



神奈川県

実践者のための かながわ方式保健指導マニュアル

～生活習慣病重症化予防としてのインターグループワーク～

神奈川県

平成 28 年 3 月

はじめに

本県では、平成 25 年 3 月に策定した県の健康増進計画「かながわ健康プラン 21（第 2 次）」で、「健康寿命の延伸と健康格差の縮小」を上位の目標とし、実現のための目標の一つとして「主な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底」を掲げています。

その具体的な取り組みとして、県では生活習慣病の重症化・合併症予防に重点を置いた「かながわ保健指導モデル事業」を平成 25 年度から 27 年度までの 3 年間、海老名市・寒川町・大磯町及び保健福祉事務所と協働で実施してきました。

この事業は、医療保険者が行う特定健診・特定保健指導に着目し、健診受診者から対象を選択し、参加者の自発的な生活改善につながる保健指導の手法の構築を目的とした事業であり、その手法を普及し実施していくことで、将来の医療費や介護の伸びの抑制などにも効果が期待できる取り組みです。

元日本看護協会会長で、県顧問の久常節子氏から、専門的な御指導をいただくとともに、3 市町には、県の保健師を派遣し人的体制を整え、実践を通して効果的な保健指導の手法の構築に取り組んできました。従事する保健師・管理栄養士は、従来の保健指導とは異なる手法を用い、参加者が自らの生活習慣の課題に気づき、生活習慣の改善に取り組むように働き掛けるなど、様々な工夫をしながら実践してきました。

参加者が長年過ごしてきた生活習慣を変えることは容易なことではありません。しかし、3 年間の実践の中では、生活習慣の改善による血液検査等のデータの変化等が表れています。

また、従事した保健師や管理栄養士は保健指導の技術が向上し、参加者の変化を直に感じる中で、大きな自信とやりがいにもつながっています。

このマニュアルは、3 年間で構築した効果的な保健指導の手法やスタッフの思い、住民の反応なども記して作成しました。

各自治体や保険者等の生活習慣病対策に広く御活用いただければ幸いです。

最後にモデル事業の実施及びマニュアル作成にあたり、多くの関係者の方々に御協力いただきました。深く感謝いたします。

平成 28 年 3 月

神奈川県保健福祉局保健医療部健康増進課
課長 川名 勝義

かながわ保健指導モデル事業の目的は2つあります。1つは住民が自らの健診結果を改善する力をつけることです。もう1つは、住民が自らの健診結果を改善する力をつけ、継続することができるための保健指導の展開方法を保健師・栄養士が身につけることです。

第1の目的で従来と違うのは「健診結果を改善する」ではなく、「健診結果を改善できる力をつける」としていることです。

保健師・栄養士が行う「健診結果を改善できる力をつける」ための保健指導は、体重と健診結果の経年的変化、基準となる食事量との対比、他者の取り組みとの対比などを意識的に行うことにより、自分の問題を発見していくことを基本としています。そのためにも多様な仲間の存在が重要で、個別指導ではなく、インターグループワークが生活習慣の改善に取り組む方法として効果的です。

住民が自分の食生活のどこに問題があるのかを発見し、それをどのようにすれば改善できるのかをつかみ、継続し、その日々の効果を体重の変化で確認していきます。住民は日々の食生活の改善と体重の変化から、3か月あるいは6か月後の健診結果を自ら予測し、そして健診結果で確認をします。予測と結果に違いがある時には、その原因を明らかにし、再び食生活の改善に努め続けます。成功した時、人間はほっとして、気持ちに緩みがでてくることをあらかじめ喚起し、継続する仕組みをつくっていきます。

住民は、取り組みの過程で旅行などの行事が入ると日常生活のリズムが狂い、体重が一時的に増加します。それが一時的なものですぐ体重を元へ戻すことができればいいのですが、そこで体験した昼食にもビールを飲むなどが、新たな習慣として加わり、体重の増加が続く時があります。このような時は、0kgの体重増加が、健診結果にどれだけ反映しているのかを本人が確認すると、次への取り組みの大きな動機付けとなります。これは当事者だけでなく、参加者全体にとって大きな学びとなり、体重の減少や増加による変化をつかみ、生活の仕方が健診結果に直接結びついていることを全員が実感することができます。

また、体重増加により、一時的に検査値が悪化した参加者は、より深く食生活と健診結果との関係を理解し「改善できる力」を身につけています。

このように「健診結果を改善できる力をつける」支援を効果的に展開するために、一対一の個別指導でも一方的に知識を教える教室運営でもなく、グループを核とするインターグループワークという方法を駆使しました。これにより参加者が受け身でなく、多くの参加者の体験を参考にし、参加者が一緒に改善に取り組んでいくことができました。

個別の支援は、最初に行うこの事業への参加の勧めや、インターグループワークで効果が出てこない人、即改善が必要な人にも適応しました。インターグループワークの取り組みの中で、前記のような必要性の高い人々への個別の支援は大きな効果を発揮しました。

自分の食生活のどこに問題があるかを発見し、その問題を改善し、継続し、体重の変化から次の健診結果を予測し、確認し、それにより食生活の改善のあり方の妥当性を検証していくこの取り組みがかながわ方式保健指導です。今後、その効果を実証し、全国に拡大していくことを願っています。

平成 28 年 3 月

神奈川県顧問（保健福祉人材担当顧問）久常 節子

実践者のためのかながわ方式保健指導マニュアル ～生活習慣病重症化予防としてのインターグループワーク～

目次

はじめに

第1章 かながわ保健指導モデル事業の概要

1 新たな生活習慣病対策を目指す.....	1
(1) 食生活習慣を変える保健指導とは.....	1
(2) かながわ保健指導モデル事業はこうして始まった.....	6
2 かながわ保健指導モデル事業の概要.....	7
(1) 目的等.....	7
(2) 対象者の選定.....	7
(3) 保健指導の流れ.....	9

第2章 かながわ方式保健指導の進め方・手法

1 スタッフの研修等.....	10
(1) 地域の健康課題等の共有.....	10
(2) 初回保健指導(家庭訪問)の研修会.....	10
(3) 継続保健指導(インターグループワーク)の研修会.....	10
2 対象者の選定.....	11
(1) 対象者を選定する.....	11
(2) 保健指導を実施する優先順位を考える.....	11
3 スタッフの確保.....	12
(1) 初回保健指導(家庭訪問).....	12
(2) 継続保健指導(インターグループワーク).....	12

第3章 かながわ方式保健指導の実際(初回保健指導:家庭訪問)

1 初回保健指導のねらい.....	13
2 初回保健指導の実際.....	13
(1) 事前準備.....	13
(2) 家庭訪問.....	13
(3) 郵送.....	16
3 初回保健指導に関するQ&A.....	17

4 初回保健指導の媒体.....	18
5 初回保健指導を行ってみて.....	20
(1) 郵送よりも家庭訪問の方が申し込み(参加)率は高い.....	20
(2) 家庭訪問の効果は教室の申し込み(参加)率だけではない.....	20
(3) チラシの内容で興味関心を引いたポイント.....	20
(4) 対象者が不在のときの対応方法の検討.....	20

第4章 かながわ方式保健指導の実際(継続保健指導:インターグループワーク)

1 継続保健指導のねらい.....	21
2 継続保健指導の特徴.....	22
(1) インターグループワークは対象者の変化をダイレクトに体感できた.....	22
(2) インターグループワークの構成.....	22
(3) 全体運営の役割.....	22
(4) グループリーダーの役割.....	22
3 継続保健指導の基本プログラム.....	24
(1) 基本プログラムの流れ.....	24
(2) プログラムの内容.....	24
(3) グループ編成.....	25
4 継続保健指導(インターグループワーク)の実際.....	26
(1) 1回目:生活改善の動機付け.....	26
(2) 2回目:口にした物の実態を明らかにする I(全体).....	29
(3) 3回目:口にした物の実態を明らかにする II(油).....	31
(4) 4回目:口にした物の実態を明らかにする III(塩分).....	33
(5) 5回目:健診結果と経過(生活歴・検査値の変化・治療歴)を振り返る.....	35
(6) 6回目:検査値の改善目標を設定する.....	36
(7) 7回目:健診結果から今後の食生活の取り組みを決める.....	37
(8) 8回目:健診の結果を予測する.....	38
(9) 9回目:生活習慣改善を継続する仕組みを考える.....	39
(10) 10回目:健診の結果と予測した目標の差が何によって生まれたか検証する.....	40
(11) 11回目:1年間の総合評価(自分で判定).....	43
(12) 継続保健指導の媒体.....	44
5 継続保健指導の運営で注意するポイント.....	49

第5章 評価

1 評価の例.....	50
(1) 継続保健指導参加者の健診等のデータの評価(個人と集団の両面から).....	50
(2) 継続保健指導の運営に関する評価.....	50
(3) 事例の分析.....	50

2 かながわ保健指導モデル事業の評価結果(実践例)	51
(1) 評価のまとめ	51
(2) 血液等データの変化からみた効果分析: 検定結果	52
(3) 血液等データの変化からみた効果分析	66
(4) 生活改善意欲の変化	67
(5) 継続保健指導の運営に関するアンケート調査結果	68
(6) 継続保健指導参加者の生活及び血液等データ等の変化(7事例の変化)	71

第6章 かながわ方式保健指導の活用

1 継続保健指導の実施回数のアレンジ	79
2 特定保健指導等への活用例	79
3 その他の活用例	79

おわりに

資料編

1 平成 25 年度生活習慣病グループ 初回・継続保健指導の実践記録	82
2 ○○(まるまる)食事早見表他	104

別添資料(CD-R)

- 1 マニュアル本文に掲載している媒体【媒体 1～23】
- 2 本文に掲載しきれなかった媒体・写真

コラム

かながわ保健指導モデル事業に手を挙げた経緯～大磯町の場合～(p.8)
 気持ちに寄り添う(p.16)
 初回保健指導 土日に訪問してみました(p.17)
 初回保健指導(家庭訪問)で事例を得る！(p.19)
 全体運営とグループリーダーの両方を体験して(p.23)
 相手の話に身を乗り出して聞く(p.28)
 情報の嵐！(p.32)
 「酒を減らすのは無理！」から「休肝日を作ります」に変わる時(p.35)
 氷山モデルの進化(p.37)
 グループの話し合い(p.38)
 120分はライブ(p.39)
 減らすだけじゃない！？おなかいっぱい食べられる幸せ(p.40)
 継続保健指導(グループ全体運営)(p.42)
 生活習慣病が及ぼす地域への影響について(p.43)
 継続保健指導(事前電話)～参加者が減らなかった大磯町～(p.49)



第1章 かながわ保健指導モデル事業の概要

1 新たな生活習慣病対策を目指す

(1) 食生活習慣を変える保健指導とは

保健指導とは便利な言葉である。看護師が看護に従事するというように、保健師の仕事表現する言葉である。しかし、課題や対象群によって方法論は標準化していくものであるが、乳児や感染症などの保健指導ほどには「習慣化した状況」を改善していくための方法論が保健師教育や実践の中で一般化しているわけではない。実践の中では、「正しい知識で指導し励ます」レベルであり、「現在の習慣を改善し、新たな習慣を定着する」入口にも達していない。その結果、今回のモデル事業を体験した保健師からは「特定保健指導をしていた頃の成果の出ないジレンマや苦しい思い」が、以前の自分の活動として語られ、さらに「努力しない住民のせい」にしていたと反省している。

ア 食生活の習慣を改善し検査結果をコントロールすることのできる取り組みのプロセス

特に自分の食生活のあり方に問題を感じていない人や、自分独自の判断や曖昧な対応をしていた対象に対して健診結果を意識してもらい、自分の食生活のどこに問題があるかを発見し、それを「改善しなくては」と実感してもらい、改善した食生活を続け、その結果、健診結果の数値を確実にコントロールしていくことのできるプロセスとして、次の4つの取り組みが行われた。

- (ア) 体重及び健診結果の経年的変化とその意味が見えるようにする。そして、その原因が内臓脂肪にあることや、血管の変化など自分の身体の中でおこっていることがイメージできるようにする。これが、取り組みの最初で一番大きい動機付けとなるように位置づける。
- (イ) 自分の食生活のどこに問題があるか、配分や量、全体的傾向や自分の食に対する偏ったこだわりなどを明らかにする。
- (ウ) 改善していくことが継続できるために、毎日意識するための体重測定とその記録、それを仲間と共有し継続することの動機付けの場を定期的につくる。
- (エ) 食生活の改善が、体重にどのように反映してきたか、さらに、それは健診結果にどのように反映しているか予測し、確認する。予測と違っていれば、気が付かなかった原因を探る。

イ 運営方法はインターグループワークを中心とし、必要に応じ個別指導を並行して行う

(ア) 「インターグループワーク」とは聞きなれない言葉である。一つひとつのグループワークを核としながらも、そのグループが独立してずっと活動するのではなく、全体運営によって、同じ方向、課題を共有してすすむ。参加者が少ない時には一つのグループ運営ですむが、参加者が多くなるとグループは4つ、5つとできる。保健師等は、全体運営する人とグループ運営を担当する人に分かれる。

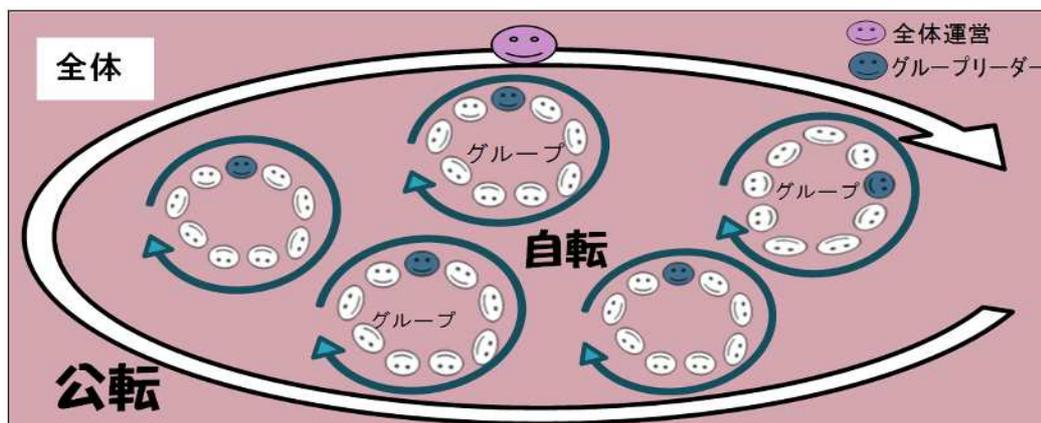
まず、グループ運営で核となるのは、参加者一人ひとりが自分の生活を語ることである。自分の生活、健診結果を意識したり、仲間との比較で更に自分の今と将来が見える。生活に関しても仲間の体験や発言が自分の意識、生活を浮き彫りにする鏡にもなる。

また、こうしたことが可能になるようグループ運営を担当する保健師等は運営しなければならない。全体運営はその日の課題に関して、問題提起を行ったり、今日の課題に必要な知識などの提供を行ったりする。

地球や月はそれぞれ独自に自転しているが、勝手に自転している訳ではなく、太陽の周りをまわりながら(公転)自転している。これが、グループであり、グループワークと全体運営の関係は自転と公転に似ている。

1つのグループで出された体験や疑問を全体運営の中に出し、皆の疑問として考え深める。あるいは、特殊な失敗や成功などの例を他のグループの人々とも共有する。これは全体運営者の役割である。こうして参加者が、たとえば 7~80 人いても全員自分のことがグループで語れるし、70 人の体験の中で重要なもの、共通するものなどが共有もできる。70 人の参加者がいると、従来は教室形式になり、一方的な講義と質疑応答で終わり、参加者を受け身のままにしていた。

図 1 自転と公転のイメージ



(イ) 個別指導も重要である。特定保健指導と違い、まずインターグループワークを行うが、その中で運営になじめない人、効果がなかなか出てこない人、個人的課題を抱えている人などに対しては、インターグループワークに参加してもらいながら、併せて個別に面接、訪問などで個人の問題に対応していく。

ウ 4つの取り組みで保健指導が効果的になされるために

対象の多くは、いくら健診結果が悪いと言われても実感できる症状もなく、今まで長い年月を経てきており、さらにこれからの見通しももちにくい、今の食生活に原因があるといわれても、本人にとってはそれが当たり前になってきている、その食生活を指導により一時的に改善できても持続することは困難であり、ちょっとしたきっかけ(たとえば宿泊旅行等の行事など)で、すぐ元に戻ってしまう、また、住民にとって生活習慣病は、日常体験する疾病の多くが「悪くなれば医師に任せて、薬を飲めば治る」という従来の常識が通用しない疾病であることが、まだ充分浸透していない。こうした困難があることを前提として運営がなされなければ、効果的な取り組みとはならない。

(ア) 健診結果の経年的変化と今の状況、そして予測

動機付けは継続参加のため毎回行われるが、その中でも最初の回はこの活動・取り組みに「参加しなければ」と実感してもらう重要な場面であり、運営もそのことが意識的に行われなければならない。疾病を起こした人の経年的変化を表にし、いつから注意を受け始めたか、なぜその時生活を変えなかったか、「係長になったばかりで仕事に追われていたし、毎日職場の帰りには仲間と飲みに行った、40歳の時受診するように言われたが、運動で改善しようとジムに通いだした。しかし、仕事に追われ、続かなかった。幾度か改善しようと努力しながらも、また元の生活に戻っていき、退職後すぐに脳梗塞を起こした。」このように自分の生活と重ねて身近に感じられる例を紹介する。1つの事例の体重、健診結果、それぞれの時期の生活の特徴などをみせ、自分の体重、検査値の変化、生活などと対比してもらう。事例との対比で生活・体重・健診結果が関連づけられ、その経年的な変化に加え、予測もすることができる。

さらに知識として内臓脂肪の増加とともに種々の値が次々に悪化してくる機序を理解してもらい、薬がこれら全体を根本的に解決するものではないこと、根本的解決は内臓脂肪を小さくしていくこと以外にはないことを理解してもらう。

食習慣をかえ、健診結果を正常に近づけていくための取り組みに、続けて参加してほしいことを伝える。

(イ) 自分の食事内容の配分や量、こだわりの妥当性、全体的傾向などを明らかにし、健診結果を悪化させている原因をつかむ

病院などで栄養士が対象の食事記録からエネルギー量や栄養素を計算し、指導していることがある。

ここでは自分の食が適正か否か、つかまなければならないのは当事者であるので、当事者に計算してもらうが、それができるためにはまずカロリー、あるいは単位などという言い方はやめ、80kcalを「丸 1個」で表すことにした。自分の持ち点は、身長と年齢から「 」が何個、その配分は主食などが「 10 個」などというように栄養士が一人ひとりに提示する。

目覚めてから就寝までの1日で口に入れたものすべてを時間ごとに書き出す(3食とおやつのみでない)。口に入れる時間は決して食事の3回のみではない。そして

」を集計し、それぞれの要素ごとの配分とトータルをみる。トータルがどれだけ多いか、肉や魚を基準の3倍とっている、野菜の摂取が少ないなど、机に置かれた基準の量とその「 」などの実物と比較したり、参考写真などを手掛かりに計算していく。(この食に関しては、この他塩分や油なども日を変えて行われる)。

各グループで各自のトータルや特に「何で“ ”をかせいで”いたか」、「何の が少なかったか」を出してもらい、その人の生活の仕方を聞きながら、さらに気づかなかった食事の特徴を思い出す。ここでは全体運営も大事で、特に多く「 」を”かせいで”いた人は、「どんなもので“ ”をかせいで”いたか」を具体的に報告してもらおう。例えば、酒、メロンパンで「 5個」、などと報告されると、その日の自分の食事ではとっていなかったが、いつもとっている食品のエネルギー量をつかんでいくことができる。また、ここでは、たった1日の食事しか計算しないが、グループや全体運営で共有することで、食を幅広くつかむことができる。

(ウ) 会への参加と継続

この会への最初の参加をお勧めする方法は、家庭訪問と郵送の2種類で行った。家庭訪問による参加者は約 20～30%、2年目に行った家庭訪問では 約 30～40% 近くと上昇した。郵送による参加者は8%であり、いかに家庭訪問による効果が大きいかわかる。

最初の参加者は多いが、2回目はぐっと減少するのは、どこでも共通している。3市町のうち2市町が減少し、1市町だけ1回目と変わらなかった。参加者が減少しなかった1市町ではすべての人にお誘いの電話をしていた。この経験を共有し、すべての市町は事前のお誘いの電話をするようになった。また、その電話から個別の悩みを聞くこともできるようになっている。

途中から内臓脂肪の増減は体重でつかめることから、体重を毎回はかりはじめた市町があり、それが食生活改善の持続に大きく影響することがわかり、毎日の体重の測定にも取り組んだ。

(I) 食生活の改善と体重及び検査値への反映を予測・確認する

半年ごとに検査をし、値の変化をみてきているが、検査前月には検査値の予測を行う、自分の体重は前回と比べて何 kg 減少したあるいは増加した、だから次の検査の値はこうなっているはずだというように、検査値が出てくると、予測が正しかったかどうか確認していく。

体重が2kg 変化した2人がいた。それぞれの検査値にどのように影響するか、同じ2kg 少々、増加した場合、減少した場合、体重の変化と検査値の変化がきれいに連動していることがみえる。中には全体としては体重と検査値が関連しているが、1つの検査項目の値だけが連動していない人が2人いた。1人は血圧だけはむしろ上昇していた。もう1人は中性脂肪が異常に高くなっていた。その人々の食事をみていくと血圧だけ上がった人は食事のバランスと量は良くなったが、塩分の量は変化していないか、むしろ多くなっていた。中性脂肪だけ上昇した人の生活の変化を聞いてみると、

妻が仕事に出て、昼食は近所の食堂で天井を毎日続けていることがみえてきた。こうして犯人捜しをしていくと、特殊な犯人の姿が毎日の生活の中で浮き彫りにされてくる。

エ 何を評価するか

従来の保健指導では、何を評価したであろうか。

特定保健指導では当然、対象の検査結果である。今回のモデル事業では自分の食生活のどこに問題があるか発見することに力を注いだ。そしてその問題を発見し、それを改善すれば本当に検査値は改善するか予測し、確認した。予測通りでなければ、どこにまだ問題があるか探した。体重が2kg 上昇することで検査値の全てがこのように変化することを学んだ者は、それが次への強い動機付けとなる。仲間もその体験をみて、体重の増加が検査値にどのように反映するか、なぜ体重が増加したか(たとえば2泊3日の旅行という日常でない生活がきっかけで元へ戻ってしまう)など、学ぶことができる。

評価の1つは次のように参加者の認識の発展を評価しなければならない。検査結果を意識もしなかった人間が、自分の結果を経年的に意識しはじめ、食生活のどこにどのような問題があるか発見し、改善する。そして改善したことが、健診に反映しているか、反映していなければ未だ解決していない問題は何か深く生活をみていくことになる。

以上の認識の発展を促す取り組みが今回のインターグループワークを方法論とする意識的活動であった。こうした活動の中では一時的に体重が増え、健診結果が悪化しても、そこから何を発見し、次に活かしていくかによっては、決して評価されないわけではない。

健診結果の改善とは、その前に生活者が自分の生活をみる力と、その生活と健診結果を関連づけて捉える力がついていなければ一時的な改善で終わってしまうであろう。これが今回の取り組み最大の特徴である。

(2) かながわ保健指導モデル事業はこうして始まった

平成 25 年に神奈川県が策定した「かながわ健康プラン 21(第2次)」では、「いのちが輝き、誰もが元気で長生きできる神奈川」を実現するため、健康寿命の延伸を目標とし「主な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底」を具体的な取り組みとして掲げている。

その目的達成のため、平成 25 年度から保健師や管理栄養士・栄養士(以下、栄養士とする)等のパワーを活用し、生活習慣病の重症化の恐れがあるハイリスク者を対象に、重症化予防に焦点をあてた「かながわ保健指導モデル事業」を実施することになった。

実施するにあたり、取り組みに賛同するモデル市町村を公募し、調整したところ、海老名市、寒川町、大磯町の3市町に決定した。

3市町の職員は、従来から取り組んでいる特定保健指導の中で効果を実感できず、重症化予防対策の必要性は感じつつも、取り組み内容に悩んでいた。かながわ保健指導モデル事業は、生活習慣病重症化予防対策であり、従来から必要性が高いと感じていたことや、保健指導のスキルアップを図っていきたいという思いから手を挙げた。

県から顧問、保健師派遣、保健福祉事務所等の協力を得ながら取り組むことになった。

「生活習慣の改善をはかる」という新しい保健指導の取り組みに、保健師、栄養士等のスタッフは初めは戸惑いが大きかった。しかし、2年目・3年目と経験を積む中で、専門職としてのやりがいを感じ、保健指導のスキルアップを実感し始め、血液検査結果の改善等から、効果を実感することができた。また、保健指導の手法が他の市町事業への発展や応用に結びつき、活かされている。

2 かながわ保健指導モデル事業の概要

(1) 目的等

この事業では、医療保険者が行う特定健診・特定保健指導に着目し、生活習慣病の重症化・合併症予防に重点を置いた、対象者の生活改善につながる保健指導の構築を目的とした。

構築された効果的な保健指導の手法を実施し、重症化、合併症による健康障害の予防により健康寿命の延伸、個人の健診データの改善、長期的には医療費削減や介護等の増加の抑制に寄与する。

実施主体：海老名市、寒川町、大磯町

実施期間：平成 25 年度～27 年度

対象者：国民健康保険加入者のうち、特定健診のデータ等から糖尿病などの生活習慣病重症化の恐れがあるハイリスク者

(2) 対象者の選定

かながわ保健指導モデル事業では、「平成 25 年度生活習慣病グループ」及び、「平成 26 年度生活習慣病グループ」、「平成 26 年度高血糖グループ」の3つを各市町の実態に合わせて実施した。

モデル事業における対象者の選定は、国民健康保険加入者で特定健診を受けた者から独自の基準で行った。その基準は各学会治療ガイドライン等を参考に(表2)のとおりとした。

抽出された全ての者に初回保健指導を実施することはマンパワー上困難であったため、対象者をさらに重症者に絞り込んだ。モデル事業・特定保健指導の基準値の違いは(表2)に示すとおりである。

表1 年度別グループの対象者

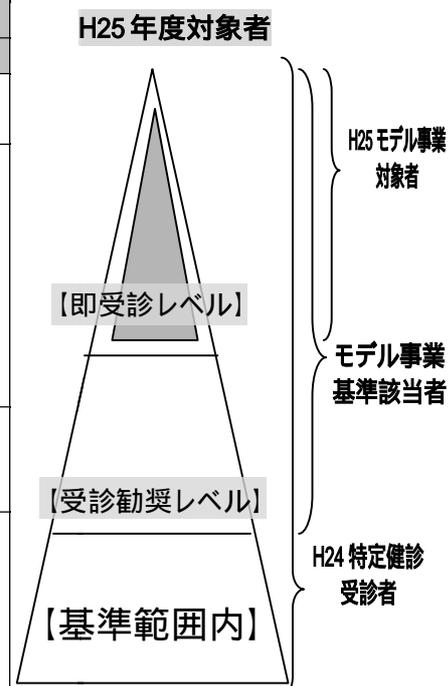
年度	グループの名称	対象者の抽出基準
平成 25 年度	生活習慣病グループ	血圧、脂質、血糖、腎機能のいずれか一つがモデル事業対象者抽出基準に該当するもの
平成 26 年度	生活習慣病グループ	血圧、脂質、血糖、腎機能のいずれか一つがモデル事業対象者抽出基準に該当するもの
	高血糖グループ	血糖がモデル事業対象者抽出基準に該当するもの

表2 平成 25 年度対象者抽出基準

	モデル事業基準 ¹	参考 特定保健指導基準
腹囲 (cm) BMI	腹囲・BMI に関わらない	男性 85 女性 90 以上 25 以上
血圧 (mmHg)	140 / 90 以上	130 / 85 以上
HbA1c (%)	6.5 以上	5.6 以上
血糖 (mg/dL)	126 以上	100 以上
中性脂肪 (mg/dL)	300 以上	150 以上
LDL-ch (mg/dL)	140 以上	
HDL-ch (mg/dL)		40 未満
尿蛋白	(+) 以上	
服薬	服薬者も対象	基本対象外 (主治医と連携しての実施は可)
備考	受診勧奨レベルを対象とする 1 項目でも該当すれば対象 特定保健指導利用者も対象とする	リスクの数により情報提供・動機付け支援・積極的支援を実施 65 歳以上は動機付け

1 厚生労働省 健康局:標準的な健診・保健指導プログラム[改訂版]、2013、p83-101 を参考に基準を設定

図2 H25 年度対象者



かながわ保健指導モデル事業に手を挙げた経緯～大磯町の場合～

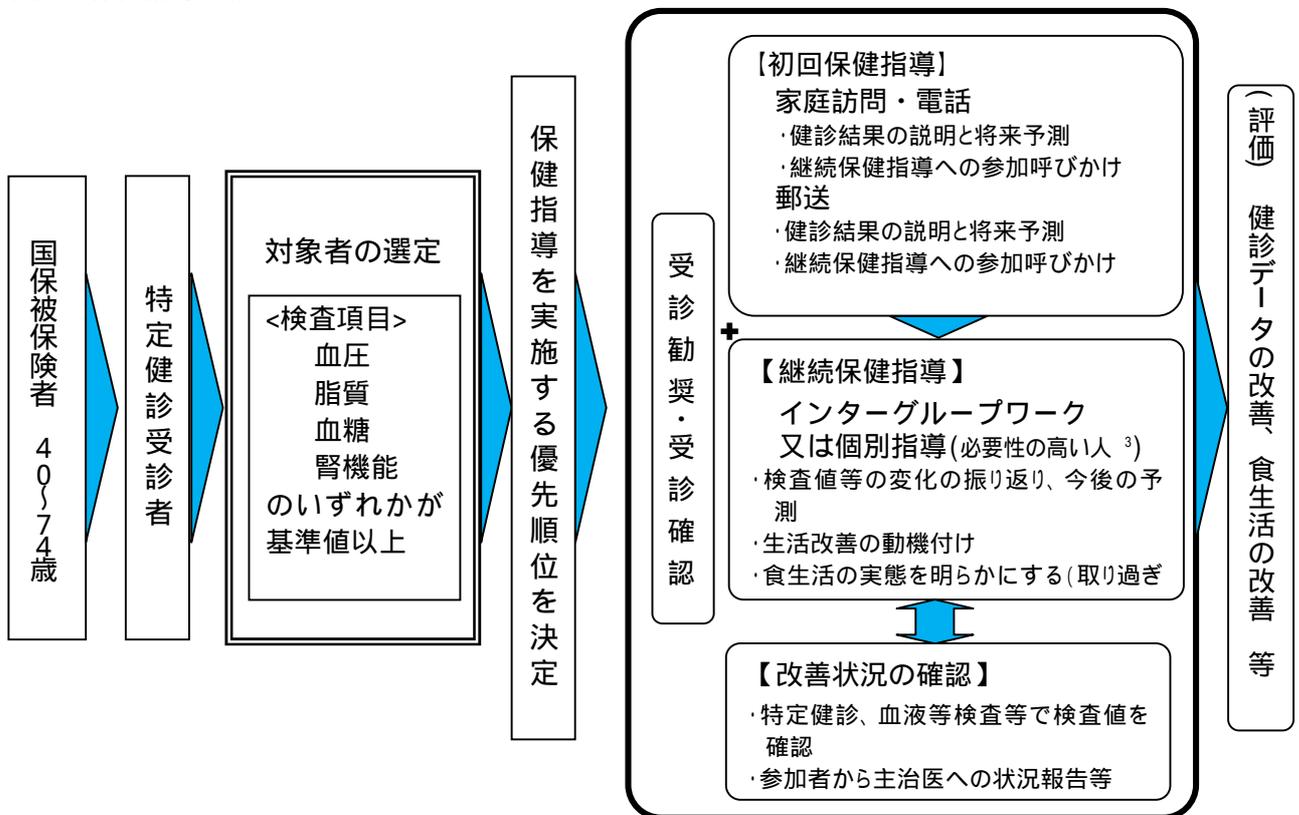
平成 23 年度にスタートした「おあしす 24 健康おいぞ²」で保健師・管理栄養士が地域に出たことにより、健診を受けたり、治療をしても、自分の体のことをよくわかっていない人がいるということに気づきました。特定健診の集団健診では、結果を郵送で送っていただけでした。また特定保健指導は、治療中の人は対象外となっており、治療中の人でも生活改善などの保健指導が必要ではないかという疑問を持ち始めました。これらのことから、かながわ保健指導モデル事業に先行し、健診結果説明会を開始しました。生活習慣の改善につながる保健指導を行う「かながわ保健指導モデル事業」は、まさに保健師・管理栄養士が必要と感じていた事業だったのです。(大磯町 保健師)

2 保健師・管理栄養士等が町内各地区会館を回り、健康講話・健康相談を実施している事業。

(3) 保健指導の流れ

- ア 国保被保険者のうち特定健診の受診者から独自の基準で対象者を選定。
- イ 選定した対象者のうち、保健指導を実施する優先順位を決め、保健指導を実施する対象者を絞る。
- ウ 初回保健指導を家庭訪問・電話及び郵送で実施し、継続保健指導への参加の呼びかけを行うとともに、受診勧奨・受診確認を行う。
- エ 継続保健指導をインターグループワーク及び個別指導で実施。
- オ 血液等検査を行い改善状況を確認。
- カ 健診データの改善、食生活の改善等を分析し評価。

図 3 保健指導の流れ



3 合併症のリスクが高い、生活習慣の改善が進まない等

第2章 かながわ方式保健指導の進め方・手法

1 スタッフの研修等

(1) 地域の健康課題等の共有

実施する地域の各種データの収集及び分析を行い、健康課題や地域特性を明らかにし、職場・スタッフの共通認識とする。各種データの分析結果は、保健指導を実施する対象及び保健指導を行う優先順位を決める際の基礎資料とする。

健康課題の解決に向けた取り組みを行うにあたっては、共通認識をもって課題の解決に取り組めるよう、あらかじめ医師会や保健福祉事務所等の関係機関と調整・連携をしながら行う。

収集・分析を行う主なデータとしては、特定健診・特定保健指導の実施状況及び検査結果、地域の疾病状況及び医療費の状況等が考えられるが、必要に応じて追加をしながらデータの収集・分析を行い、地域の健康課題及び地域特性を明らかにし、今後事業として取り組むべき対象の優先順位を検討していく。

国保の疾病状況及び医療費の状況等の分析に関して、レセプト(診療報酬明細書)の確認を行う際は、KDB(国保データベース)システムを活用することが出来る。必要があれば、介護保険や、障害者手帳等の利用状況を関係各課と連携をとりながら、必要なデータの収集・分析を行う。データ分析については、神奈川県国民健康保険団体連合会のデータ分析支援事業を利用することも検討する。

(2) 初回保健指導(家庭訪問)の研修会

初回訪問の目的は、健診結果の経年的変化を本人に思い出してもらいながら確認することと、継続保健指導への参加勧奨であるが、こうした家庭訪問は経験をしていないことが多い。また、アポイントなしでの家庭訪問に戸惑うことも多いので、家庭訪問のロールプレイを行う。

事前準備:使用する媒体、持ち物、不在の場合のルール、ロールプレイのシナリオ等を検討しておく。

(3) 継続保健指導(インターグループワーク)の研修会

インターグループワークは、全体運営者とグループリーダーがすすめていく。それぞれの役割が違うため、意識しながら各回の内容の検討やロールプレイ等を行う。

事前準備:全体運営者が中心となり、目的、シナリオ(案)、活用する媒体等を検討しておく。

各回の内容検討、ロールプレイの結果をもとにシナリオ(案)の修正を行う。

各回実施前にスタッフ間で目的・運営について共通理解を行ってから実施する。

各回実施後は運営から見えてきた課題、参加者の反応や意見をもとに、運営全体に関する課題と、今後の方向性の検討を行うカンファレンスを実施する。

2 対象者の選定

(1)対象者を選定する

特定健診受診者から、モデル事業の基準にあわせて対象者を選定する。

< 選定にあたっての留意事項 >

ア 検査データの基準をどうするか、特定の地域を優先するか、対象者の年齢を絞るか等、選定基準を検討する。

イ 国民健康保険の場合は、市町村に特定健診の結果情報があるが、社会保険の対象者も含める場合には何らかの方法で健診データを把握する必要がある。

ウ 要介護者・他疾患治療中など、集団保健指導になじまない対象者は、わかる範囲で除外する。

(2)保健指導を実施する優先順位を考える

優先順位については、地域の実態や対象者の特性をみた上で検討する。グループ支援の対象者を選定するためには、マンパワーを考慮した上で、まずはどの程度の人数の運営が可能かを検討してから取り掛かるのが現実的である。その上で、保健指導を実施する優先順位を考え人数を絞る。

3 スタッフの確保

(1) 初回保健指導(家庭訪問)

対象者を選定後、初回保健指導(訪問)を行う。訪問は期間を集中し、約1～1.5 か月で一斉に行うことが出来るように、スタッフの確保が必要である。

家庭訪問は地区ごとにアポイントなしで行う。半日で5～6件実施できる。不在の場合はチラシをポスティングし後日電話連絡とする。

また、マンパワーの都合等で全て家庭訪問が出来ない場合、優先的に家庭訪問を行う対象と、郵送で案内を行う対象を分ける等の方法も考えられる。

<参考> マンパワーと訪問可能な件数の考え方(寒川町の例)

事業担当の保健師

$3人 \times [15件(5件/半日 \times 週3日)] \times 4週間 = 180件/月$

事業担当以外の保健師(看護師)

$4人 \times [3件(3件/半日 \times 週1日)] \times 1週間 = 12件/月$ 合計 192件

稼働できる保健師数を考慮して、訪問可能件数を算出。

訪問以外は郵送。

実際の訪問件数はマンパワーに合わせて設定。

(2) 継続保健指導(インターグループワーク)

ア 全体運営者1人、各グループリーダー1人(実施当初はグループリーダー1人、サポート兼記録係1人で対応)が必要となる。

イ 1グループは参加者5～8名で構成する。1グループの参加者数は、多すぎても関心が分散してしまい、運営が難しいが、人数が少ないとグループの良さが出てきにくい。グループは複数のグループで運営する。グループ数は参加者を5～8人で割った数(概ね5～8グループ)とするが、会場の広さやマンパワーで検討する。

