200722025A

厚生労働省科学研究費補助金

循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業

生活習慣病対策における健診・保健指導による行動変容にかかる成功事例の収集及びガイドラインの作成に関する研究

平成19年度　総括研究報告書

主任研究者　中原俊隆

平成20年（2008年）3月

目　次

ページ
研究要旨 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
分担研究者 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
研究目的 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
研究方法 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
倫理面への配慮 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
研究結果及び考察・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
今後の計画 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4
事　例
1．無関心期・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6
2．前準備期・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１４
3．準備期・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４１
4．前期実行期・・・・・・・・・・・・・・・・・・・８３
5．後期実行期・・・・・・・・・・・・・・・・・・・９３
6．維持期・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・９７
7．クリニック事例・・・・・・・・・・・・・・・・１０３

厚生労働省科学研究費補助金
循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業
平成19年度総括研究報告書

生活習慣病対策における健診・保健指導による行動変容にかかる成功事例の収集及びガイドラインの作成に関する研究

主任研究者　中原俊隆　京都大学医学部公衆衛生学教室教授

研究趣旨

本教室では現在までソーシャルマーケティング理論を用いて保健所、市町村の健康教育を検討してきた。たとえば、糖尿病に対する健康教育をみると、多くの市町村、保健所が行ってきているにもかかわらず、健康教室等の集団での健康教育の参加者が固定化する等の問題があり、個別健康指導の名目で集団への介入が減少している傾向がある。また、健康教育の対象者の選択に健康診査の結果が用いられている事が多いが、その受診者もあまり増加していない。健康診査における糖尿病予備軍等の発見についても市町村によりバラバラであり、積極的な教育等の対象者の抽出方法が確立されていない。現在、「健康日本 21」等の一環として医療費や介護保険から見た疾患への対応や早期発見予防等が検討されつつある。特に透析に関しては医療費を引き上げる大きな要因であり、その原因の一つである糖尿病の早期発見、健康教育、治療中断の予防についてはその方法について議論されている。しかしながら、都道府県単位を超えた情報の交換は少なく成功例についての情報も乏しい。糖尿病に関しては自覚症状も少なく、住民への積極的な働きかけが無ければ放置され重症化して初めて医療機関を受診する事になり、その結果、透析のような高価な治療が必要になることを考えると、その健康教育は非常に重要な意味を持つ。そこで、本研究は全国の市町村、保健所等の行っているメタボリックシンドロームを含めた生活習慣病の保健指導に焦点を当て、現状を把握し、成功例を把握検討し、ソーシャルマーケティングの観点から分析し、今後の市町村等の行う保健指導の効果的な方法をマニュアル化することを目的とする。また、生活習慣病に関心を持ってもらい健康診査の受診を含め個人個人の健康増進を促す広報のあり方についても調査検討し、マニュアル化する事を目的とする。

分担研究者

里村一成　京都大学医学部公衆衛生学教室准教授
岩永資隆　京都大学医学部公衆衛生学教室助教
日下慶子　京都大学医学部公衆衛生学教室

研究目的

生活習慣病たとえば、 糖尿病に関しては、健康診査において尿糖の他、血糖や

ヘモグロビンA1cが検査されている。血糖に関しては随時血糖、空腹時血糖により判断基準が違うのであるが、どちらを使うかについても明確でない。そのため時々見られるのが、高血糖を指摘された翌年には絶食で受診し検査では正常範囲にしようと努力する受診者である。ヘモグロビンA1cも本来は糖尿病のコントロールの指標として用いられるものであり、健康診査において使用する場合は医療現場の正常値より厳しくする事が必要であるが、そのことにこだわっている健康診査は少ない。中性脂肪も糖尿病発見のために血液検査項目に入れられたものであるが、中性脂肪により糖尿病と判定している事は少ない。 これらのことは介入する対象者の選択が不十分になっていることを示していると考えられる。そこで、市町村、保健所の行う健康診査による糖尿病やその予備軍の選択方法を調査し、効果的な選択方法を検討することが一つの目的である。また、選択された対象者に関しての保健指導を調査し、その方法の比較、成功例の検討をソーシャルマーケティングの手法で分析し効果的な方法を見いだす事がもう一つの目的である。医療機関受診後の保健指導は市町村や保健所ではなく主として医療機関が行っているのであるが、この指導に関しても調査し、その指導をどのように市町村保健所の保健指導に取り入れていくかについても検討を加える。同時に糖尿病に関する知識の普及についても調査し、住民の意識を高める方法についても検討する。糖尿病を例に出して述べたが、最近、糖尿病を含めたメタボリックシンドロームに対しても取り組みが行われてきているが、この健康診査として行われる腹囲測定についても、実際施行してみると様々な問題が出てきている。これらのような生活習慣病について糖尿病と同様の視点から成功例のみでなく問題点や失敗についても情報を収集し、生活習慣病に対する効果的な健康診査のあり方、保健指導の方法、一般市民への情報の発信の方法をマニュアル化することを目的とする。

