

事例 4	<p>「孫のため」が治療につながった事例 【60代 男性 家族と同居】</p>
<きっかけ>	<p>尿潜血（+）が続き（精密検査では異常なし）、血圧測定と尿検査のため健康相談に3ヶ月に1回程度通っていた。毎回血圧が200/100mmHg程度あった。本人の自覚症状がなく、病院嫌いであったため、通院をすすめるも応じない状態が5年間ほど続いていた。</p> <p>保健師が妻に電話して受診の必要性を話すも、「話してみるが、夫は私の言うことはあまり聞いてくれない。」との返答であった。基本健診受診後、血圧データが変わらず高値であったため、本人と面接を実施した。</p>
<経過>	<p>血圧測定を実施し、病院嫌いの理由等を含めじっくり話を聞いた。</p> <p>幼い頃から塩辛いものが多く、辛子明太子や塩あられ、干物でご飯を食べていた。昔ほど塩分は摂っていないが、どちらかという塩辛いものを好んで食べる。父が糖尿病であったので、糖尿には気をつけている。</p> <p>血圧は以前から高めであると思っており、無理はしないようにしている。血圧測定は普段はしていない。窓口にある自動血圧計で健康相談に来たときだけ測っていた。</p> <p>指導後は、なるべく塩辛いものは控え自宅で血圧を測定するようになった。内科受診を再開し、服薬を始めた。</p> <p>孫が誕生したこともあり、孫の成長を長く見守るためにも、今適正な行動を取ることで脳卒中や心筋梗塞等の病気を予防することが必要である、と話した。近くの医療機関に加えて孫の居住地付近の医療機関の情報提供も行った。</p> <p>3ヶ月後健康相談に来所され、服薬開始および自宅での血圧測定を始めたと話し、高血圧の危険性を理解していらっしやった。</p> <p>その後なかなか定期的な受診を継続できず、健康相談にも来なくなかった。9ヶ月後に来所し、血圧は198/96mmHg。1ヶ月前までは受診をしておらず、やっと1ヶ月前から再開したところであった。受診について気持ちを聞くと、「病院なあ...。」という返事であった。</p> <p>さらに1ヶ月後の健康相談では、血圧212/88mmHg、受診と服薬は継続していたが、「血圧よりもガンのほうが気になる。」「薬は本当に飲みたくない。薬を飲んでいてもこの血圧なら飲まない方がいい。」と話され、高血圧の危険性や服薬の必要性が本人のなかで薄れてしまっていた。寒い時期でもあり、高血圧の危険、医療が必要な血圧の値であることを再度説明し、健康相談での血圧の値を健康手帳に毎回記入していたので、それを持って主治医に相談するように促した。その後健康相談への来所</p>

	<p>は途絶えてしまった。 レセプトの確認をしたところ、最後に健康相談に来所してからすぐに1ヶ月間の入院生活を送っており（解離性大動脈瘤、高血圧症、狭心症、高血圧性緊急症の病名）、退院後は入院前と別の内科に通院し始めていたことがわかった。現在も毎月定期的に高血圧の治療をしている。</p>
<p>&lt;ポイント&gt;</p>	<p>「病院嫌い」と話していたが、全く行かないわけではなく、内科以外の整形外科や泌尿器科には受診していた。内科にも2~3年通って降圧剤を服用していた過去があった。どうして内科に行かなくなったのか話を聴くと、降圧剤により認知症の症状が出ていると内科の医師に言われ、認知症の薬を処方されたそうで、それ以来病院受診をやめたということだった。医師の、「認知症の症状が出ている」という一言が本人のプライドを傷つけてしまったのではないかと感じた。内科に行かなくなった理由、病院嫌いの理由を面接で話してもらえた。行動変容に至らなかった、心の奥にあった理由に気付くことができた。</p> <p>受診勧奨するのは難しかったが、ちょうど孫が生まれたこともあり、見守っていけるようにという視点で話を進めていったことが受診の再開につながったように思える。</p> <p>また、血圧の正常値は収縮期血圧が170mmHg位で、190や200であれば少し高い程度、としか考えていないことが分かり、分類表を用いて改めて説明をした。</p> <p>結局3ヶ月後に受診を再開し、始めの一步は果たせたものの、病院に行ったり行かなかったりで継続がうまくいかなかった。改めて受診の必要性を伝えた最後の健康相談から直ぐに入院されたことから、保健指導は失敗であったと思う。その後3年間は入院することなく、高血圧治療のための定期的な通院をしている。</p>

