

201222029A

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

保健指導実施者の技術の向上を図るための
教育方法の開発

平成 24 年度 研究報告書

(3 年計画の 3 年次)

研究代表者 小出 恵子

平成 25 年 (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

平成 24 年度 研究報告書

保健指導実施者の技術の向上を図るための教育方法の開発

【研究組織】

研究代表者

小出恵子（岡山大学大学院保健学研究科 助教）

分担研究者

岡本玲子（岡山大学大学院保健学研究科 教授）

山崎光洋（岡山大学教師教育開発センター 教授）

北脇知己（岡山大学大学院保健学研究科 准教授）

草野恵美子（大阪医科大学看護学部 准教授）

小野美穂（川崎医療福祉大学医療福祉学部 講師）

猫田泰敏（首都大学東京大学院人間健康科学研究科 教授）

目 次

I. 研究報告

1. 特定保健指導を実施している保健師を対象とした「保健指導技術向上プログラム」の効果
..... 1
2. 子育て世代への生活習慣病対策における保健指導秘術項目における保健指導技術項目に関する研究
..... 14

II. 資料

- 資料1 保健指導技術向上プログラム ワークシート..... 23
- 資料2 保健指導技術向上プログラム ロールプレイ評価表..... 28
- 資料3 保健指導技術向上プログラム事例の概要..... 32
- 資料4 ロールプレイにおける保健師、模擬患者、観察者のコメント..... 38
- 資料5 介入群・対照群別のロールプレイ後の保健師のコメント..... 44

- III. 成果の公表について..... 51

特定保健指導を実施している保健師に対する「保健指導技術向上プログラム」の効果

研究代表者 小出 恵子（岡山大学大学院保健学研究科）

研究要旨

本研究は 3 年計画であり、保健指導実施者（以下、保健師）の保健指導技術の向上を図るための教育方法を開発することを目的としている。3 年目である今年度は、教育プログラムを実施し、プログラムの効果を検証することである。

研究デザインは 2 群事前事後テストの準実験研修である。プログラムは、3 か月間に 4 回（1 回は 16 時間）であり、保健指導技術とリフレクションの講義、模擬事例検討、ロールプレイ・振り返りを実施した。評価方法は自記式質問紙調査であり、模擬患者との保健指導実施後の振り返りを技術項目ごとに自己評価、他者評価を行った。

対象者は介入群、対照群ともに 11 人であった。自己評価、他者評価ともにベースラインでは両群に差が見られなかった。自己評価における 3 か月後とベースラインの差では、準備期の事例の「対象者をアセスメントする技術」において、対照群が有意に高かった。また、特に無関心期の事例において、3 か月後の自己評価では対照群と比較して介入群は全ての技術項目において低く、3 か月後とベースラインの差ではマイナスの評価となっていた。一方、他者評価においても 3 か月後とベースラインの差では多くの項目で介入群より対照群の方がやや高かったが、両群ともにプラスの評価が多かった。3 か月間の教育プログラムにおいてリフレクションを行った介入群では、自分の保健指導を客観的に厳しく評価した可能性が考えられる。

今後の課題としてプログラムの評価時期、方法の検討をすすめ、参加者を確保することが挙げられる

I はじめに

肥満、糖尿病等の生活習慣病改善プログラムの介入研究は、多く実施されている。特定健診・保健指導の制度が始まって以降も、特定保健指導プログラムの効果に関する研究が行われている。これらは、プログラム全体の対象者へのアウトカム評価が主であり、保健師の保健指導そのものの効果や、保健指導の質の評価に関する研究は、ほとんど見られない。

一方、保健指導については「おしつける」、「おうちをかける」等の保健指導習慣病

症候群の存在が指摘されている（清水，2008）。また、特定保健指導においては、高い保健指導実施率、保健指導の継続率が求められており（厚生労働省，2007）、保健師は保健指導の質を高め、技術の向上を図ることが必要である。そこで、本研究班では、生活習慣病予防のための行動変容を促す個別保健指導の初回面接に焦点を当て、その際に保健師として重要なコアとなる技術項目（以下、コア技術項目）について専門家集団のコンセンサスを得て、作成した。

さて、特定保健指導では、保健指導スキ

ルの向上を目指し研修ガイドラインが作成され、ロールプレイ等の教育方法が示されている(厚生労働省, 2007)。また、都道府県単位で大学と連携して実施した研修の効果に関する報告もある(大西他, 2010)。しかし、保健指導技術を測定する方法、尺度に関する議論はあまりされておらず、教育プログラムの効果をどのように測定するか大きな課題となっている。本研究では、保健指導技術を測定するための方法として、OSCEの手法を参考に模擬患者との保健指導のロールプレイを行い、保健師、模擬患者双方から評価を得る方法について検討した。この方法を用いることによって、自己評価だけでなく、他者評価を得られること、実際のロールプレイを振り返って評価するため、測定用具の妥当性が高められると考えたためである。

本研究の目的は、保健師を対象に保健指導技術の向上を目指した教育プログラムを作成し、模擬患者とのロールプレイ後の自己評価と他者評価によってプログラムの効果を評価することである。

II 方法

1 研究デザイン(図1)

研究デザインは、交互法における2群事前・事後テストの準実験デザインとした。2群の割り付け方法は、グループマッチングを以下の手順で行った。市町村、産業、病院という3つの所属、同一職場から2名以上参加している職場、性別、経験年数0年という4つの変数の人数が2群間で均等になり、かつ経験年数、年齢、研修参加時間の差が可能な限り均等になるように考慮して割り付けた。

2 参加者

本プログラムの対象は、特定健診・保健指導に従事する経験年数10年以下(新任～中堅前期)の保健師である。募集方法は、近隣の県、全国健康保険組合連合会、

全国健康保険協会をとおして研究協力の依頼を行った。また、近隣の市町村、病院には研究者が直接依頼を行った。

プログラムには25名の応募があり、対象者の条件を満たしている者は22人であった。

グループマッチングを行った結果を対象に電話連絡し、了解を得た。その結果、対象者は介入群、コントロール群ともに11人であり、市町村が6人、企業が3人、病院が2人であった。

3 プログラムの概要(表1)

本プログラムの到達目標は、研究班が作成した「行動変容を促す保健指導における保健師の技術項目」(以下、技術項目)を意識して実践できることである。プログラムは、「保健師等のコンピテンシーを高める学習成果創出型プログラム」に関する先行研究(岡本他, 2011. 岡田他, 2012)を参考にして作成した。このプログラムは6か月間に5回のセッションとセッション間の面接や電話での個別支援を行い、リフレクション、ポートフォリオを活用することによって、自分の課題と成果を言語化することが特徴である。これらのプログラムでは、1群事前事後テストであるものの効果が確認されている(岡本他, 2011. 岡田他, 2012)。

本プログラムでは、リフレクションとしてロールプレイを実施した保健指導の振り返りと模擬事例検討・保健師同士のロールプレイを取り入れた。また、ポートフォリオでは、毎日実践の振り返りを一言記入できるワークシートを活用した。そして、保健指導技術における自己学習課題と学びの言語化をすすめ、最終日には資料を用いた発表を行った。プログラムの構成は3か月間に4回(16時間)であり、1回目に技術項目とリフレクションについての講義、2・3回目に模擬事例検討・ロールプレイ、4回目に学習成果発表会である。プログラムは、平成24年8月～12月に実施した。

