

高齢者における減量教室の効果

西 田 信 子

The Effect of Class Diet Therapy on Obesity Among the Elderly

Nobuko NISHIDA

要 旨

高齢肥満者への減量指導では、強度の運動や厳格な食事療法は怪我や低栄養を招き健康障害に陥りやすいとされている。また、「日本人の食事摂取基準2015年版」では、新たに目標とする体格指数（BMI）の範囲を50～60歳代で20.0～24.9、70歳以上で21.5～24.9に設定し、虚弱の予防と生活習慣病の予防の両者に配慮することを示している。

本研究では、特定健康診査事後指導としての減量教室の開催に当たって、500kcalの昼食会をメインとした緩やかな指導を心がけた。教室参加者と不参加者の1年後の健診結果を比較したところ、参加者では、多くの項目で改善が見られ、正常値を上回った項目（リスク数）が45個から37個へと減少していた。（不参加者の4倍）しかし、教室終了後も37個のリスクが残っており、参加者の意識調査から減量を阻む要素と自助努力での行動修正の困難さが伺えた。加齢と共に正常値への復帰は困難が予想されるが、進行防止のためには今後とも継続した支援が必要であると考えられる。

キーワード：地域保健，公衆栄養，減量指導，高齢者栄養

緒 言

我が国では、2010年に65歳以上の老年人口割合が23.1%となり今後も著しい増加が予測される。内閣府の平成25年版高齢社会白書によれば、高齢者の半数近くが何らかの自覚症状を持ちながら地域で暮らしている実態が報告されている。

日常生活に制限のない期間（健康寿命）は、2010年時点で男性が70.42年、女性が73.62年となっており2001年と比べて延びてはいるが、平均寿命の延びとの差が広がっており、寝たきりや認知症などの不健康な期間は増している。

2008年からスタートした「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づく特定健康診査・特定保健指導は、医療保険者に実施が義務付けられた医療費の適正化を推進するための施策であり、生活習慣病予備群を抽出し、適切な行動修正により生活習慣病への移行を阻むシステムである。

本研究では、広島県A町の特定健康診査で抽出された対象者に減量教室を継続実施し、翌年の健康診査のデータを対照群との比較で検討し、減量の達成度及び検査値改善状況とその行動変容を分析し、高齢者減量教室のあり方について考察した。

方 法

1 「減量教室」の開催

平成25年5月から8月に地域の特定健康診査を受診し、「情報提供」及び「動機付け支援」に区分された人を対象とし、A町保健部門の協力を受け「減量教室」を開催した。対象者の選定及び参加者募集は、A町保健部門が担当したが、40～60歳代前半の層は参加が無かった。そこで、高齢者に的を絞った「減量教室」を計画した。

その内容は表1のとおり、10月から3月にかけて5回開催し、体重記録、血圧測定は毎回行うものの、難解な言葉や厳しい食事の制限は提案せず、緩やかな行動変容を目指して運営した。

会場は、A町の中心部に位置する町立病院の会議室で、午前中にスタッフが調理を行い、500kcalの昼食会からスタートするという、従来型の栄養指導のための教室運営とは異なった方式で行った。

スタッフは、役場保健師、食生活改善推進員、町立病院管理栄養士であった。

表1 減量教室開催状況

回数及び日程		内 容
第1回	平成25年10月28日(月) 12時から14時	①500kcalの昼食会 ②オリエンテーション、体重記録表の解説 ③適正エネルギーと食事量指示の解説
第2回	平成25年11月11日(月) 12時から14時	①500kcalの昼食会 ②メタボリックシンドロームと肥満についての解説
第3回	平成25年12月16日(月) 12時から14時	①500kcalの昼食会 ②減塩の勧奨
第4回	平成26年2月17日(月) 12時から14時	①500kcalの昼食会 ②個別食事調査
第5回	平成26年3月17日(月) 12時から14時	①500kcalの昼食会 ②個別食事調査の結果返却と解説 ③健康習慣継続勧奨

