

OB会・住民組織・自主サークル（事例1、23、32、33、35）

- 健康に関する住民組織を立ち上げる際に大切なことは何ですか？
 - どのような住民組織があれば、地域の健康増進に役立ちますか？
 - OB会・自主サークルにとって重要な条件を挙げてみてください。
 - OB会・自主サークルの開催にあたり気をつけることを挙げてみてください。
 - OB会・自主サークルの開催のために何が必要ですか？
 - 参加者はOB会・自主サークルに何を求めていますか？
 - 対象者がより積極的に参加できるようにするには、どのような方法がありますか？
 - 医療従事者として住民組織にどのような貢献ができますか？
 - OB会・自主サークルのリーダーの役割は何ですか？
 - OB会・自主サークルのオブザーバー／相談役の役割は何ですか？
 - OB会・自主サークルの継続のために必要なことは何ですか？
 - 医療従事者としてどのような役割に関わりたいと思っていますか？
 - 医療従事者としてどのような頻度に関わりたいと思っていますか？
-
- 健康事業のフォローアップのシステムがある。
 - フォローアップまでを視野に入れた事業計画ができています。
 - 保健推進委員など地域活動や住民組織に参加する道が開かれている。
 - 参加者のニーズを満たせている。
 - 参加者が自分の得意なこと（強み）を活かしている。
 - 参加することによって、参加者が自分の成長を感じることができている。
 - 参加のしきいが高くない。（事前申し込みの有無、料金、日時の設定など）
 - 参加することが負担になりすぎていない。
 - 情報交換したり、励まし合ったりできる仲間がいる。
 - 医療従事者がバックアップする体制がある。
 - フォローアップが医療スタッフだけの負担にならず、関わる人が積極的に参加できる。
 - 現状維持ではなく、成長に向かえるシステムになっている。
 - 地域のニーズに合ったイベントやプログラムがある。
 - 名所を巡る散歩コースなど、地域に利用できる資源がある。
 - 指導者と対象者という枠にはまらず、良い相互作用が起こっている。
 - 再教育のためのシステムがある。

事例集

前熟考ステージ

事例1 信頼関係づくりと様々なアプローチによりきっかけをつかんだ事例

	【60代 男性 家族と同居】
<キーワード>	信頼関係 家庭訪問 きく 受診勧奨 住民組織 企画 糖尿病
<きっかけ>	基本健康診査の結果から糖尿病未治療者を抽出し、訪問指導を実施。
<介入前>	<p>会社を退職後、農業を専業として生活していた。5、6年前より糖尿病の疑いを指摘され、2、3年前から治療を勧められていたが受診せず、HbA1cは8.0%以上になっていた。訪問指導を数回行い受診勧奨をしたが、受診していなかった。</p> <p>1年後の健診結果は更に悪化していたため、どのようにアプローチすれば良いのか悩んだ。</p>
<介入内容>	<p>以前「散歩は時々している」と言っていたことを思い出し、当時地域で開催されていた“歩こう会”（健康づくりボランティア主催）への参加を促すと、快く参加された。そのほかには糖尿病予防教室や健康相談会に誘ったが参加しなかったため、3~4ヶ月に1度訪問して様子を伺い、アプローチの機会を探っていた。本人が不在で妻と話すことも半分くらいあった。</p>
<事業>	<p>「健康づくり推進懇話会」（健康づくりボランティアや自治会、婦人会など地域の組織・団体の役員等が構成員）を立ち上げ、住民主体の健康づくり活動の推進に努めており、健康教室や歩こう会の健康づくりイベントなどを企画・開催している。年間4万円で健康づくり活動の委託をしている。市の保健師は黒子役となり支援している。</p> <p>“歩こう会”の内容は、保健師によるウォーキングの方法・注意点の説明、ボランティアによる準備運動とコース説明、地域の名所旧跡をめぐるウォーキング（約40分）、ボランティアによる、健康クイズと野菜たっぷりの豚汁提供。参加は無料である。</p>
<経過>	<p>秋晴れの“歩こう会”当日、本人といろいろ会話を交わすうちに受診に対する不安を語られた。指導というより、歩こう会参加者の仲間として聞き役に徹し、思いを受容した。</p>
<結果>	<p>その後受診し、入院加療することになったとの連絡が入った。</p> <p>現在は服薬治療を徹底され、HbA1cは6.0%前後で推移している。食事もかなり気を付けている。農閑期はウォーキングをしている。</p>
<担当者より>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 行動変容が見られないとすぐに諦めずに、繰り返して働きかけ、関係を作っていくことが大切だと思った。 ➢ 働きかけの方法は1つに執着せず、いろいろな方法でアプローチする。楽しみのある健康づくり地域行事において、同じ目線で会話できたことが良かったように思う。

	<p>➤ 定期的に訪問し生活改善を押しつけることなく雑談をするなかで、少しずつ信頼関係を築けたのかと思う。言葉では強く受診を勧めなかったものの、本人と妻は「何度も保健師が来ているとは、やはり病気を放置するとまずいのかな。」と感じたようだ。</p>
--	---

