

平成 19 年度 先駆的保健活動交流推進事業

生活習慣病予防活動支援 モデル事業報告書

実践事例集

社団法人 日本看護協会

は し が き

近年、少子高齢社会の到来や医療における経済的負担の増加により、保健・医療・福祉のあり方に大きな変革が求められています。

このような中で、2008年4月から、生活習慣病対策として「メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）」の概念を導入し、「予防」の重要性に対する理解の促進を図る国民運動を展開すること基盤とした「特定健診・特定保健指導」が開始されます。その担い手として、保健師、管理栄養士、医師などの専門職の活躍が期待されており、保健指導の質の担保が求められているところです。また、これらの保健指導は、第三者機関への委託（いわゆるアウトソーシング）も認められており、保健師の活躍の場は確実に広がることが予想されます。このように地域保健活動に力を発揮できる保健師を初めとした看護職への役割期待は大きく、さらなる活動の充実とエビデンスに基づき結果が出せる実践力への真価が問われる時期にきています。

本会では、特定保健指導の開始に先立ち、効果的な保健指導プログラムの構築と保健指導に関わる専門職の育成を目的として、平成18年度より保健指導プログラムとして「グループ支援モデル」を独自に開発し、保健師による生活習慣病予防活動支援モデル事業を展開してきました。保健指導の実践にあたっては、本会から実践活動支援チームを派遣し、ともに実践する「直接支援型」と、適宜、メールや電話などで相談を受ける「遠隔支援型」の2種類の方法で専門職であるモデル事業者を支援しながら進めてきました。直接支援型モデル事業者8件（地域5件、職域3件）、遠隔モデル事業者8件（全て地域）の合計16件のモデル事業者には、熱心に取り組んでいただきました。その成果として、①プログラムの精錬②改善率等のアウトカム③現地スタッフの保健指導スキルアップ④コンサルテーション力の向上を手ごたえとしてつかんでいるところです。

今般、これらの活動内容を報告書としてまとめました。平素の地域保健活動に是非ご活用いただき、本事業にご尽力いただきました関係者の苦労や知恵をお汲みいただき、新しい発想で地域保健活動を推進していただければ幸いに存じます。

平成20年3月

社団法人日本看護協会 会長 久常 節子

目次

はしがき

1. ☆キラリ☆健康教室 宮城県柴田町.....	1
2. 特定保健指導を考える 石川県七尾市.....	23
3. 「ベストコントロール」 神奈川県横浜市港南区.....	37
4. ちょい糖（と）やってみません会 大阪府東大阪市.....	55
5. 生活習慣病予防教室を実施して 山口県岩国市.....	75
6. 結果の出る生活習慣改善教室を目指して 北海道美唄市.....	91
7. 生活習慣病予防活動支援モデル事業 福島県喜多方市.....	105
8. 行動変容につながる保健指導 三重県 鈴鹿市.....	123
9. 「血糖値を上げない教室」の取り組み 兵庫県洲本市.....	143
10. 生活習慣病予防活動支援モデル事業を実施して 島根県松江市.....	161
11. 甘くならない身体（からだ）づくり 長崎県五島市.....	179
12. 特定保健指導に係る支援方法の検討 宮城県綾町.....	193
13. 糖尿病予防教室 鹿児島県与論町.....	205
14. すこやか倶楽部実施報告書 オリンパス株式会社.....	219
15. 生活習慣病予防支援モデル事業参加報告 浜名湖電装株式会社.....	231
16. 職域で展開する有効な保健指導プログラムを考える 四日市看護医療大学.....	255
平成19年度 先駆的保健活動交流推進事業委員会名簿 支援チーム.....	280

1. ☆ キラリ ☆ 健康教室

～ 血糖と上手に付き合っていくために ～

宮城県柴田町

目的

従来の保健指導（健診後の健康相談や健康教室等）を実施し、下記の問題点がスタッフの共通認識として出された。

・対象者が多く、必要な人の選定が難しい。医療継続者への支援は必要なのか？

・必要だと思う人ほど、相談に来ない・継続しない。

・単年度の支援で、行動変容の継続ができるのだろうか？

また、母子・精神保健事業中心の業務内容や保健師の分散配置により、特に30代以下の保健師の成人保健事業の経験不足が当町での問題点としてあげられた。

そのような中、医療制度改革を受け、平成20年度の効果的な保健指導実施に向けての当町の事業体制確立と、住民主体の健康づくりの手法を保健師が習得するため、本モデル事業を申請した。

事業概要

1. 地域概要

1) 地域の特徴

(1) 町の現況（平成19年3月末現在）

①面積	5,398km ²
②人口	39,230人
③世帯数	14,349戸
④高齢化率	19.7%
⑤出生数	325人（平成18年）
⑥死亡数	310人（平成18年）
⑦地域の特徴	宮城県の南部に位置し、気候は温暖で、県内でも雪の少ない地域。 国道4号線、JR東北本線など交通の利便性を生かし、工業系・商業系の産業が発達。また、仙台市の通勤（通学）圏にあり、比較的若い世代が多い。

(2) 老人保健法による基本健診・保健指導の現況（平成18年度）

- ① 健診対象（申込）者数 7,632人
 ② 受診者数（受診率） 5,638人（73.9%）
 ③ 健診結果（総合判定）

異常認めず	要指導（a）	要指導（b）	要医療
916人（16.2%）	959人（17.0%）	1,707人 （30.3%）	2,056人 （36.5%）

④ 「要指導者（b）」と「要医療者」の上位5項目

	1位	2位	3位	4位	5位
要指導者（b）	血圧	総コレステロール	中性脂肪	γ-GTP	血糖
要医療者	総コレステロール	心電図	GPT	血圧	貧血

(3) 医療費・疾患率などの概要

① 柴田町国民健康保険の現況（平成18年5月診療分）

a) 医療費内訳（主病疾病）

	総数	費用額	費用割合	一人当たりの額
国保被保険者	13,145人	421,227,615円	—	32,045円
糖尿病患者	663人	16,073,620円	3.82%	24,244円
腎不全患者	35人	10,886,900円	2.58%	311,054円

b) 一人当たりの費用額別 疾患別（大分類）順位

	柴田町		宮城県	
	病名	費用額	病名	費用額
1	循環器系疾患	6,063円	循環器系疾患	6,159円
2	精神・行動障害	2,219円	新生物	2,751円
3	新生物	3,351円	尿路性器系	1,881円

4	歯科	1,754 円	精神・行動障害	1,742 円
5	筋骨格系	1,561 円	歯科	1,599 円
6	内分泌・代謝系	1,690 円	内分泌・代謝系	1,524 円

②柴田町の透析患者数（平成 18 年度更正医療より）

透析患者数 35 人（うち 10 人が糖尿病による）

2. 対象者

1) 日本看護協会版「グループ支援」モデル

選定条件	40～65歳の男女 328人 1)平成18年度基本健診にて、下記に該当する者 ①HbA1c 5.5%以上者：190人 ②血糖値要医療者：44人 ③BMI 30以上者：77人 2)町の糖尿病事業参加者 ①友の会会員：4人 ②平成17・18年度食事相談参加者：13人								
呼掛け方法	1)対象者328人に個別通知 2)40～64歳の男女で、下記に該当する者対象に広報紙にて公募 ①HbA1c 5.5%以上者 ②BMI 30以上者								
対象者	選定対象者数(人)			申込者数(人)			参加者数(人)		
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計
	96	232	328	5	42	47	4	40	44

2) 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル

選定条件	40～65歳の男女 54人 平成18年度基本健診にて、標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)の積極的支援該当者 ※健診では腹囲測定がないためBMI 25以上者から選定								
呼掛け方法	対象者54人に個別通知 ※個別通知後、電話勧誘								
対象者	選定対象者数(人)			申込者数(人)			参加者数(人)		
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計
	33	21	54	7	2	9	7	2	9

3. 実施体制（実施者、関係協力機関）

1) 日本看護協会版「グループ支援」モデル

(1) スタッフの職種

①業務担当（主担当）保健師1人（副担当）保健師、栄養士、事務職各1人

②教室従事 保健師6人（うち非常勤2人）、栄養士2人（うち非常勤1人）、事務職1人

(2) 運営方法

①使用設備 保健センター（平日午前中）

②血液検査 町内2箇所の医療機関に委託（1週間の期間で採血し、結果は教室で渡す）

2) 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル

(1) スタッフの職種

①指導従事 保健師8人、栄養士1人（非常勤）

(2) 運営方法

①使用設備 保健センター等

②血液検査 町内1箇所の医療機関に委託（1週間の期間で採血し、結果は面接等で渡す）

結果

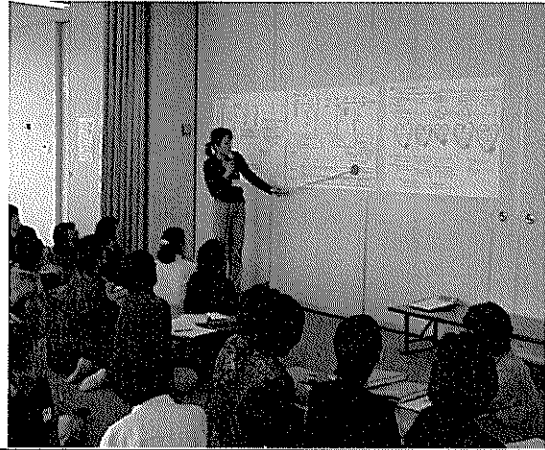
1. 実施結果

1) 日本看護協会版「グループ支援」モデル

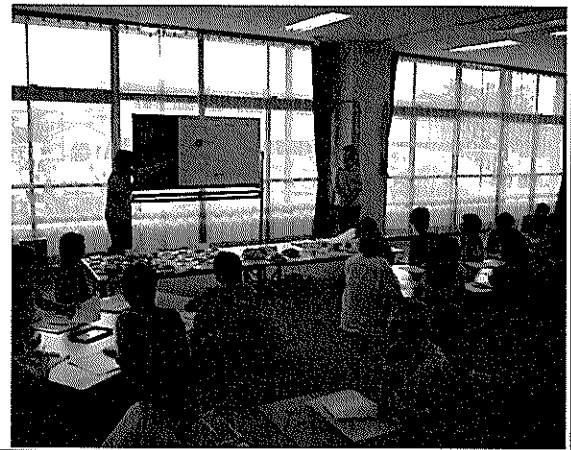
年月日	経過	スタッフ数(人)				参加者(人)			グループ数	所要時間分	備考
		保健師	栄養士	その他	計	男性	女性	計			
H19.4.3	事前 スタッフミーティング	3	1		4					120	
H19.4.3	事前訪問及び 事例検討会	8	1	2	11	5	4	9		150	
H19.6.4 H19.6.5	第1回前後 スタッフミーティング	7	2	1	10					315	
H19.6.5	第1回プログラム 「プロセスを見る」	7	2	1	10	4	34	38	6	190	お便り発行

年月日	経過	スタッフ数 (人)				参加者 (人)			グループ数	所要時間 分	備考
		保健師	栄養士	その他	計	男性	女性	計			
H19. 7. 2 H19. 7. 3	拡大スタッフ会議 前後ミーティング	4	2		6					330	
H19. 7. 3	拡大スタッフ会議	4	2		6	1	21	22	5	130	第1回後案内
H19. 8. 6 H19. 8. 7	第2回前後 スタッフミーティング	6	2	1	9					360	
H19. 8. 7	第2回プログラム 「食の実態を見る」	6	2	1	9	3	33	36	6	190	
H19. 8. 21 H19. 8. 22	第2回プログラム補講	2	2		4	1	5	6	2	160	
H19. 9. 3 H19. 9. 6	栄養オプション前後 スタッフミーティング	4	2	1	7					205	
H19. 9. 6	栄養オプション	4	2	1	7	0	17	17	4	115	第2回後案内
H19. 11. 21 H19. 11. 22	第3回前後 スタッフミーティング	6	2	3	11					185	看護学生2名
H19. 11. 22	第3回プログラム 「プロセスを見る」	6	2	3	11	3	31	34	6	195	〃
H19. 12. 3 H19. 12. 12	第3回プログラム補講	3	1		4	0	8	8	2	230	
H20. 2. 4 H20. 2. 5	第4回前後 スタッフミーティング	7	2	1	10					280	
H20. 2. 5	第4回プログラム 「習慣化を見る」	7	2	1	10	3	34	37	6	190	
H20. 2. 13	第4回プログラム補講	1	1		2	0	3	3	1	100	

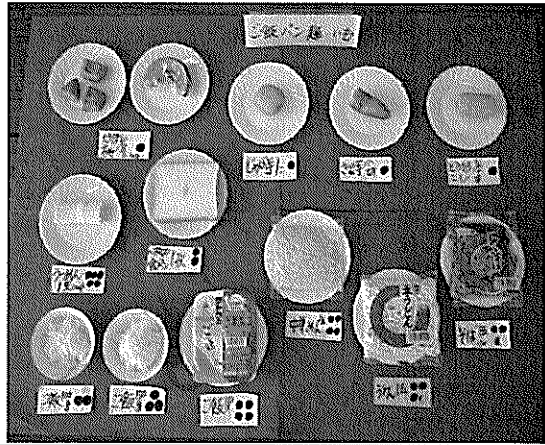
★ 第1回プログラム
『事例発表の様子』



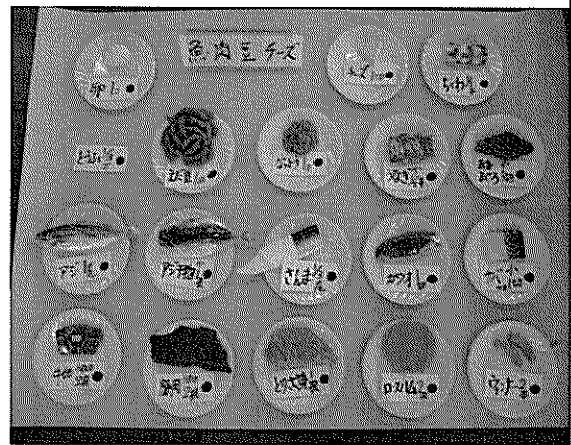
★ 第2回プログラム
『食生活の書き出しの様子』



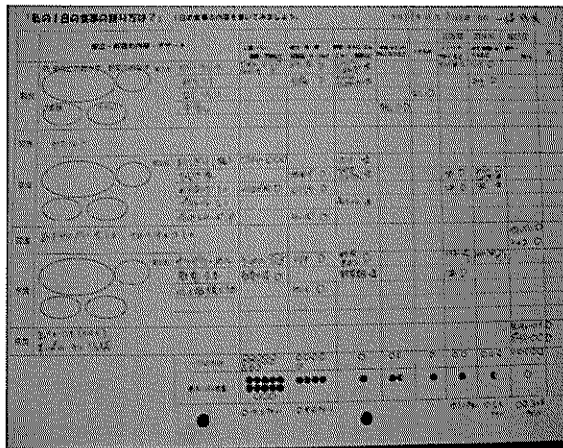
★ 第2回プログラム
『量の情報提供（主食）』



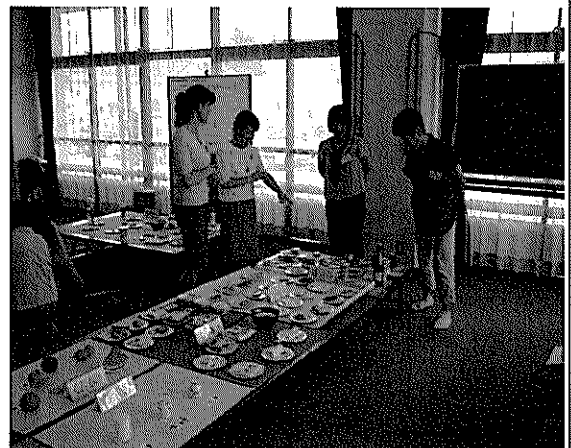
★ 第2回プログラム
『量の情報提供（主菜）』



★ 第2回プログラム
『食生活の書き出し表（保健師見本）』



★ 栄養オプション
『参加者の様子』



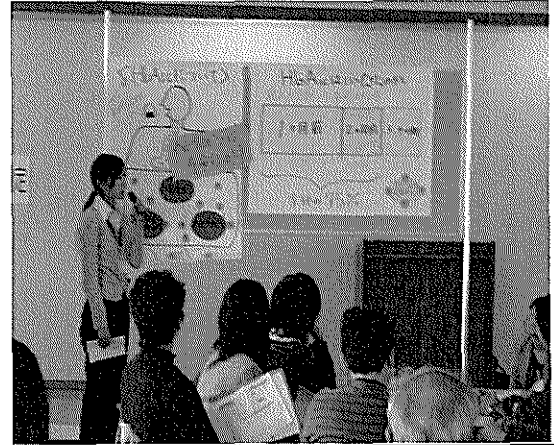
★第3回プログラム

『検査値経過発表の様子』



★第3回プログラム

『HbA1c について（健康教育）』



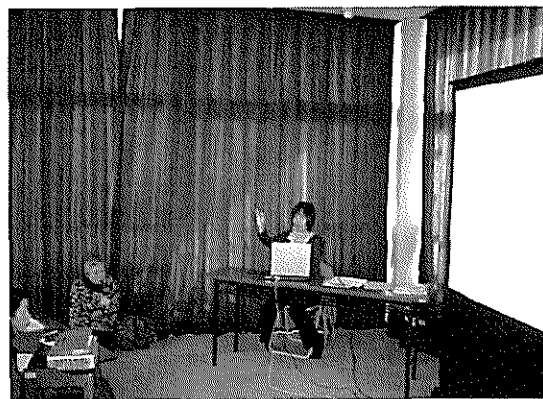
★第3回プログラム

『グループトークの様子』



★第4回プログラム

『メタボ講話（パワーポイント使用）
の様子』



★第4回プログラム

『メタボ講話を聞く参加者の様子』



2) 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル

年月	支援形態	対象1人に対して関わったスタッフ数(人)						実施人数(人)			支援時間 分	ポイント 数	備考
		保健師	看護師	栄養士	医師	その他	計	男性	女性	計			
H19.9 ~10	初回面接	1		(1)			1	7	2	9	平均88	—	スタッフ (保健師又 は栄養士 1名)
H19.10	e-mailA (手紙)	1		(1)			1	7	2	9	1往復	40	〃
H19.11	個別支援A	1		(1)			1	6	2	8	20~60	60~120	〃
H19.12	電話B	1		(1)			1	7	2	9	5	10	〃
H19.12	e-mailA (手紙)	1		(1)			1	7	2	9	1往復	40	〃
H20.1	電話A	1		(1)			1	7	2	9	20	60	〃
H20.2	評価面接	1		(1)			1	7	2	9	30~60	—	〃

※ 途中で入院のため連絡が付き、支援ポイントが足りない者が1人いた。

※ 参加者に合わせて面接支援の追加等を実施し、300ポイントを越える者が2人いた。

〈使用した媒体の一部〉

♪これならできる！
行動計画♪

～ 秘 の 目 標 (平成19年2月までに達成したいもの) ～

～ 自分で決めた 目標行動 ～
(これから1週間で決めた目標行動計画は何ですか)

☆1.

この目標に対する自信度はどのくらいですか？ □を付けてください

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
自信がない ← → 自信がある

左の理由: _____

☆2.

この目標に対する自信度はどのくらいですか？ □を付けてください。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
自信がない ← → 自信がある

左の理由: _____

_____さま

別紙1

『脱☆メタボ』状況確認用紙

★自己測定値をご記入下さい。

項目	測定値
測定日	平成19年 月 日
腹囲 (cm)	
体重 (kg)	
BMI (BMI = 体重 ÷ 身長 ²)	
血圧 (収縮期 / 拡張期 mmHg)	

★行動計画 (目標行動) の実行状況に○をつけ、その理由をご記入下さい。

目標行動	実行状況	理由
☆1.	実行している ・ おおむね実行している ・ 実行できないことが多い ・ 実行できない	
☆2.	実行している ・ おおむね実行している ・ 実行できないことが多い ・ 実行できない	

※目標行動を変更した場合は、その目標もご記入ください

★何かございましたら、自由にご記入下さい。

～ご記入ありがとうございました。_____月_____日までにご返送下さい～

2. 活動経過の振り返り

1) 日本看護協会版「グループ支援」モデル

プログラム	実施したこと	スタッフの意図 (実施に際して留意したこと)	参加者の発言・反応	スタッフの気づき
事前訪問 事例検討会	・家庭訪問9件 ・事例検討会	・2人1組で訪問 (事務職も参加) ・指導はせず、現状を知るため傾聴		・健診から受診までの期間が長い。 ・通院・内服しても病状が悪化。
第1回 「プロセスを見る」	・事例紹介(3事例)	・参加者が対比できるよう異なる事例を選出(透析治療の男性、内服治療の女性、インスリン治療の男性)	「病院へ行っても悪くなる」「不安」「家族と同じ」「自分は食事がダメだ」 ・事例を自分や家族と照らし合わせながら見ている。	・予想した以上に参加者同士が話していた。 ・スタッフがファシリテーターとしての役割に戸惑っていた。
拡大スタッフ会議	グループトーク中心 ・今まで受けた保健指導と内容 ・普段食べている物を話す	・1グループ4～5人 ・食生活の書き出しは保健師の大した事ない例で表出しやすく	「具体的指導や体験は記憶に残ってる」「運動はできるが、食事は続かない」「食事内容を書いて気づいた」	・運動は取り入れやすいが、食生活の継続は難しい。
第2回 「食の実態を見る」	・食生活の書き出し(主食・主菜・副菜・乳製品・果物) ・量の情報提供	・「説明役の栄養士」と「記入例の保健師」の進行で分かりやすく ・情報提供内容は季節や地域を考慮した内容	「●での表示が、カロリーや単位計算より分かりやすかった」	・実際の食材を見て会場が盛り上がる。
栄養オプション	・食生活の書き出し(油脂類・調味料・嗜好品) ・量の情報提供	・混乱を避けるため、補足内容のみ実施(前回の振り返りはせず、展示のみ)	「血糖が上がるの原因はここだ」「お茶を飲もう」「主食を減らして間食していい?」「食材見本がほしい」	・教室として全員に実施したほうがよかった
第3回 「コントロールを見る」	・検査値経過発表(参加者2人) ・自己検査値経過記入 ・HbA1c健康教育	・発表者と事前打合せ ・第1回教室から使用の検査値経過と自己計測の記録票を活用	「検査値が下がり油断したら上がった」「夏休みだったから…。」 ・参加者同士で助言する姿あり。	・グラフ化し振り返りやすいが、支援がないと正しく記入できない者もいた ・この時期にHbA1cを振り返り、より理解しやすい様子
第4回 「習慣化を見る」	・メタボリック症候群健康教育 ・初回教室からの振り返り	・健康教育中に氷山図の自己記入を入れてからまとめを話した。 ・初回からの振り返りを資料として配布し、グループトークにつなげた。	・『原因は栄養過多と運動不足』『内服は氷山表面を削るだけ』という話が響いた様子。「あの人の話を聞き、自分もやってみた」「HbA1cが目標になった」	・本プログラムが、高血糖だけでなく生活習慣病予防へつながることを実感。 ・グループトークでの対話・対比が気づきと行動変容につながることを実感。

2) 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル

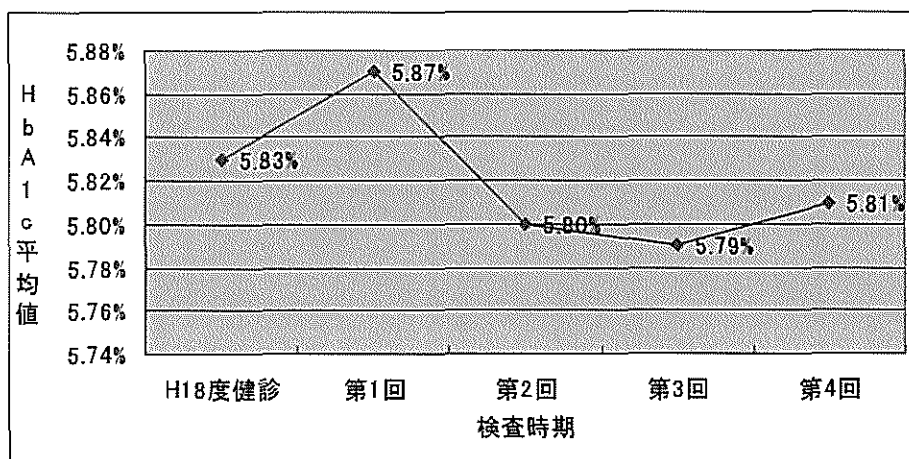
		支援パターン				
		支援形態	実施内容	スタッフの意図	参加者の発言・反応	スタッフの気づき
	初回時	個別支援	<ul style="list-style-type: none"> 自己計測指導 標準的な質問紙票に基づいて生活習慣の振り返り 行動目標の設定 	<ul style="list-style-type: none"> 対象の理解のペースに合わせた進行 実現可能な範囲の目標設定 測定機器購入のすすめや、測定できる場所についての情報提供 	<p>「保健師に言われたから来た」「やせたいと丁度思っていた」「こんなに腹囲あるの?!」高い目標を設定する傾向。自宅に体重計・血圧計・メジャーのない方が半数。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 個人差はあるが、現状の理解や目標設定に時間がかかり、20分では足りない。測定機器ない方のセルフモニタリングをどうしていくか悩む。
継続支援 / 6ヵ月後の評価	1回目	e-mailA	<ul style="list-style-type: none"> 手紙での励まし 行動計画の実施状況の確認 	<ul style="list-style-type: none"> 手紙での支援は励ましのみでは往復が難しい→A支援に変更。 	<ul style="list-style-type: none"> Eメール・FAXを利用できない。 「手紙は励みになる」「腹囲がうまく測れない」 	<ul style="list-style-type: none"> 手紙は往復に時間がかかる。人によっては往復が困難。 顔が見えない支援は慣れない。
	2回目	電話A	<ul style="list-style-type: none"> 中間評価(初回面接からの行動計画実施状況の確認) 	<ul style="list-style-type: none"> 目標の修正やより具体的なアドバイスが必要な者、自己測定が難しい者には面接で対応 	<p>モチベーションが高く概ね実行。計測の習慣化。頑張りすぎて身体に負担のかかる生活をしてしまう方も(2月で終わりだから)。測定のため面接希望があった。</p>	<p>腹囲の数値の変化が大きすぎる。機器が無い方は購入までは至らないようだ。評価時をゴールと捉えている方もいた。</p>
	3回目	電話B	<ul style="list-style-type: none"> 継続のための励ましを伝える 	<ul style="list-style-type: none"> 気が緩んでくる時期の動機付け 	<p>「確認されると気持ちが引きしめる。明日からまた気をつける」</p>	<ul style="list-style-type: none"> 期間をおかない動機付けの有効性を感じた。
	4回目	e-mailA	※1回目と同様	<ul style="list-style-type: none"> 年末年始に向けての意識付けと励まし 	<p>「今の生活に慣れてきた」「体重が減った事で効果を実感」 ・別の病気で入院や孫の誕生を機に、測定機器の購入や禁煙した者もいた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 行動目標が習慣化してきた。 継続の効果がしっかり見えてきた。 動機付けのきっかけは人それぞれ。チャンスを活かす大切さ。
	5回目	電話A	<ul style="list-style-type: none"> 行動計画の実施状況の確認とアドバイス 	※2回目と同様	<p>「イベントで食べる量増えたが、行動目標は守った。」「寒くて運動できない。したくない」</p>	<p>ハードル低い目標は習慣化しやすい。寒い時期の運動は実行が難しい。腹囲の変化大きく誤差の判断に悩む。</p>
	評価	個別支援	<ul style="list-style-type: none"> 測定 半年間の振り返りと次回健診に向けての行動目標の設定 	<ul style="list-style-type: none"> ここがゴールではなく、スタートである事を伝える(今後への動機付け) 	<p>「人に宣言して、確認してもらえる事で頑張れた」「都合を合わせてもらえてよかった」「無理なく実行できた。小さな変化でこんなに体重減るとは驚き」</p>	<ul style="list-style-type: none"> 誰かの見守りは動機付けに有効。 見守りが無くなると元に戻るのでは。 小さな積み重ねが確実な効果を出す実感。

3. 検査値の変動

1) 日本看護協会版「グループ支援」モデル参加者

(1) HbA1c 値の変動 (平成 18 年度健診と第 4 回プログラムの比較)

検査時期 (該当人数)	H18 度健診 (38 人)	第 1 回 (38 人)	第 2 回 (42 人)	第 3 回 (42 人)	第 4 回 (37 人)
HbA1c 平均値	5.83%	5.87%	5.80%	5.79%	5.81%

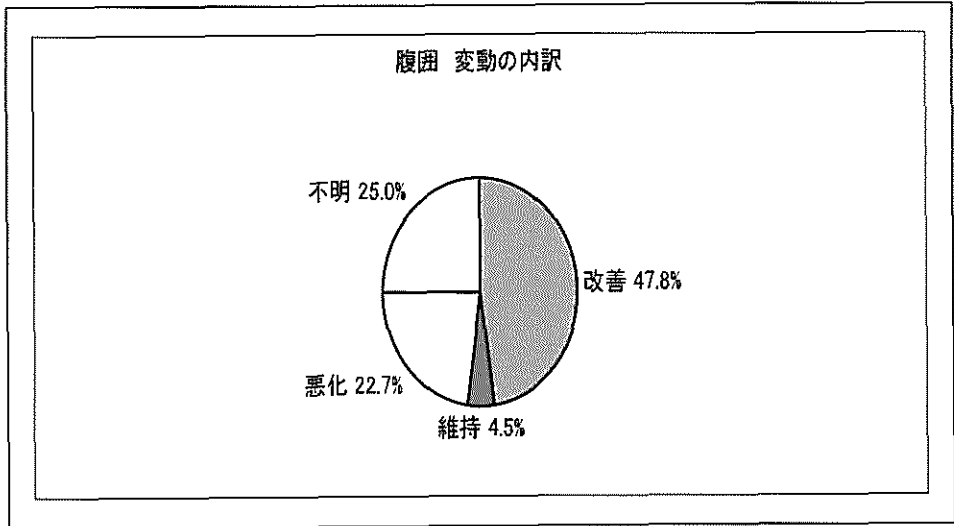
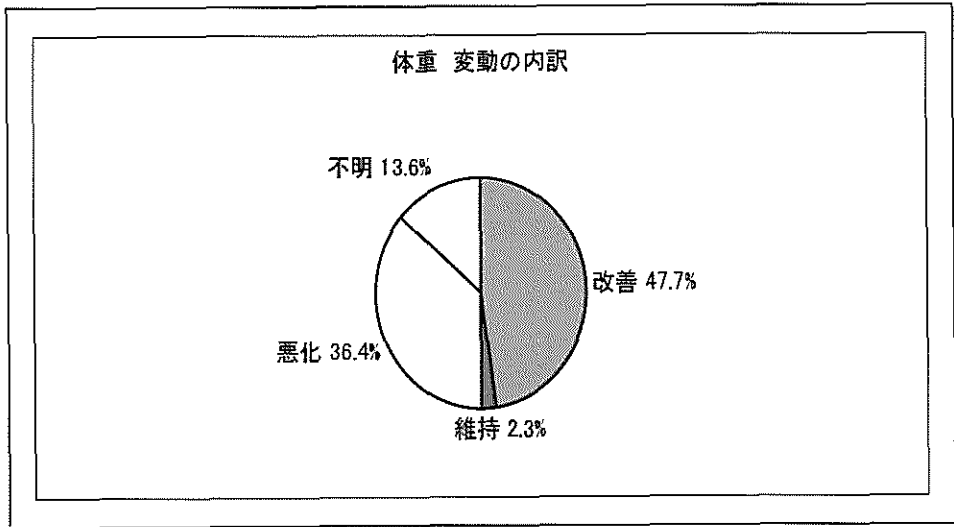
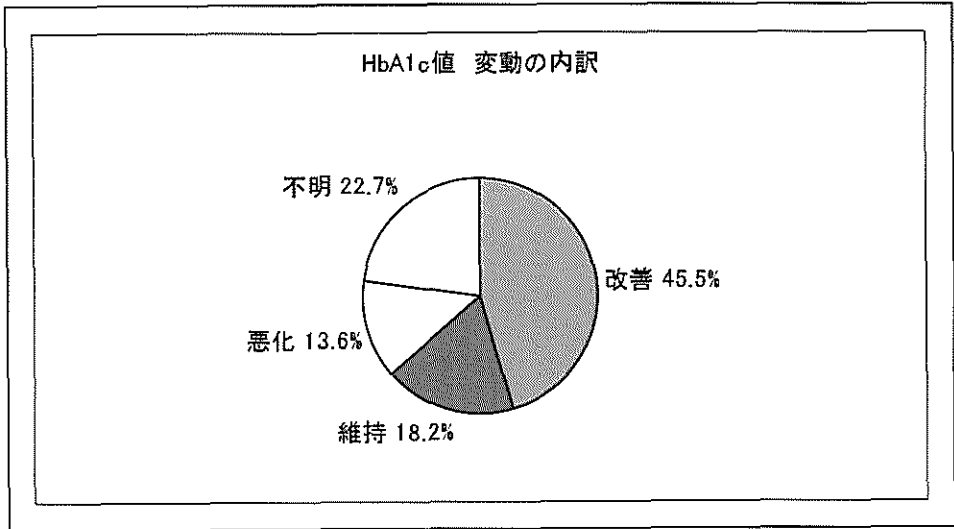


(2) 検査値変動の内訳 (平成 18 年度健診と第 4 回プログラムの比較)

n=44

		改善	維持 (±0)	悪化	不明
HbA1c	人数	20	8	6	10
	(%)	(45.5)	(18.2)	(13.6)	(22.7)
体重 (BMI)	人数	21	1	16	6
	(%)	(47.7)	(2.3)	(36.4)	(13.6)
腹囲	人数	21	2	10	11
	(%)	(47.8)	(4.5)	(22.7)	(25.0)

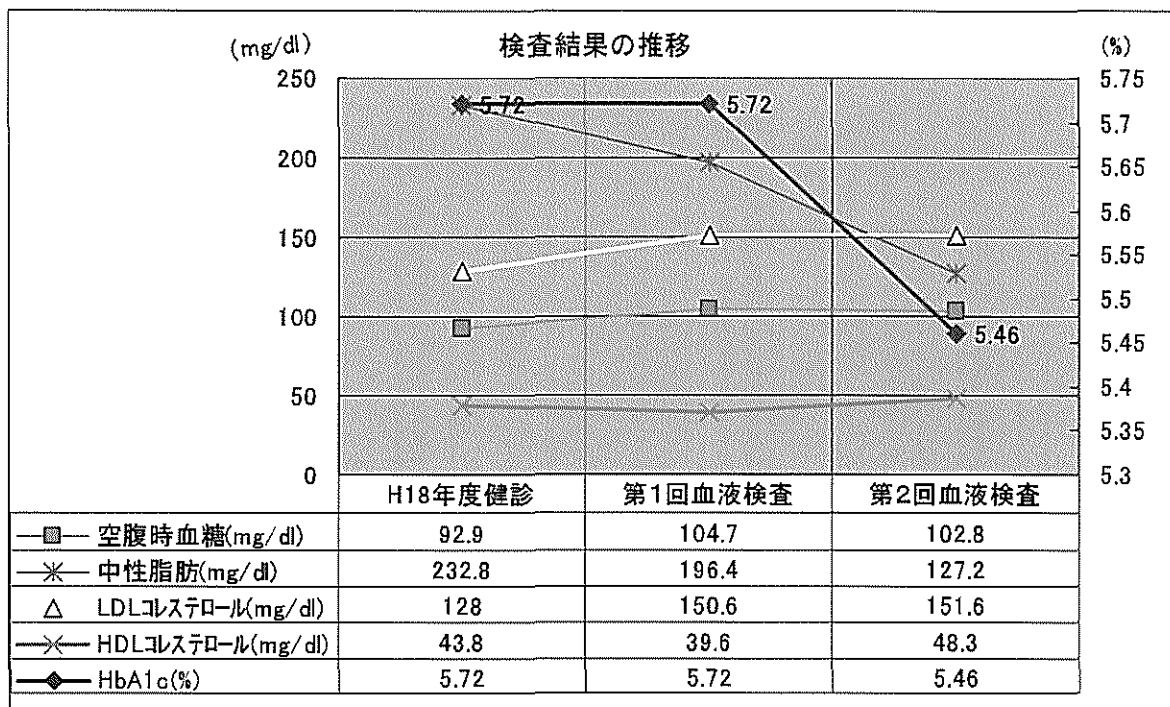
*腹囲については第 1 回プログラムと第 4 回プログラムの比較



2) 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル参加者

(1) 検査値の変動

※平成18年度健診から第1回血液検査までは、約1年経過している。



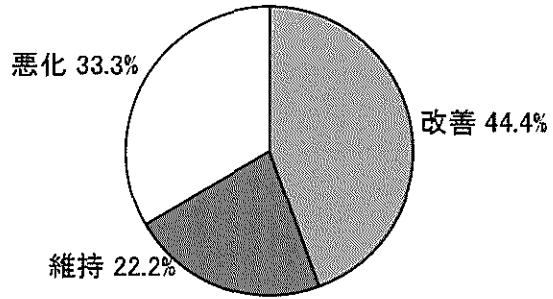
(2) 検査値変動の内訳 (平成18年度健診と評価面接の比較)

n=9

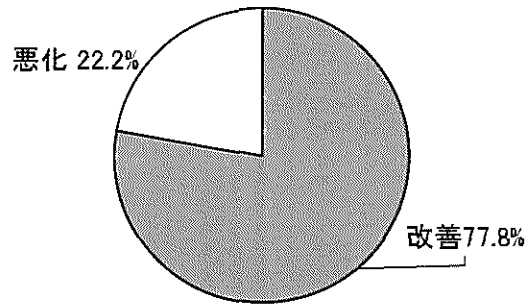
		改善	維持 (±0)	悪化
HbA1c	人数	4	2	3
	%	(44.4)	(22.2)	(33.3)
体重 (BMI)	人数	7	0	2
	%	(77.8)	—	(22.2)
腹囲	人数	9	0	0
	%	(100.0)	—	—

* 腹囲については、初回面接と評価面接の比較

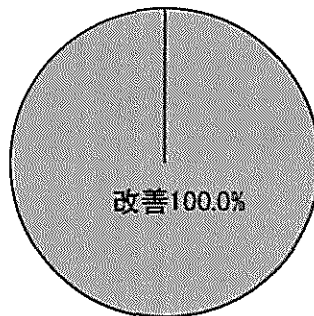
HbA1c 変動の内訳



体重 変動の内訳



腹囲 変動の内訳

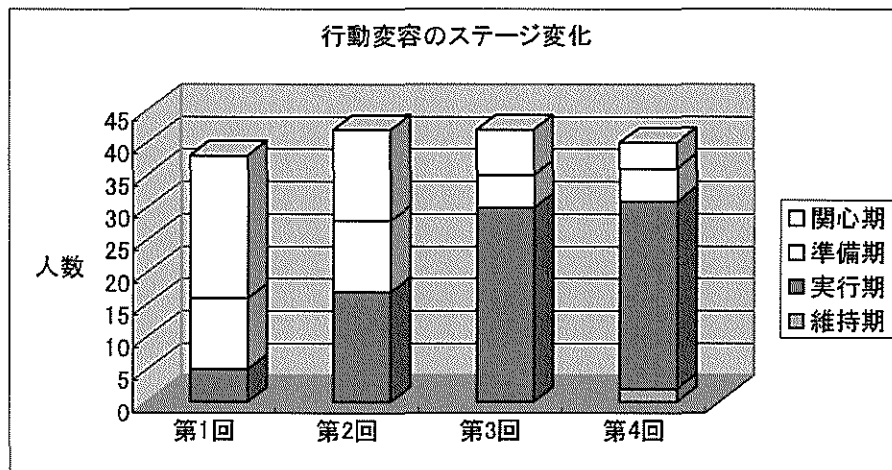


4. 参加者の行動・認識の変化

1) 日本看護協会版「グループ支援」モデル参加者

(1) 行動変容のステージ変化（第1回プログラムから第4回プログラム）

	第1回	第2回	第3回	第4回
関心期	22人	14人	7人	4人
準備期	11人	11人	5人	5人
実行期	5人	17人	30人	29人
維持期	—	—	—	2人



(2) 来年度の教室参加についてのアンケート調査

～町独自のアンケート調査：第3回教室後40人に選択式で実施～

① 血液検査料金を自己負担にした場合、どの位であれば負担可能ですか？

選択肢	全額負担（千円程度）	半額負担（500円程度）	（ ）円程度
回答数	3人	37人	0人

② 実施日・時間帯の希望は？（複数回答可）

選択肢	平日（午前）	平日（午後）	平日（夜間）	土曜（午前）
回答数	32人	6人	3人	3人

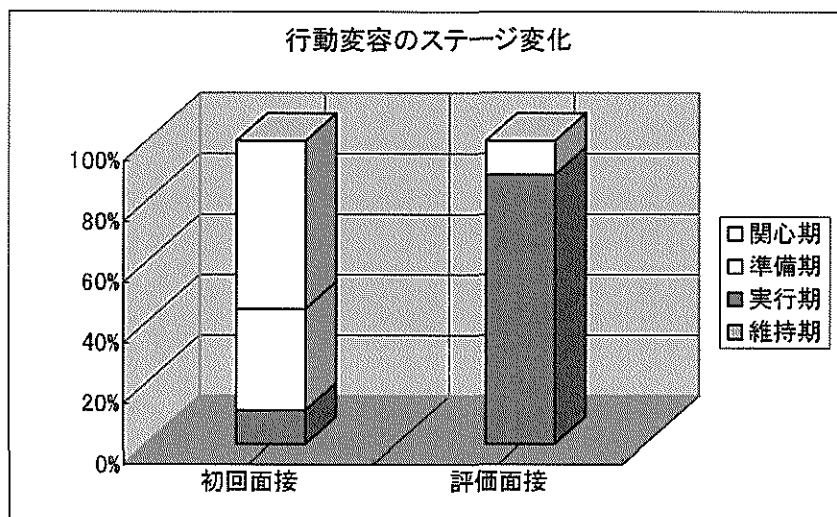
③ 同じプログラムで来年も実施した場合、参加継続を希望しますか？

選択肢	卒業希望	継続希望	条件付で継続希望
回答数	0名	33名	7名（他の検査も、〇円以下なら等）

2) 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル参加者

(1) 行動変容のステージ変化 (初回面接と評価面接)

	初回面接	評価面接
関心期	5人	—
準備期	3人	1人
実行期	1人	8人
維持期	—	—



考 察

1. 日本看護協会版「グループ支援」モデル

当初 30 人程度の参加を見込んでいたが、第 1 回教室終了後の追加募集までに 47 人の申込があり、当町の体制（スタッフ配置や会場の収容人数等）ではこれ以上の参加者の増員は難しいと判断し、以後募集を行わなかった。予想以上の申込があった理由としては、定期的な血液検査の実施や多すぎない実施回数、分かりやすい内容のチラシ、教室のネーミングがよかったのではないかと考えられる。また途中辞退者が 1 人と少なかった事、特に少数の男性参加者が継続参加できた事などから、定期的な血液検査の実施やプログラムの内容が参加者にとって魅力的であったことが伺える。

本プログラムでは、準備期として『地域の現状を知るための家庭訪問』を行った。指導を行えないという意識もあり、訪問前は不安もあったが、2 人体制でじっくり話を聞き、スタッフ自身の気づきや住民から学ばせていただくことも多かった。

また、グループトークという初めての手法に当初「内弁慶な東北人に合うの

だろうか？」という不安もあったが、少人数グループということもあってか、話が苦手という者も回を重ねるごとに気持ちを表出できていたようだ。特に後半になると「前回あの人の話を聞いて、自分もここを変えてみようと思った」など対話・対比が対象の気づきと行動変容につながっていることを実感した。また、グループトーク中に参加者同士で指摘・助言し合う姿が見られ、同じ参加者だからこそより共感し、より受け入れやすいと感じた。

今回は評価指標として、検査値の変動（HbA1c 値、体重、血圧、腹囲）や行動変容のステージ変化を見た。これにより個人の変化だけでなく、客観的な事業評価もできた。残念ながら全員が改善というわけにはいかなかったが、第4回教室で検査値が改善・維持している参加者が「HbA1c は 82.4%」「体重は 57.9%」「腹囲は 66.7%」（注：欠席・未検査等の不明者除く）と効果がみられた。また第4回教室での行動変容ステージも「実行期・維持期が 77.5%」と大半を占めている。

本プログラムは当初より2年1クールを目安としていると説明があったが、変動する検査値を見ながら自分の生活を振り返る機会があるということは有効と感じた。参加者の中には1年間を通して改善し続けている者や、逆に行動変容につながらなかった者、第4回採血が年末年始ということもあり悪化して教室を終了した者等状況は様々である。参加者の多くが最終回で「この教室が終了した後（定期的な検査がなくなったら）が心配」と話していたことがとても印象的だった。行動変容の習慣化には、通常行っている単年度の支援では効果があるのかと疑問を抱いているので、今後も継続支援を行い、効果を検証したい。

最後に、今回のモデル事業を実施し、プログラムの内容も効果的な保健指導の実践方法として参考になったが、グループトークの有効性・住民の力を特に強く感じた。従来行ってきた健康教育や個別指導（例えば、運動のプログラム提示や食品交換表に基づく栄養指導など）の知識の提供が重要なのではなく、本人の気づきや動機付けに結びつくような支援の大切さ実感した。

2. 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル

はじめ個別通知だけでは参加者が集まらず（1名のみ）、電話勧奨することで増えた（9名）。前年度の基本健診結果から対象を抽出したため、募集期間が平成19年度基本健診の実施時期と重なった事で、通知が来ても受け入れ難かった事が一因と考えられるが、個別指導自体が対象にとってハードルの高いものと思われる。しかし、1回のアプローチでは参加に結び付かなくても、何度かアプローチを仕掛けスタッフの意図を伝える（コミュニケーションを図る）ことで、対象の気持ちに変化を起こす事ができると実感した。

具体的な支援の場面では、予想以上に測定機器のない者がおり、セルフモニ

タリングを重要な手法とする特定保健指導の実施にとって大きな障害となった。測定するメリットを伝える事も大切だが、対象自身が必要性を認識しなければ購入には至らず、動機付けの重要性を実感した。同時に、測定機器の無い対象を想定し、予め計測の場を設ける等の配慮も必要と思われ、それはポピュレーションアプローチに繋がる可能性があると考ええる。また、腹囲計測は、動機付けには有効だが、正確に測る事が難しく、誤差の判断に悩んだ。短期間での評価指標としては正確性に疑問がある。

行動目標に対しては、モチベーションを維持してマイペースに続ける者もいれば、頑張りすぎて身体に負担のかかる生活をする者もあり、2週間～1か月毎の支援間隔は、対象にとって良い動機付けになったと同時に、プレッシャーにもなっていたと考える。実施の継続と行動変容のサポートには180ポイントの支援のみでは困難と感じた。個別支援は、対象の主体性を尊重する事が重要であるが、定期的な支援を実施してみると支援者主導の部分が多いと感じる。そのため、支援を終えた後のモチベーションの維持は困難と予想される。その後の生活について追跡評価してみたい。

今回は平成20年度からの特定健診・保健指導に備え、スタッフ自身の経験のために1人1ケースずつ担当した。そのため、対象1人1人に合わせた支援を実施することができた。初回面接には60分以上時間を要したが、質問紙票を用いてじっくり対象と向き合い、生活状況を把握した上でのアセスメントが可能であった。対象によっては、仕事や家庭での役割の中で、時間の融通が利かない者も多い。また、元々健康意識が高く自ら進んで実行できる者、自分なりに実行しているがなかなか自分にあう方法が見つからずに模索している者、意識はあるが実行に結びつきにくい者など行動変容の進み方も様々である。対象の状況に合わせて支援（時間や方法など）や目標を柔軟に組み立てる事が可能な点は、個別支援の大きなメリットである。

しかし、対象に合わせた支援をするためには、スタッフのスケジュール調整が必要であり、参加者の人数が増えてくると対応が難しくなる。また、無関心期の方はそれ以上のステージに移行するのが難しく、支援期間の長期化や中断も予想される。限られたスタッフで効果的な支援を実施するためには、効果の出る対象を絞り込む事が重要であり、実施に際しての課題となる。更に、保健師の力量形成も重要である。対象の特性を見抜く事、対象を動機付けるツールの選択や話し合いによるモチベーションの維持・回復にあたっては、保健師の力量に左右される部分があると感じた。個別支援では、参加者以外の対象へのアプローチは実施しなかったが、積極的支援該当者としてリスクが高い。支援に結びつかない対象の支援をどのように考えていくかは今後の課題と言える。

ま と め

1. 日本看護協会版「グループ支援」モデル

1) 保健師の気づき・学び

① 住民が参加しやすい、継続しやすいプログラムと実感

- ・ 時間帯の配慮で、より男性が参加しやすくなるのではないか

② 住民の力を実感

- ・ 準備期でのスタッフの気づきと学び
- ・ グループ支援の有効性（参加者同士の対話と対比、自分自身でコントロールできる力）

③ 検査値（HbA1c）の有効性

- ・ 参加者の継続意欲を支える手段
- ・ 事業評価として明確な指標

④ 支援者としての役割（保健師・栄養士の力量形成）

- ・ 指導（知識の提供）だけではなく、本人の気づきと動機付けに結びつく支援の大切さ

2) 今後の展望

効果的・効率的な保健指導の実践方法として、ハイリスクアプローチだけではなくポピュレーションアプローチとしても活用したい

2. 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した個別支援モデル

1) 保健師の気づき・学び

- ①生活全体を見据えた動機付けが主であり、食事・運動・禁煙指導は手段にすぎない
- ②評価指標としての腹囲の正確性には疑問
- ③行動変容を支えるには180ポイントのみでは困難

2) 今後の展望

個別支援が合う対象を選定する技術を習得し、効果の出る対象をしぼっての実施

3. 「グループ支援」モデルと「個別支援」モデルを実施して

	グループ支援モデル	個別支援モデル
募集・申込	・申込多い(参加しやすい) ・公募より個別通知からの申込多い	・申込少ない ・個別通知からの申込は1名のみ
参加状況	・44名参加 ただし、初回以外は各教室の欠席者が平均8.7名と多く、フォロー教室を追加して実施 ・男性が少ない	・9名参加 ・男性が多い
継続状況	・46名中44名継続	・辞退者なし ただし、ポイントの足りない者1名
実施期間	H19.6/5(第1回)～H20.2/5(第4回) ・8ヶ月間	H19.9(初回面接)～H20.2(評価面接) ・5～6ヶ月間
検査結果の状況	・最終回での改善・維持者割合 HbA1c 82.4%	・評価時での改善・維持者割合 HbA1c 66.6%

(改善・維持)	<p>体重 57.9%</p> <p>腹囲 66.7%</p> <p>・数値の悪化した人が、HbA1c 6人・体重 16人いた。</p>	<p>体重 77.8%</p> <p>腹囲 100.0%</p>
行動変容ステージ	<p>・最終回の状況(40名)</p> <p>関心期 10.0%</p> <p>準備期 12.5%</p> <p>実行期 72.5%</p> <p>維持期 5.0%</p> <p>・4回実施後も行動変容に至らない者が22.5%(9人)。</p>	<p>・評価面接の状況(9名)</p> <p>関心期 0.0%</p> <p>準備期 11.1%</p> <p>実行期 88.9%</p>
比較	<p>・募集・申込状況を見ると、グループ支援モデルのほうが参加しやすい。</p> <p>・検査結果を比較すると、短期間の結果では、個別支援モデルのほうが検査結果改善傾向。</p>	
スタッフの所感	<p>下記により、参加者の動機付けが強く、行動変容が継続しやすいのではないかと。</p> <p>・参加者自身の気づきを促す</p> <p>・支援者(仲間)が多い</p> <p>・定期的かつ長期的な支援</p>	<p>・個人の生活に合わせて支援できるが、多くの対象者への支援は困難。</p> <p>・短期間での効果は出るが、支援終了後のリバウンドへの不安。</p> <p>・指導スタッフの個人の力量に影響される。</p>

グループ支援と個別支援、それぞれのメリットとデメリットを今回のモデル事業を通して学ぶことができた。それぞれのメリットを活かし、今回学んだ技術に磨きをかけ、効果的に行動変容を促す支援を実施していきたいと考える。

2. 特定保健指導を考える

「血糖値を上げません隊」を実施して

石川県七尾市

目的

従来の健診・保健指導から平成20年度スタートの特定健診・特定保健指導に移行する準備期間として平成19年度を捉え、組織の体制（衛生・国保）を整える一方、効果的な保健指導実施にむけて専門職のスキルアップを目指すとともに、糖尿病対策が課題である当市での保健事業として糖尿病予備群のデータ改善をねらう。

事業概要

1. 地域・事業者概要

1) 地域・事業者の特徴

(1) 七尾市の特徴

- ①概況 石川県七尾市は能登半島の中程に位置し、平成16年（2004年）10月1日、（旧）七尾市、田鶴浜町、中島町、能登島町の1市3町が合併し、新生七尾市として新しい一歩を踏み出しました。この地域は、天然の良港として栄えてきた七尾港を海の玄関口とし、古代より能登の政治・経済・文化の中心地として発展を続けてきました。また、渚のいで湯として全国的に有名な和倉温泉や、様々なリゾート施設を有する能登島をはじめ、観光資源にも非常に恵まれた、魅力あふれる市です。
- ②面積 317.96 平方キロメートル
- ③人口 61,604 人（H19.4） [65歳以上：16,454 人（26.7%）]
- ④世帯数 21,874 世帯（H19.4）
- ⑤出生数 449 人（H19.4）
- ⑥死亡数 674 人（H19.4）

(2) 医療、健診状況

① 健診受診対象者、受診者数、受診率（平成18年度基本健康診査より）

男性				女性			
年齢	対象者	受診数	受診率	年齢	対象者	受診数	受診率
40-44	243	74	30.5%	40-44	439	170	38.7%
45-49	306	90	29.4%	45-49	500	200	40.0%
50-54	433	129	29.8%	50-54	763	298	39.1%
55-59	780	285	36.5%	55-59	1,394	626	44.9%
60-64	1,063	358	33.7%	60-64	1,553	675	43.5%
65-69	1,200	433	36.1%	65-69	1,701	741	43.6%
70-74	1,415	518	36.6%	70-74	2,074	778	37.5%
75-79	1,257	388	30.9%	75-79	2,068	638	30.9%
80-	1,472	333	22.6%	80-	3,218	527	16.4%
小計	8,169	2,608	31.9%	小計	13,710	4,653	33.9%

総数	21,879	7,261	33.2%
----	--------	-------	-------

② 健診結果

総合判定	異常なし		要指導		要医療		要精検		治療継続		総計
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
40-44	38	15.6%	127	52.0%	40	16.4%	29	11.9%	10	4.1%	244
45-49	39	13.4%	124	42.8%	79	27.2%	31	10.7%	17	5.9%	290
50-54	43	10.1%	173	40.5%	99	23.2%	53	12.4%	59	13.8%	427
55-59	65	7.1%	314	34.5%	247	27.1%	122	13.4%	163	17.9%	911
60-64	55	5.3%	364	35.2%	257	24.9%	135	13.1%	222	21.5%	1,033
65-69	55	4.7%	338	28.8%	316	26.9%	176	15.0%	289	24.6%	1,174
70-74	37	2.9%	291	22.5%	366	28.2%	241	18.6%	361	27.9%	1,296
75-79	19	1.9%	211	20.6%	259	25.2%	217	21.2%	320	31.2%	1,026
>80	15	1.7%	158	18.4%	193	22.4%	268	31.2%	226	26.3%	860
総計	366	5.0%	2,100	28.9%	1,856	25.6%	1,272	17.5%	1,667	23.0%	7,261

基本健康診査 HbA1cの推移 HbA1c値 5.5%以上

	総数			40歳代			50歳代			60歳代		
	受診者	有所見	割合	受診者	有所見	割合	受診者	有所見	割合	受診者	有所見	割合
H18年度	4093	1339	32.7%	518	82	15.8%	1366	433	31.7%	2209	824	37.3%
H17年度	4093	1,393	34.0%	534	103	19.3%	1404	449	32.0%	2,155	841	39.0%

③ 医療費

平成18年度	全国	石川県			七尾市		
*食事療養費除く	1人当たり(円)	医療費総額(千円)	1人当たり(円)	全国順位	医療費総額(千円)	1人当たり(円)	県内順位
医療費総額	285,135	180,689,118	449,989	14	10,528,789	458,351	6
一般	215,967	53,388,924	247,492	15	2,970,099	258,180	10
退職	380,164	31,532,420	409,071	7	1,736,942	397,561	12
老人	830,384	95,767,774	880,720	14	5,821,748	820,196	12

④ 疾患の状況

a) 200円以上のレセプトより

高額なレセプトの分析(1か月200万円以上となった全レセプト、1年間)

平成17年4月～平成18年3月受診分

様式1-3 200万円以上となったレセプト基礎疾患(費用種別・疾患別) 36名

	基礎疾患				循環器疾患					その他
	高血圧	糖尿病	高脂血症	高尿酸	虚血性心疾患	(再)ハイパス・スフィン手術	大動脈疾患	脳血管疾患	閉塞性動脈硬化症	
36名	15	17	6	6	12	8	9	9	2	18
割合	41.7	47.2	16.7	16.7	33.3	22.2	25.0	25.0	5.6	50.0

	入院件数 計(割合)	費用額合 計	費用額合 計	1件あたり 費用額	他疾患の合計(基礎疾患及び疾病の進展)																		
					基礎疾患					循環器疾患					その他								
					高血圧 計(割合)	糖尿病 計(割合)	高脂血 計(割合)	高尿酸 計(割合)	虚血性心 計(割合)	(再)ハイ 計(割合)	大動脈疾 計(割合)	脳血管疾 計(割合)	閉塞性動 計(割合)	計(割合)									
虚血性心疾患	11	30.6%	31,528,860	3,100万	2,866,351	10	80.9%	9	81.8%	5	45.5%	2	18.2%	8	72.7%	2	18.2%	1	9.1%	2	18.2%	2	18.2%
大動脈疾患	9	25.0%	25,796,920	2,500万	2,866,324	5	55.6%	8	66.7%	3	33.3%	3	33.3%	4	44.4%	4	44.4%	3	33.3%	1	11.1%	3	33.3%
脳血管疾患	9	25.0%	33,607,160	3,300万	3,734,129	6	66.7%	7	77.8%	2	22.2%	3	33.3%	1	11.1%	1	11.1%	3	33.3%	0	0.0%	2	22.2%

b) 6ヶ月以上のレセプトより

長期に継続しているレセプト分析(七尾市)

123名

平成17年4月～平成18年3月診療分

	脳血管	心疾患	虚血性心疾患	閉塞性動脈硬化症	糖尿病	高血圧	高脂血症	高尿酸血症
	16 (13.0)	23 (18.7)	7 (5.7)	3 (2.4)	31 (25.2)	27 (22.0)	22 (17.9)	9 (7.3)
虚血性心疾患	5(31.3)	7(30.4)	0(0.0)	0(0.0)	5(16.1)	6(22.2)	2(9.1)	0(0.0)
脳血管疾患	0(0.0)	7(30.4)	5(71.4)	1(33.3)	9(29.0)	10(37.0)	3(13.6)	2(22.2)
閉塞性動脈硬化症	1(6.3)	1(4.3)	0(0.0)	0(0.0)	2(6.5)	2(7.4)	2(9.1)	1(11.1)

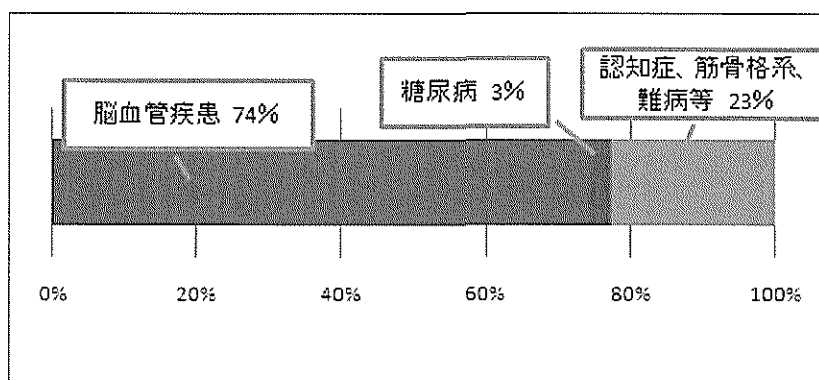
⑤ 人工透析の状況

平成17年度までの透析患者の状況(七尾市)

	糖尿病	インスリン	細小血管障害			大血管障害		糖尿病以外の血管を傷める因子			腎臓疾患	肝臓疾患
			腎	目	神経障害	脳血管疾患	虚血性心疾患	高血圧症	高尿酸血症	高脂血症		
レセプトのある68名	29	2	21	15	20	8	21	60	17	22	68	8
割合	42.6%	2.9%	30.9%	22.1%	29.4%	11.8%	30.9%	88.2%	25.0%	32.4%	100.0%	11.8%

⑥ 介護認定に至った主要疾患 第2号被保険者 35名
平成17年4月～平成18年3月分

介護認定時の特定疾病名	総計	(割合)
脳血管疾患	26	(74.3%)
糖尿病	1	(2.9%)
認知症、筋骨格系・難病等	8	(22.9%)
総計	35	(100.0%)



2. 対象者

平成18年度基本健康診査より

※必須条件 HbA1c 5.5%～6.0%

- ・空腹時血糖 ～125mg/dl または 随時血糖～139mg/dl
- ・ウエスト周囲径 男性85cm以上、女性90cm以上 または BMI 25以上 または基準内
- ・収縮期血圧140mmHg未満 かつ 拡張期血圧 90mmHg未満
- ・中性脂肪150mg/dl以上 またはHDL-C40mg/dl未満

414名

1) 日本看護協会版「グループ支援」モデル

選定条件	※必須条件 HbA1c 5.5%～6.0% ・空腹時血糖 ～125mg/dl または 随時血糖～139mg/dl ・ウエスト周囲径 男性85cm以上、女性90cm以上 または BMI25以上 または基準内 ・収縮期血圧140mmHg未満 かつ 拡張期血圧 90mmHg未満 ・中性脂肪150mg/dl以上 またはHDL-C40mg/dl未満								
呼掛け方法	個別に通知を郵送								
	選定対象者数(人)			申込者数(人)			参加者数(人)		
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計
対象者	100	314	414	16	54	70	14	51	65

2) 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル

選定条件	標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)における階層化に準拠し、対象者を選定する。								
呼掛け方法	個別に電話連絡し呼びかける								
	選定対象者数(人)			申込者数(人)			参加者数(人)		
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計
対象者	114	25	139	8	7	15	7	6	13

3. 実施体制(実施者、関係協力機関)

1) スタッフ

七尾市：保健師(常勤・非常勤)、管理栄養士(常勤)、看護師(常勤・非常勤)、栄養士(非常勤)

石川県能登中部保健福祉センター：保健師(常勤)

石川県看護協会：保健師

2) 運営方法

①協力：石川県看護協会、石川県能登中部保健福祉センターの保健師に協力を得た。

臨時に保健師、栄養士、看護師を雇用し協力を得た。

②実施会場：七尾市サンライフプラザ 保健センター内

③名称：「血糖値を上げません隊」

結果

1. 実施結果

1) 日本看護協会版「グループ支援」モデル

年月日	経過	スタッフ数(人)						参加者(人)			グループ数	所要時間分	事前お便り・案内・呼びかけ等	備考
		保健師	看護師	栄養士	医師	その他	計	男性	女性	計				
平成19年4月12日	事前訪問及び事例検討会	4	1	2	0	0	7	0	0	0	1	60	電話連絡	
平成19年6月12日	第1回プログラム「プロセスを見る」	8	1	3	0	0	12	6	22	28	5	90	個別通知	
平成19年8月22日	拡大スタッフ会議	10	2	3	0	0	15	1	1	2	1	60	個別通知	

年月日	経過	スタッフ数(人)						参加者(人)			グループ数	所要時間分	事前お便り・案内・呼びかけ等	備考
		保健師	看護師	栄養士	医師	その他	計	男性	女性	計				
平成19年8月30日	第2回プログラム「食の実態を見る」	12	1	4	0	0	17	8	22	30	6	90	個別通知(第1回目の実施内容を全員に通知)	
平成19年9月18日	第3回プログラム「食の実態を見るパート2」	8	1	3	0	0	12	5	19	24	5	90	個別通知(第2回目の実施内容を全員に通知)	
平成19年11月7日	拡大スタッフ会議	9	1	3	0	0	13	1	1	2	1	40	個別通知	
平成19年11月14日	第4回プログラム「検査値について」	9	1	3	0	0	13	9	28	37	6	90	個別通知(第3回目の実施内容を全員に通知)	
平成20年1月17日	拡大スタッフ会議	7	1	2	0	0	10	1	2	3	1	40	個別通知	
平成20年1月22日	第5回プログラム「生活習慣を振り返る」	10	1	2	0	0	13	7	21	28	6	90	個別通知(第4回目の実施内容を全員に通知)	

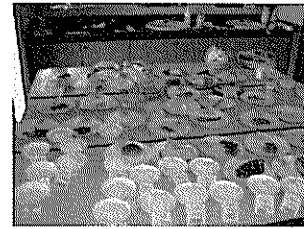
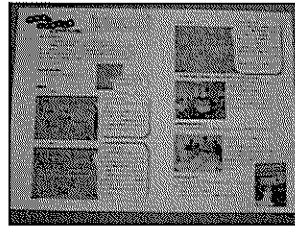
2) 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル

年月	支援形態	対象1人に対して関わったスタッフ数(人)						実施人数(人)			支援時間分	ポイント数	備考
		保健師	看護師	栄養士	医師	その他	計	男性	女性	計			
平成19年9月	個別支援	1					1	7	7	14		0	・対象によっては管理栄養士、栄養士が関わっている。
平成19年9月	電話B	1					1	7	5	12	5	10	・対象によっては管理栄養士、栄養士が関わっている。
平成19年10月	個別A	1					1	7	4	11	30	120	・対象によっては管理栄養士、栄養士が関わっている。
平成19年10月	電話B	1					1	7	4	11	5	10	・対象によっては管理栄養士、栄養士が関わっている。
平成19年11月	電話B	1					1	7	4	11	5	10	・対象によっては管理栄養士、栄養士が関わっている。
平成19年12月	電話A	1					1	7	4	11	15	45	・対象によっては管理栄養士、栄養士が関わっている。
平成20年1月	個別支援	1					1	7	4	11		0	・対象によっては管理栄養士、栄養士が関わっている。

グループトークの様子

前回の内容を全員に
通知にする

食について考える



2. 活動経過の振り返り

1) 日本看護協会版「グループ支援」モデル

プログラム	実施したこと	スタッフの意図 (実施に際して留意したこと)	参加者の発言・反応	スタッフの気づき
事前訪問及び事例検討会	・6事例について訪問を行う ・訪問事例のケースについて報告 ・事例照会ケースを選択する	・訪問時には指導しない ・プロセスを聞き取る	・糖尿病の経過を快く話をしてくれる ・透折をしている方から自分みたいにならないよう伝えて欲しい	・これまでの保健指導に対する反省 ・糖尿病治療者の実態を確認した。自覚症状がないまま経過を追うことで治療していても悪化している
第1回 「プロセスを見る」	・3事例の経過を伝える ・HbA1c結果の返却	・参加者が自分のこととして捉えられるようデータを記載 ・事例を模造紙に大きく提示	・自分の生活と似ている ・透折にはなりたくない ・缶コーヒーはよくないな ・事例の説明を真剣に聞いている様子が伺える	・事例を伝えることで自分の生活を振り返ることができるんだ ・HbA1cが健診より上がっていない
拡大スタッフ会議	・第2回プログラムの内容について検討	・参加者が理解し食について振り返ることができるか ・住民は何を食べているのか	・作業は大変だが理解はできる ・独身男性でフライなどを食べる人が多いがどう考えたらいいか	・食材の多いこと ・伝えられるか不安
第2回 「食の実態を見る」	・ご飯、いも類、魚肉、牛乳、くだものについてみていく ・HbA1c結果の返却	・七尾は魚が捕れるのでさしみ、切り身等を用意が必要 ・めん類もよく食べるので、1食分と〇1個分を用意する	・めん類が多い ・ご飯が多い、くだものをたくさん食べていた ・魚の食べすぎ、さんまを1匹食べていた	・今回の1回では足りない。 ・●●はいくつ?など質問ゲームになっていしまう。 ・全体進行とファシリテーターとの連携が大変 ・HbA1cの検査を返したが検査結果をみるためのグループトークに時間が足りない
第3回 「食の実態を見る パート2」	・野菜、菓子、アルコール、油、調味料についてみていく	・菓子は年代によって内容が違う。何を食べているのか ・調味料は感覚でかけている。どのくらいかけるのか。実験としてやってみる	・菓子、アルコールの取りすぎ ・オリーブ油はいいと思いたくさん摂ってもいいと思っていた。 ・今回で〇がオーバーしていた。 ・昨日は行事毎でケーキばかりだった	・すでに〇の考え方を理解し、食生活を振り返る力がついている。 ・何を食べたのではなく、なぜこういった食事になったかを考えることが大変
拡大スタッフ会議	・第4回プログラムの内容について検討 ・検査データからの振り返りでモデルの発表者として願う。	・検査データから生活を振り返ることができるか	・HbA1cの検査で自分の意識づけにもなり定期的に検査があることで生活改善の継続ができる ・生活の変化で検査データが変化している ・今回の通知が白黒からカラーになって様子がわかるようになった。	・モデルの方が検査データと生活のエピソードをつなげることができるよう質問することが大変
第4回 「コントロールを見る」	・検査データから生活を振り返る ・HbA1c結果の返却	・検査データから生活を振り返ることができるようなげかける ・ファシリテーターの役割が大きい	・HbA1cの変化でこの頃から仕事を辞めて...この頃から缶コーヒーを控えて...この頃から孫の守りが始まって...この頃は祭り続きで...など生活の振り返りをそれぞれがしていた。 ・住民相互の話し合いが活発に行われている様子があった。 ・スタッフが指摘しなくても住民同士で確認しあっている様子があった。	・3ヶ月毎のHbA1cデータの変化が有効である ・住民が自ら振り返ることができている ・住民相互の意見交換が活発になっている

プログラム	実施したこと	スタッフの意図 (実施に際して留意したこと)	参加者の発言・反応	スタッフの気づき
拡大スタッフ会議	・第5回プログラムの内容について検討	・検査データ全体を見ることを伝え、今後の継続性について考えたい	・この機会がなければ食生活や運動の必要性について考えなかった。いいことだと思うので継続して行って欲しい。	・メタボリックシンドロームについて今回初めて伝えるが、媒体の修正が必要である。
第5回「習慣化を見る」	・参加中の経過を振り返る ・継続のためには何を考える ・HbA1cの返却	・この会に来ることが自分にとってどんな意味があるか ・生活を変えることの難しさについて ・この会に参加して体験したこと意識したこと	・自分は頑張っているが、夫が好きなように食べているのでついついもとに戻ってしまう。家族の影響は大きい。 ・スタッフとの距離感を感じていたが、少しずつ近くなってきている。スタッフ方も検査をして一緒に取り組んでみてはどうか ・食べ物と体の仕組みがわかってよかった ・来年度もこういう機会を作ってほしい。ぜひ参加します。 ・検査結果の値が高くなっても要因がわかるので大丈夫とのこと	・これまでの教室とはまったく異なり、住民が気づいていくこと。自らが何かをやってみることで住民が少しずつ力がつく様子がわかった。 ・住民との距離感については一緒に考えることをこれまでやってこなかった。わかっているもは掛けをしていなかったのではないかと ・糖尿について視点をあいているが、LDLコレステロールがあがってきている場合がある。どうしたらいいか。

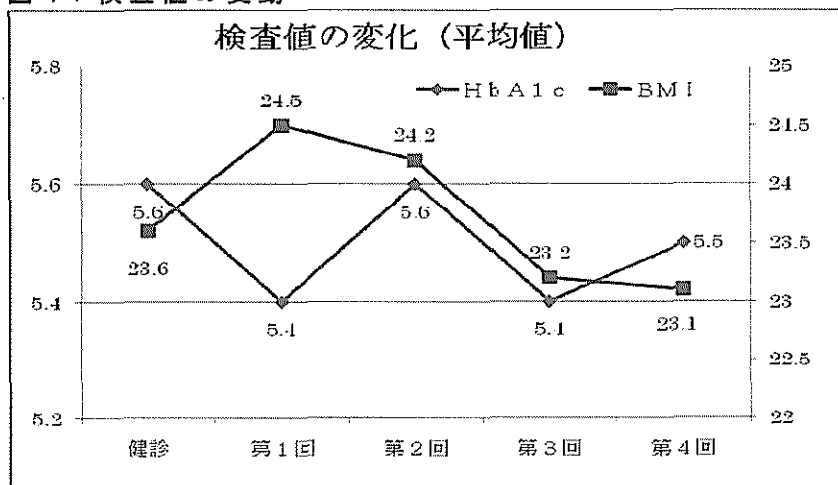
2) 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル

	支援パターンA					
	支援形態	実施内容	スタッフの意図 (実施に際して留意したこと)	対象者の反応	スタッフの気づき	
	初回時	個別A	・体のメカニズムについて ・生活習慣の振り返り ・行動計画、行動目標について確認	・生活習慣の確認から行動目標設定、行動計画を立てる	・対象者によっては、何かをやってみようという意識はあるが、今回の面接でも行動にうつせるかどうかわからないという方もいた	・これまでの個別支援とは異なり、いろいろな方法での支援が継続的に行える。日程をたてておかないと流される
継続支援 / 6ヵ月後の評価	1回目	電話B	・行動計画の実施状況の確認と励ましや出来ていることには賞賛をする	・行動計画の確認	・電話のやり取りで相談での拒否があり、数例中断あり	・個別支援には向かない方が ・スタッフの伝え方がよくなかったか
	2回目	個別A	・生活習慣の振り返り ・行動計画、行動目標について確認	・計画の取り組み状況やデータの確認により計画の変更をする		・生活習慣の変化の状況や行動計画の状況により計画を随時変更が必要になる ・支援の方法が電話では困難な場合は手紙での支援、必要な場合は面接を実施することもあった。 ・スタッフの認識の違いもあり、ポイント不足の場合があった。
	3回目	電話B	・行動計画の実施状況の確認と励ましや出来ていることには賞賛をする	・行動計画の確認	・自分で頑張れる方もいれば、なかなか計画的に進まない方もいる	
	4回目	電話B	・行動計画の実施状況の確認と励ましや出来ていることには賞賛をする	・行動計画の確認		
	5回目	電話A	・生活習慣の振り返り ・行動計画、行動目標について確認	・計画の取り組み状況やデータの確認により計画の変更をする		
	6回目	個別支援	・生活習慣の振り返り ・行動計画、行動目標について確認	・これまで取り組んできての生活の変化について、生活習慣の継続について	・計画的に実行できた ・電話での連絡で気をつけるようになった ・習慣を変えることは難しい	
					・3ヶ月に頻回にかかわりその間は本人も気をつけているのでデータは改善しているが、生活の改善が伴わない場合はデータが伴わない場合がある。 ・対象者の状況に応じて支援方法を検討していく必要がある。	

3. 検査値の変動（平成18年度健診からの変化）

1) 日本看護協会「グループ支援」モデル参加者

図1：検査値の変動

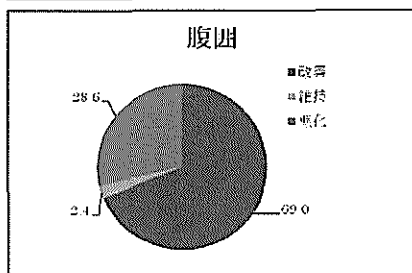
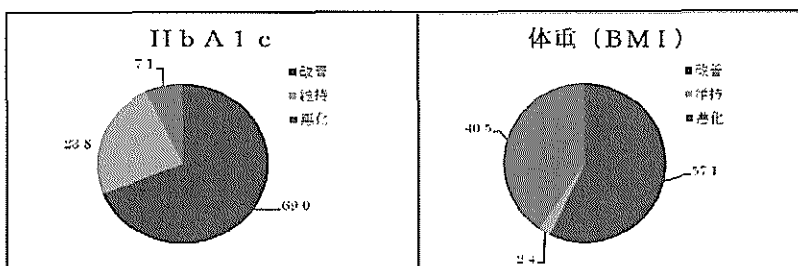


※健診⇒第4回 HbA1c : $P < 0.01$ BMI : $0.01 < P < 0.05$

図2：検査値変動の内訳

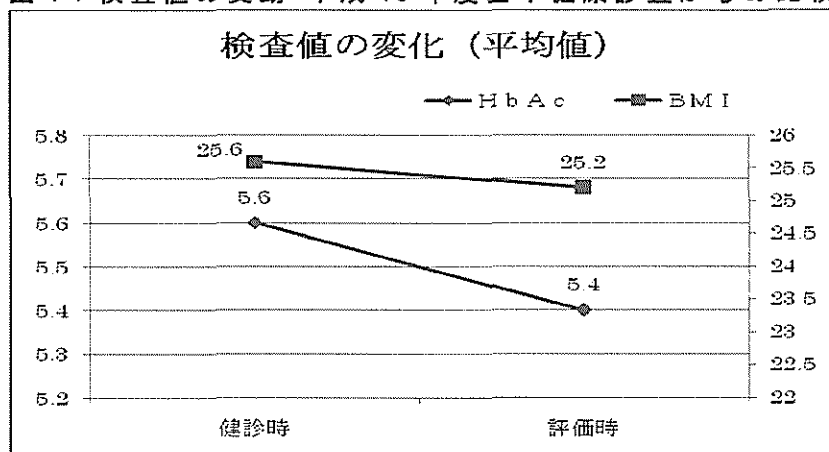
n=42

		改善	維持	悪化	
		HbA1c	人数	29	
	%	69.0	23.8	7.1	$P < 0.01$
体重 (BMI)	人数	24	1	17	$P < 0.01$
	%	57.1	2.4	40.5	$P < 0.01$
腹囲	人数	29	1	12	
	%	69.0	2.4	28.6	



2) 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル参加者

図 1：検査値の変動 平成 18 年度基本健康診査からの比較



※HbA1c: $P>0.05$ BMI: $P>0.05$

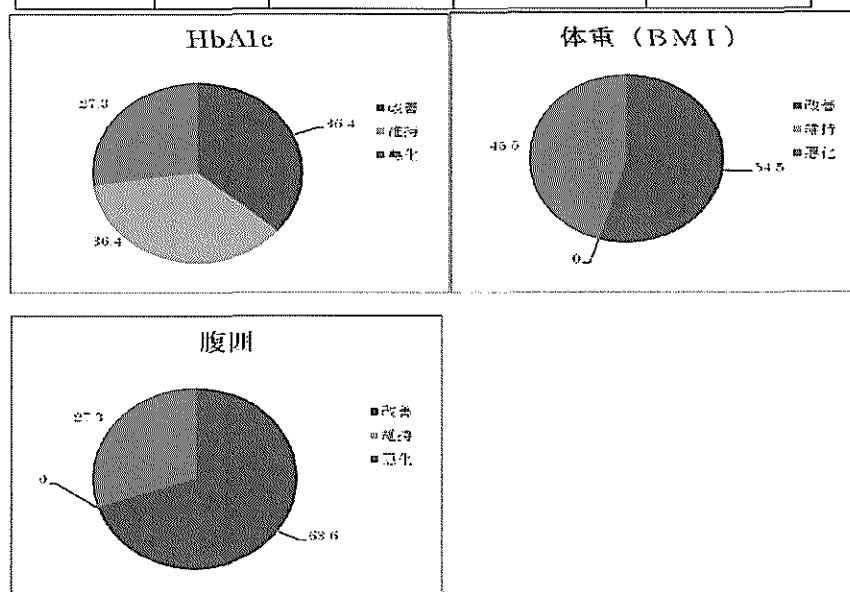
図 2：検査値変動の内訳

n=11

		改善	維持	悪化
		人数	4	4
HbA1c	%	36.4	36.4	27.3
体重 (BMI)	人数	6	0	5
	%	54.5	0.0	45.5
腹囲	人数	7	0	3
	%	63.6	0.0	27.3

$0.05 < P < 0.01$

$P < 0.05$



4. 参加者の行動・認識の変化

1) 日本看護協会「グループ支援」モデル参加者

- (1) 行動変容ステージは回を重ねるごとにステージが**変化**し、何かしら実行に移していた。採血最終日は1月の下旬でもあり、年末年始の食事が影響を受け、データが戻ってしまった方が多かった。しかし、体重が増えても増えた**要因がわかるから大丈夫**との声があった。それぞれに何かを実施しHbA1cの変化をみながら手ごたえを感じている様子もあり、頑張っているのに変化がみられない方もあり、それぞれに**自分の事としてグループの中で話し合う**様子が回を追う毎にみられた。生活習慣を変えることは一時的にはできるが季節の行事や祭り事があると**変動している様子**がわかり、生活の振り返りができていた。また、検査結果をみて食べ過ぎるとHbA1cの値が高くなることを認識していた。
- (2) 第1回プログラムでHbA1cについて説明をしたが、検査については毎回説明しても良かったと思う。検査値の変化から生活を振り返ったときHbA1cを測定してきた意義を理解され、目で見える**数値があることで意識を保つ**ことにつながっていた。食事が2回だった方が3回になり検査データが変わったり、野菜を食べるようになったり、缶コーヒーを控えるようになったり、果物のとりすぎがわかったりと**食の大切さを認識され**行動に移している様子が伺えた。また、運動については何かしなければと感じた方が多く、自らスポーツジムに通いだしたり、ウォーキングを始めたりと何か行動に移している方がいた。
- (3) ある住民の言葉より「モデル事業と聞いて試行錯誤しながら進めていることは理解しているが、スタッフの説明がわかりにくいこともあった。1年あるのか2年あるのかわからないけど、知識がない私どもが**ここに来ることだけで意味がある**。何か目標があって、その**目標に向かうため継続につながる**。やっぱり**生活を振り返ることが大切だ**。私たちは、素人だから**時々振り返る時間と場所が欲しい**よ。これを職員でしたらどうか。誰か**職員がモデル**となって数値を前に掲示したり・・・。そうするとより**住民とスタッフが近くなる**。」

2) 標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）に準拠した「個別支援」モデル参加者

- (1) 行動変容ステージは最後まで**関わることで変化**があった。個別には主に食についての認識の変化が多く、食事量のとり過ぎだったり、缶コーヒーや糖分の取りすぎている状況がわかった。**電話での確認があることで継続できた**り、保健センターで**関わってくれている**ことが継続の支えになったりしている。

(2)個別の支援を中断された方は継続的な支援についてスタッフの説明不足や理解が得られないことがあり中断された。

考 察

1. 日本看護協会「グループ支援」モデル

当初はとにかく実施してみようという思いで始め、当市の住民はグループ支援にはあわないと感じていたが、第1回のプログラムでの反応から回を追う毎に参加者のグルーブトークが活発になっていく様子が伺え、進め方や支援の仕方によってはグループ支援も有効ではないかと考えられた。また、検査が定期的に実施されることで客観的な評価ができ、毎回生活を振り返ることをグルーブトークで行うことで、生活習慣改善の動機づけや継続にもつながったのではないかと考えた。最後に初めて参加された方から「毎回、手紙が来て参加したいなと思っていました。参加できてよかった。」と、毎回の通知で教室の様子を伝えることで参加を促す継続支援になっていることがわかった。食を考えるプログラムに初めて参加されても、○のことを素直に受け入れている様子からも毎回の通知の有効性を感じた。

途中で参加を中断された方への支援ができていなく、今後は中断された方への個別支援が必要になるのではないかと考えた。グループ支援で満足できず、自分は何をどうしたらいいのかを知りたいというニーズもあり、個別支援の必要性も感じた。今後は参加者が支援の選択を可能にすることについて検討が必要と考えた。

スタッフは全体進行とファシリテータという役割を持ったが、それぞれに専門職としての力量を求められ、全体進行はプログラムの方向性を伝え目的に応じた投げかけがポイントでありまた、ファシリテータはグループ内の呼び水としての投げかけ、目的に沿った修正、必要に応じて情報を整理し、グループ内での参加者相互の関わりを支援するという力量が必要であると考えた。事前準備として訪問を行い、糖尿病の経過の実態を知り、そのプロセスを知ることでスタッフ自身がどう支援すべきかの動機付けになった。これまでの関わりはその人の断面であり、そこで聞いた情報でその人全体を捉えていたのではないかと反省した。糖尿病という長い経過を知り、自覚症状がない状況で生活を変えていくことの難しさを訪問事例より体験し、スタッフにとっても有効であった。

2. 標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）に準拠した「個別支援」モデル

確定版に沿っての個別支援では、スタッフの力量が表面化し、対象者との関係によっては中断になることが考えられた。ただ個別に計画立てができるので食についての細かい支援を行うことで生活習慣の改善がみられたが、継続といった課題についてはスタッフが意識をしないと検査結果が良くなったからで終わってしまうのではないかと危惧され、生活習慣の継続のためには生活を振り返る視点での問いかけが必要になると考えた。また、スタッフ間で支援に向けた事前学習や支援内容について検討していく必要があると考え、個別支援でもグループ支援でも対象者が選択できることが有効であると考えた。

ま と め

今回モデル事業を体験し、グループ支援では住民相互が自分を語ることや生活を振り返ることで生活習慣改善への動機づけになるという有効性を実感した。そのためには、保健師等の専門職の力量が必要であり、今回は看護協会からのシナリオがあることで有効な結果が得られたが、専門職としてグループの方向性を導くシナリオの柱づくりについて 住民の生活を踏まえて考えなければならない課題がある。グループトークに参加している住民の様子から、住民が自ら気づき自分で選択している様子が伺え、考える力、選択する力、行動する力という住民の力に気づかされ、住民の力を育てるプログラムであったと認識している。また、ポピュレーションアプローチにも応用ができ、地域を基盤とした健康づくりを考えたとき、住民主体の健康課題を捉える手法として有効であると感じた。

改善した生活習慣を継続するには、定期的な確認（検査）は有効であり、今後もこのプログラムの形を継続できることが望ましいと思う。対象者の選定については今回のモデルを参考に当市の保健指導体制として今後検討していきたい。個別支援、グループ支援双方を実施したが、支援方法はどちらでもよく住民が選択できるシステムをつくっていかなければならないと考えている。

3. 「ベストコントロール教室」

参加者と共に考えたコントロールと習慣

神奈川県横浜市港南区

目的

平成 20 年度からの特定保健指導の実施にあたり、行動変容につながる指導の在り方、指導教材の開発、専門職の技術向上を実践活動支援チームの支援を受けながら、市民にとってより効果的な方策を探る。

事業概要

1. 地域概要

1) 地域の特徴

横浜市港南区は市の中心部より南に位置し、面積 19.86 平方キロメートル、大規模な宅地開発やターミナル駅周辺を中心とした市街化が進み、交通幹線の発達とともに、成熟した住宅都市、生活文化都市として発展してきた区である。

人口 221,592 人、年間出生数 1,891 人、死亡数 1,365 人、高齢化率 19.2% と次第に高齢化が進んできている。

現在横浜市では、各区福祉保健センターと委託医療機関にて基本健康診査を実施しており、平成 18 年度当福祉保健センターでの基本健康診査受診者数は 1,409 人。有所見者は 1,012 人 (71.8%) うち 9.2% の方が糖尿病で治療中もしくは糖尿病の疑いのある方だった。

※ 横浜市国民健康保険の 1 ヶ月間の生活習慣病に係る医療費は約 69.9 億円で、総医療費 (約 224.2 億円) の約 3 割を占めている。最近 10 年間では、糖尿病 (1.8 倍、約 11.4 億円)、腎不全 (2.1 倍、15.3 億円) の占める割合が増加している。

