厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）
分担研究報告書

保健指導技術の開発と応用
－ 筑後市と岩国市の事例から －

分担研究者　平野かよ子　国立保健医療科学院公衆衛生看護部部長

研究要旨：**目的**：平成20年度からの特定健診・保健指導の実施に向けて、対象者の行動変容を促す保健指導技術について明らかにすることを目的とする。
調査方法：指導方法である情報提供、動機づけ支援、積極的支援を意識し、今後の特定保健指導に示唆を与えると考えられる自治体を選定条件として、自治体へ赴いて担当者等に半構成式質問紙を用いた面接調査法にてインタビュー調査を行った。インタビューガイドには保健指導の企画、体制、実際の保健指導場面での配慮（結果説明、理解度、判断、保健指導対象者への目標設定への支援、継続支援、学習媒体）などを盛り込んだ。
結果および考察：健診後の保健指導を充実させるための保健指導技術は、1）事業目的の設定・事業企画に発揮される保健指導技術と、2）個別支援のための保健指導技術に大別された。ハイリスクアプローチである個別支援の保健指導技術には、対象者が来所した段階、対象者が結果と自分の体の状態との関係に気づく段階、気づきを基として目標を設定する段階、目標に向かって生活を見直し生活行動を変えていく段階、生活習慣化して維持・継続する段階などに分けてその配慮や工夫が整理された。また、それぞれの段階ではポピュレーションアプローチとなる地域での活動と結び付ける配慮がなされることも保健指導の重要な技術であった。
キーワード：特定保健指導　ハイリスクアプローチ　ポピュレーションアプローチ

研究協力者
中板　育美　国立保健医療科学院主任研究官

A．研究目的

平成20年度からメタボリックシンドロームに着目した生活習慣病予防のための特定健診・保健指導の実施に向けて、対象者の行動変容を促す保健指導技術について明らかにすることが求められている。本研究では、その具体的技術を既存の活動から見出し、これからのより質の高い保健指導技術の発揮に寄与できるような参考となる知見を得ることを目的とする。

B．研究概要

1．研究対象

地域において、これまでも生活習慣病予防の保健指導を行い、平成20年度からの制度改正に向け、情報提供、動機づけ支援、積極的支援を意識して保健指導を実施し、これから

の保健指導を見据えて生活習慣病予防対策を考えたりしている自治体とした。

調査協力自治体：福岡県筑後市
山口県岩国市

2．研究方法

研究対象者への半構成質問紙を用いた面接調査法により収集した一次記録の質的分析を行った。また、参考資料や記録類などからも情報収集を行い、分析の補足資料とした。

3．インタビュー内容

半構成インタビューガイドを、保健指導の企画、体制、実際の保健指導場面での配慮（結果説明、理解度、情報収集、判断、保健指導対象者への目標設定への支援、学習媒体の活用、評価など）などの内容で作成し、インタビューはおおよそ1時間30分～2時間を予定した。

4．倫理的配慮

対象自治体には、事前に電話にて趣旨を説明し、趣旨に賛同した対象者に対し、公文書にて依頼を実施した。インタビューを行うまえに、再度インタビューの目的と内容の秘密保持を説明し、最終的な意思確認を経て実施した。

C．インタビュー結果及び考察

1．福岡県筑後市の場合

1）福岡県筑後市の地域の概要

【地域の概況】筑後平野の中央に位置する田園都市で、東西7.5km、南北8.2km、面積41.85平方キロメートルのほぼ平坦な土地のため、家庭訪問はしやすく、効率もよい。人口48,390人、世帯数16,216世帯、高齢化率20.9%（H18年12月1日）であった。

国保加入率は35.4%であった。また、平成16年度調査では、従業員30人以上の企業は77企業、そのうち、100人以上の規模の会社は大手の印刷業者など数社であった。

保健師の人数およびその配置については、ヘルス部門に5名、高齢部門に3名であった。

2）健診後の保健指導の体制と実施状況

【健診体制】

・健診体制の企画…主に保健師
・健診の委託先…結核予防会や対がん協会
・事業の対象者…35歳～64歳の住民
・実績…30代が8.3%、40代が17.7%、50代が39.9%、60代が34.1%（平成18年度）
・生活習慣を尋ねる問診票は、郵送で自記式を採用し、腹囲測定も自分で測定する体制

