

<保健指導の評価>

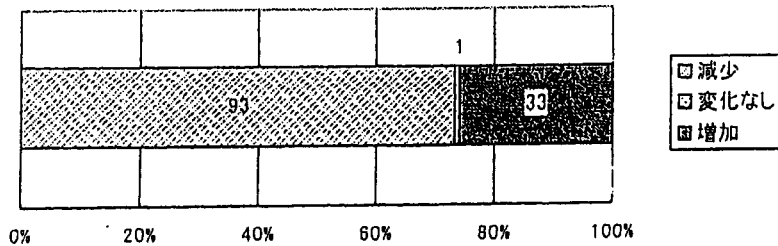
① HbA1c 有所見割合の変化

HbA1c (%)	判定	平成16年度		平成15年度		平成14年度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
5.5未満	正常	2180	76.0%	1857	69.2%	922	68.4%
5.5~6.0	糖尿病の疑いが否定できない	459	16.0%	586	21.8%	240	17.8%
6.1~6.4	糖尿病が強く疑われる	86	3.0%	93	3.5%	54	4.0%
6.5~6.9	糖尿病	54	1.9%	54	2.0%	39	2.9%
7.0~13.3	合併症のおそれ	88	3.1%	94	3.5%	93	6.9%
総計		2867	100%	2684	100%	1348	100%

② 体重の減少

2次健診受診者で個別支援を受けた者(127名)の平成15年度から16年度の体重変化

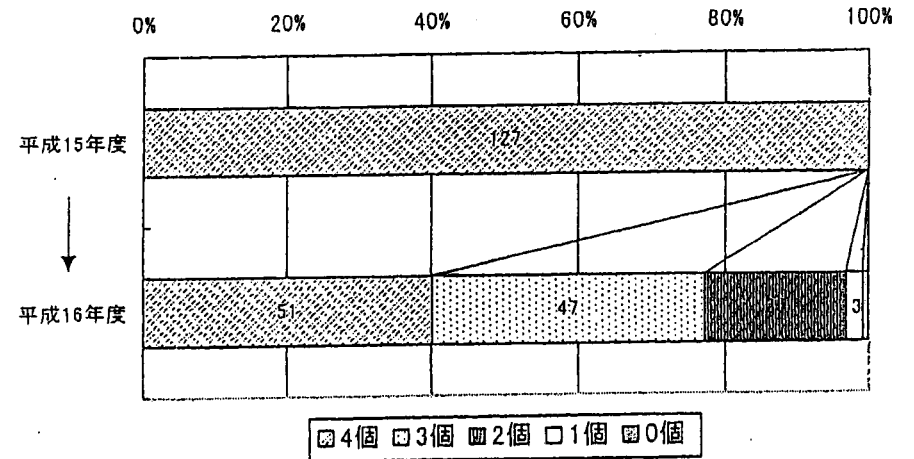
体重変化(平成15年度から16年度)



③ リスク個数の減少

2次健診受診者で個別支援を受けた者(127名)の平成15年度から16年度のリスク個数の変化

危険因子個数(平成15年度から16年度)



富士電機リテイルシステムズ(株) < 定期健康診断後の対象者の状況に合わせた生活習慣病予防のための健康面談 >

< 定期健康診断後の保健指導 >

職域においては、労働安全衛生法に基づき、一般の労働者は1年に1回定期健康診断を受けることが義務付けられている。この定期健康診断は単に医療度のスクリーニングとして捉えられるのではなく、対象者が自分の健康を振り返り、それをきっかけにより高い健康を獲得できる機会へとつなげることが重要である。

< 疾病予防のための保健指導 >

定期健康診断で、「異常なし」「経過観察」「定期観察」と判定された者への保健指導は、今後いかに疾病を予防し、健康な生活を維持していくのかをポイントとする。定期健康診断はある一時点での健康度をみているため、その時点では異常や問題がなくても生活習慣に改善点がある場合、健康度としては問題

