

症例 19	52 歳 女
疾患	糖尿病・高脂血症・高血圧
ステージの変化	前準備期 ⇒ 準備期
行動変容前の状況	<p>本人の性格・タイプ：自己評価が低く、自信がない。計画的に行動できない、食欲の抑制ができない、意思が弱いと自分で発言している。</p> <p>身長：155cm 体重：82Kg BMI：34.1</p> <p>29 歳第一子妊娠中に糖尿病発症し、流産した。その後努力して 20Kg 減量し、境界型まで改善、子供も一人出産した。39 歳より再び糖尿病と診断され、治療開始、この頃から体重ふえた。口渇などの高血糖症状があり、当院に紹介された。菓の調整、栄養指導、体重日誌の記録など継続して関わったが、一時的に改善みられるものの持続しなかった。治療費の経済的なことや通院が苦痛であることを述べていた。</p>
変化の契機	転居し、姑が同居することになり、家の中で顔を合わせていると気詰まりであるとのべ、夕刊の配達アルバイトを開始した。
介入内容	<p>栄養指導では炭水化物過多の食事が明らかであり、本人も自覚していたため、炭水化物を減らす工夫を本人と一緒に考えた。持続できないと本人が述べるため、看護師による面接を開始し、毎月新しいやり方を相談した。家族関係が悪く、会話がななどの本人の話を傾聴した。また、アルバイトは膝が痛い、辛いといいつつも継続できており、その点を強調して本人に自信をもってもらえるように心がけた。自己評価が低く、行動しても、やっていない、効果がないと主張するため、データで努力に伴う効果がでていることを示した。</p>
結果	<p>体重は 8 ヶ月で 4Kg 減少した。HbA1c は 7.6-8.8%の間を変動しているが、本人は自分の行動と血糖の動きの関連を理解するようになった。体重をあと 1Kg は減らしたいとの目標の発言も出だした。当初述べていた通院の負担感を訴えることはなくなり、継続して来院できている。</p>
介入のポイント	<p>自己評価が低く、実行していることを自分で認めないため、具体的な行動を聞いてデータの改善との関係を説明し、自己効力感をもつように対応した。目標シートや体重記録日誌の記録をつけさせ、行動の継続ができるように努めた。</p>
成功のポイント	<p>客観的データを本人の行動との関連で理解できるように提示し、納得されることで改善が見られた。しかし毎回の励ましや賞賛をしないと逆戻りする傾向が見られる。</p>

症例 20	52 歳 男
疾患	糖尿病・高脂血症・高血圧・糖尿病性腎症・網膜症
ステージの変化	前準備期 ⇒ 実行期 ⇒ 維持期
行動変容前の状況	本人の性格・タイプ：まじめで、言われたことは素直に受入れることができる。受動的で周囲に影響されやすい。 身長：177.5cm 体重：80.8Kg BMI：25.6 11 年前に健診にて糖尿病を指摘されて、食事療法を行い、10Kg 体重減量し、血糖値改善、しかし、食事療法がたらくなり、以後放置していた。6 年前より浮腫出現、5 年前に血糖降下薬開始、健診にて眼底出血を指摘された。病院にて主治医が度々変わるため、近医から紹介され来院した。
変化の契機	糖尿病合併症が出ていることを聞き、危機感を持った。付き添ってきた妻の危機感が本人より大きかった。食事指導を受け、妻が熱心に食事療法をしてくれ、本人はそれを受け入れた。
介入内容	栄養指導を妻とともに 4 回実施し、いかに沢山食べていたかが理解された。また看護師による糖尿病初期指導を 4 回実施し、知識とスキルを提供した。
結果	栄養指導にて妻が熱心に食事を作るようになり、体重は 6 ヶ月で 10Kg 減少した。HbA1c も 9.6% から 5.8% に改善し、血糖降下薬も減量することができた。その後 4 年間にわたり、同様の状態を保っている。
介入のポイント	糖尿病の病態や現在の状態を理解していなかったため、基本的な教育を実施し、合併症の状態と今後の予想されることを説明した。食事指導は妻も同席して協力してもらった。
成功のポイント	来院時にすでに合併症が進行しており、教育によって病態を理解するにつれ危機感が高まった。妻という協力者がおり、実行しやすい環境にあった。それまでの治療に関して、医療者からの説明があまりなかったこと、主治医がよく変わることに對する不満があったため、当院での対応に信頼感をもてたことが指導効果をあげた一要因であった。

症例 21	52 歳 女
疾患	糖尿病・高脂血症・肝機能障害・うつ
ステージの変化	前準備期 → 実行期 → 維持期
行動変容前の状況	本人の性格・タイプ：まじめ、うつ状態で精神科にて内服治療中。 身長：159.2cm 体重：64Kg BMI：25.3 夫が2年前にがんで死亡しているが、糖尿病だったため、食事療法の仕方は知っているとのことであった。減量したいとの思いがあり、肥満教室への参加を勧めたところ希望された。
変化の契機	肥満教室に参加し、体重日誌の記録やグループのほかの人との交流を楽しめた。6ヶ月で5Kg減量でき、グループ内で最も体重が減り、表彰されて自己効力感も高まった。同時にうつの改善もみられた。
介入内容	肥満教室で知ったことを尋ね、本人が種々の工夫を取り入れていることや努力の継続を認めるように対応した。うまくいったこと、また本人が楽しいと感じていることを尋ねて思い出すように話題を選んだ。
結果	体重は64Kgから55Kgに、HbA1cは7.4%から、1年後には5.5%台まで低下した。また血糖降下薬も一時は中止し、その後軽い薬に変更し、継続している。さらに半年たって、新しい仕事を始め、体重は58Kgまで増加しているが、精神的にも安定し、コントロールは6.3%程度で維持できている。
介入のポイント	肥満教室を紹介してもらいよかったと本人から話され、集団指導の効果があつた。当院では肥満教室での指導をサポートする形で対応した。本人の希望にしたがって、できることを勧めた。実行できたことを認め賞賛することで自己効力感を高めた。
成功のポイント	「うつ」の改善が根底にあつたと思われる。肥満教室でのグループワークや指導内容が本人のやろうとする意欲に対応しており、成果が伴ったことがさらに本人の自己効力感を高めた。

