

- ・ 禁煙個別健康教育。家族のため、という禁煙動機を発見し、家族の協力が得られ、禁煙成功。
- ・ 健診で高血糖で要指導となった方に個別に健康教育を行い、日常生活習慣改善。
- ・ 子供の健診時に相談を受ける。子どもを含めた生活状況の確認。栄養士と保健師で関わる。本人のがんばっている部分を認め、新たな目標を設定することを続け、減量成功。
- ・ 機能訓練に継続的に参加している方に対して個別に健康相談。食事の問題を保健師が指導。半年後フォローし、指導内容の遵守を確認。
- ・ 高血圧、喫煙者。医師より紹介されて健康相談へ。禁煙、食事の指導。2ヶ月後禁煙継続中、血圧安定。
- ・ 高血圧の相談。食事記録書いてもらい、妻とともに健康指導。服薬を拒否していたが、納得し開始。受診継続、食事療法継続できている。
- ・ 生活習慣改善教室。医師、栄養士、歯科医師の講義とグループワーク。運動の講義と実習、個別指導などを6回にわたり開催。減量、データ改善。
- ・ 糖尿病で視力障害あるが未受診のケースに対し、継続訪問で本人を理解、保健師が医師と連携、通院介助のヘルパー調整のためケアマネージャーとも連絡。受診、手術。
- ・ 60代一人暮らし男性、高血圧。食事記録をもとに栄養士と相談。訪問し、栄養指導。食生活改善みられた。
- ・ 健康相談から受診に結びつき、治療したことで血圧改善。
- ・ 医師の講話と禁煙相談をきっかけに医療機関を受診しニコチンパッチ処方、禁煙成功。
- ・ 70代男性一人暮らし。保健師、栄養士の訪問で栄養指導。今までの食生活に無理のないかたちで指導内容を取り込み、指導内容を生かした食生活が実践できている。
- ・ 減脂肪コース。運動・休養・栄養に関する講話の後、運動を実践。調理実習も1回あり。食事グラフや測定グラフの宿題、目標設定もあり。減量、サイズダウンに成功。
- ・ 生活習慣病改善コース。運動・休養・栄養に関する講話の後、運動を実践。調理実習も1回あり。食事グラフや測定グラフの宿題、目標設定もあり。減量、データ改善。
- ・ 基本健診で要医療となり栄養相談に来所。食事療法を取り入れ3ヶ月でデータ改善。栄養相談を継続することで食生活をコントロールする方法を学んだ。
- ・ 糖尿病食事相談。個別指導、生活プログラムの提案などの指導を継続。途中体調不良で入院したのを機に、取り組みが真剣になった。
- ・ 女性のための健康相談へ生理不順を主訴に来所。高血圧で医療機関紹介受診。治療開始。
- ・ 高血圧・肥満で健康相談に来所するも、食事指導や受診勧奨守られず。1年半後運動や食事の変化みられるようになり、減量。医療機関受診もするようになった。
- ・ 60代男性肺気腫通院中。一人暮らしで人付き合い少ない。訪問にて禁煙成功。

地区での集まりにも参加。楽しみを見つけることでたばこにあまり興味を持たなくなった。

- 健診結果にもとづき肥満に対し電話指導。健診継続、受診継続。減量にも成功。
- 結核での入院を機に保健師による定期訪問、DM 治療開始。通院治療継続のため保健所に通所してもらい直接服薬確認。食事内容チェック。定期受診継続。食事療法継続。
- 結核通院治療中は服薬確認のため毎日保健所に通所。運動や食事療法、定期受診継続。
- 保健所精神デイケア参加者として支援中。肥満、高血圧あり。食事指導を行い、少しずつ改善できるよう継続的にフォロー。
- いきいきシニア講座。認知症に対する啓発、早期発見、転倒予防を行う自主グループの育成。講話、レクリエーション、運動実技、グループワーク。OB会が結成された。
- 7 日間の減量教室。保健師・栄養士が関わって目標設定。実行できているか記録でチェック。できていないときは個別にフォロー。
- 幻聴や妄想などの精神症状があるが、精神疾患として受け入れられないため受診中断中であった。当所の精神科医師により受診勧奨、保健師同伴にて再受診。
- 統合失調症、独居。貧血、腰痛あり。訪問し、食事内容確認。宅配弁当の利用を助言。
- DM コントロール不良。結核入院あり。退院後の服薬支援が必要と思われた。面接による服薬確認継続し、服薬期間無事に終了。

