

平成 23 年度 厚生労働省
保健指導支援事業 保健指導技術開発事業

生活習慣病予防における 効果的な継続的支援

平成 24 年 3 月
公益社団法人 日本看護協会

目次

はじめに

保健師が行う生活習慣病予防のあり方 ～継続的支援の必要性～

I 継続的支援に必要な要素

～保健師の継続的支援のあり方検討ワークショップから～

1 保健指導技術開発事業について	02
①概要	
②目的	
③実施内容	
2 実施結果	04
①生活習慣病対策の概要と事例提供の依頼	
②ワークショップのプログラム	
③継続的な保健指導の工夫点	
3 考察	09
①継続的参加を可能にする支援のあり方 佐久大学地域看護学准教授 宮崎紀枝	
②「継続的支援」が本当の生活習慣病予防につながること ワークショップデザイナー 南平直宏	

II 保健師が行った継続的支援の具体例

1 継続的支援の具体例	11
①茨城県行方市	12
②兵庫県洲本市	18
③兵庫県淡路市	26
④大分県国東市	34
⑤鹿児島県与論町	42

III 参考資料

1 平成23年度保健指導支援事業保健指導技術開発事業実施要綱	51
2 現在の生活習慣病予防（特定保健指導）の実施状況について	53
3 支援のプロセスを見る（様式）	60
4 保健師の継続的支援のあり方検討ワークショップの実際（写真）	62

日本看護協会公式ホームページ

☞ <http://www.nurse.or.jp>

はじめに

保健師が行う生活習慣病予防のあり方 ～継続的支援の必要性～

公益社団法人日本看護協会 常任理事 井伊久美子

特定健康診査・特定保健指導は、制度開始から4年目が経過しています。

日本看護協会は、平成20年度以降、厚生労働省の受託事業として「保健指導支援事業 保健指導技術開発事業」を実施し、保健指導実施者（保健師）の支援、保健指導の質を向上を図ってまいりました。

申し上げるまでもなく、生活習慣病予防対策は、その特性から継続支援のあり方が成否の鍵となる一方で、保健指導においては、マンネリ化や保健事業参加の中断、改善率の伸び悩み等、様々な課題が挙げられています。

生活習慣とは、長い年月を経過し、形成されたものです。その改善には、やはり相応の期間が必要になると考えるのが妥当です。短い期間では改善したように見えても、何らの仕組み・対策がなければ、しばらくすると元に戻ってしまうのは、当然のことともいえます。

だからこそ、第一線で保健指導にあたる保健師には、単に知識の伝達ではなく「対象者となる人々が新たな生活習慣を獲得したのちも、自分の生活習慣として継続が可能となる」ための、より高度で継続的な支援のあり方が求められているのです。

そこで、今回、生活習慣病における継続的な支援のあり方に焦点を当て、その考え方、支援のコツなどについて検討を加え、結果をまとめたものが本書です。

まとめるにあたっては、生活習慣病予防を現場で担当している市町村の保健師のみなさんに、継続的な支援を実施している事例に加えて、自治体で取り組んでいる生活習慣病対策全体の概要を提供していただき、またワークショップも開催し、ご意見を聴かせていただきました。

ご覧になるみなさまには、事例で展開されている継続的な支援のコツはもちろんのこと、保健活動全体の中での様々な仕組み、ポピュレーションアプローチとしてのきめ細やかな取り組みにもぜひ、着目していただきたいと思います。

生活習慣病対策は、国民の健康はもとより、少子高齢化の中で、今後の日本を支える上でも重要な施策といえます。それを担う保健師のみなさまのますますのご活躍と、スキルアップに資することを心から願っております。

1 保健指導技術開発事業について

1 概要

国民的課題である糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化予防を目指して開始された特定保健指導では、「標準的な健診・保健指導プログラム」に基づき、効果的かつ効率的な保健指導を実施することとされています。保健指導に従事する保健師は、保健指導対象者の特性に応じて様々な手段や内容を組み合わせながらプログラムを展開する必要があります。

これらの特定健康診査・特定保健指導の開始とともに、さらに保健指導技術を求められている保健師を支援すべく、平成20年度以降、厚生労働省の受託事業として「保健指導支援事業」を推進してきました。

2 目的

本事業では、効果的かつ効率的な保健指導の実施を推進するため、保健指導技術の向上に関する研究や学習教材の開発、行動変容の困難な事例に対する助言・指導等を行うなど、保健指導実施者（保健師）を支援し、質の向上を目的としています。

平成23年度は、効果的な生活習慣病予防の支援のために、各市町で取り組んでいる事例を収集し、保健事業全体の仕組みや、工夫点、継続的な保健指導コツなどについて検討を加え、それらをまとめていくこととしました。

3 実施内容

- 1) 継続的支援事例の把握
- 2) 各自治体で取り組んでいる、生活習慣病予防対策の全体の把握
- 3) 市町村保健師によるワークショップの開催
 - 1) の事例及び2) の取り組みを、提供していただいたモデル事業者^{*1)}で、保健指導を担当する保健師等の参集を得てワークショップを開催しました。

※1) モデル事業者とは

H19年度～21年度に、先駆的保健活動交流推進事業“JNA グループ支援プログラム^{*2)}”をモデル的に実施した事業者（自治体及び企業）です。

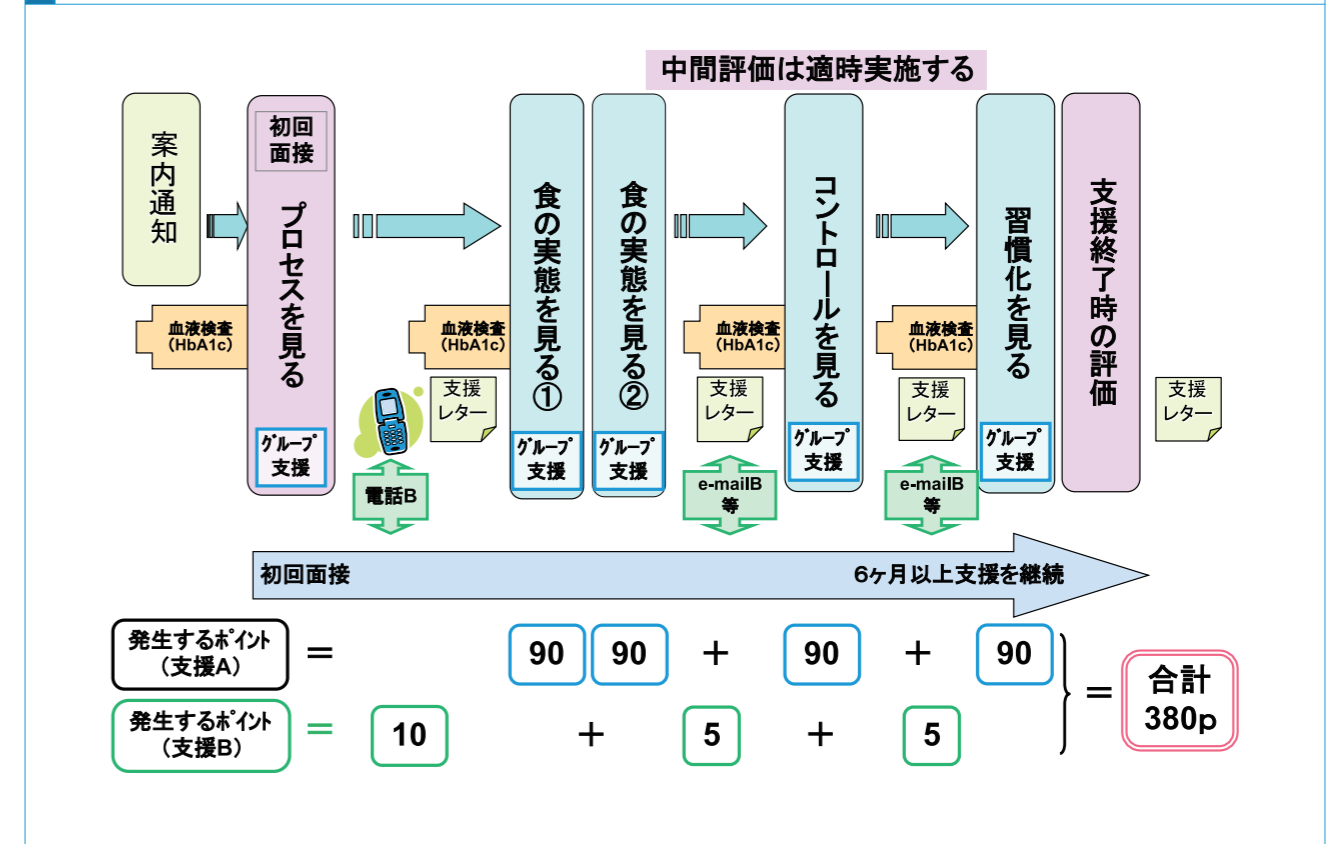
H19～21年度先駆的保健活動交流推進事業で行ったJNA グループ支援プログラムに参加した保健師は、保健指導技術において一定の方法論を身につけ、自己のこれまでの保健指導のあり方を客観的に捉えなおすという事を実践しています。そこで平成23年度は、モデル事業者から事例の提供を求めるとにしました。

※2) JNA グループ支援プログラムとは

日本看護協会が提案する、保健指導の支援プログラム。“JNA グループ支援プログラム”は、疾病の理解や管理を前提にした支援の仕方だけではなく、「生活習慣を改善することに向き合う生活支援が重要である」という考えのもとに考案。当事者が自身の身体や生活の実態を見ていくことで、生活を意識化し、生活習慣病を予防する力をつけることにつなげるもの。支援には4つのプログラム、「プロセスをみる」、「食の実態をみる」、「コントロールをみる」、「習慣化をみる」で構成されています。詳細は本会公式HPを参照ください。

☞ <http://www.nurse.or.jp/home/hokenshi/korenara.html>

図1 JNA グループ支援 提供するプログラムの例



参考文献：久常節子、井伊久美子「生活習慣病予防のためのグループ支援習慣を変える、仲間と変える」日本看護協会出版会、2009

4 「継続的支援事例の把握」の方法

各モデル事業者にメール等で問い合わせ、本事業への協力の諾否、及び事例の提供を求めました。加えて、各事業者が実施している生活習慣病対策の全容や体系がわかる資料の提供を求めました。

なお、モデル事業者は、JNAグループ支援プログラムの実施と、これまでの経験から、継続的な支援の必要性を認識しています。そのため、健康診査終了後の結果説明会から、継続的な支援を意図した説明を行うとともに、事業全体の組み立ても考えています。

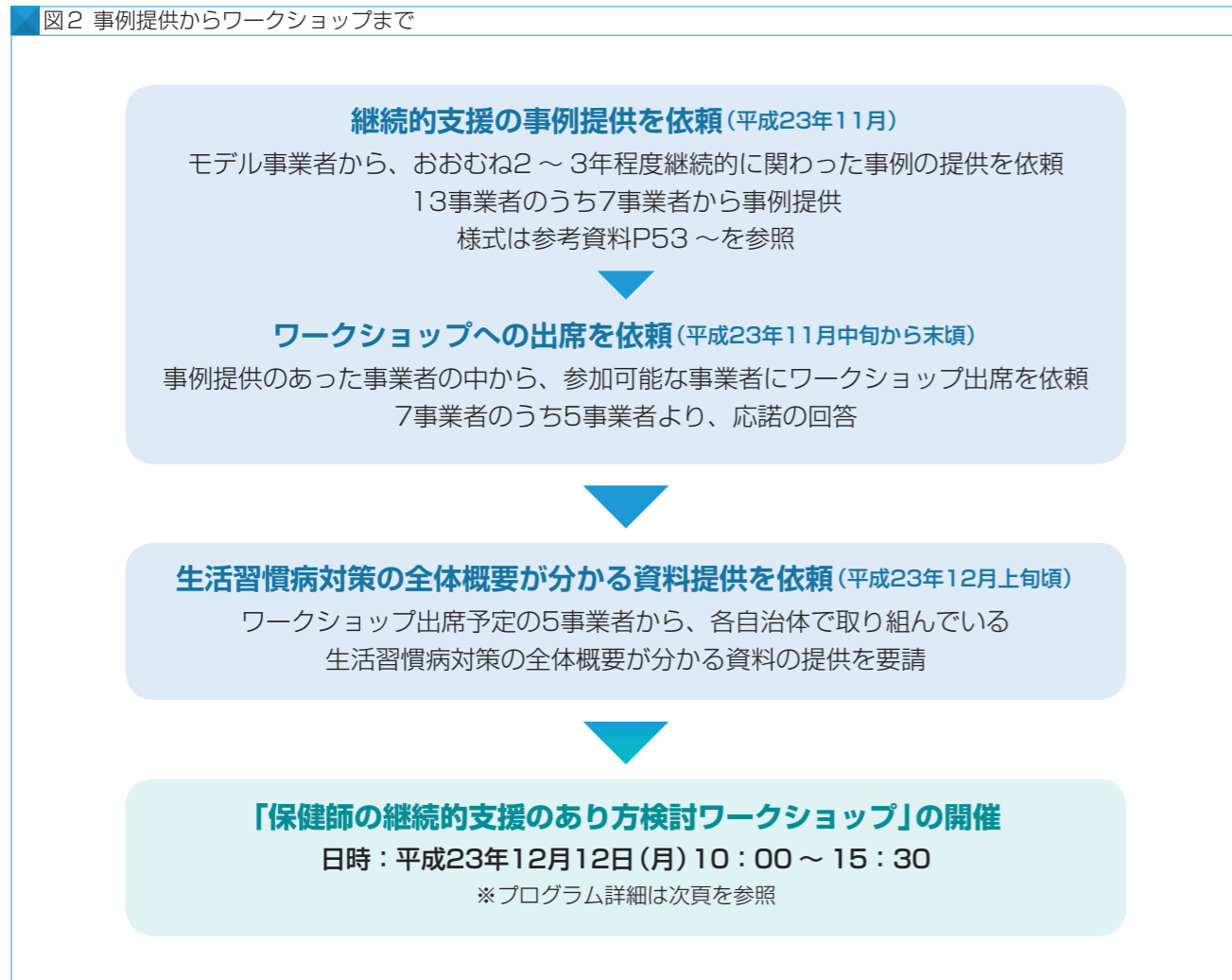
2 実施結果

1 生活習慣病対策の概要と事例提供の依頼

モデル事業者に保健指導の継続支援の現状や課題を収集するための情報収集を事前に行った結果、13事業者のうち、7事業者から13事例の提供が得られました。7事業者に本ワークショップの出席を依頼したところ、5事業者から、保健師9名、管理栄養士1名の出席が得られました。

加えて、各自治体で取り組んでいる生活習慣病予防対策の全体の把握のため、ワークショップ開催前に資料の提供を依頼しました。

図2 事例提供からワークショップまで



2 ワークショップのプログラム

平成23年度 保健指導技術開発事業 保健師の継続的支援のあり方検討ワークショッププログラム

- 1) 目的
 - ①保健指導の「継続支援」に焦点を当て、生活習慣病予防（特定保健指導）を現場で実践している保健師の事例を共有する。
 - ②担当保健師と共に、保健指導における有用な継続支援についての意見交換を行い、効果的な支援のあり方について検討し、知見を深める。
- 2) 日時 平成23年12月12日(月) 10:00～15:30
- 3) 会場 公益社団法人 日本看護協会 地下2階 JNA ホール
〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 5-8-2
- 4) 出席者 約20名
事例提供者(モデル事業者)10名、有識者2名、厚生労働省1名、オブザーバー1名、本会役員1名、本会職員5名程度

時間	内容	ねらい	
9:55～10:00	オリエンテーション 配付資料の説明		事業開発部
10:00～10:10	開会のあいさつ		日本看護協会常任理事 井伊久美子
10:10～12:25 (135分)	1. 本日の流れと説明(10:10～10:15 5分) 2. Aグループ5名、Bグループ5名に分かれる(Aグループ担当 宮崎氏、Bグループ担当 南平氏) 1)自己紹介(10:15～10:25 10分) ⇒①名前、②所属、 2)事業概要・事例について説明とカンファレンス (10:25～12:25 1事例40分×3事例 ※A、Bそれぞれ3事例 合計6事例) ※南平氏と、宮崎氏にはファシリテートしながら、模造紙「支援のプロセスを見る」(事務局準備)をの空欄を補ってもらおう。その際にふせんへの記入を促す。 ⇒付箋に書く事：そのトピックの場面で保健師に必要な専門性(過去の成功例等) (例)「参加者に生活改善のコツを語ってもらおうとよい」「生活改善を褒めるときはなぜゴイと思うのか理由も語ると納得感が増す」「乗り気でない男性にはミニグループワークの司会役等の役割を依頼すると参加が深まることがある」「生活改善を継続する自信のない人には、理由を掘り下げて聞きながら、自分にできることを発見し、言語化してもらうよう働きかける」等 ①Aグループ 洲本市① 国東市 与論町 ②Bグループ 洲本市② 淡路市 行方市	<ul style="list-style-type: none"> 本ワークショップでは、保健師が継続的に住民と関わることの困難さを前提に、困難な中で、継続的に関わっている点を引き出す 参加者同士が事例について共有する 事例をもとに、実施した継続的な支援のいい点や課題点を探る 参加者のアセスメントの視点や、継続的支援における専門的判断・技術を一定程度、言語化する 	
12:25～13:25 (60分)	昼食 ※モデル事業者はJNAホールで食事、有識者・事務局は7階702会議室 ※各事業者間(2名)で自身の事例(2例または1例)について考えるは昼休みの間に互いの感想を共有したり、事例と向き合いつつ、(継続的)支援における「保健指導技術」について話しあってもらう 例えば、①効果的な継続的支援策 ②指導内容のマンネリ化・指導方法のマンネリ化・関わり方のマンネリ化を防ぐ方策 など ※事務局は休憩の間にホール前方へ模造紙「支援のプロセスを見る」を貼付する		有識者、事務局は午後に繋げるための中間カンファを実施
13:25～15:25 (120分)	1. 作成した模造紙を見ながら3例毎のレビュー(13:25～13:55) (1事例あたり10分×3) ※南平氏はBグループ模造紙を→Aグループの人へ説明(ホール前方) ※宮崎氏はAグループの模造紙を→Bグループの人へ説明(ホール中央右側) ※質問等は随時に行う(自由に発言できる雰囲気有識者、事務局も配慮する) ※共有する時間も含む 2. グループワーク「有用な継続的支援に必要な技術とは？」(14:00～15:00 60分) ※板書(グラフィック化)しながら進める(適宜6事例のグラフィックも参照しながら) ※以下の6つの観点で進行する(南平氏、宮崎氏が各グループごとにファシリテート) 1)拒否的な人へのプログラムの促進について、また、プログラムのバリエーション 2)プログラムの工夫でよかったところ(2カ月毎のプログラムに来てもらう工夫) 3)プログラム期間中継続的にできる工夫(どんなこと、いつ頃集めている、プランニング等具体的に) 4)プログラムの2度目(2年目)の工夫(OBが来てもらって話すなど) 5)継続的な工夫(プロセスを見るの事例を変えた、運動プログラムを盛り込んだ、他の媒体も取り入れた、他のプログラムを使用する、他の事業と連動したなど) 6)受診に繋げる(繋がらない人への)工夫 3. 全体討議(15:00～15:25 25分) (継続的な支援の有用性についての意見交換も含む)	<ul style="list-style-type: none"> 各グループでの話し合いの成果を共有する 有用な支援や保健師に必要な技術を掘り下げて言語化する(報告書のエッセンスが出されることを期待する) 	レビュー、グループワーク 南平氏、宮崎氏 全体討議 事業開発部 チーフマネージャー 村中
15:25～15:30 (5分)	閉会のあいさつ		日本看護協会常任理事 井伊久美子

