

職場の健康づくり活動に関する一考察

——ヘルスケア・トレーナーの活動状況調査より——

永松昌樹, 野川春夫*, 山口泰雄**, 池田 勝*

A study of Worksite health promotion activities

—— **Research on Health Care Trainers' activities and their programs** ——

Masaki Nagamatsu, Haruo Nogawa*, Yasuo Yamaguchi**, Masaru Ikeda*

The purpose of this research is to clarify the actual situation on the health promotion activities in the Japanese worksites. We focused our investigation on the leaders called Health Care Trainer who undertake the main role in the worksite health promotion activities of the companies and sports clubs.

The subjects of this survey were the Health Care Trainers registrated as members of Japan Industrial Safety and Health Association (JISHA)***.

The questionnaire was consisted of five main items :

1. Styles of Health Care Trainers' activities.
2. Smoking control programs.
3. Health check programs.
4. Back care programs.
5. Exercise and fitness programs.

The results were as follows :

Among the investigated Health Care Trainers, about 30 percent of them have no worksite health promotion activity after getting their license ; some of them didn't have no opportunity to conduct that kind of program at the worksite ; others are now preparing to bring fitness programs for workers ; and also there are some Health Care Trainers who have no idea to guide workers thier health promotions. This seems a part of problem concerning the professional leadership development and certification system in Japan. We can observe a important lack of leadership which would be expected for all of Health Care Trainers.

This research revealed that 57.8 percent of Health Care Trainers' worksites had a smoking

* 鹿屋体育大学経営管理学講座

The chair of management and administration of Physical Fitness, Sports and Recreation. The National Institute of Fitness and Sport in Kanoya, Japan.

** 神戸大学教養部体育学研究室

Department of Health and Physical Education, College of Liberal Arts. Koube University, Japan.

*** 中央労働災害防止協会 (JISHA)

Japan Industrial Safety and Health Association.

control program. 48.2 percent of these Health Care Trainers have given to their participants some informations that smoking too much is harmful to his or her health. A smoking control program is not only to inform a worker to stop smoking but to advise him or her to taper down smoking. We suggest that Health Care Trainer should develop their several way of this program in different ways.

The Health Care Trainers reported that 91.6 percent of the worksites had the a health check program. The Ministry of Labor and JISHA have distinguished this health check program from the medical check. JISHA's functions are, in the one hand, to aid technically the health check and health guidance programs conducted by enterprises, in the other hand, to aid the setting up of equipments for the health promotion program which permit "Joint enterprises' groups" to conduct the health promotions, practiced under the cooperation between the concerned enterprises and the outside health service organizaions. In order that the health check programs will be carried out not only in the physical area but also mental area, JISHA and the team managers of the worksite health promotion must recruit competent staffs immediatelly.

79.5 percent of the Health Care Trainers answered that they given a back care program. In Japan, many office workers suffer often from backache. Because they have been obliged the unnatural and forced postures during their work, the back care program should be developed as a check system with regard to their working times rather than for to other times.

A exercise and fitness program rerepresented 97.6 percent of all worksite health promotion activities. These programs should be managed and administrated by the Health Care Trainers. According to "JISHA-Trainig Text for Health Care Trainer", the trainer should understand the influence given by the lack of daily exercise and fitness activities. The hypokinetic disease leads the cardiovascular disease, obesity, arteriolosclerosis, high blood pressure, and so on. The Health Care Trainers must have knowledge by which they are able to make workers fun and to give them that important habit to continue their sport and recreation activities.

II 研究の背景と目的

都市在住者に限らず、現代社会では多くの人々が「運動不足」を少なからず実感している。たしかに労働時間の短縮や余暇環境の整備といった人々を取り巻く諸条件の改善はなされてきているが、日常生活における運動不足を解消するためには、ライフスタイルそのものを変化させる必要がある。

これまでに「運動不足と健康」について、体育学を含む多くの分野で研究がなされてきたが、体育学の領域に着目した場合、主に健康教育学や運動生理学的な実験研究が中心となり、高血圧、糖尿病、心疾患、肥満、腰痛などの成人病の原因が運動不足とストレスであることが明らかにされてきている。現代人の間では、腹

筋や背筋などの筋力の低下による腰痛発症、あるいは過食によるカロリーの過剰摂取などによる肥満がこれら成人病の原因の一端とされており、これらを改善する方法として運動やスポーツなどの積極的な健康体力づくりが注目されてきた。特に生活習慣にスポーツやレクリエーションといった運動を取り入れ、生活を活動的な内容にすること重要であるとされている。

北米の医療体制や医療保険制度はわが国のそれとは異なるが、それ以上に人々の健康に対する意識には大きな差がみられる。健康づくりの経済的な価値について、池田は Naisbitt, J の『サクセストレンド』を引用し、北米でのさまざまな企業でのフィットネス活動の実態と、その効果について紹介している。これによれば「アメリカ合衆国では国民と政府が個人の健康に留

意し、管理・節制に努めていくことを推進している。なぜならば、これまで人々は医療費の高騰を政府や社会の動向に責任を転嫁してきたが、この状況が続けば、今後の社会のさまざまな発展は望めないことに気づいた。このような方針を社会的な機能を果たすべき立場にある多くの企業が採用し、その経営者や労働組合、あるいは保健組合が従業員の健康づくりの積極的な実践に乗り出している。さらには、この健康づくりの便益は、個々の従業員に健康を与えられるだけではなく、医療費を抑制することによって、企業にも莫大な費用の節約による利潤をもたらした。」とされている。¹⁾

