブなアプローチに留まる。しかし、ヘルスプロモーションの理念を導入することで、個人が健康の決定要素をコントロールすることを増大させ、健康を自ら創り出すことができるようになる可能性がある。このような観点から島内(2015)は、より良い人生を健康で幸せに生きていくためには、自分のライフスタイルを考察するとともに、自分を取り巻く環境との関わり、とりわけ人間との関わりについて深く考察することがヘルスプロモーション活動の基礎・起点であると述べ、健康における社会的側面の重要性を指摘している。

Illness Model から Wellness Model へ健康概念を転換することによって、目的としての健康から手段としての健康へ、個人の QOL の向上や自己実現に向けた支援の拡大が図られる。

第二は、看護モデルである Pender の Health Promotion Model (Revised)(改訂 HPM)を援用している点である。改訂 HPM は、看護学において、人間が健康を増進させるライフスタイルをとったり、特定の健康行動を起こしたりする現象に焦点を当てたモデルとして知られている。改訂 HPM は、保健信念モデルや予防行動動機づけ理論(Protection Motivation Theory)のように、恐れや脅威を保健行動の動機の源とするのではなく、看護学と行動科学の視点を統合した概念枠組みとして構成されている。この理論的枠組みを用いることは、看護学の全人的な視点か

ら、中年期男性の健康増進行動に影響を及ぼす複雑な生物的・心理的・社会的プロセスを明らかにすることに繋がる(Pender, 1997)と考えられる。

第三としては、中年期男性の健康的ライフスタイルの実態が明らかになり、ライフサイクルに応じた健康教育・保健指導上の示唆を得ることができる。中年期は生物学的、心理・社会学的及び家族サイクルの側面においても変化の多い時期(岡本, 1985)とされ、Levinson(1978)によれば、個々人の生活構造に急激な変化が起こり、新たな発達課題に取り組む時期とされる。近年の平均寿命の延伸を考慮すれば、中年期は、後半生の人生目標を達成するため重要な時期であり、この時期に好ましいライフスタイルを構築することは、健康的な老年期、サクセスフル・エイジングへの移行に繋がる。また、生涯発達心理学の視点から中年期に焦点を当てることで、成人期をひとくくりにするのではなく、成人前期、中年期、老年への過渡期のように細分化することによって、それぞれの時期にふさわしいきめ細かい看護支援ができるようになる。

第四は、個人と環境との相互作用の観点からライフスタイルに影響を及ぼす要因を特定する視点の新規性である。Bruhn(1988)は、ライフスタイルは、その人の消費パターン、社会的ネットワークや地理的エリアを含んでいるため、その一部は自己決定できるが自己決定できない部分もあると述べ、人間関係や状況的要因の影響を指摘している。疾病構造が変化し、医療費の高騰を背景にライフスタイルにおける個人の責任が強調される傾向がみられるが、ライフスタイルの選択と決定に関わるメカニズムを明らかにすることで、より望ましいライフスタイルを作り出すための示唆を得ることができると考える。

第2章 文献検討

本章では、これまでのライフスタイル概念及び中年期男性のライフスタイルの特徴と影響要因の観点から先行研究を検討し、本研究への示唆について述べる。

国内文献は、医学中央雑誌 Web 版、CINII、J-dreamⅢ、Google Scholar を用いて、「ライフスタイル」、「生活習慣」、「中年期」、「男性」をキーワードとし、タイトルに「ライフスタイル」を含む原著論文を検索し、海外文献は、PubMed、MEDLINE、CINAHL Plus with Full Text を用いて、“Lifestyle”、“Health promotion”、“Health behavior” をキーワードとし、“Lifestyle” をタイトルに含み、かつ、Male, Middle aged, English, Humans の制限をかけて検索した。

なお、本研究はライフスタイルという広範囲な概念を扱うため、際立った業績や古典といわれるもの、多くの研究論文で引用されている書籍や統計資料も検討に加えることとした。

I. 本研究における主要概念の検討

本研究の主要概念である、「ライフスタイル」と「健康増進行動」について述べる。「ライフスタイル」概念については、用語の起源に遡り、社会学領域と心理学領域における概念認識の違いと共通する性質について検討する。その上で、看護学における用語の取り扱いについて言及する。

「健康増進行動」概念については、看護学における健康行動としての意味について検討する。

1. 「ライフスタイル」

「ライフスタイル」の概念は、もともと社会学者の Max Weber と精神分析学者の Alfred Adler によって彫琢されたものとされている（村田,1979；森本、星,1989）。社会学的な観点から、Weber は社会階層を経済的な背景に応じたいくつかの階層に分類し、それぞれの階層ごとに特徴的な生活様式、生活態度、人生観をもつことを発見したことを端緒に、人々の意識と行動様式の社会的・階層的差異を包括する概念として、「集合的」な意味で用いている（村田,1979）。Feldman & Thielbar (1979)によれば、ライフスタイルの概念は以下の5点に要約される。①一つの集団現象であり、個人的な独自の行動パターンというよりは、さまざまな社会集団への参加や重要な影響者との関係から形成される。②生活の多側面、多領域に浸透していくものであり、ある個人が生活の一領域でどのように行動するかを知れば、他の生活領域でどのように行動するかを予測することができる。③生きがいや価値観を含んでいることから特定の価値観や関心、活動がそのライフスタイルをシンボライズし、他の関心や活動はそれによって強く影響される。④社会的変数に応じて変異を示す。例えば、経済的条件や所得水準が同じであっても、地位と役割、年齢、性別、人種、宗教、居住地区等に応じて、異なったライフスタイルがありうる。⑤アメリカン・ライフスタイルはアメリカ文化と社会の反映である。このように社会学領域におけるライフスタイル概念は、主に「集団」に焦点を当て、価値や文化等の要素を反映した生活行動を予測する変数として扱っているのが特徴である。

一方、個人心理学を樹立した Adler(1969)は、「個人」に焦点を当てている。行為主体としての個人は、外部の刺激に対する単なる反応者ではなく、能動的で目標志向的であり、かつ自己統一性をもった存在とされ

る。過去における生活環境への対処経験、あるいは生活課題に対する独自の解決方法と将来に向けた目標志向努力の中に、個人の自己一貫性と統一性が読み取られ、その全体性をライフスタイルとしている（村田,1979）。Adler 派の Shulman と Harold(1988)は、人は学習によって認知機能を発達させ、ライフスタイルも発達すると考える。つまり、人は学習によってライフスタイルを変え得る能力があり、その意味でライフスタイルは硬直したものではなく、柔軟な決定因子として機能するという点は重要な指摘と考えられる。

人間の行動を理解する上で、社会学と心理学は対立するものとみなされることが多く、ライフスタイル概念についても全く異なった定義、考え方で用いられてきた。しかし、いずれの学問領域においても通底する人間観は、全体論的人間モデルであり、人間を環境と相互作用する首尾一貫した目標志向の統一体として位置付け、個人の価値観や生活目標がその行動を方向付け、制約すると考える（村田,1979）。つまり、ライフスタイルを個人の価値観に基づく目的達成の手段であると考えれば、健康に関連する行動にも個人の価値観が反映されていることを意味する。

看護学では、Pender（2006）が、ライフスタイルを「個人の日々の生活パターンであり、健康状態に大きな影響を及ぼす裁量的活動である」と定義している。先行文献のライフスタイルの定義の議論の文脈から、「健康状態に大きな影響を及ぼす裁量的活動」の中心に個人の価値観が位づくと考えられる。

日本看護科学学会看護学学術用語検討委員会第9・10期委員会(2011)（以下、学術委員会）では、「ライフスタイル」という用語ではなく、「生活習慣 life style」として、「食事、運動、睡眠、衛生、嗜好品の摂取など、毎日の基本的な生活行動の中で、長い間繰り返し行われるうちに、そう

することが定着して形成された行動パターン」と定義している。

加えて、「生活習慣 lifestyle は、周囲の人々や置かれている立場、役割、職業や労働の形態などから影響を受け変化するものであり、看護の役割は、知識提供、変容に向けた動機付け、具体的方法の提示等を通して、その人が生活習慣の改善に向けた実現可能な方法を見出すことを援助する教育的機能にある」と記述している。学術委員会の定義は、個人に焦点を当て、教育によって生活習慣は改善しうるとする点で、心理学領域におけるライフスタイル概念に近い。しかし、学術用語として、「生活習慣 lifestyle」と記述されているが、ライフスタイルは生活習慣の上位概念である。あえて、生活習慣としたのであれば、看護実践の焦点が個人の生活習慣の改善におかれているためと考えられるが、個人が生活習慣を変えるという行為は単なる行動レベルの問題ではない。例えば、血糖コントロールの必要な人が、田舎から送られた柿をつい多く食してしまい、体重と血糖値が上昇してしまったとする。この場合、行為としては柿を食べ過ぎないようにすればよいのだが、その人の食べるという行為の背景には、病識よりも、戦後の食糧難の体験等から「もったいない」といった思いや柿に対する郷愁的、象徴的な意味が込められているかもしれない。生活習慣として表出される行為には、その人の生き方や価値観が投影される。生活習慣を変えるとは、いわば生き方を変えることでもあるため、行動変容には困難がつきまとう。

このように考えると、全人的なアプローチを独自の機能とする看護学は、ライフスタイル概念における個人の価値観にも範囲を広げて検討した上で、健康的なライフスタイルを導くための看護の教育的機能やそのコミュニケーション技術について議論することが望まれる。

2. 「健康増進行動」

宗像(1983)は、保健行動(Health Behavior)を「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」と定義した上で、①健康増進行動(Health Promotion Behavior)、②予防的保健行動(Preventive Health Behavior)、③病気回避行動(Illness-Avoiding Behavior)、④病気対処行動(Illness Behavior)、⑤ターミナル対処行動(Terminal Illness Behavior)という5つの局面に分類している。

健康増進行動は、「ほとんど病気を意識しない人が、健康を保ち、さらに増進しようとする行動」と定義している。健康増進行動以外の保健行動(上記②～⑤)は、疾病の存在を意識した行動として分類されている。

Pender(1996)は、健康増進行動は、最適な幸福、自己実現及び生産性に向けられている人間の顕在傾向の表現であるとして「健康という観点から、健康状態に対する大きな影響を伴う、人々の日々の生活様式における規則的な活動」と定義している。また、田代(2000)は、思春期女性の「健康増進ライフスタイル行動」という用語で、「健康で元気に生活するために自主的に、意識的に、そして定期的に行っている生活行動」と定義している。Penderと田代は、行動の主体である個人の動機や目的を内包し、志向性として表現しているが、予防的保健行動や健康増進行動といった行動レベルでの区別はしていない。

Breslow は、肺がんのリスクをできる限り低くするための禁煙は疾病予防と考えられるが、その同じ行動が呼吸、循環器系を最良の状態に保つことを目的とするならば、それは健康増進行動と考えられるとして、両者はコインの両面の関係にあると説明している(Pender, 1996/小西, 1997)。つまり、同一の健康行動であっても、動機や目的、付随する効果は一つとは限らず、複数の意味が含まれることになるため、もはや行動

だけでは区別することは不可能になる。

Pender(1996/小西, 1997)は、予防的保健行動と健康増進行動とは相互に補完し合うプロセスであると説明し、明確に区分していない。本研究は、健康行動の目的や動機は多様であり、現段階ではそれらを判別する情報を全て網羅することは困難であることから、Pender の定義を用いることとする。

Ⅱ 中年期男性のエイジングに伴う変化・特徴

中年期男性のライフスタイルの研究において、その発達学的観点からエイジングに伴う変化及び特徴を明確化するため、1. 生物学的要因（中年期、加齢現象、死因）、2. 発達心理学的要因（発達課題、アイデンティティ）、3. 社会文化的要因（家族状況、就業状況、所得、教育水準）の観点から検討する。

1. 生物学的要因（年齢、加齢現象、死因）

1) 年齢

一般に、生物学的要因を表す指標として年齢が多く用いられる。本研究では発達学的要素を考慮しているため、「中年期」というライフサイクルの表現を用いる。

中年期は、青年と老年との間の年ごろを意味し、現代では普通 40 歳代から 50 歳代を指している(大辞泉 第 2 版, 2012)。Levinson(1978)は、実証的研究から、中年を 40 歳と 60 歳の間と定義している。一方、Neugarten は、年齢は中年を定める手段ではないと主張しつつも、そのいくつかの研究では実際に年代の境界を 35～45 歳としている（エイジング辞典, 1990）。このように年齢区分は研究者によってさまざまである。看護学に

においては、人間の発達段階から成人期前期、成人期中期、成人期後期等の区分で表わしており、中年期は青年期と老年期の間にある比較的安定した時期とされる。類似の表現として、壮年期という表現も使われているが、壮年期は青年期に続く期間として用いられることが多く、中年期より年齢的にはやや低い時期を指している。

本研究では、ライフサイクルや発達段階の連続性上に現れる共通性と先行研究を参考に、40歳～59歳までを中年期とする。中年期の発達心理学的な特徴については次項で詳しく述べる。

2) 加齢現象

中年期男性特有の加齢現象として、テストステロン等の性ホルモン活動の衰退による加齢男性性腺機能低下症候群(Late onset hypogonadism syndrome : LOH 症候群)が近年関心を集めている。LOH 症候群は、発症時期が一定せず、疫学的実態が不明であるため、これまで加齢にともなう一般現象と理解され診療の対象にならなかった。しかし、テストステロンの低下は、性機能低下のみならず、体脂肪の増加によるメタボリック症候群、筋肉量の低下、骨塩量の低下等による運動機能の低下、転倒・骨折の増加のリスクをもたらす。

佐藤(2007)は、男性更年期外来における受診者の主訴として、抑うつ症状を主訴とする精神症状が40～50歳代に多く見られること、女性更年期に特有の症状と考えられてきた Hot flash や冷え、めまい、耳鳴り、しびれ等の身体症状や易疲労感を主訴とする症例も多くみられることを報告している。LOH 症候群による多様な症状は、加齢現象として見過ごされることも多いが、中年期男性のライフスタイルに影響する可能性は否定できない。

3) 死因

年齢階級別死因順位で、40歳代の1位は悪性新生物、2位は自殺、50歳代の1位は悪性新生物、2位は心疾患である（平成26年厚生労働省「人口動態統計」）。

1位の悪性新生物に関して、独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センターによれば、がんの死亡数と罹患数は、人口の高齢化を主な要因として増加し続けている。

第2位の自殺について、平成26年版自殺白書によれば、自殺者数は2万7,283人（警察庁「自殺統計」）、そのうち男性は、1万8,787人（68.9%）で、中年期にある男性が半数を占めている。中年期という働き盛りにある人々の自殺という事態を重く見て、厚生労働省では保健、医療、福祉、教育、労働その他の関連施策との有機的な連携を図った総合的な自殺対策を展開している

<http://www.mhlw.go.jp/kokoro/nation/about.html>。

自殺の原因・動機については、「健康問題」及び「経済・生活問題」が増加しており、40歳代と50歳代では男女とも「家庭問題」が多いのが特徴である。熊谷ら(2008)は、中年期の精神的健康度と社会生活満足度、生きがい度の低さに強い関連が見られていることを報告している。中年期は人生で充実した時期とされる反面、健康問題、家庭問題等が複雑に絡み合い、苦悩が深くなり、時に自ら命を絶つという事態に至る危険性がある。

村山(2012)は、農村部の中年期の男女360人における抑うつ状態とライフスタイル要因との関連を調査した結果、「対人関係の悩み」と「仕事上の心配」を抽出している。また、瀏野ら(2003)は、精神的健康度が高い群は低い群に比較して、ライフスタイル得点が高いという結果を報

告している。藤田ら（2013）は、大阪府下の3企業の男性従業員を対象に健康生活習慣の実践状況等に関するアンケート調査を行ったところ、生活習慣の改善には、精神的健康度が重要な要因となることを示唆している。このようにライフスタイルや精神的健康度には、人間関係や職業的なストレスが関連する。

生活習慣病の発症リスクを高めるメタボリックシンドロームに関連して問題になる内臓脂肪型肥満は、中年期以降増加する。平成27年国民健康・栄養調査でみると、男性の肥満者の割合は29.5%で、年齢階級別では40歳代が36.5%と最も高く、次いで50歳代が33.2%である。また、糖尿病が強く疑われる人の割合は、男性は19.5%で、年齢階級別では、40歳代7.3%、50歳代18.8%、60歳代22.9%と年齢とともに増加する傾向がみられる。糖尿病は死因の上位とはなっていないが、脳卒中や虚血性心疾患等の危険因子であることが知られている。

このように死因から見た中年期の特徴として、がんや糖尿病等の身体的健康だけでなく、ライフサイクルに特有な精神的健康との関連についても重視する必要がある。

2. 発達心理学的要因（発達課題、アイデンティティ）

1) 発達課題

Eriksonの生涯発達理論によれば、中年期の発達課題は「世代性 対 停滞」である。世代性(*generation*)とは、生殖性とも訳されるが、青年期までの個としての自分への関心が、成人期には他者のための自己に向けられるようになり、結婚や子育て、職場、介護等の役割を通して、他者の世話や後に続く世代の育成、社会への貢献等の経験から、自分自身がこれまで深めてきたものを次世代へ指導することや託すことを意味する。

すなわち、世代性は、その人個人の発達に留まらず、世代関係や社会関係という関係性のあり方を含めて拡大すると考えられる。したがって、生活を共にしている家族、親しい友人、職場における人間関係は、中年期の世代性という発達課題の達成やライフスタイルに影響すると考えられる。

2) アイデンティティ

アイデンティティは、エイジングや人生の出来事によって揺らぐ。Jung(1967, 河合)によれば、成人期には二つの重要なトレンドがあり、人生の前半は、社会的地位を得るとか家庭を築くといった外的世界に心的エネルギーが振り向けられるが、人生の後半では、年齢につれて内的世界に焦点を合わせ、老いや死についての個人的感情を探索する傾向が生まれてくるという。Levinsonら(1978)の著作「人生の四季(The seasons of a Man's Life, 1978)」では、40歳から男性は中年期への移行が始まり、この時期に自分の人生を見直し、再び自己と社会との間のバランスを築くとしている。これらが中年期の危機と言われるものである。岡本(1985)は、中年期の41~56歳の男女22名を対象に半構造化面接を行った結果、中年期の否定的変化として、「体力の衰え」、「時間的展望の狭まりと逆転」、「生産性における限界感の認識」、「老いと死への不安」の4つの特徴を明らかにしている。「身体や体力の衰え」や「老いや近親者等の死の体験」は、時間的展望の狭まりをもたらし、死の側から自分の年齢を考えるようになるといった逆転的なものの見方や老いと死への不安が強くなるとしている。また、職業人としても限界感、停滞感が顕在化し、抑うつ状態を呈する場合もあると説明する。しかし、否定的変化だけでなく、肯定的変化も同時に存在し、「40歳代になってようやく教えることができるようになった」や「会社での評価は

ベテランということになった」という認識や地域社会の中で認められ根づいてきたという意識、定住による安定感等は、自我同一性の確立感、安定感が増していることを示すと述べている。長尾(1990)も、中年期は人生の中で初めて上昇から下降への変化を実感し、未来に対して新たな人生の見通しを抱くことが必要となる時期であると指摘している。

岡本(1994)は、中年期は、個人と関係性の葛藤、バランスの危機が生じ、アイデンティティの再体制化が行われると述べている。白井(2011)は、個としてのアイデンティティは「自分は何者であるか」、「自分は何になっていくのか」という個の自立・確立が中心的テーマだが、関係性としてのアイデンティティは、「自分は誰のために存在するか」、「自分は他者の役に立つのか」が中心テーマとなると述べている。Kroger(2007)は、中年期の男女100名に回顧的な面接調査を行った結果、性、ライフスタイルの選択、学歴、年齢、婚姻、子どもの有無というデモグラフィック要因がアイデンティティの移行に重要であると報告している(白井, 2011)。また、清水ら(2006)は、青年期や成人前期のアイデンティティには「強さ」が重要であるが、中年期以降は変化を受け入れる「柔らかさ」を追加して「しなやか」に生きることが重要であると指摘している。

3. 社会文化的要因(婚姻・家族状況、就業状況、所得、教育水準)

1) 婚姻・家族状況

平成28年(2016)の人口動態統計の年間推計によると、婚姻状況について、婚姻率(人口千対)は0.50%、離婚率は0.17%と推計されており、3組に1組が離婚をするといった報道により注目されている。50歳以上の離婚件数は6万2千件を超えており、2000年以降のいわゆる熟年離婚の件数は全離婚の15%以上との報告もある。国立社会保障・人口問題研究所のデータによれば、2015年の生涯未婚率(50歳時の未婚率)

は、男性は 24.2%、女性は 14.9%と上昇を続けており、婚姻状況に伴うライフスタイルの変化が伺える。

また、中年期にある者の家族の状況について、長津(2007)は、40歳代は末子年齢の平均が 17.4歳で、58%に高校生(18歳)以下の子どもがおり、50歳代は末子年齢の平均は 21.1歳で、高校生以下の子どもがいる者は 14.0%に過ぎないと報告している。40歳代では結婚した子どもは少ないが、50歳代になると第一子の 2割近くが結婚をしている。40歳代は子どもが教育期にある者が多く、結婚した子どもは少ないが、50歳代では子どもの結婚・離家が 40歳代よりも進行しているため、40歳代と比べてかなり親役割から解放されると指摘している。このことは、家族周期の段階から見ると、結婚後、子どもの誕生による親役割獲得から養育期、教育期を経て、排出期における子どもの自立を契機とした親役割の喪失に直面すると考えられる。

また、この段階の夫婦関係について調査した研究（松田, 2000；井上, 2001；長津他, 1999）では、夫婦規範意識、夫婦満足度、夫婦関係から生じる不快な感情や意識を夫婦ディストレスという概念で把握し、夫婦間の大きなズレや配偶者に対するマイナス感情は、夫婦間に葛藤をもたらし、危機に繋がりやすいことを指摘している。さらに、家族とストレス、肯定的、否定的な対人交流が抑うつに及ぼす影響を検討した研究では、肯定的交流による抑うつ低減効果と否定的交流による抑うつ増大効果が示されており（福川他, 2002）、家族サイクルの変化や対人交流の在り方に伴うライフスタイルへの影響が予測される。

