

- ・乳ガン検診にて要精査となった方に面接にて結果の説明と病院の紹介、レントゲンフィルムの貸し出しを行ったところ、すぐに受診、悪性であったため手術となった。
- ・高血糖を指摘されながらも 10 数年未受診、健診も受けなかった方に呼びかけ、受診につなげた。
- ・保健推進員、町内医師団との連携により受診率の低い地区への働きかけや、夜の健康講座を開催し、住民の健康意識を高めた。
- ・健診で精査必要とされたが未受診であった方に受診勧奨し、受診。悪性腫瘍発見され手術となる。
- ・3 年連続健診未受診者にアンケートを実施。健康推進委員が配布、回収。多少の受診率向上あり。
- ・日曜日に託児所を設け、レディースデーとして基本健診と子宮がん検診を同日に実施。受診希望者が多い。
- ・3 年未受診者へハガキ送付、受診勧奨訪問により受診者増加。
- ・一般の主婦だが保健委員になり健康づくりに関する学習をしたことで意識が高まり、検診を受けるようになった。
- ・前立腺がん検診を受診され、早期がんを発見できた人による手記を広報に掲載。前立腺ガン検診の受診者が増加した。
- ・町内から推進委員を選ぶ。健診勧奨や大腸がん検診勧奨をしてもらう。顔なじみの人からの勧奨ということで効果あり。
- ・40 歳の人に受診勧奨のための個別通知と健康手帳を郵送。
- ・地区の推進員（ボランティア）により地区住民への受診勧奨や受診券の手渡しにより、受診するようになった。
- ・地区の愛育委員による健診受診勧奨。まず本人の受診に結びついた。
- ・乳・子宮がん検診の 1、2、3、未受診者にハガキ、電話での勧奨。多くの人から、迷っていたが直接誘われて受診につながった、と。
- ・保健推進員になった人に対して講話をしたところ、健診受診につながり、糖尿病がみつかった。
- ・健康づくりに関する調査に関わるヒアリングを個別に行った。本人の健康状態を聞き取り、健診勧奨したところ受診。
- ・健診当日、申込があったが来ていなかった人に電話で連絡。
- ・胃がん検診を基本健康診査の受診券とセットで送付、受診者数増加。
- ・肺ガン検診を基本健康診査の一項目として実施。
- ・地域支援事業参加に際し、健診を受けてもらい、機能評価と特定高齢者の把握に努め、事業参加時の安全を確保。
- ・ハガキ通知による健診勧奨。
- ・母子保健の分野を介して知り合った、乳幼児を持つ親世代へ、親がまず自分の健康について考えようと云うことで、受診動機づけをしている。
- ・基本健康診査の結果の異常に対して、保健師による訪問を行い、かかりつけ医に相談し、内服薬の見直しがあり、データが改善した。
- ・地域住民ボランティアによる全戸訪問、案内、健診カレンダーの配布による健診受診勧奨。

- ・ 公民館等で集団健診会場の設置、日曜健診、医療機関での個別健診機会確保など、複数の選択肢を準備。
- ・ 住民ボランティア組織と協力して地区での健康教育、個別相談。
- ・ 健診により、要精密検査、要治療となった者に対し、紹介状作成し病院受診を勧奨。
- ・ がん検診で精査の対象となり迷っている方に体験者の話を聞いてもらったり、検査方法のビデオを観てもらったりして不安を軽減。
- ・ 基本健診3年未受診者へ健診勧奨訪問、受けない理由を聞いたり、検査項目の必要性を説明したりした。
- ・ 健康づくりを推進するための地区組織が30年前から結成されており、受診勧奨に務めている。
- ・ 20歳異常の方を対象に住民検診の希望調査を戸別配布。がん検診の受診率や初回受診者の増加がみられた。
- ・ 訪問（面談）、通知による精密検査の受診勧奨により、受診率向上。
- ・ 個別健康教育でかかわりを持ち、生活習慣を洗い出し、できることから改善を促し、Cho値と中性脂肪値の改善がみられた。
- ・ 50代女性、一人暮らし、精神疾患あり。保険加入なし。健診を機に保険加入、治療。
- ・ 成人健診で要指導の方を訪問。医療機関の受診を促し、生活習慣の改善点を伝えた。
- ・ 60代男性、糖尿病だが治療中断中。健康相談で説得し、医療機関受診、服薬開始。食事療法も開始。その後地域での糖尿病の健康教育で経験談を話してもらった。
- ・ 父親のケアマネージャーの訪問に同行し、バイタルチェック、飲酒・食生活の把握。ヘルパーも協力。半年後基本健診やがん検診を勧め受診。医療機関受診、服薬開始。
- ・ 運動教室卒業生が自主グループとして活動するのに保健師が参加。

② 健康教育に関すること

- ・ 禁煙相談者への電話による継続的な禁煙支援で禁煙成功。
- ・ 保健衛生委員をグループ分けし、他の市区町村の活動を視察、報告・検討会することで、保健衛生活動の出席率が上がり、発言が積極的になった。
- ・ 健診で高脂血症の要指導者に対し、保健師が訪問指導、生活習慣チェックシート、健康教室、生活改善目標を宣言（「ウェルネス宣言」）、健康的な食事の料理教室を実施し、体重、高脂血症改善。
- ・ 乳がん集団検診時にビデオを用い、自己検診法を指導。しこりに気づき発見された症例があった。
- ・ 健康教育対象者に対し案内を送付し、申し込みがあった者に対して、生活状況の聞き取り調査、実現可能な目標を本人に立てさせ実行。検査データ改善。
- ・ 高脂血症患者に個別健康教育6日コースで、データ改善。 60代女性

