

Regular Article

健康増進活動を行う保健師・看護師が感じる困難についての 質的インタビュー調査

小田川 瞳子^I

及川 正範^{II}

浅井 篤^{III}

Abstract

本研究の目的は、市民や労働者に対し健康増進活動を行う保健師・看護師が感じる困難や疑問について明らかにし、健康増進活動の倫理的懸念との関連について手がかりを得ることである。健康増進活動に従事した経験のある保健師・看護師を対象に、半構造的インタビューを用いて調査した。

保健師らは健康増進活動の意義や、保健師である自身の役割を理解していた。そして健康増進を通して市民らが幸せになることを望んでいた。一方で健康増進活動の目的や効果に対し疑問を抱いている保健師らもいた。中には保健師の職業上の責務と個人的な健康増進の考えの間に矛盾が生じている者もあり、保健指導遂行に困難を感じていた。

本研究の結果と先行研究を踏まえると、現在の健康増進体制においては、個人の健康に対する責任が過度に強調されている傾向があり、市民らにネガティブな感情を与え得る懸念がある。健康を指導・教育する場で、必要以上に個人の健康に対する責任だけを厳しく追及しない姿勢が重要であることが、改めて示唆された。

キーワード：保健指導、健康増進、公衆衛生倫理、保健師、テーマティック・アナリシス法

This study aimed to elucidate the difficulties and doubts perceived by public health nurses and nurses who perform health promotion activities for citizens and workers, and to obtain clues regarding their relationships with ethical concerns relating to these activities. A semi-structured interview survey was conducted with public health nurses and nurses with experience engaging in health promotion activities. Public health nurses understood their own roles and the significance of their health promotion activities, and desired happiness for citizens through promoting health. On the other hand, some public health nurses had doubts about the effects and aims of the health promotion activities. Among these nurses, some felt contradictions between their professional responsibilities and their personal thoughts regarding health promotion, leading to difficulties with providing health guidance. When considering the results of

^I 東北大学大学院 医学系研究科 公衆衛生学専攻 医療倫理学分野 修士課程

^{II} 東北大学大学院 医学系研究科 医療倫理学分野

^{III} 東北大学大学院 医学系研究科 医療倫理学分野

this study as well as those of previous studies, in the current health promotion system, there is a tendency to overly emphasize an individual's responsibility for their own health, leading to concerns of citizens harboring negative emotions. Our findings confirm the importance of not taking the aggressive stance of pursuing only an individual's responsibility for their own health more than necessary in settings where health guidance and education are being provided.

Keywords: Health guidance, Health Promotion, Public Health Ethics, Public Health Nurse, Thematic Analysis

1. 背景

現在、疾病構造の変化に伴い、従来の感染症の予防に加えて慢性疾患の予防も重視されるようになった。慢性疾患予防のためには、健康的な生活習慣への改善や維持が求められており、個人が健康を意識して行動することに加え、政策・法律に基づいて様々な健康増進活動（本研究において、健康教育、健康相談、健康診査、保健指導を指すものとする^{1,2,3,4}）が日常生活に組み込まれている。

その健康増進活動の中には、保健師や看護師による健康教育や健診後の保健指導などが挙げられる。行政機関や企業、健診機関などに所属する保健師や看護師は、対象者である市民や労働者に対して、日常業務の中で健康増進活動を行っている。健康教育には様々な定義や目的があるが^{5,6}、健康増進法（健康増進事業実施要領）⁷において、個別健康教育の目的は「疾病の特性や個人の生活習慣等を具体的に把握しながら、継続的に健康教育を行うことにより、生活習慣行動の改善を支援し、生活習慣病の予防に資すること」である。また本研究での保健指導は、主に生活習慣病予防のための保健指導を指すが、厚生労働省が発行する『標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)』（以下、「厚労省プログラム」と略記）⁸では「対象者が自らの生活習慣における課題に気付き、自らの意思による行動変容によって健康課題を改

善し、健康的な生活を維持できるよう、必要な情報の提示と助言等の支援を行うことである」とされている。こういった活動は、名称は違えど、健康の保持・増進を目指し、対象者に情報を提供しながら、知識の習得や理解を促し、健康的な日常生活を送るよう行動変容を促すことを目的としている。だが、その実現は難しく、健康教育や保健指導による介入がより一層効果的に実施されることを目的に、これまでも研究が行われてきた⁹⁻¹⁷。

一方、倫理的な観点からは、健康増進活動は「分別のある成人に対してまでも個人の意向を抜きにして健康になるための行動を強いるパターンリズム」¹⁸であるという批判がある。その背景には、感染症予防や健康増進活動などを通して、市民の健康を守る¹⁹公衆衛生活動一般について、「公衆衛生の名の下に、いつ、どのような目的で個人の自由を制限することが許されるのか」²⁰というきわめて重要な倫理的問題が存在する。健康増進活動に関連する具体的な問題としては、上に述べたような健康増進の推進が人々の生活への不当な介入になりうるという問題（「行き過ぎたパターンリズム」）のほか、健康増進政策が当人の健康を目的とせず、たとえば政治利用（医療費削減等による国家財政の健全化）を第一の目的とする問題（「健康の道具化」）、健康を求め不健康

を非難することが自己責任の過剰な強調をもたら
しうる問題（「自己責任論」）、不健康になって
しまった人に対する抑圧の問題（「スティグマ
化」）などが挙げられる¹⁹。

国外において、公衆衛生倫理や健康増進の倫理
についての研究は、理論研究だけでなく、実証研
究についての文献も存在する^{21,22,23,24}。しかし、そ
れらの大半が公衆衛生活動や健康増進活動全体を
テーマとしたもので^{21,22,23}、研究の対象者として
は政策立案者や研究者が中心であった²⁴。健康増
進活動の現場で働く実施者の経験に注目した実証
研究は、日本の保健指導と類似する活動を行うス
ウェーデンの保健師を対象としたインタビュー研
究²⁵が存在したが、健康増進を効果的に進める知
見を得るための研究であり、倫理的な分析はなか
った。

日本国内においては、公衆衛生、健康増進の倫
理に関する研究^{26,27,28,29,30,31}は存在するものの、健
康増進活動に従事する保健師・看護師が現場で実
践を行う中で、いかなる倫理的な懸念や問題意識
を抱いているのかを検討した研究は認められなか
った。

したがって本研究では、半構造的インタビュー
調査を通して、保健師や看護師といった看護職が
健康増進活動を行う中で感じている困難や疑問、
葛藤（以下では困難とする）の内容や程度、その
背景について調査する。

本研究により、倫理的なアプローチに基づく
理論研究と、健康を推進することが善であり、対
象者に健康になってほしいという志を持って実際
に活動している保健師や看護師が持つ倫理感覚と
の一致部分や相違についての知見を得ることがで
きる。公衆衛生倫理という学問領域の関心が高ま
っている一方で、実際に健康増進活動を行う職種

の一つである保健師・看護師の、活動に伴う困難
感や問題意識に注目して研究しているものはない。
インタビュー調査を行い、現場で働く保健師らが、
公衆衛生や健康増進の倫理的な問題と関連する問
題意識を抱いているか、探索的な研究を実施する
意義は大きいと考える。さらに、その指摘される
懸念に対し、実際の健康増進活動や対象者との関
わりにおいて、どのように対応していくことが求
められるのか、手がかりを明らかにすることが期
待される。