ウ プログラムは、食生活習慣を改善することを重点とするため、スタッフとして栄養士が必要である。特に食事の実態を明らかにする回(2～4回目)には複数の栄養士が必要。

第3章 かながわ方式保健指導の実際(初回保健指導:家庭訪問)

1 初回保健指導のねらい

自身の健診結果の経年変化に関心を持ち、継続保健指導に参加したいという「動機付け」に主眼をおく。

家庭訪問ではこれまでの検査データの経年的変化や、生活状況を合わせて振り返る。さらに図を利用して血管の変化を説明し、放置した場合自分の身体がどうなるのか予測を持てるようにし、生活習慣の改善のために継続保健指導へ参加したいという意識を高め動機付けとする。

また、健診時の医師の指導内容等を確認し、受診を勧められているが未受診の場合は、再度受診勧奨を行う。

2 初回保健指導の実際

(1)事前準備

- ア 対象者を選定する。
- イ 対象者の特定健診受診履歴、治療、服薬状況等を確認する。
- ウ 検査値の経年的変化などを分析し、対象者の状況をイメージする。
- エ 事前予約を取らずに近隣の対象者をまとめて訪問できるよう住居の確認をする。

不在時はポスティング又は後日に電話をする等の案内文を準備する。

* ポスティングする場合は個人情報が含まれるため必ず封をする。

(2)家庭訪問

ア 自己紹介:市役所・役場の保健師であることを伝える

「 役場の 保健師の ですよ。」

* ゆっくり・はっきりと話す。

* 身分証明書を提示する。

イ できる限り対象者に会うようにし、本人の確認をする

「 さんで、よろしいでしょうか。」「 さんは、ご在宅でしょうか。」

ウ 家庭訪問の目的を説明する

「突然お伺いしてすみません。平成 年 月にお受けいただいた、特定健診の結果で、お伝えしたいことがあり訪問しました。

10分程度のお時間をいただき、お話をさせていただきたいのですが、よろしいでしょうか。」

* 不都合な様子であれば、チラシのみ渡し、改めて電話するなど対応。

Point

健診結果がいつ頃から変化していったか経過を語ってもらう。聞き取り調査にしない

自らがプロセスの中で現状を見えるようにする

エ 対象者が健診結果をどのように受け止めているのか、確認する

「健診の結果は覚えていらっしゃいますか？」

「そのときどんな指導や助言をお受けになりましたか？」

(対象者の認識を確認する)

オ 健診結果を見ながら、一緒に確認する

「本日、 さんの検査結果をこちらに記載してまいりました。」

(【媒体1】経過表 を開いて見せる)

「(工でお話いただきましたように) 、 ...の検査値が、

“すぐに医療機関の受診が必要”な範囲の値でした。」

Point

経過表は対象者と話すためのツール、書くことに集中しすぎない

カ 検査値の経年的変化を確認し、対象者に意識してもらう

「少しさかのぼって、 さんの今までの事を教えていただきたいのです。20 歳頃の体重はどのくらいでしたか？」(【媒体1】経過表 の20歳の横に記載する)

「今回の検査で数値の高かった 、 ...が、“少し高いですね”と言われる様になったのはいつ頃でしたか(お薬を飲み始めたのはいつ頃からですか)。」

(順番に確認し、始点となる年齢を記載し、矢印で線を引く)

「この時はお仕事(家事)などの生活はどんな状況でしたか。」

(生活のエピソードと関連させて経過をみていく)

キ 血管の状態の変化を認識してもらう(現在の状況の確認)

「 さんに思い出していただき、経過を記してみました。

ご覧になってみて、いかがですか(自分の経過を振り返ってもらう)

「下の図をご覧くださいいただけますか。」

(【媒体2】血管の状態の変化の図を見せよう)

「これは、血管の中の状態の変化を表しているものです。」

「 さんは、 、 ...の数値が基準値より高いので、

“血管が傷つき始める”段階といえます。」

「このまま進行すると、血管が変化し、動脈硬化をおこし、

健康障害を引き起こす危険があります。」

Point

対象者のプライドを傷つけないよう事実を伝える

ク 受診状況の確認、未受診者は受診を促す(受診勧奨)

工の健診の結果説明時の医師の説明や助言内容等を確認し、受診が必要な場合で未受診の場合には受診をすすめる。

「 について医療機関を受診してください。」

Point

事前に医療機関リストを準備する

ケ 生活習慣の改善の必要性を伝える(生活習慣の改善)

「(既に服薬をしている者又は受診勧奨により受診予定の者に対して)しかし、
...の薬を飲んだだけでは、血管の変化を食い止めることはできません」

コ 氷山の図を活用して説明 ~裏表紙の氷山の図~

内臓脂肪を【媒体3】氷山の一角に例えて説明します。

「1番目の図を見てください。口から食べ物として入る量と、エネルギーとして必要な量のバランスが合っているときは良いのですが、今は食事を食べすぎる傾向や、運動や体を動かす量が減ってきています。その差の結果として、内臓脂肪が付いてきているのです。」

Point

IN と OUT の量の差が内臓肥満と関係している
食事の量でメタボになっている事がほとんどである

「2番目の図を見てください。氷山の水面下の部分は、内臓脂肪を表しています。水面から出ている山は内臓脂肪から派生する病状です。
さんの場合、 の山が出てきていますよね。そして の山も出てきていますよね。」

Point

氷山モデルでは、薬を飲んでいるから問題ないという人こそ説明が必要である
薬では根本的解決はできない
生活習慣を変える必要性を説明する

「3番目の図を見てください。薬を使うことで、これらの病状を削ることはできますが、氷山自体が大きくなることを押さえることはできません。」「生活習慣病すべてを治す薬はないのです。」「生活習慣病のリスクを無くすためには、氷山を小さくすることが大切なのです。」

「4番目の図のように、口から食べものとして入る量と使う量のバランスが取れると、氷山を小さくすることができます。」

サ 対象者が「このままではいけない」と思ったタイミングで、継続保健指導に誘う

「さんの場合は、まだ間に合います。生活を変えれば、変化するのです」

「しかし、生活習慣を変えることは、大変難しいことです」

「市(町)には、()人の対象となる方がいらして、このように家庭訪問をしています」

「一人では生活習慣を変えること、それを継続することは難しいので、市(町)として、教室を行うことにしたので、ぜひ、参加してください」
(継続保健指導の案内を見せる)

「月 日に第1回を行いますので、お越しください」

Point

後戻りできなくなる前に生活習慣を変えようと自覚してもらう
動機付け = 無意識を意識化する
同じように悩んでいる人は沢山いる
根本解決法は継続保健指導に来て皆で学ぼうというメッセージを伝える

* 市内に同じ状況の人が何人いて、その人達に訪問しているということを説明すると、関心を持ってもらいやすい。

*うちの家系には(糖尿病や高血圧は)いないと言われたら

「以前は遺伝でなると言われていましたが、今は食事の摂り方が問題なんです。痛くも痒くもなく、すくにどうなるのではないのでわかりにくいのです。なかなか1人ではできないので、みんなに役場(保健センター)に集まってもらって、生活を変えていく学習会をするので、ぜひ来てください。」

*「私は をやっている。 もやっている。」と言われたら

「体が大切ですね。どのような方法がいいのか、皆で一緒に考えませんか」

*「その日は既に用事が入っている。」と言われたら

「2回目を 月 日に予定しています。この時は、食事の改善方法を一緒に取組みます。1回目の出席が難しくても、2回目はぜひお越しください」

(3) 郵送

ア 対象

マンパワーの都合等で全て家庭訪問が出来ない場合、年齢等の基準を設け、優先的に家庭訪問を行う対象以外には郵送で案内を行う。

イ 方法

家庭訪問で使用する【媒体1】経過表 を元に郵送用の案内(別添 CD-ROM 参照)を作成し郵送する。



気持ちに寄り添う

「これまでのやり方ではだめ。頭を切り替えないと今までの教室と何も変わらないわよ！」このかながわ保健指導モデル事業で初めに久常顧問に言われた言葉です。つまり、自らが気づき自らの意志で行動変容を起こすことが大切だということです。

私はこれまで、専門職として自分の知っている知識をわかりやすくお話することが大切だと思い、実践してきました。しかし、久常顧問から「指導をしてはダメ」と言われ、とても戸惑ったことを覚えています。

今回の教室の大きな特徴はグループ討論の比重がとても大きいことです。参加者同士で意見を出し合い、こんな工夫をしている、 に気を付けて何 kg 体重が減ったという報告やお互いを応援し合い、また検査値を悪くしている原因行動を指摘し合う姿が見られました。参加者同士の言葉は受け入れやすいよう刺激を受け、自らの意志で行動変容を起こす参加者さんを多く目の当たりにしました。

管理栄養士の話は、つい、how to が多くなるのですが、参考書に書いてある正解だけを直球で投げるのではなく、ひとりひとりが置かれている背景を理解し、「その時(動機付けされた瞬間)」が来るまで「見守る」ことの大切さを学びました。(大磯町 管理栄養士)

3 初回保健指導に関するQ & A

Q 事前調整なしでの家庭訪問で拒否されないか

A アポイントなしでも身分証明書を示し、役所からの家庭訪問であるということと、家庭訪問の目的をはっきり伝えることで、拒否をされることはなかった。
忙しいということで断られたケースはあった。そのような時はチラシを渡すのみにした。
対象者に会えなくても、わざわざ家庭訪問をしたことや、家族に説明したことで参加申し込みのあったケースも少なくない。

Q 初回保健指導の説明が受け入れられるか

A 実際には、マニュアル通りの話はなかなかできない。対象者の反応に合わせて臨機応変に話を進めた。もっとも大切なのは、対象者が関心を持ち、継続保健指導(インターグループワーク)に参加することである。そのためには、ぜひあなたに参加してほしいというこちらの熱意を伝えることが大切である。

Q 1~1.5ヶ月の短期間で家庭訪問をしきれるか

A 家庭訪問はアポイントなしで次々に行い、実際には留守宅も多いので、半日で一人あたり5~10件家庭訪問をすることができた。
半分くらいは不在でチラシのポスティングとなる。訪問件数の実際はマンパワーに合わせて設定することになる。

Q 留守の場合はどうするか

A チラシをポスティングする。健診データなど個人情報も含まれるため、糊付けすることを忘れずに行く。ぜひ来て欲しいケース等には後日電話を入れる等の働きかけが必要である。



初回保健指導 土日に訪問してみました

今日はこの地域を訪問しよう！真夏の8月、地図を片手に自転車を走らせました。半日で約6件、1日訪問すれば多くて12~13件くらいは可能でした。約束をしていないため、不在であることは承知の上ですが、それでも会えないときはガッカリの汗だけが流れます。平日が無理なら土日は会えるかもしれない！と、土日に訪問してみたものの、会えた確率50%、平日と変わりませんでした。また、平日会えなかった人は土日も会えませんでした。国保の方が対象であれば、平日と土日では、あまり変わらないのかもしれませんが、午前よりも午後、さらに夕方になると会えた確率は70~80%くらい高くなりました。

本人に会えることさえできれば、健診結果という切り口から「あなたのここが心配です」というストレートなメッセージを伝えることができました。この訪問による初回保健指導の手法は、目に見えて効果がわかり、特定保健指導にも取り入れました。(寒川町 保健師)

4 初回保健指導の媒体

【媒体 1】経過表

（ ）様の技あり！経過表

訪問日 年 月 日

年齢 20歳 ()歳 現在

()年前 1年前

過去 1年前 2年前 3年前 4年前 5年前 6年前 7年前 8年前 9年前 10年前 11年前 12年前 13年前 14年前 15年前 16年前 17年前 18年前 19年前 20年前

標準体重 ()kg

標準体重 ()kg

129/84 mm.Hg以下

140 mg/dl以下

40 mg/dl以上

119 mg/dl以下

5.5%以下

(-)

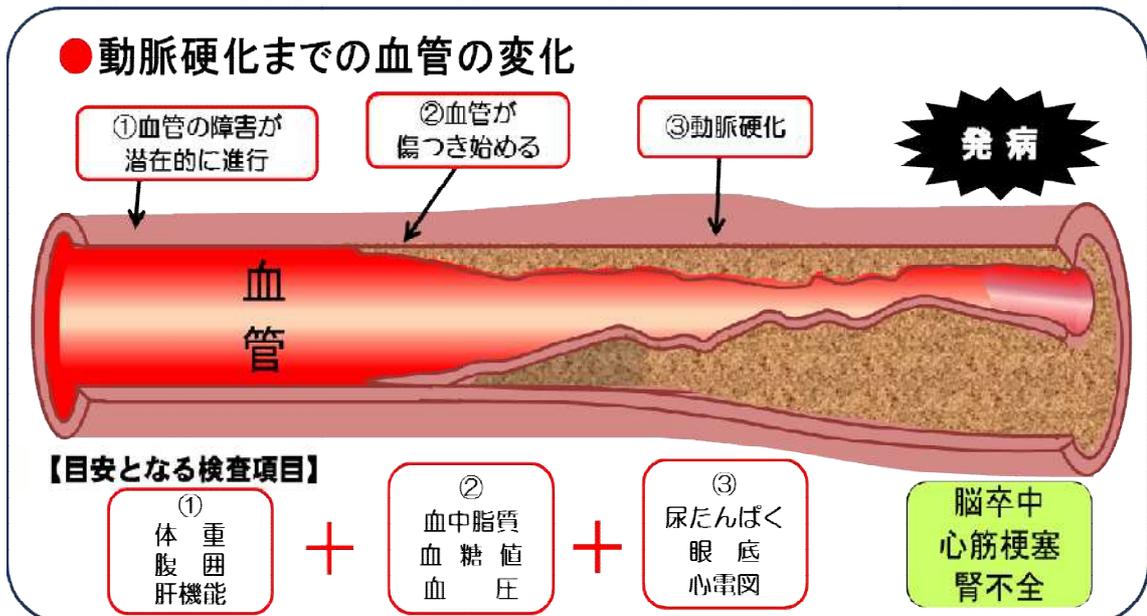
(-)

男 0.8~1.3
女 0.8~1.0

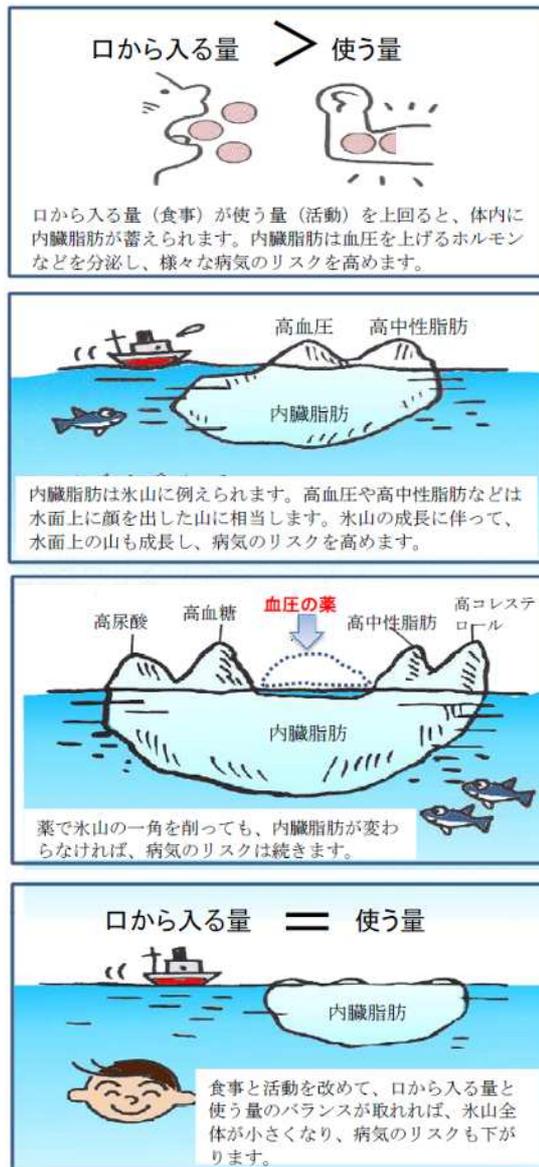
糖尿病
 受診医療機関 無 有 ()
 処方薬 無 有 ()
 禁煙歴 無 有 ()

その他疾患
 受診医療機関 無 有 ()
 処方薬 無 有 (血圧・脂質・他)

【媒体 2】血管の状態の変化の図



【媒体 3】氷山の一角



久常節子、井伊久美子:生活習慣病予防のためのグループ支援、日本看護協会出版会、2009、p89-90 を改編



初回保健指導（家庭訪問）で事例を得る！

初回保健指導の対象になったAさん宅に受診勧奨と講座の案内のため家庭訪問をしました。

Aさんからは「もうやってしまったよ。講座へ参加する必要はない。治療をしている。」の言葉。Aさんの健診検査値は、長年尿酸値とLDLが高く、その他の検査値は基準値内。治療のきっかけは、健診と同時に受けた肺がん検診の精密検査時に、心筋梗塞の発作手前の状態が見つかって手術、リハビリとなりました。

「これまで健診は毎年受けていたが、これほど危険な状況ということ健診結果では教えてくれなかったし、自分でも思ってなかった。肺がんの精密検査を受けたおかげで倒れずにすんだ。」という。Aさんの他にもがんの精密検査はすぐに受けたが、血圧や脂質などの値は高くてもそのままという方が何人もありました。家庭訪問を繰り返す中で、がん検診と特定健診の結果の受け止めかたの違いに気づかされ、健診の結果がどう伝わり、どう理解されているのか、そして本当はどう活かされるべきなのかを考えさせられました。

また、後日Aさんご夫婦にご協力をいただき、Aさんの20歳の頃からの生活状況などを振り返り聞かせていただきました。「心筋梗塞を起こしても不思議ではない(食)生活をしてきたこと、その生活の数十年後に結果が出た」というAさんご夫婦から生の言葉や実際の経過を事例とし講座で紹介しました。講座の参加者が、事例を通して「自分ごと化」ができるように使っています。家庭訪問をする度に事例が増えています。

モデル事業1年目の家庭訪問では、うまく対応できるか不安に思いながらでしたが回を重ね、2年目には、どんな事例と出会えるかという楽しみに変わり、毎回の講座に活かされています。(大磯町 保健師)

5 初回保健指導を行ってみて

(1) 郵送よりも家庭訪問の方が申し込み(参加)率は高い

初回保健指導は、家庭訪問と郵送の2通りで行ったが、家庭訪問の割合が多くなればなるほど、継続保健指導の参加率は高くなるので、家庭訪問がより効果的である。

表3 初回保健指導別の継続保健指導参加率 単位: %

家庭訪問実施率	郵送実施率	継続保健指導参加率
100	0	23 ~ 40
30	70	12
0	100	8

値は海老名市・寒川町・大磯町を合わせたもの

(2) 家庭訪問の効果は教室への申し込み(参加)率だけではない

家庭訪問をしたことが対象者の動機付けとなり、病院受診や生活習慣改善につながることもある。それらは、レセプトで初診を確認したり、次回の健診データを把握することで確認できる。

(3) チラシの内容で興味関心を引いたポイント

家庭訪問で使用する媒体([媒体1]経過表)には、対象者の健診結果と検査基準値を併記し、見比べられるようにした。また、検査値に関心を持ってもらうため、糖尿病の診断基準や体験者の話(別添 CD-R 参照)を盛り込んだ。

また他にも、血管の状態の変化の図(動脈硬化までの血管の変化([媒体2]血管の状態の変化の図))は、目安となる検査項目にチェック☑をつけることで、対象者自身に血管をイメージさせやすくし、現に症状がなくても血管が傷ついていることへの理解に繋げることができる。

(4) 対象者が不在のときの対応方法の検討

対象者が不在だった際に、家族に「特定健診の結果のことで尋ねた」と伝えたところ、後日、対象者から、家族に健診結果を伝えてほしくなかったという苦情が寄せられたケースがあった。対象者不在の場合の家族への伝え方は慎重にしなければならない。

第4章 かながわ方式保健指導の実際(継続保健指導:インターグループワーク)

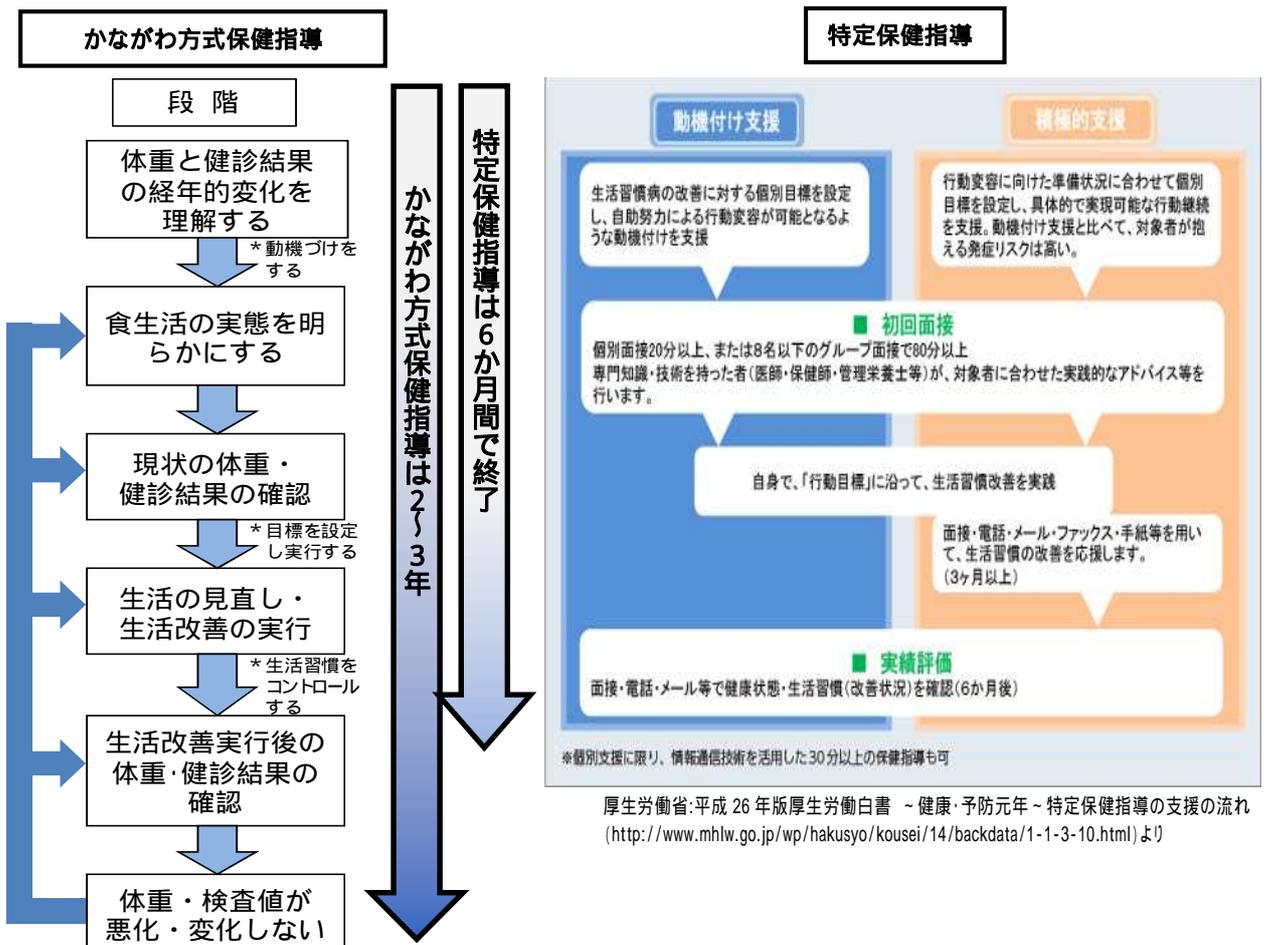
1 継続保健指導のねらい

従来の保健指導では、対象者の生活習慣の問題を明らかにすることなく、あるいは問題が意識化できない状態のまま、6か月という期間の中で結果を出すよう指導していた。そのため、一般的に正しい知識は得たものの、実際の生活習慣は変わらない、上手くいかない、変化しなくてもすぐにもとの状態に戻る等なかなか結果が出ていなかった。

かながわ方式保健指導では、生活の問題を明らかにすることで自らが課題に気付き、意識して生活できるようにしていく。そして生活を変えれば検査値が改善することを健診結果や血液等検査結果を通して実体験し、自身の身体をコントロールしていく力をつけていく。

グループ支援は、毎회가動機付けとなるような展開をし、仲間との対比や事例を通して客観的に自分の実態・特徴を明らかにし、自分で取り組みを継続していける仕組みをつくるのがねらいである。

図4 かながわ方式保健指導と特定保健指導の比較



厚生労働省:平成 26 年版厚生労働白書 ~健康・予防元年~ 特定保健指導の支援の流れ (<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/14/backdata/1-1-3-10.html>) より

2 継続保健指導の特徴

(1) インターグループワークは対象者の変化をダイレクトに体感できた

従来のマンツーマンの保健指導では、支援者と対象者の関係性が、知らず知らずに「指導側と指導される側」のような構図となり、支援者は成果を実感できず、対象者は「責められている」「監視されている」「やらされている」という感情を抱いていた。インターグループワークの参加者は、仲間や支援者とのやりとりを通して、自分の身体の状態に興味関心が湧き、次第にのめり込んでいく。最初は「出来ない」と思えることでも、いつの頃か「やってみよう」と思えるようになる。それを継続していけるのがインターグループワークである。

(2) インターグループワークの構成

インターグループワークは、全体運営と各グループ運営で構成する。グループ運営は、1グループ5～8人を構成員として、全体運営で問題提起した内容について話し合う。全体運営は、まず全参加者に向けて問題提起を行い、それを受けて各グループで話し合う。その意見を全体運営で発表し全体で共有、内容を深めたり発展させたりする。全体運営と各グループ運営を交互に繰り返しながら、1回に要する時間 1.5～2時間程で進めていく。

(3) 全体運営の役割

最初に今回のテーマに関して問題提起を行う。それを受けて、各グループで話し合われた内容を更に全体で共有できるように働きかける。グループで出された問題を全体で深めていく。全体運営は、それらを意図的に行っていく。グループでの話し合いが核であり、参加者が自分の問題を自由に出していくと(自転)、各グループで出された問題や課題が全体運営に出され、そこでより深められ、より発展性を持ったものとなる(公転)。

(図 5 インターグループワークのイメージ 参照)

(4) グループリーダーの役割

グループ運営を豊かにするのがグループリーダーである。グループリーダーは、指導をせず身を乗り出して参加者の話しを聞くことで自由な発言を促し、趣旨に沿った話し合いができグループ討議が深まる運営をする。(表 4 全体運営とグループ運営の視点 参照)

図 5 インターグループワークのイメージ

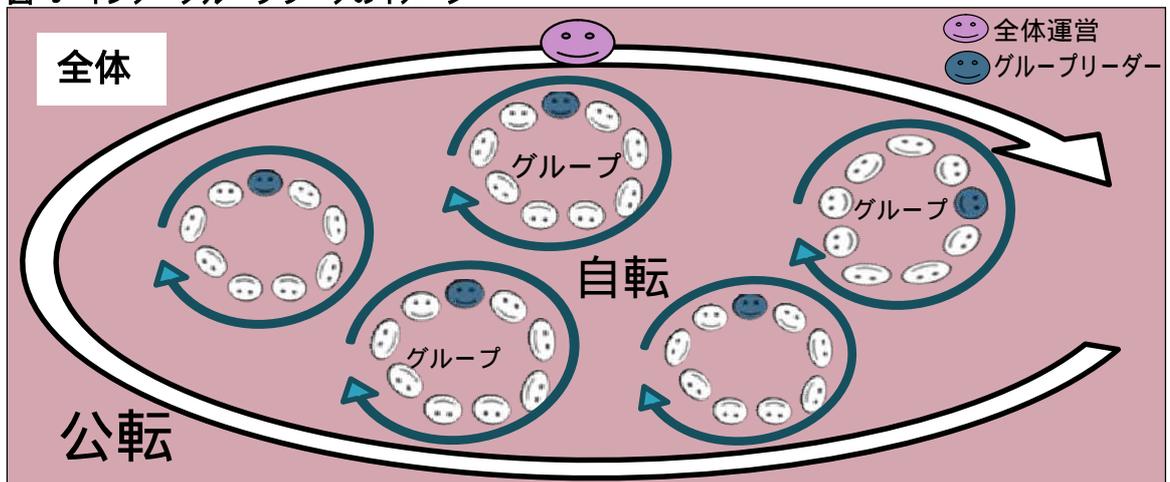


表4 全体運営とグループ運営の視点

運営の視点	全体運営	グループ運営
【話し方】	<ul style="list-style-type: none"> ・参加者全体に目線を配る ・ゆっくり落ち着いた声で話す ・端的に話す ・参加者の反応を見ながら話す ・雰囲気(空気)にメリハリをもたせる ・「あそび」を混ぜる 	<ul style="list-style-type: none"> ・発言しやすい体制、雰囲気をつくる ・身をのりだし“話を聞きたい”というメッセージを率先して表現する ・グループ討議に抵抗のある人には「パスしてもいいよ」など声をかけ、リラックスした雰囲気を作る
【基本姿勢】	<ul style="list-style-type: none"> ・優等生の意見(良い意見)ばかりを求めない ・疑問や反発、良い意見ではないものこそ積極的に拾う(本音 = 真の課題) ・発表者の意見は、複数の意見が代弁されていると想定する ・質問には全体進行役が全て答えなくてよい。参加者全員に問う(発展させる) ・解決できない問題は、次回のテーマに繋げる 	<ul style="list-style-type: none"> ・参加者一人1回は発言する ・言いたくない事は無理に言わせない ・グループで出た複数者の意見をまとめず、そのまま発表する。 ・グループリーダーが発表するのは極力避け、参加者が発表できるよう促す ・全体運営がより発展的になるよう、グループ運営から全体運営への架け橋となるように意見を出す



全体運営とグループリーダーの両方を体験して

様々な保健事業で、講話とグループワークを合わせた方法を行っていました。とりあえず参加者の声を聞く、とか時間調整的であったりしませんか？ かながわ保健指導モデル事業のグループワークは違います！ 全体80人、グループ8人が10グループのグループワークは初めての体験でした。多くの参加者は、訪問時に説明はされたもののどんな話をしてくれるのか？と関心が高い様子です。グループワークでは、自分のことを話すんですね・・・と驚かれる方もありました。各グループリーダーからの情報を得て全体に返していく運営はとても難しいものでした。

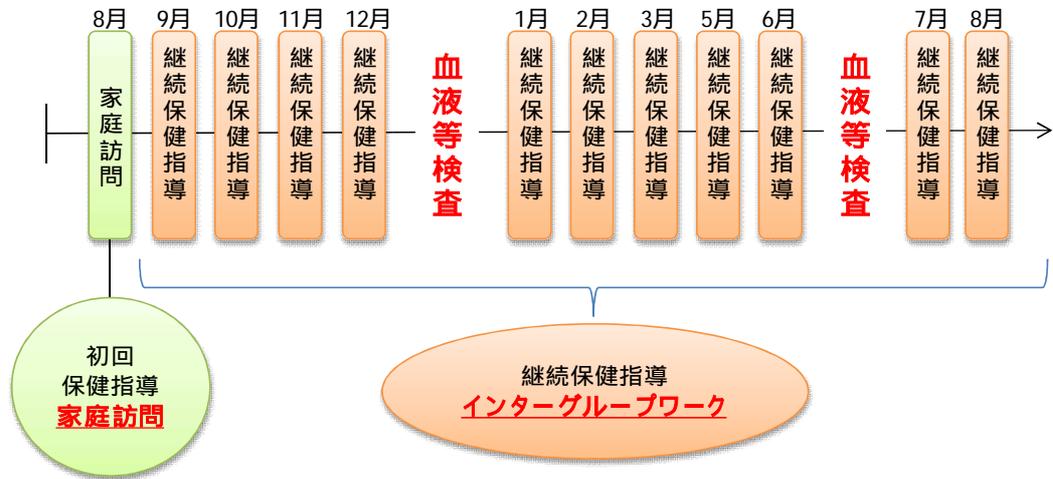
グループ運営では、参加者の動機付けとなるような聞き方や話題の流れを作る声かけ等、自分の技量の乏しさに直面しました。改めて参加者の声をプロとしての視点をもってよく聴くことや参加者の理解に合わせた進行の大切さを感じました。本気で参加者の現状を思い、改善に向けて結果を出し継続できるように支援をすると、保健師・栄養士の意識や技量が変わります。(海老名市 保健師)

3 継続保健指導の基本プログラム

(1) 基本プログラムの流れ

- ア 季節やイベント等を考慮し年間を通じた変化を把握するため、継続保健指導の基本プログラムを1年間で設定。終了後も経過を確認するため、必要時継続保健指導を実施した(2~3年間)。
- イ 生活改善の動機付けを強固にするため、継続保健指導 ~ は短期間で実施。その後は1回/1か月程度の実施とする。
- ウ 生活改善の取組み開始から2~3か月後に血液等検査を実施し、生活改善の取組みの評価と行動変容の動機付けをする。血液等検査は特定健診を活用する。

図6 基本プログラムの流れ



エ プログラムを実施する際の留意事項

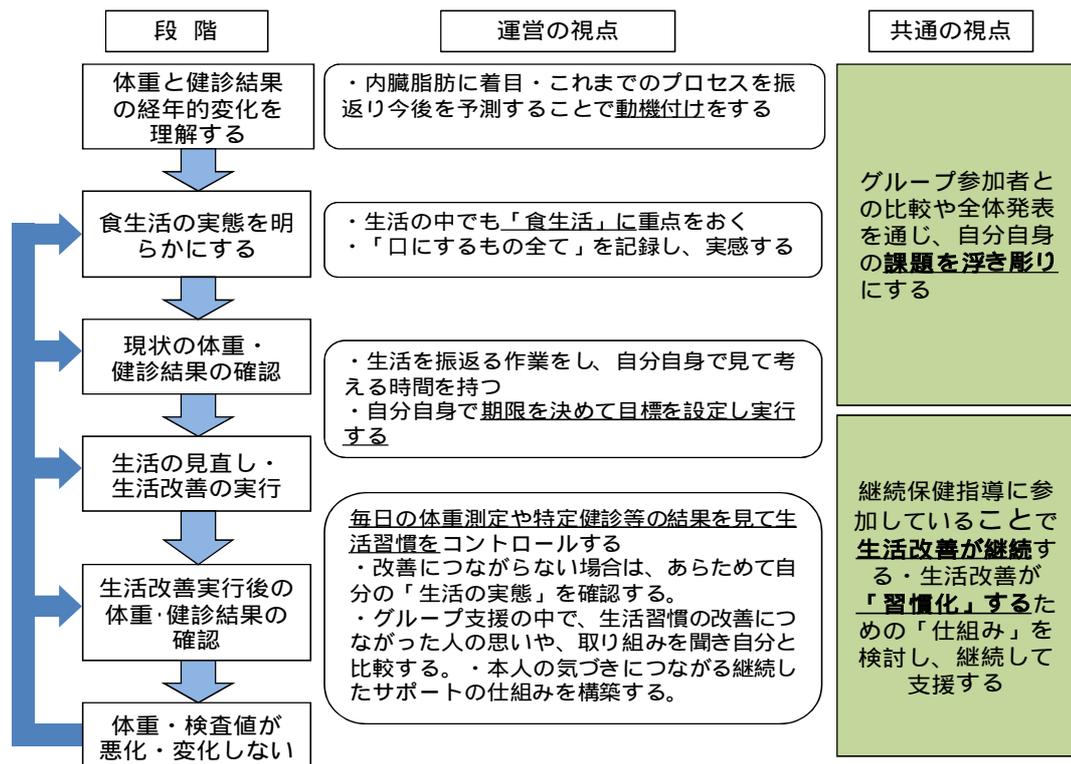
- (ア) 受診・服薬状況の確認を随時行う。受診に関しては、「標準的な健診・保健指導プログラム⁴」健診判定と対応の分類を参考に、受診勧奨等を行う。
- (イ) 必要時、主治医と連携をとる。
- (ウ) 合併症のリスクが高い、生活習慣の改善が進まない等の場合、必要時、個別支援を実施する。

⁴ 厚生労働省 健康局：標準的な健診・保健指導プログラム[改訂版]、2013、p83~101

(2) プログラムの内容

継続保健指導(インターグループワーク)は、図7のとおり各段階と運営の視点に留意してすすめていく。これを全11回の中で繰り返し行う。参加者は、自身の生活習慣を意識し、生活を変え、検査値が変わることを、実践を通して理解していく。

図7 継続保健指導の運営の視点



各段階と運営の視点を加味しプログラムの内容を作成した。グループ活動の過程で次の課題が見えてくることを大切に、参加者の感想を重視して、希望に応じて次回の内容等を決定していく。

表5 全11回のプログラム内容

回数	プログラム内容	回数	プログラム内容
1回	生活改善の動機付け	7回	健診結果から今後の食生活の取り組みを決める
2回	口にした物の実態を明らかにする (全体)	8回	健診の結果を予測する
3回	口にした物の実態を明らかにする (油)	9回	生活習慣改善を継続する仕組みを考える
4回	口にした物の実態を明らかにする (塩分)	10回	健診の結果と予測した目標の差が何によって生まれたか検証する
5回	健診結果と経過を振り返る	11回	1年間の総合評価
6回	検査値の改善目標を設定する		

(3) グループ編成

- ア 1 グループ5～8人程度(自分のことを話す時間が取れる人数)
- イ 同じ課題を持つ者で構成し、重症度別、年齢別、疾患別(高血圧、高血糖等)など、メンバーの話し合い時に効果的と思われるグループ編成にする。
- ウ グループのメンバーは固定にする。



4 継続保健指導(インターグループワーク)の実際

(1) 1回目:生活改善の動機付け

項目	内容	媒体
目的	<ul style="list-style-type: none"> 自分のプロセス(過去から現在まで、生活と検査値がどう変化してきたか)を振り返り、事例や仲間の体験を通して自身に置き換え、今後の予測ができるようにする。 取り組みをスタートするための動機付けを行う。 	【媒体 4】脳梗塞をおこした事例(65歳)
【全体】	一人一人の経年的変化を通して生活習慣病の特徴を伝える。	【媒体 5】経過表
【グループ】	自分の状況と事例を対比しながら自己紹介  <small>ウ 運営の実際例参照</small>	
【全体】	体内で起きている変化や内臓脂肪が様々な健康障害の源になることについて説明	【媒体 2】血管の状態の変化の図 【媒体 3】氷山の一角 【媒体 6】内臓脂肪 【媒体 7】内臓脂肪 与える影響
【グループ】	今の自分の段階、今後について話し合う	
【全体】	グループで話された内容を発表し、全体で深める	

