

	<p>っくりされた。」「時間がないから車に乗ってしまう。歩くといいのよね。」食事に関しては、「だめと思っても果物を食べてしまう。多いのはわかっているんだけど。」とのことであった。自宅では血圧・体重測定を継続されており、食事については病院での指導が継続中であった。食事記録をつけているが、3000kcal 前後の食事量が指摘された。</p> <p>運動を続けたことで、腰痛が以前より早く良くなったと感じている。</p> <p>ウォーキング教室への継続参加が、自信や自己効力感をアップさせたようで、体重コントロールの意識は維持されている。わかっているけどできない、一人では続かない、という本人の思いがあるようだった。運動習慣が維持できるような環境支援が必要かと考えた。そこで、本人が継続できる、やってみたい、と思っていることの確認を行った。「教室が終わったら、この前習った体操を友達とやっていきたい」「意識して生活の中で動けるといいと思う」「果物の食べ方に気をつけたい」と。</p> <p>ウォーキング教室最終日にはわずかに体重が増えていたが、「旅行に行ったから体重が増えたのかな」とのことであった。</p> <p>「ウォーキング教室修了者の集い」を行うことになったので、運動習慣維持への支援となると思いを掛けたが参加はなく、次の健診では4～5kg の体重増加を認め、再度ウォーキング教室への申し込みがあったが、引越しのため途中までの参加となった。</p>
<p><ポイント></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 準備期の状態であったので、ウォーキング教室という具体的な方法を示すだけで行動変容につながった。 ▶ 指導者がデータにフォーカスしすぎると面談の場が苦しくなる。相談者の思いや関心に焦点を当てたやりとりが大切だと思う。

<考察>

健診をきっかけにウォーキング教室に参加し一時は減量に成功したが、教室終了後リバウンドしてしまった事例である。

運動教室への参加の仕方はたいへん参考になる。集団での運動教室では、“指示されたとおりに”“周囲と同じように”というプレッシャーがかかりやすいため、「自分の体と相談して、心地よいと思える程度の運動を継続することが大事」ということを伝える必要がある。この事例の場合は腰痛を抱えながらも無理のない範囲で参加できている。

食生活に関する介入は困難であった模様で、目標の減量も達成できなかった。本当の原因と言いつを区別し、本当の原因が明らかであればそれに対する対策を立てることが必要であるし、言いつであればその後ろに隠れている感情を引き出し、なぜ行動変容がうまくいかないのかの根本的な原因を探る必要がある。食生活を変えることが難しい本当の理由を引き出し、対まずは達成可能な小さな目標を設定する手助けができるとよかったかもしれない。

行動変容のステージを進んだり戻ったりすることはよくあることである。後退がないことのほうが少ないと言っても過言ではない。順調に目標に向かっていときは良いが、“つい決まりを破ってしまった”“がんばっているのに成果が出ない”などの場合もあるであろう。そのこと自体がストレスにならないような仕組みをあらかじめ作っておくと、小さな失敗によるストレスを小さく抑えることができる。食べすぎてしまったときでも、例えば「ミカン 1 個なら代わりにこれだけ運動すれば消費できる」などの解決策を提示することは有用であろう。気持ちや価値観、態度は揺れ動いているものであり、支援の方法によっては前熟考ステージに逆戻りしてしまう恐れもあるし、実行ステージへと飛躍できる可能性もある

行動を決める要因は健康問題以外にもたくさんあり、それらを見落とすとうまくいかないことが多い。個人の状況によってフォローアップの集まりや再度の健康教室への参加が困難である場合も多い。また、行動変容の成功や失敗をどの時点で決めるかはたいへん難しい問題であるが、保健指導の目標は「行動を変えます」と言わせるのではなく、対象者が“自分で考える”ことを手伝えることであるから、うまくいかないときでも長期的なヴィジョンを持ってサポートし続けてほしい。

<ポイント>

- 運動教室の参加者に対して、どのような点に注意して体調確認をしますか？
- 運動教室の参加者に対する健康チェックで重要なことは何ですか？
- 運動教室ではどのような声かけを行いますか？
- リバウンドする対象者にはどのような特徴がありますか？
- それぞれの特徴について、解決策を考えてみてください。
- 行動がなかなか変わらないとき、その本当の理由を聞き出すにはどのようなアプローチをしますか？

<アセスメント>

- 教室の参加者の体調を確認できている。
- 体調の悪い／故障を持つ参加者をフォローする体制がある。
- 個人の状況に合わせて、運動の強度を弱くする方法を伝えられる。
- 集団教室では、ほかの人と比較しすぎない体制ができている。
- 対象者の思いや関心に焦点を当て、一人一人に合った評価ができる。
- 対象者の行動変容への準備状態をいつも気にかけている。
- 本当の原因と言いつきを区別することができる。
- 言いつきの後ろに隠れている感情を扱うことができる。
- 長期的な視点を持って支援することができる。

