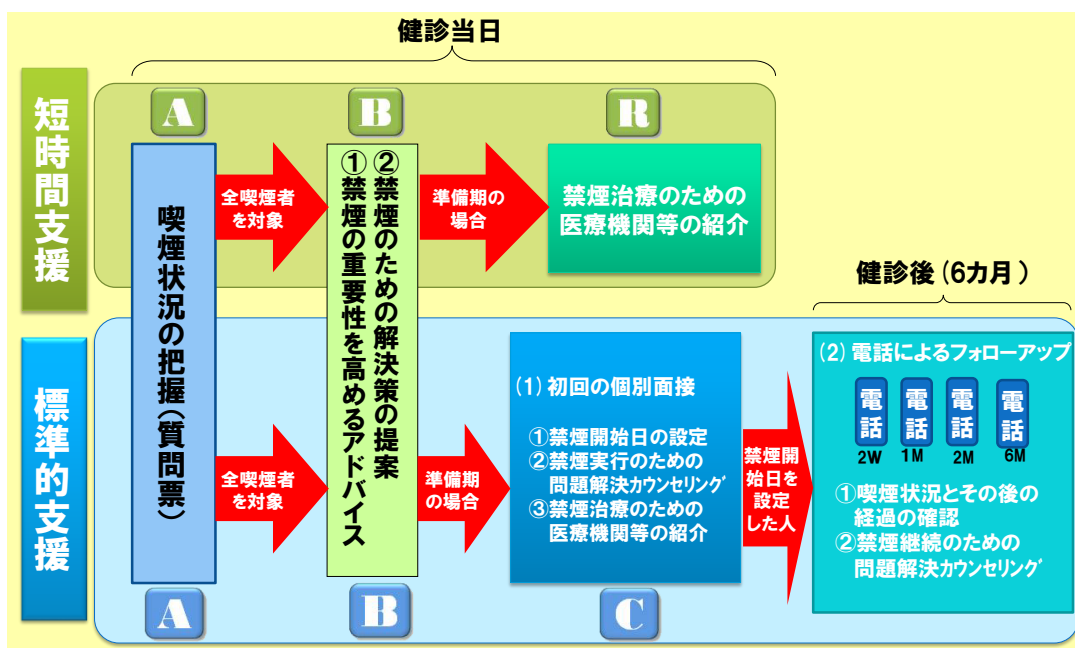


1. 健診・保健指導での禁煙支援の取り組み方

健診・保健指導の場での禁煙支援は、メタボリックシンドロームの有無やリスクの大小に関わらず、健診当日を含め、全ての喫煙者を対象として行うことが重要です。

特定健診やがん検診の場等、禁煙支援の時間が十分に確保できない場合は「短時間支援」、事後指導の場等、禁煙支援の時間が確保できる場合は「標準的支援」を行います。短時間支援については、できるだけ多くの喫煙者に働きかけを行うため、健診当日に行うことを原則とします。喫煙に関するフィードバック文例集を参考に喫煙者に働きかけましょう（P.2-68 「第2編健診別添資料 健診結果とその他必要な情報の提供(フィードバック) 文例集」を参照）。短時間支援と標準的支援の流れを図1に示します。

図1. 短時間支援（ABR方式）と標準的支援（ABC方式）の流れ



- 短時間支援は、「ABR方式」で個別面接の形式で実施します。A (Ask) では、質問票を用いて喫煙状況を把握します。B (Brief advice) では、喫煙者全員を対象に (1) 禁煙の重要性を高めるアドバイスと (2) 禁煙のための解決策の提案を行います。R (Refer) では、準備期 (1か月以内に禁煙しようと考えている) の喫煙者を対象に、禁煙治療のための医療機関等の紹介を行います。
- 標準的支援は、「ABC方式」で (1) 初回の個別面接と (2) 電話によるフォローアップの組合せで実施します。A (Ask) とB (Brief advice) の内容は、短時間支援と同様です。C (Cessation support) では、(1) 初回の個別面接で、準備期の喫煙者を対象に、①禁煙開始日の設定、②禁煙実行のための問題解決カウンセリング、③禁煙治療のための医療機関等の紹介、を行います。
 禁煙開始日を設定した喫煙者には、初回面接後に禁煙実行・継続を支援するための (2) 電話によるフォローアップを行います。電話フォローアップを行う時期の目安は、初回の個別面接から2週間後、1カ月後、2カ月後、6カ月後です。フォローアップでは、①喫煙状況とその後の経過の確認、②禁煙継続のための問題解決カウンセリング (困難な状況をあらかじめ予想し、その解決策を一緒に検討する)

を行います。

短時間支援（ＡＢＲ方式）と標準的支援（ＡＢＣ方式）の特徴を表 1^aに示します。どのくらい時間が確保できるかによって、いずれの方式を採用するかを決めるとよいでしょう。

表 1. 短時間支援（ＡＢＲ方式）と標準的支援（ＡＢＣ方式）の内容

	短時間支援(ABR方式)	標準的支援(ABC方式)
回数	個別面接1回	個別面接1回と電話フォローアップ4回
時間	1～3分	初回面接10分、フォローアップ5分
内容	A sk (喫煙状況の把握) B rief advice (短時間の禁煙アドバイス) ①禁煙の重要性を高めるアドバイス ②禁煙のための解決策の提案 R efer (医療機関等の紹介) ☆準備期のみ	A sk、 B rief adviceは左記と同様 C essation support (禁煙実行・継続の支援) (1) 初回の個別面接 ☆準備期のみ ①禁煙開始日の設定 ②禁煙実行のための問題解決カウンセリング ③禁煙治療のための医療機関等の紹介 (2) 電話によるフォローアップ ☆禁煙開始日設定者のみ ①喫煙状況とその後の経過の確認 ※禁煙に対する賞賛と励まし ②禁煙継続のための問題解決カウンセリング
支援の場	各種健診(特定健診やがん検診など)	特定保健指導や事後指導等の各種保健事業

禁煙支援の際に喫煙者に配布する教材を2種類作成しています。短時間支援（ＡＢＲ方式）では「喫煙者用リーフレット」、標準的支援（ＡＢＣ方式）では「喫煙者用ワークシート」をご活用ください。これらについては、「禁煙支援マニュアル（第二版）」の2018年増補改訂版に掲載しているので、使い方も含めて参照してください。

禁煙支援マニュアル（第二版）2018年増補改訂版

<http://www.mhlw.go.jp/topics/tobacco/kin-en-sien/>

^a ここに記載した所要時間は、個別面接や電話フォローアップにかかる時間の目安です。

2. 受動喫煙に関する情報提供

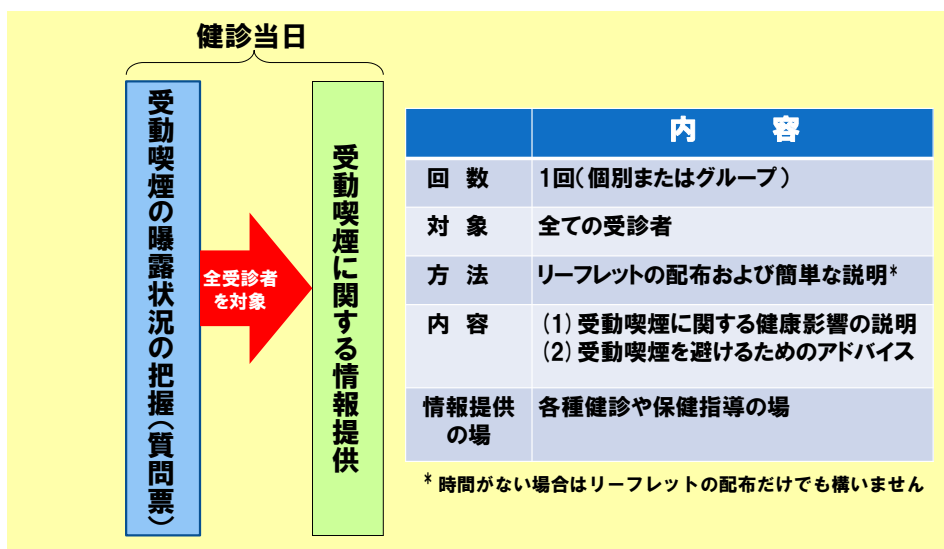
禁煙支援に加えて、喫煙状況に関わらず、受診者全員に対して受動喫煙に関する情報提供を行います。前述した禁煙の短時間支援と同様、多くの受診者に情報提供ができるよう、健診当日に行うことを原則とします。情報提供の内容は、(1) 受動喫煙による健康影響の説明と(2) 受動喫煙を避けるためのアドバイス、を行います。図2に受動喫煙に関する情報提供の流れと内容を示します。

喫煙に関するフィードバック文例集を参考に受診者全員に働きかけましょう。同文例集には、喫煙状況別の働きかけの文例を掲載しています。家庭や職場で受動喫煙の曝露を受けている非喫煙者に対しては、それを改善するために、家庭や職場で相談するように伝えましょう。

非喫煙者だけでなく、喫煙者に対しても情報提供を行うのは、受動喫煙の害に関する正しい知識を喫煙者にも伝える必要があるからです。受動喫煙を防ぐためには、禁煙することが最善の解決策ですが、それができない場合は、たばこの煙を周囲の人に吸わせないように、原則屋外で喫煙するよう呼びかける必要があります。

受動喫煙に関する情報提供の際に受診者に配布する「受動喫煙に関するリーフレット」を作成しています。時間がない場合はリーフレットの配布だけでも構いません。受動喫煙に関する情報提供用のリーフレットの内容や使い方については、「禁煙支援マニュアル（第二版）」の2017年増補改訂版を参照してください。

図2. 受動喫煙に関する情報提供の流れとその内容



3. 禁煙支援の実際—短時間支援（A B R方式）

短時間支援のA B R方式のA（Ask）、B（Brief advice）、R（Refer）を解説します。

A 喫煙状況の把握（Ask）

まず、短時間支援（A B R方式）のA（Ask）にあたる「喫煙状況の把握」の具体的方法について解説します。特定健診の「標準的な質問票」を用いて喫煙状況を確認します。

質問8で「現在、たばこを習慣的に吸っている」に対して「はい」と回答した人が短時間支援の対象者となります。

ここでいう「習慣的に喫煙している者」とは、「これまでに合計100本以上、または6ヵ月以上吸っている者」であり、最近1ヵ月間も吸っている者です。

いわゆる加熱式たばこや電子たばこ等の新型たばこの使用者も喫煙者として扱います（**別**

添1「3. 禁煙支援の実際—短時間支援（A B R方式）**B**短時間支援の禁煙アドバイス（Brief advice）（2）禁煙のための解決策の提案〈新型たばこに関する情報提供について〉」を参照）。

B 短時間の禁煙アドバイス（Brief advice）

短時間支援（A B R方式）の中のB（Brief advice）にあたる「短時間の禁煙アドバイス」の具体的方法について解説します。

ここでは、禁煙の関心度や健診結果にかかわらず、全喫煙者を対象に短時間の禁煙アドバイスをを行います。その内容は、（1）禁煙の重要性を高めるアドバイス（病歴や検査値、自覚症状、本人の関心事等を切り口に禁煙が重要であること）、（2）禁煙のための解決策の提案（禁煙には効果的な禁煙方法があること）です。

禁煙に対して気持ちが高まっている喫煙者に対しては、禁煙の重要性を高めるアドバイスよりも、禁煙のための解決策の提案にウエイトを置くことが一般に有用です。一方、まだ禁煙しようと考えていない喫煙者に対しては、個々人の喫煙者に合った情報提供で禁煙の重要性を高めることが大切です。しかし、禁煙しようと考えていない喫煙者においても、禁煙のための解決策の提案を行うことで、禁煙に対する動機が高まることも少なくないので、忘れずに情報提供しましょう。

（1）禁煙の重要性を高めるアドバイス

質問票で喫煙状況を把握した喫煙者に対して、診察や問診、保健指導の場を活用して禁煙の重要性を伝えます。複数の保健医療関係者が連携をとりながら声をかけることが効果的です。

まず、「禁煙する必要があること」をはっきりと伝え、さらに、「禁煙が優先順位の高い健康課題であること」を伝えます。

喫煙者に病歴や検査値の異常、自覚症状がある場合は、それらと喫煙との関係を結びつけて、喫煙の影響や禁煙の効果について説明します。喫煙関連疾患としては、がん、虚血性心疾患（異型狭心症を含む）、脳血管障害（脳梗塞、くも膜下出血）、糖尿病、COPD（慢性閉塞性肺疾患）、消化性潰瘍等があります。喫煙に関連した検査値の異常としては、

脂質異常^b（HDLコレステロールの低下、LDLコレステロールやトリグリセライド（中性脂肪）の上昇）、糖代謝異常（血糖値やHbA1cの上昇、インスリン感受性の低下）、血球異常（多血症、白血球増多）等があります。

病歴や検査値に問題がない喫煙者に対しては、異常がないことを賞賛した上で、喫煙が取り組むべき重要な健康課題であることを伝えて禁煙を促しましょう。また、喫煙者本人の関心事や家族状況、生活背景等が把握できている場合は、それらを切り口として禁煙の重要性を高めるアドバイスをするとさらに効果が高まります。

ここでの働きかけは、喫煙者全員に対して行いますが、特に禁煙に対して気持ちが高まっていない喫煙者に対しては、禁煙の重要性を高めることが大切です。個々人にあったメッセージで喫煙者の気持ちが禁煙に対して高まるようアドバイスしましょう。

（２）禁煙のための解決策の提案

次に、禁煙治療を受ければ「比較的楽に」、「より確実に」、「あまりお金もかけずに」禁煙できることを伝えます。喫煙者の多くは、「禁煙は自分の力で解決しなければならない」「禁煙はつらく苦しい」と思い込んでいる傾向があります。禁煙は、治療を受けて薬を使うことで、苦しまずに楽にやめることができる^{1,2}ことを伝えます。これまでに何度も禁煙を失敗する等、禁煙に自信がない喫煙者に対して、禁煙のための効果的な解決策を情報提供することは、禁煙に対する自信を高めることにつながり、有効です。

禁煙に関心のない人に、いきなり禁煙の効果的な解決策について説明しても抵抗や反発を招くだけです。このような人に対しては、現在禁煙する気持ちがないことを保健指導実施者が受けとめ、「今後の禁煙のために覚えておかれるといいですよ」と前置きした上で情報提供するとよいでしょう。前置きをすることで相手は抵抗感なく耳を傾けてくれることが多くなります。

<新型たばこに関する情報提供について>

新型たばことして、大きく2種類の製品が国際的に流行しています。一つが、たばこの葉を加熱して吸引する加熱式たばこ（heat-not-burn tobacco）です。もう一つは、ニコチンを含んだ溶液を加熱吸引する電子たばこ（e-cigarette）です。

加熱式たばこは、たばこ事業法の下でのたばこ製品の1つです。大手たばこ会社によって製品が開発され、わが国において先行発売されたため、急速に流行し始めています。一方、ニコチンを含んだ電子たばこは、英米等の諸外国で流行していますが、わが国においては、医薬品医療機器等法の承認を得ずに発売することが禁止されているため、主に個人輸入の形で入手したものが使用されています。ニコチンを含まない電子たばこについては、規制する法律がなく、わが国で広く販売されています。

これらの新型たばこの長期使用に伴う健康影響については、まだ使用が開始されてからの年月が短いため、明らかではありません。しかし有害成分の分析結果から、加熱式たばこから発生する化学物質の種類は、紙巻たばこと比べほぼ変わらないものの、ニコチン以外の化学物質の量は少ないという学会報告³があります。一方、電子たばこについては、紙巻たばこと比較して、一部の有害成分が多く含まれるとの報告⁴がありますが、ニコチン以

^b 喫煙の血清脂質への影響のうち、HDLコレステロールについては喫煙で低下、禁煙で増加することが認められ、両者の関係は明らかです。また、中性脂肪やLDLコレステロールへの影響についても下記のメタアナリシス研究や2010年の米国公衆衛生総監報告書において、喫煙との関係が指摘されています。

・Craig WY, et al. BMJ 1989; 298: 784-788.

