

Ⅱ 生活指導及びメンタルヘルスケア

1. 生活指導と健康に影響する生活環境要因
2. 個人の健康課題への対処行動(保健行動)
3. ストレスとその関連疾患及びストレスの気付きへの援助
4. 個別・集団の接近技法
5. ライフステージ、健康レベル別健康課題と生活指導

II 生活指導及びメンタルヘルスケア

1. 生活指導と健康に影響する生活環境要因

学習のねらい

保健指導を実施するために必要な健康に影響する生活環境要因について知る。

我が国の人口構成、世帯構成、労働人口の高齢化等の社会経済の変化や豊かさの捉え方、働くことへの意識、健康感等の考え方は、大きく変化している。これらの変化に伴い、保健サービスのあり方も転換期を迎えている。これからの保健指導は、疾病が発生する前の段階で、自らの労働環境等を含めた生活全体を振り返り、行動変容をはかることに主眼をおいた保健指導が必要不可欠となる。

個人の健康は日常生活の中で、家庭環境や労働環境、生活環境、教育、経済状況等の影響を受けるが、労働環境や生活環境等の要因は本人の努力だけで整えることは難しい。

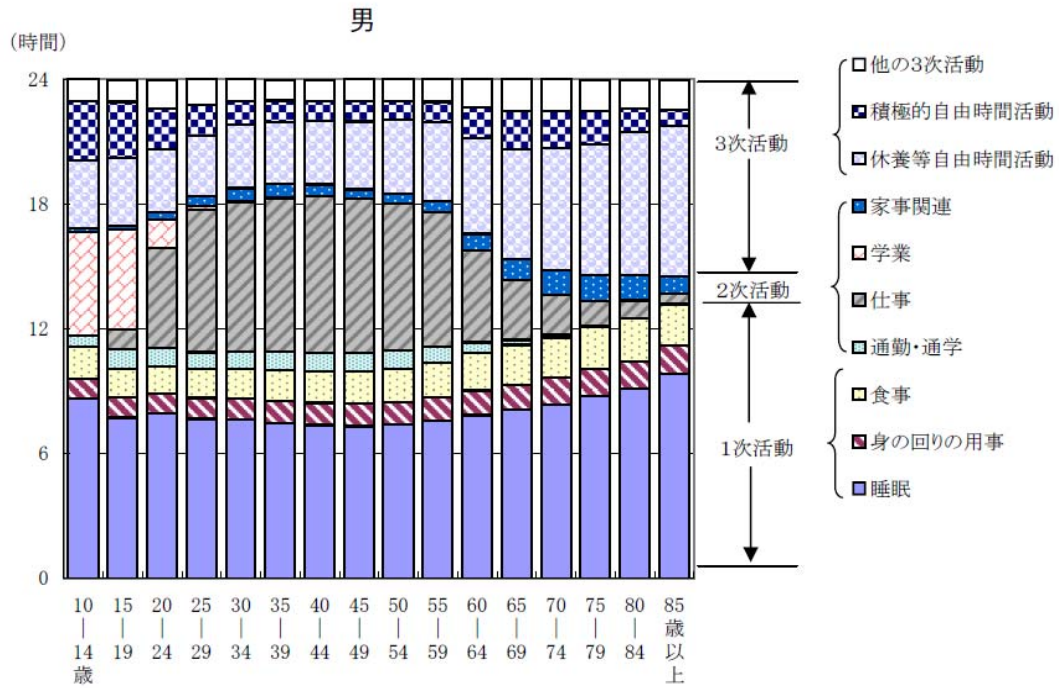
ここでは、対象者の健康に影響する生活環境要因の現状と課題について概説する。

3) 生活、価値観の変化

我々の生活や価値観は大きく変化してきている。2006年に行われた「社会生活基本調査」によると、過去20年間減少傾向であった労働、家事等の時間が増加し、睡眠時間が短縮している。特に、40～44歳での労働、家事時間は、男女共に他の年代に比べて長くなっており、睡眠時間は、40～55歳の年齢で短く、また40～69歳の年齢層では、女性は男性に比べて30分程度も短い特徴がみられる(図Ⅱ-1-1(1)及び(2))。この年代層は、社会的な責任が増し、仕事や家庭等、多様な役割を担う時期でもある一方、加齢に伴い身体機能が衰退する時期でもあり、不適切な生活習慣が、生活習慣病のリスクを増加させる。このような生活時間の現状は、壮年期における健康に影響を与える要因の一つであると考えられる。

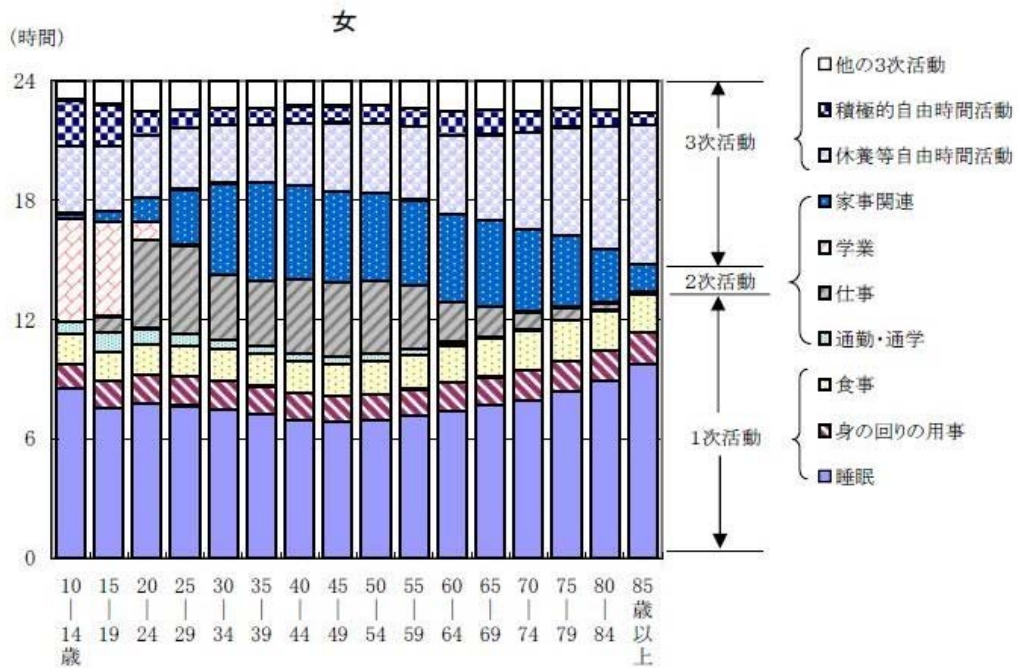
また、経済成長に伴い生活の豊かさは徐々に達成されてきた。「国民生活に関する世論調査」によると、物の豊かさを求める人は1970年以降、約40%から約30%へ推移している。一方、自己の生き方に沿ったゆとりのある生活を求め、その中に精神的な豊かさを重視する人は徐々に増え、1978年を境に逆転し、差は開きつつある。2006年の結果では、「物質的にある程度豊かになったので、これからは心の豊かさやゆとりのある生活をするに重きをおきたい」と答えた者の割合が62.9%、「まだまだ物質的な面で生活を豊かにすることに重きをおきたい」と答えた者の割合が30.4%となっており、経済的な豊かさだけでなく、心の豊かさを重視していることが分かる。生活への満足度については、バブル崩壊後の経済の低成長期に落ち込んだが、2006年より再び上昇し、66%が「満足」と答えている。

このように、国民の生活意識や価値観は、経済の成長と関連性がある一方、日ごろの生活への悩み等は、経済状況の変化と一致していない部分も多く、人々の生活や価値観の多様化の影響が現れていると考えられる。



図Ⅱ-1-1(1)男女別、年代別生活時間—男性

(出典:総務省、平成18年社会生活基本調査)



図Ⅱ-1-1(2)男女別、年代別生活時間—女性

(出典:総務省、平成18年社会生活基本調査)

2) 家族形態の変化と社会的分業

家族は社会を構成する最小単位であるが、近年 1 世帯当たりの人数は減少している(図 II-1-2)。

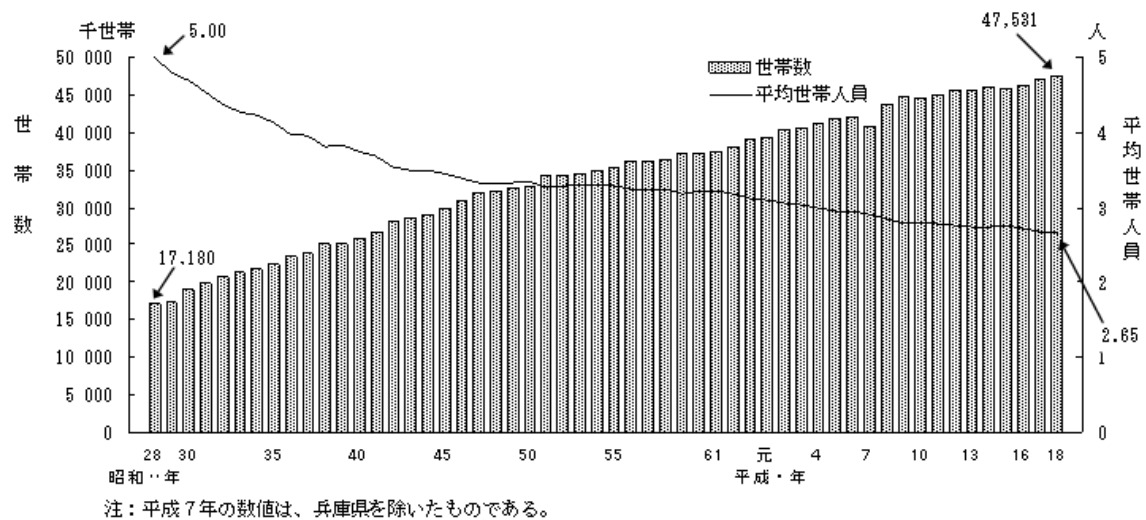


図 II-1-2 世帯数と平均世帯人員の年次推移

(出典：厚生労働省、平成18年国民生活基礎調査)

家族形態はその構造や役割にも変化が生じている。我が国では、家事・育児・介護は、家庭において、家族の相互役割分担により担われてきていた。しかし、近年の核家族化、女性の社会進出による家庭機能の低下、さらに地域のつながりの希薄化等により、家事・育児・介護を職業として担う者たちが必要な社会に変化してきた。

育児に関しては、基本的には自立した一人の人間として成長を図る上で必要不可欠である事柄は、家族機能の中で習得してきたが、近年では、両親が共に働きに出る等の家族状況の変化に伴い、0歳からの保育園入所や早期の幼児教育等、人間の発達段階の初期から社会資源に頼らざるを得ない状況へと変化した。

また、我が国の平均寿命の伸長や単身世帯の増加等は介護ニーズを増大させた。一方で、介護する世代の人口は減少し、今まで家庭で介護を行ってきた女性の社会進出等により介護の担い手が減少した。さらに、疾病を抱えながら地域で生活する人の増加や、専門性の高い介護技術や知識が求められるようになったこと等から、2000年に介護保険制度が創設された。現在、制度は定着しているが、一方で、サービス利用の大幅な伸びに伴い費用負担の増加や介護への不安は依然として大きい現状から、要介護状態とならないよう予防することが重要と考えられ、介護保険法等の一部を改正する法律により、2006年から予防をより重視し、地域に密着したサービスへとの方向転換がなされている。

さらに健康を家庭・地域全体で支援していくには、住民組織のネットワークも重要である。これらは、個人・家庭と社会を結びつけ、また、個人や社会の健康力を高める場でもあり、健康寿命の延伸を図る上で不可欠な要素であると考えられる。

3)生活習慣(喫煙・飲酒・睡眠)

次に、個人の健康に影響を与える生活習慣として、喫煙、飲酒、睡眠について考える。食生活や運動については、それぞれⅢ栄養指導、Ⅴ運動の基礎科学を参照のこと。

(1)喫煙

たばこの煙の中に含まれる有害物質は、ベンツピレン等の発がん物質、ニコチン、一酸化炭素、アンモニア等の刺激物等が含まれる。また、喫煙は、虚血性心疾患、脳血管疾患、気管支ぜんそく、胃潰瘍、歯周病等の疾病のリスク要因とされ、また早産や低出生体重児等の妊娠への影響もある。さらには、受動喫煙によって周囲の人々にも健康へ悪影響を及ぼす。

平成 17 年国民健康・栄養調査結果によれば、男女共に 20～30 歳代の喫煙率が高く、男性で約 50%、女性で約 20%である。経年的にみると喫煙率は徐々に下がってきており、総数で 24.2%(男性 39.3%、女性 11.3%)となっている(Ⅱ-5. ライフステージ、健康レベル別健康課題と生活指導参照)。「健康日本 21」で、喫煙の健康影響や未成年の喫煙防止、公共の場所での分煙徹底、知識の普及、禁煙希望者への禁煙支援プログラムの普及が目標として掲げられ、施策を推進し、また健康増進法においても受動喫煙防止のための措置が推進されていること等が、喫煙行動に影響を及ぼす一因になっていると考えられる。

(2)飲酒

飲酒の健康影響は、短時間の多量飲酒による急性影響と習慣飲酒による慢性影響に大きく分けられる。急性影響としては、急性アルコール中毒、血圧の上昇、人格の変化、母乳を介した乳幼児への影響が代表的であり、慢性影響としては、がんや肝疾患、胃腸障害、脳や心臓への影響、アルコール依存症等の影響が指摘されている。これらは不適正な飲酒行動により引き起こされるものであり、適正な飲み方がなされればストレスの緩和等の精神的なリラックス効果や身体的な効用もある。酒を飲む際には適度に上手に飲むことを心がけることが重要である。

平成 17 年国民健康・栄養調査結果によれば、男性の 40～59 歳の習慣的な飲酒率が高く、2 人に 1 人は、1 日 1 合を週 3 日以上飲酒しており、1 日 3 合以上の多量飲酒者も 30 歳代から 50 歳代で他の年齢階級に比べ高い(Ⅱ-5. ライフステージ、健康レベル別健康課題と生活指導参照)。

未成年の飲酒、アルコール依存による家庭問題、アルコールと勤務への影響、飲酒運転、犯罪等の社会的なアルコール関連問題については、世界保健機関(WHO)がその総合的対策を講じるよう提言している。これを受け、「健康日本 21」では、多量飲酒問題の早期発見と適切な対応、未成年者の飲酒防止等を目標としている。

(3)睡眠

睡眠は、生活習慣の一部であるとともに、健康の保持及び増進にとって欠かせないものである。睡眠不足等の睡眠の質の低下は、疲労や判断力の低下、集中力・記憶力・思考力の低下、作業能力の低下、さらに気分や情動の不安定等の諸問題を引き起こすとともに、近年では、心疾患や脳血管疾患との関連も示唆されている。また、神経症、躁うつ病等の精神疾患やストレス反応の一つとして、不眠や睡眠障害等が訴えられることが多い。

健康な成人の睡眠は、ノンレム睡眠とレム睡眠が約 1 時間半の単位をつくり、いくつかの単位がまとまって一夜の睡眠を構成している。また最初の約 3 時間の間に、深いノンレム睡眠が出現する。睡眠の質を高める方法としては、就寝・起床時間を一定にする等生活リズムを整える、適度の運動を行う、ストレス解消法を見つける、睡眠環境の整備を行う等その人にあった工夫が必要となる。

現代社会は 24 時間稼働へと移行し、現代人の生活スタイルも夜型になってきている。成人期の睡眠は、時間も短くなり、また「健康日本21」の中間報告によると、成人の 4 人に 1 人は、睡眠によって休養が十分にとれていない、眠りを助けるために睡眠補助品（睡眠薬・精神安定薬）やアルコールを使うことのある人が 14% 等、睡眠に関連した課題は多い。

このような状況で、「健康日本 21」では、睡眠について具体的な目標を掲げ、睡眠に関する適切な知識の普及や、環境整備の充実、強化を図っている。

4) 労働とストレス

ここでは、2002 年の労働者健康状況調査結果より、労働者の健康状態について概説する。労働者の現在の健康状態をみると、自分自身が「健康である」と考えている者は 79.5% となっている。一方で、医師から診断された持病があるものは、28.8% で、「腰痛」や「高血圧」、「高脂血症」等が、上位を占め、何らかの所見を持ちながら、生活を送っていると言える。

また、普段の仕事での身体の疲れの状況を見ると、身体が「疲れる」とする者は 72.2% となっている。年齢階級別にみると、男では 40～49 歳 (77.1%)、女では 30～39 歳 (78.0%) で、それぞれ最も高くなっている。

次に、自分の仕事や職業生活に関する「強い不安、悩み、ストレス(以下「仕事でのストレス」という。)がある」とする者は 61.5% である。年齢階級別でみると、30～39 歳で 66.2%、40～49 歳で 65.2% であり、この年代は他の年代よりも有訴率が高い。

仕事でのストレスがある労働者が挙げた具体的な内容は、「職場の人間関係の問題」が多く、次いで「仕事の量の問題」、「仕事の質の問題」の順となっている。働き盛りの年代の身体的な疲れや精神的なストレス状況は、深刻な課題だと考えられる。

