

# 特定保健指導における市町村支援の方法

今井博久／中尾裕之 国立保健医療科学院

前回は、特定健診保健指導におけるデータを混沌としたままで眺めず、まずは基本的なデータ分類を行い定量的な評価を試みることを提案しました。積極的支援と動機づけ支援とでは、保健指導介入量が大きく異なるため効果も相当違ってきます。また性別と年齢の差も大きいので、これらを分けて評価する必要があるわけです。

これらの分類を行って平均値を比較することで、概ね介入の効果が見えてきます。しかしながら、平均値を見てもまだ不十分でデータの解釈を誤ってしまう場合がありますので、度数分布を描くことを奨めます。前回は分布について

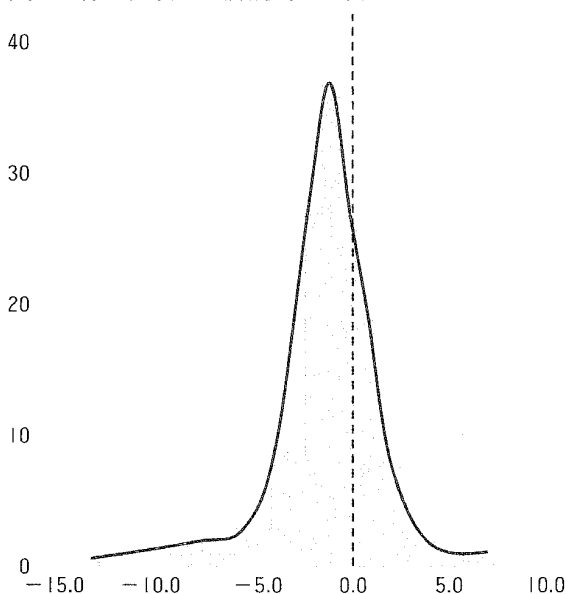
言及しましたが、若干説明不足でしたので再度説明しましょう。

### 分布をみる

図1は、前回のF市の動機づけ支援の男性の、65歳以上における体重(kg)の変化分の度数分布です。分析の対象者数が162人で平均値が-1.1kg、中央値が-1.0kgでした。体重が増加した対象者もいましたが、全体の7割が体重減少し、そのうち-1~-2kgの対象者が多い結果でした。

「振り返り記録」では「保健指導介入の回数が少なかった」と担当者は反省していましたが、生活改善に主眼を置いた保健指導プログラムで、平均値や度数分布などの定量評価からみると、初年度は概ね成功したと言えるでしょう。

図1 体重変化の度数分布(F市)

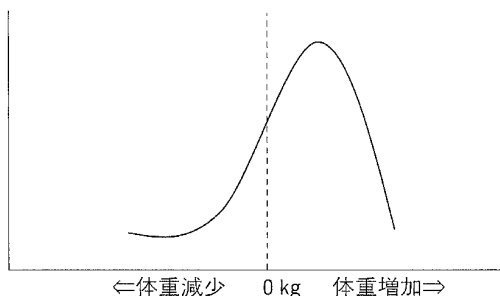


### 分布図のタイプ

全国から幅広く収集した50万人の特定健診保健指導のデータを整理して市町村別にグラフを描いてみました。その結果、さまざまなタイプの度数分布が得られました。ここでは、典型的な3つのモデル図を使って解説をします。

図2は図1と対称的な度数分布図で体重減少も増加もいますが、対象者の7~8割程度は体

図2 体重増加に偏った度数分布

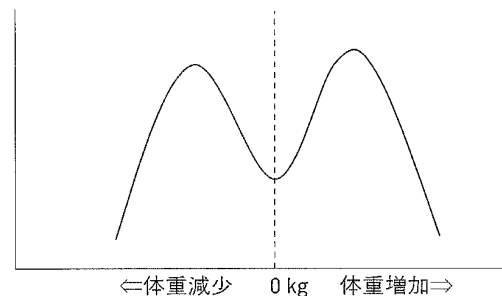


重増加が占めています。全体の平均値や中央値は体重増加になっており、このタイプの市町村は保健指導の効果を十分に挙げられなかったと評価できます。この場合、保健指導プログラム自体がおそらく全般に不適切で、たとえば初期のアセスメントが中途半端であったり、食事や運動の指導が不十分であったり、また指導スタッフの技術力の不足なども要因として考えられます。

