

平成 21 年度  
先駆的保健活動交流推進事業 報告書

保健師が推進する生活習慣病予防活動

－3 年間のモデル事業の取り組みから－

平成 22 年 3 月

社団法人 日本看護協会

はしがき

生活習慣病予防対策を目的とした「特定健康診査・特定保健指導」が開始され、2年が経過しました。これまでも保健師は、生活習慣病予防は国民の健康を守る上で非常に重要な課題であると考え、健康診査や保健指導を実施してまいりました。新たな制度の導入は、保健師がこれまで実践してきた活動の見直しと、確実に結果が出せる実践へ向けての大きな契機となったと考えます。

日本看護協会では、平成19年度より、効果的な保健指導の開発と精錬、特定健康診査・特定保健指導を含む保健事業の展開方法、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの連動などの生活習慣病予防活動のあり方を検討してまいりました。また、保健指導の評価のあり方についても分析を実施しており、平成19年度からの2年間に渡る継続調査や特定保健指導対象者の検査値や認識の推移などについても、結果をとりまとめるに至りました。なお、本事業は、厚生労働省の「先駆的保健活動交流推進事業」の一環として、取り組んできました。

今回の取り組みから得られた生活習慣病予防活動に関する知見や保健師としてのあり方を踏まえ、国民の健康づくり、効果的な生活習慣病予防活動の展開を今後とも推進してまいります。

本事業にご協力いただきましたモデル事業者の方々には制度変更に伴う膨大な業務を抱える中、果敢かつ積極的に本事業へ取り組んで頂きました。モデル事業にご参加いただいた皆様に厚く御礼申し上げます。

平成22年3月31日

社団法人 日本看護協会  
会長 久常 節子

## 目 次

### 1. モデル事業での3年間の取り組み

---

- 1) モデル事業での3年間の取り組みの経過 ..... 3
- 2) モデル事業での3年間の取り組みの成果 ..... 5

### 2. 効果的な生活習慣病予防活動のあり方

---

- 1) 効果のある保健指導プログラム ..... 11
  - (1) 保健指導プログラムに含むべきポイント ..... 11
- 2) 保健指導を保健事業として展開する際の組み立て方 ..... 16
  - (1) 茨城県筑西市の実践紹介 ..... 17
- 3) ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの効果的な連動 ..... 22
  - (1) 検討のプロセス ..... 22
  - (2) 具体的な検討のプロセス ..... 24
  - (3) ポピュレーションアプローチの取り組み事例紹介 ..... 29

### 3. 保健指導の評価についての検討

---

- 1) これまでの検討の経緯について ..... 47
- 2) 3年間の分析・検討からの示唆 ..... 50
- 3) 保健指導の適切な評価のために ..... 52
- 4) 調査結果 ..... 55
  - (1) 平成19年度からの「継続調査」分析結果 ..... 55
  - (2) 平成20年度の分析（1年間の変化） ..... 63
  - (3) heiQ (Health Education Questionnaire)の分析結果概要 ..... 77

### 4. モデル事業の取り組みからみえてきた保健師の力量形成

---

- 1) モデル事業の取り組みからみえてきた保健師の力量形成 ..... 81
- 2) モデル事業に参加した保健師の経験と振り返り ..... 82
  - (1) 1年間モデル事業に参加した保健師の経験と振り返り ..... 82
  - (2) 3年間継続してモデル事業に参加した保健師の経験と振り返り ..... 84
  - (3) モデル事業の実践を通して各モデル事業者が捉えた学び ..... 86
- 3) 保健師の力量形成にむけた提言 ..... 89

## 5. 参考資料

---

- 平成 21 年度モデル事業者実践報告書・・・・・・・・・・・・・・・・ 93
  - 宮城県 柴田町
  - 青森県 むつ市
  - 茨城県 筑西市
  - I H I グループ健康保険組合
  - 茨城県 行方市
  - 兵庫県 淡路市
  - 奈良県 天理市
  - 大分県 国東市
- 平成 20 年度 特定健康診査受診状況・特定保健指導利用状況・・・・・・・・ 114
- heiQ の分析結果および heiQ 質問紙・・・・・・・・・・・・・・・・ 115

## 6 資料

---

- 本モデル事業で使用してきた質問紙調査用紙・・・・・・・・ 121

## 7 付録

---

- 生活習慣病予防活動推進フォーラム実施概要・・・・・・・・ 129
- 平成 21 年度 先駆的保健活動交流推進事業 委員会開催状況・・・・・・・・ 132
- 平成 21 年度 先駆的保健活動交流推進事業 委員名簿・・・・・・・・ 133

## 1. モデル事業での3年間の取り組み

# 1. モデル事業での3年間の取り組み

## 1) モデル事業での3年間の取り組みの経過

特定健康診査・特定保健指導が開始となり、国民の健康づくり、とりわけ生活習慣病予防対策においては大きな転換の時期を迎えた。改めて自覚症状の無い人々への保健指導の難しさがクローズアップされ、保健師に、その中心的役割を担う専門職として一層の活躍が期待されている。

日本看護協会では、その現状をふまえ、保健師の専門性の発揮と強化をねらい、平成19年度から3年間、効果的な生活習慣病予防活動のあり方と、保健指導の評価のあり方について、モデル事業を通して検討してきた。その取り組みの経緯は(図1)の通りである。

特定保健指導コンサルテーションモデル事業は、JNAグループ支援プログラムによる特定保健指導をモデル事業者が実施し、本会職員で構成する支援チームによる直接支援や中間検討会、モデル事業者同士の相互交流会を行いながら実践してきた(取り組みの詳細は4-1)～3)で述べる)。

効果的な生活習慣病予防のあり方の検討としては、「保健指導プログラムの実践、精錬、普及」と、その保健指導を保健事業として展開する際の「保健事業の展開についての検討」、生活習慣病予防活動の効果をも上げるための「ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの連動」の3つの観点について検討してきた。

また、3年間のモデル事業者の生活習慣病予防活動の実践を踏まえ、「保健指導の評価のあり方に関する検討」を特定保健指導コンサルテーションモデル事業検討委員会を設置し検討してきた。さらに、コンサルテーションで実践してきた保健指導の様々な実践を通し「保健師の力量形成に関する検討」も合わせて行ってきた。

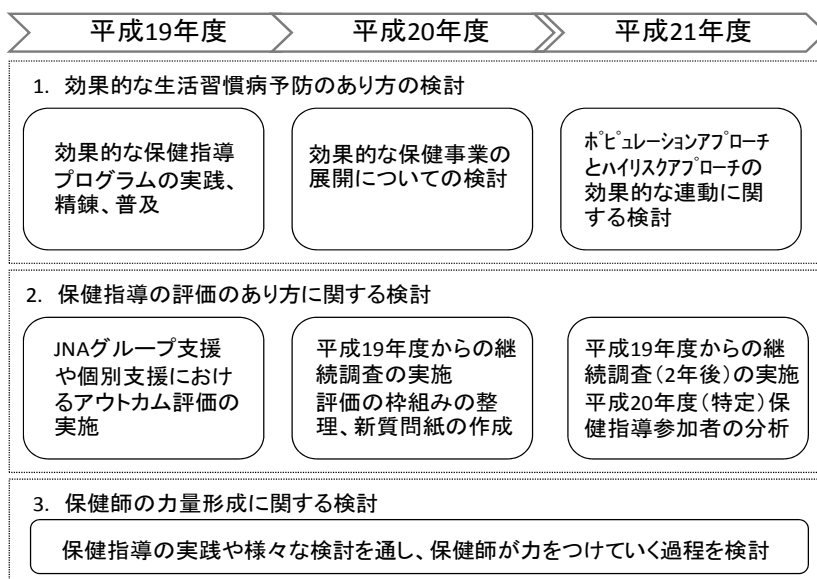


図1 モデル事業3年間の取り組み

平成19年度から21年度の3年間にわたり24事業者の272人の専門職の方々にモデル事業に取り組んでいただいた(表1)。本会提案の「JNAグループ支援プログラム」を特定保健指導の支援プログラムとして実施し、同時にポピュレーションアプローチとの連動についても検討してきた。各事業者とも新制度に向けた事業体制の整備等様々な課題を抱えながらのスタートであったが、新しい取り組みとして意欲的に実施していただいた。その3年間の実践から得られた成果を本報告書では述べる。

各事業者のご協力に心より感謝申し上げたい。

表1 平成19年度から平成21年度のモデル事業実施スタッフ及び参加者数

モデル事業 参加年度	県名	モデル事業者	所属	事業実践スタッフ数(実人数)					参加者数(実人数)			
				保健師	看護師	管理栄養士 栄養士	その他	合計	H19年	H20年	H21年 (予定)	合計
19	神奈川県	横浜市	衛生局保健年金課 港南福祉保健センター	3	1	4	1	9	19	-	-	19
19	山口県	岩国市	保健センター健康管理課	5	0	1	2	8	50	-	-	50
19	北海道	美幌市	保健センター健康推進課	5	0	1	0	6	17	-	-	17
19	福島県	喜多方市	民部保健課	4	1	2	1	8	32	-	-	32
19	三重県	鈴鹿市	保健センター	4	1	3	0	8	26	-	-	26
19	島根県	松江市	健康まちづくり課	5	1	2	1	9	19	-	-	19
19	宮崎県	綾町	綾町役場	3	1	3	1	8	45	-	-	45
19	鹿児島県	与論町	保健センター	2	5	5	2	14	33	-	-	33
19・20	石川県	七尾市	健康福祉部健康推進課保健センター	11	1	3	0	15	65	20	-	85
19・20	大阪府	東大阪市	中保健センター	5	1	5	1	12	35	13	48	96
19・20	長崎県	五島市	健康政策課	10	0	5	0	15	57	38	14	109
19~21	宮城県	柴田町	健康福祉課	7	0	2	1	10	46	65	50	161
19~21	兵庫県	洲本市	健康増進課	20	9	2	1	32	88	103	200	391
20・21	茨城県	筑西市	健康増進課	7	2	4		13	-	958	394	1,352
20・21	青森県	むつ市	役所健康推進課	10	3	2	0	15	-	84	200	284
21	茨城県	行方市	玉造保健センター	3	0	3	0	6	-	-	112	112
21	兵庫県	淡路市	健康福祉部健康増進課	11	0	4	0	15	-	-	125	125
21	奈良県	天理市	保険医療課	3	2	1	0	6	-	-	10	10
21	大分県	国東市	保健センター	5	2	2	0	9	-	-	30	30
19	東京都	オリンパス㈱	石川総務グループ	2	5	2	3	12	19	-	-	19
19	静岡県	浜名湖電装㈱	人事総務部医務室	4	1	6	0	11	31	-	-	31
19	三重県	四日市看護医療大学		3	0	0	2	5	56	-	-	56
20	愛知県	西日本電信電話㈱	東海健康管理センター	11	2	0	0	13	-	54	-	54
20・21	東京都	IHIグループ健康保険組合	健康推進部	4	1	2	6	13	-	31	200	231
<b>地域19事業者、職域5事業者</b>				<b>147</b>	<b>39</b>	<b>64</b>	<b>22</b>	<b>272</b>	<b>638</b>	<b>1,366</b>	<b>1,383</b>	<b>3,387</b>

スタッフ数：事業を実践したスタッフの実人数。

※平成19年度20年度モデル事業報告書、もしくは、平成21年1月現在で事業者より報告があった数値。

参加者：モデル事業に参加した参加者の実人数。

※平成19年度20年度モデル事業報告書、もしくは、平成21年1月現在で事業者より報告があった数値。H21年度データは年間実施計画時点と平成21年度1月現在の実績をふまえた年度内の参加予定数。



図2 平成19年度から平成21年度 モデル事業者の広がり

## 2) モデル事業での3年間の取り組みの成果

---

### (1) 効果的な生活習慣病予防のあり方の検討

#### ① 効果のある保健指導プログラムとは

平成19年度より、効果的な保健指導プログラムとして、「JNAグループ支援プログラム」を各モデル事業者に実践していただいた。

その結果、継続率の高さ、参加者の反応、行動変容ステージの向上、検査値・測定値のアウトカムの改善から、生活支援のためのプログラムとして以下の保健指導のポイントが有用であることが確認できた<sup>1</sup>。

- 効果的な保健指導をおこなう時の大切なポイント<sup>2</sup>
  - ・ 自分のこれまでの経験を言語化し、無意識の生活習慣が意識できること。
  - ・ 率直に、体験や失敗を語るができること。
  - ・ 普段は意識していない生活習慣を自分でみていくことができること。
  - ・ 定期的に、継続的な「場」があること。
  - ・ 身体の状態がわかる検査値を使い、身体のコントロールを自分で把握できること。
  - ・ 生活習慣改善の継続の困難さや習慣化を確認し、続けていくための条件を認識できること。
- グループ(小集団活動)で実施した時の上記ポイントに追加される利点<sup>3</sup>
  - ・ 「自分自身の問題の発見と深化」をねらい「無自覚の問題」を自覚させる働きかけが有効。
  - ・ お互いに率直に体験や失敗を語り合うことを中心に、仲間との対比により、普段意識していない自分の生活を見ていくことを主な内容として、数か月に1回の継続的な場を持つことが有効。

#### ② 保健指導を保健事業として展開する際の組み立て方

平成20年度、特定健康診査・特定保健指導がスタートするにあたり、モデル事業者においては、事業をスムーズに運営するために事業基盤の整備をした。加えて、有効な保健事業にしていくために、新制度の枠組みを踏まえつつも必要な健診項目を追加したり、健康増進法も視野に入れ保健指導の対象者を広げるなど、保健師の課題意識を活かしながら多様な展開を見せている。受診率の向上や高い保健指

---

<sup>1</sup> 日本看護協会. 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. 2009

<sup>2</sup> 久常節子・井伊久美子著. 生活習慣病予防のためのグループ支援. 看護協会出版会. 2009

<sup>3</sup> 久常節子・井伊久美子著. 生活習慣病予防のためのグループ支援. 看護協会出版会. 2009



導実施率・終了率に意識が集中する中、保健師として生活習慣病予防活動のあり方を検討し、柔軟な事業展開を試みていた。詳細は本文 2-2) で述べる。

- 保健指導を保健事業として効果的に展開する際のポイント
  - 特定保健指導を地域の健康レベルの向上において有用な保健事業にしてい  
くかを探求しながら取り組む。
  - 対象者集団の健康課題や地域特性等の分析をし、地域課題に沿って、「必要  
な人たちに必要なサービスをどうしたら供給できるのか」という視点をもつ。
  - 保健事業を捉えなおすには、その地域・職域・集団の人々の事実から問題の  
本質をすくい取ることが大切である<sup>4</sup>。その対象者の実態の把握には、家庭  
訪問や面接で直接対象者の声を聞き、対象者の認識を把握することが必要不  
可欠である。

### ③ ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの効果的な連動の方策

生活習慣病予防活動を効果的に行うためには、ハイリスクアプローチである特定の人たちへの働きかけだけでなく、同時に、ポピュレーションアプローチとの効果的な連動が大切である。本モデル事業では、モデル事業者の実践事例から、ポピュレーションアプローチとして効果的であろうと思われる取り組みを探るための検討を行った。相互支援交流の場では、各事業者が事例を持ち寄り、取り組みの共有を行った。さらに、保健師の意図的な取り組みであるとともに、取り組みに一定の経過があり事業展開の経過が見える兵庫県洲本市と山口県岩国市の事例を取り上げ、事例の経過を参加者で共有しながら事例検討を行った。この2事例は、「大多数の健康に無関心な人たちに対する仕掛け」を意図的に展開し、事業評価として手応えを感じ今後の効果が期待できる事例である。この検討から、明らかになったポピュレーションアプローチのポイントは以下の通りである。

- 地域住民全体の健康意識の底上げをねらった住民組織活動の展開で、健康に無関心な住民に関われる場の設定や活動を展開する。
- ポピュレーションアプローチを効果的に展開するための基盤としての地域組織活動を、「住民が主役」へと市民行政双方の意識を変え、地元の社会システムをつくる。

---

<sup>4</sup> 久常節子・井伊久美子著. 生活習慣病予防のためのグループ支援. 看護協会出版会. 2009  
日本看護協会. 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. 2009

## (2) 保健指導の評価のあり方

評価に関しては、JNAグループ支援プログラムの参加者や個別保健指導の参加者を対象とし「信頼性や妥当性が高い指標（ツール）は何か」「量的評価と質的評価をどのように組み合わせればいいのか」「（生活習慣の改善には時間がかかるが）どの時期にどの様な評価を実施すればいいのか」などの問題意識を持ち、得られるデータの範囲も勘案しながら評価の妥当性について検討してきた。3年間の分析・検討から得られた示唆としては以下である。具体的な評価項目等の詳細は本文3-1)～4)で述べる。

- 評価には測定値や検査値を活用し、数値の上下の評価だけでなく変化の意味も確認していくことが必要。
- 検査結果の性差は有意にみられ、男女別に評価を行う必要がある。
- 評価においては集団の変化を見るだけではとらえきれない個々の変化があり、対象者の評価は「個人」と「集団」の両側面から行うことが必要。
- 目標設定や効果の判定は、様々な指標の特徴や、個人のライフスタイルやQOLを考慮して柔軟に行う。
- 質問紙の設問は、調査を実施するタイミング(時期)や対象によって工夫が必要。

## (3) モデル事業の取り組みからみえてきた保健師の力量形成

3年間のモデル事業に取り組むプロセスにおいて、保健師は、新しい実践を取り入れ、活動を進めていく過程で、スタッフ間で話し合いや検討を重ねた。その過程で、自分の実践を振り返り、課題や方向性を共有し、対象者の反応をみていくことを、自然に体験していった。また、中間検討会や相互支援交流会におけるモデル事業者同士の交流の場では、他者との対比や客観的な意見をもらうことにより、自分の実践の手ごたえを実感し、実践の方向性の確信を深め、このモデル事業での経験を強化していった。本モデル事業では、モデル事業者と支援チームがともに取り組むことで、相互に研鑽が深まり、より充実した効果性の高い成果が得られた。

このモデル事業でのプロセスが、保健師の力量形成を支える仕組みとして以下の点で有効であると考え提言する。

- 保健活動の実践を軸として、自分の実践をオープン化しながら振り返る仕掛けにより、スキルアップが図られる。
- 保健師同士の交流を通して、情報共有し、他者との対比や客観的な意見をもらうことにより、自分の実践の手ごたえを実感し、実践の方向性の確信を深め、経験を強化できる。

## 2. 効果的な生活習慣病予防活動のあり方

## 2. 効果的な生活習慣病予防活動のあり方

平成 20 年度の特定健康診査・特定保健指導の開始に伴い、生活習慣病予防がこれまで以上に注目されるようになった。生活習慣病は、自覚症状がなくかつ長い経過の中で進行するので、対象者自身に緊急性がないことがその予防活動を困難にしている。さらに、生活習慣病予防では、個人の生活を改善するという個別性の高い課題と、その地域や職場の文化や環境、仕事や付き合い等一定の集団としての課題を併せ持つことが多い。本モデル事業では、このような特徴をもつ生活習慣病予防への効果的なアプローチ方法について、以下の 3 つの観点で検討してきた。

- 効果のある保健指導プログラムとは
- 特定保健指導を保健事業として展開する際の組み立て方
- ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの効果的な連動

### 1) 効果のある保健指導プログラム

#### (1) 保健指導プログラムに含むべきポイント

生活習慣病予防は、対象者自身が生活習慣改善の必要性を感じていないところに困難さがある。効果を出すための保健指導プログラムとして、支援形態に関わらず下記に示した内容がポイントとなる。<sup>1</sup>

- 自分の経験を言語化し、無意識の生活習慣が意識できる。
- 率直に、体験や失敗を語るができる。
- 普段は意識していない生活習慣を自分でみていくことができる。
- 定期的に、継続的な場がある。
- 身体の状態がわかる検査値を使い、身体のコントロールを自分で把握できる
- 生活習慣改善の継続の困難さや習慣化を確認し、続けていくための条件も認識できる。

上記のポイントを前提に、小集団活動（グループ）の効果を活用すれば、さらに効果的な保健指導を展開できると考える。

- 「自分自身の問題の発見と深化」をねらい「無自覚の問題」を自覚させる働きかけとして、小集団活動を行う
- お互いに率直に体験や失敗を語り合う【話し合い】ことを中心に、仲間との対比により、普段意識していない自分の生活を見ていくことを主な内容として、3ヶ月に1回の継続的な場を提供する

<sup>1</sup> 久常節子・井伊久美子著. 生活習慣病予防のためのグループ支援. 看護協会出版会(2009)

また、当事者が自分の生活習慣を見直し、新しい習慣を身につけ、それが、定着するには、相当のプロセスと時間を要する。一旦身に着いたと思っても、すぐに戻ってしまうこともある。このような実態を前提に、2年位を1クールとし、当事者が必要だと感じたらいつでも参加できる仕組みを構築することが望ましい。

○ 自主卒業を前提に、概ね2年を1クールと想定し、「継続」を志向する

本モデル事業では、これらのポイントを踏まえた保健指導プログラム「JNAグループ支援プログラム」を提案し、モデル事業者に取り組んでいただいた。「プロセスを見る」、「食の実態を見る」、「コントロールを見る」、「習慣化を見る」の4つを内容として盛り込み、必要に応じて各回の回数を増やしたりしながら展開している。図3に示した流れが、モデル事業者で実施された平均的な展開パターンである。具体的な実施のプロセスについては、次項で紹介する実践事例を参照いただきたい。

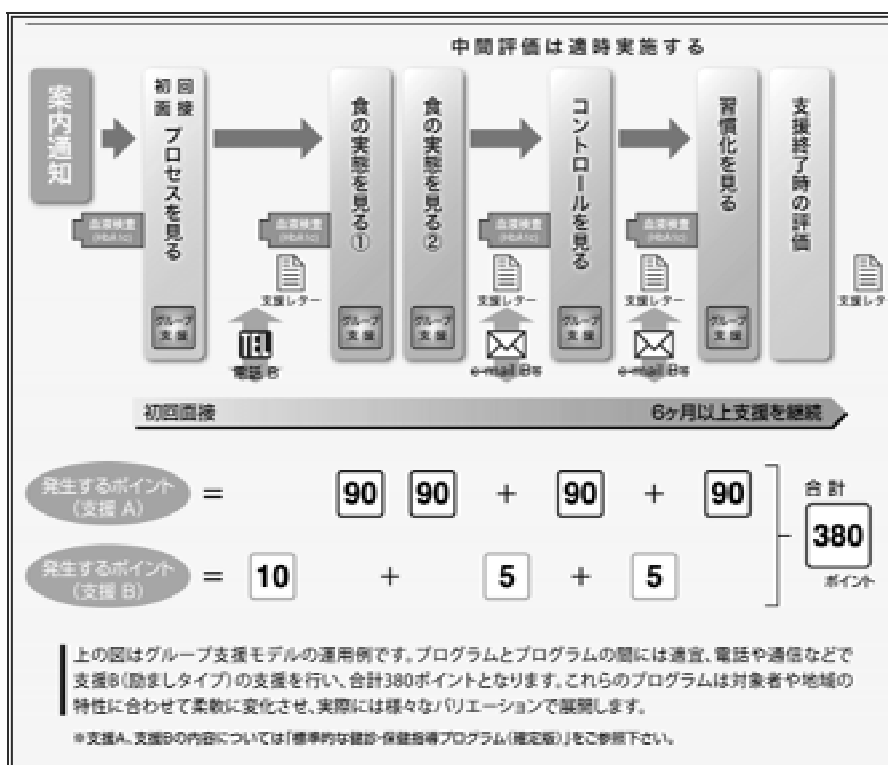


図3 モデル事業で実施したJNAグループ支援プログラム

## 天理市の実践

### JNA グループ支援プログラム参加により、生活や検査値が改善した A さん

#### A（女性・50代前半）さん

年々体重が増加し、膝関節痛や腰痛も出現したため体重を減らしたいと思っていた A さん。けれど長年、なんとかしたいと思いつつも、生活習慣は改善できないままでした。

初回の教室「プロセスをみる」では、天理市に暮らして生活習慣病を発症した3名の事例を聞いた。20代の頃と比べ、体重が30kgも増えた A さん。そういえば、「子育て中はよく動いたけど、今は車ばかり」「甘いコーヒーがストレス解消」と、グループトークが進むにつれ、自分の実態に気づき始めた。さらに、HbA1cの結果を見て「なにかしなくちゃ」という強い動機づけが起こった。

2回目・3回目は「食の実態を見る」がテーマ。食べている量や内容を自分で確認して、自分の量の多さにびっくりした。グループトークでは他の参加者の話も聞き、“食事はうっかりしていると食べ過ぎてしまう”と痛感した。毎日体重を測定し、生活を意識して食事や活動量を改善し始めた A さん。けれど、がんばって生活を変えても HbA1c に変化がなくショックを受け、お正月には体重も増えてきた。しかし、みんなの前でうまくいかなかったことも話しながら、食べ過ぎて失敗もしたけれどそれを自覚し、自分にできることを継続してみた。

4回目の最終回の教室では、これまでの HbA1c の数値と生活と関連づけ、自分のメタボリックシンドロームの状態も確認した。ここに来て、HbA1c はようやく低下。「継続するのは難しいけど、結果はでる」とわかった A さん。グループトークや検査値の変化を使いながら定期的に教室の場を活用し、試行錯誤をしながらも A さんは「これならできること」を自分でみつけた。

#### A さんの検査値の変化（身長 157.8cm）

	体重	BMI	腹囲	最高血圧	最低血圧	HbA1c	中性脂肪	LDL	HDL	GOT	GPT	γ-GTP
健診時	84.4	33.9	96.5	144	90	5.4	134	161	61	23	23	25
指導開始時	83.8	33.7	100	127	75	5.4	検査値なし					
指導終了時	76.1	31.1	89	133	80	5.2	42	183	67	22	18	15

表2 A さんの発言や反応の変化および保健師の支援

年月	支援形態	支援内容	対象者の発言や反応	保健師のアセスメント・支援
平成21年 8月	電話	特定保健指導参加への呼び掛け	・（本人不在のため、娘に教室参加の勧奨の趣旨を伝える）母に勧めてほしいので、また電話してほしい。	娘がキーパーソンである。
8月	電話	特定保健指導参加への呼び掛け（本人）	・健診の数値が悪いのはずっと気になっていて、娘も心配しているので行ってみようかなあ。	自分の体の事を気にはしているが、他の人からの勧めなので、 <u>動機付けはまだ弱い。</u>
9月	面接	健康意識の確認指導ではなく思いを聞くように心がける	・ <u>太っているのも気になってたけど今までなかなか食事や運動を気をつけなかった。</u> ・膝が痛いので体重を減らしたい。 ・娘が心配してくれている事がうれしい。でも、忙しいから参加できない日がでてくると思う。	生活の様子から、忙しく不規則なので生活改善が困難。本人の中で、 <u>Aさんができそうな生活改善を見つけてもらう。</u>

年月	支援形態	支援内容	対象者の発言や反応	保健師のアセスメント・支援
10月	グループ支援	プロセスを見る 初回面接	<ul style="list-style-type: none"> <li>子育て中はよく動いていたが、今は車ばかり使って移動している。</li> <li>コーヒーが好きで、一日5杯以上クリーブと砂糖を入れて飲む。甘いコーヒーがストレス解消。ないとイライラする。以前は、油もののおかずをよく作ったが、娘が鍋にいたらとアドバイスしてくれる。</li> <li><u>HbA1cの結果を見て、ここ1~2か月生活を变えていない。</u>運動しないとダメだと思う。</li> </ul>	若いころに比べ、運動量が減っていることや糖質をかなりとっていることの振り返りができている。家族からのサポートが後押しになっている。 <u>HbA1cに変化はないが、行動が変化してきていることを認め、結果はあとからついてくることを話し、共感的支援を行なう。</u>
11月	支援レター			脱メタボ通信1の送付
11月	電話	継続支援および気持ちや行動の変化を知る	<ul style="list-style-type: none"> <li>コーヒーの砂糖を控えるようにしている。</li> <li>腰・膝痛軽くなった。<u>体重を毎日測っているがあまり減っていない。</u></li> <li>次回の教室も参加したい。</li> </ul>	体重は減っていないが、甘いコーヒーが今まで控えられなかったにも関わらず、今は控えており、前向きに努力している。
			行動が少しずつ変化し始める。生活のチェンジ！	
12月	相談	気持ちや行動の変化を知る	<ul style="list-style-type: none"> <li>娘にやせたと言われた。うれしい。</li> <li>近くに買い物に行く時は、歩いて行ったりしている。</li> </ul>	家族にやせたと言われ、体重も減り始めているので、効果が現れ、やる気が出てきている。具体的に歩くという行動変容がみられる。
			生活の変化を継続。やる気アップ！！	
12月	グループ支援	食の実態を見る ①	<ul style="list-style-type: none"> <li>ご飯の量を今までの半分になっている。主食の●8つのところ、わたしは5つです。野菜で空腹を紛らわしている。けどメロンパンを食べたから一緒かな。メロンパンは●何個になるんだろう。次回知るのが心配。</li> <li>採血があるから、昨日は間食をやめました。</li> <li><u>買い物も歩いて行くし食事を変えたのに数値に変化がないのはショックです。何が原因なんだろう。</u></li> </ul>	前回に比べ、食事にも気をつけ、運動もするようになり、行動変容が見られる。しかし、主食を減らし、糖質の多い菓子パンを食べており、砂糖の多い嗜好品が過剰である。そのことに本人は気づき始めている。 HbA1cに変化がなく戸惑っている様子が感じられたが、Aさんの生活や行動が確実に変化してきているのを認め、検査値は後からついてくることを説明。共感的な支援を実施。
			ショック・・・ がんばっているのに、 数値がよくならない	
平成22年 1月	支援レター			脱メタボ通信2の送付【図4参照】
2月	相談	気持ちや行動の変化を知る	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>お正月に餅を食べすぎて少し太った。</u></li> <li>甘い物は控えている。</li> </ul>	年末よりは体重は減っている。食べ過ぎたという事を振り返り、甘いものを控えるという選択をし、実行できている。
			年末年始で生活改善が停滞。	
2月	グループ支援	食の実態を見る ②	<ul style="list-style-type: none"> <li>お菓子を食べていないのにメロンパンで●4つ半になるなんてショック。クッキー生地がダメなのかなあ。</li> <li>主食の●は少ないのに、タンパク質と特に嗜好品の●が多かった。お菓子を食べていないのにショック。</li> </ul>	ご飯を減らすようになり、主食が少なすぎて、ご飯の代わりにメロンパンを食べた事により、嗜好品が過剰になった。お菓子を控えているのに、ごはん代りに食べた物が嗜好品になり過剰であることを振り返っている。
2月	支援レター			脱メタボ通信3の送付
2月	電話	継続支援および気持ちや行動の変化を知る	<ul style="list-style-type: none"> <li>前回の教室でメロンパンのカロリーの高さにビックリした。以後、食べないようにしている。コーヒーの砂糖を少なくし、回数も減らしている。手軽に食べるものを選んでしたが、カロリーを考えて買ったり食べたりしている。車を控えて、可能な限り歩いている。</li> <li><u>体重を78.4kgを目標にしている、今9.4kg。</u>腹囲は少し減ったかなと思う。</li> </ul>	教室での振り返りができており、日常生活にも気づきを行動に結び付けることができている。行動変容が、体重減少という結果に反映されている。
			自分で自分の目標を決めた！	
3月	グループ支援	コントロール・習慣化を見る	<ul style="list-style-type: none"> <li>HbA1cが減って安心した。</li> <li><u>成果が出るのに3カ月かかるのかなあと思ってた。</u></li> <li>今は野菜を蒸したり、炊いたりして、たくさん食べるようにしている。野菜にけるドレッシングを色々な味を試している。野菜の切り方も変えたりして飽きないようにしている。口寂しい時、ガムを噛むようにしている。おやつは一度に全部食べずに、半分残して、後で食べて何個も食べないようにしたり、一口食べて納得している。<u>少し食べる量を減らす努力をしている。</u>運動はしていない。孫を抱くことで運動になっている。</li> <li>(メタボの氷山の色塗り) 氷山の図は、体重がオーバーしているのでたくさん塗った。血圧と血糖は控えめに塗った。水面下の氷山を全部塗ったのは、内臓脂肪がまだまだ多いと思うから。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>教室開始時は、グループ支援への参加は乗り気ではなかったが、Aさんの発言や反応が変わってきた。生活の様子や検査値も大きく変化している</li> <li>やめられないことは「やめられない」というAさんだが、自分のできることや変えられることを自分で探して継続している。</li> <li><u>変えた生活習慣を継続できる方法を自分で見つけ、生活と折り合いをつけながら暮らしていく方法をつかみ始めている。</u></li> </ul>
			生活の改善の難しさを実感。でも、自分にできて、継続できる方法を見つけた。これなら出来るかも！	
3月	支援レター			脱メタボ通信4の送付

**脱メタボ教室通信②**

新年、明けましておめでとうございます。皆さん、どのようなお正月を過ごされましたでしょうか。

昨年、12月11日に脱メタボ教室の第2回目が開催されました。第2回目の教室は、人数が少なかったですが、ご自分の食事の振り返りを的確にされていたように思います。今回は、『何をどれくらい食べているのか』を『量』でとらえ、『自分で食の課題に気づく』という事を行いました。

残念ながら、欠席された方も、この通信で教室の様子を味わってください。次回は、全員そろって学習できるようお待ちしております(\*^\_^\*)。

**食事例の紹介**

保健師のある1日の食事を例に挙げ、カロリーやグラムを使わずに食事を振り返りました。

ごはん小さめの茶碗 1/3 を●1つとし、ごはん以外の食品では●がいくつになるのかを1日食べたものを例に、食品のグループ別に紹介しました。

**皆さんの食事の振り返り**

昨日の1日の献立を書き出し、展示しているサンプルを参考に、自分の食べた物の量が●いくつになるのかを、見ていただき、自分の●の数が、自分の適性の●の数に比べてどうであるのかを振り返っていただきました。

**グルーブトーク**

食品のグループをごはん・パン・麺、いも、魚介・肉・卵・豆製品、野菜・きのこ・海藻、牛乳・乳製品、くだものに分け、グループ毎に●がいくつあったかを数えてもらいました。そして、気付いた事を発言していただきました。

野菜は、頂きものが多いで、足りてるわ。

野菜少ないなあ。

主食は、案外たくさん摂れるんだ。果物は不足していると思っていたが多すぎるんだな。乳製品ももっと摂らないといけないと思っていたけど、多すぎた。

ごはんの量を半分には減らしているから、主食は1日で●5個で少なかったけど、メロンパン食べたから一緒かな。

最近、体重が増えただけで、下った。運動は階段昇降しています。

運動しているのに、数値が下がらないなんて。やっぱり食事か。下げるにはどうしたらいいんだろう。

買い物行くのも歩いているし、体重も減ったのに変化がなくてショックです。

変化なしでした。運動不足です。散歩もしていないし。家では運動しているけど。

**HbA1cの結果返却**

食パン6枚切1枚で●2つです

**次回のお知らせ**

1/29(金) 13:30~16:00 ▲▲2階 健康管理室  
『食事を振り返ってみよう② お菓子・お酒・調味料編』  
血液検査もあります。※前回のファイルを持って来て下さい



単に活動の日時を知らせるだけでなく、通信の読み手が「共感」  
できるような参加者の発言を加えた通信を作成しました。

図4 参加者へ送付した支援レター「脱メタボ通信」  
(※「食の実態をみる①」後に送付したもの)



## 2) 保健指導を保健事業として展開する際の組み立て方

平成20年度から開始された特定健康診査・特定保健指導は、制度変更に伴う手続きや健診等の事業計画の変更など、実践現場に多大な作業量を課すことになった。このような厳しい状況にも関わらず、モデル事業者には、むしろ制度変更を契機として有効な保健指導のあり方や保健事業の構築を模索するという意気込みで、新たな試みに意欲的に取り組んでいただいた。そこでモデル事業者の取り組みから見えてきた、保健事業を展開していく際の効果的な事業展開の視点を(図5)のように整理をした(図中の---点線内)。

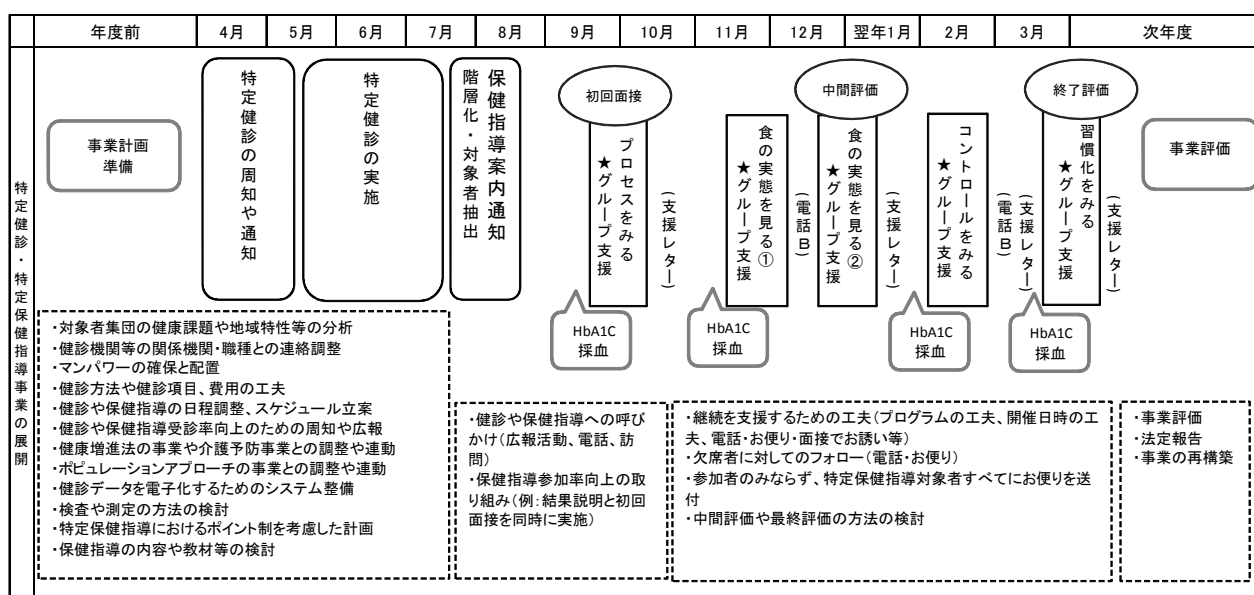


図5 JNAグループ支援プログラムを取り入れた特定健診・特定保健指導の事業例

今年で制度開始から2年目となる。モデル事業者は、まずは特定健診・特定保健指導をスムーズに運用するために事業を整備した。さらに、それにとどまらず、対象集団の健康課題や地域特性等の分析を踏まえて、「何が必要なのか」「必要な人たちに必要なサービスがどうしたら供給できるのか」という視点に立って保健事業を計画していた。また、新制度の枠組みを踏まえつつも必要な健診項目を追加したり、健康増進法も視野に入れ保健指導の対象者を広げるなど、保健師の課題意識を活かしながら多様な展開を見せている。受診率の向上や高い保健指導実施率・終了率に意識が集中する中、保健師として生活習慣病予防活動のあり方を検討し、柔軟な事業展開を試みていた。

そこで次からは、具体的に茨城県筑西市における特定健康診査・特定保健指導を含む保健事業を紹介する。

## (1) 茨城県筑西市の実践紹介

### 筑西市の保健事業の取り組み

茨城県筑西市では、モデル事業者の中で対象人口が多く、特定保健指導を直営で実施し、地域課題に沿っていかに特定保健指導を有用な保健事業にしていくかを探求しながら新しい試みに果敢に取り組んでいた。その取り組みを紹介する。

#### ー筑西市の取り組みのここがポイントー

- 事業計画を具体的にシミュレーションし、事業基盤の整備を進めた。
- 特定健康診査の受診率、特定保健指導の利用率を上げる取り組みとして広報誌や公用車でもアピールした。
- 途中段階でも計画を柔軟に見直し、未受診者のための「追加健康診査」を実施した。
- 健康診査当日に（腹囲・BMIから）、保健指導の対象者を抽出した。
- 効果的に保健指導を行うために保健師が必要と思う検査項目を保健指導に取り込み、予算も確保した。
- 健康診査受診者全員と面談し対象者には保健指導の利用勧奨を実施した。また、メタボリックシンドロームに関する市民の認識や、その地区の状況把握をした。
- 対面で健康診査の結果を返却し、その日に初回面接を実施した。その結果、保健指導初回利用率は対象者の6～7割を達成できた。
- 特定保健指導の参加者だけでなく、対象者全員に教室の内容を記載したお便りを送り、次年度の参加に結び付けようと考えた。

#### ① 対象者集団の地域特性等や健康課題の分析

##### ○ 筑西市の概要

筑西市は、平成17年3月に1市3町が合併して誕生した。人口構成は(表3)の通りである。4つの地区(下館、明野、関城、協和)があり、市の半分を占める下館は商業地域、その他の地区は兼業農家が多い地域である。

表3 筑西市の人口構成(平成20年度)

対象集団の総数 (総人口/世帯数)	114,938/35,078	人口構成 (年齢階層別内訳)	人		%	
医療保険加入者数 (国保)	39,378人 (34.3%)		年少人口	15,663	13.6	
			生産年齢人口	74,782	65.1	
			老年人口	24,493	21.3	
			(75歳以上人口)	12,222	10.6	

## ○ 健康指標の分析

筑西市の標準化死亡比（平成12年～平成16年、全国を1.0とした時）によると、急性心筋梗塞による死亡は、男性で全国平均の2.12、女性で1.98と全国の約2倍になっている。その他、糖尿病や脳梗塞等も全国より標準化死亡比が高く、生活習慣病から死亡に至る傾向が高い（平成20年度モデル事業報告書より）。

## ② 特定健康診査や特定保健指導の計画立案

平成20年度の特定健康診査の受診目標40%、特定保健指導実施目標20%（516人）と（推計）した。それに加え腹囲、BMIの対象者を加えた人数を実施するためには、特定保健指導の実施回数は年間100回程度と計画を立て、それに基づき事業基盤の整備と計画を進めていった。

## ③ マンパワーの確保と配置

### ○ 筑西市健康増進部人員体制について

1市3町合併後3年が経過し人員体制が整いつつある。平成19年度までは、保健師20名〔成人担当（10名）、母子担当（10名）〕で構成されていた。平成20年度には特定保健指導を主に担当できる人員体制確保として、保健師6名に加え、部の栄養士6名（うち管理栄養士3名）中3名を配置した。

計画時点でのシュミレーションでは、特定保健指導の実施回数は年間100回程度と想定されたため、従来の担当者だけでは教室運営ができないことが予想された。他グループのスタッフの協力も得て、新生児訪問や乳幼児健康診査など他の事業との調整をし、健康づくり課の全体の協力を得ながら取り組む体制を確保した。

## ④ 健診機関等の関係機関との連絡調整

- ・ 健康診査の実施は外部委託とし、集団健康診査と個別健康診査（医療機関委託）で実施している。
- ・ 健康診査の実施場所は、保健センター、公民館等にて実施。内容は特定健康診査にがん検診等を合わせて実施した。
- ・ 平成20年度12月時点で、受診者数7,069人、受診率は28.2%と目標の40%の受診率より低かったため、従来の健康診査の計画にはなかったが、未受診者のための「追加健康診査」を実施した。
- ・ 血液検査項目の変更：茨城県では当初、空腹時血糖が健康診査での採血項目として設定されていたが、効果的に保健指導を行うためにHbA1cに変更できるよう、様々な部署や関係機関に働きかけた。また、特定保健指導時の採血のための予算も確保した。

### ⑤ 特定健康診査・特定保健指導受診率向上のための周知や広報

いかに多くの住民に特定健康診査を受診してもらうかを考え、次年度に向け、従来の健康診査日時や「生活習慣病とは」という情報提供だけの広報紙ではなく、実際の教室の様子や参加者の声を掲載し、住民の興味を引くものとした。また、公用車全部に看板を付け市内を巡るなどした。



写真① 広報の様子-1



写真② 広報の様子-2



図6 筑西市広報紙

### ⑥ 特定保健指導の実施状況

初回の教室後は2~3ヶ月毎に教室を開催し、回数は、初回が全市で28回実施、以後は各教室18回実施。4地区で18クール、教室回数は100回実施した。1人の人がすべての教室に参加すると、計5回の教室である。血液検査日には保健師が出向き、支援Bの個人面接として実施した。

