健康づくり施策のための

Textbook

ひと、くらし、みらいのために

厚生労働省

Ministry of Health, Labour and Welfare

2026年9月版

行動変容につながる健康づくり編 vol.1

1. ハードルが高い、食習慣と運動習慣の改善 5

2. 結果を出す行動変容の起こし方

● 一人ひとりの行動変容が地域の健康目標達成に重要な理由 6

3. 行動科学・行動経済学・ヘルスコミュニケーションの考え方

● エビデンスに基づく行動変容とは何か 11

4. 行動変容を起こすためのガイドマップ

● 行動変容の理論や概念の考え方 12

5. 人は知識だけでは動かない

● 感情とどう向き合うか 14

6. 行動変容に関する施策やプログラムを組み立てる際の手順と注意点 16

本テキストブックについて

「行動変容につながる健康づくり編」では、地域や職域の健康づくりにおいて、健康リスクの高い人だけではなく、一人ひとりのリスクの低減が重要な理由を説明します。その上で、効果を上げる行動変容プログラムの開発を行うために必要なことや、手順を説明します。

個人においても地域においても健康目標を叶えるためには、人の行動を変えることが肝になります。これを効果的に、かつ限られた資源を効率的に使用しながらどのように進めていけば良いかについて、紹介します。

エビデンスに基づく健康づくり編 vol.2

1. エビデンス(科学的根拠)に基づいた健康づくり

- 健康づくりを「科学的」に行うことの重要性
- 「エビデンス」の考え方の始まり
- エビデンスのピラミッド

19

2. 健康格差に留意した施策づくり

- 健康づくりに格差対策はなぜ重要か
- 地域での格差対策で気をつけるべきこと

27

【コラム】健康づくりに役立つロジックモデル

36

最後に

38

本テキストブックについて

「エビデンスに基づく健康づくり編」では、「エビデンスに基づいて」施策やプログラムを開発することがどのようなことなのかを解説します。

エビデンスを活かした健康づくり編 vol.3

1. データに基づいて健康づくりを企画する意義

- データから因果関係を考えるということの基本
- エビデンスレベルとリサーチデザイン

40

2. 先行研究を読み解く注意点

- 個人単位でのランダム化比較実験
- 集団単位でのクラスターランダム化比較実験
- ランダム化を行わない準実験研究・自然実験
- 調査による観察研究
- 統計的仮説検定の考え方

49

3. 健康づくりに関する倫理的配慮

57

本テキストブックについて

エビデンスに基づいて健康づくりを考えましょう、というのは言い換えるなら因果関係をよく理解した上で的確に働きかけていきましょう、ということになります。ここでは、そのために必要な「データを集めて取り組みの効果を評価する」というプロセスについて解説します。

行動変容につながる健康づくり編

vol.1

ハードルが高い、食習慣と運動習慣の改善

効果的な行動変容の施策・プログラムを考えましょう

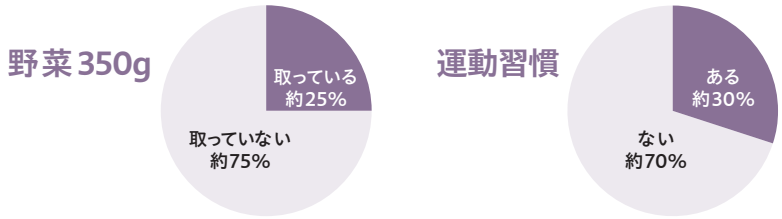
生活習慣の改善は至難の業

生活習慣は、個人を取り巻く環境や幼少期からの生活習慣、社会的・経済的な状況によって影響を受け、その改善にはしばしば時間を要します。

Q. 健康づくりが難しいのはなぜですか？

A. 対象者にとっても、施策やプログラムを提供する側にとっても様々なハードルが存在します。

令和6年の国民健康・栄養調査[1)]によると、健康的な食習慣のひとつの指標である望ましい野菜摂取量350g以上を取っている人の割合は、男女ともに2~3割程度に過ぎませんでした。また、20歳以上で運動習慣のある人の割合も、全体で3割程度です。さらに、食習慣や運動習慣を「関心はあるが改善するつもりはない」と答えた人が、それぞれ4人に1人の割合でいました。



この結果は、成人してから食事や運動習慣を変えることがいかに難しいことかを物語っています。野菜を一定量食べることや体を動かすことは、一見簡単そうに見えても、多くの人にとって課題となっています。また、健康習慣として望ましいものは食事と運動だけではありません。禁煙や過剰な飲酒の予防、十分な睡眠の確保など、いくつもの健康課題を日々の生活で改善していくことは、至難の業といえるでしょう。

もちろん、この調査のみで判断することはできませんが、地域や職域の現場で日々、健康づくりにあたっているみなさまにとっては、これらの数字が物語ることは、すでに馴染みがあることかもしれません。

対象者にとって健康づくりが難しいのには、複数の行動を同時並行で行う必要があること、また、結果が見えにくいことなど、様々な理由があるでしょう。一方で、施策やプログラムを開発したり、個人への健康づくり支援などを行ったりする側にとっては、人的リソース不足や、予算の兼ね合いなどのハードルが考えられます。

このように、健康づくりは対象者にも、施策やプログラムを提供する側にもハードルが存在します。このハードルを乗り越え、より効果的な結果を導くためには、人々の行動変容を促すことが重要です。そのために踏まえる必要のある考え方を次のページから解説します。

\ POINT /

健康づくりで個人や地域全体の健康目標を達成するためには、行動変容は重要なポイントです。様々なハードルがありますが、限りある資源を最大限活かし、より効果的な結果を導くための行動変容の施策・プログラムづくりをする必要があります。

1) 厚生労働省. 令和６年国民健康・栄養調査結果の概要. [Internet]. 東京：厚生労働省；https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001603146.pdf（2026/7/15 アクセス）

一人ひとりの行動変容が地域の健康目標達成に重要な理由

ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチ

地域全体の健康づくりに必要な考え方

健康づくりでは、ハイリスクアプローチと呼ばれる健康のリスクが高い人たち向けに施策を行うことがよくあります。しかし、地域全体の健康目標を達成するには、現在リスクは高くない人も含めた一人ひとりの行動変容が重要だという、ポピュレーションアプローチという考え方も重要です。ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチは人々の健康づくりを担う公衆衛生における重要な概念のひとつです[1)]。

Q. 例に示す施策は脳卒中や心臓疾患で亡くなる人を効率的に減らすことができるでしょうか？

例

ある自治体で、脳卒中や心臓疾患で亡くなる人の割合が年々増えている。

原　因
- これらの疾患のリスクである高血圧の人の割合が高い
- 食塩摂取量が多い人の割合が高い

健康づくりに関する以下の施策案ができあがった。

- 現在も行っている、保健師による血圧が高めの人向けの健康講座を強化し、高血圧の人が注意すべき生活習慣を紹介する
- 血圧が高い人向けに、食生活を見直すためのリーフレットを配布し、血圧値が改善するよう促す
- 健康診断で血圧が高かった人たち向けに、管理栄養士による栄養指導を行い、食塩の摂取を減らすよう支援する。また、血圧値改善のための食事を紹介する料理教室を開く

1) ジェフリー・ローズ. 予防医学のストラテジー 生活習慣病対策と健康増進. 曽田研二, 田中平三, 監訳. 東京: 医学書院; 1998.

次のページにつづく 〉〉〉

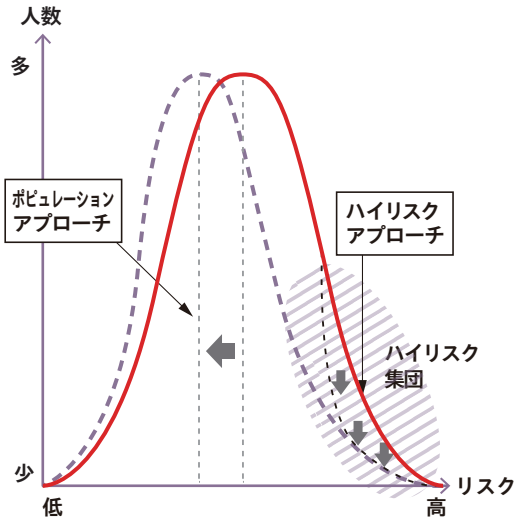
一人ひとりの行動変容が地域の健康目標達成に重要な理由

ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチ

A. 一見、血圧が高い人を減らすことに特化した良い施策のように見えますが、これらの施策は公衆衛生の観点から見ると、偏りがあります。血圧が高い人だけでなく、住民全体に働きかけることで、地域全体がより健康になります。

例に挙げた施策は自治体でよく行われ、馴染みのあるものばかりかと思います。しかし、これらの施策は公衆衛生の観点から見ると、地域全体の健康づくりとしては不十分といえます。なぜなら、これらの施策は、全て「血圧が高い人・高めの人」のみを対象にしているからです。このようなリスクの高い人に焦点を当てて働きかけを行い、疾患を予防する考え方のことをハイリスクアプローチと呼びます。

ハイリスクアプローチに相対する方法としてポピュレーションアプローチがあります。これは、リスクの高い人たちだけに働きかけるのではなく、そのリスクに関する人口の分布全体をリスクの低い方に動かすことをいいます。ポピュレーションアプローチが、社会全体の健康を考える上で重要なのは、中位のリスクの人々が人数としては大多数であり、これら大多数の人々のリスクを下げることで、その地域全体が健康になることが予測されるためです。



横軸は疾患のリスク（血圧値など）を指し、右にいけばいくほどリスクが高いことを示します。縦軸は、人数を指します。図にあるような山型の場合、リスクの高い人と低い人の数は少なく、中位のリスクの人の数が多いことを表します。

ハイリスクアプローチ[1)]

注目すべきは、山型の赤線です。図の右側の方、つまりリスクが高い（血圧値が高い）人は、疾患のリスクは上がりますが、人数としてはそれほど多くありません。

p6で例示した「血圧値が高い・高めの人たちのみを対象とした施策」であるハイリスクアプローチはこの斜線部分の人たちだけに働きかけることを意味します。

ポピュレーションアプローチ[1)]

次に、山型の赤線と紫の点線を見てください。ポピュレーションアプローチでは、集団全体に働きかけ、山型の赤線で示す人口分布を、紫の点線で示すリスクの低い方に動かすことで、集団全体の疾患のリスクを下げることを狙っています。

1) イチロー・カワチ. 命の格差は止められるか：ハーバード日本人教授の、世界が注目する授業. 東京：小学館；2013.（出典：Rose G (1994) The Strategy of Preventive Medicine. Oxford University Press.）

次のページにつづく

一人ひとりの行動変容が地域の健康目標達成に重要な理由

ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチ

ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチは、健康づくりの考え方として両方重要です。

ハイリスクアプローチは、リスクが高い人たち一人ひとりに働きかけることをいいます。例えば、高血圧の人たちに健康教室などを通じて栄養指導を行ったり、降圧剤などの血圧を下げる薬を処方したりすることなどです。ハイリスクアプローチは、それにより高血圧につながる食塩の摂取量を減らしたり、血圧を下げたり、時に人の命を救ったりするなど、**一人ひとりの視点では大きなインパクトがあります。**ハイリスクアプローチは、**リスクを抱えた人に特化し、時には個別のアプローチも可能なために、健康づくりの資源を集中して投下しやすく、また、費用対効果などの結果が出やすい**などのメリットがあります。一方でその地域での施策がハイリスクアプローチだけになると、将来的にリスクを抱えることになる多くの人たちに対して、何もしないことになります。その結果、住民の血圧を下げて脳卒中や心臓疾患にかかる人を減らすという目標が達成しづらくなるのです。したがって、社会全体へのインパクトを考えるとハイリスクアプローチだけでは、地域の健康を維持することは難しくなります。

ポピュレーションアプローチは、集団全体の疾患のリスクを下げることができたり、集団に一斉に働きかけることでスクリーニングの手間を省くことができたりするなどのメリットがあります。疾患のリスクに関わらず地域全体に啓発活動をすることや、体に害を与えるものに税金をかけること、逆に健康的な生活習慣を促すものにインセンティブを与えたりすることなども含まれます。

p7の図でもわかるように、山型になっているところに属する人々は、一人ひとりの病気になるリスクは中位です。しかし、地域全体で考えると人数が多いことが特徴です。これら大多数の中位のリスクの人々に何もしないでいると、将来、たとえこの中で半分の人々しか病気にならなかったとしても社会全体としては大きなインパクトになります。そこで、**今リスクの高い人たちだけではなく、その地域の人々の全員のリスクを下げるというポピュレーションアプローチが必要**になってくるのです。

ポピュレーションアプローチは、地域全体に働きかけられる一方で、一人ひとりへの効果は介入方法に大きく左右されたり、費用対効果が小さくなったりする可能性があります。また、**十分な格差対策を行わないと、集団の健康格差を広げてしまうリスクもあります。**例えば、啓発活動で情報を提供する場合、健康に興味のある人には情報が行き渡りやすく、関心がない人には届きにくいために逆に健康情報の入手状況に関して格差を広げてしまうことが起こりえます。

このように、**ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチにはそれぞれメリットとデメリットがあり、その地域の状態や、健康づくりの目標、そして資源（人的・経済的）を加味した上で、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチのバランスを考えることが重要**です。

次のページにつづく 〉〉〉

一人ひとりの行動変容が地域の健康目標達成に重要な理由

ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチ

	ハイリスクアプローチ	ポピュレーションアプローチ
特徴	● リスクが高い人たち一人ひとりに働きかける。	● 地域全体に働きかける。
例	● 高血圧の人に、健康教室などを通じて栄養指導を行う。 ● 高血圧で要治療者に、降圧剤などの血圧を下げる薬を処方する。 ● メタボリックシンドローム該当者に、保健指導を行う。	● 疾患（例：高血圧、脳卒中）の予防のために、地域全体で普及活動を行う（例：地域全体での減塩に関する食環境整備や普及活動）。 ● 健康的な生活習慣を促すものにインセンティブを与える（例：減塩メニューを提供する店舗へ補助金などの支援を行う、毎日の歩数や健診受診などに応じて健康ポイントを付与し、一定ポイントがたまると商品と交換する）。 ● 法律や制度などで規制する（例：たばこの広告規制、路上喫煙防止条例など）。 ● 体に害を与えるものに税金をかける（例：たばこ税、酒税）。
長所	● 一人ひとりの視点では大きなインパクトがある。 ● 個別のアプローチが可能。 ● 健康づくりの資源を集中して投下しやすい。 ● 費用対効果などの結果が出やすい。	● 集団全体の疾患のリスクを下げることができる。 ● 集団に一斉に働きかけることでスクリーニングの手間を省くことができる。 ● 社会全体として大きなインパクトになる。
短所	● 将来リスクを抱えることになる多くの人たちに何もしないことになるため、健康づくりの目標を達成しにくい。	● 一人ひとりへの効果は介入方法に大きく左右される。 ● 費用対効果が小さくなる可能性がある。 ● 十分な格差対策を行わないと、集団の健康格差を広げてしまう可能性がある。

次のページにつづく 〉〉〉

一人ひとりの行動変容が地域の健康目標達成に重要な理由

ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチの活用

ポピュレーションアプローチでは、全ての住民が行動変容を起こしやすい仕組みを作らなければなりません。

Q. 住民全体の疾患リスクを減らす方法として、どのようなポピュレーションアプローチが考えられますか？

A. 例えば、高血圧予防の場合、全ての住民を対象に食塩摂取量を1gでも減らすような施策がポピュレーションアプローチといえます。リスクが高い特定の人たちではなく、住民全体に働きかけることがポイントです。

様々なポピュレーションアプローチ

高血圧リスクに対して

- 食塩摂取量に関する注意喚起を「住民全体」に行う普及啓発
- 減塩メニューを提供する店の認証サポート
- 減塩が可能になるツール（例：食塩が出る穴の数を減らした容器）の購入サポート
- 減塩食品の購入に関する費用補助
- 学校などでの減塩教育

