

表 12 コース別参加率、年齢と課題のコンプライアンス

			活動量	食事見直し	減 酒	減 煙	歯磨き	疲労回復
参加者数と年齢	総 数 (人) 参加率(%) 年 齢 (歳)	435 (7.8) 41.6±12.3	212 (3.8) 42.7±11.9	75 (1.3) 35.6±11.1	39 (0.7) 48.7±10.3	35 (0.6) 46.5±12.2	60 (1.1) 39.2±12.9	37 (0.7) 40.0±12.0
	男 性 (人) 参加率(%) 年 齢 (歳)	255 (5.7) 46.6±11.5	126 (2.8) 47.9±10.7	29 (0.7) 40.8±11.4	34 (0.8) 49.6±10.3	35 (0.8) 46.5±12.2	32 (0.7) 45.3±13.8	17 (0.4) 43.1±13.8
	女 性 (人) 参加率(%) 年 齢 (歳)	180 (16.2) 34.4±9.6	86 (7.7) 35.2±9.2	46 (4.1) 32.4±9.7	5 (0.4) 42.6±8.9	0 (0.0)	28 (2.5) 32.7±9.5	20 (1.8) 37.4±9.8
コンプライアンス	記録提出率 (%)	85.6	86.3	80.0	84.6	85.7	91.7	83.8
	目標達成率 (%)	79.4±29.5	83.6±28.8	79.0±28.6	78.9±28.8	71.3±32.6	80.5±24.8	77.0±31.2

表 13 終了時の習慣行動の変化

コース	習慣行動	n	開始時	終了時
活動量アップ	通勤歩行時間(分)	169	28.9±16.3	31.0±17.7 \$
	通勤外のまとめ歩き	167	1.61±0.49	1.35±0.48 **
	駅など階段の利用	167	1.73±0.45	1.40±0.49 **
	社内の階段利用	165	2.04±0.76	1.69±0.75 **
	歩く速さ	172	1.81±0.63	1.62±0.62 **
食事見直し	食べる速さ	57	2.46±0.63	2.35±0.64 *
	満腹まで食べる	56	2.52±0.57	2.34±0.61 *
	野菜を食べる頻度	56	2.21±0.78	1.45±0.69 **
	揚げ物を食べる頻度	57	2.16±0.70	2.05±0.69 \$
	食事を抜く	56	1.63±0.82	1.55±0.74
	夕食後の間食	56	1.93±0.76	1.91±0.75
減酒	飲酒頻度	30	3.07±0.74	2.67±0.80 **
	外での飲酒頻度	29	1.69±0.66	1.44±0.63 *
	自分から誘う	30	1.87±0.51	1.73±0.58
	つまみの取り方	30	1.47±0.68	1.30±0.54
減煙	1日に吸う本数(本)	28	29.8±11.3	21.5±8.8 **
	肺まで吸う	28	2.54±0.63	2.21±0.74 **
	吸う場所の特定	27	1.96±0.19	1.74±0.45 *
	たばこを買い置き	27	1.41±0.50	1.30±0.47
歯磨き	1日に磨く頻度	52	1.81±0.74	1.35±0.62 **
	1回に磨く時間	53	2.59±1.06	1.96±0.59 **
	歯ぐきも磨く	51	2.22±0.73	1.43±0.67 **
	爪楊枝を使う	53	2.42±0.82	2.53±0.72
	歯間ブラシなどを使う	53	1.72±0.45	1.66±0.48 \$
疲労回復	睡眠時間(時間)	28	5.93±0.96	6.29±0.99 **
	ゆっくりした入浴頻度	28	2.25±0.65	1.75±0.77 **
	肩こりの頻度	28	2.29±0.71	2.04±0.74 *
	自由時間がとれる頻度	28	2.43±0.63	2.18±0.55 *
	気晴らしにお酒を飲む	28	1.82±0.77	1.79±0.79

\$: p < 0.1 *: p < 0.05 **: p < 0.01 [喫煙本数、通勤歩行、睡眠時間以外は1〜

3点の3段階評

得点が低いほど改善(飲酒頻度のみ4段階評価)]