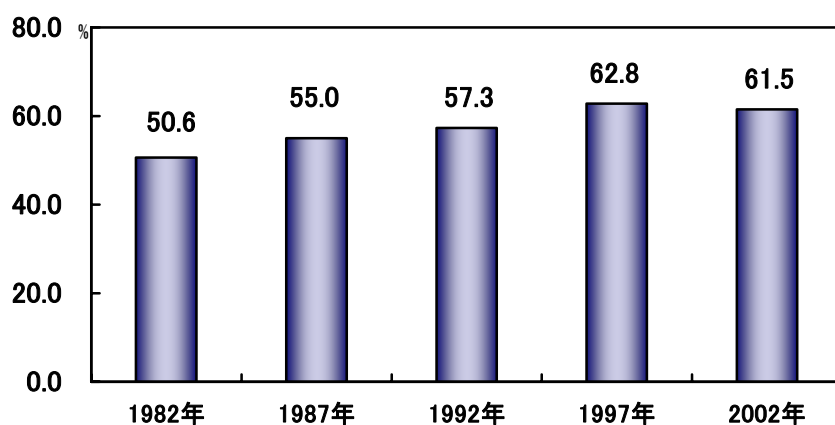
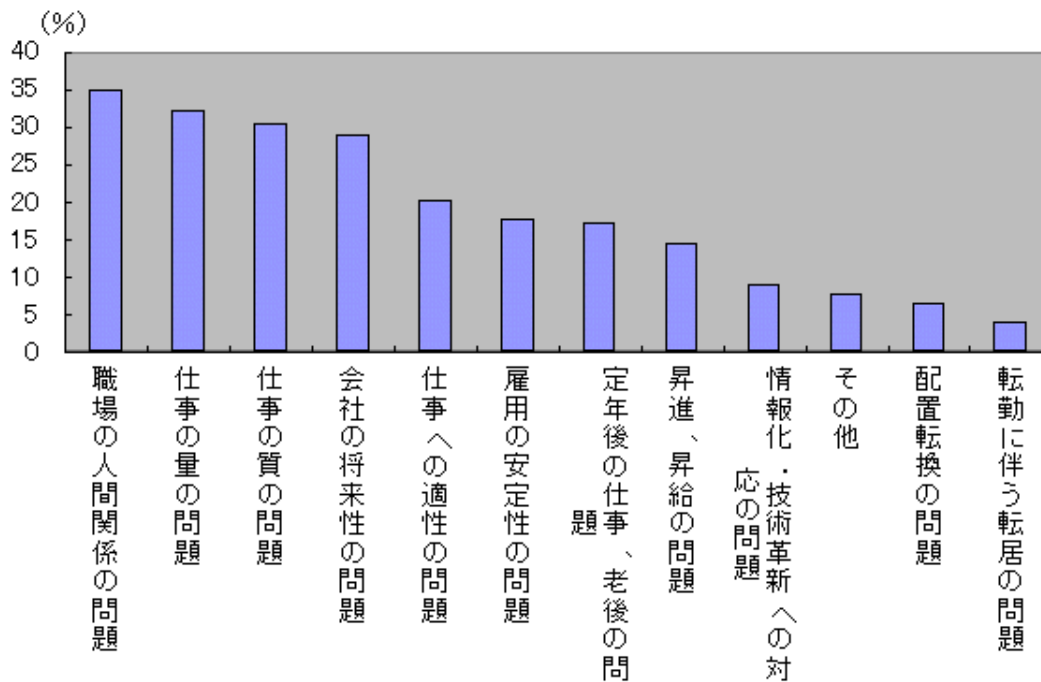


図 II-1-3 仕事や職業生活に関する強い不安、悩み、ストレスがある労働者の割合の推移

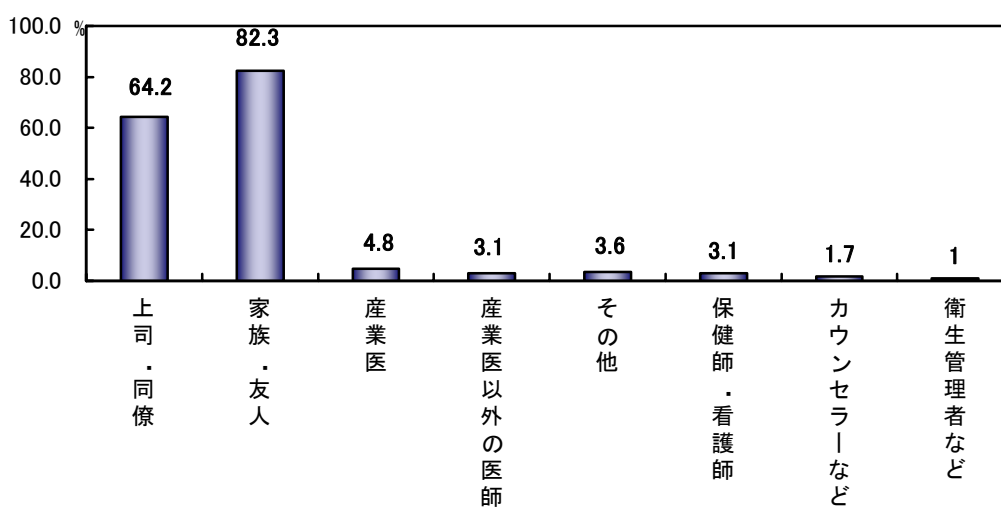
(出典：厚生労働省、労働者健康状況調査より作成)



図Ⅱ-1-4 仕事や職業生活に冠する強い不安、悩み、ストレスの内容(3つまでの複数回答)

(出典:厚生労働省、平成14年度労働者健康状況調査)

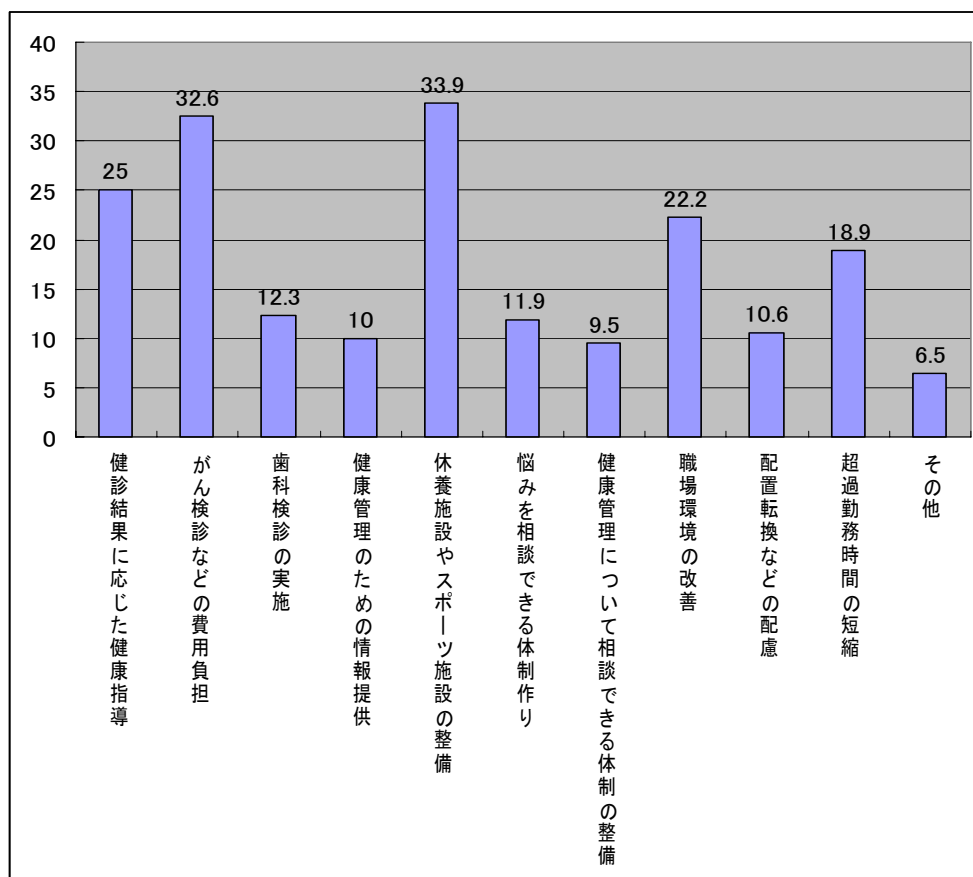
自分の仕事や職業生活での不安、悩み、ストレスについて「相談できる人がいる」とする者は89.0%で、男(86.3%)より女(93.4%)の方が高い。具体的な相談相手(複数回答)は、「家族・友人」が最も高く、次いで「上司・同僚」の順となっている。



図Ⅱ-1-5 相談できる人の種類

(出典:厚生労働省、平成14年度労働者健康状況調査より作成)

「健康管理やストレス解消のために会社に期待することがある」とする者は 65.1%で、期待する内容としては、「休養施設・スポーツ施設の整備、利用の拡充」、「がん検診や人間ドックの受診費用負担の軽減」、「健康診断の結果に応じた健康指導の実施」の順となっている。昨今、過重労働はメンタルヘルス対策と共に、産業保健の課題の一つであり、労働者の労働環境の整備は重要な課題である。



図Ⅱ-1-6 健康管理やストレス解消のために会社に期待する内容

(出典：厚生労働省、平成14年度労働者健康状況調査より作成)

5) 自殺

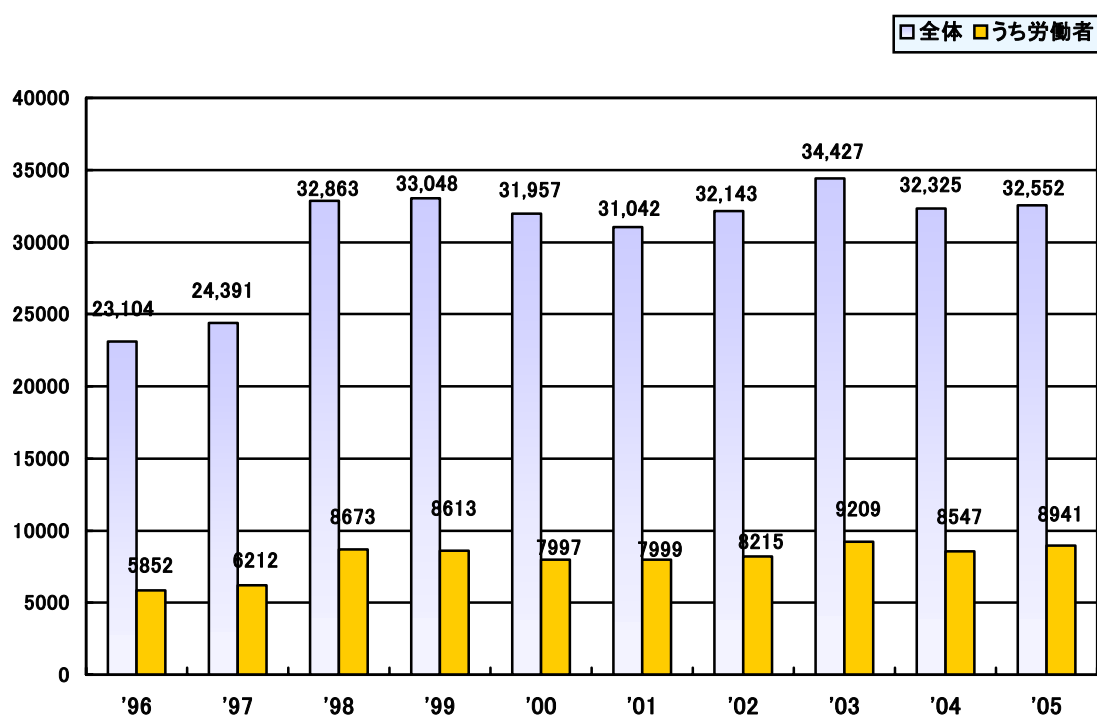
自殺は、現代社会の大きな課題である。厚生労働省の人口動態統計によれば、1945年頃は約1万人であった自殺死亡数は、1955年前後に大きな山を形成した後、1998年に急増し、以後連続して3万人以上で推移している。警察庁の自殺の概要資料でも増減の傾向は一致しており、連続して3万人超で推移(図Ⅱ-1-7)している。2006年は32,155人となっている。

自殺死亡率(人口10万人当たりの自殺死亡数)も、自殺死亡数と同様の傾向で、1998年に急増し、2006年は23.7と高い状態が継続している。自殺の理由は、1998年に「経済・生活問題」、「勤務問題」が大幅に増加していた。失業率が上昇した年での自殺者数が、同調して増えており、バブル崩壊後の社会経済的変動が働き盛りの男性に対し強く影響し、中高年男性の自殺死亡率が急増した事が自殺者の急増理由の一つと推測されている。中高年の自殺者数は、自殺者全体の50%強を占めている。中高年は、家庭、職場の両方で重要な位置にあり、社会的な負担を抱えることが多い世代でもある。職場を中心とした心の健康づくりとともに、ストレスの

原因となる長時間労働、失業等の社会的要因に対する取組やこれらのストレスによるうつ病の早期発見、早期治療の取組が重要である。

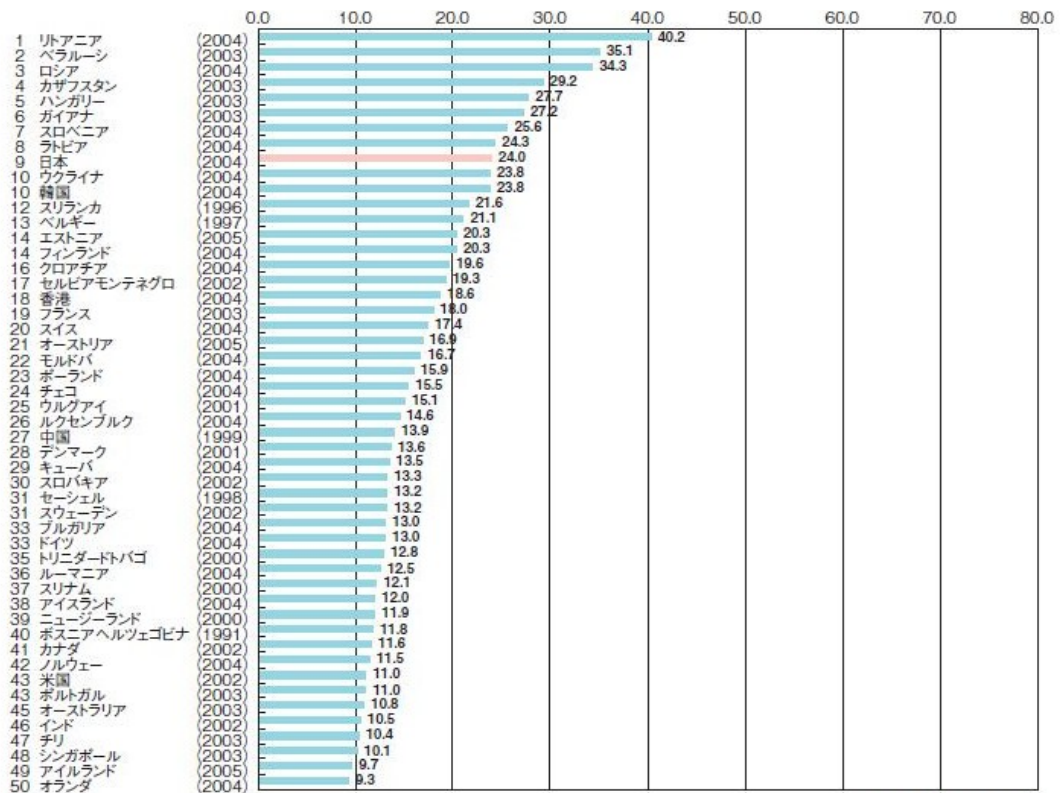
また、日本の自殺率は先進国では最も高い水準であり、世界的にも、日本は24.0で9番目となっている(図Ⅱ-1-8)。自殺は、失業等の社会的要因に加え、健康、性格傾向等の様々な要因が複雑に関係している。自殺者の多くは、うつ病等の精神疾患があったことが報告されており、多くの自殺は個人の意思や選択の結果ではなく、社会的要因を含む様々な要因が複雑に関係していることを再認識して、自殺予防対策につなげてゆくことが課題であると思われる。

厚生労働省は、「健康日本21」の中で、自殺予防対策を取り上げ、2010年までに自殺者数を22,000人以下とする目標を掲げている。また2001年12月に、「職場における自殺の予防と対応」(労働者の自殺予防マニュアル)を取りまとめた。さらに「自殺対策基本法」が2006年10月に施行される等、自殺への取り組みも徐々に進んでいる。



図Ⅱ-1-7 自殺者数の推移

(出典:警察庁、H17年中における自殺の概要資料より作成)



資料：世界保健機関資料

図 II-1-8 自殺率の国際比較

(出典：内閣府、平成19年版 自殺対策白書)