・U. S. Department of Health and Human Services. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General, 2010.

外の化学物質の量ははるかに少なく、周囲への有害物質の曝露も同様に小さいことが報告^{5,6}されています。

英国公衆衛生庁や英国王立内科学会は、電子たばこの使用は紙巻たばこと比べて約 95% 害が少なく、紙巻たばこの使用を中止する効果があることから、紙巻たばこをやめたい、又はその健康影響を減らしたい喫煙者にむけて、禁煙補助薬と並んで積極的な電子たばこの使用を勧めています^{7,8}。しかし、加熱式たばこについては、たばこ会社からの報告はあるものの、国際的なエビデンスが少なく、電子たばこと同様の効果があるのかどうか明らかではないのが現状です。

わが国において加熱式たばこを中心に流行している背景には、紙巻たばこに比べて害が少なく、周囲への受動喫煙を低減できるという喫煙者の期待があると考えられます。しかし、たばこに含まれる有害物質の曝露に安全域がないこと、紙巻たばこと併用した場合には健康影響の十分な低減を期待できないことから、新型たばこを単独で使用している場合であっても、それをゴールとするのではなく、最終的にはその使用も中止するよう、情報提供や支援を行うことが重要です。



禁煙治療のための医療機関等の紹介 (Refer)

短時間支援 (A B R方式) の中の R (Refer) にあたる「禁煙治療のための医療機関等の紹介」の具体的方法について解説します。

禁煙に関心がある喫煙者や、短時間の禁煙アドバイスの結果、禁煙の動機が高まった喫煙者に対しては、禁煙治療の利用を勧め、禁煙治療が健康保険で受けられる医療機関を紹介します。禁煙治療を勧める理由は、自力に頼る方法に比べて禁煙を成功する可能性が高い⁹からです。

2016 年 4 月から健康保険による禁煙治療の条件が変わり、若年者のニコチン依存症患者にも健康保険が適用されることになりました。具体的な保険適用の条件^cは、1) 35 歳以上の者については、1 日喫煙本数×喫煙年数が 200 以上であること、2) いますぐに禁煙したいと考えており、禁煙治療を受けることを文書により同意していること、3) ニコチン依存症のスクリーニングテスト (TDS)^dでニコチン依存症と診断された者であること、です。

条件を満たさない場合や医療機関を受診する時間が取れない場合は、禁煙後の離脱症状を軽くするために、薬局・薬店で OTC 薬^eのニコチンパッチやニコチンガムを購入して禁煙する方法を紹介しましょう。ニコチンパッチの OTC 薬は医療用医薬品のニコチンパッチと比べて有効成分が高用量の剤形がないため、ニコチンの補充が不十分となる場合があります。OTC 薬で禁煙できなければ医療機関での禁煙治療を勧めます。また、健康保険を利用できる条件を満たさない場合でも、自由診療で禁煙治療を受けることができることを伝えましょう。特に喫煙本数が多く、OTC 薬では離脱症状が十分抑えられないヘビースモーカー、精神疾患等、医学的管理の必要性が高い合併症を有する喫煙患者に対しては、医療機関での治療につなげるように支援しましょう。

禁煙治療が健康保険で受けられる医療機関は、日本禁煙学会のホームページから検索す

^c 平成 29 年 2 月末現在。

^d Tobacco Dependence Screener の略。精神医学的な見地からニコチン依存症を診断することを目的として開発された指標で、ニコチン依存症治療の保険適用の対象患者を抽出するために用いられている。

^e Over the counter の略で、一般用医薬品のこと。薬局・薬店・ドラッグストアで処方箋を必要とせず、市販されている医薬品。

ることができます。近隣の医療機関のリストを準備し、喫煙者に渡せるようにしておきましょう。

健康保険で禁煙治療が受けられる医療機関の検索サイト
日本禁煙学会 <http://www.nosmoke55.jp/nicotine/clinic.html>

4. 禁煙支援の実際－標準的支援（ABC方式）

標準的支援（ABC方式）のA（Ask：喫煙状況の把握）、B（Brief advice：短時間の禁煙アドバイス）、C（Cessation support）について解説します。

B（Brief advice：短時間の禁煙アドバイス）は、前述した短時間支援（ABR方式）と同様です。ここでは、A（Ask：喫煙状況の把握）とC（Cessation support）にあたる「禁煙実行・継続の支援」の具体的方法について解説します。

喫煙状況の把握（Ask）

まず、標準的支援（ABC方式）のA（Ask）にあたる「喫煙状況の把握」の具体的方法について解説します。質問票を用いて喫煙状況や健康保険による禁煙治療の患者要件を満たしているかどうかを確認します。質問票を表2に示します。

● Q1：喫煙者の把握

喫煙者を特定するための質問項目です。

「喫煙している」と回答した全ての人に次のステップで示す短時間の禁煙アドバイスを行いましょう。また、禁煙していると回答した人には、禁煙していることを賞賛し、禁煙を継続するよう伝えましょう。なお、禁煙して1年以内の人に対しては、再喫煙防止のためのフォローアップを行いましょう。

● Q2, 3：受動喫煙の曝露状況の把握

受動喫煙に関する曝露状況を調べるための質問項目です。職場や家庭におけるたばこの煙の曝露状況を把握します。前述の「2. 受動喫煙に関する情報提供」を参考に受診者全員に受動喫煙に関する情報提供を行いましょう。

● Q4, 5, 7, 8：健康保険による禁煙治療の受診条件の確認

健康保険による禁煙治療の要件を満たしていることを確認します。

- ① 35歳以上の者については、1日喫煙本数 × 喫煙年数が200以上であること
- ② いますぐに禁煙したいと考えており、禁煙治療を受けることを文書により同意していること
- ③ ニコチン依存症のスクリーニングテスト（TDS）でニコチン依存症と診断された者であること

条件①は、Q4とQ5の回答結果から計算します。たとえば、喫煙本数が1日10本で30年間喫煙している人は、 $10 \times 30 = 300$ となり、200を超えているので条件を満たしていることとなります。ただし、35歳未満の喫煙者には、この条件は適用されません。

条件②は、Q7の喫煙のステージに関する質問の回答結果から確認します。Q7の「直ちに（1か月以内に）禁煙しようと考えている」に回答していること（準備期の喫煙者）が条件になります。

条件③は、Q8の10項目の質問のうち、「はい」と回答した項目が5項目以上あれば、ニコチン依存症と診断されるための条件を満たしていることとなります。

● Q4, 6 : ニコチン依存度の把握

1日の喫煙本数と朝目覚めてから最初の1本を吸うまでの時間は、唾液中のニコチン濃度や呼気中の一酸化炭素濃度との相関が強く¹⁰、これら2項目でニコチン依存度を簡易に判定することができます。また、これら2項目は、禁煙試行後の少なくとも1ヵ月間以上の禁煙継続率を予測する独立した要因¹¹であることが報告されています。1日喫煙本数が多いほど、また朝目覚めてから最初のたばこを吸う時間が短いほど、ニコチン依存度が高いと判定され¹⁰、禁煙外来への誘導を行う上で参考となります。ニコチン依存度が高いと判断する目安¹⁰として、1日喫煙本数が21本以上（特に31本以上）、朝目覚めてから最初の1本を吸うまでの時間が30分以内（特に5分以内）があげられます。

● Q9 : 禁煙経験の把握

禁煙経験の有無とこれまで最も長い禁煙期間を把握します。禁煙経験がある人には、過去に用いた禁煙方法や出現した離脱症状の強さ、再喫煙のきっかけ等について確認しておきましょう。今回の禁煙支援に役立つ情報を得ることができます。

● Q10 : 禁煙に対する自信

禁煙に対する自信を0%から100%の数値で把握します。「全く自信がない」を0%とし、「非常に自信がある」を100%とした場合の自信の程度を明らかにします。禁煙の自信が低い人には、禁煙治療や禁煙補助薬についての情報提供のほか、後述する問題解決カウンセリングにより禁煙の自信を高めます。

表2. 喫煙・受動喫煙に関する質問票

喫煙・受動喫煙に関する質問票

Q1. 現在、たばこ（いわゆる加熱式たばこ、電子たばこを含む）を習慣的に吸っていますか？
 「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「これまでに合計100本以上、または6ヵ月以上吸っている者」であり、最近1ヵ月間も吸っている者
 吸う やめた（ 年 前/ 月 前） もともと吸わない

Q2. 職場において、この1ヵ月間に、自分以外の人が吸っていたたばこの煙を吸う機会がありましたか？
 ほぼ毎日 週に数回程度 週に1回程度 月に1回程度 全くなかった 行かなかった

Q3. 家庭において、この1ヵ月間に、自分以外の人が吸っていたたばこの煙を吸う機会がありましたか？
 ほぼ毎日 週に数回程度 週に1回程度 月に1回程度 全くなかった

以下の質問は、吸うと回答した人のみお答え下さい。

Q4. 1日に平均して何本たばこを吸いますか？ 1日（ ）本

Q5. 習慣的にたばこを吸うようになってから何年間たばこを吸っていますか？（ ）年間

Q6. 朝、目が覚めてからどのくらいの時間で最初のたばこを吸いますか？
 5分以内 6～30分 31～60分 61分以上

Q7. あなたは禁煙することにどのくらい関心がありますか？
 関心がない
 関心はあるが、今後6ヵ月以内に禁煙しようとは考えていない
 今後6ヵ月以内に禁煙しようと考えているが、直ちに(1ヵ月以内に)禁煙する考えはない
 直ちに(1ヵ月以内に)禁煙しようと考えている

Q8. 下記の質問を読んであてはまる項目に✓を入れてください。該当しない項目は「いいえ」とお答え下さい。

設問内容	はい 1点	いいえ 0点
問1. 自分が吸うつもりよりも、ずっと多くたばこを吸ってしまうことがありましたか。		
問2. 禁煙や本数を減らそうと試みて、できなかったことがありましたか。		
問3. 禁煙したり本数を減らそうとしたときに、たばこがほしくてほしくてたまらなくなることがありましたか。		
問4. 禁煙したり本数を減らしたときに、次のどれかがありましたか。(イライラ、神経質、落ちつかない、集中しにくい、ゆううつ、頭痛、眠気、胃のむかつき、脈が遅い、手のふるえ、食欲または体重増加)		
問5. 問4でうかがった症状を消すために、またたばこを吸い始めることがありましたか。		
問6. 重い病気にかかったときに、たばこはよくないとわかっているのに吸うことがありましたか。		
問7. たばこのために自分に健康問題が起きているとわかっているのに、吸うことがありましたか。		
問8. たばこのために自分に精神的問題 ^(注) が起きているとわかっているのに、吸うことがありましたか。		
問9. 自分はたばこに依存していると感じることがありましたか。		
問10. たばこが吸えないような仕事やつきあいを避けることが何度かありましたか。		
(注)禁煙や本数を減らした時に出現する離脱症状(いわゆる禁断症状)ではなく、喫煙することによって神経質になったり、不安や抑うつなどの症状が出現している状態。	合計	

Q9. 今までたばこをやめたことがありますか？
 はい（ 回、最長 年間/ 月 日間） なし

Q10. たばこをやめることについてどの程度自信をもっていますか？「全く自信がない」を0%、「大いに自信がある」を100%として、0～100%の間であてはまる数字をお書きください。（ ）%

氏名 _____ 年齢（ ） 記入日 _____ 年 月 日

禁煙実行・継続の支援 (Cessation support)

禁煙実行・継続の支援 (Cessation support) は、(1) 初回の個別面接と (2) 電話によるフォローアップの2つから成ります。対象となる喫煙者は、質問票で直ちに (1 ヶ月以内に) 禁煙しようと考えていると答えた喫煙者や、短時間の禁煙アドバイスの結果、禁煙の動機が高まった喫煙者です。目安として 10 分程度の時間をかけて面接を行い、禁煙に踏み出せるように支援します。面接の結果、禁煙開始日を設定した喫煙者には、禁煙の実行の確認と継続の支援を行うために、(2) 電話によるフォローアップを行いましょう。

(1) 初回の個別面接

初回の個別面接では、①禁煙開始日の設定、②禁煙実行のための問題解決カウンセリング、③禁煙治療のための医療機関等の紹介、を行います。

① 禁煙開始日の設定

禁煙を開始する日は、喫煙者と話しあって具体的に決めます。禁煙開始日が決まったら、それまでに禁煙治療を利用するように伝えましょう。時間があれば禁煙宣言書を喫煙者と保健指導実施者との間で取り交わしておく、本人の禁煙の決意を固めたり、保健指導実施者としてフォローアップを行う上で有用です。

初回面接で禁煙開始日を設定した人には、6 ヶ月間にわたり計 4 回のフォローアップを行います。フォローアップは、原則電話で行います。フォローアップの電話が通じやすい連絡先 (携帯があれば携帯電話の番号) を確認し、電話に出やすい時間帯を把握しておきましょう。

② 禁煙実行のための問題解決カウンセリング

禁煙実行のための問題解決カウンセリングの内容は、禁煙に当たって喫煙者が不安に思っていることや心配していることを聞き出し、その解決策を喫煙者が保健指導実施者と共に考えることです。

仕事をしている喫煙者では「禁煙するとイライラして仕事が手につかなくなるのでは」とか、「禁煙しても仕事の付き合いでお酒を飲む機会が多いのですぐに吸ってしまうのではないか」といった心配をする場合があります。その場合、本人が心配していることを受けとめ、イライラ等の禁煙後の離脱症状はおおむね 2～4 週間で治まること、禁煙補助薬を使えば離脱症状が軽減できることを伝えます。また、禁煙してしばらくの間は、お酒を飲みに行くことを控えたり、外でお酒を飲む場合は、できるだけたばこを吸わない人の隣の席に座る、周囲に禁煙宣言をする等具体的な対処法を本人と話しあって決めておきましょう。

③ 禁煙治療のための医療機関等の紹介

禁煙に関心がある喫煙者や、短時間の禁煙アドバイスの結果、禁煙の動機が高まった喫煙者に対しては、禁煙治療の利用を勧め、禁煙治療が健康保険で受けられる医療機関を紹介します。詳細は、[別添 1](#) 保健指導のための禁煙支援簡易マニュアル

「3. 禁煙支援の実際—短時間支援 (A B R 方式) [R](#) 禁煙治療のための医療機関等の紹介 (Refer)」の項目を参照してください。特に「喫煙・受動喫煙に関する質問票」

のQ4とQ6の回答結果から、ニコチン依存度が高いと判定された喫煙者には、禁煙治療を勧めましょう。詳しくは別添1「保健指導のための禁煙支援簡易マニュアル」4.

