

表 3 初回保健指導の流れ・時間配分の例

過程	具体的内容 (ヘルス・ビリーフ・モデルの要素に準じる)	使用資料番号	所要時間 (目安)
訪問目的の説明	<p>所属や氏名、健診受診に対する感謝とともに訪問の目的を伝える。 脳卒中や心筋梗塞の発症の恐れが高く、緊急的にどうしても、対面で保健指導をしたい理由を伝える。 対象者の体調を気遣う言葉かけを行う。</p>	-	2分
保健指導の実施(受療行動促進モデルに沿って実施)	<p>【A. 罹患性・虚弱性】 健診結果経年表(様式2)、構造図(様式3)、必要な教材を用いて、対象者が自分の身体で何が起きているか、リスクを把握できるように説明する。</p> <p>【B. 重大性】 重症化したら自分の身体がどのような状態になってしまうのか、その変化で家族などにどのような影響がでるのか、放置して病気になることで生じる不利益を具体的にイメージできるように説明する。</p>	<p>様式2 様式3 共通-1①、共通-1② 共通-2 血圧-1、血圧-2、血圧-3 糖-1、糖-2①、糖-2②、糖-2③、糖-2④ コ-1、コ-2、コ-3</p>	13分
	<p>【C. 行動することによる利益】 受療することによって重症化を回避できることに気づくように伝える。健診結果が改善することで得られるリスク低下のメリットなどを対象者が認識できるように説明する。 上記A~Cを通じて「放っておけない状態」であることを対象者が理解できているか、受療行動をとることを決めているかなどについて、対象者の発言などから確認する。</p>	<p>血圧-3、血圧-4、糖-3、糖-4 コ-4、コ-5 尿-1</p>	
	<p>【D. 行動することによる障害・負担】 受療する際の障害・負担になるもの(リスク低下の阻害要因)を確認する、障害・負担になるものを減少させるような方策について、受療に伴う障害や負担と受療による利益を確認しながら、対象者とともに検討する。対象者が行動することによる障害や負担を保健師が理解する。</p>		8分

	<p>【E. 自己効力感】</p> <p>受療できると対象者が感じられるように、生活改善の具体的な方法について確認していく。具体的な行動の小目標を対象者とともに考える。</p> <p>【F. 行動のきっかけ】</p> <p>自己効力感が高まった際に、行動変容できるように対象者に受療を勧める、必要な生活習慣改善項目があれば伝えるなど働きかける。</p> <p>受療行動の重要性の理解及び受療行動をとる確信の程度について確認する。</p>	—	5分
今後の見通しについて説明	<p>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。</p> <p>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。</p>	—	2分
合 計			30分

※ 初回保健指導時に保健指導プログラム対象外（受療中）であったことが判明した場合の対応

健診結果で本プログラムに該当する重症化ハイリスク者で、かつ健診時の標準的な質問表において「未治療」であったために、本プログラムの対象となって、初回保健指導が終了した後、レセプト確認（健診受診後4～5か月目）において、健診受診時、既に高血圧、糖尿病、脂質異常症、慢性腎臓病（蛋白尿2+で保健指導プログラム対象となった場合は、慢性腎臓病以外の腎・泌尿器科疾患の診断、診断された疾患名で医療機関の経過観察中の場合を含む）で医療機関受療中であったことが確認された場合は、その時点で対象から除外し、継続保健指導①以降については、本保健指導プログラムによる保健指導は実施しない。

※ 受療勧奨時の医療機関との連携方法

保健指導で受療勧奨を行う際、できるだけ受療につながりやすいよう、保健指導前に受療可能な医療機関一覧（各自治体ですでに作成しているものがあればそれを使用）を作成しておく。

かかりつけ医があるかなどの情報を聴取し、かかりつけ医がない場合、医療機関一覧を示し、医療機関を対象者に選択してもらうとともに、受療の際、健診結果票を持参することや受療にかかる費用の概算などを伝え、受療に不安がないよう支援する。

