

# 効果的な 保健指導のポイント


あいち健康の森健康科学総合センター

津下 一代

# *Agenda*

- 保健指導の目指していること
- 保健指導の要素と必要とされるスキル
- 個人のスキルをサポートする仕掛け  
(記録、プログラム・ツール開発)

健康上の問題を自ら認識・主体的に解決できること

 【保健指導の目的】

本人の行動の自己選択の質を高めるための支援

- **健康問題の解決は目的ではなく手段**  
自己実現・快適な生活を維持・向上するため
- 健康状態の現在の立ち位置を知る
- 本人自身が「変えやすいこと」から始める  
生活習慣改善のチエは現場に！  
成功事例・失敗事例から学ぶ
- 保健指導の期間だけでなく、自分の使える資源（人的・物的）を活用して継続できる方法を試す

# 相手のこころのシーソーを どう動かすか？

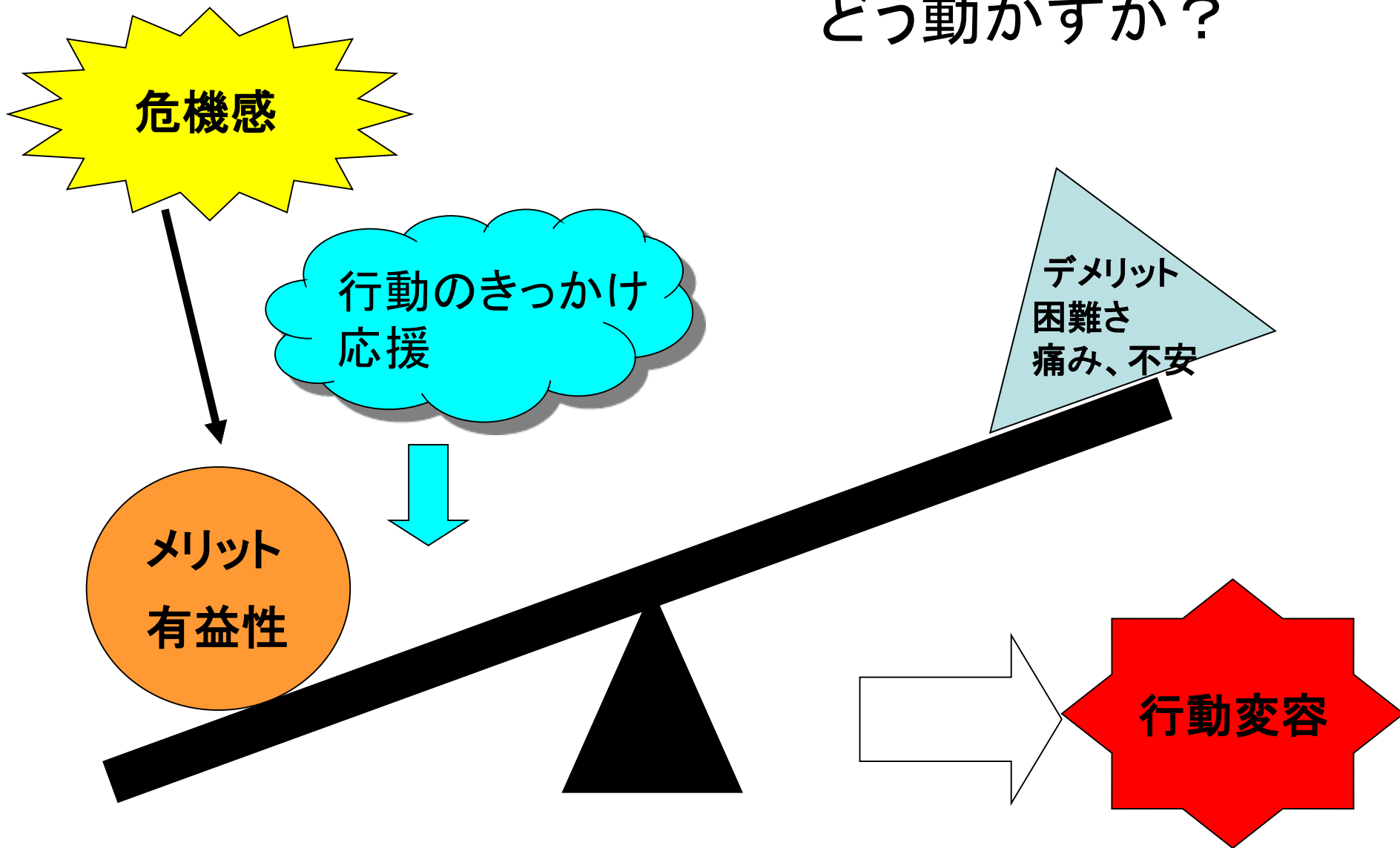
危機感

行動のきっかけ  
応援

デメリット  
困難さ  
痛み、不安

メリット  
有益性

行動変容



# セルフエフィカシー（自己効力感）を 高めるために

「自分はできるんだ！」という見込み感を高める

- 成功体験

対象者の能力に応じた課題⇒達成感

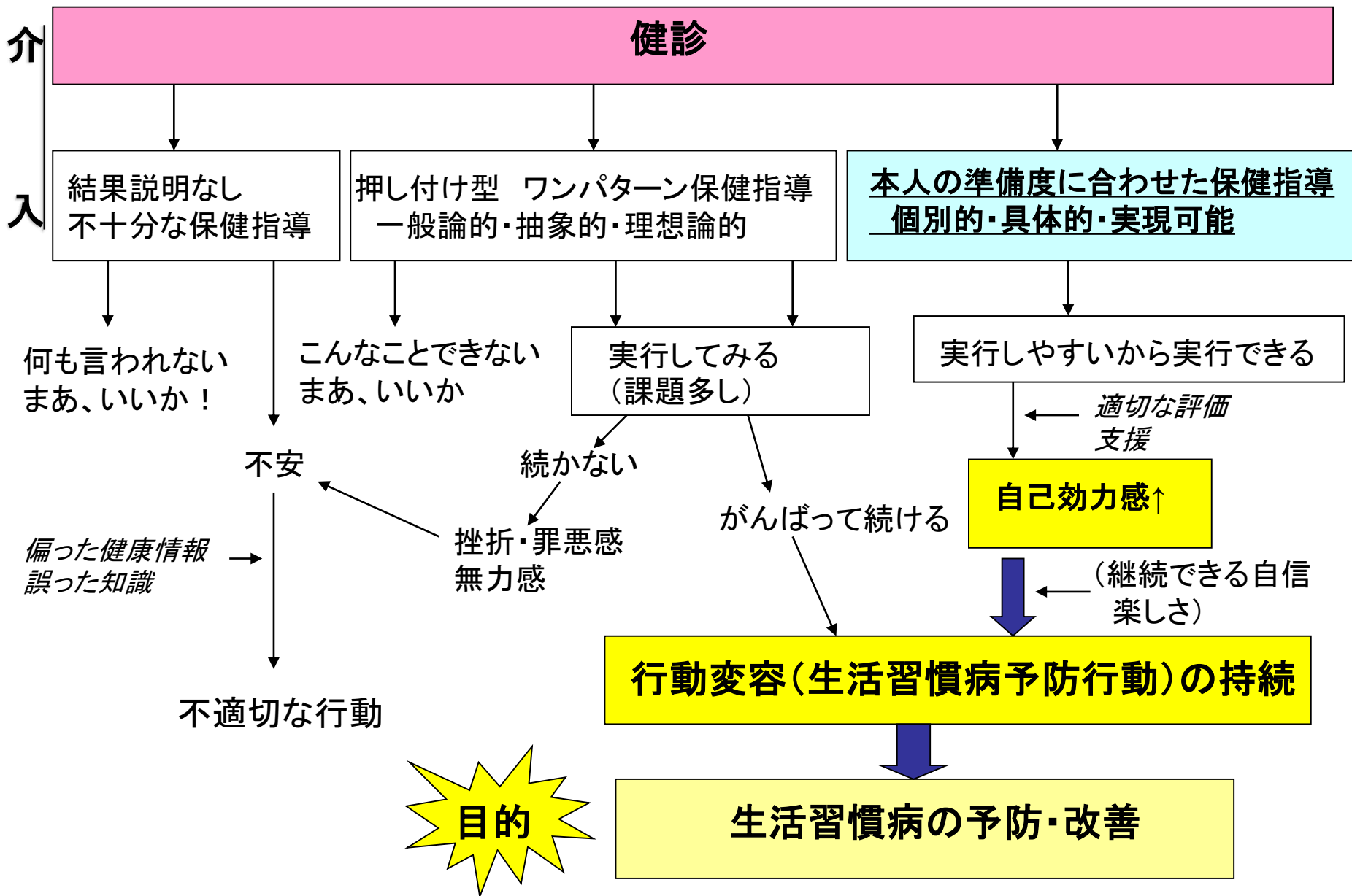
- 代理的体験 お互いに成功体験を披露

- 言語的説得 指導者が「あなたならできる」

- 生理的・情動的喚起：

以前より 楽にできるようになった・・・

# 保健指導と行動変容・生活習慣病予防(受診者の立場に立って)



# 保健サービスを必要とする者へのアプローチ（イメージ図）

生活習慣改善の必要性

- 高い者
- 中等度の者
- 低い者

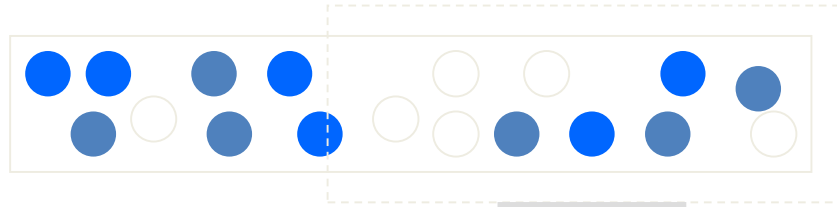
## 従来…

一部の者に対して、  
希望に応じたサービスの提供  
→ 必要な者にサービスが届いていない!?

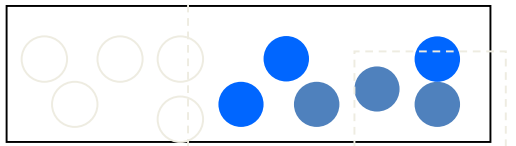
## 特定保健指導

全員を対象にチェック！  
必要性に応じて対象者を階層化！  
→ 必要な者に確実にサービスを提供を!!