禁煙支援の実際—標準的支援（ABC方式）A「禁煙状況の把握（Ask）」「Q4, 6 : ニコチン依存度の把握」を参照してください。

（2）電話によるフォローアップ

初回の個別面接で禁煙開始日を設定した喫煙者には、禁煙が継続できるように電話によるフォローアップを行います。電話によるフォローアップの時期の目安は、初回面接日から2週間後、1カ月後、2カ月後、6カ月後の計4回です。フォローアップに要する時間は、5分程度です。

電話によるフォローアップの内容や時間については、OTC薬を使って禁煙している場合や自力で禁煙している場合は、カウンセリングを十分受けていないことが多いため、少し時間をかけて行います。一方、禁煙治療を利用している喫煙者は、医療機関で禁煙のためのカウンセリングやアドバイスを受けているため、特に問題がなければ禁煙の経過を確認し、禁煙が継続していることを賞賛したり、励ましたりする程度の内容となり、あまり時間をかけずにフォローアップを行うことができます。

フォローアップの主な内容は、①喫煙状況とその後の経過の確認、②禁煙継続のための問題解決カウンセリングです。

① 喫煙状況とその後の経過の確認

フォローアップではまず喫煙状況とその後の経過の確認を行います。初回の個別面接から2週間後にあたる1回目のフォローアップでは、本人が選択した禁煙の方法と禁煙開始日を確認しておきます。禁煙治療を利用した場合は、禁煙ができると自己判断で禁煙治療を中断してしまうこともあるので、12週間の治療を完了した方が禁煙成功率が高いこと¹²を伝え、禁煙治療を完了するようにアドバイスします。

OTC薬を使っている場合には、離脱症状を十分に抑えられているかどうかを確認します。ニコチンガムは噛み方が間違っていると効果が低下するので、ニコチンガムを使っても効果を実感できていない場合には、まずは噛み方の確認と指導を行うことが重要です。喫煙本数が多い喫煙者の場合には、OTC薬では離脱症状が十分に抑えられない可能性があります。その場合は、禁煙治療を受けるようにアドバイスします。

禁煙ができている場合には「よくがんばりましたね」と禁煙に踏み出せたことや禁煙できていることについて賞賛します。この言葉は、喫煙者にとって何よりの励みとなります。

禁煙して1カ月が経過すると禁煙がある程度安定してきますが、吸いたい気持ちはまだしばらく残ります。アルコール、過労や仕事上のストレス、気分の落ち込み等、ちょっとしたきっかけで喫煙は再開しやすいので、注意するように声をかけましょう。

2回目以降の電話でのフォローアップでは、本人が実感する禁煙の効果について聞き出しておきましょう。身体面の効果だけでなく、精神面や日常生活面において

も禁煙の効果を確認し、禁煙継続の励みにしてもらいましょう。

② 禁煙継続のための問題解決カウンセリング

禁煙継続に当たって心配していることや不安に思っている点を聞き出し、禁煙が継続できるよう支援します。たとえば、禁煙してそれほど時間がたっていない人では「たばこが吸いたいので、吸ってしまうのではないかと心配することがあります。まず、本人が心配していることを受けとめます。次に、離脱症状が改善しても吸いたい気持ちはしばらく残ること、しかし時間の経過と共に吸いたい気持ちが治まっていくことを伝えます。たばこを吸いたくなったら、深呼吸をしたり、水を飲んだりする等の対処法を身につけることが有用であると伝え、禁煙を続ける自信が高まるよう話し合いを行います。禁煙できた日が増えていくにつれて、禁煙の自信は高まっていきます。「今日1日禁煙しよう」という気持ちで禁煙を続けるよう支援しましょう。

禁煙を継続できている場合は、禁煙後の体重増加の有無を確認しておきます。禁煙後の体重増加は、禁煙した人の約8割に見られますが、平均2～3kg程度¹³といわれています。喫煙本数が多い人ほど体重が増加しやすいといわれています。体重をできるだけ増やしたくない場合は、禁煙補助薬の使用と、禁煙後比較的早い時期から運動に取り組むのがよいでしょう。運動としては、中等度の強度の運動（速歩、ジョギング、水泳等）¹⁴がお勧めです。食事については、禁煙直後からの過度な食事制限は、喫煙欲求を高める可能性がある¹⁴ので、禁煙が安定するのを待ちましょう。禁煙が安定してきたら、食生活の改善として、食べ過ぎを改善する、肉類や油料理等の高エネルギーの食事や間食を減らして、代わりに野菜や果物を増やす、飲酒量を減らすこと等を勧めましょう。

<禁煙に踏み出せなかった場合や再喫煙した場合の対応>

電話でのフォローアップで注意すべきことは、禁煙に踏み出せなかった場合や再喫煙した場合の対応です。禁煙に踏み出せなかった場合には、その理由を聞き出し、話し合います。できれば再度禁煙開始日を設定して禁煙に踏み出せるように支援しましょう。禁煙の自信が低い喫煙者には、禁煙治療を勧めましょう。

一旦禁煙したが再びたばこを吸い始めた喫煙者に対しては、再喫煙のきっかけや禁煙の問題点を明らかにし、再挑戦を勧めるようにしましょう。喫煙を再開した者では、喫煙を再開したこと自体を問題にしてくじけたり、自己嫌悪に陥ったりする場合があります。禁煙した人が再喫煙することはよくあることであり、もう一度チャレンジする気持ちが重要であることを伝えましょう。

文 献

- 1) Royal College of Physicians. Nicotine addiction in Britain. A report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians, London: Royal College of Physicians, 2000.
- 2) Nakamura, M., et al. Efficacy and tolerability of varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, in a 12-week, randomized, placebo-controlled, dose-response study with 40-week follow-up for smoking cessation in Japanese smokers. *Clin Ther*, 2007; 29: 1040-1056.
- 3) 稲葉洋平, 他. 新型タバコの成分分析. 第 26 回日本禁煙推進医師歯科医師連盟学術総会抄録集 2017; 26.
- 4) 太田和司, 他. ハイドロキノンと 2,4-ジニトロフェニルヒドラジンを含浸させた二連シリカカートリッジを用いる電子タバコから発生するカルボニル化合物の分析. *分析化学* 2011; 60: 791-797.
- 5) Goniewicz ML, et al. Levels of selected carcinogens and toxicants in vapour from electronic cigarettes. *Tob Control* 2014; 23: 133-139.
- 6) Czogala J, et al. Secondhand exposure to vapors from electronic cigarettes. *Nicotine Tob Res* 2014; 16: 655-662.
- 7) McNeill A, et al. E-cigarettes: an evidence update. A report commissioned by Public Health England. Public Health England, 2015.
- 8) Royal College of Physicians. Nicotine without smoke: Tobacco harm reduction. 2016.
- 9) Kasza KA, et al. Effectiveness of stop-smoking medications: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Addiction*, 2013; 108: 193-202.
- 10) Heatherton TF, et al. Measuring the heaviness of smoking: using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. *Br J Addict*, 1989; 84: 791-799.
- 11) Borland R, et al. The reliability and predictive validity of the Heaviness of Smoking Index and its two components: findings from the International Tobacco Control Four Country study. *Nicotine Tob Res*, 2010; 12: S45-50.
- 12) 厚生労働省中央社会保険医療協議会総会: 診療報酬改定結果検証に係る特別調査(平成 21 年度調査)ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査報告書. 平成 22 年 6 月 2 日
- 13) U. S. Department of Health and Human Services. The Health Benefits of Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General. Atlanta: U. S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1990.
- 14) Fiore MC, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical Practice Guideline. Rockville: US Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2008.

保健指導における アルコール使用障害スクリーニング(AUDIT)と その評価結果に基づく 減酒支援(ブリーフインターベンション)の手引き

「危険な飲酒や有害な飲酒に対するスクリーニングおよびブリーフインターベンション」は、WHOが2010年に採択した「アルコールの有害な使用を低減するための世界戦略」において推奨されています。

スクリーニング

Q) アルコール使用障害同定テスト(AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test)とは？

A) アルコール問題のスクリーニングの一つ。WHOが問題飲酒を早期に発見する目的で作成したもので、世界で最もよく使われています。

ブリーフインターベンション

Q) 減酒支援(Brief Intervention)とは？

A) 対象者の飲酒問題を改善する手法として、現在最も推奨されている介入技法です。短時間の簡易な介入である点が特徴です。

【作成】厚労省科学研究費補助金

「わが国における飲酒の実態把握およびアルコールに関連する生活習慣病とその対策に関する総合研究」
(研究代表者: 樋口 進 国立病院機構久里浜医療センター病院長)

要 約

手引きの内容を簡単に言うと？

- 対象者のアルコール問題の程度を評価して、問題の程度にふさわしい適切な対応をとるために活用できます。

この手引きの「利用者」とは？

- 医師、保健師、管理栄養士等の保健指導実施者に、任意で活用いただくものです。

この手引きの「対象者」とは？

- 特定健診における「標準的な質問票」で、日本酒換算で1～2合以上のアルコールを「毎日」又は「時々」飲むと答えた人に活用することをお勧めします。これらの方々には、生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている可能性が高いためです。

アルコール問題の程度を定量的に評価できるの？

- AUDITという、10の質問から構成されるスクリーニングテストを用います。
- 対象者が自ら答えを記載し、保健指導実施者がスコア化することをお勧めします。

AUDITの結果	判定	対応
0～7点	問題飲酒ではないと思われる	介入不要
8～14点	問題飲酒ではあるが、 アルコール依存症までは至っていない	減酒支援を行う (ブリーフインターベンション)
15～40点	アルコール依存症が疑われる	専門医療機関の 受診につなげる

AUDIT(アルコール使用障害スクリーニング)①

質問1

あなたはアルコール含有飲料(お酒)をどのくらいの頻度で飲みますか？

0点	飲まない
1点	1ヶ月に1度以下
2点	1ヶ月に2~4度
3点	週に2~3度
4点	週に4度以上

質問2

飲酒するときには通常どのくらいの量を飲みますか？

(注)
 ○「ドリンク」は純アルコール換算の単位で、1ドリンクは純アルコール換算で10グラムです。
 ○1ドリンクは、ビールだと中ビン半分(250ml)、日本酒だと0.5合、焼酎(25度)だと50mLに相当します。

0点	0~2ドリンク*
1点	3~4ドリンク
2点	5~6ドリンク
3点	7~9ドリンク
4点	10ドリンク以上

*通常のAUDITは「1~2ドリンク」ですが、すべてを分類できるように、本手引きでは敢えて「0」の場合を含めています。

質問3

1度に6ドリンク以上飲酒することがどのくらいの頻度でありますか？

(注)
 ○「6ドリンク」とは、ビールだと中ビン3本、日本酒だと3合、焼酎(25度)だと1.7合(300mL)に相当します。

0点	ない
1点	月に1度未満
2点	月に1度
3点	週に1度
4点	毎日あるいはほとんど毎日

AUDIT(アルコール使用障害スクリーニング)②

質問4

過去1年間に、飲み始めると止められなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？

0点	ない
1点	月に1度未満
2点	月に1度
3点	週に1度
4点	毎日あるいはほとんど毎日

質問5

過去1年間に、普通だで行えることを飲酒していたためにできなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？

0点	ない
1点	月に1度未満
2点	月に1度
3点	週に1度
4点	毎日あるいはほとんど毎日

質問6

過去1年間に、深酒の後体調を整えるために、朝迎え酒をしなければならなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？

0点	ない
1点	月に1度未満
2点	月に1度
3点	週に1度
4点	毎日あるいはほとんど毎日

AUDIT(アルコール使用障害スクリーニング) ③

質問7 過去1年間に、飲酒後罪悪感や自責の念にかられたことが、どのくらいの頻度でありましたか？

0点	ない
1点	月に1度未満
2点	月に1度
3点	週に1度
4点	毎日あるいはほとんど毎日

質問8 過去1年間に、飲酒のため前夜の出来事を思い出せなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？

