

# すこやか生活習慣国民運動の ターゲット選定に関する調査業務

すこやか生活習慣国民運動のターゲット選定に関する調査事業

## 目次

- 1 はじめに
- 2 国民運動のターゲット選定
  - 2.1 目的と方法
  - 2.2 結果
  - 2.3 考察
  - 2.4 結論
- 3 優先度が高いと考えられるターゲットの人口学的特徴
  - 3.1 目的と方法
  - 3.2 結果
  - 3.3 考察
  - 3.4 結論
- 4 20-30代喫煙女性のセグメンテーションに関する調査
  - 4.1 目的と方法
  - 4.2 結果
  - 4.3 考察
  - 4.4 結論
- 5 ターゲットの質的な特徴とコミュニケーションの方向性
  - 5.1 目的と方法
  - 5.2 結果
    - 5.2.1 運動・食生活分野
    - 5.2.2 たばこ分野
  - 5.3 考察
    - 5.3.1 運動・食生活分野
    - 5.3.2 たばこ分野
  - 5.4 結論
- 6 まとめ

## 1 はじめに

健康分野の普及啓発における諸外国の歴史を振り返ると、1980年代初頭から半ばにおいては、ほとんどの健康に関連するマテリアル（しおり、パンフレット、冊子、ポスター、ラジオ、TVCM、等）は、特定集団に向けられたものではなく、一般集団全員に向けられ作成されたものであった。大量のマテリアル作成にはコストがかかるため、なるべく大多数の一般集団のニーズを踏まえた効果的なメッセージを作成することに多大な労が費やされたが、一般集団は同一・均質なものではなく、特徴のある集団に分類できること、またその集団ごとに効果的なメッセージが異なる可能性が指摘され始めた（B.K.Rimer & M.W.Kreuter., 2006）。

一般集団を特徴のある集団に分類する「セグメンテーション」という考え方は、1956年にウェンデル.R. スミスが「Journal of Marketing 誌」で初めて提唱して以来、広告やマーケティングなどのビジネスの現場で用いられてきた。1964年には、市場調査の専門家であるダニエル・ヤンケロビッチが、セグメンテーションが性別・年齢などのデモグラフィック分析に矮小化されていることを指摘し、より効果的にセグメンテーションを活用する方法を提唱した。

具体的には、デモグラフィックを超えて、消費者の購買行動や購買動機、価値観、利用パターン、嗜好性、変化への感度などの切り口から市場をとらえることで、マーケティングの真の目的が達成されることを主張し、そのような効果的なセグメンテーションを行うことで、下記のような利点が期待できることを指摘した（Daniel Yankelovich., 2008）。

- ・ 自社市場の中で最ももうかるセグメントに向けて、しかるべき販促とコストを傾けることができる
- ・ 複数のセグメントをひとまとめにしたり、もうかる可能性の高いセグメントを無視あるいは見逃したりすることなく、市場の需要にマッチした製品を開発できる
- ・ 最も訴求効果の高い広告宣伝を発見できる。また、広告メッセージを変えることで訴求効果が大きく向上した場合、それぞれの広告メッセージはどの市場セグメントで効果を上げたのか、定量的に特定できる
- ・ 広告効果の高い媒体を適切に選択し、その予想される効果に応じて広告宣伝費を配分できる
- ・ 最も売りやすく、消費者が最も反応しやすい、週、月、季節に、広告や販促活動を展開できるように、タイミングを調整できる、等

以上のように、広告やマーケティングなどの分野では、一般集団全員を対象に普及啓発を行うことの非効率性・非効果が認識され、セグメンテーションという考え方に基づきこれまで各種施策が行われてきたところであるが、健康分野の普及啓発におけるセグメンテーション（ターゲットの明確化）の考え方の適用は始まったばかりである。

現在、健康分野で世界的に調査されているセグメンテーションの方法としてよく行われるものには、人口学的特性による分類、心理的、社会的あるいは健康情報探索や健康行動のタイプによって分類するものなどが挙げられる。またこれらの変数の解析には男女や行動の有無と言った単純な区分によるものの他、クラスター分析などのデータマイニング的手法が導入されることが多い。

それらの中でも近年注目を集めているのは、行動変容ステージ理論等の行動科学理論に基づき、どのような健康関連情報をどのセグメント（ターゲット）に提供するか、という判断と決断を行うというものである（B. K. Rimer & M. W. Kreuter., 2006）。わが国においても、エクササイズガイド等において、行動変容ステージ理論に基づきセグメンテーションを行い、セグメント毎に異なる働きかけを行うことの重要性が指摘されている〔運動所要量・運動指針の策定検討会、2006〕。

そのような行動変容ステージ理論の考え方に基づくセグメンテーションによって行われた普及啓発の先進事例として、“Freedom from Smoking For You and Your Family (Strecher et al., 1989)” や “Clear Horizons (Rimer et al., 1994)” などがある。後者においては、50歳以上の喫煙者を対象とした普及啓発プログラムの一例であるが、集団全員に向けて作成されたマテリアルよりも、行動変容ステージに基づき作成されたマテリアルは統計的有意に効果的であったと報告されている。

またセグメントに対する介入について、何かしらの形で選択と集中を行うことがしばしば求められるが、その選別に関してはこれまでほとんど調査が行われておらず、専ら探索的な解析と関係者間の慎重な議論によって行われている。

これらのプロセスを整理するための枠組みとして TARPARE 法がある。TARPARE 法はオーストラリアにおける身体活動に関連したヘルスキャンペーンの中で用いられたターゲティングのための枠組みであり、セグメントの、人数、リスクの大きさ、説得可能性、到達可能性、介入に用いることのできる資源、社会的公平性という視点について評価を行い、その合計点の大小によってセグメントに対する介入の優先度を求めるといったものである。

## TARPERE 法におけるターゲットの優先順位の算出方法

$$\text{ターゲットの優先順位} = \text{関数 } F ( \underline{T}.w1 + \underline{AR}.w2 + \underline{P}.w3 + \underline{A}.w4 + \underline{R}.w5 + \underline{E}.w6 )$$

T = セグメントの人口規模、AR = 高リスクの割合、P = 普及啓発による説得可能性、  
A = 普及啓発の到達可能性、R = ターゲットのニーズを達成するのに必要なリソース、  
E = 公平性、wi は各要素の重み付け係数

このように健康分野においても、セグメンテーションおよびターゲティングの考え方は大きな重要性が指摘されているにもかかわらず、わが国の国民運動においてはこれまで、全くこういった点が考慮されていなかったか、あるいはされていたとしても単に性別や年代と言ったごく単純な属性のみを考慮するに留まってきた。

実際、健康日本 21 の課題として、「総花主義的でターゲットが明確になっておらず『誰に何を』が不明確であった」ことが挙げられており、すこやか生活習慣国民運動では、ターゲットを明確にした戦略的で効果的な取り組みが求められている。

そこで本調査事業では、すこやか生活習慣国民運動のターゲットを明確にすることを主たる目的とした。また、副次的な目的として、優先度が高いと考えられるターゲットの人口学的特徴を明らかにすること、及びターゲットの質的な特徴とコミュニケーションの方向性を提示することを目指した。

## 2 国民運動のターゲット選定

### 2.1 目的と方法

#### 1) 目的

すこやか生活習慣国民運動のターゲットを明確にすることを目的とし、行動への準備性（行動変容ステージ理論）に基づいた国民各層のセグメンテーションを行い、各セグメントが本国民運動のターゲットとして適切であるかどうかを、TARPARE 法を用いて評価を行った。

その際に、行動への準備性に基づくセグメンテーションの妥当性を検証するために、従来よく行われていた年代のみによるセグメンテーションおよび現在行われている特定保健指導を想定したセグメンテーションと対比した。

#### 2) 調査方法

全国に在住する 15～75 才の男女を対象とし、全国の市区町村から 65 地点、またそれぞれの地点ごとに約 40 名を抽出する 2 段階の無作為化エリア抽出法を用いた。実施方法は調査専門会社の調査員による自記式質問紙の訪問留置・回収法であった。

#### 3) 例数設計の根拠

未知の比率推定量  $p$  の標準誤差  $SE(p)$  を 0.03 以内に保つために必要な例数は  $(0.5/0.03)$  の二乗すなわち 278 名である。

無関心期・関心期・準備/行動期・維持期の 4 つのサブグループ内で比率推定量の標準誤差をこの範囲に保つためには、最低でも  $278 \times 4 = 1112$  名が必要となる。本調査ではおよそ 50% の有効回答率を想定し、目標例数を約 2200 名前後とした。

なお、比率推定量の標準誤差が 0.03 以内とは、例えば、「はいいいえ」で回答されるある質問項目において「はい」と回答された割合が 50% という結果が得られた際、これを母集団全体(今回の場合 15～75 才の日本国民全体)の推定値と考えた時の標準誤差が 3 ポイント以内という意味である。

#### 4) 解析対象項目

##### セグメンテーション変数

「週 60 分以上のやや強い運動(または週 35 分以上の強い運動)」「定期的なウォーキング」「毎日欠かさない朝食」「一日あたり小鉢 5 皿以上の野菜摂取」「禁煙」の 5 つの健康行動について、質問紙中の以下のような項目で、それぞれの当該行動への準備性を測定した。

運動・食生活・禁煙分野における行動の準備性を測定する質問項目

	運動・食生活分野	禁煙分野
無関心期	実行していないし実行しようとも考えていない	関心はない
関心期	実行していないが実行しようと考えている	関心はあるが、今後 6 カ月以内に禁煙しようとは考えていない、または、今後 6 カ月以内に禁煙しようと考えているが、この 1 か月以内に禁煙する考えはない
準備/実行期	実行しようとして努力しているが十分に実行できていない、または実行しているがまだ習慣化していない	この 1 か月以内に禁煙しようと考えている、または、禁煙を始めて 1 か月以内である
維持期	実行していて十分に習慣化している	禁煙を始めて、1 か月以上たつ

同様に、4 つのサブグループに分けるセグメンテーション方法の比較対象として、従来我が国において一般的に行われていた年代による区別（10 代、20 代～30 代、40 代～50 代、60 代以上の 4 セグメントに分類）と、現在行われている特定保健指導を想定した区別（40 代未満、40 代以上かつ健診受診なし、40 代以上で健診受診を受けメタボリックシンドロームの指摘なし、40 代以上で健診受診を受けメタボリックシンドロームの指摘あり）についても分類を行った。

なお、禁煙に関するセグメンテーションは、喫煙歴のあるもののみを解析対象集団とした。

## TARPARE 法に基づくセグメント評価変数

TARPARE 法において考慮すべきは、各セグメントの人口規模、健康リスク、説得可能性、到達可能性、公平性、資源であるが、先行調査においてこれら項目の測定および得点計算の方法は定義されていない。そのため本調査においては、それぞれを算出するための基準として、以下の変数を用いた。

本調査における TARPARE 法の各変数の定義

TARPARE 法の変数	本調査における定義
サイズ	各セグメントに属する人数
健康リスク	セグメント内の平均的な主観的健康感
説得可能性	行動への準備性
到達可能性	過去 6 カ月にマスメディア・ロコミを含め、何らかの健康情報を受け取ったと回答した人の割合
資源	先行調査（下光班）に基づいた、それぞれの健康行動に関連する地域環境得点
公平性	セグメント内の平均的な主観的な健康診断の受診機会の有無

サイズについては、各セグメントに属する人数を用いた。

健康リスクについては、自分の主観的な健康状態について、「よくない」～「よい」までの五間法を用いて測定した。

説得可能性については、セグメンテーション変数として採用した、行動への準備性を用いて測定した。

到達可能性については、過去 6 カ月にマスメディアやロコミを含め、何らかの健康情報を受け取ったと回答した人の割合を用いて測定した。

資源については、先行調査[下光ら、2008]において信頼性の検証された健康行動に関連した地域環境を測定する質問項目を用いた。先行調査の質問項目は、それぞれ、「全くあてはまらない」～「非常によくあてはまる」の四間法によって測定されており、「わからない」という回答については 0～3 点の中央値となる 1.5 点として扱った。また、環境得点の算出に際して、質問項目の探索的因子分析を行った。その結果、それぞれの健康行動ごとに 3 因子を抽出した。本調査では、各因子を構成する質問項目から 0～3 点の平均得点を求め、



それらの合計を健康行動に関連する環境得点とした。なお抽出された質問項目と得点、対応する因子は以下のように示された。

地域環境得点の因子分析結果

		全くあてはまらない	ややあてはまらない	わからない	ややあてはまる	非常によくあてはまる	因子名
運動	利用しやすい体育館、スポーツジムなどの屋内の運動施設がある	0	1	1.5	2	3	運動施設
	公園、遊歩道、グラウンドなどの屋外で運動できる場所が多い	0	1	1.5	2	3	
	交通事故の危険が少なく、安全に歩くことができる	0	1	1.5	2	3	徒歩環境
	交通事故の危険が少なく、安全に自転車が乗ることができる	0	1	1.5	2	3	
	犯罪の危険が少なく、夜間でも安全に歩くことができる	0	1	1.5	2	3	
	歩道がよく整備されている	0	1	1.5	2	3	
	清掃が行きとどき街並みや景観がきれいだ	0	1	1.5	2	3	
	日常のちょっとした買い物は自宅から歩いていける範囲で済ませることができる	0	1	1.5	2	3	自家用車以外の交通の便
	公共交通機関が便利である	0	1	1.5	2	3	
	* 車なしでは生活することが難しい	3	2	1.5	1	0	
食生活	家庭ではいつも栄養バランスのとれた食事を食べられる状況にある	0	1	1.5	2	3	家庭環境
	私が健康や食生活をよりよくすることに、家族は協力的である	0	1	1.5	2	3	
	身近な飲食店、食品売り場ではカロリーなどの栄養成分表示が整っている	0	1	1.5	2	3	外食および食品の入手環境
	身近な飲食店、食品売り場、職場の給食施設・食堂などでは栄養バランスのとれたメニューが提供されている	0	1	1.5	2	3	
	栄養バランスのよい食べ物が適当な値段で入手しやすい状況にある	0	1	1.5	2	3	
	安全で安心な食物が入手しやすい状況にある	0	1	1.5	2	3	
	地域や職場・学校で健康や栄養について学習する場がある	0	1	1.5	2	3	食学習のための環境
	家族以外に健康や食生活について一緒に考えたり学習したりする仲間がいる	0	1	1.5	2	3	
禁煙	身近に禁煙治療が受けられる医療機関がよくある	0	1	1.5	2	3	禁煙・防煙教育の普及
	未成年に対する禁煙防止教育が熱心に行われている	0	1	1.5	2	3	
*	鉄道やタクシーなどの公共交通機関でたばこの煙を吸わされることがよくある	3	2	1.5	1	0	日常生活における無煙環境
	* 飲食店でたばこの煙を吸わされることがよくある	3	2	1.5	1	0	
*	* 医療機関でたばこの煙を吸わされることがよくある	3	2	1.5	1	0	公的な場における無煙環境
	* 官公庁や公共施設でたばこの煙を吸わされることがよくある	3	2	1.5	1	0	
表1.質問項目の得点と抽出された因子							*逆転項目

公平性については、先行調査[下光ら、2008]と同様に、自分の地域について毎年健康診断を受ける機会があるかどうかについて「全くあてはまらない」～「非常によくあてはまる」の4間法を用いて測定した。

## 5) 統計解析

行動への準備性によるもの、年代によるもの、特定保健指導を想定したものという3つのセグメンテーション方法について、TARPARE法に基づくスコアリングを行い比較する。

TARPARE法に基づいてそれぞれの値を比較可能とし、優先順位の判断根拠となるスコアを計算するために、サイズを除く各指標の値は、解析対象集団全体の平均値と標準偏差を用いて標準化を行った。ただし、セグメント内の人数に関してはこのような標準化が不可能であるため、セグメント間の平均および標準偏差を用いて標準化を行った。なお、健康リスクに関しては主観的健康感が高いほど、また公平性に関しては受診機会があればあるほど優先順位は低下するため、それぞれスコアの算出の際正負を逆転させた。

これらの各項目において求められた標準化スコアの合計が、今回の解析におけるTARPARE得点であり、高いセグメントほど優先順位が高いことになる。

## 2.2 結果

### 個人属性

全国 65 の市区町村より合計 2455 名中 1311 名から回答が得られた(回収率 53.4%)。有効回答の得られた調査回答者の属性を表 1 に示した。

表 1. 回答者の属性

		男性		女性		合計	
		n	%	n	%	n	%
人数		654		657		1311	
年代	10代	43	6.57	39	5.94	82	6.25
	20代	101	15.44	97	14.76	198	15.1
	30代	125	19.11	125	19.03	250	19.07
	40代	110	16.82	109	16.59	219	16.7
	50代	118	18.04	115	17.5	233	17.77
	60代	119	18.2	137	20.85	256	19.53
	70代以上	38	5.81	35	5.33	73	5.57
学歴	高卒未満	327	50	362	55.1	689	52.56
	短大・専門	96	14.68	200	30.44	296	22.58
	大卒以上	222	33.94	86	13.09	308	23.49
	無回答	9	1.38	9	1.37	18	1.37
収入を伴う仕事	なし	151	23.09	290	44.14	441	33.64
	あり	503	76.91	367	55.86	870	66.36
世帯収入	350万円未満	153	23.39	190	28.92	343	26.16
	350～750万円	272	41.59	229	34.86	501	38.22
	750万円以上	129	19.72	99	15.07	228	17.39
	無回答	100	15.3	139	21.15	239	18.23
居住形態	家族と同居	605	92.51	623	94.82	1228	93.67
	独居	49	7.49	34	5.18	83	6.33
生活スタイル	夜型	312	47.71	268	40.79	580	44.24
	朝型	342	52.29	389	59.21	731	55.76
保険	国保	292	44.65	308	46.88	600	45.77
	協会	90	13.76	105	15.98	195	14.87
	組合	150	22.94	136	20.7	286	21.82
	共済	53	8.1	29	4.41	82	6.25
	その他	69	10.55	79	12.02	148	11.29

