研究報告

対象者中心の保健指導を実践する保健師の技術

The Public Health Nurses' Competency in the Practice of Client-Centered Health Guidance for Lifestyle-Related Diseases Prevention

包國幸代^{1), *}, 麻原きよみ²⁾

Sachiyo Kanekuni, Kiyomi Asahara

キーワード：対象者中心，生活習慣病予防，保健指導

Key words : client-centeredness, lifestyle-related diseases prevention, health guidance

Abstract

Purpose : This retrospective study describes public health nurses' competency in their practice of client-centered health guidance for lifestyle-related diseases prevention.

Methods : Data were collected using semi-structured interviews from 7 public health nurses and practice was assessed by qualitative analysis.

Results : Public health nurses co-create lifestyle changes for not only disease prevention but also the client's life. Three categories were identified from review of thematic interview data. The first category involved the theme of "Accepting the client to live his own life and find the direction to live as such." The second category involved "relationship-building." In order to better understand the client's life, public health nurses should create an atmosphere that encourages the client to broaden his/her perspective and elicits the appropriate narrative. Public health nurses can then utilize this to build a relationship which enables the free exchange of ideas. This relationship leads to the third category involving "co-creating optimal lifestyle interventions for disease prevention." Our findings makes health guidance client-centered. In addition the client is proactive in changing continuously life-style for lifestyle-related diseases prevention.

要 旨

目的：保健師が生活習慣病予防のための保健指導を対象者中心とするための技術を記述することを目的とする。

方法：保健師7名に対し行った半構成的インタビューの内容を分析し，生活習慣病予防のための対象者中心の保健指導を実践する保健師の技術を記述する質的記述的研究である。

結果：対象者中心の保健指導を実践する保健師の技術とは，『保健師が対象者の人生に沿った生活習慣改善の方法を共に創るための技術』であった。それは，[対象者のありのままの人生を受け入れる]技術が基盤となり，対象者の語りを引き出し，心を占めている思いを捉え受けとめていた。これによ

受付日：2012年6月11日 受理日：2012年11月26日

1) 聖路加国際病院附属クリニック・予防医療センター St. Luke's International Hospital 2) 聖路加看護大学看護学部看護学科 St. Luke's College of Nursing

*E-mail : sakane@luke.or.jp

て「共に創る関係を築く」ことをしていた。それは人として思いを伝え合える関係であった。この関係の上で「生活習慣改善の方法を共に創る」ことが可能となっていた。本技術を用いることにより保健指導が対象者中心となり、主体的で継続できる生活習慣改善が可能となると考えられた。

I. 緒 言

平成 20 年の患者調査によると、医療機関を受診している患者数は、高血圧性疾患 797 万人、糖尿病 237 万人、虚血性心疾患 81 万人、脳血管疾患 134 万人、悪性新生物 152 万人であり、合計すると約 1400 万人になる（厚生統計協会, 2011）。さらに、死因の 6 割が、がん、虚血性心疾患、脳血管疾患であり、生活習慣病予防は国民全体の健康増進へ向けての大きな課題である。これに対しさまざまな介入研究が行われている。虚血性心疾患の罹患率低下に対する予防的介入の評価を行うことを目的とした無作為化比較試験のシステマティックレビューによると、介入時の面接手法について言及した研究はほとんどなく、介入の効果は明らかではなかった（Shah et al., 2006）。一方、対象者に応じた支援をし、対象者自らが行動変容を導き出す対象者中心（Client-centeredness）の支援を取り入れた無作為化比較試験では、生活習慣病に関連する検査結果が有意に改善したという報告がある（Bo et al., 2007）。

対象者中心の支援は、1959 年に Rogers（1967）が提唱したカウンセリングにおける治療者の促進的態度に対し初めて用いられたものであり、それは自己一致、無条件の積極的傾聴、共感的理解であり、治療者がこの態度であることによって対象者の自己理解、自発的行動などが生じるとされている。対象者中心の支援は 1970 年頃より患者－医師の関係に患者中心（Patient-centeredness）の医療として取り入れられている。生活習慣病予防の支援においても、対象者中心の支援を行うことによって、対象者が行動変容の必要性を理解でき、その人に応じた行動変容となることで継続できる効果的な支援となるといわれている（Wagner et al., 2005）。

生活習慣病の保健指導において、村田（2004）は対象者を判断しない姿勢で聞く傾聴の必要性を述べている。これは、Rogers（1967）のいう積極的傾聴と同様の支援者が持つ態度である。よって、対象者中心の支援は、すでに実践の場で行われていると考えられる。宮崎（2009）は、対象者自らが行動変容を起こす主体性を生む保健指導の中核は、信頼関係の構築だ