0点	ない
1点	月に1度未満
2点	月に1度
3点	週に1度
4点	毎日あるいはほとんど毎日

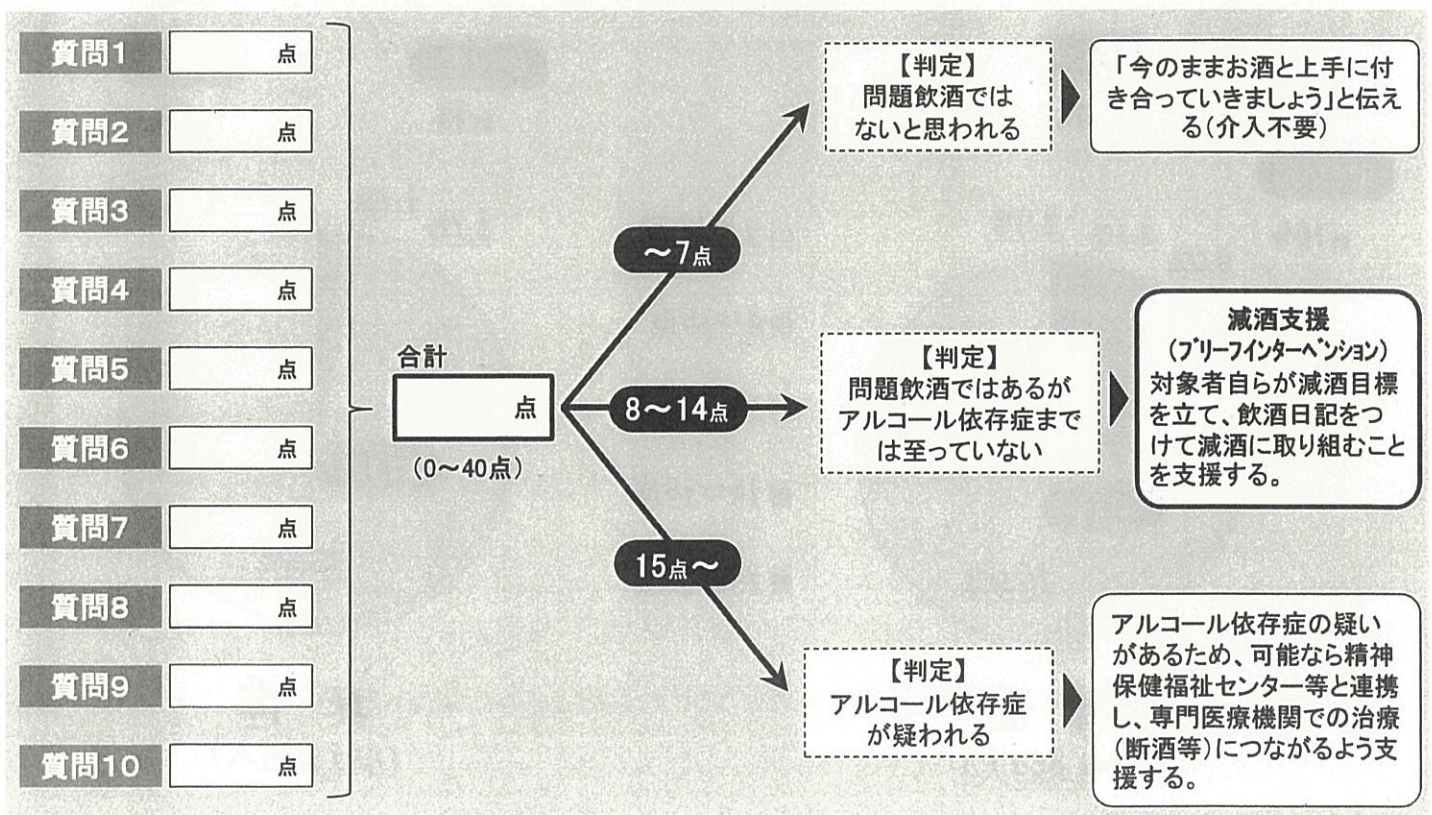
質問9 あなたの飲酒のために、あなた自身か他の誰かがけがをしたことがありますか？

0点	ない
2点	あるが、過去1年にはなし
4点	過去1年間にあり

質問10 肉親や親戚、友人、医師、あるいは他の健康管理にたずさわる人が、あなたの飲酒について心配したり、飲酒量を減らすように勧めたりしたことがありますか？

0点	ない
2点	あるが、過去1年にはなし
4点	過去1年間にあり

AUDITの判定方法



AUDITの解説

(1) 質問に対する回答は、最も近い選択肢を選んでください。

(2) 「ドリンク」数の計算には次の式を用います。

$$\text{純アルコール量 (g)} = \text{飲んだ酒の量 (mL)} \times \text{酒の濃度 (度数/100)} \times 0.8$$

$$\text{ドリンク数} = \text{純アルコール量 (g)} \div 10$$

(3) AUDITの結果が15点以上の場合は、アルコール依存症も疑われます。

対象者の気づきを促しつつ、必要なら精神保健福祉センター等と連携して、アルコール依存症の専門医療機関での治療につながるように支援してください。対象者を治療につなげることが困難な場合は、決して一人で背負いこまず、関係機関と情報を共有し、適切な連携の構築に努めてください。

(4) ここでは15点以上でアルコール依存症を疑うこととしていますが、AUDITの点数はあくまでも判断材料の一つであり、アルコール依存症の診断は医師が総合的に判断します。

また、対象者が問題を隠して正直な申告をしなければ、AUDITのスコアは低くなります。点数に関わらず深刻な問題があれば、専門医療機関で相談することを勧めてください。

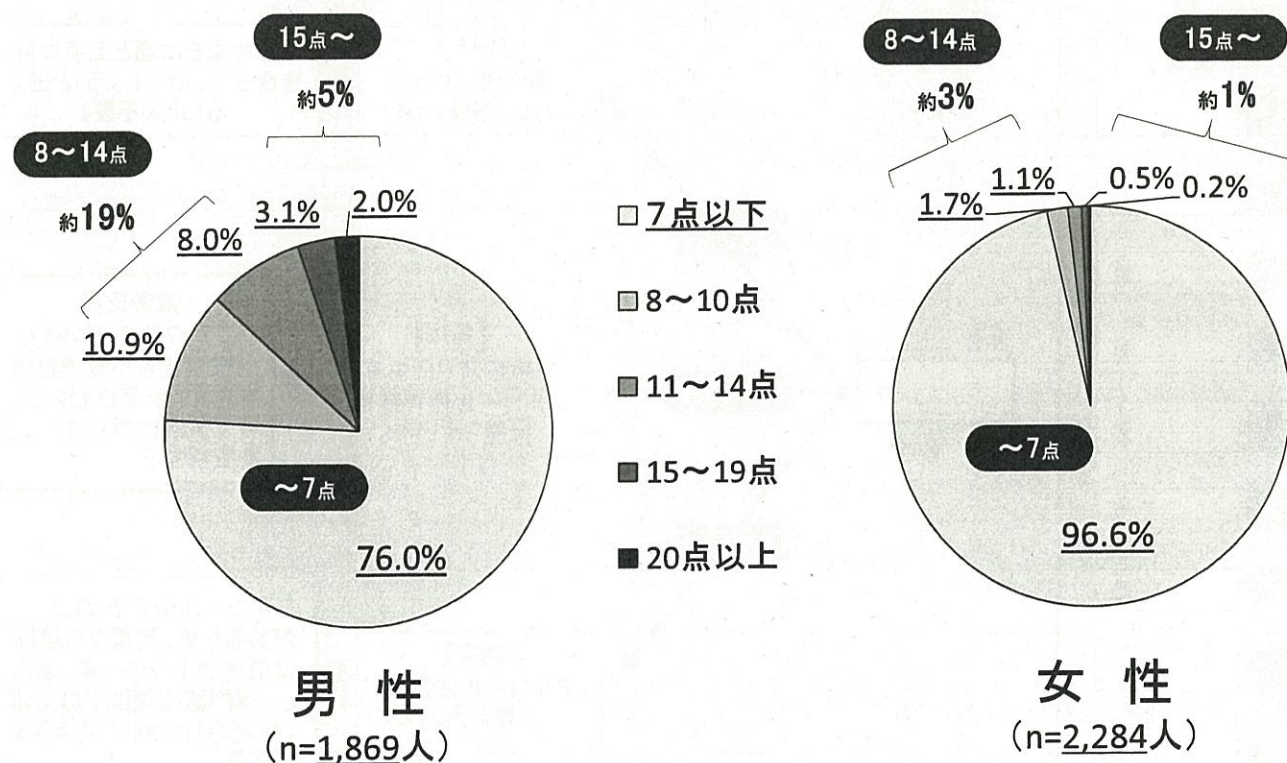
例えば、・酩酊時の暴言・暴力や迷惑行為がある場合

・肝臓障害、肺炎、低栄養状態、うつ病など、飲酒と関連する深刻な併存疾患がある場合

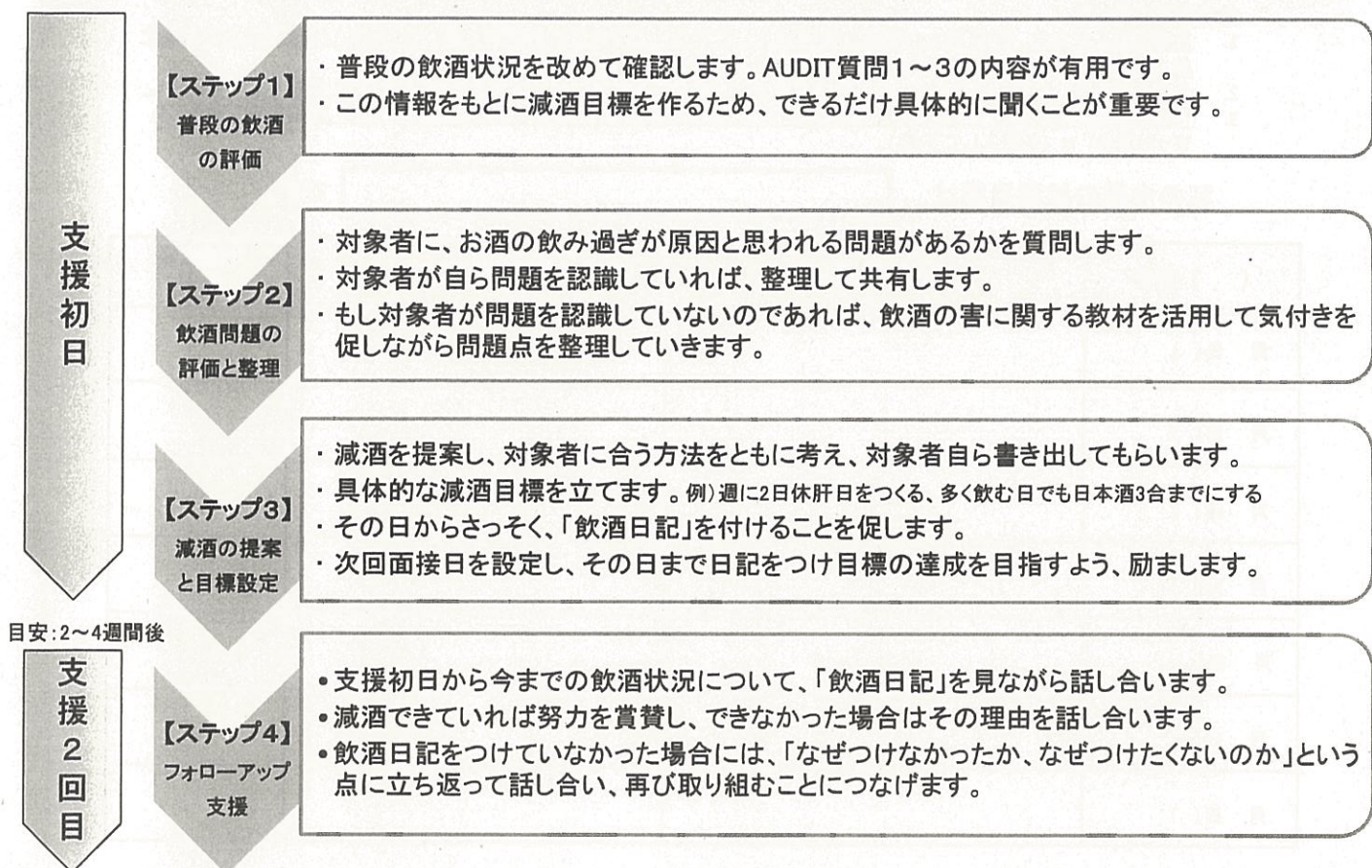
・飲酒が原因の深刻な家庭問題や社会的な問題(暴力・暴言、養育拒否、虐待等)がある場合 等

(5) AUDITは全10問からなりますが、第1～3問目までの短縮版は「AUDIT-C」と呼ばれ、この3問だけでも飲酒に問題がある群とない群を鑑別することができ、カットオフポイントは、男性:4点、女性:3点とされています。一方で、飲酒に問題がある群を多量飲酒群と依存症疑い群に分けるためには、AUDIT全10問が必要となります。最初の3問でカットオフポイント以上の場合のみ、残りの7問を施行するという使い方ができます。

【参考】一般住民におけるAUDITの点数別分布



減酒支援(ブリーフインターベンション)の具体的な手順



減酒支援(ブリーフインターベンション)のポイント

○「何らかの形で始める」ことが重要です。評価のための聞き取りだけでも、酒量が減ることが多くみられますので、支援内容の細部にこだわり過ぎず、とにかく始めてみましょう。

○共感することが重要です。飲酒習慣を変えることの困難さ、背景にあるかもしれない日常生活における苦勞を受け止めて共感する姿勢を示すと、介入効果も高まります。

○減酒目標は達成可能なものにし、押しつけることなく対象者が自ら設定することを支援しましょう。

○1回目の支援を行ってから2回目の支援(フォローアップ支援)を行うまでの期間は、2～4週間程度としましょう。ただ、これはあくまで目安ですので、保健指導の流れに合わせて柔軟に対応してください。また、基本は2回ですが、可能であれば、必要に応じてその後の継続的な介入をご検討ください。

○フォローアップ時に飲酒量が減っていなくとも、再度チャレンジしてみるよう促しましょう。目標が高すぎると思われる場合には、フォローアップ支援時に目標を見直すことも可能です。

○このような簡単な支援によって酒量は減り、その効果は比較的長く続くことが多くの研究によって示されています。しかし、アルコール依存症である対象者にこの減酒支援を実施した場合は、効果はあまり期待できません。この点も踏まえ、支援を開始して4～6週間たっても効果がみられず、アルコール依存症が疑われる場合(飲酒のコントロールができない、社会的な問題がある等)は、精神保健福祉センター等と連携して専門医療機関での治療につなげることをご検討ください。また、医学的な緊急性がある場合は、速やかな受診につなげてください。

