



“^{つくも}九十九クラブ”発足にあたって

厚労省によると日本では65才以上の人たちがすでに3,000万人を超え、これからも増加傾向がさらに続くことが想定されている。これまでのように高齢者が若い人達に寄りかかって生きるのでは、日本経済が次第に疲弊することが目に見えている。年寄りでも健康な人は体力に合わせて積極的に働くことが社会的な要請と言える。

この度発足した“九十九クラブ”は99才まで現役で人生を過ごすことをフィロソフィーとする人たちの集まりで、私もその一員となった。入会条件は、①入会時65才以上 ②税金を払っている ③社会的に現役 ④99才まで社会的に活動する意欲を持つなどである。会員は上場会社社長、私立大学理事長、大病院院長、自由業など錚々たる人たちが30余名顔を揃えている。“九十九クラブ”は少子高齢化が進む社会の中で、高齢者がメンタル・フィジカル両面の健康維持増進に努め、老害を排して社会活動が続けることを推奨し、同時に若い方々の活躍の場を作りサポートして、日本全体に活力を取り戻すことを目的としている。“九十九クラブ”の今後の活躍が楽しみである。

CONTENTS

第42回 生活習慣病指導専門職セミナー 「生活習慣病指導の実践」

「政府戦略:データヘルスを活用する時代」…………… 2
— データに基づく保健指導の最前線 —
古井祐司●ふるい ゆうじ
東京大学政策ビジョン研究センター
健康経営研究ユニット 特任助教
ヘルスケア・コミッティー株式会社 代表取締役会長

「その気にさせる運動療法のコツ」…………… 12
— モチベーションアップのために必要な運動支援 —
星野武彦●ほしの たけひこ
太田西ノ内病院 運動指導科 科長

振興会 In Action …………… 24

HEALTH FORUM

老いの坂道…………… 28
西 忠久●に いただひさ

第42回 生活習慣病指導専門職セミナー

「生活習慣病指導の実践」

「政府戦略:データヘルスを活用する時代」 ー データに基づく保健指導の最前線 ー

古井祐司●ふるい ゆうじ
東京大学政策ビジョン研究センター
健康経営研究ユニット 特任助教
ヘルスケア・コミッティー株式会社
代表取締役会長



はじめに

日本は、「国民皆保険制度」を導入していますが、この制度は先進国のすべてが有するものではありません。したがって、「国民皆保険制度」を活用した予防政策を行うことはわが国の特徴のひとつです。

先進国のほとんどが医療の制度を持っていますが、日本の医療制度の特徴を知る上で、例えばイギリスを含む北欧諸国で医療にかかった時には、患者本人の負担がほとんどありません。これに対し日本で医療にかかった時には、病気に罹っている人も罹っていない人も含め皆で負担するという社会保険方式であり、患者本人の負担は15%程度になります。現役で働いている人の医療費は3割負担ですが、高齢者も入れた形で全国的に均していくと平均15%にすぎません。逆にいうと、医療にかかった時でも皆で85%を負担しているので、患者本人が医療費のコストだけを見て、これはたいへんなことなのだと気が付くのが難しく、健康行動を起こしにくい構造になっています。

さらに、日本は他の先進諸国以上に、少子高齢化のスピードが速いのです。そして当然のことですが、加齢とともに心筋梗塞などの冠動脈疾患やがんなどの病気の発症割合が高まります。つまり、少子高齢化が速く進むということは、病気に罹った人を治すだけでなく、社会全体で今後増えていく病気に罹る人への事前でのリスク改善と、何とか今の健康状態を維持するというのが重

要になってきます。そのため政府戦略として、予防や健康管理についての仕組みづくり、財源配分を強めようとしています。

今回の講演では、成長戦略下での予防・健康管理の推進に関する新しい仕組み作り、データヘルスを活用し医療保険制度の中でどのように健康づくりを進めていくのか、核となる保健事業は何かなど、今までのモデル的な取り組みの成果を報告し、最後に保健指導の今後についてお話したいと思います。

■ 日本の予防事業の動向 ■

前述したように日本は医療保険制度の中で予防や健康管理を実現しようと考えています。では、現在、予防・健康管理にどの程度財源の配分をしているのでしょうか。医療費には40兆円弱が充てられています。高齢化が進んできていますので、これが減ることはないと思いますが、それに対して、予防や健康管理の財源は、企業の健保組合や自治体国保の保健事業などを合わせても約4千億円なのです。そうすると予防・健康管理の財源は医療費の100分の1にすぎない現状であり、これをどのように活性化するかが課題です。

少子高齢化のもと、医療保険制度も構造的な課題を包含する中で、予防をもっと取り込んでいこうと様々なことが行われ始めました。国民全員を対象とするのなら、国民皆保険制度を活用して健康管理や予防をしていこうと。また、生活習慣病は個々に自覚がないため、本人の努力だけで徹底できるものでもないで、健康行動を促す仕組みがあったほうが良いのではないかとというように、治療モデルから予防モデルへのパラダイムシフトが必要なわけです。

そして2013年6月に政府戦略の一環として「予防・健康管理の推進に関する新たな仕組みづくり」が閣議決定されました。これは、すべての国民をカバーしている医療保険を活用する方策です。

<資料1> 医療保険における運営 データヘルスの推進に関する政府の方針

○健康・医療戦略：（平成25年6月14日 閣議決定）

保険者によるレセプト等データの分析・利用が全国展開されるよう国による支援や指導を行うことを検討する。具体的には、①加入者の健康づくりや予防活動の促進が保険者の本来業務であることを周知、②医療費分析システム利用を促進するとともに、医療費分析に基づく事業に関して国が定める指針の内容を充実させる等により、保険者の取組を促進する。被用者保険に関しては、「健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」を今年度中に改定し、平成26年度中には、全ての健康保険組合に対しレセプト等のデータの分析、それに基づく事業計画「データヘルス計画(仮称)」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求める。

○日本再興戦略：（平成25年6月14日 閣議決定）

健康保険法等に基づく厚生労働大臣指針(告示)を今年度中に改正し、全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画(仮称)」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。

資料1に示す政府の健康・医療戦略の目玉の一つである「データヘルス計画」は、データを活用して人と組織を動かし、健康づくりの効果をあげることをねらいとしています。現在、国全体で見渡して標準化しているものはレセプトデータや健診データ、保健指導のデータです。一部、問診データもあります。電子的に蓄積が進んできたこれらのデータを使って、健康づくりを進めていこうとしているのです。それは医療保険制度を活用した加入者(国民)全体への網掛けとなります。

ーデータヘルス計画導入の背景とはー

データヘルス計画の導入にあたっての国からのメッセージは、「あらゆるステークホルダーの協力を得て、社会環境の整備をしてください」ということです。協力を得るためにデータを上手に使い、基本的には集団アプローチをベースとし、さらに、その上に、国民個々への行動変容と健康行動をずっと継続できるような個別アプローチを組み合わせる効果を促そうというのがデータヘルス計画における基盤となる事業です。

モデルとなる保険者の計画策定のときの要件と

して、短期的な医療費削減の視点だけでなく、健康増進を通じて医療費の発生そのものを減らすような中長期的な視点を重視することが掲げられました。それが国民のQOLを上げていき、少子高齢化の中で、70歳、80歳まで元気で仕事をしたりボランティアをしたりしながら地域社会を支えていくことを実現しようというメッセージです。

ー高まる健康経営の重要性ー

2011年3月2日号のNewsweek日本版が「儲かる健康経営最前線」というタイトルで特集を組みました。

<資料2>



「健康経営」は、大阪ガス統括産業医の岡田邦夫先生が提唱されて作られた経営手法です。従業員の健康を企業の重要な経営課題と位置づけて取り組む姿勢が注目されています。従業員が元気になると生産性が上がるのはもちろんですが、健康づくりに積極的な集団は社会が評価するのです。

2011年に経済産業省調査研究事業の中で、ヘルスケア・コミッティー社と日本政策投資銀行、電通が共同で健康経営をしている企業を評価する取り組みをしました。例えば、従業員の健康づくりを積極的に行っている企業・法人を評価し、金利優遇というインセンティブを付与する商品が開発・導入されました。この事業は、OECDでの会議に参加した際、海

第42回 生活習慣病指導専門職セミナー

外で非常に話題になりました。日本は国の政策への企業の巻き込み方が弱いと言われている中で、この仕組みは高く評価されました。

2011年春に始まったこの制度により、昨年(2013年)初めて医療法人財団博愛会(福岡県)が健康経営の格付けを取得され、日本政策投資銀行の「健康格付融資」を受けました。金利優遇で借りたお金の一部を活用して、「健康食堂」を開設しました。今までの従業員向けであった食堂をリニューアルして地域住民にも開放して「ヘルシーランチ」を提供する計画を立て、2014年3月にオープンさせました。また、博愛会の中には「健康経営推進室」が設けられており、従業員の健康づくりを進める目的で、職場内の自動販売機に特定保健用食品(トクホ)の飲料を導入しました。トクホのジュースやお茶は割高なため、その差額を「健康経営推進室」が補助するかたちで、他の飲料と同じ価格で販売しています。健康格付けマークのある自販機を設けることで、従業員だけでなく患者さんがそれを目にしても「何か面白いことをやっていますね、なんでこんなことやっているのですか」という話題になり、健康を意識するきっかけになるという点でも有意義なようです。このようなことが集団アプローチとしての環境整備にもつながっているのではないかと思います。健康保険組合や協会けんぽだけが頑張るのではなく、企業(事業主)が協働してヘルシーカンパニーになっていこうとする姿勢が重要です。

東京商工会議所でも、企業で働く人の健康増進を推進するための支援を政府に提言しました。**資料3**に示すように、頑張った企業には、将来的な税制の優遇、あるいは保険料の軽減、健康経営の格付けなど、いろいろ応援する仕組みを考えてもらおうという提言です。

厚生労働省の労働基準局の検討会でも、頑張って従業員の健康づくりを行っている企業を表彰しよ

<資料3>



経済界からも健康経営の推進を
2013年10月に政府に提言

政府への提言

企業で働く人の健康増進を推進するための支援

1. 健康増進に積極的な企業・個人の取り組み支援

- (1) 健康増進や健康経営(ヘルシーカンパニー)に積極的に取り組む中小企業の顕彰制度
- (2) 企業・個人へのインセンティブの付与(税制優遇・保険料軽減・健康格付等)

2. 企業・個人の健康増進を促す仕組み・産業の育成

- (1) 健康経営に関する研究と普及(中小企業における健康増進の成果の可視化、経営への影響評価など)
- (2) 企業や個人が活用できる情報の一元化・情報提供体制の整備
- (3) 保険者との連携による新たな事業の開発、健康産業の育成、規制緩和

3. 保険者(協会けんぽ・組合健保・国保等)間の連携

- (1) 健康診断の受診率向上に向けた取り組み強化
- (2) 健康増進に向けた事業・各種イベントの広域的な連携
- (3) 健診データを業種や職種、地域毎に分析し、リスク管理や予防に活用

う。そして、ハローワークなどで、真摯に従業員のことを大切に思い、健康づくりに力を入れ頑張っている企業を公表することによって、新人の採用などに有利になってくると、企業の経営トップにも健康づくりに対する意識変革を促せるのではないかと考えられています。

*「健康経営」は特定非営利活動法人健康経営研究会の登録商標

■ データを活用して人と組織を動かす ■

データというものは、分析しただけで何かを創造できるわけではありません。大事なのは、データを使って何を実現するかなのです。データを分析する目的として、一つは、施策立案に活用するということです。今までも自分の事業所や地域でデータを使って健康課題を挙げ、事業を行ったり、ハイリスクの人を抽出して資源を配分するなどは行われていたと思いますが、それを全国で、同じ業種、同じ地域の中で比べられるようになったのが大きいと思います。それによって、自集団の特徴の把握や事業の評価・改善に使いやすくなりました。