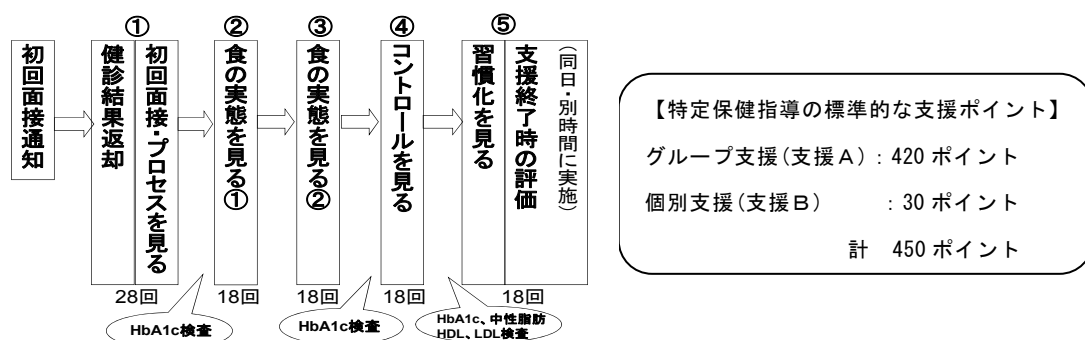


図7 けんこう応援教室

○ 特定保健指導(グループ支援)の実施状況

- ・ 1回の教室のスタッフ数：保健師 4～8名、管理栄養士 1～3名、栄養士 0～2名、看護師 0～2名 計 7～11名
- ・ 1回の参加者数：1グループ 4から 8名編成で合計 20名から 40名程度
- ・ 全参加者数は 958人(積極的支援 204人、動機づけ支援 577人、その他 177人)

○ 特定健康診査受診状況、特定保健指導の利用状況

表 4 特定健康診査受診率・特定保健指導利用率

	特定健康診査			特定保健指導(全体)			保健指導(内訳)														
	対象者数	受診者数	受診率	対象者数 総数	利用者 総数	利用率 %	特定保健指導(積極的支援)				特定保健指導(動機づけ支援)				その他(情報提供者)						
							対象者数 総数	利用者 総数	利用率 %	終了者 総数	終了率 %	対象者数 総数	利用者 総数	利用率 %	終了者 総数	終了率 %	対象者数 総数	利用者 総数	利用率 %	終了者 総数	終了率 %
全国	22,550,174	6,942,839	30.8%	-	-	-	768,502	176,768	23.0%	126,379	16.4%	289,715	57,562	19.9%	29,722	10.3%	-	-	-	-	-
筑西市	23,550	7,233	30.7%	1,651	958	58.0%	426	204	47.9%	56	13.1%	919	577	62.8%	564	61.4%	306	177	57.8%	-	-

※全国データ参考資料：「市町村国保の20年度の速報値」週刊保健衛生ニュース 平成21年度12月28日 第1538号

特定保健指導利用状況は利用率 58%であった。内訳でみると、積極的支援対象者の終了率が 13.1%と低い。その理由としては、途中からの参加者が 126人と多く、まだ実施期間の 6か月に満たないために、平成 20年度特定保健指導の実績にはその数は含まれていない。また、働いている世代の毎回の参加が難しい現状があり、継続で参加はしているが評価時点でポイントが足りない現状があった。

⑦ 特定保健指導利用率向上のための取り組み

○ 対面による健診結果の返却

平成 19年度は、特定保健指導の開始を見据えて、様々な保健指導パターンを試してみた。郵送による健康診査結果返却の場合は参加者は 1回目が 9%程度であった。健康診査の結果を保健指導前に郵送で返却してしまうと教室に足を運んでもらうことが難しい事を実感し、平成 20年度からは、特定保健指導の対象者には、結果を直接会場に取りに来てもらう事にした。

○ 集団健診会場での個別面接の実施

事前に対象者に会い勧奨したほうが、保健指導参加者が増えると考え、集団健康診査の会場に出向いた。また、対象者に早くに日程をお知らせしスケジュールを確保してもらう目的と、教室の良さはお便りだけでは伝わらないと思い、直接説明したいと思った。

国保連合会の結果(階層化)を待たずに、健康診査当日に結果が把握できる、腹囲・BMI・服薬状況から、保健指導の対象者を下記の選定条件を基に抽出し、保健指導の内容・日時等を伝える方法をとった。

選定 条件	腹囲測定値(男性85cm、女性90cm)以上、またはBMI25以上のいずれかに該当する者を対象とした。(生活習慣病で服薬中の者を除く)
----------	---------------------------------------------------------------------

上記の取り組みの結果、平成19年度は保健指導初回教室への参加者が1割弱だったのに対し、平成20年度は初回教室参加者が5～6割であった。

また、健康診査会場では腹囲測定を実施した受診者全員、健康診査時の問診票をもとに個別面接を実施した。メタボリックシンドロームや健康診断に対する市民の認識や、その地域の状況を把握する場ともした。

## ⑧ ポピュレーションアプローチの取り組み

### ○ お便りの発行

特定保健指導の参加者と、筑西市独自の選定基準で抽出された保健指導対象者の計1651名に教室の内容を記載したお便り(図8)を教室と教室の間に5回送付した。このような場があるのだと認識してもらい、次年度の参加に結び付けようと考えた。

初回参加者が832人であったのに対し、途中参加希望者が126人あり最終的には958人に増加している。様々な働きかけの成果と思われるが、お便りの効果も大きいと手応えを感じている。

### ○ 保健指導終了後も継続して参加できる場の提供

教室修了者が生活習慣改善を継続できるように2年間はけんこう応援教室の参加者とし、継続支援の場をつくっている。その後もポピュレーションアプローチの教室に参加する仕組みを検討している。



図8 「けんこう応援教室」のお便り

## ⑨ スタッフのスキルアップ

特定保健指導に関わるスタッフを対象に、「けんこう応援教室」のデモンストレーションと説明を実施。また、教室前後に、教室の目的、運営方法、ファシリテータの方法、参加者の反応などを情報共有しディスカッションの場を設けている。

### 3) ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの効果的な連動

#### (1) 検討のプロセス

特定健康診査・特定保健指導の開始から1年が経過し、①特定健康診査受診率の低迷、②特定保健指導の中断者への対応、③受診勧奨となっても結果的に治療も特定保健指導も受けていない人への対応、④服薬中の人へのアプローチ等が、実施上の課題であると言われている。これらの課題もふまえながら、生活習慣病予防活動を効果的に展開するためには、特定保健指導の実践だけではなく、ポピュレーションアプローチとの連動が重要な鍵となる。

本モデル事業では、効果的な連動のあり方を考える手がかりとして、モデル事業者の実践から、ポピュレーションアプローチとして効果的であろうと思われる取り組みを探るための検討を行った。この検討にあたり、特定健康診査・特定保健指導をハイリスクアプローチとした時に、ポピュレーションアプローチとの連動の接点として、効果的であろうという視点を以下のように設定した。

- 大多数の健康に無関心な人たちに対する仕掛け
- 特定健康診査の受診率、特定保健指導の利用率、終了率の向上
- 生活習慣を改善していくための継続支援
- 特定保健指導の対象者以外の人たちへのアプローチ

ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの連動について検討してきたプロセスは以下の通りである。

平成20年度は、検討の手がかりとして、保健事業の取り組み状況についてヒアリングや書面で情報収集と整理を行った。詳細な内容については、平成20年度の報告書を参照されたい。

平成21年度は、前述の情報整理をふまえて、ポピュレーションアプローチを検証する枠組みを提案し、2回の中間検討会において実際にモデル事業者で取り組んでいる事業をふまえながら、事業を整理するための視点を検討した(表5)。この視点に沿ってそれぞれのモデル事業者において、ポピュレーションアプローチとして効果的だと思われる事業を事例として取りまとめてもらった。

相互支援交流の場では、各事業者が事例を持ち寄り、取り組みの共有を行った。さらに、保健師の意図的な取り組みであるとともに、取り組みに一定の経過があり事業展開の経過が見える兵庫県洲本市と山口県岩国市の事例を取り上げ、事例の経過を参加者で共有しながら事例検討を行った。この検討結果をふまえて、それぞれのモデル事業者に改めて事例を整理していただいた。

事例検討で取り上げた2事例は、保健師が意図的に行っていることや取り組みに一定の経過があることに加えて、課題分析のプロセスや保健師の問題意識が具体的である。試行錯誤しながら事業展開してきたプロセスが具体的に見えるという特徴があり、

検討の手がかりとして有用であった。また、事業として現在も進行中であり、大多数の健康に無関心な人への働きかけとして今後の効果が期待できる事例である。

この検討から、明らかになったポピュレーションアプローチのポイントは以下の通りである。

- 地域住民全体の健康意識の底上げをねらった住民組織活動の展開で、健康に無関心な住民に関わる場の設定や活動を展開する。
- ポピュレーションアプローチを効果的に展開するための基盤としての地域組織活動を、「住民が主役」へと市民行政双方の意識を変え、地元の社会システムをつくる。



## (2) 具体的な検討のプロセス

平成 20 年度

### 保健事業の取り組み状況についての情報収集（実施報告書およびインタビュー内容から）

- 必要な人に必要なサービスが提供されるための事業構築という観点で、現在実施している保健事業を整理してみる

- 保健事業の基盤となる取り組み
  - ・ 老人保健法に基づく保健事業…健康教育、訪問指導、糖尿病をはじめとする生活習慣病対策
  - ・ 健康推進員や食生活推進員、まちづくりを目的とする地区組織活動等
- 地域の特性・健康課題に応じた取り組み
  - ・ 30代への生活習慣病予防、情報提供レベルであるがハイリスク者へ保健指導…特定健診以外の対象者へのアプローチ
  - ・ 職場の安全衛生委員会や保健担当者会議など既存の仕組みによる組織的な健康づくりのための情報提供や環境整備
- 多くの事業者がポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの連動を意識して事業に取り組むのが難しい現状があった

☞ 平成 20 年度報告書 P20～21、P61～75 参照

平成 21 年度

### 第 1 回 中間検討会（平成 21 年 7 月 30 日実施）

参加者：52 名（モデル事業参加者 平成 21 年度 28 名、平成 19・20 年度 8 名、都道府県看護協会 5 名、検討委員会委員 3 名、日本看護協会役職員 8 名）

- 兵庫県洲本市の取り組み事例報告、および平成 20 年度のモデル事業で整理した内容、事務局より提示したポピュレーションアプローチを検証する枠組み案（図 9）をもとに、グループ討議と全体討議を実施

- ① ポピュレーションアプローチとして効果があると思われる事業について
  - ・ 健康推進員、食生活改善推進員等の地域の組織的な活動／市民パートナーと共に取り組むまちづくり活動
  - ・ 健康づくりなどを目的とした自主グループ、ボランティア組織の育成が継続支援につながる
  - ・ 市民に広く呼び掛ける運動教室やダイエット教室／市民へ広く知識普及するための講演会
  - ・ 特定保健指導受診者全員への対面での結果説明会は、健康への意識付けと保健指導参加勧奨として有効
  - ・ 教室終了者が自分の地域で情報発信している。口コミによる情報は活動のすそ野を広げるために重要
  - ・ 若年のハイリスク者へのアプローチのきっかけとして、母子保健事業や PTA 等が活用できる
- ② ポピュレーションアプローチを実施する上での課題
  - ・ 広がりや効果が見えづらく、評価の視点の整理ができていない
  - ・ 健康づくり推進員や食生活改善推進員等は本当に地域の健康づくりにつながっているのか
  - ・ 健康づくり教室などの参加者が固定化している
  - ・ 担当事業が縦割りでハイリスクアプローチとの連動が難しい／関わるスタッフの意識が一致しない
  - ・ 都市部では保健師が住民と出会う機会も少なく顔が見えず、どうアプローチしたらよいかわからない

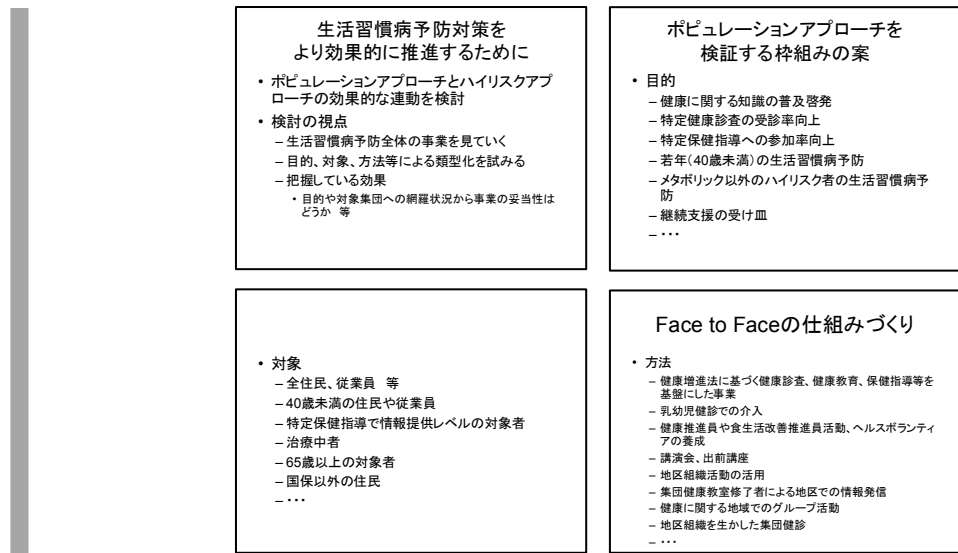


図9 ポピュレーションアプローチを検証する枠組み案  
(第1回中間検討会資料より抜粋)

第2回 中間検討会 (平成21年11月5日実施)

ポピュレーションアプローチを捉える枠組みについて意見交換

参加者：61名

モデル事業参加者 平成21年度32名、平成19・20年度10名

都道府県看護協会5名、検討委員会委員2名、その他1名、日本看護協会役職員11名

- 第2回中間検討会での意見交換を踏まえて、ポピュレーションアプローチを事業として整理していくための視点案(表5)を作成。これに沿って、兵庫県洲本市、青森県むつ市の取り組み事例を発表し、グループ討議と全体討議を実施

① ポピュレーションアプローチを事業として整理していくための視点案について

- 個々の事業だけでなく生活習慣病予防活動事業の全体をみる／事業を立ち上げる背景として、住民の声も大事／健康行動としては、単に受診行動等ではなく、人とのふれあいや生活の質のようなものも必要／住民の意識や価値観が地域の実態として重要／風土に応じた食生活、風習、生活パターン、行事等にも着目
- どの対象者をどれくらいカバーできているのかが見えるよう図式化／連動を見るためには事業全体のフレームワークが見えるような図が必要／関係機関の連携も図式で把握する／健康増進計画上のその事業の位置づけも大事

2回の中間検討会の意見交換を踏まえて、ポピュレーションアプローチを事業として整理していくための視点を作成(表5)

作成した視点に沿って、各事業者で取り組み事例を整理し、事例検討を実施

**相互支援交流会（会場：日本看護協会）（平成 22 年 1 月 29 日実施）**

参加者：18 名（モデル事業参加者 青森県むつ市 4 名、兵庫県淡路市 3 名、鹿児島県与論町 4 名、日本看護協会役職員 7 名）

○ 各事業者のポピュレーションアプローチの取り組みについての報告と意見交換。

① 改めて、ポピュレーションアプローチをどう考えるか

- ハイリスクアプローチの対象以外すべてポピュレーションアプローチの対象だと思っているが、保健事業に参加しない人、保健事業の継続の支援につなげるためには、何をやっていれば保健事業にのってくれるか、どうすればリバウンドしないで行くことができるのか？そのためになにをすればいいのか？を考え、ポピュレーションアプローチ個々の事業のターゲットを絞らないと、事業評価にも載せる事が難しい。
- ハイリスクアプローチで個をきちんととらえ取り組んでいくことで、住民の意識、価値観、地域の実態が見えてきてポピュレーションアプローチとしてのねらいが見えてくる。

② 若い世代へのアプローチについて

- 健康に関して危機感がなく、本気で取り組もうとしない世代である。この年代を動機づけられるスキルが保健師には必要である。
- どこをターゲットにすると一番効果があるのかを考えてアプローチすることが大切である。どこまでやったら効果がでるのかも事業の中で考察していく。

③ 特定健康診査の受診率向上への取り組みについて

- 事業所、町内会等や漁協や農協、森林組合等の 40～50 歳代が多い団体に出向いて PR している
- 健診の土日実施や健診料の引き下げをしている。
- ポピュレーションアプローチは積み重ねが大事である。数年後のゴールのイメージも出す。
- 流動人口の多い地域とそうでない地域ではアプローチの方法が違う。その地域の文脈や価値観、文化、対象の認識を鑑みながら行うことが大切である。

**相互支援交流会（会場：兵庫県洲本市）（平成 22 年 2 月 8 日実施）**

参加者：25 名（モデル事業参加者 宮城県柴田町 2 名、茨城県筑西市 2 名、茨城県行方市 3 名、奈良県天理市 3 名、兵庫県洲本市 8 名、大分県国東市 3 名、日本看護協会職員 4 名）

○ 各事業者のポピュレーションアプローチの取り組みについての報告ののち、兵庫県洲本市の事例を取り上げで事例検討。

① 自治会等からの推薦による地域組織活動の仕組みについて

- 役割で参加することで、健康に無関心な住民にも関わりが持てる。
- 最初は役割で来てもらっているが、活動への参加を通して自分の健康を意識するための活動を体験的に身につける。
- 地域の底上げというのがキーワードである。自分のことを意識できる人を増やすことは有効。
- 住民自身が自分のことを自分で考えたり見ていけたりという、力を持った組織を作れる。
- 今まであまり関われなかった 40～50 代の働き盛り層に関わっている。

② 地域組織活動が活性化するとポピュレーションアプローチがうまくいっていることになるのか

- その人たちの健診受診等はどうか。健康度が上がるということは何で見ているのか。
- 参加者の多くは社保で特定健診の受診率向上にどれくらい寄与しているかはわからない。
- 劇的に数値に反映するわけではないが、健康認識が広がっていくということを感じている。
- 老人の給食サービスに関わっている人が提供する給食メニューが変わった。これも波及効果である。
- 無関心な人でも自分のことが分かると面白くなってきて継続して参加してくる。
- 地区担当との連携でフォローし、一度来た人は逃がさないようにと思いついて活動している。
- 自分のことに関心を持ったら次に何か行動を起こしている。口コミで広がっている。
- 今ある団体を何とかしたいと単純に思っていたが、仕掛け作りが重要だと認識した。

③ 将来を見通した取り組み

- 社保でも 10 年後、20 年後、多くの対象が国保になる。対象になる前に悪化しないよう、少しずつ自分の健康認識を高めたい。短期間で簡単に見えるものではない地道な活動である。
- 医療費の削減等長期的な展望も必要だが、短期目標を持たないと活動の狙いがブレてくると思う。

**相互支援交流会（会場：山口県岩国市）（平成 22 年 2 月 18 日実施）**

参加者：39 名（モデル事業参加者 山口県岩国市 3 名、島根県松江市 3 名、IHI グループ 健保 3 名

その他 26 名（山口県内の地域、職域の保健師）、日本看護協会役職員 4 名

- 各事業者のポピュレーションアプローチの取り組みについての報告ののち、山口県岩国市の事例を取り上げ事例検討。

①活動の基盤となる組織作りの大切さ

- ・ 組織と連携して活動することで、社会システムができ活動の広がりが期待できる。
- ・ 住民が求めているニーズに一致するように心がける。「住民がどうありたいか」を明らかにし、それに沿って展開していくことが事業の成功に繋がる。

②生活習慣病予防活動を軸とした時にその活動はどんな効果を期待した事業なのかを意識する。

- ・ 「朝食メニューコンテスト」を実施したことにより、コンテストへの参加者が増えて、関心のなかった人も食に対して意識するようになることは事業としては成功していると思う。
- ・ 朝食に特化したコンテストを、文部科学省の標語キャンペーンの、「早寝早起き朝御飯」に便乗して実践するというのはキャンペーンとしては成功する。しかし、生活習慣病予防活動として実践する時にはそれだけではいけないと思う。
- ・ 糖尿病予備軍になった人の食生活の状況調査等で、「糖尿病になった人の多くが、朝食に問題があり、朝食をテーマにコンテストとして取り組みました」ということであれば、生活習慣病予防活動として筋が 1 本通っているように思う。
- ・ コンテストで応募総数が増えたから成功とするのではなく、そこを切り口とし、どう発展させていくかが大切だと考える。そこから踏み込んでいくのは保健師や推進部会の役割だと思う。それを評価として見せるのも大事だと思った。
- ・ この事業を通じて、年代的には 20 代～40 代の健診を受けたことが無い人や日頃会えない世代に会うことができています。

各事業者で取り組み事例を再度整理

(5. 参考資料「ポピュレーションアプローチとしての保健事業」参照)

表5 ポピュレーションアプローチを事業として整理していくための視点

I 全体の概要 (資料1)	
1 事業者名(自治体・事業所・保険者など)	3 健康増進計画の概要(生活習慣病予防対策における組織としての方針)
2 対象集団の概況 <small>サービス対象の構成・人々の健康問題・健康行動・家族および地域社会の共同生活 等について、記載内容の視点を参考に記入</small>	4 生活習慣病予防活動全体のフレームワーク(生活習慣病予防に焦点をあてた保健事業全体の概要)
	5 生活習慣病予防対策における現時点で認識している課題

1 事業名(キャッチコピー)	12 事業評価等
2 事業背景	13 今後の課題
3 法的根拠	14 当該事業における保健師及び他の関連職種との役割分担
4 健康増進計画上の位置づけ	15 事業全体の図式化
5 事業予算	16 保健師の所感等
6 事業目的	
7 事業目標	
8 事業対象者	
9 ハリスカフアプローチとポピュレーションアプローチとの運動の接点	
10 事業実施体制	
11 事業展開(内容)	

### (3) ポピュレーションアプローチの取り組み事例紹介

住民全体の健康意識の底上げをねらった住民組織活動への取り組み  
～一人一人が自分の健康を意識することを通して～

兵庫県洲本市

#### ■ 事例の特徴

ここで取り上げた「ヘルスケアサポーター事業」は、大多数の健康に無関心な人の参画を意図した仕掛けとして取り組まれた。当市では、従来から地域における健康づくりのための組織的な活動を実施してきたが、参加者の固定化や高齢化が課題であり、効果をつかめずにいた。この事業では、65歳以下の男女を地域の推薦という形で集めて、2年任期で交代する仕組みにした。これにより、健康に無関心な住民に関われる場が実現した。活動内容としては、役割を担うことよりも、参加者自身が自分の生活と身体状態の実態を知ることには焦点を当てている。地域に自分の生活や身体状態を認識する人を増やし、地域全体の健康意識の底上げを図るねらいがある。現時点では、制度や対象設定等が異なるためこれまでの基本健診等の比較が難しく、特定健診受診率や特定保健指導利用率の向上等への顕著な効果は把握できていない。しかし、生活習慣病対策においては、働き盛り層が定年退職後国保加入者になった時の効果や多くの住民の習慣改善のための動機づけと継続支援の仕組みとして、地域全体への広がりイメージできる取り組みであり、効果が期待できる事業である。

#### ■ 洲本市の概況

平成 21 年 4 月現在

平成 18 年に 1 市 1 町が合併し洲本市となった。神戸から高速バスで約 1 時間半という利便性により、島外との行き来は盛んである。人口は減少傾向で、現在 5 万人を切っている。高齢化率は全市で 27.3%であるが、65%以上の地域もあり、地域による格差は大きい。産業は、第 1 次産業 13%、第 2 次産業 25.1%、第 3 次産業 61%で、農漁業従事者の多くは国保加入者でもある高齢者である。

国保の被保険者は 21,611 人で加入率は約 45%である。年齢別に見ると(図 10)の通りで、40 歳から 64 歳では、国保は 4 割程度であり国保以外の対象者への支援をどう考えるかが課題であると認識している。

		総数	男性	女性
人 口	総数	49,733	23,577	26,056
	0～14	6,426	3,260	3,166
	15～64	29,694	14,726	14,968
	65歳以上	13,613	5,691	7,922
保険者加入者数		21,611		

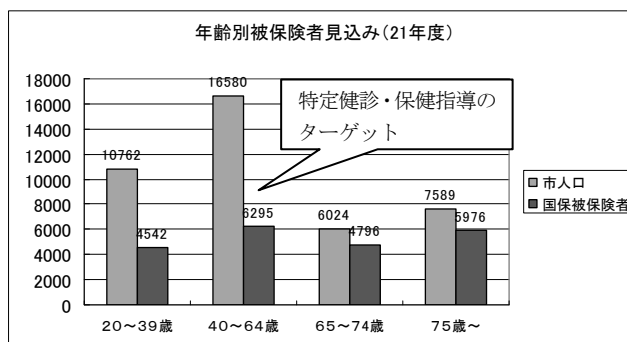


図 10 年齢別被保険者見込み

## ■ 組織体制・特定保健指導の実施体制

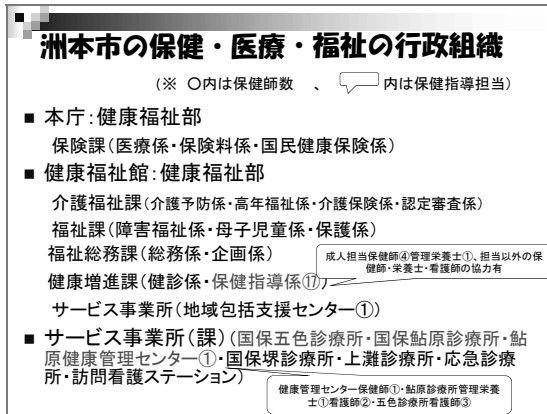


図11 洲本市の組織体制

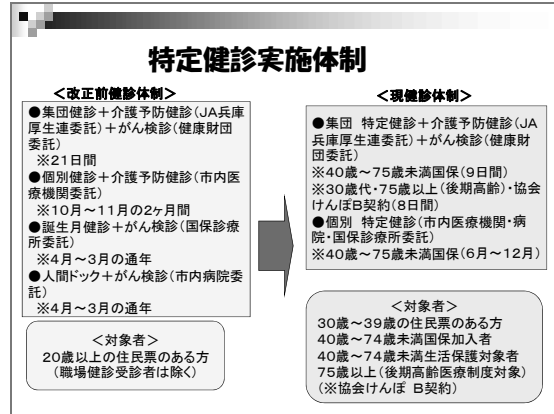


図12 特定健診実施体制

事務的な窓口は国保所管課、健診、保健指導の実施は衛生部門が担当している。衛生部門に健診係(事務1名)を設置し、国保や社保、健康増進事業等、多岐にわたる健診業務を統括する窓口となっている。国保所管課に保健師は配置していない。その他、国保直診に保健師1名を配置している。

特定健診の実施体制については、(図12)の通りである。特定健診が開始されるまでは、4月5月頃に集中して実施していたが、いつでも受診できるという利便性を考慮して、通年実施にした。しかし、受診率は伸びておらず、むしろ減少している地区もある。

## ■ 洲本市の健康課題

### ▼死因別統計や医療費の分析から

#### (1) 医療費及び健診結果の分析

平成20年度の事業開始前に、健診結果及び医療費、死因別統計、家庭訪問により把握した住民の健康意識・健康行動の特徴を分析し、地域の健康課題を把握した。

死因別死亡状況の6割、医療費の3割を生活習慣病が占めており、市として取り組むべき重要な課題であり、中でも糖尿病予防、特に40歳未満の若年および肥満を伴わないハイリスク者、治療中にも関わらずコントロールが不良である者への支援の重要性が明確となった。

医療費については、1か月の総医療費の約3割を生活習慣病が占めている。また、75歳以下の被保険者のうち約25%は既に生活習慣病で治療中という現状がある。(図13)は、糖尿病治療中の方に着目したレセプト分析を試みたものである。ここから①一人当たりの医療費は、糖尿病単独で約44万円、合併症が増えるごとに増加し、透析になると478万円になる。②糖尿病治療中の方だけで、年間7億円ほど使っているという現状が見えた。

**糖尿病で治療中の方の年間医療費は約7億円**

**洲本市の国保レセプトからの理解**  
(洲本市の平成18年5月分より)

年齢	国保加入者数	糖尿病患者数	糖尿病のみ(合併症なし)	糖尿病+合併症			合併症のうち人工透析患者数
				1つ	2つ	3つ	
20~29	1,390	4人 (0.3%)	4 (100%)				
30~39	1,602	21人 (1.3%)	19 (90.5%)	2 (9.5%)			
40~49	1,390	38人 (2.7%)	32 (84.2%)	4 (10.5%)	1 (2.6%)	1 (2.6%)	2 (5.3%)
50~59	3,122	185人 (5.9%)	161 (87.0%)	18 (9.7%)	6 (3.2%)		3 (1.6%)
60~69	4,401	536人 (12.2%)	442 (82.5%)	79 (14.7%)	14 (2.6%)	1 (0.2%)	3 (0.6%)
70~74	2,667	591人 (18.8%)	492 (80.2%)	85 (17.0%)	14 (2.8%)		
合計	14,542	1,285人 (8.8%)	1,080 (82.5%)	188 (14.6%)	35 (2.7%)	2 (0.2%)	8 (0.6%)

1人当たり年間医療費に換算すると… 約44万円 約63万円 約193万円 約227万円 約478万円  
 年間の医療費に換算すると… 約4億4,949万円 約1億1,892万円 約6,743万円 約1,054万円 約3,824万円  
**約7億482万円/年**

### 特定保健指導対象出現率

	2007年度(基本健診)		2008年度(特定健診)	
	動機付け	40~64歳	10.6%	65~74歳
積極的	40~64歳	25.9%	65~74歳	12.6%
	40~64歳	10.8%	65~74歳	10.8%
メタボ	40~64歳	10.5%	65~74歳	13.6%
	40~64歳	13.9%	65~74歳	16.2%

情報提供レベルの約3割近くの方は、治療中にもかかわらずコントロール不良状態

図 13 洲本市の国保レセプト

図 14 特定保健指導対象出現率

健診結果から見える課題として、最初に特定保健指導対象者の出現率の問題がある。40歳～64歳の特定保健指導対象者に該当する人の割合を見ると、老人保健法の基本健診では21.4%であるのに対して、特定健診では16.3%と出現率が減少している。(図14) また、階層化後、8割弱が情報提供レベルとなっているが、そのうち3割がすでに治療中であるにもかかわらず、コントロール不良の状態である。(図15)は、糖尿病を疑う人のBMIの分布を示している。どの段階においても、圧倒的に肥満よりも痩せあるいは正常の割合が高い。生活習慣病対策として、メタボ対策だけでよいのか課題であると認識している。特定健診の実施状況についても、基本健診では約60%であったのが、特定健診になって31%と低下している。保健指導実施率は、プログラム展開の工夫により当初目標の20%を上回り、40%を達成している。(図16)

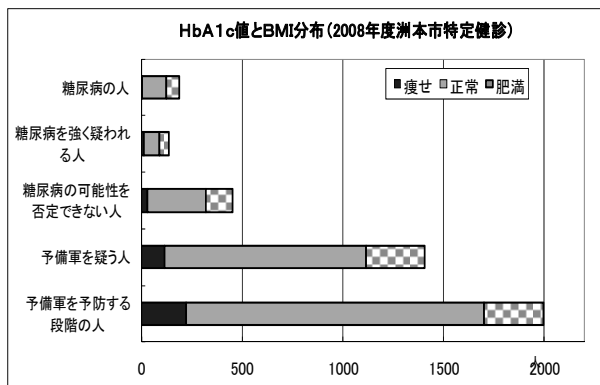


図 15 HbA1c 値と BMI 分布

**特定健診・特定保健指導の実施状況**  
2008年度

- ・特定健診対象者数：10,034人 (H20年度実施結果報告より)
- ・特定健診受診者数：3,118人 (31.1%)  
(集団健診：1,717人、個別健診：1,407人)
- ・特定保健対象者数(%)・実施件数
- 動機付け：295人(9.5%) (内訳：集団154人、個別141人)  
利用者：128人 (内訳：集団117人、個別11人)
- 積極的：159人(5.1%) (内訳：集団83人、個別76人)  
利用者：56人 (内訳：集団49人、個別7人)
- ・保健指導利用率：40.5%  
終了率：17.6% (動機付け62人、積極的18人)

図 16 特定健康診査・保健指導実施状況

### ▼住民の健康意識・健康行動

特定保健指導を実施するにあたり、取り組むべき課題を改めて捉えなおすために、自分たちが実施してきた保健指導の振り返りや生活習慣病の住民への家庭訪問、事例検討を行った。その結果、下記に示したような住民の実態や住民と専門職の認識の違いに改めて気づいた。このような実態を踏まえて、活動に対する発想の転換の必要性を認識するとともに、このような状況を踏まえた事業計画を意識した。



○ これまでの保健指導を振り返って気づいた保健指導の課題

- ・参加時の反応は良いが、改善効果がみられない住民
- ・一時的な効果は見られるが、継続できない住民
- ・検査値の上下に一喜一憂する住民
- ・検査値が下がれば安心する住民
- ・健康情報に左右される住民
- ・知識はあっても習慣は変えられない住民
- ・自主グループで活発に活動しているが、自分の実態は捉えられていない住民
- ・真面目に通院し、内服を継続していても合併症を起こしていく住民

○ 住民の認識と生活の実態～住民と専門職の認識の違いに気づく～

- ・健康に無関心な人が多い  
若いから大丈夫、健康だから健診は必要ない、調子が悪ければ医者に行けばいい、医者にかかっているから大丈夫等
- ・健診結果に無関心な人が多い  
健診は受けるだけで安心、基準値内かどうかだけを見ている、気になる検査値しか見てない、結果は医者に見てもらうので安心、等
- ・自分の健康状態に気づいていない人が多い  
ただ太っているだけ、自覚症状がないから大丈夫、身体にいいと思うことをやっているから健康、医者にかかっても薬を飲んでるから大丈夫、等
- ・生活を意識していても元に戻りやすい  
頭ではわかっているが出来ない、祭りやイベントがあると食べ過ぎる、頂き物があると食べ過ぎる、好きなものはつい食べ過ぎる、家で作れるものは食べ過ぎる、検査値が良くなると油断して元に戻る、暑い・寒い・雨だと歩かなくなる、等

■ 生活習慣病予防対策における事業の位置づけ

(図 17)は、洲本市における健康増進計画の全体像を図式化したものである。市の総合基本計画の柱の一つとして健康づくりも位置付けられ、乳幼児期から高齢期に渡り生活習慣病予防活動に焦点化している。

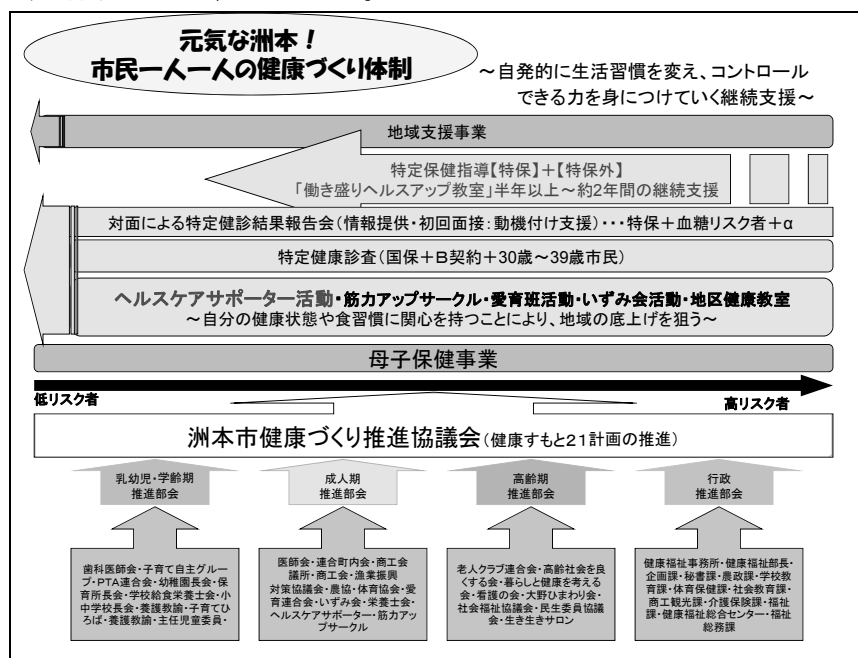


図 17 健康増進計画全体像

(図 18)は、生活習慣病予防活動事業の成人期の取り組みの概要である。現在、モデル事業への参加を通して、前述で把握した健康課題を踏まえながら、事業の見直しを進めている。事業見直しの着眼点として①自分の健康状態に関心を持つ人を増やし将来的な健診受診率向上につながる②自分の健康実態に気づき生活習慣改善の必要性を認識することで特定保健指導の参加率向上につながる③生活習慣改善の取り組みが継

続できるという3つの視点を意識し、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの連動を探りながら取り組んでいる。

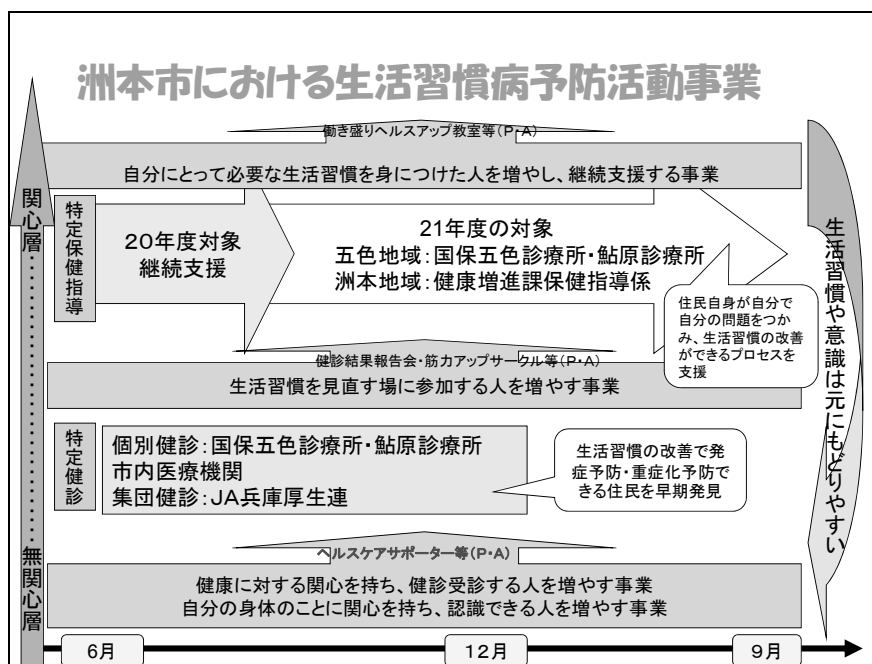


図 18 洲本市における生活習慣病予防活動事業

■ ヘルスケアサポーター事業について (HCS : ヘルスケアサポーター)

1) 事業背景

当市では、老人保健事業の時代から、長年にわたり様々な生活習慣病予防への取り組みを行ってきた。しかし、どこに行っても、どんな取り組みにおいても、参加者はいつも同じような顔ぶれであったり、女性や高齢者が多く効果が見えにくかったりすることにジレンマを感じていた。生活習慣病予防対策における長期的な展望を考えると、これまでの活動では出会うことが困難であった働き盛りの無関心層へのアプローチが重要な課題であることが保健師の共通認識であった。このような、対象に出会うための仕組みとして構築したのがヘルスケアサポーター事業である。

2) 事業目的

自分の健康に関心を持ち、健診を受診したり、自分の身体状態を認識したりできる市民を一人でも多く増やし、地域全体の健康意識の底上げを図る。


3) 事業目標

国保の方だけでなく、地域の働き盛り層を中心に1人でも多く、自分の生活や身体のことを意識する人が増える。

#### 4) 事業概要

- ・ 8 地域 64 町内会から、65 歳未満の男女各 1 名を推薦、2 年任期で活動に参加。
- ・ 主な活動内容は、自分の身体の状態や食事などの「自分の生活の実態を自分で認識する」ことに焦点を当てた 3 ヶ月に 1 回の研修会。活動の趣旨は、特定保健指導と同様。

#### 5) ヘルスケアサポーターの活動展開(表 6)

時期	活動の内容と保健師の認識
1 期 (H15～16)	自分のことよりも地域の人のために何らかの役割を果たす活動が中心。 <u>何か行動を起こして地域に見せていく。</u>
2 期 (H17～18)	自分の健康を意識でき、自分にとってこの活動が必要だと意識できた人は任期終了後も活動継続できているが、 <u>役割だけの活動をした人は継続できない実態をみて、仕組みとしては良いが自分のことを意識継続できる人を増やす支援の具体的な方法がわからず模索</u> していた。
3 期 (H19～20)	<p>市町合併後のため新しい地域での展開も考え、基本健診データの悪い地域やこれまでの保健活動で関わりをもていなかった 3 地域を優先に、HCS 活動をわずかずつ拡大させている。</p>  <p>活動内容も 3 期からは、モデル事業に参加したこともあり、HCS 活動でも JNA グループ支援プログラムを実践しながら、自分の実態を見ていく支援を実施。</p> <p><u>HCS 活動に参加した意味を感じ、継続して意識し続けることが必要だという発言が聞かれた。また、3 期 HCS 自ら 4 期 HCS に対し、自分のことを見ていく活動で自分にとって役立つ活動だと伝えてくれており、3 期の活動を通じて住民の力を感じ、住民の底上げになると手ごたえを感じている。</u></p>
4 期 (H21～現在)	3 期の活動での手ごたえを生かしながら、活動を推進中。 <u>これまでは推薦していただけなかった地域から参加していただける方が出てきており、わずかずつではあるが、HCS 活動を体験した人が地域の中で増えている。</u>

- ・ 地区担当の保健師や栄養士が、継続参加につながるよう個別にフォローしている。
- ・ 現在、4 期の活動を支援中で、参加者の累積人数は 350 名である。

## 6) 事業評価について

- ・ 自分の身体のことを意識した人や自分にとって必要という体験をした人が意識を継続することで、その後の受診率や保健指導参加率につながるのではないかと。
- ・ HCSの中に、特定保健指導対象になっている人がいる。特定保健指導は敷居が高くて参加しないが、HCSには参加して自分のことを見ている。
- ・ 特定保健指導実施率には直接貢献できないかもしれないが、支援が必要な人が必要な支援を受けている。

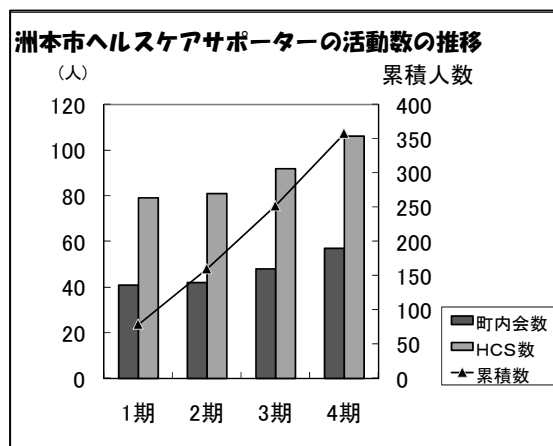


図 19 ヘルスケアサポーター数の推移

## 7) 事業の手ごたえ

- ・ 今まで出会えなかった、関わらなかった人に出会える場となっている。
  - ▷ 参加者の多くが被用者保険の本人や被扶養者。
  - ▷ 特定保健指導には呼ばれても参加しない人がこの活動には参加している。
  - ▷ 単に、町内会から推薦されただけの人であるにもかかわらず、参加者の半数以上がHbA1c5.2以上、中には生活習慣病のコントロール不良者もいる。
  - ▷ 支援を必要としている人が放置されている実態が見えてきた。
- ・ 参加者の自分の身体に対する認識の変化と口コミによる活動の広がり
  - ▷ 特定健診受診・保健指導参加、その他の保健事業への参加につながる
  - ▷ 地域におけるヘルスケアサポーター活動の認知度の向上と他の市民への波及効果
- ・ 働き盛り層の定年退職後、国保移行時の受診行動に期待
  - ▷ 参加者の多くは被用者保険の対象者であるが、働き盛りのうちから健康づくりへの意識づくりをすることで、定年退職後、国保に移行した時の受診行動に期待できると考える。

関係機関と検討・協働して展開するポピュレーションアプローチの取り組み  
—岩国市健康づくり計画いきいき・わくわく・にっこり岩国推進部会—

山口県岩国市

## ■ 事例の特徴

岩国市では、40歳からの高血糖者の割合の増加などの健康課題もあり、若い世代の生活改善の意識付けの必要性を感じ、若い世代にターゲットを絞ったポピュレーションアプローチを展開している。若い世代に有効にアプローチできる基盤作りが、地元の社会システムとして整備されつつあり、若い世代への意識づけの広がりが期待できる事例である。

保健事業の検討では、「住民が主役」であることを重要視し、直接市民の声を聞き、市民の健康意識を把握する場として「岩国市健康づくり計画推進部会」に市民部会、行政部会を設置し市民の意見を保健師が吸い上げ、健康政策へとつなげている。

保健師から若い世代に対する意識づけの難しさを推進部会で問題提起し、市民部会や行政部会と「住民に伝わる保健事業の方策」を検討した。その際、市民部会の構成団体であるPTAから「子供を通じて取り組んだら親にも伝わる」と意見があり『朝食メニューコンテスト』を開催した。

PTAと連携し学校に働きかけていく中で、活動の広がりが見られ、学校、PTA、ターゲットとする親の世代の健康意識が変わってきた手ごたえを感じている。現時点では、実際にどれだけの対象の意識の変化がみられたのか、保健事業利用率が増えているのかなどは把握できていないが、「住民が主役」へと市民行政双方の意識が変わった。

今後の課題としては、保健師には、推進部会にファシリテータとして参加し、市民のニーズを確認し、健康づくりに政策につなげるべき意見を見極められるスキルが必要とされている。

## ■ 岩国市の概況

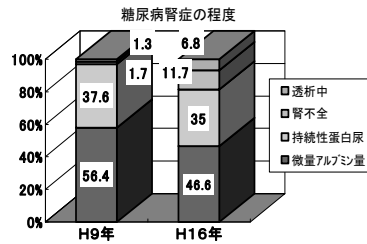
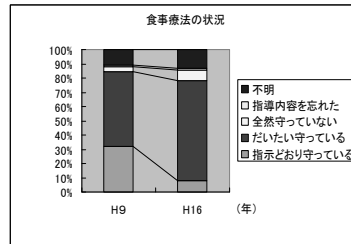
岩国市の人口は、147,823人(男70,041人、女77,782人)、世帯数67,057世帯である。高齢化率は28%、出生率は8.1%と少子高齢化が進んでいる(平成22年4月1日現在)。国民健康保険の加入者数は、41.6%となっている。

(特定健康診査、特定保健指導の実施状況)(平成20年度)

- 特定健康診査受診率 15.9% (男13%、女18.1%)
- 特定保健指導対象者率 11.7%
- 特定保健指導終了率 16.2%

## ■ 岩国市民の健康問題と健康意識

平成9年と平成16年に岩国市の医師会で、糖尿病患者581名の7年間の生活状況、病態について追跡調査を行った(図20)。その結果、平成9年腎不全1.7%、透析中1.3だったのが、7年後には腎不全11.7%、透析中6.8%と増加している現状が明らかになった。治療していてもコントロールが難しい現状と、40歳になった時点で高血糖者の割合が増加している傾向も見えてきた。



### 【現状】

食事療法や糖尿病腎症の状態をみると、長期間、規則正しい生活習慣を継続することが難しい!!

