

II. 第2回班会議報告

1. 糖尿病患者の指導に関するアンケート結果概要

国立国際医療センター戸山病院 糖尿病・代謝症候群診療部 医長 梶尾 裕

それでは発表に移らせていただきたいと思います。お手元にすでに資料が届いていると思います。ご確認いただきたいと思います。

私は資料1を使わせていただきます。「糖尿病患者の指導に関するアンケート」。特に保健指導を行なう場合に何が問題になるかというと、効率的で効果的なものという場合に、やはり指導者側の指導の標準化が非常に大きな問題であるということです。そのときにツールを考えた場合に、一定のモジュールあるいは考え方を整理すべきであるということです。

糖尿病学会教育研修認定施設が全国で539施設ありますが、実はわが国立国際医療センター戸山病院を入れると540になります。送ったところは539カ所で、送っていない自分のところが1カ所あったということです。国府台病院は別施設としてお送りして、ご返事をいただいています。医師254通、療養指導士201通の回答をいたしております。

内容を具体的に説明させていただきます。糖尿病の療養指導を始める場合に、患者の自己管理上の問題を類型化する（パターン化する）ということについて、2つの質問を出しました。1つは、類型化することが役に立つと思うかということです。これは医師、療養指導士とも約7割前後が「そう思う」というご指摘でした。そして実際に類型化を意識するかということですが、医師、療養指導士とも4割以上が「意識する」。また逆に「意識していない」という回答は、医師では20%、療養指導士では12%。「どちらともいえない」という方が4割前後いらっしゃいました。

次に、類型化することの意義付けについて、いくつか質問を出しました。その1つとしては、類型化することにどのようなメリットがあるかということです。これに関しては、医師、療養指導士ともに「指導すべき点を明らかにする」ことができる。それから実際に指導すべき対象の方の「できそうな行動を明らかにする」ことができる。そして「指導項目が絞れる」が特に大きなポイントとして挙げられています。

特に類型化（パターン化）する場合にどのような項目に注目するかという一般的な質問ですが、医師、療養指導士いずれもいちばん大きなのは「治療上重要で指導が望ましい項目」が第1点です。次に、医師と療養指導士で若干の違いはありますが、「患者ができそうな項目」、「患者が関心のある項目」があげられています。いずれにせよ、「患者が関心のある」あるいは「できそうな」項目に着目して考えているということです。

どのようなやり方で類型化するかということですが、医師の場合は、どちらかといえば「指導すべき項目について確認」するという回答が多かったのに対して、療養指導士は、「患者さんから問題点を話してもらう」という回答のほうが多いといったことです。

さらに、具体的に類型化する項目として重要と思われる項目を選んでいただきました。やはり「食事」と「運動」。そしてもう1点大きなポイントとしては「治療に取り組む姿勢」で、特に療養指導士はこの点に着目しています。そのほか「アルコール」「感情的な負担（ストレス）」「周囲

からのサポート」が大きな項目として挙げられています。

類型化する上で重要と思われることは何ですか。これは自由記述で記載していただいているので私からあえてコメントをすることはありませんが、前回の着目点をより具体的に書いていただき、多様な回答が多かったように思います。

さらに、実際に食事療法が守れない患者のパターンについては、「食事量が多い」「間食が多い」「外食が多い」といった項目が比較的多くなっています。医師と療養指導士でその他の項目の重視すべき順番は若干異なっていますが、今、申し上げた3点はいずれも多いということです。

運動療法についてどうかというと、「忙しくて時間がない」。あとは身体的な問題で「膝などが痛い」、「運動が嫌い」といった項目です。

生活上の問題点として考えているものとしては、「不規則な生活」「仕事」「家庭」「ストレス」という項目に着目している方が多かったという回答です。

次に、ご自分で採用している類型（パターン）があったらということですが、これも人によって非常に個性的な回答があります。見ていただければと思います。

類型化するときに参考にしているものがあるかどうかということですが、医師はどちらかといえばあまり類型化にこだわっていない方が多いように思います。一方、療養指導士はどういう指導のパターンを考えたらいいかということで、「書籍」あるいは「講演」にかなり関心を持って取り組んでいらっしゃることがうかがえます。具体的には以下の通りです。

そのほかの質問として、さらに対象者に対する指導の点について、いくつか質問をさせていただきました。患者の動機付けに必要と思うことは何かということですが、この中では「疾患・予防についての知識の伝達」よりは、むしろ「前向きに取り組む気持ちをはぐくむ」ほうが、より大きなポイントを示しています。

療養を継続させるために具体的にどういうことが必要であるかという質問に対しては、医師、療養指導士ともに「良好な医療関係者・患者関係」「行動目標の明確化」が特に回答が多い項目でした。そのほか具体的なパターンを教えてくださいということで、いくつか回答をいただいています。

あとは行動変容のステージモデルとして、例えば行動の段階的变化を前熟考期、熟考期、準備期、行動期、維持期という5段階に分類するモデルがあります。このような行動変容のステージモデルを実際の指導の際に考慮しますかということに関しては、医師と療養指導士で大きな差があります。医師の場合は、半分以上は参考にするけれども、残りの4割には「それは役に立たない」とはっきりと書いた方もいます。それに対して療養指導士は約8割が、行動変容のステージモデルを参考に考えていると回答しています。

その理由としていくつかありますが、例えば「問題点と介入法が分かりやすい」が挙げられて、それと同様の回答が並んでいます。つまり「ステージによって介入方法を変える」「ステージに見合った指導法を考える」というご意見が多かったということです。一方、「いいえ」の場合には、必ずしもステージモデルが当てはまらない場合があることを指摘したご意見がいくつかありました。

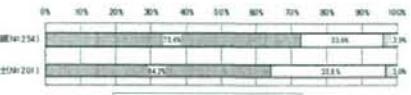
以上のように、糖尿病の指導の場合、特に療養指導士はステージモデルを参考にする方が多い。あるいは、類型化に対して非常に関心を持っている方が多いということが分かりました。さらに、どういう項目に着目して指導を強化されているか、もう少し突っ込んだ分析をして、次年度の開発に使いたいということです。

**糖尿病患者の指導に関するアンケート
結果速報**

調査対象　日本糖尿病学会認定指導医 553施設
回答者　医師および糖尿病指導士
調査期間　平成21年2月25日～3月4日
調査方法　郵送配布、郵送回収
回答数　医師 255通、糖尿病指導士 201通

国立国際医療センター戸山病院 視尾 哲

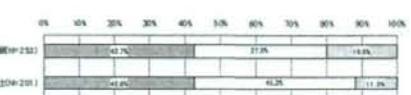
1) 糖尿病の指導目標を追めて時に、患者の自己管理との問題点を検討化する(リターンに付ける)ことは良いと思いますか?