- ・ 高齢者への歯科衛生士による個別口腔ケア教室。口腔内の清潔度が改善。70代男性
- ・ 保育園児への紙芝居などを用いた喫煙防止教育により、喫煙保護者の行動が変化。受動喫煙を配慮、本数を減らす、禁煙など。
- ・ 住民参加型の糖尿病予防会を月1回開催、ミーティング、医師による講演、栄養士による調理実習、年3回血液検査。
- ・ 健診で、耐糖能異常患者に対し、家庭訪問3~4回、食事指導で適正化。
- ・ 基本健診結果説明会欠席者の家に訪問、個別健康教育を行い、体重減少、血圧正常化、高脂血症改善。
- ・ 健診で高血圧であった患者に健康教育、毎日血圧測定後、ウォーキング、運動後血圧再測定を継続し、血圧正常化。
- ・ 一人暮らしの自炊をしない高血圧の60代男性に対して、総菜選びのポイント、朝、昼、晩の食事の組み合わせを重点的に教育し、血圧正常化。
- ・ 健診で高脂血症であった患者の家に訪問し、生活状況を聞き取り、晩のアイスが問題と考え、食べる量、回数、時間を指導その後、データ改善。
- ・ 健診結果で耐糖能異常者に食事、運動指導、3ヶ月後、検査再検で、データ改善。
- ・ 17地区の町老人会の70歳以上を対象に「認知症予防・転倒予防・閉じこもり予防」2ヶ月に1度集会を催し、血圧測定、問診、健康講話、レクリエーション、昼食提供(300円)。
- ・ 住民基本健診の結果、要指導域の者を対象に、「にこにこヘルス教室」。28人参加。運動実習、食事指導、調理実習、グループワークを含む9日間の教室。その後8人が体操の自主サークルを結成。
- ・ 70歳以上を対象に転倒予防教室、運動。参加者中女性が9割。
- ・ 痛風患者から電話相談。痛風についての健康教育を行い、自分の生活状況の中での問題点を考え、本人が、生活改善の目標を設定。尿酸値正常化。
- ・ 住民検診で禁煙希望を聞き、希望者に個別健康教育、3ヶ月にわたり、面接、電話、訪問、他の禁煙希望者との交流会などにて支援。禁煙成功中。
- ・ 糖尿病教室の友の会を結成し、会費月1000円、月一回教室を開催、10年以上継続。
- ・ 耐糖能異常患者が夫の後押しで、健康教室に参加。
- ・ 母子ともに肥満であるケースの母親が健康講座を受講、その後母子ともに肥満改善。
- ・ 耐糖能異常患者宅に案内郵送、訪問による生活状況把握、水中歩行教室、勉強会などを半年間行い14人中HbA1c改善9人、体重減少12人。
- ・ 「からだスキットコース」。基本健診でBMI \geq 25でかつ血圧、脂質、血糖値が要指導異常者を対象にメタボリックシンドローム改善事業を展開。14名参加。4ヶ月の間に血液検査2回、個別面談3回、集団学習2回(グループワーク、調理実習など)、週1~2回の運動を行い、生活習慣改善。体重、血液検査の評価はこれから。
- ・ 糖尿病予防のため、食生活状況調査票、生活調査票で聞き取り、1ヶ月後、食生活アドバイス。糖尿病クイズ基礎編実施。2ヶ月後、万歩計にて運動量

測定。その後もフォロー継続中。

- ・ 30～64 歳、BMI25 以上、腹囲 85cm 以上の者を対象に体重コントロール教室。「ねんいりコース」（問診、食事チェック、体力測定）。8 回に渡り、講義、グループワーク。
- ・ 5 回にわたる「体脂肪燃焼セミナー」。月 1 回個別面接し、毎月 7 割程実行可能な目標を 3 項目ほどあげてもらい、面接の度にチェック。毎日歩数、体重を記録。
- ・ 漁協女性部に働きかけ、健康栄養教室を実施。一般住民にも広がり、自主的に活動。収益を兼ねた郷土の食材を用いた健康的な料理の店を企画中。
- ・ 「園児の健康管理事業」。園児のよりよい生活習慣形成をめざし、定期健診結果に基づき、保護者へ個別指導、育児相談、早寝・早起き・虫歯予防を教育。園と保護者の取り組みを保健師及び栄養士が支援。
- ・ 「アクティブヘルス教室」。月 1 回、6 ヶ月間。間に 2 回の血液検査。13 年継続。回覧板のもの募集で参加者毎回 20 名程度。
- ・ 糖尿病予防教室において、参加者から事前に、現在の健康対策や希望する講義内容などをアンケート。
- ・ 健康教育の集まりを婦人会のリーダーへの働きかけ。地域と密着でき、不参加世帯の状況把握、声かけなども可能。
- ・ 肥満、高脂血症患者に対する健康教育。毎日体重記録、毎月面接。面接時にその月に達成可能な目標を自分で立ててもらい、次回に実行状況を確認し、目標を再設定。
- ・ BMI25 以上の者を対象とした「健康スリム教室」（全 8 日）。OB 会を結成。保健師、栄養士が支援。
- ・ 夜間男性健康教室。午後 7 時～8 時半に計 6 回。身体計測、血圧測定、体力測定。445
- ・ BMI25 以上の者を対象にダイエット教室（定員 30 名）。栄養及び運動についての講義 8 回。体重、体脂肪、血圧測定。調理実習。
- ・ 生活習慣病予防の運動実践教室（「いきいき健康教室」）、計 10 回。その後 4 ヶ月おきにフォローアップ教室で体脂肪、体力測定、血液検査。
- ・ 内臓脂肪型肥満で、高血圧、高脂血症、高血糖、高尿酸血症の 65 歳以下の働き盛りの男性をターゲットに平日夜間に「おなかすっきり夜間講座」を実施。月 1 回の集団学習（メタボリック症候群の病態理解、運動、食事）及び個別面接。体重 5%減少を目標。朝・晩の体重測定、グラフ化、3 ヶ月後に血液検査、体重・腹囲測定。
- ・ 通信講座「ヘルシックス」（半年間の教材と手紙・記録物をやりとりする講座）
- ・ 保育園で保護者に対し、乳がん勉強会。乳がんのモデルに触れる。
- ・ 「食事バランスガイド」
- ・ 出前講座「いきいき版ハッピースマイル講座」個別健康教育。ライフコーダー貸出、保健師による生活習慣見直し、栄養士による食事チェック、血液検査。
- ・ 内臓脂肪燃焼教室。3 ヶ月 6 回。初回に生活の反省と目標設定。2 回目医師

と栄養士から講義。3 回目は運動指導士による指導。5 回目にグループワーク。終了後 OB 会結成。

- ・ 糖尿病教室。保健師・栄養士による個別面接、家族調整。講義、運動実技、調理実習、グループワーク。記録票に毎回保健師と栄養士がコメントを記入。減量、行動変容成功。
- ・ 退院後の服薬指導、糖尿病のコントロール状態を確認。
- ・ 血圧を下げる教室。身体計測、食生活・生活状況調査。医師の講演会、座談会・意見交換会。保健師・栄養士の個別面接。終了後、食生活改善のボランティア活動にも参加。
- ・ 単発の健康教室。受診歴のない方で本人は健康と思っていたが、高血圧あり、健診受診につながった。
- ・ 運動普及応援団づくり講座受講。運動を中心とした健康づくりのため講義や実技。終了後も多組織や公民館講座などでストレッチを指導。
- ・ 両親向けの教室で、妊娠中の飲酒・喫煙の予防について。パンフレット配布、講話。習慣のあった者のほぼ全員が気をつけるようになった、と回答あり。
- ・ 禁煙サポート教室。インターネットを利用した禁煙マラソン、企業ごとの集団指導、カウンセリングで禁煙をサポート。全員禁煙継続中。
- ・ 40 代男性、鬱病治療中。ヘビースモーカー。ニコチンパッチを導入して 3 ヶ月後禁煙成功。
- ・ 40 代女性、保健所での禁煙教育に申込。補助剤使わずに減煙成功後、ニコチンパッチを導入し禁煙成功、継続中。

