

対象者個人情報	氏名 <b>カナ</b> (生年月日)		被保険者番号											
	住所		特定健診受診日 平成 年 月 日											
	性別		重症種別 血圧 糖 脂 尿											
	年齢		特定保健指導 積 動 情 不											
レセプト確認	健診結果		未受療重症化ハイリスク者(2年度目以降)											
	[ 年度目 ]													
保健指導準備	管理用番号		個人番号											
	レセプトチェック実施日(必須) 平成 年 月 日		レセプトなし(未受療・中断)											
保健指導実施結果	<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)											
	・受療疾病名 血圧 糖 脂質 腎		・投薬名											
	・初診年月日 平成 年 月 日													
	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 <input type="text"/> 分程度)											
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) <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> 電話											
	実施時間(必須) 時 分～ 時 分 <input type="text"/> 分間 <small>(所要時間の逸脱の場合その理由)</small>		<input type="checkbox"/> その他											
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 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20%;">0時</td> <td style="width: 20%;">6時</td> <td style="width: 20%;">12時</td> <td style="width: 20%;">18時</td> <td style="width: 20%;">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: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>														
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]														
・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														

	管理用番号	個人番号
保健指導結果から(受療状況)	<p><b>受療していた場合(必須)</b>      <input type="checkbox"/> 継続受療(非薬物治療) (初回保健指導から3か月後までのレセプトでの情報により)</p> <p><b>受療結果(必須)</b>                      <input type="checkbox"/> 継続受療(薬物治療) (初回保健指導から3か月後までのレセプトでの情報により)</p> <p>   <input type="checkbox"/> 継続受療の必要なし(医師の指示) (初回保健指導から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)</p> <p><b>未受療の場合 理由(必須)</b>      [複数チェック可] (初回保健指導から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)</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> 怖い    <input type="checkbox"/> 先に生活習慣改善を試みたい    <input type="checkbox"/> その他(具体的に)</p> <p><b>今後の受療について(必須)</b></p> <p>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 _____</p> <p>受療の重要性[0(最小)~10(最大)]    <input type="text"/> 段階    受療行動の可能性[0(最小)~10(最大)]    <input type="text"/> 段階</p>	
今後の指導計画	<p><b>レセプト確認実施時期(必須)</b>      平成    年    月に確認</p> <p><b>継続保健指導実施時期(必須)</b>      平成    年    月    日に継続保健指導    <input type="checkbox"/> 予定    <input type="checkbox"/> 予約済み</p> <p><b>管理台帳への記載(必須)</b>              <input type="checkbox"/> 記載済み</p>	
備考		

対象者個人情報	氏名 <b>ナナ</b> (生年月日)		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			個人番号	
レセプト確認	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)			
	・受療疾病名 血圧 糖 脂質 腎 <input type="checkbox"/> 初診年月日 平成 年 月 日		・投薬名	
	<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 <input type="text"/> 分程度)			
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) <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書	
	実施時間(必須) 時 分 ~ 時 分 <input type="text"/> 分間 (所要時間の逸脱の場合その理由)		<input type="checkbox"/> その他 _____ 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   0時   6時   12時   18時   24時				
使用した資料番号(必須) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
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]				
・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				