2. 対象者

【グループ支援モデル】

選定条件	① H18 年度基本健康診査受診者（福祉保健センター実施分）の中で、HbA1c5.5～6.0%で要指導レベルの者 ② H18 年度基本健康診査受診者（医療機関実施分）の中で、福祉保健センターへの依頼があった者かつ HbA1c5.5～6.0%で要指導レベルの者 ③ H19 年度基本健康診査受診者（福祉保健センター及び医療機関委託分）の中で上記①②の条件に該当する者
呼掛け方法	選定条件により対象者と選定した者に対して、ダイレクトメールを送付 また、申し込みのなかった方には電話にて案内した

対象者	選定対象者数（人）			申込者数（人）			参加者数（人）		
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計
	20	66	86	4	20	24	4	17	21

3. 実施体制（実施者、関係協力機関）

【グループ支援モデル】

保健師 3名（常勤） 栄養士 4名（常勤2名 非常勤2名）

看護師 1名（非常勤）

検査技師 1名（常勤） ※血液検査を教室開催時に実施

当センター内で即時に実施することで、参加者が何度も来なくてもいいように設定した。

結果

1. 実施結果

【グループ支援モデル】

年月日	経過	スタッフ数（人）				参加者（人）			グループ数	所要時間 分	事前 お便り・案内・呼びかけ等
		保健師	看護師	栄養士	計	男性	女性	計			
H19 . 5. 7	事前スタッフミーティング 訪問事例検討会	3		2	5			0	120	4月中に対象者宛て案内送付	

H19. 5. 21	第1回スタッフ ミーティング	3	1	2	6			0		120	電話で 再度案内
H19. 5. 29	第1回プログラム 「プロセスを 見る」	3	1	2	6	2	11	13	3	120	
H19. 6. 7	第2回スタッフ ミーティング	3		2	5			0		90	第1回 教室の 通信を 送付
H19. 6. 13	拡大スタッフ 会議	3	1	2	6	1	1	2	1	90	
H19. 8. 28	第2回プログラム「食の実 態を見るパ ート1」	3	1	4	8	4	10	14	2	120	
H19. 9. 6	第3回スタッフ ミーティング	3	1	2	6			0		120	第2回 教室の 通信を 送付
H19. 11. 1	オプション教 室 「食の実態を 見るパート 2」	3		3	6	1	2	3	1	120	
H19. 11. 8	第4回スタッフ ミーティング	3		2	5			0		90	
H19. 12. 6	第4回プログラ ム 「食の実態を 見るパート 2」	3	1	4	8	3	7	10	2	120	
H20. 2. 4	第5回スタッフ ミーティング	3		2	5			0		90	1月中に 第3回 教室の 通信送 付
H20. 2. 12	第5回プログラ ム「コントロ ールを見る・ 習慣化を見 る」	3	1	2	6	3	6	9	2	120	

2. 活動経過の振り返り

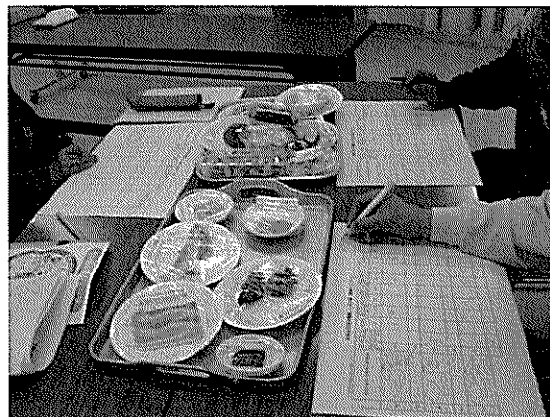
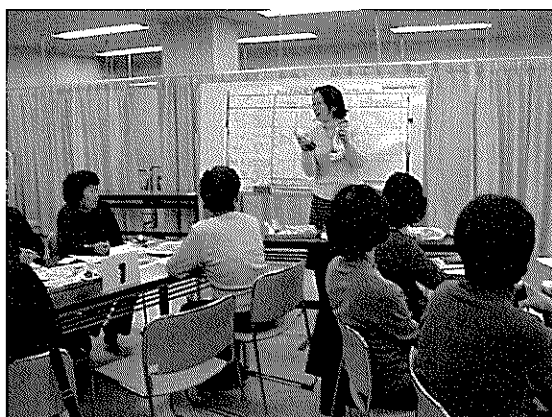
【グループ支援モデル】

プログラム	実施したこと	スタッフの意図 (実施に際して留意したこと)	参加者の発言・反応	スタッフの気づき
事前訪問 及び 事例 検討会	<ul style="list-style-type: none"> ・保健師、栄養士が訪問した事例について報告 ・一人一例ずつ訪問 ・訪問事例を発表しながら、第1回目の教室で紹介するケースを選択していった 	<ul style="list-style-type: none"> ・どのケースに行くかを考えた時に、今回参加する方とあまりにかげ離れた事例にならないよう、重症ケースは入れなかった ・複数の事例の中から、参加者がより身近に感じられるような事例を選ぶようにした 	<ul style="list-style-type: none"> ・検査値が高いと指摘されても、問題意識を持つことがないまま経過している ・治療していれば多少食べたり、飲んだりしてもいいだろう、という思いの人が多く 	<ul style="list-style-type: none"> ・何度も何度も指摘を受けても、行動に変化がないのはどうして? ・知識として伝えるだけでは行動を変えていくのは難しい ・治療することで安心して、生活を変えようとしな
事前訪問 及び 事例 検討会		<ul style="list-style-type: none"> ・事例を選択するだけでなく、スタッフ間で訪問したことを共有するよな話し合いを意識した 	<ul style="list-style-type: none"> ・身体症状が出て、危機感が無い。自分のこととして受け止めることが難しい ・好きなもの(甘いもの・お酒など)は、病気になるってもやめたくない 	<ul style="list-style-type: none"> ・食のこととなると、本人だけでなく家族の指導も必要となるが、家族を含めた指導ができていないことがわかった
第1回 「プロセス を見る」	<ul style="list-style-type: none"> ・計測、採血 ・事例紹介 ・事例紹介を聞いてグループワーク ・全体発表 ・HbA1cの結果を返す 	<ul style="list-style-type: none"> ・事例発表に関して、事前の打ち合わせで、より身近に感じてもらえるような順番に発表順を入れ替えた ・グループワークの中では、参加者が発言しやすいように「聞く」ことを重視 ・グループ分けは年齢、性別に配慮 ・発言しない人がいないように、声をかけながら発言を促した 	<ul style="list-style-type: none"> ・「教室の案内をもらったことで、何か気をつけなければならぬのかなあと意識した」 ・「何でも食べてしまいたい」という事例の気持はよくわかる ・何かしなければならぬとは思わなかったが、具体的に何をすべきかわからない ・家族の健康管理には気がついていないが、自分のことはやっていない ・友達から聞いたという聞きかじりの知識が多い 	<ul style="list-style-type: none"> ・案内をもらっただけで、意識が変わり、行動変容のきっかけになることを改めて感じた ・食えることについて問題を感じている人が多いが、何をどうしていいのかわからない、というのがほとんど ・糖尿病について正しく理解してもらおうことが必要と感じた

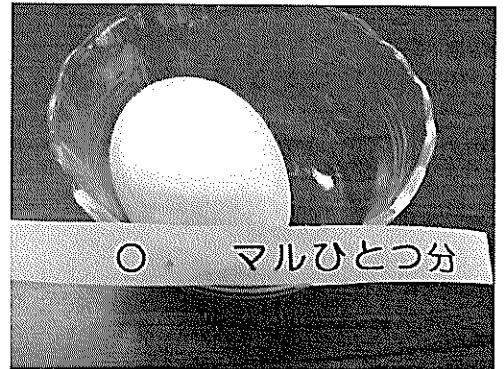
プログラム	実施したこと	スタッフの意図 (実施に際して留意したこと)	参加者の発言・反応	スタッフの気づき
<p>拡大スタッフ 会</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・1日の生活を振り返りながら、自分の行動について気付くきっかけにしていく(3食何を食べたか、間食はしたかなど) ・参加者との話し合いの中で、何を知りたい(学びたい)と思っているかを探っていく 	<ul style="list-style-type: none"> ・スタッフも参加者の一員として食事の書き出しをし、1日の生活の振り返りをする 	<ul style="list-style-type: none"> ・書いてみることで、自分がどんな食生活をしているのかわかる ・「どのくらい食べていいの?」「いつも食べている量で多いの?少ないの?」 	<ul style="list-style-type: none"> ・スタッフ自身も書き出してみて気がつくことが多い ・何をどの位?というところが具体的に1番知りたいという要望
<p>第2回 「食の実態を見る」</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・計測、採血 ・昨日の食事を書き出してみる ・食事内容の分類について「〇いくつ?」 ・自分の食事は〇いくつだったか点検する ・HbA1cの結果を返す 	<ul style="list-style-type: none"> ・写真カード、生の食材を用意し、それぞれがどの位の量で〇一つ分か表示 ・各グループに入り、〇とり表の記入が難しい方には声掛けしながら行う ・ばらばらに出てくる質問には、個々に答えるのではなく全体に向けて答えていくようにした ・グループ分けは前回と同じにしたが、一つのグループが参加者が少なかったため、2グループで行った 	<ul style="list-style-type: none"> ・写真カードや食材に興味津津 ・「家族に食べ過ぎだよ」と言われても聞き流していたが、〇とり表に書いてみて、いかに取りすぎたかがよくわかった ・「昨日の〇の数はまあまあだけど、これには油やおまけ(お菓子・お酒)が入っていないからなあ」と ・今日できなかった「お酒・お菓子」について知りたかった ・HbA1cの数値が上がっていた人が多く、記入した〇とり表を見ながら「やっぱり食べ過ぎているかな」と 	<ul style="list-style-type: none"> ・予想はしていたが、やはり生の食材や写真カードに対して反応がよい ・参加者の理解がよく、〇とり表もスムーズに書けている ・人に言われるより、目で見て歴然とわかることで、納得できるようだ ・やはり皆お酒やお菓子についての関心が高い

プログラム	実施したこと	スタッフの意図 (実施に際して留意したこと)	参加者の発言・反応	スタッフの気づき
オプション教室 「食態の実見」	<ul style="list-style-type: none"> ・昨日の食事を書き出してみる ・食事内容の分類について「〇いくつ？」 ・今回は「油、調味料、お菓子、お酒」に着目して行う ・自分の食事は〇いくつだったか点検する 	<ul style="list-style-type: none"> ・参加者が少なかったのでじっくり対応できた 	<ul style="list-style-type: none"> ・〇とり表は前回の記憶があるのかスムーズに記入できている ・「お菓子」については「えーっそんなにあるの…」と前回より反応が大きい ・「こんなに（〇が）多いって言われるばかりじゃ来ない方がよかったよ（笑）」と発言する人もいた 	<ul style="list-style-type: none"> ・参加者が少なかったので、来てくれた方も寂しそう ・「お菓子」特に甘い物に対する関心が一番高い ・今日の参加者は「油」をあまり使わない傾向が見られたが、参加者が増えればもつと違う傾向も見えてくるかもしれない
第3回の 「食態の実見」	<ul style="list-style-type: none"> ・計測、採血 ・昨日の食事を書き出してみる ・食事内容の分類について「〇いくつ？」 ・オプション教室の参加者が少なかったので、もう一度「油、調味料、お菓子、お酒」を ・自分の食事は〇いくつだったか点検する ・HbA1cの結果を返す 	<ul style="list-style-type: none"> ・今回初めての方にはスタッフがについて〇とり表の記入をした ・前回のメンバーを中心にグループ分けし、初めての方も入りやすいように工夫した 	<ul style="list-style-type: none"> ・第2回教室から3か月以上空いていたが、一度やった方はスムーズに〇とり表を書き込んでいた ・オプション教室の時と同様、「お菓子・お酒」については反応が大きい ・今回は油の多い人、お菓子の多い人、お酒はやめるつもりのない人…といろいろ ・全体的に検査数値が下がった方が多く、個々に意識していた様子 	<ul style="list-style-type: none"> ・参加者が多くなると、個々により好みも違い、反応も様々。それぞれの食の傾向が見えてくる ・参加者同士が声を掛け合い、教えている様子も見られた ・HbA1cはほぼ全員が下がった。それぞれの気づきや行動の変容もあった

プログラム	実施したこと	スタッフの意図 (実施に際して留意したこと)	参加者の発言・反応	スタッフの気づき
<p>第4回 「コーナー を・見習を 慣化する」</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・計測、採血 ・代表者の HbA1c の変化をグラフで見て、その間の生活について話をしてもらう ・自分の検査結果をグラフ化しながら、その間の生活について振り返る ・今日の検査結果を見ながら、今後の習慣化について考える 	<ul style="list-style-type: none"> ・代表となってくれる方は、なるべく変化が見えやすい方にし、インタビュー形式で話を聞いた ・どんどん話せる方はいいが、なかなか話せない方には、具体的な事実を引き出すような問いかけをしながら進めた 	<ul style="list-style-type: none"> ・教室が始まる前は何も意識することはなかったが、教室の案内をもらって「何かしなければならぬ」と思った ・周りに病気をすける人が増えてきて、自分も気をつけていなければ…と思っていたのでいきっかけになった ・検査数値グラフの上がり下がりを見ながら、自分の生活との関連に気がつくことができた ・今日の検査値は全員下がったか現状維持。その結果に自信を持ち、今後も続けていけそうという声が聞けた ・今後も集まれる機会があるといひの…張り合っいなくなっいしまっい声が聞けた 	<ul style="list-style-type: none"> ・代表になってくれた方は、お願いした時は尻ごみしている感じだったが、発表の時は伝えたいことがあるという様子だった ・参加者同士で、褒めたり、励ましたりする声掛けが自然にできていた ・今回までの結果がよい状態ではよかったが、今後の継続のためにも少しづつよかっと思っ

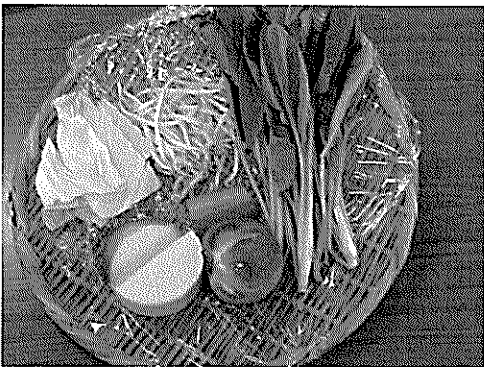


ご飯は茶碗にどの位で〇何個分なのかを表示しました



いろいろな食材にどの位の量で〇一つ分なのかを表示しました

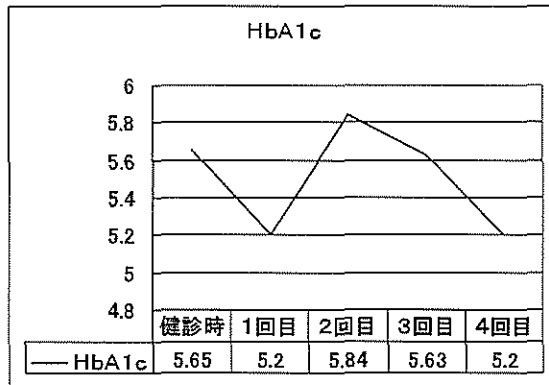
野菜は1日必要量350gをいろいろな種類をとり合わせて用意しました



3. 検査値の変動

【グループ支援モデル】

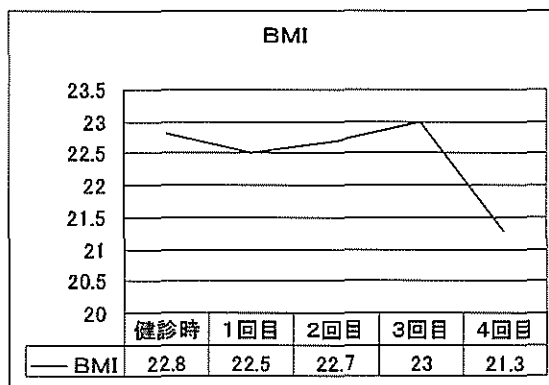
図1-1 HbA1cの検査値（平均値）の変動



HbA1cについてはH18年度健診時点からの変化を見たもの

教室の案内をもらった時点で「意識した」ということが、検査結果にあらわれている。また、4回目の教室に参加された方には悪化した方はいなかった。

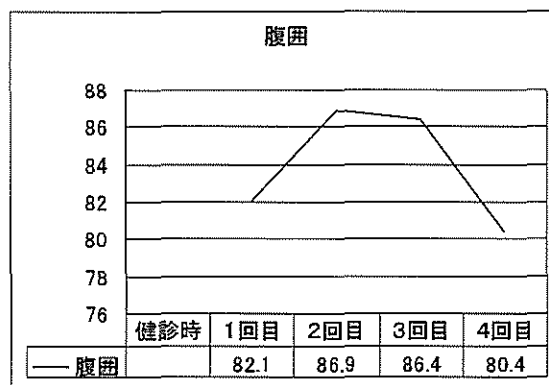
図1-2 BMIの数値（平均値）の変動



BMIについてはH18年度健診時点からの変化を見たもの

体重は個人でいつでも測定できるもの。それぞれのがんばりの目安として、体重を減らすことを目標としている人は多かった。

図1-3 腹囲の数値（平均値）の変動



腹囲はH18年度の健診で測定していなかったため、今回の教室開始時点からの変化を見た

体重と同様に自宅で測定可能な項目にもかかわらず、ここに浸透していない。

図2 検査値変動の内訳

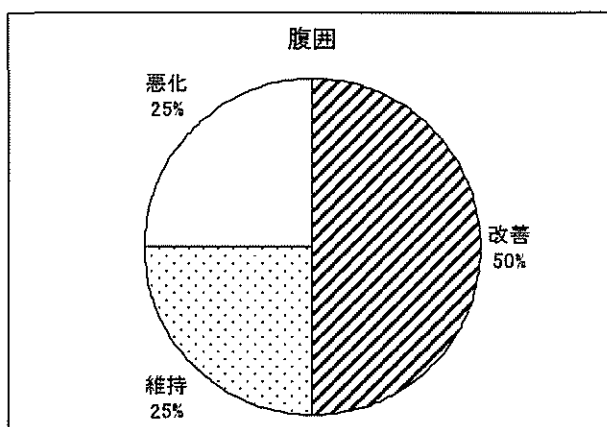
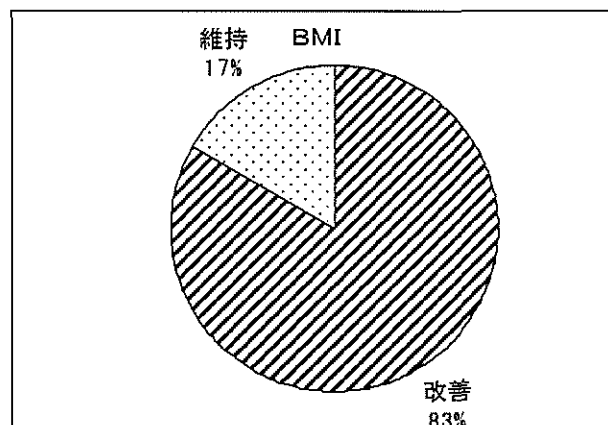
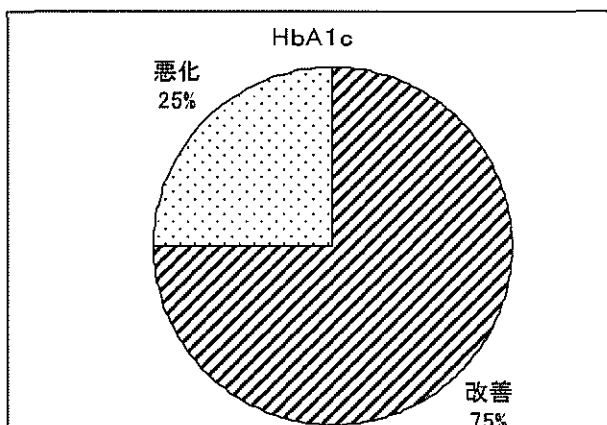
n = 12

		改善	維持	悪化
HbA1c	人数	9	0	3
	%	75	0	25
BMI	人数	10	2	0
	%	83.3	16.7	0
腹囲	人数	6	3	3
	%	50	25	25

図1の各検査・測定の平均値の変動と同様、HbA1cについては75%の方に改善傾向がみられた。体重（BMI）も全体に改善傾向にあり、最も減少した方は7kg減少した。

しかし腹囲は、計測の仕方や計測者により誤差が生じやすく、評価指標としていくことの難しさを感じた。

図3 検査値変動の内訳（グラフ）

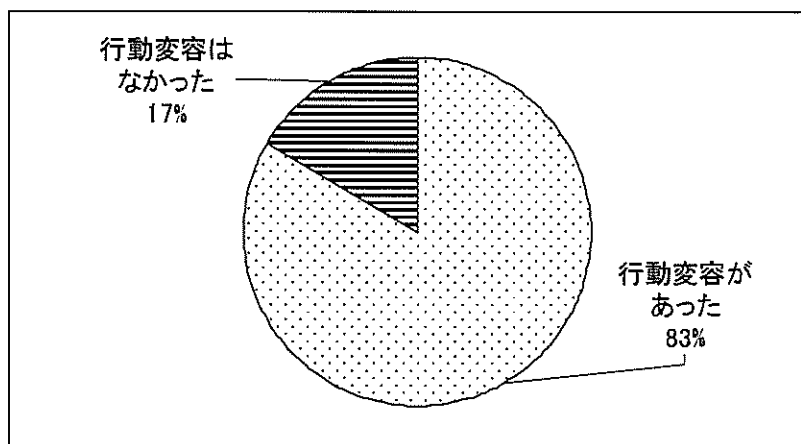


4. 参加者の行動・認識の変化

【グループ支援モデル】

1) 参加者の行動変容ステージの変化

図4 行動変容の有無



今回、参加者の行動変容を評価していく上で「標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」の行動変容ステージの定義を用いているが、グループワーク中心の小集団の中で、個々の評価をしていくことが難しかった。

毎回参加者の発言や表情等から、その人の思いを聞き取り、具体的に何をどのように取り組んでいるかを把握していかなければならないが、教室の中だけでは十分でなかったと思う。

結果として「行動変容があった」と評価された人が多いのは4回目の教室であり、

個々の変化についてじっくり聞く時間がとれたためであると思われる。2回目、3回目のプログラムの中では具体的な行動の変化について把握するのは難しかった。

2) 参加者の意識の変化

「標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」の行動変容ステージでは、①行動を起こす意思の有無、②行動を起こすまでの期間、③行動し始めてから継続の期間に着目しているが、今回のプログラムを振り返る中で、具体的な行動の起こらない「自分の生活や習慣を意識する」ということが行動変容の第一歩であると思われる。

通信（資料1）を個別に毎回送付することや、「〇とり表」（資料2）を記入しながら自分の食生活を振り返ることは、その「意識」の部分に大きく働きかけていると思われる。この結果、アンケートの中で全員が「今まで意識してい

なかった自分の生活や習慣を意識できた」と答えている。

また、今回の教室の中では「〇〇した方がいい」「〇〇はやめた方がいい」というような直接的な指導はしなかったが、「間食をしなくなった」「体重を測るようになった」などの変化が見られており、参加者自身が考えて行動が変化していることがわかった。

考 察

【グループ支援モデル】

1. 対象者への通知方法について

「手紙をもらった時に何かしなければいけないのかなと思った。」と発言する人が多く、対象者全員に毎回案内（通信）を送付するという方法は、参加者の「意識」の変化を促す上で効果的であったと思われる。

2. 事前訪問について

今回のプログラムに取り組む第一段階として、糖尿病のケースに①病気の経過②病気に対する認識や思いを聴く訪問を行った。この経験は、保健師や栄養士にとって、対象者の生活実態を知る貴重な経験だった。

複数のケースの話の聴く中から共通するような経過について知り、予防活動へとつなげていくことや、当事者の思いを知る中で一方的な指導にならないような取り組みをしていくことなど、今後の活動に生かしていきたい。

3. 教室の運営について

スタッフがファシリテーターとしてグループの中に入り、参加者の気づきを促したり、意見を引き出す役割を担った。こうしたグループワークは一方的な知識を伝授する方法と違い、参加者自身が発言し気づいていけるという効果が期待できる。参加者にとって、これまでの個別健康教育より小集団で「聴く」「話す」体験は有意義であったと思われる。

ただ、ファシリテーターとして小集団に関わる時に、個々の状況把握が十分にできなかったという反省点も残る。

4. 教材・媒体について

これまでの教室の中でも、参加者が書き込みをしたりするような体験を通し、自分の生活の振り返りができるような工夫はしてきたが、今回はそれに加え、参加者にとってわかりやすい媒体づくりに力を入れた。

食事の部分に関しては、これまで難しく思われがちなカロリー、単位という表わし方を「〇ひとつ」という表現に替えて行ったことで、参加者にとってわかりやすいもの（取り入れやすいもの）になったと思われる。

また、生の食材や実物に近い写真カードなど、より具体的で、視覚に訴え、記憶に残るような媒体を作っていくことで、参加者の関心も高まったと思われる。

5. HbA1cなどの検査をツールとして使うことについて

短期間の教室では、どれだけ理解し、行動が変化したかを評価することが難しかった。今回の教室では、毎回体重・血圧の測定、血糖値・HbA1cの検査（即時検査）を行うことで、参加者が自身の生活と検査値のつながりについて気づき、考えていくことができた。特にHbA1cを検査することで、前回の教室からの変化が連動して見るができるため、効果的だったと思われる。

このことは、教室の評価だけでなく、参加者にとっても継続していく励みとなったようである。

6. 教室の回数・期間について

「食の実態を見る」部分はボリュームがあるため、当初の計画の回数では足りなかった。「食」に着目した内容であればもう少し回数を増やし、繰り返して行く必要があると思われる。気づきを促したり、習慣化させ定着していくことを期待するには回数が不足していた。

1年間の計画で行ったが、参加者からは「もっと続けてほしい」「これで終わると張り合いがなくなる」など継続を望む声が多く聞かれ、可能であれば2年間のスパンで実施していくことが望ましいと考える。

ま と め

今後本市では、保健指導に関わる業務がなくなり、広い範囲の対象者にポピュレーションアプローチを行っていくことになる。健診を受けたり、こうした教室に参加する方は、その時点で意識したり、行動を起こしたりすることができる方である。まだ、そこに至らない（未受診も含め）方に、いかにして意識してもらえるようなアプローチができるかが今後の課題となってくる。

今回のプログラムに取り組み、対象者の実態を知ること、教材や媒体の工夫、小集団でのグループトークの有効性など、多くの気づきや学びがあった。このことは保健指導の基本であり、形は変わっても今後の活動に生かしていけるものにしたい。

ベストコントロール通信 vol2

資料1

暑かった夏も過ぎ、ようやくのぎやすい季節になりました。食欲の秋！(^_^;)食べすぎではありませんか？前回から『ベストコントロール通信』として、教室の内容の振り返りや、参加された方の声をたくさんの方々に発信しております。教室にいらしていない方にも教室の様子が伝わり、皆さんの役に立つような情報を発信したいと思っております。



第2回ベストコントロール教室を開催しました(^_^)

8月28日(火)第2回の教室を開催しました。今回6名の方が初めて参加してくださいました。

前回の拡大スタッフ会議でも意見が出されていたように、「どのくらい食べてもいいの？」「自分の食べている量はこれでいいの？」という疑問を解決するために、今回はたくさんの教材(食べ物の写真など)や実際に食品を並べ、それぞれの食べている量・1日に食べられる量のめやすについて学習しました。

ステップ1

☆昨日の食事を思い出し、献立・食材を書き出してみよう。

ステップ2

☆摂取する栄養量(カロリーや単位でなく)を○であらわし、一日に○をいくつ摂ってよいかを学習しました。(今日は油と調味料は入れません。)

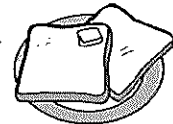
☆自分が食べた食品を7つのグループに分け、それぞれに○いくつずつ撰っているか、写真や実際の食材を見ながら確認していきました。



ご飯1杯なら○
何個分？
ご飯の仲間は意外とたくさん食べていいんだね。

ご飯・パン・めん類・いも・かぼちゃなど

ご飯と同じ仲間だけど、パンは6枚切だと○いくつなの？



魚・肉・卵・豆腐・大豆製品など



くだもの



牛乳・ヨーグルト



野菜・海草・きのこ・こんにゃく

これだけ食べても大丈夫なのね...でも野菜はたくさん食べるの大変。あれ？お酒やおやつはどうなるの？



参加者の皆さんから

- ・「〇何個分」というあらわし方がわかりやすかった。
- ・本物の食材や、写真カードがあるととてもよくわかる。
- ・写真カードが家にもあるといいなあ
- ・今日のところはわかったが、油や調味料のことも知りたい。

ということで、油と調味料のことについて学習するオプションの教室を開催することにしました。

① オプション教室のご案内

日時：11月1日（水）午後1時30分～
 今回は計測・採血はありません。

会場：港南区役所4階 母子健康相談室（③番の部屋）

オプション教室に来られなくても…

これまでに参加されなかった方も大歓迎です。どの回から参加されても大丈夫。多くの方の参加をお待ちしています。

② 3回目教室のお知らせ

日時：12月6日（木）午後1時～ 受付開始
 受付をされた方から順番に計測・採血を行います。

会場：港南区役所4階 母子健康相談室（③番の部屋）

問い合わせ・連絡先：港南区福祉保健センター 健康づくり係
 TEL：847-8435～8438 保健師・栄養士

4. ちよい糖^とやってみません会

大阪府東大阪市

目的

地域住民が自らの生活習慣を見直し、行動変容を起こすことで健康のレベルアップを図る。また、職員の保健指導の質の担保と人材育成を行うことで今後の生活習慣病対策を充実させる。

地域概要および特徴

東大阪市は、大阪府のほぼ中央部に位置し、西は大阪市、南は八尾市、北は大東市と接し、東は生駒山系で奈良県と境を接する、面積 61.81 平方 km、人口約 51 万人の中核市である。市の東部は金剛生駒国定公園に指令された生駒山系を持ちハイキングコース等も整備された自然のほか、市内には神社や寺院 建造物などの歴史的観光資源も多い。また、日本有数の中小企業の密集地であり、高い技術を持った零細工場が多数集まっている。面積に対する工場の割合では全国 1 位、また工場の数も政令指定都市を除くと 1 位である。

人口	510,022 人 (H19.12)
世帯数	225,270 世帯 (H19.12)
高齢化率	19.8% (H19.3)
出生数	4,279 人 (H18)
死亡数	4,010 人 (H18)

基本健診受診者対象者数 107,744 人 (H18)
受診者数 40,404 人 (受診率 37.5%)

基本健診結果
異常なし 4,562 人
要指導 21,977 人
要医療 13,722 人

要指導の疾患別割合
高血圧 58.2%
総コレステロール 38.2%
耐糖能異常境界域 3.2%

I 日本看護協会版「グループ支援」

事業概要

1. 対象者

選定条件	中保健センター管内在住で基本健診受診者うち ①65歳未満②HbA1c5.2～6.0%または空腹時血糖100mg/dl以上 ③BMI23以上④収縮期血圧160mmHg未満かつ拡張期血圧100mmHg未満 ①②を必須にして2項目以上に該当し、治療中でないもの								
呼掛け方法	個別通知と電話で勧奨およびちらしについてのアンケート その他市政だより、ちらしで募集								
	選定対象者数(人)			申込者数(人)			参加者数(人)		
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計
対象者	59	115	174	6	23	29	7	27	34

174人に個別通知した中から18人、ちらしより6人、市政だよりから5人、計29人の申込みがあった。初回から参加した人は24人、途中から参加した人は、ニュースを見て参加した人6人、参加者からの勧誘の2人の計8人があり、参加実人員は合計して34人であった。

2. 実施体制

1) 業務担当・従事者

常勤（中保健センター保健師4・栄養士1・医師1、健康づくり課保健師1）

雇用（看護師1、地域活動栄養士会会員4）

2) 実施場所

中保健センター

3) 事業形態

グループトークを中心にした教室形式4回、試食を入れた追加の食事学習会2回

教室参加者を入れた拡大スタッフ会議2回

身体計測・血液検査・生活調査4回

教室に参加しなかった人を含んでニュース送付4回

結果

1. 実施結果

年月日	経過	スタッフ数(人)					参加者(人)			所要時間 分	事前お便り・案内・呼びかけ等	備考		
		保健師	看護師	栄養士	医師	その他	計	男性	女性				計	
3/	事前スタッフミーティング	5		1	1		7			0	300			
2007/3/30~4/5	事前訪問及び事例検討会	15		2			17			0	900			
5月7日	第1回スタッフミーティング	5		1	1		7			0	360	案内発送 市政だより 勲奨		
6月13日	血液検査	5	1	1			7	6	26	32	180		スタッフも採血	
6月19日	第1回プログラム「プロセスを見る」	5		3	1		9	5	19	24	4	120		
7月3日	第2回スタッフミーティング	5		1			6			0	360	ニュース第1号発行(7/)		
8月9日	拡大スタッフ会議	5		4			9		3	3	1	120		
8月21日	第2回プログラム「食の実態を見る」	5		4		3	12	4	22	26	4	120	ニュース第2号発行(9/10)	
8月7・8日	採血・計測	5	1	1	1		8	4	20	24		180		スタッフも採血
9月18日	第2回-2プログラム「食の実態を見る」	5		4		1	10	4	19	23	4	120		栄養士学生見学
9月28日	第3回スタッフミーティング	5		1			6			0	240			
10月2日	拡大スタッフ会議(コントロールを見る)	4					4		4	4	1	90		
10月2日	スタッフミーティング(バイキング打ち合わせ)			3			3					60		
10月11日	第2回-3プログラム「食の実態を見る-バイキング-」採血・計測	5	1	3		栄養士学生3	12	4	21	25	4	165		スタッフも採血
10月16日	第3回プログラム「コントロールを見る」	5		3			8	5	20	25	4	120		
10月24日	第5回スタッフミーティング	5		1			6			0	120	ニュース第3号発行(10/25)		
12月4日	採血・計測	5	1	1	1		8	4	17	21		180		スタッフも採血
12月11日	第4回プログラム「習慣化を見る」	5		4			9	4	19	23	4	120		
1月15日	第6回スタッフミーティング	4					4			0	120	ニュース第4号発行(1/29)		
2月14日	採血・計測	5	1	1	1		8	3	16	19		180		スタッフも採血
2月19日	同窓会「血液検査結果返却と運動実習」	4		1			5	3	14	17	4	150		

2. 活動経過の振り返り

日 時	平成 19 年 6 月 19 日 (火) 13 : 30 ~ 15 : 30	
テーマ	第 1 回 プロセスを見る [ニュース第 1 号参照]	
実施内容	参加者の発言・反応	スタッフの関わり・気づき
①教室概要説明 ②事例紹介 ③グループトーク 【事例を聞いた感想】【自らを振り返ってみてどう思うか】 ④タックシールに取り組みたいこと、知りたいことを記入 ⑤HbA1c の説明 ⑥血液検査結果の返却 ⑦拡大スタッフ会議参加者の募集	<ul style="list-style-type: none"> ・事例紹介は興味深かったようで、熱心に聞いていた。 ・グループトークでは、事例紹介の感想よりも自分の身近な人の合併症や普段感じていた疑問・自分の生活習慣や健康度について活発に発言していた。 ・グループトークの発表は、自分が話したことを発表したらいいということで、リラックスして発表していた。 ・「何をどれくらい食べたらいいか知りたい。」「ウォーキングに行きづらいので、室内でできる運動を教えて欲しい。」という意見もあったが、全体的には「何をどうしたらいいかわからない。」など具体的な意見は出にくかった。 ・自分の HbA1c の値を意識していなかったが、後で自分の値を知ってどの位置にいるのか確認した人が多かった。 ・数値区分について、自分は大丈夫だと思っていたのに要注意域にあり、考え込んでいた人がいた。 ・健診時と比べて良くなっている人が多かったが、意識して生活習慣改善した人は少なかった。 ・各グループから 2 人ずつ参加者が選出された。 ・教室が始まる前に、「教室はいろいろ言われるで」と聞いていた人が、教室終了後「おもしろかったわあ。」と笑顔で帰られた。 	<p>批判的・指導的にならないようにし、“何を話してもいい場”と感じられるよう気をつけた。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事例紹介がよい呼び水になり、グループワークでの活発な発言につながった。 ・自分がこれから取り組んでいくために何が必要か、という具体的なイメージと気持ちがまだもちにくいようであった。 ・事例紹介・グループトークまでは「自分は大丈夫。他人事だ。」と感じていた人が、自分の HbA1c 値の示している位置が明確になり、にわかに他人事ではなく感じられたようだった。 ・拡大スタッフ会議のイメージがしにくく希望者が少ないかと予想していたが、すぐに参加者が決まった。グループトークでのいい雰囲気やグループトーク発表やスタッフ会議参加という積極的参画につながったと思われる。

日 時	平成19年8月21日(火) 13:30~15:30	
テーマ	第2回-① 食の実態を見る 【ご飯】～【果物】 [ニュース第2号参照]	
実施内容	参加者の発言・反応	スタッフの関わり・気づき
①待ち時間に各自のご飯量測定	<ul style="list-style-type: none"> ・自分で普段の茶碗の大きさを選び、普段のごはん量を計る。ご飯の量の比較で盛り上がっていた。 ・スムーズに記入していた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・1食のご飯量少ない。100~150g 程度の人が多かった。
②食事の書き出し	<ul style="list-style-type: none"> ・『今日はたまたまこうだった。』という発言多かった。 ・菓子パンが菓子の分類に入ることに驚いていた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・食事内容が貧弱で、食品数が少ない。その分、間食や果物・嗜好品で満足感を補っているようである。夫婦2人の生活の人が多く、子どもの独立に伴ってあまり手をかけて料理をしなくなるのかもしれない。
③分類分け	<ul style="list-style-type: none"> ・〇の数にはその度驚いていた。特に菓子パン・中華麺・素麺・さんま等 	<ul style="list-style-type: none"> ・食事の摂り方は個人差が大きく、多様な傾向があることがわかった。
④〇換算 各自の〇の量の過不足をみる 【ご飯】～【果物】	<ul style="list-style-type: none"> ・「ご飯の量、もっと食べてもよいということがわかった。」 ・「蛋白質はしっかり摂らないといけなそうと思ひ、摂りすぎていた。」 ・「果物は体によいのでたくさん食べていた。」 ・「野菜が少なかった。つけてみるとすぐわかる。凄いなと思った。」 ・「努力しているつもりだったが、つけてみると食べ過ぎていた。」 ・「芋とご飯が同じ分類なら、芋を食べたらご飯は少なめにしようと思った。」 ・自分の事より知人の話に終始する人がいた。促すとようやく自分の話に。 ・「食養生が大事だとわかっているけど、なかなかできない。」 ・「運動・食事に気をつけているのにHbA1cが変化なかったのはなぜ？」 ・「体重が3kg減ったのに変化がない。」 	<ul style="list-style-type: none"> ・“蛋白質はしっかりとらないといけなそう” “ごはんは太るから少なめに” などの思い込みがある。主菜を多く摂っているにもかかわらず、それを自覚する発言は少なかった。 ・スタッフが感じるその人の問題点と本人の気づきにずれがある。他のグループ員の発言の中にヒントがあったが、考えを修正するまでには至らなかった。各人の気づきを充分出してもらった時間がなかった。
⑤グループトーク		<ul style="list-style-type: none"> ・答えを直接せず、グループから意見が出るように心がけた。 ・何もしていないという発言が多かったが、実際には参加以前からの取り組みで、本人の意識に上がっていない部分もある。 ・気づいてもらうためのヒントをどこまで伝えるのか・どんな提供の仕方がいいのか難しいと感じた。 ・食事の問題が非常にストレスになっている人がいる。
⑥検査データ返却・グループトーク	<ul style="list-style-type: none"> ・「前はHbA1cが高いことがわかり、今回は食事を取りすぎていることがわかった。今日から食事を変えていきたい。」 	
⑦ライフコーダの説明		

日 時	平成19年9月18日(火) 13:30~15:30	
テーマ	第2回-② 食の実態を見る 【菓子】～【調味料】	
実施内容	参加者の発言・反応	スタッフの関わり・気づき
<p>①全体で食事記録表に取り組む</p> <p>a 復習</p> <p>b 【菓子】～【調味料】</p> <p>②サラダにお好みのドレッシングをかけて食べる。</p> <p>③グループトーク</p> <p>・食事記録をつけてみてどうだったか。</p> <p>・教室に参加して変わったことは?</p> <p>④連絡事項</p> <p>拡大スタッフ会議・バイキングお手伝いの募集</p> <p>⑤ライフコーダの結果返し</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・今回は予定にない追加の日程だったが、前回参加者のほぼ全員が参加された。 ・早くできる人とスタッフの協力が必要で時間がかかる人があった。 ・「つけてみるとよくわかるので、よかった。」 ・揚げ物に含まれる油の量・菓子の〇量に驚いていた。 「間食は食べられへんなあ。」 ・揚げ物は食べないという人もあった。「高カロリーだし、あまり油ものは食べない。年齢的に欲しくない。」 ・ノンオイルのものをかける人が多かった。 ・アルコールは減らしている人が多いが、中にはやめられない人もいる。 ・前回まで自分には関係がないと言っていた男性が、前回以降禁酒など食生活を改善され、次回のお手伝いにも参加してくれるまでになった。 一人一人が自分の事を十分に話せるようにグループトークの時間を多めにとった。 ・スタッフ拡大会議希望 6人 ・バイキングお手伝い希望 13人 ・欠席した人も、参加する友人にライフコーダを預けて提出した。 ・成績のよい人を3名先に発表し、運動量の多い順に三段階で返却。 <p>時間がなかったため、ライフコーダの結果の見方の説明は、グループ内や質問があった個人に対応することになった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・今回の出席率の高さは、前回のプログラムが参加者の主体的参加により面白みが実感できたからと思われる。 ・全体として時間がかかったが、復習ができた。自分でできるよう見守った。 ・子どもが巣立ち夫婦二人になった人は、揚げ物は自宅で作るのではなく、買っている人や外食で食べる人が多い。家族の形態によって食も変化していく。 ・前日が連休末日で敬老の日でもあったため、普段と量や内容が違う人が何人かあった。 ・実際よりもドレッシングを控えめにかけていたようである。 ・【1日の食事振り返り】のねらいに気がついている人とわかりにくい人とが、はっきりしてきた。 ・男性の行動変容は、こちらが指導したわけではなく、主体的に行われた。 ・言葉として表現しない、あるいは「できそうにない。」と表現するのは、しないということではないとわかった。言葉で表現しなくても、気持ちの中では変化が起こっていると思われる。スタッフは批判したり指導したりしない関わりが大切である。 ・運動にすでに取り組んでいる人にとっては、励みになった。 ・運動への行動変容のステージが様々な段階では、成績順の返却より結果の見方の説明だけの方がよかった。

日 時	平成 19 年 10 月 11 日 (火) 9:15~12:00	
テーマ	第 2 回一③ 食の実態を見る 【バイキング】	
実施内容	参加者の発言・反応	スタッフの関わり・気づき
①採血・計測 ・体組成測定 ・血圧・腹囲 ・採血 ②採血、計測が 終わった人か ら栄養室で盛 付けをする。 ③バイキング ・主菜は半〇の 物を 5 品用意 (3 品選ぶ) ・副菜は 70g の ものを 5 品用 意(2 品選ぶ) ・汁物はすまし 汁 ・主食は白ご飯 のみ ④食事開始 ⑤バイキングの 説明 ⑥グループト ーク ・モデル的な 1 食分のバイキ ングをしてみ ての感想 ・前回学習後、 食生活・運動 面で変わった こと	<ul style="list-style-type: none"> ・今回は採血・計測の日に予定のない追加のプログラムだったが、前回参加者のほぼ全員 24 人が来所し、仕事のある 3 人以外はバイキングに参加した。 ・本日より採血検査のみ参加したいという人がいたが、保健師の誘いとその場の楽しそうな雰囲気バイキングプログラムに飛び入り参加され、次回からも参加されることになった。 ・お手伝いに参加した人は、調理方法を教えあいしていた。 ・好きなものを各自取っていたが、主食の量が少なく、かぼちゃの煮物をあまり取らなかった。 ・「こんなにも食べれるの！品数が多く豪勢だね。」「普段はそんなにおかずの品数は食べない。」 ・食事記録表を記入してあまり食べられないと思っていたが、調理の工夫によって量的にも質的にも思った以上に食べられることがわかった。 ・「ゆっくりと食べるようにしている。」「薄味なのにおいしい。香辛料や調理工夫まで考えるきっかけになった。」 ・使われている砂糖の量や油の量が少ないことに気がつき、調味料の使い方の工夫や調理方法によっても、〇量が抑えられることがわかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・体組成測定では運動によく取り組んでいる人であっても、思った以上に脂肪量が多く筋肉量が少ない人が数人いた。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>調理や盛り付けを手伝うことで、半〇の量や減塩・油を控えるコツを体感できるようにした。</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> ・見た感じで、たくさん食べられるメニューから品がなくなっていく。 ・『豆腐ステーキのキノコソース』が見た目も多く、取っていく人が多かった。『イカとエビの辛味ソース和え』が早くなくなった。『豚肉のチンジャオロウスー』が残った。 ・ご飯 150g のものを用意していたが、100g に減らす人がいた。150g 以上の人はいなかった。ご飯の量が少ないのが気になった。 ・取った料理の中で、油の総量が理解できていたか不明である。 ・自分の食事と対比する事がねらいであったが、具体的にメニューを示したことでよくわかったようである。 ・具体的に献立を示し、作ったり食べたことで、自分の食生活を振り返り、今後の食生活にいかすことができ、行動変容につながると思われた。 ・食べながら、日ごろの取り組みを話題にしていた。 ・今日のバイキングの野菜を 1 日の量と思い込んで摂っており、自分の野菜摂取量の少なさに気がついた人もいた。

日 時	平成 19 年 10 月 16 日 (火) 13 : 30 ~ 15 : 30	
テーマ	第 3 回 コントロールを見る [ニュース第 3 号参照]	
実施内容	参加者の発言・反応	スタッフの関わり・気づき
①参加者 2 名の HbA1c の経過グラフ発表	・熱心に聞いていた。	発表者には事前にインタビューをして、自分の言葉で話してもらえようにした。
②グループトーク ・検査データを返し、HbA1c の経過表を作成する。 ・グラフを見ながらその時々生活を話し合う。	・大きな変化のない人が多く、何が あったかが思い出せない人もあった。 ・運動量を増やしたり、食事量や間食を減らしているにもかかわらず、HbA1c 値に変化が見られないので、がっかりしている人もいた。 ・生活の振り返りでは、何に気をつけているかの話で盛り上がった。	・第 1 回目の事例紹介より身近に感じられていたようだ。 ・HbA1c 値に変化がなくても維持することが大事である。 ・過食・運動不足によるものではなく、HbA1c 値の高い人がいることに気がついた。その人への対応が必要と思われる。 ・グループ員の実践状況と効果を聞くことで、まだ実行していない人は刺激され、やってみようという気持ちになったようである。 ・意識して振り返ることで気づきが得られる。
③HbA1c について説明		
④メタボリックシンドロームの説明		
⑤メタボ氷山の表作成(健診結果からメタボの状態を知る。)	・今までの検査結果を見ながら表に当てはめていくが、自分がメタボリックシンドロームの範疇であることに初めて気がついた人もあり、インパクトがあった。	・血糖だけしか見ていない人もメタボの指標として HbA1c 値をみていくことができたことがわかったと思う。
⑥グループトーク ・自分のメタボの段階を確認し自分の生活を振り返る	・ウォーキングをしていたら大丈夫だと思っており、メタボ状態になっていることが意識できていなかった人もあった。 ・今まで以上に、運動や食事に気をつけないといけないと気づいた人もあった。	・人によって、代謝のしくみ等の理解度は違い、何度か説明する必要性を感じた。 ・HbA1c 値の変化と、メタボリックシンドロームの状態の両方を一度にしたので人によってはわかりにくかったように思う。4 回目にも再度おさえる必要があると思われる。 ・自分で書き込むことで初めて自分の状態が意識でき、具体的にイメージできることがわかった。

日時	平成19年12月11日(火) 13:30~15:30	
テーマ	第4回 習慣化を見る	[ニュース第4号参照]
実施内容	参加者の発言・反応	スタッフの気づき
①前回の復習とエネルギーの収支の話	・熱心に聞いていた。講話形式だが、対話型の講話になった。	・エネルギーの収支のところで運動と食事の関係が復習され、食べすぎ・運動不足の認識ができたと思われる。
自分の体の中で起こっていることをイメージしやすいように視覚的媒体(血管モデル・脂肪モデル)を使った。		生活習慣改善の効果を HbA1c だけでなく他のデータでも見られるよう氷山を活用。
②血液結果・ライフコーダレポート返却	・自分のデータと近くの人との比較や振り返りをしていた。	・氷山の山が低くなったり、消えていたり効果が出ている人が多かった。
③ HbA1c 経過表・メタボ氷山生活習慣確認表記入 今までの教室の経過・全体の結果について説明	・体重の減少があったにもかかわらず、HbA1c の改善がみられない人が多く、「なぜだろう?」という発言が多く出た。 ・生活習慣確認表で教室開始時と現在を比較したところ、自分が思っていた以上に改善していたと気づいた人がいた。	・生活習慣の改善は、HbA1c だけではかるのは難しい。他の血液検査データを併せてみていく方が変化しやすく、励みになると思われる。HbA1c の改善は長期にみていかないと出にくいように思われる。
⑤グループトーク ・記録表をつけての感想 ・最近の生活(普段の1日の流れ)を語る ・どう継続していくか	・「これで終わると思うと残念だ。」 ・「ライフコーダがあると歩かなければと思えるのでよく動けた。1日1万歩と決めていて歩けないと、外に出て歩いた。」 ・次に集まるという発想には至らず「集まる機会があれば来ますか。」と問うと「集まりたい。」という反応あり、それを聞いて、すぐにほとんどの人から「また集まりたい。」という意見が出た。	・参加者の年齢が高いこと・HbA1c の値が5%前半の人が多いうということもあって変化が見られにくかったと思われる。 ・自分の結果と、全体の結果とを比べて聞いていた。 ・教室が終了するので残念だと思う人が多かった。 ・みんなの話を聞いて、これから頑張ろうと思ひ、継続を希望した人もいる。
⑥グループごとの発表 ・今後について2月頃に同窓会を行う予定	・他のグループでは、既存グループ参加者が「継続の秘訣は健康仲間との交流。」と発言したことで、「また集まりたい。」という意見になった。	行動変容のステージが移行する時期・契機は人それぞれであり、ようやく実行期に移行する人もあることから一定期間かかわる必要性を感じた。 また維持期にある人への動機づけの場としても継続的な教室があることが望ましい。

日 時	平成19年8月9日(木) 9:30~11:30	
テーマ	拡大スタッフ会議 1回目 食の実態を見るに向けて	
実施内容	参加者の発言・反応	スタッフの関わり・気づき
①今回の趣旨説明 ②教室後どんな風に過ごしたか ③今後、やりたいこと ・前回実施のKJ法を提示 ・食事の取り上げ話し合う ④記入例を示し、全員で食事記録表を記入 ⑤ご飯の計量	<ul style="list-style-type: none"> ・各グループから一人ずつぐらいの出席意思表示があったが、3人のみの参加であり、スタッフの方が多かった。 ・健康情報を得ているパンフを持参提示して、話をした方もいた。 ・自分のこと、痩せるためにこんなことをやっている等日々努力していることを自由に話してもらった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・スタッフの数が多く、参加者に緊張感をあたえてしまった。 ・テーマを食事にする、次回の内容に向けて、反応や習熟度合いをつかむということに意識がいったしまった。 ・「皆さんが主体です。」というだけでなく、自分の事を話し、参加することで、自分自身の活動につながっていくと思われる。 ・献立や量をどのくらいのスピードで記入できるか、理解されるか確認したいという思いがあった。
日 時	平成20年2月18日(火) 13:00~15:00	
テーマ	拡大スタッフ会議 2回目 コントロールを見るに向けて	
実施内容	参加者の発言・反応	スタッフの関わり・気づき
①糖代謝の話 ②メタボチェック表に記入 ③食事の変化は? ④バイキングのメニューの希望	<ul style="list-style-type: none"> ・ 難しい。 ・ 嗜好品を控えた。 ・ 朝と昼の野菜が不足している。 ・ 外食は食べ過ぎる。 ・ きのこご飯の提案が出たが、塩分が多いと参加市民自らの意見で見直した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 意見をもらった上でプログラムを組み立てなおす必要を感じた。より理解しやすい形に内容を反映させた。 ・ 実際に自分の一日の食事内容を記入して、気づきを得て、変化へと動き出している。 ・ 自分たちの中で考え、具体的にこうしようという雰囲気が出てきた。

3. 検査値の変動

図1:HbA1c 平均値の変動

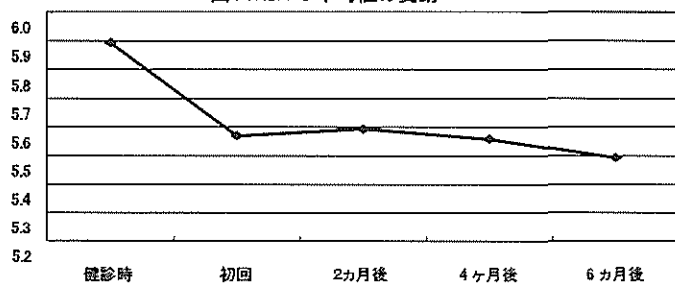


図2:体重平均値の変動

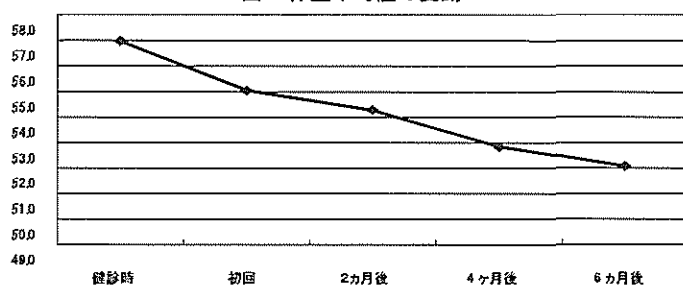


図3:腹囲平均値の変動

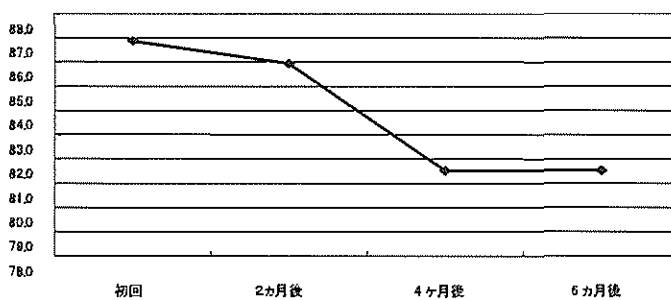


表1:教室前後の3項目の変化 (N=21)

	改善	維持	悪化
HbA1c	6人 28.6%	6人 30.8%	9人 42.9%
体重	17人 81.0%	0人 0%	4人 19.0%
腹囲	17人 81.0%	3人 14.2%	2人 4.8%

表 2 : 教室前後の平均値の変化 (N=21)

	開始時平均	終了時平均	差	対応のあるT検定(両側)
体重	57.9	55.0	-2.9	**
BMI	24.3	23.1	-1.2	***
腹囲	88.2	83.1	-5.1	***
FBS	104.1	104.2	+0.1	
HbA1c	5.48	5.47	-0.01	
中性脂肪	131.4	116.0	-15.4	
HDL	63.6	68.8	+5.2	**
LDL	141.6	140.4	-1.2	

4. 参加者の行動・認識の変化

1) 生活習慣確認表から

生活習慣確認表(資料1)の25項目について、頻度別に記入してもらった。

「ほぼ毎日実行している」を5点、「週4~5日実行」を4点、「週2~3日実行」を3点、「週1日実行」を2点、「週1日未満で実行していない」を1点として各項目平均を出して教室の開始時と終了時と比較した。(生活習慣確認表を教室の前後で記入した者26名)生活習慣確認表の教室開始時の段階で、すでに実行している人が多かった項目は、

- ・1日3食規則正しく食べる(4.75点) ・タバコは吸わない(4.45点)
- ・睡眠時間をしっかりとる(4.43点) ・休肝日をつくる(4.43点)
- ・夕食後に食べない(4.29点)であった。

あまり実行できていなかった項目は

- ・ウォーキングなどの運動を仲間と一緒にしている(2.32点)
- ・買い物は歩いていく(2.43点) ・運動のための時間をとっている(2.68点)
- ・1日30分以上早足で歩く(2.83点)・腹八分目にする(3.13点)であった。

教室開始時、喫煙している者は3人あり、終了時も変化がなかった。

教室開始時、飲酒している者は7人であったが、終了時5人が減量していた。

表 3：生活習慣確認表 教室前後の変化 (N=26)

	項 目	開始時平均	終了時平均	差	改善者数
食 事	腹八分目にする	3.13	3.96	0.83	11
	味付けは薄くしている	3.43	4.57	1.14	12
	早食いをしない	3.79	3.96	0.17	8
	夕食後に食べない	4.29	4.71	0.42	7
	食品の組み合わせを考えている	4.30	4.13	△0.17	3
	野菜をしっかり食べる	4.09	4.00	△0.09	4
運 動	買い物・通勤は歩いていく	2.43	3.13	0.70	10
	エレベーターより階段を使う	2.95	3.55	0.60	10
	30分以上早足で歩く	2.83	3.25	0.42	8
	運動を仲間と一緒にしている	2.32	2.95	0.63	8
	運動のための時間をとっている	2.64	3.45	0.81	9

2) ライフコーダについて

ライフコーダは2回目の教室で配布したが、教室に参加する前から、すでに1万歩以上歩いている人が10人いた。装着後1週間の平均歩数が9621歩であった。終了前1週間の平均歩数は9946歩に増加していた。

3) 「ちょい糖やってみませんか会ニュース」の送付に関する意識調査

ポピュレーションアプローチを展開するために教室未来所者にも「ちょい糖やってみませんか会ニュース」を送付した。その効果を見るために、教室未来所者を対象にアンケート調査を実施した。4回目のニュースとともにアンケート(資料2)を同封した。162名に送付し、返送が27通あった。締め切り後、未返送者に電話による聞き取り調査を実施し、32人から回答を得た。計59人で36.4%の回収率であった。

アンケート調査で、回答を得た59人の中で、「ちょい糖やってみませんか会ニュース」を送ったことに対して「良かった」と答えた者23人(39.0%)、「どちらでもない」と答えた者20人(33.9%)、「知らない」3人、「読んでいない」10人、「記入なし」3人で合わせて16人(27.0%)であった。

また、「気持ちの変化」あり23人(39.0%)、「生活の変化あり」16人(27.1%)、「身体の変化あり」11人(18.6%)であった。「ニュースが定期的に届くことで、健康への取り組みにおいて励みになったか」については、励みになった者が、23人(39.0%)いた。

ニュース送付に対して良かったかどうかと、気持ちの変化、生活の変化、身体の変化、励みについてクロス集計を行った(表4)。

表4：ニュース送付に関する意識調査 (N=59)

	計	気持ちの変化			生活の変化			身体の変化			励み		
		あり	なし	不明	あり	なし	不明	あり	なし	不明	なる	ならない	不明
良かった	23	20	2	1	13	8	2	9	14	0	17	3	2
どちらでもない	20	3	16	1	3	16	1	2	17	1	5	8	7
いない	3	0	2	1	0	1	2	0	1	2	0	1	2
読んでいない・不明	13			13			13			13			13
計	59	23	20	16	16	25	18	11	32	16	22	12	24

ニュース送付に対して「良かった」と答えた者のうち、「気持ちの変化あり」20人(87.0%)であった。「身体を動かそう」「甘いものは控えたい」「食生活の改善と運動不足を解消しないといけない」「メタボ冰山をみてギョっとした」「カロリーオーバーだ、定期的にウォーキングをしよう」「揚げ物はさけるようにしよう」「少食だと思っていたが食べすぎだと気がついた」などがあった。このうち実際に「生活に変化」があった者は13人(56.5%)で、「夕食の量を減らした」「野菜を多くとる」「間食を減らす」「バランスを考えカロリーを減らす」「腹8分目にする」「買物物は歩いていく」など実行していた。「身体の変化あり」は、9人(39.1%)で、体重減少8人、腹囲減少1人であった。「届いたときから少しの間は意識して生活をした」「読みやすかった」「参加をしたかったが、時間が合わない」「刺激になった」という声も聞かれた。

ニュース送付に対して「どちらでもない」と答えた者20人のうち、「気持ちの変化あり」3人(15%)、「生活の変化」あり3人(15%)、「身体の変化あり」2人(10%)であった。「よかった」と答えた人同様、食事、運動について考え、食事量を減らす、野菜を多くとる、運動時間をふやすなど、行動に変化がみられた結果、体重減少2人、血液データも良くなった人が1人いた。ニュースが励みになったと答えた人は5人いた。感想として「自分は問題ないと思っている」2人、「自分は糖尿病とは関係ない」2人、「関心はあるが忙しい」「教室は平日ではなく夜間・休日にしてほしい」という声が聞かれた。

ニュースの送付はいないと答えた者3人、読んでいない者10人、未記入3人計16人がニュースを必要としていない人であった。読んでいない者10人の理由としては、「無関心」5人、「病気でないから」1人、「忙しくて読んでいない」4人であった。未記入3人は「医師から何も言われていない」「自分に当てはまらないから、参考にならない」と答えている。

考 察

1) 身体状況・血液検査結果

身体状況・検査データでは、体重・BMI・腹囲・HDLコレステロールに有意差が見られた。体重・BMI・腹囲・HDLコレステロールが改善したことは、食事記録表記入による食事総量・バランスの改善とライフコーダ装着による運動量の増加で、エネルギー量の収支バランスが改善

された結果と思われる。教室開始後HbA1cの変化が見られなかったのは、健診後教室開始までに改善がみられたことと、半数がHbA1c 5.4%以下だったためと考えられる。

2)生活習慣の変化

参加者の主観による評価ではあるが、25項目中18項目で教室前後の平均値の上昇が見られ、主要項目である「腹八分目にする」「運動のための時間をとっている」の平均値の上昇が大きく改善者数も多かったことで、エネルギー収支を意識した行動変容が裏付けられた。

食事の項目では、「薄味」が最も平均値の上昇・改善者数ともに多い。これは、調味料の〇換算からバイキングと学びが進む中で、調理の工夫で美味しく薄味（調味料の〇を減らす）ができることを実体験したためと思われる。

逆に「野菜をしっかりとる」「食品の組み合わせを考えている」の平均が下がったことは、学びと実体験で現状認識が修正されたためと思われる。実際にバイキング時のグループトークでは、1食分の野菜量を1日量とっていたという発言などがあった。

運動の項目では、教室開始時平均は低かったが終了時には上昇している。

「買い物・通勤は歩いていく」「エレベーターより階段を使う」といった日常生活の中で効率的に運動を取り入れた人が多かった。運動については、プログラムの中で取り上げることはなかったが、ライフコーダという効果的なツールとグループトークでの運動実践者の体験談が有効だったと思われる。

3)教室運営

従来の教室に比して参加率が高く、脱落率が低かった。その理由として、①グループの中で自由に発言できる雰囲気があったこと、②知識の教え込み型・指摘型の教室ではなく体験気づき型であったこと、③導入に共感できる事例を使うことで自己との比較や振り返りがしやすく、積極的なグループトークにつながり教室が盛り上がった、④視覚的にわかりやすい媒体や、実物を使った栄養講話やバイキングなどは難しそうという緊張がなくリラックスして参加できたこと、などが考えられる。

【食の実態を見る】では3回の教室を実施したが、〇に置き換えてバランスやエネルギー量を見たが、知識を定着させるための手立てが不足した。教室で実物を見たり、バイキングで試食したりするだけでは、日常の生活で食の習慣を変えることは難しいと思われる。今後、継続の集まりで繰り返し取り組むことは必要であるが、初期の段階でおおよその知識を持つことが必要である。食品や代表的な献立のカードを活用するのがよいと考える。

血液検査・ライフコーダは、取り組みの動機づけツールとして、適切で有効といえる。現在の生活と血液データとを照らし合わせることでタイムリーに振り返りができ、ライフコーダを装着することで運動量および運動強度や消費カロリーがわかり、自主的に運動の仕方や運動量を増やす行動につながったと思われる。

教室対象者187人全員に教室参加の有無にかかわらず、教室の内容などをカラー紙面で写真を使ってわかりやすく工夫した支援レターを送り、途中参加もできることを記載した。その結果6人が途中参加している。また自由に発言できる雰囲気の教室運営により、参加者の友人2人が参加している。参加者だけでなく、周囲への広がりも考えた教室を行うことで、ポピュレーションアプローチも視野にいれた展開ができるのだと学び、今後も工夫しながら取り入れていきたいと思

う。限られた4回の教室の中では、目指していた小グループ活動にまでいたらず、拡大スタッフ会議の効果的な運営方法がつかめなかった。今後、教室を継続していく上での課題である。

4) ニュース送付に関する意識調査について

ニュースを見て途中で教室参加した人が6人いたが、参加しなくても生活の変化があった者は27.1%あった。このことから、教室参加だけでなく、教室の内容を発信することで、生活習慣を改善する人を増やせることがわかった。教室の中でのみんなの反応を伝えることでより身近なものとしてとらえたと思われた。教室に参加しなくても「生活の変化」があった者は、ニュースをみて「良かった」と答えた者が多く、行動変容ステージの準備期、実行期にはいていたことに加えて、さらにニュースを見て動機づけが強まったと考えられる。

しかし、今回調査を行ったことで、ほぼ3割の者が「読まない」「いらぬ」ということがわかった。電話で聞き取りを行ったが、103件は不在またはつながっても本人が不在であった。教室勧奨時でも不在が多く、平日は教室に来ることが難しい状況がうかがえ、夜間・休日に開催して欲しいという声もあった。ニーズに応えるために、夜間や休日の開催も考えていきたい。ニュースを送付することで、家に居ながら生活習慣改善の動機づけができることは意義がある。教室を核にして、ニュースをタイムリーに発行していき、より多くの人に生活習慣改善が行われるように働きかけていきたい。

ま と め

メタボリックシンドローム改善の入り口である腹囲・体重減少、HDLコレステロールの上昇という成果を得た。また、生活習慣の確認においても参加者に良い習慣への変化をもたらしていることがわかった。

参加者が自ら検査値の変動と関連付けて生活習慣を振り返り、問題点に気づき、よい生活習慣を定着できるよう援助するというところに着目した今回のプログラムが、生活習慣をよいものに行動変容させるものであることが実証できた。生活習慣の確認と修正のための継続の場を提供し、習慣として定着できるよう援助していくことが今後の課題である。

また、これまで健康教育ではグループワークを入れた教室や個別健康教育で「参加者が取り組みやすい行動を引き出すこと」は意識してきた。しかし、参加者が自ら検査値の変動と関連付けて生活習慣を振り返り、問題点に気づき、よい生活習慣を定着できるよう援助するというところに着目したプログラムは、これまで意識していたようで実際はできていなかったことに気づいた。

研修で聞いた内容を事業展開するにあたり、スタッフ間の共通イメージがつかめず今までと何が違うのかと自問しつつ、模索しながら進めてきた。しかし全回を終了したところで、研修を聞いただけではわかりづらかったことが、「実施してみても初めてわかった」という実感がある。従事して悩みながら、これまでの教室の取り組みを振り返り、話合うことで、スタッフ一人ひとりがエンパワーメントされた事業であった。

II 標準的な健診・保健指導プログラムに準拠した「個別支援」

事業概要

1. 対象者

選定条件	メタボリックシンドロームの人、65歳未満の人								
呼びかけ方法	対象者27人を訪問、勧奨								
	選定対象者数(人)			申込者数(人)			参加者数(人)		
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計
対象者	9	18	27	2	8	10	0	8	8

2. 実施体制（実施者、関係協力機関）

訪問参加勧奨（雇用看護師 2人）

個別面接及び訪問による保健指導（保健師 3人）

血液検査 保健センター内にて雇用看護婦による採血

年月	支援形態	対象1人に対して関わったスタッフ数(人)					実施人数(人)			支援時間 分	ポイント 数	備考
		保健師	看護師	栄養士	医師	その他	計	男性	女性			
9月26日	初回	1	1				2	1	8	9	60	
10月中旬	支援B	1					1		8	8	5	10
11月中旬	個別A	1					1		7	7	60	120
12月中旬	支援B	1					1		6	6	5	10
1月中旬	個別A	1					1		7	7	40	120
1月下旬	支援B	1					1		7	7	5	10
2月20日	評価	1	1				2		7	7	30	

結果

○標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル

		支援パターンA				
	支援形態	実施内容	スタッフの意図 (実施に際して留意 したこと)	対象者の反応	スタッフの気づき	
	初回時	面接支援	採血、体組成・腹 囲・血圧測定、生 活習慣確認表記入	行動目標を設定し たが、摂取してい るものを意識化す るよう促した。	目標達成に向け て、確実にじっくり 取り組みたいと表 明された。	訪問勧奨での参加 で、行動変容ス テージも準備期で 意識も高かった。
継続 支援 / 6 カ 月 後 の 評 価	1回目	電話B	行動計画実 施状況確認	実際に話しやすい よう心がけた。	運動実施また日常 について話す。	初回面接時つかみ きれてなかった事 がまだある。
	2回目	個別A	体重・腹囲・血圧測 定、検査結果・病 態生理説明、目標 確認	採血結果をふま え、より行動計画 が実施されるよう 動機づけるよう実 施。	摂取している物を 細かく記憶。具 体的な事柄が発言中 多くなった。	外出の機会殆どな しの状況から週5 日屋外歩行実施。 目標見直す。
	3回目	電話B	行動計画実施状況 確認	確認を意識せず、 そのままを認め体 調を尋ねながら励 ました。	入浴後の体重腹 囲測定、も実施。家 族問題で歩行不可 もある様子	家族の状況に左右 されやすい状況に ありながらも、意 識をもって生活可。
	4回目	個別A	行動目標達成度確 認	歩行困難な状況で あることを認め、励 ます。食事面で指 導を中心に実施。	携帯で歩数をカウ ントし波が大きいこ とを自覚。	自覚されているの で、できる範囲で 受容し、食事での 継続を促した。
	5回目	電話B	ライフコーダ郵送及 びそれに際して声 かけ	寒い時期であり、 励ましを実施。	暮れよりしんどい と訴えられる。	時期的により動機 づけとなったが、そ のまま受け取る 方がよい。
	6回目	評価	採血、体組成・腹 囲・血圧測定、生 活習慣確認表記入	行動計画を実施し てきた結果を共に 評価、共有できるよ うつとめた。	腹部のあたりが すっきりした。運動 の継続を自ら宣言 される。	生活習慣確認表を みながら共に変化 を確認し更に強い 動機付けとなった

メタボリックシンドロームの人 27 人に、訪問を行い勧奨する。そのうち 9 人の希望があった。9 月 26 日初回調査には 8 人が参加。基本健診から時間が経っており、実行期 6 人準備期 2 人であった。年齢構成は、40 代 1 人、50 代 3 人、60 代 4 人である。

最終調査には、7 人が来所された。1 人は、ひざの負傷により中断している。

図4:HbA1c 平均値の変動

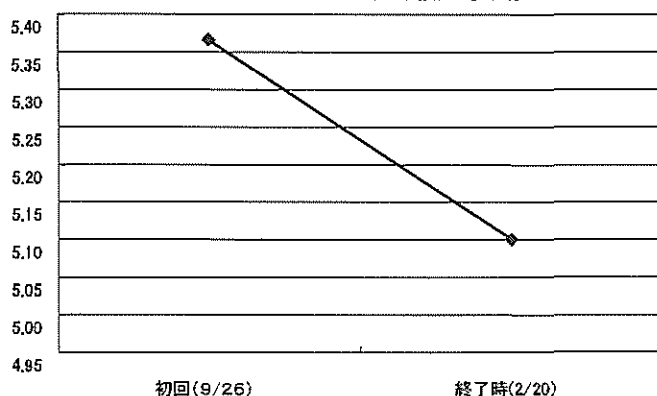


図5:体重平均値の変動

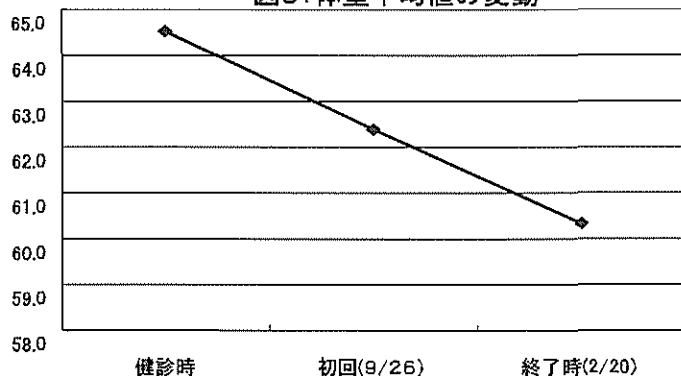


図6:腹囲平均値の変動

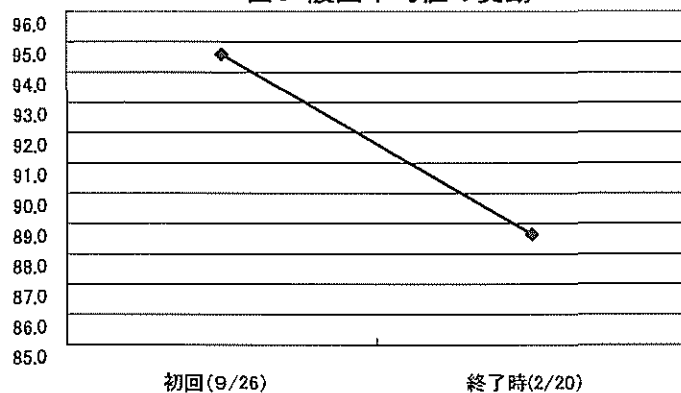


表5：検査値変動の内訳

(N=7)

		改善	維持	悪化
HbA1c	人数	5	1	1
	%	71.4	14.3	14.3
体重 (BMI)	人数	6	0	1
	%	85.7	0	14.3
腹囲	人数	6	0	1
	%	85.7	0	14.3

表6：教室前後の平均値の変化

(N=7)

	開始時平均	終了時平均	差
体重	62.0	60.3	-1.7
BMI	27	26.5	-0.5
腹囲	94.6	88.6	-6.0
FBS	95.3	91.3	-4
HbA1c	5.4	5.1	-0.3
中性脂肪	117	108.6	-8.4
HDL	59.5	59.3	-0.2

表7：教室前後の3項目の変化

(N=7)

	改善	維持	悪化
HbA1c	5	1	1
体重	6	0	1
腹囲	6	0	1

考察

1) 教室勸奨

文書発送や電話勸奨していても参加希望されなかった人が、訪問勸奨することで参加した。何度か重ねて勸奨することで、気持ちに変化が起これり参加につながるということや、顔を見ての勸奨の方が効果的であると感じた。

2) 身体状況・血液検査結果

身体状況・検査データでは、体重・腹囲・HbA1cの平均値の改善がみられ、改善者数も多かった。これはエネルギー収支のバランスが改善した結果と思われる。

LDLコレステロールが上がったことは、開始が9月で終了がお正月後の2月ということで、食材や献立の変化の影響が考えられる。

3) 生活習慣の変化

HbA1c、体重、腹囲の3項目で維持・改善となった6人は生活習慣確認表の前後比較で「買い物は歩いていく」「1日30分以上歩く」「エレベーターより階段を使う」「運動のための時間をとっている」などの運動項目で特に改善が見られ、悪化となった1人は運動ができていない状況であった。

4) 特定保健指導

初回の面接時間は基準で20分～30分となっているが、実施してみると計測等含めて1時間ばかり、生活習慣の実態を知り目標設定につなげるためには不十分である。

生活習慣確認表をつけることによって、生活習慣を全般的に見ることができ、何が自分の課題かが認識できた。また初回と最終にすることによって変化がわかりやすい。スタッフ側も限られた時間の中でポイントを絞って指導することができ、効率的であった。

ライフコーダをコンピュータ診断できるなどの効能を説明した上で1月末に送付した。最終面接時、ライフコーダを装着することで、自発的に運動が促されていることがわかった。また、毎日体重測定し記録するように話していたが、記録することで間食や食事量を減らすことができたようである。自分の状態を客観的に測定できるものがあることで行動変容が得られたと思われる。面接時間や回数が決められている中で、効果的に行動変容を促すことが求められているが、そのためには客観的に自分の状態がわかるツールが多くある方が生活習慣改善の動機づけになる。

最終面接時には、運動の既存グループを紹介するなど、よい生活習慣が継続できるよう支援した。

5. 生活習慣病予防教室を実施して

地域で継続できるための体制づくりを目指して

山口県岩国市

目的

- ・ 既存の住民組織の活動と生活習慣病予防事業とを関連づけることにより、対象者が基本的な生活習慣を確立でき、地域においてそれを継続できる支援体制づくりを進めるため
- ・ 保健活動の意味付けを明確にし、ハイリスク者の実態を踏まえた地域住民への効果的な事業を展開するため

岩国市は、岩国市総合計画の基本計画の一つである“だれもが生き生きと暮らせる社会づくり”の一環として位置づく、岩国市健康づくり計画に基づき、市民一人ひとりが実践する健康づくりを基盤に、家族、地域、学校、職域、行政が一体となった新たな健康づくり運動の推進を目指し展開している。

事業概要

1. 地域・事業者概要

1) 地域・事業者の特徴

岩国市は、山口県東部に位置し広島、島根の両県に隣接すると共に、沿岸部は穏やかな瀬戸内海に面している。海岸にはコンビナート工業地区があり、自衛隊と米軍海兵隊の駐留する基地の町としても有名である。また、日本の銘橋といわれる錦帯橋は美しさも世界に誇れるすばらしさである。山口県最長 110Km の錦川は、豊かな水をたたえ、美しい景観を形作りながら人々の生活にも多くの恩恵を与えてくれる。

保健活動としては、若い頃から日常生活の中で生活習慣の確立をするなど、健康づくりに取り組みやすい環境を作ること为目标として、学校や企業、地域の組織や行政と共に取り組みを展開している。

岩国市は、平成9年から医師会と連携して糖尿病対策を取り組んでおり、事業を通して市民が日常的継続的に取り組みやすい環境づくりに視点をあてた展開を目指した。また、この事業から地域への波及効果をねらった活動も展開していきたいと模索している。

面積：872.52 平方キロメートル

人口：151,088 人（県内の約 10%） 男 71,864 人・女 79,224 人

世帯数：66,966 世帯

高齢化率：27.05%（平成 20 年 1 月 1 日現在）

出生数：1,172 人（平成 17 年次）

死亡数：1,708人（平成17年度）

健診受診対象者数：41,550人

受診者数：14,462人

受診率：34.8%（平成18年度）

健診結果及び医療費分析の概要：

（1）基本健康診査結果からの気づき

①対象者について（表1、グラフ1）

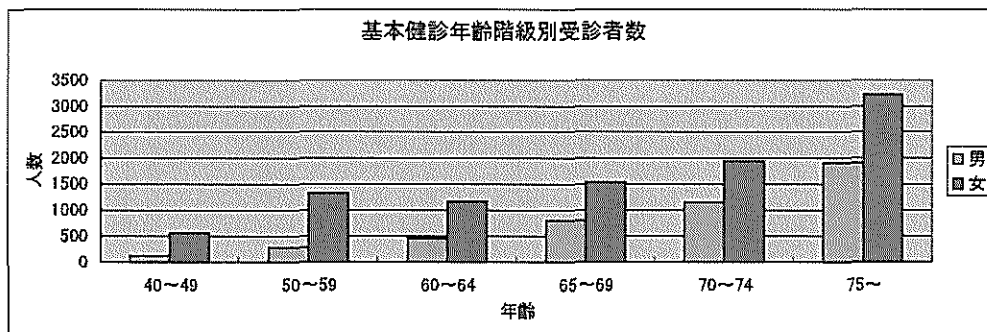
- ・65歳以上の受診者が約7割を占めている。
- ・受診者の半数がなんらかの疾患で「治療中」である。
- ・65歳以上の受診者は受診者全体の約70%を占めている。受診者全体の約70%は女性である。

→64歳以下で、日ごろ医療機関に受診していない人の健診受診を促すことで、糖尿病の早期発見、早期治療につなげる必要がある。

（表1）年度別基本健康診査実施状況（人、%）

		H17			H18		
		山口県	旧岩国市	新岩国市	岩国市	割合(%)	
対象者数 A		357,632	27,148	38,810	41,550	-	
受診者数	基本健康診査 B	医療機関	120,380	9,518	13,105	13,141	90.9
		集団	30,011	119	2,361	1,246	8.6
	訪問診査 C	398	85	95	75	0.5	
	計 B+C	150,789	9,722	15,561	14,462	100	
受診率 (B+C)/A		42.2	35.8	40.1	-	34.8	
基本健康診査の判定結果		異常なし	20,359	1,731	2,399	2,425	16.8
		要指導	36,729	1,628	2,811	2,177	15.1
		要医療	93,701	1,214	2,323	1,876	12.9
		治療中		5,064	8,028	7,984	55.2

（グラフ1）

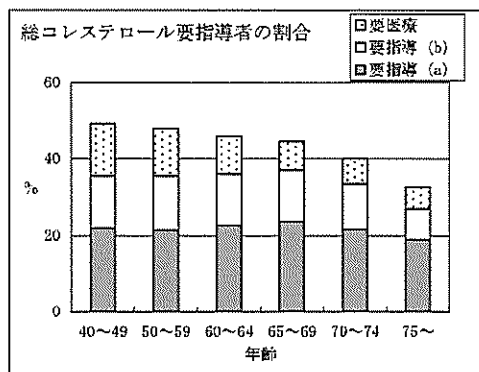


②対象疾患について（グラフ2，3）

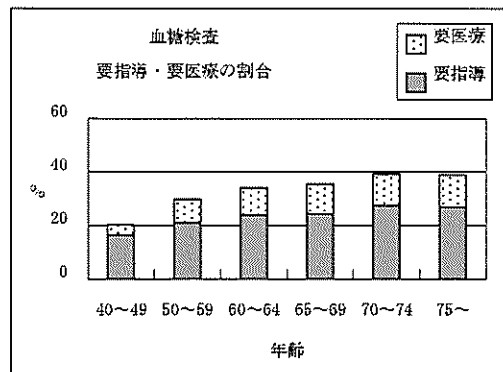
- ・他の疾病に比較して、糖尿病については、年齢が上がるにつれて、医療域の割合が増えてくる。50代の増加が目立っている。

→早期からの予防への取り組みによる、発症・悪化予防が必要な疾患。

（グラフ2）



（グラフ3）

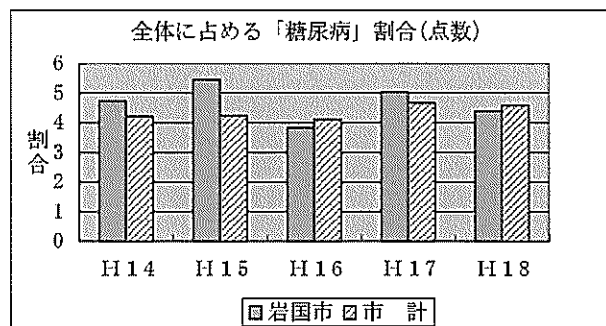


(2) 医療費資料からの気づき

①糖尿病に関わる医療費について

- ・糖尿病が医療費全体に占める割合は、4.32~4.88%、県内市平均4.3~4.51%と比較すると、高めの傾向である。
- ・糖尿病受診率も、岩国市9.0~9.5%、県内の市総計8.3~9.0%（平均）と比較し、やや高めである。
- ・糖尿病と腎不全（合併症として考えられる疾患）では、件数は糖尿病が10倍近く多いが1件あたり点数（費用）は腎不全の方が10倍近く多くなる。

→ 予防のみでなく、悪化予防・合併症予防の対策の必要性があり、医療費削減の効果も期待できる。

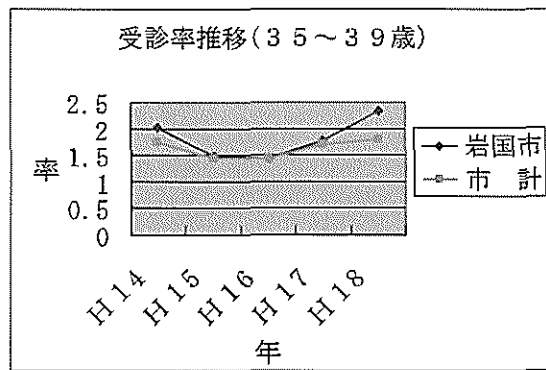
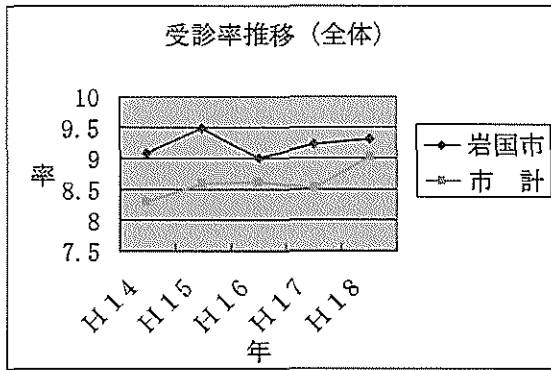
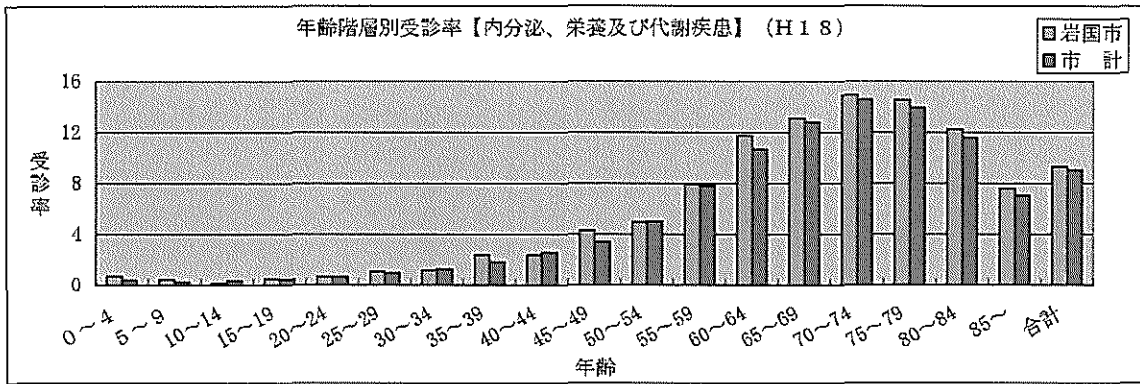


*グラフ中「市計」は、県内全市の平均を示す

②年齢別変化について

- ・年齢階層別受診率（大分類による）をみると、年齢とともに増加傾向、70歳代が最も高い。
- ・ほとんどの年齢階級で、県内市総計(平均)を上回っている。
- ・近年の伸びをみると、全体では県平均の伸びを下回っているのに対し、35~の年齢階級では県平均を上回る伸びが見られる。この傾向は、35~54歳の年齢階級で同様に見られた。