### 【気づき】

保健指導だけで長期間、規則正しい生活習慣を支えることには限界がある。継続するためにはどうしたらいいかを、行政だけでなく、地域で活動する市民団体と共に考え、実践することが必要だ!

図 20

平成16年岩国市糖尿病対策事業「糖尿病患者581名の7年間の生活状況、病態変化について」岩国市医師会調べ

## ○ 若い世代の対象者に対するアプローチの必要性、一方的な指導からの脱却の必要性を認識

糖尿病予防対策に試行錯誤する中で平成16年に「岩国市健康づくり計画」を策定した。そこで、アンケートだけではなく直接市民の声を聞こうと、「岩国市健康づくり計画語る会」を開催した。そこで、市民の健康意識を知り、若い世代は、なかなか健康に意識を向ける事が難しい現状が見えた(図18)。また、40代からの高血糖者の割合の増加もあり、若いうちから生活改善の意識づけが必要だと感じた。また、保健師が、「健康のために健康診査を受けましょう、病気の予防をしましょう」と言ってきたことが、市民にうまく伝わっていなかったことを知り、講座で「糖尿病はこうやって予防しましょう」と、一方的な指導ばかりではだめであり、保健師だけで検討したのでは市民の思うニーズとは違ってしまうため、市民と一緒に考えていくことが必要だと、この時点で気づいた。

## ■ 生活習慣病予防活動全体の概要

### 1) 生活習慣病予防活動全体の概要

岩国市では、若い年代層にターゲットを絞った健康に関する啓発活動と、特定健康診査受診率、特定保健指導実施率向上に向けての取り組み、継続支援としての仕組み作りをポピュレーションアプローチとして位置づけている。このような取り組みから特定健康診査受診につなげ、特定保健指導、そして特定保健指導対象者以外のハイリスク者への保健指導、糖尿病治療患者の栄養指導をハイリスクアプローチとして位置づけている。保健指導を利用した人が、地域に戻り、生活改善を継続でき、また健康診査を受けるといように連動させて動かすことをイメージしている。この連動から見えた課題や実態をきちんと見極めて評価し、誰にでもわかる形で関係機関と課題を一緒に協議できるようにしている。

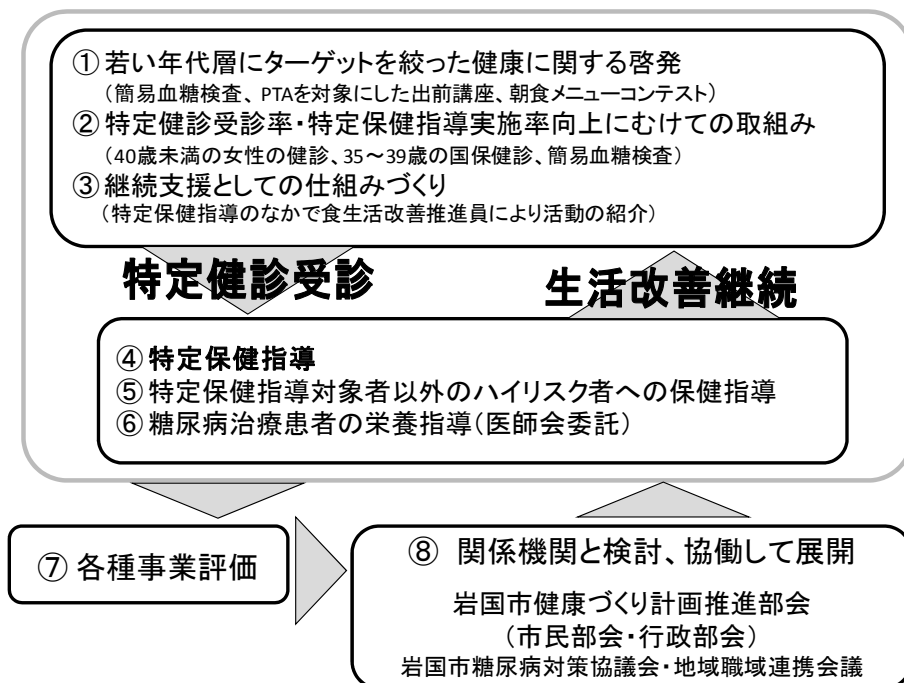


図 21 生活習慣病予防活動全体の概要図

## 2) 実施体制

岩国市健康づくり計画で設置している**推進部会**（市民部会と行政部会）を活用して展開している。

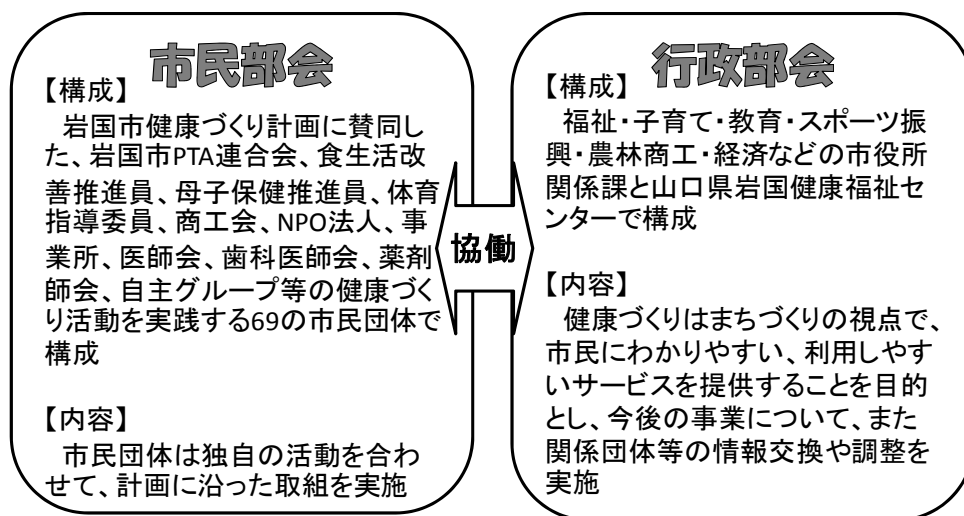


図 22 岩国市健康づくり計画推進部会構成団体

### ○ 市民部会の構成

市民部会は8地区69の市民団体で構成されている。各市民団体の活動は、食事や運動などの活動から、おしゃべり主体の楽しい趣味の活動までさまざまであり、全ての市民を対象としている。

### ○ 行政部会の構成

各地域にある総合支所と本庁の18の市役所関係課と県保健所で構成されている。

### ○ 推進部会での保健師の役割

推進部会は各8地域で、それぞれで年に3回開かれる。大規模な活動は年に1回100人程度の研修会を開催する。推進部会には市民部会の各構成団体代表者と、その地域の行政部会（総合支所関係課の職員）、地区担当保健師が参加する。

保健師の具体的な役割としては、推進部会開催日の日程調整や案内をし、どのようなディスカッションをしたいかの問題提起や、事前に各部会の代表者と推進部会で話し合うテーマを検討する。推進部会には保健師がファシリテータとして参加し、市民のニーズを確認し、健康づくり政策につなげる役割を担う。また、全69の市民団体と行政部会に対してヒアリングを行い、各団体が、どのような活動をし、現状の課題としているところや今後の展開をどう考えているのかを把握している。

行政部会では、健康づくりに必要な資源や情報の提供を行う。現在の各行政部会の事業には「健康づくり」に共通する事業は多々あり、それをもとに連携・協働した事業展開をすることで、健康分野以外も含めた生活習慣病予防のための普及啓発



できるしくみづくりになると考えている。市民に分かりやすい、利用しやすいサービスを提供することを目的とした。

推進部会では、その地区でのそれぞれの団体の活動状況を発表して情報を共有し、団体で問題提起があったら、他の団体と連携して取り組めることはないか、行政部会からは使える資源の環境づくりや情報提供を行い、協働して健康づくりに参加していくという方向で実践している。

表 7 生活習慣病予防活動の各事業の内容

	事業	内容	手ごたえ
ポピュレーションアプローチ	若い世代にターゲットを絞った健康に関する啓発	<p>○ 朝食メニューコンテスト 市民部会・行政部会において朝食メニューコンテストを企画し、市内全 56 小中学校に募集している。開催後は朝食メニューコンテストの入賞レシピを、食生活改善推進員や母子保健推進員等を通じて学校保健委員の学習会や家庭科等の授業で活用し、学校への「健康」に対する意識づけを実施している。</p> <p>○ PTAを対象とした出前講座 PTAを対象に体験型の出前講座を実施し、自分の生活と健康への気づきを促している。</p>	<p>現在までに約 4 割の学校が朝食メニューコンテストに取組み、教育現場が「健康」に主体的に取り組む意識が高まった。</p>
		<p>○ 簡易血糖検査 健康イベントで、子育て中の親など若い世代をねらった簡易血糖検査を実施し、特定健診等の受診行動を呼びかけている。</p>	<p>自分の血糖値を知らない人、糖尿病治療をサボっている人、検査前日にだけ食事制限をしている人が普段の血糖値を知り、健診などの受診行動につながり、医師会とともに手ごたえを感じている。</p>
	特定健康診査受診率、特定保健指導実施率向上に向けての取り組み	<p>○ 若年者の健康診査 18～39 歳の女性に対し「女性の健診」、35～39 歳国保加入者に対し「国保健診」実施し、40 歳未満からの健診への習慣づけを行い、特定健診への受診につないでいる。</p>	<p>健診受診者、また保健指導利用者が継続して受診する割合は低く、直接的効果をねらっているが、まだ効果がでない状況にある。</p>
	継続支援としての仕組みづくり	<p>○ 食生活改善推進員による活動の紹介 保健指導終了後に健康や趣味の分野などの活動をしている市民部会やそれ以外の市民グループの活動情報を提供。そのうち食生活改善推進員自身が直接調理講習会をPRする機会を設け、利用者が「参加してみようかな」と思えるものになっている。 また保健指導期間中に服薬開始、次年度の健診受診、国保資格喪失による利用中断扱い者に対しても保健指導を実施し、継続できる体制をとっている。</p>	<p>継続支援する資源として食生活改善推進員への意識が高まること、受講者が参加してみようかと思えることの手ごたえを感じている。 今後受講者の参加状況を追跡し、効果判定する必要がある。</p>
ハイリスクアプローチ	特定保健指導対象者以外のハイリスク者への保健指導	<p>特定健診・女性の健診・国保健診を受けた 18～64 歳までの市民でHbA1c5.2%以上を対象に保健指導を実施（特定健診保健指導対象者除く）し、健診の継続受診を追跡している。 その他、医療保険者に関係なく同様の対象の人で希望があれば受け入れている。</p>	
	糖尿病治療患者の栄養指導	<p>糖尿病（高血圧・高脂血症等含む）と診断された早い時期に、どの診療所でも栄養士による栄養指導（個別指導）が受けられるよう、医師会と地域活動栄養士協議会の連携により、出前栄養指導の実施している。</p>	<p>栄養士による栄養指導ができるしくみができ、それを利用する医療機関も増えてきたが、医師や栄養士、行政ともに継続支援が困難との課題が共通課題として「岩国市糖尿病対策協議会」で認識され、また協働して取り組むべきこととして共有できた。</p>

## ■ 朝食メニューコンテストについて

若い世代にターゲットを絞った健康に関する啓発として、市民部会や行政部会と「住民に伝わる保健事業の方策」を検討し、活動の広がりが見られた実践事例として、「朝食メニューコンテスト」の実践を紹介する。

### 1) 事業目的

若い世代にターゲットを絞り、生活改善の意識付けを行う。

### 2) 事業目標

- ① 健康意識の底上げのために、健康に関心が低い若い層（PTA・商工会などの集団）へターゲットを絞った意識付け
- ② 子どもを通じて親への波及をねらった食習慣や受診行動への意識付け

### 3) 朝食メニューコンテストの概要

#### (1) 朝食メニューコンテストの事業の背景と経緯

岩国市の若い世代 20 代～30 代の朝食摂取率の低さ・野菜摂取不足という現状などもふまえて、若い世代に対する意識づけの難しさを保健師から推進部会で問題提起した。その際、市民部会の構成団体である P T A から「子供を通じて取り組んだら親にも伝わる」と意見があり事業が始まった。

#### (2) 次の活動への広がる仕掛けづくり

コンテストで応募総数が増えたからポピュレーションアプローチとして成功とするのではなく、そこを切り口とし、次の活動へもつなげている。例えば、入賞レシピについては、食生活改善推進員や母子保健推進員を通じて学校保健委員の学習会や家庭科等の授業で活用し、学校への「健康」に関する意識付けを行っている。

### (3) 事業の手応え

#### ① 参加者の増加

平成17年に初めて開催したときは、広報誌に『朝食メニューコンテスト開催』と掲載しただけで、その当時は、子供部門には3件しか応募がなかったが、PTAと一緒に学校に働きかけ、夏休みの宿題として学校で取り組むまでに至り、今では、全56小中学校中のうち約4割の学校が1回は応募している現状になった。学校で事前にコンクールをして、そこで選ばれた人だけを市のほうに応募してくるなど、学校の取り組みもどんどん活性化してきている。手応えを感じている啓発活動である。

#### ② 学校職員、PTA、親世代の意識づけの波及効果

本来ターゲットとした、若い親世代から、「入賞メニューを家でも作っている」など、食への意識づけが波及してきた発言反応が見られている。また、PTAへの健康意識が波及したこともあり、出前講座の依頼が来るようになった。PTAを対象とした、「自分の生活と健康への気づき促す」ことを目的とした出前講座を実施している。

#### ③ 若い世代と関われる基盤作りができてきた

この事業を通じて、20代～40代の健診を受けたことが無い人や日頃会えない世代に会うことができている。若い世代の人にとどのように関わっていくのかが、これまでは本当に難しかったがこの市民部会との連携で活動の広がりができてきている。

### 4) 生活習慣病予防活動の今後に向けて

「朝食メニューコンテスト」という一つの事業を切り口に、今後どう次の活動へ広がる仕掛けを持たせ、事業を展開させていくかが大切であり、そこから踏み込んでいくのは保健師や推進部会の役割である。また、この事業が、健康診査受診率や保健指導の対象者率、保健指導実施率改善につながっているか、提供した社会資源が活用されているのか、健康意識の変化の現状などアンケートやヒアリングによる調査をしていく必要がある。

### 3. 保健指導の評価についての検討

### 3. 保健指導の評価についての検討

#### 1) これまでの検討の経緯について

平成20年度から特定健診・特定保健指導が開始となり、医療保険者をはじめとして保健指導に関わるものには効果的・効率的な健診・保健指導を実施することが求められている。特に保健指導の実施に関しては、確実に行動変容を促し、保健指導を終了した後も対象者が継続して健康な生活習慣が維持できることが重要である。

このような状況において、保健指導事業の実施においては適切に「評価」を行い、保健指導や事業全体を改善していくことが必要である。評価には様々な側面があるが、保健事業の実施回数や参加人数などのアウトプット（事業実施量）評価や参加者の満足度や継続率（プロセス評価）等は、これまでも広く比較的簡便に評価として用いられてきたと考える。

しかし、保健指導の成果や医療費に対する影響などのアウトカム（結果）評価については、適切な指標や妥当性に関して様々な意見がある。そこで、本モデル事業では「信頼性や妥当性が高い指標（ツール）は何か」「量的評価と質的評価をどのように組み合わせればいいのか」「（生活習慣の改善には時間がかかるが）どの時期にどんな評価を実施すればいいのか」などの問題意識を持ち、得られるデータの範囲も勘案しながら評価の妥当性について平成19年度より検討を行ってきた。特定健診における最終的な評価は、生活習慣病の有病者・予備軍の減少状況と医療費適正化の程度であるが、本モデル事業では最終評価のみでなく、健診結果や生活習慣病改善状況など、ある程度短期間で評価される項目について検討を行ってきている。その検討結果を、ここに報告する。

#### これまでの主な検討

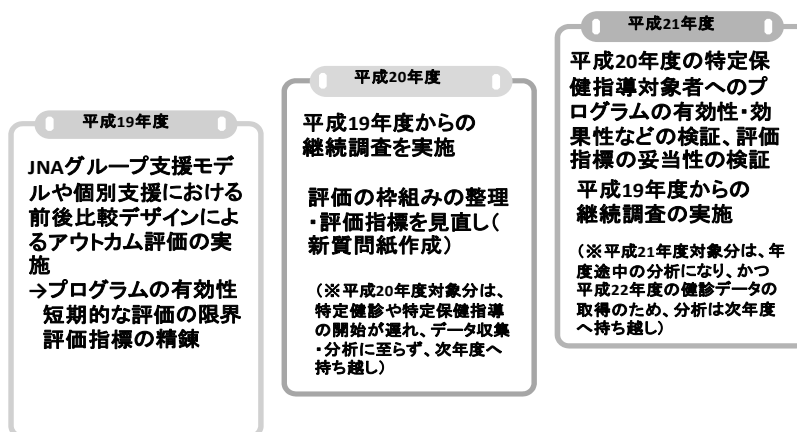


図 23 これまでの主な検討について

## 3年間の主な検討や取り組み

### ◆平成19年度

- ①支援形態別におけるアウトカム評価の実施
- ②指導終了時における意識の高低による体重・HbA1cの比較



評価は、短期的なものだけでは限界があることが課題となった。  
指標の精錬も必要で、評価項目の検討を開始。

### ◆平成20年度

- ①メタボリックシンドロームに焦点を当てた新質問紙の作成<sup>(※)</sup>
- ②平成19年度からの継続調査（1年後）の実施
  - ・検査値の推移やリスクの変化に関する検討
  - ・意識や行動変容の変化の検討
- ③平成20年度特定保健指導対象者のデータ、heiQ質問紙を用いてのデータ収集開始



平成19年度の継続調査から、継続的に活用できる評価指標の検討が課題に。  
特定保健指導が開始となり、メタボリックシンドロームに焦点を当てた評価項目、評価時期の等の検討も実施。

### ◆平成21年度

- ①平成19年度からの継続調査（2年後）の実施
  - ・保健指導の効果の継続性に関する検討、リスクの変化の検討
  - ・性差による保健指導効果の継続性に関する検討
  - ・質問紙の質問項目の妥当性に関する検討
- ②平成20年度特定保健指導対象者等の分析を実施
  - ・特定保健指導に対する保健指導プログラムの有効性
  - ・体重・腹囲の減少率におけるリスク減少の検討
  - ・体重減少群におけるリスク減少の検討
  - ・質問紙の質問妥当性に関する検討
- ③heiQ質問紙を用いての分析を実施
- ④平成21年度特定保健指導対象者のデータ収集を開始<sup>(※)</sup>
  - ・保健指導前後だけでなく、保健指導開始後約3ヶ月目にも質問紙を実施

※平成21年度の特定保健指導参加者等のデータ分析や新質問紙の妥当性等の検討は、データ収集が平成22年度までかかるため、本報告書取りまとめの時点では検討ができていない。  
分析の結果は、平成22年度以降に公表する予定である。

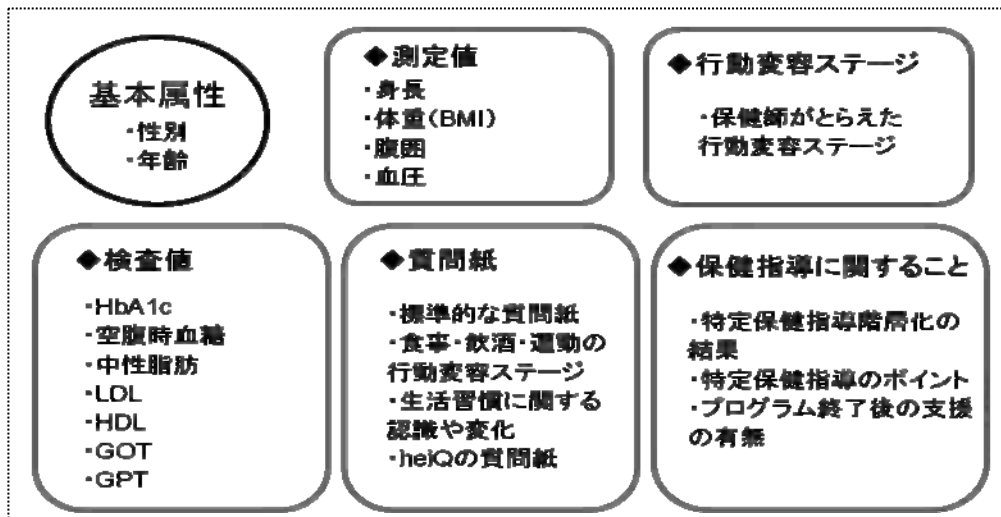


図 24 本事業で検討をしてきた指標

### 3年間の分析からの主な結果

#### 1. 生活習慣病予防における保健指導の一定の有効性を確認

- ・ JNA グループ支援および個別支援の双方において、体重・腹囲・HbA1c などのほとんどの検査値で約 6 割の対象者が「改善または維持」。(H19)
- ・ JNA グループ支援および個別支援の双方において、体重・BMI・腹囲、HbA1c・HDL は統計学的にも有意に数値が改善。(H19)
- ・ 保健指導に参加した者は、リスクが有意に減少。(H20)

#### 2. JNA グループ支援における保健指導の一定の有効性・継続性等を確認

- ・ 保健指導前後の数値を見ると、ほとんどの検査値で約 6 割以上の者が「改善または維持」。(H21)
- ・ 体重・BMI・腹囲のみならず、中性脂肪・LDL・HDL においても、保健指導の前後の健診において統計学的にも有意に数値が改善。(H21)
- ・ 性差により検査値 (HbA1c、空腹時血糖、LDL、HDL、血圧) の推移には差があった。(H21)
- ・ 体重減少群は、腹囲や HbA1c、収縮期血圧が有意に減少。(H21)

#### 3. 認識や行動変容を測定する質問紙の妥当性が明らかに。

- ・ 具体的な行動を問う質問は保健指導の前後で大きな変化があり。
- ・ しかし、「～が変わる (変わった)」といった類の質問は、経年的な変化を捉えにくい。



上記のような結果を得る中で、保健指導の評価のあり方や項目の妥当性等を検討してきた。



## 2) 3年間の分析・検討からの示唆

保健指導の評価には様々な考え方や指標があり、各評価指標の特性を理解して活用することが重要である。平成19年度からの検討を踏まえこれまでの評価に関する分析・検討からいくつかの示唆が得られた。

### 1 評価には、検査値及び測定値を活用

- ◆これまでの検討では、体重やBMI、腹囲、血糖やコレステロールなどの検査値・測定値を活用して分析を行ってきた。体重やBMIについては再現性が高く、評価の指標として欠くことはできない。これらの指標は、数値の上下や「基準範囲内か治療域か」を評価するだけでなく、変化の意味も確認していく必要がある。

→ちょっとポイント♪

保健指導の評価においては、数値の減少（上昇）にとらわれがちだが「数値が変化しない（変化しなかった）」ということもある。現在の状況が悪化せず、一定のレベルが維持できるのであれば「変化なし（持続・維持）」という数値にも意義があると考えられる。

- ◆HbA1cについては、①直前の食事の影響を受けにくい ②地域で保健指導を行なう場合は（医療機関とは違い）瞬時に検査結果が出ない、等の事情を考慮した上で、対象者本人が自分の体の状態を推測するために有用であると考え、検査値を活用していた背景がある。そのため、HbA1cについては数ヶ月前の血糖コントロールの状況を反映するという特性や、数値そのものの幅が小さいこと等から、評価の指標として用いるには検討を要する。

### 2 男女別に評価を行なう必要がある

- ◆今回の検討では、男女で検査結果に大きな違いがあり、男性は一旦数値が改善しても「また悪くなる」傾向が見られた。特定健診・特定保健指導では、特に働き盛り世代の男性に焦点が当たっているが、男女別に分析・評価を行っていく必要があると考えられ、特に「男性の生活習慣改善をどのように支援していくか」を検討していく必要がある。

### 3 対象者の評価は「個人」と「集団」の両側面から

- ◆これまでの評価は、対象者を集団でとらえ、集団における検査値の変化や認識の変化により、保健指導の有効性や評価指標の妥当性を検討してきた。しかし、評価においては集団の変化をみるだけでは捉えきれない個々の変化があり、対象者を「個人」と「集団」の両側面から捉えていくことが必要であると考えられる。

#### 4 目標設定や効果の判定は、個人のライフスタイルや QOL を考慮して柔軟に

- ◆これまでの検討では、「保健指導における効果」の妥当な基準についても検討の材料を得たいと考え、分析を行なってきた。例えば、体重や腹囲は家庭でも手軽に計測ができる重要な指標であるが、「 $\bigcirc$ kg・ $\Delta$ %体重が減ったら、保健指導（減量）は一定の効果あり」というように、ある一定のラインを設けることが妥当かという点である。これまでの様々な先行研究でもすでに体重減少（肥満の改善）が生活習慣病予防のリスク減少につながるということが報告されているが、「リスクが減少する基準（ライン）」には様々な議論がある。本調査の結果からも体重や腹囲の減少については個人差が大きいことが確認されており、他の研究の成果も考慮すると本調査だけで単純に基準を設けることは、現時点で適当でないと考える。様々な指標の特徴を理解し、個人のライフスタイルや QOL 等も考慮し、“いきいきと健康的な生活を維持できる”ための目標設定や効果の判定が必要と考える。

#### 5 質問紙の設問は、調査を実施するタイミング（時期）や対象によって工夫が必要

- ◆直接の行動を問う設問は、保健指導前後の調査においても顕著な変化がみられ、率直に行動の変化を捉えるには、より適している設問と考えられる。

##### 【直接の行動を問う設問】

- ・ 1 回 30 分以上汗をかく運動を週 2 日、1 年以上実施している。
- ・ 日常生活において歩行または同等の身体活動を 1 日 1 時間以上実施。
- ・ 夕食後に間食（夜食）を摂ることが週 3 回以上ある。
- ・ 1 日あたりの飲酒量。

- ◆「～がわかった」「～と思った」という設問は、すでに理解したり習慣となっている場合には認識の変化が正確に読み取れず、経年的な評価としては回答が年々“ブレていく”可能性が考えられる。経年的に行動を確認していく際には、問いかけに工夫が必要である。

##### 【経年的な評価が難しいと考えられる設問】

- ・ 健康であるために、活動量をどのように変えないといけないのかわかった。
- ・ 健康であるために、食事をどのように変えないといけないのかわかった。
- ・ 新しい習慣を身につけるのは時間がかかるが、習慣を変えたいと思った。
- ・ 新しい習慣を継続していくための、自分なりの条件がわかった。

- ◆「この 1 年間で体重の増減が $\pm 3$ kg 以上あったか」という設問などは、体重が増加しても減少をしても「はい」という回答になってしまうため、結果の読み取りには注意が必要である。また、特定保健指導対象者でも BMI が 25 未満の者もあり、体重減少が必ずしも必要でない者もいると考えられ、対象者に合わせた項目を設定する必要がある。

### 3) 保健指導の適切な評価のために

(特定保健指導コンサルテーションモデル事業検討委員会委員長 尾島俊之)

#### ◆評価の枠組み

##### 1 評価の目的

保健指導の評価は、実施している保健指導に効果があるか否かを明らかにすること、また、その後の保健指導を改善することが主要な目的であると考えられる。この事業においては、その両者を目的として評価を行った。

##### 2 評価の基本的な対象

評価の対象としては、事業のストラクチャー（実施体制など）、プロセス（事業の実施方法など）、アウトカム（事業の効果）がある。この事業では、アウトカムの評価を主眼としつつ、ストラクチャーおよびプロセスの評価も一部行った。

##### 3 評価手法

評価の手法としては、数量的な評価と質的な評価に大別できる。質的な評価は、保健指導の対象者や事業の実施現場などを観察し、対象者や関係者などの話を聞き、保健指導や事業全体について文章などで記録したり、それを分析したりする方法である。この事業においては、数量的な評価と質的な評価の両者を実施した。

なお、「質」という言葉には、単に事業の実施数を増やすだけではなく、より効果的に質の高い事業を行うべきであるという文脈でも使うため、混同しないように注意を要する。

##### 4 評価のデザイン

適切な数量的評価のためには、まずそのデザイン、すなわち骨格としての方法が重要である。今回の事業においては、前後比較デザインを採用した。すなわち、健康診査によって保健指導を要すると判定された者のうち、保健指導への参加を希望した者を対象として、保健指導の前後の変化を分析した。この前後比較デザインは、研究ではなく、事業として保健指導を実施しながら評価を行いたい際に最も推奨されるデザインである。またこの事業では、平成 19 年度に保健指導を実施した対象者についての追跡調査を行った。保健指導は、指導を行っている期間に限った効果だけではなく、根本的に生活習慣が変容して、指導が終了した後も長期的に効果が持続することが理想である。そこで、今回のように、長期に追跡して評価を行うことが推奨される。

前後比較デザインは、簡便という利点があるものの、その評価結果の科学的な正しさという点では種々の問題がある。そこで、科学的な厳密さを追求する場合には、保健指導への参加希望者を対象として、くじ引きによって 2 群に分け、時間差で介入を行う方法、すなわちクロスオーバー法による無作為比較対象試験（RCT）が推奨される。また、保健指導への参加を希望した人と、希望しなかった人について、次年度の健診結果等を比較する準実験デザインによる評価も行われることがある。

## ◆評価の指標と分析方法

### 1 測定値の指標

評価に用いる指標としては、まず健診項目等の各種検査の測定値がある。特定保健指導は内臓脂肪を減少させることが最大の焦点である。そこで、体重、BMI、腹囲を主要な評価指標として用いることが推奨される。腹囲は、簡便でかつ内臓脂肪に直結する指標であることから重要であるが、信頼性がやや劣る。一方で、体重やBMIは比較的信頼性が高いものの、筋肉量などにより内臓脂肪量と齟齬（そご）があることがある。それらの特性をふまえて、両者を併用して評価を行うことが必要であろう。

HbA1cは、糖尿病・耐糖能異常の指標として重要であり、また検査直前の食事の影響を受けにくく信頼性が高い。一方で、貧血によりヘモグロビンが低下している場合などに妥当性が下がる可能性などが指摘されている。血圧は、内臓脂肪の減少により中期的に低下することが期待されるが、保健指導の内容として直接的に血圧低下をねらった内容が含まれていない場合には、保健指導の効果測定之感度は低いことになる。その他の測定値に関しても、信頼性、妥当性、感度などについて一定の限界があることを留意しつつ評価を行う必要がある。

### 2 測定値の分析方法

個々人の測定値について、保健指導の前後の差、または追跡時の値と保健指導前の値の差を求めて、それらの平均値を算定して評価を行うことが推奨される。

体重、腹囲その他の指標について、増減量または増減率について、例えば5%などの合格基準を設けて、それ以上に改善した者の割合を算定して評価する方法も考えられる。今回の事業では、増減量と増減率のヒストグラムを描き、基準をいくつに設定すると、改善者割合が何%になるかを検討した。基本的に基準を厳しくすると改善者割合は低くなり、基準を甘くすると改善者割合は高くなる。またリスクファクターの減少等は、体重や腹囲の改善量または改善率に従って連続的に良くなるため、基準は恣意的に決めるしかないと考えられる。そこで、この事業においては、基準の推奨値の提案は行わなかった。

測定値の前後差による評価を行う際には、特に変動が大きく信頼性が比較的低い項目においては、「平均への回帰」による誤差が問題となる。予算等が可能であれば、個別健康教育と同様に、保健指導の1回目に再測定を行い、その値を保健指導前の値として用いることが推奨される。

この事業では、対象者の特性や実施方法と保健指導の効果との関連性の分析も行った。保健指導の実施数が多い事業者では、このような分析を行うことは有用であろう。

### 3 質問票による指標

厚生労働省による標準的な質問紙の項目は、ほとんどの事業者が採用しているため、評価結果の相互比較性を考えた場合には、その項目を評価に用いることがまずは推奨される。一方で、例えば「1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上実施」の項目については、保健指導後の評価に用いようとする、行動変容後1年以

上経過しなければ回答に反映しないことになる。そこで、保健指導前後の比較としては、別途「1年以上」の制限を設けない質問を追加するなどの工夫が必要となる。標準的な質問票には食事内容に関する項目が無いため、平成21年度のこの事業における保健指導では、質問を追加して調査を行っている。また、この事業で、保健指導後にそれによる変化を問う質問を追加したが、その後の追跡調査で使用するには、その時点の状態を問う質問の方が適切であると考えられた。さらに、heiQによる質問を実施し、一定の有用性が示される一方で、課題も明らかとなった。以上のことから、標準的な質問票を基本としつつ、実施可能な分量の範囲内で、必要な質問を追加して調査することが推奨される。

#### ◆より良い保健指導に向けて

この事業で一定の評価のモデルを示すことができたが、さらなる検討を要する点も残された。適切な評価を行いながら、より良い保健指導を目指していく必要がある。

## 4) 調査結果

### (1) 平成 19 年度からの「継続調査」分析結果

#### ①調査対象者や方法について

- 調査対象者 平成 19 年度に生活習慣病予防活動支援モデル事業に取り組んだ 16 事業者に協力を求め、平成 19 年度に生活習慣病予防活動（JNA グループ支援・個別保健指導）に参加した者で、平成 21 年度健診時にも調査協力の依頼ができた者。
- 調査方法 平成 20 年度の保健指導状況及び平成 21 年度健診データの把握（モデル事業者より情報を受領）。  
郵送法もしくは集団回収法による質問紙調査（平成 21 年度健診時に質問紙調査を実施）。
- 調査期間 平成 21 年 10 月～平成 22 年 1 月末。
- 分析方法 平成 19 年度使用の ID を用い、個人を追跡できるように分析を実施。記述統計、対応のある t 検定、対応のない t 検定等を用いた。有意水準は 5% 未満を統計学的に有意とした。
- 倫理的配慮 個人情報保護には十分に留意し、データ管理は適切に行なった。

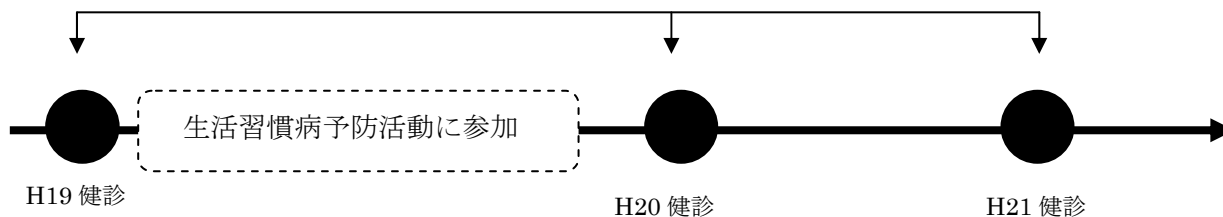
#### ②分析の方向性

平成 19 年度当初は特定健診・特定保健指導が開始となっていなかったが、保健指導の有効性の検証だけではなく、その継続性についての検証も課題となっていた。生活を営みながら習慣を変えるというのは、困難を伴い継続が難しい。平成 20 年度（1 年後）の調査では、一定の保健指導の効果が確認できた。そこで、今回はさらに、2 年後の継続性についてリスクの変化を含め検討を行なった。さらに、性差にも注目し、保健指導の終了後、性差の違いにより検査値・測定値の推移にどのような変化や特徴が出るのかを分析した。

#### 焦点を当てて分析を実施した点

- 保健指導の効果の継続性に関する検討、リスクの変化の検討
- 性差による保健指導効果の継続性に関する検討
- 質問紙の質問項目の妥当性に関する検討

※平成 19 年度からの継続調査では、主に「H19 年度健診時」「H20 年度健診時」「H21 年度健診時」の 3 時点を軸に、経年的な数値の推移や意識の変化を分析した。



### ③対象者の基本属性等について

平成 19 年度分析対象者は計 308 名であった。性別は、男性 130 人（42.2%）、女性 178 人（57.8%）であった。平均年齢は 57.8±7.2 歳で、最小は 35 歳、最大は 77 歳であった。また、平成 20 年度の支援（生活習慣病予防活動に参加したか、活動を利用したか）については、支援無し（参加していないもの、未利用）が約 6 割であった。対象者の体重、BMI、腹囲、HbA1c、LDL、血圧は、概ね平成 19 年の保健指導が終了した後も年々平均値が低下している傾向がある。

表 8 分析対象者の年齢構成

	度数	%
1 50歳未満	46	14.9
2 50歳～54歳	35	11.4
3 55歳～59歳	80	26.0
4 60歳～64歳	113	36.7
5 65歳～69歳	27	8.8
6 70歳以上	7	2.3
合計	308	100.0

表 9 H19 年に参加した生活習慣病予防活動内訳

	度数	%
1 グループ支援（JNA版）	91	29.5
2 グループ支援（JNA版以外）	1	.3
3 個別支援	19	6.2
4 その他	10	3.2
合計	121	39.3
システム欠損値	187	60.7
合計	308	100.0

表 10 平成 20 年度の支援（生活習慣病予防活動や利用）の有無

	度数	%
1 支援有（何らかの生活習慣病予防活動に参加・利用）	121	39.3
2 支援無（生活習慣病予防活動を参加していない・利用未）	187	60.7
合計	308	100.0

表 11 平成 19 年度からの検査値・測定値の平均値の推移

		度数	平均値	標準偏差			度数	平均値	標準偏差
体重	H19健診時	234	61.1	12.1	中性脂肪	H19健診時	227	133.5	69.1
	H19保健指導開始時	183	63.9	11.8		H19保健指導開始時	114	170.0	99.2
	H19保健指導終了時	206	60.2	12.5		H19保健指導終了時	179	129.3	75.4
	H20健診時	224	58.8	12.5		H20健診時	205	117.8	65.6
	H21健診時	153	57.9	12.6		H21健診時	151	131.8	90.7
BMI	H19健診時	234	24.2	3.3	LDL	H19健診時	118	137.0	35.2
	H19保健指導開始時	183	24.8	3.2		H19保健指導開始時	113	130.2	32.3
	H19保健指導終了時	206	23.8	3.4		指導終了時	179	134.1	33.1
	H20健診時	224	23.2	3.4		H20健診時	205	132.0	34.7
	H21健診時	153	23.0	3.6		H21健診時	152	128.9	30.6
腹囲	H19健診時	36	88.8	7.6	HDL	H19健診時	231	57.6	14.4
	H19保健指導開始時	170	86.3	9.0		H19保健指導開始時	115	54.1	12.8
	H19保健指導終了時	198	83.5	9.7		H19保健指導終了時	181	60.3	15.3
	H20健診時	220	83.9	9.9		H20健診時	207	59.3	17.1
	H21健診時	150	83.4	10.5		H21健診時	152	60.1	20.8
HbA1c	H19健診時	223	5.6	0.5	SBP	H19健診時	231	127.1	16.3
	H19保健指導開始時	169	5.7	0.7		H19保健指導開始時	150	134.9	16.3
	H19保健指導終了時	220	5.5	0.6		H19保健指導終了時	193	134.0	17.6
	H20健診時	221	5.6	0.6		H20健診時	204	126.0	16.2
	H21健診時	149	5.6	0.6		H21健診時	153	124.6	18.6
空腹時血糖	H19健診時	180	105.5	24.4	DBP	H19健診時	231	76.4	11.3
	H19保健指導開始時	119	110.6	31.2		H19保健指導開始時	150	81.9	13.1
	H19保健指導終了時	190	102.5	27.6		H19保健指導終了時	193	79.5	12.2
	H20健診時	138	103.7	18.8		H20健診時	204	74.5	11.1
	H21健診時	98	102.9	19.1		H21健診時	153	74.4	11.4

#### ④焦点を当てて分析を実施した結果及び考察について

### 保健指導の効果の継続性に関する検討

#### 検討内容

平成 19 年度からの継続調査については、平成 20 年度（1 年後）の検討において、体重や BMI、HbA1c や中性脂肪、LDL において、一定の保健指導の効果の継続性が確認されている（平成 20 年度先駆的保健活動交流推進事業 特定保健指導・コンサルテーション受託事業パイロットスタディ事業報告書参照）。このうち、JNA グループ支援に関しては従来 2 年 1 クールを想定の上、個々の生活状況等にあわせ“じっくりかつ確実な対象者の変化”を期待するモデルでもあったため、改善した生活習慣が長期的に維持されることが期待された。そのため継続的な評価等も必要であると考え、検討を行なった。

#### 結果の読み取り

- ・体重、BMI、腹囲（男性）については平成 19 健診時と比べて平成 21 健診時にも有意に差があった。空腹時血糖、LDL、HDL、血圧については、統計学的に有意差はないものの平均値は改善傾向であった。
- ・リスクの変化については、平成 19 年健診時および平成 20 年健診時から有意な差は見られなかったが、平成 19 年度健診→平成 20 年度健診にかけてはリスク数が減少しており、リスクが減少した状態が維持できていると考える。
- ・結果から、平成 19 年度に受けた保健指導（JNA グループ支援モデル）は、短期的な有効性だけでなく、一定の継続的な改善が認められるプログラムであると考えられる。

#### 分析結果

どの項目においても、統計学的に有意に値が減少を続けているものはなかった。平均値の推移をみると、すべての項目の検査値・測定値は平成 20 年度健診時から若干上昇（もとの平成 19 年度健診時の状態へ戻る）している傾向がある。しかし、体重や BMI については平成 19 年度健診時と平成 21 年度健診時においても有意な差があり、効果が継続していると考えられる（以下、図 25-1～図 25-11）。

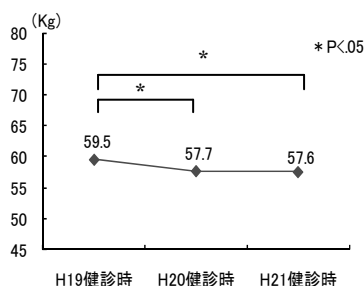


図 25-1 体重 (n=109)