4 評価方法

1) 調査内容

(1) 保健指導技術の評価

自己評価と他者評価の両面から保健指導技術の評価するために、模擬患者とのロールプレイ実施直後に保健師、模擬患者による自記式質問紙調査を実施した。質問紙では、ロールプレイについて振り返ってもらい、17の技術項目についてどの程度できたと思うのか5段階評定で尋ねた。保健指導技術に関する項目は、研究班が作成した「行動変容を促す保健指導における保健師の技術項目」をもとに作成した。技術項目は大項目6項目であり、関係をつくる技術(3項目)、アセスメントする技術(4項目)、行動変容に対する関心・意欲を高める技術(3項目)、健康課題と生活実態をつなぐ技術(2項目)、生活実態と健康課題をつなぐ技術(2項目)、自信を高める技術(2項目)である。

その他、自己評価表では保健指導における自信の程度、他者評価表では行動変容に対する重要性の認識、自信の認識について10段階、プログラムの満足度について5段階で尋ねた。評価時期はベースライン、介入直後、介入終了3か月後の3回である。なお、1事例目のロールプレイとその評価が終了した後に、2事例目のロールプレイを実施した。

(2) 属性、学習要因

属性は性別、年齢、経験年数、所属、教育背景について尋ねた。また、学習要因として研修参加時間、学会発表の有無、保健指導における理論活用の有無を尋ねた。

(3) 参加者によるプログラムの評価

プログラムの満足度について10段階、内容ごとに役に立った程度を5段階、プログラムに取り入れてほしい内容の自由記述、自己学習として取り入れたいこと(直後)、現在、自己学習として取り入れていること(3か月後)を尋ねた。

2) ロールプレイの実施方法・場面の設定

ロールプレイは、特定健診における積極的支援の個別の初回面接を想定して30分間実施した。同じ模擬患者とは、ロールプレイが当たらないよう工夫した。保健指導は個室で行い、模擬患者が待機している部屋に保健師が入室して開始するよう設定した。評価の信頼性を高めるために、ロールプレイは保健師1人につき2事例実施することとした。

事例はプログラム作成前に無関心期、関心期、準備期の2事例ずつ6事例を作成した。事例の順番は、くじ引きを行った結果、ベースラインに無関心期と準備期、直後に関心期2事例、3か月後に無関心期と準備期に決定した。保健師には、事例の概要として氏名、年齢性別、家族構成、検査結果の推移、問診票をロールプレイ30分前に配布した。模擬患者には、保健師のものに追加して変化ステージ、健診への思い、生活状況、ストレス等役作りに必要な情報を渡した。

模擬患者8名は、SP研究会に所属するOSCE経験のあるものに依頼した。毎回、4名ずつ同じ事例を演じてもらうようにした。模擬患者を標準化し、評価の信頼性を高めるための準備として、プログラム実施前に研修会を開催し、変化ステージ、対象者像、検査結果の意味、評価項目について説明した。また、全模擬患者が保健指導の前半に必ず言うことばを事例の概要の中に設定し、毎回ロールプレイ実施前に事例について打合せを行った。

5 分析方法

介入群、対照群2群間の属性比較について年齢、経験年数は量的データであるためt検定を、また教育背景、学会発表、保健指導における理論の活用はFisherの正確検定を、研修の参加時間はWilcoxonの順位和検定を用いた。

技術項目については、事例ごとに分析を行った。ベースラインと3か月後では、無関心期と準備期の事例別に平均値を算出し、直後は関心期2事例を合せて平均値を算出した。技術項目は6つの大項目ごとに和を算出し、t検定を行った。そして、3か月後からベースラインの平均値の差を算出し、2群間でt検定を行った。次に、群間（介入群・対照群）、所属（市町村、企業・保険組合、病院・健診機関）、経験年数（3年以内、4～10年以内）、教育背景（専門学校・短期大学専攻科、大学）、学会発表（あり、なし）、保健指導における理論の活用（あり、なし）、特定健診に関する研修参加時間（0時間、1～6時間、7時間以上）を因子として、多元配置の分散分析を行った。

分析には統計パッケージThe SAS System for windows Version9.3を使用し、有意水準を0.05とした。

6 倫理的配慮

参加者全員に研究目的、研究方法、個人情報保護の保護、参加協力の自由や途中で辞退しても不利益が生じないこと等の倫理的配慮について口頭で説明した後、これらを記載した説明文書を送付し、同意書の返信をもって対象者の研究参加の意思を確認した。なお、本研究は、所属大学倫理審査委員会の承認を得て実施した。

III 結果

プログラムには、4回とも全員が参加した。評価に当たるロールプレイについては、ベースライン、直後は全員参加したが、3か月後は介入群が1名、対照群が2名体調不良にて欠席した。対象者数が少ないことから、今回は3か月後に欠席した3名も含めて、分析対象とすることにした。

1 参加者の属性（表2・表3）

性別、年齢、経験年数、所属、教育背景について介入群、対照群の2群間で有意差

はみられなかった。学習要因では、特定保健指導における研修時間に2群間で有意差がみられた。

2 技術項目の平均値について（表4～7、図2・3）

大項目ごとに技術項目の平均値の和を用いることが可能か以下の方法で検討した。ベースラインの2事例の平均値のヒストグラムを、17の技術項目と大項目ごとに描き、大項目ごとの方が正規分布に近似していることを目視にて確認した。次に保健師、模擬患者ともに17の技術項目を大項目ごとに因子分析（主因子法）を行い、第1因子の固有値、因子負荷量の大きさ、クロンバックの α 係数を算出した。多くの項目において十分な大きさがあったため大項目を用いることとした。直後、3か月後についても同じ構造であるとみなし、同様に大項目を用いて比較を行った。

1) 無関心期における評価

保健師の自己評価の結果では、ベースラインにおいて2群間で有意差はみられなかった。3か月後からベースラインの差では、有意差はみられなかったものの保健指導の自信度を除いた技術項目全てが介入群ではマイナスの数値であり、対照群と比較して低かった。模擬患者の他者評価の結果ではベースライン、3か月後からベースラインの差ともに2群間で有意差はみられなかった。保健師と模擬患者の評価を比較すると、保健師では介入群のみがマイナスになっており、模擬患者では両群ともにプラスになる項目が多かった。

2) 準備期における評価

保健師の自己評価の結果では、ベースラインにおいて2群間で有意差はみられなかった。3か月後からベースラインの差では、「対象者をアセスメントする技術」において介入群は対照群より低く、有意差がみられた。模擬患者の他者評価の結果では、ベースライン、3か月後からベースラインの

差ともに2群間で有意差はみられなかった。保健師と模擬患者の評価を比較すると保健師、模擬患者ともにプラスの項目が多くなっており、無関心期の評価に比べてバラつきが少なかった。

3 参加者によるプログラムの評価 (表8・9、図4・5)

プログラムに対する満足度は 7.9 ± 1.6 であった。参加者が「とても役に立った」と回答したプログラムの内容は、「職場の課題検討」、「参加者同士のロールプレイの観察」が8人(72.7%)と最も高く、次いで「参加者同士のロールプレイの振り返り」7人(63.6%)だった。

