

有所見者である企業職員の生活習慣改善に及ぼす保健師の健康教育

難波貴代*¹, 北山秋雄*², 那須 裕*², 奥野茂代*², 千葉真弓*²

【要 旨】 本研究は、企業職員(以下職員と称す)の一般健康診断結果から健康問題と生活習慣(食事・運動・飲酒・喫煙)に関する実態を明確にし、初回健康教育実施3ヶ月後に職員の生活習慣が保健師のどのような健康教育によってどのように変化したか等に資することを目的に、135名を対象に初回健康教育を行った。その内44名が3ヶ月後のフォロー健康教育の対象となった。3ヵ月後のフォロー健康教育では、PRECEDE-PROCEED MODELを参考にした。

その結果、改善群には自己決定した内容を提示し、非改善群には正確な知識の習得や環境の適応、客観的な指標の提示が必要であることが重要である。保健師の健康教育は「ありのままの状況」と「あるべき状況」の差異を職員に考えさせるような配慮をし、職員自らの生活上の問題点を明確にし、実践へと導くような働きかけが必要である。さらに職員がつまづいている箇所を把握した上で、個別に対応していくことが重要であることがわかった。

【キーワード】 健康教育, 生活習慣, 企業職員, ありのままの状況, あるべき状況

はじめに

我が国では、企業職員(以下職員と称す)に対する健康増進対策はあまりすすんでいない。一般健康診断は、法規制の効果もあって、かなり広範な事業所で行われるようになってきたが、発見された要観察者に対する管理や指導については、現状ではまだ十分なされていないと言えない(前田, 1994; 富山, 1994)。健康保険組合でも、看護師や保健師を配置し健康相談を積極的に行ったりしているが、ほとんどの職員が生活習慣病に対して見直しができていないのが現状である。谷口(1995)は、食事制限が必要な人でも職業の種類や職場のつきあい等でなかなか実行が難しい場合、さらに職業上のストレスは健康上好ましくない行動と結びつき、保健行動への変容を困難にしていることも多く見られると述べている。また生活習慣病は、いつでも自分の意思で変える事ができると考えているため、すぐに行動にあらわせない。佐藤(1996)も、常に良い保健行動という方向をもちつづける生活を確立させることは容易ではないと述べている。実際、生活習慣

を見直せない職員もいる中、職場状況を念頭におきながら生活習慣を見直し、体重の減量や食事内容の改善・食事時間の改善・運動を通勤時間に取り入れるなど実現できている職員もいる。そこで本研究は、職員の一般健康診断結果から健康問題と生活習慣(食事・運動・飲酒・喫煙)に関する実態を明確にし、初回健康教育実施3ヶ月後に職員の生活習慣が保健師のどのような健康教育によって、どのように変化したか等に資することを目的に取り組んだ。

方 法

本研究は、一般健康診断結果に基づいて初回健康教育を実施してから3ヶ月後のフォロー健康教育で3ヶ月経過後の状態から生活習慣改善群と生活習慣非改善群を設けて回顧的に比較検討する評価研究デザインを用いた。

1. 用語の操作的定義

健康教育: 対象が正しい知識や態度を身につけ、よ

*¹ 長野県看護大学大学院 博士後期課程 *² 長野県看護大学
2004年10月5日受付

り好ましい保健行動への変容を促す取り組みのこと(井上, 1995).

2. 研究方法

1) 調査対象者 (図1)

システム開発等を業務内容としている技術者500名の内、産業医が一般健康診断結果で有所見者135名(27%)を抽出し、その135名を対象に保健師が初回健康教育を実施した。さらに3ヶ月後にフォロー健康教育を実施するために135名を対象としたが、内実施希望者が44名(32.6%)であった。非実施者91名は、①職場が忙しい、②出向中、③生活習慣改善ができていない、④夏休みである等の理由から3ヶ月後の健康教育を希望しなかった。