2 減量教室の評価

(1) 健康診査結果による評価

本研究では、「減量教室」参加者（以下参加者という）と不参加者（以下対照群という）の2年間の健康診査結果を比べ、教育効果を評価した。

対照群は、A町保健担当課から性・年齢を同じくする健診受診者の検査データを提供されたものを用いた。

調査対象者は、表2のとおり、60代から70代の男女15名であった。

表3から表7に参加者及び対照群の平成25年度及び平成26年度の健診結果を示した。なお、参加者は、A町で行う特定健康診査を受けた者以外にも希望者を受け入れたため、データが得られなかった者も交じっている。

表2 調査対象者の状況

項目 (年度)		人数	男	女	平均年齢
参加者	(25)	15	4	11	69.6
	(26)	15	4	11	70.6
対照群	(25)	15	4	11	69.6
	(26)	15	4	11	70.6

表3 参加者と対照群の検査値の比較 (平均値)

平均値 年度差	身長 (cm)	体重 (kg)	腹囲 (cm)	BMI (kg/cm ²)	収縮期血圧 (mmHg)	拡張期血圧 (mmHg)	中性脂肪 (mg/dl)	HDL-コレ ステロール (mg/dl)	LDL-コレ ステロール (mg/dl)	空腹時血糖 (mg/dl)	ヘモグロビン A1c (%)	リスク数	
参加者	平成25年度	154.7	57.0	83.1	23.8	126.7	74.3	119.4	61.1	130.4	112.0	6.2	45
	平成26年度	154.4	56.0	83.6	23.5	126.2	71.9	107.2	63.1	123.4	113.3	6.2	37
	差	-0.3	-1.0	+0.5	-0.3	-0.5	-2.4	-12.2	+2.0	-7.0	+1.3	±0.0	-8
対照群	平成25年度	155.7	56.0	84.1	23.0	131.5	77.5	101.3	67.7	114.0	92.9	5.6	28
	平成26年度	155.3	54.9	82.9	22.7	130.3	76.5	101.7	69.5	116.4	90.1	5.6	26
	差	-0.4	-1.1	-1.2	-0.3	-1.2	-1.0	+0.4	+1.8	+2.4	-2.8	±0.0	-2

参加者と対照群の検査データの平均値は、表3のとおりであった。2群間には差が見られ、参加者では、体重がやや重く、中性脂肪、LDL-コレステロール、空腹時血糖及びヘモグロビンA1cの値が高い傾向が見られた。対照群は、血圧、HDL-コレステロールが高めであった。

表4から表7にかけて個別の健診データを比較したところ次のとおりであった。なお、中性脂肪及びLDL-コレステロールは、直前の食事の影響が大であるため、直接の比較は割愛した。

①体重

参加者、対照群ともに平均値は1kg程度減少していたが、参加者では、減少が11名、増加が4名、対照群では減少が10名、増加が5名であった。参加者の男性は、全員が減少していた。

②血圧

収縮期血圧は、参加者で減少9名、増加6名であり、正常値となった者が4名であった。対照群では減少が9名、増加が6名あり、正常値となった者が4名であった。拡張期血圧は、参加者で減少が10名、増加が3名であり、対照群では減少が8名、増加が7名であった。

④ヘモグロビンA1c (NGSP値)

両群とも検査値の平均値は、変化がなかった。参加者は、平均値が6.2%で、7.0%を超える者も3名あり、14名が基準値(5.6%)を上回っていた。1年後に8名が減少、3名が増加していた。対照群では、平均値5.6%であったが基準値を超えた者は7名から5名へ減少していた。

腹囲、肥満度(BMI)、血圧、中性脂肪、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、空腹時血糖及びヘモグロビンA1cの値について、特定健康診査の基準値を超えたものをアンダーラインで示した。参加者は基準値を超えたりリスク数の合計が45個あったが、1年後に8個減少し、対照群は、28個から26個へ2個減少した。

