

6 保健活動と地域医療

今中 悦子, 太田 保之

健康は古今東西、万人の願いである。その中で、健康の概念は拡大の歴史をたどり、「健康＝病気がない」という考え方からWHOの「肉体的、精神的および社会的に完全に良い状態にあることであり、単に疾病または虚弱でないということではない」に代表される概念に拡大してきている。そして「肉体的、精神的および社会的に完全に良い状態」を実現するためには、個人をとりまく環境にも配慮する必要があるという考え方も論じられてきている。環境要因をも含めた生活の全体をさす概念としてQOL (Quality of Life) という語が用いられている由縁である。

これまでの保健活動は有病率や死亡率などの客観的健康状態の改善に多くの努力を払う傾向にあったが、これからの地域保健活動では、健康をどのように概念規定するかが重要なポイントであり、健康はその人が置かれた状況の中でのその人の認知の如何により捉えられるものであるから、そのことを十分に考慮した姿勢で保健活動を行っていくことが必要であると思われる。それゆえにこれからはQOLをふまえた“主観的・精神的側面の健康づくり”がますます重要となってくるであろう。

地域保健活動においては、まず住民のヘルス・ケアニーズを把握し、共通の目標に向かって住民とともに取り組む姿勢が肝要である。ここでは、地域において実施したふたつの調査結果をもとに住民の健康に対する認識や思いを捉え、これからの地域保健活動のあり方について考えてみたい。

(1) 運動継続のための要因分析～健康運動参加者を対象に～

調査¹⁾は、1990年5月29日、鹿児島市開催の健康フェスティバルで健康運動に参加したうちの70名に計3回の質問紙法による追跡を行った。

アンケート調査は、フェスティバル開催時(5月)と1か月後(7月)、3か月後(9月)の3回にわたって、各調査時期における運動実施状況(運動実施の有無と運動内容、継続・中断・未実施の理由および工夫)、体調・自覚症状の内容、ブレスローの指標²⁾に基づく生活習慣調査、体調チェックとして体重・食欲・睡眠・排泄などの状況を尋ねた(表1)。

対象者は女性65名(92.9%)、男性5名(7.1%)であった。年齢構成は29歳以下1名、30～39歳1名、40～49歳9名、50～59歳28名、60～69歳23名、70歳以上8名、平均年齢57.0歳である。

フェスティバル時の運動の実施状況により2群に分け、また調査期間中の運動実施状況の経過の違いからA～H群にわけた(図1)。

A～H群の運動の実施(継続・開始・再開)・中断・未実施の理由について分析したものが表2である。運動の実施理由で上位にあがっていたのが「体調にあわせて」「運動の時間」「時間の工夫」「仲間の存在」であり、中断理由では「けが・入院・体調の悪化」などの体調に関連した理由と「仲間の不在」があがっていた。また未実施の理由では「時間がとれない」ことがあげられている。この結果から「体調」「運動する時間」「仲間の存在」の如何が運動の実施状況と密接に関係していることが推察された。

図2は実施群のうち2回目アンケート時にも運動を継続していた58名の運動継続理由であるが、ここでも「体調」「時間」「仲間の存在」があげられていた。

生活習慣の一つになっていると回答した者が60.3%いたが、運動が日常生活に取り入れられパターン化し、健康習慣として機能を果たしているのではないかと推測される。一度身についた健康習慣には持続性があり、健康的な生活行動が習慣になっている人は健康状態がよく、かつ以後の死亡率も明らかに低いとプレスローら³⁾が発表している。このことから運動を生活習慣とさせるような支援のありかたが重要であると考えられる。