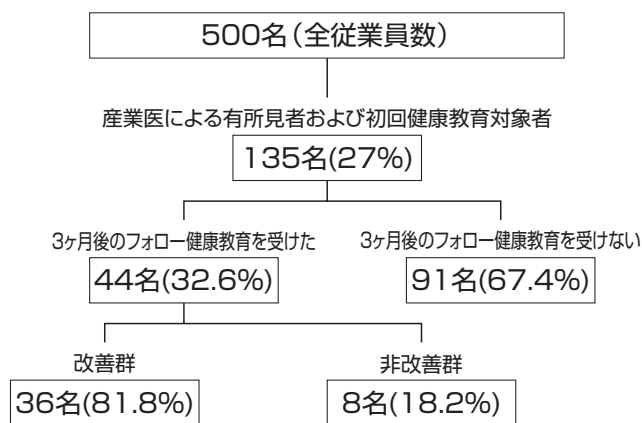


図1 調査対象者(初回および3ヶ月後のフォロー健康教育)

2) 調査期間：初回健康教育；平成16年3月5日～3月28日

3ヶ月後のフォロー健康教育；平成16年7月13日～7月28日

3) データ収集方法

(1) 初回健康教育時：有所見者135名の①一般健康診断結果 (body mass index：以下BMIと略す，血清脂質検査，肝機能，尿酸値，空腹時血糖およびヘモグロビンA1c) からデータを収集した。②生活習慣 (食事・運動・飲酒・喫煙) 項目の回答をデータとした。

(2) 3ヶ月後フォロー健康教育時：①初回から3ヶ月後にどの程度，生活習慣が見直せたのか確認 (関心・現状認識，判断，決定，実行) するために，研究者が作成した紙面 (表1) に記述をし，その記述内容をデータとした。

表1 3ヶ月後フォロー健康教育で使用了資料

部署名	年齢
勤務時間	自宅に帰宅する時間
夕食摂取時間 (平均)	
1. 前回の健康教育を受けて，日常生活において改善した内容 (自己決定)	
2. 現在の健康上の問題をあげ，もし理由がわかれば理由もあげましょう (関心・現状認識)	
3. どのようにしたら健康になるのか，目標をあげましょう (判断・実行)	
4. 健康を維持するための家族の協力内容	
5. 今後の課題	
1) 健康の何を改善したいのか (What)	
2) どの程度の改善をしたいのか (How much)	
3) いつまでにその改善を期待したいのか (When)	
4) なぜ改善したいのか	

表2 初回に行った健康教育内容と方法

項目	内容および方法
内容	
目的	健康上の問題に気づき，生活習慣を見直す
方法	(1) 保健師は職員の環境を理解した上で対応するように心がける。 (2) 事前に保健師が個人の一般健康診断結果から健康上の問題点を把握した。 (3) 保健師と職員は対面に座るのではなく，横に座ってもらった。 (4) H15年度における一般健康診断結果に基づき，健康上の問題を保健師が提示し，個人の生活習慣(食事・運動・飲酒など)について把握した。 (5) 「ありのままの状況」と「あるべき状況」について話し，この差の理解をする(関心・現状認識)。 (6) 生活習慣を想起させながら，検診結果の健康上の問題と日常生活のどの部分が問題を発生させているか一緒に考えた(判断)。 (7) 既存のパンフレット < http://www2.health.ne.jp >を用い，健康上の問題点の根拠とした。 (8) 職員自らが生活習慣のどの部分を見直せばよいのかと提案し，自己決定をする(決定)。 (9) 職員にどの生活習慣について改善し，どのように保健行動をとることができるかを明示してもらう(実行)。 (10) 職員が自己決定した内容を紙面に提示し，提示した内容を翌日返却した(継続)。
時間	保健師と職員の初回健康教育は，1人30分の時間で行った。

4) 介入方法：初回とフォロー健康教育ともに同じ保健師1人が個別に健康教育を実施した。

(1) 初回健康教育時 (表2)

「ありのままの状況」をなんのために，どこを，どの

ようにみるのかを本人の中に位置づけられるように、まず現状を確認し、紙面に記述する。そして「あるべき状況」は、既存のパンフレットを用いて、職員に知識を獲得してもらい、「ありのままの状況」と「あるべき状況」の差の理解へ導いた。さらに職員自らが改善行動内容と目標を自己決定することで、保健行動を確実に実行できるようにしていった。

(2) 3ヵ月後フォロー健康教育時 (表3)