表2. 調査対象者の属性

## TARPARE 得点

定期的な中強度以上の運動、習慣的な歩行、毎日の野菜摂取、朝食摂取、禁煙に関する TARPARE 法の解析結果を表 2～表 6 に示した。

禁煙を除く 4 つの健康行動に関して、行動への準備性に基づくセグメンテーションが最も大きなセグメント間のスコア差を示し、セグメント間の優先順位を明快に分類していた。なお、禁煙についても、行動への準備性に基づくセグメンテーションは、最も大きなセグメント間のスコア差を示した特定保健指導を想定した方法とほぼ同様の水準となっていた。

また、それぞれを詳細にみていくと、優先すべきセグメントについて、運動・歩行・野菜摂取の習慣に関しては準備期・行動期に該当する「行動を取りたいがまだ習慣化することができていない」というグループが 3 種類のセグメンテーションによる 12 セグメントの中でも明らかに最も高い TARPARE 得点を示しており、優先順位の高さを見てとることが出来た。

しかしながら、朝食については半数以上の人々が習慣的に毎日取っていると回答しており、この大きな人数の偏りが解釈を難しいものとさせていた。同様に喫煙についても、40 代未満かどうかというセグメンテーションの人数の偏りにより最大の TARPARE 得点を示したセグメントは、特定保健指導を想定した分類における 40 代未満のセグメントとなっていた。そのためこれら朝食と禁煙に関してはさらなる詳細を検討する必要性が示唆された。

なお、現在行われているハイリスクアプローチである特定保健指導を想定したセグメンテーションに関して、セグメント間で人数以外にはほとんど差が示されなかった。

運動	セグメント	サイズ		リスク		説得可能性		到達可能性		資源		公平性		合計	
		人数	Score	主観的健康感 (1-5)	Score	ステージ (1-5)	Score	健康情報 到達率	Score	資源得点 (0-9)	Score	検診受診機会 (1-4)	Score	セグメント間の 最大スコア差	
運動	無関心期 関心期 準備期・行動期 維持期	308	-0.18	3.28	0.11	1.00	-1.24	81.2%	-0.25	4.90	-0.02	2.86	0.21	-1.38	
		353	0.23	3.31	0.08	2.00	-0.51	89.2%	0.01	4.82	-0.07	3.15	-0.07	-0.33	
		454	1.16	3.35	0.03	3.40	0.52	94.7%	0.18	4.89	-0.03	3.13	-0.05	1.82	
	10代 20~30代 40~50代 60代以上	191	-1.25	3.76	-0.40	5.00	1.70	88.0%	-0.03	5.30	0.22	3.18	-0.09	0.15	
		82	-1.30	3.85	-0.50	2.84	0.11	78.0%	-0.35	5.54	0.37	2.62	0.43	-1.23	
		448	0.64	3.43	-0.05	2.56	-0.10	87.5%	-0.05	4.82	-0.07	2.79	0.27	0.65	
	40歳未満 40以上受診なし 40以上指摘なし 40以上指摘あり	501	0.92	3.32	0.07	2.75	0.04	92.0%	0.10	4.84	-0.06	3.29	-0.20	0.87	
		280	-0.25	3.29	0.10	2.74	0.06	88.9%	0.00	5.12	0.11	3.31	-0.22	-0.21	
		530	1.33	3.49	-0.12	2.60	-0.06	86.0%	-0.09	4.93	0.00	2.76	0.30	1.35	
		179	-0.88	3.32	0.07	2.47	-0.16	86.6%	-0.07	4.93	-0.01	2.36	0.68	-0.47	
40以上指摘なし 40以上指摘あり	252	-0.50	3.48	-0.11	2.78	0.07	88.1%	-0.03	5.02	0.05	3.58	-0.47	-0.99		
	350	0.15	3.18	0.21	2.87	0.13	95.1%	0.20	4.90	-0.02	3.57	-0.46	0.21		
	2.10														
表3. 運動に関するセグメンテーションとTARPARIによる評価															

歩行	セグメント	サイズ		リスク		説得可能性		到達可能性		資源		公平性		合計	
		人数	Score	主観的健康感 (1-5)	Score	ステージ (1-5)	Score	健康情報 到達率	Score	資源得点 (0-9)	Score	検診受診機会 (1-4)	Score	セグメント間の 最大スコア差	
歩行	無関心期 関心期 準備期・行動期 維持期	384	0.43	3.36	0.03	1.00	-1.17	81.5%	-0.24	4.70	-0.15	2.90	0.16	-0.93	
		226	-0.78	3.33	0.05	2.00	-0.44	90.7%	0.06	4.76	-0.11	3.23	-0.15	-1.36	
		481	1.17	3.40	-0.02	3.12	0.38	93.8%	0.15	5.12	0.11	3.07	0.01	1.81	
	10代 20~30代 40~50代 60代以上	208	-0.92	3.45	-0.07	5.00	1.75	89.9%	0.03	5.14	0.12	3.24	-0.15	0.77	
		82	-1.30	3.85	-0.50	2.51	-0.06	78.0%	-0.35	5.54	0.37	2.62	0.43	-1.41	
		448	0.64	3.43	-0.05	2.38	-0.16	87.5%	-0.05	4.82	-0.07	2.79	0.27	0.58	
	40歳未満 40以上受診なし 40以上指摘なし 40以上指摘あり	501	0.92	3.32	0.07	2.59	0.00	92.0%	0.10	4.84	-0.06	3.29	-0.20	0.82	
		280	-0.25	3.29	0.10	2.99	0.29	88.9%	0.00	5.12	0.11	3.31	-0.22	0.03	
		530	1.33	3.49	-0.12	2.40	-0.15	86.0%	-0.09	4.93	0.00	2.76	0.30	1.27	
		179	-0.88	3.32	0.07	2.44	-0.12	86.6%	-0.07	4.93	-0.01	2.36	0.68	-0.43	
40以上指摘なし 40以上指摘あり	252	-0.50	3.48	-0.11	2.63	0.02	88.1%	-0.03	5.02	0.05	3.58	-0.47	-1.03		
	350	0.15	3.18	0.21	2.97	0.27	95.1%	0.20	4.90	-0.02	3.57	-0.46	0.34		
	2.23														
表4. 歩行に関するセグメンテーションとTARPARIによる評価															

朝食	セグメント	サイズ		リスク		説得可能性		到達可能性		資源		公平性		合計	
		人数	Score	主観的健康感 (1-5)	Score	ステージ (1-5)	Score	健康情報 到達率	Score	資源得点 (0-9)	Score	検診受診機会 (1-4)	Score	セグメント間の 最大スコア差	
	無関心期	85	-0.73	3.21	0.18	1.00	75.3%	-2.33	-0.43	3.92	-0.43	2.78	0.28	-3.46	
	関心期	140	-0.56	3.26	0.13	2.00	87.9%	-1.58	-0.03	4.05	-0.35	2.93	0.14	-2.24	
	準備期・行動期	271	-0.17	3.30	0.09	3.39	87.1%	-0.52	-0.06	4.32	-0.16	2.86	0.21	-0.62	
	維持期	815	1.46	3.45	-0.07	5.00	91.2%	0.69	0.07	4.80	0.16	3.21	-0.12	2.18	
	10代	82	-1.30	3.85	-0.50	3.93	78.0%	-0.12	-0.35	5.05	0.33	2.62	0.43	-1.50	
	20~30代	448	0.64	3.43	-0.05	3.66	87.5%	-0.32	-0.05	4.40	-0.11	2.79	0.27	0.38	
	40~50代	501	0.92	3.32	0.07	4.23	92.0%	0.10	0.10	4.62	0.04	3.29	-0.20	2.53	
	60代以上	280	-0.25	3.29	0.10	4.57	88.9%	0.36	0.00	4.59	0.02	3.31	-0.22	1.02	
	40歳未満	530	1.33	3.49	-0.12	3.70	86.0%	-0.29	-0.09	4.50	-0.04	2.76	0.30	1.08	
	40以上受診なし	179	-0.88	3.32	0.07	4.26	86.6%	0.13	-0.07	4.36	-0.14	2.36	0.68	-0.31	
	40以上指摘なし	252	-0.50	3.48	-0.11	4.40	88.1%	0.24	-0.03	4.77	0.14	3.58	-0.47	-0.72	
	40以上指摘あり	350	0.15	3.18	0.21	4.35	95.1%	0.20	0.20	4.62	0.04	3.57	-0.46	0.34	

表5. 朝食摂取に関するセグメンテーションとTARPPAREIによる評価

野菜	セグメント	サイズ		リスク		説得可能性		到達可能性		資源		公平性		合計	
		人数	Score	主観的健康感 (1-5)	Score	ステージ (1-5)	Score	健康情報 到達率	Score	資源得点 (0-9)	Score	検診受診機会 (1-4)	Score	セグメント間の 最大スコア差	
	無関心期	117	-0.72	3.30	0.09	1.00	72.6%	-1.81	-0.52	3.85	-0.47	2.91	0.15	-3.28	
	関心期	302	-0.09	3.29	0.10	2.00	85.8%	-0.88	-0.10	4.13	-0.29	3.00	0.07	-1.19	
	準備期・行動期	750	1.44	3.39	-0.01	3.24	91.6%	0.27	0.08	4.68	0.08	3.09	-0.01	1.86	
	維持期	142	-0.63	3.61	-0.24	5.00	95.1%	1.91	0.20	5.44	0.59	3.32	-0.22	1.60	
	10代	82	-1.30	3.85	-0.50	2.72	78.0%	-0.21	-0.35	5.05	0.33	2.62	0.43	-1.59	
	20~30代	448	0.64	3.43	-0.05	2.81	87.5%	-0.13	-0.05	4.40	-0.11	2.79	0.27	0.57	
	40~50代	501	0.92	3.32	0.07	2.99	92.0%	0.05	0.10	4.62	0.04	3.29	-0.20	0.96	
	60代以上	280	-0.25	3.29	0.10	3.14	88.9%	0.19	0.00	4.59	0.02	3.31	-0.22	-0.16	
	40歳未満	530	1.33	3.49	-0.12	2.79	86.0%	-0.14	-0.09	4.50	-0.04	2.76	0.30	1.23	
	40以上受診なし	179	-0.88	3.32	0.07	2.86	86.6%	-0.08	-0.07	4.36	-0.14	2.36	0.68	-0.52	
	40以上指摘なし	252	-0.50	3.48	-0.11	3.09	88.1%	0.13	-0.03	4.77	0.14	3.58	-0.47	-0.83	
	40以上指摘あり	350	0.15	3.18	0.21	3.11	95.1%	0.16	0.20	4.62	0.04	3.57	-0.46	0.29	

表6. 野菜摂取に関するセグメンテーションとTARPPAREIによる評価

禁煙	セグメント	サイズ		リスク		説得可能性		到達可能性		資源		公平性		合計		セグメント間の最大スコア差
		人数	Score	主観的健康感 (1-5)	Score	ステージ (1-5)	Score	健康情報到達率	Score	資源得点 (0-9)	Score	検診受診機会 (1-4)	Score	Score		
	無関心期	144	-0.18	3.36	-0.05	1.00	-0.70	81.9%	-0.19	4.21	0.24	2.56	0.28	-0.60		
	関心期	276	1.12	3.23	0.09	2.00	-0.13	87.7%	-0.01	3.91	-0.07	2.95	-0.02	0.98		
	準備期・行動期	29	-1.31	3.25	0.07	3.14	0.53	93.1%	0.16	3.58	-0.40	3.10	-0.14	-1.10		2.44
	維持期	162	0.00	3.43	-0.12	5.00	1.59	92.6%	0.14	3.91	-0.06	3.18	-0.20	1.34		
	10代	10	-1.20	3.56	-0.26	2.33	0.06	60.0%	-0.86	4.25	0.28	1.40	1.18	-0.78		
	20~30代	258	0.75	3.33	-0.01	1.85	-0.21	85.3%	-0.08	4.05	0.08	2.57	0.27	0.79		1.69
	40~50代	277	0.90	3.30	0.02	2.46	0.14	92.1%	0.12	3.91	-0.06	3.19	-0.21	0.91		
	60代以上	105	-0.45	3.31	0.00	2.52	0.17	86.7%	-0.04	3.92	-0.06	3.24	-0.25	-0.62		
	40歳未満	268	1.30	3.34	-0.02	1.87	-0.20	84.3%	-0.11	4.06	0.09	2.52	0.31	1.36		
	40以上受診なし	83	-0.98	3.31	0.00	2.21	-0.01	86.7%	-0.04	3.99	0.02	2.04	0.69	-0.31		2.53
	40以上指摘なし	117	-0.56	3.50	-0.20	2.38	0.09	86.3%	-0.05	3.92	-0.05	3.45	-0.41	-1.18		
	40以上指摘あり	182	0.24	3.18	0.15	2.65	0.25	95.1%	0.22	3.87	-0.10	3.56	-0.50	0.25		

表7. 禁煙に関するセグメンテーションとTARPAREによる評価

### 2.3 考察

ターゲットのセグメンテーションに関して現時点で世界的にも統一されたメソッドは存在せず、そのような中 TARPARE 法はヘルスキャンペーンにおいて優先すべきセグメントを考えるための枠組みとして先進的かつ有用な取り組みである。しかしながら実際の測定・計算方法についての詳細については未だ試行錯誤が続いており、本調査で行った解析手法は先行調査を一步進めた、世界的にも先進的な取り組みである。

得られた結果からわかった最も大きな発見は、身体活動・歩行・野菜摂取に着目した場合に、本調査で行った行動ステージによるセグメンテーションが、従来我が国で行われていた手法に比べ有用な物であると示された点であり、またこれらの健康行動に関して、準備期・行動期のセグメントについての明らかに高い優先度が示されたという点は、大変興味深い結果である。

ただしその一方で、朝食のように、あまりに極端にステージ間の分布が異なってしまう場合には、今回行った手法によって明確なターゲティングを行うことが難しいという結果も示唆され、今後に課題を残した。

なお、禁煙についてのターゲティングは難しい判断となるが、候補として考えられるセグメントは、「禁煙についての関心期」「禁煙についての維持期」「40才未満」というものが挙げられる。このうち維持期に関しては既に禁煙しており禁煙に関する介入を必要とせず、また40才未満という広くくりでは効果的なメッセージデザインが見込めないため、このような点を考慮すれば、禁煙については関心期の国民をターゲットにするのが良いのではないかと考えられる。

また、その他の興味深い結果として、現行の特定保健指導の対象となる40代以上で健診を受け、メタボリックシンドロームを指摘された集団は、他と比べ主観的健康感や行動ステージといった点で他の集団とそれほど大きな差がなく、今回行った評価方法において全く高い優先度を示さなかったという点も、大変興味深い結果である。

ただし、本調査の計算方法は、各項目の「他のセグメントと比較した極端さ」を評価することに主眼を置き、それらを単純集計することで優先セグメントを求めたが、必要であれば今後単純集計ではなく、重要性の高い項目と低い項目に重みをつけた合計をとるなど、優先度の算定方法についてはさらなる調査が必要である。



理想的には、それぞれの到達可能性・公平性といった構成概念に対する信頼性・妥当性の検証された測定尺度をもとに、「キャンペーンによって一体何人のリスクを減らすことができることを期待できるのか」を統計学的・量的に明らかにすることが、最も科学的なヘルスキャンペーンにおけるセグメンテーションであり、これらに加え医療経済学的な観点から効率・効用を考慮した上でどれだけ社会的利益を見込めるかを明らかにできるようになることが、今後解決すべき科学的課題である。

これらの部分が明らかになれば、探索的・直感的に膨大なセグメント方法を試行錯誤することなく、判別分析およびデータマイニング的アプローチによって至適セグメントを発見することは容易になると考えられる。

なおセグメントに対するターゲティングは、本調査結果における身体活動の例のように、定量的指標によって明確に優先順位が示唆され、それが様々な関係者にとって納得行くものであった場合には、容易に統一見解を共有することができる。しかしながら、そうでない物については実用上の様々な議論を経て方針を定めることになる。例えば朝食に関するセグメンテーションにおいて、維持期のセグメントの人数が多かったため高い優先度が示されたが、このようなセグメントの行動強化に資源を投入することが、社会的に重要なのかという点は本調査結果とは別の議論が必要になる。また、このような人数の多い維持期のセグメントの優先度が低いと結論づけられるのであれば、相対的に過小評価されたことになるその他のセグメントの優先度を適切に評価しなおさなければいけないという問題もある。

本稿の結論において、必要なものについては関係者によるそのような議論を経た上で、どのようなセグメントをターゲットにするかという点を述べる。

## 2.4 結論

TARPAE 法によって評価を行った結果、身体活動・歩行・野菜摂取に関して行動ステージによるセグメンテーションが従来の年代によるものと比べ有用であると示唆された。

本調査の結果から身体活動・歩行・野菜摂取に関しては準備期および行動期、また禁煙については関心期のセグメントが介入の際には優先されると考えられる。

さらに、関係者間の実際的議論から、朝食については本解析手法上最も高い優先度の示された維持期への行動増強ではなく、それを除いたセグメントのうち最も高い優先度を示した準備期・行動期のセグメントへのターゲティングが優先されると結論づけられた。

### 3 優先度が高いと考えられるターゲットの人口学的特徴

#### 3.1 目的と方法

##### 1) 目的

前節において、健康行動のステージ理論に基づいた優先度の高いセグメントの特徴を定めたが、そのセグメントと他のセグメントを比較した場合、どのような人口学的特性の違いが見られるかについて分析を行う。

##### 2) 統計解析

解析対象とされる個人が、優先度の高いセグメントに含まれるか、あるいは比較対照としたいセグメントに含まれるかを二値変数とし、多変量ロジスティック回帰分析およびステップワイズ法による変数選択を用いて、人口学的特性から対象者が含まれるセグメントを推定する予測モデルを構築する。

それぞれの健康行動について、比較対照の置き方によって区別される二種類の予測モデルを構築した。すなわち、「優先セグメントに含まれるものを除く全対象者」を対照とし、全対象者の中でどのような人口学的特性を持ったものが優先セグメントに含まれやすいかという予測モデルと、「優先セグメントより理想的な行動ステージに存在すると考えられる対象者」を対照とし、どのような人口学的特性を持ったものが、より理想的なステージに進みにくい傾向にあるかと考えられる予測モデルである。

前者の予測モデルに含まれた人口学的特性によって「国民の中で優先セグメントに属しやすい」考えられる集団は推定され、また後者の予測モデルに含まれた人口学的特性によって「健康行動に対する意図を持ちながらより理想的なステージには進みにくい」と考えられる集団は推定される。これらがすなわちセグメントの特徴として解釈される。

