

保健指導事例の紹介

事例1 自己決定したことを行動につなげるための支援を重視した保健指導プログラム NTT 西日本東海健康管理センタ

支援ポイント合計 180~185 ポイント

全4回の支援のうち、初回面接では、グループ支援にて「プロセスを見る」を行い、また、低カロリーのランチ試食を行い、動機づけを行うと共に、自身の問題に気づくよう支援し、自己決定したことを確実に行動につなげられるよう支援している。また、保健指導の量的質的評価を行い、質の管理を重視している。

	初回面接	1ヶ月目	3ヶ月目	5ヶ月目	6ヶ月目
タイトル	自身の生活習慣の意識化、自身の問題に気づくための支援	自己の気づきを行動につなげるための支援	成果の確認、具体的目標設定への支援	維持・継続支援	評価
保健指導のねらい	・生活習慣の振り返りや気づきを促す ・生活習慣改善目標設定を支援する	・立てた目標の実施状況を確認する ・取り組みを支援する	・より具体的な目標設定を支援する ・状況に合わせ目標の軌道修正を図る	継続的な取り組みを支援する	・目標の達成度を確認する ・自立して継続的に取り組めるよう見通しを立てる支援をする
保健指導の構成・内容	①『内臓脂肪はなぜ悪いのか』について説明 ②事例紹介(成功事例と脳出血事例) ③グループトークにより、生活習慣を振り返る ④脂肪モデル(1kgと3kg)で自身の体重増加を確認する ⑤自身の食生活の問題に気づくよう、社内食堂とのコラボレーションで提供する600kcalの『すっきりランチ』を試食する ⑥生活改善目標の設定	①初回面接時確認した方法や日程に合わせて支援する ②具体的な生活改善目標について確認する ③次回面接の日程調整をする	①実行状況の確認後、『メタボリ先生』(市販の保健指導支援ツール)を活用し、行動目標に合わせて、生活改善のための食事や運動を具体的に設定する ②生活改善目標の修正と支援		標準的な質問票と行動変容に関するアンケートを実施し、体重と腹囲と合わせて評価
支援形態	グループ支援	支援A(メールまたは電話)	個別支援A	個別支援B(電話)	メール
時間	90分	一往復or15分	30分	10分	メール1.5往復
ポイント数	支援A 支援B	- -	120 -	- 20	- -

支援A:160~165ポイント 支援B:20ポイント 合計180~185ポイント

事例2 関心期から準備期、実行期を経て維持期への移行を支援した保健指導プログラム

支援ポイント合計 240 ポイント

長崎県五島市

全5回の支援のうち、初回面接では、対象者の準備性を把握すると共に、準備性に合った目標を自己決定できるよう支援している。『コントロールを見る』のグラフの活用と血液検査の実施により、自身の状況を客観的に見る場を設けている。

	初回面接	1ヶ月目	2ヶ月目	3ヶ月目	4ヶ月目	6ヶ月目
タイトル	生活習慣の振り返り目標設定	食生活の振り返り	目標の継続確認 ※血液検査を実施	血液検査と生活との関連を振り返る	目標の継続確認 ※血液検査を実施	評価
保健指導の構成・内容	①食事/運動/喫煙/飲酒/生活リズムを聞き取り、自分なりに気づけていること、生活習慣で検査値に影響を及ぼしていると思うことを話してもらう。 ②健診結果と基準値を照らし合わせる。 ③健康手帳に目標を記入する。	①前日の食事を記録する。 ②食事ファイルを用いて、基準の量を見る。(※食材の写真は実物大のものとする。)	①血液検査 HbA1c、血糖値、中性脂肪、LDL、HDL、コレステロールの測定。 ②目標が継続できるように行動していることの賞賛、励ましを行う。	①血液検査と血糖値の関連を説明する。 ②血液検査の値をもとに生活を振り返る。 ③対象者の反応を見ながら目標を確認する。(目標が個人にとって取組難い場合や、目標そのものがストレスになっている場合は他の視点も伝える。)	①血液検査 HbA1c、血糖値、中性脂肪、LDL、HDL、コレステロールの測定。 ②目標が継続できるように行動していることへの賞賛、励ましを行う。	検査値の経年グラフを作成し、半年間の変化を一緒に確認する。
支援形態	個別面接	個別支援A	個別支援B	個別支援A	個別支援B	個別面接
時間	30分	20分	10分	30分	10分	30分
ポイント数	支援A 支援B	- 80	- 20	120 -	- 20	- -

支援A:200ポイント 支援B:40ポイント 合計240ポイント

事例3 小集団活動を重視し、客観的に自分の実態を見ることをねらった保健指導プログラム

支援ポイント合計 260~300 ポイント

北海道美唄市

全6回の支援のうち、2カ月おきに小集団活動と血液検査を重視したプログラムを組み立てている。小集団活動では、他者との対話や血液検査データを通して、普段意識していない自分の生活(実態)を見ていく場を設けている。

	初回面接	1カ月目	2カ月目	3カ月目	4カ月目	5カ月目	6カ月目
タイトル	プロセスを見る 食の実態を見る	目標の継続確認	食の実態を見る 代謝を高める運動	目標の継続確認 ※血液検査を実施	習慣化を見る コントロールを見る	目標の継続確認	評価
保健指導の構成・内容	①血圧・腹囲・体組成測定 ②事例提示 ③グループトーク ④健診結果説明 ⑤食生活を振り返る'主食蛋白質' ⑥日常生活動作チェック ⑦目標設定	①目標の継続確認 ②励まし&賞賛	①血圧・腹囲・体組成測定 ②代謝を高める運動の講話と実践 ③食生活を振り返る'野菜・嗜好品・調味料' ④0.7%味噌汁の試飲	①対象者の現状を把握 ②現在の取り組みを支持 ③次回参加を勧奨	①血圧・腹囲・体組成測定 ②良好なコントロールの事例提示 ③血液検査や血圧、腹囲、体重の変化と関連づけて生活を意識化するよう支援	①目標の継続確認 ②励まし&賞賛	①血圧・腹囲・体組成測定 ②生活を振り返る ③次年度の目標設定
支援形態	グループ支援	(個別支援B)	グループ支援	個別支援B	グループ支援	(個別支援B)	個別面接
時間	120分	(10分)	120分	10分	120分	(10分)	60分
ポイント数	支援A 支援B	- (20)	120 -	- 20	120 -	- (20)	- -