③ 予防行動に関すること

- ・ 「BMI 大作戦」全住民に自分で体重、BMI を記録させ、管理してもらうことにより、BMI や中性脂肪下がった。
- ・ 体力チェック、「健脚教室」で、その後も自宅で継続。
- ・ 通所リハビリを放棄した 70 代女性に、家庭訪問 3 回、必要性を説明、継続成功。
- ・ 高脂血症患者に対し、個別相談しても効果が続かなかつたが、運動教室で、継続、データ改善、筋力アップ。 50 代女性
- ・ 住民健診にて健康度ヘルスチェック、「がんばろう項目」を自分で設定、手帳に記入、禁煙成功など。
- ・ 50 代男性。健診にて生活習慣アンケート、メタボリック症候群患者に家庭訪問、行動目標を自分で設定してもらい、3 ヶ月後、家庭再訪問、生活状況および体型をチェック、6 ヶ月後再々訪問、評価で改善。
- ・ 禁煙支援を電話で継続、1 ヶ月毎にニコチン、一酸化炭素を測定、病院を紹介し、ニコチンパッチ処方、禁煙成功。一年後フォロー予定。 60 代男性
- ・ 耐糖能予防のためのウォーキング教室、OB 会を結成、定期的に運動。
- ・ 禁煙希望者に対し、電話、呼気中一酸化炭素測定などにより継続フォロー、禁煙サポート記録表を作成。禁煙継続現在 4 ヶ月。
- ・ 介護予防啓発のための地域住民を対象としたワークショップ。健康のための

自主活動グループの活動を地区のたよりに掲載、自治会への報告などを行うことにより、認識度を高め、動機付け。

- ・ 健診時にメタボリック症候群についての冊子を配布、該当する者に対して毎月、食事、運動を確認。
- ・ 「エンジョイウォーク事業」として1日3000歩、150日を目標に、達成者に完歩賞配布。年6回イベント開催。
- ・ 20歳以上を対象に高齢者サポーターを育成。運動、認知、栄養、口腔ケアの4分野の専門知識を講習。
- ・ セルフチェックシート、記録継続。
- ・ 「生命の貯蓄体操」
- ・ 週1で体重、血圧測定、グラフ化。
- ・ 普段食べているみそ汁の塩分量を測定、高かったため、うす味へ指導。血圧やや改善。
- ・ 筋力アップ教室を参加者から会費月1000円を徴収しトレーナーを招き、5年継続。
- ・ 町民に健康体操の講習を行い、指導員に育成、道場数を増やし、10年以上継続中。指導員、道場数、参加会員約3倍。
- ・ 基本健診後、栄養指導、食事表の記録、提出、指導、目標立案、見直しというプロセスを行い、中性脂肪改善。
- ・ 「積小為大健康チャレンジ事業」普段より1日1000歩増やす事を目標に、万歩計で100日間記録。体重減少。
- ・ 毎朝血圧を測り記録することを、地区の診療所医師の指導のもと、保健師、栄養士、デイサービスセンター看護師、ヘルパー、ケアマネージャーが、一致団結して指導した結果、診療所受診者の約9割が、早朝に血圧を測定するようになり、脳卒中患者が減少した。
- ・ 「さわやか運動コース」。月1回、6ヶ月間のコース。運動トレーナー、保健師が協力。
- ・ 禁煙支援のため、初め面接を行い、その後、毎日メールで支援。成功。
- ・ 禁煙日誌をつけ成功。
- ・ 義母の介護でストレスを貯めていた女性が、健康教室参加により他受講生と交流し心身共にリフレッシュ。
- ・ 会社において業務命令で喫煙社員が禁煙教室に参加、会社内に担当者を決め随時声かけ、月1回の一酸化炭素測定、禁煙自信度チェックなどを行い禁煙成功例報告。
- ・ 「健康運動天空アテルイ」。ある職場のトップの了解をとり、一般職員の運動研修会、推進委員を決め特別研修会、毎日昼休み最後の10分間に体操用の音楽をかけ、職員が毎日体操を実施。腰痛などの訴え減少。
- ・ 耐糖能異常患者の個別健康教育に置いて、1週間に1度自分へのご褒美として甘いものを食べることにした。継続でき、血糖安定。
- ・ 基本健診で糖尿病の疑い。家庭訪問し本人と妻へ説明。専門医受診となる。
- ・ 基本健診で高脂血症の要指導者を対象にウォーキンググループを作り、定期的に歩く習慣をつける。

- ・ 健診結果より現在の状況、将来起こりうることを説明し、生活指導。体重減少、高脂血症改善につながった。
- ・ 高脂血症予防教室への参加をきっかけに、食事の知識を身につける。運動や趣味のサークルに参加するようになった。
- ・ 健康相談で膝の痛みに対して体操指導したところ、自宅で実行中。
- ・ 小児肥満、糖尿病、不登校の女兒。連携を取り、食事・運動療法の実践。
- ・ まずたばこの影響についての講演会に参加、禁煙サポート申込みあり、面接や電話でのサポートを通して禁煙継続中。集まりで体験談を話すことも。
- ・ 中学生対象に喫煙・飲酒・薬物乱用防止教育。将来喫煙・飲酒したいか？というアンケートの答えでわからないが減少し、Noに。Yesは変化なし。
- ・ 糖尿病の栄養相談。交換表の活用方法を説明。その後、教育入院を経て自己管理ができるようになり、減量、血糖コントロール良好。
- ・ 禁煙相談。禁煙失敗歴やアルコール中毒での入院歴あり、依存しやすいタイプ。COPD についての情報提供とニコチンパッチ処方のため医療期間紹介。禁煙継続中。
- ・ 地域単位で健康づくり事業を展開。医学部に委託して評価、事業実施状況の共有、支援。専門職種との連携。

