

表2 特定健診・保健指導の企画例：平成19年度 愛知建設国保トライアルでの流れ

実施日	詳細	事業団		愛健 国保
		健康科学 総合センター (保健指導 担当)	健診 センター (健診 担当)	
5月初旬	健診案内, 送付		●	
6月4日	健 診		●	
6月7日	データ渡し		●	
	結果出力	●		
6月12日	階層化, 情報提供, 保健指導対象者の選定・通知	●	●	●
6月28日	参加者メ(申込み: 支部→国保→プラザ)			●
8月1日	①初回面接	●		
8月5日		●		●
8月15日	②往信: FAX A → 返信: 手紙A 40	●		
9月2日	③グループ支援 50	●		
9月19日	④往信: FAX B → 返信: 手紙B 5	●		
10月13日	⑤グループ支援 50	●		
10月27日	⑥往信: FAX B → 返信: 手紙B 5	●		
11月9日	⑦評価(3カ月)・グループ支援 60	●		
12月9日	⑧往信: FAX B → 返信: 手紙B 5	●		
1月9日	⑨往信: FAX B → 返信: 手紙B 5	●		
2月2日	⑩評価(6カ月)・グループ支援 50	●		
2月5日		●		
	支援ポイント 270			
3月	まとめ・事業報告	●		

健診機関(健診センター), 保健指導機関(健康科学総合センター), 保険者(国保)の役割分担を明確にしたが, 実際には各機関の協力が欠かせない。

積極的支援においては保健指導からの脱落を防ぐ観点からも, きちんとスケジュール管理できる体制が必要である。保健指導を受託する場合には, 継続的支援にかかるマンパワーを考え, 無理のないスケジュールを組む必要がある。

c. 保健指導者の育成

保健指導に携わるすべてのスタッフに教育研修の場を与えるとともに, 日常業務を通して育成指導に努める。職場外の研修に参加する機会を提供したり, 書物により自己啓発を推進することも大切であるが, 実際の保健指導の評価に基づいて適切なフィードバックを行うなど, 継

続的に育成を図ることが大切である(on the job training: OJT)。指導教材やツールを定めることにより, 指導方法を標準化できるだけでなく, 教育すべき範囲を明確にできるために, 研修の効果を高め, 効率的に実施することができる。

d. 保健指導チーム形成

特定保健指導においては, 一人の専門職種が行うこともできるが, 医師, 保健師(看護師), 管理栄養士, 健康運動指導士らが, お互いのもてる知識や技量を活かし, 保健指導プログラム作成や保健指導実施までのプロセスを協同で遂

行していくチームを形成することにより、質と効率を高めることが期待される。しかし、支援方針が保健指導者間で一致していなかったり、情報が共有化できていない場合には、受診者の信頼を失いかねず、効果も期待できない。パスを作成して各担当者の役割を明確化したり、保健指導記録を残すなどの対策が大切である。また、カンファレンスを開催して情報の共有化と支援方針の決定を行い、連続性をもって継続的支援ができるようにすべきであろう。

特に、外部の健康増進機関と連携したり、健康運動指導士、管理栄養士などのスタッフ派遣を受けて積極的支援を行う場合には、保健指導チームとして情報を共有化し、支援方針の一貫性を保つことが大切である。

保健指導業務統括者はこのようなチーム形成を促進するとともに、個人情報保護の原則を守りつつ情報共有化の仕組みを構築すること、外部委託先の評価と改善指導を行うことにより、質の高い保健指導を提供できるよう、包括的に管理していくことが求められる。

e. 業務評価

特定保健指導においては、対象者の意欲と行動(行動変容ステージ)、生活習慣(食事、運動習慣、飲酒・喫煙習慣のアセスメント)、体重・腹囲、検査データ(血糖、脂質、血圧、肝機能等)などの指標を定めて評価することにより、保健指導の質を測ることができる。事業評価を適切に行うためには、保健指導事業を企画する際にあらかじめ評価指標と判断基準も含めて計画をしておくことが大切である⁹⁾。

保健指導の評価時に注意しなければならない点として、短期的な保健指導効果を重視するあまりに保健指導者にプレッシャーを与えずぎてしまうことである。保健指導においては、対象者の行動変容ステージに応じて段階的に支援していくことが大切であり、短期的な効果だけでなく長期的な視点をもつことが大切である。指導者が躍起になればなるほど、対象者も余裕がなくなったり反発したりし、本来の意味を失いかねない。

また、保健指導の評価結果は、保健指導者本

人の課題というとらえ方に陥るのではなく、研修方法や保健指導ツール・教材、組織体制、対象者の選定方法などに見直す点がないかどうかを検討し、改善策を立てることも重要である。

3. 保健指導実施者の役割

a. 初回面接、計画作成、評価

医師、保健師(経験のある看護師)、管理栄養士が実施する。個別面接では20-30分間、グループ支援では80分間以上の指導時間の中で、どのように時間配分して展開していくのかを教材などを用いて練習しておく。ロールプレイ、プレゼンテーションの練習を行い、他のスタッフに流れや言葉の使い方、わかりやすさをチェックしてもらうとよい。表3にメタボリックシンドロームの概念を活用した保健指導の流れの一例を示したので、参考にしてほしい。対象者の行動変容ステージに合わせ、重点的に取り上げる部分を意識して指導の流れを組み立てることが重要であり、漫然とした説明にならないように普段からトレーニングを行う。

保健指導の事前の準備として、対象者の健診データや質問票を確認し、課題を抽出しておく。健診データに受診勧奨判定値以上の結果が含まれる場合、治療の必要性や運動の可否について、あらかじめ検討しておく⁹⁾。これまでに保健指導や診療を受けた記録がある場合、前回の経過を確認しておくことよい。これらの作業によって抽出された課題に合わせて、目標設定の参考となるような教材を用意する。グループ支援の場合にも、対象者群に共通する課題については掘り下げるなど、展開を工夫するとよい。

積極的支援においては、6カ月後の評価までの継続的支援の計画を立てる。保健指導プログラム全体を同一の保健指導者が実施してもよいが、他のメンバーとチームを組んで支援をする場合には、支援計画の内容や対象者の特性などについて継続的支援者に情報を提供し、支援計画の遂行を援助することが大切である。

継続的支援期間中に脱落が疑われる場合(継続的支援者からの連絡を受けた場合)には、本人や保健指導業務統括者に連絡をとるとともに、

表3 メタボリックシンドロームに着目した保健指導

保健指導プロセス		メタボリックシンドロームにおける着眼点
問題点の確認	健診結果を理解して体の変化に気づく.	内臓脂肪蓄積の害, エネルギー収支 動脈硬化リスクの重複
	自らの生活習慣を振り返って問題点を発見	体重増加時や現在の生活習慣の振り返り, 生活習慣のひずみに気づかせる.
行動目標設定	健康上の目標設定	減量による検査データ改善の見込みを提示. 3-4%減量, 腹囲○cmなど.
	食事や運動, 喫煙などの生活習慣をどのように変えるべきかを考える.	実現可能な食事・運動の目標を立てる. 摂取エネルギーと消費エネルギーの収支に着目する.
	やる気を高める.	まず短期的かつ実現可能な行動目標設定.
実行支援	行動目標を実行し, 継続できる.	体重・腹囲・歩数などのセルフモニタリング, プログラムへの参加.
評価	達成感, 満足感, 楽しさ 自己効力感の高まり 健康状態の改善	内臓脂肪を減少させることの重要性を自分自身のデータで理解, リバウンド対策, 継続できる目標設定.

(津下一代: 新しい特定健診・特定保健指導の進め方, 中央法規出版, 2007より引用)

保険者とも協議し, 脱落を防ぐ対策をとることになる。

保健指導の評価を行う場合には, あらかじめ設定した評価方法(時期, 手段)により評価を行う。得られた結果について, 保険者へ報告を行うとともに, 保健事業改善のための課題と対策を整理しておく。

b. 3カ月以上の継続的な支援

支援計画に基づき, 3カ月以上で180ポイント以上の支援を行う。

保健指導者は, 初回面接で立てた行動目標が無理なく継続できているのか確認する。目標の実施に課題がある場合には, 原因の探索, 目標の見直し, 再度の情報提供, 食生活や運動について, より具体的な指導を行う。

運動指導においては, 対象者の身体状況や運動習慣, 運動中の症状などを把握し, エクササイズガイドに基づいて安全で効果的な運動指導ができるようにしなければならない。リスク管理, 特に運動強度に関する指導や運動実践上の事故防止策などを指導しておくことが大切である¹⁰⁾。

また, 保健指導が楽しいものであれば継続率

が高まるため, グループワークや運動プログラム, 食事体験などのイベントを加えることなどが効果的である。対象者のニーズに応じて, 食生活や運動, 禁煙などについて, 掘り下げた情報の提供や体験学習などを組み合わせるとよい。また, 来所が困難な場合もあることから, 電話, メールなどを活用した継続的な支援を行うこともある。このような顔が見えない保健指導では, 特に‘言葉’の選択に注意を払う必要がある。

