AMCoR
Asahikawa Medical University Repository http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/

卒業研究抄録集(看護学科)(2020.12)令和2年度:

に関する文献検討

ひ,

生活習慣病の改善を妨げる要因に関する文献検討

菊池広也 山岸龍馬 山田拓人
（指導:伊藤俊弘）

緒言

近年 、食生活の変化や仕事優先の生活による睡眠時間の減少、嗜好品の影響、高齢化の急速な進展に伴い、疾病全体に占めるがん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合が増加傾向である。また、死亡原因でも生活習慣病が約5割を占めている状況であり[1)]、生活習慣病の早期発見が求められる状況にある。生活習慣病を予防するために我が国では特定健康診査・特定保健指導が実施されている。三村らは[2)]、動機付け支援、積極的支援そのどちらでも体重、腹囲の減少が見られたと述べている。一方岡脇ら[3)]は特定保健指導によって体重減少の効果を得られなかったと述べている。先行研究では生活習慣の改善が見られなかった結果を示しているものの、生活習慣の改善が行われなかった要因についての研究は報告が少ない。

本研究では生活習慣病の予防を妨げる因子について先行研究より明らかにすることを目的として、文献検討を行い、今後より良い支援につなげるための示唆を得る。

方法

1. 研究デザイン
2. 研究対象

研究対象：医中誌webで「特定健診」「保健指導」「生活習慣病」を検索ワードとし、検索したところ42件ヒットした。また「特定健診」「保健指導」「メタボリックシンドローム」では88件ヒットした。合計130件の抄録を読み、生活習慣病を妨げる要因に該当する21文献を抽出した。その後本文を精読し、最終的に9件を研究対象とした。

3. 分析方法

グレッグら[4)]の方法を参考にした。対象文献を熟読し、著者が「生活習慣病を妨げる要因」を捉えている中心的な記述をコード化し、各コードの類似性に着目しサブカテゴリ化し、さらにサブカテゴリ化したものを抽象化し、カテゴリ化する。分析の過程は研究グループでの討議により、確実性・信用性の確保に努める。

4. 倫理的配慮

本研究は先行研究に基づく研究であり、著作権の範囲内で複写を行い、引用・参考に留意し、文献の出典を明示する。

結果

10件の対象文献より、42のコード、17のサブカテゴリ、6のカテゴリを抽出した。（表1）表1以下カテゴリを【】、サブカテゴリを[]で示す。表1ではサブカテゴリの数の順に並べてある。表1では【生活習慣を改善することへの意欲】【元々の生活習慣】【専門職の働きかけ】【自己に対する認識の乏しさ】【精神的負担】【周囲のサポート環境】が得られた。

表1：生活習慣病の改善を妨げる要因

カテゴリ	サブカテゴリ
生活習慣を改善することへの意欲	モチベーション維持・向上することの難しさ (4) 改善行動の先延ばし (4)　改善する意欲がない (2) 健康より大切な価値観 (2) 干渉されたくない (1)
元々の生活習慣	適切な食生活を行えない (4) 運動習慣の不確立 (3) 健康より嗜好が大切 (2) 適切な薬物療法を行えない (1)
専門職の働きかけ	支援側の体制の不確立 (4) 対象者とのコミュニケーション不足 (3)
自己に対する認識の乏しさ	具体的な達成目標が掲げられていない (3) 他者との比較による自己認識不足 (2) 自己理解の達観 (2)
精神的負担	ストレスの多い環境 (2)　ストレスコーピング (2)
周囲のサポート環境	周囲からのサポート・理解が得られない (1)

考察

生活習慣病は長年の生活習慣によるもののため、一度発症すると生涯を通じて付き合っていかなければならない。今回カテゴリの【生活習慣を改善することへの意欲】が最も生活習慣病の改善を妨げる要因の一つである。サブカテゴリでは特に[モチベーションの維持・向上することの難しさ]と[改善行動の先延ばし]が多く抽出された。これは生活習慣を改善する必要性を感じてはいるが月日が立っていく毎に生活習慣病への関心が薄れていくことが原因ではないかと考える。また、改善する必要性は感じているが今すぐに行動する必要性を感じておらず行動に移せていないことが考えられる。その他にも[健康より大切な価値観]や[改善する意欲がない]ことも挙げられており、そもそも生活習慣を改善する意思のないものもいることが分かった。これらの【生活習慣を改善することへの意欲】に関して、生活習慣病の改善を行うためには生活サイクルを大きく変更する必要がある可能性が高く、困難さからモチベーションが維持

できなかったり、後回しにしたりする行動をとってしまうことが考えられる。また、それほど大きく生活を変えるのであるならば今の生活を続け、快適に過ごしていきたいという思いがあるのではないかと考える。これらのことから生活習慣の改善への意欲といっても意志はあるが続かないケースと改善する意志のないケースの二つのケースがあることが分かった。

