



選択されたフォルダの中にある処理対象となるファイル名が表示されます。

(3) 長期処方対応の選択

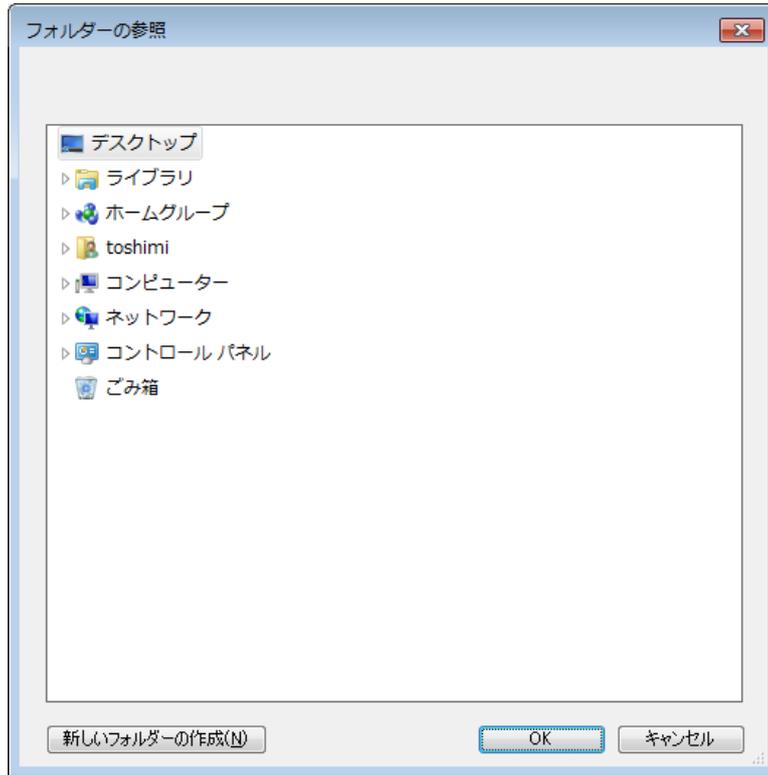


右上のリストボックスで、「3か月処方」または「2か月処方」のどちらかを選びます。(デフォルトは「3か月処方」です。)

(4) 出力フォルダの設定と処理の実行



「処理実行」ボタンをクリックします。



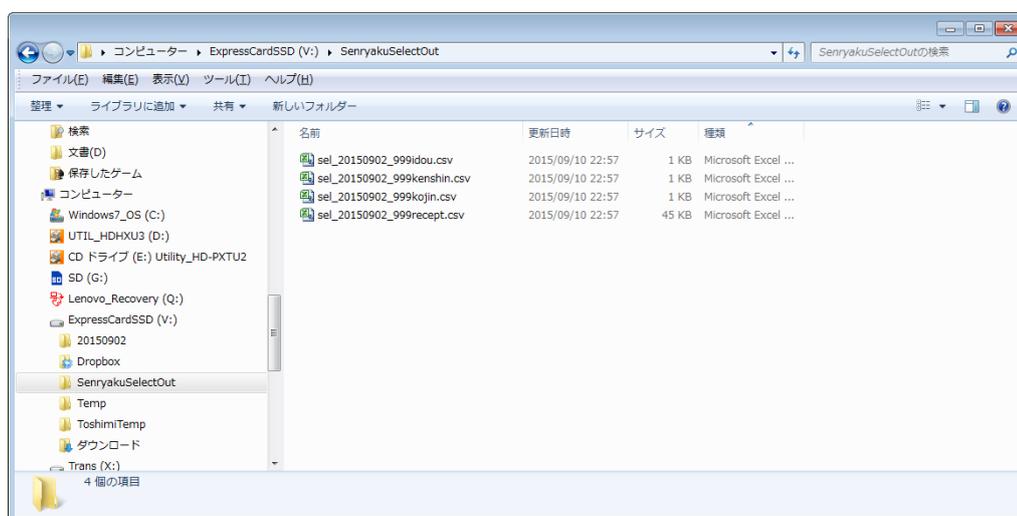
処理結果を出力するフォルダを選択します。新しいフォルダを作成する場合は、「新しいフォルダーの作成(N)」ボタンをクリックします。