研究方法

平成18年11月に郵送によるアンケート調査を行った。

あて先は全国の市区町村と保健所の健康教育担当保健師とし、以下の事例について自由記載を依頼した。

- 健診を受診するようになった事例
- 健康教室に参加するようになった事例
- 予防行動をとるようになった事例
- 医師・保健師・栄養士等による指導内容に従うようになった事例
- 指示に従った結果良好な健康状態を保てた事例
- 指示に従った結果健康状態が改善した事例
- 保健所においては予防以外の行動変容事例

収集された事例を以下の観点により選択し、不足部分は聞き取り調査により詳細を追加した。

① 年齢　性別　居住状況
② 保健指導の対象となったきっかけ
③ 問題点・既往歴
④ 介入の方法

⑤ 経過
⑥ 結果
⑦ 指導者の感想・指導のポイント

また、研究協力者の糖尿病内科クリニックからの事例も加えた。

倫理面への配慮

「京都大学医の倫理委員会」の承認を得た。

研究結果及び考察

事例の内訳

自治体からの報告　　　　　　約 700 例
糖尿病内科クリニックの事例　　27 例

●自治体報告例より採りあげた事例の分類（下記の行動分類による）

無関心期 5 例　　前準備期 21 例
準備期 35 例　　前期実行期 6 例
後期実行期 3 例　　維持期　4 例

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

本人の状況によって６期に分けられており、それぞれに対してどのような支援をすると効果的か、という方向性を示している。

●事例の記載内容と分類
きっかけ（健診、広報の方法）→問題点や既往歴→介入の方法（健康教室、個別指導、サークル活動）→経過→結果（BMIや検査値の変化）というパターンが多かった。
指導開始時の対象者の状況の評価として、行動分類に沿って6段階に分類した。次に、生活習慣に対する介入は疾患が異なっても共通点が多いため（食事であればカロリー指導や塩分、運動の方法など）、指導法に着目して分類した。（例：無関心期に対して、○○といった食事指導を行ったところ、△△が□□改善した。）
複数の要素（運動指導、栄養指導 etc.）が混ざっている報告が多かったが、その他に分類し、今回はストーリー性を大切にした。

事例集では、各タイトルの後ろに（食事指導）または（運動指導）と表記した。複数の指導方法を含む事例は、無表記とした。

行動分類と指導方法

	無関心期	前準備期	準備期	前期実行期	後期実行期	維持期
運動指導	1		6	1	1	
食事指導		7	4	2		
その他	4	14	25	3	2	4

自治体からの74事例を分類した内訳は、①無関心期　5例（運動指導1例、その他4例）、②前準備期　21例（食事指導7例、その他14例）、③準備期　35例、（運動指導6例、食事指導4例、その他25例）④前期実行期　6例、（運動指導1例、食事指導2例、その他3例）、⑤後期実行期　3例、(食事指導1例、その他2例）、⑥維持期　4例（その他4例）であった。
前準備期や準備期に対する介入の成功事例が多く報告され、多くの場合食事と運動、両方への介入が行われている。
クリニックからの報告事例は、無関心期5例、前準備期18例、準備期4例であった。