表 14 6ヵ月後の習慣行動の変化

コース	習慣行動	n	開始時	終了時	終了6ヵ月後
活動量 アップ 回収率 66.5%	通勤歩行時間(分)	112	29.8±14.7	32.4±17.4 \$	31.6±15.3
	通勤外のまとめ歩き	111	1.56±0.50	1.32±0.47 **	1.38±0.49 **
	駅など階段の利用	112	1.74±0.44	1.39±0.49 **	1.47±0.50 **
	社内の階段利用	112	2.03±0.78	1.69±0.76 **	1.70±0.84 **
	歩く速さ	116	1.76±0.65	1.57±0.62 **	1.62±0.60 **
食事 見直し 回収率 56.9%	食べる速さ	34	2.38±0.65	2.27±0.67 *	2.26±0.66
	満腹まで食べる	33	2.55±0.57	2.33±0.61 \$	2.12±0.69 **
	野菜を食べる頻度	33	2.21±0.79	1.42±0.67 **	1.30±0.59 **
	揚げ物を食べる頻度	34	2.12±0.63	1.97±0.65 \$	1.65±0.54 **
	食事を抜く	33	1.61±0.76	1.36±0.61 \$	1.42±0.72
	夕食後の間食	34	1.91±0.82	1.82±0.78	1.59±0.75 *
減 酒 回収率 75.0%	飲酒頻度	21	3.10±0.77	2.76±0.77 *	2.81±0.87 *
	外での飲酒頻度	21	1.72±0.63	1.50±0.67 \$	1.64±0.73
	自分から誘う	22	1.82±0.50	1.73±0.55	1.82±0.50
	つまみの取り方	22	1.50±0.74	1.23±0.43	1.41±0.67
減 煙 回収率 44.8%	1日に吸う本数(本)	13	28.5±12.5	18.9±10.2 **	16.5±8.5 **
	肺まで吸う	12	2.58±0.52	2.08±0.79 **	2.08±0.90 \$
	吸う場所の特定	11	1.91±0.30	1.64±0.51 \$	1.45±0.52 *
	たばこの買い置き	11	1.55±0.52	1.36±0.51	1.27±0.47 \$
歯磨き 回収率 62.3%	1日に磨く頻度	30	1.93±0.79	1.40±0.62 **	1.50±0.57 **
	1回に磨く時間	30	2.60±0.56	2.00±0.64 **	1.93±0.45 **
	歯ぐきも磨く	30	2.10±0.77	1.28±0.53 **	1.35±0.67 **
	爪楊枝を使う	30	1.77±0.94	1.57±0.77	1.53±0.78 *
	歯間ブラシなどを使う	29	1.69±0.47	1.62±0.49	1.55±0.51
疲労回復 回収率 53.3	睡眠時間(時間)	14	5.82±1.01	6.14±0.89 *	6.14±0.91 *
	ゆっくりした入浴頻度	15	2.20±0.68	1.80±0.68 *	1.60±0.74 **
	肩こりの頻度	15	2.13±0.64	2.07±0.70	2.27±0.80
	自由時間がとれる頻度	15	2.53±0.64	2.20±0.56 \$	2.20±0.56 \$
	気晴らしにお酒を飲む	15	1.73±0.80	1.60±0.74	1.80±0.86

\$: p< 0.1 *: p< 0.05 **: p< 0.01(喫煙本数、通勤歩行、睡眠時間以外は1-

3点の3段階評

得点が低いほど改善(飲酒頻度のみ 4段階評価)

表 15 習慣行動の改善の推移

コース	習慣行動	n	改善対象人数	改善行動が残っている人数	
				1ヵ月後の人数 (%)	6ヵ月後の人数 (%)
活動量アップ	通勤歩行時間 (10分以上増)	169	169	52 (30.8)	30 (17.8)
	通勤外のまとめ歩き	167	108	48 (44.4)	25 (23.2)
	駅など階段の利用	167	128	59 (46.1)	34 (26.6)
	社内の階段利用	165	129	58 (45.0)	39 (30.2)
	歩く速さ	172	124	40 (32.3)	24 (19.4)
食事見直し	食べる速さ	57	53	6 (11.3)	4 (7.5)
	満腹まで食べる	56	55	14 (25.5)	12 (21.8)
	野菜を食べる頻度	56	45	35 (77.8)	26 (57.8)
	揚げ物を食べる頻度	57	47	9 (19.1)	16 (34.0)
	食事を抜く	57	23	9 (39.1)	8 (34.8)
	夕食後の間食	57	39	11 (28.2)	12 (30.8)
減酒	飲酒頻度	30	29	11 (37.9)	7 (24.1)
	外での飲酒頻度	29	18	7 (38.9)	5 (27.8)
	つまみの取り方	30	8	4 (50.0)	2 (25.0)
	自分から誘う	30	24	5 (20.8)	3 (12.5)
減煙	1日に吸う本数	28	28	20 (71.4)	12 (42.9)
	肺まで吸う	28	26	9 (34.6)	6 (23.1)
	吸う場所の特定	27	26	6 (23.1)	5 (19.2)
	たばこの買い置き	28	11	3 (27.3)	2 (18.2)
歯磨き	1日に磨く頻度	52	32	21 (65.6)	12 (37.5)
	1回に磨く時間	53	51	26 (51.0)	20 (39.2)
	歯ぐきも磨く	51	43	31 (72.1)	20 (39.2)
	爪楊枝を使う	51	20	7 (35.0)	7 (35.0)
	歯間ブラシなどを使う	53	38	3 (7.9)	5 (13.2)
疲労回復	ゆっくりした入浴頻度	28	25	13 (52.0)	8 (32.0)
	肩こりの頻度	28	24	7 (29.2)	2 (8.3)
	自由時間を取る	28	27	6 (22.2)	7 (25.9)
	気晴らしにお酒を飲む	28	17	4 (23.5)	0 (0.0)