※入力データフォルダと同じフォルダを出力フォルダに指定することはできません。



「処理が終了しました」メッセージボックスの「OK」ボタンをクリックします。

「戦略研究用データ抽出」画面の右上の「×」ボタンをクリックして、プログラムを終了させます。

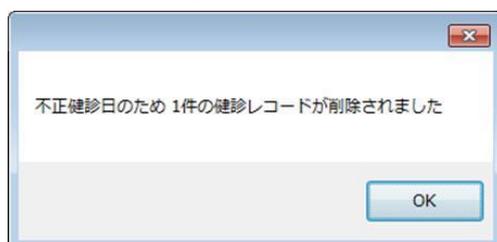


指定したフォルダに抽出後のファイルが作成されます。それぞれのファイルの接頭語として「sel_」が付けられます。

3. 機能上の注意点

(1) 健診日変換機能について

健診日の値が数値 8 桁 (yyyymmdd)の形式になっていない場合、できる限り数値 8 桁の形式に変換します。変換不可能な健診日を持つレコードは削除されます。この場合、処理の最後に「不正健診日のため X 件の健診レコードが削除されました」というメッセージボックスが表示されます。



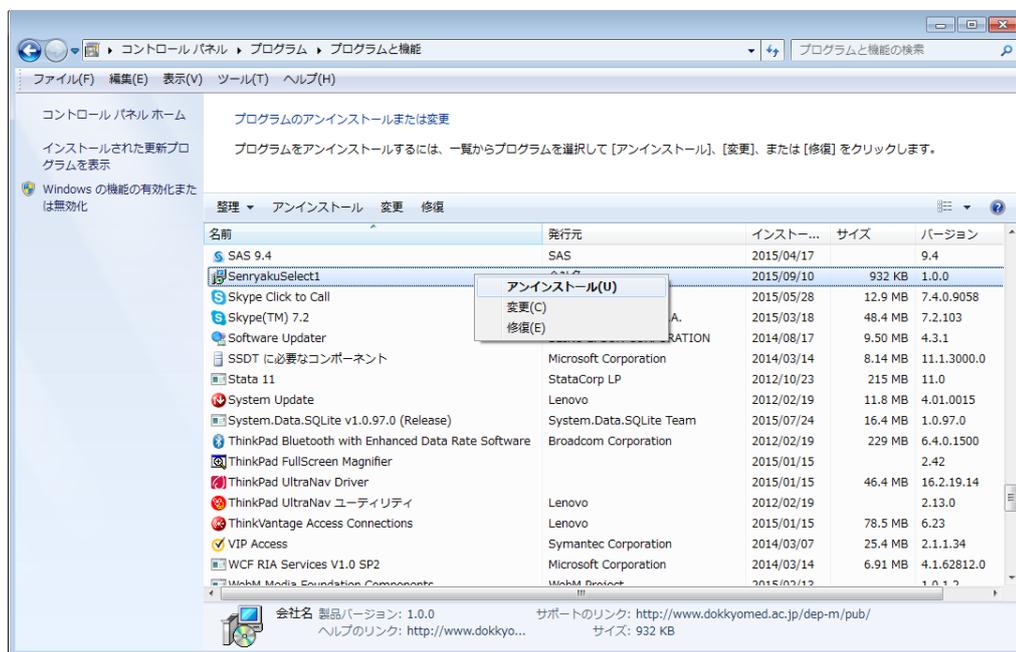
(2) 長期処方対応について

「2か月処方」の処理では、健診月の前月、当月、翌月のレセプトデータを参照して、対象者の抽出（除外）を行います。

「3か月処方」の処理では、健診月の前々月、前月、当月、翌月、翌々月のレセプトデータを参照して、対象者の抽出（除外）を行います。

4. アンインストール方法

(1) コントロールパネルの起動とアンインストール



コントロールパネルの「プログラムのアンインストール」を起動し、「SenryakuSelect1」を右クリックし、「アンインストール」を選択します。

5. ソフトウェア更新履歴

(1) V1.0

健診結果と健診時間診によって、研究対象者を抽出する機能を実装しました。

(2) V2.0

健診結果と健診時間診、および健診月前後のレセプト情報によって、研究対象者を抽出する機能を実現しました。

また、健診日の形式が 8 桁の数値 (yyyymmdd) でない場合に、できる限り 8 桁の数値 (yyyymmdd) に変換する機能を実装しました。

(2) V2.1

健診結果の判断の際に、個別健診のデータを除外する機能を実装しました。

また、レセプトファイルを読み込んでいるときに件数を表示する機能を実装しました。

(2) V2.2

考慮する処方長さのデフォルトを 2 か月処方に変更しました。

自治体コードを kojim.csv のファイル名から取得して csv ファイルに出力するようにしまし

た。

work2.db のパスを、「C:\¥J_HARPY¥ work2.db」に変更しました。

処理速度の向上（ジャーナルのメモリ化）とトランザクションの一本化を行いました。

「最適化」ボタンを追加しました。このボタンを押すと、作業領域に残っている自治体データとキー領域等々を全て削除して DB ファイルを縮小化します。

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版名	ページ
	該当なし						

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
	該当なし				

厚生労働科学研究費補助金
(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)
生活習慣病重症化予防のための戦略研究

