

201222011B

厚生労働科学研究費補助金

循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

特定健診・保健指導開始後の実態を踏まえた新たな課題の整理と、

保健指導困難事例や若年肥満者も含めた新たな保健指導

プログラムの提案に関する研究

(H22-循環器等(生習)-一般-002)

平成22～24年度 総合研究報告書

研究代表者 横山徹爾

(国立保健医療科学院生涯健康研究部)

平成25(2013)年3月

厚生労働科学研究費補助金

循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

特定健診・保健指導開始後の実態を踏まえた新たな課題の整理と、

保健指導困難事例や若年肥満者も含めた新たな保健指導

プログラムの提案に関する研究

(H22-循環器等(生習)-一般-002)

平成22～24年度 総合研究報告書

研究代表者 横山徹爾

(国立保健医療科学院生涯健康研究部)

平成25(2013)年3月

目 次

I. 総合研究報告

- 特定健診・保健指導開始後の実態を踏まえた新たな課題の整理と、保健指導困難事例や若年肥満者も含めた新たな保健指導プログラムの提案に関する研究
横山徹爾、荒木田美香子、草間かおる、杉田由加里、藤井仁、
松尾和枝、水嶋春朔、矢野周作、山下留理子 ----- 1
 - 【1】 特定健診・保健指導開始後の実態を踏まえた新たな課題の整理 ----- 3
 - 【2】 保健指導困難事例や若年肥満者も含めた新たな保健指導プログラム ----- 37
 - 【3】 「標準的な健診・保健指導プログラム」改定案作成 ----- 50
-
- II. 研究成果の刊行に関する一覧表 ----- 56

平成 22～24 年度 厚生労働科学研究費補助金
循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

I. 総合研究報告書

特定健診・保健指導開始後の実態を踏まえた新たな課題の整理と、保健指導困難事例や若年肥満者も含めた新たな保健指導プログラムの提案に関する研究

研究代表者

横山 徹爾 (国立保健医療科学院生涯健康研究部)

研究分担者 (五十音順)

荒木田 美香子 (国際医療福祉大学小田原保健医療学部)

草間 かおる (青森県立保健大学健康科学部栄養学科)

杉田 由加里 (千葉大学大学院看護学研究科地域看護システム管理学)

藤井 仁 (国立保健医療科学院研究情報センター)

松尾 和枝 (福岡女学院看護大学地域看護学)

水嶋 春朔 (横浜市立大学大学院医学研究科疫学・公衆衛生学部門)

矢野 周作 (国民健康保険中央会) (平成 23 年度)

山下 留理子 (国際医療福祉大学小田原保健医療学部) (平成 22-23 年度)

研究要旨

特定健診・保健指導が開始されて 5 年が経過し、新たな保健指導のアプローチが必要な課題が浮かび上がってきている。その一つとして、保健指導を行っても行動変容を起こさずリスク因子が改善しない、あるいは体重は減少するものの HbA1c 等のリスク因子の改善には至らない困難事例の問題があり、困難事例に効果的な支援方法を開発することは喫緊の課題である。一方、特定健診の対象年齢ではないものの、将来の生活習慣病予備群ともいえる若年肥満者に対する保健指導、および特定保健指導の対象ではないものの、重症化の恐れがある受診勧奨域の者に対して医療機関につなげるための保健指導も十分に行われているとはいいがたい。そこで本研究では、【1】これらの新たな課題を整理し、【2】新たな保健指導プログラムの提案に資することを目的とする。また、【3】平成 25 年度から用いられる「標準的な健診・保健指導プログラム (改訂版)」(研修ガイドライン・事例集を含む)の改訂作業が円滑に行われるように、改訂案を作成する。

具体的には、以下の研究課題に取り組んだ。

【1】特定健診・保健指導開始後の実態を踏まえた新たな課題の整理

- ・自治体の特定保健指導実施者が捉えている課題とアプローチ方法の工夫に関する調査
- ・健診(検診)未受診理由における性差・年齢差
- ・特定保健指導の評価に関する研究(1)
- ・特定保健指導の評価に関する研究(2)
- ・指導困難事例の頻度と関連要因
- ・特定保健指導における行動変容ステージを活用した保健指導スキル

- ・特定保健指導展開過程における課題と対応策に関する研究
- ・職域における特定保健指導実施者が捉えている課題とアプローチ方法に関する調査
- ・特定保健指導従事者の保健指導技術の実施経験と自信度に関する研究
- ・Seoul 市におけるメタボリックシンドロームの保健指導
- ・特定保健指導従事者の保健指導技術の実施経験と自信度に関する研究
- ・健診未受診者の属性、移動コストに関する研究

【2】保健指導困難事例や若年肥満者も含めた新たな保健指導プログラム

- ・未成年者を対象とした生活習慣病対策の実態に関する研究
- ・全ライフステージでのメタボリックシンドローム健診結果とその地域性
- ・高校生に対する効果的な生活習慣病予防のための保健指導方法の開発
- ・メタボリックシンドロームを対象としたテーラーメイドの保健指導の成果—初回面談実施者間の検討
- ・メタボリックシンドロームを対象とした複数の保健指導プログラムの費用対効果の検討

【3】「標準的な健診・保健指導プログラム」改定案作成

- ・「標準的な健診・保健指導プログラム」等の改定案作成に関する研究
- ・国保中央会データベースにおける電子化に対応したプログラムと出力様式等の開発に関する研究

A. 研究全体の目的

特定健診・保健指導が開始されて5年が経過し、新たな保健指導のアプローチが必要な課題が浮かび上がってきている。その一つとして、保健指導を行っても行動変容を起こさずリスク因子が改善しない、あるいは体重は減少するもののHbA1c等のリスク因子の改善には至らない困難事例の問題があり、困難事例に効果的な支援方法を開発することは喫緊の課題である。一方、特定健診の対象年齢ではないものの、将来の生活習慣病予備群ともいえる若年肥満者に対する保健指導、および、特定保健指導の対象ではないものの、重症化の恐れがある受診勧奨域の者に対して医療機関につなげるための保健指導も十分に行われているとはいいがたい。そこで本研究では、【1】これらの新たな課題を整理し、【2】新たな保健指導プログラムの提案に資することを目的とする。また、【3】平成25年度から用いられる「標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）」（研修ガイドライン・事例集を含む）の改訂作業が円滑に行われるように、改訂案を作成する。

B. 研究全体の手法

上記のごとく、【1】特定健診・保健指導開始後の実態を踏まえた新たな課題の整理、【2】保健指導困難事例や若年肥満者も含めた新たな保健指導プログラム、【3】「標準的な健診・保健指導プログラム」改定案作成のそれぞれについて、分担して研究を進めた。

【1】特定健診・保健指導開始後の実態を踏まえた新たな課題の整理

● 自治体の特定保健指導実施者が捉えている課題とアプローチ方法の工夫に関する調査

目的

平成19年4月に示された標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）にもとづき、平成20年4月より実施されている特定健診・特定保健指導であるが、平成21年度実施状況（速報値）では、40歳代前半の男性の特定健診受診率が14.1%にとどまっている。また、特定保健指導対象者は、男性21.6%、女性8.7%と男性のほうがメタボリックシンドロームリスクの高い人の割合が高い。特定保健指導終了率では、動機づけ支援の場合は男性23.3%、女性26.1%、積極的支援の場合は男性12.2%、女性18.1%で、半年後の評価まで到達する割合は、いずれも女性のほうが高い結果となっており、男女差があることが示されている。