3 継続的な保健指導の工夫点

ワークショップに参加した保健師らは、継続的な保健指導に向けて、個別支援に加えて、ポピュレーションアプローチとしての保健事業を行い、効果的な支援を実現していました。

○特定保健指導と並行したポピュレーションアプローチの計画を意識

スマートダイエット教室（行方市）、生活習慣改善教室（国東市）等や地区組織活動をポピュレーションアプローチと位置付けて実施し、様々な場面での支援をしていました。

こうした場面では、特定保健指導の対象者の人たちだけではなく、一般の人でも同じように参加できます。様々な人が参加していることで、自身の立ち位置・役割の変化による参加しやすさが保障され、気軽な参加の場や機会の提供つながるとともに、異なる体験の中での気づきや、継続のモチベーションにつながっていました。

具体例 淡路市P30
「支援番号5」を参照

○住民が抱いている「保健指導への先入観」を変えることで、健診や教室などの参加を促進

住民は、「保健指導」に対して「指摘されて指導される」という先入観を抱いており、教室に参加したことが無い人からも「指導されるから、健診や保健指導には行きたくない!」という声が出ていました。

そこで保健師は、住民が抱いている「保健指導の先入観」を変えるため、あらゆる場面でメッセージを発信し、改善に努めました。

具体的なメッセージ)

- 「教室の中で、“〇〇しなさい” “〇〇は控えてください” と言いません」
- 「検査結果が悪い人を呼びつけるのではありません。自分の身体と生活の実態が分かって、自分で予防ができる教室です。」

発信方法)

支援レター（特定保健指導対象者全員に送付）、結果説明会での声かけ、訪問時の置手紙（留守の際）、ケーブルテレビのCM等

具体例 洲本市P22
「支援番号2」等を参照

○参加者自身が「自分の実態に気付く」プログラムを計画し、参加者が気付いていくプロセスを支援

・血液検査を受けられることで、参加者自身が検査値を確認

「自身の実態を見るための必要最小限の知識」としてHbA1c検査を位置づけて実施。保健師は、参加者自身が生活習慣（食事や、活動量）と検査結果を関連づけられるように、経過をみながら支援をしていました。参加者は、HbA1c検査値を毎回知ることで、時季（年中行事）や生活習慣と照らし合わせることができ、参加者自身が生活の実態に気づくことにつながっていました。自身の実態が分かることが、モチベーションに大きく作用し、参加の動機付けになるとともに自身に合った目標が設定できていました。

具体例 洲本市P23～
「支援番号9・17」等を参照

・「自分の生活習慣を意識化することの難しさ」を確認

教室の参加者には、結果としてなかなか検査値に変化が出にくい人がいます。検査値変化の結果が出れば、本人も保健師も頑張った甲斐がありますが、到達するためには、時間がかかります。現在の本人の検査値は、何十年という生活習慣の中での結果なので、1、2カ月ですぐに変わるものではありません。教室に来てもらうことで「どんな生活だったから、体重が増えた・数値が減った」と自分の実態に気づき、納得ができれば生活を変えてみる。その変化を自分で見て、驚きや喜び、時にはショックを受けて実感できたことは、本人の意識に変化をもたらします。保健師は、参加者が生活習慣病の特徴を知り、自分の生活と自分の検査値を関連づけて見る支援を、意識していました。

また、教室の中では、「生活習慣は簡単に改善できるものではない、検査値も、行きつ戻りつしていく。」と、常に参加者と保健師間で確認しています。保健師は、住民に対して「検査値が悪化しても、変化がなくても気軽にいつでも戻って来れる場」であることを意識し、関わっていました。

具体例 淡路市P33
「支援番号18」等を参照

○消極的・拒否的な姿勢も、“受け止める”ということ

相手が健診受診に消極的であったり、否定的・拒否的な姿勢が認められても、ワークショップに参加した保健師たちは、「拒否している人」と簡単に線引きや判断をしません。

さまざまな事業や仕掛けの中で、その人や地域の住民に見合った方法を検討したり、創りだしたり、住民自身に選択してもらいながら、アプローチを続けていました。

具体例 洲本市P22～
「支援番号4～」を参照

○継続的支援のための家庭訪問

例えば行方市では、健康診査結果説明会や特定保健指導を欠席した人に、市独自で家庭訪問を実施しています。これは、必要に応じてもれのない対応をするためです。

このような取り組みによって、健診や、教室に参加しづらくなった対象者が、再び継続的に参加しやすくなることにつながっていました。

具体例 行方市P17
「支援番号11」を参照

○モデル事業者は、JNA グループ支援のオプションを参考にして、プログラムの内容を工夫

※基本プログラムの例は、P3 を参照

●「食の実態をみる」の中で、食事のバイキングを追加

日頃自身が食べている量を掘むためのプログラムを実施している。加えて、好きなものを好きなだけバイキング形式で選び、食事の大まかな量をみていきます。また男性の参加者には、妻との同伴参加を可能としている市町もありました。

※参考文献:「生活習慣病予防のためのグループ支援習慣を変える、仲間と変える」の第4章、「食の実態を見る 応用編」では、のバイキング例を紹介しています。

具体例 与論町P47～
「支援番号5・12」を参照

●「運動の実態をみる」の追加

食事に加え、運動の実態を知りたいという参加者の要望に応え実施しています。他にも、運動に興味のある人に向けて、市内ジムで使用できるチケット配付をしている市町もありました。

具体例 国東市P41
「支援番号14」を参照

ポピュレーションアプローチと継続支援

「特定保健指導」・「継続支援」というと、「個」への支援、ハイリスクアプローチ中心と捉えられがちですが、そうではありません。ワークショップに参加した保健師たちは、常にポピュレーションアプローチを意識した取り組みをしていました。

それは、住民が色々な場面、様々なきっかけを契機に、効果的な支援につながることをできるようにするためであり、自らが主体となって生活習慣を見直し、新たな生活習慣を身につけ、それを継続するための仕組みそのものでもあるからです。例えば、今回の事例では、各種教室の開催であったり、健康づくり推進委員や独自の地区組織（洲本市P18～19で紹介）であったり、時には特定保健指導対象者全員への支援レター送付などがそれにあたります。

個々の人々の生活習慣病予防の支援は、こうした丁寧で、網羅的で、戦略的なポピュレーションアプローチと個別支援とが相まって、功を奏していくのです。

第Ⅱ章の「保健師が行った継続的支援の具体例」(P11～)では各市町の生活習慣病予防に関する事業や事例を紹介しています。(事業概要はP12、18、26、34、42)

3 考察

1 継続的参加を可能にする支援のあり方

佐久大学地域看護学 准教授 宮崎紀枝

●教室の所有権は「住民」

「JNA グループ支援プログラム（以下 JNAGP）」に出会った保健師は、自らの保健指導のあり方や住民との関わり方が変わったと振り返っていました。様々な健康教室は、保健師が住民支援のために活用する場・資源という発想が一般的です。しかし、JNAGP は、保健師が活用するための教室・保健師の持ちものではなく、住民が活用する場・教室の所有権は「住民」であるという姿勢が徹底しています。このため、保健師自身の意識変容が起こり、住民へ発信するメッセージを変化させたのでしょう。「教室はあなたが行きたい時にいつでも行ける場」そこには、あなたを「いつも気にかけて」「心配している」仲間がいるという、「安心できる場」の提供を心がけることが住民の継続的参加を可能にする重要なポイントだと言えます。

安心だよ 安全だよ
いつでもOK

●「日常」が続くように

長い間培ってきた生活習慣を変えることは、容易なことではありません。自分の生活習慣を意識し、自身の健康状態を認識することが必要です。そして、この二つがつながることによって自分の課題に気づき、その後自分に適した改善方法を模索し実行へ向かいます。しかし、改善という非日常の行動が、日常に変化するまでの継続はここから先の話です。“行きつ戻りつ”は当たり前ですが、いつの間にか住民は負担感を増していきます。つまり“行きつ戻りつ”の過程における負担の軽減が重要なポイントだと言えます。自分のペースで、自らの習慣に気づき、自身が結果を予測し、自らで選ぶ過程は、“行きつ戻りつ”の負担を軽減させているのではないのでしょうか。生活習慣の改善は、習慣の形成以上に、長いつきあいになります。「日常」のような関わりとそれを可能にする環境づくりが大事だと言えるでしょう。

あわてないよ
あきらめないよ 大丈夫だよ

●複数の行きたくなる魅力

JNAGP では、毎回 HbA1c 測定が受けられ、住民の「お得感」を感じさせる大きな魅力と言えるでしょう。検査値がすべてではありませんが、成果が見えることは住民の継続する意欲を支えます。上述の、安心の場、日常のような関わりも魅力の一つですが、「グループ支援」における仲間同士は、お互い継続の困難さを知っているから、良い時も悪い時も仲間に会い話ができる対等な関係性という魅力があります。複数の魅力を設けることは、継続を可能にする重要なポイントです。

ついでにできる
お得感 いいことある

仲間がいるよ 待っているよ
励まし支え合おう

2 「継続的支援」が本当の生活習慣病予防につながる

ワークショップデザイナー 南平直宏

保健指導対象者一人ひとりに、それぞれの人生の歴史や価値観があります。地域の伝統や、家族の慣習や職場の事情もあります。そうした中で、月日をかけて培われてきた生活習慣の改善や健康を維持・改善することの意味や意義は、その人自身が決めることで、他者が一方的に押しつけることではありません。

保健指導とは、「ステレオタイプな価値観や単純な正解に誘導すること」ではありません。「従来の生活習慣とは少し異なる、けれども、その人自身にフィットした生活習慣や生き方」に、自ら気づくためのプロセスへの支援にほかなりません。

本報告書の各事例では、「保健師が正解を持っているわけではない」ことが様々な言葉・方法によって伝えられます。これは裏返すと「正解はあなたの中にしか無い」ということです。そして保健師は、個々の気づきを促すプロセスのデザインや方法に、自身の専門性を活用していくこととなります。

このように、保健師が正解を手放したり、一方的に押し付けたりしないというのは、保健師を脱権力化する行為とも見ることができます。【教える人－教わる人】というある種の権力構造の中では、対象者は自分の外にある正解を求めがちです。あたかも減量成功者が「勝者」で失敗者が「敗者」であるという価値観や、権力者による称賛を期待することは、自分にとっての正解を見つける妨げになる危険があります。

今回取り上げられた「継続支援」の様々な場面において、各対象者は保健師の支援や仲間との会話を通して、時間をかけて自分の検査値と向き合い、自分の思いを集団の中で口にし、他者と自らを理解していきます。自己理解は、他者とのコミュニケーションを通してこそ深まるのです。

そうした自己理解と他者理解のプロセスにより、検査値や生き方との向き合い方は、徐々に変化することになります。自分にフィットした生き方を急いで見つける必要はなく、ゆっくりと、行きつ戻りつしながら進むことが許容される必要があります。すぐ効果が出ることに価値が置かれがちな現代ですが、実際には、ゆっくり時間をかけてこそ見つかるものもあります。

つまり継続的支援が重要な理由は、6か月では支援期間が不足するからではありません。対象者が特定の価値観や枠組みからいったん自由になって自分自身と向き合う時間と、かつそれを見守ってくれる他者の役割が、生活習慣病予防にとって重要だからなのです。

II

保健師が行った継続的支援の具体例

次頁から紹介する事例は、継続的に関わってきた実際となります。以下に、具体例の概要を紹介します。

事例	1 茨城県 行方(なめがた)市	2 兵庫県 洲本市	3 兵庫県 淡路市	4 大分県 国東(くにさき)市	5 鹿児島県 与論町
①人口	38,249人	48,608人	48,198人	31,921人	5,483人
②高齢化率	27.0%	28.1%	31.0%	35.8%	30.0%
③特定健康診査受診率	39.5% (H22年度実績)	24.8% (H22年度概要値)	27.6% (H22年度概要値)	56.7% (H22年度実績)	32.6% (H22年度概要値)
④特定保健指導終了率	28.6% (H22年度実績)	11.4% (H22年度概要値)	14.6% (H22年度概要値)	22.0% (H22年度実績)	58.4% (H22年度概要値)
⑤保健師数	11人 (健康増進課特定担当3人)	18人 (健康増進課16人)	20人 (健康増進課17人)	15人 (市民健康課6人)	2人 (町民福祉課2人)
具体例	「薬に頼りたくない」本人の思いを尊重し、直接的な関わりを続けている事例	継続的支援の結果、服薬終了となった事例	教室と、健康づくり推進委員の研修会等で継続的に関わっている事例	教室と、教室のOB会で継続的に関わっている事例	継続的な教室での振り返り中で、生活の実態に気づいた事例
性別・年齢	A氏 男性 50歳代後半	B氏 男性 50歳代前半	C氏 女性 60歳代前半	D氏 男性 50歳代後半	E氏 男性 50歳代前半
支援期間	3年0カ月	2年7カ月	2年5カ月	1年7カ月	3年0カ月
ページ番号	P12～	P18～	P26～	P34～	P42～



1 継続的支援の具体例

1 茨城県行方市（市の概要）

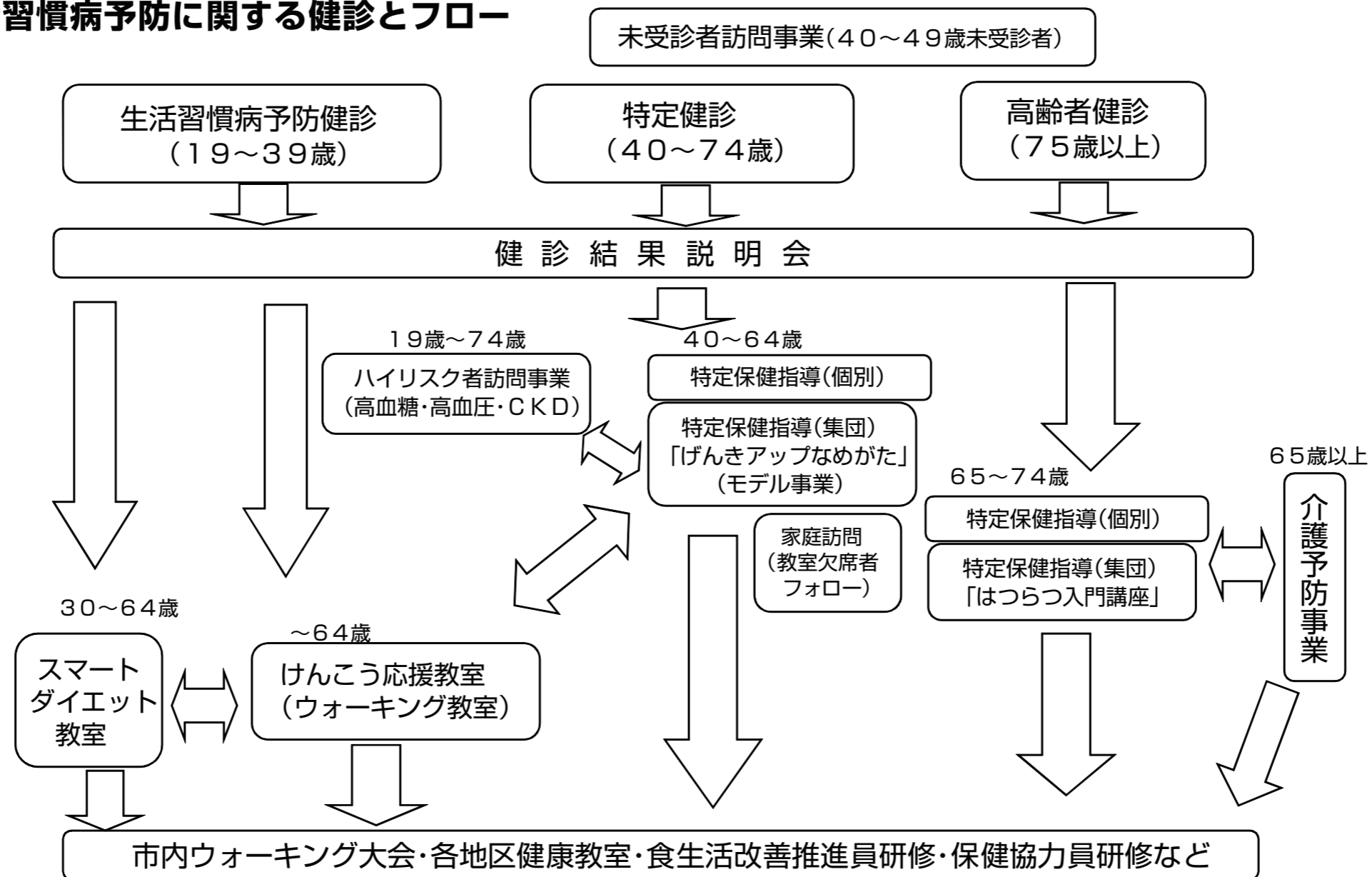
1 行方市の概況（平成 23 年 3 月現在）

①人口	38,249 人
②高齢化率	27.0%
③特定健康診査受診率	39.5%
④特定保健指導終了率	28.6%
⑤保健師数	11 人（健康増進課特定担当 3 人）