『自治体における生活習慣病重症化予防のための
受療行動促進モデルによる
保健指導プログラムの効果検証に関する研究』

平成27年度 総括・分担研究年度終了報告書

研究代表者 磯 博康 大阪大学教授

平成28(2016)年 4月

「自治体における生活習慣病重症化予防のための受療行動促進
モデルによる保健指導プログラムの効果検証」(J-HARP)

介入手順書

保健指導実務編

Ver. 1.0 平成 26 年 2 月 14 日

Ver. 2.0 平成 26 年 5 月 29 日

Ver. 3.0 平成 27 年 1 月 13 日 (平成 27 年 4 月 9 日倫理審査委員会承認)

Ver. 4.0 平成 27 年 10 月 21 日 (案)

厚生労働科学研究費補助金
(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)
「生活習慣病重症化予防のための戦略研究」

目次

I 意義と目的	1
1. 研究の意義	1
2. 研究の目的	1
II 受療行動促進モデルに基づく保健指導	2
1. 受療行動促進モデルの考え方（ヘルス・ビリーフ・モデルを基礎に）	2
2. 保健指導プログラムの概要	5
2.1 対象者	5
2.2 プログラムの流れ（図 2-1、図 2-2）	5
2.3 目標	8
3. 保健指導で用いる帳票	8
3.1 管理台帳（様式 1）	8
3.2 健診結果経年表（様式 2）	11
3.3 構造図（様式 3）	13
3.4 保健指導記録票 初回（様式 4）	15
3.5 保健指導記録票 継続保健指導①（様式 5-1、様式 5-3）	22
3.6 保健指導記録票 継続保健指導②（様式 5-2）	30
3.7 介入除外確認シート（様式 6）	34
3.8 レセプト（診療情報明細書）による医療機関の受療状況の確認	36
4. 保健指導で用いる資料	39
5. 保健指導のポイント	42
5.1 初回保健指導は原則として家庭訪問	42
5.2 保健指導に健診結果経年表と構造図を活用	42
5.3 管理台帳を用いた保健指導対象者の管理	44
5.4 レセプト（診療情報明細書）による医療機関の受療状況の確認	44
III 保健指導の実務	44
1. 保健指導の流れ	44
2. 保健指導の準備	46
2.1 対象者の把握	46
2.2 保健指導計画の立案	46
2.3 アセスメント	47

2.4 使用する保健指導資料の準備.....	48
3. 初回保健指導（健診受診後 1～2 ヶ月以内）	48
3.1 目的.....	48
3.2 方法.....	48
3.3 保健指導内容	49
3.4 記録.....	54
4. レセプトによる受療確認（健診受診後 4～5 ヶ月以内）	55
5. 継続保健指導①（健診受診後 4～5 ヶ月以内）	55
5.1 目的.....	55
5.2 保健指導の準備	55
5.3 方法.....	55
5.4 記録.....	57
6. レセプトによる受療確認（健診受診後 7～8 ヶ月以内）	60
7. 継続保健指導②（健診受診後 7～8 ヶ月以内）	60
7.1 目的.....	60
7.2 方法.....	61
7.3 記録.....	62
8. 翌年度の健診の受診勧奨	62
9. 対象者における介入 2 年度目以降の保健指導	62
10. 保健指導が困難になった場合の対応.....	64
V 帳票類	64
別添 1 変更の履歴.....	79

