2026 年度夏期
グラデュエーションペーパー
予稿

題目	
生活習慣病予備軍に対する保健指導サービスの変革 ～「欲求活用」と「習慣設計」を加えた新たなアプローチ～	
技術経営論文	ビジネス企画提案

学籍番号	8824113	氏名	林　直人

教員	
主査	岸本　太一　准教授
審査委員 担当	北林　孝顕　教授

東京理科大学大学院経営学研究科技術経営専攻

生活習慣病予備軍に対する保健指導サービスの変革

～「欲求活用」と「習慣設計」を加えた新たなアプローチ～

＜目次＞

第 1 章　指導をしても、ほとんど変わらない現実

第 1 項　特定保健指導の大半はリピーター
第 2 項　想定要件を満たしているのに習慣を変えない三者との遭遇
第 3 項　三者は習慣転換達成の経験も保有
第 4 項　定性的アプローチにおける「逸脱プロセス」分析の意義
第 5 項　三者の事例を詳細分析し、特定保健指導の打開方針を提案

第 2 章　指導の現場で活用されている既存理論　～習慣転換の原因とプロセス～

第 1 節　保健指導の現場で用いられてきた理論のアプローチ

第 1 項　基盤にある医学的アプローチ
第 2 項　経営学的アプローチの弱さ

第 2 節　保健指導の現場で用いられてきた代表的な理論・モデル

第 1 項　ヘルスビリーフモデル・行動変容ステージモデル
第 2 項　計画的行動理論・WOOP 法
第 3 項　自己効力感・社会的認知理論
第 4 項　COM-B モデル
第 5 項　フォッグ行動モデル・習慣形成理論

第 3 節　既存理論から導き出される生活習慣転換の要因

第 1 項　各理論・モデルは一つの要因構造に統合整理が可能９
第 2 項　構成要因①　～トリガー（契機）～
第 3 項　構成要因②　～認知・関心～
第 4 項　構成要因③　～計画・方法～
第 5 項　構成要因④　～環境・機会～
第 6 項　構成要因⑤　～能力・資源～
第 7 項　構成要因⑥　～結果（報酬）～
各既存理論・モデルで言及している生活習慣転換要因の整理