【引用・参考文献】

- 1) 総務省統計局編：社会生活基本調査 平成 18 年第 1 巻 全国生活時間編、日本統計協会、2006.
- 2) 内閣府大臣官房政府広報室：平成 18 年国民生活に関する世論調査、
<http://://www8.cao.go.jp/survey/h18/h18-life/index.html>、2006.
- 3) 厚生労働省：新健康フロンティア戦略、
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkou/dai3/honbun.pdf>、2007.
- 4) 厚生労働省：平成 17 年国民健康・栄養調査結果、
<http://://www.mhlw.go.jp/houdou/2007/05/h0516-3.html>、2007.
- 5) 厚生労働省編：平成 18 年版厚生労働白書 持続可能な社会保障制度と支え合いの循環～「地域」への参加と「働き方」の見直し、ぎょうせい、2006.
- 6) (財)健康・体力づくり事業財団：平成 18 年度健康づくりに関する意識調査
- 7) 厚生労働省：平成 14 年度労働者健康状況調査
- 8) 警察庁：H17 年中における自殺の概要資料，2007 年 6 月 7 日，
<http://www.npa.go.jp/toukei/chiiki8/20070607.pdf>、2007.
- 9) 内閣府：平成 19 年版 自殺対策白書、2007.
- 10) 厚生労働省健康局：標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)、平成 19 年 4 月、
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/seikatsu/pdf/02.pdf>

II 生活指導及びメンタルヘルスケア

2. 個人の健康課題への対処行動(保健行動)

学習のねらい

個人の健康課題への対処行動(保健行動)について、代表的な健康行動モデルを知り、セルフケアや受診行動についての基礎的知識を得る。

1) 保健行動とは

人の生活には、睡眠、食事、運動、仕事等様々な生活行動がある。こういった行動の中で、保健行動とは「健康の維持、回復、向上に関係する行動パターンであり、外部からの観察が可能な行為や習慣である」と定義されている(ゴックマン(1982))。すなわち、保健行動とは、生活行動の中で、健康の維持や増進、回復等に関連した行動だと言える。それは、意識して行われていることもあれば、意識していなくても習慣化して行われていることもある。

例えば、我々は、常に健康を意識して、食事や運動をするわけではない。しかしながら、生活リズムのなかで食事時間が一定であったり食事バランスがよければ、それは健康的な保健行動であると捉えることができるし、一方、健康診断で肥満を指摘された人が意識して摂取エネルギーを減らしたり意識して歩くように心がけることも、意図的になされている健康的な保健行動であるといえる。

保健行動が主観的なものなのか客観的なものであるのかといった議論もあるが、ここでは保健行動とは健康に関連したあらゆる行動だと位置づけておく。

保健行動の分類では、キャルスとコブ(1966)による健康状態からみた保健行動分類が古く著名である。彼らは、保健行動を「予防的保健行動または健康時の行動(疾病の予防と発見)」、「病気対処行動または不調時行動(病識と受診)」、「病者役割行動または疾病時行動(治癒と受療)」の3つに分けている。予防的行動とは、健康だと感じている人が、現在の状態を維持し、疾病の予防に努める行動であり、病気対処行動とは、自分自身の体調の不調を感じ、対処しようとしている行動、病者役割行動とは、自分自身の疾病を認め、受療等の行動をとっている段階と分類した。

我々の保健行動は、常に一定ではない。様々な要因により行動変容は起きている。例えば、健康診断で肥満を指摘され、それに伴う健康リスクを知った時に、危機感から食生活のコントロールや歩くことを始める等保健行動に変容が起こることもあれば、喫煙が様々な疾患の原因であることが分かっていても禁煙という保健行動の実行に至らないこともある。このような保健行動の成立の要素や変化のメカニズムに関して、個人の行動変容を説明した代表的な理論を以下に紹介する。

これらのモデルを活用することによって、保健指導を実施する際に、個々人の現状を的確に把握し、対象者が保健行動を起こせる様なアプローチが可能となる。

(1) 保健信念モデル(ヘルスビリーフモデル)

ローゼンストックやベッカー等を中心として開発された「保健信念モデル」は、保健行動を説明する最も古いモデルの一つである。このモデルでは、保健行動を人々に動機付ける2つの基

本的な信念、すなわち、自らが感じる主観的な病気の脅威(危機感)と対処行動のプラス面がマイナス面より大きいという有益性を強調した「価値-期待」から説明をしようとする。例えば、高血糖の指摘を受けた人が、このままでは糖尿病になるといった危機感に対して、食生活の改善指導を受けることによるプラス面とその煩わしさというマイナス面をはかりにかけ、結果、食生活をコントロールするという保健行動の変化が起こるといったメカニズムを考えることができる。

(2) 自己効力感(セルフエフィカシー)

自己効力感とは、学習理論に基づきバンデューラが提唱したモデルである。人は、ある保健行動をとったときに、望ましい結果がおこるといった期待に対して、自分はその行動をとることができるという自信が、その保健行動の変容を導くのだという考え方である。

この自己効力を高めるには、自己の成功体験、代理的経験、言語的説得、生理的・情動の状態が条件となる。すなわち、過去の自分の似たような成功体験や、他者がうまく行動できており、自分もできると思う事を客観的に示されること(オペラント効果)、自身の生理的状态や感情での変化を感じるということといった諸条件が整うことにより、行動変容が支持される(IV-1 健康教育の理念と方法参照)。

(3) 計画的行動理論

フィッシュバインとアジェンが提唱した理論で、個人的要因に重点を置いた考え方である。

ある行動がある結果をもたらすという信念とその結果への評価により、ある行動に対する態度が形成され、一方、その行動をとることに対し他者がどのように感じているのかを考え、かつそれに従うかの社会的規範の態度の強さによって行動を起こすか否かが決定されるという理論である。

例えば、食事バランスの改善が、高血糖改善につながるという強い「信念」、さらに家族がそのことを望んでおり、それに答えたいという「社会的規範の強さ」、それを行うのは簡単であるという気持ちが行動変容を招くといったことである。

(4) 変化のステージモデル

変化のステージモデルは、プロチャスカとディクレメンテが開発したステージ理論モデルである。この理論では時間軸が用いられ、人の保健行動の変容を5つのステージに分け、説明したものである。

人の行動は、様々な段階を経ながら、ある段階で成功して次の段階に進み、失敗と成功を繰り返しながら(らせんモデル)、最終的に行動の変容を達成することを目標とするモデルである(IV-1 健康教育の理念と方法参照)。

2) セルフケア行動

保健行動を考える際の理論について概説してきたが、再度、保健行動について考える。

近年、ヘルスプロモーションの理念や健康づくり施策を論じる際に、セルフケアという言葉が使われることが多い。看護理論家であるオレムは、セルフケアについて「その人自身が自分にとって良好な状態を増進・維持するために、自分自身や自分の環境に向けた活動を一生を通

じて自発的に開始し実践する行為、活動、手段である」と定義した。セルフケア行動とは、すなわち自分に必要なケアを自ら判断し、自分自身で実行することであり、実際にセルフケア行動を実践する能力をセルフケア・エージェンシーと規定している。セルフケア・エージェンシーとはオレムによると、「人間の後天的資質であり、年齢、性、発達状態、関連する生活経験、健康状態、社会文化的志向、時間を含む入手しうる資源によって影響を受ける」と述べられている。セルフケアは、人間のニーズにより3つのタイプに分類できる。

(1) 普遍的セルフケア要件

全ての人間、人生のあらゆる段階に共通するもので、年齢、発達段階、環境等の他の要因によって変化する。

- ① 十分な空気
- ② 十分な水
- ③ 十分な食物摂取
- ④ 排泄過程と排泄物に関連したケアの提供
- ⑤ 活動と休息のバランスの維持
- ⑥ 孤独と社会的相互作用(人付き合い)のバランス
- ⑦ 生命、機能、安寧に対する危険の予防
- ⑧ 人間の機能と発達の促進

(2) 発達のセルフケア要件

人間の発達過程及び人生のそれぞれの段階で生ずる状態や出来事、さらには発達を阻害するような出来事を予測しそれらの影響を軽減するものである。

(3) 健康逸脱に関するセルフケア要件

人が病気になったり、障害を持った時に生じるケアニーズであり、適切な医学的援助を求めたり、病気を受け入れ、それに応じた行動を必要とする等といった保健行動を行うことである。

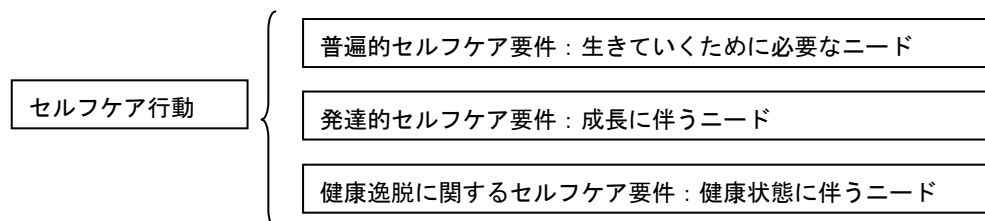


図 II-2-1 セルフケア行動の分類

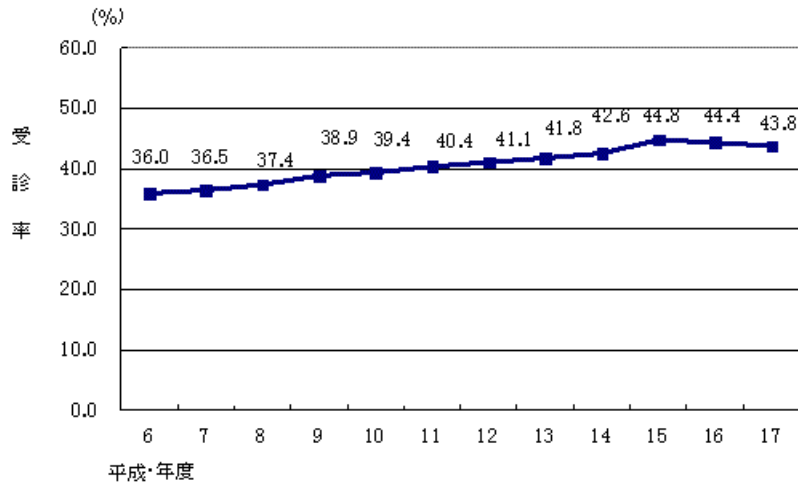
これらのセルフケアが欠如した時、プロフェッショナルの介入が必要になり、特に対象者がこれらのセルフケア要件をほぼ自立して行える際には、支援者は支持・教育的に介入することとなる。オレムは、この介入行動を「支持・教育的システム」と位置づけた。

セルフケアには、個人で実行されるケアの他に、家族単位で実行されるセルフケアや、コミュニティの中で実行されるセルフケア等様々なタイプがある。

3) 受診行動

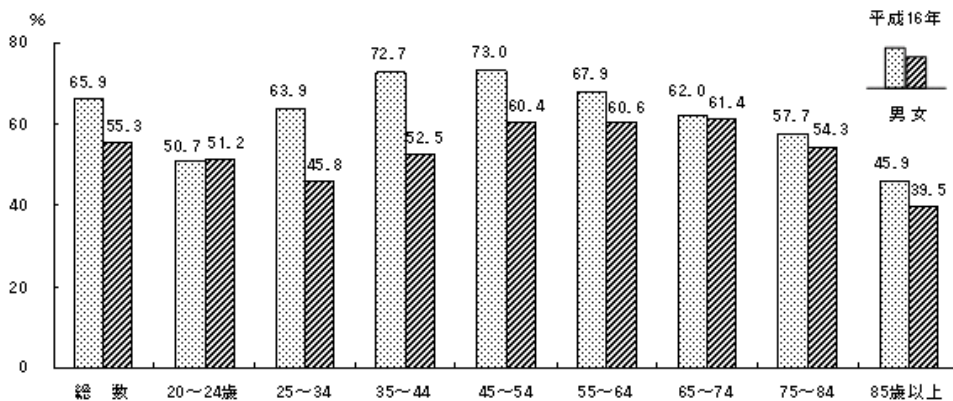
受診行動は、保健行動の一つであり、健康状態の把握や疾病の早期発見を目的とした各種健康診断の受診やがん検診等の受診も含まれる。

ここでは、健康診断の受診の実態について概説する。40歳以上の者を対象とする老人保健事業の基本健康診断の2005年度の受診者は約1,300万人で、ここ数年の受診率は、40%台で推移している。また、平成16年度の国民生活基礎調査結果によると、20才以上の者について過去1年間の健診(健康診断や健康診査)や人間ドックの受診状況をみると、受診者は60.4%であり、年齢階級別では、男性は45～54歳が73.0%、女性は65～74歳が61.4%と多くなっている。この調査では、労働安全衛生法で定められている職域の「一般定期健康診断」も調査対象に含まれているため、男性の働き盛りの年代での受診率が高くなっていると思われる。



図Ⅱ-2-2 基本健康診査受診率の年次推移

(出典:厚生労働省、平成17年度地域保健・老人保健事業報告)



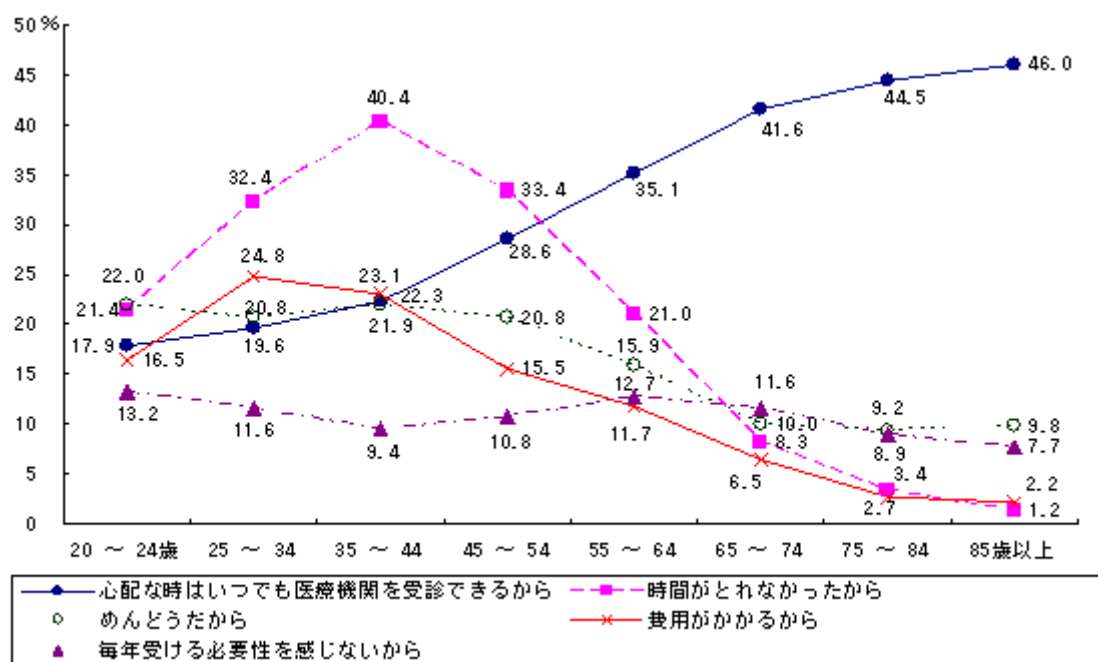
図Ⅱ-2-3 性・年齢階級別にみた健診や人間ドックを受けた者の割合

(出典:厚生労働省、平成16年国民生活基礎調査)

健診や人間ドックを受けなかった者について、理由をみると「心配な時はいつでも医療機関を受診できるから」が29.6%と多く、年齢階級別では25～54歳では「時間がとれなかったから」、

55歳以上では「心配な時はいつでも医療機関を受診できるから」が多くなっている。

健康診断が、日ごろの生活習慣の振り返りの機会であり疾病の早期発見や予防を目的として行われていることが、十分認識されていないことが、健診の課題としてあげられる。これからの健康診断では、特に、受診者自らが自分自身の健康状態を知り、生活改善を行っていく事の必要性を認識できるような、保健指導プログラムを展開していくことが必要と思われる。



図Ⅱ-2-4 年齢階級別にみた健診や人間ドックを受けなかった理由の割合(20歳以上・複数回答)

(出典:厚生労働省、平成16年国民生活基礎調査)

4) 病気への対処行動

病気への対処行動は、保健行動の一つであるが、健康かどうか確信が持てない、病気の兆候か症状と思われる身体感覚または気持ちで困っている、そのような経験の意味をはっきりさせ、健康かどうか判断したい、もし健康でないならどうしたらよいか知りたいという人の行動と考えると明確となる。

病気への対処行動は、心身の不調が今後何らかの支障をきたすという恐れからこれを回避しようという行動であり、アドバイスが必要であると認識し、対策を探すかの決定、相談相手の選択というプロセスを経る。また、「自助行動」と「救助行動」に分類され、救助行動とは、自分自身の力だけでは対処できない場合、医療職等の専門家、家族や友人等の非専門家に関わらず誰かに相談するという行為を含む。しかし、人は、受療した方がよいと分かっているにもかかわらず、医師の診察を受けるとは限らない。受療を促進する要因と、引き留めようとする要因が働き、結果的に手遅れになったり、回復に時間を要すこと等はよくみられる。生活習慣病では特に、長期の受療が必要となり、これからの病気への対処行動は、専門家に全てを任せ受身の治療ではなく、自己決定に基づいて治療に参画していく姿勢が重要である。

【引用・参考文献】

- 1) 宮坂忠夫ら:健康教育論、メヂカルフレンド社、2003.
- 2) 畑栄一ら:行動科学—健康づくりのための理論と応用、南江堂、2003.
- 3) 宗像恒次:最新行動科学から見た健康と病気、メヂカルフレンド社、1996.
- 4) 松本千明:健康行動理論の基礎、医歯薬出版株式会社、2002.
- 5) 城ヶ端初子:看護理論と私PART2、KUMI、2007.
- 6) 小野寺杜紀:オレム看護論入門、医学書院、1999.
- 7) 厚生労働省編:平成 18 年版厚生労働白書 持続可能な社会保障制度と支え合いの循環
～「地域」への参加と「働き方」の見直し、ぎょうせい、2006.
- 8) 厚生労働省:平成 17 年国民生活基礎調査、厚生統計協会、2006.
- 9) 厚生労働省編:平成 17 年度地域保健・老人保健事業報告、厚生統計協会、2006.

