

平成 19 年度 先駆的保健活動交流推進事業

生活習慣病予防活動支援 モデル事業報告書

社団法人 日本看護協会

は し が き

近年、わが国では、少子高齢社会の到来に加えて、長引く経済状況の低迷により国民医療費の伸びが国民所得の伸びを上回る状況を引き起こし、医療における経済的な負担がますます増加し、国民生活を圧迫しています。このような状況を背景に、平成17年12月に政府・与党により「医療制度改革大綱」がまとめられ、これを受けて、平成18年6月に医療制度改革関連法案（良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律、および健康保険法等の一部を改正する法律）が成立しました。これらの法律は、①安心・信頼の医療の確保と予防の重視、②医療費適正化の総合的な推進、③超高齢社会を展望した新たな医療制度体系の実現を目標としています。

この中で、生活習慣病対策に「メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）」の概念を導入し、「予防」の重要性に対する理解の促進を図る国民運動を展開することを推進体制の基盤として掲げていることは注目すべき点です。その具体的な方策の一つとして平成20年4月から、医療保険者（健康保険組合・政管健保・共済組合・国民健康保険（市町村）等）に被保険者・被扶養者への健診・保健指導が義務付けられる「特定健診・特定保健指導」が開始されます。その担い手として、保健師、管理栄養士、医師などの専門職の活躍が期待されており、保健指導の質の担保が求められているところです。また、これらの保健指導は、第三者機関への委託（いわゆるアウトソーシング）も認められており、保健師の活躍の場は確実に広がることが予想されます。このように地域保健活動に力を発揮できる保健師を初めとした看護職への役割期待は大きく、さらなる活動の充実とエビデンスに基づき結果が出せる実践力への真価が問われる時期にきています。

日本看護協会では、平成5年度より、厚生労働省の委託を受けて「先駆的保健活動交流推進事業」を実施し、保健・医療・福祉に関する経験知や専門技術の集積とともに、それらをエビデンスとして各種保健事業に取り組み、地域保健対策の新たな体系づくりを図ってきました。

平成19年度は、特定保健指導の開始を見据えて、効果的な保健指導プログラムの構築と保健指導に関わる専門職の育成を目的として、保健師による生活習慣病予防活動支援モデル事業を実施しました。また、モデル事業の実践と連動して、生活習慣病予防活動支援プログラム評価に関する調査事業を実施し、効果的な保健指導を評価する枠組みの検討を行いました。生活習慣改善には継続的な支援の場が必要であり、これらの事業については、次年度も更なる検討を重ねていきたいと考えています。平成18年度からの継続事業としては、過去二年間の検討で構築されたプログラムを用いた、介護予防事業研修プログラムの普及・推進事業を実施しました。

今般、これらの活動内容を報告書としてまとめました。平素の地域保健活動に是非ご活用いただき、本事業にご尽力いただきました関係者の苦労や知恵をお汲みいただき、新しい発想で地域保健活動を推進していただければ幸いに存じます。

平成20年3月

社団法人日本看護協会 会長 久常 節子

平成 19 年度先駆的保健活動交流推進事業の 概要と事業推進のための組織

1. 事業概要

厚生労働省の委託を受け、今年で 15 年目となる。平成 19 年度は、1) 先駆的保健活動事例モデル事業、2) 社会の変化に対応した保健活動に関する調査 3) 先駆的保健活動普及啓発を目標とし、3 つの事業を推進した。

1) 先駆的保健活動事例モデル事業

(1) 保健師による生活習慣病予防活動支援モデル事業

- ・地域・職域 16 事業者によるモデル事業の実施
- ・本会職員で構成する支援チームが、モデル事業者に直接・遠隔支援を実施。

(平成 19 年 4 月～平成 20 年 3 月)

2) 社会の変化に対応した保健活動に関する調査事業

(1) 生活習慣病予防活動支援モデル事業の保健指導の有効性と評価について検討

3) 先駆的保健活動普及啓発事業

(1) 介護予防事業研修プログラムの普及・推進事業

- ・介護予防事業研修プログラム研修の開催
(平成 19 年 8 月, 11 月)

2. 事業推進のための組織と役割

平成 19 年度先駆的保健活動交流推進事業を推進するにあたり、委員会を設置し、諮問事項に基づいて事業を展開した。

1) 「保健師による生活習慣病特定保健指導支援事業検討委員会」

- (1) 生活習慣病予防活動支援モデル事業の有効性について検討するとともに、保健指導の評価についても検討する。

平成 19 年度先駆的保健活動推進事業における実施事項

目標

1. 先駆的保健活動の開発・普及・定着化を進め、国民と共に展開する保健活動の充実を図る。
2. 保健活動に関わる看護職の能力を高め、資質の向上をめざし役割拡大をめざす。
3. 保健・医療・福祉システムの変革期における、保健活動における保健師の役割を明確化する。

先 駆 的 保 健 活 動 交 流 推 進 事 業			
事業内容	先駆的保健活動事例モデル事業	社会の変化に対応した保健活動に関する調査事業	先駆的保健活動普及啓発事業
		(1)保健師による生活習慣病予防活動支援モデル事業	(2)生活習慣病予防活動支援プログラム評価に関する調査事業



保健師による生活習慣病予防活動支援モデル事業	生活習慣病予防活動支援プログラム評価に関する調査事業	介護予防事業研修プログラムの普及・推進事業
<p>平成 20 年度から保険者に義務化される特定健診・保健指導の実施者として保健師に対する期待が大きい。本会が開発した生活習慣を変容させるための支援活動プログラム「グループ支援モデル」に基づき、本会職員で構成する支援チームが、特定保健指導を実施する市町村及び保険者（職域）等に直接支援を行う。特定保健指導においては、行動変容理論を踏まえた支援活動が不可欠とされている。本事業を通し、対象者の行動変容のために必要な保健師による保健指導の要素を明らかにし、それとともに、保健師による特定保健指導の起業に向けた検討を行う。</p> <p>日 時：平成 19 年度 4 月～平成 20 年 3 月 場 所：モデル事業開催地 対 象：本会の支援活動プログラムによる特定保健指導を実施することができる事業者を公募し、選定 支援方法：本会職員で構成する支援チームによる直接支援</p>	<p>本会が開発した生活習慣病予防活動支援プログラム「グループ支援モデル」による保健指導と、厚生労働省版「特定健診・保健指導」に準拠した「個別支援モデル」によって実施される保健指導の実態を調査する。そして、その有効性について検討するとともに、保健指導の評価についても検討する。</p> <p>日 時：平成 19 年 4 月～平成 20 年 3 月 方 法：有識者による「保健師による生活習慣病特定保健指導支援事業検討委員会」を設置</p>	<p>社会の高齢化とともに要支援者・要介護者が増加する中、介護予防事業のさらなる充実が求められている。本事業では、地域住民のニーズに基づいた企画立案、推進する保健師のリーダーを育成するために、平成 17・18 年度に開発した介護予防事業研修プログラムに基づく研修を開催し、保健師の人材育成を図った。</p> <p>日 時：平成 19 年 8 月（前期） 平成 19 年 11 月（後期） 場 所：日本看護協会神戸研修センター 対象者：介護予防事業を担当する市町村の管理的立場にある保健師</p>

はしがき

目次

1. はじめに.....	1
2. 事業概要.....	2
1) 目的・目標.....	2
2) 推進体制.....	2
3) 支援形態.....	2
4) モデル事業者.....	3
5) 事業展開.....	4
6) モデル事業の実施状況.....	6
3. 効果のある保健指導プログラムの実際.....	8
1) 行動変容ステージの変化.....	8
2) 「グループ支援モデル」の概要.....	9
3) 「個別支援モデル」の概要.....	17
4. 実施結果.....	20
1) モデル事業者別の事業実施状況.....	20
5. 保健指導プログラムの評価.....	23
1) 保健指導プログラム評価に向けてのプロセス.....	23
2) 結果.....	28
6. 考察.....	41
1) 生活習慣病予防活動支援プログラムの課題の整理について.....	41
2) 生活習慣病予防活動支援プログラムの普及について.....	42
3) 保健指導に関わる保健師の力量形成について.....	42
7. 委員からの示唆.....	47
1) 保健指導モデルの意義を考える.....	47
2) プログラムの有効性について.....	48
3) モデル事業の展開について.....	49
4) プログラム評価の考え方について.....	50
5) グループ支援モデル実践者からの示唆.....	51
6) 改めて保健指導について考える.....	52
7) モデル事業の意義と課題.....	53
8. 今後の課題と地域保健活動への提言.....	57
1) 評価について.....	57
2) 保健指導のあり方について.....	57
3) ポピュレーションアプローチとの関連について.....	57
4) 保健師の力量形成.....	58
9. おわりに.....	59
資料編.....	61
平成19年度 先駆的保健活動交流推進事業委員会名簿.....	74
支援チーム.....	74

1. はじめに

「医療制度改革大綱」における医療費適正化施策の一環として、平成 20 年 4 月から高齢者の医療の確保に関する法律により、生活習慣病予防の徹底を狙い、医療保険者に健診および保健指導の実施が義務づけられる。そして、政策目標（平成 27 年度には 20 年度と比較して糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群を 25%減少させる）を達成するためには、効果的な健診保健指導が実施される必要がある事から、平成 19 年 4 月に厚生労働省より内臓脂肪症候群の概念を導入した「標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」が提示された。

保健指導については、「糖尿病等の生活習慣病の予備群に対する保健指導とは、対象者の生活を基盤とし、対象者が自らの生活習慣における課題に気づき、健康的な行動変容の方向性を自らが導き出せるように支援することである。」とし、同時に「データ解析から保健指導の成果に関する評価を行い、より効果的な保健指導方法を開発することが必要である」と保健指導実施者にも研鑽を求めているところである。

20 年度の特定保健指導の開始を目前にし、改めて自覚症状の無い人々への保健指導の難しさがクローズアップされている。

日本看護協会では、効果的な保健指導プログラムの構築と保健指導に関わる専門職の育成を目的として、平成 18 年度より、保健指導プログラムとして「グループ支援モデル」を独自に開発してきた。

この生活習慣病予防活動支援モデル事業では、本会プログラムの「グループ支援モデル」を用い、同時に「標準的な健診・保健指導」に示された支援パターンに準拠した個別支援も実践し、その効果検討とプログラムの精錬を行った。

また、事業展開としては、本会から実践活動支援チームを派遣し、現場の専門職とともに実施計画の立案、プログラムの実践を行う直接支援と、現地での実施に伴う悩みや課題に沿って、適宜、メールや電話などで専門職を支援する遠隔支援の 2 種類の方法で、専門職であるモデル事業者の実践を支援しながら進行した。モデル事業者と支援チームがともに取り組むことで、相互に研鑽が深まり、活動結果としては、より充実した効果性の高い成果が得られたと考えている。

2. 事業概要

1) 目的・目標

(1) 目的

本会では、平成 20 年度より開始される「特定健康診査・特定保健指導」に先駆けて、平成 19 年度厚生労働省先駆的保健活動交流推進事業の委託事業として、生活習慣病予防活動支援モデル事業(事業者 16 件(地域 13 件・職域 3 件))を実施した。本モデル事業では効果的な生活習慣病予防活動支援プログラムの構築と普及を図り、生活習慣病予防活動に関わる専門職の育成を目的とした。

(2) 目標

- ①生活習慣病予防活動支援プログラムの課題の整理
- ②生活習慣病予防活動支援プログラムの普及
- ③保健指導に関わる保健師の力量形成

2) 推進体制

(1) 実施体制

- ①本会事業開発部常勤保健師 6 名および非常勤保健師 1 名
- ②生活習慣病予防活動支援事業実践ワーキング 1 名

(2) 評価体制

有識者による「保健師による生活習慣病特定保健指導支援事業検討委員会」を設置し、以下の諮問事項に基づいて検討した。

委員会諮問事項

- ①日本看護協会版「グループ支援プログラム」によるモデル事業と厚生労働省版特定保健指導プログラムとの比較、及び保健指導の評価についての検討
- ②「グループ支援プログラム」のモデル事業をとおり、特定保健指導にあたる保健師の力量形成に必要な要素を明らかにする

3) 支援形態

本会の「生活習慣病予防活動支援モデル事業」は、下記の 2 種類の方法でモデル事業者の実践を支援しながら進めた。

(1) 「直接支援型」

本会から実践活動支援チームを派遣し、現場の専門職とともに実施計画の立案、プログラムの実践を行う。

- ①プログラム実施 1~2 週間前に実施計画の提出を受け、内容・運営について電話・メール・FAX 等で助言や支援を行う。
- ②プログラム開始前に支援チーム(2 名)が赴き事前カンファレンスを実施。プログラムについて最終確認する。

- ③プログラムに参加し、参加者や保健師の状況を把握する。
- ④プログラム終了後の事後カンファレンスを実施。保健師と共にプログラムへの評価を行い、次回プログラムへの準備を行う。
- ⑤活動支援記録の記載により、支援の振り返りを行う。

(2)「遠隔支援型」

実施市町からの現地の悩みや課題に沿って、適宜、メールや電話などで専門職を支援する。

- ①プログラム実施 1～2 週間前に実施計画の提出を受け、内容・運営について電話・メール・FAX 等で助言や支援を行う。
- ②プログラム終了後、実施報告書の提出を受け、助言や支援を行う。
- ③支援記録の記載により、支援内容の振り返りを行う。

4) モデル事業者

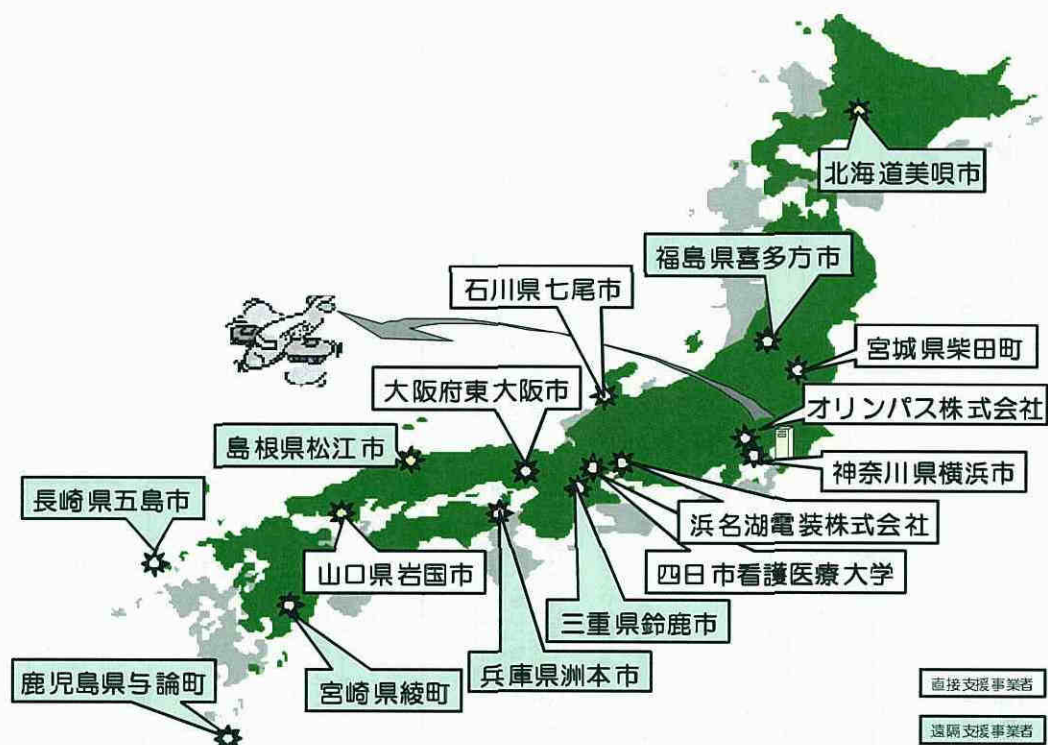
平成 18 年 12 月に公募によりモデル事業者を募集し、17 都道府県より 20 件の応募があり、直接支援型モデル事業者 (5 件)、遠隔支援型モデル事業者 (8 件)、合計 13 件の助成対象を決定した。(表 1, 図 1 参照)

さらに、特定保健指導は市町村のみならず、職域においても同様に実施されることを鑑みて、8 月より職域からも直接支援型として 3 件のモデル事業者を選定し、活動を始動した。

表 1 モデル事業者

直接支援 (8 カ所)	遠隔支援 (8 カ所)
宮城県 柴田町	北海道 美唄市
石川県 七尾市	福島県 喜多方市
神奈川県 横浜市	三重県 鈴鹿市
大阪府 東大阪市	兵庫県 洲本市
山口県 岩国市	島根県 松江市
オリンパス株式会社	長崎県 五島市
浜名湖電装株式会社	宮崎県 綾町
四日市看護医療大学 (富士電機リテイルシステムズ(株))	鹿児島県 与論町

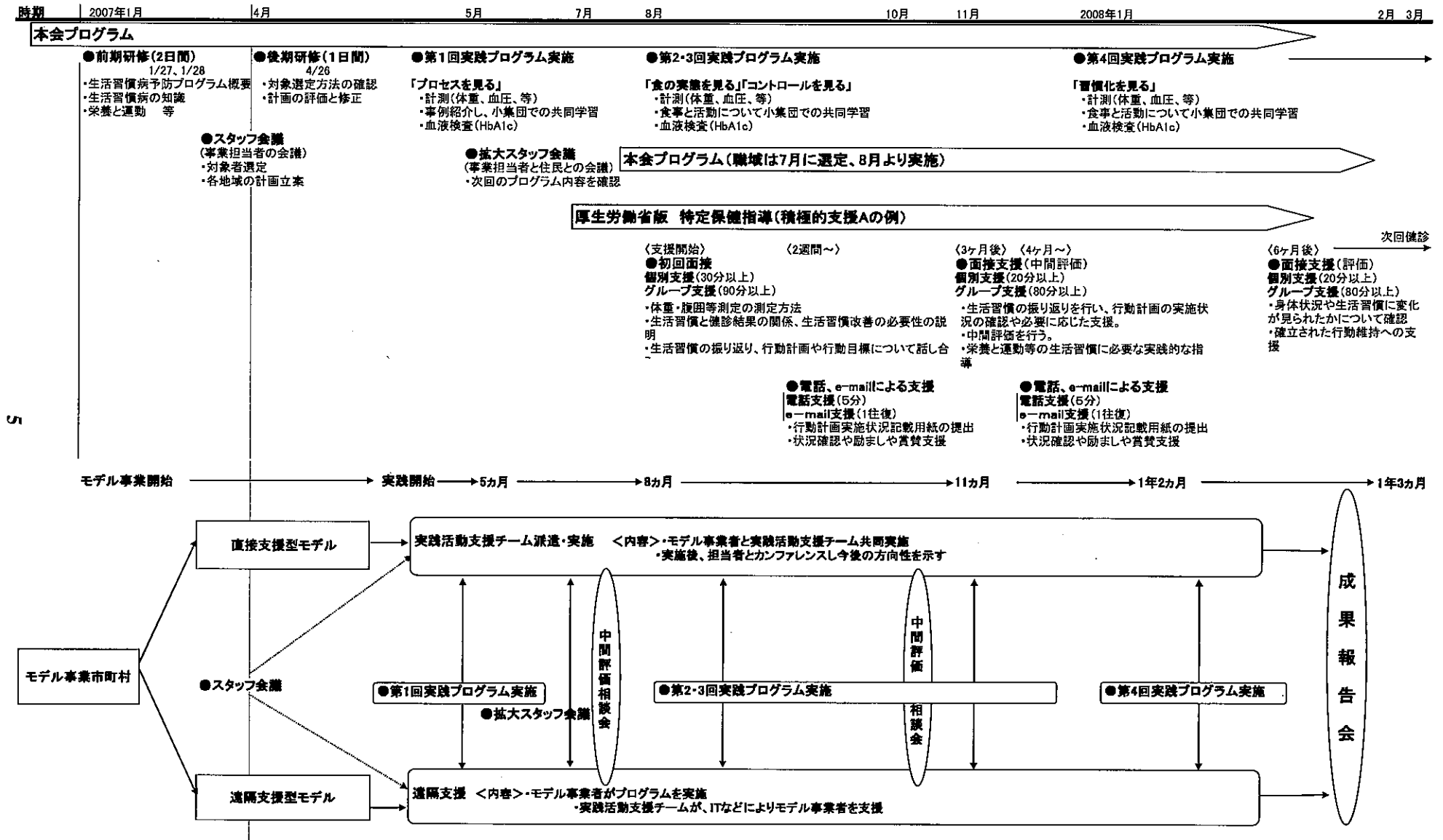
図 1 モデル事業者



5) 事業展開

平成 17 年度に示された「医療制度改革大綱」において、保健政策のみならず、医療政策としても「生活習慣病予防」が位置づけられ、今後の対策強化が迫られている。平成 20 年度からは、メタボリック症候群予防のための特定健診・特定保健指導が保険者に義務付けられ、その担い手として保健師への期待が高まっている。日本看護協会では同事業の実施に先駆け、効果的な生活習慣病予防活動支援プログラムの構築と保健指導に関わる専門職の育成を目的として、市町村および職域を対象にしたモデル事業を展開した。モデル事業の全体の流れは図 2 のとおりである。プログラム実践に先立って、平成 19 年 1 月と 4 月にモデル事業の進め方および本会独自プログラムの考え方と実施方法等についての研修会を実施し、5 月から本格的にプログラムを開始した。2 回の「中間評価相談会」では、計画の修正やプログラムの工夫につなげるため、モデル事業者間で活動状況や直面している課題などの情報交換を行う。平成 20 年 1 月には「成果報告会」を開催した。

図 2 モデル事業の流れ



6) モデル事業の実施状況

(1) 準備期¹

①事前研修会（前期）

平成 19 年 1 月 27 日～28 日、東京厚生年金会館にて開催した。対象は応募事業者であり、本モデル事業とプログラムの概要、更に生活習慣病に関する最新の情報を周知することを目的とした。また、具体的な対象地域の想定やこのモデル事業への応募意図に対し、ヒアリングを行った。参加事業者の反応は様々であったが、平成 20 年度以降の特定健診・特定保健指導を視野に入れつつ、効果的な保健指導方法を模索している状況が明らかになった。

②事前研修会（後期）

平成 19 年 4 月 26 日、JNA ホールにて開催した。準備期の活動を元に、円滑な実践期への導入を目的とした。講義形式で準備期の振り返りをし、客観的に活動を捉えなおした。第一回目以降の具体的な活動の意図と方法などの知識提供とグループトーク、質疑応答を交えながら行った。従来の保健指導方法との差異に戸惑う事業者も多かったため、質疑応答は具体的な質問が多かった。

なお、職域 3 事業者は遅れて開始となったため、上記内容は 7 月～8 月に順次実施した。

(2) 実践期

①中間評価相談会（第 1 回）

平成 19 年 7 月 27 日、JNA ホールにて開催した。グループ支援モデルの第一回プログラムが終了している事業者が多く、活動の振り返りと次回以降のプログラムを考える目的で実施した。会は講義と、地域特性や開催状況がそれぞれに影響しあうのではないかと予測されるグループに分けて活動の振り返りを行った。モデル事業者は、本プログラムに対する参加者の反応の良さに驚く事業者が多く、客観的に活動を振り返ることで改めて立ち止まりプログラムの方向性を確認していた。

会場からは、「保健指導実施者と参加者」の関係性が、「教える－教えてもらう」関係から脱却しにくい事実、こういった時はこうするという「保健指導のマニュアル」を求めがちになってしまうことなど反省に近い意見も出た。しかし、事業者同士で具体的な活動の内容の話をしたことが鏡効果となり、プログラムの意図と参加者の感想や様子が合致していたことなどへの気付きもあった。第二回以降のプログラムは第一回の振り返りの上に行ったためか、より積極的に具体的な質問やイメージを述べられる事業者が多かった。

また、「標準的な健診・保健指導プログラム」に準拠した個別支援プログラムの進め方に関する説明をし、7 月より個別支援プログラムが開始された。

②中間評価相談会（第 2 回）

平成 19 年 10 月 25 日、JNA ホールにて開催した。多くの事業者が、第二回グループ支援プログラムを終了しており、個別支援プログラムもスタートしていた。第一回中間評価相談会と同様に活動の振り返りと次回以降のプログラムを考える目的で実施した。この評価相談会は講義と支援スタッフか

¹ 準備期研修会資料：資料編 資料 5 参照

らの客観的なこれまでの活動の振り返りについての発表、さらにグループでの活動の振り返りを行った。

食事という焦点を絞ったテーマを扱う第二回グループ支援プログラムの終了後であるためか、第二回グループ支援プログラムのツールの使い方に関する意見が多く出された。第二回の進め方、資料の見せ方に対しても、保健指導実施者の意図と参加者の受止めが合致した部分と相違がみられた部分に関する振り返りがあり、その背景を事業者同士で語り合うことで気づきがあった。