呼びかけ



健診

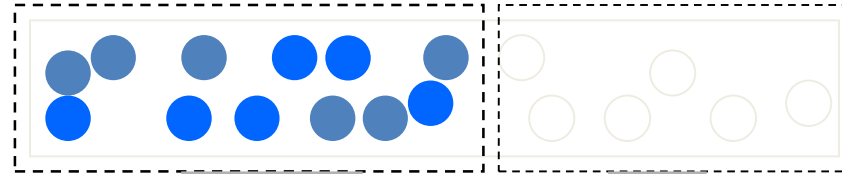


保健指導

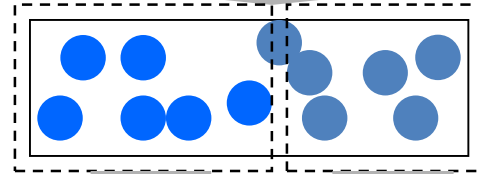
主として集団指導

多くの者には、  
具体的な支援なし。

特定健診



階層化



情報提供・普及啓発

動機付け支援

積極的支援

# 健診結果の理解＝自分の体の中で起こっている変化を理解

健診結果  
説明

心のうごき  
気づき

あっ！そうか！（納得）  
やらないとまずいな！（危機感）

何からはじめますか？

保健指導

食生活  
運動・身体活動  
改善のノウハウ  
社会資源の情報

行動目標設定

継続支援

Positive feedback

行動変容

できた！（自信・達成感）  
体調がいいな！（感覚）

実行支援  
評価・励まし

環境

習慣形成



# メタボ戦略

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

# メタボリックシンドロームに着目した保健指導

保健指導プロセス		メタボリックシンドロームにおける着眼点
問題点の 確認	健診結果を理解して 体の変化に気づく	内臓脂肪蓄積の害、エネルギー収支 動脈硬化リスクの重複
	自らの生活習慣を振り返って 問題点を発見	体重増加時や現在の生活習慣の振り返り、 生活習慣のひずみに気づく
行動目標 設定	健康上の目標設定	減量による検査データ改善の見込みを提示。 3~4%減量、腹囲〇cm減少など
	食事や運動、喫煙などの 日常生活における行動計画 設定	実現可能な食事・運動の目標を立てる。 摂取エネルギーと消費エネルギーの収支を マイナスにする計画。
	モチベーション向上	まず短期的かつ実現可能な行動目標設定。
実行支 援	行動目標の実行、継続支援	体重・腹囲・歩数などのセルフモニタリン グ、運動プログラム等への参加
評価 継続 自走	達成感・満足感・楽しさ 自己効力感の高まり 健康状態の改善	内臓脂肪を減少させることの重要性を自分 自身のデータ変化で理解、リバウンド対策、 継続できる目標設定

- 効果的な保健指導のポイント

動機づけのために

健診データをうまく活用できるか？

病態の理解と説明力、資料の活用

疑問に答えられるか？

これならできそう！を提案できるか？

対象者本人に考える時間を提供しているか？

行動変容を継続的に支援できているか？

- 毎日の保健指導を評価し、

よりよい支援に導く仕事の仕組みが大切

# 保健指導者に必要とされる能力

制度についての理解と活用

保健指導の専門的知識と技術

医学的知識  
運動・栄養等の知識

面接技法

マネジメント能力  
評価と改善

基本的に求められる姿勢

社会貢献のマインド、職業に対する真摯な態度、社会人としての振る舞い

## 特定健診受診事例 68歳男性

健診項目		
体重	65.2	kg
BMI	25.3	kg/m <sup>2</sup>
腹囲	87.8	cm
収縮期血圧	150	mmHg
拡張期血圧	83	mmHg
中性脂肪	89	mg/dl
HDLコレステロール	66	mg/dl
LDLコレステロール	120	mg/dl
空腹時血糖	142	mg/dl
HbA1c	7.2	%
クレアチニン	1.13	mg/dl
eGFR	49.7	ml/min/1.73 m <sup>2</sup>
尿たんぱく	+	

### 背景:

市の健診は毎年受診しており、40歳代から血糖高値を指摘。糖尿病治療薬を処方されたこともあるが、薬を飲みたくないため、定期的な受診をしていない。過去の最大体重は72kgで、昨年より2kg減少。

### 生活習慣

飲酒: 週5回 ビール350ml1~2本

喫煙: 3年前に禁煙

運動: ゴルフ練習週2回

食事: サラダを積極的に食べる

# 保健指導対象者の選定と階層化

## ステップ1 ○ 内臓脂肪蓄積に着目してリスクを判定

- ・腹囲 M $\geq$ 85cm、F $\geq$ 90cm → (1)
- ・腹囲 M $<$ 85cm、F $<$ 90cm かつ BMI $\geq$ 25 → (2)

## ステップ2

- ①血糖 a 空腹時血糖100mg/dl以上 又は b HbA1cの場合 5.2% 以上 又は c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
- ②脂質 a 中性脂肪150mg/dl以上 又は b HDLコレステロール40mg/dl未満 又は c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
- ③血圧 a 収縮期血圧130mmHg以上 又は b 拡張期血圧85mmHg以上 又は c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
- ④質問票 喫煙歴あり (①から③のリスクが1つ以上の場合にのみカウント)

## ステップ3 ○ ステップ1、2から保健指導対象者をグループ分け

(1)の場合	①～④のリスクのうち追加リスクが	2以上の対象者は 1の対象者は 0の対象者は	積極的支援レベル 動機づけ支援レベル 情報提供レベル	とする。
(2)の場合	①～④のリスクのうち追加リスクが	3以上の対象者は 1又は2の対象者は 0の対象者は	積極的支援レベル 動機づけ支援レベル 情報提供レベル	とする。

## ステップ4

- 服薬中の者については、医療保険者による特定保健指導の対象としない。
- 前期高齢者(65歳以上75歳未満)については、積極的支援の対象となった場合でも動機づけ支援とする。

# サルコペニア肥満

加齢による筋肉減少

## サルコペニア

身体機能の低下、  
筋肉量の低下

- (1) 筋肉量の減少
- (2) 筋力の低下 (握力など)
- (3) 身体機能の低下  
(歩行速度など)

体重の増加

## 肥満

BMI $25\text{kg}/\text{m}^2$ 以上

糖尿病・心疾患・脳卒中  
などの動脈硬化性疾患の  
危険因子

## サルコペニア 肥満

サルコペニアのみ、肥満のみより、病気のリスクが高まる

サルコペニア (筋肉減少) と肥満 (体脂肪増加) が同時に起きることで、  
糖尿病、高血圧、脂質異常症など代謝疾患と運動機能低下のリスクが非常に高まる

## 糖尿病性腎症病期分類(改訂)

病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m <sup>2</sup> )
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30 未満)	30以上 <sup>注2</sup>
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) <sup>注3</sup>	30以上
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿 (300 以上) あるいは 持続性蛋白尿 (0.5以上)	30以上 <sup>注4</sup>
第4期 (腎不全期)	問わない <sup>注5</sup>	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

医療機関で診断

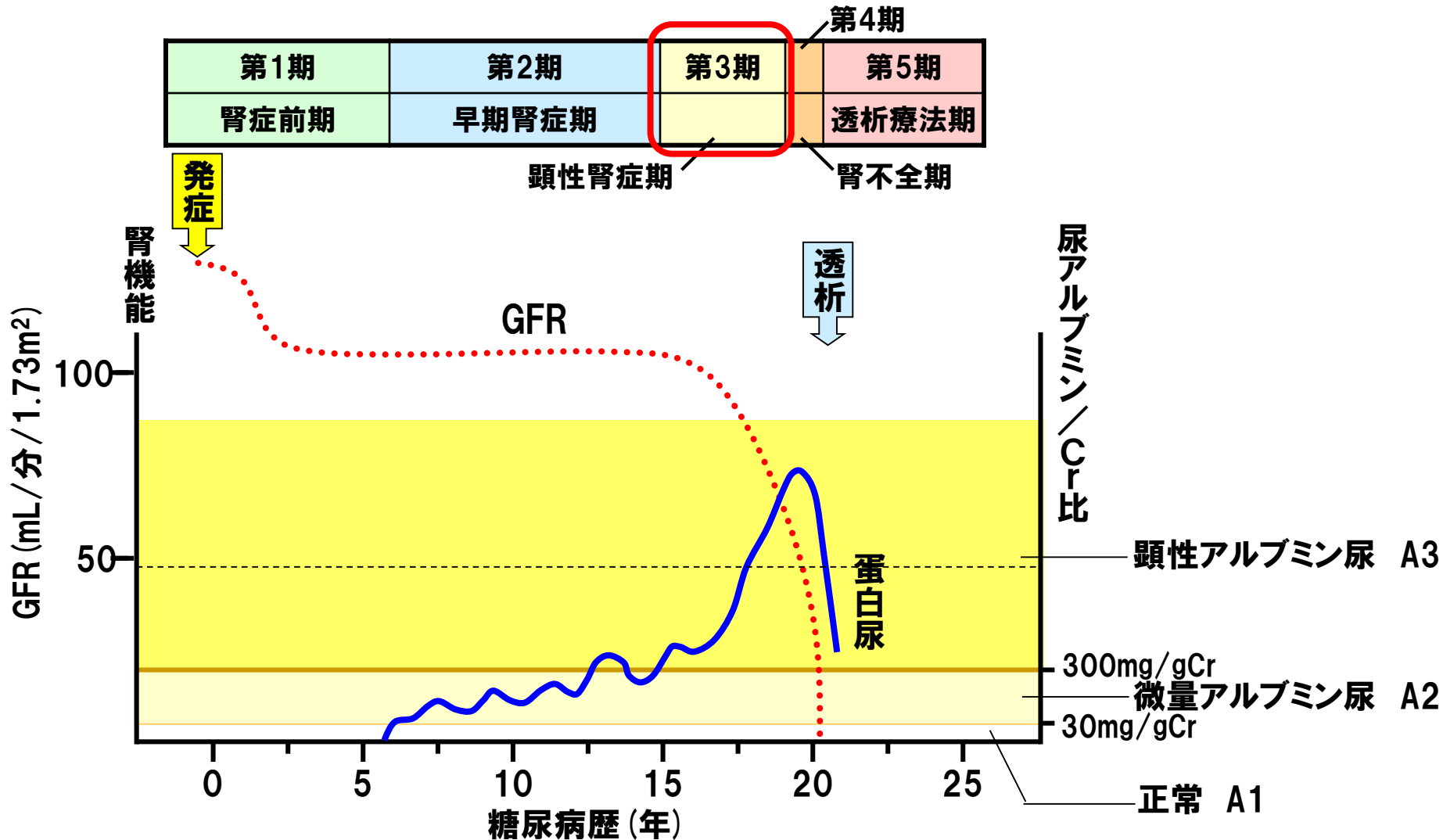
健診で把握可能

Cr測定国保等





# 2型糖尿病性腎症の臨床経過



(槇野博史. 糖尿病性腎症-発症・進展機序と治療. 東京:診断と治療社, 1999:192. より引用, 改変)

# CKD重症度分類

CKDの重症度分類(CKD診療ガイド2012)<sup>a</sup>

原疾患	蛋白尿区分	A1	A2	A3		
糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿		
		30未満	30~299	300以上		
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 腎移植 不明 その他	尿蛋白定量 (g/日) 尿蛋白/Cr比 (g/gCr)	正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿		
		0.15未満	0.15~0.49	0.50以上		
GFR区分 (mL/分 /1.73m <sup>2</sup> )	G1	正常または高値	≥90			
	G2	正常または軽度低下	60~89			
	G3a	軽度~中等度低下	45~59			
	G3b	中等度~高度低下	30~44			
	G4	高度低下	15~29			
	G5	末期腎不全(ESKD)	<15			

重症度は原疾患・GFR区分・蛋白尿区分を合わせたステージにより評価する。CKDの重症度は死亡、末期腎不全、心血管死発症のリスクを緑■のステージを基準に、黄■、オレンジ■、赤■の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する。  
(KDIGO CKD guideline 2012を日本人用に改変)

注：わが国の保険診療では、アルブミン尿の定量測定は、糖尿病または糖尿病性早期腎症であって微量アルブミン尿を疑う患者に対し、3カ月に1回に限り認められている。糖尿病において、尿定性で1+以上の明らかな尿蛋白を認める場合は尿アルブミン測定は保険で認められていないため、治療効果を評価するために定量検査を行う場合は尿蛋白定量を検討する。