II 生活指導及びメンタルヘルスケア

3. ストレスとその関連疾患及びストレスの気付きへの援助

学習のねらい

ストレスの基本的な知識(ストレスの理解、生活習慣病との関連の理解、代表的なストレス対処方法の理解)及び支援場面での具体的活用方法についての知識を得る。

1) ストレスとは

ストレスという言葉は、本来工学用語で、外部からの力によって物体に生じるゆがみに対して反発する状態を意味している。生理学者セリエは、ストレスを「外部環境からの刺激によって起こる歪みに対する非特異的反応」すなわち、生体が新しい条件に適応するために生じる反応と考えた。また、「ストレスを引き起こす外部環境からの刺激」をストレッサーと定義した。ボールにたとえると、外からの圧力でゆがんだボールをストレス状態、かかっている圧力がストレッサーである。日常的にはストレスとストレッサー総称してストレスとしている場合が多い。

2) ストレス反応の基礎的知識

(1) ストレスの生理的反応

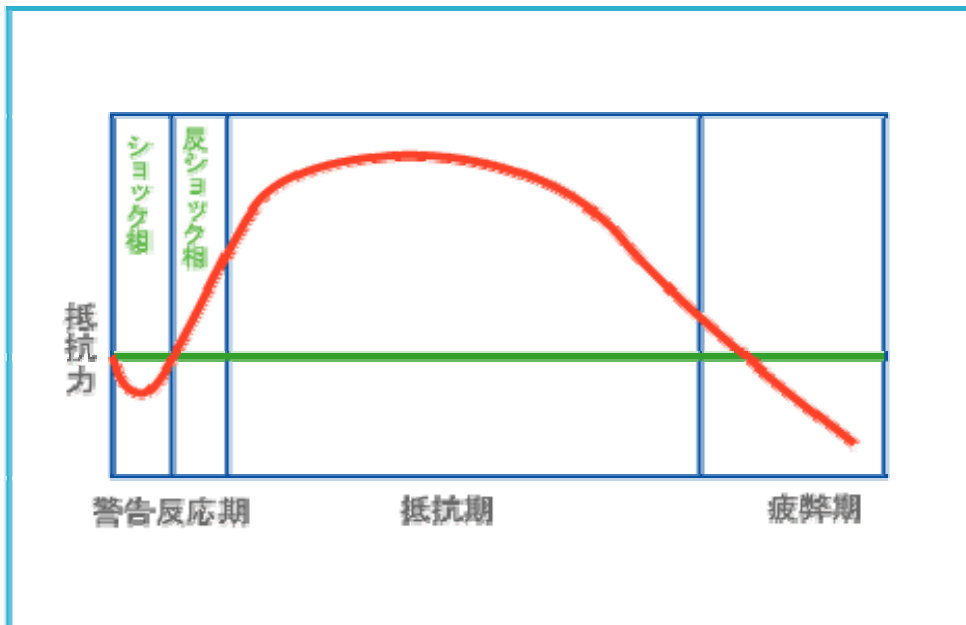
生体は外敵に襲われるような緊急事態には、脳、内分泌、免疫系、心臓等を総動員して防御機能を発揮する。この反応をキャノン「緊急反応」:「闘争か逃走反応」と呼び、情動の興奮がアドレナリンを分泌して交感神経を興奮させること等を発見した。これは正にストレス反応で、生体内の安定した状態を維持しようとする作用(ホメオスターシス)の一つである。

(2) 内分泌、免疫、自律神経のしくみ

脳がストレッサーの有害刺激を受けると、情動興奮は視床下部に伝えられて、自律神経系、内分泌系、免疫系の反応を引き起こす。例えば、自律神経系では、強いストレッサーに直面して生じる「緊急反応」時には交感神経が優位になり副腎皮質からアドレナリンが、交感神経末端からはノルアドレナリンが血中に放出される。これらは心拍数増加、血液凝固機能の亢進、中枢神経の覚醒、胃粘膜の血流低下等を引き起こす。逆に副交感神経は、睡眠や休息、食後のエネルギー補給の際に優位になる。また、ストレスが持続した場合には交感神経をおさえバランスをとるために副交感神経の機能も亢進する。同様に内分泌系では、ベータ・エンドルフィン(精神を安定させ苦痛・不安・緊張の緩和や神経伝達活動の活性化を行うホルモン)の分泌を促進したり、コルチゾールの分泌により体内の物質代謝を活性化させて、栄養素を吸収し、分解の促進や外部の異物やウイルスを排除する免疫系に作用して感染等の危険から身体を守り抗炎症作用を発揮する。このようにして自律神経系、内分泌系、免疫系は互いに関連して生体のバランスを保ち、ストレスへの耐性や自己防衛反応を高めている。

(3) ストレスへの適応反応

我々の身体にはストレスにさらされた場合に適応しようとする機能がある。セリエはこの適応のプロセスを「汎適応症候群(GAS:general adaptation syndrome)」と呼び、ストレッサーを受けてからの時間経過とストレス適応状態によって、①警告反応期、②抵抗期、③疲弊期、の3つの時期に分けて表現している。



図Ⅱ-3-1 セリエの汎適応症候群(GAS:general adaptation syndrome)

① 警告反応期

ストレスが加わったときの急性の反応、心身に有害なストレスに対する警報を発し、ストレスに耐えるための内部環境を急速に準備する緊急反応をする時期である。警告反応期は、更に以下の二つの相に分けられる。

I. ショック相(受動的反応期):外部環境から突然の刺激を受けて、それに十分対応できずショックを受けている状態。副腎皮質ホルモンが相対的に低下する時期で、自律神経系のバランスが崩れ、心拍低下、血圧低下、体温低下、血糖値低下、筋緊張の弛緩等が認められる。

II. 反ショック相(能動的反応期):脳下垂体—副腎皮質系が刺激されて、副腎皮質の肥大、胸腺リンパ組織の萎縮、血圧上昇、体温上昇、血糖値上昇等の身体の変化が起こり、外敵への戦闘と防衛の態勢を整える。固有のストレス以外に対しても抵抗が強くなっている時期で、突然のショックから立ち直って生体のストレス適応反応が本格化し始める時期。

この時期の反応は、「闘争か逃走反応」の段階で、アドレナリンが交感神経を興奮させ、怒り等の情動を起こさせるのに加え、心拍や血圧等を高めて筋肉を緊張させ外敵との戦闘態勢を整える。

② 抵抗期

持続的なストレス状態への適応反応として、ストレスと生体の自己防衛機制が一定のバランスをとり安定している時期。この時期は副腎皮質ホルモンの分泌が促進され、当該ストレスに対して抵抗力がつく。しかし、ストレスに抵抗し続けるには、適応の為にエネルギーが必要で、そのエネルギーが消費し過ぎて枯渇すると「疲弊期」に突入してしまう。適応エネルギーが枯渇する前に、ストレスの有害な刺激が弱まるか消滅すれば、生体はストレス反応から回復して健康を取り戻すことができる。

③ 疲弊期

適応エネルギーが消耗、獲得した抵抗力が適応のバランスが崩れ、ストレスに生体が対抗し切れなくなり、段階的にストレスに対する生体の抵抗力が衰えていく。疲弊期の初期には、

「ショック相」に見られるような生体機能の低下や不適応が見られ、内分泌腺である副腎や胸腺が萎縮し、心拍、血圧、血糖値、体温も低下していく。更に、疲弊状態が長期にわたって継続し、ストレスラーの有害な刺激が弱まることなければ、最後には死を迎える。

(4) ストレスの心理的反応

同じストレスラーに直面しても、ストレスの反応の大きさやパターンは人により異なることがある。この心理的なプロセスを、ストレス反応が起こった時の個人の認知等も考慮した上で、科学的に説明したのがラザルスの「心理学的ストレスモデル」である。心理的なストレスラーに遭遇した時に刺激を処理する過程で、「アプレイザル」と「コーピング」の 2 つのプロセスは、ストレスラーに遭遇した個人に起因する外的刺激の処理プロセスを意味する。

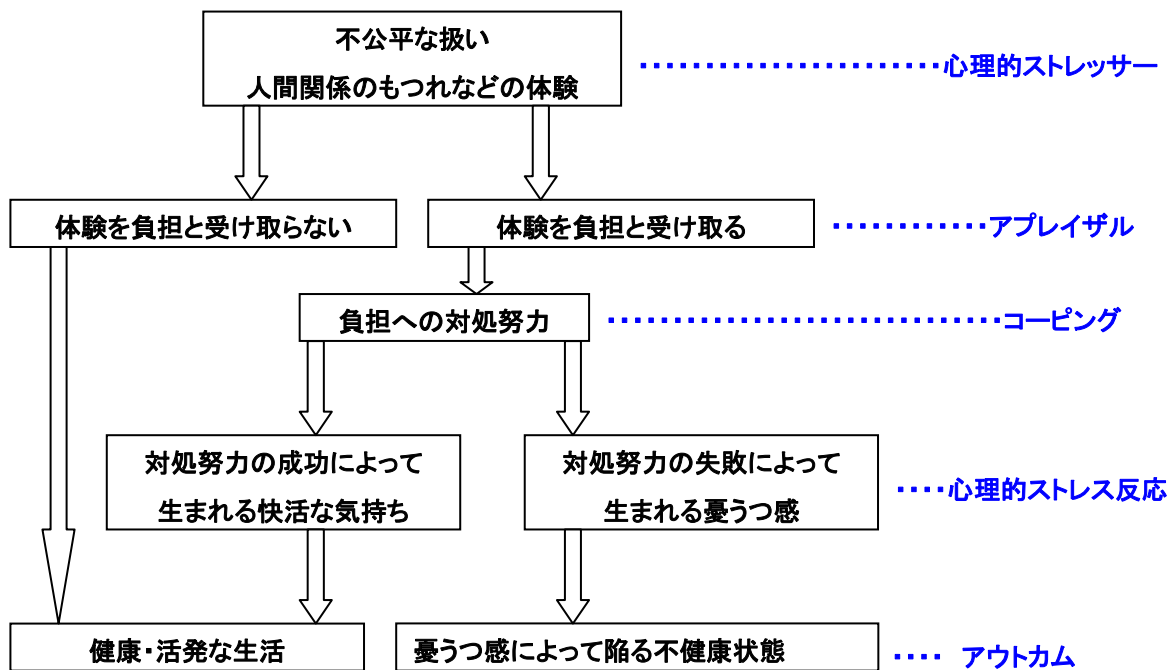


図 II-3-2 心理学ストレスモデル

(出典:小杉正太郎, 齋藤亮三, ストレスマネジメントマニュアル)

また、小杉らによると、図 II-3-3 に示される各段階は、下記 I ~ V を意味するという。

- I. 心理的ストレスラー: 不公平な扱いや人間関係のもつれ等ストレスの原因をさす。社会人にとっては仕事上のストレスラーは避けることができず、だれもが何らかの対処を迫られる。
- II. アプレイザル(評価・判断): ストレスラーを体験した際に自分にとって負担なのか否かの判断が開始される。負担と感じなければ健康な精神状態は保たれるが、実際にはストレスラーに負担を感じないことは難しく、ほとんどの場合アプレイザルの結果は負担となる。
- III. コーピング(対処能力): 負担から受ける損失を少しでも軽くするためにコーピングが開始される。適切なコーピングによって負担が軽減されれば快活な気持ちになるが、不適切なコーピングのために負担が軽減されない場合、ネガティブな心理的ストレス反応があらわれる。

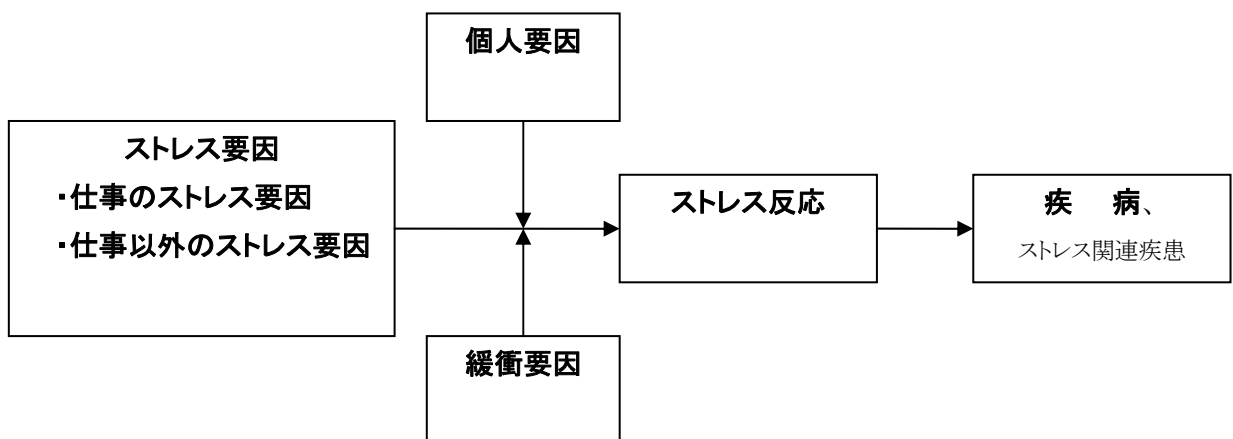
IV. 心理的ストレス反応: ネガティブなストレス反応は、疲労感⇒いらいら感⇒緊張感⇒身体不調感⇒憂うつ感の順序で深まる。

V. アウトカム: ネガティブな心理的ストレス反応が蓄積した結果、仕事になると元気が出ず、注意・集中・判断力低下といった不健康状態に陥る。

このように同じような状況下にあっても、最終的にはストレスの影響の大きさが人によって変わる。この環境刺激をどう評価し対処するかというプロセスを支援するには、個人の価値観や対象者のストレス状況を理解し、個人の認知・対処の仕方等を含めた総合的なアセスメントが必要となる。

3) ストレスの反応の全体像

図Ⅱ-3-3は NIOSH(米国国立産業安全保健研究所: National Institute for Occupational and Safety and Health)が作成した職業性ストレスモデルで、ストレス反応を構成する要素の全体像を表している。ストレス要因が大きくなると、我々の内部に生じるストレス反応も大きくなり、過剰なストレス状態やストレス反応にうまく対処できない状態になると、ストレス関連疾患と言われる様々な心身の不調が生じる。ただし、これらの間には、「個人的要因」すなわち遺伝、性格傾向、年齢、性別等の要因と、「緩衝要因」と呼ばれる、家族、上司からの支援等のソーシャルサポートの要因が存在している。ストレスは、ストレスラーの大きさだけでなく、これらの影響を受け、ストレス反応の大きさやストレス関連疾患の発生が変わってくる。



図Ⅱ3-3 NIOSHの職業性ストレスモデルを元に一部改正

(1) ストレス要因(ストレスラー)

ストレスを引き起こす要因(ストレスラー)を下記に整理する。

- ① 物理的要因 : 温熱、寒冷、痛覚、圧力、光、騒音、振動、放射線等
- ② 化学的要因 : アルコール、たばこ、薬剤、有害化学物質、環境ホルモン、化学合成物等
- ③ 生物的要因 : 細菌、ウイルス、カビ、ダニ等
- ④ 社会的要因 : 人間関係、仕事上のトラブル、近親者の死亡、離婚、引越し等の家庭内の変化等
- ⑤ 心理的要因 : 不安、焦燥、いらだち、怒り、緊張、ゆううつといった情動を起こすもの

また、①～④の要因は、⑤心理的要因になる可能性もある。例えば騒音の激しい場所では物理的な刺激だけではなく、不快感等から心理的にも影響を及ぼすことが起こるからである。

(2) ストレス反応

ストレス反応は、身体的・心理的・行動的の3つの反応で現れる。

- ① 身体的反応：肩こり、頭痛、不眠、血圧の変化、食欲低下、胃腸症状、不整脈等
- ② 心理的反応：いらいら、怒り、不安、無気力、焦燥感、感情のコントロールがきかない等
- ③ 行動的反応：多量飲酒、過食、仕事のミス、遅刻、入社困難、ギャンブル、自殺等

