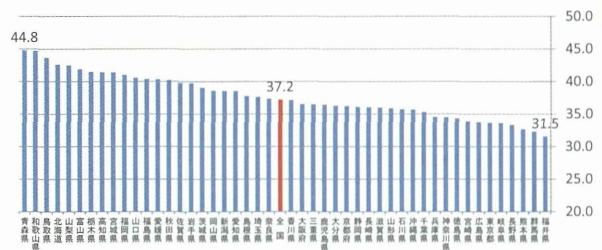


喫煙率 都道府県比較をすることで地域格差を意識できる

県別男性の喫煙率



実践者育成 研修プログラム ▶ 計画・評価編

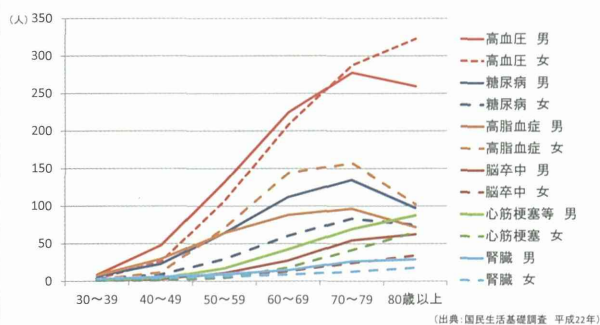
データヘルスの観点から② 循環器・糖尿病

- ☑ 生活習慣病の医療費を計算
- ☑ 循環器疾患発生状況(脳梗塞、脳出血、心筋梗塞)をレセプトで確認 ⇒ 治療状況確認、再発防止策
- ☑ 特定健診データ分析
 - 血圧、血糖、脂質異常率の性・年齢別、事業所別分析
 - ⇒ 重点事業所指定、啓発教材作成
 - 加入者のグルーピング(重点化)
 - ⇒ 保健事業へ
 - 特定保健指導、受診勧奨、産業医面接、健康教育

実践者育成 研修プログラム ▶ 計画・評価編

急激に増加する年代を把握する

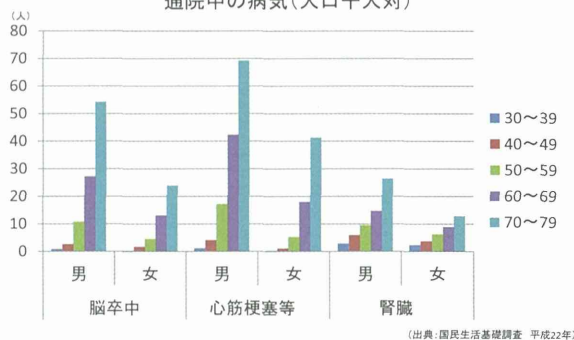
通院中の病気(人口千人対)



実践者育成 研修プログラム ▶ 計画・評価編

年齢が高くなると重症化している

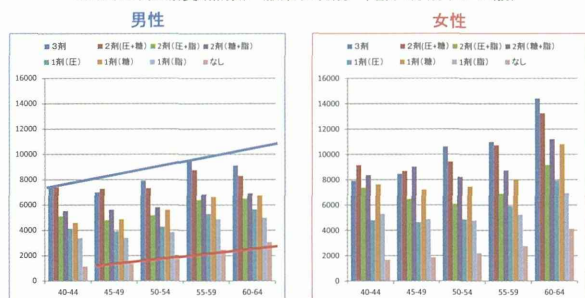
通院中の病気(人口千人対)



実践者育成 研修プログラム ▶ 計画・評価編

レセプトデータから 糖尿病による服薬と医療費の関連

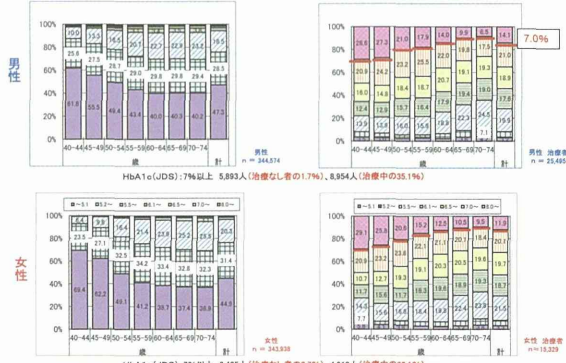
1人当たり医療費(点数) 服薬状況別・年齢区分別(40-64歳)



実践者育成 研修プログラム ▶ 計画・評価編

レセプトデータ+健診データから 検査所見と治療の有無からわかること

～高血糖治療の有無によるHbA1c(JDS)判定区分～

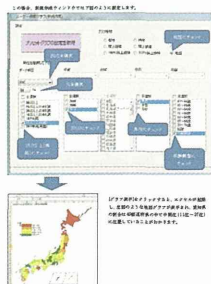


実践者育成 研修プログラム ▶ 計画・評価編

計画作成・評価にあたり 特定健診データ活用のためのツール

特定健診データを用いたグラフ簡易作成システム
(http://tokutei-kensyu-tsushitan.jp/deliverable/past_deliverable よりDL可)

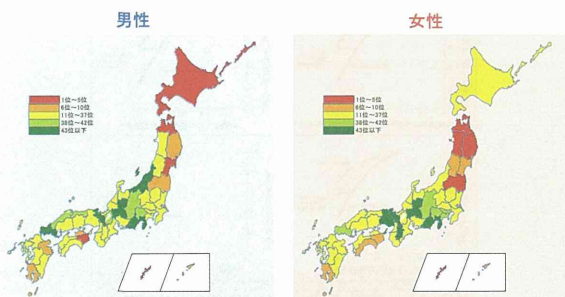
- プリセットグラフによる地域の性・年齢階級別平均値、有所見率グラフ
- ユーザー作成グラフによる都道府県順位マップ、多地域間比較