<考察>

受診に関して訪問指導でも説得が困難であったが、信頼関係を築く努力と“散歩”というきっかけをつかめたことで、成功につながっている。

定期的な訪問を通して、健康の話題だけでなくいろいろな雑談をしたようであるが、このような取り組みを重ねることによって対象者の価値観や環境を良く知ることができる。この事例では信頼関係が築けたうえに、対象者について様々な情報を持っていたので、適切なアプローチが選び出せたのである。いろいろアプローチを行ってもうまくいかないときは、信頼関係を築けているか、相手のことを知って相手に合うアプローチが行えているかを確認してほしい。

健康教室におけるグループワークや実習などは、行動を起こしかけている対象者には大変効果的であるが、まだ熟考ステージにある対象者にとっては参加のしきいが高くなる恐れがある。比較的受身の姿勢でも参加しやすく楽しむことを重視したイベント等があれば、教室よりも勧奨しやすい。対象者の“好きなこと”“楽しめること”“興味のあること”に注目し、ひとつの方法に執着せずいろいろなアプローチの選択肢を用意することが重要である。

<ポイント>

- 信頼関係を築くときに気をつけていることは何ですか？
- あなたならどのようにアプローチしますか？
- あなたの使えるアプローチと対象者の接点（関連、共通点）を見出してください。
- いつも用いているアプローチでうまくいかない場合、どのような方法をとりますか？

<アセスメント>

- 情報提供や支援に入る前に、信頼関係の土台を築けている。
- 行動変容に対する受け入れの有無を確かめ、どのようなことなら受け入れてもらえるかを考えることができている。
- 働きかけの方法を1つに限らず、いろいろなアプローチの引き出しを持っている。
- 対象者を行動変容（受診、運動など）から遠ざけているものが何かを理解している。
- 相手の拒絶を恐れず、提案をし続けることができている。
- 対象者が楽しいと思える活動を見つける手助けができている。
- 集団教室、個別指導、自由参加のイベントなど、さまざまな企画を提供している。

事例2 独居男性への支援と受診勧奨についての事例（死の転帰）

	【70代 男性 一人暮らし】
<キーワード>	独居 信頼関係 受診勧奨 ドラマティックリリース 援助関係 フォローアップ 高血圧 脂質異常
<きっかけ>	独居訪問調査により、状況を把握した。
<介入前>	不整脈と高血圧のため頭痛やふらつきを感じることもあり、体調面で不安があった。かかりつけ医はいなかった。医療機関受診を勧めたがなかなか受診しなかった。 外食が多く、カラオケが好きでお酒を飲む機会も多かった。
<介入内容>	健診を受診してもらい、結果に関して指導するが、「内服はしたくない。」と受診を拒否。外出が多く電話や訪問では連絡が取りにくいと、窓口への来所や定例健康相談などへの来所を勧めた。定期的にコンタクトを取り、フォローが途切れないように関わった。その後健診を2回ほど受け、中性脂肪高値、血圧高値のため、食事指導を受けることになった。飲酒量を減らすことと、外食時や総菜を購入する時の注意点を指導した。 受診に関しては、「過去に医者との意思疎通がうまくいかなかった。」との理由で、勧奨しても受診・服薬に至らなかった。保健師が本人のニーズに合うような近医を紹介したところ、本人は「検討する」と返答するもほとんどその心づもりはなかった。
<経過>	しばらく本人からのアプローチがあるのを待ったところ、「血圧が200以上になりふらふらする。紹介された医者に行きたい。」と電話があった。本人が通院しやすいように医師に連絡を取り、状況を説明しておいた。 翌日受診し、「いいドクターだった。薬ももらったし、今度からきちんと飲む。」とのことであった。2週間に1度は医療機関を受診し、処方薬をもらうようになった。帰りに保健センターに寄ってもらい、生活状況を伺い、必要に応じてアドバイスを行った。 「今後の健康診断も受けるつもり。」と話していた。
<結果>	医療機関受診を継続しており、その折に保健センター窓口にも来所していたが、突然警察より連絡があり「亡くなった」と報告を受けた。死因は虚血性心疾患とのことであった。死亡にてフォロー終了となった。
<担当者より>	関係性を継続しながら受診勧奨をしてきたため、対象者自身が必要性を感じた時にスムーズに医療機関につながったと思う。

<考察>

疾病を放置していた事例である。血圧が上がってふらつきを自覚したことが受診へのきっかけとなっている。高血圧を放置することによる身体への脅威を実感し、強い情緒的な反応（変容プロセスの“ドラマティックリリース”）が生まれている。症状がひどくなる前に受診に結びつけることができればよかったのだが、恐怖心をあおるような指導は好ましくないとされており、十分に踏み込むことができないこともある。一つの対策として、同じ健康問題を抱える人から体験談などを聞く機会を設けることによって、「放置していると良くない」と実感してもらうという方法がある。