書面などによる医療機関との連携方法が確立されている自治体においては、既存の方法に準じるものとする。

【初回保健指導の例】

表 4 の内容を構造図（様式 3）、経年表（様式 2）、及び表 1 の保健指導資料を用いて実施する。

保健指導は HBM に基づいた受療行動促進モデルに沿って実施する。

表 4 の指導内容は具体例として糖尿病をあげているが、他の重症化ハイリスク項目においても適応可能である。

表 4 受療行動促進モデルによる初回保健指導内容の具体例（糖尿病）

HBM に基づいた 受療行動促進モ デルの要素	保健指導内容
A 罹患性・虚弱性	<p>○対象者に起こっている身体状況とその進行段階</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 血液中の糖が多くなっており、自覚症状はないと思いますが、血管が傷み始めている段階です。 ・ インスリンというホルモンがあり、これは血液中の糖を体の中のいろいろな細胞に届ける働きがありますが、これが不足しているか、うまく働かなくなっている状態のため、血液中の糖が高くなったままになっています。 ・ 高血糖が続くと、体の中の細胞が栄養不足になるため、傷が治りにくくなったり、疲れやすくなったりすることになります。
B 重大性	<p>○将来起こりうる健康障害の可能性</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 血液中の糖が多くなると血管の内側の壁が傷つき、動脈硬化といって、血管の壁が硬くなったり、血管の内側に脂肪の塊がこびりついたりして血液が詰まりやすくなります。 ・ 高血糖が長期間持続すると、体の中の細い血管が詰まって、手足の感覚がなくなったり、目が見えなくなったりします。 ・ また、人工透析になると、週 3 回程度一生透析を続けなければならないため苦痛である上、日常生活にも支障をきたします。 <p>○医療費の増大</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ このまま放置すると、様々な合併症により医療費が高くなります。

<p>C</p> <p>行動することによる利益</p>	<p>○受療することで、重症化が予防できること</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 今、きちんと受療し、血糖値をコントロールすることで、重大な合併症を予防でき現在の生活を維持することが可能になると思います。
<p>D</p> <p>行動することによる障害・負担要因</p>	<p>○受療することの障害・負担の確認</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ どうでしょうか。病院に行くことはできそうですか。病院に行くことについて、何か困ることはありますか。 ・ 病院に行けない理由などがあればお話しいただけませんか。病院に行けるように一緒に考えたいと思います。 <p>○医療機関へのアクセス方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ (医療機関一覧を見せて)どの病院なら受診できそうですか。ここからだと○○ですかね？ ・ 行き方は分かりますか？ <p>○受療に係る医療費の具体的負担額 (概算)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ (資料○を見ながら)糖尿病で初めて病院に行った時には、治療の内容にもよりますが、だいたいこのくらいの医療費がかかるのではないかと思います。 ・ いかがですか？このくらいなら受療できそうですか。 <p>○ジェネリック医薬品</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院の薬にはジェネリック医薬品という、同じくらいの効果があるのですが少し安い薬があります。 ・ ご希望の場合は、病院の先生に「できればジェネリックをお願いしたいのですが」とご相談されるとよいと思います。
<p>E</p> <p>自己効力感</p>	<p>○自分自身の状態の理解と受療行動の確認</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ どうでしょうか。病院に行くことが重要だということを理解してただけましたでしょうか。 ・ 病院に行くことはできそうですか。
<p>F</p> <p>行動のきっかけ/目標の設定</p>	<p>○行動目標の設定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 受療の予約を連絡しておきましょうか？ ・ 行ったらどうだったか教えてくださいね。

「A. 罹患性・虚弱性」では、健診結果から対象者が自分の身体で何が起きているのか（例：糖尿病の潜在的な進行に関連する要因及びそのメカニズム）を正確に把握できるように説明する。

「B. 重大性」では、対象者の健診結果によって表されている身体の様子が将来や現状に与える影響（糖尿病の顕在化した病変進展とそのリスク要因、臓器障害の恐れ、将来の健康障害予測）について伝え、このまま放置するなどして病気になることによって、医療費がどのくらいかかるのか、寝たきり・人工透析の可能性、家族への負担などの生じる不利益について具体的にイメージできるように説明する。

「C. 行動することによる利益」として、受療することや生活習慣を改善することで得られる身体へのリスク低下のメリットなどを対象者が認識できるように説明する。

「D. 行動することによる障害・負担」では、現在の状況（家族構成、職歴、生活習慣など）を確認するとともに対象者が生活改善する際に、何が障害となっているのか、対象者の反応に合わせて、障害・負担になるもの（リスク低下の阻害要因）をやり取りの中で引き出す。例えば、医療機関へのアクセスが難しい場合はその紹介、受療に伴う経済的な負担であれば経費の見込みを知らせるなど、障害・負担になるものを減少させるような方策について、受療に伴う障害や負担と受療による利益を確認しながら、対象者とともに検討する。経済的問題、家族のサポートの欠如など目に見える障害の他、面倒くささ、医療機関への受療のデメリットを感じる事など、心理的な障害も含む。また、受療に併せて生活習慣改善の継続を行う必要がある場合、受療そのものに対する障害、負担となりうる。

「E. 自己効力感」では、適切な行動を成し遂げられるという対象者の予期、および確信について確認する。対象者が「放っておけない状態」であることを理解できているかを、対象者の発言などから確認する。AからDまでの内容を対象者が理解することで、自己効力感が高まり、行動変容につながると考えられる。

「F. 行動のきっかけ/目標の設定」では、自己効力感が高まった際に、行動変容できるように対象者に受療を勧める、必要な生活習慣改善項目があれば伝えるなど働きかける。減量目標体重を示すなど、具体的な行動の小目標を対象者とともに考える。

また、この時に受療行動の重要性の理解及び受療行動をとる確信の程度について、11段階スケールにて評価する。

3.4 記録

記録は管理台帳（様式1）と保健指導記録票（初回：様式4）の2つに記載する。

4. レセプトによる受療確認（健診受診後 4～5 ヶ月以内）

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」からレセプトの傷病名・薬剤名（図 10）、および調剤報酬明細書の医薬品名（図 11）を見て、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。