（表1）健診後の階層化別結果

	健診データ	問診結果反映型
積極的支援対象者	648人(27.7%)	527人(22.5%)
動機付け支援対象者	999人(42.8%)	663人(28.4%)
情報提供対象者	690人(29.5%)	1,147人(49.1%)
合計	2,337人	

【実施して浮かび上がった疑問】

健診データ上の結果と問診（生活習慣）の結果から抽出されるケースには、これまでの保健指導で対象者としてきたケースと異なるケースがでてきた。例えば、健診データは問題ないが生活習慣が悪いため「積極的支援」に該当するケースや、健診データに問題があるため生活習慣が良好であるのに「動機づけ支援」や「情報提供」に該当するケーである。またBMIが25以上（40名）・中性脂肪300以上（10人）・HbA1c 6.1以上（36人）・心電図異常（6人）・腹囲（46人）など複数項目が該当する160名が積極的支援から除外された。

【健診後の保健指導プログラム】

事業企画を行うのは主に保健師で、栄養士などと協力して実施している。

「情報提供」の対象者には、健診結果データの結果の見方、特定健診・保健指導の実施マニュアル暫定版の構造図、メタボリックシンドローム予防パンフレット、エクササイズガイドなどの資料をすべての市民に郵送している。郵送する教材ないしパンフレットも話し合いの中から視覚にも馴染みやすいものを選択した。

「動機づけ支援」の対象者は、講演会「メタボリックシンドローム講演会」行い、その後、希望者は、A（じっくり）コースとB（よくばり）コースを自己選択できるシステムとした。

Aコースは、9回(平日設定・定員30名)でBコースは、2回(平日夜間、日曜各1回設定・定員30名)で企画された。講演会も、対象者が働き盛りを想定して、平日と日曜に各1回設定し、勤労者の参加も考慮した。

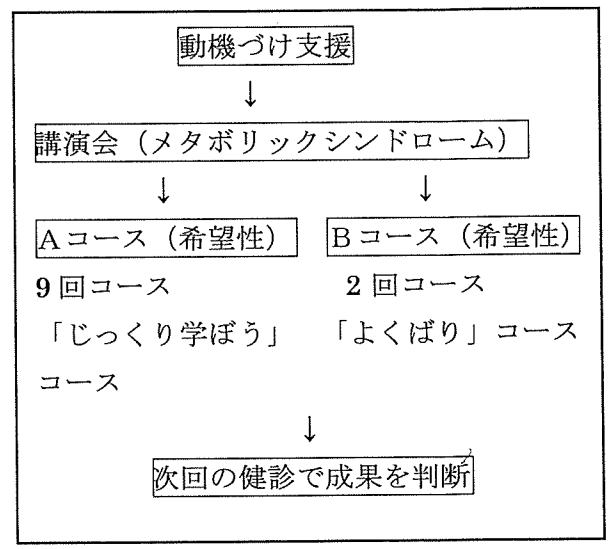
「積極的支援」の対象者は、健康相談を10日間にわたり開催し、未来所者に対しては夜間、休日を含め電話連絡をし、また家庭訪問を行った。

【健診後の保健指導の実施結果】

「動機づけ支援」の対象者633名中「メタボリックシンドローム講演会」には70名参加した。そのうち、A[じっくりコース]の参加者は20名（定員30名）、B[よくばりコース]の参加者 30名であった。

「積極的支援」の健康相談は、希望者及び未来所者に対しては夜間、休日を含め電話、家庭訪問を140名/527名(5割は治療中)に実施した。

（図1）保健指導の流れ（動機づけ支援）



3）健診後の保健指導を効果的にすすめるための保健指導技術

【健診後の保健指導体制の企画段階に発揮される技術】

カテゴリー	サブカテゴリー	発言
効果的な運営のための企画・準備	《プログラム作成》 [参加型] [対象者の生活パターンへの配慮]	「一般論を一方的に聞いても、その話と自分の体のことは結び付けられないことは、これまでの体験から知っているので、グループワーク方式をとった。」 「平日参加できない層についても日程を配慮し、2回のうち1回は、休日昼間に設定した。」 「健診結果データが自分の健康状態にどう影響して、どのような病気につながるのかを自分で構造図を辿ってわかるので、納得している方が多いと実感した。」 「どのようにしていくかについては、保健師だけではなく、事務や栄養士とともに、最初から考えるようにして

