

⑥翌年度の健診受診勧奨（継続記録票⑧欄【必須】）

図 7-2（裏面）の E 欄には、健診受診にかかる内容次の通り記入する。

- ・ 健診受診勧奨予定

健診受診から 1 年後の日程を記入する。

- ・ 健診受診勧奨実施結果

前記の健診受診勧奨予定日を過ぎても、健診未受診であった場合に、健診受診勧奨を行い、その結果を必ず記入し、併せて管理台帳に転記し、その後、確認のため「管理台帳への記載」にチェックを入れる。

なお、健診を受診済みであった場合には、「健診受診済みと回答」にチェックを入れ、対象者から聞き取った健診受診日を記入する。

⑦保健指導記録票継続保健指導①の提出

原則 1 ヶ月に 1 回、前月までに実施した保健指導内容（実施した保健指導には、訪問、面接、電話による保健指導を試みたが、結果として実施できなかったものも含む）を記入済みの保健指導記録票継続保健指導①を、前月に記入したすべての管理台帳（様式 1）、保健指導記録票（様式 5）とともにコピーし、データセンターに送付する。その際、保健指導記録票（様式 5）については、両面コピーとする。

但し、対象者の個人情報にはマスキングし、管理用番号並びに個人番号のみ写るようしておく。

なお、個人情報は、様式 5-1（表面）、様式 5-3（表面）のコピーの際、F のラインから向かって上を折り込んでコピーすると、マスキングできるようになっている。裏面は個人情報の記入はないため、マスキングせずコピーしてよい。

3.6 保健指導記録票 継続保健指導②（様式 5-2）

この様式 5-2 は、健診受診後 7～8 か月以内の継続保健指導②の保健指導に使用する。

なお、保健指導記録票（継続保健指導②）は図 8（表面、裏面）のようになり、以下のように使用する。

| | | | | |
|--|---|-------|--|--|
| 対象者 個人情報 報告 | A 名 カキ (生年月日) | | 被保険者番号 | |
| | 住所 | | 特定保健指導 積動情不 | |
| | 特定健診受診日 平成 年 月 日 | | 重症種別 血圧 糖 脂 尿 | |
| | 性別 | 健診結果 | 未受療重症化ハイリスク者(2年度目以降) | |
| 年齢 [年度目] | | 管理用番号 | | |
| レセプト 確認 | B レセプトチェック実施日(必須) 平成 年 月 日 | | | |
| | <input type="checkbox"/> レセプトあり(平成 年 月 診療分) <input type="checkbox"/> 調剤レセプトあり <input type="checkbox"/> レセプトなし(未受療・中断) | | <input type="checkbox"/> 投薬名 | |
| | ・受療疾病名 血圧 糖 脂質 腎 ・初診年月日 平成 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 受療中断 | |
| 保健指導 準備 | 保健指導計画(必須) よみとり(アセスメント) | | (準備に要した時間 分程度) | |
| | C 指導保健師番号(必須) 氏名(必須) | | | |
| 保健指導 実施結果 | 指導者(必須) <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族() <input type="checkbox"/> 本人、家族とも会えず | | 実施形態(必須) <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 | |
| | 実施日(必須) 平成 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> その他 | |
| | 実施時間(必須) 時 分 ~ 時 分 分間 (所要時間の逸脱の場合その理由) | | 指導場所(必須) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 | |
| 指導内容 | | | | |
| 家族構成(必須) <input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 子どもまたは親等2人世帯 <input type="checkbox"/> 3人以上世帯 職歴 生活習慣 3 0時 6時 12時 18時 24時 | | | | |
| 使用した資料番号(必須) | | | | |
| 支援した内容 ・リスク低下の阻害要因 [行動することによる利益の理解][実際の行動することによる負担・障害] 5 要記入 | | | | |
| ・受療と併せて、必要な生活習慣の改善について(継続指導時に向けて)(必須) [複数チェック可] <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 身体活動 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 休養 <input type="checkbox"/> なし 具体的に | | | | |
| ・提案した行動のきっかけ(必須) <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 困難 受療以外に、前回の保健指導以降始めたこと <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 具体的に | | | | |
| ・その他 | | | | |
| 6 必須 | | | | |

図 8 (表面) 保健指導記録票 継続保健指導② (様式 5-2)

| | | |
|--|----------------|------|
| | A 管理用番号 | 個人番号 |
|--|----------------|------|

保健指導結果から(受療状況)

D 受療していた場合(必須)

受療結果

継続受療(非薬物治療) (継続保健指導から3か月後までのレセプトでの情報により)

継続受療(薬物治療) (継続保健指導から3か月後までのレセプトでの情報により)

継続受療の必要なし(医師の指示) (継続保健指導から3か月後までのレセプトがない場合での本人からの情報)

7 必須

受療中断の場合 理由(必須) [複数チェック可] (継続保健指導から3か月後までのレセプトがない場合での本人からの情報)

受療する必要があると思っていない 忙しい 家庭の理由 経済的な問題 医療機関不信 医療機関へのアクセス

怖い 先に生活習慣改善をしてみたい その他(具体的に)

未受療の場合 理由(必須) [複数チェック可]

