

	<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

るなどの決まりを設け、行動変容を継続し問題行動を起こさないことを強化する方法である。

事例では、事業の終了後も OB 会や保健推進委員制度の活用によって対象者が人生の目標を持ち、健康的な行動の継続を強化する様子が報告されている。それだけではなく、健診の手伝いや呼びかけによって、健康的なライフスタイルを推進する役割も担い始めている。このように、生活習慣の改善だけでなく、その後の対象者の豊かな人生のために貢献できるような事業を計画・実施することが望まれている。

<ポイント>

- 既往症のある方、現在通院中の方では、主治医とどのように連携をしますか？
- 対象者は改めた方が良い生活習慣をすべて把握していますか？まだの場合は、どのようにすればそれに気付いてもらうことができますか？
- 対象者は行動変容によって起こる良いことをすべて把握していますか？まだの場合は、どのようにすればそれを見つけてもらうことができますか？
- 事業の参加者がお互いを認め合うような仕組みをつくるにはどのような工夫ができますか？
- さらに楽しみを増やすには、どうすればよいでしょうか？
- OB 会や保健推進委員の活動にどのようにつなげていますか？
- 住民組織の活動にあたり気をつけることを挙げてみてください。

<アセスメント>

- 既往症を含めた健康状態の評価ができています。
- 必要に応じて医療の専門家や主治医と連携する体制がある。
- 主治医とどのような関係であるかを把握している。
- 既往症に支障のないプランを立てることができています。
- 対象者が自己分析し、自分で目標を立て行動を起こせるような指導を行っている。
- 目標だけに焦点をあてず、その間の本人の気持ちの変化も大事にする。
- 行動目標だけでなく、行動を支える信念や人生のヴィジョンについても扱っている。
- 保健推進委員など地域活動や住民組織に参加する道が開かれている。
- 情報交換したり、励まし合ったりできる同じ目標を持った仲間がいる。
- 指導者と対象者という枠にはまらず、良い相互作用が起こっている。
- 対象者が自分の豊かな人生のために必要なことを考えている。

参考文献

- ◇ 足達淑子. 行動変容をサポートする保健指導バイタルポイント. 医歯薬出版株式会社, 2007, 111p.
- ◇ 石川善樹. 健康学習のすすめ①理論. 日本ヘルスサイエンスセンター, 2006, 159p.
- ◇ 石川雄一. 健康学習のすすめ②実践. 日本ヘルスサイエンスセンター, 2006, 151p.
- ◇ 石川雄一. 保健医療従事者のための行動科学的アプローチマニュアル. 日本ヘルスサイエンスセンター, 2001, 166p.
- ◇ 大崎暢子監修. 成功する特定保健指導. 日経研出版, 2008, 191p.
- ◇ 奥田弘美; 本山雅英. メディカル・サポート・コーチング入門. 日本医療情報センター, 2003, 245p.
- ◇ ステファン・ロルニック; ビップ・メイソン; クリス・バトラー (地域医療振興協会; 公衆衛生委員会 PMPC 研究グループ 監訳). 健康のための行動変容. 法研, 2001, 401p.
- ◇ Patricia M. Burbank, Deborah Riebe 編著 (竹中晃二監訳). 高齢者の運動と行動変容 トランスセオレティカル・モデルを用いた介入. ブックハウス・エイチディ, 2005, 222p.
- ◇ 日野原茂雄; 和田高士. 健康教育・栄養相談・生活習慣改善指導～生活習慣病の予防と管理～. ライフサイエンスセンター, 2003, 284p.
- ◇ ベス H. マーカス; リーアン H. フォーサイス. (下光輝一; 中村好男; 岡浩一朗監訳). 行動科学を生かした身体活動・運動支援. 大修館書店, 2006, 224p.
- ◇ 本間正人. ケーススタディで学ぶ「コーチング」に強くなる本. PHP 研究所, 2001, 284p.
- ◇ 松本千明. 医療・保健スタッフのための健康行動理論実践編. 医歯薬出版株式会社, 2002, 84p.
- ◇ 松本千明. 医療・保健スタッフのための健康行動理論の基礎. 医歯薬出版株式会社, 2002, 100p.
- ◇ 宗像恒次. 最新行動科学からみた健康と病気. メジカルフレンド社, 1996, 298p.
- ◇ 柳澤厚生編著. コーチングで保健指導が変わる!. 医学書院, 2008, 120p.
- ◇ 渡邊昌; 松崎松平; 小西正光. 健康増進・病気予防の基礎と臨床. ライフサイエンスセンター, 1998, 269p.