と述べている。しかし、保健師がどのような技術を用いれば、生活習慣病予防の保健指導が対象者中心となるのかという視点から記述した研究はみられない。

そこで、本研究は、生活習慣病予防のための対象者中心の保健指導に焦点をあて、それを実践する保健師の技術はどのようなものかを記述することを目的とする。これによって保健指導を対象者中心とするための示唆を得て、生活習慣病の予防に寄与できると考える。

用語の定義

保健指導：生活習慣病予防を目的として、保健師によって行われる対面・個別の支援。

対象者中心の保健指導：対象者中心の保健指導の要素として、患者中心の研究に関する 3 文献（Mead & Bower, 2000；Lewin et al., 2001；Michie et al., 2003）と保健指導に関する文献（Tveiten & Severinsson, 2006）の概念の共通性から 6 つの要素を抽出した。その要素とは、〈対象者を身体・心理・社会的側面から捉えようとする事〉〈対象者に共感し理解しようとする事〉〈対象者がありのままの自分を語れるようにすること〉〈保健師との対等な関係〉〈対象者と保健師との相互作用〉〈対象者が自分の行動を決定できる事〉である。これらすべての要素を含むものを対象者中心の保健指導と定義づける。

技術：生活習慣病予防のための保健指導において、目的を持った知識に基づく行為であり、姿勢や態度を含む（小山, 2006）ものとする。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

半構成的インタビューによるデータを基にした質的記述的研究である。

2. 研究協力者

保健指導を対象者中心とする技術を豊富に持つ看護職を研究協力者とした。研究協力者の選定は次のとおり行った。

まず、キーワードを「生活習慣病」「保健指導」とし医中誌 Web を用いて検索を行い、「実践報告であること」「文献中に対象者中心の保健指導の定義に示

した要素についての記述を含むこと」を条件として文献を選定した。次に、選定した論文を執筆している看護職が所属する施設を研究協力施設とした。研究協力施設の看護管理者に対象者中心の保健指導の要素を提示し、その技術を豊富に持ち、かつ保健指導経験5年以上の常勤看護職を推薦してもらい研究協力者とした。

選定の結果、研究協力施設は3施設、研究協力者は7名であり全員が保健師であった。6名が産業保健師、1名が行政保健師であり、生活習慣病予防の保健指導の経験年数は、平均17.7年(6～26年)であった。

3. データ収集方法

平成22年6月～9月をデータ収集期間とし、研究協力者に対し、インタビューガイドを用いた半構成的面接によってデータを収集した。インタビューガイドの内容は、具体的な技術を抽出するため「最近の実例に沿った保健指導の流れ」「上手くいった場面、困った場面とそれに対する対処」「保健指導の際に大切にしていること」とした。インタビューは1人1回実施し、研究協力者の許可を得て録音した。平均時間は69分(58～82分)であった。インタビューを実施した場所は、所属大学内もしくは、研究協力者の勤務先の個室とした。

4. 分析方法

インタビューの録音データから作成した逐語録に対し、保健指導の技術を表現している単語、文章にコードをつけた。コードを意味内容の類似性、相違点を比較しながら分類しサブカテゴリとした。サブカテゴリの抽象度を上げカテゴリ、核となるカテゴリを抽出し、それらの関連性を分析した。その上で対象者中心の保健指導を実践する保健師の技術が明らかになるように記述した。

5. 倫理的配慮

研究協力者に研究目的・方法について書面と口頭で説明し、書面にて同意を得た。研究参加は自由意思であり、インタビューにおいて答えたくない質問は回答しなくてよいこと、研究協力者の匿名性を保持し、個人情報が含まれる資料は厳重に保管することを保障した。著者の所属大学の研究倫理審査委員会の承認を得て行った。

6. 厳密性の確保

Lincoln & Guba (1985) が述べた trustworthiness (真実性) の4つの評価基準に基づき確認を行った。研究結果についての研究協力者からの確認を得ることで、確実性の確保をした。また、地域看護を専門としている質的研究者にスーパービジョンを受けることで、一貫性、確証性を確保した。さらに、適用性を確保するため、実際のデータを用い記述した。

Ⅲ. 研究結果

インタビューデータを分析し、132のコードから38のサブカテゴリ、8のカテゴリを抽出した。さらに8のカテゴリから、共通する意味の観点によって「対象者のありのままの人生を受け入れる」「共に創る関係を築く」「生活習慣改善の方法を共に創る」の3つの核となるカテゴリが抽出された(表1)。3つの核となるカテゴリは、対面する前の段階から保健指導終了までの時間経過に伴って順次積み重ねて用いられる技術であった。