実践者育成 研修プログラム ▶ 計画・評価編

全国データをマッピングで比較①

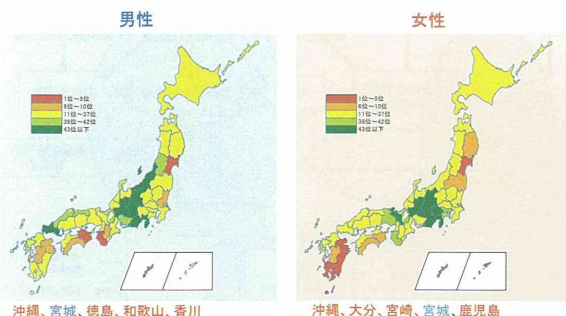
肥満者(BMI25以上)の割合(男女別年齢調整済み) 2010年



実践者育成 研修プログラム ▶ 計画・評価編

全国データをマッピングで比較②

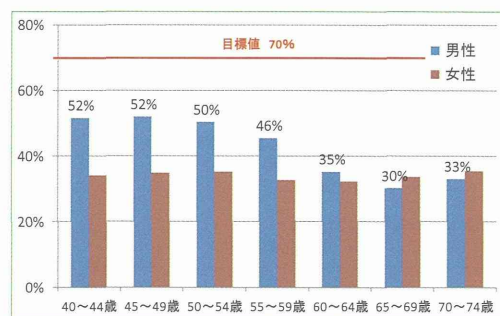
腹囲が基準値以上の割合
(男女別年齢調整済み) 2010年



実践者育成 研修プログラム ▶ 計画・評価編

全国データを性・年齢別で比較

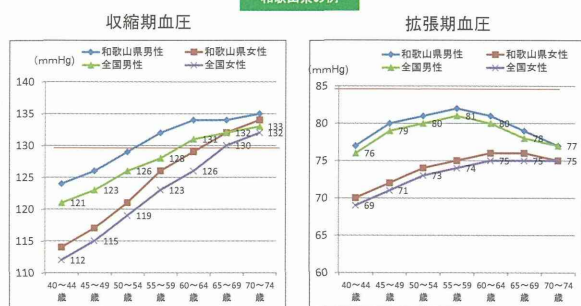
特定健診受診率 (平成22年) (全国2,250万人のデータより)



実践者育成 研修プログラム ▶ 計画・評価編

「性・年齢階級別の検査値」を全国と比較

和歌山県の例

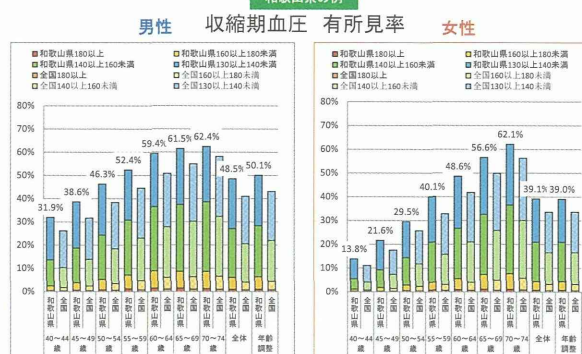


全国平均よりも男性はOmmHg、女性はO mmHg高い

実践者育成 研修プログラム ▶ 計画・評価編

「検査値の区分別」を全国平均と比較

和歌山県の例



実践者育成 研修プログラム ▶ 計画・評価編

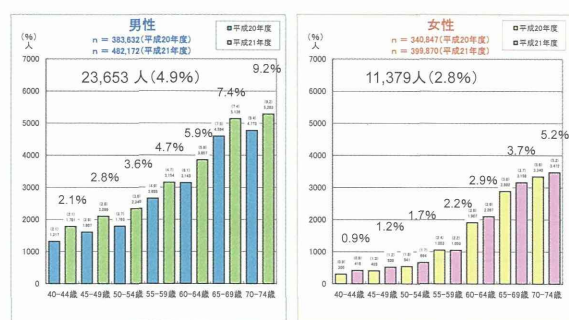
特定健診データを用いたグラフ簡易作成システムを活用して



実践者育成 研修プログラム ▶ 計画・評価編

「検査値×検査値」からわかること

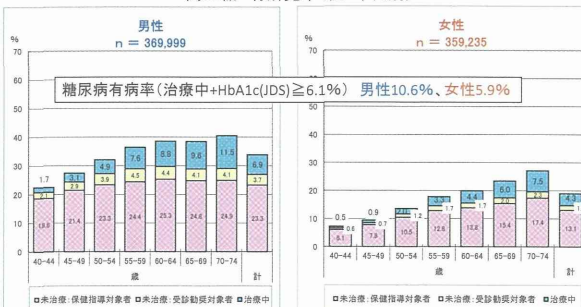
尿たんぱく陽性+高血糖または高血圧



実践者育成 研修プログラム ▶ 計画・評価編

「検査値異常×リスク別」からわかること

高血糖 有所見率(性・年代別)