二つ目に関係している要因は【元々の生活習慣】である。サブカテゴリでは［適切な食生活を行えない］が挙げられており、これまで送ってきた生活を変化させることの難しさが読み取れる。また［運動習慣の不確立］ではこれまでの生活に運動を組み込むことの難しさが考えられる。面倒くささを感じてしまうことやその人にとって運動の優先順位が低いことが考えられる。これは［健康より嗜好が大切］でも同等のことが考えられる。現代社会では健康に気を遣うよりも他のものに行動が優先されてしまっていると考える。また生活を変化させることが難しいが故に改善行動の先延ばしに繋がってしまったり、自己判断で不適切に対処してしまったりすることがある。カテゴリが単一で要因としてあるのではなく、いくつものカテゴリ同士が複雑に絡み合っていると考える。

【専門職の働きかけ】では[支援側の体勢の不確立]によって対象者への十分な健康診断のフィードバックや適切な保健指導を行うことができていない場合があることが判明した。保健指導を行える人員が不十分であり、保健指導の内容の質を保つことができないことが原因の一つであると考える。また、多職種との情報共有を行えていないなど連携が取れていないことも加え、対象者への協力体制が成り立っていないのではないかと考える。保健指導を行う人員の少なさも関係して[対象者とのコミュニケーション不足]があり、人員が少ないため対象者一人ひとりに関わる時間が少なくなり十分な指導や支援を受けることができないことが考えられる。そのため指導員は対象者の詳細な情報を収集できないため個別の評価を行えず参加者の自信を導いていくことができていないと考える。また、対象者の目標と指導員の目標が一致せず運動効果を実感できず、達成感を得られない事態が発生すると考えられる。このことにより対象者の生活習慣病の改善への意欲の減退にもつながってしまうのではないかと考える。

【自己に対する認識の乏しさ】では二つのサブカテゴリから自身では“当たり前”、“自身の価値観”によっての判断により他者との比較がされておらず、世間一般での適正といわれている指標からずれている場合があることが判明した。また、自身のことは自身が一番理解しているとの自負から年齢や体質によるものであると認識しているということが分かった。自己の認識と世間とのズレや自身のことは自分が一番わかっているとの考えから健康診断や保健指導があっても自身の価値観による行動によって生活習慣病に関する改善行動を起こすことができていないのではないかと考える。

【精神的負担】から[ストレスの多い環境]として家庭生活の満足度が低くストレスを多く抱えてしまうことが多いことが分かった。

【周囲のサポート環境】から家族や上司からの支援や理解を得ることができず客観的な評価もできないため、生活習慣病の改善のための行動計画を立案することが難しいと考えられる。

対象文献

1） 赤堀八重子, 飯田苗恵, 大澤真奈美, 原美弥子, 齋藤基 (2014)：特定保健指導における未利用の理由の構造, 日本看護学会誌, Vol34, p27-35

2） 吉岡隆之, 山鳥崇子, 西尾由紀子, 井上嗣三, 松田好平 (2019)：人間ドック受診者を対象にしたメタボリックシンドローム改善のための行動変容に関する検討, 人間ドック Vol34, No.4, 590-599

3） 鈴木みちえ, 荒木田美香子(2013)：市町村国民健康保険における特定保健指導未利用者のセルフケア能力と健診結果との関連, 国際医療福祉大学学会誌, 第18巻, 1号, 19-33

4） 横山歩香, 田岡悦子, 白谷佳恵, 伊藤絵梨子、有本梓 (2020)：特定保健指導非該当者である壮年期男性事務職の健診におけるヘルスリテラシーの様相, 日本地域看護学会誌, vol23, No.1, p23-31

5） 安倍聡子, 下司映一, 原雅文 (2016)：健診受診者におけるHbA1c 非コントロール群に関する検討, 日本未病システム学会誌、22、(1)，p34-38

6） 兼定裕里, 西河浩之, 増田陽子, 中塚かなゑ, 永江徹也 (2015)：特定健診の標準的な質問票を利用した生活習慣及び性差を考慮した腹囲減少への指導に向けて, 日本病態栄養学会誌、18, (1), p91-97

7） 安達内美子, 北川元二, 足立己幸 (2012)：中高年勤労者のための特定保健指導における食生活指針に関する行動変容段階の利用可能性, 名古屋学芸大学健康・栄養研究所年報, 第5号, p17-31

8） 春山康夫, 武藤孝司, 中出麻紀子, 山崎章子, 樽見文子 (2012)：市町村国民健康保険加入者における特定保健指導後のメタボリックシンドローム改善効果, 日本公衛誌, 第10号, p731-742

9） 宮地元彦, 安永明智, 石澤伸弘, 柳川尚子 (2012)：特定保険指導の脱落要因―国保ヘルスアップ事業の結果より―, 臨床スポーツ医学, Vol26, No.12, 1501-1506

引用文献

1） 厚生労働省 (2020) ：死因順位[1] (第5位まで) 別にみた年齢階級・性別死亡数・死亡率 (人口１０万対) ・構成割合 https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii09/deth8.html

2） 三村友恵, 伊藤智子, 野間祥子, 岡田沙希, 二宮久美子 (2010)：特定健診・特定保健指導の成果と課題, 財団法人三友堂病院医学雑誌, Vol11, No.1, p9-15

3） 岡脇眞純, 澤田紫緒理, 外裏貴子 (2011) ：特定保健指導の現状と課題

4） グレッグ美鈴, 麻原きよみ, 横山美江 (2016)：よくわかる質的研究の進め方・まとめ方看護研究のエキスパートをめざして, 第2班, 医歯薬出版株式会社, 64-83