第 4 節　既存理論から導き出される生活習慣転換の要因の全体構造

第 1 項　習慣転換メカニズム
第 2 項　習慣転換メカニズムの段階的構造　～行動変容ステージモデルになぞらえて～

第 3 章　習慣転換の達成と未達成「両方の経験者の事例分析」①

第 1 節　転換未達成時の生活習慣

第 1 項　基本状況と健康リスク
第 2 項　健康診断前後の生活習慣　～前後同じの習慣～
第 3 項　採用する生活習慣が病気に繋がりうる論理

第 2 節　転換達成時の生活習慣

第 1 項　　転換達成前の生活習慣

第 2 項　　転換達成後の生活習慣と達成前からの転換点

第 3 項　　転換後の生活習慣が病気のリスク解消に繋がる論理

第 3 節　転換達成を実現した原因と論理

第 1 項　　既存理論だけでは説明できない点

第 2 項　　転換を達成できた主原因　～転換後の習慣の優先欲求充足～

第 3 項　　主原因が転換達成につながる論理①　～初動への接続～

第 4 項　　主原因が転換達成につながる論理②　～成果の連鎖～

第 5 項　　背後に存在する欲求起点の習慣設計

第 6 項　　さらに背後に存在する設計着手のトリガー

第 4 節　転換未達成の原因と論理　～転換達成の分析になぞらえて～

第 1 項　　既存理論だけでは説明できない点

第 2 項　　未達成最大の原因も、優先欲求未充足にあり

第 3 項　　転換達成・未達成を分けた原因と論理　～優先欲求充足習慣設計の有無にあり～

第 4 章　習慣転換の達成と未達成「両方の経験者の事例分析」②

第 1 節　転換未達成時の生活習慣

第 1 項　　基本状況と健康リスク

第 2 項　　健康診断前後の生活習慣　～前後同じの習慣～

第 3 項　　採用する生活習慣が病気に繋がりうる論理

第 2 節　転換達成時の生活習慣

第 1 項　　転換達成前の生活習慣

第 2 項　　転換達成後の生活習慣と達成前からの転換点

第 3 項　　転換後の生活習慣が病気のリスク解消に繋がる論理

第 3 節　転換達成を実現した原因と論理

第 1 項　　既存理論だけでは説明できない点

第 2 項　　転換を達成できた主原因　～転換後の習慣の優先欲求充足～

第 3 項　　主原因が転換達成につながる論理

第 4 項　　背後に存在する欲求起点の習慣設計

第 5 項　　さらに背後に存在する設計着手のトリガー

第 4 節　転換未達成の原因と論理　～転換達成の分析になぞらえて～

第 1 項　　既存理論だけでは説明できない点

第 2 項　　未達成最大の原因も、優先欲求未充足にあり

第 3 項　　転換達成・未達成を分けた原因と論理　～優先欲求充足習慣設計の有無にあり～

第 5 章　習慣転換の達成と未達成「両方の経験者の事例分析」③

第 1 節　転換未達成時の生活習慣

第 1 項　　基本状況と健康リスク

第 2 項　　健康診断前後の生活習慣　～前後同じの習慣～

第 3 項　採用する生活習慣が病気に繋がりうる論理　37

第 2 節　転換達成時の生活習慣

第 1 項　転換達成前の生活習慣

第 2 項　転換達成後の生活習慣と達成前からの転換点

第 3 項　転換後の生活習慣が病気のリスク解消に繋がる論理

第 3 節　転換達成を実現した原因と論理

第 1 項　既存理論だけでは説明できない点

第 2 項　転換を達成できた主原因　～転換後の習慣の優先欲求充足～

第 3 項　主原因が転換達成につながる論理

第 4 項　背後に存在する欲求起点の習慣設計

第 5 項　さらに背後に存在する設計着手のトリガー

第 4 節　転換未達成の原因と論理　～転換達成の分析になぞらえて～

第 1 項　既存理論だけでは説明できない点

第 2 項　未達成最大の原因は、優先欲求を満たしていたことにあり

第 3 項　転換達成・未達成を分けた原因と論理　～優先欲求充足習慣設計の有無にあり～

第 6 章　事例分析から導出される新たな転換メカニズム

第 1 節　既存理論の限界　～事例分析結果の振り返りと整理～

第 1 項　三事例分析の整理、抽象化による転換メカニズム導出　～本章の試み～

第 2 項　既存理論が想定する転換メカニズム　～第 2 章のハイライト～

第 3 項　指摘要因は満たせど転換は起きず　～既存理論の限界①～

第 4 項　指摘要因が欠落すれども転換が実現　～既存理論の限界②～

第 2 節　新たに提示するメカニズム　～事例分析を活用した導出～

第 1 項　既存理論を補う二つの要因

第 2 項　優先欲求充足に関する認知と関心　～追加する要因①～

第 3 項　習慣転換の設計と創造　～追加する要因②～

第 4 項　新たに提示するメカニズムの全体像①　～健康行動が始まる／始まらない論理～

第 5 項　新たに提示するメカニズムの全体像②　～健康行動が続く／続かない論理～

第 6 項　医学と経営学の前提の違い　～既存理論との相違を生み出す深層～

第 3 節　共通メカニズム内で見られる幾つかのパターン

第 1 項　複数存在するトリガー創出パターン

第 2 項　習慣設計のきっかけも複数存在

第 3 項　習慣継続に繋がるダイナミズムも複数パターンあり

補論　三つの事例で見られたその他の共通点・相違点

第 7 章　保健指導の現状とその問題点　～導出したメカニズムに基づいた分析～

第 1 節　保健指導の内実とプロセス

第 1 項　自社の保健指導事業の概要

第 2 項　国の制度である「特定保健指導」の概要

第 3 項　　制度により共有される支援構造　～自社固有ではない基本形～
第 4 項　　自社の指導の特徴　～継続指導の手厚さにあり～

第 2 節　三導出した習慣転換メカニズムと保健指導の対応関係

第 1 項　　導出したメカニズムに紐づける形での再整理
第 2 項　　「トリガー」「病気・健康への認知・関心」への支援　～健診結果と初回面談による課題理解～
第 3 項　　「健康面での計画・方法」への支援　～初回面談における健康行動の具体化～
第 4 項　　「環境・機会」「能力・資源」への支援　～実行可能性を見定める生活状況の確認～
第 5 項　　「結果」の活用に繋がる支援　～継続支援と終了時調査～
第 6 項　　「優先欲求に関連する 2 要因」に対する支援はナシ

