

福岡県生活習慣病対策関連モデル事業

平成22年度の取り組み報告集

福岡県保健医療介護部健康増進課

平成24年3月

はじめに

医療制度改革により制定された高齢者の医療の確保に関する法律を根拠として、平成２０年度から、生活習慣病の発症予防を重視した「特定健診・特定保健指導」が各医療保険者に義務づけられました。

市町村においては、従来の老人保健法に基づいた健康診査は市町村国保を中心とした健診へ、その他の保健事業は健康増進法に基づく事業へ、75歳以上を対象とした保健事業は後期高齢者広域連合が実施する仕組みへと、組み替えられました。

市町村では、これを機に生活習慣病予防に積極的に取り組もうという機運が高まり、福岡県国民健康保険団体連合会においても、保険者支援の立場から特定健診・保健指導の体制構築にご尽力いただいております。

本県では、新たな制度の県民への普及啓発、医療保険者に義務化された特定健診・保健指導の体制整備、人材育成に取り組むとともに、開始から3年目を迎えた平成２２年度からは、特定健診・保健指導の評価についても取り組んでいるところです。

特に、特定健診・保健指導を核とした生活習慣病対策が、市町村や医療保険者において効果的・効率的に行えるよう、平成２０年度から各種モデル事業を関係機関の協力を得て実施しております。

平成２０年度からは「特定保健指導モデル事業」、平成２１年度からは「腎疾患予防対策推進事業」、平成２２年度から「総合健診推進モデル事業」等のモデル事業に取り組んでおります。

この度、そのモデル事業の取り組みを、報告集として作成しましたので、皆様方の地域での生活習慣病予防対策に役立てていただき、より効果的な事業の推進に繋げていただければ幸いです。

最後に、本書の作成にご協力いただきました、モデル事業実施市町村、医療保険者、保健福祉環境事務所を始め、関係者の皆様に感謝いたします。

福岡県保健医療介護部健康増進課

課長 白石 博昭

目次

第1章 福岡県の生活習慣病対策について

1. 平成22年度福岡県生活習慣病対策について 1
2. 生活習慣病関連統計 3

第2章 各モデル市町村等の取り組み

1. 特定保健指導推進モデル事業

「福岡県特定保健指導モデル事業」実施要領	 6
Ⅰ 粕屋町	 7
Ⅱ 飯塚市	 17
Ⅲ 福津市	 28

2. 腎疾患予防対策推進事業

「福岡県地域腎疾患予防対策事業」実施要領	 37
Ⅰ 福岡県（健康増進課）	 38
Ⅱ 宗像・遠賀保健福祉環境事務所	 41
Ⅲ 中間市	 46

3. 総合健診推進モデル事業

「福岡県総合健診推進モデル事業」実施要領	 50
平成22年度総合健診推進モデル事業の取り組みの概要	 52
Ⅰ 岡垣町	 53
Ⅱ 柳川市	 57
Ⅲ 全国健康保険協会福岡支部（協会けんぽ）	 63

第1章 福岡県の生活習慣病対策

1 平成22年度福岡県生活習慣病対策事業について

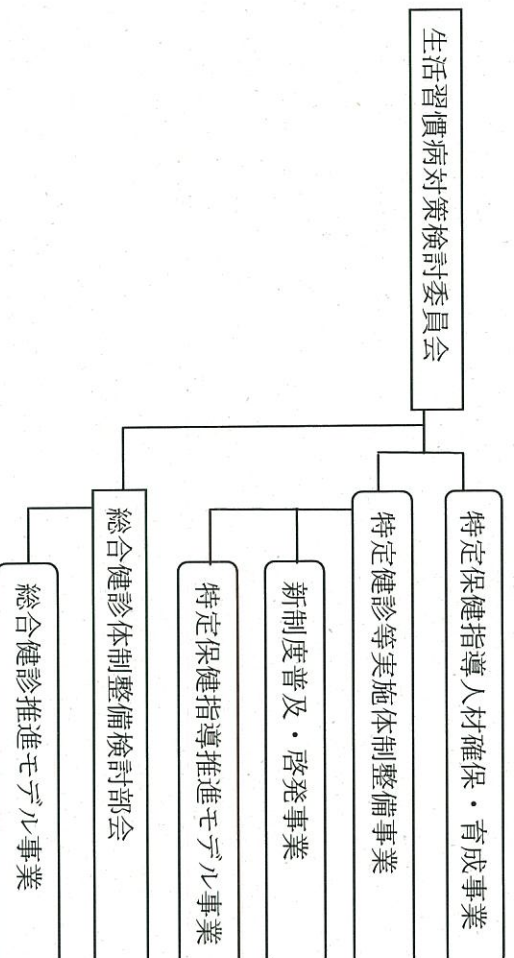
1) 事業目的

特定健診・保健指導の円滑な実施と、健診受診者の利便性の向上を図り健診実施率の向上を目指し、効果的・効率的な保健指導の実施を推進し、糖尿病等の生活習慣病有病者及び予備群の減少や腎疾患の発症・重症化予防に取り組み、県民の健康の保持増進を図ることを目的に実施している。

この事業は、福岡県総合計画「ふくおか新世紀計画第三次実施計画」の「いきいきと暮らせる安全・安心な社会づくり」を基本理念として平成20年に策定された「いきいき健康ふくおか21（福岡県健康増進計画）」や、「福岡県がん対策推進計画」、「福岡県医療費適正化計画（第1期）」との整合性をもって実施されているものである。

2) 事業体系

図 1 平成22年度福岡県生活習慣病対策推進事業体系



※腎疾患予防対策検討委員会は、生活習慣病対策の一環であるため、平成23年度からは生活習慣病対策検討委員会の部会に位置づけ、「慢性腎臓病予防対策検討部会」として実施する。

3) 22年度実施事業

(1) 生活習慣病対策検討委員会の開催

当委員会は、年2～3回開催し、特定健診・保健指導を始めとした生活習慣病の予防・重症化防止に係る対策事業の計画・実績及び評価、効果的実施方法の検討等を行い、次年度以降の事業展開に反映させている。

(2) 特定保健指導人材確保・育成事業

平成20年度からの制度開始に先駆け、平成19年度から特定保健指導従事者養成研修事業を継続し、特定保健指導に従事する人材が不足しないよう整備した。また、保健指導従事者の質の

確保や生活習慣病に関する新たな知識等に対応できるよう、保健指導従事者のフォローアップや実践者リーダー育成研修事業を実施している。

- ① 新規保健指導従事者養成研修
- ② 新規保健指導従事者養成研修フォローアップ研修
- ③ 市町村実践者リーダー育成研修
- ④ 民間事業者実践者リーダー育成研修

(3) 特定健診等実施体制整備事業

- ① 総合健診推進モデル事業（新規）
医療保険者を問わず、県民が特定健診とがん検診等を居住地市町村内で、同時間・場所ですぐにできる総合集団検診体制を整備する。

- ② 特定保健指導推進モデル事業
・福岡県保健指導実践マニュアル（改訂版）を活用した保健指導の実施及び検証、報告集の作成

③ 新制度普及・啓発事業

- 平成20年度から、各自の加入医療保険者が行う特定健診・保健指導について、県民を対象に県域9カ所の保健福祉（環境）事務所にて啓発を行い、受診率向上を図っている。
- ・地域巡回市民講座の実施（10回程度）

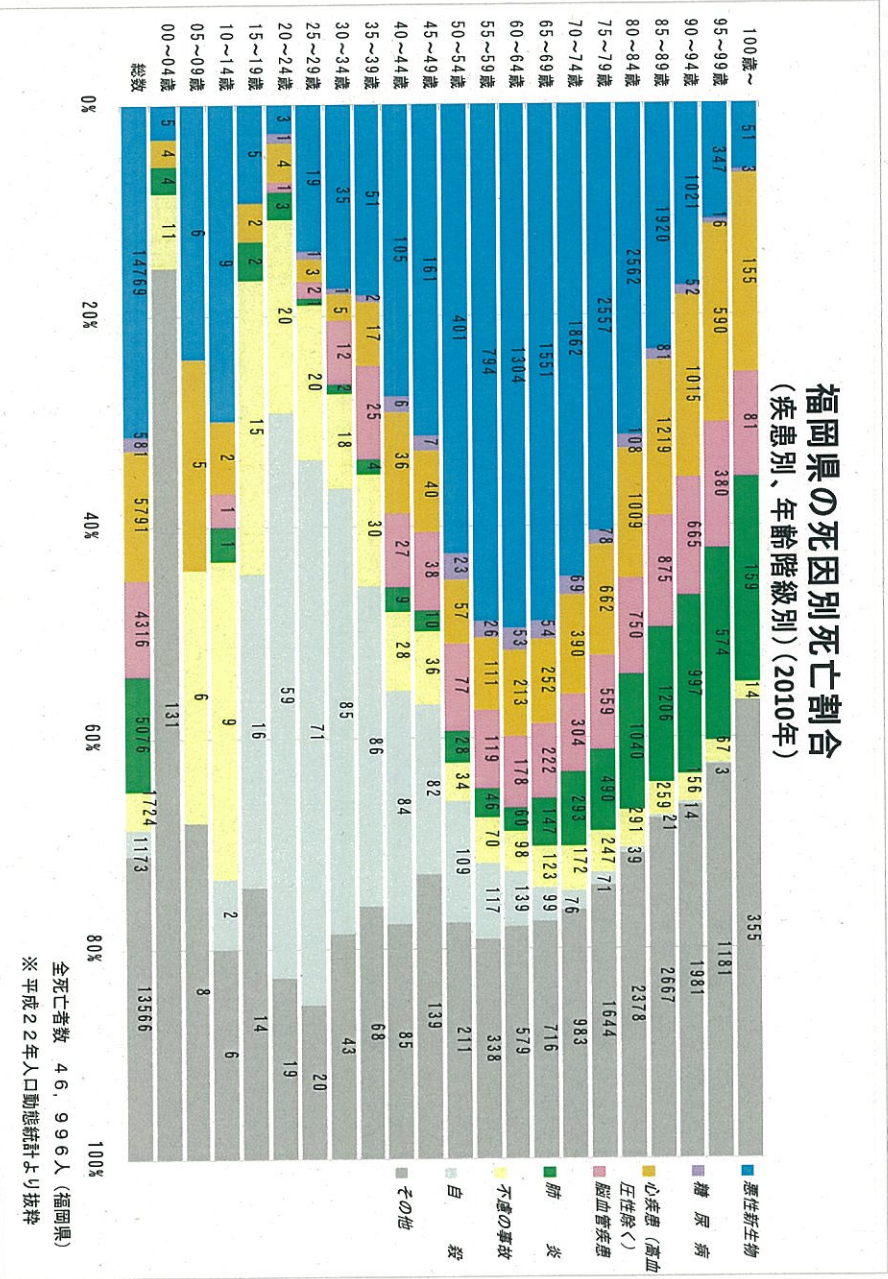
(4) 腎疾患予防対策事業

慢性腎臓病（CKD）から人工透析を導入する患者の減少及び導入時期の延伸を図るため、以下の事業を実施した。1カ所のモデル市において特定健診結果から、CKDの恐れのある住民を対象に保健指導を行い、管轄する保健所においては保健と医療の連携体制構築を図る連絡会議等を実施して、CKD予防のための早期介入等について検討した。また、県域全体の取り組みとして、CKD予防に関する啓発事業を各保健所で実施した。

- ① 腎疾患予防対策検討委員会の開催
- ② 腎疾患予防普及啓発事業
- ③ 専門研修会の開催
- ④ 地域腎疾患予防対策事業
・腎疾患予防対策連絡会の開催、専門研修会の開催、モデル地区市町村の取組