初回面接を行った保健指導機関から再委託を受けて継続的な支援を行う場合, 初回支援を行った保健指導者と連携を密に行い, 支援方針が一貫するように留意する。万一, 脱落が疑われる場合には早めに初回支援者に連絡し, 対応を協議しなければならない。

おわりに

今回の改革では, 健診・保健指導などの保健事業によって, どれだけ生活習慣病の予防効果があるのかを問われている。つまり, プロセス評価の時代からアウトカム評価の時代へと移行しつつあるといえよう。保健指導にかかわる医師, 保健師, 管理栄養士らは, これまでの保健

指導の実績を踏まえ、更に対象者の視点に立つ もないが、保健指導機関での組織的な体制整備
た効果的な保健指導を行うことが求められる。 が重要となる。
これには個人としての研鑽の重要性は言うまで

■ 文 献

- 1) 厚生労働省健康局：標準的な健診・保健指導プログラム，2007.
- 2) 津下一代：相手の心に届く保健指導のコツ，東京法規出版，2007.
- 3) 厚生労働省令第 157 号「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」平成 19 年 12 月 28 日.
- 4) 厚生労働省保険局：特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き，2007.
- 5) 金川克子ほか：新しい特定健診・特定保健指導の進め方，中央法規出版，2007.
- 6) 全衛連：特定保健指導品質保証ガイドライン，2008.
- 7) 津下一代：メールでの健康相談—積極的支援の補助ツールとしての可能性—，テレメンタリング，中山書店，2007.
- 8) 平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業)地域・職域における生活習慣病予防活動・疾病管理による医療費適正化効果に関する研究(主任研究者 津下一代)，平成 20 年 3 月.
- 9) 門脇 孝ほか：メタボリックシンドロームリスク管理のための健診・保健指導ガイドライン，南山堂，2008.
- 10) NPO 法人日本健康運動指導士会：特定保健指導における運動指導マニュアル，サンライフ出版，2007.

健康増進施設の活用：その効果と安全管理

津 下 一 代

あいち健康の森健康科学総合センター

日本体質医学会雑誌別刷

第71巻 1号 平成21年2月28日発行

シンポジウム1 体質とスポーツ医科学

平成20年9月27日(土) (14:30~17:00)

オーガナイザー/座長: 佐藤祐造

(愛知学院大学心身科学部健康科学科)

健康増進施設の活用: その効果と安全管理

津 下 一 代

あいち健康の森健康科学総合センター

はじめに

平成18年7月に厚生労働省より、『健康づくりのための運動基準2006～身体活動・運動・体力～』¹⁾と『健康づくりのための運動指針2006～生活習慣病予防のために～(エクササイズガイド2006)』²⁾が発表された。策定の背景には、糖尿病や肥満をはじめとする生活習慣病の増加に歯止めがかからないことや、健康日本21中間評価においても運動習慣のあるものは3割に過ぎず、歩数はむしろ減少傾向がみられるなどの現状があり、身体活動・運動施策をこれまで以上に推進することが必要と考えられたためである³⁾。

さらに、平成20年4月、「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、「特定健康診査・特定保健指導」という制度が始まった^{4), 5)}。40～74歳の国民を対象にメタボリックシンドローム(MetS)の概念に基づく生活習慣病健診を行い、保健指導体制を整えることによって生活習慣病の抑制をめざすという制度であり、医療保険者にその実施を義務づけるものである。

このような動きにより、これまで運動習慣のない人も、減量を目的として運動を始めることが多くなると考えられる。運動による脂肪燃焼効果や体力増進効果などが期待されるが、一方では事故や障害の危険性も考慮しなければならない。

本シンポジウムでは、Ⅰ.「健康増進施設を活用した保健指導の効果」として、メタボリックシンドロームに対する継続的な支援による体質改善の状況を報告、その後、Ⅱ.「中高年における運動時の事

故と安全確保」として、健康運動指導士が遭遇した内科的事故の状況とリスクマネジメントについての調査結果を発表した。

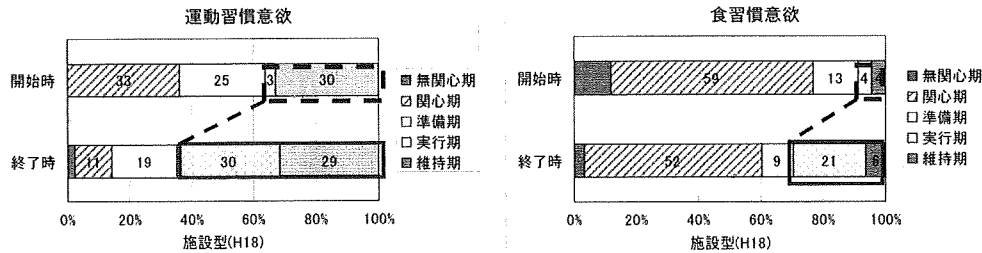
Ⅰ. 健康増進施設を活用した保健指導の効果
～愛知県県民トータルケア事業から～

特定保健指導のプレ事業として、平成18～19年度に健康増進施設を活用した保健指導(積極的支援型)の効果検証を行った。

【対象】大府市、北名古屋市、東浦町の40～64歳の国保加入者のうち、血圧、脂質、血糖、肥満等の動脈硬化リスクを重複して持つものを対象とした。健康増進施設型に参加したものは、平成18年度91名(男性39名、女性51名)、平成19年度91名(男性43名、女性48名)であった。

【方法】事前にメディカルチェックと生活習慣アセスメントを実施、結果説明、メタボリックシンドローム改善のための行動目標を設定した。その後、当センター内の健康増進施設に週1回健康増進施設に通い、健康運動指導士によるサポートを3ヶ月間実施した。3ヶ月の継続期間中、毎日体重や歩数、間食回数、目標の自己評価を記録表に記入してもらい、健康運動指導士が確認した。家庭実践記録表や対象者との会話の中で、生活習慣の変化を把握し、実施状況に合わせて目標の変更を促した。平成18年度は健康運動指導士のための継続支援、平成19年度は健康運動指導士の支援に加えて、管理栄養士による食生活指導を1回実施した。また継続支援の方法として、運動だけでなく、食生活についての実施状況についても確認できるようにマニュアルを作成した。

●18年度 (n=91) 運動支援のみ



●19年度 (n=91) 運動支援を中心とするが、食事指導を1回加えた。運動指導時に食生活についての実施状況も確認

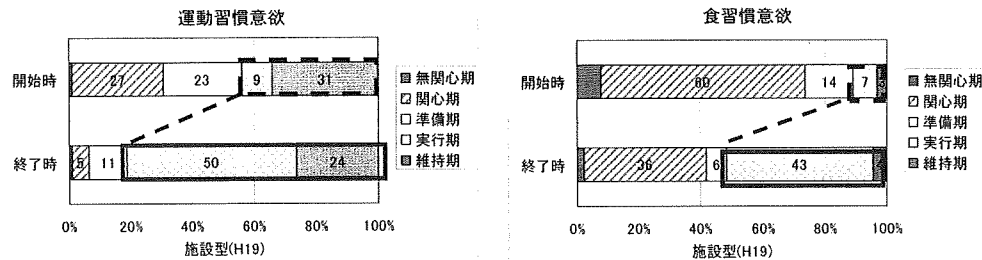


図1 健康増進施設を活用した保健指導プログラム生活習慣改善意欲の変化

【結果】行動変容ステージの変化を比較すると、平成18年度は運動習慣のステージにおいて実行期が増加したものの、食習慣のステージは関心期にとどまるものが多かった。平成19年度では運動習慣のみならず、食習慣のステージが向上しているものが多かった(図1)。メタボリックシンドローム該当者の減少率を比較すると、18年度は30.8%、19年度は46.2%であり、介入の前後(3ヶ月間)で有意に改善した項目数も増加した(図2)。

【考察】メタボリックシンドロームは男性に該当者が多く、勤労者でも継続しやすい保健指導プログラムが必要となる。今回、教室型、健康増進施設型、IT型の三つのパターンで募集をかけたが、男性では健康増進施設型を希望するものが最も多かった。運動

を中心とするというプログラムの特性、ならびに、いつでも自分の都合のよい時間に参加できるという利便性が好まれたものと考えられる。

今回は、健康増進施設を活用した保健指導の実施方法の違いによる効果を検証した。プログラム中の事故や脱落はなく、全員最終評価まで継続できた。保健指導プログラムの効果では、運動だけの支援の場合(平成18年度)と比較すると、1回でも食生活改善指導を行うこと(平成19年度)により、食習慣改善意欲の向上やメタボリックシンドロームの減少効果が増大した。このことから、特定保健指導において、健康増進施設を活用したプログラムを実施する場合にも、運動だけでなく食生活についてもサポートできる体制が必要であると考えられた。