実行ステージ

事例 28 早期の家庭訪問とその後の適切なフォローアップが効を奏した事例

	【50代 男性 妻と2人暮らし 洋菓子店経営】
<キーワード>	家庭訪問 家族 目標設定 フォローアップ 食事指導 肥満 高血圧
<きっかけ>	地域で行われている健診を毎年受診していた。受診者のうち特定保健指導に準じた対象者（積極的・動機づけ支援レベル）については必ず一度は電話連絡を行い、優先的に健康相談や家庭訪問を実施している。10日後に早期面接として家庭訪問を行った。
<介入前>	毎年健診を受けていたが、その後の事後指導は受けていなかった。家庭訪問を実施したところ、データについては気にしており、昨年の健診時にコレステロール高値を指摘されてから自分なりに食事や運動に気をつけていたが、元の生活に戻っていたとのことであった。 医療機関にはなるべく行きたくない、生活習慣の改善で頑張りたい、という本人の思いがあった。仕事のため健康教室等への参加は難しい状況であった。 アンケートにより生活習慣の振り返りを行ったところ、①以前より運動量が減り、②食事の量、特に炭水化物が多い、③仕事のため夕食が遅い、④早食いである、などの問題が浮き上がった。若い頃より体重が10kg増えているとのことであった。
<介入内容>	まずデータの見方を説明し、メタボリックシンドロームについてパンフレットを用い説明した。食べもののカロリーや食べ方、運動による消費カロリーとのバランスについて説明し、できそうなことから具体的な行動目標を設定した。①仕事後に1時間のウォーキングを週5回、②妻の協力を得てご飯の量を減らす、③料理は大皿ではなく小鉢に一人分ずつ盛ることを決めた。関心が高かったため、比較的スムーズに生活改善に取り組むことができた。
<経過>	3ヶ月後、目標の実行状況の確認および生活習慣改善状況を見るため訪問した。体重は5kg減り、おなか周りもすっきりしていた。目標を実行できており、ウォーキングに慣れてきたのでジョギングも取り入れているとのことだった。無理しすぎないようにアドバイスをした。
<結果>	6ヶ月後、生活習慣改善状況の確認・評価のため訪問した。腹囲、BMI、血圧とも改善していた。生活を見直したことで「体が軽くなった、きつさ・だるさがなくなった」と実感できたようで、継続への意欲も感じられた。今後も定期健診を受けることを薦めた。 1年後の健診で体重はやや増加していたが、ウォーキングは毎日1時間を継続している。血圧は自宅測定で120台/70台 mmHg程度とのこと。

<担当者より>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 健診後、早期に対応したことがよかった。 ➤ 結果説明会（事後指導）の場に来所できない人については相手の都合に合わせ、自宅へ訪問を実施したことが効果的であった。
---------	--

<データの推移>

		3ヵ月後	6ヵ月後	12ヵ月後
腹囲 (cm)	88	83	78	78.3
BMI	24.7	-	22.6	23.9
血圧 (mmHg)	165/92	-	144/86	146/76
中性脂肪 (mg/dl)	208	-	-	74
総コレステロール (mg/dl)	308	-	-	265
HDL-コレステロール (mg/dl)	56	-	-	53

<考察>

以前から健診で異常値を指摘されており、本人も気にして自分なりに行動を起こしていた対象者である。仕事のため集団教室への参加が難しかったため家庭訪問をしたのが、成功につながった。本人の意識が高かったため、知識の提供から目標設定、行動変容はスムーズに進んでいる。食生活改善については家族の協力も得られている。ウォーキングからジョギングへと自分で積極的に運動内容の変更もできている。それに対する「無理しすぎないように」というアドバイスも的確である。1年後、体重の増加はみられたものの、ウォーキングは継続できており、自宅での血圧の値は正常範囲内になった。

逆戻りを防ぐには、短期の目標と長期的の目標の両方を設定し、家族など身近にいる人からのフィードバックをもらえる体制を作っておくのも一つの方法である。また、検査データだけでなく「体が軽くなった」「服がゆるくなった」等の実感できるメリット（自己再評価）があることは、行動の強化に大変役立つ。

<ポイント>

- 健診後どのくらいの期間内に指導を始めるのを目標としていますか？
- 健診後できるだけ早く保健指導につなげるには、どのような工夫ができますか？
- 自分の関わっている事例について、問題点をリストアップし、①重要な順 ②解決しやすい順 に並び替えてください。

<アセスメント>

- 健診後、できるだけ早く介入するための工夫がある。
- 様々な選択肢を用意し、対象者に自分に合う・都合のよい形態を選んでもらっている。
- 対象者の状況に合致した目標を立てることができている。
- 期日を決めたフォローアップを行えている。