- 特定健康診査以外に、19歳～39歳を対象とした「生活習慣病予防健診」を実施しています。
- 平成20～22年度までの特定健康診査の結果から、血圧、HbA1c、CKDに焦点を当て、関連する健診項目が高値な人には、保健師が家庭訪問（ハイリスク者訪問）を実施し、自分の身体が自分でわかるような支援や医療機関の受診勧奨、他の保健事業への参加を呼びかけています（平成23年度～）。対象年齢は、19歳～74歳まで。訪問の該当者は全員で約150人です。
- 特定健康診査未受診者、特定健康診査結果説明会欠席者、特定保健指導欠席者には、保健師は家庭訪問を実施し、住民と直接会う機会も準備しています。

2 行方市の生活習慣病予防事業概要図

生活習慣病予防に関する健診とフロー



1 継続的支援の具体例

1 茨城県行方市（事例 A 氏の概要）

1 A 氏の状況

項目	内容
①性別	男性
②年齢	50歳代後半
③支援の期間	3年0カ月
④支援のきっかけ	平成20年度に受診した特定健診で、積極的支援となる。 平成21年度の特定健診では、情報提供レベル。 平成22年度の特定健診で、再度積極的支援となる。 平成23年度の特定健診で、再度積極的支援となる。
⑤支援開始時の目標	1) グループ支援「げんきアップなめがた」への参加 2) 医療機関への受診勧奨
⑥現在の支援の状況	支援継続中

2 「薬に頼りたくない」本人の思いを尊重し、直接的な関わりを続けている事例

A 氏は H20 年度から特定健診で積極的支援の対象となりました。特に HbA1c 値は、9.3%と受診勧奨判定値（6.1%）を超えていましたが、保健指導の申し込みがありませんでした。H20 年度当時、申込者以外の対象者については、保健師として特に事後の支援をしていなかったため、A 氏には関わりを持つに至りませんでした。

H22 年度からは、健診結果を郵送で返却するのではなく、「健診結果説明会（※以降説明会と表記）」を団体で行うことにより、A 氏と直接的な関わりが開始しました。

説明会参加→教室（特定保健指導）欠席→訪問→教室参加→説明会欠席→訪問と、教室参加・欠席や訪問を繰り返し支援しながら、現在も A 氏と継続的に関わっています。対象者を待っているだけでは、支援につながらず、支援が開始できても継続するためには、家庭訪問は欠かせないことが判ります。

支援番号 1（P16）は、A 氏へ教室の参加にはつながらなかった時期。2 は A 氏本人で検査値を改善。

支援番号 3 は、保健師が A 氏と説明会で初めて直接的な関わりができた時期。支援番号 6～12 は訪問、教室、血液検査での面談等直接的に関わってきた時期となります。

2.8%の減少はしていますが、HbA1c 値 6.5%は受診勧奨判定値です。そのため保健師は、A 氏の思いを尊重しながらも、受診勧奨のことも伝え支援を続けています。

3 A 氏との継続的な関わりの流れ

開始
平成20年
11月～

平成20・21年度特定健康診査結果の状況

- 平成20年度
 - *平成20年11月
 - 特定保健指導利用券の送付
 - 9月に受診した特定健康診査の結果、積極的支援の対象となり、利用券を送付
 - 保健指導の希望者以外には、特に事後支援は行わなかった。
- 平成21年度
 - *平成21年10月（最初の関わりから11カ月後）
 - A氏 特定健康診査受診
 - 情報提供レベルとなったため、関わりは無かった

1年後

平成22年度特定健康診査結果とその後の関わり

- 平成22年度
 - *平成22年9月15日（最初の関わりから1年10カ月後）
 - 平成22年度特定健康診査受診
 - 積極的支援の対象となる
 - *平成22年10月22日（最初の関わりから1年11カ月後）
 - 健診結果説明会に参加
 - 「糖尿病は怖い」「昨年、健診結果が良くなったので油断して運動も止めた」と発言
 - 「げんきアップなめがた」の教室を案内→A氏申し込み
 - *平成22年1月～3月（最初の関わりから2年2～4カ月後）
 - 「げんきアップなめがた」連絡もなく欠席（2回連続）
 - 支援レターを送付

1カ月後

家庭訪問の実施、そして教室に初参加

- 平成23年度
 - *平成23年4月19日（最初の関わりから2年5カ月後）
 - A氏へ家庭訪問（ハイリスク者訪問※詳細は次頁支援番号6）
 - 状況確認、受診勧奨、教室の案内を実施
 - *平成23年4月20日（最初の関わりから2年5カ月後）
 - 血液検査に初参加
 - *平成23年4月27日（最初の関わりから2年5カ月後）
 - 「げんきアップなめがた」に初参加
 - 「パンや甘いものを好きにだけ食べていた」と発言
 - *平成23年5月25日（最初の関わりから2年6カ月後）
 - 「げんきアップなめがた」に引き続き参加（教室1クールが終了）

4カ月後

平成23年度特定健康診査受診、家庭訪問の実施

- 平成23年度
 - *平成23年9月8日（最初の関わりから2年10カ月後）
 - 平成23年度特定健康診査受診
 - *平成23年10月20日（最初の関わりから2年11カ月後）
 - 健診結果説明会欠席者への家庭訪問を実施
 - 「健診結果が良くなったことはびっくり」「歩いていますが、最近ウォーキングを止めた」と発言。今回の教室も参加の意思あり。
 - *平成23年11月15日（最初の関わりから3年0カ月後）
 - 血液検査に参加（あわせて個別支援も実施）

～
平成23年
11月現在

支援レターの送付

支援レターの送付

1 継続的支援の具体例

4 A氏(男性 50歳代) 支援の継続期間 3年0カ月 ★=JNAグループ支援プログラム

支援番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
年月日	H20.11.11	H21.10.1	H22.10.22	H23.1.27	H23.3.25	H23.4.19	H23.4.20	H23.4.27	H23.5.18	H23.5.25	H23.10.20	H23.11.15
保健師の関わり	<ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導利用券の送付 特定保健指導の申し込みが無い人にはフォローはしていない(H20年度当時) 	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診受診→特定健診の結果、情報提供レベル 特定健診の結果、情報提供レベルとなったため関わりを待たなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> 健診結果説明会→特定健診の結果、積極的支援。H22年度より結果を郵送せず結果説明会で返却。結果説明会はグループ支援「プロセスを見る」を実施。 	<ul style="list-style-type: none"> 「げんきアップなめがた」★食の実態を見る① 直接的な関わりはしていない。支援レターの送付を実施 	<ul style="list-style-type: none"> 「げんきアップなめがた」★食の実態を見る② 直接的な関わりはしていない。支援レターの送付を実施 	<ul style="list-style-type: none"> ハイリスク者訪問→H20年度の結果からハイリスク者に該当。保健師訪問し、状況を確認。 「げんきアップなめがた」の参加を促す。 	<ul style="list-style-type: none"> 血液検査 	<ul style="list-style-type: none"> 「げんきアップなめがた」★コントロールを見る 	<ul style="list-style-type: none"> 血液検査 	<ul style="list-style-type: none"> 「げんきアップなめがた」★習慣化を見る 	<ul style="list-style-type: none"> 家庭訪問(健診結果説明会を欠席したため) 	<ul style="list-style-type: none"> 血液検査 血液検査の合間10分程度で、個別支援を実施
検査データ	(特定健診9/25) ●身長:163.8cm ●体重:68.8kg ●BMI:25.6 ●腹囲:86cm ●HbA1c:.9.3%	(特定健診10/1) ●体重:66.8(-2)kg ●BMI:24.9(-0.7) ●腹囲:82(-4)cm ●HbA1c:6.6(-2.7)%	(特定健診9/15) ●体重67.8(-1)kg ●BMI:25.3(-0.3) ●腹囲:87(+1)cm ●HbA1c:6.8(-2.5)% (結果説明会10/22) ●体重68.6(-0.2)kg ●BMI:25.6(±0) ●腹囲:84.5(-1.5)cm 身体状況は悪化	<p>支援の工夫</p> <p>ハイリスク者訪問。行方市は、血圧、HbA1c、CKDの関連する検査値項目に焦点をあてハイリスクとして訪問。(対象年齢は19~74歳まで。該当者は平成20~22年度までで150人程度。A氏は該当者の1人。)</p>		(血液検査4/20) ●体重68.0(-0.8)kg ●BMI:25.3(-0.3) ●腹囲:85(-1)cm ●HbA1c:9.5(+0.2)%	(血液検査5/18) ●体重66.6(-2.2)kg ●BMI:24.8(-0.8) ●腹囲:84(-2)cm ●HbA1c:8.6(-0.7)%	(特定健診9/8) ●体重66.5(-3.3)kg ●BMI:24.7(-0.9) ●腹囲:85(-1)cm ●HbA1c:6.2(-2.5)% →特定健診の結果、積極的支援	(血液検査11/15) ●体重68.1(-0.7)kg ●BMI:25.4(-0.4) ●腹囲:82.5(-3.5)cm ●HbA1c:6.5(-2.8)%			
発言や反応	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診の結果、積極的支援レベルで、利用券を送付。特定保健指導の案内をするも、申し込みなし。 	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関に通院(検査のみ)により身体状況改善 ※保健師がレシピで確認 健診を受けた頃から、ウォーキング再開、食生活も意識し始める 	<ul style="list-style-type: none"> 健診結果説明会へA氏が参加 グループトークの発言「糖尿病はこわい」「昨年結果が良かったので、油断して運動もやめてしまった。」「ごはん、甘いものが好き、身体が要求する」 説明会終了時、グループ支援「げんきアップなめがた」参加の意志あり、教室申し込み 	<ul style="list-style-type: none"> 本人より連絡なく欠席 冬になりウォーキング中止 	<ul style="list-style-type: none"> 本人より連絡なく欠席 冬になりウォーキング中止 	<ul style="list-style-type: none"> A氏本人に会うことができた。 「意識しないとすぐに生活が戻ってしまう。コントロールが大事。」「薬に頼りたくない」 	<ul style="list-style-type: none"> 教室には遅れるかもしれないが参加したいとの発言あり。(訪問が身体を気にするきっかけになった) 	<ul style="list-style-type: none"> グループトークの発言:「(検査結果)ショック...」「ごはんが大好きだから500gぐらい食べていた。パンや甘いものも好きなだけ食べていた。また1からやり直したい」 皆の前で全体発表も行う 	<ul style="list-style-type: none"> ウォーキング継続、食生活も油っこいものを控えている 前回の検査結果がショックで、生活改善している 	<ul style="list-style-type: none"> 健康状態は維持 グループトークの発言:「教室に参加して意識が高まった。」 	<ul style="list-style-type: none"> 「教室が夜も開催されていることは知らなかった。夜なら行けたのに」 生活は悪化 ウォーキング中断 訪問時本人の発言:「結果説明会は都合が悪く欠席した。」「結果が良かったのは、びっくり。最近までは歩いていたが、現在中断。甘いものも食べている。」 妻は食事作りで夫(A氏)の身体を気遣っている。 グループ支援「げんきアップなめがた」参加の意志あり、教室申し込み 	<ul style="list-style-type: none"> 生活の改善なし 検査受付時間ぎりぎりに慌てて来所。 「最近めまいがするので、HbA1cが上がったのかなあ。最近歩いていないし...」笑顔で自分の生活状況を話す。
本人の目標		<ul style="list-style-type: none"> 生活を改善したい 			<ul style="list-style-type: none"> 生活を改善したい 	<ul style="list-style-type: none"> 薬に頼らず、生活習慣を改善したい 保健師の訪問を機にウォーキングを再開 			<ul style="list-style-type: none"> 今年の健診までには、HbA1cを下げたい。 			
保健師の意図・思い						<ul style="list-style-type: none"> こちらが心配していることを素直に伝えた 生活が元に戻ってしまった時も責めることはしないで、本人の振り返りをそのまま聞く 	<ul style="list-style-type: none"> A氏の意識が少しずつ変化 対象者を待っているだけでは支援につながらず、支援が開始できても継続するためには、家庭訪問は欠かせない HbA1cが要治療域のケースは、医療機関との連携が必要であると感じながらできていないことを反省 		<ul style="list-style-type: none"> 自己流ではあるが、食事の改善によって、HbA1c値が下がり自信となっているのでは 実際に話を聞いて食べる量の程をみていきたい 	<ul style="list-style-type: none"> 人の話を聞かずに、自己流で生活改善をしている。自己流に気付いてもらいたい 	<ul style="list-style-type: none"> 保健師は本人より、検査値の増減に一喜一憂していたことを反省。本人に増減の原因を早く掘って貰いたい為に、無理やり気付かせる支援ではなく、本人の実態として掘める支援が大切 	
アセスメント						<ul style="list-style-type: none"> 受診勧奨レベルであるが、受診につなげることが難しい 		<ul style="list-style-type: none"> 自分の生活をよく振り返り、生活改善の意志を強めていた 	<ul style="list-style-type: none"> 健診結果は受診勧奨レベルであるが、本人の意思を尊重して、次回の健診結果でフォローすることにする 	<ul style="list-style-type: none"> (生活は悪化しているが)本人に生活改善の意思はある 		
支援の目標												<ul style="list-style-type: none"> 「食の実態を見る」の教室参加につなげる

支援の工夫
健診結果説明会欠席者への家庭訪問。行方市は、平成23年度より、健診結果説明会の欠席者へ家庭訪問を実施。

支援の工夫
ハイリスク者訪問。行方市は、血圧、HbA1c、CKDの関連する検査値項目に焦点をあてハイリスクとして訪問。(対象年齢は19~74歳まで。該当者は平成20~22年度までで150人程度。A氏は該当者の1人。)

支援のポイント!
対象者が忘れた頃に家庭訪問。家庭訪問が、A氏の身体を気にするきっかけとなった。

支援の工夫
教室の開催は、夜間も実施中。

1 継続的支援の具体例

2 兵庫県洲本市（市の概要）

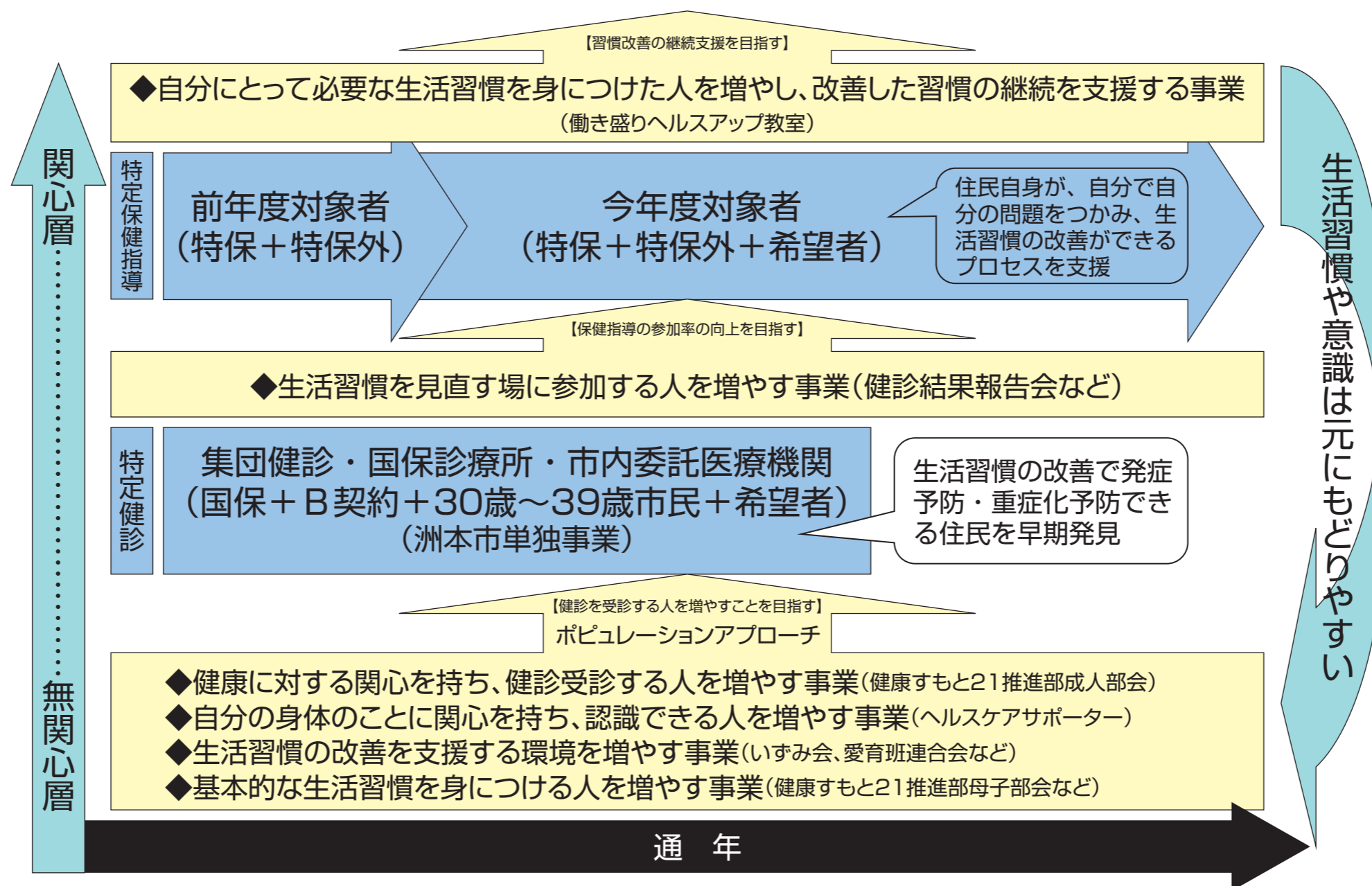
① 洲本市の概況（平成 23 年 4 月 1 日現在）

①人口	48,608 人
②高齢化率	28.1%
③特定健康診査受診率	24.8%（平成 22 年度概要値）
④特定保健指導終了率	11.4%（平成 22 年度概要値）
⑤保健師数	18 人（健康増進課 16 人）