図1 運動実施状況の経過

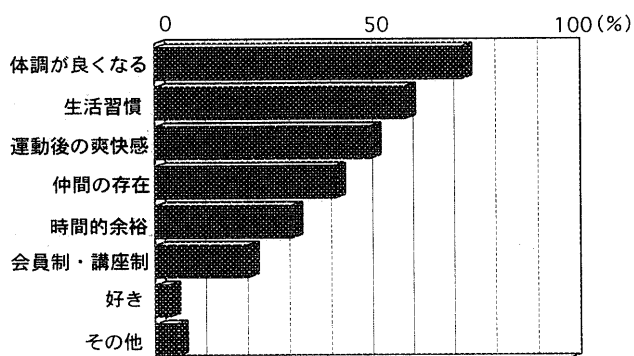
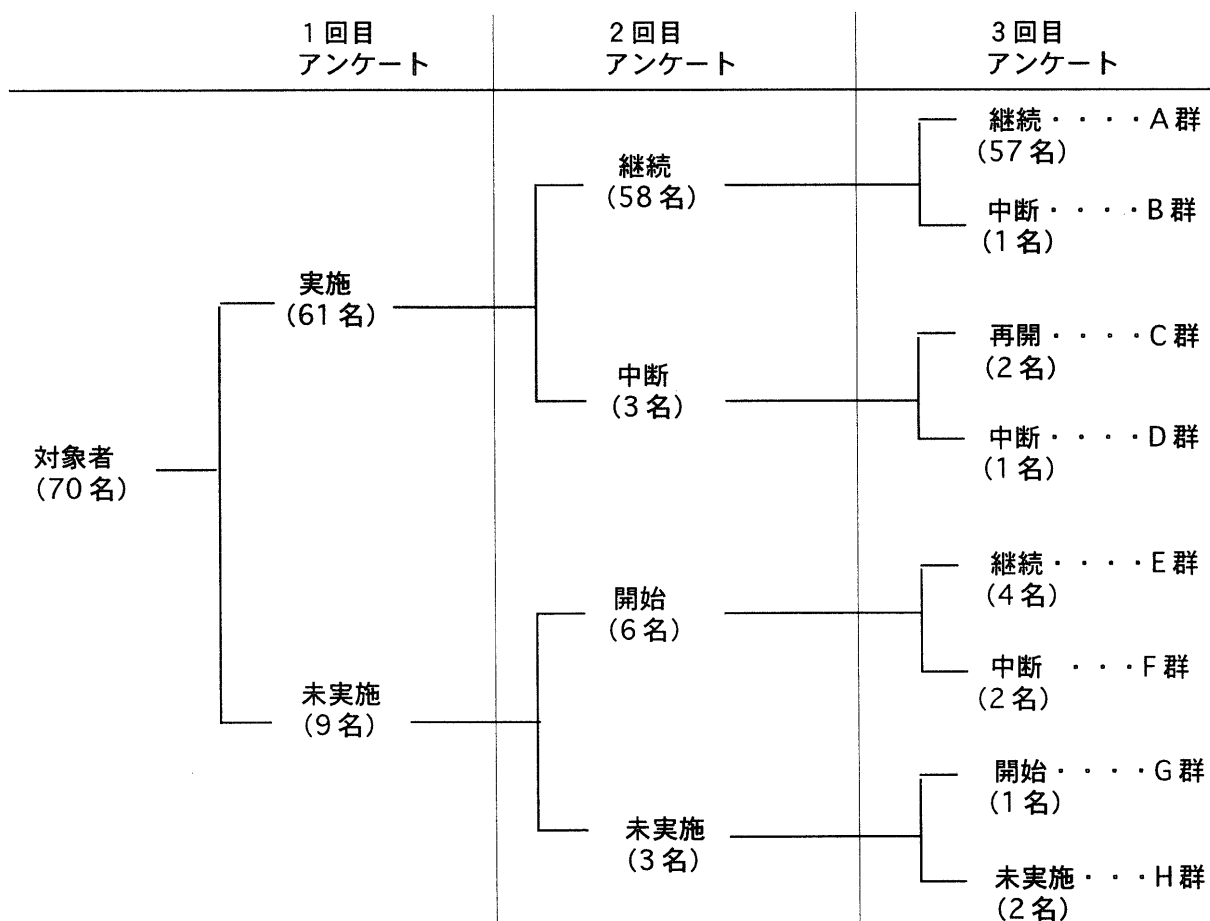


図2 運動実施群の運動継続理由

アンケート調査内容	5月 フェスティバル時 第1回アンケート	7月 第2回 アンケート	9月 第3回 アンケート
運動実施状況	◎	◎	◎
体調・症状	◎	◎	◎
生活習慣	○		○
体調チェック	◎		◎