酒類のドリンク換算表、アルコールと健康に関する資料、飲酒方法を減らす具体的な方法のリスト、飲酒日記の様式等の各種教材については、下記から入手できます。

<久里浜医療センターウェブサイト、トップページ → ツール・教材・動画>

URL http://www.kurihama-med.jp/kaijo_tool/index.html

飲酒日記

飲酒日記の付け方

1. お酒を飲んだ日は、まず「飲んだ種類と量」を記入して下さい。できるだけ具体的に書いてください。2種類以上のお酒を飲んだ場合には、それぞれを書いてください。次に、「飲んだ状況」も記入します。
2. お酒を飲まないで済んだ日には、その理由や飲まないためにあなたが使った方法を「飲んだ状況」に記入してください。
3. 「飲酒目標達成」には、全く飲まなかった場合「◎」、飲んだが飲酒目標以下であった場合「○」、飲酒目標を超えてしまった場合「×」を記入して下さい。

私の今週の飲酒目標は、 です。

()週目	飲んだ種類と量	飲んだ状況	飲酒目標達成
月 日()			
月 日()			
月 日()			
月 日()			
月 日()			
月 日()			
月 日()			

私の今週の飲酒目標は、 です。

()週目	飲んだ種類と量	飲んだ状況	飲酒目標達成
月 日()			
月 日()			
月 日()			
月 日()			
月 日()			
月 日()			
月 日()			

- まずはご自身のお酒の記録をつけてみましょう！
- 飲み過ぎたときこそ正直に記録してください。「なぜうまくいかなかったか？」を振り返ることが成功への近道です。正直に記入して怒られることは決してありません！
- 保健指導が終わった後も、このような記録を継続してみてください。きっとお役にたちます！

AUDIT オーディット

(アルコール使用障害同定テスト)

1. あなたはアルコール含有飲料をどのくらいの頻度で飲みますか？ 0. 飲まない 3. 1週に2～3度	1. 1ヶ月に1度以下 4. 1週に4度以上	2. 1ヶ月に2～4度
2. 飲酒するときには通常どのくらいの量を飲みますか？ → 量の換算は裏面の表を参照してください（以後同じ）。 0. 0～2ドリンク 3. 7～9ドリンク	1. 3～4ドリンク 4. 10ドリンク以上	2. 5～6ドリンク
3. 1度に6ドリンク以上飲酒することがどのくらいの頻度でありますか？ 0. ない 3. 1週に1度	1. 1ヶ月に1度未満 4. 毎日あるいはほとんど毎日	2. 1ヶ月に1度
4. 過去1年間に、飲み始めると止められなかった事が、どのくらいの頻度でありましたか？ 0. ない 3. 1週に1度	1. 1ヶ月に1度未満 4. 毎日あるいはほとんど毎日	2. 1ヶ月に1度
5. 過去1年間に、普通だで行えることを飲酒していたためにできなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？ 0. ない 3. 1週に1度	1. 1ヶ月に1度未満 4. 毎日あるいはほとんど毎日	2. 1ヶ月に1度
6. 過去1年間に、深酒の後体調を整えるために、朝迎え酒をせねばならなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？ 0. ない 3. 1週に1度	1. 1ヶ月に1度未満 4. 毎日あるいはほとんど毎日	2. 1ヶ月に1度
7. 過去1年間に、飲酒後罪悪感や自責の念にかられたことが、どのくらいの頻度でありましたか？ 0. ない 3. 1週に1度	1. 1ヶ月に1度未満 4. 毎日あるいはほとんど毎日	2. 1ヶ月に1度
8. 過去1年間に、飲酒のため前夜の出来事を思い出せなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？ 0. ない 3. 1週に1度	1. 1ヶ月に1度未満 4. 毎日あるいはほとんど毎日	2. 1ヶ月に1度
9. あなたの飲酒のために、あなた自身か他の誰かがけがをしたことがありますか？ 0. ない	2. あるが、過去1年 はなし	4. 過去1年間にあり
10. 肉親や親戚、友人、医師、あるいは他の健康管理にたずさわる人が、あなたの飲酒について心配したり、飲酒量を減らすように勧めたりしたことがありますか？ 0. ない	2. あるが、過去1年 はなし	4. 過去1年間にあり

酒類のドリンク換算表

種類	量	ドリンク数	
(1) ビール (5%)・発泡酒	コップ(180mL) 1杯	0.7	
	小ビンまたは 350mL 缶 1本	1.4	
	中ビンまたは 500mL 缶 1本	2.0	
	大ビンまたは 633mL 缶 1本	2.5	
	中ジョッキ (320mL) 1杯	1.3	
	大ジョッキ (600mL) 1杯	2.4	
(2) 日本酒 (15%)	1合 (180mL)	2.2	
	お猪口 (30mL) 1杯	0.4	
(3) 焼酎・泡盛 (20%)	ストレートで1合 (180mL)	2.9	
	焼酎・泡盛 (25%)	ストレートで1合 (180mL)	3.6
	焼酎・泡盛 (30%)	ストレートで1合 (180mL)	4.3
	焼酎・泡盛 (40%)	ストレートで1合 (180mL)	5.8
(4) 酎ハイ (7%)	コップ1杯 (180mL)	1.0	
	350mL 缶酎ハイ 1本	2.0	
	500mL 缶酎ハイ	2.8	
	中ジョッキ (320mL) 1杯	1.8	
	大ジョッキ (600mL) 1杯	3.4	
(5) カクテル類 (5%) (果実味などを含んだ 甘い酒)	コップ(180mL) 1杯	0.7	
	350mL 缶 1本	1.4	
	500mL 缶 1本	2.0	
	中ジョッキ (320mL) 1杯	1.3	
(6) ワイン(12%)	ワイングラス (120mL) 1杯	1.2	
	ハーフボトル (375mL) 1本	3.6	
	フルボトル (750mL) 1本	7.2	
(7) ウイスキー、ブランデー、ジン、ウォッカ、ラムなど (40%)	シングル水割り 1杯 (原酒で 30mL)	1.0	
	ダブル水割り 1杯 (原酒で 60mL)	2.0	
	ショットグラス (30mL) 1杯	1.0	
	ポケットビン (180mL) 1本	5.8	
	ボトル半分 (360mL)	11.5	
(8) 梅酒 (15%)	1合 (180mL)	2.2	
	お猪口 (30mL) 1杯	0.4	

特定保健指導の対象とならない非肥満の脳・心血管疾患危険因子 保有者に対する生活習慣の改善指導

●危険因子ごとの生活習慣改善の要点

1. 血圧

血圧を低下させるための生活習慣改善方法は、減塩、身体活動の増加、過量飲酒の改善、野菜・果物によるカリウム摂取、適正体重の維持であり、これらの生活習慣改善と降圧の関連には、多くのエビデンスがある¹⁾。

食塩の過剰摂取と血圧上昇の関連は、INTERSALT等の観察研究により指摘されており²⁾、わが国のコホート研究でも、食塩過剰摂取者（男性9.0g/日、女性7.5g/日以上）は適量摂取者と比較し、高血圧の発症リスクが高いことや³⁾、BMI 25未満の者で、塩分摂取量を反映する尿中塩分濃度が高いほど、観察期間中の血圧上昇が大きいことが示されている⁴⁾。わが国の成人では、平均食塩摂取量が男性11.0g/日、女性9.2g/日であり、高血圧の人を対象とした高血圧治療ガイドライン2014の目標値（6g/日未満）を大きく上回っている。非肥満で血圧が高い者でも、6g/日未満を達成できている者は少ないと考えられる⁵⁾。

有酸素運動の降圧効果は確立されている。血圧を改善するためには、速歩等の有酸素運動を、自覚的に「ややきつい」程度の強度で、可能であれば少なくとも10分以上継続し、合計30分以上毎日行うことを目標とする¹⁾。また生活活動と高血圧発症との関連も報告されており⁶⁾⁷⁾、意識的な運動だけでなく日常の生活活動を増加させることも有効である⁸⁾。

大量の飲酒は、高血圧に加え、脳卒中や心不全、肝臓病、がん等の原因にもなる¹⁾。1回の飲酒により血圧が数時間低下するが、長期に飲酒を繰り返すとかえって血圧は上昇する¹⁾ため、血圧を改善するには過量飲酒を改める必要がある。日本酒換算で男性1合、女性0.5合を超えるアルコールを摂取し、かつ血圧が高い者には、節酒が推奨される。

そのほか、カリウムは食塩過剰摂取の血圧上昇作用に対する拮抗作用が顕著で、減塩と並行してカリウム摂取を促すのが効果的である。カリウムや食物繊維をとるために、野菜や果物の摂取を促す。ただし要医療レベルの腎機能障害がある場合は、カリウム摂取を促さず、まず医療機関の受診を勧奨する必要がある。

特定保健指導の対象とならない非肥満者においても、過去に明らかな体重増加がある場合や、エネルギーや糖質の摂取が明らかに多い場合は、総エネルギー

一摂取量や糖質摂取量を減らすことが減量につながり、降圧効果も期待できる。このため、対象者の体重推移等を過去の健診データや保健指導記録で確認、あるいは聴取した上で、炭水化物が総エネルギー摂取量の50~65%となるように、摂取するエネルギーや糖質を減らすよう指導する。

2. 血糖

特定保健指導の対象とならない非肥満者においても、危険因子がなかった頃の体重を、適正体重と考え維持することが望ましいという観点から、適正体重に近づけることを目標に、摂取エネルギーを調整する。また食物繊維の摂取を増やし、望ましい食行動を促すと共に、身体活動量を現状より増やし⁹⁾、喫煙者は禁煙することが重要である¹⁰⁾。

必要なエネルギー摂取量は、標準体重(身長(m))²×22)に身体活動量(kcal/kg標準体重)を乗じ算出する⁹⁾。自分に必要なエネルギー量を知り、食事のエネルギー量(カロリー)に関心をもってもらうことがまず重要である。近年、食料品店や外食産業等でも、食品のエネルギー表示を行うところが増えているが、食事を選ぶ際にエネルギー表示を見ることが、自らの健康に関心を持つきっかけになり、生活習慣改善の第一歩となりうる。

総エネルギー摂取量の内訳は、炭水化物50~60%程度、たんぱく質20%以下、残りを脂質とすることが推奨されている⁹⁾。とくに炭水化物ではショ糖を含んだ甘味やジュースの摂取は、糖尿病とメタボリックシンドロームのリスクを増加させるため¹¹⁾、避ける必要がある。果糖は果物を摂取することを前提に、1日1単位(80kcal)程度の摂取は促してよい⁹⁾。たんぱく質は、動物性のみには偏らないようにすると共に、植物性たんぱくも含めて総エネルギーの20%以下とする⁹⁾。脂質では飽和脂肪酸の摂取が増加すると、糖尿病の発症リスクが上昇するため、7%以下におさえる⁹⁾。飽和脂肪酸が多く含まれる油脂は、バターやラード、コーヒー用クリーム、パームヤシ油、カカオ油脂である。飽和脂肪酸を多く含む油脂は融点が高いことが多く、冷蔵庫内で固まる。このことは日常生活の中で、飽和脂肪酸を多く含む油脂を見分ける上での一助となる¹²⁾。また食物繊維は、その摂取を増やすと血糖値の低下が期待できるため、20g/日以上を目標とする⁹⁾。

飲酒については、BMI 22kg/m²以下の非肥満者では、糖尿病予防のためには飲酒しないことが望ましく、飲酒する場合でも飲酒量は日本酒換算で1日1合(週7合)を超えるべきではないことが研究より示唆されている。

食行動では、野菜や根菜類を先に食べる¹³⁾、よく噛んで食べる、遅い時間の夕食や就寝前の夜食を避ける、朝食を抜かない等の点が推奨される。

有酸素運動は、血糖値やインスリン抵抗性の改善に有用である。筋力トレーニングも、有酸素運動と共に血糖改善に有効であり、この二つを併用するとさらに効果が高いとされているが、効果を得るのに最低限必要な強度と量がまだ明らかではない。従って、運動療法として一般に勧められるのは、少なくとも3～5回/週、中等度の強度（自覚的には「ややきつい」程度）の有酸素運動を20～60分間（必ずしも継続した時間で行う必要はない）行うことである。運動はいつ行ってもよいが食後1～2時間で行うと食後高血糖を抑える効果がある⁹⁾。ただしインスリン注射や経口血糖降下薬を使用している糖尿病、冠動脈疾患等がある者へ保健指導を実施する場合には、必ずかかりつけ医と運動を行う時間や時間帯、種類、量について相談してから運動療法を開始する。準備運動は、運動による傷害や心血管事故等の発生を予防する効果があり、運動終了前の整理運動と共に各5分間行う¹⁴⁾。また意識的な運動でない日常生活における身体活動量の増加も血糖値の改善には有効である。

また、わが国のコホート研究で、喫煙が糖尿病の発症リスクを上昇させることが報告されている¹⁰⁾。特定保健指導の対象とならない非肥満者でも高血糖がある場合、禁煙は重要である。

3. 脂質異常症

脂質異常症は、高中性脂肪血症、低HDLコレステロール血症、高LDLコレステロール血症の3つに区分される。特に高LDLコレステロール血症、高中性脂肪血症と低HDLコレステロール血症は異常を来す原因が異なるため、指導の際には、どちらが問題となっているのかを把握して、指導を行うことが重要である。

(1) 高中性脂肪血症及び低HDLコレステロール血症

高中性脂肪血症及び低HDLコレステロール血症は、一般に肥満度が高いほど有所見率が高く、体重減少や運動により改善が期待できるが、非肥満者においても飲酒量や糖質摂取量の減少、禁煙、運動等で改善が期待できる。

高中性脂肪血症は過量飲酒との関連が強く、中性脂肪値が非常に高値の場合には過量飲酒が背景にある場合がある¹⁵⁾。空腹時の中性脂肪は、総エネルギー摂取が多いほど高い¹⁵⁾。またショ糖等の単純糖質の摂取により中性脂肪値が上

昇し、単純糖質の制限により改善が期待される¹⁶⁾。またn-3系多価不飽和脂肪酸が多い魚類、特に青魚を摂ることで血清中性脂肪は低下する¹⁷⁾。

喫煙は中性脂肪の上昇を引き起こすことが明らかにされている¹⁸⁾。そのメカニズムとしては、喫煙による脂肪組織のリポ蛋白分解酵素の低下等が考えられている¹⁹⁾。

低HDLコレステロール血症については、喫煙者でHDLコレステロール値が低く、禁煙者では非喫煙者と同等であることから、禁煙により改善が期待される²⁰⁾。また運動習慣がある者ほど中性脂肪は低く、HDLコレステロールが高いことが報告されており²¹⁾、中性脂肪の低下やHDLコレステロールの上昇には運動が効果的である。なお一般的に中性脂肪が上昇するとHDLコレステロールは低くなる傾向があり、中性脂肪を下げる保健指導はHDLコレステロールの増加につながる。しかし飲酒量が多いほどHDLコレステロール値は高くなる現象もよく見られるため²¹⁾、相互の関連は複雑で個人差が見られる。なおHDLコレステロールを増やす目的で飲酒を勧めることは推奨されないので、基本的に中性脂肪が高ければ節酒を指導することになる。