独居の対象者に対しては、変容プロセスの中で獲得しにくい要素があることを念頭において支援が必要である。たとえば、“援助関係”は行動変容の間に受ける他者の援助であるが、家族の援助が望めない場合、保健師や医師、近所の人などからのサポートを強化する必要がある。「自分が問題の多い生活習慣を送っていても周囲に影響はない」という自暴自棄的な考えは行動変容から遠ざかる一因となるため、友人など周囲の人間が行動変容に対してプラスのフィードバックを与えることが役立つ。この事例では受診の帰りに保健センターに寄ってもらうという工夫によって「自分がきちんと受診することが担当の保健師さんの安心につながる」という動機づけにつながっている。

<ポイント>

- 一人暮らしの対象者の支援の際に重要なことは何ですか？
- より早く受診につなげるには、あなたならどのような関わり方をしますか？
- 受診の妨げになっている理由を引き出すには、どのような聞き方をしますか？
- 受診を妨げる要因を挙げてみてください。
- 受診を妨げる要因について、解決法を考えてみてください。
- 対象者が周りからの援助を感じられるようにするにはどのような方法がありますか？

<アセスメント>

- 対象者が、必要な時は支援を受けられるという安心感を持っている。
- 生活習慣病に目を向けるだけでなく、生活形態に合った支援をすることができる。
- 受診を妨げている要因を引き出して解決することができる。
- 周りからのサポートを感じてもらえるような工夫をしている。
- 対象者のニーズに合った医師を紹介することができる。
- 受診を継続してもらうための工夫がある。
- 特に独居者に対しては、緊急時の対応を伝えるようにしている。
- 変容プロセスの“ドラマティックリリース”について理解している。
- 変容プロセスの“援助関係”について理解している。

事例3 介護支援がきっかけで生活の振り返りと受診に結びついた事例

	【50代 男性 独身、寝たきりの母と2人暮らし】
<キーワード>	連携 信頼関係 受診勧奨 飲酒 タバコ
<きっかけ>	寝たきりの母の件でケアマネージャーから「介護者である息子(対象者)がどれくらい介護できるかが心配」と連絡があり、訪問した。最初の目的は母親の介護支援であった。 母の介護を理由に健診は受けたことがなかった。本心では、「受診して何か病気が見つかるのが怖かった」とのことである。
<介入前>	自営業であるが、母の介護を理由に店を閉めていた。たばこ、酒、食事の偏りなど、生活習慣病を引き起こすような生活をしていて、寝たきりの母の介護援助と家族の健康管理を目的に、月一回の訪問を継続した。
<経過>	少しずつ信頼関係を築き、近所の医院への受診を勧奨した。受診が怖かったようで、同伴した。その後、肝疾患、肺疾患、高血糖のため総合病院へ紹介され、定期通院するようになった。最初の受診をクリアしたところ、その後は月一回の訪問時に勧奨しなくても自ら受診するようになった。定期通院が安定するまで保健師による訪問を続けたが、その後はケアマネージャーとの関わりがあるため、必要時に依頼を受ける形にした。タバコの量は変わらないが、酒の摂取量は母の病状と関係がある様子で、在宅で安定して過ごしていれば飲まなくてすむが、母が入院して家で一人である時や母の病状が不安定な時に、飲酒量が増える傾向がわかった。酒量は平均して5合から1合程度に減少した。
<担当者より>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 介護者自身の肉体的・精神的状況へ目を向けることで、介護への不安、受診しない理由が明らかになった。 ➢ “介護者ができない息子”という見方ではなく“地域で暮らす一人”として支援し、介護についても共に考えるように心がけたところ、様々な思いを話してくれるようになった。 ➢ 訪問時、母の介護についても共に考え、実施するように心がけたことが大切であったと思う。 ➢ 精神的安定、安心が安眠につながり、その結果酒量が減るようであった。 ➢ 行動変容の継続については継続して見守る必要があると感じた。 ➢ 人とつながって生きている実感を持つこと、心に添うということは、生活習慣改善や心の健康面でも大切なことであると感じた。

<考察>

ケアマネージャーとの連携で、保健指導の対象者として関わるきっかけができた事例である。介護への不安を受け止め、行動を妨げているものを取り除くことで、受診につなが

った。特定健診・特定保健指導という新しい制度の開始に伴い現場では多忙を極めており、保健指導対象者ではない人々まで手が回らないかもしれない。しかし、本当に支援を必要としているのはどのような人なのか、そしてどのようにしてその人々を見つけて関わっていくか、ということを考えさせられる事例である。

食事や運動などの生活習慣だけではなく、心の健康全般について評価することも重要である。この事例の場合は飲酒量であるが、ストレスが多くなるとどのような症状があるかを把握することや、睡眠や食欲などの確認といったメンタルヘルスについての一般的な質問が必要な場合もある。この事例の情報だけではアルコールの問題がどの程度であったのかは評価できないが、気づかれていないアルコール依存症の人も多く、保健指導の現場でスクリーニングを用いることは有用である。