索引

い

意識の高揚.....	22, 64
飲酒.....	36, 46, 54, 64, 67, 76, 82, 86, 88, 120

う

運動療法.....	36, 74, 82, 94, 98, 99
-----------	------------------------

え

援助関係.....	22, 44, 54, 120
-----------	-----------------

か

家族.....	27, 48, 52, 67, 70, 72, 74, 80, 104, 110
家庭訪問.....	27, 42, 104, 110
環境再評価.....	22, 67

き

既往症.....	27, 94, 96, 99, 120
企画.....	29, 42, 62, 92
きく.....	26, 42, 48, 52, 54, 56, 62, 88
強化マネジメント.....	22, 120
記録票.....	31, 72, 74, 76

く

グループワーク.....	48, 72, 76, 90, 106, 118
--------------	--------------------------

け

健康運動指導士.....	94
健康情報.....	28, 118

こ

高血圧.....	44, 52, 62, 80, 88, 90, 92, 104, 110, 118
広報.....	29, 92, 94
故障予防.....	98, 99
個別支援.....	30, 56, 58

し

刺激コントロール.....	23
自己解放.....	23, 70, 120
自己効力感.....	99, 108, 110
自己再評価.....	22, 67
脂質異常.....	44, 60, 82, 86, 99, 108, 120
社会的解放.....	22, 74, 114
集団指導.....	30, 62
集団と個別.....	48, 56, 58, 60
住民組織.....	42, 92, 114, 116, 120
主治医.....	27, 118
受診勧奨.....	42, 41, 46, 62
情報提供.....	31, 62, 67
食育.....	96
食事指導.....	54, 64, 70, 74, 80, 88, 90, 96, 104, 110
心筋梗塞.....	120
信頼関係.....	24, 42, 44, 46, 52, 54, 56, 64

す

ストレス.....	35, 32, 86, 88
-----------	----------------

せ

成功体験.....	33, 106, 110, 118
-----------	-------------------

た

タバコ.....	36, 46, 67, 64
----------	----------------

ち

地域.....	28, 62, 94, 114, 116
---------	----------------------

つ

通信支援.....	32, 78, 82, 88
痛風.....	80
強み.....	33, 82

と

糖尿病.....	42, 48, 64, 76, 80, 110, 118
独居.....	25, 44, 54, 64, 86, 94

ドラマティックリリース	22, 44, 64
の	
脳梗塞	52
は	
反対条件づけ	22, 70
ひ	
肥満	52, 60, 70, 72, 86, 90, 99, 104, 106, 108, 110
ふ	
フォローアップ	37, 44, 67, 76, 78, 80, 90, 99, 104, 110, 114, 116
雰囲気づくり	29, 48, 92, 94
へ	
変容プロセス	21, 22
も	
目標設定	34, 52, 54, 67, 70, 80, 90, 96, 104, 106, 108, 120
ら	
ライフイベント	35, 86
り	
リバウンド	37, 78, 90, 96, 106
れ	
連携	25, 46

付録

共同研究者の保健師・管理栄養士からの報告事例

糖尿病専門医クリニックからの報告事例

はじめに

糖尿病の自己管理は糖尿病治療の基本であり、自己管理行動の実践なくしては治療の目標である良好な血糖コントロール、合併症予防は達成できない。しかし、患者自身が行う自己管理を成功させるためには、患者自身がその必要性を認識し、方法を知っていることが必要である。医学や糖尿病についての知識がない患者に対して、患者教育・自己管理指導が必要である所以である。自己管理指導には単に知識やスキルの情報の提供だけではなく、無関心な患者に自己管理意欲を持たせ、行動変容を導くための指導者の技量が必要である。成人の学習についてはいくつかの理論があり、これらの理論を応用しながら個々の患者の特性に合わせて患者の行動変容を支援する必要がある。当院は糖尿病専門クリニックとして多くの糖尿病患者の指導を行っている。本研究では、当院における糖尿病自己管理指導により行動変容に成功した例を集め、その成功要因をまとめる事により、今後の自己管理指導指針作成の一助とすることを目的とした。本研究の対象者は、すでに糖尿病を発症した人達であるが、この指針は近年増加の一途をたどっている糖尿病予備軍、あるいは生活習慣病の予防指導の参考になると考えられる。