第 3 節　現行の保健指導の問題点①　～現行指導は転換に未貢献～

第 1 項　　「認知・関心」創出の「トリガー」とならない健診結果
第 2 項　　転換実践に繋がらない「計画・方法」の提示
第 3 項　　実行促進に繋がらない「環境・機会」「能力・資源」の認識支援
第 4 項　　転換も習慣化も促進しない「結果」の認識支援

第 4 節　現行の保健指導の問題点②　～必要な支援の欠落～

第 1 項　　「病気・健康」への「認知」はさせども「関心」は未喚起
第 2 項　　「優先欲求への認知・関心」への支援はゼロ
第 3 項　　「習慣転換の設計・創造」への支援もゼロ

第 5 節　各問題点の背後に流れる前提と視野狭窄

第 1 項　　充足すべき欲求の対象は「健康のみ」
第 2 項　　「定量情報を基軸」とした実態把握と計画
第 3 項　　「自動的に進む単線プロセス」を想定

補論　「健康のため」だけでは、なぜ続かないのか　～本能に逆らう生活習慣改善～

第 8 章　保健指導サービスの「変革」方針

第 1 節　背後に流れる前提と視野の拡張

第 1 項　　「工夫をせねば進まない複線的なプロセス」を想定
第 2 項　　実態把握と計画・設計では「定性情報」も積極活用
第 3 項　　「健康以外の欲求」も充足対象に含め活用
第 4 項　　「疾病対策を越えた生活の質向上」も念頭に指導
第 5 項　　現行からの転換ではなく、あくまで拡張

第 2 節　保健指導の現行プロセスに対する改善方針と施策例

第 1 項　　「対象抽出」における改善　～生活の変化と本人の意思を捉える～
第 2 項　　「初回面談」における改善　～健康行動の追加から習慣設計へ～
第 3 項　　「継続支援」における改善　～実施確認から試行と再設計へ～
第 4 項　　「終了時調査」と「完了告知」における改善　～自走への後押し～

第 3 節　現行プロセスを越えた施策の提案

第 1 項　　企業だからこそ国の制度を越えた施策が可能に

第 2 項　仕事や生活に対するコンサルという補助サービスの付加
第 3 項　習慣転換ナレッジの蓄積と人事・組織施策への活用
第 4 項　補助サービスの付加に貢献する様々なパートナーとの提携
第 5 項　自社内の組織論的仕組みや手配りを適合する形に改変

第 9 章　本ペーパーの貢献と課題

第 1 節　総括

第 2 節　本ペーパーの貢献

第 1 項　既存理論・モデルを統合した習慣転換過程の体系化
第 2 項　逸脱事例から見えた既存理論の限界
第 3 項　「欲求活用」と「習慣設計」を組み込んだ新たな転換メカニズムの提示
第 4 項　習慣転換の設計を中心に据えた支援方針の提示

第 3 節　本ペーパーの課題

第 1 項　事例追加と現場実験によるメカニズムの検証
第 2 項　サービス変革案の具体化・実装と効果検証
第 3 項　新たな習慣転換アプローチの普及

あとがき

参考文献

謝辞

第 1 章　指導をしても、ほとんど変わらない現実

健康リスクを理解し、やり方も分かっている。なのに、なぜ生活習慣は変わらないのか――。

がん、心疾患、脳血管疾患は 2025 年の全死亡数の 44.0％に達しており（厚生労働省，2026）、その発症・進行を左右する生活習慣の改善は当事者にとって喫緊の課題である。しかし、国が特定保健指導を通じて習慣改善を促しても、評価目標である体重 2kg 減を達成できない対象者は約 8 割に上る（厚生労働省，2022）。また、筆者の所属会社においても、2025 年度の特定保健指導対象者の 51.3％が前年度からの継続者であり、過去の受講経験者まで含めると、その割合は 81.2％に達する。健康上の問題や改善方法を理解していても、多くの人が習慣を変えられず、再び支援の対象となる。多くの当事者が健康課題や改善方法を理解しているにもかかわらず、十分な改善に結びつかない対象者が多い現状がある。習慣転換に関する既存理論に基づいて支援しているにもかかわらず、なぜ習慣は変わらないのか。

この問いをさらに深めたのが、習慣の転換と未転換の両方を経験した三者との遭遇である。三者は、健康リスクを理解し、改善方法も知っていた。行動する能力や環境が全くなかったわけでもない。それら既存理論が示す習慣転換要因が概ねそろっても習慣転換に至らなかった。逆に、条件が十分にそろっていなくても習慣転換したという事例も見られた。しかも、その両事例が同じ人物の中に存在していた。