ただし、平成19年度の実施方法は、前年度の経験をもとに一部修正したものであり、食生活指導以外にもプログラム運営面における経験の効果が否定できないこと、対象者の男女比が若干異なることなどが課題であり、今後更なる検討を要すると考えている。

図2 メタボリックシンドローム該当者数の変化
健康増進施設を活用した保健指導プログラムの検証：
18年度と19年度の比較

年度	人数(男・女)	年齢(歳)	MetS該当者減少率	MetS該当者+予備群減少率
18年度	91 (39・52)	57.0±7.8	30.8% 26人 ⇒ 18人	4.3% 46人 ⇒ 44人
19年度	91 (43・48)	58.1±7.2	46.2% 26人 ⇒ 14人	14.6% 48人 ⇒ 41人

●有意に改善した検査項目

- <18年度> 体重、BMI、腹囲(男性)、HbA1c、γGTP
- <19年度> 体重、BMI、腹囲(男性)、腹囲(女性)、収縮期血圧、拡張期血圧、HDLコレステロール、トリグリセライド、空腹時血糖、HbA1c、AST、γGTP

II. 中高年における運動時の事故と安全確保

【目的】健康運動指導士が経験した内科的事故と健康増進施設における安全管理の現状を調査し、安全に運動指導できる体制について検討した。

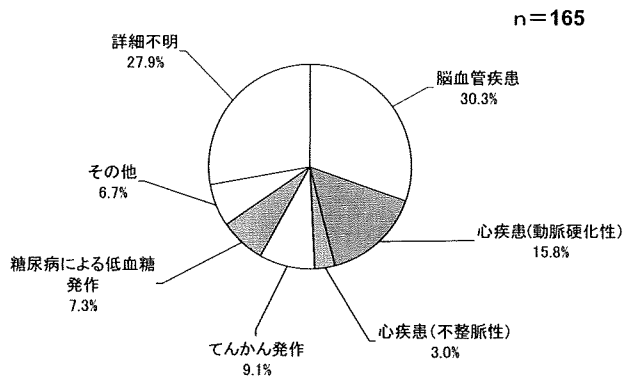


図3 健康運動指導士が遭遇した内科的事故的疾患分類
健康運動指導士1,617人のうち、内科的事故に遭遇した165人の記述より
津下・松本

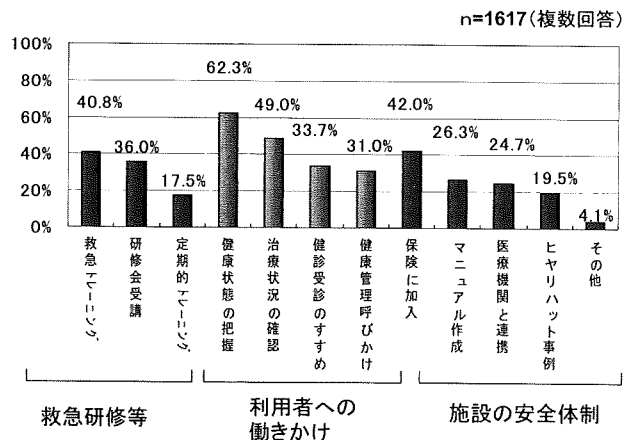


図4 健康運動指導士が行っている事故対策

【方法】健康運動指導士6,210名を対象に、運動指導の状況、事故・ヒヤリハット事例、運動指導中の安全管理・危険だと感じる事、安全確保に必要な体制等のアンケートを実施し、1,955名より回答を得た（回収率31.5%）。解析は指導経験のある健康運動指導士1,617名で行った。

【結果】指導中に危険を感じたことがある指導員は55.4%（896人）で、指導中の事故経験は25.0%（404人）であった。内科的事故は、死亡17例、心肺停止8例、意識低下42例、疾患別では虚血性心疾患20例、クモ膜下出血20例、脳梗塞19例であった（図3）。事故に遭遇した指導員のうち、31.4%（127人）が自責の念にかられたと回答した。安全管理体制としては、救命救急トレーニングは38.8%で受けているが、定期的な実施は17.5%、マニュアル作成26.3%、ヒヤリハット事例の検討19.5%であった（図4）。

【考察】中高年に対して運動指導している健康運動

指導士を対象に、運動中の事故について思い出し法でアンケート調査を行った。時期や詳細については自由記述としたため、更なる分析が必要であるが、有効回答者の約半数が指導中に危険を感じ、約10%が内科的な事故による救急搬送事例を経験していた。未回答者すべてが事故に遭遇していないと想定しても、2.6%が事故に遭遇していることになり、まれなことではないことがわかる。運動指導時のリスク管理が重要であると考えられる。

メタボリックシンドロームをはじめとする生活習慣病患者は潜在的に動脈硬化が進行している可能性があること、運動習慣がない人が運動を開始することなどから、一般人に対する運動指導よりもリスクが高い可能性が否定できない。運動による事故を未然に回避するために、運動指導者は安全性を十分に考慮して、運動プログラムの管理を行なわなければならない。対象者の身体状況を把握する（図5）

図5 生活習慣病 運動指導前の情報収集

項目	注意すべきポイント
病歴	心臓病などの指摘を受けたことがあるか？ 治療中の病気（高血圧、糖尿病など） 内服薬の有無、種類 主治医の指示（運動制限？ 運動を勧められているか？）
自覚症状	運動中や終了後などに胸苦しさを感じたり、意識を失ったりしたことがないか？ 足、膝、腰などの痛みやしびれ 運動で症状が悪化するか？
家族歴	血縁者に突然死や、50歳以下で心血管疾患となった人がいるか？
健診	定期的に健診を受けているか？ 受けている場合には、血液検査、心電図、眼底などの異常の有無

図6 身体状況によるリスク分類と管理体制

	状況	例	ジムでの対応	その他
0	疾患なし		一般的な説明と管理	健康度評価・教室勸奨
1	運動に障害となる疾患なし	高脂血症単独、白衣性高血圧、脂肪肝、肥満 (BMI<30)		
2	若干の注意を要するもの	高度肥満、コントロール良好な糖尿病 (薬なし)	運動種目、強度などへ配慮	
3	運動実施上注意を要するもの	治療中の糖尿病、高血圧	服薬状況の確認、コントロール状況の確認、運動種目・強度についての指導、運動後の状況確認	紹介状の依頼 主治医との連携
4	運動実施中、絶対に注意を払うべきもの	合併症のある糖尿病、コントロール不良な糖尿病・高血圧症、大血管障害の既往あり (安定期)		
5	運動による病状の悪化、事故をきたす恐れがあるもの	進行した合併症をもつもの (増殖網膜症、腎不全など)、心血管イベントの直後、大動脈瘤など	原則としてトレーニング不可	

(あいち健康プラザ)

とともに、運動の目的をよく考慮して、対象者に適した安全で効果的な運動プログラムを提供することが大切である (図6)⁶⁾。また、運動指導前の体調チェック、運動中の対象者の観察とそれに応じた指導、万一事故が起こった場合のすみやかな救急対応などの安全管理体制を整備することも重要である。

今回の調査では、救急トレーニングの定期的な実施者はいまだ少なく、安全管理マニュアルの整備も不十分な状況が示唆された。救命措置の手順、救急隊や家族への連絡方法、職員の役割と連絡体制、事故記録の作成、保険等の事務手続き等を記載した救急対応マニュアルの整備が急務であると考えられた。

参考文献

- 1) 運動所要量・運動指針の策定検討会：健康づくりのための運動基準2006～身体活動・運動・体力～、2006年7月 厚生労働省
- 2) 運動所要量・運動指針の策定検討会：健康づくりのための運動指針2006～生活習慣病予防のために～(エクササイズガイド2006)、2006年7月 厚生労働省
- 3) 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会：「健康日本21」中間評価報告書、2007年4月10日 厚生労働省
- 4) 厚生労働省健康局、標準的な健診・保健指導プログラム、2007
- 5) 厚生労働省保険局、特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き、2007
- 6) 津下一代、評価方法と運動処方、特定保健指導における運動指導マニュアル、123-149、NPO法人日本健康運動指導士会、サンライフ出版、2007

第58回日本病院学会 シンポジウム

病院を舞台としたメタボリックシンドローム健診 および保健指導の取り組み

あいち健康の森健康科学総合センター 副センター長	津 下 一 代
山形大学医学部 液性病態診断医学分野 助教	平 田 昭 彦
(株)日立製作所 日立健康管理センタ 放射線診断科 主任医長	中 川 徹
国家公務員共済組合連合会 横浜栄共済病院 病院長	葛 谷 信 明
(座長) 医療法人社団みゆき会 糖尿病内科クリニック 院長	富 永 真 琴