2. 方法

本研究は、半構造的インタビューを用いた質的
研究である。

2-1. 調査方法

研究対象者は、健康増進活動に従事したことの
ある保健師もしくは看護師の資格を有する者とし、
個人的ネットワークやスノーボールサンプリング
を用いて募集した。研究対象候補者に倫理委員会
の承認を得た「説明文書」「同意書」を送付し、
インタビュー調査について自発的な協力意思を表
明した対象者にインタビューを行った。

2024年1月から6月にインタビュー調査を実施
した。全インタビューが、Zoomを使用したオン
ラインインタビューであった。インタビュー開始
前に、研究・倫理的配慮の説明・質疑応答を行い、
「同意書」に署名を得た。「同意書」は、インタ
ビュー後に郵送で回収した。インタビュー調査は、
1回のみで60分を目安とした。個人インタビ
ューの形式をとり、倫理委員会の承認を得たインタ
ビューガイドに沿って、半構造的インタビューを
行った。インタビューガイド（表1）は、本研究
の目的に沿った内容になるよう、研究者間で複数

回検討し作成された。インタビューは、研究対象者に許可を得た上で、ICレコーダーによる録音とZoom機能による録音を行い、研究者が重要だと考える発言は、メモを取った。すべてのインタビューは同じ1名の研究者（TO）によって行われた。

2-2. 調査内容

1. これまで経験してきた健康増進活動の内容・健康増進活動時の工夫
2. 健康増進活動中の困難感、疑問、悩み、葛藤、印象的だった事例
3. 健康増進の制度・健康増進活動や保健指導に対する考え

表1：インタビューガイド

インタビュー開始時	
●	調査者と参加者は自己紹介をする。
●	研究概要、インタビューの流れを説明し、質疑応答の時間をとる。
●	自発的な研究参加への同意を確認し、同意書に記入していただく。
●	インタビュー中に個人の特定に繋がる発言をしないよう注意喚起する。インタビューの録音、メモによる記録の承諾を得る。
●	休憩、インタビューの中断・中止について説明する。
インタビュー内容	
[参加者の基礎情報について]	
1	性別、年齢、最終学歴、所有資格、学会所属の有無について教えてください。
2	現在までの職歴（職場の種類・規模、雇用資格、雇用形態）と業務内容について教えてください。
[個々の健康増進活動について]	
1	あなたが業務中で行ってきた健康増進活動について、教えてください。
2	あなたが行っている健康増進活動について、一つずつお聞きします。
①	その活動では、具体的にどのようなことをしていますか。
②	その活動を行う中で、印象的だった事例や、対象者の反応はありますか。
③	その活動を行う中で、困難感、疑問、悩み、葛藤などがありますか。
④	そのような困難感、疑問、悩み、葛藤があるとき、どのように対応していますか。

[健康増進活動全体について]	
1	健康増進活動の対象者と直接接する中で、
①	あなたがよく使う、決まり文句、常套句のようなものを使ったり、お決まりの対応方法（テンプレート）を自分の中で作ったりして対応することはありますか。
②	自分の対象者に対する態度は甘い、厳しいなどと感じることはありますか。それはどのような理由で、甘い・厳しいと考える（悩む）のでしょうか。
③	具体的な病気や合併症になるリスク因子を取り上げ、病気・合併症へのなりやすさを示し、危機感を与えることで、行動変容を迫る方法を用いることが多いと思いますが、この方法をとることに悩む（罪悪感）ことはありますか。
④	保健指導や健康教育では、休日をベッドの上で無為に過ごすことや、甘いものしょっぱいもの脂っこいもの、お酒など嗜好品としての食事をとりすぎないことを勧めるとしていますが、対象者にとっては、日々の楽しみであることを健康のために控えてほしいと伝えることに罪悪感（や困難感）を覚えることはありますか。
⑤	健康に関心、関心が薄い対象者もいらっしゃると思いますが、その場合、困難感、罪悪感の程度に影響しますか。
⑥	保健指導や健康教育で情報を提供し、その対象者に合った健康増進の工夫を提案された後、その方法を取り入れるかどうかは、その人次第であり、その人の問題であると思いますか。もしくはその後どうなるかも自分の対応が関わると感じますか。
2	各種ギャップについて
①	職業的な役割（保健師、看護師として健康増進を進める）と個人的な健康増進に対する考え方にはズレがありますか。
②	健康を指導する職種ではあるけれど、健康という軸を中心として日常生活の過ごし方を判断し、生活習慣を指導してよいのか、悩みますか。
③	実際に保健師、看護師として働いてみて、学校で学んできたこととのギャップを感じることはありますか。教育に求めることはありますか。
3	制度について
①	健康増進活動の大元となっているのは法律や『健康日本21』といった政府の方針であり、みなさんの活動内容が定められ活動することになっているわけですが、実際に活動する中で何か思うところはありますか。
②	あなたが感じる、方針だけでは不足している部分について、独自の工夫をするといったことはありますか。

2-3. データ分析方法

データの分析は、質的分析手法の1つであるテーマティック・アナリシス法^{32,33,34}を用いた。質的データの中にパターンを見出すための手法であり、生データ（インタビューデータ）からテーマを生成する帰納的分析手法³²で行った。

インタビュー録音データの逐語録作成は、京都データサービスに委託した。インタビューの録音データから作成された逐語録を基に、コーディング（生データに内容を代表する短い言葉をつける）を基本的に1文ごとに行い、コードとした。次に類似したコードをまとめ、新コードとした。新コードの類似性や相違性を検討しまとめ、サブカテゴリとした。明らかに研究目的と関連性がないと判断される新コードは、研究者3名で検討の上、この時点で研究対象から外した。コード、新コード、サブカテゴリの関連性を踏まえ、より抽象度が高く、質的データ内のパターンを説明するテーマを生成した。データ分析にはMicrosoft Excelと質的研究支援ソフトNVivo 14を使用した。データの分析は、まず1名の研究者（TO）が分析を行い、その後各段階で複数回、他2名（MO、AA）の研究者と確認した。

本研究では、以下の方法により、妥当性と信頼性を担保した^{32,35,36}。妥当性の担保として、研究者間で複数回検討し、本研究の目的に沿ったインタビューガイドを作成した。研究者のインタビュー技術を確保するため、事前に研究には参加しない複数人の協力者とインタビューの練習を行った。逐語録作成は外部委託業者である京都データサービスに委託し、逐語録受取後内容を確認した。分

析の妥当性の担保として、1名の研究者がデータを分析した後、他2名の研究者と分析内容を複数回確認・比較した。また生成された分析結果が研究対象者の語りに基づいていることを、逐語録の該当箇所に戻り、研究者間で複数回確認した。本研究の信頼性の担保として、研究者内の分析の一貫性を確保するため、一定期間をあけて複数回コーディングを見直した。また複数の研究者とコーディングやプロセスの確認を行い、コーディングや分析の一貫性を担保した。

2-4. 倫理的配慮

本研究は、東北大学医学系研究科倫理委員会の承認（整理番号 2023-1-754）を得て実施した。インタビュー対象者に対し、文書と口頭により研究の概要、目的、方法、プライバシー保護のための対策、データの取り扱いと破棄、研究成果の発表、研究者の問い合わせ先などを掲示した「説明同意文書」を用いて説明した。インタビュー対象者からは、研究参加の任意性を保障した「同意書」への署名をもって、同意を得た。

3. 結果

研究参加者は、9名であった。全員が保健師もしくは看護師資格を保有していた。年齢は31歳～58歳で、30歳代3名、40歳代4名、50歳代2名であった。健康増進活動の長さは、10年未満が3名、10年以上20年未満が1名、20年以上30年未満が3名、30年以上が2名であった。インタビュー時間は平均53分（40～61分）であった（表2）。

