

資 料

市・大学協働による平成19年度「生活習慣病予防のための個別支援事業(国保ヘルスアップ事業)」実践の成果と課題

Results and Issues of the 2007 City/University Collaboration Study "Individual Support Project for the Prevention of Lifestyle Diseases (National Health Insurance "Health Up" campaign)"

神山幸枝¹⁾, 森田智子¹⁾, 吉澤千登勢²⁾, 魚里明子¹⁾
中野輝美³⁾, 山本由理枝³⁾, 大杖千波留³⁾

1) 関西看護医療大学 看護学部 地域看護学

2) 山梨県立大学 看護学部 看護教育学

3) 淡路市役所 健康福祉部健康増進課

Yukie Kamiyama, Tomoko Morita, Chitose Yoshizawa, Akiko Uozato,
Terumi Nakano, Yurie Yamamoto, Chiharu Otsue

1) Kansai University of Nursing and Health Sciences, Faculty of Nursing, Community Health Nursing

2) Yamanashi Prefectural University, Faculty of Nursing, Nursing Education

3) Awaji City, Health & Welfare Department-Health Promotion Section

要旨：市・大学協働による平成19年度「生活習慣病予防のための個別支援事業(国保ヘルスアップ事業)」を実践した。事業の目的を、1. 事業受講者の生活習慣の改善 2. 事業実践スタッフの専門技術の力量獲得の2点においた。事業プログラムは、厚生労働省が推奨する「標準的な健康診査・保健指導プログラム(確定版)」積極的支援に準じ、参加型の体験演習やグループワーク、個別相談を計画するとともに、それぞれの効果を測定するための評価尺度を作成した。事業の受講者は国民健康保険被保険者のうち、「まちぐるみ総合健診」から選定した40-64歳の住民である。実践スタッフは市職員21人、大学教員5人で、個別支援、グループ支援、健康教育・媒体の各グループを編成し、それぞれの役割を明確にした上で、研修会を行うとともに、力量獲得に関する評価表を作成した。

事業の成果は、受講者の身体状況、意識・行動共に改善が見られ、スタッフの力量獲得状況を表す評価は各グループともに最終評価段階で上昇した。

今後の課題は、1. 事業の効果を評価するために受講者の6カ月後の継続状況を把握する、2. 保健師・栄養士のさらなる力量形成の方略作成を示唆するために、今回の事業からの学びの詳細を明らかにする、3. 大学教員、市職員双方の現場力量形成を目指した協働のあり方を長期的な視点で検討することである。

キーワード：市・大学協働、生活習慣病対策、専門職の力量形成

Keywords：city/university collaboration study, prevention of lifestyle diseases, professional development

I. はじめに

本学は、A市との公私協力により設立された大学である。公私協力の理念のひとつは、大学が地方公共団体のニーズを反映した特色ある教育活動を実現することにある。

その理念を受け、平成19年2月に本学地域老年看護学領域とA市健康増進課、県健康福祉事務所の3者による「健康づくり施策に関する検討会」が設立され、A市の健康ニーズとして優先される平成19年度「生活習慣病予防のための個別支援事業(以下「国保ヘルスアップ事業」とする)をA市と大学との協働で実施することになった。

生活習慣病に対する国の対策は、医療費適正化の総合的な推進をはかるため、予防に重点を置いた糖尿病等の患者・予備群の減少をねらいとしている。各自治体は、国民健康保険事業として、平成17年度から19年度の3年間に、「国保ヘルスアップ事業」を実施し、平成20年4月から実施される「特定健康診査・特定保健指導」(厚生労働省保健局, 2007)に備えている。A市は平成17年度・18年度に「国保ヘルスアップ事業」を実施したが、以下の2つの課題が挙げられた。1点は、事業の企画運営をアウトソーシングにしたため、A市独自の内容が示されなかったこと、2点目は、生活習慣病予防に関して、保健師・栄養士の専門技術の向上が求められている(久常, 2005)にも関わらず、事業展開に携わっていなかったため、専門技術を高める機会がもてなかったことである。

前述した「健康づくり施策に関する検討会」では、この2つの課題を持つ「国保ヘルスアップ事業」を取り上げ、本学が委託を受けて事業を協働することにした。そして、「特定健康診査・特定保健指導」事業をA市独自の内容で展開できるようにした。「国保ヘルスアップ事業」は、平成19年9月から翌年2月まで5カ所で7回、計35回開催・展開し、その実績はすでに報告した(順心会看護医療大学地域老年看護学領域, 2008)。

本稿では、A市と大学の協働による平成19年度「国保ヘルスアップ事業」実践の成果と課題を報告する。

II. 平成19年度「国保ヘルスアップ事業」の実際

1. 対象者の選定

「特定健康診査・特定保健指導」の対象選定の基準は、国民健康保険被保険者のうち、以下の項目(1)~(5)のいずれかに該当する者である。

- (1)腹囲が85cm以上の男性または90cm以上の女性
- (2)腹囲が85cm未満の男性または90cm未満の女性であって、ボディ・マス・インデックス(BMI)値が25.0以上である者
- (3)空腹時の血糖値が100mg/dl以上またはヘモグロビンエーワンシー(HbA_{1c})値が5.2%以上である者
- (4)中性脂肪値が150mg/dl以上または高比重リポ蛋白コレステロール値が40mg/dl未満である者
- (5)血圧が収縮期において130mmHg以上または拡張期において85mmHg以上である者

A市における40-74歳の被保険者の国民健康保険レセプト分析の結果をみると、①透析をしている40-74歳の住民は生活習慣病を合併していた、②40-74歳の住民のうち高額な医療費がかかった疾患の半数が循環器疾患であった、③介護認定状況を見ると、64歳以下の要介護者の原因疾患は生活習慣病が半数以上であったことから、上記対象者選定項目と①と②は一致している。従って本研究の対象者は、上記の項目(1)~(5)のいずれかに該当する者を「まちぐるみ総合健診」結果から選定した。

また年齢は、生活習慣の改善が最も期待できること、その成果が介護予防にもつながることから40-64歳とした。受講案内は、郵送で個別に通知し、さらに電話や家庭訪問による受講勧奨を行った。

2. 倫理的配慮

第1回の事業開始時に、①大学が協働で事業を開催していること、②A市の個人情報保護条例に基づき、プライバシーおよび個人情報の保護に努めること、③事業から得られたデータは、個人が特定されないようにデータ化して学術的な目的のみに使用することなどを口頭で説明し、署名による同意を得た。