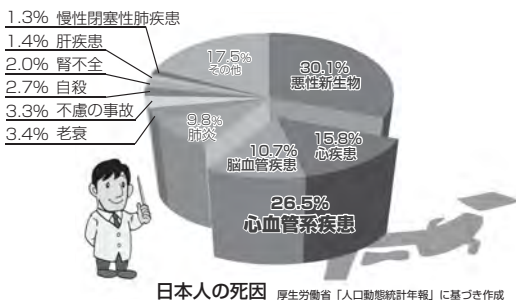
もう一つは、予防事業や健康管理は、関係者、例えば市役所であれば庁内の他の部署や医師会など、企

業であれば産業医や保健師、事務方の長など、周りの人をいかに巻き込めるかが重要で、そのための説得材料になると思います。しかし、一番大きなウェートを占めるのは、国民個々への健康づくりのための意識付けに活用されるものです。

予防を考えると、日本人の死因では、がんを含めた生活習慣病がいまだに大きな割合を占めています。

<資料4>

がんを含めた生活習慣病が主な死亡原因です。



また、要介護の3割は生活習慣病に起因しており、少子高齢社会の維持を困難にします。したがって、今後、労働人口が少なくなる中、社会を維持・運営するためには生活習慣病の予防も重要な要素のひとつとなります。

以下に、私たちが担当した事例から、環境整備の大切さを示したいと思います。

ー職場・地域の環境整備ー

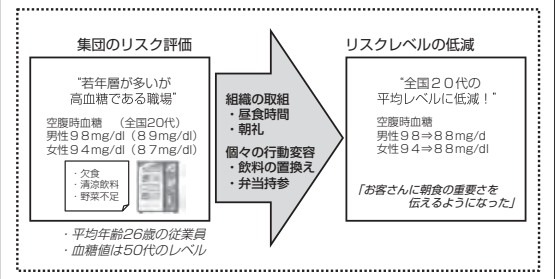
*集団特性に応じた職場環境の整備

始めに、従業員同士が影響しあって、健康改善を実現した企業を紹介します。私たち東京大学の研究チームは予防医学研究の一環で、3年程前に美容院事業を展開する企業に入り、従業員の健康チェックを行いました。この美容院は、平均年齢が26歳の男女で、健診をした結果、血糖値の平均が男性では98mg/dlあり、これは50代レベルの高い値でした。

<資料5>

【事例：集団特性に応じた職場環境の整備】

・健診データに基づき、事業所の特性（リスク）が可視化されました。
・特性と背景が把握されたことで、職場環境の整備および従業員個々の行動変容を促し、リスク（高血糖）の改善につながった事例です。



従業員の皆さんも「なぜこれほどまで血糖値が高いのだろう？」と首をかしげていました。

この背景には、朝食を抜いたり、接客に追われ昼食がほとんど食べられないケースが多いこと、またまった休憩時間が取りにくい環境下で、店長さんが良かれと思って置いた自動販売機の清涼飲料を、1日に何本も飲んでいたので。また、野菜不足であることも確認されました。そこで、清涼飲料には相当な糖分が含まれていることなどを伝え、1年後に再びこの美容院を訪ねて健康チェックを行ったところ、なんと血糖値は10mg/dlほど下がり、全国の20代の平均になっていました。職場ではどのような変化があったのでしょうか。

まず、昼食時間を設けて従業員が交代でお弁当を食べていました。また、自販機の中身が水やお茶に替わるなど従業員の働く環境が整っただけでなく、毎週送っているメルマガの中から、健康ネタを朝礼で話したり、従業員同士も健康づくりの話題で盛り上がるようになっていました。菓子パンばかり買ってくるメンバーには、同僚が「アンパンばかり食べていたら、血糖値が上がっちゃうよ」と仲間同士で会話を交わす環境が形成されていました。

最近は従業員を越えた波及効果もうかがえます。美容院に来たお客さんに「若くても朝食をぬくと太

第42回 生活習慣病指導専門職セミナー

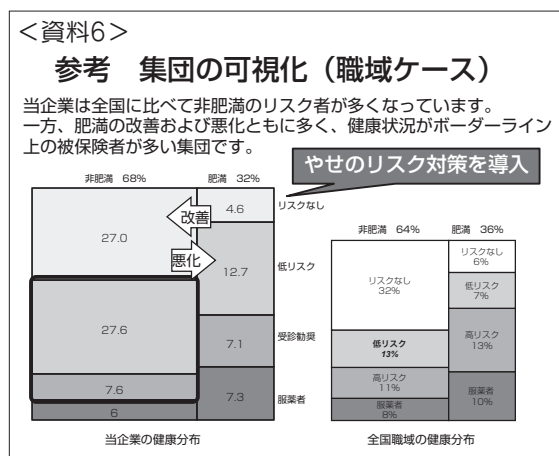
りやすくなるのですよ」などと朝食の重要性をお客さんに伝えるようになったり、この美容院の様子を知った同業他社から「他人事ではない。うちもチェックしてみようよ」という声があがり始めました。

このような集団の特徴をデータから見ていく、しかも、周りと比べて見るのが大事です。

次に、特定健診データに基づく集団特性の可視化により組織が動いた例をお話します。

集団特性（リスク構造）を分かりやすく見るために、特定健診データの結果に基づいて、肥満や非肥満などリスクの程度で分類し集団の特性を把握してみます。

資料6は、ある金融機関の特定健診の結果を、肥満、非肥満、リスクの程度で分類した健康分布図です。



るので肩や首が凝り、血圧が上がっているのかもしれない」とのことでした。この会社では、どんな対策が有効なのでしょう。実際には、行員に目の上を蒸気で温めるマスクを配りました。それで眼精疲労を取ると同時に、マスクを目に当てている10分間の休憩の間に肩を回す、リラックスするといった対策がとられました。

このように、自分の職場でどのような健康リスクがあって、その背景にはどのような状況があるかということがデータで可視化できると、改善策を講じやすくなります。

同じ肥満が多い集団でも、肥満対策が進んでいるところでは、冠動脈系の疾患である心筋梗塞等の発症率が違います。問診内容のデータを可視化したことで、健康づくりにつながった例をもう一つ示します。

ある企業の問診データを見ると、夜中に食べている人の割合は、全国平均約3割に比べて、72.5%と大変高かった。その理由を聞いたところ、「営業店を閉めた後、その日のうちに営業会議をして本部に報告しなければいけない」とのこと。帰宅が遅くなりがちで、帰宅後の深夜に食事をする習慣がうかがえました。したがって、朝食はお腹が空かず欠食する人も多いのです。昼食もお客さんの対応に追われ、午後遅くに菓子パンと缶コーヒーで済ますなど血糖値が上がるリスクの高い生活習慣でした。そのため若年から比較的血糖値が高く、合併症の心筋梗塞を発症する人も出ていました。

このデータを見た会社役員や店長さんからは、具体的な対策に関して活発に議論が交わされました。

その後、トップからは、健康づくりのために車通勤は禁止するという対策が出されました。そうすると不便や不満も出ましたが、車での帰宅ができなくなったので、終電がある内に帰ろうといったように意識が変わり、残業時間を減らす方向にも良い影響があがってきました。これは、まさにデータを可視

化したことで、健康づくりに人が動きやすくなった例です。

*業務の特性および背景(職習慣)

最近では、職場の環境や習慣、業種・職種などによってかかりやすい病気やリスクが異なることが分かってきました。

例えば、営業部門は脂質・血糖が高めでメタボが多い。これには、深夜の食事、朝食の欠食、自動車移動で歩かないといった背景があります。製造部門でいえば、工場の労働者などは、血圧が高い傾向が見られます。背景には高カロリー、高塩分な食事摂取があります。交代制勤務の仕事をしている人は、昼間、お酒を飲んで寝るため、脂肪肝の人が多など。このような背景を、企業経営者として知っておくことが大切です。社会環境の劇的な変化を背景に、従業員は企業の重要な経営資源であり、従業員の健康づくりを積極的に進める健康経営に企業が取り組むのは当たり前になってくるのだと感じます。

標準化されたデータを他と比較して、自分たちの置かれている職場環境はどのような状況なのか、自分たちの集団特性がわかると、その原因を必ず知りたくなるのです。今まで私たちは、どうしても個々へのアプローチばかりに目が行きがちだったのですが、地域や職場など集団単位でのアプローチは大事で、社会環境の整備なくして健康増進活動は成り立たないと思うのです。

*地域によってもなりやすい病気が異なる

⇒その背景がわかれば……

私は20代の頃、過疎地の国保の診療所を回っていた時期があります。長野県にも行きましたが、長野県というと長寿日本一で健康への関心が高い県と思われていますが、その頃はそれほど健康なイメージはありませんでした。その一つが脳血管疾患の罹患率の高さでした。その当時、「お味噌汁をどのくら

い減塩しておいしくできるか」など、地域ぐるみの食生活改善運動も行われていました。そのような背景もあり、現在、脳血管疾患の年齢調整死亡率が十数年前に比べかなり減っています。

静岡県も「第1回健康寿命をのばそう!アワード」の厚生労働大臣最優秀賞を受賞するに相応しい取り組みをしている健康な県ですが、県内でも地域によってそれぞれ特性(リスク)が異なるのです。その背景には、地域によって食べる物や生活習慣に違いがあり、それが分かると、その特徴にあった対策を立て、人を動かすことができます。

■ 核となる保健事業 ■

事業を効果的に運営するには、PDCAサイクルをまわすことが大切です。はじめに、事業の設計(Plan)にデータ分析結果を活用します。また、事業の実施(Do)、効果検証(Check)、改善(Action)すべてにデータが使えますが、最初のプランニングで対策のあたりをつけます。データを精度高く分析したから良い計画書、良いプログラムができるわけではありません。

実は、データが一番必要なのは、保健事業の実施の部分です。基盤となる保健事業は、被保険者全員への働きかけであり、健診結果に基づく個々への意識づけおよび健康行動の継続と、職場・地域の環境整備がベースです。

一保健事業の起点としての健診一

来年から実践されるデータヘルス計画では、核となる保健事業の起点として健診を考えています。しかし、健診を受けても、自らの健診結果を認識していない人が多いという現状があり、今の健診制度だけでは保健事業は回りません。したがって、被保険者一人ひとりに対する意識づけが大前提になります。

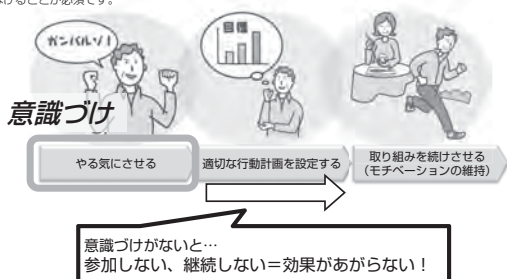
どんなに良いプログラムを考えても、そこに参加

第42回 生活習慣病指導専門職セミナー

<資料7>

被保険者一人ひとりの意識・行動の変容が 保健事業のベースです。

疾病対策の遂行にあたり、被保険者が意識・行動変容し、健康の維持・改善を実現するためには、以下の3つの要素が必要です。
 来年から施行される政府戦略（データヘルス）では、保健事業の起点になるはずの健診を受けても、自らの健診結果を認識していない受診者が多い現状を踏まえ、健診結果票とは別に、個々の被保険者の健康状況に応じた個別性の高い「情報提供」を行い、被保険者一人ひとりの意識・行動の変容につなげることが必須です。



<資料8>

健康データ(様式)の統一化・電子化により 現状がわかってきました。

心筋梗塞となった人の経過例

●発症前に医療機関を受診していなかった例

51歳	52歳	53歳	54歳	55歳	56歳	57歳	58歳	59歳
肥満							肥満	発症
高LDL								

3分の2は未治療でした…

●治療前に既にリスクが多数重複しており受診タイミングが遅かったと思われる例

50歳	51歳	52歳	53歳	54歳	55歳	56歳	57歳	58歳
肥満								発症
血糖リスク(※)								
高血圧								
高LDL								