症例 22	58 歳 女
疾患	糖尿病・高脂血症・高血圧
ステージの変化	前準備期 ⇒ 実行期
行動変容前の状況	<p>本人の性格・タイプ：理解力がやや劣る。不安などの感情によって動くことが多く、理論的に考えるのが苦手である。</p> <p>身長：146.4cm 体重：52.9Kg BMI：24.7</p> <p>子宮筋腫の手術のための検査で糖尿病が見つかり、糖尿病治療を開始していた。HbA1c が 6.3% に改善した時期に忙しくなり、治療を中断した。2 年間の治療中断後、体重減少、頻尿のため来院した。</p>
変化の契機	他の患者のコントロール状況を知ること、自分の糖尿病の程度が理解でき、長らく拒否していたインスリン注射を受入れることになった。
介入内容	コントロール不十分であったが、本人のインスリンに対する拒否感が強く、1 年間食事・運動・経口薬にて管理した。栄養士が中心になって根気強く関わった。院内に張り出した HbA1c の分布図により他の人のコントロール状況を示した。栄養指導を重ねたが、指導内容の理解と実践が困難であり、やがて本人もインスリン導入を受入れた。外出時のインスリン注射、針の痛みに対する恐怖などを訴えたため、無理強いせずに行える範囲でのインスリン治療を開始した。
結果	理解力が乏しく、栄養指導も同じことの繰り返しが多かったが、他の患者のコントロール状況を見ることにより、自分の状態を理解することができ、拒否していたインスリン治療を受け入れた。インスリン導入後、徐々に血糖値は低下し、HbA1c は 9.4% から約 1 年あまりで 6.8% に改善した。インスリン導入後も栄養士が関わり、それまで食べていなかった野菜も食べるように変化した。
介入のポイント	通院患者のコントロール状況を示した HbA1c 分布図を見せ、自分の糖尿病の重症度を相対的に理解できるようにした。本人の不安な気持ちを尊重し、無理強いせずに時間をかけて受け入れられるように対応した。栄養士が毎回根気強く関わり、栄養士との信頼関係が本人の意思決定を支援するようにした。
成功のポイント	栄養士を担当者として、繰り返し同じメッセージを伝えたことが本人の理解向上につながった。患者の感情を尊重し、急がずに本人の理解度に合わせたスローペースで治療を進めたことが良かった。血糖コントロールの改善により、患者も自信を持ち、不安の軽減につながった。

症例 23	64 歳 男
疾患	糖尿病・高脂血症
ステージの変化	前準備期 ⇒ 実行期 ⇒ 維持期
行動変容前の状況	<p>本人の性格・タイプ：まじめで素直、献身的な妻との信頼関係があり、妻に頼っている。</p> <p>身長：170.6cm 体重：73.9Kg BMI：25.5</p> <p>退職 2 年前から健診にて糖尿病と指摘されていたが放置していた。退職後に受けた健診で FPG243、HbA1c10%と悪く、至急治療開始するよう担当者から言われて驚いて来院した。</p>
変化の契機	健診担当者からかなり悪い状態であることを始めて聞かされ危機感が高まっていた。妻も夫とともに来院し、妻も危機感をもっており、夫の糖尿病を自分の問題としてとらえていた。
介入内容	ほとんど糖尿病についての知識がないため、妻とともに栄養指導、糖尿病初期指導を行った。知識とスキルが身につくとともに、妻は家庭菜園でできた野菜を利用して、献身的に食事管理を徹底された。
結果	半年で体重は 73.9Kg から 70Kg に、HbA1c は 11.1% から、6.3% まで低下した。高血糖であったため、当初より血糖降下薬を使ったが、食事療法が徹底されていたため、徐々に減量できた。さらに 2 年たつが、体重は 70-69.3Kg に、HbA1c は 6.0% を維持している。妻の協力が続いており、本人も妻の助言に素直に従っている
介入のポイント	知識とスキルが不足しており、これを提供することで家族一丸となって治療に取り組まれた。患者本人とともに妻にもうまく実践できていることをフィードバックし、自己効力感を高めるように対応した。
成功のポイント	信頼関係のある献身的な妻の協力があって、本人の行動変容が実現した。理解したことを行動に移し、結果が出たことで自己効力感が高まった。行動変容に負担感がなかった。