確認した医療機関受療の有無、薬物治療状況の有無（薬物治療有であれば、可能な限り薬剤名）などを管理台帳（様式 1）と保健指導記録票（継続：様式 5）に記入する。

5. 継続保健指導①（健診受診後 4～5 ヶ月以内）

継続保健指導①の内容は、以下の通り実施する。

5.1 目的

- ① 初回保健指導後の受療状況を把握し、受療している場合は、継続して受療できるように支援する。
- ② 受療していない場合は、受療しない理由を把握し、対象者が受療できるように支援する。

5.2 保健指導の準備

健診受診後 4～5 か月のレセプトにより、受療状況を確認した後、それを踏まえて保健指導計画を立て、未受療の場合は、初回保健指導時と同様にアセスメントを実施する。受療した場合は、薬剤治療の有無を踏まえ、継続受療を促すための計画を立てる。この内容は保健指導記録票（継続保健指導①：様式 5-1）に記載する。記入の方法は「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 5) 保健指導記録票 継続」を参照のこと。

5.3 方法

対象：初回保健指導対象者（家族などの同席可）

形態：未受療の場合は、家庭訪問または個別面接

受療したが薬物治療なしの場合は、個別面接、ただし、医師の指示で継続受療不要や尿検査再検で異常なし、白衣高血圧などの場合は電話も可能とする

受療し薬物治療中の場合は、電話による

初回保健指導ができなかった場合は、可能な限り訪問、面接による保健指導を試み、実施できなかった場合は経年表、構造図、保健指導資料及び受療勧奨の文章を送付し、電話による保健指導を行う。

時間：30分程度

帳票：保健指導記録票（継続指導①）（様式 5-1）、必要に応じて健診結果経年表（様式 2）、
構造図（様式 3）

資料：必要な保健指導教材資料（表 1 より対象者に該当するもの）、医療機関一覧表、受療
の重要性・可能性の 11 段階スケール

保健指導内容

- 未受療の場合は、対象者の受療に対する考え方、受療の障害や負担となっている事項などについて再度確認する。受療による利益や身体状況の変化などについて説明しながら、受療の障害や負担となっている事項の解決を図ることで、対象者が受療行動につながるという確信を獲得する。
- 受療している場合は、そのまま受療を継続できるよう受療継続による利益や受療後の身体状況の変化などを確認する。この際、保健師は対象者が受療した医療機関と良好な信頼関係を保てるように配慮しながら、継続保健指導を実施する。

【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。

【訪問目的の説明など】

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。初回保健指導後の受療行動を確認する。

【保健指導の実施】

招き入れられた場所で、初回保健指導後の状況について、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計画に基づいて保健指導を行う。受療していた場合と未受療の場合に応じて HBM に基づいた受療行動促進モデルに沿った内容を展開する。

【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。

5.4 記録

(1) 保健指導記録票（継続保健指導①：様式 5-1）

保健指導の準備、継続保健指導①の内容、受療行動に関する 11 段階スケールの評価結果、及び今後の保健指導時期などについて記録する。記入の方法は「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 5) 保健指導記録票 継続」を参照のこと。

(2) 管理台帳（様式 1）

保健指導日、保健指導の形態を記載する。また、次回のレセプト確認予定日（健診受診後 8～9 か月）、次回継続保健指導②予定日、翌年の健診受診勧奨予定日を記載する。記入の方法は「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 1) 管理台帳」を参照のこと。表 5 に受療していた場合の継続保健指導①の流れ・時間配分の例を、表 6 に未受療の場合の継続保健指導①の流れ・時間配分の例を示す。

表 5 受療していた場合の継続保健指導①の流れ・時間配分の例

過程	具体的内容 (ヘルス・ビリーフ・モデルの要素に準じる)	使用資料番号	所要時間 (目安)
説明 訪問目的の	所属や氏名、訪問の目的を伝える。 対象者の体調を気遣う言葉かけを行う。 初回保健指導後の受療行動を確認する。	—	2分
保健指導の実施 (受療行動促進モデルに沿って実施…表2参照)	・受療結果、服薬内容や食事指導などの指示事項などがどのようなものだったか確認する。継続受療(非薬物治療)か継続受療(薬物治療)、継続受療の必要なし(医師の指示)の別について確認する。 ・受療し、どうだったか、主治医から伝えられたことで不安に感じたり、理解できなかつたりしたことはなかったか確認する。 ・不安に感じたり、理解できなかつたりしたことがあれば説明をする。	—	13分
	【D. 行動することによる障害・負担】 現在の状況を確認するとともに対象者の反応に合わせて、負担に感じていることなどがいないか確認する。 受療しながら対象者自身が生活習慣を改善しておくことが治療コントロールを良好にする事項があれば、生活改善する際の障害・負担になるもの(リスク低下の阻害要因)を確認して支援する。	血圧-3、血圧-4、糖-3、糖-4 コ-4、コ-5 尿-1 生-1～生-14	8分
	【E. 自己効力感】 対象者が受療を継続すること、生活習慣を改善した方が良い状態であることを理解できているか、対象者の発言などから確認する。 【F. 行動のきっかけ】 自己効力感が高まっているので、受療の継続、生活習慣の改善についての対象者の意向を確認して有効な小目標をたてるよう支援する。	生-1～生-14 (特に行動のきっかけで使用 する)	5分
今後の見通しの説明	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。	—	2分
合計		—	30分