事例 29 2 度目の健康教室に参加したが成果が出なかった事例（失敗）

	【40代 女性 家族と同居】
<キーワード>	リバウンド 目標設定 グループワーク 成功体験 肥満
<きっかけ>	「減量に成功した時点から元の体重までは戻っていないが徐々に増加しているし、なかなかそれが減らない」と思っていたところチラシを見て申し込んだ。2年前にシェイプアップ教室を受講し、6ヵ月で8.5kgの減量に成功したが、その後「自分だけではなかなか体重維持ができない」「つつい食べてしまうので、もう一度教室に参加してみんなで一緒に頑張りたい」ということで、別のスリム教室に参加された。
<介入前>	BMI 27.3のみで、それ以外に血液検査等の異常はなかった。
<介入内容>	前回の教室と似た内容で、①動機付け②目標設定③運動と食事のポイント④グループワーク⑤個別お便り支援⑥体重記録・食事記録等のセルフモニタリングを実施した（6回のコース）。“3ヵ月で3kg減、腹囲3cm減”が教室の目標であった。 具体的には、20歳の時と比べて増えた体重を視覚的に体脂肪模型でイメージしたり、身近なもの（お米）などに例えて重さを実感してもらったりした。そして、その分が減ると腰や膝への負担も軽減するというメリットも知ってもらった。“体脂肪の付きやすい食べ方の問診”で当てはまる項目を確認し、食べ方の見直しを図り、食行動の改善へ導いた。減らすものばかりではなく、野菜の量など増やすものの提案をした。
<経過>	食事に関しては“間食はやめたくないで回数を少なくする”、運動に関しては“時間がないので子どもとできるだけ体を使って遊ぶ”という目標を立てた。
<結果>	前回受講したときほどモチベーションが上がらず、減量も1kgにとどまり、「どうやったらやせられるか学習して知っているけれど、2回目ということでやる気が全然出なかった。自分のやる気の問題だった」との声が聞かれた。
<担当者より>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ スリム教室は初めて参加の方を対象にした内容であったので、2回目の方にとっては「またか…」という印象を与えたのではないかと。全体では効果があった参加者が多かったが、グループワークを持っても、この対象者のやる気にはつながらなかった。 ➢ 目標を単に減量だけに置いていると、減量した後のモチベーションが下がってくる。痩せるための方法のみならず、体重が減ってどうなったか、その先の自分をどうしたいか、減量のメリットはどこにあるかをきちんと本人にフィードバックすることが継続へのモチベーションにつながるのではないかと考える。

<データの推移>

		3ヵ月後
BMI	27.3	27.0
腹囲 (cm)	94.0	90.3
血圧 (mmHg)	100/50	96/70

<考察>

やる気が出なかった理由として、教室への参加が2回目で内容が似ていたことが挙げられているが、例えば、①運動、②食事、③・・・などテーマ別で開催し、参加できなかった回は次回以降に選択して参加できるなどの工夫があれば重複をなくすことができる。また、グループワークや個別相談の時間を多くし、さまざまな参加者同士で話し合ってもらったり、より個人に合った支援をしたりすることで、2度目以降の参加でも内容の重複を減らすことができるであろう。一度リバウンドしたけれどもまた減量に成功した、など対象者に似た成功者と話をする機会も得られるとよい。過去に成功しているということなので、どうしてその時健康な習慣を身につけることができたかを一緒に検討し、成功体験を引き出して自信につなげることができればよかった。

目標設定に関しては、“間食をやめたくはない”“時間がない”という対象者の考えや状況を考慮して、無理のないものになっている。ただ具体性が乏しく、例えば“間食は週に〇回にする”“1回に〇kcalに抑える”などの数値目標や、子どもと何の遊びをどのくらいの時間行うのかまで踏み込んで目標設定ができれば、より効果的であった可能性がある。

最後に、「どうやったらやせられるか」という知識がついていることは、今後きっかけがあればダイエットに成功する要因となる。事業の間にどれだけ成果が上がったかだけではなく、長期的にみて対象者にプラスになったのであれば十分に意味がある。

<ポイント>

- 「やる気の問題だった」という言葉が対象者から出ましたが、この事例で他に問題があるとすればどのようなものが考えられますか？
- リバウンドをしてやる気を失っている対象者にどのようなメッセージを伝えますか？
- 過去の成功体験を引き出して次につなげるにはどのような質問をしますか？
- 具体的な目標を立ててもらうためにはどのようにアドバイスが有効ですか？

<アセスメント>

- 失敗の体験がモチベーションの低下につながらない工夫がある。
- 過去の成功体験を引き出すことができている。
- 過去の成功体験に新しい視点を付け加えることができている。
- 行動変容やその結果について、対象者が具体的にイメージでとらえることができている。
- 数値化できる目標を立てている。

事例 30 頑張りすぎる傾向に注意して楽しんでもらうことを重視した指導事例

	【50代 女性 家族と同居】
<キーワード>	目標設定 自己効力感 肥満 脂質異常
<きっかけ>	市民健診の結果から、体重とコレステロールの増加が気になるということで、8回コースの健康教育（集団＋個別）に参加した。コレステロールとBMIがなかなか減少しないとのことだった。
<介入内容>	食生活、運動状況、家族状況などあらゆる方面から問診をし、今すでに気をつけていることを認めていった。 ①万歩計をつけて、1日の歩数を確認すること、②ウォーキングを週に3回すること、③果物の量を半分に減らすこと、を目標とした。
<経過>	目標が高く、頑張っているのに「これではだめだ」とか、体重が減ってきているのに「もっと減らさなきゃ」などと頑張りすぎる人で、そのことでストレスが大きくなってしまっている状況だった。今成果が出ていることを誉め、十分に頑張っていることを認めることを続けた。そうする中で、運動することを楽しいと感じるようになったようだった。
<結果>	教室が終わった後でも会うと、「ウエスト〇cmになった」とか、「やせたでしょ、歩いているんですよ」と嬉しそうに話してくれる。
<担当者より>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 運動を楽しめるようになったこと、ウエスト減少など実感できる成果が、継続につながったと思われる。 ➤ 頑張りすぎることでストレスになることもあるので、十分に頑張っていることを認めて誉めることで本人の自信につなげる。