→糖尿病の若年化が県内より進んでいると予測される。若い世代からの働きかけが必要。



2. 対象者

1) 日本看護協会版「グループ支援」モデル

選定条件	平成18年度基本健康診査（9月～3月受診者分）国保人間ドック結果により保健事業の案内への同意があり、以下に該当する人（512人） 1) 年齢：40歳以上65歳未満の人で以下に該当する人 2) HbA1c：5.5%以上 3) 病名：糖尿病治療中と明記されている人は除く								
呼掛け方法	対象者へ個別郵送 健診医から紹介（随時）								
	選定対象者数 （人）			申込者数（人）			参加者数（人）		
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計
対象者	90	422	512	4	59	63	4	57	61

2) 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル

選定条件	平成18年12月～平成19年6月岩国市健康診査受診者で以下の条件の者(11名) 1) BMI 25以上 2) 空腹時血糖100mg/dl以上又はHbA1c 5.2%以上 3) 中性脂肪150mg/dl以上又はHDLコレステロール40mg/dl以下 4) 最高血圧130mmHg以上又は最低血圧85mmHg以上 5) 禁煙歴有り								
呼掛け方法	対象者へ個別郵送及び電話での勧奨								
	選定対象者数(人)			申込者数(人)			参加者数(人)		
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計
対象者	5	6	11	0	1	1	0	1	1

3. 実施体制(実施者、関係協力機関)

1) 日本看護協会版

会場	保健センター3箇所	参加者の居住地域が広いため
実施者	保健師(常勤)5名 管理栄養士(常勤)1名	司会者と、参加者6名に対しスタッフ1名(ファシリテーター)を目安に配置
関係協力機関	検査医療機関30機関、 食生活改善推進員21名 体育指導委員1名、 岩国市医師会	食生活改善推進員、体育指導委員は、地域への波及のきっかけとして、団体の有志として参加者と一緒に参加

2) 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)

・標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)における積極的支援・個別支援A・Bに準拠し、実施。

結果

1. 実施結果

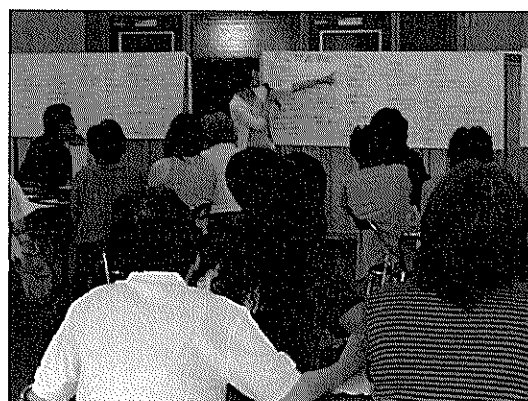
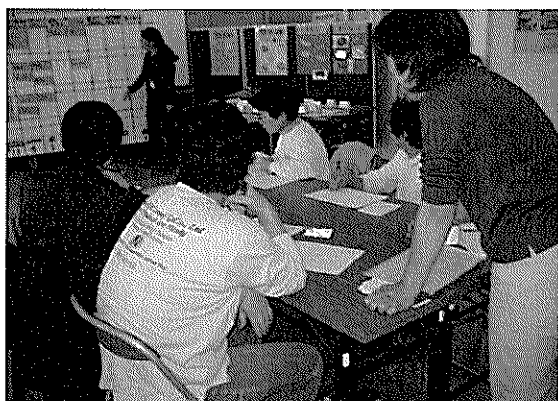
1) 協会版（グループ支援）

年月日	経過	スタッフ数（人）						参加者（人）			グループ数	所要時間 分	事前お便り・案内・呼びかけ等	備考
		保健師	看護師	栄養士	医師	その他	計	男性	女性	計				
4月3日	事前スタッフミーティング	4					4			0		120		
4月3日	事前訪問及び事例検討会	3					3			0		300		
5月28日	第1回スタッフミーティング	2		1		12	15			0		90		食推 12
6月7日	第1回プログラム「プロセスを見る」	2		1		13	16	3	39	42	8	120	案内文送付	食推 11 看協 2
6月12日	第1回プログラム「プロセスを見る」	3				4	7		10	10	2	120	案内文送付	食推 3 体育指導委員 1
7月11日	第2回スタッフミーティング	2		1			3			0		90		
8月3日	拡大スタッフ会議	4		1		2	7	1	5	6	1	100	1回教室内容と案内送付	食推 2
8月10日	第2回プログラム「食の実態を見る」	4		1		13	18	3	35	38	8		スタッフ会議結果と案内を参加申し込み者へ送付	食推 10 看協 3
8月21日	第2回プログラム「食の実態を見る」	4				5	9		8	8	3		スタッフ会議結果と案内を参加申し込み者へ送付	食推 3 体育指導委員 2
10月12日	第3回スタッフミーティング	4		1			5			0		90		
10月19日	第3回プログラム「食の実態を見る」	6		1		9	16		27	27	8	140	前回教室内容と案内を参加申し込み者へ送付	食推 7 看協 2
10月23日	第3回プログラム「食の実態を見る」	4				6	10		6	6	2	125	前回教室内容と案内を参加申し込み者へ送付	食推 4 学生 2
12月7日	第4回スタッフミーティング	5		1			6			0		120		
12月17日	第4回プログラム「検査値と生活習慣との関連への気づき」	5		1		12	18	2	24	26	8	120	前回教室内容と案内を参加申し込み者へ送付	食推 10 看協 2
12月18日	第4回プログラム「検査値と生活習慣との関連への気づき」	5				5	10		5	5	2	160	前回教室内容と案内を参加申し込み者へ送付	食推 4 体育指導委員 1
2月26日	第5回スタッフミーティング	4		1			5			0		90		
3月5日	第5回プログラム「継続状況や結果の情報交換」						0			0				

2) 確定版（個別支援）

年月	支援形態	対象1人に対して関わったスタッフ数(人)						実施人数(人)			支援時間 分	ポイント数	備考
		保健師	看護師	栄養士	医師	その他	計	男性	女性	計			
19年9	個別支援	1					1		1	1	30	120	
19年9	電話支援B	1					1		1	1	5	10	
19年10	電話支援A	1					1		1	1	5	15	
19年1 1	電話支援B	1					1		1	1	5	10	自営業経営不振で、生活改善は難しいとのことでプログラム継続は終了とした

初回面接後、3回の電話支援実施。上記理由により中断となる。



2. 活動の振り返り

1) 日本看護協会版「グループ支援」モデル

プログラム	実施したこと	スタッフの意図 (実施に際して留意したこと)	参加者の発言・反応	スタッフの気づき
事前訪問	H19年4月2～9日に6人の方に訪問、面接し、個別に事例の聞き取りを実施。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保健師との関わりのある方から、糖尿病の治療経過等の異なる対象者を選んだ ・ 参加者が身近に感じられるような事例にした ・ 年次を追って、その時の体調だけでなく、生活背景、思い、「糖尿病」という病気に対するイメージを聞き取るようにした 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「糖尿病」は合併症が怖い、好きな物は食べたい。つい食べてしまう ・ 「私が何故？」とびっくりした ・ 「ちよっと値が高くてもまだ大丈夫」と思っていた 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 糖尿病発症の原因に身に覚えがない人が多い ・ 出来なかったことではなく、今出来ていることに注目していく必要がある
事例検討会	H19年5月28日(月) スタッフ会議。食生活改善推進員に参加してもらい、教室の意図の説明、参加運営協力について協議	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食生活改善推進員の方に自分のこととしての教室参加を促すとともに、地域の情報を集約・提示することで、市民が食生活改善を継続しやすい環境づくりに働きかける 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食推としての知名度を上げたい。地域を越えて参加する人もあり、市民が参加しやすい体制を考えたい。教室で発言しやすい雰囲気を作りたい 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 固定化された日常生活を変化させるには自分自身の体験が必要 ・ 周囲への波及効果が期待する視点が必要
第1回「プロセスを見る」	H19年6月7日(木)：岩国会場 H19年6月12日(火)：本郷会場 オリエンテーション、計測、事例紹介(3事例)、グループトーク	<ul style="list-style-type: none"> ・ 他者の考え方や生活を聞いて、自分の生活や思いを再確認、意識化できるようにする ・ グループトークでどんな話題が出ているか、振り返りが出来ているか把握する ・ 発言しやすい雰囲気づくりをする 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自分はまだ大丈夫だと思っていたが、気をつけなくてはいけないと思った ・ やらなくてはとわかっているが難しい 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ファシリテータの役割が大切 ・ グループの話の中にどのくらい介入しているのか戸惑った
拡大スタッフ会議	H19年7月11日(水) 教室生6名、食生活改善推進員2名と保健センタースタッフで教室運営について協議	<ul style="list-style-type: none"> ・ 参加者が教室に期待していること、前回の内容の気づき、生活改善できるためのきっかけについて参加者の意見を聞き、今後の教室運営に生かす 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 検査結果の説明等は図解してわかりやすく説明して欲しい ・ 自分がしていることを人に誉めてもらいたい。認めて欲しい。 ・ 皆さんの話を十分聞きたい 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 参加者は、自分で出来ていること、出来ていないことを自覚している ・ 自己流でしていることでもいいかわからず困っている様子がある ・ 自分で気づくためには知識も必要
第2回「食実の態を見る」	H19年8月10日(金)：岩国会場 H19年8月21日(火)：美川会場 計測、食事記録の記入例を示し自分の記録を記入、自分の食べている量の確認、グループトーク	<ul style="list-style-type: none"> ・ 実際の量を自分の基準量と比較し、実態が大まかにつかめるようにする ・ 参加者同士の話し合いの中で自分の食事の問題点に気づけるようにする ・ 食事量を把握できるための材料(フードモデル等)の準備 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 主食は思ったより少なかった。肉、魚が多い ・ そうめんの〇の数が多いに驚いた ・ 菓子パンはパンではなくお菓子だったのがショック 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 司会とファシリテータとの十分な打ち合わせが必要。進行状態を見ながら進めることが大切 ・ グループの中1人1人の反応や意見を見ることが大切

第3回「コントロールを見る」	H19年10月19日(金):岩国会場 H19年10月23日(火):本郷会場 計測、食事記録の記入例を示し自分の記録を記入、自分の食べている量の確認、グループトーク	<ul style="list-style-type: none"> 今日の目標をあらかじめ教室の最初に説明、提示する グループ内の人々が理解できているか確認しながら進める ファシリテータと司会とで進行状況を確認する 食事量を把握できるための材料(フードモデル等)の準備 	<ul style="list-style-type: none"> 自分は何が多いのかわかった 「食べてはいけない」のではなく、「これって〇が多いんだよね」ということを知るのが大事。知らなきゃ調節も出来ない。 食事の時、〇が頭に浮かぶようになった 	<ul style="list-style-type: none"> 参加者がどうなって欲しいのか、何を伝えたいのか明確にすることが大切 食材の見せ方も、より実際に即した形(油なら大きじ1をフライパンに入れてみせる)がわかりやすかった 食の実態を知り、教材を準備することが必要
第4回「習慣化を見る」	H19年12月17日(月):岩国会場 H19年12月18日(火):美川会場 計測、HbA1cの説明、参加者の事例紹介、検査値変化のグラフ作成、生活との関連付け、グループトーク	<ul style="list-style-type: none"> 参加者が出来ていることや思いを確認しあい、認め合うことが出来るようにする 検査値の変化と生活を結びつけて考えることが出来るようにする。 	<ul style="list-style-type: none"> やっぱり食べると検査値も上がる。寒くなると歩くのも少なくなると運動量も減ってるからね やっつけて成果が出るとうれい。頑張ろうという気になる 出来なかった言い訳を自分自身にしているが、みんなもそれぞれ事情があっても頑張ろうと思った 	<ul style="list-style-type: none"> 事前準備が大切 視覚的な教材や資料は準備は大変だが、やはり必要 グループトークで十分意見を出し合えた どうすれば継続できるかについて参加者同士で話し合う機会を持ったことで、地域資源の活用を考えることが出来た

2) 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル

支援パターンA						
		支援形態	実施内容	スタッフの意図(実施に際して留意したこと)	対象者の反応	スタッフの気づき
	初回時	個別支援 120P	<ul style="list-style-type: none"> 情報:健診結果の意味・病態や生活習慣との関連 運動によるエネルギー消費量・菓子類・麺類のエネルギー量について 目標:1日3食きちんと食べる、間食の時間を決める 	夕方からの仕事上、生活習慣が乱れやすいという訴えをまず聞く。理想を押し付けずに、生活実態を聞き取る。	「この機会に不規則な生活を規則的にしたいと思っている」	前向きにやってみたといい気持ちに応援したい。
継続支援	1回目	電話B 10P	夜中の食事をやめられるならば、起床時にヨーグルトや野菜ジュースの摂取を提案。	少しでも、できたことを励ます。	「忙しい」とせわしなく話す。朝食をとると体重が増えた。様子を見て夜食をやめるつもり。間食は変化なし。	仕事上、夜食が本人にとって必要なものと思っていた。
	2回目	電話A 15P	行動目標・行動計画の見直しできず	前回の、夜食をやめてみることに試していれば、感想を聞いてみる。成果がでていないと感じているときの支援。	「経営不振で今はそっちが大気をつけていない。まるたする気にならないかもかもしれないから、電話はかけてみて」	実行できないが、気にはなっているという状況のよう。忙しそうに話され、十分に話が聞けない。

	3回目	電話B OP 1	今後また取り組める環境が整ったときまた相談にのれることを伝え、プログラムは終了とした。	関心があるかどうか。	「何も気をつけずに今の仕事をしているうちは生活改善は難しい。終わりにしよう。」	無理もない状況と思うが、実行してみたが、続かなかつたことは残念。体重増加を予測した助言が、初回でできていたら、少し継続しやすかつたかもしれない。
--	-----	-------------	---	------------	---	--

3. 検査値の変動(プログラムに2回以上の参加者データ)

1) 日本看護協会版「グループ支援」モデル参加者

図1：検査値の変動

	健診時	教室開始	教室終了時
	H18	H19.5月	H19.12月
HbA1c	5.82	5.51	5.48

	健診時	1回目	2回目	3回目
	H18	H19.6月	H19.8月	H19.10月
体重	57.05	56.44	54.75	55.2

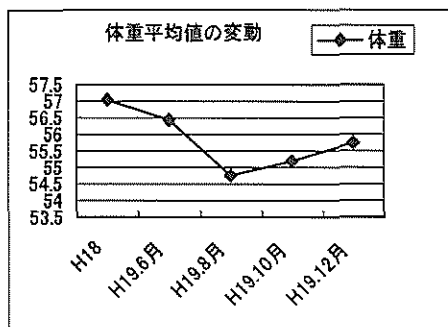
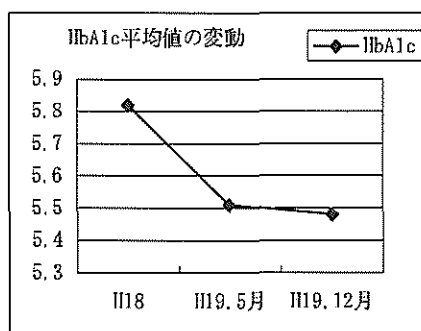


図2：検査値変動の内訳

		改善	維持	悪化	合計
HbA1c	人数	20	8	16	44
	%	46	18	36	
体重 (BMI)	人数	9	5	4	18
	%	50	28	22	
腹囲	人数	10	0	3	13
	%	77	0	23	

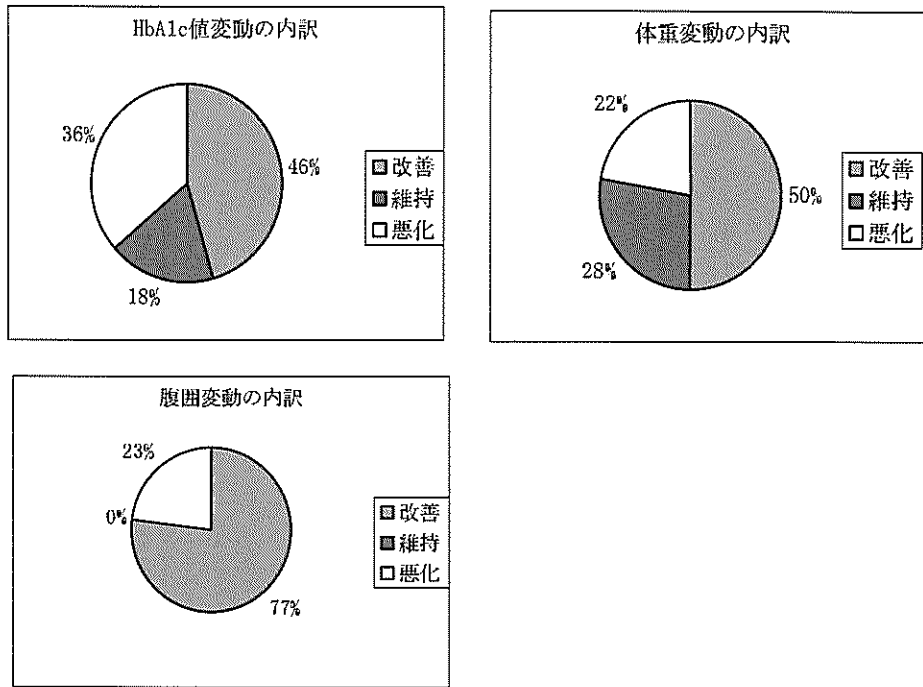
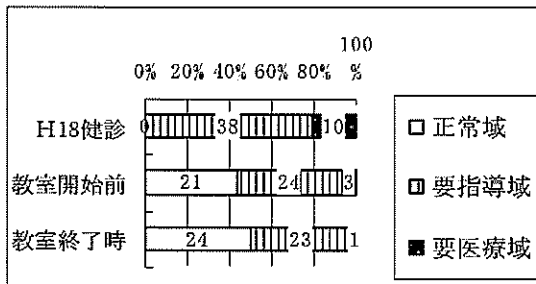
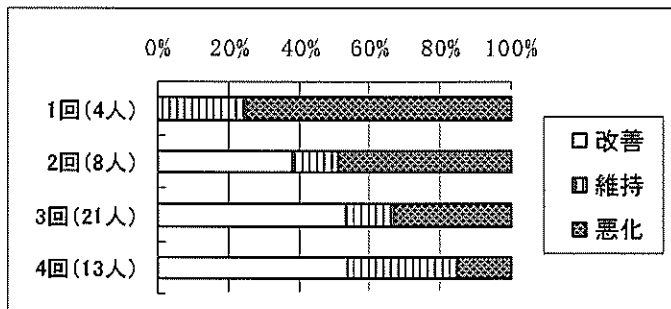


図3 指導域別人数（正常域：5.4以下、要指導域：5.5～5.9、要医療域：6.0以上）



H18年度健診と終了時の値を比較すると
 ・半数が、教室終了時には正常域に改善
 ・要医療域は10人から1人へ減少した

図4 参加回数と改善率（改善：検査値0.1%以上の低下、悪化：検査値0.1%以上の上昇）



教室前後の値を比較した結果
 ・4回参加者の85%に維持・改善が見られ、1回参加者では75%が悪化
 ・参加回数が多い人ほど改善の割合が高く、悪化の割合が低い

2) 標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）に準拠した「個別支援」モデル参加者
 中断のため、検査値比較実施なし。

4. 参加者の行動・認識の変化

1) 日本看護協会版グループ支援モデル参加者

- ・参加者の7~9割に、生活習慣への気づきや変化の自覚があった。
- ・継続の必要性が認識され、参加者から継続的に顔をあわせて励ましの声を掛け合いたいという発案があった。教室終了後に時間をとって、その機会として食事や運動に関する地域での活動や参加について意見交換された。
- ・食生活改善推進員、体育指導委員が各団体での活動が参加者の生活改善の継続支援の場になりうると相互確認（意識付け）でき、自ら参加者に情報提供できた。
- ・周囲への影響として、参加者家族や友達が影響を受け、共に健康行動をとるようになった。

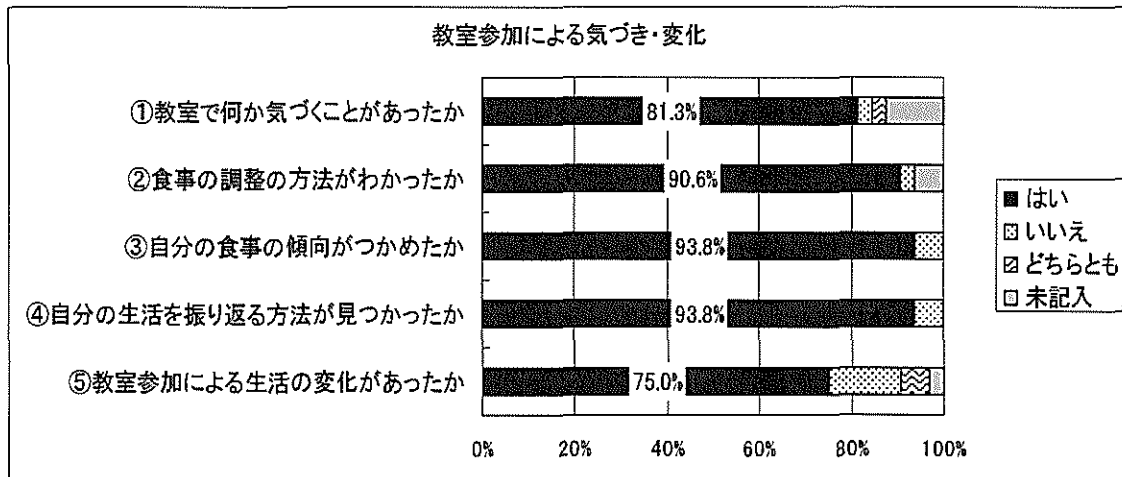
◆参加者の行動変容ステージ（割合の多い「準備期」「実行期」について）

	準備期	実行期
1回目（6月）	67.4%	16.3%
4回目（12月）	18.5%	70.4%

- ・ 実行期に移行している
- ・ 4回目では、他に関心期2名・維持期1名

◆ 独自アンケート結果より（4回目参加者の集計 32名）

主な項目について



- ・ 気づきや傾向の把握については、全体的に高率であり、比較すると生活の変化についてはやや低くなっている。

《その他項目と、上記グラフの具体的な内容》

☆あなたは、教室に何回出席しましたか？（人）

4回	3回	2回	1回
16	14	1	1

☆出席の理由を教えてください

勉強したい・話を聞きたい	8
健康のため	6

検査値が気になった(高かった)	6
生活習慣を変えたい	5
その他少数意見	6

☆4回全て出席できた人は、なぜ継続して出席できましたか

参加者同士で話が出来たから	3
勉強したかった・教わることが多かった	6
頑張らなくてほという気持ち	2
その他少数意見	3

☆教室の内容を家族や友人に伝えたいと思いますか

はい	いいえ	未記入
30	1	1

☆教室で何か気づくことが出来ましたか

「はい」の方は具体的に何ですか(重複回答有り)

みんな頑張っていること	8
みんな同じ思いでいること	3
自身の振り返り	3
努力が結果につながる	3
継続の必要性	3
その他	4

☆教室参加により、生活を変化させることが出来ましたか

【*変化できた理由】

刺激・知識を得たため	7
検査値を改善したい(病気になりたくない)	5
自分や家族の健康のため	4
自分に出来ることを見つけた	1

【*変化した内容】

食事に気をつけるようになった	3
運動するようになった	1
数値の確認をするようになった	1

できた方は具体的に何が出来ましたか(重複回答有り)

食事	食事の量を減らす・腹八分目	8	22
	間食を減らす・しない	7	
	菓子パン・栄養ドリンクを減らす	2	
	〇を意識する	2	
	食事の内容(野菜を増やす)を変える	2	
	コーヒーに砂糖を入れない	1	

数値	体重の維持・減少	3	7
	HbA1cの維持・減少	3	
	数値で確かめることが出来る	1	
運動	ウォーキング・運動	6	6
他	頭ではわかっているが、出来なかった	2	2

2) 標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）に準拠した個別支援モデル参加者

参加者の行動変容ステージ 初回面接時「準備期」→中断時「無関心期」

参加者が自営業であった。経営不振が続く状況で、一度は「これを機にやってみよう」と取り組み始めたが、「自分の健康どころではなくなった」。

考 察

1. 日本看護協会版グループ支援モデル

今回の支援方法としては、「本人の中にある『答え（健康行動）』に、どう本人が気づき、引き出せるか」を意識した内容となっている。画一的な知識伝達だけでなく、「自分自身の実態を見る」ことで自分の習慣を意識し、「動機付け」することで個人個人の生活の変容、健康行動に結びつくことが確認できた。

参加者自身が日常生活をイメージしやすい媒体の提示、自身の言葉で伝え合う「グループトーク」を中心とした運営の方法は、これまでの教室運営とは異なるため、スタッフ側も不安や迷いを抱えながらの実施であったが、結果的には参加者はもちろん、スタッフとしても「効果」が見える形となった。

これまでハイリスク者へのアプローチの方法としては、「個別健康教育」という方法も行われたが、今回のように、「情報提供」と「参加者同士の気づきの確認」を中心とした集団教育は、個別では出来ない参加者同士の相乗効果につながっていると考える。

効果につながった具体的な内容としては以下のことが挙げられる。

- 1) **参加者、スタッフの意識共有**：参加者を含めた拡大スタッフ会議を開催し、参加者がこの事業にどのようなことを期待しているか、どんな事業にしたいかを一緒に考え、参加者とスタッフの思いを確認しあった。また、スタッフ間でも教室の準備に関する協議を重ね、共通認識を図った。

⇒プロセスを大切に、スタッフ間の共通認識を図ることで、参加者に伝えたいことが明確化された。参加者の実態やニーズが確認でき、適切な内容に修正できた。

- 2) **媒体の工夫、体験型の企画**：参加者が無理なく、日常の食事量を自身で確認できるような媒体を提供し、教室内容として、その媒体を用いた食事把握の体験を実施。

⇒毎日の生活の中で、特別な支援者（専門家）がいなくても、参加者自身で自分の食事量を意識、把握する力がつく。

【課題】媒体として、食材で提示したため、男性は食事量の把握に苦慮していた様子だった。調理済みメニューや外食メニューについての食事量を情報提供に加えることで、より日常的に活用しやすい媒体になると考える。

3) 「一緒に頑張っている人がいる」ことを実感できるグループトーク：参加者は、グループトークの中で、実施者ではなく同じ参加者の頑張りに励まされていた。「みんな色々事情があっても頑張っていることがわかった」(アンケート「気づき」の内容)

⇒グループダイナミクスによる相乗効果。人の話を自分と対比することで、自己の実態を意識化し、振る返ることが出来る。また、言語化する(話す)ことで、認め合え、気づきあえる。生活改善の継続ややり直しのきっかけとして、検査値の変化だけでなく、お互いの「取り組む姿勢」に刺激を受けることが出来る。

4) 「気づく」ことを支援する働きかけ：会の進行にあたり、具体的に行動目標な行動目標の設定を求めるのではなく、「動機付け」を意識した支援をすることで、本当に自分のやってみたいことを、自然に取り組み始めている。他人に評価されない、自分の気づきの場、確認の場として参加できる。

⇒結果として効果が現れており、教室に申し込むという行動レベルにある対象者は、具体的に自分の実態を理解できるだけで、改善に結びつく習慣を実行しやすいということがわかった。

【課題】個別フォローの必要な参加者への支援が不十分であった。今回の運営体制では、全スタッフが、各参加者の行動変容ステージや感想を把握することは不可能であった。例えば、隔回で、グループ構成を事前に決定するなどして、ファシリテーターが担当グループ参加者について、事前に情報を把握しておく等、必要時に配慮できる体制を工夫する必要があった。

5) 生活習慣と検査値との関連を確認できる：一般的な健康行動はよく知られている。参加者は、検査値とそれまでの生活習慣を繰り返し照らし合わせてみることで、結果がでなければ違う行動を試し、自分に合う方法や、思い込みを修正している。4回目位になると、検査値が生活習慣の振り返りに活用できはじめる。

⇒体験して納得すれば次の行動へも移りやすい。何度か繰り返せることで、習慣化しやすい。当市では、血液検査は2回の実施であった。それでも効果が現れているが、教室終了後の自己管理への支援と考えると、変化を体験できるという意味では3回あると納得しやすかった。家でも確認できる指標(体重・腹囲・体重・歩数等)により、継続できる。

2. 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した個別支援モデル

不安定な生活背景のなか、“これを機に”と参加されたが、継続を支援することができなかった。電話支援の難しさも感じたケースであり、本人の行動変容ステージに応じた支援を今後も検討していきたい。

ま と め

(モデル事業の取り組み結果)

- ・意識の高い対象者については、グループ支援での参加者同士の相乗効果で、高い改善率が期待できる。
- ・グループ支援の適さない個別支援対象者については、様々な生活スタイルや価値観を持っていることが予測される。今後の活動において、それぞれ有効な方法を検討していきたい。

(市全体の健康づくり事業として)

モデル事業で取り組んだ、ハイリスク者への支援のスキルアップとともに、市民が日常的に生活改善・維持しやすい環境づくりとして、関係団体と協力しての実施を企画した。

- ・協力団体が、参加過程において自分たちの地域活動を、“行動変容継続の支援につながる社会資源”として認識した。一緒に参加することで、対象者のニーズを直接感じる機会となった。
- ・一般市民を対象とした啓蒙・普及活動として、医師会の協力でイベント等での簡易血糖検査を実施した。

(結果) 20代からの若い世代へのアプローチの機会となった。検査結果が、要指導域以上の値の者のうち約3割が健診未受診者であった。これは、市内全体での健診未受診者(6割)に対する、受診勧奨の場であるとともに、自己の健康を振り返る動機付けの機会となった。

今回、協力団体が地域での継続支援として、自分たちの団体の活動を自ら紹介できた経過や啓発の結果を活かし、市全体として健康づくりを支えるしくみづくりにつなげていきたい。

6. 結果の出る生活習慣改善教室を目指して

住民の行動変容に着眼して

北海道美幌市

目的

平成15年から18年にかけて国保担当課と実施した国保被保険者の医療費、および基本健康診査受診者の分析から、40歳以降のメタボリック対策はもちろんのこと、本市においては生活習慣病悪化の根底となっている「高血圧」について、青年期からの食生活をはじめとする健康的な生活習慣の獲得や改善に取り組むことが急務な状況である。これまで、基本健康診査受診者の事後支援対策として、冬期間の豪雪・寒冷さらには車社会の弊害による慢性的な運動不足の解消を図るため「運動習慣の獲得」をメインに生活習慣全般の改善を目指し生活習慣病予防教室等に取り組んできた。その支援経過の中で、一定の運動習慣は確立できるものの、ここ数年の対象者の変化として、食習慣の課題が生活を取り巻く複雑な課題に影響され、結果として対象の行動変容や生活習慣を改善してもなおかつ検査データの改善にまで至らない事実が明らかになった。

そのため、平成20年度に向け「食」に対する保健指導をメインとする本モデル事業をとおり、保健師・栄養士の専門性を高め、市民が行動変容をおこし、結果の出る保健指導技術を高めることなど、市に必要な生活習慣病予防をすすめる基盤整備を図ることを目的として取り組んだ。

事業概要

1. 地域・事業者概要

1) 地域・事業者の特徴 (1) 地域特性



北海道の石狩平野のほぼ中心に位置し、面積は277.61km²。西側を石狩川が流れ、中央をJR函館本線と国道12号線が通り、札幌から約60kmに位置する。冬期は累計降雪量が8cmを超える豪雪地帯であり、最低気温は-20度を下回り、最高気温は30度を超える気温差の大きい地域である。

当市は旧産炭地であり、昭和31年の人口は92,000人をピークに、昭和48年の閉山と共に減少、平成19年12月末現在の人口は27,932人、世帯数12,897、高齢化率は30.5%である。平成18年度の出生は239人、死亡は487人と、少子高齢化がすすんでいる地域である。

(2) 健診・医療費などの概要

① 基本健康診査

平成18年度対象数は3,536名、受診数は1,410名で受診率は39.9%となっている。

そのうち、40～74歳1,082名の結果から、1次予防【発症を予防する】に該当する方が303名(28%)、2次予防【早期発見・治療、血管予防】382名(35.3%)、3次予防【再発、重症化

予防) 397名(36.7%)で、生活習慣病において治療の必要な方及び、既に治療をしている方が70%を超えている。

基本健康診査の結果、上位の有所見項目は、「HbA1c」(39.3%)、「腹囲」(32.8%)、「収縮期血圧」(31.6%)、「LDL」(28.2%)となっており、血管を傷つける要因や内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因が生活習慣病発症の要因となっていると考えられる。

性別で見ると、HbA1c男性(65.6%)>女性(27.0%)、腹囲男性(58.2%)>女性(21.4%)、血圧男性(51.6%)>女性(21.3%)、LDL男性(49.3%)>女性(20.3%)と男性がすべてにおいて有所見率が高い。しかし、女性においては内臓肥満のリスクをもたない集団のなかに高血糖・高血圧・高脂血症を重複して有している対象が多い。

本市においては男性のみならず、女性も喫煙率が高く、喫煙が生活習慣病の発症や悪化に影響を与えていることが示唆される。

メタボリック症候群の出現を年代で見ると、20~30代から40代にかけて、該当者は男性3倍、女性5倍に増える。また実数は少ないが、20~30代のメタボリック症候群予備軍は男性45.8%・女性34.7%と、青年期にすでに生活習慣病のリスクをもち、加齢とともに40代以降に急激にその出現率を高めている状態である。

②医療費

一人あたりの医療費は、全国と比較して1.4倍、全道では1.1倍と医療費は高くなっている。特に一般医療費が全国・全道と比較すると高く、老人医療費も全体の医療費を押し上げている。

高額医療の状況(ひと月200万円以上 23名:平成18年12月)から、基礎疾患に高血圧をもつ方が47.8%、糖尿病では43.5%、高脂血症21.7%、虚血変化26.1%。

平成15年度1年間の300万以上の高額医療者全員(183名)の分析では、高血圧75%、糖尿病58%、高脂血症36%、虚血変化50%となっており、生活習慣病を基礎疾病にもち、徐々に増悪させ、心疾患や脳血管疾患等の疾患を発症している状況が明らかとなり、とりわけ本市においては高血圧を基礎疾患に最終的には重篤な心疾患の発症となっている。また、メタボリックシンドロームから心疾患や脳血管疾患を発症しているが最終的には悪性新生物を引き起こし、死に至る現状も多い。

人工透析患者の実態から、基礎疾患として、高血圧93%、高尿酸血症80%、高脂血症59%、糖尿病44%と、本市においてはここでも高血圧による腎不全が人工透析を招いていることが伺える。

生活習慣病で治療している割合は、全体で25.3%、男性28.3%、女性31.0%で、その内訳は、高血圧が半数を占めている。しかし確実に血管の危険を来たし、徐々に悪化の経過をたどり最終的には虚血性心疾患や脳血管疾患を引き起こす「高血圧」ではあるが、自覚症状がなく、し

かも服薬中であることの油断が市民に安心感を与えているのも事実であり、今後これらに対する対策が最重要課題である。

2. 対象者

1) 日本看護協会版「グループ支援」モデル

選定条件	1. 平成 18 年度基本健康診査受診者のうち、65 歳未満で HbA1c が 5.5~6.0 の方 2. 青壮年期男性へのアプローチとして、市職員男性の中から上記 HbA1c に該当する方								
呼掛け方法	1. 案内文の送付								
	選定対象者数 (人)			申込者数 (人)			参加者数 (人)		
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計
対象者	25	61	86	9	8	17	9	8	17

2) 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル

選定条件	平成 18 年度基本健康診査受診者のうち、65 歳未満で HbA1c が 5.5~6.0 で、これまでの勧奨で教室や受診に結びついていなく、かつ積極的支援に該当する方								
呼掛け方法	H19 年度基本健康診査受診当日問診場面で勧奨								
	選定対象者数 (人)			申込者数 (人)			参加者数 (人)		
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計
対象者		3	3		2	2		2	2

* 1名途中で辞退

3. 実施体制(実施者、関係協力機関)

美唄市保健センター成人保健担当保健師 5 名・栄養士 1 名(保健師 5 名のうち、4 名が常勤職員、1 名が臨時職員。栄養士は常勤職員)により実施。

健康づくりの拠点施設である保健センターを会場として、手作りの媒体を作成、および不足分を購入して実施した。

結果

1. 実施結果

○日本看護協会版「グループ支援」モデル

年月日	経過	スタッフ数 (人)						参加者 (人)			グループ数	所要時間 分	事前 お便り・案内・呼びかけ等
		保健師	看護師	栄養士	医師	その他	計	男性	女性	計			
19年3月中旬	事前スタッフミーティング	3					3			0		200	
19年3月下旬～4月上旬	事前訪問及び事例検討会	4		1			5	1	3	4		600	
5月中旬	第1回スタッフミーティング	5		1			6			0		120	
5月30日	第1回プログラム「プロセスを見る」	5		1			6	6	5	11	2	150	採血日程調整のため電話。同時に生活状況の確認と参加勧奨。
5月30日	教室及び個別評価	5		1			6					120	
8月初旬	第2回スタッフミーティング	4		1			5			0		120	
8月29日	第2回プログラム「私の食生活を振り返って」	4		1			5	4	8	12	2	150	採血日程調整のため電話。同時に生活状況の確認と参加勧奨。
8月29日	教室及び個別評価	4		1			5					120	
11月初旬	第3回スタッフミーティング	5		1			6			0		200	
11月27日	第3回プログラム「私の食生活を振り返って」	2		1			3	2	2	4	1	150	採血日程調整のため電話。同時に生活状況の確認と参加勧奨。
11月27日	教室及び個別評価	2		1			3					120	

1月中旬	第4回スタッフミーティング	4	1			5				0		120	
1月29日	第4回プログラム「検査値から身体の様子をのぞきましょう」	4	1			5	4	6	10			150	採血日程調整のため電話。同時に生活状況の確認と参加勧奨。
1月29日	教室及び個別評価	4	1			5						120	
2月初旬	第5回スタッフミーティング	5	1			6				0		120	
2月26日	第5回プログラム「1年を振り返って」	2				2	2	4	6	1		150	採血日程調整のため電話。同時に生活状況の確認と参加勧奨。
2月26日	教室及び個別評価	2				2				0		120	

○標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル

年月	支援形態	対象1人に対して関わったスタッフ(人)					計	実施人数(人)			支援時間 分	ポイント数	備考
		保健師	看護師	栄養士	医師	その他		男性	女性	計			
11月16日	初回訪問	1					1		1	1	90		
11月19日	初回訪問	1					1		1	1	80		
11月26日	電話B	1					1			0	15	20	
12月5日	中間評価(訪問)	1					1		1	1	90	120	
12月14日	電話A	1					1		1	1	10	30	
1月18日	電話A	1					1		1	1	10	30	
2月26日	個別支援A	1					1		1	1	40	120	

1) 参加状況

(1) 参加人数 実 17/延 54 *実 17 名のうち、第 2 回からの参加…3 名

中絶者…2 名

(2) 平均出席者数 11 名

(3) 7 割出席者数 8 名

(4) 平均年齢 52.9 歳 (男性 : 47.8 歳 、 女性 58.9 歳)

(5) 全回参加者 3 名

2) 医療状況

6 名 (35.3%) が生活習慣病 (高脂血症・糖尿病等) で治療している

2. 活動経過の振り返り

1) 日本看護協会版「グループ支援」モデル

プログラム	実施したこと	スタッフの意図 (実施に際して留意したこと)	参加者の発言・ 反応	スタッフの 気づき
事前訪問 および 事例検討会	1. 事前訪問により対象者の生活・経過を知る。 2. 事例検討会により、対象および支援者の経過から学ぶ	対象者の生活や支援者の経過を振り返ること で、支援の時期 (タイミング)、効果的な支援方法について保健師間で共通の気づきを得られるよう検討会を実施した	・介入時期のタイミングが非常に大切であり、その後の支援の効率性を高めることを共通理解した	左記同様
第 1 回 「プロセス を見る」	1. 健康チェック 2. オリエンテーション 3. 事例紹介 4. グループワーク 5. 自分の記録	スタッフも参加者もお互いに「学び、気づき」 良いものにしていくこと	・事例紹介では将来を見据えての危機感を実感 ・事例をとおして自分の生活の気づきを表現	グループで話し合い、共感しあうなかで自分の思い以上の気づきが得られた
拡大スタッフ 会議				
第 2 回 「食の実態 を見る」	1. 健康チェック 2. オリエンテーション 3. 事例紹介 4. 食事記録の実践 5. 意見交換	食事記録の実践では、スタッフ対参加者の質問ゲームにならないように、まず参加者に投げかけて共有し解決するように配慮した	麺類は●が少ない と思っていたが多かった、魚は体に良いからいくらでも食べて良いと思っていたなど気づきを素直に表現	食事記録や発言等から野菜摂取量の不足、脂質摂取の過剰、調味料による糖分の過剰摂取、嗜好品の過多がみられた

第3回 「コントロールを見る」	1. 健康チェック 2. リエンション 3. 事例紹介 4. 自分のグラフをもとにGW 5. 食の振り返り	血液データと生活の変化の気づきから今後の意欲を高めていけるよう事例紹介・グループワークをすすめた	生活の変化を積極的に表現する。データの改善がみられた方は自信となり、改善が見られない方の目標となっていた	参加者それぞれの課題がクリアになってきた。教室終了後含めた支援の方向性の整理が必要
--------------------	---	--	--	---

第4回 「習慣化を見る」	1. 健康チェック 2. リエンション 3. 血液データを振り返る 4. 今後にむけて	生活の変化がどのように身体に影響したか振り返りコントロール可能であることを実感できるGWとなるよう配慮した	「出来たこと」「出来なかったこと」を素直に表現。皆、生活・データが改善しており、参加して良かったと今後意欲をみせる	参加者個々の課題に沿うようGWの進行に努めた。参加者同士が気づきあい、今後の意欲を高めるなど住民の力を感じた
-----------------	--	---	---	--

2) 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル

		支援パターン A				
		支援形態	実施内容	スタッフの意図 (実施に際して留意したこと)	対象者の反応	スタッフの気づき
	初回時	個別支援 (訪問)	1. 健康チェック 2. 検査データについて 3. 生活習慣の改善点とくに食生活について課題と目標の共有	自分の健診データを理解し「普通」と思っている習慣と身体・将来への影響を結びつけて考え、目標をたてることのできる	健診データの理解は良い。食生活の確認の中で改善必要な部分を理解でき、実行への意欲を見せる	データと身体の関係等理解・意欲はあるが、継続が課題か。
継続支援の カ月後の評価	1回目	電話B	食生活の変化、活動量増について賞賛	進捗状況の確認	健康チェック、食事・運動を頑張っていると意欲を見せる	頑張りを支持できたが、どこまで効果がでるか気になる。
	2回目	個別支援A (中間評価)	1. 健康チェック 2. この1ヶ月間の目標と実践を整理し今後の見通しをもつ	可能なこと、難しいことを整理し、具体的な行動変容を促す	効果が見えず間食が影響していること、また調味料と砂糖が多いことも課題と気づく	努力できる部分は実行に移しているが、バラツキもあり継続が苦手な印象
	3回目	電話A	食生活など実践を賞賛、継続の一押し	進捗状況の確認	食生活気を付けているがデータに変化無し。意欲減少	継続が結果に結びつくこと伝えるが、スランプか
	4回目	電話A	食生活など実践を賞賛、継続の一押し	進捗状況の確認	年末年始を挟み体重増。逆に意欲増す	理解はOK。もう一つ実践につながる動機付けが必要か?

5回目	個別 支援A (最終評価)	4か月を振り返り出来たこと、課題を整理できる	自らの実践と効果を考えられる。今後の目標を考えられる。	体重、腹囲、HbA1cの減少とても嬉しそう。家族への波及効果もあった	4ヶ月間レッスンがあったが実践・効果につながり自信となった。継続への意識を高められたか
-----	---------------------	------------------------	-----------------------------	------------------------------------	---

○ 日本看護協会版「グループ支援」モデルでを使用した媒体の一部

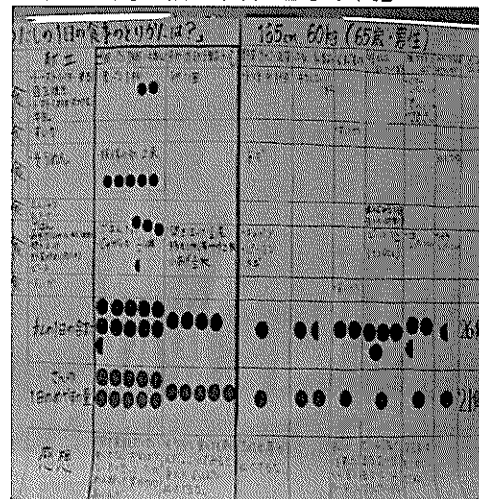
『外食に含まれる油と塩の量』



『ジュースに含まれる砂糖の量』

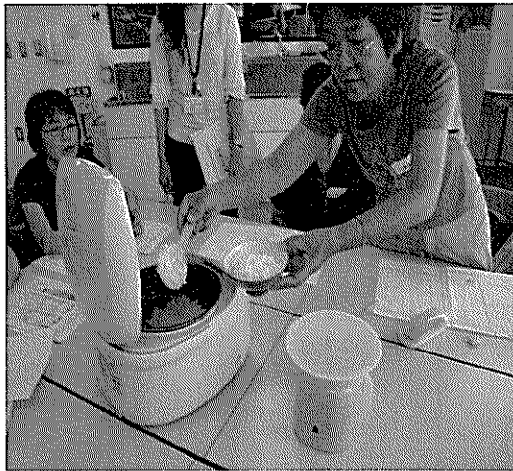


『●で食生活を振り返る事例』



『普段のご飯を測定。●何個分？』

『7皿食べると350kcalです』



『塩分 0.7%のお味噌汁を試飲しました』



『皆さん、熱心に学んでいます』



3. 検査値の変動

1) 日本看護協会版「グループ支援」モデル参加者

図 1：検査値の変動

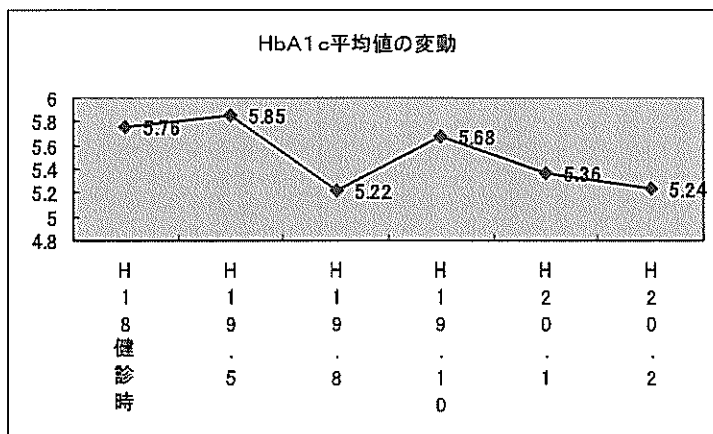


図 2：検査値変動の内訳

n=13

		改善	維持	悪化
HbA1c	人数	13	0	0
	%	100%	0	0
体重 (BMI)	人数	11	2	
	%	84.6%	15.4%	
腹囲	人数	9	3	1
	%	69.2%	23.1%	7.7%

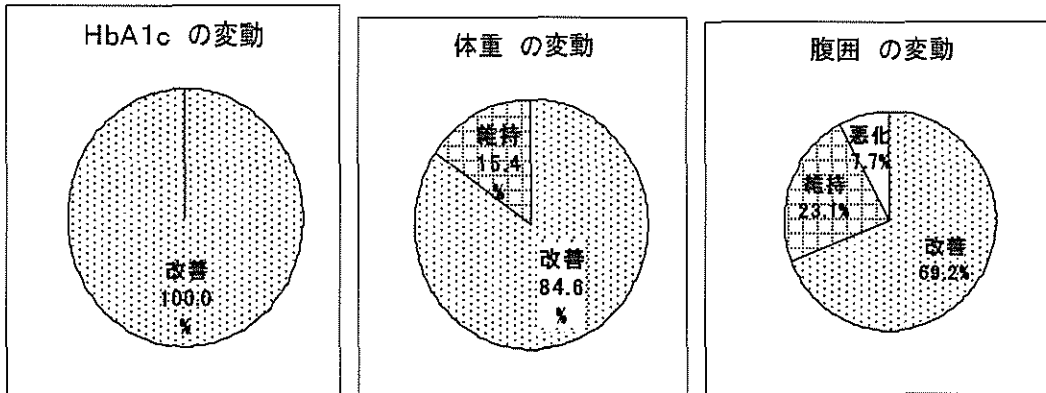
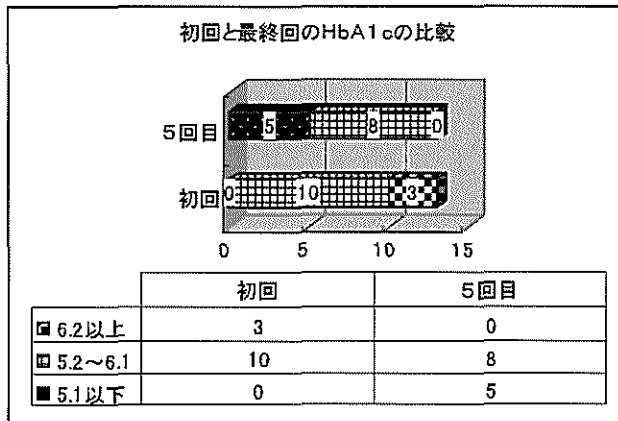


図 3 : 初回と最終回の HbA1c の比較



2) 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル参加者

図 1 : 検査値の変動

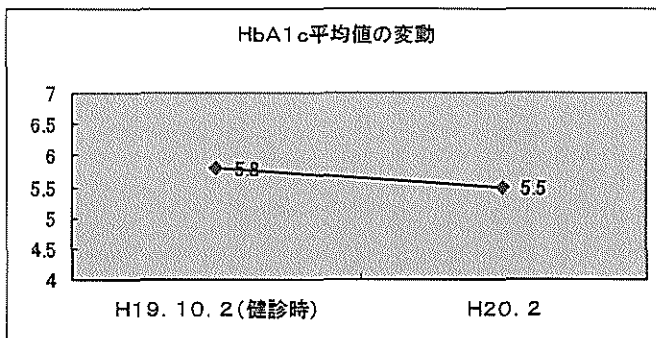
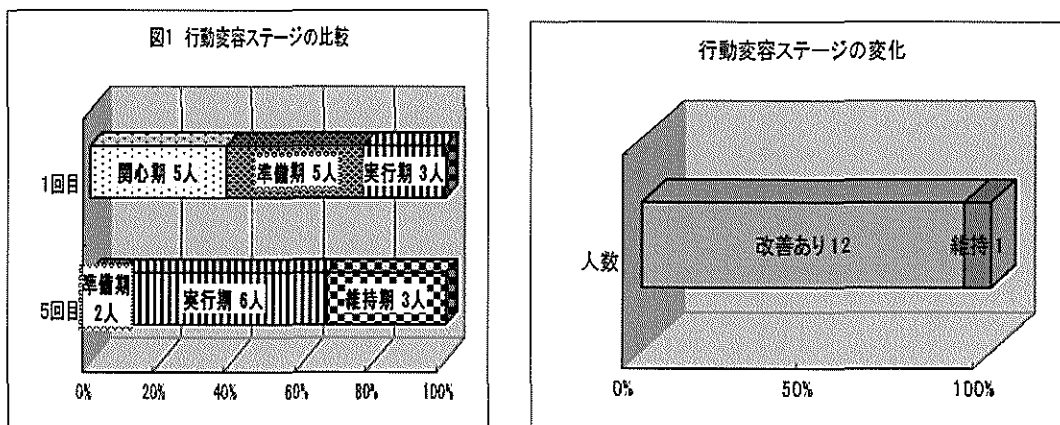


図 2 : 検査値変動の内訳

		改善	維持	悪化
HbA1c	人数	1名		
	%	100%		
体重 (BMI)	人数	1名		
	%	100%		
腹囲	人数	1名		
	%	100%		

4. 参加者の行動・認識の変化

1) 日本看護協会版グループ支援モデル参加者



- (1) 教室1回目と5回目の行動変容ステージを比較すると関心期・準備期が減少し、実行期・維持期の増加が見られる。(図1)
- (2) 12名(92.3%)が行動変容のステージアップがみられた。維持していた1人は教室参加当初より実行期の方である。
- (3) 食に関しては、①間食の取り方(時間・量・内容) ②外食の回数 ③麺類の量 ④蛋白質の量 ⑤砂糖の使い方 ⑥主食の量 ⑦野菜の取り方 ⑧薄味に に関して、自分の課題と現在の生活スタイルで可能なことを判断し行動変容していた。
- (4) 運動に関しては、53%の参加者がウォーキングなど積極的に身体を動かすことを生活に取り入れ、継続している傾向がみられた。
- (5) 最終回に参加した参加者から、①自分の身体・データに関心をもてた ②血液データの意味を理解することで今後の予測をもてた ③これまで健診は「受けること」が目的になっていたことに気づいた ④生活の変化が素直に身体に影響することがわかり自信となった という言葉が聞かれた。また、仲間のデータの変化・生活の変化を意識することで良い刺激になっていた。

- (6) 食事に関しては、個人の価値観が大きく「多い」「少ない」「バランス」を客観的に判断することが難しかったが、“●つけ”を実践したことで、自分で判断することができるようになった。食生活のコントロールをする大きなヒントになったようである。
- (7) また参加者個々に、行動変容によるストレスに対し、自分なりの対処方法を持ち“ストレスになりすぎない程度に”と精神的なコントロールがされていた。

2) 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した個別支援モデル参加者

- (1) 行動変容ステージは、関心期から実行期へ変化
- (2) 前半は実践へ今一步意欲的に取り組めていなかったが、途中データが悪化したことが気持ちを高め目標を具体的に明確にして行動変容へとつながった。その後はデータが改善したことが自信となり、また家族を巻き込んで行動変容が出来たことで、実践意欲・継続意欲を高められた。

考察 および まとめ

- 1. 日本看護協会版グループ支援モデル
- 2. 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した個別支援モデル

生活習慣改善にむけた個別支援をとおして、食生活の課題の複雑さが顕著に現れ、さらに生活を取り巻く複雑な課題が行動変容に影響している対象者の増加がみられている。医療費や健診結果などから、当市の健康課題が明らかとなり、「高血圧」が多いことが顕在化したなかで、生活習慣病予防対策の基本となる「個人への健康づくりへの支援」を今一度振り返り、保健指導技術を高め効率的な個別指導を図っていくと共に保健師間の共通認識を深め、「地域の健康づくり」をすすめていくための支援者のあり方について考えた。

グループ支援モデルの17名中継続参加した13名の結果から、HbA1cは参加者全員(100%)が改善した。食を中心とした支援は本市においては初めての取り組みであり、教室の途中経過や終了時の参加者の結果を見ると、最初に改善するのが血液データ、次に体重、腹囲の順となっている。一方、本市ではモデル事業と平行して運動を中心とした生活習慣改善教室を実施しており、そこでの参加者は腹囲、体重、最終的に血液データの順となり、中でも血液データの改善が芳しくない。参加者の年齢や性差にもよると思われるが、今後この両教室を比較検討し、食と運動を基本とした生活習慣改善教室をさらに充実させていくことが必要である。

さらに個別支援モデルの1名についてもHbA1c・腹囲・体重の項目において改善がみられ、高い改善率が得られた結果が得られた。

本モデル事業では、集団のなかで自分自身の生活を表現するプロセスにより、自分自身の食べ方、

生活の振り返りと気づきを深める作業を繰り返し実施し、仲間の生活と対比させ自分自身を客観的に知るという作業を実施する中で、参加者は ①食事内容を●で表現することで摂取量が多いのか少ないのかがわかり自分の食の課題が客観的に明確になったこと ②食事内容を主食から調味料までの8項目に分類することでバランスが意識できるようになったこと ③①と②から食生活をコントロールする基準をもてたこと ④仲間の気づきを自分の気づきにできたこと ⑤3ヶ月に1回参加することで“頑張ろうという気持ち”を持ち続けられたこと ⑥頑張った結果が血液等データに反映されたことなどが明らかになり、これらが参加者のモチベーションを高め、よって生活習慣の改善から検査データの改善へと結びついたと考えられた。

個別支援を行うには個人の生活を具体的に知ることが前提となるが、とくに生活習慣改善支援において食習慣を知り、改善点を対象者と支援者がおなじ目線でおさえることが必要だが、難しい一面でもあった。

食事内容を●で表現することにより、支援者と対象者が同じ基準の中で教室を進めることができたため、双方が客観的に実態を知るとともに課題を明確に出来たことは、生活習慣改善指導を行う上で大きな効果となった。また、今後のコントロールや継続した支援を検討する上での明確な基準となったのも事実である。さらに支援者間の共通理解を深めることや参加者と支援者の関係性の築きにも大きな効果をもたらした。

さらに生活習慣や検査データの変化が現れている対象者の背景から、『気づく力』『考える力』『行動（持続）する力』を支え、有効に機能するには、対象者が抱えるストレス・健康観・行動変容ステージが大きく影響することが明らかになった。そのため、①対象者のストレス要因を知ること ②対象者の健康観を知ること ③対象者の行動変容レベルを随時正確に判断すること等が支援者に求められる。このように個人の健診データや生活習慣に加え、社会的要素を深めながらアセスメントすることが不可欠であることを改めて感じた。

今回の事業をとおし、保健師活動の基本ともなる「個別支援」について振り返る機会となり、生活習慣改善指導は個人の生き方・価値観に触れることであり、対象者を取り巻く様々な要素から適切にアセスメントする技術や、生活習慣改善に影響する要素を引き出すコミュニケーション技術を持ち合わせていくこと等が支援者に求められていることを再認識した。そのため、支援者は同じ目線で頑張っていく仲間として信頼関係を気づくことが必要である。

さらに、個別指導を開始するタイミングが生活習慣改善にむけた大きな要素とも考える。多くは基本健康診査を受診したその後からアプローチを図っていくことになるが、これまでの経過から、特に効果的なタイミングとして、健診データが①はじめて異常値となったとき ②年々悪化している ③初めての健診受診の方々へのアプローチが比較的スムーズに支援に結びつきその後の行動変容につながっていることを感じるどころであり、大切にしていきたいタイミングである。今回の参加者は、①と②の対象者であり過去にも保健事業を勧奨した経過のある方である。何度目かの勧奨によって「そろそろ身体のことを考えてみるか…」と重い腰を上げた参加者も多いことから、市民一人ひとりの長い生活の経過の中で、個人にあったタイムリーな時期に支援に結びつける技術

も保健師に求められているものではないか。

以上のように、個人を知ること・優先性をもち効率的な「個への支援」を基本におき、「小集団支援」を行うことにより双方が有効にはたらくものとする。さらにその時々を対象者の課題を見極め、小集団支援に反映させることでさらに効率的な小集団支援となり、個人の生活習慣改善に拍車をかけるものとする。

食生活の見直しは、「こころがけレベル」から「実践レベル」へ、いかに結びつけていくかが課題であり、日々3回の食事だけに個別性は強い。また食の改善はどうしても「節制・我慢」と制限されるイメージが強く、その中での継続は大きな課題である。当市は北海道という地域柄冬場の慢性的な運動不足や車による移動の習慣化による運動不足が深刻な地域である。これまで当市で実施してきた小集団教室はその運動不足の解消と共に高めあう仲間との出会いの場として実施し、現在健康づくりを目的とした8つのサークルが活動し、個人から地域の健康づくり活動を担っている。このような活動からも『仲間』や個人を取り巻く『環境』があつてこそ、個人・地域の健康づくりは推進されるものとする。生活習慣病予防に向けた取り組みについても、対象者を取り巻く“地域”をベースに、健康づくり施策の一環として取り組みを充実させていきたいと考える。

7. 生活習慣病予防活動支援 モデル事業

くらぶ“ハッピー10”^{テン}で見えてきたこと

福島県喜多方市

目的

喜多方市では、生活習慣病予防事業として「糖尿病予防教室」や「個別健康教育」等を実施してきた。その結果、参加者の中には終了後、改善や維持している人がいる反面、悪化していく人もあり、また、出席率が伸びないなどの問題があった。そこで、保健事業の見直しと“参加者が生活習慣病を予防するための”効果的な支援方法について学習し、平成20年度からの特定保健指導に向けての準備をするために、このモデル事業に取組んだ。

事業概要

1. 地域の概要

1) 地域の特徴

喜多方市は福島県の北西部、会津盆地の北に位置し、北西に、世界遺産の国内候補に挙げられた飯豊連峰の雄大な山並みが連なり、東には名峰磐梯山の頂を望む雄国山麓が裾野を広げる豊かな自然に恵まれた風光明媚なまちである。平均気温は11℃前後、平年12月中旬から翌年3月中旬までは、平均1～2mの雪となり、日本海型気候である。公共交通機関は、JR東日本の郡山駅から新津駅間を結ぶ磐越西線が市の南部を走り、20系統の路線バスが走っている。産業としては、良質な水や米を原料とした酒造業や農業、近年は、「蔵のまち・ラーメンのまち」としての観光業が伸びてきている。

平成18年1月に喜多方市、熱塩加納村、塩川町、山都町及び高郷村の5市町村が合併し新喜多方市となる。また、平成15年には全国初の「太極拳のまち」を宣言し、今年度は介護予防のために作成した「太極拳ゆったり体操」の普及に取組むなど、“健康と思いやりで創る安全で安心なまちづくり”を推進している。

- 面積 554.67 k㎡
- 人口 55,625人 (H19年3月末現在)
- 世帯数 17,394世帯 (“)
- 高齢化率 29.4% (“)
- 出生数 362人 (平成18年)
- 死亡数 786人 (“)

2) 市民の健康状況

(1) 健診状況

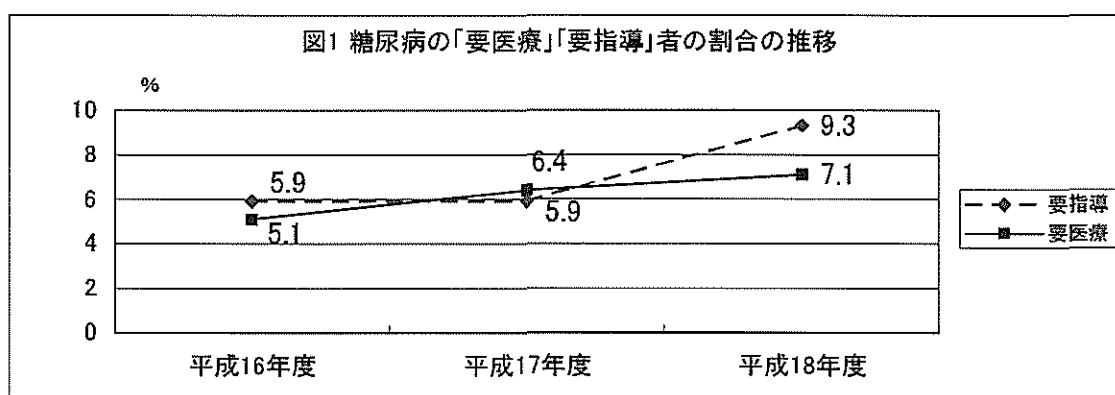
① 基本健診（平成 18 年度）

対象者数 (人)	受診者数 (人)	受診率 (%)	結果内訳		
			異常なし	要指導	要医療
12,003	6,992	58.6	711	1,680	4,601
			(10.2%)	(24.0%)	(65.8%)

② 国民健康保険加入者の基本健診、国保ドック受診状況（平成 18 年度）

合計	国民健康保険 者数 (人)	基本健診 (集団)		人間ドック		計	
		数 (人)	率 (%)	数 (人)	率 (%)	数 (人)	率 (%)
40 歳代	1,517	270	17.8	42	2.8	312	20.6
50 歳代	3,105	743	23.9	159	5.1	902	29.0
60～64 歳	1,902	692	36.4	62	3.3	754	39.6
65～69 歳	2,799	1,045	37.3	150	5.4	1,195	42.7
70～74 歳	2,921	989	33.9	145	5.0	1,134	38.8
計	12,244	3,739	30.5	558	4.6	4,297	35.1

③ 基本健診結果：糖尿病「要指導者」「要医療者」の割合は 16.4% を占め増加傾向にある。



(2) 医療費

- ① 主要疾患（悪性新生物・糖尿病・高血圧症・心疾患・脳血管疾患）の受診率は、県平均とほぼ同じだが、1人あたりの医療費では高血圧が全体の約2割を占め糖尿病が40歳代で約2倍になっている。
- ② 人工透析患者の状況：糖尿病の人が12人で40%を占めている（H18年12月診療分30人中）

2. 対象者

1) 日本看護協会版「グループ支援」モデル

選定条件	基本健診、国保ドック（平成18年度）受診者中 年齢40～64歳でHbA1c 5.5～6.0%の者								
呼掛け方法	対象者全員に個人通知をし、電話・家庭訪問で勧奨								
	選定対象者数（人）			申込者数（人）			参加者数（人）		
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計
対象者	47	80	127	10	24	34	9	19	28

2) 標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）に準拠した「個別支援」モデル

選定条件	基本健診、国保ドック（平成18年度）受診者中 年齢40～64歳でBMI≥25でメタボリックシンドロームの項目が2つ以上の者								
呼掛け方法	電話・家庭訪問により勧奨								
	選定対象者数（人）			申込者数（人）			参加者数（人）		
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計
対象者	35	29	64	1	5	6	1	4	5

3. 実施体制（実施者、関係協力機関）

1) スタッフ：実人数 8人（常勤7人 非常勤1人）

保健師（4）、栄養士（2）、看護師（1）、事務（1）

2) 協力団体、機関：食生活改善推進委員会、

（財）福島県保健衛生協会会津地区センター

結果

1. 実施結果

1) 日本看護協会版「グループ支援」モデル

年月日	経過	スタッフ数（人）						参加者（人）			グループ数	所要時間 分	お便り 等
		保健師	看護師	栄養士	医師	その他	計	男性	女性	計			
平成19年 3月19日	事前スタッフミーティング「モデル事業、事例訪問について」	8	2	1		1	12			0		180	
3月29日	事前訪問及び事例検討会	8	2	1		1	12			0		240	
5月8日	第1回スタッフミーティング	3		1			4			0		180	
6月19日	第1回プログラム「プロセスを見る」	4	1	1		1	7	7	17	24	4	150	案内

年月日	経過	スタッフ数(人)						参加者(人)			グループ数	所要時間分	お便り等
		保健師	看護師	栄養士	医師	その他	計	男性	女性	計			
6月19日	第2回スタッフミーティング	4	1	1		1	7			0		120	
6月29日	第3回スタッフミーティング	4	1	1			6			0		120	
8月9日	第4回スタッフミーティング	3	1	1			5			0		180	
8月10日	拡大スタッフ会議	4	1	1		1	7	1	2	3		120	呼びかけ
8月10日	第5回スタッフミーティング	4	1	1			6			0		60	
9月5日	第2回プログラム「食の実態を見る」	3	1	1		1	6	5	17	22	4	150	通信
9月5日	第6回スタッフミーティング	3	1	1		1	6			0		60	
9月25日	拡大スタッフ会議	3		1			4	3	2	5		90	呼びかけ
9月25日	第7回スタッフミーティング	3		1			4			0		60	
11月8日	第3回プログラム「コントロールをみる」	3	1	1			5	6	11	17	3	150	通信
11月8日	第8回スタッフミーティング	3	1	1		3	8			0		75	
11月29日	拡大スタッフ会議	3		1			4	2	1	3		60	呼びかけ
11月29日	第9回スタッフミーティング	3		1			4			0		60	
12月17日	第4回プログラム「継続のために必要なこと」	3	1	2		7	13	6	15	21	4	240	通信
12月17日	第10回スタッフミーティング	3		1			4			0		60	
12月25日	第11回スタッフミーティング	3		1			4			0		160	
平成20年1月15日	拡大スタッフ会議	3		1			4	2	2	4		90	呼びかけ
1月15日	第12回スタッフミーティング	3	1				4			0		60	
2月4日	第5回プログラム「食事を振返る」	3	1	2			6	3	6	9	2	150	通信
2月4日	第13回スタッフミーティング	3	1	1			5			0		60	

2) 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル

年月	支援形態	対象1人に対して関わったスタッフ数(人)					実施人数(人)			支援 時間 分	ポイン ト数	備考	
		保健師	看護師	栄養士	医師	その他	計	男性	女性				計
8月~11月	初回面接	4		1			5	1	4	5	40.6	-	
9月	個別支援 A	1					1		1	1	20	80	
9月	個別支援B	2					2	1	1	2	17.5	35	
9月	電話A	1					1		1	1	15	45	
10月	個別支援 A	4					4	1	3	4	32.5	130	中間評価
10月	個別支援B	1					1		1	1	15	30	
11月	個別支援B	2					2	1	1	2	20	40	
11月	電話B			1			1		1	1	10	20	
11月	e-mail A (手紙)	2					2		2	2	2	40	
12月	個別支援 A			1			1		1	1	25	100	中間評価
12月	個別支援B	2					2	1	1	2	26	50	
12月	電話A	1					1		1	1	10	30	
12月	電話B	1					1		1	1	10	20	
1月	電話A			1			1		1	1	8	15	
1月	電話B	3		1			4		4	4	10	20	
1月	個別支援B	1					1	1		1	25	50	
2月	個別支援 A	2		1			3		3	3	10	40	
2月	電話B	3					3		3	3	5	10	
2月	個別	4		1			5	1	4	5	—	—	6ヶ月後の 評価

2. 活動経過の振り返り

1) 日本看護協会版「グループ支援」モデル

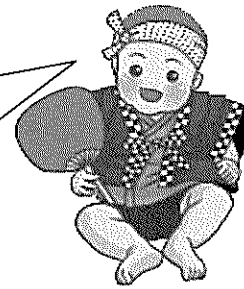
プログラム	実施したこと	スタッフの意図(実施に際して留意したこと)	参加者の発言・反応	スタッフの気づき
事前訪問及び事例検討会	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病予防教室0B会等のメンバー10人(男性3、女性7)に対し、スタッフ12人が2人1組で訪問。記録をもとに事例検討会を実施。 	<ul style="list-style-type: none"> ・今回は、あえて「指導しない」「経過や気持ちをきちんと聞く」訪問をする。 ・地域で「生活習慣病と取組む時にどのような課題があるのか」とらえなおす。 	<ul style="list-style-type: none"> ・自分に都合の良い思い込み(血糖値130位では治療不要、尿の泡立ちが小さいから大丈夫等)で実行している。 ・主治医より近所の人の意見を重視する。 ・他人から聞いたり、本やテレビで良いといわれた事(サプリメント、ゴーヤ等)をいろいろやったりしている。 ・「糖尿病教室」等で10年も係りを持っていたのに自分の血糖値の意味や状態をわかっていない。 ・近所付き合いのお茶で菓子やすずめられると断れない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医、保健師等の話を自分に都合の良いように解釈して実行している。 ・「教室」終了後、継続していたウォーキングを家族の介護で中断。継続は、むずかしい。 ・「教室」参加当時は、「やらなくては」と決意し、取組をするが、数年経つと、気にしなくなる。 ・身内等に重症の糖尿病の人がいても自分の状態を認識していない。 ・「糖尿病予備軍」の状態では「異常なし」と解釈している。
第1回「プロセスを見る」	<ol style="list-style-type: none"> 1. 計測(血圧、体重、腹囲) 2. オリエンテーション、教室の目的、プログラム 3. 事例(3例)紹介 4. グループでの共同学習(グループトーク) 検査結果をグラフにする 5. 感想を聞く 拡大スタッフ会議の案内	<ul style="list-style-type: none"> ・初顔合わせなので継続参加ができるように、緊張や不快感を持たせない様スタッフを配置した。 ・全員の表情がわかるように椅子を配置。 ・1グループに司会と記録を配置し、全体を見るスタッフを配置。 ・参加者が自分の事を話し、他人の話を傾聴し、自分の状態に気づけるようにした。 ・質問に対しては後で回答する事にし、皆が参加できるようにした。 	<ul style="list-style-type: none"> ・「ウォーキングを1年続けた。やり過ぎてやせた。今は40分歩き、食事制限はしていない」 ・「ビールを飲む時はご飯を食べない。でも、ご飯はうまい！」 ・「通知が来たけど気にならない。周りでも気にする事ないと言うし・・・」 ・「今から気にしないとダメ！Bさん(事例)のようになっちゃうよ！」 ・「ご飯は昼だけ。1日1食。あとは、つまみ(野菜と野菜)と酒。」 ・「4~5年で体重が10kg増えた。(検査結果を見ながら)体重が増えると血糖も悪くなるのかな？やせると違うのかな？」 	<ul style="list-style-type: none"> ・従来の教室と違い、男性が多く、参加者の意欲や期待の大きさが感じられた。 ・想像以上に活発なグループトークになっている。 ・案内通知が届いた理由を認識せずに参加した人もいたのに驚く。 ・健康に気をつけているようだが、結果の見方を理解できない人もいる。 ・発言が多く、他人に影響力も大きく、話がそれてしまう人がいて注意を要した(ファシリテーターのむずかしさ)
拡大スタッフ会議	<ol style="list-style-type: none"> 1. 拡大スタッフ会議の目的 2. 1回目を終えての感想 3. 2回目の教室について 4. 「食事の記録」試行 5. 通信について 	<ul style="list-style-type: none"> ・率直に意見を出せるような雰囲気作り ・突りある「教室」になるようにスタッフの思いを伝える 	<ul style="list-style-type: none"> ・「減量しなくては・・・」と思い、気をつけたりしたが、長続きしなかった。続ける秘訣を知りたい ・「退職後、酒も好きなので毎日1時間半歩いている」 ・グループワークで無口だった人が「更年期障害で肥満になり、血糖値も高くなり驚いている」と話した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・グループトークに対し自分の事を話せてすっきりしたとの発言に「教室」の今後が楽しみになる。 ・「食事の記録」を試行してみると「こんなにお菓子を食べてたんだ」と気づいた様子。
第2回「食の実態を見る」	<ol style="list-style-type: none"> 1. 計測(血圧、体重、腹囲) 2. オリエンテーション、教室の目的、プログラム 3. 事例(栄養士の食事)紹介 4. グループでの共同学習 	<ul style="list-style-type: none"> ・初めての参加者が緊張しないように傍にいてフォローした。 ・とりあえず、前日の食事内容を、思い出して書き出せばよい。 ・できあがった表を見て気づきができるように話をした。 ・検査結果が悪化して落ち込 	<ul style="list-style-type: none"> ・開始までの待ち時間に、展示した食事のモデル等を見ていた。 ・食事の記録は皆、お茶も飲まずに集中して取組んでいた。 ・隣の人と話す事で思い出したり、自主的に書いてきたメモを見ながら、記入したりし 	<ul style="list-style-type: none"> ・皆、早めに来所し受付が混雑。次回からは自己測定も良いか？と考えた。 ・事例紹介からグループワークに移る時に区切りがなく栄養士の説明を聞いていない人もいた。 ・血糖が高いのに食品の記録が少ない。何故？書き漏れ？

プログラム	実施したこと	スタッフの意図(実施に際して留意したこと)	参加者の発言・反応	スタッフの気づき
	(グループトーク) ・昨日の食事内容を書き出す ・食品分類作業 ・検査結果をグラフにする 5. 感想を聞く 拡大スタッフ会議の案内	んでいる人に対し今後の取組で改善できると励ます。	ている人もいた。 ・「晩酌するから●が多くなる」 ・「やはり食べているなあ。油物が多い。これを機に減らしたい」 ・「飲酒は会合の時だけ。」と言いながら●9個になり「こんなに摂っていたんだ。」とだんだん静かになってしまいう人もいた。 ・検査結果を見て、「普段から野菜中心なのに、何故下がらないんだ」	(確認が必要) ・血糖が高いのに、甘露煮をそんなに食べているんだ。 ・記録は想像以上にスムーズに書けていた。男性は大変かと思ったが意外に書けている。 ・理解するのには時間をかけないと無理。
拡大スタッフ会議	1.2回目の感想 2.3回目の教室に向けての思い、質問	・1回、2回の「教室」が終了したので、参加者の感想を聞き、次回の教室に反映させる。 ・2回目で「食事の事がさっぱり、わからなかった」と言っていた人に入ってもらった。	・「教室」に参加してから減量に取組んだと言う人が状況を話してくれた。 ・自転車で毎日運動していたがなかなか減量できない。今はタイヤがパンクし運動していない。 ・嗜好品の●が9個もついでしまった。お盆のせいで体重も腹囲も増えてしまった。それぞれの運動の取組みが話された。	・参加者にとって「教室」が励みになっている事を感じた。 ・食事の振返りは繰り返さないと理解しにくい。 ・教材の工夫が必要。 ・運動でトラブルを起こそう。注意をしておかないと不安。 ・万歩計を貸し出し、運動を振返る。
第3回「コントロールを見る」	1. 計測(血圧、体重、腹囲) 2. オリエンテーション、教室の目的、プログラム 3. 事例紹介(Aさんが前に出て発表) 4. グループでの共同学習(グループトーク) ・生活のふりかえり ・検査結果をグラフにする 5. 講話「血糖・HbA1cとは?」 6. 講話「運動の取組と注意」 7. グループトーク 8. 感想を聞く ・拡大スタッフ会議の案内 ・万歩計貸し出し	・男性の提案により「本音を出しやすいように」男性のみのグループを作った。 ・典型的なメタボリック症候群のAさんが、ウォーキング開始後、血糖値が改善した事もあり本人の気づきを促す意味でも発表してもらった。 ・講話は皆に理解してもらえるように、手作り教材を用いて実施した。 ・拡大スタッフ会議で、ウォーキングを毎日実施している人や始めたばかりの人がいた事から、安全で効果的な運動について説明が必要。 ・「普通に食べているのに、血糖が高い!」と言う人に、季節や行事により過食になる事があるのに気づいてもらう問いかけをする	・BMI34のAさんが前に出て、「孫が滞在後に残った冷蔵庫の食物を食べると血糖が上がっている事、夫婦での外食が楽しみ、果物が大好物、拡大スタッフ会議で万歩計を勧められ、毎日歩き始めてから血糖値が下がった事」など生活スタイルと血糖値の変化について話す。 ・万歩計で測定したら4,000歩/日の男性が、隣の男性の歩数に刺激され再度、借りていくと申し出た。 ・「夕食後に歩いていたが、真夏に、暑くて止めてしまった。」 ・「サウナで減量していたが、ここに参加して、それではダメだと思った。好物の餡子をやめ、365日の飲酒に休肝日を作った。今回は良い機会をもらった。12月の検査が楽しみ」 ・自営業の多忙な中、エプロン姿で参加した男性もいた。	・定例の会食を、変えることの出来ない習慣ではない事に気づいた様子。 ・取組が結果に表れた人は、自信を持って発言し、自分で目標を設定し取組む事ができる。 ・熱心に取組んでいる分、思い入れが強く気づきが少ないように思える。 ・本人の取組姿勢が見えないと支援内容も見えてこない。 ・自身の生活に、気づきがないと「自分はこんなに良い事をしているのに結果が悪い」と継続実行への意欲が失われてしまいがち。また、楽に良い結果が得られるのは何?という短絡的な考えに陥りやすい。
拡大スタッフ会議	1. 3回目の感想 2. 4回目の教室に向けての準備	・「3回目教室」の感想、今までの各自の取組や気づきを引き出す。 ・質問を聞く ・4回目に期待すること、深めたい事を聞く。	・退職後、血糖値が上がり出し定期に検査していた。食事や運動に注意していたが、思うようにならなかった。「教室」に参加し、他の人も苦労している事を知った。食べ放題飲み放題ではダメだと気づいた。 ・運動は3分。他の人の話を聞くと自分は我侭だと思う。タバコは止めて半年になる。	・貸出した万歩計と同じ物を買ったと見せてくれた人が「認識している人は違うなあ・・」と言われていた。他の人への影響力を感じた。 ・運動3分と言った人に万歩計を貸出すと嫌がりもせず持参する。結果が楽しみ。 ・キャベツダイエットで体調をくずしたと言う。食事の振返りの繰り返しがないと理

プログラム	実施したこと	スタッフの意図(実施に際して留意したこと)	参加者の発言・反応	スタッフの気づき
			<ul style="list-style-type: none"> ・好物の菓子を買わなくなった。 ・テーブルにいつも菓子、果物が出ている。あると食べてしまう。 	解してもらえない。
第4回 「継続のために必要な事」	<ol style="list-style-type: none"> 1. 計測(血圧、体重、腹囲) 2. オリエンテーション、教室の目的、プログラム 3. 講話「メタボの氷山図」 4. グループでの共同学習 5. 検査結果をグラフ化、氷山図の色染め(グループトーク) 6. グループトーク 7. 感想を聞く 8. 2月の教室案内 自主グループ活動の提案 	<ul style="list-style-type: none"> ・食生活改善推進委員会の協力でバイキング料理を準備。 ・各料理の1人前を●で展示し選びやすいようにした。 ・講話は手作り教材を用い理解を促した。 ・氷山図の色染め、グラフ作成を手がける事で気づきを促す。 ・バイキング食は余裕を持ち、考えながら選択できるようにグループ毎に順序良く移動するように配慮した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・手作り教材の講話を聞き、軽度の項目の重なりと合併症の怖さを自分のリスクに置き換えて捉えていた。 ・「最近痛風の発作で痛みがひどかった」 ・「体脂肪とBMIの違いは？」 ・「自分では運動していると思っていたがそうではない事に気づいた」 ・「産期期の運動不足、過食に気づいた。」 ・グループ内にウォーキングや食事に注意して減量し、血糖が改善した人がいて感心していた。 ・飲酒量を減らしたら動きのない血糖値が初めて改善したと喜んでた。 ・テーブルにいつも茶菓子が置いてあるのでつい手が出てしまう。 	<ul style="list-style-type: none"> ・自営業で多忙なはずなのに毎回、前向きに参加している。継続参加の意気込みは何？ ・食事の●つけは2か月ぶりですムズに行かない様子。繰り返しが必要。 ・氷山図の色染めについてはスタッフ間で共通認識しておくべきだった。 ・「やはり、酒をやめれば・・・」と助言したいのをこらえてよかった。自分で気づいて実行し、結果に表れると本人の自信は大きい。 ・ホテルのバイキングの感覚で、出ているメニュー全てを取り分けてきてしまった？(事前の説明不足だった)
拡大スタッフ会議	<ol style="list-style-type: none"> 1. 4回目の感想 2. 続きの「教室」について 	<ul style="list-style-type: none"> ・運動の動機づけが不足していた事、ウォーキングを皆中断している事から「教室」を開催し出来る事から始めてもらう。 ・食事の振り返りにて補足が必要、参加者はどう思っているのか把握したい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・「食事の●つけは、むずかしい」 ・頭では食事と運動のバランスについて、わかっているも実行は大変」 ・「大変すばらしい内容だった。来る度に健康管理は自覚が大切と感じた」 ・「「歩こう会」も内容に入れたらどうか？」 ・「間食を含んだカロリーで食べられるように運動している」 ・バイキングは余計に取って食べてしまう ・いろいろ入る野菜炒めのような料理の●がつけにくい ・皆で「週1回の運動をやるう」 ・皆で話すことで自分ももっとがんばれる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・自主的に集まり週1回の運動教室の提案がある ・3月に予定を組み通信で案内することにする。 ・本日の参加者が自主グループを立ちあげていきそうな勢いを感じた。 ・「運動のメニューを作って、慣れてきたら自分達で運営しよう」の発言がある。 ・来年度の「教室」の組み立てが見えてきた。
第5回 「食事をふりかえる」	<ol style="list-style-type: none"> 1. 計測(血圧、体重、腹囲) 2. オリエンテーション、教室の目的、プログラム 3. グループでの共同学習 4. 感想を聞く 	<ul style="list-style-type: none"> ・グループで演習をし、あいまいな部分の理解を深める。 ・途中からの参加者への配慮 ・「教室」のこれからを知らせ、生活習慣改善の継続を促す。 ・拡大スタッフ会議の出席者を各グループに配置。 	<ul style="list-style-type: none"> ・4回で終了したと思った人もいて、参加者が半減した。 ・記入していて「何故、こんな事をするのか？」と質問が出た。本人はうすうす気づいていた様でスタッフの答えに納得していた。 ・果物好きの人が箱を買ってきて1日に3個の伊予柑を食べると発言。皆から「そりゃあ、食べすぎだあ」の声がある。 ・ピーナッツ、ベーコンが油の仲間と気づく。 ・「食品交換表」を見て「オ 	<ul style="list-style-type: none"> ・酒を減らし血糖値が改善したと話していた人がまた飲み始めたと言う。なかなか難しい。 ・「運動教室」でのウォーキング後、自主的に3日間続けたと話したのを受けて「一緒にどうですか？」と皆に声かけした。 ・自分の生活についての気づきが出来ようになっている。 ・皆の前で「減量します」と言わせてしまう良い雰囲気になっている。

プログラム	実施したこと	スタッフの意図(実施に際して留意したこと)	参加者の発言・反応	スタッフの気づき
	案内		モシロイ」と発言がある。 ・●の少ない調理法について話が出る。	・2週間後の「メタボ講演会」、3月の「運動教室」につなぎ、取組の継続を賞賛し励ましていく事が大切。

10は糖、血糖値を10mg/dl減らそう、
血糖値「要指導」をきっかけにして幸福生活につ
なげようという意味合いでネーミングしました。



2) 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル

		個別支援中心パターン				
		支援形態	実施内容	スタッフの意図 (実施に際して留意したこと)	対象者の反応	スタッフの気づき
継続支援 / 6ヵ月後の評価	初回時	個別支援	1. 検査値の見方 2. 生活習慣の振り返り 3. 行動計画・目標設定の支援	・6ヶ月間の取り組みの動機づけ ・自身が設定できるよう留意	健診結果を生活習慣改善に生かすには至っていない	自分なりの考えや方法を試みているが、効果が期待できる方法ではない
	1回目	個別支援	1. 行動目標・計画の確認と取り組み状況の把握	・取り組みに障害がないかの確認 ・意欲を損なわずに賞賛	取り組みを開始している	意欲的に取り組みは始めるが、セーブの必要もあるか
	2回目	個別支援 (中間評価)	1. 万歩計の測定値や食事記録票による実態から行動目標の具体方法を修正	・継続していく方法を自ら考えてもらう	自身の生活の変化に気づく	生活を記録や測定することをとおして振り返り、気づいている
	3回目	個別支援	行動計画の実行状況を確認	実行できていることの賞賛と、取り組みの弊害がないかを確認	初回の頃の意欲がやや低下し友人・知人の誘惑で実行できない日がでてきた	中だるみしてきた、実行を継続させるのは簡単ではない
	4回目	個別支援	行動計画の実行状況を確認と賞賛	実行内容の弊害がないかを確認、継続への励まし	実行できない日があっても、修正を試みる姿勢を感じた	季節や生活スタイルの変化が中断の要因になる
	5回目	個別支援	行動計画の実行状況を確認と賞賛	実行内容の弊害がないかを確認、継続への励まし	食事内容は実行継続できているが、運動の実行が困難(身体の負担により症状出現)	運動習慣の継続はむづかしい、再度実行する気持ちになるだろうか
6回目	個別支援 (6ヵ月後評価)	1. 身体状況や生活習慣へ変化があったかの振り返り	検査値の推移から生活習慣の変化を振り返らせる	100%の実行率でないが、6ヶ月間は、常に意識し生活していた	本人の継続のためには、家族や友人の協力も必要である	