虫歯リスクに対して

- 虫歯予防の普及啓発
- 歯の磨き方講座などの教育機会
- 歯科検診などを住民が受けやすいように配慮する

身体不活動に対して

- 身体活動の重要性を周知
- より体を動かしやすい・出歩きやすい環境を作るために歩道や街灯を整備

ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチは、自治体が行う健康づくりにおける様々な健康の目標に当てはめることが可能です。一見、個人が意思決定をしていると思われるような健康習慣も、個人を取り巻く人間関係や住環境・職場の環境、近隣やコミュニティ、住んでいる自治体の政策など様々な要素に影響されます。したがって、住民とのコミュニケーションを図りながら、普及活動や教育を通して望ましい行動を起こしやすい仕組みを整えることも、自治体の重要な役割です。

限られた保健医療の資源を有効に活用するためにも、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチがバランスよく施策として含まれているかを確認してみてください。

\CHECK/ 住民全体が恩恵を受け、なおかつ地域の健康目標を達成できる施策として、それぞれの分野で自治体ができるポピュレーションアプローチは何か、検討してみましょう。

エビデンスに基づく行動変容とは何か

施策・プログラムの成功への裏付けを見つけましょう

人々が行動変容を起こしやすいように環境を整えることが重要

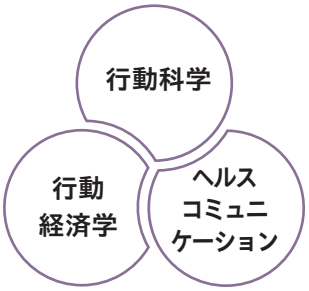
人々の生活習慣改善を促すためには、行動変容を起こしやすいように個人を取り巻く環境を整えることが必要です。効率的に行動変容を促すためには、すでに効果の実証されているエビデンスが有用です。

Q. 個人レベルでの行動変容を起こしやすくするためにはどうしたらいいですか？

A. 行動科学・行動経済学・ヘルスコミュニケーションなどの領域で蓄積されたエビデンスに基づいて施策を行いましょう。

医療の世界では、エビデンス（科学的根拠）に基づく治療が普及しています。これは、臨床のデータや過去の研究に基づいて、科学的に治療法や薬を決めることを指します（詳しくは、vol.2 エビデンスに基づく健康づくり編 p22を参照）。人々の健康づくりでも、このエビデンスの考え方は重要です。学問領域でいうと、行動科学・行動経済学・ヘルスコミュニケーションなどで健康づくり分野に役立つエビデンスが蓄積されてきています。どうすればより効果的かつ効率的に人々の行動変容を促せるのかを追究している学問の領域です。

健康づくりに関するエビデンスは、一口にエビデンスといっても様々な行動が含まれること（例えば、食事、身体活動、禁煙など、分野が多岐にわたります）、また、エビデンスが学術的知見の性質上、英語でまとめられていることが多いため、日本であまり普及してきませんでした。このような状況を鑑みて、健康づくりに関するエビデンスをまとめたのが「健康づくりサポートネット（https://kennet.mhlw.go.jp/tools/）」です。健康づくりにおいて何をどのように行ったら良いかという施策やプログラムづくりのヒントが掲載されていますので、日々の業務の中でぜひ参考にしてみてください。



蓄積されたエビデンスの例

- 禁煙を成功させるためにどのような普及啓発を行えば良いか
- 特定のがんの検診受診率を上げるために何を使って周知するのがより効果的か
- 望ましい食事や運動を習慣化するために重要な要素とは何なのか

\CHECK/ 日本ではあまり普及してきませんでしたが、エビデンスに基づく行動変容の効果が明らかであるため、アメリカやイギリスなどの諸外国では、健康づくりの施策はエビデンスに基づいて行われています（詳細は「vol. 2 エビデンスに基づく健康づくり編」を参照）。

行動変容の理論や概念の考え方

施策やプログラムづくりに必要な要素を探りましょう

行動変容理論を手がかりに施策やプログラムを立案する

人々の効果的・効率的な行動変容の促進を研究している分野として、行動科学・行動経済学・ヘルスコミュニケーションがあります。これらの専門領域には、人々の行動変容をエビデンスに基づいて体系化してまとめた「行動変容理論（Behavioral Change Theory）[1)]」というものが存在します。

Q. 行動変容理論とはどのようなものですか？

A. 行動変容理論は、人々の行動変容を計画するためのガイドマップのようなものだと考えられており、施策やプログラムの立案や計画をする際に、どのようなポイントを押さえた内容や方法にするかの手がかりとなります。

行動変容の理論は数多く存在します。専門家は、これらの理論を目標とする健康行動や対象者などにより使い分けたり、組み合わせたりして、人々の行動を変えるための最適なモデルを検討します。

実践の場では、専門家のサポートなしでモデルの検討を行うことは難しいと思いますが、このような理論が存在すること、また理論の鍵となる要素を押さえておくことで、日頃の健康づくりの実践や施策づくりでも、何に焦点を当てたら良いかがより明確になります。

健康づくりの施策やプログラムを開発するために行動科学者やヘルスコミュニケーションの専門家と協業する際には、特定の健康行動に対して、どのようなモデルに基づいて考えるのが良いかを協議し、施策やプログラムを開発することが重要です。専門家との協業が難しい場合でも、理論から人々の行動変容において重要とされる要素を抜き出し、施策やプログラムの内容に組み込むことで、より効果的な取り組みができるようになります。

1) 国立保健医療科学院. 一目でわかるヘルスプロモーション 理論と実践ガイドブック

次のページにつづく 〉〉〉

行動変容の理論や概念の考え方

施策やプログラムづくりに必要な要素を探りましょう

人々の行動変容に役立つとされる理論やアプローチの例

アプローチは目指す行動の内容（例えば、肥満予防や身体活動の促進、多量飲酒の予防など）で変わってきます。詳しくは、健康づくりサポートネット（https://kennet.mhlw.go.jp/tools/）で検索し、該当する行動変容のエビデンスを見てみましょう。

健康行動や健康習慣を支援する際に重要な要素（代表的な理論からの抜粋）[1)]

- **行動の意図（Behavioral Intention）：**人が行動を起こすのに重要だといわれている、「～しようとする」考えのこと。行動変容においては、3か月以内もしくは6か月以内など、行動の期限を明確にすることが重要だと考えられている。
- **自己効力感（Self Efficacy）：**特定の行動ができるという信念のこと。自己効力感が高いと、困難な状況に直面しても、その行動ができる傾向にあることが知られている。
- **規範（Norm）：**文化的・社会的に許される、または適切だとされる規範。社会的なものから文化的なものまで幅広く含む。対象は国・地域などから属する組織など、様々である。
- **態度（Attitude）：**その行動に対してその人がどのように考えるか。例えば、「体を動かす」という行動に関して、「健康のために仕方ない」と思うのか、「楽しいから毎日行いたい」と思うか、など。
- **行動のコントロール感（Behavioral Control）：**その行動をとることが難しいか簡単かを認識し、自分が遂行できると判断すること。行動のコントロール感が高いと行動を起こしやすい傾向がある。自己効力感から発展したものなので、両者は似ている。

行動変容に役立つアプローチ（概念）[2)]

- **セルフモニタリング（Self-Monitoring）：**自分自身で、行動をモニタリング（観察）すること。記録をつけることで、行動の状況が目に見えるようになり、より行動を続けやすくなると考えられている。
- **フィードバック（Feedback）：**行動したことに対して、第三者から確認やコメントをもらうこと。フィードバックを受けるのは保健師や管理栄養士などの専門知識を持つ人からでも、家族や友人からでも良い。行動への取り組みを確認してもらうことが動機付けや励みとなり、行動を続けやすくする効果につながると考えられている。
- **ゲーミフィケーション（Gamification）：**行動を起こしたり続けやすくするきっかけとして、個人やグループで競ったりするなど、ゲーム的な要素を取り入れた仕組みを作ること。ゲーム的な要素を取り入れることで、面白さや楽しさが加わり、行動を続けやすくする狙いがある。

＼ POINT ／

行動変容理論のモデルは、望ましい健康の行動や習慣ごとに最適なものを選んだり組み合わせたりする必要があります。特定の健康行動に対して、どのようなモデルに基づいて考えるのが良いかを協議し、施策やプログラムを開発することが重要です。

1) Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. 4th ed. California: Jossey-Bass; 2008.
2) Roberto CA, Kawachi I, editors. Behavioral Economics and Public Health. Oxford: Oxford University Press; 2015.

感情とどう向き合うか

対象者の潜在的な気持ちを知りましょう

行動変容の意欲を想起させる手法

人々の行動変容を促す際に、理論の他にもうひとつ重要な要素が、「人々の気持ち」です。一般消費財などを扱う広告の宣伝活動やマーケティングでは、人々の購買行動を起こすために、特定の感情や気持ちを想起させる手法がよく使われます。健康づくりを扱う公衆衛生の分野でも、行動変容における感情の重要性が認知されるようになり、様々なデータでも実証されつつあります。

Q. 対象者に行動変容したいと思ってもらうにはどうすればいいでしょうか？

A. 対象者本人も気がついていないインサイトを知るために、ヒアリングやインタビューを行いましょう。

広告の世界において、特に重要なのが「インサイト」と呼ばれるものです。元々は、英語 insight の訳で、直訳すると「洞察や、本質を見ること」という意味です。広告やマーケティングの世界では、インサイトとは、「顕在化されていない潜在的な意識」とされています。つまり、本人ですら気づいていない感情・気持ちのことを指します。これは購買行動においてとても重要です。このインサイトを突くことで、人は特定の商品を買ったり、サービスを受けたりしたい気持ちが高まると考えられています。健康づくりにおいて普及啓発などのプログラムを開発する際には、前述の理論とともに、これらのインサイトを組み込んでみましょう。

インサイトを探る方法

健康づくりに関する質問だけではなく、日常生活や価値観など、その人の行動の動機や生活習慣が多角的にわかるような質問をし、対象者の理解を進めていきます。

体を動かすことに関する質問

- 体を動かすことは好きかどうか
- 現在体を動かせていない理由は何か
- 周りの人（友人や家族、同僚など）は体を動かしているか
- これから体を動かしたいと思っているか

日常に関する質問

- 日常生活における好きなこと・苦手なこと
- 日々の生活で大事にしていること
- 起きてから寝るまでのスケジュール（平日と休日）
- これからやりたいこと

インサイトを発掘するためには、望ましい行動をとってもらいたい人々（対象者）へのヒアリングやインタビューを行います。

次のページにつづく 〉〉〉

感情とどう向き合うか

対象者の潜在的な気持ちを知りましょう

行動習慣を身につけられない理由は、本人が気づいていなくても複雑に絡み合っていることが多いものです。対象者が置かれている環境の理解と、対象者が望ましいと考えている健康行動の認識（下の例の男性は「運動（スポーツ）をしなければならない」と誤解）、そして、対象者ですら気づいていないインサイトを探っていくと、自然と、どのような形で体を動かすことが良いかが見えてきます。例の男性であれば、人と接することなく生活の中でできることを提案するのが良いことがインサイトの深掘りから見えてくるので、それを活用しましょう。

インサイトは、大勢の人を対象にする普及啓発でも同じように探っていきます。ヒアリングは、人数が少ない方が本音を聞きやすい利点はありますが、時間的な制約があるようであれば、グループ（多くても6人程度）でもかまいません。

例

身体不活動の中年の男性のインサイトを探る場合

体を動かしていない理由：「忙しいから・時間がないから」

多角的な質問により「体を動かしにくい」背景を見つける

- 人と話したりグループで何かをしたりするのは苦手
- 体を動かすこと＝運動（スポーツ）をしなければならないと思っている
  （実際は生活活動も身体活動に入る）
- 車通勤で帰りが遅く、家の周辺は街灯もなく、夜間にジョギングできる環境が周りにない
- 自治体で開催している身体活動量の増進のためのプログラムは
  グループで運動を行うものしかなく、参加しづらい

インサイトを知る

- 運動をしなければならない（対象者が考えている健康行動）

インサイトを考慮した身体活動の提案

- 階段の利用やストレッチ

日中働いている時に、
今よりも体を動かせる
ような活動を組み込む

\CHECK/

ヒアリングをする人数は、理想的には20～30人くらいですが、それより少なくてもかまわないので、対象者理解のために、実際の施策の対象となる人たちにヒアリングすることを心がけましょう。人数が多くなればなるほど、これ以上聞いても同じような理由しか出てこない「理論的飽和」状態になりやすくなります。

行動変容に関する施策やプログラムを組み立てる際の手順と注意点

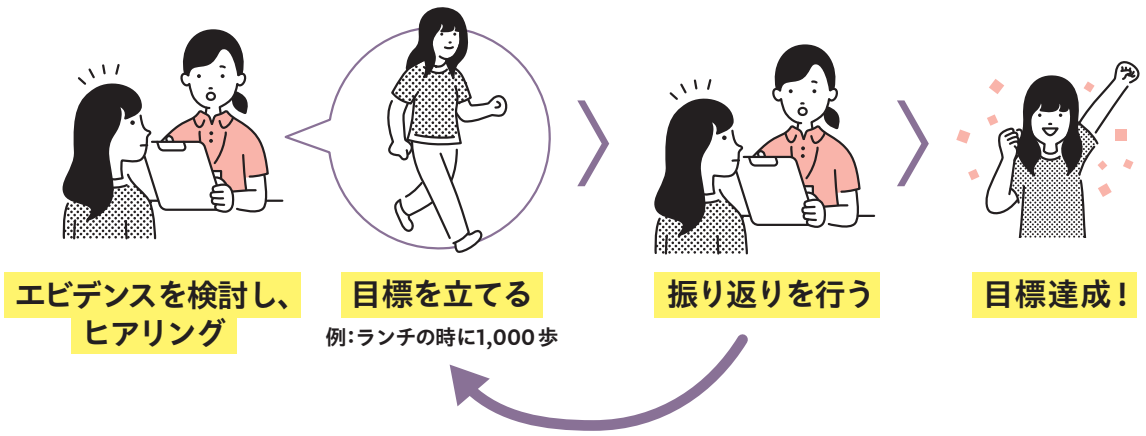
実際に施策やプログラムに組み込んでみましょう

個人·集団における行動変容の促進

前述の内容を健康づくりの施策·プログラムづくりに組み込んでいく手順を示します。

個人の行動変容を支援する場合

① 目指す健康行動の明確化（できるだけ具体的に。例：1か月以内に1日XX歩は歩くようにする）
② 身体活動を支援するのに有効なエビデンスを健康づくりサポートネット（https://kennet.mhlw.go.jp/tools/）で検索し、理解する（例：自己効力感やモニタリング·フィードバックが大切）
③ 検索した内容をもとに、対象者にヒアリングし、対象者の生活状況や好み、環境を理解する
④ ヒアリングをもとに対象者と目指す健康行動達成のための目標を立てる
⑤ 目標を立てた後、定期的に状況を確認する。達成できている場合は、それが習慣化できるように、本人と一緒に「成功の振り返り」を行う。達成できていない場合は、どこにつまずきがあるのか、より具体的に、何が問題で達成できないかのヒアリングを行う



注意点

- 個人の生活習慣は、環境や社会経済状況に大きな影響を受けます。個人の意思だけでは難しいことがある点を理解した上で、個人レベルで取り組みやすい状況を作りましょう。
- 個人のゴール設定は行動変容に重要です。いつ·何を·どこで·誰と·どのように行うかの場面設定を明確にしましょう。
- 個人の行動のフィードバックの際には、達成できていてもできていなくても、一貫して前向きな声がけが重要です。

次のページにつづく 〉〉〉

行動変容に関する施策やプログラムを組み立てる際の手順と注意点

実際に施策やプログラムに組み込んでみましょう

グループ（集団）の行動変容を促す場合

① 目指す行動の明確化
（できるだけ具体的に。例：2022年度中に、住民が今よりも10分多く体を動かせるようにする）
② 身体活動を促すのに有効なエビデンスを健康づくりサポートネット（https://kennet.mhlw.go.jp/tools/）で検索し、理解する（例：個人レベルでは、自己効力感やモニタリング・フィードバックが大切、環境レベルでは、体を動かせる場所へのアクセスが重要、など）
③ エビデンスを理解した上で、対象者へのヒアリング（インタビュー調査）を行う。対象者の行動を妨げるもの、もしくは促進するのに必要なものを探る
④ 施策やプログラムの開発
⑤ 可能であれば小さなグループで開発した施策やプログラムをテストして、反応を確認する
⑥ 施策・プログラムを実行する
⑦ 施策・プログラムを評価する