初回健康教育時に改善行動目標が自己決定されていたため、PRECEDE-PROCEED MODELを参考にし、Who (誰の行動を変えるのか)、What (何を改善したいのか)、How much (どの程度の改善をしたいのか)、When (いつまでにその改善を期待したいのか) の4点を含んだ紙面を研究者が作成した。これは実施2週間前に配布し、当日に教育資料とした。この4点を必ず記載することで、行動への働きが失敗しないようにした。改善できなかった職員は、初回の改善目標、改善できなかった理由、今後の改善目標を再検討していった。

表3 3ヶ月後に行ったフォロー健康教育内容と方法

項目 内容	内容および方法
目的	生活習慣を見直し、行動変容に結びつく、改善した内容が維持できる
方法	(1) 健康教育実施2週間前に研究者が作成した紙面を配布し、記載してもらおう(Who, What, How much, Whenの4点を含んだ内容)。
	(2) 保健師と職員は対面に座るのでなく、横に座ってもらう。
	(3) 初回健康教育時に自己決定で掲げた目標を記載したものとWho, What, How much, Whenの4点を含んだ行動目標を記載したものを持参した。
	(4) 生活習慣について改善という視点で話をすすめていく。
	(5) 改善しなかった者については、なぜ改善できなかったのかを一緒に考えていく。
	(6) 改善した者については、今後どのように維持をしていくのかを一緒に考えていく。
	(7) 次回の健康教育についても、約束をし、保健行動の維持・改善について話をしていく。
時間	保健師と職員の3ヶ月後健康教育は、1人15～20分の時間で行う。

5) 分析方法

(1) 年齢、性別、婚姻歴、一般健康診断結果、生活習

慣(食事・運動・飲酒・喫煙)の項目、初回から3ヶ月間で生活習慣改善項目を単純集計した。

(2) 改善については、記述内容を生活習慣項目別にカテゴリー化し、初回健康教育時と比較検討した。

(3) 非改善内容については、初回健康教育時に立案した目標と比較し、記述内容から非改善にいたった内容について検討した。

(4) 食事・運動・飲酒などひとつでも改善した内容が記述されていた職員は「改善群」とし、まったく何も改善しなかった職員は「非改善群」とした。

(5) 日常生活習慣の各々の改善状況については、実数として集計した。

(6) 単純集計と χ^2 検定については、統計ソフトSPSS (Ver11.0)を用いた。

6) 倫理的配慮

企業の上層部に本研究の主旨と方法、健康教育内容について提示し、研究の承諾を得た。さらに調査対象者には、初回時に健康教育の主旨を説明し、プライバシーの保護を約束し、データから個人が特定できないようにした。

結果

1. 対象者概要

(1) 初回健康教育時の対象者(135名)概要(表4)

初回健康教育時の平均年齢は42.8歳(SD=6.9)であり、40～49歳が48.1%と最も多く、次いで30～39歳が36.3%と多かった。性別に関しては、男性が96.3%と圧倒的に多く、女性が3.7%であった。既婚と未婚は、既婚者88名(65.2%)と未婚者47名(34.8%)であった。BMIは17.6～26.4の正常範囲に112名(83%)が、26.5～29.4に15名(11.1%)であった。総コレステロールは、220mg/dl以上が82名(60.7%)、中性脂肪は150mg/dl以上が52名(38.5%)、LDLコレステロールは、140mg/dl以上が64名(47.4%)であった。空腹時血糖は109mg/dl以上が21名(15.6%)、HbA1c6.1%以上は9名(6.7%)であった。尿酸値は、7.5mg/dl以上が16名(11.9%)、 γ -GTPは75IU以上が28(20.7%)であった。帰宅時間は、21時以内に73名(54.1%)、21時～22.30時未満が56名(41.5%)、