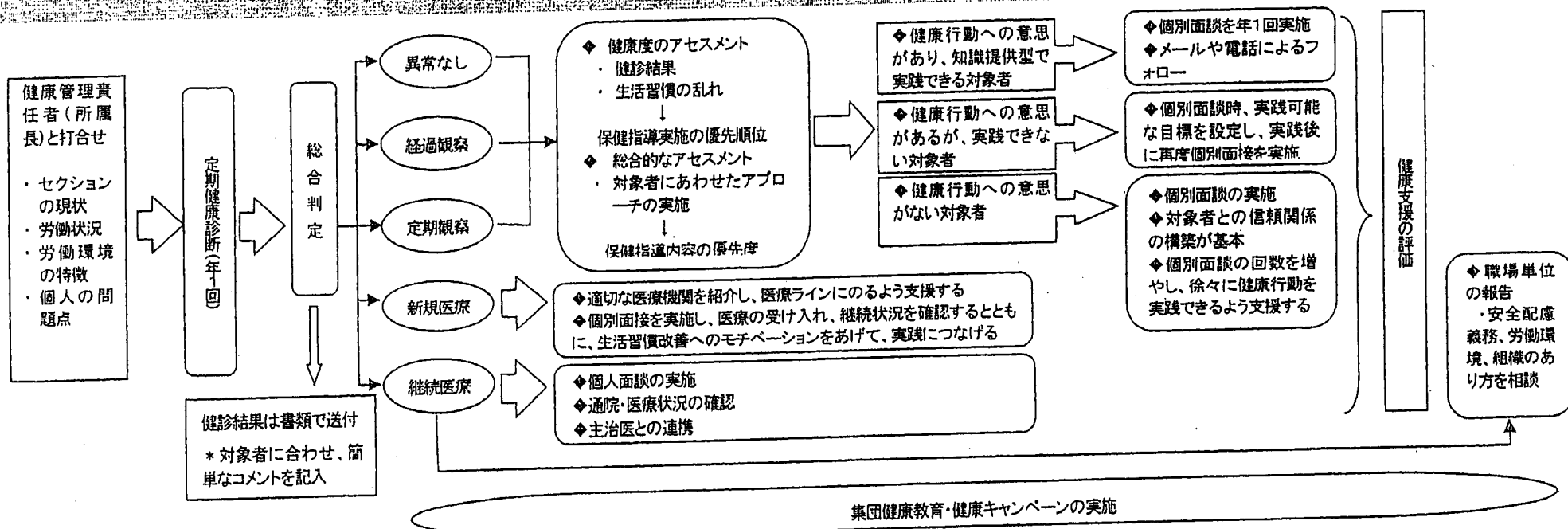
がある。

< 職域での健康管理 >

対象者を全員把握し、毎年1回、必ず個人面談を実施していることから、優先度をつけながら指導、健康支援することが大切である。結婚、子どもの誕生、昇格、親の死、友人の死など様々なライフイベントをきっかけに、健康感が大きく変わったり、健康行動への欲求が高くなることもある。このような機会を逃さず、効果的に保健指導をしていくことも重要である。

< 職場全体のポピュレーションアプローチ >

集団での健康教育や健康キャンペーンなどで、職場全体の健康に関する意識を高め、健康を維持して元気で働くことがあたりまえの企業文化を形成していくことも重要な取り組みである。



<生活習慣病予防における集団健康教育>

1年に1~2つのテーマを設定し、本社・支社をまわり、集団での健康教育を実施している。

テーマは、ダイエットプログラム・禁煙プログラム・身近でできる運動(バランスボール)の体験学習などである。

その他、毎月の社内報や健康づくりサイト(社内イントラネット)、健康づくりキャンペーン・リテイルラリー「アリとキリギリス」(活動得点と生活習慣をカードにプロットしみなで競い合うもの)などを利用して、アプローチしている。

<個別面談時の教材>

既存のパンフレットを対象にあわせた内容で指導しながら話し、渡している。

<数年の医療率等の経過>

年度	1999	2000	2001	2002	2003	2004
医療率 (%)	12.1	10.7	9.5	9.7	11.1	12.0
長期休 業者	19名 (7名)	9名 (4名)	8名 (2名)	6名 (1名)	16名 (2名)	7名 (1名)
平均年 齢(歳)	38.9	39.0	39.8	40.8	41.1	42.2
備考					2002年に他社を吸収合併し、構成人員に変化	

<リテイルラリー(健康キャンペーン)の結果>

	2000年	2001年	2002年
成功率	90.0%	73.4%	82.5%
成果 (体重減少)	平均-1.3kg 最高-3.0kg	最高-6.0kg 最高体脂肪 -9.3%	平均-2.1kg 最高-14.0kg

財) 社会保険健康事業財団<政府管掌健康保険生活習慣病予防健診後の保健指導>

目的

政府管掌健康保険では40歳以上の被保険者等を対象に生活習慣病予防健診を実施している。その結果、指導区分「軽度異常」「経過観察」の者を対象に、生活習慣改善と対象者の積極的な健康づくりを支援することを目的に、保健師による健診後の保健指導を実施している。