(2) 高LDLコレステロール血症

動脈硬化巣は必ずコレステロールを核として形成され、LDLコレステロールを低下させて冠動脈疾患等の動脈硬化性疾患を減少させるという治療法については、多くの臨床試験による根拠があり、中性脂肪の低下やHDLコレステロールの上昇と比べて、はるかに確立したエビデンスを有している。

血液中のコレステロールの由来の大部分は、肝臓で合成されるコレステロールであり、食品由来のものは5分の1程度である。血清コレステロール値の制御には、飽和脂肪酸や多価不飽和脂肪酸が総合的に作用しており、飽和脂肪酸の摂取量が多いとコレステロール合成は最も促進され、多価不飽和脂肪酸が多いとむしろ抑制される²²⁾。また食材中のコレステロールも血中コレステロールを上昇させるが、その作用は飽和脂肪酸より弱い。

従って、LDLコレステロール値を下げる第一の方法は、飽和脂肪酸の摂取を減らすことである。多価不飽和脂肪酸の摂取を減らさずに、飽和脂肪酸の摂取を減らすと効果が大きい。飽和脂肪酸を多く含む食品は、獣肉の脂身や乳製品のほか、パームヤシやカカオの油脂等であり、インスタントラーメン等の加工食品にも多く用いられる。飽和脂肪酸の多い油脂と多価不飽和脂肪酸の多い油脂では、融点が異なるので、冷蔵庫に入った状態の油脂が固体かどうかで区

別ができる¹²⁾。冷蔵庫では固体になっているのが飽和脂肪酸の多い油脂であり、冷蔵庫に入れても液体の状態を保つサラダ油や魚油等は、多価不飽和脂肪を多く含む油脂の代表である。飽和脂肪酸と多価不飽和脂肪酸の摂取量は、食品の選択や調理の工夫により変化する¹²⁾。たとえば鶏もも肉の皮を外すだけで、飽和脂肪酸の摂取量を1.7g減らせる。従って保健指導の際には、食品中の多価不飽和脂肪酸と飽和脂肪酸に着目し指導するとよい。多価不飽和脂肪酸と飽和脂肪酸の比（P S比）を1:1くらいに保つと、飽和脂肪酸の血清コレステロール値を上げる作用はあまり大きくなり、多価不飽和脂肪酸が少ない場合は、飽和脂肪酸の摂取量を減らし、P S比を1に近づけることが目標となる。

LDLコレステロール値を下げる第二の方法は、食品中のコレステロール量を減らすことである。しかし食品中のコレステロール量は、血中LDLコレステロール値に対する寄与が相対的に小さく、またコレステロールの吸収量に個人差があるため、摂取を厳密にコントロールしても大幅な改善を期待することは難しいこともある。従って、P S比を適切に保つ指導がより有効である。

なお、喫煙はLDLコレステロールを増加させるほか¹⁸⁾、酸化ストレスにより血清脂質の変性と浸潤が起こることが知られている。そのため、特定保健指導の対象とならない非肥満者でも、喫煙者の禁煙は重要である。

●生活習慣ごとの改善の要点

1. 減塩

- 高血圧のある者では食塩相当量で1日6g未満、全ての成人において男性で1日8g未満、女性で1日7g未満を目標として減塩の指導を行う。
- 目標設定あるいは食生活改善の動機付けのために食塩摂取量の評価を行う。食塩摂取量の評価は食事調査や、可能な場合は尿中ナトリウム測定によって行う。
- 主な食塩摂取源や問題のある食塩摂取行動を見いだした上で、行動面での目標を対象者と共に設定する。
- ナトリウム（食塩相当量）を多く含む食品やメニューに関する基礎知識を持ってもらう。またナトリウムの多い食品や外食メニューを見分けるために、食品表示（栄養表示）における食塩相当量や外食メニューの食塩量をチェックし、ナトリウムの多い食品を避けるよう指導する。低ナトリウムの食品を選んだ場合でも、過量摂取にならないよう指導する。

- 食塩摂取の行動面での目標達成状況を対象者に継続的に記録してもらい、保健指導実施者はこれを観察して行動変容を促す。また、適宜、食塩摂取量の評価を行い、行動変容の動機付けに活用する。

2. 野菜・果物（カリウム・食物繊維）、カルシウムの摂取

- 高血圧（正常高値を含む）の保健指導の第一選択は減塩であるが、並行してカリウム（野菜・果物・大豆製品）の摂取を勧める。減塩が困難な対象者にはカリウム摂取が特に勧められる。
- カルシウムにも血圧を下げる効果があり推奨される。特にカルシウムの吸収率の良い牛乳、乳製品からの摂取が勧められる。
- 脂質異常者や高血糖者への保健指導としては、食物繊維（野菜・果物・キノコ類・海藻・根菜類）の摂取が勧められる。
- これらの栄養指導は非肥満者だけでなく、肥満者にも減量と並行して勧める。
- ただし、腎機能異常ではカリウム摂取の制限が必要な場合があるため、かかりつけ医への相談（かかりつけ医がいない場合は受診勧奨）を勧める。

3. 総エネルギー減・糖質減・適正体重の維持（減量）

- 非肥満者でも肥満者と同様に、内臓脂肪蓄積に起因する生活習慣病を合併した集団が存在し、それらの患者は脳・心血管疾患の発症リスクが高い。
- 非肥満者でも体重増加が明らかな集団では、エネルギー制限、減量が生活習慣病の改善に有効である。
- 内臓脂肪蓄積の少ない非肥満者においては、高血圧、脂質異常症等個別の脳・心血管疾患危険因子の管理を行う。
- 生活習慣病の発症と低栄養の予防（特に高齢者）を主目的として、BMIの目標下限を18歳から49歳までは、 18.5 kg/m^2 、50歳から69歳までは、 20.0 kg/m^2 、70歳以上は 21.5 kg/m^2 に設定し、減量目標は減量前後の脳・心血管疾患危険因子の変化（改善）を確認した上で個別に設定する。
- 非肥満者の炭水化物の摂取量は総エネルギー摂取量の50-65%を推奨する。ただし、糖尿病や耐糖能異常を認める場合は60%を上限とする。
- ショ糖を添加したジュース類の摂取は糖尿病や高血圧、メタボリックシンドロームの発症リスクを高めるため、非肥満者においても摂取を控える。

4. 脂質

- わが国では全穀類の消費量が減少し、牛乳や乳製品、肉類の消費量が増加する、食の欧米化が認められる。伝統的な日本食は脂肪酸のバランスがよく、脳・心血管疾患の予防のためには、塩分を減らした日本食が望ましい。
- 具体的には、飽和脂肪と多価不飽和脂肪の比が高い肉の脂身や高脂肪乳製品を避け、n-3系多価不飽和脂肪酸を含む魚類の摂取を増やす。
- 血中LDLコレステロール値は、摂取する食品中コレステロール量と関連するが、飽和脂肪酸や多価不飽和脂肪酸の摂取量ほど寄与は大きくない。

5. 過量飲酒の改善

<血圧が高い者に対する節酒指導>

- 肥満度にかかわらず、1日のエタノール摂取量が、日本酒換算にて、男性で1合、女性で0.5合を超え、かつ血圧が高い者には節酒が推奨される。
- 血圧が高い者に対する節酒の達成度はエタノール量で評価する。エタノールの昇圧作用は、量が同じならどのアルコール飲料から摂っても大きな差はなく、対象者が酒に強い体質（飲酒で顔面紅潮しないタイプ）であっても弱い体質であっても差はない。
- 血圧が高い者に対する節酒指導は、通常の高リスクな飲酒に対する保健指導であるAUDITに基づくブリーフインターベンションに準じて実施すべきである。

<そのほかの高リスク者に対する節酒指導>

- 高中性脂肪血症、 γ -GTP高値、高尿酸血症も、節酒が推奨されるべき病態である。

6. 禁煙

- わが国の観察研究では、肥満の有無に関わらず喫煙は脳・心血管疾患の危険因子とされている。健診や保健指導の場での、「保健指導のための禁煙支援簡易マニュアル」に従い、禁煙への動機が高まる情報提供や禁煙支援の実施が重要である。
- 肥満の有無にかかわらず、高血圧や糖尿病がある場合、喫煙者では特に脳・心血管疾患のリスクが高くなるため、禁煙支援は重要である。また、喫煙単独の健康影響が大きいことから、高血圧や糖尿病のリスクを有していない喫煙者についても禁煙は重要である。

- 喫煙は糖尿病の危険因子であり、喫煙者では低HDLコレステロール血症、高LDLコレステロール血症、高中性脂肪血症がみられ、禁煙によりHDLコレステロールは増加する。特に非肥満者で血糖異常又は脂質代謝異常がある喫煙者に対しては、代謝異常改善のためにも、禁煙は有効な介入手段となりうる。
- 禁煙後に体重が増加する主な理由は、ニコチン離脱症状として中枢性の食欲亢進が起きるためである。禁煙開始4週間前後のニコチン離脱症状が治まる頃から、日常生活で身体活動量をあげ、食生活を見直す等、禁煙以外の生活習慣改善も行い肥満の予防に努める。禁煙補助薬を使用すると服薬中の体重増加を遅らせるほか、離脱症状が緩和されるため、早期から運動や食事の改善に取り組やすくなる。

7. 身体活動の増加・適正体重の維持（減量）

- 身体活動量の増加は非肥満者においても生活習慣病の予防・改善に役立つ。
- わが国では「健康づくりのための身体活動基準 2013」が策定されており、非肥満者においてもこれに則って、身体活動量の増加を働きかけることが望ましい。
- 日常生活においては「歩行又はそれと同等以上の強度の身体活動を毎日 60 分行う」ことを勧める。
- 運動としては、「息が弾み汗をかく程度の運動を毎週 60 分行う」ことを勧める。
- 現在の身体活動量が少ない者には、まず日頃の身体活動量を少しでも増やす（例として、今より毎日 10 分ずつ長く歩く）という、現実的かつ実行可能な指導から開始する。

8. 食行動の改善

- 肥満や糖尿病、循環器疾患リスクの予防と関係のある食行動は、①よく噛んで食事を楽しむこと、②野菜・海藻類を先に食べること¹³⁾、③朝食を食べること、④ストレスを解消するためのやけ食いや無茶食いを避けること、⑤間食を控え、夜食を摂らないこと、の5つである。
- 食行動を評価する尺度には、坂田式食行動尺度や日本語版 Dutch Eating Behavior Questionnaire 等様々なものがあり、目的に応じ使用する。
- 保健指導に当たっては、対象者本人が自分自身の食行動を振り返り、生活習

慣・食行動・ストレス対処等と検査結果の関係性を理解したうえで、実施可能かつ、リスク低減につながる食行動を目標に設定する必要がある。

- 食行動の改善は行動療法や認知行動療法等を活用し、実践可能で具体的な目標を設定し、成果が目に見えるような工夫を行いながら進めていく。

なお、本資料の詳細は、「厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策政策研究「非肥満者に対する保健指導方法の開発に関する研究 平成 27 年度 研究代表者 宮本恵宏」の「特定保健指導の対象とならない非肥満の心血管疾患危険因子保有者に対する生活習慣改善指導ガイドライン」を参照されたい。

文 献

- 1) 日本高血圧学会. 高血圧治療ガイドライン 2014.
- 2) Intersalt Cooperative Research Group. Intersalt:an international study of electrolyte and blood pressure.Results for 24 hour urinary sodium and potassium excretion. *BMJ*. 1988;297:319-328.
- 3) Takase H, Sugiura T, Kimura G, Ohte N, Dohi Y. Dietary Sodium Consumption Predicts Future Blood Pressure and Incident Hypertension in the Japanese Normotensive General Population. *J Am Heart Assoc*. 2015;4:e001959
- 4) Umesawa M, et al. The relationship between sodium concentrations in spot urine and blood pressure increases:a prospective study of Japanese general population:the Circulatory Risk in Communities Study (GIRCS). *BMC Cardiovasc Disord*. 2016;16:55.
- 5) 厚生労働省. 平成 27 年 国民健康・栄養調査.
- 6) Hayashi T, Tsumura K, Suematsu C, et al. Walking to Work and the Risk for Hypertension in Men:The Osaka Health Survey. *Ann Intern Med*. 1999;131:21-26.
- 7) Nakanishi N, Suzuki K. Daily Life Activity and the Risk of Developing Hypertension in Middle-aged Japanese Men. *Arch Intern Med*. 2005;165:214-220.
- 8) 健康づくりのための身体活動基準 2013.
- 9) 日本糖尿病学会. 糖尿病診療ガイドライン 2016.
- 10) Hayahino Y, Fukuhara S, Okamura T, et al. A Prospective Study of Passive Smoking and Risk of Diabetes in a Cohort of Workers. *Diabetes Care* 2008 ;31:732-734.
- 11) Vasanti S Malik, Barry M Porkin, George A Bray, et al. Sugar-Sweetened Beverages and Risk of Metabolic Syndrome and Type 2 Doabetes. *Diabetes Care* 2010;33:2477-2483.
- 12) 岡山明 編著. 健康教育マニュアル. 2014 年. 日本家族計画協会.
- 13) 川崎美也子, 捧園子, 橋本通子, ほか. 料理の食べる順番と血糖値の違いについての検討. *日本未病システム学会雑誌*. 2016 ; 22 (1) :64-67.
- 14) 厚生労働省. 健康づくりのための身体活動基準 2013.
- 15) M. VRABLIK, R. CESKA. Treatment of Hypertriglyceridemia:a Review of Current Options. *PHYSIOLOGICAL RESEARCH*. 2015;64:S331-S340.
- 16) Susan K Fried, Salome P Pro. Sugars, hypertriglyceridemia, and cardiovascular disease. *Am J Clin Nutr*;2003;78:873S-880S.
- 17) Guy D. Eslick, Peter R. C. Howe, Caroline Smith, et al. Benefits of fish oil supplementation in hyperlipidemia:a systematic review and meta-analysis. *Int J Cardiol*. 2009;136:4-16.
- 18) Wendy Y Craig, Glenn E Palomaki, James E Haddow. Cigarette smoking and serum lipid and lipoprotein concentrations:an analsis of published date. *Br Med J*. 1989; 298: 784-788.
- 19) Centers for Disease Control and Prevention (US), National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US), Office on Smoking and Health (US). How Tobacco Smoke Causes Disease:The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease. A Report of the Surgeon General. 2010; 6. Cardiovascular disease: Lipid Abnormalities
- 20) R. Curtis Ellison, Yuqing Zhang, Muhammad Mustafa Qureshi, et al. Lifestyle determinants of high-density lipoprotein cholesterol:the National Heart, Lung, and Blood Institute Family Heart Study. *Am Heart J*. 2004;147:529-535.
- 21) Hata Y, Nakajima K. Life-style and serum lipids and lipoproteins. *J Atheroscler Thromb*. 2000;7:177-197.
- 22) Keys A, Anderson JT, Grande F. Serum cholesterol response to changes in the diet:IV. Particular saturated fatty acids in the diet. *Metabolism*. 1965;14:776-787.

