

空腹時血糖が正常高値を示す者の予防意識と保健行動 ～一般事務に従事する男性に焦点をあてて～

目黒 優子^{*1,*2}

Preventive Awareness and Health Behavior of People with High-normal Fasting Blood Glucose Levels: Focusing on Men Engaged in General Office Work

Yuko MEGURO^{*1,*2}

^{*1}Doctor's Course, Graduate School of Health Sciences,
Niigata University, ^{*2}Nagaoka Sutoku University

Key Words : 糖尿病予備群, 保健行動, 生活習慣
prediabetes, helth behavior, lifestyle

I. 緒 言

2型糖尿病は、インスリンの分泌不足や作用低下によって発症する疾患であり、その背景に、遺伝的な要因に加え、高脂肪食の過剰摂取や運動不足といった生活習慣が関与していることが知られている（糖尿病診療ガイドライン2024）。2023年度の国民健康・栄養調査によれば、糖尿病が強く疑われる20歳以上の者の割合は、男性で16.8%、女性で8.9%であり、特に男性では40歳代以降に急激に増加する傾向がみられる（令和5年国民健康・栄養調査）。一方で、身体活動の増加や食生活の改善により、糖尿病の発症を予防できることが報告されており（Zhang *et al.*, 2017; Gong *et al.*, 2015）、発症前の段階での生活習慣への介入が重要であるとされている。

身体活動は、日常生活における動作を指す「生活活動」と、健康の維持・増進を目的として計画的に行う「運動」に分けられる（厚生労働省, 2023）。世界保健機関（WHO）は2020年に「身体活動・座位行動ガイドライン」を発表し、日本語版も刊行されている（日本運動疫学会 他, 2020）。このガイドラインでは、座っている時間を減らし、生活活動や運動の時間を増やすことが推奨されている。これは、長時間の座位が、

死亡率や2型糖尿病、心血管疾患のリスクを高めることが明らかになってきたためである。日本では、事務職に従事する人々の座位時間が長い傾向にあり、特に男性のデスクワーカーにおいてその傾向が顕著である（Kurita *et al.*, 2019a; Kurita *et al.*, 2019b）。

日本糖尿病学会は、空腹時血糖値が100～109 mg/dLの範囲を「正常高値」と位置づけ、個々の病態や経過に応じた生活習慣の見直しが必要であると提唱している（門脇 他, 2008）。この値は基準値内ではあるが上限に近く、糖尿病の前段階として注目される指標である。一方で、正常高値の段階にある人々に対する具体的な生活指導や治療方針については、明確な合意が得られていないとの指摘がある（Saito *et al.*, 2011）。2024年に改訂された糖尿病診療ガイドラインにおいても、生活習慣の改善が予防の基本とされているが、正常高値者への具体的な介入方針については依然として統一的な見解が示されていない（日本糖尿病学会, 2024）。さらに、正常高値者が自身の健康状態をどのように認識し、どのような保健行動をとっているのかについての実態に関する知見は十分に蓄積されておらず、今後の検討が求められる。

^{*1}新潟大学大学院保健学研究科博士後期課程

^{*2}長岡崇徳大学看護学部看護学科

これまで、糖尿病予備群や生活習慣病予備群を対象とした予防意識や保健行動に関する研究は多数報告されている（奥村 他, 2005；篠岡 他, 2011；小澤 他, 2013）。しかし、空腹時血糖が正常高値に該当する群に特化した研究は少なく、特にこの段階にある人々の予防意識や保健行動の実態を明らかにした研究は限られている（門脇 他, 2008；門脇 2009）。そこで本研究では、健康診査において空腹時血糖が正常高値と判定された一般事務職の男性を対象とし、2型糖尿病の発症を予防するために、どのような意識を持ち、どのような保健行動を選択し実践しているのかを質的に分析することで、早期の予防支援に向けた基礎資料を得ることを目的とする。

Ⅱ. 方 法

1. 用語の定義

1) 空腹時血糖が正常高値を示した者

2021年度の健診において、空腹時血糖が100～109 mg/dL、またはHbA1cが5.6～5.9%であった者とする。本稿における「正常高値」はこの基準を指す。

2) 一般事務に従事する者

日本標準職業分類（総務省, 2009年）の「一般事務従事者」に分類される庶務事務員、人事事務員、企画事務員、受付・案内事務員、秘書、電話応接事務員、総合事務員のいずれかに従事する者とする。

3) 予防意識

「健康を脅かすものとなる危険因子をみつけ、取り除く、軽減すること」（野口, 1998）および「自分が現在何をやっているのか、今はどんな状態なのかなどが自分でわかる、心の動き」（西尾 他, 1999）を参考に、「健康を脅かす危険性のある生活習慣をみつけ、現在の健康状態について自分で理解する心の動き」とする。

4) 保健行動

宗像の「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」（宗像, 1996）を参考に「健康保持、回復、増進を目的として行うあらゆる行動」とする。

2. 研究デザイン

質的記述的研究デザインを採用した。

3. データ収集期間

2022年9月から2023年2月まで

4. 研究参加者

A県B市の市役所3部署および市内4施設にて募集を行い、最終的に一般事務職男性8名（年齢42～62歳、平均55.4±6.1歳）が参加した。

1) 選定基準と除外基準

選定基準：

- ・A県B市に勤務する一般事務職の男性
- ・2019～2021年度の健診結果が確認できる者
- ・2021年度の健診で、空腹時血糖値が100～109 mg/dLまたはHbA1cが5.6～5.9%であった者