	<b>管理用番号</b>	<b>個人番号</b>
保健指導結果から(受療状況)	<p><b>受療していた場合(必須)</b>      <input type="checkbox"/> 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)</p> <p><b>受療結果</b>      <input type="checkbox"/> 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)</p> <p>                  <input type="checkbox"/> 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)</p> <p><b>受療中断の場合 理由(必須)</b>      [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)</p> <p><input type="checkbox"/> 受療する必要がないと思っている    <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</p> <p><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)</p>	
	<p><b>未受療の場合 理由(必須)</b>      [複数チェック可]</p> <p><input type="checkbox"/> 受療する必要がないと思っている    <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</p> <p><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)</p>	
	<p>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</p> <p>受療の重要性[0(最小)~10(最大)](必須)    <input type="text"/> 段階    受療行動の可能性[0(最小)~10(最大)](必須)    <input type="text"/> 段階</p>	
	<p><b>管理台帳への記載(必須)</b>      <input type="checkbox"/> 記載済み</p>	
翌年度の健診受診勧奨	<p><b>健診受診勧奨予定</b>      平成    年    月    日 に健診未受診であった場合に受診勧奨実施</p>	
	<p><b>健診受診勧奨結果</b></p> <p>・実施日 平成    年    月    日</p> <p>・対象者    <input type="checkbox"/> 本人    <input type="checkbox"/> 家族</p> <p>・実施方法 <input type="checkbox"/> 訪問    <input type="checkbox"/> 個別    <input type="checkbox"/> 電話    <input type="checkbox"/> 文書    <input type="checkbox"/> メール</p> <p>                  <input type="checkbox"/> その他(具体的に) _____</p> <p>・未受診理由(聞き取れた場合に記載)</p> <p>                  <input type="checkbox"/> 忙しい    <input type="checkbox"/> 必要なし    <input type="checkbox"/> 経済的な問題    <input type="checkbox"/> 医療機関不信</p> <p>                  <input type="checkbox"/> その他(具体的に) _____</p> <p>・健診受診済みと回答    <input type="checkbox"/> 平成    年    月    日</p>	
	<p><b>管理台帳への記載</b>      <input type="checkbox"/> 記載済み</p>	
	<p>備考</p>	

対象者個人情報	氏名 <b>カ+</b> (生年月日)		住所		被保険者番号	
	特定健診受診日 平成 年 月 日		重症種別 血圧 糖 脂 尿		特定保健指導 積 動 情 不	
	性別	健診結果		□受療中重症化 □非重症化		
	年齢	[ 年度目 ]				
管理用番号			個人番号			
レセプト確認	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) □調剤レセプトあり		□レセプトなし(未受療・中断)	
	・受療疾病名 血圧 糖 脂質 腎		・初診年月日 平成 年 月 日		・投薬名	
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)	
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) □本人 □家族( )		□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) □訪問 □個別 □電話			
	実施時間(必須) 時 分~ 時 分 分間 <small>(所要時間の逸脱の場合その理由)</small>		□その他			
指導場所(必須) □自宅 □その他						
指導内容						
家族構成(必須) □ 単身 □ 夫婦のみ □ 子どもまたは親等2人世帯 □ 3人以上世帯						
職 歴						
生活習慣						
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]						
・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]						
□食事 □身体活動 □喫煙 □飲酒 □睡眠 □休養 □なし						
具体的に						
・提案した行動のきっかけ(必須) □不要 □困難						
受療以外に、前回の保健指導以降始めたこと □あり □なし						
具体的に						
・その他						

	<b>管理用番号</b>	<b>個人番号</b>
保健指導結果から(受療状況)	<p><b>受療していた場合(必須)</b>      <input type="checkbox"/> 継続受療(非薬物治療) (初回保健指導から6か月後までのレセプトでの情報により)</p> <p><b>受療結果(必須)</b>                      <input type="checkbox"/> 継続受療(薬物治療) (初回保健指導から6か月後までのレセプトでの情報により)</p> <p style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> 継続受療の必要なし(医師の指示) (初回保健指導から6か月後までのレセプトがない場合での本人からの情報)</p> <p><b>未受療の場合 理由(必須)</b> [複数チェック可] (初回保健指導から6か月後までのレセプトがない場合での本人からの情報)</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 受療する必要がないと思っている   <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</p> <p style="margin-left: 20px;"><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)</p>	
	<p><b>今後の受療について(必須)</b></p> <p>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</p> <p>受療の重要性[0(最小)~10(最大)]   <input type="text"/> 段階      受療行動の可能性[0(最小)~10(最大)]   <input type="text"/> 段階</p>	
翌年度の健診受診勧奨	<p><b>健診受診勧奨予定</b>                                      平成    年    月    日 に健診未受診であった場合に受診勧奨実施</p>	
	<p><b>健診受診勧奨結果</b></p> <p>・実施日   平成    年    月    日</p> <p>・対象者    <input type="checkbox"/> 本人    <input type="checkbox"/> 家族</p> <p>・実施方法 <input type="checkbox"/> 訪問   <input type="checkbox"/> 個別   <input type="checkbox"/> 電話   <input type="checkbox"/> 文書   <input type="checkbox"/> メール</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> その他(具体的に) _____</p> <p>・未受診理由(聞き取れた場合に記載)</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 忙しい   <input type="checkbox"/> 必要なし   <input type="checkbox"/> 経済的な問題   <input type="checkbox"/> 医療機関不信</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> その他(具体的に) _____</p> <p>・健診受診済みと回答   <input type="checkbox"/>   平成    年    月    日</p>	
	<p><b>管理台帳への記載</b>                                      <input type="checkbox"/> 記載済み</p>	
備考		