	《教材の選定》 [見やすさ] [結果を自分のものに] 《治療中の方への配慮》	いった。」 「データと自分の身体を結びつけるために「早世、・障害の予防のために」の構造図を使った。そこから生活と照らし合わせながら、これからの生活まで広げて、何が実行できるかを考える道筋をひいているつもりである。」 「治療中の方は、主治医との間ではどのような話をしていますか？などを必ず確認してから進めますことにした。」 「主治医との関係を崩すと治療関係がうまくいかなくなるので、状況を確認して、混乱させないことを優先させた。」
	《スタッフの的確な役割分担》 [年齢の幅を考慮]	「7，8名で1グループ構成とし、講師（保健師）が全体を見て、常勤保健師と栄養士がサブとなってグループをみるようにした。」「中にはグループの動きについていけない方もいるので、理解を埋める役割をとった。」 「コースの中の個別相談は、栄養士と保健師で行うがその振り分けは保健師が担った。」 「集団といえ、年齢にも幅があるのである程度マンパワーを揃えて小さな集団でサポートをしないと、きめ細かくはならない。」
面接技術	《参加しやすい環境づくり》	「調理実習になると男性の参加が減る。欠席するのではなく、逆に食事担当の妻の参加を促した。」 「面接したときは判ったような気になるが、日常に戻ると忘れてしまう。継続を促すことが重要と思う。」
状況理解	《現在の健康状態の認識》 [引き出す技術] [具体的事例の提示]	「通り一遍の話を一方的にはしない。今後の生活改善の指導をこちらから押し付けても結局自分のものにならない。実行も継続も難しい。引き出すように話す。」 「データと結び付けての具体的な事例を出しながら説明するなど、わかりやすく結びつけられるように配慮した。」
コミュニケーション	《対象者の理解力》 [数字と自分の体との接点] [自分の体への興味] [一人ひとりの違	「自分の生活の一部に取り入れていける何かを見出せるには、対象者が咀嚼して、考え、見出すので、20分～30分では難しい。」 「健診結果のこの数字が変なんだということばかりでなく、その数字から自分の身体のメカニズムが理解できると、初めて良くわかったとの声も聞かれる。」 「保健指導は、本人が迷ったり、考え込んだりして、自

	いの尊重］ 《気づきと行動への促し》 ［家族周囲への波及］ ［仲間］ ［答えを出すのではなく、導く］ ［答えを出すのではなく、見守る］ ［拒否的・否認的な場合も感情的にならず、様子を見ながら、淡々と話す（ノンバーバル・コミュニケーションを重視）］	分の中で消化するための沈黙も大事にする。」 「話し合っている間の沈黙も大事な時間。大切に守ることがその人の決意に寄り添うことです。」 「自分の生活の中での工夫は、わずかな時間で自からがすっきりと出せることは少なく、ヒントになるような『味噌汁はいつ飲むか、どのくらい飲むか』など材料を出してみたりする。」 「未来所で電話して家庭訪問に至った場合、前向きではない状態から始まるが、対象者が男性の場合、妻にも同席してもらうなど工夫している。。」 「かかりつけ医からは、大丈夫と言われてる！と拒否的な市民もいる。しかし、一応頑張って淡々と話はして、その反応を見たうえで、押すか引くか考える」 「拒否的にも、話すうちに興味を示す場合もあるので、最初からあきらめてしまうのではなく、反応や表情を見ることが大切です。」 「すべて休日、夜間も含めて電話で連絡するか家庭訪問しています。電話では拒否していても、その後家庭訪問すると、そこで出されるお菓子を題材に話したりするなどで、積極的に話しができるようになることもある。」 「家庭訪問のほうが、家の様子もわかりますし、他の家族にも会えて面接よりもより、丁寧に話し合うことができます。もちろん30分では無理ですが。」 「継続は本当に大変なこと。家族を巻き込むことは重要で、家庭訪問は効果的でした。」
行動変容への目標設定	《イメージし易い目標設定》 《実現可能な目標設定》 《短期間で達成可能な目標設定》	「できる限り、難しくなく、家族の理解なども考慮して、実現可能なことを考えていただく。」 「すごい目標ではなく、達成して、満足感や達成考えられるような身近な目標設定が大切です。」
継続支援	挫折しそうな頃の刺激］ ［継続支援に重要な記録］ ［継続＝地域活動・仲間づくり］	「個々にそこまで至るプロセスも違うし、エピソードもあるので、記録はできる限り、詳細に書くように努力しています。そうすると次回の面接に活かせます。」 「コミュニケーションの助けにも、記録は大事です。」 「面接も数回になると、記録を頼りに個のエピソードを持ち出すと、うれしそうにその先を話してくれます。」 「仲間作りが大切。他の活動と結び付けて考えるように