症例 24	78 歳 女
疾患	糖尿病・高脂血症・高血圧
ステージの変化	前準備期 ⇒ 実行期
行動変容前の状況	本人の性格・タイプ：認知力はあるが意思が弱いと自己評価。健康状態や肥満にさほど問題を感じていないが、減量の必要性は認識している。 身長：145cm 体重：53.4Kg BMI：25.4 治療開始後 18 年たっており、知識もあったが食欲が抑制できない、ついつい食べるとのことで体重も 57Kg であった。投薬量を増やしても効果が出なかった。
変化の契機	薬を調整しても改善しないため、ゆっくり話を聞いたところ、実は薬をちゃんと内服していなかったことを始めて話された。この頃からありのままを言われるようになり、食事指導や生活指導を実施しても、素直に聞かれるようになった。同時期に、地域の転倒教室に参加した友がいきいきと動いておられるのを見て、自分も参加を決意、3 ヶ月 6 回の教室に出席された。
介入内容	栄養指導にて間食が多いことが問題となったが抑制困難で、行動目標を決めようとする運動の目標設定が出ていた。その後転倒防止教室に参加され、3 ヶ月間通われた。この間、運動だけでなく、食行動にも改善が見られたため、モチベーションを維持できるよう対応した。
結果	栄養指導を継続中、食欲抑制ができないと言いつつ、生活態度に変化がみられるようになり、体重は 55Kg (-2Kg) に減少した。その後転倒防止教室に通うようになって、53Kg に減少、腹囲が減り、動くのが楽になったとの発言あり、白米に麦や胚芽米を加えるなどの行動が現れた。HbA1c は 8% から 7.1% に改善した。
介入のポイント	時間をかけて話し合い、本人が正直に話し出した頃から介入がスムーズにできるようになった。根気よく栄養指導を継続し、食事だけでなく、運動や生活全般の話をして本人の本音を引き出すようにした。行動と結果の関連が分かるように指導した。
成功のポイント	知識があり認知力はよいが、実行に移せずにいた。現状を正直に認めることができるようになって行動の変化が起った。時間をかけた対話と本人の行動変容を維持できるように援助的関わりをもったことがよかったと思われる。

症例 25	78 歳 女
疾患	糖尿病・高脂血症・高血圧・狭心症
ステージの変化	前準備期 ⇒ 実行期 ⇒ 維持期
行動変容前の状況	本人の性格・タイプ：まじめ、几帳面。 身長：155.5cm 体重：53Kg BMI：21.9 教育入院歴あり、運動も熱心を実施し、治療へのアドヒアランスもよかったが、血糖値の変動が大きく、コントロールができていない。血糖降下薬も種々試し、多剤併用していたが、HbA1c7.4～9.4%とコントロール困難であった。
変化の契機	インスリン分泌能の低下がみられ、HbA1c が 9%を超えるようになったため、インスリン治療を導入することとなった。
介入内容	インスリン導入とともに血糖自己測定を開始した。食事とインスリンの関係、食事・運動と血糖値の関係を説明し、血糖自己測定で確認するように指導した。
結果	インスリン導入後、徐々に血糖値は低下し、本人も食事による調整、運動による調整、低血糖の対処が自分でできるようになり、自己管理能力を獲得した。食事療法も遵守し、体重は 48Kg まで減少した。運動は万歩計をつけて、運動量を計測しながら定期的に変更された。HbA1c は 6.1～6.8%となり、維持している。
介入のポイント	血糖自己測定を指導し、食事・運動・インスリンと血糖の関係を理解できるようにした。食事指導も基礎的な栄養指導に加え、血糖測定結果と運動させて説明し、理解を深めた。
成功のポイント	元来まじめな性格で、治療に対するアドヒアランスは良好であったが、知識不足と理解が不十分であったと思われる。努力の割に結果が改善せず、困惑していたようであった。インスリンと血糖自己測定の導入により、行動と血糖値の関係が理解できるようになり、自己管理の意欲と能力が高まった。結果の改善により、自己効力感が高まり、自己管理行動が維持できた。

症例 26	53 歳 男
疾患	糖尿病・高脂血症・高尿酸血症
ステージの変化	準備期 ⇒ 実行期
行動変容前の状況	<p>本人の性格・タイプ：自立心旺盛、研究職で自信家。子供なしで妻と二人暮らし。亭主関白。</p> <p>身長：175cm 体重：64.6Kg BMI：21.1</p> <p>病歴 13 年で、転勤にて当地に来られ、東京の糖尿病専門医からの紹介で来院された。前医は HbA1c7% でコントロールは十分と説明されていた。管理職で仕事上、飲酒の機会も多く、来院当初 HbA1c7.2% から 1 年目より 8% の上昇し、体重も 67Kg まで増加していた。栄養指導を勧め、指導を受けたものの反発が強く、アドバイスには従おうとしなかった。</p>
変化の契機	<p>自分のやり方以外は受け付けられない様子で、妻の食事はまずい、妻のやり方が悪いと主張した。本人の意見を尊重し、自分でやれることをやってみようことと、モニターとして尿糖測定を勧めた。</p>
介入内容	<p>栄養指導にてアルコールの多飲、外食の機会が多い、夜は腹が減るので寝る前にピーナッツを食べるなどの問題行動が見られた。ジムの運動は忙しくて行けないとのことであった。基本的な栄養知識の教育を実施し、同時に本人の話を傾聴し、本人のやれることを自分のやり方でやってみよう、モニターとして体重・尿糖測定を勧めた。</p>
結果	<p>寝る前の間食は止めた、炭水化物を減らし、忘年会はアルコールを飲んでごはんは食べなかったとの発言があった。HbA1c7% から下がらないことを気にする様子で、1 年かけて体重は 4Kg 減少、HbA1c は 6.3% まで達成された。この間薬の変更はしなかった。</p>
介入のポイント	<p>本人のプライドと自立心が高く、指導やアドバイスが気に入らない様子であったため、指導は基礎的な情報の提供に留め、本人のやり方を尊重した。認知能力は高いため、客観的なデータをモニターとして利用した。</p>
成功のポイント	<p>本人のペースと自主性を尊重し、医療者側からの介入は基礎的知識と目標値を提示するに留め、外的圧力を感じないように対応したことがよかった。</p>