改善対象者は3段階評価で1ポイント以上改善の余地のあるもののみ。改善とは1ポイント以上の改善があった場合。6ヶ月後の比率は追跡アンケートでそれが維持された者の対象者比。

厚生科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）
分担研究報告書

運動支援のための方法論の確立と指導者教育法の開発

分担研究者 内藤 義彦 大阪府立成人病センター
集団検診第一部循環器検診第二科部長

研究要旨

身体活動・運動の有益性は保健医療の専門家の間だけでなく一般にも広く認知されているにもかかわらず、身体活動が不足する状況は近年深刻化しつつある。これを打開する上で、保健指導の場における担当者の果たす役割は大きく、個々人の行動変容の成否は指導内容に負うところが大きい。そこで、本研究では、行動科学・社会科学の理論に基づき、身体活動の確保を支援するための指導方法を確立するとともに、指導者用トレーニングプログラムを開発することを目的とした。

まず身体活動の確保を支援するための指導方法については、とくにステージモデルを基本的枠組みとし、それに応じた指導内容を開発した。次に、トレーニングプログラムの開発については、対人的なコミュニケーションスキルを重視し、モデリングやロールプレイを通じてスキル向上をめざした。今後は、これに基づいたトレーニングセミナーを研究の一環として開催し、その有効性をパイロットスタディとして検証する予定である。

A. 研究目的

身体活動・運動は生活習慣の基本的要素として、慢性疾患の予防あるいは改善だけでなく、健康の維持・増進、さらには生活の質(QOL)の向上にも効果がある。このことは保健医療の専門家の間だけでなく一般にも広く認知されているにもかかわらず、身体活動が不足する者が多い状況は近年益々深刻化しつつある。

その状況を改善させるためには、**population strategy**と**high-risk strategy**の両面から対策を講ずる必要がある。中でも後者については、個々人に対する保健指導の場における指導担当者の果たす役割が大きい。すなわち、個々人の行動変容の成否は指導の内容（質、量）に負うところが大きいものと考えられる。われわれは、地域や職域の、健康教室や健康診断時、健康診断後の事後指導の現場などにおいて、行動変容を促すための効果的な方法の開発に取り組んでいる。本研究は、その一環として、1)身体活動の確保を支援するための方法を確立するとともに、2)身体活動に関する指導者用トレーニングプログラムを開発するこ

とを目的とした。

B. 研究方法

近年、行動科学・社会科学の理論を用いた保健指導の有効性が報告されている。すでに、本班においても、禁煙指導や減量指導のために、行動科学に基づく指導法とともに指導者用トレーニングプログラムが開発されている。本研究では、これら先行研究の経験をふまえ、基本的には班研究としての一貫性を考慮した方法の確立およびトレーニングプログラム開発を前提とし、その上で、身体活動という生活習慣に特有な部分を加味していくアプローチを採った。

身体活動の確保を支援するための方法を確立するためには、まず指導の根拠となる個々人の身体活動量を把握する方法を定める必要がある。そのために、われわれが1980年代後半から生活環境を異にする地域・職域において行ってきた身体活動に関する一連の疫学研究の中から妥当性の高い把握方法（行動記録票、簡易質問票など）、内外の身体活動研究の中で評価の高い方法、広く用い

られており有用性が高い方法（歩数計、加速度センサー付身体活動測定装置など）などを選び出した。

また、地域や職域において長年経験してきた高コレステロール血症者や高血圧者、肥満者に対する健康教室の成果をふまえ、使用して身体活動量確保に効果のあったツール（歩数計、50g 体重計、日常生活記録表、体重推移グラフ、セルフヘルプガイドなど）や、他の研究で有用なものを、上記と同様選び出した。