次に本技術について3つの核となるカテゴリごとに記述する。なお、[]: 核となるカテゴリ、【 】: カテゴリ、《 》: サブカテゴリとする。斜体文字「/」はデータであり、個人が特定できないように一部を省略し、わかりにくいところには()の中に言葉を補った。

1. 対象者のありのままの人生を受け入れる

「対象者のありのままの人生を受け入れる」技術は、保健指導に臨むにあたって、保健師がまず初めに持つ姿勢を表すものであった。この技術は、保健指導の基盤として最初から最後まで用いられ続けていた。保健師は、【対象者の人生に沿った生活習慣の改善を目指す】方向性を持っているからこそ、【対象者の人柄と意思に応じて保健指導の筋道を見出す】技術を用いていた。

1) 対象者の人生に沿った生活習慣の改善を目指す

保健師は、生活習慣改善を単なる生活習慣病予防のための行動変容と捉えるのではなく、対象者が自分らしい人生を歩むための生活習慣改善であると捉えていた。生活習慣は、淡々と毎日繰り返される行動ではなく、これまでの人生の積み重ねの中で築いてきた行動である。そこで保健師は、対象者の人生を垣間見て、【対象者の人生に沿った生活習慣の改善を目指す】こ

表1 生活習慣病予防のための対象者中心の保健指導を実践する保健師の技術一覧

核となるカテゴリ	カテゴリ	サブカテゴリ
対象者のありのままの人生を受け入れる	対象者の人生に沿った生活習慣の改善を目指す	生活習慣の改善は対象者の人生に沿うべきことを知っている
		生活習慣を改善する力を対象者が持っていることを知っている
		対象者自身で考え決めて生活習慣の改善をすることを望む
	対象者の人柄と意思に応じて保健指導の筋道を見出す	生活習慣の改善に対する対象者の意思を知る
		医療者として生活習慣病予防の視点を持つ
		対象者の意思に沿って話をすすめる
共に創る関係を築く	心を開く場をつくる	対象者をみて人柄を察知し保健指導の筋道を見出す
		保健指導の枠に縛られず人として誠実であろうとする
		保健指導に対象者の居場所をつくる
		緊張感をほぐしガードを緩める
	対象者の語りを引き出し、心を占めている思いを捉え受けとめる	話題とペースを対象者に合わせる
		対象者を一人の人として知りたいと思う
		検査結果や生活習慣改善についての思いを尋ねる
		対象者が話しやすい話題を切り口として語ってもらう
		対象者の楽しみや関心を見出し語ってもらう
		対象者の語りの根底にある思いを引き出す
	人として思いを伝え合える関係を築く	対象者の語りから感情が揺れ動く思いをとらえる
		対象者の思いがわかったことを言葉にして伝える
		行動に対し生活習慣改善につながる意義を見いだして肯定的な言葉と思いを伝える
		対象者がありのままの自分を語ってよいことを態度で示す
		保健師の言葉に耳を傾けてくれるまで待つ
		保健師が自分の思いを伝える
生活習慣改善の方法を共に創る	生活習慣病予防を自分のこととして考えられるようにする	対象者の人生にとって生活習慣が持つ意味を知る
		対象者の心を占めている思いに結び付けながら生活習慣病予防について問いかける
		検査結果・生活習慣を振り返り気づきを促す
		身近な人の例で説明し現実味をもたせる
	提案と意思の受けとめを繰り返すことで生活習慣改善の方法を共に創る	検査結果は自分の生活と関係していると実感できるように知識を提供し関心を引き出す
		保健師が提供した知識に対して対象者自身の考えを聞く
		対象者との関係を築いてから提案する
		対象者の意思が生活習慣改善に傾いたタイミングで提案する
		対象者の意思に応じた提案方法をとる
		対象者の生活や思いに沿った提案内容にする
	生活習慣の改善を継続するための支えを強固にする	生活習慣病のリスクを保健師個人の意見ではなく医学的事実として伝える
		提案した後には必ず対象者の意思を聞き決定権は対象者にゆだねる
		実行可能でお互いが納得できる生活習慣改善の方法に合意する
		生活習慣の改善を継続するための意思を強める
		保健師が支え続けていくことを伝える
		対象者の周囲に働きかけ生活習慣改善への支えを引き出す