事例 5	<b>機能訓練教室での健康チェック事例</b> 【60代 女性 家族と同居】
<きっかけ>	BMIは正常値であったが、体脂肪率がやや高めであった。
<事業>	機能訓練（運動月3回、絵画教室月1回、書道教室月1回）に継続的に参加している人に対して、年に1、2回「健康チェックの日」を設けていた。BMI、体脂肪などを知ってもらった上で保健師や理学療法士が無料で個別に健康相談を行った。機能訓練に従事しているスタッフが行うことで、参加者とは顔見知りのため信頼関係ができていた。
<経過> データあり	食事内容をチェックし、緑黄色野菜が不足していることがわかり、保健師が実践的な摂取のしかたについて指導した。具体的には、①本人が愛用している手帳に好きな野菜をリストアップし、どれが緑黄色野菜にあたるかを記載した、②まとめて調理して冷凍保存し少しずつ使用する、といった実行可能な実践方法を保健師が手書きで記入した。 約半年後、同じように「健康チェックの日」で話を伺ったところ、指導内容が守られており、バランスのいい食事内容に改善されていた。手帳のページには目印が付いており、時々手帳を見ながら実践したとのことであった。
<ポイント>	個別性の高い指導が行動変容に繋がったのではないかと思われる。

事例 6	<b>節酒と運動習慣作りに成功した事例</b> <b>【60代 男性 家族と同居】</b>
<きっかけ>	<p>健診で糖負荷試験の結果が異常であり、文書にて糖尿病個別健康教育の案内を行った。妻と保健師に面識があり、家族が保健師の役割についてある程度理解できていた。妻の勧めもあり、参加することになった。</p>
<経過>	<p>食事の摂取量は問題なかったが、アルコール摂取と運動不足が問題点として挙げられた。個別健康教育の質問をしていく中で、普段の生活の振り返りをする中で自ら気付いたようだった。アルコールのカロリーや運動の効果を話したところ、ウォーキングの習慣が付き、アルコールのカロリーに対する認識が深まり不用意に飲酒することがなくなった。</p> <p>最近の健診結果は、空腹時血糖値 111mg/dl、アルコールは 1日 1合未満だが、毎日飲んでいる様子。運動（ウォーキング）は定期的にしており、食前に歩いていたのを食後にはどうかと話した。健診では血圧の上昇を認めるが、自宅での自己測定では変化がないとのこと。</p>
<ポイント>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①集団教育も併用したため、仲間の存在があったこと。</li> <li>②理解度に合わせて栄養士・保健師から個別に説明できたこと。</li> <li>③アルコールにカロリーがあると知ったなど、今まで問題がないと思っていたことがそうではないと分かったこと。</li> <li>④本人の意識の高さと改善目標が明確化されたこと。</li> <li>⑤過去の健診データが 7, 8年分あり、変化が分かったこと。</li> </ul>