日本公衆衛生学会では、同学会員に対するアンケート調査等から、特定健診・特定保健指導の今後の改定に対する意見として、①被用者保険の扶養者に対して、地域での特定健診とがん検診を一体的に受診できる体制の整備、②腹囲を必須項目とする是非、③腹囲が基準以下でも循環器疾患の危険因子が重複する者への保健指導実施体制の構築、④単年度内での指導や評価方法の再検討することを表明している。

このような中、研究者らは、先行研究において、対象者の特性を考慮した支援の重要性を示すとともに、新たな課題も明らかにしてきている。保健指導を行っても行動変容を起こさずリスクが改善しない困難事例、体重は減少するが、HbA1c等のリスク因子の改善には至らない事例に対する効果的な保健指導の必要性である。そこで、本研究では、各自治体で取り組んでいる保健指導実施体制や実施方法、保健指導実施過程における困難感といった、特定保健指導を実施している保健師等が捉えている特定保健指導実施過程における課題と課題に対する取り組み状況、アプローチ方法における工夫を明らかにし、効果的な特定保健指導プログラムの基礎資料を得ることとした。

方法

1. 調査対象となる自治体

市町村において、特定保健指導をアウトソーシングすることなく、自治体自前で実施していることを必須条件とした。市町村の規模を考慮し、人口が10万人以上、1万人～10万人未満、1万人未満とし、各区分けで2か所以上、そして、地方が偏らないように配慮し計7か所の自治体とした。

2. 研究参加者

上記の各自治体において、特定保健指導に1年以上従事している保健師等、1名以上とした。

3. 調査方法

研究協力者に対して個別あるいはグループでの半構成的インタビューを実施した。調査者は、本研究組織の複数回のインタビュー経験がある研究者4名が実施した。インタビューは研究協力者の職場で実施し、業務に支障の出ない場所、時間帯に留意した。

4. 実施期間

平成23年2月から3月であった。

5. 調査内容

調査内容は以下のとおりとした。

- 1) 属性（保健師経験年数、保健指導に関する今までの経験、現在の主な担当業務）
- 2) 特定保健指導に従事している期間と実施内容、これまでの対象人数（概数）
- 3) 特定保健指導を実施していく上で、困難に感じた事例と保健指導実施の経過の中でどの段階で困難に感じたか、その時の関わりの内容。事例の例として、①保健指導を実施しても体重が減少しない、②体重は減少す

るがリスク因子の改善が見られない、③途中で棄権、等

4) 当初、困難と感じた事例であったが、その後効果を感じた事例と、効果につながった要因（本人要因、家族等の周辺要因も含む）

5) 特定保健指導を実施するうえで効果を導くために工夫している点

6) 特定保健指導を実施するうえで効果を導くための自分自身の課題

7) 特定保健指導の対象になっても、来所しない等、会えない人への対応

8) 特定保健指導に関して、考えている課題（制度、各自治体や各施設での実施体制など）

6. 分析方法

インタビュー内容を逐語録に起こし、特定保健指導を実施する上での課題、効果を得られたと捉えている事例へのかかわりにおける工夫点について分類し、内容を損ねないように意味内容が通るように要約し分析単位とした。

特定保健指導を実施する上での課題については、特定保健指導実施方法あるいは体制に関する課題、特定保健指導実施プロセスに関する課題あるいは対象者の個人的要因のいずれと捉えられる内容か分類し、要約した分析単位の意味内容の同質性を判断し、カテゴリーを作成した。

効果を得られたと捉えている事例へのかかわりにおける工夫点については、特定保健指導実施方法あるいは体制における工夫、特定保健指導実施プロセス上の工夫あるいは従事者の支援スキルの向上を図る工夫に関する内容か分類し、要約した分析単位の意味内容の同質性を判断し、カテゴリーとした。

結果

1. 特定保健指導の実施内容と研究参加者の概要

調査対象となった自治体は、人口 10 万人以上 2 市（X 市、U 市）、1 万人～10 万人未満 3 市町（Y 市、V 町、T 市）、1 万人未満 2 町（Z 町 W 町）であり、北海道 1 市、関東 2 町、中部 1 市、近畿 1 市、四国 1 市 1 町であった。

研究参加者は、皆保健師であり、1 自治体あたり 1～4 人の参加者、計 13 人であった。特定保健指導に従事している期間は平均 2.6（1.5～3）年であり、特定保健指導が開始された当初から携わっている 3 年の経験の人が多数を占めていた（8/13 人）。

2. 特定保健指導実施方法あるいは体制に関する課題

特定保健指導の実施方法あるいは体制に関する課題として、以下の 10 項目に整理できた。以下、整理できたカテゴリーを【 】で、その根拠となる語りの要約を「 」で示しながら各カテゴリーを説明する。

1) 一人ひとりを経年的に見ていくことが必要である

「評価の時は頑張っているが、また半年後に健診を受けたらリバウンドしていたり、支援の間は一つの健診評価という目標を頑張ってくれるが、やっぱり継続する難しさを感じる」と思いながら、経年管理に関しては、「できていないところで、やりっぱなしなんです」といった語りが見られた。特定保健指導終了後の継続の難しさを感じるが故に【一人ひとりを経年的に見ていくことが必要である】と捉えていた。

2) 途中棄権者へのフォローが十分にできない

「半年後の終了時には、大体半数になる」と特定保健指導終了率の低さを感じながら、途中棄権の人たちへのフォローができていないといった【途中棄権者へのフォローが十分にできない】ことを課題と捉えていた。

3) 世帯管理することによる効率性の向上を図る

家族の中に対象者が複数おり、特定健診を受診する日程がずれていると、結果がその分ずれて把握することとなる。同じような生活習慣をとる可能性のある同一世帯と一緒に保健指導をすることによる【世帯管理することによる効率性の向上を図る】ことができないかと、課題を捉えていた。

4) 特定保健指導の効果を次年度の健診結果で評価する

特定保健指導を実施した人たちへの効果を数値で捉えたいと考え、次年度に腹囲や体重の変化量を把握したいと考えるといった【特定保健指導の効果を次年度の健診結果で評価する】ことを捉えていた。

5) 保健指導をポイント制に捉えることは、実態に適合しにくいことがある

「積極的ぐらいのデータの人でも、必ず会わなきゃいけないかという、そうでもない人もある」一方で、「ポイント以上に会わなきゃいけない人もいる」という現状や、「今までやっていたことをそれに合わせてやらないといけないというあたりでは、すごくやりにくい感じがする」といった、今までの実施方法との不具合さを感じるという【保健指導をポイント制に捉えることは、実態に適合しにくいことがある】ことを捉えていた。

6) “特定”“指導”というネーミングへの抵抗感がある

「ネーミングは、住民の立場に立って考えると使いづらい。とてもやりにくいネーミングになっているというのは感じる」といった【“特定”“指導”というネーミングへの抵抗感がある】ことを感じていた。

7) 面接必須の条件を緩和する必要がある

「電話やメールだけでもいけるというふうな人にアプローチして効果が出るのであれば、それを特定保健指導で認めてもらえたらいいかなと思う」といった特定保健指導が始まる前から実施してきた実態をふまえての【面接必須の条件を緩和する必要がある】ことを捉えていた。