<考察>

完全主義や優等生になる傾向のある対象者に対しては、思うような結果が出ないこと自体がストレスになる場合がある。例えば、決めたことを守れなかったなどの小さなつまずきことをきっかけに自信を失い、行動変容の継続自体をやめてしまうようなケースが考えられる。もし過去に完璧主義や逆戻りが原因で行動変容が失敗した経験があれば、予防策を考えておいた方が良い。決めたことを守れないときがあっても、長期的に見ると大きな影響がない場合も多い。“できなかった”ということだけに意識が向かないような工夫はたいへん役に立つ。

また、集団教室の場合には周囲と比較する機会があり、自分の効果が少ないときにモチベーションの低下を招きかねない。“〇割の確率で目標を守れた”“いつも太る時期に体重増加がなかった”というだけでも、適切な承認を行い、「できるだけことは行った」という自信を持ってもらうことが継続へのポイントである。さらに、数値目標だけでなく、“痩せて着たい服を着る”“ウォーキング大会に出るために持久力をつける”などの楽しみにつながる目標の設定も効果的である。

一方で、過度の食事制限や運動を認めた場合は、適切な目標へ変更しなければならない。

健康のために始めた行動変容がかえってデメリットにならないように、注意する必要がある。短期間で減量することは体調不良や後々のリバウンドにもつながりやすい。長期的な視点でヴィジョンを持ち、短期的には無理のない目標を立てることが重要である。適切な減量のペース、運動強度についての知識を持ち、“なぜ急に変わるとよくないのか” “適切な目標はどのようなものか” を対象者に伝える技術を持ってほしい。

<ポイント>

- 頑張りすぎる人への対応で注意することはなんですか？
- 高すぎる目標を、実行可能なものに変えるにはどのようにアプローチしますか？
- 目標を見失ったときはどのような対応をしますか？
- 行動を続けているのに効果が弱くなったときにはどのような対応をしますか？
- 急な減量にはどのような危険性がありますか？
- どのくらいの減量のペースがもっとも望ましいでしょうか？
- 望ましいペースを超えて取り組んでいる人には、どんな注意が必要ですか？
- 小さな失敗から自信をなくさないようにするためには何に気をつけますか？
- 小さなつまづきがストレスにならないような工夫として、何ができますか？
- 行動変容が失敗しかけた時にどのようにアプローチしますか？
- どのような選択肢を対象者に提供することができますか？食事指導・運動指導などジャンル別に考えてみてください。
- 生活に密着した行動変容プランを提案してみてください。
- 継続しやすい目標の条件は何でしょうか？

<アセスメント>

- 今できていることを確認し、本人の自信につなげるほめ方ができている。
- 行動変容が過度のプレッシャーにならないように注意して指導している。
- 目標が高すぎないか、達成するのに経験や資源は十分あるかをチェックしている。
- 目標についてどのような気持ちを抱いているか引き出せている。
- 対象者の“楽しい”という気持ちを大切にしている。
- 生活習慣の聞き取りによって、変えられそうな部分を把握できている。
- 生活習慣の変えられそうな部分について、適切な目標を設定できている。
- 自宅やその周りで、毎日の生活の中で行えることを提案できている。
- 急な減量の危険性を理解し、説明することができる。
- 短期の数値目標だけでなく、長期的な目標も扱うことができている。
- うまくいかないことがあれば、そこからどのような学びがあったかを引き出せている。

事例 31 成功体験を得ることで自己効力感の向上がみられた事例

	【50代 女性 夫と息子（未婚）と同居 自営業】
<キーワード>	成功体験 自己効力感 家庭訪問 家族 食事指導 フォローアップ 肥満 高血圧 糖尿病
<きっかけ>	健診後、訪問した。BMI 26.2、FBS 111mg/dl、HbA1c 5.7%であった。
<介入前>	<p>高血圧の治療中であり、時々血液検査を受け血糖値が上昇してきていることから、栄養指導も受けていた。1日 1200~1400kcal の指示で、“食事量については今のままでよい”と指導を受けていた。しかし数年前から生活スタイルは変わらず、「今のままでよいと言われても、年々体力は落ち、どんどん猫背になっていき生活しづらい」とのことだった。老人車を使用すれば歩行が楽だが、若いとき使用を控えている。日常はバイクにて行動している。</p> <p>生活状況を詳しく聞くと、①息子を待つため夕食が 21 時以降、②果物は体によいと思っており夕食後に必ず食べる。柿やリンゴは 1、2 個にとどまらない、③お餅が大好きで冬はたくさん食べるため必ず太る、④猫背で老人車を押さないと歩けないため運動不足。まだ若いので恥ずかしくて外出は避けている、などの問題が出てきた。</p>
<経過>	<p>果物の取り方や自宅での運動を説明し、3ヶ月後の訪問を約束した。</p> <p>3ヶ月後（9月）、体重が3kg減少していた。果物の食べ過ぎに注意し、夕食を意識して早く食べるように改善していた。毎年夏は痩せ、秋から冬にかけてみかんや餅が原因で元に戻るとのこと。運動はできていなかった。秋から冬にかけては果物・お餅の量に注意するよう指導した。目標を確認し、3ヶ月後の訪問を約束。</p> <p>さらに3ヶ月後（12月）、冬期の生活指導のため訪問。秋もカキやミカンなど食べすぎないようにしており、体重は1kgの増加のみ。果物をたくさん買わず少なめにしているとのことであった。「夏から体重が増えずに過ごせた冬は初めてで、運動の継続はできていないが体が軽くなり日常の生活が楽になった」とのこと。血液のデータは大きな変化は見られなかったが、体重増加しなかったことが本人の自信に繋がり、また家族からも努力を認めてもらい、今後の励みになった様子であった。</p> <p>更に5ヶ月後、人間ドック受診結果を持って訪問。前年度と比べて3kgの減量、血糖値は正常範囲内に改善していた。</p>
<結果>	<p>生活習慣で改善できた点は、①夕食は 21 時まで済ませ、以後は何も食べない、②果物は以前の3分の1に減量し、午前中に食べる、③この冬は餅の量も3分の1に減らした、④テレビ体操を時々実施。</p> <p>「冬に体重が増えなかったことは初めて」、「顔がすっきりしている」と喜</p>