医師(N=253) 71.6%
糖尿病指導士(N=201) 71.5%

どちらともない
どちらともない

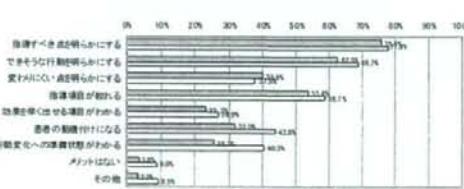
2) 糖尿病の指導目標を追めて時に、実際にこの問題の傾向(パターン)を意識して指導しますか?



医師(N=253) 42.7%
糖尿病指導士(N=201) 41.2%

どちらともない
どちらともない

3) 検討化することによるメリットは何ですか? (複数回答)

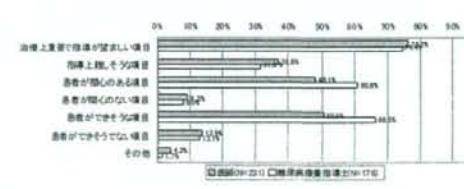


医師(N=253) 糖尿病指導士(N=201)

どちらともない
どちらともない

(注) その他は、「介入の結果目標達成しづらい」(1例)、「治療のための医療アプローチの選択的であり」(1例)など。

4) 検討化(パターン化)する場合、どのような項目に注目しますか? (複数回答)

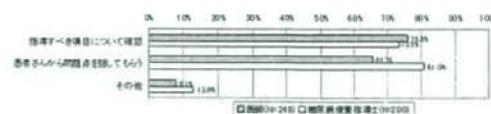


医師(N=253) 糖尿病指導士(N=201)

どちらともない
どちらともない

(注) その他は、「手当方法」(1例)、「医薬品の効果」(1例)、「医薬品の副作用」(1例)など。

5) このようなやり方で検討化しますか? (複数回答)

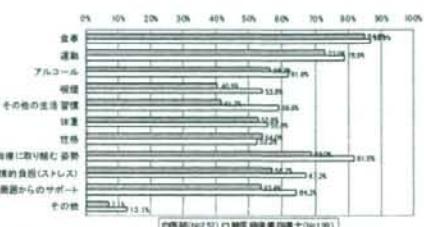


医師(N=248) 糖尿病指導士(N=199)

どちらともない
どちらともない

(注) その他は、「問題点」(1例)、「治療法の選択を聞く」(1例)、「治療・検査実績、下肢疾、コミュニケーション能力」(1例)、「問題点」(1例)など。

6) 検討化する項目として、個別と思われる項目に○をつけてください。 (複数回答)



医師(N=248) 糖尿病指導士(N=199)

どちらともない
どちらともない

(注) その他は、「患者さんが一歩前進したこと」(1例)、「成長感」(1例)、「精神的に持てる尺度」(1例)、「治療リスク」(1例)など。

7) 緊張化する上で、重音と思われることはありますか？（自由に記載してください）

Q12 産業的、歴史的、文化的背景がない、個別の性質や特徴をもつところ。

Q13 評議會の運営、組織構成。

Q14 パーティー・チャーチの運営方針。

Q15 産業の運営と組合運動。

Q16 エネルギーを何で供給するか。

Q17 「資源・エネルギー・工業」(資源、工業用機器のイメージ)、財政、

Q18 生産実績。

Q19 住民の暮らしはどの程度豊かですか。

Q20 産業がもたらす社会的影響はあります。

Q21 産業がもたらす社会的影響はあります。

Q22 何よりの興味は、資源の開拓、採掘、加工、製造、生産活動、消費の重要性を理解してもらう。

Q23 総務課の主な業務は、資源の開拓、採掘、加工、製造、販売を実現し、住民を利害へ、技術を提供することであると理解してもらう。

Q24 産業がもたらす社会的影響はあります。(資源でなく、資源でない内容でも可) 資源がないレッスンも含めて。)

Q25 産業の社会的影響を理解する方法を教える。

Q26 産業があるから、資源がないから(問題ないでいい)など、狭い視点を避ける。

Q27 産業があるから、資源がないからなど、狭い視点を避ける。

Q28 産業があるから、資源がないからなど、狭い視点を避ける。

Q29 産業があるから、資源がないからなど、狭い視点を避ける。

Q30 「資源」から得られる利益(資源によって得られるもの)。

Q31 「資源」から得られる利益(資源によって得られるもの)。

Q32 「資源」から得られる利益(資源によって得られるもの)。

Q33 「資源」から得られる利益(資源によって得られるもの)。

Q34 「資源」から得られる利益(資源によって得られるもの)。

Q35 「資源」から得られる利益(資源によって得られるもの)。

Q36 「資源」から得られる利益(資源によって得られるもの)。

Q37 「資源」から得られる利益(資源によって得られるもの)。

Q38 「資源」から得られる利益(資源によって得られるもの)。

Q39 「資源」から得られる利益(資源によって得られるもの)。

Q40 「資源」から得られる利益(資源によって得られるもの)。

Q41 「資源」から得られる利益(資源によって得られるもの)。

Q42 「資源」から得られる利益(資源によって得られるもの)。

Q43 「資源」から得られる利益(資源によって得られるもの)。

Q44 「資源」から得られる利益(資源によって得られるもの)。

Q45 「資源」から得られる利益(資源によって得られるもの)。

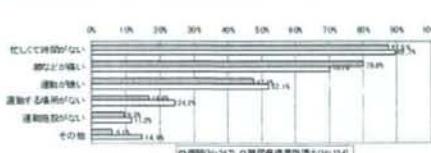
Q46 「資源」から得られる利益(資源によって得られるもの)。

Q47 「資源」から得られる利益(資源によって得られるもの)。

Q48 「資源」から得られる利益(資源によって得られるもの)。

Q49 「資源」から得られる利益(資源によって得られるもの)。

Q50 「資源」から得られる利益(資源によって得られるもの)。

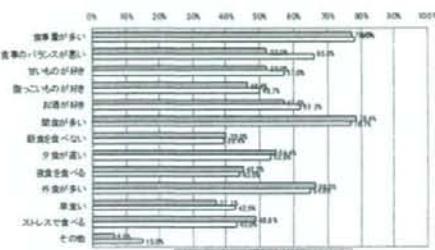


(3) その時は、「やる気がない」(28)、「静くて、苦くて、忙びやうで運動がいい」(38)に關して3月、「心筋強力380、運動強度は100」(39)と記載する。このように、運動強度は100と記載する。

11) そのおこなはおこなわれないおこな (オーナーのやうにやるなら、この中にどう書きなさい)

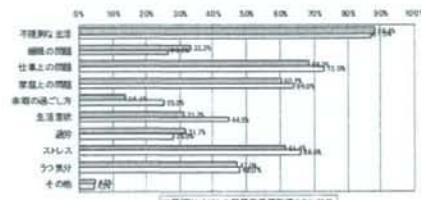
(三) 1991 年 1 月 1 日起施行

答) 背筋痛法が受けない患者のパターンとして挙げているものは何ですか？(複数回答)