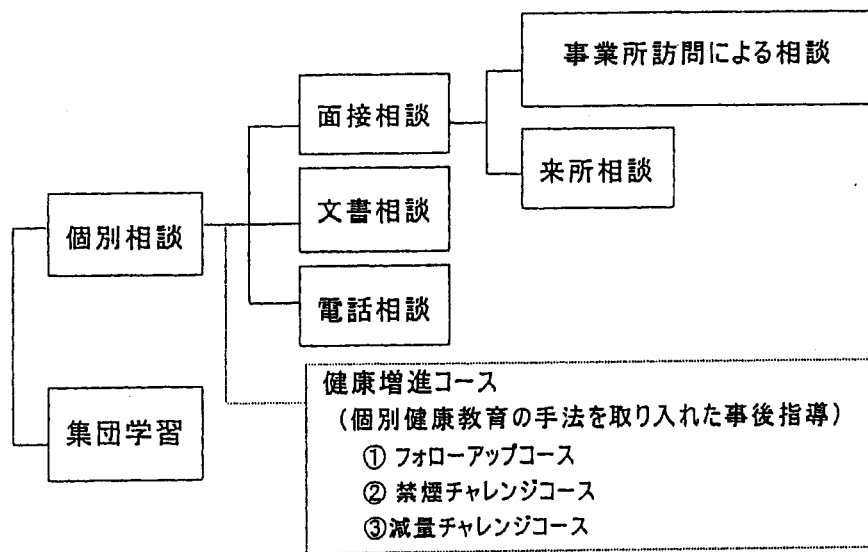
対象者

生活習慣病予防健診の結果、指導区分が原則として《軽度異常》・《経過観察》と判定された者を対象とする。

内容

対象者の経年的な健診結果と、「栄養」「運動」「休養」などの生活習慣に関する問診票に基づき、図1の手法により、健診後の保健指導を行っている。

図1: 手法



* 主として事業所訪問による面接相談(原則として年1回、平均20分)を実施している

<効果的・効率的な面接を実施する工夫>

①保健師/パソコン

目に見えない身体の変化を視覚的に訴えるツールとして、また健診結果・保健指導結果などの経年的なデータ管理に有効な財団独自のシステムを開発し、活用している

②パンフレット・媒体

財団で作成したパンフレット、及び媒体(各種測定機器、模型)を活用している

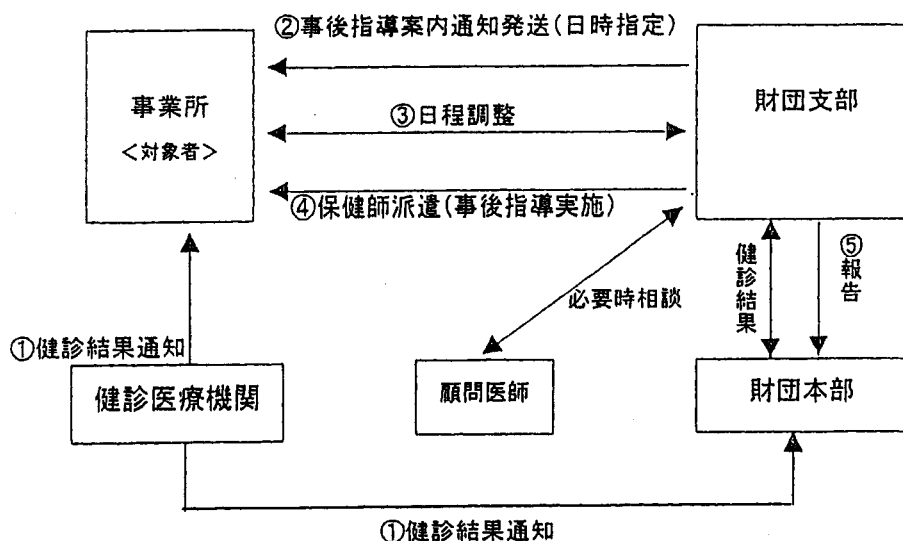
③「財団保健師活動の手引き」(全6巻)

