

## 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にど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。

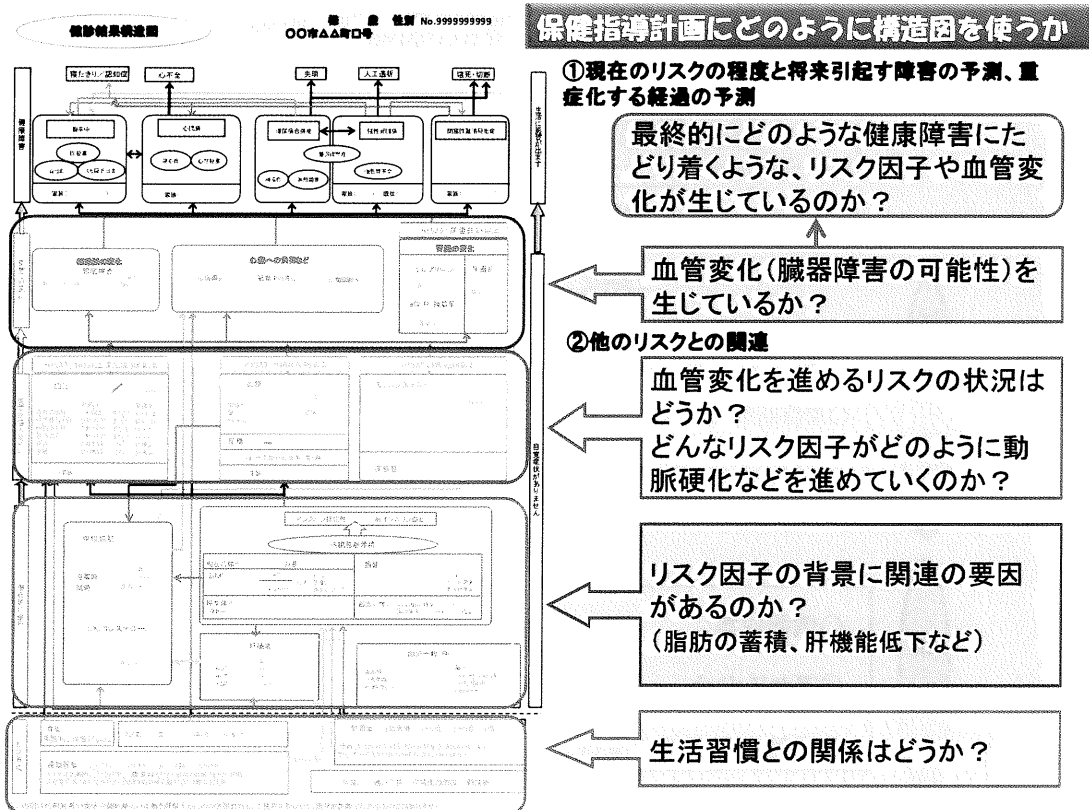


図 12 保健指導計画立案時の構造図活用の考え方

### 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

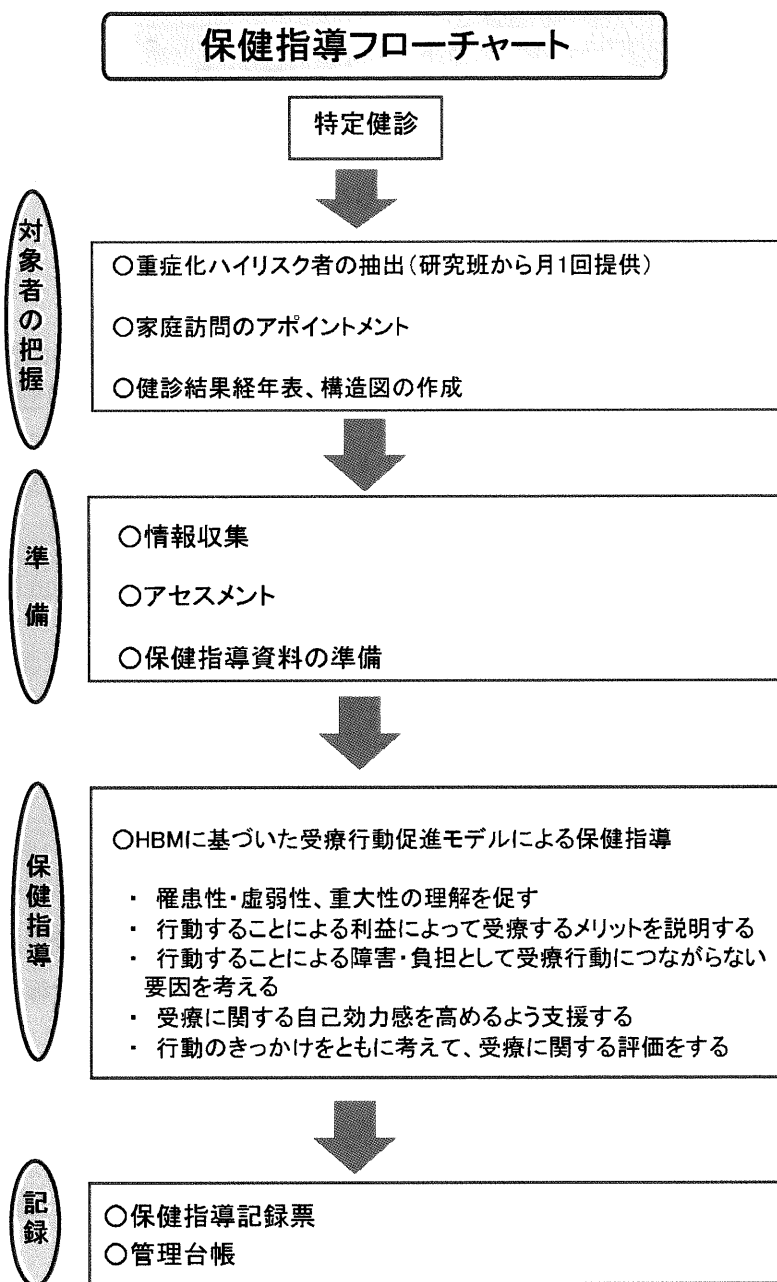
対象者の受療状況や服薬状況を正確に把握し、その状況を踏まえて効果的な保健指導を実施するために、レセプト(診療情報明細書)の内容を確認する。

## 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。



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	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。	—	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】</p> <p>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】</p> <p>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</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-3</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】</p> <p>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。</p> <p>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>血压-3、血压-4、糖-3、糖-4</p> <p>コ-4、コ-5</p> <p>尿-1</p>	
	<p>【D. 行動することによる障害・負担】</p> <p>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"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>
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"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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ぬため苦痛である上、日常生活にも支障をきたします。</li> </ul> <p>○医療費の増大</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul>

<p>C 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"> <li>・ 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。</li> </ul>
<p>D 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"> <li>・ 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。</li> <li>・ 病院に行けない理由などがあればお話いただけませんか。病院に行けるように一緒に考えたいと思います。</li> </ul> <p>○医療機関へのアクセス方法</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ (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？</li> <li>・ 行き方は分かりますか？</li> </ul> <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"> <li>・ (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。</li> <li>・ いかがですか？このくらいなら受療できそうですか。</li> </ul> <p>○ジェネリック医薬品</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>