当院の糖尿病自己管理教育の現状

当院は8年前に開業した糖尿病専門クリニックである。糖尿病専門医・指導医の資格を持つ医師1名、糖尿病療養指導士の資格を持つ管理栄養士1名、看護師3名のチーム医療を実践している。通院患者の約90%が糖尿病であり、通院間隔は平均月1回であるが、初診時および必要に応じて1~2週間毎の来院としている。

受診当日には検尿・血糖・HbA1cの測定を実施し、来院までの1ヶ月間のコントロールの変化をタイムリーに見ることができ、生活習慣変容のための指導や治療法の変更も迅速に行える。

診察は予約制で行い、栄養指導・看護師指導・検査などを計画的に実施している。看護師の指導は患者毎に担当を決めて、同じ看護師が介入するようにしている。指導はすべて個別指導とし、患者が夫である場合には、できるだけ妻の同席を求めて、栄養指導を受けてもらう。

初診時の問診は、医師の診察前に看護師が約30分以上かけて、所定の用紙(図1)に従って聞き取りを行う。聴取する項目には、家族歴・既往歴・現病歴の他、1日の生活時間の流れ、食事内容、運動習慣や通勤の状況、家族環境などである。診察時には聴取した内容をもとに医師が面接し、当日の検査内容、糖尿病の全体像と治療方法の全体像を示し、著明な高血糖がない限りまずは食事・運動で経過をみることを説明する。次回受診までに気をつけてもらうポイントを1ないし2つにしぼって話し、2週間後に再来とする。以後の受診時は栄養指導1~2回、看護師による初期教育を3~4回実施する。継続患者においては介入を必要とする患者は予定をたて、来院時はまず栄養指導ないしは看護指導を実施し、その情報をもとに医師が診察する。継続指導は、栄養士・看護師ともに約30分で、医師の診察時間は平均7分(5~30分)である。

対象および方法

当院に通院中の2型糖尿病の内、自己管理指導を実施し、血糖コントロールの改善、体重の減少、あるいは望ましい行動変容を起こした27例を抽出し、①各症例の特性 ②行動変容前の状況 ③行動変容の契機 ④介入方法 ⑤結果 ⑥介入のポイント ⑦成功のポイント について検討し、成功例に共通した要因の抽出を試みた。

結果

事例報告：別紙に症例1～27をまとめて掲載した。

成功例の特性

1) 成功例の性格特性

成功例中最も多かった例は、健康に価値を置き、健康であることを目標と認識していた。また、真面目な性格で、医療者のアドバイスを素直に聞き、それを受け入れて生活の中に取り入れていた。血糖管理・体重管理の数値目標も理解され、目標達成にむけて計画的な行動や自制心を持っていた。さらに、家族関係や信頼関係のある家族の影響は大きく、本人自身は健康障害を重大に考えていない場合でも、家族の希望・意向により来院し、健康改善行動が見られ、家族の協力で維持できた。大半が患者は夫で協力者は妻であったが、一例はキーパーソンが長男であった。

素直に医療者の話を聞けない患者であっても、健康改善の目標を持っていれば、自分のやり方を試し、医療者がうまくフィードバックをかけることで、望ましい行動に修正可能であった。

理解力が弱い患者、あるいは意志が弱く、計画的行動が取れない例でも本人が目標を持つことができると、医療者のサポートによって行動変容可能であった。

また、本人自身が健康にあまり価値を置いておらず、また地道な改善努力を苦手としていた症例であっても、行動を変えざるを得ない状況の発生により行動が変わり、ある期間継続することによって、新たな習慣となったと思われる症例もあった。

2) 行動変容の契機

初めて糖尿病と診断された時、合併症の出現、高血糖による症状の出現などは患者に強い危機感を与え、行動変容の契機となっていた。医療者からのインスリン治療の導入や入院の勧めも同様に健康に対する危機感を持つきっかけとなった。また環境の変化、やむを得ない状況の発生も行動変容の契機となった。