本研究が注目するのは、既存理論の想定から外れるこの二つの「逸脱事例」である。同一人物の転換期と未転換期を比較することで、性格や意志の強さではなく、それぞれの習慣が生活の中で持つ意味や役割の違いに焦点を当てる（島本，2019）。そこで、対象者三名への半構造化インタビューを通じて、当時の生活状況や習慣を継続していた背景を分析し、既存理論と照合した。そこから、既存理論では捉えていなかった習慣転換のメカニズムを明らかにする。さらに、その示唆をもとに保健指導の変革方針を示す。

第 2 章　既存理論が示す習慣転換の仕組み

保健指導で参照される理論・モデルは、それぞれ異なる側面から行動の変化を説明している。ヘルスビリーフモデルは病気のリスクをどう受け止めるか、行動変容ステージモデルは変化に段階があることを示す。COM-B モデルやフォッグ行動モデルなどは、行動に必要な能力、環境、動機、きっかけを扱う。表 1 は、各理論が重視する要因を比較したものである。

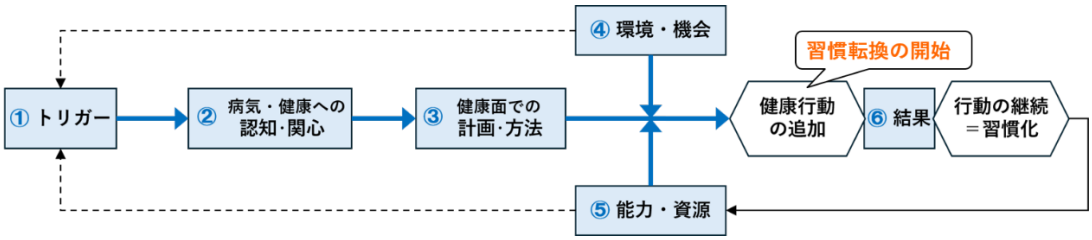
		生活習慣転換要因					
		トリガー	認知・関心	計画・方法	環境・機会	能力・資源	結果（報酬）
既存理論・モデル	行動変容ステージモデル（TTM）		●	●			
	ヘルスビリーフモデル（HBM）	●	●			●	
	首尾一貫感覚（SOC）		●		●	●	
	認知行動療法		●	●		●	
	計画的行動理論（TPB）		●		●	●	
	COM-Bモデル		●		●	●	
	フォッグ行動モデル	●	●			●	
	社会的認知理論		●	●	●	●	●
	自己効力感		●	●		●	●
	自己決定理論（SDT）		●		●	●	
	コントロール所在（LOC）		●			●	●
	WOOP法		●	●		●	●
	習慣形成理論	●		●	●		●
	行動経済学・ナッジ	●			●		

＜表 1　各既存理論・モデルで言及している生活習慣転換要因の整理＞

出所：筆者作成

これらを統合すると、習慣転換を支える要因は六つに整理できる。①健診結果や医師の指摘などの「トリガー」、②病気や健康への「認知・関心」、③何をどう変えるかという「計画・方法」、④家庭や職場などの「環境・機会」、⑤時間、知識、体力、自己効力感などの「能力・資源」、⑥体調や検査値の変化、達成感、周囲の反応といった「結果」である。

図 1 は、これら六つの要因が習慣転換へとつながる動的なプロセスを示している。まず、トリガーを契機に健康リスクへの認知・関心が生まれ、具体的な計画・方法の考案に至る。環境・機会と能力・資源が整えば健康行動が始まり、その結果が次の行動を促す。これが繰り返されることで、行動は習慣として定着する。



