

3. 効果的な保健指導を行うためのチームアプローチ

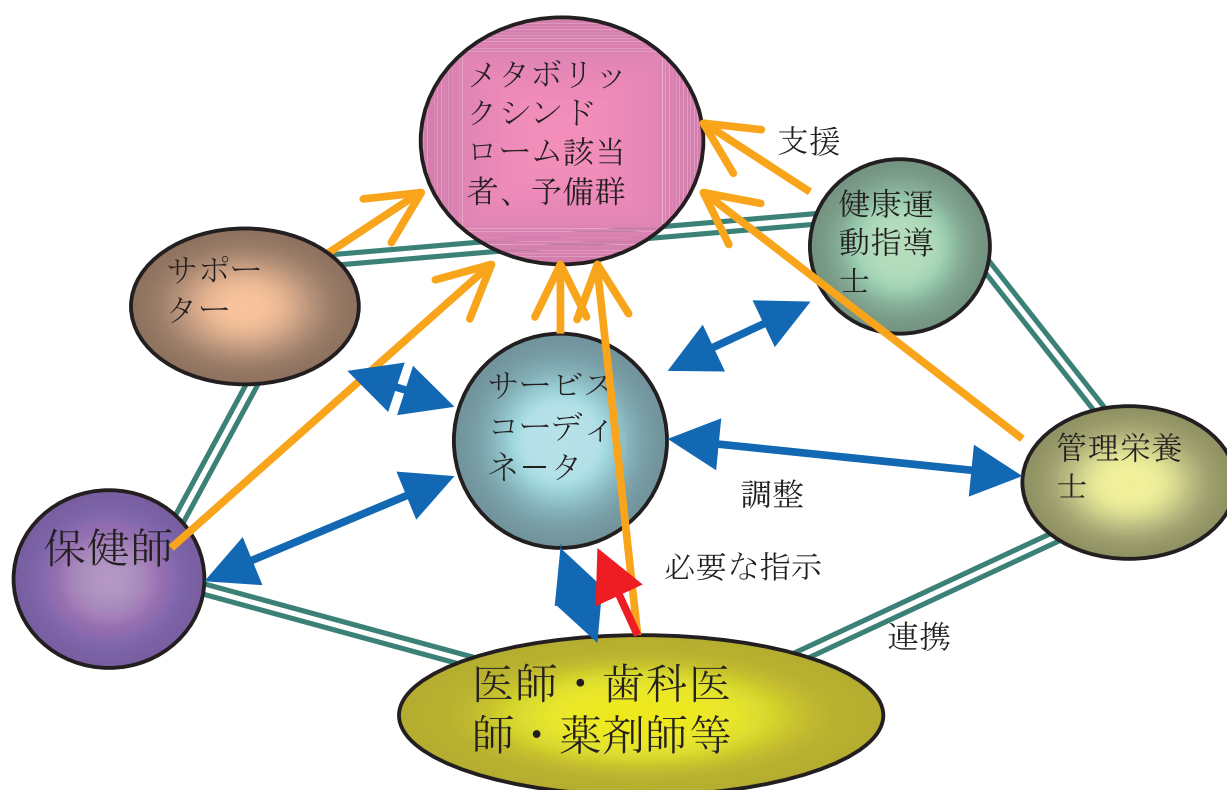
(岡山県南部健康づくりセンター 沼田 健之)

1 支援チームでのアプローチと役割

★ 保健指導実施者のうち保健指導事業の総括者は、医師、保健師、管理栄養士であり、保健指導における初回面接、対象者の行動目標・支援計画の作成、保健指導の評価に関する業務を行なう者は、医師、保健師、管理栄養士、一定の保健指導の実務経験のある看護師である。

★ 保健指導の実務者は、医師、保健師、管理栄養士、その他運動指導に関しては健康運動指導士である。そのほかの実務者としては、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師などがあり、それぞれ専門的知識、及び技術を活かしてあたる。

チームアプローチ



かかりつけ医、専門医（診療所、病院）

- メタボリックシンドローム該当者、あるいは予備群の者がかかりつけ医（専門医）を受診した場合には、一般療法としての食事、運動療法の必要性を指導し、保健指導をサポートすることが望ましい。