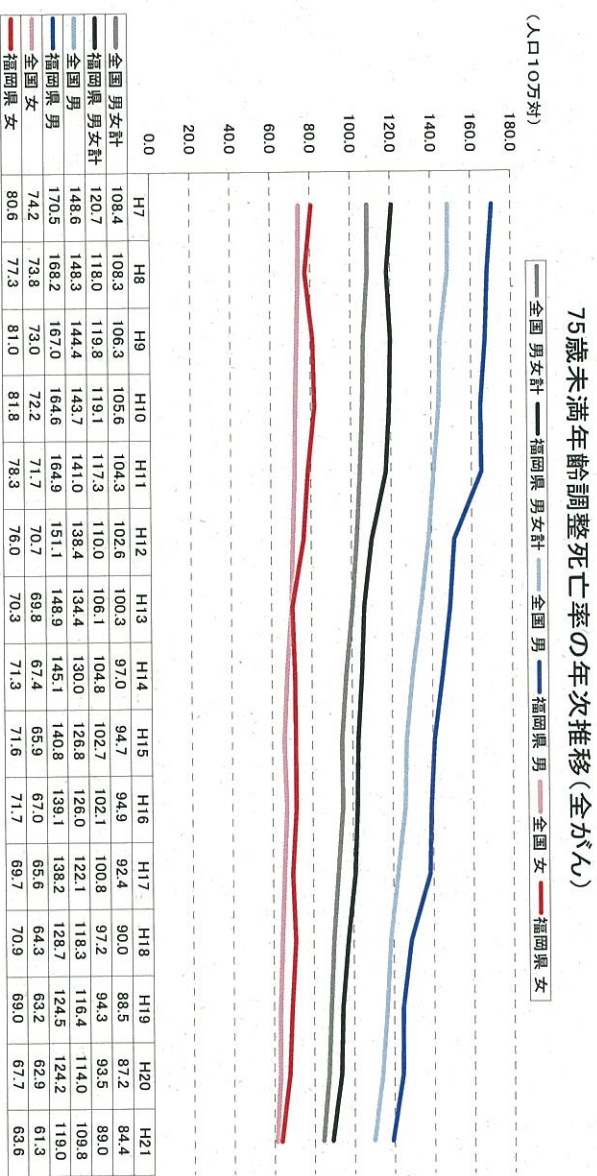
2 生活習慣病関連統計

(1) 福岡県の死因別死亡割合



(2) がんに関する統計

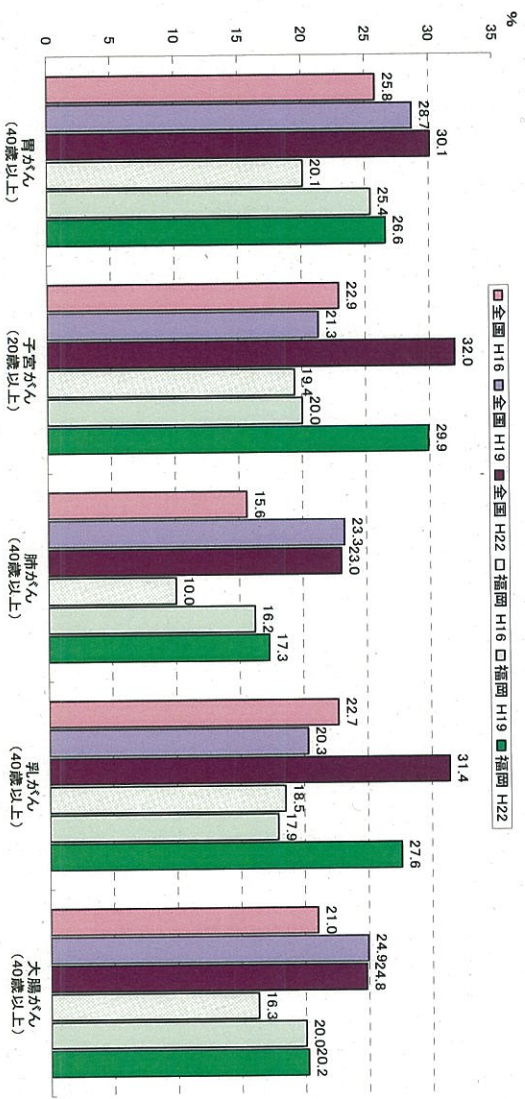
①がんの死亡率の推移



資料：国立がん研究センターがん対策情報センター

②がん検診受診率

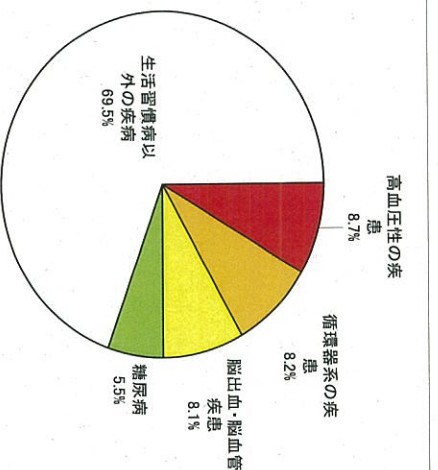
がん検診受診率(推計値)



資料：「国民生活基礎調査」

※ 子宮がん検診、乳がん検診については、原則として2年に1回行うものとしているため、H22 年より過去2年間の検診受診率を算出している。

(3) 医療費に占める生活習慣病の割合



※虚血性心疾患及びその他の心疾患に係る費用は循環器系の疾患に含まれている。

※腎不全に係る費用は、高血圧性疾患及び生活習慣病以外の疾病にそれぞれ含まれている。

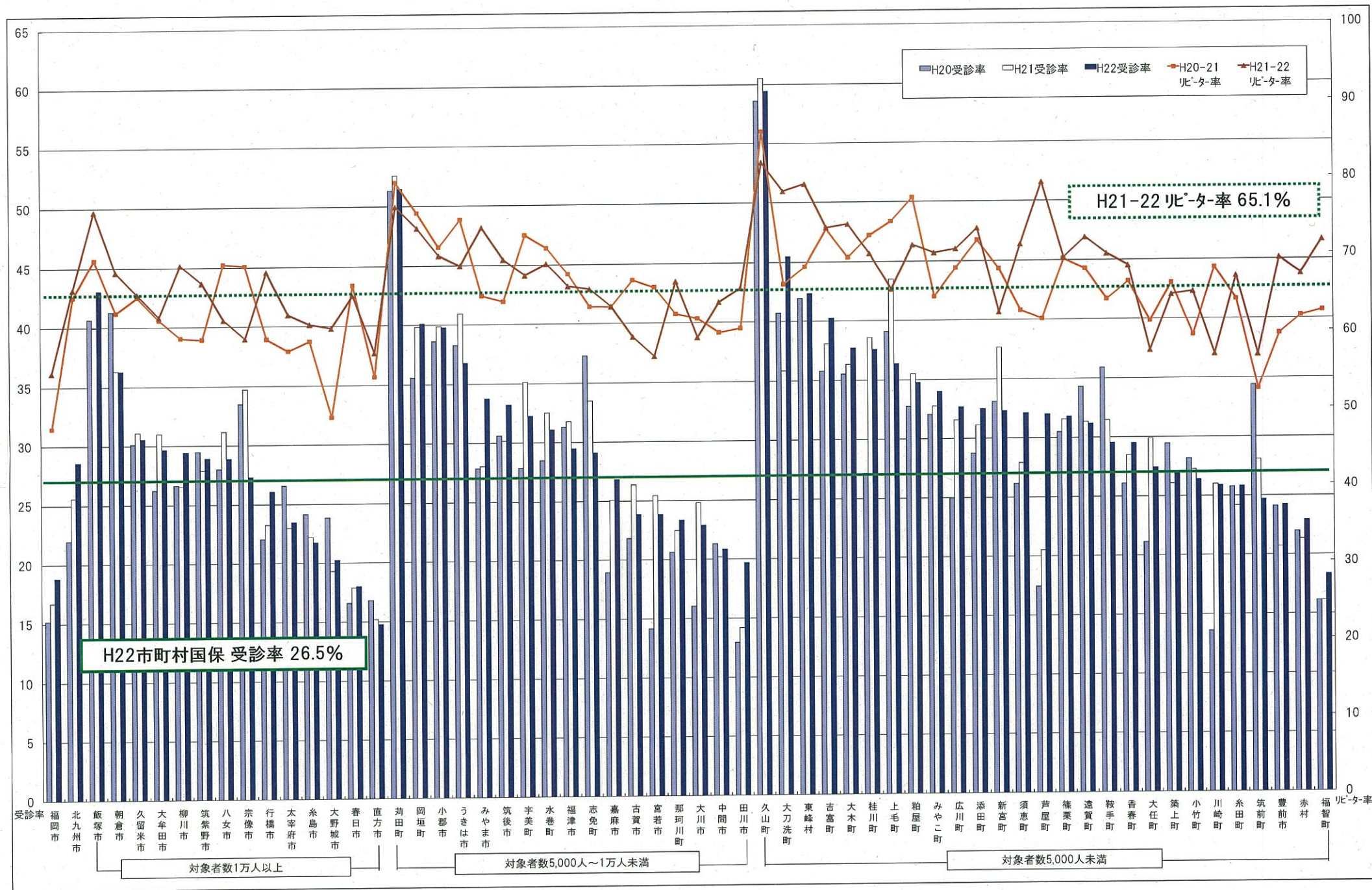
※21年5月診療分

資料：疾病分類統計データ(福岡県国民健康保険団体連合会)

疾病分類統計データ(福岡県後期高齢者医療広域連合)

福岡県平成20～22年度特定健診受診率（法定報告分）

福岡県国保連合会



第2章 モデル事業の取り組み

1. 特定保健指導モデル事業 (H20～)

平成22年度 福岡県特定保健指導推進モデル事業実施要領

1 目的

糖尿病等生活習慣病の有病者・予備群を減少させるため、新たな制度である特定健診・保健指導を円滑に推進し、効果的な保健指導を実施することが重要な課題である。

このことから、当事業において保健指導のあり方を検討し、内容を充実させることにより、効果的な保健指導の推進を図るもの。

2 事業内容

特定健診受診者のうち、生活習慣改善が必要な者に対して実施する特定保健指導について、実施率の向上を目指し、また、保健指導効果を高めるため、下記の事業を実施する。

(1) モデル市町村における特定保健指導の実施及び効果に関する評価

平成20年度及び平成21年度の保健指導の実施状況について、特定健診結果に基づき行う保健指導の効果を評価し、保健指導の課題と対策を明確にする。

また、併せて県が作成した保健指導マニュアルを活用した保健指導の効果についても検証を行うこととし、評価は下記の項目について行う。

- ・ 身体状況に見られる変化、生活習慣の改善等、具体的な保健指導効果
- ・ 参加者の保健指導内容の継続性と終了後の生活改善の継続性
- ・ 地域での波及性
- ・ 保健指導における新たな課題とその支援のあり方について

(2) モデル市町村は事業の実績報告書の提出を行う

上記(1)の評価について報告書を提出する。

(3) 特定保健指導推進体制の整備

特定保健指導の効果的な実施を図るため、県において関係機関等が連携できる体制を作り、事業が円滑に推進するための検討会議（事例検討を含む）を開催する。

(4) 特定保健指導の円滑な実施に向けた事例集の作成

上記の評価で明確になった課題と対策について、効果的に取り組んでいる市町村に対しヒアリングを行い、県が事例集の作成を行う（10事例程度）。

3 補助内容

- ・ 補助対象：市町村
- ・ 対象経費：報償費・旅費（アドバイザー、検討委員等）、需用費（会議費、保健指導教材費等）
 - * 他の補助対象経費として計上したものを除く
- ・ 補助期間：1年間
- ・ 補助率：補助対象額の1/2（限度額：100万円）

4 事業の実施期間

平成20年度～平成23年度（4カ年）

I 粕屋町

1 市町村の概要

(1) 人口等

人口	合計(人)	42,635
	男(人)	21,102
	女(人)	21,533
高齢化率		14.2%
国保加入率	加入者数	9,196
21.6%	加入世帯数	5,118

(平成23年1月末現在)

(2) 市町村の特徴

- ・面積—14.12 km
- ・地勢—福岡県北西部に位置し、福岡市に隣接し、福岡都市圏東部の中心地となっている。
- ・産業—卸・小売業が主要産業。一部都市近郊農業も行われている。