④ 医師・保健師・栄養士等による指導内容の遵守・励行に関すること

- ・ 元来、自身の健康に関心の高い方だったが、栄養士と保健師で訪問して栄養指導を行ったところ、できていない部分を自覚し、質問も出て、具体的指導を聞いてもらった。
- ・ 糖尿病で通院中だったが、生活改善できていなかった方に対し、村で行う糖尿病教室に3年連続して出席し、検査値改善、行動変容に至った。
- ・ 長年糖代謝異常を放置していたが、家庭訪問・個別指導から受診に至り、糖尿病教室に参加、通院継続と行動変容に至った。
- ・ 毎回妻とともに糖尿病教室に参加。
- ・ 高脂血症の通院・服薬を事故中断していたが、訪問や電話による呼びかけにより受診、治療を再開した。
- ・ 精神疾患の方で、ヘルパーに依存しているケース。敢えてヘルパーの入る時間を減らすことで、自分でしなくてはならないと気づいてもらった。
- ・ 家庭訪問にて、健康診査の異常値にもとづき、考えられる原因や先の見通しを具体的に伝えたことで、本人の気づきや行動変容につながる。
- ・ 訪問することで家庭での生活の様子がわかり、具体的に話げできた。
- ・ 境界型糖尿病の診断のあった方に、訪問して具体的な食事指導と筋力づくり教室参加勧奨を行い、生活改善。その後も会うたびに様子伺った。
- ・ 高血圧の方に、塩分摂取について聞き、問題点を指摘したところ、気をつけるようになり、血圧が低下した。
- ・ 3ヶ月間の支援レター。一ヶ月の目標設定と反省を書いて保健師に提出されたものに対してアドバイスを書き、返す。終了すると気が緩み、健診結果はあまり変化なし。

- ・ 個別健康教室において生活習慣実態調査、個別の改善目標を設定。電話等で支援。明確な問題点、身近な改善目標が実行率が高いようである。
- ・ 健診結果説明会にて医師による個別のデータの説明、保健師と栄養士による改善目標の決定。3～6ヶ月後フォローし、達成状況を確認。
- ・ 住民健診相談に妻と来所、ダイエット教室、訪問指導、健康相談を通して生活改善。
- ・ 耐糖能異常の個別健康教育で、半年間の相談・指導・検査を通して、検査値が正常になった。運動、食事に気をつけ、男の料理教室に参加。
- ・ 水中運動と食事療法により体重と体脂肪減少。その後水中運動の自主グループに入り継続中。
- ・ 健康教室で個別指導、栄養指導、TEL相談などを半年間行い、禁煙に成功。ウォーキング、健康教室・水中運動教室参加などの習慣もできた。
- ・ 栄養相談後、お菓子を控えるなどの行動変容。
- ・ 栄養相談後、自ら教育入院を希望。
- ・ 健診後に保健師、栄養士による個別指導を全員に実施することにより、生活習慣の改善や行動につながる。
- ・ 高血圧で未受診であった方に、具体的な事例を挙げて疾病を説明。受診につながった。
- ・ 脳血管障害による行動異常のある方。通院、内服管理の支援により症状改善。ヘルパーサービスを利用し日常生活自立。
- ・ 毎年一回の健診の事後指導であるが、資料を渡すなど具体的な説明により生活改善し減量が視られた。
- ・ 生活習慣改善教室に参加、集団での基礎支援、4ヶ月間の個別支援により、生活が代わり、血圧、血中総コレステロール値改善、膝痛軽くなり、運動強度高くなってきた。
- ・ 生活習慣改善教室に参加、集団での基礎支援、4ヶ月間の個別支援により、食事療法わずかに実践。
- ・ 健診により境界型糖尿病、高血圧、高脂血症、脂肪肝の診断。訪問し、検査結果と減量の必要性を説明。本人による目標設定と月一回の面接を半年間。データ改善。
- ・ 医師から具体的な生活指導がなかった方に対し、食事・運動療法を指導。減量成功。
- ・ 内服治療中であった高脂血症が、栄養士による個別指導により内服なしでも大丈夫になった。
- ・ 健康増進コース参加、保健師、栄養士、運動指導員がそれぞれ面接し、改善目標を設定、フォローアップ。
- ・ 個別健康教育によりデータ改善。一時的に悪化するも、それを機会に受診に結びつけた。
- ・ 健康診査結果説明会において禁煙指導。チャレンジカードを配布、一年後の説明会で禁煙成功の報告があった。
- ・ 自己流の食事・運動療法を行っている、妻のケアマネージャーより報告あり。訪問して正しい方法を指導し、1ヶ月後電話で確認、改善を認める。

- ・ 健診後訪問し、受診勧奨。受診し、治療開始。その後も訪問し生活習慣の振り返りを行う。
- ・ 医師の依頼による保健・栄養指導、生活改善がみられた。
- ・ ケアマネージャーより減量のための指導依頼あり、栄養士・保健師が共同で訪問。
- ・ 健診後の要指導者を対象とした高脂血症予防教室。結果と病態説明、調理実習と栄養指導の2回。実践し改善したという報告があった。
- ・ スリムアップ教室という事業実施。修了生のつどいを設け、事後フォロー
- ・ 基本健診で異常あり。栄養士による減塩食生活改善指導と、継続的な治療・服薬管理を行った。
- ・ 健診で血中高コレステロール値と肥満あり。妻と本人に食事・運動指導実施。問題点を明確にし、値の改善を目標とすることで行動変容につながった。広報に掲載。
- ・ 糖尿病の診断を受けて食事相談に来た方。栄養士による細かい指導と専門病院への教育入院により現在も食事、運動などに注意して生活している。
- ・ 病識がなく受診していなかった方。保健師の訪問による度重なる指導にて受診。内服開始。現在も継続的に受診・内服ができています。
- ・ 基本健診後の健康相談。高血圧に対する理解がなかったため、受診と内服治療の必要性を説明。受診開始につながった。
- ・ 病院受診により改善されない症状のあった方。健康体操など東洋の養生法を紹介。実践し、症状改善との報告あり。
- ・ 健診結果で受診を勧め、糖尿病との診断。食習慣を見直し、運動もするようになった。病状安定している。
- ・ 家庭訪問にて体重増加の原因と食生活など聞く。目標設定し、食事指導実施。翌年健診結果改善。
- ・ 健診の結果高血糖あり。訪問指導し、生活改善し、翌年血糖値低下。
- ・ 健診結果の訪問指導。高血糖・高血圧で治療は事故中断中。詳しい説明と説得により受診再開。その後自分で食事の勉強をしたり、検査を願い出たりといった行動がみられる。
- ・ 基本健診で肥満、脂肪肝、高血圧、HbA1c 高値。説明し、食事療法と専門医受診を勧めた。食事療法のみでデータ改善、減量成功。
- ・ 健診結果異常あり、訪問指導。健康教室にも参加。食事療法、運動療法により改善。
- ・ 家庭訪問にて生活習慣予防ファイルをしよう、現在の体の状態および食品の基準量について確認。健診結果改善。
- ・ 菓子の取りすぎであったが、砂糖の基準量の指導を話し、食事に気をつけるようになる。プールにも定期的に通い、減量も成功。
- ・ 間食取りすぎていた。食事指導し、間食控え、HbA1c 改善、減量、肝機能正常化。
- ・ 基本健診後医師からの紹介を受け面接相談。プロフィール調査後1年間指導を続け、データ改善。
- ・ 基本健診にて要指導の方に教室の案内。集団での講話、個別面接、集団で運