＜図 1　既存理論から導き出される生活習慣転換の要因の全体構造＞

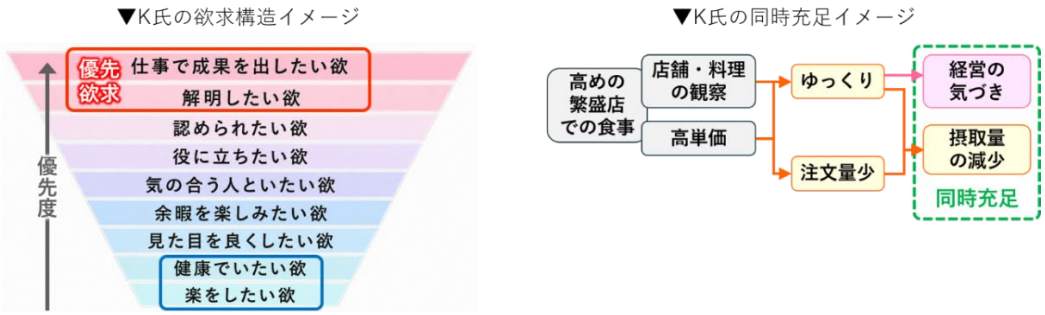
出所：筆者作成

このように、既存理論は、習慣転換を「きっかけを得る」「必要性を理解する」「方法を考える」「実行する」「結果を得る」「続ける」という流れで捉えている。六要因は習慣転換を支える重要な条件である。しかし、三者の事例では、六要因と転換の結果が必ずしも一致しなかった。次章から、その具体的な内容を確認する。

第 3〜5 章　習慣転換の達成・未達成を経験した事例

本研究では、同じ人の中にある「変わった習慣」と「変わらなかった習慣」を比較した。ここでは K 氏を中心に示し、T 氏と S 氏は補足的に扱う。

大学院教員・研究職の K 氏は、仕事の増加により、外食や会食が増え、運動機会も減っていた。体重増加と生活習慣病リスクを指摘されても、生活は変わらなかった。早く食事を済ませることは研究時間の確保、外食は気分転換や交流の手段であり、健康に悪い問題行動は、本人の生活において重要な役割を担っていたからである。 このように、人は健康だけを基準に行動を選択するわけではない。本研究では、複数の欲求の強さや優先順位の動的な関係を『欲求構造』、その中で行動選択を最も強く左右するものを『優先欲求』と定義する。



〈図 2　K 氏の欲求構造イメージと同時充足イメージ〉

出所：筆者作成

図 2 の左側に示すように、K 氏には健康や見た目への関心もあったが、仕事で成果を出したい、仕組みを解明したい、人から認められたいという欲求が、行動をより強く左右していた。食事改善が続かなかったのは、

健康への関心が弱かったからではない。健康行動が優先欲求と衝突していたためである。

転換のトリガーは、師匠からの体型指摘の言葉を受け、「見返したい」「認めさせたい」と思ったことにあった。K 氏は、食事を満腹になるための時間から、店や料理を観察し、経営を考える時間へ組み替えた。それは図 2 の右側に示すように、繁盛店で料理や店舗を観察しながらゆっくり食べ、高価格の店を選ぶことで注文量も抑えた。その結果、経営に関する気づきを得ると同時に、食事摂取量も自然と減少した。このように、健康行動が優先欲求を妨げない状態を、本研究では「同時充足」と呼ぶ。K 氏の食事改善は、健康のための我慢ではなく、健康と優先欲求を同時に充足したため、継続につながった。、継続につながった。

同じ論理は、異なる形で T 氏と S 氏にも見られた。高血糖の T 氏にとって、運動は仕事や学業の時間を奪い、減塩は食事の楽しみを減らす行動に見えた。一方、飲酒では、自宅での一人飲みをやめ、会食で飲み始める時間を周囲より 30 分遅らせた。交流や学びを残しながら酒量だけを減らしたことで、節酒が続いた。肝機能リスクを持つ S 氏にとって、飲酒や喫煙は交流、情報交換、気分転換と結びついていた。だがコロナ禍では、喫煙所は欲求を充足できない場所となり、オンラインサロンやドラムがその役割を担うようになった。一方、飲酒を伴う深い交流は別の形に置き換わらなかったため、交流機会が戻ると飲酒量も再び増えた。