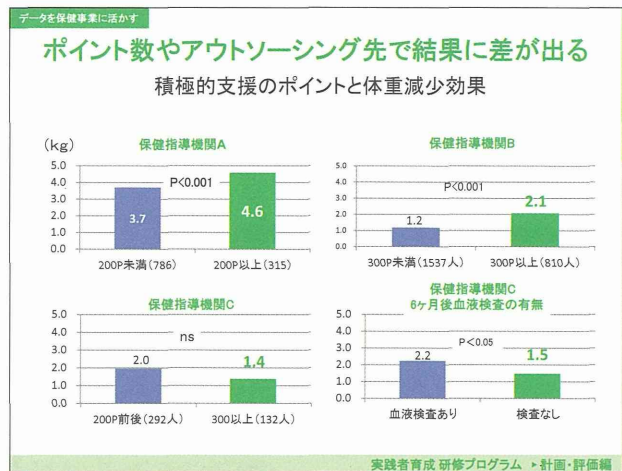
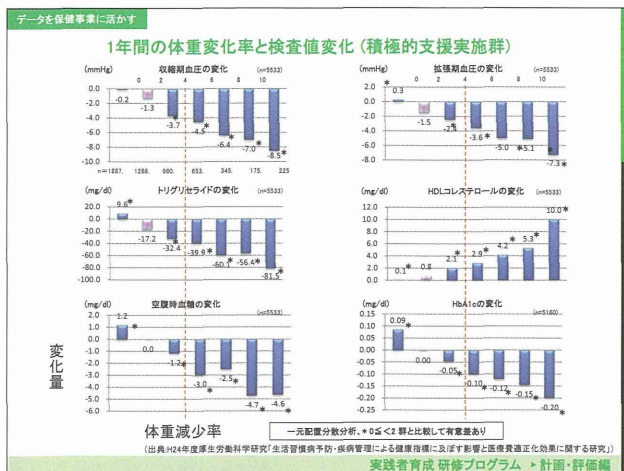
注1) 保健指導対象者 HbA1c(DS)≥5.7%または空腹時血糖値120mg/dL
受診勧奨対象者 HbA1c(DS)≥6.1%または空腹時血糖値120mg/dL
未治療は特定保健指導(動機づけ支援・積極的支援)が必要と判定された方
注2) 母数(n)は判定可能者

実践者育成 研修プログラム ▶ 計画・評価編

データヘルス時代の保健事業のポイント

- データヘルス 登場の経緯
- 既存公表データ、レセプト、健診データよりわかること
- データを保健事業に活かす
 - 保健事業対象者の抽出(重症化防止等)
 - 特定健診・特定保健指導評価
 - ポピュレーションアプローチ・コラボヘルス

実践者育成 研修プログラム ▶ 計画・評価編



データを保健事業に活かす

ポピュレーションアプローチとして 健診結果やその他必要な情報の提供 (フィードバック)について

- 個々の検査データの重症度評価を含めた健診結果や必要な情報について、健診受診後すみやかに全ての対象者に分かりやすくフィードバックすること。
- 生活習慣を改善または維持していくことの利点を感じ、対象者の行動変容を促す動機づけを目的として行うこと。
- 健診受診者全員に対し継続的に健診を受診する必要性を認識してもらうこと。
- 受診勧奨:通知等の送付にとどめず、面接等により確実に医療機関を受診するよう促し、確実に医療につないで上、実際の受診状況の確認も含めて継続的に支援することが重要。

実践者育成 研修プログラム ▶ 計画・評価編

データを保健事業に活かす

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

厚生科研究班等が作成→学会認証
 健診・保健指導機関⇄医療機関(医師会等)との連携に活用可能

【血圧高値に関するフィードバック文例集】	日本高血圧学会 了解
【脂質異常に関するフィードバック文例集】	日本動脈硬化学会 了解
【血糖高値に関するフィードバック文例集】	日本糖尿病学会 了解
【喫煙に関するフィードバック文例集】	日本公衆衛生学会 了解
【尿蛋白及び血清クレアチニンに関するフィードバック文例集】	日本腎臓学会 了解
【尿酸に関するフィードバック文例集】	日本痛風・核酸代謝学会 了解

【利用上の留意事項】
 □ 必要に応じて、適宜改定して使用可
 □ 各検査項目の経年変化を確認、対応をすることが大切。
 □ 血圧・脂質・血糖等のリスクを個別に説明しているが、複数の項目に問題がある場合等は、注意喚起がますます重要になることに留意。

実践者育成 研修プログラム ▶ 計画・評価編

データを保健事業に活かす

① 確実に医療機関受診を要する場合 (緊急度高)

- 特定保健指導の対象となる者であっても早急に受診勧奨を行う。
- 治療中断中の場合、または受診に前向きな姿勢ではない場合には、本人の考え方、受け止め方を確認、受療に抵抗する要因を考慮したうえ、認知を修正する働きかけが必要。
 「いつまでに」受診するかといった約束や、受診した結果を連絡してほしいと伝えるなど、期限をきめた伝え方も工夫する。
- 受診勧奨後のフォローアップ
 医療機関を受診し薬物療法が開始された者について、その後も治療中断に至らないよう、フォローアップを行うことが望ましい。
 (どんな指導や治療を受けたか？治療に前向きになれたか？)

実践者育成 研修プログラム ▶ 計画・評価編

データを保健事業に活かす

② 生活習慣の改善を優先してもよい場合 (緊急度中等度)

- 情報提供に際して、
 ・どのようなリスクがどの程度高まる状態なのか、
 ・具体的にどの点をどう改善するとよいのか
 といったポイントを盛り込む。
- 健診で認められた危険因子の重複状況や重症度を含めて、対象者本人が自らの健康状態を認識できるよう支援する。
- 受診勧奨判定値ではあっても(その程度、本人の希望によっては)まずは保健指導を行って生活習慣の改善を支援したのち結果の確認等の目的で医療機関での受療を促すという対応も考えられる。
- 血圧・喫煙に対しては、健診当日対応することが望ましい。

実践者育成 研修プログラム ▶ 計画・評価編

データを保健事業に活かす

③ 健診データに明らかな問題がない場合の情報提供

- 健康状態が良好であったことを伝える。(賞賛)
- 健診データが改善している場合には、本人の生活改善の努力を評価し、次年度も引き続き健康な状態で健診を受けるよう促すなど、ポジティブな対応が望まれる。(自信をもてる健診！)
- 検査データの異常はないが、喫煙者や運動不足である等、改善の余地がある対象者に対しては、生活習慣病発症リスクの高さ等に言及した上で、生活習慣の改善を促す。
- 今後起こり得るリスクを説明し、継続して健診を受診することの重要性を伝える(健診のリピーターを増やす！)
 (* 性・年代別平均値と個人の数値を比較するなどの方法もある)

