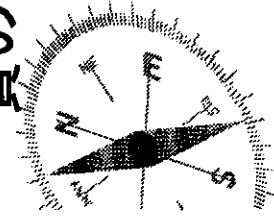


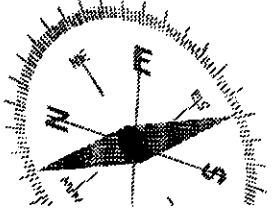
効果的な保健指導をするには

質の高い保健データの収集

が必要



問題点・検討課題



保健データ

健診結果

現病歴・既往歴

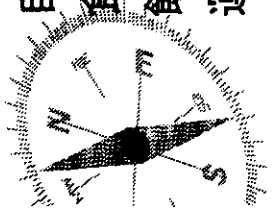
勤務状況

自覚症状

生活習慣

飲酒・喫煙習慣

運動習慣



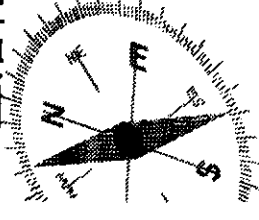
栄養指導

栄養教育評価プログラムを確立するため

には、食物摂取状況調査が切り離せない。

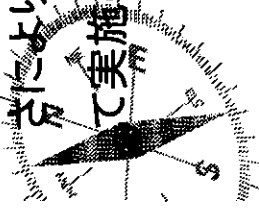
## 喫煙・飲酒指導

低いコンプライアンス  
非現実的指導が多い  
生活様式変容の動機付けが必要



11

しかしながら、従来からの秤量・記録式栄養調査法は、それに関わる時間や煩わしさにより日常的な個人の食事評価法として実施の可能性がきわめて低い。

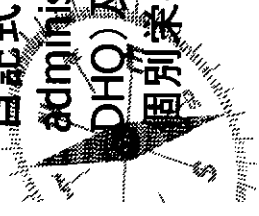


9

## 食生活習慣の把握

糖尿病予防の栄養教育のための65食品リストからなる食物摂取頻度調査票 (FFQW65)

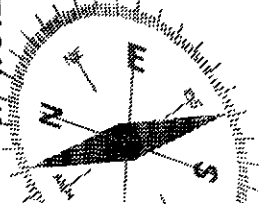
自記式食事歴法質問表 (Self-administered diet history questionnaire; DHQ) 及びその解析ソフトを用いて行った個別栄養評価・指導



10

## 運動指導

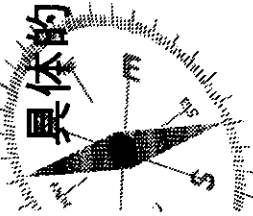
運動量の把握の困難性  
運動できる環境の未整備  
継続性の問題



12

## 健康日本21各論編の活用

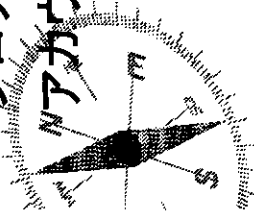
目標設定値の妥当性  
生活指導項目設定の妥当性  
具体的対策があいまい



13

## 判定ロジック

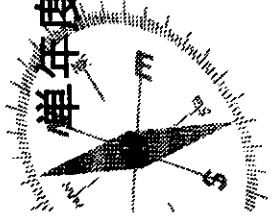
ニューロ  
ファジィ  
プロダクショナルール  
ニアカウンタビリティの問題



14

## 経年変化

健康診断は同一個人の経年的な  
健康データの追跡調査

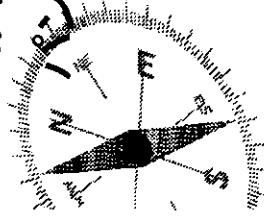


単年度のデータでは保健指導に限界

15

## 保健指導コメントの限界

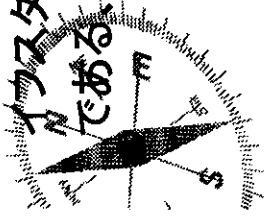
対面指導との違い  
指導の強弱  
コメントのボリューム  
インフレット配布



16

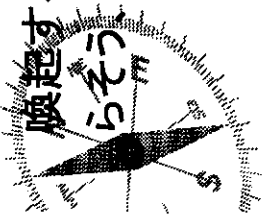
## 生活習慣病

従来成人病と言われていた病気の成り立ちに生活習慣が大きく関与しており、一次予防のためには、将来病気になるようなライフスタイルを病気になる前に改善すべきであるとの考え方が背景にある。



17

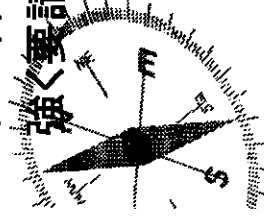
病気になってから、あるいはその病気による続発症が出てからでは、患者本人が大変なだけでなく、社会的コストも高いものになってしまうので、生活習慣に注意を喚起することで、問題の発生を未然に減らそうというものである。



18

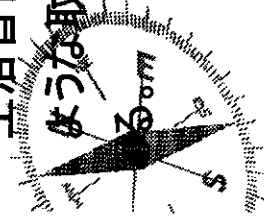
## 生活習慣病対策

従来の人間ドックは、二次予防(病気の早期発見、早期治療)に重点があったが、これに合わせ、一次予防へ重点を移すよう強く要請されている。



19

生活習慣病の考え方をより取り入れて、異常な数値が発生する前に、好ましくない生活習慣を改善し、行動パターンを変えるほうに取組みをすべきだ、との主張であ

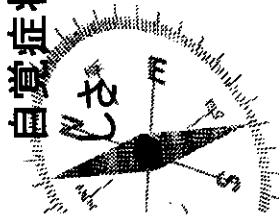


20

## 「生活習慣病」の問題点

「生活習慣病」という呼称にも問題がある。

どんな病気でも、病気の成り立ちには、環境的要因と遺伝的要因の2つの面が関与している。



21

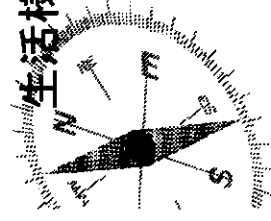
検査値に異常が出てからでは遅い  
生活習慣の偏りだけでも保健指導が必要  
自覚症状がない段階でのアプローチの難