なお、糖尿病診療ガイドライン2024では、空腹時血糖値100～109 mg/dLおよびHbA1cが5.6～5.9%が75 g経口ブドウ糖負荷試験の検討対象とされている。本研究では、空腹時血糖値を主要な評価指標とし、HbA1cは補助的に用いた。HbA1cが6.0%であっても、空腹時血糖値が選定基準内であった2名は対象に含めた。

除外基準：

- ・糖尿病と診断されている者
- ・糖尿病に対する薬物療法を受けている者

2) 参加者募集の手順

施設内に研究ポスターを掲示し、研究説明書、面接申込書、返信用封筒を各部署に設置して周知した。応募は郵送2名、電子メール7名の計9名であった。いずれも選定基準を満たしていたが、面談日程の調整ができなかった1名を除外し、最終的に8名が参加した。面談時に書面で同意を取得し、匿名性の確保についても説明した。

5. 調査方法

本研究では、半構造化面接による個別面接を実施した。面接は対面形式で行い、1人あたりの所要時間は約50分であった。面接内容は録音し、発言を逐語録として文字に起こした。得られた語りは、質的統合法（KJ法）に基づいて整理・統合し、概念の構造化に用いた。なお、定量的な健診結果と質的な語りのデータは、収集段階から明確に区別して取り扱った。

1) 健診結果の収集

2019～2021年度の健診結果から、以下の項目を収集した：空腹時血糖値、HbA1c、血圧、

BMI、服薬状況（降圧薬、脂質異常症治療薬など）。これらの数値の推移を確認することで、参加者が自身の健康状態をどのように認識し、行動に結びつけているかを把握する手がかりとした。

2) 質的データの収集

面接では、事前に作成したインタビューガイドに基づき、予防意識や保健行動に関する語りを聴取した。主な質問項目は以下のとおりである：

- ・ 健診結果の数値に対する受け止め方と印象
- ・ 健診報告書に記載されたコメントの受け止め方
- ・ 過去の健診結果の推移と、それに伴う心情や行動の変化
- ・ 他の健診所見（血圧、脂質、BMIなど）や服薬状況との関連
- ・ 現在の生活習慣（食事、運動、睡眠など）とその背景
- ・ 健康に関する目標や意識していること

これらの質問をとおして、参加者が自身の健康状態をどのように捉え、どのような行動を選択・実践しているのかを明らかにすることを目的とした。

6. 分析方法

本研究では、山浦（2012）による質的統合法（KJ法）を用いて、参加者の語りから予防意識と保健行動に関する概念を構造化した。質的統合法（KJ法）は、現象の実態と本質を構造的に把握することにすぐれた質的分析手法であり、看護現象の豊富な語りを整理・統合する際に有効であるとされる（山浦，2012）。また、信用可能性、明確性、確認可能性が保証された手法である（正木，2008）。

1) 個別分析

面接の逐語録を精読し、発言を意味のまとまりごとに切り出して、要点を短文で要約したカード（以下、ラベル）を作成した。各ラベルには識別番号を付し（例：D-014は事例Dの元ラベル014番、C-A01は事例Cの1段階目の表札を示す）、意味の近いラベルを2～3枚でひとつのグループにまとめ、その内容を要約したカード（以下、表札）を作成した。

表札の下に該当するラベルを重ね、「まとめる→要約する」操作を複数段にわたってくり返すことで、上位の概念を整理した。最終段階で得

られた表札群を「最終ラベル」とし、その関係性は、質的統合法（KJ法）で用いる関係記号（矢印など）と添え言葉（「それゆえに」「一方」など）を使って関係性を構造化し、見取図として可視化した。各最終ラベルには、語りに基づく具体的な事柄とその本質を組み合わせた【事柄：エッセンス】の形式でシンボルマークを表記した（山浦，2012）。

2) 総合分析

個別分析の完了後、各事例で得られた最終ラベルをもとに総合分析を行った。抽象度が過度に高くないよう配慮し、個別分析で作成した表札のうち、最終ラベルから数えて二段階下に位置する表札を抽出し、分析単位とした。

抽出した表札は、個別分析と同様に意味の近さに基づいてグループ化・分類・統合し、得られたラベル群の関係性を関係記号および添え言葉を用いて構造化した。作成した見取図をもとに、語りの展開に沿った記述をまとめた。各最終ラベルには、語りの内容と本質を表すシンボルマークを付して整理した。総合分析で用いたラベルには、階層構造に応じて以下の命名規則を適用した。

- ・ 元ラベル：個別分析で作成した表札のうち、最終ラベルから数えて二段階下に位置する表札（例：H-A009は事例Hの1段階目の009番のラベル）
- ・ 1段階目の表札：A+3桁数字（例：A062）
- ・ 2段階目の表札：B+3桁数字（例：B025）
- ・ 3段階目の表札：C+3桁数字（例：C007）
- ・ 4段階目の表札（最終ラベル）：D+3桁数字（例：D002）