受療する必要があると思っていない 忙しい 家庭の理由 経済的な問題 医療機関不信 医療機関へのアクセス

怖い 先に生活習慣改善をしてみたい その他(具体的に)

受療先医療機関名 _____ 当該医療機関の選定理由 紹介 本人希望 _____

受療の重要性[0(最小)～10(最大)](必須) 段階 受療行動の可能性[0(最小)～10(最大)](必須) 段階

管理台帳への記載(必須) 記載済み

翌年度の健診受診勧奨

E 受診勧奨予定 平成 年 月 日 に健診未受診であった場合に受診勧奨実施

健診受診勧奨結果

・実施日 平成 年 月 日

・対象者 本人 家族

・実施方法 訪問 個別 電話 文書 メール

その他(具体的に) _____

・未受診理由(聞き取れた場合に記載)

忙しい 必要なし 経済的な問題 医療機関不信

その他(具体的に) _____

・健診受診済みと回答 平成 年 月 日

管理台帳への記載 記載済み

備考

図 8 (裏面) 保健指導記録票 継続保健指導② (様式 5-2)

① 対象者の把握時

研究班が提供するソフトウェアにより作成した保健指導記録票（継続保健指導②）（A4 両面）のA欄には、必要な情報がすでに印字されている。

但し、健診結果欄には介入年（初年度、2年度目、3年度目、4年度目）を記入すること。

② 保健指導の準備

図8(表面)のB欄には、保健指導の準備に関わる内容を次の通り記入する。

・ レセプト確認の実施日（継続記録票①欄【必須】）

継続保健指導①後の対象者の受療状況を把握するため、レセプトを確認（後述の3.8参照）し、その結果を必ず、チェックボックスにチェックを入れる。特に、「高血圧、高血糖、脂質異常、腎臓病」のいずれで受療していたかに○を記入し、その初診年月日も記入する。また投薬の有無を確認するため、投薬名についても、できるだけ調剤報酬明細書から転記しておく。

対象者が継続保健指導①の時点で受療していたにも関わらず、未受療であることが判明した場合には、「受療中断」にチェックを入れる。また、対象者が受療した結果、医師の指示により「継続受療の必要なし」となった場合には、「レセプトなし」にチェックを入れ、その下に「継続受療必要なし」と記入する。

・ 保健指導計画（継続記録票①欄【必須】）

対象者のアセスメントを実施した結果を記入する。その際、保健指導の準備にかかった時間を分単位で必ず記入する。

③ 保健指導実施結果

図8(表面)のC欄に、継続保健指導②を実施した結果の内容を、「3.5③」同様に記入する。

④ 保健指導結果から（受療状況）

図8(裏面)のD欄に、「3.5④」同様に記入する。

⑤ 翌年度の健診受診勧奨

図8裏面のE欄には、健診受診にかかる内容次の通り記入する。

・ 健診受診勧奨予定（継続記録票⑧欄【必須】）

健診受診から1年後の日程を記入する。

・ 健診受診勧奨実施結果（継続記録票⑧欄【必須】）

前記の健診受診勧奨予定日を過ぎても、健診未受診であった場合に、健診受診勧奨を行い、その結果を必ず記入し、併せて管理台帳に転記し、その後、確認のため「管理台帳への記載」にチェックを入れる。

なお、健診を受診済みであった場合には、「健診受診済みと回答」にチェックを入れ、対象者から聞き取った健診受診日を記入する。

⑥ 保健指導記録票継続保健指導②の提出

原則1ヶ月に1回、前月までに実施した保健指導内容（実施した保健指導には、訪問、面接、電話による保健指導を試みたが、結果として実施できなかったものも含む）を記入済みの保健指導記録票継続保健指導②を、前月に記入したすべての管理台帳（様式1）、保健指導記録票（様式5）とともにコピーし、データセンターに送付する。その際、保健指導記録票（様式5）については、両面コピーとする。

但し、対象者の個人情報はマスキングし、管理用番号並びに個人番号のみ写るようしておく。

なお、個人情報は、様式5-2（表面）のコピーの際、Fのラインから向かって上を折り込んでコピーすると、マスキングできるようになっている。裏面は個人情報の記入はないため、マスキングせずコピーしてよい。

3.7 介入除外確認シート（様式6）

本プログラム実施期間中、対象者が次の②と③のいずれかの条件に該当した場合には、介入除外確認シートを作成し、データセンターへ提出する。

次の②に該当した場合は、当該レセプト（健診受診月前後3カ月分）と経年表の被保険者氏名、住所、被保険者記号・番号、生年月日、保健医療機関の所在及び名称、保険医名をマスキングして、戦略研究推進室へ郵送またはパスワード付きファイルを添付したメールにて送付する。

除外判定手順は以下の通りである。

1. 介入自治体保健師が、訪問を行うかどうか判断するために受診者のレセプト（健診受診月とその前後の月）を点検する。
2. レセプトに受療の定義に該当する病名が挙がっていた場合、そのレセプト写し（個人情報マスク済）を戦略研究推進室へ提出する（郵送またはパスワード付きファイルを添付したメールにて）。
3. 研究リーダー・介入サポートチームリーダーは、レセプト上の傷病名を確認して、除外に関する最終判断を行う。判断結果を自治体へ通知する（メールにて）。
4. 最終判断の結果、介入除外となった人については、自治体側で介入除外確認シートを作成する。介入除外確認シートを自治体からデータセンターに郵送し、データセンターで保管する。併せて、管理台帳（様式1）図3のK欄の該当項目の記入を行う。
5. 最終判断の結果、介入除外とならなかった場合は、研究対象者として保健指導を実施する。

