

# 壮年期・老年期における住民自身による生活習慣病予防への取り組みを支える 保健師活動の方法

松下光子 米増直美 坪内美奈 森仁実 杉野緑 北山三津子 菱田一恵 大井靖子 大川眞智子  
岩村龍子 会田敬志 両羽美穂子 平山朝子 (大学) 堀幼子 横山郁代 柴田恵津子 小山美香  
松本真理 佐藤沙夜香 服部寛子 (羽島市保健センター) 橋本詩子 国井真美子 (羽島市高齢福祉課)

## I. はじめに

羽島市の共同研究は、5年目を迎える。今年度は、保健師との話し合いの結果、平成14年度から開始した個別健康教育について評価を行い、その効果を確認できるようにしたいという希望があった。個別健康教育は、多くの健診受診者がいるなかで、対象となるのは少数の住民であり、保健師、栄養士などスタッフが集中的にかかわり実施している。その意味や意義、今後のあり方を検討したいという思いがあった。そこで、生活習慣病予防への住民自身の取り組みの支援について、個別健康教育の評価を通して基本健診事後指導のあり方という視点から考えていくこととした。

## II. 目的

平成14、15年度と実施した個別健康教育の効果を確認し、評価する。さらに、生活習慣病予防につながる基本健康診査事後指導としての今後の活動を検討する。

## III. 方法

### 1. 現在の基本健康診査および事後指導の流れの確認

基本健康診査および事後指導の流れと意図を書き出す。

### 2. 実施した個別健康教育の内容の検討

平成15年度の高脂血症個別健康教育、14年度の高血圧個別健康教育の内容(目的、対象選定方法、教育の内容、スタッフ)とその意図を書き出し、検討する。

### 3. 個別健康教育が参加者に与えた影響の検討

参加者のその後の状況を把握し、個別健康教育が参加者に与えた影響を検討する。

検査データは、平成15年度は教育開始2ヶ月前の健診結果、教育中および教育終了時、終了4ヵ月後の健診結果、平成14年度は教育開始2ヶ月前の健診結果、教育終了時、終了後4ヵ月後の健診結果、把握できた人は終了1年後の訪問時の測定結果である。指導・生活・意識状況は、教育中の指導とその後の生活・意識(H15は3ヵ月後と7-9ヵ月後に訪問または電話。H14は1ヵ月後と1年後に訪問または電話。)から、参加者毎に影響と今後必要と思われる援助を検討する。

## IV. 結果

1. 現在の基本健康診査および事後指導の流れ  
対象：40歳以上の市民で職場等で健診機会のない人。生活習慣病治療中除く。

周知方法：市の広報と40歳以上の市民全員に郵送による個別通知。

受診方法：基本健診を実施している市内の開業医を直接受診。期間は6月1日～7月31日。自己負担1000円。検査内容は、以前は精密検査とした項目もすべて実施し、心電図まで含む。

結果説明：健診結果は受診した医療機関で本人が医師から説明を受ける。

平成15年度実績：対象者15500名(40歳以上人口34025名)、受診者10197名、受診率65.8%、医療機関で結果を受け取った人8300名である。

### <平成15年度高脂血症個別健康教育について>

#### 2. 実施した個別健康教育の内容と評価

目的：高脂血症について理解し、生活改善の方法を具体的に知る。自分自身の生活を振り返り、改善する点を理解する。検査数値の変化としては、体重・総コレステロール・中性脂肪の減少、HDLコレステロールの増加。

(意図：体重減少は成果としてわかりやすい)

対象選定方法：平成13、14年度の基本健康診査で高脂血症要観察・要指導でかつ肥満・肥満気味の60歳までの人181名に個別通知。

(意図：肥満のある場合は、体重で成果が出やすい。60歳までは自分で食事を作っている可能性が高い。)

参加者：参加を希望した10名

方法：実施した個別健康教育の内容は、表1に示した。

(意図：高脂血症の知識、運動、食事については専門家からの指導を受けられる、また、運動(ウォーキング)と食事(バイキング形式での食事の学習)について体験を通して理解する機会を作るため、3回の集団指導を組み入れた。)