保健指導の質の均一化を図るために手引きを作成し、保健指導の指針としている

評価

対象者毎の目標達成状況は、保健師/パソコンを用いて次回相談時に評価を行っている。

図2: フローチャート

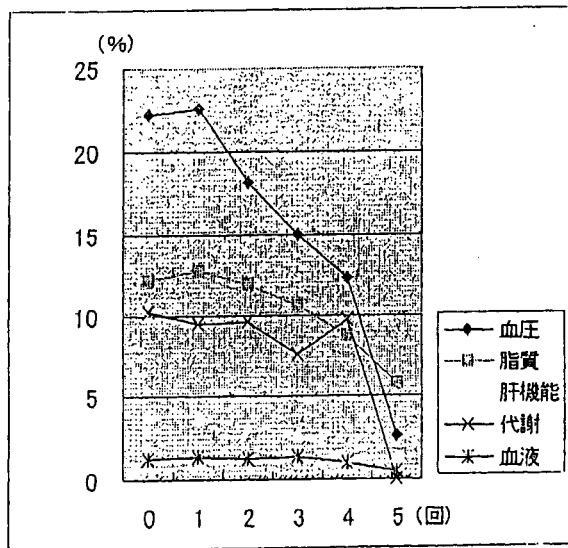


健診後の保健指導の効果

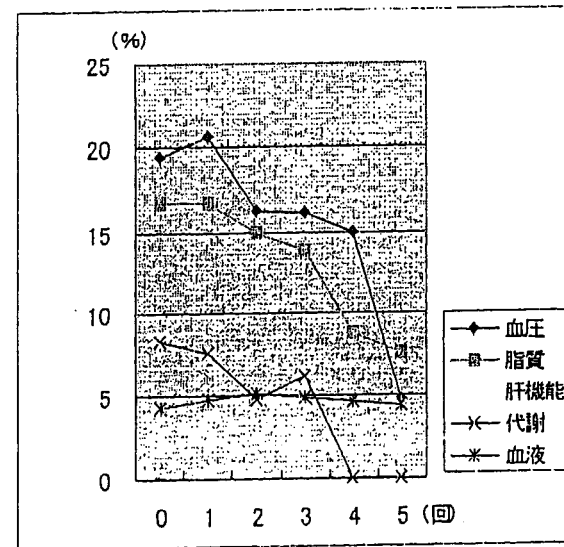
事業所訪問による面接相談の効果（原則年1回、面接時間約20分間）を、平成6年度～11年度の6年間継続して健診を受診した者52万件のデータを分析して明らかにした。保健指導回数と健診結果の関連は、以下の図表のとおり、保健指導回数が増えるにしたがって、指導区分「軽度異常」・「経過観察」であった者が5年後に指導区分「要治療」・「治療中」（要医療）へ移行する割合は明らかに減少しており、1回20分という短時間の面接であっても、継続して保健指導を受けることにより、検査数値の改善が顕著に認められた。

また、保健指導回数と生活習慣の関連においても、男女ともに全ての生活習慣項目（食事時間・回数、偏食、味付け、間食、外食、飲酒、喫煙、ストレス、運動）で、保健指導回数が増えるにしたがって望ましい生活習慣であることも明らかとなった。

(男性)



(女性)



(男性)

(単位:%)

	0回	1回	2回	3回	4回	5回
血圧	22.2	22.5	18.2	15.0	12.3	2.5
脂質	12.1	12.8	11.9	10.6	8.7	5.7
肝機能	3.9	3.7	3.1	2.6	1.0	1.4
代謝	10.2	9.5	9.6	7.5	9.7	0.0
血液	1.1	1.3	1.1	1.3	0.9	0.5

(女性)

(単位:%)

	0回	1回	2回	3回	4回	5回
血圧	19.4	20.6	16.2	16.2	14.9	4.7
脂質	16.7	16.7	15.0	13.9	8.8	7.6
肝機能	1.8	2.2	2.5	2.2	1.4	1.9
代謝	8.3	7.6	4.7	6.1	0.0	0.0
血液	4.2	4.6	5.0	4.7	4.5	4.3

「積極的支援」事例

- 個別相談を軸に既存保健事業を活用しながら多様な参加形態を可能とする総合支援型プログラム
(神奈川県藤沢市)
- ホームベース型健康支援UMIモデル
(福岡県宇美町)
- 職域肥満者に対するITを使用した生活習慣サポート
(あいち健康の森健康科学総合センター)
- 40歳代男性の全戸訪問から地域全体の生活習慣病対策の推進
(新潟県阿賀野市(旧笹神村))
- 健康増進コース
(財)社会保険健康事業財団)