3. プログラムの目的

目的は、プログラム実施を通して、①受講者が生活習慣を改善できるように支援する、②受講者の生活習慣改善を支援する保健師・栄養士の専門技術の力量を獲得する、の2点である。

4. プログラム実施方法

厚生労働省健康局による「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」(社会保険実務研究所, 2007)では、保健指導プログラムについて、対象者の保健指導の必要性に応じて、情報提供、動機付け支援、積極的支援に区分し実施することを推奨している。積極的支援は、対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善のための自主的な取り組みを継続的に行うことができるように、医師、保健師または管理栄養士が適切に関わり、6カ月以上経過した後に評価するものである。今回は、「特定健診・特定保健指導」の実施に備えて積極的支援に準じるプログラムを企画した。

積極的支援の特徴は、①生活習慣病対策の目標を明確にする、②効果的かつ効率的な保健指導を実施する、そのために健診・保健指導にメタボリックシンドロームの概念を導入する、③健診データ、レセプトデータなどの分析とともに評価基準の標準化をはかることなどである。

今回のプログラムは、参加型プログラムを中心に、毎回のプログラムに達成すべき目標をあげた。プログラムの内容は、1回目、4回目、6回目に、身体計測を実施(経時的にデータ測定)することにした。次に受講者が自分の検査データと生活習慣とのつながりを理解できるように、医師・保健師・栄養士などによる病態、生活改善などの講話をいれた。講話は、聞くだけではなく運動、食事の実際が体験できるように、ストレッチの実際、試食会などの演習も入れた。さらに改善行動を定着させるためには、「互いに励ましあう」、「他の人の成功体験を聞く」、「自分でも人前で話をする」などを通し、自分自身のエンパワーメント効果が得られる場などが必要である(日本看護協会, 2008)。そのためにグループワークを設定した。最後に、受講者が自身の目標を立てることができたか、どうしたら生活の中で実行できるかの相談を行えるよう、個別相談の場を設けた。また、各回の目標を設定し、受講者の担当を決め

ることで、講話からグループワーク、個別相談までスタッフの支援に一貫性を持たせた。毎回のプログラムの目標・内容は表1のとおりである。

プログラムの期間・回数は、5カ月間7回シリーズとし、開催場所は対象者の利便性を考慮し5地区での開催とした。

5. プログラム評価尺度

1) 受講者の評価

受講者の行動変容に関して、身体状況の変化および意識・行動の変化を評価した。

身体状況の変化は、身体計測を1回目、4回目、6回目に評価し、血液検査は1回目、6回目に行った。意識・行動の変化については、「知識・理解度」、「運動」、「食生活」の各項目の評価指数を作成し、4回目と6回目に評価した。

行動変容には段階があり、それを客観的に評価することが求められているため、「行動変容のステージモデル」(松本, 2002)を取り入れた。さらにスタッフ間で客観的に判断する基準は、検討して統一をはかり、「実行期4点」、「準備期3点」、「関心期2点」、「無関心期1点」の4段階評価法とした。受講者自身の意識および行動の変化は、プログラム開始前(以下介入前とする)アンケートとプログラム終了後(以下介入後とする)アンケート結果から評価した。

2) スタッフの評価

受講生の行動変容を支援するスタッフの技術として、プログラム内容から「個別支援」、「グループ支援」、「健康教育・媒体」の3つを中心に自己評価として評価した。その評価は細項目ごとに、「十分できた(4点)」、「やや十分できた(3点)」、「やや不十分(2点)」、「不十分(1点)」の4段階評価法をとった。

また、全体的な評価として「一連の技術を習得することができたか」を設定し、「できた(10点)」～「できない(1点)」の10点の得点を与え評価した。

3) 事業評価

事業について、「現状分析」、「事業の目的目標」、「プログラムの提供体制(A市、委託先)」、「実施場所」、「プログラム内容(企画、実施、評価)」

表1 プログラムの目標・内容

第1回	目 標	①参加者が、生活習慣病、特にメタボリックシンドロームについて学び、生活習慣によって改善できることを知る。 ②参加者が継続して、教室に参加する気持ちになる。
	内 容	・オリエンテーション『ヘルスアップ事業の目的』 ・講話(医師) 『生活習慣病について』 ・グループワーク 『自己紹介と参加動機』、『本日の教室の感想』
第2回	目 標	①『栄養と生活習慣・検査値と生活の関係』を知る。 ②参加者が、自分の検査値や食習慣に関心を持つ。 ③参加者同士が、緊張せず、気軽に話ができる。
	内 容	・講話(保健師) 『生活習慣と検査結果の関連』 ・講話(栄養士) 『食事による血糖値の変化・体脂肪の蓄積・淡路市の特徴』 ・グループワーク 『“生活リズムを書いてみましょう”の記入と食事の関係』 ・個別相談(全員)血液検査の結果・栄養の目標設定など
第3回	目 標	①簡便な運動方法であるウォーキングを効果的に行うため、自分の歩行姿勢を確認する。 ②食事以外の摂取品目のカロリーを知る。 ③自分のことが話せ、振り返りが出来る。
	内 容	・講話(栄養士) 『間食のエネルギー量と1日の必要量』 ・グループワーク 『“生活リズムを書いてみましょう”を見直してみよう』 『今行っていることの紹介と、体重の変化・習慣や意識の変化について』 ・歩行姿勢チェック、コメント(関西リハビリテーション専門学校の協力) ・個別相談(全員)
第4回	目 標	①自分の歩行姿勢を理解し、効果的なウォーキング方法を理解する。 ②自分の食傾向を理解する。 ③目標の達成度と体重・腹囲の関係を確認する。
	内 容	・腹囲・体重・体脂肪測定 ・運動 『歩行姿勢を元楽しく運動を』 ・講話(保健師) 『ライフコーダーの結果の見方』『成功事例の紹介』 ・グループワーク 『体重・腹囲の変化を見てどうだったか(その変化はなぜか?)』 『結果を見ながら運動について振り返る』 ・個別相談(全員)
第5回	目 標	①試食することにより、必要な食事量を知る。 ②自分の食事のバランスを振り返る。 ③自宅でできる運動について知る。
	内 容	・味噌汁の塩分測定 ・運動 『自宅で行って欲しいプログラムの紹介』必要者に個別相談 ・試食と講話(栄養士) 『1日の食事量について』『年末年始の食生活について』 ・グループワーク 『試食してどうだったか(味付け・量・バランス)を振り返り目標を見直す』『運動指導を受けて目標を見直す』 ・個別相談(全員)
第6回	目 標	①食物摂取状況調査結果により、食生活の実態を知る。 ②室内で行える運動方法を理解する。 ③年末年始の取り組み(生活)を振り返る。
	内 容	・血液検査 ・講話(栄養士) 『食物摂取頻度調査結果報告』 ・講話(保健師) 『塩分が血管を傷める』 ・運動 『継続に向けて楽しく運動を・室内で出来る運動』 ・グループワーク 『年末年始をどう過ごしたか』『食物摂取頻度調査の報告を聞いて目標を見直す』『運動指導を受けて、目標を見直す』 ・個別相談(全員)
第7回	目 標	①検査結果より、自分のデータの変化を理解する。 ②変化と取り組みの関連を理解し、自分の問題点に気付くことが出来る。 ③セミナーでの学びを修了後の生活に活かすことが出来る。
	内 容	・講話(保健師) 『はつらつ健康アップは生活習慣改善から～大事な血管を守ろう～』 ・グループワーク 『セミナーに参加して感想・振り返り』『今後継続していくために』 ・健康運動指導士・栄養士からのエール ・修了式 ・個別相談(全員)