- 生活習慣病で治療中の者は、かかりつけ医（専門医）が主体となって保健指導を行ない、保健指導実施者と連携し支援する。
- 保健指導における集団指導の役割を分担し、生活習慣病に関する専門的知識を活かした講義を行なう。

歯科医師、歯科衛生士

- 「（歯の喪失防止）80歳で20歯以上（8020運動）、60歳で24歯以上自分の歯を有する人の増加」などの「歯の健康」に関する健康おかやま21のセカンドステージの重点項目の目標達成させるために広く啓蒙活動を行なう。
- 糖尿病や肥満の人には、歯周病が多く、しかも重症化しやすいことがいわれている。生活習慣病やメタボリックシンドロームの予防を進めるための基本は「バランスの取れた適切な食生活」であり、それを支えるのが「歯の健康」であることを広く普及させる。
- 喫煙習慣のある男性は、「何でもかんで食べることができる」割合、および歯の本数が20本以上の者の割合が低く（平成16年国民健康・栄養調査）、禁煙することが食生活の改善につながりに、禁煙の動機づけにもなる。
- 以上3つの観点に基づいた生活習慣病やメタボリックシンドロームと「歯の健康」とは、密接な関連があり、一般の地域住民を対象にこれら知識の普及、あるいは保健指導の必要な対象者に対し、集団指導における役割を担う。

保健師、看護師等

- 専門的な生活習慣改善に関する情報提供や保健指導における「動機づけ支援」、「積極的支援」の必要な対象者に対し、集団や個別の指導の際に健診結果から個々の対象者の現在の健康状態を把握した上で、行動変容を促す効果的な保健指導を行なう。
- 支援チーム内で対象者への必要なサービスの提供についての情報交換等連携を図ることが必要で、その中心的（メタボリックシンドロームサービスコーディネーター）な役割を担う。

管理栄養士

- 「適正体重を維持している人の増加」、「脂肪エネルギー比率の減少」などの健康おかやま21セカンドステージの重点項目の目標を達成させるために広く啓蒙活動を行なう。
- 食事バランスガイドを活用することによって、よりわかりやすい集団指導、個別面接を行ない、とくに保健指導における「動機づけ支援」、「積極的支援」の役割を担う。

健康運動指導士

- 「運動習慣者の割合の増加」、「日常生活における歩数の増加」など健康おかやま21セカンドステージの重点項目の目標を達成させるために広く啓蒙活動を行なう。
- 「健康づくりのための運動基準2006」、「健康づくりのための運動指針2006」を活用することによって、保健指導における「動機づけ支援」、「積極的支援」の必要な対象者に対し、集団指導や実践指導を行なう。とくに「積極的支援」の必要な対象者に対する個別面接では、対象者に適した運動の種類、運動量、運動強度を考えた指導を行なう。

薬剤師

- 岡山県薬剤師会では、薬剤師による禁煙補助剤（ニコチンガムなど）を活用した禁煙指導や、禁煙外来のある医療機関の紹介など禁煙推進活動を行なっている。とくに喫煙男性にはメタボリックシンドローム該当者や予備群が多く、禁煙が生活習慣の改善のきっかけとなるよう働きかける。
- 保健指導における集団指導において禁煙指導を行なう。

サポーター

- メタボリックシンドローム該当者・予備群が、生活習慣の改善を目指すにあたり、その人だけで取り組むのではなく、身近にサポーター（家族・職場等）を選んでもらい、ともに学び支援をしてもらう。
- サポーターは、生活習慣の目標を確認する。目標を確認することで、他に公表したこととなり行動の動機づけや強化となる。この時、目標は達成可能な評価しやすいものになっているかを確認する。
- 記録（モニタリング）の確認を行い、ポジティブなアドバイスをする。うまく実行できていない場合は、うまくいった時のことやどうすれば実行できるか一緒に考える。できるだけ、厳しいアドバイスをしたくなる心を抑える。
- 実行に対する努力をねぎらって、実行できた場合は称賛する。