実践者育成 研修プログラム ▶ 計画・評価編

データを保健事業に活かす

75歳以上の者に対する健診・保健指導の在り方

- 糖尿病等の生活習慣病を軽症のうちに発見し、重症化を予防することが重要。
 (未治療の生活習慣病の発見)
- 身体状況等の個人差が大きいに留意し、生活習慣病の予防に加え、ロコモティブシンドローム、口腔機能低下及び低栄養や認知機能低下を予防する目的も考慮。
- 保健指導を一律に行うのではなく、本人の求めに応じて、健康相談や保健指導を利用できる体制が確保されていることが重要。
- 高齢福祉担当課、地域包括支援センターが介護予防関連事業を実施している。高齢者の健診・保健指導については、データ等の相互提供等に連携を図りながら実施する。
- 後期高齢者に対する指針が発出された。(広域連合)

実践者育成 研修プログラム ▶ 計画・評価編

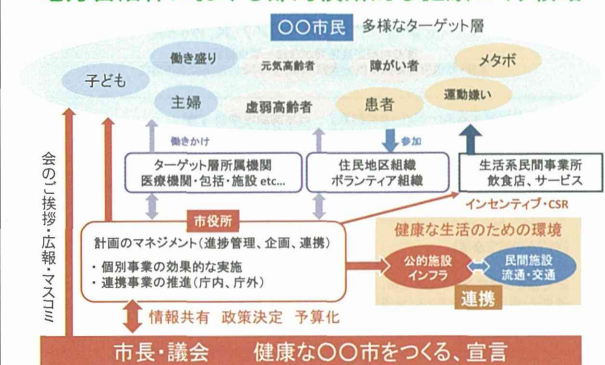
40歳未満の者に対する健診・保健指導の在り方

- ☑ 特定健診・特定保健指導の対象となる以前
(例:30歳、35歳)に特定健診に準じた健診を行い保健指導を実施することにより、40歳以降の生活習慣病・予備群を減少させる効果が期待できる。
- ☑ 20歳以降の体重増加と生活習慣病の発症との関連が
明らかなことから、適正な体重の維持に向けた保健指導、
啓発が重要。

保健事業を企画する

- ターゲット層
(性・年齢・地域・職域・関心度・健康状態)
- 主体性重視の計画
行動変容のプロセスに応じた対策
(必要性の理解、モチベーション、楽しみ実現可能性、達成感、成果)
- 働きかけの実施主体 (役割・財源)
- 働きかけの方法(個人・所属団体・環境)
- 計画のモニタリング、情報集約と改善

地方自治体における部局横断的な健康づくり戦略



演習

テーマ「データ分析からアクションへ
～実際の保健事業につなげるために～」

グループワークについて

演習

グループワークのテーマについて

※下記のテーマの中から各グループ1つのテーマを選択する。

- ①データヘルス(マクロ的データ)の読み込みによる事業評価
・個人、集団(市町村・保険者単位)、事業評価のありかた
・健康状況、受診状況、医療費状況の把握
・PDCAサイクルによって保健事業の質の強化
- ②健診受診率・保健指導実施率・メタボリックシンドローム改善率の向上に向けた対策
・費用対効果を考えた保健事業の実施(アウトカムの重視)
・健診未受診者への働きかけ
・保健指導を受けやすい環境整備
・OJT(職場内教育)の強化
- ③重症化防止に向けての対策
・未受診者に対する受診勧奨
・治療中なのに、コントロールが悪い人の状況確認
- ④他機関との協力・連携による対策(ポピュレーションアプローチ)
・健康づくりに関する環境・体制の整備
・企業と健康保険組合、地域と職域のあり方
・活用できる社会資源(トレーニング施設・外食産業・福利厚生施設等)の掘り起こし

演習

流れ

1. 自己紹介 分
・各グループで自己紹介。司会、書記、発表者を決める。
2. グループワーク 分
・選んだテーマについて話し合う。
3. 発表 分
・代表 グループ 発表(分)+ディスカッション(分)
4. まとめ、質疑応答
・ディスカッションをふまえて、まとめ・質疑応答を行う。

演習

1. 自己紹介

- ・グループごとに自己紹介を行う。
- ・司会、書記、発表者を決める。

分



演習

2. グループワーク①「現状確認」

テーマ()について

分

各自、ふせんに記入。(分)



現在実施していること

実施できていないこと
課題として感じる事

グループ内で情報交換しながらB紙に貼る。(分)

2. グループワーク②「今後の対策」

テーマ()について

分

各自、ふせんに記入。(分)



講義を聴いて...

- ・ヒントを得たこと、
- ・参考にしたいと思ったこと

グループ内で情報交換しながらB紙に貼る。(分)

2. グループワーク③「今後の対策について考えてみよう」

テーマ()について

分

各自、ふせんに記入。(分)



今後どんな保健事業ができそうか

グループ内で情報交換しながらB紙に貼る。(分)

3. グループワークまとめ ▶▶▶ 発表

発表に向けて、準備。

分



発表〇〇分 + ディスカッション〇〇分 / グループ
スライドにて発表。

分



実践者育成 研修プログラム 技術編

メタボリックシンドロームと検査値
アセスメントからの目標設定

- 1) メタボリックシンドロームの概念
- 2) 行動変容に関する理論
- 3) 生活習慣改善につなげるためのアセスメント・行動計画アウトソーシングの進め方
- 4) 「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」の内容