#### 3.2 結果

運動・歩行・野菜・朝食・禁煙に関する優先セグメントの特徴を把握するため、「優先セグメントを除く対象者」および「より理想的なセグメント」のそれぞれを比較対照とし、優先セグメントに属する対象者を推定する予測モデルを作った結果、選択された変数を以下に示す。

優先セグメントに属する対象者を推定する予測変数

健康行動	優先セグメント	比較対照セグメント	優先セグメントの特徴
運動	準備期・行動期	優先セグメント以外	女性 60代以上 大卒 既婚
		維持期	女性 既婚
歩行	準備期・行動期	優先セグメント以外	収入を伴う仕事なし 朝型
		維持期	女性 家族と同居
野菜	準備期・行動期	優先セグメント以外	女性 既婚 主観的階層「中の上」未満
		維持期	50代以下 主観的階層「中の上」未満
朝食	準備期・行動期	優先セグメント以外	20～30代 夜型
		維持期	20～30代 夜型
禁煙	関心期	優先セグメント以外	20～30代 独居
		準備期～維持期	20～30代 大卒未満

表X. 優先セグメントとその特徴

全対象者のうち優先セグメントに属しやすい特徴として、運動について「60代以上・大卒以上・既婚・女性」、歩行について「収入を伴う仕事なし・朝型生活者」、野菜については「主観的階層が中の上未満・既婚・女性」、朝食については「20～30代・夜型生活者」、禁煙については「一人暮らし・20～30代」が対象として考えられた。

また、より理想的な行動ステージと比較した際の特徴としては、運動について「既婚・女性」、歩行については「家族と同居・女性」、野菜摂取については「主観的階層が中の上未満・50代以下」、朝食については「20～30代・夜型生活者」、禁煙については「20～30代・大卒未満」が、優先セグメントの特徴として示された。

### 3.3 考察

優先セグメントに属する対象者を推定する予測モデルを構築した。メッセージデザインの際にさらなるセグメンテーションが必要になる際には、このような属性を持つ集団に対して、優先的にアピールできるものを開発すると効果的・効率的である可能性が示唆された。

また、行動の意図を持ちながら、実際に習慣化することができない集団の特徴についても本解析結果は明らかにした。このような要因は個人の認知や意識とは別に、健康行動の習慣化を阻害する社会的要因となっている可能性もあるため、今後注意深い検討が求められる。

予測モデルに抽出された変数が多い場合、全ての変数を使って対象者の絞り込みを行えば、優先セグメントと考えられる対象者に該当する確率も高くなるが、逆に全対象者の中で該当する確率は下がる。例えば全対象者のうち運動に関する優先セグメントに含まれる可能性が最も高いと考えられる、「60代以上で大卒以上の既婚女性」に該当するのは、本調査の対象者のうち0.4%ほどしか存在しない。そのため実際の介入の参考とする際には、本調査結果をもとに慎重な議論と柔軟な運用が必要となる。

### 3.4 結論

調査対象者内で優先セグメントの特徴として、健康行動ごとに以下のような人口学的特徴が明らかにされた。

運動：「60代以上・大卒以上・既婚・女性」  
歩く：「収入を伴う仕事なし・朝型生活者」  
野菜：「主観的階層が中の上未満・既婚・女性」  
朝食：「20~30代・夜型生活者」  
禁煙：「一人暮らし・20~30代」

また同様に、実行意図を持ちながらより理想的な行動ステージに進みにくい傾向にある要因としては、以下が挙げられた。

運動：「既婚・女性」  
歩く：「家族と同居・女性」  
野菜：「主観的階層が中の上未満・50代以下」  
朝食：「20~30代・夜型生活者」  
禁煙：「20~30代・大卒未満」

これらは、メッセージデザインの際に有用なヒントを与える基礎情報になり得ると考えられる。

## 4 20-30代喫煙女性のセグメンテーションに関する調査

### 4.1 目的と方法

#### 1) 目的

前節の結果を平成21年7月に行われた第二回すこやか生活習慣国民運動実行委員会会議において関係者間で共有し、ターゲットとする優先セグメントの方針について議論が行われた。その結果、運動・食生活分野に関して準備期および行動期のセグメントをターゲットとすることについて合意が得られたと共に、前節の結果および考察を踏まえ、たばこ分野に関しては次世代への健康影響の懸念や、唯一禁煙率の減少が見られないという知見[厚生労働省、2008]を踏まえた上で20～30代女性を優先セグメントとする方針が実行委員化において採択された。

そのため、このような集団に対しより詳細な検討を行うため、20～30代の喫煙女性に限定したインターネット調査を行い、その特徴について明らかにする。

#### 2) 調査概要

全国の20～30代の喫煙女性500名を対象とする。調査の手続きは、専門のインターネット調査会社に登録されているモニターに対し、対象者の性、喫煙状況をもとに割付を行い、2010年3月に研究への参加を依頼する。

モニターの登録条件は、アンケートに協力できる日本国内在住の満15歳以上の女性であり、本人の自由意思により登録を行う。調査への協力依頼およびアンケートへの回答は電子メールやwebを通して行われるため、メールアドレスの取得やインターネットリテラシーが必須となる。また、インターネット上のシステムにより、二重回答が確認され、二重回答が疑われる者は対象者から除外される。

#### 2) 例数設計の根拠

未知の比率推定量  $p$  の標準誤差  $SE(p)$  を 0.05 以内に保つために必要な例数は、以下の式より  $0.5^2/0.05^2=100$  名である。何らかの基準によって解析対象集団を最大4つのサブグループに分割した上で、それぞれのサブグループ内における比率推定量の標準誤差をこの範囲に保つためには400名が必要となる。本調査においては回答の欠測などを考慮し、500例を目標例数とした。

$$n = \frac{p(1-p)}{SE^2}$$

n:必要例数

p:比率の推定量の真値, p=0.5 の時 n は極大

SE:標準誤差

### 3) 測定項目

測定項目は、個人属性、喫煙タイプ判別用項目、喫煙プロフィール、喫煙のメリット/デメリット、今後禁煙を考える時や状況、食習慣や運動習慣、ライフスタイル性向、メディア接触状況、である（詳細は、添付資料 1 を参照）。なお、喫煙のメリット/デメリットおよび今後禁煙を考える時や状況については、「すこやか生活習慣国民運動のメッセージデザインに関する調査」における質的調査結果から、Integrated Behavioral Model [Fishbein & Cappella, 2006]における「態度」「規範」「コントロール感」に該当するものを抽出し、リッカート式の質問項目とした。IBM の概念図は図 1. に示す通りである。

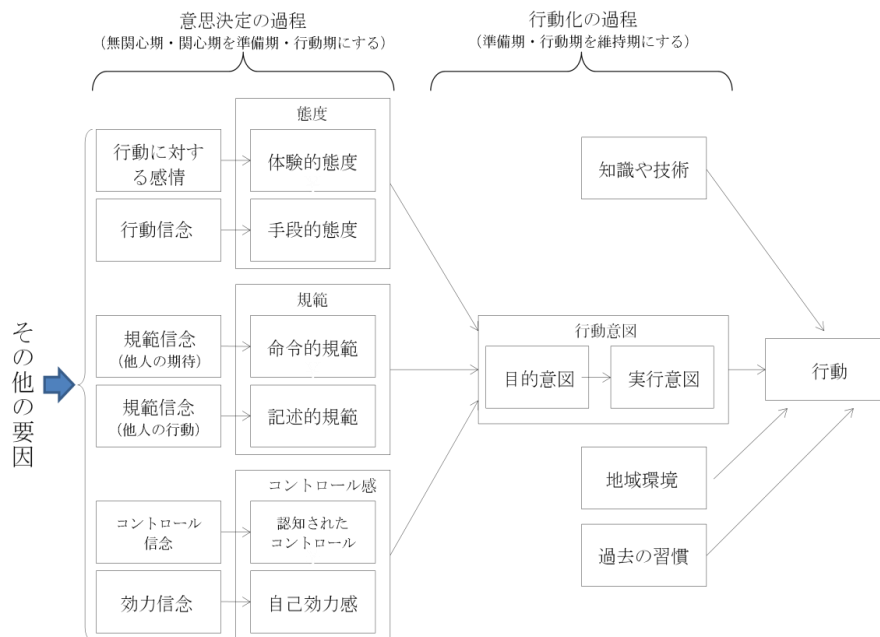


図 1. Integrated Behavioral Model の概念図

なお、質問項目の策定は、大阪府立健康科学センター健康生活推進部部长の中村正和先生の全面的なご指導とご協力の下行われた。

#### 4) データ解析

調査対象者がどのような喫煙行動を取っているかという点について、喫煙行動に関する多様な質問項目を関連付けのプロファイル进行分类するため、これらの項目に対して因子分析を行った。分析の対象とした項目は「たばこ一箱の値段がいくらになれば禁煙すると思うか」「自分はたばこに依存していると思うか」「一日あたり平均的に吸う本数」「主に吸うたばこはメンソールかどうか」「主に吸うたばこのタール含有量」「これまでに禁煙した経験」「朝目覚めてから最初にたばこを吸うまでの時間」「喫煙年数」である。なお、順序性を持った多肢選択となる項目について分布を確認した後、適切なカテゴリでまとめた。「禁煙すると思えるたばこ一箱の値段」については二峰性の分布から「千円以内までの値上げで禁煙するか／しないか」という二値で分類し、その他の順序性を持った項目については、3カテゴリに分類した上で、中央のカテゴリを基準とする二値のダミー変数に変換し、後の解析に用いた。なお喫煙年数については、連続値のまま解析に用いた。行った因子分析は、バリマックス回転と主因子法に基づき、因子数は仮定しなかった。

次に抽出されたそれぞれ因子について、「どの因子得点が最も高いか」により対象者の喫煙プロファイル进行分类し、そのプロファイルのグループ分類を行った。また、因子分析に用いた項目とどのグループに属するかの関係性を明らかにするため、各項目を説明変数、グループの分類を目的変数とする多変量ロジスティック回帰を行い、グループ内に特徴的な喫煙行動パターンを見た。

また同様に、喫煙行動だけでなくグループ間の社会経済学的特性に関するプロファイルの相違を明らかにするため、社会経済学的特性に関する質問項目を説明変数、グループの分類を目的変数とする多変量ロジスティックを行った。なお、社会経済学的特性についても喫煙行動関連の項目と同様に、多肢選択については分布を確認した上で3カテゴリにまとめる作業を行ったものもある。また社会経済学的特性に関する多変量ロジスティック回帰については、説明変数として考えられる全項目を含むモデルの他、ステップワイズ法による変数選択を行い、喫煙行動に関するグループを予測する上で重要と考えられる社会経済学的要因は何なのか、という点についても明らかにした。

さらに、一般向けあるいは保健指導の現場におけるコミュニケーションツールとして、回帰モデルよりも簡便かつ専門知識を要せずにグループ分類の予測を可能にするための、CHAID分析(Chi-squared automatic interaction detection;  $\chi^2$ 二乗値を分岐選択条件とする意志決定樹分析)による決定樹モデルを作成した。なお、CHAID分析は、判別分析の際に用いられる手法の一つで多数のサンプルから関連性の高い要因を抽出し、これをグループに分類して分析する手法である。

## 4. 2 結果

全対象者における人口学的特性に関する分布を表 1.に示す。

表 1. 全対象者の人口学的特性

		n	(%)			n	(%)
Total		500				500	
最終学歴	高卒以下	205	(41.0)	子ども	子どもあり	190	(38.0)
	短大・専門学校等卒	163	(32.6)		子どもなし	310	(62.0)
	大卒以上	132	(26.4)				
勤務形態				主観的階層	中の上～上	35	(7.0)
	正社員（一般職・総合職）	153	(30.6)		中の中	203	(40.6)
	非正規雇用（派遣・契約・バイト等）	181	(36.2)		中の下～下	262	(52.4)
	その他（専業主婦含む）	166	(33.2)				
職種				医療保険	協会けんぽ	115	(23.0)
	管理職・専門職	65	(13.0)		組合健保	108	(21.6)
	事務職	143	(28.6)		共済組合	34	(6.8)
	その他（技能職・サービス・販売等）	292	(58.4)		国民健康保険	221	(44.2)
					その他	22	(4.4)
世帯年収	400万円未満	196	(39.2)	生活スタイル	朝型	204	(40.8)
	400～800万円	251	(50.2)		夜型	296	(59.2)
	800万円以上	53	(10.6)				
居住形態 (重複可)	独居	78	(15.6)	主観的健康感	まあ良い～良い	146	(29.2)
	親と同居	154	(30.8)		ふつう	205	(41.0)
	夫や子供と同居	242	(48.4)		あまり良くない～良くない	149	(29.8)
	その他	52	(10.4)				
結婚・恋人有無				禁煙ステージ	無関心期	76	(15.2)
	既婚	235	(47.0)		関心期	274	(54.8)
	未婚・恋人あり	136	(27.2)		準備期・行動期	150	(30.0)
	未婚・恋人なし	129	(25.8)				
	range	mean	(SD)				
年齢	20～39	32.1	(4.9)				
BMI	14.7～39.2	20.8	(3.5)				

また、喫煙行動に対する因子分析によって得られた因子構造を表 2.に示す。抽出された因子数は三因子であり、因子 1 については「依存意識が低く」「吸う本数が少なく」「目覚めてから最初に喫煙するまでの時間が長く」という要因に影響が強く、因子 2 については「何度も禁煙に挑戦している」という傾向が見られ、また因子 3 については「主にタール 1mg のメンソールを好む」といったパターンが見られた。



表 2. 因子分析により得られた喫煙プロファイルの因子構造

回転後の因子パターン			
	因子 1	因子 2	因子 3
千円以内の値上げで禁煙する	0.16	0.14	0.28
自分は依存していると思う	-0.55	0.28	-0.09
一日に吸う本数が10本以下	0.81	0.10	0.02
一日に吸う本数が11~15本	0 (reference)		
一日に吸う本数が16本以上	-0.78	-0.08	0.00
主にメンソール入りを吸う	0.01	0.05	0.67
主にタールは1mgのものを吸う	0.05	0.06	0.71
主にタールは2~8mgのものを吸う	0 (reference)		
主にタールは9mg以上のものを吸う	0.05	-0.07	-0.72
禁煙に挑戦したことはない	0.08	-0.85	-0.09
一度禁煙に挑戦したことがある	0 (reference)		
二度以上禁煙に挑戦したことがある	-0.02	0.82	0.06
過去一年間に一日以上の禁煙に成功	0.11	0.75	0.11
毎朝目覚めて5分以内にたばこを吸う	-0.64	-0.07	-0.14
目覚めてたばこを吸うまでに5~30分かかる	0 (reference)		
目覚めてたばこを吸うまでに30分以上かかる	0.75	-0.03	0.04
喫煙年数	-0.35	0.08	-0.39

これらの因子得点によって分類したグループごとの喫煙プロファイルの分布を表 3.に示す。またさらに、この喫煙プロファイルとそれぞれのグループへの分類の関係性を明らかにするために行ったロジスティック回帰分析の結果を表 4.に示す。強い因子構造への寄与が見られた項目以外にも多くの項目が各グループ分類に有意な関係性を示唆していた。

表 3. 全対象者およびグループごとの喫煙プロファイルの分布

	全対象者		グループ 1		グループ 2		グループ 3	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
	500		154		181		165	
禁煙しようと思うたばこ一箱の値段								
900円以下	357	(71.4)	107	(69.5)	130	(71.8)	120	(72.7)
1000円以上/値段は関係ない	143	(28.6)	47	(30.5)	51	(28.2)	45	(27.3)
たばこに対する依存感								
あり	402	(80.4)	75	(48.7)	179	(98.9)	148	(89.7)
なし	98	(19.6)	79	(51.3)	2	(1.1)	17	(10.3)
一日の平均喫煙本数								
10本以下	197	(39.4)	110	(71.4)	59	(32.6)	28	(17.0)
11～15本	111	(22.2)	28	(18.2)	43	(23.8)	40	(24.2)
16本以上	192	(38.4)	16	(10.4)	79	(43.6)	97	(58.8)
主に吸うたばこの種類								
メンソール入り	277	(55.4)	62	(40.3)	83	(45.9)	132	(80.0)
それ以外	223	(44.6)	92	(59.7)	98	(54.1)	33	(20.0)
主に吸うたばこのタール量								
1mg	163	(32.6)	33	(21.4)	31	(17.1)	99	(60.0)
2～8mg	246	(49.2)	75	(48.7)	108	(59.7)	63	(38.2)
9mg以上	91	(18.2)	46	(29.9)	42	(23.2)	3	(1.8)
過去の禁煙挑戦回数								
なし	185	(37.0)	99	(64.3)	5	(2.8)	81	(49.1)
1回のみ	123	(24.6)	33	(21.4)	41	(22.7)	49	(29.7)
2回以上	192	(38.4)	22	(14.3)	135	(74.6)	35	(21.2)
禁煙の成功経験（一日以上）								
あり	148	(29.6)	21	(13.6)	101	(55.8)	26	(15.8)
なし	352	(70.4)	133	(86.4)	80	(44.2)	139	(84.2)
起床後最初の喫煙までの時間								
5分以内	151	(30.2)	16	(10.4)	65	(35.9)	70	(42.4)
6～30分	179	(35.8)	31	(20.1)	80	(44.2)	68	(41.2)
31分以上	170	(34.0)	107	(69.5)	36	(19.9)	27	(16.4)
	range	mean SD	mean SD	mean SD	mean SD	mean SD	mean SD	
喫煙年数								
1～34	13.0	(5.5)	11.9	(5.5)	14.5	(5.0)	12.4	(5.8)