7. 信頼性の確保

研究者は質的統合法（KJ法）の研修会を受けたうえで調査・分析を行った。分析過程では、質的統合法（KJ法）の分析経験が豊富な研究者から助言を受け、妥当性と一貫性を確保した。

8. 倫理的配慮

本研究は所属機関の倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：2022-0089）。参加者には研究目的、方法、匿名性保持、個人情報保護の保護、自由意思による参加と途中辞退の保障、研究成果の公表について書面と口頭で説明し、同意を得た。取得したデータは厳重に管理し、参加者の安全性と匿名性を確保した。

Ⅲ. 結 果

1. 研究参加者の概要

本研究には、A県B市に勤務する一般事務職の男性8名が参加した。年齢は42～62歳（平均 55.4 ± 6.1 歳）であり、所属は市役所の3部署に5名、C事業所に3名であった。面接時間は37～62分（平均 49.1 ± 8.6 分）であった（表1）。

2. 個別の語りにおける予防意識と保健行動

参加者の語りから抽出されたラベルは1名あたり46～115枚であり、質的統合法（KJ法）の手順に沿って、複数回のグループ分けを経て構造化した。以下に、個別分析で抽出された元ラベルの主な特徴を示す。

- ・数値の意味づけにゆらぎがある：健診の数値を「経過観察で問題ない」と受けとめる語りが複数みられ、数値を自分のこととしてとらえる意識が十分とは言えなかった（例：H-A009、B-A012）。
- ・自己流の対処と選択的な管理：糖質制限や運動などを自分なりに取り入れる語りがあり、実際に行動している様子も見られたが、

医療者の指導や科学的な根拠にそったものではない場合が複数確認された（例：E-A014、D-A004）。

- ・体質や家系に基づく受け止め：高血圧や数値の上昇を「家系の体質」として受け入れ、薬による対応を中心に考える語りが認められた（例：B-047、E-A009）。
- ・行動のばらつきがある：運動や食事の実践は、気分・天気・職場のようすなどに左右されることが多く、続ける力や計画性に課題があることを示す語りが複数確認された（例：D-A018、F-A021）。

これらの語りは、最終ラベルおよびシンボルマーク決定の手がかりとして用いた。

3. 総合分析による予防意識と保健行動

総合分析では、抽出された208枚の元ラベルを、意味の近いものを統合しながら4回のグループ分けを経て、208枚→94枚→32枚→14枚→6枚へと整理した。最終的に得られた6枚の最終ラベルはD001～D005およびC001で構成される（表2、図1参照）。表2および図1に

表1 参加者の特性と個別分析の概要

ID	年代	同 居 既往歴（内服）	①空腹時血糖(mg/dL) ②HbA1c (%) ③BMI (kg/m ²)	個別分析の要旨
A	50代前半	単身赴任 既往歴なし	①85/82/94 ②5.6/5.6/5.5 ③19.5	運動習慣があり、自己努力するが多忙で継続困難を懸念
B	40代前半	同 居：父、母 既往歴：高血圧（内服中）	①100/98/102 ②5.2/5.3/5.4 ③25.3	遺伝・体質感が強く、他者支援不足で自己管理に課題
C	60代前半	同 居：妻 既往歴なし	①103/105/102 ②6.0/6.1/6.0 ③24.0	健診値を確認する習慣はあるが、異常を大きく問題視しない傾向
D	60代前半	同 居：妻、子 既往歴：脳梗塞（内服中）	①101/102/98 ②5.9/5.9/5.7 ③24.8	健診値の理解が不十分だが、発症を契機に自己管理開始
E	50代前半	同 居：父、母、妻、子 既往歴：脂質異常症（内服中）	①89/85/95 ②5.7/5.6/5.6 ③24.1	自己流の糖質制限を継続するが、間食の管理が不十分
F	60代前半	同 居：妻、義母 既往歴：高血圧（内服中）	①97/97/98 ②5.8/6.3/6.3 ③24.9	生活環境の変化で改善の実感があり、歩数増加の工夫を実施
G	50代前半	同 居：妻 既往歴なし	①98/97/100 ②5.8/5.7/5.8 ③22.4	健診で大きな問題はないとされるが、行動は大きく変えないが運動習慣あり
H	50代後半	同 居：妻 既往歴なし	①103/98/97 ②6.0/5.8/5.7 ③24.8	家族を動機に行動を開始、間食習慣を抱えつつ運動を試行

注：空腹時血糖・HbA1cは2021/2020/2019年の順、BMIは2021年値を示す。表中の要旨は質的統合法（KJ法）による最終ラベルの総合分析をまとめたものである。