※空腹時血糖が保健指導域

受診が遅かった可能性が…

してくれない、参加したとしても継続しないのでは、効果が出ないので、意識の根本を変えていこうというのが今回のベースラインになっています。

資料8の上段の人は、59歳で心筋梗塞を発症していますが、10年前からレセプトが一枚もありません。重症疾患を発症している人の3人に2人はレセプトがありません。下段は、58歳で発症していますが、その6年前から降圧剤を飲んでいました。ただ、受診するタイミングが遅かった可能性があります。

生活習慣病の宿命とも言えますが、加齢に伴い

リスクは増しますが自覚症状がありません。働き盛りであれば仕事や育児、介護の方が優先です。したがって、自分を正しく知ってもらうことが必要です。今までのように絶対リスクの提示ではなく、相対リスクを提示することで、“自分を知る”きっかけになるかもしれません。これは自分自身のことなのだと印象づけるための工夫が重要なのです。

政府戦略であるデータヘルス計画では、健診データに基づく「加入者全員に対する全般的・個別的な情報提供」が保健事業の起点となります。丁寧に情報提供を行うことで、健診結果のどこにリスクがあるのかを理解し、同世代での自分の位置づけを知ることにより意識が変容してきました。特定保健指導の対象者も丁寧な情報提供によりプログラム拒否者が減少、受診勧奨者も受診への意識が向上してきました。

保健事業で大切なのは、全員への働きかけです。集団全体で健康状況の悪化を防いで、健康維持していくためには、既にリスクが高い人だけでなく全員に働きかけることがポイントです。たとえば、崖下の人を引っ張りあげるだけではなく、まだ崖の上にいる多くの人を崖下に落ちないように働きかけることで、集団全体の健康状況を良くすることが可能です。健康状況が良い集団というのは、全員を見ているのです。本当に大事なものは、やる気

<資料9>

被保険者一人ひとりの“行動”“継続”により 保健事業の効果があがります。



にさせるということを大前提の上で、崖の上にいる人を崖下に落ちないようにすること。それには被保険者一人ひとりの行動が行動変容して継続していかなければ改善しないのです。

一健康行動を継続させるためには一

健診を健康づくりの起点にしようという考えは間違いありませんが、現在、健診がワンショットで終わってしまっている部分が少なからずあると感じています。継続させるための解決案として、「健診を受けた後に接点をつくる」、「受診者と継続してコミュニケーションをとる」が挙げられています。

大分県の中小企業が加入している協会けんぽ大分支部では、特定健診のデータを分析して、「貴社はこんな特徴がありますよ」と提示します。するとそれを社長さんが見て、具体的なアクションを始める、といった光景を複数拝見しました。また、従業員は健康保険証の記号、番号、氏名、生年月日をスマートフォンやパソコンに入力することで、自らの健診結果や健康情報・アドバイスを受けることができるというサービスを2013年度に、協会けんぽ大分支部が開始しました。このように医療保険と事業主が協働“コラボ・ヘルス”することは、職場の健康づくりを進める環境整備につながっています。

<資料10>

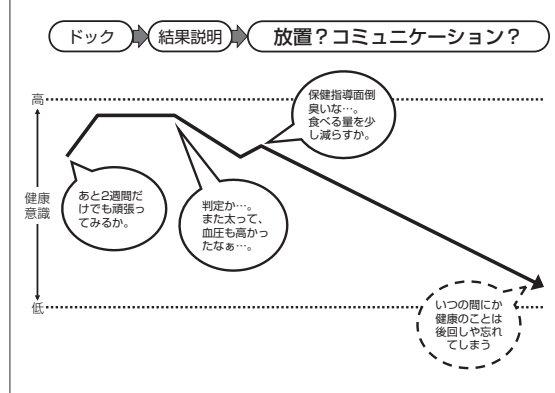


**医療保険とのコラボレーション
“コラボ・ヘルス”**

従業員は健康保険証の記号、番号、氏名、生年月日を入力することで、自らの健診結果や健康情報・アドバイスを受けることができます。今年度、協会けんぽ大分支部が大分県内企業へ提供を開始しました。

聖隷福祉事業団という浜松を中心に健診を行っている健診機関でも、100%毎年人間ドックを受けてもらえるよう、メタボ以外の人にもメールなどでコミュニケーションを取るなど受診者全員への働きかけを開始しました。人間ドック受診後も受診者の健康をサポートするためには、継続したコミュニケーションが必要です。

<資料11>



資料11に示すように、健康意識というのは、ドックを受けた直後には向上します。しかし、1年経過すると意識は急激に下がってしまいます。日々の生活を過ごす中で、健康への意識が下がるのは仕方ないのですが、この健診機関では、外部専門機関を活用しながら、看護師さんがチームを組んでメールマガジンの配信など、取り組みを始めています。

このように、継続したコミュニケーションをとることによって、何か自分のためにやってくれていると思ってもらえることが大事なのです。

今も自治体や企業などで様々な保健事業が行われていると思います。それらの事業を全く捨ててしまって、ゼロから何か新たな事業を作り直すのではなく、今行っている既存事業の中で、行動や継続を促す位置づけの事業には何があるかを改めて整理してもらいたいです。

第42回 生活習慣病指導専門職セミナー

健診だけでなく、〇〇健康教室や〇〇イベントなどの事業には、いつも同じ人が来るばかりで参加率が悪い、何とかしたいという声をうかがいます。しかし、その前段階である健診後の情報提供などで、参加を促す地ならしができている前提がないと、これらの事業が活きてきません。また、「特定保健指導の参加率が悪い」とも言われますが、特定保健指導自体が悪いわけではありません。特定保健指導の前の意識づけができていないため参加率が悪いのです。一方、行動変容や継続を促す事業であれば、ポイントはまず継続率にあります。効果的なプログラムを考え実施するためには、いかにして参加者のモチベーションを上げていくのか、最終的に6か月後、1年後、できれば3年後、リバウンドしないような効果的なプログラムの内容になっているのかどうかを見ていくことが大事です。

先に述べたように、データ分析をしたから、すばらしい事業ができるわけではなく、効果が上がる事業構造になっていて、初めてデータが活きてくるのです。残念ながら予防は事業としてまだ確立しているものではありません。また、保健事業は効果が出るまでに時間を要します。保健事業プログラムに参加した数十人にある程度の効果が出ることは皆さん経験上分かっていると思いますが、大事なのはこの数十人に対する効果だけではなく、自分の所管する大勢の方に対し、集団としてどう効果が出るかというのが大事なのです。そのためには、1年単位の評価だけでなく、それに加えて短期で評価をして、継続的な改善のサイクルを回していくことが大事です。

予防事業を確立していくためには、どのようなことを、どのような集団に、どのように行ったら、どのような効果、課題が生まれたかということを短いPDCAサイクルで回していくことが大事なのです。

■ 保健指導の今後 ■

一保健指導の可能性一

保健指導は本当に大きな可能性を持っていると思っています。QSTATIONは、花王(株)が運営する会員制の保健指導サイトです。予防の専門機関であるヘルスケア・コミッティー(株)との連携により、超高齢化社会における健康推進の担い手となる専門職を応援しています。そこでは保健指導のクオリティの向上を目指すとともに、組織(集団)をみる眼の浸透に努めています。

以前に「特定保健指導を担う専門職のスキルに関するアンケート」を行いました。あなたの特定保健指導におけるスキルを5段階で自己評価すると、どのランクになりますか？と質問しているのですが、2011年にアンケートをとった時は、「まだまだ未熟だ」と回答した人が一番多かったのですが、2013年にはそれが減ってきて、「平均的だと思う」と回答した人がとても増えたのです。これは基礎力から、現場力が必要なステップに入ってきているのだと思います。

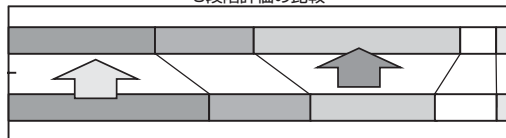
<資料12>

QSTATION

「2013年 特定保健指導を担う専門職のスキルに関するアンケート」まとめ

問 あなたの特定保健指導におけるスキルを5段階で自己評価すると、どのランクになりますか？

5段階評価の比較



■ まだ未熟だ ■ やや未熟だ ■ 平均的だ ■ 平均よりやや熟練 ■ 平均よりかなり熟練

基礎力から、現場力が必要なステップに入っています。

また、別な質問で、個別の保健指導を行なうなかで、何が難しいか、苦手意識のあるところは何かと

いう質問では、「対象者の気づきを促すような質問力」、そしてもう一つは、「理想論ではなく、実現可能な行動計画」と回答している人が多く、この二つが非常に難しいという回答になっていました。その他全体を通して見ると、病院などに比べ自治体でも企業でも一人職場が多いため、そういうところにいる人たちは、「他の人が指導している場面を見たことがないので、自分の指導のスキルも正直わかりにくい部分がある」、「一人仕事なので比べようがない」などと回答していて、現場プラスワンが必要な状況が見えてきます。

一健診を起点とした予防、健康管理の展開一

健診を起点とした予防や健康管理が、今後ますます大事になると考えています。健診後のフォローももちろんなのですが、健診日当日が大事です。見てみると、健診に来たときから帰るまでの数時間、専門職との接点があるようでないのです。一番の原因は専門職が忙しくコミュニケーションが取れないことです。誰も健診やドックを受ける日というのはドキドキするものですが、そのときに一言かけられるような環境をつくるのが大事です。“健診時を活かす”というのは現在、国の研究プロジェクトとして行っていますが、健診時に一言かけるだけで受診者の対応は違ったものになるはずで、検査を受ける

前に、受診者とやり取りをして、一見さんではないということをごどのように表現できるかで受診者の意識は違ってきます。また、健診受診日当日だけではなく、次回健診の1年後まで放置しないようにすることも大事です。健診を健康づくりの起点として位置付けている以上、健診を有効に使うにはどうしたらよいのかを考えていかななくてはなりません。

そしてもう一つ、意識づけをするために行う具体的なパーソナルアプローチに関していうと、データヘルスが入ると今まで以上にデータが蓄積してきます。専門職の皆さんが、例えば50人の保健指導を行うときに、50人を50に分けてしまうのではなく、リバウンドした人、しない人、交代勤務の人と交代勤務ではない人などのようにパターン化して、効果的な内容や方法を検証するのです。つまり、保健事業のPDCAサイクルに専門職自身が関わっていくことが大切です。

おわりに

予防医学に従事する私たちにとって、予防医学がどれだけ社会に普及し、貢献するかは大きなモチベーションになります。皆さんから「このような保健事業を行ったら、こんな効果があった、あるいはうまくいかなかった」ということを沢山うかがっていきたいと思っています。

これまで取り組んできたことを振り返り、データを活用することで、さらに効果をあげる取り組みに発展させたいですね。

(2014.3.12 イイノカンファレンスセンターにて講演要旨)

<資料13>

■ 健診を起点とした予防・健康管理の展開

- 健診時および年間を通じたコミュニケーション

■ 予防医学知見の蓄積および活用

- 保健指導の経験・ノウハウの体系化

保健事業のPDCAに関わること

* 予防・健康管理を評価する動きが加速

- 法人：金融、保険、税制
- 個人：保険

第42回 生活習慣病指導専門職セミナー

「その気にさせる運動療法のコツ」 ーモチベーションアップのために必要な運動支援ー

星野武彦●ほしの たけひこ

太田西ノ内病院 運動指導科

科長



はじめに

現在、日本では1年間に約50万人ずつ糖尿病患者が増えています。そして1日に約8.2人が糖尿病による視覚障害と診断され、1時間に約1.8人が糖尿病により透析治療を開始しています。生活習慣病の中でも糖尿病の患者さんがとても増えてきているのです。右肩上がりです。ずっと増え続けていた糖尿病ですが、特定健診・特定保健指導が導入されてから若干低下傾向を示してきています。これは特定保健指導の取り組みが大きな役割を果たしているのではないかと考えられます。糖尿病が若干低下したとはいえ、日本は「糖尿病列島」ともたえられています。現在では、糖尿病における3大合併症も増加の一途をたどっており、糖尿病網膜症によって失明する人は年間3,500人、糖尿病性腎症で人工透析を導入する人は約1万5,000人、糖尿病性神経障害による下肢切断は毎年3,000人ずつ増え続けているのが日本の現状です。