2) 就業状況

就業は、経済的な面からその個人のライフスタイルに大きな影響を及ぼす。平成 28 年労働力調査(総務省)の男性の 15 歳以上の者の就業状

況を年齢階級別にみると、15歳から59歳までの「仕事あり」の割合は9割以上で、中年期にある者の「正規の職員・従業員」の割合は6割を超える。

一般的に、中年期はキャリアの面で比較的安定しているが、昇進、仕事上の責任が重くなる等、労働時間や労働条件の変化や転職、離職といった大きな変化に直面することもある。Rosenbaumによれば、ほとんどの男女にとって、昇進のチャンスは40歳を過ぎると減ることから、中年期の危機は頼みとする方策や選択の自由の減少に対する反応であると指摘している(エイジング事典)。Hackettは、仕事への適応は、身体的精神的な健康に密接に結びついていることを指摘している(Bandura, 1995/本明他)が、これが障害された場合、健康破綻に結びつく可能性がある。

3) 所得

所得状況は、平成28年国民生活基礎調査によれば、50~59歳が743万9千円で最も高く、次いで40~49歳が671万1千円となっている。1世帯当たり平均貯蓄額の状況は60歳以上が1300万円以上と高いが、中年期においても700万円~1000万円以上となっている。

Wang(2005)は、日本における社会経済的地位や収入及び社会的孤立、感覚的健康の関係について約1万人を対象に調査した結果、収入の少ない男性の健康状態が最も悪い傾向を認めたと報告しており、収入と健康状態との関連の強さが指摘されている。

4) 教育水準

泉田ら(2014)の「生活と支え合いに関する調査」(国民生活基礎調査の後続調査)を用いた壮年層(40~74歳)の健康診断受診の意思決定に関連する研究では、仕事に就いていない、会話頻度が少ないことが健康診断未受診と関連があり、男性のみでは、離婚経験ありが正の相関、子どもがいることが負の関連があると報告されている。杉澤ら(1994)は、中年期男性の高率死亡地域である江東区と低率死亡地域である文京区の住民それぞれ1,000名を対象に、両区における不健康要因を予防的保健行動の面から分析した。その結果、運動の実施と必要な食品の摂取にみられた地域差は学歴分布の違いにより説明されたとしている。Vriesら(2007)は、9449人のコホートを基に禁煙、アルコール使用、果物や野菜の摂取、身体活動等の健康行動について学歴を3群に分けて分析した結果、最も低い学歴群は健康行動のスコアも低い結果であったことを報告している。

教育水準と健康問題については、古くから、経済協力開発機構(Organization for Economic Co-operation and Development: OECD)によるさまざまな調査研究によって、教育が認知スキル、社会的情動的スキルを向上させ、健康に関連する習慣や態度を発達させ、健康状態を高めることが立証されている(OECD教育研究革新センター, 2011)。

Ⅲ. 中年期男性の健康増進行動に関連する心理社会的要因

ここでは、Ⅱ. の中年期男性のエイジングに伴う変化を踏まえ、先行研究から健康増進行動に関連すると考えられる主な心理社会的要因として、1. 健康意識・主観的健康観、2. 特有の不安、3. 自己効力

感、4. 家族関係、5. 職業性ストレスについて述べる。

1. 健康意識・主観的健康観

Kickbusch(1981)は、人々は人々なりの健康の定義をもっている指摘し、島内(2007)も、人々は主観的健康観に基づき幅広い健康的な生活習慣づくりを行っているとして述べ、人々の健康意識・主観的健康観として、①「病気がない、身体が丈夫、快食・快眠・快便」といった身体的な健康観、②「幸せ、家庭円満、生きがいの条件」といった精神的な健康観、③「仕事ができること、人間関係がよい」といった社会的な健康観、④「心身共に健やかなこと」といった身体的・精神的な健康観、⑤「心も身体も人間関係もうまくいっていること」といった身体的・精神的・社会的な健康観、⑥「人を愛することができること、何事にも前向きに生きられること」といったスピリチュアル（霊的・魂的）な健康観を明らかにしている。

平成25年国民生活基礎調査では、健康状態について、中年期男性の50%が「ふつう」と回答し、「まあよい」と「よい」と回答した者は40%である。健康診断や健康診査、人間ドックの受診状況についても40歳代は75.3%、50歳代は76.2%と高い割合を示している。

厚生労働省の「健康意識に関する調査」(2014)では、健康観を判断する際に重視した事項(複数回答)は、「病気がないこと」63.8%、「美味しく飲食できる」40.6%、「身体が丈夫なこと」40%である。健康に気をつけるようになったきっかけは、「自分が病気をした」27.2%、「特にない」23.0%、「家族や友人が病気をしたので」15.4%と報告されている。多くの人は病気の自覚がなければ、健康だと思ふ反面、自分自身や身近な家族や友人の病気を契機に健康に不安を感じるというのが実態と考えられる。

一方、鈴木(2010)は、主観的健康について尋ねると80%前後が「良い」

と回答するが、健康不安について尋ねると 50~60%が「不安」と回答する実態について、主観的健康は現在のことを、健康不安は将来についての意識という異なる次元の主観を測定している可能性があると言及している。

このように健康意識・主観的健康観は、個人の主観に基づく自己評価であり、多様性に富む指標である。疾病や障害を持っていてもいきいきと健康的に生活している実態もあり、さまざまな価値観が交錯する中で、個人が健康であると実感することこそ、その人のライフスタイルの本質が反映されていると考えられる。

2. 特有の不安

中年期になると人生で初めて衰えや限界に直面することに加え、対象喪失を多く体験すると考えられる。

40~50歳代の男女 3,376名を対象に実施したインターネット調査(第一生命経済研究所, 2013)では、親(自分の親)の介護に対する不安及び経済に関わる不安の高さが報告されている。親の介護に対する不安では、介護費用に関する不安が高い。将来に向けた経済不安では、老後の生活資金の不安 80%、医療費や介護費用の負担不安 80%、給与が下がることや失業の不安 70%、住宅費や教育費の負担に関わる不安が 60%を超えるといった報告がある。松尾ら(2007)は、中年職業人の男性(40歳代 113名、50歳代 87名)を対象に、環境要因に起因した不安及び心理的危機と精神的不健康の関連について検討した結果、社会不安、家計不安、家庭不安は、個人の心理的危機を高める要因であると報告している。

また、中年期になると親との死別を経験するようになる。渡邊、岡本(2006)は、死別経験による人格的発達の可能性を示唆しているが、どの

ように人格的発達に結びつくのかについては不明瞭な点がある。

このように心理社会学では、中年期を安定期ではなく、変化に富む時期として位置づけ、中年期の危機(**midlife crisis**)を定義している。中年期の危機とは、中年期がそれまでの獲得優位から喪失が中心となる発達様態への移行 (**Heckhausen, Dixon, & Baltes, 1989**)を意味する。

Holmes と Rahe(1994)は、生活変化指数(**Life-change index**)により、比較的最近の生活上の変化の程度を数値として示しているが、中年期に遭遇すると考えられる離婚、近親者の死亡、解雇、性生活での問題、親しい友の死、仕事上の責任の変化等、個人の生活上の喪失に結びつく出来事が、ライフスタイルに影響する可能性は高いと考えられる。

3. 自己効力感

自己効力感(**self-efficacy**)は、**Bandura(1977)**によって提唱された概念である。**坂野(1986)**は、自己効力感を「ある結果を生み出すために必要な行動をどの程度うまく行うことができるかという予期のことであり、自分の行動に関する可能性の認知である」と説明している。

自己効力感の認識に影響を及ぼす要因は、4つの情報源によって基礎づけられ、それらは個人が自ら作り出していくものと考えられている。4つの情報源とは、個人が自分で行動して必要な行動を達成できたという①制御体験(**enactive mastery experience**)である。これは、いわば成功体験とも言え、これを情報源とする自己効力感是最も強く安定したものとなると考えられている。次は、他者の体験を見本にした②代理体験(**vicarious experience**)、そして、成功できると思わされるような③言語的説得(**verbal persuasion**)、④行動に伴う身体的な刺激や反応、感情、気分といった生理的情動状態(**physiological and affective states**)とされ、いずれも過去の体験に基づいている。

海外文献において、Gillis(1993)は、健康増進ライフスタイルにおける最も強力な予測因子として、自己効力感をあげている。この他、行動変容と自己効力感との関連を明らかにした研究が数多くみられる(Persson, et al, 2013; Yeun, et al, 2013; Baruth & Wilcox, 2014; Padden, et al, 2013; Block, et al, 2008; Pan, et al, 2009; Stuijbergen & Becker, 1994; Johnson, et al, 1993; Lusk & Kelemen, 1993)。

また、Ajzen(1991)が提案した計画的行動理論では、行動への態度、規範意識とともに自己効力感(self-efficacy)を主要な概念としている。また、Prochaska ら(1983)のトランスセオレティカル・モデル(Transtheoretical Model)では、変容ステージ(stage of change)、セルフエフィカシー(self-efficacy)、意思決定のバランス(decisional balance)、変容プロセス(process of change)を構成概念とし、中でも自己効力感を重要な変数として位置付けている。このように自己効力感が、行動変容に影響を及ぼす要因として保健行動理論に位置付けられていることは重視すべきと考える。

4. 家族関係

個人の健康問題が家族に、家族の問題が個人の健康に影響を及ぼす可能性が指摘されている(田口, 2009)。中年期の家族ライフサイクルの段階は、発達の視点から養育期、教育期、排出期にあたり、子どもの自立や夫婦関係のディストレス等により家族関係に変化をきたす可能性がある。

しかし、家族関係の定義や家族の関係性の質を直接的に評価した先行研究は見当たらなかった。

一方、家族機能について、Friedman(1986)は、情緒機能、社会化と社会布置機能、生殖機能、経済既往及びヘルス機能をあげている。特に、ヘルスケア機能は、健康的で機能的な家族には欠かせない中心的な機能

であると述べている。

家族機能の充足度を客観的に測定する尺度として、子育て期の家族を対象として信頼性と妥当性が確認された尺度とされる Feetham 家族機能調査日本語版 I (FFFS-J) (平谷他,2014)の質問内容を見ると、親子や夫婦関係を測定する家族と家族員との関係、知人や身内等のように家族と相互関係の強い人々との関係や活動を測定する家族とサブシステムとの関係、学校や職場等の居宅外での家族員の活動を測定する家族と社会との関係とその程度を質問しており、実際には家族やサブシステム、社会との関係性に着目している。つまり、家族の関係性を中心に家族機能を測定しているのであり、家族関係の構成概念については検討が必要である。

Pender(2015)は、家族のヘルスプロモーション(Health Promotion in Families)として、「家族は健康の価値、態度、健康関連行動について学ぶ場を提供する」と述べており、家族関係と健康との関連の強さを指摘している。前述した中年期の死因の第2位の自殺の原因・動機として「家庭問題」が多いという点を考慮して、中年期のライフスタイルに影響を及ぼす要因として家族関係を把握する必要があると考える。

5. 職業性ストレス

WHO(2014)は、職業性(労働関連)ストレスについて「仕事上の要求・圧力によって、自分の知識・能力と合致しない仕事に立ち向かわなければならない人々が持つであろう反応」と定義している。

厚生労働省の「労働安全衛生特別調査(労働者健康状況調査)」(2012)によれば、現在の仕事や職業生活に関することで、強い不安、悩み、ストレスとなっていると感じる事柄があると回答した労働者の割合は、60.9%に達する。強い不安、悩み、ストレスを感じる事柄の内容

は、「職場の人間関係の問題」が 41.3%で最も多く、次いで「仕事の質の問題」33.1%、「仕事の量の問題」30.3%と報告されており、中年期男性の多くが中間管理職等、仕事上の責任が増していることを考慮すると、これらのストレス問題を多く抱えていると予測される。

職業性ストレスが身体的健康、精神的健康、事故・怪我と関連することは多くの研究により明らかにされていることから本研究では、中年期の職業性ストレスとライフスタイルとの関連について検討する。

IV. 文献検討のまとめと本研究への示唆

中年期男性のライフスタイル及び健康増進に影響を及ぼす要因に関する先行研究を概観した結果、ライフスタイルに影響を及ぼすと考えられる要因として、以下のような示唆が得られた。

1. 「ライフスタイル」は、個々人の主観的価値観に基づく生活習慣であり、健康状態に大きな影響を及ぼす。中年期男性のライフスタイルに影響を及ぼすと考えられる要因として、健康意識・主観的健康観、特有の不安、自己効力感、家族関係、職業ストレスなどが考えられる。
2. 「健康増進行動」は、最適な幸福、自己実現及び生産性に向けたポジティブな健康行動であり、病気の存在を意識した「予防的保健行動」とは目的を異にするが、行動レベルでは両者を区分することはできない。
3. 中年期男性のエイジングに伴う生物学的な身体面の変化は、ライフスタイルに影響を及ぼす可能性がある。
4. 中年期の死因順位 1位の悪性新生物の発症は、ライフスタイル、生活習慣との関連が明らかである。
5. 中年期の自殺者数の多さや抑うつ等の精神的健康の問題は、中年期

の危機に伴うアイデンティティの揺らぎ、家庭問題、対人関係の悩み、仕事上の心配等の心理社会的な問題を反映している可能性がある。

6. 中年期の心理的变化に影響を及ぼす要因は、体力の衰え、時間的展望の狭まりと逆転、生産性における限界感の認識、老いと死への不安に由来するものがある。これらに関連するライフイベントとして近親者の介護体験や死の体験は、ライフスタイルに影響を及ぼす可能性がある。

7. 自己効力感は、行動変容を説明する心理的現象であり、健康行動理論の中心的概念である。また、先行研究からヘルスプロモーションの最も強力な予測因子であることが明らかになっている。

8. 家族ライフサイクルや親役割の変化等に伴う家族関係の変化は、ライフスタイルに影響を及ぼす可能性がある。

9. 中年期は職業的安定の反面、責任の増大や人間関係の複雑化によりストレスが増す。ストレス管理に不調を来せば、ライフスタイルに影響を及ぼす可能性がある。

第3章 中年期男性の健康増進ライフスタイル 仮説モデルの作成

本章では、本研究における中年期男性の健康増進ライフスタイル仮説モデルの作成プロセスと、作成した仮説モデルの構成概念の操作的定義、測定尺度について説明する。

まず、基盤として用いた Pender の改訂ヘルスマーションモデル（改訂 HPM）の概要について述べ、次に、改訂 HPM と文献検討から演繹的に導いた構成概念について説明する。

I. 本仮説モデルの基盤とした Pender の改訂 HPM の概要

本仮説モデルの基盤とした Pender らの改訂 HPM の概要について述べる。改訂 HPM は、保健行動に影響する要因を説明するために、看護学と行動科学の視点を統合した概念枠組みとして提案された。その理論的根拠は、Feather(1961)の期待－価値理論(expectancy-value theory)及び Bandura(1977)の社会的認知理論(social cognitive theory)にある。

期待－価値理論は、行動の生起は目標達成への期待と目標の価値との関数と仮定し、人は、その時点で選択可能な複数の行動のうち、目標達成の可能性の高低を考慮し、最も高い価値をもった目標を有する行動を選択すると考える。Pender はこの期待－価値理論を用いて、達成行動への傾向としての動機づけを説明する。

また、社会的認知理論は、個人的要因、環境要因、人間行動が相互に影響を及ぼす動的な過程を示し、健康行動に影響を及ぼす可能性のある要因として、自己効力感、目標、結果の予測の3つを挙げている。Pender

は、社会的認知理論は、健康信念モデル(health belief model)、合理的計画的行動理論(theory of reasoned action and planned behavior)、自己効力感理論(self-efficacy theory)、wellness motivation model、health promotion model を包含するとしており、中でも、自己効力感(self-efficacy)は、HPM の中心をなす概念であると述べている(Pender,2014)。

HPM の命題は、次のとおりである。

1. 個人が過去にとっていた行動及びその人の先天的・後天的特性（すなわち生物学的・心理学的・社会文化的因子）は、ヘルスプロモーション行動についての信念・感情・実行に影響する。
2. 人間は自分に利益になると期待される行動を実行しようとする。ある行動に対する負担の知覚は、行動への意志を妨害し、また実際の行動を制約するとともに、間接的にも行動に影響する。
3. ある行動に対する自己効力の知覚、すなわち、自分にはできるという思いは、行動への意志を高めるとともに実際に行動する可能性を高める。
4. ある行動に対する自己効力の知覚が大きいほど、その行動への負担の知覚は小さくなる。
5. ある行動に対する肯定的な感情は自己効力感を高め、それがまた肯定的な感情を高める。
6. ある行動に伴う肯定的な感情・情緒は、その行動をとろうという意志をもちやすくし、またそれを実行する可能性を高める。
7. 重要他者が行動の模範を示したり、その行動をとるように期待したり、また、その行動ができるように援助やサポートを提供したりすると、ヘルスプロモーション行動への意志と実行の可能性が高まる。
8. 家族・仲間・保健医療提供者は人間関係の影響の重要な源である。これらの人々によって、ヘルスプロモーション行動への意志と実行が強

められたり弱められたりする。

9. 外的環境における状況的影響は、ヘルスプロモーション行動への意志と実行を促進したり阻害したりする。

10. 行為計画実行の意志が強いほど、ヘルスプロモーション行動が長期に持続する可能性が高い。

11. 行為計画実行の意志があっても、迅速な対応が必要で本人の制御が困難な競合する要求が起こると、望んでいた行動は起こりにくい。

12. 行為計画実行の意志があっても、目的とする行動よりも他の行為の方が魅力的で好ましいと思うと、望んでいた行動は起こりにくい。

13. 人間は、健康的な行動に励みとなるものを作り出すために、認識、感情、人間関係及び物理的な環境を修正することができる。

Pender(1996)の改訂 HPM における変数及びそれらの変数相互の関係を示した(図1)。

このモデルに含まれる主な概念について説明する。

1. 個人の特性と経験

改訂 HPM では、保健行動に影響を及ぼす要因として、個人の特性と経験をあげており、過去の関連行動と個人的因子(生物学的、心理学的、社会文化的因子)をその変数としている。

1) 過去の関連行動

個人の保健行動は、過去の関連行動の影響を受けることを前提としている。習慣化された行動の他に、肯定的あるいは否定的な感情を伴う行動は、自己効力の知覚、行為の負担の知覚、行為の利益の知覚を介して、間接的にヘルスプロモーション行動に影響する。

2) 個人的因子

個人的因子は、生物学的、心理学的及び社会文化的因子に分類される。年齢、性、肥満指数(BMI)、成熟状態等の変数は生物学的因子、自尊心や自己動機、健康状態の知覚、個人的な健康の定義等は心理学的因子であり、教育や社会経済状態等は社会文化的因子である。個人的因子も認識と感情に影響を与え、間接的にあるいは直接的に健康増進ライフスタイルに影響を及ぼすと考えられている。

2. 行動に特異的な認識と感情

行動に特異的な認識と感情は動機付けに関連する変数である。行為の利益の知覚は、この行動をとることによって良い結果(利益)が得られるのではないかという期待であり、行為の負担の知覚は、ある行為をするのに予期される負担感である。自己効力感の知覚は、社会的学習理論から導かれ、その行動を計画し、実行できるかの個人の判断として重要な要因である。行為に関連する感情は、自己効力感の知覚に影響し、主観的感情が肯定的であれば効力感は増すと考えられる。行為に関わる感情と自己効力感の知覚は行為計画へのコミットメントを通じて直接的、間接的にヘルスプロモーション行動に影響する。

3. 行動の成果

HPMの行為の成果はヘルスプロモーション行動である。その達成により、ポジティブな健康の成果が得られる。行為の実行において、回避できないような競合的な要求や優先行動があっても計画を実行しようとする意志が強ければ、ヘルスプロモーション行動へ結びつけられる。この部分は、Ajzenら(1975)の計画的行動理論の考えを含んでいると考えられる。

Ⅱ．中年期男性の健康増進ライフスタイル仮説モデルの作成

本研究は Pender の改訂 HPM の 1．個人の特性と経験、2．行動に特異的な認識と感情、3．行動の成果の枠組みを用いて、文献検討から健康増進ライフスタイルとの関連が予測される変数をモデルに組み込み、仮説モデルとした（図 2）。

1．個人の特性と経験

1) 過去の関連行動

過去の関連行動は、特定の保健行動に最も適した変数を決めればよいとされるが、健康増進ライフスタイルに影響を及ぼす過去の関連行動について調査した研究は見当たらなかったため、本仮説モデルからは除外した。

2) 個人的因子

生物学的因子として、年齢（40～59 歳）、性（男性）、職業（会社員）、職位（係長・部長）、身長、体重（BMI を計算）をあげた。

心理学的因子は、中年期の発達心理学的な知見から、時間的展望の狭まりと逆転をもたらす体験として中年期において遭遇する可能性が高いと考えられる親の介護体験、親の死の体験をあげた。

社会文化的因子として、家族のライフサイクルを反映する子どもの有無、子どもの数、末子の学年、職業、職位、収入、並びに通院の有無をあげた。

2．行動に特異的な認識と感情

1) 自己効力感

行動に対する認識、感情がポジティブなものであれば自己効力の知覚は大きくなり、目的とする行動遂行に対する負担の知覚が低減する。

これが自己効力感(perceived self-efficacy)であり、本モデルの中心概念である。

自己効力感には、2つの水準があるとされる(Bandura, 1977: 坂野・東條, 1993)。一つは課題や場面に特異的に影響を及ぼす自己効力感であり、もう一つは具体的な個々の課題や状況に依存せずに、より長期的に、より一般化した日常場面における行動に影響を及ぼす自己効力感(generalized self-efficacy)である。後者はある種の人格特性的な認知傾向とみなすことができることから、特性的自己効力感と呼ばれる(成田他, 1995)。Shererら(1982)は、特性的自己効力感が過去の成功と失敗の経験から形成され、個人差を持つことを指摘している。また、未経験の新しい状況においても適応的に処理できるという期待に影響を与えることが示唆されているため、自己効力感の測定は、課題固有の自己効力感ではなく、特性的自己効力感について測定することとした。