○：択一回答
◎：複数回答

表1 アンケート調査の内容と実施時期

III 地域医療

また運動後の爽快感を継続理由としてあげた者が51.7%おり、運動の効用を住民に知らせていく必要性が示唆される。このことは地域における健康教育等で反映していききたいことである。運動の開始理由に「フェスティバル参加で運動量・強度がわかった」ことがきっかけになったと回答していた者がおり、本調査の中で運動を自分の「体力」と見合わせてセルフコントロールしている姿が明確に示されていたが、自己の「体力」を知りつつ健康維持のために運動していくことはセルフケアに通じる。体力や障害の程度にあった身体活動を無理なく日常化していくことが重要であると思われる。その援助として具体的に個々に応じた運動プログラムの設定をしていくことが必要である。本調査では運動実施の要因に「体調」のことで「時間」があがっているが、運動習慣者が増える背景には、家事や仕事からの解放による自由

表2 運動の実施（継続・開始・再開）・中断・未実施の理由

	実施理由および工夫	中断理由	未実施理由
A群（57名）	体調に合わせて 52.6% 運動の時間を工夫（朝・夕に） 40.4% 仕事の合間に 21.2%		
B群（1名）	運動が習慣化・仲間の存在	けが	
C群（2名）	体調に合わせて運動量を調節	体調の悪化（ドクターストップ）	
D群（1名）		病気入院	
E群（4名）	体調に合わせる 仲間と誘い合わせる 朝・夕に時間を変更		
F群（2名）	フェスティバル参加で運動量・強度がわかった。	病気のため 仲間の不在	
G群（1名）			時間の余裕がない
H群（2名）			仕事で運動は十分 体調がいいから 時間がとれない

時間の拡大、健康への希求の強さがあるといわれている。このことから保健指導の際には対象者個々の生活背景の情報を得た上で、体力、時間など運動実施に向けて個々に応じたきめの細かい支援を行うことが必要であることが示唆される。

最後に「仲間の存在」という要因であるが、人のつながりは社会生活において重要な要因であり、運動の継続にとっても人とのつながりが重要な要因であると思われる。

(2) 高齢者の自覚的健康感に影響を及ぼす諸因子について

調査⁴⁾は、鹿児島県のA町とB町の65歳以上の高齢者313名(男118名、女195名、平均年齢73.4±6.6歳)に対して質問紙法による留め置き調査および聞き取り調査を1991年8月から10月に行った。

対象地区のA、B町ともに高齢人口割合が30%を越えるいわゆる過疎化の進んだ地域である。身近に同年代の者が多く、集落内に血縁者のいる者が多い。第1次産業に従事する者、していた者が半数近くを占めていた。

対象者へ自覚的健康感を尋ね、その回答から3群に分けて調査内容を分析した。自覚的健康感とは、客観的な健康ではなく主観的な健康を回答してもらえるように調査項目の一番始めて答えてもらうように配慮した。「あなたは、自分では健康だと感じていますか?」と尋ね回答をア. はい イ. いいえ ウ. どちらとも言えないの中より選択してもらった。アと回答した者を「健康群」、イを「不健康群」、ウを「中間群」として3群に分け調査内容を分析した。対象者の構成は図1のとおりであった。自覚的健康感と年齢との関係を見ると、70～79歳で不健康と答えた割合が高かったが、80歳以上になると「健康群」と「中間群」が「不健康群」よりも増えている。これはこの年齢まで生きてこられたという自信が自覚的健康感を高めたのではないと思われる(図2)。

調査内容は、自覚的健康感に影響を及ぼす因子と考えられる1)性別・年齢、2)身体状況、健康行動(ブレスローの指標²⁾から)、3)人的環境(ソーシャル・ネットワーク尺度⁵⁾を使用)、4)役割・生きがい度(PGCモラールスケール⁶⁾を使用)で、その関連性を検討した。分析の結果を図3～8に示す。

①身体状況・健康行動(図3、4)

自覚的健康感と病気・障害の有無との関係では、「不健康群」での病気・障害をもつ者の割合が高かった(図3-a)。生活習慣との関係を見ると「健康群」と「中間群」には「生活習慣良群」の割合が高く、「不健康群」には「良群」の割合が低い(図3-b)。健康診断・結果報告会に全体の80.2%の者が参加していた。その中でも「健康群」の参加の割合が高い(図3-c)。

