

行動変容ステージをよく評価して、指導に活かしていく必要性が強調された。

結論

体重が減少しない者ほど男性の比率が高かった。体重の増加・減少が起きた者ではいずれも若年者の比率が高かった。体重が減少した者ほど行動変容ステージが改善していた。

● 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

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、その中で、対象者に対する特定保健指導実施者に必要とされている能力が以下のように示されている。①健診結果と生活習慣の関連を説明できる、②対象者との信頼関係を構築できる、③アセスメントできる、④相談・支援できる、⑤栄養・食生活についての専門知識、⑥身体活動・運動習慣についての専門知識、⑦学習教材の開発、⑧社会資源を活用した支援、が示されている。さらに、行動変容ステージを考慮しての保健指導の必要性が述べられている。

生活習慣病予防の保健指導に必要な能力に関する市町村保健師の認識に関して、プログラム確定版に示されている上記の能力を含む、6 領域 41 項目に関して、質問紙調査を実施したところ、能力の必要度が高く修得意欲が高い項目は、コミュニケーション技術の活用、行動変容ステージに合わせた支援であり、修得したいと考えている実践者のニーズが高い能力と考えられる。

多理論統合モデルに基づく行動変容ステージ別のアプローチ方法に関する特定保健指導プログラムが開発され、その有効性を検証し、実際に活用されている。このアプローチ方法は、行動変容ステージ別のアプローチ方法であり、特定保健指導の展開過程の中で、どのように行動変容ステージを活用し、次の段階へ推し進めているかといった視点からのものではない。

そこで、本研究では、特定保健指導の展開過程において、次の段階へとつなげる保健指導における工夫点、および行動変容ステージを活用した保健指導スキルおよび課題を明らかにし、効果的な特定保健指導プログラムの基礎資料とすることとした。

方法

1. 研究参加者

市町村等の団体において、特定保健指導に 1 年以上従事している保健師等とし、1 つの団体で 1 名～数名とした。

2. 調査方法

研究参加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 2 名が実施した。インタビューは研究参加者の職場で実施し、業務に支障の出ない場所、時間帯に留意した。

3. 実施期間

平成 23 年 10 月から 24 年 2 月であった。

4. 調査内容

調査内容は以下のとおりとした。

1. 特定保健指導の実施概要・実施体制・実施数
2. 行動変容ステージの判断方法
3. 行動変容ステージの段階別で、効果があったと思える事例とその方への保健指導の内容（複数年に

わたる関わりも含めて)

- 1) 維持期 (行動を継続して 6 か月以上の段階)
- 2) 実行期 (行動を実行し始め 6 か月未満の段階)
- 3) 準備期 (今すぐ、1 か月以内に行動を開始する段階)
- 4) 熟考期 (行動変容しようという意思はあるが実際には行動していない段階)
- 5) 前熟考期 (行動を変えようという気はなく、問題も否定的な段階)
4. 自身の保健指導の評価 (特にプロセスとアウトカム) の捉え方。
5. 行動変容ステージを活用し、特定保健指導を実施する上での自分自身の課題
6. 行動変容ステージを活用し、特定保健指導を実施するスキルを向上させるために心がけていること
7. 属性 (公衆衛生従事者としての経験年数、保健指導に関する今までの経験、特定保健指導に従事している期間)
5. 分析方法

インタビュー内容から逐語録を作成し、行動変容ステージをどのように活用し、次の段階へと推し進めているかと判断できた個所を抜き出し、1つの意味内容となるように要約した。

次に、行動変容ステージをどのように捉え、アプローチしているかといった視点で、読み取り、表現を整え、コードとした。

コードの内容から、特定保健指導の展開過程のどの段階に当てはまるか、判断し、それぞれの段階内で、同質性を判断し、カテゴリーとした。

特定保健指導の展開過程であるが、文献から⁶⁾、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づけ、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、保健指導の評価の過程に加えて、準備の段階を設けた。さらに、保健指導スキル向上の取り組みや課題についても検討した。

6. 倫理的配慮

本調査実施にあたり、研究参加者へ研究の主旨を文書と口頭で説明し、協力がご本人から得られた場合に、調査対象者とした。調査を実施する上で、研究参加者の意向を確認しながら、研究参加者の所属の長へ、文書で研究の主旨説明をし、研究参加者が研究に参加しやすいように配慮した。インタビュー内容の録音の依頼、研究途中でも研究の参加を取り消せること、個人名だけでなく団体名の匿名化といった個人情報の保護に努めること等に関して、研究者の所属機関の倫理審査委員会の承認を受け、実施した。

結果

1. 特定保健指導の実施内容と研究参加者の概要

調査対象となった団体は、人口 10 万人以上 3 市 (B 市、C 市、E 市)、1 万人～10 万人未満 2 市町 (A 町、D 市)、協会けんぽの 2 つの支部、計 7 団体であった。

研究参加者は、1 団体あたり 1～3 人の参加者で計 13 人 (保健師 10 人、管理栄養士 3 人) であった。特定保健指導に従事している期間は 1 年から 4 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経験年数 4 年の人が多数を占めていた (11/13 人)。

2. 準備の段階

特定保健指導の準備の段階における、次の段階へとつなげる保健指導における工夫点、および行動変容ステージを活用した保健指導スキルとして、以下の 2 項目に整理できた。以下、整理できたカテゴリーを【 】で、その根拠となるコードを「 」で示しながら各カテゴリーを説明する。

「短時間で効果的に面接が出来るように質問票を事前に記入してもらい、生活習慣の課題を押さえる」、

「事前郵送の質問票で、保健指導の希望を確認する」の2つのコードから、【事前に送付した質問票から生活習慣の状況を明らかにする】と、短時間で、効果的に次のアセスメントが実施できるように準備をしていた。

「昨年度の保健指導記録を参照し、今年度の保健指導の方針を決める」、「ケースカンファレンスを従事者で開催し、アプローチの方針を決める」、「その年の健診データや経年変化、保健指導内容に留まらない対応方法をケース検討会で決める」の3つのコードから構成される【特定保健指導を含む対応方法を皆でケース検討する】と、方針を皆で決定するプロセスを踏んでいた。

3. ラポール・信頼関係の形成

特に特定の行動変容ステージの段階に限定せず、【応援している等の関わる側の思いを伝える】、【特定保健指導のスケジュールの了解を得る】ことを捉えていた。

前熟考期への対応として、【来年の保健指導ができるチャンスへつなげる】、【根気よく来所を勧奨する】、【やる気が起きたときに使える適切な情報を伝える】、【担当者と同じにすることで、自覚を促す】、【面接の継続を意図した言葉かけをする】、【グループ支援になじまない人へ個別対応でアプローチする】の6カテゴリーが抽出できた。この段階においては、前熟考期の人へのアプローチを特に意識していた。

4. アセスメント（情報収集・判断）

特定の行動変容ステージの段階に限定せず、8つのコードからなる【初回面接時の行動変容ステージの判断をあてにする】、【面接中に、行動変容ステージの変化に留意する】、【行動変容ステージだけでなく、気質や行動パターンも判断する】、【家族の精神的なサポートの有無を判断する】ことを捉えていた。

前熟考期の人への対応として、「面接時間が不快なのか、自身の健康に対して無関心なのか、何に対して無関心なのか見極める」といった【何に対して無関心か見極める】ことが抽出された。

5. 生活習慣改善のための動機づけ

特定の行動変容ステージの段階に限定せず、【初回面接から1月がその後の成否に大きく影響すると捉え関わる】、【客観的データで気づきを促す】、【血縁者の既往を尋ねることで自覚を促す】ことを捉えていた。

前熟考期の人への関わりとして、【データを示すことで、今の体の状態の自覚を促し、気持ちが揺らぐように関わる】といった気持ちの揺らぎまで確認するような視点、【何かのきっかけで行動することもあるので、必要な情報は伝えておく】ことを抽出できた。