事例 7	<b>身内の死が自分の健康管理のきっかけとなった事例</b> <b>【60代 男性 一人暮らし】</b>
<きっかけ>	<p>年に1回健診を受診していた。BMI 25~26と肥満、高脂血症を指摘されていたが、特に生活改善などは心がけていなかった。BMI 26.4、腹囲 93.2cm、総コレステロール 255mg/dl、LDL-コレステロール 171 mg/dl、中性脂肪 157mg/dl。1ヶ月後結果を返却したが、保健指導は未実施であった。翌月、本人が市役所へ来所、面談を行うことになった。</p>
<経過>	<p>妻とは死別。介護していた姉が1ヶ月前に死亡。健診結果を見て「これではいけない」と思い、来所したとのことであった。食事・運動に気をつけて体重を減らせばデータは改善することを説明し、まずは3kgの減量を目標にしてやってみようとした。</p> <p>20代の頃は体重が50kg後半であったとのこと。仕事を始めて、忙しく不規則な生活・運動不足に加え、付き合いでアルコールの量も多く、体重が増えた。タバコは吸っていなかった。健診結果や体脂肪・血糖値・血管年齢測定など客観的なデータを示し、体験を通して自分自身で気づけるように促した。指導後は、自炊にて野菜を多く取り入れるなどバランスを考えた食事を摂るようになった。アルコールの量も減った。もともと歩く習慣がなかったものを急に始めたため、既往症の腰痛が悪化し歩けなくなったときもあったが、次第に毎日1時間のウォーキングの習慣ができた。歩くことはとても気持ちがいいという言葉が聞かれた。3ヶ月後に市役所へ来所。毎日10000歩を目標に歩き記録していた。テレビなどで情報を得て、筋肉トレーニングや体操もしているとのことであった。食事は自炊で、満腹感を得るために食前にキャベツを食べるなどの工夫をしていた。あまり我慢しすぎず、満足する程度に食べていた。アルコールも以前より減らした。</p> <p>体重6kg減、ウエスト径7cm減。医療機関にて血液検査を行ったところ、データは標準値を少し上回る程度に改善したとのことであった。</p> <p>メタボリックシンドローム予防を目的とした健康教室に参加。欠席したときは電話や家庭訪問でフォローした。腰痛でウォーキングが行えないときは、家の中でストレッチを行っていた。その後再就職をし、散歩やストレッチなどの運動を無理のない程度に継続している。</p> <p>直近の健診のデータは、BMI 24.3、腹囲 82.5cm、T-コレステロール 247mg/dl、LDL-コレステロール 174 mg/dl、HDL-コレステロール 47mg/dl、TG 103mg/dl。</p>
<ポイント>	<p>①個人的な背景(退職、身内の死)に健診結果の悪化が重なり、自分の健康を見直すことと行動変容につながった。個々の持</p>

	<p>つ背景にきっかけが合致した場合に、行動に大きな変化が起こり、継続されやすいのではないかと考えられる。</p> <p>②自分自身の気づきが、健康への意識向上や、具体的な目標を持って生活習慣改善に取り組むことにつながったと考えられる。まず自分自身が気づき様々な情報から目標を選択する課程が、支援をする上で重要であり、目標を達成することが自己効力感を高めると感じている。</p> <p>③教室では同じ目標を持つ参加者同士で、情報交換の機会や、自分も頑張らなくてはという意欲にもつながっていたと感じている。</p> <p>④スムーズに行動変容につながるとは限らないのが現状である。頑張りすぎて体をこわしてしまう事例もある。意欲の変化と行動変容のバランスを長期的に見守ることも大切であると感じた。</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

事例 8	<b>集団教室参加が行動変容のきっかけとなった事例</b> <b>【60代 女性 一人暮らし】</b>
<きっかけ>	集団健診にて、BMI 24.8, 血圧 136/102mmHg, 総コレステロール 191mg/dl, HDL コレステロール 61mg/dl, 中性脂肪 172mg/dl (治療中)。個別結果説明時に、生活習慣改善の教室を案内した。
<事業>	教室は4回コースである。1回目は健康運動指導士による講義(運動の効果と種類・方法・強度と健康管理方法・運動習慣の付け方)と実技(効果的なウォーキングの方法、歩き方チェックと矯正・ストレッチ体操)。2回目は管理栄養士による講義(カロリー量・栄養素・主菜副菜について・調理上の工夫点)と調理実習(グループ毎に主菜・副菜・汁物を作り、ふさわしい量をバイキング形式で取ってもらい、家で使用している茶碗を持ってきてもらい、1食分の量を計算して入れる)。3回目はストレスについての保健師の講義とリラクゼーションの体験、1回目と2回目をふまえた目標設定とグループワーク。4回目は健康運動指導士による講義と実技で、公園で30分のウォーキング、その後まとめのグループワークを行った。その他、各公民館で行っている教室や保健センター窓口・事業を紹介。
<経過>	<p>初めは「お店を経営しているので時間がない」と断られたが、都合に合わせてお店を休みにできるということが話の中で聞いたので、「少し自分のために時間を使ってみませんか。今教室に参加することで、これからの健康状態が変わっていくかもしれませんよ。一緒に頑張ってみませんか。」と何度か勧め、教室参加に結びついた。</p> <p>運動は時々するとのことだったが、教室に参加しウォーキングを学ぶことで、週三回生活の中にもウォーキングの時間を取り入れられ、しない日はダンベル体操やストレッチ運動を取り入れられるようになった。</p> <p>問診から甘いものや果物の摂取量が多かったが、量や回数を減らすことを心がけるようになった。また醤油の代わりにポン酢やレモンなどの香辛料を使うなど、塩分を控えめにすることや、夕食を食べ過ぎないようにすることを意識するようになった。教室最終日には「これからもウォーキングを続けていこうと思います。」という言動が聞かれた。</p> <p>1年後の健診では BMI 24.2, 血圧 130/80mmHg, 総コレステロール 181mg/dl, HDL-コレステロール 61mg/dl, 中性脂肪 128mg/dl。保健センターの事業に参加することもある。</p> <p>スポーツジムにも通うようになり、エアロビクスや水中ウォーキングなど積極的に身体を動かしている。運動する楽しみができたこと、よく眠れるようになったことなど、とても充実していることが伺えた。</p>