わが国では、従業員を対象とした福利厚生施設の充実とあいまって、職場での健康づくりが就業前の体操や休憩時間および就業後の軽スポーツという形で進められてきた。また職場体育としては、企業内のスポーツチームやスポーツクラブ・サークルを中心に展開されてきた。しかしながら、近年、従来の娯楽中心の福利厚生は企業のイメージアップあるいは広報の効果を狙った福利厚生サービスへと様相を変え、フィットネスクラブへの法人加入や独身寮内のスポーツ施設の導入など、健康づくりに関連したサービスに力を入れる企業が増加してきている。

職場内での従業員の健康・体力づくりへの関心は、1980年を境にして徐々に浸透し始めた。人生80年時代の到来は、医学・医療技術の飛躍的な進歩と衛生環境の改善を土台として促進された。労働力の高齢化は企業における生産性の低下に影響するのに加えて、安全・衛生面に関する雇用者側の対応を必要とするようになり、各企業では身体および精神面の健康保持増進のための施策が進めらるに至った。このような背景を経て、職場でのフィットネス・プログラムの開発とその実施について、専門的な知識や高度な指導技術を持ったスタッフが要求されるようになり、指導者要請に大きな関心が寄せられるようになった。

そこで、オフィスや工場などを健康づくりの場としたフィットネス活動が円滑に行われるた

めに、専門指導者の養成と組織体制の整備が重点的に実施される運びとなった。中央労働災害防止協会(JISHA)は、1977年から、「中高年齢者健康づくり運動(SHP=シルバー・ヘルス・プラン)」を推進してきた。さらに、政府によって1988年5月に労働安全衛生法が改正され、働く人の健康づくりに対する雇用者の努力義務が規定された。この決定に従って、1988年10月にはSHPを発展させ、「心とからだの健康づくり運動(THP=トータル・ヘルス・プロモーション・プラン)」が国の援助の下、労働者の福祉と企業の活性化の促進を狙いとして展開されることとなった。THPは、労働安全衛生法第70条の2項第1項に定められた「健康保持増進のための指針公示第1号(健康づくり指針)」に沿って進められる。具体的な手順は巻末に参考資料として示した。²⁾

職場における健康づくり活動を効果的に実施する上で、人材や施設といった環境を整えていかなければならないが、その条件としてフィットネス活動に参画する企業の経営者の理解を得ることが肝要である。しかしながら、現時点では職場におけるフィットネス活動に関して、「施設環境や関係組織の人材がどのくらいの数の事業場において整備されているのか」、あるいは「どのような活動が行われているのか」、「健康づくり活動がどのような効果を表しているのか」などの具体的な指標などは、まだ個々の事例報告として行われているに過ぎず、全体的な状況を知ることはできない。

このような状況の中で本研究では職場での健康づくりを効果的なものにするための条件のうち、特に従業員の健康づくりに関与する指導者の問題を取り上げることにはしたい。ただし現状において、本研究の対象者を明確に限定する法的制度やライセンスが事実上存在するわけではない。しかしながらわが国では社会体育指導者に関する種々の資格制度がこの数年間のうちに定められており、これらの資格制度の中で、企業内の従業員を対象にスポーツやレクリエーションを通じて健康づくり活動を推進していく指導者養成に乗り出しているのが労働省であ

る。したがって労働省が制度化した「ヘルスケア・トレーナー」資格を本研究の対象として着目することとした。本研究の目的は、このような指導者が事業場において健康づくり活動状況を明らかにし、特にプログラムについて考察していくことである。

II 方 法

1. 調査対象

調査対象としたヘルスケアトレーナーは、JISHA が資格認定と養成研修を行っている。今回の研究で実施した調査では、JISHA が1988年1月30日から同年7月22日までの間に行った研修に参加した210名を対象とした。

2. 調査票の作成

実際に指導を行っているヘルスケア・トレーナーの数や彼らが指導の対象としているプログラムへの参加者の数、あるいは指導が行われている施設およびそこに設置されている機材の有無というような点でそれぞれ調査の対象者は条件を異にしている。このような状況を考慮し、各ヘルスケア・トレーナーが回答できる項目を調査票に設定しなければならなかった。特に具体的なプログラムの内容に関する項目は、1987年に公開されたアメリカ合衆国の「事業場における健康増進活動の全国調査 (National Survey of Worksite Health Promotion Activities)」の中から JISHA と協議した上で決定した。その上で予備調査票を作成し、A 新聞社厚生課および民間スポーツクラブ B 社企業フィットネス課にテスト調査を依頼した。この予備調査票を回収した後に JISHA と再度検討した上で最終的な調査票を作成した。

3. 調査票配布・回収の方法

配布方法は郵送を用い、JISHA から推薦された調査の対象であるヘルスケア・トレーナー (209名：1名は転居後の住所不明で除外) に調査票を配布した。調査票の回収は、調査対象者が封印し直後投函する方法を用いた。1989年10月中旬に一斉に配布し、ハガキと電話による

2回のフォローアップの後、最終締切日を同年11月4日として定め、結果として約3週間の調査期間を設けることとなった。

III 結果および考察

回収された調査票、および電話による回答意志の確認によって、最終的に120名から回答が得られた (回答率57.4%)。他の89名は「回答する意志がない」、「長期出張中で回答できない」、「退社した」という理由から、回答を拒否した。

1. 活動状況

まず「現在、ヘルスケア・トレーナーとして実際に従業員を対象とした健康づくりに寄与していますか」という質問を行った。その結果、表1が示すとおり、83名が「実際に指導している」あるいは「管理運営に寄与している」と回答し、39名が「現在、活動していない」あるいは「運営計画中である」と回答した。この結果を見る限り、社会体育指導者の資格を取得している者すべてが、実際に指導・運営管理のできる現場に存在しているとはいえない。したがって現在、多くの省庁が関与し、関係協会あるいは団体が行っている社会体育指導者の養成では、目的の一つが実現されていないことになり、これは一つの問題として提議することができるであろう。