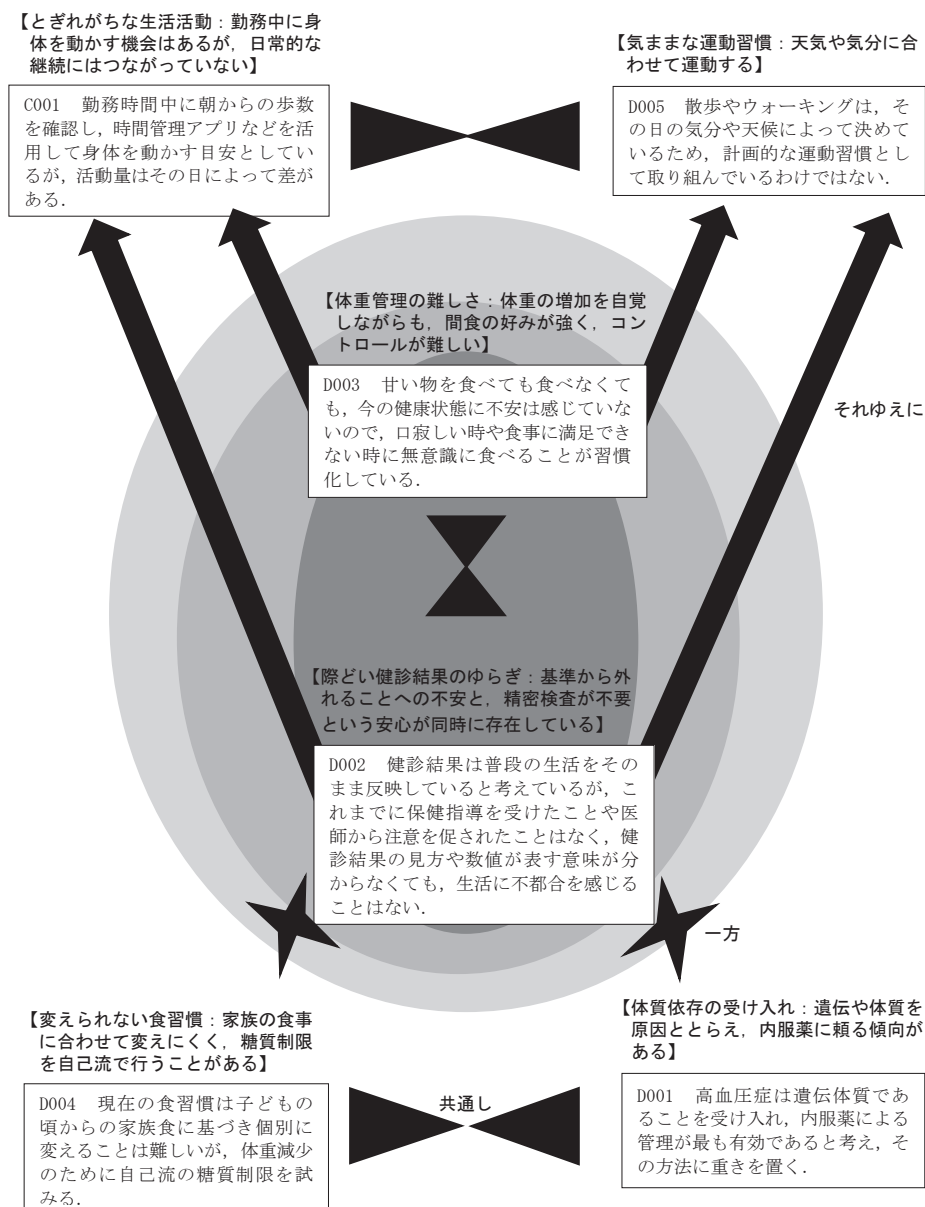
は各ラベルのシンボルマークを【事柄：エッセンス】として示すが、本文では重複を避けるため【事柄】のみを列挙すると、D001【体質依存の受け入れ】、D002【際どい健診結果のゆらぎ】、D003【体重管理の難しさ】、D004【変えられない食習慣】、D005【気ままな運動習慣】、C001【とぎれがちな生活活動】で構成されていた。これらは、健診数値の受けとめ方から自己管理への意向、および生活行動への展開までの流れを示しており、保健行動の形成過程を理解するうえで考察の出発点となる情報を含んで

いる。とくに、基準値から外れることへの不安と、精密検査が不要であるという安心が同一人物の中で同時に存在する様子は、「認識の揺らぎ」として全体の関係性の中心に位置づけられ、他のラベルとの関連を取り持つ役割を担っていた。

以上のラベルの内容を踏まえ、参加者の語りに含まれる考え方や行動の関係性を整理し、見取図として図1に示した。図1は語りの内容同士の関連を視覚的に表したものである。なお、図中で用いたシンボルマークおよび代表的な元ラベルは表2に示した。

