

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

地域における体重コントロール推進のための指導者教育に関する研究
－ITを用いた体重コントロール教育に向けての指導者養成法－

分担研究者	足達淑子	あだち健康行動学研究所 所長
研究協力者	高橋 稔	広島国際大学人間環境学部臨床心理学科
	渡辺純子	健康栄養デザインオフィス
	星田道子	熊本県国民健康保険団体連合会
	上田恭鼓	熊本県国民健康保険団体連合会
	山津幸司	あだち健康行動学研究所 研究員
	伊藤桜子	あだち健康行動学研究所 研究員

研究要旨

研究目的は、老人保健事業で展開される地域活動に、ITを活用した健康づくり事業を導入することの実現可能性を検討することであった。そのために、熊本県国保連合会とともに市町村勤務の保健師、栄養士に対する指導者教育を行い、質問票により老人保健事業とIT活用の現状と意識を調査し、指導者教育の効果および地域でのIT活用の実現可能性を検討した。

対象は、熊本県下の市町村保健師・栄養士約92名であった。研修はセミナーと自宅で行う4週間の通信プログラム実習の2つから構成された。12月7日のセミナーの内容は1)行動療法の基本(講義)、2)ITを用いた減量指導の実際(講義)、3)具体的な介入計画の企画案作成(演習)であった。研修前の質問票調査から市町村および保健指導の実態を把握し、研修前後の比較から健康教育を行う自信や態度の変化を検討し、研修の効果を評価した。

また、ITを用いた健康教育プログラムや行動療法への理解を深めるために、希望者に対して、実用化され効果が検証された体重コントロールプログラムを、その体験学習用に提供した。

研修会参加者、ならびに減量プログラム参加者に対する1ヵ月後の追跡調査から、ITを用いた健康教育の活用への関心、地域での活用の可能性に関する意見を収集した。

その結果、対象者は約11年の指導経験がありその66%が個別健康教育を実施しており、ITを活用する職場環境は整っており、行動療法とIT利用のいずれにも意欲は高いものの、実際の学習や具体的な実践は乏しいという特徴を有していた。

セミナー内容の理解、行動療法実践への自己効力、指導実践上の課題の困難さなどに対してセミナー直後に明らかに認められた効果は、追跡時には一部は減衰した。しかし、通信指導に対する理解は追跡時に向上し、用いた通信プログラムに対しては80%が指導現場で活用可能性があると考えていた。また、約60%の終了者で非終了者よりプログラムへの理解が深くなっていた。

以上から、老人保健事業にITを活用し有効に展開するためには、その具体的なモデルを提示し、実践活動を支援しながら、保健指導者の技能を高めていく必要があると考えた。

A. 研究目的

コンピュータやインターネットなどの情報技術(IT)を活用することによって、生活習慣病予防や健康増進の中心となる習慣変容においても、標準化されたプログラムを効率的に多数に提供できる可能性がある。なかでも行動療法は、治療構造が明確でマニュアル化しやすいという特徴があり、早くからセルフマニュアルによる自己治療^{1,2)}や、通信教育^{3,4)}、コンピュータ活用の教育

法⁵⁻¹⁰⁾の検討がなされてきた。実際、特に欧米においてそれらのプログラムの効果に関する研究も発展してきている。特にインターネット⁸⁾を駆使すれば、理論的には個別の対面指導に近い教育が時間と空間の壁を越えて実現できる可能性がある。しかし、効果をあげるプログラムに構築するためには、対象者と介入すべき問題行動を明確にした上で、確実な行動実践に至らしめる必要がある。また、多数を対象にする際の安全性、有

効性と倫理上の問題など解決すべき問題点も多い。実際に、このようなプログラムの開発とその実用化には、多額な費用と労力を要するために困難な場合が多いし、一方通常の研究レベルで作成したプログラムは、適用が一定の条件下に限られ、実用化やシステムの維持までには至らない場合も多いと思われる。

公衆衛生の立場からは、安価で有効であることが IT 活用の要件となるが、上記の理由から、研究レベルで安価に作成したものをそのまま一般住民が用いても、単なる情報提供以上の効果をあげることは期待しにくいと思われる。また、良い IT プログラムがあっても、それを住民に届けるためには、直接にせよ、間接的に保健師などの指導者が仲介するにせよ、その手段や方法を具体化させる必要がある。このように、IT を活用した老人保健事業における健康づくりの推進には、いくつもの実際的な課題がある。

そこで、本研究では、既に一定程度の効果検証が行われている既成の商業プログラムを用いることによって、最初に掲げた開発費用の問題を棚上げし、IT プログラムの適用という 2 つ目の課題について、実際の市町村で住民対象に老人保健事業に適用する際生じる問題を検討する目的で、講義と体重コントロールプログラム体験による指導者養成を行った。

具体的な研究課題は、IT を活用した生活習慣改善を老人保健事業に導入することの可能性と問題点を検討することであり、そのために、熊本県の市町村に勤務する保健師、栄養士に対して①老人保健事業と IT 活用の現状と意識調査を行ったうえで、IT プログラムを体験する指導者教育の効果として、②習慣改善教育への自己効力の変化や健康教育に対する課題の困難度の変化、IT 活用の健康教育に対する意向を統計的に観察し、③地域での IT 活用教育の実現可能性を検討した。

B. 研究方法

1. 対象者 (Figure1)

対象者は、熊本県国民健康保険団体連合会が 12 月 7 日に、全県下 90 箇所の市町村等を対象に

行った平成 16 年度の市町村健康教育指導者研修会「保健・栄養指導を効果的にを行うための行動療法の実践」に参加した 56 市町村の 94 名であった。研修会前後の質問票調査に回答したのは 92 名で、それらを対象に行った約 6 週後の追跡質問票への回答者は 78 名(回収率 84.8%)であった。また、92 名のうちで研修後に提案した 1 ヶ月の通信による体重コントロールプログラム実習への参加者は 86 名であり、その終了者は 54 名(終了率 62.8%)であった。

(倫理面への配慮)

対象者は、この研修が厚生労働科学研究「老人保健事業推進のための IT を利用した健康づくりの推進方策と指導者教育法の確立に関する研究」の一環であること、本研究の目的および内容について十分に説明を受け、書面(資料 1)による同意を得たうえで研究に参加した。

2. 研修の流れ (プログラム)

研修は、12 月 7 日当日のセミナー(以下セミナー)と、その後の 4 週間の通信による体重コントロール実習(以下 IT 減量実習と略)の 2 部から構成されていた(資料 2)。IT 減量実習は、セミナー終了後に実際の資料を配布してプログラムの説明を行い、参加希望者は自分で後述の初回質問票に回答して郵送するよう依頼した。

セミナーは大きく 5 つのセッションに分けて行った。セッション 1 では、研修の導入、行動療法について、行動の見方、評価の仕方について説明をした。セッション 2 では、面接やカウンセリングスキルの上達を目標として、ロールプレイや VTR 教材「行動変容のための初回面接」を視聴した後に感想や意見交換を実施した。セッション 3 では、行動療法の基礎的理論や技法についてスライドを用いながら紹介した。セッション 4 では、より具体的な実践へつなげるために、行動療法による体重コントロールの実際について説明し、質疑応答を行った。