集団により使用できる把握方法やツールは異なると考えられるが、選択にあたっては基本的に有用性のエビデンスがあることを前提とした。

さらに、方法の確立および指導者トレーニングプログラム開発の理論的バックボーンとして、古典的学習理論 (Skinner, et al.)、保健信念モデル (Rosenstock, et al.)、ステージモデル (Prochaska, et al.)、再発予防モデル (Marlatt and Gordon)、社会認知理論 (Bandura, et al.)、道理に基づいた行動 (Reasoned Action) 理論、社会的サポート理論など、行動科学・社会科学の基本的な理論を参考とした。

C. 研究結果

1. 身体的活動の確保のための支援方法の確立

具体的な運動支援の方法のポイントは、以下のようによまとめることができる。

1) 動機付けの前段階

① 運動プランの説明

プランがめざすものを参加者に説明する。これにより、プランの全体像を理解してもらい、基本的な信頼関係を築く。

② 参加者に関する情報の収集

他者と交渉する際、相手に関する情報を収集することが交渉をスムーズにする。既往歴や現病歴、健康に関連した知識、やる気の程度、理解力など、様々な情報をもとに、プランを立てる。

③ 健康と運動の関する知識の確認

運動が健康とどう関連し、運動不足がなぜ良くないのか理解してもらおう。また、運動の持つさまざまな効用を説明し、参加者のやる気を高める。

2) 動機付けの段階

① 運動不足度の確認

参加者の身体活動量を評価する。以下のような

方法が考えられる。

- a. 運動不足のライフスタイルチェック
- b. 簡易質問票の利用
- c. 行動記録票の利用
- d. 歩数計の1週間装着および記録
- e. 体力測定

② 医学的評価の確認

健診などで運動不足が関連しそうな健康異常が指摘されていないか確認する。これによって、運動不足病の理解を促す。また、運動指導する前に、運動が禁忌となったり注意を要する病気がないか確認する。

③ 運動をしない理由の確認

運動をしない理由を聞くと「運動そのものが嫌い」という人がいる。「運動は嫌いではないが、時間がない、面倒だ」という人がいる。危険性を過剰に意識する向きもある。

④ 運動に関心はあるが出来ないという人への対処
シーソーモデルを用い、運動を阻害する要因を列挙し、それへの対処方法を考える。また、運動による利益と不利益について書き出す。運動の利益が優るという理解を支援する。

3) 運動習慣獲得のためのノウハウ

① 自分用の身体活動マイプランの作成

自分の普段の生活リズムを考慮したマイプランの作成を支援する。また、個人毎の短期的で達成可能な明確な目標を少数設定する。達成できたら、次の目標に向けてわずかなステップアップ（スモールステップ法）していく。

② 運動に関する知識の理解

運動する際に基本となる種類、強度、所要時間、頻度の4要素の説明、全身のバランスを考慮した運動のすすめ方、消費エネルギーのこと、安全な運動のための注意点、脈拍計測により運動強度のとらえ方、運動習慣定着に有用なツールの紹介などをやる。これらは運動の最も基本となる知識なので、何度も理解を確認しておいたほうが良い。

③ マイプランの開始

- a. 歩くことから始める
- b. 爽快感の感じる
- c. セルフモニタリング
- d. ステップアップする

4) 運動習慣を維持するためのノウハウ

最初はまじめに頑張り、運動の効果を実感した参加者も、目標を達成したことへの満足感で安心したり、同じことの繰り返しで飽きてきたり、他のことに関心が移ったりする。

①運動習慣の維持のためのポイント

- a.やる気のかげり
- b.無気力への対処
- c.落ち込みへの対処
- d.あせりへの対処
- e.挫折への対処
- f.ハイリスクグループを察知
- g.指導者のいない状況に備える

2. 指導者トレーニングプログラムの開発

開発した指導者用トレーニングプログラムの概要は、以下のとおりである。なお、日数が少ない分、講義はテキストの内容の確認ぐらいにとどめ、身体活動マイプランの作成とその評価に関する実習、実技やロールプレイなど、テキストを読むだけではできないことを重視した内容とした。

1)講習期間

2日間コースを設定(午後開講～1泊～翌日正午解散)

2)場 所

交通の便が良くスポーツできる施設が併設するところ

3)事前準備

テキスト配布(事前学習)、アンケート配布(希望調査など)、身体活動マイプランの作成、軽運動が可能な衣服を持参(実技指導のため)