表 4. グループ分類と喫煙プロファイルに関するロジスティック回帰分析の結果

	グループ1			グループ2			グループ3		
	OR	CI	p	OR	CI	p	OR	CI	p
900円以下の値上げで禁煙する	0.31	0.12 ~ 0.85	0.022	0.74	0.29 ~ 1.91	0.539	1.14	0.47 ~ 2.77	0.769
自分は依存していると思う	0.01	0.00 ~ 0.03	<0.001	776.74	71.64 ~ >999.99	<0.001	8.41	2.58 ~ 27.37	<0.001
一日に吸う本数が10本以下	26.91	6.81 ~ 106.35	<0.001	0.70	0.22 ~ 2.27	0.554	0.03	0.01 ~ 0.10	<0.001
一日に吸う本数が11~15本		1(reference)			1(reference)			1(reference)	
一日に吸う本数が16本以上	0.13	0.04 ~ 0.47	<0.001	0.63	0.22 ~ 1.75	0.371	3.75	1.39 ~ 10.10	0.009
主にメンソール入りを吸う	0.09	0.03 ~ 0.27	<0.001	0.15	0.06 ~ 0.41	<0.001	33.55	11.98 ~ 93.92	<0.001
主にタールは1mgのものを吸う	0.01	0.00 ~ 0.07	<0.001	0.02	0.01 ~ 0.08	<0.001	259.19	62.93 ~ >999.99	<0.001
主にタールは2~8mgのものを吸う		1(reference)			1(reference)			1(reference)	
主にタールは9mg以上のものを吸う	7.49	2.41 ~ 23.25	<0.001	7.05	1.99 ~ 24.94	<0.001	0.01	0.00 ~ 0.05	<0.001
禁煙に挑戦したことはない	5.95	1.73 ~ 20.40	<0.001	0.03	0.01 ~ 0.13	<0.001	2.47	0.91 ~ 6.66	0.075
一度だけ禁煙に挑戦したことがある		1(reference)			1(reference)			1(reference)	
二度以上禁煙に挑戦したことがある	0.02	0.01 ~ 0.09	<0.001	101.98	27.14 ~ 383.11	<0.001	0.02	0.01 ~ 0.08	<0.001
過去一年間に一日以上の禁煙に成功	0.09	0.02 ~ 0.32	<0.001	73.59	18.69 ~ 289.71	<0.001	0.06	0.02 ~ 0.22	<0.001
毎朝目覚めて5分以内にたばこを吸う	0.23	0.07 ~ 0.82	0.024	0.96	0.36 ~ 2.52	0.929	2.69	1.03 ~ 7.02	0.043
目覚めてたばこを吸うまでに5~30分かかる		1(reference)			1(reference)			1(reference)	
目覚めてたばこを吸うまでに30分以上かかる	40.87	11.56 ~ 144.52	<0.001	0.07	0.02 ~ 0.27	<0.001	0.07	0.02 ~ 0.23	<0.001
喫煙年数	0.94	0.87 ~ 1.02	0.124	1.31	1.18 ~ 1.46	<0.001	0.87	0.80 ~ 0.96	<0.001

ここまでの解析結果からそれぞれのグループの特徴を見ると、グループ1は「依存意識が低く、比較的タール量の多いたばこを一日数本程度吸うグループ」、グループ2は「依存意識がとて高く、何度も禁煙と再喫煙を繰り返したグループ」、グループ3は「依存意識が高く、1mgのメンソールを大量に吸うグループ」と理解することができる。ここから、グループ1を「低依存嗜好喫煙型」、グループ2を「高依存リピーター型」、グループ3を「高依存ライトスモーカー型」と名付けた。

また各グループの人口学的特性を集計した結果を表5.に示し、また人口学的特性とグループ分類に対して行ったロジスティック回帰分析の結果を表6.および表7.に示す。前者が全変数モデルであり、後者が変数選択を行った結果である。全変数モデルでは年齢、子どもの有無、生活が朝型か夜型か、主観的健康感、行動ステージ、などについてグループ分類との有意な連関が示唆され、変数選択の結果抽出された項目もこのような傾向を反映していた。低依存嗜好喫煙型には子どもがおらずまた準備期や行動期といった禁煙意図のある者が少なく、高依存リピーター型は朝型で既婚・正規雇用で働く者が多く、逆に禁煙意図のある者が多かった。高依存ライトスモーカー型では夜型の生活をしている対象者が多いという特徴のみが示唆された。

表 5. グループ別の人口学的特性の分布

		低依存嗜好喫煙型		高依存リピーター		高依存ライトスモーカー	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Total		154		181		165	
最終学歴	高卒以下	57	(37.0)	81	(44.8)	67	(40.6)
	短大・専門学校等卒	49	(31.8)	60	(33.1)	54	(32.7)
	大卒以上	48	(31.2)	40	(22.1)	44	(26.7)
勤務形態	正社員（一般職・総合職）	53	(34.4)	51	(28.2)	49	(29.7)
	非正規雇用（派遣・契約・バイト等）	63	(40.9)	55	(30.4)	63	(38.2)
	その他（専業主婦含む）	38	(24.7)	75	(41.4)	53	(32.1)
職種	管理職・専門職	18	(11.7)	24	(13.3)	23	(13.9)
	事務職	48	(31.2)	45	(24.9)	50	(30.3)
	その他（技能職・サービス・販売等）	88	(57.1)	112	(61.9)	92	(55.8)
世帯年収	400万円未満	67	(43.5)	59	(32.6)	70	(42.4)
	400～800万円	72	(46.8)	100	(55.2)	79	(47.9)
	800万円以上	15	(9.7)	22	(12.2)	16	(9.7)
居住形態 (重複可)	独居	28	(18.2)	22	(12.2)	28	(17.0)
	親と同居	59	(38.3)	44	(24.3)	51	(30.9)
	夫や子供と同居	56	(36.4)	111	(61.3)	75	(45.5)
	その他	19	(12.3)	16	(8.8)	17	(10.3)
結婚・恋人有無	既婚	53	(34.4)	109	(60.2)	73	(44.2)
	未婚・恋人あり	54	(35.1)	36	(19.9)	46	(27.9)
	未婚・恋人なし	47	(30.5)	36	(19.9)	46	(27.9)
子ども有無	子どもあり	37	(24.0)	91	(50.3)	62	(37.6)
	子どもなし	117	(76.0)	90	(49.7)	103	(62.4)
主観的階層	中の上～上	8	(5.2)	16	(8.8)	11	(6.7)
	中の中	60	(39.0)	75	(41.4)	68	(41.2)
	中の下～下	86	(55.8)	90	(49.7)	86	(52.1)
医療保険	協会けんぽ	29	(18.8)	45	(24.9)	41	(24.8)
	組合健保	30	(19.5)	39	(21.5)	39	(23.6)
	共済組合	11	(7.1)	16	(8.8)	7	(4.2)
	国民健康保険	79	(51.3)	71	(39.2)	71	(43.0)
	その他	5	(3.2)	10	(5.5)	7	(4.2)
生活スタイル	朝型	62	(40.3)	87	(48.1)	55	(33.3)
	夜型	92	(59.7)	94	(51.9)	110	(66.7)
主観的健康感	まあ良い～良い	43	(27.9)	56	(30.9)	47	(28.5)
	ふつう	73	(47.4)	73	(40.3)	59	(35.8)
	あまり良くない～良くない	38	(24.7)	52	(28.7)	59	(35.8)
禁煙に関する ステージの分布	無関心期	30	(19.5)	18	(9.9)	28	(17.0)
	関心期	96	(62.3)	86	(47.5)	92	(55.8)
	準備期または実行期	28	(18.2)	77	(42.5)	45	(27.3)
	range	mean	(SD)	mean	(SD)	mean	(SD)
年齢	20～39	31.3	(5.1)	33.1	(4.5)	31.6	(5.0)
BMI	14.7～39.2	21.0	(3.7)	21.0	(3.6)	20.5	(3.3)

表 6. 人口学的特性とセグメント分類に対するロジスティック回帰の結果(全変数モデル)

	低依存嗜好喫煙型				高依存リピーター型				高依存ライトスモーカー型			
	OR	CI		p	OR	CI		p	OR	CI		p
年齢	0.98	0.94	~ 1.02	0.334	1.06	1.02	~ 1.11	<b>0.010</b>	0.97	0.93	~ 1.01	0.115
BMI	1.02	0.96	~ 1.08	0.544	1.03	0.98	~ 1.09	0.267	0.95	0.90	~ 1.01	0.103
大卒以上	1 (reference)				1 (reference)				1 (reference)			
短大・専門卒	0.91	0.53	~ 1.58	0.736	1.15	0.66	~ 2.02	0.628	0.99	0.58	~ 1.69	0.980
高卒以下	0.73	0.41	~ 1.27	0.264	1.52	0.85	~ 2.71	0.160	0.94	0.54	~ 1.63	0.825
正規雇用	1 (reference)				1 (reference)				1 (reference)			
非正規雇用(派遣・契約・アルバイト)	0.85	0.49	~ 1.50	0.578	0.71	0.40	~ 1.26	0.239	1.49	0.86	~ 2.58	0.157
その他(専業主婦含む)	0.54	0.28	~ 1.06	0.074	1.35	0.71	~ 2.59	0.365	1.27	0.66	~ 2.43	0.480
事務職	1 (reference)				1 (reference)				1 (reference)			
管理専門職	0.68	0.33	~ 1.38	0.282	1.25	0.63	~ 2.50	0.522	1.16	0.60	~ 2.25	0.666
職種その他	1.22	0.69	~ 2.15	0.498	0.97	0.54	~ 1.73	0.913	0.83	0.48	~ 1.45	0.511
世帯年収400万円未満	1.18	0.74	~ 1.86	0.491	0.75	0.47	~ 1.19	0.220	1.16	0.75	~ 1.81	0.500
世帯年収400~800万円	1 (reference)				1 (reference)				1 (reference)			
世帯年収800万円以上	1.01	0.47	~ 2.15	0.984	0.97	0.47	~ 1.99	0.939	0.94	0.46	~ 1.92	0.873
一人暮らし	1 (reference)				1 (reference)				1 (reference)			
親と同居	1.39	0.81	~ 2.39	0.233	0.87	0.49	~ 1.53	0.626	0.87	0.51	~ 1.47	0.593
夫や子供と同居	2.12	0.68	~ 6.64	0.198	0.80	0.27	~ 2.35	0.678	0.74	0.25	~ 2.15	0.578
友人・恋人ほかと同居	1.18	0.55	~ 2.50	0.672	1.15	0.52	~ 2.52	0.736	0.82	0.39	~ 1.73	0.601
未婚・恋人なし	1 (reference)				1 (reference)				1 (reference)			
未婚・恋人あり	1.07	0.61	~ 1.88	0.810	0.92	0.50	~ 1.70	0.800	0.98	0.56	~ 1.71	0.949
既婚	0.64	0.23	~ 1.78	0.389	1.38	0.52	~ 3.68	0.516	0.98	0.38	~ 2.57	0.967
子どもあり	1 (reference)				1 (reference)				1 (reference)			
子どもなし	2.37	1.29	~ 4.37	<b>0.006</b>	0.70	0.40	~ 1.21	0.200	0.71	0.40	~ 1.27	0.250
主観的階層：上	0.79	0.30	~ 2.05	0.623	1.58	0.66	~ 3.75	0.303	0.84	0.35	~ 2.00	0.696
主観的階層：中	1 (reference)				1 (reference)				1 (reference)			
主観的階層：下	1.07	0.69	~ 1.68	0.759	1.09	0.70	~ 1.70	0.708	0.88	0.58	~ 1.35	0.570
組合健保	1 (reference)				1 (reference)				1 (reference)			
協会健保	0.72	0.38	~ 1.36	0.310	1.22	0.67	~ 2.20	0.519	1.05	0.59	~ 1.86	0.869
共済組合	1.21	0.49	~ 2.97	0.678	1.83	0.77	~ 4.31	0.169	0.43	0.17	~ 1.13	0.087
国民健康保険	1.20	0.67	~ 2.12	0.541	1.13	0.65	~ 1.96	0.666	0.75	0.44	~ 1.28	0.288
保険その他	0.70	0.22	~ 2.21	0.538	1.98	0.71	~ 5.48	0.191	0.72	0.26	~ 2.02	0.534
朝型	1 (reference)				1 (reference)				1 (reference)			
夜型	0.99	0.64	~ 1.53	0.951	0.65	0.43	~ 1.00	<b>0.049</b>	1.52	0.99	~ 2.33	0.054
主観的健康感良い	0.74	0.45	~ 1.21	0.230	1.10	0.68	~ 1.79	0.698	1.21	0.75	~ 1.96	0.439
主観的健康感普通	1 (reference)				1 (reference)				1 (reference)			
主観的健康感悪い	0.58	0.35	~ 0.97	<b>0.039</b>	0.96	0.58	~ 1.58	0.867	1.65	1.02	~ 2.65	<b>0.041</b>
無関心期	1.21	0.69	~ 2.11	0.514	0.62	0.33	~ 1.17	0.138	1.25	0.72	~ 2.19	0.427
関心期	1 (reference)				1 (reference)				1 (reference)			
準備期・行動期	0.43	0.26	~ 0.72	<b>0.001</b>	2.39	1.54	~ 3.72	<b>&lt;0.001</b>	0.84	0.53	~ 1.31	0.433

表 7. 人口学的特性とセグメント分類に対するロジスティック回帰の結果(変数選択モデル)

	OR	CI	p	
低依存嗜好喫煙型				
子どもあり	1 (reference)			
子どもなし	2.42	1.57	3.72	<b>&lt;0.001</b>
関心期	1 (reference)			
準備期・行動期	0.43	0.27	0.68	<b>&lt;0.001</b>
高依存リピーター型				
年齢	1.07	1.02	1.12	<b>0.003</b>
正規雇用	1 (reference)			
非正規雇用(派遣・契約・アルバイト)	0.62	0.41	0.94	<b>0.023</b>
未婚・恋人なし	1 (reference)			
既婚	1.67	1.11	2.50	<b>0.014</b>
朝型	1 (reference)			
夜型	0.65	0.44	0.95	<b>0.028</b>
関心期	1 (reference)			
準備期・行動期	2.48	1.64	3.74	<b>&lt;0.001</b>
高依存ライトスモーカー型				
朝型	1 (reference)			
夜型	1.60	1.09	2.36	<b>0.018</b>

また、CHAID 分析によって得られた決定樹モデルの結果を図 2.に示す。本調査における意思決定樹モデル構築の目的は、回帰モデルに比べた簡便さとコミュニケーション性にあるため、シンプルさを重視して分岐の収束基準には 80%の陽性的中率を採用し、4 階層以内で判別確率最大となるセグメントとその判別確率を図には示した。なお、全対象者におけるこのモデルによって正しくセグメントに判別される確率である総合判別率は 81.0%を示した。

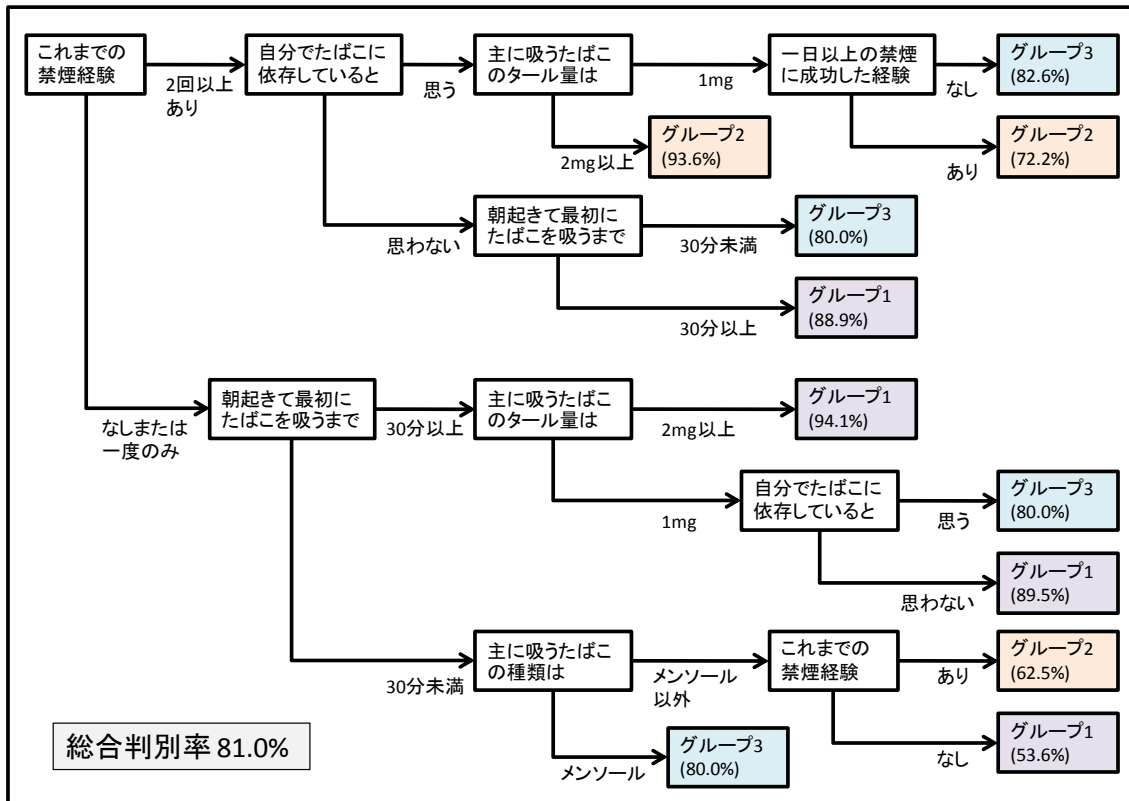


図 2. セグメント分類に関する決定樹モデルの結果

### 4. 3 考察

本解析結果は、20代～30代女性における禁煙行動やその関連認知に関して、喫煙行動プロフィールを分類し、その差異について明らかにしたという世界でも先進的な取り組みである。

本調査結果から明らかになった最も大きな発見は、20代～30代女性における、これまでの性別と年代のみによるセグメンテーションからは考えられていなかった喫煙行動パターンの違いを明らかにしたという点であり、またこの喫煙行動パターンの違いが、社会経済学的特性や、どのようなメッセージが有効なのかという点においても明確な差異を持っていたという事実についてもたいへん興味深い発見であると考えられる。

また、本調査において構築された意思決定樹モデルによって、高々4項目の質問回答結果から、高い判別能で20～30代女性の喫煙プロフィールの違いを予測することが可能になり、20～30代を対象とした、広く一般に向けた禁煙教育や保健指導の現場においても、簡潔かつ効果的なコミュニケーションデザインを支援する有効なツールになり得ると考えられる。

### 4. 4 結論

20～30代の日本人女性について喫煙行動のプロフィールを明確に分解することができた。また、本調査で開発されたセグメントを予測する意思決定樹モデルは実際のコミュニケーションデザインに有用なツールとなり得ると考えられる。