2 健康づくり施策

(1) 健康づくりに関する基本方針

「粕屋町第4次総合計画」

「誰もが安心していき暮らしをさせるやさしいまち」→「健康づくりの推進」

→予防重視の保健サービスの拡充、協働で進める健康づくりの強化

(2) 健康増進計画

「健康かすや21」(粕屋町健康増進計画)：計画期間平成16年度～25年度

目標：健やかで心豊かな町民であられる町

健康だと思 う人の割合	H20年→目標値(H25年)
20代	88.7%→90.0%
30代	85.4%→87.0%
40代	80.5%→85.0%
50-65歳	83.2%→87.0%
66歳以上	73.3%→77.0%

(3) 各施策の実施体制

担当部署		実施形態
健康づくり事業 (ホビ・リ・ジョブ・ローチ)	健康づくり課	直営
がん検診実務	健康づくり課	事務：直営 検診：福岡県すこやか健康事業団、指定医療機関
生活機能評価	介護福祉課	事務：直営 検診：福岡県すこやか健康事業団

3 特定健診・保健指導事業

(1) 実施状況

	H20 年度	H21 年度
特定健診対象者数	4,933	4,917
特定健診受診率	32.8	35.5
保健指導利用率	*積：84.9 **動：70.8	*積：78.5 **動：92.9
保健指導実施率	61.7	78.7

*積：積極的支援

**動：動機付け支援

(2) 健康増進計画（健康かすや21）との連携状況

「健康かすや21」の地区活動の中で、その地区の受診結果状況の説明や受診勧奨を行っている。

(3) 特定健診・保健指導実施体制

	担当課	係	実施形態
実施計画立案	健康づくり	健康推進	直営
予算	健康づくり	健康推進	直営
健診実務	健康づくり	健康推進	委託
保健指導実施	健康づくり	健康推進	直営、委託

(4) 特定健診・保健指導事業の特徴

- ・ 特定保健指導は直営と委託で行っている。
- ・ 指導期間中に75g 糖負荷試験や中間採血を実施し、その結果を基に指導を行っている。

4 モデル事業の実施状況（特定保健指導モデル事業）

(1) 事業目的

「福岡県特定保健指導実践マニュアル」を活用し、事例検討や生活習慣改善支援教材の作成等により保健指導の効果的な方法を検討する。更に、効果的・効率的な保健指導の推進を図るために、保健指導の評価を行った。

(2) 平成20年度、21年度の実施経過

①平成20年度：平成19年度に作成された「福岡県特定保健指導実践マニュアル」を活用し、172名に特定保健指導を実施。事例10例を提供し、その事例の検討をおして同マニュアルの課題等の整理を行った。

②平成21年度：「福岡県特定保健指導実践マニュアル」を活用し、219名に特定保健指導を実施。保健指導の効果があつた事例や課題事例の検討を行い、同マニュアルの見直しを行った。

○健診結果と生活実態を支援共有シートに整理するとともに、保健指導のプロセスと一体化することによって、保健指導の評価をわかりやすく示し、マニュアル（改訂版）の中に反映させた。

○支援教材として、健康管理手帳の作成を行った。

○運動面での体制整備として、ウオ-キングコースの整備及びウオ-キングマップの作成を行った。

(3) 平成22年度の実施方法

平成20年度に特定健診を受診し、かつ特定保健指導を受けたものに対し、平成21年度の健診結果をもとに、保健指導の評価を行った。

①集団については、メタボ該当者の減少割合を見るために、「あなみツール」(様式6-10)により、平成20年度と平成21年度の検診受診者の階層(積極的支援と動機付け支援)の変化を見た。

②個別については、保健指導の効果の要因を見るために、積極的支援及び動機付け支援の対象者を「改善群」「改善なし群」「悪化群」に分け、介入の有無別・回数、属性・元々の生活習慣、保健指導の希望の有無について分析した。また、その結果と保健指導の記録から効果的な保健指導のあり方について、九州大学保健学科の協力を得て検討を行った。

・対象者 (P：積極的支援 O：動機付け支援 N：情報提供受診不必要)

積極的支援：P 改善群 11名 (P→N群 5名、P→O群 6名)

改善なし群 17名 (P→P群 17名)

動機付け支援：O 改善群 16名 (O→N群 16名)

悪化群 6名 (O→P群 6名)

(4) 結果

①集団レベルの評価

メタボ該当者の減少割合については、積極的支援であった者は25.6%、動機付け支援であった者は21.1%であり、概ね4人に1人はメタボ該当者が減少した。(表1)

②個別の評価

○属性・元々の生活習慣、保健指導の希望の有無の項目については、影響されなかった。

○保健指導の実施回数については、積極的支援の改善群で平均介入回数5.9回(うち面接による介入2.4回)、非改善群で4.2回(うち面接による介入1.7回)と差があった。

また、動機付け支援においても改善群で平均介入回数2.7回(うち面接による介入1.6回)、悪化群で2回(うち面接による介入1.3回)と差が見られ、介入回数、特に面接による回数が改善に影響していることがわかった。(対象が少ないため検定は実施せず)(表2)

○個別の保健指導記録により、保健指導のプロセスが改善・非改善に影響しているかを分析・検討したが、目標の設定や修正、振り返り等の記録があいまいであり、今回プロセスによる効果の分析には至らなかった。

表1.階層の変化人数

	H21年度			改善率	メタボ減少率
	積極的(A)	積極的(C)	動機づけ(D)	情報提供(E)	
H20年度	39	17	6	10	(D+E)/A E/A 41.0% 25.6%
	動機づけ(B)				E/B E/B
	123	6	73	26	21.1% 21.1%

表2.介入を行った対象群の介入の差（回数・手段）

群	介入平均	手段			
		面接	電話	メール	
積極的支援	改善群	5.9	2.4	2	1.4
	改善なし群	4.2	1.7	1.5	1
動機づけ支援	改善群	2.7	1.6	0.1	1
	悪化群	2	1.3	0	0.8

（5）考察

今回、人が行動変容をおこすには、その人の性別や年齢などの属性や、元々の生活習慣等に影響されるものではなく、介入すること、中でも面接による保健指導の影響が大きいことが分かった。また、継続した保健指導をとおして人が行動変容をおこすための効果的な保健指導とは何かを検証していく必要がある。

（6）今後の課題

今後は、保健指導における面接内容が重要となることから、以下の視点をもった面接技術の向上や保健指導記録の見直しが必要となる。また、限られたランパワーの中で質の高い保健指導を提供するために指導対象の選定を行う必要がある。

①目標設定について

- ア 自分の目標（ゴール）を確認（「何を いつまでに どの程度」）
- イ 目標を達成するための具体的な行動を設定
- ウ イの行動が自分の生活実態に合ったもの（食事・運動・生活リズム・嗜好など）か
- エ イの行動は効果が期待できるものであるか

②プロセスについて

- ア 保健指導の介入（支援教材の選択）
- イ 行動変容（本人の振り返りの確認）
- ウ 必要時目標の修正などを行っているか
- エ 身体状況に見られる変化や生活習慣の改善等を本人と共有して確認している

(7) モデル事業実施についての感想

今回のモデル事業を進めていく中で、自分達が日々行っている保健指導を振り返るともいい機会となった。的を射た効果的・効率的な保健指導を行うための方法について検討することができ、今後の保健事業に活かしていくことができると思った。

また、粕屋保健福祉事務所のご支援や九州大学保健学科のご助言など、他の機関との連携でより効果的なモデル事業を展開していくことができた。

5 今後の特定健診・保健指導事業について

(1) モデル事業の実践をどう活かすか

保健指導記録の改善や保健指導のプロセスについての検討事項をスタッフで共有し、より効果的な保健指導ができるようにする。

(2) 健康づくり事業との連携

特定保健指導対象者以外の保健指導も今回検討した結果を活用し、面接による保健指導を中心に進めていく。また、運動習慣のきっかけづくりを、「健康かすや21」の運動チームなどと協働で提供していく。

※参考：「歩こうかすやウォーキングマップ」

日常の中での運動はウォーキングがオススメ

歩こう

KASUYA ウォーキングマップ



ゆたかくん



こころちゃん

健康かすや21



作成・発行：スマイル会(運動推進会)
健康かすや21 運動チーム
発行：粕屋町役場 健康センター
☎(938)2311(代)



準備運動をしましょう

歩く前のストレッチは筋肉を温め関節を柔軟にするため、ケガや事故の予防になります。



ウォーキングのポイント

●視線は数十メートル先を見る。



●肩の力を抜いて、ひじは直角気味に。

●腕は歩幅に合わせて大きく振る。

●背筋を伸ばして、胸をはる。

●歩幅は広めに、大また気味で歩く。

●上体を揺らさず、重心は腰に。

●かかとから着地し、つま先で蹴り出す。



運動の後は……

歩いた後のストレッチは疲労の回復を早くしたり、筋肉の動きを回復しやすくします。

100Kcalの運動のめやす(体重別)

体 重	歩 行	速 歩	軽いジョギング
50kg	38 分	28 分	19 分
60kg	32 分	24 分	16 分
70kg	27 分	20 分	14 分
80kg	24 分	18 分	12 分

参考：厚生労働省「エクササイズガイド 2006」

☆歩行による大まかなエネルギー消費(カロリー)は、体重と時間(分)によって次の式で計算できます。

速歩(いつもより10cm程度大またで歩く)

あなたの体重×0.07×歩いた分＝消費カロリー

()kg×0.07×()分＝()kcal

歩いて予防

生活習慣病

肥満の予防

新陳代謝が活発になり、体脂肪を燃焼

ストレス解消

血液が良く循環して脳に刺激を与え自律神経が安定

心肺機能の向上

酸素の摂取量が増え、心肺機能が高まる

脂質異常症予防

中性脂肪が減り、善玉コレステロールが増えるので、血液がサラサラに

血圧の安定

血行がよくなって血圧が安定

糖尿病予防

血糖のコントロールがよくなり、血糖値がさがる

骨粗鬆症予防

適度な刺激が骨に加わり、骨を強化

①内橋コース

W.C → トイレ

B → バス停

<コースの概要>

所要時間：約 35 分

距離：2.5km

(伊賀駅～熊野神社まで)

●スタート：伊賀駅



もうたいけ

●毛田池公園

(1周すると0.6km)



(福岡変電所周辺)



(流通センター南交差点)



●内橋公園、熊野神社



スタート



◀熊野神社フジ棚(フジ:5月頃)



健康日記

ちょっと記録を付けてみると、いいことあるかも。

名前

記入例

	お天気	体 調	血 圧	歩数(歩)	運動メモ
1月 1日	  	 	130 / 76	5600 歩	今日は家の周りを散歩した。血圧安定○
月 日			/		
月 日			/		
月 日			/		
月 日			/		
月 日			/		
月 日			/		
月 日			/		

1週間計

歩

8日目

月 日

9日目

月 日

10日目

月 日

11日目

月 日

12日目

月 日

13日目

月 日

14日目

月 日

2週間計

歩

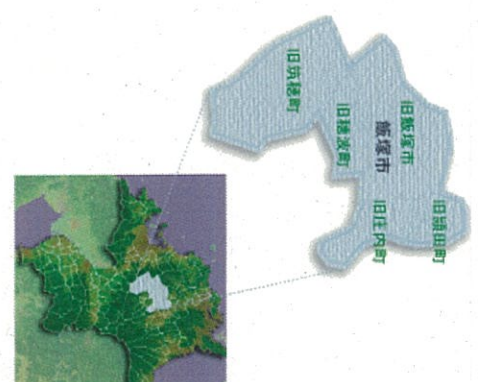
Ⅱ 飯塚市

1 市町村の概要

(1) 人口等

人口	合計	132,919*
	男	62,648
	女	70,271
高齢化率		24.6
国保加入率	加入者数	34,274*
	加入世帯数	20,112

(*H22 年12月末現在)



(2) 市町村の特徴

面積	214.1 km ²
地勢	福岡県のほぼ中央に位置する。北と南は遠賀川流域平野として開かれ、東は関の山、西は三郡山地等に囲まれている。気候は、盆地を形成しているため夏冬、昼夜の気温差がかなりあり、内陸性気候の特徴を示している。
産業	産業人口の構成は平成19年時点で第1次産業が0.5%、第2次産業が17.0%、第3次産業が84.4%となっており、農業等第1次産業比率が低く、都市型の産業構造の特徴を持っている。