宿泊型新保健指導

(スマート・ライフ・ステイ) プログラム

1. 背景

- わが国では健康寿命延伸のため、特定保健指導等により生活習慣病予防に取り組んでいるが、さらに効果的かつ実現可能性の高い保健指導プログラムの実施により、多くの国民が生活習慣病予防に取り組むことが必要である。
- 「日本再興戦略」改訂 2014～未来への挑戦～のアクションプランの一つである戦略市場創造プランにおける、ヘルスケア産業を担う民間事業者等が創意工夫を発揮できる市場環境の整備として、「糖尿病が疑われる者等を対象として、ホテル、旅館等の宿泊施設や地元観光資源等を活用して行う宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラムを開発し、その普及促進を図る」とされた。本プログラムは平成 27 年度厚生労働科学研究及び国立研究開発法人日本医療研究開発機構委託研究「生活習慣病予防のための宿泊を伴う効果的な保健指導プログラムの開発に関する研究」（研究代表者：津下一代）により作成し、試行事業を経たうえで開発されたものである。

2. 宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラムのねらい

- 宿泊を伴う保健指導を行うことにより、従来の保健指導よりもさらに効果的な保健指導を目指す。
- 旅の持つ楽しさ・快適さの中で、体験学習を通じて糖尿病等の生活習慣病について本人の理解を深め、具体的かつ実現可能な行動計画を立てる。
- 特に、これまでの保健指導で効果が出にくかった者や、健康への関心が低い者に対して提供する重点的な保健指導プログラムの新たな選択肢とする。
- 地域の社会資源（人材、施設、環境）を活用した多機関・多職種連携により、健康分野に限らず、地元産業や観光分野への波及効果を期待できる。

3. 宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラムとは

（1）対象

特定保健指導対象者及び糖尿病予備群の者等を対象とする。

＜推奨する対象者例＞

- ①健診結果から選定された糖尿病予備群（非肥満者^aを含む）
- ②特定保健指導を実施したが、十分な効果が出なかった者

^a 非肥満者：特定保健指導階層化基準非該当者

③生活習慣病治療中の者

(2) 多機関・多職種連携

○宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラムは、糖尿病が疑われる者等を対象として、ホテル、旅館等の宿泊施設や地元観光資源等を活用して、医師、保健師、管理栄養士、健康運動指導士等の多職種が連携して提供する新たな保健指導プログラムである（図1）。

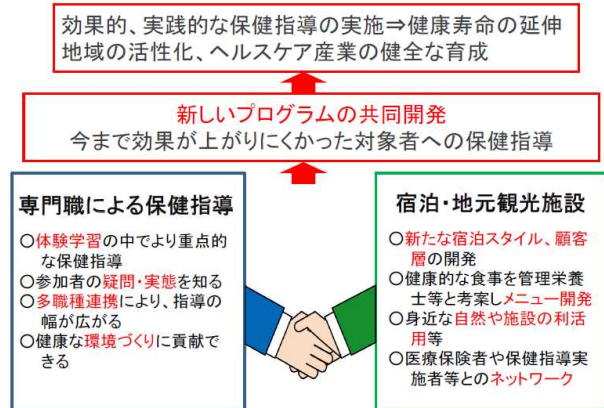


図1 多機関・多職種連携ですすめる宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラム

- 十分な保健指導実績を持つ複数の専門職種が宿泊地にて、特定保健指導対象者及び糖尿病予備群等に対して保健指導を行う。
- プログラムの実施を通して、保健指導実施者と宿泊施設等の連携が深まることにより、従来の枠組みを越えた多様な地域連携の強化と資源発掘、人材育成等を通して、健康な地域づくり推進に貢献することができる。
- 初期開発に要する準備時間や投資費用については、事業が継続され定常的に実施する体制が整うことで準備時間等を減らし、コストダウンすることが可能である。

(3) 体験を通じたグループ学習・個別対応の充実

○座学だけではなく、グループ学習や体験学習を盛り込むことで効果を高める（図2）。

○食事や運動の体験学習によって、普段の食生活との違いに気付き、日常生活における身体活動の維持について知識を習得すると共に、宿泊時の体験を通して動機付けし、具体的かつ実現可能な行動計画を立てる。

< 宿泊時のプログラム例 >

1日目		2日目	3日目
現地着	集合 駅	起床	起床
昼	昼食	体重・当日体調確認 食前・自己血糖測定	体重・当日体調確認
	ブレインストーミング グループワーク 個別面談	朝	朝食 ご飯の計量体験
	<運動実技>	午前	<運動講義>
午後	ティータイム	食後、自己血糖測定	<運動実技>
	<健診結果の見方>	<運動実技> ウォーキング実習	更衣、チェックアウト
	<食事指導>自分の得意を知る	運動後・自己血糖測定	3日間の振り返り 行動目標の見直し 継続支援スケジュール確認
	<目標設定>	着替え・移動	現地着
	チェックイン	午後	解散
夜	夕食<食事指導>	<アクティビティ> ①そば打ち体験 昼食 ↓ ②地元の新鮮野菜試食 ↓ ③寺参拝 ↓ ↓ 2日目の振り返り	
	星空・夜景ツアー	夜	
		夕食	

図2 宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラム 宿泊時のプログラム例

- グループ学習の一方で、個別面談時間を確保することにより、理解度・行動変容ステージ・生活背景に合わせた個別支援を行う。
- 治療の必要性が高いと考えられる人には、治療のイメージや想定される効果等の説明をおこない、確実な受診行動につなげる。

4. 宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラムの具体的な進め方（資料1「進捗管理シート」参照）

（1）プログラム全体の流れ（図3）

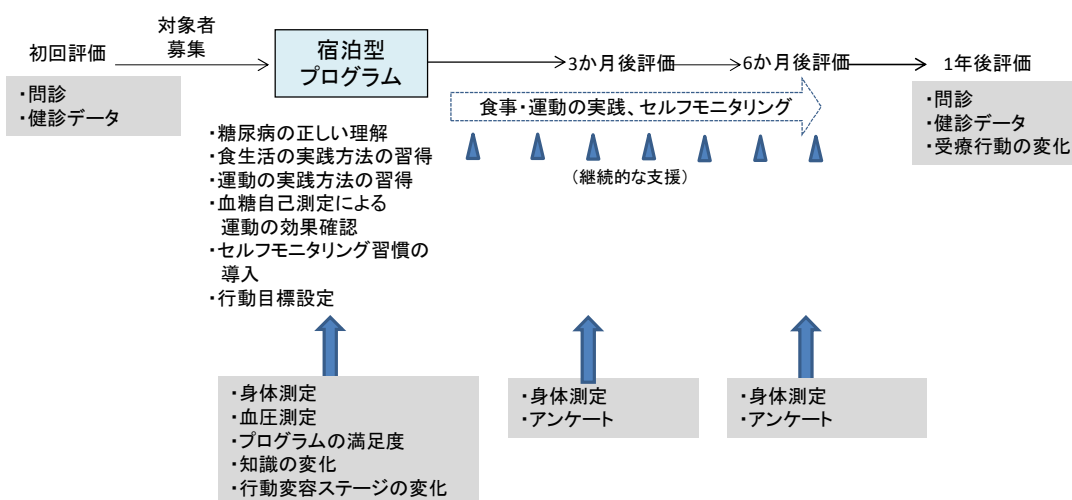


図3 宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラムの流れ

（2）体制づくり

1) 実施主体

実施主体は、保険者、民間団体^b又は地方公共団体（以下、保険者等という）とする。

実施主体は、保険者等の健康課題を踏まえ、多機関・多職種による連携により、保険者等の実情に応じたプログラムの開発及び実施、評価ができる体制を構築する。

なお、実施主体が直接保健指導を行わない場合は、保健指導機関等と連携し、共同で実施する体制を整えることが必要である。

実施主体が宿泊施設を保有しない場合には、本事業の趣旨を理解した宿泊施設、観光事業者等と連携して実施する体制を整えることが必要である。

2) 役割の明確化（資料2「役割分担表」参照）

①運営責任者：事業全体の進行管理、事業全体の分析・評価を行う事業

^b 民間団体は、法人格を有する団体及び民間企業とする。

運営面での責任者であり、プログラム管理者からプログラムに関する報告・連絡・相談を受ける立場にある。

- ②プログラム管理者：プログラムの評価、必要に応じたプログラムの修正、トラブル等の対応が可能な者で、保健指導実施者の統括者として十分な経験を有する者（医師、保健師、管理栄養士等）である。運営責任者とプログラム管理者は同一者でないこと、プログラム管理者と保健指導実施者は同一者でないことが望ましい。特定保健指導におけるマネジメント経験者が望ましい。
- ③保健指導実施者：医師、保健師、管理栄養士等の多職種が複数連携して保健指導を行う。

（３）対象者選定、募集方法の決定

- 保険者の健康課題を踏まえ、本プログラムの対象者選定基準を決定する。その際、医師等の専門家の助言を得ることが望ましい。
- 保険者は特定保健指導やデータヘルス計画における保健事業の選択肢として本プログラムを活用することが可能である。
- 観光協会や旅行会社等の観光分野から対象者募集の協力を得ることで、参加意欲を引き出すことにつながり得る。
- 対象者の特性やニーズに応じて募集方法（チラシ、HP、電話等による参加勧奨）を検討し、参加しやすい体制を整える。
- 配偶者等対象者の家族のプログラム参加は、対象者への理解と実際の生活におけるサポートにおいても有用であるため、検討することが望ましい。

（４）プログラムの企画

１）オリエンテーション

本プログラムの目的、達成目標を確認する。

２）生活習慣病、特に糖尿病の発症・重症化予防に向けた生活習慣改善の重要性についての講話、検査値の見方

糖尿病関連の検査値の見方を中心に、禁煙の情報提供も行う。合併症の怖さだけでなく、HbA1cを改善することの価値を説明する。肥満者には体重減量により改善可能な検査項目等を説明する。座学だけでなく、体験学習、個人相談、グループワーク等を組み入れ、対象者の改善意欲を高め、理解を深めることが必要である。

3) 食事

宿泊中の食事を活用して、保健指導につなげる。特定保健指導における減量指導の方法、糖尿病療養指導の方法等を参照しつつ、適切な食事のとり方を指導する。食事の提供は、健康と食の関係、食の大切さを伝える格好の機会である。地元の食材を使い、旅ならではの食の楽しみの満足度を高めながら、進めることが望ましい。アルコール提供は禁止はしないが、積極的な促しは控える。保健指導の中で適正飲酒について解説しておく。その際、多量飲酒者の保健指導として、アルコール使用障害スクリーニング(AUDIT)を活用する。

<参考例>

- ・「健康な食事^c」に関する情報提供を行い、エネルギーやバランス、塩分等を考慮した食事を体験する。
- ・メニューの栄養成分を知らせ、エネルギーコントロール法を学習する。
- ・食事提供では、野菜めやす量、エネルギー量、バランス調整のめやすと共に、食べる順番や速さを体験する機会であることを指導する。
- ・料理長等より、塩分を控えた調理法のコツや旬の食材をうまく盛り込むコツ等、食生活の大切さを感じさせる話を提供してもらえると理想的である。
- ・ご飯計量体験により適正な主食量を確認する。
- ・朝食バイキング等の機会に食事の選択学習をする。盛りつけ例の提示やプレートに工夫を加える等、学習的要素を組み込む。
- ・血糖自己測定を組み合わせ、血糖変動を確認する。

4) 運動

糖尿病予防・改善と運動・身体活動、座位行動の関連について、資料等を用いて科学的根拠を説明する。宿泊時に、宿泊施設の運動施設や周辺の公園等を活用した、身近な運動やアクティビティのプログラムを提供し、体験を通して運動・身体活動の具体的かつ実現可能な行動計画を立てる。

簡単な体力テスト^dや運動の効果を実感できるような工夫を入れることが望ましい。血糖コントロール状態や合併症チェックの有無等にも留意し、対象者の体力や健康状態に合わせて運動強度を設定できること、当日の体調に合わせて運動強度・内容を調整できること等の配慮が必要と

^c 一食が主食、主菜（魚介類、肉類、卵類、大豆・大豆製品を主材料とする）、副菜（緑黄色野菜を含む2種類以上の野菜を使用）で構成される。

^d 標準的な値を示すことのできる体力テスト項目の例：椅子の立ち座り（30秒）、長座位体前屈、閉眼片足立ち（年齢により開眼）、握力、6分間歩行、2ステップテスト、立ち上がりテスト等。

なる。

余暇時間も強度を考慮したアクティビティとする。

<参考例>

- ・周辺観光を兼ねたウォーキング、自然の中でのハイキング等。運動施設（プール、ジム）を保有している施設ではその活用も推奨される。
- ・アクティビティ中に活動量計やスマートフォンのアプリ等を用いて、活動量や消費エネルギーの評価を行う等、運動・身体活動の保健指導と内容の連続性があり、日常生活にも継続性をもたせられることが望ましい。

5) 観光、アクティビティ

地域の豊かな自然や文化に触れ、保養、楽しみ、学び、自己開発を促す観光要素に加えて、健康の大切さ、健康への気付きにつながる体験型、交流型の観光、アクティビティ体験を提供することが必要である。地域の資源としては、温泉、森林、海洋環境、食、伝統文化、歴史遺産等のみならず、これまで気付かれていなかった地域固有の資源を掘り起こし、新たに活用することで、地場産業の振興、新たな観光産業の創出等地域活性に繋がる。