とをしていた。保健師が、その方向性を持つには、これまでの経験から《生活習慣を改善する力を対象者が持っていることを知っている》ことが必要であった。この経験に基づく知識があるからこそ、対象者が自身の力で自分らしい人生を歩むことを望むのであった。それは、生活習慣病予防のための対象者中心の保健指導を実践する技術の基盤であり、保健師のゆるがぬ信

念でもあった。

「(対象者から)『あんた若いから、あれ食うな、これ食うなっていうけど、俺があんた位の時、戦争中で何にも食べられなかった。だから今はちょっと位、体壊しても食べたいもの食べたい』って言われたの。その人の人生観っていうのは何らかの原因とかがあってつくられたものだから、それに寄り添っていかないと

ホントにその人に必要な保健指導はできない」

2) 対象者の人柄と意思に応じて保健指導の筋道を見出す

「対象者のありのままの人生を受け入れる」という姿勢を持つ保健師は、【対象者の人柄と意思に応じて保健指導の筋道を見出す】ことをしていた。それは、対象者に沿った保健指導の流れをつくるためであった。保健師は、医療者として生活習慣病予防の視点を持つ一方で、対象者が持つ生活習慣改善への意思を知り、それに沿った保健指導となる筋道を見出そうとしていた。

「この人の尿酸値を下げたい、お酒を沢山飲んでいたら、飲まないという方向に持っていきたいという希望はあります。だけど、彼の仕事内容的に飲まずにはおられない、節酒ならできるけど、彼自身が飲むことに問題を持っていなかったら受け入れられない。だから、こう言われたらこうしようとか、いろんなパターンをある程度心しておく。」

時には、“保健指導に來たくなかった。”という怒りの感情を表す対象者に対し保健指導自体が不満であるという思いも認め、《対象者の意思に沿って話をすすめる》ことをしていた。人生の課題に直面している対象者には、まず対象者にとって気がかりな話題を優先させて話を聞き、後日改めて生活習慣病予防について話し合う機会を設けていた。

2. 共に創る関係を築く

「対象者のありのままの人生を受け入れる」という姿勢を持つことが「共に創る関係を築く」動機と構築する関係への方向付けとなっていた。関係を築く動機とは、対象者がどのように人生を生きていきたいかを知ろうとすることであり、方向付けとは、一人の人として捉えて人として思いを伝え合える関係を築こうとすることである。関係を築くことは、対象者がありのままに語れる【心を開く場をつくる】ことから始めていた。その場の中で、【対象者の語りを引き出し、心を占めている思いを捉え受けとめる】ことによって、【人として思いを伝え合える関係を築く】ことをしていた。

1) 心を開く場をつくる

「共に創る関係を築く」ためには、【心を開く場をつくる】ことが必要であった。なぜなら、人生につながる生活習慣を共に考えるためには、対象者にありのままに語ってもらう必要があるからである。【心を開く

場をつくる】ために、まずは保健指導の日時・守秘義務を守り、目的の説明や自己紹介といった当たり前の手続きをしっかりと行うことで、対象者が今、この時間は保健師と話すためにあり、自分はここにいようという《保健指導に対象者の居場所をつくる》ことをしていた。そして、お互いがリラックスできるように座る位置や導入時の話題を工夫し対象者の《緊張感をほぐしガードを緩める》ことをしていた。保健師の方が豊富に知識を持つべきという枠にとらわれずに、わからないことは調べてから答えるなど対象者へ誠実に対応し、保健指導の場と対象者自身を大切にしているというメッセージを伝えていた。保健指導での会話は、保健師が得なければならない情報を聞き出す質疑応答の形式ではなく、「対象の人が、気持ちよく考えて、気持ちよく自分のことを話させてあげながら、でも必要なことは聞いていく」ものであった。

2) 対象者の語りを引き出し、心を占めている思いを捉え受けとめる

心を占めている思いとは、生活習慣病に関する事柄にとどまらず対象者が常日頃から考えることが多い事柄に対する思いであった。その事柄とは、家族・仕事・趣味などに関する内容で、対象者が抱える問題や今後こうしていきたいという将来像に関わるものであった。これらの事柄は、対象者が大事だと考えているので、それを話題の中心として話すと、喜怒哀楽の感情が揺れ動きやすい。この《対象者の語りから感情が揺れ動く思いを捉える》ことで「共に創る関係を築く」ことを可能としていた。

まず保健師は、対象者の語りを引き出すことから始めていた。《対象者を一人の人として知りたいと思う》姿勢を持ち、《対象者が話しやすい話題を切り口として語ってもらおう》ことをしていた。また、会話の中で繰り返し出てくる内容や会話の流れにおいて通常の文脈では語られるべき言葉が語られない時は、思いを見出すポイントであった。この時には、疑問に思った点や気になった点をストレートに質問することで《対象者の語りの根底にある思いを引き出す》ことをしていた。次に、会話の中から表情の変化や話題に食いついてくるように話す様子から対象者の心を占めている思いを捉えていた。