図3はいわゆる二極化したタイプの例です。このタイプの市町村はかなり多くありました。一般に、動機づけ支援では保健指導介入量が少ないため、優れた保健指導プログラムでなければ大きな効果は期待できず、むしろ、参加者側に高いモチベーションがあれば効果が大きく、低ければ効果が表れません(場合によっては体重増加のようなマイナス効果が出てしまいます)。

この二極化のタイプは保健指導プログラムの

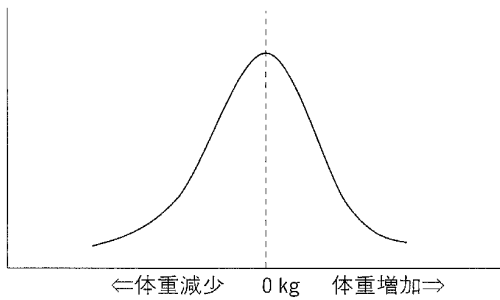
図3 二極化した度数分布



内容のみならず参加者側の要因も少なからずあると考えられます。たとえば、ある市では保健指導参加率を高めようと、健診受診者が健診結果を受け取りに来るようにし、そのときに保健指導該当者に保健指導教室に参加するように誘い、保健指導参加率を高くすることに成功しました。しかしながら、この方法の副作用として、モチベーションがあまり高くない参加者も混じってしまい、無関心期にあったままで保健指導を受ける参加者もいました。その結果、体重が増加してしまう人もかなり出てしまい、結局は、図3に表れるように二極化した結果を招いたようでした。

図4は原点を中心とした分布に近い形のタイプです。上述したように動機づけ支援ではもと介入量が少なく、大きな保健指導の効果を挙げることは簡単ではありません。初年度の結果を使って動機づけ支援の度数分布のグラフを描くと、保健指導の影響は非常に小さくその効

図4 原点を中心とした度数分布



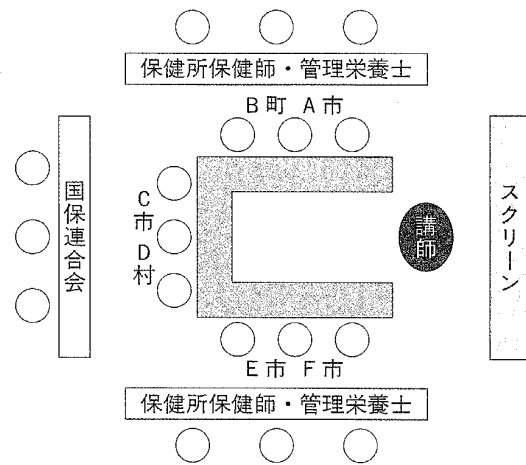
果はほとんどなかったことを示唆する形のものが多くありました。これは積極的支援にはない特徴でした。自分の市町村の度数分布を描いてこの形に近ければ、保健指導はほとんど効果がなかったと判断してもよく、次年度に向けて保健指導プログラムの抜本的な改善を検討すべきでしょう。

### 市町村保健師支援

さて、半年間の連載も今回で終了になりますが、最後に市町村の現場で一生懸命に頑張っている保健師や管理栄養士を今後どのようにサポートしていけばよいかを説明しましょう。県の保健所保健師、都道府県国保連合会の保健師らの関係者は、市町村の保健師や管理栄養士に対する研修企画や技術支援などを、これまでも数多く実施してきていると思います。連載第4回(4月号)でも研修会のあり方について言及しました。

これまでに県保健師や国保連合会保健師から、市町村保健師のサポートの方法について何度も相談を受けてきました。「現場の細かいことは、新しい制度ということもあり、正直なところわからない。具体的にどのようにサポートしていったらいいものやら」ということでした。保健師の方たちとのディスカッションから出された答えは、「情報交換の場」や「データ共有の機会」の提供などを行い、市町村保健師