## 分類2

牧野・大井モデルの分類に当てはまるものはその分類にしたがった。

保健指導事例の「セルフケア能力」のプロセス（牧野・大井モデル）							
行動分類	無関心期	前準備期	準備期	前期実行期	後期実行期	維持期	
時期	6ヶ月以内に 実行するつもりなし	6ヶ月以内に 実行する意志あり	プログラム開始期	開始後1ヶ月～6ヶ月未満		開始後6ヶ月以上	
本人の 状況	精神・運動技能領域＝技術・実践	非行動状態 逸脱した保健 行動	自己流の対処	行動意図の明確化 環境整備	プログラムを生 活の中に取り入 れる セルフモニタリ ングの開始	セルフモニタリ ングの継続・活用保健 行動の定着化	セルフ・ケア能力の 向上 行動の定着
	情動領域 ＝感情の 動き	無関心	躊躇 必要性は感じてい るが「実行負担」 が大きい	効果に対する期待 実施に対する 負担感不安感	後退の危険性 が高まる	効果や楽しさを体 験する知識・体験 の共有によるエン パワメント 実施による負担感 の消失	社会的活動の促進
	認知領域 ＝知識・理 解・解釈・ 思考	健康ニーズの潜在	必要性への気づき 実行意志の芽生 え	自己(再)評価	行動意図の強 化	客観的な自己 評価の必要性への 気づき	セルフケアの肯定
保健師の 支援	支援の 方向性	1)健康ニーズへの 気づき促す 2)実施者の感情に 共感する	1)強みに焦点を当 てた支援 2)相手の理解に 合わせた知識・情 報提供	1)「なりたい自分像」 をイメージ化させる 2)自己効力感を高め る支援 3)自己選択・自己決 定を促す支援 4)実施負担を軽減す るよう段階的に目標 を設定 5)実践を可能とする ための環境整備	1)強化マネジ メント	1)ソーシャルサ ポートの活用 2)グループの 力動を促進する 3)阻害因子の 軽減	1)楽しみや充実感を 感じさせ、脱落を予 防する 2)セルフヘルプグ ループ育成支援 3)社会・組織への働 きかけ
	保健師の 介入量と バランス	個人>集団	個人>集団	個人=集団	個人≧集団	個人≦集団	個人<集団

### ① 無関心期

- 60代の女性。胃がん健診を受けたことがなかったが、地区の愛育委員に委嘱され、健診の受診を勧奨する立場になり、自身の健康についての意識が高まり、胃がん健診を受診した
- 60代の女性。乳がん健診で要精密検査となるが、胃がんの手術既往があるため、受診を嫌がっていた。夫に受診の協力を依頼したところ、3ヵ月後に夫に付き添われて精密検査を受診し、経過観察となり、その後の3ヶ月ごとの定期検診は夫とともに通い、翌年乳がんの手術となった。
- 70代女性、DM。高齢者実態調査がきっかけで保健師が関わる。訪問続け、糖尿病教室、自主グループに参加。検査値改善。表情明るくなった。
- 60代女性。軽度高血圧と抑鬱傾向あり。面接ではよく話を聞き、意欲を評価した。血圧に関する知識の伝達や注意点を話し、実行できることを話し合った。降圧成功。
- 50代女性一人暮らし、妄想あり、未治療。兄弟より相談。家庭訪問数回の後、保健福祉事務所の精神保健相談へ。紹介状つき、家族同伴で精神科受診。
- 50代女性、一人暮らし、精神疾患あり。保険加入なし。健診を機に保険加入、治療。

- ・ 成人健診で要指導の方を訪問。医療機関の受診を促し、生活習慣の改善点を伝えた。
- ・ 60代男性、糖尿病だが治療中断中。健康相談で説得し、医療機関受診、服薬開始。食事療法も開始。その後地域での糖尿病の健康教育で経験談を話してもらった。
- ・ 父親のケアマネージャーの訪問に同行し、バイタルチェック、飲酒・食生活の把握。ヘルパーも協力。半年後基本健診やがん検診を勧め受診。医療機関受診、服薬開始。
- ・ 運動教室卒業生が自主グループとして活動するのに保健師が参加。