対象者個人情報	氏名 <b>カ+</b> (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 糖尿 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		
保健指導内容	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) <input type="checkbox"/> 家庭訪問 <input type="checkbox"/> 個別面談	
	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)		<input type="checkbox"/> その他 指導場所(必須) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他	
保健指導の参考としたデータ <input type="checkbox"/> 特定健診以外の健診(人間ドックなど) <input type="checkbox"/> 医療機関での検査結果 <input type="checkbox"/> その他 (データの値など記入)				
相談(目標)したこと				

管理用番号	個人番号



対象者個人情報	氏名	介ナ	(生年月日)
	住所	被保険者番号	
	特定健診受診日	平成 年 月 日	重症種別 血圧 糖尿 脂尿
	性別	特定保健指導 積動情不	
年齢	健診結果		
管理用番号	個人番号		
介入除外確認	<p>○<b>研究対象者「対象外」に該当した場合</b></p> <p>該当日 平成 年 月 日</p> <p>該当した項目 <input type="checkbox"/> すでに対象疾患で受療していた</p> <p style="padding-left: 40px;">具体的に</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 50px; margin-left: 60px;"></div>		
<p>○<b>国保から異動した場合</b></p> <p>異動日 平成 年 月 日</p> <p>異動事由 <input type="checkbox"/> 市外転出</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> その他の保険加入</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 生活保護開始</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 死亡</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険移行</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 国保内での世帯合併・分離</p>			
※除外となる事由が確認された場合には、研究班に連絡、協議の上除外対象者として記入してください。			

## 別添 1 変更の履歴

変更年月	変更箇所	変更内容	変更理由
平成 26 年 5 月 29 日 (Ver2.0)	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)	一般的な保健指導にかかる定義を追加、受療行動促進モデルを活用した保健指導の定義を追記	受療行動促進モデルを活用した保健指導と、一般的な保健指導の違いを明確にしたため。
	2.1 対象者	HbA1c、血糖値における重症化ハイリスク者の基準値の変更	研究計画書の基準値変更へ整合。
	2.2 プログラムの流れ	図 2-1 変更 図 2-2 追加	検討中の介入 2 年度目以降の保健指導プログラムを確定したため。
	3.1 管理台帳 (様式 1)	図 3 変更 図 3 の説明の変更	使用方法を、より詳細に記載したため。
	3.2 健診結果経年表 (様式 2)	「健診結果経年表」未登載であったが図 4 として追加 図 4 説明の変更	使用方法を、より詳細に記載したため。
	3.3 構造図 (様式 3)	「構造図」未登載であったが図 5 として追加 図 5 説明の変更	使用方法を、より詳細に記載したため。
	3.4 保健指導記録票 初回(様式 4)	図 4、5 として登載していたものを図 6 に変更 図 6 説明の変更	様式を一部変更したため。 使用方法を、より詳細に記載したため。
	3.5 保健指導記録票 継続保健指導① (様式 5-1) 3.6 保健指導記録票 継続保健指導② (様式 5-2)	図 6 として登載していたものを図 7 と図 8 に変更 図 7、8 説明の変更	継続保健指導①、②について、保健指導記録は同じ様式を使用する予定であったが、それぞれの様式を作成したため。 それぞれの使用方法を、より詳細に記載したため。
	3.7 介入除外確認シート (様式 6)	図 7 として登載していたものを図 9 に変更 図 9 説明の変更	様式を一部変更したため。 使用方法を、より詳細に記載したため。
	4 保健指導で用いる資料	表 1 変更 説明追加	検討中の保健指導資料を新たに作成したため。 保健指導資料集が、受療行動促進モデルのどの段階で主に使用するか、追記したため。