③成果報告会

平成20年1月31日、コクヨホールにて開催した。1月末時点でのモデル事業の途中経過報告を目的とし、特定保健指導に興味がある専門職277名（内モデル事業者46名）の参加があった。本プログラム・モデル事業の概要や、モデル事業の活動報告に加え、モデル事業者による座談会形式をとった。また、会場のホワイエを利用しポスター発表を執り行い、来場者が自由に各事業者のポスターを観覧し、事業者への質疑応答を行っていた。

途中経過報告・座談会では、本プログラムは“気づきを引き出す” “仕掛けをもって動機付けが全ての回で続いていく” という特徴を持つプログラムであると実際の体験を元に発表があった。さらに4回の血液検査という確認行為の重要性や、対象に則したプログラムの組み立ての有効性も述べられた。ポスター発表の場も参加者と事業者による質疑応答が非常に盛んに行われ、情報交換が行われていた。

3. 効果のある保健指導プログラムの実際

平均的な国民の姿として、健康づくりへの関心は高く重要性は十分認識しながらも、具体的な行動に結びついていないのが現状である。

生活習慣が健康に害を及ぼす可能性のある場合は、今までの生活習慣を変え健康行動を生活に組み入れることが必要となり、保健医療職による生活習慣改善への介入が求められる。情報提供型の保健支援活動では対象者の行動変容を促すことは難しく、いったん健康配慮行動が可能となったとしてもリバウンドや疾病再発率が高いのが現状である。個人の行動変容を促す要因として、知識の習得は必要条件だが十分条件ではないことが認知され、行動変容への動機づけを視野に入れた支援活動が重要となっている(表 2)。

これまでの保健師活動の経験知をもとに、社会心理学(グループダイナミクス²⁾、社会学(エンパワメント³⁾、行動科学(自己効力感⁴⁾)など他分野からの学際的な論理の裏づけをもとに効果的な介入方法が模索されてきた。この方法を「グループ支援モデル」とした。また、多様な場面での効果的な支援形態を模索するため、「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」で示された支援パターンを例に、各モデル事業者がそれぞれの地域・職域の実態に合った方法を検討しながら実施した個別支援を展開した(本モデル事業ではそれを「個別支援モデル」と称する)。

表 2 コンプライアンスとセルフケアの援助と倫理⁵⁾

	コンプライアンス行動	セルフケア行動
意味	専門家の指示助言に応じる行動	自分に必要な行動を自ら判断し実行する
援助法	一般的なガイダンス	行動変容を促す支援
主たる援助姿勢や内容	指導・助言・評価	支援
援助目標	指示を守らせること	自己成長すること
専門家の役割	権威者・保護者であること	自己成長すること
個人の役割	「イイ子」でいること	自己決定者であること
倫理基盤	パターンリズム	自己決定権の尊重

1) 行動変容ステージの変化

(1) 「行動変容」と「生活習慣改善」とは

行動変容とは、健康行動を維持させるために健康行動の必要性を認識し、今までの生活習慣を変え

²⁾ グループダイナミクス：集団力学。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。

³⁾ エンパワメント：個人や集団が、より力を持ち、自分たちに影響を及ぼす事柄を自分自身でコントロールできるようになることを意味する。当事者にとっては専門職にやってもらうのではなく、あくまでも自分自身が知識や技術を持ち、自分で問題解決する能力をもつということが強調される。エンパワメントアプローチでは、専門職はサービス利用者のパートナーとして働くことが強調されている。すなわち、サービス利用者は保護され指導される対象ではなく、自分の人生についての「専門家」であるという理念に立つ。

⁴⁾ 自己効力感：行動変容に対する「できる」という自信。客観的に測定できる行動変容の先行要因であり、理論的にも実践的にも非常に有用な認知的変数となっている。その変容の結果として確実に行動変容が生じるといった特徴がある。すなわち、この自己効力感が強いほど新たな行動が実践される可能性が高いとされている。

⁵⁾ 宗像恒次『新 行動変容のヘルスカウンセリング』医療タイムス社、1997

日常生活に組み入れることである。健康配慮行動が継続して6ヶ月以上持続し、かつ個人がその行動を実行するにあたって「配慮しながら行動」するのではなく「無意識」に行動する「習慣」に変化したときに維持ステージに移行したとされ、その行動が「習慣」となる。健康配慮行動が「無意識の習慣」となった時が「生活習慣改善」と言える。

(2) 行動変容の受け入れのステージ

行動変容ステージとは、生活習慣の改善を一つの「プロセス」として捉え、その関心の程度や実行状況に応じてステージ分類する考え方である。従来は、そのステージに応じた保健指導での関わりが重要視されている。

図 3 行動変化の5つ過程と特徴

行動変容ステージ ⁶	行動変容の段階	自己効力感 (セルフエフィカシー)	保健指導に必要な関わり	
無関心期(前熟考期)	生活習慣の改善を考えていない、もしくは不要だと思っている	<p>低い</p> <p>18ヶ月を ピークに増加⁷</p>	<p>①セルフケア行動を促す支援</p> <p>②健康行動の逆戻り(リプラス)に対するの援助</p>	<p>初回面接時のみではなく毎回の生活習慣改善への動機付け支援が重要</p>
関心期(熟考期)	生活習慣を改善したいと考えているが、取り組んでいない			
準備期	生活習慣の改善に取り組み始めたところである			
実行期(行動期)	生活習慣の改善に取り組み中である(行動が始まってから6ヶ月以内)			
維持期	6ヶ月を越えて望ましい行動が続いている(改善された行動が習慣として定着している)			

2) 「グループ支援モデル」の概要

(1) 「グループ支援モデル」開発の経緯

私たちにとって、生活習慣病予防は、真新しい健康課題ではない。市町村においては、老人保健法による基本健診の実施とフォロー等には多大なエネルギーをかけて取り組んできた。だが、投入した

⁶ 行動変容ステージ：行動科学の研究者プロチャスカ(Prochaska)らによって1980年代以降提唱された。

⁷ Patricia M. Burbank (編), Deborah Riebe (編), 竹中 晃二 (訳)：『高齢者の運動と行動変容—トランスセオレティカル・モデルを用いた介入』ブックハウス, 2005。

エネルギーに見合う効果につながったかどうかは明確ではない。むしろ、保健指導のあり方として、単なる知識や情報の提供では、目的とするところの行動変容に向かわないということを実感し、それではどうするかという課題に直面している現状がある。保健指導の内容、方法を含め、効果のある保健指導プログラムを再構築し、保健指導方法をより充実させていく必要があった。

①生活習慣病予防の困難性

保健指導プログラムの開発においては、改めて保健指導の対象となる人から生活習慣病に関する経験を聴き、この健康課題の特徴を把握することが重要である。

これまで保健師が地域で出会ってきた生活習慣病予防の対象となる人の多くは、“自己管理が良いわけでもない、重篤でもない、何とも言えないケース”である。たとえば糖尿病と診断されても、「痛くもなく何ともないので）深刻でなかった」食事については「つい食べ過ぎることが多い、でもいつも心がけている」と言い、10年、20年以上の長い経過をたどっており、ほとんどの期間で自覚症状を感じていない。一方で様々な耳学問は得ており、身近に糖尿病が悪化した人を知っていることも少なくない。にもかかわらず「腹八分に、控えめにしている」と食事についてはきわめて曖昧である。また、「受診しているから大丈夫。注射をしているから安心」とし、20年以上も受診は欠かしたことがないが、それでも悪化しており、夫婦とも糖尿病というケースも珍しくないという現状である。

自分なりの価値観をもって生活している大人が、仕事や付き合いとも深く絡む飲食のあり方を変えていくには、本人の気持ちの中に余程の必要性が生まれ、それが深まらなければ始まらない。しかし、自覚症状が無いが故に、動機づけは極めて難しい。そして、食事の判断基準やバランス食に対する一般的な知識はあったとしても、毎日の生活の中で、食べたものの摂取エネルギーがどうなっているかをわかっていくのは、1、2回栄養指導を受け、基本を習えばすぐに出来るようになるわけではない。共通の現象として血圧やコレステロール値が上がるわけだが、その原因である食生活の課題は個々に異なり、生活の在り方は一人一人違う。たとえ改善できたことでも続けるのはさらに難しいことなのである。

②習慣を変えるための支援

従来、健診結果により必要な人を医療につなげることが重要な仕事だと考えられてきた。しかしながら、医療につながったからと言って、必ずしも助かってはいないという事実がある。医療につながっても、人々にとって食・生活習慣を変える困難が無くなるわけではない。治療中であろうが予備群であろうが、個々の人々が直面している課題は、普段意識していない習慣を意識し、変え、身につけていくことである。そして、どの段階の人も、食・生活習慣を変えることにおいては実に曖昧な努力を余儀なくされており、このような人々に対して生活習慣を変えるための支援の現状は極めて貧しい実態であると言える。

また、疾病の理解から行動変容に方向付けをするのが保健指導では正論であるが、それだけでは十分ではない。むしろ生活習慣そのものを取り上げ、生活を見直すことをどのように助けるのかという支援のあり方が求められているのではないだろうか。

習慣を変えようという課題に取り組むには、普段の生活を意識し、自分のどこに問題があるかを発見することが不可欠である。

しかし、自分の問題を自分で見つけることは簡単なことではない。そこに、保健師の役割があり、

保健指導の位置づけが重要となる。

繰り返しになるが、生活習慣病の場合は、健診結果がいわゆる境界域ぐらいの人であっても要治療の人であっても、自覚症状は無いのである。その「痛くもかゆくもない」人が、「これではいけない」と自分自身のことを意識する機会は決して多くはない。その貴重な機会の1つとなるのが健診である。しかし、健診結果が渡されるということと、その人自身が今の自分の状況をつかめるかどうかということとはまた別の問題である。そこで、その人にとって自分の状況がわかるようにしていくことが、保健指導の内容になる。

生活習慣の改善に至るには、健診結果の理解だけでなく、健診結果とその意味する体の状態と生活との関連について、本人が自分の事として捉えて行く必要がある。自分の今の状況がより深く自分に見え、これからどうなるかという事が見えるには、あるいは、これまでどうしていたかと自分の問題が見えてくるには、そのための意図的な場を設け、生活を変えていくための意識づけが必要である。

保健指導というと、単に本人のすべき事をわかりやすく説明し、理解を得、納得させ、目標を守っているかというようなコンプライアンス行動を求めるイメージになりがちである。しかし、本人にとって自分で自分の経過や現在の状態が見え、今後の予測が出来るための仕掛けが必要であり、生活全体の中で普段意識していない習慣に気づき、新たな習慣を身につけていくようエンパワーメントする関わりが大切なのである。

③生活習慣を改善していくプロセスを支える保健指導への転換

実際の関わりでは、“これをやらないと糖尿病になって足が腐って目が見えなくなるよ”というような方法は一瞬の恐怖感による影響はあっても長期に持続させることは出来ない。けれども“これをやらないと自分はどうなるか”を本人自身が予測し、自分の問題を捉えていくことは必要なのである。例えば、健診結果が経年的にどう変化したか、その時の生活状況や認識はどうだったか具体的なプロセスを見て、その経過を自分に引き寄せて、自分の位置や状態の予測ができ、病気に対する意識も重ねてみるのである。そして、「自分は今あのあたりだ」「仕事が忙しく、痛くもないので大丈夫と思っていたが・・・」と自分自身のことを語る事が出来るようになる。これが自分の生活を意識していく第1歩になるのである。

「習慣」とは一般に「習慣は第二の本性という古い慣用語があるように、習慣は“慣れ”とか“癖”等の言葉から想像されがちな、人間生活の周辺的な事実にとどまるものではなく(略)」「くりかえし先行する経験をなぞる中で無意識の層にまで定位した行動様式として、その特質はパーソナリティの基層を構成する」と定義されており、無意識に動いている自分の行動を意識すること自体簡単ではなく、少くから「ハッ」としたからと言って、すぐに行動を変えることができるわけではない。

場合によっては、習慣を変えるということは自分自身を変えていくほどの重みがあり、一朝一夕では変わらない。けれども私たちは目標を立て、即それを実行することを求めようとする。変わるためにはどこを変えるか本人が自分の実態をつかみ、どこをどうすれば改善結果につながっていくかを本人が会得していくプロセスが必要であることを忘れがちである。

特に、食生活は食べること自体が複雑である。飲みすぎ、食べすぎと言葉では簡単であるが、普段口にしている食事で食品の組み合わせは多種多様であり、食生活のどこに問題があるかを見るだけでも容易なことではない。

普段の生活に1日20分のウォーキングを加えるということであれば比較的容易かもしれないが、

食習慣を変えていくには一定のプロセスを要する。基礎を習ったからといって、いきなり毎食に応用できるようになるわけではない。理想の食事が本当にその人に適した食事かどうかは、やってみないとわからないという側面もある。食習慣を変えていくには、相当の技術と訓練、忍耐を必要とするのである。従って、“ちょっとしたきっかけ”が最初であればよいのではなく、動機づけられること自体が続いていく取り組みが求められることになる。

「非常に意志のかたい人」ではなくても、続けて生活習慣を変えていく取り組みに参加できるような仕組みにしておくことが、習慣を改善していくための取り組みでは特に重要である。

(2) 「グループ支援モデル」のフレームワーク

習慣を変える支援を具体的な保健指導プログラムに展開したものが「グループ支援モデル」である。

このプログラムの特徴は、生活習慣とその変容の困難性に着目し、「生活習慣改善」という問題に対応した方法であるということにある。

「習慣」を変えていくためには、まず無意識に行っている自分自身の生活習慣に気づくことが不可欠である。そして、変わっていくための一定のプロセスが必要であると同時に、その過程には必要相当の訓練と忍耐を必要とする。したがって、このような取り組みを実践するには、「動機付け」と「継続を支えていくための仕組み」が重要となる。

図 4 本会プログラムのフレームワーク



「自分自身の問題の発見と深化」をねらい、「無自覚の問題」を自覚させる働きかけとして、小集団活動を採用する。

①自分の経験を言語化することで無意識の行動を意識できるようにする。

- ②お互いに率直に体験や失敗を語り合う【対話】ことを中心に、仲間との対比により、普段意識していない自分の生活を見ていくことを主な内容として、3ヶ月に1回の継続的な場を提供する
- ③コントロール状態を自分で把握できるようにするために、身体の状態を反映する検査値【CHECK】を活用する
- ④検査値は一旦改善しても、気を抜くと必ず悪くなる。継続の困難さや習慣化を確認し、続けていくための条件も認識する
- ⑤自主卒業を前提に、概ね2年を1クールと想定し、「継続」を志向する

小集団による共同学習は、問題の直接解決としてではなく、まず「問題の発見と深化」をねらい「無自覚の問題」を自覚させることに大きな力を発揮するといわれている。

意識しにくい自分の健診結果については、仲間の健診結果の経年的変化や生活の仕方との関係を聞き、自分の経過とを対比し、時には仲間の実際の食生活を鏡とするのである。そうすることにより、自分には見えにくい自分の生活習慣が、健診結果にどのように反映しているかを明らかにし深めていくことができる。さらには、まだ自分が経験していない数年後の状況などを仲間の体験との対比の中で予測することができるのである。これは、動機づけとしても効果的である。

無意識の行為である習慣を意識化できるには、経験の言語化が有用である。そこで、お互いに率直に体験や失敗を語り合う（対話）ことを中心に、普段意識していない自分の生活を、自分自身で見ていく事を主な活動内容としている。特にうまくいかない現実を率直に語れることが重要である。仕事や付き合いなど阻害要因が山ほどあるのが現実である。成功談よりも思うようにいかない内容のほうが、お互いの問題の共有になり励みになりヒントになるという意味で有用である。

また、1、2ヶ月前の生活を振り返りやすくし、自分で自分の状態をつかめる、つまりコントロールしていくための道具として、検査値を活用している。ここでは HbA1c を用いて、検査結果の推移を自分で確認することで、食事や生活状況と身体状況との関係を把握できるようにしている。一時的ながんばりを一断面で評価するのではなく、自分の生活習慣を見直していくための道具として、本人が検査値を使いこなせるようになることが重要である。

以上を概ね3ヶ月に1回（年4回）の継続的な場を持つことにより、自分の生活がどのようであれば、検査結果は改善し、逆にどうしていれば悪化するのかを本人自身がかみ、続けていくための条件についても考えていくことを投げかけていく。

自主卒業を前提に、概ね2年を1クールと想定している。現在の一般論としては行動変容ステージで6ヶ月を行動変容の目途としているが、普通の成人が自分の健康状態に対して生活習慣を見直し、新しい習慣が身についていくには、どの程度の期間を要するか、断定できるものではない。

実際には、数年を経ていったん身についたようでも、仕事上の変化や家族の介護等の生活の変化でまた元に戻る事例も多い。したがって、習慣を改善するといっても逆戻りの可能性と背中合わせであるというのが前提だろう。その上で、2年を1クールとし、その後も本人が必要と感じたら参加できる仕掛けにしておくことが重要である。

私たちの生活は、四季の食物や季節による行事、学校や仕事等々、1年を一区切りとして営まれていると言える。そこで1年を通して自分の実態を見ていき、生活習慣を意識していくことが大事であり、変えることを得心していくには概ね2年を要すると考えている。

2年で自主卒業とするのは、習慣を見直し新しい習慣を身につけていくまでを支援するということ

を意味している。また、継続を志向するというのは、習慣の改善といってもいつでも元に戻る心配があることを本人が認識することが重要で、そこまで支援する用意があることを意味している。

この保健指導プログラムの参加者からすれば、重要なのは自分の生活である。普段あまり意識していない生活を意識化し、うまく行っているかどうか、変えているつもりでもそれでよいかどうか等を振り返り、自分にとって何が必要なことなのか、自分でつかんでいくために3ヶ月に1回のチェックと話し合いの場を活用するということになる。

(3)「グループ支援モデル」のプログラム内容

無意識にしている生活習慣を意識化し変えていくために、経験を語り合うことが中核になるが、個々に語らせておけばよいわけではない。「プロセスを見る」、「食の実態を見る」、「コントロールを見る」、「習慣化を見る」という4つの内容を構成要素としてプログラムを組み立てている。この4点は参加者が自分の実態を見ていく観点でもあり、そのための適切な知識や方法でもある。

成人にとって、自分の実態を見ることは気持ちの上で抵抗感を伴うものであるし、生活を見ていくといっても単純ではなく、感覚としては大変面倒なものである。できるだけ抵抗感のハードルを低くし、しかも飽きずに、関心を持って見ていけるようにする配慮が必要である。生活の実態を見るといっても、あれもこれも闇雲に取り上げていくのではなく、個々人が自分自身に気づいていく観点としては4点で十分であろう。

4つのテーマを通して、検査値の意味することを理解し、身体状況を把握し、その基の生活を意識化し、生活習慣の改善に取り組めるように支援するのである。このプロセスは、第3者に肩代わりしてやってもらうのではなく、本人が自分でアセスメントし、自分の課題を見つけ、実際の生活行動の中で自分の必要なことを獲得する、まさに自分でできるようになるプロセスである。

プロセスを見る：生活と健診結果やその経過を総体として捉え、自分のおかれている状況を意識化する

事例のプロセスを通して、今の自分がどの位置にいるのか、また、グループの中でお互いに語り、事例や仲間との対比により自分の状況を意識する。

事例としては、参加者と同様の課題を持った事例を取り上げる。プロセスの内容は、検査値等の推移や身体状況の変化、それに伴う生活の変化、そしてそれらについてその事例がどのように認識しているかというものである。異なる経過の事例を3例程見ること、自分のこれまでの生活を思い起こしたり、このままだとどうなるか考えてみたり、疾病や健康状態について同じような認識であったと意識することができる。また仲間と話をすることにより、自分が受け止めたことがより明確になる、お互いに課題を確認できる等、継続して取り組んでいくための動機付けにもなる。

食の実態を見る：自分の食べているもの食べ方はどうなっているのか、何が問題なのかをつかむ

《食の取り組みでは、参加者は食事記録を記入し、カロリー計算は栄養士という展開が一般的である。それでは、専門家から指摘されるという受け止めになる、自分で自分の食べているものを把握する力がついていかない、「カロリー」「グラム」「理想的な献立」等の個々の用語が日常に馴染んでいなかった、という課題があった。そこで、記録方法や食材やカロリーの表現を工夫し、参加者が自分自身で食事チェックができるツールを作成した》

- ・1日の摂取エネルギーを大まかにつかみ、基準量との比較をする。自分で自分の食事をチェック

し、また、仲間との対比で問題をつかんでいく

- ・漠然とした「気を付けている」という感覚が、実際にはどうなっているかを確認する
- ・話し合いながら進めることで、生活を振り返りやすくし、生活の中での食の問題を意識しやすくする
- ・自分の食事を見ながら何がどのくらい多いのかをつかんでいくプロセスを体験することで、どうしていくかを認識することが出来る

コントロールを見る：生活と検査値を関連付けて、生活を意識する

コントロール状態を自分で把握できるようにするために、検査値（CHECK）を活用している。

- ・1年間の検査値の変化をグラフ化し、生活の有り様と検査結果の関連を見やすくする
- ・生活の状態が検査値に反映することを自分の体験から確認できる
- ・検査値の変化の原因になっていることを語ることで、普段意識していない生活を意識化する
- ・1年を見ることで行事やつきあいなど地域の関係の影響を見ることが出来、地域で取り組む意味を確認できる

習慣化を見る：継続の困難さを確認し、続けていくための条件を認識する

多くの場合、検査値は一旦改善しても、気を抜くとまた悪くなる。そこで、継続の困難さや習慣化を確認し、続けていくための条件も認識していくのである。

- ・活動を通して、さらにどこに問題があるのか、何が出来、何が出来ていないか具体的に見ていく
- ・続けることが難しい、やっているつもりでもだんだん元に戻ると言う実態を語り合う
- ・習慣を変えて、新しい習慣を身につけて行くには時間がかかることを認識し、活動の場や仲間の大切さを考える

(4)「グループ支援モデル」の展開

①プログラム開始前の訪問・面接

プログラムの開始前に対象者の経過と気持ちを聴く訪問・面談を実施する。これは保健師の準備として重要である。

- ・住民の認識と生活の実態に出会う

生活習慣病予防の取り組みにおいて、重要なのは、人々の意識の問題である。実際の長い経過や、どのような悪化のプロセスをたどるのか、そして仕事や介護など生活の変化との関連はどうなっているのか、等を実際にその地域で経験している当事者から聴き取っていく。また個々のレベルでは殆ど支援が無い実態であり、支援する側も曖昧な指示をしている現実も把握する。

これらの内容を、直接家庭訪問や面談により、そのプロセスとその時その時の生活や当事者の気持ちを聴いていく。1対1の援助関係で完結してしまうのではなく、場に繋がっていくことを大切にす。

- ・スタッフ間の問題意識の共有

上記の家庭訪問や面談で聴きとってきた内容を共有し、この地域の当事者の実態として、また支援する専門家の実態として認識を共通にする。

一方的になってしまっている知識提供だけでは、支援にならないこと、或いは、薬を飲めば治

るという従来の観念を変える働きかけが大切であること、そして、習慣を変える支援は、自主グループができれば達成されるわけではなく、住民が自分自身に対して具体的な実態把握が不可欠であることを確認する。何よりもスタッフ自身も生活習慣病予防の対象であり、共に取り組んでいく意識が大切である。

②プログラムの組み立て

グループ支援の場合、1回の開催時間はどんなに長くても2時間を越えることは無い。そこでその日のテーマを明確にし、できるだけシンプルな流れを作る必要がある。そしてそのためには参加者の認識の予測が不可欠である。

その上で、基本的な流れは概ね次のようにした。

- a. オリエンテーション（自分の生活の中の何を意識してほしいと考えて進めるのかを伝える）
- b. 自分の実態を見る方法の提示（食事記録など具体例の紹介：保健師自身の生活や食事などを例として示し、参加者が自分のことを話しやすくする配慮をする）
- c. 参加者自身が自分の実態を見る
- d. 参加者同士でお互いに対比し、意識できるよう話し合う
- e. 検査結果との関連で再認識する
- f. このような場が自分の実践にとって大切だということを確認する

③グループ対話の進め方

グループ支援の場の設営は、

- ・30～40人くらいの参加者であれば、5～6グループに分けて運営する。
- ・全体で皆が同じ媒体を見ることが出来るように配慮し、話は隣同士で気楽に出来るように小グループで実施する。
- ・各グループにスタッフが入るが、必ず全員が発言できる雰囲気大切に作る。

参加者が自分の実態を自分で見ることが出来るためには、自分のことを率直に語れることが重要である。また、語れるためには何か（誰か）と対比し、自分のことが客観的に見えていることが大事になる。鶏と卵の関係であるが、何の準備も無くただ自由に話すだけでは、十分ではない。