「情報管理」, 「安全管理」の項目について, 全体で45の細項目を作成し, それぞれ4=100点, 3=75点, 2=50点, 1=25点を評点として評価した。

6. スタッフの研修

保健師・栄養士のスタッフの専門家としての支援技術は, 研修と同時に, 実際の場で役割を果たし, その実践経験を積み重ねていくことで向上する。そこでプログラムにおけるスタッフの役割を明確に設定した。

今回の保健師の役割は, ①司会・進行, ②グループワークのファシリテーター, ③個別相談, ④講話, ⑤受講者の担当, ⑥個人評価票の記録である。栄養士の役割は, ①食傾向のアンケート調査・食物摂取頻度調査, ②講話(主食量と副食の試食を含む), ③個別相談とした。

大学教員の役割は, プログラム展開支援および

スタッフ支援である。毎回のプログラムに参加し, プログラム進行の時間管理, 必要に応じてプログラム内容の変更, スタッフの配置などの検討課題を提示した。さらにスタッフの講話, グループワーク, 個別相談の技術に対する助言を行った。

支援技術に対する研修会は, プログラム開始前, 3回目プログラム終了後(中間評価前)の時期に開催し, 会議を適宜行った。研修会・会議の内容・回数は表2のとおりである。研修会はプログラム開始前に, 講話, カンファレンス, 個別相談に共通の技術である「行動変容を促すための教育技法—ナラティブアプローチ—」について行った。プログラム4回目の中間評価時期には, 「行動変容のための保健師の介入の視点—変化のステージモデルを基礎に—」, 「プロセスレコードに基づく事例発表(2事例)」, 「行動変容を促すためのナラティブアプローチ」, 「行動変容が見える記録の書き方

表2 研修会・会議の内容・回数

回	日	内容
1	7月17日	【会議】 事業概要・目的, プログラム内容及びスタッフの役割, 評価の視点などに関する事
		【研修会】 ・テーマ: 保健師の専門能力—力量アップのために— ・講師: 大学教員
2	8月6日	【研修会】 ・テーマ: 行動変容を促すための教育技法(ナラティブ・アプローチ)に関する事 ・講師: 大学教員
3	9月5日	【会議】 プログラムの内容確認, カンファレンスの持ち方, 各帳票の使い方, 情報管理, 安全管理に関する事
4	11月22日	【研修会】 1)テーマ: 行動変容のための保健師の介入の視点—変化のステージモデルを基礎に— ・講師: 大学教員 2)プロセスレコードに基づく事例発表 —行動変容を促すための「語りかけ」と行動変容が見える記録の書き方とは— ・オブザーバー: 大学教員 3)「中間評価」に向けて, ①評価票に基づくデータ分析, ②毎回のカンファレンス記録を通して ・オブザーバー: 大学教員
		【会議】最終アンケートに関する事
5	2月6日	【会議】「実績報告書」に関する検討
6	3月3日	【会議】「実績報告書」に関する検討
7	3月24日	【会議】「実績報告書」に関する検討

とは」のテーマで行った。

会議は、研修会の前に、健康教育の技術、媒体・教材作成、グループ支援・個別相談技術、個人評価票の記録方法など研修会のテーマに沿って行った。

Ⅲ. 平成19年度「国保ヘルスアップ事業」の成果

1. 受講者の生活改善状況

申込者105人のうち、全プログラムに参加(家庭訪問、資料送付を含む)した者は96人(男性11人、

女性85人)であった。

1) 身体状況の変化

身体状況の変化は表3のとおりである。

(1)腹囲周囲径の平均値は、男性では介入前が92.0cm、介入後が89.1cmと介入後に2.9cm減少した。

(2)空腹時血糖、HbA_{1c}ともに介入前後の変化はあまりみられなかったが、中性脂肪の平均値は、男性では介入前が253mg/dl、介入後が131mg/dlであり、介入後に122mg/dl減少した。女性の平均値は、介入前が121mg/dl、介入後

表3 身体状況の変化

腹囲周囲径(cm)の変化		実人員(人)	介入前・後の平均値				
			介入前値	介入後値	差		
	男性	11	92.0	89.1	-2.9		
	女性	85	82.7	82.6	-0.1		
BMIの変化		実人員(人)	介入前・後の平均値				
			介入前値	介入後値	差		
	男性	11	26.1	25.8	-0.3		
	女性	85	23.7	23.3	-0.4		
体重(kg)の変化		実人員(人)	介入前・後の平均値				
			介入前値	介入後値	差		
	男性	11	69.9	69.6	-0.3		
	女性	85	56.3	55.5	-0.8		
血液データの変化	検査項目	基準値	実人員(人)	介入前・後の平均値			
				介入前値	介入後値	差	
	空腹時血糖mg/dlの変化	100mg/dl未満	男性(11)	92	113	+21	
			女性(85)	102	97	-5	
	中性脂肪mg/dlの変化	150mg/dl未満	男性(11)	253	131	-122	
女性(85)			121	108	-13		
HDLコレステロールmg/dlの変化	40mg/dl以上	男性(11)	44	43	-1		
		女性(85)	62	60	-2		
血圧の変化			介入前・後の平均値				
					介入前値	介入後値	差
			最高血圧(mmHg)	男性	133	139	+6
				女性	132	132	±0
最低血圧(mmHg)	男性	77	86	+9			
	女性	81	81	±0			
血圧の改善率	血圧(最高血圧130mmHgまたは最低血圧85mmHg以上)の改善率		介入前有所見者数(人)	改善者数(人)	改善率(%)		
			男性	6	1	16.7	
			女性	47	11	23.4	
			計	53	12	22.6	