エビデンスを検討し、
ヒアリング

小さなグループで
プログラムをテスト

プログラムの
実行、評価

注意点

- 社会経済状況により、健康格差が生じているグループや、生じやすいグループに対しては特別な配慮を行い、こういったグループにも、施策やプログラムがきちんと行き渡るような配慮が必要です（詳細は「vol. 2 エビデンスに基づく健康づくり編」p28を参照）。
- 施策の評価は、質的なもの（対象者からのヒアリングなど）に加えて、量的なもの（数字的なデータ）も行うと良いでしょう。

＼ POINT ／

行動変容は、最終的には個人の行動を変えることですが、そのためには、対象者の生活や対象者を取り巻く環境、その人がたどってきた人生などを多角的に捉えることが重要です。限られた資源を有効に活用するためにも、個人・集団へのアプローチとともに、既存のエビデンスや理論・モデルを最大限活用しながら、対象者の特性を探り、最適な内容を最適な形で届けるようにしましょう。

エビデンスに基づく健康づくり編

vol.2

健康づくりを「科学的」に行うことの重要性

エビデンスに基づく健康づくりの考え方を理解し、結果につなげましょう

エビデンス（科学的根拠）に基づいて施策やプログラムの検討を！

人の命を扱う保健医療分野でも大切なことのひとつが、エビデンス（科学的根拠）に基づいて施策やプログラムを検討することです。

Q. なぜエビデンスに基づく考え方が広まったのでしょうか？

A. 医学の進歩により様々な治療法や薬が開発され、これらを客観的に評価する必要性が出てきたためです。

医学の分野では、患者の疾患に対して、治療法や薬を選択する際、エビデンス※に基づいて医師が判断をすることが一般的です[1]。それだけ、エビデンスに基づいて考えるということが広く普及しています。

しかし、エビデンスの考え方が登場したのは、そんなに昔のことではありません。1991年に**「エビデンスに基づく医療（Evidence-Based Medicine）」**という言葉が論文に掲載されました[2]。それまでは、医師の経験や、経験に基づく論理や勘によって治療が進められてきましたが、医学の進歩による様々な治療法や薬の発展から、これらを客観的に評価する必要性が出てきました。もともと医学の世界で使われていた考え方ですが、その後、「エビデンス」に基づく考え方は、ビジネスや教育、政治経済などの幅広い分野で根拠や証拠、データに基づいて意思決定を行うための方法として使用されています。

※ 医学や公衆衛生の分野では、エビデンスとは科学的根拠のことを指します。詳しくは、vol.2 エビデンスに基づく健康づくり編 p22をご参照ください。

科学的根拠に基づいて行われる、現段階での最良の治療のことを、「標準治療」といいます[1]。

1) 国立研究開発法人国立がん研究センター . 標準治療 [Internet].
東京: 国立研究開発法人国立がん研究センター ; 2021/1/21. https://ganjoho.jp/public/qa_links/dictionary/dic01/modal/hyojunchiryo.html（2026/7/15 アクセス）
2) Guyatt GH. Evidence-based medicine. ACP Journal Club. 1991;114(2):A16.

次のページにつづく 〉〉〉

健康づくりを「科学的」に行うことの重要性

エビデンスに基づく健康づくりの考え方を理解し、結果につなげましょう

Q. 健康づくりの分野において、エビデンスに基づく考え方はどれくらい認識されているのでしょうか？

A. 残念ながら、臨床医学ほど広がっていません。

医学で病気の治療を行う際に進展したエビデンスの考え方ですが、同じく人の健康や命を扱うものの、特に予防に重きを置いた健康づくりの分野では、残念ながら、臨床医学ほどこの考え方が広がっていません。喫煙者に禁煙をサポートするためにはどのような普及啓発を行うと良いのか、がん検診の受診率を高めるためにはどのような媒体を使うと良いのか、身体活動の増進をサポートするためには何が必要かなど、健康づくりの様々な分野で、過去のデータや知見に基づく「エビデンス」が蓄積されつつあります。健康日本21以降、最近では自治体においても、エビデンスに基づく保健医療の施策づくりが取り入れられつつあります。しかし、健康づくりの分野では、エビデンスやデータではなく経験や人々のアイデアに頼って施策が練られてしまうことや、健康づくりの分野のエビデンスに関する情報は英語の文献が多いこと、また、エビデンスを検索するためには学術的な専門性が必要なこともあり、せっかくのエビデンスが現場で十分に有効活用されていないのが現状です。

＼ POINT ／

健康づくりの分野では、限られた人的・経済的資源を有効活用し、結果を出す必要があります。そのためにも、エビデンスに基づく考え方を理解し、結果につながる施策やプログラムの開発および実行が重要です。コロナ対策のように、エビデンスが存在しない場合には、他の参考になるような分野のデータやエビデンスを参照したり、様々なケースを想定して施策やプログラムを練り、行った結果を評価したりすることが大切です。

「エビデンス」の考え方の始まり
経験のみに頼って失敗しないために

医学の世界でエビデンスの考え方の重要性を示したCAST study

医療や健康づくりを行っている中で、経験値としてどれだけ良いように見えたり、理にかなっているように感じても、実際にデータを集めてみると、「無意味どころか有害ですらある」といったことがしばしばあります。

Q. 人の健康を扱う分野で、エビデンスの考え方はなぜ必要なのでしょうか？

A. 想定していたことと真逆の結果を生んでしまうことがあるためです。

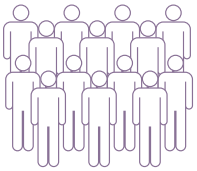
医学の世界でエビデンスの考え方の重要性を示したCAST study (The Cardiac Arrhythmia Suppression Trial) と呼ばれる研究があります[1]。この研究は、1987～1989年にアメリカで行われました。当時、心筋梗塞を起こした患者が、その後不整脈によって亡くなることがあり、これを未然に防ぐために、経験的に不整脈を抑える薬（抗不整脈薬）が使われていたので、その効果を明らかにするために行われました。

この研究では、抗不整脈薬の効果を検討するために、1,000人を超える心筋梗塞を起こした患者に研究に参加してもらいました。科学に基づいて、できるだけ客観的に薬を評価できるような方法が使われました。薬を使った方が良い結果が出ることが大方の予想だったのですが、結果は真逆のものでした。抗不整脈薬を使ったグループの死亡率は7.7％（730人のうち56人が死亡）で、使わなかったグループ（何の効果もない偽薬を服用）では、死亡率は3.0％（725人中22人）となりました。また、不整脈による死亡のリスクも、抗不整脈薬を使ったグループで高くなっていました。

この結果は、当時の医学界に衝撃を与えるものでした。この薬は世界中で使われていたため、CAST studyから得られた結果よりも、もっと多くの人の命がこの治療によって、失われてしまったかもしれないことが示唆されました。CAST studyは、そうした当時は知られていなかったリスクに焦点を当て、医師の経験や勘のみではなく、データを収集し科学的に評価した上で治療を行うことの重要性を明らかにしたのです。

CAST study

抗不整脈薬を使ったグループ（A群）



抗不整脈薬を使わなかったグループ（何の効果もない偽薬を服用）（B群）

予　想　心筋梗塞後の不整脈の悪化を未然に防ぐ抗不整脈薬を使ったA群の方がB群より結果が良いはず！

実　際　抗不整脈薬を使わなかったB群の方がA群より死亡リスクが低かった

＼ POINT ／　施策やプログラム作成の際は、取り扱う健康課題・目標の妥当性、作成した内容などに関するエビデンスをよく調べて様々な角度から慎重に吟味しましょう。

1) Cardiac Arrhythmia Suppression Trial (CAST) Investigators. Preliminary Report:
Effect of Encainide and Flecainide on Mortality in a Randomized Trial of Arrhythmia Suppression after Myocardial Infarction. N Engl J Med. 1989;321(6):406-12.

エビデンスのピラミッド

エビデンスには強弱のレベルが存在します

エビデンスについて考える際の押さえておくべき基本

医学や公衆衛生の分野では、エビデンスとは科学的根拠のことを指します。エビデンスは、個々の研究のことを指すこともありますし、複数の研究結果の総称を指すこともあります。エビデンスには強弱のレベルがあります。

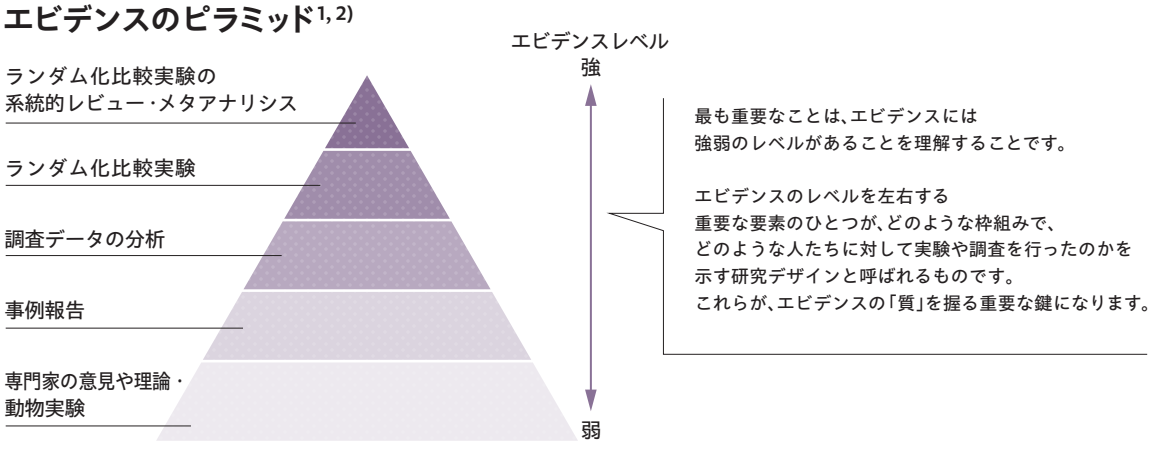
エビデンスという言葉は、文脈によって少しずつ意味が異なる言葉です。ビジネスや経営などの世界では、エビデンスは証拠やデータという意味で使われることがよくあります。

Q. 科学的根拠とは何ですか？

A. 科学的根拠とは、一定のテーマに関して、調査や実験などの結果により導かれた根拠・裏付けのことです。

医学・公衆衛生分野の「科学的根拠」とは何かについて解説したものが下の図です[1,2]。これは通称「エビデンスのピラミッド」と呼ばれるもので、エビデンスの強弱によるレベルを表しています。保健医療分野のエビデンスの鍵を握るのは、専門的な査読（複数の専門家による評価）を受けた学術誌に掲載されているかどうかです。このように、あるテーマに関する事柄に対して、その分野の専門家により査読を受けて、学術誌に発表されたものを論文といいます（学術論文や原著論文などと表現することもあります）。論文が、査読誌に掲載されるには、通常、倫理的な配慮に関するチェックがされた後、研究のデザインや理論的な考え方など、様々な観点から評価を受ける必要があります（昨今は査読誌と称していても、出版料を払えば掲載してくれる類いのものもあるので注意が必要です）。

エビデンスのピラミッド[1, 2]



1）福井 次矢. エビデンスに基づく診療ガイドライン. 日本内科学会雑誌. 2010;99(12):2941-3.
2）DiCenso A,Bayley L,Haynes RB. Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. Evidence-based nursing. 2009;12(4):99-101.

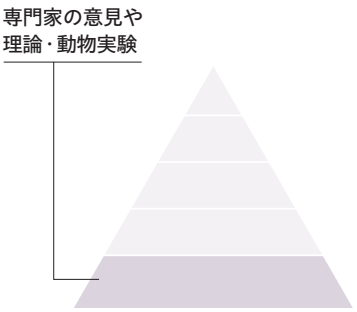
次のページにつづく 〉〉〉

エビデンスのピラミッド

エビデンスには強弱のレベルが存在します

専門家の意見や動物実験は エビデンスとしては一番下位

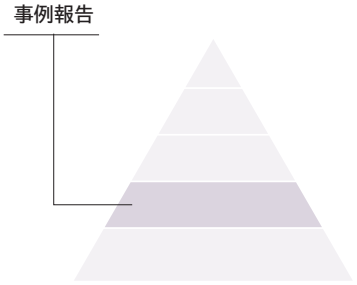
「専門家の意見」には、権威や特定の組織の見解などが含まれます。これらは、実験や調査によるものではないので、エビデンスとしてはとても弱いものです。それが政府や公的機関の報告書や、世界で有数の研究者や立派な医師の意見でもっともらしかったとしても、「意見」である以上、エビデンスとしての評価は下位です。また、ネズミなどの動物実験による結果も、弱いエビデンスです。もちろん、人間を対象にした研究は、データが存在しないところから仮説を作り（前述の抗不整脈薬の研究であれば、薬を飲んだ人とそうでない人を比べてみたら、薬を飲んだ人の死亡率の方が低いだろうという推測）、スタートします。ですから、これをないがしろにして良いというわけではありません。これらの意見や動物実験の結果から、人に関するエビデンスづくりにつながることもあるからです。



施策やプログラムを作っていく上では、専門家の意見や動物実験の結果だけではエビデンスとして不十分といえます。

限られた情報やデータしかない場合に 役立つ事例報告

次の段階にあるのは、事例報告です。事例報告とは、通常、少人数（ひとりの場合もあります）の事例の報告を指します。治療法が確立されていない希少疾患や、なかなかデータが集まりにくい病気、初期の段階の感染症などに関しては、人数が少なくても、これらの事例報告が重要なエビデンスになりえます。



次のページにつづく

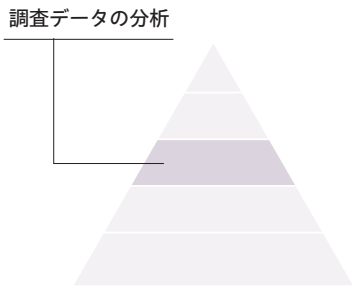
エビデンスのピラミッド

エビデンスには強弱のレベルが存在します

事例から踏み込むには「量による比較」が必要

限られた情報やデータしかない場合、事例報告は役に立ちますが、限界があります。それを解決するのが、「量」としてデータを集めることです。これが、調査データの分析になります。実験の事前事後、異なるグループでの比較などは、多くの人のデータを集めて分析を行うという点で、先ほどの事例報告から一歩踏み込んだエビデンスになります。

しかし、ここでも、まだ問題があります。例えば、異なるグループ間での比較を行う時に、グループ間での結果の違い（例えば、どの治療法が良いか、どの運動法が良いかなど）は、もともとのグループを構成する人々の偏りである可能性が否定できず、研究の結果を純粋に捉えることが難しくなります。



多くの人のデータを集めて分析を行う場合

日頃から
健康的な生活に
気をつけている
人が多いグループ

VS

健康に全く無関心で特に
健康に気を使わない人が
多いグループ

ある運動法の効果を比較

結果　健康的な生活に気をつけている人が多いグループに効果があった！

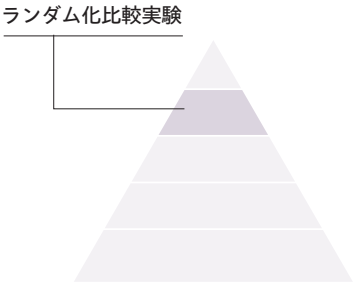
しかし　運動法による差なのか、もともとグループに健康的な生活をしている人が多かったからなのか、わからない