8) 禁煙指導が手薄になっている

「禁煙までは全然行き届いてないので、禁煙指導が難しいと思う」といった必要性は感じているが、行き届かないことから【禁煙指導が手薄になっている】ことを課題として捉えていた。

9) 特定保健指導に関して、関係機関との連携を強化する必要がある

主治医の特定健診の基準に対する認識の違いや、「庁内の教育委員会との連携の中でそういう生活習慣とか運動からの健康づくりとか、今ある連携をもっと強化して共通認識できたらと思う」といった【特定保健指導に関して、関係機関との連携を強化する必要がある】ことを捉えていた。

10) 特定保健指導対象者以外の人でも関わる必要がある事例がある

「受診勧奨の人にはその後どうなったかというのを聞かなくちゃいけないが、そこまでは手がつけられていないという現状」といった【特定保健指導対象者以外の人でも関わる必要がある事例がある】ことを捉えていた。

3. 特定保健指導実施プロセスに関する課題

特定保健指導実施プロセスに関する課題として、以下の7項目に整理できた。

1) 特定保健指導の必要性の理解が得られにくい

健診は、ずっと受けているが、「定期的に私たちがかわること、血圧や腹囲とかを計ることがプレッシャーになるから、来ないでください」といった【特定保健指導の必要性の理解が得られにくい】ことを捉えていた。

2) 必要性の認識が低い対象者への関わりで困難感を感じる

「特定保健指導の利用券が送られてきたか、よくわからずに参加される方も非常に多い。そういう方は、何をしたいのか準備ができていないのか混乱される方が面接をしている上で結構多かった」ことや途中棄権する人で、「最初の段階で気持ちがあまりここに向いてない人というのは難しいと思う」といったことから、【必要性の認識が低い対象者への関わりで困難感を感じる】ことを捉えていた。

3) 生活全体、健康づくりの捉え方のアセスメントがしづらい

在宅で介護をしていることが対象者の行動変容の支障となっていると感じても生活習慣予防の観点からだと対象者に受け入れてもらいにくさを感じたり、「この方の生活背景だったり、物事のとらえ方、理解、認識というか、健康づくりのとらえとか、自分の体のどこに危機感を持っていてどうしたいのかみたいなことも把握していた事例だなどと思って」といった【生活全体、健康づくりの捉え方のアセスメントがしづらい】ことを捉え

ていた。

4) 支援に結びつくアセスメント力を向上させる

「住んでいる方の目線で考えたりアセスメントしていくということをもっと追求というか、個人の価値観ですとか生活スタイルを統合してとらえてアセスメントして、それを支援に、その人の目に見える形で伝えられたり何か共有できたり」といった、【支援に結びつくアセスメント力を向上させる】ことを捉えていた。

5) 必要な情報を引きだし、伝える力量を向上させる

「自身の生活習慣で悪いところはどこかというような内容でも、そのまま聞いてしまうとストレート過ぎ。ある程度のパターンに対応できるように同じ質問で質問方法を何個か頭に入れて面接に行く」といった語りから、【必要な情報を引きだし、伝える力量を向上させる】必要性を捉えていた。

6) 必要性の認識はあるが、実行につなげられない対象者への支援に困難感を感じる

「自身はメタボであるとかのリスク自体はある程度わかっている方が参加しているかと思うが、ただ、自分自身が何かをやるとなると、そこまで自分の意識が到達していない」といった語りから、【必要性の認識はあるが、実行につなげられない対象者への支援に困難感を感じる】と捉えていた。

7) 関連する最新情報を収集する必要がある

「情報が変化していったりするのアンテナをとというのは常にある」といった【関連する最新情報を収集する必要がある】ことを捉えていた。

4. 特定保健指導を実施する上で困難感を感じる対象者の個人的要因

特定保健指導を実施する上で困難感を感じる対象者の個人的要因として以下の4項目に整理できた。

1) 精神疾患の人への踏み込み加減が難しい

「ご本人さんと話していったときにどこまで強く言っているのかというのはすごく悩む。短い訪問とか関係だけだととても判断がつきにくくて、改善まで至らなくて、あいまいに終わってしまう」といった【精神疾患の人への踏み込み加減が難しい】と捉えていた。

2) 体重が減っているが、検査データの改善がみられない事例への関わり

「ちょっとずつ減ってきて、減ってきているが、このときだけかもしれないんですけど、値的には血圧が上がってしまったり、肝機能が上がってしまったり」といった【体重が減っているが、検査データの改善がみられない事例への関わり】に困難感を感じていた。

3) ダイエットの失敗経験を繰り返してきた事例への関わり

ダイエットの経験を非常に多く失敗してきた対象者へは、【ダイエットの失敗経験を繰り返してきた事例への関わり】の難しさを感じていた。

4) 家族の介護により、自身の健康管理が二の次になる事例への関わり

「介護とか、自分の健康よりも家族とか、そうすると二の次になってくる」といった【家族の介護により、自身の健康管理が二の次になる事例への関わり】を捉えていた。

5. 特定保健指導実施方法あるいは体制における工夫

特定保健指導を実施する方法あるいは体制における工夫点に関して、以下の7項目に整理できた。

1) 一人ひとりの健診データや指導内容を経年的に管理し、活用する

「一人ひとりのデータを経年的に見ていくことが一つ大事。その過程で、自分の生活習慣、何があったかと考えていくことが大事でないかと思う」といった経年管理の必要性や

「去年話したことを振り返りながらやる。健康手帳に去年の話の内容を張り、それを振り返りながら」といった保健指導内容も経年的にみるといった【一人ひとりの健診データや指導内容を経年的に管理し、活用する】といった工夫をしていた。

2) 両方の利点を考慮し、個別指導だけでなく集団指導も活用する

「集団でできる部分と個別でできる部分を分けたいなど。例えば運動とか調理実習とかは集団でいいかもしれないけど、評価とか目標の様子を聞くにはやっぱり個別」といった語りから、【両方の利点を考慮し、個別指導だけでなく集団指導も活用する】ことを工夫していた。

3) 住民に浸透している既存の資源、実施方法を活用する

「基本健診の時代からの事後指導と。今まで既存のものにプラスしたかなということなので、住民からしてもそんなに大きな変化ではないと思う」といった語りから、【住民に浸透している既存の資源、実施方法を活用する】ことを実施していた。

4) 市町村から医療機関への連絡ツールを作成し、活用する

「市町村から医療機関への紹介状という形でパスを作り、先生方からの返事をもとに、また保健指導をする」といったその県独自の方法で、【市町村から医療機関への連絡ツールを作成し、活用する】ことを工夫していた。

5) 年齢を考慮し、開催曜日を工夫する

「仕事されているなどという方は年齢とか見て日曜日になっている」と、【年齢を考慮し、開催曜日を工夫する】ことを工夫していた。

6) 地区担当制により保健指導実施者の責任を明確にする

「地区担当、自分の地区というのがある。責任の持ち方が全然違う」といった【地区担当制により保健指導実施者の責任を明確にする】ことを工夫していた。

7) 重症化予防のため、特定保健指導対象者以外へも関わる

国の基準だけだと市の健康課題が改善してこないと考え、「特定保健指導に関係なく、重症化予防とか早期介入という訪問、今まででもやってきている」といった【重症化予防のため、特定保健指導対象者以外へも関わる】ことを実施していた。