4)内容

①コースオリエンテーション

②受講動機の強化

「身体活動の概念と健康への影響」

- a.身体活動に関連した概念の整理
- b.健康および疾病と身体活動の関連
- c.マクロおよびマイクロレベルにおける身体活動の意義に関する知識の整理

③身体活動の確保を支援する技術および理論

(1)個人、グループへのアプローチ

- a.身体活動量を評価、モニタリングする方法
- b.行動科学に基づくアプローチ
- c.簡単にできる面接技法
- d.グループ指導プログラムの作成とグループワークの活用

e.評価方法

(2)集団へのアプローチ

- a.ヘルスプロモーションにおける身体活動の位置づけ
- b.ソーシャルマーケティング、社会学習理論、他
- c.評価方法

④身体活動の確保を支援するツールの紹介と使い方

- a.身体活動量と身体活動への関心を把握するための質問票
- b.身体活動確保への意欲を高める副読本(セルフヘルプガイド)
- c.運動を開始した場合の健康度向上を予測するソフトウエア
- d.身体活動量をモニタリングするツール
- e.身体活動と健康に関する情報を得る方法
- f.安全で効果的に運動するためのツールや工夫
- g.肥満を評価し、効果的に肥満を改善するためのツール

⑤いつでもどこでもだれにでもできる運動の技術

- a.いつでもどこでもだれにでもできるとは?
- b.中高年からのレジスタンストレーニング
- c.高齢者における運動の注意点
- d.有病者への運動指導の注意点

⑥ビデオ視聴と実技指導

(1)運動指導の面接ビデオ視聴と解説

- a.無関心期に対するアプローチ
- b.関心期に対するアプローチ
- c.準備期に対するアプローチ

(2)運動の実技指導のビデオ視聴と解説

- a.正しいウォーキングとストレッチの方法
- b.中高年からのレジスタンストレーニングの技術
- c.高齢者にも勧められる運動の実技
- d.生活体力の評価方法(明治生命)

⑦グループ討論

- a.テーマを設定:例えば、視聴したビデオの批評、マイプランの修正、など
- b.グループ討論(40分)
- c.グループ発表(2グループ×10分)
- d.全体討論(30分)

⑧ロールプレイ

- a.関心期に対する運動指導
- b.無関心期に対する運動指導
- c.全体討論(20分)

⑨運動支援ネットワークの提案と運動疫学研究会の紹介

⑩全体討議

⑩閉会とアンケート、事務連絡（後期研修会のアナウンス）

D. 考察

本研究では、とくにステージモデルを基本的枠組みとし、それに応じた指導内容を開発した。なお、ステージに関する基礎データとして、大阪府が平成9年に行った大阪府の健康に関する実態調査（対象は無作為抽出した20～69歳の府民1万名、自記式郵送法、回収率は54.1%）の結果によれば、「現在、定期的な運動を行っていない」と回答した者において、運動を定期的にするにどのくらい関心があるかについて質問したところ、男性は無関心期の者（「1.関心がない」と回答）が19～25%で、女性の8～15%に比べ高率であった。喫煙者における禁煙に対する無関心の者の割合（男性の39～45%、女性の20～31%）と比較すると、男女ともに運動に対する無関心期の者の割合は少なかった。一方、「2.関心はあるが、6ヶ月以内に実行する気はない」と答えた関心期の者が男女とも半数近く存在し、運動に対する関心はあるけれども容易に生活習慣にすることができない事情の存在が示唆された。

従って、身体活動に関する指導を行う場合、各ステージによって指導者に求められる面接技法や伝えるべき知識やスキルが異なると考えられる。

例えば、無関心期の者に対して運動の必要性を説得するだけでは効果が少ない。運動に対する負のイメージの変容、日常行動の転換、きっかけ(cues)の提示、金銭的インセンティブなどの強化などが試されるべき介入内容になる。これらは、無関心期の者に対する禁煙指導などのスキルと共通する部分が多いと考えられるが、言語的な指導だけでなく実技を含んだ実体験が効力を発揮するものと期待される。いずれにせよ、この段階の者に対しては、関心を向けさせる説得技術、コミュニケーションスキルが重要と考えられる。

先の大阪府の調査結果によれば、運動に対する関心期の者が多かった。これに該当する者に対しては、運動への関心を強化することも意義はあるが、むしろ身体活動に関する行動の阻害要因(barrier)を特定し、それらを除去していくための方策を提示または一緒に考えていくことの方が重要になる。例えば、運動しない理由として仕事による多忙を挙げる者には、余暇の活用を提案して