さらに、病気・障害の有無と健康診断・結果報告会への参加、健康教室・健康相談への参加との関係をみたのが図4である。病気・障害をもたない者の健康診断・結果報告会への参加割合が有意に高かった(図4-a)。健康教室・健康相談では、全体的に不参加の者の割合が参加者より高いが、病気・障害をもつ者の参加割合が有意に高かった(図4-b)。

②社会的つながり(図5、6)

自覚的健康感と社会的つながりとの関係では、対象者全体がソーシャルサポートネットワーク尺度の13の支援項目のうち、一人平均10項目(81.2%)の支援を受けていた。「ネットワーク強群」の割合が「不健康群」に比べ「健康群」「中間群」で有意に高かった(図5)。

社会のつながりと健康行動との関係をみたのが図6である。生活習慣との関係ではネットワークが強いほど生活習慣の良い者の割合が高かった(図6-a)。健康診断・結果報告会への参加状況との関係は、ネットワークが強い者ほど参

加者の割合が有意に高かった (図 6-b)。健康診断・健康相談への参加状況との関係では、ネットワークが強い群の参加の割合が高く、ネットワークの弱い群では不参加の割合が高かった (図 6-c)。

③仕事 (役割) ・生きがい度・不安 (図 7, 8)

仕事 (生計を賄うための収入を伴う仕事とは限らない) をもっている者の割合は全体の74.8%を占めた。仕事の内容は最も多いのが田畑仕事で81.8%であった。自覚的健康感との関係では、「不健康群」<「中間群」<「健康群」と仕事をもつ者の割合が高かった (図 7-a)。

自覚的健康度と生きがい度との関係を見ると、「健康群」ほど生きがい度が高かった (図 7-b)。不安の数で自覚的健康感との関係をみたのが図 7-c である。「健康群」では不安 0 と回答した者の割合が多く、不安の数が他群に比べて少ない。対象社全体の不安の内容は、「健康」65.8%、「経済面」19.8%、「死」18.5%で「健康」に対する不安が圧倒的に多かった。

さらに生きがい度と仕事の有無、社会的つながりとの関係をもてみた (図 8)。生きがい度と仕事の有無との関係では、生きがい度が高い者ほど仕事をもっていた (図 8-a)。また社会的つながりとの関係では、生きがい度が高い群ほどネットワークが強かった (図 8-b)。

以上の結果をまとめると以下のようなになる。

- 1) 自分を健康だと感じている者ほど病気・障害のない者が多く、健康診断・結果報告会の参加者に病気・障害を持つ者が少なかった。一方、健康教室・健康相談の参加者に病気・障害を持つ者が多かった。
- 2) 自分を健康だと感じている者ほど社会的つながりが強く、社会的つながりが強い者ほどよい生活習慣をもち、健康診断等への参加がよく、良い健康行動がとれていた。
- 3) 自分を健康だと感じている者ほど仕事を持ち、生きがい度も高く不安の数も少なかった。

生きがい度が高い者ほど仕事を持っており、社会的つながりも強かった。

人的環境、身体的状況、健康行動、生きがい、仕事 (役割) は相互に関連しあい、自覚的健康感に影響していると考えられる。(図 9)