2. 人間関係の影響：家族関係、職業性ストレス

改訂 HPM では、人間関係の影響として、家族、同僚、保健医療専門家等をあげている。中年期男性の多くは家庭と仕事との二つのキャリアを生活していることから、ライフスタイルを把握するため家族関係と仕事のストレス要因、修飾要因の2つの側面から把握することとした。

家族関係の測定尺度については、家族関係を最も簡便に測定する尺度として、わが国で広く活用されている家族 APGER(Smilkstein, 1982)を選択することとした。家族 APGER は個人の家族関係の認識をスコア化し、家族機能を評価するものである。

また、職業性ストレスは、仕事のストレス要因として、心理的な仕事の量的負担と心理的な仕事の質的負担、身体的負担、コントロール、技術の活用、対人関係、職場環境、仕事の適正度、働き甲斐修飾について

て測定する。近年のメンタルヘルス不調者の増加や中高年の自殺率の高さを背景に、職業性ストレスが注目されている。わが国では、職業性ストレス簡易調査票が広く用いられており、人間関係を含む仕事のストレス要因を測定できるが、個人の職業性ストレスとライフスタイルとの関連について検討されていない。職業性ストレスが高まると予想される中年期男性がストレスを制御し、適応していくためのライフスタイルについて検討する。

3. 行動の成果

HPMの行為の成果はヘルスプロモーション行動である。本研究の行為の成果は、健康的なライフスタイルの形成をめざす行動である健康増進行動とし、健康増進ライフスタイルプロフィール(HPLPⅡ)を用いて評価することとした。HPLPⅡは、Penderらが開発した測定用具であり、健康の意識、精神的成長、身体活動、人間関係、栄養、ストレス管理の6つの下位概念で構成される。測定尺度については次節で詳しく述べる。

Ⅲ. 中年期男性の健康増進ライフスタイル仮説モデルの 測定尺度

ここでは、仮説モデルの検討に用いる測定尺度について説明する。

1. 日本語版健康増進ライフスタイルプロフィール

本研究は、中年期男性の健康増進ライフスタイルをPenderらにより開発されたLifestyle and Health Habits Assessmentに基づいて、Walkerらが開発したHealth-Promoting Lifestyle Profile(HPLPⅡ)を用いる。

日本語版は、魏ら(2000)が忠実に翻訳した日本語版健康増進ライフスタ

イルプロフィール（日本語版 HPLP II）を用いた。

HPLP II 原版及び日本語版 HPLP II は、①健康の意識(Health Responsibility)、9項目、②精神的成長(Spiritual Growth)、9項目、③身体活動(Physical Activity)、8項目、④人間関係(Interpersonal Relations)、9項目、⑤栄養(Nutrition)、9項目、⑥ストレス管理(Stress Management)、8項目の6つの下位尺度で構成される52項目である。各項目において行動の頻度を表す4つの回答選択肢があり、1の回答には1点を、2には2点、3には3点、4には4点を与える。健康増進ライフスタイルの得点は52項目の平均得点として使用できる。したがって、単純加算得点が高いほど、良好な健康増進ライフスタイルであることを示す。この他、6つの下位尺度平均得点を独自に用いることも良いとされている。

日本語版 HPLP II の信頼性については、クロンバック α 係数が 0.94 と高い内部一貫性が報告されている。6つの下位尺度のクロンバック α 係数も 0.70~0.87 と高い値である。また因子分析で因子構成（下位尺度）を分析した結果、原版の HPLP II と同様、6因子構造であることも報告されている(魏, 2000)。

HPLP II は、アメリカ合衆国のさまざまな地域や集団、中国、韓国、スペイン、イスラエル(Shahroodi, M.V. et al. 2013; Profis, M., Simon-Tuval, T., 2016)で使われており、多くの研究が報告されている。日本人を対象とする日本語版 HPLP II を用いた調査研究は、大学生(箕持, 2006)や高齢者(深堀他, 2009)、更年期の女性(島, 2004 ; 波崎他, 2007 ; 日下, 2009 ; 河田, 2014)に多く使用されているが、中年期男性を対象とする研究は少ない。

2. 特性的自己効力感尺度

自己効力感(Self-Efficacy)は、社会的認知理論(Social Cognitive Theory)

の中核をなす概念の一つであり、個人がある状況において必要な行動を効果的に遂行できる可能性の認知と定義される(成田, 1995)。つまり、ある問題や課題に対する自己効力感を自分がどの程度もっているかが、個人の行動の変容を予測し、不適応な情動反応や行動を変化させる(板野, 1989; 板野・東條, 1986)。

自己効力感には2つの水準があり(Bandura, 1977)、本研究ではより長期的、より一般的な日常場面における行動に影響する特性的自己効力感(Generalized Self-efficacy)を採用し、Shererらが開発した特性的自己効力感尺度を成田らが日本語に翻訳したものを採用することとした。この尺度は23項目からなり、全体の構成は因子分析により一次元的であることが確認され、性別、年齢に関わらずクロンバック α 係数は0.8以上の値を示している(成田, 1995)ことが報告されている。

3. 家族 APGER 尺度

家族関係は、家族 APGER 尺度を用いて測定することとした。この尺度の原版は Smilkstein(1978)が開発し、日本語版は、塩川(2007)が翻訳、作成している。この尺度は、「何か困ったとき家族はあなたの助けになりますか?」、「あなたは家族と話し合ったり、苦労を分け合うことに満足していますか?」、「あなたが何か新しいことをしようとしているとき、家族は助けになりますか?」、「あなたの感情(例えば怒り、寂しさ、愛など)に家族はこたえてくれますか?」、「一家団らんの時間がありますか?」という5つの質問から構成される。回答は、「いつも(2点)」、「たまに(1点)」、「ない(0点)」をスコア化し、合計点を算出する。この得点が高いほど家族機能が良好であり、5点以下は何らかの問題が存在すると考えられている(塩川, 2007)。

なお、江川(2013)によれば、805人の家族を対象とした解析の結果、家

族 APGER 尺度のクロンバック α 係数は 0.85 であったと報告している。

4. 職業性ストレス簡易調査票

職業性ストレスの測定は、職業性ストレス簡易調査票を用いて測定する。この調査票は 57 項目で、「仕事のストレス要因」、「ストレス反応」、「修飾要因」の 3 つの要因から構成される。「仕事のストレス要因」は、心理的な仕事の量的負担と心理的な仕事の質的負担、身体的負担、コントロール、技術の活用、対人関係、職場環境、仕事の適正度、働き甲斐から構成され、「ストレス反応」は心理的ストレス反応と身体的ストレス反応について測定する。「修飾要因」は、上司、同僚、配偶者・家族・友人からのサポート及び仕事あるいは家庭生活に対する満足度で構成される。

職業性ストレス簡易調査票は比較的短時間で回答できるが、回答者負担の軽減と、インターネット調査で有効回答が得られる項目数の制約があるため、「ストレス反応」を除き、「仕事のストレス要因」(17 項目)と「修飾要因」の 11 項目の合計 28 項目を用いることとする。

各項目に対する回答は 4 件法 (1=そうだ、2=まあそうだ、3=ややちがう、4=ちがう) である。1998 年～1999 年に 12,273 名を対象として行われた先行研究において、「仕事のストレス要因」の A 項目全体のクロンバック α 係数は 0.74、「修飾要因」の C 項目のクロンバック α 係数は 0.83 と報告されている (平成 7 年度～平成 11 年度労働省委託研究、「労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究」)。

5. 測定尺度の使用許可承諾

本研究で用いる日本語版 HPLP II の使用に先立ち Health Promotion Lifestyle Profile II の開発者である Susan Nobel Walker 博士及び魏長年博士に許可を得た。特性的自己効力感、家族 APGER 尺度は、日本語版作成

者に許可を得た。職業性ストレス簡易調査票は Web 上で公表され自己責任での使用が認められている（資料 1）。

IV. 用語の操作的定義

1. 中年期男性：調査時点で正規雇用の事務職員で、年齢 40～59 歳までの男性
2. 健康増進ライフスタイル：「健康という観点から、健康状態に対する大きな影響を伴う、人々の日々の生活様式における規則的な活動」であり、日本語版健康増進ライフスタイルプロフィール(HPLPⅡ)の4段階（「全くない」～「いつもある」等）のリッカート・スケールでスコア化される健康増進行動
3. 自己効力感：「ある結果を生み出すために必要な行動をどの程度うまく行うことができるかという予期のことであり、自分の行動に関する可能性の認知」であり、特性的自己効力感尺度でスコア化される行動能力があるという信念
4. 家族関係：家族 APGER 尺度でスコア化される家族の関係性の認知
5. 仕事のストレス：職業性ストレス簡易調査票でスコア化されるストレスの認知

第4章 研究方法

I. 研究デザイン

本研究は、インターネット調査による横断的記述型研究デザインを採用した。従来の調査方法は、市区町村が作成する住民基本台帳もしくは選挙人名簿から確率抽出法によりサンプルを抽出し、郵送法によってデータを得ることになるため、回収率の低さや目的、量的制限により閲覧できない地域があるといった問題点がある。

一方、インターネット調査は、地域を越えた大規模な調査が可能であることや特定の集団に着目したサンプリングが可能であるといった利点があるが、回答者がどのような集団を代表しているのかが不透明であることや回収率が不明確、虚偽や重複回答のリスクといった点が問題視されている。

今回、インターネット調査の企画・実施にあたり、実績のある民間調査会社として、マクロミル社（以下、M社）を選定し、事前にそのシステムとモニタの品質管理についての安全性と信頼性を以下の点から確認した。

1. リサーチシステム内のセキュリティ・システムとして、ファイアウォールの設置や侵入探知システムの導入等による堅牢性を確保しているか。
2. 定期的なセキュリティ検査にそのレベルを維持しているか。
3. インターネット上の情報通信に関する認証証明書はあるか。
4. モニタは偏りが生じないように広く募集されており、モニタ登録後、自動チェックシステムにより不正回答者の特定、短時間回答者の削除機

能等によりモニタの管理が適切になされているか。

5. プライバシーポリシーの記載内容は、個人情報保護ガイドラインに準拠しているか。

以上の事項について、確認した結果、適正な管理がなされており、精度の高い、信頼性のあるデータを収集することが可能であると判断した。

II. データ収集期間

本研究は、マクロミル株式会社（以下、M社）の登録モニタを対象にインターネット調査を2015年9月10日～9月11日の期間に実施しデータを収集した。

III. 母集団と標本抽出法

1. 母集団

M社の登録モニタは公募型で登録された調査専用モニタであり、総モニタ数は2015年8月3日時点で1,182,026名である。モニタ登録時には重複登録の有無の確認、登録されたメールアドレスの到達確認を行っており、登録後もモニタ登録情報の虚偽記載（なりすまし登録者）のチェック、長期間アンケートに回答しない会員の資格を停止する措置やトラップ調査を年に2回実施し、不正回答対策を講じている。

2. 標本抽出

必要な標本数は、総務省統計局統計基準部監修の統計実務の基礎知識により下記の式を用いて確定した。

サンプル数 = 信頼水準の二乗 × (0.5 (1-0.5)) ÷ 標本誤差の二乗
信頼水準を 95% とすると信頼水準は 1.96、標本誤差を 5% とすると 0.05
となり、これから求められる標本数は約 384 となったが、5% の誤差を許
容し、400 名とした。

M 社のモニタの中から中年期男性 (40~59 歳)、職業 (事務会社員系)、
地域 (全国) の条件に合致した 27,416 名を無作為に抽出し、本研究への
協力依頼を行った結果、8,988 名から同意が得られた。これらのうち、会
社員 (正社員) かつ、職位 (係長・課長・部長クラス) の条件に合致し
た 40 歳代 2,698 名、50 歳代 2,624 名を対象母集団とした。

IV. データ収集方法

M 社のモニタから対象となる 40 歳~50 歳代の中年期男性を抽出し、
M 社の Web サイト上に、「中年期男性のライフスタイルと健康増進行動
に影響を及ぼす要因に関する研究ー健康増進ライフスタイル仮説モデル
の検証ー」と題した本研究の概要 (研究目的、個人情報取り扱い、同
意撤回の自由、研究参加に伴う危害・便益等、資料開示等) と協力依頼
文及び回答 Web 画面のリンクが記された電子メールを配信する。

モニタ母集団のうち、40 歳代 2,698 名、50 歳代 2,624 からの回答者
数が、40 歳代 200 名、50 歳代 200 名の合計 400 名の目標数に達した時
点で調査を終了した。

調査期間は事前調査 5 日間、本調査は目標数が確保されるまでとし
ていたが、本調査後、必要な回答数が得られたため催促や送信数の把握
等は行わなかった。

調査結果は M 社で連結不可能匿名化されたデータとして管理され、

ID、パスワードで厳重に保護した上で提供された。

V. データ分析方法

統計学的分析には、統計パッケージ IBM SPSS Statistics Version 22 for Windows 及び IBM SPSS Amos Version 24 を用いた。

1. 記述統計

調査対象者の属性及び単一変数ごとに記述統計量を算出した。各変数と対象者の属性との関連を検討するため、属性を群に分け t 検定及び一元配置分散分析を用いて分析した。

次に、日本語版健康増進ライフスタイルプロフィール、特性的自己効力感尺度、家族 APGER 尺度、職業性ストレス簡易調査票の平均値と標準偏差及び信頼性を求めた。心理尺度の信頼性はクロンバックの α 係数を算出し、内的一貫性を確認した。

2. 探索的因子分析及び信頼性の検討

日本語版健康増進ライフスタイルプロフィールの質問項目ごとに平均値と標準偏差等の記述統計を算出し、天井効果(ceiling effect)と床効果(floor effect)について検討した。続いて、探索的因子分析(Exploratory/Explanatory Factor Analysis: EFA)、主因子法、プロマックス回転を用いて、項目ごとの共通性、因子負荷量を確認し、これらが極端に低いものは除外し、因子構造を明らかにしていった。

信頼性の確認のため、探索的因子分析により抽出された各因子のクロンバック α 係数を求めた。

記述統計及び探索的因子分析の結果から、中年期男性の健康増進ライフスタイル仮説モデルの潜在変数を決定した。

3. 確証的因子分析

探索的因子分析から中年期男性の健康増進行動ライフスタイル仮説モデルの適合度を評価するため、確証的因子分析(Confirmatory Factor Analysis: CFA)を行った。モデル適合度は GFI(good of fit index)、RMR(Root Mean Squared Residual)、RMSEA(Root Mean Squared Error of Approximation)、CFI(Comparative Fit Index)、を用いた。GFI は標本数にあまり影響を受けないモデル評価の指標であり、多くの経験から一般的な目安として 0.9 以上であることが推奨されている。また、RMR は GFI とは逆に 0 に近ければ近いほどモデルとデータの適合度がよいと判断される指標である。RMSEA はモデルの分布と真の分布との乖離を 1 自由度当たりの量として表現した指標で 0.05 以下であれば当てはまりが良く、0.1 以上であれば当てはまりが悪いと判断される(豊田, 1998)。

4. 重回帰分析

確証的因子分析による中年期男性の健康増進行動ライフスタイル仮説モデルの適合度評価結果から、潜在変数による説明は困難と考え、HPLP II に影響を及ぼすと予測される個人の特性、特性的自己効力感尺度、家族機能尺度、職業ストレス尺度で観測された変数との関係を重回帰分析により検討した。

VI. 倫理的配慮

1. 研究開始前に、北里大学看護学部研究倫理委員会の承認を受けた。
2. 北里大学看護学部研究倫理委員会への審査申請書の提出に先立ち、個人情報保護に関する法令、監督官庁が定めるガイドライン、当該会社が加盟しているマーケティング・リサーチ協会の「マーケティング・リ

サーチ網領」、「マーケティング・リサーチ産業個人情報保護ガイドライン」その他の規範を遵守しているインターネット調査会社を選定した。

選定に当って、同社の対象者の捕捉方法（登録モニタ集団から無作為抽出）、重複回答の確認、代理回答・不正回答、虚偽回答の確認、発信対象者中の未回答数の確認、接触数（調査票を見ただけで回答しない数）、回答数の最終確認方法と有効回答数の確認、データチェックの方法に加え、同社における個人情報の保護とセキュリティ・システムの実装や暗号化処理技術への対応についても確認した。

3. 本研究の実施に当って、調査票とともに研究協力依頼書（資料2）を送付した。

4. M社から配信される調査票に、以下に示す事項を提示した。

- 1) 本研究は、M社モニタの自由意思に基づいて実施されること。
- 2) 研究への参加協力は自由であり、いったん同意した後もいつでも撤回できること。
- 3) 研究協力に同意しなくても、その後、一切の不利益は被らないこと。
- 4) 調査票への回答をもって同意とみなすこと。
- 5) 調査票の回答に含まれる個人情報はM社において連結不可能匿名化された後、電子媒体として研究者に引き渡されること。
- 6) 収集したデータは、電子媒体を用いて、研究者が勤務する大学の個人研究室内の鍵のかかるウォールキャビネットに保管する。なお、鍵は研究者のみが知る場所に保管する。
- 7) 本研究で得たデータは、本研究以外では使用しないこと。また、論文にまとめた後は電子媒体も含めてシュレッダー処分すること。

5. 研究協力にあたって対象者が被る不利益としては、調査票の回答に15分程度の時間を要すること、調査結果の開示を希望しても受け取

るまでに時間がかかることが挙げられる。一方、対象者の利益として、現在の自分のライフスタイル、日頃の行動や態度についての客観的な振り返りができること、家族との関係、仕事のストレスや周りの人との関係性について認識を高めるきっかけとなることが想定される。

6. 研究の承諾が得られた後、回答のあった対象者が研究結果の概要を希望する場合には電子媒体で報告する旨を説明し、希望する場合は M 社から送信した。

7. 研究協力の謝礼として、M 社の規定に基づきポイントが付与された。

第 5 章 結果

I . 調査対象者の概要

1 . 個人属性と経験

本研究の調査対象者の概要を示した(表 1)。対象者は 40~59 歳までの男性 412 名であった。平均年齢 49.3 ± 5.4 歳、BMI は平均 23.5 ± 3.2 であった。婚姻状況は、既婚・事実婚は 343 名(83.3%)で、子ども「あり」は 304 名(73.8%)であった。子どもの数は 1 人ないし 2 人という家族構成が 245 名(59.4%)と半数以上であった。末子の学年は小学生から大学生までばらつきがあった。離別・死別は 13 名(3.2%)、未婚は 56 名(13.6%)であった。

親(配偶者の親を含む)の介護体験ありは 91 名(22.1%)、親の死の体験ありは 236 名(57.3%)であった。

自分自身の受療の有無(現在治療中または医療機関で経過観察中、歯科診療は除く)については、「あり」168 名(40.8%)、「なし」は 244 名(59.2%)であった。

対象者は事務職で職位は「係長・主任クラス」は 144 名(35.0%)、「課長クラス」は、「部長クラス以上」は 102 名(24.8%)であった。

個人収入は「600~800 万円」が 84 名(23.6%)、800~1000 万円が 85 名(23.9%)、「1000~1200 万円」78 名(21.9%)と分散していた。居住地は関東地方が 210 名(51.0%)であった。

本研究対象者は、平成 27 年度国民生活基礎調査及び平成国勢調査結果の 40~50 歳代の人とも大きな隔たりはなく、平均的な中年期男性像とかんがえられた。

2. 行動に特異的な認識と感情（自己効力感・家族関係・職業性ストレス）

予備的解析として、自己効力感を示す特性的自己効力感尺度の平均値と標準偏差及び信頼性係数を算出した(表2)。

また、家族関係について、家族 APGER 尺度の平均値と標準偏差及び信頼係数を示した(表3)。

職業性ストレスは、職業性ストレス簡易調査票の平均値と標準偏差及び信頼係数を示した(表4)。

特性的自己効力感尺度と家族 APGER 尺度のクロンバック α 係数は、0.90 と 0.89 と有効な値が得られたが、職業性ストレス簡易調査票は、0.59 と有効な値が得られなかった。職業性ストレス簡易調査票は複数の尺度を構成したものであるため、内的一貫性が得られない結果となったと考えられた。

II. 中年期男性の健康増進ライフスタイルの得点

本研究の分析対象は、全対象者 412 名中、欠損値のない 356 名とした。

日本語版健康増進ライフスタイルプロフィールの 52 項目によって測定された総合計得点の平均と標準偏差は 2.38 ± 0.37 であった。クロンバック α 係数は、0.92 と有効な値が得られた。6 つの下位尺度の平均値と標準偏差及び信頼性係数を示す(表5)。

【健康の意識】の項目合計得点の平均値は、 2.24 ± 0.46 、各項目の平均値は 1.14～2.72 点であった。項目 45(「健康管理に関する学習会に参加することがありますか」)に床効果を認めた。クロンバック α 係数は、0.79 であった。

【精神的成長】の項目合計得点の平均値は、 2.42 ± 0.50 、各項目の平均値は 2.29～2.66 点であった。項目に天井効果や床効果は認められなかった。クロンバック α 係数は、0.84 であった。

【身体活動】の項目合計得点の平均値は、 1.97 ± 0.63 、各項目の平均値は 1.42～2.67 点であった。項目 10(「20 分以上の比較的激しい運動を、週あるいは月に何回していますか」)、項目 22(「レクリエーションとしてスポーツをしていますか」)、項目 28(「ストレッチ体操を週あるいは月に何回していますか」)、項目 40(「運動中自分の脈拍をチェックしていますか」)、項目 46(「目標心拍数で運動していますか」)の 5 項目に床効果を認めた。クロンバック α 係数は、0.83 であった。