さらに保健師は、心を占める思いを捉えるだけでなく《対象者の思いがわかったことを言葉にして伝える》ことで、その思いを受けとめ対象者との関係を築いていた。

『そのお姑さんの言い方はひどいよね。』となると火がつくんですよ。『わかります?』となっちゃうので『そういう言い方されて〇〇さんは、やっぱり傷ついたんですね。』みたいな感じになっていくと『そうなんですよ、傷ついたんですよ。』という感じになる。」

3) 人として思いを伝え合える関係を築く

保健師は、【対象者の語りを引き出し、心を占めている思いを捉え受けとめる】ことによって、自分自身をわかってもらったと対象者に感じさせ、関係を築いていた。保健師は、「何かあったら、話してね、批判もしないし、肯定もしないけど、話だけは聞けるから」と語られたように、対象者に対し良し悪しの評価をしないで話を聞く姿勢であり、《対象者がありのままの自分を語ってよいことを態度で示す》ことをしていた。こうして「相手のことを十分聞いてあげると、相手が本当に私（保健師）のことを聞いてくれるようになる」り、対象者が保健師の言葉に耳を傾けるようになっていた。この関係が築けるまで保健師が待つことで、「あんたの言うことも一理あるよね。俺は、そこまでして（お酒を）止めたいと思わないけど、確かに飲みすぎだよね」と語られたように対象者自身で生活習慣に気づけるようにしていた。

さらに「『退職して死んじゃえばいいんだよ』とか、そんなこと言う方がいるので、『そんなこと言ったら私はつらくなる。悲しいです。』」と保健師の思いを伝えることで、【人として思いを伝え合える関係を築く】ことをしていた。

3. 生活習慣改善の方法を共に創る

保健師は、[生活習慣改善の方法を共に創る]技術を最終的に用いることを目指していた。そのために[対象者のありのままの人生を受け入れる]技術を用いた上で[共に創る関係を築く]ことを行っていた。何故なら、「相手のことを十分聞いてあげると、相手が本当に私のことを聞いてくれるようになる。」と語られたようにこの関係があるからこそ、対象者の人生を知ることができるのであり、お互いの思いを伝え合うことで効果的な生活習慣改善の方法を共に創り出すことが可能となるためである。[生活習慣改善の方法を共に創る]技術には、【生活習慣病予防を自分のこととして考えられるようにする】【提案と意思の受けとめを繰り返すことで生活習慣改善の方法を共に創る】【生活習慣の改善を継続するための支えを強固に

する】という3つの技術を順次用いるプロセスがみられた。

1) 生活習慣病予防を自分のこととして考えられるようにする

保健師は、《対象者の人生にとって生活習慣が持つ意味を知る》と共に、検査結果と生活習慣が結び付くように働きかけ、【生活習慣病予防を自分のこととして考えられるようにする】。そのために保健師は、《対象者の心を占めている思いに結び付けながら生活習慣病予防について問いかける》ことや、《検査結果は自分の生活と関係していると実感できるように知識を提供し関心を引き出す》ことをしていた。

「アフターファイブってどこのお店いつているの？ 楽しくていいねって話をしながら、じゃ、個人の健康になった時にそれを、ずっと続けていけるには、お酒の量とか考えなければいけない時期に来ているよねって話を出していくと、自分も少し考えないといけないって思っていた。とかポロっとでてくる。」

2) 提案と意思の受けとめを繰り返すことで生活習慣改善の方法を共に創る

【提案と意思の受けとめを繰り返すことで生活習慣改善の方法を共に創る】とは、保健師と対象者がお互いの情報を十分に出して思いを伝え合い、互いに歩みよって生活習慣改善の方法に合意することであった。ここでのお互いの情報とは、対象者からは対象者自身の生活に関することや心を占めている思いであり、保健師からは根拠と経験に基づいた生活習慣改善の方法である。その提案の内容は、保健師が対象者にとって生活習慣が持つ意味を知っているので、《対象者の生活や思いに沿った提案内容にする》ことが可能であった。保健師は、「こちらが運動と食事とアルコール、煙草のうちのどれだったら、できそうか。いくつかの生活習慣の中で本人に選んでもらう」ことや改善の方法を《提案した後には必ず対象者の意思を聞き決定権は対象者にゆだねる》ことをしていた。これによって対象者のためにこの場があり、対象者の意見が尊重されることを示し続けていた。保健師が対象者の力を信じて決定権をゆだねることにより、対象者に対し自分の人生につながる生活習慣を自分自身のこととして捉えて責任を持つことを促すのであり、[生活習慣改善の方法を共に創る]ことを可能とされていた。