表 2：対象者の属性

ID	性別	年齢	現在の職場	健康増進 活動歴	学歴	インタビュー時間
A	女	47 歳	保健指導センター	20 年以上	修士以上	53 分
B	女	35 歳	企業	10 年以上	大学	61 分
C	女	46 歳	企業	20 年以上	大学	50 分
D	女	58 歳	保健指導センター	30 年以上	大学	52 分
E	女	33 歳	医療関連企業	10 年未満	修士以上	50 分
F	女	31 歳	市町村	10 年未満	修士以上	56 分
G	女	45 歳	訪問診療	10 年未満	大学	59 分
H	女	45 歳	市町村	20 年以上	大学	40 分
I	女	57 歳	企業	30 年以上	大学	55 分

分析によって、インタビューデータから 7 つの テーマと 21 のサブカテゴリが生成された (表 3)。

表 3：保健師が抱える困難感、及びそれに関連する認識の分析結果

テーマ	サブカテゴリ
1【対象者に起因する保健指導上の困難】	1-(1)＜対象者の保健指導態度に起因する困難がある＞
	1-(2)＜対象者の生活状況に起因する困難がある＞
2【保健師の保健指導実施技術に起因する困難】	2-(1)＜保健師の保健指導実施技術に起因する困難がある＞
	2-(2)＜対象者への脅しにならないように、指導することは難しい＞
3【現在の健康増進体制に対する信用と不信感】	3-(1)＜現在の健康増進体制・保健指導の意義を理解する＞
	3-(2)＜保健指導を通した、対象者の幸せを望んでいる＞
	3-(3)＜保健指導は医療費削減のために行われていると思う＞
	3-(4)＜現在の健康増進体制・保健指導の意義への不信感がある＞
	3-(5)＜一生涯の健康教育が必要だと思う＞
	3-(6)＜保健指導方法(情報伝達)に起因する困難がある＞
4【保健指導で扱う情報に対する信用と不満】	4-(1)＜現在の保健指導で扱う情報を信じている＞
	4-(2)＜保健指導で扱う情報への不信感がある＞
	4-(3)＜予防的行動の効果や疾病発症の原因の不確かさに起因する困難がある＞
5【保健師の職業上の責務に対立する個人的な考え】	5-(1)＜保健師の職業上の責務と、個人的な健康増進の考えの間で矛盾が生じる＞
	5-(2)＜保健師である自分も、私的に不健康な行動をすることもあるが、悩みではない＞
6【保健指導での基本的な対応方法】	6-(1)＜保健指導介入の成功を目的として、対象者との関係性を重視する＞
	6-(2)＜保健指導介入(行動変容)の成功を目指す＞
	6-(3)＜保健指導方法の習得＞
7【保健指導時の困難への対応方法】	7-(1)＜保健指導に消極的な対象者にも行動変容を求める＞
	7-(2)＜対象者が健康増進に消極的であることを受け入れる＞
	7-(3)＜保健指導上の悩みの解決＞

以下で、テーマ、サブカテゴリを具体的に説明する。【】をテーマ、<>をサブカテゴリとし、テーマ・サブカテゴリの内容を裏付けるデータ（研究対象者のインタビュー発言）を「」で記載した。

本論文中の「不健康」という言葉は、基本的に、厚労省プログラム³⁷における検査項目で異常値がある状態や、質問項目での留意点に該当する状態など、このプログラムが目指している検査項目の正常値や生活習慣を外れている状態を指している。具体的には、検査項目においては、BMI・腹囲・血圧・脂質・肝機能・血糖・尿糖・蛋白尿等を指し、質問項目においては、服薬状況・既往歴・体重増加幅・喫煙習慣・運動習慣・食習慣・飲酒習慣・休養（睡眠）・生活習慣改善意識・保健指導歴等を指す。

本論文では紙幅の制限から、表3の7つのテーマのうち、公衆衛生倫理の領域における健康増進政策・活動に対する懸念に関連する結果（表3のテーマ3とテーマ5）に焦点を絞って検討する。

3-1 テーマ3.

【現在の健康増進体制に対する信用と不信感】

このテーマでは、<現在の健康増進体制・保健指導の意義を理解する><保健指導を通した、対象者の幸せを望んでいる><保健指導は医療費削減のために行われていると思う><現在の健康増進体制・保健指導の意義への不信感がある><一生の健康教育が必要だと思う><保健指導方法（情報伝達）に起因する困難がある>の6つのサブカテゴリが生成された。保健師らは、健康増進体制や保健指導を実施する意味を理解し、健康増進や保健指導が対象者の人生に幸せな影響をもたらすことを望んでいた。一方で、保健師らは健康増

進や保健指導の目的や効果に対して疑問を感じていた。また、社会人以降に重視される現在の健康教育だけでは不十分だと感じていた。保健指導時や指導後の対象者との連絡や外部の保健指導業者との連携にも困難感を覚えていた。一部の保健師は、現在の保健指導が医療費削減のために行われていると感じており、肯定的な意見と否定的な意見の両方があった。

3-(1) <現在の健康増進体制・保健指導の意義を理解する>

保健師らは、保健指導の目的がメタボリックシンドローム・体重減少にあり、対象者の健康状態が悪くならないよう、早めの生活改善・重症化予防を目指していると認識していた。数人の保健師は、現在の保健指導において禁煙指導が重要視されていると考えていた。

また保健師らは、健康増進の法律や制度に基づいて活動する役割があると考えていた。産業保健で働く保健師では、会社として法的に社員への安全配慮義務があると認識しており、産業医の指示に基づいて保健指導や受診勧奨など、対象者に積極的に介入する必要性を感じていた。ある保健師は、会社だけでなく社員にも自身の健康を自分で維持する義務があることに言及していた。

「会社として、まず安全配慮義務の中でこの人を働かせて大丈夫かどうかというところが判断として必要になる」[Cさん]

3-(2) <保健指導を通した、対象者の幸せを望んでいる>

保健師らは、対象者が保健指導を受けることで、対象者自身の健康リスクや生活習慣に気づいてもらいたいと考えていた。また、対象者への情報提

供後すぐには生活習慣改善に結びつかなくとも、将来的に保健指導の効果が対象者に表れることを期待していた。保健師として対象者に情報提供はするが、最終的に選択するのは対象者であるため、対象者が自分で情報を正しく理解し取捨選択できることが大事だと語る保健師もいた。

ある保健師は、健康は最終的な目標ではなく、個人が成し遂げたいことの手段であるので、保健指導では対象者が健康を通してどう生きたいかを共有できることが大事だと思うと語った。

「(補足：対象者が) 自分の健康状態に気づくっていうことを働きかけるっていうことが大事だと思うし、それに貢献できるのが保健師なんじゃないかなというふうには思います。」
[A さん]

「お伝えしたときには響かなくっても、もうちょっと時間がたって状況が変わったときに、あ、こんなことを言われたなっていうことが時間がたってから役に立つっていうか、響くことがあるかもしれない」 [H さん]

3-(3)＜保健指導は医療費削減のために行われていると思う＞

一部の保健師は、保健指導が医療費削減のために行われていると考えていた。これに対し肯定的な意見を持つ保健師は、保健指導で一番大切なことは対象者の健康ではあるが、市民全員ののための税金が不健康な対象者に多く使用される前に、予防的に保健指導を行うことで医療費削減に繋がり、市民全体の利益になると語った。

「せっかく保健指導するなら (...) それに伴って医療費の無駄を省くっていうか、保健指導で (...) 防げるところは防いで、重症化を

防ぐことでみんなの利益になったらいいなどは思ってます。」 [F さん]