次のページにつづく

エビデンスのピラミッド

エビデンスには強弱のレベルが存在します

グループ間の違いを打開するランダム化比較実験

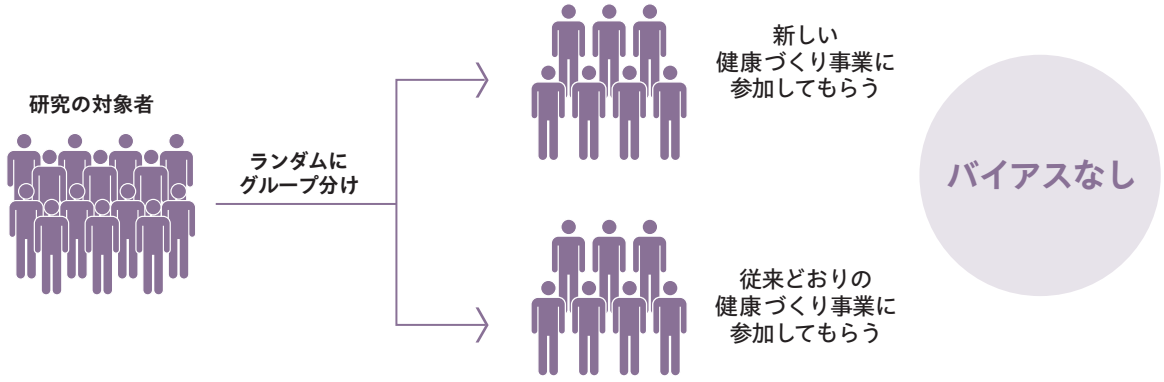


統計的な手法により、もともとのグループ間での差（例えば、年齢、性別、職業や住んでいる地域、生活習慣など）を一定にした場合にどうなるのかは推計できます。しかし、これらはあくまで「推計」です。実際に同じような性質のグループを作って試したものにはかないません。これが、エビデンスのピラミッドの上から2番目にある、「ランダム化比較実験」と呼ばれるものです。

ランダム化を説明するためにコイン投げの事例を使います。皆さんもやったことがあるかもしれませんが、コインを10回投げた場合、全てが裏か表になることはなく、回数を増やせば増やすほど、半分ずつに近い割合で、裏か表が出てきます。これは、コインを投げる人や、所要時間に関わらず、「無作為（ランダム）」にコインを投げた結果です。この考え方と同じく、多くの人を無作為にふたつのグループに分けると、ふたつのグループがだいたい同じような特性を持つようになります。つまり、ひとつのグループだけ年齢層が高めになったり、重症度が高くなったり、という偏り（バイアス）がほとんどなくなります。仮に偏る場合でも、「どれくらいの偏りになる確率が何%」というように、統計的な手法を使って計算することが可能です。このように「無作為」に人を振り分けることで、グループ間の特性を同じようにして、投与する薬や、治療法などの違いを見ることは医学研究でよく行われます。このようなやり方のことをランダム化比較実験と呼びます。最初に登場したCAST studyも、ランダム化比較実験です。

ランダム化比較実験

研究の対象者を乱数表などを用いてふたつ以上のグループにランダムに分け（ランダム化）、治療法などの効果を検証する試験のことをランダム化比較実験といいます。無作為化比較実験ともいいます。



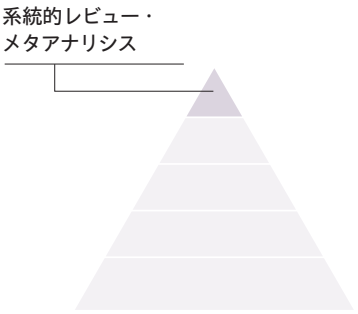
次のページにつづく

エビデンスのピラミッド

エビデンスには強弱のレベルが存在します

さらに強いエビデンスは、複数の研究を統合した系統的レビュー・メタアナリシス

ランダム化比較実験は強いエビデンスとなりますが、これよりもさらに強いエビデンスとなるのが、系統的レビュー・メタアナリシスと呼ばれるものです。これは、複数のランダム化比較実験の結果を統合したもので、英語の「アナリシス（分析）に対するアナリシス（分析）」ということで「メタ（高次の）アナリシス」と呼ばれます。また、ある一定の基準を満たす研究を可能な限り抽出し、これらの論文をまとめ、その分野のデータを統合的に解説した「系統的レビュー」があります。英語ではシステマティックレビューといいます。



分野によっては、まだ調査データレベルのエビデンスしかないものもあります。また、一般的には最上位とされるメタアナリシスや系統的レビューですが、近年その方法に様々な質のものが存在することから、必ずしもエビデンスの最上位として捉えられないものや、観察研究をまとめた質の高いメタアナリシスなども存在します。

総説論文は系統的レビューとは異なる

同じ「レビュー」という言葉を使っていても、「総説論文」と、この系統的レビューは異なるため、注意が必要です。総説論文は一般的に、著者が色々な研究を紹介して内容を論じるものですが、どの論文に着目して取り上げるかは著者の意思に任されます（したがって系統的ではない場合があります）。これに対して、系統的レビューは、再現性が重要とされており、どのような用語や条件で検索したかなどを詳しく解説し、誰がやっても同じ論文が抽出されること、また可能な限り同条件で検索した論文の全てを網羅して解説することが求められます。

メタアナリシスや系統的レビューは、様々な論文の最新の分析結果を統合した上で、その分野の全体的な傾向として何がいえるのか（例えば、特に強い効果を示す対象者は誰か、どのような方法がより効果的かなど）にも踏み込んで「個々の研究結果に対する統合的な分析」を行います。そのため、エビデンスとして最も上位になります。

\ POINT /

必ずしもエビデンスのピラミッドに当てはまるわけではありませんが、エビデンスのピラミッドは、エビデンスに関する基本中の基本として捉えておくと便利です。

健康づくりに格差対策はなぜ重要か

健康格差を理解した上で、健康づくりに取り組みましょう

健康格差が生まれ、問題となる理由

世界保健機関（WHO）の定義では、健康格差とは、職業や教育歴などの異なるグループの人々が経験する社会的背景の違いによって、健康状態に差が生じることを指します[1)]。格差が大きくなると、格差の上位に位置する人たちの健康にも影響があります。健康格差に配慮して健康づくりを行うことが重要です。

Q. なぜ健康格差が生まれるのでしょうか？

A. 教育年数や職業、収入、性別などの社会経済状況が、人々の健康状態や、健康に関わる行動に影響を与えているためです[1,2)]。

最近は、「健康格差」という言葉が、一般的にも使われるようになりました。過去の研究から、教育年数や職業、収入、性別などの社会経済状況により、人々の健康の度合いに差が生まれることが明らかになり、日本でもこのようなエビデンスが様々な健康の分野で報告されています。

しかし、社会経済的な要因は、家庭や職場環境などの社会的な要因や、自分や家族の経済状況など、複雑な要因が絡み合って起こっていることなので、変えることは簡単なことではありません。また、社会経済的な要因を変えるには、教育分野や社会保障の分野など、保健福祉分野を超えた取り組みが必要になります。健康づくりの結果の根幹を左右するのが格差対策でありながらもなかなか手を打つのが難しい背景には、このような状況があります。

Q. 健康格差が大きくなると、なぜ格差の上位に位置する人たちにも影響があるのですか？

A. 社会経済状況が悪い人たちが不健康になることで、その人個人だけではなく、地域全体の健康の度合いも負の影響を受けます[1)]。

もともと社会経済状況が悪く、生活の面で不利な立場にある人たちが、病気になって働けなくなると、より家計が悪化したり、その子どもたちの教育の機会が奪われたりし、負の連鎖が続きやすくなると考えられます。このような人々が増えると、地域全体の社会経済状況にもインパクトを与えます。

しかし、健康づくりに携わる部署だけで社会経済の格差を是正するのは至難の業です。そのような場合、何に気をつけたら良いのかを次のページから解説します。

＼ POINT ／

社会経済状況が悪い人たちが不健康になることで、その人個人だけではなく、地域全体の健康の度合いも負の影響を受けるため、健康格差に配慮して健康づくりを行うことが重要です。

1）World Health Organization. Health inequities and their causes [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018/2/22. https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes (2026/7/15 アクセス)
2) リサ・F・バークマン, イチロー・カワチ, M・マリア・グリモール, 編. 社会疫学〈上〉〈下〉. 高尾総司, 藤原武男, 近藤尚己, 監訳. 東京: 大修館書店; 2017.

地域での格差対策で気をつけるべきこと

健康格差を生み出す社会環境への配慮

健康づくりには、社会経済状況を含めた環境の考慮を！

地域での健康格差対策で最も重要なことは、健康格差を生み出す社会環境に配慮しつつ、どのようにすれば個人が健康のために行動を変えやすくなるのかを熟慮し、健康づくりの施策やプログラムに反映していくことです。

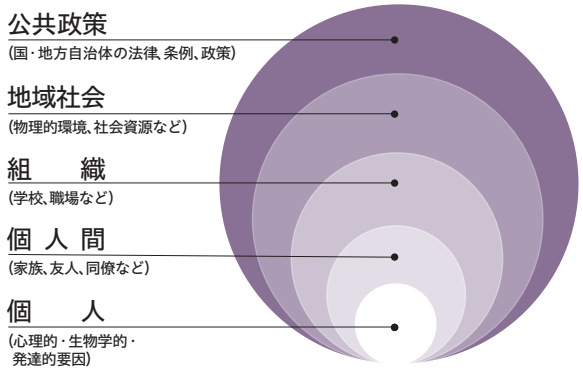
Q. 健康づくりの施策には何が求められますか？

A. 個人の健康づくりでは、その人の行動の背景にある社会経済的な状況を加味することが求められます。

健康づくりでは、その人が属する社会経済状況を含めた環境が、個人の健康習慣を変えるためにとても重要です。

公衆衛生の分野でよく使われる概念に、「エコロジカルモデル」があります。この概念を表したのが下の図です[1]。健康施策における格差は、構造的な要因が複雑に絡み合って起こっていることがよくあります。そのため、個人の健康づくりでは、その人の行動の背景にある社会経済状況を加味した上で、支援をすることが求められます。知識はあっても行動に移せなかったり、行動の意図があっても習慣化できなかったりする場合には、個人の意思を超えたところにある要因が、特定の行動を阻害したり、促進したりしている可能性があります。

エコロジカルモデル[1]



これは、周りの環境がどのように個人の行動に影響を与えるかについて視覚化したモデルです。
個人の行動は、個人レベルの要因（例えば、知識や、健康に関する考えなど）だけではなく、人と人とのつながりや、その人が所属している組織、住んでいる地域や属しているコミュニティ、環境や政策などの環境レベルの要因に規定されることを表しています。

1) Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. 4th ed. California: Jossey-Bass; 2008.

次のページにつづく 〉〉〉

地域での格差対策で気をつけるべきこと

健康格差を生み出す社会環境への配慮

例

健康づくりの施策で加味する人の行動の背景にある社会経済的な状況の例

身体活動に影響を及ぼすもの[1-3]

- 近くに運動ができる公園があるか
- 家の近所が歩きやすい道路か
- 夜間でも街灯などが整備されていて出歩きやすいような安全が確保されているか　など

食生活に影響を及ぼすもの[4-6]

- 生鮮食料品店が近くにあるか（野菜摂取量に影響を与える）
- ファーストフード店やお酒を飲めたり、買えたりする場所、食料品店へのアクセスがあるか（ジャンクフードやアルコールの摂取量は健康度合いに影響を与える）　など

上記の他にも、教育年数と喫煙率（教育年数が少ない人の方が喫煙率が高い）や、特定の職業とストレスの関連などが様々な国で報告されています[7]。このように、一見個人の意思で決定していると考えられがちな一つひとつの行動も、周りの環境やその人の社会経済状況によって引き起こされていることが多いのです。

格差対策は、自治体の健康関連部署だけでは解決できないことがほとんどです。このような状況を踏まえ、格差対策として何をどのように始めたら良いのか、自治体で行える格差対策の例を示します。

格差対策の例

① 自治体における人々の社会経済状況の実態を把握する

② 特定の健康づくり分野の指標について社会経済状況による分布を把握する

③ 保健師など現場で人々の健康支援に直接携わる方々を通じて、社会経済状況の悪い人々が、どのような課題を抱えているかなどを理解する

④ 施策やプログラムを行う際には、常に社会経済状況の悪いグループに対する取り組みを特別に考慮する

⑤ 特定の健康行動を支援するために施策やプログラムを行う際、環境レベルで取り組むべきことと、個人レベルで取り組むべきことを整理し、具体的に短期・中期・長期的にどのような取り組みが可能かを検討する
さらに、格差の是正に向けてどのようなことができるかを検討する

次のページから各対策例について一つひとつ詳しく見ていきましょう。

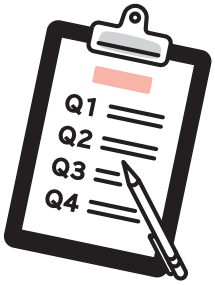
1) The Community Guide. What Works Fact Sheets. CPSTF Findings for Physical Activity.[Internet]. Atlanta (GA): Environmental and Policy Approaches. https://www.thecommunityguide.org/pages/task-force-findings-physical-activity.html#behavioral-social (2026/7/15 アクセス)
2) Cerin E, Nathan A, van Cauwenberg J, Barnett DW, Barnett A. The neighbourhood physical environment and active travel in older adults: a systematic review and meta-analysis. Int J Behav Nutr Phys Act. 2017;14(1):15.
3) Omura JD, Carlson SA, Brown DR, Hopkins DP, Kraus WE, Staffileno BA, et al. American Heart Association Physical Activity Committee of the Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; and Council on Clinical Cardiology. Built Environment Approaches to Increase Physical Activity: A Science Advisory From the American Heart Association. Circulation. 2020;142(11):e160.
4) Tani Y, Suzuki N, Fujiwara T, Hanazato M, Kondo N, Miyaguni Y, et al. Neighborhood food environment and mortality among older Japanese adults: results from the JAGES cohort study. Int J Behav Nutr Phys Act. 2018;15(1):101.
5) Caspi CE, Sorensen G, Subramanian SV, Kawachi I. The local food environment and diet: A systematic review. Health Place. 2012;18(5):1172-87.
6) Momosaki R, Wakabayashi H, Maeda K, Shamoto H, Nishioka S, Kojima K, et al. Association between Food Store Availability and the Incidence of Functional Disability among Community-Dwelling Older Adults: Results from the Japanese Gerontological Evaluation Cohort Study. Nutrients. 2019;11(10):2369.
7) リサ·F·バークマン, イチロー·カワチ, M·マリア·グリモール, 編. 社会疫学〈上〉〈下〉. 高尾総司, 藤原武男, 近藤尚己, 監訳. 東京: 大修館書店; 2017.