- 特定健康診査以外に、30歳～39歳を対象とした「30歳代の市民 基本健診」を実施しています。
- 特定保健指導の「働き盛りヘルスアップ教室」（次頁の事例B氏に掲載）は、4回の教室を5クール（2会場）で実施しているため、住民は、1年を通して参加できる教室となっています。積極的・動機づけ支援の対象者に加えて、洲本市の独自基準でHbA1c5.2%以上の対象者（69歳以下）も可能としています。
- 市内の健診受診率の低い9地区（62の町内会）から、65歳未満の男女各1名を「ヘルスケアサポーター（以下HCS）」として選出しています。現在は5期HCS119人が活躍し、「自身の身体に関心や理解が持てる人を増やす」ことをめざしています。

② 洲本市の生活習慣病予防事業概要図

洲本市における生活習慣病予防活動事業



1 継続的支援の具体例

2 兵庫県洲本市（事例 B 氏の概要）

1 B 氏の状況

項目	内容
①性別	男性
②年齢	50歳代前半
③支援の期間	2年7カ月
④支援のきっかけ	H20年度の特健診で動機付け支援の対象となった。 ※H20年度は受診勧奨や教室参加を促しても、参加してもらえなかった。
⑤支援開始時の目標	自分の体の状態や生活を意識できる。
⑥現在の支援の状況	支援継続中

2 継続的支援の結果、服薬終了となった事例

B 氏は HbA1c が、受診勧奨判定値を超えた値 6.6% でした。保健師が勧奨をしてもなかなか受診につながらず、面談や電話で、個別支援を続けてきました。B 氏が HbA1c の値を意識し始めた頃から根気強く支援をし続け、教室参加→病院受診→服薬開始とつながりました。現在では、HbA1c のコントロールができ、服薬が終了した事例です。

支援番号 1～2 (P22) は、B 氏へ特定健診結果説明会や教室への勧奨をしても、なかなか参加に繋がらなかった時期。支援番号 3～8 は、保健師が B 氏に個別支援を行った時期、支援番号 9～17 は教室に継続して参加することで自分の身体や生活習慣の実態に自らが気づき、受診。保健師は、服薬を続ける B 氏を支援してきました。

そして現在、B 氏は服薬終了となり、自分なりに習慣改善の継続のために必要なこととして特定健診や「働き盛りヘルスアップ教室」を利用しています。

3 B 氏との継続的な関わりの流れ

開始
平成20年
12月～

結果報告会への参加まで

- 平成20年度
 - *平成20年12月
 - 特定健康診査の当日に、結果報告会に来てもらうよう案内
 - 平成20年度は、結果報告会に来てもらえなかった。
- 平成21年度
 - *平成21年6月（最初の関わりから6カ月後）
 - 特定健康診査の当日に、結果報告会に来てもらうよう案内
 - *平成21年8月、10月（最初の関わりから8～10カ月後）
 - 特定健診結果報告会（個別支援）に参加
 - しかし、B 氏の認識を揺さぶることはできず、受診には結びつかなかった。その2ヶ月後の10月に、電話でもう一度受診勧奨を実施

2カ月後

事前検査への参加 そして個別支援の実施

- 平成21年度
 - *平成22年1月12日（最初の関わりから1年1カ月後）
 - 事前検査にて、「HbA1c を使って生活を自分で見ていだけ」と教室を案内
 - *平成22年1月19日（最初の関わりから1年1カ月後）
 - 1週間後、個別支援に参加
 - 「周りの仲間にも8.5%なんているよ。このままで大丈夫」という反応
 - *平成22年1月20日（最初の関わりから1年1カ月後）
 - 教室の翌日、電話を実施
 - 「値は思った以上に高かった。医者に行ったほうがいいのか」

2カ月後

グループ支援の参加そして病院受診、内服治療開始

- 平成21年度
 - *平成22年3月（最初の関わりから1年3カ月後）
 - 「働き盛りヘルスアップ教室」に参加
 - 「完全な糖尿病になっている」との発言。受診勧奨し、治療（服薬）開始
- 平成22年度
 - *平成22年5月（最初の関わりから1年5カ月後）
 - 電話で、H22年度特定健康診査受診勧奨
 - *平成22年6月（最初の関わりから1年6カ月後）
 - 平成22年度特定健康診査受診
 - *平成22年8月～平成23年3月（最初の関わりから1年8カ月～2年3カ月後）
 - 「働き盛りヘルスアップ教室」に参加※約2カ月に1回の教室参加
 - 糖尿病治療（服薬）しながら教室に参加し、HbA1c と生活の関連を振り返る

2カ月後

内服終了そして、平成23年度特定健康診査受診

- 平成23年度
 - *平成23年4月（最初の関わりから2年4カ月）
 - 糖尿病内服治療終了
 - *平成23年6月、7月（最初の関わりから2年6～7カ月後）
 - 平成23年度特定健康診査受診
 - 「働き盛りヘルスアップ教室」に参加

～
平成23年
7月現在

支援レターの送付（3カ月に1回）

1 継続的支援の具体例

4 B氏（男性 50 歳代） 支援の継続期間 2 年 7 カ月 ★=JNA グループ支援プログラム

支援番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
年月日	H20.12.3	H21.2	H21.6.29	H21.8.1	H21.10.1	H22.1.12	H22.1.19	H22.1.20	H22.3.30	
保健師の関わり	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診結果報告会への動機付け 特定健診当日に結果報告会に来ていただけるよう案内 	<ul style="list-style-type: none"> 支援レター「働き盛りヘルスアップ教室」だよりを送付 (3カ月に1回) 	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診結果報告会への動機付け 特定健診当日に結果報告会に来ていただけるよう案内 	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診結果報告会（個別支援） なんとか受診に結びつけたいと思い、検査値で位置を見せた 	<ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導（電話支援） 保健師が「受診してほしい」と思っていることを伝えた 	<ul style="list-style-type: none"> 事前検査（個別支援） 検査の待ち時間に少し声掛け 「教室では、採血した検査値を使って生活を自分で見るだけだから」と勧誘 	<ul style="list-style-type: none"> 「働き盛りヘルスアップ教室」★食の実態を見る（個別支援）特別に対応 再度、検査値を見てどう思ったのかを聞いた 3月の教室のときの検査値で見たいと次回教室を案内 	<ul style="list-style-type: none"> 電話支援 再度、検査値を見てどう思ったのかを聞いた 3月の教室のときの検査値で見たいと次回教室を案内 	<ul style="list-style-type: none"> 「働き盛りヘルスアップ教室」★コントロールを見る（グループ支援） 受診勧奨 	
検査データ	(H20. 12. 3 健診) ●BMI25.4 ●腹囲86.5cm ●中性脂肪103 ●HDL76 ●HbA1c6.6% ●血圧126 / 78		BMI25.7(+0.3) ●腹囲90cm(+3.5) ●検査値悪化	(H21. 6. 29 健診) ●BMI25.7(+0.3) ●腹囲90cm(+3.5) ●中性脂肪113 ●HDL81 ●HbA1c7.1% ●血圧125 / 70 ●検査値悪化		BMI26.7(+1.3) ●腹囲90cm(+3.5) ●HbA1c8.5% ●血圧141 / 88 ●検査値悪化	1 / 12 事前検査時 ●HbA1c8.5%	1 / 12 事前検査時 ●HbA1c8.5%	BMI26(+0.6) ●腹囲89cm(+2.5) ●HbA1c10.1% ●血圧139 / 79 ●検査値悪化	
発言や反応	<ul style="list-style-type: none"> 全く気にしていない 			<ul style="list-style-type: none"> 「グループ支援には入りたくない」との発言 話を聞くと椅子に反り返って座っている 検査値で位置を見せたが、何もB氏の認識を揺らすことはできなかった 	<ul style="list-style-type: none"> 「グループ支援には入りたくない」との発言 話を聞くと椅子に反り返って座っている 検査値で位置を見せたが、何もB氏の認識を揺らすことはできなかった 	<ul style="list-style-type: none"> 受診の必要性は感じていない 	<ul style="list-style-type: none"> 言われていることは分かっているという認識 「自分の体のことだが、いわれたようにできない」 	<ul style="list-style-type: none"> 自分の生活といっても、漠然と酒の飲み過ぎという認識 仕事の都合でグループ支援には入れない このままでもいいと思っている 「検査値を見て高いと思うが、前にも高いときがあった。今日は年末年始の暴飲暴食のせいだと思う。酒を飲むのでそれが原因。周りの仲間もこの位の値の人が多いので、その位だったら一緒」 	<ul style="list-style-type: none"> 検査値を見て悪いと捉えている。自分なりに考え始めている 「HbA1cの値は残念だった。年末年始の暴飲暴食がこたえているだろうと思ったが、思っていた以上に高かった。」 「自分なりにやってみよう。医者にもいったほうがいいかなと迷っている」 	<ul style="list-style-type: none"> (同じグループの人の検査値をみて)「みんなは5や6%代で心配とか言っているけど、自分はその倍。年末年始は暴飲暴食だったからと思うけど、それから自分なりに控えたつもりだけどここの値。完全な糖尿病になっている」
本人の目標										
保健師の意図・思い	<ul style="list-style-type: none"> 今まで、保健指導を受けたことが無い方なのに、「保健指導で言われることは分かっている」「改善は出来ない」と捉えている現実。このような認識でいる限り、これまでの保健指導を見直していても参加してもらえない。これまでの保健指導のイメージを変える事業も必要だと思う これまでの保健指導のイメージを変えるために、健診当日に保健指導(結果報告会)はどのようなことをするのか、何のためにするのかを個別に案内するなど工夫をする 無理強いをせずに、グループ支援に来てもらいやすくなり、敷居を低くしたい 			<ul style="list-style-type: none"> 何とか受診に結び付けたい ゆっくりと住民の話がきけるように、健診の形態を変更した ここで強く言ったら、次来てもらえないかもしれない 	<ul style="list-style-type: none"> 今回の健診結果を見て、保健師としては放置してよい状態とは思えないので、受診してほしい 再度検査値を見てもらいたい 	<ul style="list-style-type: none"> グループの鏡効果で、少し自分の生活や認識の実態を意識する機会が必要 	<ul style="list-style-type: none"> 保健師としてはこのままでは悪化の一途をたどるだけなので、どうか受診につなげたい。どうしたら受診に結び付くのか悩む HbA1c値について本当に大丈夫と思っているか、B氏の本音を知りたい 	<ul style="list-style-type: none"> B氏が思っていた値と実際の値が一致していない。気持ちが揺れ動いている感じを受けた。 本人の意思を尊重し、無理にグループ支援を勧めない 受診勧奨については保健師から言わないことにした 	<ul style="list-style-type: none"> あまりに高いので受診勧奨 	
アセスメント										
支援の目標					<ul style="list-style-type: none"> 次回の事前検査を案内し、来てもらう 	<ul style="list-style-type: none"> 教室に来てもらう 		<ul style="list-style-type: none"> 3月の教室のときの検査値をみる 		

支援のポイント!
個別支援を終えて、翌日すぐにB氏に電話し感想や本音を聞いた。

支援の工夫
「働き盛りヘルスアップ教室」へ参加する上で、敷居を低くするよう、発信の工夫。(JNAグループ支援をする前は、教室への案内も指示的であった。)
↓
「教室は悪い人が来る場ではなく、自分の身体が気になってきたら来てください」「来たくなったらいつでも来てください。この教室は終了しません。」というメッセージを伝えていった

支援のポイント!
無理強いしない。待つ姿勢が必要

1 継続的支援の具体例

4 B氏（男性 50 歳代） 支援の継続期間 2 年 7 カ月 ★=JNA グループ支援プログラム

支援番号	10	11	12	13	14	15	16	17
年月日	H22.5.27	H22.6.21	H22.8.3	H22.10.3	H23.2.8	H23.4	H23.6.21	H23.7.24
保健師の関わり	<ul style="list-style-type: none"> 電話支援 H22年度の特定健診の受診を勧奨 	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診 次回「★食の実態を見る①」教室の機会を案内 	<ul style="list-style-type: none"> 「働き盛りヘルスアップ教室」★食の実態を見る①（グループ支援） 	<ul style="list-style-type: none"> 「働き盛りヘルスアップ教室」★食の実態を見る②（グループ支援） ★食の実態を見る①（グループ支援）と同日開催 	<ul style="list-style-type: none"> 「働き盛りヘルスアップ教室」★コントロールを見る（グループ支援） 	<ul style="list-style-type: none"> 「働き盛りヘルスアップ教室」★習慣化を見る（グループ支援） 	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診 結果報告会へ個別案内 	<ul style="list-style-type: none"> 「働き盛りヘルスアップ教室」★プロセスを見る（グループ支援）
検査データ	5月医療機関受診時 ●BMI22.3(-3.1) ●腹囲82cm(-4.5) ●HbA1c6.4% ●(-0.2%) ●検査値改善 ●糖尿病内服中	H22.6.21健診時 ●BMI21.5(-3.9) ●腹囲76cm(-10.5) ●中性脂肪50(-53) ●HDL76 ●HbA1c5.3% ●(-1.3) ●血圧125 / 70 ●検査値改善 ●糖尿病内服中	BMI22(-3.4) ●腹囲78cm(-8.5) ●HbA1c5.3% ●(-1.3) ●血圧130 / 75 ●検査値改善 ●糖尿病内服中	BMI21.6(-3.8) ●HbA1c5.5% ●(-1.1) ●血圧133 / 80 ●検査値改善 ●糖尿病内服中	BMI22.6(-2.8) ●腹囲76cm(-10.5) ●HbA1c5.3% ●(-1.3) ●血圧142 / 77 ●検査値改善 ●糖尿病内服中	BMI22.7(-2.7) ●腹囲75.7cm ●(-10.8) ●HbA1c5.5% ●(-1.1) ●血圧141 / 84 ●検査値改善 ●糖尿病内服中止	H23.6.21健診時 ●BMI21.9(-3.5) ●腹囲74.5cm(-12) ●検査値改善	H23.6.21健診時 ●BMI21.9(-3.5) ●腹囲74.5cm(-12) ●中性脂肪47(-56) ●HDL97(+21) ●HbA1c5.4% ●(-1.2) ●血圧125 / 69 ●検査値維持
発言や反応	<ul style="list-style-type: none"> 「食事でも大幅に見直して野菜やバナナで満腹感を満たすようにしているし、夕食後に1時間散歩をするようにもしている。食べ方や動き方を意識することで、効果が見えてきてうれしい。以前の状態には戻りたくない」 		<ul style="list-style-type: none"> B氏は今回初めて食①に参加し、食事の食べ方や量をみた 自分の食べている量を意識している 「アルコールは糖質0にしたけど、嗜好品の●(まる※)が多いと思う。嗜好品の●は夏も冬もほぼ同じ。昨日食べたバナナだと●1個だけ、スイカを食べると●5個はたべる。これでも改善したほう。運動もこまめにしている。検査値は薬を飲んでるせいもあると思う」 ※●1個=80キロカロリーを表す 	<ul style="list-style-type: none"> 「いつもは三食食べるが、昨日は夕食を食べなかった。三食食べたから、ご飯の●が多くなっている。お酒は発泡酒やゼロカロリーにしているが、やはりアテが多い。」 	<ul style="list-style-type: none"> 活動量を10日ほど測っている 検査値の経過を見て、昨年(H22年)の検査値が上がったころの生活を振り返り、雨降りが多く仕事の付き合いで酒を飲む日が多くなっていくことに気付く。 以降、食事の量や内容を変えてみたり、アルコールも変えていた 正月3日間はご褒美として酒を飲んだが、散歩で発散するようにしていた 	<ul style="list-style-type: none"> 改善した生活が当たり前になっている 検査値を見て確認している 自分なりに改善をしてみても、その生活に慣れてきた。血圧はちょっと高いけど、HbA1cはこの値で維持できたらいいと思っている 「正常ではないけど、以前のことを思えば健康に思う。仲間も同じように悪い、皆この教室に来て一緒に勉強させてもらえたらいいと思う」 		<ul style="list-style-type: none"> 今後も検査値を見ながら生活を意識していこうと思っている 「今回の結果を見て自分を褒めてあげたい。2年前HbA1cが8%以上あったが、食事でご飯の仲間(※)を控えるようにしたり改善して、薬もいらなくなった。肉体的労働で飲んだり食べたりが多くて悪かった。今のままでいいかどうか分からないけど検査しながらみていきたい」 ※ご飯の仲間=炭水化物のこと。「食の実態を見る」で使用する言葉
本人の目標						<ul style="list-style-type: none"> 皆と一緒に勉強させてもらえたらいいと思う 		<ul style="list-style-type: none"> 検査しながら(教室の中でHbA1cの結果を)みていきたい
保健師の意図・思い	<ul style="list-style-type: none"> 治療を始めているが、これからが大事。保健師として関われる機会を作りたいので、H22年度の健診受診を勧奨 		<ul style="list-style-type: none"> 無理に話してもらわず、言いたいことを言ってもらえるように支援する 教室を用いながら、自身の食べ方等を見てもらえることだけを支援 励ましたり、褒めたりすることはしない(行動だけを褒めてもだめ) 	<ul style="list-style-type: none"> 長い目で見ていきたい 	<ul style="list-style-type: none"> 以前は反り返って話を聞いていたB氏が、今は参加者の前で静かに話を聞いている 		<ul style="list-style-type: none"> 結果説明会にきてもらいたい 健診結果で自分の生活や状態を再度意識してもらいたい 	<ul style="list-style-type: none"> H20年度に出会った頃に比べて、素直に自身のことを話してくれる。すごい変化
アセスメント							<div style="border: 2px solid red; border-radius: 50%; padding: 10px; text-align: center;"> <p>支援のポイント!</p> <p>健診の受診勧奨を忘れずに行う。教室で継続的な関わりがあったとしても、年度が変わったら、改めて個別に案内。</p> </div>	
支援の目標		<ul style="list-style-type: none"> 次回の教室にきてもらう 	<ul style="list-style-type: none"> 「グループの中でいかに個の認識の実態をみていくか」を意識する 					