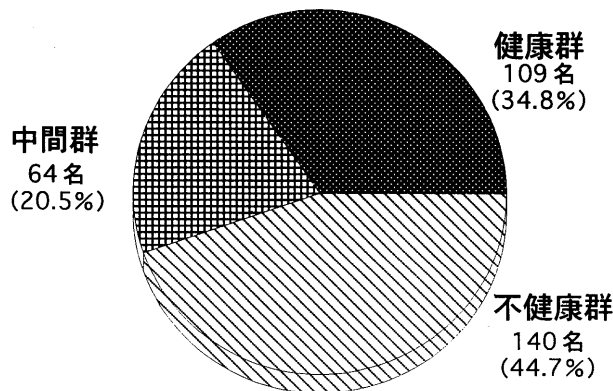


図 1 対象の構成

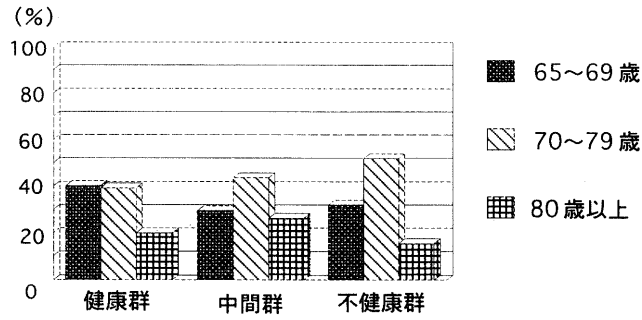


図2 自覚的健康感と年齢

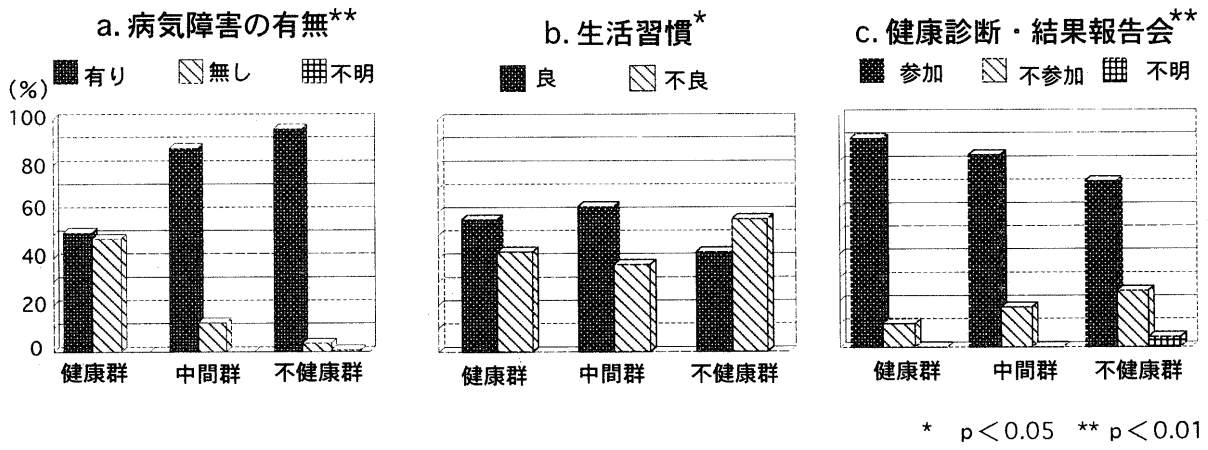


図3 自覚的健康感と身体状況・健康行動

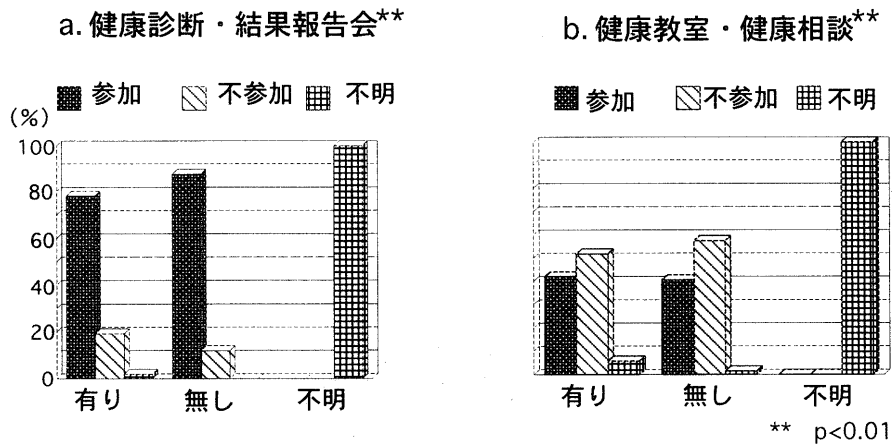


図4 病気・障害の有無と健康行動

III 地域医療

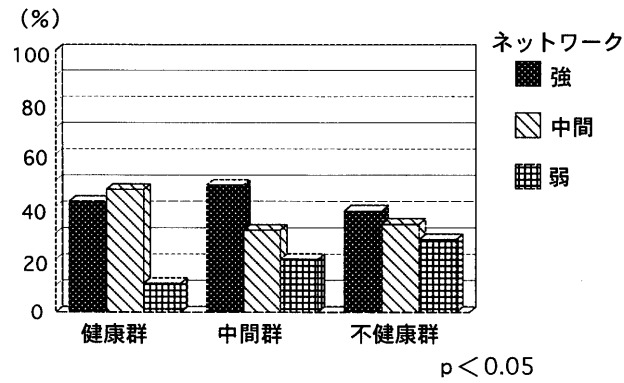


図5 自覚的健康感と社会的つながり

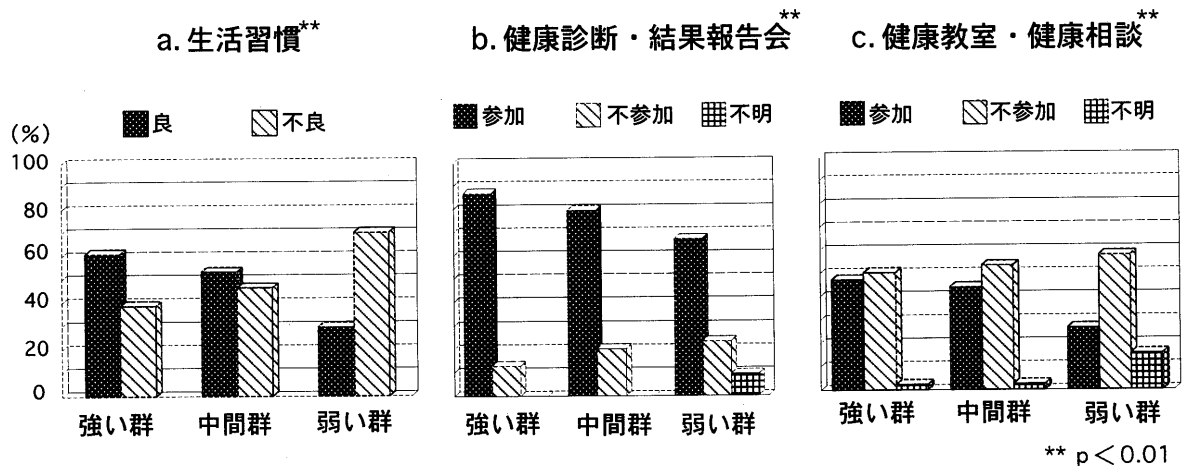