次のページにつづく 〉〉〉

地域での格差対策で気をつけるべきこと

健康格差を生み出す社会環境への配慮

対策例① 自治体における人々の社会経済状況の実態を把握する



まず、担当する自治体における人々の社会経済状況に関する実態を把握することから始めましょう。既存の調査結果や統計データを活用して、地域の実態を把握しましょう。特に、教育歴や仕事の状況、収入（世帯・個人ともに）などの情報と、健康や健康行動、習慣に何らかの関係性がありそうかを見てみることが重要です。

どうしても、既存のデータでは十分な情報が得られないのであれば、調査をするのもひとつの方法です。その場合には、厚生労働省の指針や健康づくり政策の目的に沿って、必要な手順（目的を明確にした上で調査の計画を作成し、倫理審査を経て、何らかの方法で対象者の同意を得ること）や倫理的に問題がないかなどを確認した上で実施しましょう。調査した後は、収集したデータの管理や保管方法などについても十分な配慮が必要です。

アンケートやヒアリングに関しての留意点

センシティブな内容のため、住民へのアンケートに含めることに抵抗がある方もいらっしゃるかもしれません。重要性を理解するとともに、聞き方に配慮する必要があります。個人情報の取り扱いについての取り決めなど、自治体のルールについても確認が必要です。

教育歴	●最終学歴を聞く（中退などの状況も把握できるようにする） ●教育年数を聞く（例えば、小学校と中学校は足して9年、それ以降の教育年数を足していく）
収　入	●アンケート回答者や家族の年収を聞く ●世帯収入を聞く（この場合、何人家族で住んでいるかも重要なので、世帯収入を家族の人数で割ると良い）
職　業	●具体的な職業名・従事している産業分野を聞く ●職種による違いを踏まえて職種を聞く（製造業や建設業などで肉体労働に従事するいわゆるブルーカラーや、事務職であるホワイトカラーの区別がつくように聞く）

実際にアンケートやヒアリングを行って社会経済状況を調べる際には、教育歴・収入（世帯・個人）・職業などに関する質問をすることで、その自治体における社会経済状況にどのような分布がみられるか、自治体内の地域ごとに何らかの特徴がみられるのかなど、健康施策における重要な情報を得ることができます。このために特別に調査を立ち上げる必要はありません。自治体で行っている何らかのアンケート調査にこのような質問項目を追加する形でも実行可能です。

次のページにつづく 〉〉〉

地域での格差対策で気をつけるべきこと

健康格差を生み出す社会環境への配慮

対策例② 特定の健康づくり分野の指標について社会経済状況による分布を把握する

何らかの健康に関するアンケートやヒアリングに追加することが可能な場合、喫煙（禁煙）・身体活動・食生活・飲酒などに関する質問と組み合わせて社会経済状況を見てみると、自治体での健康づくりに関する、より詳しい傾向を知ることができます。

喫煙や身体活動の習慣などと社会経済状況がどのように関連しているかなどを見てみましょう。

日本でも、喫煙状況と教育歴に関連がみられるなど、様々な健康づくりの分野で社会経済状況による健康格差が明らかになっています[1]。

対策例③ 保健師など現場で人々の健康支援に直接携わる方々を通じて、社会経済状況の悪い人々が、どのような課題を抱えているかなどを理解する

担当する自治体で、社会経済状況の悪いグループの人々が、実際どのような課題に直面しているのかについて理解することは大切です。

例 野菜摂取量が少ない場合の社会経済状況の要因

- 経済的な問題で野菜の購入が難しい
- 料理をするのに十分なスキルがない
- 生鮮食料品が売られている店が近くにない

簡単なアンケートでは読み取れないような背景が複雑に絡み合っていることもあるので、彼らから直接話を聞くのが難しければ、常日頃から彼らと接し、現状をよく知る保健師などを通じて、実際の状況を把握しましょう。そうすることで、何が原因でその人たちの野菜摂取が妨げられているのかがより明確になるでしょう。これらが明確になれば、地域の課題とともに、保健医療分野で何をしたらよいか（すべきか）が見えやすくなります。

1) Tabuchi T, Kondo N. Educational inequalities in smoking among Japanese adults aged 25-94 years: Nationally representative sex- and age-specific statistics. J Epidemiol. 2017;27(4):186-92.

次のページにつづく 〉〉〉

地域での格差対策で気をつけるべきこと

健康格差を生み出す社会環境への配慮

対策例④　施策やプログラムを行う際には、常に社会経済状況の悪いグループに対する取り組みを特別に考慮する

施策やプログラムを行う際には、格差を広げることにならないように注意しましょう。住民全体に行った施策であっても、社会経済状況の悪い人々にとってアクセスが難しかったり、利用しにくかったりする場合、さらに格差を広げてしまうことになります。健康施策に限らず、社会経済状況の悪い人々には、様々な行政サービスが往々にして届きにくい傾向があることに留意しましょう。格差を防ぐひとつの方法として、施策やプログラムの中で、社会経済状況の悪い人たちに向けた配慮をすることが重要です。

例　**野菜摂取量が少ない人々への働きかけ**

- 近くに生鮮食料品店がなく、買い出しの頻度が限られる
- 経済的な理由から野菜を十分に購入することが難しい

→

- 長持ちする野菜を使う
- 季節に合わせて価格が安い野菜を使ったメニューを提供

例　**体を動かす時間が取りにくい人々への働きかけ**

- 働きづめの状態
- 夜勤のため昼間に運動する時間が取れない

→

- 生活活動や勤務時間中に体を動かせるような方法を紹介
- 通勤は、体を動かす時間に充てるやり方を紹介

インターネットが普及しているといっても、社会経済状況の悪い人たちが、使用・アクセスできる環境がない可能性も配慮し、普及啓発をする際には、対策例③のヒアリングなどを踏まえ、どのような手段であれば彼らに確実に情報が届くのかを検討しましょう。詳しくは、vol.2 エビデンスに基づく健康づくり編 p34をご参照ください。

対策例⑤　特定の健康行動を支援するための施策やプログラムを行う際、環境レベルで取り組むべきことと、個人レベルで取り組むべきことを整理し、具体的に短期・中期・長期的にどのような取り組みが可能かを検討する。さらに、格差の是正に向けてどのようなことができるかを検討する

環境・個人レベルの要因それぞれについて、どのようにアプローチすべきか検討してみましょう。

次のページにつづく 〉〉〉

地域での格差対策で気をつけるべきこと

健康格差を生み出す社会環境への配慮

その他の対策例

環境レベルの要因（例）	考えられるアプローチ（例）
近くに体を動かせる公園がない	▶ 家の中や庭など、外出しなくても体を動かせる方法を提案する（短期） ▶ 近くに公園がないという人たちが集まってグループで身体活動を増やせるような取り組みを開始する（中期） ▶ 自治体内の公園の状況を調べ、公園から遠い人がどの程度いるか調査する。調査に基づいて、可能であれば、他の部署と連携し、広場や歩道、公園などを整備することで、より多くの人々が体を動かせる環境にアクセス可能な状態にする（長期）
個人レベルの要因（例）	**考えられるアプローチ（例）**
運動することに良いイメージがない	▶ 運動ではなく、生活活動を含めた身体活動の一貫として、生活の中で体を動かせることを伝える（短期） ▶ 地域の中で、運動に関するイメージのヒアリングや調査を行い、どのようなことにつまずきを感じて身体活動が阻害されているかを把握する（中期） ▶ ヒアリングや調査結果をもとに、体を動かすことに対して、住民がポジティブなイメージを持てるようなプログラムや普及啓発を統合的に実施する（長期）

社会環境を整えるためには、健康や福利関連以外の他部署（例えば土木、環境など）との連携が今後ますます必要不可欠です。また、自治体の政策として現場から進言できることはあるかなども検討してみてください。

＼ POINT ／

社会経済状況の実態や分布を把握し、健康支援に直接携わる方々を通じて、社会経済状況の悪い人々が、どのような課題を抱えているかなどを理解しましょう。また、健康づくりを促す施策やプログラムを行う際、環境レベルで取り組むべきことと、個人レベルで取り組むべきことを整理し、具体的に短期・中期・長期的にどのような取り組みが可能かを検討しましょう。さらに、格差の是正においてどのようなことができるかを考えましょう。

地域での格差対策で気をつけるべきこと

コミュニケーションによる格差にも配慮しましょう

コミュニケーションによる格差とは

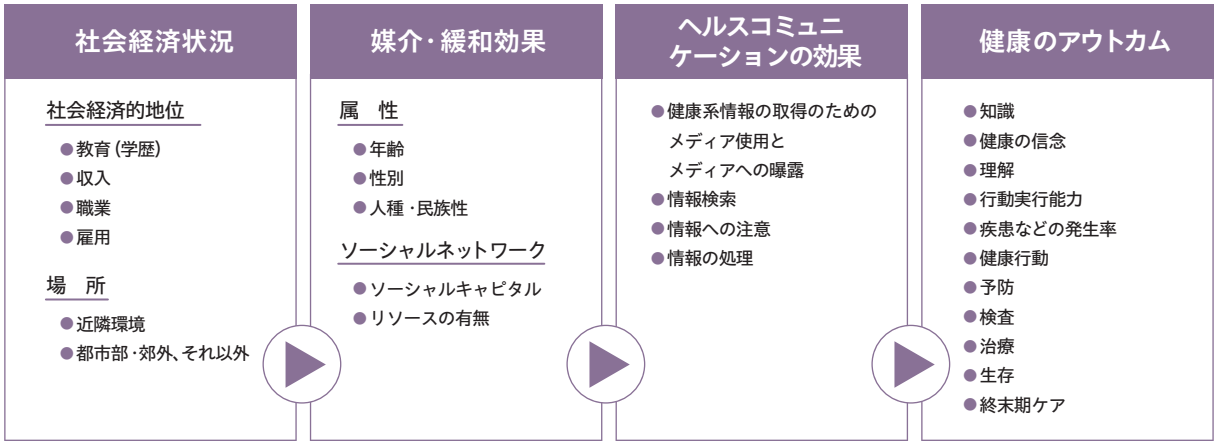
健康格差問題でもうひとつ重要なことは、コミュニケーションによる格差に留意することです。どのような健康づくりの施策を行うにあたっても、施策やプログラムを人々に周知し、利用を促進させることが必要です。その際に重要な役割を果たすのがコミュニケーションです。広報や普及啓発なども、コミュニケーションに含まれます。

Q. コミュニケーション格差に対して何をしたらいいですか？

A. 情報が届きにくいグループに対して、どのような方法で情報を流すことができるのか、検討する必要があります。

前述の通り、社会経済状況が健康格差を生み出すことが明らかになっています。また、社会経済状況がコミュニケーションにおける格差を生み、それが健康格差につながることも報告されています[1)]。

コミュニケーションによる格差[1)]



1) Viswanath K, Ramanadhan S, Kontos EZ. Mass Media. In: Galea S, editor. Macrosocial Determinants of Population Health. New York, NY: Springer; 2007. p.275-94.

次のページにつづく 〉〉〉

地域での格差対策で気をつけるべきこと

コミュニケーションによる格差にも配慮しましょう

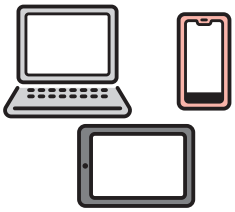
例

何らかの健康施策を実行するために、住民への普及啓発を行う際の周知方法

町の放送・広報誌

屋外にあるスピーカーを通じた放送では、耳が遠い方や、日中市外で働いている方などには情報が届きにくいかもしれません。

インターネットやソーシャルメディアなど



インターネットでは、そもそもインターネットへのアクセスがなかったり、アクセスがあっても使い方がわからない人たちに情報を届けることができません。

情報の理解度や情報処理能力の点で不利になるグループ

- 高齢者の中で、認知機能などに何らかの問題を抱えている人
- 障害者、子どもなど

不利になるグループに対してどのような方法で情報を流すことができるのか、検討する必要があります。

情報が届きにくいグループに関しては、町内会などを通じて人づてに情報が伝わるような仕組みを作ったり、医療従事者に協力してもらうなど、地域に存在する様々なリソースを使う必要があるでしょう。前述の調査やヒアリングが可能な場合、社会経済状況が不利な立場にある人たちが、どのような手段で健康に関する情報を得ているのか、またどのような情報のソースをより信頼しているかなどに関しても、聞いておきましょう。

\ POINT /

住民全員に普及啓発をしたつもりでも、健康に関心がある人や、すでに健康状態が良い人たちにしっかり情報が届き、健康無関心層と呼ばれるようなグループや、社会経済状況の悪いグループには情報が行き渡っていないことがあります。このような場合、格差をかえって広げてしまうことになりかねません。どの分野で普及啓発や広報を行う場合でも、コミュニケーション格差は起こりうるものとして、対策を練っておきましょう。

健康づくりに役立つロジックモデル

ロジックモデルとは

ロジックモデルとは、事業や課題に対する取り組みに関して、その取り組みを通じて目指すゴールや、実現のための道筋を、視覚的かつ論理的に体系立てて説明することを目的とした、説明図のことです。

昨今、様々な政策の分野で用いられるようになっています。今後も健康分野の施策づくりにおいても導入が多くなることが予想されるため、作成の方法を身につけ、現場でも使用してみるとよいでしょう。

ロジックモデルの構成要素

ロジックモデルは、一般的に、主に以下の４つの要素で構成されます。これらの４つの要素を、矢印でつなぎ合わせて図示します。ロジックモデルは、事業について検討したり説明する際に作成されることが多いため、中に入れる要素は、事業が進むにつれて修正したり改善したりしていくことが普通です。まずはそれぞれの要素に当てはまる事業の内容を洗い出し、関連する内容を論理的になるように結んでいきます。

- アウトカム：達成したい結果や変化、効果のこと。短期・長期と分けて表示することもある。
- アウトプット：「アウトカム」を達成するために提供するサービスやモノ・施策・プログラムなどのこと。
- アクティビティ（活動）：「アウトプット」を提供するために必要な活動のこと。
- インプット：「アクティビティ」を行うために導入する資源（資金・人的資源など）のこと。
- インパクト：アウトカムの上位にくるもので、アウトカムを通じてなされる社会的な意義のことを指す。ない場合もある。

健康づくり事業の例

インプット	アクティビティ	アウトプット	短期アウトカム	長期アウトカム	インパクト
慢性疾患予防プログラムの実現に必要な予算・人的資源（自治体・外部講師）・場所・教材など	●慢性疾患予防プログラムの開発（地域の企業との連携） ●慢性疾患予防プログラムの告知・参加者の募集 ●行動科学等を利用した慢性疾患予防ツールの開発	●慢性疾患予防プログラムの開発（地域の企業との連携により、外部講師による研修を対面とオンラインにより実施） ●慢性疾患予防プログラムとして、定期的な食事や運動に関する公開講座の提供 ●行動科学等を利用した慢性疾患予防ツール（ウェブサイト・資材）の完成	●慢性疾患予防に関する働き盛りの市民の知識の向上（対象者のX%が慢性疾患予防に必要な知識を得ている） ●慢性疾患予防に関する地域の事業者の理解の向上（対象者のX％が慢性疾患予防に必要な対策を理解している）	●慢性疾患予防のための働き盛りの市民のリスクの低減（65歳未満の1日の歩数をＸＸ歩→ＸＸ歩、など） ●事業所を通じた慢性疾患予防の啓発活動の実施率（実施率X%以上、など） ●慢性疾患予防のための地域の企業との協業フレームワークの整備（X社以上が参加）	健康寿命の延伸（２０４０年までに3年以上の延伸）

次のページにつづく 〉〉〉

ロジックモデルの作り方

ロジックモデルは、通常、事業を通じて達成したい成果などのアウトカムの検討から始めることが一般的です。アウトカムを設定したのちに、そのアウトカムを達成するには、① 誰に、② 何（サービス・施策・モノ・プログラム）を、③ どのように提供する必要があるかを検討します。

地域の健康づくりにおいては、すでに達成すべきアウトカムと、年度予算や人的資源が決まっている状態でロジックモデルを作成することもあるかもしれません。その場合は、インプットとアウトカムをつなぐために何がどのように必要かという視点でロジックモデルを作成してみましょう。また、ロジックモデルは、事業を開始した後にも有効です。その際は、予算やアクティビティの内容が、アウトカムの達成に貢献するかどうかを確認するために使います。提供されるものとアウトカムに差がある場合、適宜修正を加えることが重要です。

作成のポイント[1)]

- アウトカムを達成するために、自分の事業に限らず、最終アウトカムにつながる短期・中期・長期などのアウトカムに関して検討する。その際、できるだけ具体的なもの・指標を入れる。
- ひとつのアウトカムに向けて複数の部署との連携についても図示できるので、部署を超えた取り組みなどにも言及する。
- 統一的なルールは存在しないので、組織間で使用する言葉が異なる際には、それぞれの言葉が何を意味するかに注意する。

ロジックモデルのメリット・デメリット

メリット

- 事業の目的・手段・成果を可視化することで事業や施策の設計図を関係者に共有できる。
- 事業の意義や有効性について関係者の視座を揃えることができる。
- 事業の意義をチーム内外の人々に説明するための根拠となる。
- 事業における指標が明確となり、改善や修正に向けて検討することができる。

デメリット

- 統一的なルールが存在しないため、組織や人によって、異なる要素や用語が使われることがある。
- ロジックモデルに慣れていない人もいる可能性があるので、ロジックモデル自体の説明が必要なこともある。

まとめ

ロジックモデルは、EBPM（エビデンスベースドポリシーメイキング：根拠に基づいた政策づくり）の分野で使用されてきました。健康づくり分野でも昨今多く用いられているので、ロジックモデルの見方に慣れ、作り方も身につけておきましょう。

1) W.K. ケロッグ財団. ロジックモデル策定ガイド. [Internet]. 2003. https://www.maff.go.jp/primaff/about/center/hokoku/attach/pdf/200308_hk066.pdf（2026/7/15 アクセス）