このようにして[生活習慣改善の方法を共に創る]ことは、保健師が効果的な方法を押し付けるのではなく、対象者の意見を聞くだけで終わってしまうわけで

図1 対象者中心の保健指導を実践する保健師の技術の構造図

もない。双方が自由に意見を出し合い、共に方法を吟味し、最善の方法を創りだすものであった。

『「8時位に外食は嫌でもおにぎりを1個食べといて、帰ってきたらおかずだけにすることはできるの?」とか、『僕はご飯が好きだからそこはできない』とか、そのような対象者とのやり取りの中で落とし所は見つけていく。』

共に創った生活習慣改善の方法は、対象者一人で決定するのではなく、保健師と対象者が合意して決定していた。保健師は、治療が必要であるが生活習慣の改善をしてその効果を見てからでも遅くないと判断した場合には、対象者が決めた生活習慣の改善をまずやってみて、その結果と一緒に確認することを提案していた。こうしてお互いが考えを伝え合って創り上げ、『実行可能でお互いが納得できる生活習慣改善の方法に合意する』ことを可能にしていた。

3) 生活習慣の改善を継続するための支えを強固にする

対象者自身が力を持っていることや保健師、周囲の人々からの支えがあることを確認することで、生活習慣の改善が継続できるようにしていた。生活習慣の改善を行った対象者に保健師は、賞賛しながらその理由

を聞き出し、自分の言葉で語ってもらうことで『生活習慣の改善を継続するための意思を強める』ことができるようにしていた。生活習慣の改善が容易ではないことを知っている保健師は、生活習慣の改善に至らない場合であっても、『私が期待していると通りの行動をあなたがとらなかったとしても、私はそれを受けとめますと必ず伝える』と語られたように『保健師が支え続けていくことを伝える』ことをしていた。

4. 対象者中心の保健指導を実践する保健師の技術を構成する核となるカテゴリの関係

前述した3つの核となるカテゴリは、図1に示したように段階的に用いられる技術であった。『対象者のありのままの人生を受け入れる』技術は保健指導の初期の段階で保健指導を方向づける技術として主に用いられ、本技術の基盤として保健指導の全プロセスを通して用いられていた。保健師が対象者の人生に沿った生活習慣改善の方法を共に創るためには、共に創る関係性を対象者と築く必要があった。保健師は『対象者のありのままの人生を受け入れる』ことを基盤にして、またそこから得られた保健指導の方向性に基づき、対象者がありのままの自分を語れるようにし

ていた。その上で対象者と保健師のどちらかが一方的に意見を述べるのではなく、人として思いを伝え合える「共に創る関係を築く」技術を用いていた。これにより、対象者と保健師お互いが対象者の人生に沿った最善の「生活習慣改善の方法を共に創る」ことを可能としていた。「生活習慣改善の方法を共に創る」やり取りの中で保健師は、対象者の意見を引き出し受けとめることによって共に創る関係を築いており、この「共に創る関係を築く」技術と「生活習慣改善の方法を共に創る」技術は、保健指導の最後まで併用して用いられていた。

3つの核となるカテゴリに共通する意味と保健指導のすべての時間を通してみられる技術の観点から分析を加えた結果、生活習慣病予防のための対象者中心の保健指導を実践する保健師の技術とは、『保健師が対象者の人生に沿った生活習慣改善の方法を共に創るための技術』であった。

Ⅳ. 考 察

1. 対象者のありのままの人生を受け入れる

保健指導では、対象者自らが気づき行動変容の方向性を導き出せることを目指すとされている（佐藤，2009）。しかし本研究結果で保健師は、行動変容のみに着目しているのではなかった。対象者が自分らしい人生を歩むことを望む基盤の上で対象者の生活習慣について共に考えていた。これによって、対象者の主体性が生じていた。奥山（2007）は、人々の営みを把握し、その人の生活をまるごと見て一緒に考えてくれる人が保健師であると述べている。生活の場でさまざまなライフステージにある人々を対象とする保健師は、「対象者のありのままの人生を受け入れる」ことを経験的に学び、対象者が自身の人生の問題と捉えることの必要性を認識していたと考える。