2例のうち1例は、5回目と6回目に電話Bの支援形態をとったが、内容は5回目「個別支援B」と同じ

		個別支援と電話の組み合わせパターン①				
		支援形態	実施内容	スタッフの意図 (実施に際して留意したこと)	対象者の反応	スタッフの気づき
継続支援 / 6ヵ月後の評価	初回時	個別支援	1. 検査値の見方 2. 生活習慣の振り返り 3. 行動計画・目標設定の支援	・6ヶ月間の取り組みの動機づけ ・自身が設定できるよう留意	病気や友人の影響で体重が増えたという	基本的な食事ができていない
	1回目	電話A/B	1. 行動目標・計画の確認と取り組み状況の把握	・取り組みができていないか、障害がないかの確認	取り組みを開始している	意欲的に取り組みは始めるが、セーブの必要もあるか
	2回目	個別支援A (中間評価)	行動計画の実行状況を確認、賞賛	・取り組みができていないか、障害がないかの確認	意欲的に取り組んでいる	真面目に取り組んでいるが、無理にならないか心配
	3回目	電話A/手紙	行動計画の実行状況を確認	実行できていることの賞賛と、取り組みの弊害がないかを確認	1例：行動計画がうまく実行できない日が増えて自己評価が低下 1例：意欲的に取り組み中	実行を継続させるのは簡単ではない
	4回目	電話B	行動計画の実行状況を確認、励まし	実行できていることの賞賛と、取り組みの弊害がないかを確認	体調の不調や家族の夜食に誘惑されるが、修正を試みている	自身で取り組みを見直すことができています
	5回目	個別支援A	行動計画の実行状況を確認、励まし	継続と運動の定着化への励まし	万歩計やゲーム機などの媒体を活用して気持ちを維持している	測定値の変化と生活の振り返りができている
6回目	個別支援 (6ヵ月後評価)	行動計画の確認				

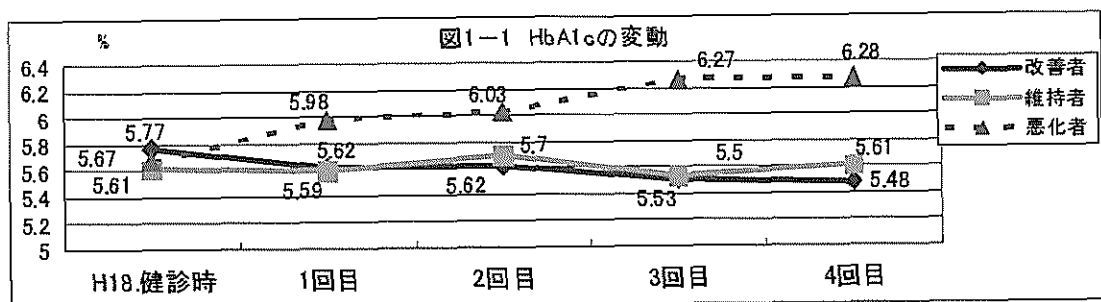
2例のうち1例は、4、5、6回目に電話Bの支援形態をとったが、1例は4回目；電話Bを1回実施。

個別支援と電話の組み合わせパターン②						
	支援形態	実施内容	スタッフの意図 (実施に際して留意したこと)	対象者の反応	スタッフの気づき	
継続支援 / 6ヵ月後の評価	初回時	1. 検査値の見方 2. 生活習慣の振り返り 3. 行動計画・目標設定の支援	・6ヶ月間の取り組みの動機づけ	過去の取り組みは失敗したので今回は頑張ってみよう	不規則な生活スタイルの中でいっしょに取り組みを支援していこう	
	1回目	1. 行動計画・目標設定 2. 食事記録表の提案	・取り組みの確認と励まし	取り組みを開始している	意欲的に取り組みはじめていてびっくり	
	2回目	1. 今後の取り組みを確認 2. 万歩計装着の提案	・減量の効果があったことの賞賛、励まし	意欲的に取り組み、体調の好転に気づいている	減量の効果が表れたのが励みになっている 不規則な生活での取り組みにどう提示していったら良いか?	
	3回目	1. 生活習慣の振り返り 2. 食事記録、歩数記録を受理	取り組みの継続、励まし			
	4回目	1. 生活習慣の振り返り 2. 今後の取り組み	取り組みの継続、賞賛、前回提出の食事記録への助言		指示以上に真面目に記録していて驚く、歩数はやはり不足	
	5回目	電話A	手紙の内容に沿って実行状況、今後の取り組みを確認		手紙支援後、新たな行動の変化あり、食事時間の不規則はそのまま	手紙を読んでいたけれど、体重測定は気が緩みはじめたかな
	6回目	電話B	取り組みの確認と励まし	面接を設定したいが都合がつかない	徒歩通勤は継続しているが、食事の緩みあり体重の変化もなし	やはり面接で再度モチベーションを上げないと。
	7回目	電話B	取り組みの確認と励まし	食事と運動の継続へ励まし	生活スタイルの変化あり(退職)	通勤がなくなったが、新たに運動の取り組みをしていてうれしく思う
	8回目	個別支援A	1. 計測 2. 取り組みの確認と励まし	食事と運動の継続へ励まし	不規則な生活スタイルから脱却し欠食がなくなったが、間食が増えた	運動が継続できると良いが、食事もこのままではもともとに戻ってしまう心配がある
9回目	個別支援(6ヵ月後評価)	行動計画の確認				

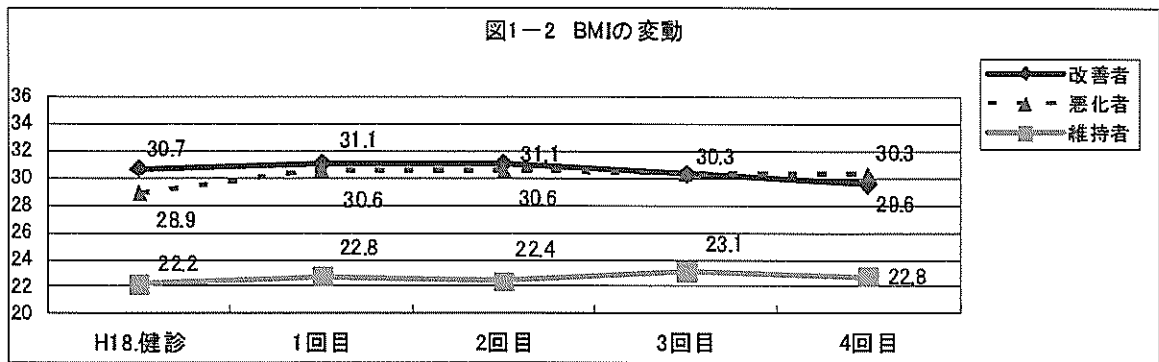
3. 検査値の変動(プログラム2回以上の参加者データから)

1) 日本看護協会「グループ支援」モデル参加者

検査値(健診時から最終回までの平均値)の変動

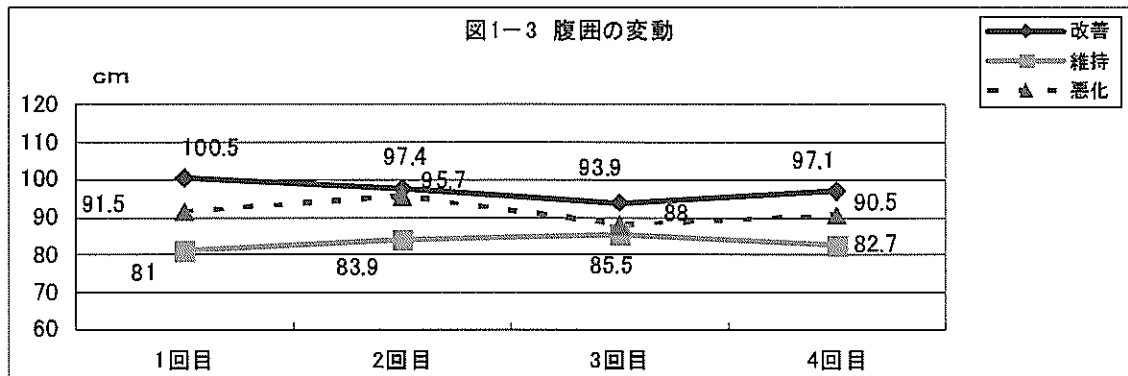


HbA1cの変動を見ると改善者は5.77から5.48へと0.29減少している。最終回で5.5未満になった人が3人いた。悪化者は5.67から6.28へと0.61増加し5.9以上になった人が3人いた。



*健診時と最終回の検査値が BMI ≥ 25 の人を改善、維持、悪化に分け、BMI25 未満の人は維持に入れた。

体重 (BMI) は、改善者が 30.7 から 29.6 へ 1.1 減少した。3 人中 2 人はグループワークの途中からウォーキングに取り組んだ人だった。悪化者は 28.9 から 30.3 へと 1.4 増加した。

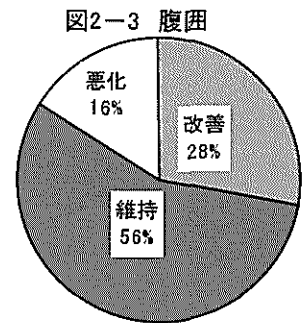
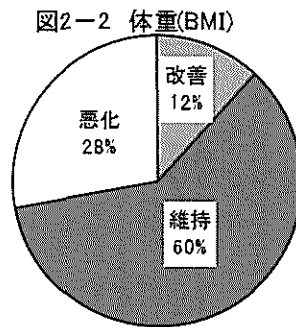
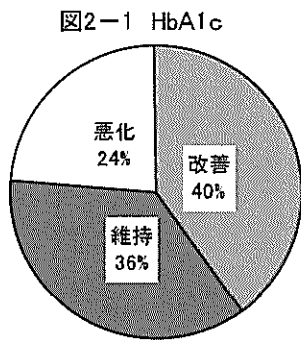


*1 回目と最終回の検査値が男性 ≥ 85 、女性 ≥ 90 の人を改善、維持、悪化に分け、男性 85 未満、女性 90 未満の人は維持に入れた

腹囲は、改善者が 100.5 から 97.1 へと 3.4cm 減少した。

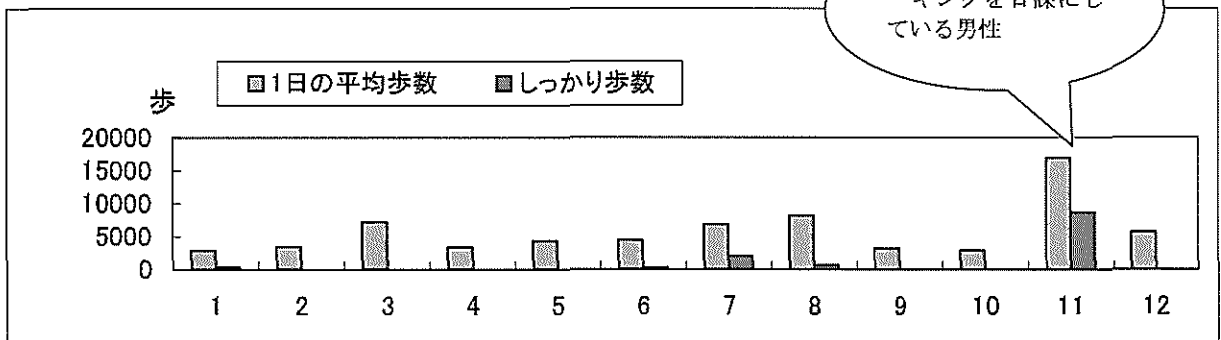
表 1 : 検査値変動の内訳

		改善	維持	悪化
HbA1c	人数	10	9	6
	%	40%	36%	24%
体重 (BMI)	人数	3	15	7
	%	12%	60%	28%
腹囲	人数	7	14	4
	%	28%	56%	16%



HbA1c と腹囲は、改善者と維持者を合わせると約 8 割を占め、悪化者は 2 割であった。
 体重 (BMI) は改善者と維持者を合わせると約 7 割を占め、悪化者は 3 割であった。

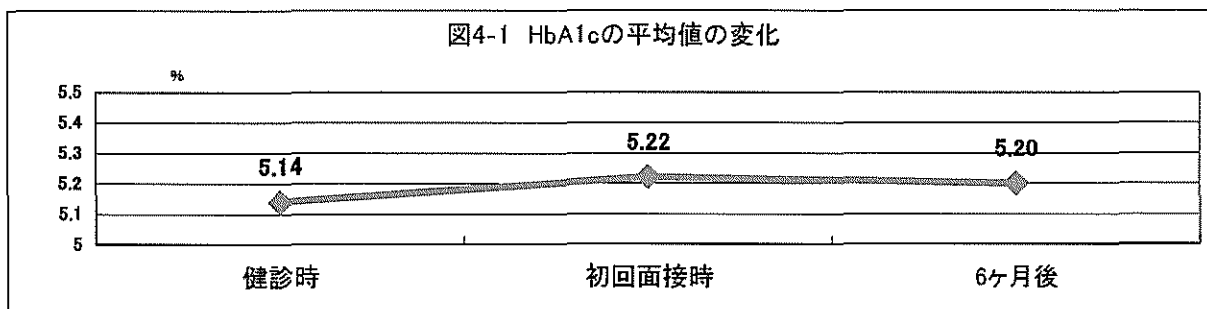
図3 1日の平均歩数



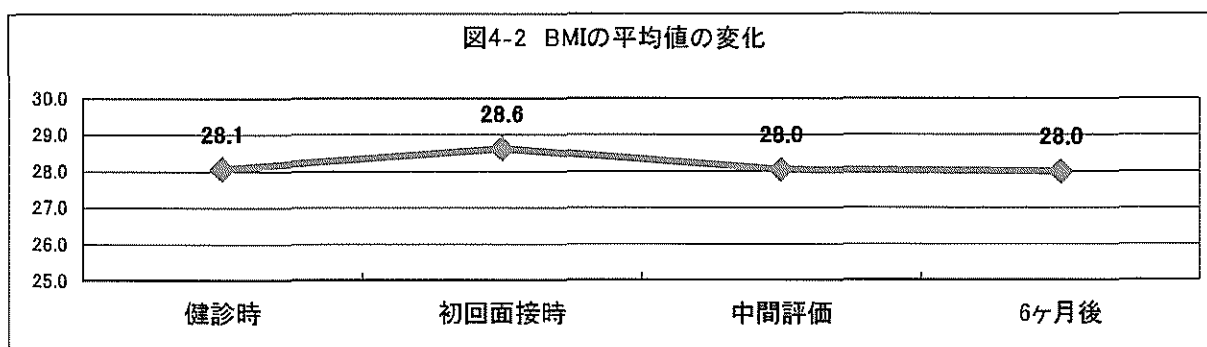
参加者 12 人の歩数の測定結果をみると、平均 5,813 歩（男性 7,222 歩、女性 3,406 歩）で、最高は 16,961 歩、最低は 2,923 歩であった。

予想通り、国：男性 7,532 歩、女性 6,446 歩（健康日本 21 中間実績値：平成 19 年度）と比較し少ない傾向にあった。時期的には 10～12 月の降雪前の測定結果であり、1～2 月の降雪期間は、さらに少なくなると予想される。ウォーキングを継続していた人たちでさえ、12 月のグループワークでは「休んでいる」と発言していた。そこで体育館での「運動教室」を提案したところ、「自主的に開催しよう」との意見があがり、3 月に 4 回取組むことにした。降雪期間中に運動習慣を継続する方法については、今後も検討していきたい。

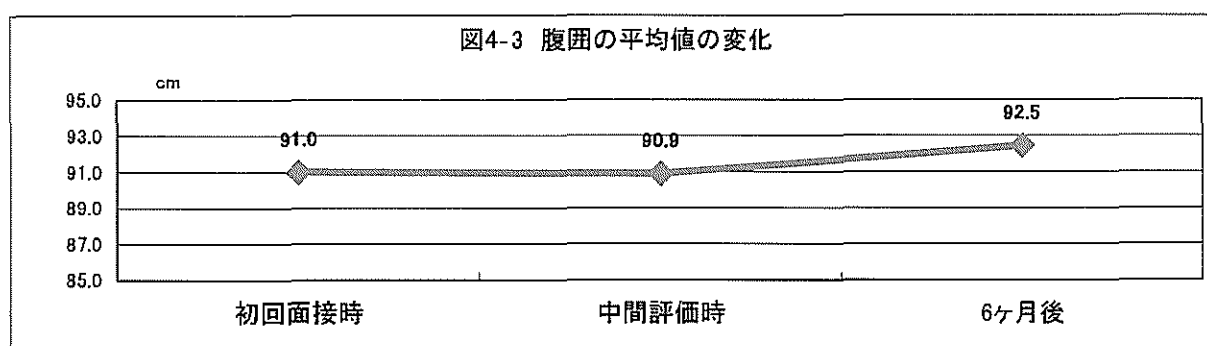
2) 標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）に準拠した「個別支援」モデル参加者
検査値の変動健診時から最終回までの検査値（平均値）の変動



・HbA1cの平均値は健診時よりは増加したが初回面接からは若干の減少がみられた。



・BMIの平均値で見ると、大きな変動はみられないが、3.2kgの減量できたのはウォーキングを意欲的に継続していた方であり、一方、3.7kg増加していた方は、運動の取組みを中断していた方であった。



・健診時の測定値はないため、初回面接時からの変化を示した。
・体重の増減と相関関係はなく悪化した方は1cmから10.5cmの増加だった。測定値に関しては測定する人の測定方法によりどの程度を誤差の範囲とするのかが疑問である。

表 2：検査値変動の内訳

		改善	維持	悪化
HbA1c	人数	1	3	1
	%	20%	60%	20%
体重 (BMI)	人数	3	0	2
	%	60%	0	40%
腹囲	人数	2	0	3
	%	40%	0	60%

図5-1 ヘモグロビンA1c

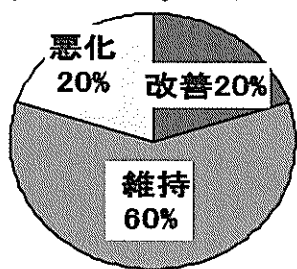


図5-2 BMIの変動

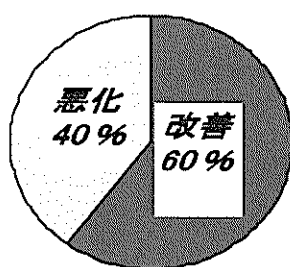
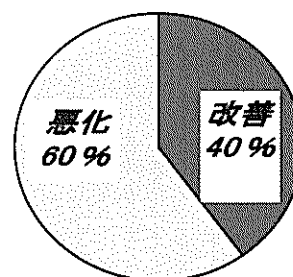


図5-3 腹囲の変動



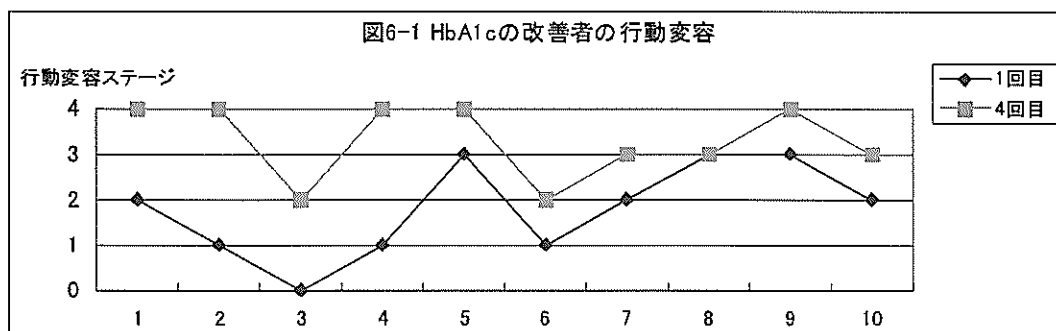
HbA1c は改善・維持を合わせて 80%であったが、腹囲は 60%が悪化していた。

4. 参加者の行動・認識の変化

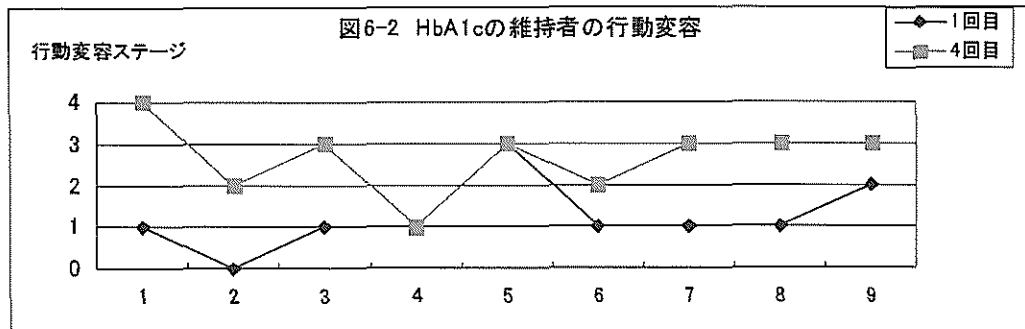
1) 日本看護協会「グループ支援」モデル参加者

行動変容ステージ、認識の変化（1回目と4回目の変化）

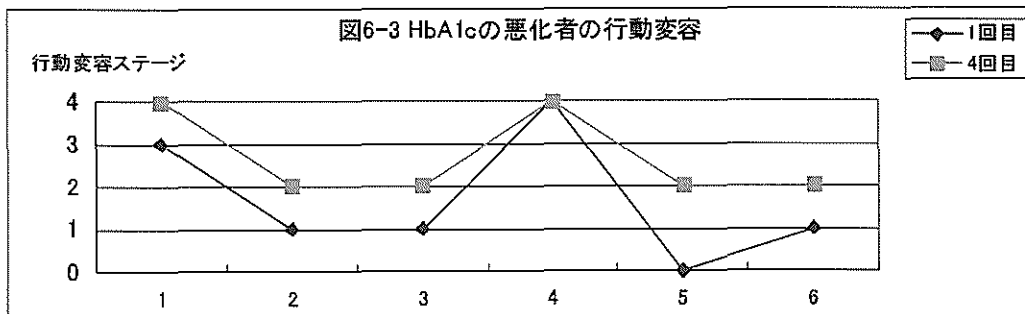
*無関心期 0) 関心期 1) 準備期 2) 実行期 3) 維持期 4)



改善者の行動変容ステージをみると、スタート時は、無関心期（1人）、関心期（3人）、準備期（3人）の人が7割を占めていたが、最終回では実行期（3人）と維持期（5人）が8割を占めた。

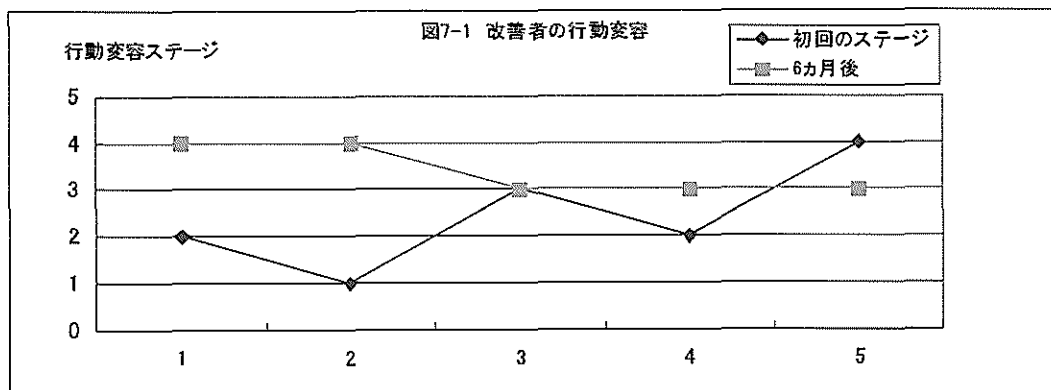


維持者の行動変容ステージをみると、スタート時は、約8割を占めていた、無関心期(1人)、関心期(6人)の人が、最終回では、約7割の人が実行期(5人)と維持期(1人)に変化していた。



悪化者の行動変容ステージをみると、スタート時は、約7割の人が、無関心期(1人)、関心期(3人)だったのが、最終回では、準備期(4人)が7割を占め、うち3人の4回目の検査値は6.5~6.9に変化していた。また実行期の2人は健診時5.5だったのが4回目に5.6~5.7に変化した人である。

2) 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル参加者
行動変容ステージ、認識の変化(対象者5名の変化)



5名の対象者は、それぞれ異なった行動変容ステージからスタートし、支援者が適切であると判断した支援形態で進めたが、より質の高い支援内容を客観的に検討するためには、ケースカンファレンスを取り入れることも必要と思われた。また、同じ支援者が継続して数回関わり、行動

目標と実施状況の確認を繰り返したため、対象者の実践意欲につながり、孤独ではない6か月間の取組ができたと思われる。どの対象者も、初回面接後のモチベーションは高く容易に実践に移すことができるが、2,3か月を過ぎた頃から生活スタイルの変化や人間関係の影響もあいまって中断し易くなり、軌道修正と励ましの必要性を感じた。この6か月終了後も高いモチベーションを維持して継続できるかが課題である。

考 察

1. 日本看護協会版「グループ支援」モデル参加者

話し合いを中心とした、グループワークでの食事の振り返りや糖尿病等についての学習は、自分の体の状態や生活習慣についての気づきがあり、自分にはその行為ができるという自己効力感を高め、自分も取り組んでみようという行動変容につながるものと考えられた。行動変容ステージを見ると、無関心期、関心期、準備期の人が、スタート時は、8割を占めていたのが、4回目には、4割に減少し、6割の人が、実行期と維持期に変化したことに表れたと考えられる。また、拡大スタッフ会議は、従来の事業にはなかったものであり、事業の効果を高めるために大変有意義であった。感想を聞き、次回の内容や作業について試行し、意見を聞き、検討をした。参加者の理解度や事業への期待なども把握する事ができプログラムに反映させる事ができた。教材については、「ここがわからない」という参加者の声に、手作りし、使用したところ、大変好評で理解も深められた。通信は、全対象者に対して、カラーA3版両面刷りで、写真などを多く取り入れ発送した。途中からの参加者は5人おり、「出席できないが、通信は見ています」という声もあった。参加できない人や「自分も参加してみよう」という行動変容に、通信は効果的だったと考えられる。一方、中断者については、「指導を受ける」という従来の教室とは違った、「自分のことを話す、他人の話を聞くこと」への戸惑いがあったように感じられた。さらに「通知がきたけど、気にならない」「受診歴があるが放置している」との発言から、「気づき」の前に中断してしまったと考えられた。このことから、やはり個々の行動変容ステージに合わせた効果的な支援方法を取り入れる必要性を考えさせられた。事前訪問では、「指導内容を自分に都合の良いように解釈」「主治医よりも身近な人の意見を優先」「血糖値や自分の体の状態が理解できていない」姿を知った。プログラムの3か月の間隔については、初め「長すぎてモチベーションが下がり、出席率も低下するのではないか」と危惧したが、実施してみて、参加者が生活習慣改善の取り組みをするためには、適切な期間であることがわかった。血液検査も支援効果を高めるには適切であった。また、理解を深め、自分なりに取り組みをするためには、4回では足りなく、他の支援方法との組み合わせにより、効果を高められると考えられた。

2. 標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）に準拠した「個別支援」モデル参加者

標準的な質問票など、聞き取りの基準となるものがあり、対象者の生活スタイルや健康観を把握した上で支援できるのは効果的であるが、初回面接には平均41分間を要しており、20分間では不十分であると考え。支援形態としては、勤労者等時間の融通が利かない方には通信支援の活用も一方法であると思われるが、住民の地域性を考慮すると、e-mailによる支援が可能な例はまだ少ないと考える。また、面接以外の電話や通信では、対象者の反応が把握しにくい。6

か月間の取り組みの自己評価やモチベーションを維持するために、血液検査の回数が少ないと思われる。対象者が実践レベルになった時に、個別支援の限界を感じたり、“1対1という近い距離感の中で、納得が不十分、理解しにくいけれどもイエスの対応をしてしまう”という落とし穴を感じる場面もあったため、グループ支援などの手法を組み合わせる実施することにより、他人の思いに共感し程よい距離感の中で本音が言えたり、気づいたりという効果が期待できるのではないかと考えられた。

ま と め

グループ支援の参加者は、仕事を持つ人や介護をしている人が約6割を占め、男性が従来の事業と違い、4割と多くを占めた。また、出席回数が3~4回という人が9割を占め、出席率が高かった。このことから、このモデル事業が参加者にとって、魅力ある事業だったと考えられる。20年来、変化しなかった体重や血糖値を改善し、皆に影響を与えていた人や「気づきがあると自ら目標を設定し、実行していく」姿を目の当たりにし、住民の力を感じることができた。血液検査は、グループ支援では4回あり、励みになり効果があった半面、個別支援は6か月後に1回だけで、中間評価時にもあったほうがよいと考えられた。教材は、グループ支援では参加者の声を取り入れ、手作りを多く用いたが、個別支援の教材は、対象者に適したものをタイミングよく活用するために、あらかじめ、スタッフのトレーニングは必要であると考えられた。今回、モデル事業を実施して、スタッフとしては従来の保健指導（指導する人、される人）と違った、「聞く事を重視」したグループワークでの支援法を学習する事ができた。頻繁なスタッフ会議をはじめ、準備等に費やした時間は大きなものだったが、終了時の「自主グループ活動へ」の提案に、「賛成！」の手が挙がり、グループ支援の効果を再確認させられた。今後はグループワークと個別支援それぞれの利点を確認し、他の事業と組み合わせながら、より効果の上がる支援方法を実施していきたいと考えている。

8. 行動変容につながる保健指導

グループ支援・個別支援を通してこれからの保健指導を考える

三重県 鈴鹿市

目的

生活習慣病の一つである糖尿病は有病者・予備軍ともに年々増加しており、それに伴い糖尿病医療費の増大が見られる。三重県の糖尿病による死亡率は全国より高く、特に女性では上位となっている。このような現状に対して、糖尿病に着目した保健指導が重要視されてきている。

鈴鹿市では以前より肥満や生活習慣病に着目した集団健康教育を実施してきたが、参加者が固定化しており新たな対象者の参加が少なく、内容についても知識の普及にとどまり、それが生活習慣の改善に結びつきにくい現状であり、毎年検討を重ねながらも「これでよいのだろうか」という思いがあった。また、教室参加後の効果判定や評価については実施回数や参加率・参加者のアンケート結果など主観的な指標が主であり、十分実施出来ていないのが現状であった。そのような中、日本看護協会が独自の生活習慣病予防活動支援プログラムを提唱しており、その方法に何かのヒントを見いだし保健指導の質の向上を図り、広く市民・地域に還元したいと考え、本事業に応募し実施することとなった。

事業概要

1. 地域・事業者概要

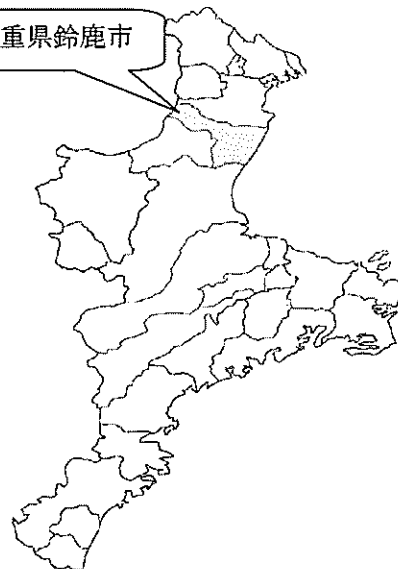
1) 地域・事業者の特徴

鈴鹿市は三重県の北中部、伊勢平野の中央に位置し、東は伊勢湾に臨み、西は鈴鹿山脈を境に滋賀県と接している。自動車産業や電気・機械産業など多くの企業や国際レーシング場が立地するとともに、稲作・茶・花木などの産業により「緑の工都」として農業・工業ともに成長した市である。

市の概要は 面積 194.67 km² 人口約 20 万人 世帯数約 77,000 世帯 高齢化率 16.5% 出生数 2,130 人 死亡数 1,435 人であり、三重県の中では出生率が高く高齢化率が低い若い市である。(H18年)

死亡統計では、女性の糖尿病による年齢調整死亡率は三重県と比べて高く、腎不全では男女とも高くなっている。医療費では、生活習慣病全体における受診件数は増加傾向にあり、中でも高血圧・腎不全・糖尿病が上位を占め、特に腎不全による治療費は1件当たり診療額が高くなっている。腎不全の原因には糖尿病によるものが多く、腎透析

三重県鈴鹿市



患者も増加していることから、糖尿病予防対策を実施していくことは医療費・死亡率を下げるためにも重要である。

鈴鹿市が行う基本健康診査(H18年度)では、受診者 16,271人 受診率 30.6%で内訳をみると女性の受診者が男性の1.6倍程度、また受診者の90%は65歳以上の人が占めており年々65歳以上の受診者が増加している。健診の判定では「異常認めず」という人は指導区分全体の10%程度で、要指導・要医療の判定者が90%弱と多数を占めている。疾患別に見てみると、高血圧・高脂血症に続き糖尿病で指導や治療が必要となり、健診結果からみても糖尿病対策を実施していくことが重要である。

2. 対象者

○日本看護協会版「グループ支援」モデル

選定条件	平成18年度基本健康診査受診者から、次の①あるいは②の条件に該当する者 ①40～69歳で異常なし・要指導の者のうち、ヘモグロビンA1c5.5～6.0% または空腹時血糖値110～125mg/dlの者 ②40～64歳で要医療・治療中に糖尿病を含まない者のうち、ヘモグロビンA1c5.5～6.0% または空腹時血糖値110～125mg/dlの者								
呼掛け方法	選定者155名に案内通知を個別送付した。さらに、申し込みをされなかった人の中から生活習慣を改善する必要性が高い人を選定し、電話にて勧誘した。								
	選定対象者数(人)			申込者数(人)			参加者数(人)		
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計
対象者	39	116	155	7	19	26	7	19	26

○標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル

選定条件	市職員の中から、①と②(A～Cのうち2つ以上該当)の両方に当てはまる者 ①腹囲 男性85cm以上 女性90cm以上 ②健診結果 A 空腹時血糖値100mg/dl以上 または ヘモグロビンA1c5.2%以上 B 中性脂肪150mg/dl以上 または HDLコレステロール40mg/dl未満 C 血圧 収縮期130mmHg以上 または 拡張期85mmHg以上								
呼掛け方法	全職員に呼掛けをし、選定条件に該当し希望する者を募集した								
	選定対象者数(人)			申込者数(人)			参加者数(人)		
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計
対象者	—	—	—	9	0	9	9	0	9

3. 実施体制(実施者、関係協力機関)

1)日本看護協会版「グループ支援」

保健師4名(3名常勤・1名非常勤) 管理栄養士3名(1名常勤・2名非常勤:地域活動栄養士会に協力依頼) 看護師1名(常勤)

2)標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」

保健師4名(常勤) 管理栄養士1名(常勤)

結果

1. 実施結果

○日本看護協会版「グループ支援」モデル

年月日	経過	スタッフ数 (人)					参加者 (人)			グループ数	所要時間 分	事前お便り・案内・呼びかけ等	備考	
		保健師	看護師	栄養士	医師	その他	計	男性	女性					計
H19. 5. 21	第1回 スタッフ ミーティング	4		3			7			0		150		
H19. 6. 5	第1回 プログラム 「プロセス を見る」	4		3			7	7	19	26	5	90	参加者に検査の 日時・連絡事項を 個別送付 第1回目のプロ グラム実施内容 を対象者全員に 送付	
H19. 6. 21	第2回 スタッフ ミーティング	4		3			7			0		150		
H19. 7. 5	第3回 スタッフ ミーティング			3			3			0		150		
H19. 7. 6	第4回 スタッフ ミーティング	4		3			7			0		180		
H19. 7. 13	第5回 スタッフ ミーティング			3			3			0		150		
H19. 7. 31	第6回 スタッフ ミーティング	4		3			7			0		180		
H19. 8. 7	第2回 プログラム 「食の実態 を見る」	4	1	3			8	5	18	23	5	90		
H19. 8. 10	第7回 スタッフ ミーティング	4	1	3			8			0		180		
H19. 8. 21	オプション① 「食の実態 を見る」	3	1	3			7	4	17	21	5	90	参加を希望され た人には、オプシ ョンの日時・連絡 事項を個別送付	
H19. 9. 4	オプション② 「食の実態 を見る」	4	1	3			8	5	16	21	5	150	第2回目とオプシ ョンのプログラ ム実施内容を対 象者全員に送付	
H19. 9. 20	第8回 スタッフ ミーティング	4	1	3			8			0		150		

H19. 10. 2	第3回 プログラム 「コントロールを見る」	3	1	3		7	5	16	21	5	90	第3回目のプログラム実施内容を対象者全員に送付
H19. 11. 20	第9回 スタッフ ミーティング	4	1	3		8			0		150	
H19. 12. 4	第4回 プログラム 「習慣化を見る」	3	1	3		7	5	15	20	5	100	第4回目のプログラム実施内容を対象者全員に送付

～教室の様子～



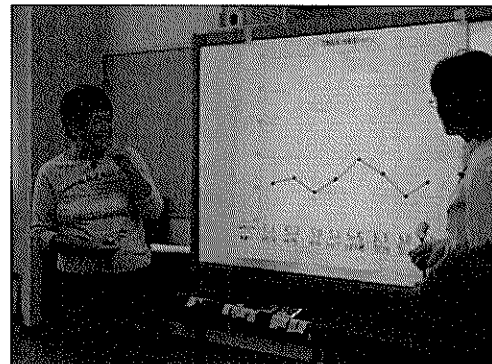
事例紹介の様子



食材を展示



グループトークの様子



検査値と生活状況の振り返りを発表

○標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル

年月	支援形態	対象1人に対して関わったスタッフ数(人)					実施人数(人)			支援時間 分	ポイント数	備考	
		保健師	看護師	栄養士	医師	その他	計	男性	女性				計
H19.9	初回面接	1					1	9	0	9	60 ～ 90	—	
H19.9	e-mail B	1					1	8	0	8	—	5	
H19.10	中間評価 電話 または 面接	1					1	8	0	8	10 ～ 50	30 ～ 120	
H19.10	e-mail B	1					1	8	0	8	—	5	
H19.11	面接 または e-mail A	1		1			2	8	0	8	20 ～ 45	80 ～ 120	計測希望により e-mail を面接に 置き換え実施
H19.11	面接 または e-mail B	1					1	6	0	6	20 ～ 60	5 ～ 20	職場の為プライ バシーに配慮し、 面接やe-mailに 置き換え実施
H19.12	面接 または e-mail A	1		1			2	6	0	6	25 ～ 45	40 ～ 120	職場の為プライ バシーに配慮し、 面接やe-mailに 置き換え実施
H20.1	面接 または e-mail A	1					1	5	0	5	20 ～ 30	40 ～ 120	希望者は追加し て実施
H20.2	6ヶ月後 評価	1					1	8	0	8	10 ～ 60	—	面接や電話にて 実施

2. 活動経過の振り返り

○日本看護協会版「グループ支援」モデル

プログラム	実施したこと	スタッフの意図 (実施に際して留意したこと)	参加者の 発言・反応	スタッフの 気づき
事前訪問及び事例検討会	糖尿病で治療中の市民 6 名に対し、訪問による聞き取りを実施。	<ul style="list-style-type: none"> 聞き取りをするための訪問であり、その人の今までの経過や想いを傾聴する。 	<ul style="list-style-type: none"> 家系で糖尿病の人はいないため、まさか自分が糖尿病になるとは思ってもいなかった。 自覚症状がないだけに、真剣みがない。痛くも痒くもなく、認識するのが難しいので一時的な欲求に負けてしまう。 インスリン注射や合併症は怖いし、なんとか薬を減らせるようにしたい。糖尿病を治すのに頼れるのは自分自身が気を付けるしかないをつくづく思う。 糖尿病になったことで旅行に行っても満足に食事が食べられないなんて、何の楽しみもない。 怖い病気になったとつくづく後悔する。 糖尿病が怖い病気とは全く知らなかった。もっと早い時期にしっかり指導を受けておきたかった。 	<ul style="list-style-type: none"> 受けている指導が「食事と運動に気を付けよう」など漠然としているため、具体的な生活改善につながらないのではないかと。 教育入院など一方的な指導方法では、本人の気付きに欠けるため、行動変容につながりにくい。 境界域からの早めの働きかけが重要であるが、自覚症状がないため動機づけが難しい。
第 1 回 「プロセスを見る」	<ul style="list-style-type: none"> オリエンテーション 事例紹介 グループトーク グループトーク発表 	<ul style="list-style-type: none"> 教室の意図が伝わるように説明した。 ファシリテーターとしてグループ内を調整し、テーマに沿った話し合いを導くようにした。 	<ul style="list-style-type: none"> 3 事例の紹介を聞き、うなずいたりして共感している。 家族に勧められて参加したものの、どうしてこの教室の案内をもらったのか分からない人もいる。 検査結果や見方を知りたいという意識が強い。 グループ内での話し合いが出来ず、質問大会になったり、話題が尽きず脱線したりする。 人の問題点には気付けるが、それは他人事で自分の事となると気付けない人が多い。 	<ul style="list-style-type: none"> 参加者が教室の意図を理解していないと教室全体が進みにくい。 知識を得たい、教えてほしいという想いで教室に参加している人もいる。 ヘモグロビン Alc の理解不足のため、検査値の見方が不十分である。 グループの中では気付きの発言がみられるが、個別記録には自分の事として表れてきていない。

<p>第2回 「食の実態を見る」</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・オリエンテーション ・食事記録表の記入 ・グループトーク ・グループトーク発表 	<ul style="list-style-type: none"> ・ファシリテーターとしての役割を意識しながらグループに入った。 ・参加者が食事記録表を書きやすくするために用紙や媒体についてスタッフ間で検討を重ねた。 ・記入の際にスタッフに聞いてくる人について、実物や調理カードをみて実際に量を確認してもらおうように促した。 ・記入漏れや忘れていている部分に気付けるような声掛けをした。 	<ul style="list-style-type: none"> ・食べているものは複雑ではないが、慣れない作業に戸惑っていた。 ・自分の表をみて、日常生活への言い訳があった。 ・自分の事を客観的に見ている。 ・どこがはみ出しているのかわかりやすかったとの声が聞かれた。 ・家でもつけてみたいと食事記録表の白紙を希望される人がいた。 ・減量のため、主食を減らしている人がいた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・食品の選び方で●の数が変わってくるということまで気付けた人もいたが、自分の食べた物のチェックに集中した人も多かった。 ・油脂の項目のつけ忘れが目立っていた(調理時の油、ごまなど)。
<p>オプション①</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・オリエンテーション ・グループトーク ①食事記録表見直し ②食習慣・バランスについて ③食事記録をよりよいものにするにはどのようなしたらよいか ・グループトーク発表 	<ul style="list-style-type: none"> ・ファシリテーターとしての役割を意識しながらグループに入った。 ・第2回では記入することに精一杯の人もおり、改めて食事記録表を見直しての気付きを促す。 ・油やごまについて記入漏れが目立ち、声掛けをした。 	<ul style="list-style-type: none"> ・身体に良いと言われるものを摂っていたことで●の数を増やしすぎていたことに気付いた人もいた。 ・食事記録表を見て、●が多い所より足りない所へ着眼している人もいた。 ・「自分はこうしているが、他の人はどうしているか」とグループの人に聞いていた。 ・男性は、ここで学んだことを家で「こうしてほしい」と言うことが難しく、一緒に買物へ行くなど出来ることから取り組んでいる人もいた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・たくさんの情報の中で取り入れることは簡単だが、その結果良いことをしているつもりが摂り過ぎにつながっている。足すことばかりで、引くことが出来ていない。
<p>オプション②</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・オリエンテーション ・調理実習 ・パイキング ・計量、試食 ・食事記録表の記入 ・グループトーク 	<ul style="list-style-type: none"> ・ファシリテーターとしての役割を意識しながらグループに入った。 ・調理実習については、効率よく作業を行い、その後の内容に移れるように各グループで1~2個の調理を担当した。 ・自分が普段使用している茶碗を持参し、盛り付け、計量を行った。 ・盛り付けはいつも通りの量にってもらうよう声掛けをした。 	<ul style="list-style-type: none"> ・自分の茶碗の大きさを周りの人と比べている。 ・おかわりをしたような様子の人もいた。 ・測ることや周囲の目を意識して盛り付けている様子であった。 ・設定が昼食であったため、普段の昼食時の量とメニューを考慮し、取る量を調整している人もいた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・調理における調味料の計量があいまいな人がいた。目分量から摂り過ぎにつながっているのではないかと。 ・人の取った量を気にしながら自分の普段の量との対比をしている様子が伺えた。

<p>第3回 「コントロールを見る」</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・オリエンテーション ・検査値（血糖値・ヘモグロビンA1c）の見方について説明 ・代表者3名の経過を発表 ・検査データグラフの作成 ・グループトーク① ・メタボリックシンドロームについて説明 ・グループトーク② 	<ul style="list-style-type: none"> ・ファシリテーターとしての役割を意識しながらグループに入った。 ・検査値の見方について、ポイントを絞り分りやすく説明した。 ・代表者の発表については、発表者が自分のことを話しやすく、スタッフの意図していることを伝えやすくするため、インタビュー形式で実施した。 ・発表者は、結果が改善された人だけでなく、うまくいかない人も選択し、いろいろなパターンから自分の状況と対比出来るようにした。 ・対象者には事前に関き取りをしておき、ポイントを絞っておいた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・血糖値やヘモグロビンA1cについてやっと分かった、と知識を得られて満足されていた。 ・今まではヘモグロビンA1cにばかり目がいていたが、他のデータと照らし合わせて見る事が出来るようになった。 ・急激な努力より継続が大切との発言がみられた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・代表者の検査値と生活状況の話を聞き、いろいろなパターンを知ったことが気付きにつながっていた。 ・一つのデータにこだわっての生活の見直しでは、他に支障が出てくることも気付いていた。広くデータを見て、全体像をつかむことにつながった。
<p>第4回 「習慣化を見る」</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・オリエンテーション ・今までの媒体の提示と振り返り ・グループトーク ・グループトーク発表 	<ul style="list-style-type: none"> ・ファシリテーターとしての役割を意識しながらグループに入った。 ・今までの活動を振り返ることが出来るような媒体の活用や声掛けを行った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・今までの媒体を指さしたりしながらその時に気付いたことを話したりして振り返っていた。 ・今までは漠然と健康に気を付けようと思っていたが、検査結果という具体的な数値目標が出来どうすればよいかわかった。 ・運動は一回休むとさぼりぐせがつくので、何とか工夫しながら続けている。 ・気付きを実際に生活にあてはめることはなかなか難しい。今回の気付きが習慣となるように継続していきたい。 ・付き合いなどで食べる機会が増え運動が出来ない生活が続くと、数値が結果に表れた。 ・これからも定期的に血液検査をしながら、自分の状態を確認していきたい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・今までの媒体をもう一度見ることで、今までの活動が振り返りやすく効果的だった。 ・今まではグループだけの話し合いだったが、一人ずつ全体発表をすることで普段あまり話をされない人も発言され、しっかり自分のこととして教室に参加されていた様子が伺えた。

○標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル

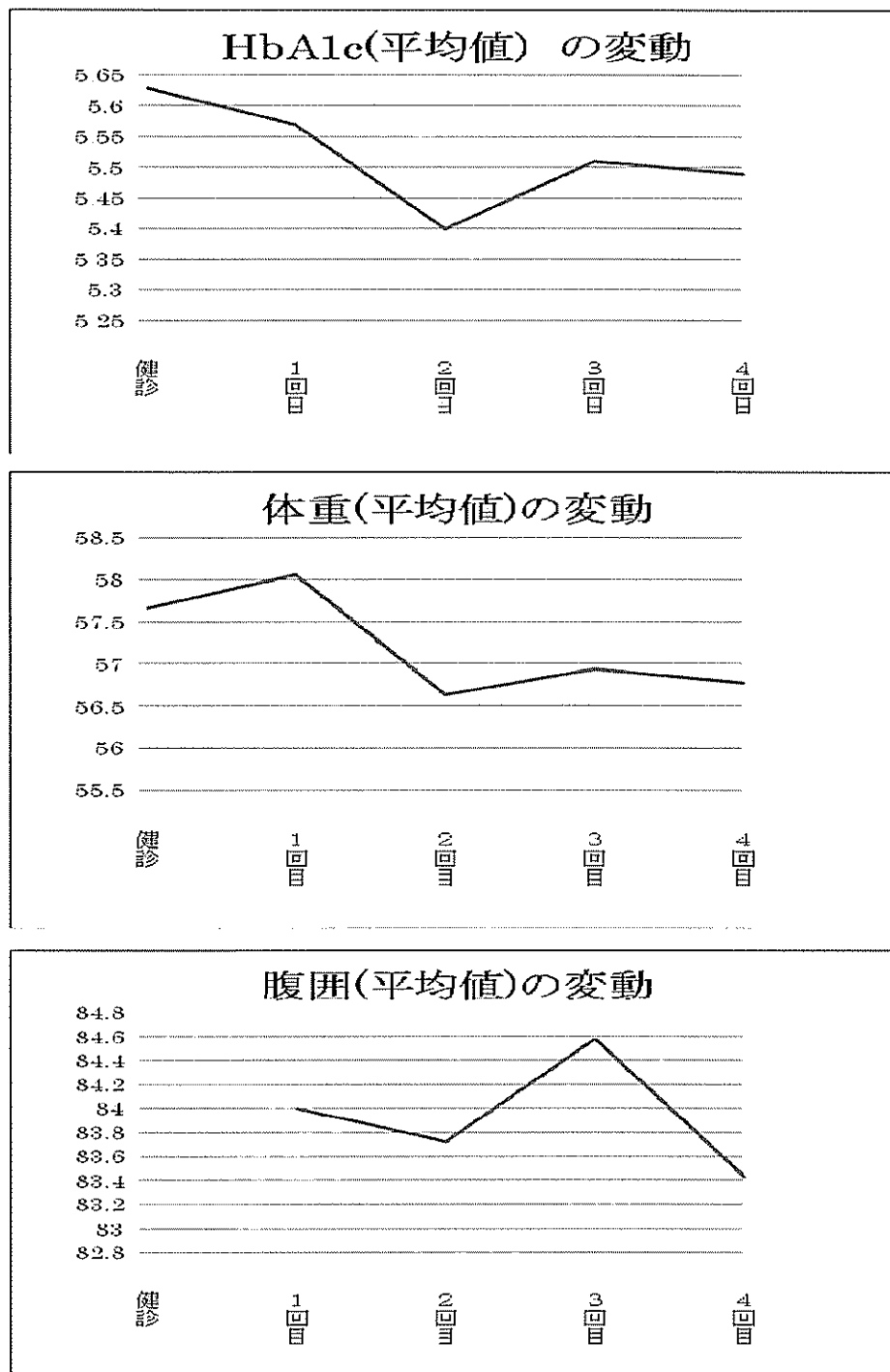
		支援パターンA				
		支援形態	実施内容	スタッフの意図 (実施に際して留意したこと)	対象者の反応	スタッフの気づき
継続支援／6ヵ月後の評価	初回時	面接	生活習慣と健診結果の関係の理解や生活習慣の振り返りを行う。行動目標・支援計画を作成する。	対象者との関係づくり。必要な情報の把握。	保健指導における学習教材集の使用により、自分のおかれている状況を客観的に捉えられている様子。今までも自分なりに生活改善に取り組んでみたが、なかなか続けることが出来なかった。これからは何をどう取り組んでいけば良いか、具体的に分かった。健診を受けた後だったので、この事業に参加することが自分にとって良い機会になった。	設定された20分では難しい。標準的な質問票や学習教材集を使用することで、必要な情報の聞き取りや把握ができ、媒体を使用することが有効だと思われた。行動変容ステージによって、目標や計画の具体性に差がみられた。
	1回目	e-mail B	行動計画の実施状況の確認や励まし、出来ている事への賞賛。	取り組みを認め、モチベーションが維持できるような支援を行う。	実際に行動計画に沿って取り組んでみた疑問点を質問され、積極的な様子。	初回面接から2週間後の時期に相手への負担がかからないe-mailというのは導入段階の支援としてよい。
	2回目(中間評価)	電話または面接	行動計画の実施状況の確認と行動計画を実行するための栄養・運動などの実践的な指導・助言を実施。身体計測実施。	取り組みと計測値の変化を関連付けて考えられるように関わる。	行動計画を意識しながら生活をするようになったという声あり。毎日の体重記録表の記入も継続され、それが励みになっている様子。	モチベーションの高い時期である。効果が感じられている人もいれば、取り組みによる効果なのかどうかまだ実感出来ない人もいる。
	3回目	e-mail B	行動計画の実施状況の確認や励まし、出来ている事への賞賛。	取り組みを認め、モチベーションが維持できるような支援を行う。	e-mailは何度も見ることができ励みになる。	e-mailだと対象者の良い時に返事をしてもらえるため、連絡が取りやすい。
	4回目	面接またはe-mail A	行動計画の実施状況の確認と行動計画を実行するための栄養・運動などの実践的な指導・助言を実施。身体計測実施。	モチベーションの変化に合わせた支援を行う。	毎日の体重記録表をもとに生活と数値の変化を照らし合わせて捉える事が出来ていた。	毎日の体重記録表は対象者の励みにもなり、有効であると感じた。

5 回目	面接 または e-mail B	行動計画の実 施状況の確認 や励まし、出来 ている事への 賞賛。	取り組みを 認め、モチベ ーションが 維持できる ような支援 を行う。	見守ってくれる人 がいると頑張れ る。	スタッフに認 めてもらうこ とで、自信につ ながる様子が 伺えた。
6 回目	面接 または e-mail A	行動計画の実 施状況の確認 と行動計画を 実行するため の栄養・運動な どの実践的な 指導・助言を実 施。身体計測実 施。	継続に向け ての支援を 行う。	年末年始を控え生 活習慣が乱れやす い時期をどのよう に乗り切っていく か苦慮している。	定期的な支援 があることで、 自分だけでは 続けられない ことが頑張っ てやっってい けるという様子 が伺えた。
7 回目	面接 または e-mail A	行動計画の実 施状況の確認 と行動計画を 実行するため の栄養・運動な どの実践的な 指導・助言を実 施。身体計測実 施。	継続に向け ての支援を 行う。	定期的な支援があ ることで続けられ る。	取り組みが習 慣化するまで は、定期的な支 援が必要であ る。
8 回目	6ヶ月後 評価	身体状況や生 活習慣に変化 が見られたか について確認 する。	継続に向け ての支援を 行う。	いろいろ取り組ん でみて、これなら 続けていけそうと いう自分に合った 方法が分かった。 結果が出なかつた が、今までの記録 を見て原因は分か っている。	初回に具体的 な目標や行動 計画を立てた ことで、振り返 りがしやすく、 また今後の課 題が明確にな ったことで、今 後の継続につ ながった。

3. 検査値の変動

1) 日本看護協会版「グループ支援」モデル参加者

図1：検査値の変動

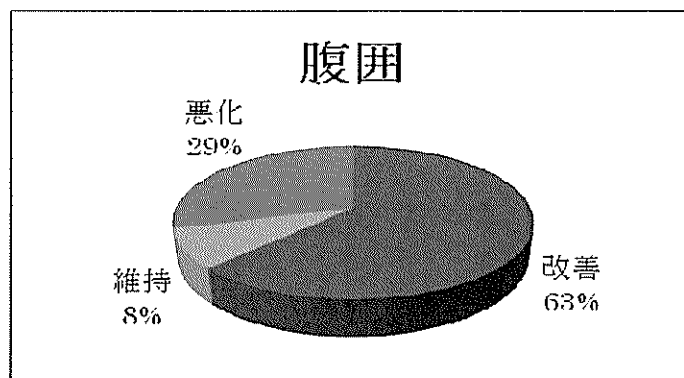
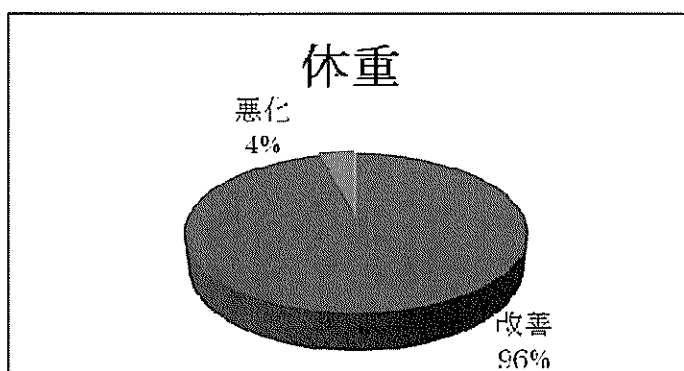
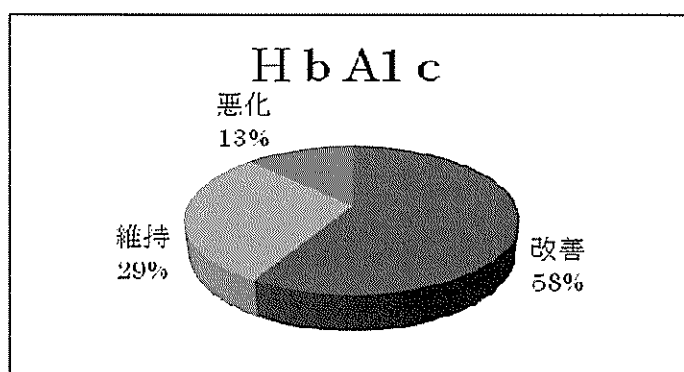


検査結果を教室の回数別にみても、どの項目も2回目は改善し、3回目には悪化している様子が見られる。

図 2 : 検査値変動の内訳

n=24

		改善	維持	悪化
HbA1c	人数	14	7	3
	%	58.3	29.2	12.5
体重 (BMI)	人数	23	0	1
	%	95.8	0	4.2
腹囲	人数	15	2	7
	%	62.5	8.3	29.2



2) 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル参加者

図3: 検査値の変動

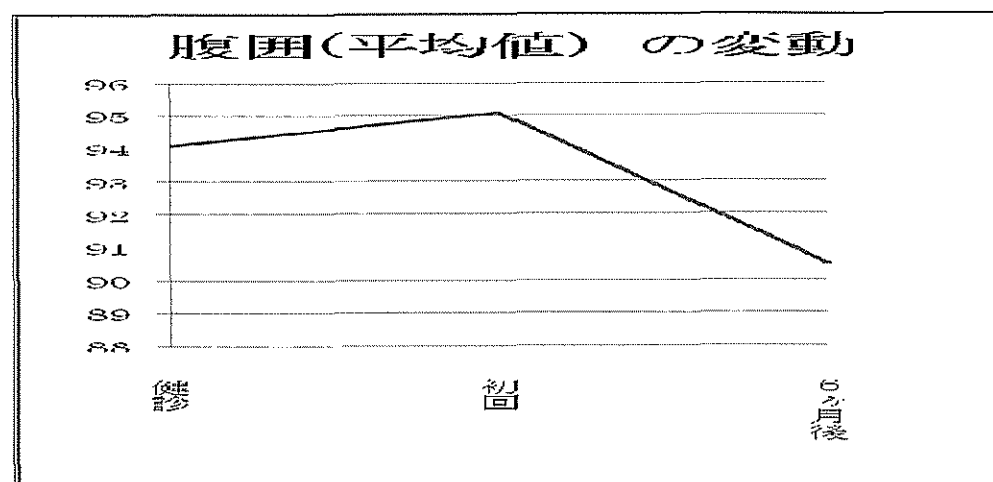
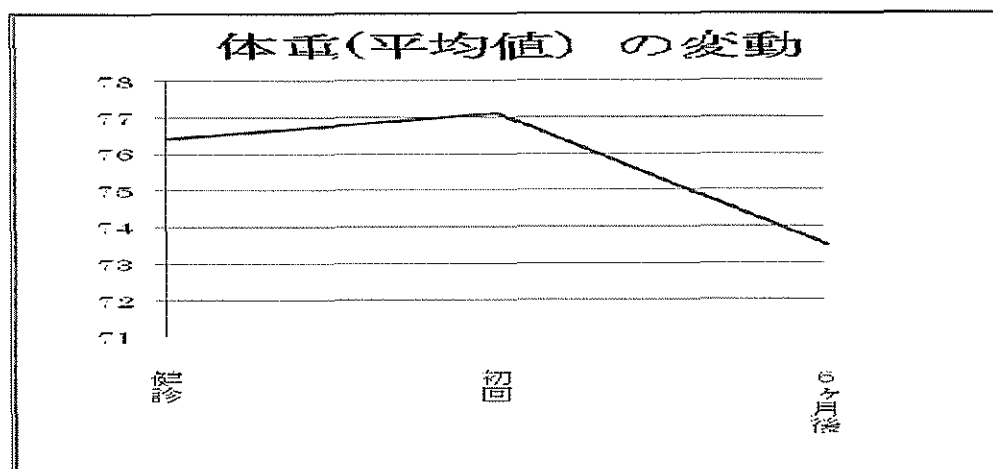
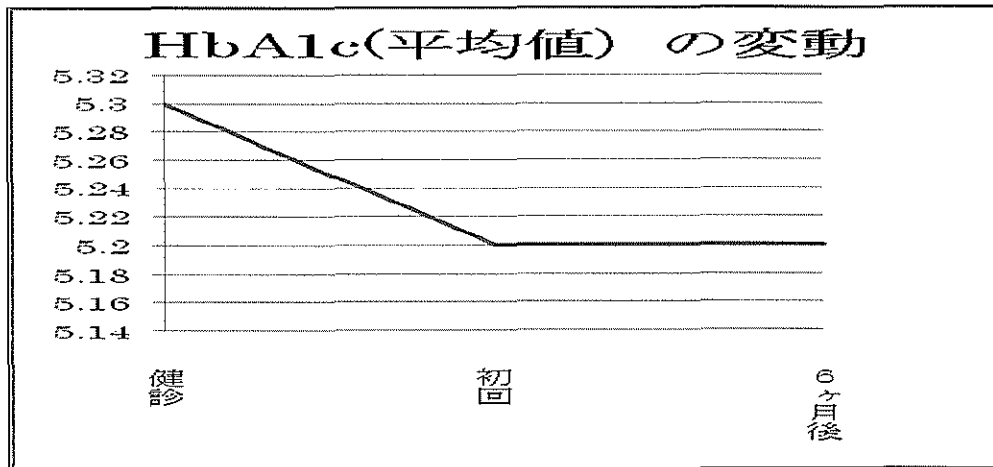
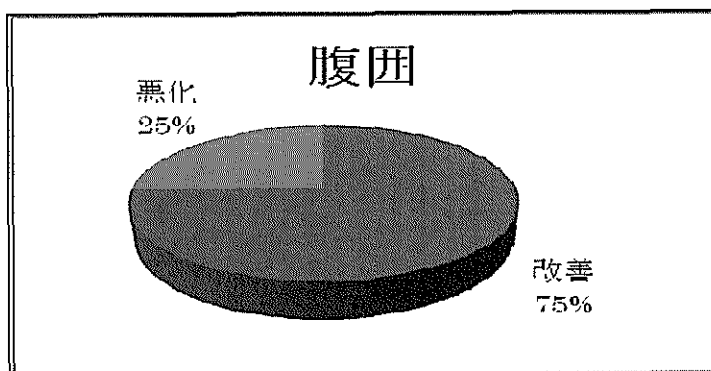
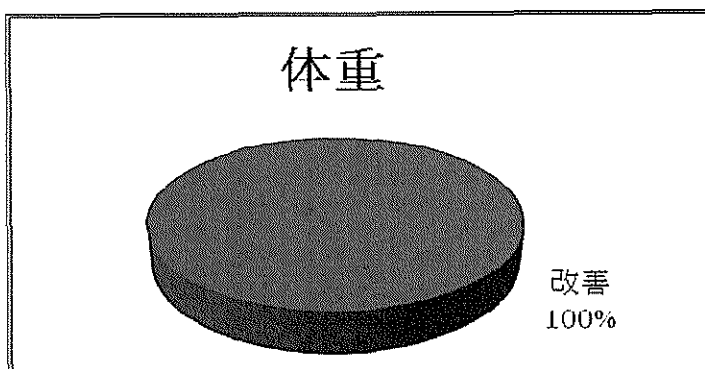
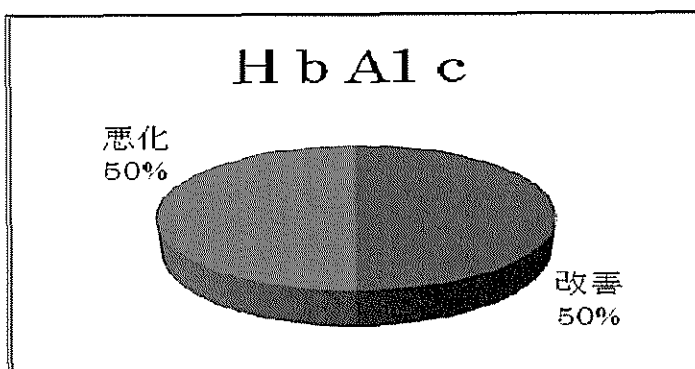


図4：検査値変動の内訳

n=8

		改善	維持	悪化
HbA1c	人数	4	0	4
	%	50	0	50
体重 (BMI)	人数	8	0	0
	%	100	0	0
腹囲	人数	6	0	2
	%	75	0	25



4. 参加者の行動・認識の変化

1) 日本看護協会版グループ支援モデル参加者

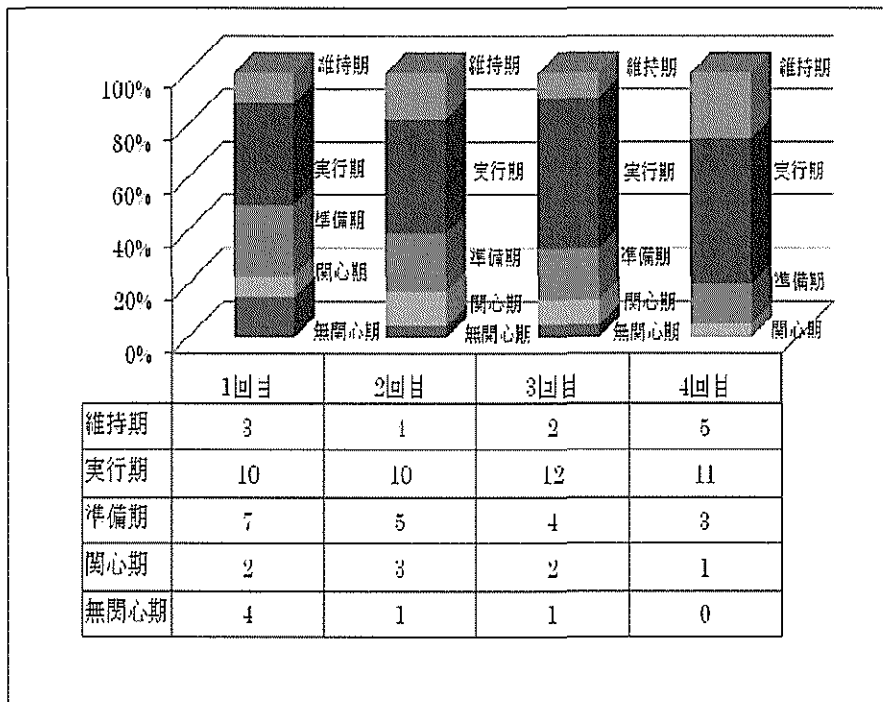
(1) 行動変容ステージ

参加者の行動変容ステージを教室開催ごとにみても、初回は「なぜ自分が対象になったのか分からない」という人もおり、ステージ0（無関心期）の人が4名（参加者の15.3%）であった。しかし、ステージ0（無関心期）・1（関心期）の人は徐々に減少し、最終回ではステージ0（無関心期）の人は0名、ステージ1（関心期）の人も1名となった。

ステージ4（維持期）の人は初回は3名であったのが、最終回では5名と増加した。（参加者の25%）

全体の平均をみると、初回と最終回では行動変容ステージが2.2から3.0と0.8上がった。

図5：行動変容ステージの変動



(2) 教室の参加状況・発言等

「知識を得たい」というタイプの人には、グループトークの中でもファシリテーターに向かって話をしたり、自分の聞きたい答えを求めてくるという様子が目立ったが、この教室の意図を参加者に伝え、ファシリテーターとしての役割を意識しながらグループトークを進めていった。回数を重ねるごとに参加者の質問内容や様子にも変化が見られ、徐々に自分なりにやってみて考えたことや気付いたことをスタッフに話したり、グループの中でも話題にするようになった。

グループトークでは、グループの中に模範的な回答をする人やリーダー的に話す人がいるとその人に引っ張られ、自分の言いたいことが言えない雰囲気になることもあった。初回参加時はな

かなか自分を出さずにグループの輪に入ろうとしない人もいたが、グループ設定に配慮したり回数を重ねることで、グループトークにも慣れてきた様子で、徐々に自分のこととして語れる人が増え、グループメンバーと自分とを対比出来るようになってきた。

また、初回参加時はグループトークや事例に対しても、人の問題点はよく気付き指摘していくが、それは他人事であり自分の事にはなかなか置き換えられない人が多かった。しかし、食事記録などの媒体の利用や毎回グループトークを重ねていくことで徐々に自分の生活習慣を客観的に捉えることが出来るようになり、自分の問題点として気付くことが出来るようになっていった。

(3) アンケート結果

教室終了後、参加者にアンケート用紙を送付した。(送付数 22 回収 19 回収率 86.4%) アンケートの結果からは、教室に参加して参加者同士で話し合いをしたことで自分の生活の実態に気付くことが出来たという人が 79%、なんとなく出来たと感じる人を含めると 100%となった。また、血液検査があったことがよかったという人は 100%、血液検査の変化を見ることで今までの生活の振り返りや自分の生活の実態に気付けたかどうかについては、出来た・なんとなく出来たを合わせると 95%となった。

しかし、それを実際に生活の中で行動に移すことが出来たかどうかについては、10段階評価のうち 8~10 は出来ているという人は 63%であった。

参加者からは、「自分の生活の実態に気付くことが出来た」「いろいろな人と話が出来たのがよかった」「同じ立場の人の話を聞かせてもらい、自分も頑張ろうと思った」「定期的な血液検査で数字が出るので、自分の生活習慣が分かる」「今までは漠然と健康に気を付けようと思っていたが、何をどう気を付けたらよいか分からなかった。この教室では抽象的ではなくて自分の生活習慣の問題が明確になり、血液検査をしながら自分自身の努力の結果が経時的に表れることを学んだ」などという感想を聞くことが出来た。

2) 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した個別支援モデル参加者

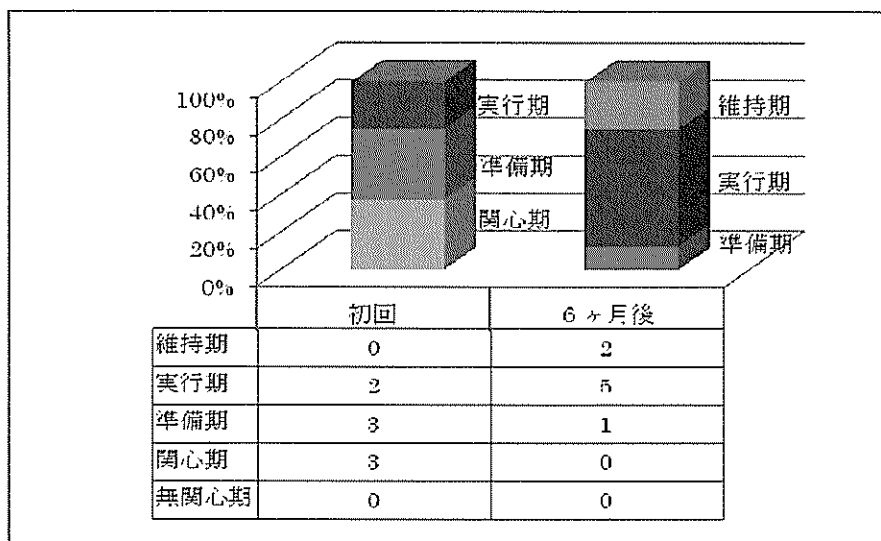
(1) 行動変容ステージ

初回の行動変容ステージをみると、ステージ 0(無関心期)の人はいなかった。初回の時点で、すでに取り組みを行っているステージ 3(実行期)の人が 2名、その他の人も取り組みは行っていないが改善への意識があるステージ 1(関心期)・2(準備期)であった。

6ヶ月後の変化をみると、1名は行動変容ステージに変化がなかったが、残り 7名についてはステージ 3(実行期)・4(維持期)となった。

全体の平均をみると、初回と 6ヶ月では行動変容ステージが 1.9 から 3.1 と 1.2 上がった。

図5：行動変容ステージの変動



(2) 支援状況・発言等

今回の支援では、面接や電話・e-mailといったいろいろな支援方法を組み合わせて実施したが、対象者に応じた方法で関わることで双方の負担感なく実施出来た。積極的に取り組んでいける人は、努力や結果を認めってもらう場があることで自信につながり、モチベーションを維持することが出来ている様子であった。

また、厚生労働省が提示する「標準的な健診・保健指導プログラム」に沿い、「保健指導における学習教材集」を使用して実施した。さらに、行動目標の達成度や体重などの変化を振り返ることを目的とし、毎日の記録ができるような用紙を配布した。参加者の大半は継続して記録することが出来ており、「この用紙を見ると自分の生活の実態がよくわかる」「検査値は生活がそのまま正直に表れると実感した」などという声が聞かれ、スタッフが指摘しなくても、参加者が自ら自分の記録を振り返ることが出来ていた。

考察

1. 日本看護協会版グループ支援モデル

1) 動機づけの支援

参加者自身が習慣を変えるという課題に取り組むには、普段の生活を意識し自分のどこに問題があるかに気付くことが重要である。しかし、習慣は無意識のうちに行っているものであり、その部分を意識し問題として気付くことは、自分自身の力では難しいことである。今回のグループ支援では、参加者による話し合いの場を持ち参加者同士で生活の問題の指摘や対比をし、検査値や事例などの有効な指標や媒体を用いた。そのことにより、自分の置かれた状況を認識することにつながり、今まで「他人事」であったことを「自分の事」として捉えることが出来たと思われる。

今までの集団健康教育では、教室終了後に「〇〇が大事だと思った」「〇〇しようと思った」

と漠然とした学びが多かったように思われるが、今回の教室では検査データやグループトークでの対比から自分自身の実態に気付き、具体的な学びを得ることが出来た人が多いと感じた。また、参加者からも「自分自身で気付くことが重要である」という声が聞かれ、生活習慣を改善するための動機づけには参加者自身の気付きが必要不可欠であると感じた。

2) 習慣化の支援

検査結果からみると、初回の教室終了後は参加者のモチベーションが高く生活改善などの取り組みを実施したことにより数値にも改善がみられた。しかし、その後はなかなか意識を持ち続けることが難しく、気の緩みなどから数値が悪化する人が多くみられ、初回の気付きを実行していくことは難しい様子が伺えた。その後4回目には検査値が改善していることから、検査値と自分自身の生活習慣を照らし合わせることで自分の中での気付きがあり、何らかの取り組みをしたことによるものと思われる。このような参加者の行動から、一度の気付きを生活の中で継続して取り組むことは難しいと思われる。

また、教室終了後の参加者アンケート結果からも、自分の実態に気付くことが出来たという人は多いものの、それを行動に移せたという人は少なく、この7か月間では気付きの段階で、それを生活の中に取り入れ習慣づけることは難しいと思われる。

習慣とは、長い間繰り返し行ううちにそうするのが決まりのようになったことであるため、一時的な取り組みで改善するものではない。つまり気付きが習慣として定着するためには、試行錯誤しながら自分なりの改善方法を見いだしていくことが出来る今回のような活動の場が長期的に必要であると思われる。

2. 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した個別支援モデル

個別支援においては、保健指導における学習教材集を使用し知識を深め、今までの生活習慣の振り返りを行った。さらに、数値目標の設定や具体的な行動計画の作成、毎日の体重や行動記録表の記入などにより、動機づけにつながったと思われる。

しかし、参加者の中には行動変容ステージの低い人や意識はしていてもなかなか実践に結び付かない人、何をしたらよいのか模索している人もいた。そのような人には個別支援のみでなく他の人の話や取り組みを聞きながら自分と照らし合わせていくというグループ支援の方式を組み合わせ実施していくことで、動機づけのきっかけとなり効果が上がるとと思われる。

習慣化に向けては、個別支援においてもグループ支援と同様にモチベーションの変動があるため長期にわたる継続的な支援が必要であると思われる。

まとめ

今回のプログラムでは行動変容につながる保健指導の在り方について多くのことを学び得ることが出来た。

今までの保健指導では、生活習慣病の予防や改善のための関わりをする上で、どのようにすれば自覚症状がない対象者の動機づけを行い、行動変容に向けた支援ができるかが課題であった。

今回のプログラムを通して、保健指導とは知識の提供などの一方的な支援ではなく、参加者が自らの力で行動変容していくプロセスを支援していくことであると感じた。今後は住民により添い、住民の力を導き出せるような保健活動を実施していきたい。また、ポピュレーションアプローチとの連動についても視野に入れて考えていきたい。

最後に、本事業を実施するにあたり、助成・御指導いただきました社団法人日本看護協会に深くお礼申し上げます。

9. 「血糖値を上げない教室」の取り組み

～これまでの保健指導を振り返り、効果的な行動変容への支援を考える～

兵庫県洲本市

目的

モデル事業を通じ、生活習慣病予防の対象として重点的に取り組む必要のある特定保健指導対象者及び糖尿病予備群に対し、現在の支援よりさらに効果的で継続的な支援のあり方について検討し、専門職の技術の向上を図る。

事業概要

1. 洲本市の概要

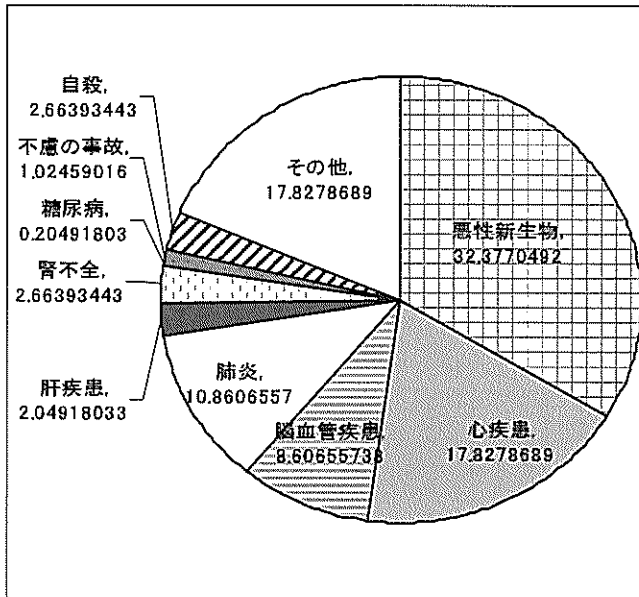
洲本市は兵庫県の淡路島中央部に位置し、平成18年2月1日に人口約4万人の洲本市と人口約1万人の五色町が合併した新市です。

- 1) 面積：182.46平方キロメートル
- 2) 人口：50,388人（2008.1.1現在）
- 3) 世帯数：20,063世帯（2008.1.1現在）
- 4) 高齢化率：26.7%（資料：「保健事業推進について」国保連合会）
- 5) 人口動態：

区分		H17年	H18年
自然増減	出生	340	401
	死亡	548	621
	増減	△208	△220
社会増減	転入	1,409	1,472
	転出	1,760	1,900
	増減	△351	△428
純増減		△559	△648

資料：兵庫の統計

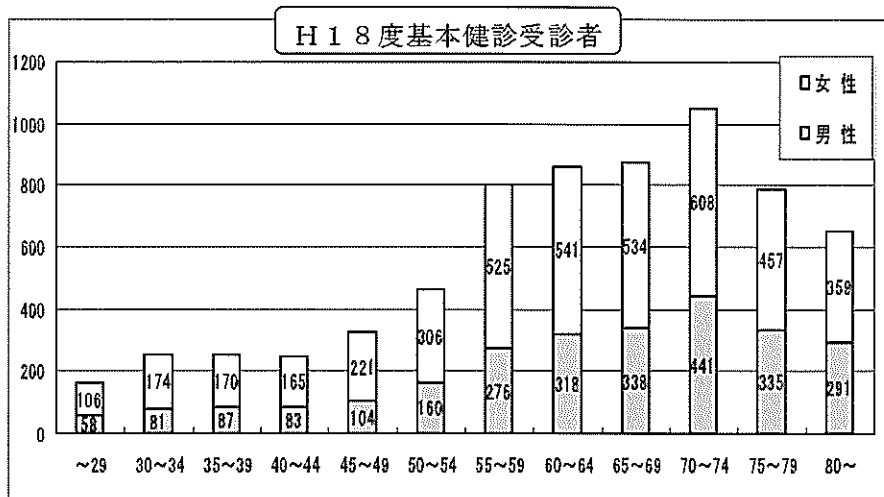
6) 死亡状況



<主な死因別の特徴>

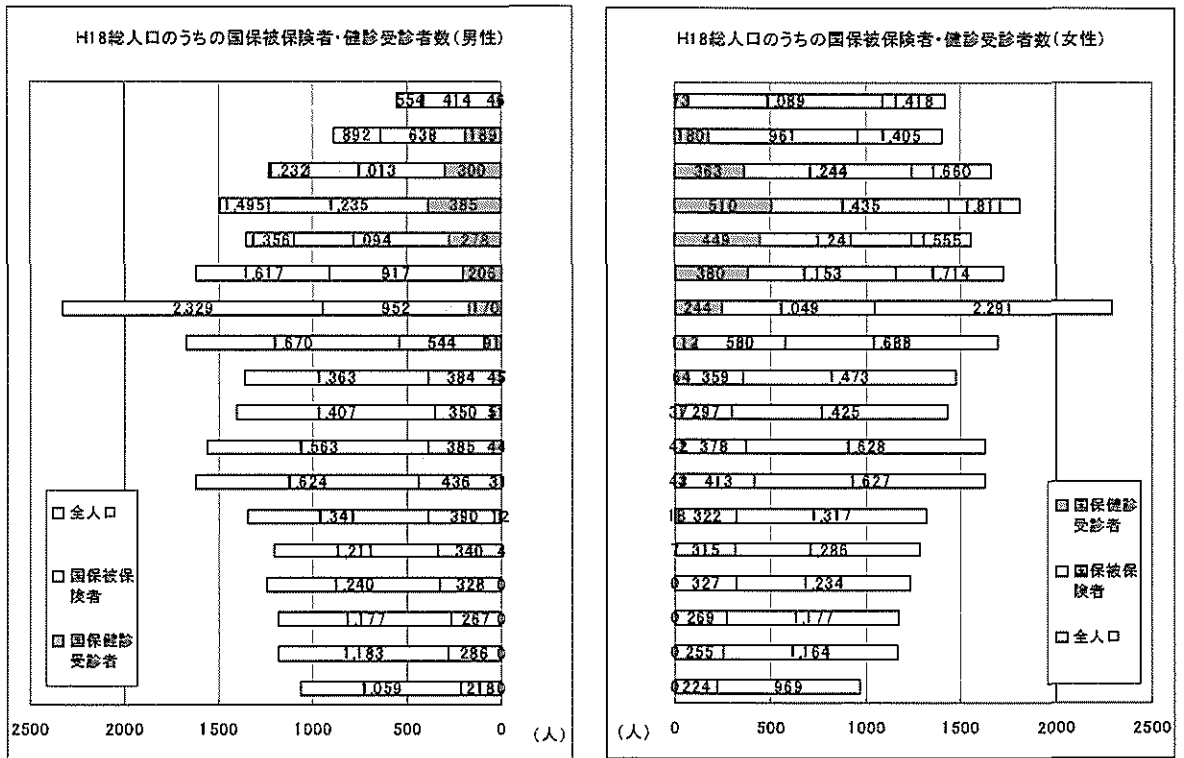
洲本市のH17年の死亡数を死因別にみると、悪性新生物158人(32.4%)心疾患87人(17.8%)、脳血管疾患42人(8.6%)、肺炎53人(10.9%)、自殺13人(2.7%)となっている。悪性新生物は死亡原因の3割を占めており、それ以外の生活習慣病も全体の3割を占めている。

7) 健診受診対象者数

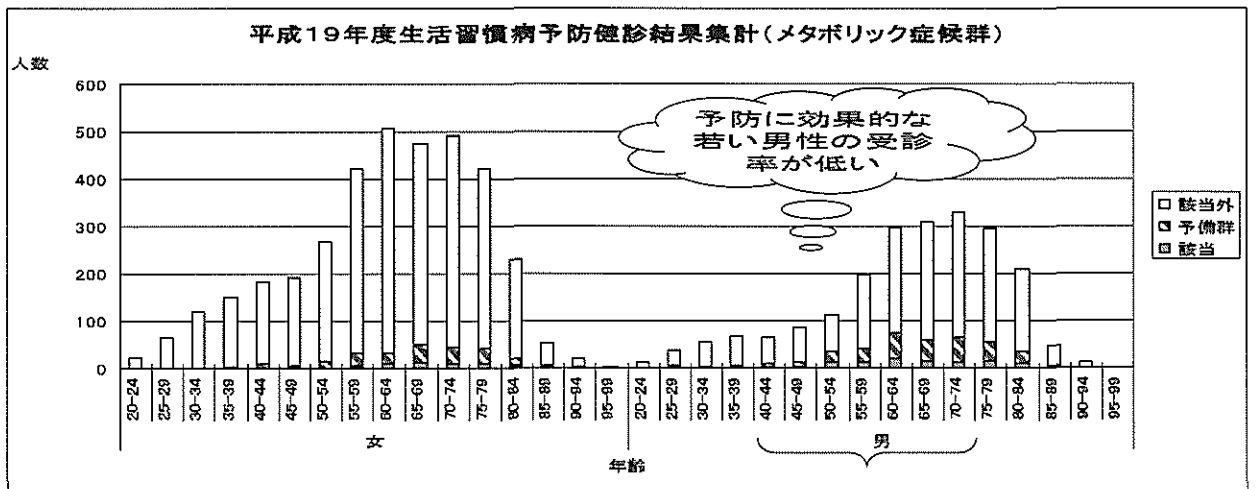


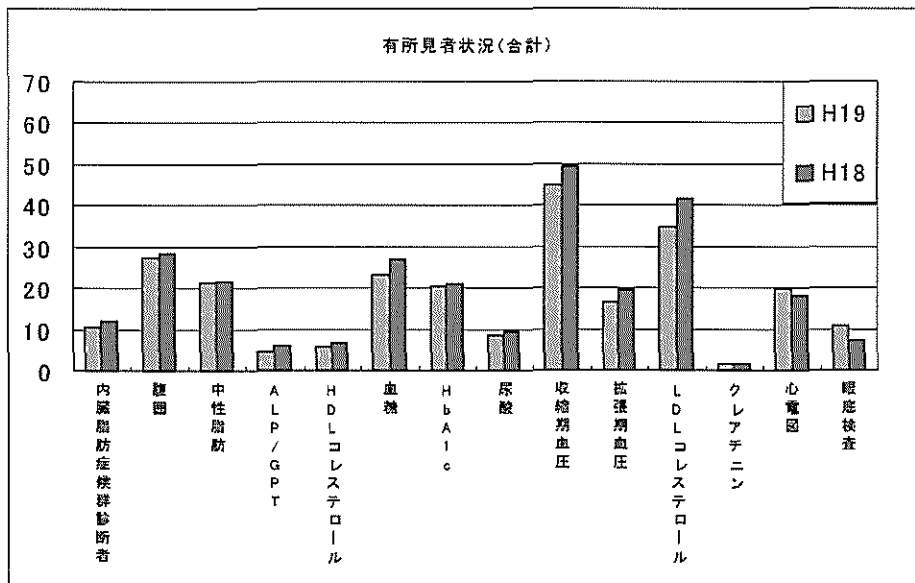
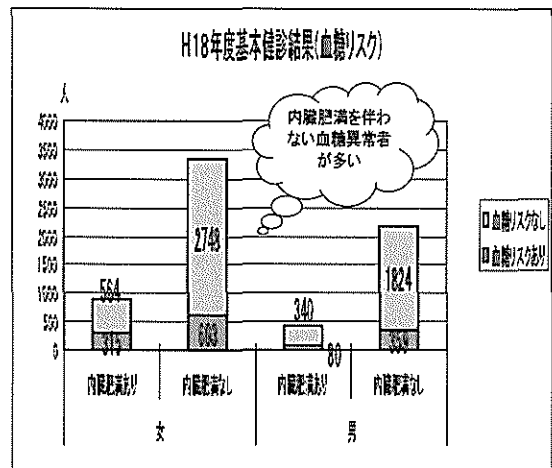
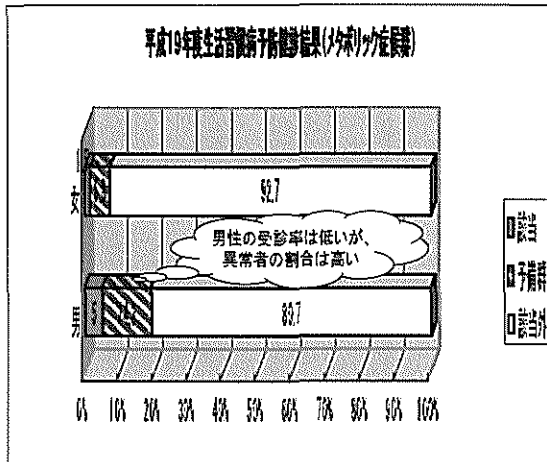
H18年度基本健康診査対象者(40歳以上)8,937人、受診者数5,146人、受診率57.6%となっている。65歳以上の受診者が50%を占めており、女性の受診者が62%と多くなっている。