(3) ストレス関連疾患とは

ストレス状態の持続は、自律神経・内分泌系・免疫機能の低下をきたし、関連した臓器に変調をきたす。このように、ストレスが発病や病状の経過に関与することが大きいと考えられる疾患を総称してストレス関連疾患という。代表的なものには、表Ⅱ-3-1 に示す疾患があり、心身症の大部分は、これらのストレス関連疾患と言われている。

表Ⅱ-3-1 ストレス関連疾患

1	胃潰瘍および十二指腸潰瘍	17	頸肩腕症候群
2	潰瘍性大腸炎	18	原発性緑内障
3	過敏性大腸炎	19	メニエール症候群
4	神経性嘔吐	20	円形脱毛症
5	本態性高血圧症	21	インポテンツ
6	神経性狭心症	22	更年期障害
7	過呼吸症候群	23	心臓神経症
8	気管支喘息	24	胃腸神経症
9	甲状腺機能亢進症	25	ぼうこう神経症
10	神経性食欲不振症	26	神経症
11	片頭痛	27	不眠症
12	筋緊張性頭痛	28	自律神経失調症
13	書痙	29	神経症的抑うつ状態
14	痙性斜傾	30	反応性うつ病
15	関節リウマチ	31	その他(神経性〇〇病と診断されたもの)
16	腰痛症		

(出典：中央労働災害防止協会、企業におけるストレス対応—指針と解説—)

さらに、ストレスが病気のリスクを高める経路の一つとして「健康行動リスクの誘発」がある。健康行動リスクの誘発とはストレスから受ける負荷を減らし、不安や緊張を和らげたりするために、飲酒や喫煙、過食行動、薬物乱用等の対処行動をとることである。過食行動が習慣化して、肥満となるケース等もあり注意が必要となる。

4) 生活習慣とストレス

多くの生活習慣病の発生には、睡眠不足、過度の飲酒や喫煙、不規則な食生活、運動不足が指摘されており、いずれも日常生活でのストレス反応やストレス対処行動が関連しているものが多い。逆に、不規則な生活習慣によってストレス反応を起こしやすくなることもある。このように生活習慣とストレスは密接に関連しており、悪循環に陥ることも多い。ただし、散歩や運動等の習慣でリスクを低減すればストレスに打ち勝つ確率が高まる。つまり、望ましい生活習慣を身につけることでストレスとの悪循環を断ち切り、健康を維持していくことができる。

5) ストレスの気づきへの援助

(1) ストレス耐性を高める基本

ストレス対策でまず一番重要なのは、日常生活のリズムやバランスを整えることである。

① 休養と活動のバランス

休養と活動のバランスは、健康維持の柱であり、休養の軸となる良質な睡眠の確保が重要である。人間の身体には一日のリズムを刻む体内時計が備わっており、朝のうちに日光を取り入れることでスイッチが入り、夜になると自然に眠たくなる仕組みになっている。また、睡眠によって脳のエネルギーは回復するため、十分な睡眠が取れないと脳の疲労が蓄積され、ストレス関連の健康障害を起こしやすくなる。

② 食事のバランス

ストレスに対する生体の反応は、副腎皮質ホルモンを中心に糖質等の代謝を亢進する。

食事は規則正しくし、欠食・間食はさけ、やけ食い、衝動食に注意する。食べる行為には、緊張を和らげる効果もあるため食事を楽しむことも重要である。

③ 適度な運動

適度に身体を動かして、緊張を解きほぐすこと等でストレスを早めに軽減することができる。無理のない方法で自分に合ったものをうまく取り入れることが大切である。

表Ⅱ-3-2 より良い睡眠のための12のヒント

1)睡眠時間は人それぞれ。日中の眠気に困らなければ十分。
2)刺激物を避け、寝る前には自分なりのリラックス法を。
3)眠たくなってから床につく。就床時刻にはこだわりすぎない。
4)同じ時刻に毎日起床。
5)光の利用でよい睡眠。
6)規則正しい3度の食事、規則的な運動習慣。
7)昼寝をするなら15時前の20～30分。
8)眠りが浅いときは、むしろ積極的に遅寝・早起きに。
9)睡眠時の激しいイビキ、呼吸停止や足のぴくつき・むずむず感は要注意。
10)十分眠っても日中の眠気が強いときは専門医に。
11)睡眠薬代替りの寝酒は不眠のもと。
12)睡眠薬は医師の指示で正しく使えば安心。

(出典:睡眠障害の診断・治療ガイドライン研究会、内山真編、睡眠障害の対応と治療ガイドライン)

(2) 客観的なストレス把握、ストレスの自己チェック

まず、対象者自身が自分のストレスの原因やストレスの状態に気づくことが必要である。そのためには質問票等のツールを活用して、セルフチェックを行う方法があり、妥当性のある客観的ツールを活用することで、自分自身の変化にもより気づきやすくなる。

① 代表的な質問紙／調査票

- | | |
|------------|------------------------------|
| i) スレッサー | 社会再適応尺度／日常苛立ち事尺度 |
| ii) ストレス | 職業性ストレス簡易調査表／NIOSH 職業性ストレス調査 |
| iii) 抑うつ | SDS／M.I.N.I.(大うつ病エピソード) |
| iv) 気分の評価 | POMS |
| v) 心身の総合評価 | CMI |
| vi) その他 | エゴグラム／A型行動様式チェック／生活習慣チェック |

② 質問票／調査票使用時の留意点

- i) 目的・活用範囲を明確にする
- ii) 本人への十分な説明と了解
- iii) 妥当性・信頼性確認
- iv) 心理測定の基本知識や関連書籍にて十分理解する
- v) 専門家のアドバイスを受ける
- vi) 正確かつ記入しやすい調査票レイアウト

(3) 保健指導や健康相談場面でのサポート

保健指導や健康相談等の場面で、ストレスの自己チェック票の記入や聞き取り等を取り入れることは有効であることも多い。特に生活習慣の乱れの背景には、ストレスやメンタルヘルスの問題が潜んでいることが多いため、身体面を中心とした面談でも、常に心理面も意識した対応が重要である。短時間での面談や初回の面談であれば、メンタル面での質問に本心を表出

できないケースもあるが、まずは対象者との信頼関係を築き、相手の言動をよく観察し、言葉に表れないサインをキャッチすることも必要となる。また、生活習慣に変調を起こす事例の中には、精神的に不安定な状態の者が含まれていることもある。自己決定を促すことや判断を求めらることで、混乱や焦燥感等を招く可能性もあり、留意が必要である。

ストレス反応やストレス関連疾患が疑われる際には、適切なサポートにつなぐことも重要である。その際、症状を安易にストレスや環境要因に結びつけるのではなく、まずは客観的に観察できる症状やデータをもとに、身体的なチェックや専門のサポートを勧める等、科学的な裏づけに基づく対応が必要となる。

(4) 心身のコントロールによる対処法

① 自律訓練法

自律訓練法は、1930年代のドイツの神経科医シュルツにより科学的に体系化されたストレスの科学的緩和法であり、不安・緊張を和らげることで筋肉を弛緩させて自律神経系のバランスを整え、ストレス状態の予防・軽減を図ることができ、リラクゼーション反応を確実に生じるようにする訓練法である。リラクゼーション技法として利用する場合は、第7公式までのうち第2公式までの練習で十分とされている。

背景公式 : 「気持ちが落ち着いている」

第1公式 : 「両腕両脚が重たい」

第2公式 : 「両腕両脚が温かい」

〈練習のポイント〉

- ・なるべく静かなくつろげる場所を選ぶ。
- ・空腹時は避け、トイレをすませ、ベルトや腕時計等体を圧迫するものは緩めておく。
- ・「気持ちを落ち着かせよう」という意識を持つとある種の緊張を生み、練習の妨げになるため、両腕、両脚を何となく頭に浮かべて公式を頭の中で無心に繰り返すだけでよい。
- ・練習は1回3～5分で、1日2～3回行う。
- ・練習を急に止めると、頭がぼんやりとしたりすることがあるため、両手を握り、5～6回強く曲げ、続いて2～3回大きく深呼吸をする、といった動作を行ってから止めること。

② リラクゼーション

- i) 呼吸法・・・通常は無意識に行っている呼吸を意識的にコントロールし、感情の変化や緊張をほぐす手段ともなる。具体的には、腹式呼吸等があり手軽にできる。
- ii) 筋弛緩法・・・肩こり等を感じるとその部分が緊張状態であることを意識するが、ほとんどの場合は慢性的な筋肉の緊張状態を意識することなく生活している。この緊張状態と弛緩状態の違いを理解し、緊張状態を自分の意思でコントロールしていく方法である。

(5) ストレスを溜め込まないコミュニケーションスキル

人間関係は生活の基本であるが、同時にストレスの要因になる要素も多く含んでいる。柔軟なコミュニケーションスキルを身につけ、家庭、職場、友人等の人間関係を充実させていくことにより、リラックスして安心感や心地良い刺激を得られる関係性を作ることが必要である。

① アサーショントレーニング

自分の対人関係における主張性を点検し、自分の感情や考えを抑制して相手に合わせるのではなく、また、一方的・攻撃的に自己主張するのでもない、自分も相手も尊重した主張をする態度を修得する訓練である。

② 交流分析

バーンによって考案された、現在の生活パターンや人間関係を検討し、対処法を見つけていくカウンセリングのひとつ。自らの人間関係に気づき、修正していくことにより、人間関係に原因のあるストレスを取り除くことを目指す。

③ ソーシャルスキル

個人が他者との相互作用を通して目的を達成する際に効果的に働く社会的行動と能力。

- i) 自分のためにサポートを得るスキルで、相談相手を作る、相談窓口を知る等
- ii) 同僚や後輩へのサポート、自分と周囲、相互が支えあえる職場環境づくり等

(6) ソーシャルサポートの活用

保健行動に影響を与える要因の一つにソーシャルサポートがある。家族や周りの人からの情緒的支援や具体的助言等がこれにあたり、単純にサポートを得ただけではなく、ある行動を選択し、実施したことを周りの人から評価されていると知覚することに意義があるとされている。困った時に適切なソーシャルサポートを求めることができる行動は、ストレス対処戦略として有効で、ストレス反応を緩和させる働きがある。

<主な社会資源:相談機関>

精神保健福祉センター、保健所、市町村保健センター、医療機関、労災病院(勤労者メンタルヘルスセンター)、都道府県産業保健推進センター、地域産業保健センター、いのちの電話、日本産業カウンセラー協会、社内の健康管理室等

【引用・参考文献】

- 1) 河野友信、永田頌史他:ストレス診療ハンドブック、メディカルサイエンスインターナショナル、2003.
- 2) 中央労働災害防止協会:事業所におけるストレス対策の実際、2006.
- 3) Bruce Mcwen, Elizabeth Norton Lasley (星恵子監修):ストレスに負けない脳、早川書房、2004.
- 4) リチャードSラザルス、スーザン・フォルクマン、本明 寛、春木 豊、織田 正美 監訳:ストレスの心理学「認知的評価と対処の研究」、実務教育出版、2000.
- 5) 小杉正太郎、齋藤亮三:ストレスマネジメントマニュアル、弘文堂、2006.
- 6) 松田隆夫編:心理学概説、培風館、1997.
- 7) 小杉正太郎編著:ストレス心理学、川島書店、2005.
- 8) 佐々木雄二:自律訓練法の実際、創元社、1976.

- 9) 五十嵐透子:リラクゼーション法の理論と実際、医師薬出版株式会社、2001.
- 10) 菅沼憲治、牧田光代:実践セルフアサーショントレーニング、2004.
- 11) 大野裕:こころが晴れるノート、創元社、2003.
- 12) 安酸史子他編:成人看護学概論、メディカ出版、2006.
- 13) 睡眠障害の診断・治療ガイドライン研究会、内山真編:睡眠障害の対応と治療ガイドライン、じほう、2007.
- 14) W.B.キャノン著:体の知恵、講談社、2006.
- 15) 中央労働災害防止協会:企業におけるストレス対応—指針と解説—、1986.

II 生活指導及びメンタルヘルスケア

4. 個別・集団の接近技法

学習のねらい

保健指導に必要な個人・集団への接近技法を理解し、実践のヒントを得る。

*特定保健指導において、初回面接を実施して支援計画を立案し、最終的な評価までを行うことができるのは、医師・保健師・管理栄養士であるが、ここでは支援計画に基づき支援を行う者として、その基礎を知っておくことは一定の意義があると考え本章を位置づけている。

保健指導は、人々に対して上から下に教え導くことではなく、人々の健康生活上の支援に関わるときの関わり方・働きかけ方の総称であり、人々への健康生活への支援である。ここでは、生活指導の接近技法について、個別と集団に分けて示すが、本書の目的から特定保健指導の対象者への接近技法として、健康の保持・増進を目的として行うハイリスクアプローチの基盤となる関わり方を概説する。

1) 個別の接近技法

(1) 生活指導の基本的考え方

生活指導では、健康の保持増進を図りより健康に過ごすための援助、自己管理能力を高めるための援助を提供することが重要である。その基本的考え方としては以下の通りである。

① 指導ではなく、支援をする

対象者が自らの身体状況・生活習慣を認識し、生活習慣の改善に主体的に取り組むことが基本となる。対象者に対し一方的に指導するのではなく、対象者の自主性を尊重しながら生活習慣改善の努力を支援することが重要である。また、対象者のQOL向上に寄与することを意識する。例えば、「お酒を止めて検査値は改善したが、ストレスの解消ができずに家庭でイライラしてしまう」ではなく、「お酒を減らし体調も良くなり、仕事の効率も上がり、それが今日もできている自分を褒めながら日々を過ごす」というような結果を導く生活指導を目指す。

② 個の特性に応じた支援をする

一人ひとりの身体状況及び食生活・運動習慣等をはじめとした生活習慣の問題点を把握した上で、その問題点を改善するために、個人ごとに目標を立て、達成状況を評価する等の支援が求められる。

③ 個別と集団の組み合わせを工夫する

対象者に対し効果的に生活習慣改善に向けた動機付け・意欲の維持を行うには、対象者と指導担当者が個別に接し取り組むことに加え、対象者同士が集団として共に集まる機会を設け、対象者がお互いに励ましあいながら意欲的に維持していくことも重要である。

④ 家族ぐるみ・地域ぐるみの健康づくりを目指す

対象者が身につけた知識や技術が対象者だけではなく、家族等の周囲の者へ波及することも期待できる。

(2) 生活指導のためのコミュニケーション技法

コミュニケーションは、情報を発する人と、受け取る人がいることが前提となる。この両者間の情報が、相手に向けて発信されたのか、受け手は準備ができているのか、情報発信の力加減や配慮等により受け方は変化してくる。限られた時間において、行動変容を促すための生活指導を実施するためには、効果的なコミュニケーション技法が必要とされる。

① 傾聴

対象者の発言に耳を傾け、伝えようとしていることを理解しようとする。先走った解釈や批評・批判を加えず、あいづちや繰り返しによる確認等を利用し、話したことが伝わっていることを示す。ただし、過剰なあいづち等は逆効果となる。また、対象者が伝えたい内容を選択的かつ重点的に話す場合があるので、対象者の主観的情報を収集できる。心の中に隠れていたものを引き出せれば、対象者にとっての自己の再評価や信頼関係の構築につながる。

② 共感

対象者の感じていることを同じように感じとり、その心情を伝えることを共感という。対象者に感情・認識と自分のそれを混同するのではなく、自分の感情を手がかりにしながら、相手の感情を推しはかることである。

③ 質問の仕方

質問の仕方には、大きく分けて二つあり、生活指導の流れの中で組み合わせて用いる。対象者が「はい」、「いいえ」で回答する問いかけは、こちらが知りたい情報を素早く得ることができる一方、回答の背景や心情までは知り得ない。「健診の結果についてどう思われますか」等の質問では、回答の背景等を含めて知ることが可能である。

④ 解釈

対象者が語った内容や感情を整理して解釈し、それを要約して「〇〇ということだったのですね」とこちらが理解していることを示す。あるいは、その解釈で正しいかを確認する。

⑤ 情報の伝達

対象者に必要な情報を、対象者の情報受容能力に応じて提供する。例えば、栄養素と栄養状態の関連、食品に含まれる栄養素の量等について、資料媒体を用いたり、専門用語を分かりやすく言い換えたり、対象者の理解を確認しながら伝える。

⑥ 非言語的コミュニケーション

面接中に対象者が示す表情や動作は、言語で示された内容と合わせて、その意味を理解する必要がある。例えば、対象者への情報提供の際に、対象者がうなずきを示していても、タイミングや表情によって積極的関心を示しているか、関心が低いかを推察する。

(3) 面接の展開方法

① 環境の整備

生活指導を行うには、安心して落ち着いて話し合える空間が必要である。部屋の広さ、席の配置、照明や室温は適当か等を確認する。プライバシー保護の観点からはどうかを確認することも重要である。