2. 共に創る関係を築く

保健師は、対象者の人生を知るために、ありのままに語れる関係性を構築する必要があった。そのために保健師は、評価をしないで対象者の話を聞く姿勢を持つことで《対象者がありのままの自分を語ってよいことを態度で示す》ことをしていた。これによって、【人として思いを伝え合える関係を築く】ことを可能としていた。これは、Rogers（1967）が言う対象者がいかにあろうとも支援者が肯定的であり受容的態度

であることによって、関係の中で温かさと安定感を感じられるようにし、援助関係が構築されることと同様であると考ええる。

また、保健師は、『対象者の思いがわかったことを言葉にして伝える』ことによって、対象者にわかってもらったと感じさせていた。これによって、対象者に自身の生活習慣への気づきを生じさせていた。これは、Rogers（1967）が言う対象者が経験しつつある感情や個人的意味合いを正確につかみとり、それを伝える共感的理解によって、対象者の自己理解、自発的行動がもたらされることと同様であると考ええる。

保健師は、Rogers（1967）が言う共感的理解によって、関係を構築するとともに、対象者が一人では気づけない自身の生活習慣の傾向を気づけるようにし、自らの力で自分らしい変化の方向へ歩めるようにしていたと考えられる。

3. 生活習慣改善の方法を共に創る

本研究結果において生活習慣改善の方法を決定する時には、対象者のみで決定しているのではなかった。保健師と対象者がお互いの情報を十分に出して思いを伝え合い、互いに歩みよって生活習慣改善の方法に合意していた。これは、意思決定の理想的なモデルと言われている Shared Decision Making（協働意思決定、以下 SDM と示す）と共通点がある。Charles et al.（1997）の述べた SDM は、医療者が重要と思える情報を患者に提供する従来の Informed decision making（情報提供意思決定）ではなく、患者の好みと医療者の持つ医学的情報を共有することである。そして、患者のみで意思決定するのではなく、患者と医療者が合意して意思決定をすることだと述べられている。

本研究において、生活習慣改善の方法を共に創るためには2つの条件があると考えられた。そのうち1つは、対象者の人生を知り「対象者のありのままの人生を受け入れる」ことである。Charles et al.（1997）は、SDMのプロセスの1つに、患者の生活や価値観に沿った方法についての対話があることを挙げており、対象者の思いや考えを知り、それを中心として保健指導を展開しようとする点において本研究結果と共通していると考えられる。2つ目の条件は、「共に創る関係を築く」ことであり、それは人として思いを伝え合える関係であった。これは、慢性疾患のSDMにおいてVictor et al.（2006）の述べた患者と医療者がパー

トナーとなる関係の具体像であると考えられる。

本研究の核となるカテゴリである「対象者のありのままの人生を受け入れる」「共に創る関係を築く」ことは、SDMのプロセスと同様であった。この積み重ねられる技術があったからこそ、対象者自らが自分らしい生活習慣改善の方法を創ることを可能としていた。そして、自分らしい人生を歩むことを実現することにつながっていた。これは、SDMのもたらすものとして述べられている人々の健康とQOLを最大にすること（辻，2007）と同様であると考えられた。

4. 対象者中心の保健指導と保健師の技術の関係

本研究結果で示された生活習慣病予防のための対象者中心の保健指導を実践する保健師の技術は、文献より定義した対象者中心の保健指導の6つの要素（以下〈 〉内に示す）を実現する技術である。それは、『保健師が対象者の人生に沿った生活習慣改善の方法を共に創るための技術』であった。

〈対象者を身体心理社会的側面で捉えようとする〉ことを目指し、【対象者の人生に沿った生活習慣の改善を目指す】基盤となる技術を用いていた。この基盤があるからこそ、対象者に決定権をゆだね〈対象者が自分の行動を決定できること〉を実現していた。その上で対象者の人生を知ろうとし、〈対象者があるままの自分を語れるようにすること〉を目指し、【心を開く場をつくる】ことを行っていた。さらに、〈対象者に共感し理解しようとする〉のために【対象者の語りを引き出し、心を占めている思いを捉え受けとめる】技術を用い、【人として思いを伝え合える関係を築く】ことを行っていた。こうして、自分の思いを伝え、また相手の思いを受けとめられる関係である〈保健師との対等な関係〉を実現していた。この関係の上で、生活習慣改善の方法を共に創っていた。ここでは対象者と保健師が言葉のやり取りをすることで〈対象者と保健師との相互作用〉があったと考える。

5. 対象者中心の保健指導による効果的な生活習慣病予防

生活習慣病は病状が進行しなければ身体的症状が現れにくく、生活習慣を改善する動機を得にくい。また、予防のための生活習慣を長期に継続しなければならないという特徴がある（藤原，2008）。ゆえに、対象者自身で気づき、自分の生活と折り合いをつけていくセルフマネジメントの概念（安酸，2005）が重要