- 動演習、その後継続的な面接・指導により生活の見直し、改善が観られた。
- ・ 耐糖能異常者に個別健康教育。6ヶ月間定期的な血液検査や体脂肪測定を4回、個別面接や集団指導を20回実施。改善はみられたが、費用対効果より現在実施せず。
 - ・ がん検診で要精密検査の方に対し、精密検査結果説明会を実施。不参加者には電話や戸別訪問を実施。乳ガンに関しては毎年100%の精検結果把握ができています。
 - ・ 大腿骨頸部骨折後のリハビリ支援。作業療法士と保健師の訪問、自宅で毎日1時間のリハビリ実施されている。
 - ・ 基本健診後、メタボリックシンドロームの説明。自分で目標設定してもらおう。現在週一回の運動教室に参加中。疾患の理解と自らでの目標設定が成功の秘訣。
 - ・ マスコミで内臓脂肪が話題になっているため、本人が希望して個別健康教育開始。栄養・運動習慣改善プログラムを重点的に行う。
 - ・ 基本健診の結果2年連続でHbA1c高値の要指導者に健康教室受講を推奨。間食の取り方に改善あり。
 - ・ 基本健診の結果2年連続でHbA1c高値の要指導者に健康教室受講を推奨。清涼飲料水やジュースから水やお茶に変更。主菜の取り方が改善された。
 - ・ 基本健診の結果2年連続でHbA1c高値の要指導者に健康教室受講を推奨。仕事の関係で夕方に間食、夜遅く夕食を取っていたが、内容と量の見直しを行った。
 - ・ 基本健診の結果2年連続でHbA1c高値の要指導者に健康教室受講を推奨。BMI低下、主食摂取減量、果物適量摂取、筋肉トレーニングとウォーキングの実施ができた。
 - ・ 健診で高血圧要指導。6ヶ月間個別面接を中心とした健康教育事業に参加。生活習慣改善し、血圧低下。段階的な進め方と家族の協力により、成功した。
 - ・ 基本健診後。保健師による生活習慣改善指導、栄養士による食生活診断と個別面接指導により、次年度の健診結果に改善がみられた。
 - ・ 個別健康教育参加者。子供たちに負担をかけず自立し夫婦で助け合っていくことを目標に、生活改善、減量に成功。維持している。
 - ・ 食事・運動での目標設定と、食事に関する妻の協力により減量成功
 - ・ 健診で要指導の方にハガキで参加を促し、個別健康教育。定期的に計測と採血、毎回次回までの目標を決める。
 - ・ 生活習慣病予防健診受診者。医師と保健師、栄養士による生活指導によりデータ改善、減量、運動習慣と食生活の改善あり。
 - ・ 医療機関で糖尿病交換票の指導を受けても理解できず、保健センターへ相談にくるケースがある。食事記録を書いてきてもらい、数ヶ月フォローすることで理解してもらえらる。
 - ・ C型肝炎治療中断中で、多飲など生活習慣も乱れていた。専門外来へ同行し、医師との間を橋渡しした。受診継続、生活習慣改善、IFN治療も再開した。
 - ・ 生活指導だが、数十年先の自分を想像して今の楽しみを続けられるか考えてもらうことで、減量や生活習慣改善の必要性を自覚してもらえ、減量に成功。

- ・ 保健師と栄養士の面談より料理教室への参加や教育入院が実現し、抑鬱状態であったのも改善傾向にある。
- ・ 基本健診の説明会に参加しなかったり、がん検診の精査を受けなかったりした方だが、訪問指導により保健師に相談したり、健康教室に参加したりするようになった。
- ・ 妻の介護で自分の健康管理がおろそかになり、高血糖になっていた。息子夫婦と同居を始め、自分でも気をつけるようになり、データ改善。
- ・ 健診受診後高血圧の個別健康教室に参加。塩分摂取量と飲酒量に問題あり。塩分摂取についてはすぐ改善し、続いて減酒にも成功。
- ・ 24歳女性で一度禁煙に失敗。職場でも周囲が喫煙者。吸いたくなかったときの対処法を考えたり、分煙を訴えたり。禁煙続行中。化粧ののりが好くなり、禁煙続けたいと。
- ・ 35歳男性。身体的・習慣的依存強。妻も喫煙者。行動パターンの見直し、禁煙補助剤の使用、妻も禁煙に参加することで2人とも禁煙続行中。
- ・ 糖尿病要指導者へ健康教室。医師の講義、体育館職員の講義と実技、保健師・栄養士による個別指導、自身での目標設定により減量、データ改善。
- ・ 糖尿病要指導者への健康教室。体育館へ通うという目標設定。続行できている。
- ・ 栄養相談で、1ヶ月間に実行する具体的なことを栄養士との間で約束したところ、8割以上が守ることができた。
- ・ 6ヶ月後の目標設定をし、毎日体重を測定するようにしたところ、8割以上が体重減少した。
- ・ 運動のプログラムを定期的で開催したところ、参加者のほとんどに、運動習慣ができた。
- ・ 社会福祉協議会主催で独居高齢者の昼食会を開催。地区担当の保健師が毎回参加し、教育・相談・血圧測定を実施。回を重ねて会うことで塩分制限守れるようになった。
- ・ 健診データにもとづき個別の保健指導。データの経過を継続的に見ることで、行動変容への動機付けを図った。
- ・ 個別健康教育に参加し、6ヶ月間保健師と栄養士による面接。本人の興味が大きい栄養面にアプローチし、減量、データ改善。
- ・ 個別面接での食事指導。食事記録をもとに本人の気づきを大事にし、できそこなところから目標を立てていった。減量に成功。
- ・ 糖尿病への保健栄養相談。夫婦で来所。食事記録、検査結果の確認を行い、食生活の改善を求める。栄養相談は毎月一回予約をとり、前日に確認の電話。担当者は同じ。
- ・ 基本健診で肥満ありと。看護師による訪問、食事指導、教室案内。ダイエット教室に参加。家庭でも実施。減量成功。
- ・ 健診で貧血、要精査だが未受診だった。訪問し、貧血について説明。鉄欠乏を補う方法を説明。翌年データ改善せず受診、服薬経過観察中。
- ・ 禁煙個別健康教育。禁煙動機を再確認し、禁煙方法をともに考え実行したことで禁煙成功。