③ 追跡期間の終了

対象者の加入する保険が国民健康保険から他の健康保険などへ変更され異動した場合は異動時点でレセプト情報による追跡を終了とする。死亡については、死亡時点で死亡票・死亡小票による追跡を終了とする。これらの場合、その異動日、異動事由とともに、図9のC欄に記入する。また、同じ国民健康保険内であっても、世帯合併、又は世帯分離により被保険者証番号が変更になった場合も、異動とみなしてその時点を追跡終了とし、同様に記入する。

④ 介入除外確認シートの提出

原則1ヶ月に1回、前月に除外対象者が出現した場合には、その理由を記入済みの介入除外確認シートを、前月に記入したすべての管理台帳（様式1）、保健指導記録票（様式4、5）とともにコピーし、データセンターに送付する。

但し、対象者の個人情報にはマスキングし、管理用番号並びに個人番号のみ写すようにしておく。

なお、個人情報は、様式6のコピーの際、Dのラインから向かって上を折り込んでコピーすると、マスキングできるようになっている。

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

対象者の受療状況や服薬状況（服薬の有無）を正確に把握し、その状況を踏まえて効果的な保健指導を実施するために、レセプト（診療情報明細書）の内容を確認する。確認の方法は「Ⅲ. 保健指導の実務 6. レセプトによる受療確認（健診受診後7ヶ月以内）」を参照のこと。

市の国民健康保険所管課に設置されている「保険者レセプト管理システム」から診療報酬明細書および調剤報酬明細書（いずれも、「レセプト」という。）による高血圧症・糖尿病・脂質異常症、慢性腎臓病の受療状況を確認する。

診療報酬明細書の記載事項各欄の内容は、図10を参考に確認すること。また、調剤報酬明細書による処方薬剤などの確認方法は、図11のとおりとなる。

なお、これらの確認作業を行うため、研究班が提供するソフトウェアによる対象者の医療機関受療状況に関する出力データを活用する。

レセプトサンプル（内科・入院外）

平成 年 月 日

レセプト（診療報酬明細書）での、
通院開始などの確認方法

「入院外」と記載分が
通院レセプトです。

診療した年月が記
載されています。

本人の「氏名」と「性別」「生
年月日」が記載されています。

通院中の「医療機関名称」や
「所在地」、病院の場合にあっ
ては「診療科」等が記載されて
います。

① 〇〇〇〇〇 (主) ← A
② 〇〇〇〇〇 (主)
③ 〇〇〇〇〇
④ 〇〇〇〇〇

〇〇〇〇〇 〇〇〇
〇〇〇〇〇 〇〇〇
〇〇〇〇〇 〇〇〇
〇〇〇〇〇 〇〇〇

〇) 〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇
②) 〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇
③) 〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇
④) 〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇

診療した「傷病名」が記載されています。

①主傷病、副傷病の順に記載され、主傷病には(主)と明
記してあります。主傷病は原則として1つ、副傷病につい
ては主なものについて記載するルールとなっており、主傷病
が複数ある場合は、主傷病と副傷病の間を線で区切るな
どし、区別できるようになっています。

②傷病名が4以上ある場合には、「傷病名」欄の余白に順
次番号を付し、傷病名を記載し、又は当該欄に記載しきれ
ない場合は、「摘要」欄に順次番号を付して記載すること
なっています。

〇〇〇〇〇 〇〇〇
〇〇〇〇〇 〇〇〇
〇〇〇〇〇 〇〇〇
〇〇〇〇〇 〇〇〇
〇〇〇〇〇 〇〇〇
〇〇〇〇〇 〇〇〇
〇〇〇〇〇 〇〇〇
〇〇〇〇〇 〇〇〇
〇〇〇〇〇 〇〇〇
〇〇〇〇〇 〇〇〇
〇〇〇〇〇 〇〇〇
〇〇〇〇〇 〇〇〇
〇〇〇〇〇 〇〇〇

診療した傷病名に対する、「診療開始日」が記載されています。

医療機関において、保険診療を開始した年月日が記載されて
います。

A のとおり、傷病名に対し、その後に、傷病の診療開始日
が記載されており、それぞれの傷病名に対し、診療開始日が記
載されています。

薬剤名 規格単位 (%又はm & 等) 投与量
薬剤名 規格単位 (%又はm & 等) 投与量

【院内処方の場合】
院内処方の場合は、投薬された薬剤名などは、ここに
記載されています。
院外処方の場合は、調剤レセプトを確認ください。

参考資料：「診療報酬請求書の記載要領等について」等の一部改正について（平成24年3月26日保医発0326第2号）

図 10 診療報酬明細書による治療状況などの確認方法

4. 保健指導で用いる資料

受療行動促進モデルの各段階における保健指導の際に、構造図及び経年表の帳票を使用するが、表1で示した、保健指導資料を適宜選択して活用する。但し、介入自治体にある資料の使用を妨げるものではない。

