

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

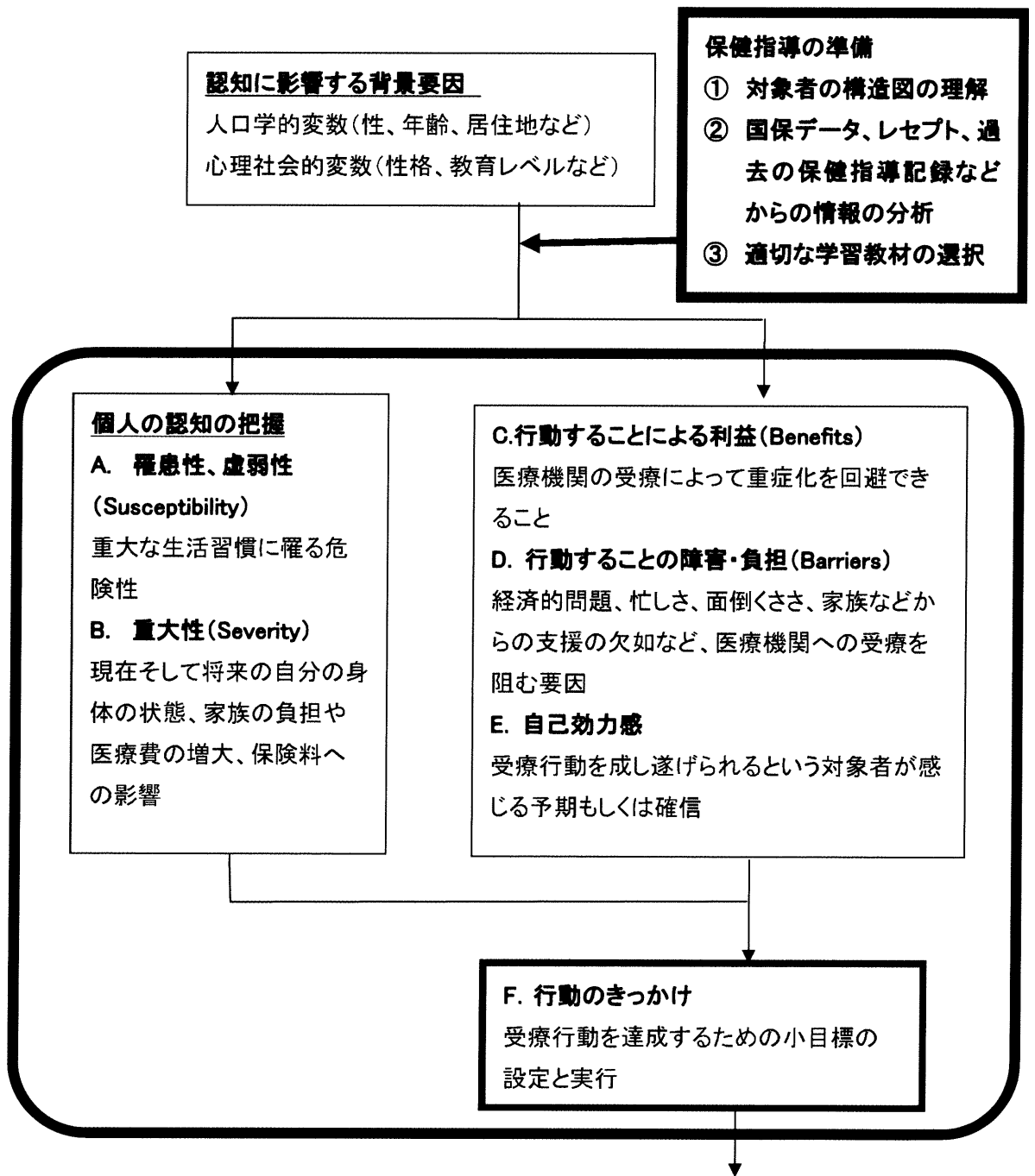
対象者が受療行動を取ろうとする際に、障害あるいは負担となるもの。経済的問題、家族のサポートが不十分などの外的障害と、面倒くささ、医療機関への受療のデメリットを感じる事など、内的障害から構成される。保健師は対象者との関わりの中から、受療行動の阻害要因をアセスメントし、どうしたら阻害要因をなくすることができるか、対象者と一緒に考えながら解決方法などを提案する。