今後継続的に取り組みたい自己学習では、「読書」が11(100%)、「評価表の活用」が10(90.9%)、「他の保健師の保健指導の観察」が8(72.7%)であった。現在取り組んでいる自己学習では「読書」が7(70.7%)、「他の保健師の保健指導の観察」が5(50.0%)であった。

IV 考察

本研究では、経験年数10年以下の保健師を対象に保健指導技術の向上を図るための教育プログラムを開発し、模擬患者とのロールプレイの振り返りによって保健指導技術を測定することを試みた。

その結果、ベースラインでは両群に差が見られなかったが、3か月後とベースラインの差では、準備期の事例における自己評価「対象者をアセスメントする技術」において、対照群が有意に高かった。また、特に無関心期の事例において、3か月後の自己評価では対照群と比較して介入群は全ての技術項目において低く、3か月後とベースラインの差ではマイナスの評価となっていた。一方、他者評価においても3か月後とベースラインの差では多くの項目で介入群より対照群の方がやや高かったが、両群ともにプラスの評価が多かった。

つまり、他者評価においては両群ともにプラスの評価の項目が多いにもかかわらず、教育プログラムを受けた介入群の自己評価は対照群より低い項目が多く(無関心期・準備期)、ベースラインより低くなっていた(無関心期)。一般的には、介入を行うと介入直後は自己評価が向上し、介入後一定の時期を経過するとベースラインと同程度の自己評価になることが多い。保健師のコンピテンシーを高めるために教育プログラムの効果を確認した先行研究では、ベースラインと比較して直後の自己評価は向上しており、一定の効果が確認されている(岡本他, 2011. 岡田他, 2012)。また、本プログラムを試行した結果では、直後、3か月後において自己評価が向上していた。

今回このような結果がみられた要因として、実際にロールプレイ実施後に自己評価をつけたことにより、より具体的に自己の技術を振り返ることにつながったことが考えられる。介入群は、3か月間の教育プログラムにおいてリフレクションを行い、自己の保健指導技術の課題と学びに向き合った結果、知識としての学びも多く保健指導のイメージは掴めたと考えられる。しかし、実際のロールプレイにおいては、その学びを実践に活かすことの難しさを実感し、さらに自らの課題に直面するというプロセスを辿ったことが推察される。そのため、自分の保健指導を客観的に厳しく評価することになり、自己評価が下がった可能性が考えられる。

また、本プログラムで用いた技術項目では対象者の関心度、生活状況に応じた保健指導を行うことを目的としている。特にマイナス評価となった無関心期の事例では、対象者に応じた保健指導が求められるため、学んだことと実践とのギャップが他の変化ステージより大きかったのではないだろうか。今回は介入後3か月後の評価であったが、リフレクションの成果をみるためには、長期的に評価していくことが必要と考えら

れた。

教育プログラムの改善点としては、学んだことを実践で活かすまでには、知識を得る以上に経験と自信が必要になる。そのため、3 か月間では期間が短く、期間を6 か月から1年程度に伸ばし、1~2か月に1度の頻度で介入を行うことが必要と考えられた。教育内容としては、ロールプレイ・振り返りによって保健指導上の学びを得るだけでなく、実践で活かすことができるという自信も高められるように、ロールプレイとリフレクションを継続することが効果的と考えられる。

本研究の課題として、参加者数の少なさ、評価方法の信頼性、妥当性が挙げられる。参加者数は、特定保健指導を直営で実施している市町村が少ないことが大きな要因であり、人数を確保することが難しかった。しかし、保健師を対象に対照群を設定したデザインを用い、他者評価の視点も含めて、初めて保健指導技術の測定を試みた点に本研究の意義があると考えられる。

文献

厚生労働省保健局. 標準的な健診・保健指導プログラム、2007

厚生労働省保健局. 健診・保健指導ガイドライン. 2007

大西美智恵, 越田美穂子, 片山陽子, 他. 特定保健指導実践者のスキルアップ研修の効果評価. 香川大学看護学雑誌 2010 ; 14 (1) ; 47-56.

岡本玲子, 谷垣静子, 岩本里織, 他. 保健師等のコンピテンシーを高める学習成果創出型プログラムの開発—大学院の地域貢献を目指すアクションリサーチの一環として—. 日本公衆衛生雑誌 2011 ; 58 (9) : 778 - 792.

岡田麻里, 岡本玲子, 小出恵子, 他. 特定保健指導担当者のコンピテンシーを高める学習成果創出型プログラム実施による参

加者の学習成果. 日本地域看護学会 2012 ; 15 (2) : 27-37.

表1 行動変容を促す保健指導スキルを高める教育プログラム

回数・時間	目標	内容	ワークシート
研修期間中	1 保健指導上の自己の課題と学びを言語化する 2 リフレクションを実践し、スキルを高める	1 ロールプレイの録音データを聞き、自己評価長と他者評価を確認しながら、リフレクションを実践する 2 保健指導について学んだこと、考えたことを記入する	①保健指導における強みと課題確認シート ②事例の振り返りシート ④保健指導ひとこと日記
1回目 4時間	1 保健指導技術を理解し、自己の課題と強みを考えることができる 2 リフレクションを理解することができる	【自己紹介】 【講義】 1 保健指導の技術項目の概要 2 リフレクションの意義と方法	①保健指導における強みと課題確認シート ③学びの振り返りシート
2回目 6時間	1 専門職として保健指導技術を学ぶ動機を高める 2 他者の保健指導の観察、対象者役として保健指導を受ける気持ちを体感することによって、最善の保健指導について考え、実践する	【1 グループワーク(以下、GW)】 ① 保健指導における職場の課題 ② 保健指導における自己の課題と強み 【2 GW①: 模擬事例検討】 模擬事例の概要と実際に保健指導を行った場面の逐語録をもとに、保健指導計画を検討する 【2 GW②: ロールプレイと振り返り】 保健師役、対象者役、観察者の3つにわかれロールプレイを行、振り返りを行う。	③学びの振り返りシート
3回目 6時間	1 他者の保健指導の観察、対象者役として保健指導を受ける気持ちを体感することによって、最善の保健指導について考え、実践する	【1 GW①: 模擬事例検討】 【1 GW②: ロールプレイと振り返り】 【まとめ】	③学びの振り返りシート
4回目 4時間	学びを統合し、言語化する	【事前準備】 資料作成 【学びの発表】 発表: 1人8分、コメント: 2分 【まとめ】	③学びの振り返りシート

図1 本研究における研究デザイン

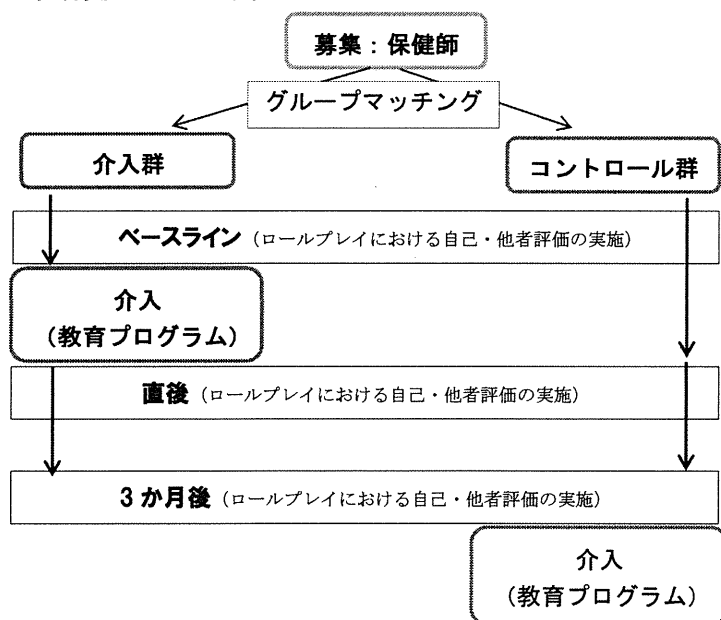


表2 介入群・対照群の属性

		介入群	対照群	P値
性別	男性	1(9.1)	1(9.1)	
	女性	10(90.9)	10(90.9)	
年齢		27.5±4.1	29.9±3.8	
経験年数		3.2±2.7	3.8±2.8	
所属	市町村	6(54.6)	6(54.6)	
	企業・健保	3(27.3)	3(27.3)	
	病院・健診	2(18.2)	2(18.2)	
教育背景	専門・短期大学専攻科	4(36.4)	3(27.3)	
	大学	7(63.4)	8(72.7)	