2 健康づくり施策

(1) 健康づくりに関する基本方針

「飯塚市第1次総合計画」の基本構想では、「全ての市民の人権が尊重され、いきいきと健康に日常生活が送れることが重要です。そのために、生涯にわたる疾病予防、治療、健康増進までの総合的な医療・救急医療体制、生涯保健体制の充実等に努めます。」としている。具体的施策の推進については、保健センターを健康づくりの拠点とし、母子保健事業・老人保健事業・体力づくり事業・予防接種事業など、乳児から高齢者に至るまでのライフサイクルを通じた保健事業に取り組んでいる。

(2) 健康増進計画

平成24年度以降策定予定

(3) 各施策の実施体制

担当部署		実施形態
健康づくり事業 (ホビ・リ・ジョリア・プロジェクト)	健康増進課 (保健センター)	直営
がん検診実務	健康増進課 (保健センター)	一部委託
生活機能評価	介護保険課 高齢者支援課	委託

3 特定健診・保健指導事業

(1) 実施状況

	H20 年度	H21 年度
特定健診対象者数	22,197	21,414
特定健診受診率	40.7	40.0
保健指導利用率	36.3	51.4
保健指導実施率	18.1	48.1

(2) 特定健診・保健指導実施体制

	担当課	係	実施形態
実施計画立案	健康増進課	医療給付係	直営
予算	健康増進課	医療給付係	直営
健診実務	健康増進課	医療給付係	直営
保健指導実施	健康増進課	医療給付係	直営

(3) 特定健診・保健指導事業の特徴

特定健診は、個別医療機関と集団健診（がん検診との同時実施）の2種類の方法で実施している。なお、特定健診項目について、近隣市町と協議し独自の健診項目（HbA1c・尿酸・血清クレアチニン・赤血球数・血色素量・心電図・尿潜血）を追加実施している。

特定保健指導は、個別健診受診者の場合は、対象者に個人通知し個別保健指導を実施する。集団健診受診者には、受診日から約1カ月後に結果説明会を実施し、医師の説明後に保健指導対象者には保健指導を実施する。階層化で情報提供レベルになった方にも、優先順位をつけ保健指導等を実施している。

4 モデル事業実施状況（特定保健指導推進モデル事業）

(1) 事業目的

本市においては、保健センターにトレーニング室を有し、そこに運動指導員（健康運動指導士・健康運動実践指導者）を配置し、S55年度より個別運動指導を中心とした「体力づくり事業」を実施しており、市民の健康増進に寄与している。

このモデル事業では保健師・管理栄養士・運動指導員間で連携を取り、相互支援体制の構築を図るとともに保健指導対象者への運動習慣の確立を中心とした生活習慣の改善を目指し、「特定保健指導」の成果の向上に取り組んだ。

今年度は前年度からの取り組みの成果が、健診の結果や生活習慣の改善にどのようなにつながっているかを検証し、今後の特定保健指導の有効な指針とすることを目標とし、事業を実施した。

(2) 実施方法（22年度事業の実際）

○特定健診受診勧奨並びに受診予定日の確認
○保健指導

A) 健診受診済の人へのアプローチ

- ・健診結果と生活習慣の振り返りを行い、今後の健康増進につなげるための保健指導（健康度測定）を実施。＜最終面接＞

B) 健診未受診の人へのアプローチ

・生活状況の振り返り、受診に向けての保健指導（健康度測定）を実施＜中間面接＞

・健診結果と生活習慣の振り返りを行い、今後の健康増進につなげるための保健指導（健康度測定）を実施。＜最終面接＞

○運動指導（A・B共通）

体力づくり事業参加者にはトレーニング指導の充実を図り、不参加の人には家庭で実践できる運動の紹介（例：資料 1）や記録表を提供し、実践できるよう支援する。

（3）実施上の留意点

○保健指導・運動指導の連携

スタッフ間で対象者のデータを共有し、保健・栄養・運動の面から対象者一人ひとりに適切なアプローチを行うことにより、生活習慣の改善へとつながれるよう連携を深める取り組みを行った。

・対象者が初回面接（担当：保健師、管理栄養士）後、体力づくり事業（担当：運動指導員）に参加する際、健診データとともに面接時の情報についてもスタッフ間で引き継ぎを行った。

・定期的にミーティングを行い、対象者の面接時期や指導内容についての協議を行った。

・中間面接で実施した保健指導、運動指導の内容をスタッフ間で確認し、最終面接までの支援方法を確認した。

・最終面接終了時に、健診や健康度測定の結果をもとに、スタッフ間で指導内容の振り返りを行った。

○運動継続の支援

運動を実践し、健康増進につなげるためには「継続」することが重要であるが、実際には継続できずにリタイアしてしまうことも多く、大きな課題となっている。そこで、運動実践の継続を支援するために、以下の取り組みを行った。

・運動の効果を目に見える形で還元することに努め、達成感や目的意識、継続意欲を高められるよう工夫した。（資料 2 参照）：測定データをもとに効果を確認し、新たな目標を設定する。聞き取りによる生活習慣や健康状態の変化について記録するなど。

・到達目標は少し頑張れば達成できるところに設定した。：減量目標、運動実施回数、ウォーキング実施時間など。

・対象者への声かけを行う：運動中の励ましや長期運動に來られない人への電話での声かけなど。対象者の声「声をかけられると嬉しい、やる気が出ます」。

・家庭でもできる運動指導や資料の配布を行う。

（4）結果及び考察

受診勧奨により、対象者 33 名中 31 名が 22 年度も継続して特定健診を受診した。（33 名中 1 名は社会保険に転出のため実質受診率 96. 9%）

そのうち日常生活で運動を実践し、保健指導及び運動指導を実施できた者は 20 名であった。22 年度のモデル事業としてこの 20 名を対象に、健診データや生活習慣の変化について検証した。対象者の運動実施回数は平均 3.6 回／週であった。

○健診データの比較について

対象者 20 名の 21 年度健診データのうち「要指導」の値を示した検査項目について、22 年度の健診データを比較したところ、肥満度（体重・腹囲）、糖代謝（空腹時血糖・HbA1c）、TG 値、収縮期血圧値で改善の傾向がみられている。（資料 3, 4, 5 参照）

特に肥満度においては、要指導の方に限らず全体的に減少しており、効果が高かった。

※上記以外の項目は、20 年度健診データで要指導の値が 5 人未満であったか、改善率が 70%未満であった。

健診データで改善がみられている背景には、運動・保健・栄養指導による生活習慣の改善があると考え、以下のように検証した。

〇体力の向上と自覚症状、生活習慣の改善

事業参加時に体力測定（柔軟性・筋力・持久力）を実施し、その結果をもとに個別の運動プログラムを作成し、実技指導を行った。

さらに運動を継続した後、再度同じ測定を行いその効果を確認し、運動メニューの修正を行った。同時に運動に取り組もうと思った動機、生活習慣、健康状態の変化についての聞き取り調査を行い、自覚症状や生活習慣の変化を確認した。

体力については、持久力を筆頭に全体的に向上がみられており（資料 6 参照）、このことから対象者の身体活動量が増加している事が予想される。自覚症状や生活習慣の変化についても改善がみられており（資料 7 参照）、運動習慣の定着や保健指導などのアプローチが好結果につながったのではないかと考える。

(5) まとめ

本事業では特定保健指導と運動指導の連携を図ることにより、保健・栄養・運動の面からそれぞれの専門スタッフが個々の健康状態やニーズに応じたアプローチを行うことが可能となった。特に課題である運動実践の継続については、対象者のやる気や達成感、目的意識を高める工夫をし、概ね 1 年間の運動実施・継続へとつなげることができた。

その結果、対象者の生活習慣の改善や体力の向上へとつながり、さらには健診データの改善がみられた。少ない対象者数ではあるが、成果が上がっており、生活習慣病予防への効果的な特定保健指導の指針となりうるのではないかと考える。

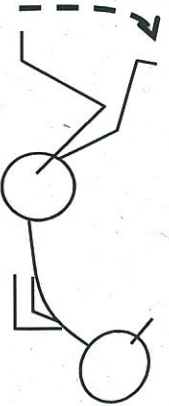
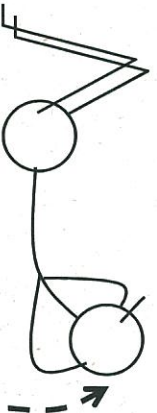
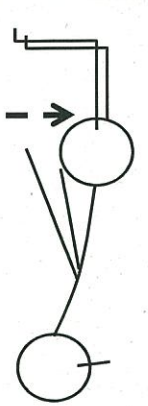
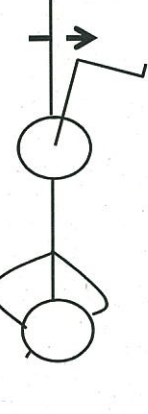
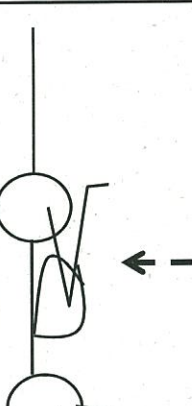
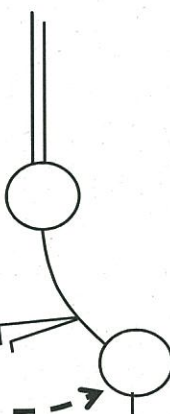
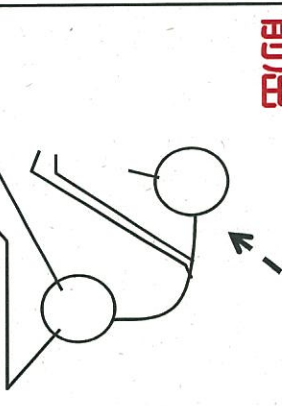
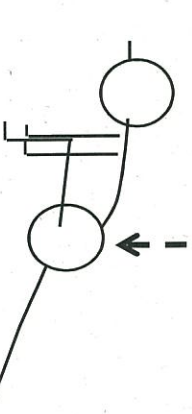
筋カトレーニング

まずはおなか周りのから

～お腹～お尻～太もも～

☆ポイント☆
息を吐きながら(力まないで)でゆっくり行いましょう
腰に痛みや違和感を感じる運動があれば中止しましょう

☆各10～20回ずつ
☆青・赤ともに3セットが目標

<u>お腹（初級編）</u>  肘を着いて上体を起こし、片膝を立てて反対の足を上げる。	<u>お腹（中級編）</u>  両膝を立てて肩甲骨が床から離れるまで上体を起こす。	<u>お腹（上級編）</u> 腰痛のある人は要注意！  両膝を曲げたままお尻を顔の方まで持ち上げる。膝を曲げたままもとの位置に戻す。
<u>背中（初級編）</u>  両膝を立ててお尻を膝の高さくらいまで上げ	<u>太もも（中級編）</u> 腰痛のある人は要注意！  うつ伏せになり片足を伸ばしたまま膝が5～10cmくらい浮くようにして5秒間止める。	<u>お尻（上級編）</u> 腰痛のある人は要注意！  うつ伏せになり片足を曲げて膝が5～10cmくらい浮くようにして5秒間止める。
<u>膝がかえ</u>  片膝をゆっくりかかえこむ(両膝でもよい)。	<u>腰ひねり</u> 腰痛のある人は要注意！  足を閉じたまま膝をたて膝が開かないように左右に倒す。	<u>上体そらし</u> 腰痛のある人は要注意！  うつ伏せから両腕を伸ばし上体をそらす。
<u>前屈</u>  片足を伸ばしゆっくり前屈する。つま先に届かない人は先につま先をつかんで膝を伸ばしてい	<u>足の付け根伸ばし</u> 腰痛のある人は要注意！  横向きになって片足をお尻に引きつける。	<u>下半身全体のストレッチ</u>  足を大きく前後に開きお尻の位置を低くする。きつい場合は膝をついてもよい。