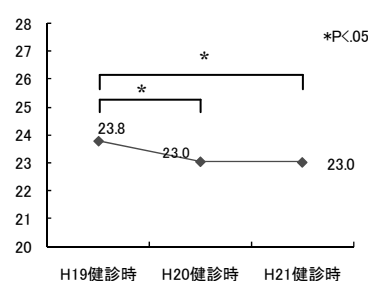


図 25-2 BMI (n=109)



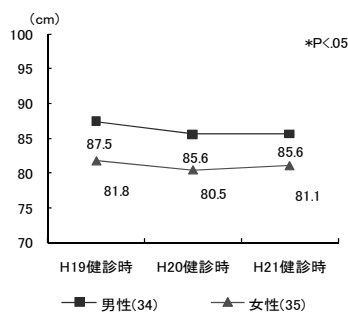


図 25-3 腹囲

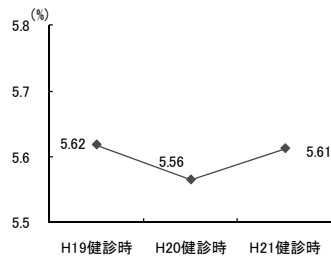


図 25-4 HbA1c (n=105)

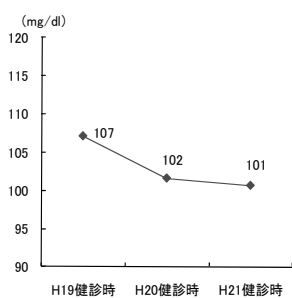


図 25-5 空腹時血糖 (n=56)

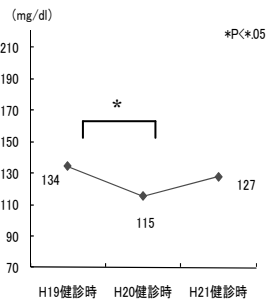


図 25-6 中性脂肪 (n=100)

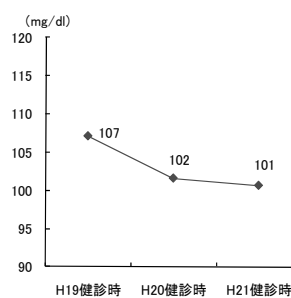


図 25-7 LDL (n=54)

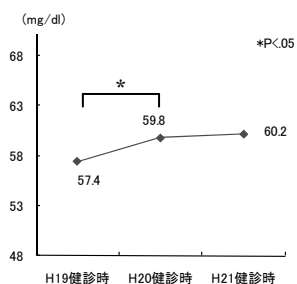


図 25-8 HDL (n=104)

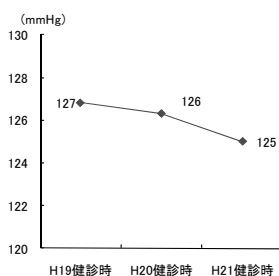


図 25-9 SBP (収縮期血圧) (n=108)

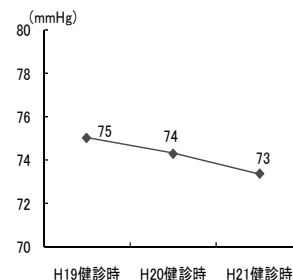


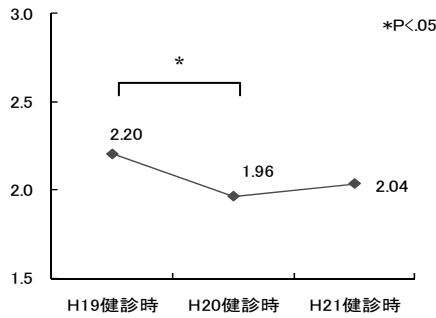
図 25-10 DBP (拡張期血圧) (n=108)

### ※リスクの変化に関する検討

さらに、リスクの変化についての検討を行なった。リスクについては、以下のようなカットオフ値を設定し、個人の「リスクの数」を出した。そのリスク数の変化を検討した結果、平成 20 年度から平成 21 年度にかけては、有意なリスク数の減少は見られなかったが、増加も見られなかった。

リスクの判定基準 (1人当たり最大のリスク数は4つ)

- ①BMI : BMI ≥ 25
- ②血糖 : 空腹時血糖 100mg/dl 以上または HbA1c 5.2% 以上
- ③脂質 : 中性脂肪 150mg/dl 以上または HDL 40mg/dl 未満
- ④血圧 : 収縮期 130mmHg 以上または拡張期 85mmHg 以上



n = 83

H19 健診時平均リスク数 2.20

H20 健診時平均リスク数 1.96

H21 健診時平均リスク数 2.04

図 25-11 リスクの変化 (n=83)

## 性差による保健指導効果の継続性に関する検討

### 検討内容

昨年度から開始となった特定健診・特定保健指導は、特に働き盛りの男性の肥満に焦点が当たっており、近年の肥満の増加は大きな問題になっている。そこで、性差に注目し検査値や測定値にどのような変化の違いがあるのかを検討した。

### 結果の読み取り

- ・ HbA1c 及び空腹時血糖の平均値：女性は H19→H20→H21 と毎年低下しているのに対し、男性は H20→H21 にかけて上昇。
- ・ LDL および HDL、血圧：女性は改善傾向だが男性は改善傾向が見られない。
- ・ 評価を実施する場合、「全体」としては改善傾向と読みとれても男女で変化に大きな差があり、性差を考慮し評価していくことも重要であると考える。

### 分析結果

男女を比較すると、HbA1c、空腹時血糖、LDL、HDL、血圧については、男女で変化の推移が大きく異なっている。男性は、年数の経過とともに検査値・測定値が悪くなっている傾向がある（以下図 26-1～図 26-11）。

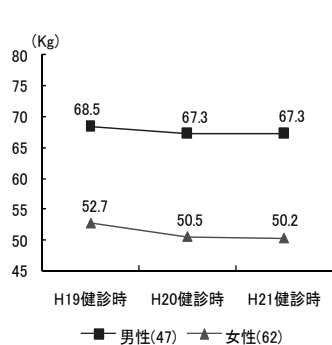


図 26-1 体重

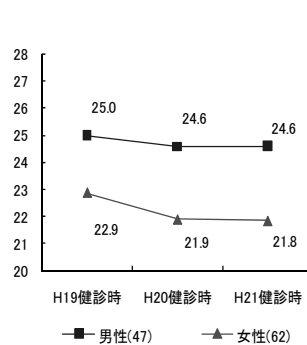


図 26-2 BMI

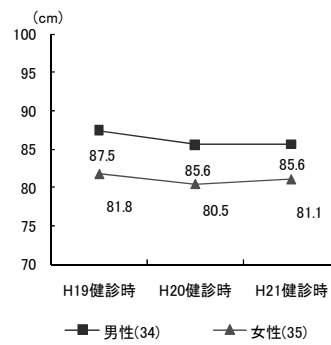


図 26-3 腹囲

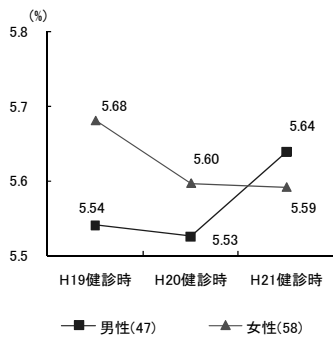


図 26-4 HbA1c

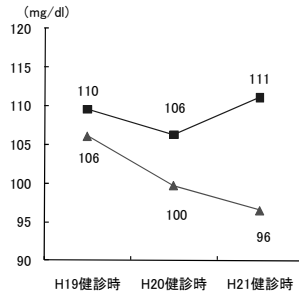


図 26-5 空腹時血糖

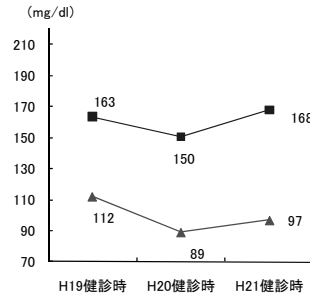


図 26-6 中性脂肪

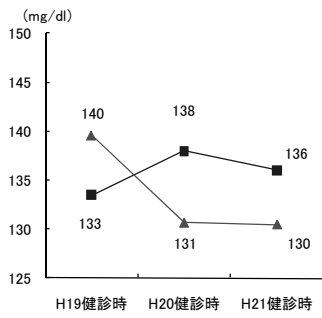


図 26-7 LDL

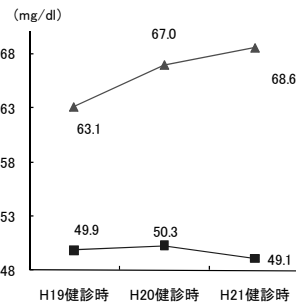


図 26-8 HDL

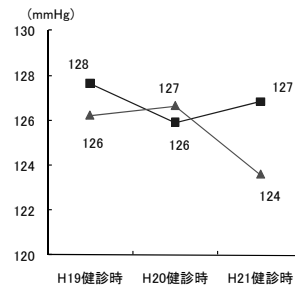


図 26-9 SBP(收缩期血圧)

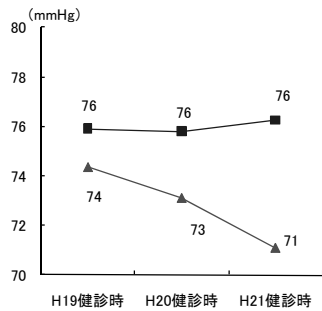


図 26-10 DBP(拡張期血圧)

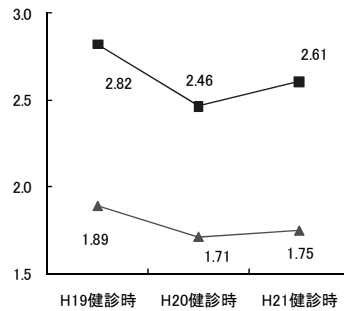


図 26-11 リスク(数)の変化について

リスクの変化は、前ページの図 25-11 と同様に、検査値にカットオフ値を設けて、リスク数の変化を性差別に分析。

## 質問紙の項目妥当性に関する検討

### 検討内容

平成 20 年度分析においても、質問紙の項目の妥当性については検討を行なっているが、平成 19 年度のモデル事業参加者へも継続的に質問紙調査を実施している。保健指導を終了し、1 年後、2 年後といった経年的視野に立った場合、行動変容や認識をどう捉えていけるのかについての検討を実施した。

## 結果の読み取り

- 平成 19 年度保健指導終了時、平成 20 年度健診時、平成 21 年度健診時において、認識や行動の変化は読み取れるが、「～できるようになった」という質問は、すでに習慣になってしまっている場合などは、個人の認識レベルが正確に表現されていない場合があると考えます。
- 「30 分以上の運動を週 2 回」などの具体的な行動を問う設問は、個人の行動を客観的に捉えることができるため、経年的に評価をしていく場合、個人の行動がより正確に捉えやすいのではないかと考えます。
- 体重の増減の有無などは「±〇kg」という設問にすると、体重が増加しても減少をしても「はい」という答え方になってしまうため注意が必要であり、設問の趣旨によっては問いかけを変更する必要があると判断されます。

## 分析結果

※質問の項目により、平成 19 年度保健指導終了時のデータがないものがある

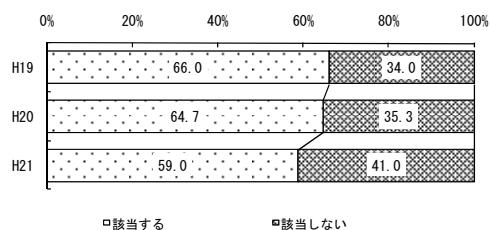


図 27-1 3 食の食事時間を気にするようになった (n=156)

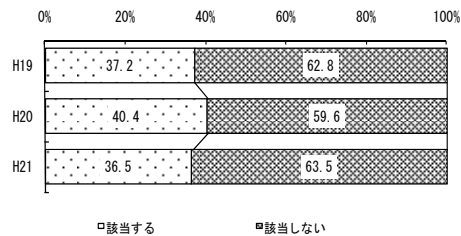


図 27-2 間食を摂らないようになった (n=156)

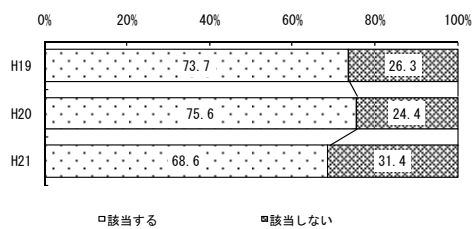


図 27-3 体重を測定するようになった (n=156)

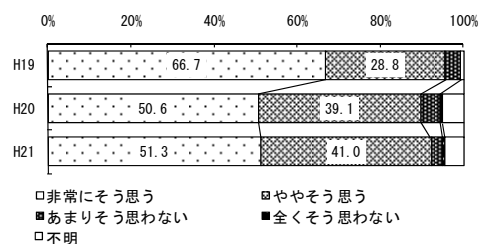


図 27-4 健康であるために、活動量をどのように変えないといけないのかわかった (n=156)

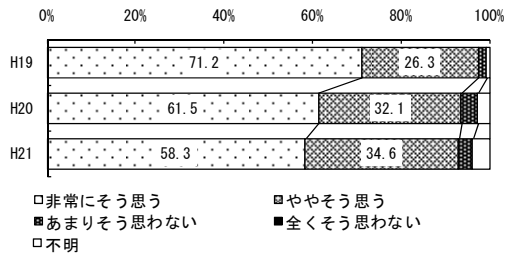


図 27-5 健康であるために、食事をどのように変えないといけないのかわかった(n=156)

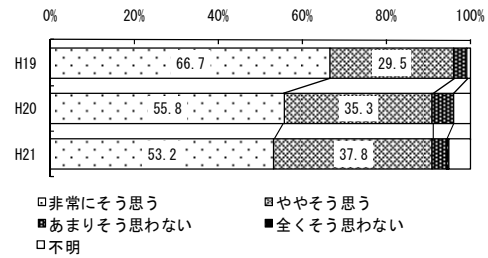


図 27-6 新しい習慣を身につけるのは時間がかかるが、習慣を変えたいと思った(n=156)

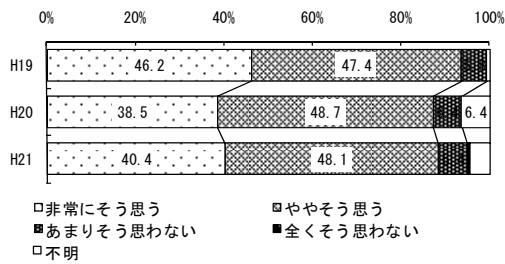


図 27-7 新しい習慣を継続していくための、自分なりの条件がわかった (n=156)

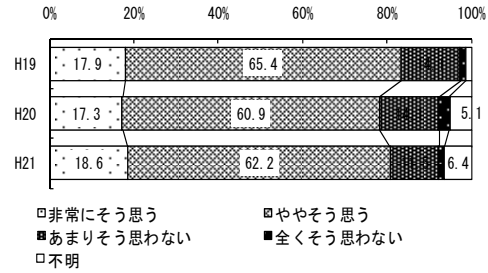


図 27-8 新しい習慣を継続していく自信がある (n=156)

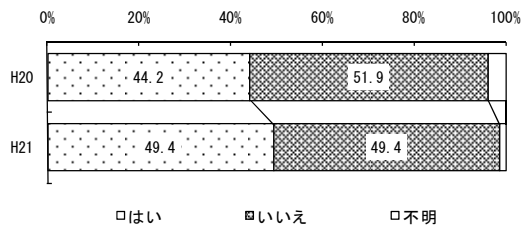


図 27-9 1回30分以上軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している (n=156)

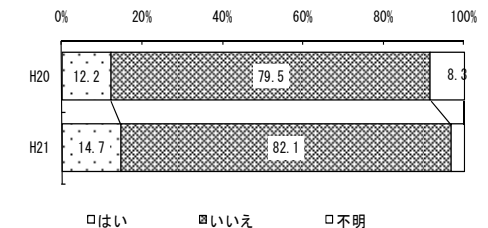


図 27-10 夕食後に間食(夜食)をとることが週に3回以上ある (n=156)

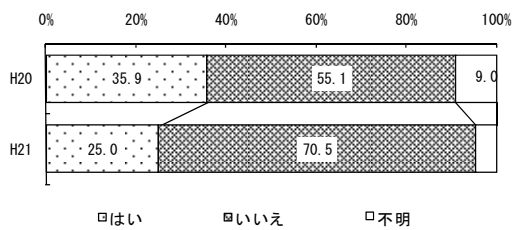


図 27-11 この1年間で体重の増減が±3kg以上あった (n=156)

## (2) 平成 20 年度の分析 (1 年間の変化)

### ①調査対象者や方法について

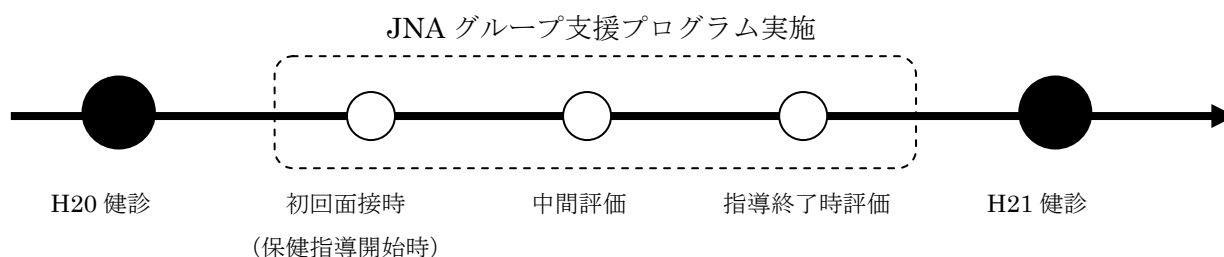
- ・調査対象者 平成 20 年度に特定保健指導・コンサルテーション受託事業パイロットスタディに取り組んでいる 12 事業者に協力を求め、特定健診において特定保健指導となった対象から健診データや保健指導状況を収集し、質問紙調査を実施した。今回の分析対象者は、本調査の趣旨に同意をした 2,281 人が対象である。
- ・調査方法 健診データと保健指導状況の把握 (モデル事業者より情報を受領)。集団回収法による質問紙調査 (初回面接時 (保健指導開始時) と保健指導終了時に質問紙調査を実施)。
- ・調査期間 平成 20 年 5 月～平成 21 年 12 月末。
- ・分析方法 記述統計、対応のある t 検定、対応のない t 検定等を用い分析を実施。有意水準は 5%未満を統計学的に有意とした。
- ・倫理的配慮 個人情報保護には十分に留意し、データ管理は適切に行なった。

### ②分析の方向性

平成 20 年度は特定健診・特定保健指導が開始となった。そこで、平成 20 年度健診、初回面接 (保健指導開始時)、中間評価時、保健指導終了時、平成 21 年度健診時を軸にデータ収集・分析を行なった。分析においては、保健指導前後の検査値・測定値の変化の中から、以下の点に特に焦点を当てた。動機付け支援には中間評価の実施が定められてはいないが、積極的支援者の中間評価に準ずる形で暫定的に「中間評価の時期」を設定し、データを収集した。(なお、検討では平成 20 年度分を分析しているが、平成 21 年度途中で収集しているため、平成 21 年度健診のデータ収集数が極端に少なくなっている。)

#### 焦点を当てて分析を実施した点

- ・特定保健指導に対する保健指導プログラムの有効性の検討
- ・体重、腹囲の減少率に関する検討
- ・体重減少群におけるリスク減少の検討
- ・質問紙の質問項目の妥当性に関する検討



平成 20 年度のモデル事業分析

### ③対象者の基本属性等について

#### ◇基本属性について

平成 20 年度分析対象者は、計 2,281 人であった。

内訳をみると、性別では男性 1,262 人 (55.3%)、女性 1,019 人 (44.7%) であった。特定健診の階層化別では、動機付け支援が全体の 65%以上の 1,492 人と過半数を占め、積極的支援は 581 人 (25.5%) であった。対象者の平均年齢は、62.2±8.2 歳で、60 代が約半数を占めた。このうち、前期高齢者 (65 歳以上 75 歳未満) は、1,064 人であった。喫煙、受診、服薬の有無については、表 14 のとおりであった。また、積極的支援者で、特定保健指導のポイントに関するデータが取得できた者 (n=115) の平均特定保健指導ポイントは、328.3±7.3 ポイントであった。中央値は 330 ポイント、最小値は 180 ポイント、最大値 460 ポイントとなった。

表 12 H20 年度階層化結果

	度数	パーセント
1 積極的支援	581	25.5
2 動機付け支援	1492	65.4
3 情報提供	190	8.3
4 その他	18	.8
合計	2281	100.0

表 13 分析対象者の年齢構成

	度数	パーセント
1 40歳~49歳	214	9.4
2 50歳~54歳	193	8.5
3 55歳~59歳	320	14.0
4 60歳~64歳	490	21.5
5 65歳~69歳	631	27.7
6 70歳以上	433	19.0
合計	2281	100.0

男性平均年齢 61.6±8.8 歳

女性平均年齢 62.8±7.4 歳

積極的支援者平均年齢 56.5±6.7 歳

動機付け支援者平均年齢 65.6±7.6 歳

情報提供者平均年齢 60.9±8.1 歳

表 14 喫煙、受診、服薬の有無について

		喫煙		受診		服薬	
		度数	パーセント	度数	パーセント	度数	パーセント
有効	1 有	421	18.5	44	1.9	20	.9
	2 無	1842	80.8	2005	87.9	2243	98.3
	合計	2263	99.2	2049	89.8	2263	99.2
欠損値	システム欠損値	18	.8	232	10.2	18	.8
合計		2281	100.0	2281	100.0	2281	100.0

#### ◇平成 20 年度の階層化の時点 (保健指導開始前) の BMI と腹囲について

分析対象者のうち、平成 20 年度の階層化の時点で BMI が 25 未満のものが 32% 含まれていた。腹囲をみると、男性は腹囲が 85cm 未満のものが 46 名 (2.0%)、女性も腹囲が 90cm 未満の者が 268 名 (11.7%) 含まれていた。

表 15-1 BMI

	度数	%
1 25未満	729	32.0
2 25以上35未満	1536	67.3
3 35以上	15	.7
不明	1	.0
合計	2281	100.0

表 15-2 腹囲 (男性)

	度数	%
1 85cm未満	46	2.0
2 85cm以上95cm未満	966	42.3
3 95cm以上105cm未満	205	9.0
4 105cm以上	34	1.5
不明	11	.5
合計	1262	55.3
システム欠損値	1019	44.7
	2281	100.0

表 15-3 腹囲 (女性)

	度数	%
1 90cm未満	268	11.7
2 90cm以上100cm未満	630	27.6
3 100cm以上110cm未満	103	4.5
4 110cm以上	9	.4
不明	9	.4
合計	1019	44.7
システム欠損値	1262	55.3
	2281	100.0

#### ◇平成 20 年度健診の階層化と平成 21 年度健診の階層化の結果

分析対象者の中で、514 名は平成 21 年度健診階層化の結果が得られた。平成 20 年度からの階層化の変化を表 16 にした。その結果、38%の者は階層化の結果が改善、約半数のものは変化なし（現状維持）という結果であった。但し、積極的支援から動機付け支援となった 27 名中には、平成 21 年度に 65 歳となったために“動機づけ支援”となった者が含まれる可能性がある。

※平成 20 年度階層化で動機付け支援者に含まれる 65 歳以上は 326 人中 201 人（61.7%）であり、平成 21 年度階層化において、動機付け支援の中に 65 歳以上は 214 人中 133 人（62.1%）含まれた。

表 16 H20 年・21 年度の階層化結果クロス表

		平成21年の健診結果			合計
		1 積極的支援	2 動機付け支援	3 情報提供	
平成20年の健診結果	1 積極的支援	59	27	45	131
	2 動機付け支援	31	170	125	326
	3 情報提供	3	17	37	57
合計		93	214	207	514

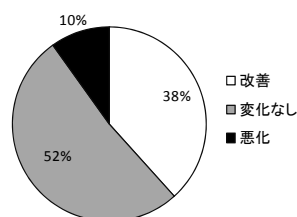


図 28 階層化結果

#### ④検査値・測定値の平均値の推移

BMI や腹囲の平均値は、時間の経過とともに平均値が減少している。

表 17 検査値・測定値の平均値の推移

		体重	BMI	腹囲男	腹囲女	HbA1c	空腹時血糖	中性脂肪	LDL	HDL	SBP	DBP	GOT	GPT	γ-GTP
H20健診時	n	2280	2280	1251	1010	2156	875	2281	2263	2281	2280	2280	2276	2276	2275
	平均値	66.1	26.1	90.8	92.7	5.3	102.1	144.0	131.0	54.3	134.1	81.2	26.1	26.1	42.2
	標準偏差	9.1	2.5	5.6	6.1	0.6	19.8	97.9	30.9	13.4	19.4	11.8	11.7	17.7	44.3
初回面接時	n	1150	1150	635	517	270					1153	1153			
	平均値	67.0	26.5	91.6	93.2	5.4					141.7	81.0			
	標準偏差	9.3	2.6	5.7	6.5	0.6					18.6	11.9			
中間評価時	n	715	715	370	344	685					703	703			
	平均値	66.4	26.4	91.1	92.4	5.4					141.7	81.3			
	標準偏差	9.3	2.7	5.8	6.9	0.4					18.6	11.9			
保健指導終了時	n	634	634	323	305	512	59	471	470	471	575	575			
	平均値	64.4	25.6	90.3	90.8	5.4	101.2	176.0	119.1	51.2	135.9	78.5			
	標準偏差	9.2	2.4	6.0	6.2	0.4	22.7	127.9	27.5	13.3	17.8	11.5			
H21健診時	n	525	525	301	223	513	115	518	522	525	525	172	172	523	
	平均値	64.6	25.3	88.7	89.6	5.4	103.8	139.3	127.1	55.3	130.7	79.4	23.9	24.1	38.7
	標準偏差	9.8	2.5	6.0	6.4	0.5	14.8	124.6	31.3	14.5	15.4	10.4	12.8	17.0	45.6

#### ⑤各階別の異常割合の推移

各検査値・測定値に以下のカットオフ値を設定し、教室毎における異常者の割合の推移を表にした。対象者数が回を重ねるごとに減少しているため一概には言えないが、全体的に見ると体重および腹囲に関しては、異常者の割合も減少を続けている結果（表 18-1）となった。男女別については、表 18-2、表 18-3 に示す。

※カットオフ値 ・BMI 25 以上 ・腹囲 男 85 cm 以上 ・ 女 90 cm 以上 ・HbA1c 5.2% 以上  
 ・空腹時血糖 100mg/dl 以上 ・中性脂肪 150 mg/dl 以上 ・LDL 140 mg/dl 以上  
 ・HDL 40 mg/dl 以下 ・SBP（収縮期血圧）130mmHg 以上 ・DBP（拡張期血圧）85 mmHg



表 18-1 異常者の割合の推移(全体)

	H20健診時		初回面接時		中間評価時		保健指導終了時		H21健診時	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
BMI	2280	68.0	1150	74.0	715	70.6	634	60.4	525	52.2
腹囲男	1251	96.3	635	95.4	370	89.2	323	84.8	301	73.8
腹囲女	1010	73.5	517	70.2	344	65.1	305	58.7	223	41.7
HbA1c	2156	56.4	270	69.3	685	71.7	512	79.5	513	68.8
空腹時血糖	875	43.8					59	35.6	115	60.0
中性脂肪	2281	35.1					471	48.4	518	30.3
LDL	2263	36.0					470	21.5	522	31.8
HDL	2281	11.7					471	18.3	522	9.8
SBP	2280	59.9	1153	74.4	703	74.3	575	63.1	525	54.3
DBP	2280	37.5	1153	37.6	703	39.7	575	27.0	525	29.7

表 18-2 異常者の割合の推移(男性)

	H20健診時		初回面接時		中間評価時		保健指導終了時		H21健診時	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
BMI	1261	60.0	636	67.6	371	63.6	326	56.1	302	48.7
腹囲男	1251	96.3	635	95.4	370	89.2	323	84.8	301	73.8
HbA1c	1185	52.4	160	67.5	365	68.8	266	75.6	293	64.5
空腹時血糖	504	51.4					25	44.0	77	67.5
中性脂肪	1262	41.3					246	54.1	300	36.0
LDL	1253	29.9					245	20.4	302	28.1
HDL	1262	17.0					246	23.6	302	14.6
SBP	1261	58.4	636	76.1	363	80.4	301	68.8	302	53.0
DBP	1261	44.3	636	43.1	363	45.5	301	34.6	302	34.1

表 18-3 異常者の割合の推移(女性)

	H20健診時		初回面接時		中間評価時		保健指導終了時		H21健診時	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
BMI	1019	77.9	514	81.9	344	78.2	308	64.9	223	57.0
腹囲女	1010	73.5	517	70.2	344	65.1	305	58.7	223	41.7
HbA1c	971	61.4	110	71.8	320	75.0	246	83.7	220	74.5
空腹時血糖	371	33.4					34	29.4	38	44.7
中性脂肪	1019	27.5					225	42.2	218	22.5
LDL	1010	43.5					225	22.7	220	36.8
HDL	1019	5.2					225	12.4	220	3.2
SBP	1019	61.7	517	72.3	340	67.6	274	56.9	223	56.1
DBP	1019	29.2	517	30.9	340	33.5	274	18.6	223	23.8

⑥焦点を当てて分析を実施した結果及び考察について

「特定保健指導に対する保健指導プログラムの有効性の検討」に関する検討について

検討内容

各モデル事業者は、保健指導プログラムの1つとして「JNA グループ支援プログラム」に取り組んだ。平成19年度の分析(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 モデル事業報告書参照)からは、JNA グループ支援プログラム参加者は、保健指導の前後において、体重、BMI、腹囲、HbA1c、HDL が有意に改善し、生活習慣病予防活動としての一定の改善が確認されている。しかし、特定保健指導が開始となり、積極的支援者や動機付け支援者への有効性は検証されていない。そこで、主に保健指導前後の変化から、特定保健指導におけるプログラムの有効性を検討した。

## 結果の読み取り

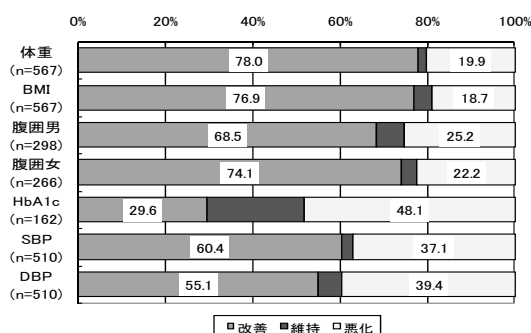
- ・JNA グループ支援を用いた特定保健指導では、積極的支援者も動機付け支援者もHbA1c以外の多くの検査値・測定値が有意に改善している。改善の割合を見ても、改善または維持という者の割合が、ほぼすべての項目において半数以上である。
- ・JNA グループ支援プログラムは、生活習慣病予防活動プログラムにおいて「特定保健指導」にも応用できるプログラムであると考えられる。

## 分析結果

保健指導前後の検査値や測定値の比較をすると、全体ではHbA1c以外の体重・BMI・腹囲・血圧・中性脂肪・LDL・HDLで統計学的に有意な改善が見られている。「積極的支援」と「動機付け支援」に群を分けて検討すると、統計学的には有意な差がないものもあるが、平均値はどの項目もすべて減少している。また、数値の改善割合（横棒グラフ）を見ると半数以上の者が健診時より改善または維持という結果であった。

表 19-1・図 29-1 保健指導前後の平均値の差と改善の割合【全体】

	n	初回面接時 平均値	保健指導 終了時 平均値	差	差の 95% 信頼区間		有意確率 (両側)
					下限	上限	
体重	567	66.22	64.54	-1.68	-1.868	-1.491	0.000 *
BMI	567	26.29	25.61	-0.68	-0.755	-0.606	0.000 *
腹囲男	298	91.86	90.30	-1.56	-1.923	-1.190	0.000 *
腹囲女	266	93.44	90.87	-2.57	-3.110	-2.030	0.000 *
HbA1c	162	5.45	5.48	0.03	-0.016	0.074	0.207
SBP	510	141.44	135.91	-5.53	-6.939	-4.112	0.000 *
DBP	510	80.48	78.16	-2.31	-3.257	-1.371	0.000 *



↑HbA1c以外の項目で、統計学的に有意な差があった（検査値が改善していた）。HbA1cの平均値は5.45から5.48へ若干の上昇が見られるが、初回面接時からの改善や悪化の割合（右のグラフ）をみると、半数以上のものは「改善もしくは維持」という実態である。

表 19-2・図 29-2

保健指導前後の平均値の差（積極的支援者）と改善の割合【積極的支援者】

	n	初回面接時 平均値	保健指導 終了時 平均値	差	差の 95% 信頼区間		有意確率 (両側)
					下限	上限	
体重	117	68.02	66.00	-2.02	-2.442	-1.594	0.000 *
BMI	117	26.43	25.63	-0.80	-0.969	-0.636	0.000 *
腹囲男	59	93.17	92.19	-0.98	-1.775	-0.184	0.017 *
腹囲女	58	93.35	90.58	-2.77	-3.889	-1.649	0.000 *
HbA1c	61	5.49	5.48	-0.01	-0.069	0.056	0.835
SBP	108	143.15	138.81	-4.33	-7.727	-0.939	0.013 *
DBP	108	83.72	81.38	-2.34	-4.512	-0.173	0.035 *

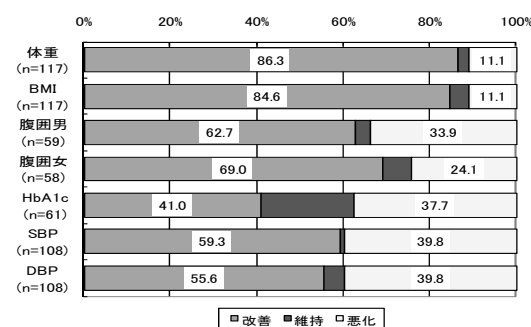


表 19-3・図 29-3 保健指導前後の平均値の差（動機づけ支援者）【動機付け支援者】

	n	初回面接時 平均値	保健指導 終了時 平均値	差	差の 95% 信頼区間		有意確率 (両側)
					下限	上限	
体重	385	66.11	64.45	-1.66	-1.886	-1.427	0.000 *
BMI	385	26.34	25.67	-0.67	-0.761	-0.580	0.000 *
腹囲男	213	91.66	89.06	-1.80	-2.239	-1.369	0.000 *
腹囲女	169	93.85	91.23	-2.61	-3.239	-1.988	0.000 *
HbA1c	87	5.43	5.49	0.06	-0.017	0.127	0.130
SBP	337	143.05	136.65	-6.40	-8.095	-4.700	0.000 *
DBP	337	80.61	78.42	-2.19	-3.354	-1.032	0.000 *

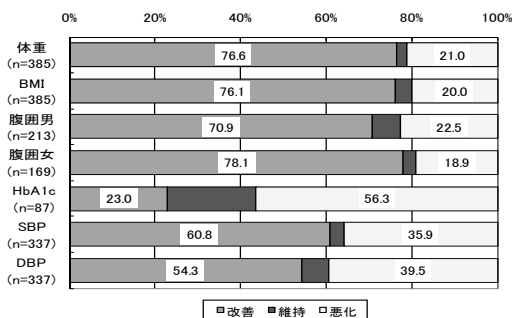
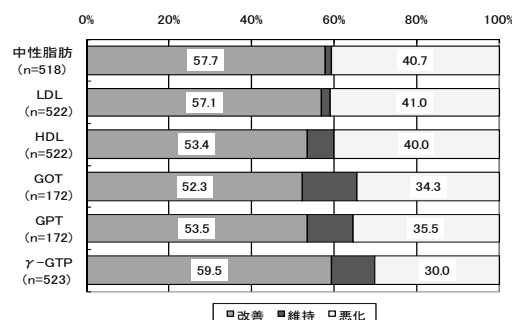


表 19-4・図 29-4 H20 健診と H21 健診での平均値の差と改善の割合【全体】

	n	H20健診	H21健診	差	差の 95% 信頼区間		有意確率 (両側)
					下限	上限	
中性脂肪	518	150.57	139.33	-11.25	-22.383	-0.108	0.048 *
LDL	522	131.69	127.14	-4.54	-6.327	-2.757	0.000 *
HDL	522	53.84	55.34	1.50	0.723	2.273	0.000 *
GOT	172	24.58	23.95	-0.63	-2.305	1.038	0.455
GPT	172	26.19	24.10	-2.09	-4.263	0.077	0.059
γ-GTP	523	39.93	38.73	-1.20	-3.552	1.143	0.314



↑ 中性脂肪・LDL・HDLにおいて統計学的に有意な差があった。GOT,GPT,γ-GTPについては、統計学的に有意な差は見られなかったが、平均値は改善傾向である。

表 19-5・図 29-5 H20 健診と H21 健診での平均値の差と改善の割合【積極的支援者】

	n	H20健診	H21健診	差	差の 95% 信頼区間		有意確率 (両側)
					下限	上限	
中性脂肪	139	181.56	159.58	-21.99	-48.870	4.899	0.108
LDL	142	130.35	126.87	-3.48	-7.272	0.314	0.072
HDL	142	49.28	51.61	2.33	0.724	3.938	0.005 *
GOT	43	24.02	23.88	-0.14	-2.239	1.960	0.894
GPT	43	27.98	26.40	-1.58	-4.783	1.621	0.325
γ-GTP	142	49.48	44.94	-4.54	-8.213	-0.872	0.016 *

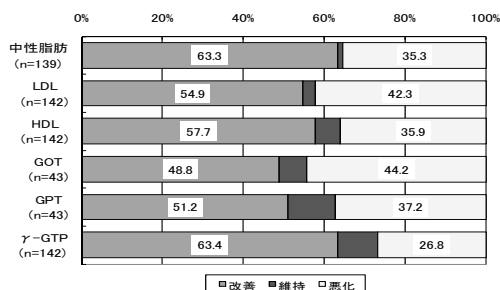
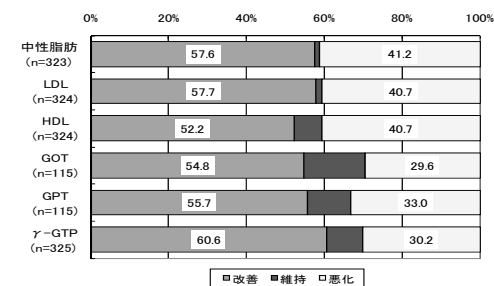


表 19-6・図 29-6 H20 健診と H21 健診での平均値の差と改善の割合【動機付け支援者】

	n	H20健診	H21健診	差	差の 95% 信頼区間		有意確率 (両側)
					下限	上限	
中性脂肪	323	147.22	138.37	-8.85	-22.468	4.771	0.202
LDL	324	132.49	127.27	-5.22	-7.415	-3.024	0.000 *
HDL	324	54.88	56.08	1.20	0.198	2.203	0.019 *
GOT	115	24.87	24.01	-0.86	-3.236	1.514	0.474
GPT	115	25.92	23.66	-2.26	-5.256	0.735	0.138
γ-GTP	325	37.59	37.46	-0.13	-3.506	3.241	0.939



## 体重及び腹囲の減少率に関する検討

### 検討内容

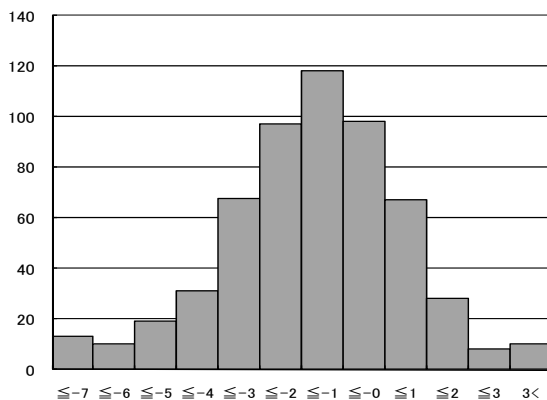
特定保健指導では「効果のある保健指導」が求められている。しかし、どのライン（数値）を基準に“効果あり”とするのが妥当なのか、また一定以上の改善がみられたら「効果があり」と判定すべきではないかという考え方があるが、その基準については広くコンセンサスを得られたものはない。そこで、今回の検討より議論の材料を得たいと考えた。

### 結果の読み取り

- 体重の増減 (kg) や増減率については、ほぼ正規分布を描いているが、個人差が大きくヒストグラムの裾野は広い。
- 腹囲の増減 (cm) については、男女共やや左寄りのヒストグラムを描いている。体重同様に個人差が大きく、こちらもヒストグラムの裾野は広い。
- ヒストグラムに二峰性などの特徴は見られなかった。

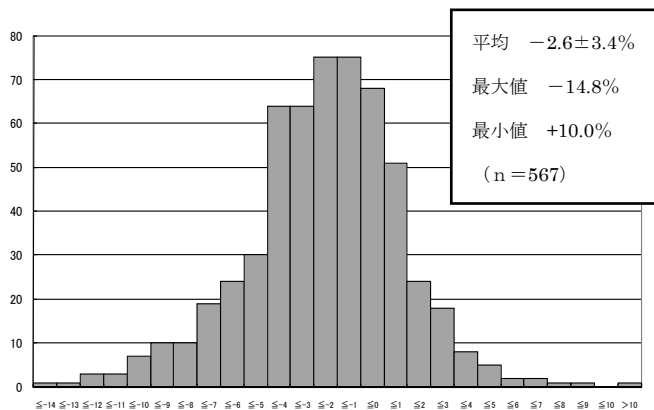
### 分析結果

#### 1 初回面接時から保健指導終了時までの体重増減 (kg) と増減率 (%) 【全体】



初回面接時から保健指導終了時までの体重の増減 (kg) をみると、平均は-1.68Kg (±2.29) であった(n=567)。

図 30-1 体重の増減



個人によって元の体重が異なるため、体重の増減率を求めたものが図 30-2 である。平均の増減率は-2.6%(±3.4)。減少の最大値は-14.8%であり、最小値は+10.0%であった。グラフはほぼ正規分布を描いている (n=567)。

図 30-2 体重の増減 (%)

## 2 初回面接時から保健指導終了時の体重増減率 (%)【階層化別】

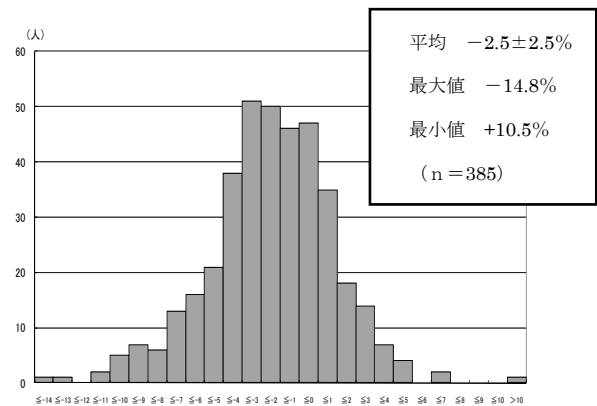
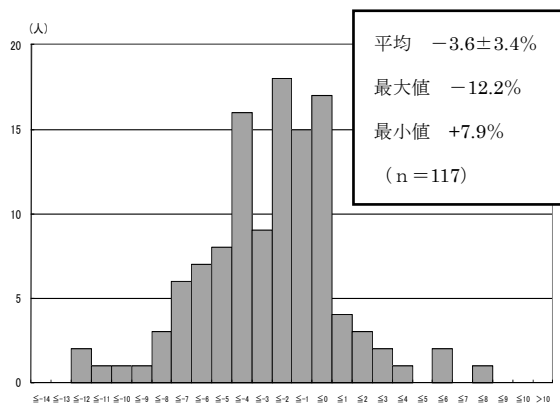


図 30-3 体重増減【積極的支援者】 (%)

図 30-4 体重増減【動機付け支援者】 (%)