表3 介入群・対照群の学習要因

		介入群	対照群	P値
学会発表	あり	10(90.9)	8(72.7)	
	なし	1(9.1)	3(27.3)	
保健指導における理論の活用	あり	6(54.5)	8(72.7)	
	なし	5(45.5)	3(27.3)	
研修参加時間	0時間	2(18.2)	4(36.4)	
	1~6時間	1(9.1)	5(45.5)	*
	7時間以上	8(72.7)	2(18.2)	

表2・3ともに、* p<.05を示す

- 1 性別、職場、教育背景、学会発表、保健指導における理論の活用は人数(%)を示す
- 2 教育背景、学会への参加、保健指導における理論の活用はFisherの正確検定を行った
- 3 年齢、経験年数はt検定、研修参加時間はWilcoxonの順位和検定を行った

表 4 保健師（無関心期）におけるロールプレイ後の技術項目の平均値の比較

		ベースライン	P値	直後	P値	3か月後	P値	3か月後とベー	P値	多元配
		(無関心期)	平均値±SD	(関心期)	平均値±SD	(無関心期)	スラインの差	スラインの差		
		(n=11)		(n=11)		(介入群n=10, 対照群n=9)		平均値±SD		置分散
										分析
										P値
A 対象者と関係をつくる	介入群	9.7 ± 1.9	0.812	10.8 ± 2.2	0.804	9.0 ± 3.2	0.172	-0.9 ± 3.4	0.116	0.633
	対照群	9.5 ± 1.6		11.0 ± 0.9		10.7 ± 1.6		1.2 ± 1.9		
B対象者をアセスメントする	介入群	12.3 ± 2.3	0.519	13.3 ± 2.8	0.566	11.1 ± 3.2	0.166	-1.4 ± 3.3	0.057	0.855
	対照群	11.5 ± 2.8		12.8 ± 1.3		13.0 ± 2.3		1.4 ± 2.7		
C行動変容に対する関心・意欲を高める	介入群	8.3 ± 2.2	0.189	9.1 ± 2.2	0.604	6.6 ± 1.9	0.060	-1.9 ± 2.2	0.017*	0.261
	対照群	6.8 ± 2.8		8.7 ± 1.4		8.2 ± 1.6		0.9 ± 2.4		
D健康課題と生活実態をつなぐ	介入群	5.9 ± 1.6	0.796	6.0 ± 1.4	0.799	4.7 ± 1.8	0.064	-1.4 ± 1.5	0.054	0.326
	対照群	5.7 ± 1.6		6.1 ± 1.0		6.1 ± 1.2		0.3 ± 2.1		
E生活実態と行動計画をつなぐ	介入群	7.2 ± 2.8	0.274	8.7 ± 2.3	0.910	6.2 ± 2.5	0.076	-1.1 ± 3.5	0.066	0.746
	対照群	5.9 ± 2.5		8.6 ± 1.3		8.1 ± 1.8		1.9 ± 3.1		
F実行に向けた自信を高める	介入群	5.0 ± 1.5	0.025	5.5 ± 1.5	0.834	4.3 ± 1.9	0.768	-0.8 ± 1.3	0.015*	0.086
	対照群	3.3 ± 1.8		5.7 ± 1.5		4.6 ± 1.7		1.2 ± 1.9		
保健指導の自信度	介入群	3.5 ± 1.5	0.306	4.8 ± 1.5	0.514	4.2 ± 1.9	0.977	0.6 ± 2.2	0.481	0.618
	対照群	2.8 ± 1.3		4.5 ± 1.0		4.2 ± 1.3		1.2 ± 1.4		

表 5 模擬患者（無関心期）におけるロールプレイ後の技術項目の平均値の比較

		ベースライン	P値	直後	P値	3か月後	P値	3か月後とベー	P値	多元配
		(無関心期)	平均値±SD	(関心期)	平均値±SD	(無関心期)	スラインの差	スラインの差		
		(n=11)		(n=11)		(介入群n=10, 対照群n=9)		平均値±SD		置分散
										分析
										P値
A 対象者と関係をつくる	介入群	11.6 ± 2.1	0.149	12.7 ± 1.7	0.602	12.1 ± 3.6	0.813	0.4 ± 4.1	0.364	0.585
	対照群	10.3 ± 2.1		12.3 ± 1.6		12.4 ± 2.5		2.0 ± 3.3		
B対象者をアセスメントする	介入群	14.0 ± 2.4	0.430	15.6 ± 2.1	0.956	15.4 ± 3.6	0.637	1.6 ± 3.8	0.558	0.961
	対照群	13.2 ± 2.4		15.6 ± 1.7		16.2 ± 3.8		2.9 ± 5.6		
C行動変容に対する関心・意欲を高める	介入群	9.7 ± 1.3	0.865	11.8 ± 1.0	0.558	10.9 ± 1.7	0.512	1.2 ± 2.2	0.379	0.937
	対照群	9.6 ± 1.2		11.5 ± 1.5		11.6 ± 2.6		2.2 ± 2.7		
D健康課題と生活実態をつなぐ	介入群	7.1 ± 1.2	0.856	8.2 ± 0.9	0.155	7.4 ± 2.0	0.745	0.3 ± 1.9	0.970	0.614
	対照群	7.0 ± 1.1		7.6 ± 1.0		7.1 ± 1.8		0.3 ± 1.9		
E生活実態と行動計画をつなぐ	介入群	10.5 ± 2.2	0.151	11.3 ± 1.2	0.718	10.7 ± 3.1	0.684	0.0 ± 3.6	0.126	0.749
	対照群	8.9 ± 2.6		11.5 ± 1.7		11.2 ± 2.2		2.8 ± 4.0		
F実行に向けた自信を高める	介入群	7.0 ± 2.0	0.212	7.9 ± 1.1	0.797	7.3 ± 2.4	0.898	0.4 ± 2.3	0.348	0.871
	対照群	5.9 ± 1.9		7.7 ± 1.3		7.4 ± 2.4		1.8 ± 3.8		
行動変容に対する重要性の認識	介入群	7.1 ± 0.8	0.067	7.5 ± 0.7	0.407	7.0 ± 1.5	0.888	-0.1 ± 1.4	0.425	0.465
	対照群	6.4 ± 0.9		7.2 ± 0.6		7.1 ± 1.9		0.7 ± 2.5		
行動変容を成し遂げる自信の認識	介入群	5.9 ± 1.4	0.411	6.9 ± 0.9	0.689	6.4 ± 1.3	0.589	0.5 ± 1.4	0.554	0.934
	対照群	5.3 ± 2.1		6.7 ± 1.2		6.0 ± 1.9		1.2 ± 3.3		
今回の保健指導の満足度	介入群	3.3 ± 0.6	1.000	3.4 ± 0.7	0.515	3.3 ± 1.2	0.370	0.0 ± 1.3	0.447	0.903
	対照群	3.3 ± 0.5		3.5 ± 0.5		3.8 ± 1.1		0.4 ± 1.1		