<参考資料>

厚生労働省 アルコール情報ページ

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/kenkou/alcohol/main.html>

厚生労働省 成人の飲酒実態と関連問題の予防について

<http://www.mhlw.go.jp/topics/tobacco/houkoku/061122b.html>

久里浜アルコール症センター アルコール症スクリーニングテスト

<http://www.kurihama-alcoholism-center.jp/J-2-5.html>

<ポイント>

- 支援を必要としている対象者とはどのような人たちですか？
- どうやって支援を必要としている対象者にアクセスしますか？
- 他職種・他部門との連携のために大切なことは何ですか？
- 何がストレスになっているかを把握するには、どのような質問を使いますか？

<アセスメント>

- 特定健診受診者だけでなく、本当に保健指導を必要としている対象者を見つけ、アプローチできている。
- 生活習慣の改善だけに目を向けるのではなく、家庭や仕事など、対象者にかかわるあらゆる事柄を理解した上での関わりができています。
- たばこや飲酒に代わるストレス解消の手段を提案できる。
- アルコール摂取について適切なアドバイスができる。
- 心の健康やアルコール依存症についてのスクリーニングを行い、必要な場合は専門医への紹介ができる。

事例4 集団教室のグループダイナミクスが効果的に作用した事例

	【60代 男性 家族と同居】
<キーワード>	きく グループワーク 雰囲気づくり 家族 集団と個別 糖尿病
<介入前>	糖尿病の教育入院をしても、退院後しばらくすると状況が悪くなる。本人は、「自分は病気のことはよくわかっている」と繰り返し、保健師からの指導を聞き入れない様子だった。妻はとても協力的で、食事についても自分なりに精一杯配慮していたが、対象者が強い口調で主張するタイプで、少し諦めている感じが伺われた。
<きっかけ>	健診時の個人相談で対象者を把握した。その後訪問指導を行うがなかなか行動変容がなく、一年が経過。他者とのかわりにより少しでも変わって欲しいと思い、講座を案内した。一緒に糖尿病食の理解を深めてほしいということもあり、夫婦での参加を勧めた。対象者は最初は渋っていたが、「毎回でなくても、できるときだけ来るということでも良い。」と説得し、夫婦で参加した。
<事業>	市民であれば誰でも参加できる“健康大学”の一講座として糖尿病予防講座など11講座を実施。3月と8月に市広報などを通じ受講生を募集、健診結果に基づき訪問指導などを行った方にも案内をしている。毎年120～150名程度が入学し、一人当たり2～3講座受講する。入学式の日を受講希望の方全員と保健師か栄養士が個人面談を行い、健康状態や希望によって受講講座を決める。
<介入内容>	通常個人面談は一人1、2回であるが、この対象者には3回実施した。 ① 対象者への指導 ・ 思いや考えを聞き、コントロールがうまくいかなかった理由を把握。 ・ 疑問に思っていることや医療に関する不信感を受け止め、どうしたら良いかを一緒に考えた。 ・ グループワークや調理実習等で、他の受講生と意見交換することにより、自分自身の考え方やこれまでの経過を振り返る機会を提供。 ② 妻への支援 ・ これまで行ってきた食生活改善の良い点を褒め、修正すべき点を具体的に指導した。 ・ 夫がスタッフに対して否定的な態度をとることにに対しては気にしなくてもよいことを伝え、夫が講座に参加することを嫌がれば妻だけ参加しても良いと伝えた。 ・ グループワークや調理実習等で、他の糖尿病の方やその家族と接することにより、自分自身の考え方やこれまでの経過を振り返る機会を提供。

<p>< 経 過 ></p>	<p>当初は保健師に対して「自分のことはよくわかっている。あなたに話しても仕方ない。」など否定的な言動を繰り返していたが、回数を重ねるごとに態度に変化が見られてきた。他の受講者との交流も良い影響を与えたようだ。「あなたが経験されてきたことは、私たちにはとても参考になりました。」という言葉を他の受講生からもらったこともあった。講座を全回出席し、妻からは「これまでは全く家族の言葉も聞き入れなかったが、ずいぶん変わった。講座で学習した食事や病気のことで、夫婦間でいろいろ話せるようになった。」と喜んでいた。現在も訪問指導やご本人の来所による相談を行っているが、疾病コントロールはできている様子である。困っていることや不安に思っていること、もっと改善できることはないかなど、積極的に話してくれ、否定的な発言はほとんどなくなった。妻は夫の否定的な言動について「保健師さんに申し訳ない。」と恐縮していたが、現在は「お父さん、もっとこういう風にしたら良いみたいね。」と自分の意見を言うようになった。</p>
<p>< 担当者より ></p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 講座参加をきっかけに、夫婦二人とも病気に対する考え方や取り組みが大きく変わったようだ。 ➤ 糖尿病の方の中には、食生活改善などに対し否定的な考えを持っていて指導が困難になる場合もあるが、個別・グループ・集団と様々な支援を組み合わせることで対象者の考えや姿勢が変わり意欲を高めるような支援を心がけなければならないと実感した。