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。

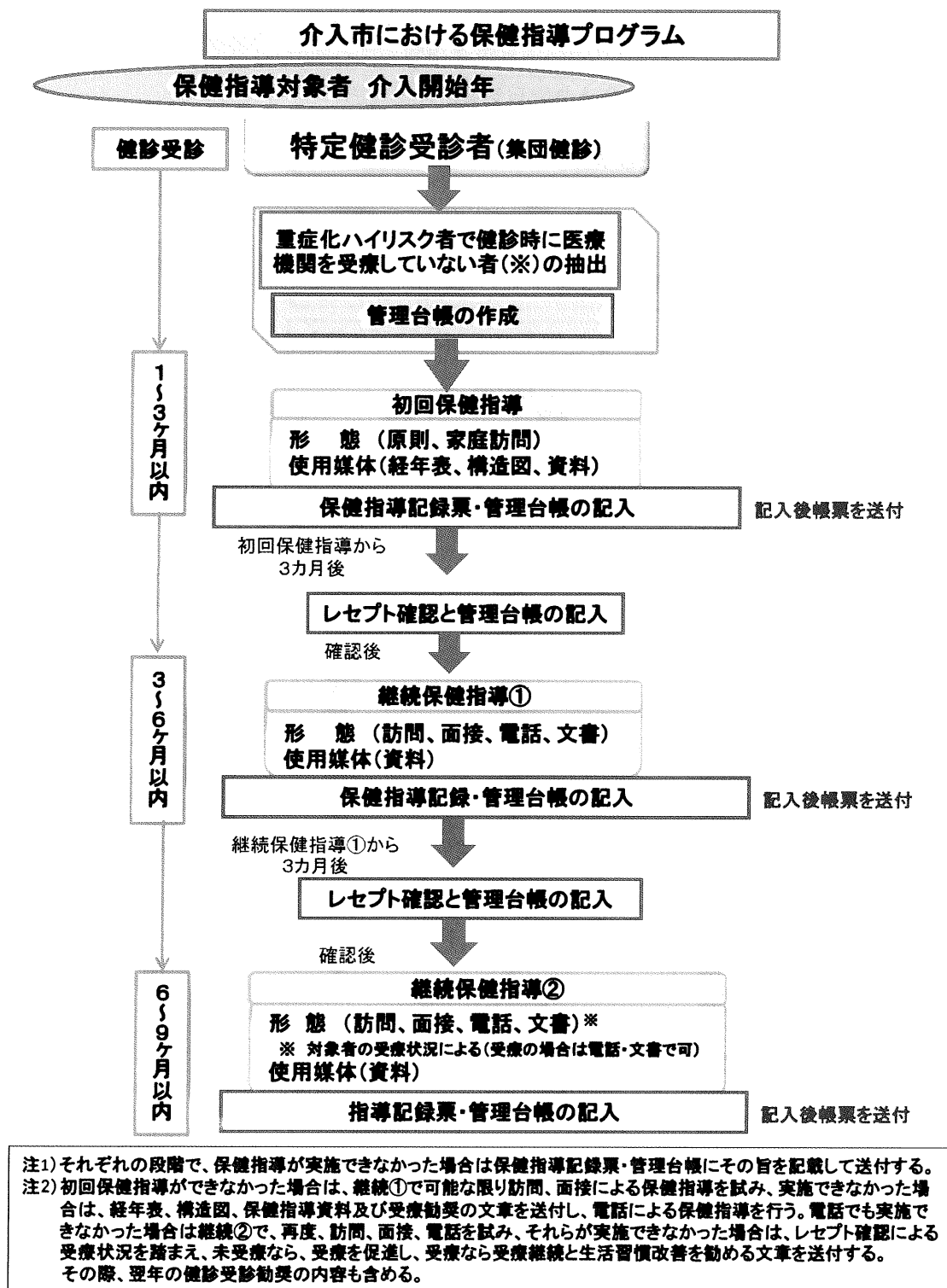


図 2-1 保健指導プログラムの流れ(介入開始年)