以下の3点は対比の対象として有用である。

1. 参加者同士の相互の体験交流
2. テーマに適した媒体の作成（自分の対比が出来る、知識を得ることが出来る）
3. 検査結果

そして、効果的な媒体の作成のポイントは、

- ・自分の実態を見ていく対比として、また、適切な知識を得るために、参加者にとって視覚的イメージが広がるように作成する
- ・気持ちが動き共感できる身近なものになるよう工夫する

④通信

対象者を広く設定しても、そうそう多くの参加者があるというわけにはいかない。むしろ、300人近くに案内して、実際の参加は50人前後であることのほうが多い。

1回や2回呼びかけても応じてくれる住民は少なく、毎回の通信文に触発されて参加するようになる例もある。多くの住民には「どうせ行っても、言われることは同じ」と言う保健指導に対する根強いイメージがある。通信文は、単に活動の日時の通知ではなく、人々のその固定したイメージを変える役割や、必要な情報提供の機能を併せ持つことが求められる。通信文の内容には、「続かない」「食事といってもめんどろ」「カロリー、単位がわからない」など住民が共感を持てるような発言を入れる。また活動内容が掲載され、何をしているのか見えるようにする配慮が必要となる。

通信がくることで人々の認識にそういう「場」があることが定着し、時には行ってみようかと参加することになる。生活習慣病予防の問題は地域の健康課題として、決して一部の特別な人のことではない。したがって、多くの地域住民に、活動内容がわかり、参加者の様子がわかり、いつでも参加できるという情報が行き渡り、「場」が利用される方向付けが大切となる。

3) 「個別支援モデル」の概要

(1) 「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」

対象者自身が健診結果を理解して身体の変化に気づき、自らの生活習慣を振り返る。振り返りを行うことで、自分の生活習慣を改善するための行動目標を設定するとともに、対象者が実践できるよう支援し、そのことにより対象者が自分の健康に関するセルフケア（自己管理）が出来ることを目的とした保健指導としている。

対象者の健診結果や生活習慣、行動変容ステージを把握し、対象者の健康に関する考えを受け止める。対象者が考える将来の生活像を明確にした上で、行動変容の必要性を実感できるような働きかけを行う。支援者は対象者の行動目標を達成するために必要な支援計画を立て、行動が継続できるように定期的・継続的に介入する。

(2) 「個別支援」の展開

「標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」に示されている支援パターン3（図5）を例示として、各モデル事業者がそれぞれの地域・職域の実態に合った方法を検討しながら、個別支援を展開した。

支援機関や支援内容は、対象者に合わせることで、1回の支援予定時間が大幅に延長され、支援回数も7～8回となり、最終的に支援ポイント合計300超となったところもあった。また、支援方法としては、面接・電話・e-mailを想定していたが、地域におけるモデル事業者実施分では、対象者にインターネット利用者がほとんどいなかったため、e-mailではなく電話や手紙になったところもある。

【モデル事業者の1例】

① 初回面接

生活習慣と健診結果の関係の理解や生活習慣の振り返りを行う。行動目標・支援計画を作成する。このとき、対象者との関係づくりに留意し、必要な情報の把握をおこなった。

② e-mail(2回)

行動計画の実施状況の確認や励まし、出来ている事への賞賛をおこなった。対象者の取り組みを認め、モチベーションが維持できるような支援とした。

③ 電話または面接（中間評価）

行動計画の実施状況の確認と行動計画を実行するための栄養・運動などの実践的な指導・助言を実施、身体計測実施。取り組みと計測値の変化を関連づけて考えられるように関わった。

④ 面接または e-mailA (3 回)

行動計画の実施状況の確認と、行動計画を実行するための栄養・運動などの実践的な指導・助言を実施。身体計測実施。モチベーションの変化に合わせた支援を行う。後半では継続に向けての支援をおこなう。

⑤ 面接または e-mailB (1 回)

行動計画の実施状況の確認や励まし、出来ている事への賞賛をおこなった。対象者の取り組みを認め、モチベーションが維持できるような支援とした。

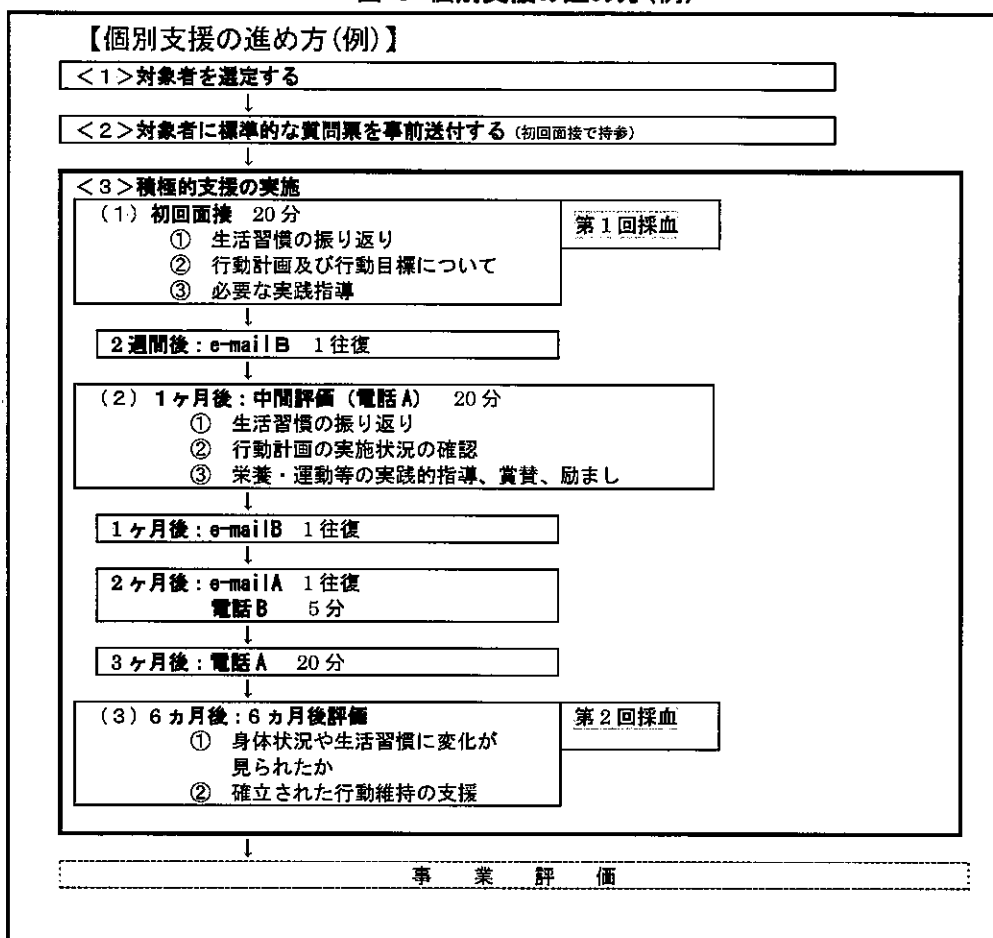
⑥ 6ヶ月後評価

身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて確認する。6ヶ月以降の継続についても支援をおこなう。

※ その他に個別支援プログラムを進める上で、以下のような工夫や配慮をしながら実施しているところもあった。

- ・ 生活習慣改善の必要性のあるものが複数あっても、本人がどこからなら手がつけられるのかを考えてもらえるように支援した。
- ・ 年末年始など、生活習慣が乱れそうな時期をとらえて電話し、本人と生活改善について話し合いをおこなう。

図 5 個別支援の進め方(例)



4. 実施結果

1) モデル事業者別の事業実施状況

モデル事業者別のグループ支援、個別支援の事業実施状況は表3の通りであった。

全モデル事業者のグループ支援の平均実施回数は5回であり最大9回、最小4回であった。平均実施時間は127分であり、最大210分、最小75分であった。プログラム実践スタッフ数は平均9名であり、最大13名、最小5名であった。

全モデル事業者の個別支援の平均実施合計ポイント数は250ポイントであった。プログラム実践スタッフ数は平均5名であり、最大14名、最小1名であった。

表3 モデル事業者別の事業実施状況

事業者	回数 (平均時間)	グループ支援						支援 実施 合計 ポイント 数 (一人 当たり の平均)	個別支援					
		プログラム実践スタッフ数(実数・人)							プログラム実践スタッフ数(実数・人)					
		保健師	看護師	管理 栄養士・ 栄養士	医師	その他	合計 (人)		保健師	看護師	管理 栄養士・ 栄養士	医師	その他	合計 (人)
宮城県 柴田町	8回 (170分)	6	0	2	0	1	9	210 ～ 270	8	0	1	0	0	9
石川県 七尾市	5回 (90分)	9	1	3	0	0	13	195	10	0	4	0	0	14
神奈川県 横浜市	5回 (120分)	3	1	4	0	1	9	—	—	—	—	—	—	
大阪府 東大阪市	7回 (130分)	5	1	5	1	0	12	270	3	2	0	0	0	5
山口県 岩国市	5回 (130分)	5	0	1	0	2	8	155 中断	1	0	0	0	0	1
北海道 美幌市	5回 (150分)	5	0	1	0	0	6	320	1	0	0	0	0	1
福島県 喜多方市	5回 (160分)	4	1	2	0	1	8	294	4	0	1	0	0	5
三重県 鈴鹿市	6回 (100分)	4	1	3	0	0	8	205 ～ 500	4	0	1	0	0	5
兵庫県 洲本市	6回 (150分)	9	1	3	0	0	13	205	7	0	0	0	0	7
島根県 松江市	4回 (210分)	5	1	2	0	1	9	240	5	0	0	0	0	5
長崎県 五島市	5回 (95分)	6	0	6	0	0	12	—	—	—	—	—	—	
宮崎県 綾町	5回 (125分)	3	1	3	0	1	8	200	1	0	0	0	0	1
鹿児島県 与論町	9回 (120分)	2	2	1	0	0	5	480	2	1	0	0	0	3

オリンパス株式会社	4回 (75分)	2	5	2	2	1	12	180	1	1	0	0	0	2
浜中電装株式会社	4回 (120分)	4	1	6	0	0	11	185	1	0	0	0	0	1
富士電機リテイルシステムズ(株)	4回 (90分)	3	0	0	1	1	5	190	2	2	0	1	1	6

(1) 個別支援のポイント数の内訳

個別支援のポイント数別の人数の内訳は表4の通りであった。

0～99ポイント以下が23名、100～179ポイント以下17名、180～200ポイント26名、201～300ポイント以下30名、301～400ポイント以下8名、401～500ポイント以下4名であった。

表4 個別支援のポイント数内訳

ポイント数	人数(人)
401～500	4
301～400	8
201～300	30
180～200	26
100～179	17
0～99	23
計	108

*中断者も含む

(2) モデル事業者別の参加状況

モデル事業者別のグループ支援、個別支援の参加状況は表5、表6の通りであった。

全モデル事業者のグループ支援の参加率の平均は20.6%であり、個別支援の参加率の平均は28.5%であった。

表5 グループ支援参加率

	選定対象者(人)			参加者計(人)			参加率(%)
	男	女	計	男	女	計	
宮城県柴田町*1)	96	232	328	5	41	46	14.0
石川県七尾市	100	314	414	14	51	65	15.7
神奈川県横浜市の	20	66	86	4	15	19	22.1
大阪府東大阪市 *1)	59	115	174	9	26	35	20.1
山口県岩国市	90	422	512	4	46	50	9.8
北海道美唄市	25	61	86	9	8	17	19.8
福島県喜多方市	47	80	127	9	23	32	25.2
三重県鈴鹿市	39	116	155	7	19	26	16.8
兵庫県洲本市 *2)	100	188	288	15	73	88	30.6
島根県松江市	55	158	213	1	18	19	8.9
長崎県五島市	124	240	364	12	45	57	15.7
宮崎県綾町	65	76	141	20	25	45	31.9
鹿児島県与論町	45	39	84	4	29	33	39.3
オリンパス株式会社	42	0	42	19	0	19	45.2
浜名湖電装株式会社	31	0	31	31	0	31	100.0
富士電機リテイルシステムズ(株)	57	0	57	56	0	56	98.2
合計			3,102			638	20.6

*1 他経路(口コミ、広報誌等)、途中参加含む *2 途中参加あり

表 6 個別支援参加率

	選定対象者(人)			参加者計(人)			参加率(%)
	男	女	計	男	女	計	計
宮城県柴田町	33	21	54	7	2	9	16.7
石川県七尾市*	114	25	139	7	7	14	10.1
大阪府東大阪市	9	18	27	0	8	8	29.6
山口県岩国市	5	6	11	0	1	1	9.1
北海道美唄市	0	3	3	0	2	2	66.7
福島県喜多方市	35	29	64	1	5	6	9.4
三重県鈴鹿市	不明	不明	不明	8	0	8	不明
兵庫県洲本市	7	0	7	7	0	7	100.0
島根県松江市*	4	1	5	4	1	5	100.0
宮崎県綾町	2	1	3	2	1	3	100.0
鹿児島県与論町	24	6	30	0	5	5	16.7
オリンパス株式会社	15	0	15	7	0	7	46.7
浜名湖電装株式会社	30	0	30	30	0	30	100.0
富士電機テクノシステムズ(株)	58	0	58	22	0	22	37.9
			446			127	28.5

*石川県七尾市、島根県松江市については分析の期日に間に合わなかったため対象外となっている

(3) モデル事業者別の参加者の継続状況

モデル事業者別のグループ支援、個別支援の継続状況は表 7、表 8 の通りであった。

全モデル事業者のグループ支援の継続率の平均は 75.1%であり、個別支援の継続率の平均は 78.0%であった。

表 7 グループ支援継続率

	参加者(人)	プログラム1(人)			プログラム2(人)			プログラム3(人)			プログラム4(人)			継続率	
		男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計	2回以上参加者(人)	%
宮城県柴田町	46	4	34	38	3	33	36	3	31	34	3	34	37	44	95.7
石川県七尾市	65	6	22	28	8	22	30	9	28	37	7	21	28	42	64.6
神奈川県横浜市	19	2	11	13	4	10	14	3	7	10	3	6	9	11	57.9
大阪府東大阪市*	35	6	18	24	5	21	26	4	21	25	4	19	23	27	77.1
山口県岩国市	50	3	49	52	3	43	46	0	33	33	2	29	31	43	86.0
北海道美唄市	17	6	5	11	4	8	12	6	4	10	2	4	6	10	58.8
福島県喜多方市	32	7	17	24	5	17	22	6	15	21	6	15	21	25	78.1
三重県鈴鹿市	26	7	19	26	5	18	23	5	16	21	5	15	20	23	88.5
兵庫県洲本市*	88	10	28	38	5	33	38	5	41	46	4	55	59	66	75.0
島根県松江市	19	1	11	12	0	13	13	0	15	15	0	12	12	14	73.7
長崎県五島市	57	7	26	33	2	24	26	4	34	38	5	37	42	45	78.9
宮崎県綾町	45	13	20	33	10	21	31	6	12	18	8	11	19	26	57.8
鹿児島県与論町	33	3	21	24	2	18	20	2	20	22	1	24	25	32	97.0
オリンパス株式会社	19	14	0	14	12	0	12	13	0	13	10	0	10	12	63.2
浜名湖電装株式会社	31	24	0	24	17	0	17	21	0	21	15	0	15	23	74.2
富士電機テクノシステムズ(株)	56	44	0	44	38	0	38	30	0	30	26	0	26	36	64.3
合計	638			438			404			394			383	479	75.1

表 8 個別支援継続率

	参加者(人)	初回(人)			中間(人)			6ヵ月後(人)			継続率(%)
		男	女	合計	男	女	合計	男	女	合計	
宮城県柴田町	9	7	2	9	6	2	8	7	2	9	100.0
石川県七尾市	14	7	7	14	7	4	11	7	4	11	78.6
大阪府東大阪市	8	0	8	8	0	7	7	0	7	7	87.5
山口県岩国市	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0.0
北海道美唄市	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	100.0
福島県喜多方市	6	1	4	5	0	1	1	1	4	5	100.0
三重県鈴鹿市	8	8	0	8	8	0	8	8	0	8	100.0
兵庫県洲本市	7	7	0	7	3	0	3	2	0	2	28.6
島根県松江市	5	4	1	5	4	1	5	4	1	5	100.0
宮崎県綾町	3	0	1	1	0	1	1	0	1	1	100.0
鹿児島県与論町	5	0	4	4	0	1	1	0	2	2	50.0
オリンパス株式会社	7	7	0	7	5	0	5	7	0	7	100.0
浜名湖電装株式会社	30	30	0	30	12	0	12	15	0	15	50.0
富士電機テクノシステムズ(株)	22	22	0	22	22	0	22	22	0	22	100.0
合計	127			123			87			96	78.0

5. 保健指導プログラムの評価

1) 保健指導プログラム評価に向けてのプロセス

(1) 「保健師による生活習慣病特定保健指導支援事業検討委員会」における保健指導プログラム評価の考え方について

今回、モデル事業で実施した保健指導プログラムの精錬と有効性を検証するために、9名の有識者で構成した「保健師による生活習慣病特定保健指導支援事業検討委員会」を設置した。委員会では、評価の枠組についての考え方を共有するための事例検討やモデル事業の中間報告結果の分析と、プログラムの有効性、特定健診保健指導開始に向けての課題について検討し、計6回/年開催した。

保健指導の評価は、一般的に、ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果）の観点から行われる。特定保健指導における最終的な評価は、生活習慣病の有病者・予備群の減少状況、医療費適正化の観点から評価を行っていくことになるが、その成果が数値データとして現れるのは数年後になることが想定される。本モデル事業では、最終評価のみでなく、健診結果や生活習慣の改善状況などの短期間で評価される事項について、現時点における中間評価を行った。

中間評価としては、アウトカム評価、および確実に行動変容を促すプログラムとしてどのような支援を行ったのかというプログラムの企画・実施のプロセス評価*に着眼をおき、プログラムの有効性を検証した。

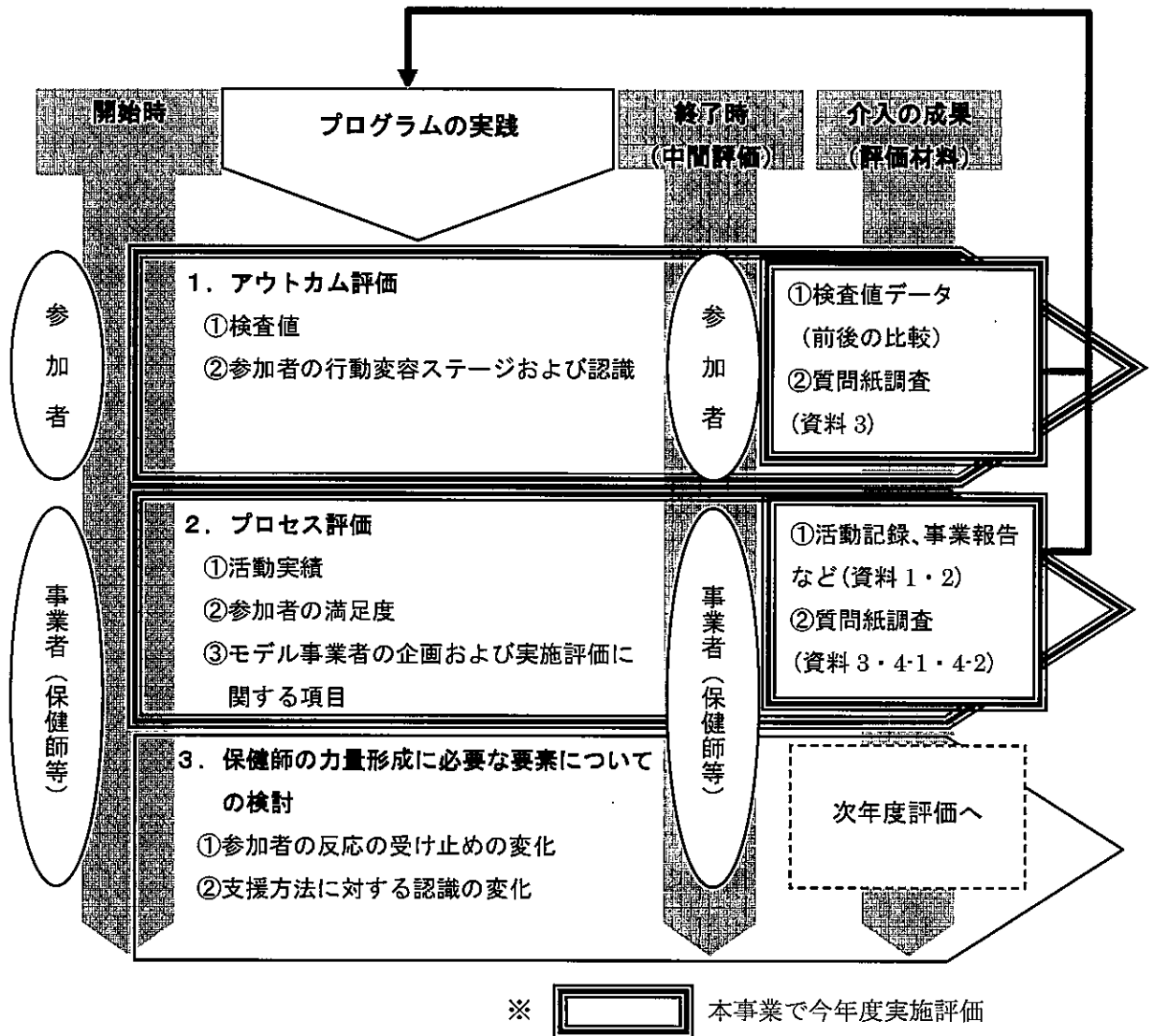
*ここでいうプロセス評価には、ストラクチャー（構造）、アウトプット（事業実施量）の評価を含む

(2) 保健指導プログラム評価の視点

モデル事業で実施した保健指導プログラム評価において、アウトカム評価、プロセス評価、保健師の力量形成に必要な要素の3つの視点（図6）を評価とした。アウトカム評価は、検査値の変化と参加者の行動変容ステージおよび認識について質問紙調査を行い評価した。プロセス評価として活動実績、参加者の満足度に関する質問紙調査、モデル事業者のプログラムに関する質問紙調査を行い評価した。モデル事業者への質問紙調査項目として企画の評価、プログラムの評価、実践の評価について調査を行い、現場における保健指導プログラムの有効性を検討した。

今回は、中間評価としてアウトカム評価、プログラムの企画・実施のプロセス評価に着眼をおき、活動に伴う保健師の力量形成に必要な要素を検証することは今後の課題である。

図 6 評価の枠組み



(3) 調査の概要

①調査期間

平成 19 年 4 月～平成 20 年 3 月

②調査対象

a. 参加者

モデル事業における生活習慣病予防活動への参加者計 746 名 (グループ支援 638 名、個別支援 108 名)

b. 事業者

モデル事業を実施した 16 事業者

③調査方法

a. 検査値等

事業を実施する中で把握した検査値等を、個人情報の保護に十分留意しながら、事業者から収集した。

b. 質問紙調査

集合法または郵送法により、選択的・回答形式の質問紙を用いて調査を行った。

- ・参加者への調査については、各事業者を通じてプログラム最終回に参加者に配布した。質問紙の回収は、事業の際に事業者が回収して本会に送付、または本会宛の返信用封筒を用いて行った。