以下の活動状況に関する分析は、従業員を対象とした指導活動、あるいはその健康づくり活動に直接寄与している者である83名について行うこととした。なおこの83名について個人的な属性をみた場合 (表2)、性別に関しては男性が60名 (72.3%)、女性が21名 (25.3%)、未

表1 事業場における健康づくり活動への参加状況

現在の活動	人数	(%)
従業員を対象に健康づくりに関与している	83	(69.2)
事業場での健康づくりに関与していない	37	(30.8)
合計	120	(100.0)

回答が2名(2.4%)であった。平均年齢は33.7歳で、男性は36.7歳、女性は28.4歳であった。また、学歴に関しては4年生大学卒業者が60名(72.3%)で最も多く、この中で43名が体育系大学の卒業者であった。

実際の指導状況に関しては、週当たりの指導頻度(日数および時間)を尋ねた。その結果、表3が示すように指導日数では「1-2日」と回答する者が最も多く、次いで「0日」(「定期的には指導していない」、あるいは「指導には携わっておらず、管理運営を担当している」)、「5-6日」、「3-4日」の順であった。なお平均指導日数は2.2日であった。また、週当たりの指導時間については表4に示すように、「0-9時間」が最も多く、次いで「10-19時間」、「20時間以上」の順であった。また平均指導時間は4.3時間であった。

今回の調査結果には、実際の指導はヘルスケア・リーダーや職場での健康づくりリーダーと呼ばれる人に任せているために実際の指導はせず、管理運営・監督といったスーパーバイザー的な立場にある者も含まれているので、今後、健康づくり活動への寄与形態を詳細に調べていく必要がある。

また、ここに示した指導日数と指導時間は、事業場における健康づくり活動の頻度を示す数値として取り扱うことも可能である。ここで示された指導日数と指導時間に関する数値が活動

の実施状況として頻度の少ないものなのかという判断は、まだヘルスケア・トレーナーの全体を対象とした調査が実施されていない現状では不可能である。また、そうした判断は指導頻度と健康づくりの効果との因果関係を明らかにされなければならない。したがって、ここでは現状を示すにとどまることになるが、今後、調査と分析を詳細に施すことによって明らかにされよう。

2. 健康づくりプログラムの内容

健康づくりのプログラムの内容として、どのような活動が行われているのであろうか。この点に関し、今回の調査では、1)喫煙コントロールプログラム、2)ヘルスチェック(健康測定)プログラム、3)腰痛予防・再発防止プログラム、4)スポーツ・フィットネスプログラムといった4つの健康づくりプログラムの実施状況に関する回答を求めた。この4つの項目は、先に述べたとおり、1987年に発行されたアメリカ合衆国での調査を参考にして、ヘルスケア・トレーナーが関与する健康づくりと結びつきのあると考えられる項目を選択した。その結果、表5に示したように、スポーツ・フィットネスプログラムを最も多くのヘルスケア・トレーナーが実施していると回答し、次いでヘルスチェックプログラム、腰痛予防・再発防止プログラム、喫煙コントロールプログラムの順であった。

表2 分析対象者の個人的な属性

性別	男性60(72.3)	女性21(25.3)	未回答 2(2.4)
平均年齢	男性 36.7歳	女性 28.4歳	全体 33.7歳
最終学歴	高校 8(9.6)	短期大学 7(8.4)	
	大学60(72.3)	専門学校 5(6.0)	
	その他 3(3.6)		

(%)=該当者/83×100

表3 指導頻度——指導日数——

1週当たりの指導日数	人数	(%)
0	23	(27.7)
1~2	28	(33.7)
3~4	14	(16.9)
5~7	18	(21.7)
合計	83	(100.0)

表4 指導頻度——指導時間——

1週当たりの指導時間	人数	(%)
0~9	70	(84.3)
10~19	10	(12.1)
20~	3	(3.6)
合計	83	(100.0)

表5 健康づくりプログラムの内容(複数回答)

プログラムの内容	人数	実施率(%)
喫煙コントロールプログラム	48	(57.8)
ヘルスチェック(健康測定)プログラム	76	(91.6)
腰痛予防・再発防止プログラム	66	(79.5)
スポーツ・フィットネスプログラム	81	(97.6)

1) 喫煙コントロールプログラム

喫煙コントロールプログラムに関しては、喫煙が及ぼす身体的な影響の意味について指導できる指導者と意識面からの喫煙抑制を指導できる指導者の充実が重要な課題であることが考えられる。JISHAの展開している「心身の総合的な健康保持増進(THP)」に関しては、ヘルスケア・トレーナーおよびヘルスケア・リーダー、そして同様に資格認定が行われている心理相談員がこの任にあたるのが有効であろうと思われる。しかしながら、スタッフが整備され、喫煙コントロールプログラムを展開している職場においても、これまでの喫煙中止者の人数の推移や喫煙抑制に関する具体的なプログラムの効果を明確に示していく必要がある。

アメリカ合衆国では禁煙運動が盛んであり、喫煙の害について多くの人々が学校教育や社会教育をうけ、禁煙への認識が高まっているとされる。特に著名な例として1970年の公衆衛生喫煙法が制定され、1971年1月から、紙巻きタバコのテレビ・ラジオでの広告がアメリカ合衆国全土で全面禁止になった。この法律の制定には、喫煙に関する害を社会に広めた人々、すなわち嫌煙権を主張する人たちの積極的な働きかけが寄与している。³⁾