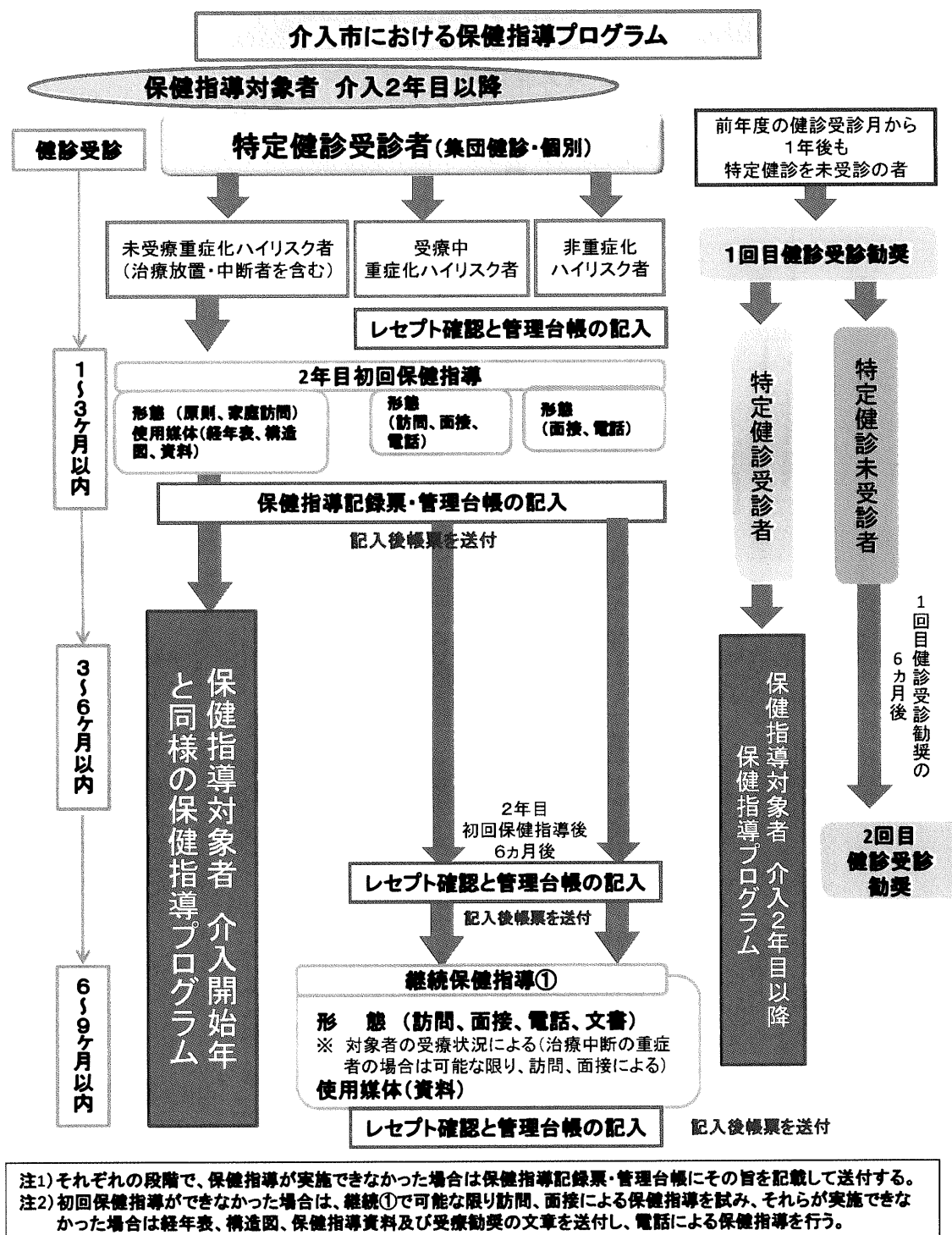


図 2-2 保健指導プログラムの流れ (介入2年目以降)

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のようになり、以下のように使用する。

様式1

自治体番号		A										
市町村名 (都道府県・市町村名)												
L [年齢日]		B										
〇月 (健診受診月)		〇月	〇月	〇月	〇月	〇月	〇月	〇月	〇月	〇月	〇月	〇月
氏名 姓 名 知子 太郎	管理用番号	個人番号	健診受診日 H YY年MM月DD日	重症種別	血圧	糖 壱 尿	初回保健指導 予定日	レセプト指導 確認日	継続保健指導① 予定日	レセプト指導 確認日	継続保健指導② 予定日	健診受診結果 勤怠日
被保険者証番号	治療(問診から)	特定保健指導該当	腰圍	BMI	血圧	中性脂肪 HDL-Cho LDL-Cho	月 C	月 日 F	月 日 E	月 日 F	月 日 H	月 日 J
(年齢)歳 性別	血圧 糖 脂 腎 積 動 情 不	HbA1c	血糖	尿蛋白	クレアチニン	eGFR	指導日 月 日 D	継続受療(非薬物) 継続受療(薬物)	指導日 月 日 G	継続受療(非薬物) 継続受療(薬物)	指導日 月 日 I	訪問 個別 電話 文書 メール その他
生年月日 S/H YY年MM月DD日	(2年度目以降子エンク)		<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							
介入除外該当	除外該当日	月 日	除外理由	対象外基準該当	国保から異動							
		K										