支援A:240ポイント 支援B:20~60ポイント 合計260~300ポイント

※1カ月目、5カ月目の個別支援B「目標の継続確認」は、必要に応じて実

自己決定したことを行動につなげるための支援を重視した保健指導プログラム

支援ポイント A、B 合計 180~185 ポイント

【NTT 西日本東海健康管理センタ】

1. 保健指導プログラム

表 1. 保健指導プログラム（集団支援と個別支援の混合実施）

	初回面接	1ヶ月目	3ヶ月目	5ヶ月目	6ヶ月目
	自身の生活習慣の意識化、 自身の問題に気づくための支援	自己の気づきを行動につなげるための 支援	成果の確認、具体的 目標設定への支援	維持・ 継続支援	評価
保健指導の ねらい	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣の振り返りや気づきを促す 生活習慣改善目標設定を支援する 	<ul style="list-style-type: none"> 立てた目標の実施状況を確認する 取り組みを支援する 	<ul style="list-style-type: none"> より具体的な目標設定を支援する 状況に合わせて目標の軌道修正を図る 	継続的な取り組みを支援する	<ul style="list-style-type: none"> 目標の達成度を確認する 自立した継続取組の見直しを立てる支援をする
保健指導の構成・内容	<ol style="list-style-type: none"> 『内臓脂肪はなぜ悪いのか』について説明 事例紹介(成功事例と脳出血事例) グルーブトークにより、生活習慣を振り返る 脂肪モデル(1kgと3kg)で自身の体重増加を確認する 自身の食生活の問題に気づくよう、社内食堂とのコラボレーションで提供する600kcalの『すっきりランチ』を試食する 生活改善目標の設定 	<ol style="list-style-type: none"> 初回面接時確認した方法や日程に合わせて支援する 具体的な生活改善目標について確認する 次回面接の日程調整をする 	<ol style="list-style-type: none"> 実行状況の確認後、『メタボリ先生』を活用し、行動目標に合わせて、生活改善のための食事や運動を具体的に設定する 生活改善目標の修正と支援 		標準的な質問票と行動変容に関するアンケートを実施し、体重と腹囲と合わせて評価する
使用教材	テキスト(メタボ脱出のためのライフスタイル改善手帳)		『メタボリ先生』(市販の保健指導支援ツール)		
工夫点・留意点	<ul style="list-style-type: none"> 勤務時間内での実施とした。 1グループ最大7名とし、毎年の重なりを避けるために奇数年齢を対象とした。 		全員にツールを使用し支援を統一化した。		評価月の体重改善率4%以上で上位3名に表彰状を渡す。ホームページに掲載してPRする。
支援形態	グループ支援	支援A(メールまたは電話)	個別支援A	個別支援B(電話)	メール
対象者数	12~18名	最大7名	最大7名	最大7名	最大7名
実施体制	保健師 or 看護師 3~4名	保健師 or 看護師 1名	保健師 or 看護師 1名	保健師 or 看護師 1名	保健師 or 看護師 1名
時間	90分	一往復 or 15分	30分	10分	メール 1.5往復
ポイント数	支援A 支援B	40~45 -	120 -	- 20	- -

- ・グループ支援に馴染まない人や、女性などは全て個別支援で対応。
- ・ポピュレーションアプローチとの連動で実施。社内全体の昼食の見直しにつなげるため社員食堂と連携して600kcalのランチを提供。

支援A 合計 160~165 ポイント
 支援B 合計 20 ポイント
 合計 180~185 ポイント

2. 保健指導の実際（一部の成功事例）

表 2. 保健指導参加者の変化のプロセス

※個人を特定できないように一部変更

		初回検査値	評価時検査値	対象者の目標や主な変化など	
		積極的支援	男性	体重	77.3
BMI	26.7			23.6	
腹囲	86.5			81.0	
血圧収縮期	137			106	
血圧拡張期	84			73	
HDL コレステロール	50			68	
中性脂肪	287			108	
LDL コレステロール	132			115	
空腹時血糖	96			96	
積極的支援	男性	初回検査値	評価時検査値	対象者の目標や主な変化など	
		体重	76.5	61.6	<p>目標 ①テレビを見る時は、横にならず座って見る。②車で行くところを自転車に変える、歩くようにする。③お酒を飲んだ後に、ご飯を食べない。</p> <p>変化のプロセス 3ヵ月後の面談時には、ソフトボールを再開し、歩く時間も増やしており、積極的に運動に取り組んでいた。また、ご飯を1杯に減らしたことで4kgの体重減少があり、「せっかく体重が減ってきたから、もっと効果を出すために、夕食の量をもう少し減らそう。」と、成功体験により自己効力感が高まっていった。また、記録表の活用により、飲み会に参加した翌日は体重が増えることがわかり、飲み会に参加しないようにしてみるなど、自己コントロールしていった。さらに、運動すると体重が減り、目に見える効果がさらなる動機付けとなり、体重減少(-14.9kg)、腹囲減少(-24.5cm)、血液検査値の改善(LDL コレステロール、血糖値などの低下)につながった。</p>
		BMI	28.8	23.2	
		腹囲	98.0	73.5	
		血圧収縮期	131	132	
		血圧拡張期	79	75	
		HDL コレステロール	46	69	
		中性脂肪	333	65	
		LDL コレステロール	163	138	
空腹時血糖	118	92			
積極的支援	男性	初回検査値	評価時検査値	対象者の目標や主な変化など	
		体重	83.8	69.2	<p>目標 ①1日1万歩以上歩く。②お酒をやめる。</p> <p>変化のプロセス 以前より、平日は1万歩以上歩いており、積極的に運動に取り組んでいた。食事については、「太るのでお昼ご飯は食べない」と考え、自分なりに取り組んでいた。今回は、「お酒は体に良くないのでやめよう」と目標を定め、実行していったところ、「毎日お酒を飲んでしたが、飲まなくても意外と苦でなかった。」と生活を変える抵抗感が無くなり、体重も減少した。また、「体重が減り始めたらお腹回りが軽くなり、走れるようになった」と効果を実感し、成功体験がさらなる動機付けとなって継続して取り組んでいった。体重(-14.6kg)や腹囲(-14.5kg)の減少につながり、「これからは食事を規則的に食べて無理なく継続していく方法を考えたい。」と今後も継続して取り組む意思をみせた。</p>
		BMI	29	23.9	
		腹囲	95	80.5	
		血圧収縮期	136	94	
		血圧拡張期	89	63	
		HDL コレステロール	38	51	
		中性脂肪	296	87	
		LDL コレステロール	168	165	
空腹時血糖	104	93			
動機付け支援	男性	初回検査値	評価時検査値	対象者の目標や主な変化など	
		体重	72.9	60.9	<p>目標 ①自転車通勤を継続し、週末にウォーキングを20分行う。②階段を使用する。③夜のご飯を2割減らす。④夕食後のお煎餅をやめる。</p> <p>変化のプロセス 以前より、片道4kmの自転車通勤、階段を利用するなど、体を動かすことは支障なく行っていた。面接当初、「体重は気にしていない！」と言い、無関心期であったが、「ズボンのウェストが大きくなったかも・・・」と感じ始めたことが動機付けとなって、運動や食事に積極的に取り組んだ。具体的には、自転車通勤の継続、階段の利用、週末のウォーキングを20分から60分に増やして取り組んでいった。また、夜ご飯の量を2割減らすことや、夕食後の間食も中止し、体重減少(-12kg)、腹囲の減少(-8cm)の腹囲減少、血液検査値の改善(LDL コレステロール)につながった。(動機付け支援のため、途中の支援は実施していない)</p>
		BMI	25.8	21.8	
		腹囲	84.0	76.0	
		血圧収縮期	137	121	
		血圧拡張期	85	87	
		HDL コレステロール	45	39	
		中性脂肪	111	75	
		LDL コレステロール	177	126	
空腹時血糖	90	96			