ア 運営上のポイント

生活習慣病のそもそもの原因が内臓脂肪であること、薬は根本的な解決にはならないこと、生活習慣を変えたら、検査値が変わることを理解してもらう。

これまで意識してこなかった自分の身体の状態について、事例を通して今自分がどの段階にいるのか、血管の状態はどうなっているのか、このままいくと自分の身体は将来どうなっていくのかを意識し、生活を変える必要性を実感してもらい、これからの取り組みの動機付けとする。

対象者に配布する媒体は、継続的に使用するものも多くあるため、ファイルを一人1冊配布し、資料として毎回持参してもらう工夫が必要である。

イ 全体運営とグループ運営のポイント

全体運営	グループ運営
<ul style="list-style-type: none"> 事例は各自治体の教室の参加者等、より身近な例で説明する どんな生活をしていたらどう検査値が変化し、生活習慣病を発症したかを端的にみせる 始まりは「内臓脂肪」を強調 検査値の変化は、いつから何が出現したか 異常値が数項目重なると危険と強調する 検査値から血管状態(動脈硬化までの血管の変化)の関係を合わせてみせる 	<ul style="list-style-type: none"> 膝と膝をつき合わせるくらい、なるべく小さくグループの輪を作る 全体で紹介した事例にならぬ、各自が自分のプロセスをたどれるように質問していく が健康によい等の How to 話になったらプロセスの話にもどす(How to は逃げ。プロセスを語ることで危険な状態にある自分と向き合える) グループリーダーは、話し手の話に身を乗り出して聞く(p27の写真参照)

ウ 運営の実際例



グループリーダーが心がけていること

- 1) 60歳、70歳の参加者が多い場合は、20歳の時の体重が目安になる。20歳の時の体重を基準に、いつから体重(内臓脂肪)が増え始め、検査値が変化したかを語り、意識してもらう。
- 2) 体重と検査値の変化が同じ傾向になることを事例と対比しながら説明し、今後の見通しへ思考をもっていく。
- 3) 最初の人はひとつひとつ丁寧に聞く。(2人目からは1人目と同じ様に話せる)

<p>グループリーダー 体重が増え始めたのは何歳くらいですか？</p> <p>Aさん 30歳くらいですかね。 仕事の付き合いも多くて、とにかくよく食べていた。かなり太っていたよ。</p> <p>グループリーダー 付き合いが多いとアルコールも？</p> <p>Aさん お酒は毎日、かなりの量を飲んでたね。 アルコールなら何でも。ビールなら大ピン3本は余裕だったよ。</p> <p>グループリーダー 血圧やコレステロールが高くなり始めたのいつ頃ですか？</p> <p>Aさん 35歳くらいかな。血圧は140くらいあったかもしれないな。 あの頃は仕事をバリバリやっていた時で、ストレスもかなりあったと思う。</p> <p>グループリーダー 忙しかったんですね。35歳からだと、血圧はもう30年以上になりますね。 お薬はいつから飲んでいますか？</p> <p>Aさん 40歳くらいかな。それからずっとね。</p> <p>グループリーダー 25年間飲んでるわけですね。他には？</p> <p>Aさん コレステロールも高いと言われていたと思うよ。</p> <p>グループリーダー 何歳くらい？ どれくらい高かったですか？</p> <p>Aさん 43か44歳くらいかな。いくつあったかは覚えていないな。気にもしていなかったからね。</p> <p>グループリーダー 30代で血圧、40代でコレステロールが増えて2つ。 その頃、体重は何キロくらいでしたか？</p>	<p>体重(内臓脂肪)がいつから増えたかを意識する。20歳の体重と比べて何キロ増えているか。</p> <p>検査値がいつから増えたか</p> <p>検査値が異常値になって何年経過しているかを意識する。</p> <p>検査値がいつから増えたかを意識する。ひとつひとつ聞いて意識化する。</p> <p>検査値の重なりを意識する。体重の増加と検査値を関連づける。</p>
---	--



グループリーダーは身を乗り出して話を聞く

グループ話し合いの様子

参加者の声

「医療機関を受診することにした」
 「自分はカツカレーを食べている場合ではないんだ」
 「体重が減っているのに数値が上がっているのはなぜか」
 「教室に来たくなかったが、保健師が訪問してくれたので参加した」

スタッフ

これまで語らなかった自分自身の経過を語りだしたり、多くの参加者が、継続保健指導に参加して動機付けされ始めた…

エ 媒体の意図

【媒体 2】 血管の状態の 変化の図	動脈硬化までの血管の変化と目安となる検査項目を示し、今の血管の状態を意識してもらう。
【媒体 3】 氷山の一角	薬は根本的な解決にならないこと、内臓脂肪を減らすことが重要であることを伝える。
【媒体 4】 脳梗塞をおこした 事例(65歳)	生活習慣病はどのような経過で重症化するのか、そのプロセスを事例で示す。内臓脂肪の蓄積から始まり、複数の検査値の異常が重なり、生活習慣病になっていく経過がわかるもの。(一事例について経過を追って説明しながら活用)
【媒体 5】 経過表	これまでの生活と検査値を振り返り、自身の経過(プロセス)を明らかにするもの。(初回保健指導でも使える)
【媒体 6】 内臓脂肪	内臓脂肪が原因であることを印象づけるためのもの。内臓脂肪の写真はほとんど見たことがないので対象者にはとても新鮮に映る。
【媒体 7】 内臓脂肪 与える影響	内臓脂肪が蓄積すると、脂肪細胞から良いホルモンの出が減少し、悪いホルモンの出が増加することを伝える。



相手の話に身を乗り出して聞く

これはコミュニケーションの基本とよく言われていますが、久常顧問もこの点をよく強調していました。継続保健指導では、正しい食事バランスや運動の仕方等の情報提供は極力せず、この「相手の話に身をのりだして聞く」ということがグループ運営者にとって必須の姿勢です。

継続保健指導では参加者それぞれ発言の機会がありますが、日々疑問として感じている食の質問や、テレビで放送された健康情報なども飛び出てきます。支援者はともすると、指導してしまいがちですが、あくまで意図を持った質問で相手の話を掘り下げていき、時には参加者それぞれの話を対比させたり、共通項をみせたりしながら、参加者の思考をまとめていくのです。相手の話を引き出すことで生活習慣の課題を浮かび上がらせる、これが難しい技術でした。(海老名市 保健師)

(2) 2回目:口にした物の実態を明らかにする (全体)

項目	内容	媒体
目的	・食生活の実態を明らかにし、どこに偏りがあるか、自ら意識化させる。	
【全体】	・前回の内容を振り返り、内臓脂肪がもたらす影響を伝える。 ・自分が口にしたものの実態を明らかにし、どこに偏りがあるかを掴む方法について説明する。	
【グループ】	・各自が昨日起床から就寝までに口にしたものを思い出しながら記入表に書き出す。	[媒体 8] 食事記録用紙 [媒体 9] エネルギー表 [媒体 10] 食事記録用紙(記入例)
【全体】	・80kcal を「 」に置き換え、口にしたもののエネルギー量を換算する方法について説明する。	[資料編] ○○(まるまる) 食事早見表
【グループ】	・各自が記載した記入表を、「 」に置き換える作業をする。摂り過ぎ、不足などの偏りについて話合う。	
【全体】	・各自の必要量とバランスについて説明し、 ・特徴のある参加者の状況などを紹介してもらい、自ら偏りを再度意識化する。	 ウ 運営の実際例参照

ア 運営上のポイント

検査値を悪くしているそもそもの原因は内臓脂肪の蓄積であり、内臓脂肪が蓄積する原因は食にある。その原因を見つけるために、まず食の実態を明らかにする。

一人ひとりに「持ち点」(必要な総エネルギー量)と「配分」(食品の分類毎にエネルギー量)があることを知り、摂り過ぎているところ、不足しているところを明らかにしていく。1回の食事記録で食習慣のすべてを語れないが、大掴みに自分の傾向を知る。30人の参加者がいれば、30通りの食習慣が明らかになる。他者の話を聞くことにより、「自分も同じようなものを食べているな」「メロンパンに「 」が5個つくんだ」と自身に置き換えて考え、面白さと驚きを持って印象づけることが期待される。

「何をどのくらい摂れば良いのか」「どんなもので摂り過ぎているのか」「不足しているのか」を明らかにし、言葉にして話すことで、明らかになった事実を意識化する。

イ 全体運営とグループ運営のポイント

全体運営	グループ運営
<ul style="list-style-type: none"> ・「多い」「少ない」を聞くだけでは不十分 ・「どんなもので」「どのくらい」摂ったのかを聞く ・「意外なもので摂っていた」という食品を出してもらう ・驚きや気づきを意図的に出す 	<ul style="list-style-type: none"> ・多いところ、少ないところを言葉に出して意識してもらう ・どんなもので摂っているか、他者の発言を通して思い出したり、気付いたりする ・メンバーで対比して考えることができるようにする(野菜が多く摂れている人、不足している人がグループ内にいたら、できている人はどうしてできているかを聞く)。 ・「○」への置き換えは、[資料編] ○○(まるまる) 食事早見表を使いながら、参加者と一緒に調べる。

ウ 運営の実例



全体運営が心がけること

- 1) どんなものでエネルギーを摂りすぎていたかを気付いてもらう
- 2) 何が多く、何が少ないのか、食の偏り(特徴)を言葉に出して意識してもらう
- 3) いつ、誰と、どんな時間に何を食べているのか、無意識の習慣を意識化する

全体運営 | 多かったところ、少なかったところはどこですか？

Aさん | 多かったところは嗜好品で8オーバーでした。

全体運営 | どんなもので摂っていたんですか？

Aさん | お昼のメロンパンとお風呂あがりに食べたアイスクリーム。昨日はプールに行く日だったからね、その前にいつもパンを食べていくの。パンだと手軽でしょ。でもこっち(嗜好品)になるなんて思わなかったよ。メロンパンで「 5個」ね。

フロア | (ザワザワ) メロンパンで「 5個」!?

全体運営 | メロンパン1つで「 5個」は確かにすごい。ご飯だと何杯分に相当する?

フロア | ごはん2杯分だ。

Aさん | ごはん2杯分も! ? ごはん2杯は普段でも食べないよ。ははは。

全体運営 | アイスクリームはどのくらいでした?

Aさん | ハーゲン ッツだから「 3個」だって(栄養士に)言われたよ。

保健師 | 高級なアイスは「○の数」も立派でしたね。

Aさん | でも普段は食べないよ。昨日は暑かったからたまたまね。

全体運営 | 確かにこう暑いと、夏はアイスが食べたくなりますね。普段食べなくても季節的に多くなる物もありそうですね。

持ち点、配分に対してどうだったか

「 5個」がどれだけの量を意識しやすく、印象づける

同じようにメロンパン食べていた人や、意外なもので「 5個」を多く摂っていたものを聞いてもよい。さらに印象に残る。

普段食べなくても、季節によってつい多く摂ってしまうものがあることに気付く。果物も季節によって摂りすぎる傾向にある。

エ 媒体の意図

【媒体 8】 食事記録用紙	「食の実態」が明らかになる食事記録用紙を使用する。食事記録用紙には、一人ひとり異なる、1日の必要エネルギー量が記載されている。「○」への置き換えは、【資料編】○○(まるまる)食事早見表を一人1部持ち、それを見ながら各自が作成していく。
【媒体 9】 エネルギー表	【媒体 8】食事記録用紙の裏面。必要エネルギー量と、「持ち点」および「配分」表が記載されている。自分で口にしたものを記入していく用紙。どんなもので摂っているのか、摂り過ぎているところを減らし、逆に不足しているところは摂らないといけないと気付いていく基礎資料となる。
【媒体 10】 食事記録用紙(記入例)	食事記録の見本として使用。1~5列(時間~量)までを印刷して、参加者の手元に「見本」として渡すと、記入がスムーズになる。

(3) 3回目:口にした物の実態を明らかにする (油)

項目	内容	媒体
目的	<ul style="list-style-type: none"> ・「油の摂り方」を含めた食生活の実態を明らかにし、自身の食生活の問題点をつかむ。 ・食生活の中でどこを変えていけばいいのかを参加者自ら考え、エネルギー所要量とそのバランスを意識できるようにする。 	
【全体】	<ul style="list-style-type: none"> ・今までの内容を振り返り、内臓脂肪がもたらす影響、事例を使い、重症化の経過を伝える(第1回(p26)の媒体を活用)。 ・自分が口にしてしているものの実態を明らかにし、どこに偏りがあるかを掴む方法について、前回の確認をする。 	
【グループ】	<ul style="list-style-type: none"> ・各自が昨日口にしたものを思い出しながら記入表に書き出す(第2回同様記入表を活用)。 	[媒体 8] 食事記録用紙 [媒体 9] エネルギー表 [媒体 10] 食事記録用紙(記入例)
【全体】	<ul style="list-style-type: none"> ・80kcalを「 」に置き換え、口にしたもののエネルギー量を換算する方法について説明する(第2回同様[媒体 12]エネルギー表を活用)。 ・栄養士による説明。 	[資料編]〇〇(まるまる)食事早見表
【グループ】	<ul style="list-style-type: none"> ・各自が記載した記入表を、「 」に置き換える作業をする。 	
【全体】	<ul style="list-style-type: none"> ・「油」のエネルギー量と「 」への置き換えについて説明する。 	[媒体 11]「油」について
【グループ】	<ul style="list-style-type: none"> ・各自が「油」について「 」への置き換えをする。 	
【全体】	<ul style="list-style-type: none"> ・「油」の摂り方を含め、各自の必要量とバランスについて説明し、各自の結果から偏りを意識化させる。 ・グループ話合いの中から「油」に関する疑問等を全体で解決していく。 	[媒体 12] 隠れ油

ア 運営上のポイント

「持ち点」「配分」があることを再度認識する。どこが多く摂りすぎていて、どこが少なかったのか、口に出して意識する。意外な物で「 」を摂っていたという食品を紹介したり、驚きや共感するような例は印象に残り、意識しやすいので意図的に聞く。また良くない例こそ学びがあるので取り上げる。事実を恥ずかしくなく出せるような配慮も忘れないようにする。

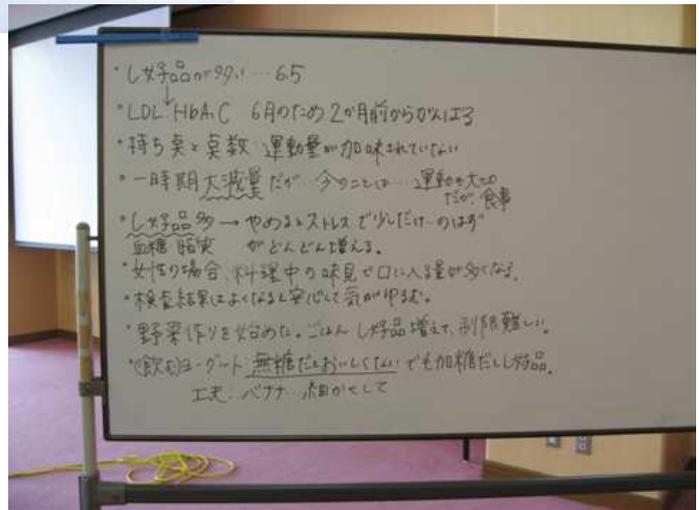
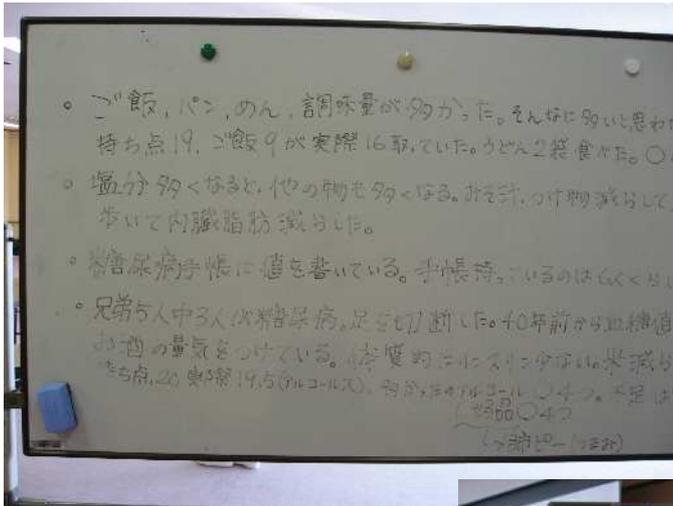
この頃から毎日の体重計測で内臓脂肪を意識できるようにする。体重記録表([媒体 13] 体重・血圧の記録)を配布する。毎日の記録として各自が自宅で取組みを行った。

イ 全体運営とグループリーダーの運営上のポイント

全体運営	グループ運営
<ul style="list-style-type: none"> ・アボカド・ピーナッツなど意外な物が油だったという気付きを拾う。 ・面白いエピソードや驚きがある意見は記憶に残りやすいので大事にする。 ・前回の食事記録と比べてどう変わったか変化を聞く。 	<ul style="list-style-type: none"> ・多かった、少なかっただけの認識では不十分。どんなもので油を摂っていたのか、具体的な物を言葉に出して語ってもらう。(自分と他の人も意識できる)

ウ 媒体の意図

<p>【媒体 11】 「油」について</p>	<p>=80kcal への置き換えの目安を示した。 素揚げ、天ぷら、フライなど調理の仕方によって油の量が異なるため、調理法別の早見表とした。 量によって「 」の数は異なるが、ここでは全て1人前とした。</p>
<p>【媒体 12】 隠れ油</p>	<p>油としてはカウントしないが、食品等に含まれる油を「隠れ油」として表現し、比較的脂質の多いものを掲載した。</p>



情報の嵐！

今日も TV・雑誌では 健康に良い食品 を紹介しています。マスメディアの力はすごいもので皆さん信用して、私たち(一応専門家)が「それは万能じゃないよ」という言葉には耳を貸してくれません。痩せる、血圧・血糖が下がる、認知症予防になるなどで今までかなりの食品が脚光！？を浴びてきました。(納豆、酢玉ねぎ、ココナッツオイル、えごま油、アーモンド、赤ワイン etc...)

そのような効果が期待できる成分が入っているかもしれませんが、摂りすぎの害や効果の個人差については小さなテロップで伝えられるのみ、まるで摂れば摂るほど効果がありますよといわんばかり。要は【主食・主菜・副菜を揃えてバランス良く食べること】それだけで健康って保たれるのです。しかし、氾濫する健康と言われる食品...どれを選べばいいか.....。住民さんに納得してもらうため私自身、情報の嵐をかいくぐり正しい食を伝える術を磨きたいと思う今日この頃です。(海老名市 管理栄養士)

(4) 4回目:口にした物の実態を明らかにする (塩分)

項目	内容	媒体
目的	<ul style="list-style-type: none"> ・「塩分」に着目し、食生活の実態を明らかにし、自身の食生活の問題点をつかむ。 ・塩分摂取と血圧の関係について理解する。 	
【全体】	<ul style="list-style-type: none"> ・前回の内容のふりかえりをする。 ・今回は「塩分」に着目し食生活の実態を更に明らかにする。 ・食事記録の作業方法を説明。 	
【グループ】	<ul style="list-style-type: none"> ・昨日、口にしたものを全部を食事記録表に書き出す。 ・80kcal= への置換え、塩分の入っているものをチェックをする。 	【媒体 8】食事記録用紙
【全体】	<ul style="list-style-type: none"> ・塩分摂取量の目安、塩分を多く摂取し過ぎた場合の問題点、塩分と血圧の関係を説明 ・塩分のチェック方法の説明。 	【媒体 14】血圧と塩分の関係
【グループ】	<ul style="list-style-type: none"> ・「塩分」も含めて、各自の必要量とバランスをグループ内で話合う、各自の食の実態の「特徴」を意識化する。 ・各自が塩分量を早見表を見ながらカウントする。 	【媒体 8】食事記録用紙 【媒体 9】エネルギー表 【資料編】食塩量の早見表
【全体】	<ul style="list-style-type: none"> ・各グループで特徴的な事例を全体発表する。 これにより、各自の食の実態をさらに意識化する。  運営の実事例参照	

ア 運営上のポイント

塩分をとるとなぜ血圧が上がるのか、しくみを簡単に説明する。食事記録から塩分量を算出する。1日に目標とする塩分量に対してどのくらい多いか、何で摂っているかを意識する。多く摂っている人の血圧はどうか？塩分と血圧の関係が理解できるようにする。

参加者の声

「アボカドは野菜だと思ってたくさん食べていた。油だったなんてショック」
 「やせようと思ってご飯を減らしてみたら、お腹がすいてお菓子をいつも以上に食べ、結果的に嗜好品が多くなってしまった」
 「ご飯の持ち点を酒に変えているから、トータルでは基準値内だからいいでしょ」
 「ラーメンの汁を残せば2gの減塩になるんだね」
 「ドレッシングは油を摂ってしまうから、サラダにはポン酢をかけている」
 「乳酸菌飲料や果物は体にいいと思ってたくさん摂っていた」
 「野菜を食べ過ぎて、害はないんですか？」

スタッフ

持ち点だけでなく、配分も重要と何度でも伝えたい・・・

イ 全体運営とグループ運営のポイント

全体	グループ
<ul style="list-style-type: none"> ・塩分が多い食品に気付いてもらう。 ・うす味でも量や回数多く食べると塩分を摂ってしまうことに気付いてもらう ・塩分チャンピオンなど、あそびを加えて多く摂っていることを意識させる ・塩分の多い人は血圧はどうか？塩分と血圧の関係を実感してもらう 	<ul style="list-style-type: none"> ・多かった、少なかつただけの認識では不十分。どんなもので塩分を摂っていたのか、具体的な物を言葉に出して語ってもらう (自分と他の人も意識できる)。

ウ 運営の実際例



全体運営が心がけていること

- 1) どんなもので塩分を摂っているかを意識する
- 2) 塩分と血圧の関係を意識する

Aさん	(塩分は)相当多かったよ。12グラム。	
全体運営	どんなもので摂っていたんですか？	「どんなものでどのくらい」 摂っているかを意識してもらうために聞く
Aさん	朝の味噌汁と目玉焼き、 夕飯の寿司、それからつまみでサキイカね。 寿司が多かったかな～	
全体運営	どのくらい？	
Aさん	え～と、、、寿司は7グラムだ。	
フロア	えーーーー！！(ザワザワ) (寿司ってすごいな～1日分だ)	
全体運営	寿司で7グラム、確かにこれ <u>で1日分</u> でしたね。 サキイカは？	多い食品を驚きを持って意識できる
Aさん	2グラム。	
全体運営	寿司と、サキイカで9グラム。	
フロア	もう(1日分)オーバーだ。	
全体運営	12グラムより多かった人います？	
Bさん	13グラム！(手を挙げる)	あそびを取り入れる 「多い」ことを恥ずかしがらず、楽しみながら意識化できるように
フロア	(ガヤガヤ)	
Cさん	私は16グラム！	
全体運営	じゃあ塩分チャンピオンはCさんですね。 Cさんは <u>どんなもの</u> でそんなに摂っていた？	
Cさん	味噌汁と、漬け物と、納豆 柿ピー	
全体運営	何が多かったですか？	
Cさん	特に多いものはないんだけど16gになった(笑)。 あ、味噌汁と漬け物は(朝昼夕)3回ずつね。	
全体運営	味噌汁と漬け物は毎食欠かせないんですね。 塩分が少ない食品でも、量をとれば同じなんですね。	塩分を多く摂ってしまうには2パターンの摂り方があることに気付く
全体運営	塩分チャンピオンのCさん、血圧はどのくらいですか？	血圧が高いことと塩分量が多いことを体験をもって自覚できる

エ 媒体の意図

【媒体 14】	塩分と血圧の関係について、絵でわかりやすく説明できるようにした。
血圧と塩分の関係	

(5) 5回目:健診結果と経過(生活歴・検査値の変化・治療歴)を振り返る

項目	内容	媒体
目的	・各自のこれまでの生活や検査値等の変化について「経過(プロセス)」を振り返る。	
[全体]	・これまでの継続保健指導(インターグループワーク)のふりかえりをする。 ・直近の血液等検査の結果、過去の健診結果から「各自の経過」を振り返る。 ・自身の生活の見直しを考える。 ・経過表の記入方法について、事例を使って説明。	[媒体15]事例
[グループ]	・経過表を記入する。	[媒体16]経過表
[グループ]	・経過表をもとに各自のこれまでの経過をグループ内で話合う。これまでの経過を各自で意識化する。	
[全体]	・各グループで特徴的な事例を全体で発表する。事例と対比し、各自のこれまでの経過をさらに意識化する。	

ア 運営上のポイント

いつから何の検査値が高くなってきたのか、生活と検査値の変化から、異常値の重なりがわかり、徐々に悪化していること、事例と対比して今自分がどの段階にあるのか、今後このままいくとどうなるかを意識する。

イ 運営の実際例

1回目(p26)参照。

ウ 媒体の意図

[媒体15] 事例	過去の参加者の事例等、身近な例で作成することで、自分の事として捉えられる。事例を通して自分の経過を振り返る助けとなる。
---------------------	---



「酒を減らすのは無理！」から「休肝日を作ります」に変わる時

参加者の中には毎日晚酌をしているという人が多くいらっしゃいました。アルコールは「し好品」に含まれ、必要な栄養には含まれません。愛飲者はそのことにまずショックを受けていました。そして、多くの人が「酒を減らすのは無理！」と断言していました。しかし、アルコールは思った以上にカロリーがあります。教室がすすみ、節酒・禁酒に取り組んだ人のデータが良くなったという報告が続くと、頑なだった参加者がいつの間にか「休肝日を作ります」という目標を挙げ始めました。スタッフから節酒・禁酒を指導しなくても、他の参加者の成果を見聞きする中で自然に変化してきたのです。(海老名市 保健師)

(6) 6回目:検査値の改善目標を設定する

項目	内容	媒体
目的	・検査値の改善目標を設定する。	
【全体】	・前回の経過の振り返りと、これまで明らかにしてきた食生活の実態をもとに、各自で検査値の改善目標を具体的に設定する。 ・リスクの個数と脳卒中・心疾患の発症危険度の関係を説明、目標はリスクを2個以下にすること。 ・目標設定シートの記入方法を説明。	【媒体 17】冰山シート 【媒体 18】危険因子の個数と心疾患の発症危険度
【グループ】	・目標設定シートを記入。各自でリスクを2個以下にするための、検査値の目標を設定し、食生活の実態に基づき、目標を達成するための具体策を考える。	【媒体 19】目標設定シート
【グループ】	・設定した目標と、目標を達成するための具体策をグループ内で話し合い、目標達成のための動機付けをする。	
【全体】	・グループで特徴的な事例を全体で発表する。これにより、目標を達成するための動機付けを強める。	

ア 運営上のポイント

リスクの個数を冰山に色を塗って視覚化して意識する。リスクの数と脳卒中・心疾患の発症危険度の関係を説明し、いかにリスクを減らすことが大切かを理解する。

これまでの検査値をみて、改善傾向なのか、悪化傾向なのか、変わらないのかを自分で分析する。

イ 媒体の意図

【媒体 17】 冰山シート	リスクの個数を視覚化して意識するために冰山シートを作成した。
【媒体 18】 危険因子の個数と心疾患の発症危険度	リスクの個数と心疾患の危険度を示し、リスク3以上は危険度が高まることを示す。
【媒体 19】 目標設定シート	検査値を表で並べ、自分の傾向を掴めるようにワークシートを作成した。

参加者の声

「子どもと同じ食事を続けていたら体重が増えた」
「職場でおやつが習慣があり、仕事を辞めても
間食する習慣が続いてしまった」
「自分なりに炭水化物を減らした」
「飴をガムに代えた」「夕食後のフルーツをやめようかな」
「洋菓子より和菓子が良いんでしょ。」

スタッフ

家族や仕事と関連した習慣が見えてきた。
回を重ねるごとに食への意識が高まっていく...

(7) 7回目:健診結果から今後の食生活の取り組みを決める

項目	内容	媒体
目的	・食生活の実態を再度確認し意識する。 ・実態を元に設定した目標を確認する。	
【全体】	・前回の内容の振り返りをする。 ・リスクの数を再確認する。 ・設定した目標を再確認する。	【媒体 19】目標設定シート
【グループ】	・食事記録から食の実態を再度確認する。	【媒体 8】食事記録用紙 【媒体 9】エネルギー表
【全体】	・参加者の中から事例を紹介する。 リスクの数、経過、目標と実際の取り組み等	
【グループ】	・事例と自身の状況を比較する。 ・グループ内で実態にもとづいた対策ができていないか目標に沿った食の実態になっているか話し合う。	
【全体】	・グループで特徴的な事例を全体で発表する。	

ア 運営上のポイント

今回の参加者の事例を取り上げ、対象者とのやりとりを通して、検査値と生活の関連、体重の関連を理解する。

対象者なりに取り組んでいること、その結果がどう検査値に結びついているのか、検査値をコントロールするということはどういうことかを事例を通して一人ひとりが考える。

参加者の声

「周囲(仲間)の言葉から(病院に)行く気持ちになった」
 「(食生活を改善し続けられたのは)今はまだ勢いで続けている」
 「塩分やお酒を減らし、間食や清涼飲料水をやめた」
 「野菜の量を増やし、野菜から食べることを実行した」
 「家に食べ物を置かない、食べものが視野に入らないようにしている」
 「野菜中心にしたら、力が出なくなりそうだったと思ったが、そんなことはなかった」
 「油と塩の多いものは美味しいと思うものばかり、無くすとつまらない」

スタッフ

仲間の変化を見て、今まで頑なだった参加者も体重記録を付け始めました・・・
 「グループで指導する効果」と実感しました・・・



氷山モデルの進化

内臓脂肪の問題をわかりやすくしたものとして氷山のイラストが大活躍しました。生活習慣病のリスクを説明するために最初に使った図は顧問の著書からいただいたものですが、4コマ漫画のようになっているものを訪問時の説明などに使いました。

その後、丈夫な紙に大小の氷山の絵を描き、裏にマグネットをつけてホワイトボードで氷山の大きさの変化を説明できるように工夫しました。

さらにセミナーの内容が進んできたところで、参加者個人の氷山を描いてみようということになりました。線で描いた氷山に自分のデータに合わせて塗り絵をして自分の氷山を浮かび上がらせました。そして服薬により正常値になっている場合の表現の工夫、内臓脂肪を表わす水面下の氷山の大きさを20歳の時からの体重の増加量によって変える工夫、治療レベルの数値の場合は氷山の頂上に旗を描いて目立たせる工夫などをおこなっていきました。(海老名市 保健師)

(8) 8回目:健診の結果を予測する

項目	内容	媒体
目的	・特定健診の検査結果を体重や生活改善の取り組みとの関係で予測する。	
【全体】	・前回の内容の振り返りをする。	
【グループ】	・過去の検査結果、これまで取り組んできたことを検査結果シートを用いて目に見える形で整理する。	【媒体 20】検査結果予測シート
【全体】	・参加者の結果予測を発表する。 ・リスクの重なりに着目して生活状況とあわせて分析、予測数値を読み解く。	
【グループ】	・事例と自身の状況を比較する。 ・グループ内で自分自身が検査結果をどのように予測したかを確認する。	
【全体】	・グループで特徴的な事例を全体で発表する。	

ア 運営上のポイント

これまでの検査値、体重の変化、取り組んできたことを踏まえ、体重の変化との関係で自分の予測をたて、自分の身体を使って実験し、健診結果をとおして確かめていく過程を踏む。

結果の予測は、まずは次回健診時の体重を予測する。そして自分が取り組んだことから検査値の予測をする。最初は他人の体験を聞き予測してもいい。自分の生活の実態など、関連する可能性がある様々な事を思い出し、体重の変化との関係で検査値の予測をたて、自分の身体がどう変化するかを考える。

イ 媒体の意図

【媒体 20】 検査結果予測シート	検査結果を予測するために、検査値と取り組み内容がわかる作業シートを作成した。
-----------------------------	--



グループの話し合い

継続保健指導では、課題が与えられグループ内で話し合う時間が複数回あります。その時間が重要で、様々な意見が出てきます。参加者がどんなことを考えているかポロリとでる言葉が大切です。また質問事項もでてきます。そこで答えたくなるのですが、ここは答えるべきか否か、共有の課題とすべきか。判断を迷っていると見送られ反省。今話し合っている内容が課題からそれていないか。実際、的から少しはずれていることも…。気が抜けない時間です。（寒川町 管理栄養士）

(9) 9回目:生活習慣改善を継続する仕組みを考える

項目	内容	媒体
目的	・継続するためのしくみづくりについて考える。	
【全体】	・前回の内容の振り返りをする。 ・継続保健指導が1年間で区切りとなり、今後の継続について考える。 ・生活習慣はどのように定着していくのか、参加者の中から事例として用いて説明。 ・体重・血圧の記録、変化の時期、変化のあった時にあった出来事について、経過を追って確認する。	【媒体 21】参加者の事例
【グループ】	・事例と自身の状況を比較する。 ・体重・血圧等の記録と自身の生活の変化をあわせて考え、どのような経過をたどっているかを振り返る。	【媒体 13】体重・血圧の記録
【全体】	・グループで特徴的な事例を全体で発表する。	

ア 運営上のポイント

事例を通して、新しい生活習慣はどのようにして定着していくのか、取り組みを継続していくには何が必要なのかを考える。

イ 媒体の意図

【媒体 21】 参加者の事例	「体重が変わらない」と話していた参加者の事例。体重記録を書き出し、どんな時に体重が増え、どんな時に減るのか。また、どのようにして生活習慣が定着していくのかを、体重の変化を通して皆で分析する資料とした。
-------------------	--

参加者の声

「空腹時血糖が下がったのに、HbA1cが下がらないのはなぜ？」
 「血糖値が下がらないのは、内臓脂肪だけの問題ではないと思う」
 「HbA1cって何ですか？」「インシュリンって何だ？」「ストレスがHbA1cにどう影響するのか」
 「お菓子は、食事と一緒に食べるのと、間食で食べるのとどっちが良いの？」
 「クリニックの医師に『市でこんな教室をやっているのか、いいな』と言われた」

スタッフ

血糖値はなぜ上がるのかについて考えました



120分はライブ

保健師になって25年。「ベテラン保健師(?!)」と言われるようになった私は今、毎回このインターグループワークで「生きた健康教育」を目の当たりにしています。そして、保健指導技術を磨けることが嬉しいと思っています。

インターグループワークの企画や手法は私がこれまで経験したものと全然違います。「生活習慣改善」という超難問に、参加者と保健師、管理栄養士らが一体となって考え、悩み、想像し、気づき、実践し納得する……これを繰り返す120分が実に面白いのです。特定保健指導で感じていた空しさがないのです。この現場では、参加者のいきいきとした表情や躍動感がダイレクトに感じるのです。参加者が自分の超難問を自分で解決しようとする姿がそこにあります。(寒川町 保健師)

(10) 10 回目：健診の結果と予測した目標の差が何によって生まれたか検証する

項目	内容	媒体
目的	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診の結果を確認し、これまでの取組みと、検査値への影響について理解する。 ・設定した目標の達成状況を確認する。 	
[全体]	<ul style="list-style-type: none"> ・前回の内容の振り返りをする。 	
[グループ]	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診の検査結果を確認するため、作業シートに記入する。 	[媒体 22] 検査結果の変化シート
[全体]	<ul style="list-style-type: none"> ・参加者の中から事例を紹介。 ・内臓脂肪、取組み、検査値の関連性を意識させる。 ・予測値と比較してどうだったか、生活の何が影響しての結果だったのか、自身の検査値の変化と生活を振り返り、事例を参考にしながら各自で整理する。 	 イ 運営の実際例参照
[グループ]	<ul style="list-style-type: none"> ・各自で整理した結果について、グループ内で発表する。 	
[全体]	<ul style="list-style-type: none"> ・グループで特徴的な事例を全体で発表する。 	

ア 運営上のポイント

これまで取り組んだ事柄と結びつけて整理し、検査値に何が影響したのか理解する。

予測値と実際の検査値はどうだったか、取り組み内容が適切だったか、変化がなければさらにどこに原因があるのかを再評価する。



減らすだけじゃない！？おなかいっぱい食べられる幸せ

「乳酸菌飲料を毎日欠かさず飲んでます!」「大根おろしをどんぶりいっぱい食べています!」これは食事の回での参加者の発言です。かながわ保健指導モデル事業を行い、多くの方が食事に関心を持ち、それぞれの思いで食事に気を付けていることがわかりました。

食事記録を何度か行うと多くの方がお菓子、アルコールなど偏ったものを摂り過ぎ、野菜が足りていないという事実が見えてきました。好きなものを減らすことに抵抗感を見せる参加者も、「たくさん食べられる食品もありますよね?」と声掛けをすると多少表情は和らぎ、「野菜をたくさん食べるにはどうしたらよいか?」とグループで話し出しました。そして、思い思いに野菜の食べ方をチェンジしたり、食べる量を増やしたりと挑戦したことをまた教室でグループ討論しました。しばらくすると「体重が減った」「検査数値が良い方向へ変化した」という声が聞こえてきました。そうなるグループ内はやる気スイッチが ON となり、お互いに応援し合う姿が見られるようになりました。さらに、摂りすぎていたアルコールなどを減らす参加者も出てきました。

参加者同士の言葉はスッと受け入れられるようでお互いに刺激を受け、行動変容を起こす参加者を目の当たりにし、グループの「力」を知りました。(大磯町 管理栄養士)