生活習慣改善に関する資料は、主として継続保健指導の際に用いる。ただし、当該リスク項目に関して、必ずしも生活習慣に起因しない場合（遺伝要因など）があることにも留意して指導を行う。

表1 保健指導資料一覧

| 受療行動促進モデル | 使用する帳票類 | 資料の内容 | 病 態 | | | |
|---------------------------------------|-----------------------|--|---|--|---|---------------|
| | | | 高血圧 | 糖尿病 | 脂質異常 | 蛋白尿 |
| 【A 罹患性・虚弱性】 | 構造図 経年表 保健指導記録票 | 共通資料 | 共通-1-① 血管を傷つける原因は何でしょう？ ～太い血管の動脈硬化～ 共通-1-② 血管を傷つける原因は何でしょう？ ～細い血管の動脈硬化～ 共通-2 このまま放っておくと、どうなるのでしょうか？ | | | |
| 【A 罹患性・虚弱性】 【B 重大性】 | | 私はどの段階 | 血圧-1 私の血圧はどの段階？ | 糖-1 私の血糖はどの段階？ | コ-1 私のLDLコレステロールはどの段階？ | なし |
| 【B 重大性】 | | 高いと困ること | 血圧-2 血圧が高いとどうなるの？ | 糖-2① 血糖が高いとどうなるの？ | コ-2 LDLコレステロールが高いとどうなるの？ コ-3 私のコレステロールバランスは？ | なし |
| | | | なし | 糖-2② 糖尿病神経障害～あてはまるものがありますか？～ 糖-2③ 糖尿病で失明しないために～糖尿病網膜症の進行段階～ 糖-2④ 糖尿病腎症の経過～私の糸球体はどの段階？～ | なし | なし |
| 【C 行動することによる利益】 【D 行動することによる障害・負担】 | | 原因 | 血圧-3 血圧が上がる原因は？ | 糖-3 血糖が上がる原因は？ ～体の中の糖の流れ～ | コ-4 LDLコレステロールが上がる原因は？～体の中の脂質の流れ～ | 尿-1 腎臓が傷む原因は？ |
| | | 薬 | 血圧-4 血圧を下げる薬は？ | 糖-4 血糖をコントロールする薬は？ | コ-5 脂質異常症を改善する薬は？ | なし |
| 【F 行動するきっかけ】 | | その他 | 血圧-5 家庭血圧の測定方法 | なし | なし | なし |
| 【D 行動することによる障害・負担】 【F 行動するきっかけ】 | 生活習慣改善 | 生-1 健診結果に基づいた食品の基準量 生-2 あなたにふさわしい油脂類と穀類の量の計算表 生-3 1日の果物の目安量 生-4 お菓子に含まれる砂糖・脂質・塩分の目安のつけ方 生-5 ごはん1杯分に相当するお菓子に含まれる砂糖と脂質 生-6 食品の中の塩分[乳製品・魚介類・肉類・海藻類] 生-7 調理・加工品などの中の塩分 生-8 おやつの中の塩分 生-9 ごはんやパンの中の塩分 生-10 調味料に含まれる塩分の目安 生-11 魚介類 50gあたりのコレステロールと脂質の関係 生-12 肉 50gあたりのコレステロールと脂質の関係 生-13 お菓子に含まれるコレステロールと脂質の関係 生-14 体重の減らし方（考え方） | | | | |

なお、資料集並びに、各資料の目的及び使用例については、別冊「保健指導資料集」のとおりである。

【A 罹患性・虚弱性】

○共通資料

共通 1-① 血管を傷つける原因は何でしょう？～太い血管の動脈硬化～

共通 1-② 血管を傷つける原因は何でしょう？～細い血管の動脈硬化～

共通 2 このまま放っておくと、どうなるのでしょうか？

- ・ リスク因子が重なることで、血管内皮が傷つき動脈硬化が進むことをイメージし、リスク因子を一つでも取り除くことが健康障害を防ぐために重要であることを理解してもらう。
- ・ 放置すると大血管、細動脈や毛細血管の障害が進む可能性があることをイメージしてもらう。
- ・ 血管障害が起こりやすい血管の特徴を知ってもらう。

【A 罹患性・虚弱性】【B 重大性】

○私はどの段階

血压 1 私の血压はどの段階？

糖 1 私の血糖はどの段階？

コ 1 私の LDL コレステロールはどの段階？

- ・ 学会診療ガイドラインの科学的根拠に基づいて、自分の健診結果は臓器障害を発症する恐れが極めて高い重症化ハイリスクの段階にあり、受療が必要であることに気づいてもらう。

【B 重大性】

○検査結果が高いと困ること

血压 2 血压が高いとどうなるの？

糖 2 血糖が高いとどうなるの？

コ 2 LDL コレステロールが高いとどうなるの？

コ 3 私のコレステロールバランスは？

- ・ 重症化ハイリスクのリスク因子があることで、血管障害や動脈硬化が進み、脳卒中、心臓病（狭心症、心筋梗塞、心不全など）、慢性腎臓病などを発症するリスクが高いことを理解してもらう。
- ・ こうした病気を発症すると、寝たきり、認知症、人工透析などに進むことを理解してもらう。