今後の計画
今年度は100例程度を載せた成功事例集として冊子化し、市区町村保健所に配布し、評価を求めると同時に、関連する過去の保健指導の失敗事例の報告を求め、その観点からも保健指導の要点について深く考察を加える予定である。
成功事例では、一つの事例の中にアプローチの方法、食事指導の方法、運動指導の方法など様々な要素が含まれているため、一つ一つの事例の中にあるそれぞれの要素を抽出して、指導のポイント集を作成することを考えている。例えば、問題点を改めようとしない無関心期の方に対して、どのようなアプローチが有効か、後期実行期の方に対する運動指導でどのような事業ができるか等の、事業を行う際に参考になるガイドラインである。

成功している裏には必ず失敗している部分がある、そこで、どこがうまくいかなかったのか、何が障害だったのか、この辺を具体的かつ明確にしていければ役に立つであろう。成功をさらに伸ばすために、または失敗を繰り返さないためにはどうしたらいいか等の提言も含めたデータベース作りへの発展も検討している。

1. 無関心期

事例 1	**健診後の個別指導が生活改善や薬物療法開始に繋がった事例** 【60 代　男性　家族と同居】
＜きっかけ＞	住民健診の結果が要指導・要医療レベルであったため、電話にて健診結果の説明を個別にしたいと伝え、来所にて個別指導開始とした。
＜ 経　過 ＞	10 年前に会社の健診を受けたきりで、今回の健診結果も全く気にしていなかった。正常値と比較しながら説明し、体の中で起こる血管障害と関連付けて説明することで、結果を自分のものとして理解できるようにした。夫婦で参加、3 回に分けて説明した。 65 歳で定年した後、運動習慣は全くなく、日中は庭いじり程度。晩酌は毎日泡盛 2～3 合、夕飯はご飯を食べず、18 時から晩酌を始め、つまみは刺身や三枚肉、チャンプルー、天ぷらなど、タンパク質・脂質がメインであった。だらだらとつまみを食べながら晩酌し、21 時には就寝するような毎日であった。 指導で夕食後の運動を勧めたが、晩酌をしたいこと、人目が気になるとのことから、まず早朝のウォーキングを始めた。運動前に水分を摂取すること、気持ちいいと感じる程度のペースで行うことをアドバイスした。その後、夕食前の時間に行うようになった。1 日 60～80 分、雨天以外は毎日実施している。 晩酌の量は半分ほどになった。毎日体重・体脂肪・飲酒量の記録を始めた。食事に関しては、炒め物や揚げ物が多いことに気付き、調理方法を変えて煮物の回数が 2～3 回/週に増えたこと、パンとコーヒーだけであった朝食がご飯食になる日もでき、おかずを 1 品加えることで野菜の摂取量が増えたことが改善点であった。 要医療の項目については、まずは運動で様子を見たいという本人の意思を尊重し、月 1 回の個別フォローで面接をした。2 ヶ月間ウォーキングを実施したが降圧効果はなく、本人も薬物療法を導入してみようという気になり、薬物・運動療法の併用となった。 本人のペースに合わせてフォローを続けた。当初は月 1 回であったが、生活改善が見られ始め行動変容を起こしてからは 3 ヶ月に 1 回のペースにした。その後、定期受診・内服ができており、ウォーキングが日課となり、住民健診の結果も大幅の改善が見られた。 本人より、「節酒やウォーキングや毎日の血圧・体重測定は継続して頑張れたけど、毎日の晩酌とタバコは楽しみでやめることができなかった。しかし、3 年間の健診結果を経年的に見てみると、HDL コレステロールが下がってきていた。そこで、禁煙をしてみようと思い成功した。健診結果が良くなると、保健師さんに見せるのが楽しみです。」

<ポイント>	①自分の健診データをしっかり読み取れるようになったこと。当初は健診結果を見ても良いか悪いかの判定を見るだけで、症状もなく、血管に起こっている変化を自分のこととして理解できていなかった。放置しておくとどうなるかということを説明することで、合併症を予測する目を持てるようになった。 ②1 回の指導では変わらないので、ペースに合わせて会う回数を重ねていき、夫婦で参加してもらうことで家族との信頼関係を築けた。 ②妻の協力があり、食事指導に夫婦で参加したことが良かった。