## 問診の問題

従来、疾病の早期発見、検査項目を  
補う目的



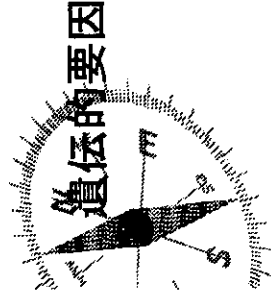
生活様式の偏りの情報収集



22

## 環境的要因

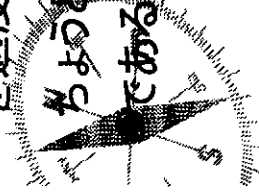
- 本人が変えられないもの＝外部環境、生物学的環境
- 本人が変えられるもの＝生活習慣



24

「生活習慣病」という呼び方は、このうちの環境要因の一部である生活習慣の関与を過度に強調してしまう恐れがある

ちよど、すべての病気はメンタルが原因であるとの考えと同じ



26

### 個人による遺伝的要因と生活習慣の関与の度合いの違い

遺伝的負荷がほとんどなく、どんなに不摂生しても糖尿病にはならない  
少しの遺伝的負荷があるが、常識的注意を守れば糖尿病にはならない  
遺伝的負荷があり、生活習慣に注意しないと糖尿病になる  
遺伝病とみなしても良いくらい、どんなに努力しても糖尿病になる

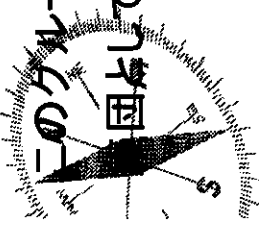


26

糖尿病を「生活習慣病」とみなして指導するのがもっとも適切なのは、上のうち、2番目と3番目のタイプの人に対してである

このグループが最も数が多い

因よとして見た場合には、重要なアプローチ

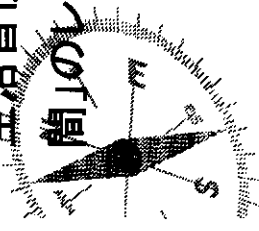


27

### 「生活習慣病」指導の弊害

「生活の質」を極端に落としたストイックな生活を強要したりしかねない

生活習慣が悪いから病気になった「ダメ人間」のレッテルを貼りがねない



28

患者自身が努力しているにもかかわらず  
成果が上がらないと、患者が自己嫌悪に  
陥る

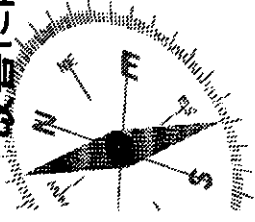


生活習慣の改善だけでは成果が上がらな  
い人にまで、さらに努力を強要するだけで  
生活指導をしたような気になってしまう

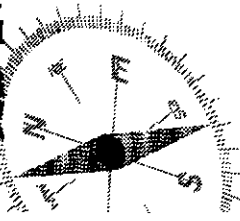
29

31

コレステロールの場合も、遺伝的な要素  
が強すぎて、本人の努力にもかわらず  
改善に限界がある人もいる



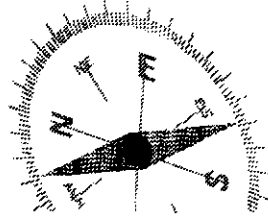
効果が上がっていない場合でも「もっと生  
活習慣を改善しろ」一辺倒なアプローチに  
受診者が不信感を持つ



30

32

あるいは、中年女性の橋本病のような場  
合もある



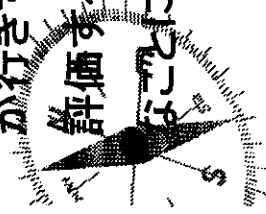
「コレステロール値220mg/dl以上＝

生活習慣病＝要矯正」のステレオタイプ

が行きすぎると、ここでもその人の努力を

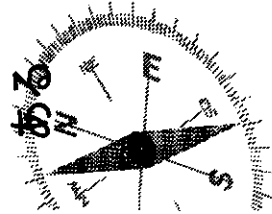
評価するどころか、努力不足を責めるよう

なこともなりかねない



33

以上の点を検討して、今後保健指導コメント作成のシステムを構築していく予定です



34



1. 川口浩人 杉森裕樹 須賀万智 田中利明 山本竜隆 往西誠 吉田勝美  
芳賀博 菊岡修一 杉山みち子 西村秋生. 生活機能質問票によるヘルスア  
セスメントの試み Health Sciences 2002;18(3):186-193
2. Suka M SugimoriH, YoshidaK. Validity of the Framingham risk Model  
Applied to Japanese Men Methods of information in medicine 2002;41:  
213-215
3. Suka M SugimoriH, YoshidaK. The Impacts of Health Examinations and  
Smoking on Disease Mortality Risk in Japan: a Longitudinal Cohort of  
720,611 Japanese Life Insured Persons Environmental Health and  
Preventive Medicine 2002;7(4):169-172

20021418

以降は雑誌/図書に掲載された論文となりますので、  
「名称未設定」の「研究成果の刊行に関する一覧表」をご参照ください。