表4 平成25年度健診結果（参加者）

番号	性別	年齢	身長 (cm)	体重 (kg)	腹囲 (cm)	BMI (kg/cm ²)	収縮期血圧 (mmHg)	拡張期血圧 (mmHg)	中性脂肪 (mg/dl)	HDL-コレ ステロール (mg/dl)	LDL-コレ ステロール (mg/dl)	空腹時血糖 (mg/dl)	ヘモグロビン A1c (%)	リスク数
1	男性	69	164.7	67.8	<u>88.9</u>	<u>25.0</u>	<u>150</u>	83	44	<u>38</u>	80	<u>112</u>	<u>5.9</u>	6
2	男性	67	153.0	58.7	<u>86.5</u>	<u>25.1</u>	116	75	94	52	<u>154</u>	91	<u>5.8</u>	4
3	男性	67	167.1	66.9	<u>90.0</u>	24.0	128	80	<u>178</u>	51	<u>159</u>	96	<u>5.9</u>	4
4	男性	64	169.3	69.7	<u>90.3</u>	24.3	108	74	<u>153</u>	45	124	87	5.5	2
5	女性	70	147.0	45.9	-	21.4	124	69	83	54	111	<u>101</u>	-	1
6	女性	79	152.8	48.0	-	20.6	<u>151</u>	81	<u>367</u>	51	<u>155</u>	<u>127</u>	<u>7.3</u>	5
7	女性	76	151.2	52.9	-	23.1	<u>133</u>	<u>82</u>	134	67	<u>152</u>	87	<u>5.9</u>	4
8	女性	73	151.6	43.5	66.8	18.9	<u>130</u>	73	72	93	114	96	<u>5.6</u>	2
9	女性	73	152.1	59.5	87.6	<u>25.7</u>	<u>130</u>	79	79	72	<u>155</u>	<u>103</u>	<u>6.0</u>	5
10	女性	71	155.0	65.0	-	<u>27.0</u>	116	57	-	-	-	92	<u>6.1</u>	2
11	女性	69	150.5	50.4	73.0	22.3	132	70	74	57	126	-	<u>7.7</u>	2
12	女性	68	153.7	58.0	85.4	24.6	122	71	54	73	126	<u>128</u>	<u>6.7</u>	2
13	女性	67	151.3	58.6	87.5	<u>25.6</u>	116	62	83	45	116	<u>154</u>	<u>7.2</u>	3
14	女性	66	151.4	56.0	83.1	24.4	110	70	125	67	136	-	<u>5.7</u>	1
15	女性	65	149.3	54.6	74.8	24.5	<u>134</u>	83	131	90	117	-	<u>5.8</u>	2
	平均	69.6	154.7	57.0	83.1	23.8	126.7	74.3	119.4	61.1	130.4	106.2	6.2	45

表5 平成26年度健診結果（参加者）

番号	性別	年齢	身長 (cm)	体重 (kg)	腹囲 (cm)	BMI (kg/cm ²)	収縮期血圧 (mmHg)	拡張期血圧 (mmHg)	中性脂肪 (mg/dl)	HDL-コレ ステロール (mg/dl)	LDL-コレ ステロール (mg/dl)	空腹時血糖 (mg/dl)	ヘモグロビン A1c (%)	リスク数
1	男性	70	164.0	63.8	<u>90.0</u>	23.7	118	72	85	41	89	<u>107</u>	<u>5.6</u>	3
2	男性	68	152.9	57.3	82.5	24.5	107	58	91	59	<u>143</u>	<u>100</u>	-	2
3	男性	68	166.8	63.7	<u>87.6</u>	22.9	120	78	<u>150</u>	59	139	95	<u>5.8</u>	3
4	男性	65	170.0	69.1	<u>89.3</u>	23.9	<u>151</u>	<u>90</u>	<u>150</u>	58	126	93	5.5	4
5	女性	71	147.0	47.0	-	21.8	<u>133</u>	63	44	61	137	<u>104</u>	-	2
6	女性	80	153.0	49.9	-	21.3	<u>132</u>	70	<u>228</u>	44	-	<u>192</u>	<u>7.6</u>	4
7	女性	77	150.5	54.5	-	24.0	128	81	95	72	91	91	<u>5.8</u>	1
8	女性	74	150.7	43.4	70.0	19.1	129	66	83	85	118	85	<u>5.6</u>	1
9	女性	74	151.4	56.3	76.0	24.6	<u>132</u>	77	86	69	132	92	<u>5.9</u>	2
10	女性	72	155.0	63.8	<u>93.6</u>	<u>26.6</u>	<u>132</u>	70	80	62	<u>166</u>	88	<u>5.8</u>	5
11	女性	70	150.5	49.9	-	22.0	<u>146</u>	70	-	-	-	-	<u>6.8</u>	2
12	女性	69	152.8	55.4	85.2	23.7	118	68	46	71	122	<u>122</u>	<u>6.5</u>	2
13	女性	68	151.1	61.4	89.6	<u>26.9</u>	117	66	148	<u>38</u>	113	<u>222</u>	<u>8.6</u>	4
14	女性	67	150.6	52.7	83.0	23.2	102	66	78	71	137	82	<u>5.6</u>	1
15	女性	66	149.5	52.7	72.6	23.6	128	83	137	94	91	-	<u>5.9</u>	1
	平均	70.6	154.4	56.1	83.6	23.5	126.2	71.9	107.2	63.1	123.4	113.3	6.2	37