表 6 未受療の場合の継続保健指導①の流れ・時間配分の例

過程	具体的内容 (ヘルス・ビリーフ・モデルの要素に準じる)	使用教材番号	所要時間 (目安)
訪問目的の説明	<p>所属や氏名、訪問の目的を伝える。</p> <p>対象者の体調を気遣う言葉かけを行う。</p> <p>初回保健指導後の受療行動を確認する。</p>	—	2分
保健指導の実施 (受療行動促進モデルに沿って実施…表2参照)	<p>※ 初回保健指導に立ち戻る。しかし、一度保健指導をしたうえでの未受療ということを念頭に置く。したがって、「A. 罹患性・虚弱性」「B. 重大性」を説明する前に、「D. 行動することによる障害・負担」について伺う。</p> <p>【D. 行動することによる障害・負担】</p> <p>現在の状況を確認するとともに対象者の受療に対する意向を確認する。受療する際の障害・負担になるもの(リスク低下の阻害要因)を確認する、受療に伴う障害や負担と受療による利益を確認しながら、対象者とともに検討する。</p> <p>【A. 罹患性・虚弱性】 初回保健指導参照</p> <p>【B. 重大性】 初回保健指導参照</p>	<p>様式 2</p> <p>様式 3</p> <p>共通-1①、共通-1②</p> <p>共通-2</p> <p>血压-1、血压-2、血压-5</p> <p>糖-1、糖-2①、糖-2②、糖-2③、糖-2④</p> <p>コ-1、コ-2、コ-3</p>	13分
	<p>【C. 行動することによる利益】 初回保健指導参照</p>	<p>血压-3、血压-4、</p>	8分
	<p>【D. 行動することによる障害・負担】</p> <p>現在の状況を確認するとともに対象者の受療に対する意向を確認する。生活改善する際の障害・負担になるもの(リスク低下の阻害要因)を確認する、障害・負担になるものを減少させるような方策について、受療に伴う障害や負担と受療による利益を確認しながら、対象者とともに検討する。</p>	<p>糖-3、糖-4</p> <p>コ-4、コ-5</p> <p>尿-1</p>	
	<p>【E. 自己効力感】</p> <p>対象者が「放っておけない状態」であることを理解できているか、受療行動をとることを決めているかなどについて、対象者の発言などから確認する。</p> <p>【F. 行動のきっかけ】</p> <p>自己効力感が高まった際に、行動変容できるように対象者に受</p>	—	5分

	療を勧める、必要な生活習慣改善項目があれば伝えるなど働きかける。具体的な行動の小目標を対象者ととも考える。 受療行動の重要性の理解及び受療行動をとる確信の程度について、11段階スケールにて評価する。		
今後の見通しの説明	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。	—	2分
合計		—	30分

6. レセプトによる受療確認（健診受診後7～8ヶ月以内）

「4 レセプトによる受療確認（健診受診後4～5ヶ月以内）と同様にする。

7. 継続保健指導②（健診受診後7～8ヶ月以内）

7.1 目的

- ① 継続保健指導①後の受療状況を把握し、受療している場合は、継続して受療できるように支援する。
- ② 受療していない場合は、受療しない理由を把握し、対象者が受療できるように支援する。
- ③ 次回の特定健診受診の必要性を説明し、対象者が翌年度健診を受診できるように支援する。

7.2 方法

対象：初回保健指導対象者（家族などの同席可）

形態：原則、家庭訪問または個別面接とするが、状況によっては以下のとおり、電話や文書も可能とする。

未受療の場合は、家庭訪問または個別面接

非継続受療者の場合は、家庭訪問または個別面接

受療し薬物治療開始した場合は、電話

受療及び薬物治療継続中の場合は、電話もしくは文書

受診したが医師の判断で継続受療が不必要の場合は、その情報を保健指導記録票に記載する。

なお、受療が不必要な場合も、対象者となった当該年度は本プログラムに沿って保健指導を行うがこれ以降のレセプト確認は不要。

薬物治療なしでも経過観察など継続受療が必要な場合は、その情報を保健指導記録票に記載し、本プログラムに沿って保健指導を行う。

継続保健指導①で訪問、面接、電話のいずれの方法でも保健指導が実施できなかった場合は、訪問、面接、電話による保健指導を試みる。継続保健指導②においても、いずれの方法でも実施できなかった場合は、レセプト確認による受療状況を踏まえ、未受療なら、受療を促進し、受療なら受療継続と生活習慣改善を勧める文章を送付する。その際、翌年の健診受診を勧奨する内容も含める。