	んでもらえた。
<担当者より>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 生活状況に合わせた具体的な指導と目標設定、期日を決めて訪問した。訪問指導は直接生活の場に出掛けるため、より具体的に状況の把握ができ、指導に生かせる。 ➤ 目標は短期間の目標とし、定期的に確認・評価・修正を行う。評価は生活習慣の変化や本人の自覚症状、健診データの変化で行った。 ➤ 夫も訪問時同席されることがあり、夫の協力もあったと思われる。

<考察>

医療や栄養指導を受けていたが、体力の低下や食生活に問題点があった事例である。かかりつけ医の介入では具体的に生活スタイルを変えられず、不安を抱えていた。訪問により詳しい生活状況を把握したことで適切なアドバイスができ、結果につながっている。健診後の関心の高い時期に介入を始め、生活状況に合った具体的な指導と目標設定、期日を決めたフォローアップが効果的であった。

この事例では運動はなかなか行えなかったが、食事内容の問題点（果物と餅）に焦点をあて、“やめるのではなく減らす”、“食べる時間に注意する”、という取り組みやすい改善方法を提示できている。体重や検査データの改善は緩やかであったが、“体重の増加がなかった”ことで自信や家族からの評価を得られ、行動変容の継続と最終的な減量・検査データの改善につながった。成功体験を持つことは自己効力感を高め、もし今後リバウンドが起ころうとしても、再び挑戦する助けになるであろう。

<参考資料> 自己効力感について

- Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 1977, vol. 84, no. 2, p. 191-215.
- 松本千秋. “自己効力感 (セルフ・エフィカシー)” 医療・保健スタッフのための健康行動理論の基礎生活習慣病を中心に, 第一版. 医歯薬出版株式会社, 2002, p. 15-28.

<ポイント>

- 行動変容の成功を何ではかりますか？数値化できるもの、できないもの別に考えてください。
- 行動変容の成功体験を次につなげるには、どのような承認の方法をとりますか？
- 行動変容の成功をイメージしてもらうために、どのような方法が使えますか？
- 対象者の自己効力感を高めるにはどのようななかかわりができますか？

<アセスメント>

- 成功したところを見つけて承認し、対象者の自信につなげることができている。
- 対象者の自信につながる成功の指標を用いている。

維持ステージ

事例 32 退職後に地域の健康づくり計画に関わるようになった事例

	【男性 60代後半 家族と同居】
<キーワード>	住民組織 フォローアップ 地域 社会的解放
<きっかけ>	約 10 年前の高血圧予防教室に参加した方。参加の動機は、当時定年退職をされたばかりで、市の健診を受けたことがきっかけだったようである。
<経過>	食事の取り方のバランスが悪かった（昼食が麺類だけ、など）ことに気づき、以後健康や食事に対する意識が変わったように思われた。 健康相談を数回利用していたので、健康に関する住民組織を立ち上げる機会には声をかけようと思っていたところ、“健康づくり市町村計画”を策定することになった。市民メンバーとして声掛けをしたところ快く受けくださり、現在も市民メンバーの一員として積極的に計画推進活動に携わっている。
<担当者より>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 気がついたことは実行に移す力があるタイプだった。 ➤ 退職後で、現役時代の様々なノウハウを「元気にし隊（元気にしたい）」の活動に生かせることを喜びに感じていた。 ➤ 地域の中で、その他の活動にも積極的に関わっていた。 ➤ 体験型の教室でのフォローアップは大切である。 ➤ 保健師の“見て”“つなげて”“動かす”の“見て”“つなげて”の部分かと思います。なかなかできないができたときにはやりがいを感じます。

<考察>

自ら事業に参加した方、健康相談に来ている方は、もともと健康に対する関心が高い。よって、さらに上のステージへの後押しをし、介入がなくても行動を維持できるような環境を整えることが重要である。

“いつまでフォローアップをするか”という問題に関しては、対象者の状況によって個別の対応が必要なためマニュアル化は難しい。また、フォローアップをした方が成功・継続の確率が上がるとはいえ、スタッフも時間も限られた中では限界がある。新しい対象者は毎年現れ、行動変容に至った対象者も逆戻りの危険性を抱え、行動変容が起こらない対象者にも関わり続ける必要があるとなると、支援する側の負担は増加するばかりである。