	［家族への普及］	していきたい。」 「自分の体のことを自分できちんと知ることで、家族･･･妻にもすすめ、妻も家族のことをひっくるめて考えるようになり、一人で頑張るというより、家族で頑張る形になったりしている。」
評価		「次の健康診断結果が中心。医療レセプトとの照合が今後の課題である。」 「モデル事業なので頑張ったが、今後、マンパワーの問題、医師会との調整や協働など課題も多い。」 「未来所の家庭訪問も効果的であったが、これを継続することは困難です。」 「次の健診で、また支援対象者がうまれるわけなので、どんどん増える。その後の支援方法を考えていかないとパンクしてしまう。」

2．山口県岩国市の場合

1）山口県岩国市の地域の取り組み

【地域の概要】岩国市は瀬戸内海に面し、一年を通して過ごしやすい温暖な気候である。海岸にコンビナート工業地区が栄え、自衛隊と米軍海兵隊の駐留する基地の街としても有名である。平成 18 年 3 月 20 日、旧岩国市と周辺市町村（玖阿町・由宇町・周東町・錦町・本郷村・美和町・美川町）が合併し、新しく「岩国市」となり、山口県最長 110ｋｍの錦川は、周南市の莇ヶ岳を源とし、岩国市で三角州をなして瀬戸内海に注いでいる。流域には中国山地の緑豊かな自然が多く残され、清流の水は人々の生活にも多くの恩恵を与えてくれる。保健活動としては、若い頃から日常生活の中で生活習慣の確立をするなど、健康づくりに取り組みやすい環境をつくることを目標として、学校や企業、地域の組織や行政と共に取り組みを展開している。人口は 153.004 人（県内の約 10%）、男性 72.765 人、女製 80239 人、世帯数は 67.092 世帯（県内の約 10%）、65 歳以上人口は 39.794 人、高齢化率は 26.33％（平成 12 年度国勢調査 22.9%）である。

【健診後の保健指導に関連する事業背景】

平成 9 年、10 年に医師会等の専門機関と連携して岩国市糖尿病対策強化事業を実施し、糖尿病の実態把握や把握した患者の重症化予防活動を実施してきた。平成 11 年には糖尿病対策協議会を設置した。糖尿病の羅病期間が長い人を始めとして耐糖能異常と診断された人までもが糖尿病の重症化または発症予防の為の意識が低く、糖尿病は発症以前からの住民への意識づけの重要性を認識し、従来から実施していた健康教室の場や広報誌を通じて糖尿病の知識の普及活動を重視して展開した。平成 15 年からヘルスプロモーションの理念を導入し岩国市健康づくり計画の策定に取りかかり、市民各年代で構成される「語る会」を立ち上げ、折りに触れ糖尿病に関する健康課題を提示した。しかし「語る会」で語られた健康観に、「糖尿病を予防する」といった内容のものはなく、従来の糖尿病発症予防施策を見直すきっかけとなった。これからの保健活動は、「住民がどうありたいのか」といった

ことを常に住民とともに考え、共に取り組むための仕組みが必要だということに気づき、その仕組みづくりを展開している。現在では学校や企業、地域の組織との連携が進み、糖尿病予防に繋がる幅広い活動が住民により展開できている。