6. 特定保健指導実施プロセス上の工夫

特定保健指導実施プロセス上の工夫として、以下の10項目に整理できた。

1) 心配で連絡したことを伝えることで、ラポールの形成を図る

「あなたの体が心配になって来ましたということで、心配していますという気持ちがあったら、この一言を言うと嫌がる方はいない」といった語りから【心配で連絡したことを伝えることで、ラポールの形成を図る】といった工夫をしていた。

2) 生活習慣を客観的に見れる媒体を活用するなど、現状への気づきを促す

24時間のスケジュールを書いてもらうことや、「普段の生活面であるとか食事のコンピュータ解析した結果を渡して説明する。それを踏まえてちょっと現状の話をしていく。どう気づいたか、じゃあ何かできそうなことがあるかというのを聞きながら、目標が立てられるかどうか」といった語りから、【生活習慣を客観的に見れる媒体を活用するなど、現状への気づきを促す】ことを工夫していた。

3) 体調に関して本人が自覚しているところから話をする

「とにかく体に関して本人が困っているところから話す。例えば膝の痛みだったり腰の痛みだったりというところが出てきたりすると、なるべくその部分から話をする」といった【体調に関して本人が自覚しているところから話をする】ところから話を進めるといった工夫をしていた。

4) 1つでもいいからできる目標を一緒に設定する

「その人の目標は一つでいいと思っている。あれもこれもとなると結局できない。だから大きな効果は期待しなくてもいいから、何か一つでもよくなればいいでしょう」といった語りから、【1つでもいいからできる目標を一緒に設定する】ことを工夫していた。

5) 現状を数値化し、10年後の成りたい自分像とのギャップから目標を設定する

目標を設定する際に、「最初にご自身の考えている健康度がどれぐらいなのかというのを数値化してもらって、

50歳の人なら10年後の自分の定年後の生活に近づくために今の健康度をちょっと上げるにはどうしたらいいですかというような形で考えてもらう。実際にそれをご自身の言葉で語ってもらう」といった【現状を数値化し、10年後の成りたい自分像とのギャップから目標を設定する】といったアプローチを工夫していた。

6) 具体的で実施可能なことからアプローチする

「できそうなこと、簡単なことを伝える。体重を毎日書くとかというのも一つ」といった【具体的で実施可能なことからアプローチする】工夫をしていた。

7) 配偶者を活用し、実際に実行することを支えてもらう

夫婦で、「全く違う保健指導が当てはまるという人って少ない。ある程度生活習慣病となったら、お父さんはそれほどじゃなくて、お母さんが例えば問題のある人だったりして、これはお父さんにもよくないから一緒にしようよと、2人でも考えてもらえるようなところはある」といった【配偶者を活用し、実際に実行することを支えてもらう】といった工夫をしていた。

8) 記録することでセルフモニタリングし、継続を支援する

「体重記録とか血圧記録というのは、本人に自覚を持ってもらうのにかなり効果的と感じている。体重記録とか血圧（記録）とか、食事とか生活でちょっと変化があったことをシートに記入してもらうように、やれそうな人は勧めている」といった【記録することでセルフモニタリングし、継続を支援する】ことを工夫していた。

9) よくなっている点を伝え、継続して実行していることを支持する

「階層化で評価してしまうと全然変わってないが、データの中身を見ると少しずつ年々どこかは必ずよくなっているところがあるので、そういうよくなっているところを伝える」といった【よくなっている点を伝え、継続して実行していることを支持する】ことを実践していた。

10) 生活習慣を意識するきっかけやタイミングを活用する

「データから入るこちら側の生活習慣も目的ではあるが、本人が意識できるきっかけとかそういうタイミングを見逃さずにかかわる。そういう変化をキャッチしてかかわることができた事例というのはすごく本人も行動変容しやすい」といった【生活習慣を意識するきっかけやタイミングを活用する】工夫をしていた。

7. 特定保健指導従事者の支援スキルの向上を図る工夫

特定保健指導従事者の支援スキルの向上を図る工夫として、以下の3項目に整理できた。

1) 面接場面のロールプレイに従事者全員で実施する

「年に1回面接のロールプレイにより、保健師役と対象者役と観察者と作り、観察者は保健師の口癖だとかしぐさとか指導型になっていないとか、そういうのを見、その場でお互い指摘し合う」といった【面接場面のロールプレイに従事者全員で実施する】といった工夫をしていた。

2) 日頃の情報交換を密にする

情報交換により、「決して自分自身でケースを抱え込むのではなくて、隣の席の者、周りの者と一緒に、こういう人だったという共有をしたり、教え教えられという関係」をつくることで、【日頃の情報交換を密にする】といった工夫をしていた。

3) 他職種を巻き込み、事例検討会を実施する

「事例検討、アセスメントというんでしょうか、ケースをどんなふうにとらえていくかということから始めて、臨床心理士にも入ってもらってやっている」といった【他職種を巻き込み、事例検討会を実施する】工夫をしていた。

考察

自治体において、特定保健指導従事者が捉えていた本事業実施にあたっての課題として、実施方法および体制に関しては、【一人ひとりを経年の見えていくことが必要である】、【特定保健指導対象者外の人でも関わる必

要がある事例がある】等の10項目が明らかとなった。実施プロセスに関しては、【特定保健指導の必要性の理解が得られにくい】、【必要性の認識が低い対象者への関わりで困難感を感じる】、【生活全体、健康づくりの捉え方のアセスメントがしづらい】、【支援に結びつくアセスメント力を向上させる】等の7項目が明らかとなった。また、対象者の個人要因として、【ダイエットの失敗経験を繰り返してきた事例への関わり】等の4項目が明らかとなった。

工夫点として、実施方法および体制に関しては、【一人ひとりの健診データや指導内容を経年的に管理し、活用する】、【重症化予防のため、特定保健指導対象者以外へも関わる】等の7項目が明らかになった。実施プロセスに関しては、【記録することでセルフモニタリングし、継続を支援する】、【よくなっている点を伝え、継続して実行していることを支持する】等の10項目が明らかとなった。従事者の支援スキルの向上には、所内でのロールプレイ、日頃の情報交換、他職種を巻き込んだ事例検討会を工夫していた。

以下に、特定保健指導実施における課題と工夫点を対比させながら、効果的な特定保健指導プログラムの方向性に関して述べていく。

1. 経年管理していくことの必要性

【一人ひとりを経年的に見ていくことが必要である】と課題を捉えている自治体がある一方で、【一人ひとりの健診データや指導内容を経年的に管理し、活用する】といった工夫をしている自治体もあった。健診データだけでなく、保健指導内容まで経年管理し、次年度の指導に活用している自治体まであった。

日本公衆衛生学会からの「単年度内での指導や評価方法の再検討する」の提言³⁾でも言われているように、生活習慣は長年の積み重ねで培われてきたものである。単年度だけで見ることなく、経年的に丁寧に見ていくことで、より効果的な指導に資すると考える。しかしそれには、【世帯管理することによる効率性の向上を図る】ことや【特定保健指導の効果を次年度の健診結果で評価する】体制の構築といった条件が必要であろう。