6. 生活習慣改善のための目標設定

【気づきを促し、具体がイメージできる教材を活用し目標を設定する】、【メリットを感じ、負担なく続けられる目標にする】、【1日の生活スケジュールの中からできることを一緒に考える】ことを捉えていた。さらに、「行動変容ステージを、食事、運動、休養、飲酒、喫煙の領域に分けて考える。休肝日を設けるのは難しいとなったら、他の領域でできることを考え、最終的に飲酒しかないと本人が自覚したらステージがあがると思うので、その前に必要な情報を伝えておく」といった【QOLを意識した目標とする】。【1月以内に達成できそうな下位目標、さらに中位目標、上位目標と段階を設定する】、【熟考期以前の人へはアイデアを提示し、実行期以上の人へは自身で考えてもらうといったアプローチ方法を変える】ことを捉えていた。

前熟考期の人への関わりとして、【数年先の生活をイメージしてもらい、今なら自分で変えられるという認識を促す】ことが明らかとなった。

女性へのアプローチとして、【女性へは食事記録から自覚を促す】こと、グループへは、【グループでのアプローチ方法として、他の人の実際から自身の生活習慣の振り返りを促す】ことが抽出された。

7. 生活習慣改善のための継続支援

継続支援中の内容として、【成功したら次の領域にとりかかるように促す】、【効果が出てきた人へは褒め、継続を見守っていることを伝える】、【取り組み経過を記録してもらい一緒に確認する】、【すでに実行していることがあればその効果を伝え継続を促す】と捉えていた。さらに、【客観的な測定値を示すなど定期的に会うことで、挫折を防止する】、【リバウンドしても、再チャレンジを促す】ことが明らかとなった。

グループでの支援として、【グループで実施していても、個々人へ配慮した働きかけをし挫折を防ぐ】、【グループで実施する場合、成功例を活用し、他の人への波及効果を狙う】ことを捉えていた。

6 か月終了時においては、【終了時には効果が出たことを共有し、次年度の受診を勧奨する】、【終了時に、継続できそうな生活習慣になっているか、自信があるか確認する】、【継続を促すような地域の資源や代替案を提示する】、【次年度に保健指導の内容を引き継ぐ】ことを抽出できた。

8. 保健指導の評価

「行動変容ステージの活用は、そのアウトカムでなく、プロセスで活用する」ことや「具体的に行動してくれたことを保健指導の効果と捉える」ことからなる【保健指導プロセスの中で行動変容ステージを捉える】ことが明らかとなった。【保健指導場面でアンケートを用いて評価してもらう】、【評価ツールを使って、保健指導スキルを自己評価する】、【保健指導の効果を翌年の健診データで捉える】ことを抽出できた。

9. 保健指導スキル向上の取り組み

保健指導スキル向上の取り組みとして、【住民から教えられている認識を持つ】、【普段、仲間同士の情報交換でスキルを磨く】、【少人数によるケース検討会でスキル向上を図る】の3つのカテゴリーが明らかとなった。

10. 保健指導スキル向上における課題

【保健指導スキルの幅を広げたい】、【個別支援、教室運営方法の評価方法を知りたい】、【精神疾患の可能性のある人への対応方法を知りたい】、【特定保健指導にとどまらない関わる必要性のある事例選定のルールを知りたい】【レシピと突合する必要がある】、【マンパワーの確保により直接会うケースを増やす】、【実践の振り返りをしたい】といったカテゴリーが明らかとなった。さらに、【前熟考期の人へのアプローチ方法】といった課題も明らかとなった。

考察

特定保健指導の展開過程における保健指導内容、および行動変容ステージを活用した保健指導スキル、保健指導スキル向上に関する課題および工夫点が明らかとなった。

1. 前熟考期の人への保健指導スキル

前熟考期の人への対応として、ラポール・信頼関係の形成における、【来年の保健指導ができるチャンスへつなげる】、【根気よく来所を勧奨する】、【やる気が起きたときに使える適切な情報を伝える】、【担当者を同じにすることで、自覚を促す】、【面接の継続を意図した言葉かけをする】、【グループ支援になじまない人へ個別対応でアプローチする】の6カテゴリー、アセスメントにおける、【何に対して無関心か見極める】、生活習慣改善のための動機づけにおける、【データを示すことで、今の体の状態の自覚を促し、気持ちが揺らぐように関わる】といった気持の揺らぎまで確認するような視点、【何かのきっかけで行動することもあるので、必要な情報は伝えておく】といったスキルが明らかとなった。

研究者らは、先行研究において、“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・信頼関係の形成に関すること、“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、保健指導実施プロセスにおける課題であると捉えてきた。今回の信

頼関係の形成、アセスメント、動機づけにおける保健指導スキルは、関わるのが難しいと捉えられていた段階におけるスキルと考えられ、具体性のあるスキルとして実践への活用可能性が高いのではないかと考える。

2. 保健指導スキル向上のためのケース検討会有用性

準備の段階での、【特定保健指導を含む対応方法を皆でケース検討する】、保健指導スキル向上の取り組みでの、【少人数によるケース検討会でスキル向上を図る】というように、ケース検討会の活用が明らかとなった。その一方で、保健指導スキル向上における課題として、【実践の振り返りをしたい】という課題も明らかとなった。

ケア会議の意義として、①総合的で適切な判断が可能になる、②最新の知識を具体的に知ることができる、③ネットワークが強まり、互いの利用が可能になる、④参加者同士の情緒的支え合いが生まれる、⑤ケア会議の場が職員の研修機会となる、⑥事例を取り巻く地域の課題を発見する機会となる、といわれている。このような、視点からしても、今回明らかになったケース検討会にかかるスキルは、対象者に対する対応方針の確認に留まらず、従事者の保健指導スキル向上といった人材育成にも有効であることが示唆された。

しかし、効果的なケース検討会の経験の少なさから、ケース検討会のモデルを示す教育の不十分さ、適切なケース検討会の技術が育成されていないこと、現場があまりにも多忙であること等の障壁も指摘されている。今後さらに、特定保健指導スキルを向上させていく上で、どのようなケース検討会を OJT の中で展開し、off-JT としてどのような研修が組まれるとよいのか、さらなる研究が必要と考える。

結論

特定保健指導の展開過程における保健指導内容、および行動変容ステージを活用した保健指導スキル、保健指導スキル向上に関する課題および工夫点を明らかにし、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に、実際に特定保健指導を実施している自治体および全国健康保険協会（協会けんぽ）支部の保健師等への面接調査より、質的に検討し、明らかにした。

前熟考期の人への対応として、ラポール・信頼関係の形成における、【やる気が起きたときに使える適切な情報を伝える】等の 6 項目、アセスメントにおける、【何に対して無関心か見極める】、生活習慣改善のための動機づけにおける、【データを示すことで、今の体の状態の自覚を促し、気持ち揺らぐように関わる】といった視点、【何かのきっかけで行動することもあるので、必要な情報は伝えておく】といったスキルが明らかとなった。対応が難しいとされている前熟考期の人へのアプローチ方法の一助となりえると考ええる。

また、ケース検討会の有用性が示されたが、その一方で、課題として捉えている人もおり、さらに多様な保険者の特定保健指導従事者への調査により、スキルの向上に留まらずに、スキルを向上させるうえでの条件作りについても詳細に明らかにする必要があると考える。

● 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

目的

本研究の目的は、特定保健指導の展開過程（保健指導の準備、対象との信頼関係の構築、アセスメント、気づきの促し、対象者の自己の健康行動と科学的根拠のある方法の理解の促進及び教材の選定、目標の設定、継続フォロー、評価）における困難だと感じた状況とそれに対する対応方法を明らかにする。