表 3・4 とともに、* P<.05 を示す

*直後は関心期 2 事例の技術項目の平均値を示す

*ベースライン、直後、3 か月後の平均値、3 か月後からベースラインの平均値の差の 2 群間の平均値の比較には t 検定を用いた

*多元配置の分散分析では群別、所属、経験年数、学歴、学会発表経験、理論の活用、研修参加時間を因子とした

表 6 保健師（準備期）におけるロールプレイ後の保健指導に対する評価

		ベースライン (準備期)		直後 (関心期)		3か月後 (準備期)		3か月後とベ ースラインの差		多元配 置分散 分析 P値	
		介入群	対照群	P値	介入群	対照群	P値	介入群	対照群		
		平均値±SD (n=11)	平均値±SD (n=11)		平均値±SD (介入群n=10, 対照群n=9)	平均値±SD (介入群n=10, 対照群n=9)		平均値±SD	平均値±SD		
A 対象者と関係をつくる	介入群	10.1 ± 2.1	10.8 ± 2.2	0.219	10.6 ± 2.0	10.0 ± 2.2	0.535	0.3 ± 2.8	-0.9 ± 2.5	0.342	0.556
	対照群	11.0 ± 1.0	11.0 ± 0.9	0.804							
B 対象者をアセスメントする	介入群	12.8 ± 2.6	13.3 ± 2.8	0.110	13.1 ± 2.1	12.3 ± 2.4	0.476	0.2 ± 3.3	1.3 ± 3.3	0.463	0.012*
	対照群	11.0 ± 2.5	12.8 ± 1.3	0.566							
C 行動変容に対する関心・意欲を高める	介入群	8.6 ± 2.6	9.1 ± 2.2	0.584	9.2 ± 1.8	8.7 ± 1.9	0.530	0.4 ± 2.8	0.9 ± 2.1	0.677	0.125
	対照群	8.1 ± 2.0	8.7 ± 1.4	0.604							
D 健康課題と生活実態をつなぐ	介入群	6.1 ± 1.9	6.0 ± 1.4	0.811	6.3 ± 1.3	6.0 ± 1.2	0.605	0.0 ± 1.7	0.2 ± 1.6	0.776	0.121
	対照群	5.9 ± 1.6	6.1 ± 1.0	0.799							
E 生活実態と行動計画をつなぐ	介入群	7.6 ± 2.8	8.7 ± 2.3	0.936	8.9 ± 1.7	8.3 ± 1.9	0.494	1.2 ± 2.7	0.8 ± 1.9	0.703	0.643
	対照群	7.5 ± 2.5	8.6 ± 1.3	0.910							
F 実行に向けた自信を高める	介入群	5.8 ± 2.0	5.5 ± 1.5	0.457	5.9 ± 1.4	5.0 ± 1.3	0.177	-0.1 ± 2.3	-0.1 ± 2.2	0.992	0.993
	対照群	5.2 ± 1.9	5.7 ± 1.5	0.834							
保健指導の自信度	介入群	4.2 ± 1.8	4.8 ± 1.5	0.429	5.1 ± 1.7	4.2 ± 1.3	0.221	0.7 ± 2.7	0.6 ± 1.2	0.882	0.576
	対照群	3.6 ± 1.4	4.5 ± 1.0	0.514							

表 7 模擬患者（準備期）におけるロールプレイ後の技術項目の平均値の比較

		ベースライン (準備期)		直後 (関心期)		3か月後 (準備期)		3か月後とベ ースラインの差		多元配 置分散 分析 P値	
		介入群	対照群	P値	介入群	対照群	P値	介入群	対照群		
		平均値±SD (n=11)	平均値±SD (n=11)		平均値±SD (介入群n=10, 対照群n=9)	平均値±SD (介入群n=10, 対照群n=9)		平均値±SD	平均値±SD		
A 対象者と関係をつくる	介入群	13.2 ± 2.0	12.7 ± 1.7	0.808	12.6 ± 2.6	12.6 ± 2.4	0.970	-0.5 ± 3.0	-0.6 ± 3.0	0.968	0.712
	対照群	13.4 ± 1.4	12.3 ± 1.6	0.602							
B 対象者をアセスメントする	介入群	16.4 ± 2.2	15.6 ± 2.1	0.785	16.5 ± 2.6	17.2 ± 3.1	0.588	0.0 ± 2.7	0.6 ± 3.4	0.695	0.467
	対照群	16.6 ± 2.4	15.6 ± 1.7	0.956							
C 行動変容に対する関心・意欲を高める	介入群	11.5 ± 1.6	11.8 ± 1.0	0.407	12.0 ± 1.9	12.2 ± 1.4	0.776	0.6 ± 2.2	0.4 ± 2.0	0.874	0.419
	対照群	11.9 ± 0.8	11.5 ± 1.5	0.558							
D 健康課題と生活実態をつなぐ	介入群	7.3 ± 1.8	8.2 ± 0.9	0.196	8.1 ± 1.1	8.2 ± 1.0	0.802	1.0 ± 1.5	0.2 ± 1.4	0.258	0.599
	対照群	8.1 ± 0.9	7.6 ± 1.0	0.155							
E 生活実態と行動計画をつなぐ	介入群	12.4 ± 1.4	11.3 ± 1.2	0.360	12.8 ± 1.6	12.7 ± 2.3	0.884	0.2 ± 1.8	1.0 ± 2.9	0.473	0.882
	対照群	11.7 ± 1.7	11.5 ± 1.7	0.718							
F 実行に向けた自信を高める	介入群	8.6 ± 1.4	7.9 ± 1.1	0.437	8.4 ± 1.3	8.2 ± 1.6	0.793	-0.4 ± 1.5	0.0 ± 1.7	0.597	0.702
	対照群	8.2 ± 1.3	7.7 ± 1.3	0.797							
行動変容に対する重要性の認識	介入群	7.3 ± 1.4	7.5 ± 0.7	0.375	7.9 ± 1.4	8.1 ± 1.2	0.733	0.8 ± 2.1	0.6 ± 1.7	0.787	0.978
	対照群	8.1 ± 1.2	7.2 ± 0.6	0.407							
行動変容を成し遂げる自信の認識	介入群	7.3 ± 0.6	6.9 ± 0.9	0.648	7.6 ± 1.5	7.4 ± 1.9	0.844	0.3 ± 1.4	0.1 ± 2.3	0.828	0.817
	対照群	7.4 ± 1.9	6.7 ± 1.2	0.689							
今回の保健指導の満足度	介入群	3.5 ± 0.5	3.4 ± 0.7	0.797	3.4 ± 0.8	3.9 ± 1.1	0.278	-0.1 ± 0.9	0.4 ± 1.4	0.324	0.612
	対照群	3.9 ± 1.1	3.5 ± 0.5	0.515							