1 意義と目的

1. 研究の意義

平成 20 年度に開始された特定健康診査（以下、特定健診）・特定保健指導を中心とする保険者の保健事業の展開が求められるようになったが、医療費や医療行動に関する情報を生かした保健事業が広く展開されているとはいえない。特定健診で高血圧や糖尿病などに高度の異常所見を持つハイリスク者は脳卒中や虚血性心疾患などの重症な循環器疾患を引き起こす可能性が高い。しかしながら、こうしたハイリスク者でも定期的な医療機関受診を促すことで重症な生活習慣病を引き起こすリスクを引き下げることができる。こうした受診により一時的に医療費が上昇しても長期的には医療費が改善する可能性のあることが先行の研究により明らかになっている。

しかし医療保険者が従来の保健事業に加えて一定の基準に沿って受療勧奨を広く行った場合にどの程度受療率が向上するか、また重症な生活習慣病の発症が抑制されるかは明らかになっていない。本研究は診療報酬明細書（以下、レセプト）から受療状況を把握し保健事業を組織的に展開する、わが国初めでの大規模研究である。

2. 研究の目的

本研究の目的は、自治体をクラスターとしたランダム化比較試験によって、脳卒中・虚血性心疾患・腎不全などを発症するリスクの高い未治療者に対して、医療機関への受療行動を促進する強力な保健指導を実施することは、一般的な保健指導を実施するよりも、脳卒中・虚血性心疾患・腎不全を伴う入院・死亡や人工透析の導入に対する予防効果が大きいことを検証することである。

全国の自治体を介入地域と対照地域をランダムに割り付け、各保健指導を 4 年間にわたって実施する。介入地域では「受療行動促進モデル」に基づいた保健指導を行い、対照地域では一般的な保健指導を行う。レセプト情報を用いて受療状況を確認するとともに、脳卒中・虚血性心疾患・腎不全などの発症の有無についてもレセプト情報を用いて評価し、その予防効果を明らかにする。

II 受療行動促進モデルに基づく保健指導

1. 受療行動促進モデルの考え方（ヘルス・ビリーフ・モデルを基礎に）

本プログラムは、集団型で行う特定健診の健診結果から一定の基準に該当する者（以下、「重症化ハイリスク者」）で治療を受けていない者を対象に、医療機関への受療行動を促進することに焦点を当てた「受療行動促進モデル」に基づいた保健指導を行うものである。

これまでの一般的な保健指導としては、生活習慣病予防のために選択すべきより良い方法を保健師が提示し、保健指導対象者（以下、対象者）にそれを選択するよう説得する、もしより良い方法を選択しない（できない）場合には、受容的態度でその理由を共感しながら、再度説得を繰り返すといったものが多い。そのため、ともすると保健指導に多大な時間を要するものの、対象者自身が問題を解決する方向に心が動かず、行動変容に至らないことがしばしば見受けられる。これに対して、「受療行動促進モデル」を活用した保健指導では、対象者が自ら学び、自分の体験や知識を活用して判断し、自ら取るべき行動を自発的に選択することを目指している。

すでに病気を自覚して医療機関を受療した後の人には、これまでの保健指導として、今後起こり得る可能性のある病気や重症化した場合の重大性（恐ろしさ）を理解してもらい、それを回避するための方法を提示する保健指導は効果があると考えられる。しかし、病気を自覚していない、あるいは未受療の段階の地域住民にとっては、そのような古典的保健指導は、ともすると「脅し」的な印象と捉え、自分は大丈夫といった意識を形成し受療行動につながりにくいことが多い。

そのため、疾病に至るまでの機序をより本人が具体的にイメージできるよう伝えることで、自ら学び、判断し、取るべき行動を自発的に選択する方向へ導くことが重要となる。

そこで「受療行動促進モデル」では、対象者の医療機関への受療を促進ため、まず対象者が生活習慣病の病態、特に代謝異常や血管への障害を十分に理解してもらうことを目指す。身体の生理的機序を学習してもらい、将来の健康状態の予測に関する理解、医療費や保険料への影響の理解などを深めてもらう。こうした保健指導を、レセプト確認による医療機関受療状況の確認と合わせて体系的に実施することが、適切な受療や生活習慣改善行動につながるものと期待される。そして、一旦受療を開始したら、主治医と連携しながら、継続受療の重要性を強調するとともに生活習慣改善方法の提示、翌年度の特定健診の受診勧奨を行う。そして、対象者が適切な受療を継続することで、生活習慣病の重症化予防を目指す。