# 肥満に起因ないし関連し減量を要する健康障害 (減量により改善、または、進展が防止される)

## I. 肥満症の診断基準に必須な合併症

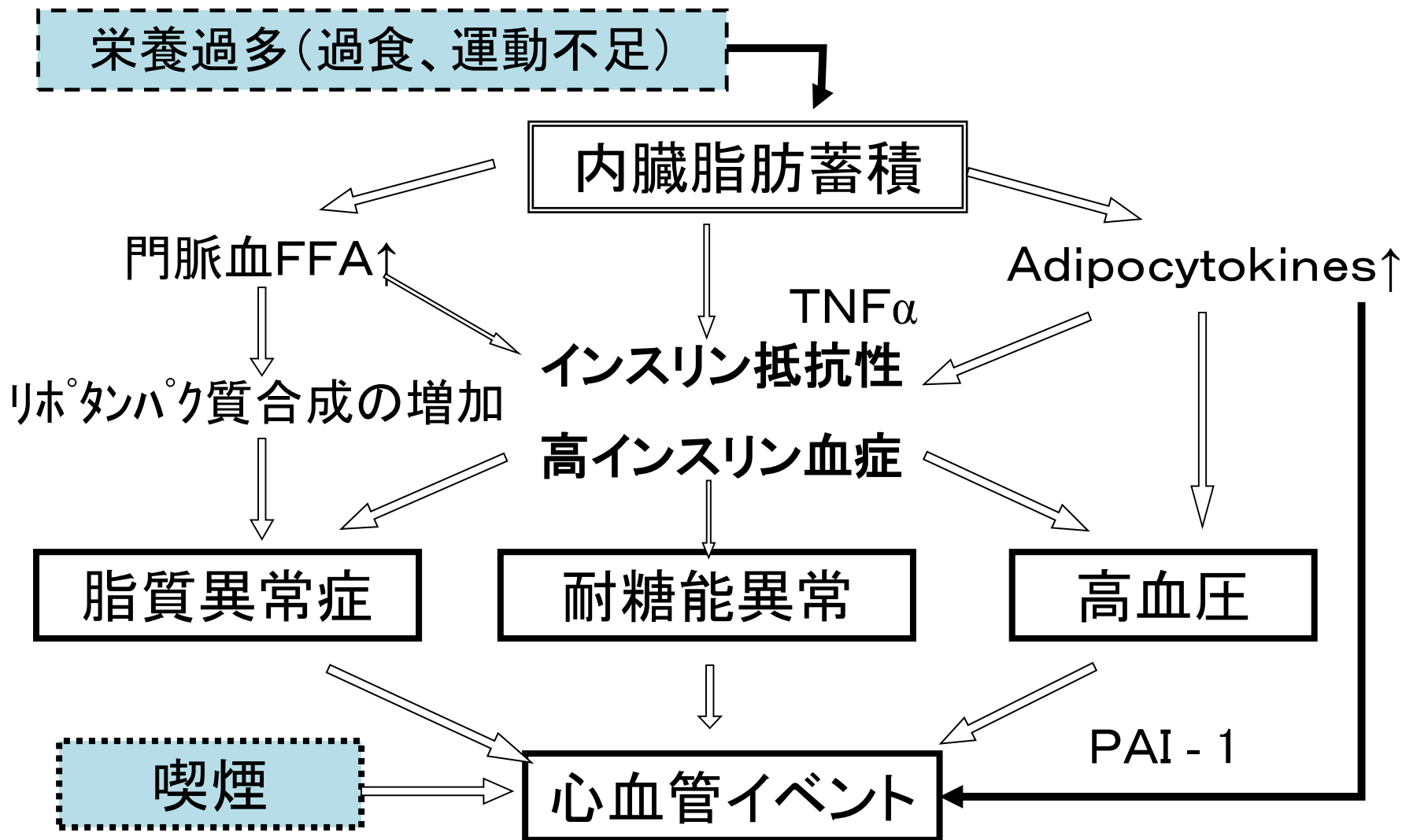
- 1) 2型糖尿病・耐糖能障害
- 2) 脂質異常症
- 3) 高血圧
- 4) 高尿酸血症・痛風
- 5) 冠動脈疾患
- 6) 脳梗塞(脳血栓症、TIA)
- 7) 脂肪肝
- 8) 月経異常・妊娠合併症
- 9) 睡眠時無呼吸症候群
- 10) 整形外科的疾患
- 11) 肥満関連腎臓病

## II. 診断基準には含めないが、肥満に関連する疾患

- 1) 良性疾患: 胆石症、静脈血栓症、肺塞栓症、気管支喘息、  
皮膚疾患(偽性黒色表皮腫、摩擦疹、汗疹)
- 2) 悪性腫瘍: 胆道癌、大腸癌、乳癌、子宮内膜癌

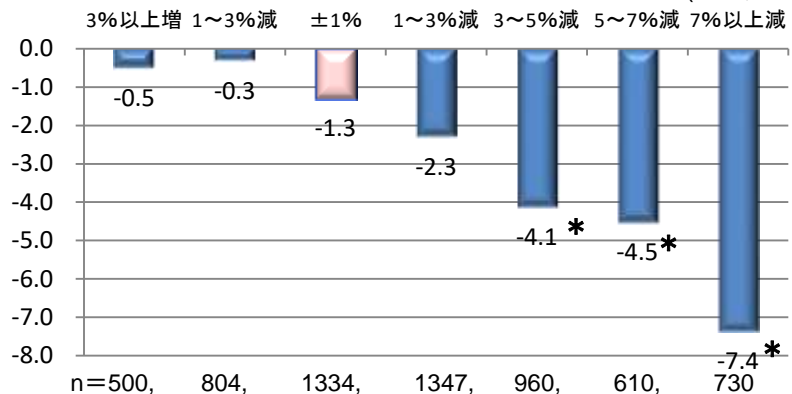
(肥満症診断基準検討委員会 2011)

# メタボリック・シンドロームにおける 各種病態の発症機序

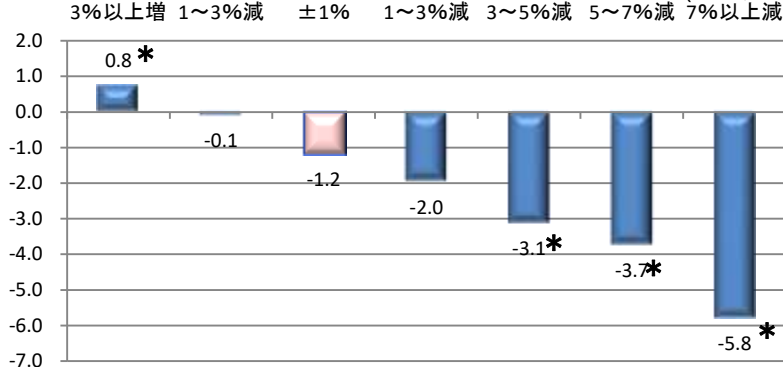


# 積極的支援後1年間の体重変化率と検査値変化

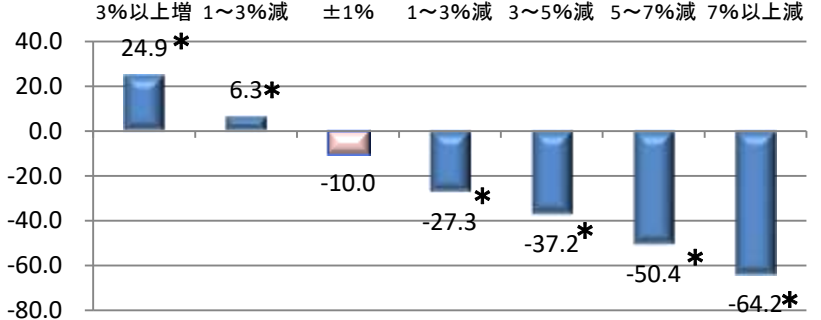
(mmHg) 収縮期血圧の変化 (n=6,285)



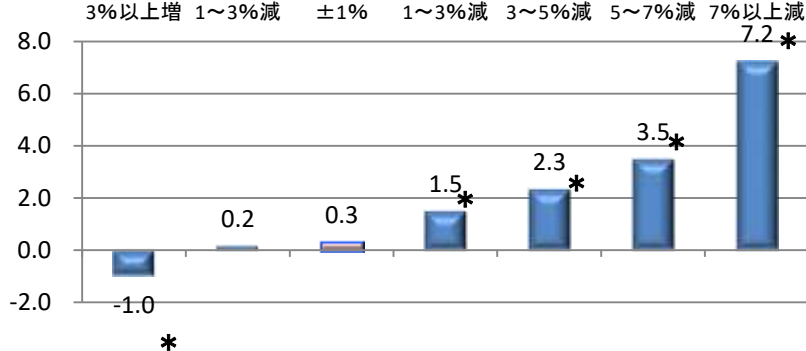
(mmHg) 拡張期血圧の変化 (n=6,285)



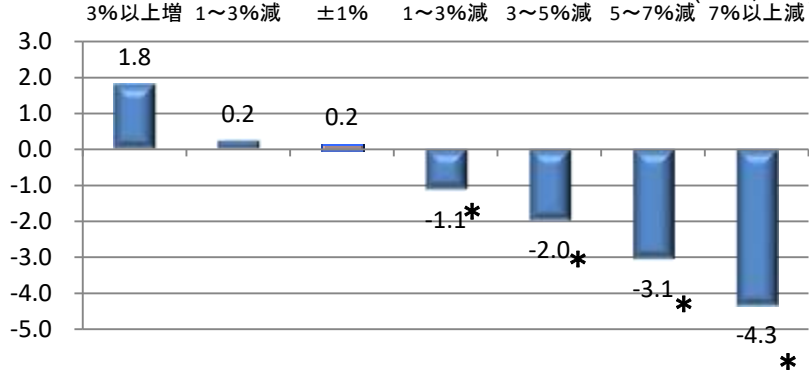
(mg/dl) トリグリセライドの変化 (n=6,285)



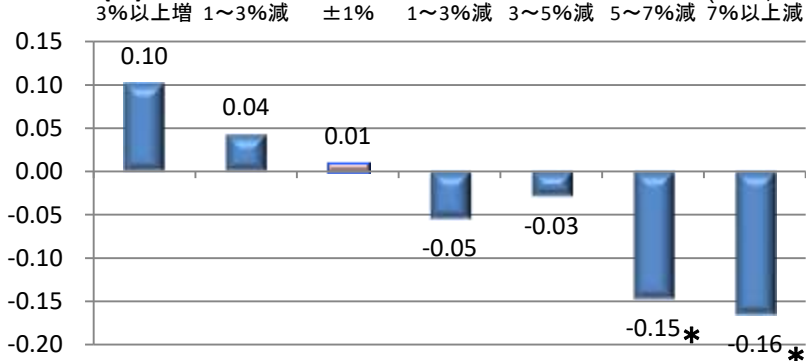
(mg/dl) HDLコレステロールの変化 (n=6,285)



(mg/dl) 空腹時血糖の変化 (n=6,285)



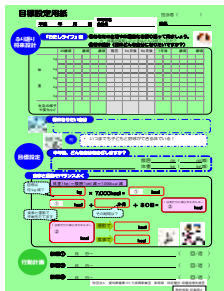
(%) HbA1cの変化 (n=5,269)



変化量

体重減少率

一元配置分散分析、Bonferroni法、\* ±1% 群と比較して有意差あり

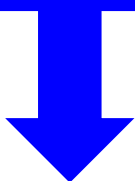


# 目標腹囲・体重を明確に設定

メタボリックシンドロームの脱出には・・・  
**体重の4%減**



半年後、どんな自分をめざしますか？



腹囲 84.8cm (3.2cm減)

体重 76.8kg (3.2kg減)

体脂肪 1kg減 = 腹囲 1cm減

3cm = ベルトの穴1つ分



175cm、

**80kg**  
**88cm**



保健指導期間 6ヶ月

175cm、

**76.8kg**  
**84.8cm**



# 大人に新たなことを学んでもらうには？ (成人学習の基本)

- 本人の**気持ちを尊重**する  
どうして自分が呼ばれたんだろう??
- 大人としての**敬意**を払う
- 本人が**意味があると感じる**内容を提供する
- **できること**に着目、明確・適切な目標設定
- 指導よりも**支援**（サポータータイプな雰囲気）
- 失敗する場面、恥をかく場面の**ないよう配慮**

# 面接のヒント:

## SPIKES

Robert Buckman:

- S Setting (場の設定) 環境、タイミング、自己紹介
- P Perception (病状認識)
- I Invitaion (意思確認、患者の知りたいこと)
- K Knowledge (知識の共有)
- E Emotion (感情への対応)
- S Strategy and Summary (戦略、要約)

SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News:  
Application to the Patient with Cancer

WALTER F. BAILE,<sup>a</sup> ROBERT BUCKMAN,<sup>b</sup> RENATO LENZI,<sup>a</sup> GARY GLOBER,<sup>a</sup>  
ESTELA A. BEALE,<sup>a</sup> ANDRZEJ P. KUDELKA<sup>b</sup>

<sup>a</sup>The University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston, Texas, USA;  
<sup>b</sup>The Toronto-Sunnybrook Regional Cancer Centre, Toronto, Ontario, Canada