資料1は、伊藤裕先生が提唱されているメタボリックドミノの図です。メタボリックシンドロームとは、生活習慣病といわれる肥満、高血圧、耐糖能障害、脂質異常症などの危険因子がひとりの患者さんに集積する状態のことをいいますが、これらの危険因子が集積すると虚血性心疾患や脳血管障害などの動脈硬化性疾患を発症してしまいます。上流にある生活習慣の乱れや肥満、環境因子などが次々と各危険因子に影響し経時的な

<資料1> メタボリックドミノ



連鎖をドミノ倒しに見立てたものが「メタボリックドミノ」の図なのです。

今日のテーマである運動療法が一番効果を発揮するのは、心不全が起きたり、糖尿病の合併症が進んで失明したり、心筋梗塞や脳梗塞になる下流ではなく、ずっと上流のところにあります。生活習慣に少しずつズレが生じ、活動量が低下している割には摂取するカロリーが増え、肥満が起こります。その体重増加からインスリン抵抗性が起きて食後血糖が少し高め、血圧や脂質も少し高くなってきている人たちが特定保健指導の対象者となる人たちです。運動療法は、病気になる前の治療法として、予防医学的にも大きな効果を発揮すると考えています。

糖尿病の患者さんは10年早くロコモになるというデータがあります。「ロコモ」とは、ロコモティブシンドローム（運動器症候群）の略称で、筋肉、骨、関節、軟骨、椎間板といった運動器のいずれか、もしくは複数の障害が起き、歩行や日常生活に何らかの障害をきたしている状態をいいます。超高齢社会を迎え、運動療法は様々な生活習慣病の予防や治療だけの役割を担うのではなく、10年、20年先のロコモ予防、寝たきり予防への役割にも大きな期待を寄せられていると考えています。運動することによって血圧が下がり、血糖値も下がります。ダイエット効果もあります。しかし、運動療法の効果を広い視野で捉えていくと、一過性の治療効果だけに注目するのではなく、患者さんの未来に向けたロコモ対策、つまり介護予防という点も考慮していく必要があると考

えています。

今回は、受講者の皆さんと一緒に、頭で理解し、体で感じるとような運動療法の手法について解説していきたいと思います。

ー加齢による体力の低下を示す指標とは？ー

加齢による体力低下を示す指標として「生存体力のレベル」、「自立した生活の体力レベル」、「余暇を楽しむための体力レベル」の3段階のレベルに分けて考えていきたいと思います。①「生存体力のレベル」は生きていくことがぎりぎり、寝たきりの状態の体力です。②「自立した生活の体力レベル」は買い物に行ったり、自分でトイレに行ったりできるぐらいの日常生活に必要な体力レベルです。③「余暇を楽しむための体力レベル」は階段を駆け上がった、ハイキングをしたり、海外旅行に行ったりするなど余暇を楽しめる日常の生活よりもずっと高い体力レベルと考えてみました。

ここで、一般的なAさん、活動的なBさん、非活動的なCさんの年齢の推移に沿って体力レベルの変化を比較して考えてみましょう。

体力は男女ともに、25～26歳をピークに右肩下がりになっていくのが一般的です。Aさん、Bさん、Cさんも同様です。しかし、運動習慣によって衰え方に違いが出てきます。一般的なAさんは、順調であれば70歳くらいまで余暇を楽しめる体力レベルを維持しています。しかしながら、順調にはいかず病気や怪我に見舞われることも考えられるのです。例えば、歩いていたら転倒して骨折してしまった、あるいは糖尿病に併発した高血圧をきっかけに、心筋梗塞や脳梗塞を発症してしまうこともあり得る話です。そのような骨折や大きな病気に直面すると、順調であった体力は一気に低下してしまいます。それとは逆に、病気や怪我をきっかけに治療に運動療法を取り入れることによって、生活習慣が改善され緩やかに体力を向上させる人もいます。

活動的なBさんは、ハイキングに行ったり、山登りに行ったり、海外旅行を楽しむなど、余暇を楽しむ体力レベルを80歳過ぎまで維持しています。このAさんとBさんの違いは何かというと、やはり運動習慣が大きな要因であると考えられます。質の高い生活状態を維持するためには、活動的なBさんの方が圧倒的に余暇を楽しむレベルを長い期間維持できています。

二人と違い、かなり非活動的な生活を送っていたCさんは、早くも50歳くらいで余暇を楽しむ体力レベルが限界に達しています。Cさんのように非活動的な生活を送っていた人たちの場合、さらに体力が低下し介護が必要となつてからの支援では少し遅いのです。この場合のアプローチのタイミングとしては、30代、40代、50代あたりの比較的若い年代での介入が望ましいと考えています。その年代で、いかに自分の健康への意識付けをするかを考えることが大切です。そのためには保健指導や人間ドックなどを受診した人たち、つまりまだ病気ではない人たちに、早い段階で健康教育として支援し、関わっていくことがとても重要であると考えています。

運動療法の大きな意味での目的は、病気や体重減少に対する治療法だけではなく、人の健康寿命をいかに延ばせるかにあると思います。将来を見据え、いつまで質の高い生活を送れるかは、運動習慣の有無が大きな鍵を握っていると考えています。

■ 新しい身体活動指針(アクティブガイド2013) ■

2013年、厚生労働省は、「アクティブガイド2013」で「いつでもどこでも+10(プラス・テン)」で啓蒙活動を始めています。(資料2)健康づくりのための身体活動指針では、身体活動を増やし生活習慣病を予防するという点、また将来の高齢者の生活の質の維持・向上という点、さらに高齢者の医療費の削減という三つの視点から「+10(プラス・テン)」を考案し

<資料2>

新しい身体活動指針(アクティブガイド2013)

プラス・テン +10 から始めよう!

今より10分多くからだを動かすだけで、健康寿命をのばせます。あなたも+10で、健康を手に入れてください。

18歳~64歳

プラス・テン +10で 目指そう!

元気にからだを動かしましょう。
1日60分!

65歳以上

じっとしていませんか?
1日40分!

筋力トレーニングやスポーツなどが含まれると、なお効果的です!

健康のための一歩を踏み出そう!

1 気づく!

からだを動かす機会や環境は、身の回りにたくさんあります。それが「いつなのか?」「どこなのか?」、ご自身の生活や環境を振り返ってみましょう。

いつ? どこで?

3 達成する!

目標は、1日合計60分。元気にからだを動かすことです。高齢の方は、1日合計40分が目標です。これらを通じて、体力アップを目指しましょう。

18歳~64歳 運動で体力アップ

1日8,000歩が目安です

65歳以上 じっとしている時間を減らして、1日合計40分は動きましょう

2 始める!

今より少しでも長く、少しでも元気にからだを動かすことが健康への第一歩です。+10から始めましょう。

歩幅を広くして、速く歩いて+10!

ながらストレッチで+10!

歩いたり、自転車移動して+10!

4 つながる!

一人でも多くの家族や仲間と+10を共有しましょう。一緒に歩くと、楽しさや喜びが一層増します。

一緒に楽しく!

あなたは大丈夫? 健康のための身体活動チェック

スタート: 毎日合計60分以上、歩いたり動いている

運動習慣がある	運動習慣がない
No 同世代の同性と比較して歩くスピードが速い No このままではあなたの健康が心配です。いつ、どこで+10できるかを考えてみませんか? 気づく!へ	Yes 同世代の同性と比較して歩くスピードが速い No 目標達成まで、あと少し! 無理なくできそうな+10を始めませんか! 始める!へ
Yes 同世代の同性と比較して歩くスピードが速い No 目標達成まで、あと少し! 無理なくできそうな+10を始めませんか! 始める!へ	Yes 同世代の同性と比較して歩くスピードが速い Yes 素晴らしいです!一緒にからだを動かす仲間を増やしてください。 つながる!へ

※1日30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上続けて行っている。

ました。平成12年から日本国民のために厚生労働省が推進した「健康日本21」の結果では、全国に呼びかけて数年後、国民の歩行数は1,000~1,500歩少なくなっていたというデータが示されました。過去10年で失われたこの1,000歩という歩数を時間に換算すると10分です。そこで、今の活動量から一日10分多く歩くことを生活の中で意識してもらうための観点から「+10」というタイトルが出てきたわけです。さらに健康のための一歩を踏み出そうとする時、「気づく」、「始める」、「達成する」、「つながる」という段階

的なステップの必要性を重要視した、アクティブガイド2013を打ち出しました。このアクティブガイドは糖尿病治療の行動の変化ステージと同様に「無関心期」、「関心期」、「準備期」、「維持期」とそれぞれの対象者の心理的背景などを考慮した段階的な指導法の重要性を示しているとも考えられます。

自分では病気だと思わず、ちょっと太っている認識はあるものの痛くもかゆくもない。そのような人たちの中で、血液検査の数値が少し高く保健指導の対象となってしまったとき「保健指導を受けましょ

う」と促しても「なんで受けなければいけないの？」と思う人もいます。また、その人たちに「今日から運動しましょう」と促しても恐らく受け入れてくれないと思うのです。このような無関心期の人たちは、厚生労働省の掲げる「気づく」というところ、つまり関心を持つところまで導かないと行動変容には移行しないのです。保健指導や糖尿病の療養指導も同様ですが、私たちは対象者が変化ステージでどの段階にいるのかを見極め、指導内容を変えていく必要があるのではないのでしょうか。

今回は、「無関心期」から「維持期」まで、それぞれのポイントに応じて私たちがどのようなアプローチをしていったら良いのか、出場した東京マラソンで私が感じた支援の在り方をお伝えしながらお話したいと思います。

■ 心が動けば行動が変わる ■

私は、東京マラソンに2回出場しています。スタート前日からの周辺を観察してみると、出場するランナーを可能な限り良い環境で、ゴールまで安全に気持ちよく走ってもらうために多くの人たちが準備に関わっていることに気付かされました。準備の様子を見ていくと、東京マラソンも糖尿病の療養指導や保健指導に関わる方たちも、対象者に気持ちよく運動してもらい、気持ちよく自分の体と向き合ってもらうための働きかけをチームとして考えていく点は一緒だと感じました。

「心が動けば行動が変わる」逆に言うと心が動いていない人は行動に移せないのです。

心を動かすために、私たち医療従事者はどのように対象者の皆さんと関わったらよいのでしょうか。

一気づきのためのアプローチ

運動しようと考えていない「無関心期」の対象者の

場合、まず「気づく」ことへの支援が大切です。気づかないままスタートラインに立たせてしまっても走ることに関心のない人は走ろうとはしません。では、どのようなアプローチがあれば人は走ることや運動そのものに興味を示すのでしょうか。

保健指導や糖尿病の運動療法などを開始する際、医療専門職の皆さんが、「まずウォーキングから始めましょう」、「こまめに動く習慣を身に付けましょう」、「できるだけ階段を使いましょう」、「運動して基礎代謝を高めましょう」など、これらはよく対象者に問いかける言葉だと思います。気付くと「～をしましょう、～をしましょう」と連発してしまう。しかし、この指導の仕方では、対象者は話を聴くだけ、支援者からの一方通行の会話で保健指導が終わってしまいがちです。そのための工夫として、指導者は問いかけをすることによって話が繋がるような良い質問をすることが求められてきます。限られた時間の中、限られた日数の中で患者さんや対象者と関わる場合、私は自分の知識を一方的に押しつけてしまっていることに時々気付かされることがあります。言葉のキャッチボールがいかに大切であり必要であるか？ 私たちの投げかける言葉の先に対象者の「気づき」が隠されているように感じています。