② 対象者のニーズ把握

対象者の今の生活状況について情報収集を行う。その都度関わる中で対象者の情報収

集・ニーズ把握を行うことが肝要である。

③ 信頼関係の構築

まずは、対象者に不安感を与えない様な雰囲気づくりが必要である。迎え入れる動作や挨拶、表情や目線、はじめの話の展開で、「この人は分かってくれる」という印象づけができれば良好な信頼関係の第一歩となり、効果的な生活指導に結びつく。信頼関係が形成されていなければ、本音を含めた情報収集は困難であり、表面的なものに止まりやすい。面接の初期段階での信頼関係の形成は、対象者の情報収集するための前提となる。

また、以下についても留意する。

- ・ 必要以上に不安がらせない、無責任に安心させない。
- ・ 解決の必要性を理解できるようにすることが先で、対象者が納得しないまま、対応策(例えば検査や治療)を勧めない。
- ・ 面接の趣旨と指導担当者の立場を伝え、対象者と意思統一してから面接を進める。
- ・ 相手を受け入れるという姿勢を意図して示す。

④ 準備段階や理解力、意欲の確認

対象者が健康診査の結果や健康課題をどこまで認識しているか、保健指導の対象者になったことについて、どのように認識しているかについて確認する。

⑤ 現在の生活習慣や健康状態の認識の確認

現在の生活習慣、前回面接以降の生活習慣改善行動を振り返ってもらい、自身の健康状態を認識できるようにする。

⑥ 健診結果と生活習慣についての関係の理解の確認

「今の生活がこうだからこのような結果となった」等健康診査結果と生活習慣との関係に関心が向くように展開する。例えば、対象者自身で検査値を書いてもらい、その意味を確認してもらおう等である。

また、今の健康状態を理解してもらうための教材も適宜使用する。検査測定値とその値が及ぼす影響、健康課題と因果関係等について、説明しなくても対象者自身で気づける様な教材を採用する。図を使って分かり易く健康状態を理解してもらえるように工夫したり、自分で見返してもらえるような教材を目指すが良い。

⑦ 目標の自己決定への支援

対象者が生活習慣改善の必要性に気づいたら、改善に向けてその方法を考え、行動を起こしてもらえるようにする。改善項目や方法を示すというのではなく、対象者が自分で目標を決められるようにすることが原則となる。科学的根拠に基づいた目標値を提示して欲しいと考える対象者も少なくない。そういったニーズに対応するために、また対象者が自分で設定した目標値がどのくらい実現可能なものか、判断して助言できるように比較できるものを事前に準備しておくが良い。また、対象者が選択できる様、2～3つの選択肢を準備することも有効である。そして、できることとできないことを整理し、どこから実践していくかを考える。

⑧ 目標の再確認

生活改善のための行動は継続していく必要がある。1回の関わりで全てを伝え理解してもらおうということに目標を置かずに、3ヶ月後、6ヶ月後に、生活習慣改善に取り組んでみてどうだったかを把握し、確認できた課題に対応していくようにする。目標設定の時の関わりで、も

う一度会ってもらえるような関係づくりをしておく。

取り組んでいることを確認できた際には、対象者を評価して行動を支援する。実践できなかった人、途中で止めた場合も、機会があればそれを報告することで、「明日から、またやりましょう」と切り替えができることもある。また、報告を待っている者がいるという思いは、生活習慣改善行動の継続を支えることにもなる。そのため、設定した目標は紙等を書いてもらい、確認できるようにしておく。対象者の実践状況により、目標の変更も必要になる。

⑨ 途中脱落の防止

対象者が途中で脱落しないようにするためには、個々の参加者の参加状況や意識の変化等をモニタリングし、欠席や中断がある場合は個別にフォローすることが必要である。参加者一人ひとりに対して担当者を置くことも考えられる。担当者を置くことにより対象者も動機付けが強まり、かつ支援を実施する側も個別フォローがしやすい。

⑩ 個人情報の保護や守秘義務の遵守

生活指導においては、プライバシーに関わることが多い。記録の管理は厳格に細心の注意をもって取り扱うべきである。

2)集団の接近技法

(1) 基本姿勢

① 1対1で関わるのが基本

生活指導には個人指導、集団指導があるが、1対1で関わるということを基本に置くことが原則である。すなわち小グループに対して生活指導をしても、その中の個々人にとってはどうであったかという観点での把握が必要になる。一人ひとりの健康生活上の課題解決に指導担当者としての責任があり、そういう観点で集団に対する生活指導の方法を工夫していくことが重要である。

② グループダイナミクスの活用

グループダイナミクスは、集団の中に働く力であり、グループに参加する個々のメンバーの行動を変化させる作用がある。

生活習慣改善という共通の課題を持つ対象者同士が思いを語り合い、受容し合い、相互理解と共感を深め合うことが、個々の健康生活上の問題を解決していくことのエネルギーになる。このようなグループダイナミクスを活用するために、意図的にグループを作る。

場所の設営も、例えば、会場や待合の場の工夫、休憩時間等、対象者が互いに話しかけ易くするなどの配慮が望ましい。

③ 対象者のニーズを重視

集団教育に用いる指導担当者の技術は、単に健康教育を実施することとどまらず、対象者とその集団の健康課題や健康生活上の援助ニーズに対応したものであり、その効用は家族や地域社会へと波及していくことをねらっている。また、健康教育の実施に終始し、プレゼンテーション・ソフトを使いこなした視聴覚教材の美しさ、自分の話術に満足するだけでは、指導担当者としての責任は果たせられたとはいえない。

(2) 集団に対して行った生活指導の波及と適用

集団に行う生活指導で、教室の終了と共に、その間改善した生活習慣も終了となつては意

味がない。同じ健康生活上の課題を抱えた者同志が。教室の終了後にも集まることも意義があり、このような動きを支援していく必要がある。また時には意図的に集まりを促していく等の働きかけも必要である。また、生活習慣改善の教室受講者達がヘルスボランティアとして、活動をしていく場合もある。自分たちと同じ健康生活上の課題を抱える人々に対して、何らかの助力になろうとするものである。このような動きに対し、またこのような動きになる様、指導担当者が、時には意図的に働きかけていくことも、課題解決に有効である。

また、地域・職域の資源に関する情報収集を積極的に行った上で、保健指導を実施する事業者と十分な情報交換を行い、個々の参加者に対する保健指導における行動計画の策定の中に地域資源の活用も組み入れてもらうようにすることも重要である。

【引用・参考文献】

- 1) 社会保険研究所:「国保ヘルスアップモデル事業の実績をふまえた特定保健指導を核とした市町村国保における保健事業実施のための手引書」社会保険旬報臨時増刊、社会保険研究所、2007.
- 2) 厚生労働省:生活習慣病健診・保健指導の在り方に関する検討会(第2回会議)水嶋春朔委員資料「予防医学のストラテジー～ハイリスク・ストラテジーとポピュレーションストラテジー～」、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/08/s0804-3a01.html>、2005.
- 3) 宮崎美砂子他:最新地域看護学総論、日本看護協会出版会、2006.
- 4) 厚生労働省健康局:標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)、2007.
- 5) 田村須賀子:生活習慣予防における効果的な基本健診事後保健指導技術、厚生労働科学研究費補助金平成18年度総括研究報告書「生活習慣病における効果的な保健指導技術に関する研究(主任研究者 金川克子)」、79-94、2007.
- 6) 金川克子、津下一代、鈴木志保子他編著:新しい特定健診・特定保健指導の進め方 メタボリックシンドロームの理解からプログラム立案・評価まで、中央法規、2008.
- 7) Geoffrey Rose、曾田研二他監訳、水嶋春朔他訳:予防医学のストラテジー 生活習慣病対策と健康増進、医学書院、2006.
- 8) 水嶋春朔:地域診断のすすめ方 根拠に基づく健康政策の基盤 第2版、医学書院、2006.
- 9) 水嶋春朔:予防医学のストラテジー、総合臨床 53(9)、2399-2405、2004.
- 10) RA Spasoff 著、上畑鉄之丞監訳、水嶋春朔他訳:根拠に基づく健康政策のすすめ方 政策疫学の理論と実際、医学書院、2006.

II 生活指導及びメンタルヘルスケア

5. ライフステージ、健康レベル別健康課題と生活指導

学習のねらい

人生の各ライフステージの特徴、健康レベル別健康課題と生活指導について知る。

1) ライフステージ、健康レベルの連続性

人の一生は、子供から大人へといった身体的な状況の変化や、就学・就職・婚姻・出産・育児・退職・介護等の社会的な環境の変化によって、いくつかの段階に分けられる。この段階をライフステージと呼び、健康日本 21 では年齢層に応じて幼年期（0～4 歳）、少年期（5～14 歳）、青年期（15 歳～24 歳）、壮年期（25 歳～44 歳）、中年期（45 歳～64 歳）、高年期（65 歳以上）と 6 つのグループに分けている。（表 II-5-1 参照）

それぞれのライフステージにおいては、多くの人に共通する健康課題がある。これらの健康課題は生活習慣の偏りを引き起こす要因となることがあり、この生活習慣の偏りが長年に渡り積み重ねられた時、生活習慣病に至るとされている。また、それぞれのライフステージは独立して存在しているのではなく、前の段階が次の段階を生み出し支えるという連続性を持った関係にあり、ある段階での生き方によっては次の段階の内容は変わることになる。

生活指導（保健指導）を実施する際は、対象者の生活習慣の偏りを少なくし、より良い生活習慣への行動変容を目指すことになるが、実際の生活指導対象者の背景は、各ライフステージの健康課題が複雑に絡み合っており、画一的なものではない。また、築き上げてきた生活習慣を劇的に変化させることは、誰にとっても大きなストレスとなる。そのため、一般的な「各ライフステージの特徴と健康課題」をあらかじめイメージし、その上に対象者個々の実際の状況を重ね合わせることで、より正確な全体像の把握に努めることが重要となる。正確に全体像を捉えることで、対象者のニーズに合った支援を行うことにつながる。

さらに、ライフステージが連続性を持って推移していくと同様に、血液データ、血圧、睡眠時間（疲労状況）、風邪、発熱、便秘、下痢、関節痛、精神状態等の状態、すなわち日々の健康レベルも刻々と変化をしている。そのため、生活指導が順調に進んでいるように見える時でも、絶えず対象者の生活環境や健康レベルに変化がないかどうか、現在の生活習慣を維持するために過度な負担がかかっていないかどうか等の変化を読み取れるよう注意を払い、その時々健康レベルに応じて生活指導の内容も変更していく必要がある。最終的には、継続支援が終了した後も対象者が自ら身体の状態に応じて生活行動を調節していけるように、セルフケア能力を獲得できるよう援助することが重要である。

表Ⅱ-5-1:各ライフステージの特徴と健康課題

ステージ	ステージの特徴	健康課題
幼年期 0～4歳	生理的機能が次第に発達し、人格や習慣を形成する時期。少年期を準備する時期にあたり、健康観の形成には親など周囲の人の考え方が最も大きく影響する。	<ul style="list-style-type: none"> ・食生活のリズムの形成 ・発育を支える質的、量的に十分な栄養の確保 ・運動機能や感覚器の発達を促す刺激と運動の確保 ・生活習慣の基礎の形成(食事、睡眠、排泄、清潔等) ・不慮の事故の予防
少年期 5～14歳	基礎体力、精神神経機能が発達し、生活習慣が固まる時期。社会参加の準備の時期で、家庭と学校の連携した働きかけが重要。	<ul style="list-style-type: none"> ・食事内容の偏り、朝食欠食等食習慣の問題増加 ・塾通い、室内遊び等による運動不足、体力、運動能力の低下 ・夜更かし、睡眠不足の増加 ・たばこへの興味の芽生え ・集団生活、人間関係に適応できない等の対人トラブル ・永久歯のむし歯と歯肉の炎症の増加 ・不慮の事故の予防
青年期 15～24歳	身体的には生殖機能が完成し、子どもから大人へ移行する時期。就職等により生活環境が大きく変化し、大人としての生活習慣を身につける。壮年期以降の生活の出発点として重要。	<ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣の乱れ、食事内容の偏りによる肥満、極端な痩せ ・社会人生活への移行に伴う運動不足の増加 ・自己確立の過程における葛藤や失敗 ・たばこ、飲酒の習慣化 ・薬物、性感染症、20歳未満の人工妊娠中絶の増加 ・不慮の事故、自殺の予防
壮年期 25～44歳	社会的には働く、結婚して家庭を形成し子どもを育てるなど、極めて活動的な時期。働けるということが健康であると考えられる時期。子育てを通してもう一度健康の問題を考える良いチャンス。	<ul style="list-style-type: none"> ・塩分、脂質、野菜など食事内容の偏り、肥満の増加 ・運動不足、喫煙、飲酒の増加 ・仕事、結婚生活、出産、育児等からくるストレスの増加 ・女性において特に妊娠、出産等による身体的変化の出現 ・歯周疾患の急増 ・がん、生活習慣病が目立ち始める
中年期 45～64歳	労働や子育てなどで社会的責任が最も大きい時期。高齢期への準備期で、身体機能の低下が徐々に自覚され始め、健康維持が気になり始める。	<ul style="list-style-type: none"> ・塩分、脂質、野菜など食事内容の偏り ・喫煙、飲酒習慣の長期化 ・肥満、高血圧、脂質異常等など種々のリスクの表面化 ・女性において更年期症状の出現 ・歯の喪失の増加 ・がんの増加
高年期 65歳以上	人生の完成期で余生を楽しみ、豊かな収穫を得る時期。生活を楽しむために、日常生活の機能を維持する健康づくりが必要な時期。	<ul style="list-style-type: none"> ・塩分など食事内容の偏り ・運動習慣者の減少 ・うつ、認知症等こころの病気の増加 ・がん、脳血管疾患、心疾患、糖尿病の増加 ・歯の喪失、摂食、嚥下機能低下者の増加 ・転倒、寝たきりの予防

(出典:厚生労働省、健康日本21および千葉県健康ちば21より作成)

2)各ライフステージにおける健康課題と生活指導

幼年期、少年期及び青年期の一部のライフステージでは、生活習慣の形成において親等周囲の大人の影響を最も強く受ける。しかし、昨今の社会情勢に目を向けると、三世代家族の減少という世帯構造の変化及び地域コミュニティの弱体化等、子を持つ親が家庭や地域において必ずしも十分なサポートを受けられていないケースがあることが懸念される。

青年期までの健康課題としては、今後の人生における健康づくりの基礎として、規則正しい生活リズムの形成、食事内容の偏りの予防、運動不足の予防、喫煙及び飲酒の予防、そして不慮の事故の予防等が挙げられる。塾通いや室内遊びの増加等による運動不足、睡眠時間の減少及び朝食欠食率の増加等、現代的な課題もあるが、この時期の生活指導としては主に家庭や学校及び市町村の保健事業等によって担われている。青年期以前に形成された生活習慣の偏りが、壮年期以降の健康課題の発端となる場合もあるため、この時期から十分な生活指導がなされるよう、今後も努力していく必要がある。

一方、成人を迎え壮年期以降になると、生活習慣や健康管理が各個人のライフスタイルや価値観により決定される部分が大きくなる。青年期まではある程度守ってくれる存在であった周囲の大人達の影響が小さくなるため、生活習慣の乱れも顕著になり始める。

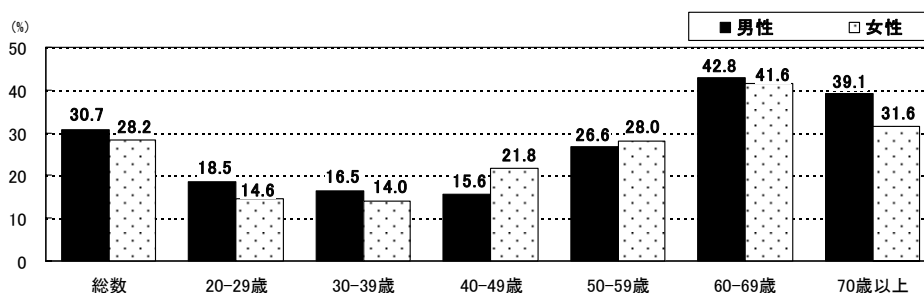
ここではこれからの生活指導の主な対象となる壮年期以降の健康課題を整理し、現在展開されている生活指導の概要、今後必要とされる生活指導等について概説する。

(1) 壮年期(25～44 歳)の健康課題と生活指導

① 壮年期の健康課題

壮年期は、肉体的にも精神的にも成熟度を増し、社会的には働きざかりの時期にあり、結婚して家庭を形成し子どもを育てる等、極めて活動的でもっとも生命力に溢れた時期である。この時期は生活環境が次々と変わり、一人暮らしを経験する人も多くなる。

しかし、社会的に活動的であるのとは反対に、この時期は運動習慣のある者の割合が最も低くなる時期でもある。平成 17 年国民健康・栄養調査によると、1 回 30 分以上の運動を週 2 日以上実施し、1 年以上継続している者の割合は、男性の 20～40 歳代、女性の 20～30 歳代で 20%未満となっている(図 II-5-1 参照)。