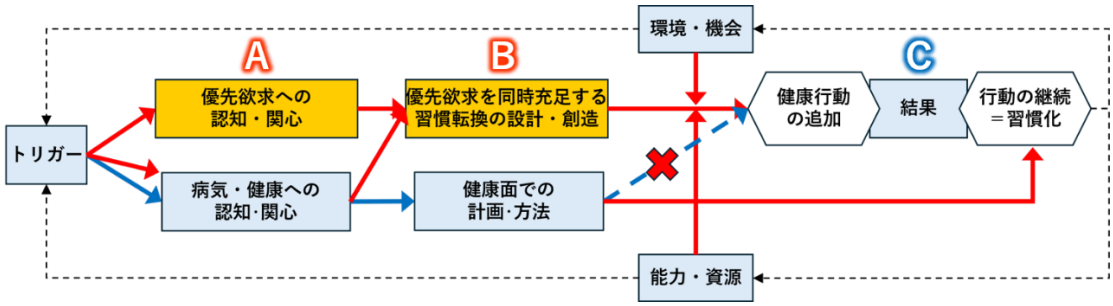
第 6 章では、この三事例から捉えた新たなメカニズムについて説明する。

第 6 章　事例分析から導出される新たな転換メカニズム

三事例では既存理論からの二つの逸脱が確認された。一つは、健康リスクの認知、改善方法、環境、能力などが概ねそろっていても転換しない場合である。もう一つは、明確な数値目標や詳細な行動計画がなくても転換する場合である。この違いを説明するため、本研究では既存理論に二つの要因を加える。

第一は「優先欲求への認知・関心」である。これは、現在の習慣が本人のどのような欲求を満たしているのかを捉えることである。健康に望ましくない行動でも、交流、楽しみ、休息などを支えていれば、それをやめることは大切なものを失うことにつながる。第二は「習慣転換の設計・創造」である。これは、優先欲求を諦めるのではなく、それを満たしながら健康リスクを抑えられる生活へ組み替えることである。三者は、健康行動を生活に追加したのではなく、すでにある人、場、活動を使い直していた。

図 3 は、既存理論の六要因にこの二要因を加えた、習慣転換の全体構造である。



＜図 3　本研究が提唱する生活習慣転換の全体構造＞

出所：筆者作成

図 3 では、健康行動に至る過程を単線では捉えていない。既存理論が示す健診結果を契機として、健康上の課題や改善方法を考える『健康の流れ』がある。しかし、実際には健康以外の生活や欲求も存在する。それらを踏まえたプロセスを想定する必要がある。

健康単独で考えるのではなく、その他の生活・欲求が結びつくことで、健康行動は義務から主体的な「選択」へと昇華する。具体的には、現在の習慣が満たす欲求を捉え（図 3-A）、その優先欲求と健康を両立

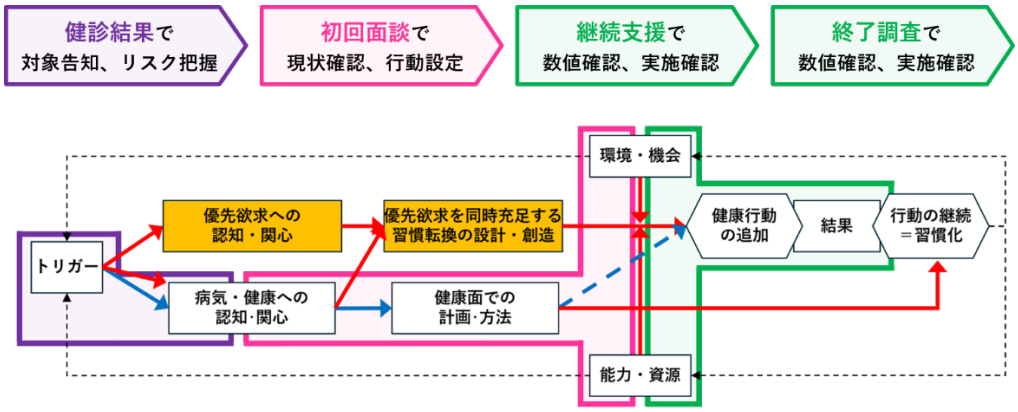
できる代替行動を設計・創造する（図 3-B）。さらに、この設計において重要なのは、「初動での欲求充足」（図 3-C）を視野に入れることだ。人の行動選択基準は健康だけではない。行動の継続には、健康数値の改善を待つのではなく、交流や達成感など、行動直後に得られる報酬が重要である。健康上の成果が現れるまでには時間を要する一方、こうした報酬はすぐに得られる。この手応えが次の行動を促し、その後に体調、体形、検査値、周囲の評価が加わることで、行動はさらに強化される。

本研究が新たに加える要因は A と B である。C は、既存理論の「結果」を、数か月後の健康改善だけでなく、行動直後の欲求充足まで含むものとして捉え直している。習慣の組み替え方は多様である。健康行動への意味づけの変更、役割を維持しつつリスク行動のみを代替する方法、役割そのものを別の場や活動へ移行する方法などが挙げられる。どの方法が適するかは、同じ人でも習慣や生活状況によって異なる。