神奈川県藤沢市＜個別相談を軸に既存保健事業を活用しながら多様な参加形態を可能とする総合支援型プログラム＞

プログラムの目的

生活習慣の変容により、高血圧、高脂血症、糖尿病、肥満症の予防・改善（一次および二次予防）を行う。

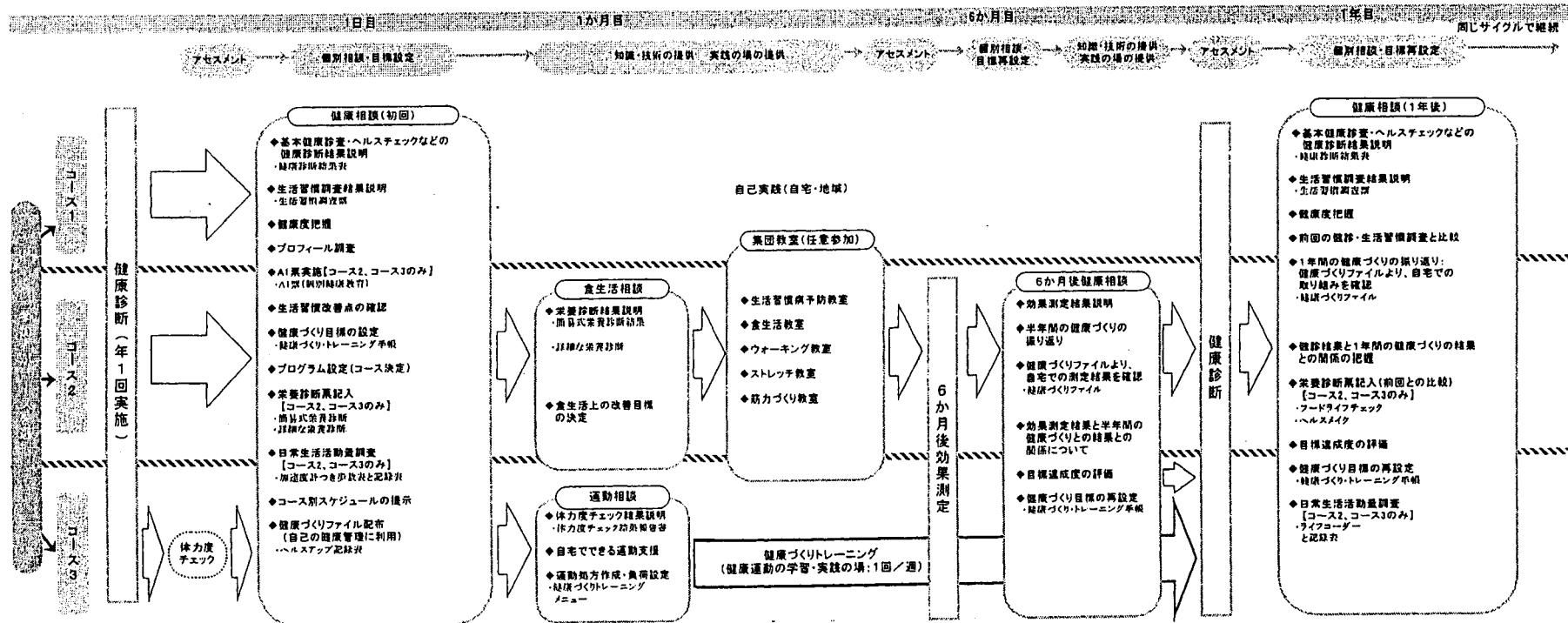
プログラムの特徴

本プログラムは、年1回の健診後の健康相談を軸として、参加者がそれぞれの状況に応じて多様な形でプログラムに参加することを可能とする総合支援型のプログラムである。

本プログラムは、毎年の健診とその後の健康相談を基点として継続的に参加者の状況に応じて毎年のサイクルで実施されるものである。

本プログラムの特徴は、次のとおり。

- ① 年1回の健診後の健康相談を軸として、年度ごとに参加者と支援スタッフが話し合って個人目標を設定し、それを実践につなげていくための選択可能な支援メニューとして、既存の保健事業の活用も可能にしながら、食生活相談、運動実践(健康づくりトレーニング)、集団教室を用意する。
- ② 個人へのアプローチ(健康相談・食生活相談・健康づくりトレーニング)と集団へのアプローチ(集団教室)を組み合わせることにより、生活習慣改善に向けた支援がより効果的になるよう設定する。
- ③ 3種類のコース(コース1～3)を設定して、参加者の事情に応じて選択できるものとする。
- ④ 参加者が自身の目標や状況に応じて支援メニューを選択し、生活習慣改善に向けた知識・技術の習得及び実践を行うことができる、主体性を尊重した柔軟な総合支援の仕組みである。