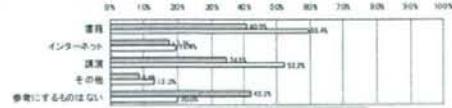
(三) その他の、(文部省、運賃、不満待遇)。(1件)、「乗車の時間帯が不適切」(1件)、「運転のとり方」(1件)、「コンビニ等が多め」(1件)、「白髪との競争、空席埋め、運賃」、書けることがあります。これが何件か、他の問題選択肢の中ではある。問題の数は

102. ■ラ・カの中央下部■との競争として参入しているのは何ですか？(複数回答)



(3) 各の問題、日本問題、生活文化、世界、人種の問題、経済問題、民族問題、愛國精神、愛憎感情、等。(1月)、「政治、演説稿、美文」(1月)、「政治、演説稿、美文」(1月)、「アーティストの問題、演劇の問題、音楽の問題」(1月)、「アーティストの問題、演劇の問題、音楽の問題」(1月)。

12) 誰型（ワーン）化する際に、音自体をしているものを教えてください。



（摘自《中国古典文学名著集成·元曲卷》）

（20）《中華書局影印〈通鑑〉卷之三十一，秦始皇二十二年》。

1001 集団用レザーパーツ、耐候エバーハード、複数種類の力の点で、KCA、ASCE/HF-40、
1001 これらを1型試験ガイドブック。
1001 用途、ヨコスカヨコスカシティフル。
1001 用途、オーバーライド方式。
1001 「複数種類の力の点で」2)「力の点で」(複数種類の力の点で、比較結果と比較して石井先生の回答書)。
1000 行動規範書マニュアル。
1000 設計用語集マニュアル。
1000 有効期限付合規制、複数用法に複数種類の力の点で+3. Dash+2.
1000 「総ての力の点で」が適用されるもののみアリ。ナフコ等は、複数種類の力の点で複数種類の力の点で+1. 既存車両(既存車両)。
1000 用途、複数種類の力の点でアリ。ナフコ等は、複数種類の力の点で+2. 既存車両(既存車両)。

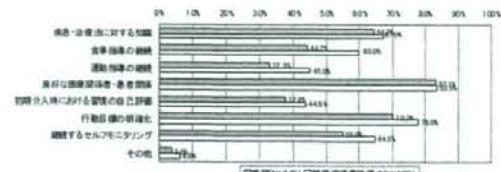
(3) 250m、深耕した畠の水位

14) 患者の転職アドバイスの裏と思うことは何ですか？（複数回答）



(11) もの語は、「性別、不育症のバランス & Motivational Interview」(1冊)、「恋愛論、複雑に取り組むなど、恋愛の困難と精神の問題を扱う。」という危機」(1冊)、「恋愛の不育、もしくは恋う相手」(1冊)、「治療する理由、恋愛」(1冊)など

(5) 働き方開拓点どのようにお聞かこな様ですか？(複数回答)