## ② 前準備期

- ・ 60代の男性。健診にて高コレステロール血症、肥満を指摘される。半年後の目標を立てるよう栄養士、保健師からの指導を受け、間食や、脂っこい料理を減らし、運動を行うようになった。半年後にコレステロールは正常化した。そのことが市の広報誌で紹介され、ますます本人の励みとなり、その後の継続につながっている
- ・ 60代の女性。基本健康診断で高脂血症、肥満傾向を指摘された。食事、間食ともに量が多く、運動量は少なかった。保健師が数回面接を行ったところ、生活習慣の改善のための努力自体がストレスであるとの訴えがあった。個別健康教育に何を求めるのかを問いただすと、「やせて、昔着ていた洋服を着たい。もっとおしゃれをして若々しく過ごしたい。」という答えであった。指導の最終目的を「コレステロール値を下げる」から「好きな洋服を着られる」に変更し、その目的のためにできることを考えるように指導した。その結果、生活改善意欲が増し、減量に成功し、コレステロール値も低下した。
- ・ 60代の女性。がん検診で要精密検査となったが、受診を迷っていた。検診の説明会で体験者の話を聞き、検査方法のビデオを見ることで不安が軽減し、精密検査の受診を決意した。
- ・ 健診にて中性脂肪高値。訪問し、食事内容検討。間食を少なくすることと、洋菓子から和菓子への変更、夕食時間を早くすることを指導し、一年後の健診で改善。
- ・ 高尿酸血症の方。適切な酒の種類と飲酒量を説明。肴のなかのプリン体についても指導。満足度も考慮しつつも酒の種類や量を選べるようになり、結果的には減酒。
- ・ HbA1c 高値の女性。自分なりに生活に気をつけているがデータ改善しなかった。間食を運動前にするように指導、食べたら動くということを意識してもらった。データ改善。
- ・ 基本健診で高脂血症・高血糖・肥満あり。訪問、生活状況把握。介護中で忙しい毎日。健康教室参加を通して運動習慣と食事改善、ストレス解消ができた。OB会にも参加。
- ・ 医師の紹介で栄養相談と体験型教室に参加。医師による動機付けがあったため、よい結果につながった。
- ・ 愛育委員会にて乳房自己検診法の健康教育。しこりを発見し、乳ガンと判明、

手術。

- ・ 内臓脂肪燃焼教室。3ヶ月6回。初回に生活の反省と目標設定。2回目医師と栄養士から講義。3回目は運動指導士による指導。5回目にグループワーク。終了後OB会結成。
- ・ 糖尿病教室。保健師・栄養士による個別面接、家族調整。講義、運動実技、調理実習、グループワーク。記録票に毎回保健師と栄養士がコメントを記入。減量、行動変容成功。
- ・ 退院後の服薬指導、糖尿病のコントロール状態を確認。
- ・ 血圧を下げる教室。身体計測、食生活・生活状況調査。医師の講演会、座談会・意見交換会。保健師・栄養士の個別面接。終了後、食生活改善のボランティア活動にも参加。
- ・ 単発の健康教室。受診歴のない方で本人は健康と思っていたが、高血圧あり、健診受診につながった。
- ・ 運動普及応援団づくり講座受講。運動を中心とした健康づくりのため講義や実技。終了後も多組織や公民館講座などでストレッチを指導。
- ・ 両親向けの教室で、妊娠中の飲酒・喫煙の予防について。パンフレット配布、講話。習慣のあった者のほぼ全員が気をつけるようになった、と回答あり。
- ・ 禁煙サポート教室。インターネットを利用した禁煙マラソン、企業ごとの集団指導、カウンセリングで禁煙をサポート。全員禁煙継続中。
- ・ 40代男性、鬱病治療中。ヘビースモーカー。ニコチンパッチを導入して3ヶ月後禁煙成功。
- ・ 40代女性、保健所での禁煙教育に申込。補助剤使わずに減煙成功後、ニコチンパッチを導入し禁煙成功、継続中。