表 5・6 とともに、* P<.05 を示す

*直後は関心期 2 事例の技術項目の平均値を示す

*ベースライン、直後、3か月後の平均値、3か月後からベースラインの平均値の差の2群間の平均値の比較にはt検定を用いた

*多元配置の分散分析では群別、所属、経験年数、学歴、学会発表経験、理論の活用、研修参加時間を因子とした

図2 無関心期の技術項目(3か月後からベースラインの差)における保健師・模擬患者別2群の比較

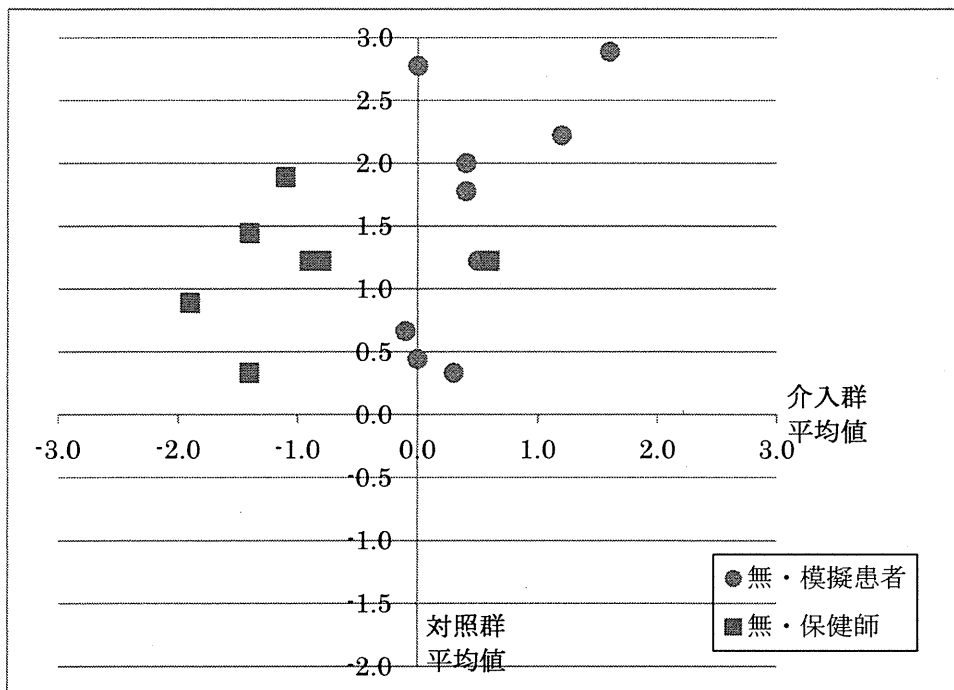


図3 準備期の技術項目(3か月後からベースラインの差)における保健師・模擬患者別2群の比較

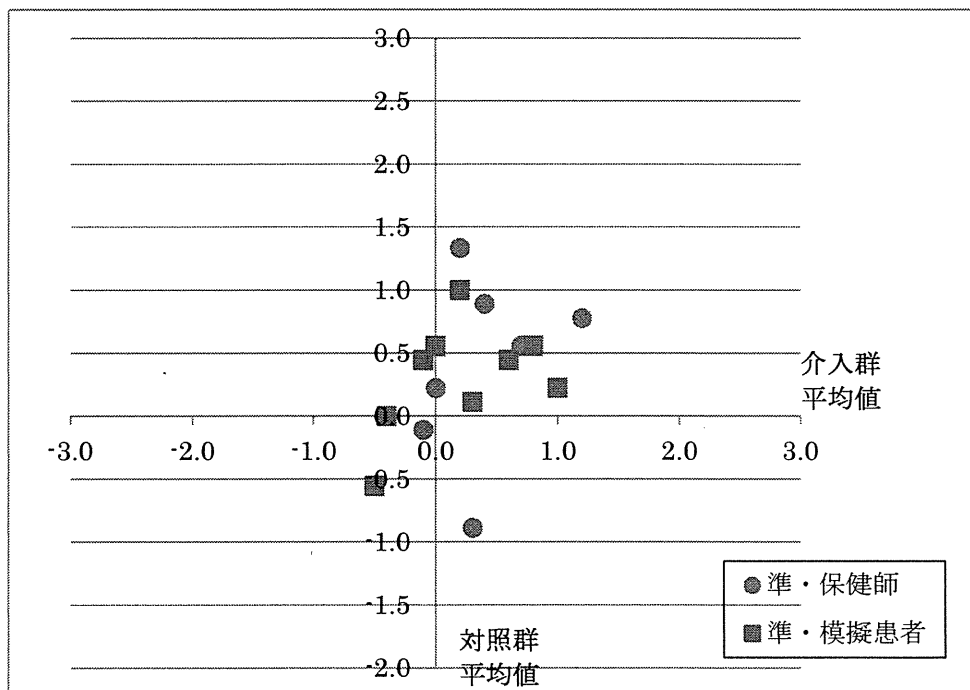


表 8 プログラムの内容別役に立った程度

項目	とても役に 立った	やや役に立っ た	どちらとも言 えない	あまり役に立 たなかった	全く役に立た なかった
1 模擬患者とのロールプレイ	6(54.5)	5(45.5)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
2 自己・他者評価	6(54.5)	5(45.5)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
3 音声データ	5(45.5)	5(45.5)	1(9.0)	0(0.0)	0(0.0)
4 自己の強み・課題確認シート	4(36.4)	7(63.6)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
5 保健指導の振り返りシート	4(36.4)	7(63.6)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
6 学びの振り返りシート	3(27.3)	8(72.7)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
7 ひとこと日記	0(0.0)	6(54.5)	4(36.4)	1(9.0)	0(0.0)
8 職場の課題	8(72.7)	2(18.2)	1(9.0)	0(0.0)	0(0.0)
9 事例の検討と計画立案	6(54.5)	2(18.2)	3(27.3)	0(0.0)	0(0.0)
10 参加者同士のロールプレイ	6(54.5)	5(45.5)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
11 参加者同士のロールプレイの観察	8(72.7)	3(27.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
12 参加者同士のロールプレイの振り返り	7(63.6)	4(36.4)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)

n=11

人数(%)を示す

表 9 プログラムに他にどんな含まれているとよいか (自由記載)

- ・女性の生活ライフステージに添った支援方法、ホルモンとコレステロールなどの関連性 (年齢別)・エンパワメントを高める方法・グループ支援の方法
- ・グループ間の保健師の交流、特定保健指導の先迫地 (組織) の事例紹介
- ・グループでの事例検討の時間がもう少し多ければ良いなと思いました。
- ・データの見方 (保健指導の原点だと思います) 読みこなす力をつける
- ・医学的知識についての内容 (栄養とか運動とか)
- ・実際に直面している課題、事例検討が一緒にできたらよかった
- ・病態と生活課題を結びつける技術について、もう少し詳しく練習したかったです。(自分の勉強不足もありますが、結果説明も担当のメインだと思うので) また、本日話されていた母子の方の研修も参加し、勉強したいです。
- ・良いオープンクエスチョンの例などがあると、想像ができやすかったかもしれないです