表2 シンボルマークと代表的な元ラベル

シンボルマーク (最終ラベル番号)	代表的な元ラベル (抜粋)
【変えられない食習慣：家族の食事に合わせて変えにくく、糖質制限を自己流で行うことがある】(D004)	D-A004: 幼少期から注文商売の家庭で育ち、食事時間が不規則であり、現在も食事の時間が一定ではなく、家族全員が早食いの習慣がある。
	E-A014: 肥満傾向や脂肪肝を指摘されて以降、自己流で夕食の糖質を控えており、その制限を約10年続けている。
	B-A016: 家では毎日朝と夜に果物が出され、食べたいからではなく、食事の一部として出されるので自然に食べている。
【体質依存の受け入れ：遺伝や体質を原因ととらえ、内服薬に頼る傾向がある】(D001)	B-A047: 高血圧は家系の体質であり、家族全体が血圧が高いと認識しており、仕方ないと受け止めている。
	F-A018: 普段は血圧が安定しているが、健診時の高値を「エラーのようだ」と受け止め、一時的なものと考えている。
	E-A009: 40代からコレステロール薬を継続服用しており、薬が増えることに抵抗を感じているものの、現状は内服でコントロールされていると認識している。
【際どい健診結果のゆらぎ：基準から外れることへの不安と、精密検査が不要という安心が同時に存在している】(D002)	B-A012: 数値が多少高くても「観察で十分」とし、精密検査が必要になるまでは深く考えないようにしている。
	H-A009: 空腹時血糖が100を超えたことは確認しているが、特に意識せず行動変容には至っていない。
	D-A003: 健診結果の見方が分からず、HbA1cについて医師から説明がかかったため特に対応せず普段通りの生活を続けている。
【体重管理の難しさ：体重の増加を自覚しながらも、間食の好みが強く、コントロールが難しい】(D003)	B-A022: 高校時代から肥満傾向があり、血圧や血糖値への影響を自覚しており、5～6kgの減量希望がある。
	B-A021: 甘い物をやめたい気持ちはあるが、健康状態に不安がないため自発的にはやめられず、究極に追い込まれない行動に移せないと感じている。
	F-A025: 食事に満足できない時や口寂しい時に間食してしまい、ストレスを避けながら抑えているが体重が戻ることがある。
【気ままな運動習慣：天気や気分に合わせて運動する】(D005)	D-A018: 歩行はレクリエーションとして行っており、天気の良い日だけでも週1～2回できれば良いと考え、天気の悪い日はやる気が出ない。
	E-A004: 一人では運動を継続できないが、チームで取り組むと仲間への責任感が生まれて継続でき、賞品などの報酬も動機づけになっている。
	B-B008: 自分が無理なくできそうな回数と時間で、遊び感覚で身体を動かすように工夫して続けている。
【とぎれがちな生活活動：勤務中に身体を動かす機会はあるが、日常的な継続にはつながっていない】(C001)	E-A015: 勤務中の9割は自席にいるが、昼休みに歩く同僚はいるものの自分にはそこまでの意識はなく、やろうと思えばできると感じている。
	C-B005: 仕事は1日約6時間のデスクワークで、通勤は現在車で3～4分。以前は徒歩通勤していたが、急な呼び出しがあるため車通勤に戻し、妻から徒歩通勤を勧められているが実行していない。
	F-A021: 勤務中は以前は階段を使っていたが膝を痛めてから控えており、スマホの通知で2時間ごとに立ち上がるようにしている。



図注) 図1は、正常高値者の語りから抽出された予防意識と保健行動に関する概念群を、質的統合法 (KJ法) に基づいて構造化したものである。各ラベルにはシンボルマークを付与し、語りの流れと意味のまとまりを反映している。矢印の記号は物事が起こる流れ (それゆえに) を、横に倒したY字をつなげた記号は反対の関係 (一方) を、三角形を向き合わせた記号は両サイドが対称をなす関係 (共通し) を、波及の記号は波紋が周囲に広がるようなイメージで影響を与える関係 (影響し) を示す。

図1 空腹時血糖が正常高値を示す男性事務職者における予防意識と保健行動の構造

Ⅳ. 考 察

本研究では、健診数値を自分のこととして受け止めることが、リスク認識につながり、自己管理への意欲を形成する流れが確認された。この認識の流れは、行動化に影響する重要な要因であることが語りから明らかとなった。こうした認識が十分に形成されない場合、健診結果を「経過観察で問題ない」と受け流したり、日常の一部として捉えたりする傾向がみられ、行動変

容にはつながりにくいことも語りから示された。とくに、数値に対する不安と安心が同時に存在する状態は、認識の揺らぎとして表れ、行動への意欲や実行に影響していた。

1. 認識の揺らぎを中心とした構造の意味

図1は、健診結果が基準値をわずかに超えたことによる不安と、精密検査の案内がなかったことによる安心感が、同一人物の中に同時に存在する状態を中心にとらえた概念モデルである。

このような認識の揺らぎが、自己管理への意識や行動にどのように広がっていくかを構造的に示している。

たとえば、「体質だから仕方ない」と考えて薬に頼る姿勢は、個人の内面的な反応の一例であり、家庭の食事に合わせて自己流で糖質制限を行う行動は、外的な要因に応じた対応と位置づけられる。これらの志向は、体重管理の難しさを自覚することを通じて、気分や天候に左右される運動習慣や、継続しにくい生活活動といった行動パターンにつながる傾向がみられた。

この図は、参加者の語りに基づいて構造化したものであり、因果関係を断定するものではない。図中の矢印は、各概念の間に見られた関連性を示しており、健診数値の理解を支援すること、行動の実行を妨げない環境を整えること、医療者による明確な指示を提供することなどが、介入の有効な方向性として示されていた。

2. 予防意識の特徴

健診数値をどのように意味づけ、どのような感情を抱くかという受けとめ方の違いは、予防意識の形成に影響していた。表2の元ラベル (B-A012, H-A009, D-A003) では、数値の意味が十分に理解されておらず、危機感が生じにくい傾向がみられた。B-A012では、検査値が正常高値とされ、経過観察の対象となっていたが、医療者からの明確な指示がない限り、参加者は危機感を抱きにくかった。D-A003は、結果の意味を理解する力や医師の説明が不足していたことを示しており、H-A009では、数値の境界を認識していても、それが行動の変化には結びついていなかった。