(三)老挝人「ノーリックルマート」(老挝飞利万有限公司) (1件)、「老挝4赫公司」(1件)「老挝」(1件)老挝

16) 実施組織の修正が困難で指導の新しい課題となるパラレンスを保てなくてはならない。

- 18) 家族や親類の心配で、隣地内に泊まらなくなったり。

19) 生活習慣が変わった。

20) 運動不足で、筋肉痛や、腰痛、体調が悪化、免疫力が低下し、栄養摂取量が減少する。

21) 運動不足で、筋肉の伸縮力が弱くなるため、筋肉痛で身体が硬くなる。

22) 丈夫な運動が出来なくなる。その結果アラカルト等、毎日コロナ患者と会う機会(自らせ事との性別无关)で野球をする。

23) 一人で運動した。

24) 運動不足で、骨盤の回転機能が弱い。

25) 自己免疫が弱くなる。免疫力が弱くなる。

26) 生理学的運動は、筋肉を鍛え、骨盤を活性化する運動でいい。

27) 運動不足で、骨盤が固定化される。

28) 運動不足で、骨盤が固定化される。また、骨盤を固定して運動の範囲が狭くなる。

29) 人の気分でも、筋肉本末のバランス、筋肉の回転性、筋肉の伸縮性が社会的に変化したものもある。

30) 骨盤が固定化される。

31) 骨盤が固定化される。

32) 骨盤が固定化される。

33) 骨盤が固定化されない、骨盤が動く。

34) 骨盤が固定化されない、骨盤が動く。

35) 骨盤が固定化されない、骨盤が動く。

36) 骨盤が固定化されない、骨盤が動く。

37) かねて子宮位を下位に保たれていた、直立している老婆。

38) 直立位で子宮位を下位に保つ老婆。

39) 骨盤の固定、筋膜運動が付いてない、骨盤の固定。

40) 膝蓋筋が弱い、骨盤運動が弱い。

41) 骨盤運動が弱い。

42) 骨盤運動が弱い。

43) 関節の可動域が狭い。

44) 関節の可動域が狭い。

45) 関節の可動域が狭い。

46) 関節の可動域が狭い。

47) 関節の可動域が狭い。

第十一章

Page 1 of 1

- 2021 大学生で就職している方。

2022 既に就職している人で「もう就職をやっている」と思われる程の年齢。

2024 美術系、専門以上の学部、音楽、アーティスト等、各専門の学科、田舎者の中等、中高の地元。

2025 まだ就職していない人で「まだ就職しない」と思われる程の年齢。

2027 就職している人、行動範囲が狭い、通勤、住居の移動範囲も狭い、他の人の生活圏に入らない場合。

2028 就職がある人、行動範囲が広く、パン屋の勤務は就職ではない、仕事の範囲が広い。

2029 住居、通勤、就職地の人の人。生活圏が狭いです。

2030 生活圏の狭い人。

2031 生活圏の狭い人、行動範囲が狭い人。

2033 就職する場所が自分の地元で、かつ行動範囲が狭い人、就職する場所は遠隔地のみの通勤者で、異地への移動範囲が狭い。

2034 就職している人の行動範囲が狭い。

2035 就職がある人、行動範囲が狭く、一日で通勤、いきなりややこしい人、自己実現のため、休日、週休などござらず、少し異常感、少し寂しさを感じます。

2036 就職する場所が自分の地元で、行動範囲が狭い人が多いが、自分の地元のため、休日、週休などござらず、少し異常感、少し寂しさを感じます。

2037 就職する場所が自分の地元で、行動範囲が狭い人が多いが、自分の地元のため、休日、週休などござらず、少し異常感、少し寂しさを感じます。

2038 就職する場所が自分の地元で、行動範囲が狭い人が多いが、自分の地元のため、休日、週休などござらず、少し異常感、少し寂しさを感じます。

2039 就職する場所が自分の地元で、行動範囲が狭い人。

2040 ライフスタイルの行動範囲が狭い人。

2041 就職する場所が自分の地元で、行動範囲が狭い人。

2042 就職する場所が自分の地元で、行動範囲が狭い人。

2043 就職する場所が自分の地元で、行動範囲が狭い人。

2044 就職する場所が自分の地元で、行動範囲が狭い人。

2045 就職する場所が自分の地元で、行動範囲が狭い人。

2046 就職する場所が自分の地元で、行動範囲が狭い人。

2047 就職する場所が自分の地元で、行動範囲が狭い人。

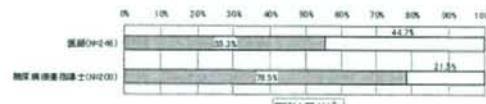
2048 就職する場所が自分の地元で、行動範囲が狭い人。

2049 就職する場所が自分の地元で、行動範囲が狭い人。

2050 就職する場所が自分の地元で、行動範囲が狭い人。

四、小结

17) 行動変容のステージモデルとして、たとえば、行動の投機的変化を経由する、**無規制**、**準規制**、**規制**、**規制緩和**という5段階に分類するモデルがありますが、このような行動変容のステージモデルを実践的指導の際に考慮してみよう。



18) 17) の理由についてご記入ください（自由に記載してください）
(はい)の場合は

(以下次の問題)	
1988	2 ライフスタイル、既往の病歴でアレルギー疾患の歴史を考慮して、特にアレルギー疾患をもつ。
1989	2 既往の病歴方に沿って診る手筋。
1990	1 そのような用語で表現しているところの人には、医師が何かない医療者と、専門家の医療を無理やりやらしやうのは間違。
1991	1 一般的に「医療費」といふとしても、それを算定するところの方は少し難しく場合が多い。
1992	2 その医療費を認めた。
1993	3 症状を抱えている医療機関を訪ねて、それをもとに何よりも多くなるといふ、多くの医療機関の名はもと医療費算出。
1994	2 誰かに見てもらうとスケーリングが楽になります。
1995	2 個人にて医療費を算出。
1996	2 時間料金を算出。
1997	2 他の医療機関。
1998	1 自分で計算しないと困ります。
1999	1 千円以上は要するが十円十円で一回の往診はほんの少い。
2000	2 通常よりは、実際に料金を算出しても、電子計算機による計算のほうでは手計算の一回の往診に入ります。この手計算は実際上の料金です。
2001	1 症状の多さは必ず考慮する。その点は結構いい。問題は、算出料金の仕組みの点では手計算の一回の往診の料金のまま計算する。
2002	3 既往の病歴があるから、その点を考慮して算出料金を出すのが、問題はない。しかし、この問題は算出料金の点で手計算より、客觀的である。
2003	2 既往の病歴があるから、その点を考慮して算出料金を出すのが、問題はない。しかし、この問題は算出料金の点で手計算より、客觀的である。
2004	2 既往の病歴があるから、その点を考慮して算出料金を出すのが、問題はない。しかし、この問題は算出料金の点で手計算より、客觀的である。
2005	2 既往の病歴があるから、その点を考慮して算出料金を出すのが、問題はない。しかし、この問題は算出料金の点で手計算より、客觀的である。
2006	2 既往の病歴があるから、その点を考慮して算出料金を出すのが、問題はない。しかし、この問題は算出料金の点で手計算より、客觀的である。
2007	2 既往の病歴があるから、その点を考慮して算出料金を出すのが、問題はない。しかし、この問題は算出料金の点で手計算より、客觀的である。
2008	3 少しは違うが、手計算より、手計算より手計算より手計算である。問題とするが、算出料金は手計算が最も手計算である。

19) その他、本アンケートに関するご意見がございましたらご記入をお願いいたします。

日文解説書

2. 特定保健指導における食事面での問題点の抽出と指導のポイント案

女子栄養大学栄養学部 医療栄養学研究室 教授 本田佳子

私が担当することになったのは、先ほど梶尾先生からもご説明があったように、保健指導に寄与する食生活に関して問題点を抽出して、それを実際の指導に用いるという支援ツールです。あくまでも案なので、これをたたき台にしてご議論いただければと思います。

「特定保健指導 食行動質問票（案）」として10項目の質問を設定しました。この質問票を設定したそれぞれの項目の理由ですが、1つは、まず特定保健指導の中に標準的質問票が列挙してあります。その列挙されている項目は、食事に関するものはそう多くはありませんでした。これらの項目を肥満是正、糖尿病発症抑制の食生活改善の点から一部改変し、項目としていくつか挙げました。

それから2つ目は、特定保健指導は基本的には肥満が対象となるわけなので、先行研究で2型糖尿病発症を抑制するような生活習慣病の修正項目に関する研究がいくつかあります。その研究に当てはめて、該当する食事の変容をしたほうがよいのではないかということで質問項目の中に挙げています。

そのほか、メタボリックシンドロームの2005年ぐらいの論文ですが、食事プランの有用性に関する研究で明らかにされた栄養素成分がいくつかあります。最初のいわゆる生活習慣の修正項目、2型糖尿病発症とも少し重複していますが、食物繊維の問題や、高血圧症に関するDASHというような食物繊維、マグネシウム、食塩、そのほか低脂肪、低コレステロールなどといった食事に関する有用性、それらに寄与している栄養素成分を抽出するための質問項目。

そして3つ目は、なぜそういうメニューを選んだかという根拠です。脂肪量が多い食事とは何かという根拠は、日本の国民栄養調査の結果から高頻度に出現するような料理、あるいはこのたびの「食事バランスガイド」に使われたさまざまな料理が示されていますが、その根拠になった高出現頻度の料理、あるいは摂取エネルギーの寄与率の高い食品。これらに関係するようなものを抽出して質問項目としました。

最初のところですが、標準的質問票に列挙しているのはこの6項目です。6項目のうちの18と19はお酒に関する質問です。そして15、16、17に関しては、食事の時刻あるいは欠食に関することになっています。

欠食に関しては、資料2の106ページ。朝食を欠食するからといって、必ずしもエネルギーが多いという状況ではないのだということが1点あります。それを裏づけるがごとく、例えばJoslinの糖尿病のDeskbookの110ページを見ると、朝食を抜いているかどうかという質問項目ではなくて、朝昼夕のどこかの食事を抜いているかどうかという質問項目に変わっているという状況です。資料2の106ページに該当するところですが、見ていただいてお分かりのように、「朝 欠食ありなし」「昼 欠食あり なし」「夕 欠食あり なし」で、朝食を欠食しているからといって、欠食していない人に比べて全体のエネルギー量が多いかといったら決してそうではない。いわゆる