図4 研修後も自己学習として継続的に取り組んでいきたいと思うこと（複数回答）

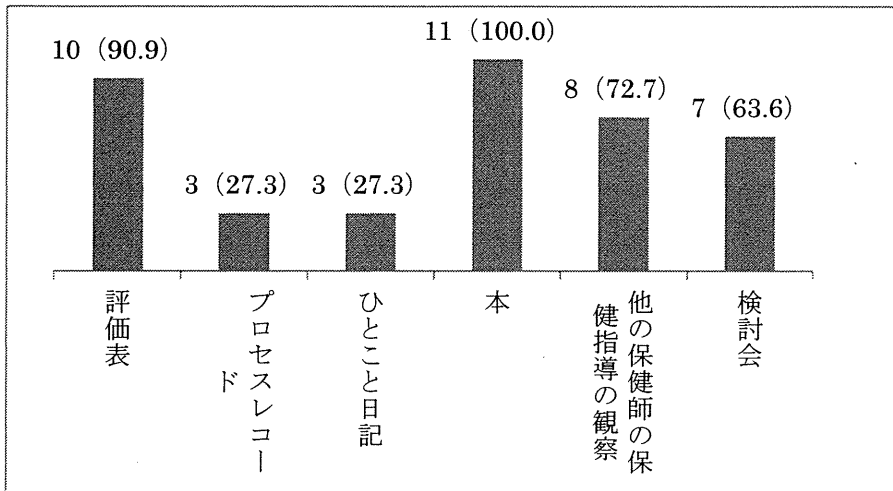
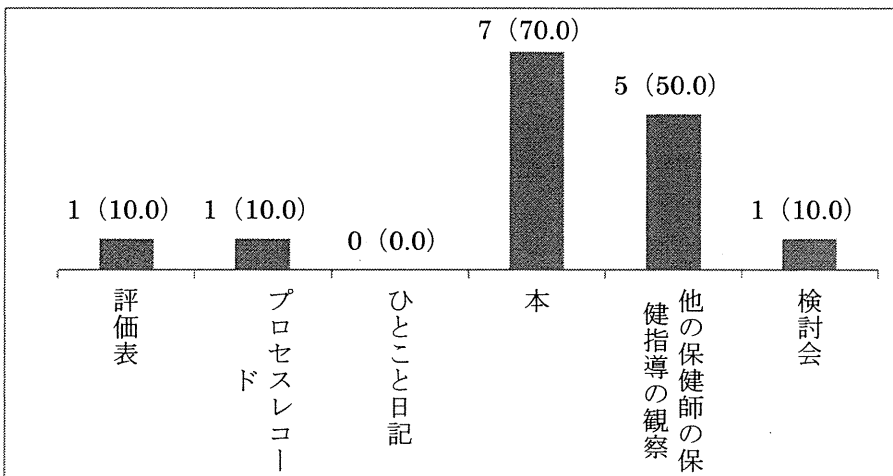


図5 現在、自己学習として取り組んでいること（複数回答）



子育て世代への生活習慣病対策における保健指導技術項目に関する研究

研究分担者 草野 恵美子（大阪医科大学 看護学部）

研究要旨

「子育て世代に特異的であり、かつ、保健指導によって介入可能と考える要因」に考慮した、子育て世代に効果的な生活習慣病予防対策における保健指導について検討することを目的とした。本研究班ではこれまで中心的課題として「行動変容を促す保健指導における保健師のコア技術項目」について検討し、保健指導プログラムの開発に取り組んできた。この技術項目を基本として、「子育て世代に特異的であり、かつ、保健指導によって介入可能と考える要因」を考慮した保健指導技術項目の試案を作成する事とした。今後は、今回検討した保健指導項目の試案の効果の検証が必要である。

1. はじめに

子育て世代は子育てに忙しい毎日を送っており自分自身の健康を振り返る余裕がない場合も多い。また近年の晩婚化や初産年齢の上昇に伴って乳幼児を育てる子育て世代の年齢も上昇しており、自分自身の健康リスクも高くなってきている。従って今後ますます子育て世代を対象とする生活習慣病対策の強化が必要となると考えられる。保健指導を実施するにはどんな対象であっても対象者の特性に合わせたものが必要であるが、子育て世代の特徴としては子どものことを最優先に考え、自身の健康が後回しとなりがちであることが考えられる。

本研究班ではこれまでに「子育て世代に特異的であり、かつ、保健指導によって介入可能と考える要因」について検討した。今後具体的な保健指導を検討するにはこのような要因に考慮することで効果的な保健指導につながる事が考えられる。