2 組織サポート体制の必要性

★ 組織サポート体制の整備

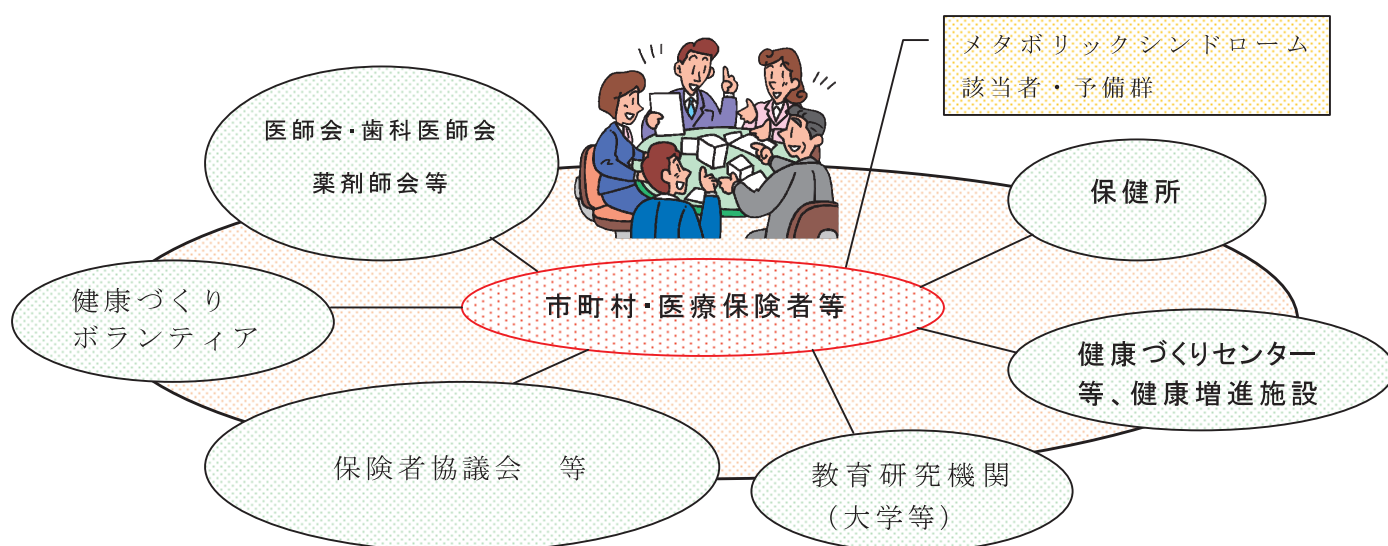
健康づくり事業の企画立案・実施・評価が適切に実施されるためには、これらの業務を行う者（主に市町村、医療保険者等）が知識と技術を修得し、関係機関間の連携により役割を果たすことが必要である。

そのためには、市町村や医療保険者をサポートする関係組織の理解と体制づくりが重要である。

組織サポート図

地域の関係者で、健康課題を共有しながらネットをつくる。そのためには、関係組織の理解と協力が必要になる。

※図は、主な組織によるサポート図であり、市町村にある社会資源の状況により異なる。



保健所の役割

- ① 地域保健の広域的・専門的・技術的な拠点として市町村・医療保険者等を支援する
- ② 情報の収集・整理・活用の推進し、市町村等に還元する
- ③ 地域特性に応じた調査研究等の推進を行い、地域課題を明確にする
- ④ 市町村に対する援助及び市町村相互間の連携調整の推進を図る
- ⑤ 生活習慣病対策の拠点としての機能を果たす

地域医師会等の役割

- ① 日常診療における患者の生活習慣に目を向け、生活習慣病に対処していく。また、市町村との連携により教室等の活動への参加を支援するなどして、地域の健康度ア

ップに寄与する。

- ② 客観的な評価を取り入れた、より専門的な個別指導の実施を行う
- ③ 日常診療から考えられる住民の疾病特性等、客観的情報を保険者等に提供する
- ④ 医師等に対する研修により、生活習慣改善のための指導力の向上を図る。

健康増進施設の役割

- ① 県民への健康増進指導を行うとともに、市町村等が実施する保健指導に積極的に介入、支援を図る
- ② ハイリスク者・高齢者の健康増進指導及び実践
- ③ 健康増進指導（普及）媒体の開発を行う
- ④ 市町村・医療保険等が実施する保健指導等のスキルアップのために指導者の派遣を行う
- ⑤ メタボリックシンドローム改善指導の効果等に関する調査研究を行う