目的

糖尿病があってもなくてもすべての市民が健康でいきいき生活できる活力ある社会を実現させるために、市民一人ひとりが実践する健康づくりを基盤に、家庭・地域・学校・職域が一体となった新たな健康づくり運動を推進することを目的とする。

目標（平成 19 年度）

・市民・関係団体・行政が向かう目標を共通認識できる体制をつくる。

・市民一人ひとりが実践する健康づくり活動が地域全体の健康づくり運動につながる仕組みをつくる。

特徴

住民との健康づくり計画の策定の経験を踏まえ、生活習慣病予防のハイリスクアプローチにおいても、「対象者がどのように健診結果や自らの生活習慣、体調を受け止めているのか」、「対象者はどのような生活を行いたいと思っているのか」を尊重する保健指導を重要視している。また、地域の健康状態を市民に随時フィードバックし、市民がそれぞれの立場で考え、語り合い、互いにできることを表明し行動する地域のネットワークを基盤としたポピュレーションアプローチを展開し、年１回の健診・保健指導とともに、地域で日常的に健康状態をチェックすることができる環境づくり（簡易血糖検査、BMI、腹囲測定等）を市民と協働し、できるだけ若い年代層の健康づくりを行おうとしている。

１．　保健指導の流れ（ハイリスクアプローチ）平成 17 年度

		○(要指導域)→個別健康教育:6 ヶ月、検査 4 回、個別指導
保健指導の必要な者	→基本健康診査→	○健診後事後指導：基本指導パターン
希望者		○(肥満予防に関心)　生活習慣病予防教室:8 回ｺｰｽ、個別・集団指導

保健指導の対象者は基本健康診査の結果、保健指導が必要な者と希望者である。健診後の事後指導の基本パターンを以下の表に示した。

基本指導パターン　※1～3回までの期間は約1ヶ月間

1回目	健康チェック・運動指導	アンケート、健康度チェック票の記入 ・計測(体重、体脂肪)と「1年後にこうなりたい」目標を健康(ﾍﾙｼｰﾗｲﾌ)手帳に記入 ・運動指導:運動の効果、ストレッチ/ウォーキングの実践 ・次回までにすること:歩数とウォーキング実施食事の記録
2回目	生活習慣の振返り 食事指導 目標設定 (1回目より1週間の間隔を設けて)	・運動の実施方法の復習 ・食事指導:バランス、1日の摂取量、摂りたい食品　減らしたい食品 ・個人面接:目標の設定、健康(ﾍﾙｼｰﾗｲﾌ)手帳記入 ・次回までにすること:健康(ﾍﾙｼｰﾗｲﾌ)手帳へ記録
3回目	運動・食事指導 (2回目より2週間の間隔を設けて)	・計測(体重、体脂肪)と健康(ﾍﾙｼｰﾗｲﾌ)手帳に記入 ・個人面接:目標の実践度の確認、必要時目標修正、最終目標の決定、励まし ・前回のおさらい:ストレッチ/ウォーキングの実践(姿勢・強度)

↓

4回目	運動・食事指導 (最終目標の設定後3ヶ月)	・健康度チャック票の記入 ・個人目標の達成度(食習慣・運動習慣の変化)の確認

2．地域づくりとしての健康づくり(ポピュレーションアプローチ)

健康づくりは地域づくりとして展開することが重要である。地域づくりは市民部会と行政部会で行っている。

(1) 市民部会と行政部会の構成員

市民部会及び協力団体の構成員は、高校生、専門学校生、母親クラブ、老人クラブ連合会、長寿大学OB会、健康体操グループ、自治会連合会、連合婦人会、体育指導委員協議会、民生委員、母子保健推進協議会、社会福祉協議会、介護支援専門員協議会、在介支援センター、商工会、工業クラブ、医師会、歯科医師会、薬剤師会、栄養士会、在宅栄養士会、保育園、幼稚園、養護教諭部会等である。

推進部会の構成員は、健康管理課、高齢障害課、社会課、保険年金課、学校教育課、生涯教育課、児童家庭課、都市計画課、スポーツ振興課、職員課、市民課、商工課、流通課、農林課、男女共同参画室、公民館で、事務局は健康管理課が担っている。