3. 保健指導の評価

《当事業所での評価に関する考え方》

- ・保健指導の効果としては、将来的には医療費に影響を及ぼすことであるが、当面の間、個人の検査値や行動(行動変容)に影響を及ぼすこととする。
- ・保健指導の効果検証として、検査値の改善、行動変容(生活習慣の変化)の状況などを確認する。
- ・保健指導プログラムの品質管理として、標準の取り決め事項 {標準プログラム、面接手順(実施のプロセス)、教材、記録様式、支援システムなど} を設定し、年度末に見直し・改善し、次年度に活かすというサイクルで行っている。

表 3. 保健指導の評価の内容

種類		評価項目
量的評価	事業評価 (アウトプット)	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診対象者、受診者数、受診率、受診率の伸び幅(H20年度から21年度にかけて) ・階層化結果(年代別、前年度比較) ・内臓脂肪症候群該当者・予備群の割合、減少率(前年度比較) ・服薬中の者の割合(受診者のうち服薬中の人)、服薬中のため特定保健指導(積極的支援)の対象者から除外した人の数 ・特定保健指導対象者、利用者、利用率、利用率の伸び幅(H20年度から21年度にかけて) ・特定保健指導を完了した人の割合(利用者、終了者(率))
	効果評価 (アウトカム)	<ul style="list-style-type: none"> ・検査値の改善 平均体重と腹囲の変化、(前年度の比較)、体重減少率(5%以上の減少があった者)、変化率(2%ごとの変化の割合を見る)の前年度比較 ・行動変容ステージの改善割合 ・運動習慣の変化、食習慣の変化 ・体重減少率高値者の検査値の推移(個々の変化の確認) ・内臓脂肪症候群該当者・予備群の割合、減少率(前年度比較)
	ストラクチャー 評価	保健指導プログラムの構成が目的達成のために適切か、などの評価(人員、投入回数・時間など)
質的評価	保健指導内容の 評価 (プロセス評価)	<p>プロセス評価(保健指導の実施が、標準の取り決め事項どおりに実行されているかどうかの評価)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者との関係づくりが適切にできているか。 ・達成可能な行動目標の設定を支援しているか。 ・最新の科学的エビデンスに則っているか。 ・分かりやすい教材を用いているか。 ・保健指導の記録管理を行っているか。 <p>対象者の状況が経時的に把握ができるか。経時的な結果から保健指導の評価ができるか。他の保健指導を担当する者と状況が共有できるか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健指導実施後のフォローアップが効果的に行われているか。

1) 保健指導の評価及び考察(一部抜粋) *集計データは途中経過分

(1) 保健指導の評価

① 平均体重の変化について(評価対象: 全員 n=786)

初回面接時と6ヵ月後評価時の平均体重の比較を階層化別及び性別で見たと、積極的支援の男性では、2.3%の減少(-1.7 kg)がみられた。積極的支援の女性では、1.6%の減少(-1.1 kg)、動機づけ支援の女性では、1.6%の減少(-1.0 kg)、動機づけ支援の男性では、1.5%の減少(-1.1kg)がみられた。

② 階層化別体重減少について(評価対象: 男性 n=766名)

「0~5%未満」の体重減少があった人は68.1%(521人)であり、積極的支援で68.5%(296人)、動機づけ支援で67.4%(225人)であった。

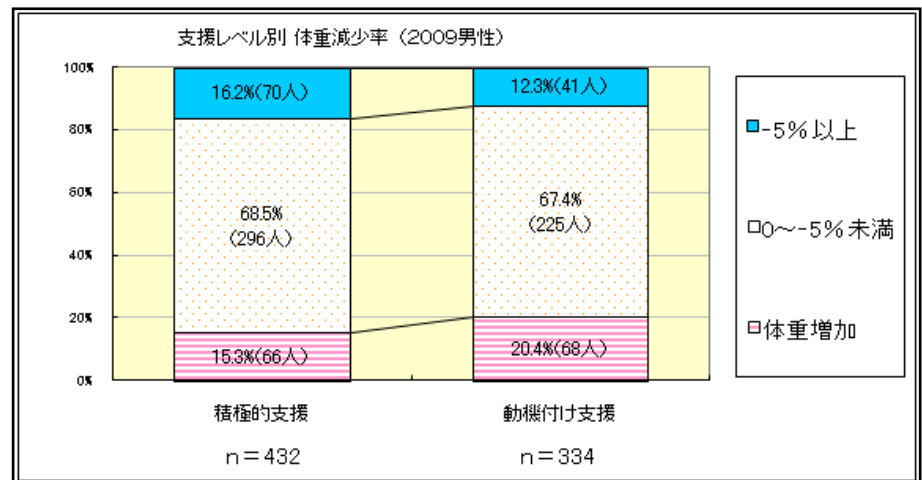
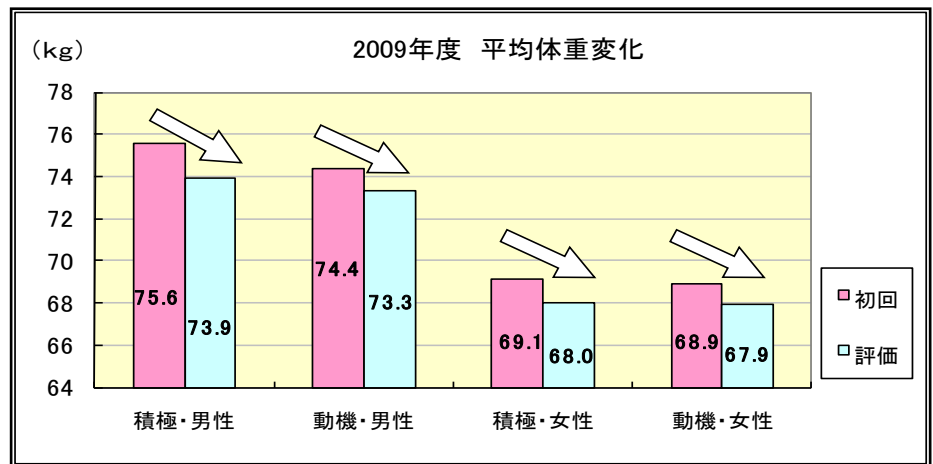
「5%以上」の体重減少があった人は14.5%(111人)であり、積極的支援で16.2%、動機づけ支援で12.3%であった。

一方、全体の17.5%(134人)が体重増加しており、階層化別では、積極的支援で15.3%、動機づけ支援で20.4%であった。体重増加者の内訳を見ると、支援期間が冬季にかかる場合が多い傾向がみられた。