『日本病院会雑誌』平成21年2月号別刷
日本病院会雑誌 Vol.56 No.2 2009

シンポジウム

病院を舞台とした メタボリックシンドローム健診 および保健指導の取り組み

あいち健康の森健康科学総合センター
副センター長

津下 一代

山形大学医学部 液性病態診断医学分野
助教

平田 昭彦

(株)日立製作所 日立健康管理センタ
放射線診断科 主任医長

中川 徹

国家公務員共済組合連合会 横浜栄共済病院
病院長

葛谷 信明

(座長) 医療法人社団みゆき会 糖尿病内科クリニック
院長

富永 真琴

座長(富永) 皆さん、こんにちは。それではシンポジウム2を開始いたします。このシンポジウムは、今年の4月から始まったいわゆる特定健診とそれに続く特定保健指導を、病院を舞台としたものにできないか、つまり1つのビジネスチャンスにできないかという背景があって企画されたものだと思います。しかし実際のところ、制度は始まっているのに医療機関を見渡しても、いろいろ考慮していたり調整中であるなど、なかなか難しい点があるようです。ですからビジネスチャンスといった話に至る前に、今日はシンポジストの4人の先生方に現在の状況をさまざまな側面からお話しいただいて、最後に会場の方々を交えて、これから何ができるかを議論できればと思っています。

最初に津下一代先生に、特定健診、特定保健指導について、制度的なことも含めてお話しいただきます。

津下先生は名古屋大学医学部のご出身で、糖尿病の診療に携わってこられ、現在、あいち健康の森健康科学総合センターで運動療法を中心として患者さんへの指導にあたっておられます。この特定健診、特定保健指導が始まる際に厚生労働省の委員として、この計画に初めから携わってこられた方ですので、貴重なお話をうかがえることと期待しています。では津下先生、よろしくお願いします。



1 特定健診・保健指導のねらいを踏まえ、保健指導の質を確保する

津下 一代

富永先生、ありがとうございます。ご紹介いただきました、あいち健康の森の津下と申します。

今お話がありましたように、今年（平成20年）からこの新しい制度が始まりました。これはさまざまな厚生労働省の検討会（老人保健事業の見直し、地域保健の在り方、運動指針や食事バランスガイドの作成、国保ヘルスアップ事業評価）を経て、「標準的な健診・保健指導の在り方に関する検討会」や「保険者による健診・保健指導の円滑な実施方策に関する検討会」等々で議論され、ようやく4月からスタートしたものです。

制度の始まる直前まで方式の見直しがあり、手引書が次第に厚くなっていったり、電子化にかかわる部分や、保健指導を実施できる人の要件が3月になってから公示されたりしましたので、現場では戸惑いが非常に大きいのではないかと思います。私どものセンターでも戸惑いがありますが、今日は本制度の概要についてお話しさせていただければと思っています。

■新しい健診制度のねらい

（スライド1）厚生労働省の検討会で話し合われた内容をまとめますと、まず、増え続ける生活習慣病を抑制することは可能なのかということ。それから、健診事業については現状のままよいのか、昭和57年から老人保健事業でやってきましたが、糖尿病等の抑制につながっているのかということ。そして、今、経済状況が悪化しているなかで、従来の方法を続けることは財政的に可能なのか。以上のようなことが論点であったと思います。人間ドックのような任意の健

- ・生活習慣病の発症抑制は可能か？
- ・健診事業等のあり方は、現状でよいのか？
- ・経済状況が悪化する中で、従来の方法を継続することは困難ではないか？

↓

公的な財源で行う健診のありかたは？

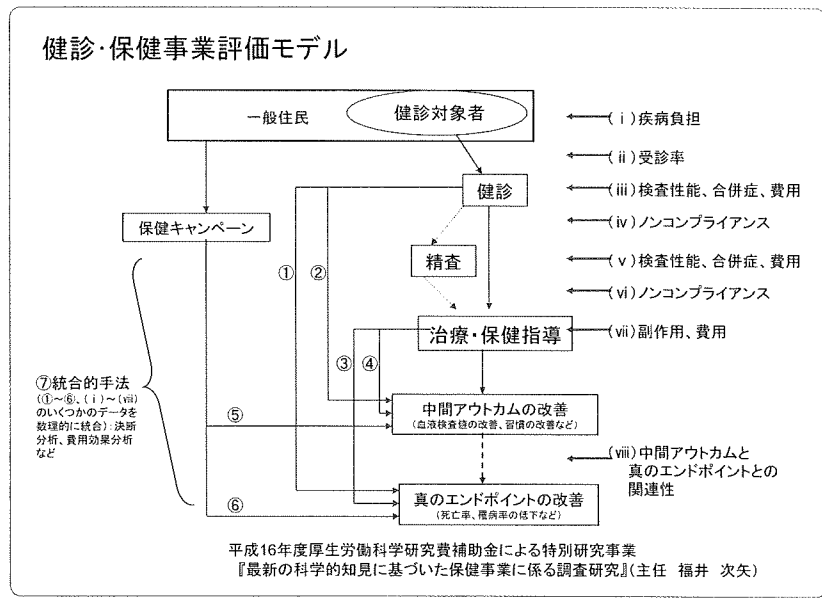
- ①対象疾患を明確に：有病者が多く、重症化したときの負担度（身体的および経済的）が大きい疾病に焦点
- ②早期介入により健康アウトカムの改善が証明できる疾病に重点
- ③効率のよい検出方法がある。
二次検査も含めて検査のコストやリスクが小さい
- ④事業評価できる仕組みが必要

スライド1

診とは異なり、公的な財源で行われる健診は医療政策として行われるものですから、そのあり方が問われます。

まず、どのような疾患を対象とするか明確にする必要があります。早期介入により健康アウトカムの改善が証明できるような疾患に特化すべきではないかということ。またスクリーニングについても効率の良い方法が求められ、検査のコストやリスクが小さいことが大事です。

そして、今までの健診で言われてきた、やりっ放しになっているのではないかという点については、健診を受けたことによって本当に健康になっていくのか、その検証が不十分ではなかったかということが問題とされます。また、例えばがん検診も、補助金から一般財源化したときに、多くの市町村では検診受診率が下がっていました。このことから、健診



スライド2

の有効性を社会に証明できるような仕組みが必要であるということが言えます。

スライド2は、平成16年に福井次矢先生が主任となって行った研究班によるスキームです。まず一般住民のなかの、どの年代、どういう人たちを健診の対象集団としてとらえるべきか。そして健診ではどういうものを見つけるべきか。そして問題の見つかった人に対して治療や保健指導など何らかの介入を行うわけですが、アウトカムが良くなる健診や介入とは一体どのようなものか。そしてそれらが真のエンドポイントである改善につながるというエビデンスが得られるのかどうか。こうしたことについて議論が進められてきました。

つまり健診をやって問題点が見つかった人に対して、その後何をし、そしてその結果がどうなるか、そこをきちんと見ていかないと健診の社会的意義の証明は十分にできないのではないかとということです。

■新制度——3つのポイント

●生活習慣病予防の重視

(スライド3) 新制度のポイントは3つあります。

1つは、生活習慣病予防の重視です。今までの健診はどちらかという二次予防に主眼が置かれ、病気が見つかって治療が必要かどうかということに着眼していました。しかし現在、糖尿病の患者さんや高血圧の患者さんが非常に増えてきており、新制度では、そういう病気にならないための予防に力点が置かれます。

2005年に日本のメタボリックシンドロームの診断基準が発表されました。心血管疾患のハイリスクグループ、糖尿病のハイリスクグループであるだけでなく、減量によって健康状態を改善できる可能性が高い病態ともいえます。そこでメタボリックシンドロームに着目して、その予防をすすめていくことになりました。

●効果を検証する評価の仕組みをつくる

2番目のポイントは、健診や保健指導の効果を検証する「評価の仕組み」をつくることで、これは非常に大事なポイントです。そのために健診データを電子化して集約する仕組みの構築が急がれています。

効果を検証する仕組みをつくり、健診受診率、保健指導実施率、そして介入によるメタボ・糖尿病等の有病率の変化を見ていくことになりました。

当然ながら、評価するには判定基準が明確でなけ

新制度のポイント

- 生活習慣病予防を重視
生活習慣改善のサポート(保健指導)
メタボリックシンドロームに着目
- 健診や保健指導の効果を検証(評価)
健診受診率、保健指導実施率、
メタボ・糖尿病等の有病率の変化
標準化(判定基準など)
- 医療保険者が実施
健診未受診者、治療中断者の把握
予防の効果の検証

スライド3

れば比較できませんから、全国ばらばらであった健診の基準を標準化し、比較可能な状態にして正確な判定をしていきたいと思います。

●医療保険者が健診・保健指導を実施する

3番目のポイントは、医療保険者が健診・保健指導を実施することです。今までの住民健診は税金による事業でしたが、それが保険料による事業に変わり、実施主体は医療保険者になります。