変更年月	変更箇所	変更内容	変更理由
	5.2 保健指導に健診結果経年表と構造図を活用	説明追記 図 12 追加	保指導時に健診結果経年表と構造図を活用するための説明をより詳細に記載したため。 更に、保健指導計画立案時の構造図活用の考え方を図と文章で説明するため、図を追加し、説明文章を追加したため。
	Ⅲ保健指導の実務 1. 保健指導のながれ	図 10 を図 13 に変更	図番号を変更したため。
	3.2 方法	対象者の変更	対象者について、より詳細に記載したため。
	3.3 保健指導内容	表 3 変更	「保健指導の流れ、時間配分例」に「使用資料番号」を追加したため。
	5.4 記録	表 5 変更 表 6 変更	「保健指導の流れ、時間配分例」に「使用資料番号」を追加したため。
	9.対象者における介入 2 年度目以降の保健指導	説明追記	検討中の介入 2 年度目以降の保健指導プログラムを確定したため。
平成 27 年 1 月 13 日 (Ver3.0)	Ⅱ 受療行動促進モデルに基づく保健指導 3.4 保健指導記録票 初回(様式 4)	図 6 変更 説明追記	記入必須項目の記入漏れを防ぐため、その旨記載したため。
	3.5 保健指導記録票 継続保健指導①(様式 5-1)	図 7 変更 説明追記	記入必須項目の記入漏れを防ぐため、その旨記載したため。
	3.6 保健指導記録票 継続保健指導②(様式 5-2)	図 8 変更 説明追記	記入必須項目の記入漏れを防ぐため、その旨記載したため。
	3.7 介入除外確認シート(様式 6)	図 9 変更 説明追記	研究計画書の保健指導の中止基準の変更に整合。
	4 保健指導で用いる資料	表 1 変更	保健指導資料(共通-1-②)を追加したため。
平成 27 年 10 月 21 日 (Ver4.0)	Ⅱ 受療行動促進モデルに基づく保健指導 2.3 目標	追記	保健指導プログラムの実施目標値を追加したため。

変更年月	変更箇所	変更内容	変更理由
	3.1 管理台帳	図3 変更	保健指導介入年度の記載欄等追加のため。
	3.4 保健指導記録票 初回(様式4)	図6 変更 説明追記	モニタリングの実施に関する手順書と整合。 記入必須項目の記入漏れを防ぐため、その旨記載したため。
	3.5 保健指導記録票 継続保健指導①(様式5-1、様式5-3)	図7を図7-1に変更 図7-2を追加 説明追記	モニタリングの実施に関する手順書と整合。 記入必須項目の記入漏れを防ぐため、その旨記載したため。 介入2年度目以降の継続保健指導①要の保健指導記録票(様式5-3)を追加したため。
	3.6 保健指導記録票 継続保健指導②(様式5-2)	図8 変更 説明追記	モニタリングの実施に関する手順書と整合。 記入必須項目の記入漏れを防ぐため、その旨記載したため。
	3.7 介入除外確認シート(様式6)	介入除外判定にかかる事務手順の追記	介入除外判定にかかる事務手続きを定めたため。
	3.7 介入除外確認シート ③国保から異動した場合	(除外に該当)から(追跡期間の終了)に変更	研究計画書の記載との整合性をとった。
	Ⅲ保健指導の実務 3.2 方法	保健指導の進め方に関する説明追記	初回保健指導の進め方について、詳細に記載したため。
	5.3 方法	保健指導の実施形態について追記	保健指導の実施形態について、詳細に記載したため。
	9 対象者における介入2年度目以降の保健指導 1)未受療の重症化ハイリスク者(治療放置・中断含む)	未受療の定義を追記	未受療の定義を定めたため。
	2)受療中のハイリスク者	保健指導方法の追記	継続保健指導①の実施方法について、研究計画書の初回指導時の記述に合わせた。

変更年月	変更箇所	変更内容	変更理由
	3)非重症化ハイリスク者	保健指導方法の追記	保健指導の回数、時期について重症化ハイリスク者と同様とした。
	(3)健診未受診者のうち…… (省略)	説明追記 様式 5-4 追加	2年度目以降の保健指導の実施について追記したため。これに伴い様式 5-4 を追加。
	(3)健診未受診者のうち…… (省略)	「研究班に送付する」を「データセンターに送付する」に変更。その後の保管について明記。	解析データに用いられない保健指導結果の保管について明記した。
	10.保健指導が困難になった場合の対応	追記	介入除外判定にかかる事務手順内に記載していたが、除外該当項目ではないため、改めて、項を設け記載。