※運動習慣のある者: 1 回 30 分以上の運動を週 2 日以上実施し、1 年以上継続している者

図 II-5-1: 運動習慣のある者の割合(20 歳以上)

(出典: 厚生労働省、平成 17 年国民健康・栄養調査)

週 3 日以上かつ 1 日に飲む量が酒で 1 合(ビール中 1 本、ウイスキーでダブル一杯)以上の飲酒習慣者の割合を見ると、女性はピークの 30 歳代、40 歳代でも 10%強であるのに対し、男

性では 20 歳代から 40 歳代にかけて 50% 近くまで右肩上がりに急上昇しており、60 歳代でも約 40% となっている(図 II-5-2 参照)。そのため、栄養のバランスの偏りが懸念される。

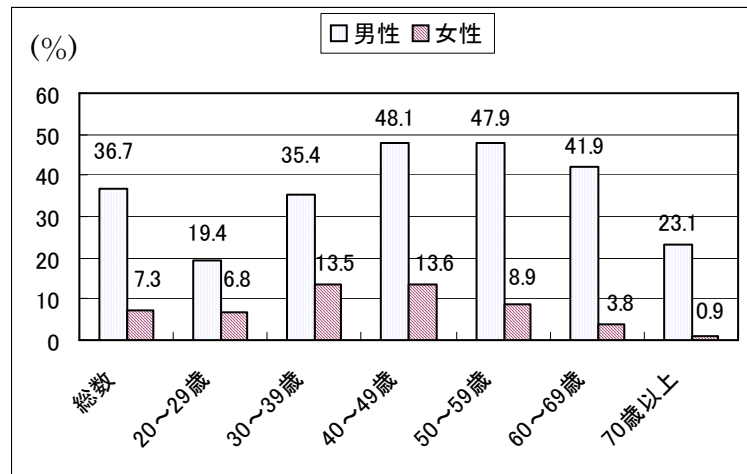


図 II-5-2: 飲酒習慣の状況(性・年齢階級別) 週3日以上で1日1合以上飲酒する者の割合

(出典:厚生労働省、平成17年国民健康・栄養調査より作成)

日常的な運動量の不足、飲酒習慣者の増加等から、将来的な肥満及び肥満に関連した生活習慣病の増加が懸念される。平成17年国民健康・栄養調査では、特に男性の20歳代から40歳代にかけてBMI25以上の肥満者の割合が増加しており、40~60歳代では全体の30%を超えている。さらに、調査時と20年前、10年前を比較した数値を見ても、全年齢層において肥満者の割合は増加し続けている(図 II-5-3 参照)。

女性においては、20~60歳代にかけてと、年齢とともに肥満者の割合が増加しているという点は男性と同様であるが、過去との比較では各年齢階級で肥満者の割合が減少している。BMI18.5未満の低体重(やせ)の者の割合を見ると、20~40歳代において増加していることが分かる。特に20~30歳代で全体の約20%に達している(図 II-5-4 参照)。容姿へのこだわりや無理なダイエット等が原因の一つとも考えられるが、栄養不足による貧血や骨粗しょう症のリスクについても懸念される。

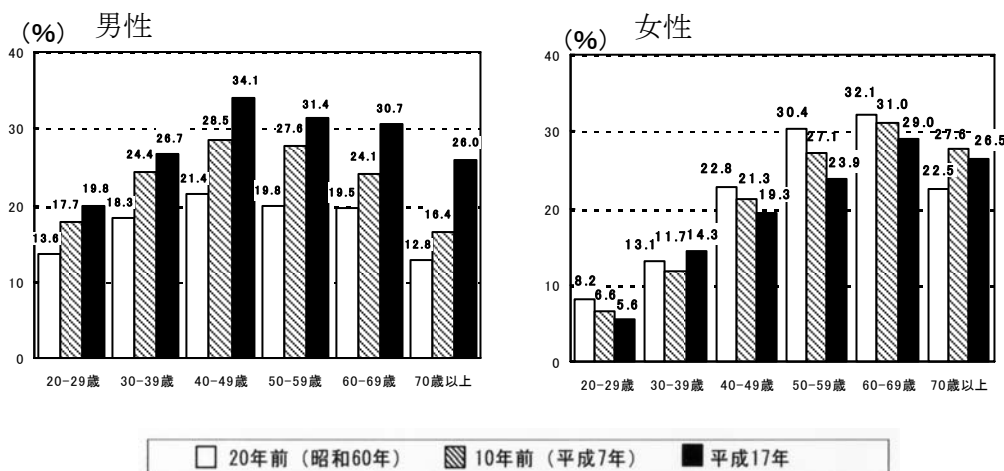
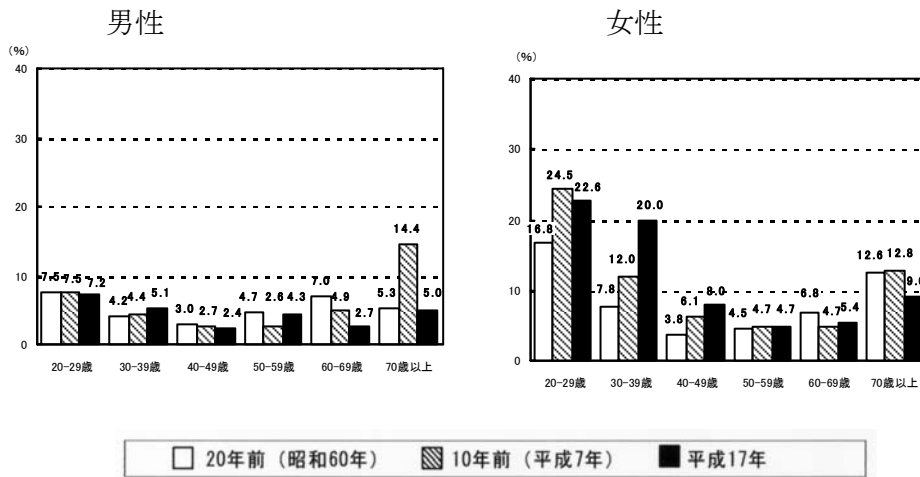


図 II-5-3: 肥満者(BMI ≥ 25)の割合(20歳以上)

(出典:厚生労働省、平成17年国民健康・栄養調査)

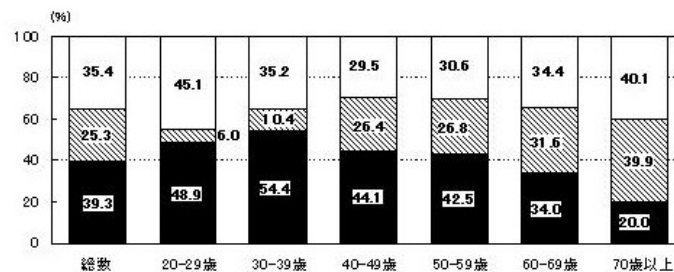


図Ⅱ-5-4: 低体重(やせ)の者(BMI<18.5)の割合(20歳以上)

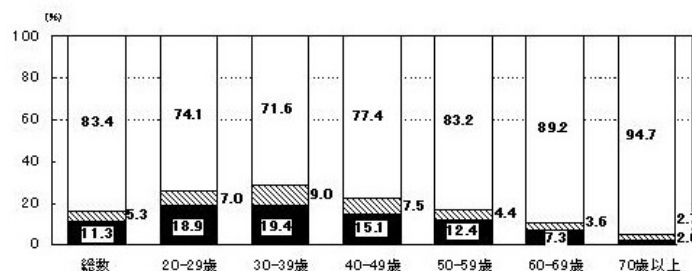
(出典: 厚生労働省、平成17年国民健康・栄養調査)

喫煙の状況については、現在習慣的に喫煙している者(これまで合計100本以上又は6ヶ月以上たばこを吸っている(吸っていた)者のうち、この1ヶ月間に毎日又は時々たばこを吸っていると回答した者)は、30歳代において最も高く、男性で54.4%、女性で19.4%となっている(図Ⅱ-5-5参照)。特に男性においては、20~50歳代にかけて常に40%以上と高い割合を示しており、循環器系疾患及びがん予防のためにも、対策が必要な重要健康課題の一つとなっている。

男



女



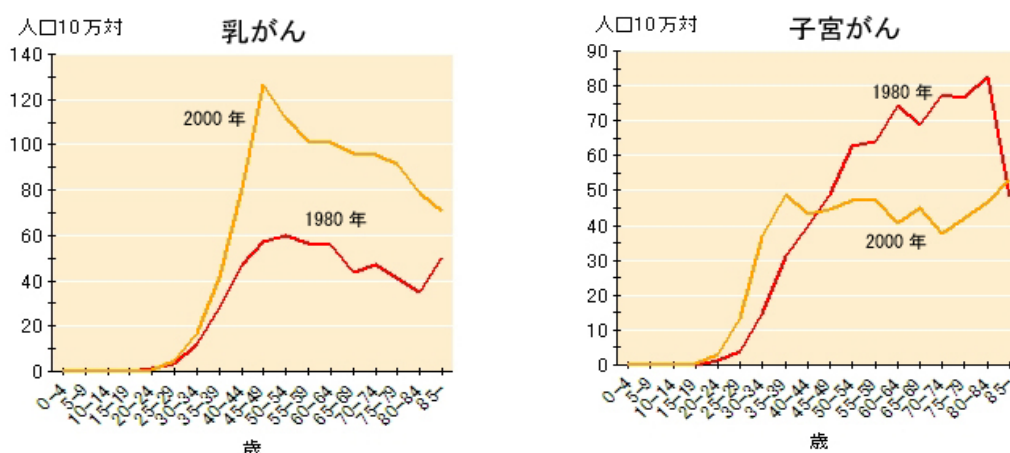
図Ⅱ-5-5: 喫煙の状況(20歳以上) (出典: 厚生労働省、平成17年国民健康・栄養調査)

壮年期では、運動不足、飲酒、喫煙等生活習慣の偏りが見られることが多いが、血液データ等にすぐに異常として反映されるとは限らず、目に見える身体の変化としては体重の増加のみという場合もある。例え検査数値に多少の異常が見られても、病気の進行には時間がかかり、

初期の段階では自覚症状として現れることが少ないため、放置されやすい。毎日を元気に過ごせ、働けるだけで自分自身は健康だと考えてしまいやすい時期であると言える。

壮年期における習慣的な飲酒や喫煙は、青年期以前から始まっている問題と考えられ、青年期以前からの対策も重要であるが、壮年期においても中年期以降の生活習慣病の発症予防のために、検査の異常値等が顕著でない段階から取り組むことが重要となる。

壮年期の健診については、2007年度まで市町村が実施してきた基本健診及び2008年度から医療保険者が実施する特定健診では、ともに対象者が40歳以上となるため事業場での一般健康診断、人間ドック等が主な受診の機会となる。がん検診は多くの市町村で20歳代・30歳代から実施されており、人間ドック等でも実施されている。特に乳がん、子宮がんは20歳代・30歳代で罹患することも少なくないため(図Ⅱ-5-6参照)、受診率の向上が望まれる。



図Ⅱ-5-6: 年齢階級別乳がん・子宮がん罹患率

(出典: 国立がんセンターがん対策情報センター、地域がん登録全国推計によるがん罹患データ)

② 壮年期の生活指導

市町村が実施してきた老人保健事業(2008年度からは健康増進事業)は、対象が40歳以上で、この年代の生活指導については、主に産業保健の分野で、労働安全衛生法による健康教育等により担われている。これは、トータル・ヘルスプロモーション・プラン(以下THP)の考え方に基づき展開されている。THPには「身体的な面だけではなく精神的な側面にも十分配慮した」と「中高年齢者だけでなく全年齢層の労働者を対象とした」という2つの意味合いが込められており、生活習慣病と心理・社会的ストレス要因による精神的不健康の発生を予防することを主な目的としている。壮年期には死亡原因として、自殺割合の増加も見られるため、メンタルヘルスケアへの取り組みも重要である。THPはトータルな生活指導となっているが、全ての労働者には十分に行き渡っていない事業場が多いという課題も残されている。

壮年期は、子育てや家族の介護等、家族の健康管理を通して自分自身の健康づくりについても改めて振り返る良いチャンスであるため、その機会を十分に活かすことが重要である。

(2) 中年期(45～64 歳)の健康課題と生活指導

① 中年期の健康課題

中年期は、社会的には指導的な役割を担い、責任が最も大きい時期である。仕事面では部下を抱える管理的立場であることが多く、慢性的な超過勤務あるいは転勤、単身赴任、国出張等も多くなる。また、家庭面では子どもの進学や就職、高齢な家族の介護等を抱える場合もあるため、睡眠不足や過労とともに精神的ストレスの蓄積も起こりやすくなる。

平成 16 年国民生活基礎調査の結果から、悩みやストレスがある者の割合を性別、年齢階級別にみると、男性では 45～54 歳、女性では 35～44 歳で最も多く、55～64 歳以降はその割合は概ね減少傾向となっている(図 II-5-7 参照)。さらに、中年期は仕事上の外食、飲酒の機会も増加する等自己の健康管理が困難な状況となりやすい。壮年期以前から続く運動不足(図 II-5-1 参照)、飲酒(図 II-5-2 参照)、喫煙(図 II-5-5 参照)等の長期化とも相まって、肥満に続く高血圧、脂質異常等、種々のリスクはこの時期に表面化することが多い。これらが心疾患等生命を脅かす生活習慣病発症の引き金となることもある。

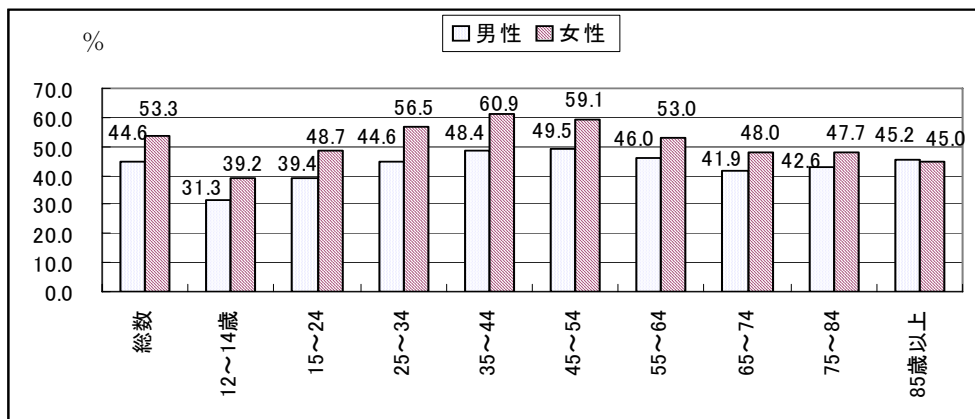


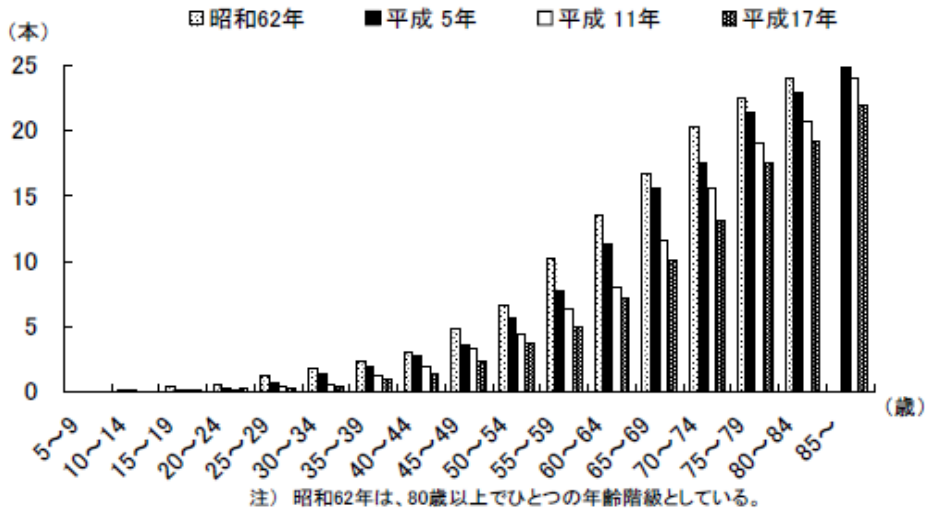
図 II-5-7: 性・年齢階級別にみた悩みやストレスがある者の割合

(出典: 厚生労働省、平成 16 年国民生活基礎調査より作成)

また、中年期の女性にとって特徴的な健康課題として、更年期による心身の不調及び乳がん、子宮がんの増加(図 II-5-6 参照)がある。更年期障害については、女性外来、更年期外来等、性差を考慮した医療も行われつつあるが、対象者の不定愁訴がすぐには更年期障害から来ているものと見分けられない場合もあり、症状の改善までに時間がかかってしまうというケースもある。更年期に関する講演会等を実施し、知識の普及啓発に努めている市町村もあるが、性差、健康レベルを考慮した適切な医療を受けられるよう支援する必要がある。