方法

特定保健指導を、①住民を対象とする自治体、2 グループ、②主に労働者を対象とする全国健康保険

協会、1グループ、③多様な保険者からの委託を受けている委託業者、1グループの合計4グループ、研究参加者11人（保健師8人、管理栄養士3人）へフォーカスグループインタビューを実施した。研究参加者の条件として、特定保健指導開始前の保健指導事業で保健指導に従事した経験を有する者、または、現在も特定保健指導事業以外の保健指導に従事している保健指導の経験豊富な保健師・管理栄養士とした。

結果と考察

特定保健指導の展開過程の全段階における困難だと感じた状況として計25項目、それに対する対応方法として、計124項目が明らかとなった。

アセスメントの段階における困難状況を詳細に明らかにすることができ、それへの対応方法を示せたことは実践において有益であり、活用可能性が高いと考える。

評価の段階の知見が少なかったことからさらなるデータ収集も必要と考えられるとともに、実践している人が少ない可能性も考えられる。保健指導スキルを向上させていくには重要な段階と考えられ、さらなる人材育成の充実の必要性が示唆された。

● 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

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）にもとづいた特定健診・特定保健指導は、実施から4年が経過した。平成22年度の速報値によると、特定保健指導の健診受診者に占める実施割合は18.0%で、対象者に占める終了者の割合は13.7%である。これは、国が示す目標値の45%に至っていない。このような実施率や終了者の割合の向上を図ると同時に、質の高い保健指導を展開することが求められる。効果的な保健指導を実施することで、実施率や終了者の割合を上昇させることにもつながる。

これまで、効果のある保健指導を実施するために取り組みを評価したり、プログラムやツール、方法が検討されたりしている。研究代表者らも、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や、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を示唆した。

そこで、先行研究において、自治体の特定保健指導実施者を対象に、保健指導実施体制や実施方法、実施過程における困難感といった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た。

本研究では、さらに対象を広げ、主として職域の労働者を対象に特定保健指導を実施する保健指導実施者からデータを収集し、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. 研究デザイン

帰納的アプローチによる質的記述的研究である。

2. 研究協力者

協力者は、企業や健康保険組合、全国健康保険協会、特定保健指導の委託事業所等、職域の被保険者を対象に、特定保健指導業務に従事する保健指導実施者である。保健指導実施者は、1年以上、特定保健指導業務に従事したことがある保健師、管理栄養士、看護師とし、1所属機関あたり、1人以上の参加とした。

対象者および所属機関の選定にあたっては、所在地が偏らないように、地域性に配慮した。

3. 調査方法

調査対象者に対して、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、複数回のインタビュー経験がある本研究組織の研究者 3 名が実施した。インタビューは、対象者の所属機関で実施し、業務に支障のない場所、時間帯に留意した。

4. 実施期間

平成 23 年 9 月から 12 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（各専門職としての経験年数、保健指導に従事した経験や、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、保健指導実施者が困難に感じた事例とその要因、保健指導実施のプロセスにおいて、どの段階で困難に感じたか、また、その時の支援方法（保健指導実施者が、困難に感じる事例としては、①保健指導を実施しても行動変容がみられない、②体重が減少しない、③体重は減少するがリスク因子の改善が見られない、④途中で棄権、中止をする等）
- 4) 保健指導実施者が、当初、困難と感じた事例であったが、その後、効果を感じたり円滑に進んだりした事例とその要因
- 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

録音したインタビュー内容を、逐語録に起こした。逐語録から、特定保健指導の実施過程における課題や取り組み、工夫点の内容について意味の取れる単位で抽出して分類し、それぞれの意味内容を読み取った。次に、意味が類似するものをカテゴリ化し、さらにグループ化した。

また、特定保健指導を実施する過程において「困難に感じた状況とその要因」と「円滑に進んだ状況とその要因」については、Green らによって開発された PRECEDE/PROCEED Model の枠組みを活用した。この理論的枠組みは、ヘルスプロモーションの理念に基づき、企画 - 実行 - 評価の一連の過程が 9 つの段階からなる。QOL の向上に関連するライフスタイルに影響を与えるものを準備因子、強化因子、実現因子、環境因子から検討し、ヘルスプロモーションを展開する方法として活用されている。このモデルを活用して、保健指導実施者が、特定保健指導プログラムの実施過程において、困難に感じた状況とその要因、また、円滑に進んだ状況とその要因について検討した。

さらに、保健指導実施者が困難に感じた状況におけるアプローチ方法については、『標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）』に示された、保健指導のプロセスに必要な保健指導技術のフローチャートに沿って、得られたカテゴリをプロセスごとに分類し、検討した。

7. 内容的妥当性の確保

分析において内容的妥当性の確保するために、逐語録からのデータ抽出、分類、命名に至る全過程において、保健師経験があり、質的研究に熟練した学識経験者のスーパーバイズを受けながら検討した。

8. 倫理的配慮

本調査実施にあたり、研究の趣旨を、研究協力者と協力者の所属長に対し、文書と口頭で説明した。所属長および研究協力者の両者から承諾を得られた場合のみ、参加を依頼した。インタビュー内容の録音の依頼、研究の途中でも研究の参加を取り消せること、個人名だけでなく所属先名の匿名化といった

個人情報保護に努めること等に関して、研究代表者の所属機関の倫理審査委員会の承認を得た（承認番号 NIPH-IBRA # 11006）。

結果

1. 研究協力者と所属機関の概要

研究協力者の職種の内訳は、保健師 19 人、管理栄養士 2 人、看護師 1 人であった。年代は、20 歳代 6 人、30 歳代 7 人、40 歳代 6 人、50 歳代 3 人で、全員女性である。各専門職としての経験年数は、平均 12 年 4 か月であり、特定保健指導の従事年数は、平均 3.3 か月であった。1 機関あたり 1~4 人が参加し、個別またはグループインタビューを実施した。インタビューにかかった平均時間は 94.6 分であった。

協力者の所属先は、企業（2 社）、健康保険組合（2 組合）、全国健康保険協会（2 支部）、委託先事業所（4 施設）の 10 機関である。所属先のある地域は、北海道・東北地方 1 機関、関東 4 機関、中部・近畿地方 3 機関、中国・四国地方 1 機関、九州・沖縄地方 1 機関であった。

2. 特定保健指導を実施する過程において、困難に感じた状況とその要因

整理したカテゴリは、コアカテゴリを〔 〕、カテゴリを【 】, サブカテゴリを〈 〉、根拠となる対象者の語りを「 」で示す。

特定保健指導を実施する過程において、困難に感じた状況とその要因には、【対象者が特定保健指導の重要性を感じない】【対象者が、自分自身の健康に向き合う余裕がない】【会社・事業所や健康保険組合の方針が障壁となる】【保健指導実施者の保健指導技術が不十分である】等、96 のサブカテゴリからなる 23 のカテゴリが抽出された。

3. 特定保健指導を実施する過程において、円滑に進んだ状況とその要因

特定保健指導を実施する過程において、円滑に進んだ状況とその要因は、61 のサブカテゴリからなる 26 のカテゴリが抽出された。また、それらは、〔対象者個人の意志や資質・能力によるもの〕、〔対象者の身近な周囲の人の支援によるもの〕、〔保健指導を受けることにより対象者にもたらされたもの〕、〔保健指導実施者の保健指導技術によるもの〕、〔保健指導実施者と他職種との連携によるもの〕、〔特定保健指導を実施する環境が整備されていることによるもの〕の 6 つのコアカテゴリに分類することができた。

4. 特定保健指導を困難に感じた状況とその要因について、PRECEDE/PROCEED Model の枠組みを活用した分析

対象者のリスクが改善しないという健康状態のその行動とライフスタイルには【対象者が途中で脱落する】という状況がある。また、準備要因として、【対象者が特定保健指導の重要性を感じない】【対象者が初回面接から拒否感を示す】【対象者が無関心期のステージにいる】【対象者が関心期のステージにいる】【対象者が、保健指導を拒否するための理由を誇示する】【対象者の生活改善に、悪影響を及ぼす考えや認識がある】【対象者が正しい知識をもっていない】【対象者が適切な目標を設定できない】【対象者がメタボリックシンドロームの基準に対して理解が不十分である】のカテゴリが該当した。