本調査結果は20～30代女性に対する実際のコミュニケーション内容を計画する上で重要な基礎資料になると考えられる。

## 5 ターゲットの質的な特徴とコミュニケーションの方向性

### 5.1 目的と方法

#### 1) 目的

国民の健康増進、特にすこやかな生活習慣（運動、食生活、禁煙）の改善における効果的なコミュニケーション開発のためには、行動の発現プロセスを明らかにし、そのプロセスに対応した行動変容のための有効な認知要因を明らかにすることが重要であると考えられる。

健康行動の発現プロセスに関する過去の研究を概観すると、態度 - 行動理論に代表されるように、個人の意思に基づく合理的な行動決定を前提にしていることが多かった[今城 & 佐藤, 2003][Gillies & Willing, 1997]。一方で批判として、態度 - 行動理論は、関連する社会的状況とは無関係に、個人の意図的な意思決定により行動が決定されることを仮定しているが、喫煙などのリスク行動が選択される現実場面では、リスク事態に陥ることを主目的としていないため、必ずしも、態度 - 行動理論が前提としている意図的な意思決定が行われているとは言い難いことが指摘されている[Gillies & Willing, 1997][Gough et al. 2009]。

また、健康リスク行動の発現プロセスに関する研究分野では、意図的な意思決定だけでなく、非意図的な意思決定の側面、すなわち、個人の意志とは無関係な社会・環境的要因の影響に曝されることで、個人が意識している以上に健康リスクを許容してしまうプロセスの存在が指摘され、それらの要因を取り込んだプロトタイプモデル[Gibbons et al. 1998]や Theory of Planned Behavior[Glanz et al. 2008]などが提案されてきた。

一方 Fishbein らは、これら諸々の行動科学理論で仮定されている制御要因を注意深く考慮した時に、実際に行動を制御すると考えられる要因は限られていることを指摘し、近年これらを統合した統合行動モデルを提案している[Fishbein & Cappella, 2006]。

行動の発現プロセスとしてどの理論を適用するのか、あるいは対象者の特性や状況により諸々の理論・モデルのうちどれを用いるかという点は、常に慎重な議論の対象となり、また必要に応じて構成概念の省略など、部分的な改変は実用上の理由によって行われることも十分考えられるものの、本調査では Fishbein らが提案した統合行動モデル[]に基づき、理論的に概念化された心理的・行動科学的諸概念に基づく体系的な行動の発現プロセスについて調査を行い、ターゲットの質的な特徴とコミュニケーションの方向性について示唆



を得ることを目的とした。

## 2) ヒアリング期間

2009年11月～2010年1月

## 3) 対象者

首都圏（東京都、神奈川県、千葉県、埼玉県）在住者を対象に、個別ヒアリング調査を計 82 名（運動・食生活分野は 71 名、たばこ分野は 11 名）に対して行った。調査対象者の選定については、厚生労働省と協議のうえ、下記表の通りとした。

対象者の内訳（運動・食生活分野）

	運動・食生活分野				合計
	無関心期	関心期	準備/実行期	維持期	
20/30 代	—	8	7	—	15
40/50 代	9	12	11	9	41
60 代～	4	—	7	4	15
合計	13	20	25	13	71

対象者の内訳（たばこ分野）

	たばこ分野			合計
	喫煙者	非喫煙者	過去喫煙者	
20/30 代	4	3	4	11
合計	11			11

対象者のリクルーティングは、専門のリクルーティング会社が持つモニターを用いて行った。なお、リクルーティングの際に、対象者にバイアスを与えないよう、「健康に関するインタビュー調査」という名目でリクルーティングを行った。

## 4) リクルーティング基準

運動・食生活分野については、それぞれの当該行動について、無関心期：「実行していないし、実行しようとも考えていない」、関心期：「実行していないが、実行しようと考えている」、準備/実行期：「実行しようとして努力しているが、十分に実行できていない」あるいは「実行しているが、まだ習慣化していない」、維持期：「実行していて、十分に習慣化して

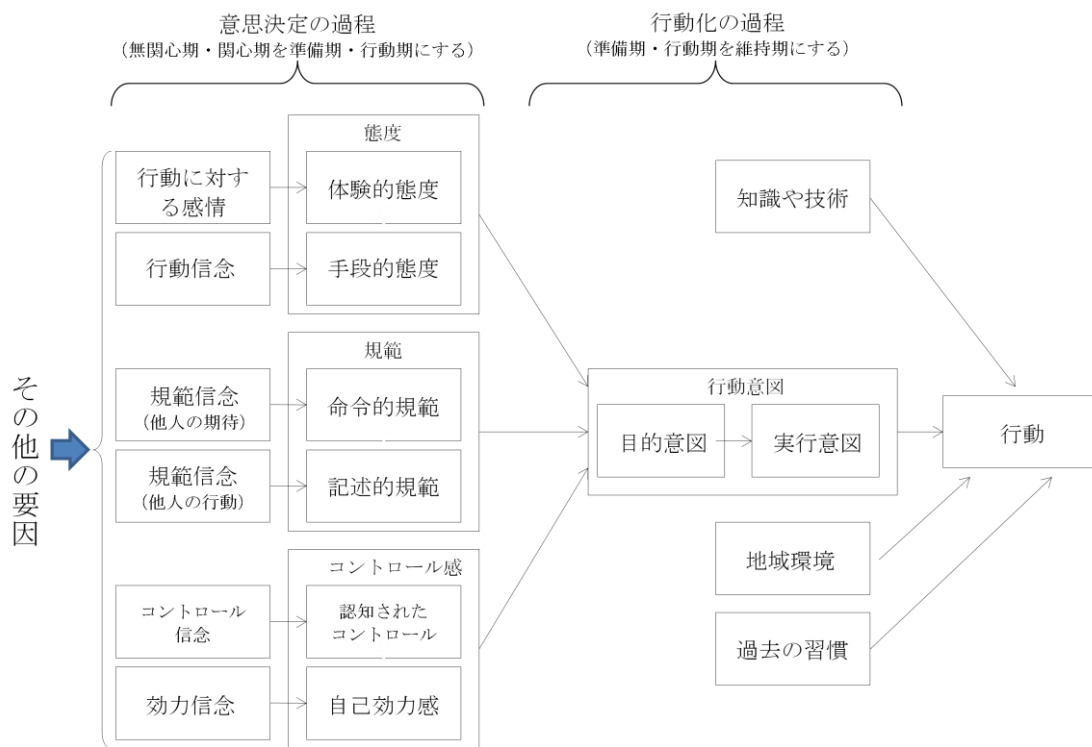
いる」と定義した。

たばこ分野については、30歳前後の喫煙女性1日に10本以上吸う、30歳前後の喫煙女性4名（有職2名、無職2名）、旦那は喫煙者で、妊娠を機にたばこをやめた20～30代女性4名（有職2名、無職2名）、喫煙者に対して強く「控えてほしい」と言えない、30歳前後の非喫煙女性3名（有職2名、無職1名）とした。

なお、リクルーティングに際しては、マーケティング、広告関連、官公庁、健康産業、医療・医薬品業界従事者は除いた。

### 5) 調査仮説

本調査では、統合行動モデル[Fishbein & Cappella, 2006]に基づき、行動の発現プロセスの枠組みを下記図の通り想定し、行動意図に影響を与える制御要因として、1) 態度、2) 規範、3) コントロール感の3つの要因を想定した。



統合行動モデルに基づく行動の発現プロセス

## 6) 調査項目

ヒアリングガイドに基づき、ヒアリングを行った。ヒアリング項目は、態度、規範、コントロール感、を中心にした。

## 7) ヒアリング方法

ヒアリングへの協力依頼に応じた対象者に対し、調査者がヒアリングガイドを用いた半構造化ヒアリングを行った。ヒアリング場所は、プライバシーの確保された専門のインタビュールームで、時間は、一人約 60 分であった。ヒアリングの冒頭において、改めて、調査の妥当性を損なわないことに留意しながら調査の趣旨説明をし、また録音などの調査の進め方、プライバシー保護への配慮などについて口頭で説明し、調査への同意と録音の許可を得た上で、ヒアリングを進めた。

## 8) データ解析

ヒアリング終了後、録音データから逐語録を作成した。テキストとなったヒアリングデータは、ヒアリングに参加した調査者を中心に、習慣化の影響要因と考えられる発言を抽出し、グループ化を行った。

なお、本調査で解析の中心としたのは、運動・食生活分野については「準備・実行期」と「維持期」にある対象者であり、たばこ分野については、すべての対象者とした。

## 5.2 結果

### 5.2.1 運動・食生活分野

表2に、準備/実行期にいる対象者の属性を示した。

表2 準備/実行期にいる対象者の属性(n=25)

	男性		女性	
	n	(%)	n	(%)
人数	9	(36.0)	16	(64.0)
年代				
30歳代	3	(33.3)	4	(25.0)
40歳代	2	(22.2)	4	(25.0)
50歳代	1	(11.1)	4	(25.0)
60歳代	3	(33.3)	4	(25.0)
婚姻状態				
既婚	7	(77.8)	14	(87.5)
未婚	2	(22.2)	2	(12.5)
子どもの有無				
子ども有り	7	(77.8)	12	(75.0)
同居している	7	(77.8)	9	(56.3)
同居していない	0	(0)	3	(18.8)
子ども無し	2	(22.2)	4	(25.0)
就業状態				
有業	6	(66.7)	4	(25.0)
無業	3	(33.3)	12	(75.0)
居住地				
東京	6	(66.7)	13	(81.3)
神奈川	2	(22.2)	0	(0)
埼玉	0	(0)	1	(6.3)
千葉	1	(11.1)	2	(12.5)

また、インタビュー調査の結果、準備/実行期にいる対象者には、目標行動に対する7つの共通した特徴があることが判明した。

#### (i-1) 周りからうまく支援を受けられていない

準備/実行期にいる人々の特徴として、うまく周囲との協力体制を築けず、支援を受けられていないということがあった。

“誰か友達が今日ウォーキング行こうよって言ってくれたら、本当もう気のおけないお友

達がね、言ってくれたら行くかもしれませんが、まだ今の所そういう人ウォーキング行っていていないですよ、皆さん”（60代女性）

“ストレッチとか筋トレを30分位やるっていうのもいいんでしょうけど、なかなかその、何か走って気持ち良くなってっていうのがないと出来ないですし、一人だとなかなかできないですね。一人黙々と筋トレやってるって人もいましたけど、結構続けるのは難しいんだろうなとは思いますがね”（40代男性）

“子どもはもうほっといて、もう自分が8時になったら歩くって決めたら歩けばいいんでしょうけど。まだ帰ってこなかったりとか、バイトから帰ってこなかったりする日だったりすると、ちょっと待って、帰ってきたら温めてとか、そんな風に思ってる自分がおるので、それもあってできないのかもしれないですね”（50代女性）

“主人は朝食べない人なんで。夜の献立もやっぱり野菜は少ないかもしれないですね。主人はあまり煮物とか好きじゃないんで、作らない。嫌いだって言うんでしょうがないです”（30代女性）

“料理について口出したらね、後が大変ですからね、そんなことはしない。例え不安があっても。僕としては朝、魚とかですね。あとはもうちょっと野菜が欲しいと。野菜は気を遣ったかなきゃいかんだと意識はしてるんだけど、どうしても肉食べるのが多いんだよね”（50代男性）

## （i-2）些細な行動の効果を信じられず、高い目標を設定してしまう

準備/実行期にいる対象者に共通して見られたのが、些細な行動の効果を信じられず、現在の状況とは遠くかけ離れた高い目標を設定した結果、気持ちだけが空回ってしまい、ほぼ何も始められていない、又は、目標行動を継続することができないでいる姿だった

“前に歩数計をつけたことがしばらくあって1万歩とか思ってたんですけど、全然、郵便局との往復では全然なんないんですよ、なんか2千とか3千とかで済んじゃう時があつて。ちょっとまずいって思ったことありますけど、でも結局普段は自転車使っちゃったり、そんなに一人で歩くっていうのも難しくて、結局なかなか”（50代女性）

“よくあの宴会なんかで、最初にサラダが出てくるじゃないですか。あんなの入ると思わないですよ。それ以外に食べてるものを補う野菜っていうのはかなり摂らないとね。一人でこうボールを食べる位にしないとだめでしょうね。結局そう思ってるから食べないの

かもしれないですね。だから駄目なのかもしれない。これだけでも、これだけ摂れば体にはいいんだよってという意識があれば摂るようにしていくんでしょうけど”（40代男性）

“やっぱり運動は、ジムに通って筋トレとか、エアロビクスとか。それくらいしないと、そこまで動いてないし、体型が変わったり筋肉が付いたりするとは思わないので”（30代女性）

“やっぱスポーツクラブ行って、ああいう、ちょっと強めな運動をしないといけないと思います。それには時間もいるし、そこまでいくにはやっぱりスポーツクラブ入って、定期的にやっていかないとだめ。自分とこでやってたんじゃ、ストレッチくらいしかできないし、それじゃあんまり意味ないんじゃないですかね”（60代男性）

また、その背景には、正しい目標設定の方法がわからず、過去最も自分に自信があった状態や、当時行っていた努力を基準に考えてしまうということがあった。

“30代までは結構まじめに草野球をやっていたから、週に何回かは走りこみをしてましたよ。あのころはちゃんと運動してましたね。今やってるような毎日の（1時間の）犬の散歩なんて、運動に入らないですよ。あんまり意味ないんじゃないですか”（50代男性）

### （i-3）続けることを目標にしていない

準備/実行期にいる人々の中には、健康診断の検査値や体重、タイムなど、健康的な運動や食事を行った結果として得られる成果を目標としたために、目標行動の習慣化が軽視され、目標値が達成されると同時に目標行動をやめてしまう集団があることが明らかになった。

“そういえば、なんであのとき辞めちゃったんだろう。そうだ、最初だったらその大体1キロ5キロを、まあ一周5キロを、早い方で20分弱、私なんか大体30分弱で、本当にたらたらなんですけど、まあたらたらの方が体にはいいらしいんですけど、何か最初はもう30分もきつくてきつくて、だんだん楽になってって、でも25分位から20分の間位なので、でもこれ以上いかないな、絶対20分切るの難しいなと思ったとき位ですかね”（40代男性）

“糖尿病の数値が130うんたらになって、これは糖尿病です、このままいたらだめですよって言われて、食生活と適切な運動をしなくちゃいけないと言われたのが一番のきっかけですね。それで半年くらい続けて、だから体重が5キロくらい減ったけど。それで、今また元に戻っちゃった。71か2かそのくらいだから。最初言われたときは75くらいあ

りましたから、言われて 68 まで落として、これはもういいかなと思って” (60 代男性)

#### (i-4) 目標行動を行えない原因を、自己否定的要因に帰属させている

準備/実行期にいる対象者の多くが、目標行動を行えていない原因を、自分自身の意思の弱さにあると、自己否定的に捉える傾向にあることがわかった。

“自分と同じ運動量の人がいたら、「優柔不断な人がここにもいた」「私だけじゃないんだ、よかった」と思います。結構だらしない生活を送ってんじゃないかな、と。あんまり実行力があるとは思えないです” (60 代女性)

“こんなにしようと思ってるのにできてないっていうのは、やっぱり怠け者なんだと思います。自分の意志が弱いのかなと” (50 代女性)

“アメリカなんかだとよく言われるっていうじゃないですか。太ってる人って、要するに自己抑制が出来ない、みたいな。そういうことなんだと思います” (40 代男性)

#### (i-5) 習慣化はしていないものの、全く行動していないわけではない

準備/実行期にいる人々は、その定義どおり、目標行動を習慣化させることはできていないものの、全く行動を起こしていないわけではなく、不定期に小さな努力（駅で階段を利用する、買い物には極力徒歩で行くなど）を行っていた。

“平日は行かないですね、あんまり。夫が引っ張っていくように行くからくっついて行くだけで。だって予約入れたりするのネットでするのが私自身が面倒なので、夫が行くときと一緒にくっついていく程度です。あ、でも今ね、今日実を言うと歩いてきたんですよ、こちらまで” (50 代女性)

“いや、あの以前より減っちゃったので、まずいなとは思ってるんですが、なにせ夫と二人でしょ。子どもがいたら意欲が沸くんですが、夫と二人だとね、作る気がしないんですよ。とってもしん訳ないんですけど。あ、でも私考えて、実だくさんのスープ。具だくさんの、野菜いっぱい入れた。それは私、朝昼いつでも食べます” (60 代女性)

“健康だと思うのは、やっぱり煙草も吸わないし、肉もあぶらっこいもの食ってないから、野菜と魚主体の食事でこの何十年間もすごしてきているからね。ただ、仕事の関係で、酒

は不規則なかんじで大酒を飲んだり、そういうことはあるけれども、帳消し以上の良い方向の方が大きいのではないかと” (60代男性)

“自宅が駅からさっき近いって言ったんですけど、近いって言っても歩いて15分くらいあるんですね。で、自宅の近くにバス停があるので、本当はバス乗っちゃうと楽なんですけど、ま、なるべく、歩くように、心がけているんです。どっか出かける時も歩くように気をつけています” (30代男性)

#### (i-6) 生活リズムを改善できていない

準備/実行期にいる運動や食事に対する意識の高いはずの対象者が、それらの行動を始められていない阻害要因の一つとして、生活リズムの問題が挙げられた。

“自分の趣味が、食事や運動以外に、インターネットをしたりとか、本を読んだりっていうのに時間を割いてる部分が多いんです。現在は自分の趣味、パソコンであったりとか、そういうのが先に来ますね。それは仕事につながる部分もありますし、自分の趣味として” (30代男性)

“起きてすぐはお腹がすいてないというか、あんまり食欲がない感じなんですよね。早く寝て、もっと早起きすれば朝も食べれるのかもしれないですけど、でもTVで、BSなんかでいい映画とかやってたりすると、すぐ11時になっちゃうでしょ。それで遅く帰ってくる娘にご飯やってたりなんかしてると、すぐ12時。先に寝ちゃう訳にもいかないし” (50代女性)

“結局夜をちょっと早く休むようにして、朝を7時とかに起きて、朝ご飯を作れば出来るんじゃないかなと思いますね。そうすれば朝と夜の食事はとれますから。でもやらなきゃいけないって言われたらやりますけど、やらなくても良ければやらないですよ。これが人間の習慣ですよ” (60代女性)