8) 受診者数・受診率：健診受診者のうち、国保被保険者の受診率は21.9%である。



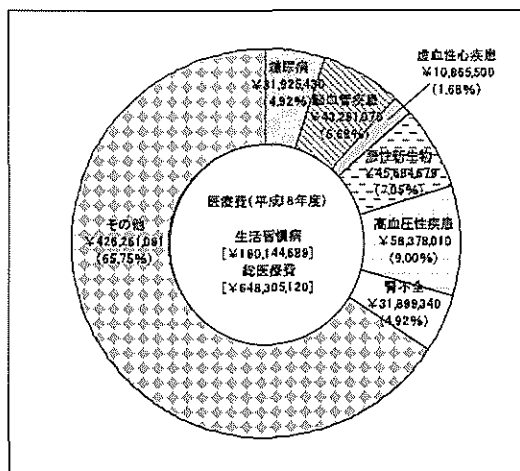
9) 健診結果





有所見者が多いのは、血圧・LDLコレステロール・腹囲・血糖の順となっている。

10) 医療費・疾患率



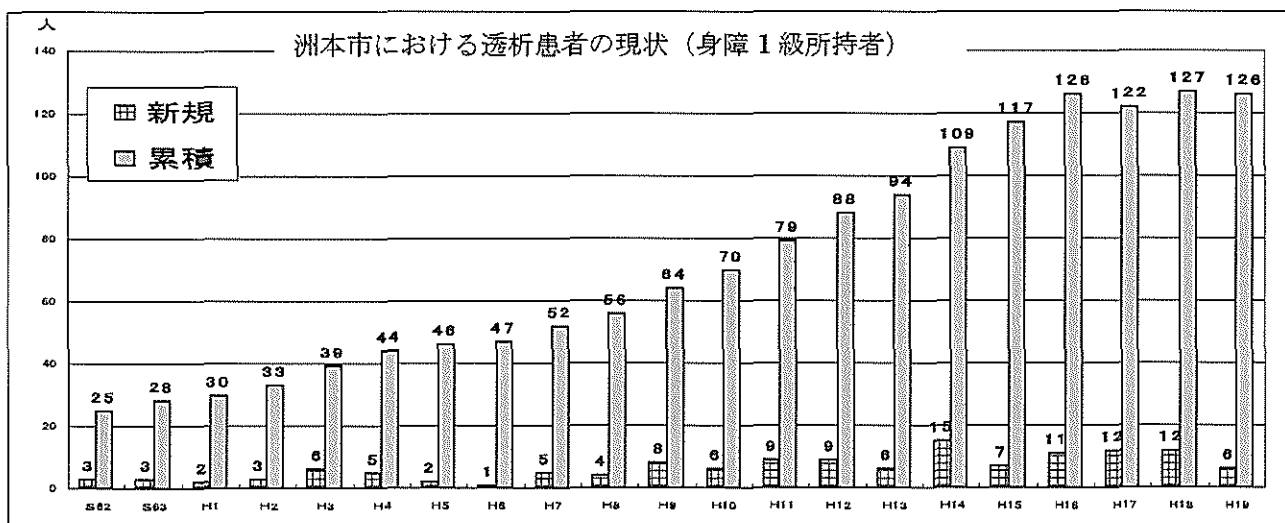
H18年5月診療レセプトより総診療費は、648,305,120円で、そのうち生活習慣病は190,144,689円(29.3%)となっている。

1日当たり点数は、1,083点となっており、対前年比をみると年々上昇している。1件当たり日数は、2.55日でわずかながら年々減少している。

1人当たり診療費29,332円となっており、淡路島内3市で最も高く、年々増加

1 1) 透析者の状況

洲本市における人工透析者を身障手帳所持者から推計すると年々増加し、H16年から横ばいとなっているが、毎年10人程度の新規患者が出ている。透析患者の年間医療費は1人約500万円であり新規導入者により毎年5,000万円の増加となっている。また、人工透析患者の基礎疾患として、糖尿病、高血圧など生活習慣病をもつ人が6～7割あり、長年の経過から透析開始となっている。



生活習慣病の医療費（H18年5月診療分レセプトより）

2. 対象者

1) 看護協会版（グループ支援）：平成18年度実施した生活習慣病予防基本健診受診者（5,637人）のうち、20歳～65歳未満のHbA1c5.5以上6.0以下の者を抽出し、そのうちすでに現在実施している生活習慣病予防教室（国保ヘルスアップ事業）に参加している者および糖尿病で治療している者を除き対象者とした。さらに、平成19年度の健診受診者からも随時追加して対象者（HbA1c5.2～6.0）としていった。

日本看護協会版「グループ支援」モデル

選定条件	平成18年度基本健康診査受診者より ①HbA1c5.5～6.4以下 ②64歳まで③国保ヘルスアップ事業参加者を除く ④平成19年度健診受信者 HbA1c5.2～6.0 随時追加								
	対象者全員に案内文を毎回送付								
呼掛け方法	選定対象者数（人）			申込者数（人）			参加者数（人）		
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計
対象者	100	188	288	15	73	88	15	73	88

※年齢別参加者数

	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-65	総計
男性	1		1	2	5	8	17
女性	2	2	4	10	17	36	71
総計	3	2	5	12	22	44	88

2) 確定版(個別支援):平成19年度生活習慣病予防基本健診受診者のうち、厚生労働省版対象者選定に基づき選定し、グループ支援を希望しない方のうち個別支援の同意が得られた7人を対象とした。

標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル

選定条件	平成19年度基本健診受診者のうち、厚生労働省版対象者選定に基づく								
呼掛け方法	対象者に電話または訪問								
	選定対象者数(人)			申込者数(人)			参加者数(人)		
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計
対象者	7	0	7	7	0	7	7	0	7

※対象者は55～59歳の男性7人

3. 実施体制

1) スタッフの職種及び人数

実人数 14人 (常勤 10人 常勤以外 4人)

職種 保健師 管理栄養士 栄養士 生活習慣病予防士 看護師

※ 健康福祉事務所 保健師の参画あり

2) 運営方法

市の施設を利用し、1会場で実施。来年以降の特定保健指導を市の直営で実施予定のため、できる限り常勤スタッフによる運営にし、淡路島内にある看護大学職員にも協力を得た。

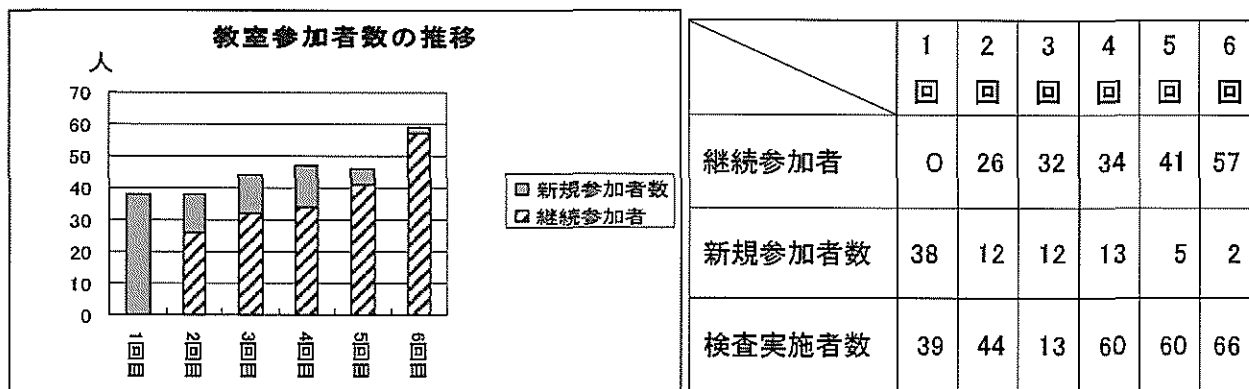
1グループ6～8人を6グループにわけ、ファシリテーター1名と記録者1名、全体進行役1名で運営した。

結果

1. 実施結果

[看護協会版(グループ支援)]:対象者全員に毎回教室での声を案内文の中に掲載し、初回からの参加者のみを教室対象とせず随時参加できる形態にしたため、参加者が少しずつ増加傾向となり、最終プログラム時には88人の参加になった。

検査については、教室の1週間前に検査日を設け、当日には検査値がわかるようにした。やむなく当日のみ参加になった方については、簡易HbA1c検査機器にて測定し、検査値がわかるようにした。



	1回	2回	3回	4回	5回	6回
継続参加者	0	26	32	34	41	57
新規参加者数	38	12	12	13	5	2
検査実施者数	39	44	13	60	60	66

途中参加者も含めて88人の参加者のうち4人が初回で脱落したが、内1人は医療機関へ、1人は精神疾患患者、あとの2人については「何をしたら良いかを教えてくれる教室と思っていた」ため継続参加できず。

【確定版（個別支援）】：電話または訪問による支援の場合、対象者の居住する地区担当保健師が個別に支援するようにし、初回面接と6ヶ月評価は看護協会版の教室実施日と同時に設定、支援する体制をとった。

	電話・訪問	初回面接	手紙	個別支援	手紙	電話5分	個別支援	評価
支援実施者数	7	7	7	5	7	7	0	2

(平成20年1月8日現在)

1) 日本看護協会版「グループ支援」モデル

年月日	経過	スタッフ数(人)						参加者(人)				所要時間 分	事前お便り・案内・呼びかけ等	備考
		保健師	看護師	栄養士	医師	その他	計	男性	女性	計	グループ数			
平成19年4月2日	事前スタッフミーティング	9	1	3	0	0	13	0	0	0	0	150分		
平成19年5月1日	事前訪問及び事例検討会	9	1	2	0	0	12	0	0	0	0	60分		
平成19年5月1日	第1回スタッフミーティング	9	1	2	0	0	12	0	0	0	0	90分		

平成 19 年 5 月 22 日	第 1 回プログラム 「プロセスを 見る」	8	1	3	0	1	13	10	28	38	6	150 分	対象者 全員に 通知	
平成 19 年 6 月 19 日	第 2 回スタッ フ ミーティング	10	1	3	0	0	14	0	0	0	0	150 分		
平成 19 年 7 月 3 日	第 2 回プログラ ム「食の実態を 見る」	9	1	3	0	1	14	5	33	38	6	150 分	対象者 全員に 通知	
平成 19 年 7 月 17 日	第 3 回スタッ フ ミーティング	10	1	3	0	0	14	0	0	0	0	150 分		
平成 19 年 8 月 7 日	第 3 回プログラ ム 「食の実態を 見る」	9	1	3	0	1	14	3	41	44	6	150 分	対象者 全員に 通知	
平成 19 年 9 月 21 日	第 4 回スタッ フ ミーティング	10	1	3	0		14	0	0	0	0	150 分		
平成 19 年 10 月 2 日	第 4 回プログラ ム 「食の実態：試 食」	10	1	3	0	1	15	8	39	47	6	150 分	対象者 全員に 通知	
平成 19 年 10 月 31 日	第 5 回スタッ フ ミーティング	10	1	3	0	0	14	0	0	0	0	150 分		
平成 19 年 11 月 6 日	第 5 回プログラ ム 「コントロー ルを見る」	10	1	3	0	1	15	5	41	46	6	150 分	対象者 全員に 通知	
平成 19 年 12 月 21 日	第 6 回スタッ フ ミーティング	10	1	3	0	0	14	0	0	0	0	150 分		
平成 20 年 1 月 8 日	第 6 回プログラ ム 「習慣化を見 る」	10	1	3	0	1	15	4	55	59	6	150 分	対象者 全員に 通知	

写真 1 : 「1 回目プロセスを見る」の様子



写真 2 : 「食の実態を見る」の展示

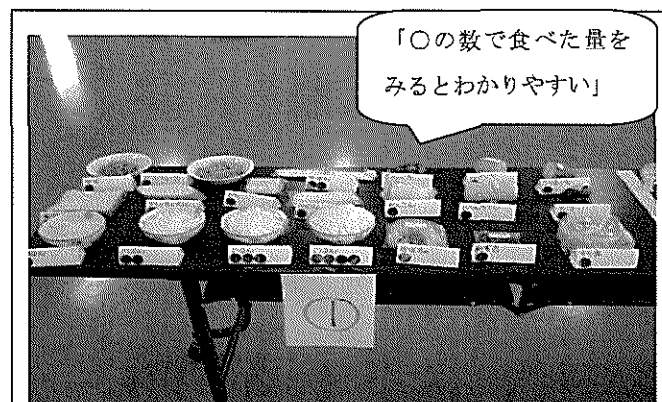


写真3：「食の実態見る」の様子



「習慣や思い込みで食べていたな」

写真4：「食実態を見る」試食の様子



「実物を目で見ると男でもわかりやすい」

図：「5回目コントロールを見る」の媒体

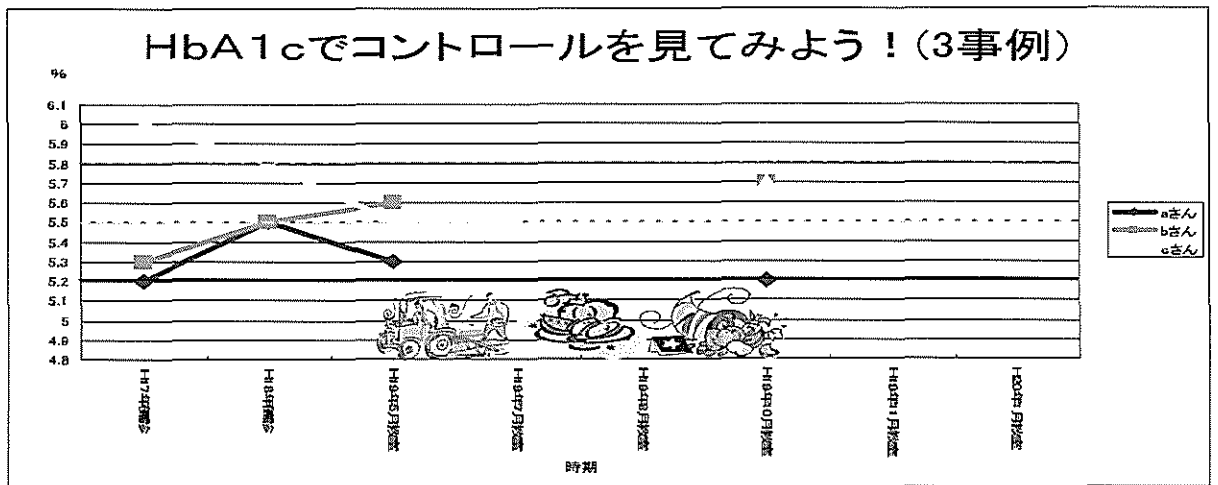


写真5：「6回目習慣化を見る」の様子



「誘惑はいっぱいあるし、油断したらまたHbA1cは上がる・・・」

「HbA1cで生活がどう影響しているか見ていけると頑張れそう」

「数ヶ月に1回程度今のような場があったら続けられそう」

2) 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル

年月	支援形態	対象1人に対して関わったスタッフ数(人)					計	実施人数(人)			支援時間 分	ポイント数	備考
		保健師	看護師	栄養士	医師	その他		男性	女性	計			
平成19年7月	電話または訪問	1	0	0	0	0	1	7	0	7	5	10	グループ支援は希望しなかった方を対象にした
8月・9月	初回面接・初回検査	1	1	0	0	0	2	7	0	7	20		無料で検査をしてもらえるということが魅力で来ているだけのように感じた
9月	手紙	1	0	0	0	0	1	7	0	7	1	5	返信が期待されず、口頭で確認
10月	電話で20分以上	1	0	0	0	0	1	7	0	7	20	80	会話が続き訪問に変えようとするも、拒否される
11月	電話で5分以上	1	0	0	0	0	1	7	0	7	10	20	電話での支援が困難。訪問も拒否され未実施
12月	手紙	1	0	0	0	0	1	7	0	7	1	50	返信なし
平成20年1月	個別面接	1					1	3		3	10	40	最終評価と同時に実施。関心や改善が継続できなかった方は不参加
1月	評価	1	0	0	0	0	1	2	0	2	10		7人中2人が参加

2. 活動経過の振り返り

1) 日本看護協会版「グループ支援」モデル

プログラム	実施したこと	スタッフの意図 (実施に際して留意したこと)	参加者の発言・反応	スタッフの気づき
事前訪問及び事例検討会	<ul style="list-style-type: none"> ・2名1組で家庭訪問して話を伺う。 ・9つの事例から3つの事例を選出。 	<ul style="list-style-type: none"> ・経過を振り返ってもらいながらそのときの思いなどをひたすら聞く。 ・どの事例を使うことが効果的かを検討。 	<ul style="list-style-type: none"> ・スタッフが思っていたよりもよく自分のことを話してくれた。 ・話をしながら最後に経過記録を見せると、長年の生活を振り返りこれからの生活をどうするか意識し始めていた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・住民が長年どんな生活をしてきたかを知ることができた。 ・予防できていない実態を知ることができた。 ・指導しないといけないと思いついでいた。
第1回「プロセスを見る」	<ul style="list-style-type: none"> ・3事例を発表 ・自分の生活を振り返ってもらった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・無意識の生活習慣の積み重ねが土台となり検査データにでてくる。 ・身近に感じる事例を通じ、その人の思いを共有し、自分のことを振り返りやすいようにする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・気になるデータしかみていなかった。 ・年のせい、遺伝のせいと思っていた。 ・健診を受けるだけで安心、医師から大丈夫といわれて安心。 ・糖尿なんて自分には関係ないこととっていた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・事例を使うことで自分の生活を振り返りやすい。 ・自分の実態に気づきやすい。 ・今後の予測・見通しがつけやすい。

第2回 「食の 食べ方 の実態 を見る」	主食・果物・嗜好品を1日の食事から見てみた。	・スタッフの食生活を同じように記入しながら行うことで、専門職でも食べてしまうことを共有。1日の生活の流れのなかでどう食べているのか振り返りやすいようにした。	・果物はいくら食べても大丈夫と思っていた。 ・ちょこちょこ食べていた。 ・思い違いや勘違いに気づいた。 ・習慣で食べていた。	・実物の食材を使うと見た目が分かりやすい。 ・●の表示が分かりやすい。 ・食事の内容を書くことにこだわりすぎた。
第3回 「自分 の食の 実態を 見る」	・肉、魚、大豆製品、チーズ・乳製品・油を1日の食事から見てみた。	・詳しく食を振り返るより、どのような生活でどのように自分が食べているのか振り返りやすいようにした。おおざっぱに見ていき、思い出せる範囲で見ていくことでよいと伝えた。	・体にいいと思って食べていたものがとりすぎになっていた。 ・肉より魚のほうがいいと思って食べていたが同じ仲間だった(食べすぎたら同じ。) ・思い込みで食べていた。	・事例を使うと振り返りやすい。 ・思い込みや問題に気づきやすい。 ・おおざっぱに見ることも十分気づきがある。
第4回 「自分の 食の実 態を見る」 (試食)	・昼食の試食 ・1日のトータル量を見てみる。	・引き続き1日の生活を振り返りながら食を見ることを意識してもらう。おおざっぱに思い出せる範囲で。 ・ご飯の量は摂った量を測ってもらい後で●に換算。	・ご飯は少なめと思っていたが他の人と比べるとたくさん食べていた。 ・自分の家で作っているものは食べ過ぎる。 ・芋やマロニー、かぼちゃが同じ仲間とは思わなかった。	・思い出せる範囲でいいので男性も取り組みやすい様子。 ・食を振り返って食べてみたことや、人と対比することで自分の食べ方の特徴が見えてきた様子。
第5回 「血糖コ ントロ ールを 見る」	・2名の事例から、どのような生活のときに検査データがどうなったかを本人に話してもらい共有。教室最後に活動を意識して見てみるために万歩計を提供。	・季節変化があるものや、改善しているパターンと一旦改善したあとデータが上がった事例を選出。自分の生活を振り返りやすいようにした。	・気にせず食べていた。 ・いただきものがあるとつい食べてしまう。 ・油断したら元に戻る。 ・意識できる場、仲間が必要。	・事例を使うと振り返りやすい。 ・生活を振り返りやすい。長年の生活の積み重ねが影響していることに気づいていた。 ・教室参加前は食べることを意識していなかった様子。 ・「多い」「少ない」の具体を開き込むと生活が見えてきた。
第6回 「意識し た生活 の習慣 化を見る」	・万歩計の記録から自分の生活を振り返ってもらう。 ・これまでの教室で見えたことを振り返り、気づいたことや思いを確認する。	・活動の多い少ないを意識すぎることがないようにし、生活の仕方がどのように活動に影響しているのかを意識して振り返るようにした。 ・自分で自分の実態を見ることでどのようなことに気づきどう思ったか、何を意識するようになったのか発言できるようにした。	・万歩計をつけたら意識して歩いたが寒いと続かなかった。 ・取り組みがどうかを確認できる場が必要。 ・教室がなくなると不安。まだ自信がないな。	・やってきたことを振り返ることで継続していくことの必要性に自ら気づきやすい。 ・自分の生活を自分で見て話す機会が、参加者の意識や行動を変えるきっかけになっている。

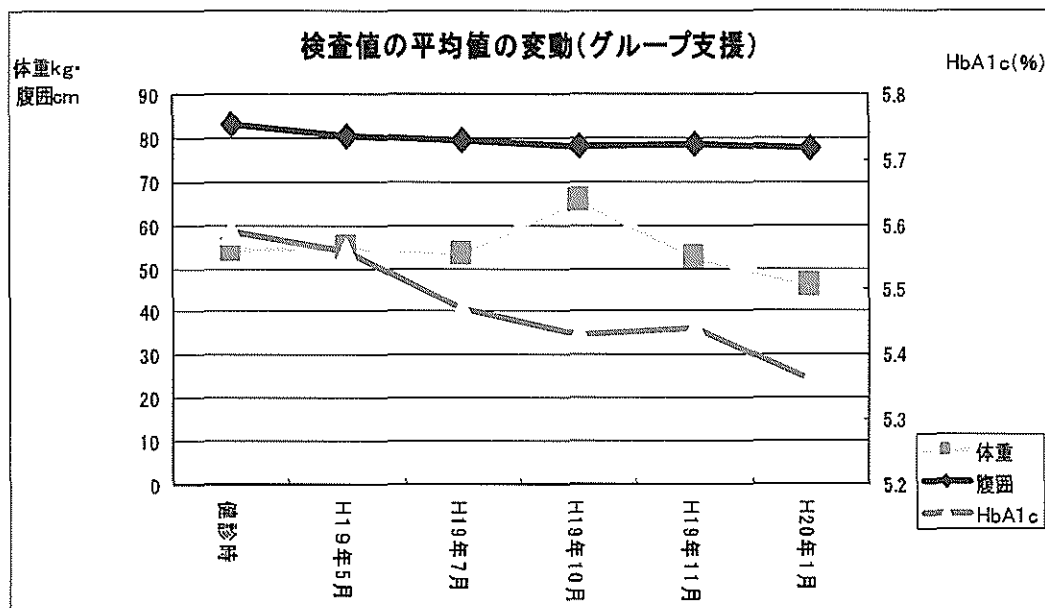
2) 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル

		支援パターンA				
	支援形態	実施内容	スタッフの意図 (実施に際して留意したこと)	対象者の反応	スタッフの気づき	
	初回時	面接	限られた時間内でその人の過去の生活状況や現在の生活状況などを把握し、自分の身体への関心を持っていただく。血液検査実施。	これまでの生活を聞かせていただき、改善しようと思ってもらえるようにする	自覚症状なく、今までの健診結果とさほど変化がないため、自分の身体や生活への関心は薄い	とりあえず何かやってみるという言葉だけは言っていた。
継続支援 6ヵ月後の評価	1回目	訪問又は電話	現在の生活状況や身体の変化を聞く	実態をつかみ、できそうな改善点を見つける	自覚症状なく、今までの健診結果とさほど変化がないため、自分の身体や生活への関心は薄い	実態がつかめないと本人の表情がわからないので、一般的なことしか聞けない
	2回目	手紙	初回面接時に意識したことを便りにして送付	気づいたことを意識していただくように励ます	返信が期待できないため口頭で確認	返信を希望することは難しい
	3回目	電話	現在の生活状況や身体の変化を聞く	気づいたことを意識していただくようにする	会話が続き訪問に切り替えようとするが拒否される	対象者の生活が見えない状態で、電話で20分以上の支援をするのは難しい。20分以上電話を切らさないためのテクニックが必要。
	4回目	電話	現在の生活状況や身体の変化を聞く	気づいたことを意識していただくように励ます	電話での支援が困難。訪問も拒否される	電話での支援は難しい。支援というよりうっとうしく思われている。
	5回目	手紙	前回面接時に意識したことを頼りにして送付	気づいたことを意識していただくように励ます	返信が期待できないため口頭で確認	返信を希望することは難しい
	6回目	電話	(4回目の支援時に拒否的であったため実施できず)	気づいたことを意識していただくようにする	電話での支援は無理と判断し、未実施	電話での支援は難しい
	7回目	個別面接	半年間の生活変化と身体の変化を確認	自分の生活を振り返り、変化を意識していただく	7人中2人のみ検査を目的に参加	特に意識した生活をしていた様子は見受けられない
	8回目	評価	半年間の生活変化と身体の変化を確認。血液検査等実施。	半年間の変化を伝え、できることを継続していただく	自覚症状がないので改善する必要性を継続できていない	健診受診を継続していただく働きかけ程度しかできない

3. 検査値の変動

1) 日本看護協会「グループ支援」モデル参加者

図1：検査値の変動



検査値の平均値の変化をみると、HbA1cは1回目からやや減少傾向を示し、教室2回目以降では確実に下がってきている。体重については10月の新規参加者が多くなったため、一見中だるみのように上昇しているように見え、その後再び減少してきている。腹囲についてもだんだん減少傾向にあり、健診時と6回目では約-6cmになっている。

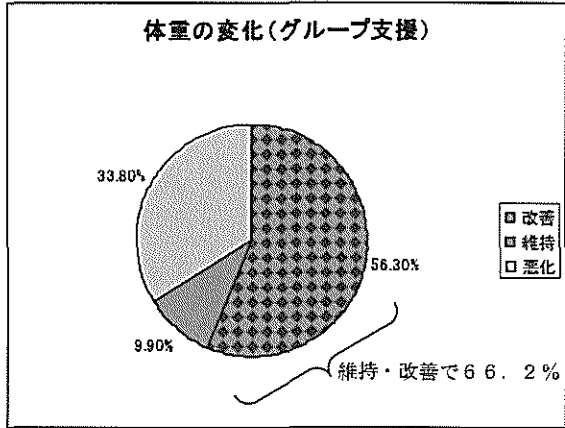
図2：検査値変動の内訳 [看護協会版 (グループ支援)]

	改善	維持	悪化
HbA1c	57人	10人	4人
	80.3%	14.1%	5.6%
体重	40人	7人	24人
	56.3%	9.9%	33.8%
腹囲	49人	5人	17人
	69%	7%	24%

※教室参加者88人のうち、6回の教室開催中2回以上参加された方71人について検査値の評価を実施した。

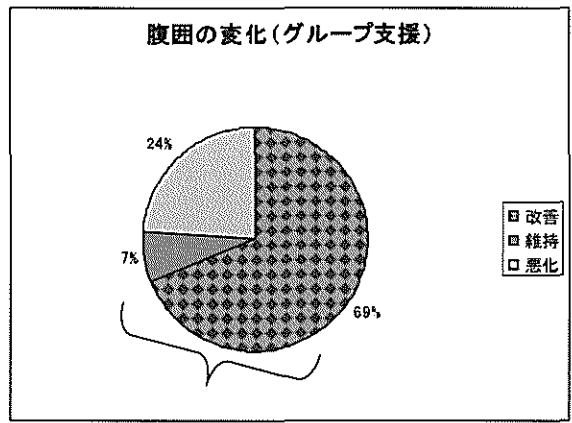
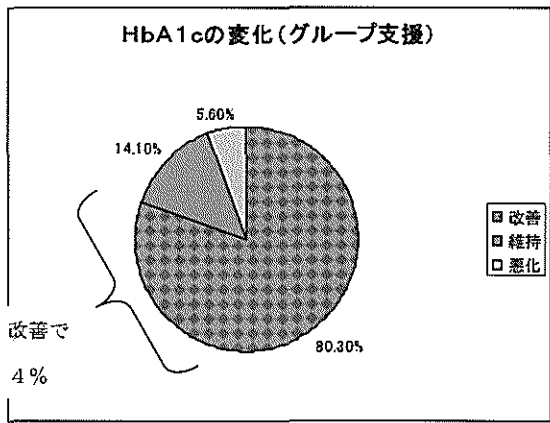
※評価については、健診時点の検査値と最終参加時の検査値と比べ、低値である場合に改善・同じ値の場合は維持・高値の場合は悪化とした。

肥満を伴わない参加者の場合、食べ方が変わることによってHbA1cは改善傾向、体重は増加傾向を示す方がいた。



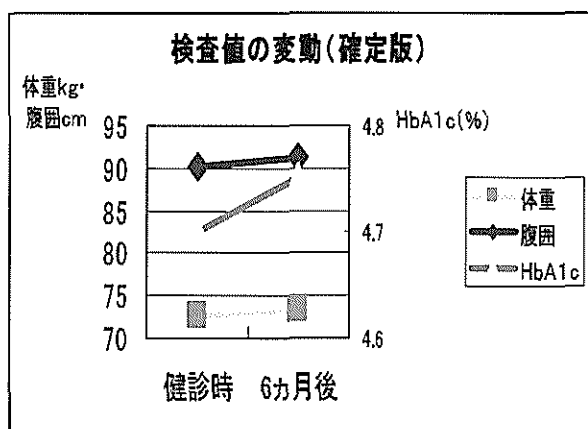
	男性	女性
BMI=25以上	5人	7人
insulin 反応 I. I=0.4未満	3人 (4.2%)	40人 (56.3%)
HOMA-IR=1.7 以上	2人 (2.8%)	2人 (2.8%)

※同意を得られた71人の参加者に対し、初回参加前検査時75gブドウ糖負荷試験とインスリン分泌能検査を実施した結果

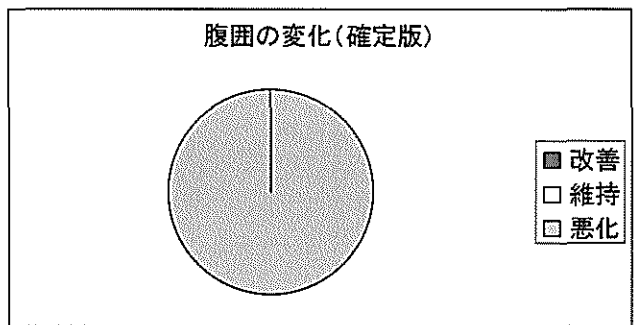
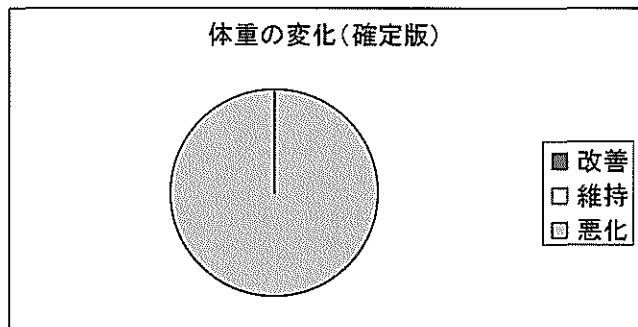
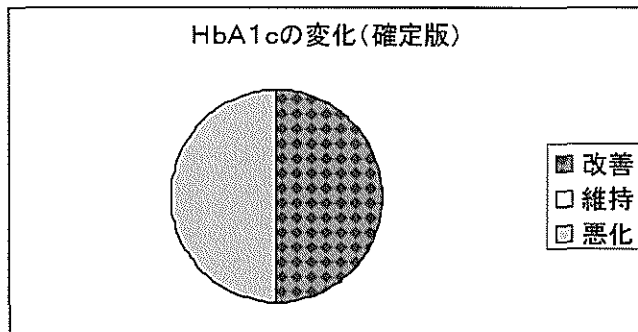


2) 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル参加者

図1: 検査値の変動



※確定版の個別支援では、初回と6ヶ月後以外は通信での支援であり、問題意識を継続して頂く支援が困難であった。



4. 参加者の行動・認識の変化

1) 日本看護協会グループ支援モデル参加者

認識の変化については、第4回以降しか観察できていないが、初回参加時は今まで無関心であった「血糖」で呼ばれたことに関心を示し、今自分が置かれている状況を意識することから始まり、何とか改善できる方法を専門職が教えてくれると思って参加してくる。しかし、「何が良いとか何が悪いとか」というような情報提供は一切しません。「自分にとって何が問題なのかを見つけていくために一緒にお手伝いをさせていただきます」「皆さんは、今からでも十分予防可能な状態の方々です」という言葉を支援者側から毎回伝えることで納得して継続的に参加してくれた。

毎回のプログラムを通じ、なんとなく生活していたことを意識して振り返ることの繰り返りで、参加者の意識が変わり、行動に移してみるようになった。グループ支援では、行動に移すことを目的とした支援ではなく、前はどんな生活だったか、今はどんな生活なのかを意識できる声かけを丁寧にしていく事で、無意識にしていたことを意識することができ、検査値が上がったり下がったりしてくる原因を自分で気づくことができるようになってきた。5回目以降は自分なりに意

識していくポイントをみつけ、そのことを継続できればよさそうだなと無理なく変化していく姿を感じる事ができた。

2) 標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）に準拠した個別支援モデル参加者

グループ支援を希望されなかった方を対象としたが、長年自覚症状もなく同じような検査値項目の異常が継続しているだけと安心している。自分の健康状態に無関心ではないので健診を受けている方だと思われるが、問題意識はない。

個別支援では、今の自分の状態がどんな状態なのか、今のままの生活を続けていることで近い将来どうなるのかという予測できるような支援は難しい。一時的に健診直後は関心を持っているため、「・・・してみる」という言葉が開かれたとしても、本当にその生活が問題だからそうしようと意識しているようには感じられない。

また、通信手段でそのことを継続支援することは困難で、半年間関心を継続していただくことすら難しく、意識や行動の変化としては後退しているという状態。また健診受診前に戻っていると感じて終わってしまった。

考 察

1. 日本看護協会グループ支援モデル

これまでの訪問指導や個別支援では、①本人がどんな食事や生活をしてきたのか等のアセスメントをする、②健診結果を説明する、③これから改善できそうなことを専門職が提示し、本人ができることから取り組んでいただくというような指導的なことが多かった。

モデル事業の事前訪問では、ただひたすら聞くという姿勢でのぞみ、住民の方に「これまでの生活の変化や身体の変化」、「そのときどう思っていたか」などこれまでの経過を聞かせていただくことで、保健師として住民の方の実態を知ることができた。中には、HbA1c5.5なのにすでに脳梗塞や脳出血を起こした方がおり、予防できていなかった住民の経過や実態を知ることができたことは意義があった。

これまでの教室では、食事について漠然と自分が摂り過ぎていると感じているところや専門職に提示された改善しやすい食事や運動中心の改善で頑張っておられる方が多かった。その教室のときにも一定の効果はみられたが、「何故データが改善したのか」「自分なりにやってるつもりなのにデータが改善しないのは何故か」がわかりにくく、データの上がり下がりだけにとらわれがちであった。モデル事業では、4つのプロセスのうち1番目の「プロセスを見る」時に事例を使った。この事例では、自分のこれまでの生活の積み重ねがどのように身体の変化に影響して来ているのか、このままの生活を続けていたらどうなるのか、今の自分の状態はどうなのかが見えやすく将来の予測がしやすいため、これまでの生活を変えなければと思う動機づけには有効であると感じた。

2回目以降からの途中参加者は、この「プロセスを見る」体験をしていないため、今までの自分の生活が振り返りにくく、今自分は目先の何をどうしたらいいのかにとらわれる傾向があった。そのため、途中参加者は生活の変化と検査値の変化を照らし合わせながらコントロールしていくことの動機づけが弱いと感じた。しかし、毎回のグループ支援の中で継続参加者の声を聞く機会

がある事や、4番目のプロセスである「習慣化を見る」ではこれまでの活動を振り返ることで、参加できていないときの参加者の反応や声などを知ることができ動機づけられていった方も見られ、個別支援にはないグループ支援の効果が現れていた。

保健指導で経験してきた多くの対象者は、情報がたくさんある中で正しい知識を得てわかっているにもかかわらず実行は難しいという方である。モデル事業では知識提供をすることを目的とせず、媒体を工夫し事例を返して参加者の思い込みや勘違いを整理する意味での情報提供をすることで、自分で気づき修正していける支援であった。「自分の食事の実態をみる」プロセスでは、特に食習慣という個々にまったくちがう問題に対し、自分では「当たり前」「ごく普通」と思っている人に問題だと気づきやすい支援であった。食事指導も実物の食品を○で表現し、○何個分食べているかをみる媒体であったため、わかりやすく男女を問わずできていた。また、グループトークで他の参加者の話を聞くことで、他者と比較して自分のことを考えたり共感したり、気がついていなかったことに気づき、個別指導よりも効果的に問題に気づくことができていた。

毎回、どのような生活が自分の食事に影響しているのか、具体的にどのような食材をどのくらい食べていたときに検査値がどう変化しているのかを意識して繰り返し見ていく支援であったため、安易に減らしやすい食品のみを減らすことで良いとか、運動だけで良いと思う方も少なく、「やっぱり食事が問題よね」と気づいていた。そして、最終プログラムでは検査値に一喜一憂せず、1回改善すれば安心ということでもなく、食べ方や生活の仕方によってHbA1cは変化していくことを継続してみていくことが大事と思い始めていた。参加者からは、「HbA1cを見て自分の生活がどう影響しているのか見ていけるとがんばれる」、「一人では続けられないが、数ヶ月に1回このような場があれば続けられそう」というような声が多く聞かれ、モチベーションを維持するための継続支援の必要性を感じながら終了した。

2. 標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）に準拠した個別支援モデル

確定版保健指導プログラムは、これまでの保健指導に近い知識提供型支援スタイルである。これまでも同じように保健指導してきたはずであるが、個別面接やグループという場で対面しての支援形態で行っていた。今回の個別支援は、あくまでも手紙・メール・電話という通信手段を主とした支援形態であったため、初回面接の20分という限られた時間で把握した対象者の情報から支援者が情報提供し、改善のための選択肢を一緒に探す支援しかできなかった。その後の支援では、双方向のやり取りは難しく、特に電話で20分以上の支援において対象者の表情が読み取れない状況で困難であった。会話を継続するだけで精一杯となり支援には程遠い内容になってしまう傾向であった。

今回は50歳代後半の男性という予防効果を期待できる年代でありながら、効果的で継続的な支援にいたらなかったことを残念に思う。

個別支援は、集団を好まない方や時間帯が合わない方について随時個人に合わせた時間帯に支援ができる意味では良いが、通信中心の手段が効果的な世代や対象は限定されてくるのではないかと考える。洲本市のような農業や漁業などの第1次産業を中心とした方や無関心な方が多い地域では、通信手段を中心とした個別支援ではなかなか効果的な支援はできないのではないかと考える。

ま と め

洲本市では、事前訪問から始まり4つのプロセスを6回の教室開催で実施してきた。これまでの健診の事後保健指導との違いについて、説明を聞いても何がどう違うのかどう効果的なのがわかりにくい状態ではあったが、どのプロセスにおいても経験することに違いを感じた。

この事業を進めるにあたり、研修会や相談会に参加し、メールや電話で相談しながら手探りで手法の意味を理解しながら実施してきた。やってみると参加者の反応や声が新鮮で楽しく、回数を重ねるたびに参加者の変化が実感でき、個別指導やこれまでの保健指導以上に効果があると確信がもてた。

平成20年度以降もこの手法は取り入れていきたいと考えているが、この手法の意味するところを深く理解し使いこなすためには、毎回スタッフ間での事前・事後ミーティングを持ち、住民と同様に専門職の思いこみを修正したり、自分たちの思いや疑問点を言葉に出すことで再確認したり気づけるスキルアップの場が必要である。今後も対象者自身に気づいてもらえる仕掛けをどのように作るかを考え、対象者自身が実行しようとするモチベーションをいかに継続的に支援できるかが課題である。

10. 生活習慣病予防活動支援 モデル事業を実施して

～住民の力を引き出す保健指導～

島根県松江市

目的

1. 生活習慣病発症のリスクの高い市民に対し、生涯現役を目標に健康教育を実施し、生活習慣の改善を支援する。
2. 生活習慣病予防における保健指導の質の向上と保健指導に関わる専門職の育成。

事業概要

1. 地域・事業者概要

1) 地域・事業者の特徴

(1) 地域の特徴

本市は、山陰のほぼ中央(東経 133 度 3 分、北緯 35 度 28 分)に位置し、宍道湖・中海・堀川など多様な水域に恵まれた水郷都市。

広島市から約 180km、大阪市からは鉄道距離で約 370km のところに位置します。

平成 17 年 3 月 31 日、1 市 7 町村で合併。市域は東西 41km、南北 31km で、面積は 530.27km² と、広範囲に集落が点在しており、高齢化・少子化が深刻です。



(2) 人口動態

①人口：19 万 5 千人 (平成 19 年 4 月)

表 1：人口構成

年少人口	生産年齢人口	高齢人口
13.9%	62.8%	23.3%

②出生数：1,682 人 (平成 18 年)

③死亡数：1,814 人 (平成 18 年)

(3) 平成 18 年度基本健診実施状況

①受診状況

表 1：健診方式別受診状況

方式		年 度	
		平成 17 年度	平成 18 年度
受診者数 (人)	個別健診	33,340	31,430
	集団健診	2,220	1,939
合計(人)		35,560	33,369
受診率 (%)		48.9	37.1

表 2：年代別受診状況

年代	受診者数(人)			受診率 (%)
	男	女	合計	
20～39 歳	126	609	735	
40～64 歳	1,443	5,451	6,894	17.4
65 歳以上	9,139	16,601	25,740	56.0
合計	10,708	22,661	33,369	37.1

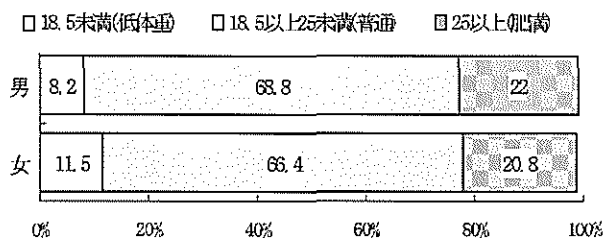
②健診結果

a) 肥満者の状況

表 1：BMI 25 以上の人の割合

性別	人数
男	2,355
女	4,724
合計	7,079
割合 (%)	21.2

図 1：BMI 値の内訳

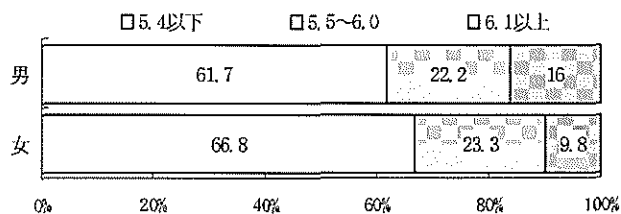


b) 糖尿病の状況

表 1：糖尿病(疑含む)の人の割合

性別	人数
男	2,377
女	5,280
合計	7,657
割合 (%)	22.9

図 1：HbA1c 値の内訳



(4) 国民健康保険加入者の医療費分析

表 1：疾患別医療費

疾患名	年代	一件当たり費用額		一人当たり費用額
		入院	入院外	
糖尿病	20～64歳	359,986	14,628	730
	65歳以上	430,053	16,884	2,089
	全年齢	415,680	16,392	1,480
高血圧	20～64歳	315,606	10,168	722
	65歳以上	355,505	13,736	3,618
	全年齢	353,532	13,157	2,282
虚血性心疾患	20～64歳	919,621	12,174	495
	65歳以上	661,090	14,986	1,937
	全年齢	693,308	14,710	1,250
脳出血	20～64歳	527,867	12,095	244
	65歳以上	518,725	16,602	668
	全年齢	520,418	15,697	456
脳梗塞	20～64歳	486,751	13,112	264
	65歳以上	474,938	15,476	2,981
	全年齢	475,517	15,314	1,751

2. 対象者

1) 日本看護協会版「グループ支援」モデル

- (1) 選定条件：平成 18 年度基本健康診査受診者のうち、64 歳以下で BMI 25 以上かつ HbA1c 5.5～6.0 の人

表 1：対象者及び申込者内訳

選定対象者数（人）			申込者数（人）			参加者数（人）		
男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計
55	158	213	2	19	21	1	18	19

- (2) 呼掛け方法：個別通知及び電話による勧奨

2) 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル

- (1) 選定条件：平成 19 年度の集団基本健診(宍道地区)受診者で、特定保健指導で積極的支援に該当する人

表 1：対象者及び申込者内訳

選定対象者数（人）			申込者数（人）			参加者数（人）		
男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計
4	1	5	4	1	5	4	1	5

- (2) 呼掛け方法：電話による勧奨

3. 実施体制（実施者、関係協力機関）

- 1) スタッフの職種：担当課保健師（常勤）、管理栄養士（常勤）、看護師（非常勤）
- 2) 他団体との関わり：島根県看護協会保健師職能委員会：教室・拡大スタッフ会議
血液検査委託医療機関（グループ支援 1、個別支援 1）
- 3) 実施会場：松江市保健福祉総合センター

結果

1. 実施結果

1) 日本看護協会版「グループ支援」モデル

(1) 実施状況一覧

年月日	経過	スタッフ数（人）						参加者（人）			グループ数	所要時間（分）	事前お便り案内呼びかけ等
		保健師	看護師	栄養士	医師	その他	計	男性	女性	計			
3月21日	事前スタッフミーティング						0			0		60	
3月下旬～4月上旬	事前訪問及び事例検討会	6					6		4	4		60	電話による訪問依頼
4月20日	第1回スタッフミーティング	4					4			0		60	
5月21日	第2回スタッフミーティング	11					11					60	
5月23日	第3回スタッフミーティング	4		1		1	6					40	
5月24日	第1回プログラム「プロセスを見る」	8					8	1	11	12	3	210	個別通知 電話による动员
5月24日	第3回スタッフミーティング	9					9			0		60	
7月11日	拡大スタッフ会議	4				1	5		3	5		70	電話及び個別通知
8月6日	第4回スタッフミーティング											40	
8月22日	第5回スタッフミーティング											50	
8月23日	第2回プログラム「食の実態を見る」	4	1	2		1	8		13	13	3	210	個別通知 第1回プログラム実施の状況を対象者全員（不参加者も含む）に郵送
10月1日	補足講座「食の実態を見る」			2								120	
11月14日	第6回スタッフミーティング	8					8			0		40	
11月29日	第3回プログラム「経過を見る」	4	1	2		2	9		16	16	3	210	個別通知 第2回プログラム実施の状況を対象者全員（不参加者も含む）に郵送
1月18日	第7回スタッフミーティング	7					7			0		60	
1月21日	拡大スタッフ会議	6		2		1	9		2	2		70	
2月14日	第8回スタッフミーティング	4	1	2			7			0		30	
2月21日	第4回プログラム「習慣化を見る」	3	1	2		1	7		12	12	2	220	個別通知 第3回プログラム実施の状況を対象者全員（不参加者も含む）に郵送

(2) 参加者の状況

毎回、対象者へ案内通知を郵送した結果、各回とも新規で参加される人がありました。

表 1：年齢構成

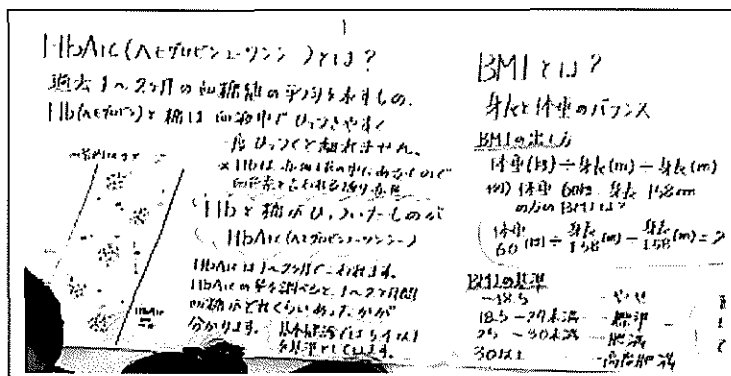
	50～55歳	55～59歳	60～64歳	合計
男性			1人	1人
女性	2人	5人	11人	18人
計	2人	5人	12人	19人

表 2：参加者数の推移

年月日	5月24日	8月23日	10月1日	11月29日	2月21日
経過	第1回 プログラム	第2回 プログラム	補足講座	第3回 プログラム	第4回 プログラム
新規参加者数	12人	3人	0人	3人	1人
継続参加者数		10人	6人	12人	11人

(3) 各回の実施状況

第1回プログラム

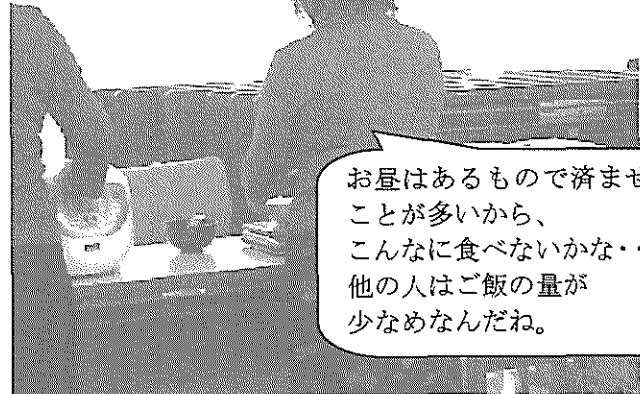


HbA1c と BMI の解説を模造紙に書いて、毎回貼りました。参加者はメモしたり、自分で計算したりと真剣でした。



事例は、同じような年代の男性1ケース、女性2ケースを準備しました。参加者は、事例紹介を真剣な表情で聞きながら、自分と比べていました。

バランス弁当
とご飯の計量



お昼はあるもので済ませることが多いから、こんなに食べないかな……。他の人はご飯の量が少なめなんだね。

グループトーク



今までの教室は聞くことが多かったのに、この教室は自分のことを話す時間がたくさんある。難しいけど、楽しくて、他の人の話を聞いて、色々考えさせられる。

第2回プログラム

食事記録と〇つけ



昨日？何食べたっけ。
ゴマは油？
体に良いと思って、たくさん摂っていたのに……。

実習生：「市の開催する教室は、一方的に指導する怖いイメージだったけど、こんなに楽しいなんて驚き。自分の食事を書いてみて、改めてバランスが最悪でした。」

第3回プログラム

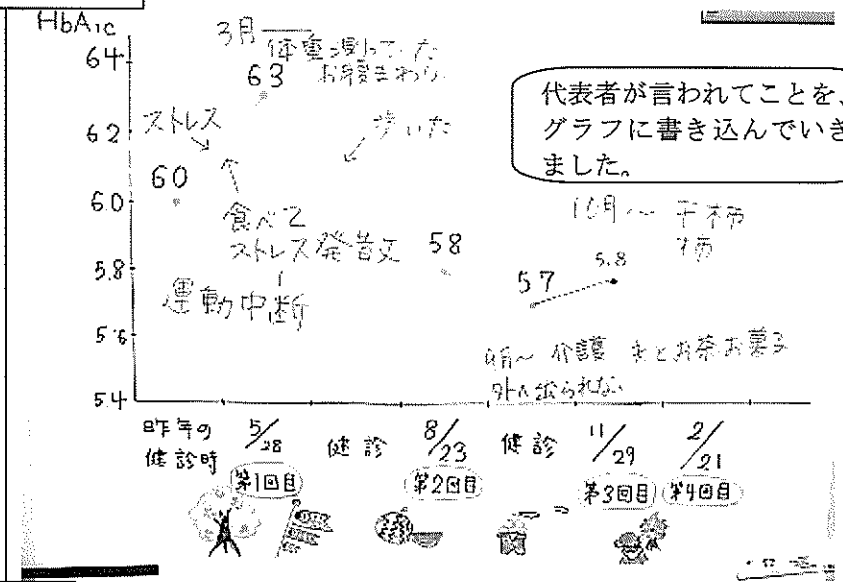
HbA1cのグラフの説明

この時、下が
っていますが、
生活での
変化はありま
したか？

この頃は、出かけるとき片道
を歩くようにしました。



発表後のグラフ

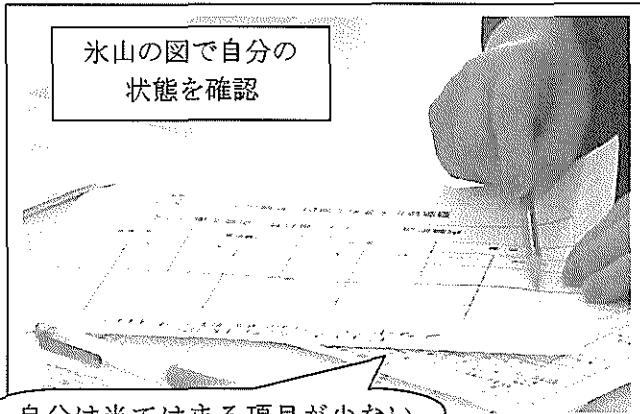


グループワーク



この頃は、もらい物の柿が
たくさんあって、食べ過ぎました。

第4回プログラム



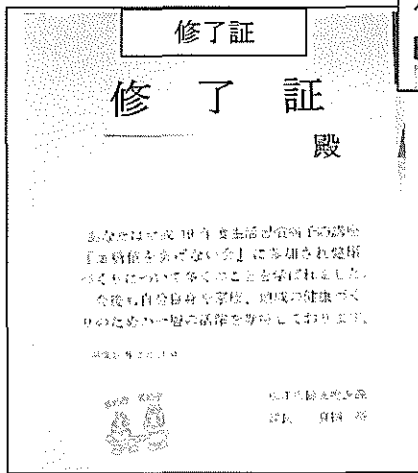
氷山の図で自分の状態を確認

メタボリック症候群の理解を深めるために、自分の状態を氷山の図で確認しました。また、判断基準のひとつとして、模造紙で数値を示しました。

自分は当てはまる項目が少ないと思っていたのに、ほとんどの山を塗らないといけないんだ……。

私はどんな状態？
メタボリック症候群(氷山)

126~	6.1~	160~	100~	25~	300~	~39
110	4.2	140	90	85~	150	35
~125	~6.0	~159	~99	75~ 90cm	~299	~39
~109	~5.1	~139	~89	~24.9	~149	40~
空腹血糖	HbA1c	最高血圧	最低血圧	BMI	腹囲	
血糖		血圧		内臓肥満		
内臓肥満・インスリン抵抗性・血管を傷つける						
40歳前後と進む原因(危険因子)						



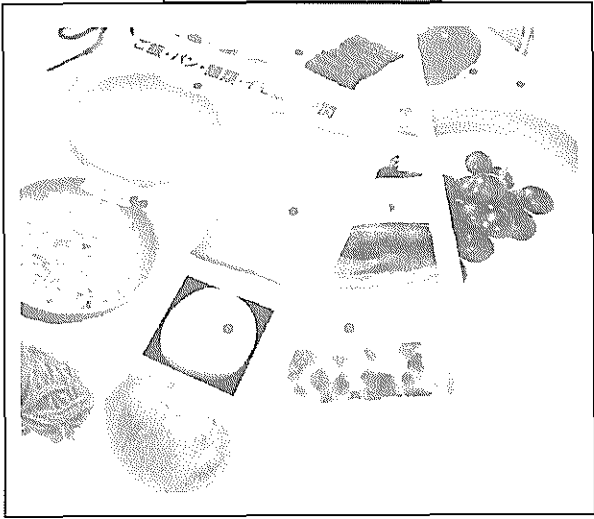
修了証

あなたは平成19年度生活習慣病予防講座「高血圧と脂質」に参加され健康づくりに一役を多く果たされました。今後、自分自身や家族、地域の健康づくりのために一層の活躍を期待しております。

平成19年12月19日
生活習慣病予防講座
講師 貞科 浩

修了式では、修了証を課長から一人ずつ手渡ししました。また、修了の記念に食材のサンプル集(〇つき)をプレゼントしました。

食材サンプル集



2) 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル

年月	支援形態	対象1人に対して関わった スタッフ数(人)					計	実施人数(人)			支援 時間 分	ポ イン ト 数
		保 健 師	看 護 師	栄 養 士	医 師	そ の 他		男 性	女 性	計		
9月下旬～ 10月上旬	初回面接	1					1	4	1	5	40	
10月上旬～ 11月下旬	電話B (FAX・電話)	1					1	4	1	5	5	10
10月下旬～ 11月上旬	個別支援A (中間評価)	1					1	4	1	5	20	80
11月下旬～ 12月上旬	電話B (FAX・電話)	1					1	4	1	5	5	10
12月下旬 ～1月上旬	電話A (FAX・電話)	1					1	4	1	5	20	60
3月中	個別支援A (最終評価)	1					1	4	1	5	20	80

2. 活動経過の振り返り

1) 日本看護協会版「グループ支援」モデル

プログラム	実施したこと	スタッフの意図 (実施に際して 留意したこと)	参加者の発言・反応	スタッフの気づき
事前訪問 及び 事例検討会	教室対象者を訪問し、健診結果の確認、20代の頃の体型や検査値、今までの経過等について聞き取る。	事前に何を聞くかをスタッフで統一して訪問に望んだ。 後は、健診の結果などを切り口に経過や生活状況、感想などを聞くことに専念した。	訪問時、初めは緊張した様子だったが、経歴や生活の状況、気持ちなどを聞くうちに、「色々聞かせていただいて本当に良かった」と言われた。	今までの訪問と違う。何も指導していないのに、「色々聞けた」と言う反応があったこと。
第1回 「プロセスを 見る」	①血液検査 ②体重・体脂肪率・腹囲・血圧測定 ③オリエンテーション・開校式 ④バランス弁当で昼食 ⑤事例紹介 ⑥グループトーク	・参加者が事例と自分を対比させることが出来るよう、事例の説明方法を工夫した。 (その方がイメージできるように) ・会や実施内容の目的やねらいを説明した。 ・食べることを意識することや量の感覚を養う目的で毎回、ご飯を計りバランス弁当を食べることとした。	・「こんなに自分のことを話すとは思っていなかった。」 ・「事例と自分は似ている。自分も同じだ。」 ・「男性一人は出かけにくい。」 ・「どうしたら痩せるか教えて欲しい。」	事例を聞くことで自分はどうだろう、自分と同じだと言う気づきが出来ていた。 こちらが指導しなくても自分で悪いところや改善したいところは持っている。

プログラム	実施したこと	スタッフの意図 (実施に際して 留意したこと)	参加者の発言・反応	スタッフの気づき
拡大スタッフ 会議	①通知文について検討 ②第1回プログラムの反省 ③第2回プログラムの検討	・参加者の率直な意見が引き出せるよう和やかな雰囲気作りに努めた。 ・第1回プログラムで同じグループから2名ずつ出席できるよう配慮した。	・「市役所からの封筒は嫌な印象で開けないこともある。」 ・「通知文より担当者が電話で勧誘したことで参加しようと思った。」 ・「講演が中心と思っていたが、事例を見たり、自分のことを話す教室でびっくりした。でも、和やかで楽しくて、これなら続けて参加しようと思った。」 ・「血液検査も出来て、バランス弁当で勉強できて400円ならお得だと思った。」	・市役所の封筒は開けてもらえないことに愕然とした。 ・対象者は参加したいと思っていても、不安が大きく申し込みすることを躊躇することが多い。そのためには、可能な限り電話での勧誘など、不安を解消することで参加しやすくなること。 ・楽しかったと言う思いが継続参加の一つの要因になること。
第2回 「食の実態 を見る」	①血液検査 ②体重・体脂肪率・腹囲・血圧測定 ③オリエンテーション ④グループトーク ⑤バランス弁当で昼食 ⑥食事記録と〇つけ作業 ⑦グループトーク	・会や実施内容の目的やねらいを繰り返して説明した。 ・食材サンプルを〇1個と実際に食べるであろう量をそろえた。 ・参加者が作業に負担感を感じないよう、一度に全てを行わず、補足講座を設定した。	・「食事には気を使っているつもりだったが、ゴマやベーコン等、油だと知らずに食べていたものが多かった。」 ・「予想通り果物が多かった。」 ・「参加するまでにバタートーストをご飯に変えたら、体重が減った。」 ・「昨日のことなのに食べたものを思い出せなかった。」	・体に良いと思ってゴマやナッツ類を食べている人がいた。 ・HbA1cが上がっていることでショックを受ける人がいた。 ・個別のアドバイスが欲しい言われたときどう対応してよいか迷った。 ・包み隠さず食べたものを書いていた。 ・全体説明と各自の書き出しの作業時間の配分が難しかった。早く書いて先に進む人がいた。
補足講座 「食の実態 を見る」	①食事記録と〇つけ作業（油・調味料・嗜好品も）	・食材サンプルを〇1個と実際に食べるであろう量をそろえた。	・「やっぱりお菓子と油が多かった。」 ・「書いてみると多い少ないが分る。」	・作業としては簡単に行えているが、実際の食事場面で〇つけが行えるまでには、訓練が必要と言うことを実感した。
第3回 「コントロール を見る」	①血液検査 ②体重・体脂肪率・腹囲・血圧測定 ③オリエンテーション ④HbA1cの解説 ⑤バランス弁当で昼食 ⑥代表者のHbA1cグラフ説明 ⑦自分のグラフを作成し、グループトーク	・HbA1cの解説は、パワーポイントで行うが、振り返りが必要と考え、資料も配布した。 ・グラフを作成するときは、検査値と生活をマッチさせやすいよう、点だけでなく数値も書き込み、併せてその時々々の生活の様子や検査値に影響したと思われる要因を書き込むようにした。	・「検査値が上がったときは、運動を中断していたし、ご馳走やお菓子を食べる機会が多かった。」 ・グループトーク中、話す人ではなく、自分のグラフばかりを見ている人がいた。 ・「夏場、暑かったので麺類や天ぷらのようなものが多かった。量は食べていないのに、この結果を見ると、食事の内容も関係することが分った」	・検査値を何としても下げたいと言う思いが強い人がいる。会の最後に目的（10年後に糖尿病になっていないこと、HbA1cや血糖値が上がっていないこと）を話したことで、肩の荷が下りたと言う人が多かった。 ・スタッフが言わなくても、参加者は生活を振り返り、原因を探るようになる。
第4回 「習慣化を 見る」	①血液検査 ②体重・体脂肪率・腹囲・血圧測定 ③オリエンテーション ④メタボリック症候群の解説 ⑤バランス弁当で昼食 ⑥HbA1cグラフ作成 ⑦氷山の図の色塗り（自分の状態を確認） ⑧グループトーク ⑨修了式	・メタボリック症候群の解説に使用する媒体をパワーポイントで、図や絵に集中できるように作成した。説明時は参加者の反応を見ながら進めた。 ・氷山の図はインパクトを持たせるために該当する山を色鉛筆で塗る作業にした。 ・食事の時間には、ご飯を計ったり食材のサンプル集で食材の量を確認した。	・「食事も気をつけ、運動もしているのに検査値が下がらないのはどうしてか、専門職としての意見が欲しい。」 ・それに対して、他の参加者から、「結果が出るまでには、もう少しかかると思う」と声をかける場面があった。 ・「氷山の図の色塗りをして、自分は当てはまらないと思っていのに、ほとんどの山を塗ることになり、びっくりした。」	・参加者は検査値が一つの指標となり、その変動を見ながら、自分で試行錯誤し実行するようになる。 ・思うように結果が付いてこないモチベーションが下がるのではと不安。 ・参加回数によって、作業や検査結果の捕らえ方が違うこと。（初回から参加している人は、すぐに結果は出ないことに納得している様子）

2) 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル

	支援形態	実施内容	スタッフの意図 (実施に際して留意したこと)	対象者の反応	スタッフの気づき
初回時	初回面接	<ul style="list-style-type: none"> ・メタボリック症候群の説明 ・生活習慣の振り返り ・体重, 腹囲, 血圧測定 	<ul style="list-style-type: none"> ・自分の状態を確認でき、目標を設定しやすい媒体を準備すること。 	<ul style="list-style-type: none"> ・数値目標を設定することによって、より具体的な行動目標を設定できていた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・1対1だと反応を見ながら話せるが、動機付けとしては弱い。
継続支援 6ヵ月後の評価	1回目	電話 B (FAX・電話) <ul style="list-style-type: none"> ・行動目標の実践状況の確認 	<ul style="list-style-type: none"> ・プレッシャーを与えないような語りかけ。 ・初回面接時に立てた目標を確認できるような資料を準備。 	<ul style="list-style-type: none"> ・立てた目標を自分なりに頑張っているが、中々成果が出ない気がする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・個々に行動しているが、継続するための支援方法が難しい。
	2回目	個別支援 A (中間評価) <ul style="list-style-type: none"> ・行動目標の実践状況の確認及び目標の修正 	<ul style="list-style-type: none"> ・目標行動が実践できているか、また継続できそうか、対象者の気持ちを引き出すような関わり。 	<ul style="list-style-type: none"> ・思ったより継続できている。 ・体重が減った気がしないと言われたが、体重を聞くと1kg減っていた。数値で自分の変化に気づいていた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・介入方法が難しい。努力している対象者にこれ以上どう指導をすれば良いか分らない。 ・評価する指標が体重や腹囲は不安を感じる。腹囲などは測り方で差が出来るてしまう。
	3回目	電話 B (FAX・電話) <ul style="list-style-type: none"> ・目標と行動計画の実践状況の確認 	<ul style="list-style-type: none"> ・プレッシャーを与えないような語りかけ。 ・中間評価時に立てた目標を確認できるような資料を準備。 	<ul style="list-style-type: none"> ・時期的に果物を食べ過ぎたり、イベントでご馳走を食べる機会が多くなったため、体重のコントロールが出来ていない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・運動は継続することが出来るが、食事については、好きなものを控えるなどの行動が継続できにくい。
	4回目	電話 A (FAX・電話) <ul style="list-style-type: none"> ・目標と行動計画の実践状況の確認 	<ul style="list-style-type: none"> ・プレッシャーを与えないような語りかけ。 ・中間評価時に立てた目標を確認できるような資料を準備。 	<ul style="list-style-type: none"> ・年末年始がきっかけで食べ過ぎの毎日を反省している。食べることはコントロールしにくい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・運動は継続することが出来るが、食事については、好きなものを控えるなどの行動が継続できにくい。
	5回目	個別支援 A (最終評価) <ul style="list-style-type: none"> ・行動計画の実践状況の確認 ・検査による評価 ・今後の目標の設定 	2月下旬～3月で実施予定。		

3. 検査値の変動

1) 日本看護協会版「グループ支援」モデル参加者（プログラム2回以上参加の者に限る）

(1) 検査値の変動

①検査値の変動状況

HbA1c 値及び体重の変動は、平成 18 年度基本健診と最終回の数値の比較。

HbA1c 値では、約 8 割弱の参加者が『改善』又は『維持』、体重では、約 7 割の参加者が『改善』又は『維持』でした。

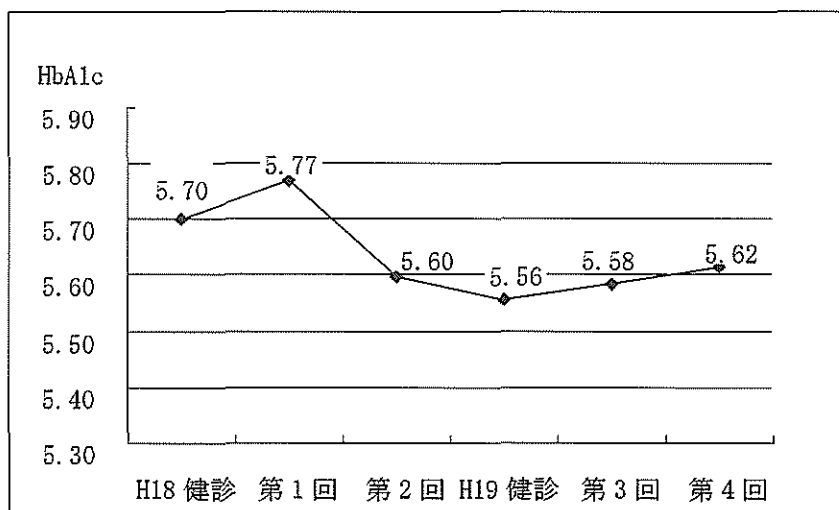
腹囲の変動は、プログラム初回と最終回の数値の比較をした。5 割の参加者が『改善』でありましたが、測定者によって測定値が変動しやすいことが、今後の課題です。

表 1：各検査値の変動

n=14

		改善	維持	悪化
HbA1c	人数(人)	7	4	3
	割合(%)	50.0	28.57	21.43
体重 (BMI)	人数(人)	9	1	4
	割合(%)	64.29	7.14	28.57
腹囲	人数(人)	7	0	7
	割合(%)	50.00	0.00	50.00

図 1：HbA1c の平均値の推移



各回、新規対象者がいたり、欠席者がいたりと対象は変動しているが、数値の改善が見られました。

図2：HbA1cの変動状況

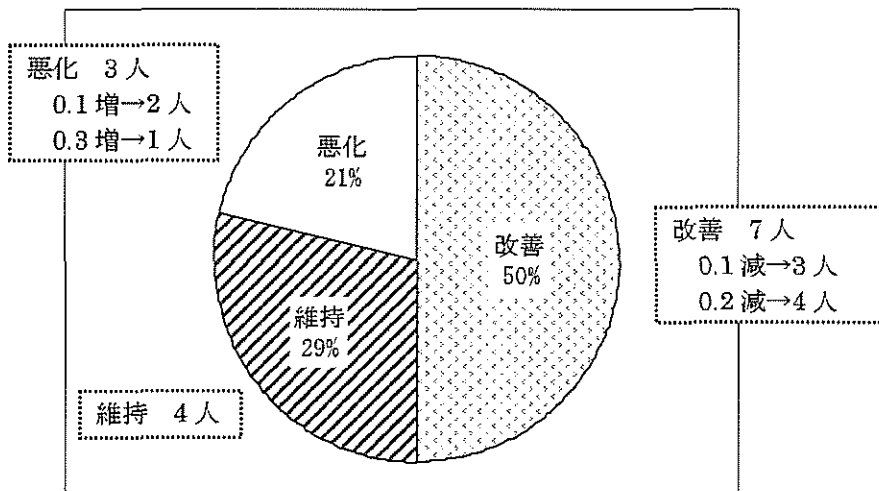


図3：体重の変動状況

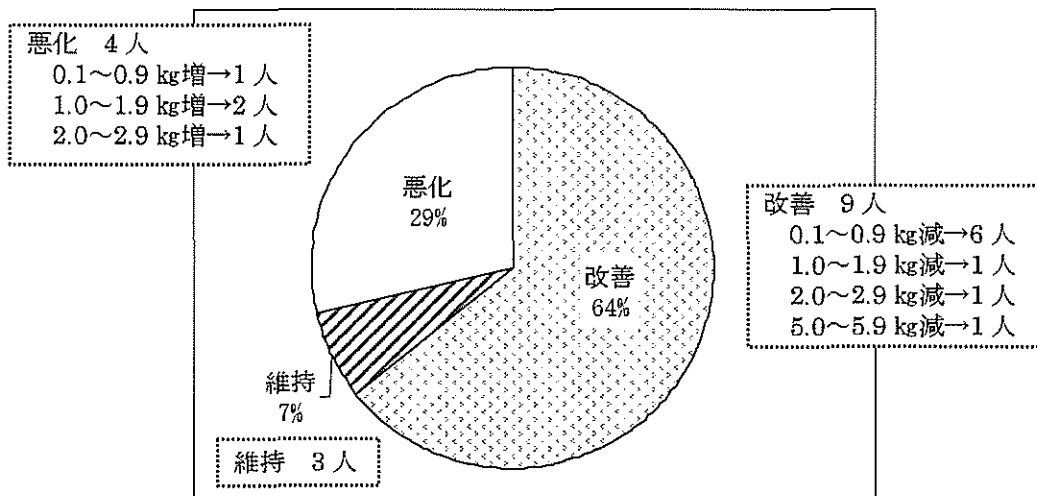
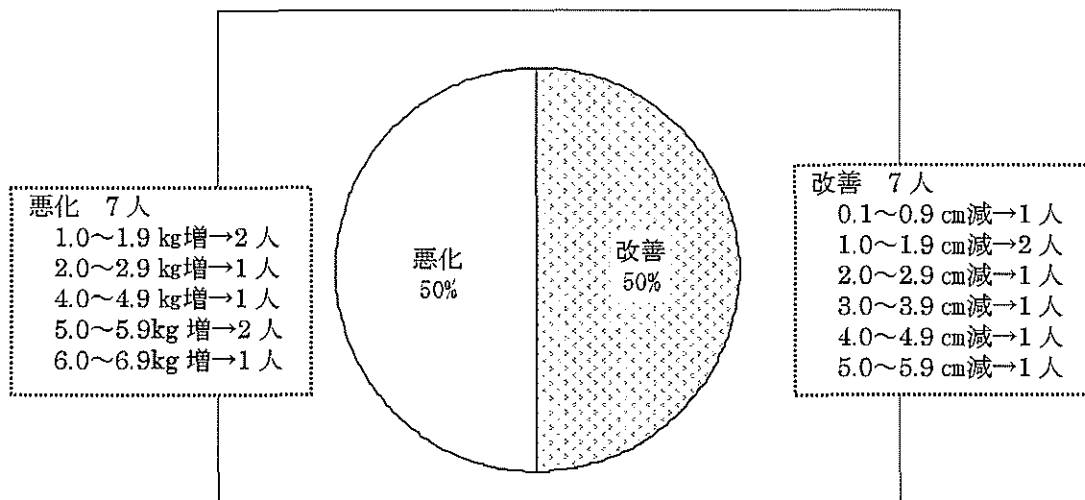


図4：腹囲の変動状況



2) 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル参加者

表 1: 検査値変動の内訳

n = 5

		改善	維持	悪化
HbA1c	人数(人)	3月最終評価		
	割合(%)			
体重 (BMI)	人数(人)	3	1	1
	割合(%)	60.0	20.0	20.0
腹囲	人数(人)	3月最終評価		
	割合(%)			

※全項目、初回面接時と中間評価の比較

4. 参加者の行動・認識の変化

1) 日本看護協会版グループ支援モデル参加者

(1) 参加者の行動・認識の変化

表 1: 行動変容ステージの変化(初回参加時→最終回)

改 善	14 人
2: 準備期→3: 実行期	8 人
2: 準備期→4: 維持期	6 人

- ・初めは「体重を〇〇kg減らす」「HbA1cを下げる」等の大きな目標を口にしていた参加者が、教室に参加して「ウォーキングを始めた」「ご飯を計って食べるようになった」等、生活の中で具体的な行動をとるようになりました。
- ・初めは、4回の教室に出れば自然と検査値や体重が改善されると考えていた参加者が、生活習慣を改善し、維持していかなければ検査値や体重は改善しないことや維持できないこと、すぐには検査値に反映されないと話しておられました。

2) 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した個別支援モデル参加者

(1) 参加者の行動・認識の変化

表 1: 行動変容ステージの変化(初回参加時→中間評価)

改 善	5 人
1: 関心期→3: 実行期	2 人
2: 準備期→3: 実行期	1 人
3: 実行期→4: 維持期	2 人

- ・働きざかりの男性は、健診後に保健師が介入したことで関心期から実行期になり改善が見られました。
- ・初回面接までに実行期にある人も、順調に継続しています。

考 察

1. 日本看護協会版グループ支援モデル

1) グループ支援の有効性について

- (1) 参加者の感想の中に必ず「人と話せて楽しかった」「他の人の話を聞いて参考になった」という感想が出ていました。参加しても楽しくない教室では、参加することへのモチベーションが低くなる、学習内容が印象に残りにくい等を考えると、「楽しかった」という感想グループ支援の有効性と考えました。
- (2) ある参加者が「食事も気をつけているし、運動も頑張っている。それなのに、検査結果が改善しない。どうしたら値が下がるのか教えて欲しい」と言われました。他の参加者から「まだ、半年しか経っていない。そんなに頑張っているなら、このまま続けていれば、結果が出ると思う」という返しがありました。同じ立場でお互いが支えあっていると言うことを確認できた一場面でした。
- (3) 他の参加者が実践して効果があつた行動を聞いて、他の参加者も同じ行動を実践し、腹囲が改善した等の効果が出たと参加者がいました。このことから、参加者同士が刺激しあい、ヒントを与え合いながら効果を上げていけると考えました。
- (4) HbA1cやメタボリック症候群の解説、各作業の進め方の説明等については、個別よりグループが時間的・労力的に有効と考えました。
- (5) 作業(グラフを作成する、氷山の図を塗る、食事を記録する等)を行った後、自分の結果と他の参加者の結果とを対比させたり、自分の結果を自分の言葉で話したりすることで、印象に残り、自分の状態を確認できる等の効果が期待できると感じました。
- (6) 保健師と1対1では、引き出せない生活のちょっとした出来事(これが意外に重要)も、参加者同士の会話で出てきやすいことからグループの有効性を感じました。

2) 保健師の力量形成

- (1) 今までの健康教育では、医師や栄養士等の講話を中心としてきました。保健師は企画・運営と言う役割に徹してきたが、この教室ではプログラムの内容検討はもちろん、媒体の作成や進め方などのスキルを問われるプログラムでした。
- (2) プログラムを実施してみて、参加者の反応からどんな説明の仕方が参加者に伝わりやすいか、どんな媒体を使えば参加者が目的・ねらいに近づけるか等、学ぶことが多かったです。
- (3) 集団と個別の有効性を再認識しました。
- (4) ファシリテーターを経験し、教えないことが苦しい時が多々ありましたが、グループワークの中で、ある参加者が語ったキーワード(保健師が教えたこと)を他の参加者に意識させるようなスキルが必要であることが理解できました。
- (5) スタッフミーティングを繰り返し、プログラムの運営だけではなく、専門職として必要なスキルや参加者との関わり方、グループワークへの姿勢等について、意見や感想をぶつけ合ったことで、意思統一して教室を進めることができました。スタッフが話し込むことが教室の効果にも関わってくると考えました。

(6) 拡大スタッフ会の有効性を再認識しました。今まで知らなかった住民の実態や意見を聞くことができ、そのような実態や意見を今後の保健事業に反映させることが出来ると考えました。

3) 住民の力

(1) 事前訪問では、訪問してひたすら対象者の話を聞いただけだったが、最後に対象者自身が「色々聞けて勉強になったわ」と言われました。その時、こちらが指導しなくても、住民は自分で自分の実態を確認し、改善するために何をしたら良いか気づく力を持っていると感じました。そして、専門職として、その力をどのように引き出すかが問われると感じました。

(2) 「何もしていない」と言う参加者でも、参加者同士で話していると、食べ過ぎない工夫（砂糖を使いすぎない工夫、肉を計って買う、ご飯を計る、○1個分を時々確認して食べる、菓子パンを買わない等）をしていると話される場面がありました。このことから、参加者同士で話すことが、住民相互の意識していない行動を言葉として意識上に引き出す効果を持っていると考えました。

(3) 検査値のグラフを見ているとき、生活で改善した時期と検査値の変動にずれがあることに気づき、「体重が落ちてもHbA1cはすぐには改善しないんだ」と言う感想がでたことから、言葉で伝えるより経験や体験が住民に意識を持たせると考えました。

(4) 作業等を通して自分の実態を確認できた結果、参加者自身が考え、自分の持ち得る知識で行動を起こすことができました。また、自分の実態を確認できた結果として、それに伴う様々な疑問や要望が生まれたと感じました。

4) 成果・課題・今後の活動

(1) 指標として腹囲を測った。参加者にも計り方を説明し、自分でも計ってもらえるよう支援しました。計測は、毎回同じスタッフが入るようにしましたが、計測者が違うと数値の変動が大きく、指標としての有効性に疑問を感じた。

(2) 検査値（血液検査・体重・腹囲等）の評価指標があることで、生活を改善しようとする参加者のモチベーションは上がりましたが、教室終了後は1年に1度の健診で生活とマッチさせていかなければなりません。その部分を専門職の継続した支援が必要と考えました。

(3) グループとしての支援だけでは、出し切れない個々の不安や不満、疑問等への対応方法が難しく、今後もスタッフで模索していく必要性を感じました。

例) 自分が行っている行動を評価して欲しいと言う参加者にどう対応するか。

例) どうしたら痩せるか、どうしたら血糖値が下がるかヒントやアドバイスが欲しいと言う参加者にどう対応するか。

(4) 今後の展望として、教室に参加するうちに起こった疑問や希望について、今後は卒業生会で学びを深め、解消することをねらいとし、卒業生会（グループ）の立ち上げ等を支援し、2年後は、自主グループとなるよう支援する予定です。

(5) 手法として、プログラムを今後の保健事業に反映させていきます。

2. 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した個別支援モデル

- 1) 健診から初回面接までに自分なりの生活改善を開始しており、既に数値等が改善していた対象者に対し、初回面接時、どう動機付けするか苦慮しました。
- 2) 初回面接時にいかに動機付けを行うかが勝負になってくると思うが、初回面接は時間が不足であり、その中で、十分な動機付けが出来たか不安を感じました。
- 3) 自分のことと確認する作業の一つとして、自分の言葉で決めてもらうようにしました。
- 4) 対象者自身が来所し、血圧や体重・腹囲測定をすとの目標を立てた対象者から連絡を待っている期間がありました。個の自主性を尊重しつつ、実践できるようなのに介入していくかの判断に困った場面でした。
- 5) 個別支援とグループ支援の相違点(効果も含め)を確認できました。
- 6) 対象者が実践・継続するモチベーションを高めるためには、スタッフとの1対1の対応だけで十分かどうか疑問を感じました

ま と め

1. 日本看護協会版グループ支援モデル

日本看護協会版グループ支援のプログラムを実施する前は、スタッフ自身がイメージを持ちにくく、計画や準備等に手間取りました。

また、今までの保健指導(健康教育)とプログラムが全く異なることで、スタッフからは不安の声もありましたが、事前訪問・第1回プログラムと実施していくうちに、今までのプログラムと異なる点を受け止めることができ、スタッフの中でも手ごたえを感じることができるようになっていきました。

更に、回数を重ねていくうちに参加者同士、また、参加者とスタッフの関係性が高まっていき、参加者もスタッフも楽しんでいることを実感できました。

そして、拡大スタッフ会を開くことで参加者(住民)の率直な意見を聞くことができ、教室の運営、また、スタッフの力量形成(経験)にとっても大きな効果がありました。

また、スタッフ同士で検討やデモンストレーションを繰り返すことでプログラムを本市の特徴を盛り込んだものへと改定していくこともできました。

日本看護協会のスタッフの方にはプログラム等に関してご指導いただき、実際のプログラムにも参加いただいたことで、実施プログラムのみならず、保健師の役割に対する評価ができたことも大きな成果でした。

今後の課題は、考察に挙げたように深く大きなものがありますが、今後の保健指導の中で実践しながら模索していくことが必要と考えます。

2. 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した個別支援モデル

このプログラムは個別支援のスキルを問われた事業でした。5名の対象者には、個別に連絡を取り、実施していただけるとお返事を頂きましたが、基本健診受診及び保健師や栄養士による結果説明や保健指導を実施した直後だったために、対象者の関心が高く、ご自分なりに行動を起こそうと考えておられたり、何かしら実践しておられたりと、保健師とし

てどう介入・支援していくかが難しかったです。

今回、個別支援とグループ支援の両方を実施したことで、それぞれのプログラムの特徴や有効性を実感することが出来たことは大きな成果でした。

今後の保健事業の中で個別支援とグループ支援、それぞれのプログラムの特徴を活用しながら住民にとってより効果の高い保健指導を提供していきたいと考えます。

11. 甘くならない身体 (からだ)づくり

～ 自分でコントロールしていくために ～

長崎県五島市

目的

住民の生活習慣病予防のための行動変容や継続実践を支援できるスタッフの育成を目的とする。

事業概要

1. 地域・事業者概要

1) 地域・事業者の特徴

五島市は、平成16年8月に1市5町が合併。九州の最西端に位置し、五島列島の南西部、福江島、奈留島など11の有人島と52の無人島で構成され、面積は420.77km²である。平成20年1月末現在人口44,589人、世帯数20,843戸、高齢化率31.0%である。また、平成18年度は出生数296人、死亡数612人であった。平成産業別就業者人口では第3次産業が6割をしめる。

平成18年度基本健康診査の対象者数17,945人、受診数5,516人、受診率30.7%で、受診者の年齢区分は40代6.7%、50代16.3%、60代11.9%、男女比は3対7である。健診結果の要指導の疾患別割合は1位高脂血症35.9%、2位高血圧15.9%である。

2. 対象者

1) 日本看護協会版「グループ支援」モデル

選定条件	平成18年度及び平成19年度基健康診査受診者のうち、糖尿病予防及び悪化防止に重点を置くため、HbA1cは5.5%以上で上限をもうけず(ただし治療中の場合は主治医宛文書を本人に依頼)、血圧は139/89mmHg以下とした。年齢は40～64歳(一部地域は対象数が少ないため69歳まで)とした。								
呼掛け方法	毎回、教室の1ヶ月前には対象者全員に個別通知し、参加者を募集した。2回目以降は案内と一緒に教室の実施状況を通信として同封した。								
	選定対象者数(人)			申込者数(人)			参加者数(人)		
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計
対象者	124	240	364	12	45	57	12	45	57

3. 実施体制(実施者、関係協力機関)