強化要因には、【対象者がメタボリックシンドロームの基準に対して理解が不十分である】【対象者の周囲からの協力が得られない】【対象者が、自分自身の健康に向き合う余裕がない】【対象者が、生活習慣の改善をしづらい立場である】に該当し、実現要因には、【対象者が疾患や障害をもっているため、保健指導に配慮を必要とする】【会社・事業所や健康保険組合の方針が障壁となる】【業務形態の変化が、対象者の生活習慣に影響する】【保健指導実施者の保健指導技術が不十分である】に分類できた。

環境のボックスには、【社会情勢の変化が、対象者の生活スタイルに影響を及ぼす】【特定保健指導の制度やシステム上に問題がある】【保健指導実施機関の運営上の限界がある】該当した。

5. 特定保健指導が円滑に進んだと感じた状況とその要因について、PRECEDE/PROCEED Model の枠組みを活用した分析

特定保健指導を実施する過程において、円滑に進んだと感じた状況とその要因で抽出されたカテゴリにおいても、PRECEDE/PROCEED Modelの枠組みを活用して分析した。

対象者のリスクが減少するという健康状態の行動とライフスタイルには、行動目標を達成する、継続して生活習慣の改善に取り組むという状況がある。準備要因には、【保健指導を受ける意思や、行動変容への意欲がある】【保健指導を受けるプロセス上で必要な能力が備わっている】【正しい知識が身に付く】【対象者にあった実現可能な目標が設定できる】が該当した。

強化要因には、【見守ってくれる家族が存在する】【気にかけてくれる人が存在する】【行動変容の実践が、楽しみに変化する】【保健指導によってやる気が生じる】【信頼できる保健指導実施者がいる】が分類できた。

実現要因には、【行動変容につながるきっかけがある】【資源を有効に利用する】【特定保健指導を受けるための物理的環境が良好である】【保健指導実施者が、日頃から、スキルアップを図り、備えておく】【保健指導実施者が保健指導実施機関内のスタッフと連携を図る】【保健指導実施者・機関が、フォロー体制を柔軟に組むことができる】【対象者の事業所や会社、健康保険組合の協力が得られる】【ポピュレーションアプローチが活かされている】【会社に特定保健指導に対するしっかりとした方針が定められている】【対象者に寄り添い信頼関係を築く】【対象者のアセスメントを適切に実施する】【対象者に応じて、側方からアプローチしていく】【対象者に感覚的な刺激を与える】【対象者の関心ごとのキーワードを逃さない】【対象者の目標に対して、欲を出さずに支援する】が該当した。環境のボックスに該当する語りは、抽出されなかった。

6. 困難だと感じた事例や状況に対する保健指導実施者の対応

保健指導実施者が、困難だと感じた状況や事例に対応して、支援やアプローチの語りがあったものを、類似するグループにまとめカテゴリ化した。

その結果、「対象者象者が拒否反応を示す」といった36の事例や状況のカテゴリに対し、〈自主性を尊重する〉〈相手の気持ちを十分に聞く〉〈一つでも褒められるところ見つけて伝える〉などのサブカテゴリが得られた。

7. 困難だと感じた状況や対象への支援方法を保健指導技術のフローチャートに沿って分類

6でまとめた、困難だと感じた事例や状況に対する保健指導実施者の対応を、『標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）』に示された、保健指導のプロセスに必要な保健指導技術のフローチャートに沿って、カテゴリを分類した。

その結果、特定保健指導実施者は、保健指導の準備段階から評価に至る各プロセスにおいて、困難に感じる状況や事例に遭遇しており、何らかの対応を図るよう努めていた。また、対象者への自己の健康行動と科学的根拠のある方法の理解の促進及び教材の選定のプロセスにおいて、根拠となる語りは少ない傾向がみられた。

考察

自治体の保健師を対象にした先行研究に引き続き、本研究では、主として職域の労働者を対象に特定保健指導を実施する保健指導実施者からデータを収集した。したがって、企業、健康保険組合、全国健康保険協会、委託先事業所の4種の機関に所属する特定保健指導実施者を対象に、インタビュー調査を実施した。

その結果、円滑に進んだと感じる状況や要因である〈ポピュレーションアプローチが活かされている〉は、健康保険組合と企業に属する保健指導実施者からの語りから抽出された。

特定保健指導は、ポピュレーションアプローチや、社会資源を活用しながら進めることが必要である。組合員や社員を対象とする、健康保険組合や企業の保健指導実施者は、ポピュレーションアプローチと

連動した保健指導を進めやすい環境であるといえる。また、特定保健指導対象者というリスクのある者に対して、保健指導の効果を高めるためには、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチを計画的かつ意図的に連動させることが重要である。

特定保健指導を困難に感じた状況とその要因の一つとして、〈業務形態の変化が、対象者の生活習慣に影響する〉というカテゴリが抽出された。海外への出張や転勤、仕事内容の変化により、対象者の生活習慣に影響があり、脱落したり、リスクの改善につながらなかつたりする状況があった。これは、自治体保健師を対象とした先行研究にはみられなかった要因である。労働者を対象とした特定保健指導では、労働環境や内容の変化によって、対象者の生活習慣が変化し、行動変容がみられず、リスクの改善につながらない傾向があると考えられた。また、〈業務形態の変化が、対象者の生活習慣に影響する〉というカテゴリは、PRECEDE/PROCEED Modelにおける実現要因に該当するが、その背景にあるリーマンショックや東日本大震災といった〈社会情勢の変化が対象者の生活スタイルに影響を及ぼす〉というカテゴリは、このモデルの枠組みにおける環境のボックスに該当した。このように、人々の健康問題には、個人の行動のみではなく、社会・環境面の間接的な影響も大きい。したがって、個人の知識・態度・信念のみならず、より広い視点から対象をとらえて、アセスメントする必要がある。

また、特定保健指導の準備階から評価まで、どのプロセスにも、保健指導実施者にとって困難だと感じる状況が生じていることが示唆された。同時に、対象者への自己の健康行動と科学的根拠のある方法の理解の促進及び教材の選定のプロセスにおいて、根拠となる語りが少なかった。これは、困難な状況や事例に遭遇した時に、対象者の行動範囲を促すことができるような教材の選択や、教材を一緒に見ながら、代謝のメカニズムや内臓脂肪と食事の内容について説明し、根拠を用いた説明を意図して工夫する機会が少ないのではないかと考えられた。

対象者が納得でき、行動変容の意志決定と行動選択ができるようにかかわるためには、科学的根拠を示す学習教材の作成・選定と、それらを用いて対象者に理解を促す説明する技術が必要である。今後、それらの力量を測定したり、十分でない場合は、向上させたりするような研修システムの検討が必要であると考えられる。

特定保健指導が円滑に進んだと感じた状況やその要因のカテゴリから、行動変容理論を活用した支援方法がみられた。このまま【放置することへの危機感を自覚する】といった保健信念モデルや、【対象者の行動変容ステージに合わせたアプローチにする】といった、変化のステージモデルを意識しながら実施していた。また、【対象にあった実現可能な目標に設定】し、【成功体験を味わってもらう】、【対象者に感覚的な刺激を与える】といった自己の体験や、生理的・情動的状態の自己効力感を高めていた。