評価：・参加者の関心が体重減少にのみ集まってしまった。高脂血症がなぜいけないのか、体重減少と血液データの改善のつながりまでの理解には至らなかった。

・半年間では体重の減少はあるが、血液データは上下しつつ減少する途中であり、自分自身の検査データを通して変化を理解することまでは難し

表1 平成15年度高脂血症個別健康教育のプログラム

回	時期	内容	指導者	家庭での実施事項
	9月下旬			生活調査票の作成 食生活プレ調査
1	10月1日 (集団)	オリエンテーション、血圧測定・ 体脂肪測定、身体計測、医師の話	保健師、管理栄養士 医師	運動のための聞き取り
2	10月29日 (集団)	運動の実践、血圧測定・体脂肪測 定、身体計測、ライフコーダーの 説明	運動指導士、保健師 管理栄養士	ライフコーダー 体重記録 1週間の食事記録
3	11月下旬 (個別)	血圧測定・体脂肪測定、身体計測 食事記録から聞き取り、血液検査	保健師、管理栄養士	ライフコーダー 体重記録
4	12月15日 (集団)	血圧測定・体脂肪測定、身体計測 ヘルシーバイキング	保健師、管理栄養士	ライフコーダー 体重記録
5	12月末	支援レター		
6	1月中旬 (個別)	血圧測定・体脂肪測定、身体計測 血液検査、高脂血症の病態確認	保健師、管理栄養士	ライフコーダー 体重記録
7	2月下旬 (個別)	血圧測定・体脂肪測定、身体計測 脂の摂り方	保健師、管理栄養士	ライフコーダー 体重記録
8	3月中旬 (個別)	血圧測定・体脂肪測定、身体計測 血液検査、基本健康審査について	保健師、管理栄養士	
9	3月末	支援レター		

表2 平成15年度高脂血症個別健康教育に参加しての感想・意見(複数回答)

参加動機	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個別通知をもらった。4名</li> <li>・食事について知りたかった。2名</li> <li>・やせたいと思い、みんなと一緒にならできるかなと思った。1名</li> <li>・血圧も高いし、食事のことも考えてもらえるようだったから。1名</li> <li>・もともと健康に関心があった。1名</li> <li>・無料だしいいかなと思った。1名</li> </ul>
印象に残ったこと	<ul style="list-style-type: none"> <li>・バイキング 5名</li> <li>・コレステロールや中性脂肪が高いとどうなるかの話 1名</li> <li>・果物でも中性脂肪が増えるということ。1名</li> </ul>
感想・意見	<ul style="list-style-type: none"> <li>・運動の仕方や食事についてわかった。3名</li> <li>・いろいろなことを教えてもらえてよかった。2名</li> <li>・わかっても実行できなかったことが実行に移せるようになった。1名</li> <li>・細かく具体的に指導してもらえてよかった。1名</li> <li>・体重も減ってよかった。1名</li> <li>・万歩計をつけ、体重を測ることがつらい、大変と思ったこともあるが、最終的には成果が出てよかった。2名</li> <li>・体重を減らすのは大変だと思った。1名</li> <li>・体重は結局減らなかった。1名</li> <li>・もっと運動しないとと感じている。2名</li> <li>・勉強したが、毎日の食事で何種類も作るのは無理。1名</li> <li>・教育中は競争のようにやっていたが一人になるとまあいいかとなってしまふ。1名</li> <li>・医師の話聞く機会を保健センターで作ってほしい。1名</li> </ul>

かった。

・ウォーキングは習慣化した人もいたが、全体としては実施が難しいようであった。

・バイキング方式の指導は、多くの参加者が印象に残ったと述べていた。

参加者の感想・意見等は、表2に示した。

3. 個別健康教育が参加者に与えた影響と今後必要な援助

血液検査データ:参加者全員の総コレステロール、

HDLコレステロール、中性脂肪、BMIについて、変化を確認した。4項目とも数値の改善が見られた、あるいは、上下しながら改善傾向にあったのは、4名、4項目中3項目に数値の改善が見られた、あるいは、上下しながら改善傾向にあったのは、3名、2項目が3名であった。全員に何らかの改善が見られた。