また、環境、趣味、人間関係、過去の経験は、健康行動を妨げる条件であるだけでなく、習慣を組み替える材料にもなる。支援者には、正しい行動を一つ示すのではなく、本人の生活にある資源を使って、健康と優先欲求を両立できる形をともに探ることが求められる。

第 7 章　現行保健指導の問題点

現行の特定保健指導は、健診結果による対象抽出、初回面談での目標設定、継続支援、終了時評価で構成され、既存理論が示す六要因に概ね対応している。



＜図 4　生活習慣転換の全体像と特定保健指導の流れの対応＞

出所：筆者作成

初回面談実施者の約 90％が最終評価に到達しているという筆者の所属組織の実績が示す通り、習慣が変わらない原因は介入回数等の『量』の不足ではない。問題は、支援内容が習慣転換につながりにくい点にある。健診結果はリスクを伝えても、生活を変えたいという関心まで生むとは限らない。初回面談では食事や運動を生活に追加するが、現在の生活をどう組み替えるかまでは扱いにくい。環境や能力も実行条件として確認されるにとどまり、習慣設計の資源として活用されにくい。継続支援も実施状況や数値の確認が中心で、行動直後の手応えを捉えにくい。

さらに、「優先欲求への認知・関心」と「習慣転換の設計・創造」への支援が欠けている。現在の習慣が満たすものを捉えず、大切なものを残した生活の組み替えも行われにくい。そのため、行動が続かなくても、目標の縮小や確認の強化にとどまり、健康行動と生活の衝突は残る。

背後には、健康のみを支援対象とする視座、数値や実施状況を主眼とする評価軸、そして『知識の理解から計画、実践、継続へ』と単線的に進むという仮定による視野狭窄が存在する。問題の根本は支援者の努力不足にあるのではなく、『健康的な行動を追加さえすれば習慣は書き換わる』と仮定した、現行の支援設

計そのものにある。

こうした支援設計の背後には、医学的アプローチが内包する『欲求は抑制の対象である』という前提や『定量情報の過度な重視』という視点がある。これに対し、経営学的な『欲求を活用するマネジメント』や『行動選択の背後にある定性情報の重視』という視点を補完的に導入することで、新たな変革方針が見えてくる。次章では、この変革方針を具体的に論じる。

第 8 章　保健指導サービスの「変革」方針

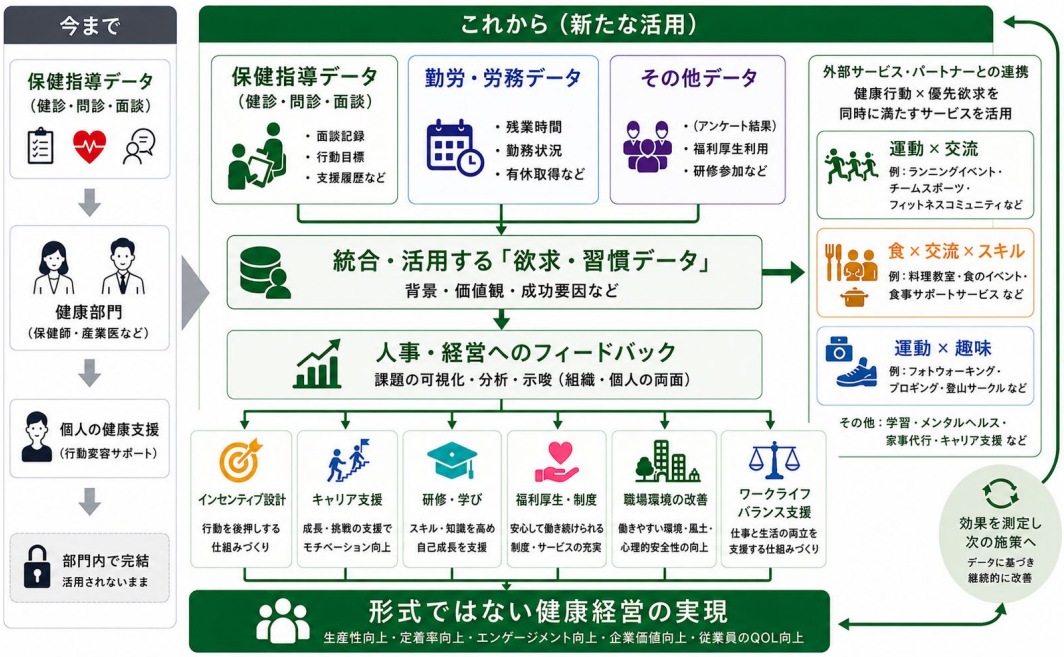
本研究が提案するのは、現行制度を置き換えることではなく、保健指導で扱う範囲と役割を段階的に広げることである。健康だけでなく、仕事や家庭、学び、人間関係を含む QOL 全体を捉え、健診値や行動の実施状況に加えて、その習慣を続ける理由や生活上の背景も扱う。