(2) 市民部会と行政部会の協働

市民部会と行政部会との話し合いから、生活習慣の変容を継続させ、かつ市民同士の「仲間づくり」や地域に自らの役割を見出し「生きがい」づくりとなる活動として、次のような取り組みがなされてきている。

1）生活習慣の改善の目標達成のための多様な選択肢づくり

個別健康教育や健診後事後指導により生活習慣の改善の達成目標を立てた者には身近にある多様なメニューを活用し、目標達成にむけて、生活習慣の改善を図り、効果を挙げている。

① 導の期間や内容、時間帯が限られた従来の事業から、自分のライフスタイルにあった時間帯や運動メニューを選べる事業内容に変更し、事業が終了した後も継続して生活習慣の改善ができるよう、民間のスポーツ施設を活用できるようにしている。

②体育指導委員協議会は、年代層に合わせた各種スポーツの集いやウォーキング指導者の養成している。

③地域活動栄養士協議会の出前栄養指導、連合婦人会による各地区での料理教室や歩こう会、自治会連合会の地域の祭りやスポーツ大会等、各団体の自主的な取り組みを展開している。

2）早期発見を促す機会の拡大

若い年代層が様々な場所で自分の健康状態について知り、さらには糖尿病予備軍を発見できるために以下のような取り組みを行っている。

①市が実施する生活習慣病予防教室に市民部会員が加わり対象者を支援することで、市民部会員が市内各地で実施する取り組みに、自分の健康状態をチェックできる内容（食習慣・運動習慣、BMI・腹囲測定など）を組み込んで実施している。

②各種健康イベントで簡易血糖検査等を実施している。今後さらに商工会等の協力を得て拡大する方針である。

③薬剤師会のまちかど相談薬局が行われている。

3）地域住民の関心と健康課題の把握と共有

主に行政部会が中心となり合併した地区へも出向き、自治会のみならず各市民団体や学校、職域において「地域懇談会」を開催し、地域の健康状態（健診結果、介護認定や保険料、医療費）等の健康課題をフィードバックし、市民の意識をとらえてきている。また、より市民と協働するために、各市民団体や学校、職域におけるファシリテーター等の人材を発掘している。

3.地域での取り組む生活習慣病予防の効果評価

これらの健康づくりの取り組みの予防効果については、医師会や保健所、保健センター等が構成員である「岩国市糖尿病対策協議会」で評価し、今後は地域職域連携推進協議会においても評価していく。

4．保健指導

保健指導に関しては、対象者選定方法と保健指導の企画に関する課題と保健指導場面での技術があげられた。

（1）対象者選定方法

○健診からの対象者の選定の困難さ

健診（老人保健法）の受診者の状況を見ると、70％が65歳以上であり、すでに生活習慣病等で治療中で、年1回の健診で「詳細な検査をする」希望する住民が多く、予防を目的とした対象者の選定が困難である。

○糖尿病登録からの対象者

ＨｂＡ１ｃ値で糖尿病の早期対応を試みたが、医師の判断と対象者の受け取り方に差が見られ効果が低い。治療中の対象者には主治医との指導の一致が重要で、健診データだけから保健指導対象者を適切に選定することは困難である。

○健診を受けない層への働きかけ

罹病期間が長い者への増悪防止より、初めて気がついた対象へアプローチする方が効果があり、一次予防としての意義が高まる。

○簡易血液検査の導入

薬局や保健センター、イベントにおいて血液簡易チェックを導入することで、一次予防として健康づくりへの意識付け、また、二次予防としての早期発見として効果的である。

（2）保健指導の企画

○集団方式や個別方式、民間施設との協働による事業等、時間帯やメニューを多様化した事業企画を行う技術

（3）保健指導場面での技術

○対象者の暮らしぶりを引き出す技術

○問いを投げかけ、本人からの発語を待つ姿勢・技術：「結果を見てどう思いまか？」、「どうして相談に廻されたのか解りますか？」

○現状を認識し、自分の状態を自分で理解できるように意識化を促進する技術

○フォローアップすることの了解を得る技術

○目標達成：自筆で記録用紙に記入することで自己決定を意識化させる技術

○パンフレット：特定のものではなく、各種ファイリングし相手に合わせて選択する技術

5．これまでの活動からの気づき

これまで行ってきた事例検討会や健診後の指導、市民との健康を語る会等の活動から、以下の気づきが得られた。

1）処遇困難事例検討会（月1回）から学んだこと

○処遇困難事例の共通点として、事例検討時点より以前（高齢者や児童虐待は、親子の関係が生じたときから長い年月をかけて）の関係が大きく関与しており、現在の関係の修復に時間をかけても解決にはなりにくく、問題の起こらない関係づくりか、もしくは新たな関係を作ることが重要である。