<p>&lt;ポイント&gt;</p>	<p>①健診結果の説明時に、「体重を減らさないといけないことは分かっているがなかなかできない」という発言があったため、具体的に教室参加を提示し、「今なら間に合うから一緒にやってみましょう」と少し背中を押すことで、教室に参加してみようかという気持ちになり、運動に対する楽しさがわかり、行動変容に繋がったと思われる。自分の身体を振り返り、大切にしてもらいたい思いを伝えることも、参加のきっかけになったと考えられる。</p> <p>②教室では、同じ年代の同じ悩みを持った方と一緒に話をしたり実践したりすることで、やる気や楽しさが引き出された。</p>
---------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



事例9	<b>実行可能な運動方法の指導が奏功した事例</b> 【70代 女性 家族と同居】
<きっかけ>	巡回健康相談へ血圧測定に来た。
<経過>	息子夫婦と本人の3人家族。日中息子夫婦は働いており、本人のみ。3食とも嫁が支度している。昼食はテレビを見ながら食べている。“身体にいい食べ物”の番組に釘付けになっている。ズボンは既製服では合うものがなく、自分で縫い直している。冬の期間は外へ出て歩く機会が極端に少なくなるので、室内でできる運動を実施してみるよう指導した。ストーブで暖まった部屋と次の部屋を開け、“お尻歩行運動”の前進・後進を行うこと。初めは畳一枚分程度の距離を実施し、慣れてきたらその距離を長くした。食事については、「身体にいいからといっても摂りすぎはよくない」と指導した。一年後の巡回健康診断で、以前のズボンがはけるほどになっていた。
<ポイント>	できることを指導する。本などに書かれていることを実行できる人は一部だけ。本人が取り組めること、継続できることは何か、指導する側が指導を受ける人の目線になって指導すること。

事例 10	正しい知識を得て自分を客観視できるようになった事例 【50代 女性 家族と同居】
<きっかけ>	保健師が電話をしたところ、「血糖が上がってきている。家にも暇なので参加してみようかな」と健康教室に参加。
<経過>	<p>20代で結婚。40歳の頃夫の転勤に伴い転居し、食べ過ぎとストレスで体重が増加した。50代で元の居住地に戻った。子供2人はすでに結婚し、独立。夫と2人暮らし。</p> <p>7年前の健診で糖尿病要医療の判定。糖尿病教室に参加。6年前と5年前の市民健診でも糖尿病要医療の判定。その後近医を受診し、食事療法・運動療法のアドバイスを受けたが、それ以来受診していない。</p> <p>4年前の市民健診で再び糖尿病要医療の判定。しかしHbA1cが前年より下がっていたので、次の年の市民健診で数値がこれ以上高くなっていたら受診しようと思っていたとのこと。</p> <p>食生活は、一人で食事を取るのが寂しく、外食に誘われると断れない。朝食は夫と一緒に摂り、その後近所の喫茶店にてモーニング。お昼頃まで近所の人と雑談し、そのまま一緒にランチへ（定食やバイキングが多かった）。夕食を作るときもあるが、子供や友達に誘われると外食。夫は仕事で帰宅が遅く、外で食事を済ませてくる。</p> <p>2、3時間おきに空腹を感じていた。一回に葡萄1房、みかん14個、かりんとう1袋など。自分なりに気をつけているつもりだった。</p> <p>運動は、1日に数回犬の散歩を10分ほど。自転車は使わない、エスカレーターには乗らないなど、運動不足かもしれないと自覚。</p> <p>近所の喫茶店は、糖尿病の患者が多く集まる。自分も糖尿病であることを宣言するが、周囲の人たちから「食べても大丈夫だから」と勧められ、誘惑に負けていた。特に25年間糖尿病患者の友人から「昼に好きなものを食べても、夜控えたら良いのよ」とアドバイスを受け、4年間信じて実行していた。しかし、その友人が最近目の手術を受けており、このままでよいのかと疑問を持ち始めていた。「モデルは2時間おきに少しずつ食べているから痩せている」と聞いて、実行していたせいか、2～3時間おきにおなかが空くようになり、更に歯車がかかっていた。</p> <p>夫は、自分が食べないのに菓子パンなどをたくさん購入してきていた。この環境にどっぷりつかっており、最近は気力もなくなって、本を読むのも億劫になってきていた。</p> <p>他の参加者とは、思ったことや感じたことを素直に言い合うことで、励まし合ったり、時には競い合ったりしながら、お互いに影響があった。</p>