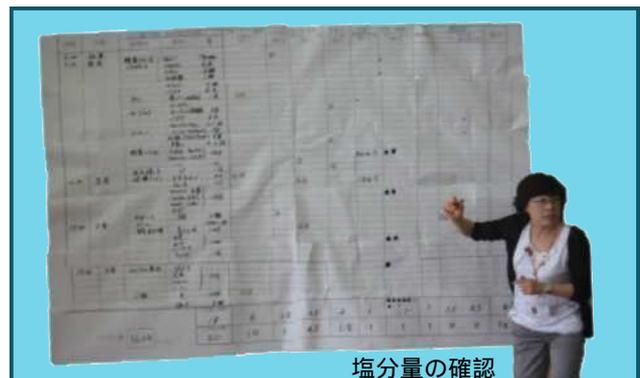
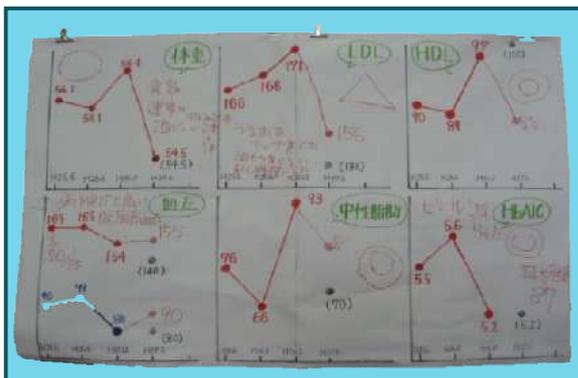
イ 運営の実際例



全体運営の保健師が心がけること

- 1) 体重と検査値が連動していることを実感する。
- 2) 改善しなかった検査値はなぜ改善しなかったのか、その原因を明らかにする。
- 3) 口に入れる物と関連づけて考える。

保健師	H26年12月からH27年6月で、体重は何kgから何kgになりましたか？	
Aさん	56.4kgから54.5kgになりました	
保健師	(グラフに線を引きながら)56.4kgから54.5kg、約2kg体重が減ったんですね。他の検査値はどう変化しましたか？	
Aさん	血圧は、 154/80 155/90 LDLコレステロール 171 154 中性脂肪 93 81 HbA1c 5.6 5.2	一時点の検査値ではなく、検査値の変化をみていく
保健師	この数値を見てAさんが気になっている数値はどれですか？	
Aさん	体重も減ったし、結果はすべて良くなると予測していたのに、どういう訳か、悪くなってしまったものがあるんですね。LDLと中性脂肪とHbA1cは下がったんですけど、血圧は上がってしまった。	
保健師	Aさんのグラフを見ると、体重が2kg減ったことで、脂質と血糖はきちんと下がっていますよね。	体重が減った事で検査値が改善した事実を明確に示す
Aさん	確かに、それはそうですね。	
保健師	血圧だけは上がっている。体重が減ったのになぜ悪化してしまったんでしょうね。血圧に関しては、他に注意すべきものがありましたか？	
フロア	塩分……！？	Aさんにとっての原因、問題を明らかにする
保健師	正解！ 血圧に関しては塩分が影響していましたね。	
Aさん	そうか～塩分ね。でも薄味にしたりして、塩分にも気を付けていたつもりだけど、そんなに摂っていたのかなあ。	
管理栄養士	(Aさんの食事記録を大きく前に張り出し、塩分量をみんなで確認していく)塩分は目標量7gのところ、Aさんは14g摂っていましたね。	
Aさん	14gですか～気を付けているつもりだったので、ビックリしました。	



ウ 媒体の意図

【媒体 22】

検査結果の変化シート

検査値をグラフにすることで視覚化した。体重の変化と検査値の変化がわかるように同じ紙上にプロットできるようにした。



参加者の声

「検査結果が良かったから、安心して少し食べ過ぎちゃったかな」
「休日は来客があり甘いものをお土産にもらってしまう」
「友達と出かけた時は外食でつい食べ過ぎてしまう」
「フルーツが送られてきたので消費するために沢山食べてしまった」
「訪問先で汗をかくからとオレンジジュースを出してくれた」
「飴をガムに代えた」「夕食後のフルーツをやめようかな」
「人の話を聞くのが一番いい」「取り組みれば結果が出るとわかった」
「アルコールを止めたら HbA1c が良くなった」

スタッフ

生活改善を実践している中での「落とし穴(誘惑や気の緩み等)」・・・季節の特徴もみられました



継続保健指導（グループ全体運営）

～検査値が悪くなっても失敗ではない～

生活習慣病予防について指導するとき、私たちは住民にまず何を期待するでしょうか。私は今まで、「検査値が改善する」ことばかりを期待していました。しかし、今回のかながわ保健指導モデル事業を通して、それはとてつもなく困難なことであることを痛感しました。

たとえば、「酒だけはやめられない」「甘いものをやめるくらいなら死んだほうがマシ」と言う人に対して、どのように声をかけるでしょうか。今までは、「やめなくてもいいから量を減らしてみては？」とか、「エネルギー量の低いものにしてみては？」など提案し、どうにかしてすぐに生活習慣を変えさせようとしていました。

しかし継続保健指導の中で、「いいんじゃない。食べたいものを食べて。それで検査値がどうなるか、実験してみましょよ。」

久常顧問の指導は衝撃でした。そんな保健指導は聞いたことがありませんでした。

保健師の提案を押し付けるのではなく、住民自らが生活習慣から検査値を予測し、どう変化するか(しないか)を自分の身体で実験し、結果がどうだったか確認します。そうすることで初めて生活習慣とデータの結びつきを実感することができ、そこから「次はこうしてみよう」という気持ちが生まれ、取り組みにつながっていくのです。

検査値を一瞬でも悪化させてしまうかもしれないと思うと、この方法はかなり勇気がいります。専門職としてきちんとデータを見極めながら、住民自身に行動を任せてみることで、そして『なぜそのような結果になったのか』を一緒に振り返る。すぐに改善させようとするのではなく、まずは「検査値を改善するための動機付け」をどのようにさせるかが大切であるということ学びました。(大磯町 保健師)

(11)11 回目：1年間の総合評価(自分で判定)

項目	内容	媒体
目的	・1年間の継続保健指導の振り返りと生活習慣の改善の取り組みやその継続について考える。	
【全体】	・前回の内容の振り返りをする。	
【全体】	・継続保健指導参加時からこれまで体重及びリスクの変化、目標の達成状況、継続保健指導の卒業・生活習慣の改善の取り組みやその継続の意思について、参加者全員が発表。	【媒体 23】参加者の発言記録
【グループ】	・生活習慣の改善の取り組みを継続するためにどうしたらいいか、取り組みが停滞するのはどんな時か(予測と対策)をグループ内で考える。	
【全体】	・グループで特徴的な事例を全体で発表する。	

ア 運営上のポイント

これまでの取り組んできたことに対して体重及びリスクの変化、目標の達成状況を総合的にみて自分を評価する。継続保健指導の継続参加について自己評価と結果から考える。改めて体重の変化をキーとして生活と検査値の関連性を意識し、新しい生活(改善)がどのように習慣化していけるのかを確認する。

イ 媒体の意図

【媒体 23】 参加者の発言記録	一人ひとりの総合評価が一目でわかるように一覧表を作成した。一人ひとりに発表してもらいながら書いていくことにより、今まで取り組んできたことの結果が整理される。参加者全員の様子がわかるため、仲間の結果に興味を持って聞ける。
---------------------	---



生活習慣病が及ぼす地域への影響について

人工透析患者の医療費(一般的に500~600万円/年間)は障害者手帳を所持していれば、障害者の制度で支払われていると思っていました。しかし、障害者制度で支払われているのは、全体のごく一部でした。大半の患者の医療費はどこが支払っているのでしょうか?皆さん調べてみてください。

また、国保医療費の毎年の金額、医療費の中の生活習慣病やそれ以外の疾患の占める割合や金額も調べるとおもしろいです。KDB(国保データベース)システムを活用すると現状がわかり今後の対策を考える機会になります。

そして住民の生活習慣病が重症化した場合にどのような影響があるか予想し対応策を職場内で検討する機会を持つことをオススメします。

ちょっと面倒ではありますが、調べ、尋ねる中で次から次に分からないことを発見し楽しいですよ。

(寒川町 保健師)

(12) 継続保健指導の媒体

【媒体 4】脳梗塞をおこした事例(65歳)



【媒体 5】経過表

姓 () 氏		20歳のときの体重								計	
		kg								日	月
これまでの検査値と経過史を振り返ってみよう！											
20歳	30歳	40歳	50歳	60歳	70歳	80歳					
検査項目	検査結果	判定									
標準体重 [kg]	50.6										
BMI	24.9以下										
HDL-C [mg/dl]	5.5以下										
尿糖	(-)										
尿糖検査											
血圧 (mmHg)	129/87/84以下										
中性脂肪 [mg/dl]	149以下										
LDL [mg/dl]	119以下										
尿酸値 [mg/dl]	6.8以下										
血糖値 [mg/dl]	100以下										

● 動脈硬化までの血管の変化

① 血管の弾力性が著明に低下
② 血管が狭くなる
③ 動脈硬化

炎症

血管

【原因となる検査項目】

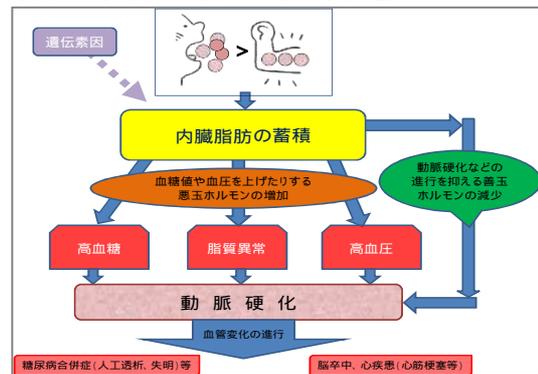
① 体重増加、肥満、肝臓病
② 血中の脂質、血圧、血糖値
③ 喫煙、飲酒、運動不足

脳卒中、心筋梗塞、腎不全

【媒体 6】内臓脂肪

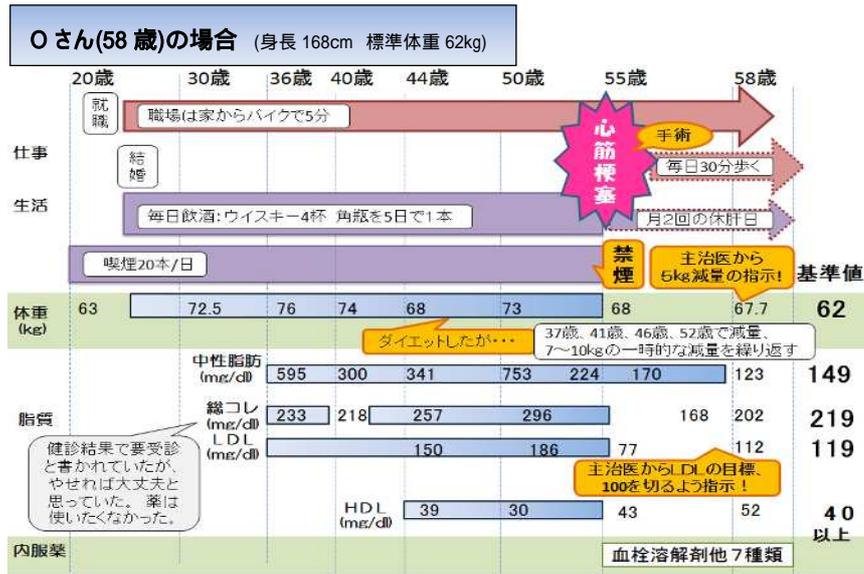


【媒体 7】内臓脂肪 与える影響



NHK: ぎょうの健康、内臓脂肪とメタボリックシンドロームに進む 生活習慣病
<http://www.nhk.or.jp/kenko/kenkotoday/archives/2013/04/0408.html>より

[媒体 15] 事例



[媒体 16] 経過表

技あり!経過表

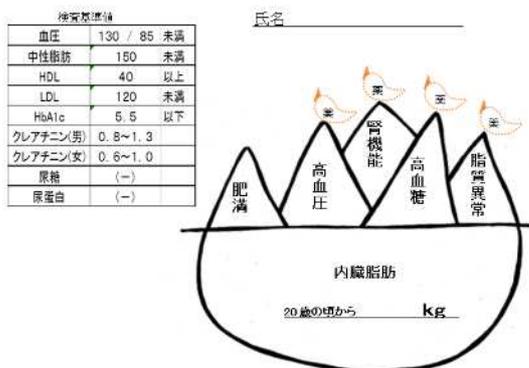
記入法: ①年齢 (〇年前)、検査値・内服状況、仕事や生活の状況、その時に思ったこと等を思い出しながら記入する
 ②経過(期間)を縦線単位で記入、③今までの食事記録から明らかになった、食事の傾向を右の欄に記入

項目	20歳 () 年前	1年前 () 歳	現在 () 歳	未来
検査値・内服状況	確認結果 24年	25年	検査結果	基準値
体重 () kg				標準体重 () kg
血圧				120/80 mmHg以下
中性脂肪				140 mg/dl以下
HDL				40 mg/dl以上
LDL				119 mg/dl以下
HbA1c				5.9%以下
尿糖				(-)
尿蛋白				(-)
クレアチニン				男 0.8~1.3 女 0.6~1.0

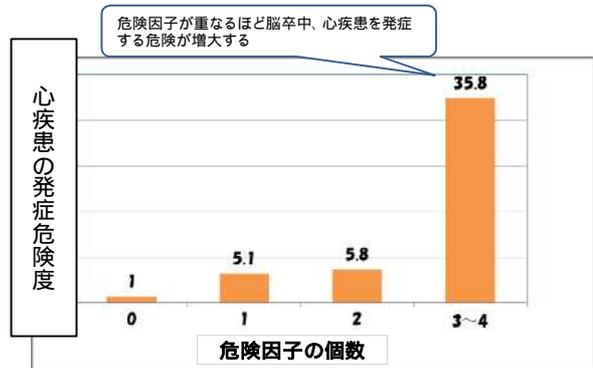
☆食事の傾向
 ・
 ・
 ・

検査値を巻くしている理由

[媒体 17] 冰山シート



[媒体 18] 危険因子の個数と心疾患の発症危険度



5 継続保健指導の運営で注意するポイント

(1) 20 歳頃の体重が基本です

内臓脂肪が蓄積している目安を何にするのか。今回は 20 歳の体重から 5 kg 以上増えたり、高血圧や脂質異常、高血糖であれば内臓脂肪が蓄積されていると考えた。体重や腹囲が大きければ異論はないが、20 歳の体重より 5 kg 以上増えていても、標準体重よりは少ない場合、一見痩せて見えるため、「自分は痩せているから体重を落とす必要はない」「これ以上痩せたら栄養失調になる」「痩せたら頬がこけてみずぼらしくなる」という声があった。

人は、20 歳の頃に一番身体が完成された状態にある。それ以降、運動をしなければ、筋肉量は減り、脂肪が増えていく。20 歳から体重が 5 kg 以上増え、検査値が悪化していれば、内臓脂肪が蓄積したことによる影響であるとした。今回は 60～70 歳代の参加者が多く、成長期の生活の特徴などから BMI ではなく 20 歳の体重を基準とした。

(2) 食事記録は食の傾向を大きく掴むもの

食の実態を明らかにすることは、今の検査値になった原因を明らかにすることである。

「1～2回の食事記録で何がわかるのか」「この時はたまたまで、いつもはこんなに食べていない」という声が聞かれた。食事記録はあくまでもその人の食の特徴を掴むためのものとして活用している。1～2回の記録でも大まかな傾向はわかるし、参加者が 30 人いれば 30 通りの食パターンが明らかになる。たとえ「たまたま」であっても、自分が食べた物に違いはなく、普段とはまるで傾向が違うとは考えにくい。何回書いても隣の人と同じ傾向にはならない。「たまたまの食事」と思っても、その人の嗜好や量、特徴が必ずある。

(3) 継続のポイントは体重記録！

これまで習慣化された生活から、新しい生活を習慣化していくには相当な時間と継続する強さが必要である。意識しているつもりでも、何かのきっかけで、あるいは無意識のうちにまた元の生活に戻ってしまうことが十分考えられる。継続していくにはどうしたらよいかを参加者が教えてくれた。「旅行して 2 kg 増えたけど、3 日で元に戻せるよ」「外食したら体重が増えるからそれを計算してその前後は食事等を調整するの」「体重が下がって血圧も下がってきた。嬉しい」。体重の記録などをつけることで食生活を意識し、体重と生活、検査値の関係を実感している。体重記録用紙を配布後、自主的に体重測定を継続している。



継続保健指導（事前電話）～参加者が減らなかった大磯町～

大磯町では、モデル事業がスタートし、初回のグループ指導で 25 名が参加しました。

初回が始まる前は、少しでも多くの参加者に出席していただきたかったので、参加予定者全員にグループ担当者から電話連絡をしました。電話連絡の甲斐があり、初回保健指導で「行きます」と言ってくれたほとんどの方が出席してくれました。2 回目も初回と同じように事前電話をしたところ、参加者は 1 名減になっただけでした。その後も、ほぼ毎回事前に電話連絡をし続けたところ、参加者より「いつもありがとう」と言われたり、本人不在でも家族に「町の保健師から継続保健指導の連絡の電話がかかってくると思うから聞いていてね」と伝えていたり、電話を待っている様子が伺えました。継続保健指導の期間が空くと、事前電話で経過を教えてくれたり、「また体重が戻っちゃったよ、どうしたらいい？」などと個別指導・相談になることもしばしば…。継続保健指導の中では、個別で話す時間も限られているため、事前連絡の電話は貴重な個別指導の機会になっていました。（大磯町 保健師）

第5章 評価

様々な事業の中でも地域課題の明確化、目標に沿った事業立案・計画、実践、事業成果を確認(評価)するといった一連の流れを重視している。これは、生活習慣病対策の保健指導においても、非常に重要なことである。特に評価結果を見える化し、参加者やスタッフにフィードバックすることで、参加者は自身の取り組みの効果を実感でき、やる気や生活改善の習慣化につなげることができる。また、スタッフは事業の必要性を確認し、保健指導の効果について説得力をもって他者に示すことができる。さらに、スタッフのモチベーションアップや保健指導に対する専門職としての自信にもつなげることができる。事業開始の段階から評価のことを念頭におき、目標達成を確認するためには何を評価するのかを考え、必要な情報を収集するしくみを整えることが必要である。

1 評価の例

(1) 継続保健指導参加者の健診等データの評価(個人と集団の両面から)

ア 食生活の変化を評価

食事記録は随時コピーを取っておくと、評価材料として活用することができる。「 」への置き換えは間違えて記載されていることも多いので、点検が必要である。

イ 生活改善意欲の変化を評価

(ア) グループ記録、目標シート等の記載内容を分析し意識の変化を読み取る。

(イ) 特定健診の質問票を活用し、意識の変化を評価する。

ウ 継続保健指導参加前後の血液等データの比較

(ア) 血液等データについては、継続保健指導の参加前後でデータを集めることが望ましい。そのためには、特定健診の時期を考慮し、継続保健指導の時期を計画する。また、可能であれば、継続保健指導の中間の時期に血液検査を実施できると、参加者は生活改善の取り組み結果を確認できるので、さらに効果的である。

(イ) 血液等データは、保健指導開始の前々年度のものから把握しておくと、元々の傾向(悪化か改善か維持か)がわかるので、評価の参考になる。

(ウ) 服薬状況を把握しておくと、評価の参考になる。

(2) 継続保健指導の運営に関する評価

参加者への聞き取りやアンケートを実施し運営に関する意見を評価する。

(3) 事例の分析

継続保健指導の中で、生活改善状況・意識の変化・血液等データの改善や悪化が顕著な参加者の経過を日ごろからまとめておく。血液等データ・生活状況等を経時的にまとめる(p72~78 参照)。

2 かながわ保健指導モデル事業の評価結果(実践例)

(1) 評価のまとめ

モデル事業における保健指導の評価として、参加者の生活習慣改善意欲の変化や血液等データの改善状況などの分析を行ったところ、結果は以下のとおりだった。保健師、栄養士らは、これらの効果を実践の中で住民の言動等から実感していたが、分析を行うことによりインターグループワークという手法が、重症化予防事業として有効であるということを改めて認識することができた。

ア 血液等データの変化からみた効果分析: 検定結果

(平成 25 年度生活習慣病グループ、平成 26 年度生活習慣病グループ、平成 26 年度高血糖グループ参加者)

(ア) 平成 25 年度生活習慣病グループでは、長期にわたる継続保健指導への参加で、血液等データの改善が顕著であり、保健指導の有効性が検証された。

(イ) 教室参加後に各データが改善に転じていた。

(ウ) 「服薬状況別」に分析すると、服薬をしなくても生活習慣を改善すると、血液等データの改善が顕著であった。

(エ) 「生活習慣改善意欲別」に分析すると、「改善するつもりはない」、または「改善するつもりである(6 か月以内)」、「すでに改善に取り組んでいる(6 か月以上)」では、「あきらめ」や「いつかやろうと思う」、「これで十分だと思う」傾向があるためか、血液等データの改善につながっていなかった。

(オ) 「継続保健指導への参加回数別」に分析すると、参加回数が多いほど血液等データの改善がみられるが、一方で 1 回でも参加すれば改善していることがわかった。

イ 血液等データの変化からみた効果分析(平成 25 年度生活習慣病グループ参加者全体の傾向)

「血圧」および「HbA1c」では、教室参加後に要受診レベルの占める割合が減少傾向にあり、保健指導の成果が確認できた。

ウ 生活改善意欲の評価(平成 25 年度生活習慣病グループ参加者)

継続保健指導参加前と参加後で、参加者の生活改善意欲の割合を分析すると、参加後は、既に生活を改善しているものの割合が増え、生活意欲の改善に効果がみられた。

エ 継続保健指導の運営に関するアンケート調査結果

(平成 25 年度生活習慣病グループ、平成 26 年度生活習慣病グループ、平成 26 年度高血糖グループ参加者)

参加者は、継続保健指導への参加に満足していることがわかった。参加して良かった点として、生活習慣が改善し習慣化したことに関する意見が多く、長期にわたる動機づけが効果的だったと考える。また、運営の改善に関する意見もあり、今後の継続保健指導の参考にしていく必要がある。

オ 継続保健指導参加者の生活及び血液等データの変化(7 事例の経過表)

個々の事例をみると、長期にわたる経過の中で、食生活習慣や血液等データの悪化や改善を繰り返しながらも、生活改善への意識が芽生え、食生活をコントロールする力を身につけているケースがあり、継続した保健指導の必要性が明らかになった。

(2) 血液等データの変化からみた効果分析: 検定結果

分析協力者: 東海大学医学部 基盤診療学系 公衆衛生学 非常勤准教授 渡辺良久氏

標本数

グループ名	3市町合計	海老名市	寒川町	大磯町
平成25年度生活習慣病グループ	142	65	45	32
平成26年度生活習慣病グループ	86	29	28	29
平成26年度高血糖グループ	188	85	72	31
合計	416	179	145	92

評価データ

H24～26年度の特定健診の健診データ及び質問票の結果 身長・体重、BMI、腹囲、血圧 中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール GOT、GPT、 γ -GTP、HbA1c、尿酸、尿蛋白 メタボリックシンドロームの判定、服薬、貧血、喫煙 20歳からの体重変化、30分以上の運動習慣、歩行又は身体活動、歩行速度 1年間の体重変化、食べ方、食習慣、飲酒、飲酒量、睡眠、生活習慣の改善
H25～26年度神奈川県実施の血液等検査データ
継続保健指導の参加状況(出欠)

検定方法: 設定した血液検査2回分について前後の差のt検定を行った。

表6 検定結果の表記の仕方

判定	改善	悪化
有意差なし	変化なし	変化なし
有意差あり(有意水準5%)	改善*	悪化*
有意差あり(有意水準1%)	改善**	悪化**
有意差あり(有意水準0.1%)	改善***	悪化***
有意差あり(有意水準0.01%)	改善****	悪化****

表7 表記の示し方

表記	平成25年度生活習慣病グループ では	平成26年度生活習慣病グループ、 平成26年度高血糖グループでは
前々年度とは		平成24年度
前年度とは	平成24年度	平成25年度
初年度とは	平成25年度	平成26年度
2年度とは	平成26年度	

*年度の後に記載されている は、その年度で1回目に受けた検査、
 はその年度で2回目に受けた検査を表す。

ア 血液等データ別検定結果(平成 25 年度生活習慣病グループ(3 市町の参加者全体))

分析

- (ア) 長期のグループ参加で血液等データの改善が顕著であった。
- (イ) 体重は、「前年度 2 年度(1 回目)」と「前年度 2 年度(2 回目)」「初年度(1 回目) - 2 年度(1 回目)」「初年度(1 回目) - 2 年度(2 回目)」で改善が顕著だった。
- (ウ) 血圧(収縮期)は、「前年度 初年度(1 回目)」「前年度 2 年度(1 回目)」「前年度 2 年度(2 回目)」で改善が顕著だった。
- (エ) 血圧(拡張期)は、「前年度 初年度(1 回目)」「前年度 2 年度(1 回目)」「前年度 2 年度(2 回目)」で改善が顕著だった。
- (オ) HbA1c(NGSP)では、「前年度 初年度(2 回目)」「前年度 2 年度(1 回目)」等で改善が認められた。

図8 体重の変化

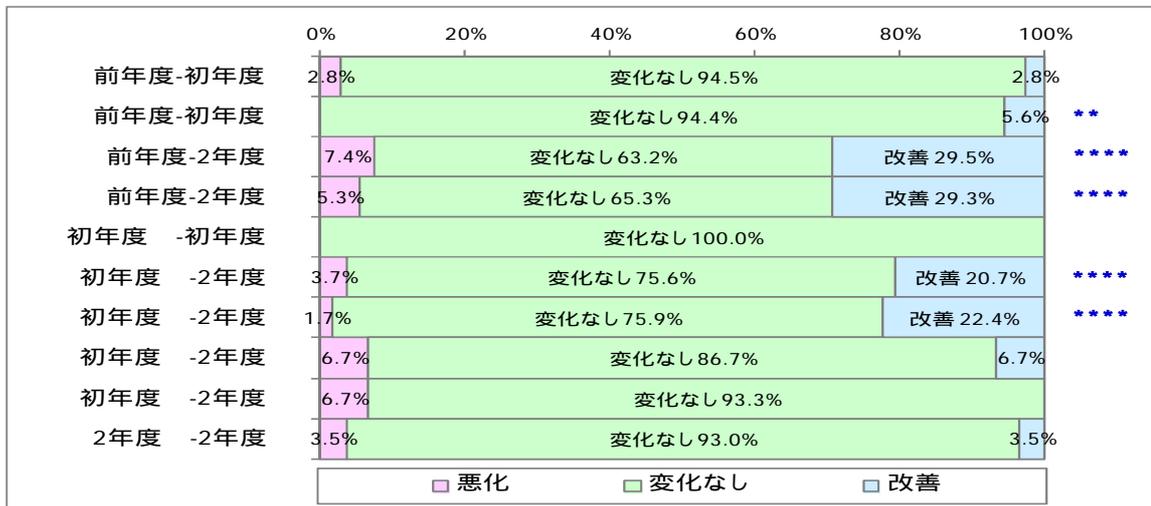


図9 血圧(収縮期)の変化

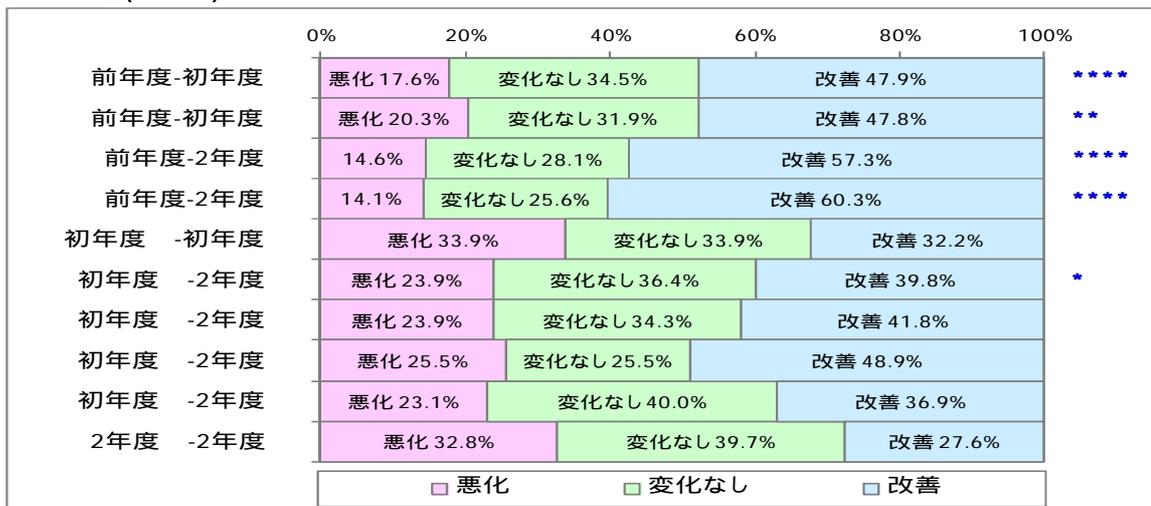


図 10 血圧(拡張期)の変化

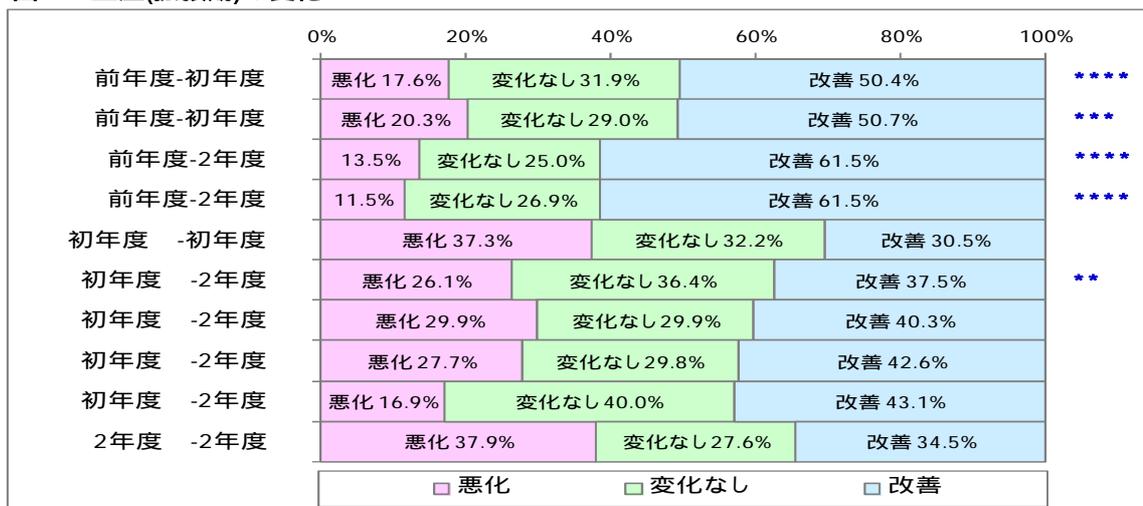
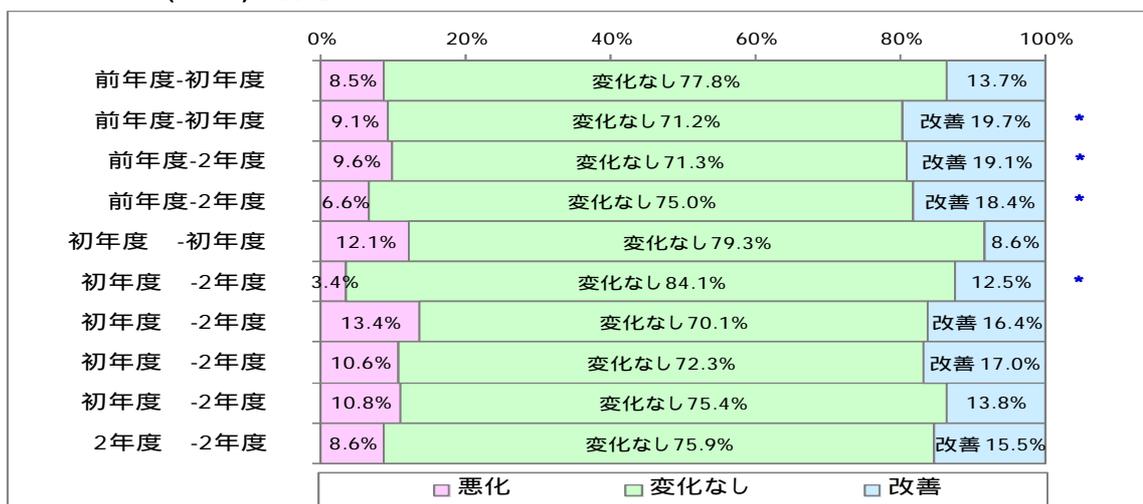


図 11 HbA1c(NGSP)の変化



イ 血液等データ別検定結果

(平成 25 年度生活習慣病グループ、平成 26 年度生活習慣病グループ、平成 26 年度高血糖グループ(3 市町の参加者全体))

分析

- (ア) 体重は、「前年度 初年度(1 回目)」「前年度 初年度(2 回目)」「前年度 - 2 年度(1 回目)」「前年度 - 2 年度(2 回目)」「初年度(1 回目) - 初年度(2 回目)」「初年度(1 回目) - 2 年度(1 回目)」「初年度(1 回目) - 2 年度(2 回目)」で改善が顕著だった。
- (イ) 血圧(収縮期)は、「前年度 初年度(1 回目)」「前年度 初年度(2 回目)」「前年度 2 年度(1 回目)」「前年度 2 年度(2 回目)」で改善が顕著だった。
- (ウ) 血圧(拡張期)は、「前年度 初年度(1 回目)」「前年度 2 年度(1 回目)」「前年度 2 年度(2 回目)」で改善が顕著だった。
- (エ) HbA1c(NGSP)では、「前年度 初年度(2 回目)」で改善が顕著だった。

図 12 体重の変化

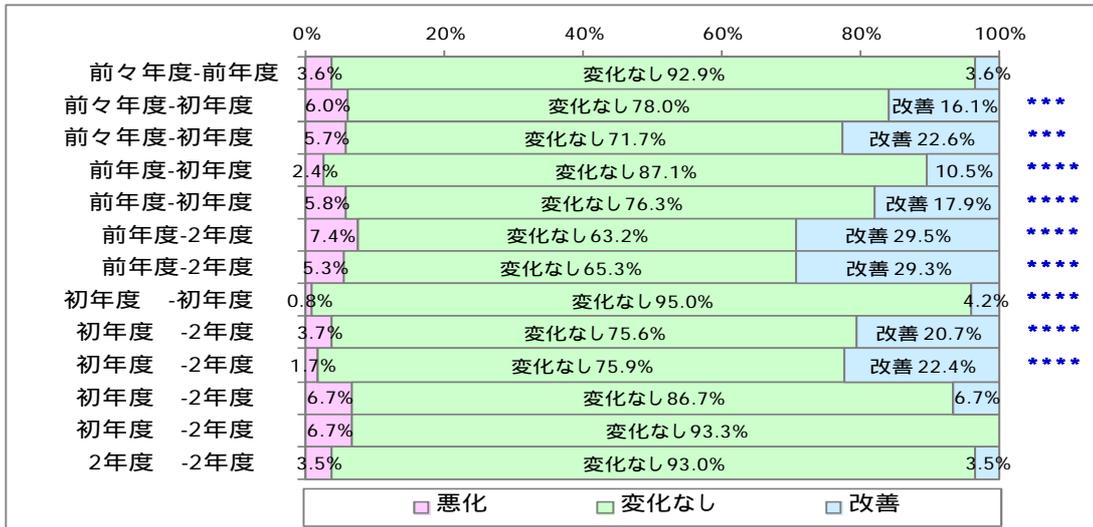


図 13 血圧(収縮期)の変化

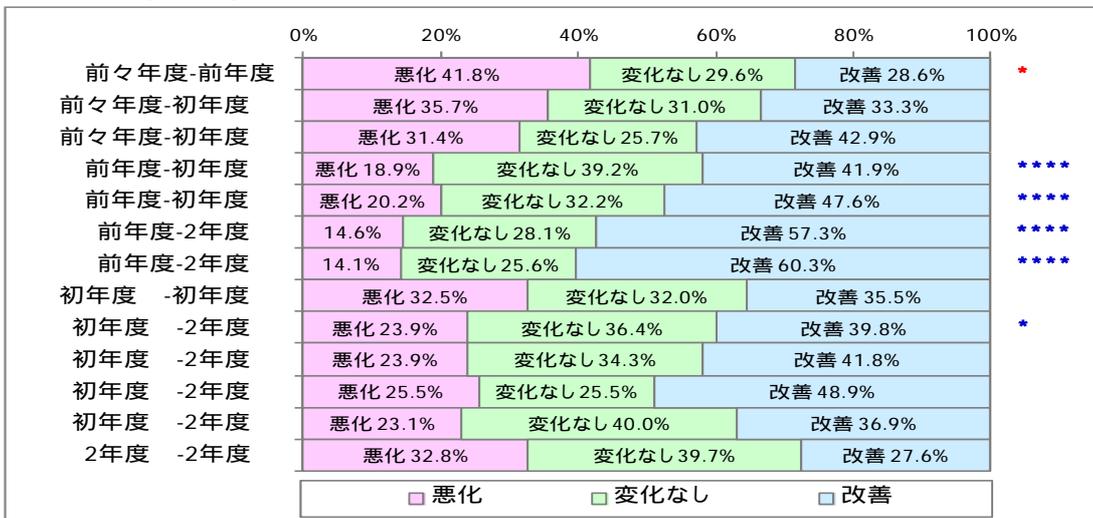


図 14 血圧(拡張期)の変化

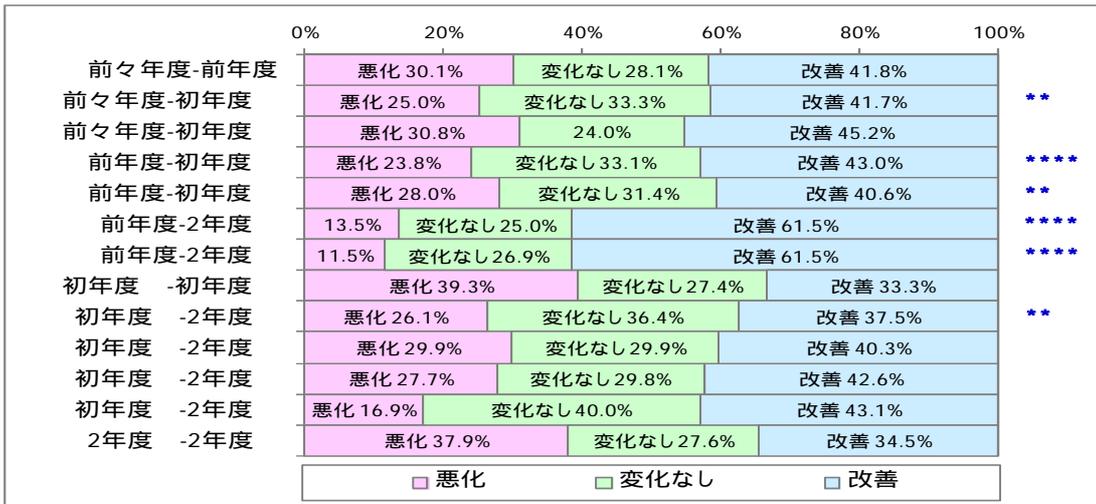
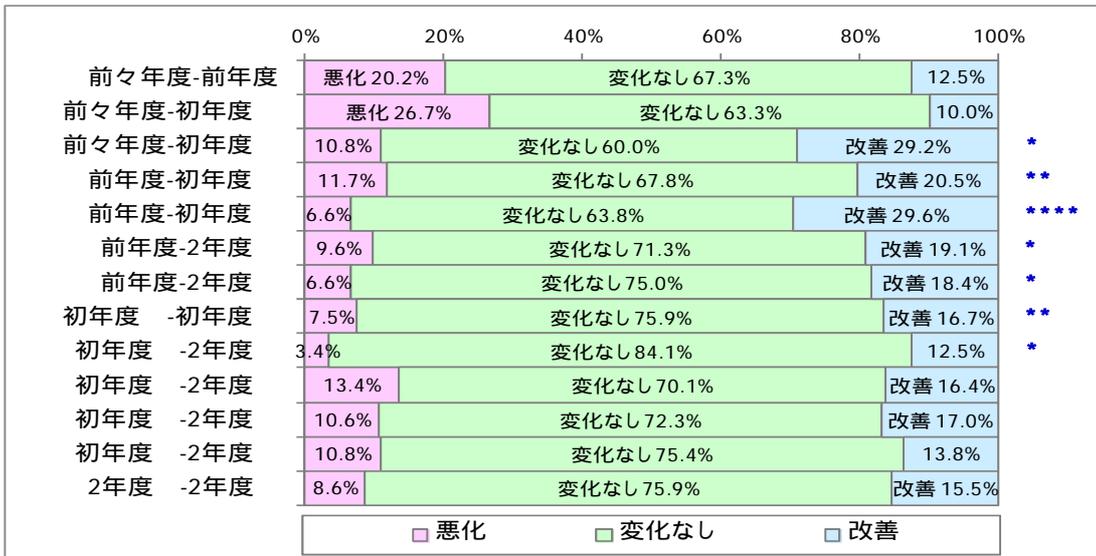