そこで、OB 会や自主サークルなど、お互いに学び合ったりセルフケア能力を向上させたりする環境を整えることは、支援側の負担の軽減にもつながる。また、健康に関する住民組織の存在は、まだ行動変容に至っていない人々にとっては“社会的解放”（行動変容のプロセスの一つで、社会がより健康的なライフスタイルを促進させるように動いていることを認識すること）として健康について考えるきっかけともなるであろう。

<ポイント>

- どのような住民組織があれば、地域の健康増進に役立ちますか？
- 住民組織のターゲットはどのような人たちですか？
- 健康に関する住民組織を立ち上げる際に大切なことは何ですか？
- 参加者は住民組織に参加することで何を得られますか？
- 参加者がより積極的に参加できるようにするには、どのような方法がありますか？
- 医療従事者として住民組織にどのような貢献ができますか？
- 医療従事者が支援する必要があるのはどのような場合ですか？
- セルフケア能力を高めるためにどのような支援ができますか？

<アセスメント>

- 地域活動や住民組織参加への道が開かれている。
- 住民組織の参加者のニーズを満たしている。
- 参加者が自分の強み（この事例の場合は職場で培ったノウハウ）を活かしている。
- 住民組織に参加することによって、対象者が自分の成長を感じることができている。
- 住民組織に参加することが負担になりすぎていない。
- 参加のしきいが高くない（事前申し込みの有無、料金、日時の設定など）。
- 医療従事者がバックアップする体制がある。
- 現状維持ではなく、成長に向かえるシステムになっている。
- おなじような目標を持つ人同士が高めあっていける雰囲気がある。
- セルフケア能力を高めるための仕組みがある。
- 地域のニーズに合ったイベントやプログラムがある。
- 名所を巡る散歩コースなど、地域に利用できる資源がある。
- どのような資源が使えるかを確認できている。

事例 33 健康教室をきっかけに OB 会のリーダーを務めるようになった事例

	【80代 男性 家族と同居】
<キーワード>	フォローアップ 住民組織 地域
<介入前>	病気についての知識もなく、農業のため食事は量もしっかり、漬物も多く、味付けも濃かった。農作業で動いているので、運動は特別生活に取り入れていなかった。関わったときは70代であった。
<きっかけ>	平成10年度市の基本健診で要指導の項目があり、健康教室の案内通知をしたところ申し込みがあり参加した。
<介入内容>	教室は、医師による病態説明、栄養士による調理実習、運動指導士によるウォーキングの実際、保健師による健康チェック、個別相談、グループワークを実施。まずは自分の健康状態をチェックするため血圧の自己測定と体重と排便についての記録を開始。 教室終了時のアンケートから、1人ではなかなか継続できないという声からOB会を提案した。参加者同士で仲良くなり、教室参加で終わることなく、学んだことを詳しく継続していけるようOB会発足を意識して健康教室を実施。最初から1人を責任者にするのは負担と思われたため、リーダー的存在になれそうな人を数人選出した。
<結果>	食事はよく噛み、腹8分目、減塩を心がけるようになった。4年ほど前より降圧薬の服用を始めたようだが、その他の検査値はほぼ正常範囲内である。 OB会リーダーとしての役目のほか、健康ダンスやストレッチの会にも積極的に参加。月1回発行の「健交会だより」の編集も進んでしてくれている。内容はリーダーさんの健康雑感が主ではあるが、本人もボケ予防でしているとのことなので、印刷という形で保健師が協力している。
<事業>	毎月1回顔を合わせて健康情報を交換し、ラジオ体操、みんなの体操、ウォーキングを、リーダー中心に体育館で実施している。仲間がいて欠席の連絡不要で費用もかからないので参加しやすく、10年目を迎えている。OB会の名前も全員で考え、「健交会」とし、リーダー中心に「無理なく楽しく末長く続けていきましょう」と、連絡員として会が軌道に乗るまで保健師も参加し、徐々にリーダー主体の運営に任せ、参加も退いて行った。時々、市主催の健康づくり講演会やウォーキング大会などの行事のチラシを持って顔を出し、会員の声を聞く機会を持つことで交流している。保健師は相談役としてバックアップし再教育も年1回実施している。 OB会の再教育では、年1回市のバスで野外ウォーキングに行ったり、運動健康講座（ウォーキング、太極拳、ヨガ、ピラティス、のびのび体

	操 等)を開催したりしている。講師代の予算は確保し、他の会と合同のときもある。企画は保健師が行い、市から会員全員に案内通知を発送している。
<担当者より>	<p>➤ 月1回でも「顔を合わせ元気の再確認をしましょう」ということを目的にしており、誘い合いによりひきこもりも予防できている。年齢は確実に取っているが、参加者は出会ったときから気持ちは若いままで変わっていないように思える。むしろ取り組みが積極的になっている。</p> <p>➤ 「都合がいたら出かけて」とOB会の受け入れも柔軟で、リーダー中心に集まった会員が健康情報を交え雑談し、その後体操とウォーキング。30分ほどでも皆さん満足している。</p>