事例 2	**険悪な態度に隠されていた不安な気持ちを解消できた事例** 【60 代　男性　家族と同居】
＜きっかけ＞	健康教室の対象者として通知をしたが申し込みがなかったため、お誘いの電話をしたところ、参加することになった。
＜ 経　過 ＞	初対面の頃から、「血圧が高いのはおかしい」などと気難しそうな態度であった。健康教室参加の中で、本人が質問をしてきたので、スタッフがそのことに対し解答したが、「納得いかない」と受け入れなかった。集団教育の流れを少し乱す行動のように思えた。 後日個別相談の場で本人の気持ちと理解度を確認したところ、納得いかないとしたことについては全く話題に出てこず、教室でわからなかったことがたくさん質問として出てきた。一つ一つに対し本人がわかるまで説明することで、理解ができた様子であった。 「わかった」という実感が本人の中で受容できたため、それ以降はスタッフに対しての態度が変わり、信頼してくれるようになった。理解できないいらだちが険悪な態度として出ていたようである。 その後健診の結果は 12kg 減量、中性脂肪 153→82mg/dl、血糖値 113→99mg/dl 、血圧 139/84→117/71mmHg 、腹囲 91.5→78.5cm とメタボリックシンドロームから脱出した。
＜ポイント＞	集団教育のデメリットは、個々の対応が行き届きにくい点であり、一人一人の理解に合わせた説明でフォローすることが必要である。特に男性は、生活改善の必要性が分かれば行動に移すのが早いことが多い。

事例 3	**生活改善の効果でやる気が向上した事例** 【60 代　女性　家族と同居】
＜きっかけ＞	前年度も基本健診事後指導にて保健師による直接面接にて結果を返していたが、要受診にもかかわらず未受診であった。再び指導対象者に挙がり、保健師による面接を実施した。BMI 28.2、血圧 163/95mmHg、総コレステロール 246mg/dl、HDL-コレステロール 48mg/dl、中性脂肪 181mg/dl、空腹時血糖値 139mg/dl、HbA1c 6.7%、GPT 40mg/dl。夫も高尿酸血症・高血糖を放置。母親は 50 代で脳出血により亡くなっていた。
＜ 経　過 ＞	体重が 1 年で 2kg 増加し、中性脂肪・血糖値が上昇している状況を説明した。家族歴を含め今後のリスクや糖尿病についての詳しい話と受診の必要性などを話した。食事の問題点が多いと自覚していることを確認し、①卵・ナッツを控え野菜摂取を心がけること、②夕食量を減らすこと、を提案した。 生活習慣病予防教室ヘルスアップ教室（集団と個別を組み合わせた半年間の教室）に勧奨した。半年間継続的に関わることで改善が見込まれることをお話ししたところ、参加を希望された。朗らかで明るい人だが楽天的で、病院に行くことや内服をすることを嫌がっていた。 教室開講後に個別面接をした。①運動習慣はもともとしっかりあり、ウォーキングやダンベル体操教室などに行っていた、②飲酒は梅酒 1 杯もしくはビール 350ml を週 5 日、③夫は料理が趣味で、夜はタンパク質の多いメニューが 4〜5 品も重なるごちそう、④昼食は簡単に済ませ、その後に軽食をして 1 日 4 食になっている日もある、とのことだった。 家でも血圧を測るよう指導した。病院受診は相変わらずしておらず、自分で頑張ってみて結果を見てから行きたいとのことだった。 教室の内容は、生活習慣病についての講義、運動実技 3 回、調理実習、事例検討のグループワークである。初回・中間・最終に血液検査を行う。教室期間中は、毎日体重・歩数・目標達成度を記録し、面接前 3 日間は食事記録をつけてもらう。個人面接は 4 回、手紙を 1 回出す。 4 ヶ月後の最終面接では、1 日 8000 歩以上を目指し頑張って歩いているとのことであった。家では飲酒しなくなり、出掛けたときに飲むだけになった。夜のタンパク質の数が 2 品くらいになり全体量も減った。昼食も主食＋主菜＋副菜が揃うようになってきた。1 ヶ月前に病院を受診しており、高血圧と高脂血症に関しては内服開始になっていた。 最終の血液検査では、BMI 26.1（5.1kg 減量）、血圧 143/86mmHg、総コレステロール 227mg/dl、HDL-コレステロール 61.5mg/dl、中性脂肪 68mg/dl、空腹時血糖値 110mg/dl、HbA1c 6.3%、GPT