このことの良い点はいくつかあります。1つは、従来の健診では、治療が必要とされた人に受診勧奨しても受診しなかったり、治療を受けないままである状況がありました。しかし、これからは保険者が実施主体ですから、健診の受診状況、その後の医療の受診状況を保険者が把握でき、未受診者や治療中断者への対応が可能になるのではないかと期待されます。また、財源は、税金ではなく保険料となりますが、予防に力点を置いて行いますので、保険者にとって先行投資になるのではないかとあたりも期待されています。

以上のようなことを背景に、今回の制度が構築されてきました。

■特定健診、特定保健指導の概要

●なぜメタボリックシンドロームに着目したか

(スライド4) これは生活習慣病全体をイメージした図です。例えば糖尿病といっても、内臓脂肪の蓄積が元で検査データの異常が積み上がってきて、大きな合併症が出てくる病態もあれば、体質といえますが、やせていて血糖が高い人もいます。今までの健診では、血糖値の判定で、どちらも要指導、要医療というかたちで対応されてきました。

内臓脂肪がたまって検査データに異常を来たしている人は、まずは内臓脂肪を減らすことによってメ

タボリックシンドロームに進まずにすむと思われます。

一方、内臓脂肪はたまっていないが血糖や血圧が高い人については、食事、運動だけの効果には限界もあり、薬物治療などを考慮しながらのコントロールを考えなければならないと思われます。

今回の特定保健指導は、前者つまりこの図の円で囲んだあたりをターゲットにしているとらえていただければと思います。

メタボリックシンドロームに着目した根拠は2点で

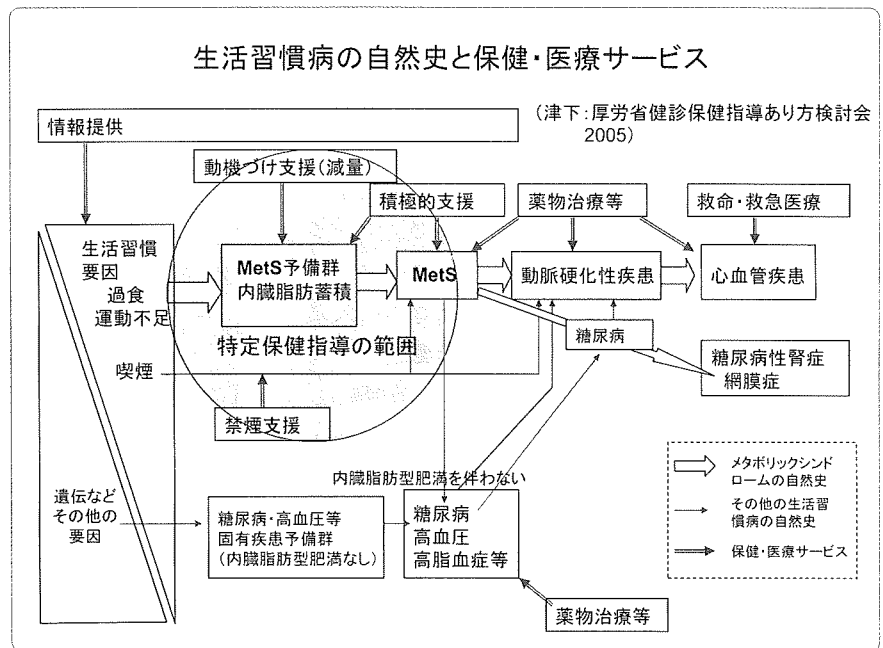
す。1つはこれが心血管疾患などの発症リスクを高めるという考え方です。脂質、血糖値、血圧のリスクが重なっていると心血管イベントが多い。したがってメタボリックシンドロームに着目すべきだということです。もう1つは、内臓脂肪がたまっている人は、内臓脂肪からのアディポサイトカインの分泌動態の乱れが起きてこのような病態になってくるわけですから、まず内臓脂肪を減らすことに力を置かなければならないという考えです。

つまり、検査データの異常という結果ではなく、原因に着目し、その対策に重点を置くこととなります。そして、内臓脂肪の蓄積は食生活と運動、エネルギー収支の乱れから来ていますから、このエネルギー収支の乱れを整えることに介入の重点が置かれることになると思います。

また、メタボリックシンドロームと喫煙が重なると心血管イベントのリスクをさらに高めるということ、またはニコチンがアディポサイトカインの分泌動態を乱す元になっているというデータも出てきて、今回の制度のなかではメタボリックシンドロームと喫煙の2つに着目しました。要は、生活習慣のなかで変えられるところに着目して保健指導を行うことを目的としています。

介入によるアディポサイトカインの分泌動態の変化については、非常に多くの論文が出ています。

私たちのところでも、腹囲を2.5cm縮めたあたりからHbA1c、トリグリセライドが有意に下がって



スライド 4

実施方法・評価方法の標準化

- 標準的な健診・保健指導プログラムの作成
- 健診項目を標準化(血液検査項目、質問項目等)
 - 健診項目の判定基準を標準化
 - 血液検査の精度管理を標準化するための標準物質の開発
 - 保健指導の対象者階層化基準を標準化
 - 保健指導実施方法の標準化
 - 健診・保健指導データを電子的に提出する様式の標準化
 - 医療保険者において健診・保健指導データとレセプトを突合したデータの分析
 - 都道府県健康増進計画と都道府県医療費適正化計画による進捗状況の評価

スライド 5

ることがわかりました。また、肥満者では低い状態になっているアディポネクチンが、体重を減らすとだんだん増えてきます。高分子量アディポネクチンで見ますと、体重が4%、腹囲が4%くらい減少したところからぐっと有意に上がってきます。体重減量がアディポネクチンの分泌動態を改善し、そして脂質や血糖の改善につながっているものと考えられます。

●標準化と事業評価

(スライド5) 前述のように、実施方法を標準化し、事業評価していく仕組みをつくるのが大切です。そこで健診項目を標準化し、必須項目を定めました。今までと違うところは、検査だけではなく、問診項目もこの必須項目に入っている点です。

健診項目の判定基準については、保健指導判定値

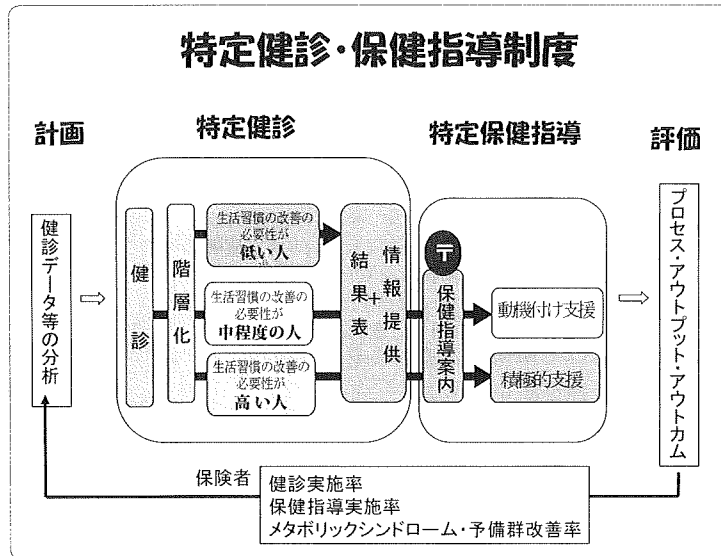
と受診勧奨判定値という2つの基準があります。受診勧奨判定値については、すぐに薬物治療を必要とするレベルか、あるいは受診勧奨判定値を超えていてもまずは生活習慣を変えたほうがいいレベルか、それを明示しなければいけません。また学会の基準が出ていないということで、今回は明示できていません。どのような対象者を保健指導するのかという保健指導判定値については標準化しました。

保健指導の実施方法については、標準的なプログラムを作成しています。方法はいろいろあると思いますが、まずはこんなやり方でどうでしょうということで作成しました。

そして健診・保健指導データを電子的に提出する様式をつくり、事業評価を行うことになりました。

●健診実施から事業評価までの流れ

(スライド6) 新制度実施にあたり、医療保険者は



スライド6

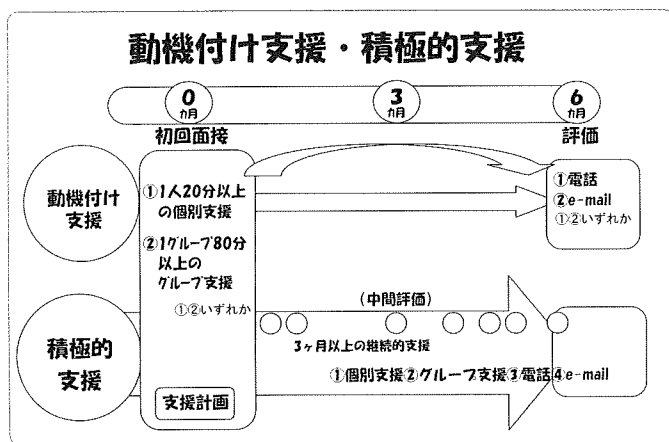
実施計画を作成します。

保険者は加入者の性や年齢、健診データなどを分析し、どのように特定健診を実施するか、方策を考えます。保険者としては健診受診率を高めていかなければいけませんから、そうなるように計画したうえで特定健診を実施します。