モデル事業の状況

コースの内容

コース1：健診の事後支援プログラム（健康相談）

コース2：食生活に関する支援プログラム

（健康相談＋食生活相談＋集団教室）

コース3：健康保持・増進のための運動トレーニングを含めた総合的なプログラム

（健康相談＋健康づくりトレーニング＋食生活相談＋集団教室）

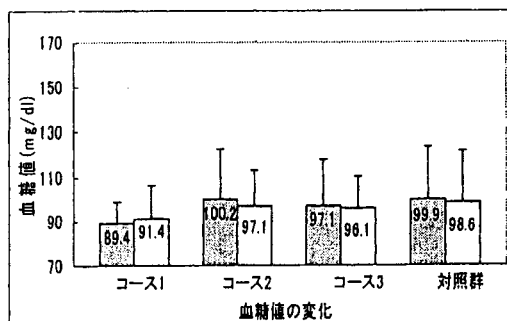
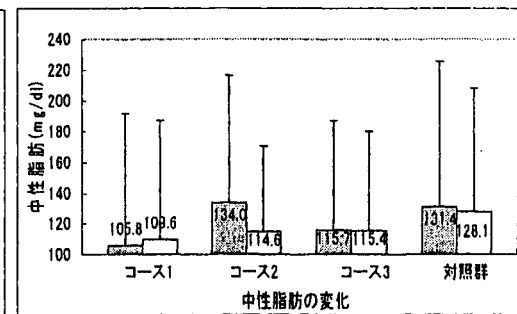
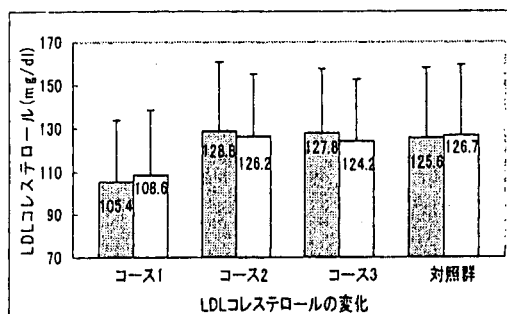
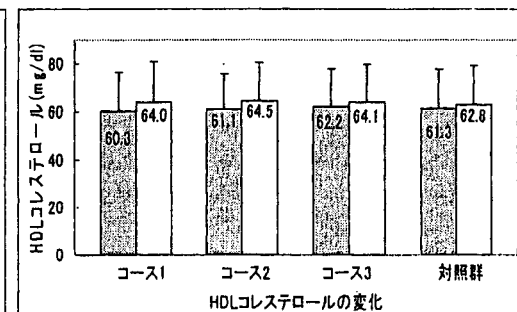
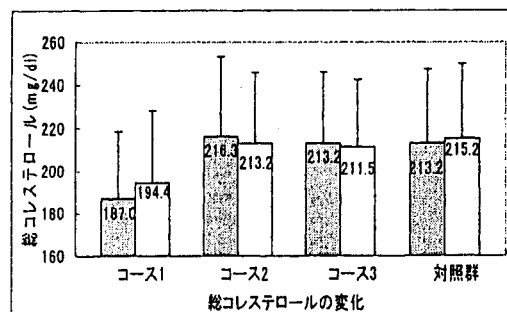
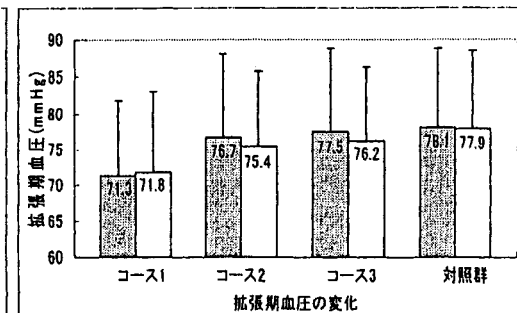
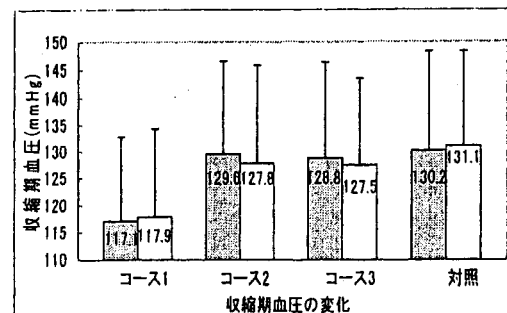
参加者数