※調査は記名としたが、いずれも個人情報の保護に十分留意して行った。

- ・事業者への調査については、事業者ごとに1部、質問紙を郵送し、保健師等の専門職スタッフに回答を求めたうえ、返信用封筒を用いて回収した。

④調査項目

a. アウトカム評価

- ・検査値
- ・参加者の行動変容ステージおよび認識（資料3）

b. プロセス評価

- ・活動実績
- ・参加者の満足度（資料3）
- ・モデル事業者の企画および実施評価に関する項目（資料4-1・4-2）

⑤分析対象・方法

a. アウトカム評価

a) 参加者一括での分析（グループ支援及び個別支援の両者を含む）

- ・各回別の検査値の平均値、標準偏差の推移。なお、個別支援では、初回面接を1回目、6ヶ月後の評価を4回目とした。
- ・各回別の異常者割合の推移。異常の判定基準は、BMI \geq 25、腹囲男 \geq 85cm、女 \geq 90cm、HbA1c $>$ 5.2%、血糖 $>$ 100mg/dl、中性脂肪 $>$ 150mg/dl、LDL $>$ 140mg/dl、HDL $<$ 40mg/dl、SBP \geq 130mmHg、DBP \geq 85mmHgとした。
- ・プログラム1回目と4回目の検査値の変化および対応のあるT検定（体重、BMI、腹囲、HbA1c、LDL、HDL、SBP、DBP）。検定は、両側検定を用い、有意確率5%未満を統計的有意とみなした。
- ・プログラム1回目と4回目の検査値の改善、維持、悪化別の割合（体重、BMI、腹囲、HbA1c、血糖、中性脂肪、LDL、HDL、SBP、DBP）。

b) 属性別の分析（グループ支援と個別支援、地域と職域）

- ・プログラム1回目と4回目の検査値の変化および対応のあるT検定（体重、BMI、腹囲、

HbA1c、血糖、中性脂肪、LDL、HDL、SBP、DBP)。

c) 質問紙と検査値を結合した分析

- ・質問紙調査による行動変容ステージおよび認識が高い群と低い群での、プログラム1回目と4回目の検査値(体重、HbA1c)の変化を集計。
- ・この分析は、質問紙調査と検査値データを結合して分析を行った。

d) 行動変容ステージの分析

- ・プログラム1回目と4回目の行動変容ステージ別の構成割合およびその変化についてのWilcoxonの符号付き順位和検定(無関心期、関心期、準備期、実行期、維持期)。
- ・行動変容ステージについて、無関心期:0、関心期:1、準備期:2、実行期:3、維持期:4とスコア化。1回目と4回目の両方のデータがある者について、スコアの差の平均及び対応のあるT検定。

b. プロセス評価

- ・参加者への質問紙調査(行動変容ステージ、認識、満足度)結果の単純集計。
- ・事業者への質問紙調査(企画および実施評価)結果については、グループ支援および個別支援についてそれぞれ集計し、両者に共通する設問については、Wilcoxonの順位和検定を行った。

⑥実施期間

- 1月15日 16事業者および参加者へ質問紙を送付
- 3月5日 検査値のデータ、質問紙回収(但し、モデル事業のプログラム最終回が締切日以降の事業者については、プログラムが終了次第回収)
- 3月下旬 調査結果報告

⑦回収状況および分析対象者

a. 検査データの回収状況

前述の事業参加者中、検査データが回収されたのは746名(グループ支援638名、個別支援108名)であった。そのうち、グループ支援はプログラムに2回以上参加した者、個別支援は初回(1回目)と6ヶ月後評価データの両方に、検査値が1つ以上ある者を分析対象とした。その結果、分析対象者は、577名(グループ支援479名、個別支援98名)となった。なお、検査項目により有効データ件数が異なる、また、検査データと質問紙調査を結合した集計は両者が有効なサンプルのみで分析を行った。

表 9 検査データ把握者全体の基本属性(人)

	回収数			有効数		
	男	女	合計	男	女	合計
グループ支援	257	381	638	176	303	479
個別支援	84	24	108	78	20	98
合計	341	405	746	254	323	577

(人)

年齢	回収数			有効数		
	グループ支援	個別支援	合計	グループ支援	個別支援	合計
30代	6	0	6	3	0	3
40代	72	44	116	48	43	91
50代	289	47	336	210	40	250
60代	261	17	278	209	15	224
70代	9	0	9	9	0	9
空白	1	0	1	0	0	0
合計	638	108	746	479	98	577

(人)

受診の有無	回収数	有効数
無	387	295
有	179	139
空白	180	143
合計	746	577

b. 質問紙調査回収状況

参加者への質問紙調査は、参加者 746 名中、回収が 498 名（回収率 65%）であり、全て有効回答であった。回収の内訳は、グループ支援 459 名、個別支援 39 名であった。その内検査値データとリンクできた件数は、計 430 名（グループ支援 399 名、個別支援 31 名）であった。

事業者への質問紙調査は、計 30 件（グループ支援 16 件、個別支援 14 件）と、実施した全ての事業所から回収された。その内の有効回答件数も同様であった。

表 10 参加者に対する質問紙調査の基本属性(人)

	回収数(有効数)			検査値データとリンクできた数		
	男	女	合計	男	女	合計
グループ支援	133	326	459	110	289	399
個別支援	26	13	39	21	10	31
合計	159	339	498	131	299	430

(人)

年齢	回収数			検査値データとリンクできた数		
	グループ支援	個別支援	合計	グループ支援	個別支援	合計
30代	3	0	3	3	0	3
40代	41	14	55	33	14	47
50代	208	12	220	175	10	185
60代	201	9	210	182	7	189
70代	6	0	6	6	0	6
空白	0	4	4	0	0	0
合計	459	39	498	399	31	430

(人)

受診の有無	回収数	検査値データとリンクできた数
無	306	261
有	127	114
空白	65	55
合計	498	430

2) 結果

(1) 検査値の分析結果

a. 検査値の基礎的な数値

検査値の平均値および異常割合は表 11、表 12、表 13 の通りであった。

表 11 検査値の平均値等

		体重	BMI	腹囲	HbA1c	血糖	中性脂肪	LDL	HDL	SBP	DBP
健診時	n	553	552	97	523	463	513	308	516	502	502
	平均値	61.9	24.5	87.3	5.7	104.6	135.6	134.4	58.2	128.1	77.9
	標準偏差	12.4	3.5	9.5	0.6	23.3	81.9	33.6	14.4	17.0	11.7
1回目	n	456	402	456	454	325	300	299	301	376	376
	平均値	63.4	24.7	87.4	5.6	106.1	156.2	133.4	56.3	135.4	82.4
	標準偏差	12.2	3.6	9.4	0.7	28.9	91.1	31.5	14.5	17.4	12.8
2回目	n	392	321	391	362	306	250	250	250	293	293
	平均値	60.4	23.7	86.1	5.6	106.7	143.8	128.3	57.6	131.0	78.2
	標準偏差	12.3	3.7	9.8	0.7	28.7	93.9	30.3	14.6	16.6	12.1
3回目	n	393	336	393	377	270	213	213	213	312	312
	平均値	59.3	23.5	85.3	5.6	106.5	142.4	128.3	57.9	131.7	78.0
	標準偏差	12.2	3.8	10.1	0.7	32.0	93.9	31.0	14.5	17.6	13.2
4回目	n	484	424	471	518	430	393	395	397	446	446
	平均値	61.4	23.8	84.9	5.5	103.9	141.4	133.5	60.0	133.9	80.7
	標準偏差	13.0	3.8	9.8	0.7	30.1	113.9	32.9	15.0	17.5	12.1

表 12 各回別の異常割合

	健診時		1回目		2回目		3回目		4回目	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
BMI	552	43.8	402	44.8	321	31.5	336	30.7	424	36.6
腹囲	97	59.8	456	52.0	391	43.5	393	41.0	471	42.0
HbA1c	523	67.5	454	61.7	362	64.9	377	64.2	518	60.4
血糖	463	52.3	325	49.8	306	51.6	270	47.4	430	41.4
中性脂肪	513	33.1	300	43.7	250	38.0	213	32.9	393	31.3
LDL	308	41.2	299	42.5	250	30.8	213	34.7	395	40.0
HDL	516	6.8	301	10.3	250	7.6	213	6.6	397	3.8
SBP	502	46.8	376	62.2	293	53.9	312	55.4	446	58.1
DBP	502	28.9	376	41.8	293	26.6	312	32.4	446	35.9

	判定基準
BMI	≥25
腹囲	男: ≥85cm 女: ≥90cm
HbA1c	≥5.2% ※治療中は除く
血糖	≥100mg/dl
中性脂肪	≥150mg/dl
LDL	≥140mg/dl
HDL	<40mg/dl
SBP	≥130mmHg
DBP	≥85mmHg

HbA1c は 5.2%以上を異常とした。治療中は判定区分に含まれるため n に含まれている。

表 13 HbA1c 階層別割合の推移 (%)

	n	<5.2	<6.5	≥6.5	治療中	合計
健診時	523	7.8	63.9	3.6	24.7	100.0
1回目	454	12.1	58.4	3.3	26.2	100.0
2回目	362	13.0	61.6	3.3	22.1	100.0
3回目	377	14.3	61.0	3.2	21.5	100.0
4回目	518	16.0	56.8	3.7	23.6	100.0

●判定基準の根拠

上記判定基準は、メタボリックシンドロームの定義と診断基準（メタボリックシンドロームの診断基準検討委員会）、糖尿病ガイド 2006-2007（日本糖尿病学会・糖尿病治療ガイド編集委員会）、動脈硬化性疾患診療ガイドライン 2002 年版（日本動脈硬化学会）、高血圧治療ガイドライン 2004（日本高血圧学会・高血圧治療ガイドライン作成委員会）、高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン第 1 版（日本痛風・核酸代謝学会・治療ガイドライン作成委員会）、肥満症治療ガイドライン 2006（肥満症治療ガイドライン作成委員会）に準拠している。

b. 全体での効果の状況

プログラムの 1 回目と 4 回目の検査値の差は表 14 の通りであった。

体重、BMI、腹囲、HbA1c、中性脂肪、HDL コレステロールについてプログラム参加の前後で有意な改善が見られた。本プログラムに参加することで、これらの検査項目について効果があったと考えられる。一方で、血糖、収縮期血圧、拡張期血圧については、改善傾向にはあるものの、統計学的に有意にはならなかった。血糖については、1 回目と 4 回目での採血時に空腹の徹底が十分でなかった可能性が考えられる。収縮期血圧、拡張期血圧については、本プログラムでは、直接的に血圧低下を目指した内容が含まれていないことによると考えられる。LDL コレステロールは有意ではないもの若干の悪化傾向となった。この原因については不明であり、HDL コレステロールの増加による影響等、測定精度の問題を含めて今後の検討が必要である。

表 14 プログラムの 1 回目と 4 回目の検査値の差

	n	1回目 平均値	4回目 平均値	差	差の 95% 信頼区間		有意確率
					下限	上限	
体重	381	63.80	62.46	-1.35	-1.574	-1.117	<0.001
BMI	320	24.61	24.04	-0.58	-0.685	-0.468	<0.001
腹囲	378	87.54	85.74	-1.81	-2.205	-1.409	<0.001
HbA1c	407	5.61	5.56	-0.05	-0.083	-0.019	0.002
血糖	295	106.03	105.32	-0.71	-3.154	1.730	0.567
中性脂肪	267	153.08	149.67	-3.41	-17.509	10.692	0.635
LDL	269	134.07	136.24	2.17	-0.605	4.947	0.125
HDL	272	55.91	58.38	2.47	1.476	3.464	<0.001
SBP	321	135.82	134.89	-0.93	-2.538	0.681	0.257
DBP	321	82.53	81.60	-0.93	-2.101	0.232	0.116

有意確率の太字は 0.05 未満のもの

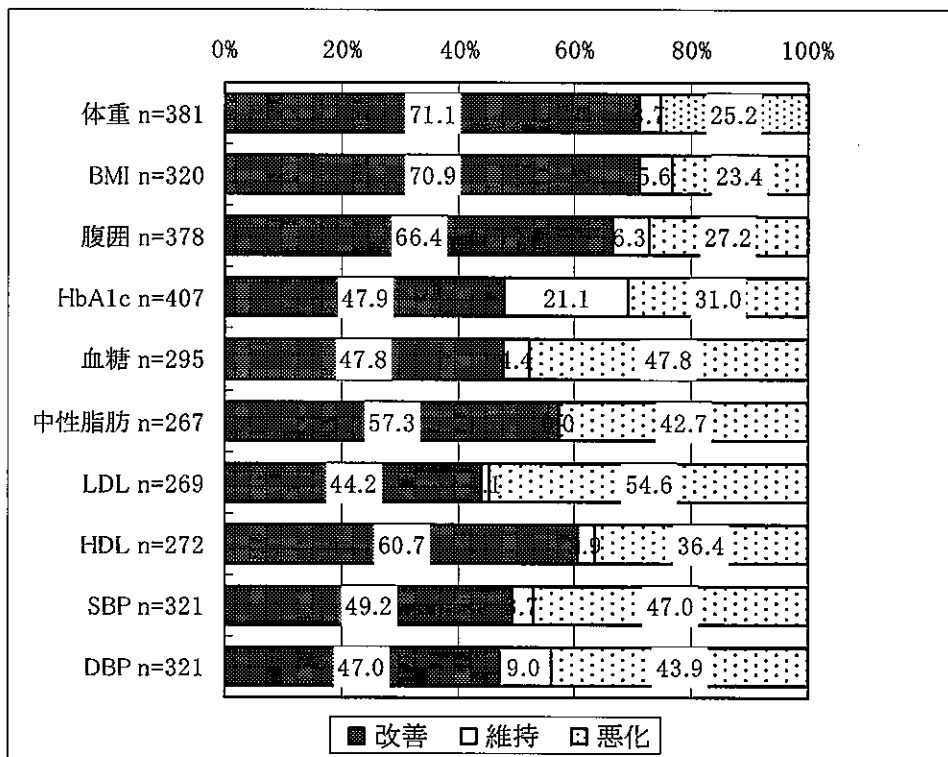
プログラム 1 回目と 4 回目の検査値の改善、維持、悪化別の割合を表 15 および図 7 に示す。この分析で、数値が全く同じ場合を維持とし、若干でも減少（HDL コレステロールのみは増加）した場合に改善と分類した。体重、腹囲、BMI では約 7 割、また中性脂肪、HDL コレステロールでは約 6 割の参加者で改善が見られた。HbA1c は、改善の方が悪化よりも明らかに多いものの、維持が 2 割も見られた。これは、HbA1c の最小測定単位が 0.1 であり、検査値の標準偏差との比が他の検査項目よりも大きいという性質によるものと考えられる。仮に最小測定単位を 0.01 とした場合には、6 割程度で改善となるのではないかと考えられる。血糖、収縮期血圧、拡張期

血圧は、改善の方が悪化より多いものの、改善者割合は約 5 割程度であった。LDL コレステロールも改善者割合は約 5 割であるが、悪化の方が若干多い結果であった。

表 15 プログラム1回目と4回目の検査値の改善割合(%)

	n	改善	維持	悪化	合計
体重	381	71.1	3.7	25.2	100.0
BMI	320	70.9	5.6	23.4	100.0
腹囲	378	66.4	6.3	27.2	100.0
HbA1c	407	47.9	21.1	31.0	100.0
血糖	295	47.8	4.4	47.8	100.0
中性脂肪	267	57.3	0.0	42.7	100.0
LDL	269	44.2	1.1	54.6	100.0
HDL	272	60.7	2.9	36.4	100.0
SBP	321	49.2	3.7	47.0	100.0
DBP	321	47.0	9.0	43.9	100.0

図 7 プログラム1回目と4回目の検査値の改善



これらの項目のうち、体重と HbA1c について、1 回目と 4 回目の検査値の差のヒストグラムを図 8 および図 9 に示す。いずれもやや左に裾を引く釣り鐘型の分布をしている。検査値の効果の判定として、一定程度以上の改善が見られた場合のみに効果があると判定すべきであるという考え方がある。ただし、その基準については現在の所広くコンセンサスの得られたものはない。このヒストグラムにより、その複数の判定基準の代替案を設定した場合に、それぞれ改善者割合が何%になるかを見ることができる。

体重は、少しでも改善した方は 71.1%であったが、1kg 以上でみると 51.7%、3kg 以上では

18.1%、5kg 以上では 7.1%であった。HbA1c は、少しでも改善した方は 47.9%、0.2 以上改善でみると 29.2%、0.3 以上では 15.5%、0.5 以上では 5.9%であった。また、1 回目に HbA1c が 5.2 以上であった方で 4 回目にそれ未満になった方の割合は、6.7% (26 人/389 人) であった。同様に 1 回目に HbA1c が 6.5 以上であった方で 4 回目にそれ未満になった方の割合は、13.3% (4 人/30 人) であった。

図 8 体重の1回目と4回目の差

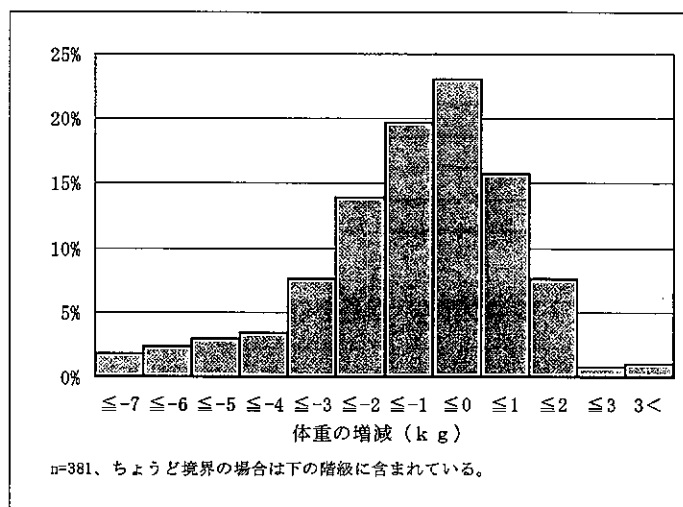
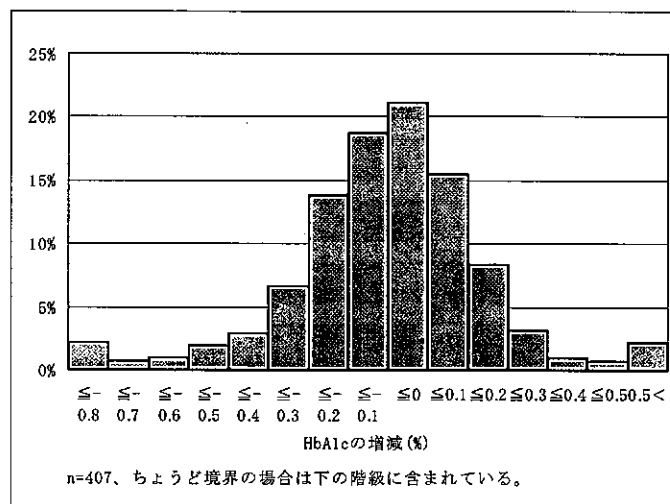


図 9 HbA1cの1回目と4回目の差



c. 属性別の効果の差異

モデル事業の属性別の 1 回目と 4 回目の差は表 16 の通りであった。

プログラム参加の前後の差について、全ての項目でグループ支援と個別支援との間の有意な差は見られなかった。

地域と職域の比較では、においては体重と BMI については地域、HbA1c は職域が有意に改善

度が大きい結果であった。なお、LDLコレステロールおよび拡張期血圧についても有意差が見られ、地域で若干の改善が見られたのに対し職域では悪化していた。

地域と職域の違いの理由については、今後の詳細な検討が必要であるが、可能性としてはいくつかのことが考えられる。地域が参加者の多様性に富むために効果が出た時にその割合が大きい者が含まれる可能性が高い。また職域では、地域と比較するとこれまでも生活習慣改善に取り組んできている場合が多く、さらに改善する余地が小さい可能性もある。逆に職域では、一緒にプログラムに参加する仲間や専門職スタッフと日常的に顔を合わせる機会があり、そのことにより行動変容が強化されやすい可能性もある。なお、地域が良いものと職域が良いものと、なぜ項目によって混在しているのかについての理由は不明である。

表 16 属性別の1回目と4回目の差

体重		n	1回目 平均値	4回目 平均値	差	有意確率	
1	プログラム	グループ支援	302	61.82	60.50	-1.32	0.680
		個別支援	79	71.38	69.94	-1.44	
2	地域・職域	地域	277	60.22	58.66	-1.56	0.002
		職域	104	73.34	72.57	-0.77	

BMI		n	1回目 平均値	4回目 平均値	差	有意確率	
1	プログラム	グループ支援	262	24.13	23.56	-0.56	0.573
		個別支援	58	26.81	26.17	-0.64	
2	地域・職域	地域	265	24.70	24.05	-0.65	0.002
		職域	55	24.20	23.99	-0.21	

腹囲		n	1回目 平均値	4回目 平均値	差	有意確率	
1	プログラム	グループ支援	301	86.74	85.02	-1.73	0.442
		個別支援	77	90.68	88.56	-2.12	
2	地域・職域	地域	275	86.81	84.68	-2.13	0.004
		職域	103	89.51	88.56	-0.95	

HbA1c		n	1回目 平均値	4回目 平均値	差	有意確率	
1	プログラム	グループ支援	339	5.65	5.60	-0.04	0.369
		個別支援	68	5.43	5.35	-0.08	
2	地域・職域	地域	312	5.62	5.57	-0.05	0.734
		職域	95	5.58	5.54	-0.04	

血糖		n	1回目 平均値	4回目 平均値	差	有意確率	
1	プログラム	グループ支援	231	106.97	106.23	-0.73	0.976
		個別支援	64	102.66	102.02	-0.64	
2	地域・職域	地域	204	104.52	104.38	-0.14	0.531
		職域	91	109.41	107.42	-1.99	

中性脂肪		n	1回目 平均値	4回目 平均値	差	有意確率	
1	プログラム	グループ支援	200	143.95	152.54	8.59	0.004
		個別支援	67	180.33	141.10	-39.22	
2	地域・職域	地域	177	143.12	128.55	-14.57	0.086
		職域	90	172.67	191.21	18.54	

LDL		n	1回目 平均値	4回目 平均値	差	有意確率	
1	プログラム	グループ支援	203	132.67	133.69	1.01	0.151
		個別支援	66	138.35	144.08	5.73	
2	地域・職域	地域	175	136.54	136.38	-0.16	0.013
		職域	94	129.47	135.98	6.51	

HDL		n	1回目 平均値	4回目 平均値	差	有意確率	
1	プログラム	グループ支援	204	57.27	59.17	1.90	0.051
		個別支援	68	51.83	56.00	4.17	
2	地域・職域	地域	176	56.68	59.61	2.93	0.216
		職域	96	54.49	56.12	1.62	

SBP		n	1回目 平均値	4回目 平均値	差	有意確率	
1	プログラム	グループ支援	256	135.95	134.93	-1.02	0.833
		個別支援	65	135.32	134.74	-0.58	
2	地域・職域	地域	227	133.07	131.72	-1.35	0.426
		職域	94	142.47	142.55	0.09	

DBP		n	1回目 平均値	4回目 平均値	差	有意確率	
1	プログラム	グループ支援	256	82.11	80.98	-1.13	0.525
		個別支援	65	84.18	84.00	-0.18	
2	地域・職域	地域	227	79.97	78.31	-1.66	0.034
		職域	94	88.71	89.53	0.82	

有意確率の太字は 0.05 未満のもの

(2) 参加者に対する質問紙調査結果

参加者に対する質問紙調査結果（行動変容ステージ、認識、満足度）は、表 17 の通りであった。「今まで意識していなかった自分の生活や習慣を意識できた」「2. 自分の生活習慣が血液検査結果に反映することがわかった」「3. 自分の 1 日の食べている量が基準量よりどのくらい多いか、もしくは少ないか知ることができた」「4. 自分が健康であるために生活の活動量をどのように変えないといけないかわかった」「5. 自分が健康であるために食事をどのように変えないといけないかわかった」「6. 新しい習慣を身につけていくには時間がかかるが健康のために習慣を変えたいと思った」「7. 新しい習慣を継続するための自分なりの条件がわかった」「8. 新しい習慣を継続していく自信がある」「9. このプログラムに参加したことは有意義だった」「10. 今後もこのようなプログラムがあれば参加したい」「12. 3 食の食事時間を気にするようになった(就寝前 2 時間以内に食事をとらないなど)」「14. 体重測定をするようになった」の項目において 6~7 割が「非常にそう思う」「ややそう思う」という回答であった。「13. 間食をとらないようになった」は「該当する」が約 4 割であった。食習慣改善

は「思うが実行できない」が最も多く、飲酒習慣では「意識をしなくても適量範囲である」が飲酒している者の中では最も多く、定期的な運動習慣では「実行して6か月以上である」「時々やっている」が多かった。

参加者の質問紙調査で「非常にそう思う」を高い群、「ややそう思う」「あまりそう思わない」「全くそう思わない」を低い群とし、検査値（体重、HbA1c）の改善度を2群間で比較した（表 18・19）。体重では「1. 今まで意識していなかった自分の生活や習慣を意識できた」、「2. 自分の生活習慣が血液検査結果に反映することがわかった」「6. 新しい習慣を身につけていくには時間がかかるが健康のために習慣を変えたいと思った」「9. このプログラムに参加したことは有意義だった」「16. 食習慣改善について」の項目で有意な差が見られた。HbA1cでは、「16. 食習慣改善について」の項目で有意な差が見られた。

表 17 参加者に対する質問紙調査結果(行動変容ステージ、認識、満足度) (n=498)