特定健診の結果は、すべての受診者に、結果表または治療の必要性などについての情報提供のかたちで渡されます。

健診結果によって階層化が行われ、メタボリックシンドロームとされた人、またはメタボリックシンドローム予備軍とされた人（腹囲+リスク1つ）については、特定保健指導を受けたほうが良いという判定になり、保険者は、特定保健指導の対象になった人に対して利用券を発行し、動機づけ支援または積極的支援が行われることになります。

保健指導の結果は電子的に保険者に返され、ここで事業評価が行われます。プロセス評価としては、どのような支援を何回行ったか、何人行ったか、また、アウトカム評価としてどれくらい効果が上がったのかなどで評価することになります。健診実施率、保健指導実施率、メタボリックシンドロームおよび予備軍改善率をもとに保険者への加算・減算を行うという制度が、平成25年からスタートすることになっています。



スライド7

生活習慣病に対する対策の困難さ(本人にとって)

- ・ 自覚症状がない(現時点では生活習慣を変えるメリットを感じない、危機感が乏しい)
- ・ 重大な合併症の話を書いても「脅し」にしか聞こえない。
- ・ できるだけラクしたい、おいしいものを食べたい。
- ・ 誘惑が多い(外部環境)
- ・ 自分よりもっと生活習慣の悪い人や糖尿病の人が普通に生活している。(風潮)
- ・ 日常生活を変えたくない、仕事などの都合で変えられないことが多い。(優先順位)
- ・ 医師から「まだ軽いほう、クスリはいらない」といわれ、危機感がない。(支援環境の未整備)
- ・ 「生活習慣病＝だらしない生活をしている人」と思われる。あまり考えたくない。(否定的な疾病観)
- ・ 現実的にどう変えればいいのか、わからない。(方法論)

スライド8

■特定保健指導の目標

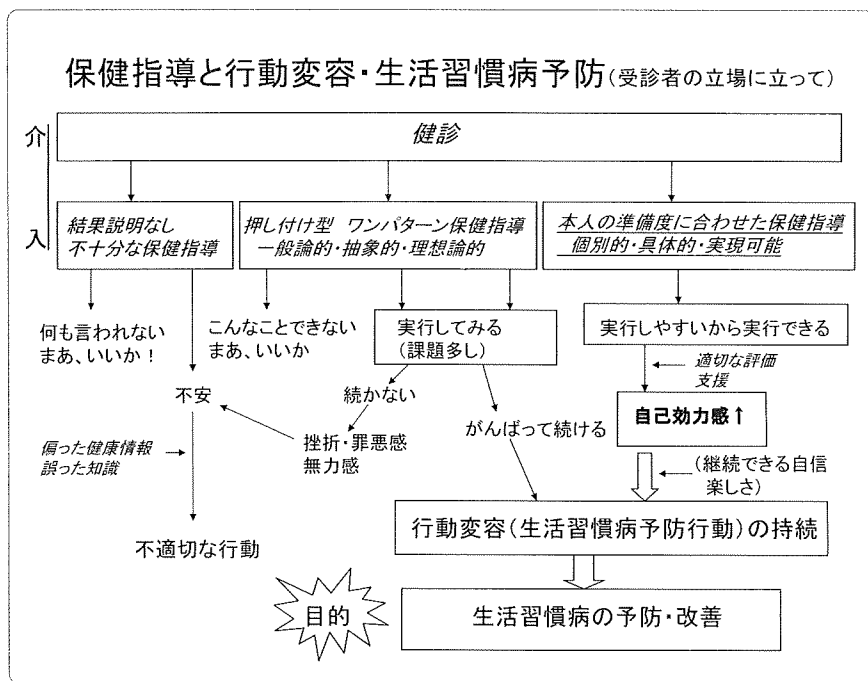
(スライド7) 特定保健指導には、動機づけ支援と積極的支援の2種類があります。

初回面接はどちらの支援も同様で、個別の場合は1人20分くらいの面接で、どのような行動目標をつくるかについて相談します。グループの場合は80分以上のグループ支援をします。

その後、動機づけ支援では6カ月後に確認を行うことになっています。積極的支援では継続的に3カ月以上の支援をして、その結果をみるかたちになっています。つまり、健診の後、やりっ放しにしないということです。

(スライド8, 9) 例えば脂っこいものを減らしましょう、野菜を多く食べましょうと一般的な話をされても、実際にはなかなかできません。食品交換表で20単位と言われても、そういうことについて勉強する時間もない。毎日30分歩きなさいと言われても、なかなかできない。ということで今までは挫折する人が多かったわけです。

そこで今回の保健指導では、本人の生活のなかで具体的にやれる実現可能なことを一緒に考え、目標を立て、実行に移し、自分もけっこうできるんだと

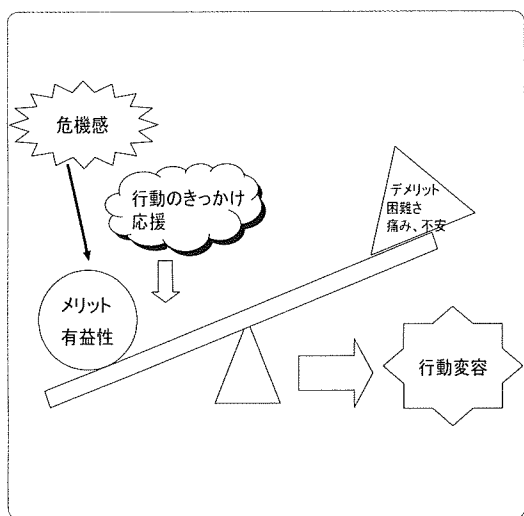


スライド9

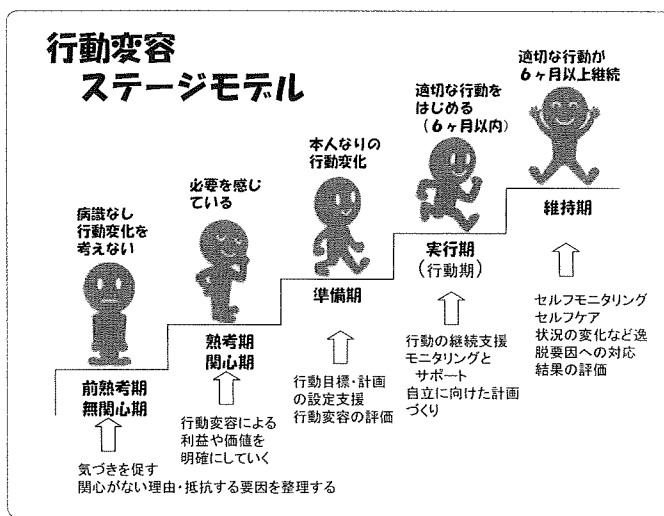
実感していただく、そういう流れを目指しています。

●セルフマネジメント、セルフモニタリング

(スライド10, 11) 今やらないとまずいことになるということは検査データで示されます。今、生活習慣を変えたほうが得だし、カロリー計算をしなくても体重測定するだけでいいということもわかる。そこにプロフェッショナルからの「サポートしますよ、今がチャンスです」というきっかけがあれば、行動に移ることになります。行動科学の考え方からいきますと、本人に「やったほうが得だ」と考えていただくことがポイントです。具体的な目標を立て、うまくいった場合のご褒美を考えておきます。



スライド10



スライド11

うまくいっているかどうかを毎日、セルフモニタリングします。体重測定でもいいのです。食べ過ぎるとベルトがきついということで、それだけでもエネルギー収支がわかります。また、実行しやすいように日にちや曜日を決めてしまう。それから「自分ができるんだ」というセルフトークを増やしていきます。

行動ケアとしては、指導者と約束したり、家族や

職場の人が一緒にやるような仕組みをつくって支援していくことになると思います。

支援については、本人の状況に合わせた支援をしていきます。すでに始めた実行期の人には褒めていく。準備期の人には具体的な行動目標設定の支援をする。前熟考期や無関心期の人には、メリットとデメリットを考えてもらい、本人がメリットを感じられるような支援をしていく。こうしたことが大事だと思います。