#### (i-7) 誘惑を遠ざけられず、続けるための工夫をうまくできていない

準備/実行期にいる人々が目標行動を継続できていない背景には、友達のお誘いやテレビ番組などの日々の様々な誘惑に負けてしまうということがあった。また、誘惑を遠ざけるための工夫、目標行動を続けるための工夫をうまくできていなかった。



“友達の誘惑に負けてすぐどっかに行ってしまうから、それを無くせば、だからもう時間を決めればいいと思うんですけど、なかなかね”（60代女性）

“運動は習慣づいてないですよ。もう辛いし、何か用事があって歩いたりするならいいんですけど、用事がないのにわざわざ疲れるのもなって”（40代女性）

“見たいテレビがあるときとかは、ウォーキング行かなかったりしますね。自分のためにはウォーキングの方が大切ですよ。でも、ちょっと大きい事件なんかのニュースがあると、ちょっと目を引かれちゃって”（50代女性）

以上が、インタビュー調査より明らかになった、準備/実行期にいる人々の7つの特徴であり、彼らが目標行動を続けられていない理由であると考えられた。

次に、維持期にいる人々がなぜ目標行動を続けられているのか、インタビュー調査より明らかになった彼らの特徴を記述する。また、維持期にいる対象者の属性は表3の通りであった。

表3 維持期にいる対象者の属性 (n=12)

	男性		女性	
	n	(%)	n	(%)
人数	7	(58.3)	5	(41.7)
年代				
40歳代	3	(42.9)	3	(60.0)
50歳代	2	(28.6)	0	(0)
60歳代	2	(28.6)	2	(40.0)
婚姻状態				
既婚	6	(85.7)	5	(100.0)
未婚	1	(14.3)	0	(0)
子どもの有無				
子ども有り	6	(85.7)	5	(100.0)
同居している	4	(57.1)	3	(60.0)
同居していない	2	(28.6)	2	(40.0)
子ども無し	1	(14.3)	0	(0)
就業状態				
有業	5	(71.4)	2	(40.0)
無業	2	(28.6)	3	(60.0)
居住地				
東京	0	(0)	1	(20.0)
神奈川	2	(28.6)	3	(60.0)
埼玉	4	(57.1)	0	(0)
千葉	1	(14.3)	1	(20.0)

## (ii-1) 周りとの協力関係があり、活動的な仲間が多い

維持期にいる人々の特徴として、周囲にも活動的な人々が集まっている傾向にあった。また、友達や家族との協力体制が出来上がっており、無理なく目標行動を行っているようであった。

“ジムにみんな行ってますね。全員行ってますよね。行っていない人知らないですね” (60代女性)

“これらくらくホンですけどね。これでね、1日5000歩歩こうと。基本的に。ずっと前から歩数計はあったけど、めんどくさくてやらないことが多かったんですよ。だけどこれ、らくらくホンになってからね、歩数出るでしょ。だから1日5000歩歩こうってことについてはね、基本的にずっと。ワイフが先にらくらくホンをしてこれいいねって話になって、じゃあっていうんでね” (60代男性)

“若い方にね、聞いたらこんなに料理の種類は出てこないと思うけど、我々の世代にしたらこれ普通だと思うので。私のお友達だってもっとすごいし、ブログ作っちゃったりしてるし。もうみんなもっとお料理も上手だし、ちょっとお家に行くとお昼でもワァーッて出るし。そうじゃない人を知らない” (60代女性)

## (ii-2) 段階的に目標行動を開始し、最終的に習慣化に成功している

維持期にいる人々は、段階的に目標行動を開始させることで、上手に目標行動を達成していた。

“だいたいね、痩せた人の話聞くと、1万歩歩かないとそんなに効果ないよって言われたの。でまあ一応それを目指してってことで、とりあえず自分で大体歩く距離を5000歩以上午前中に歩こうと思ったわけ。あの、家事の分が入ってるから。スーパーなんか行っても一番はじっこの駐車場に止めて、端から歩いている。重い荷物持ってするとか。家事の中でも稼ごうって” (60代女性)

“まあだんだんだんだんこういう運動する生活っていうのが確立されていったんですよ。さっきも言ったように犬の散歩だって、最初はもっと遅い時間だったのが、だんだんこう、早くなって、距離も延ばして、それでやっとなんか完全にこう、コースが固まって” (60代男性)

### (ii-3) 目標行動を行えない原因を、自己肯定的要因に帰属させている

維持期にいる人々は、目標行動を行えなかったときの原因が自己肯定的であり、必要以上に自分を追い詰めることをしていなかった。

“サーキットトレーニングみたいな、そこにいったんですけどね。楽しかったんですけどね、そこはなんか長続きしなかった。お試しただけだから2、3回行ったかな。遠いから、車で行かなきゃいけないから。車で20分くらい。ちょっと往復すると。ちょっと行かなきゃならないのかもしれないなかったんだけど、まいいか、みたいで、なんとなくしりきれトンボになっちゃって” (60代女性)

“続かないことももちろんあります。例えば英語はですね、仕事で海外に行くことあるんですよ。そうすると、そのために半年ぐらい前から始めるんですよ、ちょっと聞いたりとか。で、行ったら行ったで、もう頑張ってると思うでしょ。でもやっぱり続かないですよ。結局自分に合わないんでしょうね” (40代男性)

“ダイエットできない自分っていうのは、許せない半分しょうがない半分ですね。許せないって思って元に戻そうって思うんですけど、何もやらない自分がいて。もうしょうがないって半分言い聞かせてるっていうか慰めてるというか、そういう風になっています” (40代女性)

### (ii-4) 楽しむことで目標行動を継続しているため、努力しているという意識がない

維持期にいる人々の特徴として、無理をせず、楽しんで目標行動を行っているという回答が目立った。また、それゆえに、特別に頑張っているという意識はないようだった。

“まあ要はあの苦じゃないから歩いて見よう、そしたらやっぱり苦にならない、だったらこれはいいやっていう事でそれで四季折々楽しみながらやって、それで1日大体小一時間歩けばね、健康にそんな悪くないし、とそういう事ですよ。それで習慣になってるんですけども” (50代男性)

“水彩画もそうだけど、どうしてウォーキングが続いたかっていう話はね、その動機付けをね、自分なりに頑張ろうって気持ちが出るか出ないか。あとはね、どうしたら面白くなるか、楽しくなるかってことをね、たどる勉強法をね、皆さん持ってない。やっぱり10人いたらおそらく8

割ぐらいの人はそこまできかないで終わっちゃう人が多いですよ。だから続かないんじゃないですかね”（60代男性）

“野菜料理するのだって、面倒なんて思ってやってない。だって洗って刻むだけだもん。あと茹でるとかさ。あと私あんまり炒め物しなくなってるからさ、お酢とかポン酢かけて食べてるから”（60代女性）

#### （ii-5） 普段の行動に紐付けて目標行動を行っている

維持期の人々は、目標行動を普段の行動に紐付けることで、日々の生活リズムの中にも取り込み、継続することができていた。

“スポーツジムとかだったら行かないかもしれないです。わざわざお金をかけて行かなくても、階段行ったり来たりしたらいいしね。それにそれはやらないとしても、犬は生きてるんだから散歩しますよね。その前に行ってたジムも娘が行ってた体育館のついでじゃないですか”（40代女性）

“犬の散歩は、時間がなければ30分位で終わっちゃうんですけど、大体基本は1時間位ぶらぶらします。それ以外の運動はしてないので、これを運動のつもりでやっています。結構汗もかきますし。以前はバレエとか習ったりしていて、体型を気にしたりとか運動をする機会とかあったんですけど、それが全くなくなった時期もあったので、犬を飼って散歩をする事によって運動というか、体を動かす時間が自分の中で作っていくっていうかんじですね”（40代女性）

“これは昔からやってるんですけど、通勤は全部歩きですね、帰りはしょうがないんでバスで帰ってますけど、行きはまず歩きで、それから今東京駅から自分の会社まで大体20分から30分位歩いています。それは昔から雨の日も風の日もやってますね”（50代男性）

#### （ii-6） 目標行動を継続するための計画をうまく工夫し、実行できる

維持期にいる人々は、目標行動を継続するための工夫や動機付けが非常にうまく、健康以外の続ける理由を持っていた。

“きっかけはバス代をけちってお小遣いにしよう。まああの若い頃は別に歩いても関係ないですからね。だから健康だっていうことではなくてそんなこんなで”（50代男性）

“こう景色を見ながら。街中などではないので、おっきな公園があって、皆さんいらして  
るんで。で、そこを1周して帰ってくるんだけど、iPodで英会話のレッスン内容を聞い  
たりとかしてるんですね。40分なんだけど、40分やって帰ってくるとちょうど終わるっ  
ていう”(60代女性)

“色んな動機付けをね、楽しくしちゃうのかな。一時ね、たまたまそのテニスコートのす  
ぐ隣の女子大生、当時青山の女子大生かな、が、相手してくれたんですよ。僕が行くとね、  
彼女2階の窓から見えたらいいんですよ。降りてきてね、そうするとテニスコートのオヤ  
ジさんが、「どう、彼女と打ってみたい？」っていう話になったんですよ。それがなんか動  
機付けになって”(60代男性)

“料理はね、ここに書いてあるけど、すごい作り置きするんですよ。今回の休日にはな  
いけど、夜なんか。例えば野菜ありますでしょう、すると冷凍して小分けにせずいぶ  
ん入れてあるんですね、冷蔵庫に。だから、電子レンジチンですよ。だから、そんなに  
時間は取られてないと思う。買う時間もね、スーパーにいったって、タッタタって買って  
くるから。かぼちゃのところがしとかね、きんぴらごぼうとか、おにぎりの固いやつとか、  
ご飯の残ったのとか、全部冷凍してあるから、特に野菜類は。ちょっと栄養価がさがるか  
もしれないけど、ほうれん草のこういう茹でたの筒状にして何本も入れてあったりして”  
(60代女性)

## (ii-7) 変化に対する対応が早く、自己管理ができる

維持期にいる人々は、健康診断の結果などの情報に敏感で、対応が早く、自己管理への  
意識が高い傾向にあった。

“まずね、お医者さんの説明。それからお医者さんのところでもらう調査紙みたいなパン  
フレット。それからね、健康診断のときに裏にあるじゃないですか、数値がなんたらかん  
たらでああでこうであなたはこうしてください、みたいな感じ。それが来るとか、あとま  
あインターネットのウェブサイトもあるし、友達の話もあるし”(60代女性)

“まあ健康診断の結果っていうのは一番大きいんですけどね。まあ逆に言うと、苦になら  
ないといえますか。よくウォーキングの効果って紙に書いてあるじゃないですか。もとも  
と歩くの苦にならないんで、だったらその延長でやる、だから一念発起するっていうより  
は、苦にならないんだったらとりあえずやっちゃまえという、そういう事ですね。まあやっ  
て損はないと”(50代男性)

## (ii-8) 好奇心旺盛で、自分に合ったものや方法をうまく見つけることができる

維持期にいる人々は、自分に合ったものや方法が見つかるまで様々なものに挑戦し、最終的に目標行動の習慣化に辿り着いていた。

“たぶんできない方は自分にぴったりフィットしたのが見つからないんじゃないですかね。私もヨガをやったり、ジャズダンスやったり、エアロビやったり、全てやったんですね。で、ヨガをやっているとリラックスするんだけど、眠くなっちゃうんですね。うん。で、エアロビやっても楽しいんだけど、ちょっとしんどいかな。楽しいんだけど、こう連続してやる気には私は…なるお友達もいるんですよ、でも私はなれなくて。マシンはつまらなくて。楽しかったのはこう壁打ちの、ありますね。あれぐらい。それでやったので、多分楽しいものが見つからないんじゃないですか” (60代女性)

“色んな所でチャレンジしてるもんですからね。牛乳が今度は豆乳になったりね、今切り替えてた所だったんですよ。オイルがね、オリーブはまあちょっと前に切り替えたんですけどね、豆乳はごく最近切り替えたんですよ。豆乳もいってことが分かってね。これその、LH比を良くしようということやってるもんですから” (60代男性)

以上が、インタビュー調査より明らかになった、維持期にいる人々の8つの特徴であり、彼らが目標行動を続けられている理由であると考えられた。表4に、準備/実行期と維持期にいる人々の特徴をまとめた。

表4 準備/実行期、維持期にいるそれぞれの人々の特徴

準備/実行期	維持期
(1) 周りからうまく支援を受けられていない	(1) 周りとの協力関係があり、活動的な仲間が多い
(2) 些細な行動の効果を信じられず、高い目標を設定してしまう	(2) 段階的に目標行動を開始し、最終的に習慣化に成功している
(3) 続けることを目標にしていない	(3) 目標行動を行えない原因を、自己肯定的要因に帰属させている
(4) 目標行動を行えない原因を、自己否定的要因に帰属させている	(4) 楽しむことで目標行動を継続しているため、努力しているという意識がない
(5) 習慣化はしていないものの、全く行動していないわけではない	(5) 普段の行動に紐付けて目標行動を行っている
(6) 生活リズムを改善できていない	(6) 目標行動を継続するための計画をうまく工夫し、実行できる
(7) 誘惑を遠ざけられず、続けるための工夫をうまくできていない	(7) 変化に対する対応が早く、自己管理ができる
	(8) 好奇心旺盛で、自分に合ったものや方法をうまく見つけることができる

## 5.2.2 たばこ分野

表2に、インタビュー対象者である若年女性の属性を示した。

表2 対象者の属性(n=11)

	n	(%)
年代		
20歳代	1	(9.1)
30歳代	10	(90.9)
喫煙状態		
禁煙 <sup>1)</sup>	5	(45.5)
喫煙	6	(54.5)
喫煙開始年齢		
20歳以上	2	(25.0)
20歳未満	6	(75.0)
婚姻状態		
既婚	8	(72.7)
未婚	3	(27.3)
子どもの有無		
子ども有り	7	(63.6)
子ども無し	4	(36.4)
就業状態		
有業	4	(36.4)
無業	7	(63.6)
居住地		
東京	8	(72.7)
神奈川	1	(9.1)
埼玉	2	(18.2)

<sup>1)</sup> 妊娠を機に禁煙し、その後も禁煙を続けている2名を含む

また、インタビュー調査の結果、若年女性には喫煙/禁煙行動に対する4つの共通した特徴があることが判明した。

### (1) タバコが個人のアイデンティティーになっている

若年喫煙女性においては、タバコが個人を分ける重要な要素となっており、タバコを自分のアイデンティティーの一つとして捉える傾向があった。また、禁煙は“いい子ちゃん”グループの仲間入りをすることにつながり、好ましくないと考える回答もあった。

“私の周りだからかもしれないですけど、みんな吸ってましたね。やっぱりちょっとヤン



キーっぽくて、でも自分が吸ってたんで、それが普通。で、吸わない子が良い子ちゃんのイメージ。真面目だな、みたいな。でもなりたくはなかったですね。自分のやりたい事も出来ないのかなとか。ただタバコ一つで上げさなんですけど”（30代女性・喫煙）

“結婚してとか彼氏に言われてやめたとかは聞いたことないです。やっぱり何て言うんだろ、自分に対して同類型の友達が出来るとは思いません。そこにぼーんってそういう吸わない子とか入ってくると、やっぱりみんな一歩引いちゃって、付き合うとかそういう風にもならないです。自分が毛嫌いしちゃうのかもしれないですけど、やっぱり煙を吸いたくない人だからっていう勝手な思いで、私は吸いたいから近寄らないほうがいいよとか、自分から線を引いてますね”（30代女性・喫煙）

“タバコはこれからもやめるつもりはないし、周りからいろいろ言われたりするの嫌ですね。多分旦那からそういう風に言われたら、最終的には別れると思います。多分キレちゃうんで。何でそんなにこだわってんのかはわかんないですけど、私も不思議なんです。昔からそうなんですけど、タバコやめろって言われるとふざけるなって思うし。服装とかはそんなことないんですけど”（30代女性・喫煙）

“吸ってる人たちと吸わないチームは全く違います。吸ってる人たちは明るいついていうか。全然おしとやかじゃないですね。変な顔とかやっちゃったりとか。すごい変な話とか、家の話とかを。パパの悪口とか言ったりとか、それが吸うチーム。ざっくばらんに。吸わないチーム、黒木瞳チームは、子どもの教育についてとか、あの先生はこうだあだとか。タバコチームはね、深いんですよ。パパの話とかそういう。全然違う。学歴も絶対違うと思います。吸わないチームは、差別とかしたくないんですけど、すごいお金持ちなんです。南千住のトキアスとか、そういうすごい良いマンションがすごい立ってて、そこは結構お金持ちが住んでるんですよ。そういう人たちは吸わない人が多いです、何故か知らないけど。服装とかも若干違いますね”（30代女性・喫煙）

## ② 禁煙開始のタイミングは妊娠だと考えている

若年喫煙女性は、「妊娠したら禁煙する」と、禁煙開始するタイミングを決めているようであった。

“吸う友達も妊娠するときのことは考えてると思うけど、それでタバコやめようとしてるかはわかんないです。でも結局、妊娠中はぱたっとやめるんですよ。やめれるんだって言ってました”（30代女性・禁煙）

“何かいつかはやめたいっていう風にみんな言いますね。一生吸い続けます、みたいな子はいないです。何か吸ってる子でも妊娠してつわりがひどくてもう吸えなくなっちゃうっていう子多いんで、そのタイミングがわかればいつかはやめられるでしょうと思うんですよ。だから今必死にやめなくてもいいんじゃないかなって思いますけど。それに、吸ってる子がタバコやめられるかな、みたいな話してると、嫌でも吸えなくなるから大丈夫だよ絶対、とかってそういう話聞きますもん” (30代女性・禁煙)

“やっぱり子どもですよ。男性の方ってタバコ吸ってても関係ないじゃないですか。だから妊娠は契機になると思いますね。吸ってる女の方はそういう考えだろうと思いますね” (30代女性・喫煙)

“うちの会社は、キャリア志向の方が多くて。結婚する予定がないような感じの。なので、タバコ吸って仕事して、それで満足ってことなんだと思います。自分が結婚して子どもがほしいって予定があれば、禁煙もやっぱり少し考えるかもしれないんですけども。全くそういうのがないので” (30代女性・禁煙)

