

<教育報告>

基本健康診査要指導者の要指導に対する認識および保健行動

平成14年度合同臨地訓練第2チーム

Azma Simba, 筒井智恵美, 瀧澤久美, 岩瀬亜紀子, 真栄城睦子, 小柳香織

Attitudes and Behaviors to Cope with the Results of the Basic Health Examination

Azma SHIMBA, Chiemi TSUTSUI, Kumi TAKIZAWA,
Akiko IWASE, Mutsuko MAESHIRO, Kaori KOYANAGI

I はじめに

地域で生活している人びとの健康やQOLの向上をめざした活動を展開していくためには、対象とする地域や集団の把握が重要である¹⁾。地域保健活動を担う保健師は、既存の保健統計や保健事業等における住民との関わりの中で、地域の状況や住民の実態を把握している。

しかし、生活背景や価値観が多様化する中で健康に対する意識や問題も複雑多様化し、ニーズを把握することは困難な現状にある。そのため、住民ニーズを反映した活動をすべきと思いつつもそれができていないのではないかといった不全感を持ちながら業務に従事している。

そこで、保健師が目指そうとしていることと、住民自身の健康意識や行動パターンとの違いを明確にすることで、保健事業、特に、基本健康診査のフォローアップ事業のあり方を検討した。

II 対象地域の概況

対象地域を千葉県木更津市とした。木更津市は、房総半島のほぼ中央部西海岸に位置し、都心より50km圏域という立地条件から首都圏近郊都市として発展している。平成13年10月1日現在の人口は122,734人である。

木更津市では、生活習慣病対策の中で、基本健康診査(以下健診という)後のフォローアップ事業として講演会、学習会を実施している。

III 研究の概要

1 研究の背景

成人保健担当の保健師と懇談し、業務を通して感じていることを整理した。その結果、保健師は「効果的な事業がしたい」「住民の健康観や望んでいることを事業にいかしたい」と希望しているものの、「参加者が少ない」「日々の

業務に追われ、現状分析が不十分」といった現実から「住民ニーズと実施している事業にズレがあるのではないか」「住民の反応が見えない」といった不全感を持っていることが明らかとなった。以上のことから、日常の活動を整理する枠組みを持つことで、住民の理解と保健師の対応を客観できると考え調査を実施した。

2 研究内容

2-1 目的

健診の結果、要指導と判定された住民に対する保健師のイメージと、要指導と判定された住民自身の健康意識および行動パターンを明らかにする。

2-2 方法

成人保健担当保健師5人全員(以下保健師という)および平成13年度健診にて要指導と判定された住民の中から了解の得られた5人(以下対象者という)を対象に、1対1による半構造化面接調査を行った。保健師に対しては、保健師がとらえている要指導と判定された住民のイメージ、要指導者にどのようになってほしいか、そのためにはどのようなことが必要かについて尋ね、対象者には、健康についてどのように考えているか、健診をどのようにとらえているか、今後どのようにになりたいかについて尋ねた。面接により得られた発言内容は録音し、テープ起こしを行い分析した。

IV 結果および分析

1 保健行動に関する分析

健診のとらえ方、結果のとらえ方、健診後の行動について保健師と対象者の発言内容を整理し、分析した。

健診のとらえ方については、保健師がモニタリングのひとつとしてとらえてほしいと期待しているのに対し、対象者は、ただ単に不安解消というだけではなく、1年に1回の健康チェックとして健診を受診していた。結果の受け止めについては、保健師が経年的にみてほしいと期待しているのに対し、対象者は基準値と照らし合わせるだけではな

指導教官：武村真治(公衆衛生政策部)

平野かよ子(公衆衛生看護部)

く、過去の結果との比較も行っていた。以上のように健診の捉え方、結果の受け止めは保健師の期待と対象者の間に大きな違いはなかった。

また、健診後の行動について保健師は、要指導という結果をきっかけに行動変容を起こしてほしいと期待していた。それに対し、対象者は、何らかの判断を根拠に、何らかの行動をするかを決定しており、保健師の期待と対象者の意識に違いがみられた。