## 3 初回面接時から保健指導終了時までの腹囲の増減 (cm)

腹囲の増減は、男女のグラフともやや左寄りのヒストグラムを描いている。

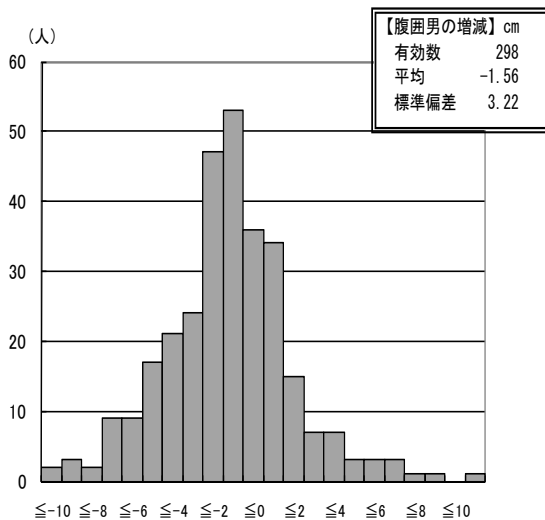


図 30-5 腹囲の増減【男性】

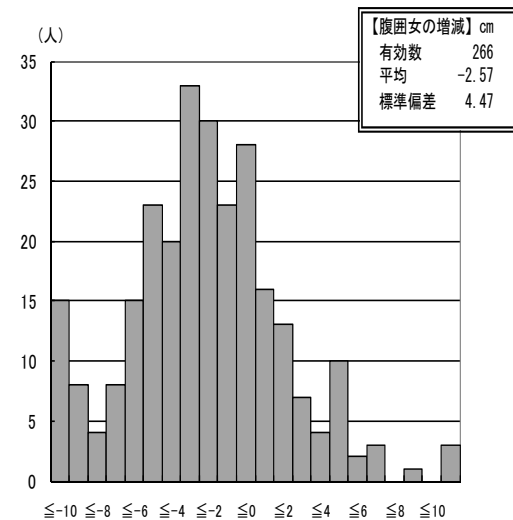


図 30-6 腹囲の増減【女性】

## 体重減少群におけるリスク減少の検討

### 検討内容

特定保健指導では対象者の生活習慣病予防のために“リスクを減らすこと”が求められる。体重や腹囲の減少だけでは、リスクがどの程度減少しているのかを見るのは難しい。すでに様々な先行研究において体重が減少（肥満の改善）した場合、生活習慣病のリスクが減少することが明らかとなっているが、今回の検討では暫定的に初回面接時（保健指導開始時）から指導終了後で「体重減少が 5%以上の群」と「体重減少が 5%未満の群」の 2 群にわけ、リスク減少を検討した。

## 結果の読み取り

- ・体重減少5%以上群は、体重減少が5%未満の群と比較すると腹囲(男女)やHbA1c、DBP(収縮期血圧)が有意に減少していた。
- ・本検討からも各方面の先行研究と同様に、体重減少(肥満の改善)が、リスク減少につながる事が明らかとなった。

## 分析結果

表 20-1 男性の腹囲について (図 31-1)

腹囲(男性)	初回面接時	保健指導終了時	初回面接時と指導終了時の差	有意確率
体重減少5%以上(n=38)	91.1	87.1	-3.958	0.000*
体重減少5%未満(n=259)	91.9	90.7	-1.206	0.000*
体重減少5%以上群と5%未満群の差の差			-2.752	0.000*

表 20-2 女性の腹囲について (図 31-2)

腹囲(女性)	初回面接時	保健指導終了時	初回面接時と指導終了時の差	有意確率
体重減少5%以上(n=69)	94.0	88.4	-5.535	0.000*
体重減少5%未満(n=196)	93.3	91.7	-1.519	0.000*
体重減少5%以上群と5%未満群の差の差			-4.016	0.000*

表 20-3 HbA1c について (図 31-3)

HbA1c	初回面接時	保健指導終了時	初回面接時と指導終了時の差	有意確率
体重減少5%以上(n=30)	5.7	5.6	-0.193	0.012*
体重減少5%未満(n=116)	5.4	5.5	0.085	0.000*
体重減少5%以上群と5%未満群の差の差			-0.279	0.001*

表 20-4 収縮期血圧について (図 31-4)

収縮期血圧	初回面接時	保健指導終了時	初回面接時と指導終了時の差	有意確率
体重減少5%以上(n=100)	142.7	133.2	-9.440	0.000*
体重減少5%未満(n=408)	141.1	136.6	-4.547	0.000*
体重減少5%以上群と5%未満群の差の差			-4.893	0.007*

表 20-5 拡張期血圧について (図 31-5)

拡張期血圧	初回面接時	保健指導終了時	初回面接時と指導終了時の差	有意確率
体重減少5%以上(n=100)	81.0	76.6	-4.390	0.001*
体重減少5%未満(n=408)	80.4	78.5	-1.828	0.000*
体重減少5%以上群と5%未満群の差の差			-2.562	0.059

\*印のついているものは、統計学的に有意な差があり(有意水準5%未満)

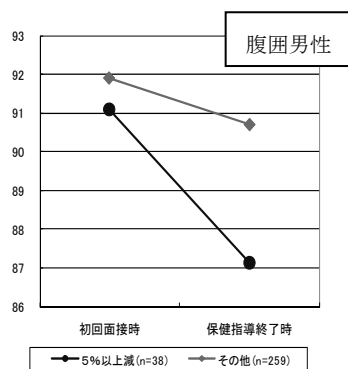


図 31-1 腹囲(男性)

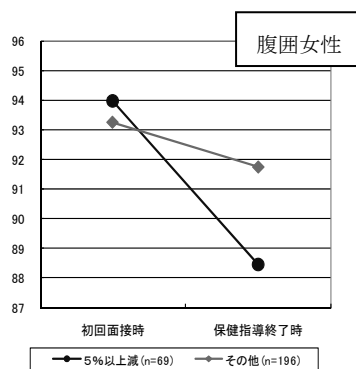


図 31-2 腹囲(女性)

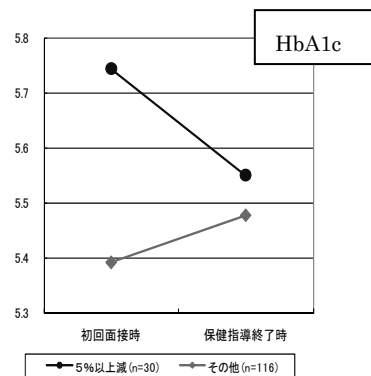


図 31-3 HbA1c

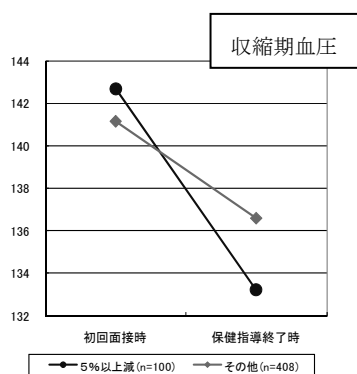


図 31-4 収縮期血圧

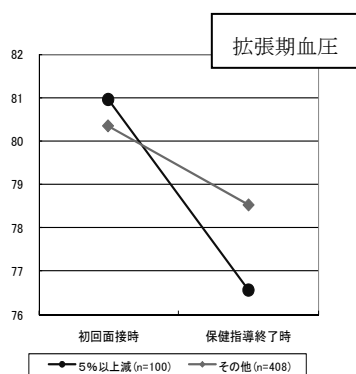


図 31-5 拡張期血圧

## 質問紙の質問項目の妥当性に関する検討

### 検討内容

評価には量的な評価だけでなく“質的な評価”の側面もある。そこで、「認識や行動変容を質問紙でどう捉えることができるのか」の検討を実施してきた。

今回は、暫定的に初回面接時から保健指導終了時まで、「体重が5%以上減少した者」を取り上げ、質問紙の回答の変化を検討した。体重の減少には、何らかの行動の変化や認識変化が関連していると考えられ、行動・認識の変化の具合と検査値がマッチしていれば、妥当な質問項目ということができないのではないかと考えた。また、「標準的な質問票」にある質問に関しても、それらが行動変容把握に活用できるのではないかと考え、質問紙に取り入れてデータを収集した。

### 結果の読み取り

- ・「30分の運動を週2回」や「1日あたりの飲酒量」等の行動を量的な指標を用い本人に問う質問では、保健指導開始前後で大きな変化が見られた。
- ・「～がわかる」「～意識している(するようになった)」「～と思う(思うようになった)」という質問も保健指導前後で大きな変化がみられ、多くの者の意識や認識が変化していた。認識の変化を見る質問は「非常にそう思う」～「全くそう思わない」の4段階の選択肢であったが、認識や意識の変化が概ねつかめているのではないかと考える。
- ・しかし、「一緒によい習慣の継続を目指す家族や友人がいる」という質問に答えた者の数が非常に少なく、答えにくい質問だったのではないかと考えられる。

分析結果

図 32-1～図 32-33

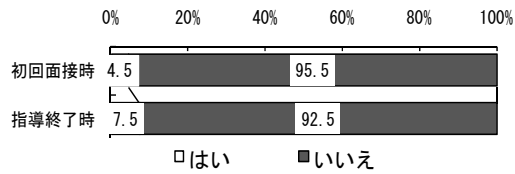


図 32-1 血圧を下げる薬を飲んでいる (n=67)

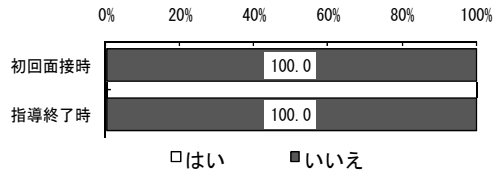


図 32-2 インスリン注射または血糖を下げる薬を飲んでいる (n=67)

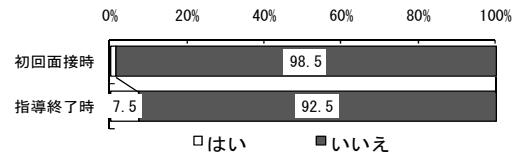


図 32-3 コレステロールを下げる薬を飲んでいる (n=67)

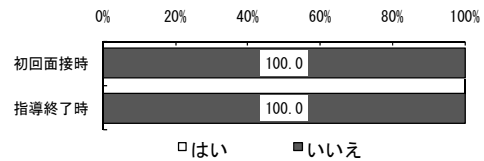


図 32-4 脳卒中にかかっているとされたり、治療を受けたことがある (n=68)

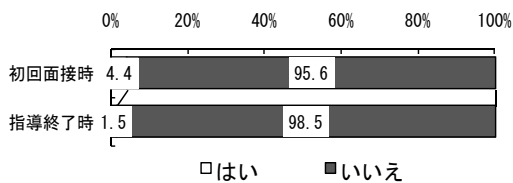


図 32-5 心臓病にかかっているとされたり、治療を受けたことがある (n=68)

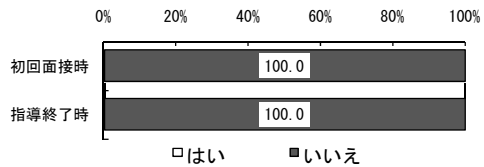


図 32-6 慢性の腎不全にかかっているとされたり、治療(透析)を受けたことがある (n=68)

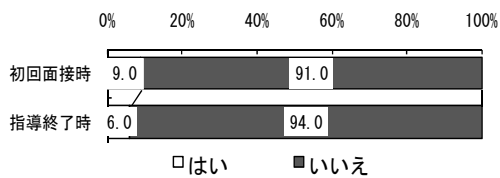


図 32-7 医師から貧血と言われた事がある (n=67)

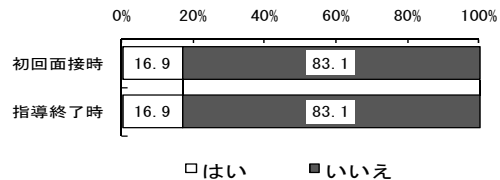


図 32-8 現在、タバコを習慣的に吸っている (n=65)

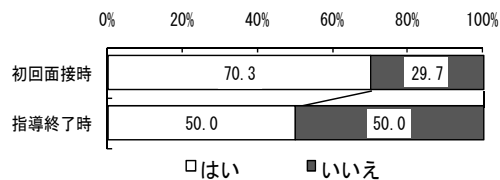


図 32-9 20歳時の体重から10kg以上増加 (n=64)

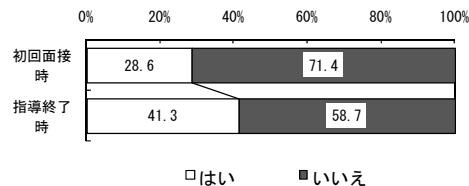


図 32-10 1回30分以上の汗をかく運動を週2日、1年以上実施している (n=63)



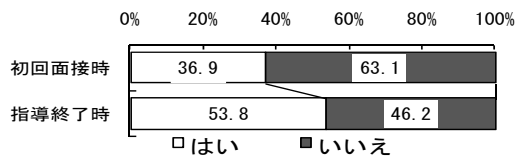


図 32-11 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施 (n=65)

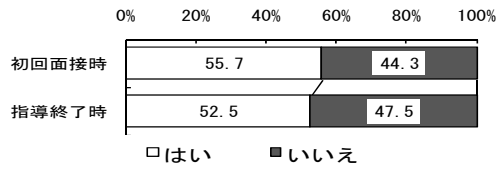


図 32-12 ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が早い (n=61)

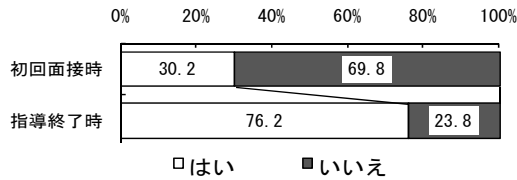


図 32-13 この1年間で体重の増減が±3kgあり (n=63)

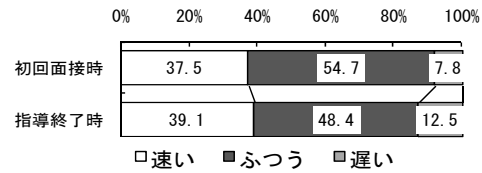


図 32-14 人と比較して食べる速度が速い (n=64)

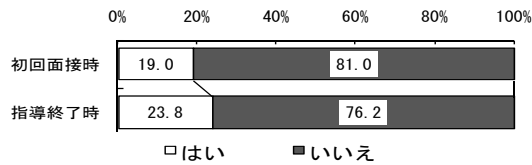


図 32-15 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週3日以上ある (n=63)

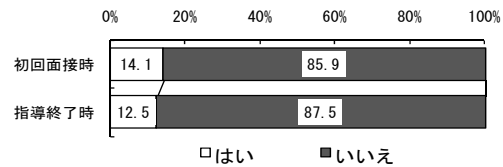


図 32-16 夕食後に間食(夜食)をとることが週3回以上ある (n=64)

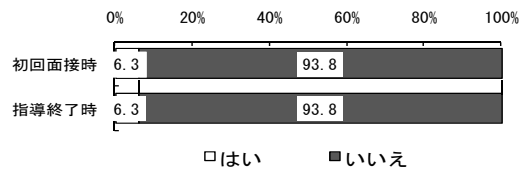


図 32-17 朝食を抜くことが週3回以上ある (n=64)

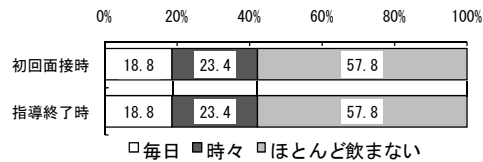


図 32-18 お酒を飲む頻度 (n=64)

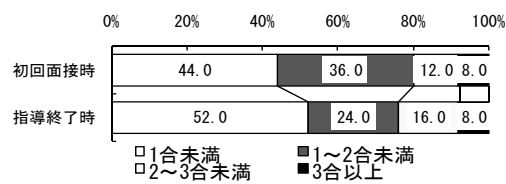


図 32-19 飲酒日1日あたりの飲酒量 (n=25)

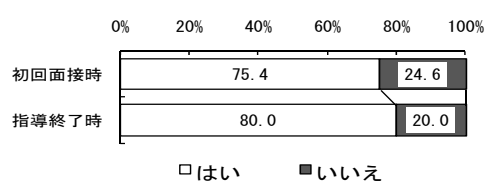


図 32-20 睡眠で休養が十分とれている (n=65)

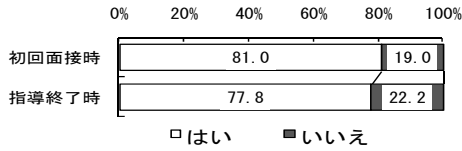


図 32-21 生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば利用したい (n=63)

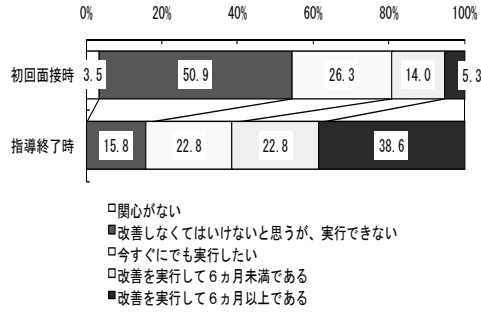


図 32-22 食生活改善 (n=57)

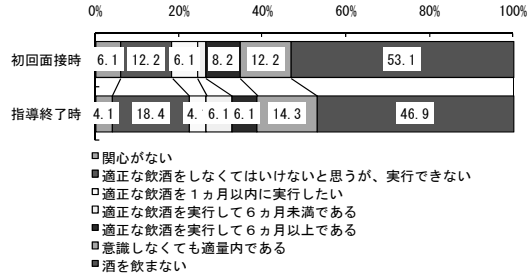


図 32-23 適正な飲酒習慣 (n=49)

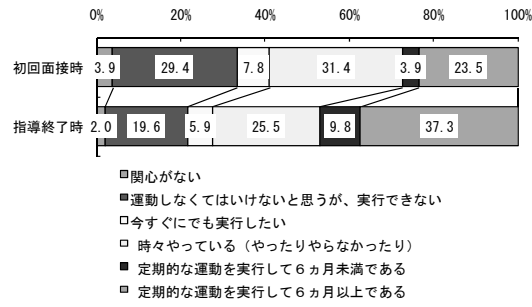


図 32-24 定期的な運動 (n=51)

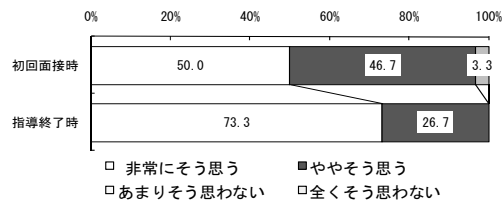


図 32-25 自分の健康のために、生活や習慣を意識している (n=30)

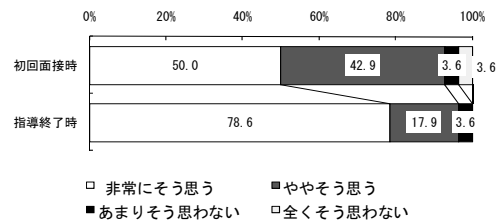


図 32-26 自分の生活習慣が血液検査結果に反映することがわかる (n=28)

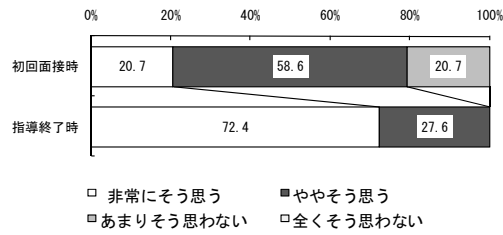


図 32-27 自分の1日の食べている量が基準量よりどのくらい多いか、もしくは少ないかわかる (n=29)

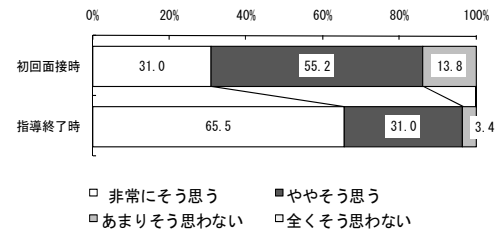


図 32-28 自分が健康であるために、生活の活動量をどのように変えないといけないのかわかる (n=29)

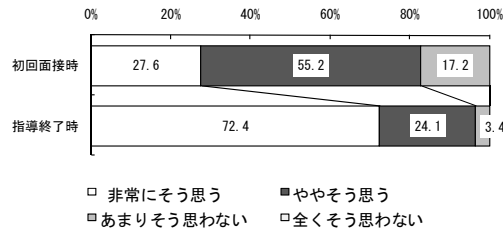


図 32-29 自分が健康であるために食事をどのように変えないといけないのかわかる (n=29)

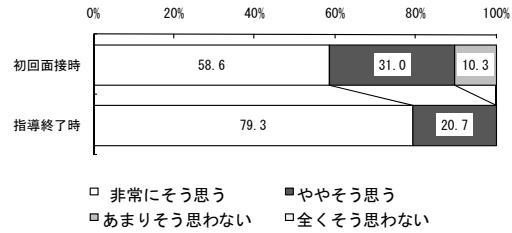


図 32-30 新しい習慣を身につけていくには時間がかかるが、健康のために習慣を変えたいと思う (n=29)

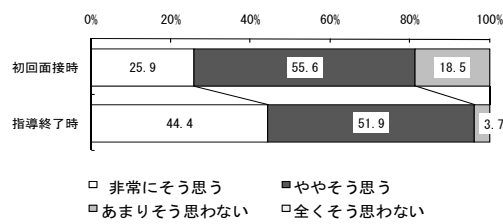


図 32-31 健康にいい習慣を継続するための自分なりの条件がわかる (n=27)

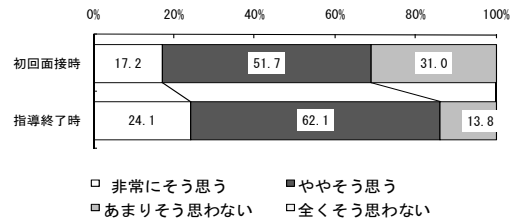


図 32-32 健康にいい習慣を継続していく自信がある (n=29)

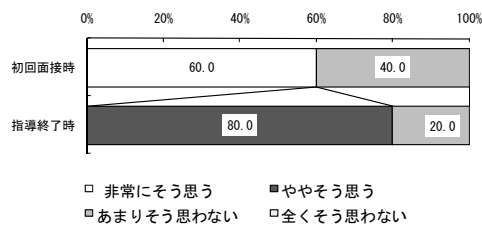


図 32-33 一緒に健康にいい習慣の継続を目指す家族や友人がいる (n=5)

### (3) heiQ の分析結果概要

#### ① 健康管理能力を測定するツールとしての heiQ

メタボリックシンドロームの改善を目的とした特定保健指導の評価は最終的には、メタボリックシンドロームのリスクを持つ人の減少である。このアウトカムを評価するための指標としては、検査データやレセプトなどを使用することが妥当である。しかし、対象者自身の健康状態に関する気づきや、健康的な生活習慣への意欲といった認知的側面や、改善状況といった行動的側面（保健指導の影響評価）の変化などを含めた個人の健康管理の能力の向上も保健指導のねらいの一つである。これを測定しようという目的で今回、オーストラリアで開発された Health Education Questionnaire(heiQ)を用いて評価を試みた。

heiQ は大きく 2 つのパートから構成されている。健康管理能力を測定する 8 領域 43 項目からなる heiQ コア（表 21 保健指導プログラムの前後に実施し、評価する）と、保健指導プログラムの受講者の満足度をみる heiQ プログラム（保健指導プログラム終了後に実施）である。各項目はまったく当てはまる（4）からまったく当てはまらない（1）の 4 段階で回答を求め、各領域の合計点数を項目数で除している。各領域の最高点は 4 点となる。

表 21 heiQ コアの 8 領域

heiQ コアの各領域名	領域の質問数
1. 健康のための行動	4
2. 人生における積極的取り組み	5
3. 情緒的健康	6
4. 自己観察と自己洞察	7
5. 前向きな態度	5
6. 技術やテクニックの習得	6
7. 社会参加とサポート	5
8. 医療サービスへの誘導	5

#### ② heiQ コアの結果

今回、保健指導に参加し、heiQ に回答していただいた男性 581 人、女性 438 人の計 1,019 人を分析対象とし、保健指導プログラム前後の heiQ の得点の平均値の変化、及び体重、検査データなどとの比較検討を行なった。heiQ コアの全項目に保健指導の前後で回答しているものを対象とした平均点の比較（対応のある t 検定）では、「領域 6. 技術やテクニックの習得」以外の

すべての項目で、保健指導終了後の有意な得点の上昇が見られた（図 33）。

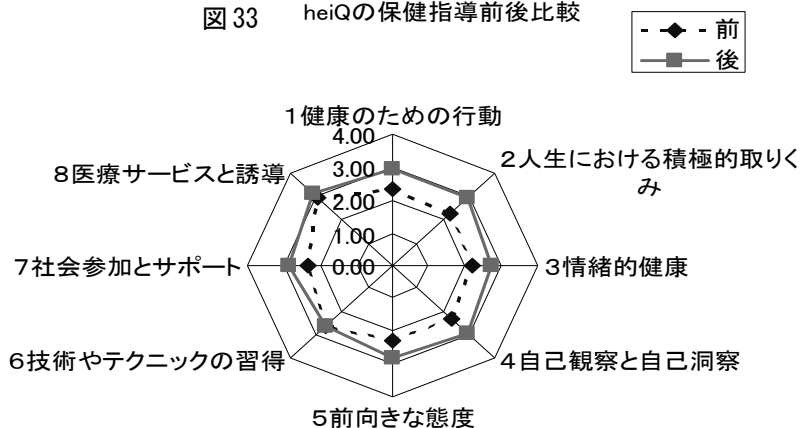
また、体重の変化をアウトカム指標として、heiQ コアとの前後の比較検討を行なった。体重は、保健指導前の特定健康診査時の体重と、保健指導終了時点の体重の差を計算し、特定健康診査時の体重で除し%を計算した。5%以上減少しているものを減少群、未満のものを非減少群とした。

減少群で、保健指導開始前の heiQ に有意な差があった領域は、「5. 前向きな態度」、「6. 技術やテクニックの習得」、「7. 社会参加とサポート」の 3 領域であり、減少群では保健指導開始前にこれらの領域の平均点が高いことがわかった。また、保健指導終了時点で heiQ に有意な差があった領域は、「2. 人生における積極的取り組み」であり、減少群で得点が高いことが認められた（資料参照）。

heiQ プログラムの合計点の平均点が 3.1 であり、概ね満足度の高いプログラムであったと推察される。

保健指導の前後で heiQ の平均点が上昇していたことより、本保健指導プログラムにより、全般的に対象者の健康管理能力の向上が得られたと推測される。また、体重減少群では、保健指導前の対象者の健康管理能力が既にある程度高いことがわかる。健康管理能力の向上は段階的に上昇するものであり、特定保健指導での向上も望めるが、より若い年代からの健康教育や保健指導、あるいはポピュレーションアプローチなどで個人や集団の健康管理能力を上昇させることが、特定保健指導の成果をあげることにつながる可能性が示唆されたといえる。

図 33 heiQの保健指導前後比較



### ③ heiQ の活用可能性と限界

heiQ コアには 2 つの活用可能性が考えられる。一つは、保健指導開始前の heiQ コアの状況を把握し、個人の健康管理能力の強みと弱みを評価しそれを保健指導の実施に活かすことである。もう一つは、保健指導前後の得点を評価し、検査データなどのアウトカム評価と共に、参加者の健康管理能力の向上の状況を評価に活用することである。この 2 点は、個人だけでなく、対象とする集団の評価にも使用することができる。heiQ プログラムは 7 項目あり、各項目の分布を見ることにより、参加者の満足度を把握し、評価が低い項目については、プログラムの改善につなげることができる。

しかしながら、heiQ には多くの限界がある。まず、項目数が 43 項目と多く、回答者の負担が大きいことである。次に、heiQ 日本語版の表現や質問内容が日本の文化的背景に適していない部分があることである。日本語版を開発するに当たっては、日本語にふさわしい表現を用いるよう努力をしたが、原本がオーストラリアで開発されたものであり、日本人の感覚と合わない項目があることは否めない。

しかし、保健指導プログラムで対象者の健康管理能力を測定することは重要なことであり、今回の保健指導プログラムでも健康管理能力の向上が推察されることから、より特定保健指導の対象者に適した、またより少ない項目で測定できるような評価ツールの開発が必要である。

(特定保健指導コンサルテーションモデル事業検討委員会委員 荒木田美香子)

## 4. モデル事業の取り組みからみえてきた 保健師の力量形成

## 4. モデル事業の取り組みからみえてきた保健師の力量形成

### 1) モデル事業の取り組みからみえてきた保健師の力量形成

本モデル事業において、参加した保健師の多くが、これまで自分たちが取り組んできた保健事業の課題を認識し、自分たちの支援方法を変えていかなければならないという問題意識を持ち、新たな試みに取り組んでいた。モデル事業者が経験したプロセスは(図 34)の通りである。実際の保健師の経験と振り返りについては、次項に紹介する。

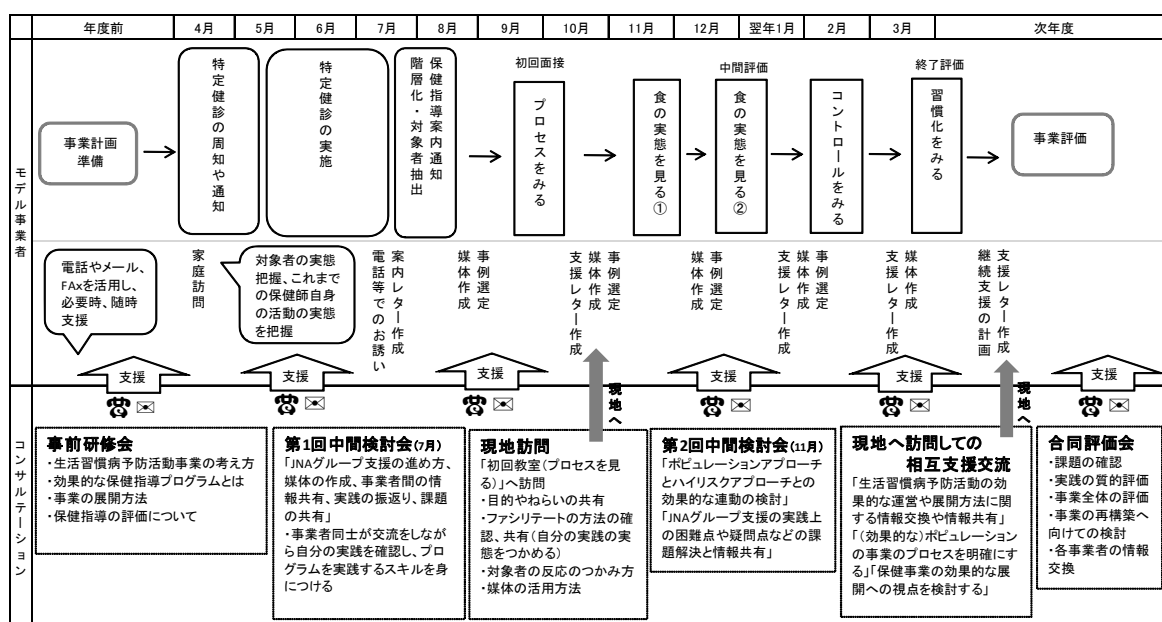


図 34 モデル事業における1年間の実施内容

取り組むプロセスにおいて、保健師は、新しい実践を取り入れ、活動を進めていく過程で、スタッフ間で話し合いや検討を重ねた。その過程で、自分の実践を振り返り、課題や方向性を共有し、対象者の反応をみていくことを、自然に体験していった。また、中間検討会や相互支援交流会におけるモデル事業者同士の交流の場では、他者との対比や客観的な意見をもらうことにより、自分の実践の手ごたえを実感し、実践の方向性の確信を深め、このモデル事業での経験を強化していった。

さらに、3年間モデル事業に参加した保健師の振り返りからは、保健指導の方法だけではなく、事業の組み立てや、ポピュレーションアプローチとの連動など、活動の捉え方が広がり、展開していく様子が語られた。

## 2) モデル事業に参加した保健師の経験と振り返り

### (1) 1年間モデル事業に参加した保健師の経験と振り返り(表 22)

<p>モデル事業への応募動機</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現状の保健活動では、住民の行動変容とその維持、継続を支援することの難しさを強く感じた。</li> <li>・これまで自分たちがやっていた保健指導の実践を客観的に振り返ってみたいと考え、保健指導に対するスタッフ全体の資質の向上も目指したいという思いがあった。</li> <li>・個別支援では1人の保健師が関わる人数にも限界がある。効果的で効率的なグループ支援を実践したいと考えた。</li> </ul>	<p>自分たちの支援方法を変えていく必要があると感じていた</p>
<p>モデル事業を通しての体験</p>	<p>保健活動の展開や住民の反応の捉え</p>	<p>保健師の振り返り</p>
<p><input type="checkbox"/> 家庭訪問 (生活習慣病に至った住民の実態、たどったプロセスを改めて把握するために)</p> <p><input type="checkbox"/> スタッフミーティング(事例検討)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者は「いま思えば、あの頃に気をつけていればよかった」など、後悔の思いが強い。また、「薬を飲んでいれば安心」「病院にかかっているから大丈夫」と、治療はしていても自分の生活を改善しようとはしていない人が多くいた。また、「病気はしたことはないよ。血圧の薬は飲んでいるけど」と治療中にも関わらずその認識が無い人が多い実態も分かった。</li> <li>・これまでの関わりの中で、病態の説明はしてきたが、本人は深刻に受け止めていない。毎回、「血糖値が高いことは初めて聞いた」という感じである。正しい情報を伝えることをしてきたが、自ら問題として気づく過程のほうが大切で、本人が関心を持った時に必要な情報を提供しないと伝わらないことがわかった。</li> <li>・この事前訪問では、あらためて自覚症状のない段階で生活習慣を変えることの難しさを実感した。</li> <li>・「その時は、どうでしたか」「それで、どうでしたか」と、対象者の思いを聞く姿勢の大切さを学んだ。住民の本音を聞き、思いを知ってから支援の出発点に立てるのだと、支援方法が変わるきっかけとなった。</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> 住民と保健師の認識の違いの大きさに気付いた。</p> <p><input type="checkbox"/> 正しい情報を提供することより、自ら問題として気づく過程のほうが大切</p> <p><input type="checkbox"/> 自覚症状のない段階で生活習慣を変えることの難しさを実感</p>
<p><input type="checkbox"/> 事前研修会</p> <p><input type="checkbox"/> コンサルテーション</p> <p><input type="checkbox"/> 事業者同士の交流</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事前研修会の内容をスタッフと共有するがとても難しく、実際の教室前後のスタッフミーティングを何度も行った。スタッフ間の理解を深めるためにも実践とその振り返りの場が大切だと感じた。</li> <li>・1年前よりモデル事業に取り組んでいる事業者の実践を見学し、教材や研修会だけではわからない具体的な教室のイメージができた。それらを繰り返しながら実践し、スタッフ間の理解と共有を深めていった。</li> </ul>	<p>スタッフ間の理解を深めるためにも実践とその振り返りの場が大切</p>
<p>拡大スタッフ会議</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。作成した教材の内容が理解しやすいかを、参加者目線で意見をもらい、参加者の反応や意見を踏まえて教室に反映したことで効果的な教材の作成につながった。</li> <li>・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。</li> </ul>	<p>住民の声を聞かないと必要なものが見えない。</p>
<p>保健指導で使用する教材の作成と使用方法</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・準備やまとめに時間や手間をかければかけるほど、スタッフの一体感や事業に対する愛着が高まるように感じている。今まで以上にスタッフが仕事を楽しみながら取り組んでいる。</li> <li>・効果的な媒体は、参加者が毎日の生活の中で、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を意識、把握する力をつけることができる。媒体の力が大きいことを再確認した。</li> <li>・対象の実態が見えれば、参加者の気づきを促すことができる良い媒体がどんなものが見えるのかが見えてくる。</li> </ul>	<p>対象の実態が見えれば、参加者の気づきを促すことができる良い媒体が見えてくる</p>



モデル事業を通しての体験	保健活動の展開や住民の反応の捉え	保健師の振り返り
保健指導の実践 (教室の開催)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ファシリテートを実践し、家庭訪問の時と同様に参加者の話を聞くことに徹したことで、自分のことを話したい人は多いと実感した。講義を聞くことに慣れてきた住民が話せるのかという不安もあったが、参加者は思っていた以上に活き活きと自分のことを話してくれた。</li> <li>・これまでは、グループワークという形で参加者が話をする機会をつくっていたが、だいたいの話の方向性を決めて実施していた。これまでは、自由に話せるようで自由に話せないという環境をつくっていたことに気づいた。今回の参加者の体験や思いを聞くグループトークでは、参加者の変化、気づきがその場でわかり、さらに参加者同士が共感し、話が深まっていき、グループの力も感じた。</li> <li>・今までの健康教育は「どうしたら伝わりやすいか」にエネルギーを注いでいたが、今回のグループトークでの参加者の反応を見ると、こちらがどう伝えるかというよりも、参加者自身がどう気づいていくかが大切だと気づいた。住民が生活習慣を変えるのと同様、保健師自身も支援方法を変えるきっかけになった。</li> <li>・プログラム終了後も参加者はなかなか席を立とうとしない。これまでの保健指導ではみられなかった光景に手ごたえを感じた。</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/>住民同士で取り組むことで思いがけない力になってくる。グループの力を感じた</p> <p><input type="checkbox"/>知識をどう伝えるかというよりも、参加者自身がどう気づいていくかが大切</p>
教室後のミーティング	<ul style="list-style-type: none"> <li>・何を目標にするのかを言わないと私たちのほうが不安であると感じた。相手が主体と言いながらこちらが保健指導を押し付けていることに気付いた。</li> <li>・グループの力はこちらが思った以上にあると感じた。参加者が自ら話すことで気づき、変化していく姿が見えた。回を重ねるごとに参加者の変化がわかる。</li> </ul>	
中間検討会	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実践の中で、知識提供型の指導に戻りそうな自分がある。その無意識の「指導習慣」に対する気づきを再認識できる場。</li> <li>・他の事業者の実践を知ることは大きな学びだった。自分たちだけでは気づかないことを多く教えてもらった。</li> </ul>	知識提供に戻りそうな自分がある
フォーラムでの事例発表	検討会を重ねたり、発表の機会を得ることで、自分たちの実践をまとめ活動を振り返ることで、スタッフ同士の気づきも深まっていく。	外部への事例発表のための活動の振り返りが一つのスキルアップとなっている
相互交流会	特定保健指導の昨年度の実績は170人で、特定健康診査対象者の1%にすぎない。フォローに限界を感じる。ポピュレーションアプローチの重要性を認識。既存の事業を保健指導の継続支援の場として効果的に活用していけるように検討。	ポピュレーションアプローチの重要性を認識し、ハイリスクアプローチとの効果的な運動について検討
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・住民と保健師の「教える・教えられる」関係が変わった。これまでは知識を正しく伝えることに使命感を感じていた。それが伝わらない現状が多くあり、保健師として疲れていた。JNAグループ支援プログラムを実践することで、保健師としてのやりがいが見えた。自分たちも元気になれる。保健師の仕事は効果が見えづらく地味な仕事。効果を見せるのが下手だった。しかし、これからは積極的に効果を見せていきたい。</li> <li>・このモデル事業で得たスキルは特定保健指導だけではなく、他の保健事業でも生かしていくことができると感じている。</li> <li>・新しい事業に取り組むことは大変である。しかし、保健師同士が刺激し合い高めあえる。</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/>事業の効果を見せることの重要性を認識</p> <p><input type="checkbox"/>新しい事業に取り組むことは大変である。しかし、保健師同士が刺激し合い高めあえる。</p>

(2) 3年間継続してモデル事業に参加した保健師の経験と振り返り(表23)

1年目		
モデル事業を通しての体験	保健活動の展開や住民の反応の捉え	保健師の振り返り
<input type="checkbox"/> モデル事業への応募の動機と期待 <input type="checkbox"/> 事前研修会 <input type="checkbox"/> これまでの保健指導を振り返る	<ul style="list-style-type: none"> <li>参加時の反応は良いが、改善効果がみられない住民</li> <li>一時的な効果は見られるが、継続できない住民</li> <li>検査値の上下に一喜一憂する住民</li> <li>検査値が下がれば安心する住民</li> <li>健康情報に左右される住民</li> <li>知識はあっても習慣は変えられない住民</li> <li>自主グループで活発に活動しているが、自分の実態は捉えられていない住民</li> <li>真面目に通院し、内服を継続していても合併症を起こしていく住民</li> </ul>	<p>これまでの保健指導事業に限界を感じていた</p>
<input type="checkbox"/> 家庭訪問（生活習慣病に至った住民の実態、たどったプロセスを改めて把握するために） <input type="checkbox"/> スタッフミーティング（事例検討）	<ul style="list-style-type: none"> <li>健康に無関心な人が多い(若いから大丈夫、健康だから健康診査は必要ない、調子が悪ければ医者に行けばいい、医者にかかっているから大丈夫、等)</li> <li>健康診査結果に無関心な人が多い（健康診査は受けるだけで安心、基準値内かどうかだけを見ている、気になる検査値しか見てない、結果は医者に見てもらおうので安心、等)</li> <li>自分の健康状態に気づいていない人が多い(ただ太っているだけ、自覚症状がないから大丈夫、身体にいいと思うことをやっているから健康、医者にかかって薬を飲んでいるから大丈夫、等)</li> <li>生活を意識していても元に戻りやすい(頭ではわかっているでも出来ない、祭りやイベントがあると食べ過ぎる、頂き物があると食べ過ぎる、好きなものはつい食べ過ぎる、家で作れるものは食べ過ぎる、検査値が良くなると油断して元に戻る、暑い・寒い・雨だと歩かなくなる、等)</li> </ul>	<p>住民の認識と生活の実態を知る～住民と専門職の認識の違いの大きさに気づく～</p>
保健指導で使用する教材の作成	<ul style="list-style-type: none"> <li>効果的な保健指導のために、支援のねらいに沿って住民の実態に近い媒体づくりが必要だという意味がつかめてきた。</li> </ul>	<p>知識を教える保健指導からの転換</p>
保健指導の実践	<ul style="list-style-type: none"> <li>支援のねらいを理解していたつもりだが、実践してみるとなかなか思ったようにはできず、戸惑うことが多い日々が続く。</li> <li>自分の実態を自分でつかめるように支援していたつもりが、知識を教えることが中心になっていたことに気づき、食の支援ではやり直して、実践した。1年目は、グループ支援の手ごたえをつかめないまま、プログラムを実践することに必死になっていた。</li> </ul>	<p>自発的に習慣を変える保健指導の実践へ</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>「プロセスを見る」で動機付けられた住民は、自分の実態を見て気づいた事をいつのまにか具体的に改善し始め、どんな食べ方や生活をしていったから上がったとか下がったという発言が聞かれた。また、最終プログラムでは「ここに来て検査したり、食べ方などを意識する場があれば、続けていけそう」という発言になってきた。いつの間にか、住民の認識も行動も変化していたことに気づく。また、参加者数の推移や検査値の変化からも手ごたえを感じてきた。</li> </ul>	<p>1年間実践して、やっと手ごたえを感じる</p>

2年目		
モデル事業を通しての体験	保健活動の展開や住民の反応の捉え	保健師の振り返り
住民が分かるための媒体づくりと支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・より住民の実態に近い媒体作りを考え媒体の使い方も見直した。参加者全員で納得しながら、自分の食べ方を見ていける支援になってきた。住民の反応を1年目よりもとらえられるようになってきた。</li> </ul>	知識を教える保健指導から自発的に習慣を変える保健指導の実践
中間検討会	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の実態に沿った支援ではなかった(保健師と住民とのギャップ、住民の生活や認識の実態を捉える力)</li> <li>・無意識に指導・誘導している(必要以上に知識を教える・指摘している・優等生発言をさせている)</li> <li>・住民自身が自分の実態に気づくことで変わる(自分で実態を見る効果・自分で語る効果・鏡効果・住民のエンパワー)</li> <li>・実践してみて振り返ることで実態に気づく(保健師の力量形成:実態を捉える・媒体・ファシリテータ)</li> </ul>	自分の保健指導の実践を振り返ることで、保健師自身の指導習慣に気づき始めた
スタッフミーティング	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今までの保健指導が、個々の保健師の力量にまかされて保健指導がオープンになっていなかったため、自分の保健指導を振り返ることもなく、スキルアップにつながらないという自分たちの実態に気づいた。</li> </ul>	
コンサルテーション	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自分の健康実態に気づいていない人が多い。</li> <li>・受診率・指導率にこだわると高齢者が多くなる。</li> <li>・事業参加者に高齢者が多いと効果が期待しにくい。</li> <li>・様々な事業を実施しているが、スタッフ間で事業の目的が曖昧になっている。</li> <li>・PAとHAが効果的に連動したものとして考えられていない。</li> <li>・活動が必要な人や地域へ広がる仕掛けになってない</li> <li>・国保の対象しか見えない。地域全体が見えない。</li> <li>・コンサルテーションを受けて、特保対象者だけでなく、特保対象以外のハイリスク者や住民全体の底上げになる取り組みの大事さを再認識し、生活習慣病予防活動全体をより効果的に進めていくことが必要と気づいた。</li> </ul>	保健指導事業全体を振り返ることで改めて気づいた事
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健指導参加率向上を目指す…健康診査結果に関心のあるタイミングを利用し、多くの対象者に生活習慣を見直す教室に参加を動機付ける機会を作る</li> <li>・習慣改善の継続支援を目指す…6ヶ月間の支援ではなく、3ヶ月に1回、概ね2年間は継続支援する。期間終了後も確認したいと思えば、いつでも参加できる場とする</li> <li>・将来の健康診査受診率向上を目指す…他の生活習慣病予防事業(ポピュレーションアプローチ)で、特定健康診査・保健指導では出会えない住民への動機付け支援の場を作る</li> </ul>	ポピュレーションアプローチの重要性の認識
3年目		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・老人保健法の基本健康診査受診率では60%程度だったが、特定健康診査では31%と低い。保健指導利用率は20%目標に対して40%と高くなっている。3ヶ月に1回、通年で支援する場をもち、いつからでも参加可能としているため、終了率は低くなっているが、特保対象者には2年間を目途に継続支援をしている。</li> </ul>	ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチとの連動における今後の課題の検討