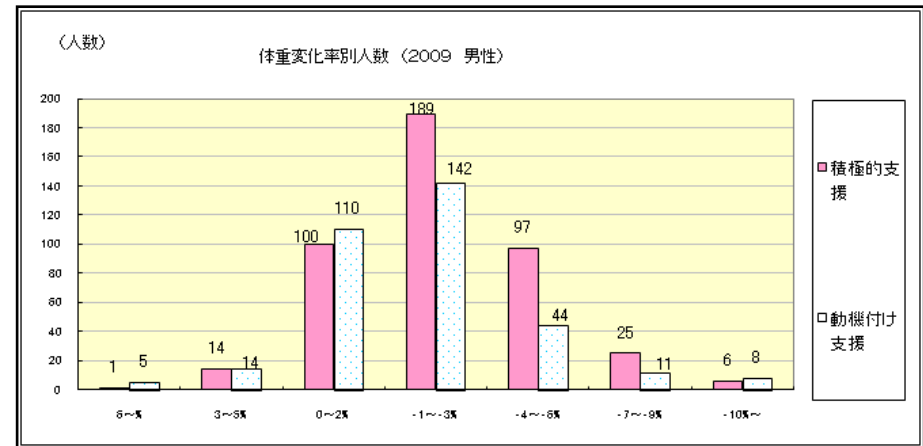
保健指導の効果

- 全体では1.5~2.3%の体重減少あり
- 男性では8割強の人が体重減少あり
- 行動変容ステージは7割以上が維持・改善



③ 体重変化率について(評価対象：男性 n=766 名)

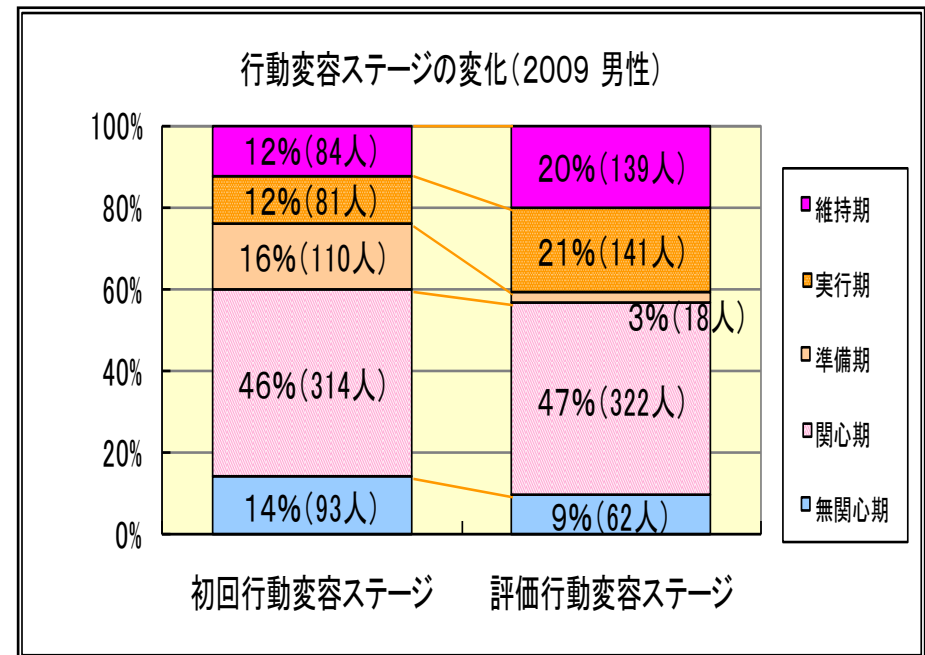
体重変化率を見ると、積極的支援も動機付け支援も、「1～3%」の体重減少があった人が、一番多かった。



④ 行動変容ステージの変化(評価対象：男性 n=766 名)

初回面接時、生活習慣改善のための行動をとっている人(行動変容ステージ 実行期・維持期)は24%(165人)であったが、評価時には41%(280人)と上昇した。また、無関心期であった人14%(93人)は、6ヵ月後評価時には9%(62人)と減少した。

行動変容ステージの変化割合を見ると、「改善」(1ステージ以上段階が上がった人)が35%(241人)、「変化なし」が44%(301人)であった。一方、悪化した人は21%(140人)であった。そこで、体重変化率と行動変容ステージに関連を見たところ、「5%以上体重減少した人」のうち、「行動変容ステージが改善した人」は53%(50人)、悪化は9%(9人)であった。「体重が増加した人」のうち、「行動変容ステージが改善した人」は26%(31人)、「行動変容ステージが悪化した人」は28%(33人)であった。体重減少している人は行動変容ステージが改善している割合が多い結果であった。



行動変容ステージの変化の内訳

初回行動変容ステージ	評価行動変容ステージ					総計
	無関心期	関心期	準備期	実行期	維持期	
無関心期	33	36	2	13	9	93
関心期	18	188	5	74	29	314
準備期	3	61	8	22	16	110
実行期	2	19	3	22	35	81
維持期	6	18		10	50	84
総計	62	322	18	141	139	682

行動変容ステージの変化割合

改善	241	35%
悪化	140	21%
変化なし	301	44%

(2) 考察

当事業所が行った保健指導では、全体で 1.5～2.3%の体重減少があり、また、男性では、8割強の人に体重減少が見られ、その減少幅は、-1.0～-24.0 kg(最小1%、最大27%)であった。さらに、行動変容ステージも7割以上の人が維持・改善であった。

今井らによる研究¹⁾によると、保健指導を利用した人の2008年度、2009年度の平均体重の比較では、男性では-1.65 kg(2.4%の減少)、女性では、-1.79 kg(3.0%の減少)となっており、当事業所でも、概ね効果的な保健指導が行えたと考える。

今後は、血液検査データの分析も併せて評価を行うことを検討したい。また、行動変容ステージは、5割弱の人が変化なしであったため、確実に行動変容に結び付けられるよう指導内容を検討したい。

引用文献 1) 今井博久、中尾裕之、「特定保健指導の効果と効率的な介入量の分析」, 保健師ジャーナル Vol.67 No.02, pp154-157, 医学書院,2011

自組織の概況等

【NTT 西日本東海健康管理センタ】

- 従業員数 約2万人（男女比：3対1）
- 主なグループ企業 42社
- 健康管理センタ 6組織（西日本）
- 組織の特徴
 - 勤務形態：日勤（一部交替勤務あり）
 - 勤務内容：営業・販売・サービス、工事・保守等の作業、技術・開発など

○健康課題（平成19年度）

①要健康管理者の割合は、全従業員の約3%である。

②生活習慣病対策が課題である。

- ・要健康管理者の疾病構造をみると、全体の約3割が生活習慣病である。
- ・生活習慣病の内訳は、循環器系疾患、悪性新生物である。

③定年退職前の健康管理が必要である。

- ・要健康管理者の年齢構成は、50歳代が68.7%（469名）と一番多い。
- ・50歳代の要健康管理者の疾病構造をみると、全体の約4割近くが生活習慣病である。
- ・40歳代が25%（171名）、30歳代が5.7%（39名）、20歳代が0.6%（4名）である。