表6 平成25年度健診結果（対照群）

番号	性別	年齢	身長 (cm)	体重 (kg)	腹囲 (cm)	BMI (kg/cm ²)	収縮期血圧 (mmHg)	拡張期血圧 (mmHg)	中性脂肪 (mg/dl)	HDL-コレ ステロール (mg/dl)	LDL-コレ ステロール (mg/dl)	空腹時血糖 (mg/dl)	ヘモグロビン A1c (%)	リスク数
1	男性	69	159.7	64.4	85.7	25.3	134	83	71	49	129	97	5.6	4
2	男性	67	158.9	53.1	81.3	21.0	108	73	85	60	86	91	6.0	1
3	男性	67	169.9	68.1	83.7	23.6	164	92	216	49	115	99	5.2	2
4	男性	64	167.7	66.2	77.9	23.5	133	85	44	82	87	87	5.3	2
5	女性	70	142.8	46.3	85.6	22.7	113	66	105	69	139	92	5.7	1
6	女性	79	150.8	42.4	-	18.6	143	85	91	95	129	85	5.5	2
7	女性	76	151.3	53.5	-	23.4	131	71	79	75	108	88	5.6	2
8	女性	73	157.6	44.2	73.2	17.8	112	72	139	65	132	86	5.6	1
9	女性	73	151.1	59.7	88.5	26.1	155	81	79	93	111	124	6.7	4
10	女性	71	155.3	63.8	93.8	26.5	155	90	135	43	89	104	6.9	6
11	女性	69	152.9	53.9	88.4	23.1	143	82	73	61	137	81	5.1	1
12	女性	68	154.9	55.8	80.6	23.3	113	73	60	85	93	94	5.4	0
13	女性	67	158.9	57.8	84.6	22.9	118	67	108	57	118	92	5.3	0
14	女性	66	153.7	55.8	82.4	23.6	118	66	157	55	111	86	5.2	1
15	女性	65	150.3	54.3	87.7	24.0	132	76	77	78	126	87	5.5	1
	平均	69.6	155.7	56.0	84.1	23.0	131.5	77.5	101.3	67.7	114.0	92.9	5.6	28

表7 平成26年度健診結果（対照群）

番号	性別	年齢	身長 (cm)	体重 (kg)	腹囲 (cm)	BMI (kg/cm ²)	収縮期血圧 (mmHg)	拡張期血圧 (mmHg)	中性脂肪 (mg/dl)	HDL-コレ ステロール (mg/dl)	LDL-コレ ステロール (mg/dl)	空腹時血糖 (mg/dl)	ヘモグロビン A1c (%)	リスク数
1	男性	70	159.4	62.2	85.3	24.5	131	67	74	44	126	95	5.4	2
2	男性	68	158.8	50.8	80.0	20.1	108	69	114	56	80	104	6.3	2
3	男性	68	169.6	67.2	83.8	23.4	157	96	157	57	136	94	5.2	3
4	男性	65	167.7	66.3	80.9	23.6	149	93	76	78	100	85	5.1	2
5	女性	71	142.5	44.1	77.2	21.7	111	65	90	81	135	84	5.6	1
6	女性	80	150.1	41.2	-	18.3	128	74	85	107	80	89	5.6	2
7	女性	77	151	52.3	-	22.9	163	87	87	69	106	91	5.5	2
8	女性	74	156.9	44.5	70.3	18.1	113	69	126	62	156	79	5.5	1
9	女性	74	149.5	56.4	83.8	25.2	124	74	68	101	96	109	6.6	4
10	女性	72	154.6	59.7	96.5	25.0	138	80	127	46	111	94	6.6	3
11	女性	70	151.8	55.5	89.2	24.1	128	87	101	62	122	79	5.1	1
12	女性	69	154.6	56.1	83.7	23.5	125	78	83	86	123	83	5.3	0
13	女性	68	158.9	56.4	79.5	22.3	117	57	131	59	165	86	5.2	1
14	女性	67	153.8	56.9	81.2	24.1	130	68	131	52	94	80	5.3	1
15	女性	66	149.8	53.6	86.4	23.9	133	83	75	82	116	99	5.4	1
	平均	70.6	155.3	54.9	82.9	22.7	130.3	76.5	101.7	69.5	116.4	90.1	5.6	26