これらの元ラベルは、図1で示した「認識の揺らぎ」と整合しており、特に基準値の上限付近に位置する数値では、医療者からの説明や診断名の提示といった外部からの手がかりが得られない場合、参加者自身がその数値の意味を判断しにくく、結果として数値に対するリスク認識が弱まり、危機感が生じにくくなることが示されていた。村上ら (2009) は、診断の確定が自己管理行動の取り組みに影響することを報告しており、本研究の結果はこの知見と一致していた。

本研究の参加者は、健診で基準値の上限付近の数値を示していたものの、糖尿病などの明確

な診断には至っていない状態であった。こうした診断未満の対象者の予防意識の特徴を理解するためには、糖尿病と診断された人や、生活習慣病の予備群とされる高血圧境界者との比較が有用である。佐藤ら (2022) は、糖尿病患者は疾患管理の必要性が明確であるため行動を維持しやすい一方で、診断に至っていない対象者では、予防的関心にもとづいて行動を開始しても継続が難しい傾向があることを報告している。また、稲垣ら (2022) は、糖尿病患者の食事・運動行動が自己効力感や自律的動機によって支えられていることを示しており、本研究の参加者においては、こうした内発的動機の形成が十分でない可能性がある。さらに、高血圧予備群を対象とした研究では、行動の継続には「納得感」や「生活への落とし込み」が重要であるとされており (人間ドック学会, 2009)、本研究で確認された数値の意味の理解が不十分であったことや生活環境による制約といった阻害要因とも共通する視点が示されていた。

これらの知見をふまえると、健診で基準値の上限に近い数値を示していたものの診断には至っていない対象者に対しては、数値の意味を理解し、それを自身の健康課題として捉えられるよう促す支援が重要である。あわせて、食事や運動をはじめとする予防的な生活行動が、日常生活の中で無理なく続けられるよう、個々の生活状況に応じた柔軟な支援の工夫が求められる。

3. 保健行動形成の阻害因子と促進因子

保健行動の形成に影響する要因について、阻害要因と促進要因の両面から検討を行い、以下のような特徴が抽出された。

まず、健診で示された数値について、その意味が十分に理解されていない場合、行動に移そうとする意思が形成されにくく、生活習慣の改善にはつながらない傾向がみられた (B-A012, D-A003)。次に、行動意欲はあるものの、職場環境や生活リズムの制約により、実行には結びついていない状況が確認された (E-A015)。さらに、気分や習慣といった個人的な要因が、行動の継続を妨げる要因として働いていた (B-A022, F-A025)。D-A018では、気分や天候によって行動の頻度が変わる傾向がみられ、継続的な実践を支えるには、外部からの支援と生

活基盤の安定が必要であることが明らかとなった。一方、行動を促進する要因としては、家族や職場からの働きかけに加え、景品や報酬が得られる仕組みの存在も確認された。これらの要素は、行動の意思を実際の取り組みへとつなげる外的な働きかけとして機能していた。

このような結果から、保健行動を支援するには、健診結果の理解を助ける認知的な支援と、生活習慣の改善に向けた行動を実行に移すまでの支援の流れや環境条件の整備を組み合わせることが有効であると考えられる。たとえば、Teach-Back法 (Yen *et al.*, 2019) による双方向の説明を導入することで、健診受診者が数値の意味を把握しやすくなり、行動への動機づけにつながる可能性がある。さらに、職場内で保健指導の導線を明確にし、簡易な予約制度を整えることで、生活習慣の改善に向けた行動を実際に始めやすくなる。また、家庭環境やこれまでの食習慣によって行動の選択が左右されることを考慮すると、画一的な支援では対応が難しい場面もある。そのため、個々の生活状況に応じた柔軟な支援の工夫が求められる (横山 他, 2020 ; 林 他, 2014)。

本研究の対象者は、健診において基準値の上限に近い数値を示していたものの、糖尿病の診断には至っていない者であり、糖尿病と診断された人とは保健行動の形成過程が異なる。糖尿病患者は疾患管理の必要性が明確であるため、自己効力感や自律的動機によって行動が維持されやすいが (稲垣 他, 2023)、糖尿病と診断されていない段階にある者では、数値の意味を理解し、それを自身の健康課題として認識することが、生活習慣の改善に向けた行動の出発点となる (人間ドック学会, 2009)。そのため、こうした対象者への支援では、生活を基盤とした気づきの支援や、行動の実行に至るまでの支援の流れを整えることが有効である (厚生労働省, 2021)。三浦 (2019) は、健診で糖尿病の可能性を指摘された対象者に対する質的研究において、行動の実行を促す要因として職場からの勧奨や健診結果の自己評価を、抑制要因として数値の意味の理解不足や行動への抵抗感を挙げている。これらの知見は、本研究で確認された保健行動の阻害・促進要因と整合しており、診断未滿の対象者に対する支援では、数値の意味づ

けを助ける働きかけや、行動への心理的・環境的な負担を軽減する工夫が求められる。

4. 看護実践への示唆

本研究では、健診結果に対する理解の程度や職場環境、個人の気分や習慣といった要因が、生活習慣の改善に向けた取り組みに影響を与えていることが明らかとなった。これらの知見をふまえ、健診後の保健行動の支援においては、以下のような看護実践が求められる。