2. 特定保健指導対象者以外への関わりの必要性

【特定保健指導対象者以外の人でも関わる必要がある事例がある】と課題を捉えている自治体がある一方で、【重症化予防のため、特定保健指導対象者以外へも関わる】といった工夫をしている自治体があった。この工夫している自治体の保健師は、「特定保健指導に関係なく、重症化予防とか早期介入というところらの訪問も、今までもやってきている。国の基準だけに縛られると、市の課題としての健康課題が改善してこなくなっていくという、そこら辺のバランスが、ちょっともどかしい」と捉えていた。市全体の住民の健康を考えると重症化予防は基本健康診査の時代から実施してきたことであるし、実施するのが当たり前とも読み取れる内容である。しかし、その一方で、国の基準外のことを実施し、「もどかしさ」を感じているのも事実である。

現行の特定保健指導は、「メタボリックシンドローム対策」が目玉であるが、住民全体への行政サービスを提供する立場の保健師が捉えた、重症化予防という住民ニーズに対応することができるよう、柔軟な制度運営が可能となる条件整備が必要であると考えられる。

3. ラポール・信頼関係の形成、アセスメントに関するスキル向上の必要性

実施プロセスに関する課題として、【特定保健指導の必要性の理解が得られにくい】、【必要性の認識が低い対象者への関わりで困難感を感じる】といったラポール・信頼関係の構築に関すること、【生活全体、健康づくりの捉え方のアセスメントがしづらい】、【支援に結びつくアセスメント力を向上させる】といったアセスメントに関することが明らかとなった。

“ラポール・信頼関係の形成” “アセスメント（情報収集・判断）” “生活習慣改善のための動機付け” “生活習慣改善のための目標設定” “生活習慣改善のための継続支援” “保健指導の評価” は保健指導の展開過程に必要な技術⁵⁾とされている。この展開過程の最初の“ラポール・信頼関係の形成” “アセスメント（情報収集・判断）” がうまく進まないとい保健指導をスタートさせることは困難である。また、結果全体を見ても行動変容ステージのアセスメントに関する語りが少なかったという事実もある。その一方で、【心配で連絡したことを伝え

ることで、ラポールの形成を図る】といった工夫をしている保健師もおり、保健指導の必要性を伝えるとともにこのような工夫も有効と考えられる。

4. 途中棄権者を防止するための方略

特定健診・特定保健指導 21 年度実施状況（速報値）では、特定保健指導終了率の低さが指摘されている。今回の調査では、特定保健指導実施プロセス上の工夫点として、【記録することでセルフモニタリングし、継続を支援する】、【よくなっている点を伝え、継続して実行していることを支持する】、【生活習慣を意識するきっかけやタイミングを活用する】といった方法が明らかとなった。

認知行動療法にもとづく特定保健指導には、①主体性のある目標行動の設定、②セルフモニタリング、③自己効力感の維持、の3つが重要な柱とされている⁶⁾。上記に示した工夫点は、この3つの柱のセルフモニタリングを支持するアプローチ方法と捉えられ、途中棄権の防止につながる有益な方法と考えられる。

結論

特定保健指導を実施している保健師等が捉えている特定保健指導実施過程における課題と課題に対する取り組み状況、アプローチ方法における工夫を明らかにし、効果的な特定保健指導プログラムの基礎資料とするため、実際に特定保健指導を実施している自治体の保健師へ面接調査を実施した。

対象となった自治体は、北海道1市、関東2町、中部1市、近畿1市、四国1市1町であった。研究参加者は、1自治体あたり1~4人の参加者、計13人であった。

本事業実施にあたっての課題として、実施方法および体制に関しては、【一人ひとりを経年的に見ていくことが必要である】、【特定保健指導対象者外の人でも関わる必要がある事例がある】等の10項目が明らかとなった。実施プロセスに関しては、【特定保健指導の必要性の理解が得られにくい】、【必要性の認識が低い対象者への関わりで困難感を感じる】、【生活全体、健康づくりの捉え方のアセスメントがしづらい】、【支援に結びつくアセスメント力を向上させる】等の7項目が明らかとなった。また、対象者の個人要因として、【ダイエットの失敗経験を繰り返してきた事例への関わり】等の4項目が明らかとなった。

工夫点として、実施方法および体制に関しては、【一人ひとりの健診データや指導内容を経年的に管理し、活用する】、【重症化予防のため、特定保健指導対象者以外へも関わる】等の7項目が明らかになった。実施プロセスに関しては、【記録することでセルフモニタリングし、継続を支援する】、【よくなっている点を伝え、継続して実行していることを支持する】等の10項目が明らかとなった。従事者の支援スキルの向上には、所内でのロールプレイ、日頃の情報交換、他職種を巻き込んだ事例検討会を工夫していることが明らかとなった。

● 健診（検診）未受診理由における性差・年齢差

目的

健診対象者が健診に来ない理由には、性差・年齢差があるかどうかをアンケート調査により明らかにし、性・年齢別の受診勧奨に反映させる。

方法

平成21年度の北海道X市の国民健康保険における健診対象者838名（特定健診、各種がん検診）へのアンケートから、未受診者を抽出し、未受診理由に性差・年齢差があるかどうかを明らかにする。

年齢層はライフスタイルが大きく変わる定年前・後で分けた。定年前男性、定年前女性、定年後男性、定年後女性の4群に分け、未受診理由—たとえば「健診が恥ずかしいか」の設問に偏りがあるか否かを独立性の検定で確かめた。

本稿の目的は特定健診を受診しない理由に性差・年齢差があるかどうかを知ることであるが、特定健診でも各種がん検診でも、健診（検診）を恥ずかしく思うことや、健診（検診）が面倒であることに大きな差異がある

とは考えにくく、比較対照のために各種がん検診の未受診理由も同様の手法で分析した。

結果

未受診理由として、病気に対する意識—症状がない、年齢的に癌になりにくいと答えたものに、目立った性差・年齢差はなかった。ただし、子宮がんに関しては、子宮頸がんのピークが20代後半から30代後半までであることを反映してか、定年後の未受診者に年齢を理由とするものが多かった。

未受診理由として、医療機関とのかかわりの深さ—定期的に通院しており、心配な時は医療機関に心当たりがあることを回答したものの多くは、定年後の高齢者層であった。高齢者層は医療機関にかかる頻度が多く、妥当な結果だと言えよう。

一方、定年前の層は、時間や手間、情報の不足を未受診理由として取り上げることが多かった。時間がない、面倒であるといった理由は、個々の労働環境や心理の問題であり、一元的な解決が難しいが、平日の遅い時間や土日に受診できないことを理由に挙げていることに関しては、改善の余地があると考えられる。

同時に重要なのが情報の不足である。定年前の未受診者の多くが、健診（検診）の時間・場所がわからない、案内が来ていないと答えている。東京23区でも、健診（検診）の告知は区報等の媒体に頼っていることが多く、このような媒体が定年前の若年層に利用されていない可能性がある。

未受診理由における年齢差は、多くの項目で確認できたが、性差に関してはほとんど見られなかった。唯一、特徴的であったのは、検査に対する苦痛への不安である。この点に関しては女性からの訴えが多かった。大腸がん検査のうち、便潜血検査に全く苦痛はないにもかかわらず、不安を訴える回答数が多い理由としては、内視鏡による精査のイメージが強いのではないかと考えられる。同様に、胃がん検査もバリウムによる不快感はあるが、大きな苦痛を伴うものではない。しかし、女性はバリウムを飲むことにはかなりの抵抗があるようであり、男性が想像するよりも不快感は大きいようである。