	26mg/dl に正常化。 教室終了後 5、6 ヶ月後に同窓会を実施。内容は座談会などである。
＜ポイント＞	運動を習慣づけ、食事バランスに注意することで体重が減少し、やる気になったようであった。ちょうど夫の糖尿病教育入院と重なり、より意識が高まった。

事例 4	**介護支援がきっかけとなった事例** 【50 代　男性　独身、寝たきりの母と 2 人暮らし】
＜きっかけ＞	寝たきりの母の件でケアマネージャーからの連絡があり訪問した。最初の目的は母親の介護支援であった。 母の介護を理由に健診は受けたことがなかった。本心では、受診して何か病気が見つかるのが怖かったとのことである。自営業であるが、母の介護を理由に店を閉めていた。たばこ、酒、食事の偏りなど、生活習慣病を引き起こすような生活をしていた。寝たきりの母の介護援助、家族の健康管理を目的に、月一回の訪問を継続した。
＜ 経 過 ＞	少しずつ信頼関係を築き、近所の医院へ受診勧奨。受診が怖かったようで、同伴した。その後、肝疾患、肺疾患、高血糖のため総合病院へ紹介され、定期通院するようになった。最初の受診をクリアしたところ、その後は月一回の訪問時に勧奨しなくても、自ら受診するようになった。定期通院が安定するまで保健師の訪問を続けたが、その後はケアマネージャーとの関わりがあるため、必要時に依頼を受ける形にした。 タバコの量は変わらないが、酒の摂取量は母の病状と関係がある様子で、在宅で安定して過ごしていれば飲まなくてすむが、母が入院して家で一人でいたり、母の病状が不安定だったりすると飲酒量が増える傾向がわかった。平均して酒量も 5 合から 1 合程度に減少した。
＜ポイント＞	①介護者自身の肉体的・精神的状況へ目を向けることで、介護への不安、受診しない理由が明らかになった。“介護ができない息子”という見方ではなく地域で暮らす一人として支援し、介護についても共に考えるように心がけたところ、様々な思いを話してくれるようになった。 ②行動変容の継続については継続して見守る必要があると感じた。 ③人とつながって生きている実感を持つこと、心に添うということは、生活習慣改善や心の健康面でも大切なことであると感じた。

事例 5	**ウォーキングの会への参加から治療につながった事例** **（運動指導）** 【60 代　男性　家族と同居】
＜きっかけ＞	基本健康診査の結果、糖尿病未治療者を抽出し、訪問指導を実施。
＜ 経 過 ＞	会社を退職後、農業を専業として生活されていた。5，6 年前より糖尿病の疑いを指摘され、2，3 年前から治療を勧められていたが受診せず、HbA1c は 8％以上になっていた。訪問指導を数回行い、受診勧奨をするが、1 年間受診しなかった。1 年後の健診結果は更に悪化していたので、どのようにアプローチすれば良いのか悩んだ。 以前「散歩は時々している」と言っていたことを思い出し、当時地域での「歩こう会」（健康づくりボランティア主催）の開催を知り、促すと快く参加された。そのほかに糖尿病予防教室や健康相談会に誘ったが、参加しなかったため、3～4 ヶ月に 1 度訪問して様子を伺い、アプローチの機会を探っていた。不在で妻と話すことも半分くらいあった。 「健康づくり推進懇話会」（健康づくりボランティアや自治会、婦人会など地域の組織・団体の役員等が構成員）を立ち上げ、住民主体の健康づくり活動の推進に努めており、健康教室や歩こう会などのイベントなどを企画・開催している。年間 4 万円で健康づくり活動の委託をしている。市の保健師が黒子役となり支援している。内容は、保健師によるウォーキングの方法・注意点の説明、ボランティアによる準備運動・コース説明、地域の名所旧跡をめぐるウォーキング（約 40 分）、ボランティアによる健康クイズと野菜たっぷりの豚汁提供、で参加は無料。 秋晴れの歩こう会当日、本人といろいろ会話を交わすうちに、受診に対する恐怖感を語られた。指導というより、歩こう会参加者の仲間として聞き役に徹して思いを受容した。 その後受診し、入院加療することになったとの連絡が入った。現在は服薬治療を徹底され、HbA1c は 6.0%前後で推移している。食事もかなり気をつけ、農閑期はウォーキングをしている。
＜ポイント＞	①行動変容が見られないと、直ぐに諦めずに繰り返して働きかけ、関係を作っていくことが。 ②働きかけの方法は 1 つに執着せず、いろいろな方法でアプローチする。楽しみのある健康づくり地域行事において、同じ目線で会話できたことが良かったように思う。 ③定期的に訪問し、生活改善を押しつけることなく雑談をするなかで、少しずつ信頼関係を築けた。言葉では受診を強く受診を勧めなかったものの、本人と妻は「何度も保健師が来ているとは、やはり病気を放置するとまずいのかな」と感じたようだ。