1 継続的支援の具体例

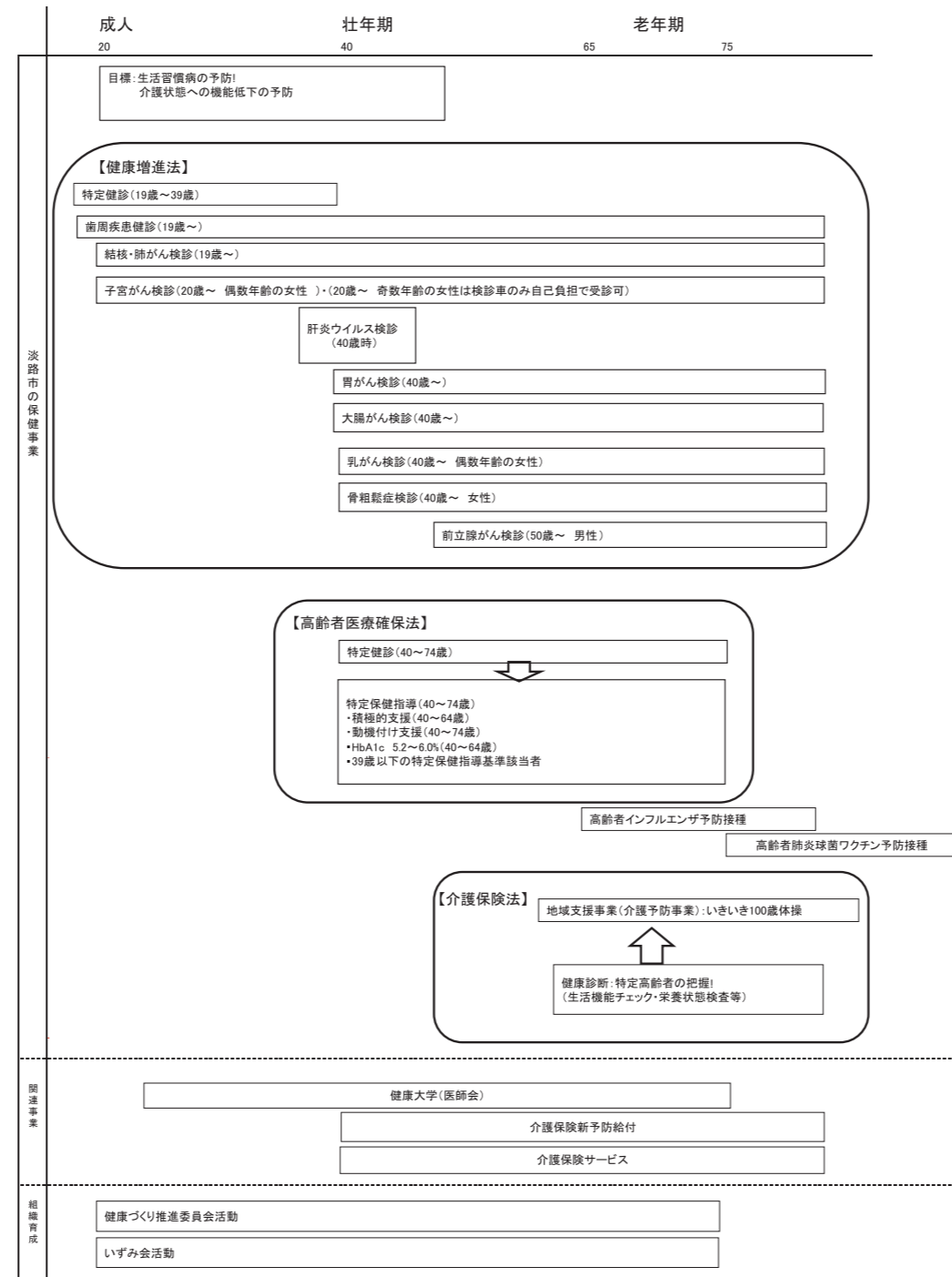
3 兵庫県淡路市（市の概要）

1 淡路市の概況（平成 23 年 3 月現在）

①人口	48,198 人（平成 23 年 4 月 1 日現在）
②高齢化率	31.0%
③特定健康診査受診率	27.6%
④特定保健指導終了率	14.6%
⑤保健師数	20 人（健康増進課 17 人）

- ・市単独で（健康増進法）、19歳～39歳を対象とした「特定健診」を実施しています。
- ・特定健診受診者のうち、国の基準に加え、「淡路市国民健康保険で医療にかかっていない、40～64歳までのHbA1c5.2%～6.0%の人」、「39歳以下のメタボリックシンドロームとその予備群」を独自基準として特定保健指導の対象者としています。
- ・いずみ会、健康づくり推進委員の研修会では、特定保健指導（「はつらつ健康アップセミナー」）と同じプログラムを実施しています。

2 淡路市の生活習慣病予防事業概要図



1 継続的支援の具体例

3 兵庫県淡路市（事例 C 氏の概要）

1 C 氏の状況

項目	内容
①性別	女性
②年齢	60歳代前半
③支援の期間	2年5カ月
④支援のきっかけ	平成21年度に受診した特定健診で、HbA1cが5.7%で特定保健指導の対象者となった ※淡路市では、特定健診受診者のうち国の基準に加え「淡路市国民健康保険で医療にかかっていない、40～64歳までのHbA1c5.2%～6.0%の人」を独自基準として特定保健指導の対象者としています。
⑤支援開始時の目標	1) 自分自身の体のこと、今現在の状態、今までの経過をどのように思っているのかを振り返ってもらい、自分のことをまず知ってもらう 2) はつらつ健康アップセミナーに継続的に参加してもらう
⑥現在の支援の状況	支援継続中

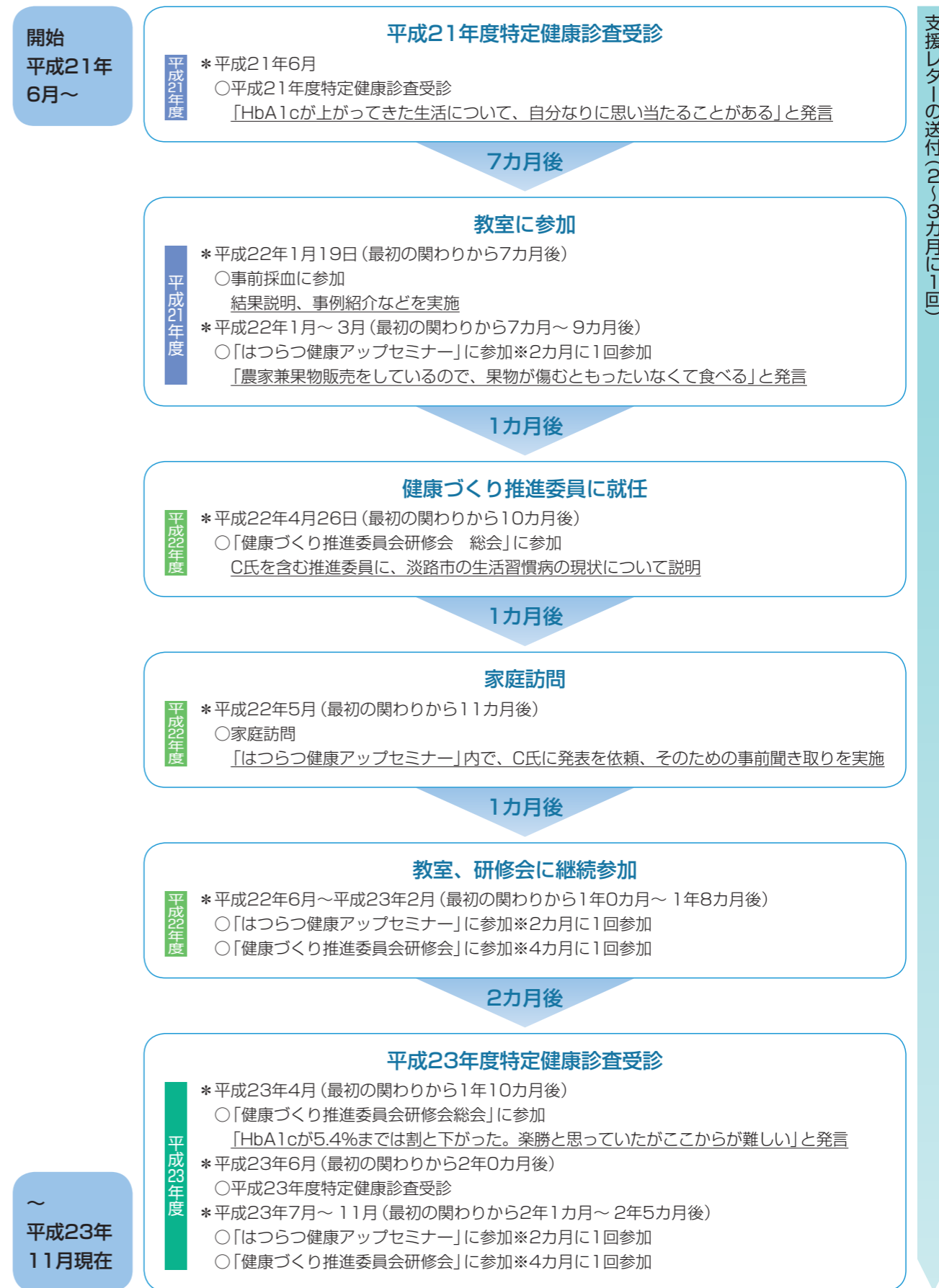
2 教室と、健康づくり推進委員の研修会等で継続的に関わっている事例（60歳代・女性）

C氏は平成21年6月の健診時、HbA1cが5.7%という結果でした。健診受診した平成21年6月から平成22年12月頃までははつらつ健康アップセミナーに不参加でしたが、支援レターの送付は継続していました。ちょうどそんな時に娘からの、「このまま放っておいたらいけない」という一言で、特定保健指導（はつらつ健康アップセミナー）への参加が始まり、平成22年12月頃から現在まで、約2年半関わっています。参加するにしがたい、自分で自分のことを振り返られるようになりました。

C氏は、平成22年度から、健康づくり推進委員となりました（支援番号5～）。推進委員の研修会でも同じ教室を実施しているため、保健師は特定保健指導とは異なる時期にC氏と関わる機会があります。

現在、C氏は、HbA1cを5.4%以下に下げることの難しさ、維持することの大変さを感じながら（P33 支援番号18～22）継続的に教室参加しています。保健師は振り返りの支援をしています。

3 C 氏との継続的な関わりの流れ



支援レターの送付（2～3カ月に1回）

1 継続的支援の具体例

4 C氏(女性60歳代) 支援の継続期間2年5カ月 ★=JNAグループ支援プログラム

支援番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
年月日	H21.6	H22.1.19	H22.1.23	H22.3.12	H22.4.26	H22.5.7	H22.5.21	H22.6.24	H22.7.9	H22.7.28	H22.9.10
保健師の関わり	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診受診 	<ul style="list-style-type: none"> はつらつ健康アップセミナー事前採血① →セミナー対象者になった理由、結果説明、事例紹介を行なう。年々HbA1cが上がってきていたので、今までの生活状況を伺う。 次回以降のセミナーを案内。 	<ul style="list-style-type: none"> ★はつらつ健康アップセミナー食① →保健師の食を紹介。 	<ul style="list-style-type: none"> ★はつらつ健康アップセミナー食② →保健師の食を紹介 	<ul style="list-style-type: none"> 健康づくり推進委員会研修会総会 →淡路市の生活習慣病の現状について説明。 	<ul style="list-style-type: none"> はつらつ健康アップセミナー事前採血② 	<ul style="list-style-type: none"> ★はつらつ健康アップセミナー コントロールを見る →HbA1cについて説明。保健師と前でデモを実施。 C氏の家へ訪問 次回「コントロールをみる」でお話を伺うための、事前聞き取りを実施 	<ul style="list-style-type: none"> ★健康づくり推進委員会研修会(プロセスを見る) →淡路市に住んでいる方の生活や気持ちの経過を紹介し、自分のことを知ってもらう。 この方自身の生活を前で紹介した。 	<ul style="list-style-type: none"> はつらつ健康アップセミナー初回面接(結果説明会) →結果について説明。 	<ul style="list-style-type: none"> はつらつ健康アップセミナー事前採血③ 	<ul style="list-style-type: none"> はつらつ健康アップセミナー事前採血①
検査データ	(特定基本健診H21.6) ●身長:159cm ●体重:54.8(+0.2)kg ●BMI:21.7(+0.2) ●腹囲:86(+0.5)cm ●HbA1c:5.7(+0.1)%	●体重:55kg ●腹囲:88.8cm ●HbA1c:5.5%				(H22.5.7計測値) ●体重:51kg ●腹囲:77cm ●HbA1c:5.6%			(特定基本健診H22.6時)	(H22.7.28測定値) ●体重:50kg ●腹囲:74.7cm ●HbA1c:5.5% ●HDL:53 ●LDL:117 ●TG:48 ●BS:89	●HbA1c:5.4%
発言や反応	<ul style="list-style-type: none"> HbA1cが上がってきた生活について、自分なりに思い当たることある。 「毎日毎日こんな生活してきたから糖尿に近づいてきたんかなあ」と発言あり。 	<ul style="list-style-type: none"> 参加したきっかけは娘にこんな値(HbA1c5.7%)、「放っておいたらあかんぞ」と言われた。ちょうどそんな時に1月の案内が来たこと 	<ul style="list-style-type: none"> グループトークでは「たくさん食べたらしっかり働けるって気がする」 「農家兼果物販売しているので、売り物の果物が傷むともったいないから食べる。それが記録に出てるわ」など発言あり。 	<ul style="list-style-type: none"> グループトークでは「仕事と仕事の合間にばっと時間ができると手持ち無沙汰になってコーヒー飲んだり、お菓子食べる。実際書いてみるとよく食べてるね。つい食べてしまう」 「体重は標準。でも血糖値が高いのは生活に問題があるんよね」と発言あり。 	<ul style="list-style-type: none"> 「今まで気を付けていなかったけど、おいおい考えていきたい。健康づくり推進委員になったことは良い機会と思う。1人ではなかなかできないけど、複数ならできるかもしれないし」 		<ul style="list-style-type: none"> 「夏はお客さんが多く、気遣う。お客さんが切れて時間ができると何をしたいか分からないしほっとしてお菓子をつまむ」 「2月頃は確定申告準備で遅くまで起きて資料整理をする。疲れるので眠たくならないようにお茶を飲んだり、食べる」と。 	<ul style="list-style-type: none"> 「なくなるまで食べないと落ち着かない。やめられない。食べたらやめられない」 	<ul style="list-style-type: none"> 仕事のため、結果説明のみでグループでの話し合いには参加されず。 		
本人の目標											
保健師の意図・思い	<ul style="list-style-type: none"> このまま放っておいたら、大きな病気につながるなど脅すことのないようにした。 	<ul style="list-style-type: none"> 娘さんの一言がきっかけで、参加してくれたのか 									
アセスメント	<p style="text-align: center;">支援のポイント! 支援の際は、恐怖を与えないよう配慮。</p>										
支援の目標		<ul style="list-style-type: none"> 自分自身の体のこと、今現在の状態、今までの経過をどのように思っているのかを振り返ってもらい、自分のことをまず知ってもらう はつらつ健康アップセミナーに参加してもらう 									

支援の工夫
ポピュレーションアプローチ(健康づくり推進委員への研修)としても、特定保健指導と同じプログラムを実施。

支援のポイント!
支援の際は、恐怖を与えないよう配慮。

1 継続的支援の具体例

4 C氏(女性60歳代) 支援の継続期間2年5カ月 ★=JNAグループ支援プログラム

支援番号	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
年月日	H22.10.18	H22.11.11	H22.11.17	H23.1.13	H23.2.14	H23.4.8	H23.4.15	H23.7.6	H23.8.29	H23.9.9	H23.11.22	
保健師の関わり	・健康づくり推進委員研修会 事前採血 →採血の実施。音楽療法。	★はつらつ健康アップセミナー食②	★健康づくり推進委員会研修会(コントロールを見る)	・はつらつ健康アップセミナー事前採血②	・健康づくり推進委員会研修会 事前採血の実施。 体操	・はつらつ健康アップセミナー事前採血③	・健康づくり推進委員研修会 総会 ・淡路市の健康の特徴、H22活動状況、H23活動計画について保健師より説明	・はつらつ健康アップセミナー初回面接(結果説明会) →結果について説明	★健康づくり推進委員研修会(食②)	・はつらつ健康アップセミナー事前採血①	★健康づくり推進委員研修会(コントロールを見る)	
検査データ	●HbA1c:5.3%			(H23.1.13測定値) ●体重:52.8kg ●腹囲:75cm ●HbA1c:5.4%	●HbA1c:5.4%	(H23.4.8測定値) ●体重:51.8kg ●腹囲:82.6cm		(特定基本健診H23.6時) ●身長:157.4cm ●体重:50.8(-3.8kg) ●BMI:20.5(-1.0) ●腹囲:78.8(-6.7)cm ●HbA1c:5.4(-0.2)%		●HbA1c:5.4%		
発言や反応	・音楽療法に参加	・「ここへ来たら、自分ってよー食べるよなあとか気づけなアカンなあと思うんやけどね。家帰ったら、またすぐ忘れてしまうんよ。ここへ来なアカンな。」	・「研修会で他の人が言っていることを聞いて出来そうなことをやっている。野菜から先に食べるとか…でも夜のご褒美はコーヒーにフレッシュ(クリーム)3つ入れること」	・「野菜を先に食べることを試してみたが、HbA1cは5.4%と変わらなかった」	・体操の参加		・「HbA1cを5.7%から5.4%まではわりと早くちょっと気を付けるだけで下がった。楽勝だと思ったが、ここからが難しい」	・時間があまりないとのこと で、結果のみ説明し、グループには入らず帰られる。	・「たまたま昨日は老人会なので(●まるが※少なく)良かった。みんながお茶している時は用事するようにした。」			
本人の目標												
保健師の意図・思い	・C氏は、健康づくり推進員として、同じセミナー(プログラム)を、違う時期に聞いているから、その季節の自身の傾向が分かってラッキーなのかもしれない	・セミナーが自分のことを考えたり、振り返ったりする機会になっているのだと感じた ・C氏は、気づいてきたことを、「気をつけなアカンな」と思っている		・セミナーや健康づくり推進委員会研修会での話を聞きながら、C氏なりに試行錯誤している								
アセスメント		・C氏は、自身の事実について上手に思い出したり、気づいている						・C氏は、HbA1cを5.4%以下にすることを難しさを認識している。	・身体状況は改善している。		・どんな生活をしている時にHbA1cが上がるという発言があり、生活と検査値(HbA1c)をつなげて考えることができていた。こんな生活をしたらHbA1cがこうなるということがつかめていた。	・セミナーに来て自分のことを知って、どんな食べ方をしたら値が変化するというのを掴めているため、忙しい中でも「次はこうしよう」という調整ができていた。
支援の目標											・継続してセミナーに参加してもらおう	