	<p>夫の理解・協力がなかなか得られなかったが、夫が買って来たものを食べずに、決めた時期が来たら捨てるようになった。</p> <p>担当者としては、社交性があり話をするのが好きな方であったため、はじめから指導するのではなく、自分から気付くようにグループワークやスピーチの中で自由に発言してもらい、質問があれば答えるようにした。少しでも気付きや頑張ったことがあれば励ましていった。</p> <p>また、喫茶店で周囲の人から「痩せたね」とほめられたことが刺激になった。服のサイズも15号から13号に変化したことなど、客観的な変化を実感することが励みになったのではないかと。</p> <p>&lt;本人の感想&gt;初めは、自分が食べ過ぎていることには全く気がついておらず、気をつけているつもりでいた。糖尿病の友人の言うことを4年間信じて実行してきた。しかし教室に参加し、友人からのアドバイスが間違っていたことに気がついた。また、「糖尿病の人は自分に甘いわ」と思っていたが、自分もそうだったということを実感した。これらの気づきにより行動変容が起こり、成果が出た。</p>
<p>&lt;ポイント&gt;</p>	<p>1回の訪問だけでは、把握できなかったことが、グループワークやスタッフとの人間関係が確立していく中で、正直に発言してもらえるようになっていった。なじみの「喫茶 糖尿」が、「喫茶 健康」に変わるように、本人から糖尿病の友人などに正しい情報が伝わっていくことを期待する。</p>

事例 11	<b>生活スタイルに合った指導が奏功した事例(食事指導)</b> <b>【40代 男性 家族と同居】</b>
<きっかけ>	住民健診の結果より、空腹時血糖 188mg/dl、BMI 29.3 にて訪問。
<経過>	<p>           弟が糖尿病、遺伝も考えられる。病院受診を勧奨し、現在の生活スタイルを見直すことの必要性を説明した。            本人からは、「弟が糖尿病なので、合併症について知っている」、「夜間警備の仕事で一晩中働いているし、日中植葉樹作りもしているので、運動量はある」、「食事を直せばいいかな、甘いもの減らそうかな？」等の声が聞かれた。            本人と相談し、夜警備の工作中に飲むコーヒーを無糖に変えることと、帰宅後寝る前に摂る朝食の量を軽くすることを決めた。         </p> <p>           2回目の訪問では、忙しさを理由に未受診であったが、玄米食に変え、ご飯の量を1杯半から1杯へ減らし、無糖コーヒーを飲むようにし、甘いものを控えていた。         </p> <p>           3回目の訪問の時には、病院受診を終えており、空腹時血糖は改善し、体重も 6.6kg 減少。筋肉トレーニングを寝る前に開始しているとのことであった。食生活改善され、体重は減少した。HbA1cは7.3と高値であったため、今後も経過確認しながら援助していくことになった。         </p>
<ポイント>	日常生活のなかで、変えられるところから変えていくこと。