あい健康の森健康科学総合センター 津下一代/村本あき子

内臓脂肪と検査値の関連データから対象者の 身体状況や生活課題を把握

- ・ 身体状況のアセスメント
- ・ 生活習慣のアセスメント
- ・ 目標設定の実際
- ・ 2回目以降の対象者への支援

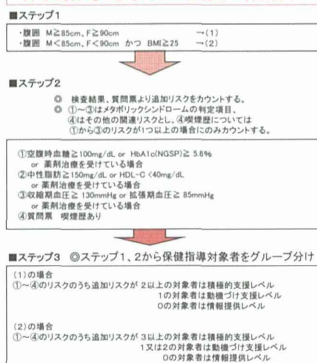
実践者育成 研修プログラム ▶ 技術編

健診検査項目の判定値

項目	データ基準	保健指導判定値	受診勧奨判定値
収縮期血圧 (mmHg)		130	140
拡張期血圧 (mmHg)		85	90
中性脂肪 (mg/dL)		150	300
HDL-C (mg/dL)		39	34
LDL-C (mg/dL)		120	140
空腹時血糖 (mg/dL)		100	126
HbA1c (NGSP) (%)		5.6	6.5
AST (U/L)		31	51
ALT (U/L)		31	51
γGTP (U/L)		51	101

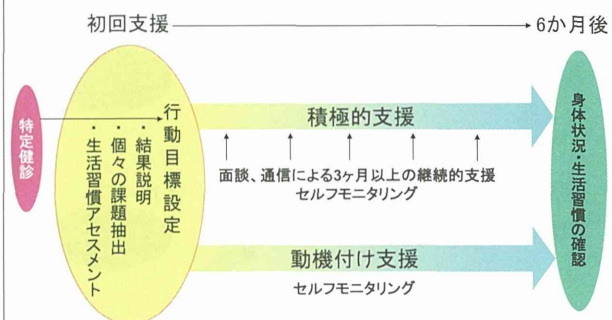
〔出典：厚生労働省 標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）〕

保健指導対象者の選定と階層化



実践者育成 研修プログラム ▶ 技術編

動機付け支援 と 積極的支援



実践者育成 研修プログラム ▶ 技術編

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防の ための健診・保健指導の基本的な考え方

健診・保健指導の現状	最新の科学的知見と、課題抽出のための分析	現在の健診・保健指導
特 徴	プロセス（過程）重視の保健指導	結果を出す保健指導
目 的	個別疾患の早期発見・早期治療	内臓脂肪型肥満に着目した早期介入・行動変容 リスクの管理がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期介入し、行動変容につなげる保健指導を行う
内 容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供	自己選択と行動変容 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自ら選択し、行動変容につなげる 健診受診者全員に対し、必要に応じて、簡便化された保健指導を提供 リスクに基づき優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」を行う
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康増進等の保健事業に参加した者	健診結果の傾向変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて高リスクの健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個々人の健診結果を踏まえて、ライフスタイルを考慮した保健指導
方 法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導	アウトカム（結果）評価 糖尿病等の有病率・予備群の25%減少 医療費削減
評 価	アウトプット（事業実施量）評価 実施回数や参加人数	
実施主体	市町村	