健康意識と生活習慣:教育終了時で全員何らかの取り組みができていた。3ヵ月後に状況を把握し

た9名中継続できている者6名、継続できていない者3名、7-8ヵ月後に状況を把握した7名中継続できている者6名、継続できていない者1名であった。

総合評価：表3に示すように、次の4つのグループに分かれた。

- ①生活習慣の改善が見られ、今後取り組み継続と状況確認が必要と思われるグループ
- ②日々の仕事が優先され生活習慣改善が困難であり、生活とのバランスを考えた取り組みや本人の気持ち・考えを本人とさらに話し合う必要があると思われるグループ
- ③生活習慣改善に取り組んでいるが教育後に生活習慣病の症状が出た、他の疾患で体調をくずした、あるいは家族の状況により生活習慣改善が困難で、すでに生活習慣病の治療中といった何らかの疾患の症状があり、健康状態全体の状況把握や確認が必要と思われるグループ
- ④生活習慣を急激に改善し、取り組みすぎてしまう傾向がある、あるいは、徐々に改善に取り組んでいるため、長期的に日常生活の中に新しい習慣を取り入れ定着させるための支援が必要と思われるグループ

#### <平成14年度高血圧個別健康教育について>

##### 2. 実施した個別健康教育の内容と評価

対象選定方法および参加者：平成12,13年度の基本健康診査で血圧値が要観察・要指導であった者890名に対して個別通知にて呼びかけ、参加を希望した者および広報を見て参加を希望した者計17名が参加。

方法：平成14年9月～平成15年3月。保健師と管理栄養士による個別面接、血圧測定と検査。

##### 3. 個別健康教育が参加者に与えた影響と今後必要な援助

参加者17名中、生活状況が把握できた16名について検討した。

血圧値の変化：血圧値の変化では、要指導域あるいは高値で上下している者6名、要指導域から要観察域で推移している者4名、要観察域で推移している者4名、正常域の者2名であった。横ばいで推移している者がほとんどであった。

健康意識と生活習慣：終了時は全員が生活習慣の改善ができていた。終了1ヵ月後に状況を把握した12名は、全員何らかの取り組みを継続できていたが、そのうち7名は、生活上の注意が守れなくなった部分があると述べていた。終了1年後に状況を把握した16名中、何らかの取り組みを継続できていた者は8名であった。

総合評価：表4に示す4グループに分かれた。

- ①自分なりに取り組めており、継続的な健診受診と状況確認が必要と思われるグループ
- ②生活習慣改善は困難な状況にある、あるいは、血圧が境界域で推移しており、さらに何らかの対応が必要と思われるグループ
- ③家族にも高血圧治療中あるいは何らかの疾患

を持つ者がおり、家族ともどもの取り組みや健康管理をさらに進める必要があると思われるグループ

④地域のリーダー的人材になっていく可能性を感じさせるグループ。④は、①～③と重なる。

#### V. 考察

##### 1. 個別健康教育の目的および方法について

平成15年度の高脂血症個別健康教育については、高脂血症について理解するために集団指導で医師の話を入れたが、体重を減らすことに参加者の注目が集まってしまい、知識とのつながりが不十分なままになってしまった。半年間では、自分自身の血液検査結果の変化を確認することが十分できないので、自分自身のこととして理解してもらうことは難しい。1年後、2年後の健診結果を見て、数値の変化を対象者とともに確認し、何度も知識を伝えていくことが必要である。対象者が高脂血症のことを理解し、自分自身で検査値の意味をわかり、生活を管理できるようになることを目指したい。

対象者の選定は、今回は、年齢と肥満の有無を考慮し、ある程度対象者の層をそろえるという方法をとった。集団指導も含まれるため、対象者の層がそろっているほうが内容も焦点化しやすく実施しやすい。また、参加者同士が交流するという意味でも層がそろっているほうがよいことから、適切であったと思われる。