考察

定年後の高齢者層に関しては、医療機関への働き掛けが重要であると考えられる。主な未受診理由が、定期的な医療機関への通院であることから、通院以外にも定期的な検査が必要であることを医師等から周知してもらう必要がある。

定年前の若年層に関しては、健診情報を伝える手段に一考が必要であろう。区報などは若年層に有効な媒体とは言えないようであり、メールなどの新しい媒体の利用が求められる。同様に郵便も若年層に効果的な媒体ではないようで、案内が来ていない、受診券を紛失したとの声が多かった。

女性の未受診者層については、検査が苦痛を伴わないものであることのアピールが必要であり、また、女性の医師や検査技師による健診日を設定するなどの工夫が必要であろう。

結論

定年後の高齢者層は普段からの通院で十分であると考えていることが多く、定年前の若年層には健診の情報が十分に届いていないことが明らかになった。高齢者層には健診の意義の周知が、若年層に対しては情報が届く新しい媒体の工夫が必要であろう。

● 特定保健指導の評価に関する研究（1）

目的

本研究グループの先行研究において、企業従業員、自治体住民、健康保険被保険者を対象に実施された特定保健指導をアウトカムとつぎ合わせて特定保健指導の評価を行った。その結果、特定保健指導は保健行動の改善及び体重減少に有効であることを確認した。また、統計的な有意差は認められなかったが、200～250ポイントがもっとも体重減少率が大きいという結果を得た。

本研究では主に区市町村（以下、市町）の特定保健指導のデータをもとに特定保健指導の効果を確認するとともに、効果的な保健指導の在り方を検討することを目的とした。

方法

本研究は研究代表者と分担研究者が平成 21 年度に実施された国保の特定健康診査および特定保健指導、平成 22 年度の特定保健指導の情報提供を求め、協力を得られた 7 機関から情報提供を受けた 4003 件であった。このうち、特定保健指導を実施した 2239 件を本研究の主たる分析対象とした。また、一部保健指導未受診者との比較検討も行った。

以下「保健指導」とは積極的支援および動機付け支援をさす。

分析はデータ数の多かった H21 年の特定健康診査時のデータと H22 年の特定健康診査時のデータから差を取った。体重、腹囲、血液データについては、 $(H22 \text{年} - H21 \text{年})$ を求め基準年の H21 年度のデータで除して 100 をかけた差の割合を使用した。例えば、H21 年に体重が 95 kg 有り、H22 年には 90 kg であった場合は、 $(90 - 95) \div 95 \times 100 = -5.26$ となる。また、データ数が多くないが、保健指導の終了時点との比較も行った。

結果は、対象者の基本的情報をまとめたうえで、保健指導受診者と未受診者群の比較および、市町毎の健診データの差を検討した。次に保健指導受診者を対象に検討を行った。

結果

1-1 保健指導実施者群と未受診者群の健診結果変化

1) 市町ごとの成果の傾向

(1) 2009 年健診時と 2010 健診時の各検査項目の差 (10-09)

突き合わせできたのは 4 市町であったが、各市町でこの差に違いがみられた。B 地域において、2010 の検査データで HDL が増加し、TG が減少する傾向がみられた。

(2) 保健指導受診者の健診時と 6 ヶ月後の評価時の体重と腹囲

7 市町の突き合わせができた。E 市では体重が増加する傾向がみられた。

(3) 保健指導レベルによる市町の検査データなどの変化

積極的支援と動機づけ支援別に見てみたところ、明らかな違いは見られなかった。

(4) 保健指導レベルによる検査データのなどの変化 (保健指導受診者と未受診者の比較)

保健指導受診者群では 2010 年度の健診時に積極的支援と動機づけ新で体重が減少したが、動機づけ支援においてより腹囲及び体重が減少する傾向がみられた。保健指導終了時点と 2009 年の健診データの比較では、積極的支援のほうが動機づけ支援より減少幅が大きかった。

保健指導未受診群では 2010 の健診時に中性脂肪が積極的支援群で有意に減少する傾向がみられた。しかし、それ以外の特徴的な変化は見られなかった。

1-2 行動変容ステージの変化と保健行動の変化

1) 行動変容ステージの変化

全体では、2009 年に保健行動の意思がないとした無関心期のものが 2010 年では 60.3% が無関心期のままであった。しかし、保健指導受診者でのそれは 53.4% であり、未受診者では 63.5% と保健指導受診者のほうが低かった。また、保健指導受診者のうち、保健指導終了時においては、無関心期にとどまったものは 11.0% であった。

また、2009 年の健康診断時と 2010 年時の健康診断時の行動変容ステージを比較し、一つでも段階が上昇しているものを「改善」、一つでも低下しているものを「悪化」、無関心期および関心期、準備期にとどまったものを「悪いまま維持」、実施期及び維持期にとどまったものを「良いまま維持」に段階分けしたものを保健指導受診者と未受診者で比較したところ、保健指導受診者は「改善」「良いまま維持」の割合が未受診者に比較して高い割合であった。

2) 保健行動の変化（保健指導受診者と未受診者）

保健指導受診者と未受診者で保健行動の変化を検討したところ、喫煙習慣、運動習慣、夕食後の間食習慣で保健指導受診者のほうが改善している割合が高いか、悪化している割合が低いことが認められた。

1-3 市町ごとの保健指導の満足度及びポイント数の違い

1) 市町ごとの保健指導のポイント数

A市及びF市で保健指導のポイントが高い傾向がみられた。

2) 保健指導の満足感を確認する各項目ではほぼ一定した結果が得られた。おおむねG市とB市で満足度が低く、F市で満足度が高い傾向がみられた。

2 保健指導受診者を対象にした分析

分析の枠組みを下記に示す。それぞれ要因間の関係性を検討した。

2-1 行動変容ステージと保健指導への満足度の関係性

2009年時の健康診断時の行動変容ステージと保健指導の満足度は有意な関係性は見られなかった。満足度を問う項目では「あてはまる」「ややあてはまる」がいずれも45%から50%を占めていた。

2-2 保健指導の満足度と保健行動の変化の関係性

「情報やアドバイスは適切であった」「このコースを他の人にも勧めることができる」の項目において、朝食抜き、就寝前の夕食の摂取などで有意な関係性がみられるものが散見されるが、安定した関係性が認められるというわけではなかった。

2-3 保健指導の満足度と保健指導のポイント

満足度と保健指導のポイントで有意な関係性見られたのは、「情報やアドバイスは信頼できた」であり、ポイント数が高いほうが満足度も高かった。そのほかの項目でもおおむね保健指導のポイントが高いと満足度が高い傾向がみられた。しかし、「このコースを他の人にも勧めることができる」については、満足度間で一定の方向性は見られなかった。

2-4 保健指導のポイント数と保健行動の変化の関係性

保健行動の変化を改善、良いままで維持、悪化あるいは悪いままで維持の3段階に分け、各段階で保健指導のポイントの平均値を検討してみたが有意差は見られなかった。

2-5 保健指導のポイントと健診データなどのデータとの関係性。

保健指導ポイントと2009年と2010年の健診結果の変化割合（10-09）及び2009年と保健指導終了時点の体重腹囲の変化割合の相関関係をとってみたが、いずれの相関係数も非常に低く、有意な関係性があるとは言えなかった。