さらに、会話の重要性を考えてみます。例えば、資料を渡されて読むだけの場合、もしくは話を聴いているだけの場合、聴くだけでなくいろいろと解説をする場合など、様々な場面ごとに理解力や記憶の維持率を調査したデータがあります。やはり読むだけよりは聴いたほうが良いし、聴くだけよりも見て解説がある方が理解しやすいという結果でした。また、講演や話を聴き、解説を受けるだけでなく、支援者からの問いかけに対して相手が反応し、その反応を見ながら進めていくと記憶の維持率はさらに向上します。つまり、資料を渡すだけでは記憶の維持率はあまり得られず、保健指導を行う際は、可能な限り会話をし、対象者の考えを聴きだすような問いかけが必要

第42回 生活習慣病指導専門職セミナー

なのです。会話は能動的に関与するのが重要で、それは記憶の維持率に大きく影響します。そして体を使い「体験」するとさらに維持率は高くなります。言葉だけの会話ではなく、様々な関わりを持って自分自身で体験してもらうことが対象者のより大きな自己効力感を高める力になると思っています。

今回は、使わない筋力は弱くなること、あるいは硬くなるということを体験していただきながら、皆さんの記憶に留めてもらいたいと思います。

―体験して実感する「気づき」―

私たちの体は、20代後半くらいから男女ともに年々衰えていきます。20代のときの体に積んでいるエンジンを3,000ccくらいに想定してみます。そのエンジンの大きさは30歳を過ぎると2,000ccくらいになり、40歳を過ぎたら1,500cc、1,000ccと排気量が年々小さくなっていくイメージを持ってください。エンジン(排気量)は小さくなるのに食べる量、つまりガソリンは3,000ccの時と同じように体内に入れると、余ったガソリン(エネルギー)は体脂肪に変換され、筋肉量は低下していくのに体重は増加するといった悪循環が生まれてくるのです。そして、年齢とともに使わない筋肉が硬くなった(柔軟性の低下)状態と弱くなった(筋力の低下)状態が重なったとき筋肉は壊れだしてくるのです。

では、筋力の衰えを実際に体験してみたいと思います。

【肩こり度チェック】

使わない筋肉は硬くなって弱くなっていくということを実体験してもらうため、肩こりのチェックをしていきたいと思います。

まず、両腕を胸のあたりで前に突き出して、手の甲が前を向くように肘を曲げます。この時に肘と肘はくっつけます。ここで肘と肘がくっつかない人は、背中や肩周りの筋肉は相当ガチガチに張っていると考

えられます。そこからですが、左右の肘をくっつけたまま腕をゆっくり上に上げていき、肘をどの程度の高さまで上げることができるかで、肩こり度がわかります。肘が自分の口の上を通過しない人は肩こりの可能性が高いです。

小学生や中学生の子供たちがこの動作をすると、肘を揃えたまま目の高さ以上まで腕が上がります。子供たちの生活では、腕を肩の上まで通過させる動きが多くありますが、大人になるにつれて極端に減っていきます。私たち大人の生活は肘が胸の高さくらいまで固定されて、日常生活においてはこれで生活は成り立ってしまうのです。すると肩周りの筋肉は動かさないままに生活していくことになります。これが肩こりの大きな原因のひとつとして考えられ、筋肉が硬くなるという現われでもあります。一般的な保健指導の対象者や患者さんのワンポイントでこの肩こり度チェックをすると、多くは肘が口の上を通過することができません。お腹が出ているからというよりも、このような体験をして筋肉が硬くなっていると実感してもらうことも、対象者の、「運動不足」に気づきを促す手法であると考えています。私たちが言葉でアプローチするのではなく、体験していただいて「ああ、やっぱり運動不足だからかな?」、「最近動いてないんだよ」という気づきを引き出すことも大切だと思っています。これが、厚生労働省の「気づく」の部分、そして「無関心期」から「関心期」に導くためのアプローチとして実践しています。肩こり度チェックや様々な会話をしながら、対象者が運動不足を自ら感じとったとき「動機づけ」としての一步が生まれるのだと思います。最初から、有無を言わず固定観念で指導してしまうと対象者の心はなかなか動きません。そしてそのことに気づかない指導者も「指導しました。ちゃんとアプローチしました」で保健指導が終わってしまいます。そこで終わってしまうと、上手く行動変容が起こらないまま指導期間が過ぎ、効果を引き出せずに終了してしま

うケースが出てきてしまうのです。保健指導の成功率を上げるためには、指導者が対象者への「気づき」から健康維持・増進に向けての動機づけへと上手く導いていくことがとても大切です。肩こり度チェックは、その「気づき」や「動機づけ」のための一つの手段として試してみてください。

【立ち上がりテスト】

次に、使わない筋肉は弱くなる点を体験するために、少し立ったり座ったりの動作をします。

日常生活の中で私たちが自分の体重を支えようとする時に必要な脚の筋力は、自分の体重に対して30～40%ぐらいの筋力が最低限必要とされています。日常生活に最低限必要な40%前後の筋力というのは、階段の二段目の高さである40cmぐらいの高さから立ち上がり動作をみます。階段二段目の高さより反動をつけずに両脚で立ち上がれば日常生活に必要な最低限の筋力の目安になります。

ではそこから一つランクを上げて、健康維持のため、あるいは美容のために行う運動となると、自分の体重を支える脚の筋力が60～70%必要となります。それは片脚立ち上がり動作ができるぐらいの筋力ですが、糖尿病など生活習慣病の患者さんや保健指導の対象者に実施してみると、意外と達成できる人の割合は少ない傾向にあります。

両手は胸にあて、左右どちらかの脚を床から浮かしてください。ここから反動をつけずに立ち上がるのですが、左右どちらかの脚を上げた時点で「危ない」、「できない」と感じたらやめてください。できると思った方は、反動をつけずに立ち上がり、3秒間ほど揺れずにずっと立っててください。

このような片脚立ちの動作は意外とできないのです。立ち上がりテストの体験の中から対象者が「えっ！自分の筋力ってこんなにだめなの・・・」、「やっぱり、歩いていないからかなあ・・・」などと自分を自己分析してもらうことが「気づき」に対して良

い方法ではないかなと思っています。

片脚立ちの動作の際、無意識に立ち上がった脚は恐らく皆さんにとっての利き脚です。様々な運動療法を展開していく中で一番気を付けなければいけないことがあります。それは、治療や健康維持のために始めた運動が、運動を開始したことがきっかけで膝や足首を壊してしまうことです。脚を傷めてしまう原因の一つとして、左右の下肢筋力の違いが考えられます。筋力に左右の明らかな差があるような状態で様々な運動を継続していくと、身体のバランスが次第に崩れ怪我または障害へと発展する可能性もあるのです。それでは左右の下肢筋力の違いをチェックしてみましょう。無理は禁物ですが、今度は先ほど立ち上がった脚とは反対の脚で立ち上がってみましょう。これを行うことによって、左右どちらの脚でも立てる人の割合はさらに減ってきます。このような体験を通して、対象者が自分の体の状態を自ら感じてもらうことは、資料の提供や一方通行の指導よりも効果は大きいと考えています。そして、これが動機づけの第一歩につながると感じています。

－ しっかりとした動機づけが第一歩！ －

私は、ドックや健診に来院された受診者にワンポイント肩こり予防運動の講義をさせていただいております。講義後の院内では、受講された方たちが腕を回したり、肩まわりの筋肉を動かす動作をしているのをよく見かけます。1人に対してではなく集団に働きかけるとさらに大きな効果となり波及効果が広がるように考えています。また、簡単な動作が大きな筋肉への負荷運動となる場合もあります。例えば、1分間の開眼片脚立ち動作は、歩くよりも片脚で立っているときのほうが負荷量は大きく、スクワットを数回実施するより大きな刺激が筋肉に加わっていきます。今日からできる簡単運動のひとつとして、バス停や電車待ちの時、家事の合間など、このような片足開眼立ちを生活の中で意識することも推奨しています。

第42回 生活習慣病指導専門職セミナー

私どもの病院の肥満外来に通院している患者さんの体重の変化を様々な角度から見えていくと、途中で治療を中断してしまった人たちの特性が見えてきます。中断した人たちと比較して治療を継続していく人たちは、治療の開始当初から体重が減っていきましたが、治療を中断した人たちは、初診時から体重がなかなか動きませんでした。二者の違いを見ていくと、治療を継続した人たちの多くは、自分の意志で「やせたい」と思って自ら来院した人が多いと分かりました。つまり、やせようというしっかりとした動機づけができていたので、食事指導や運動指導など様々な指導を受け入れて体重が効果的に減少していきました。それとは反対に治療を中断した人たちの多くは、自分の意志で肥満外来を受診した人は少なく、元々は膝が痛いために整形外科を受診、または睡眠時無呼吸症候群で呼吸器科を受診した方々でした。目的とした診療科の担当医師から「あなたはまずやせる必要があるから」と肥満外来を紹介されてきた人たちだったのです。しっかりとした動機づけもないままに、肥満治療の診察には来るけれど効果が出ないまま途中で諦めてしまった人たちでした。まさしく、治療開始時点でしっかりとした動機づけがなされているか、いないかの違いで治療の継続率も変わってくるのです。

また、私どもの病院では、特定保健指導の対象者に対する支援を、受診した当日に1回目を設定し、2回目を1回目からなるべく間隔を空けない1週間～10日後に設定するようにしました。その後、1か月後、3か月後、6か月後に関わりを持っていったところ、体重の変化や意識づけが大きく変化してきていました。動機づけの部分、つまり1回目や2回目の初期段階での関わりが大きく関与しているのではないかと考えています。しっかりとした動機づけ、「やってみようかな、やるぞ!」という気持ちをいかに早い段階で支援していくかということが第一歩なのかもしれません。

■ 心を動かすためのヒント ■

運動不足と身体機能の低下は、先に述べたように運動により筋肉を使い、刺激を加えないと身体機能が低下していくのは自然の流れです。保健指導の対象者や患者さんだけでなく私たち指導者も、様々な動きによる刺激が少なくなってくると身体機能は着実に低下して行きます。私たちも、先ほどの立ち上がり動作などをきっかけにして、自分の体に興味を持つことから始め、まずは自らの健康に意識を向けることが大切なのだと思っています。

例えば、私たちは糖尿病の患者さんに対する運動療法として歩くことの必要性をお話する場面があると思います。歩くことのワンポイントで、なぜ歩くのが良いのか。そして治療のためにはただ歩くよりも、腕を振って歩きましょう!と指導されているのが一般的だと思います。では、なぜ腕を振ると良いのかを具体的に説明しているのでしょうか?教科書的にただ単に、習得した知識を与える指導ではなく、患者さんに体験を通して理解していただくことは記憶に残せる指導法のひとつだと考えています。

糖尿病の運動療法は、全身の筋肉群を使った運動が良いと言われています。そのため、腕の小さな筋肉を動かすトレーニングと比較すると、大きな筋肉群でもある大腿四頭筋を使う歩行の方がより効果的な運動であると考えられます。50ccのバイクと3,000ccのエンジンを積んだ車を比較して考えてみると答えは簡単に出てきます。どちらの車両がよりエネルギーを消費するのでしょうか?答えは大きなエンジンを積んでいる3,000ccの車ですよね。糖尿病の運動療法として歩くことが推奨されているのは、いつでも、どこでも、ひとりでも、実施可能である手軽さと、大きな筋肉群を効率よく動かせる運動だからです。その、歩く運動も歩き方の工夫により運動強度や運動量を調節できます。