も余暇時間を確保そのもの困難である。むしろ、仕事や日常生活における行動分析を通して意識化させ、身体活動量を増やす機会を積極的に探させる指導が有効と考えられる。

準備期の者は動機付けされているので、望ましい身体活動について具体的専門的な解説が最も重要になる。実行期の者に対しては、スモールステップ法（安全性の確保のためにも）やセルフモニタリングの適用が有効である。また、新しい行動の導入に伴う不安に対する励ましとともに、過剰なメニューを自己設定する傾向のある者に対してはむしろ抑制的な指導が必要である。維持期の者には、危険な状況を予測するなど再発予防のスキルトレーニングが必要と考えられる。

トレーニングプログラムでは、対人的なコミュニケーションスキルを重視し、モデリングやロールプレイを通じてスキル向上をめざす。模範または悪い指導例をビデオ等で提示し、優れた点、悪い点を判別させ、指導スキルの理解を促す。その後、互いにあるいは疑似被験者を対象に実際に指導する。その際、指導シーンをビデオ撮影し、後で講師と参加者で復習、修正する作業を行うことによって効果的なスキル向上が期待される。また、実技指導として、ウォーキングとストレッチを代表とした日常生活に比較的導入しやすい運動のノウハウ修得を支援することにより、指導者自身の自己効力感を高めることが可能と考えられる。

E. 結論

本年度は、実際のプログラムを実施するための内容の開発を行った。今後は、これに基づいた研修会を班研究の一環として開催し、その有効性をパイロットスタディとして検証する予定である。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1)内藤義彦. 運動と循環器疾患：その疫学的側面. 井上正康, 編. 活性酸素と運動. 東京：共立出版, 1999; 231-238.
- 2)内藤義彦, 他. 長期の追跡調査に基づく至適な身体活動のあり方に関する研究. 大同生命厚生事業団平成9年度第4回地域保健福祉助成報告集. 1999;17-22.
- 3)内藤義彦, 他. 循環器検診のあり方と有効性. 第25回日本医学会総会誌. 1999;46(7), 17-20.

2. 学会発表

- 1) 内藤義彦、飯田 稔. 大規模健康実態調査による都市住民における身体活動状況の検討. 体力医学会 (熊本) 1999.
- 2) 鈴木玲子、内藤義彦、他. 高コレステロール血症者の意識、知識、行動—都市部の事務系勤務者を対象として. 公衆衛生学会 (大分) 1999.
- 3) 内藤義彦、佐藤眞一、他. 都市と農村における10年間の身体活動状況の変化に関する疫学研究. 公衆衛生学会 (大分) 1999.
- 4) 守分志津江、内藤義彦、他. 企業勤務者を対象とした肥満教室の長期的な効果について. 公衆衛生学会 (大分) 1999.

諸外国における生活習慣改善のための指導者教育法の実態把握とレビュー

分担研究者

本庄かおり

ハーバード大学公衆衛生大学院

研究要旨

開発した生活習慣改善支援のための指導者トレーニングプログラムを効率的に普及する手段を検討することは、今後わが国において生活習慣改善支援を推進する上で有効であると考えられる。そこで、アメリカやイギリスで先進的に導入されている普及方法についてレビューを行い、わが国における効率的な普及方法を検討することを目的とした。アメリカおよびイギリスの政府機関が実施する生活習慣改善支援プログラムでは、指導者養成を効率的に行うため、段階的トレーニング戦略"Training cascade" (教育研修を担当するトレーナーを国または地域ブロックレベルで養成し、次に、養成されたトレーナーが各々の担当地域で現場の指導者トレーニングをするというやり方)を採用している。この方法論を詳しく検討するため、American Cancer Society (ACS)が実施する、プライマリケアの場での妊産婦に対する禁煙サポート推進プログラム"Make Yours a Fresh Start Family"の指導者研修用教材の検討や参加者へのインタビューを行った。その結果、段階的トレーニング戦略は、指導者養成を効率的に行う上で有効であると考えられた。しかし、養成されたトレーナーが、現場の指導者トレーニングを行うためには、トレーニングプログラムのマニュアル化だけでなく、ワークショップの遂行能力が高まる参加・体験型の教育カリキュラムの導入や研修のフォローアップの充実が必要と考えられた。

A. 研究目的

生活習慣病対策として生活習慣の改善を目的とした一次予防対策の充実をはかることを目的として、本研究班では行動科学に基づいた生活習慣改善支援のための総合的健康教育システムと指導者トレーニングプログラムの開発に取り組んでいる。また、公衆衛生の立場から、開発された教育プログラムを効果的に広めるためのシステム全体を設計することの重要性にも着目している。欧米においては政府機関が中心となり、保健医療従事者のトレーニングを実施しており、アメリカ及びイギリスではその戦略として段階的なトレーニング戦略"Training cascade"を実施している。段階的なトレーニング戦略とは、まず地域レベルの教育研修担当者を養成し (Train the Trainer Program)、養成された教育研