図 15 HbA1c(NGSP)の変化



ウ 服薬状況別検定結果

(平成 25 年度生活習慣病グループ、平成 26 年度生活習慣病グループ、平成 26 年度高血糖グループ(3 市町の参加者全体))

分析は、無服薬(グループ参加中、全く服薬のしなかったもの)、服薬状況変化なし(グループ参加中、服薬の状況に変化がなかったもの)、服薬開始(グループ参加中に服薬を開始したもの)、服薬終了(グループ参加中に服薬を終了したもの)の 4 群に分類し行なった。

分析

- (ア) 服薬しなくても生活習慣を改善すると、血液等データの改善が顕著であった。
- (イ) 無服薬では、「前年度 初年度(1 回目)」で改善が顕著であった。
- (ウ) 服薬状況変化なしでは、「前年度 初年度(1 回目)」「前年度 2 年度(1 回目)」で改善が顕著だった。
- (エ) 服薬開始では、「前年度 初年度(1 回目)」「前年度 2 年度(1 回目)」で改善が顕著だった。
- (オ) 服薬終了では、有意な差はみられなかった。

図 16 血圧判定(無服薬)の変化

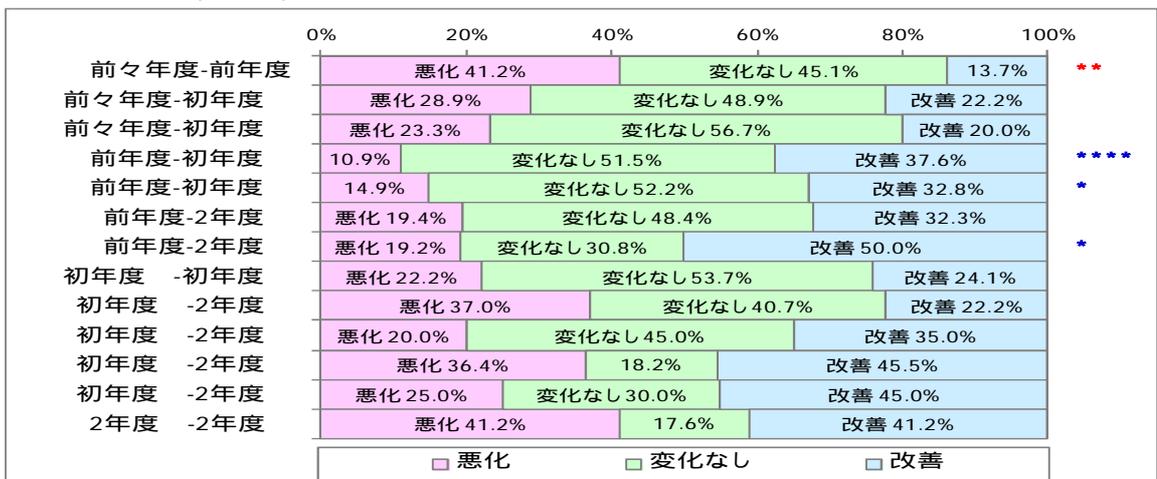


図 17 血圧判定(服薬状況変化なし)の変化

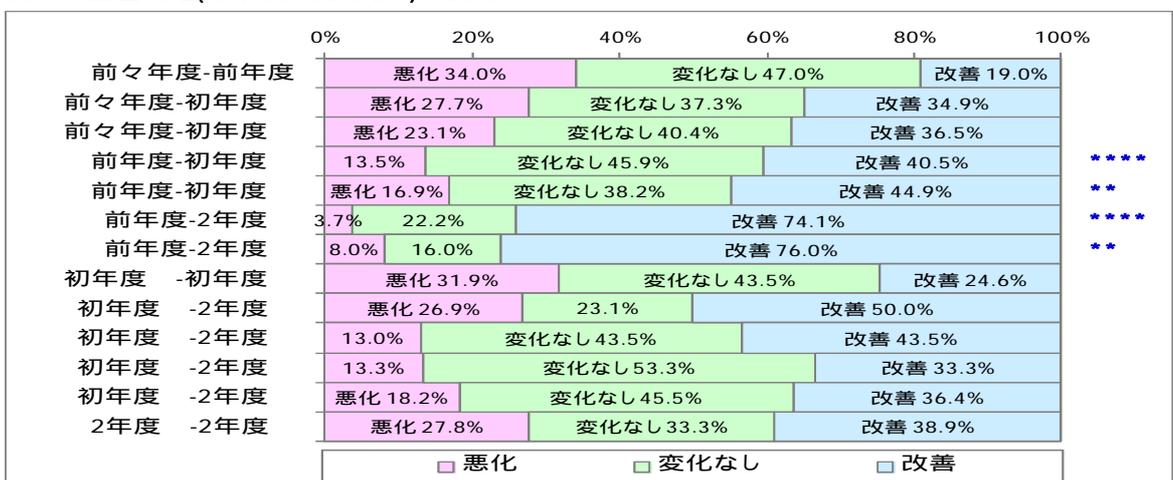


図 18 血圧判定(服薬開始)の変化

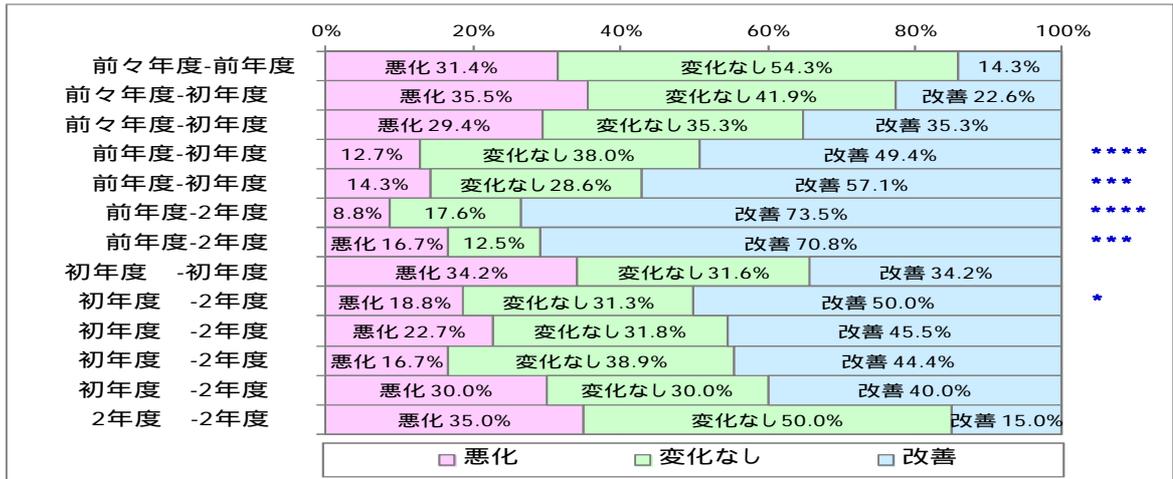
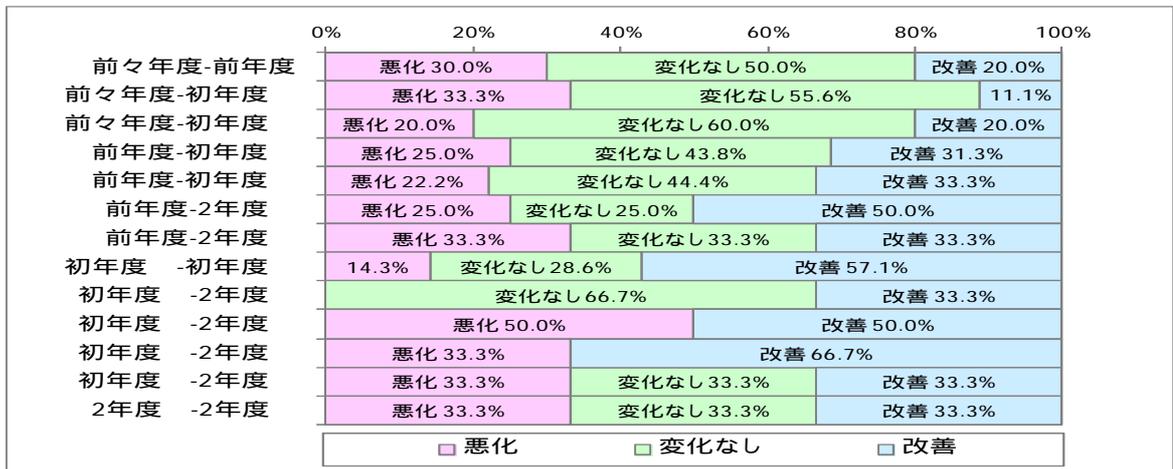


図 19 血圧判定(服薬終了)の変化



エ 生活習慣改善意欲別検定結果

(平成 25 年度生活習慣病グループ、平成 26 年度生活習慣病グループ、平成 26 年度高血糖グループ(3 市町の参加者全体))

分析は、生活習慣改善意志なし(グループ参加中、改善の意志がなかったもの)、生活習慣改善意志あり(6 か月以内)(グループ参加中、6 か月以内に改善する意志のあったもの)、生活習慣改善希望悪化(グループ参加中に改善の意志が悪くなる方向に変化したもの)、生活習慣改善希望向上(グループ参加中に改善の意志が良くなる方向に変化したもの)、生活習慣改善取り組み済(6 か月以上)(グループ参加中にすでに改善を 6 か月以上取り組んでいるもの)、生活習慣改善希望変動(グループ参加中に改善の意志が良い方向や悪い方向に揺れ動いたもの)の 6 群に分類し行なった。

分析

- (ア) 「生活習慣改善の意志なし」と「生活習慣改善希望悪化」では、有意な差はみられなかった。
- (イ) 「生活改善習慣希望向上」では、「前年度 初年度(1 回目)」で改善が顕著だった。
- (ウ) 「生活習慣改善希望変動」では、「前年度 初年度(1 回目)」で改善が顕著だった。
- (エ) 「生活習慣改善意志あり(6 か月以内)」と「生活習慣改善取り組み済(6 か月以上)」では、「前年度 初年度(2 回目)」等にわずかに改善がみられた。

図 20 血圧判定(生活習慣改善意志なし)の変化

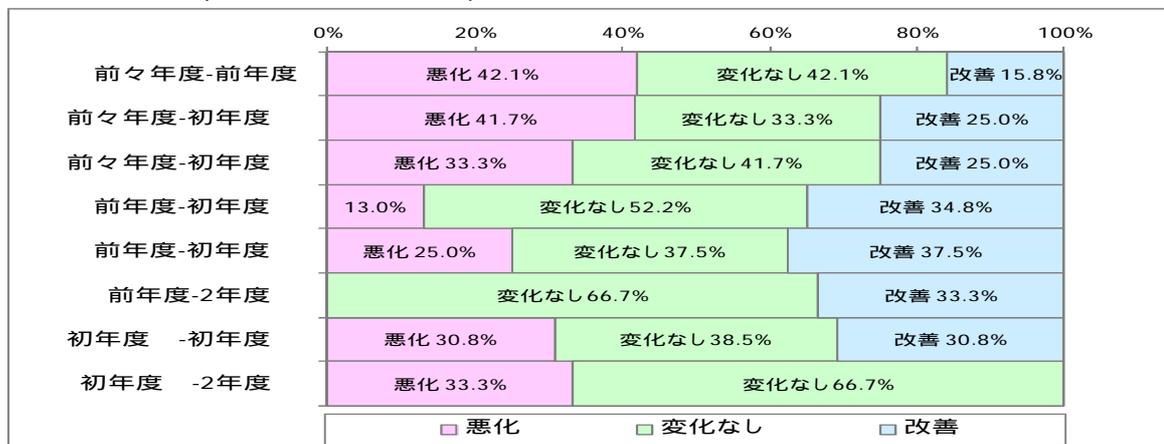


図 21 血圧判定(生活習慣改善意志あり(6 か月以内))の変化

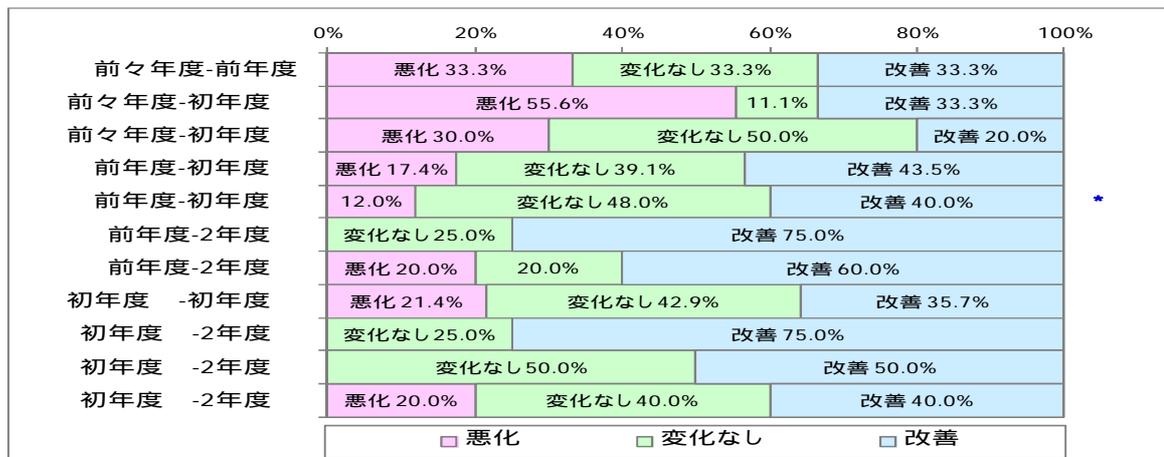


図 22 血圧判定(生活習慣改善希望悪化)の変化

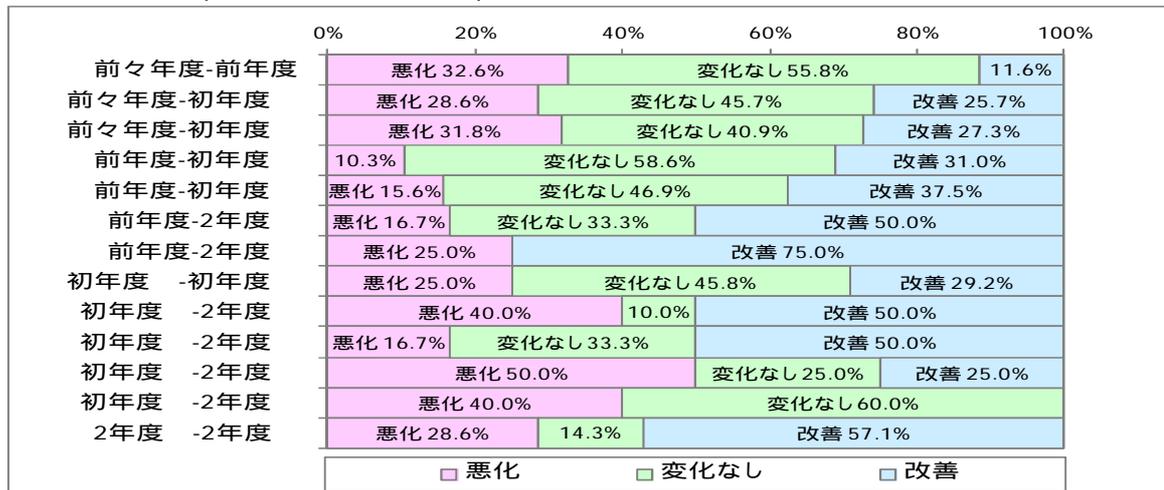


図 23 血圧判定(生活習慣改善希望向上)の変化

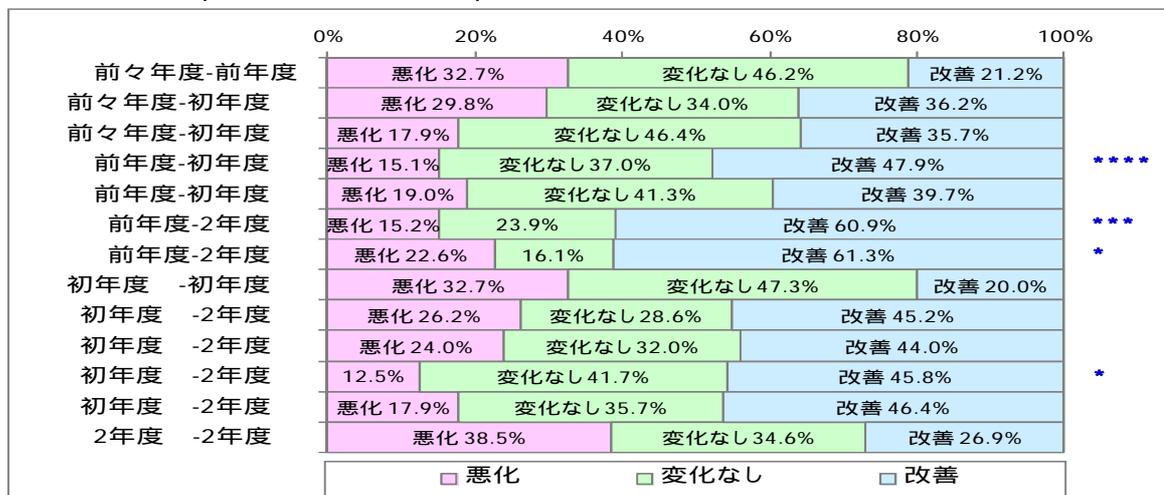


図 24 血圧判定(生活習慣改善取組み済(6 か月以上))の変化

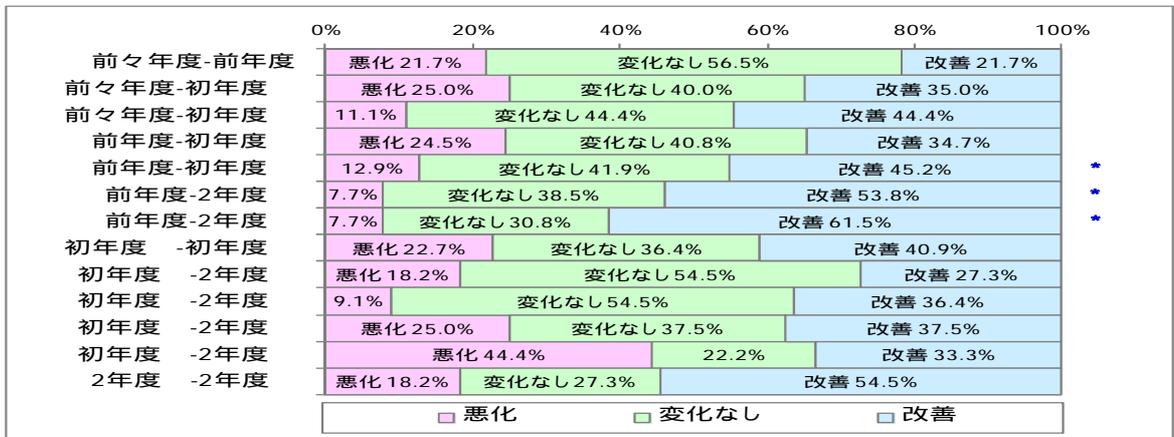
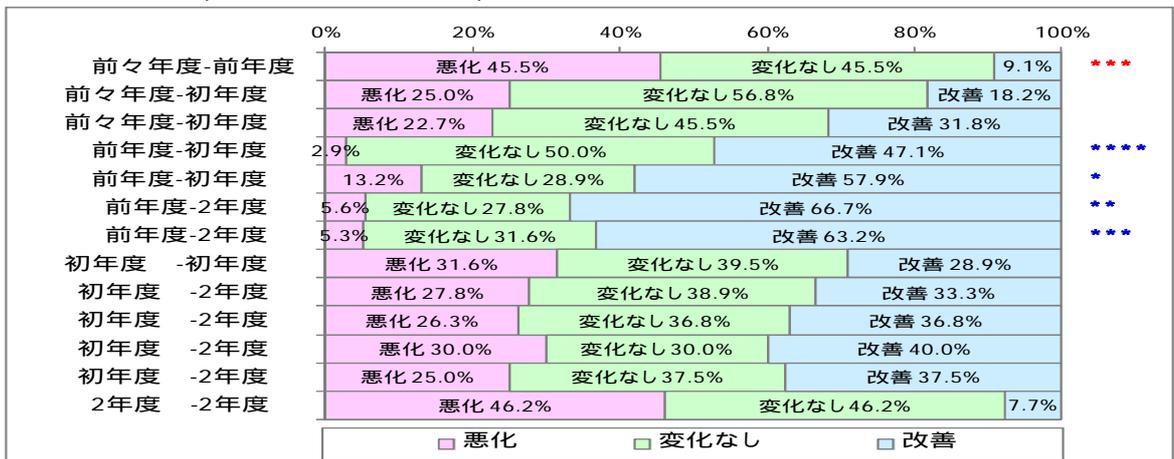


図 25 血圧判定(生活習慣改善希望変動)の変化



オ 参加回数別検定結果(平成25年度生活習慣病グループ(3市町の参加者全体))

分析

参加回数が多いほど改善がみられるが、一方で1回でも参加すれば改善していることがわかった。

表8 参加回数1回の血液等データの変化

No.	項目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
		前々年度 -前年度	前々年度 -初年度	前々年度 -初年度	前々年度 -2年度	前々年度 -2年度	前年度- 初年度	前年度- 初年度	前年度-2 年度	前年度-2 年度	初年度 -初年度	初年度 -2年度	初年度 -2年度	初年度 -2年度	初年度 -2年度	2年度 - 2年度
	標本数 n						30		21			20				
1	身長						変化なし		悪化**			変化なし				
2	体重						変化なし		変化なし			変化なし				
3	BMI						変化なし		変化なし			変化なし				
4	腹囲						変化なし		変化なし			変化なし				
5	血圧(収縮期)						改善**		変化なし			変化なし				
6	血圧(拡張期)						改善*		変化なし			変化なし				
7	血圧判定						改善***		変化なし			変化なし				
8	中性脂肪						変化なし		改善*			変化なし				
9	HDLコレステロール						変化なし		変化なし			変化なし				
10	LDLコレステロール						変化なし		変化なし			変化なし				
11	GOT(AST)						変化なし		変化なし			変化なし				
12	GPT(ALT)						変化なし		改善*			変化なし				
13	-GT(-GTP)						変化なし		変化なし			変化なし				
14	空腹時血糖															
15	随時血糖															
16	HbA1c(NGSP)						変化なし		変化なし			改善*				
17	HbA1c(JDS)						変化なし		変化なし			改善*				
18	血清クレアチニン															
19	eGFR															
20	尿糖						変化なし		変化なし			変化なし				
21	尿蛋白						変化なし		変化なし			変化なし				
22	尿リウカシトP-ム判定						変化なし		変化なし			変化なし				
23	服薬1(血圧)						悪化*		変化なし			変化なし				
24	服薬2(血糖)						変化なし		変化なし			変化なし				
25	服薬3(脂質)						変化なし		悪化*			変化なし				
26	貧血						変化なし		変化なし			変化なし				
27	喫煙						変化なし		変化なし			変化なし				
28	20歳からの体重変化						変化なし		変化なし			変化なし				
29	30分以上の運動習慣						変化なし		悪化*			変化なし				
30	歩行又は身体活動						変化なし		変化なし			変化なし				
31	歩行速度						改善*		変化なし			変化なし				
32	1年間の体重変化						変化なし		改善*			変化なし				
33	食べ方1(早食い等)						変化なし		変化なし			変化なし				
34	食べ方2(就寝前)						変化なし		変化なし			変化なし				
35	食べ方3(夜食/間食)						変化なし		変化なし			変化なし				
36	食習慣						変化なし		変化なし			変化なし				
37	飲酒						変化なし		変化なし			変化なし				
38	飲酒量						変化なし		変化なし			変化なし				
39	睡眠						変化なし		変化なし			変化なし				
40	生活習慣の改善						改善*		変化なし			変化なし				

表9 参加回数2～4回の血液等データの変化

No.	項目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
		前々年度 -前年度	前々年度 -初年度	前々年度 -初年度	前々年度 -2年度	前々年度 -2年度	前年度- 初年度	前年度- 初年度	前年度-2 年度	前年度-2 年度	前年度-2 年度	初年度 -初年度	初年度 -2年度	初年度 -2年度	初年度 -2年度	初年度 -2年度
	標本数 n						18	9	10	8	7	10	6		7	2
1	身長						変化なし	変化なし	変化なし	変化なし	変化なし	変化なし	悪化*		変化なし	変化なし
2	体重						変化なし		変化なし	変化なし						
3	BMI						変化なし		変化なし	変化なし						
4	腰囲						変化なし		改善*	変化なし		変化なし	改善*			
5	血圧(収縮期)						変化なし	変化なし	改善**	変化なし	改善*	変化なし	変化なし		変化なし	変化なし
6	血圧(拡張期)						変化なし	改善*	改善*	変化なし	変化なし	変化なし	変化なし		変化なし	変化なし
7	血圧判定						変化なし	変化なし	変化なし	変化なし	改善*	変化なし	変化なし		変化なし	変化なし
8	中性脂肪						変化なし	改善*	変化なし	変化なし	改善*	変化なし	変化なし		変化なし	変化なし
9	HDLコレステロール						変化なし	変化なし	変化なし	変化なし	改善*	変化なし	変化なし		変化なし	変化なし
10	LDLコレステロール						変化なし		変化なし	変化なし						
11	GOT(AST)						変化なし		変化なし	変化なし		変化なし	変化なし			
12	GPT(ALT)						変化なし		変化なし	変化なし		変化なし	変化なし			
13	-GT(-GTP)						改善*		変化なし	変化なし		変化なし	変化なし			
14	空腹時血糖															
15	随時血糖															
16	HbA1c(NGSP)						変化なし		変化なし	変化なし						
17	HbA1c(JDS)						変化なし		変化なし	変化なし						
18	血清クレアチニン															
19	eGFR															
20	尿糖						変化なし		変化なし	変化なし						
21	尿蛋白						変化なし		変化なし	変化なし						
22	尿中リウマチ因子判定						変化なし									
23	服薬1(血圧)						変化なし									
24	服薬2(血糖)						変化なし									
25	服薬3(脂質)						変化なし									
26	貧血						変化なし									
27	喫煙						変化なし									
28	20歳からの体重変化						変化なし									
29	30分以上の運動習慣						変化なし									
30	歩行又は身体活動						変化なし									
31	歩行速度						変化なし									
32	1年間の体重変化						変化なし									
33	食べ方1(早食い等)						変化なし									
34	食べ方2(就寝前)						変化なし									
35	食べ方3(夜食/間食)						変化なし									
36	食習慣						変化なし									
37	飲酒						変化なし									
38	飲酒量						変化なし									
39	睡眠						変化なし									
40	生活習慣の改善						変化なし		改善*	変化なし		改善*	変化なし			

表 10 参加回数5～9回の血液等データの変化

No.	項目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
		前々年度 -前年度	前々年度 -初年度	前々年度 -初年度	前々年度 -2年度	前々年度 -2年度	前年度・ 初年度	前年度・ 初年度	前年度・2 年度	前年度・2 年度	初年度 -初年度	初年度 -2年度	初年度 -2年度	初年度 -2年度	初年度 -2年度	初年度 -2年度
	標本数 n						27	22	17	23	18	16	20	10	21	12
1	身長						変化なし	変化なし	変化なし	変化なし	変化なし	悪化**	変化なし	変化なし	変化なし	変化なし
2	体重						変化なし	改善*	改善*	改善**	変化なし	変化なし	変化なし	変化なし	変化なし	変化なし
3	BMI						改善*	改善*	変化なし	改善*	変化なし	変化なし	変化なし	変化なし	変化なし	変化なし
4	腹囲						変化なし		変化なし							
5	血圧(収縮期)						変化なし	変化なし	改善**	変化なし	変化なし	改善*	変化なし	変化なし	変化なし	変化なし
6	血圧(拡張期)						変化なし	変化なし	改善***	変化なし	変化なし	改善*	変化なし	変化なし	変化なし	変化なし
7	血圧判定						変化なし	変化なし	改善***	改善*	変化なし	改善*	変化なし	変化なし	変化なし	変化なし
8	中性脂肪						改善*	変化なし	変化なし	変化なし	変化なし	変化なし	変化なし	悪化*	変化なし	変化なし
9	HDLコレステロール						変化なし	悪化*	変化なし	変化なし						
10	LDLコレステロール						変化なし									
11	GOT(AST)						改善**	変化なし	改善*	変化なし		変化なし	変化なし		変化なし	
12	GPT(ALT)						改善*	変化なし	改善***	変化なし		変化なし	変化なし		変化なし	
13	-GT(-GTP)						変化なし	変化なし	改善*	変化なし		変化なし	変化なし		変化なし	
14	空腹時血糖														変化なし	
15	随時血糖															
16	HbA1c(NGSP)						改善*	変化なし	改善**	変化なし	悪化*	変化なし	変化なし	改善*	変化なし	悪化*
17	HbA1c(JDS)						改善**	変化なし	改善**	変化なし	悪化*	改善*	変化なし	改善*	変化なし	悪化*
18	血清クレアチニン														変化なし	
19	eGFR														変化なし	
20	尿糖						変化なし									
21	尿蛋白						変化なし	変化なし	悪化*	変化なし						
22	ウリッソントロ-Δ判定						変化なし	変化なし	変化なし	変化なし		変化なし	変化なし		変化なし	
23	服薬1(血圧)						変化なし	変化なし	悪化**	変化なし		悪化*	変化なし		変化なし	
24	服薬2(血糖)						変化なし	変化なし	変化なし	変化なし		変化なし	変化なし		変化なし	
25	服薬3(脂質)						変化なし	変化なし	変化なし	変化なし		変化なし	変化なし		変化なし	
26	貧血						変化なし	変化なし	変化なし	変化なし		変化なし	変化なし		変化なし	
27	喫煙						変化なし	変化なし	変化なし	変化なし		変化なし	変化なし		変化なし	
28	20歳からの体重変化						変化なし	変化なし	変化なし	変化なし		変化なし	変化なし		変化なし	
29	30分以上の運動習慣						変化なし	変化なし	変化なし	変化なし		変化なし	変化なし		変化なし	
30	歩行又は身体活動						変化なし	変化なし	変化なし	変化なし		変化なし	変化なし		変化なし	
31	歩行速度						変化なし	変化なし	変化なし	変化なし		変化なし	変化なし		変化なし	
32	1年間の体重変化						変化なし	変化なし	変化なし	変化なし		変化なし	変化なし		変化なし	
33	食べ方1(早食い等)						変化なし	変化なし	変化なし	変化なし		変化なし	変化なし		変化なし	
34	食べ方2(就寝前)						変化なし	変化なし	変化なし	変化なし		変化なし	変化なし		変化なし	
35	食べ方3(夜食/間食)						変化なし	変化なし	変化なし	変化なし		変化なし	変化なし		変化なし	
36	食習慣						変化なし	変化なし	変化なし	変化なし		変化なし	変化なし		変化なし	
37	飲酒						変化なし	変化なし	変化なし	変化なし		変化なし	変化なし		変化なし	
38	飲酒量						変化なし	変化なし	変化なし	変化なし		変化なし	変化なし		変化なし	
39	睡眠						変化なし	変化なし	変化なし	変化なし		変化なし	変化なし		変化なし	
40	生活習慣の改善						変化なし	変化なし	改善***	改善*		変化なし	変化なし		変化なし	

表 11 参加回数 10 回以上の血液等データの変化

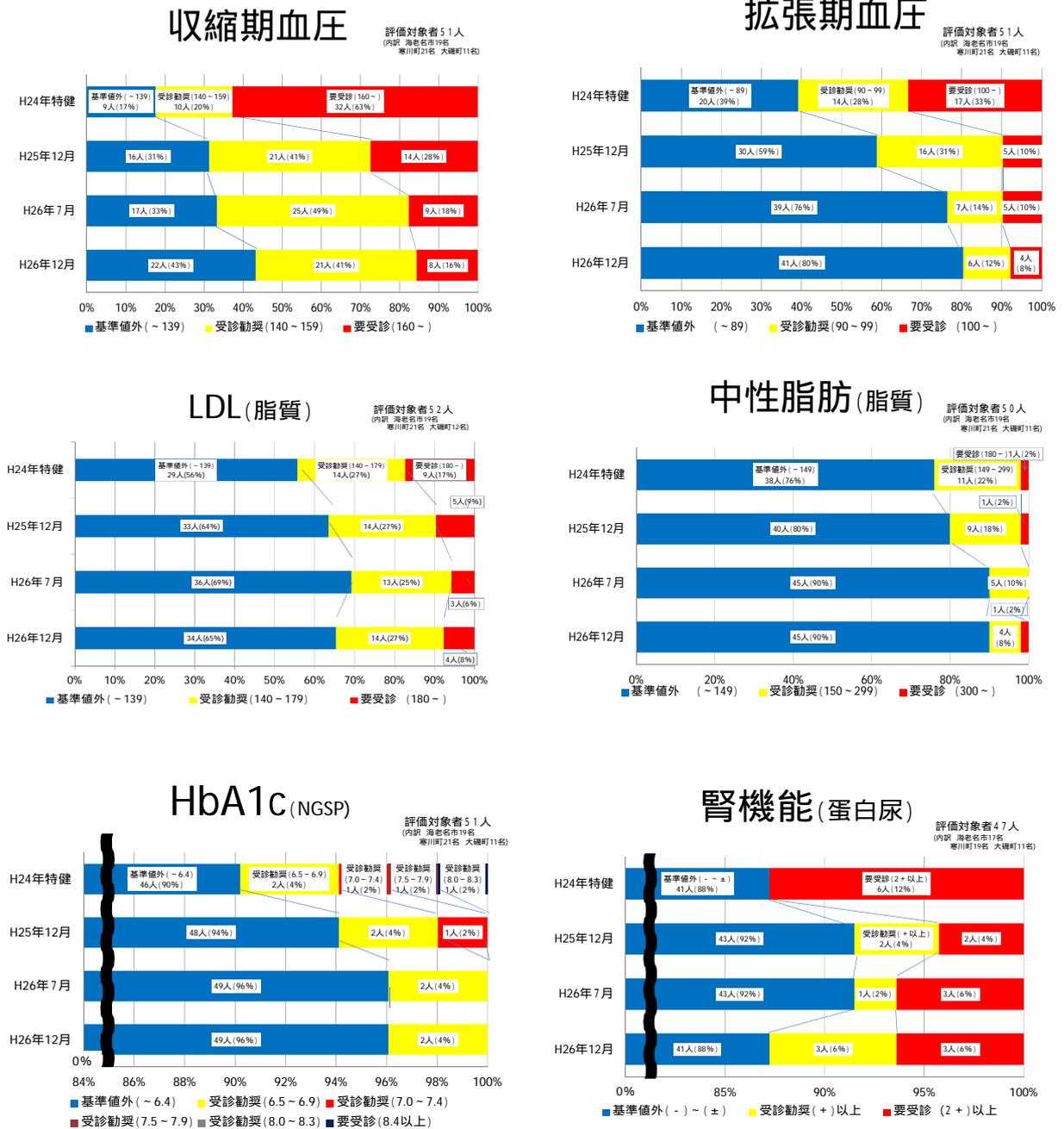
No.	項目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
		前々年度 -前年度	前々年度 -初年度	前々年度 -初年度	前々年度 -2年度	前々年度 -2年度	前年度 -初年度	前年度 -初年度	前年度-2 年度	前年度-2 年度	初年度 -初年度	初年度 -2年度	初年度 -2年度	初年度 -2年度	初年度 -2年度	初年度 -2年度
	標本数 n						43	42	47	48	38	41	42	40	42	46
1	身長						悪化*	変化なし	悪化***	悪化**	変化なし	変化なし	変化なし	変化なし	変化なし	変化なし
2	体重						変化なし	改善*	改善***	改善***	変化なし	改善***	改善***	変化なし	変化なし	変化なし
3	BMI						変化なし	変化なし	改善***	改善**	変化なし	改善***	改善***	変化なし	変化なし	変化なし
4	腹囲						変化なし	変化なし	改善**		変化なし		変化なし			
5	5 血圧(収縮期)						改善**	改善*	改善***	改善***	変化なし	変化なし	変化なし	変化なし	変化なし	変化なし
6	6 血圧(拡張期)						改善***	改善***	改善***	改善***	変化なし	変化なし	変化なし	変化なし	変化なし	変化なし
7	7 血圧判定						改善***	改善**	改善***	改善***	変化なし	変化なし	変化なし	変化なし	変化なし	変化なし
8	8 中性脂肪						変化なし	改善**	改善**	改善*	改善*	変化なし	変化なし	変化なし	変化なし	変化なし
9	9 HDLコレステロール						変化なし	変化なし	変化なし	変化なし	改善*	変化なし	変化なし	変化なし	変化なし	変化なし
10	10 LDLコレステロール						改善*	変化なし	改善**	改善**	変化なし	変化なし	改善*	変化なし	変化なし	変化なし
11	11 GOT(AST)						改善*	変化なし	変化なし		変化なし		変化なし			
12	12 GPT(ALT)						改善***	変化なし	変化なし		変化なし		変化なし			
13	13 -GPT(-GTP)						改善*	変化なし	改善*		変化なし		変化なし			
14	14 空腹時血糖											変化なし			変化なし	
15	15 随時血糖															
16	16 HbA1c(NGSP)						変化なし	改善*	変化なし	改善*	変化なし	変化なし	変化なし	変化なし	変化なし	変化なし
17	17 HbA1c(JDS)						変化なし	改善*	変化なし	改善*	変化なし	変化なし	変化なし	変化なし	変化なし	変化なし
18	18 血清クレアチニン											変化なし			改善*	
19	19 eGFR											変化なし			改善*	
20	20 尿糖						変化なし									
21	21 尿蛋白						変化なし									
22	22 尿蛋白/クレアチニン判定						変化なし	変化なし	改善*		変化なし		変化なし			
23	23 服薬1(血圧)						悪化*	変化なし	悪化***		変化なし		変化なし			
24	24 服薬2(血糖)						変化なし	変化なし	変化なし		変化なし		変化なし			
25	25 服薬3(脂質)						変化なし	変化なし	悪化*		変化なし		変化なし			
26	26 貧血						変化なし	変化なし	変化なし		変化なし		変化なし			
27	27 喫煙						変化なし	変化なし	変化なし		変化なし		変化なし			
28	28 20歳からの体重変化						変化なし	変化なし	改善*		変化なし		変化なし			
29	29 30分以上の運動習慣						変化なし	変化なし	変化なし		変化なし		変化なし			
30	30 歩行又は身体活動						変化なし	変化なし	変化なし		変化なし		変化なし			
31	31 歩行速度						変化なし	変化なし	変化なし		変化なし		変化なし			
32	32 1年間の体重変化						変化なし	変化なし	変化なし		悪化**		変化なし			
33	33 食べ方1(早食)等						変化なし	変化なし	改善*		変化なし		変化なし			
34	34 食べ方2(就寝前)						変化なし	変化なし	変化なし		変化なし		変化なし			
35	35 食べ方3(夜食/間食)						変化なし	変化なし	変化なし		変化なし		変化なし			
36	36 食習慣						変化なし	変化なし	変化なし		変化なし		変化なし			
37	37 飲酒						変化なし	変化なし	変化なし		変化なし		変化なし			
38	38 飲酒量						変化なし	変化なし	変化なし		変化なし		変化なし			
39	39 睡眠						変化なし	変化なし	変化なし		変化なし		変化なし			
40	40 生活習慣の改善						変化なし	変化なし	改善***		改善***		変化なし			