健康人の結果ですが、そういうことから食事そのものを欠食する。つまりまとめ食いという食行動をしているかという質問項目に変えたということです。

それから先ほどの質問項目の、就寝の2時間前に夕食を取ることが週に何回あるかという質問です。私がたくさんの患者さんを栄養指導していて、「お休みになる2時間前に夕食を取ってください」と伝えると、「自分は夜中の2時以降に寝なければいけないのか」ということを言われます。重要なことは、最終的に指導するときには、食事の時間を何時ぐらいにしたほうがいいかという指導の仕方のほうが患者さん自身にとっては行動の目標が取れるのではないかということで、これに関しては、夕食の時刻を21時が妥当であるかどうかはご議論いただくとして、時刻明確に示し、この時刻を過ぎることがあるかどうかという質問項目に変えたということです。

そしてアルコールに関しては、標準的な質問票では頻度と量を質問しています。しかし、最終的にアルコールを飲む方を指導する場合には、どちらかできるほうからしたほうが実践的であるという現実があります。つまり全体のトータルのアルコール量をどのくらい抑えることができるかというのを、頻度ですか、アルコールの量ですか、という手法に変わってくると思います。具体的な手法をイメージしながら指導するという観点から、このような質問項目に変えたということです。これらはもともとある標準的な質問票を、いくつかの理由から改変し、設定したものです。

続いて、DASH食があります。高血圧の血圧を下げるのに、食塩よりもDASH食有用であったという論文が出ています。この論文を見ると、飽和脂肪酸やコレステロールの量、あるいはカリウム、カルシウム、マグネシウム、食物繊維、そのほか食塩、食事全体として血圧に寄与していたということですが、2005年に出ていた論文では、これがメタボリックシンドromeに有用であったという結論が出ていました。ここでも食物繊維を強調しているという状況です。従って、このあとDPSやDPPにも共通した、食物繊維の観点から、Q8「野菜・海藻・きのこ」は食物繊維の多い食品なので、これらの食品を含む料理を食事に入れているかどうか、とした項目を設定しました。

最後に、揚げ物料理とカレーライスという質問項目です。これに関しては、まずDPSでも、脂肪エネルギー比を減らす、そして飽和脂肪酸。DPPに関しても、やはり脂肪エネルギー比を低くすることによって、全体のエネルギーも同時に下がることが可能になります。

油脂に関しては資料1をご覧ください。ちょっと複雑なデータですが、64ページと65ページを見ると、それぞれの食品ごとにどのような料理法を用いているかということです。主菜の魚に関して、いちばん多い料理法は生物（なまもの）です。次に多いのが焼き物、揚げ物です。ところが肉になると、いちばん多いのは揚げ物という状況です。卵料理は炒め物です。つまり肉の中に含まれている脂肪量を減らす。肉の食べさせ方を変えるために、料理方法の揚げ物を制限することによって油と飽和脂肪酸の両方を下げることがかなうのではないかということが、ここから想定することができます。

65ページを見ると、高出現頻度料理（99料理）を抜粋しています。主食で出てくるのが、ご飯は当然のことですが、次に出てくるのがカレーライス、チャーハンです。右側のほうに移ると、

チャーハンと同じ位置にピラフです。一般の人からすると、チャーハンもピラフもあまり変わらないように受け止められるのではないかと思います。チャーハンの下になると、焼そばなどがあります。そして主菜では天ぷら、フライ、そのほかクリームシチューなどになります。

次に、いちばん下のその他の項目で、果物、茶飲料、甘味飲料、アルコール飲料、焼き菓子などの項目があります。甘味飲料に関しては、缶コーヒー、ジュース、清涼飲料水などが挙げられています。アルコールは、ビール、日本酒、ウイスキーが挙げられています。焼き菓子に関しては、せんべい、ピスケット、スナック菓子が挙げられています。

一方、資料2です。これは国民栄養調査の結果を抜粋していますが、92ページ、食品としてエネルギー全体で何がいちばんエネルギーに関与しているかというものです。これで見ると、食事全体のエネルギーの7割程度はご飯類で、そして穀物の中でご飯の後に多いのがパンとなります。

94ページ、果物が、マスとしてエネルギーに大きく関わっています。続いて96ページ、果物と同じくらいの量で、調味料としての油脂が関わっています。そのほか同じレベルで菓子。類似しているのが嗜好飲料。そして調味料で比較的多いのがマヨネーズです。

次に、油脂の摂取量を減らすために揚げ物料理、そしてカレーライスやチキンライスやチャーハンや焼そばとなります。これらの料理の1人前にどれくらいの油脂が含まれているか。大変古いデータですが、『調理と理論』。これは栄養士教育の中ではバイブルになっており、スタンダードな調理法を示しているものです。その書籍を引用し、本田が換算した油脂の量ですが、カレーライス25gで天ぷら20gよりも1人前の油量は多くなります。このようなことから、油量をチェックするにあたっては、揚げ物料理、あるいはカレーライスなどのいわゆるルー物、チャーハンや焼そば、マヨネーズが挙げられます。

以上から、「食行動問診票」では、梶尾班としては、Q5で揚げ物料理の回数、あるいはカレーライス、チャーハン、マヨネーズを使った料理を設定しました。これらの食行動を支援し、エネルギー全体量と脂肪エネルギー比を下げます。

最後ですが、Q1、2、3、7のうちの1、2、3に関しては、高出現頻度の料理と国民栄養調査結果からエネルギー寄与率の食品群でのと、その他、果物に関してはQ1、2、3を挙げ、これらの摂取量の修正によりエネルギーのコントロールができるということです。Q7の具体的量を決めるこの必要性ですが、ご飯がエネルギーに影響している、あるいはパンがエネルギーに影響していることを、これによりご理解いただけると思います。

資料3の105ページは、それぞれの食品ごとのポーションサイズのエネルギー寄与に関するものです。図1の左側を見ると、やはりご飯がいちばんエネルギー寄与が高いことがご理解いただけるかと思います。そして表4を見ると、これは糖尿病患者さんを対象にしたデータですが、ご飯1膳といつても地域差が大変あるということです。つまり「ご飯を1膳になさってください」と指導しても、その1膳の量がエネルギーに大きく関わっているということから、むしろグラム数である程度示して、それが個々人の対象者には1膳あるいは1膳半になるかという指導をすることによって、何とかエネルギーがコントロールできるのではないかと考えるわけです。

これで私の質問項目の設定の根拠については説明を終わります。加えて、先ほどの梶尾先生の

アンケートの結果から出てきた外食という点で補足説明をします。資料2の107ページ、朝昼夕別に見た外食の内容構成で見ると、年齢の層によってもだいぶ異なりますが、そば、すし、丂もの、カレーライス、パスタ、パンなどが挙げられています。

それからもう1点、先ほども示したように、どういう外食がエネルギー量に関与するかということですが、夕食の外食よりも朝食あるいは昼食の外食のほうがエネルギーの差が出てきているという現状です。そのようなことを考えると、ご飯の量あるいはカレーライスや、先ほどの油脂のところで説明し、質問項目として設定した食品、料理によって、外食に対応できると考えて、外食そのものに関しては質問の項目として設定しなかったということです。