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)

モニタリングの実施に関する手順書

第1版	作成日	平成25年11月13日
第2版	作成日	平成25年11月29日
第3版	作成日	平成25年12月5日-2
第3版修正	作成日	平成25年12月18日
第4版	作成日	平成26年1月8日
第4版修正	作成日	平成26年1月9日
第5版	作成日	平成26年1月28日
第6版	作成日	平成26年3月11日
第7版	作成日	平成26年3月18日
第7版修正	作成日	平成26年4月1日
第8版	作成日	平成26年5月19日
第8版修正	作成日	平成26年5月29日
第9版	作成日	平成26年6月5日
第9版修正	作成日	平成26年7月24日
第10版	作成日	平成26年11月5日
第11版	作成日	平成26年12月18日
第12版	作成日	平成27年2月4日
第13版	作成日	平成27年9月10日

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」



## 0. モニタリングの基本的確認事項

### ○手順書の目的

本手順書は、「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」の保健指導実務に対しての、モニタリングを実施するための手順書である。モニタリング実施者が、保健指導実務のモニタリングを適切に実施するための手順その他必要な事項を定める。

### ○モニタリング実施者の責務

1. モニタリング実施者は、保健指導実務が手順書の内容に沿って適切に実施されていること、必要な事項が正確に記録されていること、及びデータの信頼性が十分に保たれていることを確認する。
2. モニタリング実施者は、モニタリングにより、保健指導の適切な実施に影響を及ぼすような事項を確認した場合、あるいは手順書からの逸脱等を確認した場合は、当該事項を速やかにモニタリングチームリーダーに伝え、チームリーダーと協働しそれらの事項を改善・防止するための適切な措置をとるように介入チームに依頼する。
3. モニタリング実施者は、モニタリングを実施した都度にモニタリング報告書を作成し、モニタリングチームリーダーに提出する。
4. モニタリング実施者は、モニタリングの際に得た身元に関する情報その他の個人情報情報を漏らしてはならない。

### ○モニタリング実施者の要件

1. モニタリング実施者は、看護職または医師の資格を有する者とし、モニタリングに必要とされる、以下4つの基本的な科学的及び臨床的知識を有し、手順書、およびモニタリング手順書を理解して臨むことができる者とする。
  - 1) 生活習慣病の保健指導実務に関連する医学・薬学・看護の基本的知識
  - 2) 生活習慣病の保健指導に関連する法規、生活習慣病関連のガイドラインに関する情報
  - 3) 疫学・統計学に関する基本的知識
2. モニタリング実施者は当該モニタリングの対象となる自治体において、当該保健指導に従事しない。

### ○介入群のモニタリングの頻度

モニタリング実施者は、モニタリング業務を十分に実施するために本研究終了時までの期間適切な頻度でモニタリングを行う。保健指導実施中のモニタリングは、初年度は3

回、2年度目以降は年2回実施する。

原則として、データセンターに送付された記録物によって実施するが、必要に応じて自治体を訪問して実施することもある。

#### ○介入群のモニタリング報告書

モニタリング実施者は、モニタリングを実施する毎に、2週間以内にモニタリング報告書を作成し推進室に提出する。作成枚数は、自治体毎に1枚は必ず作成するものとする。

モニタリング報告書には以下の内容を記載するものとする。

- 1) モニタリングを行った日時
- 2) モニタリングの対象となった市の名称
- 3) モニタリング実施者の氏名
- 4) モニタリングの目的
- 5) モニタリング結果の概要、モニターが点検した内容の要約及び重要な事項あるいは事実
- 6) 提出した資料がある場合、情報の種類・名称
- 7) 入手した資料がある場合、情報の種類・名称 その他必要事項
- 8) モニタリング対象者の氏名、所属、職名※
- 9) モニタリング対象者に告げた事項並びに講じられた若しくは講じられる予定の措置※