健康づくり担当者は、人々の人生や生活に寄り添うサポーター

日々、地域の健康づくりに取り組むみなさまにとって、健康は大きなゴールのひとつだと思います。一方で、人々の価値観は様々であり、健康に無関心な人、健康に興味があっても社会経済状況により行動がとれない人、健康に関する優先順位が低い人、健康が人生のゴールと考える人もいれば、健康は人生の目的を達成するための手段と考える人もいるでしょう。健康づくりの施策やプログラムづくりで大切なことは、住民一人ひとりの価値観に耳を傾け、潜在化されたニーズや人々の声に寄り添うことです。住民のニーズは、公的統計や自治体アンケートの結果、難しければインタビューなどの質的なデータを収集してエビデンスづくりを行うことが重要です。

健康格差や社会環境などを俯瞰する「鳥の目」や科学の知識を持ちつつ、一人ひとりの人生や生活に寄り添うことが、健康づくり担当者に求められています。

エビデンスを活かした健康づくり編

vol.3

データから因果関係を考えるということの基本

データで効果が検証された取り組みを参考にしましょう

因果関係を理解して、的確な働きかけを！

「エビデンス※に基づいて健康づくりを考える」というのは、言い換えるなら
「因果関係をよく理解した上で先行研究を読み解く」ということになります。

※ 医学や公衆衛生の分野では、エビデンスとは科学的根拠のことを指します。詳しくは、vol.2 エビデンスに基づく健康づくり編 p22をご参照ください。

例

盛況な健康教室の事例 〉 参加した住民は満足そうで、帰り際に「健康教室のおかげで健康になれそうだ」と好意的なコメントをくれた

Q. この健康教室は果たして参考にした方がよいのでしょうか？

A. 残念ながらこれだけでは全くわかりません。具体的に健康にどのような効果があったのか、適切なデータを見る必要があります。

まず「参加者が健康になれるかどうか」という結果について、この時点では不確かなことしかいえません。本人は何となく「健康になれそう」という感覚があったとしても、ただの思い過ごしかもしれません。

「ただの思い過ごし」であっても本人が良ければそれで良し、という考え方もあるかもしれませんが、こうした健康に関する錯覚は「良かれと思っても逆効果」という有害な事態を引き起こす可能性があります。例えば極端な話、「自分は健康になったのだから少しぐらい暴飲暴食をしても大丈夫だろう」とか「自分は健康になったのだから少しぐらい運動不足になっても大丈夫だろう」と参加者が錯覚してしまうのであれば、健康教室が実際には参加者の健康にとって有害だったという危険性すら考えられます。

したがって、病気と関係しうる身体的指標が改善したり、健康に関係しうる行動が変化したりするのかどうかといった、具体的な健康指標についてはデータをもとに検証する必要があります。

病気と関係しうる身体的指標	健康に関係しうる行動
●血圧 ●血糖値　など	●喫煙 ●身体活動 ●食生活　など

次のページにつづく 〉〉〉

データから因果関係を考えるということの基本

データで効果が検証された取り組みを参考にしましょう

「因」と「果」を把握することが必要

前述の短期的に変化しうる指標は因果関係における「果」、つまり結果側の話です。最低限、結果については把握する必要がありますが、健康教室に参加した人の健康状態（結果）が改善していたとして、その原因が果たしてこの健康教室だといえるのかという「因」についても、可能な限り把握できるようにする必要があります。

例　健康教室に参加した人のその後の健康状態についてのデータを報告　〉　地域の平均的な住民と比べると、参加者は全般的に健康状態が良かった

Q. 健康教室は良い効果をもたらしたでしょうか？

A. このデータだけでは良い影響をもたらしたのかを判断することはできません。「データの質」が重要です。

一見すると、健康教室は良い効果をもたらしたように思えるかもしれません。しかし、この結果だけでは、例えばもともと健康状態の良い住民が、その健康意識の高さ故に健康教室に参加しただけ、という可能性も考えられます。つまり、健康状態の良い住民は健康教室に参加してもしなくても全く変わらず健康状態が良く、健康状態の悪い住民はそもそも健康教室に参加しておらず、仮に参加したとしても特に健康状態が良くなったりもしない、という状況も考えられます。仮にそうだとしても「健康教室に参加した住民はその後、地域全体の平均と比べると健康状態が良い」というデータは得られてしまうのです。

もし何か健康教室などの取り組みが「原因」となって、健康状態という「結果」が改善するならば素晴らしいことです。しかし、ただデータがあれば良いのではなく「質の高いデータ」がなければ、そうした取り組みが健康状態に良い影響をもたらしたのか、全くの無駄だったのか、ともすれば逆に有害だったのかを判断することはできません。可能な限り、本当に健康に良い影響のある取り組みを明らかにし、そうした効果を実証した成果を社会全体で共有し、効果の確実な取り組みを進めていくために「質の高いデータを集めて取り組みの効果を評価する」というプロセス、すなわちリサーチデザイン（どのようにデータを集めたか）がとても重要になります。

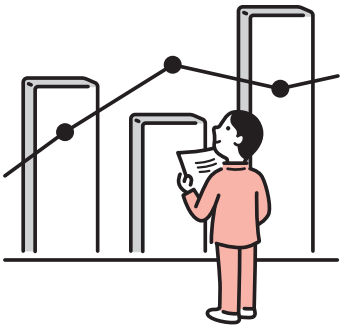
＼ POINT ／　健康づくり事業を考える際には、そのやり方が「質の高いデータを集めて取り組みの効果が検証されている」ものかどうかによく注意しましょう。

エビデンスレベルとリサーチデザイン

データの質を確認するポイント

① 十分な人数のデータはあるか

実際に効果のある健康づくり事業かを判断するには、
データの件数は重要なポイントになります。



Q. 何人ぐらいのデータがあればエビデンスとして参考になりますか？

A. 数十人から数百人ぐらいがひとつの目安になります。

例えばひとりから数人に対して「ある取り組みに参加した結果、健康状態がどのように変化したか」というデータを正確に集めて報告するのもエビデンスとして参考にならないわけではありません。こうしたデータの取り方、報告の仕方はケーススタディなどと呼ばれ、学術論文に研究成果が発表されることがあります。

しかし、少人数のデータだけでは判断しにくい部分があります。ケーススタディの限界として「この少人数の参加者がたまたま特別に健康状態が改善しやすい人だったのではないか？」や「たまたま取り組みの参加前後に健康状態が改善しただけで、参加しなくても健康状態が改善した可能性はないのか？」などについてデータから判断できないことが挙げられます。

こうした「たまたま～」という限界に応えるためには統計的な分析が必要になりますが、その際に必要なデータの目安として数十人から数百人程度の情報があれば、これが「たまたま」なのかどうかを判断しやすくなります。

「それだけでは判断しにくい部分」のことを
「限界」といいます。

次のページにつづく 〉〉〉

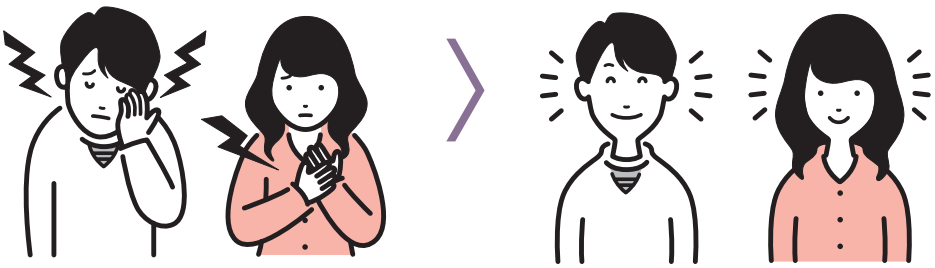
エビデンスレベルとリサーチデザイン

データの質を確認するポイント

例

たまたま一時的に体調の悪い人を数人連れてきた

安静にしていれば、数日後にはその多くの人は健康状態が回復



だからといって、体調の悪い人のほとんどは「安静にする」ぐらいで健康状態が良くなることはない。

上の例のような「たまたまじゃないか」という限界に応えるためには、統計的に十分な人数の参加者のデータが必要です。「何もしなくても健康状態が改善した可能性はないのか？」という限界に応えるためには、何かしらの形で比較対照、つまり「何もしていなかった人」や「従来の健康づくり事業に参加した人」といった対照者と比べて、「効果を検証したい健康づくり事業に参加した人」の健康状態が、実際にたまたまといえるような水準を超えて良くなったのかどうかを検証する必要があります。

このような理由から、最低数十人から数百人、多い時で数万人を対象に調査を行う方がケーススタディよりも質の高いデータになります。この調査対象者の中に効果を検証したい健康づくり事業に触れた人（介入群）と、そうでない人（対照群）が含まれているのであれば、「健康づくり事業に触れた人（介入群）は統計的にたまたまといえる水準を超えて比較対照と比べて健康状態が良いといえるのかどうか」を考えることができます。

医学研究の世界では、治療や予防の取り組みなどを行った集団のことを「介入群」、それと比べる相手となる集団のことを「対照群」と呼びます。

次のページにつづく 〉〉〉

エビデンスレベルとリサーチデザイン

データの質を確認するポイント

②「選択バイアス」はあるか

データの件数以外にも、データの質を考える上で重要なポイントがあります。

Q. 件数以外に気をつけるべきデータの質にはどういうものがあるでしょうか？

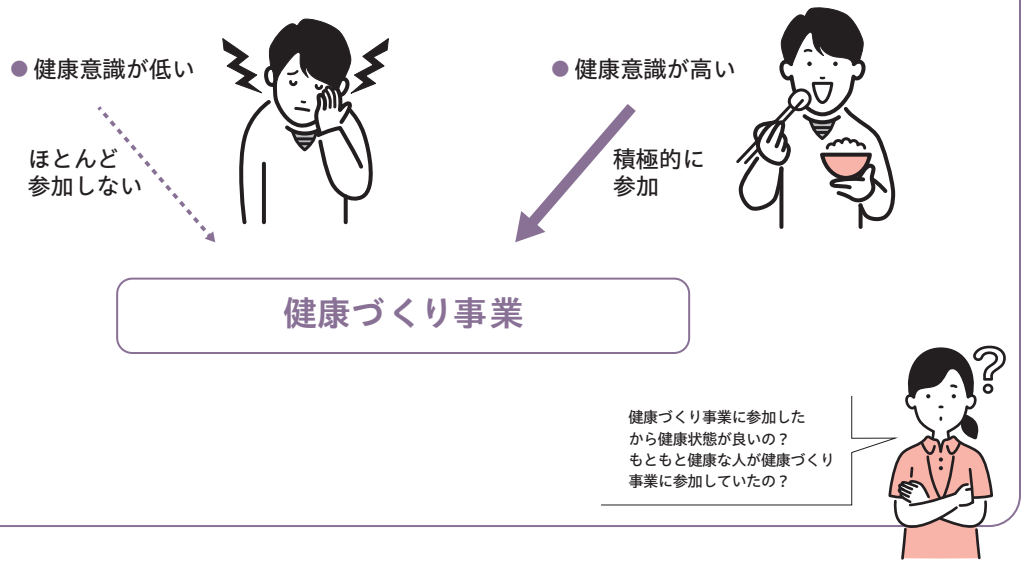
A. 1度きりの調査でデータを集めるよりも、同じ人から2回以上「ある健康づくり事業を行った時期の前と後」にデータを集めた方がデータの質は高まります。

このような点が問題になるのは、例えば専門用語で「選択バイアス」と呼ばれる現象が存在している場合です。

下の例のような状況が想定される限り、単に1時点の調査から「健康づくり事業に参加した人の健康状態が良い」といった結果が示されたとしても、この健康づくり事業が原因で健康状態という結果が改善したとは限りません。逆に「もともと健康である」という原因によって、「健康づくり事業に参加する」という結果が左右されたという因果関係が存在しているだけかもしれないのです。

しかし、少なくとも「健康づくり事業を実施する前と後」で同じ人に健康状態を聞くことができれば、「実施前は平均的にはほとんど健康状態に差がなかったのに、実施後は参加者の健康状態が明らかに良かった」や「実施前にも確かにある程度平均的な健康状態に差があったものの、その差以上に実施後の参加者の健康状態が明らかに良くなっていた」といったことがわかります。

例



次のページにつづく 〉〉〉

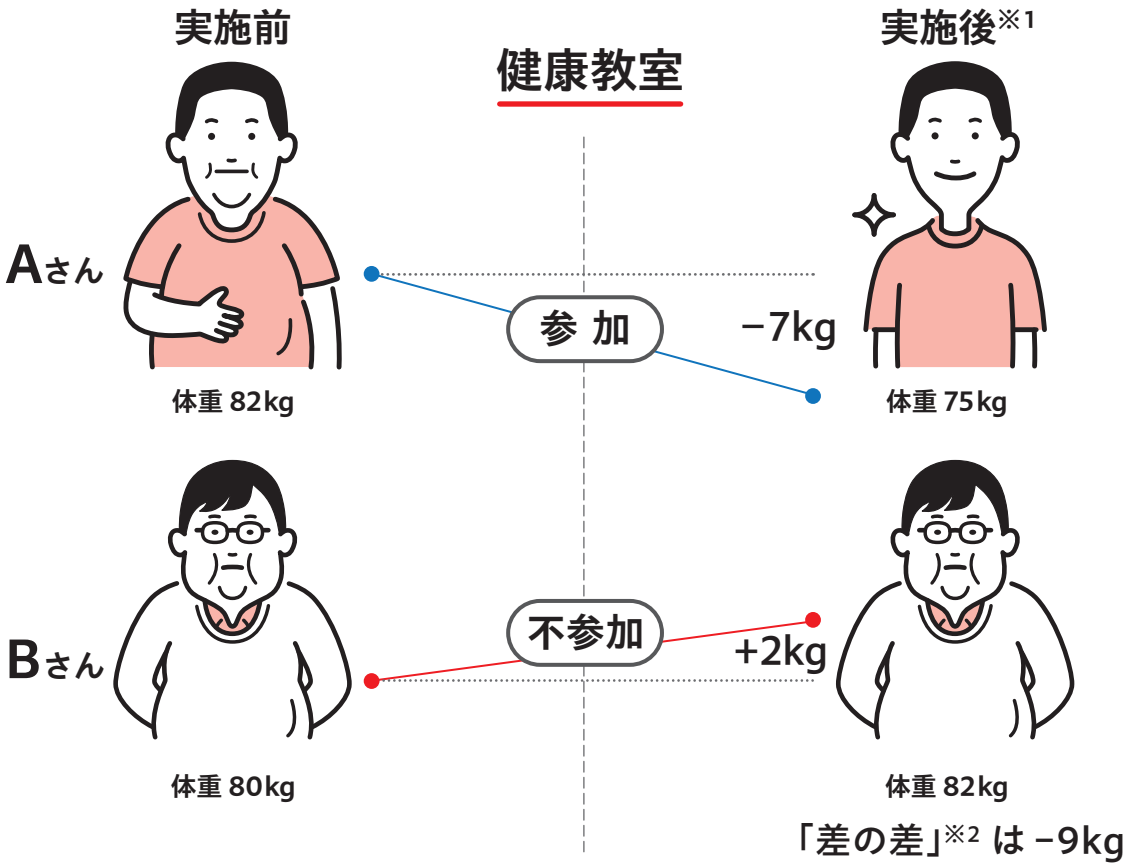
エビデンスレベルとリサーチデザイン

データの質を確認するポイント

こうした分析のやり方を「差の差分析」といいます。つまり、「健康づくり事業の実施前と実施後の差」に関する、「健康づくり事業に参加した人とそうでない人の差」を分析するため、「差の差分析」というわけです。

同一対象者に対して事業実施前後の２時点、あるいは「実施前、実施直後、実施1年後」といったように３時点でデータを収集して、短期的な（事業実施前後の）「差の差」と、長期的な（実施前から１年後までの）「差の差」を両方分析して事業評価をすることもできます。