否定的な意見を持つ保健師は、国は医療費増加を抑制するため、保健指導実施主体である健康保険組合等は保健指導実施率向上による国からの補助金確保を重視して保健指導を実施しており、対象者の健康や生きがいは二の次にしているのではないかと感じていた。

「補助金の下りるからとか、そういう金銭的な面でのメリットを重視して仕方なくやってるっていう。本当にその人の健康とか、生きがいとか、そんなことは多分、二の次なんだろうなっていうのは感じたりします。」 [A さん]

3-(4)＜現在の健康増進体制・保健指導の意義への不信感がある＞

保健師らの中には、現在の日本の保健指導は形骸化していると感じている者もいた。国の制度で決められているため、事業者は仕方なく保健指導を実施しているとの意見や、保健指導が本当に必要なのか疑問があった。また、保健指導の対象年齢への疑問もあり、60歳前後の対象者に対しても一律で保健指導をすることが逆に不健康にさせるのではないかと考えていた。

現在の保健指導の効果に疑問を持つ意見もあり、個人に対して保健指導を行うだけでなく、個人が属する環境を健康的に整備する方法（ナッジ）も検討する必要があると語る保健師もいた。

「指導のかたちを取る必要があるのか、それともほかの例えば環境を整えるでありますとか (...) 企業とかですと、食堂の内容とか

(...) その中で (...) どの選択を取っていくべきかっていうのは、結構判断、重要なのかなというふうには感じます。」[E さん]

また、現在の健康増進体制における健康を管理する個人の責任について、保健師の疑問が示された。ある保健師は、保健指導を実施したのに病気になったのは本人が悪い、と健康に対する自己責任を対象者に求めているように感じていた。これについて、病気になったのは自業自得だと言えるほど、健康について自ら気をつけるような機会が対象者に与えられてきたとは思わないと語った。また、企業が健康管理の面で個人の健康すべてを管理しなければならないことに限界を感じている産業保健師もいた。健康情報の提供は重要で企業が担うべきだが、その後の健康への努力は個人の自由（対象者次第）であり、社員は自身の健康に一定の責任を持つべきだと考えていた。

「(健康は) 会社が守るとか、会社が管理するものではなくって、やっぱり自分で自ら必要だと思って健康になっていく努力をするのが一番だと思っている」[C さん]

3-(5)＜一生涯の健康教育が必要だと思う＞

保健師らは、社会人以降に重視される現在の健康教育だけでは不十分だと感じており、幼少期・学生時代といった、社会人になる前からの健康教育が必要だと考えていた。健康教育が不足している不健康な対象者に、大人になってから保健指導をしても受容しにくいいため、早いうちからの健康教育が必要だと語った。特によい食習慣を身につけるため、幼少期からの食生活に関する健康教育が求められていた。また、若年層が自分の健康に意識が向く健康教育が必要だと考える意見もあった。

「本当はより健康に気を使うべきなのは、私たち働いてる若い世代というかがもうちょっと多分、健康意識高めたほうがいいんだけど、そういう時間と余裕がないのはいかなものかっていうふうには思います」[G さん]

3-(6)＜保健指導方法(情報伝達)に起因する困難がある＞

保健師らは、保健指導後に、対象者の生活習慣改善の様子など保健指導の効果を確認できないことに困難を感じていた。対象者から連絡がない限り、保健指導が対象者に受け入れられたのかどうかは分からないことに悩みがあった。時には信頼関係が築けている対象者から、保健指導後に通院・服薬・健康状態改善等に繋がった連絡をもらうこともあるが、基本的にフィードバックはないため、自分が保健師として保健指導を行うことに意味があるのか、疑問に思う保健師もいた。

「自分の支援の結果、フィードバックがわかりにくい (...) 難しさっていうか、何か意味ある？私がしてること、って思ったりはします。」[F さん]

保健指導における、対象者とのメールの連絡にも困難感があった。対面で行う保健指導の前後で対象者とメールで連絡を取る際に返答がない場合や、返答はあるもののいい加減な対応でごまかされる場合もあり、対応に難しさを感じていた。

また保健指導時に、外部の健診業者・保健指導業者と連携する場合もあり、外部委託先からの対象者の情報量が不十分であると、対象者への保健指導方針を立案することが難しく、その後の保健指導遂行に困難を覚えると話す保健師もいた。

「情報量が足りないと、(...) (補：外部委託先から) いただいたものが最低限の情報の中からの (補：対象者への) 発信になるので、なかなか成果につながらない場合もある」[D さん]

3-2 テーマ 5.

【保健師の職業上の責務と対立する個人的な考え】

このテーマでは、＜保健師の職業上の責務と、個人的な健康増進の考えの間で葛藤が生じる＞＜保健師である自分も、私的に不健康な行動をすることもあるが、悩みではない＞の2つのサブカテゴリが生成された。数名の保健師らは、健康増進を推進するという保健師の職業上の責務と、その責務に相反する個人的な健康増進・保健指導への考えが生じていた。一方で、一部の保健師らは、職業的には健康増進を推進する保健師という立場ではあるものの、私的な場で、自身が不健康な行動をとることに対して特に悩みはないと語った。

5-(1)＜保健師の職業上の責務と、個人的な健康増進の考えの間で葛藤が生じる＞

一部の保健師らは、不健康な行動ではあるが、対象者の人生の楽しみ・生きがいである生活習慣を否定し、代替する健康的な生活習慣を提案する指導は、本当に余計なお世話だと語った。自分は保健師ではあるが、自身も保健指導が受け入れがたいため、対象者に理解を示し、指導しにくさを感じている保健師らもいた。また、保健師として対象者を指導・教育する必要があるが、最終的に対象者が自由に選べばよいと考えているため、指導しにくさを感じているのかもしれない、と語る保健師もいた。ある保健師は、過去に、自身がプライベートではできていない指導内容を、対象者

市民に指導することに苦しさを感じていた。

「すごいお酒が好きな人とかたばこが好きな人に、好きにさせてよって言われたときには、もう本当にそうだよって、余計なお世話だよっていうふうに思う自分もいる」[A さん]
「(補：対象者が) 不幸せになることを (補：保健指導によって) 強制はできないけどすめるのって、QOL とかって全体で考えたときに、それはこっちの要求を相手に押しつけてるだけじゃないかって思ったりはします。(...) 本人が好きなこととかはあんまり否定はしたくないなと思っていて。」[F さん]

5-(2)＜保健師である自分も、私的に不健康な行動をすることもあるが、悩みではない＞

一部の保健師らは、自分や同僚を含め、保健師として不健康な行動である認識はあるが、節度を保ちながら不健康な行動も楽しむ、自分のことを甘やかすこともある、と語った。保健指導として、健康的な生活習慣やワークライフバランスについて対象者に話すか、保健師である自分が、日常生活で指導内容を実践できるかどうかは別問題だと語る保健師らもいた。

「でも何か (補：不健康な生活習慣の知識が) 身についちゃってるので、(補：健康に) 悪いなと思っても、(補：自分が) 好きなものがありますよね。その辺はどこかで自分の中でも折り合いつけながら。(...) でも本当にすごく無謀なことはしませんけども、もちろん。皆さんそうですよ。職場でもお菓子やめなさいって言いながら食べてる人もいっぱいいるしね」[D さん]

4. 考察

本研究では、健康増進活動に従事したことのあ
る保健師・看護師へのインタビューを通し、保健
指導を中心とした健康増進活動に基づく困難感や
考え・疑問、活動時の工夫や困難への対応方法に
ついて明らかにした。保健師らは、現在の健康増
進体制の意義を信用している一方で、不信感や不
満も覚えていた。一部の保健師は、保健師の職業
上の責務に対立する個人的な考えに葛藤が生じて
いたが、悩みには繋がっていない保健師もいた。
以下、医療費削減目的の保健指導、健康に関する
自己責任論、スティグマ、職業的責務と個人的信
念の対立の4つの観点から考察する。