< 考察 >

家族や保健師に対しては拒否的な態度を見せていたが、集団教室への参加がきっかけで変化があった事例である。慣れた環境の中で過ごしていると、自分の行動や考え方に対して独断的になってしまう危険性がある。集団事業で様々な立場にある人々と交流することは、新しい視点を得たり自分を客観視したりする良い機会となる。

事業に参加する人は熟考ステージから準備ステージに多いことが多いが、積極性や興味の度合いは様々である。そのため、あまり積極的でない参加者も居心地を悪く感じない雰囲気づくりが必要である。例えば、アイスブレイキングを用いた雰囲気づくりや抵抗なく参加できるクイズや実技を取り入れるなどの工夫が重要である。グループワークでは自ら発言をするほど積極的ではない場合でも、他のメンバーの発言を聞くことで“気づき”を得るという効果が期待できる。また、自ら発言をする積極性があれば、周囲からフィードバックをもらうことは自信や自己効力感を高めることにつながる。

事例では個別の対応を増やすなど、状況に応じた柔軟な対応ができている。必要に応じてこのような対応ができる時間的・人力的余裕があれば望ましい。

家族、特に料理をする者の協力は食事指導において欠かせない。しかし、家族に介入す

る場合は家族関係を考慮しながら慎重に行う必要がある場合もある。事例では、夫の主張に押されがちな妻に対して、これまでの頑張りを承認し、夫の言動を気にしすぎないように支援ができています。家族が一緒にいると自分の本心を正直に話せないような人に対しては、個別に話を聞くことで隠れていた思いが語られる場合もあるため、あえて別々に話をするほうが良い場合もある。

【集団と個別】

<ポイント>

- 集団教室を何のための場にしたいですか？
- 参加者がより積極的に関わるようにするには、どのような方法がありますか？
- 消極的な参加者にまず楽しんでもらうためには、どのような方法がありますか？
- 教室の雰囲気を良くするために、具体的に何ができますか？
- 集団支援のなかで扱いやすいテーマは何ですか？
- 個別支援のなかで扱いやすいテーマは何ですか？
- グループワークのテーマやシナリオをつくってください。
- 事業のなかでどのくらいの時間をグループワークに充てますか？
- どのような構成人員でグループワークを行いますか？

<アセスメント>

- 事業のテーマとシナリオがある。
- グループワークのテーマとシナリオがある。
- 参加に対して消極的な人でも楽しんでもらうための工夫がある。
- 対象者が正直に話せている。
- 同じような目標を持つ人同士が高めあっていける雰囲気がある。
- 目標だけに焦点を当てず、その間の本人の気持ちの変化も大事にする。
- 発言や行動に対しての周囲からの評価によって、対象者の自信や自己効力感を高めることができている。

【家族との関わり】

<ポイント>

- 家族に対して支援を行う時に注意することはなんですか？
- 家族に対して別々に支援をした方が良いのはどのような場合ですか？
- 対象者が自分の状態についてどう感じているかを引き出すためにどのような質問を使いますか？

<アセスメント>

- 家族を巻き込んだ健康づくりへ導いている。
- 対象者の家族にも良い変化が起きている。

熟考ステージ

事例5 個別支援への切り替えはできたものの行動変容に至らなかった事例（失敗）

	【50代 男性 家族と同居】
<キーワード>	信頼関係 きく 目標設定 家族 肥満 高血圧 脳梗塞
<介入前>	肥満、高血圧等を放置していた。間食や甘い飲料の摂取習慣があり、食生活中心に見直す必要があった。
<きっかけ>	“高血圧”をキーワードとした広報を見て、（退職していたため）行ってみようと思ったとのこと。“生活改善教室”（2日間コース）へ参加したことにより、生活改善の必要性を感じていた。
<介入内容>	集団教育のなかで生活改善への拒否的な質問や態度が見受けられたため、個別の継続的な支援が必要と判断し「家庭訪問などはいかがですか？」と勧めた。「教室は終わっても、（高血糖、脂質異常、高血圧等）複数の異常があるので、肥満が解消すればデータが改善しますよ。元気でいるために相談をしましょう。」と誘った。家庭訪問は拒否し、2カ月に1度程度来所し、体重や体脂肪率の計測、栄養士同席での生活改善の相談をした。間食や甘い飲み物の量が多く摂取カロリーも多い傾向にあったため、1日の果物の適量や間食のエネルギーなどを伝えた。
<結果>	データは改善せず、脳梗塞を発症した。軽度片麻痺あり、杖歩行となった。医療と並行して生活改善相談を継続している。
<担当者より>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 生活改善への否定的な発言はあるが、自ら教室に申し込んでくるなど改善の必要性は感じていた。本人の考え、生活の状況を把握して、改善の具体的方法を相談していく必要があった。 ➤ 拒否的だと構え、生活改善の必要性や改善方法ばかりを伝え、信頼関係を深める関わりが不足した。“クレームが多い人”との印象が、相手の出方を待つ姿勢になったのかもしれない。 ➤ はじめに問題意識づけと改善の効果を伝えることをしっかりできていなかったため、効果的に支援ができなかった。 ➤ 家族をうまく巻き込めなかった。妻が就労していて接点を持つことができなかった。文書を用いたり在宅時間に連絡を取ったりするなどの工夫が必要だった。