症例 27	67 歳 男
疾患	糖尿病
ステージの変化	無関心期 ⇒ 実行期
行動変容前の状況	<p>本人の性格・タイプ：自立心旺盛、凝り性。人のいうことは聞かないと妻はこぼしていた。菓は飲みたくないとの強い信念をもっている。</p> <p>身長：165.8cm 体重：58.8Kg BMI：21.4</p> <p>病歴 25 年で、会社健診で糖尿病を指摘され、ダイエットしては中断を繰り返していた。有名な糖尿病専門医の糖尿病教室に 5 年通って中断、独特のダイエット推奨される先生のところも 5 年通ったが中断し、最近は何年 1 回の基本健診でチェックしているだけであった。栄養士の娘がインターネットで調べて当院を勧めたため、来院した。</p>
変化の契機	本人の話を傾聴する時間をできるだけ持った。コントロールは不良であったが、初期指導にて糖尿病について理解してもらうにつれ、コントロールの必要性を理解された。
介入内容	栄養指導にて炭水化物の過剰摂取が明らかで注意した。2 回の栄養指導は妻に同席してもらい、妻にも理解してもらった。続いて 4 回の看護師による初期指導にて糖尿病・合併症に対する教育指導を行った。
結果	栄養指導後、妻の言うことは聞かないが、指導で聞いたことを参考に自分で食記して、食材も選び、気をつけるようになったとのことであった。来院の度に食事についての質問があり、根気よく対応した。初診時 HbA1c8.2%が 2 ヶ月後には 6%台となり、体重も 2 Kg 減少し、約 10 ヶ月維持している。菓については頑なに拒否し、菓を飲まないで良いように、体も動かしているとのことであった。
介入のポイント	理解力はあるが、人の話を落ち着いて聞くことができない性格であったため、本人の興味のあるところを中心に指導内容を展開した。本人の食事と運動の実践と血糖の関係が分かるように説明し、行動変容の維持ができるようサポートした。
成功のポイント	本人のペースと自主性を尊重し、本人が菓を飲まないことを目標としており、これを治療方針として患者と共有した。血糖と HbA1c が来院当日に分かるため、本人の行動の結果がすぐにフィードバックされるため、本人の意欲を高め、維持するのに役立っている。

## 共同研究者の保健師・管理栄養士からの報告事例

## 【事例1】

事業名	糖尿病予防教室・生活習慣病予防教室
目的	基本健康診査において糖尿病境界型と判定された者に対し、健康教育を行うことで糖尿病の発症および合併症を予防する。
対象者	基本健康診査受診者のうち、HbA1c5.6%以上の者
保健指導プログラム	<p>【平成16年度】</p> <p>①開講式(身体計測、血液検査、味覚テスト、医師の講話、グループワーク、生活習慣チェック)</p> <p>②運動(講話と実技、結果通知、食事診断、歩行数記録、グループワーク、自己目標の設定)</p> <p>③食事(講話、個別指導、自己目標の設定と確認、グループワーク)</p> <p>④食事(計測、個別指導、昼食バイキング、グループワーク)</p> <p>⑤運動終了式(身体計測、運動実技、グループワーク)</p> <p>⑥その他(期間中支援レター3回)</p> <p>【平成17年度】</p> <p>①開講式(講話、クイズ、簡単体操、歩行数記録、グループワーク)</p> <p>②食事診断、個別指導、講話、簡単体操、自己目標、応援メッセージ</p> <p>③血液検査、身体計測、尿検査、講話、簡単体操、試食</p> <p>④食事診断および血液検査の結果返し、グループワーク、体験発表</p> <p>⑤その他(期間中支援レター2回)</p> <p>【平成18年度】</p> <p>①講話、調理実習、食事診断</p> <p>②講話、健康クイズ、食事診断の結果返却</p> <p>③その他(期間中支援レター1回)</p>
実施体制	K大学人間環境学部(医師、管理栄養士養成施設学生) (社)K栄養士会(管理栄養士) (旧)M保健センター(保健師等)
実績	平成16年度 23名(男性14名、女性9名) 平成17年度 9名(平成16年度参加者より 男性4名、女性5名) 平成18年度 16名(一般参加者 7名、17年度教室受講生より9名 男性6名、女性10名)
改善の効果	<p>【事例1】ウイスキー飲酒量240ml/日から100ml/日に節酒</p> <p>【事例2】ヘビースモーカーが禁煙</p> <p>【事例3】歩行数の増加(9800歩/日)、HbA1c 5.4%→5.2%</p> <p>【事例4】間食をやめた</p> <p>【事例5】間食が減った、家族の理解を得た</p> <p>【食事診断ソフトでみる改善の効果】 1日の食事バランス10点満点で平均7.7点→8.6点、1日の野菜摂取量263.3g→355.6g</p>
今後の課題	行動変容は、支援のスタイルが個人、グループ、集団が有機的に組み合わせられ継続的に行わなければならない。特にグループ、個人指導においては、指導者の人間性、技術力等が問題となる。また、期間中指導者が変わることもよくない。適正な人材確保が大きな問題である。今回は、3つの支援団体がそれぞれの立場から専門性を生かし、M町保健センターが核となって、効果的に実施できた。市町村と他団体との役割分担と効率的な運営が大きな課題である。