Naisbitt, Jは、米国のタバコによる被害について以下の4つの例をあげている。⁴⁾

- 1) 喫煙が原因で死亡する人間は毎年35万人にのぼる。
- 2) 喫煙者は、喫煙しない人間に比べて、肺癌発生率が700倍も多い。
- 3) 心臓疾患の4分の1は喫煙が原因とされる。
- 4) 慢性気管支炎の75%、肺気腫の80%は喫煙によって引き起こされる。

さらに彼は喫煙者の雇用は企業の損失であるとして、喫煙者が病気になったり、早死したとき、企業がそのために支払う保険給付費の額の大きさを指摘した。Naisbitt, Jは、喫煙の抑制を対象に、健康づくりの経済的な分析を施すことによってその効果が明確にされるとしており、喫煙時間の減少による生産性の向上につい

ても同様の意見を述べている。

わが国においても、“禁煙事業によって得られた便益”という費用便益分析を用いた前田の研究がある。これは、国家的に禁煙がなされた場合を想定したシミュレーションとして行われたものであるが、職場において従業員の喫煙抑制行動を対象に試算することも可能である。⁵⁾

特に身体生理学的な見地からこれまでに行われてきた研究において、喫煙によるCO(一酸化炭素)の酸素運搬系に対する影響と、さまざまな発ガン性物質によるガンの増加とニコチンによって損なわれる循環系機能と中枢神経系への影響が述べられていることが多い。タバコの煙の中には多数の発ガン性物質が含まれていて、直接煙と接触する気管支や肺だけでなく、喉頭、食道、胃、その他の器官におけるガンの発症率を高めている。多量の喫煙は、高脂血症、高血圧とともに心筋梗塞の3大リスクファクターとして扱われている。このほか、多量の喫煙が肺機能の障害、動脈硬化、高血圧、不眠、早産・流産、慢性気管支炎、不整脈などを増加させる要因となっている。⁶⁾

以上のように社会経済的、あるいは身体生理的にも喫煙は「百害あって一利無し」ということになる。しかしながら、タバコの成分が痩身への効用、リラックスの効果、緊張感の持続に効力を持っていることが示されており、またわが国の社会の喫煙に対する状況では個人の嗜好という点に問題が集中しており、喫煙に対する意識の変化を待つ以外に方法はない。喫煙行動は生活習慣に起因する。したがって、喫煙による家族の健康への影響を示すと同時に、指導者は勤労者の喫煙抑制行動の良きパートナーとし

表6 禁煙・喫煙抑制プログラムの実施内容(複数回答)

プログラムの内容	人数	実施率(%)
喫煙による健康阻害などの広報活動-情報提供-	40	(48.2)
個別による禁煙・喫煙抑制指導	17	(20.5)
禁煙タイムの実施や喫煙所の設置-社内喫煙対策-	12	(14.5)
グループによる禁煙教室・講習会	4	(4.8)

て少しでも喫煙を減らすことができるような知識を持つべきであろう。

こうした社会経済的な意味を持つ喫煙と禁煙であるが、喫煙行動を抑制するプログラムの実施率をみると本調査の場合、調査対象の半数を越えるヘルスケア・トレーナーが実施していると答えている。プログラムの内容についてみると、「喫煙が身体に及ぼす影響などの情報提供」を、約3割のヘルスケア・トレーナーが実施していると回答しており、次いで「個別指導」、「社内喫煙対策」の順となっている。

2) ヘルスチェックプログラム

健康保持増進活動の中で行われるヘルスチェックは、これまで職場で行われてきたような医師による疾病の早期発見や恣意管理などのメディカルチェックとは区別され、現在の健康状態を把握し、従業員にとって適切な健康状態を維持することを目的として実施される。したがってヘルスチェックは医学的な項目による医療検査行為ではなく、過去や現在の生活習慣や労働状況の把握を重要な目的とする。ヘルスチェックには、本調査で尋ねた「血圧測定」、「体力テスト」、「ガン検診」、「血中コレステロール値測定」、「血糖値測定」を含む、総合的なチェック項目の作成が望まれる。したがって、これらの項目を含む、1) 医学的検査、2) 運動機能検査、3) 生活状況調査等がその例となる。特に、JISHAによれば、以上の3つについて、ヘルスケア・トレーナーを養成する際に以下のような指導を行っている。

1) 医学的検査

医学的な検査項目として、形態検査、循環機能検査、血液検査、呼吸機能検査等があり、そ

の他に、尿検査、胸部レントゲン検査等がある。

2) 運動機能検査

運動機能検査は、ヘルスケア・トレーナーやヘルスケア・リーダーが運動指導を行う際の運動内容を決定する場合や、その運動の効果をある程度把握する目的で行われる。

この検査項目としては、筋力、柔軟性、敏捷性、平衡性、全身持久性等があげられる。

3) 生活状況調査

生活状況調査に含まれる項目は、仕事の内容、運動方法、生活リズム、趣味・嗜好、運動習慣・運動歴、食生活、メンタルヘルスがあげられる。

このような検査・調査が行われるためには、健康保持増進に関与するスタッフの能力が充実しなければ、ヘルスチェックの評価とこれに応じた指導は不可能である。企業において従業員の体力や健康水準を熟知し、健康保持増進を進めるためには、総合的な指導を行える指導者が存在しなければならないであろう。