2 許容値について

2-1 許容値とは

健診結果を受け止めた後の行動を決定する際に、「何らかの判断」があった。これらについて、以下事例別に分析した。

<事例A>

初回健診時に基準値を超えたことについて「えー、どうしてって感じでしたね。」と、予測していた結果よりも悪かったと受け止めており、その後すぐに医療機関を受診するという行動を起こしている。しかし、次の健診からは基準値を多少超えても悪いととらえておらず、行動変容もしていない。これは医療機関を受診し、医師のアドバイスで安心感を得たこと、検査値も大きな変動がなく安定していること、自覚症状がないこと、またコレステロールの知識を夫から得て安心したためであった。

昨年度の結果についてはそれまでの値からさらに高くなり、「あまりにも悪かった」と結果を悪く受け止め、医療機関を受診したり、講演会に参加したりしている。

<事例B>

初回の健診でコレステロール値が基準値を超えたことについて「範囲内を出たから2bとか2aとかつけられたわ

けだから」と子供の頃からの健康に対する意識の高さをベースに、早めに対処するという考えから、基準値を超えることを悪くとらえている。その後の行動としては、歩く量を増やしたり、自分で情報を集め自分にあったものを探し出してお酢を飲み始めたりするという行動を新たに加え、その結果、翌年の健診では基準値以下に改善することができた。

<事例E>

5年前の時は、「自分でも意識的にもものすごく悪いなと感じていた」と自分でもかなり悪いと受けとめており、医療機関受診や散歩、暴飲暴食をやめるという生活習慣の改善という新たな行動を起こしている。

しかし、その後数値が半分位までになると、「ある程度良くなった」と自分のなかで良いと結果を受け止めており、散歩をやめてしまうという保健行動の中止が起こっている。

以後現在までの間、一般に比べてかなり高い値でも、基準値をかなり超えていることは自覚しつつも、自覚症状がないことや、友人も同じような値であるという安心感から悪く受けとめていない。

しかし、「医者に死んじゃうよとかといわれたらやめるよ」という言葉から、医師の言葉によって行動変容する可能性があることが考えられる。

これらのことから対象者はそれぞれ健診の基準値をベースとし、自らが設定した『ここまでは新たな行動を起こさない』という「許容値」が存在し、その許容値と照らし合わせて健診結果を判断していると考えられる。