(2) 意識調査による評価

意識調査の内容は、表8のとおりで、教室終了後郵送により実施した。質問項目を①意欲・体型認識の程度、②料理・生活習慣の意識、③間食及びその内容、④食事量の認識、⑤意志の強弱、⑥環境の6つに分類し、さらに回答を「太る要素」と「やせる要素」に区分し、「良く当てはまる」から「まったく当てはまらない」の5段階に点数化し集計した。「良く当てはまる」者ほど「太る要素」が高い者とし、「まったく当てはまらない」者は「やせる要素」が高いと評価をし

た。ただし、問1～6、問8、問9の7項目は点数化の除外項目とした。

表8 減量に関する意識調査の項目

問	内 容
1	減量は難しいと思いますか？
2	現在、あなたは減量したいと思っていますか？
3	あなたのこれまでの減量は成功しましたか？
4	現在あなたの体重は、理想の位置に達していますか？
5	自分は味にはうるさい方である。
6	自分は健康には気を使っていると思う。
7	自分で食品や菓子、酒類を買いに行くことが多い。
8	決まった時間に食事をしたい性質(たち)である。
9	空腹になってから食事をしたい性質である。
10	自分で調理をすることが多い。
11	外食では多目に食べる傾向がある。
12	1週間に3回以上菓子を食べる。
13	スーパーやコンビニ、デパ地下など食品売り場に行きたくなる。
14	熱いお茶は、毎日欠かさず飲む。
15	1週間に5回以上飲酒をする。
16	スポーツドリンクや栄養ドリンクの買い置きがある。
17	来客があると一緒に菓子を食べる人が多い。
18	惣菜や寿司など良く購入する。
19	焼肉、鍋物、を食べる機会が1週間に2回以上ある。
20	菓子パンを週に3回以上食べる。
21	はちみつを良く使う。
22	柏餅やおはぎは週に1回以上食べる。
23	自宅で菓子やケーキを良く作る。
24	お菓子のもらい物が多い。
25	さとうやみりんはよく使う方である。
26	夏場はアイスや冷たい飲み物を良く飲む。
27	夏場はそうめんや冷麺を良く食べる。
28	柿やミカン、バナナなどいつも手近に果物がある。
29	もったいないので食事は残せない。
30	運動(肉体労働を含む)する日はたっぷり食べる。
31	手作りの菓子(ケーキ)やパン、もちなどが手近にある。
32	栗や柿の木が自宅にある。

- ・15名全員が、「決まった時間に食事をしたい性質(たち)である。」と回答した。
- ・男性4名全員が、「減量は難しいと思う」、「現在、減量したいと思っている」、「自分は健康には気をつけていると思う」、「決まった時間に食事をしたい性質である」、「もったいないので食事は残せない」、「運動(肉体労働を含む)する日はたっぷり食べる」と答えた。
- ・女性11名は、「自分で食品や菓子、酒類を買いに行く」、「決まった時間に食事をしたい性質である」、「自分で調理をすることが多い」、「さとうやみりんはよく使う」と答えた。
- ・体重が増加した4名は全員女性で、「味にうるさい方である」、「自分で、食品や菓子、酒類を買いに行く」、「1週間に3回以上菓子を食べる」、「さとうやみりんはよく使う」と回答した。

結果と考察

(1) 健康診査結果

参加者と対照群の検査値の変化（平均値）は表9のとおりで、両群とも好転していることが伺えるが、参加者の腹囲、空腹時血糖では若干悪化していた。中性脂肪とLDL-コレステロールは、両群が逆の方向性を示していた。ヘモグロビンA1cは、両群とも変化が無かったが、腹囲、HDL-コレステロール値及び空腹時血糖値では、参加者で増加が見られた。