表4 対象者概要

項目	時期	ベースライン		3ヶ月後	
				健康相談を受けた	健康相談を受けない
年齢	平均値	30～39歳	49 (36.3%)	19 (43.2%)	30 (33.0%)
	42.78歳	40～49歳	65 (48.1%)	19 (43.2%)	46 (50.5%)
		50～59歳	18 (13.3%)	5 (11.4%)	13 (14.3%)
		60歳以上	3 (2.2%)	1 (2.3%)	2 (2.2%)
性別		男性	130 (96.3%)	43 (97.7%)	87 (95.6%)
		女性	5 (3.7%)	1 (2.3%)	4 (4.4%)
既婚/未婚		既婚	88 (65.2%)	29 (65.9%)	59 (64.8%)
		未婚	47 (34.8%)	15 (34.1%)	32 (35.2%)
BMI		17.6～26.4	112 (83%)	35 (79.5%)	77 (84.6%)
		26.5～29.4	15 (11.1%)	6 (13.6%)	9 (9.9%)
		29.5～32.4	7 (5.2%)	3 (6.8%)	4 (4.4%)
		32.5～33.4	1 (0.7%)	0	1 (1.1%)
総コレステロール		220mg/dl未満	53 (39.3%)	13 (29.5%)	40 (44.0%)
		220mg/dl以上	82 (60.7%)	31 (70.5%)	51 (56.0%)
中性脂肪		150mg/dl未満	83 (61.4%)	24 (54.5%)	59 (64.8%)
		150mg/dl以上	52 (38.5%)	20 (45.5%)	32 (35.2%)
低リポ蛋白		140mg/dl未満	71 (52.6%)	21 (47.7%)	50 (54.9%)
		140mg/dl以上	64 (47.4%)	23 (52.3%)	41 (45.1%)
空腹時血糖		109mg/dl未満	114 (84.4%)	38 (86.4%)	76 (83.5%)
		109mg/dl以上	21 (15.6%)	6 (13.6%)	15 (16.5%)
ヘモグロビンA1c		6.1%未満	126 (93.3%)	42 (95.5%)	84 (92.3%)
		6.1%以上	9 (6.7%)	2 (4.5%)	7 (7.7%)
尿酸値		7.5mg/dl未満	119 (88.1%)	40 (90.9%)	79 (86.8%)
		7.5mg/dl以上	16 (11.9%)	4 (9.1%)	12 (13.2%)
AST		40IU未満	127 (94.1%)	42 (95.5%)	85 (93.4%)
		40IU以上	8 (5.9%)	2 (4.5%)	6 (6.6%)
ALT		40IU未満	104 (77.0%)	33 (75.0%)	71 (78.0%)
		40IU以上	31 (23.0%)	11 (25.0%)	20 (22.0%)
γ-GTP		75IU未満	107 (79.3%)	32 (72.7%)	75 (82.4%)
		75IU以上	28 (20.7%)	12 (27.3%)	16 (17.6%)
帰宅時間		21時以内	73 (54.1%)	22 (50.0%)	51 (56.0%)
		21時～22.30時未満	34 (25.2%)	11 (25.0%)	23 (25.3%)
		22.30時～23.30時未満	22 (16.3%)	8 (18.2%)	14 (15.4%)
		22.30時以降	6 (4.4%)	3 (6.8%)	3 (3.3%)
合計			135名	44名	91名

表5 食事(複数回答)と運動

食事	運動	毎日運動をしている	運動をしない				合計
			週4回以上	週2～3回	週1回	月1～2回	
食事が不規則	3 (6.7%)	2 (4.4%)	4 (8.9%)	6 (13.3%)	5 (11.1%)	25 (55.6%)	45 (100%)
朝食抜き	2 (6.9%)	2 (6.9%)	3 (10.3%)	4 (13.8%)	1 (3.4%)	17 (58.6%)	29 (100%)
量が多い	2 (13.3%)	1 (6.7%)	0	5 (33.3%)	1 (6.7%)	6 (40.0%)	15 (100%)
量が少ない	1 (20.0%)	0	0	3 (60.0%)	1 (20.0%)	0	5 (100%)
塩分過剰	4 (30.8%)	0	0	4 (30.8%)	1 (7.7%)	4 (30.8%)	13 (100%)
野菜不足	4 (16.7%)	1 (4.2%)	3 (12.5%)	4 (16.7%)	1 (4.2%)	11 (45.8%)	24 (100%)
脂肪過剰	0	0	1 (9.1%)	4 (36.4%)	1 (9.1%)	5 (45.5%)	11 (100%)
間食が多い	0	1 (8.3%)	1 (8.3%)	3 (25.0%)	1 (8.3%)	6 (50.0%)	12 (100%)
ジュースが多い	0	0	1 (25.0%)	1 (25.0%)	1 (25.0%)	1 (25.0%)	4 (100%)
その他	1 (14.3%)	0	2 (28.6%)	2 (28.6%)	1 (14.3%)	1 (14.3%)	7 (100%)
合計	12 (11.7%)	4 (3.9%)	11 (10.7%)	22 (21.4%)	11 (10.7%)	43 (41.7%)	103 (100)