図1に許容値とその後の行動モデルを示した。許容値を超えてしまった場合は『新たな生活習慣の開始』、『医療機関受診』、『講演会・学習会へ参加』という行動を起こし、

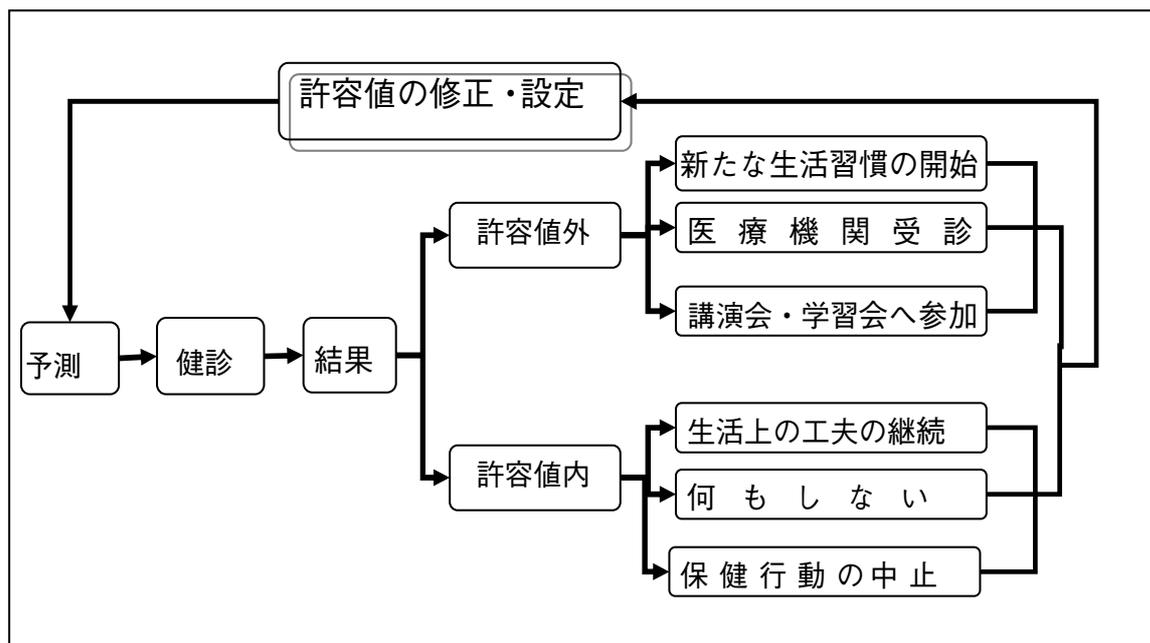


図1 許容値とその後の行動モデル

許容できる値におさまっていた場合は、『生活上の工夫の継続』、『何もしない』、『保健行動の中止』という行動を起こしていた。

また、同じ対象者、同じ検査値であっても、健診ごとに結果の受け止め方（許せるかどうか、受け入れられるか）が違っていることから許容値は固定されずに、変化していた。

この許容値を変化させる要因として、許容値を拡大させる『拡大要因』と許容値を変化させずに維持させる『維持要因』が存在している。

拡大要因としては、医師からの「これくらいなら大丈夫」という説明や医療機関を受診していることなどの『医師の存在・言葉』、『自覚症状がないこと』、過去にはもっと良くない値だったという経験や検査結果が安定した等の『過去のデータとの比較』、同じような状態の家族や友人の存在や彼らの言葉などの『家族の存在・言葉』、『友人の存在・言葉』の5つに整理できる。

また維持要因としては、過去に何らかの行動を起こすことで健診結果を改善することができたという『過去の成功体験』や、健康意識の高い環境で育ったことで培った予防意識である『生育歴に起因する予防意識』があげられる。

拡大要因と逆に働く要因として、縮小要因があり、『生命の危機』、『身近な人の死』などが推察された。

これらを図式化すると図2のようになる。

V 考察

1 健診後の保健行動

保健師は、要指導という結果が、保健行動を開始するきっかけとなることを期待していた。しかし、対象者は、要

指導という結果に加え、何らかの判断をし、その後の保健行動の有無を決定していた。この対象者の何らかの判断材料として、基準値とは別の自らが設定した許容値を用いていた。

対象者は、要指導と判定される以前にその健診結果に対して要求水準を設定する。この要求水準の多くは基準値と考えられる。しかし、要指導と判定されたことにより要求水準の達成が困難となり、新たな水準を設定する。この新たに設定された水準が許容値である。これは、基準値を超えるという現実によって生じた不協和を是正するためのもので、Festingerのいう認知的不協和²⁾を意味し、健診の結果が変化するたびに、適宜修正し許容値を変化させていると考えられる。

今回は、健診結果に着目した許容値について分析したが、対象者の発言内容からは、その他にも将来どのようになりたいと思うか、人付き合いなど、それぞれに許容値をもった複数の要素に構成された許容範囲が存在することも考えられた。この許容範囲も許容値と同様に、その大きさは変化すると考えられた。

2 保健事業との関連について

① 住民への支援方法

事業や個別支援時の聞き取りの際に、住民が考えている健診結果の受け止め方や自覚症状の有無、健康についての意識などを把握することで、住民の許容値および許容範囲の理解が深まり、その人にあった支援のあり方を検討できると考えられる。