### ③ 準備期

- ・ 60代の男性。肝機能障害あり。生活習慣病予防教室に参加し、受講生全員の前で、「自分はビールを減らす！」と宣言。3ヶ月間14回の教室の間にスタッフ、参加者より減酒の達成度について声をかけられるなどの支持を得る。以前はビールを1日4本以上飲んでいましたが、教室終了時には1日1本になり、さらにその後休肝日の設定までこぎつけた。
- ・ 60代の男性。高血圧。市の広報紙を見て生活習慣病予防教室に参加。「病気があっても元気な生活を送ることはできる」という講話に強く共感して、町の健康増進計画に参加し、寸劇グループを結成した。地域を廻り健康をテーマにした寸劇を上演している。自身の血圧は低下し、活気のある生活を送っている。
- ・ 基本健診で糖尿病の疑い。家庭訪問し本人と妻へ説明。専門医受診となる。
- ・ 基本健診で高脂血症の要指導者を対象にウォーキンググループを作り、定期的に歩く習慣をつける。
- ・ 健診結果より現在の状況、将来起こりうることを説明し、生活指導。体重減少、高脂血症改善につながった。
- ・ 高脂血症予防教室への参加をきっかけに、食事の知識を身につける。運動や趣味のサークルに参加するようになった。

- 健康相談で膝の痛みに対して体操指導したところ、自宅で実行中。
- 小児肥満、糖尿病、不登校の女兒。連携を取り、食事・運動療法の実践。
- まずたばこの影響についての講演会に参加、禁煙サポート申込みあり、面接や電話でのサポートを通して禁煙継続中。集まりで体験談を話すことも。
- 中学生対象に喫煙・飲酒・薬物乱用防止教育。将来喫煙・飲酒したいか？というアンケートの答えでわからないが減少し、Noに。Yesは変化なし。
- 糖尿病の栄養相談。交換表の活用方法を説明。その後、教育入院を経て自己管理ができるようになり、減量、血糖コントロール良好。
- 禁煙相談。禁煙失敗歴やアルコール中毒での入院歴あり、依存しやすいタイプ。COPD についての情報提供とニコチンパッチ処方のため医療期間紹介。禁煙継続中。
- 地域単位で健康づくり事業を展開。医学部に委託して評価、事業実施状況の共有、支援。専門職種との連携。

#### ④ 前期実行期

- 60代一人暮らし男性、高血圧。食事記録をもとに栄養士と相談。訪問し、栄養指導。食生活改善みられた。
- 健康相談から受診に結びつき、治療したことで血圧改善。
- 医師の講話と禁煙相談をきっかけに医療機関を受診しニコチンパッチ処方、禁煙成功。
- 70代男性一人暮らし。保健師、栄養士の訪問で栄養指導。今までの食生活に無理のないかたちで指導内容を取り込み、指導内容を生かした食生活が実践できている。
- 減脂肪コース。運動・休養・栄養に関する講話の後、運動を実践。調理実習も1回あり。食事グラフや測定グラフの宿題、目標設定もあり。減量、サイズダウンに成功。
- 生活習慣病改善コース。運動・休養・栄養に関する講話の後、運動を実践。調理実習も1回あり。食事グラフや測定グラフの宿題、目標設定もあり。減量、データ改善。
- 基本健診で要医療となり栄養相談に来所。食事療法を取り入れ3ヶ月でデータ改善。栄養相談を継続することで食生活をコントロールする方法を学んだ。
- 糖尿病食事相談。個別指導、生活プログラムの提案などの指導を継続。途中体調不良で入院したのを機に、取り組みが真剣になった。
- 女性のための健康相談へ生理不順を主訴に来所。高血圧で医療機関紹介受診。治療開始。
- 高血圧・肥満で健康相談に来所するも、食事指導や受診勧奨守られず。1年半後運動や食事の変化みられるようになり、減量。医療機関受診もするようになった。
- 60代男性肺気腫通院中。一人暮らしで人付き合い少ない。訪問にて禁煙成功。地区での集まりにも参加。楽しみを見つけることでたばこにあまり興味を持たなくなった。
- 健診結果にもとづき肥満に対し電話指導。健診継続、受診継続。減量にも成