9 図 3 管理台帳 (様式 1) の一部

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管理台帳（A4 30片面）のA欄には、必要な情報がすでに印字されている。また、B欄には、健診受診月を初回として、1年後までのプログラム実施月が印字されているため、これに基づき、図2 保健指導プログラムの流れでプログラムを進めていることとし、まずは、C欄に初回保健指導の予定日を記入しておく。

なお、A-1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。

さらに、介入2年度目以降の場合は、A-2欄の「未受療重症化」ハイリスク者、「受療中重症化」ハイリスク者、「非重症化」ハイリスク者のいずれかにチェックする。

② 初回保健指導時

初回保健指導を実施して、図3のD欄のところに記入する。また、レセプト確認（健診受診後4～5か月）後の継続保健指導①の予定日もE欄に記入する。

③ レセプト確認時（健診受診後4～5ヶ月、及び健診受診後7～8ヶ月）

受療したかどうかの確認をレセプト上で実施して、図3のF欄に記入する。

④ 継続保健指導①時（初回保健指導から3ヵ月後）

継続保健指導①を実施して、図3のG欄に記入する。また、レセプト確認（健診受診後7～8か月）後の継続保健指導②の予定日もH欄に記入する。

⑤ 継続保健指導②時（継続保健指導①から3ヵ月後）

継続保健指導②を実施して、図3のI欄に記入する。

⑥ 健診受診勧奨時

翌年度の特定健診の受診勧奨を実施した場合には、図3のJ欄に記入する。

⑦ 介入除外時

本プログラムの対象者の条件から外れた場合、国保から異動した場合、その他保健指導が中止になった場合（後述の3.7参照）は、図3のK欄に記入する。また、その際には介入除外確認シート（様式6）に除外となった理由を具体的に記入する。

⑧ 管理台帳の提出

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）を記入済みの管理台帳を、前月に記入したすべての保健指導記録票（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るようしておく。

なお、個人情報は、Lのラインから向かって左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。

3.2 健診結果経年表（様式2）

健診結果経年表とは、縦軸に身体の機能別に検査項目を配置し、横軸に検査値の経年変化が視覚的にわかるように作成したもので、過去の生活習慣の振り返りができる。

これは、過去の健診結果の推移から、今まで身体がどのような状態に置かれていたのかなどについて、対象者に考えてもらうため初回保健指導時には必ず使用する。

具体的に対象者に説明する視点は下記のとおりである。

- A) それぞれの結果値はどう変化してきているか？
- B) 特に重症化ハイリスク項目は、これまでどういう状態だったのか？
- C) 他のデータとの関連を見て、同じように変化しているものはないか？
- D) 検査結果に変化があった時、生活で変化（上昇あるいは低下）したことはどのようなことだったのか？

なお、健診結果経年表の図4のようになっており、次のように準備してから使用する。なお、健診結果経年表を使用した保健指導の具体的な展開方法は、Ⅱ-5 保健指導のポイント5.2を参照のこと。

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健診結果経年表（A4 折り片面）のA欄には、必要な情報がすでに印字されている。介入2年度目の場合は、A欄に当該年度の結果、B欄に前年度の結果が印字されている。なお、介入開始年度の対象者の場合には、B欄に過去の健診結果が印字されていないため、把握している範囲で過去の健診結果をB欄に記入しておく。