## 【事例2】

事業名	脳の健康づくりモデル事業 脳の健康づくりプログラム「らくな教室」
目的	脳血管疾患及び認知症の発症を予防することを目的に、血圧をコントロールするための正しい知識を獲得し、生活習慣改善の具体的な行動変容を起こすとともに、継続する力を身につける。
対象者	基本健康診査で高血圧要医療区分の50歳から65歳の者を対象とした脳の健康づくりモデル事業(脳の健康づくりセミナー、脳健診、個別指導)に参加した者
保健指導プログラム	<p>医師、管理栄養士、保健師、運動指導者による血圧コントロールを目的とした小集団と個別指導を組み合わせたプログラムで、4か月間、計6回の介入を行った。</p> <p>小集団指導では、参加者を年齢別の4グループに分け、管理栄養士と保健師がそれぞれのグループを担当した。</p> <p>【食習慣】の指導は、減塩、野菜摂取、適正エネルギー摂取量等を行った。</p> <p>【運動】の実技指導は、ウォーキング、大腿四頭筋や腹直筋を中心とした筋カトレーニング、運動前後の準備体操、整理体操とリラクゼーションを目的としたストレッチを指導した。</p> <p>セルフモニタリングとして、体重、家庭血圧、歩数の記録を行った。また、教室の合間には、教室の振り返りと健康づくり情報を提供するレターを郵送した。</p> <p>講義形式は、介入者からの一方的なものにならないよう、参加者の自己決定を尊重するスタイルで行われ、グループワークでのディスカッションの時間を多くとり、行動科学的手法を用いた体験型重視のスタイルで行った。また、教室の前半では、前回の振り返りを目的とした質問をアイスブレイクを兼ねた形で行い、復習とコミュニケーションの強化を行った。</p> <p>教室で使用する資料は、実物の間食見本や食材、体脂肪モデルなど媒体にも工夫を行った。</p>
実施体制	保健所、管内市町、医師会、病院、医科大学、医療センター臨床研究センター予防医学研究室
実績	「らくな教室」参加人数27人 脱落人数1名(脱落率 3.7%)
改善の効果	<p>【アンケート】</p> <p>「知識」：知識の習慣を調査する。「脳の健康チェックの平均点(10点満点)」では、介入前に比べ介入4か月後に有意に改善が認められた。(＋3.4±2.2点)</p> <p>「生活習慣」：生活習慣調査の平均点(22点満点)では、介入前に比べ介入4か月後に有意な上昇が認められた。(＋2.7±3.0点)</p> <p>【計測値】</p> <p>「教室データ」：体重(－2.9±3.0kg)、体脂肪率(－3.1±1.5%)、内臓脂肪レベル(－2±2.1)、BMI(－1.2)、腹囲(－2±3.0cm)、体年齢(－3.2±2.4歳、収縮期血圧(－9.7±13.6mmHg)、拡張期血圧(－15.3±12.9mmHg)、中性脂肪(－27.6±64.9mg/dl)、空腹時血糖(－9.5±11.6mg/d)において、介入4か月後に有意な低下が認められた。</p> <p>「セルフモニタリング」：家庭での血圧測定(朝、晩)では、介入前に比べ朝の収縮期血圧(－9.6±11.6mmHg)、夜の収縮期血圧(－11.0±13.4mmHg)、朝の拡張期血圧(－4.3±4.6mmHg)、夜の拡張期血圧(－4.8±6.1mmHg)においては介入4か月後に有意な低下が認められた。日常生活における1日の歩数において介入前に比べ介入4か月に有意な増加が認められた(＋2191±3730歩)。</p>
今後の課題	行動変容の継続を支援できる地域のサポートシステムの構築

## 【事例3】

事業名	水中運動教室
目的	生活習慣病の基礎知識を身につけたうえで、自身の生活習慣病を見直し、水中運動を通して生活習慣の改善を図るとともに運動習慣のきっかけづくりとする。
対象者	①平成17年度市民健診受診者のうち、41～64歳の男女で高脂血症が要指導、肥満又は糖尿病も要指導域以上の者。ただし、収縮期血圧は160未満であること。 ②平成17年度国保人間ドック受診者のうち、判定が要指導者又は経過観察の者(高血圧、糖尿病、心臓疾患等で治療中の者は除く) ③各種健診で肥満や高コレステロール、糖尿病等を指摘された40～64歳の者で水中運動に興味のある初心者(公募し、申し込みのあった者) 参加者の属性 67人(男性 12人、女性 55人)
保健指導プログラム	平成18年8月～12月(5か月間)全16回(うち、15回が水中運動) ①教室開始前に調査と体力・腹囲測定を実施するとともに健康・栄養相談を個別に行う。(教室の目標及び目標達成のための動機づけの強化) 調査と体力測定: 疾病状況調査、生活習慣調査、腹囲測定、体力測定(握力、指床間距離、閉眼片足立ち、スクワット) ②全体講義「実践ヘルシーライフ講座」(医師、健康運動指導士、管理栄養士) ③水中運動、体操、水中ウォーキング、水中アクアビクスのはか、筋力トレーニング、太極拳、パタ足を組み合わせる。 ④体力・腹囲測定、講義、グループワーク(自己評価と新たな目標の設定)
実施体制	市健康増進課 市国保年金課 スポーツ施設
実績	66人(月曜クラス28人、火曜クラス19人、水曜クラス19人) 平均参加率 80.3%
改善の効果	・効果があったこと(アンケート結果から): ストレス解消、運動の勉強、運動習慣付け、仲間づくり、自由時間の活用の順 ・精神的健康: PGLモラル尺度による ・目標達成度: 達成できた(9.0%)、まあ達成できた(40.9%)、あまり達成できなかった(27.3%)、達成できなかった(20.5%)、無回答(2.3%) ・満足度: 満足(50%)、まあ満足(45.5%)、あまり満足でない(4.5%) ・腹囲: 増加(0～4.8cm)、減少(-0.2～-12.6cm)、平均値(-3cm)
今後の課題	・教室運営面 ・各曜日教室担当の確保 ・リスク管理 ・対象者 ・動機付けの強化、教室修了後の自己肯定感の持続