○その他

糖 2② 糖尿病神経障害～あてはまるものがありますか？

糖 6 糖尿病で失明しないために～糖尿病性網膜症の進行段階

糖7 糖尿病性腎症の経過～私の糸球体はどの段階？

- ・ 高血糖を放置することで糖尿病合併症が発症すること、その機序や疾病の状況について知ってもらう。

【C 行動することによる利益】【D 行動することによる障害・負担】

○原因

血圧3 血圧が上がる原因は？

糖3 血糖の上がる原因は？～体の中の糖の流れ～

コ4 LDL コレステロールの上がる原因は？～体の中の脂質の流れ～

尿1 腎臓が傷む原因は何でしょう？

- ・ リスク因子と発症に関係する要因との関係を理解してもらうとともに、リスク因子を取り除けば、将来、脳卒中、心臓病、慢性腎臓病などにかかるリスクが低くなることを理解してもらい、そのためにどのような行動を起こしたらよいかイメージしてもらう。

○薬

血圧4 血圧を下げる薬は？

糖4 血糖をコントロールする薬は？

コ5 脂質異常症を改善する薬は？

- ・ 病態に併せて、さまざまな作用の薬剤があることを知ってもらう。
- ・ 様々な種類、機序があり、服薬後に何らかの身体症状があっても、他のものがあることを知ってもらう。

※ ジェネリック医薬品に関する資料は、各介入自治体の国民健康保険課などで作成したものを準備し、使用する。

○生活習慣改善

生1～生14

- ・ 治療コントロール効果をあげるため、リスク因子に応じた生活習慣改善に取り組めるよう、具体的な生活習慣の改善がイメージできるように伝える。

【F 行動するきっかけ】

○その他

血圧5 家庭血圧の測定方法

- ・ 高血圧のタイプがあること、高血圧によるリスクを知ってもらうとともに、継続して家庭血圧を測定することが受療の際、診断に役立つことを知ってもらう。
- ・ 継続して血圧測定することで、自らの血圧について繰り返し認識する機会にしてもらう。

5. 保健指導のポイント

5.1 初回保健指導は原則として家庭訪問

初回保健指導は、対象者が現在の健康状態や将来のリスク、受療の必要性などを正しく理解し、受診行動を起こすための重要な機会である。家庭訪問は、対象者の生活の場に入り、その実態に触れることで、健康課題の複雑な背景などに迫ることができるため、対象者の生活実態を踏まえた保健指導がより効果的に実施できる。

【家庭訪問を行う意義と特徴】

生活習慣病が重症化していてもなお、未受療や治療中断していたり、偏った生活習慣を改善できなかったりすることは、個人の考えや過去の体験だけでなく、医療機関までの距離など地理的条件、経済的条件、信条、宗教その他地域文化、風習など社会的な要因も大きく関与している。

これらリスク低下の阻害要因は、面接においても本人の会話内容、服装、表情、持ち物から推測することは可能であるが、家庭訪問では、居住地区、屋外、屋内の状況などから対象者の価値観、信条、家族との関係など本人の話以外からの情報量も多く、リスク低下の阻害要因をつかみやすく、必要な支援を行いやすい。重症化ハイリスク者は緊急対応が必要な対象者であることから、できるだけ早期にリスク低下の阻害要因を取り除く必要があるため、初回保健指導については家庭訪問を原則とする。

対象者の都合により、どうしても家庭訪問が難しい場合は庁舎・公民館などでの個別面接を行う。

5.2 保健指導に健診結果経年表と構造図を活用

初回保健指導は、必ず、健診結果経年表(様式2)と構造図(様式3)を用いて行う。これらを用いることで、対象者が自分自身の健診結果をもとに、4段階で表された動脈硬化の進行段階のうち、①潜在的に進行、②血管の傷み、③血管のさらなる変化、④健康障害のどの段階にあるのかわかりやすく、現在のリスク因子と重症化を促進させる他のリスク因子との関連から、罹患性・虚弱性や重大性を認識させるとともに、重症化を回避するためのリスク因子に着目したらよいのかをイメージさせ、受療行動を促進させる。したがって、受療行動を促進する保健指導教材としても重要であり、初回保健指導時には必ず使用する。

【保健指導を行う際の具体的な活用方法と説明の視点】

具体的な活用方法として、はじめに左端の縦軸の見出し項目で血管障害の4つの進行段階があることや、最終的な健康障害にはどのようなものがあるかを確認してもらう。次に、今回の有所見項目がどの段階にあるかを確認してもらうとともに、リスク因子を放置した場合

どのような健康障害が生じる可能性があるか、科学的根拠をもとに、検査項目と健康障害を結ぶ線をたどって、動脈硬化や健康障害が起こるメカニズムを説明し、血管内や臓器で起きていることがイメージできるよう説明する。説明の視点は下記のとおりである。

A) 今、どの段階にいるのか？

現在のリスク因子をもったまま放置すると、どのように動脈硬化を進めてしまうのかのメカニズムについて、血管が傷つくイメージが湧くように説明する（【罹患性、虚弱性】の認識、理解）。

B) このままだと、どこにたどり着きそうなのか？

現在のリスク因子が生じているということは、脳や心臓、腎臓などの血管にどのような変化が起こっている可能性があるのか、また、リスク因子を放置することでどのようなメカニズムでどのような健康障害が生じる可能性があるのかを説明する（【重大性】の認識、理解）。