スタッフは保健師(常勤5名、非常勤1名)、管理栄養士(常勤4名、嘱託1名)、栄養士1名。血液検査は外部委託で事前採血とした。

今回は日本看護協会生活習慣病予防活動支援モデル事業のみ実施した。

結果

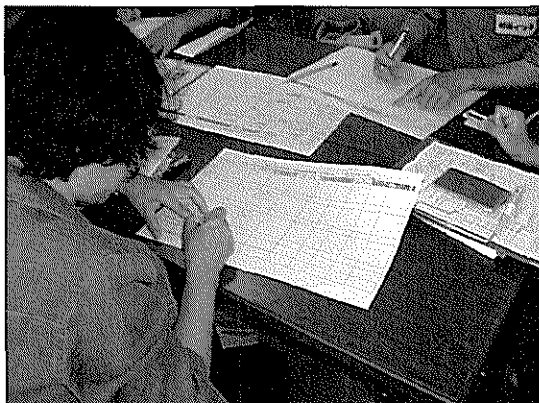
1. 実施結果

1) 日本看護協会版「グループ支援」モデル

年月日	経過	スタッフ数(人)					参加者(人)			グループ数	所要時間 分	事前お便り・案内・呼びかけ等	備考	
		保健師	看護師	栄養士	医師	その他	計	男性	女性					計
H19.3.30	事前訪問及び事例検討会 第1回スタッフミーティング	7		4			11					480		
H19.5.7	第2回スタッフミーティング	5		6			11					240		
H19.5.16	第1回プログラム「プロセスを見る」(本庁)	5		4			9	3	17	20	4	90		
H19.5.28	第1回プログラム「プロセスを見る」(支所)	3		3			6	4	9	13	3	90		
H19.7.7	第3回スタッフミーティング	6		6			12					210		
H19.8.3	第4回スタッフミーティング	5		6			11					150		
H19.8.8	第2回プログラム「食の実態を見る①」(本庁)	4		4			8	0	15	15	4	100	第1回目のプログラム実施の内容を対象者(参加者不参加者)全員に配布	
H19.8.29	第2回プログラム「食の実態を見る①」(支所)	2		2			4	2	9	11	2	100	第1回目のプログラム実施の内容を対象者(参加者不参加者)全員に配布	
H19.9.12	第3回スタッフミーティング	5		4			9			0		120		
H19.10.2	第3回プログラム「食の実態をみる②」本庁	4		4			8	2	18	20	4	100	第2回目のプログラム実施の内容を対象者(参加者不参加者)全員に配布	
H19.10.17	第3回プログラム「食の実態をみる②」支所	2		2			4	2	11	13	2	100	第2回目のプログラム実施の内容を対象者(参加者不参加者)全員に配布	
H19.11.5	第4回スタッフミーティング	6		2			8			0		120		

H19.11.21	第4回プログラム 「コントロールをみる」 支所	3	3	6	1	11	12	3	90	第3回目のプログラム実施の内容を対象者(参加者不参加者)全員に配布
H19.11.26	第4回プログラム 「コントロールをみる」 本庁	4	4	8	3	23	26	4	90	第3回目のプログラム実施の内容を対象者(参加者不参加者)全員に配布
H19.12.25	第5回スタッフ ミーティング	5	5	10			0		80	
H20.1.28	第5回プログラム 「習慣化をみる」 支所	3	3	6	3	12	15	3	90	第4回目のプログラム実施の内容を対象者(参加者不参加者)全員に配布
H20.2.29	第5回プログラム 「習慣化をみる」 本庁	4	4	8	2	25	27	4	90	第4回目のプログラム実施の内容を対象者(参加者不参加者)全員に配布

第2回プログラム「食の実態を見る①」の様子

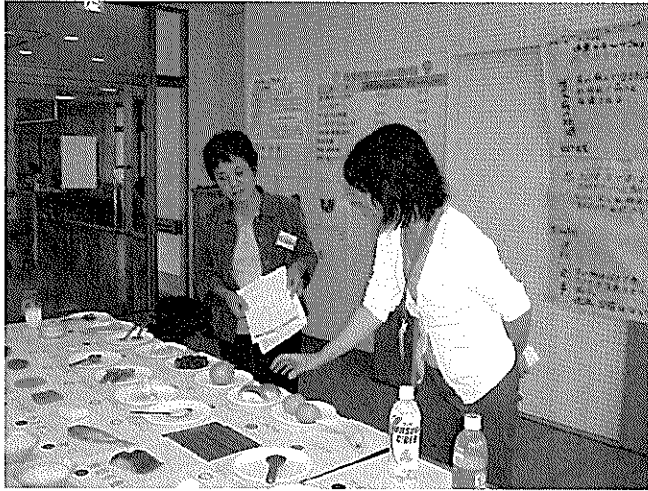


昨日の食事を思い出す

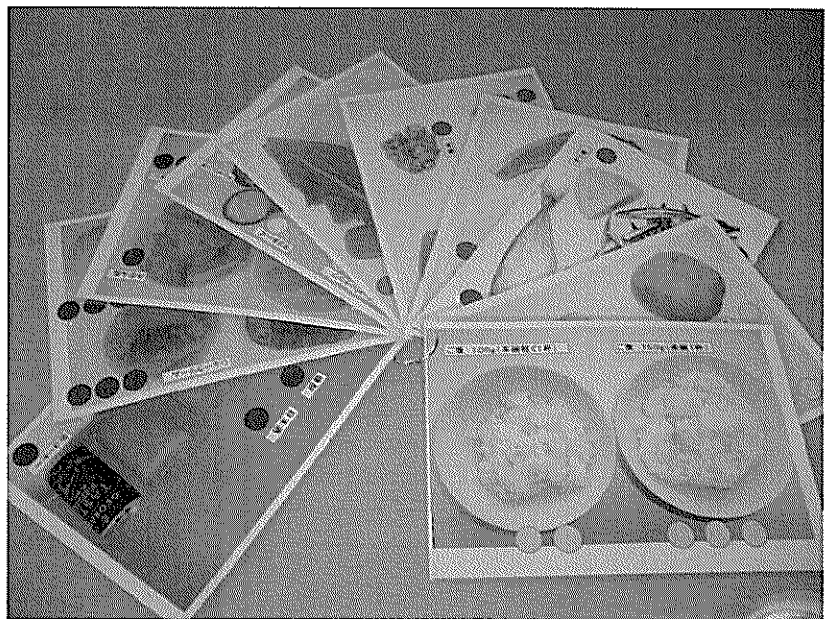


○(まる) 一つ分の実際をしてみる

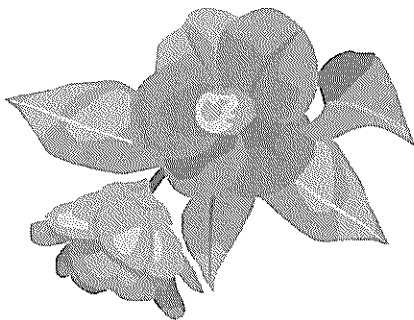
第3回プログラム「食の実態を見る②」の様子



○（まる）一つ分の実際を嗜好品でも見てみる



○の目安を示した表を作成



2. 活動経過の振り返り

1) 日本看護協会版「グループ支援」モデル

プログラム	実施したこと	スタッフの意図 (実施に際して留意 したこと)	参加者の発言・反応	スタッフの気づき
事前訪問 及び 事例検討会	<ul style="list-style-type: none"> ・事前訪問：これまでの保健活動のかわりやレセプトから、現在糖尿病治療中で聞き取りに協力してくれそうな11例を拾い出した。電話で糖尿病が生活にどのような影響を及ぼすのか改めて勉強するために、実際に治療中の方の話を聞きたいと思っていることを説明して、訪問の了承を得た。 ・事例検討会：訪問した事例から事例検討会で視点8項目を元に3事例を選択した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・事前訪問：病院や健診で血糖値が高いことを指摘された前後の生活やその後の療養生活の状況についての話を聞くことに徹し、発言のすべてをそのまま記録した。もう少し、生活を改善したほうが良いと指導したくなる場面があっても、とにかく聞くことに徹した。 ・事例検討会：多くの人が自分と結び付けて考えられるように、特徴の違う事例を選ぶようにした。 	<ul style="list-style-type: none"> ・生き生きと自分のことを話し、自ら糖尿病になるに至った生活を振り返り、今後どのように生活していきたいか前向きな話をしてくれた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・これまで、話を聞くことに徹した訪問をしてきたか、指導しなければならないという意識が先行していなかったかを考えさせられた。
第1回 「プロセスを 見る」	<ul style="list-style-type: none"> ・目的、プログラムの説明 ・HbA1cについての簡単な説明 ・糖尿病事例の紹介 ・グルーptーク ・検査結果配布、健康手帳への転記 ・グループ発表 ・アンケート 	<ul style="list-style-type: none"> ・知識を得る場というより、行動変容を継続するために実施するプログラムであることをわかってもらうように説明した。 ・グループトークでファシリテーターは発言内容の確認はするが解釈はしない、無理な参加者同士のやり取りをさせない、話が散漫になったら媒体の内容に話を戻す、参加者と同じ立場で考え話す、事例をもとに自分のことを語ってもらうよう配慮するなどの点に注意した。 ・結果に気持ちが集中してしまうので検査値は最後に渡した。 ・明るく楽しい雰囲気にするよう 	<ul style="list-style-type: none"> ・事例が自分と同じだと思ったとか、いかに注意された時に気をつけるかが大事だと思ったなどの気づきを話していた。 ・質問の多い人がいた。 ・なぜこの教室に誘われたのかわからないという発言が複数聞かれた。 ・健診データは毎年上昇傾向なのに「自分はこれ以上ひどくならない自信がある」とか「合併症が出るまでにそんなに期間があるならばもう生きていないからいい」と話す人がいた。 ・参加者同士がお互いの生活についての質問のやり取りになっていた。 ・なかなかテーマに沿った話をしてくれなかった。 ・人が話しているときに仲良し同士が勝手に話し出していた。 ・血液検査結果を渡すとそのことばかりに意 	<ul style="list-style-type: none"> ・発言したくてもできない人がいるので状況によって話を振ってもよいのではないかと。 ・話題をテーマに戻す声かけを何度もしていくことが大切ではないかと。 ・仲良し同士以外は話が少なくなるので、次回は今回のメンバーがばらつくグループ編成にした方が知らない人同士でかえって話も進みやすくなるのではないかと。 ・摂取カロリーと消費カロリーについて考えることができるような媒体が必要。

		<p>心がけた。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・媒体はどこからでも見えるような大きいものを準備した。 	<p>識が集中していた。</p>	
<p>第2回 「食の実態を見る①」</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・前回のプログラムの振り返り・グループトーク（前回から今回までの生活の変化） ・食事記録表の記入（ご飯の仲間、肉魚豆腐の仲間、牛乳乳製品まで） ・検査結果の配布、健康手帳への転記 ・グループ発表 ・アンケート 	<ul style="list-style-type: none"> ・食事記録表を正確に書くことではなく、自分の食事の問題点に気づいてもらうことが目的であることを意識した。 ・できるだけ自分で書いてもらうようにした。 ・〇の記入は進行状況を確認しながら1項目ずつ進めた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・「前回食事については特別話していないのに、間食や油の摂り方が減った」と話していた。 ・展示食材に食べたものがないとそのたびに質問が出ていた。 ・季節がらアイスクリームをつい食べてしまうと話していた。 ・展示食材を見ながら分かるところはどんどん〇の数を書き込むことができていた。 ・自分のたんぱく質の摂り方が多いことに気づいていた。 ・食事記録表の色分けを使って、赤を減らした黄色を増やすなどとメモしていた。 ・野菜ジュースは良いと思い飲んでいましたが、糖分が入っているとわかった 	<ul style="list-style-type: none"> ・〇の数を質問された時はすぐに回答するのではなく、一緒に考える方が、次から自分で考えることができるようになるのではないか。 ・〇の数がわからない人には展示の〇の数と比較して、多いと思うかなどなげかけて、自分で判断してもらうようにしてはどうか。 ・〇のつけ方は予想していたよりスムーズに理解できる。 ・男性がいたらスムーズにできるのか。 ・食べすぎか、不足しているかというような大まかな事は気づいてくれたのではないか。 ・総摂取カロリーが多くなればよいと思わせないように必要摂取量の説明が必要か。
<p>第3回 「食の実態を見る②」</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・前回のプログラムの振り返り ・グループトーク（前回から今回までの生活の変化） ・食事記録表の記入（野菜、果物、調味料、嗜好品まで） ・検査結果の配布、健康手帳への転記 ・実物大の食材に〇の数を表示した写真集を配布 ・グループ発表 ・アンケート 	<ul style="list-style-type: none"> ・グループ内で出た〇の数の質問の答えは全体にも伝えた。 ・必要摂取量は意識して記入の妨げになるかもしれないので最後に説明した。 ・グループ発表は話してくれそうな人にファシリテーターが声をかけた。 ・自宅でも〇付けをしながら食事をするようすすめた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・「食事をする時、教室のことが頭に浮かぶ」「夕食を考えるとき揚げ物を控えるようにしている」「食事の調整はできるようになったが、行事などが続くと乱れる」「夕食を食パンにして、カロリーを抑えているつもりだったが、間違っていた」など食生活を振り返る発言が聞かれた。 ・「体重が減ってきて楽しみにってきた」「他の人の話を聞いて、自分が検査値が高くなるのがわかった」「教室の案内が来てから、お菓子を減らし、ウォーキングを開始した」など教室参加の効果を話す人が出てきた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・展示の食材の分量を1回量と間違える人がいる ・ご飯の量が少なくてももっと食べないといけないと思わない人がいる ・前回ご飯の少なさに気づいて食べるようにして体重が減ったという話を聞いて他の人はどう思ったのか確認が必要だった ・食事記録表の横の合計が合えばいいと思っている人がいる ・自分の食事量と基本の量をみての感想を聞く時間が必要だった

<p>第4回 「コントロール を見る」</p>	<p>・HbA1cについての説明・事例紹介参加者から検査値に変化がある人を選んで、グラフを見ながら、生活との関連をインタビュー・グループトークインタビューを参考に自分のグラフを見ながら話す・グループ発表検査値が上がってしまった人にその理由は何だと思いか話してもらおう・万歩計・記録表の配布</p>	<p>・検査値は上がったり、下がったりするものであり、それには生活の変化が関連するということに気づいてもらうように意識した。・検査値が上がったら下げように気をつけて病気になるようにすることが大切であることを話した。・一人一人の検査値と生活の関連を時間をかけて聞いた。</p>	<p>・「個別教育を受けて食事を改善し検査値が下がって気を抜いたため間食が増えた」「1万歩歩いていたのをやめたら検査値が上昇し」「子どもいるころはよく食べて間食も多かった」「努力すれば検査値は下がることは分かっているのに気を抜いてリバウンド」「子どもが高校生になり弁当の残りを昼に食べていた頃に検査値上昇した」「夫婦2人になり、夫の肥満を改善するためがんばったので下がった」「これから仕事が忙しくなるとわからない」「職場で間食が増えて体重増」「仕事を退職した頃から家にいる時間が増え間食が増えた」など検査値と生活の関連について話していた。</p>	<p>・想像以上に躊躇なく話してくれる・検査値を他の人に見せるのも何の抵抗もない感じ・グループトークに時間がかかる(7人で1時間)</p>
<p>第5回 「習慣化を見る」</p>	<p>・メタボリックシンドロームの説明 ・教室の1回目からの振り返り ・グループトーク歩数記録と検査値の関連についてメタボリック症候群氷山の○付け ・グループ発表 ・アンケート ・次年度の予定について</p>	<p>・行動変容を継続するために何が必要か、どうしたらできるかという話に持っていく事を意識した。 ・氷山の○付けは、健診で言われたことを思い出して感覚でつけてもらうようにした。</p>	<p>・メタボの氷山の○付けに興味をもって取り組んでいた。 ・「こうした方がいいかな」と考えられるようになった、間食を子どもに勧められても断れるようになった、食事するとき「ちょっと待って…」と思うようになったなど習慣化してきている様子を話していた。</p>	<p>・氷山の○付けという簡単な作業を通して、自分の現状をおおまかに理解し、行動変容に対する前向きな考えを引き出すことができる。 ・自分の感覚で氷山に○を付けることができないということは結果説明が十分なされておらず、意識させることができていないのではないかと話しながら実行できない人、習慣化していたのに「油断が出て、教室が無くなるとどうなるか心配」と話す人、習慣化できている人など3パターンくらいありそう。</p>

3. 検査値の変動

1) 日本看護協会版「グループ支援」モデル参加者

図1：検査値の変動

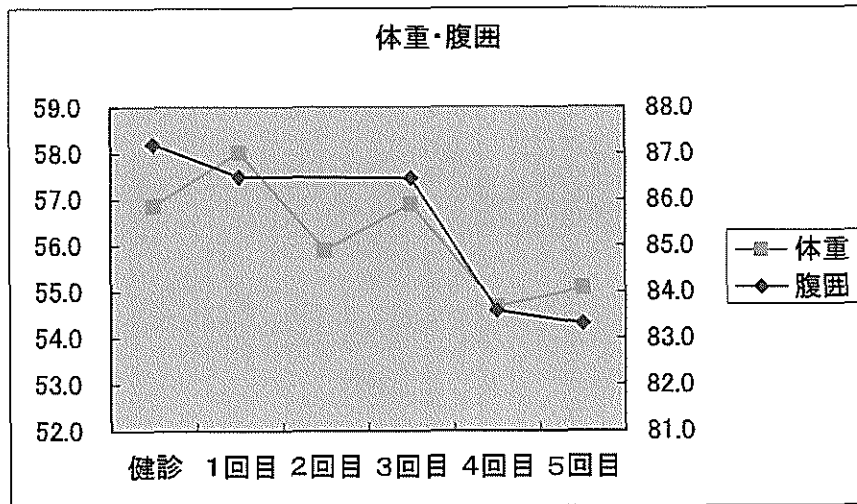
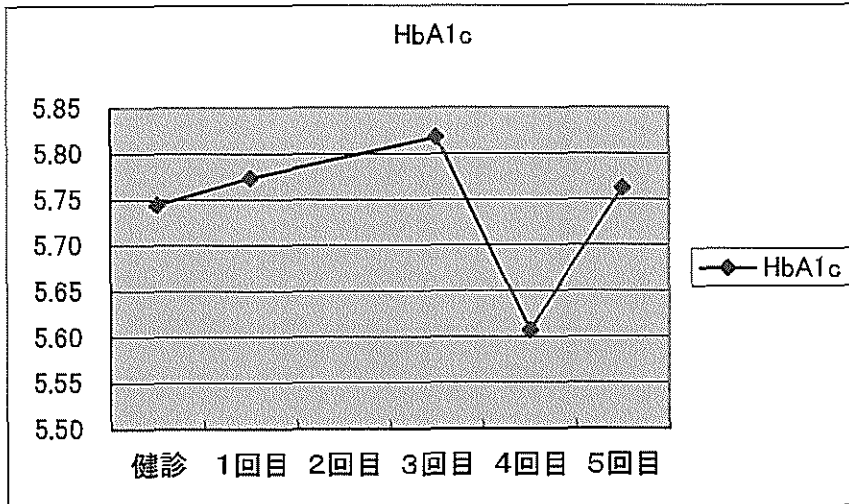
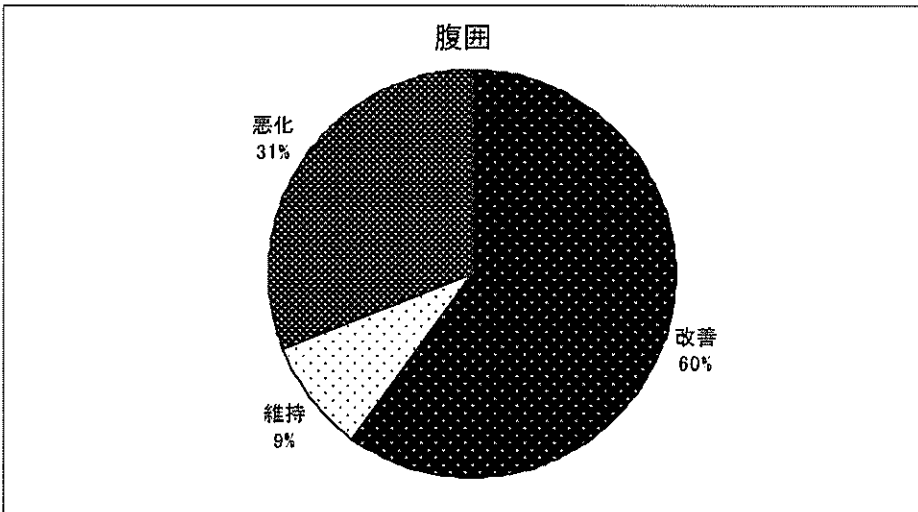
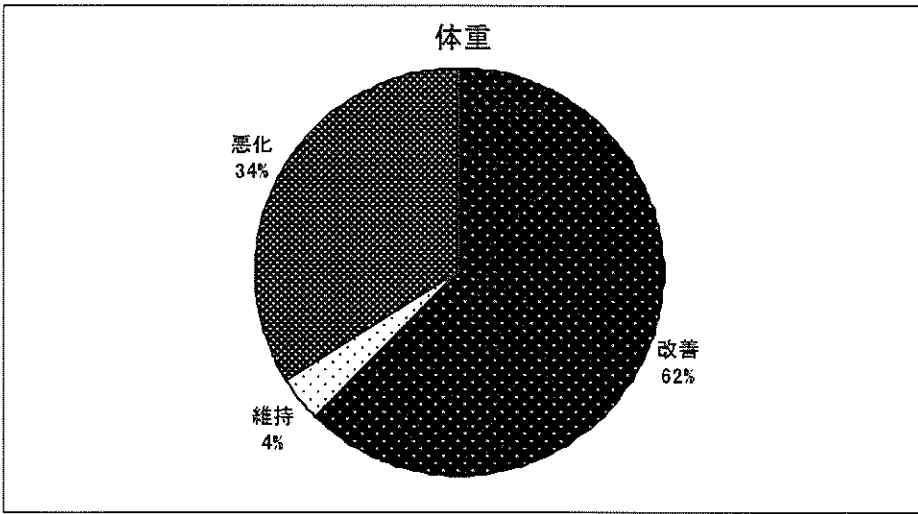
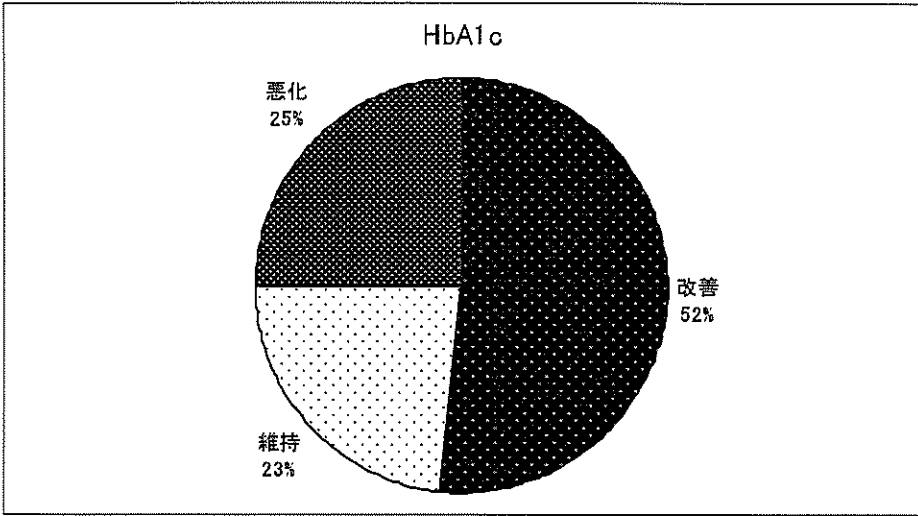


図2：検査値変動の内訳

		改善	維持	悪化
HbA1c	人数	29	13	14
	%	52%	23%	25%
体重	人数	35	2	19
	%	62%	4%	34%
腹囲	人数	27	4	14
	%	60%	9%	31%



4. 参加者の行動・認識の変化

1) 日本看護協会「グループ支援」モデル参加者

初回は、「糖尿病予備群と言われてもピンとこない」「まさか自分が糖尿病予備群とは思っていなかった」などと話す人が複数いた。「事例を見たら自分と同じだと思った」「いかに注意された時に気をつけるかが大事だと思った」といった発言がある半面、「自分には関係ない。紹介されたケースはあまりにも生活習慣がよくないからだ」とか、合併症が出るまでに、10数年かかっている事例を見て、「そんなに期間があるならば私は10年後、生きていないからいい」などと自分のこととしてまだ受け止めていないような発言もあった。

第2回、第3回で食事記録を付けることを通して「ご飯は、太ると思ひ控えめに食べているが、後でお腹がすいて甘い物を食べるから駄目なのだ」とか「野菜ジュースは良いと思ひ飲んでいたら、糖分が入っているのだね」と自分の検査値が高くなる原因に気づいたり、「みんなで勉強して、ここに参加するのとしらないのでは意識が違う」というように行動変容への前向きな発言が聞かれたりするようになった。また、「食事の調整ができるようになったが、行事が続くとできない」とか、「食事をするとき、教室のことが頭に浮かぶ」など継続へ向けての気持ちを話す人も出てきた。

第4回で、参加者数が増加。「毎回案内があるので気にはなっていた」、「手紙が来ただけで生活を変えた」などの話が新規参加者から聞かれた。自分の検査データの変化をグラフで見ながら、「検査の結果は日常生活がそのままに出ている」、「数値がよくなると油断する」「運動と食事が常に検査の結果にでるのでこれからは注意したい」「気の緩みというかちょっとした事ですぐに増えていた」など、それまでの回より、活発な発言があり、気づきも多かった。

第5回では、これまで使用してきた媒体を見直しながら、その時に感じたこと、自分の生活の問題点、改めた生活の内容の振り返りを語る事ができていた。また、「出席するたびに意識が高まって、自分の体にも変化が現れてきた」、「これを機会にずっと食生活に気を付けようと思う」、「これからも自分に合った運動をしていく」「今後努力して冰山をなくしてしまおう」など、今後の取り組みに対する意欲的な発言を聞くことができた。

考 察

1. 日本看護協会版グループ支援モデル

対象者については、主治医に教室への理解と協力を依頼する手紙を本人から渡してもらうことにして、すでに治療中の方も教室の参加してもらうことを試みたが、特に問題なく実施することができた。検査値に改善が見られた方が多かったことから、今回のように、定期的に自分のことを語り、他の人の話も聞いたりして、生活を振り返ることができる機会は治療と同時に必要であると考えた。

周知方法については、対象者へ毎回通知を行ったことで、参加できなくても通知を受け取るだけで生活を改める、参加者数が徐々に増える、最後までグループトークができる人数を維持することができるなどの効果があったので、今後も継続したい。

教室を開始するに当たって行った11例の糖尿病患者の訪問を通して、こちらが患者の方の気持ちを受け止めようという姿勢でじっくりと話を聞くと、生き生きと自分のことを話し、自ら糖

尿病になるに至った生活を振り返り、今後どのように生活していきたいか前向きな話をしてくれることを実感した。これまで、保健師はこんなに聞くことに徹した訪問をしてきたか、指導しなければならぬという意識が先行していなかったかを考えさせられた。

プログラムについては、第1回の「プロセスをみる」は漠然と糖尿病は怖い病気と感じていたことを、実際の事例の経過と比較することによって、自分は現在どの位置にあり、今後の生活によってはいろいろな合併症が起こってくる可能性があることを認識するために必要なプログラムであると思う。しかし、選定した事例が自分の実態と懸け離れていると感じた場合は、自分と結びつけて考えられない発言も聞かれた。事例を選ぶ際にはこの点に注意する必要があると思われる。

第2回・3回の「食の実態をみる」は、2回に分けて実施したことで、参加者もスタッフも余裕を持って食事記録に取り組むことができた。食事記録表を書くことについては、前日の一日分の食事を思い出すことには苦勞している様子だったが、○の付け方については、すぐに理解でき、カロリーよりわかりやすいという声や、教室の後も、○の数を表示した実物大写真を参考にしながら、食事に気をつけるようになったという声が多数聞かれ、食生活の改善・維持に有効であると感じた。次年度はバイキングを取り入れて、実際どこまで理解できているかの確認を行うことも必要ではないかと考える。食事記録表に書かれた内容を見ると、全体的にご飯類の不足、たんぱく質や嗜好品の取りすぎが目立った。おかずや間食を食べたいので、ご飯を減らすようにしているという発言についてそれは間違った考えであるという話はあえてしないようにしたが、○の数の基準量と比較することで、自分で気づくことができていたようだった。

第4回の「コントロールをみる」は、どのようにプログラムを組み立てたらよいか一番悩み、検査値のグラフを準備するだけで、グループトークが成り立つのか不安だったが、想像に反してよく話してくれ、予定時間が足りないほどだったのは意外だった。グラフを見て、その時の生活状況を思い出し、上がった、下がった原因を振り返りながら、自然に生活の実態を反省したり、ちょうど正月前だったこともあり食べ過ぎないようにしようと、生活と関連付けて今後の行動目標を話し始めたりすることが驚きだった。

第5回の「習慣化をみる」は、媒体は使い方によって自分の生活を振り返るのにとっても有効だと感じた回だった。特に、メタボリックの氷山の絵は、自分と関係がありそうな病名に○をつけ、水面下にある氷の大きさを想像するだけの媒体であるが、他の人と○のつき方を比べるだけで、自分の実態に気づくことが想像以上にできていた。話してもらったきっかけとして、簡単なものでも良いので何か媒体を準備することは必要であると感じた。

検査値については、HbA1cは4回目で低下したが、5回目では再び上昇した。3回目以降は平成19年度の対象者を新規に加えたことが影響もあると考える。体重、腹囲については短期間での効果が見られたが、HbA1cについては横ばいに終わり、長期に取り組む必要性を感じた。

ま と め

当初は果たしてグループトークでどれだけのことを話してくれるのか、知識を得たいと思って参加する住民がこのやり方で満足するのか、自分のデータをみんなに見せながら話をしていくなんて抵抗があるのではないかと、不安でいっぱいだったが、始めてみると、何の躊躇もなく

自分のことを話してくれることに認識を新たにした。また、一方的な指導ではなく、いろいろな媒体を提供することによって、自分のことを話し、人の話を聞いてもらうことで自分自身のこと
に気付くことができていくことを実践しながら感じた。今回のやり方を完全にマスターしたわけ
ではないので今後やっていけるのかという点では不安はあるが、どのような効果があらわれるの
か期待もあるので継続できればと思う。

12. 特定保健指導に係る 支援方法の検討

支援スタッフの力量形成と効果の見える特定保健指導を目指して

宮崎県綾町

目的

本町では従来、基本健診受診者に対して個別の結果説明を行うと同時に生活改善の相談指導を行ってきたが継続支援できる人は限られた少人数であった。本モデル事業に取り組むことにより20年度からの特定保健指導実施に向け、保健指導実施スタッフの指導能力の向上と本町に適した支援プログラム開発を目的とした。

事業概要

1. 地域の概要

1) 地域の特徴

面積	人口	世帯数	高齢化率	出生数	死亡数
9,521ha	7,478人	2,820世帯	27.7%	54名	83名

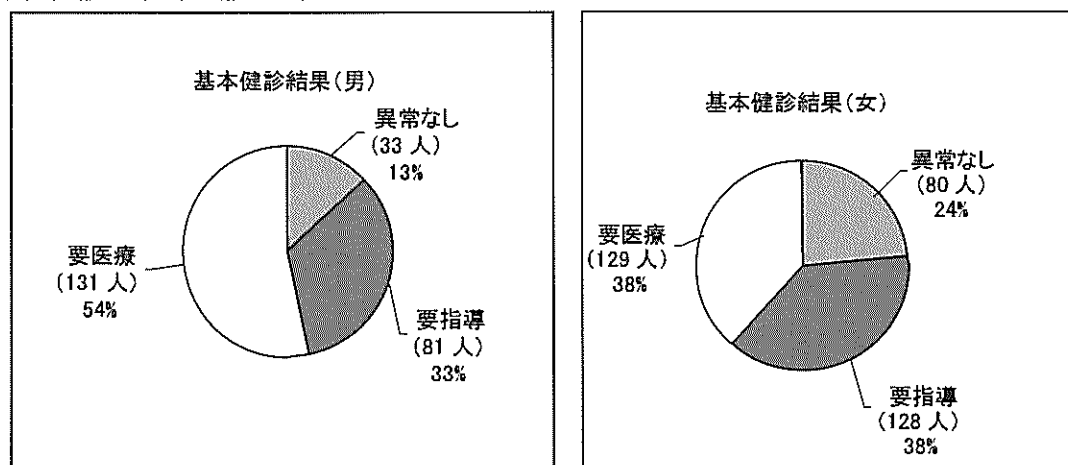
出典：平成17年度国勢調査及び住民基本台帳

2) 平成18年度基本健康診査結果

(1) 受診状況（40歳以上）

	対象者数（人）	受診者数（人）	受診率（%）
男	785	245	31.2
女	731	337	46.1
合計	1,516	582	38.4

(2) 受診結果（40歳以上）



(3) 健診有所見者状況 (40歳～74歳)

	受診者数		BMI		中性脂肪		HDL		血糖		HbA1c		収縮期 血圧		拡張期 血圧	
	A	C	C/A	D	D/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	J	J/A	K	K/A	
男性	218	55	25.2%	54	24.8%	19	8.7%	39	17.9%	123	56.4%	85	39.0%	70	32.1%	
女性	320	78	24.4%	50	15.6%	11	3.4%	26	8.1%	177	55.3%	116	36.3%	50	15.6%	

参 考

基準	BMI	中性脂肪	HDL	血糖	HbA1c	収縮期 血圧	拡張期 血圧
	25 以上	150 以上	40 未満	空腹時 100 随時 140 以上	5.2 以上	130 以上	85 以上

3) 国民保険医療状況 (平成 18 年 5 月診療分・中分類・歯科疾患を除く上位 5 疾患)

順位	疾病分類	費用額	順位	疾病分類	件数
1	高血圧性疾患	9,264,970	1	高血圧性疾患	713
2	脳梗塞	7,644,060	2	糖尿病	138
3	関節症	7,481,690	3	その他の内分泌疾患	126
4	腎不全	7,096,910	4	その他の眼科疾患	116
5	その他の循環器系	4,817,140	5	脳梗塞	111
	その他	81,387,220		その他	2,612
	合計	117,691,990		合計	3,816

2. 対象者

1) 日本看護協会版「グループ支援」モデル

選定条件	平成 17 年度、18 年度の基本健診受診者の中から本年度 65 歳未満で次の①又は②に当てはまる者 ①HbA1c5.5%以上 ②特定保健指導の動機づけ・積極的支援レベル								
呼掛け方法	DM による通知 (19 年度健診受診者には健診結果説明の面接時)								
	選定対象者数 (人)			申込者数 (人)			参加者数 (人)		
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計
対象者	65	76	141	20	24	44	19	25	44

2) 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル

選定条件	19年7月以降の基本健診受診者で65歳未満の積極的支援レベルの者								
呼掛け方法	健診結果説明の面接時								
	選定対象者数(人)			申込者数(人)			参加者数(人)		
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計
対象者	2	1	3	0	1	1	0	1	1

3. 実施体制(実施者、関係協力機関)

- 1) スタッフ 常勤 (保健師2名、管理栄養士1名、事務1名)
 非常勤 (保健師1名、栄養士2名、看護師1名)
 *参加者数により記録を事務職員等に応援してもらった。
- 2) 実施場所 本町健康センター
- 3) 血液検査 民間の検査センター委託(2~3日前に採血し、結果は教室で渡す)

結果

1. 実施結果

1) 日本看護協会版「グループ支援」モデル

年月日	経過	スタッフ数(人)					参加者(人)			グループ数	所要時間 分	事前お便り・案内・呼びかけ等
		保健師	看護師	栄養士	医師	その他	計	男性	女性			
H19.2.14	事前スタッフミーティング (本事業の説明、訪問対象者の選定)	3	1	1		1	6			0	120	
H19.3.7	事前スタッフミーティング (訪問担当及び面接時の取り決め等について)	3	1				4			0	90	
H19.3/27-28・30・4/3	事前訪問	3	1	1			5			0	270	
H19.4.4	事例報告・実施時期について検討	3	1	1			5			0	120	

H19. 6. 13	第1回事前スタッフミーティング (プログラム内容の検討及び事例の選定)	3		1			4			0		90	1回目案内を送付
H19. 6. 20	第1回-2 事前スタッフミーティング (プログラム進行について改善・確認)	3	1	1		1	6			0		120	
H19. 6. 21	第1回プログラム 「プロセスを見る」	3	1	1		6	11	13	20	33	5	120	
H19. 8. 2	拡大スタッフ会議 (2回目実施に対する参加者の意見を聞く)	2		1			3		2	2		90	
H19. 8. 19	第2回-1 スタッフミーティング (プログラムの内容及び事前準備について)	3		1			4			0		120	
H19. 9. 6	第2回-2 スタッフミーティング (モデル事例の検討)	3	1	1		1	6			0		90	2回目案内と1回目の会報を送付
H19. 9. 26	第2回-3 スタッフミーティング (プログラム進行について改善・確認)	3	1	1		1	6			0		90	
H19. 9. 27	第2回プログラム 「食の実態を見る」 ①	3	1	3		2	9	8	15	23	4	150	
H19. 10. 5	第2回プログラム 「食の実態を見る」 ②	2	1	3			6	2	6	8	2	120	
H19. 11. 6	第3回-1 スタッフミーティング (プログラムの内容及び事前準備について)	3		1			4			0		120	
H19. 11. 12	代表者の面接アセスメント	2					2	1	2	3		180	3回目案内と2回目の会報を送付
H19. 11. 26	第3回-2 スタッフミーティング (プログラム進行について改善・確認)	3	1	1		2	7			0		90	

H19. 11.27	第3回プログラム 「プロセスを見る」	3	1	1		3	8	6	12	18	4	120	
H20.1.8	第4回-1スタッフ ミーティング (プログラムの内 内容及び事前準備に ついて)	3		1			4			0			4回目案内と 3回目の会報 を送付
H20. 1.24	第4回-2スタッフ ミーティング (プログラムの進 行について改善・確 認)	3	1	1		2	7			0			
H20. 1.25	第4回プログラム 「習慣化を見る」	3	1	1		3	8	8	11	19	4	120	

2) 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル

年月日	支援形態	対象1人に対して関わったスタッフ数 (人)						実施人数(人)			支援 時間	ポイント数
		保健 師	看護 師	栄養 士	医師	その 他	計	男性	女性	計	分	
H19.7 .31	初回面接	1					1		1	1	30	
H19.9 .25	個別A	1					1		1	1	20	80
H19.11 .27	個別A	1					1		1	1	20	80
H19.12 .27	個別B	1					1		1	1	10	20
H20.1 .15	個別B	1					1		1	1	10	20
H20.1 .23	6ヶ月後評価個別	1					1		1	1	20	

2. 活動経過の振り返り

1) 日本看護協会版「グループ支援」モデル

プログラム	実施したこと	スタッフの意図 (実施に際して留意 したこと)	参加者の発言・反応	スタッフの気づき
事前訪問及び 事例検討会	過去に保健師、管理栄養士が 関わったことのある糖尿病治 療中のケースを9例選び訪 問聞き取りを行う。その後、 タイプの異なる3事例を1 回目の事例とするため検討 する。	指導をしない。経過 (検査値・治療状 況)とその時の気持 ち、生活の変化を話 してもらえよう にする。紙に書いて 本人も経過が分か るようにする。	症状がないと危機感がない。 検査結果が悪いとしばらくは 気をつける。忙しいと気をつ けない。薬が始まると食事が おろそかになる。	経過を聞くだけ で、中断者の受 診、生活改善の動 機づけになる。
第1回 「プロセスを見る」	事例を紹介した後、グループ に分かれて自分の経過につ いて話してもらおう。尿糖・ 血糖・HbA1cについて説明 し、検査結果を返した後、結 果をみて感じたことを話し てもらおう	参加者全員が話せ るようにする。一人 の話をみんなが聞 くようにする。質問 に答えるのは会の 後にする。	指導を期待していた。自分も 同じだ。自分は悪くないと思 っていた。自覚しないといけ ない。	事例や他人の話 しを聞き、自分の 話しをすると意 識する。話すこ とは苦にならない。
拡大スタッフ会議	1回目の会についての感想 を聞くと共に、会の趣旨の説 明と2回目に向けての意見を 聞く		事例に対して、“どこが良く ないのか”言ってみよう。み んな自覚が足りない。嗜好品 が止められないのは依存もあ る。	スタッフ自体、教 えられない(答え られない)ことに 違和感がある。
第2回 「食の実態を見る」	モデルの食事と同時進行で 自分の食事を記録表に書き 出し、分類し、サンプルをみ て量を表すシールを貼る。完 成した表をみてグループで 自己の気づきについて話す。 コレステロールと動脈硬化につ いて説明し、検査結果を返した 後、感じたことを再度は話し てもらおう。	思い出し難い人 には、一日の生活の様 子を尋ねながら思 い出してもらう。 サンプルの質問は 個人やグループで 解決せず、進行役に 戻して参加者全員 に聞いてもらう。	覚えてない、前もって言われ ていけば記録してきたに・・・ 記入の要領が分かると盛んに 質問し、表が完成すると進行 しなくても自己評価をグルー プで話をはじめていた。 思っていたより食べ過ぎてい た。 バランスが悪い シール1つはこんなに少ない	無意識に摂取し ているものに気 づかないと本当 の摂取量は分か らない。減量に は”バランスでよ く”を意識しすぎ ると上手くいか ない。
第3回 「コントロールを見る」	代表者に検査値のグラフに 沿って生活の変化を話して もらい、各自の検査結果をグ ラフに記入した後、自分の生 活の変化について話す。指標 としてHbA1cを使った理由 を説明し、再度検査値と生活 の変化を話してもらおう。	思い出し難い人 には、その時期の気候 や出来事、町内の行 事、仕事や家族の変 化、健康などを聞き ながら思い出して もらう。	日々努力しているのに、油断 するとすぐ上がる・・・仲間 意識が出てきて自分の状況を 話したいという雰囲気が出て きている。互いに励ますよう な言葉も聞かれる。	検査値の変化が 生活の変化に関 連していること を知ると、“自分 の努力が足りない”と自分を責め る思いが薄れ気 楽に参加できる 気持ちになり、検 査することが楽 しみになる。
第4回 「習慣化を見る」	半年間の活動経過を表した 図を示し、各プログラムの参 加者に質問しながら経過を 振り返る。メタボリック症候 群の説明の後、検査結果を返 し、自分の検査値を見て氷山 に色づけする。その後、この 半年間を振り返って話をし てもらおう。	半年間の生活の変 化、意識したこと、 継続の難しさ、継続 するための方法、こ の会に対する注文 について話がでる ように進行する	色づけすることで、お互いこ の会の対象者であることを再 度納得する。会に来るたびに 意識する。挫折しそうにな ると検査値を見て続けようと思 う。無理をすると続けられな い。自分なりの方法を見つけ、 ゆっくり改善していき たい・・・しなさいと言われ ないで、みんなと話してよか った。	検査値と病名は 結びつき難い。改 善方法は、無理な く続けられて途 中で変更しなが ら自分に合っ ているものを見つ けるのに時間か かる。何でも話 せる雰囲気この 会は継続しや すい。

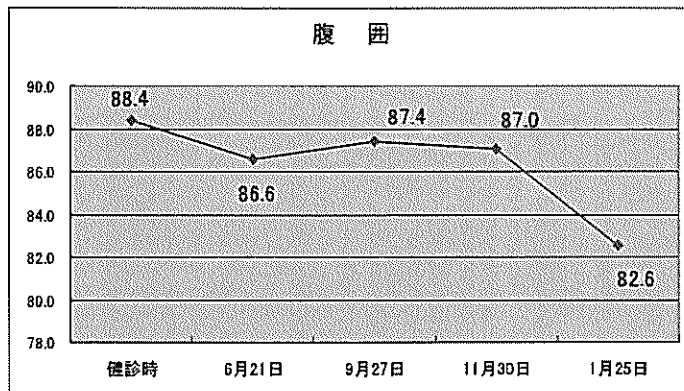
2) 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル

		支援パターン A				
		支援形態	実施内容	スタッフの意図 (実施に際して留意した点)	対象者の反応	スタッフの気づき
	初回時	個別	経年的健康診断結果の見方から内臓脂肪症候群の危険度と予測される今後の経過について説明。生活を振り返り、問題と考えられる生活習慣(間食が多い)について、間食での摂取カロリーを例示することで実施可能な改善方法について考える	自分から今までの経過について話してもらうことで悪化を意識してもらう	以前より体重も減っているのになぜ悪いのか理解できない様子であったが説明の後、納得して参加する。夜間の間食を止めると言う。	合併症をイメージして行動変容させることは難しいが、体重や腹囲を減らしたいという思いは強い。
継続支援の 3ヵ月後の評価	1回目	個別 A	一日の食事等の摂取状況について記入してもらい、間食の量を再確認する。	摂取する食物の中で間食の占める割合の多さを意識してもらう	間食は介護疲れを癒す楽しみであり完全には止められないので、買い物など近所への外出は自転車にするとする。	運動は出来ないというが、家事等(必ず行うこと)での行動変容はできる。
	2回目	個別 A	現在までの取り組みを聞くと共に、どのような生活の変化が改善行動を中断するのか共に考える	行動が継続できているか確認する。	体重が減少しているのに腹囲が減らない。会食が続くとつい食べ過ぎる。外食後は体重を測ることで、気を引き締める	腹囲測定は誤差があるため体重測定の方が頻回にチェックできる。
	3回目	個別 B	最近の生活状況を聞く	話を聞くのみとする。	"年末は食べ過ぎそう"と不安がっている。	
	4回目	個別 B	最近の生活状況を聞く	話を聞くのみとする。	やっぱり食べ過ぎたと言うが明るい	
	5回目	評価	測定結果や血液検査結果をグラフ化する。	半年間の取り組みの結果について確認する	腹囲・体重ともに減少したことで、さらに、間食の内容を見直すと言う	改善すると意欲的に取り組む

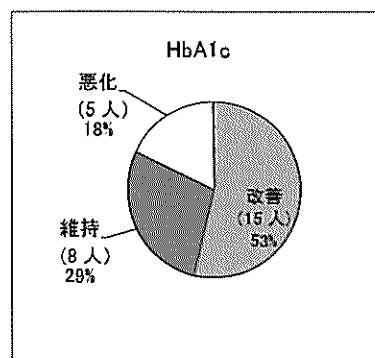
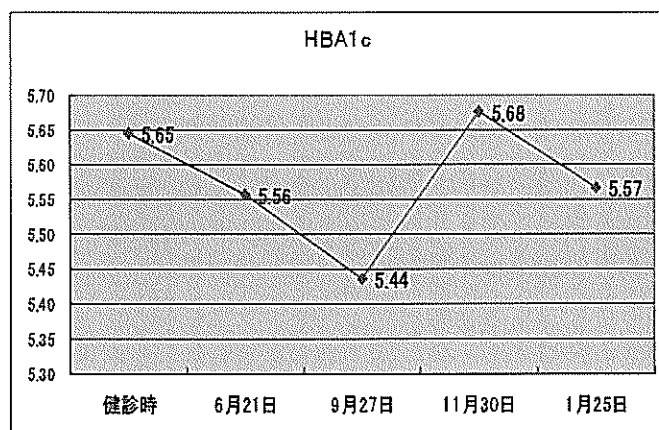
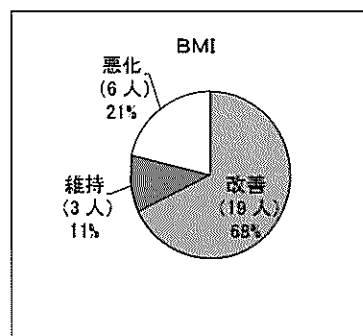
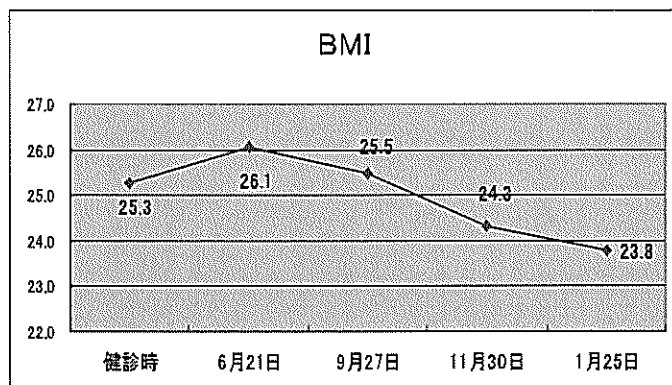
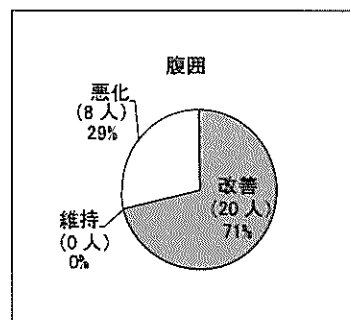
3. 検査値の変動（プログラム2回以上の参加者データから）

1) 日本看護協会「グループ支援」モデル参加者

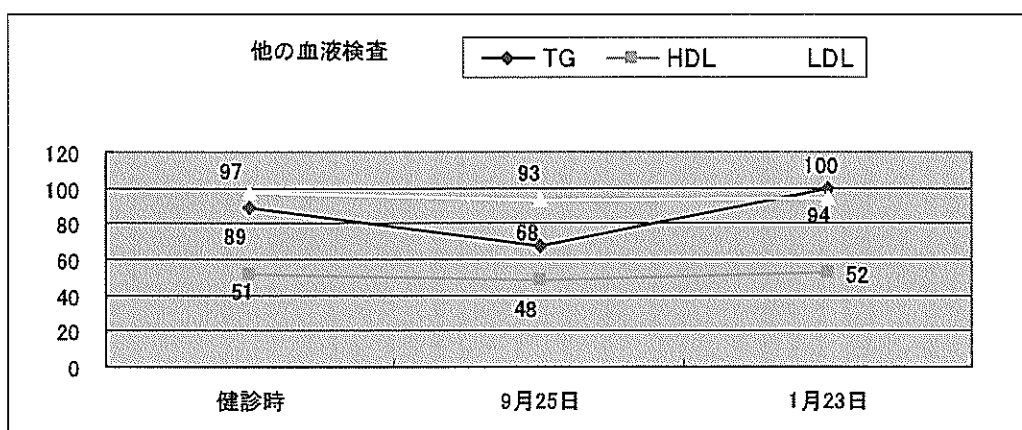
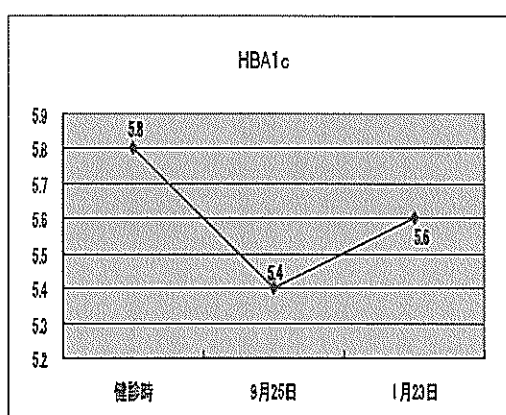
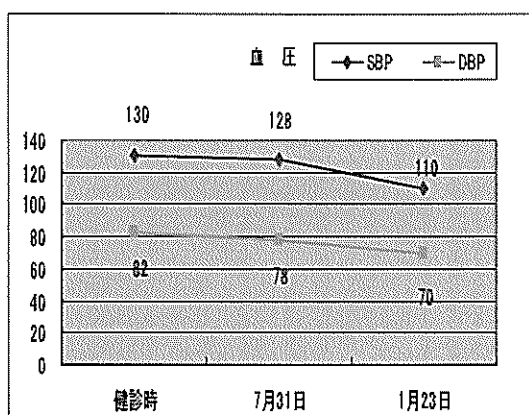
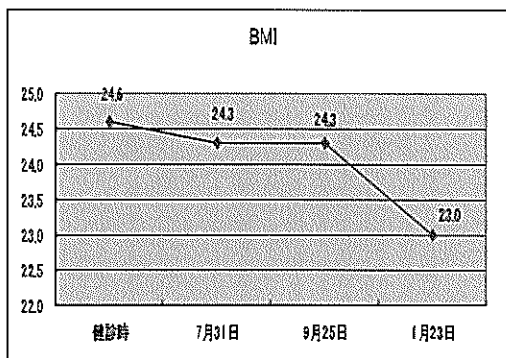
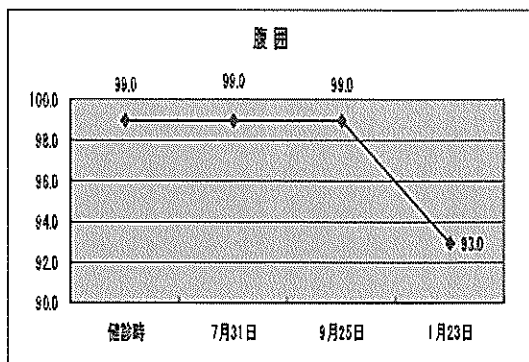
検査値（平均値）の変動



検査値変動の内訳



2) 標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）に準拠した「個別支援」モデル参加者
検査値（平均値）の変動



4. 参加者の行動・認識の変化

1) 日本看護協会「グループ支援」モデル参加者

初回の参加は誰もが関心期にあり、画期的に改善する方法についての知識が得られるものと期待しているが自身の経過や検査値に対する認識は低い。モデルや他の人の経過と自身の経過を重ね、代謝の異常が検査値に現れていることを知ることで行動変容の必要性を認識し、2回目まで

の実行期（行動を開始している者）の割合は40%、2回目で食に関する自己評価をすると共に他の人の改善行動を聞くと3回目までの実行期の割合は66%に増え、3回目で行動が中断する人や再開する人、その時の生活状況と検査値（HbA1c）の関係を知ると生活状況が行動に変化を与えて検査値を左右することの認識が深まり、次回の検査を楽しみにして4回目までの実行期の割合は73%になっている。4回目では継続は難しいことを認識し、改善の速度を緩やかでも自身にあった方法での改善を目指し、血液検査と仲間との対話で中断を防ぎたいと思うようになってきている。

2) 標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）に準拠した「個別支援」モデル参加者

初回面接においては腹囲・体重を減らしたいと言う気持ち（関心）はあったが、指導対象になったことへの認識は低かった。当初から“禁煙と運動はできない”と宣言し、食事の内容の検討を行うなかで間食時間の制限（夜間は食べない）と毎日の体重測定を行うことにした。中間評価時に腹囲・体重共に変化がないことで運動の必要性を意識したようで、近距離の移動は車から自転車に変えた。また、“会食や外出をすると食べ過ぎる”と言い、毎日の体重測定により増加した場合は元の体重になるまで食事や間食の量を減らすようにした。6ヶ月評価には腹囲・体重ともに減少したことで意欲が出てきており、“絶対止められない”と言っていた昼の間食内容を低カロリーのものに見直すなど現状を維持改善しようとする行動がみられる。

喫煙の害についての認識はあるようだが“禁煙はできない”と拒否が強く、行動変容には到らなかった。

考 察

1. 日本看護協会「グループ支援」モデル

従来の指導と異なり、具体的な改善方法（運動・栄養）を指導しないグループ支援モデルは毎回の検査とそれに関連した代謝の説明で改善の必要性を意識づけ、事例や他の参加者の状況を自分と比べることで行動に移させる方法であったが、動機づけから行動化するのに“話す”という行為が効果的であることを実感した。

プログラム①とプログラム②のBMIを比較すると改善者数（11名）>悪化者数（1名）であったものが、②と③の比較では改善者数（4名）<悪化者数（10名）となり、③と④では再び改善者数（15名）>悪化者数（1名）となる。リバウンドを最小限に止めて、改善と悪化を繰り返しながらも少しずつ改善していく過程（効果）をスタッフだけでなく“自分に合った方法であせらず、ゆっくり良くしていきます”と言う言葉に表れているように参加者自身も感じた。また、このプログラムでは測定値や検査値、食事量について受講者自身が評価するため、指導者と指導される者というような関係でなく、同じ目的に向かって知恵を出し合う仲間のような関係に近く、改善が見られなくても気軽にスタッフと話しができ、スタッフとしても支援を継続しやすかった。しかし、グループで話す最中にどうしても自分自身のことをスタッフに聞きたいという人が毎回いたので、会の終了時に時間を設けるなど個別対応の検討もいると思う。

2. 標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）に準拠した「個別支援」モデル

対象は以前に指導を受けた経験のあるケースであった為、初回面接ではこちらの説明は少なくし、本人の今までの取り組みを聞きながら経過の変化を確認してもらうようにした。改善点を見出すことができたが、目標値に沿った行動計画に結びつけるには時間的にも指導担当者の能力にも足りないものがあったと感じる。また、担当者の都合で2回目の支援が遅れて結果的に中間評価時の面接となった。この時点は目標には達していないがいくつかの改善は見られたことを確認することで次の行動（運動）に結びついたと思う。6ヵ月後の評価では目標達成しているが積極的支援対象から外れるほどではなく、完全に外れるまで支援する体制を個別指導だけで行うのは時間的にも担当者確保からみても検討がいると感じた。また、対個人になるので担当者との相性が左右し、改善が見られない時など面接や電話において双方負担になる場合の担当者や支援方法の変更などの検討も必要と感じた。

ま と め

協会モデルのグループ支援では、2回以上参加者28名中、最終回では各項目53%～71%が改善している。しかし、対象から外れることになった者は8名（28.6%）と少なく2/3以上が継続の必要がある。今回、協会モデル事業に参加して指導スタッフは目的を持って話しを聞き出す方法を学ぶことができた。それが住民自身の力の引き出し目標や行動計画を自己決定し行動に導くと感じたので、今後は的確な情報をできるだけ分かり易く伝える方法を検討しながら、個別支援とグループ支援を合わせた支援体制を作っていきたい。

13. 糖尿病予防教室

鹿児島県与論町

目的

与論町では生活習慣病予防のための海水中運動、エアロビクスなどの運動教室と合わせて栄養・運動・休養等の講話やグループワークを取り入れた健康教室を実施している。また、健康をキーワードとしたまちづくりのグループも組織されている。住民の健康意識の高さうかがえるが、単年度事業教室として終了するためか、継続性や波及効果が得られていない現状にある。

今後、生活習慣病予防を主とした健康づくりを町全体に普及していくために効率的で効果的な保健指導のあり方を考え、健康づくりからまちづくりへの企画力やプレゼンテーション能力を高めることを目的とし参加した。

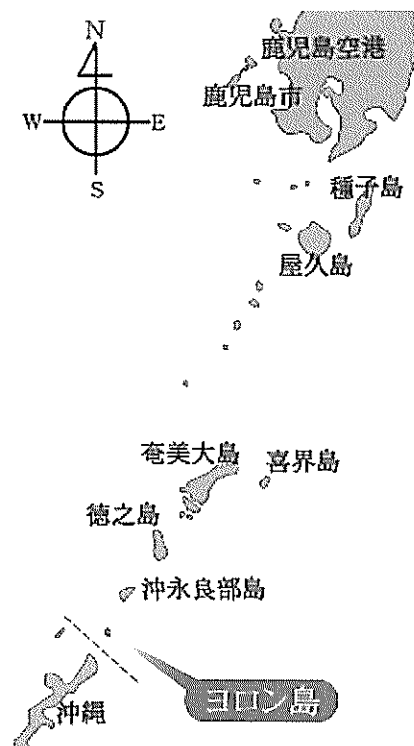
事業概要

1. 地域概要

与論町は、鹿児島県の最南端に位置する一島一町の島で、年間平均気温 23℃の温暖な亜熱帯気候とサンゴ礁に囲まれた豊かな自然に恵まれた環境を有し、周囲 23.65 キロメートル、面積 20.49 平方キロメートルの小さな島で、山岳や河川のない低平な地形である。

平成 13 年度に策定した第 4 次与論町総合振興計画を基に、「人と自然が輝くオンリーワンの島づくり」を基本理念に掲げ、健やかな人づくりをまちづくりの基調として、平成 17 年度に国保ヘルスアップ事業を導入し、海水中運動を活用した個別健康支援プログラムを策定し、生活習慣及び介護を要する状態になることの予防に関する事項について、適切な指導や支援を行

うことにより、「自らの健康は自らが守る」という健康意識を高め、青・壮年期・初老期の健康の保持増進に資することを目的に取り組んでいる。



1) 地域の特徴

(1) 総人口(平成 18 年度末現在)

	人 数	割 合
総 人 口	5,690 人	—
40 歳～64 歳	2,063 人	36.3%
65 歳～74 歳	678 人	11.9%
75 歳以上	973 人	17.1%

(2) 世帯数 2,359 世帯

(3) 出生数 42 人 出生率 7.3 (人口千対)

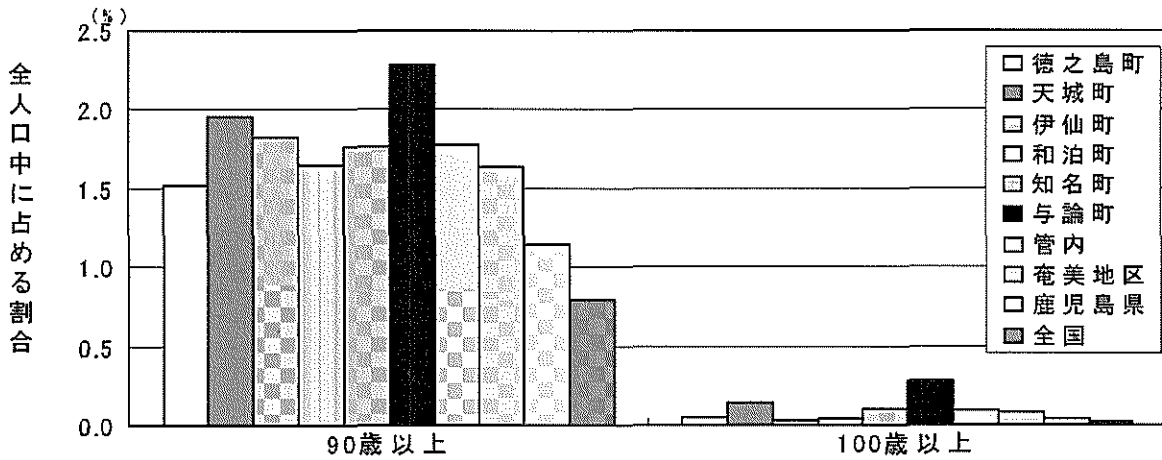
(4) 死亡数 81 人 死亡率 14.1 (人口千対)

(5) 高齢化率 29.0%

全人口中に占める 90 歳以上の高齢者の割合

90 歳以上人口の割合は：県平均の約 2 倍、全国の約 3 倍！

100 歳以上人口の割合は：県平均の約 4 倍、全国の約 17 倍！



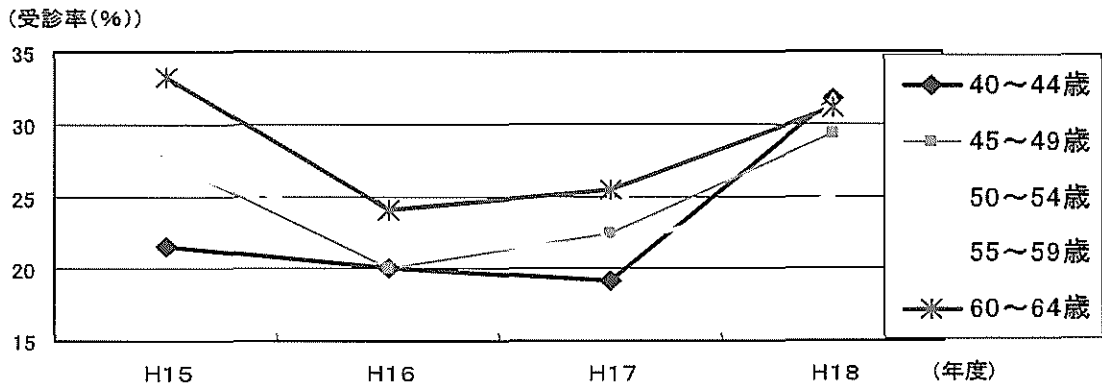
出典：2004年10月1日の推計人口(集計は徳之島保健所)

(6) 基本健診受診状況

平成 18 年度受診者数及び受診率 645 人 (受診率 26.6%)

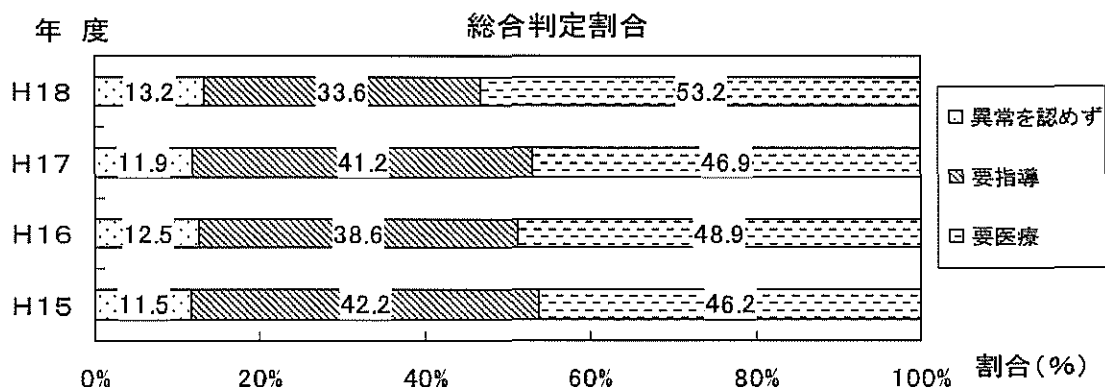
(7) 年齢別受診率推移

平成 15 年度から 18 年度の基本健康診査受診率では、40 歳代の受診率が低下傾向にある。



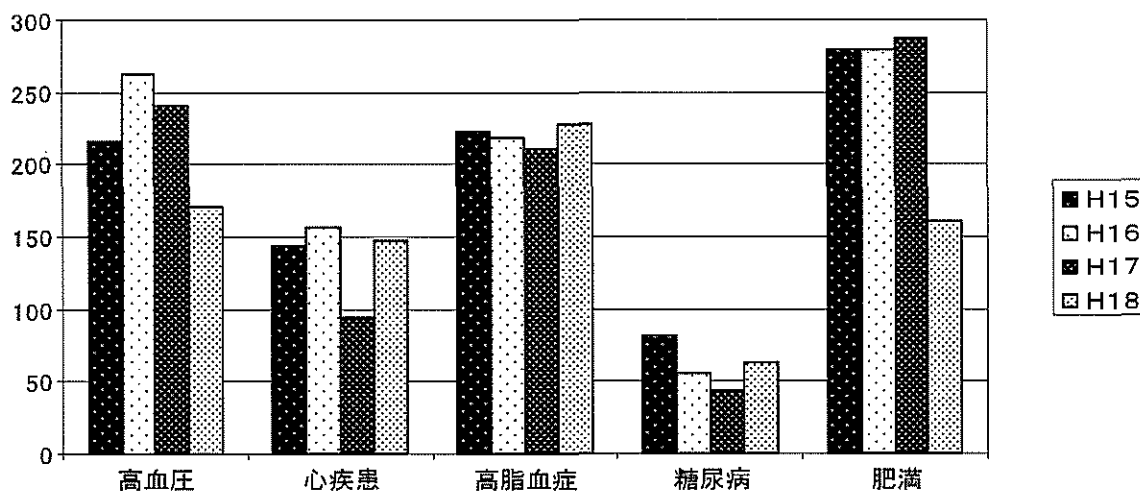
(8) 健診結果

総合判定では、要指導の割合が平均40%となっており、平成18年度33.6%と増加傾向にある。



(9) 要指導者の疾病別推移

要指導者の疾病別推移はばらつきがある。



(10) 医療費分析

①医療費の推移

一人当たり医療費で見ると、平成13年度では325,950円、平成18年度は、381,103円となっており増加傾向にある。

	13年度	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度
全体	325,950	299,095	305,063	313,398	366,408	381,103
若人	159,760	142,684	147,286	165,294	177,835	191,456
退職	248,310	223,170	232,693	309,531	245,674	392,956
老人保健	800,183	723,133	753,965	729,007	945,063	938,585

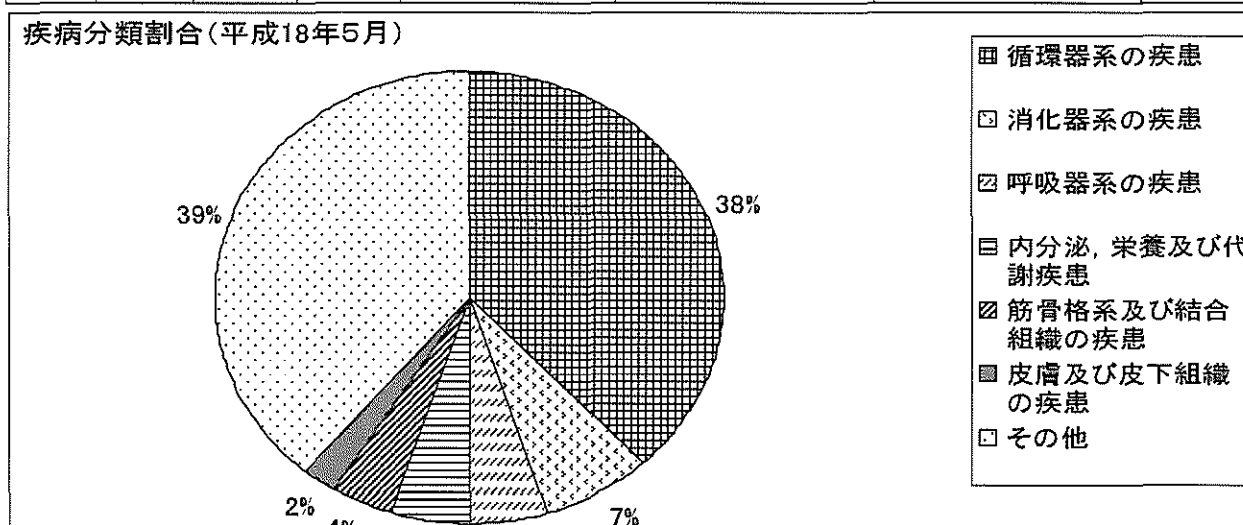
②総医療費に占める疾病分類別割合

疾病別の比較では、循環器系疾患が総医療費の38%を占め、次いで消器系が7%、呼吸器系疾患、筋骨格系疾患、内分泌・栄養及び代謝疾患、眼及び付属器の疾患がそれぞれ10%以下となっている。

総医療費に占める疾病分類別割合（平成18年5月）

疾病別	循環器系	消化器系	呼吸器系	内分泌、栄養及び代謝疾患	筋骨格系及び結合組織の疾患	皮膚及び皮下組織の疾患	その他
割合	38%	7%	5%	5%	4%	2%	39%

疾病分類割合（平成18年5月）



与論町が長寿の島として今後発展していくためには、以下の健康課題があげられる。

- ・男性の平均寿命が短い。
- ・基本健康診査の要指導者の割合が高い。
- ・基本健康診査の要指導者で肥満の割合が高い。

これらのことから、特に肥満・高血圧・高脂血症の要指導者を対象とし、メタボリックシンドロームを視野にいれた生活習慣病予防に取り組む必要がある。

2. 対象者

【日本看護協会版「グループ支援」モデル】

選定条件	平成 17 年度及び 18 年度基本健診受診者のうち 40～64 歳で HbA1c5.2%以上を絶対条件に、収縮期血圧 130mmHg または拡張期血圧 85mmHg 以上、中性脂肪 150mg/dl 以上、空腹時血糖 110mg/dl 以上								
呼掛け方法	参加希望者が数名だったため、年齢制限と検査結果による条件を省き、数回の広報と電話による勧誘にて参加を募った								
	選定対象者数(人)			申込者数(人)			参加者数(人)		
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計
対象者	45	39	84	4	31	35	4	29	33

【標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル】

選定条件	平成 19 年度基本健診受診者のうち 40～65 歳でメタボリックシンドロームに該当した人に健診結果報告会にて個別面談を行い、個別支援の案内を行った								
呼掛け方法	平成 19 年度基本健診受診者のうち 40～65 歳でメタボリックシンドロームに該当した人に健診結果報告会にて個別面談を行い、個別支援の案内を行った								
	選定対象者数(人)			申込者数(人)			参加者数(人)		
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計
対象者	24	6	30	0	5	5	0	2	2

3. 実施体制

実 施 者：与論町保健センター

常 勤 ス タ ッ プ：保健師 2 人、栄養士 1 人、看護師 2 人

協 力 機 関：委託医療機関・大島支庁徳之島事務所保健衛生環境課（徳之島保健所）・食生活改善推進連絡協議会・エアロビクス協会等

人 材 確 保：在宅看護師 2 名、栄養士 1 名をスタッフとして雇用

結果

1. 実施結果

【日本看護協会版「グループ支援」モデル】

年月日	経過	スタッフ数(人)					参加者(人)			グループ数	所要時間分	事前お便り・案内・呼びかけ	備考
		保健師	看護師	栄養士	その他	計	男性	女性	計				
平成19年4月3日	事前スタッフミーティング	2	1	1		4			0		120		
平成19年4月5日	事前訪問及び事例検討会	2	1	1		4			0		120		
平成19年5月22日	第1回スタッフミーティング	2	4	2		8			0		90		
平成19年5月23日	第1回プログラム「プロセスを見る」	2	4	2		8	3	21	24	3	150	採血・教室前出欠確認の電話	
平成19年8月15日	拡大スタッフ会議	2	4	2		8		5	5		120		
平成19年8月21日	第2回プログラム「食の実態を見る」	2	3	2	1	8	2	18	20	3	150	採血・教室前出欠確認の電話・第1回目のプログラム実施の内容を対象者(参加者不参加者)全員に配布	
平成19年9月5日	食体験(夕食)	1	4	2	4	11	1	20	21	3	120	教室前出欠確認の電話	
平成19年9月18日	スタッフミーティング	2	4	2		8					120		
平成19年9月19日	「食の実態を見る」(油と砂糖)	2	4	2		8	2	20	22	3	120	教室前出欠確認の電話	
平成19年10月12日	食品カード配布	2	2	1		5		15	15	3	60	教室前出欠確認の電話	
平成19年11月19日	第3回スタッフミーティング	2	4	2		8			0		180		看護協会から支援
平成19年11月20日	第3回プログラム「検査値から生活を見る」	2	3	2		7	2	20	22		150	採血・教室前出欠確認の電話	看護協会から支援
平成19年12月5日	運動指導	1	1	1	1	4		14	14	1	150	教室前出欠確認の電話	
平成19年12月14日	調理実習	1	3	1	4	9		13	13	3	120	教室前出欠確認の電話	
平成19年12月21日	バイキング(1食分を弁当箱に詰めよう)・歯の健康	1	2	1	8	12	1	19	20		120	教室前出欠確認の電話	
平成20年2月12日	第4回スタッフミーティング	2	3	2		7			0				
平成20年2月13日	第4回プログラム「習慣化を見る・継続に向けて」	2	4			6			0			採血・教室前出欠確認の電話	

【標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル】

年月	支援形態	対象1人に対して関わったスタッフ数(人)			実施人数(人)			支援時間 分	ポイント数	備考
		保健師	栄養士	計	男性	女性	計			
10月5日	個別支援A	1	1	2		4	4	30	120	
10月22日	個別支援A	1	1	2		1	1	20	80	
11月28日	個別支援B	1	1	2		1	1	20	20	
12月18日	個別支援A	1	1	2		1	1	30	120	
12月18日	個別支援B	1	1	2		1	1	20	20	
2月19日	個別支援A	1	1	2		2	2	30	120	

2. 活動経過の振り返り

【日本看護協会版「グループ支援」モデル】

プログラム	実施したこと	スタッフの意図 (実施に際して留意したこと)	参加者の発言・反応	スタッフの気づき
事前訪問及び 事例後討会	<ul style="list-style-type: none"> モデル事業の目的 プログラムの進め方 家庭訪問の進め方 訪問対象者の選定 訪問担当者決定 	<ul style="list-style-type: none"> 今回は、訪問を通して、あえて「指導しない」「経過や気持ちなどをちゃんと聞く」ということから住民の認識と生活の実態を知る。 事例を通して、地域で生活習慣病と取り組む時にどのような課題があるのか、捉え直すこと、問題の本質から対策を行うために実際を知る。 今回は、指導より住民との関係づくりというつもりで取り組む。 スタッフ間でお互いの課題意識を共有する。 	<ul style="list-style-type: none"> 子育てが忙しく、治療を中断したりしているうちに血糖値が300に上がり緊急車にて運ばれることもあり、とうとう透析を行うことになり、1年が過ぎた。透析の時間は3時間かかり半日休たきりであらう。 若いときから健康が取り得で、難症を受けることもなく、風邪で病院受診し、血糖値が高いと言われたが気にせず、育中におできができて入院、おできが治りにくいのは糖尿病だからといわれて初めて病気を知った。 	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病特有の経過が長く、何の自覚症状もないため、「自分は、未だ大丈夫。」等たいてい気にしていないことが多かった。 今までは、糖尿病の患者が少なく、透析を行うには高所の病院へ行ったので身近に重症化した人がいないため合併症の怖さを知らないことが多かった。 子育てなど生活に追われ自己管理できないまま重症化していることがわかった。 「食事」に関しては、特に「心がけレベル」で終わってしまうことが多いと感じた。 医師に血糖値が高く食事の見直しが必要と言われたが具体的にどう見直したらいいのかわかっていない。
第1回 「プロセスを見る」	<ul style="list-style-type: none"> オリエンテーション (モデル事業の目的と内容及び本日の教室のすすめ方) 事例紹介 グループワーク (事例を通して思ったこと) 全体発表 血液検査配布 グループワーク (検査結果に対しての思い) 全体発表 	<ul style="list-style-type: none"> 同じ教室に参加している仲間の話を聞き、自分のことを口に出して表現することで意識して自分の生活や行動を意識する。 自分のことを話し他者の話を聞いたり、事例と自分を比べたりすることによって自分の実態を知る。 血液検査結果から、体の状態だけでなく自分の健康課題としてどのように捉えているか、自分自身の認識に気づかせる。 必ず全員が発言できる雰囲気作りを行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病を指摘されたが、どんな病気かわからず、放置し、今は薬を飲んでいるが、油断すると、血糖値が上がりすぎてしまう。 自分の生活が大事なのはわかるが、もったいないと思ってしまふ。 血糖値やヘモグロビンA1C等検査値があがったことに危機感を感じ自分の生活習慣を反省している。 食べる量と消費する量が合っていないことに気づいた。 意志が弱くてすぐ甘いものに手を出してしまう。 	<ul style="list-style-type: none"> ほとんどの方が、甘いものを控えたり、食事に気を付けてはいるが、運動はしないといけないうわかっていても、なかなか行動に移せなかったり、継続することが難しいと感じた。 薬を飲んでいるから、大丈夫という思いがあり、生活習慣の見直しまでにはいかず、悪化している例が多いことに気づいた。 「食事」「運動」の大切さはわかるが、具体的にどうしたらいいのかわからないという方への指導者の支援不足を感じた。
拡大スタッフ 会談	<ul style="list-style-type: none"> オリエンテーション (本日のすすめ方・研修金報告) 職員の仕事モデルの紹介 食事量の記入 自分の食事傾向を知る。 グループワーク (自分の食事傾向に対しての思い) 1回目の教室後の感想、行動変更を知る。 	<ul style="list-style-type: none"> 事例となる職員の昨日の食事を生活のあれこれの中で思い出しながら書き出す。 自分の食の摂取状況大づかみでいいので、取りすぎている栄養素と足りない栄養素に気づく。 自分の食事の量を見る簡単な方法を体験する。 ○1個の目安を示す (フードモデル) 地域の食生活を知り、次回の教室の○1個のサンプルに加える 	<ul style="list-style-type: none"> 自分の食事の状況を実際に見ることによって意識しないで食べていることに気づいた。 「毎日書いて食事生活がわかるからいいな。」 主食の分類を知ることが出来た。 「食べすぎていると思わなかったが、実際に書いてみると結構食べているんだね。」 ○1個は、目安量を出すのにわかりやすかった。 前回の教室については、それぞれの生活習慣の振り返りになった。 前回の教室後、冷蔵庫の中を整理したり余計なものは買わなくなった。 	<ul style="list-style-type: none"> 自分の食事の実態を見るのは保健師でも難しいことがわかった。 前回の教室実施後、不安だったが、正しい病気の知識がなくても、事例を通して自分の健康課題に気づき行動変容が見られることがわかった。 意識を押し込むのではなく、どこをどうするか考えるプロセスの大切さを感じた。 いかに無意識に食事やおやつを取っているか気づかされた。
第2回プログラム 「食の実態を見る」	<ul style="list-style-type: none"> オリエンテーション (今回の目的・本日のすすめ方) 職員の仕事モデルの紹介 食事量の記入 自分の食事傾向を知る グループワーク (自分の食事の実態を知る) 血液検査配布 グループワーク (検査結果と食事記録から自分の生活を振り返る) 全体発表 	<ul style="list-style-type: none"> 自分の食事について日常生活の中で大づかみでつかめる。 ○1個の目安を分類ごとに示す 生活の流れを思い出しながら昨日の食事を書き出す。 サンプルにない食材は栄養士に確認し、全体に伝える。 今回野菜は、有無のみ記入する。 油・菓子の量は、後日行う。 抵抗なく自分のことは話せる雰囲気をつくる。 	<ul style="list-style-type: none"> ○1個を使った方法は、自分の食行動、栄養のバランスの実態をみるのがわかりやすかった。 検査結果から自分の生活や食事を振り返ることは難しいようだった。 たばこをやめたら、ご飯を2倍食べるようになった。 前回教室後から、毎朝体脂肪と体重意識して測っている。 野菜が食べる量によってご飯と同じ分類だとは知らなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> 食事記録に意外と時間がかかった。 書き方がわからないのか、書くところ意識がなくてかけないのか思い出せないのか、さっさと書く人書けない人の差が大きかった。 ○の合計からカロリー計算、自分の食行動バランスの気づきはともよかった。
食体験(夕食)	<ul style="list-style-type: none"> オリエンテーション (今回の目的・本日のすすめ方) 1日分の朝食・昼食を意欲して夕食に何をどれだけ食べればいいのか考えながら取る。 食事量の記入 グループワーク 全体発表 	<ul style="list-style-type: none"> 1食分の食事摂取量を体験する(自由にとって○何個?) 1日分の朝食・昼食を意欲して夕食に何をどれだけ食べればいいのか考えながら取る。 食事時間をしっかり取り、よく噛んで薄味を味わいながら食べる。 	<ul style="list-style-type: none"> ○1個がどのくらいの量になるか実際に食べてみてよかったです。 「食事量を食べる前に『何かする?』『1個で大丈夫?』など自分の摂取量に不安げな発言。 1個づつ取ればバランスがいいという様子で、全品取っていた。 食後は、○をつけてみて、取りすぎたと反省している。 	<ul style="list-style-type: none"> 自分で○1個の量を理解するために、実際に食べることは大事な経験であった。 タンパク質が多かったり、ご飯の量が少なかったり、バランスを考えて食べることは未だ理解できていない。 朝と夜を合わせて1日分のカロリーにするとオーバーしている。 食後は、雰囲気や和んで話しやすくなり、より仲間意識が出来た。

プログラム	実施したこと	スタッフの意図 (実施に際して留意したこと)	参加者の発言・反応	スタッフの気づき
「食の実態を見る」(油と砂糖)	・オリエンテーション(今回の目的・本日のすすめ方) ・食事量の記入 ・油と砂糖について ・飲み物やお菓子に含まれる砂糖量とカロリー ・調理方法による油の量とカロリー ・グループワーク ・全体発表	・砂糖と油の〇1個の目安量がわかる。 ・炭酸入り飲料に含まれる砂糖の量を理解してもらうために、砂糖が同じ量の砂糖水(常温)と炭酸入りを飲み比べていただき、炭酸入りが甘くないことを体験する。	・〇1個の量が理解できるようになってきた。 ・前回食事記録に、時間がかった人も手早くできるようになった。 ・炭酸入りは、甘くないけど砂糖の量は、多いことがわかった。 ・意識しないまま油を取っていることに気づいた。	・飲み物やお菓子に含まれる砂糖や油の分量、調味料の〇1個の目安量がわかりやすかった。 ・嗜好飲料に含まれる砂糖の〇の多さに驚き、これから注意しようという意識づけになったようだ。
食品カード配布	・オリエンテーション(今回の目的・本日のすすめ方) ・食品カード配布と説明(〇ひとつのカードの利用方法) ・栄養バランスについて(食品ピラミッドを使って黄色・緑・赤色の食品のバランス)	・〇1個の分量を写真に写して、食品カードにし手元において活用してもらう。 ・ドリンク類や缶コーヒー、ふくれ菓子・よもぎ餅など地域でよく食べる食材をカードに入れた。 ・栄養のバランスについてとりすぎている物、足りないものがわかる。	・〇1個の分量を写真に写し手いるので、わかりやすいと喜んでくれた。 ・ご飯が少なくて、タンパク質を多く取りがちだったが、食品ピラミッドでバランスが悪いことに気づいた。 ・「お餅はこれだけで〇1個?〇2個分は軽く食べてるわね。」	・食品カードで〇1個の目安が、視覚的に手元があり、より理解が深まった。 ・ご飯が少なくて、タンパク質を多く取りがちだったり、野菜が少ない方には、食品ピラミッドはわかりやすかった。
第3回スタッフミーティング	・オリエンテーション(本日のすすめ方・研修会報告) ・これまでの経過の確認 ・「コントロールを見る」進め方と役割の確認	・事前に個人結果表を数人分準備し、スタッフで検討してみる。 ・検査値の変動は、生活の様子と関係があることを確認し合い、参加者への気づきへの伝え方を検討した。 ・メタボの氷山の使い方のデモを行い、注意点を確認		・参加者自ら考えているから意識が高くなっている気がする。 ・指導は簡単だが、気づかせるって難しい。 ・個人任せでなく、3ヶ月に1回集まってこれでもいいかなとみんなで確かめ合いながら出来るのがいいみたい。 ・参加者に振り返ってもらうことの難しさを感じた。
第3回プログラム「検査値から生活を見る」	・オリエンテーション(本日のすすめ方) ・代巻者のグラフと生活のみる ・自分のグラフをつくる ・メタボリックシンドロームとは ・グループワーク ・全体発表	・検査値の変化とその時々の生活を振り返り、その結果が検査値とどう関係があるか考えてもらう。 ・生活に変化があっても意外と気づいていないことが多いので、その頃の生活を思い出してもらう。 ・自分自身を振り返らせるよう話す時間を多めに取る ・話してもらった方に謝辞を忘れない。	・「治療中なのにヘモグロビンA1Cが高い。」 ・データの値が改善したことと身体が楽になったという自覚が本人のやる気につながっている。 ・意識している時としていない時の数字の値に自ら気づいている。 ・「食事量にも気をつけ毎朝のウォーキングも続けているので、次回の採血の結果を楽しみにしている。」 ・生活習慣が検査結果に表れていることに気づいている。	・「食事には十分気をつけている」とのことだがおやつに関しては特に意識していない ・「キズリ時期のおやつや食事の時間にこれから気をつけたい」とこれからの生活も考えて提案している ・ヘモグロビンA1Cの0.1の上がり下がりでも生活習慣が大きく関わっていることがわかった。
運動指導	・オリエンテーション(本日のすすめ方) ・運動について(効果的な運動をするために) ・運動実施(目標心拍数による運動強度を知る) ・全体発表(運動実施から自分のこれまでの運動習慣を振り返る)	・〇1個を運動で消費するにはどのくらいの運動量になるかを知る。 ・運動がにがてな人への動機付けになって欲しい。	・「心拍数と運動の強度の関係がわかった。」 ・「〇1個を食べるのは簡単だが、運動で消費するにはかなりの運動量になることがわかった。」 ・「体脂肪の燃えない運動をしていたんだ。」 ・「食事だけでなく運動もあわせて改善する必要があることがわかった。」	・具体的な運動の種類や方法・時間を知り、ライフコーダーなどが取り組みのきっかけに効果的である ・生活習慣を変えるためのフォローには、教室だけでなく、地域や家族や仲間のおまじなどが必要である
調理実習	・オリエンテーション(本日のすすめ方) ・調理実習(地場産食材を使ったヘルシー料理実習) ・調理方法や食材・調味料を確認しながら食べてみよう ・自分の食事量を知る(各自朝食を思い出して 昼食とあわせて〇いくつ?夕食で食べれる量は〇あといくつ? 献立は?) ・グループワーク	・材料から調理までの流れによって調味料の量をわかってもらい実生活に生かす。 ・朝食 昼食から夕食の献立メニューを考えてもらう。 ・調理実習参加に遠慮がちな人への声かけ。	・「調理の工夫によって、量的質的にもこれだけ食べられることがわかった。」 ・「薄味なのにおいしい。香辛料や調味料を減らすきっかけになった。」 ・「油を利活用しなくてもおいしい調理ができることを知った。」 ・「調理方法によっては身近な野菜をたくさん摂取できる。」 ・「調理方法・調味料の工夫で〇の量が抑えられることがわかった。」	・調理することで自分の調味料や油の量の理解が深まった。 ・食べた分量を何回も意識することで食習慣を変える動機付けになっている。
バイキング(1食分を弁当箱に詰めよう)・歯の健康	・オリエンテーション(本日のすすめ方) ・自分の一食分を弁当箱に詰めてみよう ・主食・主菜・副菜を弁当箱から食器に移した時の量のみる ・歯の健康(実際に食べてみよう 磨き残しの部分は何?) ・ライフコーダー配布	・主食・主菜・副菜の割合を知るために弁当箱を使って自分の摂取割合の過不足を考えてもらう。 ・しっかりと噛んで食べるための歯科保健 ・ライフコーダーを使って活動量と生活の振り返りを促す。	・「毎日2時間くらい歩いているが履きっぱい食べてしまおう。」 ・「自分の一食分を確認するのに弁当箱はわかりやすかった。」 ・「自分の分量がわかりやすかった。今後本気で取り組むたい。」 ・「最初たべるとは我慢できなかったが頑張る意欲がでてきた。」 ・「なんとなく歯磨きをしていたことがわかった。」	・普段使っている茶碗で、分量の目安量を知ること、日常生活に生かすことの大切さを感じた。 ・主菜・主食・副菜の割合が弁当箱を使うことでわかり易く、食習慣を変える動機付けになった。 ・食と口腔保健の組み合わせは好評だった。 ・ライフコーダー等の機器は活動の振り返りへの動機付けになるようだ。
第4回スタッフミーティング	・オリエンテーション(本日のすすめ方) ・これまでの経過の確認 ・「習慣化を見る」進め方と役割の確認	・これまでの回で自分のどんなことが見えてきたか。 ・続けることが難しい、やってみてもだんだん元に戻るといふ実態を語り合う。 ・教室の振り返りをしながら、新しい習慣を身につけるために、時間がかかることを認識し活動の場や仲間の大切さを考える。		・教室を廻ることに、体験したり、仲間の話を聞くことで自分を振り返ることができてきたようだ。教室参加率がいいのは、内容が良かったんだ。 ・電話での毎回の出欠確認も効果的だった。 ・スタッフの打ち合わせの大切さ、教室の振り返りの大切さを再認識した。 ・平均6~7割の参加率だった。 ・血液検査結果の改善は、遅やかであったが、様々な生活習慣の改善の動機付けにはなっていた。 ・ミニ新聞などの教室広報があったら良かった。 ・集まる場所は、1月に1回でも集まりそう。