(3) モデル事業の実践を通して各モデル事業者が捉えた学び(表 24)

参加年数	事業者	モデル事業での学び
3年間	洲本市	<p>(JNA グループ支援の実施) 知識をえることを主とした保健指導ではなく、自分で自分の実態を見て気づき、自分でどうしたらいいのか考えられる保健指導のために支援のねらいを各プログラム毎にスタッフ間の共通認識を図った。支援のねらいに沿った効果的な支援のために、実態を見るためには何が必要か、どう見せるのか、どうしたら捉えやすいのかを検討した。実施後は、参加者が自分の実態をつかめたかという視点から媒体・流れ・ファシリ・全体進行などねらいに沿った支援だったか振り返ることで、自分の指導の癖に気付くことができた。今後もこの振り返りをしながら支援を検討し、スキルアップを図っていく必要がある。</p> <p>実践の振り返りや事業の振り返りで気付いたことは、保健指導は問題点を指摘したり方法論を指導することではなく、対象者が自分で自分のことをつかめ、わかり、自分で実践し、自分の生活と健康状態を結び付けて意識し続けることができることを支援し続けることが大事だということ。支援者に必要なことは、対象者の実態を聞かせていただきながら、どんな気づきの支援が必要なのか実践し試行錯誤しながら、より効果的な支援ができるようにスタッフ間で検討し続けることである。支援者である私たちも対象者と同様、意識し続けないと元の支援に戻りやすいため、スタッフ間で気づきの支援をし続けることがスキルアップにつながると気付いたことが大きな成果である。</p> <p>3年間のモデル事業で、生活習慣病予防を切り口に、保健指導の力量を高めるための経験をつむことができた。この経験により、住民の生活実態や認識の実態をつかみ、優先課題を見出し、その解決のためにどんな対象を優先にどんな気づきの支援が必要なのか、どうしたら気づきやすいのか考える視点が整理できてきた。</p> <p>成人期の予防活動だけでなく、母子事業や介護予防事業における保健事業でも、この経験や視点を様々な事業の実践の場で活かしていけるようにしたい。</p>
3年間	柴田町	<p>ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの連動、効果的な生活習慣病予防活動というテーマで、当町の事業をじっくり考え振り返る有意義な年となった。</p> <p>事業を展開するとき、地域毎の特性や健康課題を踏まえ、事業を計画、実践、評価、確認するという、このプロセスが重要であると認識していたつもりだが、なかなか具体的に整理できていなかった。モデル事業に参加する取り組みの中で気づくことができた。</p> <p>ポピュレーションアプローチ、ハイリスクアプローチの連動を考えるにも、今ある事業一つ一つの意味付けや背景、目的、対象、目標の捉え方が曖昧だったこと(曖昧になりがちである。)、また、保健事業全体をつながりとして見る機会を持つことが必要であり、このことが連動を考える上で重要なプロセスであると思った。</p> <p>生活習慣は容易に変えることができないものである。変えることができたとしても継続することの困難性がある。JNA グループ支援プログラムを3年間実践してきた中で、3年目でようやく行動変容の効果が見られた対象や、3年かけて行動変容を習得した対象がいる。このことから効果的な生活習慣病予防活動を展開して行く際には、短期的な評価視点だけでなく、5年・10年先を見据えた長期的な評価視点を持ち事業展開や対象者を支援して行く体制が必要と思う。</p> <p>モデル事業を通じ気付いたこれらの気づきから、望ましい行動へ変容し、継続し続けていくことが、行政側にも必要なプロセスである。</p>
2年間	むつ市	<p>モデル事業を実施して、保健師自身が保健指導のあり方を学ぶよい機会となった。指導して知識を与えるという従来の方法から、聞くということに徹することで、どんどん参加者が生き生きしてくるということを実感した。従来の教室にない参加者の反応に手応えを感じた。</p> <p>保健師も栄養士も今までの保健指導の概念を転換することは頭でわかっているも経験が長ければ長いほど、大変なことだったが、ファシリテータとして実践を繰り返すことでとてもよい学びとなった。</p> <p>このモデル事業は参加者の満足度も高く、継続率も高いので特定保健指導以外の場面でも実施してみた。特に30代の若い人達を対象とした教室ではグループ支援が効果的だった。早期介入の必要性和重要性を実感した。</p> <p>課題として特定保健指導の参加者が少ないということがあげられる。ポピュレーションアプローチを含め効果的事業の展開を考えていかなければならない。地域全体の底上げができるような体制作りが急務であると感じた。地域診断のできるデータの根拠に基づいた展開の重要性を感じた。</p>
2年間	筑西市	<p>実践を重ねることで、指導ではなく、支援することという本質に気がつきたと思う。これは、特定保健指導に限らず、母子保健事業等全てに共通するので、スタッフの力量形成に役立った。</p> <p>特定保健指導のみの実施では、対象は増える一方で、関わるのも市民のほんの一部にすぎない。ポピュレーションアプローチとして30代～40代の年代に関わりをもちたいと考える。</p>

2 年 間	I H I	<p>コンサルテーションを受けたことで、各保健事業に対して、その目的・実施方法・評価等と系統立てて考える機会となった。各事業がハイリスクアプローチなのか、ポピュレーションアプローチなのか等、ねらいの意識を持った事業展開を今後心がけていきたいと感じている。また、同じ所属の保健師であっても、もっとコミュニケーションを取り、ベクトルを合わせる必要性も強く感じた。</p>
1 年 間	行 方 市	<p>グループの力：グループの力はこちらが思った以上にあると実感した。・参加者が自分から話すことで気づき、変化していく姿が見えた。回を重ねるごとに参加者の変化がわかる。・グループトークで話すことで、自分がやる気になれることが、結果に繋がってきている。</p> <p>媒体の効果：回を重ねるごとに何度も工夫をしながら作成していくことで、よりわかり易い媒体となってきた。・媒体が気づきの道具となっている。</p> <p>住民から学んだこと：住民の声を聞くことで、住民が生活習慣改善に必要なものがわかる。住民の声を聞かないと必要としていることが見えない。スタッフは、教室が終了してからの受け皿を考えてしまうが、そうではなく住民が必要なものは住民から聞くことがわかった。こちらは活用しやすいようにその環境を整え、必要なものが上手に活用できるように支援することである。（既存の社会資源を活用できるようにする、また必要とする社会資源が不足していれば新たに作っていくように関係機関へつないでいく。）</p> <p>検討会や報告会で発表のため事業をまとめる機会があり、作業がとても大変であったが、得るものは大きかった。プレゼンテーションが下手だったが役割を与えてもらったことで、力量形成になった。</p> <p>ポピュレーションアプローチの意味はわかっていたつもりであったが、地域の健康を底上げすることにどのように寄与しているのかという視点で見ることの必要に気付いた。</p> <p>自分たちが関わっている保健事業が、市の行く末にどう繋がっていくのか、数字（指標、データ）を経年的に見ていくとどうなるのか、という視点で保健事業を見ていくことが必要である。</p> <p>ポピュレーションアプローチの意味はわかっていたつもりであったが、地域の健康を底上げすることにどのように寄与しているのかという視点で見ることの必要に気付いた。ポピュレーションアプローチを見ていく視点が広がった。</p>
1 年 間	淡 路 市	<p>グループ支援を取り入れることで、従来の知識提供する支援から参加者自身が考えて自分の実態をつかんでいく支援をすると、参加者に意欲が高まっていく様子が伺える。グループトークにより他の人と自分を対比しながら振り返っている。スタッフは参加者の言動に一喜一憂し、知識提供中心の支援から切り替えてはいるが、どこまでが知識提供なのかなど悩みながら実践している。現時点ではスタッフ全員で毎回の目的を確認することが大事であることや、参加者の反応をしっかり見ていくことの大事さは改めて実感している。事前打合せやカンファレンスの持ち方もより良い話し合いができるように見直していく必要性を感じている。</p> <p>研修会やフォーラム等では気づかされることや学ぶことが多かった。グループ支援プログラムの習得だけではなく、ポピュレーションアプローチの目的が整理でき、改めて運動する意義を強く意識した。交流事業では他事業所と情報交換することで、1年目の悩みの共有や今後の見通しが立ち、励みになった。訪問支援では従事している全員の保健師・栄養士が看護協会の方と話し合いができて、日頃の疑問や不安を解消し、学ぶことが多く貴重な経験だった。他事業所との交流や看護協会の方の支援をもらうことで、自分たちの活動の振り返りをする良い機会となり、確認と見直しができる。</p>
1 年 間	天 理 市	<p>モデル事業を病院と衛生・国保と共同で行うことにより連携を密にすることができ、予防から治療までを地域密着でフォローできる仕組みづくりの足がかりになったように思う。病院では、今までは、すでに生活習慣病になってしまった『患者』への指導であったが、保健指導の対象となった予防段階の人への指導を保健センターで行っているポピュレーションアプローチと連動しながら展開していけるようなシステムづくりが課題となる。</p> <p>保健活動において、『相手の立場に立つ』とか『自分の土俵に相手を引き張り込むのではなく、相手の土俵へ』と意識し、実践しようと心掛けていたと自負していたが、健康情報の提供に関する工夫に過ぎず、無意識に“保健師側の理論”へと誘導、コントロールしていた。よっていつも同じ顔ぶれの健康教育となり結果が出せない健康教育になっていたと考える。</p> <p>ポピュレーションアプローチに関しては、明確な枠組みを実感として持てないまま事業をこなしていたが、やはり、保健センターでの保健事業は全てポピュレーションアプローチであると考えている。そこで単に事業をこなすのではなく、まずはスタッフで共通認識をするという事が前提にある。集団全体へのポピュレーションアプローチだけでなく、ターゲットや目的を絞り込んだ視点を持つことが重要だと再認識した。</p> <p>市として健康課題が何であり、どう取り組んでいくのかについて各担当課ごとに検討することはあっても、担当課をまたいで、一緒の方向を目指して、連携し、効果的に事業を行っていくことを検討する機会が今までなかった。このモデル事業がきっかけとなり、分散された、担当課ごとの事業の仕方を見直していく必要があることを実感した。</p> <p>スタッフの力量形成については、どの程度できているかは明確ではないが、今まで不足していた事を見つめ直し、更に努力することの動機を得、保健スタッフのみならず、他職種や他機関との連携の意義を明確にする事ができた。</p>

1 年 間	国 東 市	『住民の変化を待つ』ということをも身をもって体験した。自分たちが、結果を出すことに焦っていかん本人の為にしない『指導』をしていたかよくわかった。教室の準備を、「住民がわかるために」時間をかけるということも学んだ。このプログラムは、半年間が自分の生活習慣を振り返り、気づく期間で、半年たった時にメタボリックシンドロームが自分の問題としてとらえられる構成になっている。教室の最終回にこの説明をして、参加者が「今からがんばる」という反応を見たときに、今までの支援が、参加者本人が自分の問題としてとらえるタイミングをいつもみていなかったことに気づいた。
		生活習慣病予防活動におけるポピュレーションアプローチの全体像をみることの重要性を再認識できた。全体をみて、自分の地域の何が問題で、そこを解決する為に何が必要なのかを検討し、対策（方法）を実施すること、そして計画の段階で評価の視点を決めておくこと（評価時期も）を学んだ。
		コンサルテーションを受け（実践、研修会、相互支援交流）を通して、自分たちがおこなっていたことは、一緒に考えることではなく、こちらが立てている目標に誘導していたことに気づいた。相手の話を聴く力が付いたと思う、住民の変化を待つことができる力が少し向上した、コンサルテーションを受ける度に保健指導を方法論で解決しようとする保健指導の癖に気づいた。
		スタッフ間での情報共有をしたことで、頭の中を整理でき、目指す方向をスタッフで確認できたと思う
		生活習慣は人が生きていく中で続くものだから、その人の人生の一部にかかわることのできる特定保健指導や健診などの事業を通して、ていねいなかわり・考える・気づくなどの支援をすることが本当に大切だと思うし長い目での支援と共に歩むことの必要性と喜びを感じた。

### 3) 保健師の力量形成にむけた提言

このモデル事業における取り組みのプロセスを整理したものが(図 35)である。これまで実践したことのない新しい実践をとりいれていく中で、これまでの保健指導のあり方から発想を転換し、保健師自身が普段意識していない自分の支援方法に関して振り返る過程は保健師のスキルアップそのものであった。モデル事業に参加した保健師の体験から、このプロセスが、保健師の力量形成を支える方法として、重要な要素を含むと捉えている。また、モデル事業者と支援チームがともに取り組むことで、相互に研鑽が深まり、より充実した効果性の高い成果が得られた。

3年間のモデル事業での取り組みをふまえて、実践を通して学び、その自分の実践を語り、繰り返し振り返る仕掛けを組み込んだフレームワークが、保健師の力量形成を支える仕組みとして有効であると考え、支援方法として提言する。

#### ◆保健師の力量を支える仕組み◆

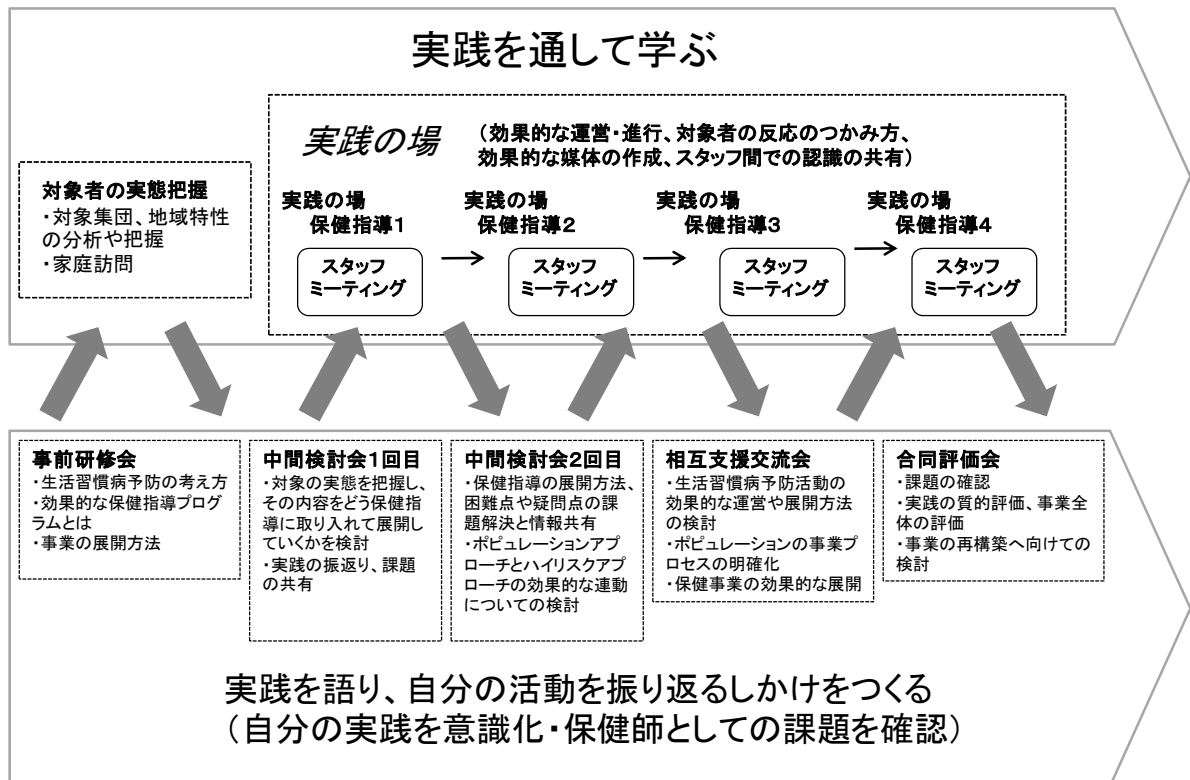


図 35 保健師の力量形成を支える仕組み

## 5. 參考資料



# 宮城県 柴田町

## 1. 対象者集団の概要

対象集団の総数 (総人口/世帯数)		人口構成 (年齢階層別内訳)		人	%
38,801人	14,523世帯	年少人口	5,186	5,186	13.4
医療保険加入者数 (国保・被用者保険)	10,076人	生産年齢人口	25,403	25,403	65.5
		老年人口	8,212	8,212	21.2
		75歳以上人口	3,851	3,851	9.9

## 2. 健康指標の分析

### 【健康診査】

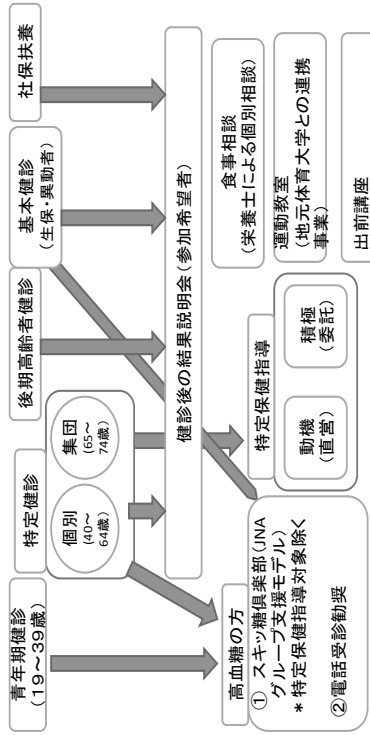
- ・ 青年期健康診査（19歳～39歳）での有所見者が全体で約7割おり、若い年代から既に脂質異常が始まっている。男性においては、受診者の約3割が腹囲基準を超え、メタボリックシンドローム予備軍及び該当が26%である。
- ・ 特定健診では、40歳代の有所見者は8割、50代では9割と年代を追うごとに増加している。

### 【医療費】

- ・ 総医療費の約4割を生活習慣病が占める。
- ・ 人工透析導入開始年齢が、全国平均より男女ともに10年以上早く、原因の大半を生活習慣病が占めている。

## 3. 生活習慣病予防活動全体の概要

### 生活習慣病予防活動の概要



## 4. 保健事業を効果的に実践するための取り組み

### ① 特定健康診査受診率向上へ向けた取り組み

- ・ 受診対象者全員に受診票を送付した。
- ・ 受診票送付時、勸奨用パンフレットを同封した。
- ・ 仕事や子育てで時間を合わせにくい若い世代には、日時が限定されない「個別健診」にて実施した。
- ・ 次年度の特定健康診査、特定保健指導利用に向け、結果説明会時、特定健診の説明を取り入れた。

### ② 特定保健指導の利用率、終了率の向上へ向けた取り組み

- ・ 特定保健指導開始時期まで、期間が数カ月空く方もいるため、案内予告の通知を結果送付時に同封した。
- ・ 特定保健指導対象者全員に案内通知を送ると共に、衛生部門全ての保健師、栄養士とで手分けをして、電話にて参加勧奨を実施した。
- ・ 利用意欲はあるものの、設定した内容（例：日程、時間帯）では参加できない方には、個別支援を実施した。
- ・ 欠席者には、採血検査時や電話にて参加意欲をつなぎとめられるよう意識して声掛けを実施した。
- ・ 利用意思のなかつた対象者に、定期的に教室の内容をお知らせする通信を送付した。この取り組みは、翌年度の電話勧奨時の説明のスムーズさにつながり、また、事業内容が大枠で伝わっていたことで、参加申し込みにつながる手ごたえを感じた。また、通信を見ての途中参加を受け入れた。

### ③ 行動変容の継続的な仕組みづくり

- ・ 特定保健指導終了後の行動変容を継続していくためには、従来より健康づくりの場としてあるポピュレーションアプローチ事業や地域でのサークル活動等を特定保健指導終了後の受け皿として線で結べるような仕掛けづくりが必要と感している。

また、「自分の生活習慣を振り返りたい」と感じてもらえるきっかけづくりのアプローチや、「自分の生活習慣を振り返る機会を持ちたい。」と本人が再び感じた時に、気軽に参加できる場としての事業体制の整備、その利活用について住民への周知・理解を図ることが今後必要と思う。

## 5. ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチとの連動に関する検討からみえてきたこと、保健師の所感

ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの連動、効果的な生活習慣病予防活動というテーマで、当町の事業をじっくり考え振り返る有意義な一年となりました。

事業を展開するとき、地域毎の特性や健康課題を踏まえ、事業を計画、実践、評価、確認するという、このプロセスが重要であると認識していたつもりでしたが、なかなか具体的に整理できていなかったと、モデル事業に参加する取り組みの中で気づくことができました。

ポピュレーションアプローチ、ハイリスクアプローチの連動を考えるにも、

今ある事業一つ一つの意味付けや背景、目的、対象、目標の捉え方が曖昧だったこと（曖昧になりがちである。）、また、保健事業全体をつながりとして見る機会を持つことが必要であり、このことが運動を考える上で重要なプロセスであると思いました。そしてこれらのことや、健康づくりにおいて目指すべきアプローチの方向性を、担当者だけでなく、職場スタッフ全体で共通認識し、保健指導事業全体の実施体制をどのようにするか検討していく場（機会）が、当町には必要であると感じています。

## 資料 ポピュレーションアプローチとしての保健事業

### ＜健診後の結果説明会＞H21年度

#### 1 事業背景

健診を受けることで安心し、その後の健康行動につながらない町民が見られる。健診を健康づくり(社会資源の場を活用した方法)に活かしていない方が多い。社会保険扶養者等の健診結果振り返りや確認の場が手薄い(社会保険でのフォロー体制の問題)

#### 2 事業の目的

町国保加入者のみならず、社会保険や生活保護などの加入者を含めた町民が、健診後、健診を活用した健康づくりについて学び、行動につながることで町民の健康度の底上げを図る。

#### 3 事業目標

・一人でも多くの町民が、健診結果を確認し生活習慣を振り返りきつかけとなる。

#### 4 事業対象者

40歳以上の健康診査を受けた町民（特定健診、後期高齢者健診、基本健診）

#### 5 ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチとの運動の接点について

◇健康に関する知識の普及啓発、健康度の底上げ  
◇特定保健指導やその他のハイリスクアプローチ事業の参加及び、特定健診受診率の維持向上につながると思われる。

#### 6 内容

- ・ 40～64歳（午前中×3日） 11月開催  
町内3会場にて 集団（健診結果の説明、健診を活用した健康づくりについて、メタボリックシンドロームについて）
- ・ 65歳以上（午後半日×3日） 11月開催  
町内3会場にて 集団（健診結果の説明、健診を活用した健康づくりについて、生活機能評価の説明）

【案内方法】 健診結果に通知を同封 ※H21年度は、65歳以上のみ実施  
お知らせ版に掲載

#### 7 結果・評価

- ◆参加者 218名（内訳：＜40 - 64歳＞5名、＜65歳以上＞213名）
- ◆社会保険加入者：数名
- ・お知らせ版だけでは、社会保険扶養者の参加が促せない。
- ・若い世代の参加が少ない
- 開催時期の問題（健診直後のタイムリーな開催ができなかった。）  
通知の問題（40～64歳までの方に通知のアプローチがなかった。）
- ・説明会后、事業への問い合わせや参加に大きな変化は見られなかった。

#### 8. 今後の課題

- ・社会保険加入者等の健診結果確認の場として実施ならば、PR方法について検討が必要。
- ・早期より生活習慣病予防のためにもアプローチしたい年代（30～40歳）の参加率のアップの方策

## ＜健診後の結果説明会＞H22年度（案）

- 1 **事業背景**

健診を受けることで安心し、その後の健康行動につながる町民が見られる。  
健診を健康づくり(社会資源の場を活用した方法)に活かしていない方が多い。  
生活習慣病予防のためには、若い世代(30代～)からの意識づけ、いずれ国保に対象となる社会保険扶養者等へのアプローチの場が必要
- 2 **事業の目的**

町国保加入者のみならず、社会保険や生活保護などの加入者を含めた町民が、健診後、健診結果の確認や、健診を活用した健康づくりについて学び、行動につながることで町民の健康度の底上げを図る。
- 3 **事業目標**

一人でも多くの町民が、健診結果を確認し生活習慣を振り返るきっかけとなる。  
特に若い世代(30～40代)の参加が増える。
- 4 **事業対象者**

19歳以上の健康診査を受けた町民(青年期及び特定健診、後期高齢者健診、基本健診)
- 5 **ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチとの運動の接点について**
  - ◇健康に関する知識の普及啓発、健康度の底上げ
  - ◇特定保健指導やその他のハイリスクアプローチ事業の参加及び、特定健診受診率の維持向上につながると思われる。
- 6 **内容**
  - ◇タイムリーな事業の開催：健診受診翌月の開催
  - ◇PR方法：健診受診対象に案内通知を結果に同封する。  
その他関係機関との連携(例：幼稚園、PTA、育児サークル等)や他事業(例：乳幼児健診)の活用
  - ◇アプローチ重点年齢への個別相談の実施
  - ◇広報への記事掲載(開催日時のお知らせ版ではなく、事業の本身が見える工夫)
- 7 **振り返っての所感**
  - ◇町の健康課題と運動した事業展開が実施できていなかった。
  - ◇事業のねらいやターゲットを具体化することで、アプローチの方法が見えてくると感じた。
  - ◇健診を活用した健康づくりの内容を普及するのであれば、広報など他の方法でも出来ると思われた。この場に来る人は、健康意識が高い方々である。来た方の健康度を上げられる内容を展開することが必要と感じた。

# 青森県 むつ市

## 1. 対象者集団の概要

対象集団の総数 (総人口/世帯数)		人口構成 (年齢階層別内訳)		人		%	
65,213 (28,629世帯)		年少人口	8,939		13.7%		
21,421		生産年齢人口	41,089		63.0%		
		老年人口	15,185		23.3%		
		75歳以上人口	7,186		11.0%		

## 2. 健康指標の分析

### ① 死因別統計 (H19 年保健所事業統計～)

	人数	死亡率	構成割合
総死亡数	710	1.1388	100.0
悪性新生物	214	343.3	37.2
心疾患	78	125.1	11.0
脳血管疾患	77	123.5	10.8
肺炎	68	109.1	9.6
不慮の事故	30	48.1	4.2
自殺	18	28.9	2.5
老衰	27	43.3	3.8
腎不全	20	32.1	2.8
肝疾患	7	11.2	1.0
糖尿病	9	14.4	1.3
その他	162	259.8	22.8

### ② 受療行動

◇ 入院 1位：循環器疾患 (18.6%) 2位：精神及び行動の障害 (17.9%)

3位：悪性新生物 (16.4%)

◇ 外来 1位：循環器疾患 (20.4%) 2位：呼吸器疾患 (12.9%)

3位：筋骨格及び結合組織の疾患 (12.5%)

### ③ 医療費 (H20 年度上半期高額レセプトから)

1 糖尿病 2 虚血性心疾患 3 腎不全などの合併症

・ 50 歳代で透析患者多い、原因の5割は糖尿病

・ 40 歳代で透析になる人もいる

### ④ 健康診査等のハイリスク者の現状 (H20 年度特定健診結果)

・ 40 歳代の有所見者8割

・ 脂質異常が早くからみられ、徐々に耐糖能異常や血圧所見が増加

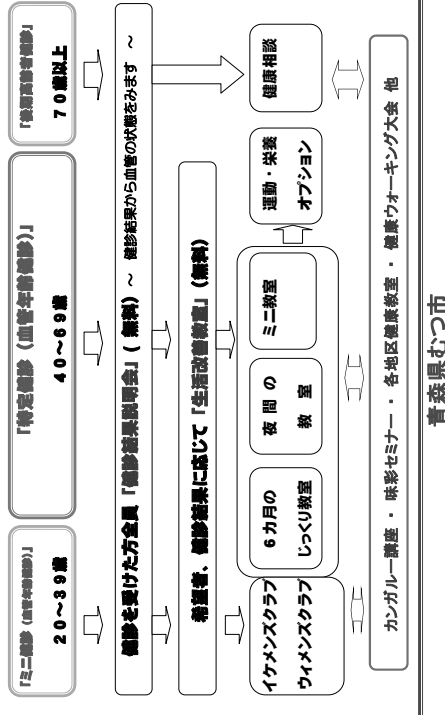
・ 50 歳代からは9割に所見みられる

## 3. 生活習慣病予防活動全体の概要



## 生活習慣病予防活動の流れ

～健診、受けっぱなしでは、もったいない!! ぜひ、ご参加下さい～



## 4. 保健事業を効果的に実践するための取り組み

(次ページ参照)

## 5. ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチとの運動に関する検討からみえてきたこと、保健師の所感

ポピュレーションアプローチとしてとらえ情報提供の方も教室にとりいれての教室だったのが交流会でそうではないということがわかった。むつ市はそもそも健診率が低すぎるため裾の広がらないポピュレーションアプローチだった。効果的事業の展開を考えなければならぬ。地域全体の底上げができるような体制作りが急務であると感じた。またむつ市は地域診断のできるデータに乏しく、根拠が希薄であることがわかった。

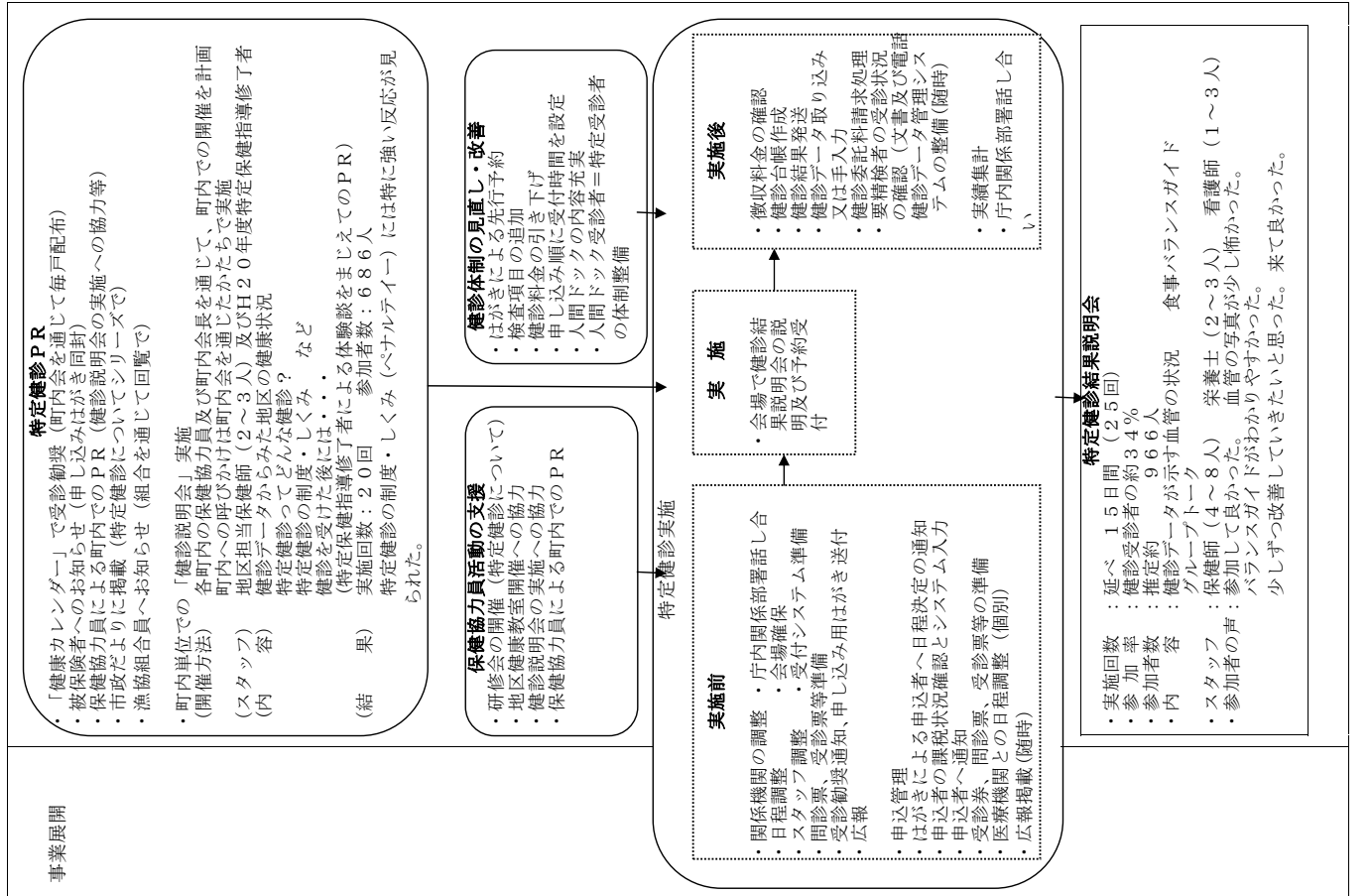
資料

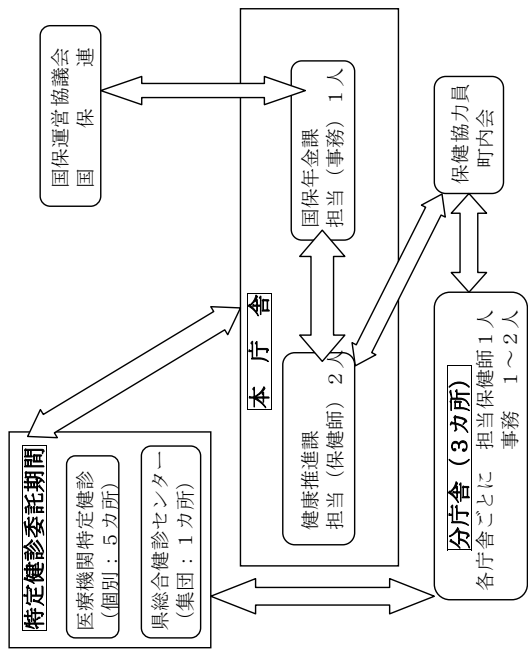
事業名 特定健診 ～受けよう検診！活かそう健診～

事業背景	<p>1. 特定健診受診状況 (H20年度)</p> <p>特定健診対象者数 14,967人          特定健診受診者数 1,931人          特定健診受診率 12.9% → 青森県最下位</p> <p>2. 特定保健指導実施状況 (H20年度)</p> <table border="1" data-bbox="335 1288 478 1915"> <thead> <tr> <th></th> <th>対象者数 (人)</th> <th>実施者数 (人)</th> <th>実施率 (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>積極的支援</td> <td>70</td> <td>17</td> <td>24.3</td> </tr> <tr> <td>動機付け支援</td> <td>163</td> <td>55</td> <td>33.7</td> </tr> <tr> <td>全体</td> <td>233</td> <td>72</td> <td>30.9</td> </tr> </tbody> </table> <p>3. 国保世帯の状況 (H21. 6.1現在)</p> <p>12,166世帯          滞納世帯割合 19.7% (県内14番目に高率)          短期被保険者証交付世帯割合 9.4% (県内7番目に高率)          資格証明書交付世帯割合 1.9% (県内9番目に高率)</p> <p>4. H20年度健診結果から見る健康課題</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①60歳代の受診者が中心で40歳代・50歳代の受診者が少ない</li> <li>②40歳代での受診者が約8割に所見有り</li> <li>③50歳代からは約9割に所見有り</li> <li>④脂質異常が早くから見られ、徐々に耐糖能異常や血圧所見が増加する傾向</li> </ol> <p>5. 壮年期における生活習慣</p> <p>(H20年「健康むつ21」改訂版 (H18年度壮年期生活習慣調査) より)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①規則的に食事を摂る人の割合は68.7%</li> <li>②規則的に食事を摂る人の割合が40歳代前半の男性が最も低い。</li> <li>③どの年代でも、男性の野菜不足あり</li> <li>④運動習慣者 (週2回以上、1回30分以上、1年以上実施) は13.3%</li> <li>⑤運動不足を感じる人の割合は66.2%</li> </ol> <p>&lt;アセスメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・健診を受ける人、活用する人が少ない</li> <li>・特定健診目標受診率65% (H24年度) にはほど遠い</li> <li>・壮年期の健康状態が良くない</li> <li>・健康に対する関心があまり高くない</li> </ul>		対象者数 (人)	実施者数 (人)	実施率 (%)	積極的支援	70	17	24.3	動機付け支援	163	55	33.7	全体	233	72	30.9
	対象者数 (人)	実施者数 (人)	実施率 (%)														
積極的支援	70	17	24.3														
動機付け支援	163	55	33.7														
全体	233	72	30.9														
法的根拠	<p>高齢者の医療の確保に関する法律</p>																
健康増進計画上の位置づけ	<p>むつ市保健計画「健康むつ21」          壮年期の健康づくりへの取り組みとして位置づけ</p> <p>「健康むつ21 (壮年期)」が掲げている目標及び施策          &lt;基本目標&gt;職場や地域の中堅として、いきいきと生活できる          &lt;基本施策&gt;①ライフスタイルの維持                            ②健康づくりの再設計</p> <p>特定健診の実施により、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・受診者の健康的なライフスタイルの啓蒙</li> <li>・家族ぐるみの健康づくりの推進</li> <li>・生活習慣病の予防、改善等を図ることで、上記目標や施策へ反映させたい</li> </ul>																

事業予算	<p>特定健診事業費 32,421,000円 (H20年度比 +6,223,000円)</p> <p>増加内訳</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診PR用通知</li> <li>・申し込み用はがき代 (被保険者分)</li> <li>・検査項目追加分 (心電図、ヘモグロビンA1c、眼底検査等)</li> <li>・検診料金引き下げ             <ul style="list-style-type: none"> <li>集団 1,300円→1,000円</li> <li>個別 1,800円→1,300円</li> </ul> </li> </ul> <p>特定保健指導事業費 2,061,000円 (H20年度比 +1,023,000円)</p> <p>増加内訳</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健指導対象者への検査料 (特定保健指導対象者以外の人の検査代含む)</li> </ul>															
事業目的	<p>特定健診を受診してもらい、その健診結果を健康づくりに活かしてもらう</p> <p>↓</p> <p>まずは、特定健診受診者をふやす！          (新規受診者・継続受診者)</p>															
事業目標	<p>特定健診受診率及び特定保健指導実施率 (むつ市特定健診等実施計画)</p> <table border="1" data-bbox="742 280 877 851"> <thead> <tr> <th>年 度</th> <th>特定健診受診率</th> <th>特定保健指導実施率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H21年度</td> <td>35%</td> <td>30%</td> </tr> <tr> <td>H22年度</td> <td>45%</td> <td>35%</td> </tr> <tr> <td>H23年度</td> <td>50%</td> <td>40%</td> </tr> <tr> <td>H24年度</td> <td>65%</td> <td>45%</td> </tr> </tbody> </table>	年 度	特定健診受診率	特定保健指導実施率	H21年度	35%	30%	H22年度	45%	35%	H23年度	50%	40%	H24年度	65%	45%
年 度	特定健診受診率	特定保健指導実施率														
H21年度	35%	30%														
H22年度	45%	35%														
H23年度	50%	40%														
H24年度	65%	45%														
事業対象者	<p>40歳～74歳の国保被保険者</p>															
	<p><b>特定健診</b></p> <p>受診者全員に受診会場で「健診結果説明会」の予約をとる          * 受診者一人ずつ面談しながら *</p> <p>↓</p> <p><b>健診結果説明会</b>          ポピュレーションアプローチ</p> <p>↓</p> <p><b>生活改善教室</b>          ハイリスクアプローチ</p> <p>↓</p> <p>*生活改善教室修了者の受け皿教室*  <b>栄養教室・運動教室</b>          ポピュレーションアプローチ</p>															

<p>事業評価</p>	<p>平成21年度特定健診 受診者数 2,680人 受診率 17.4%          平成21年度特定保健指導 対象者 364人 実施者数 55人 実施率 15.1%          * 特定健診受診率は、平成20年度に比べ上昇したが、目標には至らなかった。</p>																																								
<p>今後の課題</p>	<p>◇ 特定健診受診率を上げる          (新規受診者の開拓と継続受診へつながるアプローチ)          ◇ 新規受診者の開拓          ① 組織・団体へのPR 商工会、J A、漁協、小規模事業所          ② 対象世代へのPR 各種保健事業活用          ③ 職場健診受診者が特定健診受診者となるような体制の整備          ④ 医療機関受診者(治療中)の方への対応          ⑤ 特定健診受診者へ、受診のきっかけについてアンケート(健診問診票へ)          ◇ 継続受診へのアプローチ          ① 健診をうけてのメリットを感じてもらえるように          結果説明会、各種教室の内容を充実させる          ② 広報等でのPR、内容検討</p>																																								
<p>保健師及び他の関連職種との役割分担</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>企画</th> <th>事業企画</th> <th>国際年金課</th> <th>健康推進課</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>実施企画 (日程・会場・スタッフ等)</td> <td></td> <td>○</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td>予算</td> <td></td> <td>○</td> <td>△</td> </tr> <tr> <td>契約</td> <td></td> <td>○</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td>PR</td> <td></td> <td>○</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td>実施</td> <td></td> <td>△</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td>データ管理</td> <td></td> <td>△</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td>関係機関との調整</td> <td>医療機関・健診機関 (人間ドック)</td> <td>○</td> <td>○ (集団・個別)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>国保運営協議会</td> <td>○</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td></td> <td>国保連</td> <td>○</td> <td>○</td> </tr> </tbody> </table> <p>○：主に携わっている          △：一部携わっている</p>	企画	事業企画	国際年金課	健康推進課	実施企画 (日程・会場・スタッフ等)		○	○	予算		○	△	契約		○	○	PR		○	○	実施		△	○	データ管理		△	○	関係機関との調整	医療機関・健診機関 (人間ドック)	○	○ (集団・個別)		国保運営協議会	○	○		国保連	○	○
企画	事業企画	国際年金課	健康推進課																																						
実施企画 (日程・会場・スタッフ等)		○	○																																						
予算		○	△																																						
契約		○	○																																						
PR		○	○																																						
実施		△	○																																						
データ管理		△	○																																						
関係機関との調整	医療機関・健診機関 (人間ドック)	○	○ (集団・個別)																																						
	国保運営協議会	○	○																																						
	国保連	○	○																																						
<p>保健師の所感</p>	<p>・ H24年度特定健診受診率65%はかなり厳しい。          ・ 人、物、金・・・全てにおいて地域格差の影響があると思う。そんな状況の中で一律目標受診率が定められても・・・という気がする。          ・ 特定健診制度自体に無理があると感じる          ・ 健診データの電子化に対応するため医療機関に負担が強いられることも影響し個別体制が整備されにくい。          ・ 受診率アップに向けた体制の整備にはなかなか困難さを感じる。          (職場健診受診者が特定健診受診者となるような体制の整備や治療中の人の対応、未受診者の実態把握など)          ・ 治療のため特定健診受診を希望しない方も多い。          ・ 対象者の異動がかなりあり、そのことが、いろんな面で複雑にしている感を受けける。          ・ 健診結果説明会の参加者の声からは、満足度が高いと感じている。          ・ 健診結果説明会のグループワークでは、予想に反して、抵抗なく自分のことを話すことができていた。          ・ どのくらい行動変容に結び付けられたのかを、今後評価していく必要がある。          ・ 健診説明会を開催したある町内会から、身近な町内集会所を利用した健診実施を要望する声があった。健診受診者が少ないことや地域の健康課題を、自分達の問題として捉え、町内会単位で行動を起こしてきてくれた。このような声を大事にしていきたい。</p>																																								