“私の友達でタバコ吸ってる子で、妊娠とかそういうきっかけが何もなくて辞めてる子っていません。そういう外来に通ってる子も聞いたことないです。だから私も、あんまり吸うのやめるとか考えてなかったです” (30代女性・喫煙)

### (3) 意志の力さえあればタバコをやめられる

若年喫煙女性に多く見られたのが、禁煙には意志の強さが影響しており、意志の力でタバコをやめることができるという考えであった。また、禁煙外来や禁煙補助薬に頼ることを意志が弱い人の印であると捉える回答も見られた。

“やめられる人とやめられない人は、やっぱり意志の強さが違うと思います。責任感とか。やっぱりやめる人の方が強い。だからすごいなあって。やっぱ自分がやりたいことをやめる人はすごいと思う” (30代女性・喫煙)

“やめれる人は芯が強いっていうか。すごく勇気がいるんですよ、タバコをやめるのって。誘惑、何だろう。禁煙の本を読んだことがあるんですよ、アレン・カーっていう人の。勇気っていうか、すごいことなんです、タバコをやめるって、吸ってる人にとっては。何か、すごい意志が強いこと” (30代女性・喫煙)

“ずっとやめようっていうのはありますよ。でもどっかで他人事になって。本当に、人

間本気出したら何でもやるんですよ。本気出してないだけで。何でもそうじゃないですか。欲しいものがあったらどうにかして手に入れたりとか。本気出したらやるんですよ。本気出してないだけ”（30代女性・喫煙）

“タバコやめるのに一番必要なのは自分の意志ですよ。意志。堅く誓って自分に。だから私は堅くは誓ってないんで。意外と自分に甘いんで。自分にほんと甘いなって思いますもん。ほんとに情けないです、すごい恥ずかしいです、今”（30代女性・喫煙）

“私は禁煙外来とかそういうのに行かなくてもやめれると思います。行くほどではないと思いますね。行く人っていうのは、そうですね、意志弱くて何かに頼らないとやめられない人ってことですよね。体調が悪くなって、でもやめれない人が行くところ、みたいな”（30代女性・喫煙）

#### （4）禁煙者は喫煙者の意向を優先している

若年非喫煙女性は、喫煙者のタバコを吸えない時間を過大に心配し、場の空気を守るために自身の意向を犠牲にする傾向があった。

“子どもがいないときは喫煙席になりますね。で、空いてなかったらしょうがないから禁煙っていう風になる。その子が選んじゃいます。私も気を遣って、どっちがいい？とか聞いちゃいます。友達は吸うのが当たり前だから、こっちも我慢してもらいたくないっていうか。どういう時に吸いたくなるのかもわかんないけど、やっぱり常に吸ってるっていうのはあるので、吸えない辛さがわからないから辛いのかなって思っちゃう”（30代女性・禁煙）

“周りでは、タバコやめてとか禁煙でいい？とか言う人いなかったですね。吸ってない子が言ってるのみたらすごいなって思う。そんなこと言ったら、私の気持ちわかんなくせに、吸いたいのによって思われる。吸う人は常に吸って吸ってですから”（30代女性・禁煙）

“こっちも別に吸っていいっていう雰囲気ではないのに、結構初対面みたいなママ達がいきなり吸い出したときは、そんなに我慢出来ないのかなって思っちゃう。もうすごいなって。自分のストレスになるとかはないですけど、言えない方が強い。ごめんって言ってくれたとしてもその後の空気が悪くなりそう”（30代女性・禁煙）

“吸う友達が禁煙でいいよって言ってくれることが多いんですけど、逆に私も気を遣い返すっていうか、喫煙じゃなくていいの？って聞きますね。それで喫煙になっても、いいよ

とは言うんですけど、ちょっと食事とかだとあんまり一緒にいたくないとか思いますね。でもあんまり言えないですね。言うとなんか雰囲気悪くなっちゃいそうですね”（30代女性・禁煙）

“喫煙する友達ともしょっちゅうごはんに行くんですけど、そのときは喫煙ですって私が言います。例えば、一番に入って、6人ぐらいで行って、3人吸って3人吸わないって状況でも、一番に入ったら喫煙って言いますね。吸われる方がいるときは、そちらに行くのが当然かなって言うのがあって。できれば、喫煙者が先に行って禁煙に座る、というのが一番いいと思いますけども。ただそちらからの提案でなければ…、こっちから禁煙で、ということはないですね。あんまり出来ないと思います。性格だと思うんですが、言ったらまずい、と思ってました。なんでしょう、吸わない人が我慢するより、吸う人が我慢するほうが、苦しみが大きいのかなって思ってますね。自分はすごい嫌なんですけど、それより、吸わない方が辛いんだらうなっているのがあります。だって一時間に一度吸わないとって思ってるくらいなのに、やっぱり食事しててそれがあったら、そっちが気がかりで、食事が楽しくないだらうなっているのがある。そっちを優先したほうがいいだらうなっているのがあります”（30代女性・禁煙）

## 5.3 考察

### 5.3.1 運動・食生活分野

本調査は、運動、ウォーキング、野菜摂取、朝食摂取という健康的な生活習慣を送るためには欠かせない4つの健康行動について、準備/実行期にいる人々がなぜ準備/実行期に止まっているのか、そして、どのようなコミュニケーションを行えば次のステージへと移行できるのか、の2点を明らかにする目的で行った。また、幅広い年代を対象に行ったという点でその意義は大きく、今後全国的なヘルスクャンペーンを実施していくにあたり、その果たす役割は大きいと考えられる。

本調査でまず明らかになったのは、準備/実行期にいる人々は、後一押しで適切な食事・運動を開始し、継続できる集団ではない、ということである。その原因は、結果に示した彼らの7つの特徴にあり、そこには、図1に示すような“続かないプロセス”が存在している可能性が示唆された。そして、これらの障害を乗り越えるコミュニケーションこそが、準備/実行期にいる人々への最適なコミュニケーションの方向性になると考えられた。以下ではまず、このプロセスの概略と、対応するコミュニケーションの方向性を記述する。

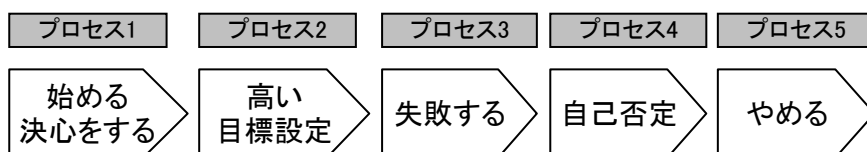


図1 準備/実行期の人々が陥りやすい“続かないプロセス”

[プロセス1]: 準備/実行期にいる彼らは、一定量以上の運動やウォーキング、一定量以上の野菜摂取、朝食摂取を継続的に行うことが健康のために大切であることを非常に良く理解しているため、現状よりも健康になりたいという思いから、行動を始める決心をする。[プロセス2]: しかし、正しい目標設定の仕方がわからず、結果(i-2)が示すように、ある日突然無理な行動から始めようとして気持ちだけが空回ってしまい、ほぼ何も始められずに、又は、目標行動を継続することができずに、[プロセス3]: 挫折してしまうのである。

彼らがこのような行動を選択してしまう理由としては、①目標行動を習慣化することよりも、健康診断の検査値や体重、タイムなどの数値目標を達成することを重要視していること(結果(i-3))、②「毎日あと1000歩ずつ歩くこと」や「毎日あと小鉢1皿分の野菜を食べること」などの「段々と」運動量・野菜摂取量を増加させていく(step-by-step)という概念がなく、些細な行動の効果を信じられないこと(結果(i-2))の2つが挙げられる。

そこで、コミュニケーションの方向性としては、行動の習慣化技術を啓発することで、正しい目標設定の方法を身につけてもらう必要があると考えられる。具体的には、段階的に目標行動を開始させる方法（step-by-step法）や具体的なプランニング技術（言い訳のきかない状況設定と3W1Hの具体的設定）を啓発することが重要である。結果(ii-2)や(ii-5)、(ii-6)からわかるように、維持期にいる人々はこれらの習慣化技術をうまく使いこなしており、準備/実行期にいる人々との決定的な違いとなっている。

さらに、準備/実行期にいる人々は、理想と現実の乖離をしっかりと自覚しているがゆえに、目標行動を行えない自分自身に少なからず罪悪感を持っていると考えられる。[プロセス4]：そして、その罪悪感が、結果(i-4)に示すように、行動を起こそうとして失敗した時の説明を、意思が弱いせいだ、などの自己否定的要因に帰属させてしまい、[プロセス5]：結果として、目標行動を行うことができるという自信を持つことを阻害されてしまうのである。

そこで、ここでのコミュニケーションの方向性としては、既に出来ている小さな変化を強化することが必要であると考えられる。ここで注意しなければならないのは、結果(i-5)が示すように、準備/実行期にいる人々は、目標行動の習慣化はできていないものの、全く行動を起こしていないわけではない、ということである。彼らには目標行動を十分に行えていないという罪悪感があるため、自身の駄目な部分に非常に敏感であり、現在少しでも出来ている部分を主張することで必死に自己防衛しているのである。したがって、そのような彼らに現在の生活の駄目な部分を指摘することは逆効果であり、目標行動に対する自己効力感を下げる結果となってしまう。この点を考慮し、コミュニケーションの方向性としては、彼らが実は自信を持ちたいと考えている部分（日々の生活の中で最も重要だと思っている部分）を肯定しながら自己効力感を高めてあげることで、「自分なら他の目標行動も実行できる」という自信を持たせ、実際の行動を変容につなげていくことが重要なのである。

その一方で、維持期にいる人々は、結果(ii-3)、(ii-8)が示すように、目標行動を行えなかったときでも自身を必要以上に追い詰めることはせず、自分に合わなかっただけ、などの自己肯定的原因帰属を行うことで、再び行動を起こし、最終的には自分に合ったものや方法を見つけて目標行動を継続させることに成功するという、非常に良い循環の中に身を置いていると考えられる。

以上が、本調査より考察される、準備/実行期にいる人々が陥りやすいと考えられる“続かないプロセス”と、彼らをそこから救い出し、次のステージである維持期に導くためのコ

コミュニケーションの方向性である。

また、結果(i-6)は、健康に対する意識が高いはずの準備/実行期の人々が維持期に移行できないというもう 1 つの理由を示している。彼らが、維持期にいる人々のように継続的に適切な運動や食事を行うためには、毎日の固定化した生活の中に追加的にそれらを入れ込んでいく必要があり、そのためには生活の細部を様々な形で調整しなければならない。つまり、彼らには、早寝早起きに始まる生活リズム全体の見直しが必要不可欠なのである。しかし、実際に彼らが生活リズムを変えることのできた経験は、人生のうちに数える程しかなく、表 5 に示すように、そのほとんど全てが人生におけるビッグイベント（結婚、出産、長期入院、定年など）に関するものであることがわかった。これは、生活リズムを見直すことが如何に難しいことであることを示しているだろう。

表5 生活リズムが変わる経験となったライフイベントの例

大学に入学する	“私はそういう風じゃなくて、まあなんかそういう芽生えが遅かったって言われれば遅いんですけど。ずっと高校の頃ポッチャリしていて、でまあ大学入ったらいろんな子がいるじゃないですか。そうしたらこう何かそこで自分が「ああ皆結構そういう意識って高いんだな」って感じたんですよ。(中略)それでやっぱりまあ服とかもそうですけど、本当にダイエット?「痩せなくちゃ」っていうか”(30代女性)
就職する	“やっぱり20歳くらいか、社会人になってからですかね。なんかお酒を飲む、社会人になるとお酒を飲む量が増えるじゃないですか。で、たばこは吸わないんですけど、お酒の量、飲む量は増えてくし、運動する機会は減ってきて、それで”(30代男性)
結婚する	“1人暮らしの時はこんなにちゃんとしたお料理はしません、全く。全くっていうか、そんなにしないです。結婚して、父と母が同居だったので、あの、お年寄りがいるとちゃんと作らなきゃいけない家だったんで。それでこんな感じに”(50代女性) “美しい体を持っていたいというのはありましたけど、結婚してからだんだん肉がついてきたと。それは先ほどの嫁の作る食生活の中で、洋食中心、肉食中心の偏った生活に対して、十何キロ太ってしまったと。それで今は、昔のこと想像できないような体になってしまっ”(30代男性)
子どもが生まれる	“やっぱり結婚して子どももできて、自分がやっぱり健康じゃないと家庭が、もう他の人も苦労かけちゃうじゃないですか。自分だけじゃなくて。そういう責任ができたっていうのもやっぱり大きいですかね。独身だったら自分だけが困るんですけど、病気になったりして仕事できなくなっちゃうとそれこそ大変ですし、それが大きいかもしれないですね”(30代男性) “それはもうここ何年かですね。結婚してしばらくしてからかな。子どもがある程度育ってからですかね。独身の時なんか食べないですよ、野菜なんかね”(40代男性)
子どもが中高生になる	“大体もう娘も奥さんもご飯終わってるじゃないですか。帰ってもまたやってっていうのは面倒くさいんで、だったら食べて飲んで帰っちゃった方が楽かなと思っちゃうとだめですね。昔は子どもが小さかったから、帰って子どもと遊べるじゃないですか。ましてや小学校低学年だとか幼稚園の頃は楽しいくらい、帰って子どもとっていうのが。だんだん離れていくと帰ってもどうしたみたいないな感じで、拳げ句の果て帰って来たのみたいいと言われて、いいよみたいな感じになって”(40代男性) “そのころは運動としては何もやってなかったんですけど、それ所じやなかったんですよ。子どもが、習い事が山ほどあって、上も下も。その応援だとか、送り迎えだのがものすごい忙しくて、何にも出来なかったんです。それでげっそりしちゃってっていうのはあって。上のが中学に入った位でやっと一段落して”(40代女性)
仕事内容が変わる	“仕事柄、歩くっていう仕事だったので、それがどうしても慣れてきたと。で、そのときに、私、大阪におったので、大阪の都心部から外れまで、一日ウィンドウショッピングしながらずっと歩いてたというので、大体2万くらい歩いてたんですよ、一日。それが今、デスクワークですね。仕事の内容が変わったんですよ。外勤から内勤に”(30代男性) “やっぱり気をつけるようになったのは、その、仕事変わって、自宅でご飯を食べれるようになってから、こうバランスとか考えるようになったので、2年ぐらい前くらいからですかね”(30代女性)
子どもが親離れする	“子どもが出て行ったら、全くやらなくなるかもしれない。(中略)子どもだけに食べさせたいのかもしれませんが、そんなことないんですけど。でも、なんていうんですかね、たぶん、父さんよりも子どもに食べさせたいっていう気持ちの方が強いのもかもしれないです。子どもが好きなものも作ったりしますんで”(50代女性)
健康診断などで検査値に異常が出る	“最近気になってるのは健康ですね、ここ何年か。元気で、今までほとんど病気らしい病気をしたことがないし、入院したこともなくてずっとここまで来たんだけど、やっぱり俗に言う中年のメタボがらみの生活病的なものが年一回の健康診断をすると、データのすごい悪いデータが出るんだよね。そういうのやっぱり心配というか、気にはかかってきて”(60代男性) “もし私が、今度健診を受けるんですけど、それで何か血糖値がすごい、血糖値が高かったりとかあるいはコレステロールがもう本当に高くてっていうんで、もう薬飲まなきゃだめなんていう状態だったら多分言うと思う。友達と一緒に運動してもら”(60代女性)
子どもが結婚する	“これからは…子どもの結婚でしょうね。息子がひよっとしたら来年かなって、お付き合いしてる人がいるので、そのためにはちょっと痩せないとなと思ってます”(60代女性) “もう私は昔の人、過去の人になっちゃったから。なにがあるかな。子どもたちが一人だから、早く相手を見つけてもらって、子どもでも産んでもらったらっていうのが一つあるよね”(60代男性)
孫が生まれる	“私は娘の子どもを育てたい。多分娘たちは仕事を絶対にやめないとしますので結婚して子どもが生まれても、預かって育ててやりたい。今やってないからそのないものねだりなのかもしれないんですけど、お友達とか見るとああいいななんて思いますので”(50代女性) “65ってあと15年ぐらいなんですけど今上の子が18かな、19かな。だから30ちよっとになるともしかしたら孫がいるかもしれないですよ。だからそういうときに、孫と遊びたいなという気はしますね”(50代男性)
病気になる	“糖尿病になってなかったら飲んでますね。糖尿っていうか目がおかしくなったんで、最初に。目が最近見づらいなって思って病院に行ったんだよ。そしたら検査したら糖尿になってたんですよ。そうじゃなかったら食事脂っこいの食べてたかもね。食事ほとんど変わりましたよね、あっさり系に”(60代男性) “野菜を食べるようになったのは朝食をとるようになってから…特に、母が病気になって。朝食に限らず野菜を食べる量は増えました”(50代女性)
定年になる	“昔は仲間と飲み行っちゃったりだとか、それで暴飲暴食はしてたし。それが退職してからは起きる時間は決まってるし、大体。昔と比べたら今は全然生活が違いますよね”(60代男性) “主人も仕事しなくなったときに、どうやって、何か趣味を見つけなくちゃいけないと思いますけど、といて、私はゴルフは出来ないから。主人は体が動くから、ゴルフしたいと思ってると思うんですけども、主人と二人でやっぱり国内でも海外でも旅行に行きたいなと思います”(60代女性)



したがって、コミュニケーションの方向性としては、生活リズム全体を見直すライフイベントを最大限に活用し、啓発活動を行うということである。つまり、自分自身の人生全体について考えを巡らすタイミングに、適切な運動・食事の価値や重要性を上げ、長期的な夢や目標（子どもが大きくなっても円満な家庭、会社での出生）とのつながりを明確にしながら生活リズムの変容を提案することで、生活リズムそのものを変えるという大きな行動変容へとつなげていくのである。これは、自己効力感を高める方法の 1 つである生きがい連結法の考え方を、ライフイベントのタイミングに当てはめることを意味している。

また、結果(i-1)が示すように、準備/実行期にいる人々は周囲からの支援をうまく受けられておらず、維持期にいる人々とは対照的な結果であった。したがって、彼らには、周囲との協力関係が適切な運動や食事を日常生活において継続していくために欠かせないものであることを啓発していく必要があるだろう。具体的には、結果(ii-1)からもわかるように、積極的に配偶者や友達と関連情報を交換することを提案したり、同じ目的を持つ仲間を増やす機会を提供したりすることが挙げられる。