この健診結果経年表は2部印字されるため、1部は初回保健指導時に対象者へ渡し、残りは介入自治体の控えとして保存しておくこと。

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

項目	基準値 単位	受診日		受診日		受診日		受診日											
		H	年	月	日	H	年	月	日	H	年	月	日	H	年	月	日		
大きなサイズの	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																
		尿糖	(-)																
	血圧	血圧(1回目)		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
		血圧(2回目)	収縮期130mmHg未満/ 拡張期85mmHg未満	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
		血圧		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	脂質	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		(-)																	
貧血症等	ヘマトクリット	男38.5~45.9% 女35.5~43.9%																	
	色素素(ヘモグロビン)	男13.1~17.9g/dl 女12.1~15.9g/dl																	
	赤血球	男400~530万/mm ³ 女380~489万/mm ³																	
心電図																			
眼底		H()S()	H()S()	H()S()	H()S()	H()S()	H()S()	H()S()	H()S()	H()S()	H()S()	H()S()	H()S()	H()S()	H()S()	H()S()	H()S()		
		KW	KW	KW	KW	KW	KW	KW	KW	KW	KW	KW	KW	KW	KW	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 海軍血糖値の基準は、医学部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(医師判定)】		H25年5月〇日		【医師の判断(判定)】	
薬の使用	血圧	いいえ	体重	20歳から10kg以上増加	
	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			
	その他	いいえ			
現病歴・既往歴	脳卒中	いいえ	運動	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	
	心臓病	いいえ		日常、歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施	
	慢性的胃不全	いいえ		同年齢の同性より歩く速度が速い	
現在、たばこを習慣的に吸っている	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	
	お酒を飲む頻度	時々		夕食後の間食が週3回以上	
飲酒	飲酒日の1日当たりのお酒の量	1合未満	睡眠	朝食を抜くことが週3回以上	
				睡眠 睡眠で休養が十分とれている	

様式2 管理用番号 一連入番号

図4 健診結果経年表(様式2)

3.3 構造図（様式3）

構造図とは、動脈硬化の進行段階を①潜在的に進行、②血管が傷み始める、③血管の変化、④健康障害の4段階で示し、健診項目を各段階に対応させて配置し、異常値を示した項目を色付けしたものである。これによって、対象者は自分の動脈硬化の進行状況と将来の健康状態の予測が容易かつ具体的に理解できる。まず、左端の縦軸で対象者の血管障害の進行段階がどの程度かを確認し、現在の身体の状況はどのような有所見項目が関与しているのかイメージ化するために、初回保健指導時には必ず使用する。

具体的に対象者に説明する視点は下記のとおりである。

- A) 今、どの段階にいるのか？
- B) このままだと、どこにたどり着きそうなのか？
- 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？
- D) つまり、どの検査結果の値を改善したら良くなるのか？
- E) 対象者自身が行動変容を決定する。

なお、構造図は以上の内容を対象者に説明するために図5のようになっており、次のように準備し、使用する。構造図を使用した保健指導の具体的な展開方法は、Ⅱ-5 保健指導のポイント 5.2 を参照のこと。