## 【事例4】

事業名	健康相談・家庭訪問(高血圧症)
目的	未受診者である高血圧者に適切な医療をすすめること
対象者	78歳女性。息子と孫が同居 地区サロンにおいて健康相談(血圧測定)を受けるも血圧が高いが、受診していない。
保健指導プログラム	平成15年10月:初参加 BP=172/84mmHg 平成15年11月:BP=180/86mmHg 訪問し、自宅での血圧測定実施。BP=196/86mmHgであり受診勧奨。 以後、サロンに参加の都度受診確認するも未受診。BP=200/80~100mmHg 平成16年2月:BP=210/110mmHg未受診。受診しない理由(自覚症状がない、国保税未納のため保険証がない) 国保担当者と連携し、本人及び息子と納税について相談するため面接予定。 (少額ずつ納税する事とし、本人には受診を勧める。) 1週間後国保担当者と面接後、保険証発行。受診、内服開始となる。内服後、血圧徐々に低下し安定する。 以後、サロンにて血圧管理、140~150/80mmHg程度で安定。主治医の交代などもあったが、受診、内服は継続されており、現在も元気に生活している。
実施体制	地区サロン運営:地区役員(区長、福祉委員) 健康相談:訪問・地区担当保健師 国保保険証発行及び納税に関すること:町民課国保担当者
実績	地区サロンは平成15年1月に立ち上げ。月1回健康相談実施。参加者数10~18名/月。 対象者は毎月サロンに参加。訪問は1回。
今後の課題	平成15年度は市町村合併前であり、4名の保健師が担当していたため、きめ細かく相談・訪問事業ができていた。合併後は組織が大きくなり、地区担当保健師は市民局に配置され1~2名と減少し、以前のようにきめ細かな対応ができない。同様に関連課も再編成され、個人の細かな状況への対応が困難であったり、担当者同士の連携も取りにくくなっている。住民サービスの低下がないように努力をしているものの、実際に組織が大きくなると細かなサービスの提供が困難になることを実感している。

## 【事例5】

事業名	がん健診後の受診勧奨(家庭訪問)
目的	乳がん検診精密検査の受診勧奨
対象者	68歳女性、夫と息子夫婦と同居。夫と自営業(機業)を営む。 平成14年度人間ドック後、生活指導(高血糖)のための訪問実施。乳がん検診MMGを受け、精密検査が必要とされていた。昭和52年には胃がんの手術を受け、血縁者もがん家系であるとは気にされていた。
保健指導プログラム	平成14年7月:人間ドック健診結果を持って自宅に訪問。高血糖が認められたため生活習慣指導の実施。 同年9月:経過観察のため訪問。体重2kg減少。脂肪制限食など食事療法順調。確認のための血液検査を勧奨。 同年11月:訪問。血液検査済。乳がん検診精密検査は未受診。受診勧奨。 平成15年2月:未受診。夫に受診協力依頼。 同年5月:夫に付き添われ受診。3か月間の経過観察を経て8月に手術。術後の経過は順調で、夫とともに趣味を楽しみながら元気に生活されている。  今まで健康に関心をもって順調に行動できていたにもかかわらず、今回受診できなかった理由の詳細は分からないが、夫に介入していただく事により受診行動がとれ、良い結果につながった。
実施体制	地区担当保健師4名 町営国保病院(国保人間ドック実施機関) がん健診機関
実績	家庭訪問(3回)
改善の効果	・受診でき手術実施。 (効果のあがった要因) 夫の協力を得たことが受診につながった。(以前から、夫婦関係の良さを感じていた。また、訪問回数が増えるにつれ、対象者や家族との信頼関係ができた。繰り返しアプローチすることも、受診につながったと考えられる。
今後の課題	がん検診では精密検査未受診を減らす事は重要な課題であり、そのためには検査の必要性を理解していただき、受診しやすい環境をつくることが大切だと思う。未受診になっている原因(本人自身の要因、受診の方法、受診先の医療機関の問題等)の様々な情報を整理してアプローチすることが必要だと考える。

## 【事例6】

授業名	健康教室(肥満・高血圧要指導者)
目的	健診結果要指導者の生活習慣を改善し、生活習慣病を予防する。
対象者	基本健康審査受診者でBMI24以上かつ血圧要指導者
保健指導プログラム	<p>「ヘルスアップレッスン2005」 平成18年9月から3月までの7か月間(8回)</p> <p>①開講式 ゆっくり確実ダイエットのコツ1、検査(血液・尿) ②ゆっくり確実ダイエットのコツ2、検査(動脈硬化・腹部エコー) ③検査結果返し、血圧を下げる5つのポイント ④マンツーマンで健康診断 ⑤成果は出たかな?検査(血液・尿) ⑥検査結果について、年末年始の過ごし方(支援レター) ⑦さあ最終チェック!検査(血液・尿) ⑧卒業式、検査結果について その他、毎日朝晩に体重の計測と記録、必要に応じ血圧と歩数の記録</p>
実施体制	<p>町保健師 委託保健師 栄養士1名</p>
実績	参加人数21名(出席率92.9%)
改善の効果	<p>・行動変容ステージのアンケート 教室終了時には食事運動とも実行のステージが増え、特に食事について有意に増加。</p> <p>・参加者の声より 体重記録を修了後も続けている。野菜をとるようになった。ウォーキングを習慣化できた。</p> <p>・教室1回目と7回目の比較より 平均で、体重-1.0kg、ウエスト-3.2cm、収縮期血圧-2mmHg、総コレステロール-15mg/dl、中性脂肪-34mg/dl、尿中食塩排泄量-3.4g、Na/K比も有意に減少 対象者中メタボリックシンドロームの者(初回):4人→2人に減少 血液検査7項目のうち、3項目以上の有所見者(初回):7人→4人に減少</p>
今後の課題	効果を維持しつつ、効率を図っていく。