The oncologist;2000;5:302-311



# 相手の状況を知るための アセスメントとは？

- 「評価」「査定」「事前評価」
- 収集した**情報を整理し、解決すべき課題**を考察すること。
- 個人の状態像を理解し、必要な支援を考えたり、将来の行動を予測したり、支援の成果を調べること。
- 障害（病気）の**特性**やそれにより生じている**困難さ**だけでなく、**周囲の人や環境を含めた生活を理解**することで、今後必要となる支援や**将来の行動を予測**する。
- アセスメントには、**支援の成果を調べる**ことも含まれる

9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施。
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施。
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。
14	人と比較して食べる速度が速い。
15	就寝前2時間以内に夕食を取ることが週に3回以上ある。
16	夕食後に間食(3食以外の夜食)を取ることが週に3回以上ある
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。
18	お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒)を飲む頻度。
19	飲酒日の1日あたりの飲酒量
20	睡眠で休養が十分とれている。
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。

# 検査値の変化と生活習慣

検査値の変化	考えられる生活習慣の例
BMI、腹囲 ↑	過食（食事＞運動）
血圧 ↑	塩分過多、肥満、喫煙、過量飲酒、運動不足
中性脂肪 ↑	過食（食事＞運動）、糖分過多、過量飲酒、高脂肪食
中性脂肪＋ $\gamma$ GTP ↑	過量飲酒
HDL-C ↓	喫煙、運動不足
ALT ↑	過食（食事＞運動）、過量飲酒

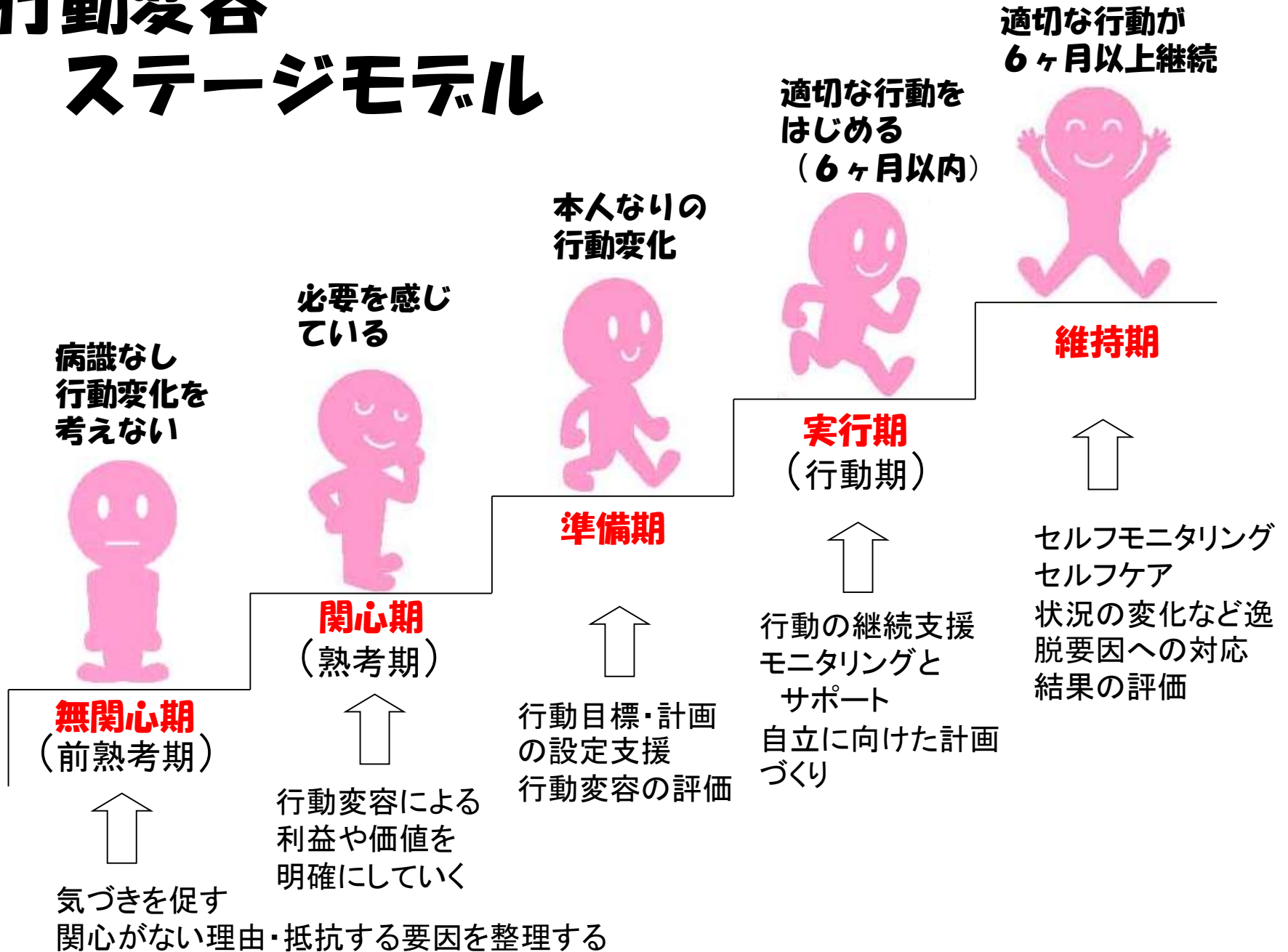
アセスメントが大切

# 52歳男性

ダイエット歴  
は？

大切にしていること		健康観	健康エピソード	身近な人の病気
★		改善意欲あり 保健指導前向き	子どものころから 太り気味やせたい 気持ちはある	★
生活背景	仕事	家庭	地域	趣味、仲間
	自営業(電気店) 店番・訪問	★		
生活習慣	食生活	運動習慣	喫煙	その他
	夜食・間食・朝抜き 昼コンビニ 酒のつまみ	速く歩くほう、 運動習慣なし 10分歩行1/3日	あり	睡眠OK 飲酒毎日2~3合 ビール1本焼酎
身体状況	腹囲95、BMI26.7			体重増減±3以内
	血圧142/92	TG206	HDL24.6	FPG99

# 行動変容 ステージモデル



# 一見、同じように改善意欲が乏しい 無関心期の場合でも、

- 人に指図されるのがいやだ
- 自分の健康を過信している(まだ大丈夫。。。)
- 自分なりにがんばっているのにダメ出しされた
- 偏った知識に支配されている(TVでこう言っていた)
- 前にがんばったけれど 結果が出ていない
- 自分の健康を考えるゆとりがない
- 保健・医療に対するつよい不信感がある
- 人生をあきらめている

など、さまざまな状況が考えられる。

その人の思いを語ってもらい、無関心な姿勢を示す原因を考えよう。

# 認知行動療法とは

- 感情や行動に影響を及ぼしている極端な考え(歪んだ認知)が何かを特定
- それが現実的かどうかを検討し、より現実的で幅広いとらえ方(認知)ができるように修正していく。
- 感情や行動についてセルフモニタリングをおこなうことにより、自分自身の行動を客観的にとらえることができ、認知を再構築することができる。

# 運動(指導)に抵抗する人の「認知」の例

## ①運動に対する否定的な思い

- 子どもの頃、運動が苦手でつらい思いをした。

## ②運動の価値を認めていない

- 運動しなくても日常生活には不都合はない

## ③完全主義的な考え方

- どうせやっても続かない。棒を折ってしまうことになる。

## ④自己を否定的にとらえる

- 意志が弱いので、長続きしない

## ⑤他人の目が気になる

- やせたいから運動しているんだ」という目で見られる

## ⑥ 自分なりにやっているから 指導されたくない。



# 認知を修整する

- 本人が当たり前と思っていることの**根拠を確認**したり、不快な感情をひきおこした出来事についてその状況を整理し、運動についての考え方を見直す余地がないかどうかを検討していく。
- 「よい・悪い」の2択ではなく、連続体としてものごとを評価したり、マイナス面だけでなく、プラス面にも気づくような働きかけをおこなっていく。
- 一面的にみていた運動を多角的にみられるように支援していくことで、前向きな気持ちをひきだす。

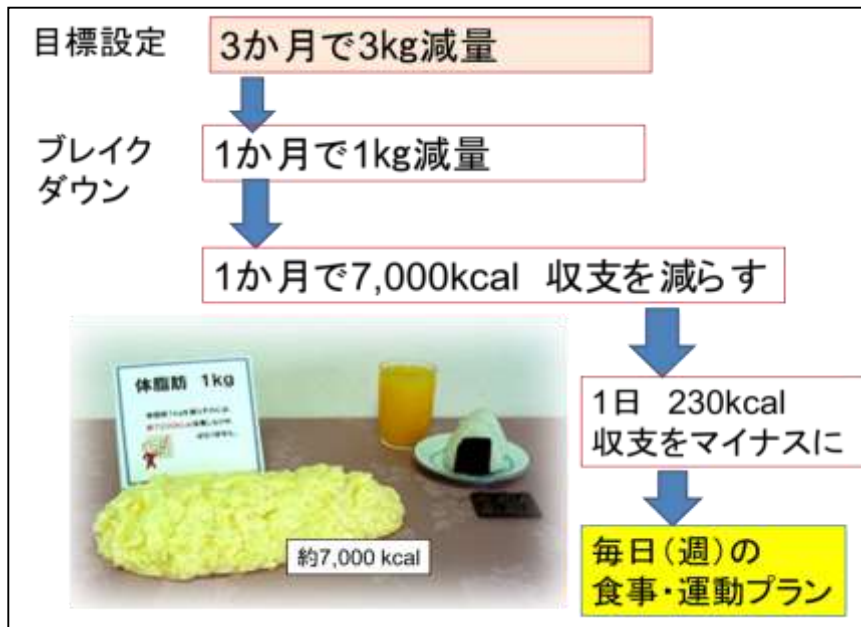
# 目標設定で大切なこと

- 自己決定による目標設定
- 目標を数値化する
- 自分で書く
- 2－3個の目標に絞る
- セルフモニタリングに関する項目を1つ入れる
- 「実現可能な」目標になるように支援する