最後のセッション 5 では、受講生自身が実践につなげられるように、マイプランを具体的に立て、さらにこれについてグループ討論を行った。

IT 減量実習では、足達が企業と共同で開発した通信指導教材「健康達人生活習慣改善プログラム減量編（オムロンヘルスケア㈱）」を用いた。このプログラムは、情報交換は紙媒体で行われるが、行動変容による体重コントロールの質問票への回答と、そこから自動出力された個別助言によって、すべて完全に非対面でおこなわれるようシステム化されている。すなわちこのプログラムは、対象者の質問への回答から個別助言を自動で作成するところでコンピュータを活用した IT プログラムということができる。対象者がプログラムで実際に行ったことは、1) 事前に配布された小冊子を読み、2) 質問票に回答し、数種類の目標行動をきめて返送し、3) 質問票への回答から自動解析され印刷された個別助言と記録用紙が送られてくるので、それを参考に、目標行動の達成の有無と体重の記録を4週間実行する。4) 1ヵ月後に次の質問票が届き、それに回答して返送すると2回目の助言が届き、それを参考に生活習慣の改善を続ける、ことであった。なお本プログラムの効果については、すでに利用者¹⁴⁾や介入研究¹⁵⁾によって報告されており、準備性のある対象者では十分に減量効果が期待できるものであった。

3. 調査の方法

調査は質問紙法によりセミナー前後および4週間後の合計3回実施した。セミナー直前に実施した1回目の質問紙(資料3)では、1) 対象者のこれまで実施してきた保健事業について、2) 行動療法の学習や興味について、3) 参加者の指導経験や指導上困難に思うこと、4) IT を活用した保健指導について尋ねた。セミナー直後の2回目(資料4)には、1) 講義内容の理解(主観的評価)、2) 行動療法を用いた指導が今後出来そうか、3) 講義を通して今後の課題について尋ねた。セミナーから1ヵ月後の3回目の調査(資料5)では、1) セミナーに関する評価、2) 実践したプログラムを地域で活用することができそうか、3) 行動療法を用いた指導ができそうか、4) 体重コントロールの教育や指導への興味、5)

参加者の生活習慣について尋ねた。

講義内容の理解に関しては、講義終了後および実践後に、9項目(「募集の方法」「習慣チェック(自己評価)の方法」「目標行動の設定の仕方」「セルフモニタリングの方法・様式」「準備性に応じた指導」「相手に合わせた面接」「評価の仕方」「簡便な通信指導」「ITを活用した指導」)を5段階評価で行った(5点=理解できた、1点=わからなかった)。分析には対応のある平均値の差の検定を行った。

「指導上の課題」については、セミナー前後、追跡時の3時点で、5段階評価(5点=強く同感する(課題であると感じる)、3点=何ともいえない、1点=違う)で13の下位項目を同一選択肢で尋ね、その変化を反復測定による一元配置の分散分析で解析し、ボンフェローニの方法により多重比較した。これらの分析を、セミナー前後の比較については92名で、3回の時間経過については1ヵ月後の質問に回答した78名で行い、さらにそれをIT減量実習に参加し2回の質問票に回答した終了群54名とそれ以外の38名(以下非終了群とする)に分けて群間の差を検討した。

C. 研究結果

1. 対象者の概要 (Table1, Table2)

本研修で回収された92名の年齢は 37.4 ± 9.4 歳(平均 \pm SD)であった。職種の内訳は、保健師が69名(75%)と3/4を占め、栄養士15名、管理栄養士4名、運動指導士2名、看護師2名であった(Table1)。

また、健康教育に従事した経験年数は平均 11.8 ± 8.4 年であり、これまで行った老人保健事業の健康教育のテーマは、高血圧(77.2%)、健康づくり一般(76.1%)、糖尿病(72.8%)、高脂血症(71.7%)が多かった。

また、地域の中で実施している老人保健法に基づく保健事業のうち、「健康相談」「訪問指導」「健康教育」「手帳交付」の4事業は88%以上が直轄して実施していたが、機能訓練の直轄実施は39%と低率であり、老人保健事業に従事する専任の保健師の人数は平均3.7名であった。個別健康

教育については 66%が実施しており、その対象は糖尿病が最も多く 45 名が、ついで高脂血症の 42 名、高血圧の 21 名と続き、喫煙は 15 名と少数であった。個別健康教育に対する評価としては、効果が「ある (25%)」「少しはある(47.8%)」あわせて約 73%が肯定的にとらえており、17 年度も実施予定が約半数であった。(Table 2) なおこれらの背景には終了群と非終了群との差はなかった。

2. IT を活用した保健指導について (Table 3)

職場における IT 環境について尋ねた結果、70 名 (76.1%) が自由に活用できる環境にあり、IT の普及が進展していることがわかった。また、パソコンやインターネットを媒体とした保健指導法の自己学習については、7.6%が「すでに利用」しており、「大いに興味がある (37.0%)」もしくは「機会があれば利用したい (55.4%)」と積極的な者が多く、興味がないはゼロであった。

他方、市町村のホームページを保健事業に既に活用中が 19.6%であり、この項目は終了群の方が非終了群よりも有意に高率であった。また非対面での保健事業を計画しているものは 6.5%と少数に限られていた。

3. 行動療法についての学習歴 (Table 4)

行動療法の学習歴があるものは 32.6%と約 1/3 で、その内訳は「話をきいた」が 70.0%と最も多く、研究会 (6.7%) や論文等 (0.0%~6.7%) は少数であった。行動療法を指導に取り入れたことのある者は全体の 9.8%に留まった。また、本研修への興味について 5 点評価 (5 点=強くある~1 点=興味がない) で尋ねたところ、8 項目すべて (基礎的な理論、面接法、具体的な指導法、プログラムの立て方、募集の仕方、評価の仕方、簡便な通信指導、IT を活用した指導) で 4 点以上と対象者の学習意欲や興味は強かった。

4. セミナーの内容理解に関する自己評価 (Table 5)

セミナーの結果、講義内容をどの程度理解でき

たかという自己評価を 9 項目について講義直後と追跡時で比較した。その結果、「セルフモニタリングの方法・様式」「相手に合わせた面接」「評価の仕方」の 3 項目は講義直後よりも追跡時に自己評価が低下したが、「簡便な通信指導」だけは追跡時に評価が高くなった ($p < .05$)。

5. 実践に関するエフィカシーや学習意欲の評価 (Table 6, Table 7)

研修を通して、行動療法による生活習慣改善指導を実践できそうかどうかを、「実践できそう」「1 回ではむずかしそう」「わからない」により選択を求めた。その結果、講義直前には「1 回ではむずかしそう」と回答したものが半数以上 (54.5%) を占め、「わからない」と答えたものが 34.8%であった。セミナー直後には「実践できそう」と答えたものが 56.1%と半数以上を占め、また「1 回ではむずかしそう」「わからない」がそれぞれ減少していた。さらに、4 週間後の実践を通して同じ評価を求めたところ、改めて「1 回ではむずかしそう」と答えたものが最も多くなり、全体の 68.2%に及んだ。