22.30時以降が6名(4.4%)いた。

(2) 3ヶ月後フォロー健康教育時の対象者概要(表4)

3ヶ月後フォロー健康教育をうけた44名の平均年齢は、42.0歳(SD=6.7)であった。30~39歳が19名(43.2%)、40~49歳が19名(43.2%)であった。既婚と未婚は、既婚者29名(65.9%)、未婚者15名(34.1%)であった。BMIは、26.5以上の者が9名(20.5%)であった。総コレステロールは、220mg/dl以上が31名(70.5%)、中性脂肪は150mg/dl以上が20名(45.5%)、LDLコレステロールは、140mg/dl以上が23名(52.3%)であった。

2. 日常生活習慣について

(1) 初回健康教育時の対象者135名(表5, 6)

食事は135名中食事に問題ありが103名(76.3%)であり、その内訳は不規則45名(28.3%)、次いで朝食抜き29名(17.6%)、野菜不足24名(14.5%)であった。運動は、最も多いのが運動をしない53名(39.3%)、次いで週1回24名(17.8%)、毎日運動をしている21名(15.6%)であった。飲酒は、飲まない63名(46.6%)、次いでほぼ毎日72名(53.3%)であった。喫煙は、非喫煙者55名(40.7%)、喫煙者47名(34.8%)、やめたが33名(24.4%)であった。食事と運動の関係では、運動もせず、食事も不規則、朝食抜き、量が多い、塩分過剰、野菜不足、脂肪過剰、間食が多い者が43名(41.7%)と最も多かった。BMIと運動の関係では、有意な関連はなかったものの、運動をしていない者14名(60.9%)にBMIが26.5以上であった。また帰宅時間と運動の関係では、22時30分未満の者は22時30分以降に帰宅している者より有意に多く運動していた(χ^2 値=3.75, $P<0.05$)。

表6 帰宅時間と運動の実施有無

帰宅時間	運動 運動して いる	運動して いない	合計
21時~22時30分未満	18(52.9%)	16(47.1%)	34(100%)
22時30分以上	8(28.6%)	20(71.4%)	28(100%)
合計	26(41.9%)	36(58.0%)	62(100%)

χ^2 値=3.75 $P<0.05^*$

3. 3ヶ月後フォロー健康教育の改善群(36名/44名)に対する日常生活習慣の変化

(1) 初回健康教育から3ヶ月後の食事改善状況について

改善群36名中28名が食事を改善しており、最も改善したのは脂肪制限12名(42.9%)、次いで食事量を少なくし、野菜摂取を心がけた各々10名(35.7%)であった。その他に夕食後は食べないようにした7名、次いで外食をしなくなった2名、水分を多く飲むようになった2名であった。

(2) 初回健康教育から3ヶ月後の運動改善状況について

改善群36名中27名が運動を改善しており、最も改善できたのは、初回時に運動をしていない3名(23.1%)、週1回1名(7.7%)、月1~2回4名(30.8%)だった者が、3ヶ月の間に運動量を増やしたが13名(48.1%)と最も多く、初回時には運動をしなかった3名(50%)も、3ヶ月後には6名(22.2%)が毎日運動をするようになった。

(3) 初回健康教育から3ヶ月後の飲酒改善状況について

改善群36名中11名が飲酒を改善しており、初回時に週2~3回1名(20%)、ほぼ毎日4名(80%)が飲酒していたが、3ヶ月後には飲酒量を減らし、またほぼ毎日飲酒していた5名(100%)も、3ヶ月後には休肝日を設けていた。

(4) その他(喫煙、体重)改善状況

喫煙者は16名(36.4%)いたが、全員ともタバコをやめることはできなかった。体重については、体重減量者は17名(38.4%)、反対に減量できなかった者が9名(20.5%)いた。

4. 非改善群(8名/44名)の生活習慣見直しができなかった理由と今後の改善内容(表7)