支援のポイント!
維持ができていても、評価する。自身の生活と検査値の関係が掴め、維持ができていなくても充分。焦らずに支援。

支援のポイント!
対象者と思いを共有。教室の中では、検査値を正常範囲まで下げていくことの難しさを、対象者と保健師の間で共有をしていた。

1 継続的支援の具体例

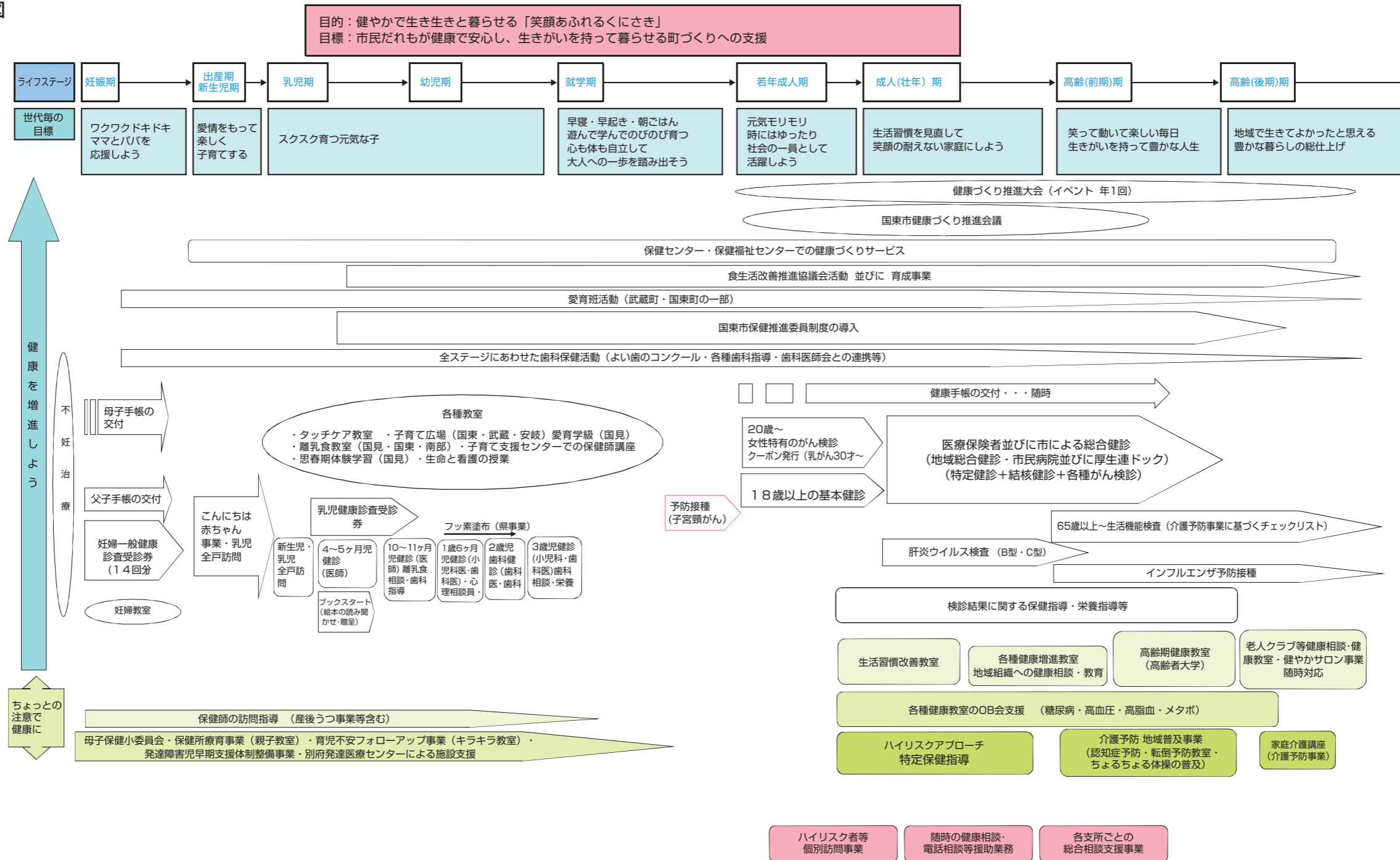
4 大分県国東市（市の概要）

1 国東市の概況（平成 23 年 12 月現在）

- ①人口 31,921 人
 - ②高齢化率 35.8%
 - ③特定健康診査受診率 56.7% (H22 年度概要値)
 - ④特定保健指導終了率 22.0% (H22 年度概要値)
 - ⑤保健師数 15 人 (市民健康課 6 人)
- ※特定保健指導に関わった保健師数 9 人 (支所の保健師も含む)

- 健康増進法の中で、18歳～39歳を対象とした「18歳以上の基本健診」を実施しています。
- 特定保健指導「わいわい教室（グループ支援プログラムを導入）」では、市民のニーズから、運動教室も導入しています。
※「JNAグループ支援」の基本プログラムには、運動はありません。（P3を参照）
- 各種健康教室では、教室終了後にOB会として支援を続けています（糖尿病・高血圧・高脂血・メタボリックシンドローム）。上記の「わいわい教室」もOB会「ダイゴの会」として支援をしています。

2 国東市の事業概要図



1 継続的支援の具体例

4 大分県国東市（事例 D 氏の概要）

① D 氏の状況

項目	内容
①性別	男性
②年齢	50歳代後半
③支援の期間	1年7カ月
④支援のきっかけ	平成22年度、特定保健指導対象者（積極的支援）となり、グループ支援にて保健指導を実施
⑤支援開始時の目標	グループの中に溶け込めるような雰囲気を作る。途中脱落しないよう気にかける。
⑥現在の支援の状況	支援継続中

②教室と、教室のOB会で継続的に関わっている事例（50歳代・男性）

D 氏とは、平成 22 年 6 月 28 日の特定健康診査時の「ワンポイントアドバイス」からの関わりです。その 4 カ月後、グループ支援「特定保健指導（わいわい教室）」に、妻と一緒に参加が始まりました。

D 氏は、都会から移住したばかりでした。関わりの当初は、表情が固く、D 氏自身の健康観や「身体にいいもの」をグループメンバーに勧めるところがありました（支援番号 4）。体重は、初回面接から 3 カ月まで、増えていました。参加するにしがって健康観の話はなくなりました。

一方で、間食の量や生活習慣について、具体的に発言するようになりました。その後は自ら、間食を止め、運動を始めました（支援番号 8）。平成 23 年度は、OB 会への参加希望があり、ご自身の生活を振り返っています（支援番号 9）。

23 年度も、特定保健指導の対象者となった D 氏。「来年は特定保健指導に呼ばれないようにする」ことを目標に、引き続き「わいわい教室」と OB 会の 2 つの教室に参加し、保健師は D 氏と継続的に関わっています。

③ D 氏との継続的な関わりの流れ



1 継続的支援の具体例

4 D氏（男性 50歳代） 支援の継続期間 1年7カ月 ★=JNAグループ支援プログラム

支援番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
年月日	H22.6.28	H22.9.22	H22.10.15	H22.11.18	H22.12.17	H23.1.13	H23.2.25	H23.3.25	H23.6.13	
保健師の関わり	<ul style="list-style-type: none"> ・住民健診 ・健診会場にて保健師によるワンポイントアドバイス 生活習慣の改善について、及び教室（特定保健指導）についての勧誘 	<ul style="list-style-type: none"> ・初回面接 ・生活習慣のききとり これまでの生活の背景の把握。アドバイス等はせず、お話を伺う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・武蔵町わいわい教室第1回 ・孤立しないように、声かけ 	<ul style="list-style-type: none"> ・武蔵町わいわい教室第2回 ・和やかな雰囲気を持っていくように、声かけ 	<ul style="list-style-type: none"> ・武蔵町わいわい教室第3回 	<ul style="list-style-type: none"> ・武蔵町わいわい教室第4回 欠席の為、次回電話連絡 保健師より電話。 	<ul style="list-style-type: none"> ・武蔵町わいわい教室第5回 	<ul style="list-style-type: none"> ・武蔵町わいわい教室第6回 D氏の行動していることには、グループ内で共通の話題にし称賛 	<ul style="list-style-type: none"> ・武蔵町わいわい教室OB会 「ダイゴの会」 生活習慣のマイナス面への変化でも、運動や、食事の変化を自覚していることを称賛 ・H23.6.23にある、住民健診への受診を勧める 	
検査データ	<ul style="list-style-type: none"> ●体重：78.4kg ●BMI：27.1 ●腹囲：98.0cm ●血圧：124 / 84 ●中性脂肪：331 ●HDL：36 ●HbA1c：5.7 	<ul style="list-style-type: none"> ●体重：79.4kg ●BMI：27.5 ●腹囲：95.0cm ●血圧：118 / 76 	<ul style="list-style-type: none"> ●体重：78.4kg ●BMI：72.2 ●腹囲：95.0cm ●血圧：120 / 78 	<ul style="list-style-type: none"> ●体重：79.3kg ●BMI：27.4 ●腹囲：98.0cm ●血圧：122 / 78 	<ul style="list-style-type: none"> ●体重：79.8kg ●BMI：27.7 ●腹囲：95.5cm ●血圧：126 / 80 			<ul style="list-style-type: none"> ●体重：78.9kg ●BMI：26.7 ●腹囲：94.0cm ●血圧：126 / 80 	<ul style="list-style-type: none"> ●体重：77.2kg ●BMI：26.0 ●腹囲：96.0cm ●血圧：120 / 68 	<ul style="list-style-type: none"> ●体重：75.0kg ●BMI：26.0 ●腹囲：90.5cm ●血圧：118 / 70 ●体重・腹囲減少見られる
発言や反応			<ul style="list-style-type: none"> ・牛乳を低脂肪にかえた(3か月前より) ・グループ内唯一の男性で、また、都会で会社勤めをしていた方なので、グループの中でも少し浮いたような発言が多い ・座っている時も、椅子を引き気味で座っている 	<ul style="list-style-type: none"> ・みかんの食べ過ぎにきづく ・奥さんと二人、きちんと参加してくれる ・グループトーク内では、保健師が話をふると、自分が持っている健康知識について、「皆さんも参考にしてください」というような発言も多い ・「国東はすごく食事が美味しい。果物、魚の新鮮なものが手に入る。周りにおいしいものがあるから、つい食べ過ぎる」 	<ul style="list-style-type: none"> ・食の回での、献立の記入については、保健師の声かけにより何を食べたか思い出して書く ・表情は硬い 	<ul style="list-style-type: none"> ・私用にて休み 次回は行けますと、脱落では無いことを確認 	<ul style="list-style-type: none"> ・低脂肪乳は続いている 掃除機を3日に1回かけて汗をかいている。自慢気に話される ・固い表情は相変わらずだが、発言は、自らすすんで、自分が意識して取り組んでいることなどを、グループの中で発言できるようになった 	<ul style="list-style-type: none"> ・ウォーキングを始める ・大好きだった和菓子を買い物に行き買ったのを、妻と一緒にやめた ・和菓子を止めて、体重が減ってきたことは、嬉しそうだった ・「和菓子は食べないが、他のものを結構たべようになった」 ・OB会参加申し込みを渡すと、参加意思あり 	<ul style="list-style-type: none"> ・運動継続 ・間食(和菓子)やめる継続 ・低脂肪牛乳継続 ・暑くなって歩かなくなった ・食事は野菜中心 ・アイスの購入が増えた ・みそ汁は具だけ食べて汁は残す ・「こんなに考えながら食べることはなかった」と話す 	
本人の目標								<ul style="list-style-type: none"> ・教室終了時の、今後の目標として、目標体重70kgという発言もあり 		
保健師の意図・思い	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診当日に腹囲が大きく該当者と分かるので、「ワンポイントアドバイス」と教室への案内をしている ・国東市は大空空港が近いので、都会から田舎暮らしのため、退職後に移住してくる人は多い ・年齢も比較的若く、田舎暮らしのため、退職後国東市へ移住された対象者であったので、教室参加中、表情硬く、自分の考えをズバッとと言われるので、どうグループの中に溶け込んで行けるのか不安であった。また、溶け込めないことが、本人にマイナスの感情になって、途中脱落しないように、気にかけていた 	<ul style="list-style-type: none"> ・教室への参加が続くか心配 ・あまり人の話は聞かず、話す番になったら、自分のことを話す人だったので、「今、〇〇さんが言ったことについてどう思いますか」と声掛けをし、メンバーの発言にも意識してもらった 	<ul style="list-style-type: none"> ・健康意識が強く、マスコミや口コミでこれが良いと言われたものは実践し、継続している様子も見られたので、それが、偏っているということ、本人にどう気づいてもらえるかということを考えていた ・本人の発言、行動を(こちらは偏っていると思いたくはなし)否定することなく、尊重しながら、グループの中でも浮かないように、話題を振ることを大切に関わった 	<ul style="list-style-type: none"> ・健康意識が強く、マスコミや口コミでこれが良いと言われたものは実践し、継続している様子も見られたので、それが、偏っているということ、本人にどう気づいてもらえるかということを考えていた 	<ul style="list-style-type: none"> ・健康意識が強く、マスコミや口コミでこれが良いと言われたものは実践し、継続している様子も見られたので、それが、偏っているということ、本人にどう気づいてもらえるかということを考えていた 	<ul style="list-style-type: none"> ・健康意識が強く、マスコミや口コミでこれが良いと言われたものは実践し、継続している様子も見られたので、それが、偏っているということ、本人にどう気づいてもらえるかということを考えていた 	<ul style="list-style-type: none"> ・健康意識が強く、マスコミや口コミでこれが良いと言われたものは実践し、継続している様子も見られたので、それが、偏っているということ、本人にどう気づいてもらえるかということを考えていた 	<ul style="list-style-type: none"> ・健康意識が強く、マスコミや口コミでこれが良いと言われたものは実践し、継続している様子も見られたので、それが、偏っているということ、本人にどう気づいてもらえるかということを考えていた 	<ul style="list-style-type: none"> ・健康意識が強く、マスコミや口コミでこれが良いと言われたものは実践し、継続している様子も見られたので、それが、偏っているということ、本人にどう気づいてもらえるかということを考えていた 	
アセスメント			<ul style="list-style-type: none"> ・健康志向が高く、知識もあるので、グループの中で、自分の思いを相手に押しつけるような発言が多い 	<ul style="list-style-type: none"> ・教室への参加は嫌がっていない 	<ul style="list-style-type: none"> ・発言からも生活の見直しや、振り返りはされているが、体重は増えている 			<ul style="list-style-type: none"> ・言葉数多い方ではないが、自分で気づいたことを、実行できるようになっている ・生活習慣の、マイナス面への変化でも、運動や食事の変化を自覚している 	<ul style="list-style-type: none"> ・先入観をもたない。スタッフ間でカンファレンスをする時に、先入観で判断しないよう留意。 	
支援の目標										

支援の工夫
OB会は、健診の受診勧奨も兼ねて、健診前に必ず開催。

支援のポイント!
参加しやすいような雰囲気作り。

支援のポイント!
先入観をもたない。スタッフ間でカンファレンスをする時に、先入観で判断しないよう留意。

1 継続的支援の具体例

4 D氏（男性 50 歳代） 支援の継続期間 1 年 7 カ月 ★ = JNA グループ支援プログラム

支援番号	10	11	12	13	14
年月日	H23.6.23	H23.8.29	H23.9.26	H23.10.12	H23.11.10
保健師の関わり	<ul style="list-style-type: none"> 武蔵町住民健診 健診会場にて保健師によるワンポイントアドバイス 昨年度の結果より、体重・腹囲の減少がみられ、とてもうれしいことを伝え、気持ちを共有する。 	<ul style="list-style-type: none"> 武蔵町わいわい教室OB会「ダイゴの会」 実践していることを、称賛 	<ul style="list-style-type: none"> 武蔵町わいわい教室 初回面接 個別面接にて、思いをきく 保健師はその思いを尊重し、今後の取り組みを支援すると伝える。 	<ul style="list-style-type: none"> 武蔵町わいわい教室第3回 	<ul style="list-style-type: none"> 武蔵町わいわい教室第4回
検査データ	<ul style="list-style-type: none"> ●体重：72.5g ●BMI：25.0 ●腹囲：91.2cm ●血圧：126 / 78 	<ul style="list-style-type: none"> ●体重：75.3kg ●BMI：25.5 ●腹囲：92.0cm 	<ul style="list-style-type: none"> ●体重：74.1kg ●BMI：25.6 ●腹囲：92.5cm ●血圧：114 / 74 	<ul style="list-style-type: none"> ●体重：74.3kg ●BMI：25.7 ●腹囲：92.0cm ●血圧：110 / 74 	<ul style="list-style-type: none"> ●体重：76.4kg ●BMI：26.4 ●腹囲：90.0cm ●血圧：120 / 80
発言や反応	<ul style="list-style-type: none"> 昨年度の結果より、体重・腹囲の減少がみられ、本人も自慢げな様子 健診問診票問12：運動・食生活の生活習慣の改善をすでに取り組んでいる（6ヵ月未満）に回答 	<ul style="list-style-type: none"> 実践は継続 OB会には出席。妻の出席は無いが、本人きちんと参加してくれる 	<ul style="list-style-type: none"> 実践は継続 HbA1cが教室終了時には下がっていたのに、健診で戻っていたのがショック もう一度参加して、来年こそは、（対象者として）呼ばれないようにしたいという思いを語ってくれる 	<ul style="list-style-type: none"> 実践は継続 「果物がおいしいが、食べ過ぎるときっとヘモグロビンA1cも上がるだろう」 「ヘモグロビンA1cが下がっているときは、体重が落ちているときで、果物を食べ過ぎると体重が増えるから。」と生活と検査値の関連性を自然と言葉にするようになった 	<ul style="list-style-type: none"> 実践は継続だが、今の時期食べ物おいしい 「食べ物おいしくて、体重が増えてきている」と言う発言があり、さつまいもが大収穫だった様子を嬉しそうに話す
本人の目標			<ul style="list-style-type: none"> 来年こそは、（対象者として）呼ばれないようにしたい 		
保健師の意図・思い	<ul style="list-style-type: none"> 回を重ねる度に、自分で気づいて納得したことを、自分の中で消化し、実践にまでうつせる人だということに保健師が気づかせてもらった 保健師がアドバイスしたことは無く、運動を始めていたことは、正直驚いた 	<ul style="list-style-type: none"> ズボンのサイズが小さくなったことを、嬉しそうに話すので、どうしてそうだったか、再度、生活の変化を振り返り言語化してもらった 同じグループの参加者もうなづきながら聞いており、周囲へのプラスの波及効果がまた、本人のやる気へとつながった 	<ul style="list-style-type: none"> 「もう一度参加して、来年こそは、（教室に）呼ばれないようにしたい」という思いを語ってくれる。保健師はその思いを尊重し、今後の取り組みを支援 	<ul style="list-style-type: none"> 「果物がおいしいが、食べ過ぎるときっとヘモグロビンA1cも上がるだろう」という発言があったので、どうしてそう思うのか、たずねたところ、「ヘモグロビンA1cが下がっているときは、体重が落ちているときで、果物を食べ過ぎると体重が増えるから。」と、生活と検査値の関連性を自然と言葉にするようになった 今まではマスコミで「これがいい」といったものを補って食べていた 	<ul style="list-style-type: none"> 「食べ物おいしくて、体重が増えてきている」と言う発言があり「今の季節、いろんなものが収穫できて、私もつい食べすぎちゃいます」と話す 2年目の同じ内容での教室参加で、第2回目で、体重が増加傾向にある。その時、どんな関わりをすることが必要になってくるのか？ 対象者が自分の生活習慣に気づいて、改善できる部分を自分で改善できた時には、それが継続へとスムーズにつながることを感じた。やはり、相手の変化を待つことは大切
アセスメント					<ul style="list-style-type: none"> 美味しい食べ物をよく食べていることが、体重増加の原因として捉えているようだ。
支援の目標					