4-1 保健指導の目的が医療費削減にあるのでない か

本研究では、保健指導が対象者の健康のためだ
けではなく、＜保健指導は医療費削減のために行
われていると思う＞と考えている保健師がいるこ
とが分かった。この意見には、肯定的な意見と否
定的な意見の両方の視点があり、肯定的な意見で
は、税金の無駄遣いになるから、医療費削減のた
めにも健康増進を進めるべきという考えがあった。
一方否定的な意見として、対象者の健康や生きが
いが二の次になっていることが指摘されていた。

肥満対策と医療費等の財政が関連した問題につ
いて、公衆衛生政策には、本質的な価値を持つは
ずの人々の健康が、医療費などの財政健全化とい
った、社会全体の利益という他の目的のための
「道具」として不当に扱われる倫理的懸念がある
^{19,38}。これについて、公衆衛生政策が財政健全化
のためだとしても、人々の健康を促進するのなら
ば、社会全体の利益と個人の利益の両方を目的に
しているので、倫理的な問題はないという見方が

あるが、公衆衛生倫理学を研究する玉手は、実際
には社会全体の利益を優先しているのにもかかわ
らず、それをあたかも隠すかのように個人の利益
を強調して、人々に受け入れやすくしている態度
にはむしろ倫理的な問題があるとした¹⁹。

保健指導が医療費削減のために行われているこ
とに対する、本研究の保健師の否定的な意見は、
人々の健康を他の目的のための道具として扱って
いるという視点から、保健指導は対象者の健康を
二の次にしている、と批判したと思われる。一方
で、国の公衆衛生政策が財政健全化という社会全
体の利益を優先していることを隠していることや、
個人の利益である健康増進を強調していることを
批判する保健師は、本研究では確認されなかった。

反対に、保健指導が医療費削減のために行われ
ていることに肯定的な意見として、不健康な市民
に医療費があまりにも多く使われることを防ぐこ
とで、医療費削減に繋げ、財政を市民全体の利益
のために使用できるとよい、という結果があった。
これは、不健康な生活習慣を持つ市民が生活習慣
病を発症し治療を行うことで、その治療費を負担
する保険者の医療費が増大し、健康的な生活習慣
を送る被保険者（市民）への負担に繋がる、とい
う考え方にに基づく^{18,28,39}。もちろんどの市民も保
険料を支払っているため、誰しも医療保険により
医療費の負担が軽減される権利はある。しかし、
健康的な生活を送ることで生活習慣病の発症予防
に繋がり、それが医療費増大の抑制に貢献する市
民がいる一方で、生活習慣病を予防できた可能性
があるにもかかわらず、何も予防行動をとらずに
生活習慣病を発症し治療を受ける市民もいる。そ
して後者の市民が医療保険による恩恵を受けるこ
とは、医療保険制度に貢献せず利益に便乗してい
る、ただ乗りしている、と医療保険へのフリーラ

イディング（フリーライド論、ただ乗り論）^{18,28,40}の観点から批判される場合がある。健康的な生活を意識する市民からみれば、不健康な生活習慣を放置し生活習慣病を発症した市民らの医療費を負担していることになる。本研究の結果は、不健康な生活を送る人々に保健指導を行った結果生活習慣病発症を予防できれば、生活習慣病に対して使われるかもしれない医療費を削減することができ、その分を健康的な生活を意識する市民も含めた市民全体を対象とした政策に予算を使うことができることを意味しており、フリーライディングの議論に関係していると考えられる。

医療の償還基準の優先順位設定に生活習慣や健康に対する個人の責任を含めることに対する専門家と一般市民の考えについて調査した、Dieterenらによるオランダの先行研究⁴¹では、集団健康保険制度の文脈において、健康的な生活習慣（ライフスタイル）を持つ市民が、不健康な生活習慣を持つ市民が予防できたはずの疾病に「不当に」大きな医療資源を使ってしまうことで、不利益を被る可能性がある」と主張している。本研究で明らかになった保健師の意見は、不健康な生活習慣を持つ対象者に保健指導を行った結果健康的な生活習慣に変わること、節約できたかもしれない医療費が使用されることを防ぎ、フリーライディングという問題を回避することが必要である、と示唆している。しかし Dieteren ら⁴¹は、生活習慣の選択は高度な自身のコントロールに基づいていると認識されているが、社会的決定要因もライフスタイルの選択において重要である、という強力な証拠があると説明している。同時に、不健康に至った原因を個人の責任にのみ焦点を当てることが批判されている^{19,22,38,39,42}。

4.2 保健師が捉える、健康に対する個人の責任

健康に対する自己責任を問う議論は、生命倫理の領域において膨大な議論があり、自己責任を批判する意見、擁護する意見それぞれで様々な研究者の主張がある^{19,22,38,39,43,44,45}。本研究では生活習慣病等の疾病発症の原因を自己責任とする見方に対する保健師の考えとして、自己責任を求める意見と、疾病発症を対象者の自己責任に押し付けることを望ましくないと思う意見の、一見相反する結果が得られた。どちらの意見も対象者に自己責任を求めることができるほど十分に情報提供しているか、つまり情報提供の充実度が論点であった。自己責任を求める意見は、対象者に健康増進のための情報を十分に提供することを保健師側の責任とし、その後の健康に対する努力は対象者個人の責任、つまり自己責任であるという考え方であった。一方、責任を押し付けることは望ましくないという意見は、「それ（疾病）に至るまでに、自分で考えるような、自分で気づけるような機会を与えてきたのか」という発言に裏付けられていた。これは単に自己責任論を批判しているというよりも対象者本人にだけ責任を押し付けることを否定しているのであり、批判は自己責任を個人に求められるほど情報提供・指導・教育していない健康増進活動、ひいては政策に向けられていると捉えることができる。

先行研究においては、対象者に過度に健康に対する責任を求めることは倫理的に問題があると考えられるが、公衆衛生政策において健康に対する責任を一定程度負うことは必要であるとされている^{19,42,43,44,45}。個人の選択がその人の生活習慣や健康に直結するため、個人が自由に行動を選択することと同時に責任を持つことが求められる。よ

って健康増進活動において、人々には、個人が請け負うことが適切な範囲内で健康に対する責任を負ってもらうよう推奨する必要がある。そして、同時に必要以上に健康に対する責任を個人に押し付け、不当に非難することは避ける必要がある。これは、上述の自己責任論は望ましくないという本研究の保健師の意見に近いと考えられる。自己責任論を完全に否定するわけではないが、健康に対する個人の責任を強調し過ぎることは不適切であることが示唆される。本研究では、対象者に健康に対する責任を求めることに、明らかに反対する保健師の意見はなかったが、だからといって、対象者に健康に対する責任を必要以上に求めていることを示しているわけではないことが推測される。