		非常に そう 思う	やや そう 思う	あまり そう 思わ ない	全く そう 思わ ない	合計
1	今まで意識していなかった自分の生活や習慣を意識できた	70.9	25.7	1.8	0.4	100.0
2	自分の生活習慣が血液検査結果に反映することがわかった	78.3	19.7	0.6	0.2	100.0
3	自分の1日の食べている量が基準量よりどのくらい多いか、もしくは少ないか知ることができた	62.2	31.5	4.6	0.4	100.0
4	自分が健康であるために生活の活動量をどのように変えないといけないのかわかった	66.7	28.1	3.6	0.2	100.0
5	自分が健康であるために食事をどのように変えないといけないのかわかった	68.9	25.9	3.4	0.2	100.0
6	新しい習慣を身につけていくには時間がかかるが健康のために習慣を変えたいと思った	64.7	30.7	3.4	0.4	100.0
7	新しい習慣を継続するための自分なりの条件がわかった	45.8	46.2	4.8	0.4	100.0
8	新しい習慣を継続していく自信がある	15.1	67.3	13.3	1.8	100.0
9	このプログラムに参加したことは有意義だった	81.1	15.9	1.0	0.8	100.0
10	今後もこのようなプログラムがあれば参加したい	66.3	26.1	4.6	1.2	100.0
11	今後もこのようなプログラムがあれば誰かを誘いたい	48.6	34.7	12.2	2.2	100.0

		該当する	該当しない	合計
12	3食の食事時間を気にするようになった(就寝前2時間以内に食事をとらないなど)	63.5	36.5	100.0
13	間食をとらないようになった	39.0	61.0	100.0
14	体重測定をするようになった	69.5	30.5	100.0

		関 心 は な い	思 う が 、 実 行 で き な い	今 す ぐ に で も 実 行 し た い	時 々 や っ て い る	実 行 し て 6 ヵ 月 未 満 で あ る	実 行 し て 6 ヵ 月 以 上 で あ る	意 識 し な く も 適 量 内 で あ る	酒 を ま い 飲 ま ない	無 回 答	合 計
16	食習慣改善について	0.8	33.9	16.5	/	21.9	25.3	/	/	1.6	100.0
17	適正な飲酒習慣について	3.2	9.6	2.8	/	4.2	3.6	23.5	45.6	7.4	100.0
18	定期的な運動を行うことについて	0.2	21.7	4.8	30.3	9.8	32.9	/	/	0.2	100.0

*1: 飲酒では「1ヶ月以内に実行したい」、*2: 運動のみ、*3: 飲酒のみ

表 18 認識等の高低別の体重の変化量の差 (n=430)

体重	高い群			低い群			有意確率
	n	差	標準偏差	n	差	標準偏差	
1 今まで意識していなかった自分の生活や習慣を意識できた	219	-1.72	2.49	68	-0.82	1.83	0.006
2 自分の生活習慣が血液検査結果に反映することがわかった	236	-1.69	2.37	52	-0.71	2.28	0.007
3 自分の1日の食べている量が基準量よりどのくらい多いか、もしくは少ないか知ることができた	198	-1.63	2.50	89	-1.25	2.09	0.216
4 自分が健康であるために生活の活動量をどのように変えないといけないのかわかった	210	-1.61	2.51	76	-1.21	1.99	0.207
5 自分が健康であるために食事をどのように変えないといけないのかわかった	212	-1.53	2.41	73	-1.43	2.35	0.754
6 新しい習慣を身につけていくには時間がかかるが健康のために習慣を変えたいと思った	204	-1.74	2.50	83	-0.94	1.97	0.010
7 新しい習慣を継続するための自分なりの条件がわかった	146	-1.79	2.64	137	-1.23	2.06	0.051
8 新しい習慣を継続していく自信がある	46	-1.99	3.38	238	-1.39	2.13	0.249
9 このプログラムに参加したことは有意義だった	246	-1.70	2.43	40	-0.33	1.65	<0.001
10 今後もこのようなプログラムがあれば参加したい	202	-1.61	2.45	85	-1.26	2.21	0.255
11 今後もこのようなプログラムがあれば誰かを誘いたい	148	-1.76	2.50	137	-1.23	2.23	0.061
16 食習慣改善について	145	-2.20	2.57	134	-0.85	1.96	<0.001
17 適正な飲酒習慣について	33	-2.45	2.94	43	-1.28	2.30	0.055
18 定期的な運動を行うことについて	132	-1.91	2.48	60	-1.22	2.19	0.066

有意確率の太字は 0.05 未満のもの

表 19 認識等の高低別の HbA1c の変化量の差 (n=430)

HbA1c		高い群			低い群			有意確率
		n	差	標準偏差	n	差	標準偏差	
1	今まで意識していなかった自分の生活や習慣を意識できた	238	-0.08	0.34	77	0.00	0.24	0.056
2	自分の生活習慣が血液検査結果に反映することがわかった	262	-0.06	0.33	55	-0.05	0.27	0.744
3	自分の1日の食べている量が基準量よりどのくらい多いか、もしくは少ないか知ることができた	214	-0.05	0.33	102	-0.08	0.29	0.471
4	自分が健康であるために生活の活動量をどのように変えないといけないのかわかった	225	-0.05	0.31	90	-0.08	0.33	0.412
5	自分が健康であるために食事をどのように変えないといけないのかわかった	230	-0.06	0.31	83	-0.06	0.34	0.955
6	新しい習慣を身につけていくには時間がかかるが健康のために習慣を変えたいと思った	220	-0.08	0.35	96	-0.01	0.20	0.040
7	新しい習慣を継続するための自分なりの条件がわかった	157	-0.04	0.30	155	-0.08	0.34	0.284
8	新しい習慣を継続していく自信がある	48	-0.08	0.50	263	-0.06	0.27	0.744
9	このプログラムに参加したことは有意義だった	270	-0.07	0.33	45	-0.02	0.24	0.392
10	今後もこのようなプログラムがあれば参加したい	223	-0.08	0.35	93	-0.02	0.22	0.142
11	今後もこのようなプログラムがあれば誰かを誘いたい	163	-0.09	0.35	151	-0.03	0.28	0.102
16	食習慣改善について	156	-0.11	0.32	152	-0.02	0.31	0.011
17	適正な飲酒習慣について	37	-0.11	0.33	47	-0.05	0.46	0.494
18	定期的な運動を行うことについて	147	-0.09	0.34	63	-0.03	0.29	0.255

有意確率の太字は 0.05 未満のもの

(3) ステージの変化

行動変容ステージでは、1 回目は「関心期」がほとんどであったが、4 回目は「実行期」にその山が移っていた。Wilcoxon の符号付き順位和検定で $p < 0.01$ と有意差が見られた。行動変容ステージの変化は、「改善」がほとんどであった。プログラムを実施することは、行動変容の意識の向上や改善へつなげる 1 つの手段として有用であると考えられる。無関心期を 0～維持期を 4 とスコア化したものについて、プログラム 1 回目と 4 回目で行動変容のステージの変化を観察したところ、有意に向上していた。継続的な動機付けを促すような支援を行うことは参加者に対して行動変容をおこしやすいことが示唆された (表 20・21・22)。

表 20 行動変容ステージのプログラム 1 回目と 4 回目での構成割合

	0	1	2	3	4	%
	無関心期	関心期	準備期	実行期	維持期	
1回目 (n=346)	7.5	40.8	28.9	17.3	5.5	100.0
4回目 (n=400)	0.3	10.8	17.8	54.3	17.0	100.0

表 21 行動変容ステージの変化

n=253

進行	維持	逆戻り	%
67.6	25.7	6.7	100.0

表 22 行動変容ステージをスコア化したものの前後差

n=253

1回目	4回目	差	差の 95% 信頼区間		有意確率
			下限	上限	
1.75	2.75	1.00	0.869	1.131	<0.001

(4) 事業者によるプロセス評価結果

事業者によるプロセス評価結果を表 23 に示す。思うとの回答（「非常にそう思う」と「ややそう思う」の合計）は、グループ支援および個別支援の両者において、ほとんどの項目で 50%以上を占め、いずれにおいてもプログラムのプロセスは概ね良好であると考えられた。しかしながら、グループ支援においては、「16. 対象者個々の特性に応じた支援が実施できましたか」、「14. プログラムに参加できなかった人への配慮を考えたプログラムになっていると思いますか」について、思うとの回答が少ない結果であった。また、個別支援においては、「20. プログラムに参加できなかった人への配慮がなされていましたか」、「19. ケースカンファレンス等により、参加者一人ひとりに適切な支援が行えるように努めましたか」について、思うとの回答が非常に少ない結果であった。

次に、グループ支援と個別支援とを比較したところ、以下の項目で有意差が見られた。企画評価 (1～4) においては「2. 対象者の動機付けのための支援方法が選択されていると思いますか」「3. 対象者の行動変容を支える支援内容になっていると思いますか」「4. 対象者が行動変容への取り組みを継続できるような企画になっていると思いますか」、プログラムの評価 (5～15) においては「8. 生活習慣

改善に結びつけるために、適切な期間設定（1クール2年）であると思いますか」「9. 教材は参加者の意欲や知識、技術を高めるためのものとして適切であると思いますか」「11. 対象者が行動変容を起こすための効果的な支援プロセスとなっていると思いますか」、実践の評価（16～23）において「19. ケースカンファレンス等により、参加者一人ひとりに適切な支援が行えるように努めましたか」「20. プログラムに参加できなかった人への配慮がなされていましたか」「22. 実施期間中、プログラムの運営上の問題点、課題等についての検討を行いましたか」の項目において、グループ支援の方が有意により思う回答が多く見られた。逆に、「16. 対象者個々の特性に応じた支援が実施できましたか」の質問には、個別支援の方が有意により思う回答が多い結果であった。

全体として、プログラムはよいが、継続性や個別性という観点では更なる前進が必要であることが示唆された。また、現場で活用できる保健指導プログラムとして効果的な支援を行うためにはマンパワーの調整等も必要であり、費用対効果においても配慮する必要があることが考えられた。

表 23 事業者によるプロセス評価結果

		グループ支援 (N=16)						個別支援 (N=14)						有意確率	
		非常に 思う	やや 思う	あまり 思わない	全く 思わない	無 回答	(再 掲) 思う 計	非常に 思う	やや 思う	あまり 思わない	全く 思わない	無 回答	(再 掲) 思う 計		
企画 の 評価	1	対象者選定は適切でしたか	18.8	75.0	6.3	-	-	93.8	21.4	64.3	14.3	-	-	85.7	0.816
	2	対象者の動機付けのための支援方法が選択されていると思いますか	25.0	75.0	-	-	-	100.0	7.1	57.1	35.7	-	-	64.3	0.013
	3	対象者の行動変容を支える支援内容になっていると思いますか	25.0	75.0	-	-	-	100.0	7.1	50.0	42.9	-	-	57.1	0.007
	4	対象者が行動変容への取り組みを継続できるような企画になっていると思いますか	12.5	81.3	6.3	-	-	93.8	7.1	28.6	64.3	-	-	35.7	0.003
プログラ ムの 評価	5	プログラム実施を実施するために適切な人材、マンパワーが投入できましたか	25.0	43.8	31.3	-	-	68.8	14.3	50.0	21.4	14.3	-	64.3	0.449
	6	生活習慣改善に結びつけるために、適切な回数であると思いますか	-	50.0	43.8	6.3	-	50.0	-	50.0	42.9	7.1	-	50.0	0.981
	7	生活習慣改善に結びつけるために、適切な頻度であると思いますか	6.3	62.5	31.3	-	-	68.8	7.1	42.9	42.9	7.1	-	50.0	0.318
	8	生活習慣改善に結びつけるために、適切な期間設定(1クール2年)であると思いますか	12.5	75.0	6.3	-	6.3	87.5	-	35.7	57.1	-	7.1	35.7	0.002
	9	教材は参加者の意欲や知識、技術を高めるためのものとして適切であると思いますか	12.5	81.3	6.3	-	-	93.8	-	57.1	35.7	7.1	-	57.1	0.011
	10	HbA1cの活用は有効であると思いますか	43.8	50.0	6.3	-	-	93.8	-	-	-	-	-	-	-
	11	対象者が行動変容を起こすための効果的な支援プロセスとなっていると思いますか	6.3	93.8	-	-	-	100.0	7.1	35.7	50.0	-	7.1	42.9	0.006
	12	対象者が自分自身の生活習慣の問題を把握し、生活習慣改善への意欲・意識を持ち続けるために、グループを活用することは有効であると思いますか	75.0	25.0	-	-	-	100.0	-	-	-	-	-	-	-
	13	対象者個々の特性を生かせるようなプログラムとなっていると思いますか	-	62.5	37.5	-	-	62.5	14.3	50.0	28.6	-	7.1	64.3	0.392
	14	プログラムに参加できなかった人への配慮を考えたプログラムになっていると思いますか	-	43.8	50.0	6.3	-	43.8	7.1	28.6	35.7	14.3	14.3	35.7	0.839
	15	ポピュレーションアプローチとの連動は可能だと思いますか	25.0	68.8	6.3	-	-	93.8	14.3	42.9	28.6	7.1	7.1	57.1	0.083
実践 の 評価	16	対象者個々の特性に応じた支援が実施できましたか	6.3	31.3	62.5	-	-	37.5	21.4	57.1	7.1	7.1	7.1	78.6	0.024
	17	対象者の主体性を重視した生活習慣改善への支援ができましたか	6.3	93.8	-	-	-	100.0	14.3	71.4	14.3	-	-	85.7	0.700
	18	グループの特性を生かした集団支援ができましたか	31.3	43.8	25.0	-	-	75.0	-	-	-	-	-	-	-
	19	ケースカンファレンス等により、参加者一人ひとりに適切な支援が行えるように努めましたか	6.3	56.3	37.5	-	-	62.5	7.1	14.3	50.0	28.6	-	21.4	0.015
	20	プログラムに参加できなかった人への配慮がなされていましたか	6.3	50.0	37.5	6.3	-	56.3	7.1	7.1	50.0	21.4	14.3	14.3	0.046
	21	実施期間中、終了後に参加者の感想を聞くようにしていましたか	31.3	56.3	12.5	-	-	87.5	21.4	57.1	7.1	7.1	7.1	78.6	0.601
	22	実施期間中、プログラムの運営上の問題点、課題等についての検討を行いましたか	56.3	43.8	-	-	-	100.0	7.1	57.1	35.7	-	-	64.3	0.001
	23	対象者の取り組みの継続を視野に入れたプログラム企画及び運営ができたか	18.75	75	6.25	-	-	93.75	14.29	42.86	42.86	-	-	57.14	0.071
	24	プログラム実施にかかった費用は(検査費、通信費、教材費(食材モデルを含む)等)は、プログラムの効果に見合っていると思いますか	12.5	68.8	18.8	-	-	81.3	7.1	57.1	21.4	-	14.3	64.3	0.632
	25	プログラム実施に必要な人材、マンパワーは、プログラムの効果に見合っていると思いますか	-	75.0	25.0	-	-	75.0	-	57.1	28.6	7.1	7.1	57.1	0.385
	26	モデル事業で採用した「グループ支援モデル」は、これまで実施してきた保健指導プログラムと異なると思いますか	43.8	37.5	18.8	-	-	81.3	-	-	-	-	-	-	-

注. 単位は%。「思う計(再掲)」は、「非常に思う」と「やや思う」の計。質問10、12、18、26は、個別支援では聞いていない。有意確率は、グループ支援と個別支援のWilcoxonの順位と検定による。太字は0.05未満のもの。

6. 考察

1) 生活習慣病予防活動支援プログラムの課題の整理について

(1) アウトカム評価について

前項でも述べたように、グループ支援モデル、個別支援の双方で、体重、腹囲、HbA1c等の殆どの検査値について、約6割の対象者に改善が見られた。アウトカム評価と言う点においては一定の効果は確認できた。しかし、生活習慣を変えるということが非常に難しいことであり、そのためには継続的な支援が必要であることは前述したとおりである。したがって、本モデル事業での活動を開始して1年足らずの現時点ではまだアウトカム評価を実施する時期ではないと考え、ここでの評価は中間評価と位置づけたい。

(2) 保健師から見たプログラム評価

本モデル事業において、事業者はグループ支援モデルと個別支援を並行して実施した。この実践を通して、事業者から事前打合せや事後カンファレンスの場で語られたこと、事業報告書の考察として記載されたこと等をもとに、それぞれの方法で「効果的だと感じたこと」「課題だと感じたこと」を整理した。

グループ支援モデルの有効性として「参加者の動機付けとしての効果」「コントロールの指標としての血液検査(HbA1c)活用」「参加者が分かるという点に配慮した媒体の作成」「生活改善の取組みを確認するのに適していた頻度」「定期的な支援の場の継続」「参加率向上や脱落率低下」などが上げられた。特に、「食への支援」については、これまでの発想とは全く異なる方法で、自分でできるのは困難だとあきらめていた男性参加者にも効果が見られたことに多くの事業者が有効性を確認していた。一方、課題として「参加者個々の状況を把握するのが困難」「開始の初期はもう少し密な関わりが必要」「話すだけの教室に満足しない対象者がいる」などが上げられた。また、質問紙調査から読み取れるように、グループのファシリテート方法など実践技術としての難しさやマンパワーの確保などの費用対効果における課題も挙げられている。

個別支援では、「標準的な質問票などで対象者の状況を把握しやすい」「個別性に応じた支援が出来る」「具体的な目標設定が動機付けにつながる」「学習教材集は有効活用できた」等において効果的であると感じていた。課題としては、「支援形態やポイントに縛られる」「e-mailや電話は効果的な支援につながりにくい」「各支援の設定時間が短い」等、個別に応じた効果的な支援が実施しにくいと受け止めていた。支援者としても、個別支援では対象者との一対一の関係の中で、閉塞感や息詰まりを感じている様子が伺えた。

2つのモデルの実践の比較および分析検討から、「繰り返し動機付けられることの重要性」「参加者にとって分かりやすいということ」「参加者の反応を確認しながら支援すること」を重要なこととして確認し、この点においてグループ支援の有効性を感じている。さらに、支援レターや関わりの方針により、参加率の向上や脱落率の低下を実現できることも実感としてつかんでいた。一方、個別支援については、個別性に応じた対応が実施しやすいことや標準的な質問表などにより確実にアセスメントしながら進めていけることを効果として上げながらも、多くの事業者が確定版プログラムで設定された枠組みに

対して抵抗感を感じていた。その一方で、困難さを感じつつも、保健指導が受けやすい環境づくりのために組織に働きかけたり、支援内容や対象者の生活状況に応じて支援形態をフレキシブルに組み合わせたりするなど、実施率の向上や実施しやすい環境への取り組みを行っていた。また、多くの事業者が双方の実践を比較しながら、対象者の特性に合わせて、個別支援、グループ支援を適宜組み合わせる工夫の必要性を改めて確認していた。

特定保健指導の実施においては、糖尿病等の生活習慣病予備群を対象とするため、対象者の生活を基盤とし、対象者が自らの生活習慣における課題に気づき、健康的な行動変容の方向性を自らが導き出せるように支援することが求められている。そのための最低限の質を担保するための枠組みが「標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」であると言えよう。したがって、保健指導に携わる専門職としては、枠組みに縛られて必要な支援が実施できないのは本末転倒である。本モデル事業の実践で、グループ支援モデルと個別支援による支援のあり方を、自分たちなりに比較しつつ、何が有効で何が課題かを意識しながら進めてきた経験を生かし、今後の特定保健指導実践においても、支援方法のバリエーションを持ち、対象者の反応や状況に応じて、フレキシブルに保健指導を組み立てることが求められる。また、対象者が生活のコントロールを獲得するためには、6ヶ月と言う枠に固執しない継続した支援の場が必要であることも参加者の反応や保健師の手ごたえの中から示唆された。このことについては、特定保健指導の実施要件への提言として発信したい。

今後の課題としては、グループ支援、個別支援に関わらず、支援者の指導技術が重要であり、保健指導実施者のスキルアップへの支援が必要であること、グループ支援モデルの費用対効果、等が課題として明らかになった。プログラムの精錬とともに、これらの課題を踏まえて、効果的な特定保健指導の実践に向けて検討を進めていきたい。

2) 生活習慣病予防活動支援プログラムの普及について

効果的な実践方法を単に研修会として講義するだけでは実質的な普及は難しいと認識しており、今年度の取り組みのように、実践を通して学んでいくことが望ましいと考えている。今年度のモデル事業では全国16事業者に、効果的な保健指導方法の一つとして、本会で開発したグループ支援モデルによる保健指導を実践してもらった。その結果、前述したように課題は残しているが、多くの事業者が効果という点で手ごたえを実感しており、平成20年度から始まる特定保健指導にも盛り込んでいきたいとの感想を得ている。

本会では、今年度の実績を踏まえて、来年度も同様の支援形態による保健指導のコンサルテーションを計画しており、今年度事業者の中で参加の継続を希望するものに加え、新規事業者を公募し事業を展開していく計画である。また、今年度のモデル事業者を含む様々な領域で保健指導を実施している保健師にも広く呼びかけ、保健指導の事例分析を通じた保健指導考える集会（保健指導ミーティング）の開催を検討している。これらの事業を通して効果的なプログラムの普及につなげたい。

3) 保健指導に関わる保健師の力量形成について

このモデル事業を実施して保健師は、これまでの支援のあり方や保健指導について振

り返り、意識していなかった住民に対する認識や支援の仕方に気づき、再確認をしていた。住民と共にエンパワーメントのプロセスを歩んでいたといえる。

住民と一緒に考えていく活動をとおしてこれまでの自分のかかわりが指導型の支援であったことに気づき、住民自身が課題に気づくことの重要性を再認識していた。また、自分自身の面接技術に直面し、技術の大切さを実感していた。住民の話をじっくり聞くことを通して、改めて生活実態を知り生活習慣の改善の難しさを認識していた。専門職として取り組む課題に対して理解を深めることができたと考える。今後、住民にとって支援となる関りを考えていく上で、重要な気づきであったと考える。

モデル事業を通して、保健師は、これまで気づけなかった住民の力を感じ取り、住民に対する認識を新たに実感した。住民は支援の対象であるが、対象者の理解を深めることは、新しい関係性を築いていく上で非常に重要といえる。

今回、「聴く」というかかわりや「対話」の体験から、地域の実態や住民の生活実態について新たな発見をし、そのことが保健師自身の動機づけとなっていた。保健師が活動を推し進める原動力となっており、実態把握や課題に対する深い理解の重要性を実感したものとする。

モデル事業に取り組むことが、住民だけではなく習慣化した保健師の活動のあり方を改めて意識化し、課題への気づき促すものとなった。すなわち、本モデル事業は、参加者だけでなく活動を運営する事業者も、コンサルテーションを行う支援チームも、相互交流の中でお互いの気づきを促し、ともに認識を発展させていく活動であったと捉えられる。

今年度のモデル事業においては、保健師の力量形成についての明確な枠組みをもっての評価には至らなかったが、以上に述べた今回の実践を通して保健師が感じた気づきや学びの視点を整理し、今後の課題として、保健指導実施者としての保健師の力量形成について検討していきたい。