☆ポイント☆
呼吸を止めないでゆっくり行いましょう
痛みや違和感を感じる運動があれば中止しましょう

☆各10～20秒ずつ
☆それぞれ2～3セットが目標

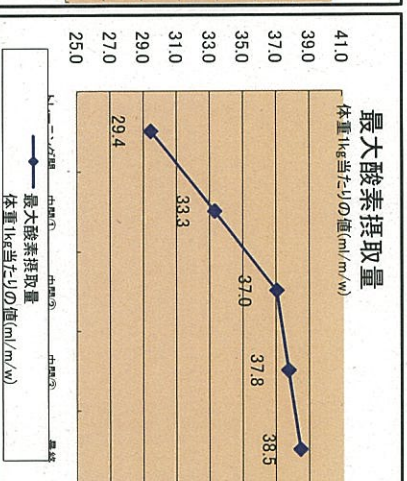
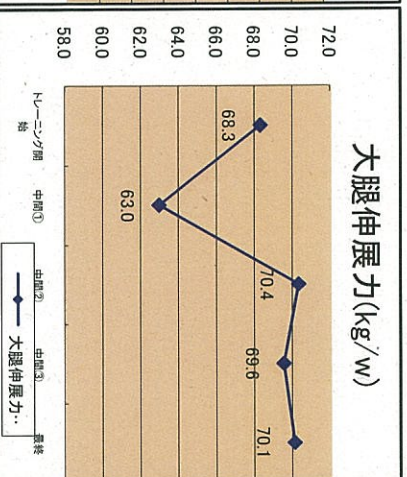
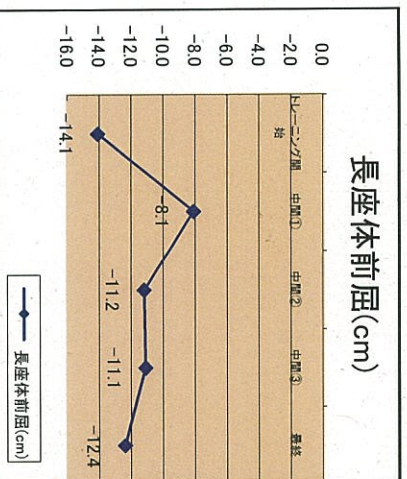
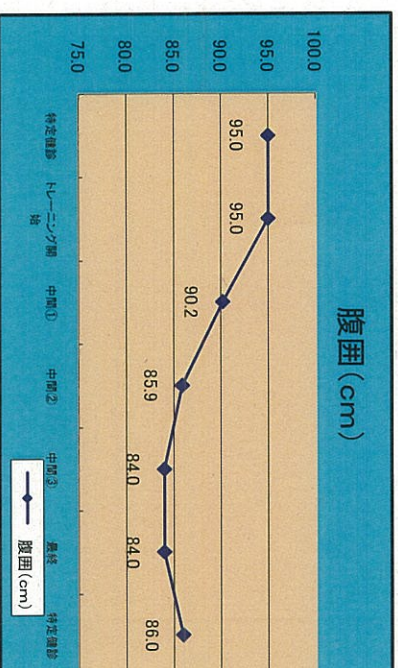
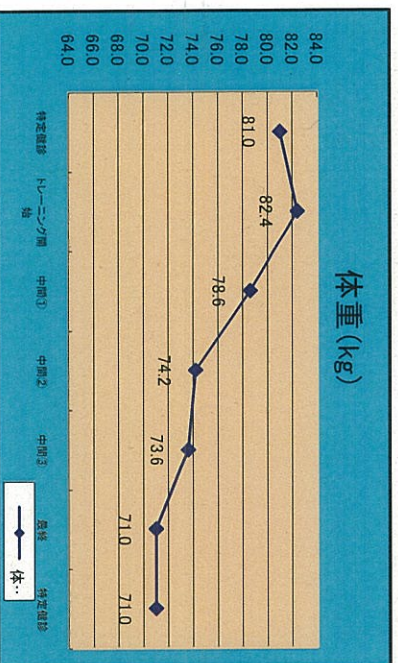
ストレッチング 血行を良くし、疲労回復 ～足・腰～

効果テスト成績表

氏名 K 様

(45歳)

(男性)

[illegible]

★メ王

体調が良くなった。
保健指導以降、食事にも気を使うようになった。
服がゆっくりになった。

資料3. 肥満度

○体重(BMI25以上)

減少	維持	増加	改善および現状維持の割合
8人	0人	1人	88.9%

体重(kg)			BMI		
	21年度	22年度	差	21年度	22年度
A	60.0	58.0	-2.0	25.8	24.9
C	56.0	54.3	-1.7	25.9	25.1
G	75.5	77.3	1.8	28.9	29.5
H	59.0	57.3	-1.7	25.5	24.9
J	50.8	48.7	-2.1	25.3	24.2
K	81.0	71.0	-10.0	28.6	25.3
P	54.4	54.0	-0.4	25.9	25.8
Q	56.0	50.0	-6.0	25.2	22.6
R	74.5	68.0	-6.5	26.5	24.2
平均	63.0	59.8	-3.2	26.4	25.2

※Kは20年度健診データとの比較

※上記9人を含めた対象者20人中19人(95%、BMI平均24.1→23.0、-2.8kg)で体重の減少がみられた。増加した1名も最終面接後、食習慣の改善と運動量の増加を図り、減量が進んでいる。

腹囲(cm)

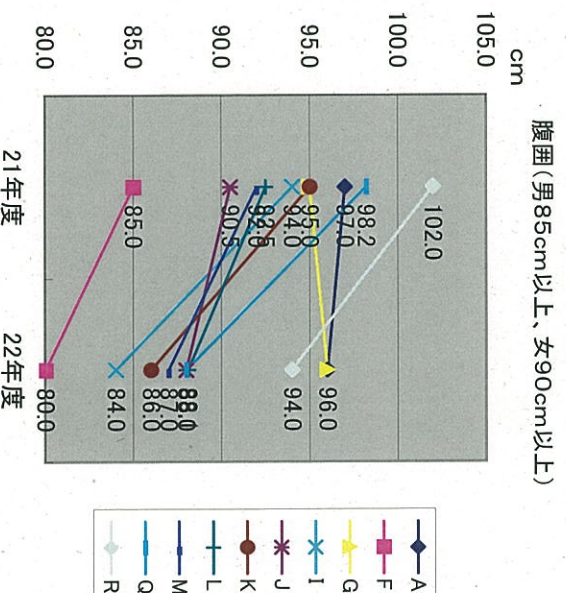
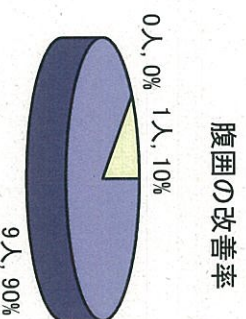
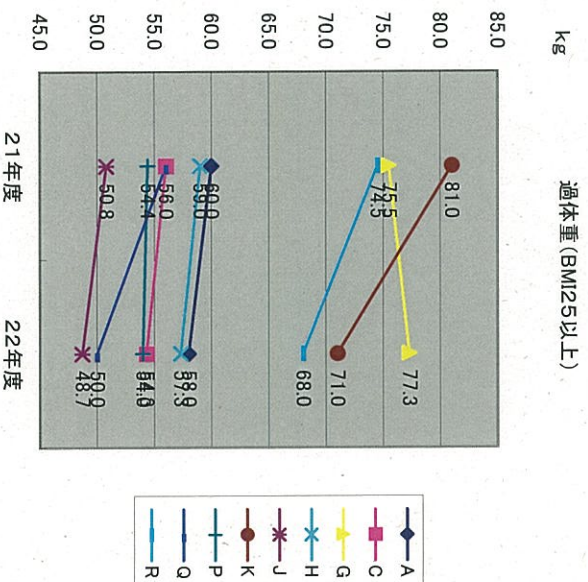
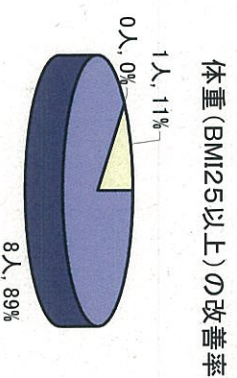
○男性85cm以上、女性90cm以上

減少	維持	増加	改善および現状維持の割合
9人	0人	1人	90%

腹囲(cm)			
	21年度	22年度	差
A	97.0	96.0	-1.0
F	85.0	80.0	-5.0
G	95.0	96.0	1.0
I	94.0	84.0	-10.0
J	90.5	88.0	-2.5
K	95.0	86.0	-9.0
L	92.5	88.1	-4.4
M	92.0	87.0	-5.0
Q	98.2	88.0	-10.2
R	102.0	94.0	-8.0
平均	94.1	88.7	-5.4

※Kは20年度健診データとの比較

※上記10人を含めた対象者20人中14人(70%)で腹囲の減少(平均88.7cm→86.2cm、-2.5cm)がみられた。



資料4. 糖代謝

○空腹時血糖値(100mg/dl以上)

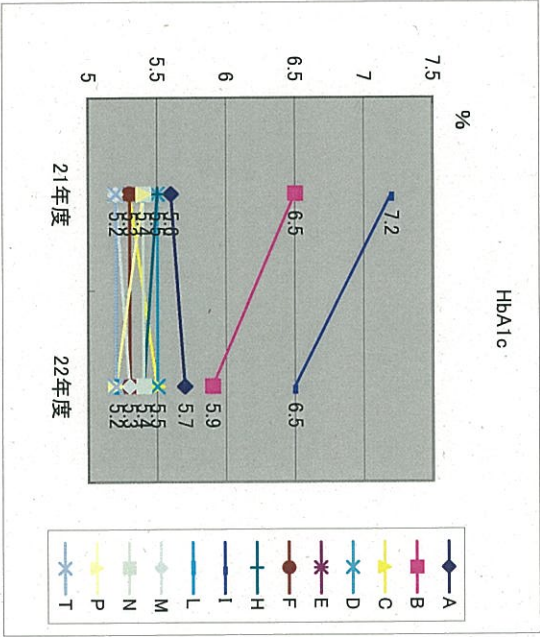
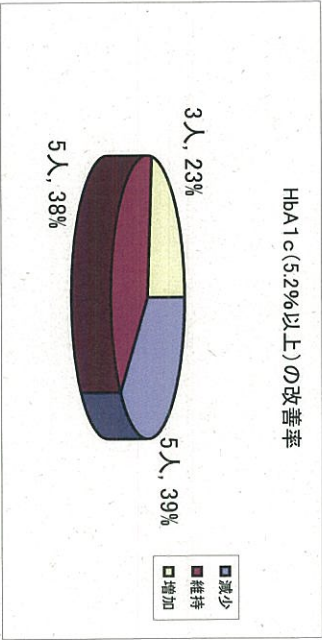
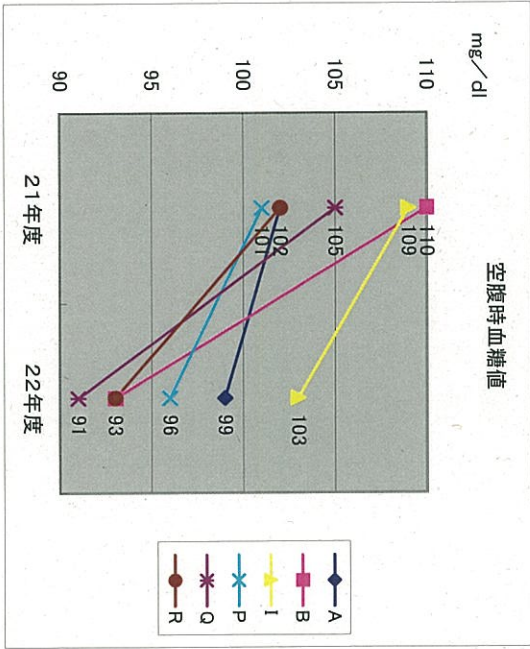
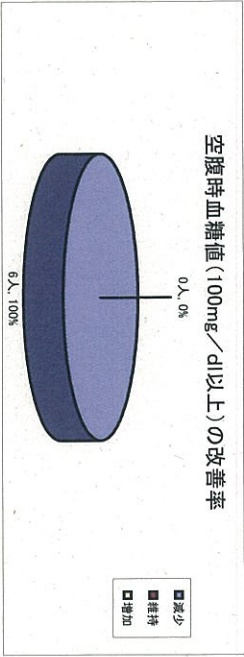
減少	維持	増加	改善および現状維持の割合
6人	0人	0人	100%