<考察>

自ら健康教室に申し込んできたが集団の中での支援では不十分であり、個別支援に切り替えたものの、行動変容の前に発症してしまった事例である。集団教室から個別支援（来所での生活改善相談）へは、対象者の意思を尊重しながら進めている。

事例の記述からは、対象者が何を求めているのかが明確ではなく、対象者が現状を十分に把握していない様子がうかがえる。漠然と感じている生活改善の必要性を具体化するための支援が必要であったようだ。①現状を具体的に把握し、②目標を決め、③その間を埋

めるのに何が必要かの情報を提供する。対象者の得意な部分からできることを提案し、すぐ効果が表れるような小さな目標を作ることも効果的である。問題の多い食生活が明らかになると、栄養士としては「これを減らした方が良い、あれをやめた方が良い。」と伝えたくなくなるであろうが、自分の決めた目標でないと動かない人も多い。

担当者からは「信頼関係を作るのが難しかった。介入方法としては、家庭訪問や妻との面談はできなかった。」とのことである。生活の様子を知るため、食生活改善のためには、家庭訪問や家庭内で料理を作っている人の協力を得ることが有用であるが、それぞれの家庭の事情があるため家族への介入は対象者自身の意向を聞いてから行うほうがよい場合も多い。

“拒否的だ”と構えてしまうこと、レッテルを張ることについては事例6も参照。

<ポイント>

- 対象者は、何を望んでいると思いますか？
- 対象者が望んでいることを引き出すにはどのような聞き方をしますか？
- “拒否的だ”と構えてしまうことで、どのような弊害が生じますか？
- “拒否的だ”と構えないためには、どのような心掛けが必要ですか？
- 行動変容の妨げになっている理由を引き出すには、どのような聞き方をしますか？
- 行動変容を妨げる要因を挙げてみてください。
- 行動変容を妨げる要因について、解決法を考えてみてください。
- 行動変容のメリットをどのようにして伝えますか？
- 目標設定の際に重要なことは何でしょうか？

<アセスメント>

- 対象者のニーズを理解している。
- 対象者の意思を尊重した支援形態をとっている。
- 提供している情報や知識に対する受け入れの程度を確認している。
- 提供している情報や知識が理解されているかを時々確認している。
- どのような提案なら受け入れてもらえるか試行錯誤を重ねている。
- 行動変容に対してどのような気持ちを持っているかを聞き出せている。
- 行動変容に踏み切れない気持ちを理解し共有することができている。
- 対象者を行動変容から遠ざけている要因を見つけている。
- 対象者を行動変容から遠ざけている要因の解決策を提示できている。
- 対象者の強みを把握し、実行しやすいところからアプローチしている。
- 行動変容によって得られるメリットをわかりやすく示せている。
- 対象者の負担の少ない部分からアプローチできている。
- 自分で目標を立ててもらっている。

事例6 「この人は難しい」と思い込んだことも失敗の一因となった事例（失敗）

	【60代 女性 一人暮らし】
<キーワード>	信頼関係 きく 目標設定 飲酒 食事指導 独居 援助関係
<行動変容前>	定期的に健診を受けていたが、中性脂肪・血糖・HbA1c が高く、医師に生活改善を勧められた。過去にもよく健康教室に参加していたがあまり改善はみられなかった。
<きっかけ>	健診時に医師より、「今のままでは糖尿病になる」と言われた。
<介入前>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 週に6日の飲酒 ➤ 仕事（調理員）以外ではあまり体を動かさない。立ちっぱなしの仕事で、本人は「運動している」と思いこんでいるが、思っているほど運動にはなっていない様子。 ➤ 仕事柄味見をする機会が多く、「食事の時間になったときにはおなか一杯になっている」とのこと。
<介入内容>	<p>メタボ予防教室に参加。3ヵ月間に5回の教室を実施。グループ学習と個別面接を組み合わせ、食生活や運動指導を行うとともに、毎日の体重測定、歩数、間食の有無を記録してもらった。</p> <p>個人面接の中で、本人の話の中から「できそうかな」と思われる取り組みについて提案した。例えば、「ビール350mlでは残してしまう」という発言に対しては「じゃあ思い切って小さな缶ビールにしたら?」、「少し歩いてみようという気になってきた」には「まず10分間家の周りを散歩したら?」など助言をした。しかし、次の回の面接で尋ねると、実践できていない様子であった。</p>
<経過>	調理員という仕事柄食事についての質問が多く、自分でもしっかり注意していると言っていた。運動については「仕事がついので、家に帰れば何もしたくない。」とのことであった。目標を高く設定しすぎる傾向で、記録が×ばかりで嫌になると記録もしたりしなかったりとなった。
<結果>	最後の教室は欠席し、後で来ると言われていたがとうとう来なかった。社会保険加入者のため平成20年度の町の健診は受診していない。
<その後>	平成20年度夏ごろ退職し、町の食生活改善推進員養成講座を受講。「今後は地域で何かしたい」とのことで、推進員になる予定。講座の中で運動の必要性について学習すると早速ボールを購入するなど、積極的な姿勢はみられた（あまりにやる気満々の様子に講師の先生より無理をしないようにとのアドバイスがあった）。また、別の機会には手料理をたくさん持って参加。薄味で調理されていたが摂取量が多く、残った料理もたくさん持ち帰っていた。体格的にはあまり変化はない様子であった。その後個人的な関わりはなし。