##### 2. 個別健康教育の受講者にとっての成果

平成15年度の高脂血症個別健康教育については、検査結果数値は、全体的には改善が見られた。半年間では成果が明確ではないので、1年後、2年後の健診結果をさらに確認していくことが必要である。参加者が健康に関心をもつことはできたと思われる。担当保健師としては、次年度に声をかけなくても参加者の人たちは健診結果を保健センターに持参するのではないかと感じている。日常生活の改善については、できていることできていないことがあるが、健康への関心と現在継続できている日常生活上の注意を維持・継続できるとよいと考える。このような市民が毎年の働きかけで少しずつ増加していくとよい。

また、参加者一人一人について評価し、今後の働きかけの必要性を考えた中で参加者を4つの特徴のあるグループに分けた。それぞれの特徴をふまえて対応して行くことが必要であり、また、いずれのグループも、長期的に経過を見て行くことが必要である。

平成14年度の高血圧個別健康教育については、当初から正常域の人も含まれており、また、境界域で横ばいの方もおり、血圧値をみただけでは明確に下がったという変化はあまりはっきりとは確認できなかった。

1年後に状況把握できた半数は何らかの取り組みを継続していたと考えられる。

一人一人の状況を見ていくと、高血圧の対象者

表3 平成15年度個別健康教育参加者の総合評価

No.	性別	確認時期	評価(検査値)	評価(生活行動、意識)	今後の対応	特徴
1	女	3カ月後 7-9カ月後 訪問	Tchは維持から下降気味。TGも減少傾向。体重は減少したが目標のBMI25%は未達成。次の健診結果を確認したい。	途中で低血糖症状が出て、取り組みを中断しようとしたことと糖尿病予防教室にも参加した。気にしてはいないかと思われる。	体重減少等の成果がさらに見られるかどうか平成17年度の健診結果を確認したい。	①生活習慣改善が見られ、今後取り組む継続と状況確認が必要と思われるグループ
2	女	3カ月後 7-9カ月後 訪問	Tchは横ばいから下降気味。体重は少し減り、開始時から体重が多くなかったが、減りすぎていることも成果といえるかもしれない。	ウォーキングが習慣化し、食事にも意識を必要ではないか。更なる体重減少には、もう一段階の取り組みが必要ではないか。	もう一段階の成果を求めるとは、更なる取り組みを支援することが必要。平成17年度の健診結果を確認したい。	
3	男	3カ月後 7-9カ月後 訪問	Tchは少し下降。HDLは少し上昇したが低い。開始時から体重が多くなかったが、減りすぎていることも成果といえるかもしれない。	食事は質素だが、運動してはいない。HDL低値は運動量の少なさが原因と理解している。本人は体調と生活の関係は理解しているが、運動の必要性は理解したと思われ、農家で12月～5月は忙しく運動もできないと仕事優先。夏の体調悪化は仕事の疲れかもしれない。家族の状況から今後必要がある。体調や運動を本人がどう考えているかさらに話し合う必要がある。	体調と生活の関係は理解しているが仕事優先になっている。急激に大きな問題が起こるというタイプではないと思われ、運動量の少なさをからよ健康的な生活をと考えると、本人がどうにか考えているかさらに話し合う必要がある。	②日々の仕事で優先され生活習慣改善が困難であり、生活とのバランスを考えた取り組みや本人の気持ち・考えを本人とさらさら話し合う必要があると思われるグループ