2．前準備期

事例1	**不安解消が行動変容の第一歩につながった事例（食事指導）** 【60代　男性　一人暮らし】
＜きっかけ＞	「今まで経験したことがないような体調不良」になり、近くの診療所を受診した結果、糖尿病と診断され、非常にショックを受けた。医師から「よく生きていたね」と言われたような状態であった。今後の食事が心配になり、どこで指導を受けたらよいかもわからず、役場に相談に来た。食事内容を理解したいと意欲的で熱心に説明を聞いてくれた。
＜ 経 過 ＞	一人暮らしのため外食がちで、食事はおろそかにしていた。ほとんど外食で、油っこいもの、塩辛いもの、味の濃いものが好きであった。たまに家で食事するときはインスタントラーメンや既製品で済ませ、お菓子も大好きで毎日よく食べていた。缶コーヒーも毎日1本以上飲み、体に良くないのは知っていたが、やめられなかった。アルコールはビール1杯であるが毎日飲んでおり、タバコは20歳から毎日40本吸っていた。 最初は、糖尿病は合併症が怖いこと、食事療法は健康食でありバランスよく食べればよく、これから長い一生のおつきあいであるから最初から無理をせず自分のできることから始めればよいこと、コントロールが良ければ合併症にもならず長生きできること、をお話しし、よく話を聴くように努めたところ、大変安心した様子だった。 アルコールとタバコはきっぱりやめた。たばこをやめるのは禁断症状に苦しみ、大変つらかったとのことである。 食事は外食をやめて、家で野菜料理を多く作るようになった。自分から食事療法を勉強したいと意欲的になったため、1800kcal、8gの構成表、献立表などの資料を渡した。指導用の「糖尿病食事指導のための食品交換表」の購入も希望され、渡した資料と合わせてよく勉強し、わからない点は役場に相談に来るようになった。時々質問の電話もあり、家でよく勉強している様子がうかがえた。 知り合いに、「栄養士の言う通りに食事をするより、運動さえすれば食べたいものを食べた方がよい」とも言われ不安になった時期もあったが、通院するたびに血圧・血糖値・尿糖・HbA1cが下がっていくのを実感し、改めて食事の大切さを知った。 消化管穿孔の手術のため緊急入院した際に院内の糖尿病教室に入り、医師・看護師・検査技師・管理栄養士から指導を受けた。退院後は同病院の糖尿病専門医に紹介され、2ヶ月に1度通院している。退院後は毎日尿糖を計り、自己管理している。少しでも乱れた食生活をすると正直に尿に現れるので気をつけているとのこと。主治医からコントロールも大変良いと言われている。 95歳の母親より早く逝くわけにはいかない、自分ももっと元気

	で生きていたいと思い、しっかり勉強して食習慣を改めた。 信頼関係もできて、嬉しそうに受診結果を報告してくれて、性格もだんだん明るくなってきたように思われる。
＜ポイント＞	最初から直ぐ食事療法を説明するのではなく、先に不安を取り除けたこと、食事療法は身近な食品を使ったバランスの良い食事で、決して難しくないし誰にでもできる、と話したことで、「男性の自分でも実行できる」と思ってもらえ行動変容につながった。