プログラム	実施したこと	スタッフの意図 (実施に際して留意したこと)	参加者の発言・反応	スタッフの気づき
第4回プログラム 「習慣化を見る・ 継続に向けて」	・オリエンテーション(本日のす ずめ方) ・これまでの教室内容の振り返り (これまで自分のどんなことが気 づいたか、継続できたこと・学ん だこと・気づいたこと) ・検査結果配布及びグループワー ク (検査結果から過去の生活を振り返 る) ・全員が発表 (教室に参加した感想及び成果を 発表)	・活動を通してできるようになっ たことを優先してみていく。 ・小さな変化も大事にする。 ・グラフは、ヘモグロビンA1C のみのグラフにする。 ・上がっているのは食事をこうし たから、下がったのは運動をこう したから等生活との照らし合わせ をできるようにする。 ・0.1%の変化振り返るきっかけ にする。 ・今後自分ができること(「万歩 計をつける」「体重を毎日つけ る」「〇〇さんと一緒に歩く」) を公言する。	・「油料理・甘いものを意識するようになった。」 ・「〇いづくを考えながら作るようになった。」 ・「効果が出なく落ち込んでいたが、みんなの話を 聞いてまたやってみようかと思った。」 ・「運動や食事に気がつけたことが結果に表れや る気がでてきた。」 ・「ライフコーダーのおかげで運動が頑張れた。」 ・「商品のカロリーを意識的にみるようになった。」 ・「夫婦で参加したことによりだんなの食事に対す る意識が高まった。」 ・「一人暮らしなので今後の食事内容が不安。」	・今回のプログラムで、血液検査結果には表れな いが、生活習慣を改善しなければならぬという 意識付けになった。 ・生活習慣に自ら気づき始めていることを実感す る。 ・保健指導の指導型に戻らないように、定期的な 打ち合わせとスタッフの研修が必要である。 ・自分の生活習慣に気づき改善していく支援のと して、グループ支援は効果的だった。

【標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル】

		支援パターンA				
		支援形態	実施内容	スタッフの意図 (実施に際して留意したこ と)	対象者の反応	スタッフの気づき
	初回時	個別支援	「標準的な質問表」と健診結果をも とに生活習慣を振り返り、データが 高値となった原因を自ら見出しても らう。	無意識な生活を振り返り意識 してもらおう。	原因はわかかっており何度も 改善を試みるが、意思が弱 くて改善できないと諦めてい る。	無理のある改善を試みてしま うために、すぐに元の生活に 戻ってしまい続かない。
継続 支援 / 6 ヵ 月 後 の 評 価	1回目	個別A	より具体的な原因を一括に考え、複 数あるうちのどれなら改善できそ うか選択してもらおう。	大まかな原因ではなく、具体 的な原因を見出せるよう焦点 を徐々に絞って関わっていく。	原因の全てを改善しなくて はいけないという思いがあ る。	具体的な原因が自分でわ かっており、まずはそのうち 一つの改善なので即実践し ようという意気込みが感じら れた。
	2回目	個別A	改善を意識しているところを認め、 その中から無理なく実施しているこ と1つ2つだけは意識して継続でき るように支援した。	無理なく継続できそうなことを 自分自身で選択し、実践して もらう。	これなら実践できそう、頑張 れそうと意気込みが見られ る。	我慢することなくできそうなこ とからの改善なので、負担が ないためか表情が明るくやる 気が見られる。
	評価	個別A	支援前後の血液データグラフを元 に生活を振り返りを行った。また、現 在意識していることを再確認した。	改善したデータを主に、これ からも意識した生活ができる よう関わる。	6ヶ月間負担に感じず実践 できたことが、今では当たり 前な生活の一部として捉え られるようになった。	無理なく継続できたことが自 信となり、楽しみとなり、生活 の張りとなっているように感じ た。

3. 検査値の変動

1) 日本看護協会版「グループ支援」モデル参加者

健診時から最終回までの検査値の変動初回 HbA1c の値を 3つのパターンに分け、HbA1c の平均推移を比較した (図 1~3)。

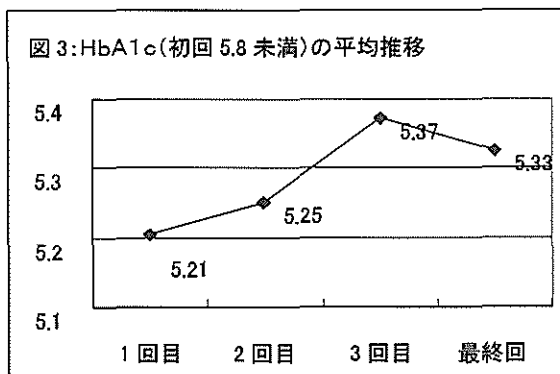
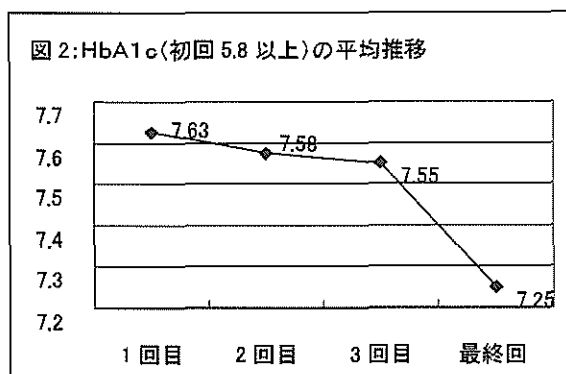
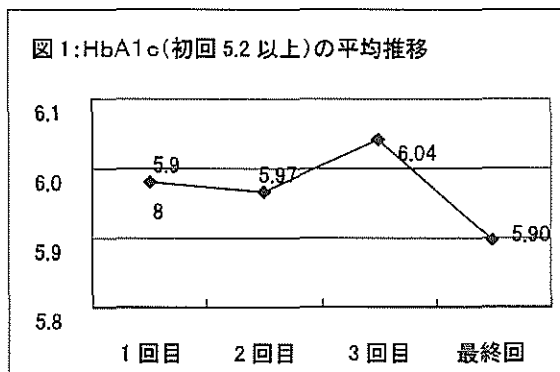
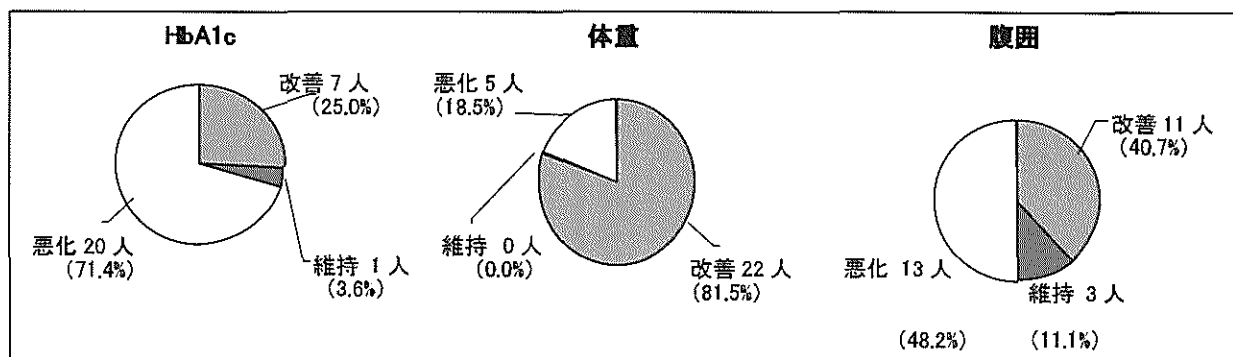


表 1: 検査値変動の内訳 (上段:人数、下段:%)

	改善	維持	悪化
HbA1c (%)	7人 25.0%	1人 3.6%	20人 71.4%
体重 (kg)	22人 81.5%	0人 0.0%	5人 18.5%
腹囲 (cm)	11人 40.7%	3人 11.1%	13人 48.2%

※検査値変動の基準として、教室開始時と終了時点との比較にて内訳をしている。

図 4：検査値変動の内訳グラフ



HbA1c の改善者は 25.0%であったが、HbA1c 高値群 (5.8 以上) においては優位な改善がみられた。

2) 標準的な健診・保健指導プログラム (確定版) に準拠した「個別支援」モデル参加者

支援開始時は 5 名の参加で始まったが、最終評価を行ったのは 2 名となった。途中辞退となった 3 名に関しては、1 名は協会版 (グループ支援) へ移行し、残り 2 名は仕事や体調不良等により継続支援が困難となったため、対象外とした。

また、対象外となった 2 名については 6 カ月後の血液検査は実施しているが、支援に対する評価ではないため、計上していない。

表 2：検査値変動の内訳 (上段:人数、下段:%)

	改善	維持	悪化
HbA1c (%)	1人 50.0%	0人 0.0%	1人 50.0%
体重 (kg)	1人 50.0%	0人 0.0%	1人 50.0%
腹囲 (cm)	2人 100.0%	0人 0.0%	0人 0.0%

4. 参加者の行動・認識の変化

1) 日本看護協会版グループ支援モデル参加者

保健センターから声がかかったからととりあえず参加した方が多く、ほとんどの参加者が生活習慣病を自分のこととして意識せず他人事としての認識の参加者であった。教室参加を重ねることにより、冷蔵庫の中を整理したり、余計なものは買わないようになったり、食事の記録をつけたり、毎朝体重を測ったり、炭酸飲料をのまなくなったり、自分のこととして認識し、危機感を感じることができるようになった。また、「これからは、農繁期になりおやつが多くなるので気をつけよう」という、今後の生活の見通しまで立てられるようになってきた。

2) 標準的な健診・保健指導プログラム (確定版) に準拠した個別支援モデル参加者

最終評価まで至った対象者は 2 名であったため、個人個人の変容しか記述できないが、嫌々ながら無関心期から始まった支援であったにも関わらず、一緒に立てた無理のない計画に対して頑

張った成果を認めて欲しいという思いを初回面接後から感じることができた。また、一つの生活習慣改善をきっかけに自ずと次の新たな改善への行動変容が見られ、その行動変容が生活の中の活力となっていると感じた。

自分の生活の変化を楽しみながら実践している姿がとても印象に残った。

考 察

1. 日本看護協会版グループ支援モデル

第1回教室終了時、これまでの健康教室のような病態の勉強会でなく、スタッフ側にももの足りなさを感じていたが、家に帰って冷蔵庫の中を整理した人や余計なものは買わなくなった人もおり、参加者の生活に響く教室内容であったことに参加者の反応を通して知ることができた。また、自分の生活を振り返ることができるか不安だったが、グループトークを通してそれぞれ第三者を鏡に振り返ることができていた。そして、「私は糖尿病じゃないから」という思いで参加された方々の中でも、教室の回数を重ねるごとに、生活習慣病を自分のこととして意識してきている発言も多く聞かれるようになった。

自分の無意識な生活を自分自身で意識すること、そして言葉にして表現することでさらに自分のこととして考えられるので、グループトークという方法は自分を振り返るにはとても有効な方法だと感じた。

これまでの健康教室においては、回を重ねるごとに参加者が減少してきたが、今回のプログラムでは参加者数を維持することができた。住民のニーズに沿ったプログラムであり、個々の生活習慣に響いた内容であったといえる。また、グループトークが中心の教室内容であったため、他者との対話が増えることで仲間意識のようなものが生まれ、ファシリテーターが関与しなくても自分たちで情報交換し、刺激し合える仲間になっていた。

検査値の変動からみた成果としては、糖尿病治療中の参加者のHbA1cが大きく改善されていた。糖尿病の重症化予防に効果的な内容であったといえる。

2. 標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）に準拠した個別支援モデル

体重・HbA1c・腹囲全てに改善した参加者1名に関しては、初回面接に至るまで「我慢するくらいなら病気になったほうがいい」と自分の健康に全く無関心であったが、面接において健康への意識が変わり、行動変容に結びついていたケースである。身体を動かすことを拒否されていたが、身体を動かすことを自然と意識して生活をするようになった。自分なりに工夫しながら健康的な生活を楽しんでいる姿が見られ、支援を重ねるごとにイキイキと表情も明るくなっていた。

初回面接において意識を変容できるかがその後の支援していく際の鍵になると感じた。

今回の対象者は、閉経を迎えられる年齢にあったため、女性ホルモンの影響による検査値の変動にも注意しながら支援をしていく必要がある。

当初予定では、電話による支援ではなく定期的な面接による支援を計画していたが、月1回の面接は困難であった。そのため、基本は面接としながらも電話による励ましや買い物や行事などで遭遇した時に状況確認するなど、島ならではの住民との近さを活かした支援を効果的に活用していく必要があると感じた。

ま と め

今回のプログラムを実施するにあたり、私たちの町には島内に病院が一箇所しかなく、透析等糖尿病が重症化した場合は島外の専門病院での治療が必要となる方が多いため、糖尿病の怖さを身近に感じることができない現状にあることに気付いた。また、子育てや農業による農繁期の多忙な生活や不規則な生活が優先され、自己管理できないまま重症化しているケースが多く、また、食べないと力仕事ができないとの思いから無意識に過剰摂取となっていること、農業での活動が十分な運動量と認識していることなど住民の現状を知ることができた。

これまでの保健指導において、個人個人の生活に沿った住民主体の支援が必要であるにも関わらず、指導者主体の知識提供にとどまっていたことに気付いた。自覚症状がないまま進行する生活習慣病だからこそ、個人のライフスタイルにある問題点に自ら気づき、解決策を自ら見出せるよう私たちはサポートしていかなければならないと感じた。また、住民側の性質として「教えて欲しい」「指摘して欲しい」という要望が強いように感じたが、自分自身で気付くことができなければ、周囲からの指摘や促しだけでは行動変容にはつながらない。そのため、その「気づき」を行動変容につなげるための指導者側の技術向上が求められ、その指導者側の力量が住民のやる気に反映されると感じた。そして、今までメインとしてきた病態の勉強会は、生活習慣を見直し、行動変容を促すための補助的な知識として提供していくべきだと感じた。長年の生活習慣を変えるのは難しく、「わかってはいるけどやめられない」という誰にでもある思いを前提に受け止め、無意識な生活をいかに「意識した生活」に変えていくかが重要である。

今回のプログラムにおいて初めてHbA1cという指標を主として活用してきたが、正常範囲の中でも生活が反映されて変動することがわかり、より早い段階から生活習慣を意識し生活習慣病を予防できるのではないかと感じた。

また今回のHbA1cの変動結果から、教室開始時には生活習慣を改めてはいるものの徐々に気がゆるみ、もとの生活習慣に無意識に戻っていることから、HbA1cを効果的に活用しながら、習慣を変えて新たな生活習慣を身につけていくためには時間がかかることを認識し活動の場や仲間の大切さを考えながら支援をしていきたい。

プログラム実施にあたっては、マンパワーの確保も困難な状況にあるため、いかに効率的で効果的な支援体制を確保していくか、検討を重ねていく必要があると感じた。

今回のプログラムを今後の保健指導に活かし、スタッフと住民、住民同士の距離が近いという小さな島ならではのメリットを大切にしながら、これからも住民と共に健康意識を高め長寿の島を守っていきたい。



14. すこやか倶楽部実施報告

オリンパス株式会社

目的

平成20年4月より特定保健指導が導入されるのに伴い、職域においても健康保険組合と協力しながら保健指導をより充実させていく必要がある。現在職域では過重労働による健康障害予防の観点から高血圧、糖尿病をはじめとする生活習慣病対策として保健指導を実施している。今後メタボリックシンドローム予防の観点に基づく特定保健指導を導入するにあたり、担当医療職はより専門性を活かした指導を行っていくことが求められると同時に、優れた保健指導プログラムが必要となる。今回、生活習慣病予防支援モデル事業に参加することで、保健指導のレベルアップを図るとともに、職域で活用できるより良い保健指導プログラムの作成を目指していきたい。

事業概要

1. 地域・事業者概要

1) 地域・事業者の特徴

オリンパス(株)八王子事業場には、2つの研究開発拠点を中心として約3200名の従業員が勤務している。定期健康診断受診率は98.9%で、健診の結果で何らかの所見を有するものの割合は62%強である。特に肥満、高血圧、高脂血症、肝機能障害など生活習慣病に関連した有所見率が高い。研究開発センターとしての位置づけから研究職が多い、男性が多いという特徴があり、そのため、理詰め型・数値に強い、残業・会議・出張など定常作業以外の業務が多い、仕事上の身体活動量は低い、などの傾向がみられる。

1. 従業員数 3204人 (平成19年4月現在)
2. 年齢構成 10代8人 20代781人 30代1168人 40代902人 50代344人 60代1人
3. 年間健診受診数及び受診率(平成18年度) 3021人 98.9%
4. 男女比 男性:女性 6.5対1
5. 健診結果(平成18年度)
異常なし909人 要指導1176人 要治療936人
要指導の疾患別割合 1位(高脂血症37%) 2位(肝機能21%)
内耐糖能異常境界域の割合 8.8% 内最も多い年代層40代 45.2%

2. 対象者

2007年度定期健康診断を受診したもののうち、年齢が40歳以上で、かつ①HbA1c5.2%以上、②空腹時血糖値100mg/dl以上、③BMI25以上の全てを満たしているものを対象とした。

○日本看護協会版「グループ支援」モデル

選定条件	2007年度定期健康診断を受診したもののうち、年齢が40歳以上で、かつ①HbA1c5.2%以上、②空腹時血糖値100mg/dl以上、③BMI25以上の全てを満たしているものを対象とした。								
呼掛け方法	社内メールにて対象者に参加の呼びかけを実施。さらに、参加の申し出がない対象者については、個別に電話にて参加の呼びかけを実施した。								
	選定対象者数（人）			申込者数（人）			参加者数（人）		
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計
対象者	42	0	42	21	0	21	19	0	19

○標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル

選定条件	2007年度定期健康診断を受診したもののうち、年齢が40歳以上で、かつ①HbA1c5.2%以上、②空腹時血糖値100mg/dl以上、③BMI25以上の全てを満たしているものを対象とした。								
呼掛け方法	社内メールにて対象者に参加の呼びかけを実施。さらに、参加の申し出がない対象者については、個別に電話にて参加の呼びかけを実施した。								
	選定対象者数（人）			申込者数（人）			参加者数（人）		
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計
対象者	15	0	15	7	0	7	7	0	7

3. 実施体制（実施者、関係協力機関）

研修・指導は、事業場の協力のもと社内会議室、健康管理室及び付帯設備を利用して行った。また研修では、1単位ごとの食材フードモデルや食事カードなど食材教育資料を活用した。人材については、事業場健康管理室に勤務する医療職を中心とし、不足するマンパワーについては、他事業場の医師や看護職による応援に加え、派遣保健師の採用及び外部の管理栄養士などの協力を得て実施した。

結果

1. 実施結果

1) 日本看護協会版「グループ支援」モデル

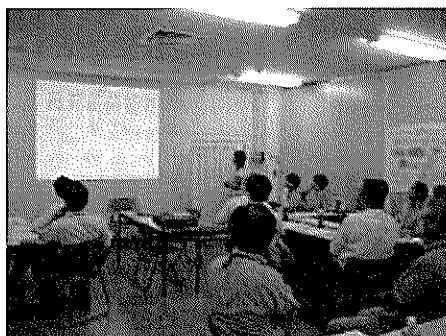
(1) 活動経過表

年月日	経過	スタッフ数(人)					参加者(人)			グループ数	所要時間分	事前お便り・案内・呼びかけ等	備考	
		保健師	看護師	栄養士	医師	その他	計	男性	女性					計
2007年8月1日	第1回スタッフミーティング	2	2		1		5			0		120		
2007年8月29日	第1回プログラム「プロセスを見る」	2	5	2	2	1	12	14	0	14	3	75		
2007年9月5日	第2回拡大スタッフミーティング	1	5		2	1	9			0		90		
2007年9月17日	第3回スタッフミーティング			2	1	1	4			0		60		
2007年10月3日	第4回スタッフミーティング	1	5	0	2	0	8			0		150		
2007年10月3日	第2回プログラム「食の実態を見る」	1	5	2	2	1	11	12	0	12	3	75		
2007年10月26日	第5回スタッフミーティング	1		2	2		5			0		90		
2007年11月7日	第6回スタッフミーティング	1	5		2		8			0		90		
2008年11月21日	第3回プログラム「食の実態を見る2」	1	5	2	2	1	11	13	0	13	2	75		
2007年12月5日	第7回拡大スタッフミーティング	1	5		2	1	9			0		120		
2008年1月16日	第4回プログラム「検査値をみる・習慣化をみる」	2	4	1	1	1	9	10	0	10	2	75		

(2) 活動のポイント

- ①実際の食材やフードモデルを用いるなど、視覚的な効果を考えた内容の研修を実施するよう心がけた。
- ②カロリーや単位という言葉は用いず、食事を○の数で分析することで、専門用語や専門知識という垣根を取り払った内容となり、そのため参加者の理解をより深めることが可能であった。
- ③毎回事前に採血検査を行い、自分の生活改善の経過を検査データという数値で確認できるプログラムであったため、参加者の理解が得られやすかった。
- ④同じ職場で、生活習慣もほぼ同様な対象者が多いため、お互いの生活習慣上の問題点が指摘できるとともに、それがそのまま自分の問題点として感じる事が可能な状況であったため、気づきを促すことが容易であった。
- ⑤毎回研修のあとは食事指導の一環としてヘルシー弁当を用意し、研修で学んだ知識を実際に活用するとともに、適正な食事量を体験してもらうことができた。
- ⑥グループトークの時間をできるだけ多く確保し、参加者同士で振り返りや気づきができるようファシリテータが調整した。
- ⑦スタッフ間の意識や情報の共有化が研修の精度を上げる鍵であり、事前のミーティングには相当な時間が必要であった。また、回数を重ねるごとに次第にスタッフのスキルも上がり、研修の流れや内容も充実していった。
- ⑧同じ職場の対象者であるため、プライバシー保護には十分に注意し配慮を行った。

(3) 活動の様子



< 事例検討 >



< 研修会終了後に質疑応答 >



< パイキング料理を用いた栄養指導 >



< 自分の生活の振り返りを発表 >

2) 標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）に準拠した「個別支援」モデル

(1) 活動経過表

初回面接で生活習慣の振り返りを行うとともに、具体的な行動目標や計画を策定した。その後メールや電話、面接指導にて定期的にフォローアップを行い、3ヵ月後に中間評価のための面接指導、6ヵ月後には最終評価のための面接指導を実施した。

年月	支援形態	対象1人に対して関わったスタッフ数(人)						実施人数(人)			支援時間 分	ポイント数	備考
		保健師	看護師	栄養士	医師	その他	計	男性	女性	計			
2007年8月	初回面接	1	1				2	7	0	7	30		
2007年9月	メール・電話・面接		1				1	7	0	7	30	40	
2007年10月	メール・電話・面接		1				1	7	0	7	5	5	
2007年11月	メール・電話・面接		1				1	7	0	7	5	5	
2007年12月	中間面接		1				1	5	0	5	30	120	
2008年1月	メール・電話・面接	1	1				2	7	0	7	5	5	
2008年2月	メール・電話・面接	1	1				2	7	0	7	5	5	
2008年2月	評価面接	1	1				2	7	0	7	30		

(2) 活動のポイント

- ①面接指導の際には、行動変容のステージがひとつでも上がるように心がけた指導を実施した。
- ②指導の内容は各対象者の状況に応じたテーラーメイドの保健指導であり、各対象者の生活習慣をもとにした指導・支援を実施した。
- ③設定した行動目標や計画が順調に達成できていない場合には、その障壁や課題を明らかにするとともに、問題解決に向けて一緒に考える、専門家の立場から支援を行うことを意識した面接を実施した。
- ④毎月1回以上定期的に連絡をとり、行動変容に向けた支援を行ったが、その方法は同じ職場内であることや業務時間内であることなどから、メール、電話、面接など各個人ごとに都合がよい方法で、都合が良い時に対応することが可能であった。
- ⑤指導者と対象者の間に良好な信頼関係が構築されていることが支援継続のための必須事項である。

2. 活動経過の振り返り

1) 日本看護協会版「グループ支援」モデル

(1) プログラム詳細

プログラム	実施したこと	スタッフの意図 (実施に際して留意したこと)	参加者の発言・反応	スタッフの気づき
事例検討会	看護職3名がそれぞれ3例程度ずつ事例を持ち寄り、その中から研修に適した3つの事例に編集し完成させた	・健康管理がうまくいった事例のみでなく、症状が増悪した事例や変化のない事例も交えた。		・同じ職場であれば、生活習慣のリズムは似てくるものの、生活の質・内容は千差万別であることがわかった。
第1回 「プロセスを見る」	オリエンテーション、事例紹介、グループトーク、ヘルシー食の試食	・参加者の多くは、正しい知識が理解できており、また自分が何をすべきかもわかっているが、しかし実際の行動変容にいたっていない。 ・事例検討を通して、行動変容に結びつけるために必要な意識づけ、動機付けを図りたい。	・自分の生活を振り返り、自分自身の問題点や課題に気づく参加者もいれば、的外れな意見を述べる方もいた。 ・目標設定が上手くたてられず、ファシリテータに具体的な目標に関する意見や助言を求める声が多く聞かれた。	・同じ会社内であるため、個人のプライバシー保護に配慮する必要があること。 ・事例紹介を行う意味をもっと明確しておくべきであった。 ・ファシリテータの役割は非常に大きく、それなりの技量、能力が必要。
第2回 「食の実態を見る」	食生活を見直すため、1日の食事の食材書き出しと評価を実施した。	・実際の自分の食事を詳細に見直すことにより、食事に対する新たな気づきがなされることを期待した内容の研修を行った。 ・各Gのファシリテータや栄養士が参加者に適宜アドバイスを加え、参加者が独断で判断することがないように注意しながら進化した。	・自分の食事内容を振り返ることができ役立つ、との意見が多く聞かれた。 ・視覚的にも内容的にも情報が新鮮であり、PPT資料が非常にわかりやすかったこともあり好評であった。	・食事指導内容については、スタッフもまだ十分に理解している、とは言えない状況であり、事前の研修が必要。 ・参加者はすべて男性であり、自分で料理をする立場にはない方がほとんどであり、ご家庭で料理をされる方に向けての資料作成が必要かもしれない。
第3回 「食の実態を見る2」	講義やグループトークを通じて食事の実態を学んだ知識を、バイキング料理を使って活用させることで、知識から行動への変化を促す。	・参加者の多くは、夕食の時間が遅い、外食が多い、アルコールを摂取する機会が多い、など典型的なビジネススマンの食生活を送っているものが多いため、実際に食事に関する行動変容を促すためには、そのあたりを考慮した研修内容を検討し、実施していく必要がある。	・バイキング料理を取り実際に食事の量、カロリーを目の当たりにできたため、食に対する意識付けが新たとなり、グループトークでも積極的な意見が多く述べられていた。	・バイキング料理の内容が研修としてはやや複雑で、○を付けるのが難しいメニューであった。
第4回 「コントロールを見る・習慣化を見る」	メタボに関する講義、血液検査結果のグラフ化、グループトークおよび修了式を行った。	・ファシリテータを含めた運営スタッフ間の連携が上手くとれるようになった。 ・修了証を参加者全員に渡すことで、今後の継続した生活習慣改善を促すきっかけとした。	・グループトークの時間を長くとったためか、充実したディスカッションが行え、参加者同士で生活習慣の振り返りを行うことができた。	・司会進行役、ファシリテータ等の力量が向上し、2つのグループを上手くコントロールしながら研修を進めることができた。

(2) プログラムの補足説明

- ①5～6名の対象者に対し、ファシリテータ、書記、栄養士がつき研修を実施。
- ②栄養指導には2回のプログラムを割り当て理解を深めるよう支援を行った。

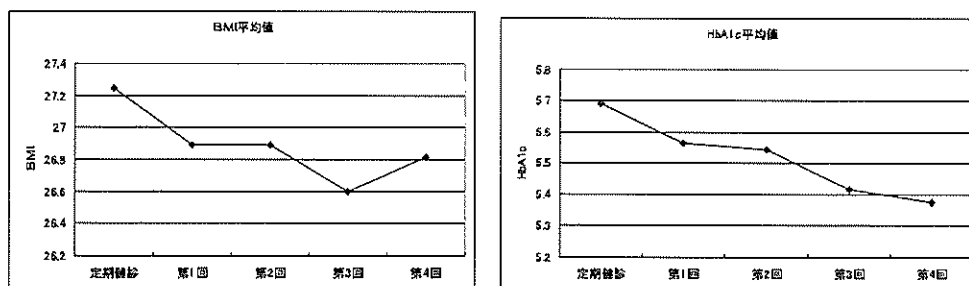
2) 標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）に準拠した「個別支援」モデル

		支援パターンA				
		支援形態	実施内容	スタッフの意図 (実施に際して留意したこと)	対象者の反応	スタッフの気づき
	初回時	面接指導	身体計測、行動目標・計画の設定	実行可能な目標や計画の策定を支援	改善意識は強く見られる対象者が多い	改善意欲が見られなかった対象者が、話をするうちに意識が高まる例が見られた
継続支援 / 6ヵ月後の評価	1回目	メール支援A	メールで行動目標の確認、実行状況の確認	設定した目標に向けて行動変容を促すための支援を実施	返事が遅いものも多く、反応は良くない	メール作成に予想以上に手間がかかる
	2回目	メール支援B	支援メールの送付	適度な刺激を加えることで対象者の健康意識維持を支援する	メールであれば空いた時間に対応できるので良い	返事がない場合に、いつ、どのように督促すべきが悩ましい
	3回目	メール支援B	支援メールの送付	適度な刺激を加えることで対象者の健康意識維持を支援する		
	4回目	中間面接指導	行動目標の確認、実施状況のチェック、身体計測	初回指導から3ヶ月が経過し、再度生活習慣改善に向けた意識付けを実施	メールよりは直接面接するほうがインパクトは強く、再度意識付けが図られた	実行期にあるものは非常にやる気がある一方、すでに意欲を失っているものもいる
	5回目	メール支援B	支援メールの送付	適度な刺激を加えることで対象者の健康意識維持を支援する		
	6回目	メール支援B	支援メールの送付	適度な刺激を加えることで対象者の健康意識維持を支援する		
	6ヵ月後	評価面接	身体計測、行動目標に基づく行動計画、行動変容の実施状況確認	目標の達成状況確認と今後の継続支援につながる面接指導の実施	継続した支援に、ありがたい、勇気付けられた、との声あり	検査値に効果が見られていない場合でも、行動変容のステージは改善している人がみられた

3. 検査値の変動

1) 日本看護協会版「グループ支援」モデル参加者

図1：検査値の変動



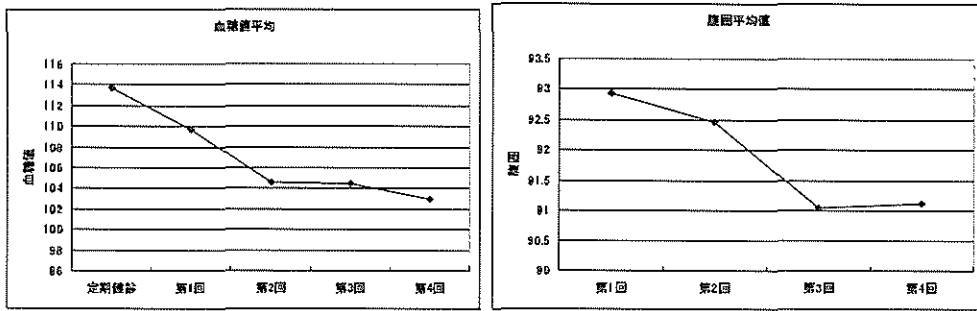
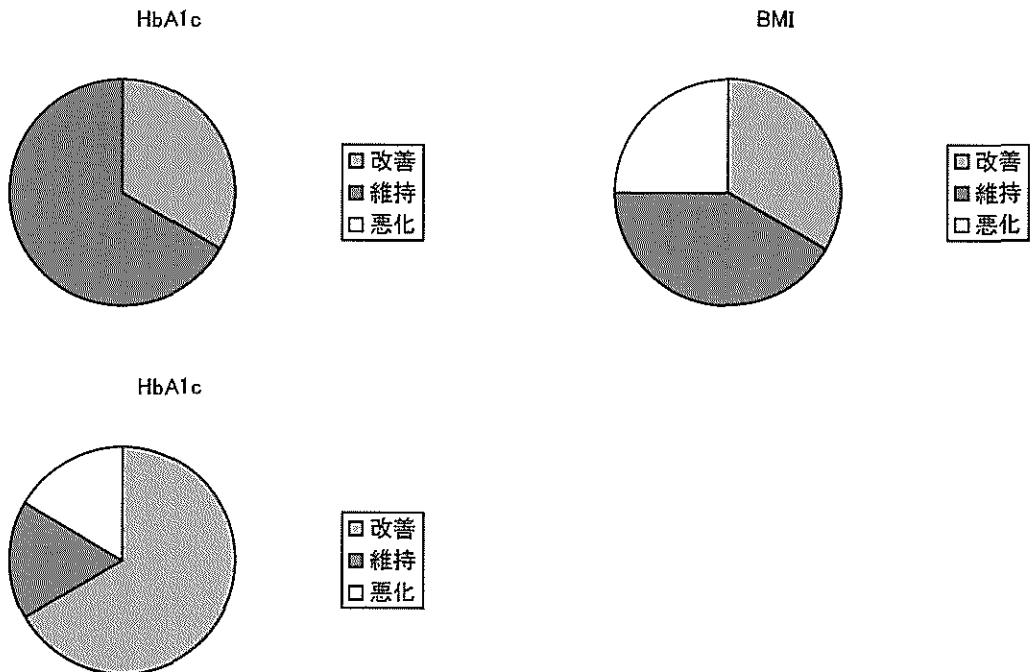


図2：検査値変動の内訳

n=12

	改善	維持	悪化
HbA1c	4	8	0
%	33.3	66.7	0.0
BMI	4	5	3
%	33.3	41.7	25.0
腹囲	8	2	2
%	66.7	16.7	16.7



ただし「改善」とは、定期健診結果（腹囲は1回目）と比較して、HbA1cは0.3以上、体重はBMIで0.5以上、腹囲は3cm以上の減少、「悪化」とは同様にHbA1cは0.3以上、体重はBMIで0.5以上、腹囲は3cm以上の増加したもの、「維持」はその中間、と定義した。

2) 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル参加者

図1：検査値の変動

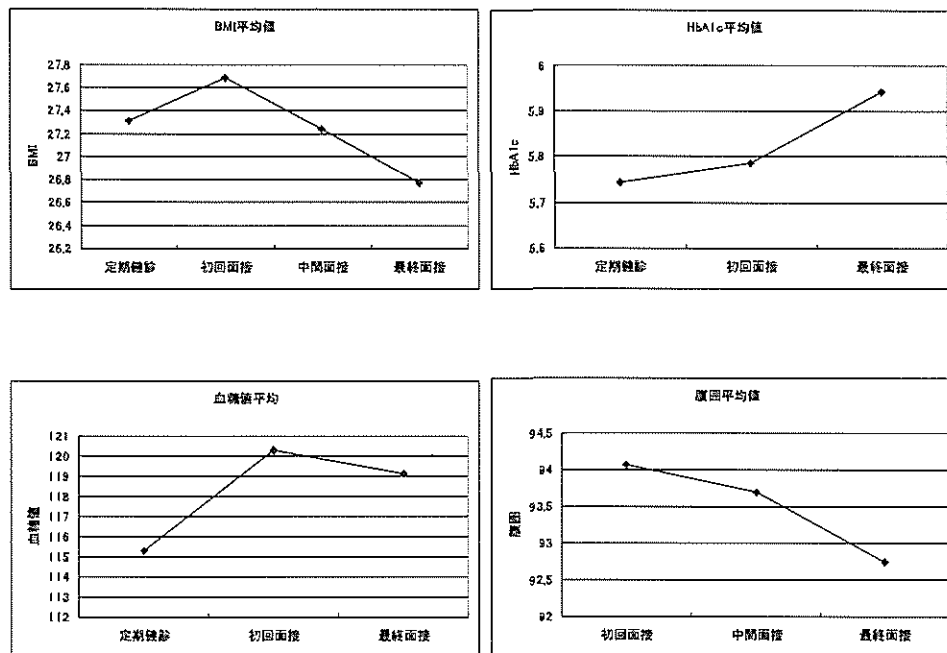
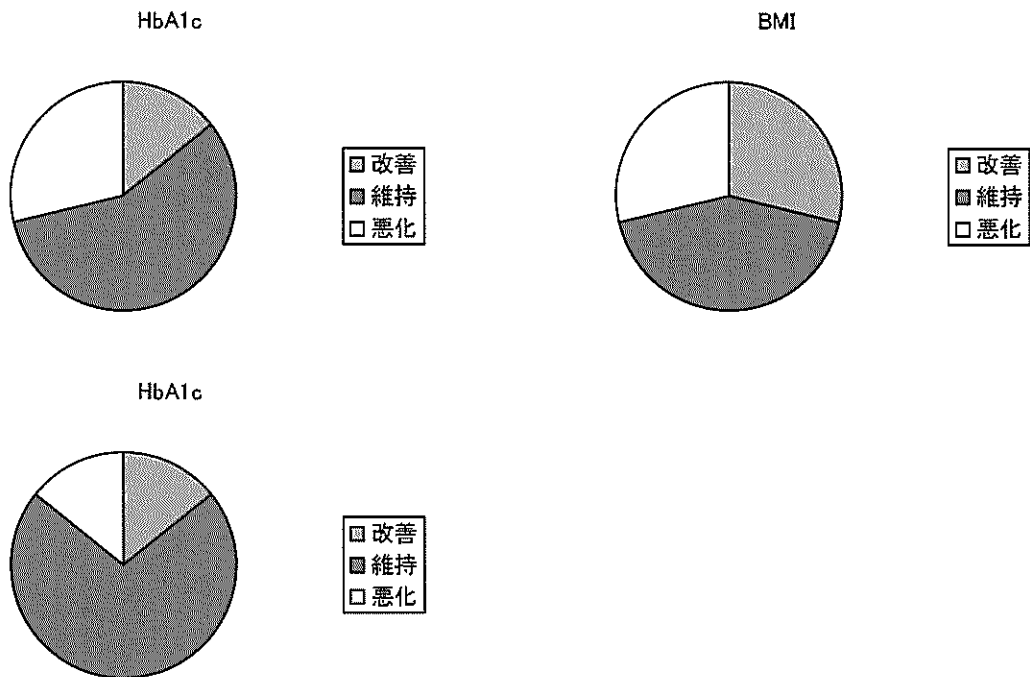


図2：検査値変動の内訳

n=7

	改善	維持	悪化
HbA1c	1	4	2
%	14.3	57.1	28.6
BMI	2	3	2
%	28.6	42.9	28.6
腹囲	1	5	1
%	14.3	71.4	14.3



なお「改善」、「維持」、「悪化」の定義は上記3-1)と同様。

4. 参加者の行動・認識の変化

1) 日本看護協会版グループ支援モデル参加者

第1回プログラムの参加者13名の行動変容ステージは、無関心期0名、関心期11名、準備期0名、実行期1名、維持期1名であったが、プログラムの回数が進むにつれて行動変容に対する意識が高まり、第4回プログラム参加者9名のうち、準備期7名、実行期2名という結果になった。今回のプログラムに参加し、食事やメタボリックシンドロームに関する知識を得て自分が置かれた健康状態を正確に認識できたことが、行動変容を進めることができた要因と考えられる。また同じ職場環境の中で生活している参加者であるため、生活習慣上の問題点がお互いに気づきやすく、また共有化できるため、生活習慣改善に向けた意識付けが容易に行えた可能性が高い。さらに第4回プログラムの最後に行った修了式の際には、準備期から実行期に向けての決意表明を行う対象者もあり、今後の継続的な生活習慣改善が期待される。

2) 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した個別支援モデル参加者

初回面接指導時の行動変容ステージは、無関心期0名、関心期2名、準備期0名、実行期2名、維持期2名であったが、3ヵ月後の中間評価面接時には準備期2名、実行期3名、最終評価面接時には準備期4名、維持期1名となり、初回関心期であったものが準備期、実行期に移行していた。個別支援では各対象者の生活状況に応じた支援を行うことができる一方で、生活の振り返りや気づきにおいて客観的に考えることが難しい側面があり、行動変容のステージは改善する傾向が見られたものの、実際に行動変容に結びつき検査データの改善までには至っていない。引き続き継続的な支援が必要と考えられる。

考 察

1. 日本看護協会版グループ支援モデル

4回の研修会を主軸とした今回のプログラムは、対象者自身の気づきへの支援と行動変容の獲得を目的とした内容構成となっており、参加者からは非常に好評であった。教育内容も最新の知識がちりばめられていると同時に、非常にわかりやすい内容となっていた。特に、図表やフードモデル、実際の食事などを用いて五感を使いながら理解を促す工夫が随所にみられ、また専門用語をできるだけ用いずに病態解説や食事指導を行うなど画期的なプログラムであった。当事業場では、参加者はすべて男性であり、自分で料理をする立場にはない方がほとんどであったが、食材の書き出しから〇付けまでひとりですることができるようになり、研修で得た知識を実際の食事に応用する力まで獲得できるようになったことは、参加者にとっても驚きであったようだ。参加者の多くは、高学歴の研究・開発者であり、数字やプレゼンなどに強い、という特徴があると同時に、理屈で説明できないものには納得しない、エビデンスに基づかない内容は信頼しない、などの理系的な思考回路を有している方も多いが、今回の研修に関しては充実感・満足感を感じているものがほとんどであった。

また実際の研修では、グループトークのファシリテータ役の難しさを痛感した。積極的に会話・議論に参加している参加者がほとんどではあったが、発言が少ない方から如何に発言を引き出すのか、あるいは自分の生活をまじめに振り返らず、的外れな意見を述べる参加者に対してはどのように意識や考え方を修正するのか、健康改善に対する目標設定が自分では上手くたてられない参加者にどうやって自分自身の目標設定を行わせるのか、など、研修を担当する保健師は単に医学知識のみでなく、傾聴やコミュニケーション能力など多岐にわたるスキルが必要であることが強く感じられた。

一方、実際に研修を実施していく中ではいくつかの課題も明らかになった。ひとつは、支援するスタッフ間の意思・情報伝達不足及びスキル不足であり、具体的には75分という限られた時間をうまく活用できない場面が見られたことや、食事指導で一部指導内容に混乱が見られたことなどである。時間を有効に活用できなかった要因には、スタッフの力量不足のほかにも時間配分やテーマ設定の不備などの問題が考えられる。また今回研修で導入した日本看護協会版の食事指導については、当社スタッフも理解するまでにそれなりの時間が必要で、まだ十分に理解している、とは言えない状況で指導を担当したことが混乱の主な原因と考えられる。指導を行うものには、参加者に自信を持って指導できるレベルまで事前にスキルアップを図っておく必要がある。今回も直前の打ち合わせを通じて、各講師やファシリテータ間で栄養に関する意見交換、レベル合わせを行ったが、各自のバックグラウンドやこれまでの経験により指導者側の指導内容（カットオフ閾値の設定、調味料などの付加的エネルギーの把握など）の差が明らかとなり、指導に混乱を来た原因となった。今後指導者への一層の研修、教育が必要と考えられた。

2つめは、プログラム途中から初めて参加する対象者に対する事前の対処が十分に検討されず、指導者がマンツーマンで対応する事態となったことである。途中からの初参加者については、別途事前にこれまでの研修会の内容等をお伝えし、他の参加者とのレベル合わせを行っておく必要があるが、その時期、方法については今後検討が必要と思われた。

同じ職場内で集合教育を実施するには、プライバシーの問題をはじめ様々な課題が存在してい

るが、今回のプログラムの中で活用できる部分については積極的に導入し、指導・教育の質を高め、より有効な保健指導を展開したいと考えている。

2. 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した個別支援モデル

厚労省が示した特定保健指導に準拠した内容で個別に指導を実施し、意識付けや動機付けはできたものの、これまでのところ期待された生活習慣改善や検査データの改善効果は認められていない。参加者の多くは、正しい知識が理解できており、こうすべきだということもわかっているが、それをどのように獲得していくか、が難しい。その行動変容を促すために、各対象者の状況やニーズに応じた指導・支援を面接、メール、電話などの手段を使って実施したが、成果を挙げることはできていない状況である。その原因としては、6ヶ月という期間が短かったことや指導内容が不十分であったことなどが考えられる。さらに、集団指導と違い、個別支援の場合、客観的に自分の生活を振り返ることや気づきが難しいこともその原因かもしれない。また指導するスタッフに対する事前教育も十分に行ったとは言いがたく、今後の課題と思われた。ニーズがないところにサービスを提供しても時間と費用、労力の無駄であり、今後参加者の意見をどのように指導に活かしていくのかを考えておく必要がある。

ま と め

職域の特徴として、参加者同士が既知であることが多く、また役職や上下関係などの立場・制約が互いに存在する場合は認められ、参加者募集やプログラムを進める上でプライバシー保護をはじめとした様々な配慮を行うことが必要となる。また、就業後の限られた時間の中で、与えられた教育プログラムを上手く消化し、参加者の行動変容を促すような効果的な教育を行うことができるような時間配分、会場設定、班分け等を行うこと必要である。特に、今回の参加者は研究・開発に従事するものが多く、数字に強く、理屈で説明できないことは納得しない傾向が強いため、できる限りあいまいな表現や指導をしないように注意しながら進行した。参加率が低かった理由としては、就業後の時間帯で実施したことに加え、血糖値やHbA1cの対象者選定基準が厳しく、健診結果では「異常なし」と判定されている対象者にとっては参加する医学的根拠が乏しく感じられたことも原因のひとつと考えられた。一般的にメタボリックシンドロームという言葉は浸透しているものの、自分自身への危機感、切迫感を感じるほどの知識、理解へは進んでいない印象も持たれた。今後特定保健指導に関するPR活動が重要である、と思われた。

参加者の中にはデータが大幅に改善し、すでに肥満・メタボを解消したものも数名みられる。改善が認められていないものも含め、今後しばらくの期間は経過をみて更に支援を継続していきたいと考えている。

15. 生活習慣病予防支援 モデル事業参加報告

－行動変容必須アイテムとして必要な「意識変革と継続」を
織り込んだ協会版グループ支援プログラムへの一考－

浜名湖電装株式会社

目的

国民医療費は、増加傾向にあり、厚生労働省は少子高齢化社会の下、国民皆保険制度を持続可能とするため、医療費の伸びの抑制を課題としている。そこで、生活習慣病による将来的医療費の増大を抑制するため、2008年度から、「特定健康診査・特定保健指導」を導入、40歳以上に特定健診を実施し、メタボリックシンドローム該当者および予備軍に特定保健指導を実施することを義務付けることとした。従来、保健指導は健康診断の付加的存在であったが、08年度からは保健指導のための健康診断と目され、保健指導による生活習慣病にウエイトを置くことになる。今回、厚労省が提唱する保健指導プログラムを日本看護協会プログラムと比較検討することで、さらに充実したプログラムを策定していくのが目的である。

厚労省プログラムと日本看護協会のプログラムの比較検討は、モデル事業として、06年度から地域で展開している。それをさらに職域に広げるため、このたび、弊社が協力参加することとなった。弊社が参加することとなった目的には以下の3点が挙げられる。

1. 定期健診において生活習慣病を中心とする検査項目が上昇しており、何らかの対策が必要であると感じている。
2. 保健指導が必要な社員に再三の呼び出しをかけても本当に指導を受けてほしい社員ほど、保健指導に訪れることが少なく、従来の保健指導に限界を感じており、より魅力的な方法を模索している段階である。
3. 弊社は2003年度からメンタルヘルス教育を業務時間内教育として実施しており、グループワークによる学習の効果、および自己への気づきの効果を従来より感じており、今回の日看協グループ支援プログラムに興味を抱いている。写真1は、メンタルヘルス教育の一環である傾聴のスキル学習の様子である。聞き手の態度が話し手に対してどんな影響を与えるかを体験によって気づく学習をおこなっている。写真2は目隠しウォーキングの様子である。ペアを組み、目隠しして歩くことで、相手のサポートの重要性に気づくことを体験する。



写真1
傾聴のスキル学習の様子



写真2
目隠しウォーキングの様子

健康管理はなによりも本人の意識改革が必須アイテムであることは感じている。ポピュレーションアプローチとして社員食堂でのヘルシーメニューの導入や広報活動、集団教育を実施しているが、この日看協プログラムが社員個人の意識改革につながっていくことを期待している。

事業概要

1. 事業者概要

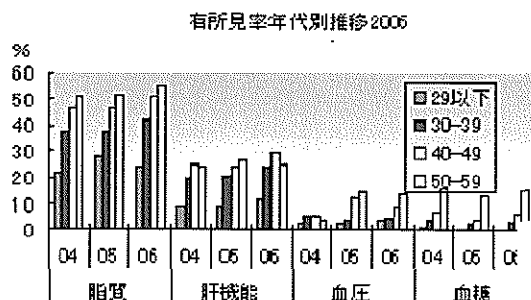
1) 事業者の特長

浜名湖電装株式会社は、静岡県西に位置する浜名湖の西岸にある。南には太平洋、東には富士山を望むことができる風光明媚な地域である。

(1) 会社概要

- ①名称：浜名湖電装株式会社 静岡県湖西市鷺津 136 番地
- ②代表者：取締役社長 西尾達彦
- ③設立年月日：1950年7月25日
- ④資本金：4億7,888万円
- ⑤拠点：本社・本社工場（静岡県湖西市鷺津 136 番地）、吉美工場（静岡県湖西市吉美一ノ宮 3297 番地7）
- ⑥グループ会社：ハマデン・ピー・エス株式会社（愛知県豊橋市）P. T. HAMADEN INDONESIA MANUFACTURING（インドネシア国ジャカルタ市）
- ⑦従業員数：男子 1,315 名 女子 292 名 計 1,607 名（2007.3 末 現在）
- ⑧主要製品：ホーン、シフトロックソレノイド、バキュームスイッチングバルブ、スタータ用マグネットスイッチ、ABS コイル、エレクトリックコンビネーションバルブ、ドアロックアクチュエータ、自動水栓、各種ソレノイド、コイル、センサ類など
- ⑨主要取引先：株式会社デンソー、トヨタ自動車株式会社、アイシン精機株式会社、アイシン・エイ・ダブリュ株式会社、津田工業株式会社、株式会社小糸製作所、ジャトコ株式会社、他（順不同）

(2) 健診状況



弊社の 06 年度の健診有所見者状況を示したグラフである。

- ・年度ごとに有所見率上昇
- ・30代から急激に有所見率が上昇
- ・加齢とともに高値安定

06年度疾患件数および医療費 (06/3-07/2)

疾病分類	件数 (初再診)	医療費
感染症及び寄生虫症	333	¥4,684,080
新生物	95	¥5,198,380
血液・造血器の疾患	38	¥287,290
内分泌・栄養及び代謝障害	407	¥5,194,140
精神障害	385	¥7,359,340
神経系の疾患	143	¥1,460,530
眼・付属器の疾患	532	¥3,356,570
耳・乳様突起の疾患	64	¥721,270
循環器系の疾患	511	¥18,939,920
呼吸系の疾患	1072	¥9,495,350
消化器系の疾患	2010	¥25,897,520
皮膚及び皮下組織の疾患	625	¥3,708,120
筋骨格系及び結合組織の疾患	423	¥9,528,600
尿路性器系の疾患	193	¥3,896,950

糖尿病 (278件 ¥3,676,090)

高血圧性疾患 (322件 ¥3,026,360)

2. 対象者

- 1) 対象者内訳：日看協プログラム参加者 31名
厚労省プログラム参加者 30名 (完全フォロー者 15名)
- 2) 選定条件：男性、40歳以上、HbA1c5.2%以上 (06年健診結果)
- 3) 呼びかけ方法：社内ノーツによる勧誘、その後直接本人と話し、了解を得たものを対象者とした。

○日本看護協会版「グループ支援」モデル

選定条件	40歳以上 HbA1c5.2%以上(06年健診結果)								
呼掛け方法	ノーツ 個人への直接対応								
	選定対象者数(人)			申込者数(人)			参加者数(人)		
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計
対象者	31	0	31	31	0	31	31	0	31

○標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル

選定条件	40歳以上 HbA1c5.2%以上(06年健診結果)								
呼掛け方法	ノーツ 個人への直接対応								
	選定対象者数(人)			申込者数(人)			参加者数(人)		
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計
対象者	30	0	30	30	0	30	30	0	30

4) 工夫した点

プライバシーの保護、時間調整の必要性、グループディスカッションが中心であること、セッションごとに採血をする点などを説明した。

<参加導入に際して、考えられる課題とその対処方法>

考えられる課題	対処
対象者選出にあたり、検査結果への不安が推測	看護師が昨年A1cが5.1であり、医療スタッフでもこの程度の数値になることを説明。 A1c5.2は糖尿病の予備軍→メタリックシンドローム予備軍レベルである。
参加の是非が問われる	来年度から保健指導が義務化されること。(コンプライアンスの観点から) 今年度から数値を下げておくことが、早めの対処につながる。(早期予防)
烙印を押されてしまうことへの懸念	NONメタボクラブという名称をつけ、クラブ会員になることが1つのステイタスのような印象を与え、社内でメジャーなイメージを持たせた。
プライバシーの配慮	参加勧誘の際、個人への直接勧誘を実施し、参加が公開されることなどに対する承諾をきちんと得た。
参加ノルマ	基幹職がほとんどで突発的な出張、会議が多く入り、予定していたより参加効率が悪かった。参加案内は1週間前、一日前にノーツで提示した。

3. 実施体制(実施者、関係協力機関)

- 1) 申請者: 浜名湖電装 看護師 鈴木志津江
- 2) 契約者: 浜名湖電装 取締役社長 西尾達彦
- 3) 協力関係機関:
 - (1) デンソー健保(保健師 畑中陽子)

弊社の健康保険組合であり、今回、厚労省個別指導プログラムの実施、記

録、医療費のデータ入手に協力いただいた。

(2) 大阪大学大学院 (荒木田美香子教授、院生大塚敏子、森田理江)

荒木田教授は私の浜松医科大学大学院時代の恩師であり、モデル事業の依頼者でもある。活動記録、質問紙、データ検索に協力いただいた。

(3) 魚国総本社 (栄養士 落合典子、深川貴代、梶井芳志江、橋本恵美子、久米かおる、山本八重)

弊社の社員食堂を委託している団体であり、バイキング計画・実施やフ

ードモデルの説明などに協力いただいた。

(4) 聖隷事業団 (看護師、検査技師)

弊社が健診をアウトソーシングしている事業団であり、血液検査の採血に協力いただいた。

III. 結果

1. 実施結果

1) 日本看護協会版「グループ支援」モデル

年月日	経過	スタッフ数(人)						参加者(人)			グループ数	所要時間分	事前お便り・案内・呼びかけ	備考
		保健師	看護師	栄養士	医師	その他	計	男性	女性	計				
07/9/7	第1回スタッフミーティング	4	1				5			0		120	メール	午前実施
07/9/7	第1回プログラム「プロセスを見る」	4	1				5	24		24	4	120	メール	午後実施
07/9/7	第1回事後スタッフミーティング	4	1				5					60	メール	
07/10/9	第2回スタッフミーティング	4	1	6			11			0		120	メール	午前実施
07/10/9	第2回プログラム「食の実態を見るⅠ」	4	1	6			11	17		17	4	120	メール	午後実施
07/10/9	第2回事後スタッフミーティング	4	1				5					60	メール	
07/12/7	第3回スタッフミーティング	5	1	6			12			0		120	メール	午前実施
07/12/7	第3回プログラム「食の実態を見るⅡ」	5	1	6			12	21		21	4	120	メール	
07/12/7	第3回事後スタッフミーティング	5	1	6			12					60	メール	
07/12/25	拡大スタッフ会議	3	1				4			0		120	メール	第3回反省第4回実施方法
08/1/25	第4回スタッフミーティング	4	1				5					120	メール	
08/1/25	第4回プログラム「コントロールを見る」	4	1				5	15		15	3	120	メール	バイキング実施
08/1/25	第4回事後スタッフミーティング	4	1				5					60	メール	

2) 標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）に準拠した個別支援モデル

年月	支援形態	対象1人に対して関わったスタッフ数(人)						実施人数(人)			支援時間 分	ポイント数	備考
		保健師	看護師	栄養士	医師	その他	計	男性	女性	計			
07年9月	初回面接	1					1	30		30	30		
07年9月	電話A	1					1	30		30	5	15	
07年9月	e-mailA	1					1	6		6		40	e-mail(手紙)の返送がない9名については、電話で状況を確認した。
07年10月	電話B	1					1	10		10	5	10	電話が繋がらなかった5名中、4名はe-mailAの際に賞賛と励ましを実施した。
07年10月	e-mailA	1					1	12		12		40	
07年11月	e-mailA	1					1	11		11		40	e-mail(手紙)の返送がない4名については、翌月電話Aを実施した。
07年12月	電話A	1					1	5		5	10	30	
07年12月	e-mailA	1					1	10		10		40	
08年2月	電話A	1					1	15		15		30	

2. 活動の振り返り

1) 日本看護協会版「グループ支援」モデル

プログラム	実施内容	スタッフの意図 (実施に際して 留意したこと)	参加者の発言・反応	スタッフの気づき
第1回 「プロセス を見る」 【目的】事 例から自分 の生活習慣 を振り返る	①3事例を通し て、生活習慣病 の怖さ、自分の 生活との比較を グループ討議す る。 ②06年健診と セッションの事前 の検査値の比 較をおこなう。 ◎身体状況だ けでなく、自分 の健康課題とし て、どのように 捉えているの か、または健康 への認識など 総合的な健康 実態に気づく。	・3事例はそれぞれ 特徴のある ケースを選出し た。 ・事例1は運動不 測により検査値 が基準値を超え たケース ・事例2は腹いっ ぱい食べてしまう ケース。 ・事例3はインス リン注射、入院体 験を通して意思 の弱さを感じてい るケース。 ・事例4は模造紙 パワーポイント、 レジュメ配布にて 提示。	・自分は事例ほど悪くないので、な ぜこの会に参加することになったの かわからない。 ・仕事の関係が生活習慣病を起こ す大きな原因のひとつであることを 実感。 ・何かしなければいけないという意 識がある ・スポーツをしているから食べてもよ いという感覚がある。仕事上不規則 な食事になりがち。 ・インシュリンはうちたくないが、どう したらいいのか方法がわからない。 ・体重増加が気になる。 ・食べたものを我慢して長生きす る意味があるのか疑問だ。 ・体質や遺伝の関係を指摘し、自分 は大丈夫という意識が強い。 ・人ごとだ。運動禁煙は無理。 ・気にましているが実行に移す危機 感が持ち合わせていない。事例を 見てもそんな人もいるのかという程 度	・事例を自分の現状に投影し、 比較している。 ・事例のようにこまなりたくない が、そのためには自分は何を したらいいのか方法を模索し ようと試みている。 ・検査結果の見方を学習 ・事例の状況は人ごとのように 感じて、特に自分の生活習慣 を振り返るまでには至らない人 もいる。 ・参加したことへの期待感 ・現在実行している健康行動に 不安はないが、さらによいもの があれば取り入れたいと思っ ている様子。 ・生活習慣が病気に結びつく という意識が薄い。病気になって 初めて気づく傾向。
第2回 「食の実態 を見る」 【目的】食 生活をつか む◎を大ま かにつかむ	①事例のデモン ストレーション から自分の1日 の油、嗜好品以 外の食事内容 を分類ごとに書 き出し、◎一個 を記入する。 ◎グループで話し 合い、仲間との 対比をおこな う。 ◎検査結果を 基準値や仲間 との比較をおこ なう。	・健康管理の専 門家でもたいした 食事をしていな いというケースを 提示した。 ・分類ごとに説明 と記入を実施し た。	・食事バランスのよい人の献立に共 感。 ・食材への関心が高く、食材を意識 して摂取している。 ・食生活は残業の多さに影響を受 けていると考えている。 ・量的および内容的なバランスの悪 さに気づく。 ・朝食をとる必要性を感じている。 ・量よりも食べる時間にポイントある ことに気づく。その際、食べ物を選 ぶ必要があるとメンバー同士が提案。 ・太る理由がどこにあるのか、自分 の弱い原因などを模索している。 ・基本エネルギー量を理解し、それ より多く摂り過ぎていることを反省。 ・カレーや味噌汁の具などの食材を 改めて意識する ・栄養を加工品に頼っている。特に 野菜ジュースなど。	・食生活の自己管理が整って いる。 ・プログラム参加がすでに健康へ の意識付けになっている。 ・検査結果は個人により温度 差がある。 ・食生活と仕事の因果関係を 指摘 ・メンバー同士の情報交換が活 発 ・自分の食生活の問題点を意 識するものの現状維持の傾向 ・食生活と仕事の因果関係を 指摘 ・食材を意識することの必要 性を感じている。 ・摂取量の多さに気づく ・メニュー内容に問題があるが 本人は変更の意識が低い。

プログラム	実施内容	スタッフの意図 (実施に際して留意したこと)	参加者の発言・反応	スタッフの気づき
<p>第3回 「食の実態を見る」 【目的】食生活をつかむ。油、嗜好品を考える。</p>	<p>①事例のデモンストレーションから自分の1日の油、嗜好品以外の食事内容を分類ごとに書き出し、○一個を記入する。 ②グループで話し合い、仲間との対比をおこなう。 ③検査結果を基準値や仲間との比較をおこなう。</p>	<p>・パイキングメニューを調理の仕方により、野菜などのボリュームが変わることを実際の生野菜、ゆで野菜を使い、てんぷらなど衣と油の分け方を提示 ・前回、記入方法への理解度がよくなったため、今回は分類ごとの記入をやめ時間削減し、その分パイキング時間を配慮した。 ・栄養士を各グループごとに配置し、質問に細かく応じられるようにした。</p>	<p>・砂糖が入っているものは乳製品ではなくお菓子になる。 ・自販機のスナック菓子がよくない。 ・毎日の食事が食べ過ぎている。 ・野菜の摂り方が少ない。 ・最初の頃は間食していたが参加して間食をやめたほうがいいのかと思った。ゼロでもないが頻度は減ったと思う。 ・アンパン〇4つに驚く。 ・油の量がこんなに見えないところに使われているとは思わなかった。 ・参加前は自分の生活に関して意識がなかったが皆が健康いろいろ気をつけていることを聞いて自分はまだなにもできていないけどこれから気をつけていかなければいけないかなと思うようになった。 ・節制をこれに参加して意識するようになった。衣を取って食べる話に対して、みんなだんだん意識してきている。 ・長年培われたものを変えていくのは困難だ。</p>	<p>・加糖ヨーグルト、果物入り野菜ジュースがすべて嗜好品に入ってしまうことに驚いた人が結構多かった。 ・食事への理解が高まっている。 ・食材を意識する人が多くなっている。 ・日ごろ何気なく食べている食材に対して○の数が多く示されることごショックを隠せない人が多いようだ。 ・今まで意識していなかった食生活の癖に気づき始めている。 ・今まで生活習慣病は意思の弱さにあると考えていたが、ちょっとした部分を変えることが生活習慣を帰ることにつながることに気づき、気負いがなくなってきたようだ。</p>
<p>第4回 「コントロールをみる」【目的】検査値の経過から生活状態を考える。</p>	<p>①HbA1cを導入した意味を知る。 ②メタボリックシンドロームの怖さを知る。 ③検査値をグラフに表示する。 ④氷山モデルから自分が近い生活習慣病項目を把握する。 ⑤検査値、氷山モデル記入をグループで話し合う。</p>	<p>・HbA1cの説明をパワーポイントで実施、アニメーションを取り入れてわかりやすく提示した。</p>	<p>このままでは氷山にすべて○が付いてしまう。検査値をグラフにしてみても行動が明らかに影響していることがわかりびっくりした。 よく噛むことが、量を減らすことにつながると思うが、気持ちはあるがなかなか習慣は治らない。 採血が面倒くさいこともあったが気づくことが多く参加してよかった。 今回は短い期間だったが、1年を通して変化を見れば季節を通して生活の何らかの変化と関係していることがわかるのかもかもしれない。 生活は何も変わっていないと思ったのに、実際グラフを書いてみたらM字になっているのに驚いた。ストレスが反映されているのかな。</p>	<p>・氷山の総に自分の検査結果を反映させることやグラフに表示させることがかなり、自分の状態を把握する結果につながっている。 生活の変化は自分では意識しなかったが、検査結果から、改めて実生活を振り返るメンバーが多かった。 体重や腹囲のほうが簡易的に計測できる分、身近な存在だと感じていたが、HbA1cがなぜ評価基準になっているのか、今回の説明で理解できた人が多かった。 今回の計測は年末年始をまさんでいるため、日常の生活とはやや異なっている部分がある。</p>

2) 標準的な健診・保険指導プログラム（確定版）に準拠した「個別支援」モデル

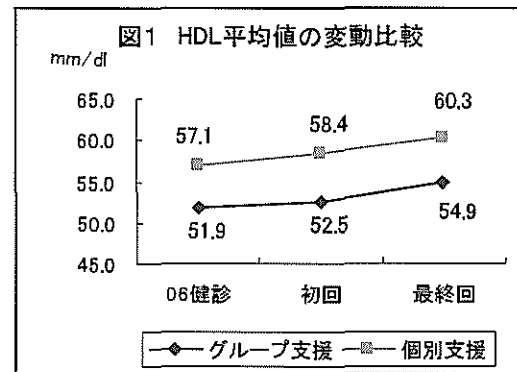
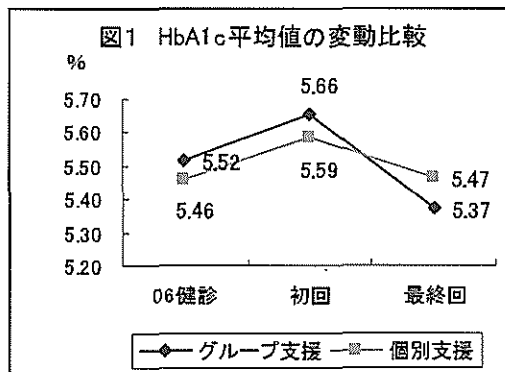
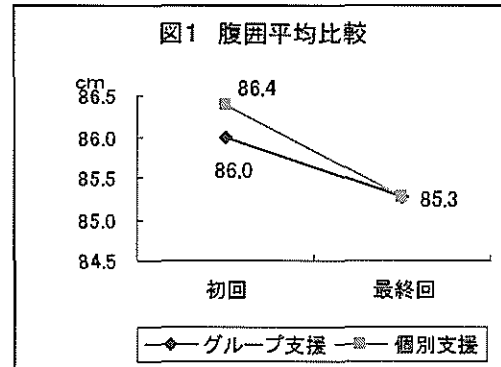
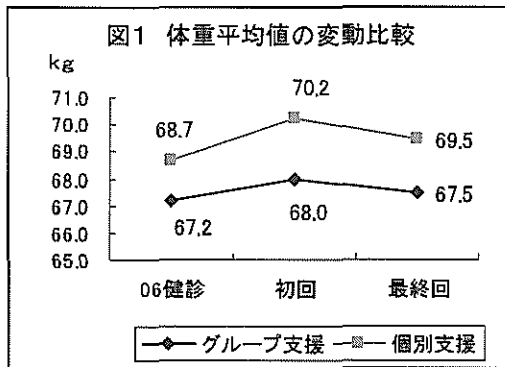
		支援パターンA				
		支援形態	実施内容	スタッフの意図 (実施に際して留意した こと)	対象者の反応	スタッフの気づき
	初回時	個別支援	生活を変えたいという気持ちを聴きだし、本人が「これならできる！」と感じる目標を設定できるように問いかける。	事前質問での「行動変容ステージ」や「保健指導の希望」、「10年後の健康状態」などを配慮した上で相手に合わせた対応をした。これからどういう自分になりたいかを聴いてから、実現可能な目標となるよう、自信度を尋ねた。	保健指導を希望しないと答えた人でも、こやかに話しをして下さった。事前に自分ができると書いておいてもらったので、スムーズに目標や自信度を記入されていた。	検査結果の説明では、表情が回いままであった。生活状況の話では、主体的に発言され表情が和んでいた。相手の気持ちを前向きにさせるため、個人に合わせた言葉が必要だと感じた。
継続支援 / 6ヵ月後の評価	1回目	電話A	行動目標の再設定を行い、目標を意識できるよう支援する。	初回面接から1週間～10日間で、目標を意識できたかどうかの確認をすることで、生活習慣を振り返ってもらいながらより良い目標を見つけられるよう支援する。	目標を意識できている方が多い。仕事が多忙のために実行できないケースも多い。	目標設定後、短期間のうちに目標再設定のために電話をすることは、意欲を継続するために有効であると感じた。
	2回目	e-mailA	初回面接での意識を継続させるとともに、より具体的で効果的でやすい目標を設定する。	目標に対する自信度と達成度から、本人にあった目標設定を目指す。	ご本人の予想よりも、実行できないことが多い様子。	目標に対する自信度と達成度を自分で考えながら記載することで、行動変容への取り組みが明確になっている。
	3回目	電話B	やる気が継続できるよう電話で賞賛し、励ます。	少しでもできたことを認め、共に喜ぶ。	なかなか出来ない、といいつつ、ある程度継続できている。	帰宅が遅いために時間の余裕がなく、心身の疲労が強いために実行しにくい方もいる。
	4回目	e-mailA	記録シートの提出を受け、手紙で生活習慣の改善に必要な情報を提供する。	気持ちを保てるよう、賞賛しつつ、継続するためのコツを示す。	記録する習慣がついてきている。	自分にあった具体的な目標を設定できている。
	5回目	e-mailA	記録シートの提出を受け、手紙で生活習慣の改善に必要な情報を提供する。	忘年会シーズンを乗り越えるためのアドバイスも含める。	反省と来月へ意欲的なコメントがある。	実行できなくても、自分がやりたいことを続けたいという気持ちがある。
	6回目	電話A	年末年始の生活改善について電話で話し合う。	行動変容が見えにくい人に対して気持ちを再確認、より実現可能な目標を決める。	年末年始の体重増加に対する対策がイメージされている。	生活の乱れを予想できているため、対処法を具体的に考えてもらいやすい。
	7回目	e-mailA	記録シートの提出を受け、手紙で生活習慣の改善に必要な情報を提供する。	年末年始を乗り越えるためのアドバイスも含める。	体重が停滞又は増加傾向であることを気にしている。	環境と生活変化について意識できている。

3. 検査値の変動

1) 健診時から最終回までの検査値（平均値）の変動（図1）

グループ統計量

平均値	グループ n=24			個別 n=21		
	平均値	SD		平均値	SD	
06体重	67.2	8.6	*2有意差 無し	68.7	10.2	*2有意差 無し
初回体重	68.0	7.9		70.2	10.1	
最終回体重	67.5	7.2		69.5	9.8	
初回腹囲	86.0	5.0	*2有意差 無し	86.4	9.4	p=0.02
最終回腹囲	85.3	5.2		85.3	8.7	
06HbA1c	5.5	0.4	*2有意差 無し	5.5	0.5	*2有意差 無し
初回HbA1c	5.7	0.3		5.6	0.6	
最終回HbA1c	5.4	0.3		5.5	0.6	
06HDL	51.9	12.9	*2有意差 無し	57.1	13.1	p=0.05
初回HDL	52.5	11.5		58.4	13.4	
最終回HDL	54.9	10.0		60.3	15.0	



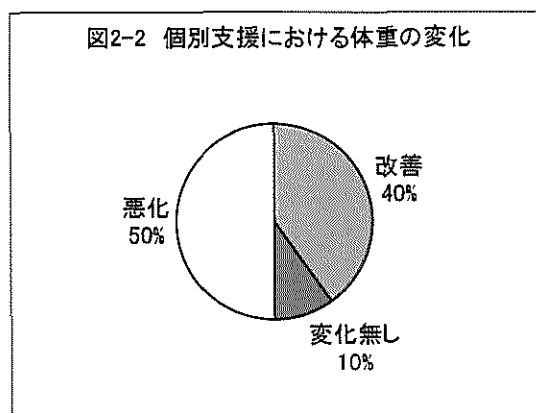
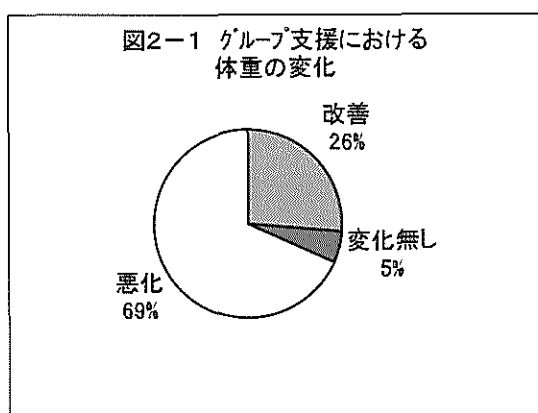
2) 検査値変動の内訳 (変動基準なし)

(1) 体重の変化状況 (図2)

クロス表

		度数 体重変化p1p4				分析対象の% 体重変化p1p4			
		改善	変化無し	悪化	合計	改善	変化無し	悪化	合計
分析	グループ	5	1	13	19	26.3	5.3	68.4	100
対象	個別	8	2	10	20	40.0	10.0	50.0	100
合計		13	3	23	39	33.3	7.7	59.0	100

* χ^2 検定(正確確立検定)で2群間に各群の割合群に変化無し

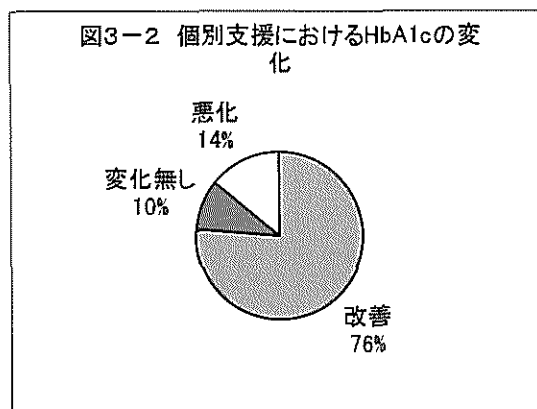
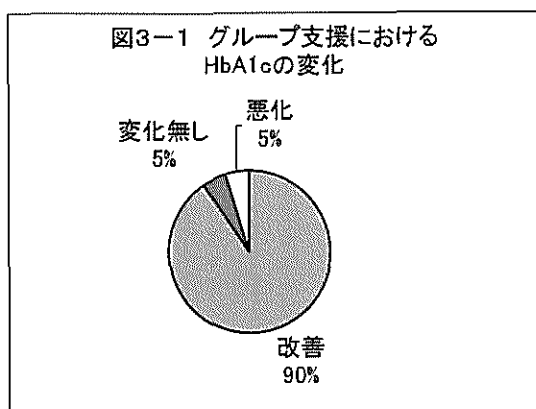


(2) HbA1c の変化状況 (図3)

クロス表

		度数 Hb変化p1p4				分析対象の% Hb変化p1p4			
		改善	変化無し	悪化	合計	改善	変化無し	悪化	合計
分析	グループ	19	1	1	21	90.5	4.8	4.8	100
対象	個別	16	2	3	21	76.2	9.5	14.3	100
合計		35	3	4	42	83.3	7.1	9.5	100

* χ^2 検定(正確確立検定)で2群間に各群の割合群に変化無し

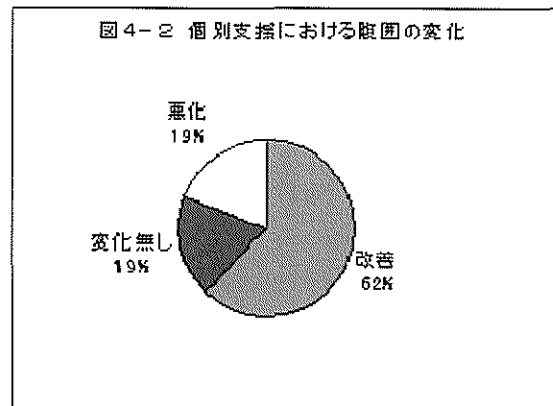
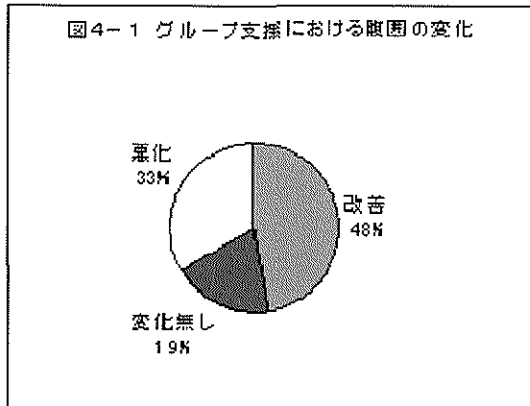


(3) 腹囲の変化状況 (図4)

加ス表

分析対象	度数 腹囲変化p1p4				分析対象の% 腹囲変化p1p4			
	改善	変化無し	悪化	合計	改善	変化無し	悪化	合計
グループ	10	4	7	21	47.6	19.0	33.3	100
個別	13	4	4	21	61.9	19.0	19.0	100
合計	23	8	11	42	54.8	19.0	26.2	100

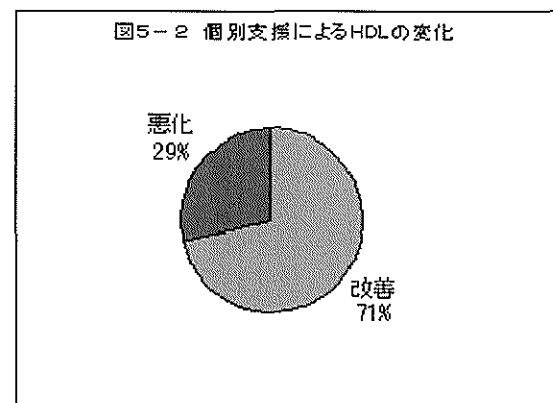
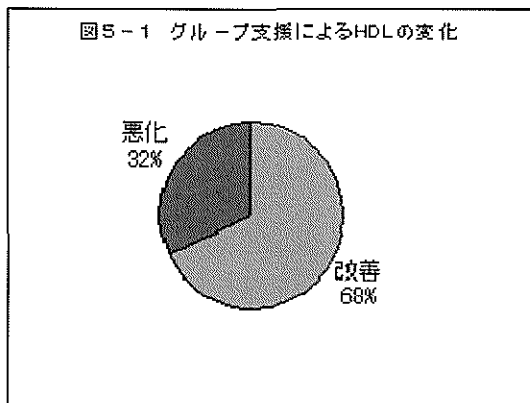
* χ^2 検定(正確確立検定)で2群間に各群の割合群に変化無し



(4) HDLの変化状況 (図5)

加ス表

分析対象	度数 HDL変化p1p4			分析対象の% HDL変化p1p4		
	改善	悪化	合計	改善	悪化	合計
グループ	15	7	22	68.2	31.8	100
個別	15	6	21	71.4	28.6	100
合計	30	13	43	69.8	30.2	100



4. 参加者の行動・認識の変化

1) グループ支援、個別支援の比較

(1) 健康意識について (heiQ) 表 1

	グループ支援						個別支援					
	度数	P1(事前)		P4(事後)		p*1	度数	P1(事前)		P4(事後)		p*1
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差			平均値	標準偏差			
健康のための行動	24	8.5	2.3	9.7	3.0	0.03	20	8.2	2.5	9.6	2.9	0.03
人生における積極的取り組み	23	12.3	2.4	13.3	2.0	0.04	20	11.9	1.9	12.3	1.8	0.28
情緒的健康	24	29.9	3.7	30.7	2.8	0.22	21	28.6	4.8	30.5	2.5	0.06
自己観察と自己洞察	24	17.6	3.8	19.2	3.1	0.03	19	17.1	2.6	18.6	2.6	0.04
前向きな態度	24	13.2	1.7	13.3	1.5	0.87	21	12.8	1.7	12.9	2.1	0.75
技術やテクニックの習得	24	13.3	3.1	14.3	2.2	0.07	21	13.0	2.0	13.4	2.0	0.27
社会参加とサポート	24	12.0	2.3	15.7	2.4	0.00	21	12.2	1.6	15.1	2.6	0.00
医療サービスへの誘導	24	10.3	2.3	11.3	2.4	0.05	21	9.5	1.9	10.9	1.9	0.01

*1 各群内の前後差の検討をおこなった。色づきの部分の有意な差が認められた。

* 8領域で、健康意識の変化を検討した。グループ支援では、6領域で、個別支援では4良識で有意に前後で上昇していた。

*グループ支援では「人生における積極的取り組み」と「技術やテクニックの習得」が上昇していた。

* 体重、HbA1c、腹囲、HDL の差と健康意識の関係 (表 2)

体重の減少は HbA1c および腹囲の減少と有意な関係性を示していた。また、健康意識の向上と体重および腹囲の減少は有意な関係性を示した。さらに「医療サービスへの誘導」つまり、医療専門職への信頼感や専門性の活用について、意識の向上と体重と HbA1c の減少に有意な関係性が見られた。

相関係数		体重p1-p4	Hbp1-p4	腹囲p1-p4	HDLp1-p4
Hbp1-p4	Pearson の相関係数	0.470	1.000	0.951	-0.345
	有意確率 (両側)	0.037		0.119	0.126
	N	20	21	21	21
腹囲p1-p4	Pearson の相関係数	0.758	0.351	1.000	-0.139
	有意確率 (両側)	0.000	0.119		0.547
	N	20	21	21	21
HDLp1-p4	Pearson の相関係数	-0.213	-0.345	-0.139	1.000
	有意確率 (両側)	0.367	0.126	0.547	
	N	20	21	21	21
差健康のための行動p1p4	Pearson の相関係数	-0.523	-0.298	-0.516	0.221
	有意確率 (両側)	0.022	0.202	0.020	0.349
	N	19	20	20	20
差人生における積極性p1p4	Pearson の相関係数	-0.201	-0.516	0.005	0.325
	有意確率 (両側)	0.410	0.020	0.984	0.162
	N	19	20	20	20
差情緒的健康p1p4	Pearson の相関係数	-0.420	-0.158	-0.243	0.059
	有意確率 (両側)	0.073	0.505	0.302	0.805
	N	19	20	20	20
差自己観察と自己洞察p1p4	Pearson の相関係数	0.103	-0.133	0.296	0.074
	有意確率 (両側)	0.684	0.587	0.218	0.763
	N	18	19	19	19
差前向きな態度p1p4	Pearson の相関係数	-0.144	-0.215	0.112	0.145
	有意確率 (両側)	0.544	0.349	0.630	0.529
	N	20	21	21	21
差技術やテクニックの獲得p1p4	Pearson の相関係数	-0.053	-0.150	0.205	0.440
	有意確率 (両側)	0.826	0.517	0.372	0.046
	N	20	21	21	21
差社会参加とサポートp1p4	Pearson の相関係数	-0.472	-0.244	-0.101	0.337
	有意確率 (両側)	0.035	0.287	0.664	0.135
	N	20	21	21	21
差医療サービスへの誘導p1p4	Pearson の相関係数	-0.632	-0.468	-0.299	0.288
	有意確率 (両側)	0.003	0.032	0.188	0.206
	N	20	21	21	21
*	相関係数は 5% 水準で有意 (両側) です。				
**	相関係数は 1% 水準で有意 (両側) です。				

(2) 保健指導プログラムの評価 (表3)

「私はこのプログラムに参加するための時間や努力は価値があったと思う」で、そう思う・かなりそう思うと回答したものが90%以上であるので、ほぼ良好な内容であったと思われるが、各項目で、決してそう思わない、思わないという評価もあるため、内容的にはかなりの改善を必要とするプログラムである。

	群	N	平均値	標準偏差	p
私はこのプログラムは、とても価値があるということをおの人に話すつもりである	グループ群	30	2.8	0.7	0.45
	個別群	28	2.6	0.6	
このプログラムは、私が達成できる適切な目標を設定するのに役立った	グループ群	30	2.9	0.6	0.85
	個別群	28	2.9	0.5	
わたしはこのプログラムで得た情報やアドバイスを信頼している	グループ群	30	3.0	0.6	0.81
	個別群	28	3.0	0.5	
リーダー(指導者)は、このコースをうまく運営していた	グループ群	30	3.2	0.5	0.02
	個別群	28	2.8	0.6	
私はこのプログラムに参加するための時間や努力は価値があったと思う	グループ群	30	3.1	0.6	0.61
	個別群	28	3.0	0.4	
難しい話題や議論もプログラムのリーダー(指導者)によってうまく対処されていた	グループ群	30	2.9	0.6	0.12
	個別群	28	2.7	0.5	
私はこのプログラムの内容は、自分の状況によく合ったものであると思った	グループ群	30	2.9	0.7	0.68
	個別群	28	3.0	0.5	
私はこのプログラムに参加した人全員が、発言したいときに発言する機会があったと思う	グループ群	30	2.9	0.6	0.00
	個別群	28	2.4	0.7	
参加者は、よく協力し合っていた	グループ群	30	3.2	0.5	0.00
	個別群	28	2.4	0.7	