が108mg/dlであり、介入後に13mg/dl減少した。特に間食の摂り方を工夫する人が多かった。(3)血圧の基準値は、最高血圧(収縮期)130mmHg未満または最低血圧(拡張期)85mmHg未満とし、そこから外れるものを有所見者とした。男性が6人、女性が47人有所見のうち、男性1人、女性11人の有所見が改善した。

2) 意識および行動の変化

意識・行動の変化のうち、「知識・理解度」、「運動」、「食生活」について事前に評価指数を作成し評価した。評価は、各項目において、「十分(4点)」、「ほぼ十分(3点)」、「やや不十分(2点)」、「不十分(1点)」の4段階評価法とし、4回目と6回目に評価した。6回目には「知識・理解度」、「運動」、「食生活」の各項目とも4点、3点と答えた者が多くなった。

「行動変容のステージ」の結果は表4のとおりである。実行期は、4回目では22人だったのが6回目では64人に増加し、関心期は、4回目では32人だったのが6回目では、15人と減少した。4回目、6回目ともに無関心期は、3人では変化せずそのままであった。この3人を詳細にみると、運動は実行できたが食行動の変化がなかった。プログラム実施中はることへのアプローチが十分に出来なかったが、自分自身の血液データの理解と長年積み重ねてきた食生活と生活習慣病のつながりの理解が不十分であった。

介入前アンケートは申込者105人全員から回収した。介入後アンケートは、全プログラムに参加した96人全員から回収した。

アンケート項目および結果のうち①意識の変化、②実際の変化内容については表5のとおりである。意識の変化の項目のうち、「食生活について考えるようになった」は96人全員が「はい」と答え、「運

表4 受講者の意識及び行動の変化

		4回(人)				6回(人)			
		4点	3点	2点	1点	4点	3点	2点	1点
知識・理解度	生活習慣と生活習慣病が理解できたか	12	38	31	15	26	35	29	6
	検査値の意味と今の自分の体の状態が理解出来たか	10	33	43	10	27	34	31	4
	自身の生活習慣と検査値が関連づけて理解できたか	10	36	39	11	27	38	25	6
	生活習慣病をつくる地域特性が理解できたか	3	29	49	15	4	44	41	7
運動	自分の生活の中の運動量を振り返り、問題点が見つけられたか	19	45	29	3	33	40	21	2
	問題点から目標が見つけられたか	16	49	27	4	31	39	24	2
	目標に基づいて行動ができたか	15	40	31	10	29	43	16	8
	目標を継続しているか	20	41	25	10	32	37	20	7
	積極的に体を動かす、運動習慣ができるなどの変化が結果に現われたか	9	34	37	16	30	33	24	9
食生活	自分の食生活を振り返り問題点が見つけられたか	17	42	32	5	33	44	14	5
	問題点から目標が見つけられたか	13	46	30	7	31	43	16	6
	目標に基づいて行動ができたか	10	48	26	12	30	40	15	11
	目標を継続しているか	14	42	23	17	25	43	15	13
	食生活の変化が結果に現われたか	6	37	34	19	29	36	20	11
行動変容ステージ (実行期=4点, 準備期=3点, 関心期=2点, 無関心期=1点)		22	39	32	3	64	14	15	3

表5 受講者のプログラム終了後アンケート

1. 意識の変化		人数(人)	(%)
(1)食生活について考えるようになりましたか。	はい	96	(100.0)
	いいえ	0	0.0
(2)運動習慣について考えるようになりましたか。	はい	94	(97.9)
	いいえ	2	(2.1)
(3)健診データについて考えるようになりましたか。	はい	95	(99.0)
	いいえ	1	(1.0)
2. 実際に変化したこと		人数(人)	(%)
(1)食事は自分にあった1日量(自分のもち点)を食べていますか。	食べている	51	(53.1)
	食べていない	45	(46.9)
(2)毎日主食、主菜、副菜を整えて食事をしていますか。	している	84	(88.4)
	していない	11	(11.6)
(3)塩分を10g以下にするために実践していることがありますか。	実践している	61	(67.8)
	実践していない	29	(32.2)
(4)食事はよくかんでゆっくり食べていますか。	食べている	51	(53.1)
	食べていない	45	(46.9)
(5)間食の仕方が変わりましたか。	変わった	87	(90.6)
	変わらない	9	(9.4)

動習慣について考えるようになった」は94人 (97.9%) が「はい」と答えた。「健診データについて考えるようになった」は95人(99.0%)が「はい」と答えた。

実際の変化内容は食生活と運動習慣のうち、「食生活」の中の、「食事は自分にあった一日量を食べているか」が51人(53.1%),「毎日主食、主菜、副菜を整えて食べているか」が84人(88.4%),「塩分を10g以下にするために実践していることがあるか」が61人(67.8%)であった。介入前は「食事はよくかんでゆっくり食べているか」が31人(30.7%)であったが、介入後は51人(53.1%)に増加した。「間食の仕方が変わったか」は、87人(90.6%)が「はい」と答えた。

「運動習慣」については「生活の中に運動を取り入れているか」が介入前は42人(41.6%)であったが、介入後は88人 (91.7%)に増加した。その他「正しい歩行姿勢で歩いているか」が57人(59.4%),「運動することで心や体に変化があるか」は89人(94.7%)が「はい」と答えた。

プログラム内容で役に立ったものについて聞いた。「グループワーク」は、「役に立った」と答えた人が複数回答で54人(56.2%)であった。その内容は「他の人の意見を聞いて励みになった」、「いろいろな意見が聞けた。良いところを参考にしたい」、「比較して食生活を見直すようになった」などであった。「講話」について「役に立った」と答えた人は、複数回答で、保健師の行った「生活習慣とはどういうものか」が70人(72.9%),「塩分と血圧について」が67人(69.7%), 栄養士の行っ

た「間食のエネルギー量と一日の必要量について」が74人(77.0%)であった。「配布資料や教材」では、「氷山の表(メタボリック症候群)」、「身近な食べ物エネルギー点数表」、「食事バランスのポイント」などが「役に立った」と答えていた。