介入群	979人（うちコース1：469人、コース2：154人、コース3：356人）
対照群	4,570人

効果の評価（対照群との比較）

<身体状況の変化>

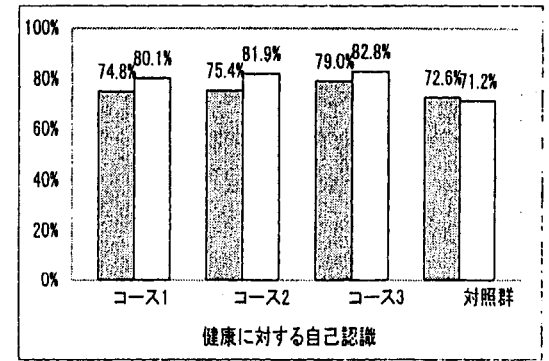
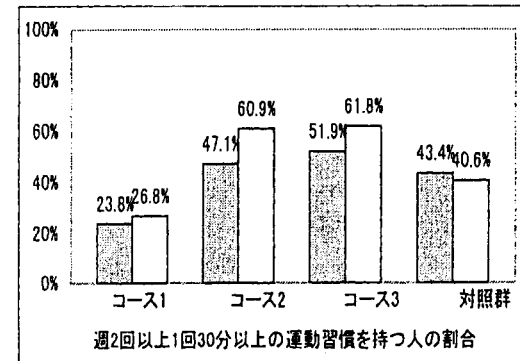
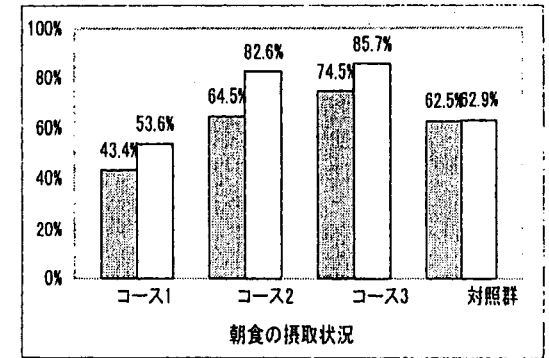
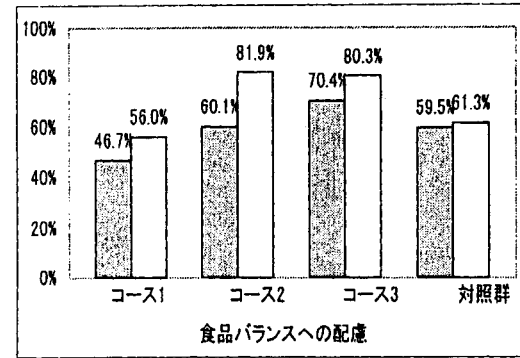
- コース2及びコース3については、介入前後において、収縮期血圧、拡張期血圧、総コレステロール、HDLコレステロール、LDLコレステロールが改善
- コース1については、HDLコレステロールが改善



■ 介入前
□ 介入後

＜生活習慣の変化＞

- コース1、コース2及びコース3ともに、介入前後において生活習慣の変化あり
- 栄養・食生活については、「食品バランスへの配慮」する者の割合、「朝食摂取状況あり」の割合が増加(特にコース2)
- 運動については、「週2回以上1回30分以上の運動習慣を持つ人の割合が増加
- 「健康に対する自己認識」の割合も増加



■ 介入前
□ 介入後

福岡県宇美町<ホームベース型健康支援UMIモデル>

プログラムの目的

本プログラムは、高血圧、高血糖予備群を高血圧症、糖尿病に移行させないことを目的として、自らの生活の場（ホームベース）という安心安定した環境を中心として、本人自身の内発的動機づけを尊重し、目標達成方で行動変容を目指してもらい、支援者は本人ができることをできるように支援する。