「受療行動促進モデル」は、ヘルス・ビリーフ・モデル（Health Belief Model：HBM）を基礎にしている。HBMの図式を参考に受療行動促進モデルの基本的な考え方を図1に示した。特定健診結果を用いて、対象者が血圧などの生活習慣病のリスクの状況を捉え（罹患性・虚弱性）、重症な生活習慣病を発症することにより自分の身体がどうなるか、身体障害が家族にどんな影響があるか（重大性）を実感し、イメージできるように働きかける。

継続的な受療（＋生活改善）で重症化を回避できること（行動することによる利益）に気付いてもらう。さらに対象者が、行動変容の障害となるもの（行動することによる障害・負担）を具体的にイメージできるようにする。保健師は、対象者の障害・負担を理解し、受療開始と継続が可能と感じる（自己効力感）ように、対象者と共に方法を考えるものである。

HBMに基づいた受療行動促進モデルの要素（図1）では下記の概念に基づいて保健指導を実施する。

A) 罹患性・虚弱性

健診結果から対象者が血圧などの健診の結果を自分の身体で起こっている現象として正確に把握すること。あらかじめ対象者の身体の代謝機序、血管障害状況を保健師が整理しておく。

B) 重大性

健診結果からわかる重症な生活習慣病の発症可能性とそれによる影響を保健師が指す。発症により、医療費負担、寝たきり・人工透析の可能性、家族への負担などを対象者にイメージしてもらう。

C) 行動することによる利益

受療することや生活習慣改善によるリスクの回避効果やメリットを対象者が具体的に認識できるよう、健康障害によって起こる生活リスクについて保健師が説明する。

D) 行動することによる障害・負担

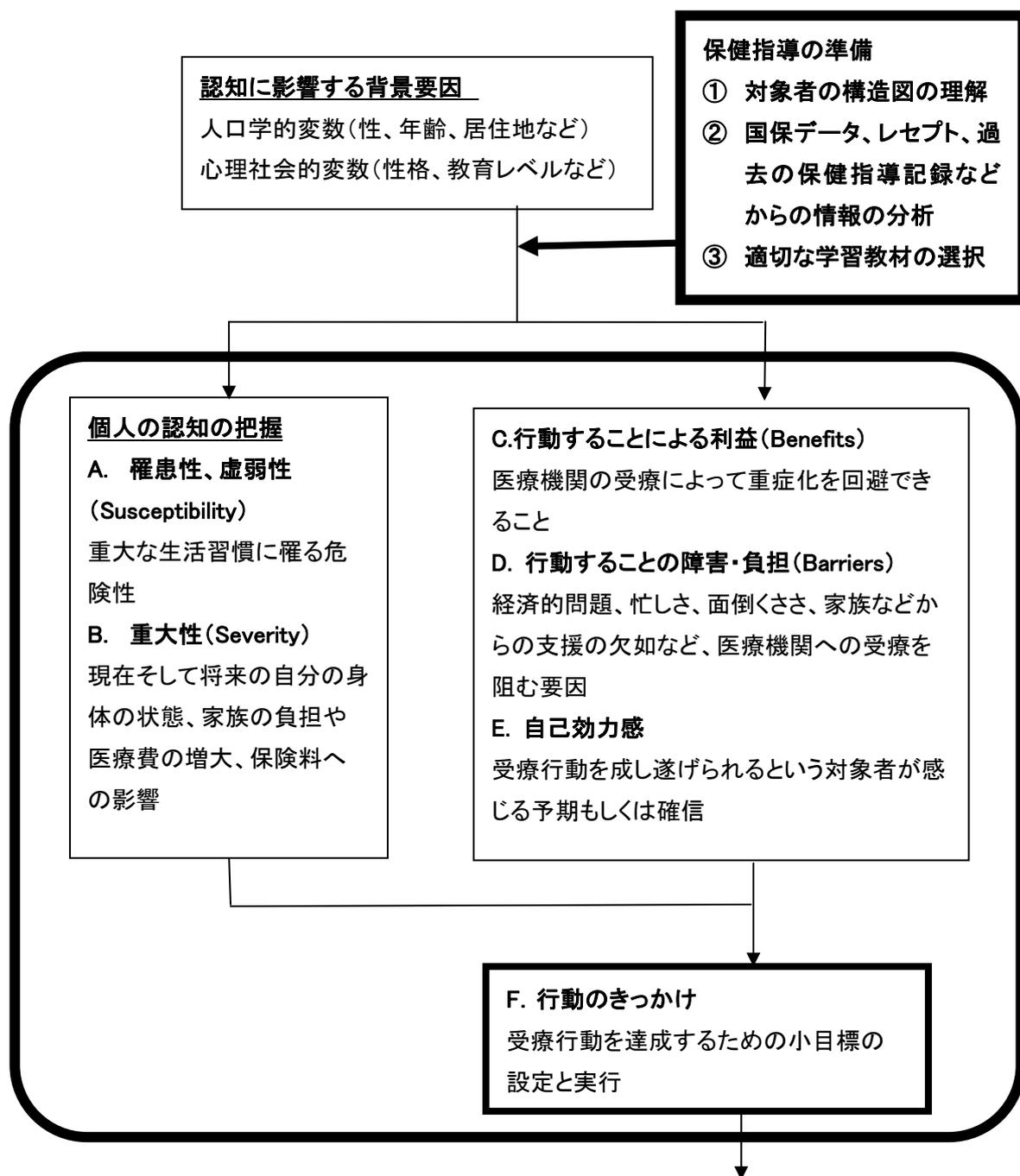
対象者が受療行動を取ろうとする際に、障害あるいは負担となるもの。経済的問題、家族のサポートが不十分などの外的障害と、面倒くささ、医療機関への受療のデメリットを感じるなど、内的障害から構成される。保健師は対象者との関わりの中から、受療行動の阻害要因をアセスメントし、どうしたら阻害要因をなくすことができるか、対象者と一緒に考えながら解決方法などを提案する。