保健師から見たプログラムの有効性と課題

表 24 グループ支援モデルによる保健指導

効果的だと思ったこと	
参加者が自分のことを振り返ったり、自分の問題に気づいたりすることを狙ったグループトーク	<ul style="list-style-type: none"> 小集団で「聴く」「話す」体験は有意義であった 他の参加者の話を聞くことで、他者と比較して自分のことを考えたり、共感したり、気がついていなかったことに気づき、個別指導よりも効果的に問題に気づくことができる 参加者同士で生活の問題の指摘や対比をしたり、検査値や事例などの有効な指標や媒体を用いたりすることが、自分の置かれた状況を認識することにつながる
自分の身体の状態を確認する客観的な指標として、血液検査(HbA1c)が有効	<ul style="list-style-type: none"> HbA1cの変化と、前回の教室からの生活の変化を連動して見るのが効果的 正常範囲の中でも生活が反映されて変動することがわかり、より早い段階から生活習慣を意識し生活習慣病を予防できる 参加者にとって継続していく励みとなる
参加者が分かるという点に配慮した媒体の使用	<ul style="list-style-type: none"> グラフを見て、その時の生活状況を思い出し、上がった、下がった、下がっている原因を振り返りながら、自然に生活の実態を反省したり、ちょうど正月前だったこともあり食べ過ぎないようにしようと、生活と関連付けて今後の行動目標を話し始めたりすることが驚きだった メタボリックの氷山の絵は、他の人と○のつき方を比べるだけで、自分の実態に気づくことが想像以上にできた
生活改善の取組みを確認するのに適した3ヶ月に1回という頻度	<ul style="list-style-type: none"> 「長すぎてモチベーションが下がり、出席率も低下するのではないかと危惧したが、実施してみて、参加者が生活習慣改善の取組みをするためには、適切な期間であることがわかった 3ヶ月に1回参加することで「頑張ろうという気持ち」を持ち続けられた
対象者全員に送る支援レター	<ul style="list-style-type: none"> 対象者へ毎回通知を行ったことで、参加できなくても生活を改める、参加者数が徐々に増える、最後までグループトークができる人数を維持することができるなどの効果があった 教室の内容を発信することで、生活習慣を改善する人を増やせることがわかった。教室の中でのみんなの反応を伝えることでより身近なものとしてとらえたと思われた
これまでの教室より高い参加率、低い脱落率	<ul style="list-style-type: none"> 仕事を持つ人や介護をしている人が約6割を占め、男性が従来の事業と違い、4割と多くを占めた。また、出席回数が3~4回という人が9割を占め、出席率が高かった 参加者数を維持することができた。
参加者の取組みの継続につながる	<ul style="list-style-type: none"> 1年間の計画で行ったが、参加者からは「もっと続けてほしい」「これで終わると張り合いがなくなる」など継続を望む声が多く聞かれた
参加者が納得しながら習慣化をつかんでいける	<ul style="list-style-type: none"> 参加者は、検査値とそれまでの生活習慣を繰り返し照らし合わせてみることで、結果がでなければ違う行動を試し、自分に合う方法や、思い込みを修正している。4回目位になると、検査値が生活習慣の振り返りに活用できはじめる。体験して納得すれば次の行動へも移りやすい。何度か繰り返せることで、習慣化しやすい。
参加者にとって分かりやすい食への支援が	<ul style="list-style-type: none"> 「○ひとつ」という表現が、参加者にとってわかりやすいもの(取り入れやすいもの)だった 生の食材や実物に近い写真カードなど、より具体的で、視覚に訴え、記憶に残るような媒体を作っていくことで、参加者の関心も高まった 参加者はすべて男性であり、自分で料理をする立場にはない方がほとんどであったが、食材の書き出しから○付けまでひとりですることができるようになり、研修で得た知識を実際の食事に応用する力まで獲得できるようになったことは、参加者にとっても驚き 毎日の生活の中で、特別な支援者(専門家)がいなくても、参加者自身で自分の食事量を意識、把握する力がつく
事例を見て話し合うことが動機付けとして効果的	<ul style="list-style-type: none"> 「プロセスをみる」は漠然と糖尿病は怖い病気と感じていたことを、実際の事例の経過と比較することによって、自分は現在どの位置にあり、今後の生活によってはいろいろな合併症が起こってくる可能性があることを認識するために必要なプログラムである 事例では、自分のこれまでの生活の積み重ねがどのように身体の変化に影響して来ているのか、このままの生活を続けていたらどうなるのか、今の自分の状態はどうなのかが見えやすく将来の予測がしやすいため、これまでの生活を変えなければと思う動機づけには有効である
課題だと思ったこと	
話すだけの教室に満足しない参加者があった	<ul style="list-style-type: none"> 中断者については、「指導を受ける」という従来の教室とは違った、「自分のことを話す、他人の話を聞くこと」への戸惑いがあった
参加者個々の状況を把握するのは困難だった	<ul style="list-style-type: none"> 全スタッフが、各参加者の行動変容ステージや感想を把握することは不可能であった
開始の初期はもう少し密な関わりが必要	<ul style="list-style-type: none"> 開始6ヶ月は3ヶ月よりさらに短い間隔での関わりが必要

表 25 個別支援中心の保健指導

効果的だと思ったこと	
対象者の状況を把握しやすい	<ul style="list-style-type: none"> 標準的な質問票など、聞き取りの基準となるものがあり、対象者の生活スタイルや健康観を把握した上で支援できるのは効果的である
個別性に応じた支援を実施しやすい	<ul style="list-style-type: none"> 個別支援は、集団を好まない方や時間帯が合わない方について随時個人に合わせた時間帯に支援ができる点は良い 個別に計画立てができるので「食」についての細かい支援を行うことで生活習慣の改善がみられた
具体的な目標設定が動機づけに効果的	<ul style="list-style-type: none"> 数値目標の設定や具体的な行動計画の作成、毎日の体重や行動記録表の記入などにより、動機づけにつながる
教材集は有効活用できる	<ul style="list-style-type: none"> 保健指導における学習教材集を使用し知識を深め、今までの生活習慣の振り返りを行った
課題だと思ったこと	
支援形態やポイントに縛られて個別性に応じた支援を実施しにくい	<ul style="list-style-type: none"> 含めるべき支援形態(支援 A、B)を意識しなければならず、保健師の自由裁量での個人個人にあった保健指導を実施しにくい どうしてもポイント数に縛られてしまう。
e-mail や電話は効果的な支援につながりにくい	<ul style="list-style-type: none"> 地域では、メールもファックスも利用できない対象者が多い。 健診結果も気にかけていない人にメール程度の支援でよいのか、保健師として確信が持てない 一問一答のやりとりになりがち。住民の中には苦手と感じる人もいるのではないかと 電話での支援では、対象者の反応がつかみづらい。一方的な投げかけになりがち 電話で 20 分の評価は、相手の反応も見えず困難さを感じた 仕事の都合で電話での支援が困難。しかし、メールでは状況確認しかできず相手の反応への即時フォローがしづらい
各支援の設定時間が短く十分な支援をしにくい	<ul style="list-style-type: none"> 20 分の初回面接では、動機付けまで至らないこともあった 中間評価で 20 分の訪問を実施したが、腹囲測定だけで半分経過。ポイントしか抑えられない 生活の実態知るためには 20 分の面接では困難。1 時間くらい必要とした
腹囲の自己測定は難しい	<ul style="list-style-type: none"> 個人測定の体重や腹囲の計測値にばらつきがある 腹囲の測定は対象者個人では難しい
一対一のやり取りは閉塞的になりやすい	<ul style="list-style-type: none"> 一問一答のやりとりになりがち。住民の中には苦手と感じる人もいるのではないかと 支援者の力量の差が顕著に現れる 個別では気づきを促すのが難しい
継続的な支援につながりにくい	<ul style="list-style-type: none"> 検査結果が良くなったら終了しがちになるため、スタッフが意識しておくことが必要。

表 26 保健師の気づき

<これまでの指導のあり方の振り返り>	
指導者主導の知識提供の支援だった	個人個人の生活に沿った住民主体の支援が必要であるにも関わらず、指導者主体の知識提供にとどまっていたことに気付いた
聴くという支援の有効性	今回、モデル事業を実施して、スタッフとしては従来の保健指導(指導する人、される人)と違った、「聴く事を重視したグループワークでの支援法を学習する事ができた。
指導型の支援だった	これまで、保健師はこんなに聴くことに徹した訪問をしてきたか、指導しなければならぬという意識が先行していなかったかを考えさせられた。
話す行為の有効性の気づき	動機づけから行動化するのに「話す」という行為が効果的であることを実感した。
住民自身の気づきの重要性	参加者からも「自分自身で気付くことが重要である」という声が聞かれ、生活習慣を改善するための動機づけには参加者自身の気づきが必要不可欠であると感じた
共通の目標を掲げた住民と支援者の関係性の効果	測定値や検査値、食事量について受講者自身が評価するため、指導者と指導される者というような関係でなく、同じ目的に向かって知恵を出し合う仲間のような関係に近く、改善が見られなくても気軽にスタッフと話しができて、スタッフとしても支援を継続しやすくなったと感じた。
<個人の面接技術についての気づき>	
個人の面接技術が結果を左右する	・個別支援では、スタッフの力量が表面化 ・担当者の相性が影響し、改善が見られないと双方の負担になる ・完全に非まで支援する体制を個別指導だけで行うのは時間的にも担当者確保からみても検討がある ・対象者が実践レベルになった時に、個別支援の限界を感じたり、「1対1という近い距離感の中で、納得が不十分、理解しにくいけれどもイエスの対応をしよう」という落とし穴を感じる場面もあった
教材の学習が必要	・個別支援の教材は、対象者に適したものをタイミングよく活用するために、あらかじめ、スタッフのトレーニングは必要であると考えられた。
<生活習慣改善の難しさや支援の重要性の認識>	
生活習慣化することが難しいことが理解できた	・意識を持ち続けることが難しく、気の緩みなどから数値が悪化する人が多くみられ、初回の気付きを実行していくことは難しい様子が伺えた
知識だけでは生活改善は難しい	・参加者の多くは、正しい知識が理解できており、こうすべきだということもわかっているが、それをどのように獲得していくか、が難しい。
自覚症状がない生活習慣の改善の難しさを実感	・糖尿病という長い経過を知り、自覚症状がない状況で生活を変えていくことの難しさを訪問事例より体験
習慣化には継続的な支援の場が必要	・気付きが習慣として定着するためには、試行錯誤しながら自分なりの改善方法を見いだしていくことが出来る今回のような活動の場が長期的に必要であると思われる。
	・改善した生活習慣を継続するには、定期的な確認(検査)は有効であり、今後もこのプログラムの形を継続できることが望ましい
	・生活習慣の確認と修正のための継続の場を提供し、習慣として定着できるよう援助していくことが今後の課題
<聴くというかわりの意義>	
話を聴こうとすることで住民の反応が異なる	・教室を開始するに当たって行った11例の糖尿病患者の訪問を通して、こちらが患者の方の気持ちを受け止めようという姿勢でじっくりと話を聴くと、生き生きと自分のことを話し、自ら糖尿病になるに至った生活を振り返り、今後どのように生活していきたいか前向きな話をしてくれることを実感した。
話を聴こうとすることで住民の実態がより理解できた	・モデル事業の事前訪問では、ただひたすら聴くという姿勢でのぞみ、住民の方に「これまでの生活の変化や身体の変化」、「そのときどう思っていたか」などこれまでの経過を聴かせていただくことで、保健師として住民の方の実態を知ることができた予防できていなかった住民の経過や実態を知ることができたことは意義があった。 ・私たちの町には島内に病院が一通りしかなく、透析等糖尿病が重症化した場合は島外の専門病院での治療が必要となる方が多いため、糖尿病の怖さを身近に感じる事ができない現状、子育てや農業による農繁期の多忙な生活や不規則な生活が優先され、自己管理できないまま重症化しているケースが多く、また、食べない力仕事ができないとの思いから無意識に過剰摂取となっていること、農業での活動が十分な運動量と認識していること、住民の現状を知ることができた
保健師にとっての動機付けになった	・事前準備として訪問を行い、糖尿病の経過の実態を知り、そのプロセスを知ることによってスタッフ自身がどう支援すべきかの動機付けになった。
<住民の力の認識>	
住民が話すのか、知識を提供しなくて大丈夫か、自分のデータを人に見せて話すのか	当初は果たしてグループワークでどれだけのことを話してくれるのか、知識を得たいと思って参加する住民がこのやり方で満足するのか、自分のデータをみんなに見せながら話をしていくなんて抵抗があるのではないかと、不安でいっぱいだったが、始まってみると、何の躊躇もなく自分のことを話してくれることに認識を新たにした。
簡単に答えを求めようとする傾向をもつ住民がいる	住民側の性質として「教えて欲しい」「指摘して欲しい」という要望が強いように感じたが、自分自身で気付くことができなければ、周囲からの指摘や促しだけでは行動変容にはつながらない
住民のできる力を実感	・20年来、変化しなかった体重や血糖値を改善し、皆に影響を与えていた人や「気づきがあると自ら目標を設定し、実行していく」姿を目の当たりにし、住民の力を感じることができた。 ・住民が自ら気づき自分で選択するという、考える力、選択する力、行動する力という住民の力に気づかされ、住民の力を育てるプログラムであった
<実務的な面で遭遇する困難>	
ファシリテーターの難しさ	・全体進行とファシリテーターという役割を持ったが、それぞれに専門職としての力量を求められ、全体進行はプログラムの方向性を伝え目的に応じた投げかけがポイントであり、ファシリテーターはグループ内の呼び水としての投げかけ、目的に沿った修正、必要に応じて情報を整理し、グループ内での参加者相互の関わりを支援するという力量が必要であると考えた
プログラムの組み立ての難しさ	・「コントロールをみる」は、どのようにプログラムを組み立てたらよいか一番悩み、検査値のグラフを準備するだけで、グループワークが成り立つのか不安だったが、想像に反してよく話してくれ、予定時間が足りないほどだったのは意外だった。
個別と集団の柔軟な活用の難しさ	・個別支援、グループ支援双方を実施したが、支援方法はどちらでもよく住民が選択できるシステムをつくっていかなければならない ・ファシリテーターとして小集団に関わる時に、個々の状況把握が十分にできなかったという反省点も残る。
<スタッフのエンパワーメント>	
スタッフミーティングにより、自分自身を客観視し、再確認する場が大切	・毎回スタッフ間での事前・事後ミーティングを持ち、住民と同様に専門職の思いこみを修正したり、自分たちの思いや疑問点を言葉に出すことで再確認したり気づけるスキルアップの場が必要である。 ・スタッフ間の共通認識を図ることで、参加者に伝えたいことが明確化された。参加者の実態やニーズが確認でき、適切な内容に修正できた ・従事して悩みながら、これまでの教室の取り組みを振り返り、話し合うことで、スタッフ一人ひとりがエンパワーメントされた事業であった

7. 委員からの示唆

1) 保健指導モデルの意義を考える

保健・医療の活動において「科学的根拠」が重視されている。本報告書では、活動の節目として2つの保健指導モデルの成果と課題をまとめてみた。

医療においては特定の疾患や病態をターゲットにすることから、介入と結果はわかりやすいが、生活習慣の変容を促していく保健指導では、検査結果で異常が確認できても問題の所在はつかみにくい。生活の在り様は多様であり、当の本人もいちいち意識していない。個人的な生活への介入はおせっかいでもあり、誰しも面倒くさいことはやりたくない。住民との関係づくり、問題の把握、目標設定、介入方法、評価方法などいろいろ考えると、どうすればよいのか混乱してしまいそうである。

モデルのよい点は、理屈はともかく型に合わせて実施できることである。今回の2つのプログラムを実施した結果、両者に一定の成果が得られた。多くのデータが改善し、参加者の反応に手ごたえを感じた場面も多かったのではないだろうか。支援の関わりで何が起こり、参加者が何を獲得しているのか考えてみた。

今回の個別と小集団の活動では、いずれも当事者自身が自分の身体状況を把握し、生活習慣を改善していくことができるようになることを支援した。個別支援モデルでは、1対1の関わりの中で一緒にテラーメイドの改善方法を考えていき、グループ支援モデルにおいては、支援者と参加者、参加者同士の複雑な相互作用の中でそれぞれの参加者が改善方法を見つけ出していた。参加者と支援者が対話を通して現状と問題に気づき、自分でコントロールしていくエンパワーメントの過程が展開されたと考える。特にグループ支援においては、家庭訪問や事例の紹介、グループトーク、食事量の把握方法の学習などによって、「傾聴、対話、行動」のエンパワーメントの重要な過程が展開していくしかけが意図的に組み込まれていた。専門家が正しいと考える「知識の提供」や「行動の指示」ではない住民の気づきと習慣化を促すための働きかけであったと考える。

また、単なる「知識提供」では行動変容しにくいことは周知のとおりである。参加者が獲得しているものは、「臨床の知」といえるのではないだろうか。多様な生活場面で自分なりに判断しその都度行動を選択していくには、経験の積み重ねから得られるものが重要と考える。参加者は継続的な支援をとおして参加者は、いつでもどこでも誰でも同じ結果が得られる「科学の知」を得るだけでなく、自分自身の検査結果と生活を振り返り、他者と対話し、行動することを繰り返し体験している。グループ支援モデルにおける事例や検査結果の話し合いや食事量の把握方法の学習などは、生活体験を経験として積み上げていくプログラムであったと考える。

モデル事業をとおして保健師は、その人固有の様々な意味がある生活習慣に真っ向から取り組んでいた。自分自身を振り返ってみると、当たり前だったことが違って感じられたこともあったのではないだろうか。住民に対する先入観や支援に対する考え方、支援の仕方など意識していなかったことに気づかされた人も多いと思う。モデルは、型どおりに実施すれば一定の成果はあるが、保健師としての力を高めていくためには、自分自身が意識化したことの積み重ねが大切である。そうすることによって、住民の反応をキャッチし、適切な関わり方を選択していくことができるようになると思う。しかし、

経験の積み重ねがどのように力量形成につながるのかは明らかではない。保健師は生活習慣病予防の支援における「実践の知」を獲得していく過程にあるといえるが、今後もこのような体験の継続が重要であると考ええる。

(山下委員)

2) プログラムの有効性について

ふたつのモデルの有効性と課題について述べる。

生活習慣病の支援方法は当然ひとつではなく、グループ支援や個別支援は、集団や個人の特性によって選択されるべきである。有効性は実践を重ねながらさらに検証していく過程で明確になってくると思われる。

<グループ支援モデル>

- ・ 支援者が地域の実情をよく知っている強みがあり、地域の特性をいかし実態に即した指導が出来る。
- ・ 活動を通して、地域の機能や資源開発につながる可能性があり、地域住民とともに地域の健康を作っていくというヘルスプロモーション活動になり、しかも継続性が期待できる。
- ・ グループワーク手法は、食という一番難しい問題に対して「人のふりみて我がふりなおす」きっかけづくりとなり、行動変容に向けた自然なアプローチといえる。
- ・ 地域住民の方にとっては、カロリーやSVではなく、「〇がいくつ」という概算カウント式は理解しやすく有効な学習（支援）方法と考える。また、IT 機器を使いこなせない対象者も多いので、集団学習方式は有効と考える。
- ・ 勤労者（自営業者および大規模健保や事業所所属でない場合）の受講を促すためには、夕方や休日開催を企画するとより推奨できるのではないか。この事業への参加を通じて、勤労者が地域とつながるメリットがあると思われる。

<個別支援モデル>

- ・ 効果的な支援を行うための工夫と高い保健指導技術(カウンセリングやコーチング等)が必要である。
- ・ 対象者の選定から支援の導入には、家庭訪問で成功しているケースが多い。時間がかかり効率面での課題があるため、地域での運用には、具体的な進め方を検討する必要はある。
- ・ 初回面接では、対象者が面接の意義をきちんと理解していないとなかなか次の段階へ進めない。被扶養者向けの別のモデル事業の例では、メタボ以外の相談内容が大半であった。指導内容をメタボに特化させるためには、健診結果通知から面接予約の際に相談の趣旨を伝えるなど、事前のインフォメーションが鍵となる。
- ・ 住民の理解力や準備状態等が異なるため、初回面接の進め方もいろいろなスキルが必要となり難しい。関係性の構築が出来ているかも大きな要因となる。地域住民へのアプローチと職域の場合では、産業保健スタッフの有無や日ごろの関与などによっても違いが生じるのではないだろうか。特徴にあわせた活動を検討すべきであろう。
- ・ 問診表のチェック、健診結果の理解、行動目標の設定、具体的改善計画などを 20 分

の面談で行うことは困難であるという結果であった。十分な準備と指導時間が必要と想定される。

- ・ 確定版に示す標準的な問診表では、健康リスクや状態像は浮かび上がるが、行動変容のステージの把握が不十分である。段階に応じた支援をするために、保健師としてのスキルを活用し、さらに質問しながら確認する必要がある。
- ・ 国から提供された学習教材は使いやすい。相談効果をあげるためには、何を使用したらいいかの事前準備が特に重要である。

(齋藤委員)

グループ支援モデルについて、3つの特記すべき点が挙げられる。

①事例の示し方が動機付けに優れている。

身近に実在する事例を提示するので、保健師が紹介する際に切実に訴えかけることができる。また、3例示すのでその中に、参加者は、自分自身や知人等に引き寄せてイメージしやすい。

②食事指導の方法に工夫がある。

生活者の感覚で素材を覚えてもらうのは、生活指導全般に通ずる本来のあるべき発想だといえる。食事量を把握する方法を覚えてもらうためのトレーニングがポイントの一つと考える。

③支援期間・間隔について研究が必要である。

健診から初回指導を開始するまでに時間がかかりすぎるケースや初回から次回までの間隔が3ヶ月では空き過ぎるケースがいるのではないか。今後事例を重ね、効果的な指導期間や間隔について研究が必要である。

(西内委員)

3) モデル事業の展開について

ゼンマイ仕掛けの「協会版特定保健指導」

この事業の特徴は、ツールがしっかり整っていると同時に、ツールの中に様々な仕掛けがある。第1回から4回までのプロセスは、表に書かれた通りであるが、そのツールを通し、住民も保健師も共に体験する仕組みがある。

4つのプログラムを通し、住民が自らの課題を自らが主体となって判断し考えるようにしかけられている。さらに、個人では考えるのではなく、グループで話し合うことで、他人の生活と自分の生活を比べ、その違いに自ら気付く。また、話し合うことで仲間意識の醸成も仕組まれ、参加者からの口コミによる参加者の増加をねらっている。

住民だけでなく、保健師のたどるプロセスもツールとしてしっかり仕組まれている。まず、第1回目を実施するまで、住民の何人かを家庭訪問し、その方が生活習慣病に至る背景を経年的に聞き取ってくる。(保健師が指導する→聴くことへの転換) 第2回目や3回目を開催するにあたり、スタッフだけでなく、住民の参加も得た拡大スタッフ会議を行う。(保健師が企画する→住民が企画するへの転換) また、3回目の「○」の表示は地域の状況に応じた資料を用意する。(画一的な方法→地域の実情に応じた方法への転換)

換) このように、保健師にも多くのツールが準備されている。

その「しくみ」は、これまで保健師が保健指導においてあたり前に行っていたこととは、まったく逆のを行うという発想の転換がある。プログラム開始前の個別訪問での聞き取りに始まり、実践のプロセス全般において、知識を「与える」とか、相手に「問題意識を持たせる」といった、一方向でよいという保健師の意識を変革させ、住民の気持ちや生活に耳を傾け、住民と「共に」とか、「住民の立場」でとか「住民本位」という、言葉ではわかりきったことを、保健師は体験として実感する「しくみ」があると推察される。(保健師自らの体験の必要性)

教育とは双方向であり、住民の変化を狙う裏側には、同時に保健師の変化を狙う目的があると感じた。保健師の変化を促すことはさらに難しい。中間評価相談会のグループ討議の中で、「個別健康教育と違って保健師の満足感がない」と、住民はとても活発で元気になっているが、保健師の多くは達成感が得られず戸惑いを感じていた。しかし、最終報告段階では、住民の変化に加え保健師の気づきが多くあるように感じた。具体的には、「保健師は指導した」から、「住民に教えて貰った」という表現に変わっていたことである。これは、松下拓氏が「健康学習とその展開」において、一方的な指導ではなく住民と「共に」ということが、保健師の実践として位置づかないのは、保健師の意識や姿勢の問題であり、保健師自身が変革しなければならないと述べていることに繋がる。保健師も住民も共に実践してみても初めて、変革が得られるしかけである。

しかし、このプログラムは、住民の変化と保健師の変化の二つだけを狙っただけの単純なものであろうか？そうではなく、住民の変化においても、参加した住民が、またその周囲の人に働きかけ、途中からの参加も良しとして、参加者を募り、増加させている。また、参加修了者が集い、自主グループへの発展も狙うなど、地域住民への拡がりも意識している。方法論から言えば、特定保健指導といった分断された方法ではなく、動機付け支援や地域のポピュレーションアプローチとの連動も視野に入れているのではないかと推察してしまう。例えば、時計の中を覗いた時に、一つの歯車を動かすことで次の歯車に動きが移り、次から次への動くことによって全体がまわる。そのような「しくみ」に思えてならない。

評価委員となった私自身も、どこか端の方で実は動かされていて「県の立場で何か動きをとりなさいよ」それぞれの立場でこの事業を通じ、出来ることは？と、問われているような仕組みがあるのではないかと憶測さえしてしまう。歯車の最初の動きが、住民と保健師の実践という体験であり、そこのぜんまいを動かすことによって、地域や「しくみ」を大きく動かしていこうという知恵が凝縮されたプログラムと期待している。

(東委員)

4) プログラム評価の考え方について

常日頃から評価に対して感じている点について言及する。

とにかく、①どのような評価ができるかは最初に決まる。②評価は自分たちのために行うの2点である。(評価は目的、目標の持ち方次第。目標がしっかり書かれ、それに合った指標が設定できていないと評価はできない。)目的、方法論を絞った事業の場合、計画書を見ると大体どのような結果が得られそうか予測が付くことが多い。的の絞れた

目的と具体的な（そのねらいが指標で読み取れるような）目標設定がなされていないと評価は難しい。想定外の効果を得られることもあるが、そもそも何をしようとしていたかがはっきりして初めて想定外とわかるのであって、どちらもあいまいなまま動いていることが多い。この弊害は、次のステップであるなぜそれが可能だったのか、どうしたので良かったのかなどを明らかにする際に、また同じように手探りになることである。それは、評価の主体である自分たちにとっても、「何だか良くわからないけれど・・・、〇〇さんだから・・・うまくいったのよね」という結果に終わり、継承できないもったいないことになる。

1つの事例としてではなく、1つのモデル（お手本）として整理するためには、評価そのものをデザインすることが必要である。次へつなげるための成功・失敗要因を探り情報、根拠を計画的に積み上げていく設計図がないと、得られた結果に徒労感はあるも満足いくものではなく普遍化できないことも多い。