【人間関係】の項目合計得点の平均値は、 2.56 ± 0.47 、各項目の平均値は、2.22～2.89 点であった。項目に天井効果や床効果は認められなかった。クロンバック α 係数は、0.82 であった。

【栄養】の項目合計得点の平均値は、 2.52 ± 0.40 、各項目の平均値は、1.55～3.50 点であった。項目 20(「1 日に、果物を何回食べていますか」)に床効果を、項目 50(「朝食を食べていますか」)の 2 項目に天井効果を認めた。クロンバック α 係数は、0.63 とやや低い値であった。

【ストレス管理】の項目合計得点の平均値は、 2.55 ± 0.49 、各項目の平均値は、2.03～2.95 点であった。項目に天井効果や床効果は認められなかった。クロンバック α 係数は、0.76 であった。

本研究の対象者は、日本語版健康増進ライフスタイルプロフィール 52 項目中、1 項目の天井効果と 7 項目の床効果を認める結果となった。

Ⅲ． 中年期男性の健康増進ライフスタイルの構成概念の抽出

中年期男性の健康増進ライフスタイルの構成概念を抽出するため、探索的因子分析(Exploratory/Explanatory Factor Analysis : EFA)を行った。分析に先立って、Kaiser-Meyer-Olkin 指数(Kaiser-Meyer-Olkin Measuring Sampling Adequacy)によるサンプリング適切性基準は、0.89 であり、Bartlett の球面性検定(Bartlett test of sphericity)による等分散性の決定では $\chi^2 = 7636.78$ ($p < .001$)と、いずれも十分なレベルの適切性基準を確認した。

EFA は、項目の全分散をできるだけ少ない共通因子で説明するため主因子法を選択し、因子間の相関があることを仮定して斜交回転(プロマックス回転)を用いた。因子構造は、スクリープロットを検討し、共通性の極端に低い項目を除外し、因子負荷量 0.3 以上を採択基準とした。複数回 EFA を実施し、検討した結果、34 項目 6 因子構造が得られた(表 6)。抽出された 6 因子は以下のとおりである。

第 I 因子は、「意義のある人生を送っている自信がある」に高い因子負荷量があり、「自分はすこしずつ良い方向に成長している」、「今の自分に満足している」、「自分自身の将来に期待する」、「一日一日が面白く有意義だと感じる」といった項目が続いていた。また、「他の人と有意義で充実した関係を保つ」、「他の人がやったことを気軽にほめることがある」、「他人への暖かい思いやり」といった項目や「新しいことにチャレンジしている」という項目も第 I 因子の構造に含まれていた。これらの項目を総合すると、人生における充実感・満足感を覚えることにより、新たなチャレンジに向かうというポジティブな姿勢であると解釈し、【人生における満足と成長】と命名した。

第Ⅱ因子は、「計画的に運動している」、「20分以上の比較的激しい運動を、週あるいは月に何回しているか」といった質問に対する積極的な実施状況を示す内容であり、自分の健康管理の一つとして積極的に運動を行うことと解釈し、【意識的な身体活動】と命名した。

第Ⅲ因子は、「自分の健康について医療関係者（医師、保健師、看護師等）に相談することはありますか」、「体調の変化や症状を、医師や医療関係者に話すことはありますか」という項目に高い因子負荷量があったことから【健康管理における専門的助言】と命名した。

第Ⅳ因子は、「1日に15～20分間、気晴らしをしたり、瞑想にふけたりする」、「毎日の生活においてリラックスのための時間をとる」といったストレスを緩和することや「就寝前にはできるだけ楽しいことを考える」といった自分なりのストレス解消法と解釈し、【ストレス管理】と命名した。

第Ⅴ因子は、「目標心拍数で運動している」、「運動中自分の脈拍をチェックしている」という項目に高い因子負荷量を認めた。健康に配慮した適切な身体活動を意識している内容と解釈し、【身体状況への意識】と命名した。

第Ⅵ因子は、「親しい人に話をきいてもらうことがある」、「自分の問題や心配ごとを親しい人に打ち明けることがある」といった心の支えとなるような親しい人の存在であると解釈し、【親しい人の存在】と命名した。

各因子のクロンバック α 係数は0.89～0.77であり、内的整合性を確認した。

IV. 中年期男性の健康増進ライフスタイル仮説モデルの検討

1. 確証的因子分析

探索的因子分析によって得られた中年期男性の健康増進ライフスタイルの構造を検証するため、確証的因子分析(Confirmatory Factor Analysis: CFA)を行った(図3)。すなわち、実際のデータがモデルを支持しているかどうかを検証するため、潜在変数である因子から観測変数という因果モデルとデータとの適合度の検定を行った。

その結果、適合度指標は、GFIは0.85、AGFIは0.83、CFIは0.89、RMSEAは0.05であった。CFI(Comparative Fit Index)は0から1の値をとり、0.95以上にはならないため、今回の0.85という結果はよく適合していることを示した。MRSEA(Root Mean Square Error of Approximation)も、0.05で、許容範囲は0.1以下であるため、適合度は満たした。

しかし、GFI(Goodness-of-fit index)とAGFI(Adjusted GFI:GFIを補正した指標)は、それぞれ0.85と0.83で、0.9以上であることが望ましいという採択基準を満たせなかった。

各潜在変数と観測変数間の標準化係数についてみると.38から.90と中等度以上の値を示した。【人生における満足と成長】では、「意義のある人生を送っている自信がある」は.82、「一日一日が面白く有意義だと感じる」は.78、「他の人と有意義で充実した関係を保つ」が.76と高く、これらの観測変数の貢献が大きい。

【意識的な身体活動】では、「計画的に運動している」は.84、「20分以上の比較的激しい運動を週あるいは月に何回していますか」は.79と高い説明力を示した。

【健康管理における専門的助言】では、「自分の健康について医療関係者に相談することはありますか」は.87、「体調の変化や症状を、医師や医療関係者に話すことがありますか」は.76で高い説明力を示した。

【ストレス管理】では、「毎日の生活において、リラックスのための時間をとっていますか」が.69で中等度の貢献であった。

【身体状況への意識】では、「目標心拍数で運動していますか」が.90と観測変数として非常に高い値を示した。

【親しい人の存在】では、「親しい人に話を聞いてもらうことがありますか」が.88と観測変数として高い値を示した。

因子負荷量の高さから、これらの6つの潜在変数は、中年期男性の健康増進ライフスタイルの構成概念として評価することはできたが、適合度指標の採択基準のすべてを満たすことはできなかった。

このため、潜在変数を用いることは断念し、日本語版 HPLPⅡの得点を目的変数に、個人特性、特性的自己効力感、家族 APGER、職業性ストレスの得点を説明変数とする重回帰分析により健康増進ライフスタイルに影響を及ぼす要因を明らかにすることとした。

2. 重回帰分析

中年期男性の健康増進ライフスタイルに影響を及ぼすと考えられる個人特性と経験の要因を特定するため、年代、婚姻状況、子どもの有無、親の介護経験の有無、親の死の体験の有無、受療の有無、肥満度別（やせ、標準、肥満）、家庭生活の満足・不満足、仕事の満足・不満足のカテゴリ別の日本語版 HPLPⅡのスコアを求めた(表7)。

また、仮説モデルに含まれる変数間の相関マトリックスを確認した(表8)。

年代では、50歳代が40歳代に比べ、第Ⅲ因子【健康管理における専門的助言】と第Ⅳ因子【ストレス管理】及び日本語版 HPLPⅡの平均合計得点において有意に高い値を示した。婚姻状況では、既婚、離婚・死別、未婚の群間に有意な差は認められなかった。子どもの有無でも群間に有意な差は認められなかった。

親の介護経験の有無では、あり群が第Ⅲ因子【健康管理における専門的助言】と第Ⅴ因子【身体状況への意識】及び日本語版 HPLPⅡの平均合計得点が有意に高い値を示した。親の死の体験の有無別では有意差を認めなかった。

本人の受療の有無別では、あり群が第Ⅲ因子【健康管理における専門的助言】、第Ⅴ因子【身体状況への意識】、第Ⅵ因子【親しい人の存在】及び日本語版 HPLPⅡの平均合計得点が有意に高い値を示した。

肥満度では、標準群が肥満群に比べ、第Ⅱ因子【意識的な身体活動】、第Ⅲ因子【健康管理における専門的助言】、第Ⅵ因子【親しい人の存在】及び日本語版 HPLPⅡの平均合計得点が有意に高い値を示した。

家庭生活の満足度では、満足群が不満足群に比べ、第Ⅰ因子【人生における満足と成長】、第Ⅲ因子【健康管理における専門的助言】、第Ⅳ因子【ストレス管理】、第Ⅴ因子【身体状況への意識】、第Ⅵ因子【親しい人の存在】及び日本語版 HPLPⅡの平均合計得点が有意に高い値を示した。

仕事の満足度では、満足群が不満足群に比べ、第Ⅰ因子【人生における満足と成長】、第Ⅳ因子【ストレス管理】、第Ⅵ因子【親しい人の存在】で有意に高い値を示した。

これらの個人特性と特性自己効力感及び家族 APGER、職業性ストレスを説明変数とし、日本語版 HPLP II の平均合計得点を目的変数とする重回帰分析を行った(表 9)。

分析は、ステップワイズ法(stepwise method)を用いた。ステップワイズ法は、重回帰分析における変数選択のための逐次選択法であり探索的な分析を行うことにより、不適切な項目を統計的に除外することができるため、妥当な分析手法と考えられた。

分析の結果、中年期男性の健康増進ライフスタイルは、自己効力感、家庭満足、受療の有無、肥満、年代(40 歳代、50 歳代)、やせ、家族 APGER による家族機能障害の有無によって、29%の説明率であり、中でも、自己効力感が最も大きい影響力を示した。家庭満足度と家族機能障害の有無という家族関係に関連した変数が有意に影響していたことは、中年期男性のライフスタイルを好ましいものとする上で示唆に富むと言える。

なお、職業性ストレスの得点を説明変数として投入したが、重回帰分析では影響要因とはならなかった。

第6章 考察

I. 中年期男性の健康増進ライフスタイルの特徴

1. 中年期男性の健康増進ライフスタイルの得点からみた特徴

中年期男性の健康増進ライフスタイルの特徴を浮き彫りにするため、先行研究における HPLP II の得点比較を行った（表 10）。

研究対象者の性、年齢等は異なるが、男性を含む群（表 10 上段）と更年期女性のみ群（表 10 下段）を示した。

HPLP II の総平均得点では、男性を含む群よりも女性のみ群の方が高く、女性の方が良好なライフスタイルであることが認められた。

HPLP II の項目別では、男女とも「人間関係」の得点が最も高く、「身体活動」の得点が最も低いという結果であった。性別による違いは認められず、共通したライフスタイルの特徴ということが示唆された。

「人間関係」の得点が高いことは、それを重視していることを示すものであり、中年期の心理社会的発達課題である「世代性」、すなわち、家族・世代関係や職場における人間関係における生産性や創造性を反映していると考えられた。例えば、他の人を気軽にほめたり、思いやりの気持ちをもつといった言動は、関係性の構築における潤滑油として、人間関係の拡大や深まりをもたらすと考えられる。

一方、「身体活動」の得点が低いことは、職場や家庭において意図的に運動を行う余裕がない、または効果的な運動方法に関する知識や情報が不足していることが考えられる。中年期以降にメタボリックシンドローム、生活習慣病が急増することから、身体活動に重点化した保健指導を強化していく必要があると考える。

2. 中年期男性の健康増進ライフスタイルの構造

本研究における中年期男性の健康増進ライフスタイルは、探索的因子分析の結果、第Ⅰ因子【人生における満足と成長】、第Ⅱ因子【意識的な身体活動】、第Ⅲ因子【健康管理における専門的助言】、第Ⅳ因子【ストレス管理】、第Ⅴ因子【身体状況への意識】、第Ⅵ因子【親しい人の存在】の6因子構造(34項目)であることが明らかになった。

HPLPⅡの原版の6つの下位尺度である【健康の意識】、【精神的成長】、【身体活動】、【人間関係】、【栄養】、【ストレス管理】とは、異なった構造を示す結果となった。HPLPⅡの原版は、ライフスタイルをアセスメントするために構成されているが、探索的因子分析を行うことで、中年期男性が認識する健康増進ライフスタイルの実態が明らかになったと考えられる。以下、HPLPⅡの原版と比較しながら、考察を試みる。

第Ⅰ因子【人生における満足と成長】の項目は、「意義のある人生を送っている自信がある」の因子負荷量が最も大きい結果となった。その他の項目は、HPLPⅡの原版の【精神的成長】(Spiritual Growth)と【人間関係】(Interpersonal Relations)の項目をほぼ反映していた。「自分は少しずつ良い方向に成長していると感じる」や「今の自分に満足している」、「自分自身の将来に期待することがある」といった自分の人生を肯定的にとらえる姿勢は、将来のさらなる成長をめざす原動力となると考えられた。Banduraは、課題に対する自己効力感とその課題の遂行を実際の遂行を予測すると主張しており共通する知見と解釈できる。

第Ⅰ因子には、HPLPⅡの原版【精神的成長】の項目が多く含まれるが、「自分より強いもの偉大なもの、例えば自然の力とか神の存在といったものを感じていますか」という項目は脱落した。日本語版HPLPⅡは、HPLPⅡの原版を忠実に邦訳しているため、欧米の文化圏に見られ

る **spiritual** な質問項目も含んでいるが、一般の日本人に答えやすい問題ではない(魏, 2000)ことが、改めて確認される結果となった。

第Ⅱ因子【意識的な身体活動】は、「計画的に運動している」、「20分以上の比較的激しい運動を週あるいは月に何回しているか」に高い因子負荷量が認められた。中年期男性の運動に対する動機や目的はさまざま考えられるが、単なる心がけではなく、意識的、客観的に身体活動を実施する点に特徴があると。板垣ら(1997)は、中年期にある人々の保健行動を低下させる因子として、仕事を持っていることをあげており、その理由として生活活動の中心は仕事であり、仕事を優先させてしまうために、保健行動に対する動機づけが弱くなると考察しているが、本研究ではそれを支持しない結果となった。人生における満足と成長のために、運動するといった関連が示唆された。

厚生労働省運動基準・運動指針の改定に関する検討会(2012)の第1回検討会で提出された国立長寿医療研究センター・老化に関する長期縦断疫学研究(National Institute for Longevity Science-Longitudinal Study of Aging: NILS-LSA)(2012)では、中年期の運動習慣が、高齢期の身体機能、認知機能への効果を報告しており、【意識的な身体活動】をいかに長期間継続するかが、今後の課題となると考える。

第Ⅲ因子【健康管理における専門的助言】は、「自分の健康について医療関係者に相談することがある」、「体調の変化や症状を、医師や医療関係者に話すことがある」に高い因子負荷量がある。健康管理における専門的助言を受け入れるという姿勢は、健康に対する意識の高さの現れであり、健康面の不安や問題をできるだけ早く解決しようとする合理的な判断に基づくものと考えられる。中年期男性は、【人生における満足と成長】を優先しているため、自分の価値判断ではなく、積極的に専門的な

助言を受け入れる柔軟な姿勢になっていると考えられる。また、本研究の対象者は全員就業しており、産業保健による健康管理や特定健康診査・特定保健指導の対象となっているため、専門的助言を受けやすい環境下にあることも関連していると考えられる。

山本(2012)は、経営環境が厳しい状況にある今日、終身雇用に拘らない企業が増加し、労働者のキャリア形成は、自己責任という認識が急速に高まっているという指摘をしており、身体的健康だけでなく、精神的健康にも配慮した職場環境の整備は重要度を増すものとする。

第Ⅳ因子【ストレス管理】は、「1日に15～20分間、気晴らしをしたり、瞑想にふけったりする」、「毎日の生活において、リラックスのための時間をとっている」に高い因子負荷量があり、HPLPⅡ原版の【ストレス管理】の項目をほぼ反映した結果となった。

小川(2003)は、成人期男性は、家庭問題よりも仕事上の出来事をよりストレスだと感じる割合が高く、仕事量やそれに伴う過労が大きなストレスになっていると指摘している。どのようなストレスであっても、個人がそれをコントロールする方法を持っていることが、健康増進ライフスタイルに繋がると考える。これには、過去の関連行動に伴う自己効力感が影響するかもしれない。

第Ⅴ因子【身体状況への意識】は、HPLPⅡ原版の【身体活動】の項目中、「目標心拍数で運動しているか」に高い因子負荷量があった。運動中に、心拍数を自己チェックするという行動は、身体的健康に対する高い意識の現れと考えられる。普段は、自分でしっかりと健康管理をし、必要な時には専門的助言を得るという中年期男性のライフスタイルの特徴を示すものと考えられた。

第Ⅵ因子【親しい人の存在】は、「親しい人に話を聞いてもらうことが

ある」に高い因子負荷量があった。職場の人間関係のようなフォーマルな関係ではなく、自分の問題や心配事を気軽に相談できるインフォーマルな人間関係を求めていると解釈できる。

このように、HPLPⅡ 原版と比較すると、順位や質問項目の構成は異なる結果となった。特に、【栄養】の9項目中、「低脂肪、低飽和脂肪酸、低コレステロールの食事を心がけていますか」以外の8項目が脱落した。山口(1998)は、栄養や食事に対して、男性は受け身の姿勢で食事や栄養の問題に関わるという伝統的な背景があるためと考察しているが、最近では、食品のカロリーや特定保健用食品等に関する情報があふれており、職場では肥満対策の食事指導がしばしば実施されていること等を考慮すると、栄養に関する知識や情報はある程度持っていると考えられる。むしろ、今回の結果は統計的に、共通性(communality)が低かったことが原因と考えられる。すなわち、栄養については、独自性(uniqueness)が高い項目と考えられる。

人間にとって、食べることの重要性は論を待たないが、今回の結果から、栄養指導の在り方については、中年期男性の特性に応じた内容を検討する必要性が示唆された。

Ⅱ. 中年期男性の健康増進ライフスタイル仮説モデルの検討

1. モデルの適合度評価

本研究は、Pender の改訂 HPM の枠組みを用いて、中年期男性の健康増進ライフスタイル仮説モデルを作成し、その影響要因を明らかにすることを試みたものである。

まず、日本語版 HPLP II の探索的因子分析によって、中年期男性の健康増進ライフスタイルの構造を明らかにした。しかし、探索的因子分析によって得られる因子は、項目間の相関関係の高いもの同士を説明している仮説的な構成概念でしかないことから、確証的因子分析を行うことによって、データとの適合度を確認することとした。

適合度指標の RMSEA(Root Mean Square Error of Approximation)、すなわち、モデルの分布と真の分布との乖離を 1 自由度当たりの量として表現した指標(豊田, 1998)と、CFI(Comparative Fit Index, 比較適合度指標)は適合していることを示した。しかし、GFI(Goodness-of-fit index)と AGFI(Adjusted GFI)の値は、採択基準の 0.9 以上を満たさなかった。この適合度評価は、数値的にグリーンに位置するため、適切なモデルと判断されなかった。データの性質、先行研究、研究仮説等から、観測変数の数を多くする必然性がある場合には、GFI の値が 0.9 を下回っていても、そのことだけでモデルを捨て去る必要はない(豊田, 1998)とされるが、健康増進行動を説明するモデルの適合度を上げるために、複雑にパスを引くことに意味はないと考え、潜在変数を用いた解析は断念し、重回帰分析によって、中年期男性の健康増進ライフスタイルに影響を及ぼす要因について明らかにすることとした。

2. 仮説モデルの検討

中年期男性の健康増進ライフスタイル仮説モデルには、自己効力感が最も大きく影響を与えていた。標準偏回帰係数が .30 と有意な正の効果とを及ぼしていることから、自己効力感は健康増進ライフスタイルの増進に寄与することを意味する。仮説モデルが基盤とした Pender の HPM は、Bandura による社会的認知理論で提唱された自己効力感を中心概念と位置付けており、Bandura(1995)も、自己効力感が高まるほど、行動の達成

レベルも上がっていくと述べていることから、自己効力感が高まれば、健康増進ライフスタイルの得点も上昇すると予測される。

しかし、自己効力感が高い者は治療3か月後には血清脂質値が改善するが、1年後には治療前の数値に戻る (McCann, 1995) という研究報告がなされており、自己効力感の安定性や変化について明確にする必要がある。また、自己効力感の認識に影響を及ぼす要因は、4つの情報源(制御体験、代理体験、言語的説得、情動的喚起)によって基礎づけられるとされるが、臨床的には、どのような働きかけをすれば望ましいライフスタイルを導くことができるかを明確にする必要がある。今後、看護学研究や実践において自己効力感に着目した研究が増えることを期待したい。

今回、健康増進ライフスタイルの説明変数として、家族満足の変数が影響していることが確認された。標準回帰係数は、-.18 とマイナスの符号がついているが、これは分析に当って、ダミー変数を設定したためである。実際には家族不満足が負の影響となるため、家族満足は正の効果を及ぼすことを意味する。また、家族機能障害の有無も正の効果を及ぼすことが明らかになった。これらの結果が示すように、仮説モデルに投入した家族関係は、健康増進ライフスタイルの実行にわずかではあるが影響を及ぼすことが検証された。

日本語版 HPLP II の探索的因子分析でも親しい人の存在が抽出されたことを踏まえると、健康行動の維持、増進には人間関係の関与が大きいと考えられる。これまでの保健指導では当事者に対する個別指導や類似の問題を抱えた集団に介入していたが、家族を単位とした支援も有効であると考えられる。

受療の有無や肥満、やせが、説明変数として有意に影響を及ぼしていた。医療機関を受診する行為は、病状の重症度に関わらず明らかな健康

障害の存在を意味する。また、肥満、やせは、BMIや体重測定など客観的データによって、疾病のリスクを自覚することに繋がる。このように身体的健康について自覚したとき、ライフスタイルも影響を受けると言える。本来の一次予防ではないが、受診を契機に健康について深く考察することを促すことは、ライフスタイルの見直しに繋がると考えられる。