4	女	3カ月後 7-9カ月後 訪問	Tchは減少。体重は横ばい。今年の健診結果をさらさら確認したい。	飲食店を経営しており、環境的に生活の改善が難しい状況にある。本人の気持ちとしてどうであるかははっきり確認できていない。教育を受けに来たという気にはなっていないか?	平成17年度の健診結果を確認したい。	
5	女	3カ月後 7-9カ月後 訪問	Tch、体重は少し減少。平成15年度は肝機能で、16年度は脂肪肝で要医療、糖尿病治療中。医師からの説明や生活指導をしっかりと受けられているとよいが、真剣な取り組みが必要。今年の健診結果を確認したい。	嫁が死亡し主婦役割を担当。孫は高1と2の中2の男児で油ものが多い状況。本人は意識していてもできない状況。自家製の役員な方。孫が家を離れるまでまだ少し年少があり、家庭内で重要な役割を担っている。何とかもう少し健康管理を行い、元気でいられるようにしてほしい。	糖尿病治療中、脂肪肝、体重減少が不十分。生活は意識していてもできない状況にあり、家庭内で重要な役割を担っており、何とかもう少し対応を考慮してほしい。平成17年度の健診結果を確認したい。	③生活習慣改善に取り組んでいるが教育後に生活習慣病の症状が出た。他疾患で体調を崩した。家族で生活習慣改善が困難です。生活習慣病治療中等何らかの症状があり、健康状態全体の把握や確認が必要と思われるグループ
6	女	3カ月後 7-9カ月後 訪問	Tchは減少。体重も減少。教室後に心筋梗塞を起こした。その後どのように経過しているか確認することが必要。	生活上の注意を10月にも維持できていることであるが、夏ごろには入院後気が緩んだと本人が言っていたということもあり、どのような継続ができているか確認することが必要。	入院後に生活の注意をどの程度維持できているのかを確認することが必要。	
7	女	3カ月後 7-9カ月後 訪問	TGが平成16年度の健診で減少。本人はそのことでTchを下げるにはもともと考慮されなかったがよいのかもと考慮された。	ウォーキングの習慣がついた。歩く場所を見つけて友人と歩いている。中性的脂防が下がり、もつ運動をどのように過ごしているか、治療や健診結果についてさらに確認していくことが必要。	長期的にかかわって少しずつ生活習慣改善を支援していくことが必要。	④生活習慣改善を急激に改善し、取り組みがすすんでいく傾向がある。あるいは、徐々に改善に取り組みでいるため、長期的に日常生活の中に新しい習慣を取り入れ定着させるための支援が必要と思われるグループ
8	女	3カ月後 7-9カ月後 訪問	体重はもとより少ないが、大きな減少はない。Tchは横ばい。	非常に熱心に取り組み。水も飲まないなど偏ったやりすぎももともと市販の惣菜を選ぶ対応しかできないため、熱心にやっても限界があるのかもしれない。取り組み維持できているのかもしれない。	偏ったやりすぎにならないよう、状況を注視していきることが必要。日常生活の中で無理のない取り入れ方ができるように教育後の状況を考え指導することが必要。	
9	男	3カ月後 7-9カ月後 訪問	体重は減少。Tchは上下している。	検査の日に向けて無理して頑張る成果を出そうというタイプ。教育中の半年間は頑張ると感じて、その後パワンドがなくなっていく心配。長い目で見て生活の中に取り入れ意識していきけるような働きかけが必要。お菓子が多かったそれは少し減ったか?	健診結果の確認、長期的に生活の中に取り入れられるような支援が必要。	
10	女	3カ月後 7-9カ月後 訪問				