事例 12	<b>職場への働きかけが効果的であった事例</b> 【20代 男性 家族と同居】
<きっかけ>	事業所の健康相談の機会に、メタボリックシンドロームに関するチラシを配布し、気になる人に特に声掛けをした。
<経過>	食生活の確認や運動の状況を確認し、改善の必要性を話した。毎月の相談日に確認した。昼はコンビニ食からお弁当になり、運動習慣も定着。
<ポイント>	職場みんなで血圧に関心を持ち、お互いの数値を気にしあうこと、メタボリックシンドロームに該当しないようにという職員の意識もあることが影響している。

事例 13	<b>親身な訪問指導が心を動かした事例</b> <b>【50代 男性 家族と同居】</b>
<きっかけ>	健診結果より、事後指導のため訪問指導。高血糖と高血圧で3次予防の対象者であった。以前受診していたが自己判断で中断しており、妻が心配して受診を促すもかたくなに拒否し続けていた。
<経過>	健診結果及び説明資料を持参して訪問し、今回の検査値の意味、尿タンパクや眼底の異常所見もあり、血管損傷が進み障害の手前まできていることを訴える。その場では素っ気ない対応であったが、後日妻より「来てくれた人が可哀想なくらい必死に俺の身体のことを心配して話してくれたから」と受診を再開されたとのことのお礼を言われる。 持参資料には HbA1c の段階によってどんな検査が必要か、などの情報の記載があり、活用している様子。 「糖尿病の食事の勉強をしたい」と本を購入したり、医師に自分から願い出て頸部エコー等の精査を受けたりしているとのこと。
<ポイント>	①親身になって説明やアドバイスを行うこと。 ②資料を提供し、生活改善や検査・治療への道筋をつけること。

事例 14	<b>気軽な参加から継続に至った事例</b> 【50代 男性 家族と同居】
<きっかけ>	毎年健診を受けているが、肝機能障害・高血糖・高血圧・肥満の改善が見られなかった。「自分は早死にする」と言って、健康教室に参加を拒否していたが、再三の誘いにより参加。
<経過>	「1回出してみる」程度の気持ちのようだったが、1時間の運動が楽しく、気持ちの良い汗をかいたようで、その後毎回参加。体重3kg減少、ウエスト径も減り、ますますやる気で現在進行中。
<ポイント>	楽しめる内容の教室を企画すること

事例 15	<b>事後フォローにより受診・服薬が定着した事例</b> <b>【50代 男性 居住形態不明】</b>
<きっかけ>	自主的に健康相談日に血圧測定に数回来たことがあった。高血圧であり、受診をすすめたものの、なかなか受診されなかった。
<経過>	訪問看護師・栄養士による訪問指導を依頼し、何度か訪問することにより、ようやく受診され治療開始となった。フォローによる訪問指導で、服薬管理が悪く飲んだり飲まなかったりで、依然として高血圧の状況にあるとの報告を受けた。そこで、本人と面接し、服薬管理の悪かった事例の結果、脳卒中を起こされたケースが数件あることを話し、ルーズな服薬は脳卒中に繋がりがやすいことを話し、ようやく納得された。 定期的な受診と確実な服薬を確認し、訪問を終了した。
<ポイント>	①指導のフォローをすること ②不適切な管理がどのような結果を引き起こすのかをわかりやすく説明すること



事例 16	<b>妻へのアプローチが効果的であった事例</b> <b>【30代 男性 家族と同居】</b>
<きっかけ>	対象者はメタボリックシンドローム該当の上、喫煙 20 本/日。対象者の妻に対して、生活習慣病の知識を増やしてもらうことにした。
<経過>	食事や運動についてもふれたが、まずは喫煙がいかに悪影響を及ぼすか、今後の見通しや他者の体験談も含めて予想を伝え、「このままではまずい」と実感してもらった。 妻がキーパーソンであり、指示が入りやすく、行動変容に結びつきやすいと考え、妻へのアプローチを重視した。妻は食事内容をそれとなく変えていったり、喫煙時に注意を促してもらったりすることで、現在夫の喫煙はゼロ、食事は野菜が増えたメニューになっている。中性脂肪低下、体重 2kg 減少、と成果あり。
<ポイント>	家族にも教育を行い、生活改善のための協力をしてもらうこと