図6 社会的つながりと健康行動

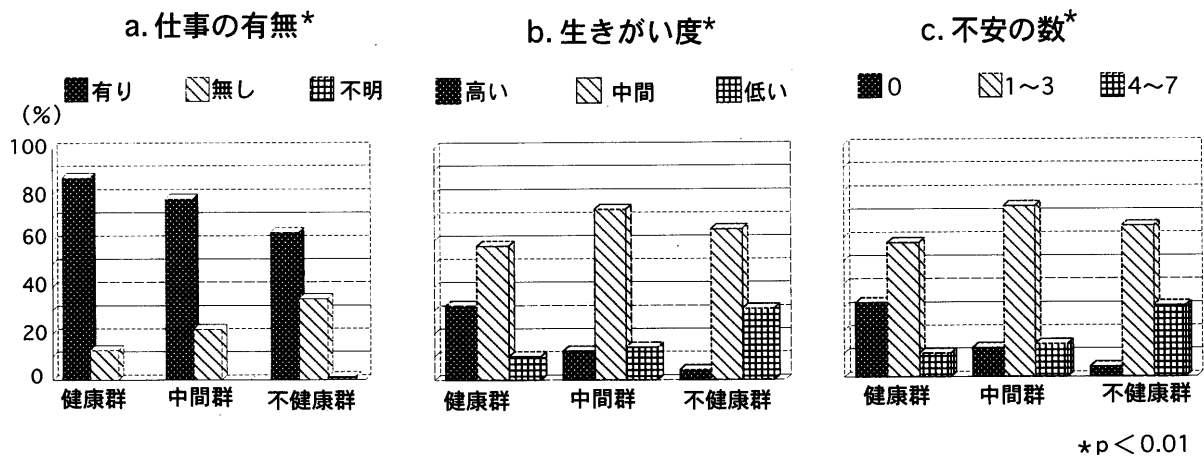


図7 自覚的健康感と仕事・生きがい・不安

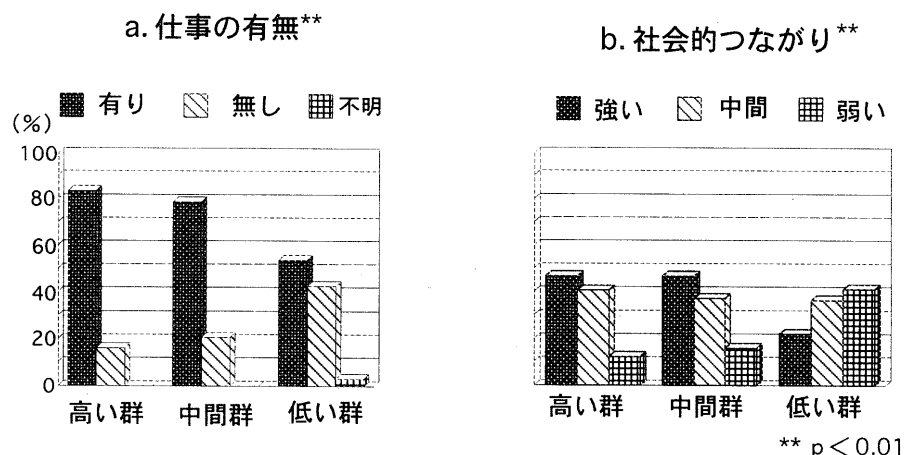


図8 生きがい度と仕事の有無, 社会的つながり

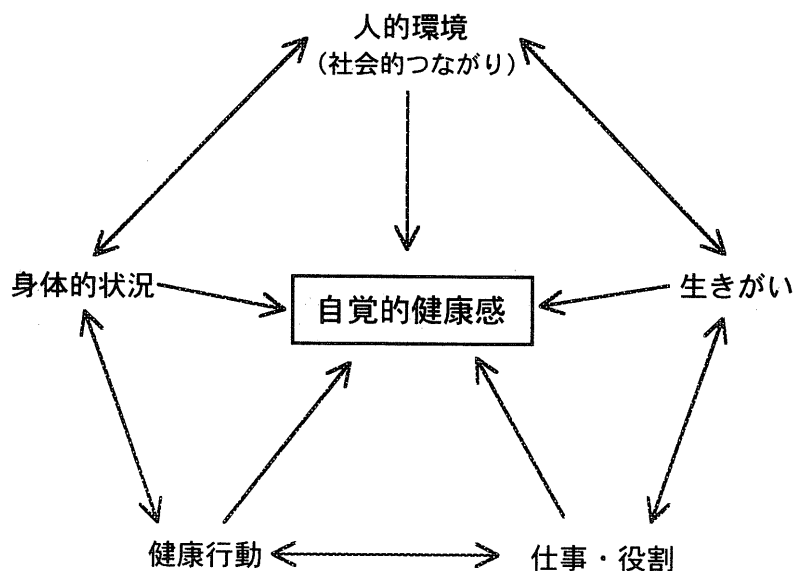


図9 自覚的健康感と諸因子間関係

(3) これからの地域保健活動

今回、(2)で紹介した調査結果では老年期の健康は、病気・障害の有無といった身体的側面からのみ捉えられるのではなく、「仕事・役割」「社会的つながり」などの社会的側面から健康が捉えられたり、さらには生きがいや健康行動にも影響していることがわかった。

柴田らの調査研究⁷⁾では、老人の保健行動の実態が、都市化や過疎化といった地域社会構造に規定されていることが確認されている。(2)の調査結果も過疎化の進む地域での調査であったことが大いに影響しており、いわゆる「社会的つながり」の濃密な地域であったことが結果に反映されていた。地域保健活動をすすめるにあたって地域社会の特性から学ぶべき点が多い。たとえば老人の保健行動が、それぞれの老人の生活、生活形態(同居・別居など)、生活関係(家族・友人・近隣の人々との人間関係)に影響されていたことから、保健行動の改善方向を地域社会そのものの改善(地域の活性化など)に求めていく視点が示唆される。住民の健康を支援していく上で、地域の状況を把握しつつ地域のネットワークづくりへの支援という視点もこれからの保健活動の中でますます必要になってくるものと思われる。