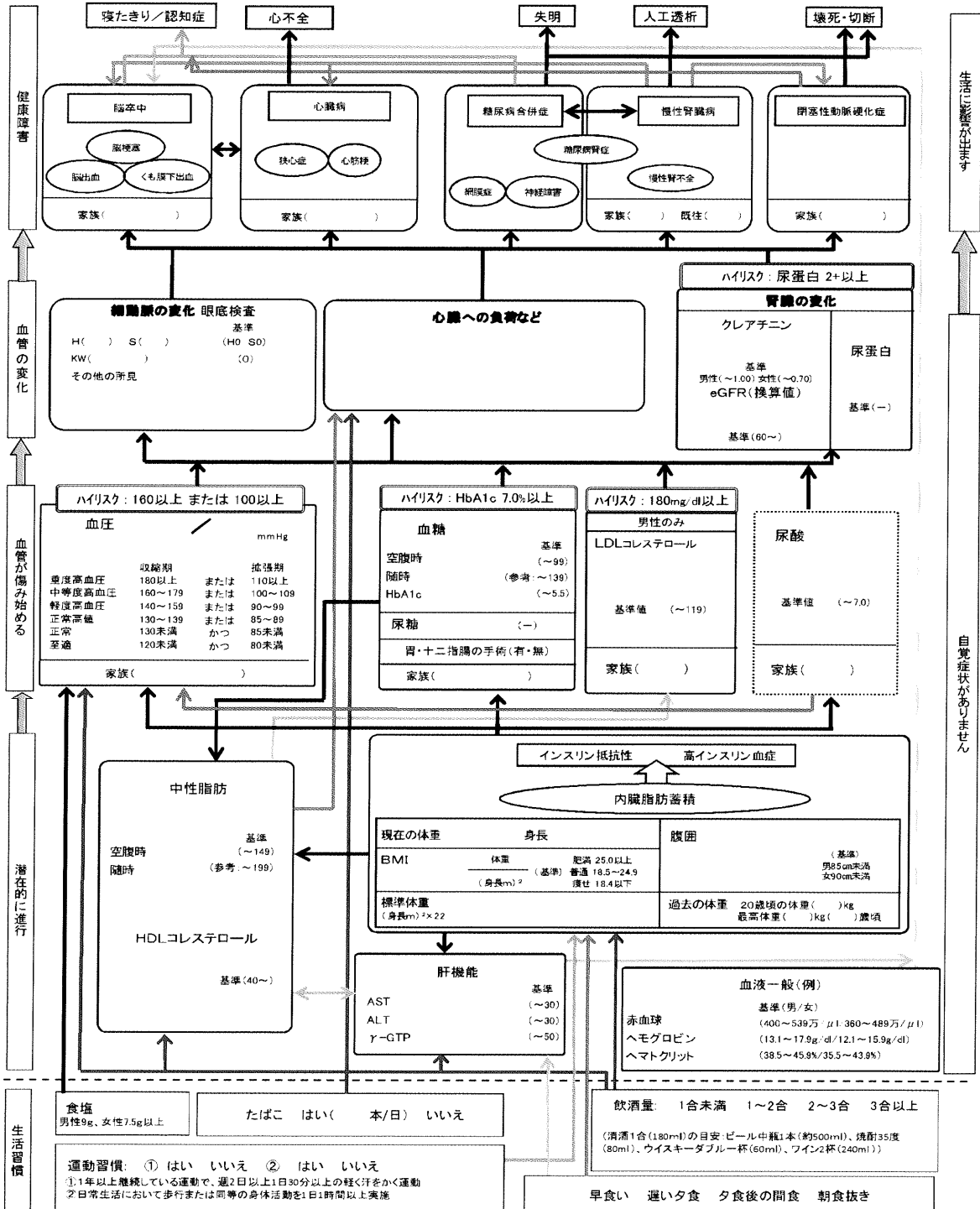
対象者の把握時

研究班が提供するソフトウェアにより作成した構造図（A4 対片面）は、必要な情報がすでに印字されている。

この構造図は2部印字されるため、1部は初回保健指導時に対象者へ渡し、残りは介入自治体の控えとして保存しておくこと。

健診結果構造図

〇〇市△△町〇号 様 歳 性別



※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9999999999-個人番号9999999999

図5 構造図(様式3)

3.4 保健指導記録票 初回（様式4）

各年度の初回保健指導の際に必ず用いるもので、保健指導の準備から、実施結果、今後の指導計画までを記録しておくものである。また、これらのなかで、一部の必要な情報は、管理台帳（様式1）に転記する。

なお、保健指導記録票（初回）は図6（表面、裏面）のようになっており、以下のように使用する。

保健指導記録票 初回 様式4 オモテ

対象者個人情報	A 氏名 カナ (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 脂 尿 特定保健指導 積 動 情 不	
	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		
健指導準備	B 期予定調整日 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 指導形態 <input type="checkbox"/>訪問 <input type="checkbox"/>個別	
	連絡調整回数等 指導場所 <input type="checkbox"/>自宅 <input type="checkbox"/>その他	
	セミナー実施日(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(未受療確認) 	
受療疾病名 血圧 糖 脂質 腎 <input type="checkbox"/>実施済み <input type="checkbox"/>未実施(初めて受診者) 		
3 必須		
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)		
4 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]		
5		
要記入		
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]		
要記入		
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		
準備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 (分間程度) (必須)		
7 必須		

保健指導記録票 初回 様式4 オモテ

図 6 (表面) 保健指導記録票 初回 (様式 4)

A 管理用番号		個人番号	
C 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 <small>(所要時間の逸脱の場合その理由)</small>		<input type="checkbox"/> その他 8 必須	
		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			
職業			
生活習慣 9 0時 6時 12時 18時 24時			
利用した資料番号(必須)		10 必須	
本人の気持 11 要記入			
相談(自願としたこと) ・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) [複数可] 12 必須			
<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試みたい <input type="checkbox"/> その他(具体的に) <input type="checkbox"/> 特になし			
13			
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)			
14			
・提案した行動のきっかけ <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 困難			
要記入 (ただし提案が必要なかった場合は、その理由に応じ、「不要」か「困難」に要チェック)			
・その他			
平癒について(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 15 必須	
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)]		段階	
D オート確認実施時期(必須) 平成 年 月 日に確認		16 必須	
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	
管理台帳への記載(必須) <input type="checkbox"/> 記載済み			
備考			

図 6 (裏面) 保健指導記録票 初回 (様式4)

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（初回）（A4 両面）の A 欄（対象者個人情報）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。