まず、健診結果の数値が行動に結びつくためには、参加者自身がその意味を理解し、納得できることが重要である。保健指導の場では、数値の内容を一方的に伝えるのではなく、参加者が自分の言葉で説明を再現する機会を設けることで、理解を深めることができる。Teach-Back法はそのような対話的な説明手法として有効であり、短時間の保健指導 (10 ~ 15分程度) にも導入可能である (Yen *et al.*, 2019)。

次に、行動への意思があっても、職場の忙しさや保健指導の申込・予約などの手続きが煩雑である場合、実行に至らないことがある。健診当日に保健指導を受けられるような流れを整えるか、または簡単に予約できる仕組みを導入することで、保健指導までの負担を軽減し、生活習慣の改善に向けた取り組みを始めやすくすることができる (八木ヶ谷 他, 2022)。また、生活の中で行動を続けていくには、参加者の生活リズムや心理的な負担に寄り添う柔軟な支援が重要である。一貫した行動を求めるのではなく、「できる時に、できることを」支える関わり方が、実際の行動につながり、継続されやすい支援となる。特に、一般事務職に多い長時間の座位や勤務中の活動制限に配慮し、隙間時間を活用した運動の提案や、職場内で実践可能な目標の提示など、具体的な介入が有効である。

さらに、行動の継続には、参加者自身の工夫や小さな成功体験を尊重し、それを支援の出発点とする関わりが重要である。自己効力感を高める支援を通じて、参加者が自分に合った方法で行動を選び、それを日常生活の中で無理なく続けていく力を育むことが可能となる (梶山 他, 2000 ; Glanz *et al.*, 2002)。支援の場についても、医療機関に限定せず、職場や地域のコミュニティセンターなど、日常生活に近い場での継続的な支援体制の構築が求められる。たとえば、

糖尿病の予防を目的としたワークショップやセミナーの開催、健康に関する情報を共有するサポートグループの設立など、日常的に健康相談が可能な仕組みづくりが今後の課題である。

これらの看護実践は、健診結果の理解から行動の実行、継続までを支える一連の支援として位置づけられ、生活の揺らぎを前提とした柔軟かつ個別性の高い支援のあり方を示している。今後の生活習慣病予防支援においては、こうした視点を取り入れた看護の展開が期待される。

5. 研究の限界

本研究は、空腹時血糖が正常高値と判定された40～64歳の一般事務に従事する男性を対象とした質的研究であり、サンプリングの属性が限定されていることから、結果の一般化には慎重な解釈が求められる。また、質的統合法（KJ法）を用いて語りの構造化を主目的としたため、健診指標の数値的变化と保健行動との関連を時系列で検証する設計には至っていない。実際、参加者の健診記録に基づき、一部の対象者で数値の改善が観察されたが、その背景や行動との関連については十分に分析できていない。今後は、代表的な語りの定量的な整理に加え、縦断的なデータの収集や個別の分析を通じて、行動変容の過程や因果関係をより明確にする研究の蓄積が望まれる。

V. 結 論

本研究では、空腹時血糖が正常高値と判定された一般事務に従事する男性を対象に、半構造化面接による語りをもとに、健診数値の「自分事化」と保健行動との関係について質的に検討した。分析の結果、「認識の揺らぎ」が数値の自分事化を阻害し、意図の形成から具体的な行動への展開を妨げる傾向が示された。これらの知見は、予防支援において自分事化の程度を評価し、それを促進することが、看護介入の出発点となり得る可能性を示している。