② 関係機関との連携

許容値が拡大傾向にある住民に対しての支援が必要であ

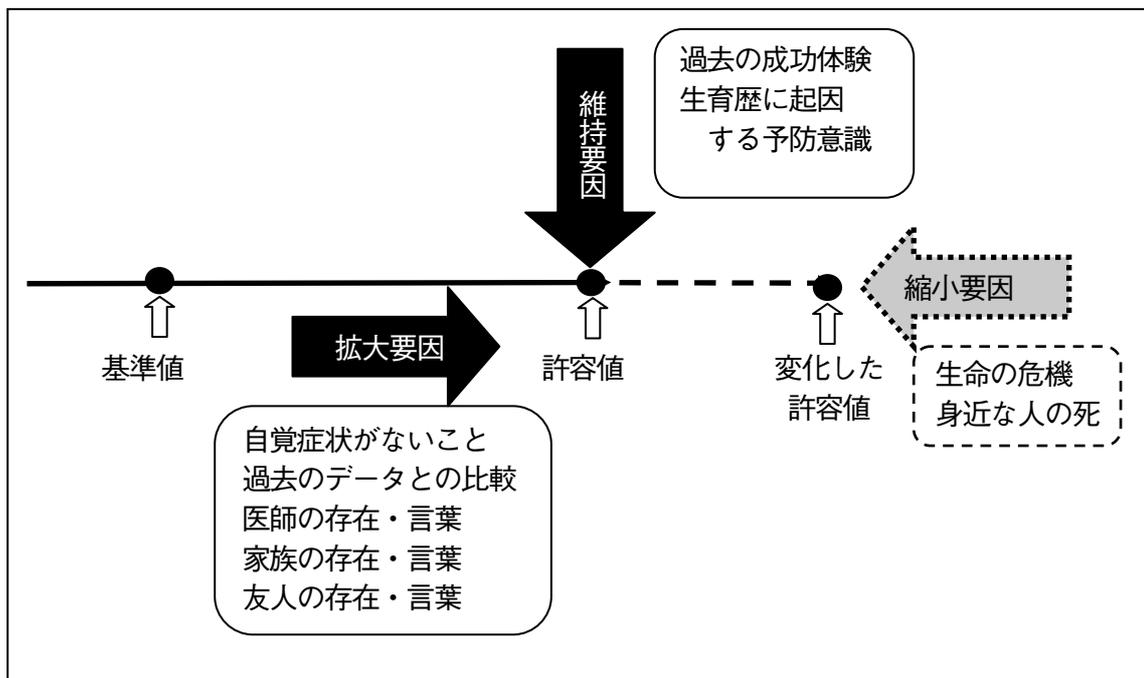


図2 許容値とその変化の要因

るが、拡大要因として「医師の存在・言葉」が大きく影響していた。このことから、許容値の維持、縮小につながるような保健指導のあり方について、医療機関と連携し、検討していくことが必要であると考えられる。

また、維持要因として「生育歴に起因する予防意識」があり、幼少時からの健康教育、生活習慣が影響することも考えられる。今後、学校保健などとの連携も視野に入れた対策が必要と考えられる。

③ 今後の課題

本研究は、住民5人の結果を分析したものであり、今後は市民全体の健康意識や保健行動などを本研究の行動モデルの枠組みで把握する必要がある。

また、住民の健康意識や行動モデルと同様に、保健師が考える住民像や、それに対する事業の方向づけについても整理することで、活動体系がより明確になると考えられる。

保健行動のきっかけや継続できた要因については、仲間の存在や楽しみなどが考えられ、今後はこれらの要因をさらに検討し健診受診後の保健行動に関する包括的モデルを構築する必要がある。

VI まとめ

- 1 保健師は、健診結果の基準値を判定基準とした要指導者に対し、生活習慣を見直し、改善にむけた行動変容

を開始することを期待していた。

- 2 対象者は、基準値をベースとし、自らが設定した「ここまででは新たな行動を起こさない」という許容値により行動変容の開始を判断していた。
- 3 許容値は、固定したものではなく、変化する。
- 4 許容値には拡大要因と維持要因がある。
- 5 許容値は、健診結果だけでなく個々のパーソナリティや他者との関係、将来どうなりたいか、生活の仕方などにも存在し、それらの複数の要素により許容範囲を構成していることが推察される。

謝辞

本研究の実施にあたって、お忙しい中、ご協力いただいた木更津市保健相談センターの皆様、ならびに面接調査にご協力いただきました木更津市の住民の皆様方に厚くお礼申し上げます。

<引用文献>

- 1) 金川克子他. 地域看護診断 - 技法と実際 -. 東京大学出版会. 東京: 2000; 9 - 11
- 2) Festinger L.A.. Theory of cognitive dissonance. California. Stanford university press. 1957. 末永俊郎監訳. 認知的不協和の理論. 誠真書房. 東京: 1965