○個別支援と地域づくりとしての健康づくりがなければ効果は得られない。双方を支援しつつ、地域づくりとしての健康課題を明らかにして、提示して「ともに考える市民」として協働で推進していくことが必要である。

2）健診結果からの個別指導を行うことの反省

○知識の伝達に終わることが多く（たくさん参加すれば成功したように錯覚することが多かった）、対象者がどのように受け止め、どのような生活を行いたいかが不明確であった。

○一時的な改善で保健師が満足し、その後の影響（家族に、地域への波及効果）について分析が不十分であった。

○糖尿病予防対策事業から一次予防が重要で「若年からの食生活が重要であり」と分析しながら、現状の事業で取り組む保健講座などは、中途半端な事業展開であった。

3）健康づくり計画のプロセスで市民と健康感を語って気づいたこと

○「健康づくり」に取り組もうとする行政と市民にはズレがある。

○健康は、からだづくり、仲間づくり、生きがいづくりであり、健診で病気を発見し治療をすることではなかった。

○健康課題の現状を提示（介護保険になった人の分析、介護給付費、糖尿病の現状、がん発見）し、それぞれの立場で考え、語り、行動する案を提示した。連携することで主体的行動と協働が広がった。

○「健診時のデータが良い」だけでなく、日常的にチェック（簡易随時血糖、血圧、体重など）できる体制の整備について検討する必要がある。

D．考察

取り組みが始まるまでの背景や実施体制の

違いがある 2 つの自治体のインタビュー調査から、その中で共通して展開される健診後の保健指導における配慮や工夫、さらにこれからの保健指導に当たっての課題などを整理する中で、保健指導技術として事業目的の設定・事業企画に発揮される保健指導技術と個別支援のための保健指導技術が抽出された。

1．　事業目的の設定・事業企画に発揮される保健指導技術

糖尿病などの生活習慣病は、発症以前からの住民への意識づけの重要性を認識していた。そしてその実行には、既存の健康教室や広報誌を通じて生活習慣病予防の知識の普及、さらに、健康増進計画等計画などに組み入れて、ヘルスプロモーションの理念を改めて重視していくことの大切さを意識していた。個への保健指導（ハイリスクアプローチ）の有効性を考えるとき、同時にポピュレーションアプローチの重要性を強調する思考と、その連動を既存の地区組織活動などに期待する点でも共通していた。実際、地域や区、グループごとに何に関心があるかの地域把握と健康課題をすり合わせをおこないながら、住民のファシリテーター等の人材発掘も行なっているのは、保健師活動の技術の一つと言える。

次に、健診後の保健指導については、これまでの一方的になりがちで、指導の成果を確認することも不十分であった。これらのことも含め、関係者で共有し、保健師や栄養士や事務と考え方や企画の段階からともに取り組み、教材の選定や教材を用いた指導の仕方なども共有することが重要で、そのコーディネートを果たしていた。

2．　個別支援のための保健指導技術・力

個別支援のための保健指導技術・力は、来所の段階、気づきの段階、目標設定の段階、継続の働きかけの段階に分けられた。

1）来所の段階

・来所したことを対象者が肯定できる配慮・労いの言葉

・対象者が自然な形で参加できる工夫（あせりや緊張を持たせない話術）

・結果説明からフォローアップまでの支援の了解を得て、こちら側の立場を明確にする技術

2）気づき（自分の問題と認識するまで）の段階

・現状を認識し、自分の状態を自分で理解できるように意識化を促進する技術

・問い「結果を見てどう思いまか？」・「どうして相談に廻されたのか解りますか？」を投げかけ、　本人からの発語を待つ姿勢・雰囲気作り

・外見（体型や表情、姿勢、態度、振る舞い、話し方）から初期アセスメントができる力

・本人の理解度など非言語的表現から判断できる力

・対象者の話すテンポにあわせた説明のしかたや話すスピードが臨機応変に対応できる力

・データを単なる数字として捉えるのではなく、一般論から脱出して、「主語は自分」で自分の身体のこと、病気との関連、生活との関連が結びついて考えることができるように配慮する力