メタボ戦略

- ・ わかりやすい
- ・ 生活のなかで 対策を考える
- ・ 目標設定が具体的である
- ・ セルフモニタリング(チェック可能)
- ・ ポジティブな解釈

スライド12

■あいち健康の森での保健指導の実際

私たちのところで実際にどのようにやっているかをお話します。

●メタボ戦略

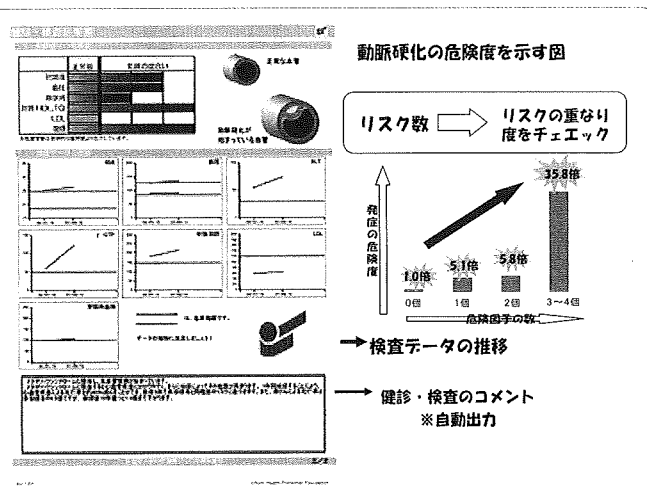
(スライド12) メタボリックシンドロームは、まず、腹囲・体重が増えればデータが悪くなりますから、わかりやすい。そして生活のなかで、「あれを食べるのはやめよう」というように、自分で作戦を立てられます。私たちのデータでは、体重を4%減らせばメタボ脱出率は7割以上になります。そこで、4%減量すればいいというように目標が具体的に設定できます。そして、自分で毎日チェックできます。できなかった日もポジティブに「明日頑張ろう」という気持ちで続けていく。このようにしていけば、うまくいくというのが私たちのメタボ戦略です。

(スライド13) 検査結果はこのようなグラフで渡しますので、本人にも、このままではいけないことがわかります。

●面談、そして目標設定

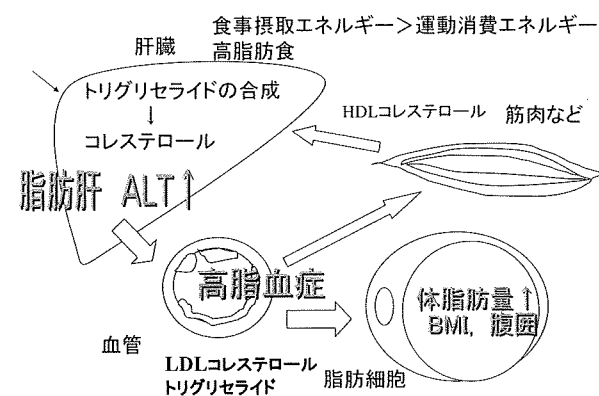
面談では、肝機能や中性脂肪のデータによってエネルギー収支がわかることを話します(スライド14)。貯まった内臓脂肪はたんす預金のようなものだという話をし、このままでは病気になってしまうから、体重の4%、3kg減量して健康状態に戻りましょう、と話します。

1kg減らすには7,000kcal必要ですから3kgなら21,000kcal。3カ月でやるなら1カ月7,000kcal、30日で割れば1日当たり233kcal。これだけエネルギー量を減らせば1カ月で1kg減量できますよ、そのためには食事や運動をどうすればいいか考えましょう、と



スライド13

エネルギー収支に着目



スライド14

無理なく内臓脂肪を減らすために ～運動と食事でバランスよく～

腹囲が男性85cm以上、女性90cm以上の方は、次の①～⑤の順番に計算して、自分にあった腹囲の減少法を作成してみましょう。

①あなたの腹囲は？ cm

②当面目標とする腹囲は？ cm
メタボリックシンドロームの基準値は男性85cm、女性90cmですが、それを大幅に超える場合は、無理をせず段階的な目標を立てましょう。

③目標達成までの期間は？
確実にじっくりコース： $\frac{\text{①}-\text{②}}{1} \text{ cm} \div 1 \text{ cm/月} = \text{③} \text{ か月}$
急いでがんばるコース： $\frac{\text{①}-\text{②}}{2} \text{ cm} \div 2 \text{ cm/月} = \text{③} \text{ か月}$

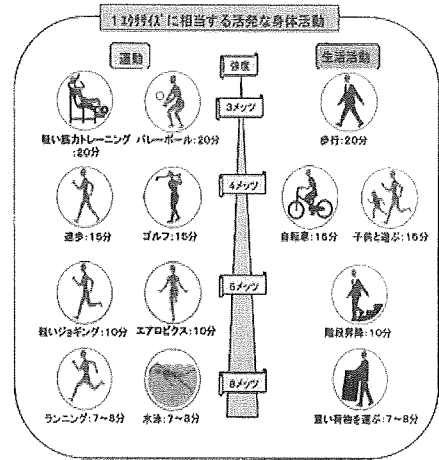
④目標達成まで減らさなければならないエネルギー量は？
 $\frac{\text{①}-\text{②}}{1} \text{ cm} \times 7,000 \text{ kcal} = \text{④} \text{ kcal}$
 $\frac{\text{④}}{\text{③}} \text{ kcal} \div \text{③} \text{ か月} \div 30 \text{ 日} = \text{1日あたりに減らすエネルギー} \text{ kcal}$

※腹囲1cmを減らす(=体重1kgを減らす)のに、7,000kcalが必要

⑤そのエネルギー量はどのように減らしますか？
1日あたりに減らすエネルギー kcal
運動で kcal
食事で kcal

スライド15

図2 12分程度に相当する活発な身体活動



スライド16

というようなかたちでやっていきます (スライド15)。

●運動についての注意

運動については、いきなり走りすぎないようにという注意をします。心疾患のハイリスクグループでもありますが、整形外科的な問題も大きいので、3～4メッツの運動でスタートすることを勧めています (スライド16)。運動中の事故を分析すると6メッツ以上で起きていることが多いので、まずはウォーキングや散歩程度から始めればよいこと、また、30分続けなければ効果がないのではなく、5分、10分の細切れの合計でもよいことなどを話します。また、走ると衝撃がかかるので、整形外科的な問題についてもケアしています。

●食事の見直し

運動では、例えば30分歩いても約100kcalくらいしか消費されません。毎日30分歩いても、30日で3,000kcalですから、0.3～0.4kgしか減りません (スライド17)。ですから、食事の見直しが大切になります。

現在の食事の問題点は、おかず (副菜) の摂り過ぎです。食事バランスガイドで見ると (スライド18)、副菜

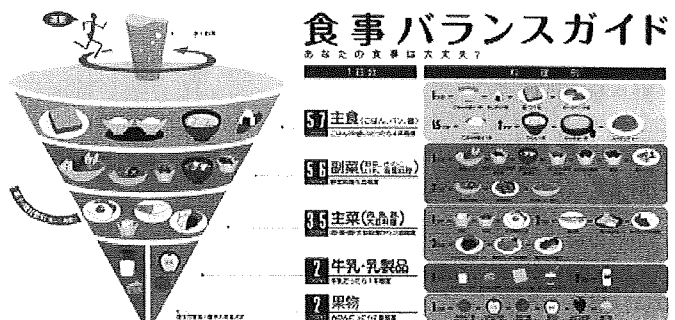
運動で消費するエネルギー量

厚生労働省

	速歩	水泳	自転車 (軽い負荷)	ゴルフ	軽い ジョギング	ランニング	テニス (シングルス)
強度 (メッツ)	4.0	8.0	4.0	3.5	6.0	8.0	7.0
運動時間	10分	10分	20分	60分	30分	15分	20分
運動量 (Ex)	0.7	1.3	1.3	3.5	3.0	2.0	2.3
エネルギー消費量							
体重	50kg	60kg	70kg	80kg	90kg	100kg	110kg
消費量	25kcal	30kcal	35kcal	40kcal	45kcal	50kcal	55kcal
	60kcal	75kcal	85kcal	100kcal	110kcal	125kcal	140kcal
	55kcal	65kcal	75kcal	85kcal	100kcal	110kcal	125kcal
	130kcal	155kcal	185kcal	210kcal	240kcal	270kcal	300kcal
	130kcal	155kcal	185kcal	210kcal	240kcal	270kcal	300kcal
	90kcal	110kcal	130kcal	145kcal	165kcal	185kcal	210kcal
	105kcal	125kcal	145kcal	170kcal	195kcal	220kcal	250kcal

エネルギー消費量は、強度(メッツ)×体重×時間(h)×1.05の式から得られた値から安静時のエネルギー量を引いたものです。全て5kcal単位で表示しました。

スライド17



スライド18

が倍くらい飛び出している人が多いのです。保健指導のなかで、たんぱく質系のおかずは手のひらサイズくらい、ということを知っていただくだけでも違いますし、体重を早く落とすには菓子や嗜好飲料を控えるのがいちばん効果がやすいことも話します。