# タイプ別の目標設定

## ブレイクダウン型

成功のイメージを明確にする。  
3kg減量できたら検査値改善



毎日の行動計画を具体化する

## コツコツ型

毎日できることから考える  
小さな行動変容の価値を伝える

目標設定: ○○を△に替えるだけ



続けられればこんないいことがある  
・・・と期待感を伝える

# 継続支援の目的

## 初回面談時

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

## 2週間～1カ月後

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

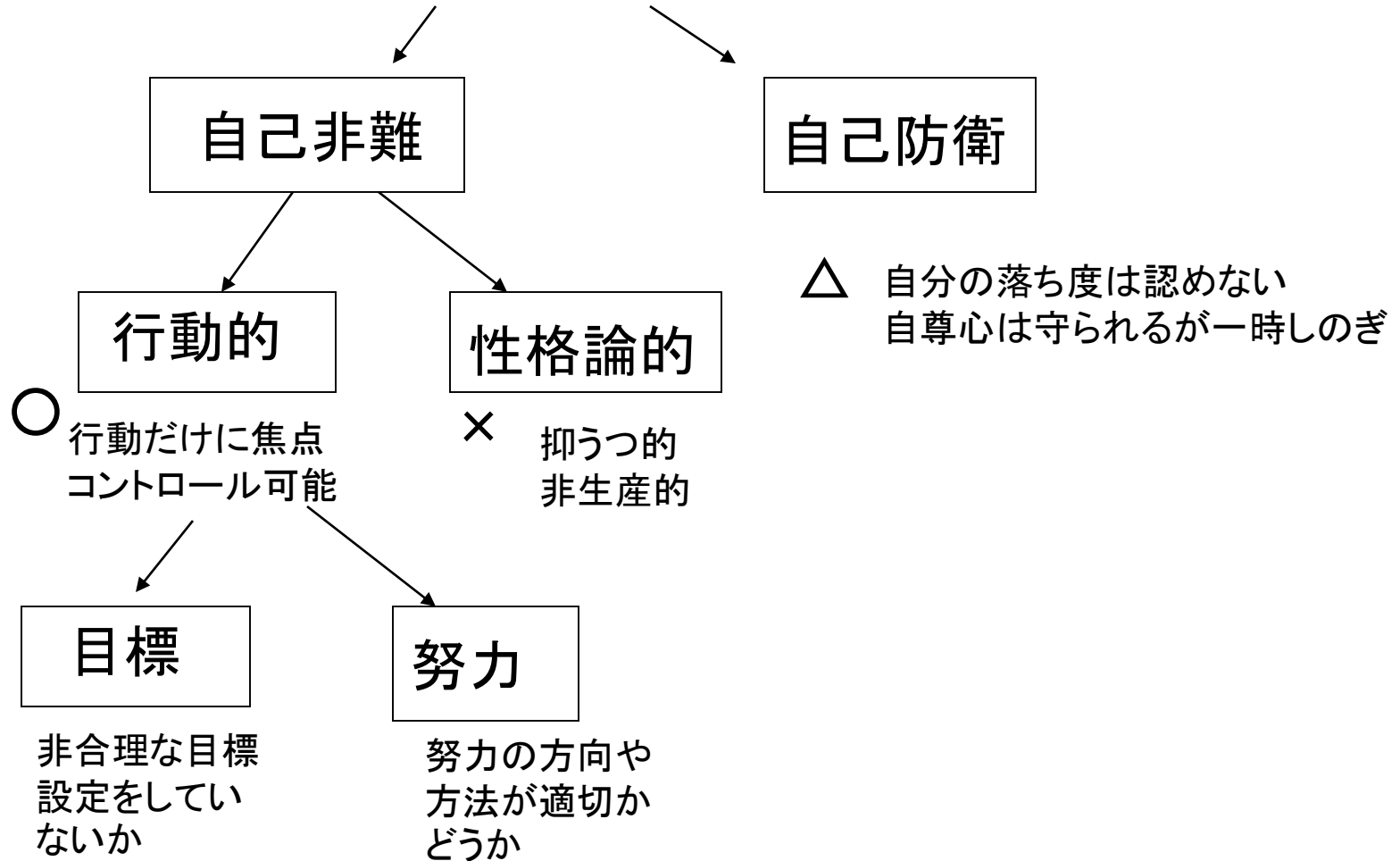
## 1カ月後

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

## 2～3カ月以降

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

# 「うまくいかない」状況から抜け出す



## 継続支援時のポイント

- ①歩数、体重、食事などの状況(記録、目標実施状況など)
- ②行動計画の実施状況;意識して変えている(変えようとしている)生活習慣の確認
- ③評価する場合には、できるだけポジティブにとらえ、小さな行動変容を見逃さないようにする(自己効力感を高めるメッセージ)
- ④本人が「うまくいかない」と思っていることについての相談
- ⑤ドロップアウト防止
- ⑥行動目標の実施状況について本人の思いを確認し、必要があれば目標の修正
- ⑦次回の支援についての約束

# 体重変動について

順調に減っている	<ul style="list-style-type: none"><li>・対象者の努力を賞賛</li><li>・行動目標を意識して継続できた結果であることを客観的に評価し、伝える</li><li>・階段状の減量を説明し、今後の見通しを伝える</li></ul>
減量スピードが早い	<ul style="list-style-type: none"><li>・対象者の努力をまずは賞賛</li><li>・危険な減量行動(1食しか食べない等)をしていないか確認</li><li>・急激な消費スピードのリスクを伝え、維持の必要性を伝える</li></ul>
頑張ってるのに、変わらない	<ul style="list-style-type: none"><li>・継続して記録していること等、頑張っている行動に焦点をあてねぎらう</li><li>・具体的な情報提供で、減量の見通しを伝える</li></ul>
体重が増えてしまった	<ul style="list-style-type: none"><li>・仕事や家庭環境などの状況に触れ、うまくいかないと感じてる気持ちに寄り添う</li><li>・体重増加しやすいところに焦点をあて、対策案を提示する</li></ul>
体重測定していない	<ul style="list-style-type: none"><li>・体重測定できない理由に配慮する</li><li>・モニタリングのメリットを伝え、測定だけでも十分な意識・行動変化であることを強調する</li></ul>

## 行動目標について(運動&食事面)

<p>歩数が極端に多い、強度の高い運動をしたり頑張りすぎ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・まずは、頑張っている事実を賞賛</li> <li>・疲労感、膝や腰の痛みなどはないか確認</li> <li>・脂肪の燃焼に効果的な運動強度について情報提供</li> </ul>
<p>忙しくて運動ができない、歩数が増えない</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・歩数が多い日に○印をつけ、客観的に週当たり何日くらいできている等を評価</li> <li>・具体的に歩数を増やすコツを提案する</li> </ul>
<p>なかなかお菓子がやめられない</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・目標達成率を評価</li> <li>・つい気が緩む状況などを聞き出し、対策を考える</li> <li>・頑張りすぎず、たまのご褒美があっても大丈夫であることを伝える</li> </ul>
<p>忙しくて外食が多い、夕食が遅い</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・エネルギー表示を見て選ぶ、夕食を分割して食べる、野菜を先に食べるなどの食行動に注目して支援する</li> </ul>
<p>本当に効果があるのか心配・・・</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・行動目標の達成状況と体重変化を客観的に評価し、血液検査等に及ぼす効果について見立てをする</li> <li>・目標の修正が必要であると判断したら、本人の意思を確認し、修正する</li> </ul>

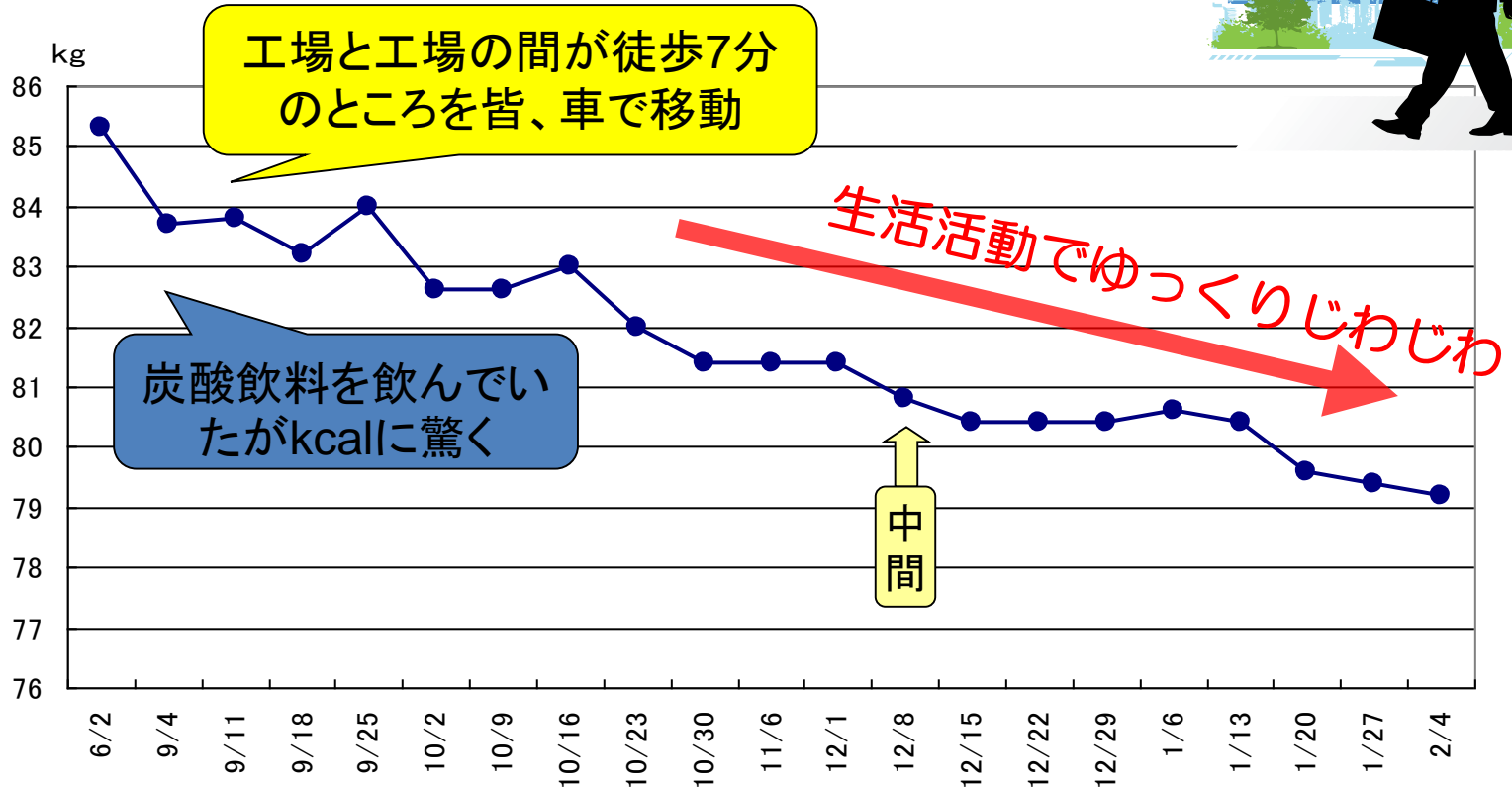


# 行動計画

- 計画① 会社間は歩く ( 5回/週 )
- 計画② 夜の炭酸飲料をお茶にする ( 7回/週 )
- 計画③ \_\_\_\_\_ ( 回/週 )

8~9割目標実践

## ●6ヶ月間の体重変化



# セルフマネジメント

目的	健康でいたい理由、したいこと、続けたいこと
目標設定	段階的に行動の目標を設定する。 目標は <b>明確で数量化でき、短期的なもの</b> 。
セルフ モニタリング	行動の記録、自己評価、言い訳・自慢 体重・歩数・行動目標の評価など
行動契約	指導者と行動契約書を交わすことにより、行動 実践への拘束力を高める。
セルフトーク	内部的な対話。自分自身に教示。 肯定的思考を増やし、否定的思考を減らす。
ソーシャル サポート	家族や友人と一緒に行動してくれたり、応援し てくれる。

# 保健指導がうまくいっているかどうか？

- ① 保健指導のプロセスをチェックする
  - ・・自己評価、チームでの評価
- ② 対象者の変化を測定する
  - ・・面接時の表情・態度、記録状況
- ③ 保健指導効果を検証する
  - 対象者の生活習慣・体重や検査データの変化

# 保健指導事業を評価するための指標

## 理解・意欲の変化

MetSに  
対する理解  
自己管理に  
対する意欲

## 生活習慣の変化

歩数  
運動習慣  
食事摂取  
食行動

## データの変化

肥満度、体重  
BW, BMI 腹囲  
糖代謝指標：  
FPG、HbA1c  
脂質代謝指標：  
トリグリセライド、LDL、  
HDL肝機能検査：  
AST,ALT、 $\gamma$ -GTP  
MetS判定

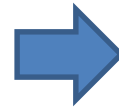
保健指導

QOL

医療費

# 保健指導の評価（初回支援）

- ・受講者の生活改善意欲が高まったか
- ・初回支援の理解度や満足度はどうか



アンケートから分析

支援前

【1】教室に参加された目的（動機）は何ですか？

1. 健診結果が気になった
2. すすめられた（家族・保健師・その他）
3. メタボに関心があった
4. 友人が参加した
5. 検査データを改善したいと思った
6. 業務の一環
7. その他（ ）

参加動機（積極性）

【6】運動や食事等の生活習慣を改善してみようと思えますか？

1. 改善するつもりはない
2. 改善するつもりである（概ね6か月以内）
3. 近いうちに（概ね1ヶ月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている
4. 既に改善に取り組んでいる（6ヶ月未満）
5. 既に改善に取り組んでいる（6ヶ月以上）