差の差分析



参加していなければ自然に2kg 太っていた。
健康教室に参加したことで９kg の減量効果が得られた。

※1 短期的効果＝実施前から実施直後の差の差、長期的効果＝実施前から実施１年後の差の差　※２差の差＝Aさんの体重変化量－Bさんの体重変化量

次のページにつづく 〉〉〉

エビデンスレベルとリサーチデザイン
データの質を確認するポイント

③「思い出しバイアス」はあるか

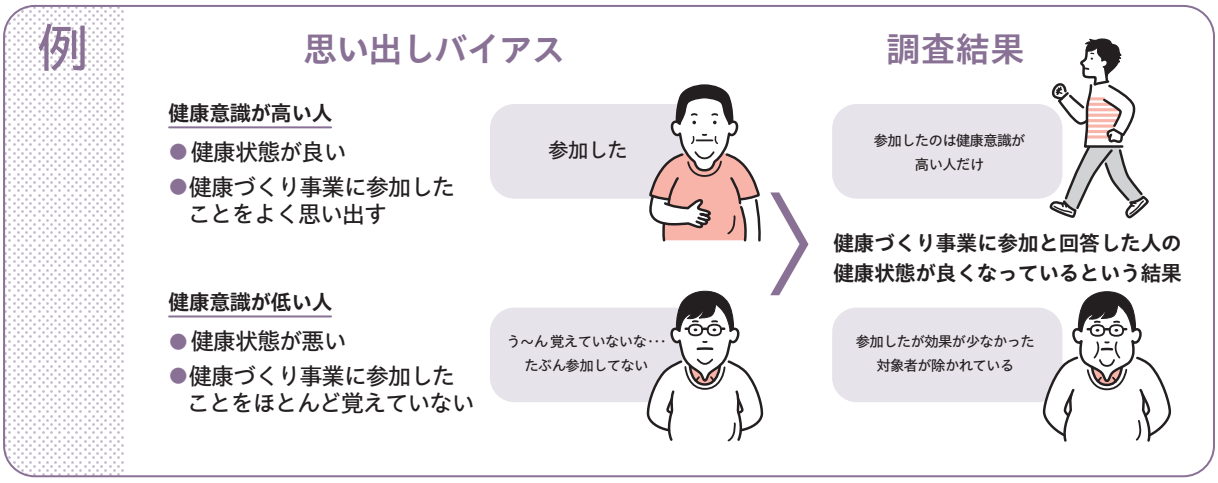
選択バイアスの他にもうひとつ、思い出しバイアスについてもデータの質を高める方法があります。

Q.「思い出しバイアス」とはどういうものですか？

A. 調査に回答している人が、実際には健康づくり事業に参加していながらそのことを覚えていなかったり、参加しなかったのに「何かそういうものがあった気がする」と錯覚して「参加した」と調査に回答してしまうと、調査結果をゆがめてしまう原因になります。

参加者の回答だけから「ある健康づくり事業に参加したかどうか」を判断するよりも、実際に参加したのかどうか、という事実をもとに判断した方がより正確なデータであるという考え方もできます。

ただ健康づくり事業を全体的に実施し、それに触れたかどうかを結果とともに調査する、というのではなく、一部の人に対しては確実に健康づくり事業に参加してもらい、確実にその事業に参加していなかった人と比べてどれだけ「差の差」が改善したのかを把握する方が、より質の高いデータであるといえるでしょう。このような評価方法は「実際に一部の人で行って試す」という意味から「実験研究」と呼ばれます。一方で、1時点であれ複数時点であれ、明確に「参加する介入群と参加しない対照群」に誰が該当するかを設定せずに調査を行うことを「観察研究」と呼びます。



次のページにつづく 〉〉〉

エビデンスレベルとリサーチデザイン

データの質を確認するポイント

④ランダム化は行われているか

実験研究のやり方に応じてデータの質が異なります。

Q. 実験研究にはどのようなやり方があるのでしょうか？

A. ランダム化をする研究としない研究があります。

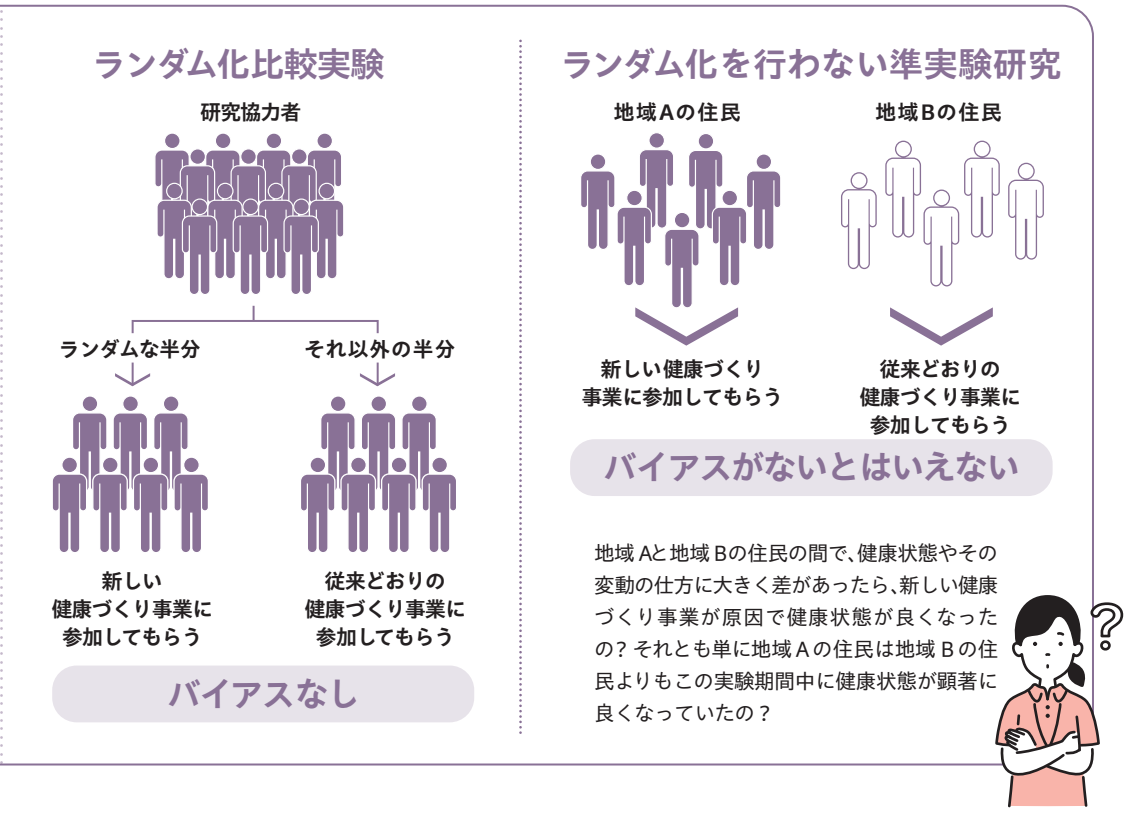
ランダム化を行うとは、例えば「100人の研究協力者のうちランダムな半分には新しい健康づくり事業に参加してもらい、残りの半分には従来どおりの健康づくり事業に参加してもらう」というものを指します（なお、新しい健康づくり事業に参加する介入群と、残りの半分の対照群は必ずしも半々でなければいけない、ということはありません）。

一方で、ランダム化を行わない場合の実験研究の例としては「A、Bという2つの地域に住む住民のうち地域Aの住民には新しい健康づくり事業に参加してもらい、地域Bの住民には従来どおりの健康づくり事業に参加してもらう」という準実験研究が挙げられます。

あるいは、意図的に行ったわけではなく、「自然と実験のような状況になった」という自然実験と呼ばれるものも、ある種の準実験研究だと考えることもできます。つまり、たまたま地域A全体で健康づくり事業が行われていた時、隣接した同じような地域Bでは全くこうした取り組みが行われていなかった、という状況のデータを遡って収集・分析すれば「自然とランダム化を行わない準実験研究のような状況だった」という自然実験のエビデンスだと考えられるわけです。

ランダム化をするかしないかで、「新しい健康づくり事業に参加してもらう人」と「従来どおりの健康づくり事業に参加してもらう人」の差に偏り（バイアス）があるかどうかという点に大きく違いが出ます。

例



次のページにつづく 〉〉〉

エビデンスレベルとリサーチデザイン

データの質を確認するポイント

このように、準実験研究を行うのであれば極力注意深く、比較対照（比べる相手）が「概ね同じような集団」となるよう気をつけなければいけません。

しかし、いくら気をつけても本当に「概ね同じような集団」なのかを保証することはできません。ここでランダム化を行うことができれば、例えば誰が投げてもサイコロの出目の平均値に偏りがないのと同じように、地域からランダムに選んだ調査対象者の回答の平均値は地域全体の全数調査の平均値と偏りがなく、またバラつくにしてもどの程度のバラつきになるかが確率的に計算可能になります。したがって、ランダムに分けられた集団の間にひとつだけ「新しい健康づくり事業に参加してもらうかどうか」という違いを作った結果、偶然のバラつきとはいえない水準で両者の健康状態に差が生じていたとしたら、「新しい健康づくり事業への参加（原因）により健康状態（結果）に差が生じていた」という因果関係がかなり正確に説明できることになります。

健康づくり事業は、個人ごとに「参加してもらうか否か」をコントロールできるものばかりではありません。

- 学校や事業所、公園といった施設単位で、いざ事業を実施しようとすると「施設に所属していたり、利用していたりする人全体が対象になる」といった健康づくり事業
- 施設といった形で明確な区切りがなくても、いざ事業を実施しようとするとごく狭い特定の地域の中にいる全員が対象になるような事業

このような場合は、人ではなく施設や地域をランダムに「新しい健康づくり事業を行う介入群と比較対照とする対照群」に割り付けて、そこに所属している人やふだん利用している人の差を検証することが可能です。これをランダム化比較実験のうち特別なものとして、専門用語で「クラスターランダム化比較実験」と呼びます。

＼ POINT ／

データの質は様々です。「十分な人数のデータはあるか」「偏り（バイアス）はないか」「ランダム化は行われているか」を確認し、質の高いデータを参照しましょう。

個人単位でのランダム化比較実験

まずランダム化比較実験を参照しましょう

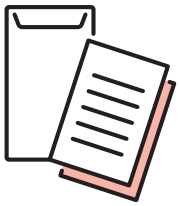
シンプルでパワフルなランダム化

もしあなたが実施しようとする健康づくり事業が、対象者一人ひとりに対して「介入群となるか」「比較のための対照群となるか」を制御可能なものなら、まずは参考になりそうな過去のランダム化比較実験の成果を探してみましょう。

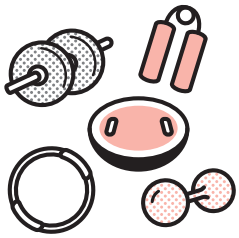
※ランダム化比較実験については、Vol.2 エビデンスに基づく健康づくり編 p25もご参照ください。

対象者一人ひとりに対して
介入群となるか対照群となるかを制御可能な取り組み

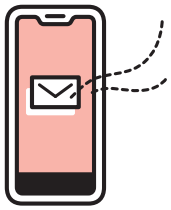
直接会話 / 電話 / オンライン面談



手紙や紙の資料を郵送



健康に役立つ器具の貸し出し / 譲渡



メール / アプリ

Q. なぜ最初にランダム化比較実験を参照するのですか？

A. ランダム化を行うことができれば、かなり正確に「健康づくり事業（原因）により人の健康状態（結果）が良くなった」という因果関係を示すことができます。

評価の対象者数としては、それぞれのグループについて、最低数十人、可能なら数百人ずついる状態で、グループ間の健康状態の差が統計的に「偶然のバラつきでも得られる範囲」と考えにくいような水準であれば、おそらく「健康づくり事業（原因）により人の健康状態（結果）が良くなった」という因果関係があったのだろうと示すことになります。

次のページにつづく 〉〉〉

個人単位でのランダム化比較実験

まずランダム化比較実験を参照しましょう

ランダム化比較実験の注意点

シンプルでパワフルなランダム化比較実験ですが、気をつけることが2点あります。

Q. ランダム化比較実験のどこに注意したらいいですか?

A. 効果のバラつきを考えて複数のランダム化比較実験の結果を参照するとともに、自分たちが実施を想定する状況や対象集団についても当てはまりそうなのかをよく注意するという点です。

ランダム化比較実験によって示される効果は常に一定ではなく、ある程度のバラつきが存在しています。そうしたバラつきを超えて、「おしなべてポジティブな効果があるといえそうなのか」という点をみましょうというのが、ひとつ目の注意点です。システマティック(系統的)レビューと呼ばれる形式の論文や報告書には、こうした複数のランダム化比較実験をまとめ、全体的な効果の程度について言及しているものがあるので、できれば自分の行おうとするタイプの健康づくり事業について、そうしたまとめがないか探してみましょう。

また、ランダム化比較実験の効果には単純なバラつき以外に、「特定の状況では効果が高い」「特定の対象者では効果が低い」といった効果の異質性が存在しているかもしれません。そうした点もしばしばシステマティックレビューの中で言及されていますので、よく注意して読んでみましょう。そこから「どんな状況・対象者でもある程度効果が見込めそう」なのか、それとも「自分の想定する状況・対象集団の効果は見込めなさそう」なのか、「現時点であまりエビデンスが揃っていない」のかを検討することも重要です。

\ POINT / バラつきと異質性に注意し、参考になりそうなランダム化比較実験の成果を探し、健康づくり事業の企画に役立てていきましょう。

集団単位でのクラスターランダム化比較実験

集団単位での制御しかできない事業はクラスターランダム化比較実験を参照しましょう

クラスターランダム化比較実験

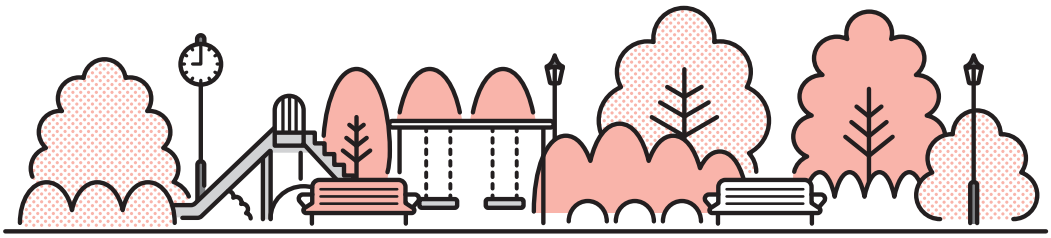
もしあなたが実施しようとする健康づくり事業が、例えば学校や事業所、公園などの施設単位あるいは小さな地域単位で「やるなら施設や地域に所属していたり、利用していたりする人全体が対象になる」ものだとしたら、複数の施設（地域）をランダムに「事業を実施する施設（地域）」と「事業を実施しない施設（地域）」に割り付けるクラスターランダム化比較実験についてのエビデンスがないか探してみましょう。

Q. どのような事業がクラスターランダム化比較実験に該当しますか？

A. 例えば公園を運動しやすく整備したり、職域の事業所全体で何かの取り組みを行ったり、学校の中で特別な教育プログラムを実施したり、という事業が挙げられます。

このような事業では、その中にいる一人ひとりに対して介入群となるか対照群となるかを制御することができません。強いていうなら学校については、学校単位だけでなくクラス単位で「新しい教育プログラムを受けてもらうかどうか」を制御することができるかもしれませんが、一人ひとりを制御することはしばしば困難です。

エビデンスレベルとリサーチデザインの項でも触れましたが、このように介入群となるか対照群となるかが個人単位ではなく施設や地域、集団といった単位でしか制御できないにしてもランダム化を行うことはでき、それによってかなり正確に「健康づくり事業（原因）により人の健康状態（結果）が良くなった」という因果関係を示すことができます。



＼ POINT ／

施設や地域単位のランダム化では、個人単位のランダム化比較実験よりも事業を実施するグループとそうでないグループの偏りが生じやすいため、ランダム化されたグループ間で、研究参加者の性別や年代、職業や居住地域などの条件に偏りがないかによく注意して、論文や報告書をチェックするようにしましょう。

ランダム化を行わない準実験研究・自然実験

ランダム化がしにくいテーマは準実験研究や自然実験を参考にしましょう

準実験研究ができないか検討する

もしあなたが実施しようとする健康づくり事業が、対象者一人ひとりに対しても、施設や地域ごとといった形でもランダムに介入群となるか対照群となるかといった状態を制御することが難しいようであれば、準実験研究や自然実験といわれるエビデンスを探してみましょう。