2. スタッフの力量形成状況

今回の事業担当スタッフは、保健師12人、栄養士5人、事務職員2人、看護師2人であった。スタッフの力量形成は保健師、栄養士の状況をみた。

1) 個別支援

保健師の個別支援に対する4回目終了時に行った評価(以下中間評価とする)は図1に示すとおりである。「十分できた」と評価した人の割合は低く、すべての項目が50%以下であった。「対象者のデータや生活習慣、自覚症状の変化を共感し支持することができた」の項目は「やや十分できた」83.3%とあわせると全員が「十分」「やや十分」と評価した。

6回目終了後の評価(以下最終評価とする)は図2に示すとおりである。全項目が「十分」「やや十分」と評価した割合が増加し、15項目中9項目が85%以上と高い評価へと変化した。「一連の技術習得ができたか」については、中間評価の平均点は5.4点だったが最終評価の平均点は6.3点と高くなった。

栄養士の個別支援に対する中間評価は「不十分」

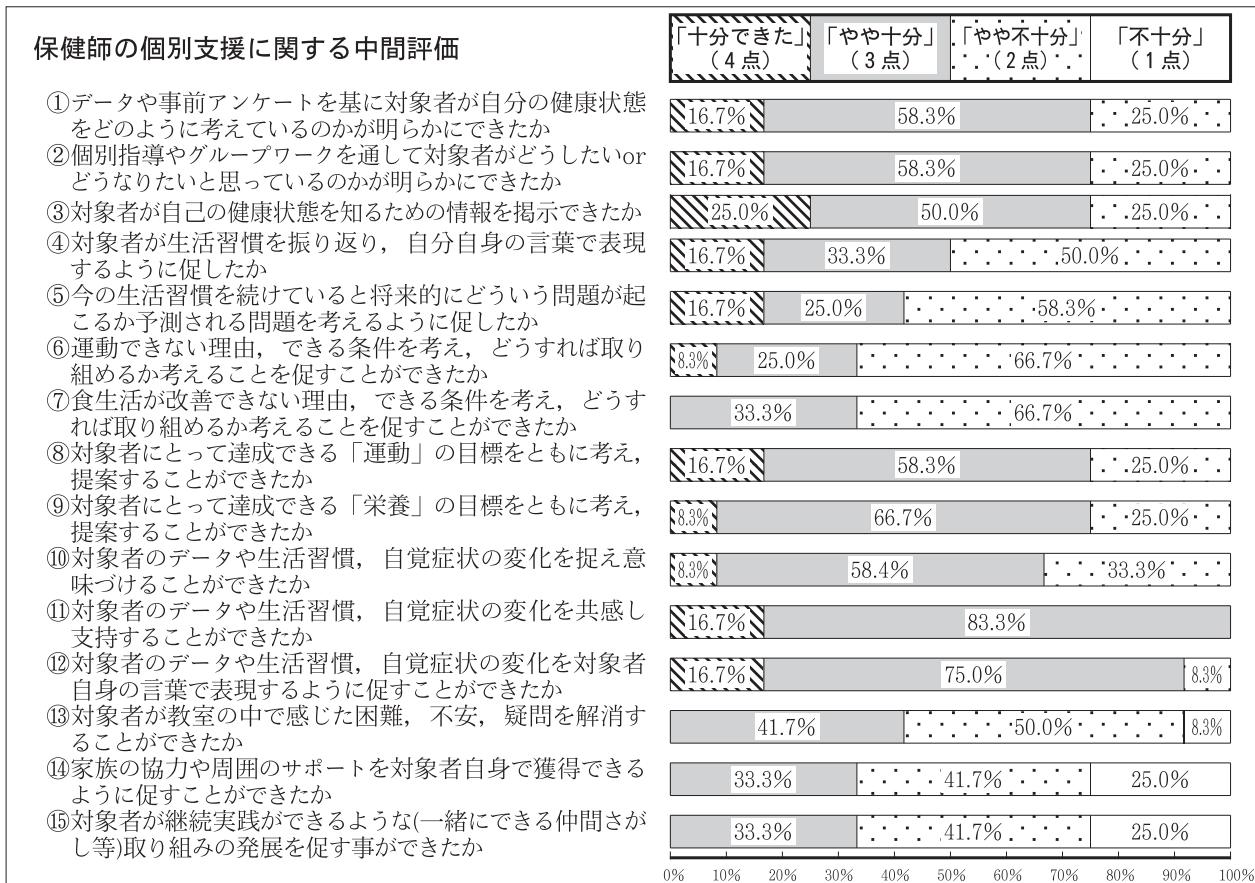


図1 保健師の個別支援に関する中間評価

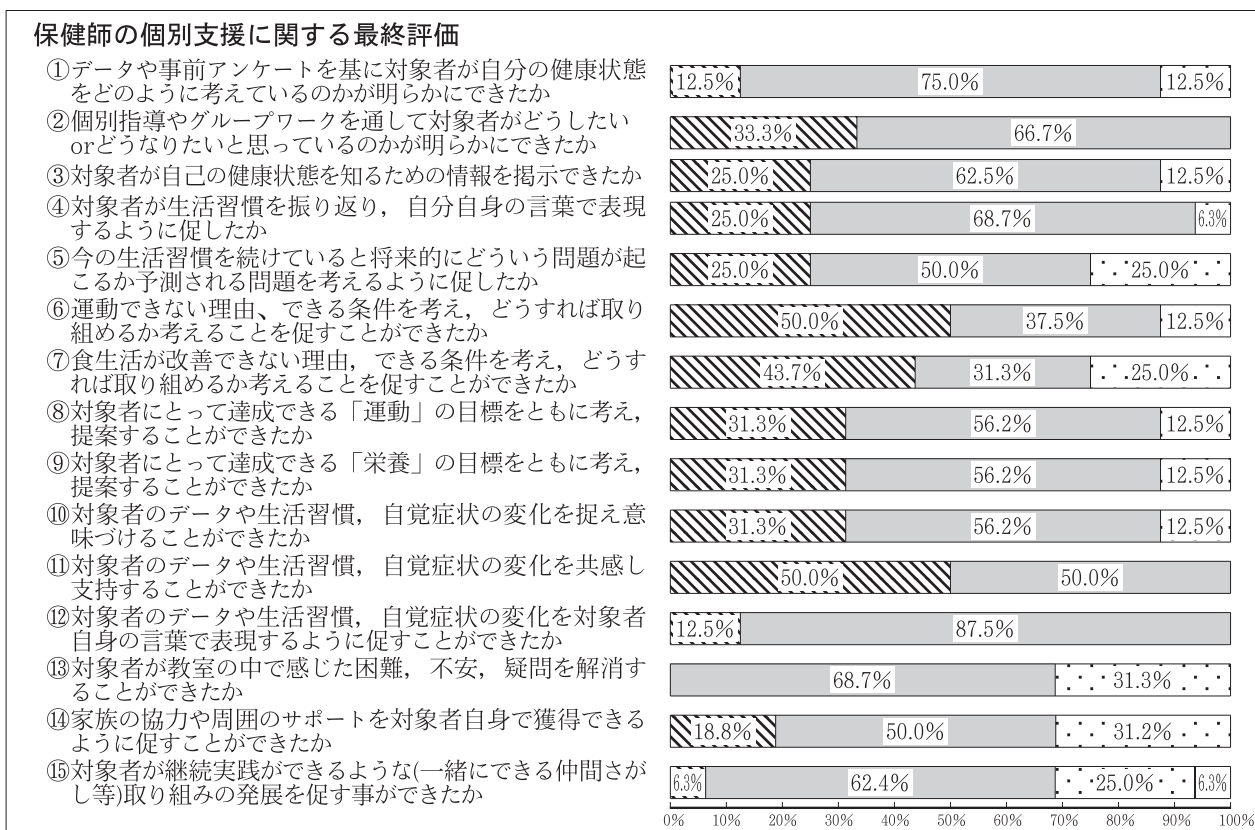


図2 保健師の個別支援に関する最終評価

の項目はなかった。「一連の技術習得ができたか」については、中間評価の平均点は6.8点であり、最終評価の平均点も7.4点と高かった。

保健師・栄養士の個別支援・グループ支援に対する評価(自由記載)は表6のとおりである。

2) グループ支援

保健師のグループ支援に対する中間評価は図3に示すとおりである。グループワークの導入に対する評価は高いが、グループワークを発展させる技術に関する項目の評価は「やや十分」、「やや不十分」が半数であった。最終評価は図4に示すとおりである。「不十分」の項目はなかったが、グループワークを発展させる技術に関する項目は「やや不十分」が36.4～54.5%であった。「一連の技術習得ができたか」については、中間評価の平均点は6.0点であったが、最終評価の平均点は6.7点と高くなった。

3) 健康教育・媒体

健康教育・媒体を担当したスタッフは、保健師6人、栄養士2人である。健康教育実施終了後に評価を行った。

保健師の健康教育は総数で4回、栄養士の健康教育は5回行った。実施した回ごとに評価したが、毎回のテーマが異なるため、その評価の結果は異なった。

プログラムの実施回数を重ねるごとに「参加者の反応に合わせながら適切に対応できたか」、「話のスピードは適切か」、「参加者が自分の問題として考えられるような問いかけができたか」などの項目が「十分」、「やや十分」と評価が高くなり、「プログラム目標に適した媒体だったか」の項目も高くなった。しかし「教育目標に基づいて振り返りながらまとめができたか」、「媒体の活用方法は適切であったか」については、全員が「やや不十分」と答えた。

表6 保健師・栄養士の個別支援・グループ支援に対する評価(自由記載)