表4. 平成21年度特定健診・保健指導実績

		NTT	組合健保 (速報値)	全国 (速報値)
特定健康診査	対象者数(人)	16,146	11,167,077	52,207,120
	受診者数(人)	16,126	7,066,438	21,147,356
	受診率(%) ※実施率	99.9	63.3	40.5
特定保健指導	対象者数	3,293	1,489,759	3,998,172
	割合(%)	20.4	20.4	18.5
	利用者総数(人)	875	—	—
	割合(%)	26.6	—	—
	終了者総数(人)	811	185,212	518,198
	割合(%) ※実施率	24.6	12.4	13.0
動機付け支援	対象者数(人)	1,171	713,477	—
	割合(%)	7.3	10.1	—
	利用者数	374	195,080	—
	利用率(%)	31.9	27.3	—
	終了者数	355	174,653	—
	終了率	94.9	24.5	—
積極的支援	対象者数(人)	2,122	275,119	—
	割合(%)	13.2	3.9	—
	利用者数(人)	501	58,788	—
	利用率(%)	23.6	21.4	—
	終了者数(人)	456	37,335	—
	終了率(%)	91.0	13.6	—

関心期から準備期、実行期を経て維持期への移行を支援した保健指導プログラム

支援ポイント A、B 合計 240 ポイント

【長崎県五島市】

1. 保健指導プログラム

表 1. 保健指導プログラム(個別支援)

タイトル	初回面接	1ヶ月目	2ヶ月目	3ヶ月目	4ヶ月目	6ヶ月目
	生活習慣の振り返り 目標設定	食生活の振り返り	目標の継続確認 ※血液検査を実施	血液検査と生活との関連を振り返る	目標の継続確認 ※血液検査を実施	評価
保健指導の構成	①食事/運動/喫煙/飲酒/生活リズムを聞き取り、自分なりに気をつけていること、生活習慣で検査値に影響を及ぼしていると思うことを話してもらう。 ②健診結果と基準値を照らし合わせる。 ③健康手帳に目標を記入する。	①前日の食事を記録する。 ②食事ファイルを用いて、基準の量を見る。(※食材の写真は実物大のものとする。)	①血液検査 HbA1c、血糖値、中性脂肪、LDL、HDL、コレステロールの測定。 ②目標が継続できるように行動していることの賞賛、励ましを行う。	①血液検査と血糖値の関連を説明する。 ②血液検査の値をもとに生活を振り返る。 ③対象者の反応を見ながら目標を確認する。(目標が個人にとって取組み難い場合や、目標そのものがストレスになっている場合は他の視点も伝える。)	①血液検査 HbA1c、血糖値、中性脂肪、LDL、HDL、コレステロールの測定。 ②目標が継続できるように行動していることへの賞賛、励ましを行う。	検査値の経年グラフを作成し、半年間の変化を一緒に確認する。
留意点	基準値を示す前には、自分では気をつけていると言うが、基準値を見ると、実際にはどうか踏み込むことができる。	食事記録をすることで、実際に食べている量や、習慣的に食べているものが明らかになる。食事ファイルで基準値と比べると、自分が取りすぎていることに気づく。写真はなるべく実物大のものにすることで、イメージを沸きやすくする。		血液検査の結果を伝えて、反応を見ながら、目標を確認する。目標が取り組み難い場合や、ストレスになっている場合は、他の視点を伝えるようにする。		
使用教材	健康手帳 検査値の経年グラフ	食事記録表 食-10 嗜好品が食べたい場合		検査値の経年グラフ		検査値の経年グラフ
支援形態	個別面接	個別支援A	個別支援B	個別支援A	個別支援B	個別面接
実施体制	保健師 1名	保健師 1名	栄養士 1名	保健師 1名	栄養士 1名	保健師 1名
時間	30分	20分	10分	30分	10分	30分
ポイント数	支援A	—	80	—	120	—
	支援B	—	—	20	—	20

支援 A (200 ポイント) + 支援 B (40 ポイント) = 計 240 ポイント

2. 保健指導の実際(Aさん 56歳・女性)

表2. Aさん(56歳・女性)への保健指導の実際

		初回面接	1ヶ月目	2ヶ月目	3ヶ月目	4ヶ月目	6ヶ月目
		生活習慣の振り返り 目標設定	食生活の 振り返り	目標の 継続確認	血液検査と 生活との関連を振り返る	目標の 継続確認	評価
				※血液検査を実施		※血液検査を実施	
実施 内容	ねらい	健診結果から自分の生活習慣を振り返り、 取り組む内容を明らかにする。	食生活を振り返り、取り組む内容 を明らかにする。	目標継続の励まし&賞賛	生活習慣が血液検査に影響を及ぼ すことを知る。 目標設定は妥当なものか、継続に つながっているか確認する。	目標継続の励まし&賞賛	半年間の変化を評価し、今後の生活 習慣の改善維持に意識を向ける。
	実施 内容	・食事/運動/喫煙/飲酒/生活リズムを開き 取り、自分なりに気をつけていること、生 活習慣で検査値に影響を及ぼしている と思うことを話してもらい準備性を把握す る。 ・食事記録票を活用。	前日の食事を記録する。 食事ファイルを用いて、 基準の量を見る。	目標が継続できるように行動しているこ との賞賛、励ましを行う。	習慣化することは難しいことを伝 え、目標を継続できていること、 良いことを伝える。	目標が継続できるように行動して いることの賞賛、励ましを行う。 本人のできていること を再評価する。	
Aさんの 発言・反応		・コレステロールや中性脂肪の本を買っ た。間食はしないようにしている。 中性脂肪が高いことは分かっているが、努 力しても減らないものと思っている。 買い物も車で行くことが多く、身体を動か すのは唯一大の散歩の時くらい。元々運動 は苦手。 ・呼ばれたから来た、と口数少ない。	体重が減らない。 目標は続けているのに・・・。 口数少ない。	体重が減らない。 腹囲測定を嫌がる。	目標は続いている。 若い頃から何度もダイエットし て、結果が出ないと長続きせず、 リバウンドしてきた。	太りたくない。体重が減らない。 野菜ジュースは飲んで良いのでし ょうか。	・夜の間食は控えているけど、まだ 果物が多いのかな。 ・HbA1cはどうやったら下がるの。 ・体重体重って言ってたけど、体重 が減っても、体脂肪が多いと問題だ ったり、中身が重要なよね、と笑顔 で話す。
Aさんの 変化		食事記録票の活用で夕食後に間食を取っ ていたことに気が付き、自ら「夕食後の間 食をしない。」と目標を立てた。	食事ファイルを用いて、基準の量 を確認したところ、果物を過剰摂 取していたことに気がついた。		自分のことを積極的に話し始め た。	積極的に質問してくるようになっ た。	具体的な質問が出てくるようにな った。 自らの気づきを口にするようにな った。
保健師の 判断		自ら本を買って求める等、関心は高いが、実 際にこれ以上現実的の何をしたら良いか 迷っている様子。関心期～準備期にある。 食事記録表を活用して、実際に食べてい ないとは、どんな状況を指すのか客観的にみ ることが必要。	目標は継続しているのに、体重が 減らないのがなぜだか分からず、 悶々としているようだ。前回目標 を決意し、行動変容ステージが実 行期まで進んだが、準備期に戻る 可能性も高い。食生活の再確認が 必要。	・目標は継続しているのに体重や腹囲と いった身体上の変化が実感できず、自己 効力感が下がっている様子。実行期には あるが、準備期に戻る可能性も高い。自 己効力感を高める働きかけが必要。 ・今できていることを賞賛・支持。効果 の指標は体重や腹囲だけでは無いことを 伝え、次回検診に視点を切り替える話を する。	自分のことを客観的に振り返るこ とができるようになってきた。実 行期にある。	具体的な質問が出てくるようにな り、目標以外にも自発的に取り組ん でいる様子。実行期にある。	具体的な質問が出てくるようにな り、自分にとって必要な知識を求 め、行動変容につなげようとする明 確な意思が見てとれる。維持期に移 行し始めた。
行動変容 ステージ		I. 関心期	II. 準備期	III. 実行期			IV. 維持期