3) 介入方法

① 知識・スキルの提供

患者教育の基本として、知識の提供を行った。理解力評価とともに、患者が情報提供を受け入れる状態であるかの評価が重要であった。糖尿病の受容が悪い場合でも、知識が増えるにつれ考えが変わり、受入れられるようになる例もあり、患者の心理状態を把握しながら情報提供することが

重要であった。一方、人のいうことが素直に聞けない人の場合には、対応方法の工夫が必要であった。

② 患者による行動目標の設定：

望ましい生活習慣を獲得するための行動目標は患者が選択するようにサポートした。あまり負担感なくできそうなことを考えてもらい、その効果を考えながら次回受診までの目標とした。患者自身から行動の選択ができない場合には、いくつかの選択肢を提案し、患者と相談して行動目標とした。記憶力が弱い、意思が弱くて継続に不安を感じる例には、目標シート（図2）などの記録用紙を渡し、毎日記録をつけてもらうようにした。

③ 患者とのコミュニケーション（傾聴・共感とオープンな質問）：

糖尿病の受容ができていない例や行動変容に抵抗を示す症例には焦って変化を求めず、患者の考えを表出してもらい、患者を理解するように努めた。口数の少ない人や考えがまとまらない人、相反する考えに迷っている場合にはオープンな質問を繰り返し、会話の中で患者自身の気づきが生まれるように努めた。

④ 行動変容の効果の見える化とフィードバック：

患者の行動と体重や検査値の変化を関連づけて患者にフィードバックした。またグラフ化して、視覚的に変化効果が理解できるように心がけた（図3）。自己効力感の強化：患者の努力を認め、賞賛の言葉かけを行い、成功体験を自覚し、次の行動につながる自信となるようサポートした。

⑤ 受診頻度（受診間隔の短縮）：

計画的な行動のできない患者とは、相談の上、受診間隔を短縮し、行動変化が続くような環境設定を行った。行動を変えたいと思っているが意志が弱い、続かないと自分で認識している患者は、自ら受診後1週間位はできることを表明し、受診の間隔を10～14日と短縮することを提案された。

⑥ うつへの対処：

うつ病や心理的問題をかかえている患者には、精神科の治療と並行した。うつ状態の改善とともに、また逆に糖尿病の改善とともに、双方に良好な影響がみられた。

4) 成功のポイント

- ① 本人の健康でありたいという健康観とまじめな性格がある場合には、情報提供による知識とスキルの提供、および目標設定や行動の微調整をうまくコーチすることで成功した。
- ② 適切な健康観とまじめな性格であるが、人の言うことが素直に聞けない人に対しては、医療者は早期に本人の性格特性を掴んで、対立しないで本人のやり方を実施できるようにサポートする対応方法をとる必要があった。コミュニケーションスキルが医療者に必要であった。
- ③ 計画性がない、持続力がないが健康改善の目標を持てる人には、受診間隔を短縮する、成功体験を持たせて自己効力感を高める、などの医療者のサポートで成功する例が見られた。また、家族に協力者がいると成功する例が多かった。
- ④ 健康に関心がなく、自己管理行動の開始ができていなかった人では、合併症の出現、あるいは

は入院やインスリン治療をすすめられたなど本人が健康に危機感を持つことがきっかけで改善がみられる例があった。

- ⑤ 本人が意識的に行動を修正したわけではないが、環境によって変えざるを得なくなった時にも改善がみられた。ただし、本人は変化に無自覚であるため、言語化して本人に意識させる関わりが必要であった。

考察

糖尿病治療において患者教育は治療の基本としてその役割が確立されている。教育指導には単に知識やスキルを教える teaching でなく、患者の心理的支援を行いつつ、行動変容を促すための coaching が求められている。Karen Glanz らは著書「健康行動と健康教育」において、「健康行動に影響するプログラム・介入は、それが健康行動理論に基づいて実施された時に、参加者にとってもっとも役立つものになる」と述べている。我々は心理学の専門家ではないが、患者教育指導方法にこれらの理論を取り入れ、介入プログラムの効果を上げるべく努力している。しかし、個々の患者にどのように応用すればよいのか、同じようにしても患者によって結果が異なることはしばしばである。日常の患者への関わりの中で、指導的介入が成功した症例を集め、その要因を分析することは、我々の指導方法をより個々の患者へ効率的に適応し、効果を上げることに役立つと考えられる。