C) 一番悪い検査結果の値は、他のどの検査結果の値とつながっているのか？

現在のリスクのうち、最も動脈硬化を進めるリスク因子、または臓器障害を示す検査結果は、他のどのリスク因子が関連して現在のリスクを増悪させている可能性があるのか、科学的根拠に基づき、メカニズムが腑に落ちるよう説明し、重症化を進ませるリスク因子を回避したいと感じるよう伝える（【行動することによる利益】の理解）。

D) つまり、どの検査結果の値を改善したら良くなるのか？

今後、脳卒中や心筋梗塞、腎不全などの健康障害を起こさないためには、どのリスク因子を改善しておく必要があるのか確認するとともに、受療することの必要性について、科学的根拠をもとに説明する。また、リスク因子の改善に関連する生活習慣についても説明する。自ら行動を起こさないと健康障害を引き起こすリスクは回避できないことを伝える（【行動することによる利益及び負担・障害】の認識）。

【保健指導計画の立案への活用】

構造図は、保健指導計画の立案時にアセスメント資料としても活用する。その際、ハイリスク項目以外の健診結果の状況や有所見項目の数・内容、放置することで発症する可能性のある健康障害に関して、科学的根拠に基づき関連付けて評価する。そして、保健指導を行う際、どのリスク因子からどのように説明するか、あらかじめシミュレーションしておく。概要は下図のとおり。

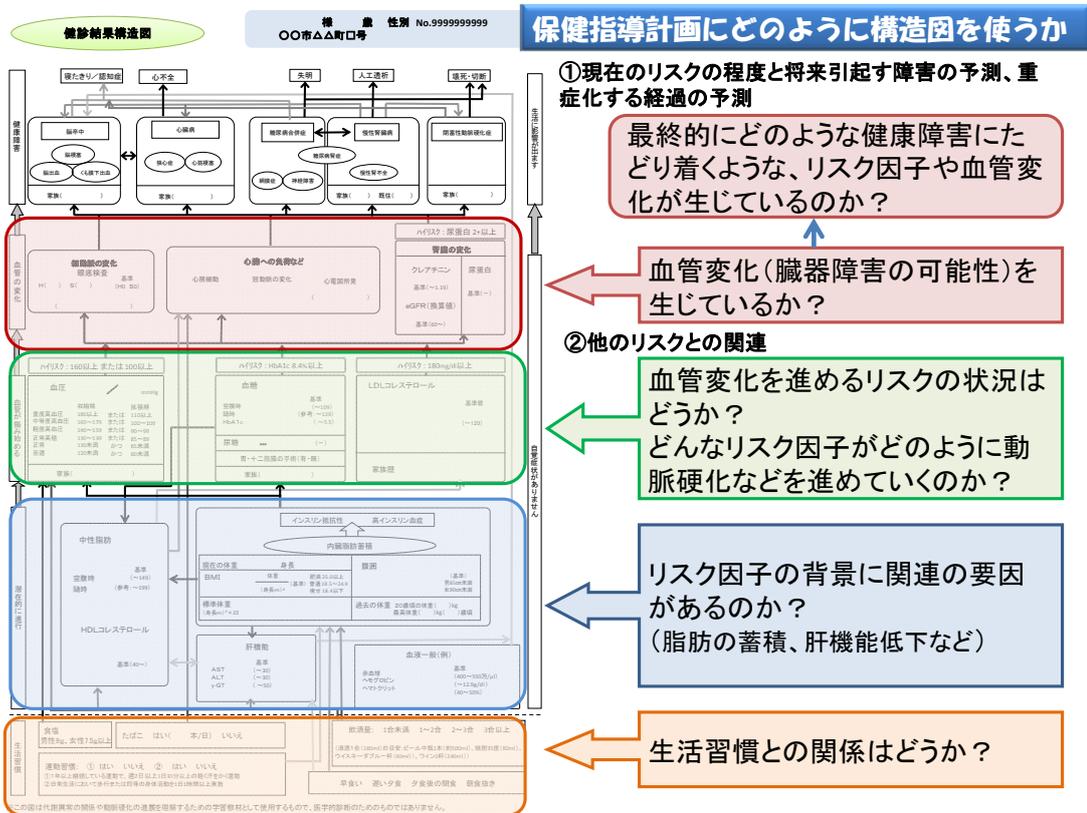


図 12 保健指導計画立案時の構造図活用の考え方

5.3 管理台帳を用いた保健指導対象者の管理

管理台帳を活用することにより、保健指導対象者に関する情報の把握及び管理を計画的かつ適切、ならびに円滑に行うことができる。なお、保健指導対象者の詳細な情報の管理については、保健指導記録票を用いる。