対象者の身近に、【見守ってくれる家族が存在する】【気にかけてくれる人がいる】といったソーシャルサポートがあることも、円滑に進んだ要因であった。

加えて、「会社や事業所が特定保健指導に理解を示し、後押しをしてくれる」「担当者が対象者と保健指導実施者の橋渡しになってくれる」といった【対象者の事業所や会社、健康保険組合の協力が得られる】ことも、円滑に進んだと感じる要因の一つであった。一方で、事業主や健康保険組合が保健指導に積極的でないという現状もあり、不安定な経済状況や、事業主または保険者の特定保健指導に対する認識が、対象者の健康対策に影響していると考えられた。

対象者のメタボリックシンドロームのリスクが減少したり、脱落者が生じないようにするためには、効果的な保健指導技術が必要である。そのためには、行動変容理論を活用した支援方法に加え、科学的根拠を示す学習教材の作成・選定と、それらを用いて対象者に理解を促す技術力をつけること、個人の知識・態度・信念のみならず、環境面にも視点をおいたアセスメント力が必要であると示唆された。また、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチを連動させるしくみづくりや、事業所や会社、

健康保険組合と、委託事業所や全国健康保険協会間の連携を図れるようなシステムづくりが必要であると考えられた。

結論

効果的な特定保健指導プログラムの基礎資料を得るために、主として労働者を対象に特定保健指導を実施する職域の保健指導実施者に対して、質的記述的インタビュー調査を実施した。その結果、特定保健指導のプロセスにおいて保健指導実施者が困難だと感じた状況と要因、円滑に進んだと感じた状況と要因が明らかになった。また、保健指導実施過程のすべてのプロセスにおいて、困難だと感じる状況が生じており、その支援策を分析したところ、根拠のある保健指導技術の向上やポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチを連動させた方策の重要性等が示唆された。

● 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

目的

保健指導の成果を上げるためには、対象者に適した保健指導を展開することが必要であり、保健指導者の支援技術が求められる。そこで、保健指導者側に視点を当て、保健指導技術の経験と自信を明らかにした。

方法

対象は自治体及び保健指導委託機関で特定保健指導に従事しているものに調査し、726件より回答を得た。所属先が不明なものを除き、自治体427件、保健指導実施機関166件の合計593件を分析対象とした。質問内容は個別・グループでの特定保健指導で使用する保健指導技術に関して経験と自信度を尋ね、自治体と保健指導実施機関の所属間で比較した。

結果と考察

保健指導技術の実施経験率については、保健指導実施機関側の方が自治体よりも「非常によく実施する」との回答の割合が高かった。また、自信度についても保健指導実施機関側のほうが自治体よりも高い傾向が見られた。経験率と自信度とのマトリクスより4つのパターンが考えられ、経験率が高く自信度が低い項目については、保健指導者の能力を向上させることで、体重減少などの保健指導の成果が期待できる項目であり、早急に研修を行うことが求められる。また経験率が低く自信度も低い項目に関しては、テーマを絞って特定の研修を行うことなどにより、保健指導実施者の能力の向上が期待される項目と考えられる。

● Seoul市におけるメタボリックシンドロームの保健指導

目的

韓国のソウル市においては、ヘルスプロモーション対策の一環としてメタボリックシンドローム予防活動が展開されている。日本と韓国のメタボリックシンドローム対策の展開方法の違いを検討し、今後の日本の展開の参考とすることを目的とする。

方法

平成25年3月に韓国の調査協力者(Metabolic syndrome Management Center)を訪問し、面接調査を行った。さらに実践をしているPublic Health Centerを訪問し資料収集を行った。情報収集に当たっては、調査の目的、ICレコーダーによる録音、写真の撮影、結果の報告などについて説明し了解を得た後に行った。

結果と考察

ソウル市では 2008 年から保健指導実施者の育成を始め、現在ではソウル市の 25 の全地区で 5Rock project と名付けた 30 歳～64 歳を対象としたメタボリックシンドローム対策を展開している。健康診断の結果に基づき、メタボリックシンドロームのリスクの階層化により、医師、看護師、栄養士、運動指導担当者が 1 つのチームとなり、継続的な保健指導を提供している。

この Interdisciplinary Health Promotion Team の中に Main Health Manager (MHM) を置いて、保健指導の質を維持向上させる試みをしている。しかし、保健指導の実施率という点においては、医療保険者に実施を義務付けて全国的に展開している日本のほうが高いと言える。

医療保険制度の違いはあるものの、互いの特徴ある取組から参考となる点が発見できた。

● 若年・小児肥満者を対象とした生活習慣改善支援等に関する調査

目的

平成 20 年度から特定健康診査・特定保健指導が開始されて 4 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上がってきている。その一つに特定健康診査・特定保健指導対象外の若年肥満者に対する保健指導が十分に行われていないという問題があり、また小児肥満対策も長期的な生活習慣病予防に重要である。一方、保健指導対象者の食習慣等の改善には、生活習慣を共有する家族の協力が不可欠であるため、対象者への支援を通じて若年者や子どもを含めた家族の生活習慣改善に働きかけていくことが効果的であると考えられる。

また先行研究において、若年男性の家族の身体状況（肥満割合等）と意識、行動等の背景要因との関連については 4 件、高校生の身体状況（肥満割合等）と意識や行動等の背景要因との関連、高校生とその親との身体状況の比較等については 20 件があったが、若年男性、高校生及びその家族を対象とした肥満や生活習慣病予防のための保健指導等の介入研究では該当はなかった。

そこで本研究では、市区町村において、若年者および小児肥満者を対象とした生活習慣改善支援、そして保健指導対象者の家族に対するアプローチについてどのように取り組まれているかを把握することを目的とし、郵送法による質問紙調査を行なった。さらに、特定健診受診割合および特定保健指導終了割合が高い自治体を抽出し、その特徴を分析し、さらにそれらの自治体はどのような健康診査および保健指導はどのような対象者へ行っているかの分析を行った。

方法

1) 対象者

平成 24 年 1 月～平成 24 年 2 月の間に、全国 1,742 市区町村の国保担当主管課の特定健診・特定保健指導ご担当の保健師に対して、質問票を送付し、質問票の回収は同封の封筒にて返送を求めた。

2) 調査方法

調査の内容は、①地域の基本情報（総人口、年齢 3 区分人口）、②市町村国保における特定健診・保健指導の実施状況、③市町村国保特定保健指導の外部委託状況、④市町村国保特定保健指導での家族協力や家族への支援に対する取組み状況、⑤40 歳未満若年者を対象とした支援の状況、⑥小児肥満者を対象とした支援の状況の 6 項目である。

尚、本研究は山口県立大学の生命倫理委員会の承認を得て行った。

3) 解析方法

40 歳未満若年者を対象とした支援としての健康診査および保健指導を実施していると回答した自治体のうち、特定健診受診割合が四分位の最高位に分類されかつ特定保健指導終了割合が四分位の最高位に

分類された60自治体を抽出し、「高受診高終了群」とした。抽出群の特徴として、地域ブロック、市町村区分、総人口、老年人口割合等をその他の890自治体（「その他群」）と比較した。

さらに高受診高終了群およびその他群において、40歳未満若年者を対象とした健康診査および保健指導の対象者について比較した。

結果

回収した調査票は、951件で、そのうち有効回答は950件であった。全体の回収率は、54.6%であった。

1) 地域の基本情報（総人口、年齢3区分人口）

総人口を四分位別に、総人口数、年少人口割合、生産年齢人口割合、老年人口割合について各分位の平均値及び標準偏差、中央値及び最小値、最大値を示す。総人口の中央値は81,410人（最小値412人、最大値1,411,891人）であった。年少人口割合の中央値は12.8%（最小値4.1%、最大値34.5%）であった。生産年齢人口割合の中央値は60.9%（最小値26.4%、最大値82.4%）であった。老年人口割合の中央値は26.2%（最小値8.3%、最大値59.2%）であった。