非改善群は、生活習慣を改善しようという意識はあるものの、どうしても外的な理由(食事の誘惑にまけてしまう、出張で多く食べ過ぎたなど)によって、生活習慣を見直せなくなっていた。またははじめから見直しの意欲がない職員もいた。

表7 非改善群8事例の初回時の目標、改善できなかった理由と今後の改善目標

	初回時の目標	改善できなかった理由	今後の改善目標
事例1	1) 体重をコントロールする 2) 就寝前の間食をやめる	1) 食べ過ぎで肥満になっている、食事も全体的に濃いめである 2) 濃いめの食事であるために、食後甘いものがほしくなり、食べ過ぎてしまう。しかし、どうしても食事の誘惑に負けてしまう	1) 脂っこいものを控える 2) 朝ご飯を腹八分にする
事例2	1) 禁煙宣言をする 2) 飲み過ぎに注意する 3) 食事内容をバランス良く 4) 運動を行う	1) 禁煙をする予定であったが、スタッフの相談で忙しく、自分のことまで手につかなかった	1) 禁煙をすることができる
事例3	1) 夕食が遅いので、規則正しくする 2) 定時あがりを目指とする 3) 血圧を定期的に測定する	1) 違う場所に執行する予定であったが、執行しなくてもよくなったので、とくに血圧も定期的に測定をしなかった	1) 血圧を定期的に測定をする
事例4	1) 夕食が遅いので、規則正しくする 2) 定時あがりを目指とする 3) 血圧を定期的に測定する 1) 違う場所に執行する予定であったが、執行しなくてもよくなったので、とくに血圧も定期的に測定をしなかった 1) 血圧を定期的に測定をする	1) 出張をしたりすることが多いということ、夏だから暑くて飲みたくなる 2) 休肝日をいろいろと言われてつくったが、できなくなった 3) 出張が多く、出張先でおいしいものを食べてしまい、体重が増えた	1) 体重測定を毎日行う 2) 野菜中心の食事にする 3) 休肝日をもうけてみる
事例5	1) 炭水化物を多くとらないようにする 2) 体重が増えないように注意する	1) 病院に通ったから、生活習慣を見直す必要はないと思う 2) 運動の時間をふやす計画はない	1) 食事の内容を見直していく
事例6	1) 月・水は片道50分のウォーキングをして会社に来る	1) 初回の指摘で自転車通勤を計画していたが、仕事などが忙しく実行できない	1) 毎日体重測定を行う 2) 仕事が忙しい→自転車で帰る気がしない→夜遅く食べる→寝るの繰り返し
事例6	1) 体調が悪いが、できるところはなるべく実施していく	1) 体調が悪く、生活習慣見直しができなかった	1) 定期的な運動を行う
事例8	1) 夜中12時に食べる習慣がついているため、徐々に夕食の時間を早い時間にとるようにする	1) 実践によって検査結果に反映されていないのではと疑問をもち、生活習慣を変えようとしても無駄なのではと思っている	1) 食事内容を確認していく

考 察

初回健康教育の対象者135名および3ヵ月後フォロー健康教育対象者44名の平均年齢は、42.8歳、42.0歳で

あった。初回、3ヶ月の対象者とも30~49歳が80%と生活習慣病になりやすい年齢層にあった。また帰宅時間が遅く、夕食も遅くなるパターンになっている。このような不規則な生活から生活習慣病にかかわる検査値の上昇を示したと考え、一層生活習慣を改善してい

かなければならない。特に食事と運動と飲酒の改善がキーポイントとなると考えられる。

1. 改善群に対する生活習慣改善の背景

改善群36名は、生活習慣改善はなんのためか、どこを、どのようにすればよいのかという「ありのままの状況」と既存パンフレット<<http://www2.health.ne.jp/check/nichijochek.html>>による知識の獲得「あるべき状況」によって、生活習慣の改善につながったと考える。このように「ありのままの状況」と「あるべき状況」の差を理解し、職員自身の生活に具体的位置づけをしたからこそ、脂肪分の多い食事の摂取が多ければ減らしたり、運動をしていなければ運動を増やすという改善目標をたて、実践へと移せたのではないかと考える。また保健師が職員自らの自己決定内容を紙面に提示したことも、具体的な生活変化を及ぼすことになったと考える。健康教育というと、口頭だけの教育だけに終始してしまう傾向にあるが、特に生活習慣が改善できない職員においては、健康上の問題点を生活の中にどのように位置づけられているのかが重要となる。また口頭だけでは頭に一瞬は残っても、実践に移すまでにはいたらないことが多い。そのため問題や目標を視覚的に紙面に提示することで、具体的な行動へと移せるのである。木場(1995)も、一度に多くの事を言っても記憶できないため、紙に書いて渡したりする工夫も必要であるとしている。今回のように健康上の問題点の提示から自己決定までのプロセスを1人30分という短い時間の中で、実施するのは難しい。しかし短い時間の中で生活習慣改善へと導くためには、要点を踏まえ、効率的そして職場環境を理解した上で話を進めていくことが重要である。