今後は、こうした知見をふまえ、より実践的な支援方法の構築とその有効性の検証を通じて、慢性疾患予防に資する看護支援の充実を図ることが重要である。

〈謝辞〉本研究にご協力いただきました参加者の皆様、ならびに協力施設の責任者の皆様に厚

く御礼申し上げます。また、研究の遂行にあたり貴重なご助言を賜りました諸先生方に深謝の意を表します。

〈付記〉本研究は、日本看護研究学会第50回学術集会において、一部を発表した。

〈利益相反〉本研究における利益相反は存在しない。

【文 献】

- Glanz K., Rimer B.K., Lewis F.M. (2002): Health behavior and health education: Theory, research, and practice (3rd ed.), Jossey-Bass, San Francisco.
- Gong Q.-H., Kang J.-F., Ying Y.-Y., *et al.* (2015): Lifestyle interventions for adults with impaired glucose tolerance: A systematic review and meta-analysis of the effects on glycemic control, *Internal Medicine*, 54, 303-310.
- 林 美美, 武見ゆかり, 赤松利恵, 他 (2014): 特定保健指導の職域男性における減量の非成功要因についての検討: 個別インタビューによる質的検討, *日本健康教育学会誌*, 22(2), 111-122.
- 稲垣 聡, 松田友和, 阿部 梢 (2022): 日本語版糖尿病療養行動の動機づけ尺度 (TSRQ-DJ) の開発とその検証, *糖尿病*, 65(1), 26-33.
- 梶山祥子, 原 信子 編 (2000): 慢性疾患を持ちながら生きる人々へのサポート, 87-97, 南山堂, 東京.
- 門脇 孝, 羽田勝計, 富永真琴, 他 (2008): 糖尿病・糖代謝異常に関する診断基準検討委員会報告 一空腹時血糖値の正常域に関する新区分一, *糖尿病*, 51(3), 281-283.
- 門脇 孝 (2009): 空腹時・食後高血糖とその診断基準, *日本内科学会雑誌*, 98(4), 717-724.
- 厚生労働省 (2021): 地域共生社会の実現に向けた重層的支援体制整備事業の概要, https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_00506.html (最終アクセス: 2025年10月31日).
- 厚生労働省 (2023): 健康づくりのための身体活動・運動ガイド2023, <https://www.mhlw.go.jp/content/001194020.pdf> (最終アクセス: 2025年10月31日).
- 厚生労働省 (2023): 令和5年国民健康・栄養調査報告, https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/eiyuu/r5-houkoku.html (最終アクセス: 2025年10月31日).
- Kurita S., Shibata A., Ishii K., *et al.* (2019a): Patterns of objectively assessed sedentary time and physical activity among Japanese workers: A cross-sectional observational study, *BMJ Open*, 9(2), 1-9.
- Kurita S., Shibata A., Ishii K., *et al.* (2019b): Social-ecological correlates of accelerometer-measured occupational sitting among Japanese desk-based workers, *BMC Public Health*, 19(1), 1489, 1-8.

- 正木治恵 (2008) : 看護学研究における質的統合法 (KJ法) の位置づけと学問的価値, 看護研究, 41(1), 3-10.
- 三浦沙織 (2019) : 健康診断で糖尿病の可能性を指摘されてから受診行動に至る促進要因と抑制要因に関する研究, 日本健康医学会雑誌, 28(2), 107-115.
- 宗像恒次 (1996) : 最新行動科学からみた健康と病気, 84, メジカルフレンド社, 東京.
- 村上美華, 梅木彰子, 花田妙子 (2009) : 糖尿病患者の自己管理を促進および阻害する要因, 日本看護研究学会誌, 32(4), 29-38.
- 西尾 実, 岩淵悦太郎, 水谷静夫 編 (1999) : 岩波国語辞典 第5版, 50, 岩波書店, 東京.
- 人間ドック学会 (2009) : 高血圧予備群に対する保健指導の実態と課題, 人間ドック, 24(3), 211-218.
- 日本糖尿病学会 (2024) : 糖尿病診療ガイドライン2024, 南江堂, 東京.
- 日本運動疫学会, 国立健康・栄養研究所, 東京医科大学 公衆衛生学分野 他 (2020) : 身体活動・座位行動ガイドライン (日本語版), <http://jaee.umin.jp/doc/WHO2020JPN.pdf> (最終アクセス: 2024年5月1日).
- 野口京子 (1998) : 健康心理学, 36, 金子書房, 東京.
- 奥村政彦, 辻 香織, 各務茂夫, 他 (2005) : 人間ドック施設における境界型に対するフォローアップの現状, 人間ドック, 20(3), 529-534.
- 小澤涼子, 吉田礼維子, 白井英子 (2013) : 生活習慣病予備群にある壮年期男性が生活習慣に保健行動を組み込む過程, 日本保健医療行動科学会雑誌, 28(1), 60-70.
- Saito T., Watanabe M., Nishida J., *et al.* (2011): Lifestyle improvements and prevention of diabetes in overweight Japanese with impaired fasting glucose: A randomized controlled trial, *Archives of Internal Medicine*, 172(10), 849-857.
- 佐藤真理, 田中美穂, 横山和仁 (2022) : 糖尿病予備群における保健行動の継続要因に関する質的研究, 日本健康教育学会誌, 30(1), 12-21.
- 篠岡有雅, 大西美智恵 (2011) : 健康教室における糖尿病予備群の健康行動の変容プロセス, 日本地域看護学会誌, 13(2), 54-60.
- 総務省 (2009) : 日本標準職業分類 (平成21年12月統計基準設定), https://www.soumu.go.jp/main_content/000394337.pdf (最終アクセス: 2022年4月1日).
- 八木ヶ谷裕美子, 西村元伸, 佐藤真一, 他 (2022) : 高血糖未受診者を健診当日に専門外来の予約につなげる試み —仁戸名糖尿病コントロール研究より—, 人間ドック, 36(5), 663-671.
- 山浦晴男 (2012) : 質的統合法入門 考え方と手順, 28-66, 医学書院, 東京.
- Yen P.H., Leasure A.R. (2019): Use and effectiveness of the teach-back method in patient education and health outcomes, *Federal Practitioner*, 36(6), 284-289.
- 横山歩香, 田高悦子, 白谷佳恵, 他 (2020) : 特定保健指導非該当者である壮年期男性事務職の健診におけるヘルスリテラシーの様相, 日本地域看護学会誌, 23(1), 23-31.
- Zhang X., Imperatore G., Thomas W., *et al.* (2017): Effect of lifestyle interventions on glucose regulation among adults without impaired glucose tolerance or diabetes: A systematic review and meta-analysis, *Diabetes Research and Clinical Practice*, 123, 149-164.

受付日: 2025年5月15日
採択日: 2025年12月22日