ワンポイント・ウォーキング編です。

では、2人1組になり、前と後のポジションになってください。そして後ろの人は、前の人の肩甲骨周辺に両手をあてます。前の人は、胸を張ってまずは腕を振らずに足踏みをします。次に足踏みしながら腕を振ってみましょう。肩甲骨周辺に手を当てている後ろの人は分かると思いますが、腕を振ると肩甲骨周辺の筋肉が動き出しますが、振らないと動きません。つまり、腕を振って歩いたほうがより多くの筋肉を動かせることが分かります。医療従事者の多くは患者さんに、「歩くときは、腕を振って歩きましょう」のアドバイスだけで終わっているケースが珍しくないと思われます。そのアドバイスに実践を通した説明が加わり、「腕を振って歩くとさらにいろいろな筋肉が動かされますよ」の一言が指導に広がりを持たせるのです。これが運動の導き方のポイントで、腕を振って歩きましょう!ではなく、腕を振るとこのようにたくさんさんの筋肉を使うのですよ。その腕の振りも、小さく振る場合と大きく振る場合とでは、また違ってくるのです。患者さんにこのような体験をしてもらい、どういう歩き方が今の自分に適しているか、または出来るかを患者さん自らが選択できるような指導が理想だと考えています。

このような体験を交えながら、糖尿病教室を展開しています。糖尿病教室では多くの患者さんが理論的なことを理解していきます。しかし、理解すること、つまり、「分かったこと」と「できること」は必ずしもイコールでつながっていないのです。特に運動については、日常的に歩く(動く)ことを意識した生活を送る重要性を理解していても、実際には中々活動量は上がらない場合が多いのです。これが慣れ親しんだ生活習慣の難しさであり、分かっているにもかかわらず上手く実行に移すことができない壁となっているように感じています。これは食事についても一緒に「分かること」から「できること」へ導いていくのが非常に難しく、私たちの永遠のテーマではないでしょうか。

「分かっている」と「できること」は必ずしもイコールではないということを、ある動きを通して体験してみましょう。

右手か左手の一方を前に突き出し、もう一方は胸に置き、この動作を交互にリズムカルに繰り返す動きです。最初は突き出す方の手をパー、胸に置く方の手をグーでやってみます。生活の中で手の動きがパーの場面は比較的自然体で多くあるので意識しなくともスムーズに出来たと思います。次に、突き出す方の手をグー、胸に置く方の手をパーでやってみましょう。前に突き出す手の動きがグーの場合、非日常的な動きになるため中々スムーズにいきませんよね。日常生活の中で自然体である動きと、非日常生活動作では、頭で理解していても、即座には動けないのです。

これが、「分かること」と「できること」の違いです。今まで慣れ親しんで習慣的に行っていた食事や運動を頭で理解したからと、急に変えるのは非常に難しいことなのです。それをできるようにするために工夫しながら指導していくのが私たちの課題だと考えています。対象者に指導をする時、確かに1回の指導ですぐに生活習慣を変えられる人は全体の1割くらいの僅かな割合はいるのかも知れませんが、それとは逆に、どんなに丁寧に工夫を重ねた指導をしても行動変容が起きない割合も1割はいるのかもしれない。私たちは全ての対象者に様々な手法を用いて指導・支援していますが、直ぐにできる人もいれば、どうにも慣れ親しんだ生活習慣を変えることのできない人もいます。

このようにいろいろな動きの体験から、「分かること」と「できること」の違いを伝えていくのはとても大事なことでと考えています。その体験から、新たな「気づき」へと導くことができれば私たちの指導の幅も、さらに広がっていくのではないのでしょうか。

「気づき」が生まれ、初めて「始める」というスタートラインに立つことができます。気づきがないまま

第42回 生活習慣病指導専門職セミナー

に始めてしまうと、上手く行動変容は起こらないばかりか中断してしまう可能性もあります。私たちは、いかに「気づき」へ導くか？それは、私たちの多くのアイデアと急ぎ過ぎないアプローチ法にあるのかも知れません。

マラソンも同じですが、ランナーたちはスタートラインに立つ前に様々な準備が求められます。東京マラソンに出場する半年前の私は、まさか抽選で出場できるとは思っていなかったのも長い距離を走るトレーニングなどしていませんでした。そのため、いきなり走るトレーニングを導入せずに、まずはウォーキングを中心に40分から50分身体を動かし続けることを最初の目標として開始しました。トレーニング継続期間とともに運動内容を歩きから速歩へ、速歩からスロージョギングへと身体と相談しながら変化させていきました。そして半年かけて、ようやくスタート当日を迎えることができました。

私どもの病院でも、運動療法を開始する前には、体型や体力などのフィジカルチェックを行います。このチェックは患者さんに運動療法をより安全に、より効果的に行っていただくためのチェックです。見た目では健康体に見える患者さんの中には、以前の事故や怪我により下肢筋力に両脚間で左右差が隠されている場合等があります。また、安静時の心拍数に個人差がみられ、極端に低い患者さん、高値を示す患者さんなど血液データだけでは分からない問題点が沢山隠されています。その問題点をクリアにさせておくためにも、体型、体力のチェックは必要不可欠だと考えています。また、運動療法の効果を評価する上でもこのチェックは重要なのです。

当院では、フィジカルチェックの項目の中に、心電図や呼気ガス分析をしながらエアロバイクを漕いでいただく検査があります。この検査は、徐々に負荷量を上げながら患者さんの体力の評価をすると同時に、その患者さんに適した運動強度（心拍数を目安）を測定するのが目的です。この検査中には、1分間毎

に患者さんがどの程度の「きつさ」を感じているかを、ボルグの「主観的運動強度：RPE」を使って測定しています。検査終了後の各患者さんの安全な運動ポイントは、約9割の患者さんが主観的に感じた強さの指標である「楽である」から「ややきつい」と一致していました。

このことから、生活習慣病の治療のため、あるいは健康維持増進のための運動強度の指標は、主観的運動強度の「楽である」から「ややきつい」を目安に運動するのが安全かつ効果的といえます。対象者が「きつい」と感じる強度の運動では、脂肪の燃焼効率が悪く、何よりもきつ過ぎる運動は続かないという問題点も出てきます。

運動療法を理解した上で患者さんたちは運動を開始します。しかし、患者さんの中には運動のモチベーションが高まりすぎて運動を頑張りすぎてしまう患者さんも出現してきます。その反面、運動療法が本当に治療効果をもたらすのかを半信半疑になっている状況も考えられるのです。そのため、「実行期」に移行し、習慣的に運動を始めたからと手放していることもできなくなるのです。ここでも再度、動機づけが必要となってきます。

私どもの病院では、運動前後の血糖値を患者さんに予測してもらい、自己血糖測定器で運動前後の血糖値を測定し予測値と実測値の差を調べました。そこで、入院患者さんと外来から運動療法を継続参加しているベテランの患者さんとの予測能力の違いを比較したところ、入院の患者さんは、運動前の血糖値の予測値は実測値よりも低めに予想しているという結果が出ました。一方、外来の患者さんは、実測値と予測値の差が非常に小さかったのです。このことから、継続して外来から運動に参加しているベテランの患者さんは、自分の血糖値をよく理解していることが分かります。また、ベテランの外来からの患者さんは運動すると血糖値がどれくらい下がるの

か、あるいは食事した時間帯を逆算して現在の血糖値を予測できる能力が高いことも分かりました。糖尿病治療において、自分の血糖値を予測できる能力は血糖コントロールを良好に保つ上でも必要なことです。また、自己血糖測定器を利用して、運動後における血糖降下作用を実際に体験してもらうのは、さらに運動療法に対するモチベーションアップにもつながると思います。実際に体験された患者さんからは、「運動療法の大切さを実感しました」、「この程度の運動でこんなに下がるとは思わなかった」などの感想を多く聞くことができました。糖尿病の運動療法では、運動によって血糖が下がるということを学んではいても、体験を通して実際の数値の変化を目の当たりすると、さらに運動に対する意識づけは大きくなってきます。行動の変化ステージで、ひとつ上のステージにアップしていても、変化のある意識づけ、動機づけの継続は必要だと考えています。

また、患者さんの中には、ウォーキングをする時間はないけれど、打ちっ放しのゴルフ練習場には行くという声をよく耳にします。そのような患者さんには、趣味や興味を活かし、運動療法へ導くことも大切です。当院では以前、ゴルフ練習における糖尿病運動療法としての有用性について調査しました。

この調査では、ゴルフ練習を1分間に4打ぐらいのペースで20分くらい続けることで、糖尿病運動療法として有効であるという結果が確認されました。内容を少し具体的に説明しますと、練習で使用するクラブはアイアンよりも、クラブの長いドライバーを使用したときのほうがより運動量が大きくなりました。ゴルフ練習場で練習する際には、ゴルフ練習として一打ずつ確認しながらのゴルフのための練習と、運動療法としての時間に分けて打ち方を工夫してみることで運動効果をもたらすことも可能となります。対象者となる患者さんの生活スタイルを考慮した上で、このようなアプローチも運動継続への動機づけとなっていくのだと思っています。

一つながるための運動支援とは？

東京マラソンを走って、素晴らしいなと感じたのは、スタート地点からゴール地点まで、ずっと途切れることなく沿道に応援してくれる人たちがいることです。そして通過地点によって沿道の人たちの声かけも変わっていくことにも感銘を受けました。



走り出して3～5kmぐらいは「行ってらっしゃーい」や「頑張ってるねー」の声かけが殆どでした。しかし10km、20kmと距離を追うごとに声かけの内容が変わってくるのです。「頑張ってる!!」からスタートした声かけは次第に「楽しんで走って!!」へと変化していき、「無理しないで!!」「きつかったら歩け!!」といった声かけへ変わっていくのです。つまり、東京マラソンで応援してくれる沿道の人たちは、ランナーをゴールまで導くための応援(支援)の仕方を良く理解していて、どの地点が一番きつくて、どのような声かけをすればよいかをよく知っているのです。

私は東京タワーを過ぎた折り返し地点、20km地点までは余裕があり、写真を撮りながら気持ちよく走っていました。しかし、この折り返し地点を過ぎた雷門付近から、急激に今まで味わったことがないような疲労感と膝の痛みに襲われ出したのです。この雷門付近を通過して間もなく私の足はロックがかかったように膝が動かなくなり、痛みも伴ってきました。「もうだめだ」「やめよう」と何度も思いました。

第42回 生活習慣病指導専門職セミナー

そんなときに、沿道から「走るなよ、歩けよ!」、「今の時間だったら歩いてもゴールにたどり着けるよ!」



「ゴールするのが目的でしょ!」、「走らなくていいよ、無理するな!」という沢山のアドバイス(声援)に背中を押してもらえました。このとき、一律に「頑張れよ!」と言われ続けていたら、「俺だって頑張っているよ!」と思ったかもしれません。「歩きなよ、休めよ」と、「それでもゴールに行けるよ」という声かけにどれだけ助けられたか分かりません。

歩行速度と距離の関係は、日常生活のぶらぶら歩きと、速歩で歩いたときを比べると、当然速歩で歩いたほうが、ぶらぶら歩きで歩いた場合よりも時間が一緒であれば歩行距離は長くなり、運動量も大きくなります。そこから、日常生活のぶらぶら歩きでは、糖尿病の運動療法として効果が低いという考え方もできます。しかし、実際これを比較検討したとき、どちらの歩き方でも血糖値は下がりました。この結果から、糖尿病患者さんにとって、速歩でしかも腕を振って歩かなくてはいけないという指導は患者さんに対して運動のハードルを上げてしまう指導法となってしまうことが考えられるのです。患者さんの体力に応じた運動指導が大切であり、体力の低い運動習慣のない患者さんには、ぶらぶら歩きであっても血糖値は下がるということを伝えてあげるのも忘れてはいけません。