観光プログラムの進行等は、観光協会等の専門家や地元詳しい地域のボランティア等と連携してプログラムを実施できると良い。

6) セルフモニタリング

歩数計あるいは活動量計を準備し、セルフモニタリングの習慣づけを行う^o。体重、血圧、腹囲を自己測定、記録のつけ方を実習する。

7) ブレインストーミング・グループワーク

- 宿泊当日の導入は、自己紹介やブレインストーミング等で、これから始まるプログラムへの意欲が高まるような雰囲気づくりに努める。
- 対象者の理解度や疑問を把握しつつ、グループダイナミクスを活用し、本音を引き出すと共に意欲を高める内容とする。
- グループワークは、最終段階で一括するより「振り返り」として随所に組みこむ方が効果的である。
- 終了後のコミュニティ・グループ（つながり）の形成支援も行うこと

^o 歩数計、活動量計：持参又は携帯を活用する。どの機種にも対応できるよう準備する。可能であれば、本プログラム参加前より装着し、普段の活動量を認識することが望ましい。

が望ましい。

8) 行動目標、行動計画設定

宿泊の最終日に、行動目標設定の時間を設ける。受講者が70~80%くらい実施可能な目標とし、毎日評価できる内容が望ましい。実現可能性が低いと回答した場合には、実行しやすい改善事項はないか、さらに話し合う。

9) 継続的な支援

- 特定保健指導支援の初回面接後、または評価後の継続的な支援は特定保健指導の標準的なプログラムに準じて行う。(特定保健指導支援Aに相当するメール、電話、面談等)
- セルフモニタリングのツールを紹介し、継続支援の方法とスケジュールを確認する。連絡のつきやすい方法やルール(時間帯、伝言等)を確認する。
- 継続支援に使用するモニタリングツールは、手書き記録用紙、エクセルデータ、スマホのアプリ等、対象者の最も継続しやすい方法を選択できることが望ましい。I o Tを活用した保健指導等を積極的に取入れ、対象者の継続意欲につながる保健指導方法を工夫することが必要である。
- 特定保健指導積極的支援該当者については、特定保健指導の標準的なプログラムに準じたポイント換算を行い、必要ポイントを達成できる計画をたてる。
- 宿泊時に立てた行動計画を継続的に支援する体制を整え、健康状態の改善を目指す。
- 医療機関への受診勧奨を行った対象者については、受診状況の有無、薬物治療の状況等を確認する。
- 行動変容継続のために、地域資源(たとえばほかの保健事業等)へのつながりや情報提供を実施する。

<1泊2日の例>

	1日目		2日目	
午前	健康チェック等	問診確認 体重測定等	健康チェック等	体組成・血圧・血糖測定
	講義	オリエンテーション 健診結果の見方 講話 「糖尿病について」	食事	ごはん計量・朝食
			運動講話 運動実技	講話 「血糖値と運動」
		アクティビティ	国会議事堂見学	
午後	食事講話 食事体験 グループワーク	昼食 講話 「血糖値と食事のお話」 個別栄養相談	昼食 グループワーク 目標設定	行動目標立案と発表 継続支援について 修了式
	講義 グループワーク	講話 「口腔ケア・フットケア・禁煙について」		
	アクティビティ	ビール記念館訪問 適正飲酒プチ講話		
夜	夕食 食事講話	ヘルシー献立 講話 「バランスの良い食事」		

<2泊3日の例>

	1日目		2日目		3日目	
午前		オリエンテーション	健康チェック等	セルフモニタリング	健康チェック等	セルフモニタリング
	健康チェック等	健康チェック 体重測定、腹囲測定	運動	朝日を浴びて早朝ウォーキング	運動	朝日を浴びて早朝ウォーキング
		自己紹介・アイスブレイク	健康チェック等	血液検査	食事	朝食
	アクティビティ	武家屋敷通りの散策	食事	朝食		個別面談
午後	食事講座 食事体験	寺子屋講座(武家屋敷) ・600kcalバランス弁当 ・体と心が喜ぶ食生活	昼食	600kcalアオルト膳	食事	こんにゃく懐石料理
		運動実習				
	グループワーク 目標設定	行動計画の立案	アクティビティ	フリータイムで自由選択 ・高原でのリラクゼーション ・木工教室 ・温泉観光	グループワーク 目標設定	行動計画の立案
		温泉入浴 フリータイム			修了式	
夜	夕食	600kcalアオルト膳 ・料理長解説 ・管理栄養士アドバイス	夕食	旬産旬消、山形の食を満喫 食事指導		
	運動	リラクゼーション ヨガ	アクティビティ	花笠踊り交流会		
	健康チェック等	セルフモニタリング	健康チェック等	セルフモニタリング		

(5) プログラムの実施

- プログラムが予定通りに進行しているかを確認する。
- 天候や対象者の状態に応じて、修正や変更を行いながら、効果的かつ安全に実施する。
- アンケートの結果等を評価し、内容に応じて次回プログラムに反映する。

(6) 実施に関する留意事項

1) 宿泊地に求められる条件

①実施意欲の高い宿泊施設の選定

- ・プログラムの目的を十分に理解し、宿泊環境の整備、食事の提供、運動環境の確保に協力的な施設であることが必要である。
- ・継続的に取り組む意欲のある施設であることが望ましい。

②宿泊環境の整備

- ・禁煙室を積極的に利用できることが望ましい。
- ・受動喫煙防止対策が整備されていることが望ましい。
- ・会議室や座敷等、集団指導が可能なスペースがあると良い。
- ・個室希望等に対応できることが望ましい。

③食事の提供

- ・食事は、食事に関する保健指導の内容と連動して提供でき、管理栄養士等が栄養価計算を行うためのレシピの提供等に協力できると良い。
- ・地元の食材や料理長の技・アイデアを十分に生かしつつ、エネルギーやバランス等を考慮した「健康な食事^f」を1日1食程度は確保ができると良い。

④運動環境

- ・運動・身体活動に関する保健指導の内容と連動し、身体活動を増やせるよう保健指導実施者と連携しながら場所の確保をすることが望ましい。
- ・戸外での運動指導を想定している場合においては、天候が悪い場合に屋内への変更ができることが必要である。

2) リスクマネジメント体制

リスクマネジメントの観点から、プログラム実施前又は実施中は以下の体制を整える必要がある。

- 必要に応じて、事前に合併症のチェック（眼底、心電図、クレアチニ

^f 別添4 宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラム「4. 宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラムの具体的な進め方（4）プログラムの企画 3）食事」を参照。

- ン検査等)を済ませること。
- 「参加前アンケート^g」、「身体活動のリスクに関するスクリーニングシート^h」及び「運動開始前のセルフチェックリスト^h」を実施し、各対象者の状態を確認することが必要である。
 - プログラムの運動やアクティビティの運動強度や特徴を事前に把握し、受講者の疾病状況や現在の身体活動状況をふまえ、対応することが重要である。
 - 治療中の者については、かかりつけ医と連携し、服薬内容、食事・運動等の指示を確認することが望ましい（日本糖尿病協会編「糖尿病連携手帳」、「お薬手帳」等の活用等）。
 - 宿泊施設の日常の救急体制、事故対応の方法（連絡先やAED等の設置場所等）を宿泊施設、プログラム管理者、保健指導実施者が事前に共有することが必要である。
 - 運動やフリータイムにおける緊急時への対応が可能な体制を構築する。
 - 救急体制を検討し、緊急連絡先等を定めておくことが必要である。
 - 緊急時への対応については、地域の医療機関等と連携を行うことが望ましい。
 - 保険の加入について、プログラム参加中の事故等に対応できるよう、旅行業者賠償責任保険、レクリエーション保険等の傷害保険に加入する必要がある。

(7) 評価

保健指導を定量的・定性的に評価する仕組みを導入し、PDCAを回す保健事業とする。事業評価は下記を参考に行うことが望ましい。

1) 評価項目

- ①身体状況、検査データ
プログラム開始時、3か月後、6か月後の身体状況、検査データ、体力測定結果ⁱを評価する。
- ②行動変容ステージ、生活習慣、自己効力感、医療機関への受診状況・服薬情報、旅の満足度等プログラム参加前、終了時、3か月後、6か月後にアンケートを実施する。
- ③プログラム内容に関すること

^g 研究班HP掲載 (<http://tokutei-kensyu.tsushitahan.jp/sls/>)

^h 健康づくりのための身体活動基準 2013

ⁱ 別添4 宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラム「4. 宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラムの具体的な進め方（4）プログラムの企画 4）運動」を参照。

保健指導実施者の職種、体力測定実施の有無、フリータイムアクティビティの種類、継続支援の方法・回数・ポイント数等。

- ④上記の項目のほか、各プログラム内容についてのアンケート調査、体力、栄養摂取量調査、1人あたり経費（ほかの保険者等や特定保健指導等との比較も含む）等、実施主体が独自の視点で評価を実施する。

2) 次年度以降の評価

- ①翌年度の標準的な質問票[」]、健診データを用いて、生活習慣、身体状況、検査データを宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラムの参加前後で比較する。
- ②受診行動の変化

[」] 第2編別紙3「標準的な質問票」を参照。特定健診以外の健診においては、「標準的な質問票」に類似するものを活用する。

参考資料

資料1 「進捗管理シート」

プログラム事業評価シート		プログラム名称() 宿泊地() (泊 日)																														
実施主体 機関名() 運営責任者()		プログラム管理者()																														
実施時期	項目	事業企画・立案												実施事業				評価														
		全体企画案作成						宿泊プログラム作成 各種作業手順書作成		宿泊プログラム 運営準備		宿泊プログラム 保健指導準備		宿泊プログラム 実施中		宿泊 終了時		継続 支援		中間 支援		終了 支援		事業評価								
No		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
実施内容		各責任者を設定し、チーム形成を行っている。	プログラム管理者と実施方法の相談をしている。	宿泊施設・観光施設との調整をしている。	保険者との調整をしている。	データの取り扱いについて取り決めていく。	関係者と調整してスケジュールを立てている。	事業に必要な予算の取り決め、契約を交わしている。	観光プログラムの立案している。	観光プログラムの立案している。	継続支援の方法を確認している。	評価方法を確立している。	各種マニュアルを作成・用意し、理解の上運用ができる。	計画に基づいた参加者の募集をしている。	関係機関と連携調整の上、実施体制を構築している。	具体的な実施手順を明らかにし、関係機関で情報を共有している。	保険加入をしている。	保健指導教材の準備・作成をしている。	参加者の情報収集を行っている。	事前カンファレンスを実施している。	各機関で作成した「宿泊型新保健指導プログラムの作業手順書」に準じて、支援を行っている。	安全管理に留意している。	個人情報情報を適切に管理している。	事後カンファレンスを実施している。	宿泊プログラム内容の見直しを行っている。	「標準的な健診・保健指導プログラム」(出典：厚生労働省健康局)に準じて、継続支援を行っている。	「標準的な健診・保健指導プログラム」(出典：厚生労働省健康局)に準じて、中間支援・評価を行っている。	「標準的な健診・保健指導プログラム」(出典：厚生労働省健康局)に準じて、最終支援・評価を行っている。	事業評価を実施している。	事業結果をとりまとめている。	次年度計画等に向けた改善点を明確にしている。	一年後の評価を実施している。
進捗確認																																

資料2 「役割分担表」

役割	具体的内容	共通する内容
運営責任者	<ul style="list-style-type: none"> 多機関の連絡、調整等の統括責任を担う。 契約等の事務手続を行う。 プログラム管理者と実施方法について相談し、宿泊地等の確保、保健指導実施者の確保、その他全体スケジュール管理等を行う。 宿泊施設、観光施設の予約等の事務的な手続を行う。 対象者を抽出する医療保険者と、契約・保険・健診データ等の取扱いに対する合意形成のもと、事務的な手続を行う。 特に、個人情報取扱いに関しては、運営責任者はデータ管理者を指定し、情報を適正に管理することが望ましい。 	<ul style="list-style-type: none"> プログラムの実施にあたり、宿泊施設や保険者等の関係機関と緊密な連携をとることが求められる。 対象者選定基準やプログラム内容について、医師などの専門家に相談し、助言を求めることが望ましい。
プログラム管理者	<ul style="list-style-type: none"> プログラム管理者は、特定保健指導におけるマネジメント経験がある者が担うことが望ましい。 宿泊地あるいは周辺の観光資源について、事前に視察・情報収集を行い、安全かつ効果的なプログラム内容について検討する。 チーム形成された多機関の担当者とは打合せを行い、参加者に提供する食事や運動プログラム、アクティビティ内容を具体化する。 トラブル発生、救急時の対応策について話し合い、連絡先一覧等のマニュアルを策定する。 対象者選定基準の決定、保健指導内容の確定、保健指導教材の決定等を行う。 プログラム作成にあたり、「標準的な健診・保健指導プログラム」(出典：厚生労働省健康局)やSLS研究班の提供する資料や教材、関連学会のガイドラインを参考にすることが望ましい。 「平成27年度厚生労働省宿泊型新保健指導試行事業」において、先行実施した機関より情報収集したり、相談することが望ましい。 プログラム全体の流れや留意事項が把握できる「運営マニュアル」を作成し、スタッフ間で共有する。 保健指導実施者の統括として、研修会の開催、直接的指導、保健指導実施者の評価を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 円滑な運営のために、プログラムの進捗状況を把握、管理することが重要である。その際は、SLS研究班作成の「進捗管理ソフト」を参考・活用されたい。 プログラム全体の結果について、適正に分析・評価する必要があり、複数回実施の場合は、次回に修正点が反映されることが望ましい。
保健指導実施者	<ul style="list-style-type: none"> 宿泊当日あるいは継続的な支援において、対象者に対する直接的担当を担う。 「糖尿病等の生活習慣病への理解」「食事」「運動」等、各種指導教材、保健指導マニュアルを作成する。 保健指導実施者研修を通じて、各保健指導マニュアルを共有し、一貫性のある指導を心がけることが大切である。 こまめなカンファレンスを行い(事前・宿泊当日・宿泊終了・継続支援時)、プログラム管理者へ報告、必要時プログラムの修正・改善に努める。 対象者の健康状態に合わせ、必要時、個別対応等の配慮ができることが望ましい。 	<ul style="list-style-type: none"> 保健指導記録を多職種間で共有し、連携した保健指導が行える体制が重要である。

上記資料のほか、教材や厚生労働省の試行事業に関することはSLS研究班のHP参照。

(<http://tokutei-kensyu.tsushitahan.jp/sls/>)