E) 自己効力感

対象者が感じる適切な行動を成し遂げられるという予期、および確信のこと。対象者が医療機関を受療するという自覚を促すため、保健師は対象者の受療に対する認識をアセスメントしながら、対象者が受療することを保健師として見守っていることを伝えることで、自己効力感を高め、行動変容につながるような保健指導を行う。

F) 行動のきっかけ

対象者が受療行動に結びつく具体的な行動目標のこと。保健師は対象者の自己効力感を高めるように働きかけ、行動変容できるよう、具体的な行動目標を対象者とともに考える。



小目標達成による自己効力感の向上、受療行動の継続、生活習慣の改善、特定健診の継続受診

図 1 ヘルス・ビリーフ・モデルに基づく受療行動促進モデルのイメージ
(Rosenstock, Stretcher, & Becker, 1994 を改変)

2. 保健指導プログラムの概要

2.1 対象者

対象者は、以下のいずれかに該当する重症化ハイリスク者で、かつ該当する生活習慣病の未受療者とする。

- ・ II度以上の高血圧者(収縮期血圧 160 mm/Hg 以上あるいは拡張期血圧 100 mm/Hg 以上)
- ・ HbA1c (NGSP) 7.0%以上 (HbA1c が欠損の時は空腹時血糖 130 mg/dℓ以上、空腹時血糖が欠損の時は随時血糖 180 mg/dℓ)
- ・ 男性の LDL-コレステロール 180 mg/dℓ以上
- ・ 尿蛋白 2+以上

のいずれかが該当する者

2.2 プログラムの流れ (図 2-1、図 2-2)