表9 検査値の変化（平均値）

平均値 年度差	身長 (cm)	体重 (kg)	腹囲 (cm)	BMI (kg/cm ²)	収縮期血圧 (mmHg)	拡張期血圧 (mmHg)	中性脂肪 (mg/dl)	HDL-コレ ステロール (mg/dl)	LDL-コレ ステロール (mg/dl)	空腹時血糖 (mg/dl)	ヘモグロビン A1c (%)	リスク数	
参加者	平成25年度	154.7	57.0	83.1	23.8	126.7	74.3	119.4	61.1	130.4	112.0	6.2	45
	平成26年度	154.4	56.0	83.6	23.5	126.2	71.9	107.2	63.1	123.4	113.3	6.2	37
	差	-0.3	-1.0	+0.5	-0.3	-0.5	-2.4	-12.2	+2.0	-7.0	+1.3	±0.0	-8
対照群	平成25年度	155.7	56.0	84.1	23.0	131.5	77.5	101.3	67.7	114.0	92.9	5.6	28
	平成26年度	155.3	54.9	82.9	22.7	130.3	76.5	101.7	69.5	116.4	90.1	5.6	26
	差	-0.4	-1.1	-1.2	-0.3	-1.2	-1.0	+0.4	+1.8	+2.4	-2.8	±0.0	-2

検査値が改善された者の数は、図1のとおりである。参加者が対照群より多く改善していた項目は、体重、BMI、拡張期血圧、中性脂肪の4項目であった。個人の検査値を見ると、参加者では、体重、BMI及びHbA1cが高値の者が多く、正常値を超えた項目の総計は15人で45個であった。1年後に参加者では37個（-8個、17.8%）に減少していたが、対照群では28個から26個（-2個、7.1%）であった。

参加者の男性は全員が減量に成功し、対照群で1名が100g増えたものの、肥満（BMI25以上）は、各2名あったが全員が正常範囲に改善していた。参加者の女性では、11名中7名は減量していたが、4名で体重増加が見られ、肥満者（BMI25以上）は、5人から2人に、対照群では肥満（BMI25以上）は、2人から0へと減少していた。

(2) 意識調査の結果

郵送によるアンケート調査は、調査法の中でも回答率が低いことが通常知られているが、今回の参加者の回答率は100%であり、積極的な姿勢が伺えた。体重の増減との関連を検討したところ

①参加者全員が、「決まった時間に食事をしたい性質（たち）である。」と答えていた。②男性4名は、全員がBMIが正常となったが、意識の高さが減量に成功したと考えられる。③体重増加者4名、は女性のみで、「自分で料理する」、「味にうるさい」、「自分で食品や菓子を買に行く」、「1週間に3回以上菓子を食べる」、「さとうやみりんはよく使う」と答えていた。

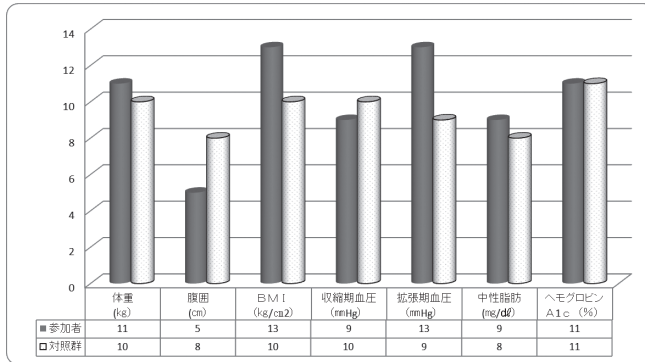


図1 検査値が好転（維持含む）した者の状況の比較（人）

意識調査の結果について「太る要素」をプラスとし、「やせる要素」をマイナスとして計算したのが表10である。体重の増減と組み合わせると図2のとおり示した。やせる意識が高い人では、減量に成功しているが、「太る要素」が「やせる要素」を上回る人では、個別の支援が必要であることが示唆された。減量行動を阻む要素としては、食欲、ストレス、高齢であることから定期的な運動が難しいことや仲間や職場等のおやつ時間、体調不良から減量行動の中断が起きることが推察された。