グループ支援モデルは、具体的な方法論と普及のためのセッティングまでもう一步のところまで来ていると思う。評価デザインを再構築して、根拠を積み上げられるように、データ量にも限界があるので、評価手法に通じた方と現場の事業展開を熟知した方などで、再設計の議論が肝要になると思われる。

それらの議論中では、参加者個人の効果と、事業の効果、それぞれの発展（エンパワメント含め）プロセスなどの組み合わせ、何を以てどのよう取っていくのかと、それらに必要な期間も明らかにする（例えば今回使用したプロセス評価の質問票は、望んだものが得られたのか、統計的にはどうであったか等を省みて、メンテナンス後次年度のパイロット事業で再チェックする等）こともモデル化推進につながると思われる。

また、目的・目標の設定と評価の関係、設定方法などの考え方を現場に提供することも有効で求められる事業となる。事業企画と評価を研修だけでなくモデル事業という実践の中で体験できるということは、今の時代を渡る手形のようなものになる。改めてそこに焦点を当てたレクチャー、コンサル機能が必要である。

来年度以降の協会モデルはまさにそれに対応したものに当たるのか、実践を通した評価の方法論のモデル化と事業提供に期待したい。

（三好委員）

5) グループ支援モデル実践者からの示唆

模索的にグループ支援モデルを用いた取り組みを実施してから8年になる。この事業を通して私が学んだことは、保健指導における保健師の役割は、動機付けの機会をどれだけ住民に提供できるかということである。

この手法に出会うまでは、保健指導における保健師の役割は、住民に知識を与えることだと思っていた。新しくて正確な情報をどれだけもっているか、そしてそれをいかに住民に伝えることができるか、それが保健師の役割だと思い、知識をたくさんもっていることが力量だと思っていた。しかし、これだけメディアが発達し、情報が散在している現在、本人が欲しい情報はいくらでも簡単に得ることができる。知識はあるのに、糖尿病・生活習慣病が減らない、むしろ増え続けているのは何故か。それはやはり生活を変えることの難しさであり、生活習慣病に自覚症状がないからであろう。分かっている

けどできない。まさに動機付けが弱いからである。

動機付けは人それぞれである。しかし、このプログラムでいう「自分の生活の実態を知る」ということは、おそらく多くの人の動機付けになりうる。自分が1日にどれだけ食べているのか知る。そして、自分が1日に食べてよい量と比べ、自分自身で気づくのである。自分が何に気をつけなければいけないのか見えてくる。そして自分が気をつけた成果を3ヵ月後血液検査で知ることができるのである。継続することは難しいので、また前の生活に戻ったとき、検査値が上がることもある。自分でこういう生活をしていると検査値があがり、こういう生活をするとう検査値が下がるということを自分自身で経験するのである。それがわかれば、少し気が緩む事があっても、また気をつけることができる。しかし、生活習慣の改善を継続するという事は並大抵のことではないため、ずっと経過を追っていく必要はある。すなわち保健師と住民の関わりは永遠なのである。私はずっと住民主体の健康教育という言葉の意味を理解できずにいた。しかし、この手法に出会い、住民が主体的に行動変容できるようになる健康教育のことであることがわかった。

また、このモデル事業の保健指導における保健師の力量とは、住民が自分の生活の実態を知るための資料を、いかにわかりやすく提供できるかにある。この事業の原点は、常に自分の生活の実態を知ることであり、そこがぶれると事業自体がどこを目指しているのか分からなくなってくる。常に原点に戻ることが大切である。

このグループ支援モデルを特定健診保健指導として使用するのではあれば、1日に自分が食べているものの量がわかるようになるまでは、期間を余りあけずに集中して実施したほうがいい。個別と集団をうまくおりまぜながら実施していきたい。自分がやってきたことを確かめる場『検査』がないので、次への動機付けが弱くなる。また、保健指導対象者が肥満だけで検査値の数値的には正常範囲の人たちをどのように動機づけ保健指導していくのか、まさに保健師の力量が問われるところである。

そして働き盛りの人たちにいつ指導するかである。市町村は国保加入者が対象になってくるが、健診、保健指導を受けることで生活の経済状況に影響してくる人が殆どである。いつこの人たちを健診に呼び、いつ保健指導に来てもらうかである。それが課題だ。地域の健康を預かるものとしても、ハイリスクの人ばかりでなく、地域全体の健康意識を高めていくことは不可欠である。ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチをうまく取り入れながら、今後の保健活動を実施していきたい。

(坂上委員)

6) 改めて保健指導について考える

検討委員会への中途半端な参加であった私が、感想や意見を述べるのはいかかと思いましたが、モデル事業に参加された皆様の報告書に動かされ、私なりの感想と考えを述べさせていただきます。

今回、グループ支援と個別(面接)支援を実施されましたが、双方とも、戸惑いの中、多くの方が効果を実感されていました。戸惑いは「指導に徹しない」ことへの不全感と「これでいいのかしら」という不安でしょうか。個別支援においては、面接技法への戸惑いがうかがえました。時間的制約が先行すると、気持ちを追い詰めてしまうかもしれ

ません。

原点に立ち返って、保健師が行う保健指導について再確認したいと思います。

保健師が行う保健指導は、自分の健康と豊かさの享受のためのセルフケア能力の獲得が目的です。その目的を達する条件として、決めた運動量の達成や検査値の回復が必要なのです。検査値の回復は目的達成のための手段です。ですから、保健指導場面は、“人生におけるマイナスの通知表”を突きつけられる場としてでなく、“これからの人生において自分の夢を追い、豊かに生きるための切符”を手に入れる場として存在する必要があると思います。そしてその切符は、説教や脅しで入手する人は少なく、自身の内省が強られる（大げさですが生活習慣を変えるということはそういうことです）、実は結構しんどい作業の末に手に入れるものだろうと思います。そう考えると、個別の面接で、自分自身の体と対話し、そこから行動化へのエネルギーを引き出すためには、時間もさることながら、ある程度の面接技術も確かに必要だと思いました。しかし一方で、保健師は、妊婦から高齢者まで、さまざまな健康水準の方々と対話をベースに「出過ぎない」「引き過ぎない」のバランスを絶妙に保ちながら、関係を築いてきた職種なので、対象者の気持ちをゆさぶるしんどい作業につき合える力は持ち得ているとも思いました。

グループ支援では、グループが動き出す空気という見えないエネルギーを感じることがあります。その空気はピアな関係の中から生み出されます。たとえば、日本の伝統行事であるお正月はその努力を踏みにじることもあります。そこで落ち込む自分を奮い立たせるのは、個人努力だけでなく仲間が有効なのは周知です。「私も同じですよ。再スタートですよ、一緒に」例えばこのような仲間との会話の中に、ピアカウンセリング機能が働いています。ファシリテーターの究極の役割は、この空気（環境）を守ることにあり重要な役割です。これは、個別支援においても通じています。

集団であれ、個別であれ、目の前の対象者にとって適した方法を判断できる必要性についても感想の中で触れられており、個別と集団の両方を並行して実施したことの良さを確認した同時に、頼もしさを感じました。

“これからの人生において自分の夢を追い、豊かに生きるための切符”を自ら手にしたいと願う住民に自信を持って向き合うために、私達自身にも、ファシリテーションスキル、カウンセリングスキル、コーチングスキルの向上が課せられていることを意識させていただきました。ありがとうございました。

(中板委員)

7) モデル事業の意義と課題

<モデル事業の意義>

生活習慣病対策は保健予防活動の中でも最も重要な課題のひとつです。しかし、「わかっちゃいるけど、やめられない」という歌があり、また「肥満を治すのはガンを治すことよりも難しい」という言葉もある通り、より良い生活習慣への行動変容を成し遂げることは、實際上、とても困難な課題であると考えられます。古典的な意味で、専門家が保健指導を行い、厳しくチェックを行うという方法では、保健指導が終了したとたんに元の生活習慣に戻ってしまう可能性が高く、極端な話、毎年、毎年、一生、保健指導を行い続ける必要が出てくる対象者もいるのではないかと考えられます。

そこで、標準的な健診・保健指導プログラムに示されているように、対象者が自らの生活習慣における課題に気づき、自分の健康に関するセルフケア（自己管理）ができるようになることが重要になります。また、人間は、一人ぼっちでは決して生きていくことができない存在です。他者とのコミュニケーションの中で、お互いに社会的支援（ソーシャルサポート）を交わすことで、より良い人生を過ごすことができると考えられます。

今回実施されたグループ支援モデルでは、このような点に着目し、古典的な意味の指導を決して行わずに、対象者が自ら気づくことを根気良く待つことを重視するという特徴があると考えられます。また、その気づきを促すための材料として、対象者が共感できるような、その地域・職域での実際の事例を提示するというのもユニークかつ効果的な点でしょう。また、グループ指導というのは、個別指導と比べると、一般的に少ないスタッフで大勢の対象者に対応できるため、ややもすると、省力化という消極的な意味で導入されがちな側面があります。しかしながら、今回の事業においては、グループダイナミクスを十二分に活用して、参加者相互のコミュニケーションや社会的支援を促進し、より効果を高めるといった積極的な意味でグループ指導を行っているという特徴があります。

さらに、一般的な継続的健康教室では、回を重ねる毎に、脱落者が発生して、参加人数が減ってくることが多いと考えられますが、本事業においては、参加人数がむしろ増加してきたという報告が聞かれました。これは、初回に参加しなかった対象者に対して、継続的に支援レターを送ることにより、途中参加や脱落者の再参加がしやすくなったと考えられます。また、教室が楽しいことにより、参加者が対象者の友人を誘って参加するということが報告されました。また、拡大スタッフ会議には、一部の参加者自身も参加して企画・運営に関与する体制がとられ、住民参加、対象者主体による事業展開が図られたことも特徴的です。その他、これは予算の裏付けが必要となりますが、途中で数回にわたる血液検査を行うことによって、対象者が自分の状態の確認作業、フィードバックを行うことができたこと、また種々の工夫された媒体を使用したことも特徴としてあげることができます。

一方で、多様な住民の中には、性格的に、また時間的制約等の個々の事情等によって、グループ支援よりも個別支援の方が適する人も少なからずいると考えられます。本事業においては、標準的な健診・保健指導プログラムでの最も一般的な方法に準拠して個別支援モデルも実施されました。その中で、継続的な支援においては、対象者の希望や特性に応じて、面談による個別支援、電話、e-mailなど様々な方法が試みられました。

本事業は、計画時点から評価に重点的に取り組んだことも大きな特徴です。実務的な理由から、無作為比較対照試験を実施することができませんでしたが、前後比較デザインによるアウトカム評価が行われました。その結果、体重、BMI、腹囲、HbA1c、HDLコレステロールという、本事業の標的としている検査項目において、統計的に有意な改善がみられました。なお、これらの項目について、グループ支援モデルと個別支援モデルの両者とも改善効果がみられ、また、両者の間では有意な差はみられませんでした。対象者や地域の特性に応じて、グループ支援モデルまたは個別支援モデルによって、生活習慣病対策に積極的に取り組んでいく意義が示されたと考えられます。

<今後の課題>

本事業において、不十分であった点、今後の充実が望まれる点多々あります。ひとつは、本報告書にまとめられています今回の事業および評価は、6か月までの時点によるものであることです。グループ支援モデルは、じっくりとしたかつ確実な対象者の変化を期待するモデルであるため、短期的な効果は一般的な保健指導よりも小さい可能性がある一方で、効果が長期的に継続することが期待されるものです。そこで、実際にそのことを検証するためには、1年、2年と、長期間にわたって、本事業の効果を評価していく必要があります。

また、参加者からは「楽しかった」という声が聞かれ、満足度も高かったものの、そもそも選定された対象者のうち、実際に事業に参加した割合は、まだまだ低く、不十分であると考えられます。特に、近年の肥満の増加は男性において重大な問題になっていますが、グループ支援モデルへの参加者が女性に比べて男性がまだまだ少ない点は、今後の努力が必要であると考えられます。一般的に、女性は井戸端会議をすることが多いのに対し、男性はそのようなことが苦手である人も多いため、男性の特性に応じたグループワークの展開ノウハウの開発なども必要かもしれません。

グループ支援が効果的に実施できた場合には、事業が終了した後も、自主グループ活動などの形で健康づくり活動が継続し、それが地域に波及することによってポピュレーションアプローチにつながっていくことが期待されます。しかし、今回はそこまでの展開が見られた例は余り無く、今後、自主グループ活動等につながるようなグループワークの展開方法には課題が残ると考えられます。

さらに、本事業では、直接支援と遠隔支援による2種類の展開方法が行われました。多くの国民が、本モデル事業の恩恵に浴するためには、このような方法を採用する事業者数が飛躍的に増加する必要があります。そのためには、直接支援のみでは限界があるため、遠隔支援による普及が必須であると考えられます。しかし、今回の事業において、直接支援の場合は比較的意図した通りの事業展開ができた反面、遠隔支援での困難性が浮き彫りとなりました。今後、より多くの事業者に普及するためのノウハウを開発していくことも大きな課題であると考えられます。

<まとめ>

本事業は、高齢者医療確保法によって平成20年度から開始されるメタボリック症候群に着目した特定保健指導において活用されることが、まずは期待されます。しかしながら、今後行われる保健指導としては、その他にも、健康増進法によって市町村や健康増進事業実施者が行う個別健康教育やその他の保健指導、健康保険法や国民健康保険法によって医療保険者が行う健康教育や健康相談、労働安全衛生法によって事業主が行う保健指導などさまざまなものがあります。このような保健指導にも、広く本事業の成果が活用できるのではないかと考えられます。

効果的な生活習慣病対策のためには、さまざまなノウハウを吸収しながら、個々の現場において、それぞれ自分の頭を使った創意工夫が行われることが重要であると考えられます。多様な試行錯誤の中で、結果的により効果の高かった方法が広く普及していく

ことによって、全国の保健指導の水準が向上していくと考えられます。本事業も、そのようなノウハウの一つとして活用され、ひいては国民の健康水準の向上に寄与することを期待しています。

(尾島委員長)

8. 今後の課題と地域保健活動への提言

1) 評価について

本モデル事業では、平成 20 年 4 月から開始の特定保健指導の積極的支援に当たる対象者に、本会プログラムであるグループ支援モデルと「標準的な健診・保健指導(確定版)」に準拠する個別支援を実施した。

グループ支援、個別支援どちらの支援でも、支援開始前後で検査値からは、維持改善が約 6 割であった。現時点での支援結果としては評価できると考えているが、それが妥当な評価であるかどうかについては更なる検討が必要と考えている。

支援を行った対象のうち約 6 割の者の維持改善を持ってよい支援だったといえるかどうか、また各々の対象の特性は加味しなくて良いか、そして支援のために投入したマンパワーや費用との対比、或いは 1 支援で対応できる対象数との関連での有用性等々の課題がある。今後特定保健指導が開始され、平均的な改善率は明らかになるだろうが、対象特性の考慮や費用対効果等は実践例から具体的に検討していく必要があると考える。

2) 保健指導のあり方について

生活習慣病予防のための支援として保健指導が大きく取り上げられているが、指導方法は多様に求められると考えている。

本会プログラムのグループ支援モデルは開発の経緯からして、専門家側からの論理で構築しているわけではない。生活習慣を見直し新たな習慣を身につけるプロセスでは、健診結果が意味する身体状況を理解し、生活との関連で自ら問題を把握していくわけであるが、変わっていくには一直線というわけには行かない。行きつ戻りつし、異なるステージが同時期に存在するのが常である。また、生活習慣病予防の対象者は困っていない。あれこれやってみてうまく行かずどうすればよいかと求めているわけではない。つまり自らがニーズを自覚するようになるためにもプロセスが必要であり、動機付けが重要だといわれる所以である。本会プログラムのグループ支援モデルは、行きつ戻りつすることを仲間に支えられ、仲間を鏡にして自分自身が見えることでニーズを自覚できるよう小集団の相互作用を活用し、継続することも困難性や継続する条件を認識するための活動期間を設定している。生活習慣病予防という健康課題の特性により応じた組み立てであると言える。

今回のモデル事業では、参加者数の増加、食の取り組みの強化等の活動の活性化があり、参加者からは「ここに来て、人の検査値を見て話を聞いていると自分のことがわかってくる」と言う反応も得ている。今後可能な限り多くの地域で活用していただき、プログラムとしてより精錬し、プログラムとしてのバリエーションが増え、保健指導の実践に使えるようにしていくことが課題であると考えている。

3) ポピュレーションアプローチとの関連について

特定健診保健指導の実施に当たっては、当初よりポピュレーションアプローチとの連動が重要であるといわれている。モデル事業者の中には、従来から熱心にポピュレーションアプローチに取り組んできた実績を有する者が多く含まれている。また本会プログ

ラムのグループ支援モデルはポピュレーションアプローチの側面でも応用して使えると考えている。生活習慣病予防は個々の生活を取り上げるので、プライバシーを重視し、個々への決め細やかな対応が強調されるが、人々の生活は孤立無援で成り立っているわけではない。むしろ個々にはどうしようもない多くの事柄が生活に埋め込まれている。したがって集団に共通の課題についてはともに取り組んでいく方略が不可欠なのである。ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチは同時進行で取り組まれるべきであり、そのためのプログラムの検討は早急に取り掛かる課題であると考えている。

4) 保健師の力量形成

現在一般的に言われているように、話し上手よりも聴き上手というキーワードがあるが、本人が自分自身のことを語りながら自分の実態に気づいていくことは、保健指導の核になる。けれどもそれでは、語らせておけばそれで良いかとなると、それだけでは習慣改善には達しない。特にグループ支援モデルでは、対象となる人々の認識と行動の予測をし、自分の実態を見ていくときの抵抗をできるだけ低くして、意識していない習慣を意識化できるにはどのような関わりをすればよいか、またより効果効率的な保健指導のためには、小集団による相互作用が有効であるが、個々の把握もしながら集団の展開をどうするか、保健指導技術として熟練を要する部分である。

支援する保健師は、「本人の気づきが重要である」「主体は住民にある」「本人の意欲を支える」ことが重要であることは十分理解しているが、ともすれば一方的な一般論の情報提供に終始してしまう。或いは、住民が主体だからと、また本人の気づきが大事であるとして、何に気づくかがあいまいなまま保健指導を進めていることも少なくない。

今回のモデル事業では、生活習慣病予防を担う保健師の力量形成の検討も目的であった。

モデル事業者である保健師には、わずかなオリエンテーションで具体的な事業展開をする実力が求められており、相当応えていただいたと考えている。グループ支援モデルの実施においては、これまでの保健指導のあり方とは、発想の転換を迫られていると感じた保健師もいる。また、保健師自身が普段意識していない自分の支援のあり方を振り返らざるを得ない場面も経験した。その過程は保健指導のスキルアップそのものであったと捉えている。

実践を重ねながら力をつけていくプロセスの明確化と力量形成のための研修プログラムの構築が次の課題であると考えている。

9. おわりに

効果的な生活習慣病予防活動支援プログラムの構築と保健指導に関わる専門職の育成を目的として、市町村および職域を対象にしたモデル事業を展開してきた。

単年度の活動成果としては、すでに述べてきたとおりである。

もうひとつの大きい課題は、保健指導を担う保健師の力量形成である。今回の保健指導プログラムの実践に当たっては、各事業者とも大変意欲的かつ大胆に取り組んでいただき、大いに感謝しているところである。

実践した専門職の方々においては、これまでの保健指導のあり方とは、発想の転換を迫られていると感じている、或いは、普段意識していなかった自分の支援のあり方を振り返らされたという経験もしていただいた。こうしたプロセスは、保健指導のスキルアップにもつながっていると捉えている。

モデル事業を単年度のモデル実施のみで完結するのではなく、実践が実践につながるような事業展開が必要である。モデル事業を基に特定保健指導の受託を具体的に検討していくためにパイロットスタディを計画しているが、同時にこれに関わる保健師の力量形成も行えるような仕組みづくりが必要であると考えている。

また、平成 20 年度開始の特定健診・保健指導の実施にあたっては、第三者機関への委託が認められており、保健師の活躍の場が拡充することが期待できる。本会としては、効果的な実践技術の一つとして「グループ支援モデル」を用いて、「特定保健指導・コンサルテーション受託化事業」の実施を計画している。この事業化に先立って、具体的な事業展開方法や人材確保の方策等の実際の課題を明らかにするために、平成 20 年度より同事業のパイロットスタディを実施する予定である。

実践を担っている皆様からのご意見をいただければ幸いである。

資料1

(様式 1-1)

(様式 1-2)

市町村名または職域名: _____

活動記録用紙

日 時	平成 年 月 日 () : ~ :		
テ ー マ			
参 加 者	人 (男: 人、女: 人) ()	スタッフ	保健師: 人、栄養士: 人 事務職: 人、 その他: 人 計 名
実施内容	参加者の発言・反応	スタッフの関わり	スタッフの気づき

次回に向けての検討事項

個人記録用紙

事業者名: _____

氏名		性別		年齢		
	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
今回のテーマ						
今回の参加までの生活状況と実施したこと						
体重						
血圧						
血液検査結果等	HbA1c					
	空腹時血糖					
	腹囲					
	その他					
対象者の発言・反応						
個別支援内容						
スタッフの気づき						
特記事項						

資料3

モデル事業参加者用

モデル事業参加者用

市町村名 会社名	氏名	ID (記入不要)
-------------	----	--------------

以下は、「プログラムに参加後」に対する質問内容です。

該当する項目1つに○をご記入ください。



		非常にそう思う	ややそう思う	あまりそう思わない	全くそう思わない
1	今まで意識していなかった自分の生活や習慣を意識できた				
2	自分の生活習慣が血液検査結果に反映することがわかった				
3	自分の1日の食べている量が基準量よりどのくらい多いか、もしくは少ないか知ることができた				
4	自分が健康であるために生活の活動量をどのように変えないといけないのかわかった				
5	自分が健康であるために食事をどのように変えないといけないのかわかった				
6	新しい習慣を身につけていくには時間がかかるが健康のために習慣を変えたいと思った				
7	新しい習慣を継続するための自分なりの条件がわかった				
8	新しい習慣を継続していく自信がある				
9	このプログラムに参加したことは有意義だった				
10	今後もこのようなプログラムがあれば参加したい				
11	今後もこのようなプログラムがあれば誰かを誘いたい				

以下は該当する項目があれば○を記入ください。

12	3食の食事時間を気にするようになった(就寝前2時間以内に食事をとらないなど)	
13	間食をとらないようになった	
14	体重測定をするようになった	
15	(喫煙者の方はお答えください) 健康であるために禁煙したいと思った	

以下は、各項目の選択肢から該当する項目1つに○をご記入ください。

項目	質問	質問項目	○記入欄
16 食習慣 	食習慣改善についてどのように思いますか。	1) 関心はない	
		2) 改善しなくてはいけないと思うが、実行できない	
		3) 今すぐにも実行したい	
		4) 改善を実行して6ヵ月未満である	
		5) 改善を実行して6ヵ月以上である	
17 飲酒 	適正な飲酒習慣は、日本酒なら1日1合、ビールなら500mlまでとし、同時に週に最低2回は肝肝日をつくることです。このような習慣についてどのように思いますか。	1) 関心はない	
		2) 適正な飲酒をしなくてはいけないと思うが、実行できない	
		3) 適正な飲酒を1ヵ月以内に実行したい	
		4) 適正な飲酒を実行して6ヵ月未満である	
		5) 適正な飲酒を実行して6ヵ月以上である	
		6) 意識しなくても適量内である	
		7) 酒を飲まない	
18 運動 	定期的な運動(例えば1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上)を行うことについてお答えください。	1) 関心はない	
		2) 運動しなくてはいけないと思うが、実行できない	
		3) 今すぐにも実行したい	
		4) 時々やっている(ゆったりやらなかったり)	
		5) 定期的な運動を実行して6ヵ月未満である	
		6) 定期的な運動を実行して6ヵ月以上である	

資料4-1

事業名: _____

モデル事業者用

◆モデル事業で採用した「グループ支援モデル」で実施したプログラム及び保健指導方法について、該当する欄に○を記入してください

No.	項目	4 非常にそ う思う	3 そう思う	2 思わ ない	1 全くそ う思 わない	評価理由
1	対象者選定は適切でしたか					
2	対象者の動機付けのための支援方法が選択されている と思いますか					
3	対象者の行動変容を支える支援内容になっていると思 いますか					
4	対象者が行動変容への取り組みを継続できるような企 画になっていると思いますか					
5	プログラム実施を実施するために適切な人材、マンパ ワーが投入できましたか					
6	生活習慣改善に結びつけるために、適切な回数である と思いますか					
7	生活習慣改善に結びつけるために、適切な頻度である と思いますか					
8	生活習慣改善に結びつけるために、適切な期間設定(1 クール2年)であると思いますか					
9	教材は参加者の意欲や知識、技術を高めるためのもの として適切であると思いますか					
10	HbA1cの活用は有効であると思いますか					
11	対象者が行動変容を起こすための効果的な支援プロセ スとなっていると思いますか					
12	対象者が自分自身の生活習慣の課題を把握し、生活習 慣改善への意欲・意欲を持ち続けるために、グループを 活用することは有効であると思いますか					
13	対象者個々の特性を生かせるようなプログラムとなっ ていると思いますか					
14	プログラムに参加できなかった人への配慮を考えたプロ グラムになっていると思いますか					
15	ポピュレーションアプローチとの連動は可能だと思 いますか					