なお、介入 2 年度目以降の初回保健指導の場合には、健診結果欄に「未受療重症化」ハイリスク者、「受療中重症化」ハイリスク者、「非重症化」ハイリスク者のいずれかにチェックする。

② 保健指導の準備

図 6(表面)の B 欄には、保健指導の準備に関する内容を次の通り記入する。

・ 訪問予定調整日（初回記録票①欄）

初回保健指導を実施する際、事前に対象者に予約をとって行った場合に、その調整日や、連絡がつかなかった場合の連絡回数などを記入する。この欄を記入することで、訪問予定変更などの調整が必要になった時の記録として活用できる。連絡回数は、保健指導が実施できなかった時に、どの程度連絡を取った結果であったのか把握することができる。

・ 指導決定（予約）に及び時間、指導形態、指導場所（初回記録票②欄）

対象者と、初回保健指導の調整がつき、実施する日程や場所などが決定した際に、記入する。日時などに変更があった場合は書き換えておく。

指導形態の「訪問」は、家庭だけでなく、職場など対象者の生活場所に訪問した場合にチェックする。その場合、指導場所の「その他」欄に具体的に記入する。

指導形態の「個別」には公共施設などに来庁してもらい、保健指導した場合にチェックする。「その他」はこれら以外の場合チェックし、具体的な指導形態（電話など）を記入しておく。

・ レセプト確認の実施日（初回記録票③欄【必須】）

対象者のこれまで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、実施日を記入するとともに、その結果を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」で受療していた場合には、あてはまる項目に○を記入する。

・ 健診結果経年表への過去データの記入（初回記録票④欄【必須】）

前述の 3.2①により、対象者の過去の健診データを把握している場合は、その結果の記入を行ったかをチェックボックスにチェックを入れる。過去の健診結果は、保健指導計画の立案の際、予防ターゲットとなるリスク因子の確定やリスク低下の阻害要因の推定を行う際に重要な情報となる。

今年初めて健診を受診したものは「未実施」にチェックする。

- ・ 保健指導計画欄
保健指導の準備として、収集した対象者の情報をもとに保健指導計画を記入する（アセスメント結果の記入）
- ・ 使用予定の資料番号（初回記録票④欄【必須】）
アセスメント結果に基づき使用する予定の保健指導資料番号（後述の4. 保健指導で用いる資料参照）を記入する。なお、経年表と構造図は必ず使用することになっているため、資料番号には含めない。なお、介入市の既存資料を使用する場合は、その旨を記入しておく。
- ・ 「予防ターゲットとなるリスク因子の確定」（初回記録票⑤欄【要記入】）
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、対象者に起こっ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し、予防ターゲットとなるリスク因子を記入しておく。
- ・ 「リスク低下の阻害要因の推定」（初回記録票⑤欄【要記入】）
限られた保健指導時間で確実に受療につなげることができるよう、準備した各種情報を統合し、罹患性、虚弱性、重大性を読み解き、記入するとともに、受療行動を阻害する可能性のある事項について想定し、記入する。
- ・ 「受療と併せて必要な生活習慣の改善項目がないか」（初回記録票⑤欄）
リスクを低下させるために必要な生活習慣項目があれば記入しておく。
- ・ 「その他」（初回記録票⑤欄）
上記以外に、アセスメントの結果、記録しておく必要があるものを記入する。
- ・ 「保健指導に必要な資料を確認したか」（初回記録票⑥欄）
健診結果表だけで保健指導を展開することのないよう、標準的な質問票や過去の指導記録票、使用を予定している保健指導資料を準備し、「その他書類」にチェックを入れる。
- ・ 準備に要した時間（初回記録票⑦欄【必須】）
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 保健指導の実施結果

図6(裏面)のC欄に、初回保健指導を実施した結果の内容を、項目に沿って次の通り記入する。

- ・ 指導保健師番号、氏名（初回記録票⑧欄【必須】）
保健指導を実施した保健師氏名と併せて、必ず保健師番号を記入する。
- ・ 実施者（初回記録票⑧欄【必須】）
保健指導を実施した対象者の情報を必ず記入する。具体的には、保健指導の対象者本人のみと実施した場合には、本人にチェックし、本人以外の者が同席した場合には、家族にもチェックし、妻、子供、兄弟、姉妹など具体的な相手を記入する。本人以外