介入自治体における保健指導プログラムの流れは、以下 (図 2-1、図 2-2) のとおりとする。

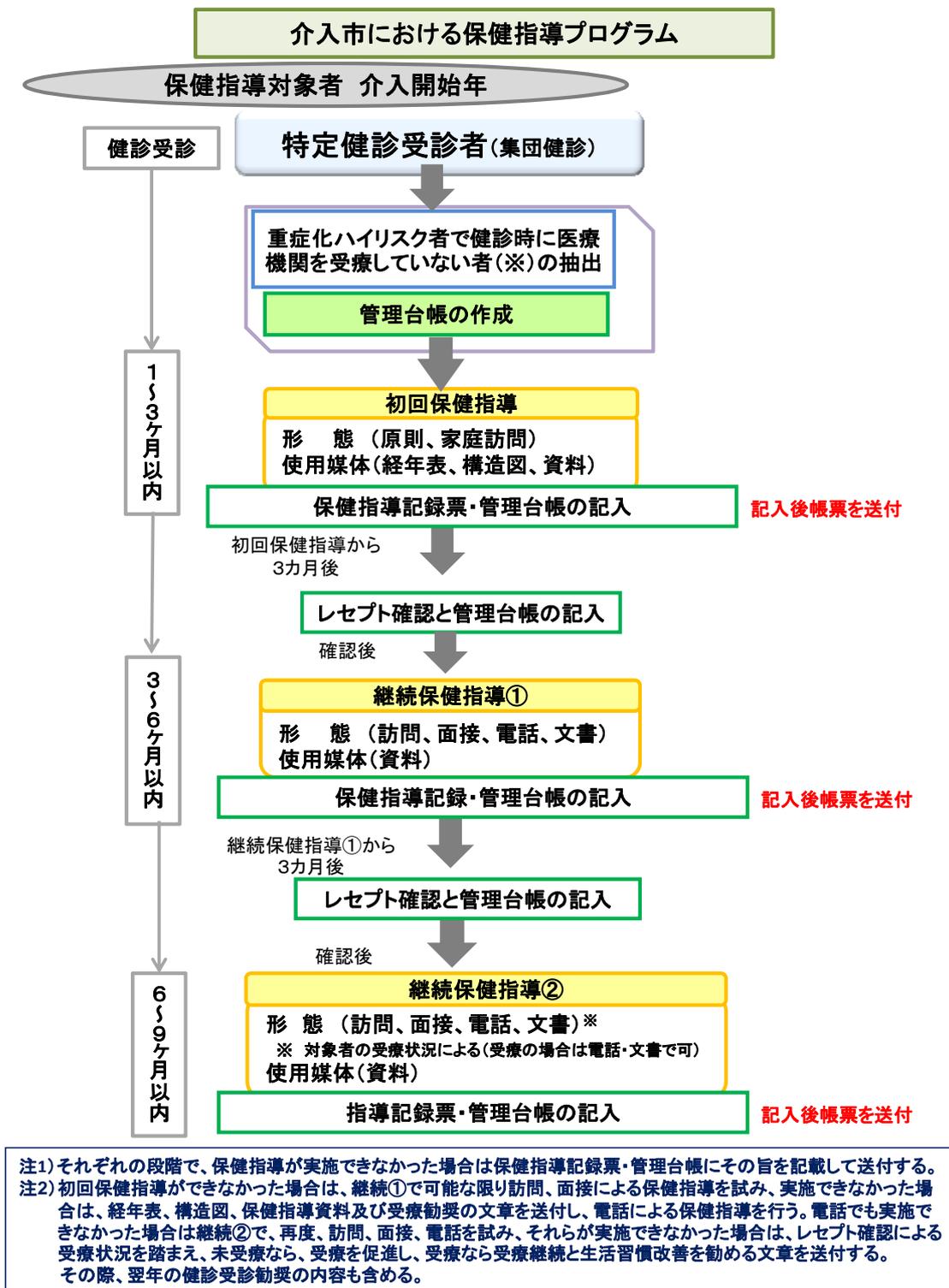


図 2-1 保健指導プログラムの流れ（介入開始年）

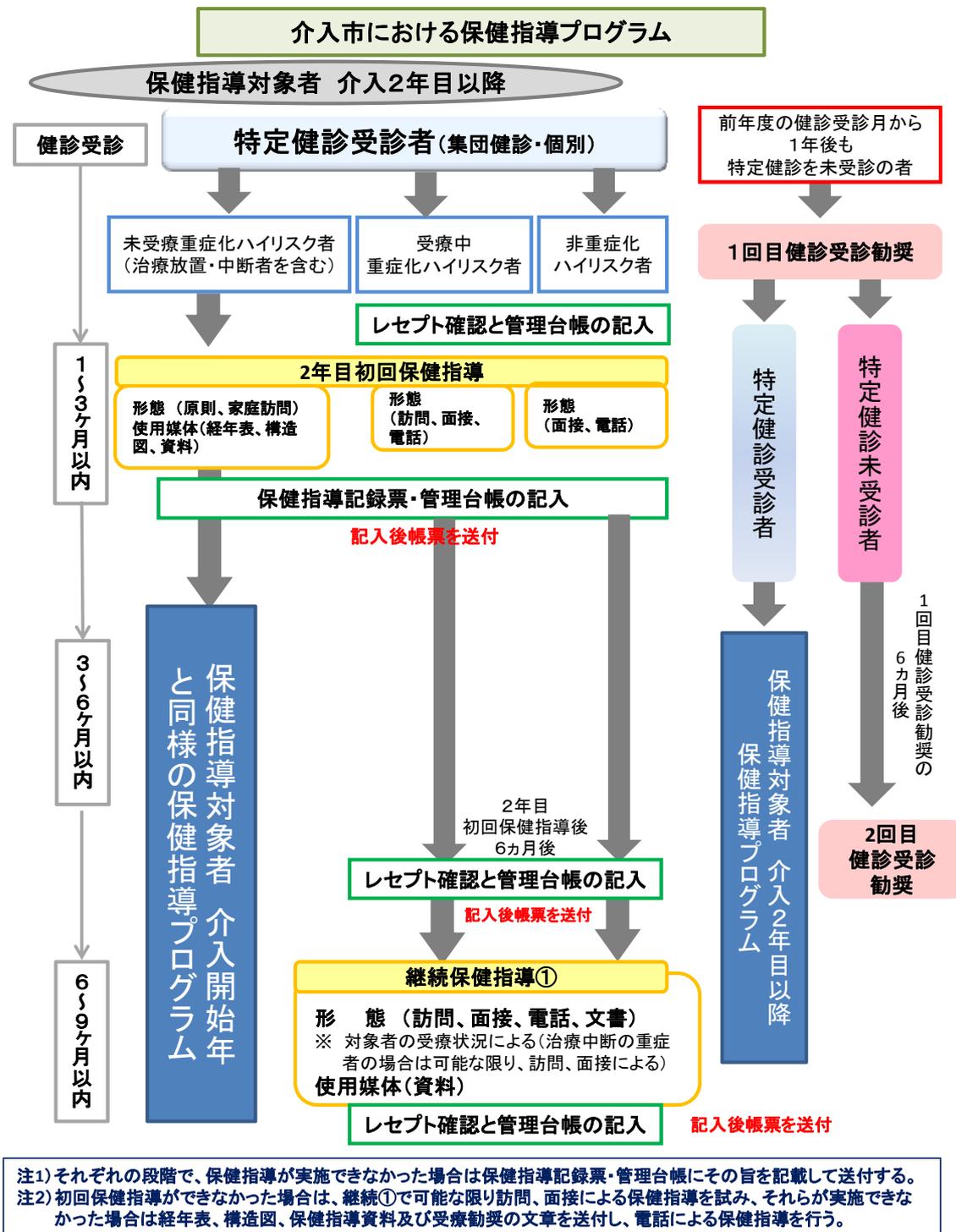


図 2-2 保健指導プログラムの流れ (介入2年目以降)

2.3 目標

保健指導プログラムの実施目標は、以下のとおりとする。

- ・ 初回・継続保健指導を通じた実施目標は、家庭訪問と個別面談（面接）での保健指導を保健指導対象者の80%以上とし、電話による保健指導を加えた実施目標を90%以上とする。

3. 保健指導で用いる帳票

対象者の抽出作業および対象者の氏名、健診結果、保健指導介入時期を一覧にした管理台帳（様式1）、健診結果経年表（様式2）、構造図（様式3）、保健指導記録票（様式4、5）、介入除外確認シート（様式6）の出力印刷作業は、健診受診日の約1カ月後までに研究班が提供するソフトウェアにより各自治体が行う。

3.1 管理台帳（様式1）

抽出された対象者の健診結果や保健指導介入時期、実施状況などの情報を集約し、それらを一覧表にした管理台帳を用いて保健指導プログラムの進捗管理を行う。

管理台帳の一部は図3のようになっており、以下のように使用する。