JISHAの展開するTHPでは、このプログラムを健康測定による従業員の総合的な健康管理を実施していくために欠かすことのできない重要なプログラムとして推進している。ヘルスチェックプログラムは、ヘルスケア・トレーナーの9割以上が指導現場での実施していると回答した。その実施内容については実施の多い順から「体力テスト」、「血圧測定」、「血中コレステロール値測定」が行われている。

3) 腰痛予防・再発防止に関するプログラム

職場での腰痛の原因としては、就業時の体位や労働条件が考えられる。最近の腰痛発症状況は、事務系労働者が急増していると言われている。オフィス作業者の不自然で無理な作業姿勢の持続や過労による慢性の腰痛が増加している。これは、キーパンチャー等の職業病として知られている頸肩腕症候群と類似した負荷が腰背筋群に加わっているためである。⁷⁾

ヘルスチェックプログラムの項でも記した通り、職場で実施する健康診断の目的は「疾病への早期発見・早期治療」ととどまるものではなく、作業配置転換・軽減および作業管理のため

表7 ヘルスチェック(健康測定)プログラムの実施内容(複数回答)

プログラムの内容	人数	実施率(%)
体力診断テスト	70	(84.3)
簡易装置を使つての血圧測定	56	(67.5)
血中コレステロール値の測定	34	(41.0)
血糖値の測定(糖尿病検診も含む)	32	(38.6)
医師によるガン検診	21	(25.3)

に必要な実態の把握も重要となる。それは例えば、腰痛対策に必要な情報収集のためのモニタリング・システムとしての意義と同時に、対策の成果を評価するためのフィードバック機構としての役割が重視されるであろう。JISHA によれば、腰痛対策としてのプログラム方法・内容を以下のように示している。

- 1) 身体の解剖と生理：姿勢や動作と腰部への負担
- 2) 腰痛の病理：発症機転と種類
- 3) 労働との関連：労働形態，労働条件，職場環境との関連
- 4) 生活との関連：運動，余暇，食生活，体力，家庭生活との関連
- 5) 発症の現状
- 6) 職場対策の目的・成果
- 7) 検診の目的と管理措置の意義
- 8) 医学的対応：発症時の対応，治療の意義，職場復帰時の対策
- 9) 行政の対応：関連法規・通達の内容
- 10) その他：他職場，他企業の実例

JISHA は、上記の項目について各職場に合致したプログラムを開発し、実施することを指導している。特に腰痛予防について、家庭での生活状況よりも職場での作業管理と環境管理が重要であり、発症予防の観点からチェックリストの活用の有効性を記している。調査結果からさまざまな試みが指導現場においてなされており、特に腰痛対策については各事業所でのワーキングスタイルの段階での予防が施されている。生活習慣よりも、仕事に従事する段階での徹底した有効なプログラムとチェックリストの開発が、その重点課題となるのではないか。

本調査の結果では、約8割のヘルスケア・トレーナーがこのプログラムを実施している。各

表8 腰痛防止・再発防止プログラムの実施内容（複数回答）

プログラムの内容	人数	実施率(%)
腰痛防止に関する広報活動—情報提供—	45	(54.2)
グループによる腰痛防止教室・講習会	42	(50.6)
腰痛防止強化月間・週間の実施	9	(10.8)

プログラム内容の実施状況をみると、「腰痛に関する情報提供」、「予防教室・講習会」について半数以上のヘルスケア・トレーナーが実施していると回答している。

4) スポーツ・フィットネスプログラム

「運動不足病」による成人病の発生率の増加とともに、そのリスクファクターとして運動不足があげられ、スポーツによる効用に関する研究や文献が発表されることが多くなった。運動不足は肥満症，心筋梗塞，狭心症，高血圧症，動脈硬化症，ノイローゼ，自律神経不安定症候群，腰痛症を引き起こすとされている。特に，Morris が、労働形態の違いによる運動の有効性を発表して以来，多くの人々によって報告がなされている。池上は，運動処方観点から，現代病の発症は複数の原因が相加的な，あるいは相乗的に作用して生体に歪を加え，その歪がある臨界点を越えた場合に疾病となって現れると述べている。さらに現代病の予防するための鉄則として，可能な限りのリスクファクターの除去と疾病に対する抵抗力を維持増進することとしてあげている。その例として，筑波大学の国民体力特別研究プロジェクトの結果として，医療費と運動プログラムをあげている。⁸⁾

職場での健康づくり活動の中でヘルスケア・トレーナーが最も活躍する項目が，この「スポーツ・運動，フィットネス活動の奨励」であろう。労働者にとって，1日のうち約10時間は事業場で過ごすことになる。つまり生活時間の60%は職場で消費することとなる。このような状況を踏まえた上で，スポーツやレクリエーションを活用したフィットネス活動の有効性を従業員に

表9 スポーツ・フィットネスプログラムの実施内容（複数回答）

プログラムの内容	人数	実施率(%)
社内スポーツ教室・講習会	47	(56.6)
運動の効用や方法に関する広報活動—情報提供—	46	(55.4)
物品・施設の開放・提供	43	(51.8)
社内スポーツ大会・体育大会・運動会	36	(43.4)
個別による運動処方・運動指導	33	(39.8)
スポーツ実施に対する補助金の支給	12	(14.5)

指導する時間と場所を職場に設け、しかも、企業の損失である従業員の疾病や死亡を減少させるための健康・体力づくりに関する生涯健康教育を行っていかねばならないであろう。さらには、従業員に対して、ライフスタイルにおけるフィットネス活動の導入の有効性を説き、今後も新しいプログラムの開発・改善にヘルスケア・トレーナーが中心となって尽力すべきであろう。