東京マラソンを走った時も同じでしたが、他の人のペースに飲まれて走り続けると多分ゴールまでたどり着くことはできなかったと思います。いかに早く走るか、いかに速く歩くことができるかではなく、いかに自分の体力に合わせたペース配分ができるかが、求められてくるのです。運動療法を指導するときも、対象者の病状や体力によって、歩くスピードや運動内容は異なってきます。一律の指導支援ではいけないのです。日常のぶらぶら歩きでも運動習慣として継続していくと血糖値コントロールは良好となっていきます。そして、歩く習慣が身についてくれば、自然と歩幅も大きくなりスピードも上がり、腕も振れてくるようになっていくのです。私たち指導者はそこに着目して段階的に指導をしていくことが大切なのです。運動療法を始めたばかりの人に、「できるだけ速歩で歩いてください」という一律の指導ではなく、対象者の生活スタイルや病状、体力を考慮した上での指導スキルを高めていくことが大切です。

東京マラソンを走っていて、心が折れそうになったとき、私は沿道からの多くの声援に救われました。応援している人たちは、自分が走っていることを想定しているような声かけをしているようにも感じられました。そういう人たちの暖かい声援に私もパワーをもらい、背中を押されてゴールすることができました。35km地点過ぎのボードには、「ゴールは必ずやってくる」と書かれていました。このようなボードを見ると、歩こうが休もうが、前に進んでいればゴールは来ると思えたものです。

しかし、生活習慣病の治療のゴールは何かと考えると、時々休むことも入れながらも、「運動を続けていく」ことだと思っています。そして、最終的には人生最後の日まで自分の足でトイレに行ける力あったら、そこが望ましい理想のゴールなのかなと最近思っています。そこまで患者さんを導くためには、運動を開始してから期間を設けて評価していくことも



重要です。やっていることを評価し賞賛していくのも継続支援においては重要だからです。運動療法は開始してから9ヶ月～1年後くらいの間に、体重が停滞もしくはリバウンドする時期が訪れます。この時期に加えて、運動療法を開始した3ヶ月後、6ヶ月後に当院では体型、体力の測定をして評価しています。継続していた運動がマンネリ化したり、運動に対するモチベーションが低下する時期でもあるからです。この時期の体型および体力のチェックは患者さんの背中を押してあげるポイントだというように私は考えています。評価し、患者さんと話し合いながら目標を再設定し、その目標に向けてさらなる一步を歩みだす支援がとても重要だと考えています。

「分かること」から「できること」へ、「できること」から「続ける」というところまで導いていくのが私たち支援者の一番の目標です。しかし、ここが一番難しい作業でもあります。患者さん、または保健指導の対象者の心理的な行動変容に合わせた段階的な指導・支援法は私たちの永遠のテーマです。より多くの方々に運動の効果を実感していただき、継続していただく人がひとりでも増えていけば、そこから運動の輪は大きく広がります。その広がりが「つながり」に変化していく。それは、厚生労働省の指針に示される「つながる」の意味に含まれるのではないかと考えているのです。

おわりに

「心が変われば行動が変わる」逆に言うと心が変わらなければ行動は変わりません。行動が変われば習慣が変わって、習慣が変われば人格が変わります。人格が変われば運命が変わります。糖尿病の療養指導も保健指導も、マラソンを完走させてあげるような環境整備と、医療に関わる皆さんとのチームとしての支援体制が必要と考えています。

コーチの語源は「馬車」からきています。「大切な人を、その人が望むところまで安全に送り届ける」という意味です。そしてコーチの役割として、「人は無限の可能性を持っていて、人が必要とされる答えはその人の中に眠っている」ということを心に留めて指導をしています。対象者が望んでもいないところに無理やり導いていくのはコーチングとは言えません。指導者が「こうしなさい」と言うのではなくて、相手が「どこへ行きたいか？」であり、そこまで安全に望むところまで運んであげるのが「コーチ」の役割です。

今までは、対象者を中心にその周りにいるいろいろなスタッフが連携して関わるのがチーム医療として必要だと考え、取り組んできました。しかし、連携したスタッフ皆が対象者に対して一方通行の指導をする場面が多かったのかなとも思えます。今後は、保健指導の対象者も指導する医療専門職スタッフも一緒に輪の中に入り、一緒に考えていくスタンスが必要なのかもしれません。食事指導や運動指導のときも対象者の様々な苦悩や息遣いを常にキャッチできるような伴走者であることが理想だと思います。運動指導から運動支援へ、対象者と医療従事者が一緒に考えていくスタンスがとても重要なのではないかと思います。

(2014.3.12 イイノカンファレンスセンターにて講演要旨)

振興会 in Action

第43回生活習慣病指導専門職セミナーを開催

今回のセミナーではメンタルヘルス対策のうち、大野裕先生から、“心の活性化”をテーマにセルフケアについて、宇都宮健輔先生から保健スタッフによる現場の対応について、また中川敦夫先生からうつ病の診立てについてのお話をいただきました。



開催日
平成26年7月24日(木)
会場
イノカンファレンスセンター
テーマ
「職場のメンタルヘルス」
参加者 153名

プログラム

テーマ・講師	
「活動スケジュールと コラムとを使った心の活性化」 講師：大野 裕 (独)国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター センター長	
「産業保健スタッフの臨床技術を考察する!」 一職域メンタルヘルスにおける “CERM model”の活用— (CERM:コミュニケーション・エビデンス・ロールモデル・モチベーションの略) 講師：宇都宮 健輔 株式会社東芝本社 本社診療所 主査産業医	
「うつ病の診断と診立て」 講師：中川 敦夫 慶應義塾大学医学部 クリニカルリサーチセンター 特任講師	

第44回生活習慣病指導専門職セミナーを開催

昨年5月に日本糖尿病学会と日本癌学会の合同による「糖尿病と癌に関する委員会報告」が発表され、この期に当会も「糖尿病とがん」というテーマで東京においてセミナーを開催し大変好評を得、その後、関西でも同様のセミナーをとのご要望があったことから同テーマで大阪にて開催しました。



開催日
平成26年9月25日(木)
会場
グランキューブ大阪(大阪国際会議場)
テーマ
「糖尿病とがん」
参加者 115名

プログラム

テーマ・講師	
「全体構成の説明」 一糖尿病とがん— 講師：片井 均 国立がん研究センター中央病院 副院長 外科系部門長	
「糖尿病とがんの危険な関係」 一生活習慣改善の「一石二鳥」効果とは— 講師：大橋 健 国立がん研究センター中央病院 総合内科・歯科・がん救急科 科長	
「糖尿病と臓器障害」 一より安全ながん治療を受けていただくために— 講師：細井 雅之 大阪市立総合医療センター 糖尿病・内分泌センター部長 糖尿病内科部長	
「瞬がん」 一診断と治療— 講師：中森 正二 国立病院機構 大阪医療センター 副院長	

台東区健康教室に講師を派遣

当会は、台東区立小島社会教育会館の主催による台東区民を対象とした健康教室の講師依頼を受けて、当会全国健診部保健指導課の村山恵津子保健師を、平成26年10月3日、10日、17日の3回に亘って講師として派遣し、下記のテーマで講話と実技指導を行ない、参加した方々に大変好評をいただきました。

- ・1日目(10月3日) 健康寿命を延ばしましょう ～生活習慣病予防のために～
 - ・2日目(10月10日) あなたの生活習慣見直しませんか? ～生活改善に必要なこと～
 - ・3日目(10月17日) アンチエイジングが大切です! ～生活習慣病予防は認知症予防～
- ※ストレッチ・筋肉トレーニングなどの実技指導は3日間とも行ないました。



第20回全国健診共同事業説明会(協議会)を開催

今年で31年目となる当会の全国健診事業にご参加いただいている健保組合・企業の方々にお集まりいただき、第20回目の全国健診事業共同協議会を説明会形式で、下記の通り11月27日に品川プリンスホテルに於いて開催いたしました。

開催日 平成26年11月27日(木)
会場 品川プリンスホテルメインタワー15F (トパーズ15)
出席者 全国健診事業参加健保組合・企業 136名
 全国健診事業協力団体・機関 11名

プログラム

PM3:00 開会(ご挨拶)

・理事長 佐藤元彦

(1)平成26年度全国健診事業実施状況と
平成27年度実施概要について

・常務理事 五宝誠一

(2)平成27年度全国健診事業実施内容について

①平成27年度各種健診・特定保健指導実施内容と料金

・渉外部 渉外一課課長 石井賢一

②Web健診申込システムの現状と次年度の受入体制

・企画室 企画課主任 田中謙司

③労働安全衛生法改正に基づくストレスチェックと
メンタルヘルスサービス

・企画室 室長 金子康則

(3)質疑応答・資料補足説明

4:30 閉会



全国健診契約医療機関数(契約総数 H26:2910件<歯科除く>)

健診コース	平成26年度	平成25年度	増減
生活習慣病健診	2,608	2,614	↓6(0.2%)
日帰り人間ドック	2,552	2,549	↓27(1.1%)
定期健診(法定健診)	2,589	2,635	↓46(1.7%)
婦人科健診(単独)	2,056	2,069	↓13(0.6%)
歯科検診	587	574	↑14(0.7%)

巡回健診会場

健診コース	平成26年度	平成25年度	増減
生活習慣病健診	315	299	16(5.4%)
延べ実施日数	940	786	154(19.6%)

乳房検査契約医療機関数

健診コース	平成26年度	平成25年度	増減
マンモグラフィ・乳房エコー	1,242	1,236	↑6(0.5%)
マンモグラフィのみ可	437	434	↑3(0.7%)
乳房エコーのみ可	308	318	↓10(1.7%)

全国健診共同事業説明会および健康文化研究懇談会の終了後、別室において、第20回全国健診共同事業懇親会を開催いたしました。最初に当会常務理事佐々木亨がごあいさつを行い、続いて、当会の全国健診事業に長年に亘りご参加いただいている健保組合・企業の中から



当会常務理事
佐々木亨

住友重機械健康保険組合常務理事若色一宏氏に乾杯の首頭を取っていただいた後、ご参加の健保組合・企業の方々と、当会役職員との懇親をさせていただきました。



住友重機械健保組合
常務理事 若色一宏氏

第48回健康文化研究懇談会を開催

健康保険組合および企業で、健康管理業務に従事されている幹部ならびに実務担当者の方々を対象に、第48回健康文化研究懇談会を下記の通り開催いたしました。

開催日 平成26年11月27日(木)PM4:40~5:40

会場 品川プリンスホテルメインタワー15F (トパーズ15)

テーマ 「新たな成長戦略で進める科学的な
保健事業(データヘルス)の本質」

講師 古井祐司/東京大学政策ビジョン研究センター
健康経営ユニット 特任助教
ヘルスケア・コミッティー株式会社 代表取締役会長

参加者 128名



振興会 in Action

第2・3・4回健康管理支援セミナーを開催

平成26年6月25日に公布された「労働安全衛生法の一部を改正する法律」により、事業者にストレスチェックの実施が義務付けられ、さらには労働者の希望に応じて医師による面接指導の実施、また必要に応じて職場の転換、労働時間の短縮などの措置を取ることが求められることになりました。それを受けて第2・3・4回の健康管理支援セミナーの共通テーマとして「労働安全衛生法改正によるストレスチェック制度を考える」を取り上げ、事業者がこのストレスチェックを実施運用する上でのポイントと課題、判例から見る事業者の法的責任とリスクについて産業医、弁護士のお話と各専門家の方々によるトークセッションを行いました。各会場いずれも満席となり、このテーマに対する皆様方の関心の高さをうかがうことができました。