<p><担当者より></p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 「努力せずに効果を出したい（教室に参加すればどうにかなる）」という気持ちが強かったので、生活習慣のどこに問題があったかに気づき、それを改善するためには何をしたらいいのかを考えられるようにと心がけた。 ➤ できない言い訳が多く、前に進むことができなかった。ケースにやる気を起こさせることができなかった。 ➤ 参加者の行動変容のステージを的確につかむことの必要性和難しさを感じた。一見関心が高いと思える対象者だが、実際にかかわった中ではなかなか行動に移せない面があった。 ➤ “自分の体の状態を把握できていない” “生活習慣の問題点を理解できていない” “一人暮らしであり身近に支援してくれる人がいない” 等の問題点を一つ一つ整理して、具体的な対策を立てていくということが必要だったと反省させられた。 ➤ 「この人は行動変容が難しい」というスタッフ側の思い込みもあり、それがまた難しくしてしまったのではないと思う。
----------------------	---

<考察>

対象者の状況は日々変化するため、どのステージにあるかを決定するのはたいへん難しい。また、ステージ分類は対象者にレッテルを貼るためのものではなく、一つの目安にすぎないことを忘れてはならない。“行動変容を起こす気がない→前熟考ステージか？”とレッテルを貼ること自体が、コミュニケーションの妨げとなる場合がある。まずは先入観や評価を排除して話を聴き、信頼関係を築くことが重要である。

個人面接では、対象者との対話を重ねながら実行可能な目標のオプションを提供する様子が見えるが、なかなか行動変容には至らなかった。担当者の感想にもあるように“表に表れていない感情、心配事、未解決の問題”などに目を向け、一つ一つ整理していく作業が必要だったと考えられる。独居ということで家族からのサポートが得られないため、推進員活動などを通して“援助関係”が得られる環境を整えることは有用であろう。

<ポイント>

- ステージ分類にこだわりすぎないようにするためには何に気をつけますか？
- 言い訳ではなく本当の原因を引き出すためにはどのようなアプローチをしますか？

<アセスメント>

- ステージ分類はレッテルを張るためのものではないと理解している。
- 言い訳の後ろに隠れている感情を扱うことができる。
- 行動変容を妨げている原因に目を向け、解決を図っている。
- 周りからのサポートを感じてもらえるような工夫をしている。

事例7 気難しい態度に隠された不安な気持ちを解消できた事例

	【60代 男性 家族と同居】
<キーワード>	信頼関係 きく 集団と個別 個別支援
<きっかけ>	健康教室の対象者として通知をしたが申し込みがなかったため、お誘いの電話をしたところ、参加することになった。
<介入前>	初対面の頃から、「血圧が高いのはおかしい」などと気難しそうな態度であった。健康教室参加の中で、本人が質問をしてきたので、スタッフがそのことに対し解答したが、「納得いかない」と受け入れなかった。集団教育の流れを少し乱す行動のように思えた。
<経過>	後日個別相談の場で本人の気持ちと理解度を確認したところ、納得できないとしたことについては全く話題に出てこず、教室でわからなかったことがたくさん質問として出てきた。一つ一つに対し本人がわかるまで説明することで、理解ができた様子であった。 「わかった」という実感が本人の中で受容できたため、それ以降はスタッフに対する態度が変わり、信頼してくれるようになった。理解できないいだちが険悪な態度として出ていたようである。
<担当者より>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 疑問に対し、一つ一つ納得がいくまで説明したことが、本人の気持ちにつながったのではないかと思います。 ▶ 集団教育のデメリットは、個々の対応が行き届きにくい点にあり、一人一人の理解に併せた説明でフォローすることが必要であると感じました。 ▶ 特に男性は、生活改善の必要性が分かれば行動に移すのが早い人が多い、と思います。