<p>E 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"> <li>・ 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いただけましたでしょうか。</li> <li>・ 病院に行くことはできそうですか。</li> </ul>
<p>F 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"> <li>・ 受療の予約を連絡しておきましょうか？</li> <li>・ 行ったらどうだったか教えてください。</li> </ul>

「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状況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	<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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	—	13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。</p> <p>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。</p>	血圧-3、血圧-4、糖-3、糖-4 コ-4、コ-5 尿-1 生-1～生-14	8分
	<p>【E. 自己効力感】</p> <p>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。</p> <p>【F. 行動のきっかけ】</p> <p>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。</p>	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	<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

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	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)	※ 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。 【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。 【A. 罹患性・虚弱性】 初回保健指導参照 【B. 重大性】 初回保健指導参照	様式2 様式3 共通-1①、共通-1② 共通-2 血圧-1、血圧-2、血圧-5 糖-1、糖-2①、糖-2②、糖-2③、糖-2④ コ-1、コ-2、コ-3	13分
	【C. 行動することによる利益】 初回保健指導参照	血圧-3、血圧-4、糖-3、糖-4 コ-4、コ-5 尿-1	8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。	—	5分
【E. 自己効力感】 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。 【F. 行動のきっかけ】 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	—	5分	

	<p>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に考える。</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、11段階スケールにて評価する。</p>		
今後の見通しの説明	<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

#### 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。