<p>1. 個別支援に対する評価(自由記載)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ 参加者の食や運動への意識が高まったことを感じ、これからの目標へ前向きに取り組もうとされており、対象者が自分に合った目標設定を共に考え、どうしたら実行できるかを支援できるようになった。 ◇ 対象者の変化や気づきを見落とすことなく捉え、意味づけし、効果を実感できるように関わることが大切だとわかった。 ◇ 対象者が今後も目標を持ち、自信を持ち、継続していくには自ら気づき、どうすればいいかを考え、自主的に行動できるよう関わることが必要であるとわかった。 ◇ 検査データや事前アンケートを基に対象者の健康状態を明らかにすることは、後半個人票をまとめる時なり明確になったが、本来はもっと早く個人の全体像を明確にして対応すべきだった。 ◇ プログラムは同じ内容で一律に実施されるが、人によってその理解度や問題となっていることは違うため、確認する重要性も再認識でき、行動変容ステージを意識して関わることで、本人に合った対応ができるようになった。 ◇ 対象者と一緒にデータ、身体の変化を捉え、その理由について振り返ることができるようになったが、個々の特徴の捉え方が明確でなく、意識・行動変容までつなげることが難しかった。 ◇ データなどからの分析、アセスメントや情報提示にかかる知識、メカニズムの部分は弱いので、対象者の疑問に対して、納得できるまで説明しきれず、不消化感を与えてしまった。 ◇ データの改善も個々に見られたが、継続されていくかが問題なので、フォローの重要性を感じた。 ◇ 家族や環境のサポートに対して本人が意識をもつ支援が不十分だった。 <p>2. グループ支援に対する評価(自由記載)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ 経験を重ねることで、入る前のイメージ作りや予想外の発言や反応に対応しやすくなってきた。 ◇ グループダイナミクスを用いてメンバー同士がエンパワメントできたり、個の問題をグループで考えられるように運営出来るようになった。 ◇ 事前にプログラム内でのグループワークの目的について理解し、展開予想や対応策を考えられるようになり、ファシリテーターとしての心構えが出来るようになった。 ◇ 全体を見渡しての運営が出来るようになった。 ◇ まとめる力、他者に広げていく力が不足しているため、ファシリテーターとして方向性を示せず、メンバーの意見に引きずられてしまったり、発言を平等に出来なかった。参加者もグループワークをすることで成長されてくることで、ファシリテーターとしてはより多くの返し方の手段が必要と感じる。 ◇ 改善出来た人には話せてもらったが、改善出来てない人の思いを表出する働きかけが出来なかった。 ◇ まとめる力、キーポイントを捉え、他者に広げていく力が不足していた。
--