功。

- 結核での入院を機に保健師による定期訪問、DM 治療開始。通院治療継続のため保健所に通所してもらい直接服薬確認。食事内容チェック。定期受診継続。食事療法継続。
- 結核通院治療中は服薬確認のため毎日保健所に通所。運動や食事療法、定期受診継続。
- 保健所精神デイケア参加者として支援中。肥満、高血圧あり。食事指導を行い、少しずつ改善できるよう継続的にフォロー。
- いきいきシニア講座。認知症に対する啓発、早期発見、転倒予防を行う自主グループの育成。講話、レクリエーション、運動実技、グループワーク。OB会が結成された。
- 7 日間の減量教室。保健師・栄養士が関わって目標設定。実行できているか記録でチェック。できていないときは個別にフォロー。
- 幻聴や妄想などの精神症状があるが、精神疾患として受け入れられないため受診中断中であった。当所の精神科医師により受診勧奨、保健師同伴にて再受診。
- 統合失調症、独居。貧血、腰痛あり。訪問し、食事内容確認。宅配弁当の利用を助言。
- DM コントロール不良。結核入院あり。退院後の服薬支援が必要と思われた。面接による服薬確認継続し、服薬期間無事に終了。

#### 考察および次年度以降の計画

事例に見られた主な特徴は以下の通りである。

- 問題点を患者と保健師がともに考える
- 患者自身が目標を設定
- 患者が目標を宣言し、周囲の協力を得る
- 患者自身が達成可能だと感じる目標を立てること
- 具体的な目標の設定
- テーラーメイドの指導
- アメ（ほめる、ご褒美など）の使い方
- 家庭訪問を行う
- 繰り返し誘う
- 継続的なフォロー（メール、電話、訪問、集会など）
- 家族の支援
- 同じ目標をもつ者の存在（グループワークなど）
- 専門家の支援（保健師、栄養士、医師、看護師、ヘルパー、ケースワーカーなど）
- 専門家の団結
- 具体的な数字でフォロー（体重測定、血圧測定、血液検査、呼気中一酸化炭素、尿中コチニン、筋力測定など）
- 数値の可視化（患者自身が体重、血圧、歩数のグラフ化など）
- 日誌（禁煙日誌、生活行動日誌など）

- ・ 実技を含む健康教室（調理実習、運動など）
- ・ キーパーソンへの働きかけ（会社、漁業組合、婦人会、老人会など）
- ・ 健康教室終了後のOB会結成
- ・ 教室を長続きさせるための低額会費
- ・ 健康教育セミナー修了者をインストラクターに育成
- ・ 夜間講座の設置
- ・ 巧みなキャッチフレーズ
- ・ 活動を地区のたよりなどに掲載
- ・ 健康セミナーに対する受講者による評価
- ・ 適切なターゲットの設定（園児、保護者、老人、労働者など）
- ・ 現状把握、問題点の分析、目標設定、実行、再評価、修正のサイクルといった手段

個々の事例で性別、年齢、疾患、行動分類、生活形態等による更なる分類が必要である。

次年度は事例のうち重要な例をいくつか取り上げ、担当者に直接詳しい話を聞くなどの方法で分析を進める計画である。また各方面の保健医療専門家から参考になる事例提供を受け、ガイドライン・マニュアルの作成を進めていく。