(3) 血液等データの変化からみた効果分析 (平成 25 年度生活習慣病グループ (3 市町の参加者全体))

「血圧」および「HbA1c」では、教室参加後に要受診レベルの占める割合が減少傾向にあった。「中性脂肪」「LDL」「腎機能」は、傾向が見られなかった。

* 基準値外とは、かながわ保健指導モデル事業の対象者選定基準値外の人 (正常及び軽度所見を含む)

図 26 血液等データの変化

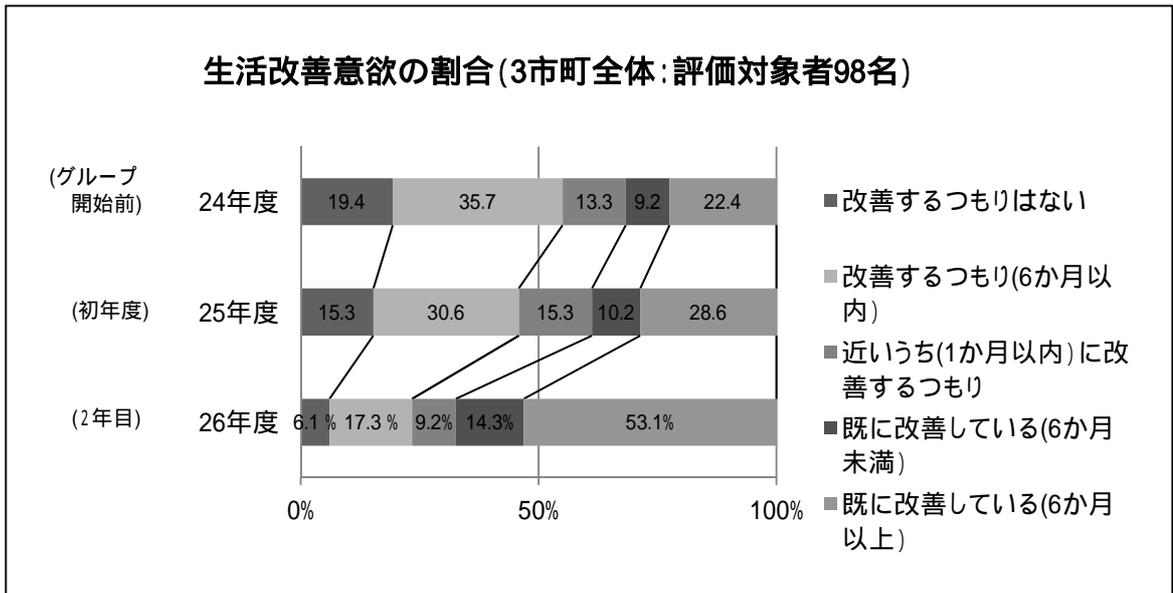


(4)生活改善意欲の変化(平成25年度生活習慣病グループ(3市町の参加者全体))

特定健診質問票の結果から、参加者の生活改善意欲の経年的な変化を分析した。

グループ参加後、「改善するつもりはない」及び「改善するつもり(6か月以内)」の割合は年々減少し、「すでに改善している(6か月未満)」及び「すでに改善している(6か月以上)」の割合は、年々増加している。

図 27 生活改善意欲の変化



(5) 継続保健指導の運営に関するアンケート調査結果

(平成 25 年度生活習慣病グループ、平成 26 年度生活習慣病グループ、平成 26 年度高血糖グループ(3 市町の参加者全体))

ア 調査目的

継続保健指導の運営について評価し、今後の継続保健指導の充実を図るための資料とする。

イ 調査対象

3市町の「平成 25 年度生活習慣病グループ」、「平成 26 年度生活習慣病グループ」、「平成 26 年度高血糖グループ」参加者のうち、平成 27 年 1 月以降、1 回以上継続参加している方 272 人(海老名市 102 人 寒川町 96 人 大磯町 74 人)

ウ 実施時期

平成 27 年 7 月～8 月

エ 実施方法

対象者へ質問紙を直渡しまたは郵送にて配布、直渡しまたは郵送にて回収。

オ 調査内容

- (ア) 継続保健指導に参加して良かったと思う点
- (イ) 継続保健指導に参加して良くなかったと思う点(以下悪かった点)
- (ウ) 参加しての満足度

カ 結果(3 市町全体)

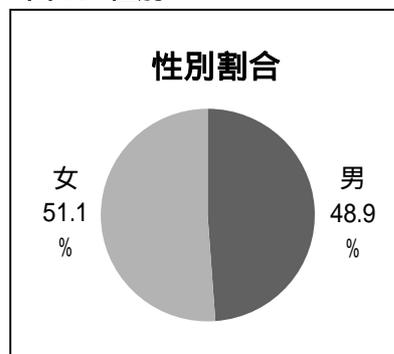
(ア) 調査回答数 配布数 272 人 回収数 176 人 回収率 62.9%

(イ) 対象者の属性

【性別】

性別	人数
男	86
女	90
合計	176

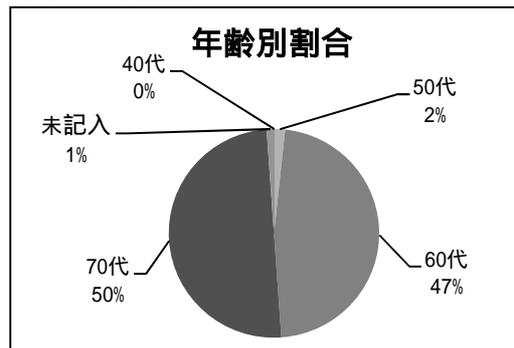
図 28 性別



【年齢別】

年齢別	人数
50 代	3
60 代	83
70 代	88
未記入	2
合計	176

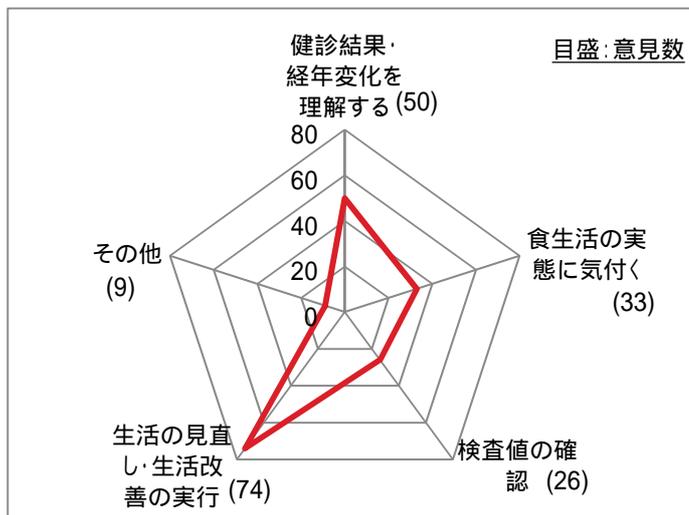
図 29 年齢別



(ウ) 続保健指導に参加しての意見の回答結果(自由記載)

項目	件数
良かったと思う点の意見数	192
悪かったと思う点の意見数	57

図 30 「良かったと思う点の意見」の内訳(複数回答)



* 継続保健指導の運営の視点で分類

表 12 良かったと思う点の主な意見

運営の視点	件数	主な意見
健診結果・経年変化を理解する 健診結果の相対的捉え、健康課題への認識等	50	<ul style="list-style-type: none"> 健康には自信があり、今迄血圧と尿酸値位しか気にしなかったが、検査値から自分の実態を知ることにより、他の項目にも関心が出た。(内容) 今まで体に異常がなければ食事などあまり気にもせず、好きなものを好きなだけ食べていたが、講座に参加して、あまりに無関心だった事を検査値で知らされ反省し気持ちを新たにすることができた。(内容) 自分の生活習慣を冷静に分析できた。さらに結果の次のステップをどう取り組むのがよくわかった。次につなげて行きたいと思った。(内容)
食の実態に気付く 自分の食べている物、食べ方の特徴を把握等	33	<ul style="list-style-type: none"> 自分の持ち点が分かり、1日野菜350g、嗜好品、塩分、油に気をつけるようになった。(食生活指導) 毎日の食事、塩分の摂り過ぎなど、数字に出て、又内臓脂肪の増加等の話を指導していただき、良い勉強になった。(食生活指導)
検査値の確認 検査値と関連付けて生活を意識等	26	<ul style="list-style-type: none"> 食生活が野菜中心に変わり、また間食も減り、体重が2~3Kg減った。食事をする時もカロリーが気になり、食事の量をコントロールするようになった。(内容) 以前よりも味付けや野菜の量を意識して食べるようになり健診の数値もよかった。特に血圧の結果がよく自分でおどろいた。(内容)
生活の見直し・生活改善の実行 継続の実態、仲間の必要性の認識等	74	<ul style="list-style-type: none"> 朝と夜に体重、血圧を測ることにより、体調管理が出来るようになった。(内容) 食事の配分、野菜を先に食べる、野菜を多く塩分を減らすなど気をつけて食べるようになった。(内容) 参加者同士の情報交換により、自分のレベルの確認と今後への動機づけになっている。(グループ運営)

表 13 悪かったと思う点の主な意見

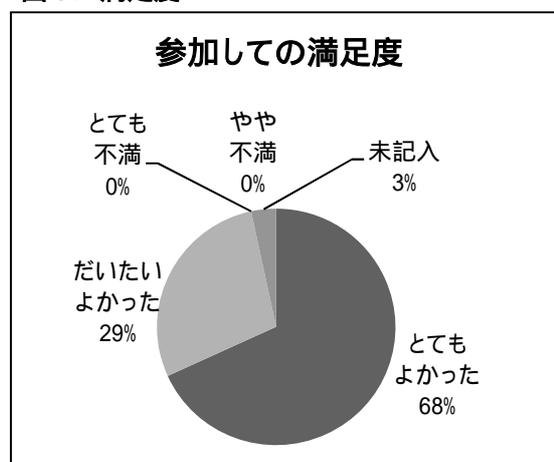
項目	件数	主な意見
開催回数等に関する事	14	・最初2～3回参加のつもりが1年間となると、気が重い。
グループ運営に関する事	13	・メンバーが固定されている様なので、色々な人と話し合いが出来ることも考えて欲しい。
大変だと感じたこと	11	・前日口にしたものを全て書くことは、なかなか大変な作業だった。しかも列記した各項目を や小鉢などで定量表示した結果などを利用して、自分の適量を求めることなどできそうもないと思った。 ・自分の意見を述べさせられること。
内容に関する事	9	・テーマが一本化で回数を重ねる毎にマンネリ化の傾向。カリキュラムを考える必要あり。
食生活指導に関する事	4	・塩分とカロリーを控えるコツを具体的に教えて欲しい。
要望等	4	・栄養士や先生の話をもっと聞きたい。
資料に関する事	2	・体重表が細かすぎる。

(I) 教室に参加しての満足度

表 14 満足度

満足度	件数
とてもよかった	120
だいたいよかった	50
やや不満	0
とても不満	0
未記入	6
合計	176

図 31 満足度



(6) 継続保健指導参加者の生活及び血液等データ等の変化(7事例の経過表)

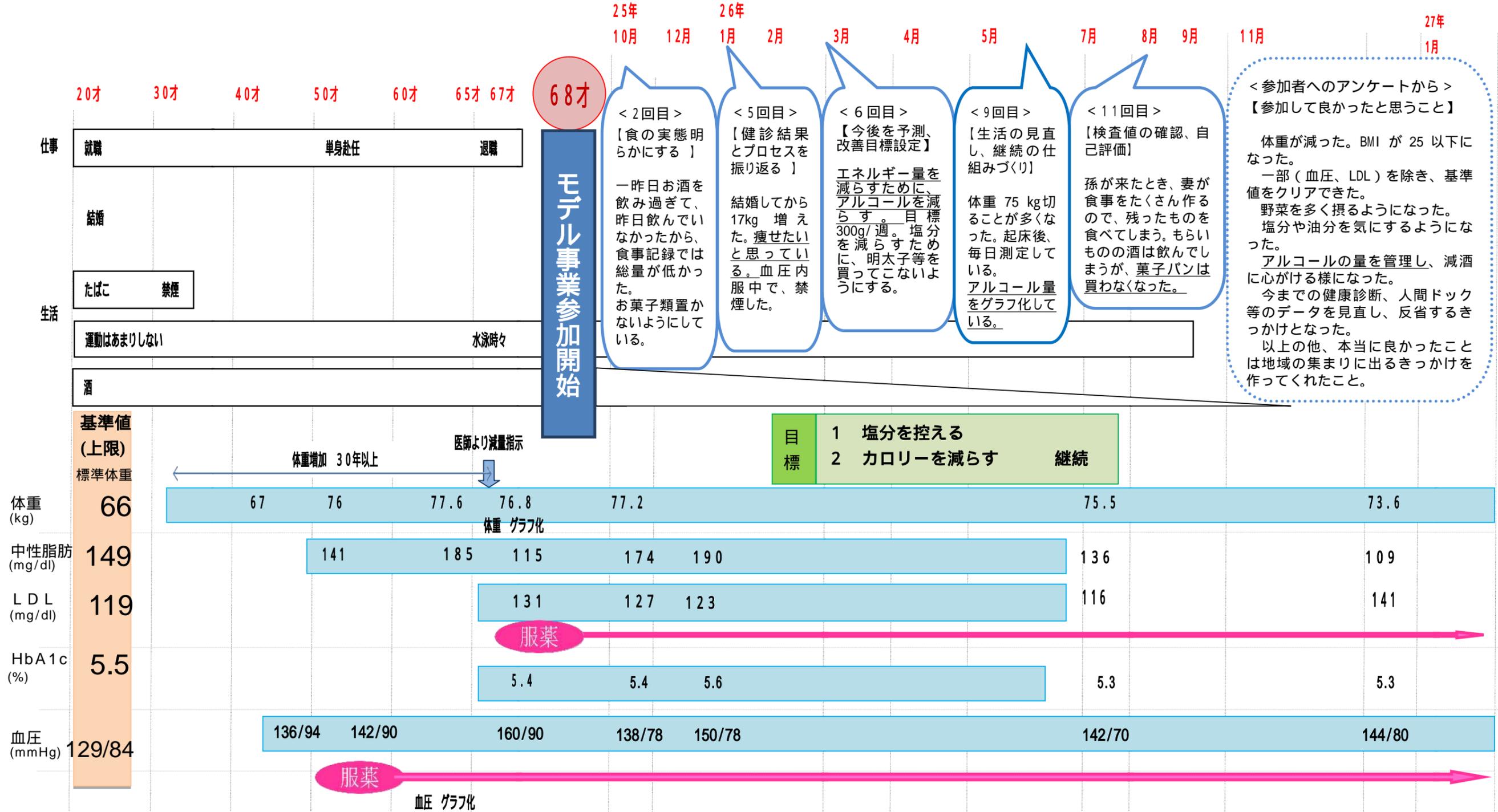
	事例の概要		ページ
事例1	Aさん(男性)の場合	アルコール量をグラフ化して、検査値が改善したケース	72
事例2	Bさん(女性)の場合	自分の食事量を守って20kg減量し、検査値が改善したケース	73
事例3	Cさん(男性)の場合	仲間の勧めで受診を開始、さらに他の参加者の受診につながった事例	74
事例4	Dさん(男性)の場合	継続して講座に参加することで、食生活を改善し、検査値を改善できたケース	75
事例5	Eさん(男性)の場合	一時体重が減少したが、年末年始・旅行などで体重が増え、血液データも悪化し、再度、体重コントロールを始めたケース	76
事例6	Fさん(女性)の場合	自分の食事量を守り体重を減らしたが、血圧が下がらず、再度、食生活を見直したところ、塩分を多く摂取していることに気づいたケース	77
事例7	Gさん(男性)の場合	個別指導をきっかけに、積極的に食生活の改善に取り組み一時体重の減少や血液データが改善したが継続せず、自身の合併症のリスクや他者の取り組みを確認し、再び生活改善の意欲が出たケース	78

Aさん (男性)の場合

アルコール量をグラフ化して、検査値が改善したケース

【概要】(モデル事業参加当初、基準値を上回っていた血液等データ：体重・中性脂肪・LDL・HbA1c・血压)
 20歳代で結婚してから太り始め、45歳で高血圧になり、50歳から降圧剤の内服を開始。60歳から血圧をグラフ化するようになった。65歳で体重が77kg(20歳から17kg増)になり、65歳で退職後、医師からの減量指示を受け、体重もグラフ化。68歳でモデル事業に参加し始めてからアルコール量もグラフ化し、意識するようになった。油と塩分を減らし、野菜を増やしたことで体重が減り、データも改善してきた。

72



<参加者へのアンケートから>
 【参加して良かったと思うこと】
 体重が減った。BMI が 25 以下になった。
 一部(血圧、LDL)を除き、基準値をクリアできた。
 野菜を多く摂るようになった。
 塩分や油分を気にするようになった。
 アルコールの量を管理し、減酒に心がける様になった。
 今までの健康診断、人間ドック等のデータを見直し、反省するきっかけとなった。
 以上の他、本当に良かったことは地域の集まりに出るきっかけを作ってくれたこと。

目標
 1 塩分を控える
 2 カロリーを減らす
 継続

68才
 モデル事業参加開始

< 2回目 >
 【食の実態明らかにする】
 一昨日お酒を飲み過ぎて、昨日飲んでいなかったから、食事記録では総量が低かった。お菓子類置かないようにしている。

< 5回目 >
 【健診結果とプロセスを振り返る】
 結婚してから17kg 増えた。痩せたいと思っている。血圧内服中で、禁煙した。

< 6回目 >
 【今後を予測、改善目標設定】
 エネルギー量を減らすために、アルコールを減らす。目標 300g/週。塩分を減らすために、明太子等を買ってこないようにする。

< 9回目 >
 【生活の見直し、継続の仕組みづくり】
 体重 75 kg 切ることが多くなった。起床後、毎日測定している。アルコール量をグラフ化している。

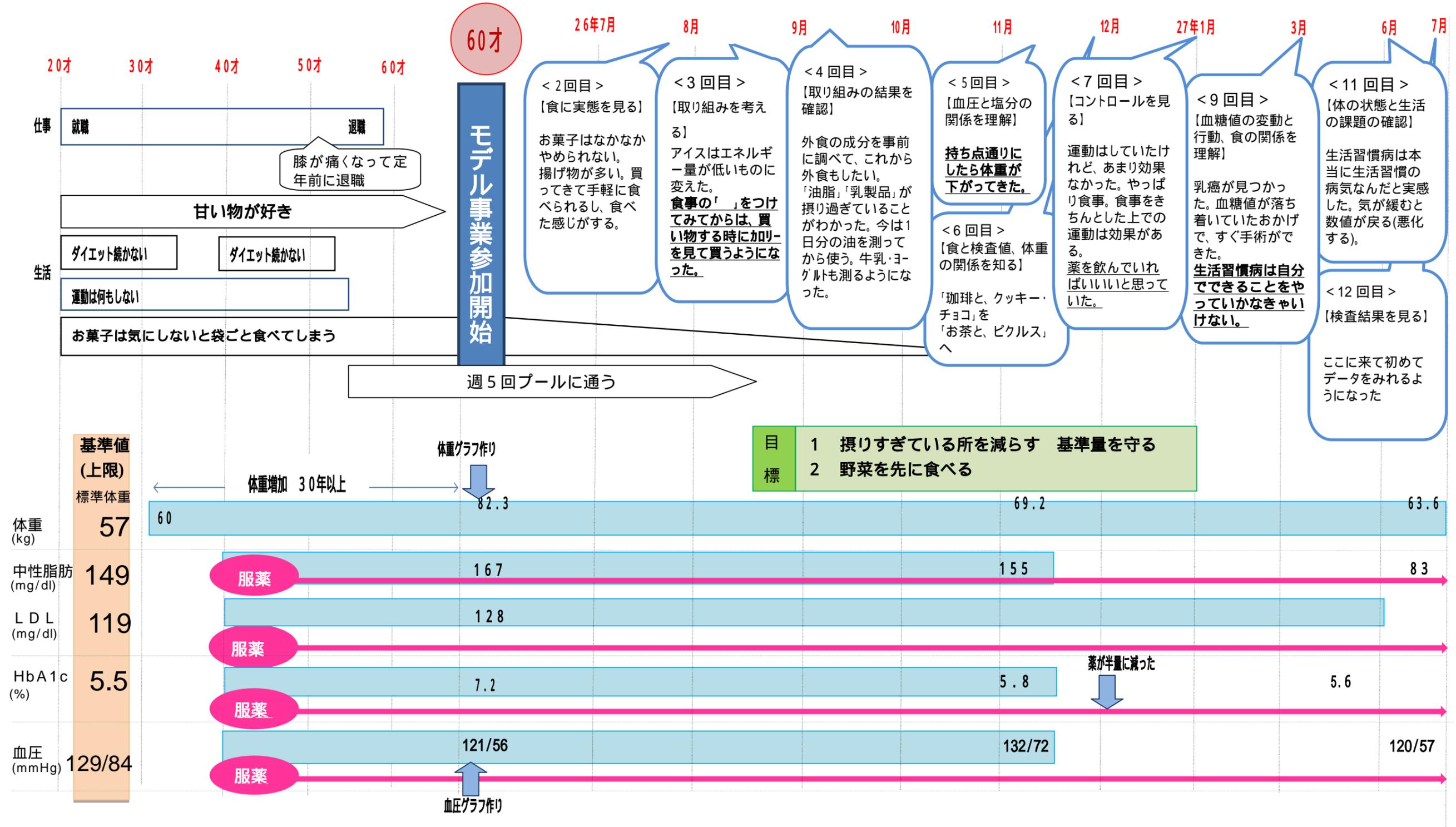
< 11回目 >
 【検査値の確認、自己評価】
 孫が来たとき、妻が食事をたくさん作るので、残ったものを食べてしまう。もらいものの酒は飲んでしまいが、菓子パンは買わなくなった。

Bさん (女性)の場合

自分の食事量を守って20kg減量し、検査値が改善したケース

【概要】(モデル事業参加当初、基準値を上回っていた血液等データ：体重・中性脂肪・LDL・HbA1c・血圧)
5～6年前に糖尿病と診断され、近医にて治療中。血糖降下薬を処方され、HbA1c値は7～8台で経過していた。なかなか改善せず、食事を見直さないといけないと思っていたところ、モデル事業に参加するようになり、自分の食事量(持ち点と配分)を知った。摂りすぎているところを減らしてみると体重が減り、面白くなって、持ち点・配分通りに食べるようにした。その後、2年で体重が20kg減った。そして、HbA1cは1.6下がり、血糖降下薬は半量になった。さらに血圧と脂質も正常値になった。

73

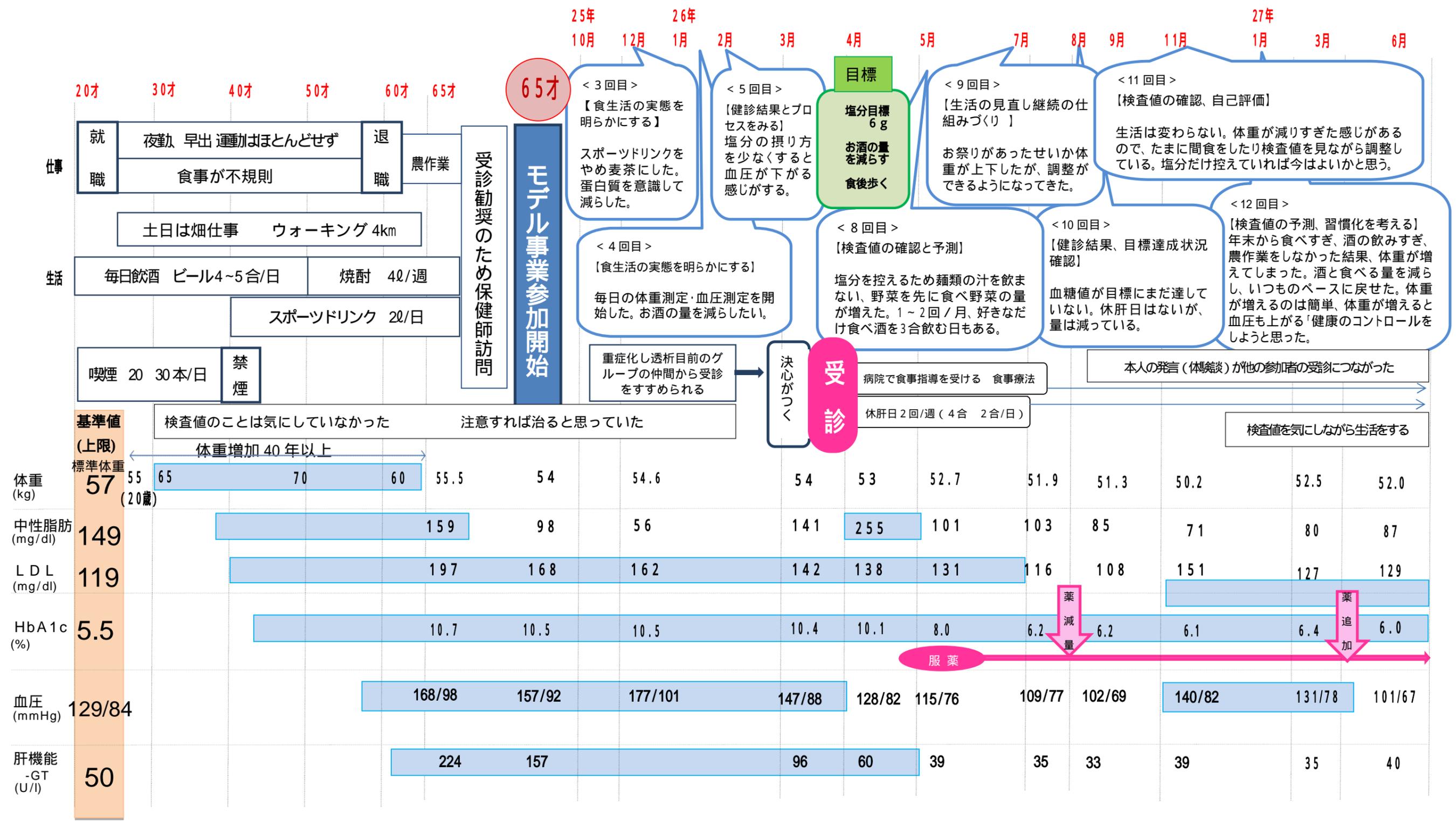


Cさん (男性)の場合

仲間の勧めで受診を開始、さらに他の参加者の受診につながった事例

【概要】(モデル事業参加当初、基準値を上回っていた血液等データ: LDL・HbA1c・血圧・肝機能)
 モデル事業前年に町保健師が、受診勧奨の家庭訪問をするが受診につながらなかった。
 モデル事業に参加し、グループメンバーから刺激を受け受診を開始するなど生活習慣を改善した。
 その結果、検査値も改善したCさんの存在は他の参加者の受診等につながった。

74

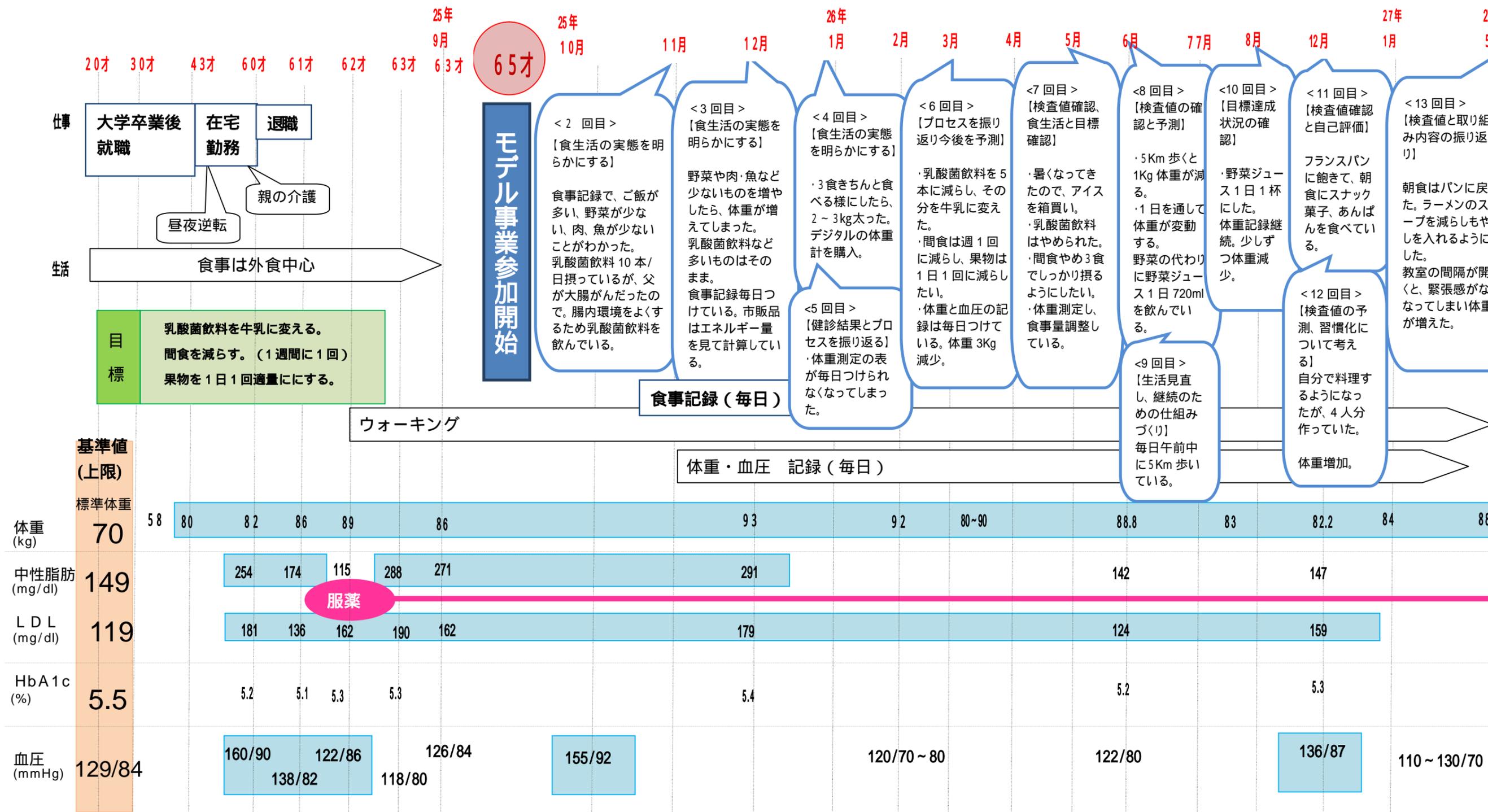


Dさん (男性)の場合

【概要】(モデル事業参加当初、基準値を上回っていた血液等データ：体重・中性脂肪・LDL)
 40歳台から体重増加し、60歳で血圧とLDLコレステロール・中性脂肪が上昇。62歳で脂質異常症治療薬の内服開始。
 毎回講座のグループの中で、取組みについて実践報告し、仲間やスタッフの声かけから、生活習慣を改善し、体重や検査値が改善した。しかし、講座の間隔が空き仲間と会えないことで緊張感がなくなり、体重が増加してしまい、再度取組みをやり直している。

継続して講座に参加することで、食生活を改善し、検査値を改善できたケース

75

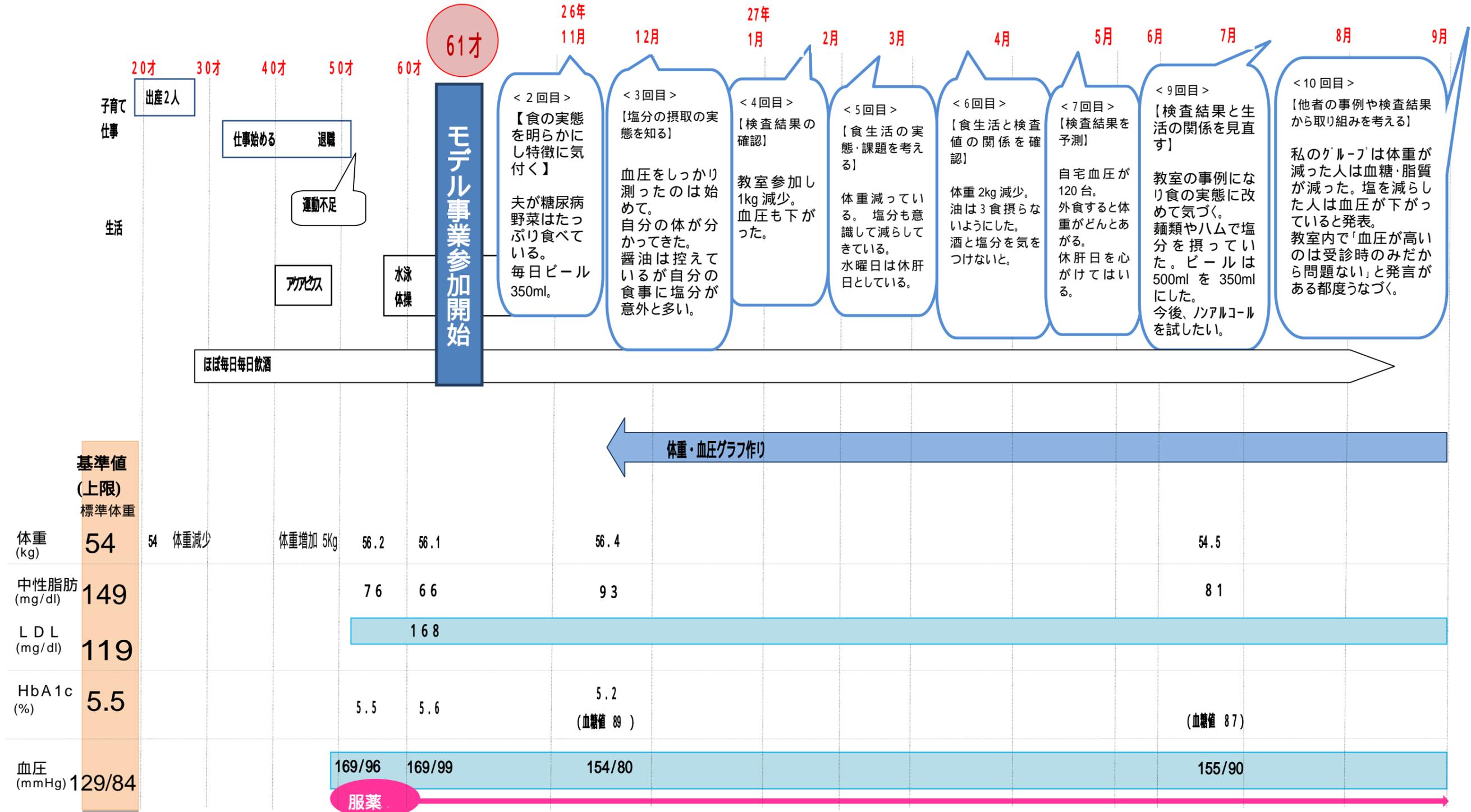


Fさん (女性)の場合

自分の食事量を守り体重を減らしたが、血圧が下がらず、再度、食生活を見直したところ、塩分を多く摂取していることに気づいたケース

【概要】(モデル事業参加当初、基準値を上回っていた血液等データ: LDL・血圧)