またセミナー直後に、行動療法の今後の学習に対しては、「積極的に勉強したい (57.6%)」「機会があれば勉強したい (42.4%)」のいずれかに全員が回答し、「勉強するつもりはない」との回答はなかった。

6. 指導上の課題について (Table 8)

現在感じる指導上課題 13 項目について、3 回の有効回答が得られた 74 名では、講義直後には課題の困難さが軽減 (改善) し、追跡時にはその効果が減弱する項目が多かった。すなわち、講義直後に改善し、追跡時に得点は悪化したものの講義前より良かった項目は、「効果があるのかどうかわからない」「習慣行動の評価が難しい」「勉強の仕方がわからない」「検診の事後指導ができない」の 4 項目であった。講義直後に改善したが、追跡時にはその効果がなくなった項目は「アンケートの作り方がわからない」「忙しすぎて指導に時間がとれない」「余計なお世話をやいている気

がする」「指導法がマンネリになっている」「クライアントに振り回される」「熱心にやってもむなししい気がする」の6項目であった。その他、「クライアントにやる気がない」は講義前後に比べて追跡時悪化し、「指導に時間がかかりすぎる」は変化が認められなかった。「予算が乏しくて十分な教育ができない」は講義後一旦改善したが、追跡時は講義前より悪化していた。

同じ項目を、IT 減量プログラムの終了群と非終了群で比較した。その結果、終了群48名で講義直後の改善が追跡時まで維持された項目は4項目(1項目は傾向差)であったのに対し、非終了群では改善が維持された項目は認められず、終了群で優れていた。

7. 通信指導プログラム(健康達人減量編)についての感想 (Table 9)

追跡時の質問票でセミナー後に取組んだ通信プログラムの感想を尋ねた。その結果、生活習慣の評価は「スムーズにできた」が50.0%、「まあまあできた」が44.6%であり、目標設定も「スムーズにできた」が51.4%、「まあまあできた」が44.6%であった。しかし、セルフモニタリングについては「スムーズにできた」は9.5%にすぎず、「まあまあできた」が58.1%と多数を占め、「難しかった」が31.1%に達した。

プログラムの実際の指導への活用については、「肥満教室の中で」「検診後の指導として」活用できそうとの回答がそれぞれ83.8%、82.4%と高率であり、「通信指導として」は41.9%とその半数であった。また、実際に参加募集したとして応募してくると予測される人数については、10数名との回答が72.6%と最も多く、次いで50名程度が23.3%、100名以上が4.1%で、集まらないと回答した者はいなかった。地域指導に用いる際改善すべき点があるとの回答は32.8%、価格は適当が52.8%、高いが47.2%であった。

本プログラムのような既成の教材やプログラムを利用して健康教育を行うことについては、77.0%が「現場の条件が合えば使ってもよい」、23.0%が「積極的に使いたい」、「あまり使いたく

ない」はいなかった。

終了群と非終了群の比較で差異が認められたのは次の3項目であった。すなわちプログラムを健診後の事後指導として利用できるかと回答した者が非終了群では(95.7%)で高かった。地域指導に用いる場合に改善すべき点があるとの回答は、終了群が44.2%で非終了群の9.5%より高かった。また価格が適当との回答も終了群が57.1%で、非終了群の43.5%より約10ポイント高かった。

D. 考察および結論

本研究の対象者は、約11年の指導経験がありその66%が個別健康教育を実施していた。またITを活用する職場環境は整っており、行動療法とIT利用のどちらにも意欲は高いが、そのわりに実際の学習や具体的な実践は乏しいという特徴があった。そのような対象者に、体重コントロール指導を具体的なテーマとしてとりあげ、IT活用を前提とした行動療法についてのセミナーと通信プログラムの実体験による研修を企画して、その効果を検討した。

その結果、セミナー直後には、対象者の行動療法実践に対する自己効力も高まり、指導上の課題の困難さも解決したように感じたが、6週後の追跡時にはそれらの直後の改善が元に戻りつつあるという現象が認められた。セミナーの細かな構成要素に対する理解の自己評価でも同様の結果であった。

このことは、セミナーでは内容をよく理解できたと思い、自分でも実行できると楽観的に変化した認知が、実際に体重コントロールプログラムを実施してみて、あるいは、時間の経過でセミナーの影響が薄くなるにつれ、現実的認識が進んだ結果ではないかと考えた。

その点は、セミナー直後にはIT減量実習に参加意向があり資料を持ち帰り、87名(93%)とほとんどが健康達人の初回の質問票までは回答したが、2回目の質問票を2月末までに回答したのは54名とその62%に限られたことから、同様に実践を続けることの困難さを改めて感じた

ものが多かったのではないかと思われた。また感想の自由記載欄では「指導される側になって、初めて大変さが理解できた」という類の記述が多かった。

同じ体重コントロールをテーマに、より学習準備性の高い対象者に前後2日ずつのセミナーと3ヶ月の指導実践を行わせた経験では、学習が進むにつれ理解も自己効力も高まっていた¹³⁾。その結果と比較すると、今回のような県下全市町村の保健指導者を対象にした、1日限りのセミナーでは教育の持続効果が維持されにくいことが明らかと思われた。

一方、通信指導に対する理解は追跡時により深まっており、これは実習の効果と考えることができよう。また、終了者で、プログラムを地域指導で活用するためには改善が必要と考えたもの、および価格を適当と考えたものの比率が非終了群より高かった点は、実習を体験することによって認識が深まったことの表れと考えた。

ITを活用した老人保健事業という研究課題の視点からは、本研究対象者の職場IT環境インフラ整備は十分に整いつつあるにもかかわらず、具体的なモデルが乏しいために、実際の事業にどのように活用したらよいかというイメージが乏しいように思われた。それは、セミナーのセッション5のプログラム立案においても、その前のセッションでいくつかの集団アプローチの具体例を示したにもかかわらず、現状の個別健康教育の延長線上でのプランが多かったことから推察された。そこには、習慣変容で個別対応の重要性が強調されるあまり、習慣変容は一人一人対面でじっくりと行わなければ達成できないとの思い込みがあるのかもしれない。

しかし、今回は、おそらく行動療法もITプログラムも初めてという対象者が大多数であるが追跡時の回答からも学習と事業への熱意と意欲は十分に備わっていると思われた。したがって、実際の指導現場での活用を一緒に行なうなど、具体的なモデルを提示することができれば、ITの利点を活かした効果的な保健事業を展開していく可能性は高いと考えた。今後は、対象者の長

期の追跡や、現場での実現可能性の高い活用法の検討が課題である。

(文献)