空腹時血糖値			
	21年度	22年度	差
家族歴			
A	102	99	-3
B	110	93	-17
I	109	103	-6
P	101	96	-5
Q	105	91	-14
R	102	93	-9
平均	104.8	95.8	-9.0

○HbA1c(5.2%以上:JDS値)

減少	維持	増加	改善および現状維持の割合
5人	5人	3人	76.9%

HbA1c(%)			
氏名	21年度	22年度	差
家族歴			
A	5.6	5.7	0.1
B	6.5	5.9	-0.6
C	5.3	5.5	0.2
D	5.5	5.5	0.0
E	5.3	5.3	0.0
F	5.3	5.3	0.0
H	5.5	5.4	-0.1
I	7.2	6.5	-0.7
L	5.4	5.2	-0.2
M	5.2	5.3	0.1
N	5.4	5.4	0.0
P	5.4	5.2	-0.2
T	5.2	5.2	0.0
平均	5.6	5.5	-0.1

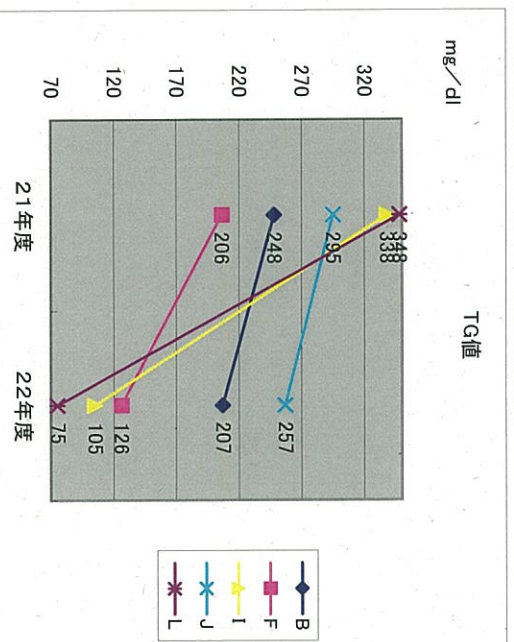
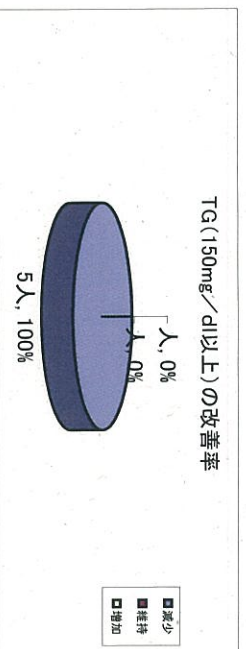


資料5. 脂質代謝

OTG(150mg/dl以上)

減少	維持	増加	改善および現状維持の割合
5人	人	人	100%

	TG値(mg/dl)		
氏名	21年度	22年度	差
B	248	207	-41
F	206	126	-80
I	338	105	-233
J	295	257	-38
L	348	75	-273
平均	287	154	-133



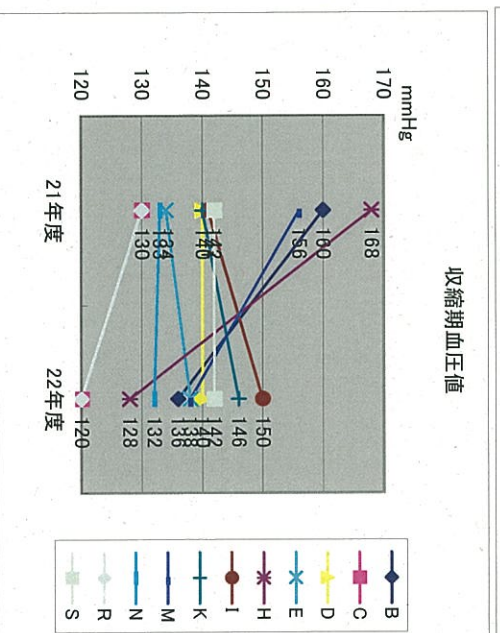
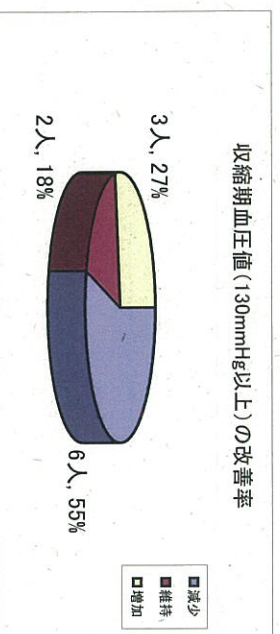
※HDL値異常者(40mg/dl未満)は1名のみ。39mg/dl→41mg/dlへと改善がみられている。
LDL値異常者は14名あったが、改善者は6名(42.9%)にとどまっている。

血圧

○収縮期血圧値(130mmHg以上)

減少	維持	増加	改善および現状維持の割合
6人	2人	3人	72.7%

	収縮期血圧値(mmHg)		
氏名	21年度	22年度	差
B	160	136	-24
C	130	120	-10
D	140	140	0
E	134	138	4
H	168	128	-40
I	141	150	9
K	140	146	6
M	156	138	-18
N	133	132	-1
R	130	120	-10
S	142	142	0
平均	143	135	-7.6

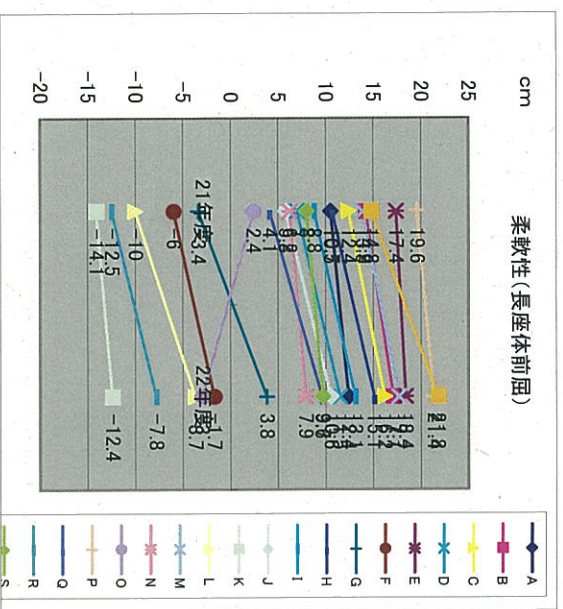
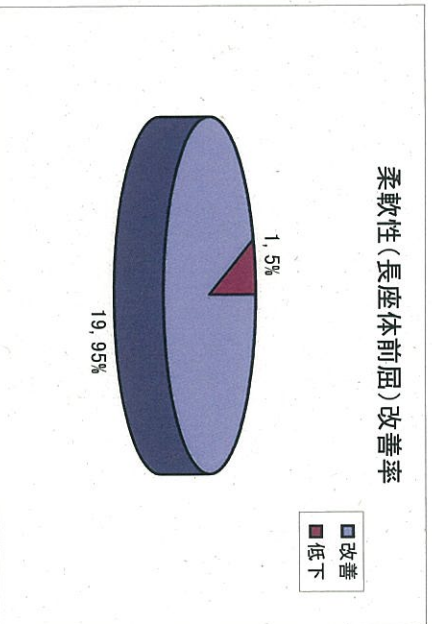


※拡張期血圧値の異常者(85mmHg以上)は1名のみ。90mmHg→82mmHgへと改善がみられている。

資料6. 体力について

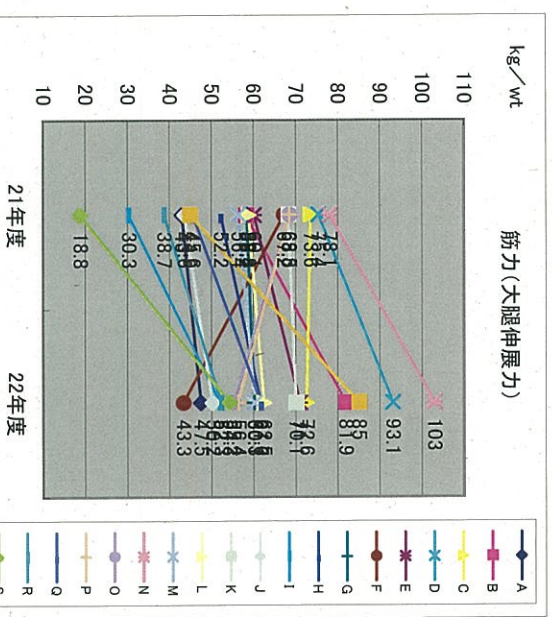
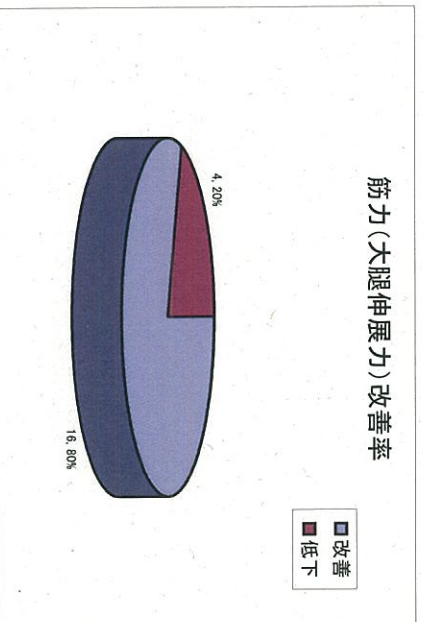
○柔軟性(長座体前屈:cm)

20名中19名(95%、平均+3.4cm、伸び率61.8%)で改善がみられている



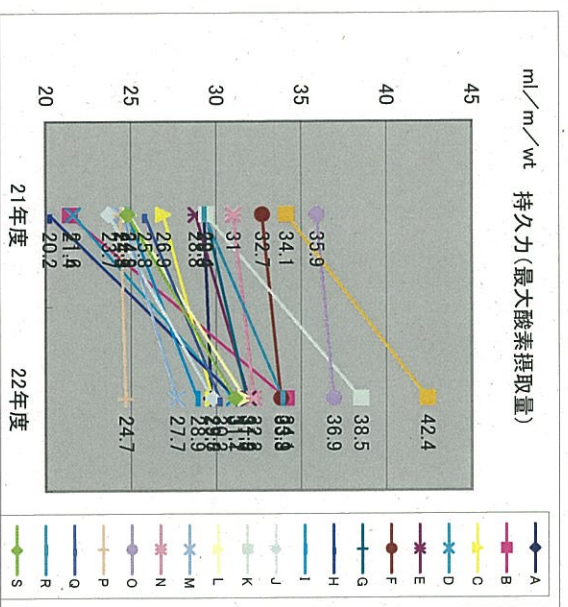
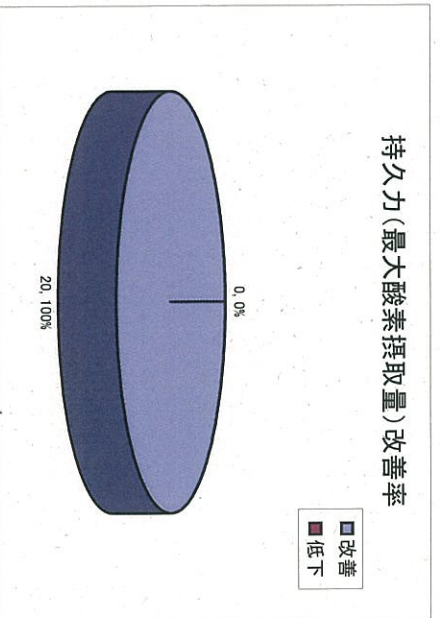
○筋力(大腿伸展力:kg/wt)