特定保健指導における食事面での問題点の抽出と指導のポイント

2009.3.12 厚労科研梶尾班
女子栄養大学・大学院
医療栄養学研究室
本田佳子

特定保健指導食行動質問票 -厚労科研梶尾班案-

- Q1 甘味菓子・スナック菓子、煎餅、アイスクリームを1日1回以上食べますか？
Q2 自動販売機などの缶コーヒー、ジュース、炭酸飲料を1日2缶以上飲みますか？
Q3 果物を1日2個（みかんは2個を1個とカウント）以上食べますか？
Q4 アルコール飲料を1日2缶（ビール350ccを1缶とカウント）以上飲みますか？
Q5 摂り物料理を1日2食以上食べますか？
Q6 カレーライス・チャーハンなどマヨネーズを使った料理を1日2食以上食べますか？
Q7 ご飯は180g(1膳半)/食以上、食パンは90g(6枚切り1.5枚)/食以上食べることはありますか？
Q8 野菜・海藻・きのこのなどの料理が食事に無いことがありますか？
Q9 夕食時刻が21時を過ぎることがありますか？
Q10 1日2食など食事を欠食することがありますか？

特定保健指導食行動質問票 -厚労科研梶尾班(案)- - 質問10項目の選択理由 -

- 1.特定保健指導の標準的質問票に列挙されている項目
(一部改変は、Joslin's Diabetes Deskbook, pp110
および国民栄養調査結果報告(欠食)pp106より)
- 2.2型糖尿病発症を抑制する生活習慣修正項目等に関する研究、
メタボリックシンドロームに対する食事プランの有用性に関する
研究などで明らかにされた栄養素成分およびその量に準拠した
項目
- 3.日本国の中高出現頻度料理、摂取エネルギー高寄与率食品に関する
研究報告により参考した項目

特定保健指導-標準的質問票- 食行動に関連する項目を抜粋

- Q14 人と比べて食べる速度は速いですか
Q15 就寝の2時間前に夕食をとることが週に3回以上ありますか
Q16 夕食後に間食をとることが週に3回以上ありますか
Q17 朝食を食べないことが週に3回以上ありますか
Q18 お酒を飲む頻度はどのくらいですか
Q19 1日あたりの飲酒量はどのくらいですか
ビール中瓶1本(約500ml), 焼酎35度(80ml),
ウイスキーダブル1杯(80ml), ワイン2杯(240ml)

特定保健指導-標準的質問票- 食行動に関連する項目

- Q15 就寝の2時間前に夕食をとることが週に3回以上ありますか
Q16 夕食後に間食をとることが週に3回以上ありますか
Q17 朝食を食べないことが週に3回以上ありますか
Q17 食事やその他の食物を食べる時間を適切に定めているか
- 食事を抜くか
- 好きなだけ食べているか
Joslin's Diabetes Deskbook, pp110
- 食行動質問票(厚労科研梶尾班案)
Q9 夕食の時刻が21時を過ぎることがありますか？
Q10 1日2食などの食事を欠食することがありますか？

特定保健指導-標準的質問票- 食行動に関連する項目

- Q18 お酒を飲む頻度はどのくらいですか
Q19 1日あたりの飲酒量はどのくらいですか
ビール中瓶1本(約500ml), 焼酎35度(80ml),
ウイスキーダブル1杯(80ml), ワイン2杯(240ml)
- 食行動質問票(厚労科研梶尾班案) -
Q4 アルコール飲料を1日2缶以上飲みますか？
- 連日飲酒から隔日飲酒あるいは機会飲酒にする
- ローエネルギーのアルコール飲料に替える
- 1日1缶までにする

特定保健指導-標準的質問票- 食行動に関連する項目

Q14 人と比べて食べる速度は速いですか



Azadbaikht L/Mirmiran P/Esmailizadeh A/Azizi T/Azizi F
「メタボリックシンドロームに対するDietary Approaches to Stop Hypertension (DASH)」の食事プランの有用性。Diabetes Care 28(12), 2005.

DASH食
●カリウム・カルシウム・マグネシウムおよび食物繊維と蛋白質が多い
●飽和脂肪酸やコレステロールの含量は低い

食行動質問票(厚労科研機尾班案)。

Q8 野菜・海藻・きのこのなどの料理が食事に無いことがありますか?

特定保健指導食行動質問票(案) - 質問5, 6の選択理由 -

2型糖尿病発症を抑制する生活習慣修正項目等に関する研究。
メタボリックシンドロームに対する食事プランの有用性に関する研究などで明らかにされた栄養素成分およびその量に準拠した項目

DPS (Diabetes Prevention Study) - フィンランド -

- 対象: 脂肪組織 322名 (M/F: 172/350)
年齢55歳、BMI: 31
- 方法: 生活習慣の強力介入群 vs 対照群に無作為に割り付け、平均3.2年追跡

- 行動目標
5%以上の減量
脂肪エネルギー比: 30%未満に減らす
飽和脂肪を飽和エネルギー比: 10%未満に減らす
食物繊維の摂取を1,000kcalあたり15g以上に増やす(種類していない穀類、野菜、果物)
運動程度の追跡を4時間/週以上

特定保健指導食行動質問票(案) - 質問5, 6の選択理由 -

2型糖尿病発症を抑制する生活習慣修正項目等に関する研究。
メタボリックシンドロームに対する食事プランの有用性に関する研究などで明らかにされた栄養素成分およびその量に準拠した項目

DPP (Diabetes Prevention Program) - 米国 -
対象: 新規糖尿病 3,234名 (M/F: 1,035/2,199)
年齢51歳、BMI: 34

- 方法: 生活習慣介入群、リバシジョン群、プラセボ群
無作為に割り付け、平均2.8年追跡

生活習慣介入
飽和エネルギー: 1200~1800kcal/日
飽和エネルギー: 25%未満の脂肪
運動: 150分/週
7%の体重の減量を図る

特定保健指導食行動質問票(案) - 質問5, 6の選択理由 -

日本国での高出現頻度料理、摂取エネルギー・高糖与半食品に関する研究報告(資料1,2,3参照)により考案した項目

主な外食メニューの油量の量
(料理店により多少異なる)

メニュー	一人前の油量の量(g)
カレーライス	20
ハンバーグ	20
チキンライス	10
チャーハン	10
上味噌漬せんば	10
スパゲッティ	20
グラタン	20
シチュー	20
丼ぶり	10
カレーパン	10
寿司	10

山崎清子他: 飲食と脂質: 明治書院, 1977より抜録

特定保健指導食行動質問票(案) - 質問5, 6の選択理由 -

日本国での高出現頻度料理、摂取エネルギー・高糖与半食品に関する研究報告(資料1,2,3参照)により考案した項目

摂取脂質量のチェック

- 揚げものの料理
- カレーライス、ハヤシライス、シチュー
- チャーハン、焼きそば、スパゲッティ
- マヨネーズ
- パンにつけるバター・マーガリン
- 黒鳥肉類の脂部分

特定保健指導食行動質問票(案) - 質問5, 6の選択理由 -

● 2型糖尿病発症を抑制する生活習慣修正項目等に関する研究。
メタボリックシンドロームに対する食事プランの有用性に関する研究などで明らかにされた栄養素成分およびその量に準拠した項目

● 日本国での高出現頻度料理、摂取エネルギー・高糖与半食品に関する研究報告(資料1,2,3参照)により考案した項目

- 食行動質問票(厚労科研機尾班案) -

Q5 揚げ物料理を1日2食以上食べますか?