修担当者が各地域において現場の保健医療従事者を対象に研修を実施するという段階的教育システムである。この戦略は効率的に開発された教育プログラムを普及することを可能にすると考えられる。本研究では、American Cancer Society (ACS)が構築した妊産婦に対する禁煙プログラム Make Yours a Fresh Start Family (MYFSF)を題材として、"Training cascade"を用いた指導者トレーニングシステムの特徴や問題点を、特にトレーニングの方法とネットワーク作りの方法に着目し、検討することを目的とする。

B. 研究方法

ACSのTrain the Trainer Programの教材(1998年11月の研修会で使用されたもの)を入手し、そ

の指導者養成のカリキュラムについて検討を行った。また、この研修カリキュラムの特徴や問題点を検討するため、同プログラムに参加した ACS New England division の禁煙推進担当者1名を対象に、約2時間にわたりインタビュー調査を実施した。インタビューは、1999年10月に実施した。その後、1999年11月にインタビューを受けた者が、現場の医療従事者を対象に開催した、禁煙指導のための指導者トレーニングワークショップを見学するとともに、終了後、フォローアップインタビューを実施した。

C. 研究結果

ここでは、ACS から入手した Train the Trainer Program の研修用教材を検討し、得られた結果を、①目的、②対象、③開催期間と内容、④教材、に分けて報告する。

1. トレーニングの目的

このトレーニングプログラムの目的は以下のとおりである。1)妊産婦に対する禁煙プログラムである MYFSF を効果的に紹介・普及する、2)参加者の行動変容のスキルを向上させる、3)プログラム評価のためのデータ収集、アンケート調査を促進する、4)保健医療従事者を指導者養成のトレーナーとして養成する、5)地域間の情報交換・交流を深める。

2. トレーニングの対象

トレーニングの対象は、プログラム普及のためのゲートキーパーとなる、看護婦、医師、公衆衛生従事者、家族計画カウンセラー、中毒カウンセラー、心理学者、大学職員、薬剤師、歯科医師、歯科衛生士、職域健康担当者等である。1998年11月に Atlanta, Renaissance Atlanta Hotel において実施されたプログラムでは、実際の参加者は各州を代表する ACS 職員とそのパートナーとして活躍を期待されるボランティア各一名ずつ、合計36名の参加があった。参加者募集に際して、参加者の過去の禁煙サポートの経験、喫煙についての知識について問わなかった。これは、このプログラムが参加者の知識・

経験の有無にかかわらず、このプログラムに参加することによって、指導に必要な知識・テクニックを一通り学べるように作成されているからである。また、これによって喫煙対策のための新たな人材を開拓することが可能となるからである。参加者には研修後、年間最低2回から3回の現場指導者に対するワークショップを行うこと義務づけていた。

3. トレーニングの開催期間と内容

プログラムの期間は、一日半のインテンシブなものとなっている。プログラムの内容をタイムテーブルに沿って以下に記述する。

【1日目】

1:00PM レジストレーション・昼食

2:00PM まずイントロダクションでは事前に ACS に報告をしていた地域の喫煙に関するデータを紹介し、各地域の差や全体の傾向等について意見の交換がなされる。

3:00PM プログラムの概要説明(目的、予定等)と ACS の喫煙対策に関する今までの取り組み及び他のプログラムの紹介が行われ、MYFSF プログラムの ACS 内での位置づけが確認される。その後、MYFSF 研修プログラムの概要についての説明がなされる。

3:30PM プログラムのマーケティングについての講義の後、それぞれの地域においての効果的なマーケティング計画をパートナーと共に考える。ここで計画案が今後のアクションプランの基礎となることが期待されている。

5:00PM プログラム評価の重要性とその方法についての講義に加えて、プログラム評価データ集計のためのデータベース(MYFSF database)についてのデモンストレーションがなされる。ACS では指導

者間のネットワーク推進のために MYFSF database を作成している。すべての参加者が E-mail によって、研修参加後のワークショップ遂行回数、教育した人数等の情報を登録することになっている。ACS ではこの情報をプログラムの評価データとして用いている。そのほか、ACS はこのデータベースを使い、研修受講者に情報を伝えている。また、研修参加者同士あるいは ACS への相談や質問を掲示し、お互いにアドバイスしあう交流の場ともなっている。