年代は、年代が高い方が健康増進ライフスタイルをしていることを意味している。Walkerらの高齢者、中年成人、若年成人のHPLPを比較した報告では、高齢者が「全体」、「健康意識」、「栄養」、「ストレス管理」において若年成人や中年成人よりも高いスコアを有していた(本江他, 2003)ことと符号する。ライフスタイルは、発達年齢によって変化すると予測されるため、年代別の比較検討により、特徴を明確にしていく必要もあると考える。

Ⅲ. 看護実践への適用

本研究の結果、中年期男性の健康増進ライフスタイルの構造が明らかになった。好ましいライフスタイルを醸成するためには、看護者は、中年期男性がどのような健康意識をもっているか、何を健康増進の要因と認識しているかを把握する必要がある。中年期男性にみられた健康行動は、機械的に習慣化されたものではなく、発達課題を背景に、意識的に行動化されていたことを踏まえ、再認識すべき情報であると考え。個人の主体性を重んじなければ、ヘルスプロモーションには結びつかない。医療政策では、生活習慣の改善等、行動変容に結果を出すことが重要視されているが、主体の心や意思を無視したものにならないよう、保健指導、健康教育の改善を図る上での基礎資料となると考える。

今回、中年期男性の健康増進ライフスタイルの予測変数として、自己効力感が最も影響していることが明らかになった。自己効力感に働きかけることで、健康増進行動を促進する可能性がある。自己効力感は、健康行動理論の基盤として位置付けられている概念であるが、看護学において、研究の蓄積は十分であるとは言えない。今後、看護学の視点から、特定の健康行動における自己効力感の構成概念、測定尺度の開発等の糸口になることを期待したい。

次に、健康増進ライフスタイルに影響を及ぼす要因として、家庭生活の満足、家族機能という家族関係の影響が確認された。このことは、**Family as Client** として、家族単位をベースとしたケアが健康増進ライフスタイルの構築に貢献する可能性を意味する。これまで、家族看護の領域では、病気をもった家族、家族の構成員の誰かが病気になった後の家族システムの変調に対して介入するといった方向でケアを実施してきた。しかし、今後は、予防的家族看護や健康増進のための家族看護の可能性についても検討していく必要があると考える。

本研究で用いた日本語版 HPLP II は、信頼性のある尺度として各国で使用されているが、本研究における確証的因子分析では良好な適合度を得られなかった。ライフスタイルのように、その時の社会情勢や文化的要因によってさまざまな影響を受ける概念を測定する尺度を使用する際、信頼性、妥当性の検証や項目の見直しによる精度の改善を図っていく必要があると考える。今後、日本語版 HPLP II の使用に当たって参考資料になればと考えている。

最後に、本研究では、中年期男性の健康増進ライフスタイルは発達課題である生殖性を色濃く反映していた。このことは、発達段階に応じた支援の重要性とともに、看護基礎教育においては、成人期をひとくくり

にした教育から発達心理学の知見を十分に活用し、きめ細かくその特徴を学習する必要性を示すものとする。発達支援の観点からの看護を考察する上での教育に寄与できるものと考えている。

IV. 本研究の限界と今後の課題

本研究で得られた中年期男性の健康増進ライフスタイルの構成概念は、採択基準を満たす適合度を得られなかった。このことは、中年期男性の健康増進ライフスタイルを測定する尺度として、項目内容を洗練し、精密かつ信頼性、妥当性の高い尺度の構築を目指す必要性を意味する。

また、今回得られた知見として、中年期男性が認識するライフスタイルには、家族関係の要因の関連が弱いながらも確認された。今後、家族関係と健康増進、ライフスタイルとの関連性について、さらに詳細な再検討を行っていくことが求められる。

今回、これまであまり注目されてこなかった健全な中年期男性の健康増進ライフスタイルに焦点を当てたが、今後、調査対象者の職種を広げ比較検討する、縦断的調査により健康増進ライフスタイルの変容プロセスの知見を得る等、さまざまなデータを蓄積し、因果モデルを構築・検証していくことが必要と考える。

最後に、本研究の調査方法は、インターネット調査を用いた。母集団が捉えにくいという限界以外に、調査対象者である登録モニタは、インターネット・ユーザーであることは当然ながら、日常的にインターネットにアクセスし、さまざまな調査に **self-selection** (自己参加型) で参加しているという特性が指摘されており、代表性については限界として残る。

第 7 章 結論

本研究は、中年期男性のライフスタイルに影響を及ぼす要因を明らかにするため、中年期男性の健康増進ライフスタイル仮説モデルを作成し、分析を行った。

研究方法は、インターネット調査とし、対象者は、インターネット調査会社の登録モニタの中から、中年期男性（40～59 歳）、職業（事務系会社員）の条件に合致した 27,416 名を無作為に抽出し、協力依頼をした結果、8,988 名から同意を得た。Web サイト上の調査票の回答が 40 歳代 200 名、50 歳代 200 名の合計 400 名分のデータ収集を目標数に調査を実施した。調査票は個人属性の他に 4 つの既存尺度を用いて、データ収集を行った。

本研究の仮説モデルは、Pender の改定 HPM の「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 つの主要概念の部分を用いた。「個人の特性と経験」は、中年期男性の生物学的、心理学的及び社会文化的な側面から検討した特性を抽出し、「行動に特異的な認識と感情」は、改訂 HPM が理論的源泉とした Bandura の社会的認知理論の中心概念でもある自己効力を測定することとした。また、中年期のライフスタイルの選択と決定には、家族関係と職業性ストレスが影響すると仮定した。「行動の成果」は、健康の意識、精神的成長、身体活動、人間関係、栄養、ストレス管理の 6 つの下位尺度で構成される健康増進ライフスタイルとした。

まず、中年期男性のライフスタイルの実態を把握するため、探索的因子分析を行った結果、【人生における満足と成長】、【意識的な身体活動】、【健康管理における専門的助言】、【ストレス管理】、【親しい人の存在】

の 6 因子で構造であることが明らかになった。中年期男性の健康増進ライフスタイルは、人生における満足と成長に向け、意識的に運動を行い、健康管理では専門的助言を積極的に受け、親しい人の存在があり、ストレスをコントロールするといったポジティブな生き方が読み取れた。

また、抽出された中年期男性の健康増進ライフスタイルの構成概念を確認するため、確証的因子分析により適合度を検証した。適合度指標の RMSEA(Root Mean Square Error of Approximation)と、CFI(Comparative Fit Index, 比較適合度指標)は適合していることを示したが、GFI(Goodness-of-fit index)と AGFI(Adjusted GFI)の値は、採択基準の 0.9 以上を満たさず、適切なモデルと判断されなかった。このため、健康増進ライフスタイルの潜在変数を仮説モデルに投入することは断念し、重回帰分析により健康増進ライフスタイルに影響を及ぼす要因を検討することとした。その結果、調整済み決定係数 Adjusted R^2 は 0.29 で、自己効力感、家庭満足、家族機能障害の有無、受療の有無、年代、肥満・やせが影響していることが明らかになった。

本研究の結果から、以下のような看護実践への示唆が得られた。

1. 中年期男性の健康増進ライフスタイルは、【人生における満足と成長】【意識的な身体活動】【健康管理における専門的助言】【ストレス管理】【親しい人の存在】の 6 因子で構成されていた。これらの構成概念は、中年期男性の発達課題である「世代性」を反映していると考えられた。
2. 中年期男性の健康増進ライフスタイルには、HPLP II の原版の栄養に関する項目がほとんど出現しなかった。看護者が保健指導、健康教育に向けたアセスメントを行う場合は、栄養に関する内容が含まれていないことに留意し、個別性に応じた栄養指導を行う必要があると考えられた。
3. 日本語版 HPLP II の潜在変数による確証的因子分析で良好な適合度

を得られなかった要因として、構成概念の適格性と観測変数の数が多いことが考えられる。健康増進ライフスタイルの概念に健康に対する価値観を含める等構成概念を検討すること、安易に観測変数を削るのではなく、変数の再吟味が必要と考える。なお、日本語版 HPLPⅡの項目で、日本文化に馴染まない項目があったことから、項目の妥当性の検討も必要と考えられた。

4. 重回帰分析により、中年期男性の健康増進ライフスタイルには、自己効力感、家族関係、受療、肥満・やせの有無が影響要因であることが明らかになった。健康増進の基軸となる自己効力感と家族関係が説明変数として確認されたことは、改訂 HPL の部分的な確認に繋がったが、調整済み決定係数 Adjusted R^2 は 0.29 と低い値であることから、健康増進ライフスタイルの構成概念について再検討する必要がある。

5. 実際の保健指導場面を想定すると、以下のような限界と今後への課題が挙げられた。第一に、自己効力感の高さが長期間にわたって安定性があるかを検討するため縦断研究の必要があること。また、自己効力感はどのような情報源を基に高められるかについて明らかにしていく必要があること。第二に、家族関係の影響はあっても、どのような関係性が健康行動に影響するかについて解明する必要がある。今後、より妥当性の高い仮説モデルを検討する必要がある。

謝 辞

論文の最後にあたり、本研究へのご協力をいただきましたマクロミル株式会社様、ご回答いただきました登録モニタの皆様に、心より御礼申し上げます。

本研究の計画段階において、丁寧なご指導いただきました黒田裕子教授に心から感謝申し上げます。先生には、北里大学から異動された後の1年間継続して、貴重なご助言やご支援を賜りました。先生のご指導がなければ、ここまで辿り着くことはできなかったと思います。

指導教員の交代後、出口禎子教授には、終始暖かい励ましやご支援を賜りました。また、松谷伸二教授には、論文に目を通していただき、丁寧なご助言をいただきました。

本学の博士課程履修期間中、いろいろな出来事があり、私自身の心身にも思わぬ出来事が重なり、諦めかけたこともありました。本当に長い道のりでございましたが、ご支援いただきました先生方、研究仲間の皆さまに深く感謝申し上げます。ありがとうございました。

文 献

- Ajzen, I. (2014). The theory of planned behavior : Reactions and reflections, *Psychology and Health*, Vol.26, No.9, 1113-1127.
- Au, A., Lai, M.K., Lau, K.M., Pan, P.C., Lam, L., Thompson, L., Gallagher-Thompson, D. (2009). Social support and well-being in dementia family caregivers: the mediating role of self-efficacy, *Aging Mental Health*, 13(5), 761-768.
- Baruth, M., Wilcox, S., Sharpe, P.A., Schoffman, D.E., Becofsky, K. (2014). Baseline predictors of physical activity in a sample of adults with arthritis participating in a self-directed exercise program, *Public Health*, 128(9), 834-41.
- Bandura, A. (1995). *Self-Efficacy in Changing Societies*/本明寛他(1997), 激動社会の自己効力, 金子書房
- Belloc, N. B., Breslow, L. (1972). Relationship of physical health status and health practice, *Preventive Med*, 1, 409-421.
- Berkman, L.F., Breslow, L. (1983). *Health and Ways of Living, The Alameda County Study* / 森本兼曩監訳, 星旦二編訳(1989)生活習慣と健康ライフスタイルの科学, HBJ 出版局
- Block, G., Stemfeld, B., Block, C.H., Block, T.J., Norris, J., Hopkins, D., Quesenberry, C.P.Jr., Husson, G., Clancy, H.A. (2008). Development of Alive! (A Lifestyle Intervention Via Email), and its effect on health-related quality of life, presenteeism, and other behavioral outcomes: randomized controlled trial, *Journal of Medical Internet Research*, 10(4), Published online 2008 Nov 19. doi: [10.2196/jmir.1112](https://doi.org/10.2196/jmir.1112)

- Bruhn, J.G. (1988). Life-style and health behavior (Edited by Gochman, D.S. Health behavior, Emerging research perspectives), 71-86, Plenum Press.
- Coreil, J., Levin, J.S. (1985). A Critique of The Life Style Concept in Public Health Education, Quarterly of Community Health Education, 5(2), 103-114.
- 江川賢一(2013). 子育て世代家族の家族機能と親子の自発的運動習慣との関連性—無作為抽出標本による生態学的検討—, 発育発達研究, 58, 10-17.
- Erikson, E.H. (1959). Identity and the life cycle, New York, International Universities Press, Inc./ 小此木啓吾訳・編(1973). 自我同一性, 誠信書房.
- 深野由夏他(2003). 地域住民のライフスタイルと精神的健康度との関連, 日本公衆衛生雑誌, 50(4), 303-313.
- 藤田大輔(2013). 企業男性従業員の産業健康教育活動の展開におけるソーシャルサポート及び健康管理意識と精神的健康度の関連性について, Journal of Occupational Health, 45(6), 392-39.
- Friedman, M. M. (1986). Family Nursing Theory and Assessment, /野嶋佐由美監訳(1993). 家族看護学 理論とアセスメント, へるす出版.
- 深堀敦子, 鈴木みずえ, グライナー知恵子, 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, 日本看護科学学会誌, 29(1), 15-24.
- 深尾篤嗣他(2008). 生活習慣病における深層心理学的アプローチの試み, 心身医学, 48(3), 185-193.
- 福川康之, 坪井さとみ, 新野直明, 安藤富士子, 小杉正太郎, 下方浩史

- (2002). 中学生のストレス及び対人交流と抑うつとの関連－
家族関係の肯定的側面と否定的側面－, 発達心理学研究, 13, 42-50.
- 堀洋道, 吉田富二雄編 (2001). 心理測定尺度集Ⅱ人間と社会のつながり
を考える<対人関係・価値観>, サイエンス社.
- 古澤亜矢子, 浅野みどり(2009). 学童期から思春期における広汎性発達
障害をもつ子どもと家族の健康及び家族機能に関する文献検討,
日本看護医療学会雑誌, 11(2), 1-7.
- 魏長年, 米満弘之, 原田幸一, 宮北隆志, 大森昭子, 宮林達也, 上田厚
(2000). 日本語版健康増進ライフスタイルプロフィール, 日本衛生
学雑誌, 54, 597-606.
- Gillis, A.J. (1993). Determinants of a health-promoting lifestyle: an
integrative review, *Journal of Advanced Nursing*, 18, 345-353.
- Glanz, K., Rimer, B.K., Lewis, F.M. (2002). *Health Behavior and Health
Education; Theory, Research and Practice*, 3rd edition/曾根智史, 湯浅資
之, 渡部基, 鳩野洋子(2006). 健康行動と健康教育, 医学書院.
- Hanson, S.M. and Boyd, S.T (2001). 村田恵子(監訳)/家族看護学, 医学書院.
- 旗持知恵子 (2008). 虚血性心疾患患者のライフスタイル研究－文献検
討から示唆された今日的課題－, 山梨県立大学看護学紀要 10, 1-12.
- 旗持知恵子, 中村美知子 (2006). 青年期の健康的なライフスタイルの認
知と実践－看護学生を対象として－, 山梨県立大学看護学部紀要,
8, 17-26,
- 春山康夫, 福田洋(2014). *Non-communicable disease*(非感染性疾患)
対策をめぐるヘルスプロモーションの諸動向, 日本健康教育雑誌,
22(2), 171-176.
- 広井良典 (2000). ケア学 越境するケアへ, 医学書院

- Holmes, T., Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale, *Journal Psychosom Res.*, 11:213/中川米造, 宗像恒次偏(1994).応用心理学講座, 13, 福村出版.
- 法橋尚宏(2010). 新しい家族看護学-理論・実践・研究, メジカルフレンド社.
- 本江朝美, 山田牧, 平吹登代子, 熊倉美穂子(2003). 我が国における 60 歳以上の活動的高齢者の *Sense of Coherence* の実態と関連要因の探索, *日本看護研究学会雑誌*, 26(1), 123-136.
- Huber, M., et al. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343(4163), 235-237.
- 猪飼周平 (2010). 病院の世紀の理論, 有斐閣, 217-232
- 井上清美 (2001). 家族内部における孤独感と個人化傾向 中年期夫婦に対する調査データから, *家族社会学研究*, 12(2), 237-246.
- 板垣恵子他 (1997). 50 歳以上の人々の保健行動, *東北大医短部紀要*, 6(1), 35-40.
- 岩橋成寿, 田中義規, 福土審, 本郷道夫 (2002). 日本語版自覚ストレス調査票作成の試み, *心身医学*, 42(7), 460-465.
- 泉田信行, 黒田有志弥(2014). 壮年期から高齢期の個人の健康診断受診に影響を与える要因についてー生活と支え合いに関する調査を用いてー, *季刊・社会保障研究*, 49(4), 408-420.
- Kaakinen, J. R., Gedaly-Duff, V., Cochilo, D. P., Hanson, S. M. H. (2010). *Family Health Care Nursing 4th Edition*, F.A.Davis Company.
- 河合隼雄 (1967). ユング心理学入門, 培風館.
- 角野雅芳 (1999). ライフスタイル論を基調としたアドラー心理学の理論構成, *アドレリアン*, 13(29), 1-13.

- 掛本知里 (2001). 中年期の「Health Promotion」の概念分析, 産業ストレス研究, 8(4), 215-221.
- 川上憲人, 橋本英樹, 近藤尚己 (2015). 社会と健康－健康格差解消にむけた統合科学的アプローチ－. 東京大学出版会.
- 河田志帆, 畑下博世, 金城八津子 (2014). 性成熟期女性のヘルスリテラシー尺度の開発－女性労働者を対象とした信頼性・妥当性の検討－, 日本公衆衛生雑誌, 61(4), 186-196.
- Kichbusch, I. (1981). Involvement of Health－A social concept of health education－, International Journal of Health Education, 4, 3-10.
- Kichbusch, I. (1983). Lifestyle and Health. An Introduction. European Monographs in Health Education Research. 5, 4-6./島内憲夫, 鈴木美奈子(2013). ヘルスプロモーション WHO:オタワ憲章, 垣内出版.104-105
- 日下知子 (2009). 中高年女性のヘルスプロモーション行動に関する研究－日本語版健康増進ライフスタイルプロフィールと背景因子との関連－, 川崎医療福祉学会誌, 18(2), 531-536.
- 近藤克則 (2016). 講座ケア 新たな人間-社会像に向けて 4, ケアと健康社会・地域・病い, ミネルヴァ書房.
- 近藤克則 (2011). 健康の社会的決定要因 WHO の健康格差対策, 日本公衆衛生雑誌, 58(7), 550-554.
- 国立社会保障・人口問題研究所(2014). 「日本の将来推計人口」(平成 24 年 1 月推計)
- 厚生労働省 (2014). 国民衛生の動向. Vol.61, No.9, 厚生労働統計協会.
- 厚生労働省 (2014). 人口動態統計
- 厚生労働省 (2013). 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会 次期

国民健康づくり運動プラン策定専門委員会，健康日本 21（第 2 次）の推進に関する参考資料 p.34(独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター

(<http://ganjoho.ncc.go.jp/public/statistics/index.html>)

厚生労働省 (2013). 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会，健康日本 21（第 2 次）の推進に関する参考資料，40.

厚生労働省 (2014). 平成 25 年国民健康・栄養調査 平成 24 年国民健康・栄養調査結果報告，

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyou/dl/h24-houkoku.pdf>

厚生労働省 (2009). 「自殺未遂者・自殺親族等のケアに関する検討会報告書」(平成 20 年 3 月)

厚生労働省大臣官房統計情報部雇用・賃金福祉統計課「毎月勤労統計調査年報（全国調査）」(平成 22 年)

厚生労働省 運動基準・運動指針の改定に関する検討会(2012). 第 1 回検討会鈴木隆雄構成員提出資料

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002o6tb.html>.

Lachman, & Baltes, P.B. (1994). Psychological ageing in lifespan perspective. In M. Ruter & D.F.Hay(Eds.), Development through life: Handbook for clinicians. Oxford:Blackwell Science Ltd. 583-606.

Levinson, D.J., Darrow, C., Klein, E., Levinson, M. & McKee, B. (1978). The Season of a man's life. New York:Alfred A. Knopf. /南博訳(1992). ライフサイクルの心理学<上>・<下>，講談社学術文庫.

Lo MH (2009). Health-promoting behavior and quality of life among caregivers and non-caregivers in Taiwan: a comparative study, J Adv

- Nurs. 65(8), 1695-704.
- Lusk, S.L., Kelemen, M.J. (1993). Predicting use of hearing protection: a preliminary study, *Public Health Nurs.*, 10(3), 189-196.
- Mason, J. O., McGinnis, J. M. (1990). Healthy People 2000": an overview of the national health promotion and disease prevention objectives.
- McCann, B.S. et al. (1995). Relationship of self-efficacy to Cholesterol lowering and dietary change in hyperlipidemia, *Annals of Behavioral Medicine*, 17(3), 221-226.
- 松尾洋平, 渡辺三枝子 (2007). 現代の中年職業人が抱く不安感と心理的危機, *経営行動科学*, 20(2), 115-168.
- 松田智子 (2000). 中高年期の夫婦関係とソーシャルネットワーク 夫と妻のズレを中心に, *生活協同組合研究*, 289, 27-35.
- 松村照美他 (2009). 地域における成人の運動継続過程に影響する要因 - 運動継続者の語りを通して -, *日本地域看護学会誌*, 12(1), 87-94.
- Michael, M. J, Foege, W. H. (1990). Actual causes of death in the United States, *JAMA*, 270, 2207-2212.
- 三浦慶美, 菅原京子, 後藤順子, 関戸好子 (2010). 山村地域における壮年期の住民の暮らしと予防的保健行動の特徴, *北日本看護学誌*, 13(1), 71-79.
- Murray J, Honey S, Hill K, Craigs C, House A. (2012). Individual influences on lifestyle change to reduce vascular risk: a qualitative literature review, *Br J Gen Pract.*, 2012 Jun, 62(599), 403-410.
- 村田昭治, 井関利明, 川勝久編 (1979). ライフスタイル全書 理論・技法・応用, ダイヤモンド社.
- 森岡清美・望月嵩 (1997). 新しい家族社会学 四訂版, 培風館.