- ・ 禁煙個別健康教育。家族のため、という禁煙動機を発見し、家族の協力が得られ、禁煙成功。
- ・ 健診で高血糖で要指導となった方に個別に健康教育を行い、日常生活習慣改善。
- ・ 子供の健診時に相談を受ける。子どもを含めた生活状況の確認。栄養士と保健師で関わる。本人のがんばっている部分を認め、新たな目標を設定することを続け、減量成功。
- ・ 機能訓練に継続的に参加している方に対して個別に健康相談。食事の問題を保健師が指導。半年後フォローし、指導内容の遵守を確認。
- ・ 高血圧、喫煙者。医師より紹介されて健康相談へ。禁煙、食事の指導。2ヶ月後禁煙継続中、血圧安定。
- ・ 高血圧の相談。食事記録書いてもらい、妻とともに健康指導。服薬を拒否していたが、納得し開始。受診継続、食事療法継続できている。
- ・ 生活習慣改善教室。医師、栄養士、歯科医師の講義とグループワーク。運動の講義と実習、個別指導などを6回にわたり開催。減量、データ改善。
- ・ 糖尿病で視力障害あるが未受診のケースに対し、継続訪問で本人を理解、保健師が医師と連携、通院介助のヘルパー調整のためケアマネージャーとも連絡。受診、手術。
- ・ 60代一人暮らし男性、高血圧。食事記録をもとに栄養士と相談。訪問し、栄養指導。食生活改善みられた。
- ・ 健康相談から受診に結びつき、治療したことで血圧改善。
- ・ 医師の講話と禁煙相談をきっかけに医療機関を受診しニコチンパッチ処方、禁煙成功。
- ・ 70代男性一人暮らし。保健師、栄養士の訪問で栄養指導。今までの食生活に無理のないかたちで指導内容を取り込み、指導内容を生かした食生活が実践できている。
- ・ 減脂肪コース。運動・休養・栄養に関する講話の後、運動を実践。調理実習も1回あり。食事グラフや測定グラフの宿題、目標設定もあり。減量、サイズダウンに成功。
- ・ 生活習慣病改善コース。運動・休養・栄養に関する講話の後、運動を実践。調理実習も1回あり。食事グラフや測定グラフの宿題、目標設定もあり。減量、データ改善。
- ・ 基本健診で要医療となり栄養相談に来所。食事療法を取り入れ3ヶ月でデータ改善。栄養相談を継続することで食生活をコントロールする方法を学んだ。
- ・ 糖尿病食事相談。個別指導、生活プログラムの提案などの指導を継続。途中で体調不良で入院したのを機に、取り組みが真剣になった。
- ・ 女性のための健康相談へ生理不順を主訴に来所。高血圧で医療機関紹介受診。治療開始。
- ・ 高血圧・肥満で健康相談に来所するも、食事指導や受診勧奨守られず。1年半後運動や食事の変化みられるようになり、減量。医療機関受診もするようになった。
- ・ 60代男性肺気腫通院中。一人暮らしで人付き合い少ない。訪問にて禁煙成功。

地区での集まりにも参加。楽しみを見つけることでたばこにあまり興味を持たなくなった。

- ・ 健診結果にもとづき肥満に対し電話指導。健診継続、受診継続。減量にも成功。
- ・ 結核での入院を機に保健師による定期訪問、DM 治療開始。通院治療継続のため保健所に通所してもらい直接服薬確認。食事内容チェック。定期受診継続。食事療法継続。
- ・ 結核通院治療中は服薬確認のため毎日保健所に通所。運動や食事療法、定期受診継続。
- ・ 保健所精神デイケア参加者として支援中。肥満、高血圧あり。食事指導を行い、少しずつ改善できるよう継続的にフォロー。
- ・ いきいきシニア講座。認知症に対する啓発、早期発見、転倒予防を行う自主グループの育成。講話、レクリエーション、運動実技、グループワーク。OB 会が結成された。
- ・ 7 日間の減量教室。保健師・栄養士が関わって目標設定。実行できているか記録でチェック。できていないときは個別にフォロー。
- ・ 幻聴や妄想などの精神症状があるが、精神疾患として受け入れられないため受診中断中であった。当所の精神科医師により受診勧奨、保健師同伴にて再受診。
- ・ 統合失調症、独居。貧血、腰痛あり。訪問し、食事内容確認。宅配弁当の利用を助言。
- ・ DM コントロール不良。結核入院あり。退院後の服薬支援が必要と思われた。面接による服薬確認継続し、服薬期間無事に終了。

分類 2

牧野・大井モデルの分類に当てはまるものはその分類にしたがった。

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	自己戒の対処	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 必要性を感じているが「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 実行意志の身生意	自己(即)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)「やりたい自分像」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

① 無関心期

- 60代の女性。胃がん健診を受けたことがなかったが、地区の愛育委員に委嘱され、健診の受診を勧奨する立場になり、自身の健康についての意識が高まり、胃がん健診を受診した。
- 60代の女性。乳がん健診で要精密検査となるが、胃がんの手術既往があるため、受診を嫌がっていた。夫に受診の協力を依頼したところ、3ヵ月後に夫に付き添われて精密検査を受診し、経過観察となり、その後の3ヶ月ごとの定期検診は夫とともに通い、翌年乳がんの手術となった。
- 70代女性、DM。高齢者実態調査がきっかけで保健師が関わる。訪問続け、糖尿病教室、自主グループに参加。検査値改善。表情明るくなった。
- 60代女性。軽度高血圧と抑鬱傾向あり。面接ではよく話を聞き、意欲を評価した。血圧に関する知識の伝達や注意点を話し、実行できることを話し合った。降圧成功。
- 50代女性一人暮らし、妄想あり、未治療。兄弟より相談。家庭訪問数回の後、保健福祉事務所の精神保健相談へ。紹介状つき、家族同伴で精神科受診。
- 50代女性、一人暮らし、精神疾患あり。保険加入なし。健診を機に保険加入、治療。
- 成人健診で要指導の方を訪問。医療機関の受診を促し、生活習慣の改善点を

伝えた。

- ・ 60代男性、糖尿病だが治療中断中。健康相談で説得し、医療機関受診、服薬開始。食事療法も開始。その後地域での糖尿病の健康教育で経験談を話してもらった。
- ・ 父親のケアマネージャーの訪問に同行し、バイタルチェック、飲酒・食生活の把握。ヘルパーも協力。半年後基本健診やがん検診を勧め受診。医療機関受診、服薬開始。
- ・ 運動教室卒業生が自主グループとして活動するのに保健師が参加。