4-3 保健指導が「スティグマ」を与え得る懸念

次に「自己責任論」に付随する問題である「スティグマ」の議論を基に、本研究の結果について考察する。健康に対する個人の責任を強調するこ

とが、個人の過去の行動が不適切であったと非難するにとどまらず、個人の人格それ自体に対する道徳的非難につながりうるものが、スティグマの問題である⁴²。

考察するにあたって、保健指導など健康増進政策も含めた、公衆衛生の政策手段の倫理的正当性を判断するうえで一つの指針となる「介入のはしご (intervention ladder)」⁴⁶ (表3)は2007年に英国のNuffield Council on Bioethics (ナフィールド生命倫理評議会) が考案したもので、政府や政策立案者が公衆衛生の介入として国民や集団に実施できる (選択肢の) 範囲を、はしごとして表現している^{18,19,28,46}。介入のはしごは8段階あり、はしごが上に行くほど、政策立案者が国民に介入する度合いが高い。そして介入する度合いが高いほど、介入する正当性はより強くなければならない⁴⁶。日本国内においても多くの研究者が、政府による公衆衛生の介入が倫理的観点からみて問題がないか議論するうえで引用している^{18,19,20,28,30,31}。

表 4 介入のはしご

介入の段階	例
Eliminate choice 選択をなくす	感染症患者を強制隔離する
Restrict choice 選択を制限する	- 健康に良くない成分を食品から除去する - 健康に良くない食品を店やレストランから排除する
Guide choice by disincentives 阻害要因(負のインセンティブ)によって選択を誘導する	- たばこに課税する - 都市部での車利用に対し、課金システムを設けたり、駐車場所を制限したりすることで自動車の利用を徐々に減らす
Guide choice by incentives 報酬(正のインセンティブ)によって選択を誘導する	通勤のための自転車購入に対し税を控除する
Guide choice by changing the default policy 既定の設定を変化させることにより選択を誘導する	レストランの標準の付け合わせを、ポテトフライ(健康的なものも選択可能)から、健康的なもの(ポテトフライも選択可能)に変更する
Enable choice 選択を可能にする	- 禁煙プログラムの参加を呼び掛ける(自主参加のもの) - 自転車専用レーンを設ける - 学校で果物を無料で提供する
Provide information 情報を提供する	徒歩移動や、野菜や果物を食べることを奨励するキャンペーンの一部として、市民に情報を提供し、啓発を行う
Do nothing or simply monitor the current situation 何もしない、もしくは単純な現状モニタリング	

(Nuffield Council on Bioethics (2007) ⁴⁶より引用し、一部改変)

(訳文は、井上 (2015) ¹⁸、玉手 (2022) ¹⁹、斎藤 (2019) ²⁸より作成)

この介入のはしごにおいて、保健指導や健康教育といった保健師が行う健康増進活動は、主に下から 2 番目の「情報を提供する」であり、場合によっては下から 3 番目の「選択を可能にする」も含まれると考える（例として自主参加の禁煙プログラムへの参加呼びかけが示されている）。

Nuffield Council on Bioethics が考案した介入のはしごは、保健指導や健康教育に対する直接的な言及はないものの、どちらもはしごの下位層にあたり、上位層の「選択をなくす」や「選択を制限する」といった強制度が強い介入に比べ、個人の生活に入り込むものではなく、個人の自由への侵入が非

常に小さい介入⁴⁶にあたると考える。

しかし、保健師が行う、保健指導や健康教育等の健康増進活動が、個人の自由への侵入が非常に小さいと考えられる公衆衛生の介入であっても、対象者にスティグマを与える可能性があるという考えがある。公衆衛生上のメッセージとして、特定の疾患や生活習慣を避けるべきだと情報提供することは、その疾患や習慣を持つ人々にネガティブなイメージを与える、つまり「スティグマを付与する」ことになり得るという指摘である^{19,39,47}。この議論を保健指導に当てはめるならば⁸、健診結果のフィードバック、生活習慣改善の必要性の説明、生活習慣と代謝等の体内メカニズムの関連についての説明といった行為が、倫理的観点から見て懸念される部分があることを示唆している。

本研究の保健師へのインタビューでは、主に保健指導の場において、情報提供として、食事・生活習慣と検査値の関係・体内メカニズムに関して、健診の検査値に応じた食事・運動・薬物療法についての基本的な説明を行うことが分かっている。また、不健康な生活習慣を続けた場合の発症事例や疾病発症リスクについて説明することもある。こういった内容のうち、発症事例や疾病発症リスクについて説明することは、明らかに特定の疾患を避けるべきものとして伝えていると考えられる。生活習慣に関する説明は、健康的とされる生活習慣を推奨するのか、不健康な生活習慣を避けるべきものとして伝えるのか、伝え方の違いがあるかもしれないが、後者であればその生活習慣にネガティブなイメージがつく可能性がある。

実際に保健指導対象者（市民）は生活習慣病など疾病を発症したり不健康になったりすることに対し自己責任を感じているのかどうか、本研究での言及はなかった。先行研究¹³では、保健指導で

理想的な生活を指摘されたが故に、行動変容に成功した人にも成功しなかった人にもネガティブな感情が見られていたと報告がある。特定保健指導では、ウエスト周囲長（内臓脂肪蓄積の指標）の測定に加え、脂質代謝、糖代謝、血圧を測定した結果を受けて、メタボリックシンドロームの診断がなされる。その上で、異常値の個数や喫煙の有無により、特定保健指導の支援内容が決定する^{4,37,48}。これらの過程を経て、自分がメタボリックシンドロームと診断されたことに対し、「みっともない」「自業自得」「不摂生の結果で情けない」という発言や、メタボリックシンドロームである自分に「羞恥心」や「自責の念」があることが分かった¹³。また自身のことを「自制心がなく」「弱い人間」だと捉え、対象者の自己効力感や自尊感情の低下が引き起こされている結果が示されている¹³。

先行研究^{29,49,50}では、肥満である人と「怠慢（laziness）」「無責任・責任感が欠如している（irresponsibility）」「自制心の欠如（a lack of self-control）」「意思が弱い（weak-willed）」といった固定観念が結びついており、スティグマや偏見、差別を引き起こすことが報告されている。竹末の研究¹³で保健指導対象者が、自分は「弱い人間」で「みっともない」とする発言は、スティグマと関連しているといえよう。

前提として、厚労省プログラム⁸に記載されている健診や保健指導の実施目的は、「健診によって保健指導対象者を抽出して対象者の持つリスクの数に応じた個別の保健指導を行うことで、その要因となっている生活習慣を改善し、生活習慣予防を行うこと」とされている。具体的には、メタボリックシンドロームや血糖・脂質・血圧の異常、そして糖尿病や脳・心血管疾患、腎不全等を発症

することへの対策が挙げられている。保健指導は複数の生活習慣病あるいは特定の健康状態に対する予防が目的であると考え、保健指導を行う際にスティグマを対象者に与えない対応は不可能のように思える。

しかし、健康増進活動を市民に行う立場である保健師・看護師としては、できる限りスティグマを引き起こさないような対応が求められる^{19,51}。市民が主体的に健康に対する責任を適度に持つことを推奨するうえで、情報を提供する健康増進活動は明らかに重要な活動だ。明らかに非難や侮辱が含まれた嫌悪感を与える活動を避けるのはもちろんのこと、メッセージの注目度や効果を高めるために用いた表現に問題がないか、確認する必要がある^{39,51}。

加えて、公衆衛生上のメッセージがスティグマを生じさせる可能性があることに自覚的である必要があると考える。本研究では、保健指導を中心とした健康増進活動を対象者に行うことそれ自体が、対象者の精神面にスティグマを与える可能性があることについて言及した保健師はいなかった。先行研究においても、保健指導等が対象者の精神面に与え得る負の影響について実際に調査した研究はほとんどない¹³ほか、負の影響について調査されにくいことが指摘されており^{22,39}、これまで保健指導が対象者にスティグマといったネガティブな感情を生じさせる可能性について注目されてこなかったことが推測される。保健指導を含めた保健師が行う健康増進活動は、治療ではなく、公衆衛生の政策としても介入度は低いと考えることが一般的ではある。しかし、明らかに対象者にスティグマを生じさせるような会話をしなくとも、対象者にネガティブな感情を抱かせる可能性があることに自覚的である必要がある。