Q6 カレーライス、チャーハンなど、マヨネーズを使った料理を1日2食以上食べますか?

特定保健指導食行動質問票(案)

- 質問1,2,3,7の選択理由 -

日本国の高出現頻度料理、摂取エネルギー・高糖分食品に関する
研究報告(資料1,2,3参照)により考案した項目

・食行動質問票(厚労省研視尾班案)。

Q1 甘味菓子、スナック菓子、煎餅、アイスクリームを1日1個以上
食べますか？

Q2 自動販売機などの缶コーヒー、ジュース、炭酸飲料を1日2缶
以上飲みますか？

Q3 果物を1日2個(みかんは2個を1個とカウント)以上食べます
か？

Q7 ご飯は180g(1膳半)/食以上、食ajiは90g(6枚切り1.5枚)/
食以上食べることはありますか？

特定保健指導食行動質問票

(本田案2009.3.12)

食行動質問項目	回答	評価点	改善方法	改善による効果
Q1 甘味菓子・スナック菓子・煎餅・アイスクリームを1日1個以上食べますか？	いいえ はい	10 0	A1-1 1/2量を残す A1-2 1個/日までにする A1-3 1個/週までにする 指導のスタート/ローエネルギーの菓子を紹介	対象例ごとに示す
Q2 自動販売機などの缶コーヒー・ジュース・炭酸飲料を1日2缶以上飲みますか？	いいえ はい	10 0	A2-1 ローエネルギーの商品を紹介 A2-2 1缶/日までにする A2-3 ウーロン茶・緑茶などに替える	対象例ごとに示す
Q3 果物を1日2個(みかんは2個を1個とカウント)以上食べますか？	いいえ はい	10 0	A3-1 かんきつ類に替えて2個/日までにする A3-2 1日置きに1個/日までにする A3-3 1個/日までにする	対象例ごとに示す
Q4 アルコール飲料を1日2缶(ビール350ccを1缶とカウント)以上飲みますか？	いいえ はい	10 0	A4-1 連日飲酒から隔日あるいは機会飲酒にする A4-2 ローエネルギーのアルコール飲料に替える A4-3 1日1缶までにする	対象例ごとに示す
Q5 握り物料理を1日2食以上食べますか？	いいえ はい	10 0	A5-1 夕食での握り物料理を避ける A5-2 1食/日までにする A5-3 2食/週までにする	対象例ごとに示す
Q6 カレーライス・チャーハンなど、マヨネーズを使った料理を1日2食以上食べますか？	いいえ はい	10 0	A6-1 マヨネーズの使用を止める A6-2 カレーライス・チャーハンは1食/日までにする A6-3 マヨネーズの使用を止め、カレーライス・チャーハンは1食/週までにする	対象例ごとに示す
Q7 ご飯は180g(1膳半)/食以上、食パンは90g(6枚切り1枚)/食以上食べることはありますか？	いいえ はい	10 0	A7-1 ご飯は麦・玄米などに、パンは精製されていない粉のものに替える A7-2 夕食あるいは昼食のいづれかの主食量を1/3量減ず A7-3 ご飯は1膳から1膳半まで、食パンなら1枚から1.5枚までにする	対象例ごとに示す
Q8 野菜・海藻・きのこのなどの料理が食事に無いことがありますか？	いいえ はい	10 0	A8-1 野菜を沢山いたるスープ類(味噌汁を含む)にする A8-2 キャベツ、トマト、ワカメなどで1皿毎食食べる A8-3 毎食野菜料理2皿食べる	対象例ごとに示す
Q9 夕食時刻が21時を過ぎることがありますか？	いいえ はい	10 0	A9-1 21時以降の夕食では、油を使用しない料理にする A9-2 21時以降の夕食では、食事全量を1/2量減らす A9-3 21時前に夕食をとるようにする	対象例ごとに示す
Q10 1日2食など食事を欠食することがありますか？	いいえ はい	10 0	A10-1 夕食の食事量を1/3量減らす A10-2 欠食の食事をヨーグルトなどから始める A10-3 1日3回の食事回数をつくる	対象例ごとに示す

3. 特定保健指導における運動指導の進め方——I P A Qを用いる検討

国立病院機構京都医療センター 臨床研究センター 予防医学研究室 岡崎研太郎

私は運動の専門家ではないのですが、質問紙については興味があったので、運動について何かいい質問紙はないのか、探索してみました。食事と運動は何らかの形で評価をしないといけないと思うのですが、どうやって評価をするのかなかなか難しいところがあります。先ほどの本田先生のご発表をお伺いしていても、特に食事の評価はなかなか難しいと感じます。

では運動のほうで実際にどのようなものが用いられているのか、代表的な質問紙として国際標準化身体活動質問票（I P A Q）がありますので、これを例にとって、運動指導というより、むしろ身体活動量の評価をどのように研究に活かしていくのかという点について、皆さんとご議論できればと思っています。I P A Qについて私が勉強したことをお話しして、これを用いた研究例をいくつか紹介して、では本研究においてこれを用いることが果たしてよいのかどうか。あるいは、もっと他によりよい方法があるのかといったことをご相談したいと思います。

まずその前に、私はこの分野についてはあまり知識がありませんでしたので、身体活動と運動というものの違いを知りました。身体活動というのは physical activity で、エネルギー消費をきたすような骨格筋によるすべての身体的な動きである。その一部として exercise（運動）というものがあって、行動体力の維持向上を目指して行なう、計画的・構造的・反復的目的のある身体活動である。なるほどなあという定義があります。

分かりやすい図があったので、インターネットから拾ってきました。身体活動の一部として積極的にやる運動というものがあって、それ以外の身体活動は生活活動といいます。ガーデニングはどちらに入るのか。出勤で歩いたり、日常生活の中で拭き掃除や掃除機をかけることは生活活動に入るだろうと思います。それについてメツツで強度を表して、それに時間をかけた EX（エクササイズ）という単位が近頃提唱されているわけです。運動にはいろいろなものがありますし、生活活動についてもいろいろなものがあって、それぞれに強度があります。これに時間を関係させて身体活動量となります。運動と生活活動の量を足して身体活動量とする、となっているようです。

この身体活動量を何とか測定したいということです。食事であればいちばんいいのは、誰かに24時間あるいは72時間べったり張りついて、何を食べたかを横でレコーディングダイエットのように全部書きだして、その記録を管理栄養士さんと一緒に成分表を見て計算をすればいちばん正確な値が出ると思いますが、実際それは不可能な話です。