2) 市町村国保における特定健診・保健指導の実施状況

総人口を四分位別に、特定健診受診割合、特定保健指導終了割合、特定保健指導対象者割合について各分位の平均値及び標準偏差、中央値及び最小値、最大値を示す。特定健診受診割合の中央値は34.4%（最小値3.5%、最大値75.0%）であり、総人口の四分位が大きいほど特定健診受診割合は低くなった。特定保健指導終了割合の中央値は26.2%（最小値0.7%、最大値100.0%）であり、総人口の四分位が大きいほど特定保健指導終了割合は低くなった。特定保健指導対象者割合の中央値は13.5%（最小値2.8%、最大値66.9%）であり、総人口の四分位が大きいほど特定保健指導対象者割合は低くなった。

3) 市町村国保特定保健指導の外部委託状況

特定保健指導の外部委託状況は、全面委託15.4%、一部委託33.4%、委託していない51.2%であった。

総人口及び特定健診受診割合、特定保健指導終了割合、特定保健指導対象者割合の四分位別に比較したところ、総人口四分位が大きいほど全面委託の割合が有意に高かった。また特定保健指導終了割合四分位においても分位が大きいほど全面委託の割合が有意に低かった。特定健診受診割合及び特定保健指導対象者割合では有意な差は見られなかった。

4) 市町村国保特定保健指導での家族協力や家族への支援に対する取り組み状況

特定保健指導での家族協力や家族への支援に対する取り組み状況として、「本人の保健指導のために家族にも協力を得るような取り組みあり」は58.5%、「本人への保健指導を通じて家族への生活習慣改善の取り組みあり」41.2%であった。

総人口及び特定健診受診割合、特定保健指導終了割合、特定保健指導対象者割合の四分位別に比較したところ、特定保健指導終了割合四分位が大きいほど、本人の保健指導のために家族にも協力を得るような取り組みありと回答した割合が有意に高く、特定保健指導終了割合四分位が大きいほど、いずれもしていないと回答した割合が有意に低かった。また特定保健指導対象者割合四分位においても分位が大きいほど、本人の保健指導のために家族にも協力を得るような取り組みありと回答した割合が有意に高かった。総人口及び特定健診受診割合では有意な差は見られなかった。

5) 40歳未満若年者を対象とした支援の状況

40歳未満若年者を対象とした支援では、健康診査65.8%、保健指導51.7%、その他の支援21.2%、特にしていない21.7%であった。

また総人口四分位が大きいほど、その他の支援が有意に高く、特にしていないが有意に低かった。特定健診受診割合四分位では、分位が大きいほど健康診査及び保健指導の回答が有意に高く、その他の支

援及び特にしていないが有意に低かった。特定保健指導終了割合四分位では、分位が大きいほど、健康診査及び保健指導の回答が有意に高く、その他の支援が有意に低かった。特定保健指導対象者割合四分位では、分位が大きいほど、その他の支援の回答が有意に低かった。

6) 小児肥満者を対象とした支援の状況

小児肥満者を対象とした支援について、健康診査 9.1%、保健指導 20.5%、その他の支援 11.0%、特にしていない 68.1%であった。

また総人口及び特定健診受診割合、特定保健指導終了割合、特定保健指導対象者割合の四分位別に比較したところ、特定健診受診割合が大きいほど、健康診査、保健指導及びその他の支援の回答が有意に高く、特にしていないが有意に低かった。

総人口及び特定保健指導終了割合、特定保健指導対象者割合では有意な差は見られなかった。

7) 抽出群の特徴

地域ブロック別では、全体と高受診高終了群を比較すると、北海道・東北、北陸・東海、九州ブロックが高く、近畿および中国・四国ブロックが低い傾向にあった。市区町村別では、全体と高受診高終了群を比較すると、市・特別区の割合が低く、町および村の割合が高く、2群には有意な差がみられた($p=0.005$)。総人口の平均値、標準偏差、最小値、最大値を示す。総人口は高受診高終了群 31,815 人、その他群 84,675 人であり、2群には有意な差が見られた($p=0.005$)。老年人口割合は高受診高終了群 29.2%、その他群 26.7%であり、2群には有意な差が見られた($p=0.006$)。特定健診受診割合は、高受診高終了群 49.5%、その他群 34.3%であり、2群には有意な差が見られた($p=0.0001$)。特定保健指導終了割合は、高受診高終了群 60.4%、その他群 28.2%であり、2群には有意な差が見られた($p=0.0001$)。

8) 40歳未満を対象とした健康診査および保健指導の対象者の特徴

40歳未満を対象とした健康診査の対象者の特徴は、全体では30歳代のみとした自治体が24.4%、15歳以上を対象とした自治体が40.7%であった。高受診高終了群とその他群を比較すると、30歳代のみ対象、15歳以上対象、女性のみ対象において有意な差が見られたが(データ示さず)、その他群において健康診査実施無を除いて再解析すると、各特徴の割合は同程度となり、有意な差は見られなかった。

40歳未満を対象とした保健指導の対象者の特徴は、全体で健診受診者53.5%、30歳代のみ対象21.2%、15歳以上対象42.7%、生活習慣病ハイリスク者24.8%であった。高受診高終了群とその他群を比較すると、健診受診者、30歳代のみ対象、15歳以上対象、生活習慣病ハイリスク者において有意な差が見られたが(データ示さず)、その他群において保健指導実施無を除いて再解析すると、各特徴の割合は同程度となり、有意な差は見られなかった。

特徴を複数かけ合せて検討を行ったところ、全体では健診受診者+15歳以上を対象とした割合が48.7%と高かったが、健診受診者+生活習慣病ハイリスクを対象とした割合は22.4%であった。保健指導を実施していない施設を除いたその他群*と高受診高終了群を比較すると、複数かけ合せ検討のうち、「健診受診者+生活習慣病ハイリスク者+30歳代のみ対象」以外は、高受診高終了群のほうが高い傾向にあったが、有意な差はみられなかった。

考察

本研究における特定健診受診割合(平成22年度実績)は、34.4%であり、先行報告の平成20年度30.9%、21年度31.4%と比較すると、若干高い割合であった。また本研究の特定保健指導対象者割合(平成22年度実績)は、13.5%であり、先行報告の平成21年度14.0%と比較すると、若干低い割合であった。さらに本研究の特定保健指導終了割合(平成22年度実績)は、26.2%であり、先行報告の平成21年度動機づけ支援24.5%、積極的支援13.6%と比較すると、高い割合であった。これは本研究においての対象者は、回収できなかった自治体よりも特定健診・特定保健指導に対してより意識が高いことが考えられ

ることから先行報告よりも良好な結果であったと考えられる。

総人口の規模が大きいほど、特定健診受診割合、特定保健指導終了割合、特定保健指導対象者割合すべてが低く、総人口の規模が小さいほど、特定健診受診割合、特定保健指導終了割合、特定保健指導対象者割合すべてが高かった。これは総人口の規模が小さいほど老年人口の割合が高いためと考えられた。

特定保健指導での家族協力や家族への支援に対する取組み状況として、「本人の保健指導のために家族にも協力を得るような取組みあり」は58.5%、「本人への保健指導を通じて家族への生活習慣改善の取組みあり」41.2%と回答があったので、今後さらにどのような取組みであるかを明確にする必要がある。

40歳未満若年者を対象とした支援では、健康診査65.8%、保健指導51.7%、その他の支援21.2%、特にしていない21.7%であり、小児肥満者を対象とした支援（健康診査9.1%、保健指導20.5%、その他の支援11.0%、特にしていない68.1%）と比較すると実施の状況は高かった。

40歳未満若年者を対象とした支援としての健康診査および保健指導は、特定健診受診割合および特定保健指導終了割合が高いほど実施割合が高かった。小児肥満者については健康診査および保健指導では、特定健診受診割合が高いほど実施割合が高かったが、特定保健指導終了割合とは関連はなかった。40歳未満若年者を対象としたその他の支援としては、地域住民を対象とした健康イベントが多く挙げられた。またさまざまな健康教育の内容についても記載があった。