4.4 保健師の職業上の責務と対立する個人的な考え

保健師らは対象者がとても大事にしている不健康な生活習慣とバランスをとったり、代替案として少しでも健康的な生活習慣を提案したりすることに難しさを感じていた。新たな生活習慣を提案することは、本研究でも先行研究^{9,47}でも示されている指導技術であり、本研究では代替案を提案することしか保健師にはできないと考える保健師もいるほどに、保健指導において重要な技術だと考えられる。しかし本研究においては、代替案を提案することは対象者にとって余計なお世話だと語る結果もあった。【保健師の職業上の責務と対立する個人的な考え】の間で葛藤を感じている保健師らがあり、不健康な生活習慣ではあるが、対象者が何十年来好きで、生きがいでもある習慣をやめることは難しいことで、対象者にとって本当に受け入れがたいことだと感じていた。対象者自身も現在の不健康な生活習慣で体を壊すことを分かっているが、それでも続けたい、太く短く生きたい、自分のことだから好きにさせてほしい、と話す対象者への指導に葛藤があった。先行研究¹³では、今の精神的な楽しみを減らして長生きすることに対する対象者の疑問が明らかになっており、将来の疾病発症や治療といった不幸になる要素は減らしたいと思うものの、今の楽しみを重視する考えが分かっている。これは、保健師として健康増進を推進する責務・職務として行動変容を求める気持ちがあるものの、健康増進の価値観とは相容れない人生観に基づいた対象者の考えを否定せずに指導することの葛藤が示されていると考えられる。

この葛藤は、不健康ではあるが対象者の生活の楽しみである習慣を、保健指導によって否定する

ことは、対象者の QOL 低下に繋がる行為で、保健師側の要求の押し付けである、という考えから生じていた。実際、健康を重視する価値観を強調した健康増進活動が及ぼす影響に関する懸念があり、個人が重視する価値観は人それぞれであることが指摘されている^{39,51,52}。また特定保健指導修了者を対象にした先行研究¹³では、行動変容を試みる中で、食事の楽しみや仕事の後輩と食事に行く楽しみが減ることがさみしい、という対象者の思いが明かされており、生活の楽しみの低下に繋がるネガティブな思いもあることが分かっている。これは、本研究で保健師が懸念している QOL の低下に繋がる場合もあると考えられる。こういった思いに基づいて、保健師らには対象者を指導する葛藤が生まれていると思われた。

5. 研究の限界

本研究の限界は以下の通りである。第一に、本研究の対象者は健康増進活動に従事したことのある保健師・看護師であるが、結果的に選ばれた対象者のほとんどが現在も健康増進活動に従事していた。本研究では、健康増進活動を行う保健師・看護師が感じる困難について調査したが、既に何らかの理由で退職した保健師や看護師の中には、困難感が大きいために退職した者もいる可能性がある。それほどまでに大きい困難感についてインタビューを受けることによる対象者の精神的負担は考慮されるべきであるが、過去に健康増進活動に従事していた保健師・看護師を意識的にリクルートすることで、より多様な結果が明らかになる可能性がある。

第二に、本研究では健康増進活動に対する保健師・看護師の困難や疑問を調査したが、一般市民の見解については調査していない。そのため、健

康増進体制の問題点について、多面的な知見を十分に得ることはできていない。

第三に、質的研究を実施するにあたっては、研究者が無意識のうちに自分の解釈に都合の良いようにインタビューやデータ分析を進める可能性がある。本研究では、研究計画やデータ分析の過程において複数人が繰り返し関与することで、研究者の偏った先入観が研究に影響を及ぼすことの軽減を図った。

6. 結論

本研究は、保健指導を中心とした健康増進活動を行う保健師・看護師が感じる困難や疑問、葛藤を明らかにした。また、保健師らの健康増進に対する疑問と、公衆衛生倫理の領域で指摘される倫理的懸念が関連する可能性があることを指摘した。

本研究の結果と先行研究の知見や議論に基づいて考えると、現在の健康増進体制においては、健康状態悪化・疾病発症の原因として個人の責任が強調され過ぎる傾向があると思われる。指導・教育の場において、必要以上に対象者の責任だけを追及しない姿勢が求められる。また保健指導が対象者にスティグマを与え得る懸念が指摘され、保健師らもこの懸念を把握する必要性が示唆された。

今後は、研究対象者の人数を確保し、健康増進活動の職場や、対象者の健康増進活動経験年数、現職か否かなど、対象者の属性のバリエーションを充実させた質的研究を行われることが予想される。また本研究で明らかになった健康増進活動における保健師の困難や疑問、倫理的懸念は、どの程度日本の保健師が共通して抱く問題意識であるのか、量的な調査方法を用いた研究も検討することができる。健康増進への多様な知見を得るため、一般市民に対し健康増進活動の経験や見解を調査

することも考えられる。

市民の健康増進や幸せを支援し、倫理的懸念にも対応した健康増進活動の発展の一助となる研究を行うことが今後の課題であると考ええる。

謝辞

インタビュー調査にご協力を賜りました研究対象者の皆様に、感謝申し上げます。お忙しい中、誠にありがとうございました。

本研究の実施にあたり、ご助言・ご支援いただきました東北大学医学系研究科医療倫理学分野研究室の皆様に深く感謝申し上げます。ありがとうございました。

本研究は、東北大学大学院医学系研究科医療倫理学分野の運営交付金、および科学研究費補助金・基盤研究 B「共同意思決定 (SDM) において患者・医療者を橋渡しする「文脈通訳者」の役割と効果」(研究代表: 尾藤誠司 課題番号: 23H03139) を資金源とし、実施いたしました。

参考文献

1. 健康増進法. 2003 年施行. 第四―九, 十七―十九条.
2. 労働安全衛生法. 1972 年施行. 第六十四―七十一条.
3. 高齢者の医療の確保に関する法律. 1983 年施行. 第十八―三十一条.
4. 医療情報科学研究所. (2022) 成人保健と健康増進. 公衆衛生がみえる 2022-2023 第 5 版. メディックメディア. pp.178-199
5. 宮坂忠夫, 川田智恵子, 吉田亨. (2020) 第 1 章 健康教育の理念. 最新保健学講座別巻 1 健康教育論第 2 版. メディカルフレンド. pp.2-28
6. 石井敏弘, 岩永俊博. (1995) 健康教育ルネサンス 「健康教育」「健康学習」を超えて. 保健婦雑誌, 51(12), 937-944.
7. 厚生労働省. (2008) 健康増進法第 17 条第 1 項及び第 19 条の 2 に基づく健康増進事業について. 健康増進事業実施要領. https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tb5161&dataType=1&pageNo=1 (最終アクセス日: 2025 年 7 月 1 日)
8. 厚生労働省. (2024) 第 1 編 標準的な健診・保健指導プログラムの考え方. 標準的な健診・保健指導プログラム(令和 6 年度版), pp.1-45. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155_00004.html (最終アクセス日: 2025 年 7 月 1 日)
9. 尾崎伊都子, 渡井いずみ, 宮川沙友里. (2017) 肥満の若年男性労働者における行動変容の阻害要因とそれに対する保健指導の技術第一報. 日本看護科学会誌, 37, 86-95.
10. 杉田由加里, 山下留理子. (2013) 特定保健指導の展開過程における課題と対応方法. 千葉大学大学院看護学研究科紀要, 37, 47-56.
11. 曾根未来, 伊藤千恵, 倉又梓ほか. (2014) 特定保健指導における保健師の業務上のストレス要因分析. 日本看護学論文集 地域看護, 44, 184-187.
12. 柳原園子. (2014) 保健指導において対応困難と感じる健診受診者に対する指導者の思い. 日本看護学論文集 地域看護, 44, 180-183.
13. 竹末加奈, 村上和男, 小林美智子ほか. (2011) 特定保健指導を受けた対象者の思いーポジティブ・ネガティブの両側面についてー. 社会医学研究, 29(1), 31-38.