支援のポイント!
 代弁機能。（参加者に成り代わって発言しにくいことを代弁する。）「保健師だってできない」体験を話して、参加者を後押しをした。

1 継続的支援の具体例

5 鹿児島県与論町（町の概要）

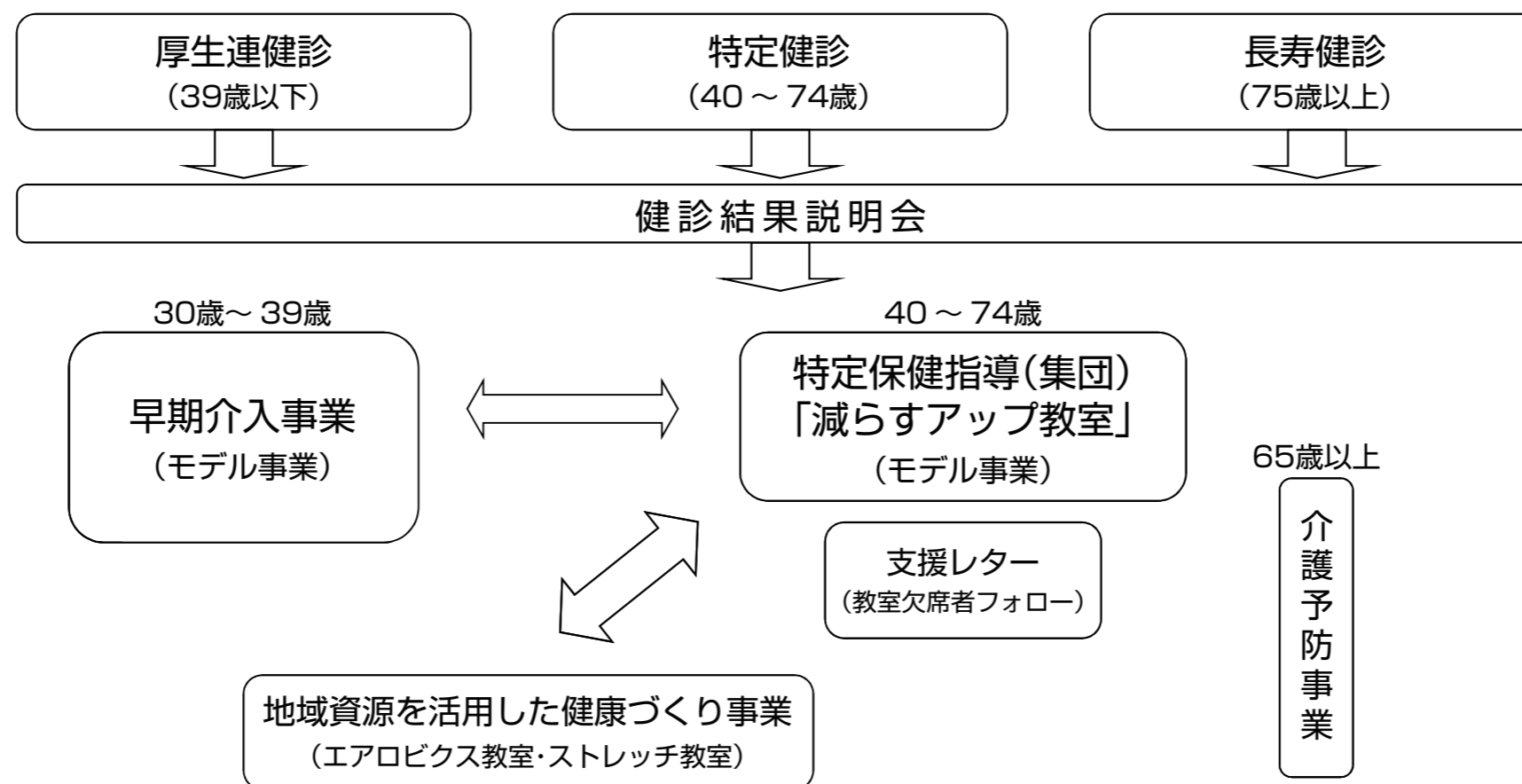
①与論町の概況（平成 24 年 2 月現在）

①人口	5,483 人
②高齢化率	30.0%
③特定健康診査受診率	32.6%（H22 年度概要値）
④特定保健指導終了率	58.4%（H22 年度概要値）
⑤保健師数	2 人（町民福祉課 2 人）

- 健康増進法の中で、30歳～39歳を対象とした健康診査を実施しています。
- 特定保健指導「減らすアップ教室（グループ支援プログラムを導入）」の食の実態を見るでは、実際に食事をしながら振り返る「夕食バイキング」を導入しています。「夕食バイキング」では、食生活改善推進委員と一緒に、食事作りをしています。
- 特定保健指導「減らすアップ教室」の6カ月間の支援の中では、教室と教室の合間に「支援レター」を送付していますが、加えて、特定保健指導対象者全員に向けても送付しています。教室の様子を発信することで、途中参加や、次年度参加を目指しています。

②与論町の生活習慣病予防事業概要図

生活習慣病予防に関する健診とフロー



1 継続的支援の具体例

5 鹿児島県与論町（事例 E 氏の概要）

1 E 氏の状況

項目	内容
①性別	男性
②年齢	50歳代前半
③支援の期間	3年0カ月
④支援のきっかけ	平成20年度特定健診で、積極支援対象となったため、特定保健指導の支援メールを6カ月間送付、平成21年度特定健診で、積極支援対象となったため教室へ参加。
⑤支援開始時の目標	E氏の、以下の目標(2点)を支援する 1)「週に1回のウエイトトレーニングする」 2)「教室への6回の参加」
⑥現在の支援の状況	支援継続中

2 継続的な教室での振り返り中で、食事の実態に気づいた事例（50歳代・男性）

E氏は、特定保健指導（「減らすアップ教室」）に参加し始めたのは、平成21年度からでした。もともと運動をすることが好きな人で、週に5回はウォーキングを実施していました。教室参加から3カ月後、体育大会練習中の負傷のため、ウォーキングを中止しています。その後、体重が増加しました。食事については、妻が作るため、食生活は変えられないという反応でした（支援番号6）。

平成21年度の特定健康診査では「教室が終わると、生活が戻ってしまった」と、再度教室参加を希望します（支援番号9）。2年目の教室では、食事の振り返りによって、日頃、無意識に食べていた間食について、具体的な発言となりました。（支援番号10～16）そこで、E氏は「妻の料理だけが、原因でない」ことに気がきました。

E氏は、平成23年度健診結果も、中性脂肪が受診勧奨判定値（300mg/dl）を超えていました（439mg/dl）。保健師は、意識しながらも、本人が変わろうとする力を尊重しています。現在E氏は、生活の場で生活習慣の改善を試されています。保健師は、戻ったとしても「いつでも戻って来れる、言い訳の言える教室」として「減らすアップ教室」を展開しています。

3 E 氏との継続的な関わりの流れ



支援レターへの送付（2カ月に1回）

1 継続的支援の具体例

4 E氏(男性 50歳代) 支援の継続期間 3年0カ月 ★=JNAグループ支援プログラム

支援番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9
年月日	H20.7.28	H21.6.11	H21.7.28	H21.8.5	H21.9.9	H21.10.14	H21.11.11	H21.12.2	H22.6.2
保健師の関わり	<ul style="list-style-type: none"> 健診結果説明会 結果説明では主に、対象者が気になっていた中性脂肪を説明 保健師が、教室の参加勧奨をする 	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診 	<ul style="list-style-type: none"> 減らすアップ教室(特定保健指導) ★プロセスを見る 事例をもとに生活習慣病の特徴を説明 	<ul style="list-style-type: none"> 減らすアップ教室(特定保健指導) ★食の実態を見る 	<ul style="list-style-type: none"> 減らすアップ教室(特定保健指導) ★食の実態を見る 「夕食バイキング」で自分の普段の食事を振り返ってもらう 	<ul style="list-style-type: none"> 減らすアップ教室(特定保健指導) ★コントロールを見る 「コントロールを見る」で、生活習慣の変化を確認する。 	<ul style="list-style-type: none"> 減らすアップ教室(特定保健指導) ★食の実態を見る 「食品に含まれる砂糖と油」で食生活を見直す 	<ul style="list-style-type: none"> 減らすアップ教室(特定保健指導) ★習慣化を見る 「健康づくりの継続に向けて」で本人の体験談を入れて継続の難しさを話してもらった。 	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診 健診時E氏と会話する
検査データ	(特定健康診査6/26時) ●身長:169.2cm ●体重:81.6kg(+0.4) ●BMI:28.5 ●腹囲:93.2cm ●HbA1c:5.4%(+0.3) ●中性脂肪:531mg/dl 身体状況は悪化	●身長:169.6cm ●体重:84.1kg(+2.5) ●BMI:29.2 ●腹囲:94.5cm ●HbA1c:5.8%(+0.4) ●中性脂肪:1066mg/dl	●身体状況は体重、腹囲ともに増加のまま	<p>支援の工夫</p> <p>ポピュレーションアプローチも意識。夕食バイキングでは、食生活改善推進委員も協力し、料理を作っていた。</p>	●体重が1キロ減った	●HbA1c:5.2%(-0.4) 成果が見られず…	●体重が2キロ増加	●体重:83.2(+0.9)kg ●腹囲:93.0(-1)cm ●HbA1c:5.3(+0.1)%	●身長:169.9cm ●体重:82.1kg(-2) ●BMI:28.4(-0.8) ●腹囲:93.5cm(-1) ●HbA1c:5.7%(-0.1) ●中性脂肪:432mg/dl
発言や反応		<ul style="list-style-type: none"> H21年度の結果説明会後、ウエイトレーニングを始めていた 「昨年は、お手紙が来ても行けなかったが、今年は是非参加してみたい」 「昨年は、初回に来れなかったから、来づらくなった。仕事が忙しくて入ると、入りづらかった」 	<ul style="list-style-type: none"> グループワークの中で「事例の人も私と同じ。1年ごとに1キロ増えて30年後には、こうなってしまった。20歳代の頃に50代のことを考えていたらと。携帯の万歩計付きで歩数が出るのでチェックを入れて継続をする。」 	<ul style="list-style-type: none"> 1週間の内、5日は、ウォーキング実施。夜食をたまに食べてしまう 食の実態を見る中で「カレーの時は、ご飯の取りすぎ、野菜ジュースマトジュースを3食後取っている、夜食、間食もある」と、本人が気づかれて、「夜食と間食をやめよう」と 	<ul style="list-style-type: none"> 毎日1時間のウォーキング実施 「二日酔いで昼食がとれなかった。大好きなサラダには、良くマヨネーズを多く使う。マヨネーズの●(まる※)の多さにびっくり。」 ※●1個=80キロカロリーを表す 	<ul style="list-style-type: none"> 10/11に体育大会の練習中に肉離れを起こしてウォーキングを中止 食事は妻が作るし、妻が残すと言うので変えようがない 肉離れが治ったら、携帯の万歩計付きで歩数が出るのでチェックを入れて継続をしたい。 	<ul style="list-style-type: none"> 肉離れでウォーキングを中止で、体重増加。11/5からようやく復活した 「間食にアイスクリーム、マヨネーズはなんにでもかける。夜中のラーメンは減った。果物はいいと思いきや過ぎていた。今日の話は勉強になった」 	<ul style="list-style-type: none"> 1週間の出張で暴飲暴食になってしまった 「今後も夜食を減らしてウォーキングを続けたい」 体験談では、体重が増加をしたことを話してくれた。「継続することは難しい、これを機会にまた頑張りたい」と話した 	<ul style="list-style-type: none"> 「教室が終わるともどってしまった。今年も参加していいかな」
本人の目標			●後10年は生きる。若かりし頃の体型をめざす。」と今後の目標を話す。	●夜食と間食をやめる		●肉離れが治ったら、ウォーキングを再開したい	<p>支援のポイント!</p> <p>「言い訳」が言い合える教室を心がけた。</p>	●「今後も夜食を減らしてウォーキングは続けたい」	
保健師の意図・思い		<ul style="list-style-type: none"> 教室参加の意欲がみられた 支援レターを読んでくれた 	<ul style="list-style-type: none"> 中性脂肪の上がり下がりが激しくて、値が気になる 中性脂肪の値が「なぜ高いのか」の話ができればしたい 自身で気づいたところだけ話してもらおうことを基本にする 				<ul style="list-style-type: none"> 本人の意識を尊重し、無理強いしなかったし、体重が増加したことを責めるのではなく、継続して参加している姿勢を評価した 	<ul style="list-style-type: none"> 検査結果が、生活習慣改善と共に変化していることや、生活習慣改善は、気づきが必要であり、気づきは人それぞれであると実感 	●教室参加の意欲が見られた
アセスメント		<p>支援のポイント!</p> <p>支援レターの中身には町内の特定保健指導対象者全員に送付。レターの中身には「教室は、いつでも参加OKです」というメッセージを発信していた。</p>				●食事は妻が作り、変えられないため、運動で改善していきたいというタイプの人	●自身のことを積極的に話され、教室の中でもリーダー的なので、次回教室で発表してもらおうことを検討した		
支援の目標									

1 継続的支援の具体例

4 E氏(男性 50歳代) 支援の継続期間 3年0カ月 ★=JNAグループ支援プログラム

支援番号	10	11	12	13	14	15	16
年月日	H22.7.21	H22.8.4	H22.9.8	H22.10.6	H22.11.10	H22.12.1	H23.6.2
保健師の 関わり	・減らすアップ教室(特定保健指導) ★プロセスを見る	・減らすアップ教室(特定保健指導) ★食の実態を見る	・減らすアップ教室(特定保健指導) ★食の実態を見る 「夕食バイキング」で自分の普段の食事を振り返ってもらう	・減らすアップ教室(特定保健指導) ★コントロールを見る 「コントロールを見る」で、生活習慣の変化を確認する。	・減らすアップ教室(特定保健指導) ★食の実態を見る 「食品に含まれる砂糖と油」で食生活を見直す。	・減らすアップ教室(特定保健指導) ★習慣化を見る 「健康づくりの継続に向けて」で本人の体験談を入れて継続の難しさを話してもらった。	・特定健診
検査データ				●体重:83.0(+0.9)kg ●腹囲:92.5(-1)cm ●HbA1c:5.1%(-0.6) ●中性脂肪:464mg/dl(+32)		●体重:81.0(-2)kg ●腹囲:92.0(-0.5)cm ●HbA1c:5.1(±0)%	●身長:169.3cm ●体重:79.8kg(-2.3) ●BMI:27.8(-0.6) ●腹囲:91.5cm(-2) ●HbA1c:5.4%(-0.3) ●中性脂肪:439mg/dl
発言や反応	・毎日1時間のウォーキング実施 ・教室参加をサボると次回もさぼってしまう。運動をしないと食事が美味しいので余計に食べてしまう。 ・教室中は、食事と運動ががんばれたが教室が終わると戻ってしまって残念 ・来年教室に呼ばれないようがんばると意欲があった。	・毎日1時間のウォーキング実施 ・食の実態を見る中で「肉の食べ過ぎアイスやアルコールが多い」と話された ・2年目の参加なので、食事の書き出しもスムーズにつけていた	・毎日1時間のウォーキング実施 ・「今日は、朝食とおやつが無く●(まる)が21個だった。後●4個足りない。ごはんの量が少ない」と話す ・携帯の万歩計を使って歩数を確認している	・毎日1時間のウォーキング実施 ・職場でのおやつのカップラーメンを減らした乳酸菌飲料は5本を1回に飲んでた。次回までやめて採血に望みたい ・今はたばこもやめている	・「以前は500mlのペットボトルで炭酸飲料など飲んでたが、今はお茶にしている。勉強の成果が出たと」自慢げ。	・「2年前は、初回が参加できず、参加しそびれた。教室に参加してメタボを実感した。半年の教室では継続は難しい。今は煙草もやめている。」	
本人の目標	・来年教室に呼ばれないようがんばる			・乳酸菌飲料を次回までに止める	<div style="border: 2px solid red; border-radius: 50%; padding: 10px; display: inline-block;"> <p>支援のポイント! まずは、身近なところから。本人の生活の中で、できることを一緒に考えていった。</p> </div>		
保健師の 意図・思い	・「プロセスを見る」のプログラム内容は、ほとんど変えない。原点に戻って事例を見て、参加者がどう感じるのかを大事に進めている		・携帯で万歩計が見られることを教えてくれたのは、E氏だった ・参加者が色んなことに気付かれて、こちらが学んでいることは多い	・保健指導の主旨は、本人であり本人がどうしたいかを支援することの大切さを痛感。 また、支援/ターも意外と効果的 ・中性脂肪やHbA1cの値の上昇はあるが、初回の5.8%までは上がっていない			・生活習慣は、変えようとするし、変えて継続もしているが、検査値が高値なので病院受診をすすめても受診しないことに難しさを感じている
アセスメント			・妻の料理を「言い訳」にしていたが、職場の食習慣の実態に気づいた				
支援の目標							