【2日目】

8:45AM MYFSF プログラムについての研修が実施された。研修は、主に現場教育担当者へのトレーニング方法とプログラム運営方法の2つのパートにわかれている。具体的にどのように現場担当者に対してトレーニングを進めていけばよいかについて、実際に使用する教材を提示しながら、目的、プレゼンテーションの方法、注意事項等に関する講義がなされる。すべての講義は ACS のインストラクターが OHP を使用し、受講者全体に対して行う。受講者が主体的に参加するセッションとしては、指導方法についてのロールプレイの体験のみである。次に、プログラムのプロトコルについての詳しい説明がなされる。プログラムの組織・運営のためのマニュアルを提示し、細かな注意事項とアドバイスが与えられる。

1:15PM 質疑応答。

3:00PM 前日に引き続いて地域別マーケティング計画の作成を行う。

3:30PM 評価・まとめ

4:00PM 終了

4. トレーニングで用いられた教材

受講者はレジストレーション時にトレーニング・マニュアルを受け取る。トレーニングマニュアルはトレーニング・スクリプト、トレーニング・プロトコル、トレーニング・マテリアルの3部構成になっている。トレーニング・スクリプトは受講者が実際におこなう研修の内容とその方法についての詳細なマニュアルである。ACSによって作成されたスライドをどの順番で提示し、何を話すかまで注意深く指示がなされている。このように詳細なマニュアルを用いることで、経験・知識の有無にかかわらず誰でもがトレーナーになれることを目指している。トレーニング・プロトコルではどのようにワークショップを運営するかについての詳しい指示について記載している。例えば、ワークショップに必要な物、理想の時間配分、フォーマット、ヒント、準備のためのチェックリスト等が記載されている。トレーニング・マテリアルにはワークショップの運営に必要なすべての教材が収められている。例えば、OHP、評価のためのアンケート用紙、追跡調査のためのアンケート用紙と手紙のフォーマット、配布する資料や証明書、ロゴ、リマインディング・カード、などである。受講者がこれらの資料を持ちかえりコピーし使用することで、プログラムの運営に要する労力を出来るだけ少なくし、このプログラムの効率的なマーケティングが期待されている。マニュアルの他に、ワークショップで使用するビデオも配布される。

D. 考察

この研修プログラムの最大の特徴のひとつは、完全なマニュアル化である。受講者が実施するワークショップを行動理論に基づいて作成し、それを誰もが遂行可能なようにマニュアル化したことである。そうすることで、先ほども述べたように過去の禁煙カウンセリングの知識・経験を問わず教育担当者を育成することができるのである。また、このマニュアル化によって研修期間を1日半という短期間とし、プログラムの広いマーケティングを可能にした。また、プログラム普及に必要なすべてのマテリアルを供給する

ことで受講者のワークショップ遂行に対する負担感を軽減することに成功している。

研修は日本でよく見られる形式と同様の全体講義で行われた。ただ、この研修は詳細なマニュアルが用意されており、研修後、マニュアルで自己学習が可能である。つまり、マニュアルを用意することで、研修期間は短期とし自己学習によってその不足を補うことを可能にしている。

しかしながら、マニュアル化された短期集中講義がどこまで指導者養成に効果的かは疑問が残る。私がインタビューをした ACS 職員の女性は研修後の勉強の必要性を語っていた。彼女の場合は、受講前に今までも指導者養成のワークショップを実施していた経験があったので問題はなかったが、未経験者にとってはこの研修だけでワークショップを実施するのは難しいのではないかと話していた。実際に彼女が実施したワークショップを見学したが、彼女のワークショップ遂行能力は研修で得たもののみではなく、これまでの経験に基づいたものと考えられる点が多々みうけられた。

したがって、今回経験した ACS のトレーニングワークショップのようにほとんどが講義形式で行われる短期集中型研修でどれだけワークショップの遂行能力が養われるかは疑問であり、遂行能力が高まる参加・体験型の教育カリキュラムの導入や研修後のフォローアップの充実が必要と考えられる。

E. 結論

教育プログラムを普及するためには段階的なトレーニング戦略“Training cascade”を用いることが効率的だと考えられる。また、トレーニングプログラム自体があまり複雑で時間のかかるものではなく普及することは難しい。出来るだけ効率よく効果的にプログラムを普及するために、ACS ではマニュアル化によって研修時間の短縮とワークショップ遂行の負担を軽減することに一応の成功を収めている。しかしながら、経験の少ない参加者が自信を持ってワークショ

ップを遂行できるようにするには、マニュアルのみでは難しいのではないかと懸念される。特に日本のように、経験の少ない参加者が多いと予想される場合、ACS のようなマニュアル化された方法では効果的な研修を行えるかは疑問である。したがって、わが国ではワークショップの遂行能力が高まる参加・体験型の教育カリキュラムの導入や研修後のフォローアップの充実が必要と考えられる。