- 1) Hagen, R.L.: Group therapy versus bibliotherapy in weight reduction. *Behav. Ther.* 5: 222-234, 1974
- 2) Peterson, G., Abrams, D.B., Elder, J.P., et al.: Professional versus self-help weight loss at worksite. *Behav. Ther.* 16: 213-222, 1985
- 3) Jeffery, R.W., Gerber, W.M.: Group and Correspondence treatments for weight reduction used in the multiple risk factor intervention trial. *Behav. Ther.* 13: 24-30, 1982
- 4) Jeffery, R.W., Hellerstedt, W.L., Schmid, T.L.: Correspondence programs for smoking cessation and weight control. *Health Psychol.* 9: 585-598, 1990
- 5) Burnett, K.F., Taylor, C.B., Agras, W.S.: Ambulatory computer-assisted therapy for obesity. *J. Consult. Clin. Psychol.* 53: 698-703, 1985
- 6) Taylor, C.B., Agras, W.S., Losch, M., et al.: Improving the effectiveness of computer-assisted weight loss. *Behav. Ther.* 22: 229-236, 1991
- 7) Harvey-Berino, J., Pintauro, S., DiGiulio, M., et al.: Does using the internet facilitate the maintenance of weight loss. *Int. J. Obes.* 26: 1254-1260, 2002
- 8) Tate, D.F., Wing, R.R., Winnet, R.A.: Using Internet technology to deliver a behavioral weight loss program. *J.A.M.A.* 285: 1172-1177, 2001
- 9) Harvey-Berino, J.: Changing health behavior via telecommunications technology: using interactive television to treat obesity. *Behav. Ther.* 29: 505-519, 1998
- 10) Wylie-Rosett, J., Swencionis, C., Ginsberg, M., et al.: Computerized weight loss

intervention optimizes staff time. J. Am. Diet. Assoc. 101: 1155-1162, 2001

- 11) 足達淑子, 山津幸司: 肥満に対するコンピュータを用いた健康行動変容プログラム: 9ヵ月後の減量と生活習慣の変化. 肥満研究 10: 31-36, 2004
- 12) 足達淑子, 山津幸司. コンピュータによる減量支援プログラムを用いた無作為介入試験: 7ヵ月後の結果について. 肥満研究 (第 25 回日本肥満学会プログラム・抄録集), 2004, 10, p218.
- 13) 足達淑子, 山上敏子: 行動療法による体重コントロールのための指導者教育プログラムとその評価. 日本公衆衛生雑誌, 49(11):1184-1194,2002.

E. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 足達淑子, 山津幸司: 肥満に対するコンピュータを用いた健康行動変容プログラム: 9ヵ月後の減量と生活習慣の変化. 肥満研究, 2004; 10(1): 31-36.
- 2) 足達淑子, 田中雅人, 山津幸司, 大河内満, 足達教: 高血圧者に対するコンピュータを用いた生活習慣改善 (第三報): 1年後の長期効果について. 健康支援, 2004; 6(2): 117-122.

2. 学会発表

- 1) 足達淑子, 山津幸司. コンピュータを用いた行動療法による高血圧予防プログラム (第 2 報): 9ヵ月後の長期効果. 産業衛生学雑誌, 2004, 46, 355p.
- 2) 山津幸司, 足達淑子. コンピュータによる減量支援プログラムを用いた無作為介入試験. 産業衛生学雑誌, 2004, 46, 357p.
- 3) 国柄后子, 足達淑子, 山津幸司. 簡便な生活習慣改善プログラムの減量効果: 1年後の長期効果. 産業衛生学雑誌, 2004, 46, 356p.
- 4) 高尾総司, 川上憲人, 山津幸司, 足達淑子. 職場における適正飲酒の行動介入プログラム: 試行結果の報告. 産業衛生学雑誌, 2004, 46, 428p.
- 5) 足達淑子, 羽山順子, 山津幸司, 国柄后子, 山上敏子. 医学生に対する睡眠の行動医学教

育とその効果の検討. 日本睡眠学会第 29 回定期学術集会プログラム・抄録集, 2004, p238.

- 6) 山津幸司, 足達淑子, 国柄后子, 羽山順子, 山上敏子. 睡眠習慣介入におけるセルフモニタリングの特異的効果の検討 (第二報). 日本睡眠学会第 29 回定期学術集会プログラム・抄録集, 2004, p236.
- 7) 国柄后子, 足達淑子, 羽山順子, 山津幸司, 山上敏子. 就眠困難者に対する短期行動療法の長期効果の検討. 日本睡眠学会第 29 回定期学術集会プログラム・抄録集, 2004, p237.
- 8) 羽山順子, 足達淑子, 山上敏子, 山津幸司, 西野紀子. 睡眠改善セミナー参加者の睡眠、習慣といわゆる不適応的認知の特徴. 日本睡眠学会第 29 回定期学術集会プログラム・抄録集, 2004, p240.
- 9) Yoshiko Adachi, Koji Yamatsu, Kyo Adachi, Toshiko Yamagami. Long-term effects of a structured computer-tailored behavior change program for weight control, World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies 2004, 2004; 250p..
- 10) Koji Yamatsu, Yoshiko Adachi, Kyo Adachi, Toshiko Yamagami. Long-term effects of a structured computer-tailored behavior change program for BP control, World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies 2004 Abstracts, 2004; 212p.
- 11) Junko Hayama, Yoshiko Adachi, Toshiko Yamagami, Koji Yamatsu, Noriko Nishino, Kyo Adachi. Sleep, Habits, and cognitions in poor sleepers in community, World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies 2004, 2004; 274p.
- 12) 足達淑子, 山津幸司. コンピュータによる減量支援プログラムを用いた無作為介入試験: 7ヵ月後の結果について. 肥満研究 (第 25 回日本肥満学会プログラム・抄録集), 2004, 10, p218.
- 13) 山津幸司, 足達淑子. コンピュータによる個

別減量プログラムの介入終了後の体重変化とその予測因子. 肥満研究 (第 25 回日本肥満学会プログラム・抄録集), 2004, 10, p218.

- 14) 国柄后子, 足達淑子, 山津幸司. 行動療法を用いた通信制習慣改善プログラムの減量効果: セルフモニタリングの長期効果. 肥満研究 (第 25 回日本肥満学会プログラム・抄録集), 2004, 10, p220.
- 15) 足達淑子. 情報技術を活用した健康支援. 健康支援, 2005, 7(1), p64.
- 16) 伊藤桜子, 足達淑子, 山津幸司, 津田彰. 減量希望者の生活習慣と自己効力感に関する性・年齢別検討: 非対面プログラム参加者の分析より. 健康支援, 2005, 7(1), p88.

F. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

本研究において、知的財産権に該当するものはなかった。

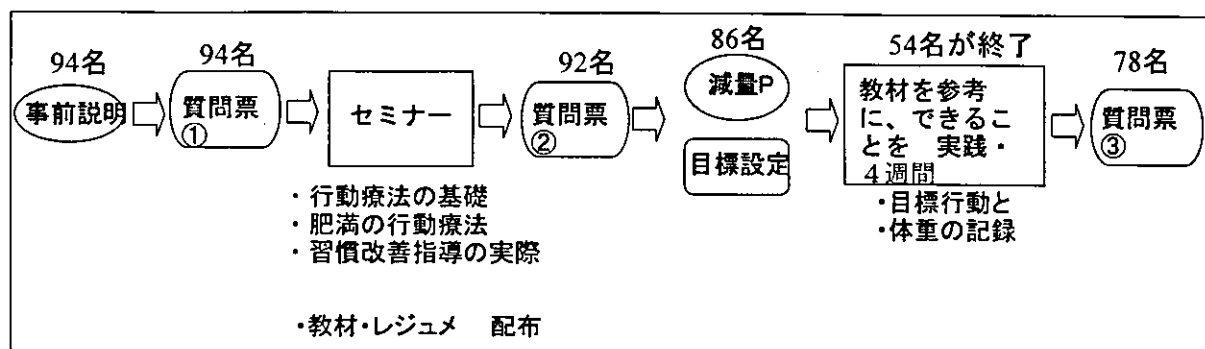


Figure1. 研修と参加者の流れ

Table 1 対象者の概要

	全体 (n=92)		終了群 (n=54)		非終了群 (n=38)		t
	n	平均 (SD)	n	平均 (SD)	n	平均 (SD)	
年齢(歳)	92	37.4 (9.4)	54	38.0 (9.0)	38	36.6 (10.0)	0.82
経験年数(年)	92	11.8 (8.4)	53	12.4 (8.2)	37	11.0 (8.7)	0.72
		% (n)		% (n)		% (n)	χ^2
職種							
保健師		75.0 (69)		74.1 (40)		76.3 (29)	-
栄養士		16.3 (15)		18.5 (10)		13.2 (5)	
管理栄養士		4.3 (4)		5.6 (3)		2.6 (1)	
運動指導士		2.2 (2)		1.9 (1)		2.6 (1)	
看護師		2.2 (2)		0.0 (0)		5.3 (2)	
これまで取り組んだ健康教育や成人保健のテーマ							
高血圧		77.2 (71)		79.6 (43)		73.7 (28)	0.45
健康づくり一般		76.1 (70)		81.5 (44)		68.4 (26)	2.09
糖尿病		72.8 (67)		77.8 (42)		65.8 (25)	1.62
高脂血症		71.7 (66)		75.9 (41)		65.8 (25)	1.13
体重コントロール		43.5 (40)		50.0 (27)		34.2 (13)	2.26
禁煙		22.8 (21)		27.8 (15)		15.8 (6)	1.82
こころの健康		16.3 (15)		16.7 (9)		15.8 (6)	0.01
適正飲酒		16.3 (15)		16.7 (9)		15.8 (6)	0.01
ストレス対処		9.8 (9)		13.0 (7)		5.3 (2)	-
睡眠		4.3 (4)		5.6 (3)		2.6 (1)	-
その他		2.2 (2)		0.0 (0)		5.3 (2)	-

t; p<.1 *; p<.05 **; p<.01 ***; p<.001

Table 2 地域における老人保健法に基づく保健事業について

	全体 (n=92)		終了群 (n=54)		非終了群 (n=38)		χ^2
	% (n)		% (n)		% (n)		
実施している直轄事業について(複数選択)							
健康相談	89.1 (82)		92.6 (50)		84.2 (32)		0.04
訪問指導	89.1 (82)		90.7 (49)		86.8 (33)		1.97
健康教育	88.0 (81)		90.7 (49)		84.2 (32)		0.34
手帳交付	88.0 (81)		90.7 (49)		84.2 (32)		0.34
機能訓練	39.1 (36)		44.4 (24)		31.6 (12)		0.79
直轄事業を担当する専門の保健師の人数							
	n	平均 (SD)	n	平均 (SD)	n	平均 (SD)	t
	83	3.7 (6.5)	53	3.5 (3.4)	30	4.0 (9.9)	0.31
個別健康事業の実施状況							
実施している	66.3 (61)		68.5 (37)		63.2 (24)		-
最初からしていない	3.3 (3)		3.7 (2)		2.6 (1)		
以前はしていた	20.7 (19)		24.1 (13)		15.8 (6)		
実施領域と対象となる人数							
	n	平均対象人数 (SD)	n	平均対象人数 (SD)	n	平均対象人数 (SD)	t
高血圧	21	4.0 (3)	13	4.0 (3.2)	8	3.9 (2.6)	0.09
高脂血症	42	10.1 (12)	27	8.8 (9.3)	15	12.5 (15.7)	0.97
糖尿病	45	8.4 (11)	28	6.0 (5.9)	17	12.4 (15.8)	1.61
喫煙	15	8.1 (10)	11	9.3 (11.5)	4	4.8 (3.8)	1.14
個別教育事業の効果							
ある	25.0 (23)		29.6 (16)		18.4 (7)		-
少しはある	47.8 (44)		50.0 (27)		44.7 (17)		
不明	7.6 (7)		7.4 (4)		7.9 (3)		
次年度の個別事業の予定							
実施する	48.9 (45)		50.0 (27)		47.4 (18)		0.69
実施しない	13.0 (12)		13.0 (7)		13.2 (5)		
未定	21.7 (20)		25.9 (14)		15.8 (6)		

t; p<.1 *; p<.05 **; p<.01 ***; p<.001

Table 3 ITを活用した保健指導について

	全体 (n=92)	終了群 (n=54)	非終了群 (n=38)	χ^2
	% (n)	% (n)	% (n)	
パソコンやインターネットを利用して保健指導を自分が学習することについて				
すでに利用している	7.6 (7)	9.3 (5)	5.3 (2)	-
大いに興味がある	37.0 (34)	38.9 (21)	34.2 (13)	
機会があれば利用したい	55.4 (51)	51.9 (28)	60.5 (23)	
興味がない	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	
職場におけるIT環境				
使えない	1.1 (1)	1.9 (1)	0.0 (0)	-
制約がある	19.6 (18)	16.7 (9)	23.7 (9)	
自由に使える	76.1 (70)	75.9 (41)	76.3 (29)	
その他	3.3 (3)	5.6 (3)	0.0 (0)	
パソコンやインターネット、FAXを健康教育に活用することができますか？				
ない	47.8 (44)	46.3 (25)	50.0 (19)	0.12
ある	52.2 (48)	53.7 (29)	50.0 (19)	
(内訳)パソコン	68.8 (33)	37.0 (20)	34.2 (13)	0.08
インターネット	52.1 (25)	35.2 (19)	15.8 (6)	4.24 †
e-メール	8.3 (4)	5.6 (3)	2.6 (1)	-
FAX	4.2 (2)	1.9 (1)	2.6 (1)	-
市町村のホームページを、保健事業に活用しているか				
活用している	19.6 (18)	29.6 (16)	5.3 (2)	-
活用していない	72.8 (67)	66.7 (36)	81.6 (31)	
非対面の保健事業について何か計画していますか？				
計画している	6.5 (6)	5.6 (3)	7.9 (3)	-
計画していない	89.1 (82)	92.6 (50)	84.2 (32)	