事例 17	<b>できる範囲で継続することが大事であると実感する事例</b> <b>【60代 女性 家族と同居】</b>
<きっかけ>	<p>基本健診の結果を返却する際に、要観察・要注意の点に関するコメントに色ペンでチェックを入れた。たくさんチェックが入っていたため本人が驚き、このままではいけないと思ったようで、「健康相談と健康サロン」に来所された。</p>
<経過>	<p>現在の健康状態と、生活改善の必要性について面接指導を行った。</p> <p>以前からかなりの肥満で気にしていないことはなかったと思われるが、楽天的で、個人的に民間の健康づくり教室などにも時々参加していたが、継続的な実践はできていなかった。友人との外食も多かった。</p> <p>毎日体重を測定し、グラフにチェックする。グラフを目立つ場所に掲示して家族にも見てもらい、食事の摂取量オーバーの指摘と一緒に運動をするなどの協力を得た。また、毎日約 40 分のウォーキングや、外食の回数を減らしたりカロリーを考えて食べたりすることを心がけてもらった。</p> <p>また、「継続クラブ」という、仲間と一緒に健康作りの継続実践化を目的とした自主グループに参加された。</p> <p>次年度の基本健診で 3.5kg の減量、血圧・コレステロール・肝機能値の改善が見られた。</p>
<ポイント>	<p>本人ができることから少しずつ取り組んでもらうことを心がけた。</p>

事例 18	<b>体調にあった運動方法のアドバイスが重要であった事例</b> <b>【70代 男性 家族と同居】</b>
<きっかけ>	医師より糖尿病を指摘され、生活習慣の改善が必要と感じ、自己流で運動を実践していた。妻が介護保険を利用しており、ケアマネージャーより夫の健康管理についての訪問依頼があった。
<経過>	ウォーキングを毎日 40～50 分から始めて、徐々に腰痛や膝痛が出現し始めていたが、運動は糖尿病に良いという思いから、無理に続けていた。また、食事については全体量を減らしていた。 訪問で糖尿病についてと合併症のことを伝えた上で、食事では「野菜を毎食食べましょう」、運動では、「ウォーキング前後のストレッチをしましょう」「痛みや体調が悪いときは休みましょう」「運動量は膝や腰の痛みを感じない程度の量 (30 分以下) にとどめましょう」と指導した。 1ヶ月後に電話で確認したところ、「腹八分目を心がけ、野菜を増やしました」「早朝に 10～15 分歩いている。無理は止めて歩けるときに歩くようにしている。腰や膝痛はなくなった。夕方にも歩こうと考えている」と言われた。
<ポイント>	体調にあった運動方法をアドバイスすること

事例 19	<b>栄養士ならではのきめ細やかな指導が奏功した事例 (食事指導)</b> <b>【50代 男性 家族と同居】</b>
<きっかけ>	妻が生活習慣病栄養相談日に来所。血糖値が高いということで通院しているが、「食事に注意しなさい」という医師の指示だけで、具体的にはどのようにすればよいのかわからず、健康食品等を摂取しており、食事をどのようにすればよいのかを相談に来た。
<経過>	身長 172cm、体重 75kg（標準体重 65kg）、BMI 25.4。検査値の持参はなく、数値が不明な点も多かった。医師からも教えてもらっていないとのことで、通院先にも不信感あり。食事は脂肪過多、塩分過多、食物繊維不足気味、エネルギー過多傾向、アルコールはビール1リットルを毎日摂取、運動不足、という状況であった。 働きかけとして、①野菜不足なので1食につき2品の野菜・海藻・キノコ料理を用意する、②油脂を使用した料理の回数をなるべく減らす、③昼食で揚げ物の総菜を買わない、④麺類の回数を減らし、ご飯食に変更、⑤肉料理は1日1回以下にし、脂肪の少ない部位にする。挽肉料理を減らす、⑥ビールは1回500mlにして、週一回は休む、⑦夕食後1時間後をめどに、20分程度の散歩、を提案した。 結果、野菜料理のメニューが増え、揚げ物・炒め物が減り、毎日ではないがウォーキングをするようになった。体重が半年で5kg減った。
<ポイント>	栄養士による、詳細な栄養指導。日常生活に直ぐに生かせるアドバイス。