表4 平成14年度個別健康教育参加者の総合評価

No.	性	年	確認時期	検査値と生活状況・意識の変化	今後必要と思われる対応	特徴
1	女	70	1年後訪問	血圧値は正常と要指導の境目。ビタミン・ミネラルに注意するようになった。本人は生活を見直せたと評価している。	継続的な健診受診と結果とともに生活を見ていく。	①自分なりに取り組めており、継続的な健診受診と状況確認が必要と思われるグループ+No.5は④地域のリーダー的人材になっていく可能性を感じさせるグループ
2	女	60	1ヵ月後と1年後訪問	もともと血圧に問題はない。健康に関心があり自分なりに取り組みをしている。	健診受診を継続し、自分なりの取り組みを続けられるように支援する。	
3	女	61	1ヵ月後訪問、1年後電話	血圧は正常域。生活上の注意が継続できているかどうかは不明。	健診の受診継続と状況の確認。	
4	女	56	1年後電話	血圧は正常域。血圧よりも腰痛を気にしていた。生活の注意は自分なりに継続。	健診受診の継続と、健康状態全体の確認が必要と思われる。	
5	女	60	1ヵ月後と1年後訪問	血圧は正常域。食事の注意やストレス発散の取り組みを生活に取り入れた。継続できるとよい。また教室があったら参加を希望。	健診受診継続。健診時の指導。健康への関心が高いので、地域の人材になっていく可能性は無いのか？	
6	女	56	1年後電話	健診では血圧値は少し下がり正常域。しかし、仕事が忙しく、生活の注意はできていない。体重が増えたと本人が言う。	生活の大変さがあり、生活上の注意の実施は難しい状況にある。だからこそ健診受診継続、健診時の注意の促しを継続する必要がある。参加したということは、本人気にしているのでは。	
7	男	66	1ヵ月後と1年後訪問	血圧は上下しているが、要指導域になっている。食事と運動を心がけた生活をしている。	本人は、健康への関心はありそう。血圧値が上下していることから、健診等で血圧の確認を継続し、状況判断することが必要ではないか。	
8	女	64	1ヵ月後訪問、1年後電話	血圧値は境界域でも高め。生活上の注意は継続できず、自己判断になっている。基本健診受診も1年おきにしたいと述べており、自己管理の指導がさらに必要。	健診受診の継続、何らかの接点もてるとよい。	
9	男	68	1年後訪問	血圧は、境界域。	健診受診継続と、健診時の状況確認、指導。	
10	女	63	1ヵ月後と1年後訪問	血圧は境界域。体重を増やさないようにしたい気持ちあり。体操への関心はあるが時間的に無理と。	健診受診継続と、体重管理についての指導の機会があるとよい。	
11	女	51	1ヵ月後と1年後訪問	血圧値は大きな変化はない。塩分、味付けについては意識するようになったと思われる。	夫も高血圧で太り気味、現状維持がさらに取り組みを促すことが必要。健診結果とともに経過をみる。	③家族にも高血圧治療中あるいは何らかの疾患を持つ者があり、家族ともどもの取り組みや健康管理をさらに進める必要があると思われるグループ+No.16は④地域のリーダー的人材になっていく可能性を感じさせるグループ
12	男	69	1ヵ月後と1年後訪問	血圧は正常域である。本人はタバコが少し減ったのに元に戻ってしまい、禁煙できなかつたことを後悔している。	妻も高血圧で、夫婦で健康管理ができるよう、再度指導機会があるとよい。ボランティア活動の希望があるので地域で活躍を期待したい。	
13	女	57	1ヵ月後訪問、1年後電話	血圧は要指導域で横ばい。体調はよいが、仕事が忙しいとのことであった。教育中に食事の注意はできていた。	夫も高血圧あり、本人はまた機会があったら参加を希望。健診受診を継続し、また指導の機会があるとよい。	
14	女	65	1ヵ月後と1年後訪問	血圧値は正常範囲。生活上の注意は次第にできなくなっている。	夫も高血圧で、本人は再度の機会を希望している。健診受診と指導の機会がさらにあるとよい。	
15	男	69	1ヵ月後と1年後訪問	血圧値は境界域。禁煙できたことを感謝。食事制限は面倒で続けられていない。食事の注意を時々思い出してもらえるとよい。	妻が膠原病あり。妻の健康状態確認も必要。本人は、健診時に生活上の注意を思い出してもらえるとよい。	
16	女	63	1ヵ月後と1年後訪問	血圧は正常域。健康教室などに参加し関心は高い。生活上の注意、下がった体重維持もできている。現在の生活の継続。	夫が高血圧治療中。家族で健康的な生活維持を働きかける。健診受診時の対応。地域の人材になる可能性の検討。	