② 前準備期

- ・ 60代の男性。健診にて高コレステロール血症、肥満を指摘される。半年後の目標を立てるよう栄養士、保健師からの指導を受け、間食や、脂っこい料理を減らし、運動を行うようになった。半年後にコレステロールは正常化した。そのことが市の広報誌で紹介され、ますます本人の励みとなり、その後の継続につながっている
- ・ 60代の女性。基本健康診断で高脂血症、肥満傾向を指摘された。食事、間食ともに量が多く、運動量は少なかった。保健師が数回面接を行ったところ、生活習慣の改善のための努力自体がストレスであるとの訴えがあった。個別健康教育に何を求めるのかを聞いたすと、「やせて、昔着ていた洋服を着たい。もっとおしゃれをして若々しく過ごしたい。」という答えであった。指導の最終目的を「コレステロール値を下げる」から「好きな洋服を着られる」に変更し、その目的のためにできることを考えるように指導した。その結果、生活改善意欲が増し、減量に成功し、コレステロール値も低下した。
- ・ 60代の女性。がん検診で要精密検査となったが、受診を迷っていた。検診の説明会で体験者の話を聞き、検査方法のビデオを見ることで不安が軽減し、精密検査の受診を決意した。
- ・ 健診にて中性脂肪高値。訪問し、食事内容検討。間食を少なくすることと、洋菓子から和菓子への変更、夕食時間を早くすることを指導し、一年後の健診で改善。
- ・ 高尿酸血症の方。適切な酒の種類と飲酒量を説明。肴のなかのプリン体についても指導。満足度も考慮しつつも酒の種類や量を選べるようになり、結果的には減酒。
- ・ HbA1c 高値の女性。自分なりに生活に気をつけているがデータ改善しなかった。間食を運動前にするように指導、食べたら動くということを意識してもらった。データ改善。
- ・ 基本健診で高脂血症・高血糖・肥満あり。訪問、生活状況把握。介護中で忙しい毎日。健康教室参加を通して運動習慣と食事改善、ストレス解消ができた。OB会にも参加。
- ・ 医師の紹介で栄養相談と体験型教室に参加。医師による動機付けがあったため、よい結果につながった。
- ・ 愛育委員会にて乳房自己検診法の健康教育。しこりを発見し、乳ガンと判明、手術。

- ・ 内臓脂肪燃焼教室。3ヶ月6回。初回に生活の反省と目標設定。2回目医師と栄養士から講義。3回目は運動指導士による指導。5回目にグループワーク。終了後OB会結成。
- ・ 糖尿病教室。保健師・栄養士による個別面接、家族調整。講義、運動実技、調理実習、グループワーク。記録票に毎回保健師と栄養士がコメントを記入。減量、行動変容成功。
- ・ 退院後の服薬指導、糖尿病のコントロール状態を確認。
- ・ 血圧を下げる教室。身体計測、食生活・生活状況調査。医師の講演会、座談会・意見交換会。保健師・栄養士の個別面接。終了後、食生活改善のボランティア活動にも参加。
- ・ 単発の健康教室。受診歴のない方で本人は健康と思っていたが、高血圧あり、健診受診につながった。
- ・ 運動普及応援団づくり講座受講。運動を中心とした健康づくりのため講義や実技。終了後も多組織や公民館講座などでストレッチを指導。
- ・ 両親向けの教室で、妊娠中の飲酒・喫煙の予防について。パンフレット配布、講話。習慣のあった者のほぼ全員が気をつけるようになった、と回答あり。
- ・ 禁煙サポート教室。インターネットを利用した禁煙マラソン、企業ごとの集団指導、カウンセリングで禁煙をサポート。全員禁煙継続中。
- ・ 40代男性、鬱病治療中。ヘビースモーカー。ニコチンパッチを導入して3ヶ月後禁煙成功。
- ・ 40代女性、保健所での禁煙教育に申込。補助剤使わずに減煙成功後、ニコチンパッチを導入し禁煙成功、継続中。

③ 準備期

- ・ 60代の男性。肝機能障害あり。生活習慣病予防教室に参加し、受講生全員の前で、「自分はビールを減らす！」と宣言。3ヶ月間14回の教室の間にスタッフ、参加者より減酒の達成度について声をかけられるなどの支持を得る。以前はビールを1日4本以上飲んでいましたが、教室終了時には1日1本になり、さらにその後休肝日の設定までこぎつけた。
- ・ 60代の男性。高血圧。市の広報紙を見て生活習慣病予防教室に参加。「病気があっても元気な生活を送ることはできる」という講話に強く共感して、町の健康増進計画に参加し、寸劇グループを結成した。地域を廻り健康をテーマにした寸劇を上演している。自身の血圧は低下し、活気のある生活を送っている。
- ・ 基本健診で糖尿病の疑い。家庭訪問し本人と妻へ説明。専門医受診となる。
- ・ 基本健診で高脂血症の要指導者を対象にウォーキンググループを作り、定期的に歩く習慣をつける。
- ・ 健診結果より現在の状況、将来起こりうることを説明し、生活指導。体重減少、高脂血症改善につながった。
- ・ 高脂血症予防教室への参加をきっかけに、食事の知識を身につける。運動や趣味のサークルに参加するようになった。
- ・ 健康相談で膝の痛みに対して体操指導したところ、自宅で実行中。

- ・ 小児肥満、糖尿病、不登校の女兒。連携を取り、食事・運動療法の実践。
- ・ まずたばこの影響についての講演会に参加、禁煙サポート申込みあり、面接や電話でのサポートを通して禁煙継続中。集まりで体験談を話すことも。
- ・ 中学生対象に喫煙・飲酒・薬物乱用防止教育。将来喫煙・飲酒したいか？というアンケートの答えでわからないが減少し、Noに。Yesは変化なし。
- ・ 糖尿病の栄養相談。交換表の活用方法を説明。その後、教育入院を経て自己管理ができるようになり、減量、血糖コントロール良好。
- ・ 禁煙相談。禁煙失敗歴やアルコール中毒での入院歴あり、依存しやすいタイプ。COPDについての情報提供とニコチンパッチ処方のため医療期間紹介。禁煙継続中。
- ・ 地域単位で健康づくり事業を展開。医学部に委託して評価、事業実施状況の共有、支援。専門職種との連携。

④ 前期実行期

- ・ 60代一人暮らし男性、高血圧。食事記録をもとに栄養士と相談。訪問し、栄養指導。食生活改善みられた。
- ・ 健康相談から受診に結びつき、治療したことで血圧改善。
- ・ 医師の講話と禁煙相談をきっかけに医療機関を受診しニコチンパッチ処方、禁煙成功。
- ・ 70代男性一人暮らし。保健師、栄養士の訪問で栄養指導。今までの食生活に無理のないかたちで指導内容を取り込み、指導内容を生かした食生活が実践できている。
- ・ 減脂肪コース。運動・休養・栄養に関する講話の後、運動を実践。調理実習も1回あり。食事グラフや測定グラフの宿題、目標設定もあり。減量、サイズダウンに成功。
- ・ 生活習慣病改善コース。運動・休養・栄養に関する講話の後、運動を実践。調理実習も1回あり。食事グラフや測定グラフの宿題、目標設定もあり。減量、データ改善。
- ・ 基本健診で要医療となり栄養相談に来所。食事療法を取り入れ3ヶ月でデータ改善。栄養相談を継続することで食生活をコントロールする方法を学んだ。
- ・ 糖尿病食事相談。個別指導、生活プログラムの提案などの指導を継続。途中で体調不良で入院したのを機に、取り組みが真剣になった。
- ・ 女性のための健康相談へ生理不順を主訴に来所。高血圧で医療機関紹介受診。治療開始。
- ・ 高血圧・肥満で健康相談に来所するも、食事指導や受診勧奨守られず。1年半後運動や食事の変化みられるようになり、減量。医療機関受診もするようになった。
- ・ 60代男性肺気腫通院中。一人暮らしで人付き合い少ない。訪問にて禁煙成功。地区での集まりにも参加。楽しみを見つけることでたばこにあまり興味を持たなくなった。
- ・ 健診結果にもとづき肥満に対し電話指導。健診継続、受診継続。減量にも成功。