<データの推移>

体重 (kg)		-12kg
中性脂肪 (mg/dl)	153	82
空腹時血糖値 (mg/dl)	113	99
血圧 (mmHg)	139/84	117/71
腹囲 (cm)	91.5	78.5

<考察>

健康教室に来た人全員が、行動変容への準備ができているとは限らない。また、全員が健康に興味を持っていて、自分の行動を変えたいと思って参加しているわけではない。必要に応じて個別に対応することが重要であることを実感する事例である。

不平不満の後ろには、何らかの“要求”が隠されている場合が多い。「非協力的だ」「やる気がない」と決め付けをせず、「この参加者にこのような態度をとらせている要因は何なのか」と背景について考え、根本的な問題を見つけ対応することができれば行動変容への

一步となる場合もある。

傾聴の大切さについては広く認識されている。“きく（聞く、聴く、訊く）”とは、相手の様々な面を理解し、共感し、“あなたの役に立ちたい”と示すことである。「この人は話を聞いてくれている」、「何を話しても大丈夫そうだと感じたときに初めて、正直に自分の考え、情報、気持ちを表現してもらえ。“きき方”についてのアセスメントと、“うまく聞けない場合”のチェック項目を記す。

<ポイント>

- 対象者として通知したのに申し込みがなかった時にどんな対応をしていますか？
- 気難しそうな参加者に対して接するとき心がけていることはありますか？
- 集団教室の中で、個別に支援が必要なのはどのような場合ですか？
- あなたはいつものような“きき方”をしていますか？
- 十分に“きく”ことで相手が本音話を話してくれたという経験はありますか？

<アセスメント>

- 集団教室において参加者がどんな気持ちなのか気にかけている。
- 集団教室において参加者が話についてきているかを時々確認している。
- 集団教室において参加者がコメントや質問をするチャンスを作っている。
- その他、参加者をどのようにフォローしていくかの決まり（マニュアル）がある。

【“きく” ことについて】

- 言葉以外のサイン（話し方、表情、身振りなど）を見逃さないように注意している。
- 「この人は～だ」とレッテルを貼らないように注意している。
- 対象者が本当は何を話したがつているかを尋ねることができている。
- 会話の言葉にとらわれず、本当に思っていることの核心に目を向けている。
- 「聞いてもらえた」と対象者が満足している。
- 話の内容を評価しようとしていない。
- 対象者が保健指導に何を期待しているかを聞き出すことができている。

うまくいかないときは、対象者がこのように思っていないか？

- ✓ 信頼していない人に本音では話せない。
- ✓ 先入観を持たれているのではないか。
- ✓ 自分の本当に話したいことは聞いてもらえない。
- ✓ 自分の話を評価されるのではないか。
- ✓ 問題を解決するように強要されるのではないか。
- ✓ 解決策を押し付けられるのではないか。

事例8 マイナスの感情を個別支援で受け止めたことで集団教室の継続ができた事例

	【60代 男性 一人暮らし】
<キーワード>	集団と個別 個別支援
<きっかけ>	健康教室に参加したものの、集団運動指導についていけず、体重減少も見られないことから、「リタイアしたい」と申し出があった。
<介入前>	教室のグループワークで“自分なりの頑張っていること”を話していく中で、一人だけマイナス感情の言葉「戸惑い」「空振り」「ついていくのが精一杯」が聞かれた。
<介入内容>	個別面接をした。「みんなは何をしたらいいか分かって動いているのに、自分は分からなかった」と。どんな目的で参加したのか確認すると、「講演があり、参加への説明があったから」とのことで、参加することが目的だったようだった。 周りがどうであれ、自分の目標を決めて、教室はやめてでも家庭でできる運動を考えていくことにした。運動療法士と連携し、個別面接指導による具体的な運動スケジュールを作成した。
<結果>	自分のペースに合った運動が教室でも家庭でも続けられるようになり、スタッフに元気に声をかけて来るようになった。
<担当者より>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 集団指導の中に、個人に合ったものを見つけ出すことが大切だと感じた。 ➢ 参加者一人一人への声かけを心がけ、問題が発生したときにスタッフに相談できる信頼関係を築いている。 ➢ 参加者の結果だけをみるのではなく、その人なりの努力したことをみて、認めて（承認）、伝える。 ➢ 欠席が続く、表情が沈んでいるなど、参加者のマイナスのサインを見逃さない。 ➢ 準備ステージの人ばかりが参加するのではないので、行動変容のステージを確認し、それに合った介入方法をとる。

<データの推移>

	教室前	終了後	次年度健診
BMI	25.6	23.9	24.6
血圧 (mmHg)	158/105	132/88	146/72
総コレステロール (mg/dl)	164	171	150
HDL・コレステロール (mg/dl)	45	53	50
LDL・コレステロール (mg/dl)	92	101	89
HbA1c (%)	5.3	5.0	4.9