※8)、9) は自治体に訪問する必要があった場合のみ記載する。

## 1. 介入群のモニタリング

### 1-1 モニタリングを実施する時期（モニタリングの流れ図参照）

- 1 年目のモニタリング時期：1 回目 初回保健指導実施後
  - 2 回目 健診受診後 6～7 ヶ月目
  - 3 回目 健診受診後 9～10 ヶ月目
- 2 年度目以降のモニタリング時期：1 回目 初回保健指導実施後
  - 2 回目 健診受診後 9～10 か月

※データセンターへの記録表送付数を確認し、初回実施以降は原則として月 1 回程度モニタリングを実施する。

※初回に関しては 1 自治体 100 例をモニタリング実施目標とする。ただし、当該年度内に 100 例に満たない自治体に関しては 50 例を目処にモニタリング報告書を作成する。

1 年目 2 回目以降は 50 例にてモニタリング報告書を作成する。

ただし、自治体からの提出帳票数、モニタリング状況に応じ、モニタリング者が早期に対応が必要と判断した場合は、20 に達した段階でモニタリング報告書を作成することができる。

### 1-2 モニタリングにより把握する内容・評価基準

モニタリング実施者は、モニタリングを実施する各時期において、以下 4 点について確認を行い、逸脱している場合は、当該事項を速やかに推進室に伝え、介入チームに報告する。

- 1) 手順書に沿った進行（プロセス）が実施されているか。  
（対象者の抽出、必要書類の作成、初回保健指導、継続保健指導①、継続保健指導②、健診受診勧奨の実施、2 年度目以降の継続指導）
- 2) 必要な記録がされているか。  
（管理台帳の記載、指導記録票の記載、介入除外確認シートの記載）
- 3) 受療行動促進モデルに沿った面接が実施されているか。
- 4) 保健指導の内容は、管理台帳の健診データや生活習慣病関連ガイドラインに沿ったものか（指導計画、指導資料についての確認で把握）

・モニタリングチェック表の評価基準：

保健指導のモニタリングチェック表の保健指導の全体評価として、0 から 10 点を配点する。判定は A, B, C, D, E, F とする。判定 A は 10 か 9 点、判定 B は 7 か 8 点、判定 C は 6 点、判定 D は 5 点以下、判定 E は家族のみ実施、判定 F

は未実施とする。

各自治体において、以下の①～④を目標値とする。

- ① 必須項目（記載事項）の未記入票の割合：A, B, C, D, E 判定数の未記入票の総和/A, B, C, D, E 判定数の総和 0%。  
必須項目に一項目でも未記入がある場合、未記入票と判断する。
- ② 訪問・個別の割合：A, B, C, D, E 判定数の訪問・個別件数の総和/A, B, C, D, E 判定数の総和 50%以上
- ③ 家族のみの保健指導実施の割合：E判定数/A, B, C, D, E 判定数の総和 10%以下
- ④ A または B 判定（7～8 点以上）数：A, B 判定数の和/A, B, C, D 判定数の総和 80%以上

さらに、受療行動促進モデルに沿っているかの定性評価（モニタリング報告書のコメント、モニタリングした帳票のC～D判定者が一部の実施者に集中しているかも含める）を行う。また、保健指導を実施した対象者の状況について把握するため、モニタリングした保健指導記録票の以下の項目について確認する。

- ① 実施者において、本人・家族ともにあえず のチェック数
- ② 提案した行動のきっかけにおいて、困難のチェック数
- ③ 受療の重要性、受療の可能性の段階

チェック済みのモニタリングチェック表は、データセンターにて入力し、入力したファイルを推進室へ提出する。推進室は、チェック入力の確認をし、モニタリングチームへフィードバックする。

なお、これらの項目の記入は、100%を目指す。そのため、各介入自治体のリーダー保健師に保健指導記録票の記入状況の確認をしてもらう。

### 1-3 保健指導のモニタリング項目

#### 1-3-1 : 1回目（初回保健指導）のモニタリング

- ・モニタリングの範囲：開始年度保健指導の準備から初回保健指導実施、訪問前後の記録まで。
- ・実施時期：開始年度の初回指導訪問指導後。
- ・モニタリング方法：管理台帳、保健指導記録票、介入除外確認シートによる確認を行い、モニタリングチェック表①を使用してチェックする。
- ・モニタリングの視点：保健指導実施者が、対象者について現在の健康状態、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に支援しているかについて、評価を行う。