〔出典：標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）〕

実践者育成 研修プログラム ▶ 技術編

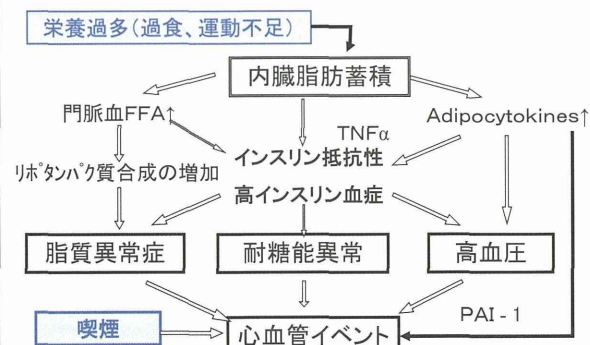
なぜ内臓脂肪型肥満に着目したのか？

- ・ わかりやすい
- ・ 生活のなかで、対策を考える
- ・ 目標設定が具体的である
- ・ セルフモニタリング（チェック可能）
- ・ ポジティブな解釈

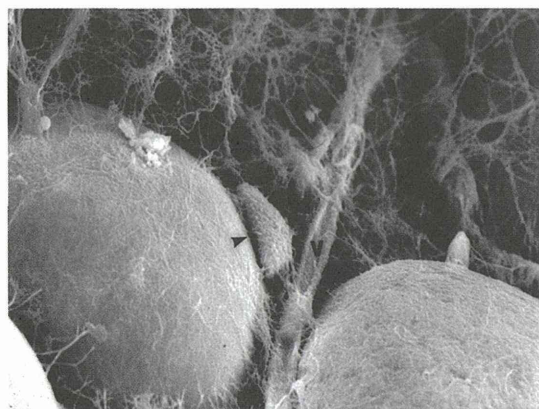
実践者育成 研修プログラム ▶ 技術編

内臓脂肪とメタボとの関連は？

メタボリックシンドロームにおける各種病態の発症機序

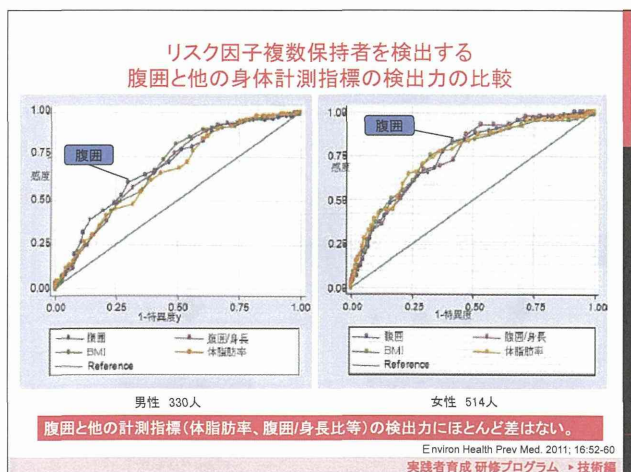
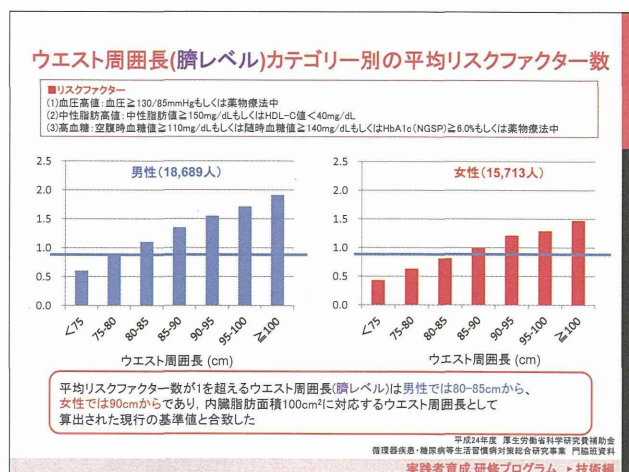
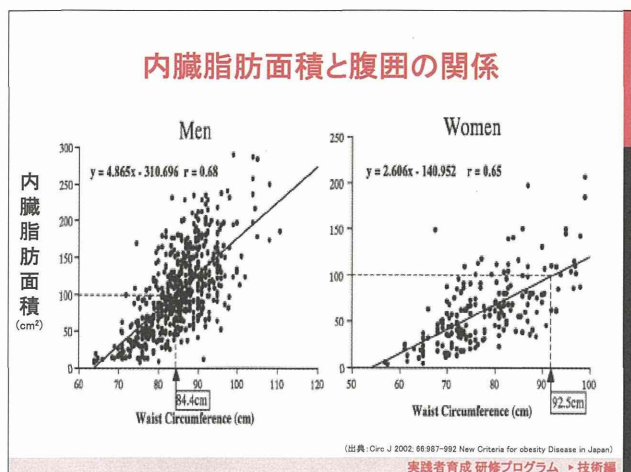
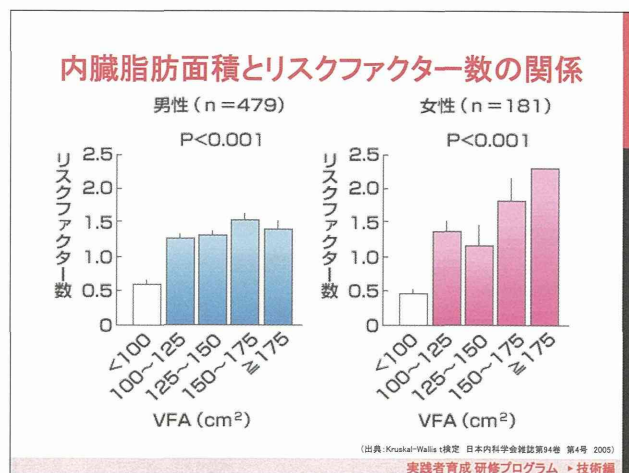
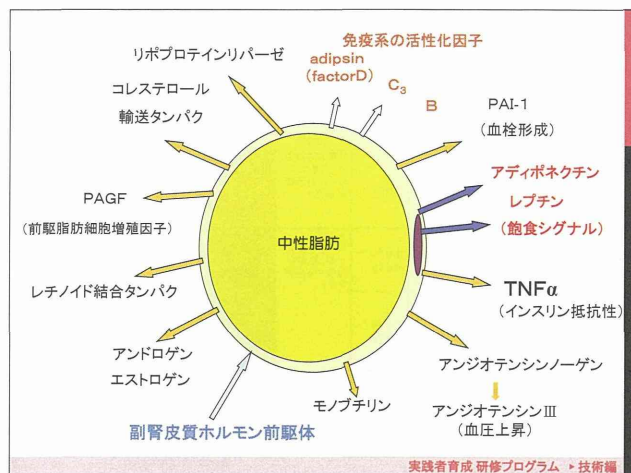


実践者育成 研修プログラム ▶ 技術編



佐賀大学医学部病態科学講座 杉原 甫 教授より

実践者育成 研修プログラム ▶ 技術編



メタボリックシンドロームの診断基準 (2005)

内臓脂肪 (腹腔内脂肪) 蓄積	
ウエスト周囲長 (内臓脂肪面積 ≥ 100cm² に相当)	男性 ≥ 85cm 女性 ≥ 90cm
上記に加え以下のうちの2項目以上	
高トリグリセライド血症	≥ 150mg/dL
低HDLコレステロール血症	< 40mg/dL
収縮期血圧	≥ 130mmHg
拡張期血圧	≥ 85mmHg
空腹時血糖	≥ 110mg/dL

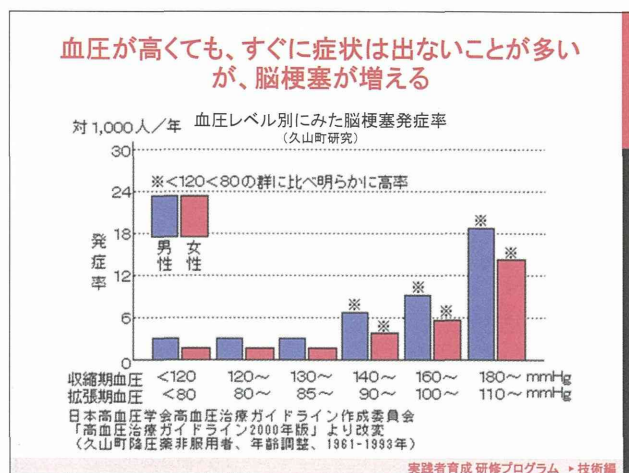
実践者育成 研修プログラム ▶ 技術編

血圧高値に関するフィードバック文例集

健診判定		対応	
		肥満者の場合	非肥満者の場合
異常	受診勧奨判定値を超えるレベル	① すぐに医療機関の受診を	
	保健指導判定値を超えるレベル	② 生活習慣を改善する努力をした上で、数値が改善しないなら医療機関の受診を	
		③ 特定保健指導の積極的な活用と生活習慣の改善を	④ 生活習慣の改善を
正常	基準範囲内	⑤ 今後も継続して健診受診を	