## 【事例7】

事業名	さわやか運動教室
目的	生活習慣病予防のために、運動の必要性を知り、開始のきっかけ継続のきっかけとする。
対象者	生活習慣病に関心のある40歳～69歳の者
保健指導プログラム	<p>「さわやか運動教室」平成17年8月から3月までの8か月間(14回)</p> <p>・内容(全14回) いすを使った有酸素運動、筋力トレーニング、リラクゼーション、グループワーク 初回と最終回のみ、心理テスト、身体計測、体力測定</p> <p>・1回の教室の流れ ①血圧測定、体調チェックシート記入 ②運動実技:ストレッチ、有酸素運動、筋力トレーニング ③グループワーク</p> <p>・2コース(初心者コース、体力アップコース)設定 ①初心者コース 運動強度は低めに設定し、「体を動かすことが楽しい」と感じてもらえるような内容にした。グループワークでは目標や運動継続を意識づけする時間をとった。 ②体力アップコース 教室で実施した運動を身につけて、家で実践するには丁寧な復習が必要だと思われる。そのため、グループワークの中で、筋力トレーニングの復習を行った。参加者同士で教え合いながら取り組むため、交流もより深まるきっかけとなった。</p> <p>・周知:広報、検診結果返却時に案内ちらし同封</p>
実施体制	健康運動指導士による運動指導
実績	<p>①初心者コース:40名(延404人)出席率72.1%</p> <p>②体力アップコース:35名(延360人)出席率73.5%</p>
改善の効果	<p>・教室修了後、5名が地域の運動サークルへ参加し、運動が継続できている。</p> <p>・終了時アンケートより、「時間ができたら家で運動している。」「ウォーキングを始めた」</p> <p>・参加者の声「運動をすると体調が良い」「気持ちがいいと感じるようになった」「ビデオを買って家で体操している」</p> <p>①初心者コース 体力測定の体前屈平均値が増加、腹囲の値が平均0.9cm減少</p> <p>②体力アップコース 体力測定の「閉眼片足立ち」「いす立ち上がり」「体前屈」すべての項目で改善がみられた、腹囲の値が平均2.2cm減少</p>
今後の課題	運動初心者には、1回/週くらいの頻度が良かったと考えられる。今回は2週間に1回であったことから、1回欠席すると間隔があき継続が難しい。間隔があく場合は、家でできるような具体的な支援が必要と考える。

## 【事例8】

事業名	働きざかりの生活習慣病予防教室
目的	心筋梗塞や脳血管疾患及びがんによる若年死亡や寝たきりを予防し、将来的な健康寿命の延伸を図るためには働きざかりの40歳代から生活習慣病を予防することが重要である。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う。
対象者	過去の健診で高血圧・肥満・高脂血症・高血糖など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 (参加動機) 産業フェア、事業所案内、新聞広告、町広告、市町健診、知人紹介、労働者アンケート
保健指導プログラム	平成16年11月から平成17年3月までの5か月間(6回) ①身体計測、肥満度測定、血液検査、脳波伝播速度、食行動調査、講話(医師、栄養士、保健師)、健康管理ファイル配付、自動血圧計・万歩計の無料貸し出し ②講話(医師、栄養士、保健師)、グループワーク(自己目標の設定等)、超音波測定(肝機能異常者のみ)、個別相談 ③生活振り返りアンケートの記入、グループワーク、講話(医師、栄養士、保健師) ④サポート教室(個別相談) ⑤効果判定検査(身体測定、肥満度測定、血液検査、脈波伝播速度、食行動調査) ⑥講演(医師)、結果総括(医師、栄養士)、生活振り返りアンケートの記入、グループワーク、健康カレンダーの配付  平成17年12月から平成18年3月までの3か月間(3回) ①体組成計測定、講話(栄養士、保健師)、運動実技、個別指導 ②個別相談 ③交流会
実施体制	保健所 平成16年度 ①32名、②23名、③11名、④4名、⑤12名・9名、⑥11名 平成17年度 ①9名、②6名、③10名
改善の効果	・効果判定結果(項目: BMI、脳波伝播速度、コレステロール、血糖、尿酸、肝機能GOT・GPT、HDL、中性脂肪) ・BMIが25未満に低下したものは1名のみであったが、体重が1kg以上低下したものは6名あった。脈波伝播速度については半数の5名にみられた。血糖値、尿酸値、肝機能に異常があった1名は、正常化しなかったが、いずれも数値に改善がみられた。 ・自己評価と検査所見の変化 生活振り返りアンケートによる自己評価から、何らかの意識を持って生活することによって、短時間に検査所見の改善をみた。 ・食行動検査 食行動の改善が見られた参加者は少なかったが、各自が自分の食行動習慣を振り返ること、具体的な意識付けの機会になった。
今後の課題	・健康ファイルの活用(測定や記録等)など、健康自己管理の継続性が難しい。 ・健康づくりの取組は、自分自身の意識だけでは持続しにくく、定期的な面接や他者の具体的な支援があれば、一定期間継続しやすいことがわかった。 ・教室内容に血管検査など、参加するメリットがあるほうが参加動機になると感じる。 ・参加者の賛成意見が聞かれたので、「健康ウォーキング」を取り入れ季節毎に見所の名所史跡を巡るなど楽しめる内容を取り入れた方が良いとの意見もあった。