†; $p < .1$ *; $p < .05$ **; $p < .01$ ***; $p < .001$

Table 4 行動療法の学習歴

	全体 (n=92)		終了群 (n=54)		非終了群 (n=38)		χ^2
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	
行動療法の勉強経験の有無							
ある	32.6	(30)	27.8	(15)	39.5	(15)	1.39
話をきいた	70.0	(21)	18.5	(10)	28.9	(11)	
論文を読んだ	0.0	(0)	0.0	(0)	0.0	(0)	
雑誌を読んだ	30.0	(9)	7.4	(4)	13.2	(5)	
本を読んだ	26.7	(8)	5.6	(3)	13.2	(5)	
研究会	6.7	(2)	3.7	(2)	0.0	(0)	
なし	67.4	(62)	72.2	(39)	60.5	(23)	
行動療法を指導に取り入れたことがありますか？							
ある	9.8	(9)	7.4	(4)	13.2	(5)	-
なし	84.8	(78)	83.3	(45)	86.8	(33)	
	n	平均 (SD)	n	平均 (SD)	n	平均 (SD)	t
本研修への興味							
基礎的な理論	92	4.6 (0.6)	54	4.6 (0.6)	38	4.6 (0.6)	0.17
面接法	92	4.5 (0.6)	54	4.5 (0.7)	38	4.5 (0.5)	0.22
具体的な指導法	92	4.7 (0.5)	54	4.7 (0.6)	38	4.7 (0.4)	0.30
プログラムの立て方	92	4.6 (0.6)	54	4.7 (0.5)	38	4.6 (0.7)	0.99
募集の仕方	91	4.2 (0.7)	54	4.2 (0.8)	37	4.2 (0.6)	0.11
評価の仕方	92	4.5 (0.7)	54	4.6 (0.7)	38	4.5 (0.6)	0.21
簡便な通信指導	92	4.1 (0.8)	54	4.0 (0.8)	38	4.2 (0.8)	0.81
ITを活用した指導	92	4.1 (0.7)	54	4.1 (0.8)	38	4.1 (0.7)	0.28

f; p<.1 *; p<.05 **; p<.01 ***; p<.001

Table 5 講義の理解と維持について(自己評価)

	全体						終了群						非終了群										
	講義直後		追跡時		講義直後		追跡時		講義直後		追跡時		講義直後		追跡時		群		時間		群×時間		
	n	平均 (SD)	n	平均 (SD)	n	平均 (SD)	n	平均 (SD)	n	平均 (SD)	n	平均 (SD)	n	平均 (SD)	n	平均 (SD)	F	F	F	F	F	F	
募集の仕方	75	4.2 (0.6)	48	4.2 (0.6)	41	4.1 (0.7)	48	4.2 (0.6)	41	4.1 (0.8)	27	4.3 (0.6)	43	4.3 (0.7)	1.44	0.59							0.17
習慣チェック(自己評価)の方法	78	4.3 (0.6)	50	4.3 (0.6)	4.4 (0.6)	4.4 (0.6)	50	4.3 (0.6)	4.5 (0.5)	4.5 (0.5)	28	4.4 (0.5)	4.3 (0.5)	4.3 (0.5)	0.02	0.41							1.37
目標行動の設定の仕方	77	4.5 (0.5)	50	4.5 (0.5)	4.4 (0.6)	4.4 (0.6)	50	4.5 (0.5)	4.5 (0.5)	4.5 (0.5)	27	4.5 (0.5)	4.2 (0.6)	4.2 (0.6)	3.63 †	2.15							2.15
セルフモニタリングの方法・様式	77	4.4 (0.5)	49	4.4 (0.5)	4.1 (0.7) *	4.1 (0.7) *	49	4.4 (0.5)	4.2 (0.6)	4.2 (0.6)	28	4.4 (0.5)	3.9 (0.9)	3.9 (0.9)	2.98 †	7.64 **							2.59
準備性に応じた指導	76	4.1 (0.7)	48	4.1 (0.7)	4.1 (0.7)	4.1 (0.7)	48	4.1 (0.7)	4.1 (0.7)	4.1 (0.7)	28	4.1 (0.8)	4.0 (0.8)	4.0 (0.8)	0.19	0.21							0.70
相手に合わせた面接	78	4.5 (0.6)	50	4.5 (0.6)	4.3 (0.6) *	4.3 (0.6) *	50	4.5 (0.6)	4.2 (0.6)	4.2 (0.6)	28	4.5 (0.6)	4.4 (0.6)	4.4 (0.6)	0.35	7.63 **							1.12
評価の仕方	78	4.1 (0.7)	50	4.1 (0.7)	3.8 (0.7) *	3.8 (0.7) *	50	4.1 (0.7)	3.8 (0.7)	3.8 (0.7)	28	4.1 (0.7)	3.7 (0.8)	3.7 (0.8)	0.05	8.86 **							0.13
簡便な通信指導	78	3.8 (0.7)	50	3.8 (0.7)	4.0 (0.8) *	4.0 (0.8) *	50	3.8 (0.7)	4.1 (0.7)	4.1 (0.7)	28	3.7 (0.7)	3.8 (0.8)	3.8 (0.8)	3.31 †	3.43 †							0.43
ITを活用した指導	78	3.5 (0.7)	50	3.5 (0.8)	3.6 (0.8)	3.6 (0.8)	50	3.5 (0.8)	3.7 (0.8)	3.7 (0.8)	28	3.4 (0.6)	3.6 (0.8)	3.6 (0.8)	0.48	2.04							0.01

†: p<.1 *, p<.05 **, p<.01 ***, p<.001 ***; p<.001

Table 6 実践に関するエフィカシー評価

研修を通して行動療法による指導を実践できそうですか。

	講義直前		講義直後		追跡時	
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
全体 (n=66)	10.6 (7)	56.1 (37)	21.2 (14)	54.5 (36)	68.2 (45)	10.6 (7)
終了群 (n=44)	11.4 (5)	52.3 (23)	20.5 (9)	56.8 (25)	70.5 (31)	9.1 (4)
非終了群 (n=22)	9.1 (2)	63.6 (14)	22.7 (5)	50.0 (11)	63.6 (14)	13.6 (3)

Table 7 今後の学習意欲(講義直後)

		% (n)
全体 (n=92)	積極的に勉強したい	57.6 (53)
	機会があれば勉強したい	42.4 (39)
	勉強するつもりはない	0.0 (0)
終了群 (n=54)	積極的に勉強したい	50.0 (27)
	機会があれば勉強したい	50.0 (27)
	勉強するつもりはない	0.0 (0)
非終了群 (n=38)	積極的に勉強したい	68.4 (26)
	機会があれば勉強したい	31.6 (12)
	勉強するつもりはない	0.0 (0)

Table 8 指導上の課題(n=74)