50歳高血圧で内服開始。教室には「血圧は薬も飲んでいし、運動もしているので必要はない」と思いつつ、知人が教室担当のため参加。教室参加後、減塩と体重減少を試み、体重が落ちたら血圧以外の検査値が改善。教室の事例検討(27年7月)で自分の例が取り上げられ、塩分が14gと多いこと、麺類やハムで塩分を摂っていることに気がつき、塩分を下げ始めた。



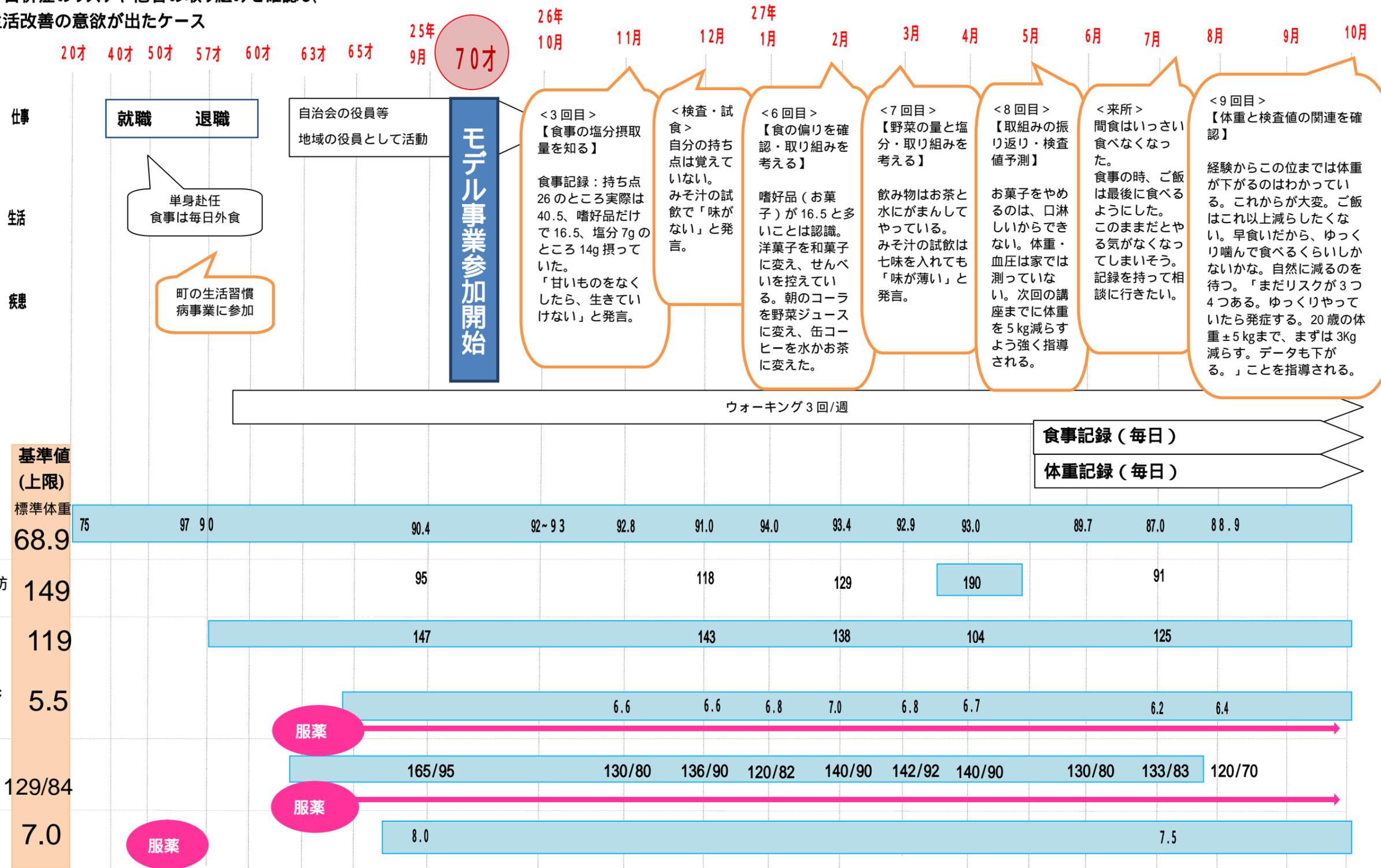
Gさん (男性)の場合

個別指導をきっかけに、積極的に食生活の改善に取り組み
一時体重の減少や血液データが改善したが継続せず、
自身の合併症のリスクや他者の取り組みを確認し、
再び生活改善の意欲が出たケース

【概要】(モデル事業参加当初、基準値を上回っていた血液データ等：体重・LDL・HbA1c・血圧・尿酸)

50歳頃で痛風治療。63歳から高血圧、65歳から糖尿病の治療中。

以前も町の生活習慣病の事業に参加し、取り組んだが、もとの生活に戻ってしまった。今回モデル事業の講座では、はじめはなかなか取り組み開始できなかったが、講座の中で強く指導され、次回の講座までの目標を明確にし、食生活の改善に取り組み、検査数値が改善した。しかしまだ数値は高くさらなる改善が必要であるが、今後はゆっくり取り組みたいと言う発言あり、再度指導される。



<3回目>
【食事の塩分摂取量を知る】

食事記録：持ち点26のところ実際は40.5、嗜好品だけで16.5、塩分7gのところ14g摂っていた。「甘いものをなくしたら、生きていけない」と発言。

<検査・試食>
自分の持ち点は覚えていない。みそ汁の試飲で「味が無い」と発言。

<6回目>
【食の偏りを確認・取り組みを考える】

嗜好品(お菓子)が16.5と多いことは認識。洋菓子を和菓子に変え、せんべいを控えている。朝のコーラを野菜ジュースに変え、缶コーヒーを水かお茶に変えた。

<7回目>
【野菜の量と塩分・取り組みを考える】

飲み物はお茶と水にがまんしてやっている。みそ汁の試飲は七味を入れても「味が薄い」と発言。

<8回目>
【取り組みの振り返り・検査値予測】

お菓子をやめるのは、口淋しいからできない。体重・血圧は家では測っていない。次回の講座までに体重を5kg減らすよう強く指導される。

<来所>
間食はいっさい食べなくなった。食事の時、ご飯は最後に食べるようにした。このままだとやる気がなくなってしまいそう。記録を持って相談に行きたい。

<9回目>
【体重と検査値の関連を確認】

経験からこの位までは体重が下がるのはわかっている。これからが大変。ご飯はこれ以上減らしたくない。早食いだから、ゆっくり噛んで食べるくらいしかないかな。自然に減るのを待つ。「まだリスクが3つ4つある。ゆっくりやっていたら発症する。20歳の体重±5kgまで、まずは3Kg減らす。データも下がる。」ことを指導される。

第6章 かながわ方式保健指導の活用

1 継続保健指導の実施回数のアレンジ

本マニュアルでは、継続保健指導の基本的プログラムを11回としている。1年を通じて生活を見ることが望ましいが、回数を5～6回に絞って実施しても良い。

表 15 5回で実施する場合のプログラムの例

回数	プログラム内容
1回目	健診結果と経過を振り返り、生活改善の動機付けをする
2回目	口にした物の実態を明らかにする
3回目	健診結果から今後の食生活の取り組みを決める 生活習慣改善を継続する仕組みを考える
4回目	健診の結果を予測する
5回目	健診の結果と予測した目標の差が何によって生まれたか検証する

* 6回のプログラムの場合は「口にしたものの実態を明らかにする」プログラムを追加する

2～3回の取り組みの後、身体に変化が出ているかを血液等検査で確認する。血液等検査については、特別な予算が無い場合、特定健診やかかりつけ医での血液等検査の結果を利用しても良い。

健診結果がどのように変化しているかをみるだけでなく、予測と健診結果が合致したか、体重の kg の増減が検査値にどのように反映するか、などをつかむことが出来るようなスケジュールでプログラムを立て実施する。

2 特定保健指導等への活用例

個別指導からインターグループワークに保健指導の方法を変更

参加勧奨は郵送に加え、効果的な家庭訪問を実施

媒体の活用

健診結果説明時にモデル事業の媒体を使用し保健指導・栄養指導を実施

特定保健指導時に食事記録表を使用

健診結果説明時に媒体(パワーポイント)を活用し集団指導を実施 等

3 その他の活用例

職員研修での活用

職員の健康保持・増進のため、新採用職員研修の中で食事記録を作成

行政相談員や食生活改善推進員の養成講座・研修会の中で食事記録を作成

おわりに

平成 25 年度から 3 年間実施してきたかながわ保健指導モデル事業では、3 市町・県（保健福祉事務所・健康増進課）が一体となって「県民の生活習慣病の重症化予防」という目標に向かって取り組みをすすめてきました。

KDB システムの稼働前であり、国保の医療費の特徴のとらえ方や対象者の選定、グループ運営の方法・媒体などを作り上げるという作業の連続でした。担当者間で意見交換を行ない何度も試行錯誤を重ねながら一緒に取り組みをすすめる中で、市町毎の実情や課題、保健師・栄養士等専門職の役割など多くの事が見えてきました。また、市町と県が相互に協力して事業を行なうという貴重な機会になったと考えます。

今回のマニュアルは実際にかがわ保健指導モデル事業に参加した住民の反応や、スタッフの思いなどを入れた内容にしました。一連の保健指導の実施には改善の余地がある点もあります。平成 28 年度からはこの「かながわ方式保健指導」を県内の市町村に普及していく中でさらに内容の改善を重ね、より効果的な「生活習慣病の重症化予防」の方法となるよう検討を続けていきたいと考えます。

【参考文献等】

1. 久常節子、井伊久美子：生活習慣病予防のためのグループ支援、日本看護協会出版会、2009
2. 香川靖雄：生活習慣病を防ぐ、岩波新書、2004
3. 矢島鉄也：生活習慣病、予防への挑戦、教育出版センター、2013
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、2013
5. 厚生労働省 健康局：標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】、2013
6. 国立保健医療科学院：保健指導における学習教材集（確定版）
(http://www.niph.go.jp/soshiki/jinzai/koroshoshi_ryo/kyozai/)
7. 岡山明：健康教育マニュアル、日本家族計画協会、2014
8. NHK：きょうの健康、内臓脂肪とメタボリックドミノ「一気に進む 生活習慣病」
(<http://www.nhk.or.jp/kenko/kenkotoday/archives/2013/04/0408.html>)
9. NHK：きょうの健康、血管イキイキ 健診徹底活用法「あなたの血管を知ろう」
(<http://www.nhk.or.jp/kenko/kenkotoday/archives/2013/01/0107.html>)
10. 猿田亨男：NHK 生活ほっとモーニング 血圧を下げる！、NHK 出版、2007、p12
11. きょうの健康 2013 年 11 月 糖尿病 インスリンの作用が低下する 2 つの原因、NHK 出版、2013
12. NHK 科学・環境番組部：NHK「ためしてガッテン」脱・糖尿病の「超」常識、主婦と生活社、2013、p94
13. 文部科学省 科学技術・学術審議会 資源調査分科会：日本食品標準成分表 2010、全国官報販売協同組合、2010
14. 菱田明、佐々木敏：日本人の食事摂取基準（2015 年版）、第一出版株式会社、2014
15. 日本糖尿病学会：糖尿病食事療法のための食品交換表第 7 版、文光堂、2013
16. 香川芳子：外食・デリカ・コンビニのカロリーガイド、女子栄養大学出版部、2012
17. 香川芳子：家庭のおかずのカロリーガイド、女子栄養大学出版部、2014
18. 香川芳子：外食のカロリーガイド、女子栄養大学出版部、2013
19. 貴堂明世：食材 & 料理カロリーブック、主婦の友社、2014
20. 牧野直子：塩分早わかり 第 3 版、女子栄養大学出版部、2014
21. 平本福子：実物大・そのまんま料理カード 第 1 集 手軽な食事編、群羊社、2002
22. 平本福子：実物大・そのまんま料理カード 外食・中食 + 家庭のきほん編、群羊社、2013

【資料編】

- 1 平成 25 年度生活習慣病グループ 初回・継続保健指導実践記録
- 2 (まるまる) 食事早見表 他



平成 25 年度生活習慣病グループ 初回・継続保健指導実践記録

かながわ保健指導モデル事業の初年度である平成 25 年度に 3 市町で開催した「平成 25 年度生活習慣病グループ」の実践記録である。これらの教室は、スタッフが初めての試みに試行錯誤しながら行ったものであり、3 年間の経験を踏まえた上で作成した。本文第 5 章の「継続保健指導の基本プログラム」とは進度や内容が異なっていることに留意しながらご覧いただきたい。使用媒体も本文の物とは異なっている。

各市町の最後には対象者に送付したニュース（通信）の例も掲載している。

海老名市の例

寒川町の例

大磯町の例

平成 25 年度生活習慣病グループの 3 市町の状況

単位：人

	海老名市	寒川町	大磯町
平成 24 年度特定健診 受診者数	7,255	3,220	1,848
モデル事業対象者数 基準は P7 参照	4,034	1,936	1,003
平成 25 年生活習慣病グループ 対象者数 基準は P7 参照	583	303	181
初回保健指導対象者数 対象は次ページ以降の 各市町を参照	333	294	175

海老名市

初回保健指導

対象者の状態	検査値のいずれか1つ以上該当 血圧 収縮期 160以上 又は拡張期 100以上 脂質 男性 LDL-ch 180以上 血糖 HbA1c(NGSP)8.4以上 又は空腹時血糖160以上 腎機能 尿蛋白 2+ 以上
対象者数	333人
訪問対象の条件	以下を除く ・人工透析導入 ・インスリン注射適応 ・主傷病が悪性新生物 ・精神疾患（統合失調症等） ・難病（パーキンソン病等） ・介護保険利用者（要介護度4・5） ・70歳以上
郵送対象の条件	郵送は実施せず
対象選定の理由	全数訪問する方針だったので、若い世代を優先することにして、70歳以上は除外した。
使用媒体	・経過表 ・血管の図
工夫したこと	・研修の内容を踏まえて作成した資料を、研修に参加できなかった担当者に説明した。（2人で訪問して様子を確認してから、1人での訪問とした。） ・不在の場合のポスティングで、目に留まるように資料を工夫した。
対象者の反応	・経過表により振り返ってもらうのは、思い出すまでに時間がかかったり、思い出せなかったりする場合が多かった。 ・血管の図は、普段意識しない血管の中などをイメージしやすい、検査項目と併せて納得を得られやすかった。 ・病院に定期的に受診している場合には、「先生にかかっているから大丈夫」という反応が多く、特に高血圧、脂質異常では「先生に大丈夫と言われている」というケースが多かった。



継続保健指導

月日	1回目	2回目	3回目
	2013/9/27	2013/10/25	2013/11/22
参加人数(人)	51	38	37
テーマ ・ ねらい	健診結果から 今後の見通しを考える 自分の今までの健診結果を振り返り、今後の予測を立てる	食べ方をチェンジ! 全体編 前日の食事記録を分析し、食べ方の基本を学ぶ	食べ方をチェンジ! あぶら編 前回の食事記録から油脂のカウント方法と適正量を学ぶ
使用媒体	・健康増進課作成のパワーポイント(内臓脂肪・氷山・ドミノ等)	・あなたに必要なエネルギーは? ・食事記録用紙 ・塗りつぶしの目安 ・次回のご案内 ・フードサンプル	・食事記録用紙 ・食事記録記入見本 ・塗りつぶしの目安 ・日程表 ・検査実施のご案内 ・フードサンプル
工夫点	・年齢の若い参加者が少なかったので1つのグループにまとめた。 ・参加者が話しやすいように、グループ内の雰囲気づくりに配慮した。	・初めて参加する人には、各グループの進行係が前回の説明を行った。 ・早めに来た人には食事記録を書いてもらい、スムーズに実施できた。	・新規参加者には健康手帳と今までの資料を渡し、前回までの説明を行った。
参加者の様子	・スライドには静かに集中していた。 ・自分の話をすることに抵抗を感じる人もいたようだ。	・野菜の摂取量が少なく、嗜好品の摂取量が多すぎるケースが多かった。 ・女性は食品のカウントはスムーズにできた。料理法など方法論に話が広がった。 ・食品のカウントで多いもの(ケーキ)に驚いていた。	・太っている人は油を取り過ぎていたことがわかった。 ・前回は今回も野菜が摂れていないことがわかった。 ・個別健康栄養相談に申し込みした ・食事だけでなく運動の方法も知りたい ・市販の調味料は油が多いことに気づいた。
気になったこと	・介護者(夫)と参加し、本人の発言や反応がみられなかった参加者あり。	・講師が遠く、話に入りづらかった。	・健康に悪いことがわかっていても実行できない人、面倒くさいという発言があった。
課題		・食事記録の様式を書きやすくするための工夫が必要。 ・参加勧奨の電話のタイミングをどうするか。 ・食事と検査結果のつながりがわかるようにしていく必要がある。	・参加者の減ってしまったグループは次回から合体させる。
その他			・委託医療機関にて検査実施 ・血液検査の受診券は後日県庁から郵送する。

月日	4回目	5回目	6回目
	2013/12/20	2014/1/24	2014/2/21
参加人数(人)	31	33	31
テーマ ・ ねらい	食べ方をチェンジ！ 食塩編 前々回の食事記録から食塩の カウント方法と適正量を学ぶ	健診結果 経過表作成 12月の健診の結果を経過表に 記入し、自分の経過表から健 康課題を考える	目標設定 自分の将来予測をする 今後の改善目標を立てる
使用媒体	<ul style="list-style-type: none"> ・パワーポイント(今迄の復 習・食塩と血圧の関係) ・食塩量の目安 ・100キロカロリーの本 ・フードサンプル 	<ul style="list-style-type: none"> ・個人ファイル ・経過表 ・経過表記入例 ・標準体重と肥満度一覧表 	<ul style="list-style-type: none"> ・目標シート ・検査値基準シート ・パワーポイント(事例)
工夫点	<ul style="list-style-type: none"> ・受付時に持参した味噌汁の 塩分測定を実施し、結果を本 人に渡した。 ・年末年始の食事の留意点に ついて説明した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・早く来た人から経過表の記 入を始めてもらった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・食事記録未経験者の対応を する担当者を決めておいた。 ・職員の事例を紹介した。
参加者の様子	<ul style="list-style-type: none"> ・食塩は10グラム以上摂取し ている人が多かった。 ・乾物や漬物に醤油をかける のが普通だと思っている人が いた。 ・市販品の袋を持参した人が いた。成分表示を見るように なると話していた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・仲間同士でアドバイスし あっていた。 ・食事と運動で中性脂肪が100 下がった人がいた。 ・参加者の妻から「醤油をか けなくなった。感謝してい る」との声あり。 	<ul style="list-style-type: none"> ・メンバー同士で助言しあっ ていた。 ・参加者同士で励ましあっ ていた。 ・毎朝自家製スムージーを3杯 飲んでいる参加者がいた。
気になったこと	<ul style="list-style-type: none"> ・食塩の計算は10分では足り なかった。15分は必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ・20歳の体重を基準にする理 由が理解できていない参加者 がいた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・食事記録の 数の計算が 間違っている人がいた。 ・HbA1cが6.2でも主治医から 問題ないと言われているケー スあり。 ・セミナーが3月で終了だと 思っていた参加者あり。
課題	<ul style="list-style-type: none"> ・参加者が減ったのでグルー プの再編成が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ・間食をやめられないケー スにどう対応するか。 	<ul style="list-style-type: none"> ・データの悪い参加者には個 別指導が必要。 ・参加回数の少ない参加者へ の説明に手間取り、話し合い ができなかったグループが あった。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・顧問より：体重チェックは スタッフもやってみよう に！ 		<ul style="list-style-type: none"> ・「技あり！ニュース第2 号」発行(2月発行)

月日	7回目	8回目	9回目
	2014/3/18	2014/5/20	2014/6/24
参加人数(人)	27	24	23
テーマ ・ ねらい	リスクの数 食事について リスクの数を自覚する 食事記録の分析 必要な食事内容について改めて学ぶ	食生活の改善状況の 振り返りと次の 検査結果の予測 食生活の改善状況を振り返り、行動目標の見直しを行う 次の検査結果を予測し、目標達成に向けての動機づけを行う	新しい生活習慣を 継続する仕組みについて (記録の勧め) 新しい生活習慣を継続するためのしくみについて考える
使用媒体	<ul style="list-style-type: none"> ・食事記録用紙 ・次回のお知らせ ・食事記録記入例 ・パワーポイント(リスクの数、目標シート、油の説明、事例等) 	<ul style="list-style-type: none"> ・事例紹介2例 ・検査項目に影響する食品 	<ul style="list-style-type: none"> ・体重記録用紙
工夫点	<ul style="list-style-type: none"> ・前回欠席者には早めに来てもらい、検査値シート・目標シートの記入を行ってもらった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・6月の検査値のを(改善)(維持)×(悪化)で予測した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・検査結果が悪かった時に参加しにくくなると予想し、「検査結果が悪くても来てください」と伝えた。
参加者の様子	<ul style="list-style-type: none"> ・食事記録に時間がかかった。 ・スムーズのまねをしている人がいた。 ・怖くて嗜好品をゼロにしている人がいた。 ・食事に関心を持つようになってきた。 ・県より海老名市の女性の血圧の改善率が良いとの報告あり。 	<ul style="list-style-type: none"> ・茶を買ったという参加者がいた。 ・目標シートへの×の記入はスムーズだった。 ・海外旅行に行ったら体重が増えた。 ・血圧の薬が減った参加者あり。 ・佃煮をやめたケースあり。 ・減塩しょうゆを使い始めた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・洋菓子を和菓子に変えた人あり。 ・お菓子・アルコールがやめられないケースあり。
気になったこと	<ul style="list-style-type: none"> ・新しい参加者がいて担当者が把握しきれず、グループワークのやりとりが深まらなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・この教室はいつまで続くんだろう、という声があった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・体重が減ってもHbA1cが下らない。 ・海老名市は体重記録をつけている人が少ない。
課題	<ul style="list-style-type: none"> ・顧問より専門職として自信のある態度で話すよう助言。 ・グループワークの深まりが足りない。 		<ul style="list-style-type: none"> ・グループワークのテーマがわかりにくい。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・食事記録のコピーは毎回取っておくべき。 ・体重のリスク基準は20歳+15% 10%とする。 ・「技あり!ニュース第3号」発行(5月発行) 		<ul style="list-style-type: none"> ・マイレージ事業の説明を行った。 ・「技あり!ニュース第4号」発行(7月発行)

月日	10回目	11回目
	2014/7/22	2014/8/19
参加人数(人)	23	21
テーマ ・ ねらい	検査結果の確認 目標の評価 6月の健診結果から現在の状況を知る 自分の立てた目標が実行できたかを評価する	取り組みの継続 落とし穴について 取り組みを継続するための方法を考える 新たな目標を設定する
使用媒体	<ul style="list-style-type: none"> ・目標シート ・検査値の変化グラフ ・体重記録用紙 	<ul style="list-style-type: none"> ・検査値の変化グラフ
工夫点	<ul style="list-style-type: none"> ・作業内容をホワイトボードに書いた。 ・海老名市版の体重記録用紙を作成した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・食事記録で基準よりも多いもの、少ないものにマーカーで色を塗るようにした。 ・お弁当箱バイキング(市の事業)のPRを行った。
参加者の様子	<ul style="list-style-type: none"> ・白衣高血圧の人が多い。 	<ul style="list-style-type: none"> ・体重が減り、リスクも減った参加者が9名。 ・次回まで間が空くのが不安という参加者あり。
気になったこと	<ul style="list-style-type: none"> ・降圧剤を自己判断で減らしているケースがあったので、主治医に話すように伝えた。 	
課題	<ul style="list-style-type: none"> ・運営が複雑だった。柱は3本までに。 ・HbA1cとLDLの数値が改善しにくいことがわかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・顧問より海老名のスタッフは説明が優しすぎるとの指摘あり。 ・食事を変えることよりも運動でデータを改善したいと考える参加者が目立つ。
その他		「技あり！ニュース第5号」発行(9月発行)



技あり！ニュース 第2号

平成 26 年 2 月発行

「技あり！健康セミナー」にご参加くださり、ありがとうございます。セミナーも1月で5回目になりました。今まで食事や生活について様々なご意見が交わされてきましたので、みなさんの声をまとめてご紹介します！裏面は「技あり栄養士」からのメッセージです。

みなさんの声

「間食をガムに変えました。」 「食べ物が視界に入らないようにしました。」
「醤油を酢に変えました。」 「おやつを甘い物からおせんべいに変えました。」
「セミナーの参加をやめようと思いましたが、食塩の話聞いて、やっぱり続けようと思いました。」 「肉から出たあぶらを使って料理しています。」 「菓子パンを食べるのはやめました。」 「漬物に醤油をかけるのはやめました。」 「野菜を食べるように努力しています」 「スポーツジムに通っています」 「ウォーキングを続けています」……

平成 26 年 1 月 24 日の会場の様子



スタッフの声

「長年続けている生活習慣を変えるのは大変なことです。マイペースでいきましょう！」
「グループメンバーがお互いにアドバイスし合っているのが、とてもいいと思います。」 「私も野菜を沢山食べなきゃいけないと思っています。」
「みなさんと毎回楽しい時間を過ごせています。」

今後の予定は 2月21日(金)10時～

3月18日(火)10時～ です。

健康維持のために、ぜひいらしてください！



海老名市健康づくり課 046 - 235 - 7880

海老名産の野菜を 食べよう！



おいしいよ♡
たくさん食べて

「技ありスタッフ」がお勧めする「野菜」たちが
旬をむかえました。

体から「悪いもの」
を出しま～す♡



キャベツ・白菜・大根・小松菜・ほうれん草・長ネギ・



カブ・菜の花・シイタケ……



新鮮な旬のものは「安くておいしい」です。

この時期の野菜は冬の寒さに耐えるため甘みを増しています。
塩分控えめの薄味で「素材の味」を楽しんでみませんか？

〔 例えば、白菜のお浸しに「ポン酢 小さじ1なら食塩0g、
ポン酢しょう油なら0.4g、しょう油なら0.9g」です。 〕



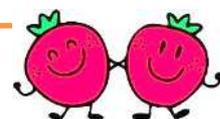
「えび～にゃクイズ」



イチゴも旬です！

イチゴは何粒でマルひとつ分になるでしょうか？

ヒント：差し上げた資料に載っています。



答え 16粒 但し、Mサイズです！

寒川町

初回保健指導

対象者の状態	検査値のいずれか1つ以上該当 血圧 収縮期 160以上 又は拡張期 100以上 脂質 男性 LDL-ch 180以上 血糖 HbA1c(NGSP)8.4以上 又は空腹時血糖160以上 腎機能 尿蛋白 2+ 以上
対象者数	303人
訪問対象の条件	40歳～69歳 (精神疾患 認知症 末期がん 転居等を除く) (レセプト情報より判断)
郵送対象の条件	70～74歳(年齢の高い70歳代の優先度を下げた)
対象選定の理由	町の稼働できる保健師数を考慮して、訪問可能件数を算出。 訪問以外を郵送とした。 <u>マンパワー×訪問件数概算</u> 主担当保健師3人 兼務保健師(看護師)4人 $3人 \times [15件(5/日 \times 週3日)] \times 4週間 = 180件/月$ $4人 \times [3件(3件/日 \times 週1日)] \times 1週間 = 12件/月$
使用媒体	<ul style="list-style-type: none"> ・ 講座の案内・日程(2回目まで) ・ 経過表 ・ 氷山 ・ 血管図 ・ 訪問時不在票
工夫したこと	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問スタッフ：保険年金課保健師・看護師及び健康・スポーツ課保健師 ・ アポなし訪問：効率的な訪問であり効果的な訪問だった。事前に約束の電話をしても不在が多く、手間ばかりで断られる可能性大。特定健診の結果表では電話番号を把握できず、結果的に事前にアポ取することは困難であった。 ・ 事前練習：効果的な訪問技術を身につけるため、訪問職員全員がロールプレイングし、一定のスキル習得と訪問目的を共有した。 ・ 媒体準備：郵送は単に講座の案内ではなく、個々の検査値と判定・血管の図を入れ、訪問指導に使用する媒体になるべく近いものにした。 ・ あらかじめレセプト情報で医療状況を確認してから訪問した。
対象者の反応	<ul style="list-style-type: none"> ・ 成功した事例： <ul style="list-style-type: none"> 「訪問してくれたから、教室に行くか・・・」 「ちょうど食事のことを知りたかったので行くよ。」 「そんなに私って悪かったの？(今まで気付かなかった)」 ・ 困った事例： <ul style="list-style-type: none"> 「病院に行っているからいい。」 「薬を飲んでいるからいい。」 「先生(医師)の言うことを聞いているからいい。」 「仕事で忙しく時間的に行かれない。」 「受診は考えていない。」 「遺伝だから・・・」 「ずっと変わらないから大丈夫。」 「自分で気をつけてやっているから。」 本人不在の場合、家族に伝言したが、家族の伝言では伝わりきらないばかりでなく逆効果になることもある。



継続保健指導

月日	1 回目	2 回目	3 回目
	2013/9/25	2013/10/29	2013/11/27
参加人数（人）	35	26	21
テーマ ・ ねらい	【プロセスを見る】 事例を通して自分を振り返る。 仲間・事例との対比を通して、 今後の予測をする。	【食事】 口に入れているものの実態を明 らかにし、自分の特徴に気がつ く。	【食事】油 食生活の実態を明らかに する。今回は特に油。
使用媒体	<ul style="list-style-type: none"> ・パワーポイント ・事例（2事例） ・「内臓脂肪の問題」 ・「冰山」 ・「メタボドミノ」 ・「血管の変化」 	<ul style="list-style-type: none"> ・パワーポイント ・まんまるシート（食事記録） 	<ul style="list-style-type: none"> ・油早見表（隠れ・・・付 き） ・パワーポイント
工夫点	<ul style="list-style-type: none"> ・グループワークのグルー プリーダーは、発言する参加者の 方向を向き、身を乗り出して聴 く姿勢を徹底した。 ・リーダーは記録を取らず、記録 係をおいた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・食事記録は食べた物を書き出 しやすくするため、模範的な食 事例や立派な例ではなく、あく までも保健師の実例を張り出し た。 ・参加者一人一人の持ち点・配 分を記した食事記録を準備し た。 	<ul style="list-style-type: none"> ・自分で「 」を数え、 持ち点・配分が日常的に 使えるように持ち点短歌 を作った。 ・事実を恥ずかしくなく 出せるような配慮をし た。
参加者の様子	<ul style="list-style-type: none"> ・自分の食べている量や必要な 量がわからない。 ・医師から指示されていない。 ・内臓脂肪が良くないことは知 らない反応。 ・内臓脂肪については初耳の様 子。 ・血圧の薬を飲んでいるからい いじゃないか。 ・血圧が高いとは知らなかつ た。 ・訪問を受けて「やっぱりやば いんだ」と思った。 ・「長生きしなくていい。命は 惜しくない。太く短く生きる」 	<ul style="list-style-type: none"> ・蛋白質の多い男性が多く見ら れた。特徴として、お酒を飲ん でいる人。 ・ご飯を意識している方は、減 らし過ぎていることがあり、3 食きちんと食べることを伝え る。 ・アルコールやお菓子（嗜好品）をこ んなに摂っていたなんて驚い た。 ・野菜を食べているつもりが全 然足りていなかった。 ・9年前に心筋梗塞。以後医師の 指示を守っている。動脈硬化で 苦しむのは自分だから。 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院ではここまで細か い説明が聞けないので講 座が役に立っています。 ・前回から食事を意識す るようになった。
気になったこと	参加者が自分のことを語っているか。	各グループの進み具合が、異 なり全体司会の進行が難し かった。	
課題	<ul style="list-style-type: none"> ・事例はより身近な事例の方が 自分事として捉えやすい。今 後は、寒川町民の事例を紹介 する。 ・会場設営が、参加者がお互 いに向き合う円状の席だと抵抗 があるので、最初は前向きで、後 からグループを作る。 	<ul style="list-style-type: none"> ・持ち点と配分の重要性が十分 に伝えきれていない。 ・今後も繰り返し伝えていく必要 がある。 ・野菜は、実物で350gの野菜を 用意する。 ・参加者が減少した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・楽しみながら、自分の 偏りを意識できるように、全体発表では、遊び を取り入れるようにす る。 ・優等生の意見ばかりを 取りあげない。
その他	・まんまる通信No1発行 (10月15日)	・まんまる通信No2発行 (11月12日)	・まんまる通信No3発行 (12月5日) ・12月の血液検査の説明 実施

月日	4 回目	5 回目	6 回目
	2013/12/13	2014/1/21	2014/2/26
参加人数（人）	25	28	24
テーマ ・ ねらい	【食事】塩 食生活の実態を明らかにする。今回は特に塩分。塩分摂取と血圧の関係について。	【プロセスを見る】 検査値の経過と生活が結びつけられる。	【目標と対策】 自身の食生活の問題点について考え、目標・対策を1人ひとりが決める。
使用媒体	・パワーポイント ・食塩量早見表	・パワーポイント ・前回の振り返り用の資料もしくはスライド・経過表・食事記録 ・体重自己記録表 ・検査結果経過表	・パワーポイント ・傾向と対策シート ・心疾患の発症危険度 ・重症化予防 傾向と対策 ・パワーポイント
工夫点	・前回欠席者は、可能な範囲で、当日早めに来てもらい、1回目の内容を説明する等、スムーズにグループに参加できるよう配慮した。 ・参加者各々が自分自身の理解を深めるための作業シートを作った。（以後、毎回作業シートを利用）	・日々、内臓脂肪と食生活の関係を意識できるように。体重記録を毎日とることを勧めた。 ・体重測定と記録の勧め以後毎回配布	・自分の検査値に向き合えるよう、1人1人のこれまでの検査値の変化がわかるシートを準備した。 ・事例を通して自分の事を考えられるよう、役場職員の事例を取り上げた。
参加者の様子	・「塩分が意外と入っている。」と反応 ・食塩7g/日に参加者はびっくり。 ・意外な食べ物に食塩があることに参加者はびっくり。	・教室に来るまでは、「たいしたことない」と思っていた。でもリスクが高いことがわかって、今は安心していられないと思っている。 ・ここで習った食事の考え方は、油・塩分など細かくてわかりやすい。 ・カロリーや塩分の具体的な量がわかった。	・以前より、体重と万歩計の記録をつけていたが分析していなかったと話す。グラフに付けて気づきあり。 ・体重が減らない。 ・食べたい気持ちをいつも我慢している。
気になったこと			
課題	・食塩を多く摂っている人は血圧が高いか聞き、塩分と血圧の関係に思考を向けられるようにした方が意識化できてよい。	・検査値が変わった人、変わらない人、様々なメンバーをどのようにしてグループワークの中で見せていくかが課題。	・野菜の提示の仕方
その他	・個別フォロー（訪問等） ・まんまる通信No4発行（12月25日）	・まんまる通信No5発行（2月12日）	・まんまる通信No6発行（3月13日）

月日	7回目	8回目	9回目
	2014/3/20	2014/5/19	2014/6/9
参加人数 (人)	21	26	22
テーマ ・ ねらい	【食べ物と検査値の関係】 食べ物と体の関係の理解を深める。 事例検討	【予測】 6月に受ける検査について、参加者が事実を整理し、それを根拠に健診結果を予測する。	【継続のためのしくみ】 「新たな生活習慣が身につくとは何か」を考え、認識する。卒業を考える。 事例検討
使用媒体	・パワーポイント ・目標評価シート ・リスク数と血管の関係 ・事例はNさん(模造紙)	・パワーポイント ・重症化予防 検査予測と結果 ・検査結果表	・パワーポイント ・事例はKさん 体重、血圧記録表(模造紙)
工夫点	・事例検討を参加者のNさんの例で行うことで、参加者は自分との比較が行いやすくなった。 (教室参加者の事例を教室で扱うのは、参加者皆がのめり込んだ。)	・12月実施の血液等検査をまとめ、参加者に報告を行った。「参加後、体重が増えなかった100%」「参加後体重が3Kg以上減量した人23%等」	・「体重がなかなか減らない」というKさんの事例をもとに、体重と血圧の軌跡、体重が増える時はどんな時か、その時の出来事を振り返り、生活習慣がどのように定着するかを浮き彫りにした。
参加者の様子	・事例のNさんは、講座に参加後、嗜好品の摂り方に目をつけ調整している。その結果、体重・血糖値・脂質は改善の兆しが現れている。血圧は日頃よく口にする漬物と佃煮に目をつけた。また「体重が減れば、他の数値も良くなるんじゃないかなあ」と発言。 ・食べたいのを食べられないストレスは嫌だ。イライラすると思っていたが、今では我慢することが出来るようになった。意識するようになった。 ・6月(特定健診)までは実験だと思っている。	・検査値を予測する作業は難しいかと思ったが、参加者自身が思考できた。 ・漬け物をやめ塩分を減らす。 ・野菜の量を増やした。 ・甘い物を減らし、酒を毎日から1日おきにした。 ・夜のご飯の時間帯を早くした。 ・おやつが抜けなかった。 ・漬け物をやめて塩分を減らす事が出来たと思う ・天ぷらの回数を7~8回/月だったのを、3回/月に減らした。 ・体重が減ったものの最近体重が増えた。 ・「前は命が惜しくなかったが、今は命が惜しくなった。」	・体重と血圧を毎日記録。体重が増えても今はコントロールできる。(食べ過ぎても1~2日で元に戻す) ・味噌汁は薄くても美味しいと感じるようになった。 ・血圧の薬を飲んでいるが、120/70mmHg位になった。 ・食塩に気をつけるようにしたら、血圧が下がり安定した。 ・講座に来ることで気をつける。楽しい。 ・体重記録を付けて徐々に体重減少。 ・血圧の内服薬が6月初めより減った。
気になったこと			
課題			
その他	・まんまる通信No7発行 (4月15日)	・まんまる通信No8発行 (6月2日)	・まんまる通信No9発行 (7月15日)