・ビジュアルでわかりやすい媒体を活用しながら、その人の理解度に合わせて解説を加える力（１種類の媒体では不十分で、ニーズに合った媒体整備が必要）

・難しい専門用語ではなく、生活レベルにしっくりする形で話せる技術

・動機づけ支援では、グループワークを活用しながら、難しい医学用語中心ではなく、自分のデータと病態、事例を結び付けて考えられるように配慮する力

・グループワークは、集団での会話を通して得られるグループの力を活用するという考え方が出発であって、自分と向き合う場としての活

用を促す力
・グループワークなどを実施しながらも、地域活動としてのファシリテーター等の人材発掘を常に意識する力

3）行動変容への目標設定の段階

・継続優先、家族協力、孤立防止を意識した目標設定を促す技術
・生活の事情や想いを理解した上で無理のない目標設定を導く力
・達成可能な目標を導くために趣味や興味など広く生活に関心を示す態度
・目標を達成するための多様な選択肢を用意する力
・民間施設との協働により時間帯やメニューの多様化ささえる力
・　自筆で記録用紙に自分の目標を記入することで自己決定を意識化させる技術

4）目標達成に向けた継続性への働きかけの段階

・パンフレットなど、ファイリングし相手に合わせて手渡すなどの工夫
・一時の頑張りではなく、継続を意識して、本人だけでなく、家族への波及を意識したかかわりを重視した働きかけを行う技術
・自分だけでなく家族を巻き込むような形を戦略的に仕掛ける技術
・個別支援と地域づくりとしての健康づくりがなければ実際の継続は困難な場合が多い。双方を支援しつつ、地域づくりとして市民と協働し推進させる力
・継続を生々しい、あるいは生き生きと支援するために、個々のエピソードを大切にし、記録を工夫する技術
・本人の意欲を支えるエンパワメントを単なる個別の指導場面だけでなく、さまざまな場面を利用する力
・本人の継続のために、家族やサポーターを巻き込む技術

今回抽出された保健指導技術は、これまで無意識に発揮されていた住民への配慮やスタッフ間の役割意識なども改めて浮き彫りになる部分もあった。今後は、無意識の知をあえて意識化し、実践の知恵・技術として表面化していく必要性を実感した。

E．まとめ

ハイリスクアプローチとして展開される保健指導は、健診データと日常の暮らしぶりを照らし合わせ、アセスメントした結果をもとに目標を引き出し、その人の目標達成への道のりを継続可能な形で進められるよう支援していくものである。これまでの保健指導と大きな違いはないものの、これまでの保健指導が、一部一方的な押し付けだったと反省したり、保健指導後の継続性へのかかわりの手薄さを認識する機会となっていたようである。

今後は、これまでの流れがよりシステム化され、評価も組み込まれてくるので、これまでやや曖昧だった質の担保とモニタリングが今まで以上に重視されるよい機会になると言えよう。

今回は、個への保健指導技術に注目したが、ただ、ハイリスクアプローチという個へのきめ細かな支援技術だけで、生活習慣病予防の達成はおそらくは困難である。なぜなら人々の暮らしは、地域の文化や周囲の人々との折り合いをつけながら成立していることが多いからである。それは食生活においても同じである。だからこそ、集団全体への働きかけを切り離さず、双方のメリットを活かし、デメリットを補完する意味でも組織的にポピュレーションアプローチと連動させた仕組みを整えていくことが行政機関の役割であり、それで集団全体のハイリスク層を下げていくことが重要な使命であると考える。

謝辞

今回の調査研究にご協力くださいました、福岡県、筑後市、岩国市の皆様に、こころから感謝いたします。

F．健康危機情報

なし

G．研究発表

なし

H．知的財産権の出願・登録状況

なし