1 平成 23 年度 厚生労働省 保健指導支援事業 保健指導技術開発事業 実施要綱

1 目的

生活習慣病は、自覚症状が無く、長い間の生活習慣と密接に関わっているため、一時的に新たな保健行動を獲得しても、その維持・継続が難しいまま進行し、時に不幸な転機をもたらす疾病である。国民の幸福といった視点からも、また医療費の削減の視点からしても、その対策は国家的に喫緊の課題である。

そうした保健指導の実践の第一線で保健指導にあたる保健師には、対象者一人ひとりの生活習慣改善への気づきを促すだけでなく、対象者が新たな生活習慣を獲得したのちも、それを生涯、自分の生活習慣として定着もしくは継続できるような支援が求められている。

一方、特定保健指導は4年目を迎え、継続支援を展開する上でのマンネリ化や、それに伴う参加者数の低下、改善率の伸び悩みなどは、各方面から様々な課題が指摘されている。

そこで本事業では「保健指導の継続支援」に焦点を当て、生活習慣病予防（特定保健指導）を現場で実践している市町村や事業主から情報を得る。その上で、担当保健師に参集を願い保健指導における有用な継続支援についての意見交換を行い、効果的な対策について知見を深める。保健指導の継続支援を発展的に行うための技術や地域での生活習慣病予防活動のあり方について整理し、有用な支援や保健師に必要な技術について検討しまとめることとする。

2 事業実施期間

平成 23 年 9 月～平成 24 年 3 月

3 事業内容

①生活習慣病予防における継続的な支援の事例の収集および分析

(1) 進め方

①保健師が行う生活習慣病予防活動の事例の収集

H19～21年度先駆的保健活動交流推進事業で行った JNA グループ支援プログラム¹⁾に参加した保健師は、保健指導技術において一定の方法論を身につけ、自己のこれまでの保健指導の在り方を客観的に捉えなおすという事を実践してきている。そこで、モデル事業者²⁾に保健指導の継続支援の現状や課題を収集するための情報収集を事前に行う(シートを配付)。その中から、有用と考えられる取り組みを行っている保健師 10 名程度に協力を依頼しのワークショップを行う。

②「保健師の継続的支援のあり方検討ワークショップ（仮）」の開催

日 時：平成23年12月12日（月）10：30～15：30（予定）

場 所：日本看護協会 JNA ホール（予定）

参加者：・H19～21年度モデル事業者 10名程度

・有識者2名

宮崎紀枝氏（佐久大学看護学部看護学科准教授）

南平直宏氏（ワークショップデザイナー）

・厚生労働省

進め方：①で得られた事前情報をもとに、各モデル事業者等とワークショップ形式で意見交換を行う

意見交換の内容：有用な継続支援について

例)

・マンネリ化を克服していくための保健師の技術実践知

・保健師が地域の実情に合わせて、活発に継続支援を行っていくための仕掛けや仕組みづくり

4 推進体制

日本看護協会事業開発部で実施する。

保健指導技術開発事業を推進する上で必要に応じ有識者の参加を得る。

5 成果の普及

日本看護協会公式ホームページ等で成果を公表する。

1) JNA グループ支援プログラムとは

日本看護協会事業開発部が提案する「JNA グループ支援プログラム」は、疾病の理解や管理を前提にした支援の仕方だけではなく、「生活習慣を改善することに向き合う生活支援が重要である」という考えのもとに考案された支援プログラム。当事者が自身の身体や生活の実態を見ていくことで、生活を意識化し、生活習慣病を予防する力をつけることにつなげるものである。

2) モデル事業者とは

H19年度～21年度に、先駆的保健活動交流推進事業で上記「JNA グループ支援プログラム」のモデル事業者を公募。その公募に応募し、実際に「JNA グループ支援プログラム」を実施した事業者。

2 現在の生活習慣病予防（特定保健指導）の実施状況について

この個別事例シートは、継続的に保健師が意識して関わったH20年度特定保健指導から概ね3年以上支援されている事例について、実際の取り組みをご記入ください。

このシートの事例に挙げていただく方は、以下の6点をご高覧の上、選定し情報をお寄せ下さいますよう、重ねてお願い申し上げます。

①事例は保健師が意識して関わり始め、現在に至る（概ね3年の方）としてください

・「意識して関わる」とは…

例)

ア. 保健師が「このままの生活で過ごせば、生活習慣病の発病（悪化）のおそれがあり、改善が必要」など、保健師としてのアセスメントがあつての始まった関わり。

イ. アをきっかけにして、特定健康診査・特定保健指導という半年の関わりだけでなく、それ以降（健診と健診の間など）も継続的に関わっていること。など

②事例数は2例程度（1事例につき1シートご使用ください）

③性別は男性1例、女性1例（可能な限りでお願いします）

④年齢は65歳未満

⑤事例内容は以下の2点のいずれか、あるいは両方をご提供ください

ア. 「行きつ戻りつ」しながらも継続支援を行っている事例

イ. 継続支援が健康状態等の改善に貢献した（好転した）事例

⑥3年間の関わりの経緯は以下のア、イをご提供ください

ア. 特定健康診査から特定保健指導6ヶ月後評価までの関わり

H20、21、22、23年度どのようなプログラムで6カ月間の関わりをしたのか

※特定健康診査や、特定保健指導に参加されなかった場合でも、何らかの関わり（フォロー）があればそちらをご記入下さい。

イ. 6カ月後評価後～次年度健診までの関わり

H21、22、23年度特定健康診査の受診勧奨までどのような関わりをしたのか

例) 別事業・自主グループの案内、家庭訪問、電話連絡・勧奨、出前講座や地域で出会った時の意識的な声掛けなど

記入日：平成 23 年 月 日

事業者様名：	ご記入者のご所属とお名前：
--------	---------------

※ご担当の保健師様にご記入をお願いいたします。

①継続的に支援を実施している方（以後、事例と明記）の状況

（差し支えない範囲でご記入ください）

項目	内容
①性別	男性 ・ 女性
②年齢	歳代（前半・後半）
③支援の期間	年 月 日 ※支援が途切れている期間等があれば、具体的にご記入ください
④支援のきっかけ （具体的にご記入ください） 例：●年に受診した特定健診で、積極支援対象となった	
⑤支援開始時の目標 （具体的にご記入ください） 例：①健康意識の改善、体重の維持等を行う。②▲▲教室へ参加を得る。	
⑥現在の支援の状況 （いずれかを選択・ご記入ください）	・ 支援継続中（ ） ・ その他（ ）

※個人が特定できない範囲でご記入下さい。また本会でも取り扱いには十分に留意いたします。

②3年間の関わりの経緯

概ね3年間の中での、事例との関わりをお教えてください。（記入例をご参照ください）

回数	関わった年月日	事業・サービス等	生活習慣の変化	検査値等の変化	保健師の関わりと事例の変化
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

※複数枚可能です。セルを追加・コピーしてご使用してください。

※事業・サービスの概要や詳細については P58 の項目 6-①でご記入ください。

②3年間の関わりの経緯

概ね3年間の中での、事例との関わりをお教えてください。

記入例

回数	関わった年月日	事業・サービス等	生活習慣の変化	検査値等の変化	保健師の関わりと事例の変化
1	H20.9/15	健診結果説明会	身体状況は悪化(右側参照)	(特定健康診査7/5時) ●身長：162cm ●体重：68kg ●BMI：26 ●腹囲：88cm ●HbA1c：5.8% (結果説明会9/15時) ●身長：162cm ●体重：71(+3)kg ●BMI：27(+1) ●腹囲：90(+2)cm	結果説明では主に、対象者が気になっていたHbA1cを説明。また腹囲・体重がともに増加していたため、2カ月間の生活状況を伺う。HbA1cに関心のあるA氏。また、2カ月間で3kgの体重増加していることもあり、カンファレンス時にスタッフ間で検討し、地区担当保健師が再度、教室の参加勧奨をすることとした。
2	H20.9/17	参加勧奨(訪問)	結果説明会後、30分の歩行を始めていた	—	「スリムアップ教室」の参加勧奨。教室のオプションとして、●●医療センターで教室開始5日前(9/25)にHbA1cが採れる旨伝えた。A氏「最近太ってきたから、測ってみたい」と教室参加の意欲がみられた。
3	H20.9/30	スリムアップ教室(特定保健指導)	身体状況は体重、腹囲ともに増加のまま。	●体重：70(+2)kg ●腹囲：90(+2)cm ●HbA1c：5.8(±0)% ※HbA1cだけはH20.9/25の結果	JNAグループ支援プログラム「プロセスをみる」を実施。事例をもとに生活習慣病の特徴を説明。またグループトークの中で「事例の人も●年前は私と同じHbA1c値なのに、今はインスリン打っているんだな。気付かないものなのかな」と事例の感想を話す。教室終了後、体重を減らすため、運動施設に通いたいと発言があり、運動への行動変容がみられたため、保健師もそれを支援した。
4	H20.10/15	運動サークル		—	A氏来所。歩行マシンで運動・興味を持った。保健師が帰り時万歩計の貸出可を伝える。早速装着して帰宅。運動が習慣化されているので、今後は食習慣への意識の支援を教室時の実施を計画した。

③本事例の継続支援では、具体的にどのような支援や場面で保健師としての「困難」や「手ごたえ」を感じられましたか。2の関わりをもとに具体的にお教えてください。

④-①. 本事例をご担当し、保健師としての意識や考え方の変化、感じられたことはありましたか。具体的にお教えてください。

④-②. 保健師としては、本事例の支援の際、何を大切にしておりましたか。

例) ア. 本人の意識を尊重し、無理強いしなかった。

イ. リバウンドしたことを責めるのではなく、継続して参加している姿勢を評価したなど

⑤本事例をご担当され、現在困っていることがありましたらお聞かせください。

6-①. ②で紹介いただきました、「事業・サービス等」

(事例の方が参加した事業あるいは利用したサービス)の概要をご記入ください。

※サービス等を記入の際、「法的根拠が無い場合」・「開始時期が分からない場合」等は空欄でお願いします。

事業・サービス	委託の有無	法的根拠	開始時期	内容の概略(プログラム、実施者、工夫点等)	参加(受診)率	参加者の固定

※複数枚可能です。セルを追加・コピーしてご使用してください。

6-②. 「自主サークルに通っている等」、公的事業サービスの他に、事例が活用している社会資源等に関する情報を把握していますか。

ア. 把握している ()

イ. 把握していない

6-①. ②で紹介いただきました、「事業・サービス等」

(事例の方が参加した事業あるいは利用したサービス)の概要をご記入ください。

※サービス等を記入の際、「法的根拠が無い場合」・「開始時期が分からない場合」等は空欄でお願いします。

記入例

事業・サービス	委託の有無	法的根拠	開始時期	内容の概略(プログラム、実施者、工夫点等)	参加(受診)率	参加者の固定
健診結果説明会	自前	健康増進法	H20年7月～現在	<ul style="list-style-type: none"> 市内5地区を巡回し、健診結果説明会を実施。地区担当の保健師が出向く。プログラムは測定、検査値の説明、希望者には個別説明を実施。 健診後2カ月経過しているので、腹囲・身長・体重・血圧を測定している 説明会では「スリムアップ教室」を案内 	約4割 ※母数は特定健康診査の受診者	健推さんや食改さんの参加はよくみられる。
スリムアップ教室	自前	高齢者医療確保法	H20年9月～現在	<ul style="list-style-type: none"> 6か月の中で、JNAグループ支援プログラムに追加して運動プログラムを盛り込んでいる。 終了後拡大スタッフ会議では、教室参加者の中から3人に、出席していただき、意見や感想を聞いて、今後のプログラムに繋げている。 運動の教室のみ健康運動指導士を雇いあげている 	約3割 ※母数は特定健康診査の受診者	参加者の約9割は毎年固定化参加者の7割が女性。
運動サークル	自前	健康増進法	H18年4月～現在	<ul style="list-style-type: none"> 週1回2時間で保健センター施設内(1箇所)のマシーンを無料で貸し出している 保健師(1人)が最初の受付時と最後の運動講話を担当 サークル終了後に万歩計の貸出を実施している 気功体操の自主グループ参加者が本サークルに約半数(7人)参加している。 	参加者は平均15名程度。	参加者の7割が女性、メンバーは殆ど固定されている。

※複数枚可能です。セルを追加・コピーしてご使用してください。

6-②. 「自主サークルに通っている等」、公的事業サービスの他に、事例が活用している社会資源等に関する情報を把握していますか。

ア. 把握している (H21、22年11月に糖尿病予防ウォークラリーに参加したことを聞いている。主催は〇〇支部糖尿病療養指導士会)

イ. 把握していない

3 支援のプロセスをみる(様式) ※Ⅱ章「保健師が行った継続的支援の具体例」で用いた表です

氏(男性・女性 歳代) 支援の継続期間 年 ヵ月 ★=JNA グループ支援プログラム

支援番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9
年月日									
保健師の 関わり									
検査データ									
発言や反応									
本人の目標									
保健師の 意図・思い									
アセスメント									
支援の目標									

4 保健師の継続的支援のあり方検討ワークショップの実際

モデル事業者からは、具体例の提供だけでなく、ワークショップの中で、貴重なご意見や体験を話していただきました。

ここでは、ワークショップの実際を写真でご紹介します。

日時：平成23年12月12日（月）

場所：日本看護協会 JNA ホール（東京都渋谷区）



10:10 ~ 12:25

事業概要・事例について説明と
カンファレンスの様子
(Bグループ)

10:10 ~ 12:25

事業概要・事例について説明と
カンファレンスの様子
(Aグループ)



13:25 ~ 13:55

作成した支援のプロセス表をみながらの
事例の振り返りの様子
(全体の様子)

14:00 ~ 15:00

グループワーク
「有用な継続的支援に必要な技術とは？」
の様子



13:25 ~ 13:55
作成した支援のプロセス表をみながらの
事例の振り返りの様子
(Bグループ)



平成 23 年度 厚生労働省保健指導支援事業

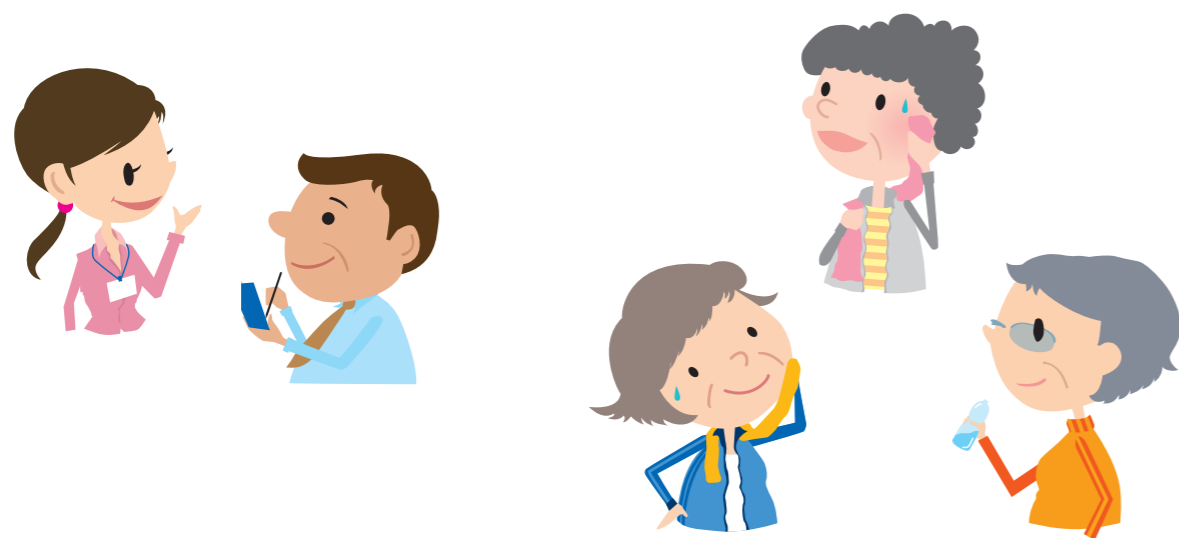
「生活習慣病予防における効果的な継続的支援」 (敬称略)

有 識 者 宮崎 紀枝 佐久大学看護学部看護学科地域看護学 准教授
南平 直宏 ワークショプデザイナー

モデル事業者 茨城県 行方市
兵庫県 洲本市
兵庫県 淡路市
大分県 国東市
鹿児島県与論町

オブザーバー 尾田 進 厚生労働省健康局総務課保健指導室 室長
オブザーバー 栢野 公美 厚生労働省健康局総務課保健指導室

担 当 理 事 井伊久美子 公益社団法人 日本看護協会
担 当 部 署 事業開発部
局 長 和田 幸恵
チーフマネージャー 村中 峯子
服部めぐみ
橋本 結花



平成 23 年度 厚生労働省
保健指導支援事業 保健指導技術開発事業
生活習慣病予防における効果的な継続的支援

発行日 2012 年 3 月 31 日
編 集 公益社団法人 日本看護協会 事業開発部
発 行 公益社団法人 日本看護協会
〒 150-0001 東京都渋谷区神宮前 5-8-2
TEL 03-5778-8831 (代表)
FAX 03-5778-5601 (代表)
URL <http://www.nurse.or.jp>

※本書からの無断転載を禁ずる