20名中16名(80%、平均+9.3kg/wt、伸び率16.7%)で改善がみられている



○持久力(最大酸素摂取量:ml/m/wt)

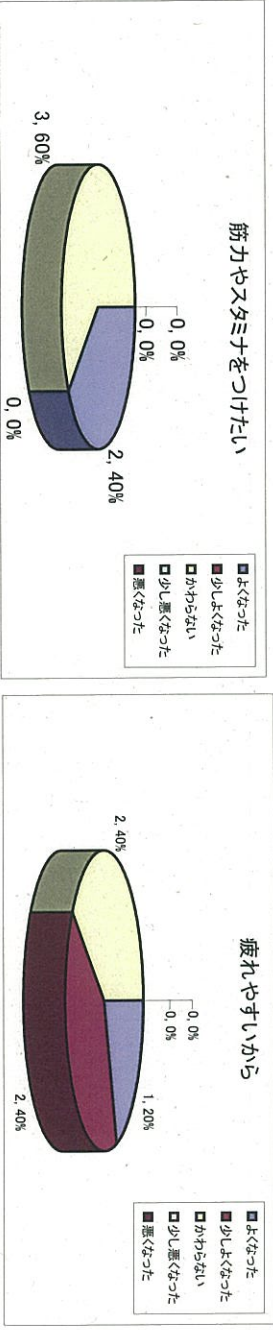
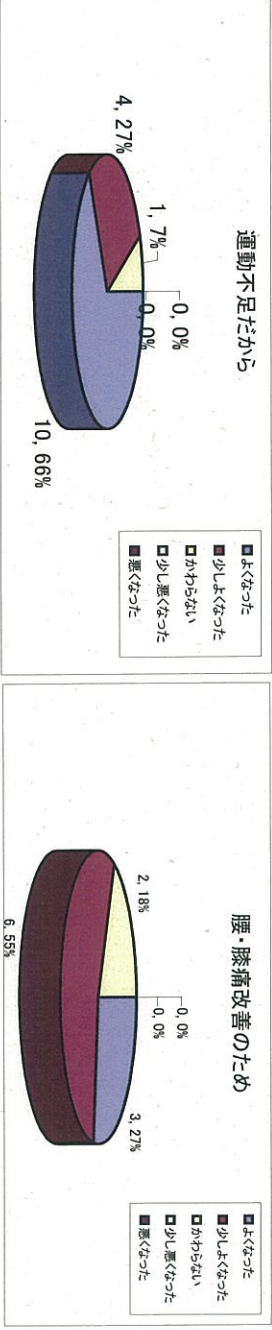
20名全員(100%、平均+4.9ml/m/wt、伸び率18.1%)で改善がみられている



資料7. 聞き取り調査集計結果

○運動を始めた動機：改善状況

項目	よくなった	少しよくなった	かわらない	少し悪くなった	悪くなった	改善率
運動不足だから(15名)	10	4	1	0	0	93.3%
腰・膝痛改善のため(11名)	3	6	2	0	0	81.8%
やせたい、体重を減らしたい(8名)	2	5	1	0	0	87.5%
肩こり改善のため(3名)	1	1	1	0	0	66.7%
疲れやすいから(5名)	1	2	2	0	0	60.0%
筋力やスタミナをつけたい(5名)	2	3	0	0	0	40.0%



○生活習慣・健康状態の変化：聞き取り(対象者20名、運動を始めた動機との重複回答あり)

食事に気をつけるようになった	6	体調が良くなった	2
膝、腰の調子が良い	5	体力の向上を実感できる	2
ウエストが細くなった	5	風邪をひかなくなった	1
気持ち前向きになった、気分が良い	4	食事がおいしくなった	1
動くこと・歩くことを意識するようになった	4	便秘が良くなった	1
からだが軽くなった	3	からだ若返った気がする	1
整骨院に行く回数が減った	3	幼い頃から病弱で体力がつかなくて思いもなかった	1
睡眠状態が改善された	3		

(件)

Ⅲ 福津市

1 市町村の概要

(1) 人口等

人口	合計	56260 人
	男	26395 人
	女	29865 人
高齢化率		24.90%
国保加入率	加入者数	15257 人
	加入世帯数	8470 世帯

(平成23年1月31日現在)



図1 福津市位置図

(2) 市町村の特徴

面積	52.70km ²
地勢	福岡県の北部に位置する福津市は、旧福岡町と旧津屋崎町が平成17年1月に合併して生まれた。福岡市と北九州市の近隣に位置し、東西10.0km、南北13.0km、東部を山、西部を海に囲まれている。市の西に広がる玄界灘に翼を広げたような地形をしており、特に、海岸一帯と宮地嶽神社周辺の山林は昭和31年に玄海国定公園に指定され、風光明媚な自然景観を形成している。
産業	福津市は宮地嶽神社や津屋崎・福岡海岸などを中心とした観光レジャーシヨンの場として、また、対馬海流の影響を受け、冬でも比較的温暖な気候を利用した野菜の促成栽培など施設園芸が盛んで、新鮮な食料品の生産供給地域としての役割をもっている。特産品としては、果肉が黄色く、上品な甘さが人気の「クリームスイカ」をはじめ、県内有数の産地といわれるプロッコリー、水はけの良い土壌を生かした「みのぶち大根」やゴボウ、イチゴの栽培も盛ん。

2 健康づくり施策

(1) 健康づくりに関する基本方針

福津市総合計画において、7つの分野別目標像のひとつに「みんなが安全に、安心して暮らせるまち」を掲げている。

さらに、分野別の基本方針のひとつを「お互いの暮らしをみんなで支える」とし、施策展開の方針「健康な暮らしを支えるしくみをつくる」を具現化する施策として、「家庭、学校、地域での食の大切さを学ぶ食育をすすめるため、食育推進計画を策定する」「健診・検診事業を充実、健康寿命の延伸に努める」「気軽に取り組める健康づくり情報の提供やウォーキングプログラム作成など健康づくり事業を充実する」とした。

(2) 健康増進計画

《計画の位置づけ》

健康ふくつ21計画は「福津市総合計画」の保健分野や健康づくり分野を担う計画であり、国の「健康日本21」や福岡県「いきいき健康ふくおか21」と整合性を保つとともに、「福津市地域福祉計画」や「介護保険事業・福津市高齢者保健福祉計画」、「福津市子どもの国基本構想」などの分野別計画及び「地域計画づくり計画」との整合性を保ち、健康な都市づくり

を総合的に推進するための指針となるものである。

《健康な都市づくりの目標（基本理念）》

市民一人ひとりが健康について学び、自分自身の健康づくりに取り組んでいくことを基本として、地域全体で支え合いながら、市民の笑顔あふれるまちづくりをめざしていくこととし、計画の基本理念を『ともに支え、笑顔あふれる健康都市・ふくつ〜健康づくりは、幸せづくり、まちづくり』としている。

《計画の基本方針》

①市民の主體的な健康づくりの推進②健康づくりを支えあう地域づくり③市民の取り組みを支える環境づくりを基本的な方針として、推進している。

《計画期間》

平成１９年度から２８年度までの１０年間（平成１９年度～２３年度「前期５ヵ年計画」・平成２４年度～２８年度「後期５ヵ年計画」）とし、計画の進捗状況や社会情勢の推移等を踏まえながら、平成２３年度に中間見直しを行う。

(3) 各施策の実施体制

	担当部署	実施形態
健康づくり事業 (ホピュル・シヨリア・ローチ)	いきいき健康課 保健指導室	一部委託（健康パラダイス事業：運動機器などを利用した運動指導やストレッチ教室、健康体操教室、エアロビクス教室、健康相談など）
がん検診実務	いきいき健康課	委託
生活機能評価	高齢者サービス課	委託

3 特定健診・保健指導事業

(1) 実施状況

	H20 年度	H21 年度
特定健診対象者数	9869 人	9942 人
特定健診受診率	31.3%	31.8%
保健指導利用率	32.2%	53.2%
保健指導実施率	21.0%	41.6%

(2) 健康増進計画との連携状況

健康ふくつ21計画の基本方針に、市民が「自分の健康は自分で守る」という意識のもと、それぞれの健康観に基づき主体的に取り組むことの大切さをうたい、病気の原因を予防していく〜一次予防の考え方を重視して、市民の健康に対する関心を高め、健康づくりに取り組む意識を広く啓発していくことを掲げている。

この基本方針に基づき、啓発事業として、特定健診の健診会場において「生活改善を意識づけるため」の個別指導を実施したり、健診の結果をもとに対象者をしぼった保健指導や健診結果の見方を解説する健康講座などを開催している。

(3) 特定健診・保健指導の実施体制

	担当課	係	実施形態
実施計画立案	市民部市民課	保険年金係	
予算	市民部市民課	保険年金係	
健診実務	健康福祉部 いきいき健康課	健康づくり係	委託
保健指導実施	健康福祉部 保健指導室	保健指導係	平成22年度から一部委託

(4) 特定健診・保健指導事業の特徴

別添「特定健診・保健指導事業の具体的な実施状況（特徴）」参照

4 モデル事業実施状況（特定保健指導モデル事業）

(1) 事業目的

平成 22 年度からの取り組み。初年度は、CKD 対策として健診結果を分析し、保健指導の重点化（CKD 対策）を行い、保健指導が効果的に行えるよう地域での支援体制づくりを行った。

(2) 実施方法

保健指導症例検討会の実施：地域の糖尿病・腎臓病専門医により、対象者（CKD 対策として重点化した対象者）に対する保健指導事例についてアドバイスを受け、効果的な保健指導方法や地域での支援体制構築に向けて検討を行う。

(3) 結果及び考察

地域での CKD 対策において、対象者の支援を行う時に必要なことは、

- ①対象者が自らの身体の状態を知ること、
- ②対象者が予防への意欲を持つこと、
- ③対象者の専門医療機関への継続的受診、
- ④個別性の高い食事・生活指導

であると考える。これらの支援が対象者に継続して提供され、さらに質が高められていけば、結果的に慢性腎臓病の悪化防止につながっていくのではないかと考える。前述の①～④に深く関係することが、

- ⑤医療機関との連携 という問題である。

これら 5 点について、各講師との検討会において示唆を得、自分達の中で考えることができただので、以下にまとめた。

① 対象者が自らの身体の状態を知ることについて

自分の腎臓の状態をわかっていただき、悪くなってしまう前に食事療法等を実践してほしいという気持ち保健指導者には強くあるが、かなり悪くならないと自覚症状が出ない腎機能の悪化を、対象者にイメージさせるのは容易ではない。腎専門医が講義で紹介したのは、治療前のクレアチニンの上昇角度が治療後に変わったことが治療効果である、と患者に見せて説明している「クレアチニン推移グラフ」であった。一目でわかり、こんな見せ方があるのだと感激した。これをヒントにして、保健指導者になじみが深く市民にとってわかりやすい eGFR に

変えて、eGFR 推移グラフを作成してみた。今までも eGFR の推移を見るためのグラフはあったと思うが、長期間の記録ができるものがなかった。時間軸の幅を狭くすることによって、時と場合によって変動する腎機能の大局をつかめるようにした。作成した eGFR 推移グラフは、最初の指導や継続した食事指導の効果を見る時に使い始めたところである。対象者の反応としては、このまま放置すればどれくらいで人工透析に至ってしまうのか見通しができ、食事療法等を実施すると悪化する角度が緩くなったなど、一目でわかるようであった。

② 対象者が予防への意欲を持つことについて

医療について詳しい知識のない対象者が、予防への意欲を継続して持ち続けるためには、自分の検査結果と生活との関係を保健指導者が結びつけ、自分の意識と行動次第で身体は変わると実感してもらうことが必要であることを、今回のモデル事業を通して改めて痛感した。最初は受け身の姿勢であった対象者が、検査結果と生活を結びつけ繰り返し指導することで、自分の身体に興味を持ち、症状で判断することなく数値に関心を示すなど、徐々に積極的になっていった。