表10 意識と体重の増減の関係

1+2+3(太る要素)	21	21	11	26	13	18	14	19	19	17	20	17	15	32	6
4+5(やせる要素)	17	17	19	10	20	16	22	14	17	22	11	15	20	16	21
合計	38	38	30	36	33	34	36	33	36	39	31	32	35	48	27
差	+4	+4	-8	+16	-7	+2	-8	+5	+2	-5	+9	+2	-5	+16	-15
体重の増減 (kg)	-1.9	+2.8	+1.9	+1.6	-0.1	-3.3	-2.6	-3.2	-1.4	-1.2	+1.1	-3.2	-0.5	-0.6	-4.0

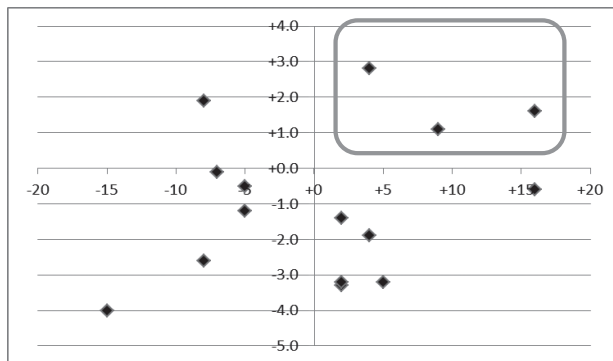


図2 減量と意識の関連性（横軸；太る要素とやせる要素の差，縦軸；減量した体重（kg））

結 語

減量教室は、「500kcalの昼食会」から始まるいわゆる“緩めの講座”で、歌ったり、ポートレートで体型の記録をしたり、減量の記録を確認しつつ、月一回のペースで閉じこもりがちな冬場に開催した。終了後、記念写真と共に励ましの便りを届け、スタッフとも仲良く目的達成を進める講座となるよう配慮を行った。講座の中心となっている「500kcalの昼食会」は、近年、「タニタ食堂」で有名になった減量のための健康メニューであるが、単なるエネルギー合わせだけではなく、食材や盛り付け、季節性、デザートへの細かい配慮を必要とするため、まさに管理栄養士の力発揮の場でもある。糖尿病食品交換表をベースとし野菜を多めに、食塩相当量は1日8gのうちの1食であることを意識して管理した。調理は、スタッフがを行い、そのレシピは食生活改善推進員によって地域の講習会で伝達されている。

対照群との比較から明らかになったことは、参加者は、自助努力の範囲を超えたりスクを持っていることが参加の動機になっていることである。不参加者も健診が契機となって自助努力をしていることが伺えた。いずれも、高齢者は、健康への意識は高いことが認められる。

現在、他地域においても高齢者のための料理講座は、広く行われているが、特定健康診査結果の改善が望めるようなテーマを持った「緩めの講座」の開催を普及すべきと考える。緩すぎるただの“ご馳走を食べる食事会”になっても、きつめの“食事療法講習会”になっても成果が得にくいと思われる。

地域で高齢者が気軽に参加できる“健康・食事指導の場”が管理栄養士が積極的に関与することによって広く開催されるなら、超高齢社会も医療費を緩やかに抑えながら健康長寿が実現できるのではないかと考えられる。

参 考 文 献

- 1) 安芸太田町：安芸太田町特定健康診査等実施計画，平成20年3月
- 2) 厚生労働省健康局：標準的な健診・保健指導に関するプログラム（改訂版）平成25年
- 3) 桂敏樹，右田周平，星野明子，渡部由美：ライフスタイルの変化と肥満度および生活習慣病のリスクファクターの変動との関連，日本健康医学会雑誌9(1)，25-37，2000-06-25
- 4) 塩澤和子，逸見幸子：特定健診1～3年目の経過と保健指導の効果，第59回日本栄養改善学会学術総会講演要旨集，03-234-087，242，2012
- 5) 森口次郎，松尾福子，江島桐子，井手陽子，奥田友子，櫻木園子，武田和夫，池田正之：特定保健指導プログラムのメタボリックシンドローム予防における効果の検討，財団法人 京都工場保健会，人間ドックVol.26 No.1 P75-79，2011
- 6) 日本糖尿病学会：「新しい糖尿病基準と国際標準化HbA1c」運用に関する声明，平成24年1月10日
- 7) 菱田明他：日本人の食事摂取基準（2015年版），第一出版株式会社，平成26年

〔2015. 6. 25 受理〕