もグループに分かれると感じられた。血圧についても、測定する環境によって変動もあり、各人が自分の数値を理解し自己管理できるようにつなげていくことが必要である。

### 3. 健診事後指導としての個別健康教育の意味

基本健診の受診者は非常に多く、個別健康教育に参加する人は非常に少ない。参加した人は、何らかの意識の変化も見られ、健康への関心をもって人であると言える。参加者が広告塔となって、家族や知り合いなど周囲の人に健康への関心や個別健康教育などの保健活動への関心を高めるような波及効果が生じることを期待したい。参加者からの口コミで、次の個別健康教育への参加者が出てきたりするとよいと考える。しかし、今回はそこまでのことはできていなかった。参加者自身が検査数値の変化を実感し、効果を実感できるまでの成果には至らなかったことも関係していると思われる。長期的なかかわりを続け、成果をPRしてもらえようになるとよい。

また、対象者を替えて個別健康教育を継続していくことで、そのような人を少しずつでも増やしていくことが必要である。

参加者自身からの口コミ波及活動だけではなく、保健師が意図的に教室の様子や参加者の声を市民に伝える方法も考えられる。最も多くの人に送付している基本健診の問診票とともに、昨年度の個別健康教育の成果などをパンフレットとして作成して送付し、結果が出てからの取り組みの大切さを伝え、心構えを作ってもらうことも一つの方法として考えられる。

### 5. 次年度の計画。今後の活動

個別健康教育は、毎年対象を変えてきている。平成17年度は、禁煙と糖尿病の個別健康教育を実施する予定である。

これまでの参加者に対しては、個別のかかわりをもてるようにしていきたい。

## VI. 報告会での意見交換

報告会では、生活習慣病予防に関心ある看護師等多様なメンバーが集まり意見交換をした。

基本健診事後指導のあり方として、個別健康教育は実施せず、もっと多くの住民に働きかけることを大切にして家庭訪問などで対応するようになっているという発言があった。報告者から市町村財政が厳しさを増す中、少数の対象に対してのみ実施する個別健康教育の意義への疑問やそのことを上層部からも問われるようになってきているという現状と個別健康教育後に参加者が周囲に働きかけ、参加希望者が増えたり、保健活動を知ってもらえたりするように地域への波及効果を期待したいとの考えが示された。意見交換後に、参加していた保健師から、自分の地域では、高脂血症の個別健康教育を継続しているが、年々希望者が増えてきている、参加した人の口コミ効果があるのではないかと思っているとの話があった。

また、看護師から勤務している病院では医師が

地域の公民館などに出向いて生活習慣病予防の講演などを行っているという活動が紹介された。地域からの依頼ではなく、病院側からの働きかけで行っているとのことであった。保健師も老人クラブ等に保健師側から働きかけて活動することはないのかとの質問があり、依頼があれば実施しているが、老人クラブの方たちの関心は健康だけではないので難しいという保健師からの意見があった。

報告に対しては、参加者が具体的にどのような生活上の変化があったのか、参加者は申し込み時点で教室に参加することについてどのような意識を持っていたのか、複数の医療機関委託の場合基本健康診査の判定基準はどのようにしているかという質問が出された。参加者の具体的な生活上の変化は、食生活の変化とウォーキングの実施など掲示資料に示してあること、個別通知を受け参加申し込みをしてきているので、本人は、自分の健康問題について意識を持っていると考えられること、判定基準については、各医師の判断による多少の変動はあると思うが最初から市が数値を示して基準を設けていることが追加で説明された。

## VII. おわりに

今年度は、一つの事業を取り上げ評価してきた。保健師としては、共同研究に参加した実感のある体験となった。事業の計画段階における保健師の意図を明確にし、参加者一人一人の状況を確認し、評価する作業により、事業の成果を確認し、今後必要な援助を考えることができた。自らの看護実践をその考え方・意図を明確にして表現し、働きかけた対象の反応を記述して評価し、次のより発展した活動につなげるという実践研究ならではの取り組みができたと考える。このような実践研究の積み重ねが、看護職自身の力で活動の質を高いものにしていく取り組みになると考えるので、今後もぜひ継続したい。