## 【事例9】

事業名	シェイプアップ教室
目的	・参加者が無理なく健康的にやせる方法を学び、実践できること。 ・身体に侵襲を与えることなく肥満が改善すること。
対象者	35歳～55歳でBMI25.0以上の人
保健指導プログラム	平成17年6月から9月までの4か月間（6回の教室と5回の個別相談） ①採血・身体計測、講話(医師) （個別相談：保健師、管理栄養士が訪問及び電話による個別指導） ②体重測定、昼食の試食、グループワーク （個別相談：同上） ③体重測定、昼食の試食、グループワーク （個別相談：同上） ④体重測定、昼食の試食、グループワーク （個別相談：同上） ⑤体重測定、グループワーク （個別相談：同上） ⑥採血・身体計測、修了式  個別指導の結果は、教室担当者間（保健師、管理栄養士、食生活改善推進員）で共通の課題とした。また、教室では、参加者の意識の高揚、生活習慣改善のためにグループの力を活かせるようグループワークに重点を置いて実施した。
実施体制	N市健康推進課
実績	参加者数 27人（申込受付数 29人） ①27人 ②27人 ③25人 ④22人 ⑤22人 ⑥26人
改善の効果	・自覚症状の改善：膝痛、腰痛、肩こり、疲れやすさ ・健康イメージ（主観的健康観）の向上 ・参加前後の期待と達成：達成しなかった割合が多かった項目は「病気の改善」であった。逆に達成した割合が多かったのは「仲間・友人ができて、一緒にがんばる」「運動量の増加」であった。 ・各検査データ変化：体重は平均5.7kg減少し、体脂肪・体年齢、ウエスト、ヒップ値についても減少した。血液検査では、総コレステロール、中性脂肪の平均値が減少し、HDL-コレステロールに増加がみられた。LDL-コレステロール値も減少した。 ・各数値の境界域以上の数：肝機能、特にGPT、γGTPが改善していた。メタボリックシンドローム該当者4名のうち、教室後のデータがない1名を除いた3名全員の腹囲が改善したため、メタボリックシンドロームからはずれた。 ・行動変容（プロチャスカによる行動変段階）：食事運動ともに、教室参加前には関心期の参加者が最も多かったが、教室参加後は実行期が最も多くなった。 これらにより、教室参加者が教室の参加をきっかけにして、食事及び運動について改善できたといえる。
今後の課題	・食事・運動などの生活習慣の行動変容を継続すること及び減量した体重を維持できること。そのためには、一つの方法として自主グループができることがあげられる。取り組みとして、平成18年1月に追加教室（体脂肪測定、グループワーク、ウォーキング）を行う予定。この課題についての検証を1年後の追跡として行うことが望ましい（意識、血液データなど）。 ・壮年期の男性層が平日の教室に参加することは困難な場合が多いので、男性を教室対象者にする場合は従来の教室とは違う方法（例：通信制）、または開催日時などの変更は適切である。 ・運営面の課題として、テキストの見直し（スリム化）、食事記録のコメントを工夫する、展示食メニュー作りの工夫、参加者全体を把握するために参加者数を20人くらいにする、食事メニューでたんぱく質の選び方を具体的に示す、運営担当者とグループ担当者の固定。

## 【事例10】

事業名	地域出張型いきいき筋力トレーニング教室
目的	高齢者が加齢によって引き起こされる生活の不具合は予防できることを知り、生活機能の低下を改善・予防できるよう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。
対象者	65歳以上の虚弱高齢者のうち運動器の機能低下のおそれのある者、または運動習慣を獲得する意思のある者(本来は地域包括支援センターの介護予防ケアマネジメントを受けた特定高齢者が対象であるが、対象者がなかったので地域の協力で元気高齢者に参加してもらった)。
保健指導プログラム	平成18年7月から9月までの2か月間(4回) ①開講式、体力測定(5m歩行速度、握力、開眼片足上げ)、いきいき筋力トレーニング、交流会、課題や目標の設定 ②いきいき筋力トレーニング、交流会、自宅での実施状況の確認 ③いきいき筋力トレーニング、交流会、自宅での実施状況の確認 ④体力測定、いきいき筋力トレーニング、閉講式
実施体制	市保健所、健康運動指導士、運動普及ボランティア 地域包括支援センター J学区民生児童委員会 老人福祉委員
実績	実人員 13人(延人員 44人) 出席者の状況 65～92歳(平均75.5歳) 男性2人 女性11人 出席率①69% ②100% ③77% ④84%
改善の効果	・アンケート結果から 運動は習慣になったか?(5段階評価) 5と4で75% これからも運動を継続できる自信があるか?(5段階評価) 5と4で66.6% ・体操を自宅で実施するようになり腰痛が治った、体重が減った等の声が聞かれた。 ・最初に目標や自宅の課題を設定し、実施状況を記録してもらい、スタッフがコメントを記入する等で本人の運動継続の意識付けにつながったと思われる。 ・教室4回終了後、民生児童委員、老人福祉委員の主催、運動普及ボランティアが講師となり、継続教室が開催された。
今後の課題	・地域の役員主導で体操教室が継続していけること。 ・保健所の役割(ノウハウを伝える、相談、助言)を果たすことで継続できる。 ・運動の楽しさを知ってもらうこと、運動を習慣付けること、目標を立ててもらい、実施状況を記録してもらうこと。 ・媒体の工夫が必要。