テーマ

「労働安全衛生法改正によるストレスチェック制度を考える」

ーストレスチェック義務化対応のポイントー

プログラム

テーマ・講師
レクチャーⅠ「ストレスチェックの運用上のポイントと課題」 ーストレスチェックの評価と対応ー 講師：夏目 誠 大阪樟蔭女子大学大学院教授／精神科医・産業医
レクチャーⅡ「最高裁判例から考える事業主の責任」 ーストレスチェック実施上の法的課題とリスクー 講師：原 哲男 原白川法律事務所所長／弁護士
トークセッション 参加者：夏目 誠先生、原 哲男先生 進行：樺沢 敏紀（フィスメック臨床心理士）
プレゼンテーション「ストレスチェックとメンタルヘルス関連サービス」 紹介者：直井 淳（フィスメック 臨床心理士）／東京会場 奥谷 浩二（フィスメック マネージャー・コンサルタント）／大阪会場



第2回健康管理支援セミナー（平成26年8月29日）

会場 東京国際フォーラム 参加者 229名



第3回健康管理支援セミナー（平成26年10月23日）

会場 時事通信ホール 参加者 238名



第4回健康管理支援セミナー（平成26年10月29日）

会場 プリーゼプラザ・小ホール 参加者 277名

第5回健康管理支援セミナーのご案内

「改正安衛法の施行に向けたメンタルヘルス対策を考える」

ーストレスチェックとカウンセリング体制等の具体的取り組み方ー

今回は、過去3回にわたって講師をお願いしました夏目誠先生、原哲男先生に加えて、国の労働安全衛生施策に各種委員会の委員として参画され、また、この度の「ストレスチェック制度に関する検討会」の座長を務められた相澤好治先生を講師にお迎えし、右記のプログラム通りさらに踏み込んだ内容で本セミナーを開催させていただきます。

開催日 平成27年1月29日（木）13:00～16:00

会場 イイノホール（東京都千代田区幸町2-1-1）

参加費 無料（お申込み先着500名様で受付終了とさせていただきます）

※お申込み方法は下記までご連絡ください。

企画室・公益事業課（TEL.03-3316-0948）

プログラム

テーマ・講師
レクチャーⅠ「労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度に関する検討会の議論と結果について」 講師：相澤 好治 北里大学名誉教授
レクチャーⅡ「厚生労働省令・指針から伺えるストレスチェック実施時のポイント」 講師：夏目 誠 大阪樟蔭女子大学大学院教授／精神科医・産業医
レクチャーⅢ「ストレスチェックにおける産業医・事業者・実施者の法的責任と個人情報」 講師：原 哲男 原白川法律事務所所長／弁護士
トークセッション 参加者：相澤 好治先生、夏目 誠先生、原 哲男先生 進行：樺沢 敏紀（臨床心理士）
プレゼンテーション「ストレスチェックの具体的な実施方法とカウンセリングサービス体制等について」 紹介者：金子 康則（日本健康文化振興会 企画室室長）

平成26年10月よりメンタルヘルス事業に着手いたしました

日本健康文化振興会では長年に亘りメンタルヘルス事業を展開する株式会社フィスメックと提携し、企業・職場のメンタルヘルス対策の円滑実施を支援するための体制を整え、平成26年10月よりメンタルヘルス事業に着手いたしました。メンタルヘルス対策には、発症を予防する「1次予防」から早期発見・早期対応の「2次予防」、治療・ケアの必要な「3次予防」まで、それぞれの段階に応じた支援が必要です。

まずは、組織と従業員の心理的な負担をストレスチェックで測定し、問題・課題の有無を把握することをお勧めします。

なお、「2次予防」のカウンセリングには、日本最大規模のカウンセラーネットワーク(47都道府県の県庁所在地を中心に約520名配置)を構築していますので、ストレスチェック実施後のフォローアップも可能です。

※詳しくは当会企画室(TEL.03-3316-1383)までお問い合わせください。

メンタルヘルス対策支援の流れ

■復職支援

こころの病で休職した従業員の復職に関して、専門医のセカンドオピニオンをはじめとしたサービスをご提供します。

■危機対応

事故や事件に巻き込まれた際に、専門家を派遣して本人や関係者のこころのケアを行います。

■カウンセリング

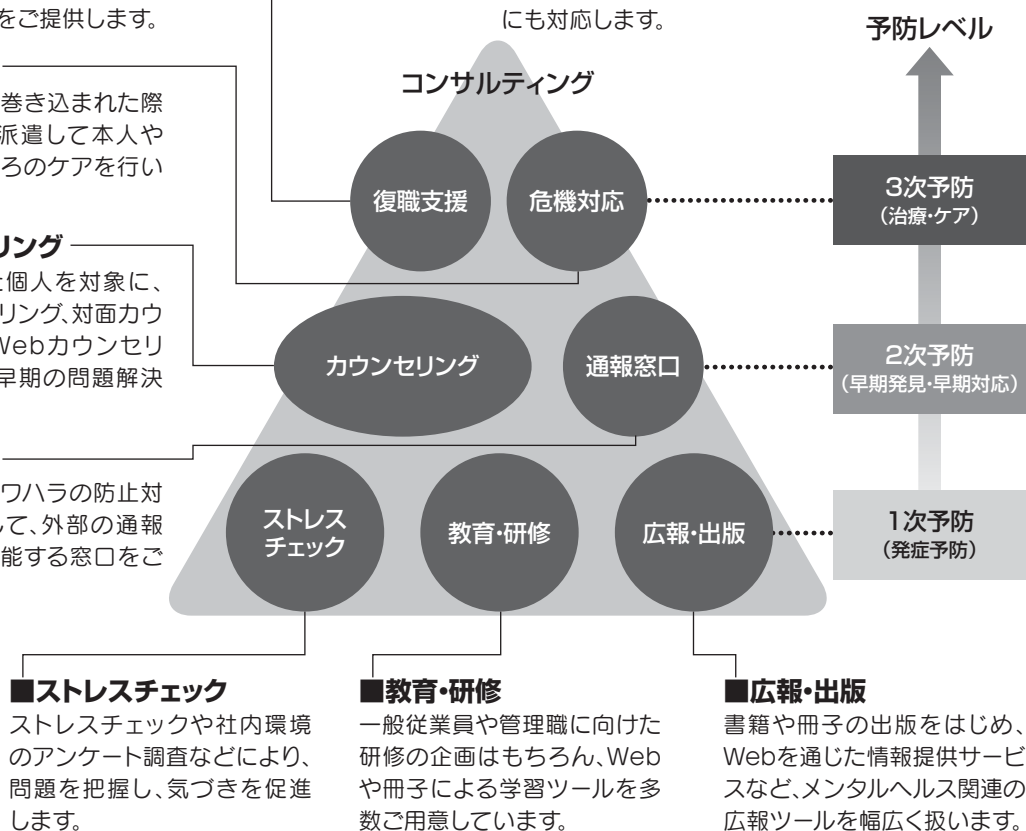
問題を抱えた個人を対象に、電話カウンセリング、対面カウンセリング、Webカウンセリングを提供。早期の問題解決をめざします。

■通報窓口

セクハラやパワハラの防止対策の一環として、外部の通報窓口として機能する窓口をご提供します。

■コンサルティング

専門家による問題解決のためのアドバイス。具体的な対策や社内体制の整備、法的問題にも対応します。





老いの坂道

西 忠久

一般財団法人 日本健康文化振興会
理事

■70代後半の坂を登り切り、80歳になった時、やっとこれで年来の目標に到達したな、と感じて、ほっとしたものだ。70代から80代にかけての坂がとりわけの難所であり、それをなんとか登りきるのが課題だと聞かされていたからである。だから80歳の坂を越えたところで、高倉健、菅原文太、二大スターが相次いで忽然と逝ってしまった時は衝撃を受けた。最後まで凛として揺るがない二人の男の姿に、せめてそうありがたいが、という自分の老残を重ね合わせてみる。こうなれば、80歳より先はもう一年一年を区切って取り合えずそこまで行くことを目標とするしかないな、と腹をくくったのである。

■家の中の景色は殆ど変わることなく単調に日は過ぎて行くけれど、一歩外に出ると様々な変化にぶつかる。ある日、大学時代の同窓生が集まるささやかな集まりがあった。みな昭和ひと桁後半の生れ、傘寿を越えてやれやれと一息ついたばかりだ。グループの中に3人の女性達がいて、みな寡婦なのだが揃いも揃って、語り口も元氣、意気軒高である。とても80歳を過ぎているとは見えない。お互いに「あと何年位生きれるかな?」という核心を突いた質問が出た。男性軍は一様に「いや、僕は心臓が悪い。前立腺の具合がどうも」とすぐ持病の話になって氣勢があがらない。「2020年の東京オリンピックを観れるかな」「いや、後5年か。微妙だね」という答えが多かったが、女性軍は断然元氣。「あら大丈夫よ。2度目のオリンピックを楽しみましょうよ」と朗らかな答えが返ってきた。改めて、グループ全体を見回すと男性軍では、学友でもある当日本健康文化振興会の佐々木常務理事だけが今もって現役である。彼はさる10月には世界マスターズのボート競技でオーストラリアに遠征し、エイトを漕いできたと報告した。「彼だけは例外。90才まで案にいくな」と皆で噂し合った。メリーウィドウとの生存競争はなかなか活力溢れるレースになりそうだ。

■それにしても、外に出ると老人によく出会う。子供の数が減っている印象はさほど受けないけれど、高齢者の人口が増加しているなという実感は強い。自分も高齢者の一人なのだから、見たり見られたりはお互いさまなのだが。その度に気にかかるのは、相手が自分より年上か年下かという点である。同窓会のようにあらかじめ同一年齢と知ってはいても、彼は年齢よりも老けているなと感じてちょっと安心してみたりする。電車の中で席

を譲られることも多くなった。混んでいる時、疲れている時、座れることはありがたいなと思う反面、「僕はまだそれほど老いていないぞ」という見栄もある。現実にある老いの進行に対する恐れより、まだ若くあろうとする執着の方が数段強く働いているのだろう。虚栄心の背伸びか。

■とはいえ歳を重ねるにつれて体力が衰え、氣力が続かなくなっている。それとは別にバランス感覚が微妙に鈍くなってきたなと不安を覚える時がある。たとえば駅の階段とか長いエスカレーターに乗った時など手摺りにつかまらないうと危ないぞという危険信号がでる。我が家の2階の階段はかなり急角度なのだが脇に物を抱えている時は手摺りにつかまらないうと姿勢が怪しくなる。かすかに足がもつれ、膝がぐくつとすることがある。だが本心では、自分はまだ簡単に転んだり階段から落ちたりはしないぞ、という自惚れもないわけではない。傍から見ればそんな姿はどれをとっても「年寄りくさい」ものであるに違いない。年相応の老化現象なのだから、と諦めて、せめて転ばぬように注意する。抵抗しつつも相手を受け入れる条件闘争のようなものだ。

■それに対して「老人らしさ」には肯定的積極的な側面がある。70代80代と年齢を厚く重ねることによって生み出される風格、品位とでもいったものだ。こちらを備えるのは体力を保ったり、健康を維持したりするより遥かに難しい。どうやらそれは努力によってもたらされるものではなく、歳月から結果として与えられるものであるからだ。日常生活の恐ろしくなんでもないところに、ごく当たり前の顔をしてそんな老人は黙って生きているのだろう。あまり目立たないから道を歩いていても誰も気がつかないかもしれない。だが品位とか風格とかを備えた老人らしい老人になるのは、一歩一歩老いの坂道を登ることと、また難しいことなのである。名前を挙げては失礼になるかもしれないが、長いこと、当財団の評議員、理事を務めてこられた医学博士、後藤重弥先生は90歳を越えて今でもかくしゃくとして、当振興会に姿をお見せになる。その悠揚迫らざる風格こそ老人の理想像のひとつといえるだろう。

俳句を趣味とする学友、河野哲也氏の最新句から、

生きること仕事と嘯き鰻食ふ