モデル事業者用

◆モデル事業で採用した「グループ支援モデル」について、スタッフの皆さんの実践を振り返り、該当する欄に○を記入してください

No.	項目	4 非常にそ う思う	3 そう思う	2 思わ ない	1 全くそ う思 わない	評価理由
16	対象者個々の特性に応じた支援が実施できましたか					
17	対象者の主体性を重視した生活習慣改善への支援がで きましたか					
18	グループの特性を生かした集団支援ができましたか					
19	ケースカンファレンス等により、参加者一人ひとりに適切 な支援が行えるように努めましたか					
20	プログラムに参加できなかった人への配慮がなされてい ましたか					
21	実施期間中、終了後に参加者の感想を聞くようにしてい ましたか					
22	実施期間中、プログラムの運営上の問題点、課題等につ いての検討を行いましたか					
23	対象者の取り組みの継続を視野に入れたプログラム企 画及び運営ができたか					
24	プログラム実施にかかった費用は(検査費、通信費、教 材費(食料モデルを含む)等)は、プログラムの効果に見 合っていると思いますか					
25	プログラム実施に必要な人材、マンパワーは、プログラ ムの効果に見合っていると思いますか					
26	モデル事業で採用した「グループ支援モデル」は、これま で実施してきた保健指導プログラムと異なると思 いますか					
27	設問(26)で「非常にそう思う」「そう思う」と回答された方にかがいます。 どのような点で異なると感じましたか。具体的な内容について自由に書いてください。					

資料4-2

事業者名: _____

モデル事業者用

◆特定保健指導プログラム(確定版)に基づいて実施したプログラム及び保健指導方法について、該当する欄に○を記入してください

No.	項目	4 非常にそ う思う	3 そう思う	2 思わ ない	1 全くそう思 わない	評価理由
1	対象者選定は適切でしたか					
2	対象者の動機付けのための支援方法が選択されていると思いますか					
3	対象者の行動変容を支える支援内容になっていると思いますか					
4	対象者が行動変容への取り組みを継続できるような企画になっていると思いますか					
5	プログラム実施を実施するために適切な人材、マンパワーが投入できましたか					
6	生活習慣改善に結びつけるために、適切な回数であると思いますか					
7	生活習慣改善に結びつけるために、適切な頻度であると思いますか					
8	生活習慣改善に結びつけるために、適切な期間設定であると思いますか					
9	教材は参加者の意欲や知識、技術を高めるためのものとして適切であると思いますか					
11	対象者が行動変容を起こすための効果的な支援プロセスとなっていると思いますか					
13	対象者個々の特性を生かせるようなプログラムとなっていると思いますか					
14	プログラムに参加できなかった人への配慮を考えたプログラムになっていると思いますか					
15	ポピュレーションアプローチとの連動は可能だと思いますか					

モデル事業者用

◆特定保健指導プログラム(確定版)について、スタッフの皆さんの実践を振り返り、該当する欄に○を記入してください

No.	項目	4 非常にそ う思う	3 そう思う	2 思わ ない	1 全くそう思 わない	評価理由
16	対象者個々の特性に応じた支援が実施できましたか					
17	対象者の主体性を重視した生活習慣改善への支援ができましたか					
19	ケースカンファレンス等により、参加者一人ひとりに適切な支援が行えるように努めましたか					
20	プログラムに参加できなかった人への配慮がなされていましたか					
21	実施期間中、終了後に参加者の感想を聞くようにしていましたか					
22	実施期間中、プログラムの運営上の問題点、課題等についての検討を行いましたか					
23	対象者の取り組みの継続を視野に入れたプログラム企画及び運営ができたか					
24	プログラム実施にかかった費用は(検査費、通費、教材費(食料モデルを含む)等)は、プログラムの効果に見合っていると思いますか					
25	プログラム実施に必要な人材、マンパワーは、プログラムの効果に見合っていると思いますか					

地域を基盤に実施する生活習慣病予防活動

【生活習慣を改善するための支援】

新たな健診・保健指導の方向性

・「医療制度改革大綱」において、「生活習慣病予防の徹底」をはかるため、医療保険者に対して、健診・保健指導の実施を義務づけることとされた。政策目標は、平成27年度には平成20年度と比較して糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群を25%減少させることとしており、中長期的には医療費の伸びの適正化を図ることとされた。

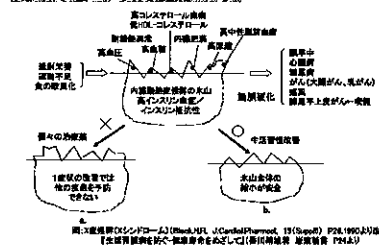
標準的な健診・保健指導プログラムの特徴

糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群の減少という観点から、内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)の概念を導入した標準的なプログラムの構築。科学的根拠に基づき健診項目を見直し、生活習慣病発症・重症化の危険因子の保有状況により、対象者を階層化し、適切な保健指導(情報提供・動機付け支援・積極的支援)を実施。個々人の生活習慣の改善に主眼をおいた保健指導を重点的に行う

今後の健診・保健指導

- ・ 健診・保健指導の重点の変化
- ・ 現診率→保健指導
- ・ 健診・保健指導の目的
- ・ 疾病中心の指導→生活習慣を改善するための指導
- ・ 保健指導の対象者
- ・ 「要指導」者→健診受診者全員
- ・ 保健指導の内容
- ・ 病態別の保健指導→個人の行動変容をめざした保健指導
- ・ 保健指導の方法
- ・ ハイリスクアプローチ(階層別保健指導)とポピュレーションアプローチ
- ・ 健診・保健指導の評価
- ・ 事業実施量→アウトカム・プロセス評価
- ・ 実施体制
- ・ 市町村→保険者

生活習慣病の理解



激増する糖尿病予備軍

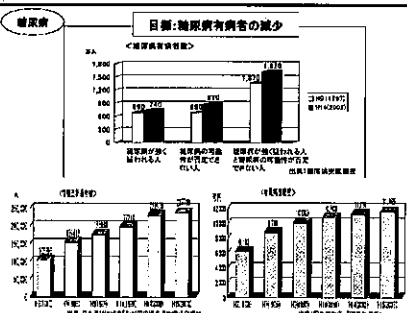
- ・ 1955年の患者数を1とすると、2002年は50
- ・ 糖尿病が強く疑われる人:
H8年・約690万人→H14年・約740万人
- ・ 糖尿病を否定できない人を合わせると
H8年・約1320万人→H14年・約1620万人

合併症によるQOLの阻害

- ・ 平成14年新規透析導入者12630人の原因疾患の第1位は、糖尿病性腎症(39.1%)
- ・ 糖尿病性網膜症により、年間約3000人が視覚障害と認定されている(厚生労働省「視覚障害・疾病調査研究」1988年)
- ・ かつての糖尿病教室参加者が、リハビリテーション教室参加者になった例

糖尿病の治療費の理解

治療費	内容	金額
境界型糖尿病	3ヶ月に1回チェック	22,280円
糖尿病	内服薬: アマリール、ベイスン 月2回通院	270,000円 22,750円×12月
糖尿病	内服薬: グルコバイ、インスリン注射 月2回通院	970,840円 29,900円×12月 +5,910円×4月
糖尿病	透析治療(3回/月) 透析費600円/月、内服薬、アマリール、ベイスン、再注射、インスリン注射	4,872,840円 402,990円×12月 +10,140円×4月



事例より

- 経過が長い
- 自覚症状がない
- 医療が頼り→悪化している
- 薬をのめば治るという常識
- 習慣を改善するためのサポートが無い
- 自分の状態をつかんでいない
- 食については「こころがけ」レベル

糖尿病予防の取り組みの難しさ

- 本人に自覚症状がないので問題を実感しにくい
- 緊急性が無い
- 食事や飲酒は長い習慣であり、それが当たり前状態である
- 一時的な改善はできても、すぐ元の状態に戻ってしまう

糖尿病予防の取り組みの難しさ

- 習慣となった生活を変えていく理論や支援方法が未成熟である
“教えれば、できる”と言う従来のやり方が通用していない！？
- 継続フォローができていない

“支援する側とされる側が同じ問題を抱えている”

「悪くなれば医師に診てもらい薬を飲めば治る」という人々が抱えている従来の常識が通用せず、本人が今の生活を変えることが一次、二次予防にとって必須条件である。
にもかかわらず、それが人々の常識になっていない

保健指導を保健事業に

- 習慣を変えると言う課題に取り組むためには普段の生活を意識し、自分のどこにどんな問題があるかを見ていくことが不可欠

↓

保健師が行う保健指導の役割
保健指導とは、単に本人のすべきことをわかりやすく説明し、納得させるのではなく、本人にとって、自分で経過や現状を見て、今後の予測が出来るようになるための関わり

保健指導を保健事業に

- * 「糖尿病と言われるのもいや、知られるのもいや」「糖尿病だとだめな人というレッテルを貼られるようだ」
 - * 「歩いていると暇と思われる」「歩く時間があれば草引きでもすればいいのに」
 - * 「病気になるったら医者にかかって薬を飲めば治る」
- このような固定観念や価値観、認識を変えるためのアプローチ

習慣とは

- 習慣は第二の本性という古い慣用語があるように、習慣は「慣れ」とか「癖」等の言葉から想像されがちな人間生活の周辺的な事実にとどまるものではなく、むしろ人間存在の本質的な層にまで達し、人間のあり方を重大な仕方で規定しているのである。
- くりかえし先行する経験をなぞる中で無意識の層にまで定位した行動様式として、その特質はパーソナリティの「基層」を構成する。と同時に、共有の意味の世界をつくり出す根拠ともなっていく。

習慣を変えるためには

“動機づけ”が不可欠で大切

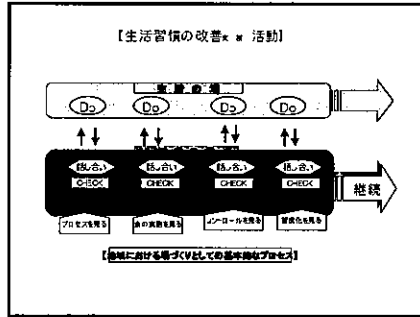
- 自分の実態を見る
- 自分の生活を意識する
- 生活の中でやってみる
- 結果を関連づけて見る

↓

習慣を変えて行くには一定のプロセスが必要
相当の訓練と忍耐を要する
これを支える支援活動を考える

習慣を変える支援としての対話型共同活動

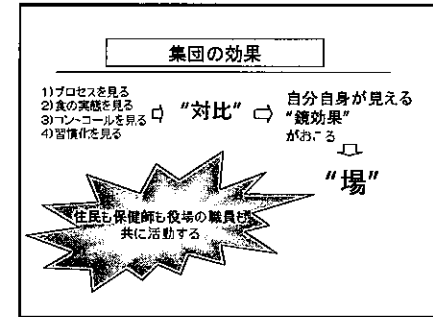
- 「自分自身の問題の発見と深化」をねらい「無自覚の問題」を自覚させる動機づけとして、小集団活動を採用する
- お互いに率直に体験や失敗を語り合う【話し合い】ことを中心に、仲間との対比により、普段意識していない自分の生活を見ていくことを主な内容として、3ヶ月に1回の継続的な場を提供する
- 自主卒業を前提に、慣れ2年を1クールと想定し、「継続」を志向する
- コントロール状態を自分で把握できるようにするために身体の状態を反映する検査値(CHECK)を活用する
- 検査値は一旦改善しても、気を抜くと必ず悪くなるので、継続の困難さや習慣化を確認し、続けていくための条件も認識する



対話型共同活動のポイント

「自分の実態を見ていく」と「動機づけ」のために

- ＊対話(自分のことを話し他者の話を聞く):生活習慣を意識化する
- ＊対比:他のメンバーと、そして媒体と比べて自分の実態を見ていく
- ＊緩やかなつながり:自分だけではない、追いつめられない余裕、多様な人からの発見



習慣を変えるための支援を実施して

「ここに来て人の検査値なんか見て、話を聞いていると自分のことがわかってくる!!!」

- ＊各地域の活動の変化より
- ＊3ヶ月に1回の「場」の定着
- ＊参加者数の増加
- ＊参加者の検査値の維持・改善
- ＊食についての積極的な取り組み
- ＊住民同士の＊ええ合い
- ＊活動の拡大→ポピュレーションアプローチへ

主な活動内容

- ＊プロセスを見る
生活と健診結果やその経過を総体として捉え、自分のおかれている状況を意識化する
- ＊食の実態を見る
自分の食べているもの食べ方はどうなっているのか何が問題なのかを確かむ
- ＊コントロールを見る
生活と検査値を関連づけて生活を意識する
- ＊習慣化を見る
継続の困難さを確認し、続けていくための条件を認識する

プロセスを見る

生活と健診結果やその経過を総体として捉え、自分のおかれている状況を意識化する

- ＊事例のプロセスを通して、今の自分がどの位置にいるのか、また、グループの中でお互いに語り、事例や仲間との対比により自分の状況を意識する。
- ＊身体状況だけでなく、自分の健康課題としてどのように捉えているのか、自分自身の認識の実態に気づくことが重要である。

食の実態を見る

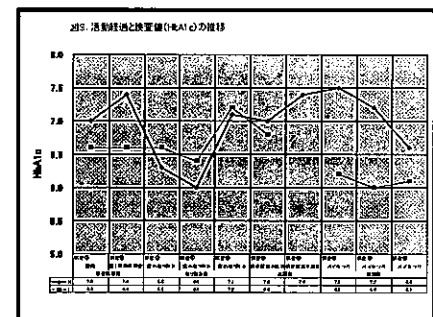
自分の食べているもの食べ方はどうなっているのか何が問題なのかを確かむ

- ＊1日の摂取エネルギーを大まかにつかみ、基準量との比較をする。自分で自分の食事をチェックし、また、仲間との対比で問題をつかんでいく
- ＊漠然とした「気を付けている」という感覚が、実際にはどうなっているかを確認する
- ＊話し合いながら進めることで、生活を振り返りやすくし、生活の中での食の問題を認識しやすくする
- ＊自分の食事を見ながら何がどのくらい多いのかをつかんでいくプロセスを体験することで、どうしていかを認識することが出来る

コントロールを見る

生活と検査値を関連づけて生活を意識する

- ＊1年間の検査値の変化をグラフ化し、生活の有り様と検査結果の関連を見やすくする
- ＊生活の状態が検査値に反映することを自分の体験から確認できる
- ＊検査値の変化の原因になっていることを語ることで、普段意識していない生活を意識化する
- ＊1年を見ることで行事やつきあいなど地域の関係の影響を見ることが出来、地域で取り組む意味を確認できる



習慣化を見る
継続の困難さを確認し、
続けていくための条件を認識する

- ・ 活動を通して、さらにどこに問題があるのか、何が出来、何が出来ていないか具体的にみていく
- ・ 続けることが難しい、やっているつもりでもだんだん元に戻るという実感を語り合う
- ・ 習慣を変えて、新しい習慣を身につけて行くには時間がかかることを認識し、活動の場や仲間の大切さを考える

各回の進め方

- 〔1回の基本的な進め方〕
- ①オリエンテーション（自分の生活の中の何を意識してほしいと考えるのかを伝える）
 - ②自分の実態を見る方法の提示（食事記録など具体例の紹介：参加者自身の生活や食事などを例として示し、参加者が自分のことを話しやすくする配慮をする）
 - ③参加者自身が自分の実態を見る
 - ④参加者同士でお互いに対比し、意識できるよう話し合い
 - ⑤検査結果との関連で再認識する
 - ⑥場が自分の実践にとって大切だと言うことを確認する
- * 皆さんが主体ですと口で言うのではなく、場が自分のことを話すことで、自分の活動になっていく

グループ対話の進め方

- 参加者が自分の実態を自分で見ることが出来るためには、対比しながら、自分のことを話れることが必要不可欠である。
1. 参加者同士の相互の体験交流
 2. テーマに適した媒体の作成（自分の対比が出来る、知識を得ることが出来る）
 3. 検査結果
- 30~40人くらいの参加者であれば、5グループに分けて運営する。
全体で皆が同じ媒体を見ることが出来るように配慮し、話は隔同士で気軽に出来るように小グループで実施する。
各グループにスタッフが入ることが望ましいが、入らない場合でも、必ず全員が発言できる雰囲気を入切にする。

グループ対話をやってみよう

- ・ 話し始めると止まらない
- ・ 優等生発言に終始してしまう
- ・ 質問ゲームに入ってしまう
- ・ 個々に勝手に話しはじめる
- * きちんと教えないと不安
- * 自主グループにとらわれて
- * 聞かれて答えられないのは困る
- * 指摘してはいけない
- * こちらが進めやすい「ラッキー言葉」を拾っていく

効果的な媒体の作成

- 自分の実態を見ていく対比として、また、適切な知識を得るために、参加者にとって視覚的イメージが広がるように作成する
- 気持ちが動き共感できる身近なものになるよう工夫する
- ・ 自分のことを話せる引き金
 - ・ 自分の状態を確認する投影
 - ・ 参加者同士の交流のための材料
 - ・ 視点の提示

保健師の準備

- 生活習慣病予防の経過を、その場での自分の経験として取り組んでいくために、積極的な参加を促すために、そして、住民と共に取り組むためには、保健師にも前向きが必要である。
- ・ 健診結果などの地域情報の整理
 - 健診受診数の推移、年代別の受診数、要フォロー数とその推移
 - 生活習慣病習慣病に関する医療費の分析
 - ・ 対象者の範囲設定
 - メタボリックシンドロームの判定基準・年齢の範囲等を検討するが、この活動の対象者は、参加者だけに限定しない。
 - ・ 予算
 - 検査(HbA1c、血糖値)関係費用、食材料費等

保健師の準備

- ・ 住民の認識と生活の実態に出会う
- 生活習慣病予防の取り組みにおいて、重要なのは、人々の意識の問題である。また、個々のレベルでは殆ど「**■**」が無い実態であり、「**■**」する側も曖昧な指示をしている現象を認識する。この方法は家庭訪問を採用する場合が多くなるが、1対1の「**■**」関係で完結しない。場が繋がっていくことが大切にする。
- ・ スタッフ間の問題意識の共有
- 一方的になってしまっている知識提供だけでは、「**■**」にならないこと、或いは、薬を飲めば治るといった従来の概念を変える働きかけが大切であること、そして、習慣を変える「**■**」は、自主グループができれば達成されるわけではなく、住民が自分自身に対して具体的な実態把握が不可欠であることを確認する。何よりもスタッフ自身も生活習慣病予防の対象であり、共に取り組んでいく共通意識が大切である。

食の取り組み

中間評価相談会
2007年7月

これまでの食事指導(例) —基本から教える—

- ①食事の必要性について理解する(糖尿病等の疾病の説明)
 - ②基本となる知識(バランス分類、基本エネルギー量、カロリー計算、食品の単位)
 - ③食事記録(計量、3日分等々)し提出
摂取エネルギー計算=栄養士
:本人にとってはブラックボックス
 - ④食事の問題点を見る
 - ⑤自分の目標設定(酒量、おやつ等々)
- *さらに調理実習等で実践力をつける

自分で自分の実態を見るプロセスが 消えていく!!

- 「カロリー単位といわれてもすぐには理解できない、混乱する」
- 「食事指導で頭に残ったのは、塩分と油」
- 「教育入院してもそのときだけになる」
- 「食品交換表は勉強道具、家では見ない」
- 「自分の見当でやっている」
- 「理想的なこととはできない」
- 「いちいち難しい」
- 「1回2回聞いても、覚えていない」

自分で自分の実態を見るプロセスを助ける 《わかったことにして次に行っていた部分》

- 混乱の元とされた“単位、グラム、カロリー”を使わない
- 目安量を核にし、それを簡単にあらわすために1単位分の食材を○1個とする
- 代表的な食材を見て、それで自分の食事を大づかみに見る
- 自分で○をカウントすることでこれまでのブラックボックスを作らない
- またそれができるための記録用紙を作成する
- 取り上げた食材○1個分は写真に残し、食べ物カードにするなど、手元に使いやすいツールとして活用する

実践例「基本編」

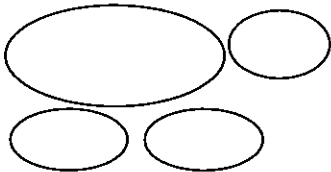
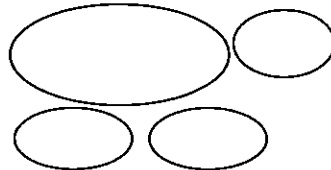
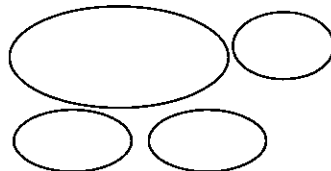
- ①保健師の食事を例に食事記録の方法を説明する(保健師や栄養士も理想的な食ではないことを見せ、記入の導入とする)
- ②各自自分の食事を思い出しながら記入する(グループで昨日の出来事などはなしながら、人の食べたものを聞いていると自分のことが思い出しやすい)
- ③○1個分の代表的な食材を選択し、実物を見る(どの分類を取り上げるかは進行状況を配慮して決める、最初はわかりやすい分類から取り組む)
- ④実物食材を見ながら、自分の記録表の○をカウントする
- ⑤1日の○の合計をし、各自で自分の摂取量を見る
- ⑥検査結果が返され、検査値と食事の関連で話ができるよう進行する(各自が意識したことを話せるよう、保健師が代答)
- ⑦全体でも検査値が上がった人下がった人維持の人各々食事との関連で発言を促す

実践例「応用編」

- バイキング その1:自由にとって○何個?
- バイキング その2:目指せ○6個
- バイキング その3:おやつの取り方
(血糖値の変化との関連を意識する)

「私の1日の食事の取り方は？」 1日の食事の内容を書いてみましょう。

平成 年 月 日記録

	献立・料理の内容・デザート	ご飯・パン・ 麺類・芋類など	魚介・肉・卵・ 豆製品・チーズなど	野菜・きのこ・ 海藻など	牛乳・ 乳製品	くだもの	菓子・ アルコール	油・ マヨネーズなど	みそ・砂糖・ みりんなど	計
		朝食	 献立名： _____ _____ _____ _____							
間食										
昼食	 献立名： _____ _____ _____ _____									
間食										
夕食	 献立名： _____ _____ _____ _____									
夜食										
	一日の合計									
	基本の目標量	○○○○○ ○○○○○ ○○○	○○○○	○	○○	○	○	○	○	

平成 19 年度 先駆的保健活動交流推進事業委員会名簿

(50 音順、敬称略)

「保健師による生活習慣病特定保健指導支援事業検討委員会」

委員長	尾島 俊之	浜松医科大学 医学部
	東 美鈴	兵庫県東播磨県民局明石健康福祉事務所 保健指導課
	齋藤 明子	特定非営利活動法人 保健科学総合研究会
	坂上 久子	長和町役場 保健福祉課
	佐々木 峯子	日本肢体不自由児協会 東部訪問看護事業部
	中板 育美	国立保健医療科学院 公衆衛生看護部
	西内千代子	全国設計事務所健康保険組合
	三好 ゆかり	国民健康保険中央会 保健事業部
	山下 清香	公立大学法人 福岡県立大学 看護学部

オブザーバー

	勝又 浜子	厚生労働省健康局総務課保健指導室
	森永 裕美子	厚生労働省健康局総務課保健指導室

担当理事：井伊久美子

担当部署：事業開発部

部長	佐藤美稚子
	藤井 広美
	山尾 玲子
	塚尾 晶子

支援チーム

担当理事：井伊久美子

担当部署：事業開発部

部長	佐藤美稚子
チーフマネージャー	矢野 幸恵
	藤井 広美
	森迫 和歌
	小沼 絵理
	山尾 玲子
	渡辺 和美
	塚尾 晶子
	津村 京子

協力者 松尾 高子 (ジェイエムシー株式会社)

平成 19 年度 先駆的保健活動交流推進事業
生活習慣病予防活動支援モデル事業報告書

発行日 2008 年 3 月 31 日
編集 社団法人 日本看護協会
発行 社団法人 日本看護協会
〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 5-8-2
TEL 03-5778-8831(代表)
FAX 03-5778-5601(代表)
<http://www.nurse.or.jp>

※本書からの無断転載を禁ずる