40歳未満若年者を対象とした支援としての健康診査および保健指導を実施していると回答した自治体のうち、特定健診受診割合が四分位の最高位に分類されかつ特定保健指導終了割合が四分位の最高位に分類された60自治体を抽出し、「高受診高終了群」とした。

この群の特徴として、地域ブロックは、大きく偏ることなく、全国的に分布したが、北海道・東北、北陸・東海、九州ブロックの割合が高い傾向にあった。北海道・東北ブロックは、全国のブロックの中でも町と村の数の割合が多いためと考えられた。

市区町村は、高受診高終了群はとその他群の分布は有意に異なり、高受診高終了群では市・特別区の割合が低く、町および村の割合が高かった。総人口が少ない町や村は、一般的に老年人口割合が高いが、本解析においても高い。また先行報告にもあるように年齢が高い方が特定健康診査受診率および特定保健指導の終了率も高いが、本解析でも同様であった。

40歳未満を対象とした健康診査の対象者は、健康増進法第9条の健康増進事業における健康診査、もしくは高齢者の医療の確保に関する法律第18条の特定健康診査実施における予備群対策と捉えて実施されている様子が伺われた。前者は15歳以上の住民であり、後者は30歳代のみを対象とし、多くは市町村国保加入者、もしくは健康診査を受ける機会のない者や女性に限定している自治体もあった。そして解析結果は、15歳以上の住民を対象とした健康診査は40.7%、30歳代のみを対象とした健康診査は24.4%であった。さらに健康診査を事業としてどのように位置づけるかについての質問を設定したが、回答肢が適切でなかったため、回答をまとめることができなかった。対象人数や頻度についても、全国の結果を比較できるように設定できていなかったため、回答をまとめられなかった。しかしながら、特定健康診査・特定保健指導を評価していくのと同様に、40歳未満を対象とした健康診査についても、目的の明確化、事業の位置づけとともに、費用対効果の資料となるような評価も行っていく必要がある³⁾。

40歳未満を対象とした保健指導の対象者は、健診受診者であると53.5%は回答したが、その中でも全員に実施もあれば、希望者もあり、実際の実施率はもっと低いと考えられた。それは40歳未満を対象とした健康診査の目的が上記で示すような2つあるため、今後調査を行う際に明確にして調べていく必要がある。また生活習慣病の予備群の対策として考えていくのであれば、健診受診者を対象に（情報提供も含めて）全員に実施する必要があり、生活主観病ハイリスク者に対しては、特定保健指導のような動機づけ支援および積極的支援のように階層化も必要であるかもしれない。30歳代を対象にした取り組み

の評価には、5-10年ほどの中・長期間必要であるが、こうした取り組みは40歳からの特定保健指導への影響が大きいとされるので、自治体における先駆的取り組みとして有効であると考えられる。

結論

回収した調査票は、951件で（有効回答950件）、回収率は、54.6%であった。本研究における特定健診受診割合、特定保健指導対象者割合、特定保健指導終了割合（平成22年度実績）は先行報告と比較すると、良好な結果であった。

特定保健指導での家族協力や家族への支援に対する取り組み状況として、「本人の保健指導のために家族にも協力を得るような取り組みあり」は約6割、「本人への保健指導を通じて家族への生活習慣改善の取り組みあり」約4割と回答があったので、今後さらにどのような取り組みであるかを明確にする必要がある。

40歳未満若年者を対象とした支援としての健康診査および保健指導は、それぞれ約6割および約5割であったが、特定健診受診割合および特定保健指導終了割合が高いほど実施割合が高かった。

小児肥満者については健康診査および保健指導では、それぞれ約1割および約2割であった。特定健診受診割合が高いほど実施割合が高かったが、特定保健指導終了割合とは関連はなかった。

40歳未満若年者を対象とした支援としての健康診査および保健指導を実施していると回答した自治体のうち、特定健診受診割合が四分位の最高位に分類されかつ特定保健指導終了割合が四分位の最高位に分類された60自治体を抽出し、「高受診高終了群」とした。

高受診高終了群は、北海道・東北、北陸・東海、九州ブロックの割合が高い傾向にあった。市・特別区の割合が低く、町および村の割合が高かった。総人口が少ない町や村は、一般的に老年人口割合が高いが、本解析においても高い。高齢者ほど特定健康診査受診率および特定保健指導の終了率も高いが、本解析でも同様で高かったと考えられる。

40歳未満を対象とした健康診査の対象者の特徴は、全体では30歳代のみとした自治体が24.4%、15歳以上を対象とした自治体が40.7%であった。40歳未満を対象とした健康診査の対象者は、健康増進法第9条の健康増進事業における健康診査、もしくは高齢者の医療の確保に関する法律第18条の特定健康診査実施における予備群対策と捉えて実施されている様子が伺われた。

40歳未満を対象とした保健指導の対象者の特徴は、全体で健診受診者53.5%、30歳代のみ対象21.2%、15歳以上対象42.7%、生活習慣病ハイリスク者24.8%であった。健診受診者であると53.5%は回答したが、その中でも全員に実施もあれば、希望者もあり、実際の実施率はもっと低いと考えられた。

40歳未満を対象とした健康診査および保健指導についても、生活習慣病予防等の目的の明確化、事業の位置づけとともに、費用対効果の資料となるような評価も行っていく必要がある。

● 健診未受診者の属性、移動コストに関する研究

目的

特定健診の対象者が持つ属性—所得、最寄り健診機関までの距離、病歴、過去の受診行動などが、健診受診／未受診に及ぼす影響を明らかにする。

方法

2011年度のX市の被保険者マスタ、レセプト、2008-2011年度の健診結果を突合し、健診受診を妨げる／促進する要因を探る。

健診受診に影響する要因として、X市より以下のデータを収集した。

①所得区分

被保険者マスタには、世帯の所得区分が記入されている。

上位-世帯収入で約 600 万程度以上

課税-上位と非課税以外の世帯

非課税-給与収入で約 100 万以下のものが世帯にいない

実際には被扶養者の人数などで控除額が変化するため、正確な所得は計算できないが、所得のおおよその大小関係はこの区分で明らかになる。

②最寄り健診機関までの距離

現在、東京大学のアドレスマッチングサービス等により、比較的容易に住所の緯度経度を計算することができる。本稿では、このサービスの利用法を習得した X 市の保健師の協力を得て、被保険者の住所の緯度経度データを入手することができた。住所情報は本来個人情報であるが、アドレスマッチングサービスの精度自体が丁目単位であること、また、緯度経度に微小な乱数を加えることで、個人の特定を不可能にした。よって、最寄りの健診機関までの距離はおおよその距離であり、誤差を含むことに留意されたい。

③病歴

X 市の未受診者向けアンケートの結果によると、60 歳以上の未受診者の未受診理由に「すでにかかりつけの医療機関がある」という回答が多くみられる。これが事実であるかをレセプト病名から確認する。

レセプト病名からは、第一に、生活習慣病での受診/未受診を取り上げる。すでに生活習慣病の治療を受けていることが、健診の受診を妨げる要因であるかどうかを確認するためである。第二に、リウマチや骨粗しょう症など、筋骨格系の疾患での受診/未受診を取り上げる。筋骨格系の疾患は、健診機関までの距離とともに、移動の負担を増加させる要因として考えられるためである。

生活習慣病の定義は「標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」に従う。筋骨格系の疾患は ICD10 コードで M00-M99 に該当するものを取り上げた。