## 研究協力者より寄せられた事例

事例1 糖尿病予防教室	社団法人K会
<p>老人保健法に基づく基本健康診査受診者のうち、糖尿病境界型と判定された者（HbA1c5.6%以上）を対象に2～3年間にわたり、食事と運動に関する保健指導を小集団で実施した。</p> <p>初年度は6か月間で5回の教室及び3回の支援ハガキ、2年目は4回の教室及び2回の支援ハガキ、3年目は2回の教室、1回の支援ハガキの介入で行い、その結果、ウイスキー飲酒量の減量、ヘビースモーカーの禁煙、歩行数の増加、間食の減量、食事バランスの改善等に改善がみられた。</p>	
事例2 脳の健康づくりモデル事業	O保健所
<p>脳血管疾患及び認知症の発症を予防することを目的に、基本健康診査受診者のうち高血圧要医療者を対象に4か月間6回の介入で知識、生活習慣、教室データ、セルフモニタリングデータを指標として、血圧コントロールに関する保健指導を小集団と個別指導を組み合わせ実施した。知識の習得、生活習慣、体重・体脂肪率・内臓脂肪レベル・収縮期及び拡張期血圧・中性脂肪等の教室データ、家庭における血圧測定値等のセルフモニタリングデータに改善がみられた。</p>	
事例3 水中運動教室	K保健センター
<p>水中運動を通して生活習慣の改善を図り、運動習慣のきっかけづくりを目的に、市民健診受診者及び国保人間ドック受診者のうち高脂血症や糖尿病が要指導域以上を対象に5か月間16回の介入で基礎知識、精神的健康、目標達成度、満足度、腹囲を指標として、集団と個別指導を組み合わせ実施した。生活習慣や運動に関する基礎知識の向上と運動習慣付け、ストレス解消、体重減量、腹囲に改善がみられるほか、満足度や仲間づくりにも効果があった。</p>	
事例4 高血圧治療のための受診勧奨	K市健康推進課
<p>地域の福祉事業参加者で血圧値が要医療域にあった78歳女性を対象に、保健師と国保担当者との連携のもと事業参加時の健康相談及び家庭訪問により受診勧奨を行なった。受診、内服により血圧は徐々に低下、安定したのち、地域事業の中で継続的支援を行うことができた。</p>	
事例5 国保人間ドック後の保健指導	K市健康推進課
<p>国保人間ドック受診者で肥満、高血糖に要精密検査にあった58歳女性を対象に、保健師による家庭訪問で生活習慣指導を行なった。直接生活の場に出かける家庭訪問により、生活実態が把握でき具体的指導ができたこと、毎回、目標確認や生活習慣の変化等で評価を行い励みとなったこと、家族の協力があつたこと等で食事や運動、血糖値に改善がみられた。</p>	

事例6 がん検診後の受診勧奨	K市健康推進課
----------------	---------

乳がん検診受診者で要精密検査にあった68歳女性を対象に、保健師による家庭訪問で受診勧奨を行なった。家庭訪問により、再三、受診を勧奨するも未受診であったが、夫の協力を得るとともに信頼関係ができることで受診につながった。手術後、経過良好で夫と共に趣味を楽しみながら元気に生活されている。

事例7 健康教室（肥満・高血圧要指導者）	S町衛生課
----------------------	-------

生活習慣病を予防することを目的に基本健康診査受診者のうちBMI24以上かつ血圧要指導者を対象に6か月間8回の教室及び1回の支援レターの介入で生活習慣、体重、ウエスト、収縮期及び拡張期血圧、尿中食塩排泄量、血液検査等を指標として集団で実施した。食事運動面での実行ステージに改善がみられるとともに体重、ウエスト、血圧、総コレステロール値、中性脂肪値等に改善がみられた。

事例8 さわやか運動教室	S町衛生課
--------------	-------

生活習慣に関心のある40歳から69歳までの者を対象に初心者コースと体力アップコースに分け、7か月間14回の介入で運動習慣行動や体力測定値、腹囲を指標として集団で運動実技を中心に実施した。教室終了後には、地域の運動サークル活動で継続した者や自主的に体操やウォーキングを開始した者がみられたほか、体力測定値や腹囲に改善がみられた。

事例9 働き盛りの生活習慣病予防教室	T保健所
--------------------	------

労働者が主体的な健康の自己管理が出来るよう知識の普及啓発を行なうことを目的に、過去の健診で高血圧、肥満、高脂血症、高血糖等について指摘を受けたことがある65歳までの勤労者や家族を対象に5か月間5回の介入で身長、体重、体脂肪率、血圧、脈波伝播速度、血液検査、自己評価を指標として集団教室と個別相談を組み合わせて実施した。体重減少、脈波伝播速度の低下、コレステロール値低下等に改善がみられたほか、自己の生活振り返りアンケートから、意識を持って生活することで検査所見の改善がみられた。

事例10 シェイプアップ教室	N市健康推進課
----------------	---------

健康的な肥満改善を目的に35から55歳でBMI25以上の者を対象に4か月間に6回の集団と5回の個別相談の介入で参加前後の期待度と達成度、各検査データ、行動変容を指標として実施した。参加者の変化は、行動変容段階と健康イメージの向上に大きく変化するとともに体重減少では平均5.7kg減量し、総コレステロールや中性脂肪をはじめとする検査項目の改善がみられた。