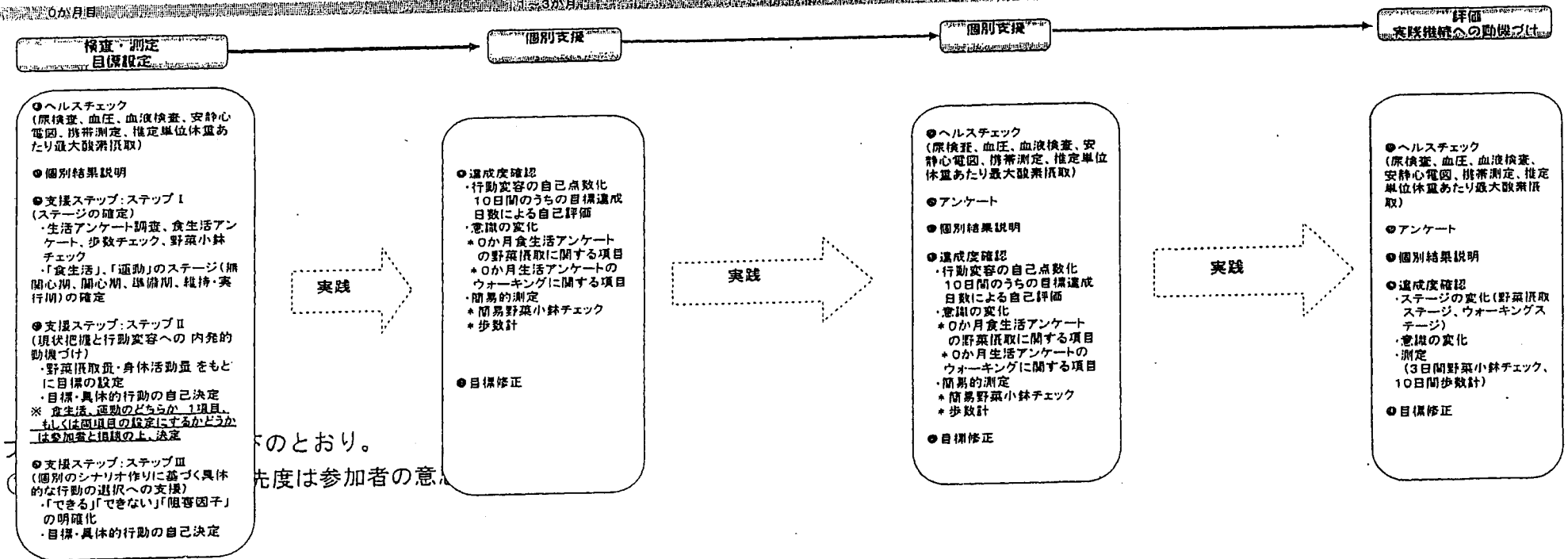
プログラムの特徴

プログラムの原則は、「U：家（うち）でもできるホームベース型、M：自ら決定する微分健康行動修正法、I：嫌なことはやらない」2原理3原則により実施。

プログラム実施の期間は6か月。

- ② 支援者は管理栄養士、健康運動指導士、保健師のチームによる支援とし、多角的視野で提案
- ③ 提案は、禁止やがまんではなく、何かを勧めることとし、支援目標は、食生活は「野菜摂取量を増やす」（3日間の野菜摂取状況 200cc 容器を小鉢スケールに使用して自己記入）、運動は「身体活動量（歩数）を増やす」（42日間メモリー機能付き歩数計を10日間装着）ことから開始
- ④ 支援ステップは3ステップ。ステップⅠはステージの確定、ステップⅡは現状把握と行動変容への内発的動機づけ、ステップⅢは個別のシナリオづくりに基づく具体的な行動の選択への支援
- ⑤ 支援場所は、原則として参加者の生活の場である自宅及びその周辺。また、自由に参加できる健康教室を小学校の余裕教室を活用して実施。

-100-



<モデル事業の状況>

参加者数

介入群	46名
対照群	38名

効果の評価 (UMIコホート介入群の状況)

介入後4か月及び6か月後の状況

●介入後4か月後

<身体状況の変化>

LDLコレステロール、随時血糖が低下

<行動の変化>

1日の歩数、食事の規則正しさ、意識的な運動のありの割合が向上

●介入後6か月後

<身体状況の変化>

HDLコレステロールが増加、中性脂肪及び随時血糖が低下

<行動の変化>

1日の歩数、食事の規則正しさ、意識的な運動のありの割合が向上、睡眠時間の増加

対照群との比較

●「1日の歩数」(平均値)

	介入群	対照群
介入前	7,384歩	7,211歩
4か月後	9,311歩	8,126歩
6か月後	10,617歩	7,327歩

※ 介入前、6か月後の変化量に有意差あり

●「野菜を毎食食べる、よく食べる」割合

	介入群	対照群
介入前	73.9%	73.8%
4か月後	80.4%	64.8%
6か月後	87.0%	65.8%

※ 6か月後には有意差あり

●「黄緑色野菜を毎食食べる、よく食べる」割合

	介入群	対照群
介入前	34.8%	28.9%
4か月後	47.8%	55.3%
6か月後	56.5%	23.7%

※ 6か月後には有意差あり

あいち健康の森健康科学総合センター<職域肥満者に対するITを使用した生活習慣サポート>

<背景>

事業所Aの健康課題は、①心血管疾患の発症率が年 0.19%(24.6 人)であり、うち死亡が 1.67 人であること、②心血管疾患の発症率は肥満、高血圧、高脂血症、糖尿病のリスクを3個以上もつもので高く、現在または過去に肥満であったものが全例を占めたこと、③肥満者が多い職場であること(BMI25 以上が 34.7%)、④部署によって肥満者の割合に差が見られ、肥満者が 5 割を超える部署もあることから、肥満者に対する総合的な対策を展開した。分散型の職場であり、不規則勤務者が多いことから、肥満男性を対象としてITを使用した生活習慣サポートを実施した。また、メタボリックシンドロームについて全社員に対して情報提供した。

<サポートの内容>

サポート期間は3か月。

● 対象者は、健康度評価^{※1}、体験型学習^{※2}、行動目標の設定からなる集団型教室を受講後、生活習慣、体重等のセルフモニタリング。

※1 「メディカルチェック」、「生活習慣チェック」、「体力チェック」

※2 食習慣(バイキング実習等)、運動習慣(ウォーキング、筋カトレーニング、ストレッチング等)

● 健康ダイアリーシステムを用いて、データをインターネットまたは郵送にてセンターに送信し、医師、保健師、栄養士、運動指導員よりコメントを返信。(サポート期間の3か月間のうち3回)