- 森本兼曩 (2000). ライフスタイルと健康, 日本衛生雑誌, 54, 572-591.
- 森山美知子 (2001). ファミリーナーシングプラクティス 家族看護の理論と実践, 医学書院.
- 無藤隆, 久保ゆかり, 遠藤利彦 (1995). 発達心理学, 岩波書店, 180-213.
- 長尾博 (1990). アルコール依存症者と健常者との中年期の危機状態の比較, 精神医学, 32, 1325-1331.
- 長津美代子, 濱田由紀子 (1999). 中年期における女性の夫婦間ディストレス, 日本家政学会誌, 50(8), 793-805.
- 内閣府 (2014). 平成 26 年版自殺対策白書.
- 中原純, 林知世 (2005). 女子大生はなぜダイエットをするのか? 計画的行動理論(TPB:Theory of Planned Behavior)を用いた、ダイエット行動のメカニズムの解明, 生老病死の行動科学 10. 71-85.
- 長津美代子 (2007). 中年期における夫婦関係の研究, 日本評論社.
- 波崎由美子, 山田須美恵, 瀬戸知恵, 佐々木綾子, 田邊美智子 (2007). 福井大学医学部研究雑誌, 8(1), 31-39.
- 成田健一, 下仲順子, 中里克治, 河合千恵子, 佐藤眞一, 長田由紀子 (1995). 特性的自己効力感尺度の検討ー生涯発達の利用の可能性を探るー, 教育心理学研究, 43(3), 306-314.
- Newman, B.M., & Newman, P. R. (1975). Development Through Life(Third Edition) / 福富護訳(1988) 新版 生涯発達心理学 エリクソンによる人間の一生とその可能性, 川島書店.
- 仁平京子 (2005). ライフスタイル概念における社会的・心理学的特質とマーケティング的特質, 商学研究論集第 22 号, 409-427.
- 日本看護科学学会看護学学術用語検討委員会第 9・10 期委員会 (2011). <http://jans.umin.ac.jp/iinkai/yougo/pdf/terms.pdf>

- 日本学術会議 (2014). 臨床医学委員会報告 生活習慣病研究のあり方,
2.
- 西村純一 (1994). 成人発達心理学, 酒井書店.
- O' Donnell, M.P. (1989). Definition of Health Promotion: Part III ; Expanding
the Definition, *American Journal of Health Promotion*, 3(5).
- OECD 教育研究センター (2008). 学習の社会的成果 健康、市民・社会的
関与と社会関係資本/OECD(2007). *Understanding the social
Outcomes of Learning*, 137.
- 小川千穂 (2003). 特定のストレスフルな出来事が勤労者の精神的健康
に及ぼす影響ーライフ・イベント、ストレスへの認知及びコーピング
との関連ー, *健康心理学研究*, 16(2), 44-52.
- 岡浩一郎 (2003). 中年期における運動行動の変容段階と運動セルフ・エ
フィカシーの関係, *日本公衆衛生雑誌*, 50(3), 208-215.
- 岡浩一郎 (2000). 行動変容のトランスセオリアル・モデルに基づく
運動アドヒアレンス研究の動向, *体育学研究*, 45, 543-561.
- 岡本祐子 (1985). 中年期の自我同一性に関する研究, *教育心理学研究*,
33(4), 23-34.
- 岡本祐子(1994). 生涯発達心理学の動向と展望ー成人発達研究を中心に
ー, *教育心理学年報*, 33, 132-143.
- 小澤恭子他 (2013). 生活習慣病予備軍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学会誌*, 28(1), 60-
70.
- Padden, D.L., Connors, R.A., Posey, S.M., Ricciardi, R., Agazio, J.G. (2013).
Factors influencing a health promoting lifestyle in spouses of
active duty military, *Health Care Women Int.*, 34(8), 674-693.

- Pender, N. J., (1982). Health Promotion in Nursing Practice. Norwalk, CT:Appleton Century-Crofts
- Pender, N. J., Murdaugh CL, Parsons MA, (2015). Health Promotion in Nursing Practice. Seventh edition, Pearson, 93.
- Persson, R., Cleal, B., Jakobsen, M., Villadsen, E., Andersen, L.L. (2014). The relationship between self-efficacy and help evasion, Health Educ Behav, 41(1), 7-11.
- Pronk N.P., Lowry M., Kottke T.E., Austin E., Gallagher J., Katz, A. (2010). The association between optimal lifestyle adherence and short-term incidence of chronic conditions among employees. Popul Health Manag., 13(6), 289-95.
- Rew L. (1990). Correlates of health-promoting lifestyle and sexual satisfaction in a group of men. Issues Ment Health Nurs. , 11(3), 283-295.
- 坂野雄二 (1986). 一般性セルフ・エフィカシー尺度の妥当性の検討, 早稲田大学人間科学研究, 2(1), 91-98.
- 坂野雄二, 東條光彦 (1986). 一般性セルフ・エフィカシー尺度作成の試み, 行動療法研究, 12(1), 73-82.
- 佐藤栄子, 宮下光令, 数間恵子 (2004). 壮年期 2 型糖尿病患者における食事関連 QOL の関連要因, 日本看護科学会誌, 24(4), 65-73.
- 佐藤順子 (2004). 健康教育課題としての生活習慣病の検討－社会的視座とライフスタイル概念の有用性－, 湘南南紀大学紀要,15, 39-48.
- Sato Y, Tanda H, et al. (2007). Prevalence of major depressive disorder in self-referred patients in a late onset hypogonadism clinic. Int J Impot Res., 19, 407-410.

- Saunders, M.M. (2008). Family caregiver support and Hospitalizations of patients with heart failure, *Home Healthc Nurse*, 26(10), 624-632.
- Schröer S, Haupt J, Pieper C. (2014). Evidence-based lifestyle interventions in the workplace--an overview, *Occup Med (Lond)*, 64(1), 8-12.
- Shahroodi, M.V., Amin-Shokravi, F., Haidarnia, Alireza, Nooghabi, H.J. (2013). A Survey on the Effects of the Pender's Health Promotion Model on Prediction of the Employees' Physical Activity, *Health Education & Health Promotion*, 1(1), 51-66.
- Sherer, M., Maddux, J.E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., Rogers, R.W. (1982). The self-efficacy scale. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
- 島明子 (2004). 非治療者を対象とした更年期症状と健康増進行動の関連性－日本語版健康増進ライフスタイルプロフィールを用いた検討－, *母性衛生*, 45(2), 269-277.
- 白井利明 (2011). 成人前期と中年期のアイデンティティ発達に関する研究課題, *大阪教育大学紀要 第 IV 部門 教育科学* 59(2), 123-138.
- Shulman, B, H., Mosak, H.H. (1988). *Manual for Life Style Assessment.* / 前田憲一 (2000)., *ライフスタイル診断*, 一光社
- Simpson, V. L, Hyner, G. C., Anderson, J. G. (2013). Lifestyle behavior change and repeat health risk appraisal participation: a structural equation modeling approach, *Am J Health Promot*, 28(2), 128-135.
- 清水紀子, 杉村和美 (2006). 発達心理学から見た中年期－失いつつ得る－岡本祐子編：現代のエスプリ別冊 中年の光と影－うつを生きる－至文堂, 93-102.

- 島内憲夫 (2007). 人々の主観的健康観の類型化に関する研究－ヘルスプロモーションの視点から－, 順天堂医学, 53, 410-420.
- 島内憲夫 (2015). ヘルスプロモーションの近未来－健康創造の鍵は？－日本健康教育学会誌, 23(4), 307-317.
- 下光輝一 (2004). 職場環境等の改善によるメンタルヘルス対策に関する研究, 平成 14 年～16 年度厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究 (研究報告書公開用, 平成 21 年 5 月修正更新).
- 塩川宏郷 (2007). 幼児の養育者用ライフイベント質問票の作成, 自治医科大学紀要, 30, 165-172.
- Smilkstein, G. (1978). The Family APGAR ; a proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Pract, 6, 1231-1239.
- Stuifbergen, A.K., Becker, H.A. (1994). Predictors of health-promoting lifestyles in persons with disabilities, Research in Nursing & Health, 17(1), 3-13.
- 総務省 平成 28 年労働力調査(2016).
<http://www.stat.go.jp/data/roudou/report/2016/index.htm>
- 杉澤秀博, 奥山正司, 柴田博 (1994). 東京都における中年期男子の保健行動の地域比較-予防的保健行動について-, 日本公衆衛生学会誌, 41(11), 1041-1049.
- 鈴木宏和他. (2010). 中高年を対象とした健康不安感尺度作成と信頼性・妥当性の検討, 厚生指標, 57(1), 21-27.
- 高橋和子, 工藤敬, 山田嘉明, 邵力, 石川仁, 深尾彰 (2008). 生活習慣病予防における健康行動とソーシャルサポートの関連, 日本公衆衛生雑誌, 55(8), 491-502.

- 豊田秀樹 (1998). 共分散構造分析[入門編] 構造方程式モデリング, 朝倉書店.
- Venditti EM, Wylie-Rosett J, Delahanty LM, Mele L, Hoskin MA, Edelstein S.L., (2014). Diabetes Prevention Program Research Group. Short and long-term lifestyle coaching approaches used to address diverse participant barriers to weight loss and physical activity adherence. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 11(16), 1-12.
- de Vries H., van't Riet J, Spigt M., Metsemakers J., van den Akker M., Vermunt J.K., Kremers S. (2008). Clusters of lifestyle behaviors: results from the Dutch SMILE study, *Prev Med.*, 46(3), 203-208.
- 若本純子, 武藤隆 (2004). 中年期の多次元的自己概念における発達的特徴—自己に対する関心と評価の交互作用という観点から—, *教育心理学研究* 52(4), 382-391.
- Walker, S.N., Sechrist, K.R., Pender, N.J. (1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and psychometric characteristics, *Nursing Research*, 36(2), 76-81.
- Walker, S.N., Volkan, K., Sechrist, K.R. & Pender, N.J. (1988). Health-promoting lifestyles of older adults: Comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. *Advances in Nursing Science*, 11(1), 76-90.
- Walker S, Sechrist K, Pender N. The Health-Promoting Lifestyle Profile II. (1995). Omaha: University of Nebraska Medical Center, College of Nursing.
- Walsh, F. (2003). *Conceptualization of normal family process 3 edition.* Guildford press.

Wang, N. et al (2005). Perceived Health as Related to Income, Socio-economic Status, Lifestyle, and Social Support Factors in a Middle-aged Japanese, *Journal of Epidemiology*, 15(5), 155-162.

渡辺さやか、三國牧子 (2014). 自己効力感研究の現状と今後の可能性, *九州産業大学国際文化学部紀要*, 57, 159-174.

WHO. Global Status Report on Non-Communicable Diseases 2010. World Health Organization website.
http://who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/(2017年3月12日にアクセス)

WHO. Occupational health. World Health Organization website.
http://www.who.int/occupational_health/topics/stressatwp/en/

Wiley, J. A. & Camacho, T.C. (1980). Lifestyle and future health :Evidence from the Alameda County study, *Preventive Medicine*, 9,1-21.

Wright L. M. and Leahey M. (2009). *Nurses and Families, A Guide to Family Assessment and Intervention 5th*, F.A.Davis Company

山口創, 山本晴義, 春木豊 (1998). 企業従業員のライフスタイルと心身の健康の関連, *健康心理学研究*, 11(1), 16-27.

山本美奈子, 宗像恒次 (2012). 労働者のメンタルヘルスと行動特性の影響ー共分散構造分析による因果モデルの検証ー, *産業衛生雑誌*, 54, 10-21.

Yeun E.J., Baek S., Kim H. (2013). Health promotion behavior in middle-aged Koreans:A cross sectional survey, *Nursing & Health Sciences*, 15(4), 461-467.

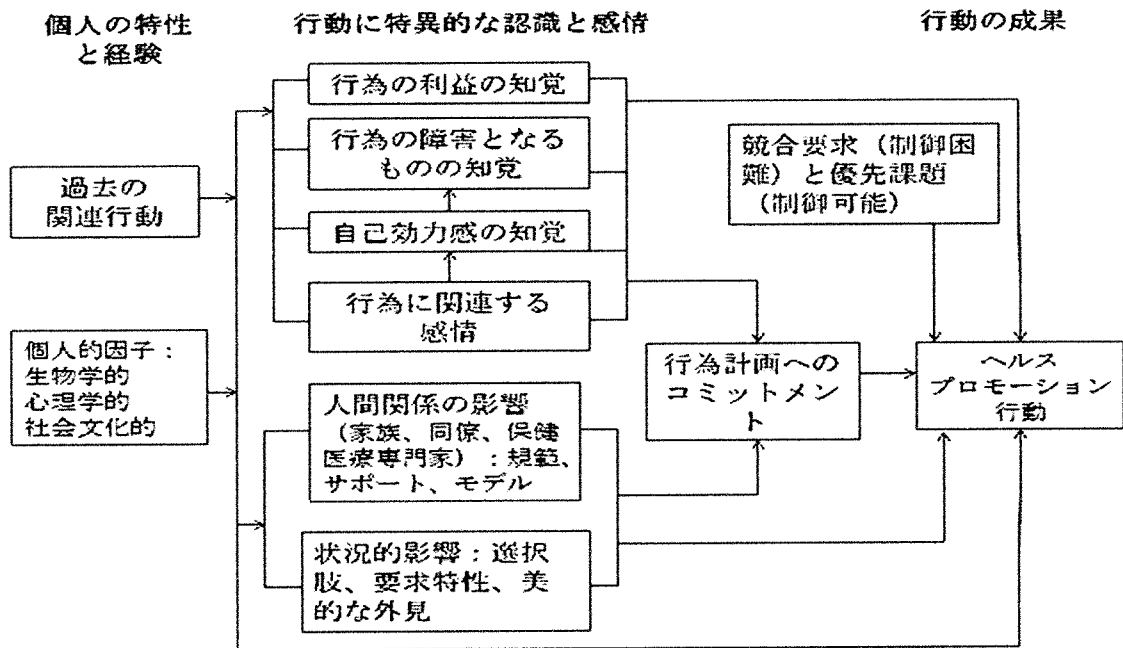


図1. 改訂ヘルスプロモーションモデル (Pender, 1996)

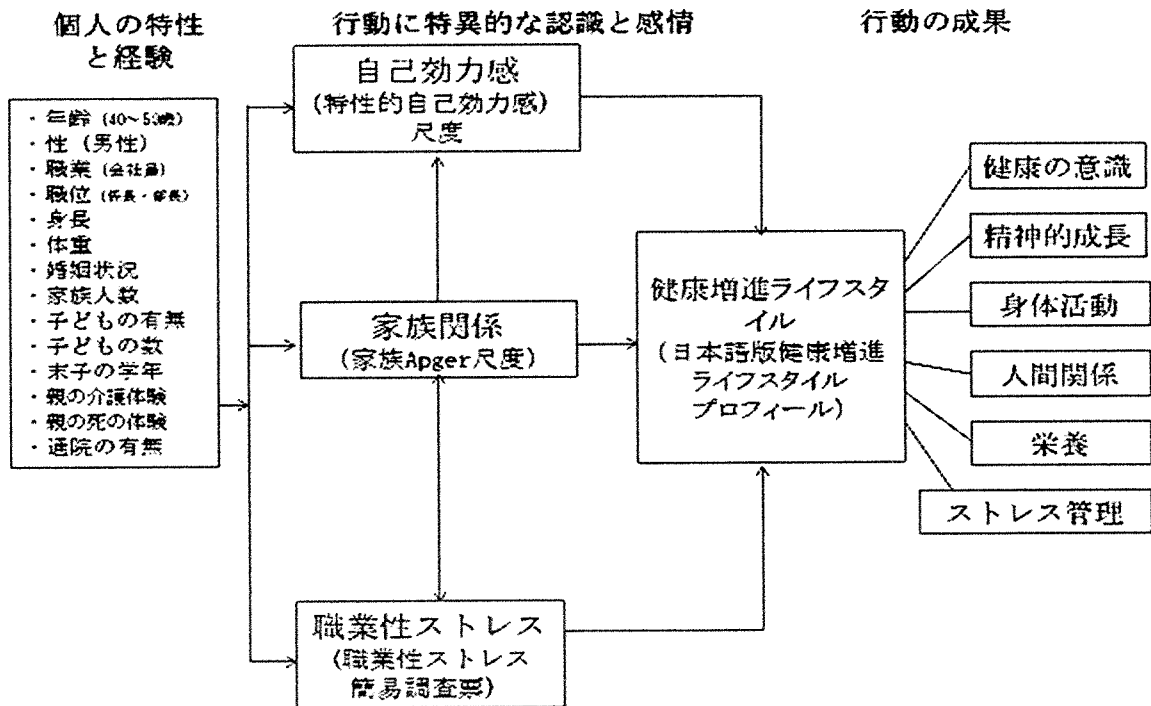


図2. 中年期男性の健康増進ライフスタイル仮説モデル

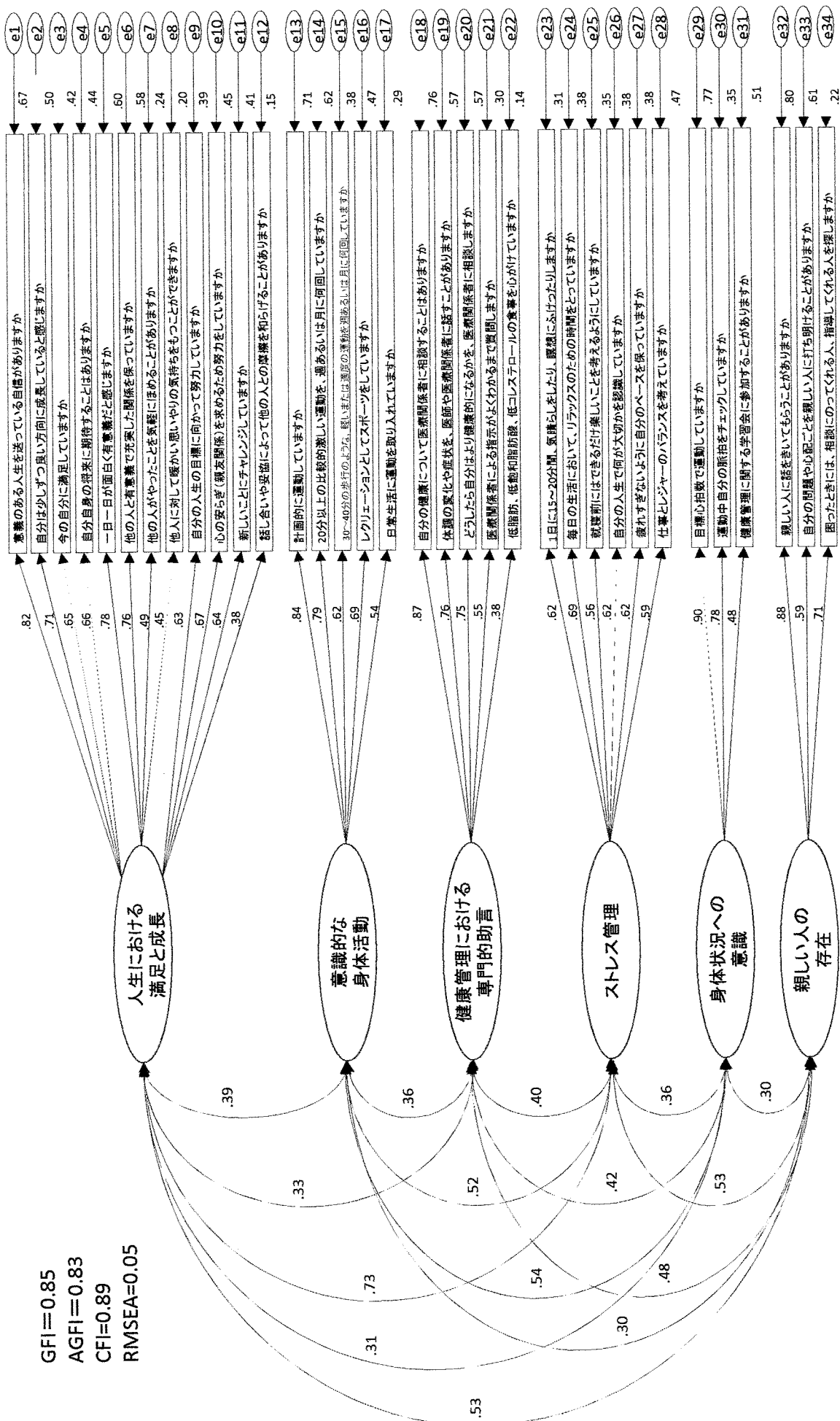


図3. 検証的因子分析の結果

表 1 : 調査対象者の概要

		(M±SD)	(range)
年齢		49.32±5.39歳	40-59
身長		171.39±5.77cm	153-190
体重		69.23±10.42kg	43-118
BMI		23.54±3.16	15.06-37.24
		(人)	(%)
婚姻状況	既婚・事実婚	343	83.3
	離別・死別(婚姻・事実婚あり)	13	3.2
	未婚(婚姻歴なし)	56	13.6
家族構成	単独世帯(一人暮らし)	55	13.3
	2人	82	19.9
	3人	103	25.0
	4人	130	31.6
	5人	32	7.8
	6人	7	1.7
	7人以上	3	0.7
子どもの有無	あり	304	73.8
	なし	108	26.2
子どもの数	1人	76	18.4
	2人	169	41.0
	3人	53	12.9
	4人	5	1.2
末子の学年	小学校	63	20.7
	中学校	46	15.1
	高校生	44	14.5
	大学生	57	18.8
	その他	94	30.9
親の介護の体験	あり	91	22.1
	なし	321	77.9
親の死の体験	あり	236	57.3
	なし	176	42.7
受療の有無	あり	168	40.8
	なし	244	59.2
職位	係長・主任クラス	144	35.0
	課長クラス	166	40.3
	部長クラス以上	102	24.8
個人収入	200~400万円	1	3.0
	400~600万円	28	7.9
	600~800万円	84	23.6
	800~1000万円	85	23.9
	1000~1200万円	78	21.9
	1200~1500万円	26	7.3
	1500~2000万円	16	4.5
	2000万円以上	15	4.2
居住地	北海道	16	3.9
	東北地方	15	3.6
	関東地方	210	51.0
	中部地方	61	14.8
	近畿地方	65	15.8
	中国地方	16	3.9
	四国地方	5	1.2
	九州地方	24	5.8

n=412

表 2 : 特性的自己効力感尺度の平均値と標準偏差及び信頼性係数

項 目	M	SD
1 自分が立てた計画は、うまくできる自信がある	3.28	0.88
2 しなければならぬことがあっても、なかなかとりかからない	2.99	0.96
3 初めはうまくいかない仕事でも、できるまでやり続ける	3.49	0.82
4 新しい友達を作るのが苦手だ	2.78	1.13
5 重要な目標を決めても、めったに成功しない	3.20	0.87
6 何かを終える前にあきらめてしまう	3.37	0.90
7 会いたい人を見かけたら、向こうから来るのを待たないでその人の所へ行く	3.14	0.96
8 困難に出会うのを避ける	2.73	0.91
9 非常にややこしく見えることには、手を出そうとは思わない	2.65	0.94
10 友達になりたい人でも、友達になるのが大変ならばすぐに止めてしまう	2.81	0.89
11 面白くないことをする時でも、それが終わるまで頑張る	3.33	0.80
12 何かをしようと思ったら、すぐに取りかかる	3.28	0.85
13 新しいことを始めようと決めても、出だしでつまづくとすぐにあきらめてしまう	3.22	0.85
14 最初は友達になる気がしない人でも、すぐにあきらめないで友達になろうとする	2.74	0.83
15 思いがけない問題が起こった時、それをうまく処理できない	3.32	0.87
16 難しそうなことは、新たに学ぼうとは思わない	3.27	0.89
17 失敗すると、一生懸命やろうと思う	3.26	0.84
18 人の集まりの中では、うまく振る舞えない	3.07	1.05
19 何かしようとする時、自分にそれができるかどうか不安になる	2.84	0.92
20 人に頼らない方だ	3.40	0.92
21 私は自分から友達を作るのがうまい	2.70	1.00
22 すぐにあきらめてしまう	3.34	0.87
23 人生で起きる問題の多くは処理できるとは思えない	3.24	0.85