③ 対象者の専門医療機関への受診について

腎臓病の治療は基本的には食事療法であるので薬処方のための通院ではない。定期的な通院は、血液検査や尿検査結果で腎機能の評価を行うために必要である。この通院目的を、医師としても短い診療時間では患者に伝えきれないこと、患者自身も通院の必要性として理解していないことが多い。地域で予防活動をしていくためには、原因の診断や治療方針の決定、悪化予防のため専門医療機関へ一度は受診し、必要に応じて定期的に受診するケースもあると考えられる。

④ 個別性の高い食事・生活指導について

モデル事業前は、腎臓病悪化防止のためには、まず食事指導からと思っていたが、医師から、勤務地が近くなって身体活動量が穏やかになった人が、それだけで検査データ改善した事例をクレーン・推移グラフで見せてもらった。やはり、生活リズムや対象者の生活全体を把握したナーメイトの保健指導が必要だと納得した。また専門医にかかっていても、食事の指示量を指導されていない人が多い事に不満を持っていたが、主治医の「減塩、低蛋白食を実施したために、エネルギー不足から多臓器不全に陥るケースがあるために慎重になっている」という思いを理解できたことも収穫であった。

⑤ 医療機関との連携について

医療機関が対象者の身体についてどう説明しているか、どんな治療方針なのか、このモデル事業の症例検討を通じて意見を聞くことができた。私たちが誤解していることもあった。医療機関と意動を一致させる、足並みを揃える、目標を共有するということだが、対象者が混乱しないために、対象者の意欲を高めるために必要であることがわかった。また、医師には私たちの活動を知ってもらうことができた。腎臓内科の医師に健診後クレーン・推移グラフや尿検査に異常のある人に保健指導をしていますと話す、医師は「塩分を減らすようにと言っている人ですか？そんなことは意味がない」と言われた。そうではなく、検査結果からわかる腎臓の異常、今後どのようにその経過を自分で見ていったらいいか、健診の大切さについて話す、と伝えると「それは大事なことです。そんなことだったらどんなにいい方いい」と言ってもらった。また講義終了後に「とても熱心ですね」と言ってもらった。連携の第一段階であるお互いを知ることができたのではないかと思う。

(4) 今後の課題

対象者は多いが、保健指導者が不足している状態である。このモデル事業に参加した保健指導者の中にも、CKD の継続的な保健指導を経験していない人もいた。このモデル事業に参加した後は、皆がCKD 保健指導従事者として活動できることも目標の一つなので、今後は実践と学習とを進行させていきたい。その支援が効果的であるか、ケース毎に評価していくことも必要である。

評価するための項目として検査データの改善 (eGFR 値等)、生活習慣の改善、定期的な医療機関受診、健診結果をもとにした自己管理能力の獲得 (最終目標) を考えている。評価が負担とならない、実用的な評価方法について今後検討していきたい。

5 今後の特定健診・保健指導事業について

(1) モデル事業の実践をどう活かすか

今回のモデル事業で地域の専門医としての工夫や患者への思い、事例や講義で身体メカニズムや、疾病と生活習慣のつながりをより深く学ぶことができた。また、直接話を聞くことで互いの職種の理解も深まった。CKD 対策にかかわらず、保健指導の基本は同じである。第一に、対象者に自分の身体の状態をわかってもらうこと、見えない身体のイメージを持てるよう指導すること。あきらめず、長期間にわたって対象者を支援していくことを社会資源を用いながら実践していきたいと思う。

(2) 健康づくり事業との連携

健康づくり事業で行っている健康診査時保健指導 (個別指導)、高度高血圧・糖尿病等予防保健指導 (個別指導) や特定健診結果翻訳講座 (健康教育) は人工透析や脳卒中、心血管疾患を未然に防ぐことを目的に行っている。本モデル事業で対象となる人は、それら生活習慣病が進行して腎臓が悪くなってしまった人なので、生活習慣病予防の一環であると考えている。

【福津市】 特定健診・保健指導事業の具体的な実施状況（特徴）

《健康診査時保健指導（個別指導）》

特定健診の会場で、受診者全員に対して保健指導を実施している。健診の履歴がある受診者には、今までの健診経年結果表を渡し、前回までの健診結果から本人が身体状況を理解するような保健指導を行っている。履歴がない受診者には、特定健診が内臓型肥満に着目した生活習慣病予防のための健診であることを説明し、当日得られる情報による保健指導を行っている。

★実績	実施回数	16回	指導人数	1,111人
-----	------	-----	------	--------

《高度高血圧、糖尿病等予防保健指導（個別指導）》

Ⅱ度高血圧（収縮期血圧180以上または拡張期血圧110以上）やHbA1c6.1%以上の人を対象に、把握後すぐに受診勧奨と、その後の受診確認と保健指導を行っている。

★実績	指導人数	延べ 70人
-----	------	--------

《慢性腎臓病予防保健指導（個別指導）》

健診で把握したeGFR40%未満または尿蛋白++以上など尿検査異常がある人を対象に、ガイドラインに基づいた受診勧奨と、腎臓を守るための指導を訪問等により継続して行っている。

★実績	指導人数	延べ 98人
-----	------	--------

《特定健診結果翻訳講座（健康教育）》

特定健診結果から身体の何がわかるのか、健診結果をどう読み解くのかを説明したうえで、自分の結果を評価し、なぜそのような結果になっているのか対象者自身に自分の生活を振り返りながら探ってもらい、生活習慣病の予防の動機付けを図る集団健康教育。特定保健指導の対象者や、健診結果で所見なしの方は除き、健診結果の郵送時に教室の案内チラシを同封している。

★実績	実施回数	13回	参加人数	142人
-----	------	-----	------	------

《平成17年度健診結果による目標》

健康ふくつ21計画では、平成17年度の健診結果をもとに分野ごとの目標を設定した。

※平成18年度の対象は住民健診受診者、平成20年度、21年度は特定健診受診者となる。

項目	性別	平成18年度 (%)	平成28年度 (%)
受診者数		4,440人	10,000人
BMI値25以上の人の割合	男性	23.5	15以下
	女性	16.4	13以下
血糖値が空腹時100以上	男性	32.7	25以下
（境界域）の人の割合	女性	19.8	15以下

★実績	性別	H20年度	H21年度
受診者数	全体	3295人※	3485人※
※年度途中の異動者も含むため、法定報告の数値とは異なります。	男性	1374人	1468人
	女性	1921人	2017人
BMI値25以上の人の割合	男性	23.1% (318人)	22.1% (324人)
	女性	16.4% (315人)	14.1% (284人)
血糖値が空腹時100以上	男性	44.4% (610人)	43.1% (632人)
（境界域）の人の割合	女性	25.9% (498人)	24.2% (489人)

【福津市】 特定健診・保健指導事業の特徴

○特定健診

期間	平成22年4月から平成23年3月（宗像医師会健診センター） 平成22年6月から12月（健診機関）	
実施方法	集団方式（宗像医師会、1健診機関に委託）	
健診場所	市保健センター2、医師会健診センター、自治公民館1、小学校1、その他1	
個別通知	対象者全員に通知 受診案内、受診票の一括送付	

◇健診は30歳以上を対象にしています。

◇健診場所1箇所を除いて、がん検診と同時に実施している。

◇小さい子どもさんをお持ちの方が受診しやすいように、託児つきの健診日（7日）を設けている。
◇レディースデーを新設、医師・問診・婦人がん検診技師等、原則的に女性スタッフが担当し、女性が受診しやすい環境を整えた。

◇生活習慣改善の必要性が高い対象者を発見するために、健診項目を充実した。

・ 健診から腎機能の状態を把握し早期に介入できるようにクレアチニン検査・尿酸検査・尿潜血検査を追加した。

・ 空腹時血糖のみでは軽度の高血糖を発見することができないため、HbA1c検査を追加した。
◇詳細な健診項目（眼底・心電図検査）実施基準を緩和して、腹囲またはBMIかつ、血糖、高血圧、脂質異常のうち2項目の合計3項目を満たす場合にも、眼底、心電図検査を行い、早期介入につなげた。

◇節目健診を年4回実施し、年齢・性別に応じて、骨粗しょう症健診・成人歯科健診を実施している。

対象者	追加できる項目
45. 55. 65歳の女性	骨粗しょう症健診のみ
40. 50. 60. 70歳の女性	骨粗しょう症健診、成人歯科健診
40. 50. 60. 70歳の男性	成人歯科健診のみ

○特定保健指導

実施方法	直営	健診機関に委託（H22年度から）
積極的支援	個別面接（初回）と集団指導の組み 合わせまたは個別相談のみ	個別指導
動機付け支援	個別面接（初回）と集団指導の組み 合わせまたは個別相談のみ	個別指導
実施期間	平成22年7月から平成23年3月	平成22年11月から平成23年3月
通知方法	個別通知	

《特定健診個別相談会》

◇特定健診の結果、特定保健指導（積極的支援・動機付け支援）に該当する受診者で優先順位の高い順に「特定健診個別相談会」の案内を送付、健診結果は当日会場で渡している。

◇相談会には、できるだけ家族、特に食事を担当している家族の同席をお願いしている。

◇積極的支援対象者には、初回面接として保健師が60分かけて、体の状態の理解と改善目標の設定、今後の支援計画の説明と同意の確認をし、生活習慣予防講座（集団指導）への参加を促す。

◇動機付け支援対象者にも、保健師と管理栄養士ふたりで60分とり、体の状態の理解と改善目標の設定、今後の支援計画を作成する。併せて、栄養における生活習慣改善に必要な実践的な指導を行う。また、生活習慣予防講座への参加を募る。

★実績	実施回数	35回	出席者数	149人
-----	------	-----	------	------

《「積極的支援」「動機付け支援」の一般的な指導方法とスケジュール》

①生活習慣病予防講座（直営・集団指導）

※参加者は個別相談会（「積極的支援」「動機付け支援」）の希望者

支援回数	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目
支援の種類	初回面接	継続的な支援			中間評価	評価
	特定保健指導結果相談会（個別通知）	1回目の講座	1回目から1週間後の2回目の講座	2回目から1週間後の3回目の講座（最終講座）	講座が終わって1ヶ月後	健診から6ヵ月後
方法	個別支援	生活習慣病予防講座1講座（定員8名のグループで実施）	生活習慣病予防講座2講座（定員8名のグループで実施）	生活習慣病予防講座3講座（定員8名のグループで実施）	電話または面談または訪問	電話または訪問
時間	60分	120分	120分	120分	必要に応じて	必要に応じて
支援内容	体の状態の理解と目標設定、今後の支援計画の同意の確認（保健師）	適正なバランス・量・カロリーについて学習（講師 管理栄養士）	実際の量・バランスについて（計量実習）	学習した知識を日常生活に生かすための応用（講師 管理栄養士）	取り組み状況の確認・評価と再アセスメント（担当保健師）	設定目標が達成されたか、継続できそうか。身体状況や生活習慣の変化が見られたかについて確認する。体重・腹囲の変化。（管理栄養士・保健師）
				アルコール、甘い物、果物、油のとり方（講師 管理栄養士）		
実施回数	特定保健指導相談会38回／年	生活習慣病予防講座 13クール／年			参加者の希望により	参加者の希望により

②個別保健指導「積極的支援」

(直営)

支援回数	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目
支援の種類	初回面談	継続的な支援				評価
方法	個別支援 (保健師)	1ヵ月後 個別支援 (管理栄養士)	2ヵ月後 電話(担当 保健師)	3ヵ月後 電話(担当保健師)	4ヵ月後 電話(担当 保健師)	6ヵ月後 個別支援 (担当保 健師)
時間	60分	60分	5分	5分	5分	20分

(委託 平成22年度から)

支援回数	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目
支援の種類	初回面談	継続的な支援				評価
方法	個別支援	1ヵ月後 電話	2ヵ月後 レターB	3ヵ月後 個別支援	5ヵ月後 レターB	6ヵ月後 個別支援
時間	40分	5分	1往復	30分	1往復	30分

③個別保健指導「動機付け支援」

(直営)

支援回数	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目
支援の種類	初回面談	継続的な支援				評価
方法	個別支援	1ヵ月後 電話	2ヵ月後 レターB	3ヵ月後 個別支援	5ヵ月後 レターB	6ヵ月後 個別支援
時間	60分	5分	1往復	30分	1往復	30分