2. 非改善群が生活習慣を改善できない背景

今回、135名を対象に初回健康教育を実施したが、3ヶ月後の健康教育を受けたのは44名(32.6%)であった。44名中8名が非改善者であった。この8名は、生活習慣を3ヶ月という期間で改善あるいは見直しをすることができなかった。しかし3ヶ月後のフォロー健康教育に来所したという点を鑑みると、生活習慣を見直したいが、実践できない職員であると考えられる。水野(1996)

は糖尿病の自己管理について、知識の活用という患者の認識に焦点を当てた段階図を作成している。その段階図は①知識を保有している、②自分の状況を知ろうとしている、③自分の状況を理解分析し考えている、④目標や行動を決断している、⑤自己管理行動を実行している、⑥結果を振り返り評価し工夫しているの6段階で示され、適切な看護介入により段階が①→⑥へと進むことを確認している(水野, 1996:pp75-86)。非改善者は、不正確な知識の理解であったり、受診をしているから何も自ら実践をしなくてもいいと思っている。このような職員には、既存パンフレットを渡し、説明をただけでは知識を保有したことにならない。また自分のおかれている状況を知り、理解分析しているにもかかわらず、生活習慣改善への行動ができにくく、万が一行動を起こしても容易に生活習慣改善行動が崩されやすい傾向にあった。このような非改善者は、遠藤(2002)が「ありのままの状況」を的確に把握して、「あるべき状況」との差を理解することで、セルフケアの学習は発展するとあるように、まず「ありのままの状況」と「あるべき状況」の差を理解することが重要である。しかし改善群と同じような対応ではなく、非改善群の理解度と進捗状況を鑑みて緻密に対応していくことが重要であろう。そして次の段階である判断と決定へと導くのである。もし判断と自己決定の内容が、たとえ検査値を揺るがすような生活習慣内容でなくても、自ら決定した内容であれば、保健師は否定せず尊重していくことが重要である。非改善者の1名に「実践したことが客観的な指標にどう影響しているかわからないと、やっけていても無駄に思える」と述べている。このような場合、客観的な指標にこだわらないこと、そして客観的な指標を揺るがすにはかなりの努力が必要だということを説明し、保健師とともに生活習慣改善への努力を図っていくことである。

本研究の限界と課題

本研究の限界は、3ヶ月後の健康教育を受けなかった者が91名(67.4%)で、44名(32.6%)しか3ヶ月後のフォロー健康教育を受けなかったことである。また今後の課題として、初回健康教育実施者135名が平

成16年11月の一般健康診断によって、どの程度の生活改善がなされたのか、生化学的検査結果等の客観的な指標によって評価していくことが必要である。また職場条件の違いを考慮した調査も必要であると考える。

結 論

職員の一般健康診断結果から健康問題と生活習慣(食事・運動・飲酒)に関する実態を明確にし、初回健康教育実施3ヶ月後に職員の生活習慣が、保健師のどのような健康教育によって、どのように変化したか等に資することを目的に以下の知見を得ることができた。

1. 改善群に対して

1) 自らの生活習慣から問題点が明確にされ、具体的な目標や行動が見いだせる。
2) 「ありのままの状況」と「あるべき状況」の差を理解し、職員自身の生活に具体的位置づけができる。

2. 非改善群に対して

1) 知識が不正確であり、さらに仕事環境などの変化によって、容易に生活習慣が崩れる。
2) どのように客観的な指標に影響しているかわからないと生活習慣の変容行動を起こすことが無駄に思える。