ヘルスケア・トレーナーによるこのプログラムの実施率は、9割以上という高い値を示した。プログラムの内容については、「スポーツ教室・講習会」、「スポーツ、フィットネスに関する情報提供」、「用具・用品、施設の提供」の順で実施率が高かった。この結果は、調査の対象となったヘルスケア・トレーナーが中心となって、企画・運営すべき項目であったためと考えられる。

IV ま と め

本稿では、職場における健康づくり活動について、従業員を対象に指導者がどのように指導を行っているのか、そしてヘルスケア・トレーナーが参加している活動がどのように展開しているのか、その実状を把握することを目的とした。その結果、以下のような課題をあげることができる。

まず第一に、指導者資格を取得しながらも、現実にはそれに対応した指導をする機会に恵まれない指導者が存在するということである。本調査が実施されていた時点では、有効回答者の

約7割が「指導」、あるいは「管理運営」という立場で事業場における健康づくり活動に参加していたが、その指導者においても、平均的に指導頻度は多いとは言えない。この状況を打開するためには、ヘルスケア・トレーナーの社会的な認知を推進していくように行政側の働きが必要となろう。

第二番目として、指導者養成研修を終えたヘルスケア・トレーナーは、指導現場における施設の状況に合わせた指導プログラムを開発する経営管理的な応用能力を備えなければならないという点である。ヘルスケア・トレーナーとして従業員の健康管理を行う人材はJISHAによって急速に増加しているが、現状では、複数の事業場で指導や管理運営を行っている者が多いことが予測される。したがって、一律の施設がどの職場にも揃っていることはないため、プログラムに関して状況に適応したものを作成していく姿勢が必要となる。その場合、健康づくり活動に関する経営管理的な能力が一層重要となるであろう。

そして最後にTHPによる従業員の総合的な健康管理制度や健康保持増進活動を実施する上で、指導者の整備を進め、指導にあたるヘルスケア・トレーナーは十分な情報を収集して効果を測定し、再度検討してプログラムの改善をはかっていくという「運動処方の流れ」を守ることが大切である。これまでに北米においてはさまざまな観点から健康づくりの効果について社会科学的な分析が施され、公表されてきている。

表10 ヘルスケア・トレーナー養成研修受講条件

1. 学校教育法による大学において、体育系、保健系の正規の学科を修めて卒業した者
2. ヘルスケア・リーダーとして、運動実践指導、援助の経験を3年以上有している者
3. 保健婦の資格を有する者
4. 看護婦（士）の資格を有する者であって、運動実践指導者、援助の経験を2年以上有している者
5. 管理栄養士、または栄養士の資格を有する者であって、運動実践指導者、援助の経験を2年以上有している者
6. 衛生管理者の資格を有する者であって、運動実践指導者、援助の経験を3年以上有している者
7. そのほか1から6までと同等の資格を有すると認められる者

前述したように健康づくりに対する考え方を普及していくためには、無論、身体的な効用について今後も、なお一層探求されるべきであろうが、社会学的な観点からも健康づくりの効用について研究を進め、研究者が指導者や指導を受けている人々の状況を把握した上、よりよい健康推進の環境づくりを実施していくために寄与すべきであろう。

これらの課題に呼応して、JISHA はヘルスケア・トレーナーの登録制度を検討している。これは指導現場の実状についてヘルスケア・トレーナーから報告を受け、指導技術を高めようとする狙いであると思われる。そしてまた、フォローアップ研修の開催を義務化することも検討されている。

社会体育指導者の養成が、これまで以上に叫ばれるようになった一因として、体育系大学、短大および、体育学部を持つ大学といった高等教育機関における指導者養成の立ち遅れが指摘された。健康産業、スポーツ産業といった市場が、これらの高等教育機関を卒業する者への専門的な知識を活かせる有効な就職先であることは間違いない。そこで、社会体育指導者の養成が、資質向上のための技術確認制度であるのか、あるいは指導者としての職業を確立するための制度なのかを明確にし、産業界だけでなく、教育機関に対しても関係行政がその所在を明らかにすることが必要とされる。

健康づくりに関する指導者資格として、担当する行政機関でこれを分類すると、厚生省の「健康運動指導士」、文部省の「スポーツプログラマー I 種、II 種」が、労働省の「ヘルスケア・トレーナー」の養成と平行して行われている。また、海外からも ACSM (American College of Sports Medicine) といった指導者資格の認定制度が導入され、指導者資質の向上に寄与している。指導者の資格の持つ意味を改めて問いなおし、わが国の健康づくり活動の社会的な動向に合わせた制度づくりが進められなければならない。職場での健康づくりの指導者の機能がこれまで以上に社会的な認知を得ることによって、社会体育の一分野としてヘルスケア・トレー

ナーの地位が企業における新しい福利厚生部門として確立される。これまで学校体育を中心に展開してきた体育経営管理学の研究者は、その視野をさらに広げ、社会体育の指導者の機能について深く討論していく姿勢を持つべきであろう。

- 1) 事業場の衛生委員会を経営者を中心にヘルスケア・トレーナーなどの指導者が構成し、健康づくりのプログラムに関する中期、あるいは長期にわたる目標の設定や年次計画などを作成する。
- 2) 労使の共通理解の下、職場での健康づくりに対する従業員の理解を促し、協力体制を確立する。
- 3) 衛生委員会の定めた計画に基づいて医師(産業医)を中核としたスタッフが、各々の専門性を活かし、「健康保持増進に関与するスタッフチーム」を組織して個々の従業員の心身の健康づくりを進める。