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

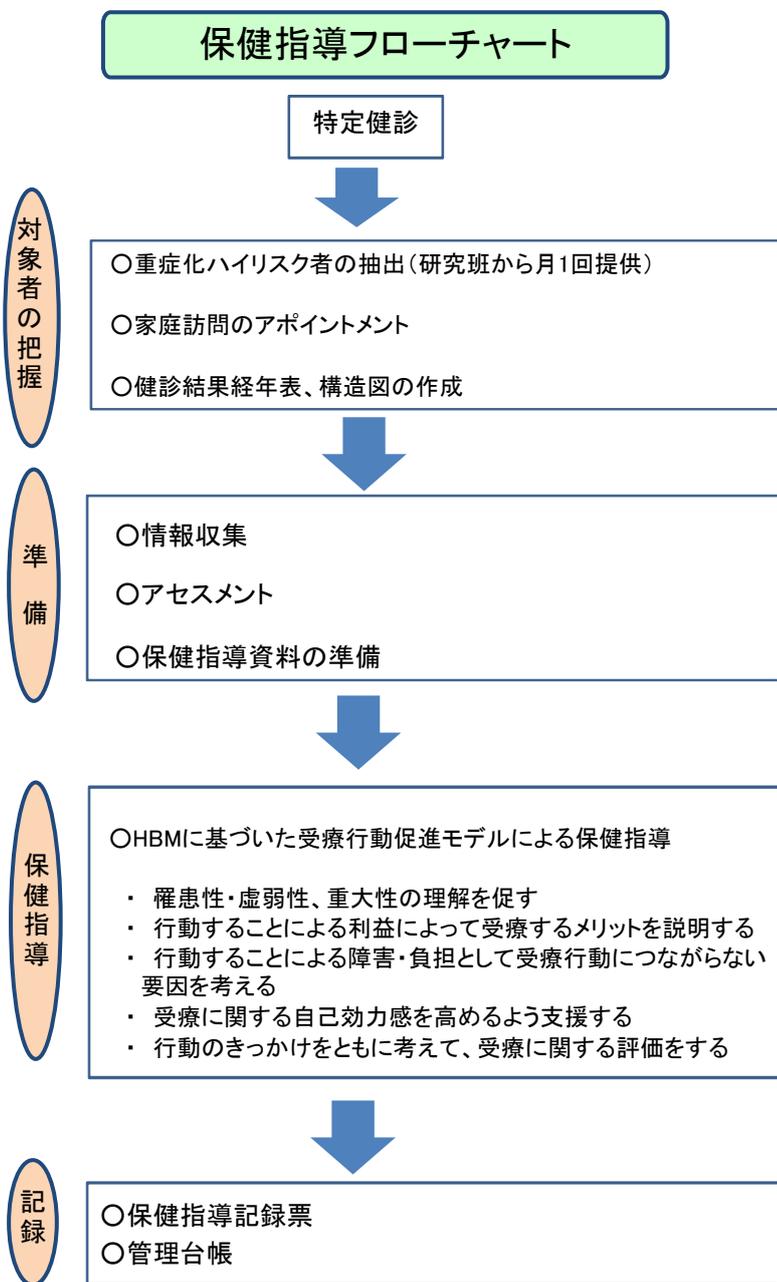
対象者の受療状況や服薬状況を正確に把握し、その状況を踏まえて効果的な保健指導を実施するために、レセプト(診療情報明細書)の内容を確認する。

III 保健指導の実務

1. 保健指導の流れ

各自治体の事情に応じて保健指導の手順は異なるものと考えられるが、一般的なフローチャートを示す(図 13)。対象者の把握、準備、保健指導、記録となり、それぞれの詳細につ

いては以降の各項を参照のこと。なお、この保健指導フローチャートは初回、継続ともに使用可能である。



2. 保健指導の準備

2.1 対象者の把握

- (1) 月に1回、対象者の管理台帳（様式1）、健診結果経年表（様式2）、構造図（様式3）の帳票を研究班が提供するソフトウェアにより作成する。
- (2) 管理台帳から当月の初回保健指導の対象者の人数、実施期限（健診受診後2ヶ月以内）などを確認し対象者に家庭訪問のアポイントメントをとる。
- (3) 健診結果経年表（様式2）には今年度の健診結果のみが記載されているため、把握している範囲で過去の健診結果を記入しておく。

2.2 保健指導計画の立案

- (1) 対象者の医療機関受療情報について、健診時の標準的な質問表や市国保レセプト管理システムから情報収集する。なおそれらの結果は様式4の保健指導記録票に記載しておく。
- (2) その他、次の表2のような対象者情報を把握可能な範囲で収集しておく。

表 2 保健指導計画時の情報収集項目

| 把握しておきたい情報 | 情報収集先 | | | | | 情報が活用できる受療行動促進モデルの要素 |
|---------------------|---------|------|-----------|------------|-----|--------------------------|
| | 標準的な質問票 | 健診結果 | 過去の保健指導記録 | レセプト管理システム | その他 | |
| 家族歴から遺伝素因の可能性の有無、年齢 | ○ | ○ | ○ | | | 【A. 罹患性・虚弱性】 【B. 重大性】 |
| 内臓脂肪蓄積の有無、リスク集積状況 | ○ | ○ | | | | |
| 既往歴、現病歴 | ○ | | | ○ | | |
| 仕事内容や生活リズム、食習慣、運動習慣 | ○ | | ○ | | | 【D. 行動することによる障害・負担】 |
| 家族構成、経済状況、時間的制約など | | | ○ | | | |
| 近隣の医療機関、かかりつけ医 | | | ○ | ○ | ○ | 【F. 行動のきっかけ/目標の設定】 |