保険者協議会の役割

- ① レセプトに基づく医療費分析を行い評価として保険者に還元する
- ② 被保険者に対する啓発を目的としたイベントの共同開催や啓発資料の作成を行う
- ③ 保険者の保有する施設の相互利用を図る
- ④ 各保険者が行っている健診に関する情報交換を行い円滑に事業が実施できるよう支援する
- ⑤ 健診や保健事業の講師等専門的知識を有する者に関する情報の共有が図れるようにする

関係機関・ボランティア団体との連携

- ・ 岡山県愛育委員連合会・岡山県栄養改善協議会等健康づくりボランティアは、メタボリックシンドローム予防の普及啓発や健診等の受診勧奨を図る
- ・ NPO法人日本健康運動指導士会は、市町村や団体等が実施する健康教室への講師派遣の協力を行う
- ・ 社団法人岡山県臨床検査技師会は、健診データの共有化のため施設間データの互換性事業に協力する
- ・ 大学等の教育研究機関は、保健指導の人材等の育成や研修及びメタボリックシンドローム予備群等の推計値や将来予測の分析、研究を行い市町村等の支援を行う

コラム：サポート体制の充実に向けて

個人・集団のアプローチをする場合に運動処方など、必要なことがあれば《健康づくり支援機関の紹介（P33）》を参考にアクセスしてみよう。

また、厚生労働大臣認定健康増進施設連絡会では、各施設に対して、施設の体制、サービス内容（情報提供・動機づけ支援・積極的支援）について調査を行うなど、特定保健事業の受け皿の充実に向けた検討がスタートしている（2007.1.10 現在）。

4. メタボリックシンドローム改善支援

(川崎医療福祉大学 寺本 房子)

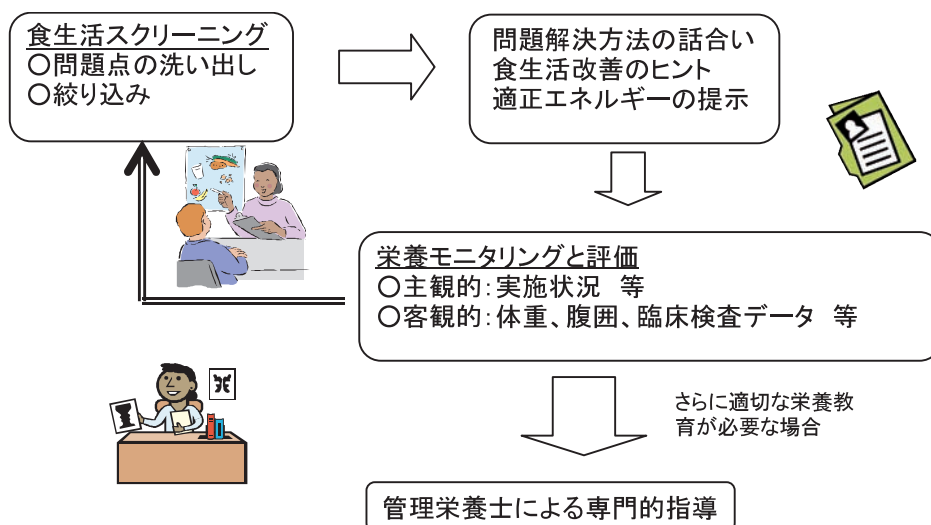
1 食生活の改善支援

- ① 食生活スクリーニング→問題点の絞り込み
- ②-1 問題点が明確→対象者と問題点について確認→食生活の改善を促す
- ②-2 問題点が絞り込めない場合→行動修正療法を検討
- ③ さらに適切な栄養教育が必要な場合→管理栄養士へ依頼

メタボリックシンドロームになりやすい食生活には、高脂肪食（飽和脂肪酸が多い、脂肪エネルギー比率が高い）、間食（菓子類、嗜好飲料）が多い食生活、アルコールの多飲、食物繊維や炭水化物（複合糖質）の少ない食事、夜遅い食事などが報告されている。