Q. どのような事業が準実験研究や自然実験に該当しますか？

A. マスメディアを使って多くの人にメッセージを届けるような取り組みや、自治体内の制度を大きく変更する場合が当てはまります。

健康づくり事業を行うなら、地域全体で同時に行わなければいけない、といった状況の時、この地域の中では全てが「事業を行うところ」になるため、意図的に「事業を行っていないところ」を作り出すことはできません。しかし、別の見方をすればその近くにある別の地域や、そこにある同様の施設は「事業を行っていないところ」という比較対照と見なせるかもしれません。このような状況のデータを収集し、適切に分析した結果は、ランダム化こそしていないものの、ある種の実験のような状況という意味で準実験研究と呼ばれます。あるいは、たまたま自然とそのような状況だったということで自然実験と呼ばれることもあります。

準実験研究や自然実験についても、複数のエビデンスを参照し「全体として効果がありそうか」「自分が実施を想定する状況や対象集団にも効果があるといえそうか」を考えることが重要であるのは、ランダム化比較実験と同様です。

また、ランダム化をしていない分、クラスターランダム化よりさらに注意深く「事業に触れた介入群とそうでない対照群の間に偏りがないか」という点をチェックする重要性が増します。特に、効果が見込まれるであろう健康状態について事業実施前に大きな偏りがある時は、単に「健康状態の良い人が多い地域で事業を実施した」という可能性について、よく確認しましょう。「実施前と実施後の差」に関する「実施した地域としていない地域の差」を見るという「差の差分析」を行っている研究や報告書も多数ありますが、もしこうした分析をしていなかった場合、本当に事業が原因で健康状態の結果が改善したという因果関係が考えられるか、よく注意してエビデンスを吟味しましょう。

\ POINT /

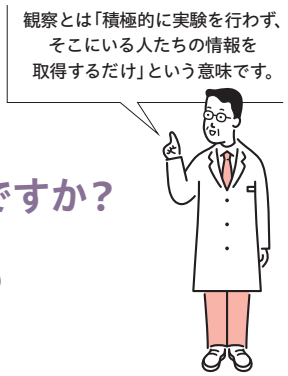
準実験研究や自然実験は、ランダム化をしていない分、クラスターランダム化よりさらに注意深く「事業に触れた介入群とそうでない対照群の間に偏りがないか」という点をチェックすることが重要です。

調査による観察研究

観察研究の読み解き方

観察研究とは？

ランダム化比較実験も準実験研究や自然実験のエビデンスも見つからなければ、最低限何かしらの過去の調査データに基づいて事業の効果が見込めそうなのかどうかを確認してみましょう。

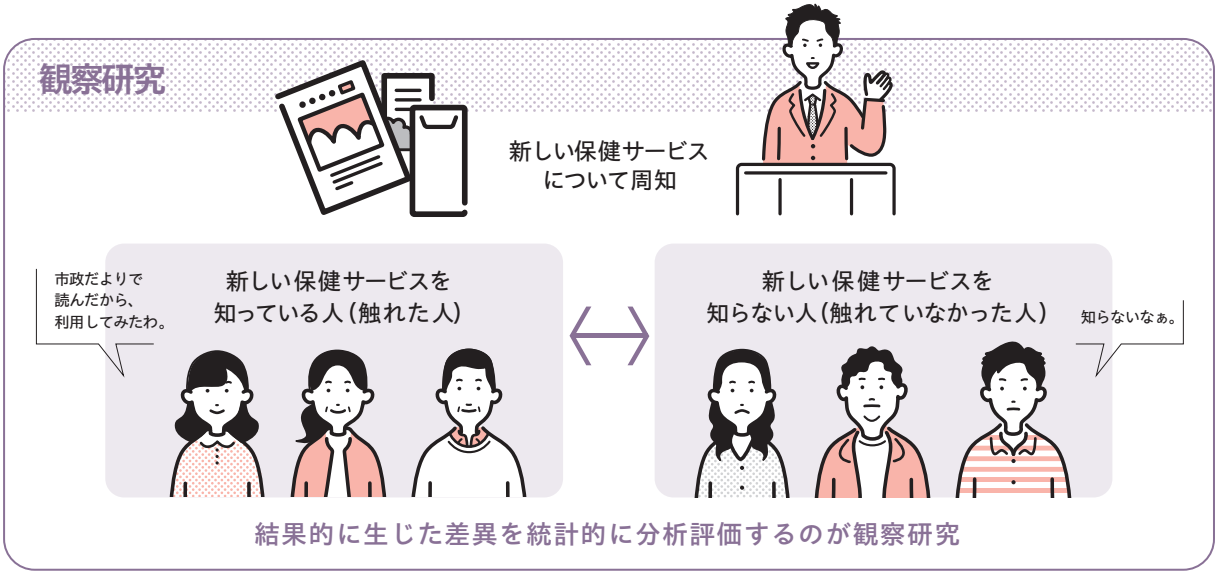


Q. 準実験研究も難しい時には何を参考にしたらいいですか？

A. 「特定の状況にあった人」と「そうでなかった人」の差を分析する観察研究を考慮しましょう。

もしあなたが実施しようとする健康づくり事業が、やるとするならば地域全体で同時に行わなければいけない、とか、自分たちの地域には健康づくり事業の対象となる施設がひとつしかない、といった性質のものであるなら、基本的には他地域を比較対照とした準実験研究や自然実験を探すのがおすすめです。しかし、どうしてもランダム化比較実験どころか準実験研究や自然実験のエビデンスも見つからないというのであれば、最低限何かしらの過去の調査データに基づいて事業の効果が見込めそうなのかどうかを確認してみましょう。

このような場合、「(自分たちが実施を想定するような)健康づくり事業に触れた介入群」と「そうでない対照群」に誰が該当するかは、自分たちで予めコントロールすることはできません。例えばどれだけ熱心にマスメディアを使って何かのメッセージを呼びかけても、行政の新制度についての周知徹底を心がけても、短期間で全ての住民が「そのメッセージに触れた」とか「新制度を知って申込みをした」ということは考えにくく、どうしてもバラつきは出てきます。そこでたまたま生じた「(意図的に制御はできないが結果的に生じた)介入群」と「(同じく結果的に生じた)対照群」の差を分析するのが観察研究の考え方です。



次のページにつづく 〉〉〉

調査による観察研究

観察研究の読み解き方

観察研究の難しさ

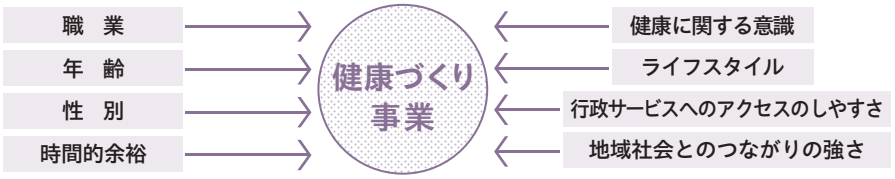
観察研究では、調査の結果、仮に「結果的に介入群となった人」が統計的にたまたまといえる水準を超えて「結果的に対照群となった人」より健康状態が良かったからといって、必ずしも健康づくり事業（原因）により、健康状態（結果）が改善したという因果関係が示せるわけではありません。

Q. 観察研究で気をつける点はありますか？

A. 可能な限り、同じ人に対して「健康づくり事業を実施する前と後」の健康状態と、健康状態および健康づくり事業への触れやすさに関係するような情報を網羅的に取得しておくことが推奨されます。

観察研究では、健康状態および健康づくり事業への触れやすさに関係するような情報をどれだけ可能な限り取得できるかの重要性が、クラスターランダム化比較実験や準実験研究よりもさらに大きなものになります。ランダム化していれば、健康づくり事業に触れた介入群とそうでない対照群の違いはそれほど気にしなくてもよくなりますが、観察研究では研究者の想定しきれないところで両者の違いが生じているかもしれません。例えば観察研究における「結果的に介入群となった人」と「結果的に対照群となった人」の間で、性別、年齢、職業などの基本的な属性のほか、健康に関する意識や、行政サービスへのアクセスのしやすさ、ライフスタイルや時間的余裕、地域社会とのつながりの強さなどが大きく異なっている可能性もあります。

そのため、どのような条件が「結果的に介入群となった人」と「結果的に対照群となった人」の間で偏りうるのか、データ分析上の工夫としてそれらの偏りにどう対処されたのかは、先行研究を読み解く上でよく注意しなければなりません。



＼ POINT ／

観察研究で事業の有望さを検討する場合は、ぜひ統計学や疫学に詳しい専門家をまじえて議論することをおすすめします。また、もちろんひとつの観察研究だけではなく複数の（同じような健康づくり事業に関する）観察研究を参照・比較することが重要であることはいうまでもありません。

統計的仮説検定の考え方

ただの誤差といえるような効果かどうかを判断しましょう

統計的仮説検定とは？

健康づくり事業の評価では、事業に触れた人とそうでない人との間に「統計的にたまたまとは考えにくい水準の差」が生じるかどうかが重要になります。

Q. 「統計的にたまたまとは考えにくい水準の差」かどうかはどうやって判断するのですか？

A. 統計的仮説検定を行います。

ほんの数人ずつの「健康づくり事業に触れた人たち」と「そうでない人たち」の間の平均的な健康状態に差があっても、それはたまたまだろう、ということは直感的にわかります。一方、数万人ずつが含まれるグループの間で平均的な健康状態に差があれば、それは「たまたま」といってはいけないような気もします。

これらをより正確に判断するためのものが、統計的仮説検定と呼ばれるものです。統計的仮説検定の基本的な考え方としては、まず「同じ条件で繰り返しデータを集めたとき、事業に触れた人と触れていない人の平均的な健康状態に差はない」という仮定のもとで、「両者の健康状態に差がある」というデータが得られる確率を計算します。この確率はprobability（確率）という英語の頭文字をとってp値と呼ばれますが、これが大きい場合は「健康状態に差がある」のはよくあることとして、「現時点ではたまたまといえる程度の差」だと判断できます。一方で、このp値が小さいものであれば最初に立てた「同じ条件で繰り返しデータを集めたとき両者の健康状態に差はない」という仮定のもとでは、そうそう得られないような「健康状態に差がある」データが得られていることになり、これは「たまたまといえる程度の差」とは考えにくいという結果になります。なお、慣例的にはp値の目安として5%を下回っていれば「たまたまといえる程度の差とは考えにくい水準」と判断されます。この状態のことを専門用語で「統計的に有意な差」と表現します。

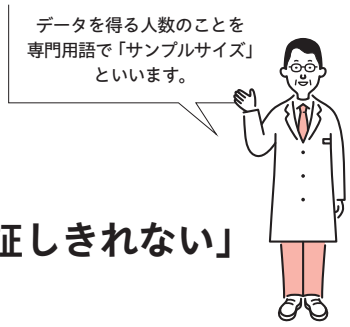
次のページにつづく 〉〉〉

統計的仮説検定の考え方

ただの誤差といえるような効果かどうかを判断しましょう

効果とバラつき

データを得る研究参加者が多ければ多いほど「統計的に有意な差」は得られやすくなります。また、同じ研究参加者の数でも、もともとの値のバラつきが小さかったり、効果（つまり事業に触れた人と触れていない人の健康状態の差）の程度が大きければ大きいほど、「統計的に有意な差」と判断されやすくなります。

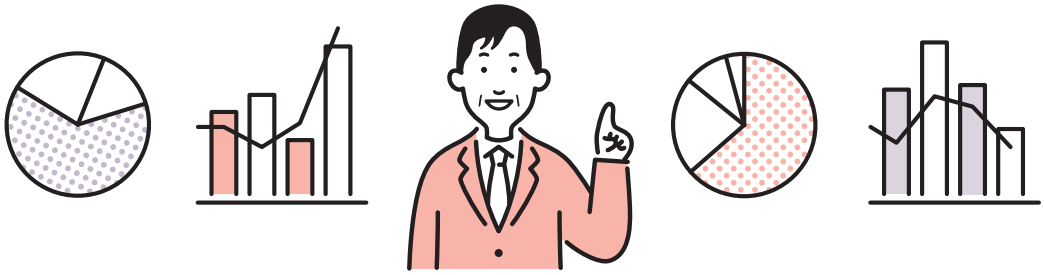


Q.「統計的に有意な差」がないと、その事業の効果は「ない」のですか？

A.「バラつきが大きすぎてその程度の人数では検証しきれない」というだけかもしれません。

もともとのデータのバラつき方と事業の効果について例を挙げると、「もともと±10程度のバラつきしか存在しない指標について、健康づくり参加者は平均すると数値が20も改善した」のであれば、比較的少人数での検証でも有意な差と判断できる可能性が高くなります。一方で、「もともと±1,000ぐらいのバラつきが存在している指標について、健康づくり参加者は平均すると数値が20も改善した」という結果が有意な差といえるかは、かなりの大人数で検証しなければわかりません。

つまり、0.05より大きなp値が報告されていたからといって、その事業の効果が「ない」というわけではなく、「バラつきが大きすぎてその程度の人数では検証しきれない」というだけなのかもしれません。したがって、統計的に有意な効果を示すエビデンスが見つからなかったからといって、同様の事業を行うことが必ずしも無駄とは限りませんが、他に統計的に有意な効果が示されているものがあればそちらを優先した方が良いでしょう。



＼ POINT ／ 実施する健康づくり事業が「統計的にたまたまとは考えにくい水準の差」なのかどうか、よく注意して確認してみてください。

健康づくりに関する倫理的配慮

生命倫理の4原則に則って考えましょう

公正な健康づくり事業を

「人々を健康にする」というのは素晴らしいことですが、その一方で影響力も大きく、良かれと思って悪影響をもたらしてしまうことや、行政が不平等に一部の住民にだけメリットを与えるというリスクもあるため、倫理面での配慮も重要なポイントになります。

Q. 倫理的な配慮はどのように考えれば良いのでしょうか？

A. 「生命倫理の4原則」および「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」に基づき、非倫理的な取り組みとはならないよう慎重な研究体制で臨むことが求められます。

「生命倫理の4原則」とは、医療倫理の大家であるトム・L・ビーチャムとジェイムズ・F・チルドレスが『生命医学倫理』という古典的名著[1]において提唱した概念であり、医療の世界で倫理の原則としてよく用いられます。以下の4つからなります。

- ●自律尊重の原則 ……「自分の意思で決定することのできる人が、選択する自由がある状況で、自身のことを自分で決め、行動すること」
- ●無危害の原則 ……「患者に危害を及ぼさず、今ある危害や危険を取り除き、予防すること」
- ●善行の原則 ……「(医療行為を行う)相手に対して相手が考える最善をなすこと」
- ●公正の原則 ……「相手を平等かつ公平に扱うこと」

これらの基準から考えると、自律尊重の原則から、健康づくり事業において、相手の行動を強制することは基本的に許されません。無危害および善行の原則から、健康に有害な行動をかえって増やすような取り組みはしては ならず、そうならないよう最善を尽くすべきだ、といえます。また、すでに健康面でも経済面でも恵まれている立場にあるごく一部の住民がさらに健康になる、といった健康づくり事業も公正の原則から推奨されないと考えられます。

先行研究をしっかり調べて、実施しようとする健康づくり事業が不公正なものでないか、危害のあるものでないか、と検討することは骨の折れることですが、一方でそうした下調べも含めて最善の事業を計画するというのは「善行の原則」に合致するものです。

厚生労働省では「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」を定めており、健康づくり事業に関する研究を行う際にもこの指針に基づき、非倫理的な取り組みとはならないよう慎重な研究体制で臨むことが求められます。一般的な事業の範囲を超えて、自分たちで新しい取り組みを考案し、その効果を検証したいということであれば、ぜひ地域にある大学や研究機関などと共同で倫理指針にそった研究体制を構築の上、適切な倫理審査を受けることをおすすめします。

＼ POINT ／ 効果があるのかないのか不確かな健康づくり事業を企画して倫理的問題を招かないようにするためにも、エビデンスに基づくというプロセスはとても重要です。

1) トム・L・ビーチャム, ジェイムズ・F・チルドレス. 生命医学倫理. 第五版. 立木教夫, 足立智孝, 監訳. 千葉: 麗澤大学出版会; 2009.