健康行動理論の中で、患者を理解する基礎として社会的認知理論と保健信念モデルを、行動変容のモデルとしてトランスセオレティカルモデルを用いている。

患者がどのような健康行動をとるかには、三つの要因が影響する(社会的認知理論)。すなわち、①個人的要因(認知・健康観・性格特性など)②行動(知識・スキルをもっていること)③環境の三因子であり、これら三因子は相互に影響しあう。患者の考えや行動特性、外的環境によって行動の開始が決定され、実施された行動の結果により行動の変更・中止・維持が起こったり、環境の変化によって認知や行動も変わる。今回自己管理成功例について、この三因子の観点から行動変容の契機・介入と成功のポイントについてまとめた。その結果、知識やスキルは教育指導で教えることが可能な要素であり、教育内容の中心であったが、これがいかに患者の中に取り込まれるかは個人的要因、すなわち、認知能力、健康信念に関係していた。性格特性は指導のしやすさ、行動変容のしやすさには関係していたが、成功の必須条件ではなかった。むしろ、性格特性は、医療者の患者への関わり方を決定する要因として捉えていた。成功例に共通の要因として、健康信念、健康の価値を認め自分の健康改善しようという目標を持っていることと、そのための情報を聞くことができる能力・姿勢が最も重要であると考えられた。

また、うつを合併している場合やストレスの強い状態にいる場合には、医療者との良好な関係を作ることが困難であったり、行動を開始するエネルギーがない場合があり、精神科あるいは心療内科の専門医との連携が必要である。精神状況の改善とともに、行動変容が可能となり、教育指導の効果も現れやすくなる。

行動変容モデルは、医療者が患者の状態を把握し、各時点で患者に必要なことを考えるのに利

用した。実際には、治療を求めて来院する患者の大半が前準備期から準備期に入っており、教育指導を通して、実行期へとスムーズに移行し、維持できていた。行動変容が始まると、行動の変化と健康指標の改善が連動していることを分かりやすく示し、理解させることで、行動変容の定着を図った。無関心期の例には動機付けのための関わりが必要であるが、最も難しい群である。今回の成功例に含めた無関心期の例は、環境の変化があった例がほとんどで、この契機を利用して指導に生かし、望ましい行動変化につながった。前準備期の例では、健康の大切さを理解し、良くしたいという気持ちと同時に、現状を維持し、生活習慣を変えたくないとの相反する気持ちを持っていて、行動変容に進めない例がいる。医療者に対して建前での会話が多くなり、効果が上がらない。症例 24 では、本人が本音で話しを始めるようになって、初めて行動変容が起こり、治療が動きだした。

今回抽出した 27 例をもとに行動変容の流れをチャート (図 4) に示した。基本となるパターンは図 4 の一番上の流れで、初めて糖尿病と診断された時、あるいはコントロールが不良であると注意された時などに、患者自身が健康改善を目標としており、改善のために必要な知識とスキルを持つと行動変容がおこる。血糖コントロールが改善すると、患者の自己効力感が高まり、実行期から維持期へと移行する。この流れの中に患者をどのように組み込んでいくかが介入のポイントとなる。その意味でも、初めて糖尿病と診断されて危機感を持った時が最も介入しやすい時期であり、最も重要な時期である。この時期に必要な知識とスキルを獲得しておくことが将来の治療の成功の良否を決める可能性がある。

当院では、教育する知識やスキルの指導方法については標準化している。しかし、個々の患者によっては上記のチャートにうまく乗らず、治療に難渋する例がある。そのため、患者の特性や利用できるリソース、患者のやる気など正の要因と行動変容を阻害する負の要因を評価するためにアセスメントシート (図 5) を作成している。行動変容にいたらない患者の場合にこのアセスメントシートを用いて問題点を評価し、介入方法を検討するようにしている。

当院は指導体制上の問題から、すべて個人指導で行っている。しかし、成功例に挙げた中の数例は肥満教室、転倒教室に参加しており、各々教室の指導効果が高かった。集団による参加者相互の良い影響が見られており、費用効率の点からも今後当院でも採用すべき課題と考えている。