支援前の関心度（ステージ）

支援直後

【8】本日の教室はいかがでしたか？

1. 大変ためになった
2. ためになった
3. 参加前と変わらなかった
4. ためにならなかった

支援直後の  
満足度・理解度

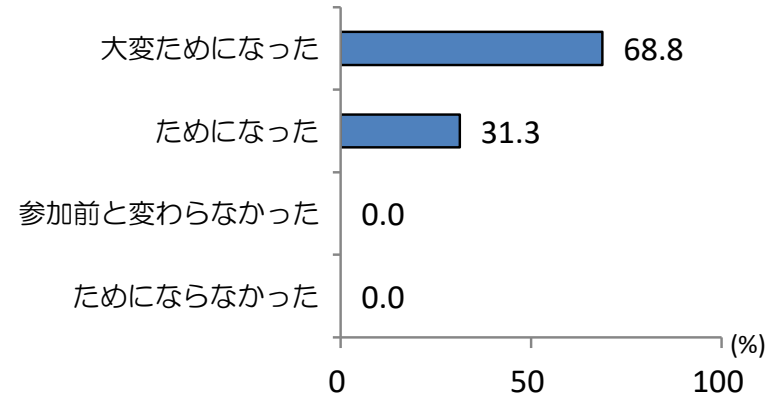
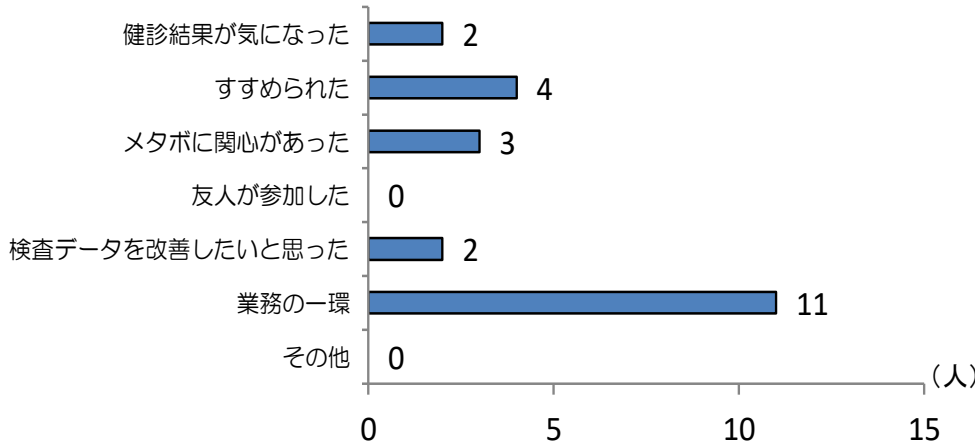
【9】今日の教室に参加して感じたことをお聞かせください。

1. 実践中なのでそのまま続ける
2. 今日から変えようと思う
3. 明日から変えようと思う
4. 変えたいと思うが難しい
5. 健康になるための努力はしていないが、今のままでよいと思う

支援直後の  
生活習慣改善  
意欲

# アンケートから満足度、関心度を確認

【1】参加動機（支援前の関心度） ➡ 【8】満足度（支援直後の満足度・理解度）

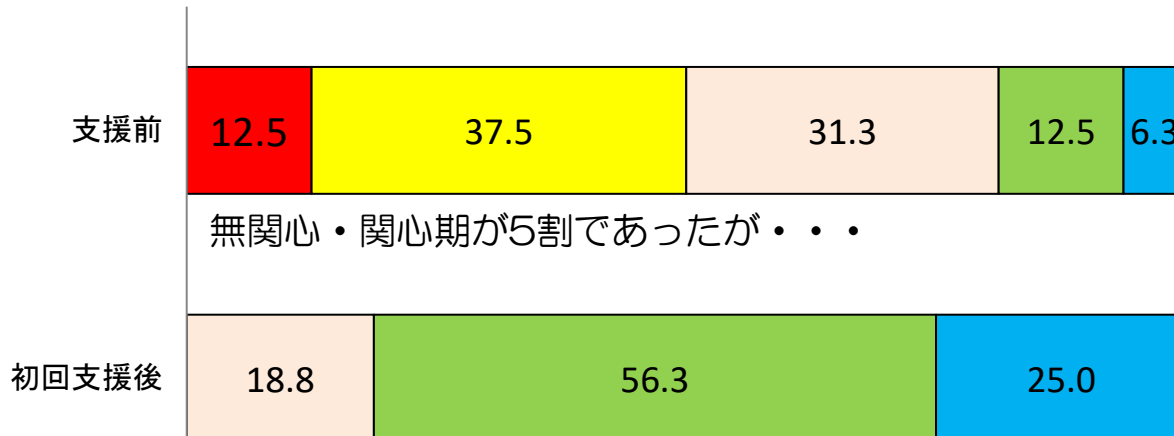


【6】支援前の関心度



【9】支援直後の意欲

■ 無関心期 ■ 関心期 ■ 準備期 ■ 実行期 ■ 維持期



無関心・関心期から割であったが・・・

対象者の表情の変化は・・・  
朝の時点では、改善意欲が低く、表情が硬かった人も、  
帰りにはやる気になって笑顔が見られている？

今日から変えよう！

実践中なので継続！

# プログラム参加者の感想(6か月後)

- やればできることがわかった。
- 「あと少しがんばってみよう。」という意識を持ち続けていることが大事だと思った。
- ほぼ毎日体重計に乗り体重を意識するようになった。食べ過ぎ・飲み過ぎの後はセーブすることを考えるようになった。
- 生活記録をつけることにより、体重の増える時がよくわかった。
- 減量することで血圧がコントロールできることを実感した。
- 途中から体重が減ってきたため面白くなり、今では当初の目標以上の運動をやっている。このまま続けたい。
- 家ではゴロゴロしてばかりだった私が散歩をし始めたら、娘が喜んでついてくるようになり、家族の体調もよくなった。
- ウォーキングを実施することで、体が楽になってきたように思う。
- 夜の間食をやめるだけでも効果があると分かった。
- ダイエットしていると足を引っぱる人が必ずいるのですが「業務命令でやっている」と言うと、誘惑をやめてくれるので助かった。

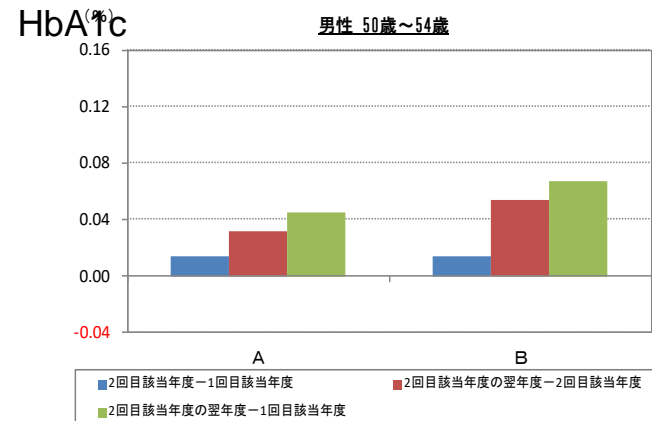
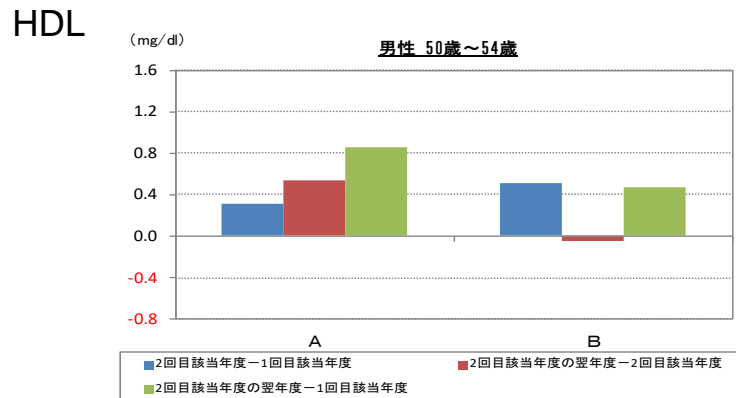
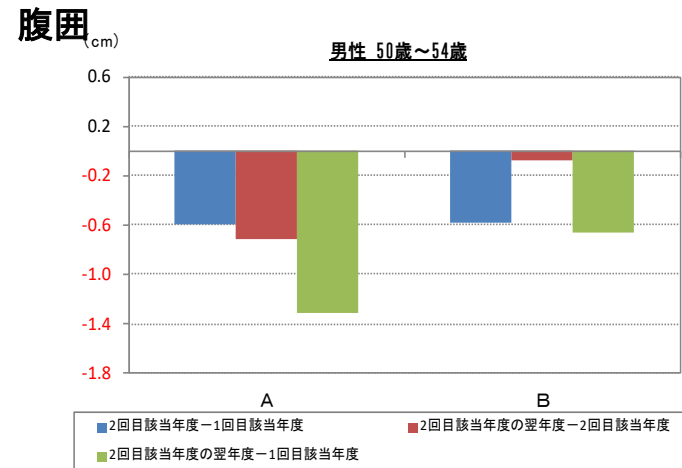
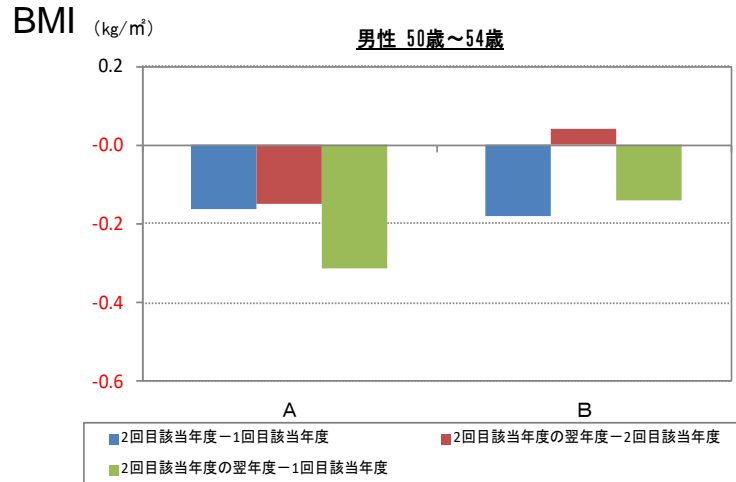
# 複数回指導対象者に対する苦手意識

## 2回目以降の支援についての留意点

- 1回目の支援の経過を共に確認。
- 自らの行動や体重変化を意識している分、より具体性、実践可能性をもった目標設定ができる。  
本人がより主体的に目標設定に参画できるように促す。
- 前回の達成状況を勘案して、無理のない目標設定を行うこと。
- 高齢者は、保健指導判定値レベルで安定していれば良好と考える必要がある。
- 長期的な健康管理を継続して支援しているという信頼関係が得られるようにする。



## 2回連続積極的支援該当の人の2回目の保健指導の効果



# 宿泊型新保健指導プログラムの創設

## 糖尿病

糖尿病の可能性が否定できない人  
(HbA1c > 6.0%)  
1,100万人

糖尿病が強く疑われる人  
(HbA1c > 6.5%)  
680万人

患者数  
270万人

特定健康診査等

(一部)  
教育入院

## 全体パッケージ(イメージ)

### 保健指導プログラム



医師 保健師 管理栄養士 健康運動指導士  
理学療法士 作業療法士 etc

地元医師会や  
自治体との連携

### スポーツ、観光などのオプション



旅館



産業  
健康  
観光

健康増進施設・保養所・ホテル・旅館

(企業や健保組合の保養所、都心部・保養地のホテル・  
旅館を活性化)