<考察>

OB会のあり方について、OB会を意識した健康教室の運営、リーダーの選出方法、保健師としての関わり方などが具体的に伝わってくる事例である。健康教室の期間中はモチベーションが維持されやすく、脱落やリバウンドが起こっても早期に保健師が関わりやすいが、終了に伴いモチベーションが下がり、健康的な行動の継続が難しくなる事例は多い。

そこで、OB会や自主サークルなどの住民組織の活用によって、健康的な生活習慣の継続や新たな行動の習慣化を強化することは重要である。また、そのようなシステムを持つことで、フォローアップや再教育の機会も設けることができ、継続的支援のための構造が作られる。

<ポイント>

- OB会や自主サークルに重要な条件を挙げてみてください。
- 参加者はOB会や自主サークルに何を求めていますか？
- OB会や自主サークルの開催のために何が必要ですか？
- リーダーの役割は何ですか？
- オブザーバー／相談役の役割は何ですか？
- OB会や自主サークルの継続のために必要なことは何ですか？
- あなたはどのような役割で／頻度で／OB会や自主サークルに関わりますか？
- 地域にある健康づくりのための資源を活用した運営を考えてみてください。

<アセスメント>

- 健康事業のフォローアップのシステムがある。
- フォローアップまでを視野に入れた事業計画ができています。
- フォローアップが医療スタッフだけの負担にならず、関われる人が積極的に参加できる。
- 再教育のためのシステムがある。

事例 34 治療中であるが健康に対する意識は高かった事例（健康情報の扱い方）

	【50代 女性 息子と二人暮らし】
<キーワード>	主治医 健康情報 がんばりすぎ 成功体験 グループワーク 既往症 糖尿病 高血圧
<きっかけ>	かかりつけ医の紹介により、糖尿病教室に参加することになった。
<介入前>	自分で調理し、朝食以外は一人で食べている。約10年前病院で食事指導を受け、2年間で10kg減量した。毎日1時間ほど歩いている。高血圧・糖尿病の薬を内服中である。5年前にも糖尿病教室に参加したことがあった。
<経過>	<p>熱中しやすく頑張りやで、テレビの健康番組の影響を受けやすく、教室参加当初にウォーキングをしすぎたこともあった。</p> <p>データで成果を確認でき、周囲や主治医が頑張りを認めてくれることが継続への強化因子になった。教室開始から2ヵ月半経った頃からHbA1c値が正常値になり、内服をしなくてもよくなった。他の参加者にも良い刺激を与えていた。</p> <p>主治医からも、教室に参加してからデータが改善したと誉められ、どういふことをして下がったのか教えて欲しい、と感心された。</p> <p>OB会にも参加し、教室参加前より軽い体重を維持できている。現在は薬を飲まずに血糖値をコントロールできるように努力している。成果を見せられる場があると張りが出て継続しやすい様子である。</p>
<担当者より>	無理をしすぎないように気をつけ、目標を具体的に立てるようにアドバイスをした。

<データの推移>

		3ヵ月後	6ヵ月後	9ヵ月後
体重 (kg)	65.1	64.4	61.9	60.9
血圧 (mmHg)	147/100	122/82	133/99	128/84
血糖値 (mg/dl)	54	79	114	201
HbA1c (%)	6.1	5.5	6.6	6.6

内服をやめる↑

<考察>

高血圧と糖尿病の既往があるが、以前減量に成功したことがあり、ウォーキングの習慣もあった事例である。既往症のある対象者に対しては主治医と連携することが重要である。疾病によっては運動制限があることもあるし、頑張りすぎの予防のために主治医から助言をもらうことも有用である。

テレビやインターネットに健康についての情報はますます増え、健康に関心が高いばかりに影響を受けすぎることもある。健康についての情報については、医療従事者として中

立的な立場で助言をすることが求められる。否定的な態度で接すると、信頼関係自体が危うくなるおそれもあるため注意が必要である。他の専門家の助言が必要と判断したときは、「主治医にも相談してみてください」などと促すことが必要である。健康食品の安全性・有効性についてのホームページを参考資料として紹介する。

疾患別健康教室では参加者同士の状況が似ているので、お互いの成功体験を話し合うことで、動機づけになったりモチベーションを維持したりする効果が期待できる。特に周囲からの承認がモチベーションの向上につながりやすい人は、グループワークや次回以降の教室の中で積極的に自分の体験や頑張っていることを話してもらうとよい。

<参考資料>

「健康食品」の安全性・有効性情報

<http://hfnet.nih.go.jp/>

【健康情報について】

<ポイント>

- 健康についての情報をどのように扱っていますか？
- テレビやインターネットの健康情報に影響されやすい人に接するときに、注意することは何ですか？
- 健康についての情報を扱う時に難しいことは何でしょうか？

<アセスメント>

- テレビやインターネット上の健康情報について中立的な立場で関わるができる。
- 情報、事実、個人的な解釈を区別して扱える。
- テレビやインターネット上の健康についての情報について、必要な場合は他の専門家の意見を求めるよう促すことができる。

【成功体験の利用について】

<ポイント>

- 対象者は過去にどのような成功体験を持っていますか？
- 成功体験をグループの中でシェアしてもらうには、どのような促しをしますか？

<アセスメント>

- 過去の成功体験を引き出すことができている。
- 何が対象者のモチベーションを上げるのかを知っている。
- 同じような目標を持つ人同士が高め合っている雰囲気がある。
- 頑張りを評価してくれる人が周囲にたくさんいる。
- グループの中で成功体験をシェアすることを促している。