Cronbach's $\alpha=0.90$, $n=356$

※項目2,4,5,6,8,9,10,13,15,16,18,19,22,23は逆転項目

表 3 : 家族Apgar尺度の平均値と標準偏差及び信頼性係数

項 目	M	SD
1 なにか困ったとき家族はあなたの助けになりますか	1.65	0.61
2 あなたは家族と話し合ったり、苦勞を分け合うことに満足していますか	1.77	0.60
3 あなたが何か新しいことをしようとしているとき、家族は助けになりますか	1.76	0.63
4 あなたの感情(たとえば、怒り、寂しさ、愛など)に家族はこたえてくれますか	1.82	0.61
5 一家団欒の時間がありますか	1.63	0.61

Cronbach's $\alpha=0.89$, $n=356$

表4：職業性ストレス簡易調査票の平均値と標準偏差及び信頼性係数

項目	M	SD
1 非常にたくさんの仕事をしなければならない	2.22	0.83
2 時間内に仕事が処理しきれない	2.50	0.86
3 一生懸命働かなければならない	2.09	0.74
4 かなり注意を集中する必要がある	2.08	0.70
5 高度の知識や技術が必要なむずかしい仕事だ	2.31	0.76
6 勤務時間中はいつも仕事のことを考えていなければならない	2.38	0.77
7 からだを大変よく使う仕事だ	3.26	0.74
8 自分のペースで仕事ができる	2.39	0.84
9 自分で仕事の順番・やり方を決めることができる	2.06	0.73
10 職場の仕事の方針に自分の意見を反映できる	2.21	0.75
11 自分の技能や知識を仕事で使うことが少ない	2.69	0.77
12 私の部署内で意見のくい違いがある	2.53	0.76
13 私の部署と他の部署とはうまく合わない	2.71	0.73
14 私の職場の雰囲気は友好的である	2.22	0.78
15 私の職場の作業環境(騒音、照明、温度、換気など)はよくない	2.93	0.74
16 仕事の内容は自分にあっている	2.29	0.79
17 働きがいのある仕事だ	2.40	0.81

Cronbach's $\alpha=0.59$, $n=356$

表5：日本語版健康増進ライフスタイルプロフィールの平均値と標準偏差及び信頼性係数

項 目	M	SD
【健康の意識】(9項目)(Cronbach's=0.79)	20.15	4.15
3 体調の変化や症状を、医師や医療関係者（医師、保健師、看護師等）に話すことがありますか	2.26	0.77
9 健康に関する記事を読んだり、テレビの番組を見たりしますか	2.69	0.64
15 医療関係者（医師、保健師、看護師等）による指示がよく分かるまで質問しますか	2.54	0.75
21 医師の指示に疑問があるときには別の医師に相談しますか	2.07	0.73
27 自分の健康について医療関係者(医師、保健師、看護師等)に相談することはありますか	2.21	0.78
33 定期的に自分の健康状態（体重や血圧等）をチェックしていますか。	2.72	0.90
39 どうしたら自分はより健康的になるかを、医療関係者（医師、保健師、看護師等）に相談しますか	1.94	0.75
45 健康管理に関する学習会に参加することがありますか	1.41	0.66
51 困ったときには、相談にのってくれる人、指導してくれる人を探しますか	2.32	0.78
【精神的成長】(9項目)(Cronbach's=0.84)	20.76	4.58
6 自分は少しずつ良い方向に成長していると感じますか	2.32	0.65
12 意義のある人生を送っている自信がありますか	2.47	0.75
18 自分自身の将来に期待することはありますか	2.49	0.73
24 今の自分に満足していますか	2.29	0.76
30 自分の人生の目標に向かって努力していますか	2.44	0.76
36 一日一日が面白く有意義だと感じますか	2.35	0.73
42 自分の人生で何が大切かを認識していますか	2.66	0.82
48 自分より強いもの偉大なもの、例えば自然の力とか神の存在といったようなものを感じていますか	2.37	0.88
52 新しいことにチャレンジしていますか	2.36	0.77
【身体活動】(8項目)(Cronbach's=0.83)	15.79	5.06
4 計画的に運動していますか	2.35	0.99
10 20分以上の比較的激しい運動を、週あるいは月に何回していますか（速歩、サイクリング、エアロビクス、階段上り等）	1.94	1.04
16 30～40分の歩行のような、軽いまたは適度の運動を週あるいは月に何回していますか	2.17	0.96
22 レクリエーションとしてスポーツ（水泳、ダンス、サイクリング等）をしていますか	1.87	0.95
28 ストレッチ体操を週あるいは月に何回していますか	1.87	1.05
34 日常生活に運動を取り入れていますか（昼食をとるのに、食堂まで歩いていたり、エレベーターを使わず階段を上ったり、車をわざと駐車場のはずれに止めてできるだけ歩く等）	2.67	0.92
40 運動中自分の脈拍をチェックしていますか	1.50	0.79
46 目標心拍数で運動していますか	1.42	0.68
【人間関係】(9項目)(Cronbach's=0.82)	23.03	4.18
1 自分の問題や心配ごとを親しい人に打ち明けることがありますか	2.33	0.71
7 他の人がやったことを気軽にほめることがありますか	2.89	0.65
13 他の人と有意義で充実した関係を保っていますか	2.58	0.71
19 親友と過ごす時間をつくるよう心がけていますか	2.22	0.79
25 他人に対して暖かい思いやりの気持ちを持つことができますか	2.88	0.64
31 家族あるいは親友とのスキンシップを大切にしていますか	2.78	0.84
37 心の安らぎ（親友関係）を求めめるため努力をしていますか	2.31	0.76
43 親しい人に話をきいてもらうことがありますか	2.26	0.78
49 話し合いや妥協によって他の人との摩擦を和らげることがありますか	2.77	0.68
【栄養】(9項目)(Cronbach's=0.63)	22.69	3.63
2 低脂肪、低飽和脂肪酸（魚類等）、低コレステロールの食事を心がけていますか	2.44	0.76
8 砂糖の多い食物をひかえていますか	2.77	0.85
14 毎食、ごはん、パン、麺類を1～2杯食べていますか	3.04	0.88
20 1日に、果物を何回食べていますか	1.55	0.62
26 毎食野菜を食べていますか	2.51	0.79
32 1日に乳製品（牛乳、ヨーグルト、チーズ等）を何回口にしていますか	1.87	0.66
38 肉類、鶏肉、魚、卵、豆類、ナッツ類のいずれかを1日に何種類か食べていますか	2.53	0.75
44 食品のラベルに書いてある栄養成分、脂肪、塩分の含有量を確かめることがありますか	2.47	0.90
50 朝食を食べていますか	3.50	0.95
【ストレス管理】(8項目)(Cronbach's=0.76)	20.41	3.96
5 十分な睡眠をとっていますか	2.75	0.83
11 毎日の生活において、リラクスのための時間をとっていますか	2.63	0.77
17 自分では変えることのできないことは、しかたがないものとして受け入れますか	2.95	0.62
23 就寝前にはできるだけ楽しいことを考えるようにしていますか	2.31	0.83
29 ストレス解消のためにしていることがありますか	2.55	0.82
35 仕事とレジャーのバランスを考えていますか	2.64	0.81
41 1日に15～20分間、気晴らしをしたり、瞑想にふけったりしますか	2.03	0.94
47 疲れすぎないように自分のペースを保っていますか	2.56	0.79
合計得点	123.83	19.26

Cronbach's α =0.92, n=356

表6：日本語版健康増進ライフスタイルプロフィールの探索的因子分析の結果

	因子負荷量						
	第I因子	第II因子	第III因子	第IV因子	第V因子	第VI因子	
第I因子(12項目)【人生における満足と成長】(Cronbach's $\alpha=0.89$)							
12 意義のある人生を送っている自信がありますか。	0.92	-0.10	-0.02	-0.01	0.06	-0.12	
6 自分は少しずつ良い方向に成長していると感じますか。	0.74	0.08	-0.06	-0.10	0.10	0.00	
24 今の自分に満足していますか。	0.74	-0.10	-0.08	0.02	0.16	-0.18	
18 自分自身の将来に期待することはありますか。	0.74	-0.05	0.06	-0.07	0.07	-0.09	
36 一日一日が面白く有意義だと感じますか。	0.72	-0.08	0.00	0.23	0.04	-0.17	
13 他の人と有意義で充実した関係を保っていますか。	0.71	0.05	0.05	-0.01	-0.05	0.08	
7 他の人がやったことを気軽にほめることができますか。	0.57	0.11	0.03	-0.09	-0.31	0.09	
25 他人に対して暖かい思いやりの気持ちを持つことができますか。	0.54	0.10	0.02	-0.13	-0.21	0.08	
30 自分の人生の目標に向かって努力していますか。	0.50	0.04	-0.05	0.11	0.08	0.04	
37 心の安らぎ(親友関係)を求めため努力をしていますか。	0.47	0.00	0.07	0.07	0.11	0.18	
52 新しいことにチャレンジしていますか。	0.40	0.03	-0.04	0.30	0.03	0.04	
49 話し合いや妥協によって他の人との摩擦を和らげることができますか。	0.39	0.20	0.06	-0.08	-0.27	0.13	
第II因子(5項目)【意識的な身体活動】(Cronbach's $\alpha=0.82$)							
4 計画的に運動していますか。	0.06	0.83	-0.04	-0.10	0.11	-0.01	
10 20分以上の比較的激しい運動を、週あるいは月に何回していますか。(散歩、サイクリング、エアロビクス、階段上り等)	0.03	0.72	0.02	-0.02	0.16	-0.11	
16 30~40分の歩行のような、軽いまたは適度の運動を週あるいは月に何回していますか。	0.00	0.66	0.02	0.09	-0.06	-0.12	
22 レクリエーションとしてスポーツ(水泳、ダンス、サイクリング等)をしていますか。	0.03	0.56	-0.03	0.07	0.14	0.04	
34 日常生活に運動を取り入れていますか。(昼食をとるのに、食堂まで歩いていたり、エレベーターを使わず階段を上ったり、車をわざと駐車場のはずれに止めてできるだけ歩く等)	-0.06	0.51	-0.03	0.18	-0.10	0.13	
第III因子(5項目)【健康管理における専門的助言】(Cronbach's $\alpha=0.79$)							
27 自分の健康について医療関係者(医師、保健師、看護師等)に相談することはありますか。	0.01	-0.04	0.88	0.00	-0.01	-0.01	
3 体調の変化や症状を、医師や医療関係者(医師、保健師、看護師等)に話すことができますか。	-0.05	0.02	0.87	-0.10	-0.07	0.00	
39 どうしたら自分はより健康的になるかを、医療関係者(医師、保健師、看護師等)に相談しますか。	0.06	-0.09	0.62	0.08	0.22	0.02	
15 医療関係者(医師、保健師、看護師等)による指示がよく分かるまで質問しますか。	0.05	0.05	0.47	0.09	-0.03	0.05	
2 低脂肪、低飽和脂肪酸(魚類等)、低コレステロールの食事を心がけていますか。	-0.10	0.27	0.31	0.10	0.08	-0.14	
第IV因子(6項目)【ストレス管理】(Cronbach's $\alpha=0.78$)							
41 1日に15~20分間、気晴らしをしたり、瞑想にふけったりしますか。	-0.22	0.06	-0.01	0.75	0.06	-0.01	
11 毎日の生活において、リラックスのための時間をとっていますか。	0.02	0.11	-0.02	0.60	-0.08	-0.01	
23 就寝前にはできるだけ楽しいことを考えるようにしていますか。	0.06	-0.01	0.09	0.54	-0.05	0.01	
42 自分の人生で何が大切かを認識していますか。	0.22	-0.12	-0.05	0.51	-0.03	0.08	
47 疲れすぎないように自分のペースを保っていますか。	0.10	0.03	0.03	0.50	-0.02	0.02	
35 仕事とレジャーのバランスを考えていますか。	0.17	0.13	-0.01	0.49	-0.10	0.04	
第V因子(3項目)【身体状況への意識】(Cronbach's $\alpha=0.74$)							
46 目標心拍数で運動していますか。	-0.05	0.18	-0.01	-0.06	0.78	0.04	
40 運動中自分の脈拍をチェックしていますか。	-0.05	0.13	0.02	-0.02	0.67	0.06	
45 健康管理に関する学習会に参加することができますか。	0.10	-0.07	0.01	-0.02	0.51	0.13	
第VI因子(3項目)【親しい人の存在】(Cronbach's $\alpha=0.77$)							
43 親しい人に話をきいてもらうことができますか。	0.05	-0.06	-0.05	0.06	0.11	0.82	
1 自分の問題や心配ごとを親しい人に打ち明けられますか。	-0.20	-0.08	0.01	0.04	0.03	0.72	
51 困ったときには、相談にのってくれる人、指導してくれる人を探しますか。	0.16	0.00	0.06	-0.08	0.14	0.59	
	I	II	III	IV	V	VI	
因子間相関							
	I	—	0.34	0.30	0.63	0.32	0.48
	II		—	0.34	0.47	0.38	0.31
	III			—	0.37	0.39	0.46
	IV				—	0.39	0.43
	V					—	0.17
	VI						—

主因子法

回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

Cronbach's $\alpha=0.92$, $n=356$

表7：日本語版健康増進ライフスタイルプロファイルの個人の特性による平均値の差

	n=356	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子	HPLP II 34項目平均合計
年代								
40歳代	179	2.50	2.16	2.18	2.40	1.39	2.28	2.15
50歳代	177	2.53	2.24	2.38]*	2.54]*	1.49	2.32	2.25]*
婚姻状況								
既婚	326	2.53	2.18	2.27	2.48	1.44	2.32	2.20
離婚・死別	5	2.28	2.08	2.48	2.27	1.53	2.00	2.11
未婚	25	2.34	2.46	2.30	2.44	1.52	2.15	2.20
子どもの有無								
あり	283	2.52	2.15	2.27	2.44	1.41	2.30	2.18
なし	73	2.50	2.39	2.30	2.58	1.59	2.32	2.28
親の介護経験の有無								
あり	80	2.47	2.35	2.48]**	2.47	1.61]*	2.33	2.28]*
なし	276	2.53	2.16	2.22]**	2.47	1.39	2.29	2.18]*
親の死の体験の有無								
あり	203	2.52	2.19	2.30	2.48	1.45	2.31	2.21
なし	153	2.50	2.21	2.25	2.45	1.43	2.29	2.19
受療の有無※								
あり	146	2.55	2.25	2.53]**	2.53	1.52]*	2.39]*	2.29]**
なし	210	2.49	2.17	2.11	2.43	1.39	2.24]*	2.14]**
肥満度※								
やせ	12	2.38	1.87	2.07	2.25	1.17	2.50	2.04
標準	248	2.55	2.28	2.34]**	2.52	1.48	2.36]**	2.26]**
肥満	96	2.43	2.03]*	2.14	2.37	1.39	2.11]*	2.08]**
家庭生活の満足度								
満足	92	2.83]**	2.36	2.49]**	1.58]**	2.74]**	2.58]**	2.43]**
不満足	196	2.46]**	2.19	2.20]**	1.40]**	2.41]**	2.25]**	2.15]**
仕事の満足度								
満足	38	2.93]**	2.35	2.29]**	1.68]**	2.69]**	2.62]**	2.43]**
不満足	179	2.62]**	2.24	2.29]**	1.46]**	2.53]**	2.28]**	2.24]**

*: p<0.05, **: p<0.01

※受療の有無：現在治療中もしくは医療機関で経過観察中場合をいう（歯科診療は除く）。

※肥満度：BMIに基づき、やせ、標準、肥満区分した。

表 8 : 仮説モデルに含まれる変数間の相関マトリックス

	自己効力感	家庭満足	受療の有無	肥満	年代	やせ	家族機能障害
自己効力感	1						
家庭満足	-.28**	1					
受療の有無	-.07	.05	1				
肥満	-.12*	.04	-.12*	1			
年代	.05	.04	-.15**	.05	1		
やせ	.04	.03	.03	-.11*	.03	1	
家族機能障害	.27**	-.51**	-.04	-.02	.02	.03	1

* : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$

表 9 : 仮説モデルの重回帰分析結果

	B	SE B	β	t 値	有意確率	VIF
説明変数						
自己効力感	0.01	0.00	0.30	6.20	0.00	1.14
家庭満足	-0.10	0.03	-0.18	-3.30	0.00	1.40
受療の有無	-0.13	0.04	-0.16	-3.48	0.00	1.05
肥満	-0.16	0.04	-0.17	-3.71	0.00	1.05
年代	0.08	0.04	0.10	2.11	0.04	1.03
やせ	-0.23	0.10	-0.10	-2.21	0.03	1.02
家族機能障害	0.09	0.04	0.11	2.02	0.04	1.38
	R^2		0.29			

基準変数: 中年期男性の健康増進行動

B : 偏回帰係数, SE B : 偏回帰係数の標準誤差, β : 標準回帰係数, R^2 : 決定係数, VIF : 共線性の統計量

表10: 本研究と先行研究におけるHPLP II 得点の平均値と標準偏差の比較(参考)

研究論文	金子(2015)	張(2010)	魏(2000)	Shi-chen Zhang et al (2013)
対象者 (男性)	356名 (男性のみ) 40~59歳 (平均年齢:49.3歳)	1,176名 (男性; 505名) 18~65歳未満 (平均年齢: 45±13.2歳)	337名 (男性:142名) 18~84歳 (平均年齢:39.3歳)	343名(中国人退職者;男性:171名) 50~79歳 (平均年齢63.6±6.4歳)
HPLP II 総平均得点	2.4±0.4	2.5±0.4	2.3±0.5	2.5±0.4
健康の意識	2.3±0.5	2.3±0.5	2.0±0.6	2.2±0.5
精神的成長	2.3±0.5	2.6±0.5	2.4±0.6	2.6±0.5
身体活動	2.0±0.6	1.8±0.6	2.0±0.6	2.3±0.6
人間関係	2.6±0.5	3.0±0.5	2.6±0.5	2.7±0.4
栄養	2.5±0.4	2.7±0.4	2.6±0.6	2.6±0.4
ストレス管理	2.4±0.5	2.7±0.5	2.4±0.5	2.5±0.6

研究論文	島(2004)	目下(2009)	Enjezab, B. et al (2012)
対象者 (女性)	146名 (女性のみ) 45~55歳 (平均年齢:49.9±3.1歳)	84名 (女性のみ) 中高年女性 (平均年齢:45.2±10.2歳)	483名(イラン人女性ののみ) 40~60歳 (平均年齢:48.5±6.0歳)
HPLP II 総平均得点	2.5±0.4	2.6±0.4	2.7±0.4
健康の意識	2.4±0.5	2.5±0.4	2.1±0.7
精神的成長	2.5±0.5	2.6±0.6	3.6±0.4
身体活動	1.7±0.6	1.8±0.6	1.7±0.5
人間関係	3.0±0.5	3.1±0.4	3.2±0.5
栄養	2.9±0.4	3.1±0.5	2.8±0.5
ストレス管理	2.7±0.5	2.7±0.5	3.0±0.6

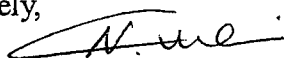
Department of Public Health,
Faculty of Life Sciences,
Kumamoto University,
Japan
TEL: 096-373-5321. FAX: 096-373-5108
Email: cnwei@kumamoto-u.ac.jp

Dear Colleague:

Thank you for your request to use the Japanese Language Version of Health-Promoting Lifestyle Profile II (JLV-HPLP II) or ~~Chinese Language Version of Health Promoting Lifestyle II (CLV-HPLP II)~~. As indicated in the enclosed form, you have permission to copy and use the enclosed JLV HPLP II or CLV-HPLP II for non-commercial data collection purposes such as research or evaluation projects provided that content is not altered in any way and the copyright/permission statement at the end is retained. The instrument may be reproduced in the appendix of a thesis, dissertation or research grant proposal without further permission. Reproduction for any other purpose, including the publication of study results, is prohibited without specific permission.