時間：最長でも 30 分以内

帳票：保健指導記録票（継続指導②）（様式 5-2）、必要に応じて健診結果経年表（様式 2）、構造図（様式 3）

資料：学習に必要な保健指導資料（表 1 より対象者に該当するもの）、医療機関一覧表、受療の重要性・可能性の 11 段階スケール

保健指導内容

- 受療している場合は継続できるよう受療継続による利益を確認するとともに、治療コントロールの向上につながる必要な生活習慣改善について支援する。
- 未受療の場合は、なお受療の阻害要因や負担となっている事項を確認し、受療しないことによる不利益を確認するなどの保健指導を行う。同時にその後の身体状況の変化などを確認する。

7.3 記録

(1) 保健指導記録票（継続保健指導記録票②：様式 5-2）

継続受診勧奨など保健指導の内容、未受療の場合は受療行動に関する 11 段階のスケール評価結果、及び今後の保健指導計画について記録する。記入の方法は「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 5) 保健指導記録票 継続」を参照のこと。

(2) 管理台帳（様式 1）

保健指導日、保健指導の形態を記載する。記入の方法は「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 1) 管理台帳」を参照のこと。

8. 翌年度の健診の受診勧奨

健診受診から 1 年後において、健診未受診の場合は、受診勧奨を行う。

9. 対象者における介入 2 年度目以降の保健指導

(1) 介入 2 年度目以降は、前年度の健診受診月から 1 年経過した後も翌年度の特定健診未受診の者には受診勧奨を行う。

(2) 介入 2 年度目の健診受診の結果及び質問票による受療状況で、1) 未受療重症化ハイリスク者、2) 受療中重症化ハイリスク者、3) 非重症化ハイリスク者、4) 健診未受診者の 4 つに分け、それぞれ以下のとおりに保健指導を行う。

1) 未受療の重症化ハイリスク者（治療放置、中断含む）

介入 2 年度目、初回保健指導対象者で、前年度に保健指導介入を行ってもなお、新たな健診時の質問票で未受療（前年度の保健指導介入で一旦、受療した後の治療放置は含まない）であって、健診結果で重症化ハイリスク者に該当する場合は、介入開始年度と同様の時期、保健指導形態、回数による保健指導を行う。

【保健指導のポイント】

前年度保健指導を行っても受療できない、または受療したいと思わない理由を保健指導前にアセスメントし、介入 2 年度目の初回保健指導では、受療行動促進モデルによる虚弱性、罹患性及び重大性について、再度確認する。

2) 受療中の重症化ハイリスク者

介入2年度目、初回保健指導対象者が新たな健診時の質問票で受療していると記されているか、または前年度保健指導後に対象の重症化ハイリスク項目について受療したことを把握している場合であっても、健診結果で重症化ハイリスク者に該当する場合は、以下のとおり介入2年度目以降の保健指導を行う。

- ① 新たな健診を受診後1～2ヵ月後にレセプト確認し、受療状況を把握する。その結果を踏まえて、保健指導計画を立案し、介入2年度目の初回保健指導を実施する。
- ② 介入2年度目初回保健指導から6ヵ月後のレセプトを確認し、継続保健指導①を実施する。
- ③ 継続保健指導①の保健指導の方法は介入開始年度と同様とする。保健指導形態は、原則、家庭訪問又は個別面接とするが、いずれの場合でも複数回連絡をとっても会えなかった場合は、電話でも良いものとするが、電話で不在の時は、時間、曜日を変えて複数回以上電話を行う。電話は原則としてつながるまで行うが、電話の拒否や不通等、やむを得ない事情がある時は文書とする。

【保健指導のポイント】

保健指導の前に、受療しているにも関わらず健診結果が改善していない理由（服薬のタイミングのずれや服薬中断、生活習慣の悪化など）をアセスメントしておき、継続保健指導①で確認するとともに、なぜ改める必要があるのか理解してもらえよう保健指導を行う。必要に応じて、保健指導対象者の同意のもと、主治医との連絡調整を行う。

3) 非重症化ハイリスク者

介入2年度目、初回保健指導対象者が新たな健診結果で、重症化ハイリスク者に該当しない場合も介入2年度目以降の保健指導を行う。保健指導の回数、時期は、2) 受療中の重症化ハイリスク者と同様とする。

【保健指導のポイント】

重症化ハイリスク者に該当しなくなったことがどのような利益につながっているのか確認するとともに、必要に応じて、生活習慣改善指導を行う。

4) 健診未受診者

上記(1)による健診受診勧奨を行った後、6ヵ月経過しても健診未受診の場合は、再度、電話や家庭訪問による健診受診勧奨を行う。その際、事前に直近のレセプト内容を確認し、受療状況、服薬状況を把握しておく。