	講義直前		講義直後		追跡時		F値
	平均	SD	平均	SD	平均	SD	
クライアントにやる気がない	2.64	(0.12)	2.44	(0.12)	3.09	(0.13)	12.0 *
指導に時間がかかり過ぎる	3.01	(0.10)	2.84	(0.12)	3.05	(0.12)	1.38
効果があるのかわからない	3.47	(0.12)	2.36	(0.11)	2.72	(0.14)	31.9 *
習慣行動の評価が難しい	4.08	(0.09)	2.61	(0.12)	3.33	(0.13)	54.3 *
予算が乏しくて十分な教育ができない	2.67	(0.11)	2.16	(0.11)	2.97	(0.12)	26.5 *
アンケートの作り方がわからない	3.36	(0.10)	2.67	(0.12)	3.09	(0.11)	14.6 *
忙しすぎて指導に時間がとれない	3.17	(0.11)	2.59	(0.12)	3.15	(0.13)	11.0 *
勉強の仕方がわからない	3.19	(0.11)	2.35	(0.10)	2.79	(0.12)	24.9 *
余計なお世話をやいている気がする	2.47	(0.13)	1.88	(0.10)	2.24	(0.13)	15.5 *
健診の事後指導ができない	3.29	(0.15)	2.54	(0.13)	2.80	(0.14)	17.4 *
指導法がマンネリになっている	3.79	(0.10)	3.13	(0.14)	3.57	(0.13)	11.4 *
クライアントに振り回される	2.43	(0.10)	2.00	(0.10)	2.48	(0.12)	9.97 *
熱心にやってもむなしい気がする	2.19	(0.11)	1.87	(0.10)	2.20	(0.11)	5.16 *

* p<.05
 ※反復測定による分散分析を実施後、ボンフェローニの方法により多重比較を行った。

Table 9 通信指導プログラム(健康達人減量編)についての感想

	全体 (n=74)			終了群 (n=51)			非終了群 (n=23)		
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
プログラムで行った課題はいかがでしたか	スムーズにできた	まあまあできた	難しかった	スムーズにできた	まあまあできた	難しかった	スムーズにできた	まあまあできた	難しかった
生活習慣の評価	50.0 (37)	44.6 (33)	5.4 (4)	52.9 (27)	43.1 (22)	3.9 (2)	43.5 (10)	47.8 (11)	8.7 (2)
目標設定	51.4 (38)	44.6 (33)	4.1 (3)	58.8 (30)	39.2 (20)	2.0 (1)	34.8 (8)	56.5 (13)	8.7 (2)
記録(セルフモニタリング)	9.5 (7)	58.1 (43)	31.1 (23)	13.7 (7)	51.0 (26)	35.3 (18)	0.0 (0)	73.9 (17)	21.7 (5)
健康達人をどのような指導場面で活用できると思いますか	できそう	できない	わからない	できそう	できない	わからない	できそう	できない	わからない
肥満教室の中で	83.8 (62)	0.0 (0)	16.2 (12)	80.4 (41)	0.0 (0)	17.6 (9)	91.3 (21)	0.0 (0)	13.0 (3)
健診後の指導として	82.4 (61)	1.4 (1)	14.9 (11)	76.5 (39)	2.0 (1)	17.6 (9)	95.7 (22)	0.0 (0)	8.7 (2)
通信指導として	41.9 (31)	2.7 (2)	51.4 (38)	39.2 (20)	3.9 (2)	51.0 (26)	47.8 (11)	0.0 (0)	52.2 (12)
健康達人を無料で参加できるとしたら、募集してあなたの地域で集まるのは	100名以上	50名程度	10数名	集まらない					
	4.1 (3)	23.3 (17)	72.6 (53)	0.0 (0)					
	4.1 (2)	22.4 (11)	73.5 (36)	0.0 (0)					
	4.2 (1)	25.0 (6)	70.8 (17)	0.0 (0)					
健康達人を地域の指導に用いるのに改善すべき点は	ない	ある		55.8 (24)	44.2 (19)		90.5 (19)	9.5 (2)	
	67.2 (43)	32.8 (21)							
内容から見えて価格は？	適当	高い	安い	57.1 (28)	42.9 (21)	0.0 (0)	43.5 (10)	56.5 (13)	0.0 (0)
	52.8 (38)	47.2 (34)	0.0 (0)	0.0 (0)			0.0 (0)		
既成の教材やプログラムを利用して健康教育を行うことについて	積極的に活用したい	現場の条件が合えば使ってもよい	あまり使いたくない	24.0 (12)	76.0 (38)	0.0 (0)	20.8 (5)	79.2 (19)	0.0 (0)
	23.0 (17)	77.0 (57)	0.0 (0)	0.0 (0)			0.0 (0)		

資料1

「老人保健事業推進のためのITを活用した健康づくりの推進方策と指導者教育法の確立に関する研究」

生活習慣改善プログラムに参加していただく皆様へ

厚生労働科学研究 分担研究者 足達 淑子

通信による習慣改善プログラム（健康達人減量編、足達淑子監修）で、行動療法による体重コントロール法を実体験していただきたいと思います。

研修に体験学習が加わることで、ご自分の習慣を見直すとともに具体的な習慣改善指導への理解が深まるはずです。内容の詳細は研修で説明しますが、教材を参考に実行できそうなことに4週間挑戦するというものです。

その結果、あなたの習慣がどれくらい改善したか、またこのプログラムに対する感想を後日質問票で調べさせていただきます。予定です。

プログラムの内容

- 1 本日も行っていただくこと
 - 1) アンケートの記入（前後）
 - 2) 研修「保健・栄養指導を効果的に行うための行動療法の実践」の受講
 - 3) 厚生労働科学研究への参加の確認

- 2 健康達人減量編の体験として、本日以降にご自宅でしていただくこと
 - 1) 小冊子を読み、1回目の質問票に回答し郵送する（目標の設定を含む）
 - 2) 送付されてくるアドバイスを参考に、自分で生活習慣改善にとりくむセルフモニタリングとして毎日、目標行動について○ △ ×を記録する（1ヶ月）
 - 3) 4週後に郵送されてくるアンケートに回答し、記録と一緒に返送する
 - 4) 足達からのアンケートに回答し、返送する

その他

- 1 ここで行うことは生活習慣改善についての提案で、ご自分の判断で無理なくできる範囲で行っていただきます。危険や問題はありません。
- 2 厚生労働科学研究（国の研究）の一部として行い、いただいた情報は統計処理し、学会等に公表することがあります。その場合でもプライバシーは完全に守られます。
- 3 最後まで終了された方には、編著『ライフスタイル療法』を差し上げます。

途中で何かご不明な点がありましたら、
熊本県国民健康保険団体連合会：（担当：星田、上田）まで御連絡下さい。

同 意 書

熊本県国民健康保険団体連合会
理事長 幸山 政史 殿

厚生労働科学研究 分担研究者
あだち健康行動学研究所 足達 淑子 殿

私は、「生活習慣改善プログラム」について、事前に内容の説明を受け、以下の点を理解いたしました。その上で、研究に参加することに同意します。

- 1) 実施内容についての質問、あるいは疑問があるときはいつでも質問できること。
- 2) 調査に参加していても、私の意志でいつでも中止できること。
- 3) 実施場所 : 熊本県市町村自治会館および自宅
- 4) 参加期間 : 2004年12月初旬 ~ 2005年1月
- 5) この調査によって得られた私のアンケート調査・測定値などの個人データは、機密として取り扱われること。
- 6) この試験の結果が公表される場合であっても、私のプライベートな機密は守られ、氏名等を明らかにすることがないこと。