3. 保健指導の評価(Aさん 56歳・女性)

Aさんは、保健指導開始時、「呼ばれたから参加した」と自発的な参加では無かったが、全ての回に参加した。保健指導前後の測定値を比較したところ、0.9Kgの体重減少、5cmの腹囲減少、血圧に改善が見られた。

表3. Aさんへの保健指導の評価

評価方法	評価結果						
継続率及び終了率	100%						
行動変容ステージの変化の確認	関心期→準備期→実行期→維持期						
保健指導前後の測定値の比較		身長	体重	BMI	体脂肪	腹囲	血圧
	初回面接時	147.6cm	51.8Kg	23.8	32.9	92.0cm	127/75mmHg
	6カ月評価時	147.7cm	50.9Kg	23.3	31	87cm	104/70mmHg

自組織の概況等

【長崎県五島市】

- 人口 40,824 名
- 高齢化率 33.4%
- 健康課題

①生活習慣病関連疾患による死亡割合が高い。

・平成 21 年度死亡順位は、第 1 位が悪性新生物(40.5%)、第 2 位が心疾患(21.5%)、第 3 位が脳血管疾患(10.0%)、第 4 位が肺炎(9.0%)であり、全国の死亡順位とほぼ同様である。また、三大死因が全体の約 7 割を占めている。

②生活習慣病関連疾患の医療費の適正化が課題である。

・平成 21～22 年度国民健康保険医療費において、高血圧性疾患による医療費は、1 位を占めている。平成 21 年度:70,123,180 円
 ・平成 21 年度国民健康保険医療費において、生活習慣病関連疾患(高血圧性疾患、脳梗塞、糖尿病、虚血性心疾患を抜粋抽出)は、96,323,750 円である。

③内臓脂肪症候群該当者及び予備群が多い。

・平成 21 年度特定健診結果は、内臓脂肪症候群該当者割合 16.2%、予備群者割合 14.6%であり、国と比較して高い。
 ・平成 21 年度内臓脂肪症候群の割合は、16.2%であり、全国速報値 14.4%より高い。
 ・平成 21 年度内臓脂肪症候群予備群割合は、14.6%であり、全国速報値 12.3%より高い。
 ・高血圧異常者が全体の 80.5%、脂質異常症の者が全体の 41.8%である。(保健指導判定値以上の者)

表 4. 平成 21 年度特定健診・保健指導実績

		五島市	長崎県 (速報値)	市町村国保 (速報値)	全国 (速報値)
特定健康 診査	対象者数(人)	23,748	285,555	22,520,576	52,207,120
	受診者数(人)	7,694	85,609	7,067,714	21,147,356
	目標率(%)	40.0	—	—	—
	実施率(%)	32.4	30.0	31.4	40.5
特定 保健指導	対象者数	1,220	—	988,597	3,998,172
	割合(%)	15.9	—	14.0	18.5
	利用者総数(人)	832	—	—	—
	割合(%)	68.2	—	—	—
	終了者総数(人)	584	—	—	518,198
	目標率(%)	40.0	—	—	—
動機 付け 支援	実施率(%)	47.9	—	21.5	13.0
	対象者数(人)	372	8,800	713,477	—
	割合(%)	30.5	—	10.1	—
	利用者数	174	4,445	195,080	—
	利用率(%)	46.8	50.5	27.3	—
	終了者数	80	3,750	174,653	—
積極的 支援	終了率	21.5	42.6	24.5	—
	対象者数(人)	848	3,519	275,119	—
	割合(%)	69.5	—	3.9	—
	利用者数(人)	658	1,446	58,788	—
	利用率(%)	53.9	41.1	21.4	—
	終了者数(人)	504	630	37,335	—
	終了率(%)	59.4	17.9	13.6	—

表 5. 平成 21 年度内臓脂肪症候群予備群及び該当者の状況

	五島市	市町村国保	全国
該当者数(人)	647	1,148,911	3,113,354
該当者割合	16.2%	16.2%	14.4%
予備群者数(人)	582	791,602	2,651,613
予備群者割合	14.6%	11.2%	12.3%
予備群及び該当者割合	30.8%	27.4%	—

小集団活動を重視し、客観的に自分の実態を見ることをねらった保健指導プログラム

支援ポイント A、B 合計 260~300 ポイント

【北海道美唄市】

1. 保健指導プログラム

表1. 保健指導プログラム(集団支援と個別支援の混合)

タイトル	初回面接	1カ月目	2カ月目	3カ月目	4カ月目	5カ月目	6カ月目
	プロセスを見る 食の実態を見る	目標の 継続確認	食の実態を見る 代謝を高める運動	目標の 継続確認	習慣化を見る コントロールを見る	目標の 継続確認	評価
保健指導の 構成内容	①血圧・腹囲・体組成測定 ②事例提示 ③グループトーク ④健診結果説明 ⑤食生活を振り返る(主食・蛋白質) ⑥日常生活動作チェック ⑦目標設定	①目標の継続確認 ②励まし&賞賛	①血圧・腹囲・体組成測定 ②代謝を高める運動の講話と実践 ③食生活を振り返る(野菜・嗜好品・調味料) ④0.7%味噌汁の試飲	※血液検査を実施 ①対象者の現状を把握 ②現在の取り組みを支持 ③次回参加を勧奨	①血圧・腹囲・体組成測定 ②良好なコントロールの事例提示 ③血液検査や血圧・腹囲・体重の変化と関連づけて、生活を意識化するように支援	①目標の継続確認 ②励まし&賞賛	①血圧・腹囲・体組成測定 ②生活を振り返る ③次年度の目標設定
使用教材	・Aさんの事例 ・健診結果説明グラフ ・生活活動量チェック ・食事記録表、食材		・塩分 0.7%みそ汁と食品の塩分量 ・野菜 350gの実物の媒体 ・食事記録表、食材		・生活習慣改善と治療を開始したBさんの事例		
プログラムの留意 点工夫点	・『プロセスを見る』、『食の実態を見る』を同時に実施。 ・対比効果をねらい、1グループ最大5名までの小集団とした。また、有しているリスクに応じてグループ編成。 ・自己紹介で参加動機や目的を確認し、個別支援の視点を持ちながら小集団支援を展開。 ・まとめでは、目的が達成できたか確認し、満足感を高め、継続参加を促す。		・5~6名のグループで実施。 ・血圧測定時の個別相談や自己紹介で個人の課題や効果を把握し、小集団支援に活かす。 ・『代謝を高める運動』では、運動の苦しさや膝・腰痛のある方でも生活や体調に応じた運動習慣を選択できるよう運動についての講義と実技の実施。 ・食生活について味付けや野菜の摂取量について具体的な気付きにつながるよう味噌汁の試飲を実施。 ・食品に含まれる塩分量がわかる手作り媒体、野菜350gの実物の媒体などわかりやすい媒体を用いる。 ・まとめでは全体で目的を達成できたことを確認。		・継続参加により、参加者同士の関係性が深まっているため、グループ分けせずに全体でプログラムを進め、健康づくりを目的とした仲間意識を高める。		
支援形態	グループ支援	(個別支援 B)	グループ支援	個別支援 B	グループ支援	(個別支援 B)	個別面接
参加人数	37名		16名	27名	9名		18名
実施体制	保健師 11名 栄養士 7名 看護師 3名	(保健師 1名)	保健師 11名 栄養士 1名 運動療法士 1名	保健師 1名	保健師 1名 栄養士 1名 看護師 1名	(保健師 1名)	保健師 18名
時間	120分	(10分)	120分	10分	120分	(10分)	60分
ポイント	支援A	-	120	-	120	-	-
	支援B	-	(20)	-	20	(20)	-