受療開始したことにより「健診不要」と保健指導対象者が判断している場合があるので、健診の必要性を十分説明し、健診受診を促す。

健診受診結果に基づき、上記1)～3)の保健指導を行う。

- (3) 健診未受診者のうち、前年度、重症化ハイリスクであった健診データ項目と同項目について、特定健診以外の健診（人間ドックなど）や特定健診以外の医療機関での検査結果の提出があった者は、保健指導を行ってもよい。この場合の保健指導結果は、保健指導記録票継続保健指導（2年度目以降手書用）（様式5-4）に手書きし、対象者の個人情報情報はマスキングした上でコピーし、データセンターに送付する。解析データには含まないが、データセンターにおいて証拠書類として帳票を厳重に保管する。

10. 保健指導が困難になった場合の対応

対象者が中止を希望した場合や、入院や他の疾患発症などの理由により保健指導を受けることが困難になった場合には、保健指導は中止せず、保健指導ができない理由を保健指導記録票に記入し、データセンターに送付する。なお、保健指導対象者は重症化ハイリスク者であることから、保健指導の中止を希望した場合でも、できるだけ保健指導を継続できるよう、例えば、手紙や電話など可能な範囲の手段で連絡を取るよう心がける。

V 帳票類

様式1：管理台帳

様式2：健診結果通知表（経年表）

様式3：構造図

様式4：保健指導記録票（初回）

様式5-1：保健指導記録票（継続保健指導①）

様式5-2：保健指導記録票（継続保健指導②）

様式5-3：保健指導記録票（継続保健指導①）

様式5-4：保健指導記録票（継続保健指導[2年度目以降手書用]）

様式6：介入除外確認シート

自治体番号
市町村名 (郵便番号、市町村名)

氏名 氏名 大抵 大抵	生年月日 S/H Y/Y年MM/DD日	【 年経】		〇月(健診受診月)						〇月		〇月		〇月		〇月		〇月			
		管理用番号 個人番号	健診受診日 H Y/Y年MM/DD日	重症性別 HDL-Chol	血圧 LDL-Chol	糖 HbA1c	脂 クレアチニン	尿酸 eGFR	初回受診日 予定日	再診日 指明日	継続受診(非薬物) 指明日	継続受診(薬物) 指明日	継続受診(薬物) 指明日	継続受診(薬物) 指明日	継続受診(薬物) 指明日	継続受診(薬物) 指明日	継続受診(薬物) 指明日	継続受診(薬物) 指明日	継続受診(薬物) 指明日	継続受診(薬物) 指明日	
氏名 大抵 大抵	S/H Y/Y年MM/DD日	管理用番号 個人番号	健診受診日 H Y/Y年MM/DD日	重症性別 HDL-Chol	血圧 LDL-Chol	糖 HbA1c	脂 クレアチニン	尿酸 eGFR	初回受診日 予定日	再診日 指明日	継続受診(非薬物) 指明日	継続受診(薬物) 指明日	継続受診(薬物) 指明日	継続受診(薬物) 指明日	継続受診(薬物) 指明日	継続受診(薬物) 指明日	継続受診(薬物) 指明日	継続受診(薬物) 指明日	継続受診(薬物) 指明日	継続受診(薬物) 指明日	
氏名 大抵 大抵	S/H Y/Y年MM/DD日	管理用番号 個人番号	健診受診日 H Y/Y年MM/DD日	重症性別 HDL-Chol	血圧 LDL-Chol	糖 HbA1c	脂 クレアチニン	尿酸 eGFR	初回受診日 予定日	再診日 指明日	継続受診(非薬物) 指明日	継続受診(薬物) 指明日	継続受診(薬物) 指明日	継続受診(薬物) 指明日	継続受診(薬物) 指明日	継続受診(薬物) 指明日	継続受診(薬物) 指明日	継続受診(薬物) 指明日	継続受診(薬物) 指明日	継続受診(薬物) 指明日	継続受診(薬物) 指明日

健康診査受診結果通知表(経年表)