歯の健康に目を向けてみると、中年期頃から喪失歯数の増加が見られ始める(図 II-5-8 参照)。できるだけ多く自分の歯を残し、咀嚼・嚥下機能を維持し自分の歯で食事を取れるということは、脳の活性化、栄養のバランスの確保による疾病の予防(IV-4 口腔保健の章参照)、筋肉量の維持による高齢期での転倒予防等、多くの重要な意義があることから、むし歯予防及び歯周病予防の重要性が注目されている。

市町村、事業場等で成人歯科検診が行われているところもあるが、検診後の事後指導も含めたむし歯及び歯周病の早期発見、早期治療や予防に積極的に取り組んでいく必要がある。



図Ⅱ-5-8: 一人平均喪失歯数の推移、5歳以上、永久歯

(出典: 厚生労働省、平成17年歯科疾患実態調査)

中年期は高齢期への準備期でもあり、身体機能の低下が自覚され始め、健康維持が気になり始めるため、日々の健康チェックが欠かせない年代となる。

中年期の健診については、労働安全衛生法に基づき事業者が行う一般健康診断、各医療保険者により実施される特定健診等がある。また、胃、大腸、乳、子宮、肺、前立腺その他の各種がん検診、歯科検診等が市町村、事業場、人間ドック等で実施されている。

② 中年期の生活指導

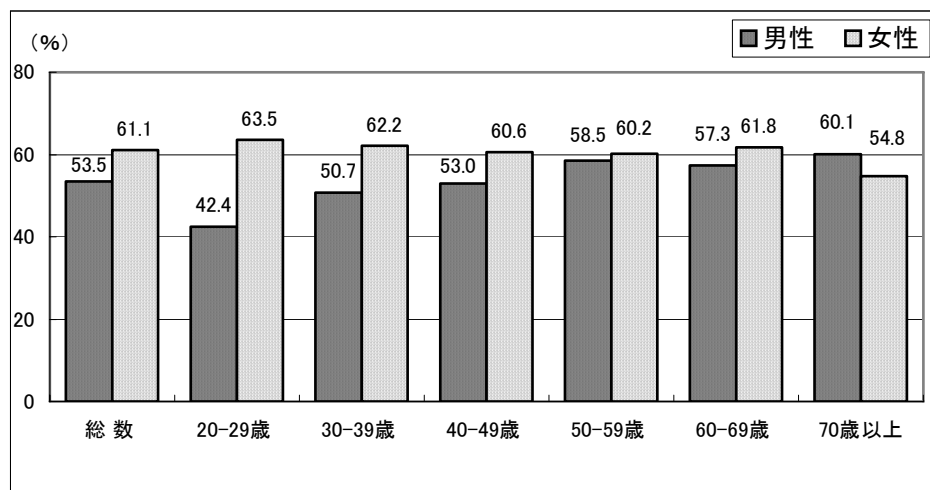
中年期の生活指導は、主に市町村、医療保険者及び職域において担われている。

これまでの生活指導の課題として、市町村では健診事後指導として健康相談や健康教育が行われてきたが、仕事等の理由で参加できない対象者も多く、自営業者や退職者、主婦層等、一部の要指導者に対してのみ指導が行われることが多かった。また、事業場でも一般健康診断後の事後指導及び健康教育等(THP)は一部の大企業では全員を対象として行われていたが、多くの中小企業では要指導者のみまたはほとんど指導が行われていないという状況であった。

また中年期は、肥満、高血圧等の、身体の異常が本格的に出現し始める時期であるが、本人に自覚症状のないことが大半であり、「できれば何とかしたい」という気持ちがあっても長年の生活習慣を変えることは容易でないこと等から、十分な行動変容に結びつかない場合が多かった。2008年度からは各医療保険者に特定保健指導が義務付けられるため、生活指導の必要な人に確実に指導が実施されることが期待される。

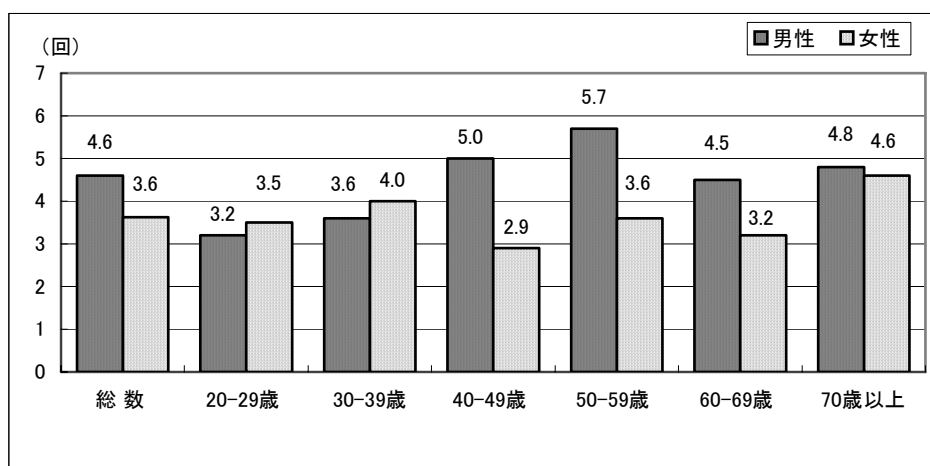
メタボリックシンドローム対策の他に、近年、喫煙対策、アルコール対策も注目を集めている。喫煙対策について健康日本 21 では、「知識の普及」、「未成年者も含めた新規喫煙者増加の防止」、「公共の場所での分煙の徹底」、「禁煙希望者への禁煙支援の充実」が目標として掲げられ、また健康増進法においても、受動喫煙の防止が強調されている。アルコール対策については、健康日本 21 で「多量飲酒問題の早期発見と適切な対応」、「未成年者の飲酒防止の徹底」、「アルコールと健康についての知識の普及」が目標に掲げられている。

喫煙者の状況については平成 15 年国民健康・栄養調査の結果から、習慣的喫煙者の約 70%が「たばこをやめたい」または「本数を減らしたい」という意思を持っており、男性で約 50%、女性で約60%が実際過去に禁煙を試みたことがある(図Ⅱ-5-9参照)、さらに試みた禁煙の平均回数は男性で 4.6 回、女性で 3.6 回であったという実態(図Ⅱ-5-10参照)がある。



図Ⅱ-5-9: 現在習慣的に喫煙している者における禁煙を試みたことがある者の割合

(出典:厚生労働省、平成 15 年国民健康・栄養調査)



図Ⅱ-5-10: 現在習慣的に喫煙している者における禁煙回数(平均値)

(出典:厚生労働省、平成 15 年国民健康・栄養調査)

喫煙対策について、これまでたばこの弊害について啓発する、ニコチンガムを使用する等の対策が取られてきたが、長年に渡る喫煙習慣を改善することは容易ではなかった。しかし、2006年に禁煙補助剤が保険適応となったことで、現在ではこれを積極的に使用できるようになった。今後は効果的に禁煙の達成者を増やすことが期待されている。

ただし、禁煙補助剤の効果は期待されているが、禁煙を成功させるには、ニコチンの血中濃度を、ニコチン離脱症状を出現させないレベルに保つことが重要であり(図Ⅱ-5-11参照)、使用方法を正しく知る必要がある。使用方法を誤ってしまうと、「禁煙補助剤を使用したのに欲求は消えなかった」と挫折してしまうことになる。

今後は、禁煙外来の利用も含め、禁煙補助剤の正しい使用による禁煙に取り組めるよう、指導していくことが重要である。

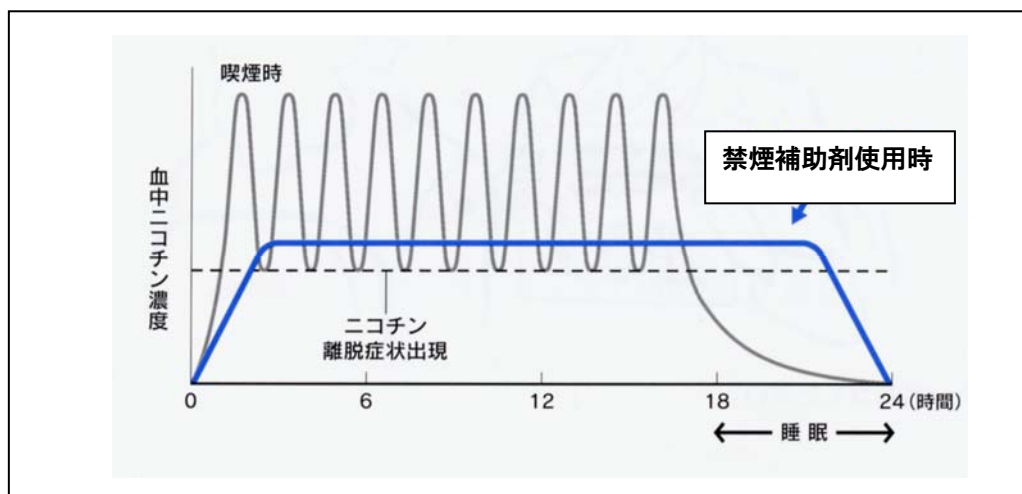


図 II-5-11: 禁煙補助剤の使用イメージ

(出典: 高橋裕子、簡単にできる禁煙ガイドブック 新・禁煙時代より一部改変)

アルコール対策については、飲酒習慣者の割合が 40 歳代、50 歳代で最も高くなっている (図 II-5-2 参照) という現状があるため、問診等から多量飲酒者を早期に発見することが重要となる。また、多量飲酒者の飲酒習慣は、壮年期以前から長年にわたり継続している場合が多いと考えられるため、それを急に改善することは容易ではない。アルコールの身体への影響や適正飲酒量等の知識を伝えること、休肝日を設けることの指導と同時に、飲酒時には栄養のバランスが偏ってしまう可能性が高いため、つまみの選び方等も指導する。

また、過度の飲酒は、アルコール依存等による家庭問題のほか、勤務への影響、飲酒運転、犯罪等、社会的な問題に発展することもあるため、対策を徹底することが重要である。

(3) 高齢期(65 歳以上)の健康課題と生活指導

① 高齢期の健康課題

高齢期は人生の完成期であり、余生を楽しみ豊かな収穫を得る時期である。質の高い生活を送れるよう、日常生活の機能を維持するための健康づくりが必要となる。

しかし、健康寿命の延伸が望まれる一方で、高齢期にはそれまでの各ライフステージでの長年に渡る生活習慣の積み重ねにより、その結果としてがん、脳血管疾患、心疾患、糖尿病等の、生活の質の低下や生命の危険に直結する重大な疾患の増加が見られるようになる (図 II-5-12 参照)。

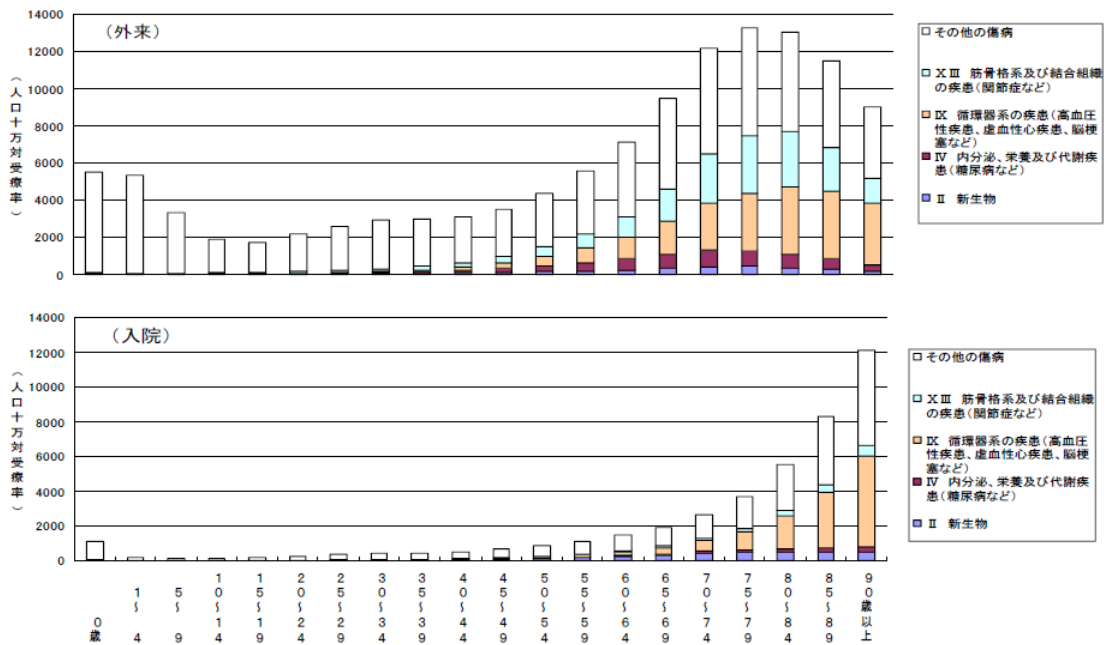


図 II-5-12: 年齢階級別受療率(出典:厚生労働省、平成 14 年患者調査より作成)

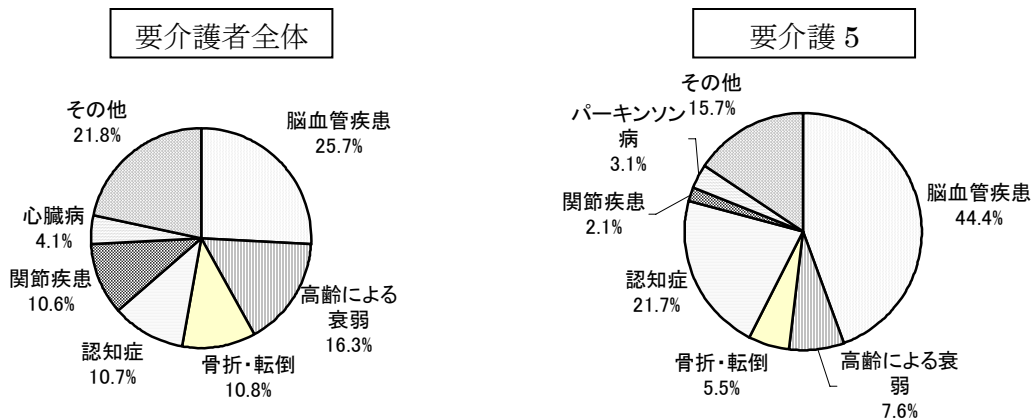


図 II-5-13: 介護が必要となった主な原因の構成割合

(出典:厚生労働省、平成 16 年国民生活基礎調査より作成)

高齢者の介護が必要となった主な原因の構成割合を見ると(図 II-5-13 参照)、要介護者全体の 25%が脳血管疾患であり、要介護 5 の重度のグループでは 44%が脳血管疾患である。転倒・骨折、認知症も要介護状態になってしまう大きな原因である。このように高齢期では、生命や生活の質に関わる重大な疾患の発症する割合が高くなるが、その前段階として、40 歳代～50 歳代の中年期から循環器系疾患や内分泌代謝系疾患での外来受療率が先に増加し始める。そのため、できる限り早い段階から健診によるリスクの早期発見及び事後指導等による生活改善を図り、高齢期での重大な疾患の発症を予防していくことが重要である。

② 高齢期の生活指導

生活指導としては、2008 年度からの特定健診(74 歳まで)及び後期高齢者の健康診査(75 歳以上)に加え、各市町村において 2006 年度から行われている介護予防のための地域支援

事業等を中心に、日常生活の機能維持を図っていく必要がある。地域支援事業では、健診時等に実施する生活機能評価に基づき、運動器の機能向上、口腔機能向上、栄養改善、認知症予防と支援、うつ予防と支援の各プログラムが必要に応じて提供される。

運動習慣のある者の割合が60歳代に比べ70歳代で減少している(図Ⅱ-5-1 参照)、一人平均喪失歯数が年代とともに増加している(図Ⅱ-5-8 参照)等、要介護のリスクの高まりを示す現状も見られており、特定保健指導と共に、積極的に介護予防についても推進していくことが重要だと言える。

【引用・参考文献】

- 1) 厚生労働省:健康日本 21、2000.
- 2) 千葉県健康福祉部:健康ちば 21、2001.
- 3) 厚生労働省:平成 17 年国民健康・栄養調査、2005.
- 4) 国立がんセンター:国立がんセンターがん対策情報センター
http://ganjoho.ncc.go.jp/pro/statistics/graph_db_index.html
- 5) 厚生労働省:事業場における労働者の健康保持増進のための指針、2007.
- 6) 厚生労働省大臣官房統計情報部編:国民生活基礎調査 平成 16 年 第 1 巻～第 4 巻、厚生統計協会、2005.
- 7) 生活習慣病健診・保健指導の在り方に関する検討会 第 2 回会議尼崎市野口緑氏提出資料、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/08/s0804-3c.html>、2005.
- 8) 厚生労働省:新健康フロンティア戦略、2007.
- 9) 厚生労働省:平成 17 年歯科疾患実態調査
- 10) 厚生労働省:平成 15 年国民健康・栄養調査
- 11) 高橋裕子:簡単にできる禁煙ガイドブック 新・禁煙時代、(株)ライフサイエンス・メディカ 2006.
- 12) 厚生労働省:平成 14 年患者調査