④過去の受診行動

過去に何度か受診していることが、現在の受診行動につながるかどうかを確認した。受診回数は特定健診が開始した 2008 年以降のものである。

本稿ではこれらの変数のほか、年齢など受診行動に影響を及ぼすと考えられる基礎的な情報をいくつか取り上げる。

ここで取り上げた各要因と受診/未受診との関係を図表などで確認し、 χ^2 乗等で独立性を検定したのち、ロジスティック回帰分析で各変数の影響の大きさを推定する。

結果

①所得区分と健診受診

X 市の保健師に聞き取り調査をしたところ、高所得者のほうが健診（がん検診等を含む）受診率が高いという印象をうけるとの意見が出た。

母数が多いため、独立性の検定では統計的に有意な偏りがあるという結果になったが、非課税と課税の間の受診率の差 1%強は、受診行動において意味がある差であるかどうかは検討の余地を残す。

また、上位所得世帯は、統計的に有意なほどの偏りではないが、通常の健診よりも高価な人間ドックを選択していた。所得の上位世帯は、通常の特健診の枠組みに則った健診以外の、より高価な健診を選択している可能性がある。

②最寄り健診機関までの距離と受診行動

最寄り受診機関までの距離と受診/未受診には、特健相関が見られなかった。受診者の最寄り健診機関までの平均距離と、未受診者の最寄り健診機関までの平均距離に、統計的に有意な差はなかった。

X 市は豪雪地帯でもあり、11-翌 3 月には徒歩での移動コストはかなり大きくなると考えられる。X

市保健師への聞き取り調査でも、積雪期間は受診者が減るとの意見が出たが、受診券の発行時期などを加味して考えると、実際には大きな差が見られない。

X市は公共交通機関が少なく、JRの路線が1本通っているのみである。よって、自家用車での移動が主であると考えられ、最大5-6kmの距離や積雪が、移動の大きな負担にはなっていないと考えられる。

実際にX市健診対象者は、かなり遠くまで健診を受けに行っている。最も多いのは最寄りの病院での受診だが、数十km離れた県庁所在地に人間ドックを受けに行くものも珍しくなく、右すその長いグラフは、多くの受診者が遠くの健診機関まで移動していることを示している。

③病歴と受診行動

X市の未受診者アンケートによれば、定年後にかかりつけ医がいることを理由に健診を受信しないと答えているものが多かった。そこで、生活習慣病のレセプトの有無と、健診の受診/未受診でクロス表を作成し、独立性の検定を試みた。

サンプル数が多く有意差が出やすいことを念頭に置く必要はあるが、生活習慣病を持つものの受診率は12.2%、持たないものの受診率は9.4%となり、アンケート結果とは異なる結論となった。

次に、移動の妨げになると考えられる、リウマチ、関節炎等の筋骨格系の疾患の有無をレセプトから抜き出し、健診の受診/未受診と組み合わせてクロス表を作成し、独立性の検定を試みた。

生活習慣病の場合と同様に、筋骨格系の疾患のレセプトがある群の受診率は14.7%、ない群の受診率は10.5%であり、移動コストが大きいと考えられる、疾患のある群の受診率のほうが高かった。

最後に、レセプト自体の有無と健診受診/未受診でクロス表を作成し、独立性の検定を試みた。

これらの結果から、いかなる疾患であれ受診しているものは、健診を受診することが多いと考えられる。未受診者のみを対象にしたアンケート結果とは異なる結果となった。

④過去の受診行動と現在の受診行動

特定健診開始（2008年度）から昨年度（2010年度）までに何回受診したかと、本年度（2011年度）の受診状況を分析した。

非常に明白に、受診回数と受診率とのあいだに正の相関があることが示された。受診が習慣づくにつれて、翌年度の受診の確率が上昇すると考えられる。

また、健診を連続して受診する者は、かかりつけの医療機関を持っていることが多いと考えられる。

受診回数が多いものほどかかりつけ医で受診する割合が多くなっている。受診回数が増えても健診機関を変更することは少ないことが明示されている。

⑤受診行動に関するロジスティック回帰分析

最後に、ここまで取り上げてきた各要因が、受診行動にどの程度の影響力を持っているのかを、ロジスティック回帰分析で検証する。

被説明変数は2011年度の健診を受診したか否か、説明変数は所得区分、最寄りの健診機関までの距離、病歴、過去の受診行動、年齢などである。変数はWald統計量を用い、ステップワイズ法によって選択する。

その結果、健診の受診/未受診は、医療機関での受診の有無、過去の健診の参加回数に強く影響されることが明らかになった。

事前の解析でも明らかだったように、健診機関までの距離等は、受診行動にあまり大きな影響を与えていなかった。

考察

健診の受診/未受診に何よりも強く影響するのは、第一に医療機関での受診の有無であり、その疾患の内容は問わないと考えられる。第二に過去の健診受診回数であり、受診を習慣づけ、健康意

識を高めることが重要だと考えられる。

健診機関までの距離と受診行動との関係は、自動車の利用状況に大きく左右されていると考えられ、移動手段を持たないものへの配慮が重要だと考えられる。

結論

健診の受診／未受診は、所得区分、健診機関までの距離などにはあまり左右されておらず、医療機関での受診の有無、過去の健診の参加回数などに強く影響を受けている。

【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

目的

未成年者に対する生活習慣病対策が進んでいる地域の特徴を探り、その共通点について検証する。

方法

現在、未成年者に対する生活習慣病対策は、WHO 等でも重要な研究テーマとして取り扱われており、厚生労働省でも平成 24 年度に類似したテーマの研究が公募されている。全ライフステージでの生活習慣病対策は喫緊の課題である。

しかし、未成年者に対する生活習慣病対策に着手している自治体は未だ数多いとは言えず、インターネットを用いた予備的調査では、日本中で 50 前後の自治体に取り組んでいるにすぎない。また、先進的に取り組んでいる自治体でも、希望者のみに実施される形をとることが多く、十分な対策ができていないと言いき難い状況にある。また、未成年者の健診は学校保健—文部科学省の枠組みに入るため、厚生労働行政から見て不透明な状態にとどまっている。

そこで、未成年者—特に小中学生の生活習慣病対策において特に先進的な取り組みをしているいくつかの自治体に聞き取り調査をし、その実態と特徴を把握し、今後、未成年者の生活習慣病に対する取り組みを進める自治体の参考になる情報をまとめる。

先進的であると判断した自治体の特徴は以下のとおりである。

- ①血液検査等、客観的な指標に基づいた生活習慣病対策を実施している。
- ②対象が希望者だけでなく幅広い。
- ③未成年者に特化した保健指導を実施している。

この三点である。

この条件から聞き取り調査の対象として選んだ自治体は、大分県 A 市、千葉県 X 市、Y 市、Z 市である。

結果

健診については特定健診などと異なり、検査項目、要受診・要指導判定等にばらつきがあった。

例えば X 市では、単純な肥満の児童を要指導と判定しない。血液検査の内容が悪い場合のみ要指導とする（血圧は基準が示されているが、ほとんどの児童はこの基準を超えない）。

未成年者の肥満に関する判定のあり方が定まっていないことを反映していると考えられる。

保健指導に関しては、以下のような特徴が共通項として挙げられる。

- ①食育の一環として実施されていることが多く、その影響が色濃い。

目標体重を決め、そこに至るまでの運動計画、食事計画を立てる特定保健指導とは異なり、生活リズムをただしバランスの良い食事をするを心がけるよう指導している。X 市の未成年者向け生活習慣病対策のスローガンは「早寝・早起き・朝ごはん」であり、未成年者の保健指導内容を如実に表している。

上記のような生活習慣の改善が主目的であるため、介入の程度は特定健診などよりも全体的で緩やかである。生徒に朝食のレシピを募集し、コンテスト形式で表彰し、朝食に関する意識を高めるなど、ポップレーションアプローチに近いものが多い。

- ②親と同時に指導をする

いずれの市でも親と子を同席させて保健指導を実施している。朝食習慣ひとつをとっても、未成年者である子供の意識だけで変化させることは難しく、保護者あてのアンケートの結果からも、朝食を食べ