III 地域医療

(1)で紹介した調査では健康教育に関する示唆が得られたが、健康教育の根本的課題は、人々の保健的知識の充実とその行動化(習慣化)という点にある(「保健教育とは、健康についてわかっていることから、教育的過程を通じて、望ましい個人および地域社会の行動様式に変えることである」)⁹⁾。行動科学的視野は、それを実現するための方法論的基盤として、昨今大きくクローズアップされてきている。保健行動(健康習慣)における課題は、保健行動の形成・変容がいかなるプロセスをたどるものか、その全貌が明らかになっていないことである。

宗像⁹⁾は、「人々の保健行動を支えるもの」として(1)生きがいをもっている、(2)生活行動の中で保健行動を優先しようとする、(3)積極的な対処行動をとる、(4)保健規範をもっている、(5)情緒的支援がある、の5つを想定している。

保健行動の実践を支援する時、地域に居住する人々の保健行動を支えるものがどのように生起してくるかの問題を迫る視点を常に重視していかなければならないと思う。食生活・運動生活などといった個別的な保健行動が、生活に起因し生活のなかで発揮される以上、サービス提供側は常に住民の生活を把握するところから出発しなければならない。

住民とともに一人ひとりの生活を考えることが、広い意味では住民の健康や保健行動の改善を考えることであると考えられる。きめの細かな支援を展開していきたい。

合わせて、「住民一人ひとりを大切に」という視点は、それぞれの人の生活背景や価値観を知り、個々に応じた支援のあり方を考えていくことに他ならない。サービス提供側が、各種の保健サービス活動の中でひとつの価値観だけを押し付ける結果になってはならない。あくまでも個々人の価値観や生活背景を知りつつ支援していくことが重要である。そのためにはすべての保健サービス活動の展開の中で「PLAN→DO→SEE」の過程のうち、特に「SEE」(=評価)の段階を重視していくことが大切であると思われる。

1978年に提案されたWHO/UNICEFのプライマリー・ヘルス・ケア(PHC)の概念では、①提供される“ヘルス・ケア”は住民のニーズに対応していること、②保健活動への住民の主体的参加、③有限の資源の最大限の活用、④そのアプローチに係わる資源の強調・統合をはかる¹⁰⁾ことが述べられている。①の住民のニーズへの対応とは地道に一人ひとりを大切にしていって視点を述べているものと考えられる。

また、(1)(2)の調査結果から社会的ネットワークの重要性の知見を得たが、社会的ネットワークは孤立を解消し、さまざまなストレスを和らげ、主観的幸福感を高め、さらには死亡率の低下、寿命の延長にも好影響をもたらすと報告もあり、前述④の提唱にもあるように社会的参加を促し社会ネットワークづくりを側面から支援していけるよう関連職種と手を携えて地域保健活動を行っていきたい。

参考文献

- 1) 太田絵美, 他(鹿児島大学医療技術短期大学部専攻科地域看護学特別専攻第2期生); 健康運動参加者の健康意識と保健行動—運動継続のための要因分析—. 看護研究論文集, 第2号, 104~107, 1991.
- 2) 星旦二, 他; 正しい生活習慣は長寿に導くか, 医療の歩み, 130(12), 1984.
- 3) Breslow L and Enstrom JE; Persistence of health habits and their relationship to mortality, prev Med 9: 498-483, 1980.
- 4) 中村美奈子, 他(鹿児島大学医療技術短期大学部専攻科地域看護学特別専攻第3期生); 高齢者の自覚的健康感に影響を及ぼす諸因子. 看護研究論文集, 第3号, 95~99, 1992.
- 5) 宗像恒次; 行動科学からみた健康と病気, 115~217, メヂカルフレンド社, 1990.
- 6) 古谷野亘; 生きがいの測定—改訂版PGCモラールスケールの分析, 老年社会科学, 83~95, 1981.
- 7) 愛知大学体育研究室, 愛知県設楽保健所; 過疎地域における老人の生きがいと保健行動に関する基礎的研究, 愛知県北設

楽郡富山村調査報告書, 1989.

- 8) 柴田博; 老人保健活動の展開. 医学書院, 東京, 1992.
- 9) 宗像恒次; 病気の心理社会因と保健行動. 健康と病気の行動科学 (日本保健医療行動学会編) 16, メヂカルフレンド社, 1986.
- 10) 丸地信弘, 松田正巳; PHCの背景とその概念. 保健活動〈見直し〉の理論と実際, 14~ 23, 医学書院, 1981.