2-6 保健行動の変化と健診データなどのデータとの関係性

1) 喫煙行動と健診データなどとの関係

喫煙成功者が全体で55人おり、禁煙者で体重が増加していた。しかし、保健指導実施群では有意な体重増加は認められなかった。

2) 運動習慣行動変容と健診データなどとの関係

保健指導受診者群で体重及びゆくいが有意に減少していた。

3) 食事の速度行動変容と健診データなどとの関係

全体および保健指導実施者群において有意な変化は見られなかった。

4) 歩行速度行動変容と健診データなどとの関係

保健指導受診者群においてHDLにおいて有意な減少がみられた。また、保健指導終了後において保健指導実施者群では、改善者あるいは維持軍において、体重の有意な減少がみられた。

5) 食後間食速度行動変容と健診データなどとの関係

全体において、改善者に有意な体重減少が認められたが、保健指導受診者群では減少しているものの、有意な現象ではなかった。

6) 身体活動行動変容と健診データなどとの関係

全体では身体活動で改善したものは225人おり、体重及び腹囲の減少がみられた。しかし、改善者は中止得脂肪の増加が認められた。一方、保健指導受診者ではHDLコレステロールが減少するという結果が認められた。

7) 就寝前夕食行動変容と健診データなどとの関係

全体では、改善者は体重が減少し、HDLが増加するという結果であった。保健指導実施者ではHDLが増加しており、増加幅は保健指導実施者のみのほうでより大きかった。

8) 飲酒習慣行動変容と健診データなどとの関係

有意な関係性は認められなかった。

9) 朝食抜きの行動変容と健診データなどとの関係

全体および保健指導実施群でLDLが有意に減少しており、かつ保健指導実施群で減少幅が大きかった。

10) 睡眠行動変容と健診データなどとの関係

保健指導終了後において、改善者及び維持者において体重が有意に減少する傾向がみられた。

2-7 保健行動の変化と行動変容ステージ

2009年と2010年の健康診断時の行動変容ステージの変化を「改善」「良いまま維持」「悪いまま維持」「悪化」に分け、同期間の保健行動の変化との関係性を見たところ喫煙習慣、運動習慣、身体活動、就寝前の夕食、朝食抜きの習慣において、有意な関係性がみられた。つまり、ステージが改善しているあるいは良いまま維持されている場合には保健行動も改善されている傾向にあった。

2009年の行動変容ステージと実際の保健行動の変化の関係性では、運動習慣、歩行速度、夕食後の間食、就寝前の夕食などの項目で有意な関係性がみられた。しかしながら、必ずしも2009年の健康診断時に行動変容ステージが高いほうが行動変容ができていたというわけではなく、無関心期や関心期の人においても改善者が見られるという傾向であった。

考察

1) 満足度が意味することは何か

保健事業の中からデータを収集する研究デザインでは、無作為割り付けは難しく、保健指導を受けることを選択した者と受けない者の間には基本的な健康意識の違いがあるため純粋に比較することは困難である。その限界を踏まえたうえでのことであるが、保健指導することにより、生活を変えたいと言うような意識が生まれ、部分的ではあるが保健行動が獲得され、体重や腹囲などが減少することは確かである。

しかし、保健指導のポイントは保健行動の変容、健診データの改善にダイレクトに結びつかない。また、保健指導の満足度も健診データの改善にはダイレクトに結びつかなかった。例えば、B市の保健指導は決して満足度の高いものではないが、HDLやTG等の健診データでは改善が著しい。

保健指導の満足感と成果の関係性についての当初の予想は、保健指導の満足度が高いコースでは、保健行動が獲得され、健診データなども改善する、また達成感により一層満足度が高まるのではないかと予想された。

今回の結果では、満足感のポイントの数が多いほうが満足度が高い傾向がみられたが、保健行動の変化とは明確ではなかった。

アンケートに答える際に、保健指導に関わった職員がいるかいないかと言ったことも満足感の回答に影響する。また、保健指導を受ける参加者が保健指導に何を期待するかによっても満足度の回答状況は変化してくる。そのため、満足度が高い得点を得たF市と比較的低い評価を得たB市とG市について保健指導での狙い、保

健指導の内容、実施状況について細かく調査をする必要がある。

しかし、保健指導への満足度が高いということは、今後の市町が実施する事業への参画が期待されることから大きな波及効果を持つことが予想されるため、重要なポイントであると言えよう。

2) 効果的な保健指導とは何か

保健指導のポイント数について考えるならば、厚生労働省が積極的支援は180ポイント以上としているため、企業などでは180ポイントで設定しているところもある。昨年度の結果では統計的な有意差は得られていないものの180ポイントでは体重減少が十分ではない可能性が示唆された。今年度の結果においても、ポイント数が多いほうが保健指導の満足度が高い傾向がみられ、180ポイントでは少ないと考えられる。

成果の観点から考えるならば、体重や腹囲の減少については保健指導効果と言えるものがあつた。また、保健行動の変化についても保健指導の効果と言えるものがあつた。しかしながら、血液検査データの変化については、保健指導の効果が明らかであるとは言えなかつた。満足度と同様に市町で成果の出方によって違いがあるため、保健指導の展開方法について細かな情報の収集が必要である。

しかし、健診時の行動変容ステージが低い人においても保健指導の結果、保健行動の改善につながっている人が相当数いる。また、保健指導受診者において、よりステージが向上している傾向がある。これらは保健指導の効果と言えるものである。そのため、特定健康診査を受診した人には、健診時において保健指導を希望していない人や生活を変えるつもりがないと回答している人に対しても、できるだけ保健指導の情報を提供し、勧奨することが必要であると考えられる。

結論

1) 保健指導受診者は保健指導未受診者に比べて行動変容ステージが維持・向上される傾向がみられた。また、保健行動の変化においても保健指導受診者は未受診者に比べて保健行動が維持・向上している状況であつた。保健指導は保健に対する意識の変革や保健行動の獲得に肯定的な影響を与えているといえよう。

2) 市町ごとに保健指導に関する満足度が異なつていたことは興味深い。満足度の高い市町の保健指導の内容をヒヤリングし、よく検討する必要がある。また、保健指導ポイントと保健指導の満足度はある程度関係していた。200ポイント以下では十分な満足度が得にくい可能性がある。しかし、保健指導の満足度と保健行動の獲得については明らかな関係性は得られなかつた。

3) 健診時の行動変容ステージが低い人においても保健指導の結果、保健行動の改善につながっている人が相当数いる。つまり、保健指導該当者に保健指導を受けてさえもらえば、意識も行動も変えられる可能性があるということである。保健指導該当者の保健指導受診率を高めるような活動が必要である。

● 特定保健指導の評価に関する研究(2)

目的

労働者の勤務に関する変化は運動量に直結しやすく、勤務交代により、体重増加が起こることもしばしばある。その中でも、交代勤務者は、日勤者に比べて生活が不規則になりやすく、メタボリックシンドロームのリスクファクターを持つ人にとっては、体重のコントロールの障害となることが予想される。

交代勤務は近年製造業だけでなくサービス産業においても増加している。そこで、本研究ではメタボリックシンドロームのリスクを持つ夜勤を含む交代勤務者を対象に継続的な保健指導を行い、交代勤務者に向けた保健指導の在り方を検討することを目的とした。