その中で、下記3項目において、グループ支援・個別支援で有意差がみられた。(表4)

*リーダーはこのコースをうまく運営していた

クロス表

		群		
		グループ群	個別群	合計
リーダー(指導者)は、このコースをうまく運営していた	決してそう思わない	度数 0	1	1
		群の % 0	3.6	1.7
*2群間で差がある。かなりそう思うがグループで高い	そう思わない	度数 1	2	3
		群の % 3.3	7.1	5.2
	そう思う	度数 23	25	48
		群の % 76.7	89.3	82.8
	かなりそう思う	度数 6	0	6
		群の % 20	0	10.3
合計		度数 30	28	58
		群の % 100	100	100

*私はこのプログラムに参加した人全員が発言したいときに発言する機会があったと思う

加ス表

		群		
		グループ	個別群	合計
た人全員が、発言したいときに発言する機会があったと思う	決してそう思わない	度数 0	1	1
		群の % 0	3.6	1.7
	決してそう思わない	度数 1	0	1
		群の % 3.3	0	1.7
*グループのほうでかなり思うという群が多い	そう思わない	度数 3	15	18
		群の % 10	53.6	31.0
	そう思う	度数 23	12	35
		群の % 76.7	42.9	60.3
	かなりそう思う	度数 3	0	3
		群の % 10	0	5.17241
合計		度数 30	28	58
		群の % 100	100	100

*参加者はよく協力し合っていた

加ス表

		群		
		グループ	個別群	合計
参加者は、よく協力し合っていた	0	度数 0	1	1
		群の % 0	3.6	1.7
	そう思わない	度数 2	14	16
		群の % 6.7	50	27.6
*グループのほうでかなり思うという群が多い	そう思う	度数 21	13	34
		群の % 70	46.4	58.6
	かなりそう思う	度数 7	0	7
		群の % 23.3	0	12.1
合計		度数 30	28	58
		群の % 100	100	100

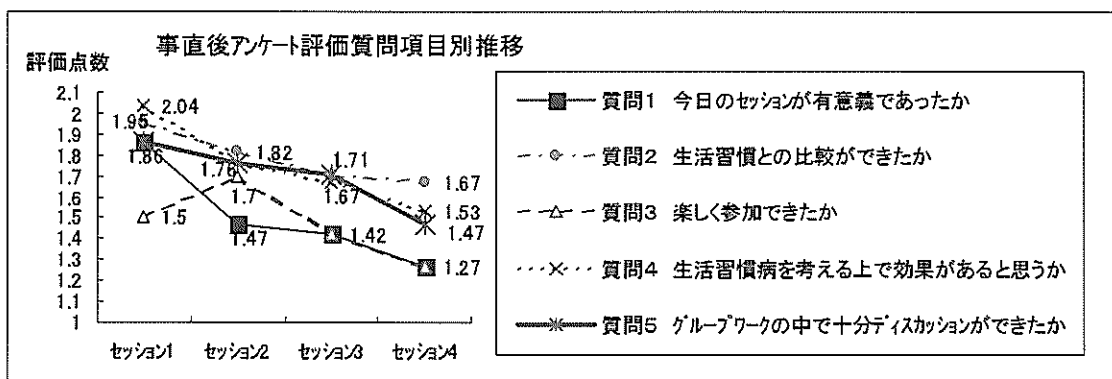
2) グループ支援プログラムの分析評価

(1) セッション事後アンケートの変動 (図6)

4回のセッション終了食後に実施した。

評価点を4段階で評価(1-4) 評価点数が少ないほど評価が高いとした。

1. 有意義だった 2. まあ有意義だった 3. あまり有意義ではなかった 4. まったく有意義ではなかった



- ・セッションを重ねるごとにすべての項目において評価が高まっている。
- ・有意義であった、楽しかったの評価が高い。

(2) 活動記録からみた行動ステージ別認識の事例変化 (表 4)

看護協会のプログラム開始当初のステージ

		度数	パーセント
有効	無関心	9	29.0
	関心期	11	35.5
	準備期	7	22.6
	実行期	3	9.7
	維持期	1	3.2
	合計	31	100
合計		61	

プログラム開始時、行動ステージにわけ、その後の活動記録をステージごとに分析した。下記にそれぞれのステージに代表される事例を選出し、紹介する。

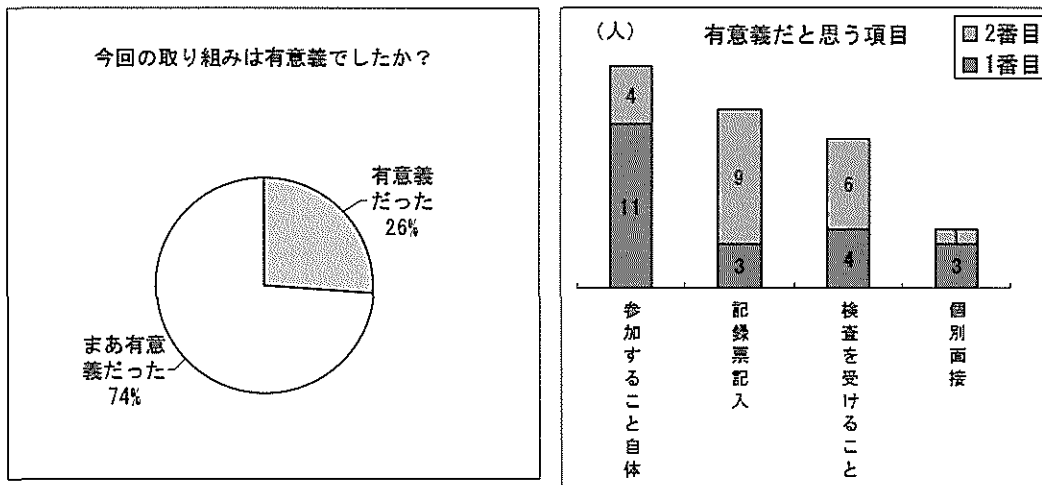
	セッション1	セッション2	セッション3	セッション4	スタッフの気づき
無関心期	自分がなぜここに呼ばれたのかわからない。	音段中に何が入っているのかなんて考えて食べていない。	〇の数ひとつやふたつでどれだけ影響するの。アンパン〇4つに驚く	なぜここに呼ばれたのかわからなかったが、データを取るために体重・腹围が上昇していることに気づいた。1日1万歩。加糖缶コーヒーは少し控えるようになった。	当初、参加に疑問を感じていたが、自分の問題点に気づき改善の方向性を口にするようになった。
関心期	体重が増えた。毎日自販機でスナック菓子を食べる習慣が付いてしまっている。	少なくしたいが夜まで腹が減っているのだから食べてしまう。コーヒーはブラックにしている。運動量が少ない。	着実に太っている。ナント力せねばいけない。	氷山のチェックがグループの中で一番悪かった。ショックだ。〇1つの学習がよかった。油物、ご飯類のカロリーが高いことがわかった。運動は楽しめるものから始める。	改善への関心度が高1が、今ひとつ問題が定まらず、気持的に揺らいでいる。長期的な視野に立ち、サポートする必要があるケースと考える。
準備期	寒天ダイエットをやったが空腹感で挫折した。体重を減らす必要がある。	全体分量が多いことがわかった。食後にお菓子を食べる。パンを半分にしよう。	ナッツの〇の数を聞き、もう食べられないなど感じた。毎日食べていた。	3回目に検査値が自分だけ下がっていなかったことがショックで、1日1万歩、カロリーを控えた。自分ひとりだと気にしないがみんなとの比較がよかった。	原料の必要性を最初から感じている。グループワークがひとつのきっかけになりモチベーションを高めている。
実行期	家では野菜中心の食事。メタボは心の病気。自分の嗜好をコントロールすることが問題。意志が弱い。	家では、妻がカロリーコントロールをしている。物足りない。職場ではスナック菓子を食べてしまう。	ピーナッツがいけないことがわかった。結局チョットした気遣いでいいのか。	自分が軽く考えていた身近な食べ物のカロリーが意外に多いことがわかった。冰山チェックでかなりの危機感を覚えた。	「メタボは心の病気」と大きな問題として捉えている感があったが、意外にも身近な所に改善の要素があると気づく。
維持期		野菜を食べるよう意識している。今の食事で悪いとは思わない。完璧。運動をして目標体重を考えている。参加して運動量が増えた。	この時期は運動もせず仕事のストレスもあり、検査値が上がった。ショックだ。	リバウンド体験した。仕事に忙しいと運動ができず、ストレスがたまる。そのため過食になってしまった。〇ひとつの目安の学習がよかった。無意識に食べていた物のカロリーが意外に高いことがわかった。	運動を定期的実施して自分の方法に自信を持っていたが、その方法がもうもろもろ崩れた。リバウンドした経験から、無意識におこなっていたことに問題があったと気づく。

3) 個別支援プログラムの評価

(1) 参加者の感想 (4ヵ月後アンケート回答 23名より)

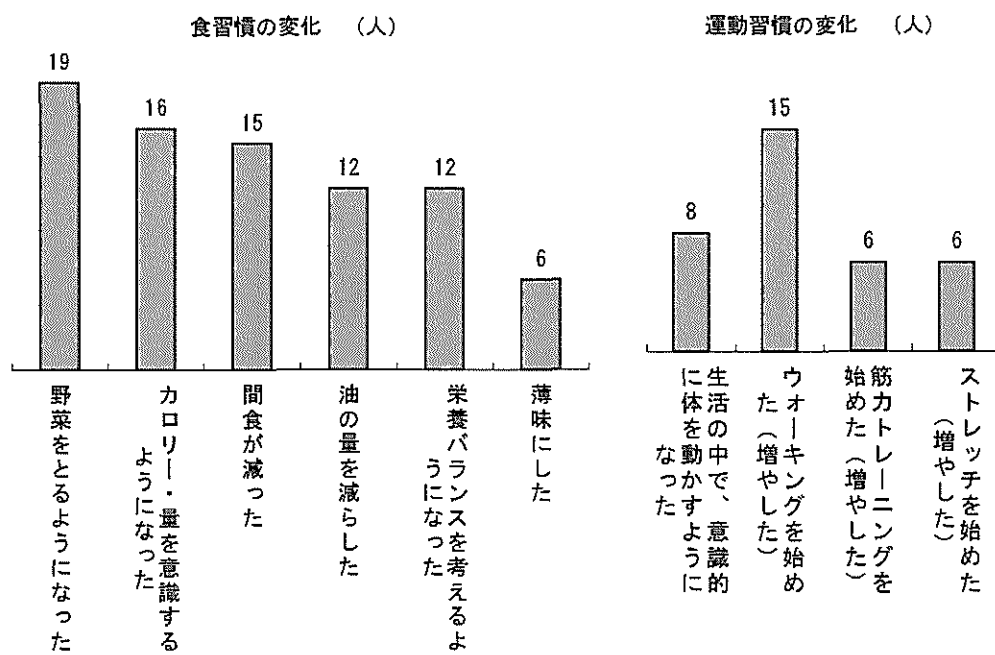
アンケートに返答した23名全員(厚労省版)が、「有意義だった」(6名)、または「まあ有意義だった」(17名)と回答していた。どの項目が有意義であったか、1番目および2番目に有意義だと思う項目を記入するという問いに対しては、1番目に「参加すること自体」をあげた者が11名(48%)と最も多かった。2番目にあげた者を合わせると15名であり、次に「記録票の記入(体重測定、目標の達成度など)」12名、「検査を受けること」10名、個別面接4名という結果であった。その他、看護職からの電話をあげる者もみられた。

また、「楽しく参加できたか?」という問いに対して、「楽しかった」2名、「まあ楽しかった」16名、合わせて18名(78%)の方が、楽しく参加できたと回答していた。



(2) 生活習慣の変化 (4ヵ月後アンケート回答23名より)

食習慣または運動習慣に変化があったと回答したのは18名(78%)であった。具体的項目はグラフ参照(複数回答可)



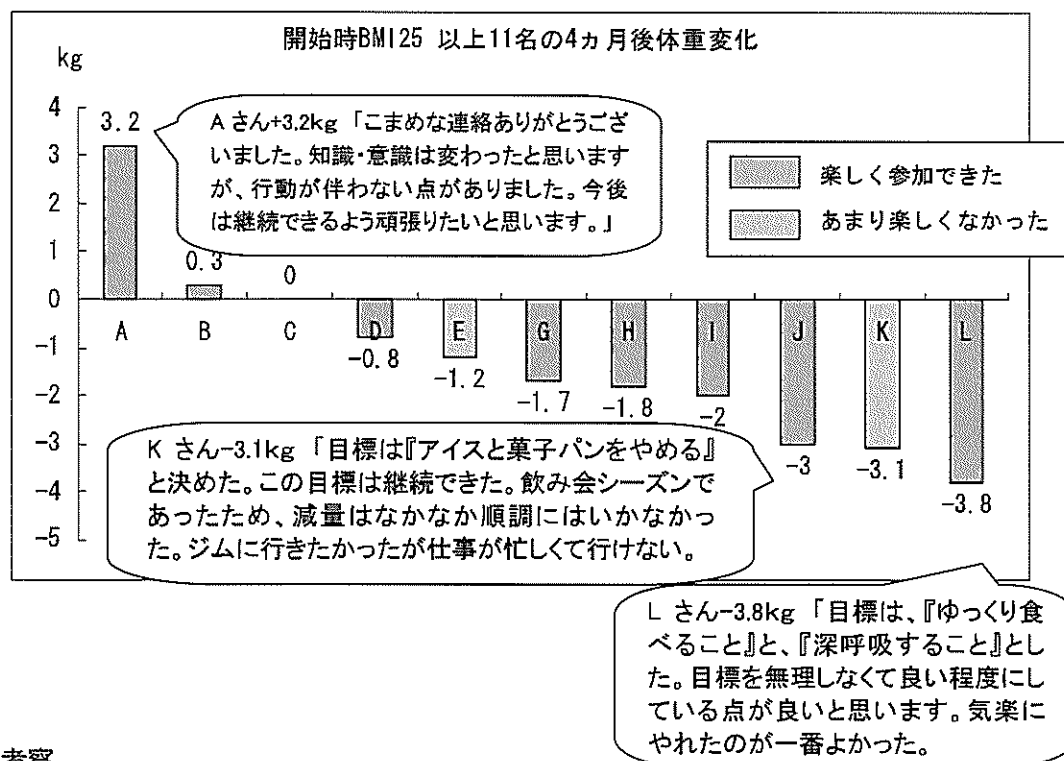
(3) 行動変容ステージの変化（個別支援実施 30 名より）

実施前：無関心期：3 名、関心期：22 名、準備期：1 名、実行期：3 名、維持期 1 名

終了後：準備期：2 名、実行期：14 名（9 名増）、維持期：3 名（2 名増）、不明 11 名

(4) 体重の変化と参加した感想・・・ 個別支援開始時 BMI25 以上であった 11 名中

11 名の平均体重 81.4→4 ヶ月後 80.2kg（-1.2kg） 1kg 以上体重が減った者 7 名（64%）



IV. 考察

1. グループ支援、個別支援の比較

1) 検査値

検査値変動において、グループ支援モデル、個人支援モデルの検査値の比較は、図 1 から体重、腹囲、HbA1c では、有意差は認められない。ただ、個別支援においては腹囲で事後に優位に減少し、HDL でほぼ有意に上昇が見られた。検査値変動の内訳では、腹囲、HbA1c において、どちらのプログラムも改善が認められた。ただ、体重、腹囲、HbA1c、HDL においてそれぞれのプログラムの間に有意差はみられなかった。総体的に個人支援プログラムのほうが、改善度が高いことが示されている。

2) 健康調査票

heiQ では、事前事後において、グループ支援群と個別支援群で、各領域の差はない。事前事後で比較すると両群とも終了時点で、得点が上昇しており、プログラムの効果があったことが認められる。8 領域中の健康意識の変化をみると、グループ支援では、6 領域においてプログラム終了後は有意に上昇しており、そのうち、「人生における積極的取り組み」と「技術やテクニックの

習得」が上昇していた。これは、グループセッションの中で、同じ境遇にある人たちとの会話を通して、他人と自分の検査結果を比較したり、情報交換など集団力動の中での相乗効果を生み出していたからではないかと思う。

また、保健指導プログラムの評価では、グループ支援群において、「リーダーはこのコースをうまく運営していた」「このプログラムの内容に参加した人全員が発言したいときに発言する機会があったと思う」「参加者よく協力し合っていた」の項目が有意な差がみられ、これはグループ支援の効果を示唆するものである。

3) 事直後アンケート（グループ支援のみ実施）

図6に示すとおり、セッションを重ねるごとに評価が上昇しており、有意義であった、楽しかったの評価が高い。これは、体験型のアプローチを実施するうえで、エンパワーメントとしての効果が期待できることを示している。

以上の検査、およびアンケートから、短期間（07/9-08/1）のプログラムでは、プログラムに参加したということがすでに、意識改革のきっかけになっているのではないかと考える。重要なのはこのあとのくらい、モチベーションを保ち継続できていくかが問題になるであろうということである。特に今回、両者のプログラムは意識改革、つまり自己への気づきを要求される面が多々あり、個人の普段の生活がいかに生活習慣病への影響を及ぼしているかを自らが気づくことにある。heiQを通してグループセッションの効果があつたことは上記で記したが、これをさらに活動記録の中で、参加者の言葉の変化から、認識の変容の様子をみたい。

2. グループ支援プログラム

1) 活動記録

活動記録からみた行動ステージ別認識の事例変化は表4に示した。これをみると参加時点において、すでにステージごとに問題の意識レベルに温度差が見られることがわかる。行動ステージはプログラム直前に厚労省の提示する標準的質問表から区分けをした。

無関心期にある参加者は当初、自分の問題点に気づいておらず、それどころか参加に疑問を感じていた。しかし、セッションを重ね、最終回では、自分の検査結果の上昇に気づき、運動や砂糖入りのコーヒーを制限するようになったと話している。関心期にある参加者は問題意識は抱いているものの、終始自分の生活行動がつかめず、今後の対策も絞りきれないまま、セッションを終えた。今回参加した対象者の中には、決して今の自分の生活習慣に満足してはいないし、この参加を機会に何かを学びたいという気持ちを持っているという人が何人かみられたが、このような人たちは、自分の状態に疑問をもちながらも今ひとつ自分にあつた方法が見つからないでいる傾向が高い。関心が高いことは記録から明記されているため、長期的な視野に立ちサポートしていく必要があると考える。準備期にいた者は、普段の生活行動パターンの中から、ナッツが悪かったと自分自身の問題点に気づくことができた。準備期にある人たちは、今までにいくつかの方法を試してはいるものの、いわゆる健康によいものというスタンスからスタンダードな方法を用いているため、その方法がよいとはわかってはいても、今ひとつ自分の生活習慣に取り入れることができず、途中で失敗したり、あきらめたりするケースが多かった傾向がある。今までいろいろ

るな方法を試しているため自分にあったものが見つければ、それに邁進するだけのモチベーションはあると考える。実行期にあるものは、生活習慣病は心の病気として、かなり大きなひとくくりとして捕らえている感が否めなかった。しかし、後半になり、〇1つを考えていくセッションの中で、具体的でなにげない気遣いで予防することができるというきっかけを見出している。生活習慣病というものは自分の生活習慣のちょっとした癖のような部分が大きく影響するため、なかなか気づかないでいることが多い。うまくいかないことを自分の心の弱さと捉えがちになるのも無理はないが、抽象的で大きな問題と捉えてしまうと、気負いが重なり、それがまたメンタル的な問題を発生させてしまいかねない。生活習慣は常に自分の身近に存在するものなのだという観点に立ち戻り具体化することが必要だ。日ごろの癖に気づき、その部分を変えるだけで意外に方向転換できるものであるのかもしれないということに気づくことは大きな意識変容であり、ひとつの成長とみなすことができる。継続期にあるものは、当初から自分の生活行動に自信を持ち、とにかく運動することがコントロールにつながると考えていた。しかし、ある時期、生活パターンが崩れたことをきっかけにリバウンドを体験し、自分にとっての根本的な生活行動に気づくことができた。この参加者は継続期にあるものが、現実実施しているパターンがすべてではないことを学習したと思われる。

3. 個別支援プログラム

個別支援プログラムでは、約7割の方が生活習慣に良い変化があったと感じられており、ほぼ全員がこのプログラムが有意義だと考えていた。有意義だと思う項目について、「参加すること自体」と回答する人が最も多かった。参加にあたり、オリエンテーションなどでNonメタボ倶楽部の名称とその意義を理解が得られるよう説明している。また、初回面接までの間に、食べた食事の内容を1～2日間書き出してもらったり、歩数計を配付して1日の歩数をチェックしてもらったりしたほか、事前の質問表では10年後の健康状態ややりたい自分、どうしたら解決していけるかを自ら考えて頂くように準備した。このような事前準備によって、初回面接時には、すでに自分の生活にあった行動目標を考えている方が多く、行動変容のステージは、準備期以上になっていた方が多かったと考えられる。参加者同士で、歩数を確認しあう様子も聞かれており、会社全体でメタボリック対策に取り組むという環境を作ったことの影響が大きいと考えられる。

生活習慣の変化については、78%の方が良い変化があったと回答している。参加者の主観として、食習慣や運動習慣について具体的に行動変容が意識されたと思われる。また、自分が決めた行動目標ではない生活習慣においても、変化があったと回答している方が多かった。有意義だと思う項目では、「記録票の記入」と答えた者が半数以上みられたが、多くの参加者が体重測定や歩数チェック、食事内容など記入し、提出できていた。記録票を記入することでも、生活全体を見直し、変化させる効果が大きかったと考えられる。

BMI25以上である参加者の体重をみると、4ヶ月間で平均-1.2kgの減量であり、-3kgの減量が達成できた参加者は3名のみであった。メタボリックシンドロームの予防という観点で体重の4%(-3kg程度)を目標とするならば、不十分である。しかし、実施時期は年末年始をはさみ、季節的にも体重が増えやすい時期であるため、現状維持できたことも評価できる。全体に「楽しく参

加できた」と回答した方が多く、ある程度の満足感は得られているため、今後も継続してフォローしていくことにより、生活習慣を改善して結果を出せる可能性があると考えられる。一方、体重が減っても「あまり楽しくなかった」と感じている者もいるため、参加者の気持ちに配慮し、ストレスを掛け過ぎない支援方法と、主体的で前向きな取り組みとなるよう、プログラム全体を見直して行きたいと思う。

個別支援では一人当たり保健指導者が携わる時間が長く、大勢の対象者に実施するためには多大な労力、時間、コストを要する。また、参加者の特性や性格、要望や生活状況などに合わせて、主体性を大切に支援することが大切であると感じた。ポイントを意識すぎて、一律に手厚いフォローをすれば、会社に強制されているという感覚を与えてしまう可能性もある。一人一人に時間をかけるだけでなく、参加者同士で情報を共有化し、各職場で取り組みについて話しあえる雰囲気をつくる必要がある。また、行動目標を継続しやすくするための環境整備も重要であると思う。今回の取り組みを生かし、より効果的で効率的な方法を、各事業所や職場に合わせて検討していきたい。

V. まとめ

1. グループ支援の有効性

今回、モデル事業に参加したきっかけは、日看協プログラムが保健指導の基本をグループ支援においていたことである。従来のスタンダードな講義的指導ではなく、同じ境遇をもつ仲間が集まり、個人がお互いにピアサポートをする形で学習することにある。これは、弊社が実施しているメンタルヘルス教育の理念と共通する部分が多い。体験的グループ学習を通して、集団力動から発生する自己への気づきをいかに引き出していくか、その点で、グループ支援の有効性は高いと思う。

2. スタッフの意思疎通と力量

セッション4回のうち、2, 3回は「食の実際をみる」というテーマで、食生活を○でつかむものであり、2回目と3回目の違いは、3回目に嗜好品、油の分類が新たに加わる部分だけであった。すでに○1個の学習は終り、展開方法も同じような形式でおこなわれていくはずであった。しかし、実際、セッションを終えてみて、スタッフ一同が事後のカンファレンスで発した感想は決して満足のいくものではなかった。本来なら参加者に考えさせ、気づかせていくところをスタッフが答えを出してしまったり、専門的な知識を教えてしまったりと、普段の保健指導をおこなっていたところに失敗の要素があった。参加の導入に際してはプライバシーの点からもかなり綿密に工夫した点が多かったと思うが、導入は参加者だけではなく、スタッフにも重要な部分であったと思われる。スタッフの意思の疎通がセッションに及ぼす影響は大変大きいと考える。

もう1つはスタッフの力量である。2回目の事後スタッフカンファレンスで、「今までは教える側にいたのが、参加者が気づくまで専門職が黙っていなければならないところにジレンマを感じた」という発言に端を発する。参加者がいかに自分の食生活の問題に気づくか、これに気づくためのサポートをすることが、スタッフの力量が問われる部分でもある。専門職が、教えてあげら

れないジレンマを感じているということは、つまり参加者が自ら気づくためのサポートをきちんとしている証明でもあるのだ。3回目の失敗は、参加者が気づく前に、その答えを教えていたことにある。その点で、このプログラムの効果をより引き出すためにはスタッフ側の力量もかなり関与してくることを忘れてはならない。

3. 今後の課題と活動（表5）

	支援形態	長所	短所
日看協プログラム	グループ支援	<ul style="list-style-type: none"> ・他人の話が聞けて比較が可能 ・仲間意識の芽生え ・モチベーションが高まる 	<ul style="list-style-type: none"> ・プライバシーの問題 ・スタッフの確保(栄養士、記録)
厚労省プログラム	個人支援	<ul style="list-style-type: none"> ・健診結果検索用ソフト導入で、指導の記録が個人ごとに管理できる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・一人に割く時間が増える(60分/1人当たり)

08年度からの保健指導に向けて、どの方法をつかっていくのか、早急にシステムを確立する必要に迫られているのが現状だ。表5に示すように、それぞれ一長一短があるが、弊社においては下記の要素を踏まえて実施していこうと考えている。

- ・基準値を改変し、対象者を絞ってスタートすることで、不慣れな状況への混乱をさける。
- ・プログラムをどちらかに絞るのではなく、個人、グループ支援のよさをとりいれ、弊社のオリジナルを検討する。
- ・アウトソーシングしている聖隷事業団と検索ソフト導入も含め、動向を踏まえた上で、検討する。
- ・有所見者の多い30代へのアプローチを考慮する。
- ・環境面において、散歩コース、自販機を考慮する。

4. 最後に

私はメンタルヘルス教育やカウンセリングを通していつも、問題の「答え」は常に本人が持っており、こちらはそれに気づかせるサポートをすること、気づかせるための道案内をすることにあるということを感じている。実際、今回のグループ支援モデルを実施して、集団的体験的グループ学習がエンパワメントを考える上で重要な要素を持っていることを感じた。そしてさらに皆が同じ境遇にあり、仲間であるということである。同じ仲間として情報交換しあい、また同じ仲間だからこそ分かち合える部分も多く存在している。お互いを比較しながら、モチベーションを持続できていくのではないかと思う。参加者が話した「一人だったらここまでできなかった」という言葉が印象的であった。また、医療費の削減は今後の目標でもあり、社会を考える上で重要なことであるが、なによりもこのプログラムが参加者にとって、生活習慣病の恐ろしさや予防の必要性を自ら把握し、健康意識の向上に役立ったことを一番に報告したい。

16. 職域で展開する 有効な保健指導プログラムの 検討

四日市看護医療大学 富士電機リテイルシステムズ(株)三重工場

目的

平成 20 年度から実施される特定健診・保健指導事業において保健指導は、疾病が発生する前に、個々人の行動変容を図ることに主眼をおいた重要な事業である。

個々人が自らの生活を振り返り、生活習慣を改めることが可能で、また実施者にとっても業務量や費用等含め実行可能性が高い保健指導のあり方を検討することは、保健事業の転換期である現在、非常に興味深い。また、来年度から運用される特定健診・保健指導事業に先立ち、この点を解明することは、喫緊の課題である。

現在、職域では健康診断後の保健指導は努力義務として行なわれているが、その方法論や評価方法は科学的に示されていない。現場では、保健指導の手法や評価方法を含めて、その活動内容にばらつきがある。

そこで、日本看護協会版「グループ支援」モデルと標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル、及び、従来多くの事業場で一般的に行われてきた保健指導方法の三つを職域において比較検討し、有効な保健指導プログラムを見出すことが本研究の目的である。

はじめに

1. 地域・事業場概要

四日市市は三重県の北部に位置し、西は鈴鹿山系、東は伊勢湾に面した温暖な地域である。三重北勢の行政・商業の中心地であり、昭和 30 年代以降には、大気汚染等の公害をもたらしたが、今では環境浄化に努力し、自然との調和を目指したまちづくりをめざしている。

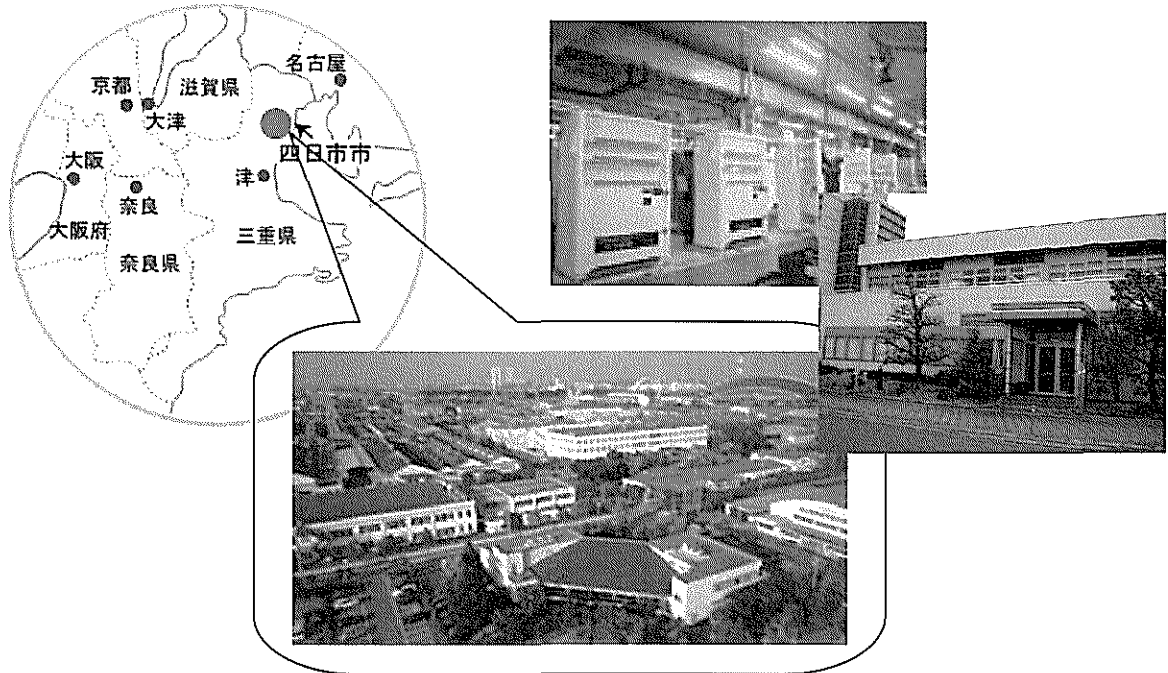
その四日市市の北東に位置する富士電機リテイルシステムズ(株)三重工場は、飲料・食品の流通分野を中心として、自動販売機などの自動化機器・システムや、スーパーマーケット、コンビニエンスストア、料理飲食店用の設備・器材を広く提供するメーカーである。平成 19 年度の従業員数は、1,240 名で、年齢構成

表 1 年齢構成

	人数	割合
～19 才	1	0.1
20～29 歳	93	7.5
30～39 歳	396	31.9
40～49 歳	278	22.4
50～59 歳	438	35.3
60 歳～	34	2.7
合計	1,240	100.0

は40歳以上が6割を占める(表1)。

男性1,116名、女性124名で、男女比は9:1である。



富士電機リテイルシステムズ(株) 三重工場および健康管理センター

2. 対象者

対象者は、平成19年度一般健康診断(5月～7月に実施)を受診した40歳以上の男性で、特定保健指導(確定版)の保健指導対象者の条件に準拠した173名。

—条件—

STEP1 ①腹囲が85cm以上あるいは②腹囲が85cm未満でもBMIが25以上の者

STEP2 ①血糖100mg/dl又は、HbA1cが5.2%以上

②中性脂肪150mg/dl以上又は、HDLコレステロール40mg/dl以下

③血圧SBP130mmHg以上又は、DBP85mmHg以上

④喫煙歴あり

STEP3 STEP1で①の場合、STEP2の項目が2つ以上、またはSTEP2で②の場合、STEP2の項目が3つ以上の者

対象者を、年齢でマッチングさせ、「日本看護協会版(グループ支援)」56名、「確定版(個別支援)」58名、および従来事業場で行われてきた「従来型保健指導」57名の3群に無作為割付けした。

3. 実施体制・運営方法

1) 実施体制

(1) グループ支援

- ①健康教育の実施—大学所属およびアルバイトの保健師—3名、
- ②対象者への周知および計測・採血等—事業場健康管理スタッフ（産業医-1名、保健師-2名、看護師-2名、衛生管理担当者-1名）

(2) 個別支援

- ①保健指導の実施—大学所属保健師2名
- ②対象への周知および計測・採血等—事業場健康管理スタッフ（産業医-1名、保健師-2名、看護師-2名、衛生管理担当者-1名）

(3) 従来型保健指導

- ①保健指導の実施—事業場保健師—1名
- ②対象への周知、計測・採血等—事業場健康管理スタッフ（産業医-1名、保健師-2名、看護師-2名、衛生管理担当者-1名）

* 3群共に、血液検査については、外部機関にも協力を得た。

2) 運営方法

(1) 事前準備

はじめに、事業場の安全衛生担当部門への説明を実施し、モデル事業実施の了解を得た。次に、安全衛生委員会において、産業医および衛生管理担当者が事業の目的・方法・対象者の説明を行い、総括安全衛生管理者および労働組合からも承認を得、事業の周知を文書にて行ない、対象者に参加の同意を得た。

(2) 事業形態と運営

①グループ支援

グループトークによる集団健康教育形式の4回のプログラムとした。1回あたりの参加人数の調整、および部署ごとの勤務終了時間が異なるため、同一プログラムを3クール実施して、従業員が参加しやすいような時間設定にした。プログラムの前後でスタッフ会議を実施した。

健康教育については、大学に所属する保健師のみでの運営が困難であったため、毎回、臨時的保健師を雇い、健康教育を実施した。また、各教室の初回には、看護協会スタッフの支援を得た。教室の周知や参加の確認等、スケジュール調整、当日の会場設営等の準備は、産業医、保健師、看護師、衛生管理者との連携により運営した。開催教室は、事業場内の会議室および労働組合の会議室を使用した。

毎回の集団健康教育の際には、体重や血圧、血液データを振り返った。第2回プログラムまでは、勤務時間への配慮のため、教室に来室時に測定を行った。しかし、血液データの振り返りがジャストタイムで難しく、自分自身の生活との結びつけることが難しいように思われたため、スタッフ会議で検討結果、第3回プログラム以降は、事前に採血を実施し、その時点でのデータと生活を振り返るように変更した。

②個別支援

個人面接による保健指導は、大学所属の保健師2名で実施した。計3回の面接と、手紙やe-mailでの継続支援を行なった。保健指導の日程調整や呼び出し等は、事業場の産業医、保健師、看護師の協力を得た。手紙やe-mailは衛生管理者の協力を得た。実施場所は、工場健康管理センターの保健指導室(個室)にて保健指導を行い、プライバシーを配慮した。

③従来型保健指導

個人面接による保健指導は、事業場保健師1名で実施した。健康診断後初回面接のみを行い、半年後計測・採血を実施した。保健指導の日程調整や呼び出しなど、すべて事業場保健師がおこなった。

結果

1. 実施結果

(1) グループ支援

スケジュール	日時	テーマ
第1回教室	9月中旬 (90分)	テーマ:「プロセスを見る」 糖尿病などの事例紹介を通じて、自分自身の健診結果やその後の経過を考える機会とした。自分自身の生活と事例を対比しながら、現在の自分とこれからの自分についてグループトークを通じて考えた。 (計測・採血は受付時に実施)
第2回教室	10月下旬 (90分)	テーマ:「食の実態を見る(1回目)」 前回の検査結果と結びつけながら、自分自身の食生活を書き出してもらい、フードモデルや実際の食材を使って食事内容の確認を行い、食事量やバランスに関して気づきを得ることを目標とした。また、実際の食事を提供して、1回あたりの食事の量とバランスについても学習した。 (計測・採血は受付時に実施)
計測・採血	12月5-14日	計測・採血をおこない、第3回教室の振り返り材料とした。
第3回教室	12月中旬 (90分)	テーマ:「食の実態を見る(2回目)」 前回の検査結果と結びつけながら、自分の食事内容や食べ方について考えた。第2回教室の復習をかねて、自分自身の食生活を書き出してもらった。油と調味料まで食生活をトータルで考える機会とした。また日ごろ何気なく使うサラダに使うドレッシングの量について一人一人の体験学習の機会をもった。

計測・採血	1月25- 2月12日	計測・採血をおこない、第4回教室の振り返り材料とした。
第4回教室	2月中旬 (3回実施)	テーマ：「コントロールをみる、習慣化を見る」 メタボリックシンドロームの定義やその要因について学習し、自分自身の現在の状態を考えた。 また、半年間の検査結果と生活を振り返り、プログラムを通して、自分なりの気づきや変化をメンバーで共有することで、継続していくための条件について考えた。

(2) 個別支援

スケジュール	形態	日時	内容	
初回面接	個別	9月10-20日 (40-45分)	行動目標、行動計画の立案 健康診断の結果から、生活を振り返り、自ら行動目標や計画を立案してもらい、生活改善に向けた取り組みを実施してもらった。	
継続支援 9ヵ月後の評価	1回目	e-mailB/ 手紙	9月25- 10月5日	行動目標、行動計画の実施状況確認と励まし 行動目標と計画の実施状況の確認をおこなった。
	2回目	個別A (中間評価)	10月中旬 (25-30分)	生活状況と行動目標、行動計画の確認・修正 体重、腹囲、血圧測定 前回面接時の目標および行動について再確認し、行動目標の変更等を含めた保健指導を実施。
	3回目	e-mailB/ 手紙	10月下旬	行動目標、行動計画の実施状況確認と励まし 前回面接時の目標および行動について再確認し、行動目標の変更等を含めた保健指導を実施した。
	4回目	e-mailA/ 手紙	11月下旬	行動目標、計画の修正の要否を検討 体重(自己測定)報告 これまでの状況をグラフ等にして生活習慣の具体的な支援を付加した保健指導をおこなった。
	5回目	e-mailB/ 手紙	12月初旬	行動目標、行動計画の実施状況確認と励まし 時期的に宴会や飲食の機会が増える可能性があるの で、気をつけるようにコメントを添えた。
	6回目	e-mailA/ 手紙	12月下旬- 1月初旬	行動目標、計画の修正の要否を検討 体重(自己測定)報告 これまでの状況をグラフ等にして生活習慣の具体的な支援を付加した保健指導をおこなった。

	7 回 目	e-mailB/ 手紙	1月中旬	最終確認 最終評価に向けて、計画の修正や確実な実施が必要と判断した者についてのみ保健指導を実施
計測・ 採血			1月31- 2月18日	計測・採血 計測・採血をおこない、評価面接のデータとした
評価	個別		2月中旬- 3月上旬 (25-35分)	行動目標、行動計画の達成状況の確認 達成状況の確認と、半年間の生活の振り返りを実施した。また、今後、継続について保健指導を実施した。

(3) 従来型保健指導

スケジュール	形態	日時	内容
初回 面接	個別	9月13- 10月30日 (30分程度)	行動目標、行動計画の立案 健康診断の結果から、生活を振り返り、自ら行動目標や計画を立案してもらい、生活改善に向けた取り組みを実施してもらった。
中間 評価	計測・採 血	2月1- 2月25日	計測・採血 計測・採血をおこない、中間評価を行なった。
評価	個別	20年度 健康診断後	行動目標、行動計画の達成状況の確認 達成状況の確認と、生活の振り返りを実施予定

(4) 各回の参加者数

①グループ支援

回数	日時	回毎の参 加者数	参加人数 (割合)	備考 (不参加の理由)		
				残業	退職・異動	辞退
第1回	9月5日 17:30~19:00	15名	44名 (78.6%)	11	1	0
	9月10日 17:30~19:30	12名				
	9月12日 17:30~19:30	17名				
第2回	10月25日 17:30~19:00	13名	38名 (67.8%)	13	2	3
	10月29日 17:30~19:00	14名				
	10月31日 17:30~19:00	11名				
第3回	12月12日 17:40~19:10	9名	30名 (53.6%)	20	3	3
	12月17日 17:40~19:10	10名				
	12月19日 17:40~19:10	11名				


第4回	2月4日 17:40～19:10	11名	26名 (46.4%)	24	3	3
	2月6日 17:40～19:10	5名				
	2月13日 19:00～20:30	10名				

②個別支援

回数	内容	参加人数 (割合)	備考 (不参加の理由)			
			残業	退職・異動	その他	
第1回	個別保健指導 40分	58名 (100%)	0	0	0	
継続 支援	第2回	e-mailB/手紙	58名 (93.0%)	0	0	0
	第3回	個別保健指導 40分	53名 (91.4%)	0	3	1 (不参加) 1 (入院)
	第4回	e-mailB/手紙	53名 (87.9%)	0	3	1 (不参加) 1 (入院)
	第5回	e-mailA/手紙	52名 (87.9%)	0	4	1 (不参加) 1 (入院)
	第6回	e-mailB/手紙	52名 (87.9%)	0	4	1 (不参加) 1 (入院)
	第7回	e-mailA/手紙	52名 (87.9%)	0	4	1 (不参加) 1 (入院)
	評価	個別保健指導 30分	52名 (89.7%)	0	4	1 (不参加) 1 (入院)

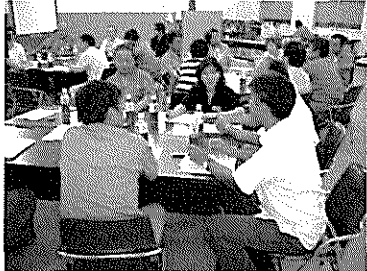
2. 活動の振り返り

1) グループ支援—教室の内容およびスタッフ会議—

第1回教室		テーマ：「プロセスを見る」
実施内容	参加者の発言・反応	スタッフのかかわり・気づき
<ul style="list-style-type: none"> ・ 教室概要説明 ・ 事例紹介  <ul style="list-style-type: none"> ・ グループトーク 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 全員、職制を通して集められたメンバーで、周知文書を持参している者、手ぶらでくる者など様々であった。 ・ 前に貼られた事例をみている、スタッフに対して、「何をするの?」「どのくらい時間がかかるの?」など質問をしてくる参加者などがあつた。 <p>—事例への共感—</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 自分の状況と事例を重ねあわせて状況を共感していた。 ・ 事例の中の誰かにぴったり当てはまる、と発言する者もいれば、自分とは遠い存在（自分はまだまだ大丈夫）という者もいた。 ・ 事例をみて、「あんな風になりたくないな」「こわいな」などという発言が聞かれた。 ・ 病気の恐ろしさはわかったが、自分はまだまだそこまで行っていないという意見もあつた。 <p>—自分を語る（体験談や意見）・仲間への共感—</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ アルコールをやめると数値が改善した体験談やアルコールをやめる気はないという社員まで様々な考え方が出された。 ・ 自分暦を語る。食事制限が続かない点について、「自分も同じ」と共感する者が多数あつた。 ・ 自覚症状が全く無いので、生活指導を受けても実感が伴わず、行動変容につながらないという意見や主体は自分にあるのだから、自分に責任があるという意見まで様々であつた。 	<p>挨拶や就業時間後の参加へのねぎらいの言葉をかけるなどの配慮や質問へ答える、仕事の状況などを伺い、対象の理解に努めた。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 事例は、事業場の実在の方を対象とするとプライバシーの配慮に欠けるため、保健師が今まで関わってきた他事業場の方をモデルに説明した。 <p>対象者に近い年代で働く人に設定したため、自分との比較ができ活発な議論に繋がったと感じる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 同じ職場内で生活背景を知っている者同士がいるため、「あの時は頑張っていたよな」などお互いのこれまでの生活を共感するなどピアカウンセリングの要素が感じられた。

	<p>—これからの自分—</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自分が実践していることや今後取りいれてみたいことなどについての発言も聞かれた。 ・とりあえず、4回は出席して、この期間中にメタボリックを脱出したいと語る者もいた。 <p>—参加への本音—</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自分がなぜこの場に呼ばれているのかが、わからないと発言する者もいた。 ・教えてもらわないとわからないなど受身の態度の者もいた。 ・4回の教室に参加しても、自分が意識しないと何も変わらないと思う、という意見があった。 <p>—その他—</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「メタボリックシンドロームの中にも段階があるのか？」など保健師に向かって質問を投げかける場面もあった。 ・参加者がそれぞれ自分の本音ベースで話をしている様子が伺えた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・特に行動目標などを保健師より示さなかったが、自ら「〇〇をやる」など行動変容の準備期にいる者や「全く関心がない」と無関心期の者まで様々であった。 ・今までの病気を説明して予防法を教えてもらう型の健康教育との違いに戸惑い、保健師へ質問する者もいた。 ・健診データの意味が全くわからないというものもいる。「また今後説明していきますね」と答え、グループトークを優先させた。終了後に、個別に説明を行ないフォローした。
--	--	--

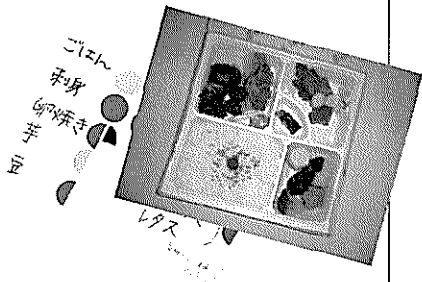
<p>スタッフ会議</p> <p>1回目終了後は、参加者への十分な動機づけができていなかったという意見があった。保健師自身がグループワークは、意見を集約し、結論を出す場と認識しており、今回のグループワークの到達点や流れを理解していなかったために、終了直後の戸惑いや反省があったと感じたが、それが参加者のありのままの現在であるという認識すればよいとの結論に達した。</p> <p>また、事例を話すスピードや媒体との距離などについての反省点も話し合い、2回目からは事例がどのような認識（例：自覚症状が全くないから大丈夫だと思っていた）だったかを説明するなどの工夫で、参加者が自らについても考えられるような紹介を心がけることとした。</p>
--

第2回教室 テーマ：「食の実態を見る（1回目）」 炭水化物～アルコール		
実施内容	参加者の発言・反応	スタッフのかかわり・気づき
<p>1)教室概要説明</p> <p>2)産業医をモデルに食事の書き出し、分類は80Kcalを〇ひとつに換算してバランスをみる</p> <p>3)自分自身の食事の書き出しと分類</p> <p>4)グループワークで自分の食生活を振り返る</p>	<p>・教室前に並べられたフードモデルを見たり触ったり、1つ1つの大きさが違うのは何故かなど質問し、食品への関心が高い者もいた。</p> <p>・仕事が終わって駆けつけるため、遅刻してくる者もいた。</p> <p>—医療従事者も完璧ではない！—</p> <p>・産業医でも、ビールを毎日飲むなど、自分と似た状況があると感じた様子（ビールが多いとの発言に笑いがおこる）であった。</p> <p>・食品を主な成分別にたんぱく質などに分類するが、産業医も「これはなんだろう？」「菓子パンはお菓子扱いなんですね」など悩む姿に対象者が共感していた。</p> <p>—食事への無関心さに驚く—</p> <p>・昨夜のみならず、今日の昼食べたものが思い出せないことに驚いていた（自分がいかに食事への関心が低いかを感じていた）。</p> <p>・「たまたま飲みすぎた」など、発言する者もあった。</p> <p>—食品によるカロリーの違いへの気づき—</p> <p>・メロンパンの〇の多さに驚きの声を上げる。〇ひとつに対する食品の量の違い（野菜とチョコレートの比較など）や天ぷらに衣（小麦粉がついている）など、あまり考えずに食べていたと発言する者もいた。天ぷらの油は気になっていたが、衣のカロリーには気づいていなかった。</p>	<p>スタッフのかかわり・気づき</p> <p>就業時間後の参加へのねぎらいの言葉をかける、待ち時間に食品をみてもらうなどで、本日の内容導入を行なった。</p>  <p>・朝起きてからの生活行動を振り返りながら、食事を思い出すようにサポートした。</p> <p>・カロリーという言葉はなるべく使わず、〇何個という視覚に訴えてバランスや量を考えるように促した。</p>

<p>5)お弁当をモデルに食事バランスを考える</p>	<p>—自分にあつた量とバランスへの気づき—</p> <ul style="list-style-type: none"> ・昼の社内弁当のご飯の多さに驚くものや、塩分も気になると発言する者があつた。 ・「アルコールが問題だ!」「ご飯を控えるとバランスがよくなるな～」と各自の気づきがみられた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・各人の活動量にあつた食事量とバランスのモデルから、具体的な食事行動がとれるように導くようにした。

<p>スタッフ会議</p>
<p>1日の食事の記載作業は、早さの差はあるが、想定時間内に終わることができた。小鉢や弁当のおかずなど、付け合わせのおかずを思い出すのに時間がかかっていた。グループワークでは自分の思いを素直に表出できており、1回目のグループワークの効果が出ているように感じた。</p> <p>次回は、油など目に見えにくいもののため、衣や揚げ物など、質問が出ることが想定される食品については、事前に一覧表を作成し、すぐに答えられるよう準備することにした。また、ラーメン、スパゲティ、カレーなど、油や調味料の計算に時間がかかるものは、イラストや写真とともに、○の数を記載したラベルを作成し、掲示することにした。</p>

<p>第3回教室 テーマ：「食の実態を見る（2回目）」 振り返りと油、調味料</p>		
<p>実施内容</p> <p>1)教室概要説明</p> <p>2)前回の復習をかねて、自分自身の食生活を書き出し</p>	<p>参加者の発言・反応</p> <ul style="list-style-type: none"> ・教室前に並べられたフードモデルを見ていた。 	<p>スタッフのかかわり・気づき</p> <ul style="list-style-type: none"> ・グループメンバー間の助け合いを見守り、わからず困っているところは手助けするように心がけた。

<p>(油と調味料まで食生活をトータルで考える機会)</p>	<p>—自ら気づいて実行する。実行できなくても気にかけている—</p> <ul style="list-style-type: none"> ・前回の内容がなかなか思い出せなくて(書き出し方など)苦勞する者があつた。 ・前回よりもスムーズに書き出しが進む人、前回欠席者に率先して書き方を教えるものなどがいた。 ・「あれからごはんを減らした」「アルコールはやめた」「歩き始めた」者や「あいかわらずアルコールが多すぎて・・・わかっているがなかなかやめられないな」と発言する者。 ・その場限りですっかり忘れて食べ過ぎになっていた者があつた(反省している様子であつた)。 	<ul style="list-style-type: none"> ・前回との思い出して、食生活が変化しているかの確認をおこなつた。 ・実際に食事をするのであらためて量の感覚が掴めるのだと感じた。実物大のフードモデルやモデル食が大事だと感じた。 ・グループメンバー全員が喋れるように適宜指名しながら調整をおこなつた。
<p>3) サラダに使うドレッシングの量について一人一人の体験学習の機会</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・サラダにカロリーが書いてあつたため、これで〇何コ分?と尋ねる者が多かつた。フードモデルをみせ「4分の1コくらいですよ」と答えると、あらためて「野菜はたくさん食べられるな」と感じたようだ。 	
<p>4) グループトークで自分の食生活を振り返る</p>	<p>—生活と結びつけて自分の体を考える—</p> <p>「せっかく痩せてきていたのに、歓送迎会や忘年会が多く体重が戻ってしまった」など生活との関連づけをおこなつていた。また、グループ内で脂を控える工夫について情報を共有し、相互作用が生まれたグループもあれば、自分の生活が気になり、メンバーの生活まで意識がおよばず、話が進まないグループなどグループ間の差があつた。</p>	
<p>5) HbA1c の推移の説明</p>	<p>HbA1c の推移にピンとくる者とこない者など、対象により関心度の差がみられた</p>	

スタッフ会議

前回の食事量の記載後に生活を工夫している者など、プログラムの効果を感じることができた。グループによる差が顕著に出始めており、自分の結果だけに固執し、他の人の話を聞かない（聞けない）メンバーが集まるグループでは、進行に苦慮した。

個人の生活背景なども考慮して、学習内容やスピードを考える必要性がある。次回は、検査データを取り扱うため、グループごとの工夫が必要だと考えた。

第4回教室 テーマ：「コントロールをみる、習慣化を見る」

実施内容	参加者の発言・反応	スタッフのかかわり・気づき
1) メタボリックシンドローム、検査値について説明	<ul style="list-style-type: none"> ・ 講義形式で退屈かもしれないと心配したが、メタボリックシンドロームの氷山に頷きながらきいていた。 <p>—生活とデータの関連を感じる—</p>	
2) 自分自身の現在の状態の把握	<ul style="list-style-type: none"> ・ お互いの検査値やメタボリックシンドロームの氷山の図を出しながら、現在の状況や生活の変化について話していた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ メタボリックシンドロームの氷山の図では、基準値も記載し、ひとつずつ項目に当てはまるかをチェックしてもらった。
3) 検査値の変化と自分の生活の変化 (産業医をモデルに)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 氷山は残ったが、その大きさが小さくなっていることを実感していた。 <p>—生活とデータの関連を感じる—</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ HbA1cのコンマ1単位の変化を「誤差範囲内」と捉えていた者が、体重の変化とリンクしていることを実感していた。 ・ 宴会や飲食の期間が続いた生活が検査値に反映されていたなど、生活と検査値を結びつけて考えられるようになった者もいた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 検査値からグラフ作成する作業では、値の間隔を工夫し、コンマ1の差でも変化したことが見て取れるように工夫した。
4) プログラムを通しての気づきや変化をメンバーで共有	<ul style="list-style-type: none"> ・ 体重が大幅に減ったり、検査値が改善した者がどのような生活を送っていたのかを、時折、質問をまじえながら興味深く聞いている者があった。 ・ 今後の自分自身の生活習慣改善のヒントを得ようとする姿勢がみられた者が多数あった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 今後も、獲得した良い生活習慣を続けられるように支援した。

スタッフ会議

大幅に検査値が改善した者は少なかったが、それぞれの変化と検査値を結びつけて考えることができる者が増えており、プログラムの効果を実感できた。特に、食事のプログラム実施後に摂取量を意識し始めたと言った者が多く、食事のプログラムの効果を実感した。

2) 個別支援

1) 第1回保健指導 (9月中旬)

・実施内容— 健康診断の結果から、生活を振り返り、自ら行動目標や計画を立案ができるよう支援した。また、生活改善に向けた取り組みへの支援を行った。

・参加者の反応

健康診断の結果を見ながら、「自覚症状がないので、病気とは結びつかなかったが、メタボリックシンドロームをほっとくと怖いから何とか改善したい」「自分で出来そうな目標を設定したのだから責任をもって頑張りたい」「仕事が忙しくて実行できるか自信がない」など、対象者によって反応は様々であった。

2) 通信による保健指導 (通信1回目・9月下旬～10月上旬)

・実施内容— e-mail か郵便により、行動目標と計画の実施状況の確認をおこなった。

・参加者の反応— 「計画どおりに実施できている」「忙しく実行できていない」「食事について知りたい」「自分で体重計測をはじめた」など様々であった。

3) 第2回保健指導 (10月中旬)

・実施内容— 対象者が初回面接時に立案した目標および行動について再確認し、行動目標の変更等を含めた保健指導を実施した。

・参加者の反応

1ヶ月間の行動について振り返った。「自分の身体の反応に敏感になった」「ウエスト周りが楽になった」「階段を登るのが楽になった」「今まで無意識で食べていたことを痛感している」「野菜を食べる工夫を考えたんだよ。」と体重やデータの結果だけでなく、具体的な生活習慣について意識できているものや、「忙しくて時間がない」「つい誘惑に負けてしまう」「自分には無理な行動目標だった(理想を追いすぎた)」と行動目標を修正する者もあった。

4) 通信による保健指導 (通信2～6回目・10月下旬/11月下旬/12月初旬/12月下旬/1月中旬)

・実施内容— 第2回保健指導時の目標および行動について再確認し、行動目標の変更等を含めた保健指導を実施した。1月には、これまでの状況をグラフ等にして生活習慣の具体的な支援を付加した保健指導をおこなった。

・参加者の反応

「時期的に飲食の機会が多いため、行動目標が達成できない」と発言する者や、「正月で3kg太ったので、またもとの生活に改めて、頑張ります」などの返答が得られた。

5) 評価 (第3回保健指導)

・実施内容—目標および行動について再確認し、約6ヶ月間の行動計画、計測データを振り返った。また、これからの生活での行動目標の目標設定を含めた保健指導を実施した。

・参加者の反応

- ▶はじめて2～3ヶ月は、順調に行動計画も実行できていたが、年末や正月を挟んだため、体重が増加した者が多かった。
- ▶正月に生活習慣が乱れ、その後またもとの生活に戻せた者と、そのままずると食生活等、もとに戻せなかった者があった。
- ▶体重測定結果や万歩計による歩数など客観データを自分自身で管理していた者は、正月に体重増加が見られたものの、日常生活にもどることは容易であった。
- ▶ライン作業(流れ作業)を行っている対象者は、1月より勤務時間が18時過ぎに変更になったため、残業等の都合で、夕食の時間が21時を過ぎる者、食後の散歩が出来なくなった者など、仕事の状況に生活が左右される者がいた。
- ▶目標が達成できなくても、「これで終わりではない」と次の健康診断(春)までには、〇〇kg減量できるよう、引き続き頑張りますという者も多かった。
- ▶約半年間、自分のリズムに合った行動計画だったので、これからも続けることができると発言する者が多かった。

3. 検査値の変動

グループ支援群では、平均値の推移は、健康診断後に体重が増加しており第1回教室を開始後、増加の歯止めが見られた。第3回教室頃より、体重の減少がみられたが、第4回教室では、体重の微増が確認された。これは対象者の気づきの「正月を挟んでの生活リズムの乱れ」と一致していた。HbA1cは、回を重ねる毎に平均値と標準偏差ともに増加した。最終的に、体重、腹囲は教室開始時よりも低下していた。

検査値変動の内訳は、最終的に、体重で35.4%、腹囲で41.7%の者に減少がみられた。HbA1cについては、12月の時点では47.9%の者が改善していたが、最終評価では16.7%と改善割合は低かった。

個別支援グループでは、体重、腹囲、HbA1cともに、健康診断時より減少していた。検査値変動の内訳は、体重で36.5%、腹囲で41.2%、HbA1cで41.2%の者が改善していた。

従来版グループでは、体重、腹囲が健康診断時より増加していた。検査値変動の内訳も、体重で44.2%、腹囲で44.2%、HbA1cで51.9%の者が増加しており、グループ支援群および個別支援群に比して、改善率は低かった。

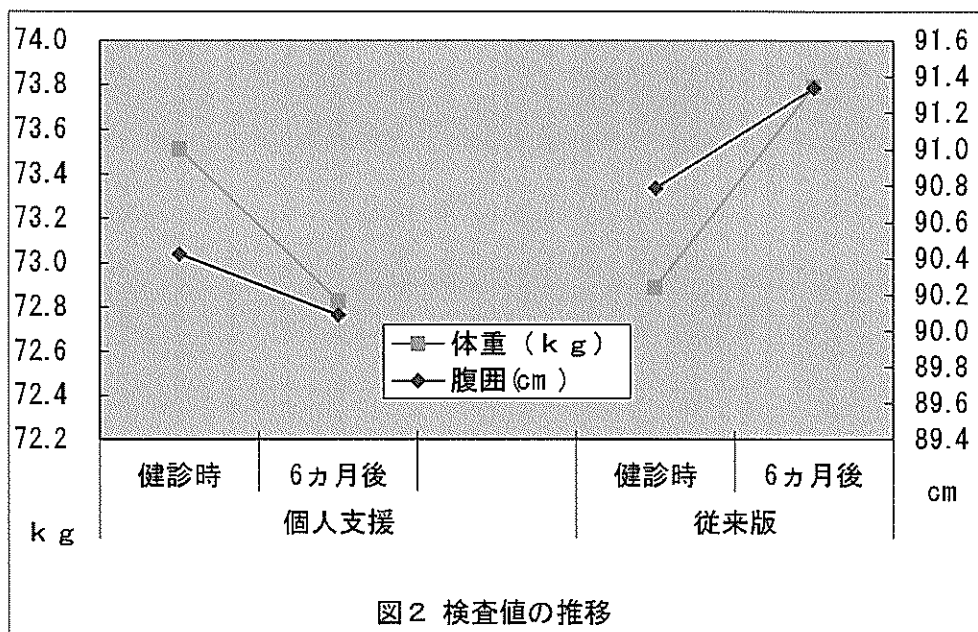
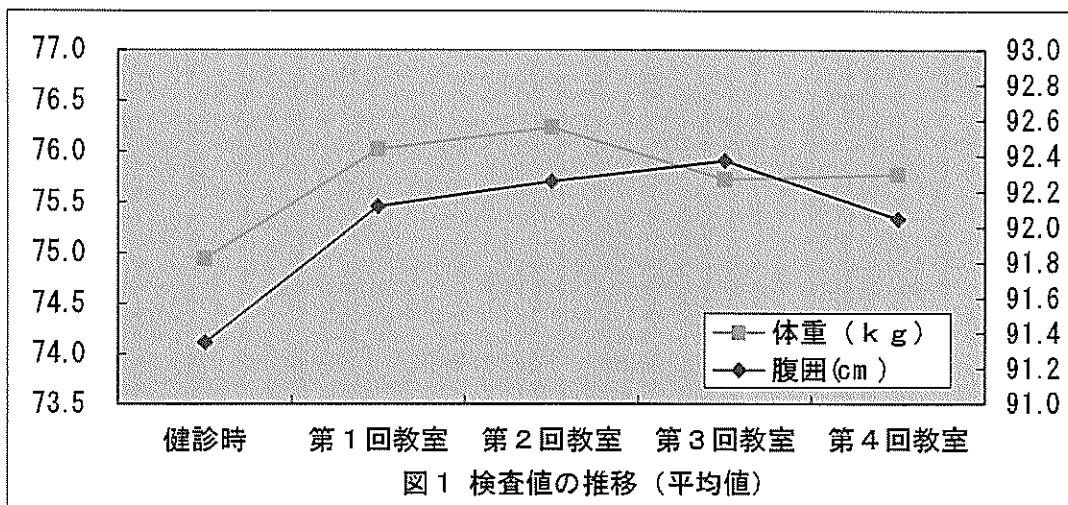


表2 HbA1cの変化(グループ支援群)

	健診時	第1回教室	第2回教室	第3回教室	第4回教室
人数	56	54	48	48	48
平均値	5.5	5.5	5.6	5.6	5.7
標準偏差	1.1	1.1	1.2	1.3	1.4

表3 HbA1cの変化(個人支援群および従来版群)

	個人支援		従来版	
	健診時	6ヵ月後	健診時	6ヵ月後
人数	58	51	57	52
平均値	5.35	5.30	5.48	5.38
標準偏差	0.56	0.54	1.00	0.50

表4 検査値変動の内訳(グループ支援)

	増加		維持		減少	
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
体重	10	(20.8)	21	(43.8)	17	(35.4)
腹囲	12	(25.0)	16	(33.3)	20	(41.7)
HbA1c	27	(56.3)	13	(27.1)	8	(16.7)
(HbA1c(12月中旬))	11	(22.9)	14	(29.2)	23	(47.9)

表5 検査値変動の内訳(個別支援)

	増加		維持		減少	
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
体重	17	(32.7)	16	(30.8)	19	(36.5)
腹囲	17	(32.7)	14	(26.9)	21	(40.4)
HbA1c	15	(29.4)	15	(29.4)	21	(41.2)

表6 検査値変動の内訳(従来版)

	増加		維持		減少	
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
体重	26	(50.0)	14	(26.9)	12	(23.1)
腹囲	23	(44.2)	12	(23.1)	17	(32.7)
HbA1c	27	(51.9)	11	(21.2)	14	(26.9)

*表4～表6の「維持」は、以下の基準を用いた。

「維持」：-1.0kg<体重<1.0kg、-1.0cm<腹囲<1.0cm、-0.1%<HbA1C<0.1%

4. 参加者の行動・認識の変化

1) グループ支援

グループ支援群では、第1回の教室では、自分の生活と検査データを照らし合わせて、自身の現状を知ることを目的としたため、教室の具体的な行動目標や行動計画を立案は行わなかった。第1回の教室直後は、「頑張ります」や「食事に気をつけたい」など抽象的な表現が多かったが、第2回教室の「食の実態を見る(1回目)」で、「昼休みに同僚と歩くようになった」「アルコールをやめた」などの行動変容が具体的な表現になり、実行期へ移行した発言が聞こえ始めた。

毎回の教室記録から最終的に、参加者の6割が何らかの行動変容を起こしており(実行期)、3割は気にはなっているが仕事が忙しいことを理由にあげ実行には至っていない(関心期)や仕事が落ち着いてから、あるいは、季節が暖かくなったら運動を始めようと思うといっ

た（準備期）、また1割は具体的に何をするか思いつかない、あるいは、健康には関心が無い、めんどくさい（無関心期）であった。

しかしながら、無関心期の者の中に、第4回の最終のグループトークで成功者の体験を聞き、その場では特に行動変容に関する発言はなかったが、後日健康管理センターを訪ねて個別面談を行った者がいたことが確認された。

2) 個別支援

個別支援群では、対象者一人一人と話し合いながら第1回目の保健指導で行動目標や行動計画を立案したため、無関心期であった者も「自分にできる範囲」で保健行動を立案した。行動計画は、その対象者の行動変容ステージにおいて様々であり、準備期や関心期にあるものは、「弁当のご飯を半分残す」「夕食は20時以降食べない」「コーヒーはブラックにする」「晩酌はビール1日コップ1杯まで」「毎日体重を測る」など具体的な計画が立案できるが、無関心期では、「体を動かすように気をつける」など具体性に乏しいものまで様々であった。

中間評価で、仕事の状況が変わったことにより生活リズムが変わり、体重減少が思ったよりも進まないため、行動目標を見直すと共に、行動計画も現状に合わせた無理のないものに修正する者や、行動目標を達成するために、毎日の散歩など行動計画を追加する者などがみられた。

最終時には、8割が行動計画を実行していた(実行期)。年末年始に行動計画が守れなかった者も多かったが、また、生活を立て直して行動計画を継続しており、今後もこの行動は継続が可能だと答えていた。

2割は、年末年始をはさんで、生活リズムが乱れ、その後立て直しが出来なかった者がいた。しかしながら、最終評価の保健指導において、次回の健康診断にむけて生活を立て直していきたいと自分自身の生活について振り返る者がみられた。

考 察

改善群の特徴としては、グループ支援と個別支援のいずれのグループも、健診結果を見て、自分の現在の状態を知り、グループメンバーあるいは保健師との対話を通じて、自らの意思で生活習慣改善の行動がとれていることであった。また、生活改善の内容も、「弁当のご飯を半分残す」「夕食は20時以降食べない」「コーヒーはブラックにする」「晩酌はビール1日コップ1杯まで」「毎日体重を測る」など、具体的で実行可能な計画を立てており、確実に実行、継続できていることが共通していた。

非改善群は、健診結果を確認し、グループメンバーとのトークや保健指導後に、運動を始めたり、食事内容を見直すなど、何らかの生活習慣の改善を図るものがある一方、関心はあるが、「誘惑に負けてしまう」「やりたいが時間がない」「多忙」「頑張ろうという意識が薄れてきた」など、行動に移せないあるいは長続きしない理由をあげていた。立案した計画も「腹八分目にする」「夕食の量を減らす」「酒を控える」「健康に気をつけます」

など抽象的なものが多く、結果としてデータの改善に至らなかったと考える。

従来型では、半年後の検査値が増加していることを考えると、健診後に保健指導を行い、行動目標を立案し、対象者がセルフケアの自立ができるまで継続的なフォローの必要性が確認できた。

グループ支援の利点について、最も考えられることは、同じ悩みや課題を持つ仲間同士のピアカウンセリングの重要性である。初回の保健指導では、なかなか自らについて喋る事が難しかった者も、回を重ねるごとに自分について、他人について語るようになった。また、「参加しても具体的な指導がない！」と不満顔であった者も〇〇の検査値がこれだけ改善しているなどの情報に、「すごいな。何が一番効いた？そうか、俺も〇〇しよう」など、自己決定する過程が印象に残った。

一方、他者へ自分を開示することや自分の意見を喋ることに慣れないといった個々人の性格を考慮すると、個別指導が適切であったと思われる対象者もいた。明確なデータはないが、後日、健康管理スタッフよりグループ支援に属していたある対象者が、参加型の健康教室だと自分のことを喋るのが苦手のため、参加意欲がそれほど高まらず、残業が重なったことを理由に積極的に健康教育に参加しなかったと感想をもらった者がいたことを知らされた。今回は研究的側面もあり、無作為に割付をおこなったが、実際に展開していく上では、対象者の希望に沿った方法での支援を考えなければならない。また、それぞれのメリットを生かすため、個別や集団は組み合わせる必要があると感じた。

今回、保健指導方法の比較のために、行動変容ステージに関係なく、該当者全員を対象として支援した。そのため、グループトークや保健指導を経ても、無関心期のまま経過した者もいたと思われる。保健指導の効果をあげるためには、個々人の行動変容ステージを見極めて、改善できそうな対象者からアプローチをかけることも必要だと考えた。

さらに、職域での特色として、場の設定の困難性を感じた。今回のグループ支援では、グループトークを主軸としており、1セッション90分で構成した。対象者は仕事を持っており、特にライン作業(流れ作業)の者など、一人抜けると生産性に大きく関わる。そのため、安全衛生委員会での話し合いにより、今回は就業後の参加とした。業務への支障はないように配慮できたが、反面、残業と重なり、教室開始時間に間に合わず、当日キャンセルとなった対象者が多く、参加率への影響は少なからずみられた。

また、費用対効果の面についても検討の必要がある。HbA1cの測定は、生活の振り返りという点では非常に有用であったが、採血に関連する諸費用、対象者の時間的拘束、保健スタッフの人材の確保等とその効果が十分見合うかの検証も、今後必要だと考える。

個別指導は、個々人の仕事の融通にあわせて計画ができる利点があったと考える。当日設定の時間の参加が難しくても、日時をずらすなどで対応出来、参加率はほぼ100%であった。しかし、他者を知って己を知るなどのグループダイナミクスの要素を導入することは難しかった。個々人がそれぞれの職場の中で、同僚などと「メタボリックシンドロームと保健指導」を話題にし、勤務中の間食などを控えるなど協力しあいながら、生活改善して

いる事例はみられた。ただし、個々人の特性や職場環境といった条件に左右されることがあると考えられた。

このモデル事業は、半年間で終了したが参加者の多くが次年度の健康診断をまた一つの区切りとし保健行動を継続したいと考えていた。次の健康診断まで3ヶ月の期間があり、その間の支援は、対象者が自発的に健康管理センターを利用することとなる。終了後の行動変容ステージの変化についても引き続き確認し、それぞれのプログラムの特徴毎の効果を継続調査する必要があると考える。

まとめ

職域での特定保健指導プログラムとして「グループ支援」モデルと標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル、多くの事業場で一般的に行われてきた「従来型保健指導」の三つを比較検討した。

「グループ支援」「個別支援」では、測定値の改善者割合が約4割であったが、従来型では、2割程度にとどまり、また、悪化者も他のモデルに比して高かった。

これらより、職域においても、積極的支援群の健康診断後の保健指導は、何らかの継続的支援が必要であることが明らかとなった。また、継続支援の方法は、対象者の特性や事業場の特性に応じて、グループ支援と個人指導を組み合わせるなどフレキシブルに展開していく必要があると考えた。

<参考資料>

○日本看護協会版「グループ支援」モデル

選定条件	平成19年度健康診断結果(4~5月実施)より、40歳以上の男性で積極的支援が必要とされた従業員172名の年齢をマッチングさせ、「看護協会プログラム群」「厚生労働省プログラム群」「コントロール群(従来の保健指導)」の3群に無作為割付する。								
呼掛け方法	① 安全衛生委員会にて本プログラムの実施について説明、理解を得る。 ② プログラムの開催については、工場内の掲示で周知徹底をはかる。 ③ プログラム対象者へは、各職制を通して個人へ通知した。 ④ 各プログラムの参加日時等は、各職制を通して個人へ周知する。 ⑤ 初回プログラム時に、個別に事業の趣旨説明、参加協力について口頭と文書にて同意を得た。								
	選定対象者数(人)			申込者数(人)			参加者数(人)		
	男性	女性	計	男性	女性	計	男性	女性	計
対象者	57	0	57	0	0	0	44	0	44

○日本看護協会版「グループ支援」モデル

年月日	経過	スタッフ数(人)						参加者(人)			グループ数	所要時間分	事前お便り・案内呼び	備考
		保健師	看護師	栄養士	医師	その他	計	男性	女性	計				
6月9日	事前スタッフミーティング	4	0	0	1	1	6				0	60		事前訪問について相談するが、実弱は難しいとの事で、会社の概要や作業環境、業務の実際、社員の特徴について情報収集を実施
①8/21 ②9/5	第1回スタッフミーティング	①4 ②5	0	0	0	0	0				0	60		第1回プログラムの内容について、検討。役割分担について相談する。(②は第1回プログラムの前に、看護協会スタッフ交えてミーティング実施)
9/5 9/10 9/12	第1回プログラム「プロセスを見る」	3	1 (計測スタッフ)		1 (計測スタッフ)	1	4	44	0	44	各回3グループ	90分/1回	職制を通じて周知	初回のみ看護協会スタッフ2名参加
10月18日	第2回スタッフミーティング	5	0	0	0	0	5	0	0	0		120		
10/25 10/29 10/31	第2回プログラム「食の実態を見る」	3	1 (計測スタッフ)		1 (計測スタッフ)	1	4	38	0	38	各回2グループ	90分/1回	職制を通じて周知	初回のみ看護協会スタッフ2名参加
12月5日	第3回スタッフミーティング	3	0	0	0	0	0	0	0	0				
12/12 12/17 12/19	第3回プログラム「食の実態を見る②」	3	0	0	1	2	6	30	0	30	各回2グループ	90分/1回	職制を通じて周知	初回のみ看護協会スタッフ2名参加
2月4日	第4回スタッフミーティング	3+2(看護協会スタッフ)	0	0	1	0	1	0	0	0				
2/4 2/6 2/13	第4回プログラム「検査値をみる、習慣化を考える」	3	0	0	1	2	6	26	0	26	1~2グループ	90分/1回	職制を通じて周知	初回のみ看護協会スタッフ2名参加

年月	支援形態	対象1人に対して関わったスタッフ数(人)					実施人数(人)			支援時間 分	ポイント 数	備考
		保健師	看護師	栄養士	医師	その他	計	男性	女性			
9月下旬	個別	2					2	58		58		保健師1名は日程調整のスタッフ
10月初旬	e-mailBまたは手紙	1				1	2	56		56		2名脱落(転勤、辞退) 手紙の場合:送付、回収のみ衛生管理者に依頼
10月中旬 ~下旬	個別A (中間評価)	2					2	51		51		5名脱落(転勤、退職)
10月下旬 ~11月初旬	e-mailBまたは手紙	1				1	2	51		51		手紙の場合:送付、回収のみ衛生管理者に依頼
11月下旬	e-mailAまたは手紙	1				1	2	51		51		手紙の場合:送付、回収のみ衛生管理者に依頼
12月初旬	e-mailBまたは手紙	1				1	2	51		51		手紙の場合:送付、回収のみ衛生管理者に依頼
12月下旬 ~1月初旬	e-mailAまたは手紙	1				1	2	51		51		手紙の場合:送付、回収のみ衛生管理者に依頼
1月下旬	e-mailBまたは手紙	1				1	2	7		7		確認や励ましが必要と判断された対象者にのみ実施 手紙の場合:送付、回収のみ衛生管理者に依頼

○日本看護協会版「グループ支援」モデル

プログラム	実施したこと	スタッフの意図 (実施に際して留意したこと)	参加者の発言・反応	スタッフの気づき
事前訪問及び事例検討会	実施せず			
第1回「プロセスを見る」	糖尿病などの事例紹介を通じて、自分自身の生活と対比しながら、現在の自分についてグループトークを通じて考えた。	1対集団の個別指導、保健指導にならないように、共感的な姿勢で話を聞いた。質問ゲームにならないように、検査値やメタボリックシンドロームに関する質問は、後日のプログラムで実施すると説明した。	事例の中の誰かにぴったり当てはまる、と発言する者もいれば、自分とは遠い存在(自分はまだまだ大丈夫)という者、「あんな風になりたくない」「こわいな」など事例を通じて自らを振り返ったり、アルコールをやめると数値が改善した体験談や食事制限が続かないことを語り、周りの者も「一箱だ!」など自分自身を語る、仲間への共感、今後の取り組みについての発言、自分がよばれた理由がわからないなどの参加者の本音といった反応がみられた。	初回終了後は、参加者への十分な動機づけができていなかったと感じたが、それが参加者のありのままの現在であるという認識で一致した。保健師自身がグループワーク意見を集約し、結論を出す場と認識しており、今回のグループワークの到達点や流れを理解していなかったために、終了直後の戸惑いや反省があったと思う。
拡大スタッフ会議	実施せず			
第2回「食の実態を見る(1回目)」	自分自身の食生活を書き出した上で、フードモデルや実際の食材を使って食事内容の確認を行い、食量やバランスに関する気づきを得ることを目標とした。また、実際の食事を提供して、1回あたりの食量とバランスについても学習した。	1時間30分という限られた時間の中で、実施するため、季節に合わせた食材を準備した。アルコールや嗜好品の摂取が多いと思われるので、通常、次回に回す、アルコール・嗜好品も今回記載してもらおうことにした。例として、産業医の1日の食事を提示し、社員が良く利用する食堂の弁当も提供してもらった。	今日の食事について思い出せず「意識しないで口にいれていた」といった自分の食行動を振り返る者や、食事を書き出すことにより「自分では食べてないと思ったより食べていた」と再確認する者、「アルコールと間食を控えることによって量・バランスも良いものになる」と実態から改善点を見つけた者、グループメンバーの食事を見て自分と比較する者など。油と調味料を計算していないため、総量を考えよう・・・といった発言、ゲーム感覚で楽しかったなどの反応があった。	1日の食事の記載作業は、早さの差はあるが、想定時間内に終わることができた。小鉢や弁当のおかずなど、付け合わせのおかずを思い出すのに時間がかかっていた。グループワークでは自分の思いを素直に表出できており、1回目のグループワークの効果が出ているように感じた。
第3回「食の実態を見る(2回目)」	前回の復習をかねて、自分自身の食生活を書き出してもらった。油と調味料まで食生活をトータルで考える機会とした。また、日ごろ何気なく使うサラダに使うドレッシングの量について一人一人の体験学習の機会ももらった。	衣や揚げ物など、質問が出ることがあらかじめ想定される食品については、事前に一覧表を作成し、すぐに答えられるようにした。また、ラーメン、スパゲティ、カレーなど、油や調味料の計算に時間がかかるものは、イラストや写真とともに、○の数を記載したラベルを作成し、掲示した。	前回の内容がなかなか思い出せなくて(書き出し方など)苦勞する者や、前回の食事バランスから炭水化物を控えている者、その場限りですっかり忘れて食べ過ぎになってしまった者、具体的にどう改善するか対応策が浮かばない者など反応は様々であった。測定データについては、「歓迎会や忘年会が多くせつかく痩せてきていたのに戻ってしまった」など生活との関連づけをおこなっていた。また、グループ内で脂を控える工夫について情報を共有し、相互作用が生まれたグループもあれば、自分の生活が気になり、メンバーの生活まで意識がおよばず、話が進まないグループなど差があった。	前回の食事量の記載後に生活を工夫している者など、プログラムの効果を感じることができた。グループによる差が顕著に出始めており、自分の結果だけに固執し、他の人の話を聞かない(聞けない)メンバーが集まるグループでは、進行に苦慮している様子があった。
第4回「コントロールをみる、習慣化を見る」	メタボリックシンドロームや検査値について説明し、自分自身の現在の状態を把握したり、検査値の変化と自分の生活の変化を結び付けて考えさせてもらった。また、プログラムを通して、自分なりの気づきや変化をメンバーで共有することで、継続していくための条件について考えてもらった。	検査値からグラフ作成する作業では、値の間隔を工夫し、コンマ1の差でも変化したことが見て取れるように工夫した。メタボリックシンドロームの水山の図では、基準値も記載し、ひとつずつ項目に当てはまるかをチェックしてもらった。生活が変化したことを前掲に質問をすると「別に変わらない」と答える人が多かったので、「このころの生活はどうだったか」など「変化」という言葉を使わないように配慮した。	お互いの検査値やメタボリックシンドロームの水山の図を出しながら、自分の現在の状況や生活の変化について話せるようになっていた。HbA1cのコンマ1単位の変化を「誤差範囲内」と捉えていた者が、体重の変化とリンクしていることを実感したり、宴会や飲食の期間が続いた生活が検査値に反映されていたなど、生活と検査値を結びつけて考えられるようになった者もいた。特に、体重が大幅に減ったり、検査値が改善した者がどのような生活を送っていたのかを、時折、質問をまじえながら興味深く聞いている者もあり、今後の自分自身の生活習慣改善のヒントを得ようとする姿勢がみられた。	大幅に検査値が改善した者は少なかったが、それぞれの変化と検査値を結びつけて考えることができるものが増えており、プログラムの効果を実感できた。特に、食事のプログラム実施後に摂取量を意識し始めた者と発言したものが多く、食事のプログラムの効果を実感した。

○標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に準拠した「個別支援」モデル

		支援パターンA				
		支援形態	実施内容	スタッフの意図 (実施に際して留意した こと)	対象者の反応	スタッフの気づき
	初回時	個別	行動目標、行動計画の立案	健康診断の結果から、生活を振り返り、自ら行動目標や計画を立案してもらい、生活改善に向けた取り組みを実施してもらった。	健康診断の結果を見ながら、「自覚症状がないので、病気とは結びつかなかった」「何とか改善したい」「自分で出来そうな目標を設定したのだから責任もって頑張りたい」「仕事が忙しくて実行できるか自信がない」など、対象者によって反応は様々であった。	すでに健康診断の結果をうけて、生活習慣改善に取り組んでいる者から、健康に関してはまったく改善する気はない(無関心期)者など、様々な行動変容レベルの参加者がいた。
継続支援 / 6ヵ月後の評価	1回目	e-mailBまたは手紙	行動目標、行動計画の実施状況確認。励まし	Emailが郵便により、行動目標と計画の実施状況の確認をおこなった。	「計画どおりに実施できている者」「忙しく実行できていない」「食事について知りたい」「自分で体重計測をはじめた」など	面接の際のやる気と実行は必ずしも合致していない。周囲のサポートも重要な要因のひとつであると感じた。
	2回目	個別A (中間評価)	体重、腹囲、血圧測定 行動目標、行動計画の修正	前回面接時の目標および行動について再確認し、行動目標の変更等を含めた保健指導を実施。	「自分の体の反応に敏感になった。」「ウエスト周りが楽になった」「階段を登るのが楽になった」「今まで無意識で食べていたことを痛感している」「野菜を食べる工夫を考えたんだよ。」と体重やデータの結果だけでなく、具体的な生活習慣について意識できているものや、「忙しくて時間が無い」「つい誘惑に負けてしまう」「自分には無理な行動目標だった(理想を追いすぎた)」と行動目標を修正する者もいた。	健診結果を見ること自体が情報提供、あるいは動機付けとなり、自ら生活習慣改善にむけての行動がとれている者や立案した計画が「弁当のご飯を半分残す」「コーヒーは1日1杯」「晩酌は1日1杯まで」など、具体的に実行可能な計画であり、計画が確実に実行、継続できている者は、短期間ながらデータの改善ができています。
	3回目	e-mailBまたは手紙	修正した行動目標、行動計画の実施状況確認。励まし	前回面接時の目標および行動について再確認し、行動目標の変更等を含めた保健指導を実施	修正した目標を着実に実施している者、やはり実行に結びつかない者など様々	できない要因として「多忙」「配置換え」など業務や環境要因を挙げている者が多い
	4回目	e-mailAまたは手紙	体重(自己測定)報告 行動目標、計画の修正の可否を検討	これまでの状況をグラフ等にして生活習慣の具体的な支援を付加した保健指導をおこなった。	測定値の変動に合わせて、運動や食事の行動計画を追加する者や、悪化しているにもかかわらず、現状維持としているものなど	e-mailの場合はレスポンスが早いと郵送(手紙)は回収に時間がかかり、タイムリーに反応できない
	5回目	e-mailBまたは手紙	行動目標、行動計画の実施状況確認。励まし	定期的に宴会や飲食の機会が増える可能性があるため、気をつけるようにコメントを添えた。	年末～正月にかけての体重増加の可能性に不安を訴える者、前向きに捉える者など	上記に同じ
	6回目	e-mailAまたは手紙	体重(自己測定)報告 行動目標、計画の修正の可否を検討	これまでの状況をグラフ等にして生活習慣の具体的な支援を付加した保健指導をおこなった。	修正した目標を着実に実施している者、やはり実行に結びつかない者など様々	測定値が改善しておらず、計画の修正が必要と感じても、通信による保健指導だとどうも意図が伝わらず苦慮した
	7回目	e-mailBまたは手紙	必要な場合のみ実施	最終評価に向けて、計画の修正や確実な実施が必要と判断した者についてのみ保健指導を実施	最終評価を意識しながら「ラストスパートがんばります」「もう一度、運動を再開します」などの反応が返ってきた	通信による保健指導が続いたため、中だるみやマンネリ化により、運動や食事改善が継続できなくなっていたので、継続できない助ましが必要と感じた
	8回目					

平成19年度 先駆的保健活動交流推進事業委員会名簿

(50音順、敬称略)

「保健師による生活習慣病特定保健指導支援事業検討委員会」

委員長	尾島 俊之	浜松医科大学 医学部
	東 美鈴	兵庫県東播磨県民局明石健康福祉事務所 保健指導課
	齋藤 明子	特定非営利活動法人 保健科学総合研究会
	坂上 久子	長和町役場 保健福祉課
	佐々木 峯子	日本肢体不自由児協会 東部訪問看護事業部
	中板 育美	国立保健医療科学院 公衆衛生看護部
	西内千代子	全国設計事務所健康保険組合
	三好 ゆかり	国民健康保険中央会 保健事業部
	山下 清香	公立大学法人 福岡県立大学 看護学部

オブザーバー

	勝又 浜子	厚生労働省健康局総務課保健指導室
	森永裕美子	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

担当部署：事業開発部

部長	佐藤美稚子
	藤井 広美
	山尾 玲子
	塚尾 晶子

支援チーム

担当理事：井伊久美子

担当部署：事業開発部

部長	佐藤美稚子
コーディネーター	矢野 幸恵
	藤井 広美
	森迫 和歌
	小沼 絵理
	山尾 玲子
	渡辺 和美
	塚尾 晶子
	津村 京子

協力者 松尾 高子 (ジェイエムシー株式会社)

平成 19 年度 先駆的保健活動交流推進事業
生活習慣病予防活動支援モデル事業報告書
実践事例集

発行日 2008 年 3 月 31 日

編集 社団法人 日本看護協会

発行 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)

<http://www.nurse.or.jp>

※本書からの無断転載を禁ずる