このような基準に基づいて組織を構成していくためには、勤労者の健康管理を専門的に取り扱うスタッフの育成が必要となる。しかしながら経営者にとって、このような指導スタッフの充実を中心とする組織体制の確立と施設の整備には多くの費用と時間がかかることが不可避の条件となっている。このような状況下で大企業での指導体制の整備は、JISHA の行う指導者研修の定員を増やさなければならないほど進んでいるが、中小企業での整備には遅れが懸念され、スタッフや施設の整備にかかる費用や民間スポーツクラブによる人材の派遣など、多くの課題が残されている。またプログラムの開発・改善に着手する指導者についても、専門的な知識や技術を活かす指導者をとりまく施設や待遇の整備が未解決であり、指導者が職場での健康づくり活動を継続するために打開すべき問題の一つとして再び考察していかなければならない。

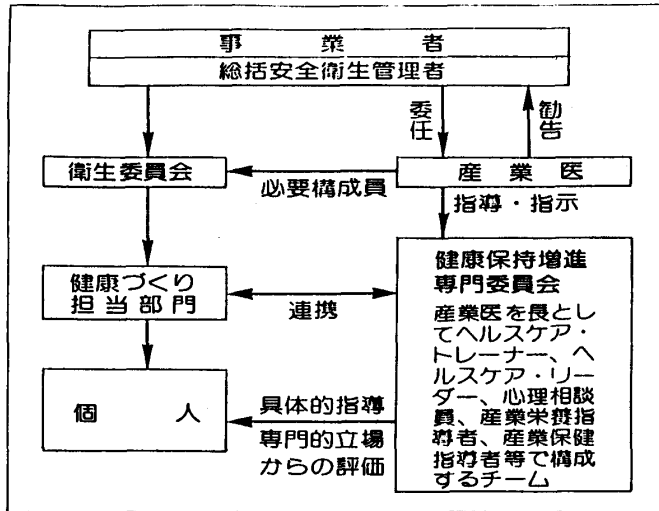
引用文献

- 1) 池田 勝 「健康づくりの経済学的研究」

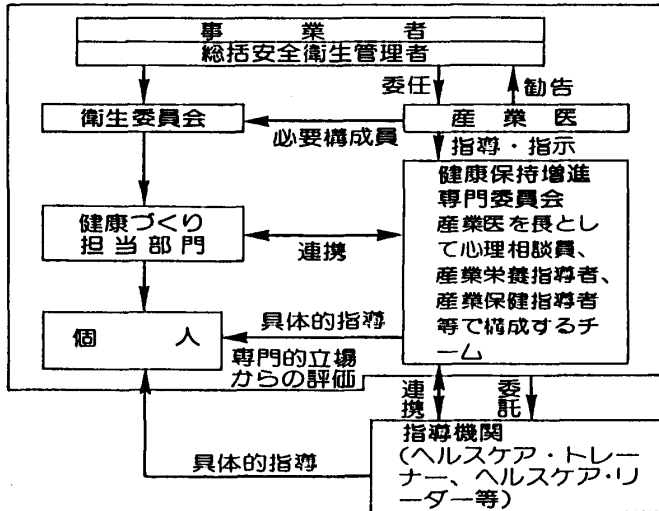
- 体育の科学 Vol. 36. 3 pp. 172-176, 1986.
- 2) 中央労働災害防止協会 「安全衛生のひろば」 pp. 6-19, 1990.
- 3) 伊佐山芳郎 「嫌煙権を考える」岩波書店, 1983.
- 4) Naisbitt, J 「サクセストレンド」(竹村健一訳) 三笠書房, 1985.
- 5) 前田信雄 「保健の経済学」東京大学出版会, 1979.
- 6) Lisa F. Berkman, Lester Breslow 「生活習慣と健康」(森本兼曩監訳) HBJ 出版局, pp. 63-65, 1989.
- 7) 河野友信, 田中正敏 「ストレスの科学と健康」朝倉書店 p. 154, 1986.
- 8) 池上晴夫 「運動処方」朝倉書店 p. 42-45, 1986.
- 9) Edword L. Fox 「ライフタイム・フィットネス—健康と運動処方の実践—」(小林義雄訳) 泰流社, 1985
- 10) 川西正志 他 「体育指導者研究」体育の科学 Vol. 37. 7, pp. 545-550, 1987.
- 11) 馬飼野正治 「社会体育指導者の課題」みんなのスポーツ(5), pp. 8-9, 1988.
- 12) 宇土正彦 他 「社会体育指導者に関する研究」筑波大学紀要(2), pp. 1-14, 1979.
- 13) 竹田圭志 他 「社会体育指導委員の資質に関する調査研究(1)」日本体育学会第37回大会号A, p. 243, 1986.
- 14) 酒井哲雄 「世に問われるウェルネス」Wellness NEWS (7)日本 YMCA 同盟, pp. 1-3, 1987
- 15) 影山 健 「社会体育指導者の養成制度をめぐる諸問題」愛知教育大学体育教室研究紀要 13, pp. 1-17, 1989.
- 16) 小沼守之 他 「社会体育指導者資格認定制度に関する比較研究」日本体育学会第40回大会号A, p. 141, 1989.
- 17) Government of Canada, Fitness & Amateur Sport “Employee Fitness & Lifestyle Project.” Tront 1977-78, 1980.
- 18) Zalatan, A. “Financial profitability of industrial recreation programs.” WLRA Journal 25 (3), pp. 5-7, 1983
- 19) Everett, M. D. “Starategies for increasing employee’s level of exercise & physical fitness program.” Journal of Occupational Medicine 21 (7), pp. 463-467, 1979
- 20) The American University National Center for Health/Fitness “Cost-Benefit & Cost-Effectiveness Measures of Health Promotion in a Military-Civilian Staff.” 1989.
- 21) 山崎利夫 「アメリカ国防総省における費用効果分析」旬刊・福利厚生 (1310), 労務研究所, pp. 28-38, 1989.
- 22) U. S. Department of Health & Human Services “National Survey of Worksite Health Promotion Activites.” 1987.