- ・ 結核での入院を機に保健師による定期訪問、DM 治療開始。通院治療継続のため保健所に通所してもらい直接服薬確認。食事内容チェック。定期受診継続。食事療法継続。
- ・ 結核通院治療中は服薬確認のため毎日保健所に通所。運動や食事療法、定期受診継続。
- ・ 保健所精神デイケア参加者として支援中。肥満、高血圧あり。食事指導を行い、少しずつ改善できるよう継続的にフォロー。
- ・ いきいきシニア講座。認知症に対する啓発、早期発見、転倒予防を行う自主グループの育成。講話、レクリエーション、運動実技、グループワーク。OB 会が結成された。
- ・ 7 日間の減量教室。保健師・栄養士が関わって目標設定。実行できているか記録でチェック。できていないときは個別にフォロー。
- ・ 幻聴や妄想などの精神症状があるが、精神疾患として受け入れられないため受診中断中であった。当所の精神科医師により受診勧奨、保健師同伴にて再受診。
- ・ 統合失調症、独居。貧血、腰痛あり。訪問し、食事内容確認。宅配弁当の利用を助言。
- ・ DM コントロール不良。結核入院あり。退院後の服薬支援が必要と思われた。面接による服薬確認継続し、服薬期間無事に終了。

考察および次年度以降の計画

事例に見られた主な特徴は以下の通りである。

- ・ 問題点を患者と保健師がともに考える
- ・ 患者自身が目標を設定
- ・ 患者が目標を宣言し、周囲の協力を得る
- ・ 患者自身が達成可能だと感じる目標を立てること
- ・ 具体的な目標の設定
- ・ テーラーメイドの指導
- ・ アメ（ほめる、ご褒美など）の使い方
- ・ 家庭訪問を行う
- ・ 繰り返し誘う
- ・ 継続的なフォロー（メール、電話、訪問、集会など）
- ・ 家族の支援
- ・ 同じ目標をもつ者の存在（グループワークなど）
- ・ 専門家の支援（保健師、栄養士、医師、看護師、ヘルパー、ケースワーカーなど）
- ・ 専門家の団結
- ・ 具体的な数字でフォロー（体重測定、血圧測定、血液検査、呼気中一酸化炭素、尿中コチニン、筋力測定など）
- ・ 数値の可視化（患者自身が体重、血圧、歩数のグラフ化など）
- ・ 日誌（禁煙日誌、生活行動日誌など）
- ・ 実技を含む健康教室（調理実習、運動など）

- ・ キーパーソンへの働きかけ（会社、漁業組合、婦人会、老人会など）
- ・ 健康教室終了後のOB会結成
- ・ 教室を長続きさせるための低額会費
- ・ 健康教育セミナー修了者をインストラクターに育成
- ・ 夜間講座の設置
- ・ 巧みなキャッチフレーズ
- ・ 活動を地区のたよりなどに掲載
- ・ 健康セミナーに対する受講者による評価
- ・ 適切なターゲットの設定（園児、保護者、老人、労働者など）
- ・ 現状把握、問題点の分析、目標設定、実行、再評価、修正のサイクルといった手段

個々の事例で性別、年齢、疾患、行動分類、生活形態等による更なる分類が必要である。

次年度は事例のうち重要な例をいくつか取り上げ、担当者に直接詳しい話を聞くなどの方法で分析を進める計画である。また各方面の保健医療専門家から参考になる事例提供を受け、ガイドライン・マニュアルの作成を進めていく。

研究協力者より寄せられた事例

事例1 糖尿病予防教室	社団法人K会
-------------	--------

老人保健法に基づく基本健康診査受診者のうち、糖尿病境界型と判定された者（HbA1c5.6%以上）を対象に2～3年間にわたり、食事と運動に関する保健指導を小集団で実施した。

初年度は6か月間で5回の教室及び3回の支援ハガキ、2年目は4回の教室及び2回の支援ハガキ、3年目は2回の教室、1回の支援ハガキの介入で行い、その結果、ウイスキー飲酒量の減量、ヘビースモーカーの禁煙、歩行数の増加、間食の減量、食事バランスの改善等に改善がみられた。

事例2 脳の健康づくりモデル事業	O保健所
------------------	------

脳血管疾患及び認知症の発症を予防することを目的に、基本健康診査受診者のうち高血圧要医療者を対象に4か月間6回の介入で知識、生活習慣、教室データ、セルフモニタリングデータを指標として、血圧コントロールに関する保健指導を小集団と個別指導を組み合わせて実施した。知識の習得、生活習慣、体重・体脂肪率・内臓脂肪レベル・収縮期及び拡張期血圧・中性脂肪等の教室データ、家庭における血圧測定値等のセルフモニタリングデータに改善がみられた。

事例3 水中運動教室	K保健センター
------------	---------

水中運動を通して生活習慣の改善を図り、運動習慣のきっかけづくりを目的に、市民健診受診者及び国保人間ドック受診者のうち高脂血症や糖尿病が要指導域以上を対象に5か月間16回の介入で基礎知識、精神的健康、目標達成度、満足度、腹囲を指標として、集団と個別指導を組み合わせて実施した。生活習慣や運動に関する基礎知識の向上と運動習慣付け、ストレス解消、体重減量、腹囲に改善がみられるほか、満足度や仲間づくりにも効果があった。

事例4 高血圧治療のための受診勧奨	K市健康推進課
-------------------	---------

地域の福祉事業参加者で血圧値が要医療域にあった78歳女性を対象に、保健師と国保担当者との連携のもと事業参加時の健康相談及び家庭訪問により受診勧奨を行なった。受診、内服により血圧は徐々に低下、安定したのち、地域事業の中で継続的支援を行うことができた。

事例5 国保人間ドック後の保健指導	K市健康推進課
-------------------	---------

国保人間ドック受診者で肥満、高血糖に要精密検査にあった58歳女性を対象に、保健師による家庭訪問で生活習慣指導を行なった。直接生活の場に出かける家庭訪問により、生活実態が把握でき具体的指導ができたこと、毎回、目標確認や生活習慣の変化等で評価を行い励みとなったこと、家族の協力があつたこと等で食事や運動、血糖値に改善がみられた。