事例 35 さらなる自己分析から目標達成に至り人生の目標も持つことができた事例

	【70代 男性 夫婦で2人暮らし】
<キーワード>	目標設定 住民組織 飲酒 既往症 自己解放 援助関係 強化マネジメント 心筋梗塞 脂質異常
<きっかけ>	10年前に心筋梗塞を患ってから 10kg 程度減量したがその後は変わらず、BMI を 22 にしたいとのことで相談があった。
<介入前>	60歳の時、心筋梗塞で手術。経過は良好で運動制限等はなかった。高脂血症のため通院加療中であった。 毎日規則正しい生活で、スポーツジムに週4~5回通い、1~2時間のトレーニングを続けていた。本人なりに、「食べ過ぎない」「脂肪を控える」「野菜を多く摂る」「減塩」等に気をつけていた。晩酌は毎日であった。
<経過>	1回目の面接で「体重を少し減らし、1万歩歩く」と目標を立てて実行したが、2回目には体重がわずかに増加していた。本人は「毎日の晩酌が関係しているのでは」と分析し、次回までの目標に「10日間のうち3日間アルコールを止める」とした。以後、毎回の目標で晩酌を休む日を設定し、実行できたかどうかで○×△で自己評価を継続した。参加者の中に同様の目標を立てている人があり、参加のたびに互いの成果を確かめ合っていた。当初は毎日の晩酌を2日に1回にするという目標を立てようとしていたが、他の参加者から急に無理をすると守れないと指摘され、無理のない範囲に修正した。 6回目には、「一生お酒を飲んで、どのように死んでもかまわないと思っていたが、参加してからは死ぬまで元気でいたいと思うようになった。アルコールも糖になると知った。自分との闘いだ。」と発言。 8回目には、晩酌が週3日になっていた。食生活の気づきとして、「食べる量が多かった。早食いだった。飲酒しすぎていた。」と。 毎年正月三が日は来客と飲み、5升の酒を空けていたが、教室終了後の正月は1升で収まった。
<その後>	OB会で5月にウォーキングに出掛けた日のこと、「ライフアップ作戦というのは、終わりはなく、生きている限り一生続けることなんやな。こうして歩いたり、いろいろ自分で取り組んだりすることがライフアップということなんやな。」とぼつりと話された。「100歳までピンピン生きてコロリや。」と人生目標を設定し、それが合言葉となった。 保健推進委員となり、健診の手伝いや来所呼びかけなどの活動に加わってもらった。
<担当者より>	➤ ユーモアがあり、グループの中では他の参加者を気遣い包み込むお父さんのような役割を持つ人。教室参加前より食事や運動に関心があ

	<p>り、主治医の指導を受けて日々実践されていた人であった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 今回の教室を通して今までのこと、これからのことについて自己分析し、よく考えてもらえた。「100歳までピンピン生きて कोरोリ」という目標が明確化したことで、今までの実践が裏付けられ、継続に向けての強化につながった。スタッフの目的の一つに、「参加者自身が“それぞれの豊かな人生”を送るために何が必要か、どうすればいいのかを考え気づくこと」としており、「これからの人生の目標ができた」と言われたことに感銘を受けた。 ➤ 食事の記録などわからないところは妻に聞き教えてもらっていた。 ➤ 晩酌をしない日を設ける目標について、その間の本人の気持ちの変化などを引き出し、実行できたことについては讃えて、プラスの評価を本人に積み重ねた。 ➤ 本人の頑張りを全体にフィードバックし、同じような目標を持つ他の参加者を紹介し、他の参加者の達成状況に関心を持つように働きかけ、励まし合える仲間作りを試みた。 ➤ 主治医とのコミュニケーションがもともと円滑であり、教室でのことを受診の際に報告され、「〇〇市ってすごいね。今度いろいろ教えてね。」などとプラスの評価が度々返されていたことが継続の強化因子となっていた。
--	--

		3ヵ月後	6ヵ月後	9ヵ月後	13ヵ月後	15ヵ月後
体重 (kg)	71.5	71.9	73.9	71.9	71.1	70.4
HbA1c (%)	6.3	6.2	6.6	6.6	6.5	6.2
血糖値 (mg/dl)	111	118	153	97	119	113
総コレステロール (mg/dl)	209	232	235	209	218	190
中性脂肪 (mg/dl)	470	341	574	327	132	117

<考察>

心筋梗塞の既往があるが、食事や運動には気を使うことができていた事例である。介入によって飲酒習慣について自己分析ができ、同じ目標を持つ仲間の存在もあり節酒に成功した。

変容プロセスの“自己解放”（他人に対して公言することで行動変容を強化すること）をうまく利用している。同様の目標を持つ仲間を得られ、お互いに経過を報告し合ったり、「無理をすると守れない」など仲間の目線からのアドバイスをもらったりできることは集団支援のメリットである（変容プロセスの“援助関係”）。その他に、節酒や禁煙に役立つ変容プロセスとして“強化マネジメント”がある。消費しなかったタバコやお酒の分を貯金す