事例11 いきいき筋力トレーニング教室	K市S保健所
---------------------	--------

高齢者の運動器の機能を維持し、介護予防に留意した生活習慣を身につけることを目的に65歳以上の高齢者で運動器の機能低下のおそれがある者を対象に3か月間4回の介入で運動習慣に関する意識や行動を指標に、小グループで地域

に出向き実施した。運動が習慣化するとともに継続することが自信となった者、自主的に体操を行なう者、腰痛が改善された者等がみられた。また、事業終了後の地域での自主活動グループの育成にもつながった。

事例 12 メタボリックシンドローム予防教室	： K市S A保健所
------------------------	------------

メタボリックシンドロームの病態を理解し、予防のための運動・栄養が実践できることを目的に 64 歳以下でBMI 25 以上または腹囲径男性 85cm・女性 90cm 以上、医師による運動制限を受けていない者を対象に 1 か月間 3 回の介入で腹囲と体重の変化を指標に運動指導と食事指導を中心に集団で実施した。実施期間が 1 か月であり、生活習慣の見直しとして適当であったが、実践の成果を評価するには短かったが、教室終了時には腹囲及び体重減少がみられた。

事例 13 禁煙教室	： K市Y保健所
------------	----------

禁煙の意識付けを行い、自らが意欲的に禁煙に取り取り組むことが出来ることを目的に、禁煙に関心がある者を対象に 4 か月間に 6 回の介入で喫煙本数、呼気検査、尿検査を指標として集団健康教育と個別健康教育を組み合わせ実施した。期間内に禁煙できた者もあるが、確認できなかった者もあることから、6 か月後及び 1 年後のフォローを行なうこととしている。

事例 14 生活習慣病予防のための料理教室	： K市S I保健所
-----------------------	------------

生活習慣病予防のための適切な食習慣を身につけることを目的に、基本健康診査受診者、個別健康教育終了者を対象に 1 年間に 3 回の介入で交流会や調理実習を中心に集団で実施した。継続的な教室への参加が意識の向上や行動変容の効果と考える。

事例 15 個別健康教育	： K市M保健所
--------------	----------

老人保健事業としての個別健康教育（高血圧・糖尿病・高脂血症・禁煙）であり、疾病の特性や個人の生活習慣等を具体的に把握しながら、継続的に健康教育を行なうことで、生活習慣行動の改善を支援し、生活習慣病の予防に資することを目的に基本健康診査受診者を対象に個別健康教育プログラムにより実施した。

（高血圧事例）67 歳女性。目標：減塩，バランスのよい食材摂取。6 か月間終了後，毎日の食事が薄味になり，家族の食事でも減塩となった。

（高脂血症事例）65 歳男性。目標：体重減量，なるべく歩く，野菜を摂取する。6 か月間終了後，体重 3kg 減量，歩数 5,693 から 7,534 に増加，野菜料理等にもチャレンジするなど学習意欲も向上した。

（禁煙事例）49 歳女性。教室開始前喫煙本数 22 本 3 か月間終了後，禁煙。6 か月後の状況把握においても禁煙継続。水泳したい目標があり喫煙がメリットのないことを理解し，家族や友人の応援や皆の前で公言したことで後戻りできない縛りとなり，禁煙の理由となった。

事例 16 健康づくりゼミナール	K市H保健所
------------------	--------

健康づくりのための正しい情報を提供し、適切な食習慣・運動習慣を身につけ継続してもらうことを目的に、18歳から64歳までの者を対象に2か月間6回の介入で運動食事に関する意識や行動を指標に運動実技や調理実習を取り入れた集団指導で実施した。日常生活活動の意識的な増加、食事バランスを意識する、野菜を摂取する等の意識や行動変容がみられた。

事例 17 生活習慣病予防教室	K市H保健所
-----------------	--------

肥満に対する正しい知識と望ましいライフスタイルの獲得を目的に、40歳から64歳までの者を対象に3か月間4回の教室と2回の支援レターの介入で体重、BMI、腹囲、体脂肪率、体脂肪量、生活習慣の変化、QOL等を指標として肥満に着目したダイエット教室を実施した。測定値は有意に改善したほか、食習慣や運動習慣の改善もみられ、仲間や友達が出来るとQOLの向上にも貢献した。また、終了後、自主グループが結成され継続されている。