第一段階では、現行の保健指導を改善する。健診時に、現在の習慣と本人が生活の中で大切にしていることを把握し、初回面談では、その両方を満たせる行動を一緒に考える。継続支援では、続けられた理由や中断した場面を確認し、必要に応じて方法を見直す。終了時には、今後も続けるための条件を整理し、本人が自ら行動を選び直せる状態を目指す。

第二段階では、支援範囲を仕事や生活全体へ広げる。研修、キャリア支援、社内コミュニティ、福利厚生、職場環境、外部サービスなどを、習慣を変えるための選択肢として活用する。

さらに、面談等で得た情報を、健康管理だけに使うのではなく、人がどのような条件で行動を変えられたのかを示す情報として蓄積する。習慣転換に成功した人の行動、周囲の条件、利用した制度やサービスを匿名化し、「習慣転換ナレッジ」として整理する。これを勤怠・労務、福利厚生、研修等のデータと組み合わせ、成功事例の共通点や組織の課題を捉える。その結果を、保健指導だけでなく、インセンティブ、研修、キャリア支援、福利厚生、職場環境の改善にも生かす。

これにより、個人支援で得た知見を企業施策へ広げ、そこで生まれた新たな選択肢を次の個人支援へ戻す。特定保健指導を疾病予防にとどめず、従業員の QOL と成長、企業の力を支える施策へ発展させる。



＜図 5　現行プロセスを越えた施策の提案イメージ＞

出所：筆者作成

第 9 章　本ペーパーの貢献と課題

本ペーパーの意義は、生活習慣が変わらない理由を、知識や意志の不足ではなく、健康行動と本人の優先欲求との関係から捉え直した点にある。

まず、複数の行動変容理論を六つの要因に整理し、それだけでは説明できない二つの逸脱を示した。さらに、「優先欲求への認知・関心」と「習慣転換の設計・創造」を加え、健康と本人の大切な欲求を両立させる転換メカニズムを提示した。既存の一般法則に当てはまらない『逸脱事例』を微視的に分析することで、見落とされていた変容の代替論理を導出した点に、本研究の意義がある。

さらに、この仕組みを、面談方法の改善だけでなく、習慣転換ナレッジの蓄積や、個人支援と組織改善の循環を含むサービス変革案へ展開した。

今後は、事例の追加と現場実験によってメカニズムを検証し、優先欲求を捉える質問や習慣設計の方法を具体化する必要がある。さらに、この考え方を企業、健康保険組合、支援者へ広げ、実際の保健指導として定着させることが課題である。

以上

主な参考文献

・厚生労働省（2026）『令和 7（2025）年人口動態統計月報年計（概数）の概況』
・島本実（2019）「一般化と反省の弁証法―未来の投稿者の皆さんへ」『組織科学』52 巻 4 号、45–51 頁
・宮坂忠夫・川田智恵子（1976）「いわゆる Health Belief Model をめぐって」『民族衛生』42 巻 2 号、59–62 頁
・Prochaska, J. O., & Velicer, W. F.（1997）“The Transtheoretical Model of Health Behavior Change.” American Journal of Health Promotion, 12(1), pp. 38–48
・赤松利恵・武見ゆかり（2007）「トランスセオレティカルモデルの栄養教育への適用に関する研究の動向」『日本健康教育学会誌』15 巻 1 号、3–18 頁
・土井由利子（2009）「日本における行動科学研究――理論から実践へ」『保健医療科学』58 巻 1 号、2–10 頁
・Oettingen, G.（2014）Rethinking Positive Thinking: Inside the New Science of Motivation. New York: Current
・坂根直樹（2023）『保健指導・栄養指導に役立つ キーワードと理論で磨く伝える力』中央法規出版