	集団健診	個別健診
委託機関	健診機関(1) 医療機関(1)	医療機関(5)
実施時期	5月～12月	6月～3月
実施回数	3・4回(土曜1回 日曜日8回含む) 1回あたり	随時
市スタッフ (当日)	国保係 1人 保健師 6～7人 看護師 2人 パート(看護師・保健師) 4人	
その他	* パート(検査技師) 1～2人が追加される場合もある。	特定健診のみ
健診費用	1,000円 (70歳以上、非課税世帯は無料)	1,300円 (同左)
健診内容	標準項目 追加項目 ・ヘモグロビンA1c ・心電図検査 ・眼底検査(一部のみ)	標準項目 追加項目 ・ヘモグロビンA1c ・心電図検査

平成22年度 成人保健事業(生活習慣病予防・特定保健指導)  
 ～(活動の柱) 心臓病(虚血性心疾患)の予防対策～

- ・健診受診率の向上
- ・メタボリック対策
- ・バランスの良い食事の推進
- ・減塩対策
- ・禁煙対策

<b>けんこう応援教室22</b> ～自分でみつけるメタボ予防～ ・特定保健指導(積極的支援・動機づけ支援) ・ポピュレーション	<b>運動施設利用券による助成</b> 運動施設の案内 ・あけの元気館 ・遊湯館 ・体育館	<b>個別支援</b> けんこう応援教室(特定保健指導未受講者) 訪問 個別支援 来所(随時相談) 電話 ハイスク者 (高血圧・脂質異常・高血糖等) 手紙・支援レター
<b>健診結果説明会(来所)・・・「ネーミング募集中」</b> 集団・個別指導 ・健診受診者 ・70歳以上の動機づけ支援者 ・ヘモグロビンA1c 6.1以上の方	<b>まちづくり出前講座</b> ・健診データから見える健康課題・ちらしの活用	<b>シェイプアップ教室(あけの元気館タイアップ事業)</b>
<b>ヘモグロビンA1c 6.1以上の方への再通知</b>	<b>MT21(ボランティアの活動)</b>	<b>ウォーキングロードの案内・整備</b>
<b>健診結果通知・情報提供(パンフレットの送付)</b>	<b>郷土を学ぶ健康ウォーク</b>	<b>健康講座</b> 市民病院との連携(要調整)
<b>健康診査</b> (特定健診・がん検診) ・早朝健診(H22:32日間) ・40歳以上の健診(H22:44日間) ・医療機関健診(特定健診)(H22:22か所)	<b>健康診査時の保健指導</b> 「ネーミング募集中・内容検討中」 (集団と個別対応) ・健診結果の返し方 ・「けんこう応援教室」の案内	<b>未受診者への対応</b> ・未受診者通知 ・未受診者健診(H21:5日間) ・健康推進員の働きかけ
<b>健診・保健指導の広報</b> 健康カレンダー・案内通知・ちらし 健康手帳の配布・活用の仕方について・40歳からの健診案内		
<b>健康推進員活動・活動支援</b> ・地区活動 ・まちづくり出前講座 ・研修	<b>食生活改善推進員活動・活動支援</b> (がん予防推進員) ・地区活動 ・まちづくり出前講座:「健康づくりのための料理教室」 ・研修 ・食生活改善推進員養成	<b>運動普及員活動・活動支援</b> ・地区活動 ・まちづくり出前講座 ①「健康づくり運動教室」 ②「健康ウォーキング教室」 ・はつちつパラエティ体操(各地区公民館等で実施) ・研修 ・運動普及員養成
<b>健康副読本</b> 小学3年生に配布 学校教育で活用 次年度版検討・作成		
<b>普及啓発、健康教育</b> 女性検診時の健康教育(H22:39日間) (乳幼児健診等あらゆる機会でも実施) 健診をきっかけへの「がん」の予防と「不特定健診」ががん検診受診率等市の現状 ・特定健診・がん検診受診率等市の現状 受診率向上に向けてのPR、受け方 ・健診データから見える健康課題 展示:フードモデル・体脂肪モデル・パネル等 設置:血圧計、体脂肪計、エルゴメーター レシビ、冊子、チラシ、旗、封筒への印刷等		
<b>シルバーリハビリ体操指導活動・活動支援</b> ・地区活動 ・まちづくり出前講座「シルバーリハビリ体操教室」 ・シルバーリハビリ体操(各地区公民館等で実施) ・シルバーリハビリ体操指導士養成		

茨城県 筑西市

1. 対象者集団の概要

対象集団の総数 (総人口/世帯数)	113,895人 35,259世帯	人口構成 (年齢階層別内訳)				人	%
		年少人口	生産年齢人口	老年人口	75歳以上人口		
医療保険加入者数 (国保・被用者保険)	38,582人(国保)	73,496	25,045	12,395	15,354	13.5%	
						64.5%	
						22.0%	
						10.9%	

2. 健康指標の分析

筑西市の標準化死亡率によると、急性心筋梗塞でなくなる人が、男性で2.12、女性で1.98と全国の約2倍になっている。また、高血圧性疾患や脳梗塞等の循環器系疾患の入院が50代から急増し、糖尿病を含む内分泌・代謝疾患の入院は30代から慢性的に発生している傾向である。

3. 生活習慣病予防活動全体の概要 (次ページ参照)

4. 保健事業を効果的に実践するための取り組み

- ① 特定健康診査受診率向上へ向けた取り組み
  - ・健診未受診者に未受診者健診を旧市町ごとに実施した
  - ・がん検診とセット健診は、健診日時を指定して受診券を送付。
  - ・地区ごとに健診時期の頃、受診勧奨チラシを全戸配布
- ② 特定保健指導の利用率、終了率の向上へ向けた取り組み
  - ・対象者の結果返却と初回面接を同日実施
  - ・欠席者に対しての確認の電話(初回出席者で欠席した人)
  - ・参加者以外の全特定保健指導対象者へのお便り(支援レター)の送付。写真や参加者の言葉を多く取り入れるようにした
- ③ 行動変容の継続支援のしくみづくり
  - ・2～3か月ごとの実施
  - ・支援レターでの復習
  - ・ポスター作成し、家でも実施してもらおう
  - ・歩数計の貸し出し
  - ・腹囲メジャーと測り方の用紙
  - ・カレンダー(体重・腹囲・歩数を記入できるもの)配布



#### 5. ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチとの連動に関する検討 からみえてきたこと、保健師の所感

特定保健指導のみの実施では、対象は増える一方で、関わるのも市民のほんの一部にすぎない。30代～40代の年代に関わりをもちたい。健診受診者には、自分の今の体の状態を考えてもらう時間をつくる。また、食育等では子どもだけでなく、親（30～40代）や家族を含めた関わりがもてれば・・・という考えもある。

項目	事業を捉える視点	事業内容
1	事業名(ヤマガト)「浜西市健康副読本の作成と活用事業」	教育委員会と連携し、小学3、4年生12校の授業の中で担任教師等が健康教育を行う。児童自身の生涯にわたる健康と児童の親(若年成人)と家族等・学校等の組織への波及効果をねらう 浜西市誕生時から市内全校で実施。合併以前は、一部町で昭和58年から継続実施されていた事業である
2	事業背景(明確に)	2町では、高血圧・肥満という課題をかかえていた。健診の事後指導に力を入れても、参加者は同じ顔ぶれて、ハイリスク者と呼ばれる人が集まらない等限界を感じ、地域ぐるみのキャンペーン活動の一つとして、若年層からの教育のために、学校等との連携の必要を感じ、行政から教育委員会に提案し実施となる。健康副読本は、本の作成段階から学校の教員とともに編集会議を重ねて行い、活用も学校現場で行うことにより決められている。学校栄養教諭の誕生や食育基本法も追い風となり、教育現場では、多岐ではあるが重要な事業と認識されている。
3	法的根拠	健康増進法、食育基本法
4	健康増進計画上の位置づけ	健康増進計画のなかでも、生涯にわたるポピュレーションアプローチとしての期待が大きい
5	事業予算	生活習慣病予防対策事業費、(印刷版本費) 約60万円
6	事業目的	生活習慣病の早期予防対策であり、また保健事業に関心のある若年成人への間接的なアプローチになることを目指す。健康増進計画の増加や、授業内容の検討会議が盛んになり、主要事業として定着することを期待。
7	事業目標	・児童に対して・・・生活習慣病が発症する前に、健康意識を持つ割合が増加し、健康行動 ・若年成人に対して・・・児童からの影響で、生活習慣病が発症する前に、健康意識を持つ割合が増加し、健康行動 ・学校等組織・地域に対して・・・保健事業を理解を示す人が増加し、保健事業に協力的な行動がとれる
8	事業対象者	・児童一親 ・学校関係者
9	ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチとの運動の接点	○どのような点で運動の接点となりうるかと考えているか。 ・ポピュレーションアプローチとしてねらう効果(特定健康診査・保健指導との関連で期待できること) ・健康に関する知識の普及啓発、健康文化の醸成 ・健康な時期(早期)からの健康管理推進を基本に、教育を展開 -特定健診の受診率向上(直接的・間接的効果) ・児童から健康診断の話題を提供させる。 -特定保健指導の実施率向上(直接的・間接的効果) ・児童から、事後指導としての各種保健事業があることを話題提供させる。 ・児童から、事後指導としての仕組み(直接的・間接的効果) ・副読本を使用した向年か後、児童に健康教育の記憶や、健康意識、行動に関するアンケートを行う また、住民健康意識調査等で効果を見る -特定保健指導対象者以外のハイリスク者へのアプローチ ・児童から、事後指導としての事業があることを話題提供させる。
10	事業実施体制	○組織の仕組みづくり、ネットワークの実態 ・地域の住民組織(自治会、法人会、NPO)との関連 ・教育委員会の専門部会(健康教育部会)に副読本の検討部門を受けてもらい、事業実施 ・キーパーソンは誰か(専門職、事務職、住民、NPO、企業家) ・市栄養士、保健師、学校教諭 ・運営委員会、計画推進委員会、小委員会等の設置の有無とその運営。 ・教育委員会の健康教育部会に併設され、運営されている ・マンパワーの予測 ・各組織にキーパーソンが存在すれば、数名でOK
11	事業展開(内容)	・毎年3年生に副読本を配布しているため、対象者は更新される ・健康教育部会においては、単年度事業とせず、継続事業としての位置付けをし、人事異動などがあっても継続されるようになっている ・授業時間内の児童のみへの教育と限定せずに、保護者会、学校の地域活動等でも健康副読本を活用している ・毎年、担当教諭の入れ替え(人事異動)があるため、事業の趣旨等を理解し協力してもらうまでに精力をそそぐ

12	事業評価等	<ul style="list-style-type: none"> <li>変化の確認のために簡潔で的確な評価手段をどのように設定したか。</li> <li>合併以前に副読本を使用していた町と使用していない町が存在しているため、副読本の使用後5年後の両者にアンケート調査を行う</li> </ul> その設定した内容およびその結果。 <ul style="list-style-type: none"> <li>アンケートには副読本の記憶、②健康教育した知識、③本人の行動、④行動のきっかけ等を設定</li> </ul> 結果：設問①では、記憶保持者38～43%、設問②から④においては、両者間で有意に差が出たフィードバックシステム。(例えば、事業目的に照らし、とれだけのお金を使って、とれだけの人が、どうい活動をして、どのような変化があったのかをわかろうに) <ul style="list-style-type: none"> <li>浜西市としての財政効果はまだ短期のために、測れないが、合併以前(平成17年当時)に副読本を使用していた旧町で、国民健康保険の医療費の伸びをみたところ、全住民1人あたり、1万円あたりの減を達成したところがある。その一端を担っているのではないかと推測される</li> <li>ハイリスクアプローチとの運動の接点としてのねらいと照らしてどうか</li> <li>上記両方を継続することで、効果が期待できると思われる</li> <li>face to faceの仕組みづくりとしてどうだったか(大多数の健康に関心のある人々の関心を高める仕掛けづくりとして)</li> <li>少なくとも、自然に、保健従事者と教師、教師と児童、親と地域住民などの仕組みはできる</li> </ul> ○評価の実施時期(準備・中間・事後) <ul style="list-style-type: none"> <li>準備期として合併直後の副読本を使用していなかった地域の児童の意識調査</li> <li>中間・事後として今後何年かのサイクルで児童や親への意識調査</li> </ul> 評価実施者。 <ul style="list-style-type: none"> <li>副読本作成時に監修者として、公衆衛生学の大学教授が入っている。監修者と健康教育部会、市が協議のうえ実施</li> <li>対象者や参加者の満足度、対象者の意識・発言・行動の変化、顧客満足の収集等</li> <li>現状では、健康教育部会後随時アンケートをとる程度。今後ほまとまった情報収集事業を起こしたい</li> </ul>
13	今後の課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>事業評価をして、有効性を検証し、予算の削減や業務の効率化等による事業の停滞を阻止したい。</li> </ul>
14	保健師及び他の関連職種との役割分担	<ul style="list-style-type: none"> <li>健康教育部会が中心として承認、副読本の改訂作業、授業の実施、市へ実施報告書の提出、活用状況報告などで情報交換</li> <li>教育委員会・・・健康教育部会が中心として承認、副読本の改訂作業、授業の実施、市へ実施報告書の提出、活用状況報告などで情報交換</li> <li>浜西市(保健師等)・・・健康教育部会が中心として承認、副読本の改訂作業、授業の実施、市へ実施報告書の提出、活用状況報告などで情報交換</li> </ul>
15	保健師の所感等	<ul style="list-style-type: none"> <li>ポピュレーションアプローチとしての、手ごたえは大きい。教育のプロである教師から、児童への働きかけには、絶対的なものがあり、また、その保護者へも伝えてもらうように取り決めがされているため効果は期待している。教育委員会との連携については、繋がりがもて、理解がえられると、語は早い。しかし、毎年の人事異動はネットワークを築き、この事業を足がかりに、子どもはもちろん、その保護者への関わりをしていくことで、若い年齢層への働きかけをすすめる等、できることをスタッフみんな考えていきたいと思う。</li> </ul>

## IHIグループ健康保険組合

### 5. ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチとの運動に関する検討からみえてきたこと、保健師の所感

#### 1. 対象者集団の概要

当健保加入 38,930人

#### 2. 健康指標の分析

医療費としては、心疾患、がんの項目が増加している。詳細については、医療費・健診結果とも今後分析していく予定である。

#### 3. 生活習慣病予防活動全体の概要

- 被扶養者対象の保健指導
  - ・ 集団支援 ・ 個別支援 ・ 外部専門業者へ委託 という3パターンにて実施
- 被保険者対象の保健指導
  - ・ IHI保健師に委託 ・ 外部専門業者へ委託 という2パターンにて実施

#### 4. 保健事業を効果的に実践するための取り組み

- ①**特定健康診査受診率向上へ向けた取り組み**
  - ・ 健診項目にガン検診等も取り入れ、項目の充実にも努めている。
  - ・ 健診の申込みがない方々に、電話・紙面などで何度も実施勧奨をしている。
  - ・ 巡回健診業者や医療機関を取りまとめている業者に働きかけ、実施者の希望に合わせ、健診会場数や医療機関数を増やしている。
- ②**特定保健指導の利用率、終了率の向上へ向けた取り組み**
  - ・ ハイリスクアプローチの対象者へは、各々「積極的支援である」「動機付け支援である」というリーフレットを同封し、意識付けに努め、参加率の向上に努めた。
  - ・ ハイリスクアプローチの方で、教室に参加されなかった方には、電話連絡等し、状況確認を実施した。
- ③**行動変容の継続支援のしくみづくり**
  - ・ 現在そこまで検討できていない。
  - ・ 教室後1ヶ月はセルフモニタリングシートを実施してもらい、目標の実施状況を記録してもらうことより教室内では伝えているが、ご本人の希望に沿う形をとっているのでは、必須項目でない。(参加者が、情報提供レベルも多いため)

21年度においては、ハイリスク者（積極的支援者・情報提供者）と、情報提供者へのアプローチを同様にしたことで、ハイリスク者への手当てが薄くなり、当健保においては、ハイリスク者へのアプローチ方法の検討（集団教室への参加率の向上・個別支援の充実）が今後大きな課題である。また、健保のよくな体制で、保健師の執務場所と担当地域が離れている場合、ポピュレーションアプローチでも、できることは限られてくると思う。そのために可能な限り、自治体との連携を図りたいと考えている。

そして、現状ではポピュレーションといっても、健康教室対象者であり、リスクがある人、また教室に参加者ということでは、人数も限りがある。グループ全体の健康意識の向上のために、どこまで何ができるのか検討し、施策を考えていく必要がある。(HPへの掲載や、機関紙への掲載等も考えたい。)

事業所保健師・自治体の保健師・他健保との保健師等との連携とこれ、情報交換ができるネットワークを構築し、後々は国保に移行する、現在の当健保の被保険者・被扶養者の健康管理状況を、国保の自治体の保健師に伝えることで、対象者が一生、その人の価値観に合った健康状態が図れるようにしていければと思う。

コンサルテーションを受けたことで、各保健事業に対して、その目的・実施方法・評価等と系統立てて考える機会となった。当健保の場合、特定保健健診・保健指導が開始されるということで、平成19年度から、健保に保健師が5年振りくらいに配属されたということ、自治体のような体制もまだ取れていない中であるが、この事業がハイリスクなのか、ポピュレーションなのか等、意識を持ち、やっただけで終わらない事業展開を今後心がけていきたいと感じている。

同じ所属の保健師であっても、もっとコミュニケーションを取り、ベクトルを合わせる必要性も強く感じた。

	項目	事業を捉える視点
1	事業名 (ヤマガト)	できる！が見つかる健康教室
2	事業背景 (明確)	特定健診・保健指導の実施に向け、19年8～12月の間に19～73歳の被扶養者等15,928人を対象に実態調査を実施した。その内回収した11,833人(74%)からの意見・要望をもとに、施策案を構築した。対象者の要望としては、集団方式による教室を望む声が多く、テーマは具体的に、「食事・栄養(32.9%)」、「運動(24.4%)」であった。これらを踏まえ、事業主・健保との健診・保健指導合同PJにおいて、検討の結果、昭和49年より平成14年まで家族に対する健康管理の実績も勲功し、年度ごとに要望の強いテーマをもとに「生活習慣改善」につなげるプログラムを取入れ、主婦層を中心とした「集団教室」による支援を主眼に実施することとした。 なお、最優先の条件としては、事業所近隣の地区をメインに開催し、全地区統一したテーマで取組み、将来的には主婦層を中心に従業員、家族も含めた世帯単位による健康管理を目指すことを位置付けとして事業を開始した。初年度の20年度は、家族の健康管理にも役立つよう、メタボリックの教室にタココをも盛り込んだものとした。そして、20年度の教室参加時のアンケート結果から、より具体的な食事・運動の方法を知りたいという意見や教室内で「同じ食事をしているのにLDLコレステロールが上がってきた」という声を聞き、教室参加者は女性のみにて、21年度は「年齢毎に変わる女性の健康と食事の見直し」をテーマとした。
3	法的根拠	対象者選定のスクリーニングについては、『高齢者の医療の確保に関する法律』の特定健診を基準とした。
4	事業予算	保健事業費 特定保健指導費より、出張費を含め、約600万円。
5	事業目的(具体的)	支援対象者は国の基準では40歳以上であるが、当組合事業の過去の経緯、また、若年からの意識付けの重要性を考慮して対象を20歳以上とし、従業員・家族ともグループ全体の保健指導基準を定め、早期からの「生活習慣改善」を重点に幅広い層に対応できる施策とした。また、予防の観点からハイリスクレベルにならない支援層についても対象とした。具体的な事業のポイントとしては、要望の強かった「集団教室」による方法にて実施はするが、知識習得型の講義方式ではなく、少人数によるグループ討議方式により、対象者間の交流(励まし)と過去の経緯(人それぞれ取組み)、成功例、失敗談などを参考に、より具体的な「目標設定」ができることを主体に事業を展開した。
6	事業目標(具体的)	被扶養者が健康や食事への知識を持つことで、被保険者の健康状態も良好となり、グループ全体の健康意識の向上に結び付ける。
7	事業対象者	健康になることは、人生の目的を達成するための1つの必要項目ではないかと考えた。よって、20年度は「1年後の自分はどうしたいか」「そのため今は今から何が出来るか」という視点にて、健康に特化することのない目標の設定を教室のゴールとした。実施後のアンケートでは、「主人にも聞かせて」等の声もあった。
8	ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチとの連動の接点	情報提供層の中で、脂質(LDLコレステロール値)・糖尿(HbA1c値)・血圧にてスクリーニング値を超えている方を対象とした。 特定保健指導の対象とならないように、ご本人への知識の普及と、気付き・行動変容へのきっかけにしたいという点についてはもちろんだが、ハイリスク者である可能性の高い、被保険者(ご主人)への健康管理に役立つという点は期待している効果である。 また、教室にはハイリスクアプローチの対象者も参加されており、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチを同時に実施していることとなる。目標設定等の部分でやや手薄になっている印象はあるが、現在実施しているアプローチが、ハイリスクアプローチ者への行動変容への意識付けにもつながっているといえる。
9	事業展開(内容)	21年度からは、被保険者の健康管理を担当している、事業所の保健師も健康教室にでも来てもらえるよう働きかけ、グループ全体として、協力体制がとれるように努めている。 また、看護協会の研修等を知り合うことのできた自治体の保健師の方にも、教室に来てもらうことができた。今後は他地区においても自治体との連携・情報交換ができるようにしていく。

10	事業評価等	アンケートを2回実施(教室終了時:教室内容について 教室6ヶ月後)に実施:教室時の目標設定の継続状況の確認 21年度については看護協会のアンケートにて教室前後の意識変化も調査している) 行動変容モデル 次年度の健診結果の確認(教室参加者の次年度の健診結果 体重・HbA1c等 階層の変化 スタージの変化) 教室の参加者に対するスタッフ必要数など、費用対効果も、指導の有無による健診結果の変化等から検証していく必要がある。
11	今後の課題	ポピュレーションという点でも、健康教室対象者であり、リスクがある人、また人数も限りがある。どこまで何が出来るのか検討し、グループ全体の健康意識の向上のための施策を考えていく。(HPへの掲載や、新聞紙への掲載等も考えたい。)
12	保健師及び他の関連職種との役割分担	事業所保健師・自治体の保健師・他健保との保健師等との連携がとれ、情報交換ができてネットワークを構築し、後々は国保に移行する。現在の当健保の被保険者・被扶養者の健康実態を、国保の自治体の保健師に伝えることで、対象者が一生、その人の価値観に合った健康状態が保たれるようにしていきたいと思う。
13	保健師の所感等	20年度に教室に参加した方、21年度の健診結果をみると、情報提供者の情報提供レベルの維持率が、約86%あり、予防的効果はあったのではないかと思う。ハイリスク者については、積極的・動機付け支援者の情報提供レベルへの改善率は約43%であった。ハイリスク者と、情報提供者へのアプローチとを同様にしたことで、ハイリスク者への手当てが薄くなり、当健保においては、ハイリスク者へのアプローチ方法の検討(集団教室への参加率の向上・個別支援の充実)が今後大きな課題である。企業の健康の保健師で、執務場所と担当地域が離れている場合、ポピュレーションアプローチでも、できることは限られてくると思う。そのために可能な限り、自治体との連携を図りたいと考えている。また、こんな保健事業をしているということや、まずいかにPRしていくのか、どの媒体を使って、どんな内容を届けるのか、より工夫が必要だと思ふ。

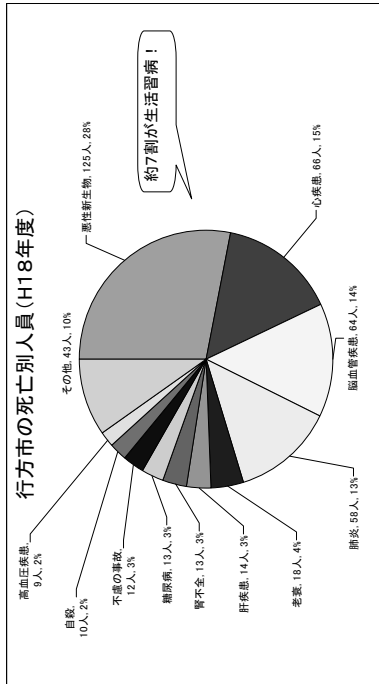
# 茨城県 行方市

## 1. 対象者集団の概要

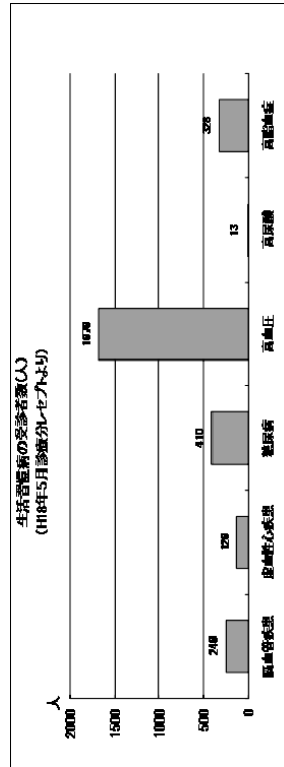
対象集団の総数 (総人口/世帯数)	総人口: 39,111人 世帯数: 11,605世帯	人口構成 (年齢階層別内訳)	年少人口 4,665	人	%
医療保険加入者数 (国保・被用者保険)	16548人		生産年齢人口 23,894		61.1
			老年人口 10,552		26.9
			75歳以上人口 5,917		15.1

## 2. 健康指標の分析

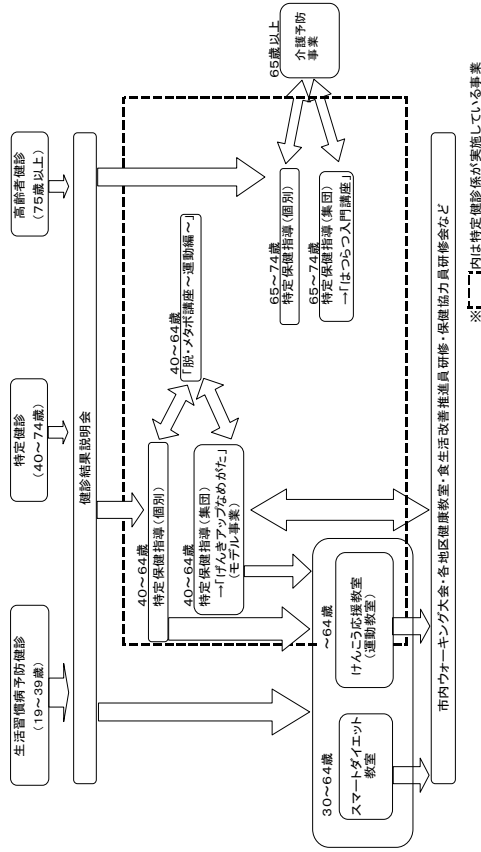
### ① 死因別状況 (H18)



### ② 生活習慣病の受診者数



## 3. 生活習慣病予防活動全体の概要



## 4. 保健事業を効果的に実践するための取り組み

### ① 特定健康診査受診率向上へ向けた取り組み

#### ・健康診査実施日程の調整

健康診査実施日程の調整

健康診査実施日程の調整

健康診査実施日程の調整

健康診査実施日程の調整

健康診査実施日程の調整

健康診査実施日程の調整

健康診査実施日程の調整

健康診査実施日程の調整

健康診査実施日程の調整

健康診査実施日程の調整

健康診査実施日程の調整

健康診査実施日程の調整

健康診査実施日程の調整

健康診査実施日程の調整

健康診査実施日程の調整

健康診査実施日程の調整

5. ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチとの運動に関する検討からみえてきたこと、保健師の所感

- ・ポピュレーションアプローチの意味はわかっていたつもりであったが、地域の健康を底上げすることにどのように寄与しているのかという視点で見ることの必要に気付いた。
- ・自分たちが関わっている保健事業が、市の行く末にどう繋がっていくのか、数字（指標、データ）を経年的に見ていくとどうなるのか、という視点で保健事業を見ることが必要である。
- ・ポピュレーションを見ていく視点が広がった。・スタッフみんなで話し合うことの大切さを感じた。グループ支援だけではなく、他の事業でも必要であること。チームワークの大切さを改めて実感した。

資料

相互支援交流時の提示資料

ポピュレーションアプローチとしての保健事業

【事業名】  
スマートダイエイト教室

事業目的  
目的：生活習慣病の根底である肥満を改善し、さらに肥満改善後の逆戻りを予防する  
小目的  
1) 肥満改善、メタボリックシンドローム改善、その他生活習慣病に関わる検査数値の改善  
2) 肥満につながるライフスタイルの根本的な改善  
3) 家族の健康管理や、知人・友人への啓発活動への意識付け

スマートダイエイト教室

【事業概要】  
①健康指標より肥満が多い  
県内上位を占めている。  
生活習慣病による死亡率が高く、医療機関への受診者も多い。  
②担当者の思い  
これまでの健康教育は単発の教室が主流だった。色々実施してきたが、手こたえがない。  
「肥満」は生活習慣病の原因になるので何とかしたい・・・  
③若返り支援事業（H17年度）  
茨城県のモデル事業として、運動習慣化を促めた生活習慣改善指導を実施したところ効果があった。

事業目標

■ 目標  
肥満を改善し、適正体重を維持すること。  
(次の健診でも維持できていること)  
■ 市の目標  
・-5kg前後の減量  
・リバウンドを30%以内にとどめる } 検計中  
・1～2年間維持

スマートダイエイト教室の概要  
(H21年度)

【対象】 行方市在住の35歳～64歳でBMIが25以上の男女30名  
参加意欲があり、原則基礎疾患がない人  
【期間】 第1クール(昼コース)10月～12月  
第2クール(夜コース)10月～12月  
【時間】 1回 120分間  
【場所】 保健センター  
【委託先】株式会社TIFH

本気でやせたい人のための  
**スマートダイエイト教室** 参加者 募集!!

SMART (066)に、美しくダイエットであなたが変わります!  
→半信半疑、スマートダイエット教室の実際の結果です→

【効果】  
・減量効果  
・リバウンド防止  
・生活習慣病予防  
・健康的な体づくり

本気でやせたい人のための  
**スマートダイエイト教室** 参加者 募集!!

SMART (066)に、美しくダイエットであなたが変わります!  
→半信半疑、スマートダイエット教室の実際の結果です→

日程： 5/26、6/2、16、30、7/21、28 (4曜日・全6回)  
午前9時30分～11時 30分まで (9時開始)  
場所： 行方市 保健センター3階  
費用： 3300円 (9千21円代、虫歯検診代含む)  
定員： 30名 (応募者多数の場合は抽選 ※抽選前まで参加申し込み)  
対象： BMIが25以上で「本気でやせたい」と思っている35～64歳の方  
※SMARTの開催方法、実施地、受講料は別途ご案内  
※お申し込みは、お電話での受付です

今後の課題

- 減量の数値及びリバウンドの数値目標設定
- リバウンドの追跡期間について
- 個別のアプローチ  
・糖尿病治療中の人  
・理解度が低い人  
・欠席者のフォロー
- 特定保健指導対象者以外のハイリスク者へのアプローチについて  
(要医療と判定された人、BMI25以下でリスクのある人)

保健師の所感

- ①教室で学んだ四群点教法は、他の事業でも生かせる
- ②参加者が減量だけでなく、予想外の効果がみられた
- ③ライフスタイルの変化が大きい
- ④グループ形式の良さを感じた
- ⑤継続して関わることでコミュニケーションが深まった

「スマートダイエイト教室」における ポピュレーションアプローチとしてのねらい

- 多くの意識のない人に対する仕掛けづくり  
・参加者募集のポスターを公共機関、病院、スーパー、コンビニ等に掲示することによる啓蒙。  
・減量に成功した参加者が広告塔になり、口コミの啓蒙。  
・参加者の家族、職場の仲間への波及効果。  
■ 目的をしまぼったポピュレーション  
・特定保健指導参加者を個別支援の継続支援として利用する。  
■ 対象者をしぼったポピュレーション  
・特定保健指導対象者以外の関係事業として実施(35歳以上、治療の方も対象)

# 兵庫県 淡路市

## 1. 対象者集団の概要

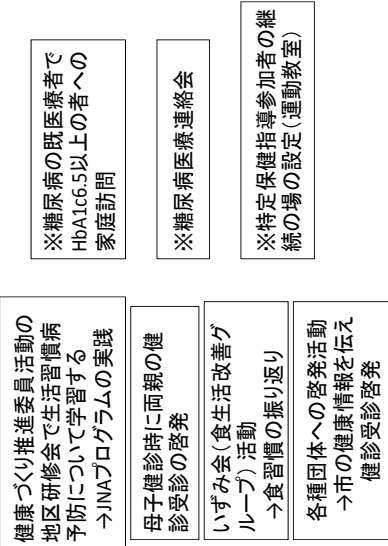
対象集団の総数 (総人口/世帯数)	49,284人 19,425世帯	人口構成 (年齢階層別内訳)			人	%
		年少人口	生産年齢人口	老年人口		
医療保険加入者数 (国保・被用者保険)	12,456人 (国保40～74歳の み)	7,921	26,181	15,182	8,700	16
						53
						31
				75歳以上人口	8,700	18

## 2. 健康指標の分析

淡路市における生活習慣病の状況を、平成19年10月の国保レセプトからみると、男女ともに50歳代・60歳代から急激に増加している。なお、国保レセプトから、高血圧・脂質異常症・糖尿病で多くの方が治療されている。中でも、糖尿病の治療者数は平成19年から平成21年の2年間で約150人も増加している。また、平成20年度の介護認定の原因疾患をみると、脳卒中やガン、心疾患など生活習慣病によって介護が必要になる方が非常に多い。以上のことから、淡路市においては生活習慣病を予防することが健康寿命を延ばすことにつながると考えられる。

## 3. 生活習慣病予防活動全体の概要

### 生活習慣病予防活動及び糖尿病対策(※)



健康づくり推進委員活動においては、2年任期で交代していくことにより、目標を理解し健康に関心をもち住民を地域に増やしていく。そのことにより健診受診率の向上・保健指導実施率の向上につながる。

また委員の任期終了後も学習会を継続する事で、健康に関心をもち続ける事ができ、健診の継続受診につながる。

各種団体・地区組織活動への普及啓発においては、事業では会えない市民との接点をつくる。特に国民健康保険加入者が多い組織に優先的に関わっていく。また単発的な関わりに終わらず、継続的な関わりを増やして、健康意識の向上や健診受診や保健指導実施率の向上につなげていく。

## 4. 保健事業を効果的に実践するための取り組み

### ① 特定健康診査受診率向上へ向けた取り組み

- ・市内医療機関で個別健診実施する。
- ・国保対象者全員に受診券を発行する。
- ・全世帯に健診申込み用紙を配布する。(対象者名を印字・がん検診含む全ての健診が一括申し込みできる。)
- ・乳がん検診以外のがん検診等を同時実施している。
- ・各地区へ送迎バスを実施している。
- ・家族と一緒に受けに来れるように、他保険の扶養者の受け入れや自費受診も可能にしている。
- ・対象を19歳以上として若い世代から健診を受ける習慣をつけ、生活習慣病の予防をしていく。
- ・乳幼児健診の間診票に親の受診確認をする項目を追加して声かけをしている。
- ・健診項目が減り、不満を感じる人が多かつたため、希望者には詳細健診の自費受診ができるようにしている。
- ・時間予約制で待ち時間を短縮している。
- ・健康づくり推進委員など地域組織への健診受信勧奨の健康教育を行う。
- ・市内5会場で土曜日開催している。

### ② 特定保健指導の利用率、終了率の向上へ向けた取り組み

- ・個別通知を特定保健指導の全体のプログラムも入れ、わかりやすく工夫した。
- ・健康づくり推進委員会などの地区組織を通じて、参加の勧奨を行った。
- ・教室開催前に電話呼びかけを行った。
- ・参加者以外の方も含め、全対象者への3カ月毎(4回)、支援レターによる呼びかけを行った。
- ・結果説明会と初回面接を同日実施するなど参加率向上の工夫し、教室が始ま

るまでの待ち時間に今回なぜ呼ばれたか、健診結果について個別に説明を行った。

- ・欠席者に対してのフォローを実施（電話で次回の案内を行ったり、健診結果の説明も兼ねて訪問や面接を行い、前回の教室の内容を説明する。）

### ③行動変容の継続支援のしくみづくり

- ・血液検査を教室前に実施して、そのデータから、1～2ヶ月前の自分の生活を振り返ることで、新たに気づくことがあれば、行動変容に繋がっていくことをねらっている。
- ・毎回グループトークをプログラムに入れることによって 参加者のエンパワメント効果を図り、他の人の発言からも新たな気づきを得ていくようにしていく。
- ・一度教室に欠席しても、次回の教室に少しでも参加しやすいように支援レターで、前回の教室の内容をお知らせしたり、訪問または面接希望があれば出向いて教室の内容について、また本人の最近の生活についても聞き取り、次回の教室を案内して継続できるよう支援いく。
- ・JNAグループ支援で2年間の継続支援を行う。

## 5. ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチとの運動に関する検討からみえてきたこと、保健師の所感

ポピュレーションアプローチでは健康づくり推進委員を始め、各種団体等で実施している。市の健康課題、生活習慣病予防、グループ支援モデルを取り入れながら行うと、参加者の反応は良い。参加者自身が次の場づくりを手伝ってくれることもある。しかし単発で支援が終わると意識を変え続けることは難しいので継続支援できるようにしていく。国保加入者の多い組織（漁業者・農業者など）や今までの関わりが少ない地域への取り組みを強化していく。市内全域の健康づくり推進委員においてはグループ支援モデルを導入していく。

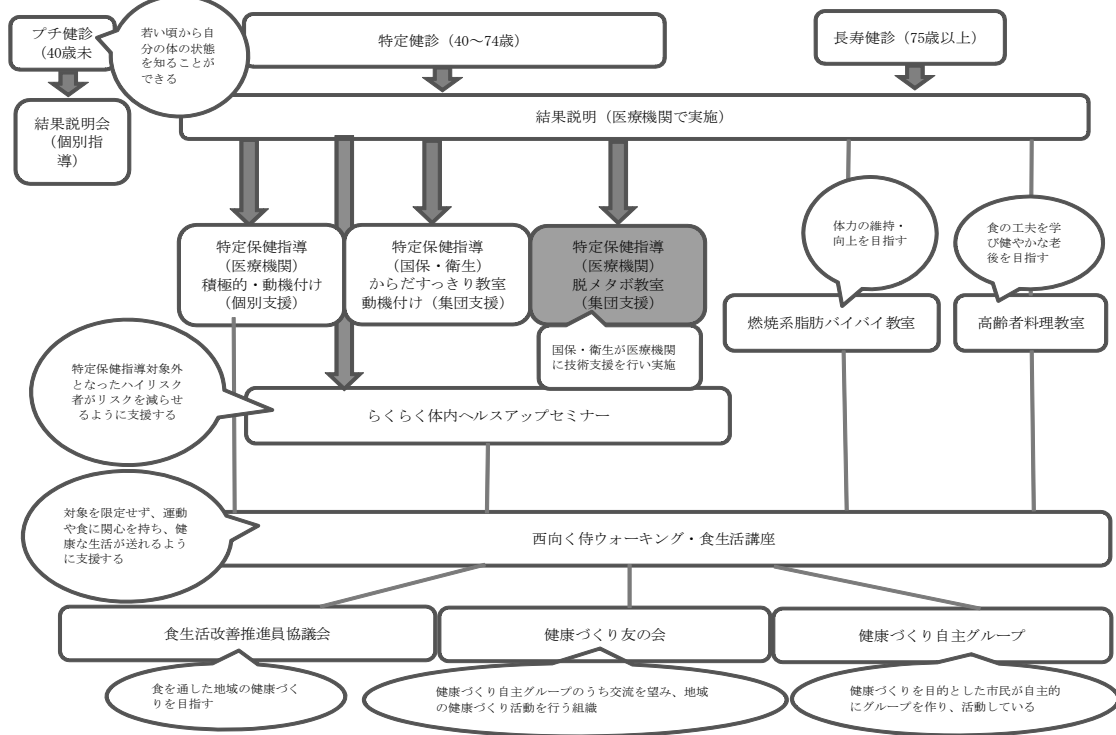
研修会やフォーラム等では気づかされることや学ぶことが多かった。グループ支援プログラムの習得だけではなく、ポピュレーションアプローチの目的が整理でき、改めて運動する意義を強く意識した。交流事業では他事業所と情報交換することで、1年目の悩みの共有や今後の見通しが立ち、励みになった。他事業所との交流や看護協会の方の支援をもらうことで、自分たちの活動の振り返りをする良い機会となり、確認と見直しができた。



項目	事業を捉える視点
1 事業名 (ヤマガタ) 健康づくり推進委員会活動	健康づくり推進委員会活動
2 事業背景(課題を明確に) 事業背景(課題を明確に)	合併前のうち、4町で設置されており、健診の啓発等保健事業への協力体制が取られており、また、健康増進計画の推進母体とするため、継続して設置すること、未設置の町にも設置することが決定した。 現在は高齢者や特定健診受診者以外に継続的に健康に関する関わりを持つてくる団体が少ないので、65歳未満の多い組織構成を維持し、特定健診、保健指導の利用へのつながりが期待出来る 本部活動と旧町ごとの5支部での活動 町内会推薦であり、保険は関係しないので、幅広い対象に関われる 従来女性中心の選出であったが、選出ができていく町内会では町内会長自身が参加されるケースもあり、逆に広がりが出てきている
3 法的根拠	健康増進法
4 健康増進計画上の位置づけ	計画は生活習慣病予防が目的であり、推進母体と位置づけるため、計画策定のワークショップにも入っていただきた。 計画の中間見直しでも検討メンバーに入っていたいただき中心となって検討いただけた。
5 事業予算	1,128,000円 市からの補助金 推進委員の活動費(費用弁償)、研修会の諸経費(講師料・食費・消耗品費等)
6 事業目的(具体的)	推進委員が自分の健康に関心を持つことにより、市の健康課題である、生活習慣病を予防し、健康で生き生きとした生活が送れる
7 事業目標(おなわっているところを具体的に)	約200名 ・生活習慣病が沿路市における大きな健康課題であることを理解できる ・生活習慣病予防につながる生活習慣の振り返り、自分の生活習慣と健康状態がどのようにつながっているかを継続的に考えていく事ができる ・健診により、自分の健康状態を把握することの重要性を理解することができる
8 事業対象者	町内会推薦 町内会単位で1~3名 年齢制限は設けていないが、40代~50代中心
9 ハイリスコアアプローチとポピュレーションアプローチとの運動の接点	7. 目標を理解する住民が増えることにより、健康に関心を持つ住民が増加し、健診受診率の向上・保健指導実施率の向上につながる 委員の任期終了後も学習会を継続する事で、健康に関心を持ち続ける事ができ、健診の継続受診につながる
10 事業実施体制	例年5月に支部単位で総会を行っており、H22年度からの活動の方向性を説明する。 その後、各支部ごとに年4回の学習会 3か月に1回程度の研修会で6月~翌年3月まで14回終了する予定 1回あたり、参加予定数 25~50人 保健師 4~5人 保健師の延べ従事人数は50~100人

11 事業展開(内容)	H20 事業回数:111回 参加人数:延べ1,407人 活動内容:支部別(小学校区ごと)学習会・健診の補助、市健康づくり推進委員全体研修等(旧町ごとに、小学校区に分かれて生活習慣病関連の学習会を行い、JMAモデルの実践ではなく、一般的な健康教育になっていた。) ↓ H21~生活習慣病に関する定期的な学習の場とする  H22~JMAモデルを導入し、各支部、年4回の研修会とする(血液検査も2回実施予定)  健康づくり推進委員だよりの発行 H21初めに発行したよりを継続的に発行し、健康づくり推進委員の活動が地域になじむようにするとともに、伝えたい市の健康に関する情報を提供する  任期終了後の継続支援 2年間の活動後、健康に関する学習などを行う場がなくなってしまうので、任期終了者にも自分の健康に関心を持ち続けることができるよう、学習会の場を提供する
12 事業評価等(成果が見えるように)	健康づくり推進委員自身の意識変化 学習会参加率・委員自身の健診受診率と保健指導実施率 市の健診受診率・保健指導実施率
13 今後の課題	・委員の任期は2年であり、交代することによって活動の広がりを図りたいが、10年以上継続している委員もあり、年齢が高くなり、生活習慣病予防の活動になじみにくい。 ・これまでは、学習会に一度出席していただくこと継続的に参加していただけたが、仕方なく推薦されている町内会では出席率が低かったため、欠席者にも積極的に声をかけて行くようにしたい
14 保健師及び他の関連職種との役割分担	健康に関する中心組織であるので、総会は課長が運営。 各研修は全保健師が従事
15 事業全体の図式化	
16 保健師の所感等	活動目的が少しずつ浸透しつつあり、自分の健康課題に気づき、生活習慣を改善しようという意識のみならず委員も少数だがみられる 委員会での意見から保健事業の改善につながったケースもあり、保健事業を見直す意味で声を聞ける貴重な組織である 学習した事を地域の集会で伝えられるようになつた委員もあり、自分の経験を広げていけるようになりつつある 任期終了者への継続支援により、健康づくり推進委員経験者が継続的に健康に関心を持ち続けるように関わってほしい

ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの連動

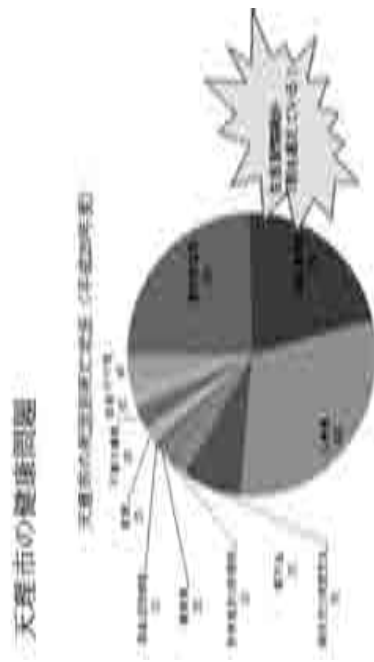


奈良県 天理市

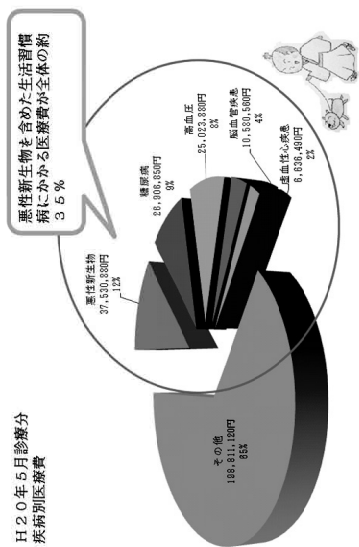
1. 対象者集団の概要

対象者集団の総数 (総人口/世帯数)		人口構成 (年齢階層別内訳)		人	%
69,604人	28,910世帯	年少人口	9,816	9,816	14.1%
医療保険加入者数 (国保・被用者保険)	19,300人	生産年齢人口	45,434	45,434	65.3%
		老年人口	13,508	13,508	19.4%
		75歳以上人口	6,507	6,507	9.3%

2. 健康指標の分析



H20年5月診療分  
疾病別医療費



#### 4. 保健事業を効果的に実践するための取り組み

##### ①特定健康診査受診率向上へ向けた取り組み

- ・身近な受診会場の設定（各校区の会場に巡回し健診を実施）
- ・未受診者アンケートの実施（昨年度、特定健診未受診者にアンケート調査を行い、未受診理由を分析した）
- ・未受診者への受診勧奨（アンケートの回答結果を元に、受診勧奨の内容を細分化し、勧奨通知を行った）
- ・地域での特定健診の啓発（区長へのよびかけ）
- ・定期的な広報への掲載
- ・市民への受診率の周知、ペナルティの情報提供
- ・医師会との定期的な話し合い

##### ②特定保健指導の利用率、終了率の向上へ向けた取り組み

- ・市立病院で結果説明時に初回面接を実施：結果を診察で詳しく説明し、アドバイスを行った後、特定保健指導の同意をとり、さらに本人の実態に則した特定保健指導を実施している
- ・参加においては電話や面接などで本人に直接働きかけ、目的を説明し呼びかけた。
- ・参加者には教室後、電話でフォローを行い、疑問が解消できなかったケースには個別に相談を行い対応した。
- ・欠席者に電話を行い、次回から参加してもらいやすいようにした。また、お便りでは欠席者も教室の内容が分かりやすいよう写真や参加者のコメントを入れた

##### ③行動変容の継続的な仕組みづくり

- ・教室参加中や終了後に行動変容が継続できるようポピュレーションアプローチとして実施しているウォーキング教室の参加をうながし、継続的な参加ができるようにしている

#### 5. ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチとの運動に関する検討からみえてきたこと、保健師の所感

今回、(JNA グループ支援プログラム実施を含む) モデル事業を共同で行うことにより、今までなされてこなかった市立病院と衛生・国保との連携を密にすることができた。この事で、予防から治療までを地域密着でフォローできる仕組みづくりの足がかりになったように思う。病院では、今までは、すでに生活習慣病になってしまった『患者』への指導であったが、保健指導の対象となった予防段階の人への指導を保健センターで行っているポピュレーションアプロ

ーチと連動しながら展開していきけるようなシステムづくりが課題となる。

ポピュレーションアプローチの検討に関しては、明確な枠組みを実感として持てないまま事業をこなしていたが、やはり保健センターでの保健事業は全てポピュレーションアプローチであると考えられる。そこで単に事業をこなすのではなく、まずはスタッフで共通認識をするという事が前提にある。集団全体へのポピュレーションアプローチだけでなく、ターゲットや目的を絞り込んだ視点を持つことが重要だと再認識した。

また、市として健康課題が何であり、どう取り組んでいくのかについて各担当課ごとに検討することはあっても、担当課をまたいで、一緒の方向を目指して連携し、効果的に事業を行っていくことを検討する機会が今までなかった。このモデル事業がきっかけとなり、分散された、担当課ごとの事業の仕方を見直していく必要があることを実感した。

# 大分県 国東市

## 1. 対象者集団の概要

対象集団の総数 (総人口/世帯数)	33,509人	人口構成 (年齢階層別内訳)		
		年少人口	人	%
医療保険加入者数 (国保・被用者保険)	10,035人	生産年齢人口	18,026	53.8
		老年人口	11,704	35.1
		75歳以上	6,922	20.7

## 2. 健康指標の分析

### 【健康を取り巻く状況】

○平均寿命・健康寿命

	国東市	大分県
平均寿命	男 78.3 女 85.8	78.7 85.6
健康寿命	男 75.1 女 78.6	75.8 79.3

★国東市の健康寿命は県平均と比べて、男性は0.4歳低く女性は0.2歳高くなっています。  
健康寿命は男女とも県平均より低くなっています。

○標準化死亡率(SMR)

男性 心筋梗塞(135.7)・不慮の事故(127.4) 国東市>県平均  
女性 心筋梗塞(127.4)・不慮の事故(121.7) 国東市>県平均

### ◆生活習慣病の受診件数

受診件数の割合をみると、生活習慣病は32.7%を占めている。疾病別にみると、「高血圧性疾患」が23.1%と最も高く次いで「糖尿病」が4.1%

### ◆生活習慣病の医療費の状況

国東市の医療費の割合をみると、生活習慣病は26.2%となっている。疾病別にみると、「高血圧性疾患」が12.2%と最も高く、次いで「虚血性心疾患」が5.9%、「脳血管疾患」が%となっている

## 3. 生活習慣病予防活動全体の概要 (次ページ参照)

## 4. 保健事業を効果的に実践するための取り組み

### ①特定健康診査受診率向上へ向けた取り組み

- ・健診結果から見えるものを数字で表し、今後それぞれの分類の者に必要なサポートを考える資料をつくった
- ・保健推進委員(保健協力員)に健康診査を受ける必要性などの説明を行い、地域での受診勧奨をお願いした。
- ・地元ケーブルテレビや市報に健診に関する記事を掲載し、受診勧奨を行なう
- ・未受診者を家庭訪問し、今後の受診の予定の確認や受診勧奨を行なった

## ②特定保健指導の利用率、終了率の向上へ向けた取り組み

- ・特定保健指導の案内を郵送し、利用を希望しない場合でもその理由を聞いた。返信の無い方へは、訪問を行い特定保健指導の必要性の説明と利用希望の有無を伺った
- ・グループ支援の欠席者に対しては、電話で日程調整を行い補習などをおこなった
- ・参加者以外の全特定保健指導対象者へのお便りの送付をモデル事業実施地域では行った。便りの中には、教室にはいつからでも入れることを記入し、第2回から2人の参加者が加わった。手紙の内容は、教室の振り返りと、その中で聞かれた参加者の声を中心に書かれてある。来ていない人が読んでも「みんな同じ事おもしろんやなあ」と感じて欲しい内容にしている。また、目を引くように、カラー印刷でおこなった。
- ③行動変容の継続的な仕組みづくり
  - ・OB会を継続して行っているが、今一度このOB会のねらい・目的をはっきりし、評価なども視野に入れての持ち方を検討します。コレには、参加者の声も重要になってくると考えます。

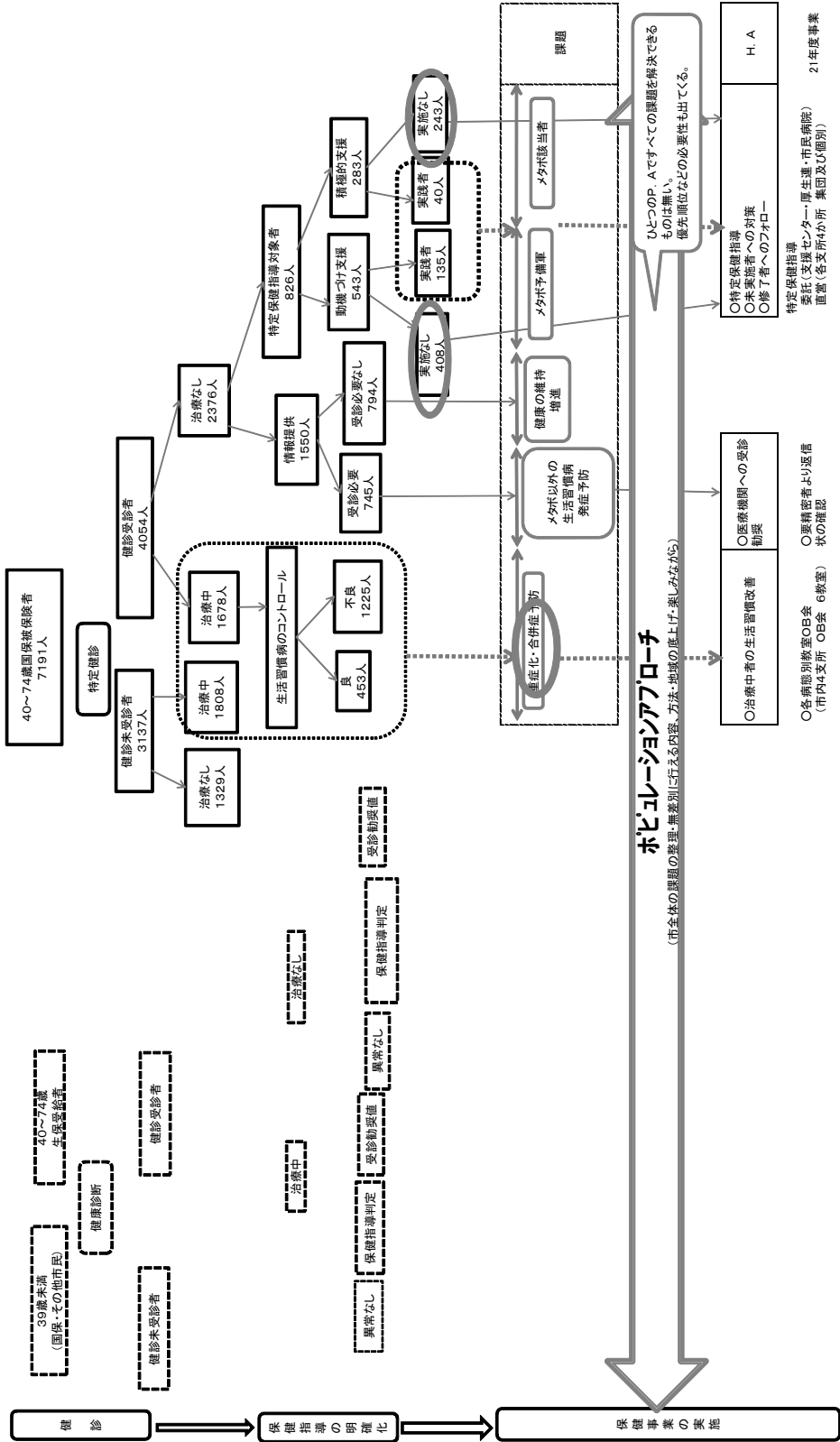
## 5. ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチとの運動に関する検討からみえてきたこと、保健師の所感

- ・みていたようで見えていなかった、全体像をみることの重要性を再認識できた。
- ・保健指導を方法論で解決しようとしてる保健指導の癖に気づいた。全体をみて、自分の地域の何が問題で、そこを解決する為 何が必要なのかを検討し、対策(方法)を実施すること、そして計画の段階で評価の視点を決めておくこと(評価時期も)を学んだ。
- ・運動について復命してもらったことで頭の中がすっきりしたし目指す方向をスタッフで確認できたと思う
- ・生活習慣は人が生きていく中で続くものだから、その人の人生の一部分にかかわり・考える・気づくなどの支援をすることが本当に大切だと思いうし長い目での支援と共に歩むことの必要性と喜びを感じた。

【ポピュレーションとハイリスクを考える】

	H20	H21	H22	H23	H24
目標値	47%	50%	53%	59%	65%
実績	56.3%	24%	30%	37%	45%
目標値	20%	24%	30%	37%	45%
実績	21.2%	17%	17%	17%	17%

国東市



・平成20年度 特定健康診査受診状況・特定保健指導利用状況

事業者	市町村	全国	モデル事業者 (全体)	地域																職業	
				柴田町	七尾市	東大阪市	岩国市	喜多方市	洲本市	五島市	与論町	むつ市	筑西市	行方市	淡路市	天理市	国東市	NTT 東海	IHI 健康保険 組合		
特定健診	対象者数	22,550,174	281,291	6,421	10,825	96,007	29,360	10,498	10,034	12,063	1,619	14,967	23,550	10,223	12,870	7,191	16,891	7,880			
	受診者数	6,942,839	79,309	2,974	3,303	4,677	3,910	3,910	3,118	4,392	401	1,931	7,233	3,982	3,046	4,052	15,901	4,573			
積極的支援	受診率	30.8%	28.2%	46.3%	30.5%	14.4%	15.9%	37.2%	31.1%	36.4%	24.8%	12.9%	30.7%	39.0%	23.7%	56.3%	94.1%	58.0%			
	利用者	768,502	5,601	146	162	787	104	196	159	250	26	70	426	347	160	212	2,289	165			
機付け支援	利用者	176,768	1,299	17	98	97	12	102	56	163	4	20	204	53	24	45	343	40			
	利用率	23.0%	23.2%	11.6%	60.5%	12.3%	11.5%	52.0%	35.2%	65.2%	15.4%	28.6%	47.9%	15.3%	15.0%	21.2%	15.0%	24.2%			
終了者	終了者	126,379	799	16	70	43	1	40	18	88	4	17	56	42	24	40	302	28			
	終了率	16.4%	14.3%	11.0%	43.2%	5.5%	1.0%	20.4%	11.3%	35.2%	15.4%	24.3%	13.1%	12.1%	15.0%	18.9%	13.2%	17.0%			
対象者数	対象者数	289,715	8,546	434	382	2,072	444	471	295	567	51	163	919	494	289	475	1,071	165			
	利用者	57,562	2,645	48	203	347	77	79	128	507	5	60	577	114	166	157	96	39			
利用率	利用率	19.9%	31.0%	11.1%	53.1%	16.7%	17.3%	16.8%	43.4%	89.4%	9.8%	36.8%	62.8%	23.1%	57.4%	33.1%	9.0%	23.6%			
	終了者	29,722	2,189	48	195	221	16	68	62	404	5	55	564	113	166	149	72	35			
終了率	終了率	10.3%	25.6%	11.1%	51.0%	10.7%	3.6%	14.4%	21.0%	71.3%	9.8%	33.7%	61.4%	22.9%	57.4%	31.4%	6.7%	21.2%			
	終了率	-	-	11.1%	4.2%	-	3.6%	14.4%	21.0%	0.0%	0.0%	9.8%	61.4%	-	-	-	0.0%	2.4%			

※全国データ参考資料：「市町村国保の20年度の速報値」週刊保健衛生ニュース 平成21年度12月28日 第1539号  
 ※モデル事業者データ：平成22年1月22日現在の本会把握情報より

・ heiQ 分析結果

表 1 heiQ の保健指導前後のデータ

領域	回答者数	平均点
1健康のための行動	778	2.3
2人生における積極的取りくみ	767	2.3
3情緒的健康	771	2.2
4自己観察と自己洞察	746	2.3
5前向きな態度	725	2.3
6技術やテクニックの習得	759	2.6
7社会参加とサポート	767	2.3
8医療サービスと誘導	743	3.0
保健指導前		
1健康のための行動	444	2.9
2人生における積極的取りくみ	441	2.9
3情緒的健康	435	2.7
4自己観察と自己洞察	423	2.9
5前向きな態度	405	2.8
6技術やテクニックの習得	407	2.6
7社会参加とサポート	442	2.8
8医療サービスと誘導	437	3.1
heiQプログラム	342	3.1

表 2 保健指導前後の heiQ コアの平均点の比較 (対応のある t 検定)

項目	分析者数	平均点	有意確率 (両側)
1 健康のための行動 (前)	272	2.20	.000
1 健康のための行動 (後)		3.01	
2 人生における積極的取りくみ	259	2.21	.000
2 人生における積極的取りくみ (後)		2.93	
3 情緒的健康	264	2.23	.000
3 情緒的健康 (後)		2.75	
4 自己観察と自己洞察	245	2.26	.000
4 自己観察と自己洞察 (後)		2.95	
5 前向きな態度	234	2.22	.000
5 前向きな態度 (後)		2.84	
6 技術やテクニックの習得	247	2.62	.617
6 技術やテクニックの習得 (後)		2.59	
7 社会参加とサポート	267	2.30	.000
7 社会参加とサポート (後)		2.83	
8 医療サービスと誘導	258	2.40	.000
8 医療サービスと誘導 (後)		2.97	

表 3 終了時点で健診時より 5%体重減少している人の初回及び終了時点の heiQ(全体)

領域	群	n	平均点	有意確率
保健指導開始前	1健康のための行動	29	2.30	0.979
	減少群			
	非減少群	205	2.30	0.981
	2人生における積極的取りくみ	30	2.39	0.116
	減少群			
	非減少群	206	2.19	0.147
	3情緒的健康	31	2.30	0.155
	減少群			
	非減少群	202	2.12	0.142
4自己観察と自己洞察	30	2.40	0.146	
減少群				
非減少群	194	2.25	0.175	
5前向きな態度	28	2.44	0.042	
減少群				
非減少群	197	2.22	0.024	
6技術やテクニックの習得	29	2.89	0.004	
減少群				
非減少群	205	2.54	0.005	
7社会参加とサポート	28	2.51	0.035	
減少群				
非減少群	206	2.26	0.035	
8医療サービスと誘導	28	3.09	0.096	
減少群				
非減少群	196	2.84	0.111	
1健康のための行動2	5%以上減量	13	3.19	0.167
それ以外		137	2.90	0.189
2人生における積極的取りくみ2	5%以上減量	15	3.02	0.025
それ以外		137	2.69	0.034
3情緒的健康2	5%以上減量	12	2.60	0.623
それ以外		130	2.68	0.687
4自己観察と自己洞察2	5%以上減量	13	2.95	0.711
それ以外		131	2.99	0.659
5前向きな態度2	5%以上減量	13	2.65	0.219
それ以外		132	2.83	0.249
6技術やテクニックの習得2	5%以上減量	13	2.50	0.216
それ以外		129	2.72	0.183
7社会参加とサポート2	5%以上減量	13	2.91	0.944
それ以外		135	2.92	0.934
8医療サービスと誘導2	5%以上減量	13	2.23	0.123
それ以外		137	2.55	0.115
9heiQプログラム	5%以上減量	14	3.30	0.799
それ以外		138	3.26	0.822
終了時調査				

	あてはまらな い	あてはまら ない	あてはま り	あてはまら ない	あてはま る
【heiQ質問紙】 ◇あなたの健康について、あてはまるところに○をつけてください。					
1 週の4日以上、自分の健康のために実行していることが何かひとつ以上ある (例:リラクゼーションやストレス解消の対策、健康的な食事、十分な睡眠など)					
2 自分の健康状態について考えた時、冷静な気持ちでいられる					
3 ほぼ毎日、何かしら楽しいと思うことをしている					
4 健康診断を受けるだけでなく、自分の健康状態を定期的にチェックしている					
5 自分の健康状態について、しばしば心配になる					
6 人生をできるだけ楽しむようにしている					
7 自分の健康状態を悪化させたり、健康問題を引き起こすきっかけがわかっている					
8 自分の健康状態のせいで、人生に大変不満を感じる					
9 人生で楽しいことをしている					
10 自分の健康状態について考えた時、安心していられる					
11 自分の生活習慣(食生活の乱れ、運動不足、ストレス)が、どうなった時に健康問題がおきるのか、わかっている					
12 毎日30分以上は、身体を動かす活動をしている (例:ウォーキング、スポーツジム、家事、ゴルフ、通勤時の歩行、畑仕事、自転車など)					
13 自分の健康状態について考えた時、満足できる					
14 いつも楽しいことをする予定をたてている					
15 健康状態に問題があっても、自分の人生に満足している					
16 自分がどんな時、そしてなぜ治療(運動・食事・薬物療法)をしないといけないのかよくわかっている					
17 自分の健康状態について考えた時、しばしば怒りを感じる					
18 週の4日以上、自分の健康的な活動のための時間をとっている (例:リラクゼーションやストレス解消の対策、健康的な食事、十分な睡眠など)					
19 自分の健康状態のことで、希望がないと感じる					
20 自らの人生に積極的に関わっているように感じる					
21 自分の健康状態が悪い時、それをコントロールするのに何をすれば良いかわかっている					
22 自分の健康状態について考えた時、平穏な気持ちでいられる					
23 自分の健康に注意し、できるだけ健康な状態を保つ努力をしている					
24 自分の健康状態について考えた時、動揺する					
25 週の4日以上、運動として1日15分以上歩いている					

	あてはまら ない	あてはま り	あてはまら ない	あてはま る
【heiQ質問紙】 ◇あなたの健康について、あてはまるところに○をつけてください。				
26 自分の健康状態について希望を持っている				
27 自分の健康状態を考えると、現実的にできる事とできない事がわかる (例:血糖が高めなので、食事を1日にどのくらいの量まで食べてよいかかわかっている)				
28 自分の健康状態について考えた時、とても落ち込む				
29 自分の健康状態を良くするために、健康器具(例:万歩計、体重計など)を上手に活用している				
30 私にサポートが必要なときには、頼りにできる人がたくさんいる				
31 自分の生活を制限する症状(例:不快感、痛み、ストレスなど)を効果的に防ぐ手段を持っている				
32 健康管理の専門家(例:医師、保健師、看護師、栄養士、運動指導士など)とよい関係を保っている				
33 自分の健康状態をコントロールするための良い方法を知っている				
34 何か(身体的・精神的)症状があった時、それに対処する能力がある				
35 自分の健康状態のせいで、人生の楽しみが妨げられないように心がけている				
36 健康状態を保つのに、援助してくれる友人が十分にいる				
37 健康管理に必要なことについて、健康管理の専門家(例:医師、保健師、看護師、栄養士、運動指導士など)と話し合うことができる				
38 日常生活をよりスムーズにするための道具や方法についてよく知っている				
39 具合が悪い時、私の家族や周囲の人は、私の状況を心から理解してくれている				
40 私の健康管理に役立つ情報を、積極的に健康管理の専門家(例:医師、保健師、看護師、栄養士、運動指導士など)に提供している				
41 利用可能な健康管理のための資源(例:医師、病院、地域サービス、インターネットなど)から、必要なものを手に入れている				
42 私の健康状態が、人生を台無しにすることはない				
43 全体的に見て、自分は友人や家族から大切にされていると感じる				
44 健康状態にかかわらず、自分はとても良い人生を送っていると思う				
45 自分の健康状態を理解してくれる人と、そのことについて十分に話す機会がある				
46 医師や他の健康管理の専門家(例:医師、保健師、看護師、栄養士、運動指導士など)と、ひとつのチームになって自分の健康管理をしている				
47 健康問題に、私の人生を左右させない				
48 ストレスを効果的にコントロールできる				
49 もし他の人が私と同様の問題に対処できるなら、私もできる				



**【heiQ質問紙】**

◇あなたの健康について、あてはまるどころに○をつけてください。

	あてはまらない	あてはまらな	あてはまる
50 このプログラムは、とても価値があるということを他の人たちに話すつもりである			
51 このプログラムは、私が達成できる妥当な目標を設定するのに役立った			
52 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			
53 リーダー(指導者)は、このコースをうまく運営していた			
54 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			
55 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			
56 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			
57 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			
58 参加者は、よく協力し合っていた			

59 このコースに参加するために困難だったことがあれば、あてはまるものすべてに○をつけてください

--	--	--	--

A このコース開催場所までの交通手段

B このコース参加のための時間の調整

C このコース開催場所での駐車スペース

D このコースに関わった費用

E その他(下の欄に具体的に記入してください)

※質問50～59は、保健指導終了時のみ実施する項目

## 6. 資料

様式 I (保健指導開始前及び保健指導終了時)

標準的な質問票

※平成19年度及び平成20年度モデル  
事業参加者（一部を除く）に実施

事業者 NO	ID (事業者記入)
-----------	---------------

質問項目		回答 ( ( ) 内は自由記載)	スタッフ欄
1-3	現在、a から c の薬の使用の有無		
1	a. 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ ( )	
2	b. インスリン注射又は血糖を下げる薬	①はい ②いいえ ( )	
3	c. コレストロールを下げる薬	①はい ②いいえ ( )	
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	① はい ②いいえ ( )	
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	① はい ②いいえ ( )	
6	医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析）を受けたことがありますか。	① はい ②いいえ ( )	
7	医師から、貧血といわれたことがある。	① はい ②いいえ ( )	
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。 (※合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っていて、最近1ヶ月間も吸っている。)	① はい ②いいえ ( )	
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	① はい ②いいえ ( )	
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している。	① はい ②いいえ ( )	
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している。	① はい ②いいえ ( )	

12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	① はい ②いいえ ( )	
13	この1年間で体重の増減が±3kg以上あった。	① はい ②いいえ ( )	
14	人と比較して食べる速度が速い。	①速い ②ふつう ③遅い ( )	
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	① はい ②いいえ ( )	
16	夕食後に間食（3食以外の夜食）をとることが週に3回以上ある。	① はい ②いいえ ( )	
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	① はい ②いいえ ( )	
18	お酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度	①毎日 ②時々 ③ほとんど飲まない（飲めない） ( )	
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 清酒1合（180ml）の目安：ビール中瓶1本（役500ml）、焼酎35度（80ml）、ウィスキーダブル一杯（60ml）、ワイン2杯（240ml）	①1合未満 ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3合以上 ( )	
20	睡眠で栄養が十分とれている。	① はい ②いいえ ( )	
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	① 改善するつもりはない ② 改善するつもりである ③ 近いうちに（概ね1か月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている ④ 既に改善に取り組んでいる（6か月未満） ⑤ 既に改善に取り組んでいる（6か月以上） ( )	
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	① はい ②いいえ ( )	




参考文献：厚生労働省、標準的な健診・保健指導プログラム（補定版）、PHS、2007

様式Ⅱ（保健指導開始前）

事業者 NO	ID
(事業者記入)	(事業者記入)

※平成19年度及び平成20年度モデル  
事業参加者（一部を除く）に実施

以下の項目の選択肢から**該当する項目1つに○**をご記入ください。  
この質問紙は項目16番から開始します。

項目	質問	質問項目	○記入欄
16 食習慣 	食習慣改善についてどのよう に思いますか。	1) 関心はない 2) 改善しなくてはいけないと思うが、実行で きない 3) 今すぐにも実行したい 4) 改善を実行して6ヵ月未満である 5) 改善を実行して6ヵ月以上である	
17 飲酒 	適正な飲酒習慣 は、日本酒なら1 日1合、ビールな ら500mlまでと し、同時に週に最 低2回は休肝日 をつくることで す。このような習 慣についてどの ように思います か。	1) 関心はない 2) 適正な飲酒をしなくてはいけないと思う が、実行できない 3) 適正な飲酒を1ヵ月以内に実行したい 4) 適正な飲酒を実行して6ヵ月未満である 5) 適正な飲酒を実行して6ヵ月以上である 6) 意識しなくても適量内である 7) 酒を飲まない	
18 運動 	定期的な運動(例 えば1回30分以上 の軽く汗をかく 運動を週2日以 上)を行うことに ついてお答えく ださい。	1) 関心はない 2) 運動しなくてはいけないと思うが、実行で きない 3) 今すぐにも実行したい 4) 時々やっている(やったりやらなかつたり) 5) 定期的な運動を実行して6ヵ月未満である 6) 定期的な運動を実行して6ヵ月以上である	




事業者 NO	ID
(事業者記入)	(事業者記入)

※平成19年度及び平成20年度モデル  
事業参加者（一部を除く）に実施

以下は、「プログラムに参加後」に対する質問内容です。  
該当する項目1つに○をご記入ください。

	非常にそう思う	ややそう思う	あまりそう思わない	全くそう思わない
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
以下は該当する項目があれば○を記入ください。				
12	3 食の食事時間を気にするようになった(就寝前2時間以内に食事をとらないなど)			
13	間食をとらないようになった			
14	体重測定をするようになった			
15	(喫煙者の方はお答えください) 健康でいるために禁煙したいと思った			

以下は、各項目の選択肢から該当する項目1つに○をご記入ください。

項目	質問	質問項目	○記入欄
16	食習慣改善についてどのよう に思いますか。 	1) 関心はない 2) 改善しなくてはいけないと思うが、実行で きない 3) 今すぐにも実行したい 4) 改善を実行して6ヵ月未満である 5) 改善を実行して6ヵ月以上である	
17	適正な飲酒習慣 は、日本酒なら1 日1合、ビールな ら500mlまでと し、同時に週に最 低2回は休肝日 をつくることで す。このような習 慣についてのの ように思います か。 	1) 関心はない 2) 適正な飲酒をしなくてはいけないと思う が、実行できない 3) 適正な飲酒を1ヵ月以内に実行したい 4) 適正な飲酒を実行して6ヵ月未満である 5) 適正な飲酒を実行して6ヵ月以上である 6) 意識しなくても適量内である 7) 酒を飲まない	
18	定期的な運動(例 えば1回30分以上 の軽く汗をかく 運動を週2日以 上)を行うことに ついてお答えく ださい。 	1) 関心はない 2) 運動しなくてはいけないと思うが、実行で きない 3) 今すぐにも実行したい 4) 時々やっている(やったりやらなかったり) 5) 定期的な運動を実行して6ヵ月未満である 6) 定期的な運動を実行して6ヵ月以上である	

**新質問紙**

※平成20年度の一部対象者と平成21年度対象者全員実施(新質問紙の分析は平成22年度の予定)




**質問票**

事業者 NO	(事業者記入)	ID	(事業者記入)
-----------	---------	----	---------

当てはまる項目一つに○をつけてください		質問項目	回答
1-3	現在、a から c の薬の使用の有無		
1	a. 血圧を下げる薬を飲んでいる。		① はい ② いいえ
2	b. インスリン注射又は血糖を下げる薬を飲んでいる。		① はい ② いいえ
3	c. コレステロールを下げる薬を飲んでいる。		① はい ② いいえ
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがある。		① はい ② いいえ
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがある。		① はい ② いいえ
6	医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けたことがある。		① はい ② いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがある。		① はい ② いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。		① はい ② いいえ ↓ ( ) 本/日
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。		① はい ② いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している。		① はい ② いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している。		① はい ② いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。		① はい ② いいえ

**新質問紙**

当てはまる項目一つに○をつけてください		質問項目	回答
13	この1年間で体重の増減が±3kg以上あった。		① はい ② いいえ
14	人と比較して食べる速度が速い。		① 速い ② ふつう ③ 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。		① はい ② いいえ
16	夕食後に間食(夜食)をとることが週に3回以上ある。		① はい ② いいえ
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。		① はい ② いいえ
18	お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度		① 毎日 ② 時々 ③ ほとんど飲まない
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 清酒1合(180ml)の目安:ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎35度(80ml)、ウイスキーダブルー一杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)		① 1合未満 ② 1~2合未満 ③ 2~3合未満 ④ 3合以上
20	睡眠で栄養が十分とれている。		① はい ② いいえ
21	塩辛いものをよく食べる。		① はい ② いいえ
22	野菜を毎食食べる。		① はい ② いいえ
23	フライやとんかつなど油で揚げたものをよく食べる。		① はい ② いいえ
24	甘いジュース、缶コーヒーをほぼ毎日飲む。		① はい ② いいえ
25	週1回以上、体重測定をしている。		① はい ② いいえ
26	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用したい。		① はい ② いいえ

当てはまる項目一つに○をつけてください		質問	質問項目	○記入欄
27		食習慣改善についてどのようになっていますか。	1) 関心がない	
			2) 改善しなくてはいけないと思うが、実行できない	
			3) 今すぐにも実行したい	
			4) 改善を実行して6ヵ月未満である	
			5) 改善を実行して6ヵ月以上である	
28		適正な飲酒習慣は、日本酒なら1日1合、ビールなら500mlまでとし、同時に週に最低2回は休肝日をつくることです。このような習慣についてどのようになっていますか。	1) 関心がない	
			2) 適正な飲酒をしなくてはいけないと思うが、実行できない	
			3) 適正な飲酒を1ヵ月以内に実行したい	
			4) 適正な飲酒を実行して6ヵ月未満である	
			5) 適正な飲酒を実行して6ヵ月以上である	
			6) 意識しなくても適量内である	
			7) 酒を飲まない	
29		定期的な運動(例えば1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上)を行うことについてどのようになっていますか。	1) 関心がない	
			2) 運動しなくてはいけないと思うが、実行できない	
			3) 今すぐにも実行したい	
			4) 時々やっている(やったりやらなかったり)	
			5) 定期的な運動を実行して6ヵ月未満である	
			6) 定期的な運動を実行して6ヵ月以上である	

当てはまる項目一つに○をつけてください		質問	回答
30		自分の健康のために生活や習慣を意識している	1 全くそう思わない
			2 あまりそう思わない
			3 ややそう思う
			4 非常にそう思う
31		自分の生活習慣が血液検査結果に反映することがわかる	
32		自分の1日の食べている量が基準量よりどのくらい多いか、もしくは少ないかわかる	
33		自分が健康であるために生活の活動量をどのように変えないといけないのかわかる	
34		自分が健康であるために食事をどのように変えないといけないのかわかる	
35		新しい習慣を身につけていくには時間がかかるが健康のために習慣を変えたいと思う	
36		健康により習慣を継続するための自分なりの条件がわかる	
37		健康により習慣を継続していく自信がある	
38		一緒に健康により習慣の継続を目指す家族や友人がいる	

## 7. 付録



厚生労働省 平成21年度先駆的保健活動交流推進事業

効果的な生活習慣病予防活動推進フォーラム

# 生活習慣病予防活動を推進するための「評価」を考える

～3年間の実践からの多様な視点での評価とは～

1. 日 時 平成22年1月28日（木）10：00～15：30
2. 会 場：コクヨホール（東京都港区港南1-8-35）
3. 出席者：参加者数 264名

## プログラム

### 1) 実践報告

#### ①3年間のコンサルテーションの取り組みについて

(社)日本看護協会常任理事 井伊久美子

#### ②モデル事業者実践報告及び意見交換

座長	(社)日本看護協会常任理事	井伊久美子
1年目モデル事業者	茨城県行方市保健師	奈良寄香織
2年目モデル事業者	青森県むつ市保健師	金浜 康子
	IHI 健康保険組合保健師	高橋 淳子
3年目モデル事業者	兵庫県洲本市保健師	北岡 公美

#### 2) モデル事業の保健指導の有効性と評価についての検討 (社)日本看護協会 事業開発部

#### 3) シンポジウム「保健指導を推進するための“評価”を考える」

座長 浜松医科大学医学部 尾島 俊之

シンポジスト ①メタボリックシンドロームの評価とは

(株)富士電機リテイリングシステムズ 五十嵐千代

②保健指導の評価に用いる測定用具について

国際医療福祉大学 荒木田美香子

③保健師としての評価指標とは

国立保健医療科学院 中板育美

④生活習慣病予防活動の評価とは

三重県伊賀保健所 佐甲隆

#### 4) 特定健診・特定保健指導における保健師の役割

厚生労働省健康局総務課保健指導室長 勝又浜子

#### 5) 閉会のあいさつ

(社)日本看護協会常任理事 井伊久美子

## 概 要

### 1. 実践報告

#### ①3年間のコンサルテーションの取り組みについて

井伊常任理事より開会のあいさつや本フォーラムでの趣旨等を含め、これまでの生活習慣病予防活動支援事業の取り組みについての実践報告が行われた。

まず始めに、平成20年度に開始となった特定健診・特定保健指導は、これまでの事業や保健指導を転換し発展させ強化していく契機であり、日本看護協会としても大きなチャンスであると述べた。本会で平成19年度より取り組んできたモデル事業の概要については、「効果的な生活習慣病予防活動のあり方の検討」と「保健指導の評価のあり方に関する検討」という2つの検討事項について、これまでのプロセスを報告した。また、実際に保健指導をどのように進めるかということ、グループワーク等を含め事業者と繰り返し検討をしてきた経緯を話し、「保健指導を実施する保健師の力をどうつけていくのか」という保健師の力量形成についても、モデル事業の課題として取り組んできた旨を説明した。

#### ②モデル事業者実践報告及び意見交換

「保健指導方法・保健指導技術の習得」「保健指導を事業として実施していくための工夫や困難点」「ハイリスクアプローチやポピュレーションアプローチの連動を踏まえた事業の展開」等について、4事業者から実践報告があった。

モデル事業1年目の奈良寄保健師（行方市）は、これまで保健指導の限界を感じていた点について語り、モデル事業に取り組んで「保健指導のオープン化が図られ、質の向上につながった」と述べた。モデル事業2年目の金浜保健師（むつ市）は、「働き盛り世代などへの健診未受診者への対策」や「地域全体の健康意識の底上げ」が課題とし、被扶養者を保健指導の対象としている高橋保健師（IHI）も「参加してほしい対象者（積極的支援者）にいかに参加してもらおうか」「自治体との連携」等が課題であると述べた。モデル事業3年目の北岡保健師（洲本市）は、ポピュレーションアプローチとして「ヘルスケアサポーター」事業について述べ、特定保健指導の実施率の向上という目的だけでなく、「自分の生活習慣を見直す場作りの大切さ」や「必要な支援が受けられる仕組みづくり」「動機付けや継続を支えていく仕組みを組織的・構造的にどう考えていくか」等が重要であると述べた。

### 2. モデル事業の保健指導の有効性と評価についての検討

事業開発部より、平成19年度から取り組んできた「保健指導の評価のあり方に関する検討」について報告を行った。検討のプロセスや評価の枠組みについて説明した後、平成19年度からの継続調査結果および平成20年度調査結果の概要について報告を行った。

### 3. シンポジウム「保健指導を推進するための“評価”を考える」

シンポジストとして特定保健指導コンサルテーションモデル事業検討委員会メンバーの有識者4名を迎え、それぞれの立場から保健指導を推進するため「評価」をテーマにご発言頂いた。五十嵐委員はメタボリックシンドロームの評価という点で「体重を減らすということだけではなく、内臓脂肪を減らす」ことが重要で、腹囲や体脂肪を活用していく必要性を述べた。荒木田委員は保健指導を評価する測定用具について述べ、保健行動や健康管理能力を測定していく必要性について実際のデータを用い説明した。中板委員は、保健師としての評価指標について触れた。「保健師として評価を行っていくことは事業の活動の達成度や見直しには必要で、評価についてみんなで考え、保健活動の可視化のためにも“評価”に元気を出して取り組んでほしい」と述べた。佐甲委員は、「生活習慣病予防活動の評価とは」という視点から、評価には多様な視点があるが、保健活動のあるべき姿や人間のあるべき姿をイメージし、どのような変化があったらいいのかを見ていくことが重要であると述べた。

シンポジストからの発言の後、尾島座長進行のもと意見交換が行われた。会場からは、「体重の減少率（％）について、どのように考えていくか」「保健指導をする際にBMIをどのように設定したらいいのか」などの質問があった。シンポジストからは、「何％体重が減ることが重要ではなく、（メタボリックシンドロームの保健指導としては）病気やリスクがどの程度減るのが重要」「継続可能であり健康的な生活ができそうな“折り合うがつく目標値”が妥当ではないか」「本人の健康感や生活も考え、いきいきと生活や仕事ができるというところを総合的に、対象者と一緒に考えていく必要がある」といった意見が出された。

### 4) 特定健診・特定保健指導における保健師の役割

勝又室長は、平成19年度からの3年間の取り組みについて触れ、「生活支援の有効性の検証」「人材育成と指導者の発掘」「有効な媒体の作成方法」「評価方法の検討」などの成果が得られたと語った。また、来年度は模擬的な保健指導事業を実施し、他者から客観的な評価を得ながら、保健指導の力量を高めていく事業を計画中であると述べた。

### 5) 閉会のあいさつ

井伊常任理事より閉会の挨拶があった。モデル事業者への謝意を伝え、「これまでの事業成果を次年度以降へつなげたい」と述べるとともに、本会で取り組んでいる「保健師の活動基盤に関する基礎調査」や「保健師の基礎教育の改革」については是非一緒に取り組んでいきたいと語った。



平成 21 年度先駆的保健活動交流推進事業  
「特定保健指導コンサルテーションモデル事業検討委員会」開催状況

委員会	日時	内容
第一回	平成 21 年 4 月 15 日 (水) 10 : 00~12 : 00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 平成 21 年度特定保健指導コンサルテーション事業の評価について</li> <li>2. ポピュレーションアプローチ・ハイリスクアプローチに関する効果的な連動に関する視点の検討</li> </ol>
第二回	平成 21 年 10 月 5 日 (月) 14 : 00~16 : 00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 先駆的保健活動交流推進事業 モデル事業の評価 (今年度の分析についての進め方) について</li> <li>2. 保健指導の適切な評価のための指標の検討について</li> <li>3. 生活習慣病予防活動推進フォーラムについて</li> </ol>
第三回	平成 21 年 12 月 3 日 (木) 14 : 00~16 : 00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ポピュレーションアプローチの効果的な事業展開に関して</li> <li>2. 先駆的保健活動交流推進事業モデル事業の評価指標・分析方法について</li> <li>3. 生活習慣病予防活動推進フォーラムについて</li> <li>4. 先駆的保健活動交流推進事業モデル事業報告書について</li> </ol>
第四回	平成 22 年 3 月 3 日 (水) 15 : 00~17 : 30	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 先駆的保健活動交流推進事業モデル事業の分析結果について</li> <li>2. 保健指導の適切な評価のための指標について</li> <li>3. ポピュレーションアプローチの効果的な事業展開に関して</li> <li>4. 先駆的保健活動交流推進事業モデル事業報告書について</li> </ol>

平成 21 年度先駆的保健活動交流推進事業委員名簿

「特定保健指導コンサルテーションモデル事業検討委員会」

委員長	尾島俊之	浜松医科大学医学部 教授
委員	荒木田美香子	国際医療福祉大学小田原保健医療学部 教授
委員	五十嵐千代	富士電機リテイルシステムズ株式会社 健康管理室 副室長
委員	佐甲隆	三重県伊賀保健所 所長
委員	三好ゆかり	国民健康保険中央会保健事業部 保健事業課長
委員	山下清香	福岡県立大学看護学部 講師

(50音順、敬称略)

オブザーバー	中板育美	国立保健医療科学院公衆衛生看護部 主任研究官
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 室長
オブザーバー	杉本直美	厚生労働省健康局総務課保健指導室

担当理事 井伊久美子  
担当部署 事業開発部

部長 坪倉繁美  
チーフマネージャー 藤井広美  
健康づくり支援担当専門員 塚尾晶子  
橋本結花

平成 21 年度 先駆的保健活動交流推進事業 報告書  
保健師が推進する生活習慣病予防活動  
－ 3 年間のモデル事業の取り組みから －

---

発行日 2010 年 3 月 31 日

編集 社団法人 日本看護協会 事業開発部

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)

URL <http://www.nurse.or.jp>

---

※本書からの無断転載を禁ずる