3. 保健師による健康教育による取り組みに関して以下の知見を得た

1) 自らが決定した内容であれば、否定せず尊重していくことが重要である。
2) 「ありのままの状況」と「あるべき状況」の差異を考え、自らの生活上の問題点を明確にし、実践へと導くことが重要である。しかし職員毎の問題を考慮し健康教育をすすめていく。
3) 自ら決定した生活習慣内容を紙面に提示していく。

以上のことから、改善群には、自己決定した内容を紙面に提示していくことが重要であり、非改善群には正確な知識の習得や環境の適応、そして客観的な指標の提示が必要であることがわかった。また保健師の健

康教育には、職員毎につまずいている箇所を把握した上で健康教育を段階的にすすめていくことが重要であることがわかった。

謝 辞

本研究にあたり、調査協力を快く受けて下さったA社および職員のみなさまに厚くお礼申し上げます。

文 献

- 遠藤寛子 (2002): 糖尿病セルフケア能力評価の検討と健康教育への活用(第1報). 日本地域看護学会誌, 4 (1): 10-17.
- 井上範江 (1995): 個別指導の技術と実際. 木場富喜, 谷口まり子, 看護実践の教育・指導技術 健康教育・患者指導の基礎と方法. 15, 日総研出版, 東京.
- 木場富喜 (1995): 個別指導の技術と実際. 井上範江, 谷口まり子, 看護実践の教育・指導技術 健康教育・患者指導の基礎と方法. 50-74, 日総研出版, 東京.
- 既存パンフレット<<http://www2.health.ne.jp>>
- 前田和子, 富山明子(1994): 産業看護活動. 金子仁子, 成人地域看護活動 7. 242-280, 医学書院, 東京.
- 水野智子 (1996): 教育入院終了後の糖尿病患者の自己管理における知識の活用と看護援助に関する研究. 埼玉県立衛生短期大学紀要, 21: 75-86.
- 佐藤禮子 (1996): 成人の健康破綻と回復の過程, 小島操子, 系統看護学講座 専門4 成人看護学1. 62-82, 医学書院, 東京
- 谷口まり子 (1995): 個別指導の技術と実際. 木場富喜, 井上範江, 看護実践の教育・指導技術 健康教育・患者指導の基礎と方法. 50-74, 日総研出版, 東京.
- 吉田亨 (1992): 健康教育をめぐる最近の話題 プリシード/プロシードモデル. 保健の科学, 34 (12): 870-875.

【Summary】

Influence of Health Education by Public Health Nurses on Life style Improvement of Industrial Workers

Takayo NAMBA*¹, Akio KITAYAMA*², Yutaka NASU*²,
Shigeyo OKUNO*², Mayumi CHIBA*²

*¹ Graduate School , Nagano College of Nursing (student)

*² Nagano College of Nursing

The purpose of this study is to clarify 1) the relation between the actual health problems and their life style among industrial workers by using their health checkup records; and 2) how they improved their life style three months after the health education seminar by the public health nurse. We interviewed 135 industrial workers about their life style at the health education seminar. Out of them, only 44 attended the second health education seminar which was held three months later. Second health education seminar was in consideration of PRECEDE-PROCEED MODEL.

As a result , it was made clear that non-improved group (8 people) could not obtain accurate knowledge of their problems and could not adapt themselves to the new environment , and it was needed to show them the objective health index. For the improved group (36 people), it was found effective to write on paper what they decided to do toward their health goal. It was, furthermore, suggested that public health nurses should encourage those people with health problems to think about the gap between "Realistic Conditions" and "Expected Conditions", as well as clarify what their life style problems were, and also nurses should encourage them to put their accurate knowledge of health problem into practice.

In conclusion , we found that we should understand at what stage their health problems were, and that we should work with them according to their health needs individually.

Keywords: health education , life style , industrial workers , realistic conditions , expected conditions

難波貴代 (なんば たかよ)
〒235-0023 横浜市磯子区森2-6-6 コスモ磯子ル
ヴェール208号
tel(IPフォン)045-752-5578, 050-3413-7444
Mobil Phone 090-5196-1486
fax045-752-1646
Takayo NAMBA
Nagano College of Nursing
2-6-6 Mori, Isokoku, Yokohama, 235-0023Japan
e-mail: takayo@pc4.so-net.ne.jp