## 〈メリット〉

- ① 快適な環境でやる気向上
- ② 集中的な保健指導で効果向上

健康増進、健康・観光産業の発展、  
医療費適正化を同時に実現

# 宿泊型新保健指導 (Smart Life Stay) プログラム

専門職  
による  
保健指導



宿泊施設  
・  
地元  
観光資源

○ **体験学習**の中  
でより重点的な  
保健指導を経験  
できる

○ 参加者の**疑問・  
実態**を知る

○ **多職種連携**によ  
り、指導の幅が  
広がる

○ 健康的な食事を  
管理栄養士等と  
考案、**新たな商  
品**になる

○ 身近な自然や  
施設の利活用

○ 医療保険者や  
保健指導実施  
者等との**ネット  
ワーク**



快適な環境で  
短期間かつ集中的  
に、楽しみながら  
プログラムを受講

現地着	集合：駅
昼	昼食
午後	オリエンテーション・自己紹介 〈グループワーク〉 〈生活習慣・メディカルチェック〉
	〈運動実技〉 リフレッシュストレッチング＋ かんたんエクササイズ*
	ティータイム
	〈検査結果説明〉
	〈食事講義〉自分の適量を知る
	〈目標設定〉グループワーク モニタリングの方法
	チェックイン
夜	夕食〈食事指導〉 食事バランス ワンポイント 星空・夜景ツアー

2日目	
起床	体重・当日体調確認 食前：自己血糖測定
朝	朝食 ※ご飯の計量体験
午前	〈運動講義〉 健康づくりのための運動 食後：自己血糖測定
	〈運動実技〉 ストレッチング、歩き方チェック ウォーキング実習 家庭でもできる筋トレ
	運動後：自己血糖測定
	着替え・移動
午後	〈アクティビティ〉 ①そば打ち体験 昼食 ↓ バスにて移動 ↓ 希望者は街道ウォーキング
	②地元の新鮮野菜試食 ↓ バスにて移動
	③清水寺参拝 ↓ 希望者は散策路を ↓ 歩いて登る
	2日目の振り返り
夜	夕食

3日目	
起床	体重・当日体調確認
朝	朝食 ※ご飯の計量体験
午前	〈運動実技〉 気持ちよく体を動かそう
	更衣、チェックアウト
	3日間の振り返り 行動目標の見直し 実践記録表の記入方法確認 継続支援スケジュール確認 目標宣言
現地発	解散

保健指導プログラ

運動プログラム

食事プログラム

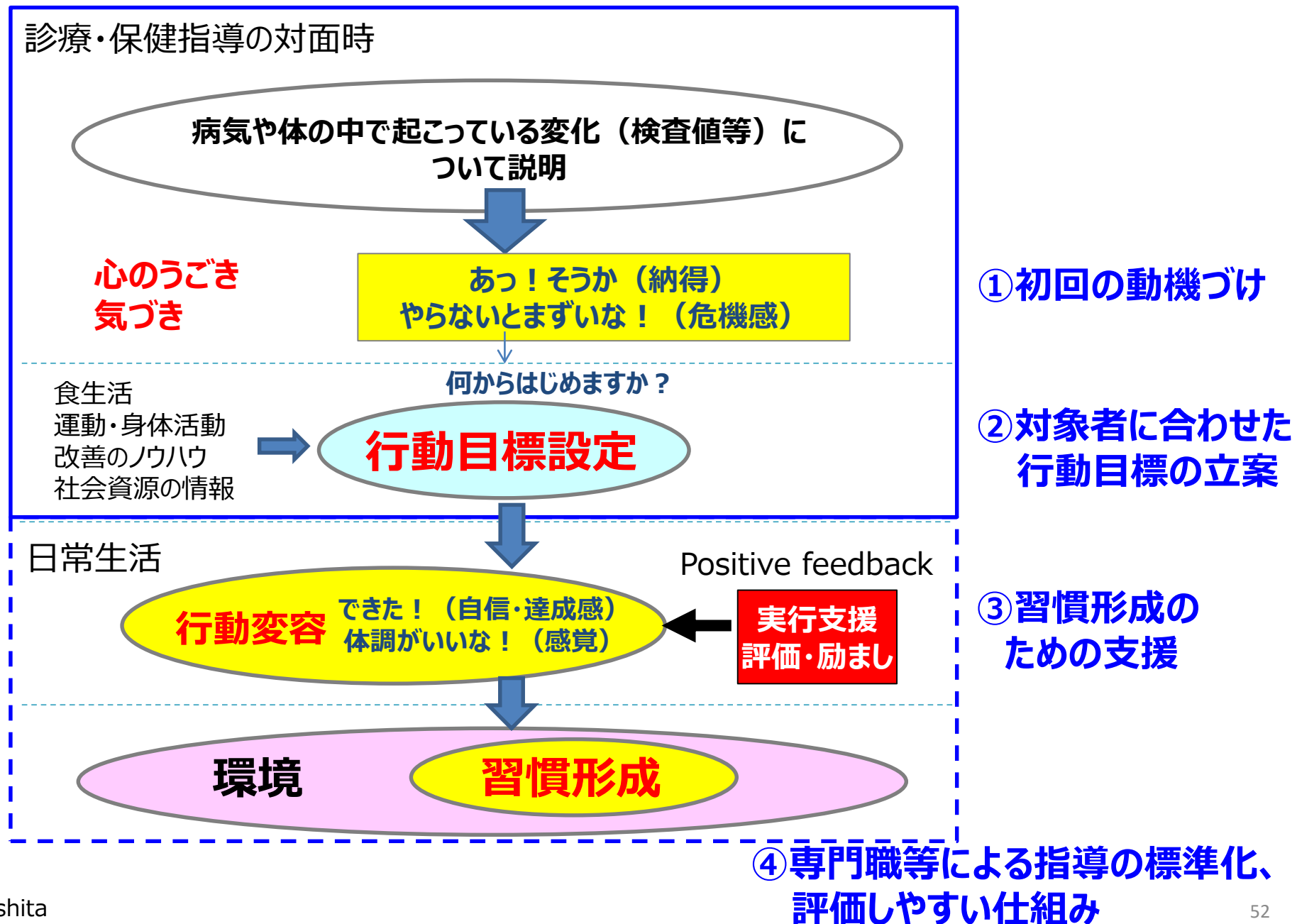
観光・アクティビティ



帰宅後も、目標をもとにした取組を継続

日常的な生活習慣病予防対策、(運動・食事など)  
継続的なサポート(メール・電話)

# 糖尿病診療・保健指導のプロセス





# 24週間の初回BMI別 歩数・体重の測定日数/週

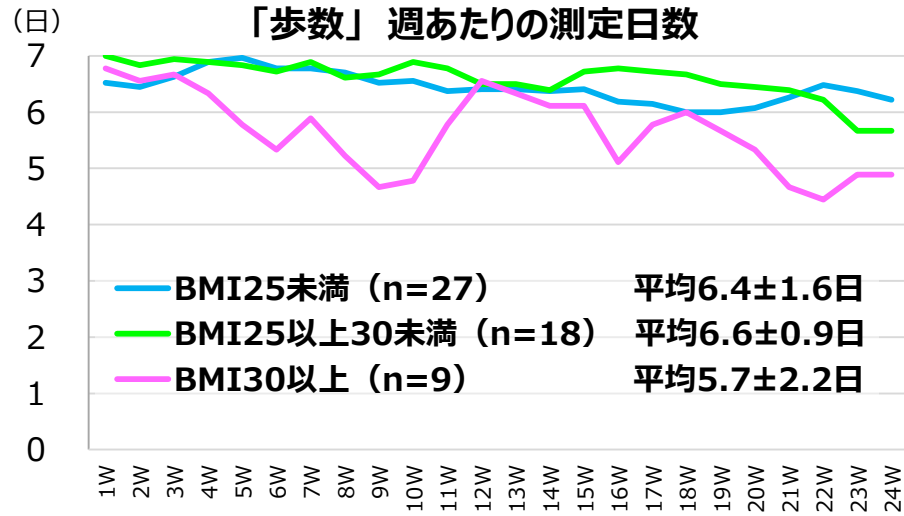
## H28年度モデル事業 (n=54)

※全体92名のうちベースラインのHbA1c 6.5%以上9.0%未満の者

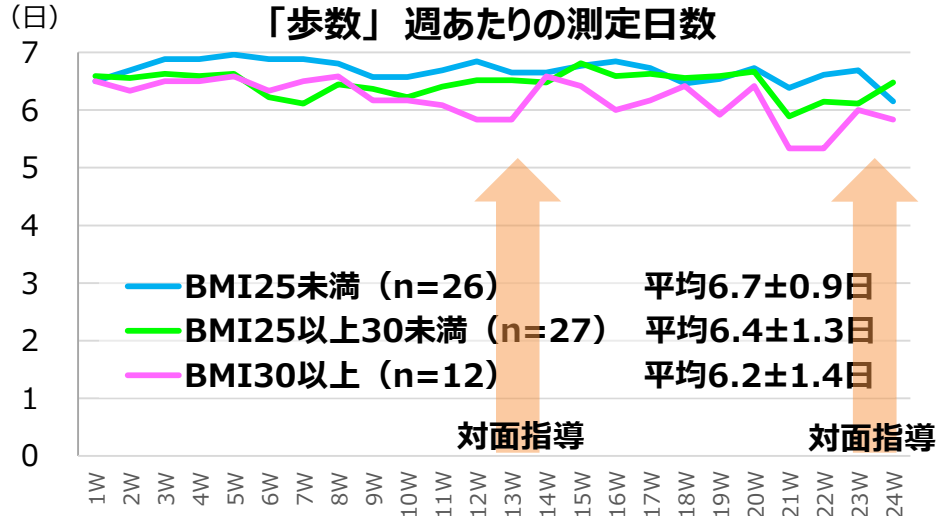
## H29年度～AMED研究 (n=65)