に対して保健指導した場合には、家族にチェックし、妻、子供、兄弟、姉妹など具体的な相手を記入する。

なお、対象者が、保健指導の拒否や、中止を希望した場合、入院や他の疾患発症、長期不在などの理由により、最終的に本人・家族ともに会えず、結果として保健指導が実施できなかった場合には、「本人、家族とも会えず」のチェックボックスにチェックを入れ、その理由を備考欄に記入する。この場合は、現在の状況以下の記入は必要ない。

- ・ 実施日、実施時間、実施形態、指導場所（初回記録票⑧欄【必須】）

保健指導の実施形態と実施場所についても、必ず実施した内容をチェックボックスにチェックを入れる。

なお、保健指導の実施時間については、必ず保健指導に要した時間を分単位で記入し、その際、30分を10分以上超えた場合には、その理由を記入する。
- ・ 現在の状況（初回記録票⑧欄【必須】）

家族構成は受療行動を阻害または促進する重要な要因であるため必ず記入する。

なお、住民基本台帳を調べる必要はなく、本人から聞取った内容で記入する。
- ・ 職歴、生活習慣（初回記録票⑨欄）

職歴、生活リズム、生活内容も、阻害または促進する重要な要因であり、継続保健指導のアセスメントの際にも重要な情報となるため、保健指導時のやりとりを通じて、これらの情報を入手し、記入する。
- ・ 使用した資料番号（初回記録票⑩欄【必須】）

保健指導時に、必ず実際に使用した資料番号を記入する。経年票と構造図は必ず使用するため記入は不要。介入市既存の保健指導資料を使用した場合は、その旨を記入しておく。
- ・ 本人の気づき（初回記録票⑪欄【要記入】）

保健指導で対象者本人の発言などを記入する。これは、受療行動促進モデルに基づく保健指導において、罹患性、虚弱性、重大性を説明し、本人が理解し、納得できたら発言する「行動することによる利益」または「行動することによる負担・障害」に関する項目を記入する。本人の態度や考え方の理解にも役立ち、継続保健指導のアセスメントでいかすことができる。

ただし、保健指導において対象者本人からの発言などがなかった場合には「なし」など、その旨わかるよう記入する
- ・ 相談（目標）としたこと

保健指導結果から、相談や目標としたことをそれぞれ、受療行動促進モデルの要素別に記入する。

- ・ リスク低下の阻害要因（初回記録票⑫欄【必須】）

保健指導のやり取りを通じ、「行動することによる負担・障害」の具体的な内容について、該当するチェックボックスにチェックを入れる（複数選択可）。行動することによる負担・障害があっても、行動の阻害要因になっていない場合は、「特になし」にチェックする。
- ・ 空欄（初回記録票⑬欄）

行動することによる負担・障害について、保健指導で得られた情報があれば記入しておく。
- ・ 「受療と併せて、必要な生活習慣の改善について」（初回記録票⑭欄）

対象者本人が、罹患性、虚弱性、重大性について理解、納得した後、受療と併せて早急に生活習慣の改善について指導した場合は記入する。
- ・ 「提案した行動のきっかけ」（初回記録票⑮欄【要記入】）

受療行動の阻害要因について相談したこと、阻害要因を回避するため提案したことなどを記入する。

なお、すぐに受診するというような発言を得られ、阻害要因回避のための提案が必要なかった場合には、「不要」にチェックをいれる。また、保健指導に対する対象者本人の拒否感が強いなどの理由により、受療行動に至るための提案に至らなかった場合などは、「困難」にチェックを入れる。
- ・ 「その他」（初回記録票⑯欄）

保健指導で把握できた情報で、記録しておく必要があるものを記入する。
- ・ 受療について（初回記録票⑰欄【必須】）

健診受診後から初回保健指導開始までの期間に、対象者が受療を開始したか否かを確認し、「健診後自己判断で受療開始」欄のチェックボックスに必ずチェックを入れる。

「受療先医療機関名」は対象者本人が受療予定の医療機関が決まっている場合、医療機関名を記入し、医療機関の選定理由に○をつける。

また、対象者の受療行動の重要性の理解と受療行動をとる確信の程度について、本人に口頭で確認するか、保健指導を通じてどの程度と感じているか保健師が推測し、その程度を数字（0から10の11段階スケール：高いほうが可能性が高い）で記入する。

なお、介入2年度目以降の初回保健指導でもこの様式を使用して記録するが、「受療中重症化ハイリスク者」及び「非重症化ハイリスク者」の場合は、記入を省略してよい。ただし、受療中のうち、現在、受療中断している場合は記入すること。記入を省略した場合には、「受療中であるため省略」と記入すること。