平成 16 年 12 月 7 日

氏名 _____

住所〒
電話

資料 2

生活習慣改善プログラム

保健・栄養指導を効果的に行うための行動療法実践
—体重コントロールを体験しよう—

Session 1 効果的なプログラムの作成プロセス

- ステップ1 対象者と目的を明確にする
ステップ2 対象者をもっと把握する（理解）
ステップ3 条件からできることを考える
ステップ4 自分の目標を明らかにする
- ⇒ 具体的プログラム

まとめ

- 1 どんな状況で、誰を対象に、何を目的に行うのかを明らかにすること
- 2 情報は整理してわかりやすく伝える
行動変容に必要な知識になるように
- 3 行動を細かな鎖に分けて、ていねいに望ましい変化(何か)が生じ易いようにしくむ

Session 2 やる気を高める行動的カウンセリング

ビデオ『習慣変容のための初回面接』とロールプレイ

2004/12/1

19

Session 3 行動療法の基礎

- 1) 行動療法は「行動科学を人の問題の解決に応用するための理論と方法の体系」
- 2) 約束 行動を「ふるまいかた」「感じかた」「認識のしかた」に分けて整理し、測れるようにして観察する
ありのままの事実、必要な情報を系統的（具体的）に集めて、問題解決に
- 3) 特徴と利点

Session 4 体重コントロールの実際

Session 5 マイプラン作成

- 1 昨年のプランの見直し（現状のチェック）よいところ、改善すべきところ
- 2 今年のプランの企画

目的と対象を明確に

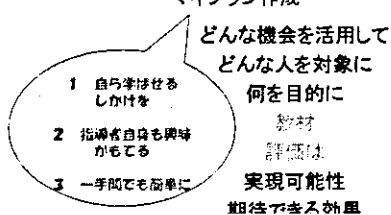
方法は具体的に（どんな機会を活用して、どのようにアプローチ、内容は）

周知（募集）の手段と手段を

評価は

- 実現可能性は
- 期待できる効果は

状況に応じた指導法 —マイプラン作成—



プランの例

- 広報で情報を提供
- 健診時を活用して、教育・相談
- 健康相談窓口
- 関心のある人に教材を配布
- 集団教育を行う
- 教室形式の継続教育
- 通信指導

2004/12/1

本表に書かれている
すべての項目に
チェックを入れる

チェックポイント

- 実施例にとって
- 多数の興味や関心をひくか
 - 内容はわかりやすいか
 - 受け入れられるか
 - 励ましの要素は
 - 覚えてもらう工夫は
 - 実行できそうか
 - 実行が続きそうか
 - 準備の時間は
 - 必要な条件は
 - 協力者は得られるか
 - 倫理上の問題は
 - 効果が期待できるか
 - 面白そうか
 - 来年もできそうか
 - 自分なら参加するか
 - チームワークは

2004/12/1

市町村名() お名前()

おたずね

研修の評価をしたいと思いますので、アンケートに御協力ください。個人の特定や評価はいたしません。前後の比較のためにお名前の記入をお願いします。

A. あなたの地域の老人保健法に基づく保健事業について

1 委託ではなく直轄で行っている事業は？

健康診査 健康教育 健康相談 訪問指導 機能訓練 手帳の交付

2 上記の事業を専門に担当する保健師の数は () 名

3 個別健康教育事業は 実施している ・ 最初からしていない ・ 前はしていた。
実施している領域と(人数) 高血圧(人) ・ 高脂血症(人) ・ 糖尿病(人) ・
喫煙(人)

事業の効果は ある ・ 少しはある ・ 不明

来年度は 実施する ・ しない ・ まだ未定

感想。ご要望などご自由に ()

B. 行動療法 (行動科学) について

1 今まで勉強したことがありますか (いくつでも) ある ・ ない

話を聞いた ・ 論文を読んだ ・ 雑誌を読んだ ・ 本を読んだ ・ 研究会

覚えている範囲でそのテーマ (タイトル) を書いて下さい

()

2 指導に取り入れたことがありますか ある ・ ない

あると答えた方は、どんな方法 (技法) を用いましたか

()

3 この研修への興味の強さを5段階でお答え下さい

	強くある		どちらともいえない		ない
・ 基礎的な理論	5	4	3	2	1
・ 面接法	5	4	3	2	1
・ 具体的な指導法	5	4	3	2	1
・ プログラムの立て方	5	4	3	2	1
・ 募集のしかた	5	4	3	2	1
・ 評価のしかた	5	4	3	2	1
・ 簡便な通信指導	5	4	3	2	1
・ ITを活用した指導	5	4	3	2	1

4 研修を受ければ、行動療法による生活習慣改善指導を実践できそうですか。

できそう ・ 1回だけでは難しそう ・ わからない

資料3

C. あなたご自身についてお知らせください

- 1 現在までの健康教育の経験年数は () 年 職種 () 年齢 () 歳
- 2 健康教育や指導を行った成人保健のテーマは； 健康づくり一般・体重コントロール・糖尿病
高脂血症・禁煙・高血圧・適正飲酒・ストレス対処・こころの健康・睡眠・その他
()
- 3 全体の仕事を100%として、現在、老健法の健康教育や相談に費やしている時間は
およそ 6割以上 ・ 5割程度 ・ 3～4割 ・ 1～2割程度 ・ 1割以下
- 4 現在、指導上で困っていることや課題と感ずるのは以下のどんなことですか。○で囲んで下さい
強く同感(5)から違う(1)まで、5段階でお答えください

	強く同感		何ともいえない		違う
・ クライアントのやる気がない	5	4	3	2	1
・ 指導に時間がかかり過ぎる	5	4	3	2	1
・ 効果があるのかどうか分からない	5	4	3	2	1
・ 習慣行動の評価が難しい	5	4	3	2	1
・ 予算が乏しくて十分な教育ができない	5	4	3	2	1
・ アンケートの作り方がわからない	5	4	3	2	1
・ 忙しすぎて指導に時間がとれない	5	4	3	2	1
・ 勉強のしかたがわからない	5	4	3	2	1
・ よけいなお世話をやいている気がする	5	4	3	2	1
・ 検診の事後指導ができない	5	4	3	2	1
・ 指導法がマンネリになっている	5	4	3	2	1
・ クライアントに振り回される	5	4	3	2	1
・ 熱心にやってもむなしい気がする	5	4	3	2	1

D. ITを活用した保健指導に関連して

- 1 e-Learningで、ご自分が保健指導法を学習することについてはどうお考えですか？
すでに利用している、大いに興味がある、機会があれば利用したい、興味がない
 - 2 職場におけるパソコンを用いたIT環境をお知らせください
使えない、制約がある、自由に使える、その他 ()
 - 3 パソコンやインターネット、FAXを健康教育に活用することがありますか
ない ・ ある 具体的に → パソコン ・ インターネット ・ eメール ・ FAXを、
() に使う
 - 4 市町村のホームページを、保健事業で何か活用していますか？
活用していない している → 具体的に ()
 - 5 非対面の保健指導について何か計画していますか？
計画していない している → 具体的に ()
- E. あなたの地域について 人口は約 () 人、高齢者率は () %