表 6 に、準備/実行期にいる人々の特徴、つまり、次のステージである維持期に移行できない原因と、その対策としてのコミュニケーションの方向性の全容を示した。

表6 準備/実行期にいる人々が維持期に移行できないでいる原因とその対策としてのコミュニケーションの方向性

原因	コミュニケーションの方向性	良い例	悪い例
・周りからうまく支援を受けられていない	ソーシャルサポートの活用を啓発する	・配偶者や友達との情報交換を提案する ・同じ目的を持つ仲間を増やす重要性を啓発し、その機会を提供する	・周囲と関わりを持つことを強要する
・些細な行動の効果を信じてことができず、高い目標を設定してしまう ・続けることを目標にしている ・誘惑を遠ざけられず、続けるための工夫をうまくできていない	正しい目標設定の方法(行動の習慣化技術)を啓発する	・段階的に目標行動を開始させる方法(step-by-step法)を啓発する ・具体的なプランニング技術(言い訳のきかない状況設定と3W1Hの具体的設定)を啓発する	・情報のみを与える
・目標行動を行えない原因を自己否定的要因に帰属させる ・習慣化はしていないものの、全く行動していないわけではない	既に出来ている小さな変化を強化する	・彼ら自身が自信を持ちたいと考えている部分(日々の生活の中で最も重要だと考えている部分)を肯定する	・現在の生活の駄目な部分を指摘する ・小さな変化について、「まだ十分ではない」と指摘する
・生活リズムを改善できていない	生活リズム全体を見直すライフイベントを活用し、適切な運動・食事の価値や重要性を上げるなどの啓発活動を行う	・長期的な夢や目標(子どもが大きくなっても円満な家庭、会社での出生)とのつながりを明確にしながら、生活リズムの変容を提案する	・生活リズム全体の修正を行わず、一部の生活パターンの変容のみを提案する

これは、Prochaska らによって禁煙教育を目的としたモデルとして提唱された、変容プロセスと変容ステージの関係[Glanz et al. 2008]とも一致している。例えば、準備/実行期の人々の特徴として挙げた「周りからうまく支援を受けられていない—結果(i-1)」は変容プロセスの「援助関係の利用」、「生活リズムを改善できていない—結果(i-6)」は変容プロセスの「拮抗条件付け」、「目標行動を行えない原因を、自己否定的要因に帰属させる—結果(i-4)」「習慣化はしていないものの、全く行動していないわけではない—(i-5)」は「強化マネジメント」、「誘惑を遠ざけられず、続けるための工夫がうまくできていない—結果(i-7)」は「刺激統制」に繋がるものとしてそれぞれ捉えることができる。したがって、本調査結果の妥当性はある程度確保されたものであると考えることができるだろう。また、「些細な行動の効果を信じられず、高い目標を設定してしまう—結果(i-2)」「続けることを目標にしている—結果(i-3)」という習慣化技術の欠如を表す彼らの特徴は、本調査より得られた独自の結果であると考えられた。

また、本調査では、準備/実行期にいる人々だけでなく維持期にいる人々に対しても同様にインタビューを行ったことで、彼らの特徴をより明らかにすることができた。特に、結果(ii

-4)や(ii-5)、(ii-6)から分かるように、維持期にいる人々は、目標行動を習慣化させるために、健康以外に目標行動を行う理由を見つけたり、うまく動機付けを行ったりするなどの工夫をしており、発言から拾うことはできなかったが、これは健康以外に続ける理由をもたずに挫折してしまうという準備/実行期の人々の対照的な特徴を示唆しているだろう。

本調査では、準備/実行期にいる人々の主な特徴として、彼らは“続かないプロセス”に陥っており、それゆえに目標行動を行えていない集団であるという可能性が示唆された。そして、各プロセスの原因に沿った対策を考えることで、彼らを維持期へと移行させるためのいくつかのコミュニケーションの方向性を提示することができた。さらに、生活リズム全体を見直すタイミングを利用し、生きがい連結法を用いるという方向性が有用である可能性も示唆されたが、これは、今後ヘルスキャンペーンや健康教育を実施していくにあたり、十分に活用されるべきであるだろう。

最後に、本調査にはその設計上、いくつかの限界があることを述べなければならない。まず、第 1 に、本調査は首都圏に暮らす人々のみを対象にしたインタビュー調査であり、地域性を十分に考慮することができなかった。そのため、車がなくては生活が困難な地域や農業で自給自足の生活を営んでいる地域、沿岸地域や山間地域に暮らす人々の、目標行動に対する意識や態度を反映できていない可能性が考えられる。しかしながら、本調査は、運動や食事といった日常生活において普遍的な行動を目標行動に設定し、また、人間の認知的側面のみに焦点を当てたものであるため、地域による差異は少ないと考えることができるだろう。

第 2 に、本調査結果は、運動や歩くこと、野菜摂取や朝食摂取に関して、個別的、具体的に分析したものではない、という点が挙げられる。運動と食事の行動形態の違いを考慮すると、両者それぞれに特有の課題があり、それに対する人々の特徴にも相違があるのは当然であるだろう。したがって、ここでの調査結果は、運動と食事に共通する、より根源的な特徴について分析を行ったものであることに留意いただきたい。固有の課題に関しては敢えてここでは触れず、後に譲ることとする。

第 3 には、調査対象者の男性の人数が少ないため、男性の発言を拾いきれなかった可能性が挙げられる。しかし、インタビューデータの分析を行った際、その発言内容は既に飽和状態にあり、そのような可能性は低いと考えられた。

第 4 として、本調査により得られた知見は、あくまでインタビュー調査から得られた質的データの分析によるものであり、その妥当性が確保されたものではないということである。インタビューデータを元に量的調査を行い、準備/実行期の人々のより正確な分析を行

う過程はここでは触れず、後に譲ることとする。

このように、本調査にはいくつかの限界があるものの、得られた結果は十分有用であると考えられる。今後は、より対象者を絞った形でこのようなインタビュー調査を実施していくことで、より影響力の大きいコミュニケーションを開発していくことが重要であるだろう。

### 5.3.2 たばこ分野

本調査は、若年女性の喫煙/禁煙行動に対する特徴を明らかにし、彼らを禁煙行動に導くための有効なコミュニケーションの方向性を見出す目的で行ったインタビュー調査である。調査の結果、明らかになったのが上記 4 つの特徴であり、以下ではそれらを考察することで、それぞれに沿ったコミュニケーションの方向性を提案したい。

インタビューを通して、多くの喫煙女性が高校時代に喫煙を開始しており、当時の周囲の喫煙率も 8 割以上と高値を示す傾向にあった。つまり、思春期の頃の彼女らにとって、タバコは個人を分ける重要な要素であり、禁煙グループを真面目な“いい子ちゃん”グループと位置づけるなど、自分の所属するちょっと“イケてる”グループ(=喫煙グループ)とは全く違う特徴をもつ集団として捉えていた。そして、彼女らの中では現在もその感覚が残っており、タバコを吸うことが自身の重要なアイデンティティの一つとして確立されている事態が示唆された。例えば、結果(1)にも示すように、喫煙者は、喫煙者の方が気取らず様々な情報を共有してくれるなど、人間関係を容易に構築でき、楽しいという思いを抱いており、その結果、子どもの幼稚園などで知り合うお母さんは意識的に喫煙者を選び、喫煙するお母さん同士のグループを作る傾向が強かった。

そこで、考えられるコミュニケーションの方向性は、子どもの将来にとって正しい人間関係とは何か、という切り口である。結果(1)より、喫煙グループに属するお母さんも、禁煙しているお母さんたちの方が教育熱心で、場合によっては暮らし向きも良いと考えていることが伺える。そこをコミュニケーションのポイントにし、禁煙のメリットを人間関係の広がりという文脈に置き換え、禁煙者のグループにいることが子どもの教育、ひいては人間関係や将来にも良い影響を与えるという便益を伝えることで、禁煙を促すのである。

また、結果(2)から分かるように、女性にとって妊娠は特別なことであり、ほぼ全ての若年喫煙女性が、胎児への影響を心配し、妊娠したらタバコをやめると口を揃えていた。しかしこれは、逆に言えば、妊娠時にやめると決めているがために、それまでは吸っていても大丈夫と考えているということである。彼らは、周りの友人が妊娠をきっかけに禁煙していることから、自分も妊娠したら禁煙できるという自信があり、また、どんなにヘビースモーカーでもグループに妊娠している者がいれば喫煙はしないというくらい、妊娠を特別な出来事だと捉えていた。

そこで、この特徴に対するコミュニケーションの方向性としては、妊娠してからタバコをやめるのでは遅いことを啓発することが考えられる。喫煙が胎児に悪影響を及ぼすというのは女性にとっては常識であり、胎児への悪影響がと言われればほとんどの者が禁煙に

成功する。この点を最大限活用し、“妊娠の\*年前には禁煙を始めないと胎児に悪影響が出ます”などのコミュニケーションで、なるべく早い段階で禁煙を開始させることを狙うのである。

次に、結果(3)が示しているのは、妊娠時の禁煙や職場の禁煙に成功した男性の経験談から、若年喫煙女性は、禁煙は意志であるという思いを強く抱いているということである。そのため、禁煙外来や禁煙補助薬は、病的な喫煙者や意志が極端に弱い人が手を出すもので、普通の人には関係がないものと考えている。また、そもそもそれらの正常な喫煙者に対する効果に懐疑的であり、結局禁煙に必要なものは意志だという結論に達しているのである。

そこで、コミュニケーションの方向性としては、妊娠時に禁煙外来などの利用を通して喫煙女性を禁煙体質にし、さらに配偶者の禁煙を通して禁煙環境を整える、ということが考えられる。喫煙女性においては、妊娠を機に一度禁煙に成功したものの、授乳期終了とともに再度喫煙を始めてしまうことも多く、これは若年女性の喫煙率が上がる要因の一つにもなっている。妊娠という、非常に高い禁煙成功率を誇る機会を最大限活用し、外来や薬の誤解を解いて活用してもらうことで、彼らの体をタバコを吸っても美味しくないと体質に変容させ、授乳期終了後の再喫煙を防ぐのである。

また、この際に非常に重要なのが、禁煙環境を作るという意味での配偶者の禁煙化である。インタビューにおいては、奥さんが子どもが生まれて以降の経済的な負担の話をしたり、義母さんが禁煙補助薬と一緒に禁煙を勧めたりすると、意外と素直に聞いていたという回答が複数上がっていた。

最後に、結果(4)は、タバコを吸わないサイレントマジョリティーをトーキングマジョリティーにするのはとても困難であることを示している。タバコを吸ったことのない禁煙者にとって、喫煙者にとってのタバコを吸えない時間帯の苦痛は未知の苦痛であり、それを過大評価する傾向が強かった。そのため、レストランでも、喫煙者がいると喫煙者の未知の苦痛に配慮して、タバコの煙を我慢してでも喫煙席を選んでしまうという人が非常に多かった。その際に、禁煙女性が特に気にしていたのが食事の席の空気であり、無理に禁煙を強要することで、食事の席の空気を少しでも壊すのは嫌だと考えているのである。

そこで、対策として考えられるコミュニケーションの方向性は、喫煙席への誘導は喫煙者としてのマナー違反であるという概念を形成することである。禁煙者にとって、自分のせいで喫煙者に禁煙を強いることは気まずく、なかなか言い出せない。したがって、喫煙者が禁煙者の自己犠牲による配慮を自覚し、マナーとして禁煙席に誘導すべきである（特

に管理職)という概念を形成する。実際にインタビューでは、煙が嫌だという点以外にも、食事の味や香りがわからなくなるといった食事を楽しむ上での実害に関する回答も多く上がっていた。

以上が、若年女性の喫煙/禁煙行動に対する特徴と、彼らに禁煙行動を促すためのコミュニケーションの方向性である。表3にその全容を示した。

表3 若年女性の喫煙/禁煙行動に対する特徴とそれに応じたコミュニケーションの方向性

特徴	コミュニケーションの方向性	例
・タバコが個人のアイデンティティーになっている	子どもの将来にとって正しい人間関係とは何かという切り口で、禁煙のメリットを啓発する	・禁煙者のグループに入ることによって人間関係が広がり、子どもの教育、ひいては人間関係や将来にも良い影響を与えるという便益を啓発する
・禁煙開始のタイミングは妊娠だと考えている	妊娠してから禁煙するので遅いことを啓発する	・胎児への悪影響がと言われればほとんどの者が禁煙に成功する点を活用し、“妊娠の*年前には禁煙を始めないと胎児に悪影響が出ます”などのコミュニケーションで、なるべく早い段階で禁煙を開始させる
・意志の力さえあれば禁煙できると考えている	妊娠の機会を利用して禁煙体質を作ると共に、配偶者(旦那)の禁煙を通して禁煙環境を整える	・外来や薬の誤解を解いて活用してもらうことで、体質を変容させ、授乳期終了後の再喫煙を防ぐ ・奥さんが旦那に、子どもが生まれてからのタバコの経済的負担の話をする ・義理の母から旦那に、禁煙補助剤と共に禁煙を勧めってもらう
・禁煙者は喫煙者の意向を優先している	喫煙席への誘導は喫煙者としてのマナー違反である、という概念を形成する	・禁煙席の名称を“マナー席”に変更する ・喫煙席における飲食代金を、禁煙席よりも上乗せする

調査の限界としては、第一に、本調査は首都圏在住の一部の若年女性を対象に行われたが、その他の地域の若年女性においても、本調査と同様の結果が得られるかどうかは不明であること。そのため、他地域においても、本調査の結果が再現されるか今後調査を行う必要がある。

第二に、インタビュー調査によって調査対象者の多様な認知の理解が可能となったが、個人の主観に対する質的な分析によって得られた情報は、他者に対しても一般化可能かどうかといった点に関して保証されるものではなく、また、その認知と行動に関する因果的効果の集団内での大きさについては、測定することができないこと。そのため、インタビュー調査によって抽出された情報から、アンケート用紙を作成し、量的調査に基づく統計学的解析を行う必要があるが、これは後に譲ることとする。

## 5.4 結論

国民の健康増進、特にすこやかな生活習慣（運動、食生活、禁煙）の改善における効果的なコミュニケーション開発を行うために、ターゲットの質的な特徴とコミュニケーションの方向性について示唆を得ることを目的として、ヒアリングを行った。

運動・食生活分野については、今回のすこやか生活習慣国民運動のターゲットとして想定される準備/維持期の人の特徴が明らかとなった。彼/彼女らは、ふだんから運動を心がけ、また食事に関する知識も持ち合わせているが、中々行動が続いていない層であった。また、何度も生活習慣改善には挫折した経験があり、失敗を「意志が弱いから」など、自己否定的にとらえていた。中々行動が続かない、あるいは挫折をしてしまう最大の理由としては、「目標設定が高すぎる」ことにあると示唆された。過去の自分の経験などから、些細な行動では効果が出ないと思い込み、現実的でない高い目標を設定するがゆえに、行動を起こしても続かず、思い立っても挫折を繰り返していた。そこで、コミュニケーションの方向性としては、まず科学的に正しい情報を提供し、誤解を解いてあげることが重要と考えられる。つまり、「低い目標設定でも十分効果があること」を伝えることで、「身近な目標」を設定してもらい、「できた」という経験を繰り返すことで自己効力感を高め、少しずつ目標をあげていくことが有用と考えられる。

たばこ分野については、今回のすこやか生活習慣国民運動のターゲットとして想定される20-30代の若年女性の特徴が明らかとなった。まず喫煙者については、最大の発見は、「妊娠したら、禁煙をする」と、禁煙をするタイミングを妊娠時と決めていたことであった。逆に言えば、禁煙するタイミングを決めているため、その他のタイミングや理由では、中々禁煙行動を起こしづらい可能性も示唆された。そこで、コミュニケーションの方向性としては、女性にとって特別の出来事である妊娠に関連したメッセージを開発することが、有効である可能性がある。また、非喫煙者については、必要以上に喫煙者に対して遠慮をしているため、中々喫煙者に対して強く「吸わないでほしい」と言い出しづらいという特徴がみられた。そのため、コミュニケーションの方向性としては、タバコを吸わないサイレントマジョリティーをトーキングマジョリティーにするのは、現段階では難しいと考えられる。代替案として、喫煙者の中で、「非喫煙者がいる時にタバコを吸うのはマナー違反である」という、強い社会的規範を、特に社会的影響力が強いと考えられる管理職などの社会的地位の高い層に対して訴求していくことが示唆された。



## 6 まとめ

本調査事業では、すこやか生活習慣国民運動のターゲットを明確にすることを主たる目的とした。また、副次的な目的として、優先度が高いと考えられるターゲットの人口学的特徴を明らかにすること、及びターゲットの質的な特徴とコミュニケーションの方向性を提示することを目指した。

国民運動のターゲットとしては、運動・食生活分野については、「準備/行動期」のセグメント、禁煙分野については「関心期」のセグメントが優先されると考えられた（なお、禁煙分野については、平成 21 年度に行われたすこやか生活習慣国民運動実行委員会運営委員会における議論により、20-30 代の若年喫煙女性を対象とすることが決定されたところである）。

また、上記優先セグメントの人口学的特徴を分析したところ、運動については「既婚女性」、歩行については「家族と同居する女性」、野菜摂取については「主観的階層が中の上である者を除く 50 代以下の者」、禁煙については「20 代～30 代で大卒未満の学歴を持った者」といったものが挙げられ、メッセージデザインの際に有用なヒントとなる情報が得られた。

運動・食生活分野において、優先ターゲットに対するコミュニケーションの方向性としては、まず科学的に正しい情報を提供し、誤解を解いてあげることが重要と考えられる。つまり、「低い目標設定でも十分効果があること」を伝えることで、「身近な目標」を設定してもらい、「できた」という経験を繰り返すことで自己効力感を高め、少しずつ目標をあげていくことが有用と考えられた。

たばこ分野におけるコミュニケーションの方向性として、喫煙女性に対しては、女性にとって特別の出来事である妊娠に関連したメッセージを開発することが、有効である可能性が示唆された。また、喫煙者の中で、「非喫煙者がいる時にタバコを吸うのはマナー違反である」という、強い社会的規範を、特に社会的影響力が強いと考えられる管理職などの社会的地位の高い層に対して訴求していくことは、有効である可能性が示唆された。