方法

ある1企業において、2010年5月の健康診断において特定健康診査の階層分け項目で異常値と判定された項目があつた方で、今までに継続的な保健指導を受けた経験がない方を対象に6か月に及ぶ継続的な保健指導

を行った。

保健指導の内容は、初回に役2時間の集団による保健指導を行い、個人の目標及び行動目標を設定した。初回から1ヶ月以内に個人面接、3ヶ月目に個人面接、5ヶ月目に個人面接、6ヶ月目に約2時間の集団による最終回の保健指導を行い、体重測定及び腹囲測定を行った。

参加者数は33人、平均年齢は34.2歳(26歳～45歳)、交代勤務の制度は多様なものがあつたが、基本的には1週間で日勤と夜勤が交代する形式であつた。33人中健診時の体重が確認できないものが5名、最終の体重が確認できないものが1名であつた。

結果

健康診査時と保健指導終了時点の体重データのあつた27人を分析の対象とした。27人中19人に体重減少が認められ(体重減少群)、8人に体重増加および体重の維持(体重増加群)が認められた。体重減少群と増加群では健診時の体重には有意差は認められなかつた。

体重減少群及び体重増加群の初回保健指導での設定行動目標を記載した。また、1・3・5ヶ月の面談時の記録から、保健行動の状況や保健行動の阻害や促進となるうる環境などについて、抜粋したものを記載した。

考察

1) 行動目標の比較

体重減少群の方が具体的な目標が設定されている傾向がある。体重増加群においても具体的な歩数の設定がある方もいるが、「心がける」等の表現があつたり、缶コーヒーを1本減らすという内容であっても、体重減少に結びつくだけの必要なカロリーが減少していない可能性がある。集団指導の場合、個人の目標を個別に十分指導できない場合がある。具体的かつ有効な目標設定がなされているかを初回時点で確認することが重要なポイントであると思われる。

2) 保健指導記録にみられる内容の検討

交代勤務が有るのは体重減少群でも増加群でも同じであるが、増加群で不規則な勤務のため生活がコントロールしにくいという訴えをしていた。また、体重減少群では、夜勤明けの食事について「夜勤の週は昼ごはんは食べない」「夜勤明けに食事はほとんど食べなくなった」と有るように、日勤者であれば就寝前の夕食摂取に当たる、夜勤明けの食事をコントロールしていた。反対に体重増加群では、「夜勤では、朝帰宅後、前日の夕食のおかずでビールを飲み寝る(食生活)」と生活を変えられなかつた。

体重減少群においても、記録がつけられなかつた、運動が続かなかつたことコメントはみられたが、概ね、できていることの確認や効果の確認に関する記載がみられた。

メタボリックシンドロームに関する意識に関しても、体重増加群では「危機感がない」等のコメントがあると共に、「食べていた生活を引きずってしまった」と言うように、保健行動を開始できない状況が推察された。保健行動を開始する意義を認めないと言う方は「無関心期」にあると思われ、対応が難しいところである。1回目の個人面談で時間をかけて話し合うことが必要であるが、完全に意識化させるのは困難であり、興味や関心を引き続き持ってもらえるような関わりが必要であろう。

結論

体重減少群では、初回保健指導時の目標設定が明確であること、筋肉トレーニングなど運動習慣を取り入れたうえ、食事についてもこまめなカロリー確認や野菜摂取の増加、代替食品の活用、夜勤明けの食事の工夫などがみられた。反対に体重増加群では、危機感がないなど動機付けができていないため、体重の記録や設定した行動目標が開始できていない、また休日に体重を元に戻してしまっている、夜勤明けの食事のコントロールができていない、勤務が忙しく記録をつけているゆとりがないなど状況が見受けられた。交代勤務者については保健指導を行うのが難しいが、今回の成功者の事例を今後の保健指導に活用していくことができよう。

● 指導困難事例の頻度と関連要因

目的

これまでの研究では、保健指導を行っても行動変容を起こさずリスク因子が改善しない、あるいは体重は減少するもののHbA1c等のリスク因子の改善には至らない事例に、現場の保健師等がしばしば直面するなど新たな課題が浮かび上がってきており、そのような困難事例に対してどのような支援が効果的なのかを明らかにすることは喫緊の課題である。とりわけ、行動変容はリスク因子の改善に重要な要因であることから、本研究では、市町の特定保健指導を受けた者における1年後の体重変化と、性別、年齢、行動変容ステージとの関係について分析し、体重の変化しにくい者（困難事例）に対する保健指導の在り方を検討することを目的とした。

方法

分析対象は、平成21年度に実施された国保の特定健康診査および特定保健指導、平成22年度の特定保健指導の情報提供を求め、協力を得られた7機関から情報提供を受けた4003件のうち、特定保健指導を実施した者の一部である。

体重及び行動変容ステージの変化は、平成21年度の特定健康診査時の値と22年度の特定健康診査時の値の差（＝22年度の値－21年度の値）として計算した。体重の変化は、1kg刻みでカテゴリーに分け、各カテゴリーごとに、性別、年齢、行動変容ステージ（平成21年度の値、平成22年度の値、両年度の差）の特徴を記述した。頻度データのトレンド検定には、Cochran-Mantel-Haenszel検定を用いた。

結果

保健指導を受けた者における、平成21年度と平成22年度の体重の変化（22年度の値－21年度の値）の分布は、左に裾を引いた分布となっており、平均±標準偏差は -1.3 ± 2.8 kgで有意な減少傾向があった。

体重が減少していない者では、有意に男性の割合が大きかった。体重が減少している者および増加している者の両端において、若年層の比率が高く、増加カテゴリーでは有意な正のトレンド、減少カテゴリーでは有意な負のトレンドが認められ、全体としてU字型の関連が示された。これらの特徴は、男女別に分析しても同様の傾向があった。

体重の変化カテゴリー別に、行動変容ステージの内訳を比較したところ、初年度の行動変容ステージに違いは認められなかったが、翌年度のステージとは有意な相関が認められ、体重が減少していない者では、準備期以下の割合が多かった。また、体重が減少した者ほど1年間の行動変容ステージが大きく改善していた。さらに、初年度のステージ別に、体重の変化と翌年のステージとの関係を調べたところ、初年度に無関心期、関心期、準備期であった者でも翌年度に体重が減少した者では行動変容ステージも向上していた。初年度に実行期、維持期だった者は人数が少なく、有意な関連は認められなかった。保健指導を実施していない者を含めても、同様に体重が減少した者では行動変容ステージが改善していた。また、保健指導を受けた者では、行動変容ステージが有意に改善していた。

考察

体重が減少しない困難事例の特徴を検討するために、性別、年齢、行動変容ステージとの関連を分析した。

年齢は、体重が減少・増加のいずれでも若年者の比率が高いU字型の関連を示した。このことから、若年者では保健指導の効果に大きな個人差があることが示唆された。若年者に特徴的なこの効果の個人差を規定する要因を明らかにしていくことは、個人の特性に応じた保健指導プログラム開発のために役立つ可能性があり、今後の健康課題である。

行動変容ステージは、初年度に無関心期であっても、翌年度に大きく改善している者がある程度認められた。体重が減少した者ではそのような行動変容ステージの改善者が多いことが示され、例え行動変容ステージが低い者であっても保健指導による行動変容が起これば、体重減少につながっていると考えられた。保健指導前に