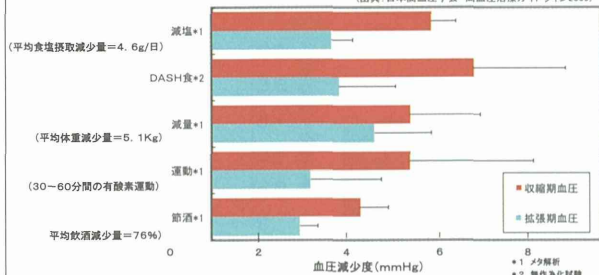
※ 白衣性高血圧、仮面高血圧に注意。家庭血圧等他の機会での血圧測定が望ましい。
 ※ 肥満者の場合、肥満の軽症高血圧では他のリスクを勘案し、特定保健指導の活用も。
 (出典: 標準的な健診・保健指導プログラム (改訂版))

実践者育成 研修プログラム ▶ 技術編



生活習慣を改善することにより 期待される血圧降下の程度

(出典：日本高血圧学会 高血圧治療ガイドライン2009)



推奨される生活習慣修正項目

減塩 6g/日、野菜・果物の積極的摂取、節酒(エタノール男性20~30ml/日、女性10~20ml/日以下)
減量(BMI25未満、有酸素運動を中心に毎日30分以上、禁煙)

実践者育成 研修プログラム ▶ 技術編

血糖高値に関するフィードバック文例集 重症化防止のために治療の有無にも着目して作成

健診判定			対応		
			肥満者の場合	非肥満者の場合	
			糖尿病治療中	糖尿病治療中	
異常	受診勧奨判定値を超えるレベル	126mg/dL ～	6.5%～	①肥満の改善と、血糖コントロールの改善が必要*	①すぐに医療機関受診を
	保健指導判定値を超えるレベル	110mg/dL 125mg/dL	6.0%～ 6.4%	④血糖コントロールは良好だが、肥満を改善する必要あり*	③血糖コントロールの改善が必要
		100mg/dL ～	5.6%～ 5.9%	⑤特定保健指導の積極的な活用と、生活習慣の改善の徹底を要する	④運動・食生活等の改善を、精密検査を
		100mg/dL ～	5.6%～ 5.9%	⑥生活習慣の改善を、リスクの重篤等あれば精密検査を	⑤運動・食生活等の改善を、精密検査を
正常	基準範囲内	～ 99mg/dL	～5.5%	⑦翌後も継続して健診受診を	

*治療中で、空腹値が是正されていない場合、保健指導の活用が考慮される。

* 治療中でも肥満が是正されていない場合等、保健指導の活用が考慮される。

(出典：標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】)

実践者育成 研修プログラム ▶ 技術編

脂質異常に関するフィードバック文例集

健診判定	受診勧奨判定値を超えるレベル	保健指導判定値を超えるレベル	基準範囲内	対応	
				肥満者の場合	非肥満者の場合
異常	LDL ≥ 180 mg/dL 又は TG $\geq 1,000$ mg/dL	140mg/dL $\leq$ LDL < 180 mg/dL 又は 300mg/dL $\leq$ TG $< 1,000$ mg/dL	120mg/dL $\leq$ LDL < 140 mg/dL 又は 150mg/dL $\leq$ TG < 300 mg/dL 又は HDL < 40 mg/dL	①すぐに医療機関の受診を	②生活習慣を改善する努力をした上で、数値が改善しないなら医療機関の受診を
	保健指導判定値を超えるレベル	保健指導判定値を超えるレベル	保健指導判定値を超えるレベル	③特定保健指導の積極的な活用と生活習慣の改善を	④生活習慣の改善を
				⑤今後も継続して健診受診を	⑤今後も継続して健診受診を
正常	基準範囲内	基準範囲内	基準範囲内	⑤今後も継続して健診受診を	⑤今後も継続して健診受診を

(出典：標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】)

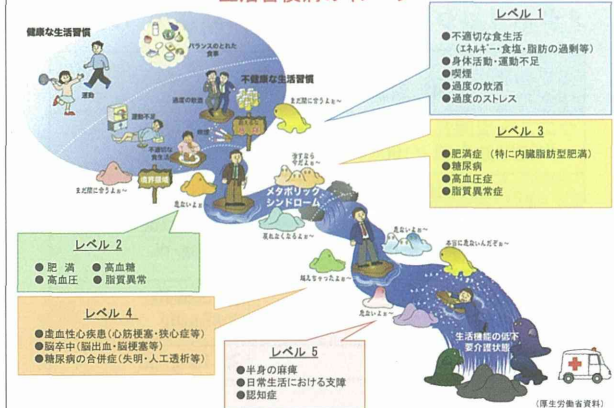
実践者育成 研修プログラム ▶ 技術編

検査値の変化と生活習慣

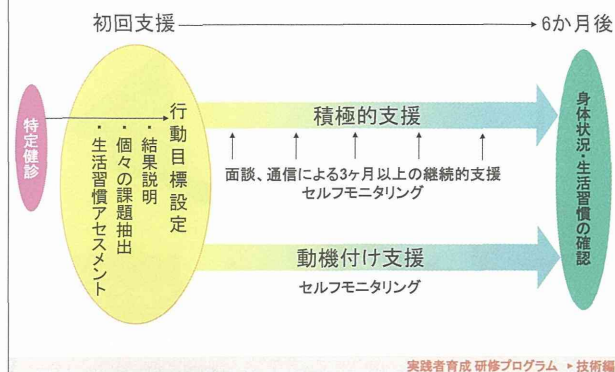
検査値の変化	考えられる生活習慣の例
BMI、腹囲 ↑	過食(食事>運動)
血圧 ↑	塩分過多、喫煙、過量飲酒、運動不足
中性脂肪 ↑	過食(食事>運動)、糖分過多、過量飲酒、高脂肪食
中性脂肪+ γ -GTP ↑	過量飲酒
HDL-C ↓	喫煙、運動不足(高中性脂肪)
ALT ↑	過食(食事>運動)、過量飲酒