2.3 アセスメント

(1) アセスメント項目

対象者情報に加え、健診結果経年表(様式2)、構造図(様式3)から得られる情報を統合し、現在及び将来の健康状態、重症化させるリスク因子などについて読み解くとともに、受療行動を阻害する可能性のある事項について想定する(以下、これらの過程を「アセスメント」という)とともに、どのように保健指導を展開するか保健指導計画を立案し、それぞれについて総括的に保健指導記録票(初回)(様式4)に記録しておく。

保健指導記録票への記載方法は、「Ⅱ. 受療行動促進モデルに基づく保健指導 3 保健指導で用いる帳票 4) 保健指導記録票」の項を参照のこと。

(2) アセスメントの実際

【予防ターゲットとなるリスクの確定】

健診結果から重症化ハイリスクに該当するリスクや他のリスクの集積状況などの情報から、生活習慣病の病態、特に代謝異常や血管への障害を理解する。その上で、対象者に起きている身体状況とその進行段階、将来引き起こす可能性のある健康障害をリストアップする。

【リスク低下の阻害要因の推定】

- (1) 過去の保健指導記録などから、過去の既往や治療状況、家族の既往や重症化の経験、それらに関する考え方などについて情報収集し、受療の阻害要因になりそうな体験、考え方などを想定しておく。
- (2) 仕事や生活リズム、経済状況が把握できれば受療の阻害要因になる事項がないか検討しておく。
- (3) 対象者が受療後の治療内容について想像できるよう、各学会の診療ガイドラインなどに示されている診断基準や治療内容を確認し、対象者が困難と感じる内容などについて想定しておく(インスリン自己注射の導入、経済的な要因など)。

【受療と併せて、必要な生活習慣の改善項目はないか】

余裕のある場合は健診時の問診票などから、リスクの原因となっている、またリスクを増悪、重症化させる要因となっていると考えられる生活習慣を推測し、リスク改善に向けて指導することが望ましい項目として整理しておく。

2.4 使用する保健指導資料の準備

保健指導の準備として、経年表（様式2）、構造図（様式3）のほかに、アセスメント結果に基づき立案した保健指導計画に基づき、必要な保健指導資料を準備する。保健指導資料は、表1のとおり対象者の健診結果に応じ、受療行動促進モデルのそれぞれの要素（図1）について効果的である資料を使用する。医療機関リストは各自治体で作成しておく。

3. 初回保健指導（健診受診後1～2ヶ月以内）

3.1 目的

- ① 対象者の健康や受療に対する考え方、健診後の受療の有無を把握する。
- ② 対象者が現在の健康状態、将来のリスクと受療の必要性を理解し、受療することが対象者にとって価値があると考えられるよう支援する。

3.2 方法

対象：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。（家族などの同席可）

- ・ 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

形態：原則、家庭訪問（対象者の都合により、家庭訪問がどうしても難しい場合は自宅以外での個別面接も可）

時間：30分程度

帳票：健診結果経年表（様式2）、構造図（様式3）、保健指導記録票（初回）（様式4）

資料：対象者の健診結果に応じて、必要な保健指導資料を使用する

持参するもの：健診結果経年表（様式2）、構造図（様式3）、必要な保健指導資料（表1より対象者に該当するもの）、保健指導記録票（初回）（様式4）、医療機関一覧表、受療の重要性・可能性の11段階スケール、その他（主治医への紹介状、不在時に使用する訪問通知票など）

保健指導の進め方：初回保健指導は、原則、家庭訪問を複数回以上行う（不在の時は、訪問通知票を用いて、電話連絡をしてもらい家庭訪問を再度試みる）。

次善策として、自宅以外の個別面接を行う。それでも面接ができないケースは、電話連絡を複数回以上行い、電話での指導を行う。

上記いずれの方法でも保健指導ができなかったケースでは、文書を送付する。訪問しても門前払いで十分な指導ができなかった場合でも、少し時間をおいて文書あるいは文書送付後に電話をするなどして、根気強く対応してゆくことが大切である。

3.3 保健指導内容

表 3 に受療行動促進モデルによる初回保健指導の流れと時間配分の例を示す。

【家庭訪問前】

電話などで訪問目的を伝え、家庭訪問の日時を相談し決定する。対象者宅に向かう途中、近隣情報を把握する。

また、国保データなどから、家族構成、収入、保険料の支払い状況などを確認しておく。

【訪問目的の説明など】

初回訪問指導では、今後の継続した対象者への支援につながるよう良好な関係を築くことが重要である。約束した時間に遅れないよう訪問し、敬意をはらった謙虚な姿勢で気持ちよく受け入れてもらえるよう心がける。所属や氏名、目的、対面で保健指導をしたい理由を伝える。訪問の目的を明確に伝え、対象者の体調を気遣う言葉かけを行う。

【保健指導の実施】

招き入れられた場所で、事前にアセスメントした内容及び保健指導計画をもとに保健指導を行う。HBM に基づいた受療行動促進モデルに沿った内容の保健指導を実施する。

この内容は、保健指導記録票（初回：様式 4）に記載する。

【今後の見通しの説明など】

保健指導に応じ、貴重な時間をいただいたことへの謝辞を伝える。次回の保健指導時期、対象者への連絡の時期などを伝える。