支援A(240ポイント) + 支援B(20~60ポイント) = 計 260~300ポイント

※1カ月目、5カ月目の個別支援B「目標の継続確認」は、必要に応じて実施する



ポピュレーションアプローチとの連動

健康づくりのための運動

既存の運動施設や人材、組織、保健事業を活かした運動の機会（ヘルシーウォーキング、水中ウォーキング、テニポン体験、体力測定など）と運動している。
この活動は、運動推進員やNPO 体育協会などが主体的に実施しており、自分の体調や関心に応じた運動の選択が可能である。

(テニポンとは、テニスとピンポンを合わせた、誰でも気軽にできるスポーツ。年齢に合わせた楽しみ方ができ、室内でできるため、冬季の体力・健康づくりに役立ててほしいという願いからテニポン協会が発足され、講習会を開催するなどテニポンの普及活動が積極的に行なわれている。)

2.保健指導の実際(一部の成功事例)

1)保健指導のプロセス

表2. 保健指導のプロセス

保健指導			事例1 (50歳・男性・積極的支援)		事例2 (55歳・女性・積極的支援)		事例3 (60歳・女性・動機付け支援)			
	ねらい	内容	対象者の 発言・反応	保健師の アセスメント	対象者の 発言・反応	保健師の アセスメント	対象者の 発言・反応	保健師の アセスメント		
初回面接	食の実態を見る	<ul style="list-style-type: none"> ・身体の状態、生活習慣を総体的に捉え、健康づくりの必要性が分かる。 ・食生活の傾向を知ることができ、具体的な改善に向けての気づきが得られる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・血圧・腹囲・体組成測定 ・事例提示 ・グループワーク ・健診結果説明 ・食生活を振り返る(主食・蛋白質) ・日常生活動作チェック ・目標設定 	<ul style="list-style-type: none"> ・鏡像効果、対比効果をねらい、1グループ最大5名までの小集団とした。また、有しているリスクに応じてグループ編成。 ・自己紹介で参加動機や目的を確認し、個別支援の視点を持ちながら小集団支援を展開。まとめて目的が達成できたか確認し、満足感を高め、継続参加を促す。 	検査値が高いことを気にしている。冬場の運動不足と油ものが好き。すでにお酒の量を減らし、腹囲正常値。	検査結果から体の状態を理解。食生活や運動量についても気付きあり、今後の行動変容を保証。	血圧が高くなってきたことが気になって参加。主食が多く、たんぱく質が足りないこと気付きある。	食生活への気付きがあるが、行動変容にいたるまでの迷いの時期。気付きを保証し見守る。	高血圧で治療中。糖尿病のリスクがあることに驚く。主食の量はすでに減少しており、ちょうど良いことを確認。	健康づくりへの意識が高まり、保健指導前にすでに改善見られる。意欲があるため、今後の気づきや行動変容を保証。
1カ月目	食の実態を見る 代謝を高める運動	<ul style="list-style-type: none"> ・食生活の傾向(野菜・嗜好品・味付け)を知ることができる ・年齢や体調、生活にあった健康づくりのための運動を知る事ができる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・血圧・腹囲・体組成測定 ・代謝を高める運動の講話と実践 ・食生活を振り返る(野菜・嗜好品・調味料) ・0.7%味噌汁の試飲 ・グループワーク 	<ul style="list-style-type: none"> ・初回同様5・6名のグループで実施。 ・血圧測定時の個別相談や自己紹介で個人の課題や効果を把握し、小集団支援に活かす。 ・まとめでは全体で目的を達成できたことを確認。 	食量や間食、麺類など控えている。	食生活への気付きあり、意識し、改善見られる。気付きや行動変容を保証、支持する。	血圧正常値。教室参加をきっかけにウォーキングを始めた。冬は運動不足。運動の必要性を他の参加者と語る。	運動の継続により体への効果を実感し、自信をもっている。気づきや行動変容を保証、支持。運動は散歩毎日。	嗜好品が多く、外食や高カロリーな食生活の傾向にあることに気付く。運動は散歩毎日。	おいしく、楽しく食べたい、という考えが食生活に影響していることに気付く。行動変容までの迷いあり、気付きを保証し見守る。
3カ月目	目標の継続確認				運動に関心を示す。	仕事以外で運動する機会について説明。	-	-	-	-
4カ月目	コントロールを見る 習慣化を見る	<ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣とデータの関係を理解できる。 ・生活習慣改善の効果を生活のしやすさ、豊かさ、体で感じる心地よさなど広げることができる。 ・健康づくりの継続への意欲を高めることができる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・血圧・腹囲・体組成測定 ・良好なコントロールの事例提示 ・血液検査や血圧、腹囲、体重の変化と生活習慣について ・グループワーク 	<ul style="list-style-type: none"> ・継続参加により、参加者同士の関係性が深まっているため、グループ分けせず全体でプログラムを進め、健康づくりを目的とした仲間意識を高める。 	体のことを気にするようになった。食べ過ぎないように意識している。運動は仕事で忙しいため、特別なことはしていない。	食生活については日常的に意識し、間食の量や回数など変化見られる。	食生活の改善はこれまでの生活が定着し、なかなか変えられない。ウォーキング継続。体重、腹囲減少傾向。	運動の継続により体重や腹囲への効果ある。行動変容と効果を保証し、食生活についての思いを共有。	病院で検査をした結果、LDLやHbA1cは改善傾向。特になにもしていないが、と話す。	ばら肉やベーコンなど油の使い方に変化ある。調理の腕前があり、自分で工夫して、自然に食生活の改善をすすめている。
5カ月目	評価	<ul style="list-style-type: none"> ・血圧・腹囲・体組成測定 ・相談 ・生活を振り返る ・次年度の目標設定 	<ul style="list-style-type: none"> ・血圧・腹囲・体組成測定 ・相談 ・生活を振り返る ・次年度の目標設定 		飲料水の内容を考え、食べ過ぎに注意している。毎日汗をかいて仕事をしている。	食生活の改善は継続。運動量の多い仕事のため、健康づくりの運動より生活習慣改善への意識が高い。今後も生活や検査結果の状況に応じた健康づくりをともに考えていく。	体重6キロ減。腹囲も改善傾向。血圧安定。とにかく、食べすぎで体重が増えたことが気になっていた。何もしていないが、食事に気をつけてかかわりを継続していく。	難しいと感じていた食生活についても改善し、効果が現れている。気付きや行動変容を保証。健康づくりの継続に向けてかかわりを継続していく。	菓子パンから食パンへ、麺類を減らしている。体重・腹囲が減少。血圧も安定。主治医にも「異常な生活習慣改善を継続していることを保証。」	食生活への意識は変えずに、量やバランスを考えられるなど改善がみられる。治療と生活習慣改善を継続していることを保証。