月日	10回目	11回目
	2014/7/31	2014/8/26
参加人数(人)	24	23
テーマ ・ ねらい	【検査値と生活の関係】 6月の特定健診の結果と食生活を結びつけて整理する。 事例検討	【検査値のコントロールをみる】 検査結果と自分が取り組んできた事柄と関連づけて理解する。
使用媒体	・パワーポイント ・検査結果の変化(体重 血圧 中性脂肪 LDL 血糖)	・パワーポイント
工夫点	・参加者のAさんの事例から、体重と血圧、脂質、血糖の検査値の関連を考えられるよう、すべての検査値を一目で見れるような大きなグラフを作り、前に張り出した。	・新しい生活習慣を継続するのは困難であることを確認し、元のよくない習慣に戻ってしまう自分の「落とし穴」と、新しい生活習慣がどのように定着していくかを話せるように工夫した。 ・全員が発表できるようにした。
参加者の様子	・Aさんは、ご飯の量を決めた。間食はやめた。野菜は量を増やして、食事の最初に食べる。醤油やソースはジャバジャバかける事をやめた。運動は体調に合わせて1日5,000歩を目標にした。 ・検査値に一喜一憂するのではなく、食事の内容や量と、検査値とをトータルに見ることをここに来て学べた。 ・血圧がきれいにさがる。医師からも褒められた。	・リスクが5→3に減った。行政のおかげだと思っている。 ・血圧が下がり始めた。びっくりする程。これは(半年前位から)塩分が減ったためだと思う ・体重6.2Kg減少。リスク4→2へ。 ・「教室はいつまで続くのか？」以後度々聞かれる。
気になったこと		
課題	・単身者の野菜の摂り方	
その他	・まんまる通信No10発行(8月19日)	・まんまる通信No11発行(11月14日) ・まんまる通信No12発行(12月25日)

みなさんの意識が変わってきた！

意識すること無く何十年かけて当たり前になっていた習慣を、みなさんはこの1年で変えてきました。これは大変なことです。その声のいくつかを、ご紹介します。



◆塩分の多い食事内容と運動の見直し。
6月から筋トレも追加した。
⇒以前は病院に行くと血圧が高かったが、病院での血圧も下がってきた。
体重－3kg

◆最初は「たいしたことない」と思っていた。でもリスクが高いことがわかって、今は安心していられないと思っている。

◆検査値に一喜一憂しないこと。主治医は1つ1つの検査数値の事しか言わないけど、ここに来て、食事の事と検査値とトータルに見られるようになった。

◆食べ過ぎたら→体重増加→運動を意識する。
ただ思っているだけではダメ！

◆甘い物好き。甘い物と野菜ジュースをひかえた。でも甘い物が好きで数多く買ってきちゃう。体重が減っていないのは、この影響だと思う。

Bさんからも「ほっとして体重が戻った。」と発言がありました。成功して気が緩み、油断して、また戻るのは誰にでも起こり得ることです。

今回は、この取り組みを『継続していくための仕組み』を考えていきます。卒業する方も、継続参加する方も、ぜひご参加ください。

第10回目のポイント

◆『体重（内臓脂肪）』『取り組んでいること』『検査数値』は、お互いに関連し、影響しあっている。

<8月の予定>

日 時：8月26日(火) 午前10時～12時

会 場：健康管理センター 1階 多目的ホール

テーマ：取り組みを継続していくための仕組みを考える

◆持ち物：①平成26年度特定健康診査の結果票

②これまでの資料（緑のファイル式）

◆欠席される方は8月22日(金)までにご連絡ください

♥編集後記♥

夏休みで家族の帰省やご旅行など、普段とは違う生活が多くなる時期ですね。麺類を食べる事が増え、いつもより〇が多くなりがちとの声も聞きます。なかなか調整が大変ですよ。

次回はいよいよこのメンバーでは、最後の講座です。スタッフ一同、ご参加お待ちしております。(R)



大磯町

初回保健指導

対象者の状態	検査値のいずれか1つ以上該当 血圧 収縮期 160以上 又は拡張期 100以上 脂質 男性 LDL-ch 180以上 血糖 HbA1c(NGSP)8.4以上 又は空腹時血糖160以上 腎機能 尿蛋白 2+ 以上
対象者数	181人
訪問対象の条件	事前にレセプトで重症度の確認、脳卒中後遺症、がん治療中や精神疾患などの確認を行い対象よりはずした。
郵送対象の条件	70歳以上
対象選定の理由	<ul style="list-style-type: none"> ・対象数とスタッフ数で考え、優先的に70歳未満に訪問実施。余裕があれば70歳以上との考えだった。実際始めると、留守であったり、対象本人に会えるまで複数回訪問したため、70歳以上は訪問しなかった。 ・結果として、改善の余地のあるより若い年齢に重点をおき、75歳以上は特定健診の対象外となっていくため（事業が前年度の健診結果を採用しているため75歳到達が近いので）70歳以上は郵送とした。
使用媒体	<ul style="list-style-type: none"> ・経過表と講座案内の用紙（一体型） ・パウチした血管絵と検査値で重症度の確認ができる図
工夫したこと	<ul style="list-style-type: none"> ・最初は2人1組で訪問し、対応と記録者と役割を決めて行った。また、雨の日や夕方方に訪問すると、在宅率が高い印象だった。
対象者の反応	<ul style="list-style-type: none"> ・保健師の訪問自体に自分の重症度をイメージしてしまい、講座参加に即答する方もあった。病院に行っていれば解決、治療していれば良いという認識があることを強く感じた。



継続保健指導

月日	1回目	2回目	3回目
	2013/10/4	2013/11/1	2013/12/6
参加人数(人)	25	24	21
テーマ ・ ねらい	あなたの健診結果大丈夫？ ～健診結果から自分の体の状態を知り、将来の見通しを考えます。～	食べ方をチェンジ！ ～分かりやすい食事の改善方法を一緒に考えます。～	食べ方チェンジ2！ (油の摂り方) 血液検査後に、講座を実施。
使用媒体	・パワーポイント(事例・内臓脂肪の写真・図、血管の図、氷山の図)	・パワーポイント(心筋梗塞事例、内臓脂肪の図) ・掲示物・配布資料(スタッフの食事記録事例) ・配布物(食事記録用紙・個別ファイル) ・食事の媒体(菓子、アルコール、ご飯、野菜(350gの生野菜、70gのゆで野菜)の実物(献立の実物大写真)) ・献立早見表、そのまんな料理カード、食品交換表	・自分の必要量のご飯を測り、普段の量と比較。おにぎりにして試食を実施。 ・パワーポイント(内臓脂肪の写真と図) ・掲示物(スタッフの食事記録事例・調味料) ・配布物(食事記録用紙・油の早見表)
工夫点	・前々日から申込者への確認の連絡を行った。 ・グループの対話時間を十分とった。	・スタッフの事例を示し、食事記録のつけ方をわかりやすくした。 ・媒体を多くし、食事記録がつけやすいようにした。	・ご飯の必要量を意識してもらうため、実際にご飯を炊いて、お茶碗によそい、量を測る体験をしてもらった。
参加者の様子	・病状が進行している人の話を聞いて、それまで語らなかったことを語りだしたり、受診を決めた人がいた。 ・若い時からの体重増加が内臓脂肪になり検査数値を上げることについて認識する人がいる一方、体重が減っているのに数値が上がっている人もおり、内臓脂肪と検査数値が結びつかない人がいた。	・食事内容が思い出せない人がいた。 ・他の人に記録を隠したり、詳細を言いたがらない人がいた。 ・自分の偏りより他の人の偏りを指摘する人がいた。 ・楽しい雰囲気に対話していた。 ・スタッフの事例が好ましくない食事記録であったため、「この人(保健師)が講座を受講したほうがいいのでは。」と言う言葉が出たことで、場が和んだ。	・食事記録は2回目だったので、スムーズだった。 ・嗜好品をやめた、減らしたなどの行動の変化を話した。 ・体重が減った。 ・食事のバランスを意識し、不足部分のみ摂るようにしたところ、トータルエネルギー量が増え、体重が増加した。 ・受診につながり、服薬が始まった。 ・「良くならなくてももういいんです」とあきらめていた参加者が、具体的な食事の過不足がわかったことで「頑張ります」に変わった。
気になったこと	・グループから出た重要な意見や疑問を取り上げ、深められるような投げかけができなかった。 ・生活習慣改善のための how to についての話で盛り上がり、自分自身のプロセスを振り返るような声掛けや流れを作れなかった。	・講座の回数・時間が決まっておらず、全体像を伝えていなかったため、事前連絡の際、講座の開催期間について参加者より質問があった。	・高血圧者が多いので、油よりも塩分を先に実施したほうがよかった。 ・重症度を考えると、グループだけでの対応では済まない参加者(身体状況、家庭状況)があり、個別対応が必要。
課題	・全体、グループともに運営についての研修が必要。	・油や砂糖などの調味料が含まれていることの説明が必要。 ・野菜は「必要なもの」という印象付けが必要。	
その他		・海老名、寒川と必要量の算出が統一されていなかった。	・12月下旬に通信「年末年始・特大号」を発行(体重記録表送付)。

月日	4回目	5回目	6回目
	2014/1/10	2014/2/7	2014/3/7
参加人数(人)	19	13	15
テーマ ・ ねらい	健診結果を読み解く (血液検査1回目の結果返却)	食べ方をチェンジ3! (食塩の摂り方)	検査値を変える! ~重症化予防に向けて目標をたて具体策を考える~
使用媒体	・パワーポイント(内臓脂肪の写真・図・血管の図・事例の経過表) ・配布物(経過表・検査値基準表) ・掲示物(スタッフの食事記録事例) ・個別ファイル(前回、前々回に付けた各自の食事記録)	・パワーポイント(事例の経過表・食塩と血圧の関係) ・配布物(食事記録用紙・塩分の早見表 ・献立早見表、そのまんま料理カード、食品交換表 ・調味料や野菜の実物 ・鍋物の食品・食塩量の表示	・パワーポイント(リスクの数と脳卒中・心筋梗塞の発症危険度) ・個別ファイル(前々回に付けた経過表) ・配布物(目標シート・体重記録票)
工夫点	・事例で具体的な経過を示し、自分の経過を振り返ることができるようにした。 ・経過表を付けてもらい、食事記録と照らし合わせてみることにより、検査結果と食事や生活との関係を考えてもらうようにした。	・栄養士から塩分摂取量の目安を(食事摂取基準・高血圧ガイドラインに基づき)説明した。 ・通信には、手書きでお誘いや一言メッセージをいれて送った。欠席が続いた人が再び参加したきっかけが、手書きのメッセージという話があった。	・先に実施した寒川・海老名の結果を受けて、目標設定の導き方を変更した。(検査数値一つ一つではなく、リスクの数を減らす)
参加者の様子	・初回保健指導(訪問)時より、経過を振り返ることができていた。 ・グループにお気楽感がでてきた。 ・自分のこと(取り組み始めたこと、やめられないこと)を話すようになった。 ・皆(参加者)の顔が浮かんで食べてしまいそうな時に考えるようになった。 ・質問や疑問が出てきた。(血圧の上と下、血管は元に戻らないか、香辛料、しょうゆについて)	・食事記録に20分以上時間がかかってしまった参加者が多くいた。 ・食塩摂取量が思ったより多かった参加者が多く、最高で19.5gの参加者は頭を抱えていた。 ・冬場なので、鍋物で多く塩分を摂取している参加者もいた。	・目標が具体的に出せている人が多かった。「最近悪くなった検査値から良くしていく」という発言があった。 ・保健師・栄養士の言葉より、参加者からの言葉がより影響力・説得力があることを感じる場面が多々あった。 ・顧問の濃厚な受診勧奨により、受診を決めた参加者がいた。
気になったこと	・目標が立てられたものの、食事記録・検査結果から導き出された取り組み目標ではなく、「運動する」など一般的な目標としている参加者がいた。	・個々の食塩量の話が先にきてしまい、塩分の身体への影響の説明が後になってしまい、わかりにくかった。	・講座の時間が2時間以上かかってしまった。 ・2回連続欠席者にはスタッフがマンツーマンで対応した。
課題	・意識し始めているが、行動までの動機づけが今ひとつ。	・内容が盛りだくさんになってしまった。印象に残るように、ポイントを絞り込む必要あり。	・欠席者への補講が必要。
その他	・今回の講座欠席者に対し、補講を実施。4名参加。	・事前連絡をしなかったため、「うっかり忘れた」と言う人が数名いた。	・4月に補講を実施1名参加(補講のお知らせと体重記録票を送付)。 ・4月中旬に今回欠席者へ、5月中旬に今回出席者へ通信発行。

月日	7回目	8回目	9回目
	2014/5/30	2014/6/27	2014/7/25
参加人数(人)	10	14	13
テーマ ・ ねらい	検査値を変える！ ～重症化予防に向けて取り組みを振り返ります～	検査値を予測！ ～重症化予防に向けて取り組みを振り返ります～	検査値を予測！ ～重症化予防に向けて取り組みを振り返ります～
使用媒体	・ 掲示物(参加者Yさんの経過事例) ・ 配布物(目標シート) ・ 前回配布した目標シート	・ 掲示物(参加者Kさんの経過事例)	・ 配布物(検査数値と取組の目標シート)
工夫点	・ 参加者の中で、体重・血圧の記録を付けることにより意識し続けることができ、食行動のコントロールができた事例を紹介した。	・ 改善傾向にある参加者の事例を提示し、本人と実際にやり取りし、取組経過・検査値の変化・気持ち・取り組みの継続を支えるものについて話してもらい、他の参加者ひとりひとりが自分と対比したりこれからの取り組みに役立てるものとした。	・ 目標シートに検査数値の変化の折れ線グラフを入れ、振り返りと予測をしやすいようにした。また、取組の評価を×で評価できるようにした。
参加者の様子	・ 示した事例以外の参加者で、食行動の変化により検査数値がよくなったことを堂々と語る姿が見られた。 ・ 受診をした理由を「周囲の言葉(仲間)から行く気持ちになった」と語った。 ・ 仲間の変化を見て、自分も取組もうと体重計の貸し出しを希望する参加者があった。	・ しばらく欠席していた参加者(12月以降参加なし)が、手書きのメッセージ付き通信をきっかけに参加。体重記録表は、通信送付時に同封されたいため、記録を付け始めた。受診・内服は、中断していたが、講座への参加がきっかけで再開した。	・ 今取組みができてるのは「講座があるから」との発言があった。 ・ 食事の取組を行い、検査数値が改善し、薬が減量になった。 ・ 今まで語ることのなかった食の実態を9回目にして話し出した参加者がいた。
気になったこと		・ グループでの対話の中で表情の硬い参加者がいた。 ・ 女性の参加者での変化が少ない。	
課題		・ 参加者の表情に注意が必要。	
その他		・ 参加者減により1・2グループを合体した。 ・ 次回は運動について触れる。 ・ 6月下旬に通信発行(体重記録表送付)。	

月日	10回目(最終回)
	2014/8/29
参加人数(人)	13
テーマ ・ ねらい	検査値を確認する! ~重症化予防に向けて今後の取り組みの継続について考えます~
使用媒体	<ul style="list-style-type: none"> ・5月または3月に配布した(目標シート) ・今回の健診結果 ・7月使用の(検査数値と取組の目標シート) ・掲示物(スタッフの事例)
工夫点	<ul style="list-style-type: none"> ・参加者自身が他との比較で自身のことを振り返り、グループの中で話し合えるようスタッフの事例で検査数値の改善状況や目標達成の成果について全体説明した。 ・参加者の「やる気スイッチ」がオンかオフかの確認をしてやる気につなげた。
参加者の様子	<ul style="list-style-type: none"> ・取組みにゆろみが出て来たり、取組みに至っていない人が、他の参加者の発言を聴いて、やる気スイッチがオンになった。 ・効果が出ている参加者が、他の参加者から、「買い物のリュックが小さくなっている」と言われた。 ・リスクが減ったが理由がよくわからない。 ・取組みが続いている参加者が「今は勢いでやっている」と発言した。
気になったこと	<ul style="list-style-type: none"> ・検査数値の変化にとらわれ、生活を変えることを気にしていない参加者がいる。 ・まだ取り組み始めていない参加者や、取り組み始めて間もない参加者が多くいる。
課題	<ul style="list-style-type: none"> ・今回で卒業することを検討していたが、今後ゆるむ可能性もあり、継続が必要。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・9月下旬に通信発行

プレミアムおあしす 年末年始・特大号

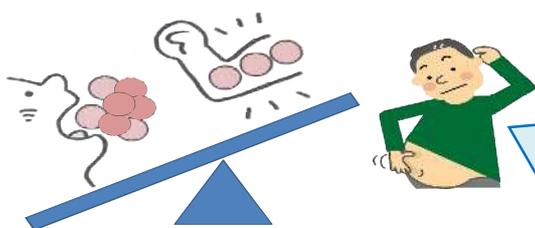
年末年始のあわただしい時期となりました。

さて、3回の講座と血液検査の1回目が終了しました。また新たな1年に向けて取り組んでいきたいと思います。次回以降のお知らせと、年末年始をのりきるための「お役立ちふるく」をお送りします。ついでに、これまでを振り返ってみました。

第1回 10月4日：あなたの健診結果大丈夫？

内臓脂肪が溜まると、血圧や脂質、血糖を上げる悪玉ホルモンが出ることにより、動脈硬化を起こし、血管を傷つけ詰まらせます。心筋梗塞や脳梗塞を起こした事例と、自分の経過を比べてみました。

内臓脂肪の溜まる原因は口に入る量よりも使う量が少ないと起こることを知りました。



参加者の感想

- ・自分と説明を受けた心筋梗塞の事例と全く同じ経過だ
- ・体重は若いときと変わらないから内臓脂肪は自分には当てはまらないと思っていた

第2回 11月1日：食べ方をチェンジ！1

自分の1日の食べものの必要量と、実際に食べている量を「」に置き換えて(「○」1個は80キロカロリー)比べ、摂り過ぎているもの、摂れていないものを明らかにしました。

・保健師さんが講座を受けたほうがいいんじゃない？

(ある保健師の食事記録を見て参加者の感想)

参加者の感想

- ・お酒が必要量の 倍だった
- ・ご飯が多かった
- ・野菜が全く摂れてなかった
- ・乳製品が摂れていなかった

第3回 12月6日：食べ方をチェンジ！2 ～油編～

血液検査のあと、一回の必要なご飯の量を確認し、おにぎりにしていただきました。

カロリーの高い油の自分の必要量と実際に摂っている量を比べました。また、全体の合計とも比べてみました。



参加者の感想

- ・野菜を多く摂っていいけど、炒め油やドレッシングで油ををたくさん摂っているのね
- ・若いときと変わらないから自分は当てはまらない？

次回以降のお知らせ

4回目 1月10日(金) 午後1時30分～3時 保健センター

テーマ:「検査結果を読み解く！」(血液検査結果をお返しします。)

持ちもの:健康手帳、ファイル式、筆記用具、健診結果()

(12月に血液検査を受けなかった方は今年の特定健診結果や医療機関の検査結果)

(ここに担当者が手書きでお誘いやメッセージを記入)

5回目 2月7日(金) 午前10時～11時30分

テーマ:「食べ方チェンジ!3～塩分編～」

血圧との関係は?

6回目 3月11日(火) 午前10時～11時30分

場所はいずれも保健センター

年末年始のりきり ふろく 1

簡単! 毎日の体重・血圧記録表

- ・朝起きてトイレを済ませたら体重測定
- ・寝る前に体重測定
- ・血圧計を持っている方は朝・晩の測定を記録

体重が増えた時の言い訳記入欄もあります!

これだけ!

同封の記録表を使ってください...

もちろん、あのスタッフ
も記録します!!
1月10日公開???

年末年始のりきり ふろく 2

年末年始料理・マルマル早見表

- ・お正月料理は比較的カロリーや塩分が多いようです。
- ・自分の必要量は、覚えていますか……?

歩いて消費も有効ですよ...



広報おおいそ1月号折込の「おあしす新聞」に講座の記事が掲載されます。

大磯町 スポーツ健康課 健康増進係 担当 小川 電話 61-4100 内線 308

(まるまる) 食事早見表他

かながわ保健指導モデル事業の食事記録は 80 キロカロリーを 1 個で表示した。
 参加者へは「あなたの持ち点の は 23」等と伝え、「食の実態を明らかにする日」
 は参加者が各自 で計算した。

媒体 10 食事記録(記入例)

記載日 平成 年 月 日() 氏名

起床から就寝までに口にしたものを書いてみましょう

・1個に書ける野菜が20g未満は数えませんが、野菜類は個数を記入します (例)1個=●
2個=●●

菓子などの異なる単位は、「1」でつけます

時間	行動	食品、飲み物の内容・量	ご飯・パン・麺類・芋類など	魚介・肉・卵・豆製品など	牛乳・乳製品・チーズなど	果物	菓子・糖質食品・アルコールなど	野菜・きのこ・海藻類など	豆・大豆製品・ナッツ類など	砂糖・糖質・シヤムなど	塩分 (400mg未満物・500mg以上)	
6:00	起床											
20	お弁当ついで	ツナカツオ マヨネーズ	2本	○							●	
7:00	朝食	トースト 食パン マヨネーズ 野菜物 野菜物 野菜物 パスタ	8枚切2枚 1皿 1皿 1皿 1皿	○○○				●			●	
10:00		コーヒー	缶割	1杯			○					
12:15	昼食	カレーライス カレー 茶	1皿	○○○○○				●	○		●●●	
15:00		コーヒー	缶割	1杯								
18:30	お菓子	お菓子 お菓子 お菓子	2粒 2粒 3粒	2袋 1袋			○○ ○			✓ ✓	●	
20:30										✓		
21:00	帰宅											
21:40	夕食	からあげ からあげ からあげ 揚げ物	1皿 5コ 3コ 1コ	○○○○○ ○	○○○○○			○			●● ●	
1日の合計		合計	31	14	75	0	1	4	0	3.5	1	11
※私のエネルギー必要量 (○の合計数)		合計	22	11	4	2	1	1	1	1	1	7

まる まる

食事早見表 使い方ルール

- ・口にした物を○ (白丸) 1個と ◐ 1/2 個で表す。ごく少量のものは“レ”で表す。
- ・野菜のみ、小鉢1皿(野菜の具たくさん味噌汁1杯)を●(黒丸) 1個で表す。
野菜は ● 5個で、○ 1個とする。 ● 4個以下は ○ は^{ゼロ}0とする。
- ・炭水化物(ご飯・うどん・パン)は、芋類・かぼちゃ・大豆以外の豆を含む。
- ・蛋白質(魚介・肉・卵・大豆)は、チーズを含む。
- ・あぶら(油・バター・マヨネーズ)は、バラ肉・ベーコン・ナッツ類・アボカド等を含む。
- ・野菜は、海藻・きのこ・こんにゃくを含む。
- ・調味料欄は、分かりにくかったら“レ”で表す。

調味料は塩分・カロリー・あぶらを含むので使い方に注意！

(調味料中の塩分が分かったら、塩分欄に入れていく。)

野菜 ○ (● 5個) の目安量の例



まる まる 食事早見表



ごはん・パン・麺類・芋類など



食 品		目安量	○の数
ご は ん	ごはん	小盛り(100g)	○○
		並盛り(150g)	○○○
		大盛り(200g)	○○○○
	もち	角切り1個	○◇
パ ン	食パン	6枚切り1枚	○○
		8枚切り1枚	○◇
	ロールパン	2個	○○◇
麺 類	そうめん(乾)	1束(50g)	○○◇
	うどん(ゆで)	1玉(240g)	○○○
	そば(ゆで)	1玉(180g)	○○○
	スパゲティ(乾)	1束(100g)	○○○○○
	中華めん(蒸し)やきそば用	1玉(150g)	○○○○◇
い も	じゃがいも	中1個(110g)	○
	さつまいも	中1本(180g)	○○○
	ながいも(とろろ)	小鉢1個(70g)	◇
	さといも	中3個	○
そ の 他	コーンフレーク	1食分(40g)	○○
	とうもろこし	中1/2本	○
	ねんこん	大1/2節(150g)	○
	かぼちゃ	小1/8個(90g)	○



果 物



食 品	目 安 量	○ の 数
みかん	中1個(100g)	①
りんご	中1個(300g)	○○
バナナ	中1本(100g)	○
梨	中1個(400g)	○○
もも	中1個(200g)	○
いちご	中8粒(120g)	①
ぶどう	10粒(150g)	○
すいか	中1/8切り(200g)	○
パイナップル	1/8切り(150g)	○
グレープフルーツ	中1個(200g)	○
柿	小1個(150g)	○
メロン	中1/2個(200g)	○
キウイフルーツ	1個(100g)	①
さくらんぼ	10粒(75g)	①



魚介・肉・卵・大豆製品



食 品		目安量	○の数
魚	あじ(干物も同じ)	中1尾	○
	いわし(まいわし)	中1尾	○
	かれい	1切(80g)	○
	さけ	1切(90g)	○ ¹
	さば	1切(80g)	○○
	さんま	1尾	○○○
	ししゃも	2尾	○
	たら	1切(100g)	○
	ぶり	1切(90g)	○○○
	まぐろ刺身(赤身)	4切(60g)	○
	いくら(すじこ)	大さじ1杯	1
	たらこ	1腹	○
	いか	1 / 2杯	○
	たこ(ゆで)	足1本(80g)	○
	えび	3尾(50g)	1
肉	ひき肉	卵1個分	○
	牛もも肉	一口大2個	○
	鶏肉(皮付き)	一口大2個	○
	豚ロース肉	薄切り2枚	○
	ロースハム	2枚	○
	ソーセージ(ウインナー)	2本	○
その他	豆腐	1 / 3丁	○
	納豆	1パック(40g)	○
	えだ豆(ゆで・さや付き)	片手1杯(140g)	○
	鶏卵	1個	○
	プロセスチーズ	1枚(20g)	○

牛乳と乳製品(チーズを除く)



食品	目安量	○の数
普通牛乳	1杯(180ml)	○◇
低脂肪牛乳	1杯(180ml)	○
ヨーグルト(脱脂加糖)	1カップ(70g)	◇
ヨーグルト(全脂無糖)	小鉢1個(60g)	◇
脱脂粉乳(スキムミルク)	大さじ3杯(20g)	○



油・バター・マヨネーズなど



食品	目安量	○の数
ドレッシング	大さじ1杯	◇
ノンオイルドレッシング	大さじ1杯	なし
植物油・ごま油・オリーブ油など	大さじ1杯	○
バター・マーガリン	小さじ1杯	◇
マヨネーズ	大さじ1杯	○
ごま	小さじ2杯	◇
アーモンド・ピーナッツ	12~13粒(15g)	○
くるみ	1粒(6g)	◇
アボカド	1/4個(40g)	○
牛ばら肉(カルビ)	1人前(100g)	○○○○○○
豚ばら肉	1枚(20g)	○
ベーコン	1枚(20g)	○
カレー・シチュー等のルー 中華合わせ調味料・パスタソース	1食分	◇

調理方法(1人前)

揚げ物	素揚げ	◇
	から揚げ	○
	天ぷら	○◇
	フライ	○○
	煮る・蒸す	なし
煮込み料理 炒め物	【主食】カレー・チャーハン・焼きそば・パスタ等	○
	【主菜・副菜】焼肉・ムニエル・野菜炒め・きんぴら等	◇

そのまんま料理〇〇早見表

	食品名	ご飯・パン・麺類・コンフレ	魚介・肉・卵・チーズ	あぶら	調味料	の合計
		ク・芋類など	大豆製品など			
ごはん物 	カレーライス	〇〇〇〇〇	〇	〇	〇	8
	ハヤシライス	〇〇〇〇〇	〇	〇	〇	8
	チキンライス	〇〇〇〇〇	〇	〇		7
	オムライス	〇〇〇〇〇	〇〇	〇		8
	チャーハン	〇〇〇〇〇	〇 ¹	〇 ¹		8
	ライスグラタン	〇〇〇	〇 ¹	〇 ¹		6
	リゾット	〇〇〇	〇	〇		5
	雑炊	〇〇〇	〇			4
丼物 	親子丼	〇〇〇〇〇	〇〇〇			8
	うなぎ丼	〇〇〇〇〇	〇〇〇			8
	天丼	〇〇〇〇〇〇	〇	〇〇		9
	カツ丼	〇〇〇〇〇	〇〇〇	〇		9
	中華丼	〇〇〇〇 ¹	〇〇	¹		7
	鉄火丼	〇〇〇〇〇	〇〇			7
	牛丼	〇〇〇〇〇	〇〇			7
すし 	巻きずし(太巻き)	〇〇〇〇〇	〇			6
	にぎりずし(並)	〇〇〇〇	〇〇			6
	ちらしずし	〇〇〇〇	〇〇		〇	7
	いなりずし	〇〇〇	〇〇			5
	鉄火巻	〇〇〇	〇〇〇			6
	助六	〇〇〇〇	〇〇 ¹		〇	7.5
弁当	幕の内弁当	〇〇〇〇〇	〇〇〇			8
	焼魚弁当	〇〇〇〇〇	〇〇	〇		8
	焼き肉弁当	〇〇〇〇〇	〇〇	〇		8
	から揚げ弁当	〇〇〇〇〇〇	〇〇〇	〇		10

	食品名	ご飯・パン・麺類・コンフレ	魚介・肉・卵	油	調味料	の合計
		ク・芋類など	大豆製品など			
うどん・そば類 	かけうどん・かけそば	〇〇〇〇				4
	おかめうどん	〇〇〇	〇			4
	卵うどん	〇〇〇	〇			4
	たぬきうどん(そば)	〇〇〇		〇		4
	きつねうどん(そば)	〇〇〇	〇			4
	鴨南蛮	〇〇〇	〇			4
	肉うどん(そば)	〇〇〇	〇〇			5
	鍋焼きうどん	〇〇〇〇	〇〇			6
	天ぷらうどん(そば)	〇〇〇〇	〇	〇		6
	皿うどん	〇〇〇 ¹	〇	〇〇 ¹		7

	食品名	ご飯・パン・麺類・コーンフレーク・芋類など	魚介・肉・卵・チーズ・大豆製品など	あぶら	調味料	の合計
中華めん	中華そば(ラーメン)	○○○○○	○	○		7
	冷やし中華	○○○○	○ ₁	₁		6
	たんめん	○○○○○○○	○	○		8
	焼きそば	○○○○○	○	○		7
	ちゃんぽん	○○○○○	○	○		7
スパゲッティ他 	スパゲッティ(ミートソース)	○○○○○	○○	○		8
	スパゲッティ(トマトソース)	○○○○○	₁	○ ₁		7
	スパゲッティ(ホワイトソース)	○○○○○		○○		7
	スパゲッティ(シーフード)	○○○○○	○	○		7
	グラタン	○○○	○ ₁	○ ₁		6
	ピザ	○○○○	○○○	○		8
	お好み焼き	○○○	○	○○		6

	食品名	ご飯・パン・麺類・コーンフレーク・芋類など	魚介・肉・卵・チーズ・大豆製品など	あぶら	調味料	の合計
パン食 	野菜サンド	○○○	○	○		5
	卵サンド	○○○	○	○		5
	ハムサンド	○○○	○			4
	カツサンド	○○○	○○	○○		7
	ミックスサンド	○○○	○	○		5
	ホットドッグ	○○	○○			4
	カレーパン	○○		○○ ₁		4.5
	ハンバーガー	○○	○	○		4
一品料理 	シュウマイ(5個)	○	○○ ₁	₁		4
	餃子(6個)	○ ₁	○ ₁	○		4
	肉まん	○○	○			3
	酢豚	○	○○○	○○		6
	八宝菜	₁	○○	○ ₁		4
	えびフライ	○○	○	○○		5
	ビーフシチュー	○	○○	○		4
	春巻き	○		○		2
	豚カツ	○○	○○○	○○		7
	ハンバーグステーキ	○	○○○○	○ ₁	₁	7
鶏の唐揚げ	○	○○○	○		5	
調理加工食品	即席めん(油であげている)1個	○○○○		○○		6
	即席めん(油であげてない)1個	○○○○ ₁		₁		4
	エビフライ1個	₁	₁	₁		1.5
	コロッケ1個	○		○ ₁		2.5

嗜好飲料

食品	目安量	○の数
日本酒	1合	○○
ビール	中ジョッキ	○○
	350缶	○ \square
	500缶	○○
焼酎	1/2合	○○
ワイン	1杯100ml	○
チューハイ	1缶	○○ \square
ウイスキー	シングル	○
乳酸菌飲料	1本70ml	\square
スポーツドリンク	500ml	○
缶コーヒー	1缶	○
炭酸飲料	500ml	○○
ジュース類	500ml	○○ \square

菓子類

食品	目安量	○の数	
菓子パン	あんパン ジャムパン等	1個	○○○
	メロンパン	1個	○○○○○
	デニッシュ	1個	○○○○○
ドーナツ	1個	○○○○	
カステラ	1切れ	○	
まんじゅう	1個	○	
大福	1個	○ \square	
団子	1本	○	
クッキー	2枚	○	
せんべい	2枚	○	
揚げせんべい	1枚	○	
ポテトチップ	1袋60g	○○○○	
柿ピー(小袋)	1袋	○○ \square	
かりんとう	4本	○	
飴・キャラメル	4個	○	
チョコ	1/3枚	○	
ケーキ	1個	○○○○	
ゼリー	1個	\square	
プリン	1個	○	
アイスクリーム	1個	○○ \square	
シャーベット	1個	○	

食塩量の早見表

	1g	2g	3g	4g	5g	6g	7g
和食	おにぎり(1コ) アジ開き干し 焼き鳥(2本) 納豆(たれ付き) 野菜炒め みそ汁・お吸い物 浅漬け・ぬか漬け 福神漬け・のり佃煮 酢の物 キムチ	お茶漬け 塩ザケ 甘塩(80g) 煮魚 焼き肉 煮物 唐揚げ 焼きそば インスタントみそ汁・スープ 梅干し(1コ) 奈良漬け・たくあん	そば・うどん(ざる) 塩さば 豚のしょうが焼き すき焼き 寄せ鍋	天丼・カツ丼・親子丼・牛丼 にぎり寿司 おでん	塩ザケ 辛口(80g) そば・うどん(かけ) 助六寿司	鍋焼きうどん	
	食パン(6枚切り1枚) ムニエル	総菜パン ハンバーグ コーンスープ	サンドイッチ スパゲティ グラタン	カレーライス (福神漬け付)			ピザ(直径24cm)
中華	シュウマイ(5個)	焼き餃子(5個) 春巻き(3本) 麻婆豆腐	チャーハン	中華丼		ラーメン インスタントラーメン	
加工品	ロースハム(2枚) ベーコン(2枚) ウインナー(2本) スライスチーズ(2枚) さんま蒲焼き缶詰(1/2缶) ちくわ(小1本) かまぼこ(1.5cm、2枚) さつまあげ(1枚)	タラコ(1/2腹) はんぺん(1枚)		<p>日本人の食事摂取基準(2015年版)では 男性は一日8g未満、女性は一日7g未満 高血圧治療ガイドライン2014では、一日6g未満 を目標量としています。</p> <p>一人前の目安量です。</p> <p>麺類のつゆを残す場合は、 - 2g</p> 			
	菓子など	せんべい(4枚) ポテトチップス(60g1袋) 柿の種ピーナツ入り(40g1袋) 菓子パン・肉まん(1個) 野菜ジュース	さきイカ・燻製				

調味料	小さじ1杯分の食塩量
塩	6g
しょうゆ	0.9g
みそ	0.7g
ウスターソース	0.5g
中濃ソース	0.3g
ドレッシング(和風)	0.4g
ドレッシング(フレンチ)	0.2g
ポン酢しょう油	0.4g
ポン酢	なし
麺つゆ(ストレート)	0.2g
麺つゆ(3倍濃縮)	0.5g
和風だし	1.2g
ケチャップ	0.2g
マヨネーズ	0.1g
バター	0.1g
レモン汁	なし
酢	なし

	一人前
鍋の素	3.5g

【別添資料（CD-R）】

マニュアル本文に掲載している媒体、および本文に掲載しきれなかった媒体・写真が別添資料（CD-R）に入っています。

各自治体や保険者等で使用される場合は文言を精査し、所属名を記載の上使用してください。

1 マニュアル本文に掲載している媒体 【媒体 1～23】 [PDF](#)

2 本文に掲載しきれなかった媒体・写真

	項目	内容	媒体	スライド	参考写真		
初回保健指導	1.生活習慣病グループ PDF	<ul style="list-style-type: none"> 家庭訪問時に使用した経過表。自身の経過を振り返り、改善に取り組むきっかけとするために使用。 継続保健指導の案内。初回保健指導（郵送・家庭訪問）で使用し、継続保健指導の参加勧奨を行なった。 		-	-		
	2.高血糖グループ PDF						
継続保健指導	1.検査値 パワーポイント	<ul style="list-style-type: none"> 体重と検査値、食事と検査値を関連付けるために使用した媒体。 参加者のデータを使用し、参加者の生の声を伝えることで、自分自身の事としてとらえることができるよう工夫をしている。 					
	2.口にしたもの の実態を明らかにする パワーポイント	<ul style="list-style-type: none"> 口にしたものの実態を明らかにするために使用した媒体。 （まる）1つ分を分かりやすくなるように工夫。参加者の身近な料理・食材を可能な限り現物で用意した。 					
	3.病態等 パワーポイント	<ul style="list-style-type: none"> 「内臓脂肪」、「冰山」、「リスクの数と危険率」、「塩分と血圧の関係」、「血管」、「血糖値の変化」、「血糖値を上げない食べ方」、「膵臓と糖尿病」について、プログラムの中で病態等を説明する際に使用した。 				-	-
	4.事例 パワーポイント	<ul style="list-style-type: none"> 事例と自身の経過とを対比させることで、自身の経過を振り返り、現状を認識し改善に取り組むきっかけとするために使用。 可能な限り市町村内の事例を用いることで、より身近に感じることが出来、自分の事としてとらえやすくなる。 					-

実践者のためのかながわ方式保健指導マニュアル
～生活習慣病重症化予防としてのインターグループワーク～

発行 平成 28 年 3 月

編集 神奈川県保健福祉局保健医療部健康増進課

横浜市中区日本大通り 1

〒231-8588

電話 045-210-1111（代表）



神奈川県

保健福祉局保健医療部 健康増進課

横浜市中区日本大通 1 丁目 231-8588 電話 045-210-1111(代表)