本研究では糖尿病発症後の指導成功例をまとめたが、これを発症前の健診・保健指導にいかに応用するかを考えてみたい。本研究の成功例では健康でありたいという健康信念をもっていることが重要であり、その信念を持つに至るには危機感が関係していた。準備期に入り、行動が始まった時には、行動結果を見える化して本人にフィードバックし、成功体験を自信に変えて、自己効力感を高めるように介入した。認知能力の低い例には、簡単な行動目標を繰り返して示し、行動と健康変化の関係を理解するようにした。行動と結果の相関が理解されるようになると、患者自らが自己管理行動を行い、維持できた。本研究では大半が前準備期から準備期に入り、患者自身が健康に危機感を持っているところから出発しているが、保健指導対象者はほとんどが無関心期、あるいは前準備期であると考えられ、介入という点では発症後の患者よりも難しいと考えられる。そこで、保健指導参加者に対する対応と、指導参加を促す対応の二点について若干の考察

をしたい。

保健指導の参加者には、参加した結果が目に見える指標があると満足感を生じ、その後の行動変容とその維持に役立つのではないだろうか。知識は聞いた時には知って満足感を生むが、実際に使えるものでないと忘れられてしまう。たとえば、体重や腹囲、血圧などの数値化できるものと歩数や簡単な摂取カロリー計算などを組み合わせることにより、行動と健康結果の関係が理解でき、日常生活の中で取り入れやすいと思われる。そのためにも、保健指導の目的を明瞭にして、目的別の指導を行うと、効果が得やすいかもしれない。また、集団指導では、結果に応じて表彰し、本人の達成感を高めるや、指導後のフォローのコンタクトをとるなど、一定期間参加者との連絡を密にすることも必要である。参加後の満足感は、次の機会の参加を促し、また参加者の周りの人への広報効果にもなる。症例 24 は友人から聞いて、転倒教室の参加を決めている。

参加を促す方法としては、まず参加者の参加動機を知る必要がある。参加者が限られ、同じ人が繰り返し参加するのは、参加者に健康の危機感があることが予想されるが、その外にも参加者が感じているメリットがあるのではないだろうか。その上で、広報に、どのような人に参加が勧められるか、参加した結果得られる効果などの情報を加えるのもよいかもしれない。今までの参加者の声なども、主催者の意見よりも効果があるかもしれない。過去の参加者は、保健指導の良い広報担当者になりうる。

社会全体が健康の自己管理に留意する雰囲気ができることが望ましく、正しい健康情報がマスコミに取り上げられることは良いことだと思われる。また健康増進のための環境整備として、安価で利用できる地域の施設があれば望ましい。歩こう会のようなイベントを地域の商店街と連携して行っている例もあるようである。地域社会ぐるみの取り組みも、集団指導と同様の効果が期待できる可能性がある。

おわりに

糖尿病発症後の自己管理指導成功例についてまとめた。医療機関での患者指導は地域の保健指導とは、かけられる時間やマンパワー、対象者の意識など大きな違いがあるが、未病から発症後まで連続した健康管理が必要とされる時代には、医療機関と保健事業が共通の基盤をもって連携する必要があると思われる。

図1. 問診票(1)

氏名: _____ (才)

Ht. cm Wt.

担当看護師
kg

○本日受診なされた理由を教えてください。

- ・体調が悪い
- ・他院よりの紹介
- ・健康診断結果で、
- ・転医希望
- ・ひと()に薦められた
- ・その他 _____

⇒それはどのような症状、あるいは病名ですか? _____

⇒それはいつ頃からですか? _____年 _____月頃

○今までに治療を受けた病気や手術はありますか?

- ・ _____才頃… _____
- ・ _____才頃… _____
- ・ _____才頃… _____

○現在お薬を使った治療をされていますか?(自己注射も含む)

(はい、いいえ)

⇒「はい」の方…医師の処方どおりに服薬、注射できていますか?(はい、いいえ)

○体重の変化について教えてください。

- ・20才頃の体重 ()kg
- ・今までの最高体重 ()kg:()才時

○ご家族やご親戚に以下の病気の方はいらっしゃいますか? あれば○をして下さい。

病名	病気の方								
	配偶者	父	母	兄弟	姉妹	祖父	祖母	子	その他
糖尿病									
脳卒中									
心筋梗塞									
高血圧									
高脂血症									
ガン									