2) 保健指導前後の変化

事例 1 (50 歳・男性・積極的支援)

保健指導前後の測定値を比較したところ、3Kg の体重減少、4cm の腹囲減少、空腹時血糖・HbA1c・中性脂肪・血圧に改善が見られた。

	行動変容 ステージ	体重	腹囲	空腹時血糖	HbA1c	中性脂肪	血圧
保健指導開始前 ※検査データは健診時点	関心期	67	88	111	5.6	200	正常高血圧
保健指導終了時 ※検査データは1年後健診時	実行期	64	84	107	5.5	83	正常値

事例 2 (55 歳・女性・積極的支援)

保健指導前後の測定値を比較したところ、8Kg の体重減少、3 cm の腹囲減少、空腹時血糖・HbA1c・血圧に改善が見られた。

	行動変容 ステージ	体重	腹囲	空腹時血糖	HbA1c	中性脂肪	血圧
保健指導開始前 ※検査データは健診時点	関心期	74	96	100	5.6	-	正常高血圧
保健指導終了時 ※検査データは1年後健診時	実行期	66	93	86	5.5	-	正常値

事例 3 (60 歳・女性・動機付け支援)

プログラム参加前後の測定値を比較したところ、1Kg の体重減少、9cm の腹囲減少、血圧に改善が見られた。

	行動変容 ステージ	体重	腹囲	空腹時血糖	HbA1c	中性脂肪	血圧
保健指導開始前 ※検査データは健診時点	関心期	59	97	-	5.3	-	軽症高血圧
保健指導終了時 ※検査データは1年後健診時	実行期	58	88	-	5.3	-	正常高血圧

3. 保健指導の評価

表 3. 保健指導の評価方法及び評価結果

評価方法		評価結果
指標	具体的な評価方法	
来所の継続率	2回以上参加した人	48.8%
	中断理由の把握	「初回で大体のことは理解できた。」「日程が合わない。」と言った理由により中断
対象者の知識やスキルの向上を見る	行動変容レベルの変化	継続参加者の9割に良好な変化が見られた。
	健康づくりへの意識	85.7%
	食・運動習慣改善に対する課題の共有と行動変容変化の割合	食生活：77.1% 運動習慣：74.3%
生活習慣に関わるリスクの減少を見る	血圧・体重・腹囲などの検査の改善率	体重：56.3% 収縮期血圧：38.5% 拡張期血圧：66.6% 腹囲：62.5% 肥満：50% 脂質：50% 空腹時血糖：88.9% HbA1c：50% 中性脂肪：100%

○保健師の所感（手応えのあった部分など）

参加者の9割が関心期・準備期の行動変容レベルであった。本プログラムによって、生活を振り返り、具体的な改善点について気付き、健康づくりへの意欲が高まり、行動変容へとつながっている。

グループトークや具体的な野菜の1日量や味噌汁の試飲、食品に含まれる油の量、砂糖や塩の量など手作り媒体によって気付きを深めることができ、これまでの保健指導では得られなかった発見があった、と参加者の満足感が高い。

また、参加者同士、スタッフとの関係性が深まることで、モチベーションが高まり、健康づくりの継続につながっている。

自組織の概況等

【北海道美唄市】

○人口 26,989名(平成21年4月)

○高齢化率 31.9%

○健康課題

①全国と比較して医療費が高額である。高額医療費の基礎疾患の内訳は生活習慣病関連疾患である。

- ・1人当たりの医療費は、全国と比較して1.4倍、全道と比較して1.1倍であり、一般診療医療費が全国・全道と比較すると高い状況にある。
- ・高額医療費(1カ月の医療費200万円以上)は、23名であり、基礎疾患の内訳は、高血圧47.8%、糖尿病43.5%、脂質異常症21.7%、虚血変化26.1%である。(平成18年1月)
- ・高額医療費(1年間の医療費300万円以上)は、183名であり、基礎疾患の内訳は、高血圧75%、糖尿病58%、脂質異常症36%、虚血変化50%である。(平成15年度)
- ・高額医療費における疾病割合は循環器疾患が36%、悪性新生物は30%である。

②生活習慣病の発症から脳血管疾患等の発症に加え、要介護状態への移行を防ぐ対策が必要である。特に、高血圧対策が最重要課題である。

- ・循環器疾患や悪性新生物、脳血管疾患や慢性腎不全など重篤な疾患の基礎疾患となっているのが高血圧である。
- ・要介護の原因疾患(第2号被保険者)の大半は、脳血管疾患であり、そのうち82%が高血圧を有している。
- ・人工透析患者の基礎疾患の内訳は、高血圧93%、高尿酸血症80%、脂質異常症59%、糖尿病44%である。
- ・生活習慣病で治療中の人の割合は、全体の25.3%であり、その内訳は、高血圧が半数を占めている。

③健診結果では、有所見の上位は、「HbA1c」、次いで「LDL」、「収縮期血圧」である。

表4. 平成21年度特定健診・保健指導実績

		美唄市	北海道 (速報値)	市町村国保 (速報値)	全国 (速報値)
特定健康診査	対象者数(人)	5,623	973,924	22,520,576	52,207,120
	受診者数(人)	725	209,814	7,067,714	21,147,356
	目標率(%)	40.0	21.5		
	実施率(%)	12.9	-	31.4	40.5
特定保健指導	対象者数	85	-	988,597	3,998,172
	割合(%)	11.7	-	14.0	18.5
	利用者総数(人)	29	-	-	-
	割合(%)	34.1	-	-	-
動機付け 支援	対象者数(人)	57	22,288	713,477	-
	割合(%)	67.1	-	10.1	-
	利用者数	23	8,313	195,080	-
積極的 支援	利用者数	23	8,313	195,080	-
	利用率(%)	40.4	37.3	27.3	-
	対象者数(人)	28	8,822	275,119	-
積極的 支援	割合(%)	21.9	-	3.9	-
	利用者数(人)	6	2,843	58,788	-
	利用率(%)	21.4	32.2	21.4	-