図5 研修会の机配置図



や管理栄養士が自立して効果的な保健指導を実施できるようになる支援をめざすこと、でした。

図5は私がしばしば実施してきた研修会における机の配置図です。たとえば、会議室で中央にいくつかの市町村の保健師や管理栄養士がコの字の形に座り、事前に提出があった保健指導データと振り返り記録表について分析した結果をプロジェクターで提示しながらディスカッションを行い、要因分析と改善策を一緒に検討していきました。そのやり取りをその後ろや周りで県や国保連合会の保健師らがオブザーバー的に聞いていました(ときどき意見交換も行いました)。こうすることで、県や国保連合会の保健師らもそれぞれの市町村が抱える現状の課題や解決策に向けたヒントなどを把握できるようになりました。

具体的には、比較的成功した市町村とあまりうまくいかなかった近隣の市町村の間に立って、成功要因や具体的な方法などの受け渡しを行う場を管内に設定したり、あるいはもう少し軽めの交流会を設けたりするなど、「情報交換の場」の提供を行うことがサポートとして有効でした。またデータ収集を実施し県内市町村の

結果を比較検討する、「データ共有の機会」の提供の役割を担うことも重要なサポート方法になりました。

## 自分のためにも

この連載で「評価」の重要性をしばしば説いてきました。こうした評価を行わないで先に進むことは、失敗の原因がわからず無駄な指導が多くなり、住民ばかりではなく保健師自身もいたずらに疲弊してしまいます。

以前に私が保健師のメンタルヘルスをテーマに本誌で連載させていただいた「保健師は燃えつきている……」(2007年1~4月号)では、現場の保健師から「自分の仕事の成果がはっきりしない」「保健師の仕事はやってもやっても達成感が得られない」というご意見が多く寄せられました。実際、これらが積み重なってバーンアウト(燃えつき症候群)に至ることを指摘しました。

新しく始まったメタボ対策ではほとんどの保健師が一生懸命に取り組み、頑張ってきたことと思いますが、実施した保健指導についてしっかりと評価をしてきていないのではないのでしょうか。評価を行わないために本当の意味で改善も得られず、結局のところ、効果が挙がらない方法や効率的でない方法を繰り返し行ってしまい、成果が得られないまま心身ともに疲弊してしまっているのではないかと懸念されます。保健師や管理栄養士の自らのアイデンティティーのためにも定量的な評価を実施しましょう。

## 今後に向けて

連載を開始して以来、読者の方々から「評価について不明な点が多かったが、方向性が見えてきた」や「市町村の保健師や管理栄養士に保健指導の『振り返り記録』を書いてもらい、指

導の改善策を促しました」など、概ね好意的な意見や感想を電話や電子メールでいただきました。雑多な内容で半年間にわたって連載してきましたが、とりわけ第3回や第5回の内容はもう一度読んでいただけたら役立つかもしれません。

初夏の今頃は多くの市町村で2011(平成23)年度の特健診を実施している頃でしょう。秋から始まる保健指導の方法を検討する時間はまだあります。効果を挙げるためには、食事や運動のアセスメントをしっかりと実施し、それを活用できる保健指導の内容を検討し、対象者のモチベーションを維持できるような6か月間のプログラムを開発しましょう。電話やレター、その他の方法など知恵を絞り、地域事情に合った方法を見つけて効率よく保健指導を実施していきましょう。保健師と管理栄養士が連携し協力しながら、また周りの事務系関係者をうまく巻き込んだ実施体制の構築を試みましょう。

まだお伝えしたい保健指導の方法論やデータ解析結果などが山ほどありますが、一連の連載はこれで幕引きになります。地域で活動されている保健師や管理栄養士に役立つ内容を提供できたであろうか、といささか心もとありません。これから私たちが取り組む2010(平成22)年度データを含めた解析ができましたら、またどこかで提供していきたいと考えております。

今井博久(いまい・ひろひさ)

国立保健医療科学院

〒351-0197 埼玉県和光市南2-3-6