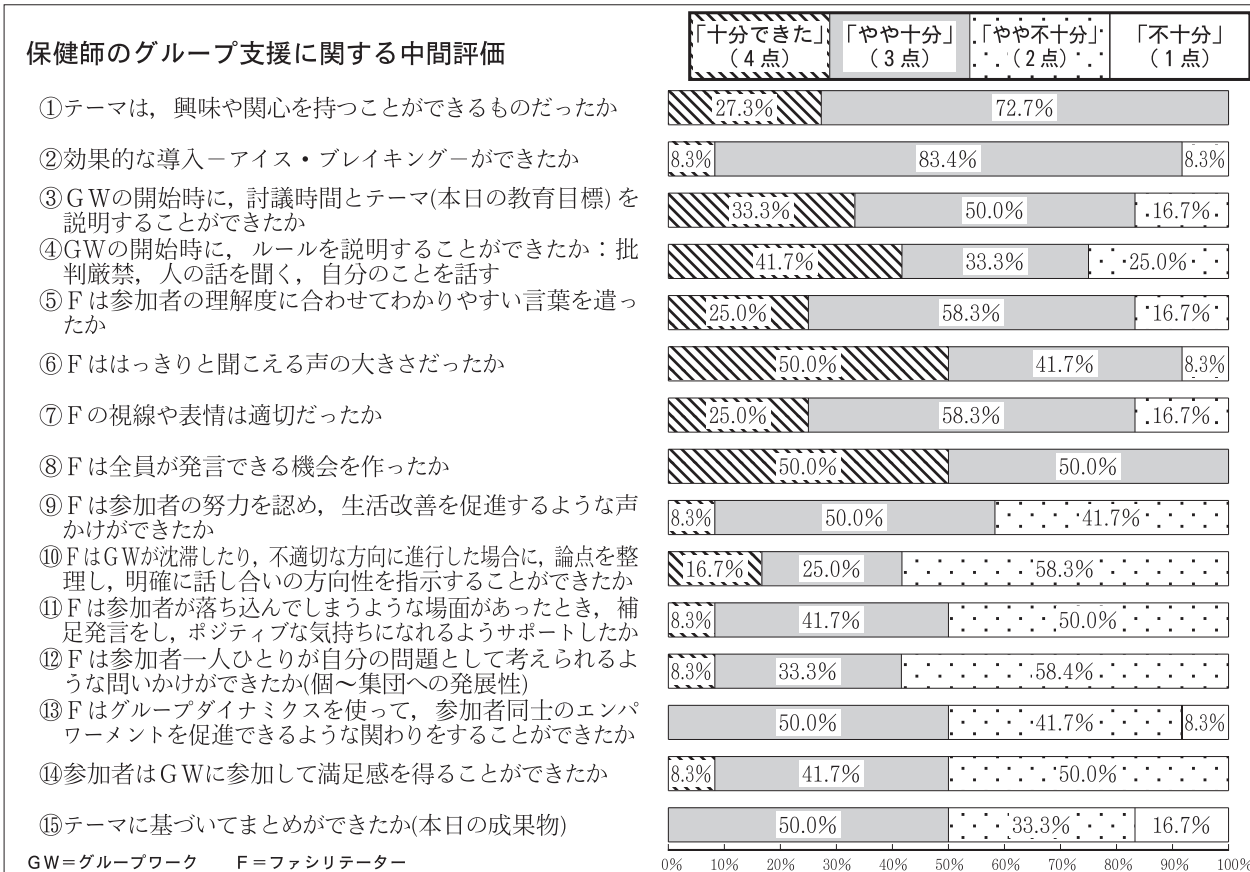


図3 保健師のグループ支援に関する中間評価

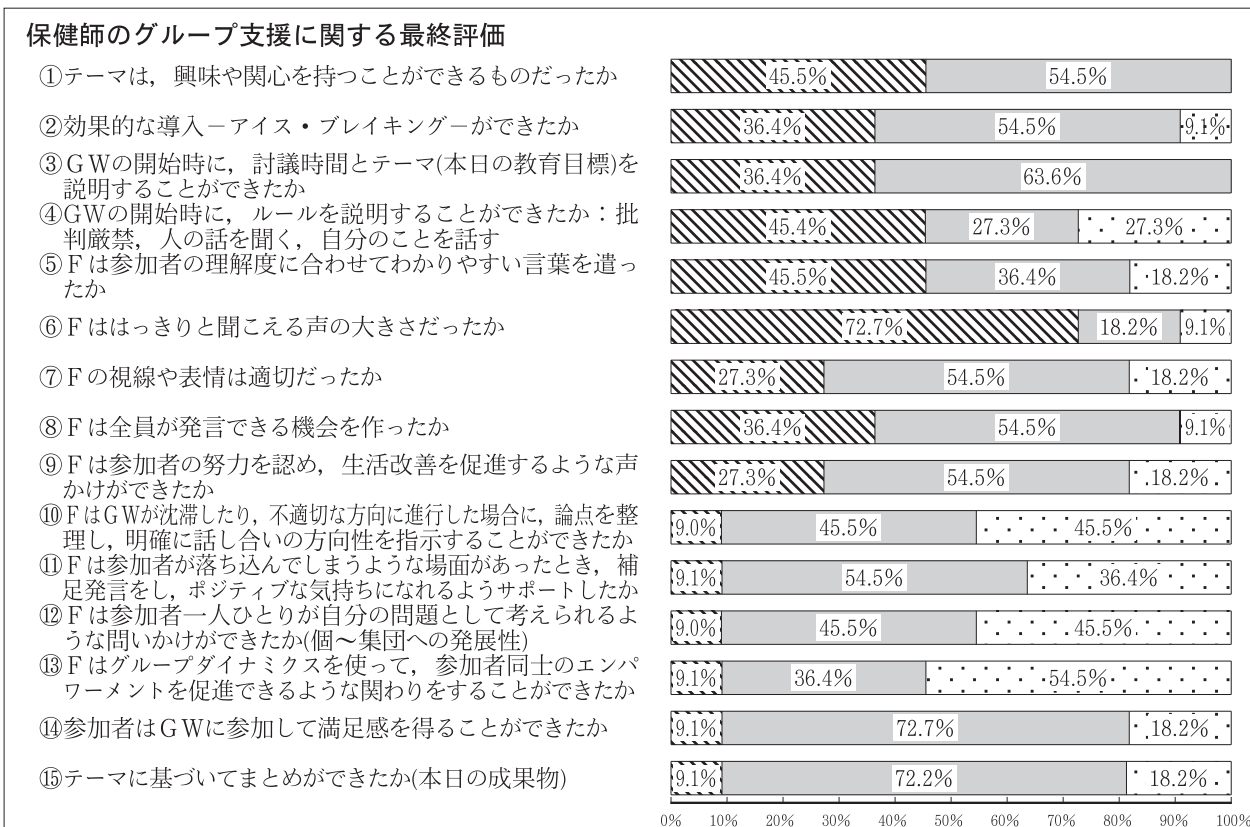


図4 保健師のグループ支援に関する最終評価

IV. まとめと課題

1. 受講者の生活習慣改善について

受講者の生活習慣の改善状況を身体状況、意識・行動の変化からみた。

身体状況の変化は、腹囲周囲径・BMIの値、血液データ(HDLコレステロール、中性脂肪、空腹時血糖、HbA_{1c})血圧値の半数以上が適正範囲および基準値内になった。