参考文献

(事業場パターン1)



(事業場パターン2)



(事業場パターン3)

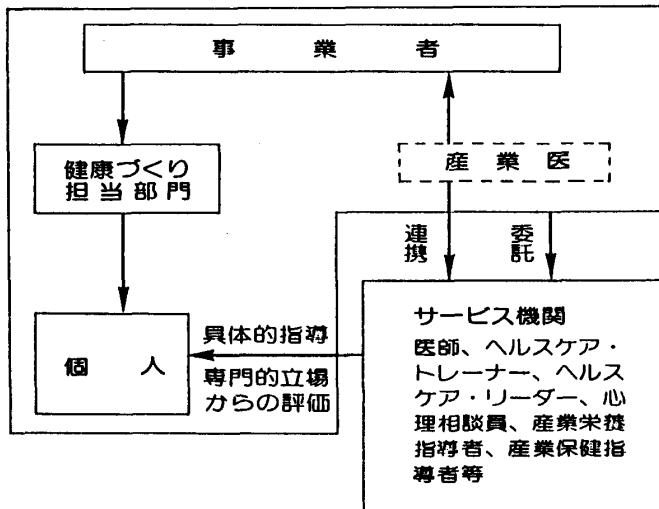


図1 THPの進め方

(出典：JISHA 季刊「THP」1989)

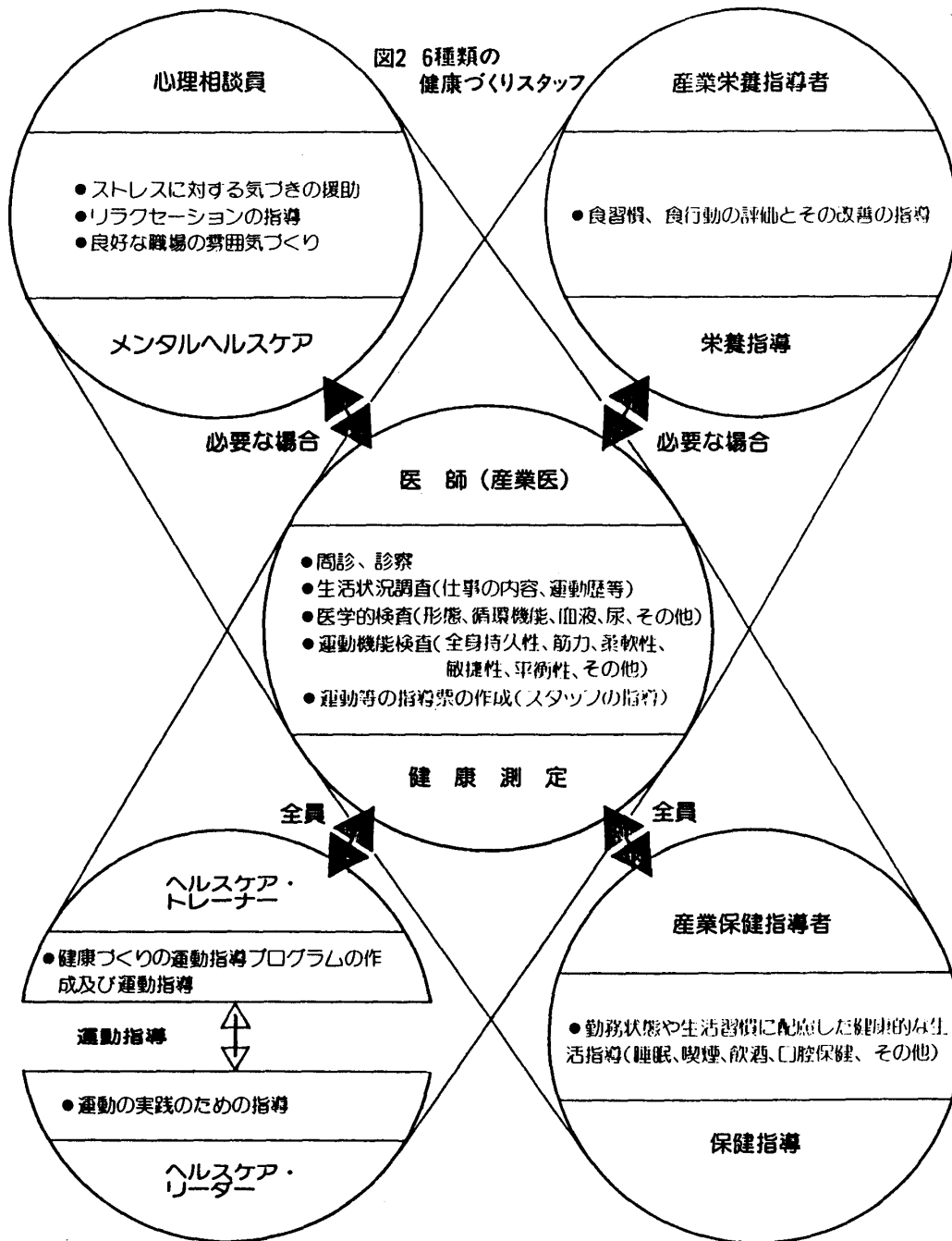


図2 労働省の推進する健康づくりスタッフ
 （出典：JISHA「心とからだの健康づくり運動」）