事例 2	**男性クッキンググループの活用事例（食事指導）** 【50 代　男性　家族と同居】
＜きっかけ＞	基本健診受診者のうち、ハイリスク者として訪問した。BMI 32.1、体重 93.8kg、LDL コレステロール 140mg/dl、 空腹時血糖 110mg/dl、HbA1c 6.3%の状態であった。
＜ 経　過 ＞	初回訪問では妻同席の上、今までの生活の振り返りをおこなった。2 年前に退職してからほとんど運動をせず、食事は大食い・早食い・油っこいものや甘いものが好きで、野菜が嫌い、とのことであった。糖尿病は 8 年前から内服治療を行っており、痛風の内服治療も始めたところであった。血圧は 164/90mmHg と高かった。 妻の同席によって、食事中に「お父さん、ほら相談でも言ったはったやろ。ちょっと食べ過ぎやで。」とセーブしてもらえる。また、今までは残り物を夫に食べてもらっていたが、やめるようになった。 1 ヶ月後、栄養士とともに健康相談を行った。現在の体の状態と今後予測される問題について話し、生活の改善目標の設定を行った。栄養教室にも参加し、バランス食について学び、正しい知識を得てもらった。 それから 1 ヶ月半後、電話にて実践状況について確認し、実践継続への支援を行った。さらに 1 ヶ月後、健康相談を行い、実践状況と体重について確認し、改善目標の修正をした。体重は 91.8kg から 88.0kg に、運動歩数は 4000 歩程度であったのが、7000〜12000 歩と多くなっていた。食生活・食意識の変化も見られた。 それから 3 週間後には地域の男性クッキンググループに参加され、仲間ができた。市役所には 1〜2 ヶ月に一度、様子を知らせに来ている。 その後も相談を継続しており、基本健診の結果は改善している。
＜ポイント＞	①現在の体の状況、今後予測される問題について本人と共有することで、改善の必要性が認識できたのだと思われるｚｘ。電話での励ましや、面接で生活修正をともに考えられたことも継続の要因だと思う。 ②本人からは「自分の値が今どうなのか、放っておくと大変だ、と実感できた。初めてこんなに真剣に自分の体について教えてもらう人に出会えた」という感想が聴かれた。 ③体重減少は、数値やベルトの穴、服のサイズなどで実感でき、他人からの嬉しい評価もあって、本人の励みになっていた。

事例 3	**コンビニ食でもバランスを考えられるようになった事例** **（食事指導）** 【30 代　男性　家族と同居】
＜きっかけ＞	ほぼ毎年健診を受診している。年々体重が増加し、総コレステロールは 240mg/dl 前後、HbA1c は年々上がっていた。 BMI 25.9、血圧 126/88mmHg、総コレステロール 247mg/dl、中性脂肪 173mg/dl、血糖値（食後 2 時間）82mg/dl、HbA1c 5.4%。 基本健診事後指導にて保健師による直接面接にて結果を返した。
＜ 経 過 ＞	妻と娘の 3 人暮らしだが、家庭の事情があり食事を作る人がいない状況であった。仕事は建築関係の現場作業。 朝はコンビニで菓子パン、昼は自分でご飯（米）のみ持って行って缶詰やふりかけで味付けして食べる。夜は揚げ物の総菜やご飯など。いらいらすると菓子パンやスナック菓子などを間食する。肉体労働の仕事で体は動かすので、家では疲れて休んでいるとのこと。 面接にて検査結果の説明をし、これから考えられる病態を説明した。本人と相談し、できることから取り入れていくよう具体的な目標を設定。朝はおにぎり、野菜の入ったサンドイッチに牛乳と果物をつける、毎日食べている菓子パンをやめる、とした。 また、通信講座「ヘルシっくす」（半年間の教材と手紙・記録物をやりとりする講座）に参加するように勧め、本人も希望した。この講座は、健診の事後指導の時に、定期的関わりで改善が見込まれる人を対象に勧奨しており、平成 18 年度は 56 名が受講した。 翌月よりヘルシっくす講座スタート。毎日の体重の記録と目標を決めて○×をつける記録表をつけてもらう。1 ヶ月後には 3.5kg の減量。 朝昼はコンビニなどのサラダをつけ、少しずつではあるが 3 食野菜を食べるようになった。間食はまだ多いが、菓子パンは食べていない
＜ポイント＞	生活状況を聞き取り、利用可能で効果的な方法を勧めたこと。