手 順

- ① 食生活スクリーニングを実施し問題点を絞り込む（食生活の問題点を見つける）。
【23ページ食生活アンケート参照】
- ② 最もあるいは次に問題と考えられる食生活の改善を促す（改善項目は患者の改善に対する意志をよく確認してから決定する）。
- ③ 目標体重を設定し、健康維持に必要な適正栄養量を示し、パンフレット等を利用してアドバイスする。
- ④ 問題点が絞り込めない場合は行動修正療法を検討する。〔食事メモから推測する〕行動修正療法によりセルフモニタリングの実践を促すことができる。
- ⑤ より具体的な栄養量を示す等さらに適切な栄養教育が必要な場合は、管理栄養士へ依頼する。



コラム：メタボリックシンドローム改善の減量目標

☆ 3cm 3kg の減少

☆ BMI 30以上：3～6ヵ月 5～10%の体重減少

食生活アンケート

食事の習慣についてお伺いします。

ここ1週間の食生活を思い出してあてはまるものを○まるで囲んで下さい。



特別行事（結婚式、旅行、法事など）があった場合は除いて考えて下さい。

項目	質問	1	2	3
体重	体重の変化 (20歳代と比較して)	ほとんど変わらない	5kg以上増加	10kg以上増加
(動物性)脂肪	肉類と魚類の摂取	魚の方が多い	ほぼ同じくらい	肉の方が多い
食物繊維	果物の摂取	1日1個程度	—	2~3個/日
	野菜の摂取	毎食摂取する	2回/日	1回/日
食塩	汁物の摂取	1杯/日	2杯/日	3杯/日
	漬物の摂取	1回/日	2回/日	3回/日
アルコール	アルコールの摂取	ほとんど飲まない	3~4回/週	毎日飲酒*
	*毎日飲酒の場合量はどれくらいですか	日本酒1合(ビール500cc、ワイン200cc)程度	日本酒2合程度	日本酒3合以上
単純糖質・エネルギー	揚げ物の摂取	1~2回/週	3~4回/週	毎日食べる
	菓子類の摂取	ほとんど食べない	3~4回/週	毎日食べる
	嗜好飲料(砂糖が入っている飲み物類)	ほとんど飲まない	1杯/日	2~3杯/日
食習慣・エネルギー	夜食や間食	食べない	3~4回/週	毎日食べる
食習慣	主食(ご飯、パン、麺類)の摂取	毎食食べる	—	2食/日程度
	朝食	毎日食べる	3~4回/週	食べない
	外食	毎日食べる	3~4回/週	しない
	食事時間	規則正しい	時々不規則	不規則

★食生活スクリーニングの評価（診断）

- ☆食生活アンケートに「**3**」と記載された項目は改善が望ましい食生活である。
- ☆これが問題点であり改善が望ましいことを患者に知らせ、理解を促す。

※改善目標が明確に設定できない場合はセルフモニタリングや運動を勧める。

★適正エネルギー量の決定

- ☆目標とする適正なエネルギー量を算出して、アドバイスする。
- ☆適正なエネルギー量は性別、年齢、肥満度、身体活動量、合併症の有無により決定する。一般的に男性では 1600～1800kcal、女性では 1400kcal～1600kcal

一日に必要な栄養量

○エネルギー

減量目標体重を決定して、この時の基礎代謝量を算出し、日常の生活活動に必要なエネルギー量（身体活動レベル）を確保するための係数を乗じて算出する。【25ページ参照】

○エネルギー以外の栄養素

たんぱく質：標準体重×1.0～1.2 g（50～80 g/日）
脂 質：30 g～50 g/日（エネルギー比率 20～25%）
炭水化物：180～270 g/日（エネルギー比率 55～60%）
食物繊維：20～25 g/日
ビタミン・ミネラル：「日本人の食事摂取基準（2005年版）」に準じる

食生活コメント

食生活スクリーニングの結果および適正エネルギー量により、適切な改善方法を患者とともに検討し、方針を決める。

〔例〕食物繊維の多い食品（野菜類の一品）の摂取、アルコールの制限、菓子類の制限、主食の量、夜食・間食の制限 *セルフモニタリング用紙（食行動アンケート）【25ページ参照】