そこで本研究では「子育て世代に特異的であり、かつ、保健指導によって介入可能と考える要因」に考慮した、子育て世代に効果的な生活習慣病予防対策における保健

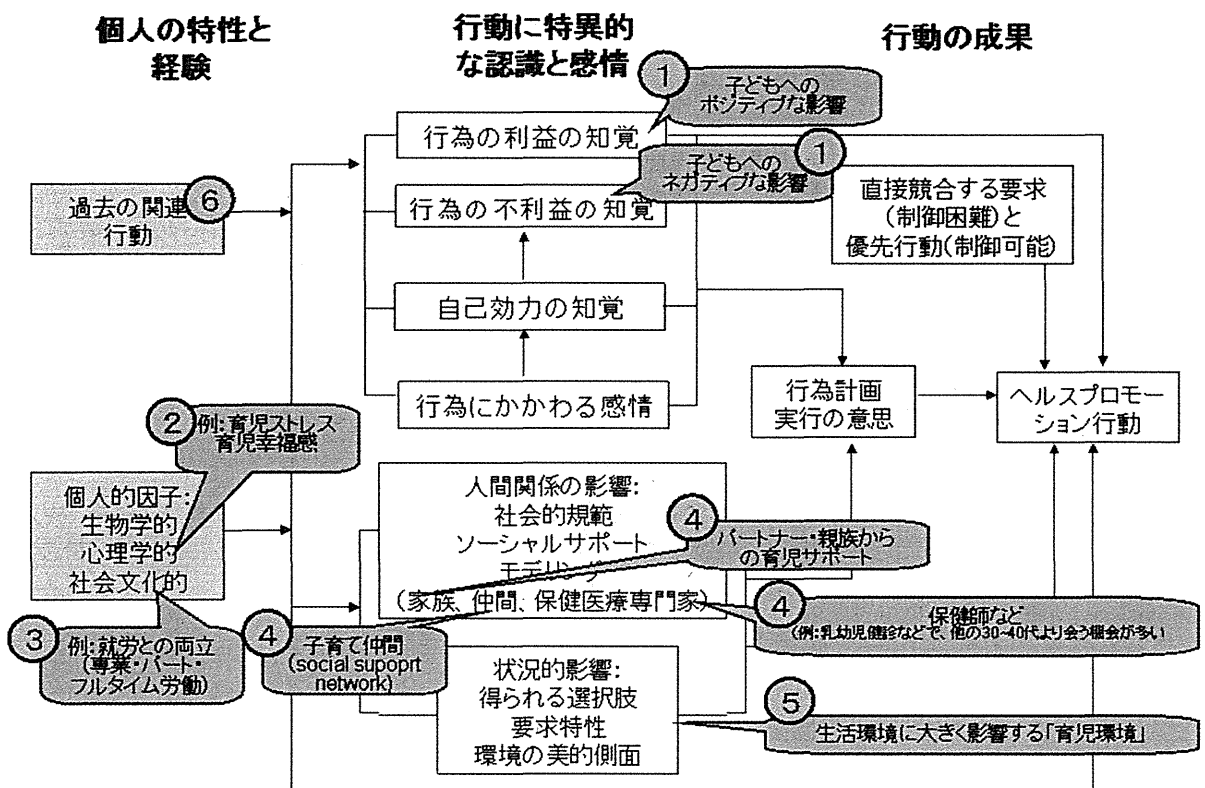
指導について検討することを目的とした。

2. 方法

本研究班では中心的課題としてこれまで「行動変容を促す保健指導における保健師のコア技術項目」について検討し、保健指導プログラムの開発に取り組んできた。この技術項目はPenderによる「改訂ヘルスプロモーションモデル（以後、改訂HPMとする）」¹⁾を理論的根拠としている。また「子育て世代に特異的であり、かつ、保健指導によって介入可能と考える要因」の検討も同様にこのモデルに基づいて行った。そこで本研究では、この技術項目を基本として、「子育て世代に特異的であり、かつ、保健指導によって介入可能と考える要因」を考慮した保健指導技術項目の試案を作成する事とした。

3. 改訂HPM¹⁾に基づいた、子育て世代に特異的であり、かつ、保健指導によって介入可能と考えられる要因と今回の試案の主な対象

下記の図はペンダーの改訂HPM¹⁾をもとに、子育て世代が対象となった場合に考えられる例を①～⑥に示したものである（それぞれを導き出した文献的考察は平成22年度の本研究班報告書を参照）。これをもとに各技術項目の検討を行った。特に乳幼児期初期は育児不安が高いといわれ、また、就労している者（特に母親）にとっては仕事と育児生活の両立を確立していくために奮闘している時期とも考えられる。そこで今回は主に乳幼児期初期の子どもをもつ母親に特に焦点を当てて検討することとした。



Pender, N.J. 改訂ヘルスプロモーションモデルを参考に作成

4. 子育て世代への生活習慣病対策における保健指導技術項目の試案

以下は本研究班による保健指導技術項目のそれぞれに対して、子育て世代を対象とする場合には改定HPMのどの要因に働きかけ、どのような保健指導が考えられるかということについての主な例を示した試案である。

1) 対象者と関係をつくる技術

中項目／目的	基本的技術項目	子育て世代を対象とする場合の主な例 (番号は前出の図に対応)
気持ちをほぐす技術 対象者が保健師と安心して話すことができる	対象者の表情、態度、言動から緊張や不安を察知する。 対象者が暖かく迎えられていると感じるように表情、言葉かけを行う等、雰囲気・環境づくりを行う。 話を引き出すために、オープンクエスチョンを用いる。	【④人間関係の影響：保健医療専門家】 子育て世代の母親の多くは、保健師とは新生児期の家庭訪問や乳幼児健診を通して接触がある。そこでその共通点を活用して、子どもの健診や最近の様子などを入口として、話やすい雰囲気づくりをする。
気持ちを聴く技術 対象者が保健師に気持ちや考えを話すことができる	対象者が聞いてほしいと思っている、または聴く必要性があるタイミングを捉え、話しやすいように配慮して聴く。 聴いた後に簡潔にまとめて内容を確認する。	【④人間関係の影響：ソーシャルサポート】 育児生活の状況を育児に関する悩み等がないか、また育児のがんばりを認めるなどの一種のソーシャルサポートに近い支援も提供し、育児生活に関する大変さなどに共感することなどにより、「気持ちを聴く」姿勢を示して、保健師への信頼度を上げていく。
気持ちを捉える技術 対象者が生活の改善に向け前向きに考えることができる	対象者が努力している点やよい部分、または難しい、大変と感じている部分など、対象者が認めてほしいと感じている思いや価値観を捉える。 対象者の思いや価値観を否定せずしっかりと聴き、肯定的に受け止める。	【②個人的因子：心理学的】 生活習慣改善に関して努力していることを捉えるにあたって、生活の多くを占める育児という要因による育児ストレスなどに伴う生活上の大変さなどについての気持ちを捉えながら、自身の健康に目を向けて気持ちを引き出す。

2) 対象者をアセスメントする技術

中項目／目的	基本的技術項目	子育て世代を対象とする場合の主な例 (番号は前出の図に対応)
<p>気持ちの変化をアセスメントする技術 対象者が気持ちの変化に応じた支援を得ることができる</p>	<p>常時、対象者のことば、表情、態度や、話を聴く姿勢を捉える。上記の情報から行動変容に関する対象者の気持ちの変化をアセスメントする。</p>	<p>【②個人的因子：心理学的】 育児生活の状況を捉えながら、自分自身の生活や健康を振り返る余裕が出てきているかどうかなどについてアセスメントする。</p>
<p>行動変容に対する関心の程度をアセスメントする技術 対象者が現在の関心の程度や変化ステージに応じた支援を得ることができる</p>	<p>特に保健指導の初めの段階において、対象者の保健指導を受ける姿勢、健康課題に対する認識等を捉える。 過去に行動変容を試みた経験や、今後どのような生活をしたいか語ってもらうためにオープンクエスションを用い、行動変容に対する考え方を把握する。 上記の情報から行動変容に対する関心の程度や変化ステージをアセスメントする。</p>	<p>【⑥過去の関連行動】 上記でアセスメントして可能な状況の場合、過去に自分自身の健康改善に関して行動変容を試みた経験や、今後、育児をしながら自分の健康を保ちつつ、どのような生活がしたいのか、などについてアセスメントする。</p>
<p>健康課題をアセスメントする技術 対象者が将来の健康を損なうリスクをふまえた支援を得ることができる</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・特に保健指導の初めの段階において、対象者の既往歴、家族歴、検査値や体重の推移、生活習慣、職場環境等について情報収集する。 ・上記の情報から対象者の潜在的、予測される健康課題とその程度をアセスメントする。 	<p>【⑥過去の関連行動】 これまでの既往歴、家族歴や健診・検診を受けた経験とその結果の受け止め方などについてアセスメントする。</p>
<p>生活をアセスメントする技術 対象者が生活（生活状況・生活を規定する価値観）を踏まえた支援を得ることができる</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者に普段の生活を語ってもらうためにオープンクエスションを用いたり、具体的な情報を得るためにクローズドクエスションを用い、対象者の食事・運動状況、仕事の状況、ライフスタイル等を把握する。 ・本人の仕事、家庭を含めた生活を語ってもらうためにオープンクエスションを用い、対象者の家族等のサポート力、本人の強みや弱みを捉える。 ・本人の健診や健診結果についての考え、思いを語ってもらうためにオープンクエスションを用い、健康観を捉える。 ・上記の情報より対象者の生活（生活状況、生活を規定する価値観）をアセスメントする。 	<p>【③個人的因子：社会文化的】 就労している場合、育児と仕事の生活におけるワーク・ライフ・バランスがとれた生活を送ることができるか、などについてアセスメントする。</p> <p>【④人間関係の影響：家族】 育児を含めた夫や家族のサポートの状況とそれに対する本人の満足度などについてアセスメントする。</p> <p>【⑤状況的影響】 育児環境が整わず、自分自身の健康を振り返る機会を得られないという状況がないかどうか、また、子育ての問題により健診・検診受診行動が妨げられていないかなどについてもアセスメントする。</p>