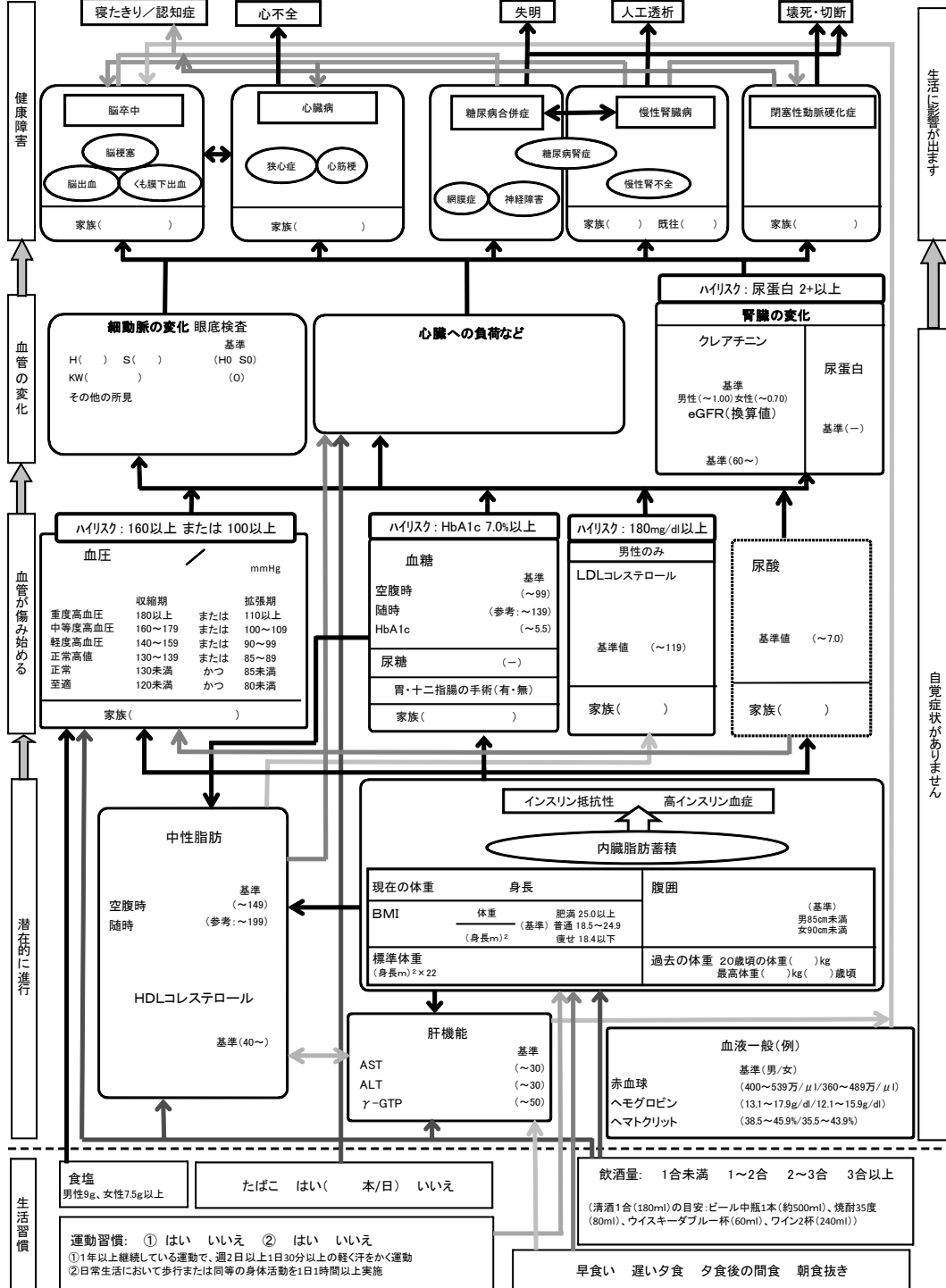
〒		受診券番号												
		被保険者番号												
		生年月日		(歳)										
		様(性別)		電話番号										
		基準値 単位		歳		歳		歳		歳		歳		
		受診日		H 年 月 日		H 年 月 日		H 年 月 日		H 年 月 日		H 年 月 日		
大きな 身体の	身長	cm												
	体重	kg												
	BMI	18.5~24.9												
内臓脂肪の 蓄積等	腹囲	男85cm 女90cm未満												
	中性脂肪	150mg/dl 未満												
	HDLコレステロール	40mg/dl 以上												
	肝機能	AST (GOT)	31 U/l 未満											
		ALT (GPT)	31 U/l 未満											
γ-GT (γ-GTP)		51 U/l 未満												
血管を傷つける 条件	血糖	空腹時血糖	100mg/dl 未満											
		非空腹時血糖 ※1	140mg/dl 未満											
		HbA1c	5.6% 未満											
	血圧	尿糖	(-)											
		血圧(1回目)		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
		血圧(2回目)	収縮期130mmHg未満/ 拡張期85mmHg未満	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	LDLコレステロール	120mg/dl 未満												
尿酸	7.1mg/dl 未満													
腎臓	血清クレアチニン	男1.00 女0.70mg/dl 以下												
	eGFR	60ml/分以上												
	尿蛋白	(-)												
	尿潜血	(-)												
易 貧血 傾向	ヘマトクリット	男38.5~45.9% 女35.5~43.9%												
	血色素(ヘモグロビン)	男13.1~17.9g/dl 女12.1~15.9g/dl												
	赤血球	男400~539万/mm ³ 女360~489万/mm ³												
心電図														
眼底			H()S()	H()S()	H()S()	H()S()	H()S()	H()S()	KW	KW	KW			
			その他											
メタボリックシンドローム判定														
特定保健指導判定														
※1 随時血糖値の基準は、日本糖尿病学会において糖負荷試験が強く推奨される範囲の下限値を示した。														
【問診票の回答内容・医師の診断(判定)】 H25年 5月0日														
薬の 使用	血圧	いいえ	体重	20歳から10kg以上増加		【医師の判断(判定)】								
	血糖	いいえ		この1年間で±3kg以上の増減										
	コレステロール	いいえ		1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、 1年以上実施										
	その他	いいえ												
現病歴・ 既往歴	脳卒中	いいえ	運動	日常、歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施										
	心臓病	いいえ												
	慢性の腎不全	いいえ		同年齢の同性より歩く速度が速い										
貧血	貧血	いいえ	食事	食べる速度が速い										
	その他	いいえ		就寝前の2時間以内の夕食が週3回以上										
現在、たばこを習慣的に吸っている	いいえ			夕食後の間食が週3回以上										
飲酒	お酒を飲む頻度	時々			朝食を抜くことが週3回以上									
	飲酒日の1日当たりのお酒の量	1合未満	睡眠	睡眠で休養が十分とれている										