(スライド19) このようなシートで、食べている量をチェックします。食事のバランスが悪いと、このコマが倒れます。それを見ながら、どの部分の食べ物を減らすか、本人と具体的に相談していきます。「これくらいの食べ物で100 kcalだから、30分歩くのとほぼ同じカロリー消費になる」と言うと、飲み物をやめようとする人が多いです。

たばこについては、ニコチン依存症の場合もあることを話して、禁煙治療につなげることも大切だと思います。

このような話をしながら、まず何からできるのかを本人に考えていただきます。あれをなさいこれをなさいではなく、本人が考える時間をつくるのが大事だと思います。

●継続支援

(スライド20) 継続支援は6カ月間をイメージしています。最初は本人も迷いがあったり、いろいろ

スライド19

チャレンジする時期だと思います。1カ月、2カ月経ってくると、体重が減ってきたり、自分なりにやれることが見えてきます。自分はこれをやればいいんだ、ということで指導者がだんだん手を離していく時期だと思います。

(スライド21) このような「健康目標シート」を書いてもらいます。いやいや面談に来た人も、面談が終わると「やらなければいけない、やってみようかな」という気持ちになられます。

継続支援の目的

初回面談時

- 短期的な目標設定が可能 (とりあえず2週間できそうな目標)
- 行動目標の実行支援・変えるとき、慣れるまでには本人にとってエネルギーが必要。

2週間～1カ月後

- 行動目標の再設定・生活の中で立て直す
- 社会資源の活用などの お試し期間、信頼関係の醸成

1カ月後

- 行動のポジティブフィードバック⇒自己効力感の高まり
- 行動目標の微修正

2～3カ月以降

- 行動の結果(体重・腹囲の変化)と生活習慣の関係の整理
- 自立に向けた準備、困難時の対処法、脱落の防止、

スライド20

健康目標シート(私の目標) C-8

お名前 _____

- 自分の健康上の問題点に○を付けてみましょう。

1. メタボリックシンドローム	2. 肥満	3. 血圧
4. コレステロール	5. 血糖	6. 肝機能
7. 腎機能	8. 心電図	9. その他()
- あなたの健康状態についてお尋ねします。

(1) あなたの理想の健康状態が100点高点とすると、今の健康状態は何点ですか?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

(2) 今の生活を続けた場合、10年後の自分の健康状態は何点だと思いますか?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
- どうしたら問題を解決していけるでしょうか?
- 続けられる目標を立てましょう! まずあなたは何かから始めますか?

スライド21

積極的支援計画 (例)

	0	1~2週 〇月〇日	1ヶ月後 〇月〇日	2ヶ月後 〇月〇日	3ヶ月後 〇月〇日	4ヶ月後 〇月〇日	5ヶ月後 〇月〇日	6ヶ月後 〇月〇日	次年度健診 〇月頃
	Kick Off	行動変容期			自己効力感期		自立維持期		
①支援形態	初回支援 グループ支援 90分	支援B 電話 5分	支援A グループ支援 80分	支援A グループ支援 80分	支援A グループ支援 60分	支援B 手紙 1往復	支援B e-mail 1往復	支援A 個別支援 20分	支援B 手紙 1往復
②達成目標	6ヶ月後体重6kg減	82kg	81kg	80kg	79kg	78kg	77kg	76kg	73kg
③目的	・保健指導の目的を確認 ・信頼関係を構築 ・改善意欲の向上 ・食生活改善法を知る ・支援計画の確立	・初回支援の申込 実施状況確認	・行動目標の再評価 と気づき ・食事の具体的な方法 の理解	・行動目標の定着 ・行動意欲の増進を促進 ・運動への意欲を向上	・行動の結果(体重 減少・血糖データの 変化)と生活習慣の 関係を確認 ・自立に向けた準備	継続を確認		・努力を怠らない、効果 の確保 ・困難時の対処法、 脱落の防止	
④評価 (調査)	・生活習慣チェック		・アンケート調査		・血液検査 ・生活習慣チェック	・アンケート調査		・血液検査 ・生活習慣チェック ・アンケート調査	・アンケート調査
⑤内容	・結果説明 ・食事に関する簡単な説明 ・運動に関する簡単な説明 ・運動実地への注意 ・支援スケジュールと方法の伝達 ・目標設定 ・記録のつけ方 ・開始宣言	・初回支援の 感想・質問 ・記録の確認	・信頼交換(グループワーク) ・記録の確認 ・食事の知識を深める (理論的知識と実践的知識) (「ハラス」とり方) (嗜好飲料・食品)	・信頼交換(グループワーク) ・記録の確認 ・運動体験、安全で効果 的な方法を確認 (心拍数・消費カロリー)	・信頼りを確認 ・信頼交換(グループワーク) ・疑問点の解決 ・自立に向けた支援依頼 (血液検査結果が即日 に出ない場合は文書 にて連絡)	継続を確認		・信頼りを評価 ・信頼交換(グループワーク) ・継続に向けたアドバイス (食事・運動計画)の アドバイスを含む)	
⑥教材	積極的支援教材 実践記録用紙 歩数計の貸し出し		食事バランスガイド 実践記録用紙 食事参加型教室参加	運動資料 実践記録用紙 運動実践体験	実践記録用紙				
⑦オプション	健康増進施設連携		健康増進施設での保健指導						
⑧ポイント	計320P	10P	80P	80P	60P	5P	5P	80P	
⑨リアリス	欠席→連絡、再度面接の 機会を作る、保険者に連絡 生活・身体上の事情が判明 →保険者と連絡	連絡がつかない→再連絡 保険者に連絡	行動目標の実行困難 →困難な理由を確認、他の方法を考 慮、他の人の話を聞く 機会を作る	運動により膝等の痛 みが出現→運動の方法 の変更、整形外科 受診	検査結果が改善しな い→目標の再確認、 改善している事柄の 発見、継続の応援	中断→初心を振り返 る、中断事由の整理、 対処法の確認			

(2008 Kazuyo Tsushita)

スライド22

体重の減り方も、最初3カ月減れば後は維持でいいとしています。皆さん1年後もウォーキングをしたり、家族と一緒に食事に気をつけたりしながら、続けています。

この保健指導の間に記録をつけることによって、多くのことに気がつき、自分の体を知り、病気になるような体をつくることの大切さを理解していただいたように思います。

評価には、対象者の意識、生活習慣、体重、検査データの変化、そして本人の感想、これら全部を見えています。

スライド22は積極的支援計画の一例です。

●保健指導で大切なこと

(スライド23) 保健指導で求められるのは、本人の生活のレベルで考えていくことです。医療者は、指導対象の人を糖尿病の患者、高血圧の患者というように見ていきがちですが、その人の仕事の内容や、職場に食堂はあるのかというような生活形態、生活習慣病になりやすい特性などを把握し、本人が続けやすい方法を考えていく。そのあたりが重要なポイントになってくると思います。

健診の結果から本人が具体的な行動目標を立てることが非常に大切です(スライド24)。こことところで私たち指導者側に求められるのは、本人が属す

対象者のセグメントとプログラム

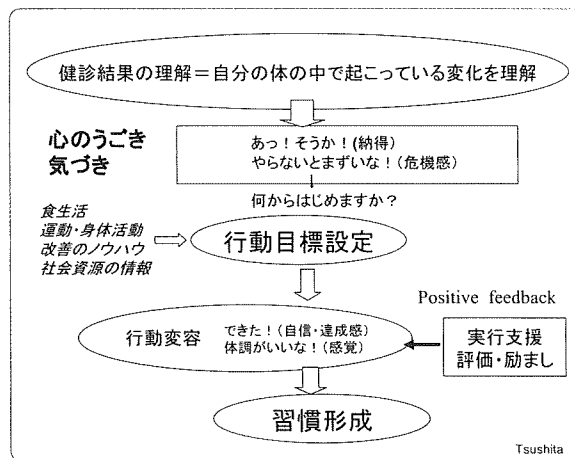
- 対象者の特性は？
仕事の内容
- ・デスクワーク
 - ・組み立て
 - ・現場監督
 -
- 生活形態
- ・寮生
 - ・単身赴任
 - ・家族あり
 - ・海外出張が多い
 - ・外食が多い
 -
- 地域性、年代
- ・職場の健康管理意識
 - ・食堂、通勤経路
 - ・健康増進施設へのアクセス
 - ・通信・連絡手段

効果的なプログラムの要件は？
どんな点に気づいてほしいのか？
変えられそうなことは なにか？
魅力を感じるプログラムとは？

制約因子は？
プログラムへのアクセスをよくするためには、どのような工夫が必要か？[脱落しないためには？]
場所、時間、ツール、回数・・・
周りの協力

どのような事態が想定されるか(バリエーション)

スライド23



Tsushita

スライド24