○喫煙について教えてください。

1. 吸わない
2. やめた { 吸っていた期間は?()才~()才
その間は1日に何本位吸ってましたか?()本
3. 吸っている { 何才から吸っていますか?()才
1日に何本位吸っていますか?()本

○飲酒について教えてください。

- ・飲酒されますか? (毎日、時々、機会があれば、やめた、飲まない)
- ・何才から飲酒されていますか? ()才から
- ・飲酒される方は、アルコールの種類と量を教えてください。例:(**ビール** / **350ミリ 2缶**)
(/) (/) (/)

○今までに薬や食べ物でアレルギーが起こったことがありますか?

なし あり(原因:)

○女性の方はお答え下さい。

- ・現在妊娠は? (していない、している⇒妊娠週数 _____ 週)
- ・過去の妊娠回数 _____ 回 ・流産、早産はありましたか?(なし、あり)
- ・妊娠中に尿に糖が下りていると言われた事がありますか?(なし、あり)

図1.問診票(2)

○以下のような症状はありますか？あれば○をして下さい。

症状	いつからですか？
・体がだるい、疲れやすい	年 月 頃
・のどが渇く	年 月 頃
・尿の量が多い	年 月 頃
・尿の回数が多い	年 月 頃
・夜中に排尿に起きる 一晚()回	年 月 頃
・やせた () [*] 減	年 月 頃
・太った () [*] 増	年 月 頃
・目が見えにくい	年 月 頃
・足や顔がむくむ	年 月 頃
・神経痛、こむら返りがある	年 月 頃
・しびれ感がある	年 月 頃
・性欲が低下した	年 月 頃
・インポテンツ	年 月 頃
・歯がたくさん抜けた	年 月 頃
・歯槽膿漏がある	年 月 頃

○最近眼科にかかった事がありますか？（ はい、 いいえ ）

⇒「はい」の方・いつかかりましたか？ ____年 ____月 頃

・・どこの眼科ですか？ _____ 病院・医院

○一日の生活は規則的ですか？（ はい、 いいえ ）

○一日をどの様に過ごされますか？例にならってご記入下さい。

記入例



* 職業 _____



図1.問診票(3)

○運動、活動について教えてください。

- ・身体を動かすのは好きですか？（はい、いいえ）
 - ・通勤、通学をされている方は、その手段を教えてください。
（車、電車又はバス、バイク、自転車：____分、徒歩：____分）
 - ・日常生活やお仕事で、身体を動かすことは多いですか？（はい、いいえ）
- ⇒「はい」の方は以下の質問にお答え下さい。
- ・それはどのような内容または運動ですか？（ ）
 - ・どのくらいの頻度ですか？
（毎日、週に____回位、決まっていない）
 - ・一回あたりの時間はどれ位ですか？（ ）

○食生活について教えてください。

- ・食事時間は規則的ですか？（はい、いいえ）
- ・間食(飲み物も含む)の習慣はありますか？（毎日、時々、無い）
⇒間食をされる方は、どんなものを摂りますか？（ ）
- ・食事の味付け、または好みは？(濃い、薄い、油っこい)
- ・良く食べるのは？(肉、魚、豆腐・大豆製品、いろいろ均等に)
- ・野菜(芋、カボチャは除く)は毎食食べますか？（はい、いいえ）
- ・食事を作るのはどなたですか？（ ）
- ・外食(仕出し弁当、コンビニ弁当を含む)の機会は？
朝:週に()回 昼:週に()回 晩:週に()回

○最後に日頃の食事内容を教えてください。昨日の献立、よく出る献立でも結構です。

例: 食パン6枚切りを1枚、マーガリンと蜂蜜
牛乳コップ1杯、ゆで卵1個
サラダ(きゅうり、トマト、レタス)、マヨネーズ

朝食:

昼食:

夕食:

図 3

通院期間:5年5ヶ月

氏名:

【診断・罹病期間】

性別:女

年齢:60歳

DM2型:18年10ヶ月

身長:161.0cm

なし:ー

体重:74.2kg

肥満度:30.1%

HL続発性:5年5ヶ月

標準体重:57.0kg

BMI:28.6

なし:ー

投薬 指導 HbA1c 体重 推移グラフ