「個別支援」,「グループ支援」,「健康教育・媒体」を用いたスタッフの最終評価は、いずれの項目においても中間評価より評点が高かった。

「行動変容ステージ」は、「実行期」と評価された受講者が6回目終了後では、4回目と比較し著しく増加が見られた。また介入後アンケートにおいても、ほぼ全員が「食生活」や「運動習慣」に関して「意識が変わった」と答えていた。さらに「行動変容」に関しては、「食事は自分にあった1日量を食べている」、「毎日主食、主菜、副菜を整えて食事をしている」、「生活の中に運動を取り入れるようになった」と答えた人が多かった。

このことは、今回のプログラムの期間、回数、内容とも適切であったためと考える。しかし、生活習慣は長い期間の積み重ねであるため変化させることは容易ではなく、今回の事業のみで改善行動が獲得されたと評価することは出来ない。プログラムが終了しても3人の変化が見られなかったこともその困難さを裏付ける。また、このような1回の教室で獲得された生活改善行動は6カ月が限度であり、継続することが困難であるといわれている(井伊, 2006)。今後の課題は受講者の6カ月後を追跡し、生活改善行動が継続できているかどうかを検証すること、またその内容をふまえ、A市独自のフォローのためのサポート体制を検討することである。

2. スタッフの力量形成について

個別支援におけるスタッフの力量は、中間評価では、殆どの項目で「不十分」、「やや不十分」が多く、「対象者の変化を共感し、支持することができたか」のみが「十分」、「やや十分」であった。特に、受講者のセルフケアをサポートする項目の評価が低かった。自由記載でも「本来はもっと早

く個人の全体像を明確にして対応すべきだった」と述べられており、研修会の学びを十分に活かしていない状況があった。しかし、最終評価は、「対象者がどうしたいか、どうなりたいと思っているかが明らかにできたか」や「対象者の変化を対象者自身の言葉で表現するよう促したか」の項目に全員が「十分」、「やや十分」と答えた。

グループ支援におけるスタッフの力量は、中間評価では、グループワークの導入ともいえる「目標を説明できたか」、「分かりやすい言葉を遣ったか」の項目のみが「十分」、「やや十分」であった。しかし、最終評価ではほとんどの項目の評価が高くなっており、特に、中間評価では低かったグループワークを発展させる技術に関する項目が、「十分」、「やや十分」という高い評価となった。

健康教育・媒体におけるスタッフの力量は、プログラムの実施回数を重ねるごとに受講者の反応を見ながら行えるようになっており、媒体などを効果的に使用する必要性もわかってきた。また「一連の技術習得ができたか」も最終評価では高くなった。

このことは、委託を受けた本学の支援が適切であったためと考える。しかし、A市のスタッフは、今後も「特定健康診査・特定保健指導」の場で、結果のでる支援技術を実施することを求められている。それには、スタッフが今回の協働の事業展開から何を学んだか、今後も力量をどのように高めようとしているかを明らかにし、研修プログラム等を示唆する必要がある。今後の課題は専門職である保健師・栄養士の学びの詳細を明らかにし、力量形成のための方略作成を示唆することである。

3. 市(地方公共団体)・大学協働について

今回の事業は、公私協力のもと、委託を受けた本学地域老年看護学メンバーと事業者であるA市がともに事業企画、実践、評価を行った。協働で取り組むことで、双方の力量の課題が明確になり、充実した成果が得られたと考える。

事業評価のうち大学教員による「プログラム提供体制(委託先)」をみると、「スタッフのスキルアップに関する助言指導を行ったか(媒体)」が3点と低く、健康教育の目的や媒体などを使用した

展開方法への助言が十分ではなかった。また「フォロー体制について、A市と検討したか」についても3点であった。

これらは事前の支援内容の予測、つまり現場の現状把握が不十分であったためである。大学教員には、保健師教育における「技術項目の卒業時の到達度」の指標が示される(厚生労働省医政局看護課, 2008)など、より質の高い人材の育成の期待が寄せられているが、同時に実習の場における大学教員の看護実践能力が低いという指摘がされている現状もある(看護学教育のあり方に関する検討会報告, 2002)。今回のように1事業を協働したことは、大学教員自身の現場の現状把握が不十分など、看護実践能力を明らかにするための良い機会となった。しかし、この方法を継続することは時間的・マンパワー的に容易なことではないこともわかった。

大学教員の看護実践能力を高める方策として、現場看護職者と連携した共同研究を推進する体制づくりが提案され(看護学教育のあり方に関する検討会報告, 2002)、近年、アクションリサーチによる協働・協同の報告がある(大倉他, 2004; 岡本他, 2008)。アクションリサーチは、短期間の関わりではなく、長期間かけて現場看護職者と共に課題に取り組むことが特徴である。公私協力のあり方としては、地域の健康問題をともに取り組むことであり、双方の現場における実践能力を高めるためにはアクションリサーチアプローチのような長期的な視点での取り組みを検討する必要があると考える。

今後の課題は、大学教員、A市スタッフ双方の現場力量形成を目指した協働のあり方を長期的な視点で検討することである。

参考文献

- 久常節子 (2005): 生活習慣病に挑む保健師の役割—糖尿病予防を入口として—, 保健の科学, 47 (7), pp.494-497.
- 井伊久美子 (2006): 生活習慣病予防に求められる保健師の実践的役割, 平成18年度看護白書, pp.17-25.
- 順心会看護医療大学地域老年看護学領域 (2008): 淡路市ヘルスアップ事業・フォローアップ事業

「実践報告書」(平成19年度), pp.1-296.

看護学教育のあり方に関する検討会報告(2002): 大学における看護実践能力の育成の充実に向けて.

厚生労働省保健局 (2007): 特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き, pp.1-131.

厚生労働省医政局看護課 (2008): 「保健師教育の技術項目の卒業時の到達度」について, 医政看護第0919001.

松本千明 (2002): 健康行動理論の基礎, 医歯薬出版, pp.29-36.

日本看護協会 (2008): 平成19年度先駆的保健活動交流事業 生活習慣病予防活動支援モデル事業報告書, pp.1-72.

岡本玲子他 (2008): 実践をよりよくしたい保健師への研究者の働きかけと生じた変化—6事例へのアクションリサーチを通して—, 日本看護学教育学会誌, 17(3), pp.1-13.

大倉美佳他 (2004): 保健所と大学の協働と共同—継続教育体制の構築に向けての企画・実践を通して—, 北陸公衆衛生学会誌, 1号, pp.36-42.

社会保険実務研究所 (2007): 資料, 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版), 週刊保健衛生ニュース, 第1406-1号, pp.2-48.