We thank you for your interest in the JVL-HPLP II/~~CLV-HPLP II~~ and wish you much success with your efforts.

Sincerely,



Chang-nian Wei
Kumamoto University

Encl.: JLV-HPLP II/ CLV-HPLP II Scoring instructions

看護研究へのご協力をお願い

謹啓

時下、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。
私は、北里大学大学院看護学研究科において研究活動をしております、金子あけみと申します。

現在、「中年期男性のライフスタイルと健康増進行動に影響を及ぼす要因に関する研究
－健康増進ライフスタイル仮説モデルの検証－」というテーマで研究を行っており、
働き盛り、また人生の節目の時期にある皆様にご自身のライフスタイルに対するお考えをお聞きし、
よりよい保健指導や看護支援の方法について検討したいと考えております。

この調査はインターネット調査で実施しますが、ライフスタイルはご自身だけでなく、
ご家庭や職場等、さまざまな影響を受けますので、少し質問項目が多くなっており、
回答に15分程度のお時間をいただくことになります。

しかしながら、この調査票にお答えいただくことによって、
ご自身のお気持ちに改めてお気づきになったり、この調査結果を活かして、
健康増進に向けた支援を充実していけると考えております。

是非とも、ご協力いただきますよう、お願い申し上げます。

謹白

・当アンケートは無記名ですが、回答結果につきましては、特定の個人が識別でき
ないよう統計的に処理し、前述のような社会的な目的のもと活用させていただきます。

・当アンケートへの協力は強制ではありません。
お断りになる場合や一旦同意された後でも中止することができますが、何ら不利益はありません。
中止される場合はお手数ですが「回答をやめる」ボタン、あるいはブラウザを閉じて、アンケートを終了
してください。

・ご回答いただいたアンケート結果は電子媒体で管理されますが、データの管理は施錠できる場所に保
管し、
研究終了をもって完全に消去します。CD等で保管した場合はシュレッダー処理します。

・当アンケートで知れたことは、この研究以外では使用いたしません。

・なお、本研究に関してお尋ねのことがございましたら、
たいへん恐縮ですが、下記の連絡先までご一報をお願いします。

【連絡先】研究者氏名：金子 あけみ(かねこ あけみ)
北里大学大学院看護学研究科看護学専攻 博士後期課程
住所：〒252-0329 神奈川県相模原市南区北里2丁目1番1号
勤務先：東京医療保健大学東が丘・立川看護学部
勤務先住所：〒152-8558 東京都目黒区東が丘2丁目5番23号
勤務先TEL：03-5779-5032-403(直通)
E-mail：a-kaneko@thcu.ac.jp
指導教授：出口 禎子(でぐちさちこ)TEL：042-778-9019
E-mail：deguchi@nrs.kitasato-u.ac.jp

当アンケートの回答者の皆様へお願い

マクロミルモニタの皆様にはモニタ規約にて「調査についての守秘義務」の徹底をお願いしています。

当アンケートの内容および当アンケートで知り得た情報については、決して第三者に口外しないよう(掲示板やホームページへの書き込みを含む)、ご協力をお願いします。

Q1～Q11は、現在のあなたのことについてお伺いするものです。
該当する数字を記入または該当する番号をお選びください。

Q1 2015年9月時点での満年齢を()内に数字で記入してください。
【必須入力】

年齢 満()歳 (半角数字)



ここで改ページ

Q2 直近の身長を()内に数字(整数)で記入してください。
【必須入力】

身長 ()cm (半角数字)



ここで改ページ

Q3 直近の体重を()内に数字(整数)で記入してください。
【必須入力】

体重 ()kg (半角数字)



ここで改ページ

Q4 現時点での婚姻状況について該当する番号をお選びください。
【必須入力】

- 1. 既婚・事実婚
- 2. 離別・死別(婚姻・事実婚あり)
- 3. 未婚(婚姻歴なし)



ここで改ページ

Q5 一緒に生活している家族の人数をご自分を含めた数でお選びください。
なお、妊娠中の子ども(胎児)は含めないでください。
【必須入力】

- 1. 1人
- 2. 2人
- 3. 3人
- 4. 4人
- 5. 5人
- 6. 6人
- 7. 7人以上



ここで改ページ

Q6

同居の有無に関わらず、「あり」か「なし」をお選びください。

【必須入力】

子どもの有無

- 1. あり
- 2. なし



ここで改ページ

Q7

同居の有無に関わらず、()内に数字で記入してください。

【必須入力】

子どもの数 ()人 (半角数字)



ここで改ページ

Q8

一番末の子どもについて該当する箇所をお選びください。

【必須入力】

- 1. 小学生
- 2. 中学生
- 3. 高校生
- 4. 大学生
- 5. その他 _____



ここで改ページ

Q9

親(配偶者の親を含む)の介護の経験の有無について、「あり」か「なし」をお選びください。

【必須入力】

1
あり

2
なし



ここで改ページ

Q10

親(配偶者の親を含む)の死の体験の有無について、「あり」か「なし」をお選びください。

【必須入力】

1
あり

2
なし

Q11 あなたの受療の有無について、「あり」か「なし」かお選びください。
現在、治療中または医療機関で経過をみている場合は、「あり」としてください。
なお、歯科診療については除いてください。
【必須入力】

1
あり

2
なし

Q12～63は、あなたの現在の生活のあり方と健康の関係をチェックするものです。
各項目の質問票に対してできるだけ正確に漏れなくお答えください。
自分の行動の頻度に一番近い番号をお選びください。

Q12 自分の問題や心配ごとを親しい人に打ち明けることがありますか。
【必須入力】

1
全くない

2
あまりない

3
時々ある

4
いつもある

Q13 低脂肪、低飽和脂肪酸(魚類等)、低コレステロールの食事を心がけていますか。
【必須入力】

1
全く心がけていない

2
あまり心がけていない

3
時々心がけている

4
いつも心がけている

Q14 体調の変化や症状を、医師や医療関係者(医師、保健師、看護師等)に話すことがありますか。
【必須入力】

1
全くない

2
あまりない

3
時々ある

4
いつもある

Q15 計画的に運動していますか。
【必須入力】

1
全くしていない

2
あまりしていない

3
時々している

4
いつもしている

ここで改ページ

Q16 十分な睡眠をとっていますか。
【必須入力】

1 全くとっていない

2 あまりとっていない

3 時々とっている

4 いつもとっている

ここで改ページ

Q17 自分は少しずつ良い方向に成長していると感じますか。
【必須入力】

1 全く感じない

2 あまり感じない

3 ときどき感じる

4 いつも感じる

ここで改ページ

Q18 他の人がやったことを気軽にほめることがありますか。
【必須入力】

1 全くない

2 あまりない

3 時々ある

4 いつもある

ここで改ページ

Q19 砂糖の多い食物をひかえていますか。
【必須入力】

1 全くひかえていない

2 あまりひかえていない

3 時々ひかえている

4 いつもひかえている

ここで改ページ

Q20 健康に関する記事を読んだり、テレビの番組を見たりしますか。
【必須入力】

1
全くない

2
あまりない

3
時々する

4
いつもする



ここで改ページ

Q21

20分以上の比較的激しい運動を、週あるいは月に何回していますか。
(速歩、サイクリング、エアロビクス、階段上り等)

【必須入力】

1
全くしていない

2
月に1~2回はしている

3
週に1回~2回はしている

4
週に3回以上はしている



ここで改ページ

Q22

毎日の生活において、リラックスのための時間をとっていますか。

【必須入力】

1
全くとっていない

2
あまりとっていない

3
時々とっている

4
いつもとっている



ここで改ページ

Q23

意義のある人生を送っている自信がありますか。

【必須入力】

1
全くない

2
あまりない

3
時々ある

4
いつもある



ここで改ページ

Q24

他の人と有意義で充実した関係を保っていますか。

【必須入力】

1
全く保っていない

2
あまり保っていない

3
時々保っている

4
いつも保っている



ここで改ページ

Q25 毎食、ごはん、パン、麺類を1~2杯食べていますか。
【必須入力】

1
1食も食べていない

2
1食は食べている

3
2食は食べている

4
3食は食べている



ここで改ページ

Q26 医療関係者(医師、保健師、看護師等)による指示がよく分かるまで質問しますか。
【必須入力】

1
全くしない

2
あまりしない

3
時々する

4
いつもする



ここで改ページ

Q27 30~40分の歩行のような、軽いまたは適度の運動を週あるいは月に何回していますか。
【必須入力】

1
全くしていない

2
月に1~3回はしている

3
週に2~4回はしている

4
週に5回以上はしている



ここで改ページ

Q28 自分では変えることのできないことは、しかたがないものとして受け入れますか。
【必須入力】

1
全く受け入れない

2
あまり受け入れない

3
時々受け入れる

4
いつも受け入れる



ここで改ページ

Q29 自分自身の将来に期待することはありますか。
【必須入力】

1
全くない

2
あまりない

3
時々ある

4
いつもある



ここで改ページ

Q30 親友と過ごす時間をつくるよう心がけていますか。
【必須入力】

1
全く心がけていない

2
あまり心がけていない

3
時々心がけている

4
いつも心がけている



ここで改ページ

Q31 1日に、果物を何回食べていますか。
【必須入力】

1
全く食べていない

2
1回は食べている

3
2回は食べている

4
3~4回は食べている



ここで改ページ

Q32 医師の指示に疑問があるときには別の医師に相談しますか。
【必須入力】

1
全くしない

2
あまりしない

3
時々する

4
いつもする



ここで改ページ

Q33 レクリエーションとしてスポーツ(水泳、ダンス、サイクリング等)をしていますか。
【必須入力】

1
全くしていない

2
あまりしていない

3
時々している

4
いつもしている



ここで改ページ

Q34 就寝前にはできるだけ楽しいことを考えるようにしていますか。
【必須入力】

1
全くしていない

2
あまりしていない

3
時々している

4
いつもしている



ここで改ページ

Q35

今の自分に満足していますか。

【必須入力】

1
不満

2
どちらかというと不満

3
どちらかといえば満足

4
満足



ここで改ページ

Q36

他人に対して暖かい思いやりの気持ちを持つことができますか。

【必須入力】

1
全くできない

2
あまりできない

3
時々できる

4
いつもできる



ここで改ページ

Q37

毎食野菜を食べていますか。

【必須入力】

1
全く食べていない

2
1回は食べている

3
2回は食べている

4
食事毎に食べている



ここで改ページ

Q38

自分の健康について医療関係者(医師、保健師、看護師等)に相談することはありますか。

【必須入力】

1
全くない

2
あまりない

3
時々ある

4
いつもある



ここで改ページ

Q39

ストレッチ体操を週あるいは月に何回していますか。

【必須入力】

1
全くしていない

2
月に1~3回はしている

3
週に1~2回はしている

4
週に3回以上はしている



ここで改ページ

Q40

ストレス解消のためにしていることがありますか。
【必須入力】

1
全くない

2
あまりない

3
時々ある

4
いつもある



ここで改ページ

Q41

自分の人生の目標に向かって努力していますか。
【必須入力】

1
全くしていない

2
あまりしていない

3
時々している

4
いつもしている



ここで改ページ

Q42

家族あるいは親友とのスキンシップを大切にしていますか。
【必須入力】

1
全くしていない

2
あまりしていない

3
時々している

4
いつもしている



ここで改ページ

Q43

1日に乳製品(牛乳、ヨーグルト、チーズ等)を何回口にしていますか。
【必須入力】

1
全く口にしていない

2
1回は口にしている

3
2回は口にしている

4
3回は口にしている



ここで改ページ

Q44

定期的に自分の健康状態(体重や血圧等)をチェックしていますか。
【必須入力】

1
全くしていない

2
あまりしていない

3
時々している

4
いつもしている



ここで改ページ

Q45

日常生活に運動を取り入れていますか。(昼食をとるのに、食堂まで歩いていったり、エレベーターを使わず階段を上ったり、車をわざと駐車場のはずれに止めてできるだけ歩く等)

【必須入力】

1
全く取り入っていない

2
あまり取り入っていない

3
時々取り入れている

4
いつも取り入れている



ここで改ページ

Q46

仕事とレジャーのバランスを考えていますか。

【必須入力】

1
全く考えていない

2
あまり考えていない

3
時々考えている

4
いつも考えている



ここで改ページ

Q47

一日一日が面白く有意義だと感じますか。

【必須入力】

1
全く感じない

2
あまり感じない

3
時々感じる

4
いつも感じる



ここで改ページ

Q48

心の安らぎ(親友関係)を求めため努力をしていますか。

【必須入力】

1
全くしていない

2
あまりしていない

3
時々している

4
いつもしている



ここで改ページ

Q49

肉類、鶏肉、魚、卵、豆類、ナッツ類のいずれかを1日に何種類か食べていますか。

【必須入力】

1
全く食べていない

2
1種類は食べている

3
2種類は食べている

4
3種類は食べている



ここで改ページ

Q50

どうしたら自分はより健康的になるかを、医療関係者(医師、保健師、看護師等)に相談しますか。

【必須入力】

1
全くしない

2
あまりしない

3
時々する

4
いつもする



ここで改ページ

Q51

運動中自分の脈拍をチェックしていますか。

【必須入力】

1
全くしていない

2
あまりしていない

3
時々している

4
いつもしている



ここで改ページ

Q52

1日に15~20分間、気晴らしをしたり、瞑想にふけったりしますか。

【必須入力】

1
全くしない

2
あまりしない

3
時々する

4
いつもする



ここで改ページ

Q53

自分の人生で何が大切かを認識していますか。

【必須入力】

1
全く認識していない

2
あまり認識していない

3
時々認識している

4
いつも認識している



ここで改ページ

Q54

親しい人に話をきいてもらうことがありますか。

【必須入力】

1
全くない

2
あまりない

3
時々ある

4
いつもある



ここで改ページ

Q55

食品のラベルに書いてある栄養成分、脂肪、塩分の含有量を確認することがありますか。
【必須入力】

1
全くない

2
あまりない

3
時々ある

4
いつもある



ここで改ページ

Q56

健康管理に関する学習会に参加することがありますか。
【必須入力】

1
全くない

2
あまりない

3
時々ある

4
いつもある



ここで改ページ

Q57

目標心拍数で運動していますか。
【必須入力】

1
全くしていない

2
あまりしていない

3
時々している

4
いつもしている



ここで改ページ

Q58

疲れすぎないように自分のペースを保っていますか。
【必須入力】

1
全く保っていない

2
あまり保っていない

3
時々保っている

4
いつも保っている



ここで改ページ

Q59

自分より強いもの偉大なもの、例えば自然の力とか神の存在といったようなものを感じていますか。

【必須入力】

1
全く感じていない

2
あまり感じていない

3
ときどき感じている

4
いつも感じている



ここで改ページ

Q60

話し合いや妥協によって他の人との摩擦を和らげることがありますか。

【必須入力】

1
全くない

2
あまりない

3
時々ある

4
いつもある



ここで改ページ

Q61

朝食を食べていますか。

【必須入力】

1
全く食べていない

2
あまり食べていない

3
時々食べている

4
いつも食べている



ここで改ページ

Q62

困ったときには、相談にのってくれる人、指導してくれる人を探しますか。

【必須入力】

1
全くしない

2
あまりしない

3
時々する

4
いつもする



ここで改ページ

Q63

新しいことにチャレンジしていますか。

【必須入力】

1
全くしていない

2
あまりしていない

3
時々している

4
いつもしている



ここで改ページ

Q64

次の1~23の項目はあなたの仕事に対するお考えや姿勢についてお伺いするものです。各項目の質問票に対してできるだけ正確に漏れなくお答えください。ご自分のお考えや姿勢に一番近い番号をお選びください。

【必須入力】

	1 そう思わない	2 あまりそう思わない	3 どちらともいえない	4 まあそう思う	5 そう思う
1. 自分が立てた計画は、うまくできる自信がある	→ ○	○	○	○	○
2. しなければならないことがあっても、なかなかとりかからない	→ ○	○	○	○	○
3. 初めはうまくいかない仕事でも、できるまでやり続ける	→ ○	○	○	○	○
4. 新しい友達を作るのが苦手だ	→ ○	○	○	○	○
5. 重要な目標を決めても、めったに成功しない	→ ○	○	○	○	○
6. 何かを終える前にあきらめてしまう	→ ○	○	○	○	○
7. 会いたい人を見かけたら、向こうから来るのを待たないでその人の所へ行く	→ ○	○	○	○	○
8. 困難に出会うのを避ける	→ ○	○	○	○	○
9. 非常にややこしく見えることには、手を出そうとは思わない	→ ○	○	○	○	○
10. 友達になりたい人でも、友達になるのが大変ならばすぐに止めてしまう	→ ○	○	○	○	○
11. 面白くないことをする時でも、それが終わるまでがんばる	→ ○	○	○	○	○
12. 何かをしようと思ったら、すぐにとりかかる	→ ○	○	○	○	○
13. 新しいことを始めようと決めても、出だしてつまづくとすぐにあきらめてしまう	→ ○	○	○	○	○
14. 最初は友達になる気がしない人でも、すぐにあきらめないで友達になろうとする	→ ○	○	○	○	○
15. 思いがけない問題が起こった時、それをうまく処理できない	→ ○	○	○	○	○
16. 難しそうなことは、新たに学ぼうとは思わない	→ ○	○	○	○	○
17. 失敗すると、一生懸命やろうと思う	→ ○	○	○	○	○
18. 人の集りの中では、うまく振る舞えない	→ ○	○	○	○	○
19. 何かしようとする時、自分にそれができるかどうか不安になる	→ ○	○	○	○	○
20. 人に頼らない方だ	→ ○	○	○	○	○
21. 私は自分から友達を作るのがうまい	→ ○	○	○	○	○
22. すぐにあきらめてしまう	→ ○	○	○	○	○
23. 人生で起きる問題の多くは処理できるとは思えない	→ ○	○	○	○	○



ここで改ページ

Q65~69はあなたのご家族(注)のことをお伺いするものです。ご家族を思い浮かべて、あてはまる番号をお選びください。家族とは、同居している家族はもちろんのこと、別居している家族も含めてかまいません。(注)「家族」とは、切っても切れない情緒的つながりを共有する存在ですが、ここでは、血縁や親族に限定してご回答ください。

Q65

なにか困ったとき家族はあなたの助けになりますか？

【必須入力】

1
いつも助けになる

2
ときどき助けになる

3
ほとんど助けにならない



ここで改ページ

Q66

あなたは家族と話し合ったり、苦勞を分け合うことに満足していますか？

【必須入力】

1
いつも満足している

2
ときどき満足している

3
ほとんど満足していない



ここで改ページ

Q67

あなたが何か新しいことをしようとしているとき、家族は助けになりますか？
【必須入力】

1
いつも助けになる

2
ときどき助けになる

3
ほとんど助けにならない



ここで改ページ

Q68

あなたの感情(たとえば怒り、寂しさ、愛など)に家族はこたえてくれますか？
【必須入力】

1
いつもこたえてくれる

2
ときどきこたえてくれる

3
ほとんどこたえてくれない



ここで改ページ

Q69

一家団らの時間がありますか？
【必須入力】

1
よくある

2
ときどきある

3
ほとんどない



ここで改ページ

Q70

Q70は、あなたの仕事についてお伺いするものです。1~17の項目に対して最もあてはまる番号をお選びください。
【必須入力】

1
そうだ

2
まあそうだ

3
ややちがう

4
ちがう

- 1. 非常にたくさんの仕事をしなければならない →
- 2. 時間内に仕事が処理しきれない →
- 3. 一生懸命働かなければならない →
- 4. かなり注意を必要とする →
- 5. 高度の知識や技術が必要な難しい仕事だ →
- 6. 勤務時間中はいつも仕事のことを考えていなければならない →

- | | | | | | |
|-----------------------------------|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 7. からだを大変よく使う仕事だ | → | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. 自分のペースで仕事ができる | → | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. 自分で仕事の順番・やり方をきめることができる | → | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. 職場の仕事の方針に自分の意見を反映できる | → | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. 自分の技能や知識を仕事で使うことが少ない | → | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. 私の部署内で意見のくい違いがある | → | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. 私の部署と他の部署とはうまが合わない | → | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. 私の職場の雰囲気は友好的である | → | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. 私の職場の作業環境(騒音、照明、温度、換気など)はよくない | → | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. 仕事の内容は自分にあっている | → | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. 働きがいのある仕事だ | → | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



ここで改ページ

Q71～73は、あなたの周りの方々についてお伺いするものです。
それぞれの1～3の項目に対して最もあてはまる番号をお選びください。

Q71 次の人たちはどれくらい気軽に話ができますか？
【必須入力】

- | | | 1
非常に | 2
かなり | 3
多少 | 4
全くない |
|---------------|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. 上司 | → | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. 職場の同僚 | → | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. 配偶者、家族、友人等 | → | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



ここで改ページ

Q72 あなたが困った時、次の人たちはどのくらい頼りになりますか？
【必須入力】

- | | | 1
非常に | 2
かなり | 3
多少 | 4
全くない |
|---------------|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. 上司 | → | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. 職場の同僚 | → | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. 配偶者、家族、友人等 | → | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



ここで改ページ

Q73 あなたの個人的な問題を相談したら、次の人たちはどのくらいきいてくれますか？
【必須入力】

- | | | 1
非常に | 2
かなり | 3
多少 | 4
全くない |
|---------------|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. 上司 | → | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. 職場の同僚 | → | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. 配偶者、家族、友人等 | → | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Q74 Q74は、あなたの現在の満足度についてお伺いするものです。
1と2の項目に対して最もあてはまる番号をお選びください。
【必須入力】

	1 満足	2 まあ満足	3 やや不満足	4 不満足
1. 仕事に満足だ	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. 家庭生活に満足だ	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

アンケートは以上で終わりです。ご協力ありがとうございました。
回答もれがないか確認し、よろしければ「送信」ボタンをクリックしてください。

送 信