様式2 管理用番号 一 個人番号

健診結果構造図

受診券番号: 999999999 被保険者番号: 99999999999 健診受診日 平成 年 月 日

様 歳 性別
〇〇市△△町□号



※この図は代謝異常の関係や動脈硬化の進展を理解するための学習教材として使用するもので、医学的診断のためのものではありません。
様式3 管理用番号 一人番号

対象者個人情報	氏名 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		
年齢	[年度目]	<input type="checkbox"/> 未受療重症化	<input type="checkbox"/> 受療中重症化	<input type="checkbox"/> 非重症化
管理用番号		個人番号		
保健指導準備	訪問予定調整日 平成 年 月 日		指導決定(予約)日及び時間 平成 年 月 日 時 分~	
	備考 連絡調整回数等		指導形態 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> その他	
			指導場所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他	
	レセプトチェック実施日(必須) 平成 年 月 日		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(未受療確認)	
経年表への過去データの記載(必須) <input type="checkbox"/> 実施済み <input type="checkbox"/> 未実施(初めて受診者)		保健指導計画よみとり(アセスメント)		
使用予定の資料番号(必須)				
・予防ターゲットとなるリスクの確定 [罹患性・重大性の理解] ・リスク低下の阻害要因の推定 [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] ・受療と併せて、必要な生活習慣の改善項目がないか ・その他 ・保健指導に必要な資料を確認したか <input type="checkbox"/> 標準的な質問票 <input type="checkbox"/> 過去の指導記録表 <input type="checkbox"/> その他書類 (準備に要した時間 <input type="text"/> 分間程度) (必須)				

		管理用番号				個人番号															
保健指導実施結果	指導保健師番号(必須)		氏名(必須)																		
	実施者(必須)		<input type="checkbox"/> 本人		<input type="checkbox"/> 家族()				<input type="checkbox"/> 本人、家族とも会えず												
	実施日(必須)		平成	年	月	日	実施形態(必須)														
	実施時間(必須)		時	分	～	時	分	<input type="checkbox"/> 家庭訪問 <input type="checkbox"/> 個別面談													
	(所要時間の逸脱の場合その理由)		分間		<input type="checkbox"/> その他																
			指導場所(必須)				<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他														
現在の状況																					
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																					
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20%; border-right: 1px solid black; text-align: center;">0時</td> <td style="width: 20%; border-right: 1px solid black; text-align: center;">6時</td> <td style="width: 20%; border-right: 1px solid black; text-align: center;">12時</td> <td style="width: 20%; border-right: 1px solid black; text-align: center;">18時</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">24時</td> </tr> </table>												0時	6時	12時	18時	24時					
	0時	6時	12時	18時	24時																
使用した資料番号(必須)																					
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																					
本人の気づき																					
相談(目標と)したこと																					
<small>・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](必須) [複数チェック可]</small> <input type="checkbox"/> 受療する必要があると思っていない <input type="checkbox"/> 忙しい <input type="checkbox"/> 家庭の理由 <input type="checkbox"/> 経済的な問題 <input type="checkbox"/> 医療機関不信 <input type="checkbox"/> 医療機関へのアクセス <input type="checkbox"/> 怖い <input type="checkbox"/> 先に生活習慣改善をしてみたい <input type="checkbox"/> その他(具体的に) <input type="checkbox"/> 特になし																					
・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)																					
・提案した行動のきっかけ <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 困難																					
・その他																					
受療について(必須)																					
健診後自己判断で受療開始 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																					
受療先医療機関名					当該医療機関の選定理由 <input type="checkbox"/> 紹介 <input type="checkbox"/> 本人希望																
受療の重要性[0(最小)～10(最大)]						段階		受療行動の可能性[0(最小)～10(最大)]													
今後の指導計画	しそつ確認実施時期(必須)																				
	平成		年	月	日に確認																
	継続保健指導実施時期(必須)																				
平成		年	月	日に継続保健指導		<input type="checkbox"/> 予定 <input type="checkbox"/> 予約済み															
管理台帳への記載(必須)																					
<input type="checkbox"/> 記載済み																					
備考																					