★栄養モニタリング

- ☆主観的評価：改善が必要であった食生活ポイントの実践状況について質問する。
- ☆客観的評価：体重、BMI、腹囲、基準値以上を示していた検査データ（血糖値、血圧、中性脂肪、HDL-C）を確認する。

3～6ヶ月経過観察後体重の減少がみられたら：リバウンドしないようにさらに4～6ヶ月間フォローする。

改善がみられない場合は：その理由を確認し再度実行を促す。また、その患者により適した栄養相談（指導）が必要な場合は、管理栄養士に依頼する。

参考文献

1. Barbara E Millen,etal: Nutritional risk and the metabolic syndrome in women: opportunities for preventive intervention from the Framingham Nutrition Study. Am J Clin Nutr 2006;84 434-41
2. 本田佳子：メタリックシンドロームの食事療法の実際. 臨床栄養 2006; 108 805-10

食行動アンケート（セルフモニタリング）

普段の生活内容を分析しましょう！

月日				月/日 4/10				(記入例)			
		時刻	食べた食物	誰と	何をしながら			時刻	食べた食物	誰と	何をしながら
食事内容	朝食					食事内容	7:30	ご飯、みそ汁、白菜のつけもの	主人	テレビを見ながら	
	間食						10:00	リンゴ、コーヒー	ひとり	テレビを見ながら	
	昼食						12:00	ご飯、焼き魚、ほうれん草の浸し	ひとり	テレビを見ながら	
	間食						16:00	まんじゅう、お茶	友人	話	
	夕食						19:00	ご飯、吸い物、天ぷら	主人	テレビを見ながら	
	夜食						21:00	牛乳	ひとり	お風呂上がり	
	その日の暮らし方（主な行事）						その日の暮らし方（主な行事） スーパーへ買い物				
運動量	歩いた時間		万歩計		歩	運動量	歩いた時間		万歩計		6400 歩
体重	kg					体重	60.5 kg				

食生活を1週間程度、記録してみましょう
 口に入れたものを書き上げましょう。「誰と」、「何をしながら」食べたかもかきましょ。食べ過ぎの原因が思わぬところにあるかもしれません。

コラム：エネルギー計算

食事量の決定に必要な“基本情報”		
身長 (m)	身長 <input type="text"/> (m) × 身長 <input type="text"/> (m) × 22 = 標準体重 <input type="text"/> (kg)	
体重 (kg)	現在の体重も考慮して → 目標体重 <input type="text"/> (kg)	
性別 男・女	基礎代謝基準値 <input type="text"/> (kcal/kg/日) (体重1kgあたりに必要なエネルギー量)	
年齢 (歳)		
日常の生活活動状況	身体活動レベル <input type="text"/>	

目標体重(kg) × 基礎代謝基準値(kcal/kg/日) × 身体活動レベル = 1日に必要なエネルギー量(kcal/日)

× × =

参考：日本人の食事摂取基準（2005年版）

表1 基礎代謝基準値(kcal/kg/日)

年齢区分	男性	女性
1～2(歳)	61.0	59.7
3～5(歳)	54.8	52.2
6～7(歳)	44.3	41.9
8～9(歳)	40.8	38.3
10～11(歳)	37.4	34.8
12～14(歳)	31.0	29.6
15～17(歳)	27.0	25.3
18～29(歳)	24.0	23.6
30～49(歳)	22.3	21.7
50～69(歳)	21.5	20.7
70以上(歳)	21.5	20.7

表2 身体活動レベルの値

身体活動レベル	低い(レベルⅠ)	ふつう(レベルⅡ)	高い(レベルⅢ)
1～2(歳)	—	1.40	—
3～5(歳)	—	1.50	—
6～7(歳)	—	1.60	—
8～9(歳)	—	1.70	1.90
10～11(歳)	—	1.70	1.90
12～14(歳)	1.50	1.70	1.90
15～17(歳)	1.50	1.75	2.00
18～29(歳)	1.50	1.75	2.00
30～49(歳)	1.50	1.75	2.00
50～69(歳)	1.50	1.75	2.00
70以上(歳)	1.30	1.50	1.70