※全体200名のうちベースラインのHbA1c 6.5%以上9.0%未満の者

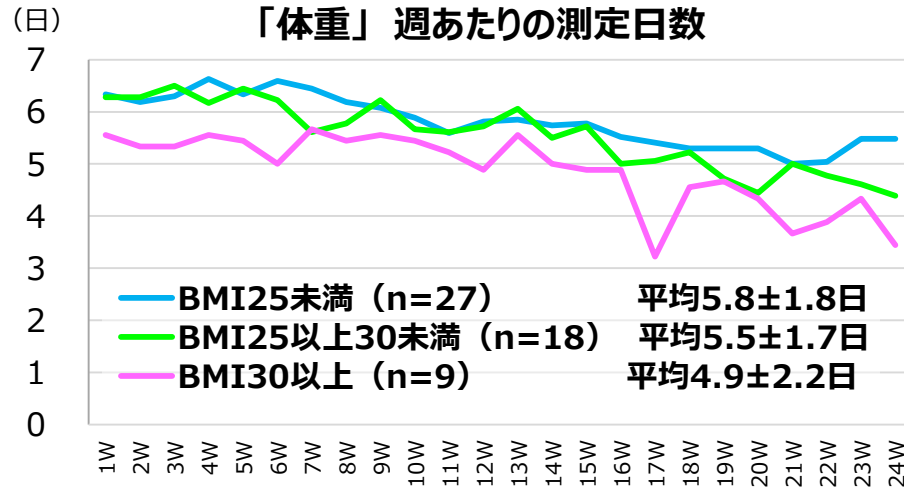
「歩数」 週あたりの測定日数



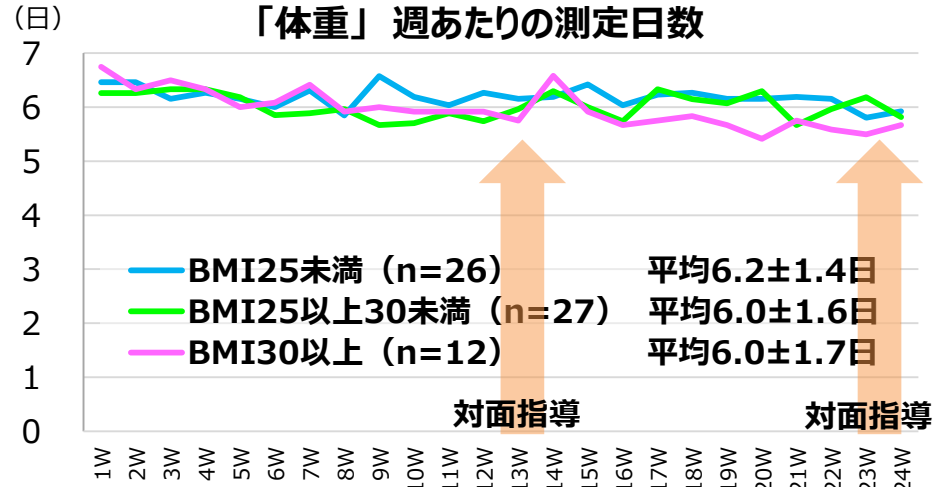
「歩数」 週あたりの測定日数



「体重」 週あたりの測定日数



「体重」 週あたりの測定日数



- BMI30以上では、早い段階から未測定者が出現
- 肥満度が高くなるにつれ体重測定日数が減少

- 平均6日以上測定、開始時から継続している
- 対面指導後に測定日数上昇

# 24週間の初回BMI別 週の平均歩数、週の合計身体活動量

**H28年度モデル事業** (毎週データがある43名)

※ベースラインのHbA1c 6.5%以上9.0%未満 54名のうち79.6%

**AMED研究事業** (毎週データがある54名)

※ベースラインのHbA1c 6.5%以上9.0%未満 65名のうち83.1%

**BMI < 25 (n=22)**

**25 ≤ BMI < 30 (n=16)**

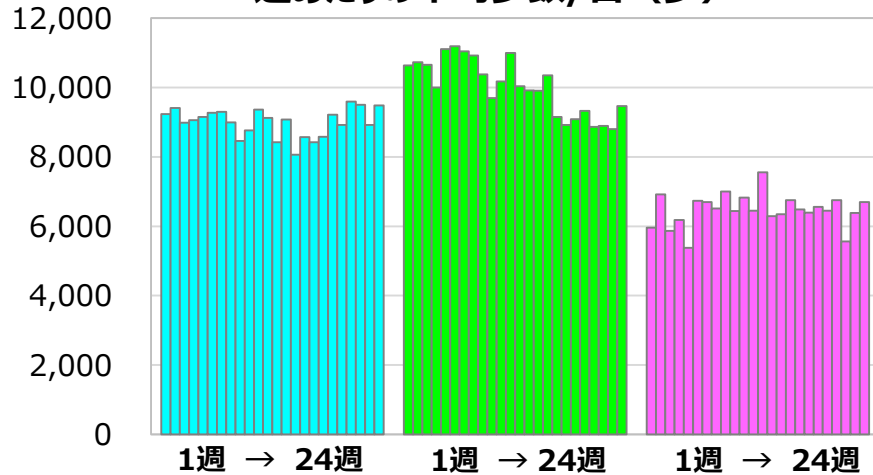
**30 ≤ BMI (n=5)**

**BMI < 25 (n=23)**

**25 ≤ BMI < 30 (n=22)**

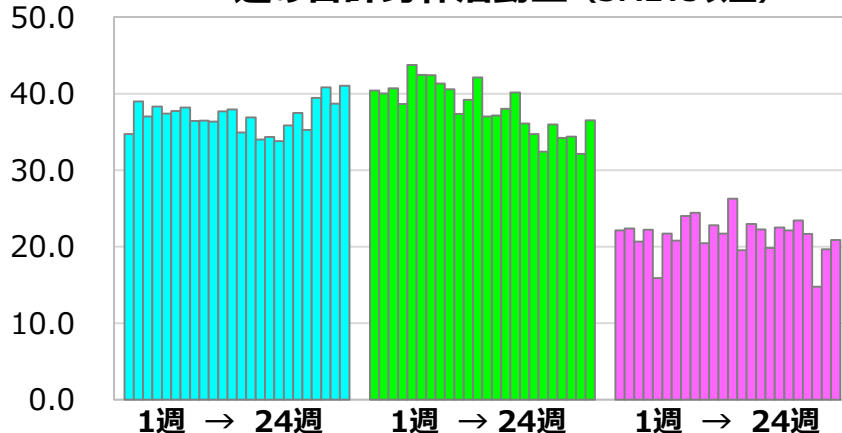
**30 ≤ BMI (n=9)**

週あたりの平均歩数/日 (歩)



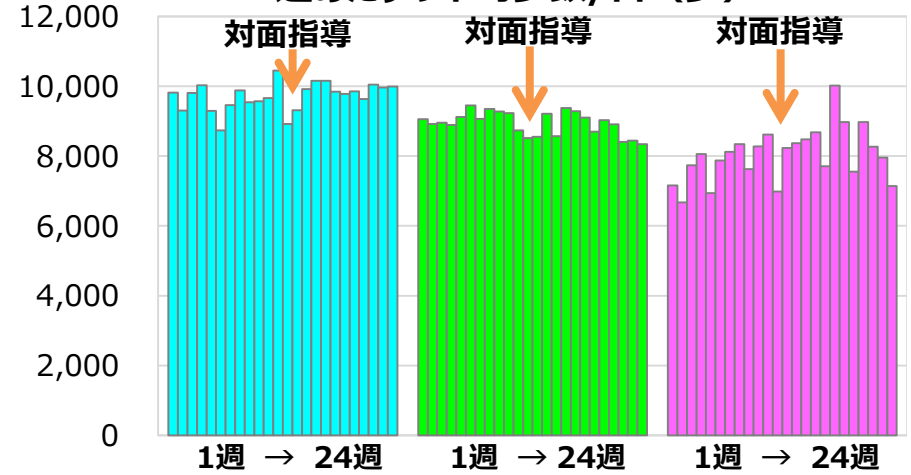
(METs・時)

週の合計身体活動量 (3METs以上)



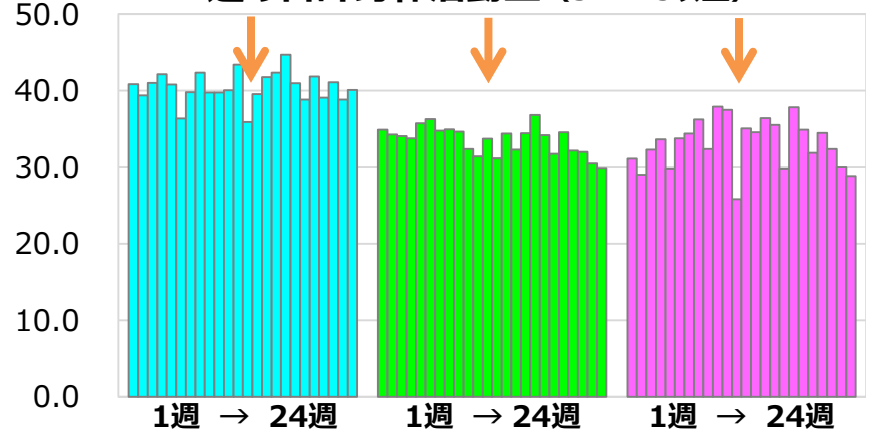
• BMI25以上において、歩数、身体活動量ともに開始以降減少傾向

週あたりの平均歩数/日 (歩)



(METs・時)

週の合計身体活動量 (3METs以上)



• いずれも開始から歩数、身体活動量ともに維持傾向  
• 対面指導後に、歩数、身体活動量が増加する様子

# 高度肥満症になるまでの様々な要因

## 内的小および外的要因

- 遺伝的素因
- 経済的問題(健康的なものは高価な傾向)
- 交通手段の発展等による活動量の低下
- 神経伝達物質及びホルモンの問題

## 肥満継続状態の実態

- 成長発達における問題
- 習慣化および依存的な要素
- 心理社会的背景
- 精神病理学的要素(むちゃ食い障害等)

肥満

高度肥満症

身体疾患による  
ストレス

精神疾患罹患  
の準備状態

低い  
自己評価

身体的・社会的  
活動量低下



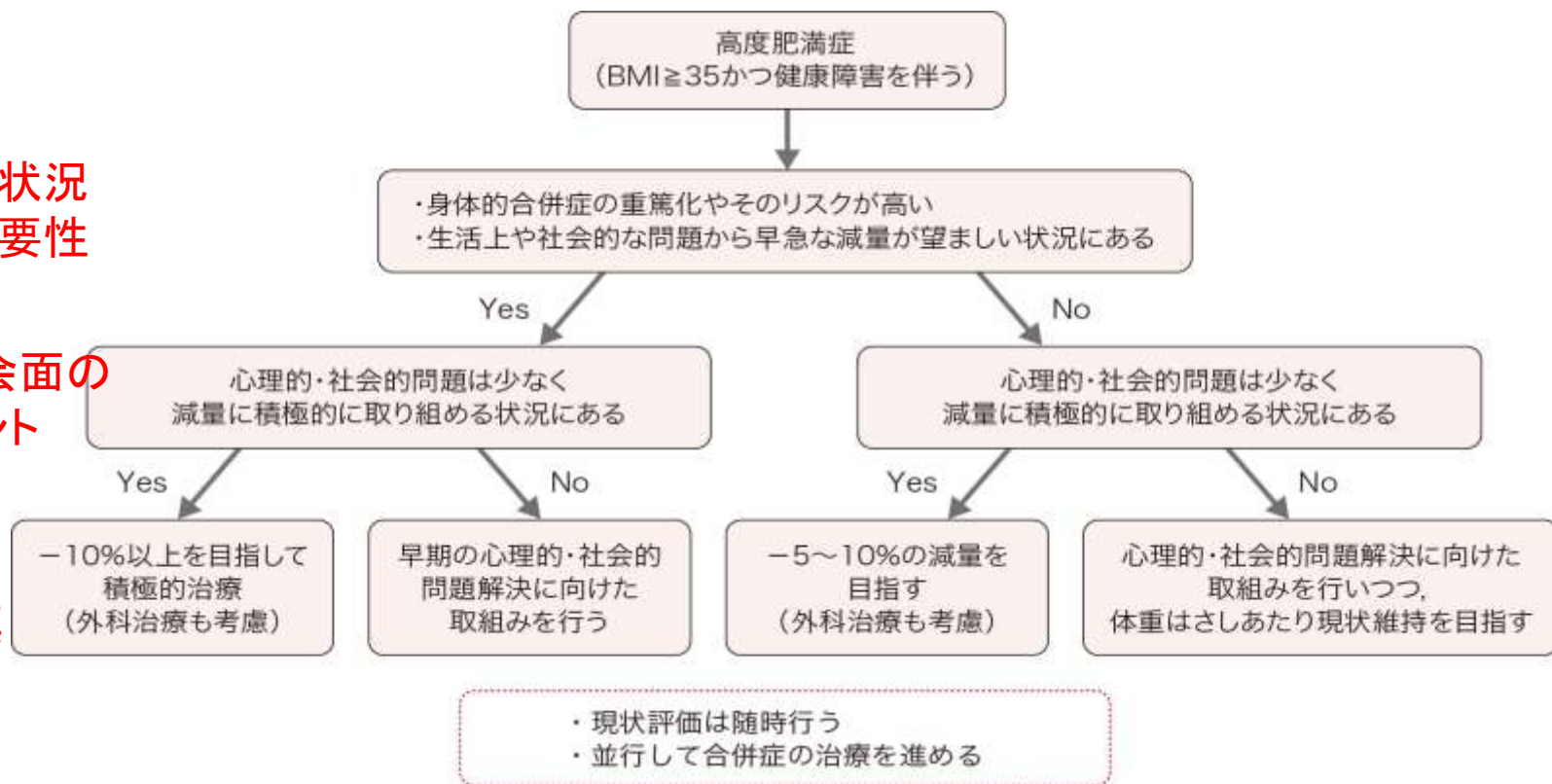
# 高度肥満症における減量目標

合併症の状況  
減量の必要性

心理・社会面の  
アセスメント

方針  
減量目標  
治療法

評価



組織として、

保健指導を効果的におこなうために・・・

**準備が成功の7割を占める**

**保健指導者の研修（OJT）**

**産業保健・健保・健診／保健指導機関の連携**

**対象者特性の把握（年代・性別、職種、勤務体系等）**

**保健指導教材の検討**

**初回支援が大切：信頼関係・納得と動機づけ**

**継続支援のなかで、本人なりの目標に修正していく**

**事業評価によって よりよい方法を構築する必要がある**

**対象者から得た情報には、プログラム改善のヒントがある**