実践者育成 研修プログラム ▶ 技術編

生活習慣病のイメージ



動機付け支援 と 積極的支援

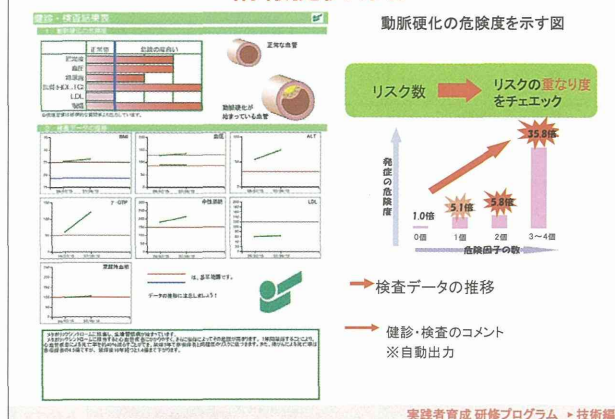


「情報提供」とは？

- 対象:健康な人も含めすべての人に対して、健診後におこなう。
- 方法:全員に画一的な情報を提供するのではなく、健診結果や問診から対象者個人の生活習慣の見直しや改善に必要な情報を提供するとよい。
- 例:
 - ☑ 健診の結果をわかりやすくグラフ化。
 - ☑ 現在の生活習慣→将来疾病を引き起こす可能性。健康的な生活習慣へのご褒美。
 - ☑ 食事・運動ガイドや運動指針など、積極的に健康づくりに取り組むことができるような具体的な方法の紹介。
 - ☑ 地域・職域で参加可能な健康づくりサークル、施設紹介など、身近な情報を盛り込む、など。

実践者育成 研修プログラム ▶ 技術編

情報提供(例)



動機付け支援とは？

- 対象:メタボリックシンドローム予備群など
- 目的:健診結果から自らの生活習慣を振り返り、生活習慣改善の必要性を理解し、行動目標を立てることができる
- 内容:
 - ☑ 内臓脂肪増加と健康状態との関係について理解を深める。
 - ☑ 体重が増加してきた背景(生活習慣)を考える。
 - ☑ 食事・運動などの面で、すぐに実行できる行動目標を立てる。
 - ☑ 「あなたは何かからはじめますか?」と問いかけ、行動目標の優先順位をつけていく。実行計画を立てる(次年度健診まで)
- 形態:1人20分以上の個別支援、または1グループ80分以上のグループ支援
- 評価:6か月後:電話ないし、e-mailで身体状況・生活習慣の確認

実践者育成 研修プログラム ▶ 技術編

積極的支援とは？

- 対象:主にメタボリックシンドロームと判定された人。
 - 目的:初回面接で立てた行動目標の達成を支援し、新たな習慣獲得をめざす。内臓脂肪減量のための行動目標をどのように実現し、継続するのか、対象者の生活や支援法について具体的に検討する。
- 例:3か月～6か月の一定期間、個別面接・グループワーク・実技・実習・IT活用などの支援方法を組み合わせる。
- 対象者の利便性を考慮し、継続的に参加しやすい方法を工夫する。

実践者育成 研修プログラム ▶ 技術編

積極的支援における支援形態のポイント数

支援形態	基本的なポイント数	最低限の介入量	上限
個別支援A	5分 20P	10分	120P
個別支援B	5分 10P	5分	20P
グループ支援	10分 10P	40分	120P
電話A ●e-mail、FAX、手紙等により、初回面接支援の際に作成した行動計画の実施状況について記載したものの提出を受け、それらの記載に基づいた支援	5分 15P	5分	60P
電話B ●行動計画の実施状況の確認と励ましや出来ていることには賞賛をする支援	5分 10P	5分	20P
e-mail A ●e-mail、FAX、手紙等により、初回面接支援の際に作成した行動計画の実施状況について記載したものの提出を受け、それらの記載に基づいた支援	1往復 40P	1往復	
e-mail B ●行動計画の実施状況の確認と励ましや賞賛をする支援	1往復 5P	1往復	

実践者育成 研修プログラム ▶ 技術編

積極的支援の概要

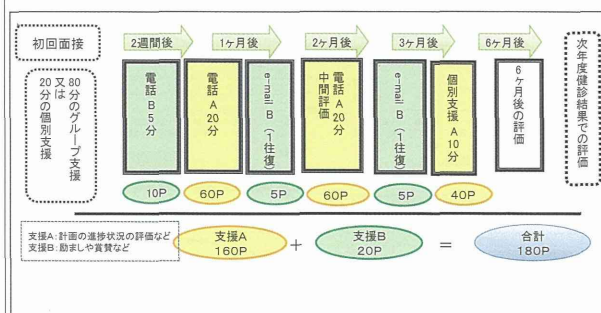
特定保健指導における積極的支援では、対象者自らが生活習慣を振り返り、行動目標を設定し、目標に向けた行動に取り組むことができるように、特定保健指導の実施者は次の支援を行うこととされている。

- ☑ 初回に面接による支援を行うとともに、以後3ヶ月以上の継続的な支援を行う。
- ☑ 3ヶ月以上の継続的な支援については、支援A(積極的関与)及び支援B(励まし)によるポイント制とし、支援Aのみで180ポイント以上、もしくは支援A(最低160ポイント以上)と支援Bの合計で180ポイント以上の支援を行うことを最低条件とする。

実践者育成 研修プログラム ▶ 技術編

積極的支援例

(面接・電話・e-mail を組み合わせたパターン例)



実践者育成 研修プログラム ▶ 技術編