14. 林芙美, 小沢啓子, 川畑輝子ほか. (2016) 特定保健指導の実績が良好な善行健康保険協会の支部における取り組みと課題: 保健師のフォーカス・グループインタビューを用いて. 日本公衆衛生雑誌, 63(10), 606-617.
15. 平敷小百合, 今松友紀, 田高悦子ほか. (2015) 生活習慣病予防における対象者に応じた行動目標設定のための保健師の支援技術の明確化ー初回保健指導に焦点化してー. 日本地域看護学会誌, 18(1), 20-27.
16. 包國幸代, 麻原きよみ. (2013) 対象者中心の保健指導を実践する保健師の技術. 日本看護科学会誌, 33(1), 71-80.
17. 雑子侑里, 門間晶子, 尾崎伊都子. (2022) 労働者を対象とした、生活習慣病予防に向けた保健指導の初回面接場面における、相談者と支援者の相互作用. 日本看護研究学会誌, 45(1), 15-27.
18. 井上まり子. (2015) 第 11 章 健康増進. 入門・医療倫理Ⅲ 公衆衛生倫理, 赤林朗, 児玉聡 編. 勁草書房. pp.243-263.
19. 玉手慎太郎. (2022) 序章 公衆衛生倫理学の問題関心, 第 1 章 肥満対策の倫理的な課題. 公衆衛生の倫理学. 筑摩選書. pp.15-86.
20. 児玉聡. (2015) 第 1 章 公衆衛生倫理学とは何か. 入門・医療倫理Ⅲ 公衆衛生倫理, 赤林朗, 児玉聡 編. 勁草書房. pp.11-24.
21. W A Rogers. (2004) Ethical issues in public health: a qualitative study of public health practice in Scotland. J Epidemiol Community Health, 58, 446-450.
22. Carter S. M., Christiane Kliner, Ian Kerridge, et al. (2012) The ethical commitments of health promotion practitioners: An empirical study from New South Wales., Australia. Public Health Ethics, 5(2), 128-139.
23. Blackford, K., Leavy, J., Taylor, et al. (2022) Towards an ethics framework for Australian health promotion practitioners: An exploratory mixed methods study. Health Promotion Journal of Australia, 33, 71-82.
24. Baum, N. M., Gollust, S. E., Goold, S. D, et al. (2009) Ethical issues in public health practice in Michigan. American Journal of Public Health, 99(2), 369-374.
25. Hörnsten, Å., Lindahl, K., Persson, K., et al. (2014) Strategies in health-promoting dialogues - primary healthcare nurses' perspective- a qualitative study. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 28, 235-244.
26. 額賀淑郎, 井上悠輔, 前田正一ほか. (2015) 入門・医療倫理Ⅲ 公衆衛生倫理. 赤林朗, 児玉聡 編. 勁草書房.
27. 玉手 前掲書. (2022)
28. 齋藤信也. (2019) 健康管理・疾病予防政策における倫理的課題. 公衆衛生, 83(3), 178-183.
29. 圓増文. (2022) 慢性疾患対策の倫理構築に向けた基礎研究 とくに健康格差と個人の責任論に注目して. エティカ, 15, 89-125.
30. 大北全俊. (2016) 日本のヘルス・プロモーションのポリシーについて 倫理学および政治哲学による批判的検討と今後の方向性に関する提言. 2012 年度～2015 年度科学研究費(基礎研究 C)課題番号 24616024 研究成果報告書, 7-44.
31. 児玉聡. (2012) 第 5 章 講習政策と功利主義的思考. 功利主義入門. ちくま新書. pp.91-130.

32. 土屋雅子. (2016) テーマティック・アナリシス法 インタビューデータ分析のためのコーディングの基礎. ナカニシヤ出版.
33. Boyatzis, R. E. (1998) Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development. Sage. London.
34. Braun, V., & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
35. Pranee Liamputtong. (2019) *Qualitative Research Methods*, 5th Edition, Oxford Univ Pr. / 木原雅子, 木原正博 (監訳). (2022) 質的研究法：その理論と方法—健康・社会科学分野における展開と展望, メディカルサイエンスインターナショナル.
36. Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017) Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1).
37. 厚生労働省 前掲プログラム. (2024) 第2編 健診, pp.46-189.
38. Carter S. M. (2014) Health promotion: an ethical analysis. *Health Promotion Journal of Australia*, 25(1), 19–24.
39. Nurit Guttman. (2017) Ethical issues in health promotion and communication interventions. *Oxford Research Encyclopedia of Communication*. <https://oxfordre.com/communication/display/10.1093/acrfore/9780190228613.001.0001/acrfore-9780190228613-e-118> (最終アクセス日：2025年7月1日)
40. 井上まり子. (2019) 健康格差の是正 公衆衛生倫理の視点で考える. *公衆衛生*, 83(3), 184–189.
41. Dieteren CM, Reckers-Droog VT, Schrama S, et al. (2022) Viewpoints among experts and the public in the Netherlands on including a lifestyle criterion in the healthcare priority setting. *Health Expectations*, 25, 333–344.
42. 玉手 前掲書. (2022) 第4章 健康をめぐる自己責任論の倫理. pp.159-196.
43. Brown, R. C., Maslen, H., & Savulescu, J. (2019) Against moral responsabilisation of health: Prudential responsibility and health promotion. *Public Health Ethics*, 12(2), 114–129.
44. Wikler D. (2002) Personal and social responsibility for health. *Ethics & International Affairs*, 16(2), 47–55.
45. Feiring, E. (2008) Lifestyle, responsibility and justice. *Journal of Medical Ethics*, 34(1), 33–36.
46. Nuffield Council on Bioethics. (2007) Chapter 3: Policy process and practice. *Public Health: Ethical issue*, pp.29-47.
<https://www.nuffieldbioethics.org/publication/public-health-ethical-issues/> (最終アクセス日：2025年7月1日)
47. Brown R. C. H. (2018) Resisting moralisation in health promotion. *Ethical Theory and Moral Practice: An International Forum*, 21(4), 997–1011.
48. メタボリックシンドローム診断基準検討委員会. (2005) メタボリックシンドロームの定義と診断基準. *日本内科学会雑誌*, 94, 794–809.
49. Fulton, M., Dadana, S., & Srinivasan, V. N. (2023) Obesity, stigma, and discrimination. *StatPearls*, StatPearls Publishing.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK55457>

1/（最終アクセス日：2025年7月1日）

50. Puhl, R. M., Heuer, C. A. (2010) Obesity stigma: Important considerations for public health. *American Journal of Public Health*, 100(6), 1019–1028.

51. Solberg, B. (2021) Chapter 3: The ethics of health promotion: From public health to health care. *Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research*. G. Haugan (Eds.) et. al. Springer. pp. 23–32.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK58567>

4/（最終アクセス日：2025年7月1日）

52. Pugh J. (2014) Coercive paternalism and back-door perfectionism. *Journal of Medical Ethics*, 40 (5), 350–351.

（2025年2月4日投稿受理／2025年7月3日採択）