となる。対象者中心の保健指導では、対象者のありのままの人生を受け入れ、人として思いを伝え合える関係の中で対象者に気づきを生じさせていた。さらに、生活習慣改善の方法を共に創ることで、対象者が目指す人生に沿っているため、生活との折り合いがつけやすく継続しやすいものとなる。これによって、主体的で継続可能な生活習慣改善を可能とし、効果的な生活習慣病予防となると考えられた。

6. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界として、研究協力者7名のうち6名の保健師が産業保健師であり偏りがみられた。その理由としては、生活習慣病予防の対象者が、地域よりも産業の場面に存在しており、実践を積み上げている産業保健師による文献が選定されたためと考えられる。今後、研究協力者を増やすことによって、本研究の確証性を確認することができると考える。

謝辞：貴重な時間を割いて本研究に協力を頂いた保健師の皆さまに心より感謝致します。本研究は、2011年に聖路加看護大学看護学部看護学科に提出した修士論文に加筆・修正を加えたものである。

文 献

- Bo S., Ciccone G., Baldi C., et al. (2007): Effectiveness of a lifestyle intervention on metabolic syndrome, A randomized controlled trial, *J. Intern. Med.*, **22**(12), 1695–1703.
- Charles C., Gafni A., Whelan T. (1997): Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango), *Soc. Sci. Med.*, **44**(5), 681–692.
- 藤原さと子 (2008)：第3章メタボリックシンドロームの危険因子の排除と日常生活管理，加藤規弘編，生活習慣病ナースング〈1〉メタボリックシンドローム概論，132，メジカルフレンド社，東京。
- 厚生統計協会 (2011)：国民衛生の動向，厚生指針 臨時増刊，**57**(9)，東京。
- 小山真理子 (2006)：看護基礎教育における看護技術教育の充実に関する研究，pp 7，厚生労働科学研究費補助金平成17年度総括報告書。
- Lewin S., Skea Z., Entwistle V. A., et al. (2001): Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations (Review), *Cochrane Database Syst. Rev.*
- Lincoln Y. S., Guba E. G. (1985): *Naturalistic Inquiry*, 300–315, Sage Publications, Newbury Park, CA.
- Mead N., Bower P. (2000): Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature,

- Social Sci. Med., **51**, 1087–1100.
- Michie S., Miles J., Weinman J. (2003): Patient-centredness in chronic illness: What is it and does it matter?, *Patient Educ. Couns.*, **51**, 197–206.
- 宮崎美砂子 (2009): 第3章行動変容のために必要な保健指導技術「保健指導の過程」, 宮崎美砂子編, 効果的な面接技術と事業展開から学ぶ保健指導, 27, 中央法規出版, 東京.
- 村田陽子 (2004): 生き方をサポートする健康相談 健康相談の主役は誰?, 地域保健, **35**(9), 91–95.
- 奥山則子 (2007): 保健師の保健指導は変化してきているのか?, 保健師ジャーナル, **63**(6), 481–485.
- Rogers C. R. (1967)/ 岩瀬稔編訳 (1970): ロジャース全集 第6巻人間関係論, 岩崎学術出版社, 東京.
- 佐藤由美 (2009): 第1章対象者からみた生活習慣病予防の行動変容の体験, 宮崎美砂子編, 効果的な面接技術と事業展開から学ぶ保健指導, 2, 中央法規出版, 東京.
- Shah E., Beswick A., Burke M., et al. (2006): Multiple risk factor intervention for primary prevention of coronary heart disease, *Cochrane Database Syst. Rev.*
- 辻恵子 (2007): 意思決定プロセスの共有—概念分析, 日本助産学会誌, **21**(2), 12–22.
- Tveiten S., Severinsson E. (2006): Communication—A core concept in client supervision by public health nurses, *J. Nurs. Manag.*, **14**, 235–243.
- Victor M. M., Amiram G., Cathy C. (2006): A shared treatment decision-making approach between patients with chronic conditions and their clinicians: The case of diabetes, *Health Expect.*, **9**, 25–36.
- Wagner H., Bennett M., Austin B., et al. (2005): Finding common ground: Patient-centeredness and evidence-based chronic illness care, *J. Altern. Complementary Med.*, **11**(1), 7–15.
- 安酸史子 (2005): 第一部セルフマネジメントとは, 安酸史子ら編, 成人看護学 セルフマネジメント, 7, メディカ出版, 東京.