身体活動についてはどうなのかというと、歩数計やライフコードを使って測定すれば、これがゴールドスタンダードでいいのでしょうか。もしご存知だったらぜひ教えていただきたいです。ただし、これらの測定器を用いるとコストがある程度かかるので、質問票という形で、測定器による結果と相関が高いもので信頼性・妥当性の高いものがあるといいというところから I P A Q が開発されたようです。

1990年代、WHOのワーキンググループ12カ国14グループによって作られたものです。作成された目的は、とにかく身体活動量を評価したい。あまり機械を使わないでやりたい。正確に評価したい、かつ、簡便に評価したいという目的で作られたようです。妥当性・信頼性・再現性もきちんとバリデーションされています。歩数計やライフコード記録との相関も高く、きちんとした手順を踏んで日本語版も作られていて、日本語版の信頼性・妥当性も評価されています。

お手元に国際標準化身体活動質問票をお配りしております。ロングバージョンとショートバージョンがあり、皆さんのお手元に配っているのはショートバージョンです。質問に「1 a」「1 b」と付いていますが、全体の項目は7つです。

質問1では、強い身体活動（重い荷物の運搬、自転車で坂道を上る、ジョギング、テニスのシングルスなど）を週に何回やるかを聞いて、やる人については、1日にどのくらいするかを聞きます。1週間に何分くらいするのか。その強い身体活動の係数を掛けて計算していくようです。

質問2では、中等度の身体活動（軽い荷物の運搬、子供との鬼ごっこなど）を週に何日するのか。やる日には1日にどのくらいの時間するのかを聞いて、同じように掛け算をします。

質問3は、歩くことについて週に何日かを聞きます。「ない（→質問3 aへ）」となっていますが、「（→質問4へ）」の間違いだと思います。

最後に質問4で、今度は座ったり寝転んだりしている時間はどうなのか。これは身体活動量というわけではなくて、あとで出てきますが、これが介入によって減るか、あるいはセデンタリーなライフスタイルというか、カウチポテト族のようなライフスタイルを送っている人でメタボリックシンドromeが多いのではないかという研究で使われているようです。これだけの項目があることになっています。

実際IPAQを使った研究はいくつもあるのですが、今まで調べた限りでは主に疫学研究で多く使われているようです。ただし、英語論文では介入研究においてもいくつか使われています。12週間、一生懸命に歩きましょうというランダム化試験では、左側が介入群で、右側がコントロール群なのですが、歩数がどのくらい増えたのか。歩数計で計ってみると、左側のグループは明らかに歩数が増えています。しかし、コントロール群ではほとんど変わりませんでした。

ではIPAQではどうだったかというのが次です。左側が介入群で、右側がコントロール群です。色をつけたところを見ると、ウォーキングがどうなったか。前が40から100くらいに増えて、コントロール群では逆に35から16.25と減っています。いちばん下で青と黄色で示したのは、介入群とコントロール群の、座ったり寝転んだりしている時間です。介入群では2265から1680にかなり減っていますが、コントロール群では2130から2100でほとんど変わりませんでした。IPAQでも明らかに介入群とコントロール群は改善しているし、歩数も改善しています。

IPAQの項目で、週日と週末の、寝転んだり座ったりしている時間がどうなったか。こちら側が強度の強い運動と中程度の運動がどのようになったか。これは中央値を取っているので生データだけ出すとよく分からない数字があるのですが、いちばん分かりやすいところを抜粋すると、こんな感じで介入の効果は出ています。

12週間にわたって、とりあえず歩きましょう。介入群には週に1回か、consultationと書いて

あったのですが、「こうやつたらよく歩けますよ」とか「何が難しいですか」といった話をして濃厚に介入したのだと思います。それによって、IPAQでもよくなるし、歩数計のデータでもよくなるということです。歩数は伸びたけれどもIPAQで評価したものは全然変わらなかったというのでは困るのですが、この研究においてはどちらもきちんと改善していたということです。

日本においては、糖尿病の分野で、J-DOIT2という糖尿病患者の治療中断率が半減する介入方法に関する研究でも、運動の量がどうなったかをIPAQを使って評価されています。それから、こちらはまだ始まったところですが、JDCP studyという糖尿病の合併症の実態把握とその治療に関することがどうなっているかを前向きに追いかけていく研究でも、身体活動量がどのように変わっていたか、あるいはベースラインがどうなのかを評価するのにIPAQが用いられています。

IPAQはそれなりに項目も簡便だし、使ってみてもいいのかなというのが個人的な印象です。とにかく何らかの形で身体活動量は評価しておきたいと思います。評価して何につながるかというと、セルフモニタリングができるし、介入をするのであれば、その身体活動量に対してフィードバックができます。全然増えていないとか、あるいは減っている、増えている。それに対して介入者の側からフィードバックができます。最終的には、介入を行なってどうなったのか。身体活動量が増えたのか、減ったのか、変わらないのかで、介入についての評価もできるのではないかと思っています。

ただ、IPAQがほんとうにベストなのかといわれると、ほかにもうちょっといい評価法はないのか。歩数計あるいはライフコードが全員に配れるような予算があれば、そちらのほうがいいのかもしれません。ただ、それは現実的にはなかなか難しいので、広く使っていただこうとすると、負担のかからないこのぐらいの簡便な質問紙がいいのか。ひょっとしたらほかにもっといい質問紙があるかもしれないで、そうであればそちらを参考にしたほうがいいかもしれません。

IPAQのメリットを再度確認します。簡便である。国際的な比較もできる。食事の場合は国によってかなり食事の内容が違うので、国際比較はとても難しいと思います。運動であれば、ある程度これでできるのではないか。メタボリックシンドロームや糖尿病の分野でも国内外で利用されてきた実績があるので、その点については使ってみる価値はあると個人的には思っています。

特定保健指導における運動指導の進め方 —IPAQを用いた検討



厚生労働科学研究「行動変容理論に基づく効率的かつ効果的な特定保健指導手法の疫学的エビデンスとTを活用した開発」
五会議
2009.3.12.

京都医療センター臨床研究センター予防医学研究室
岡崎研太郎

本日の話題

- IPAQとは何か
- IPAQを用いた指導や研究の紹介
- 本研究でのプログラム作成におけるIPAQの活用法に関する提案

身体活動と運動

- 身体活動 physical activity
 - エネルギー消費をきたすような、骨格筋によるすべての身体的な動き
- 運動 exercise
 - 身体活動の一部で、行動体力の維持向上を目指して行う、計画的・構造的・反復的な目的のある身体活動

身体活動と運動

* 日常の中の身体活動量を増やすことが*
筋・メタボにつながる。



身体活動＝運動+生活活動



身体活動量をどうやって測定するか？

- 歩数計
- 質問票

