

2.4 使用する保健指導資料の準備.....	48
3. 初回保健指導（健診受診後 1～2 ヶ月以内） .....	48
3.1 目的.....	48
3.2 方法.....	48
3.3 保健指導内容 .....	49
3.4 記録.....	54
4. レセプトによる受療確認（健診受診後 4～5 ヶ月以内） .....	55
5. 継続保健指導①（健診受診後 4～5 ヶ月以内） .....	55
5.1 目的.....	55
5.2 保健指導の準備 .....	55
5.3 方法.....	55
5.4 記録.....	57
6. レセプトによる受療確認（健診受診後 7～8 ヶ月以内） .....	60
7. 継続保健指導②（健診受診後 7～8 ヶ月以内） .....	60
7.1 目的.....	60
7.2 方法.....	61
7.3 記録.....	62
8. 翌年度の健診の受診勧奨 .....	62
9. 対象者における介入 2 年度目以降の保健指導 .....	62
10. 保健指導が困難になった場合の対応.....	64
<b>V 帳票類.....</b>	<b>64</b>
<b>別添 1 変更の履歴.....</b>	<b>79</b>

# 1 意義と目的

## 1. 研究の意義

平成 20 年度に開始された特定健康診査（以下、特定健診）・特定保健指導を中心とする保険者の保健事業の展開が求められるようになったが、医療費や医療行動に関する情報を生かした保健事業が広く展開されているとはいえない。特定健診で高血圧や糖尿病などに高度の異常所見を持つハイリスク者は脳卒中や虚血性心疾患などの重症な循環器疾患を引き起こす可能性が高い。しかしながら、こうしたハイリスク者でも定期的な医療機関受診を促すことで重症な生活習慣病を引き起こすリスクを引き下げることができる。こうした受診により一時的に医療費が上昇しても長期的には医療費が改善する可能性のあることが先行の研究により明らかになっている。

しかし医療保険者が従来の保健事業に加えて一定の基準に沿って受療勧奨を広く行った場合にどの程度受療率が向上するか、また重症な生活習慣病の発症が抑制されるかは明らかになっていない。本研究は診療報酬明細書（以下、レセプト）から受療状況を把握し保健事業を組織的に展開する、わが国初めの大規模研究である。

## 2. 研究の目的

本研究の目的は、自治体をクラスターとしたランダム化比較試験によって、脳卒中・虚血性心疾患・腎不全などを発症するリスクの高い未治療者に対して、医療機関への受療行動を促進する強力な保健指導を実施することは、一般的な保健指導を実施するよりも、脳卒中・虚血性心疾患・腎不全を伴う入院・死亡や人工透析の導入に対する予防効果が大きいことを検証することである。

全国の自治体を介入地域と対照地域をランダムに割り付け、各保健指導を 4 年間にわたって実施する。介入地域では「受療行動促進モデル」に基づいた保健指導を行い、対照地域では一般的な保健指導を行う。レセプト情報を用いて受療状況を確認するとともに、脳卒中・虚血性心疾患・腎不全などの発症の有無についてもレセプト情報を用いて評価し、その予防効果を明らかにする。

## 11 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

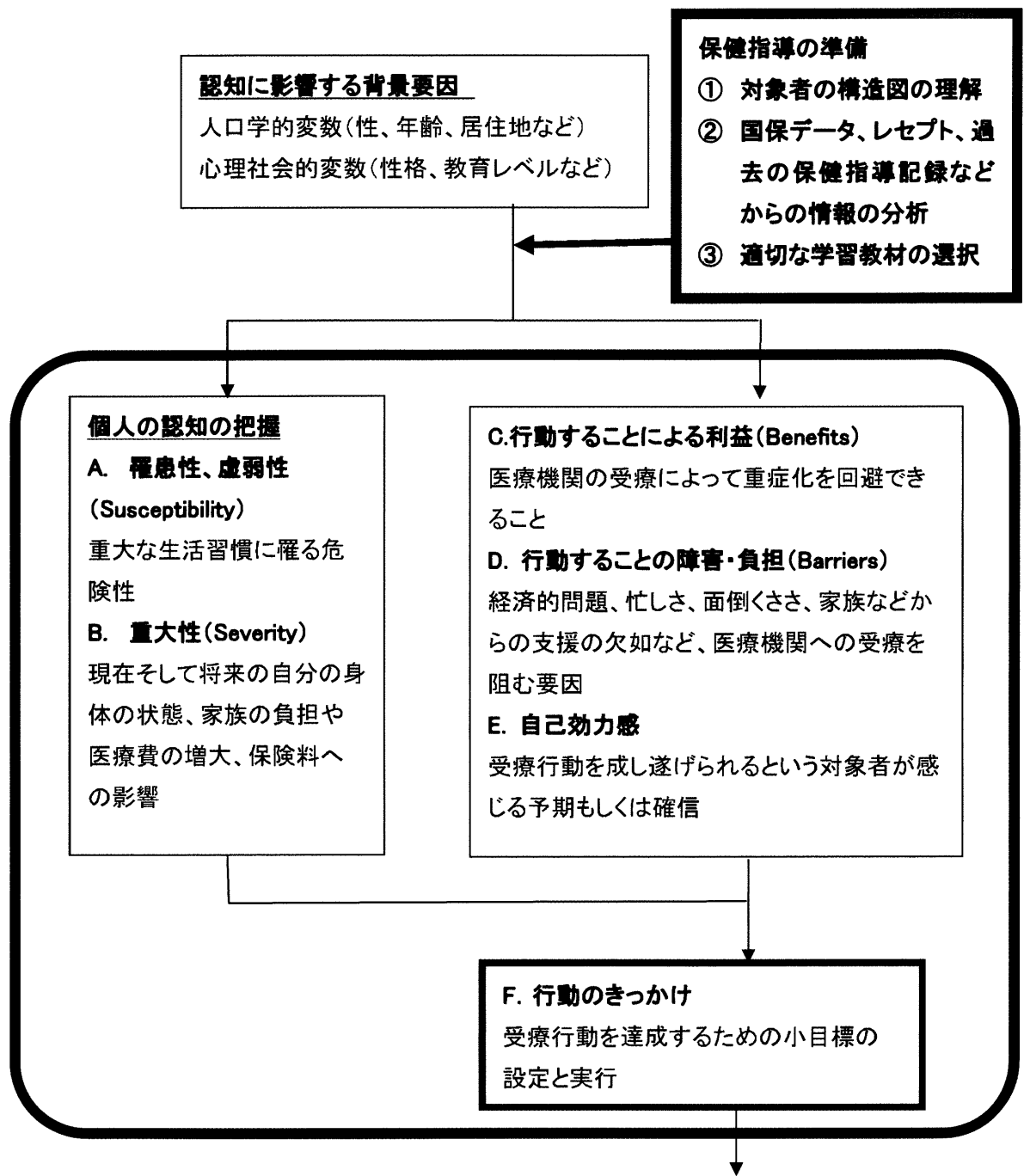
対象者が受療行動を取ろうとする際に、障害あるいは負担となるもの。経済的問題、家族のサポートが不十分などの外的障害と、面倒くささ、医療機関への受療のデメリットを感じるなど、内的障害から構成される。保健師は対象者との関わりの中から、受療行動の阻害要因をアセスメントし、どうしたら阻害要因をなくすことができるか、対象者と一緒に考えながら解決方法などを提案する。

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

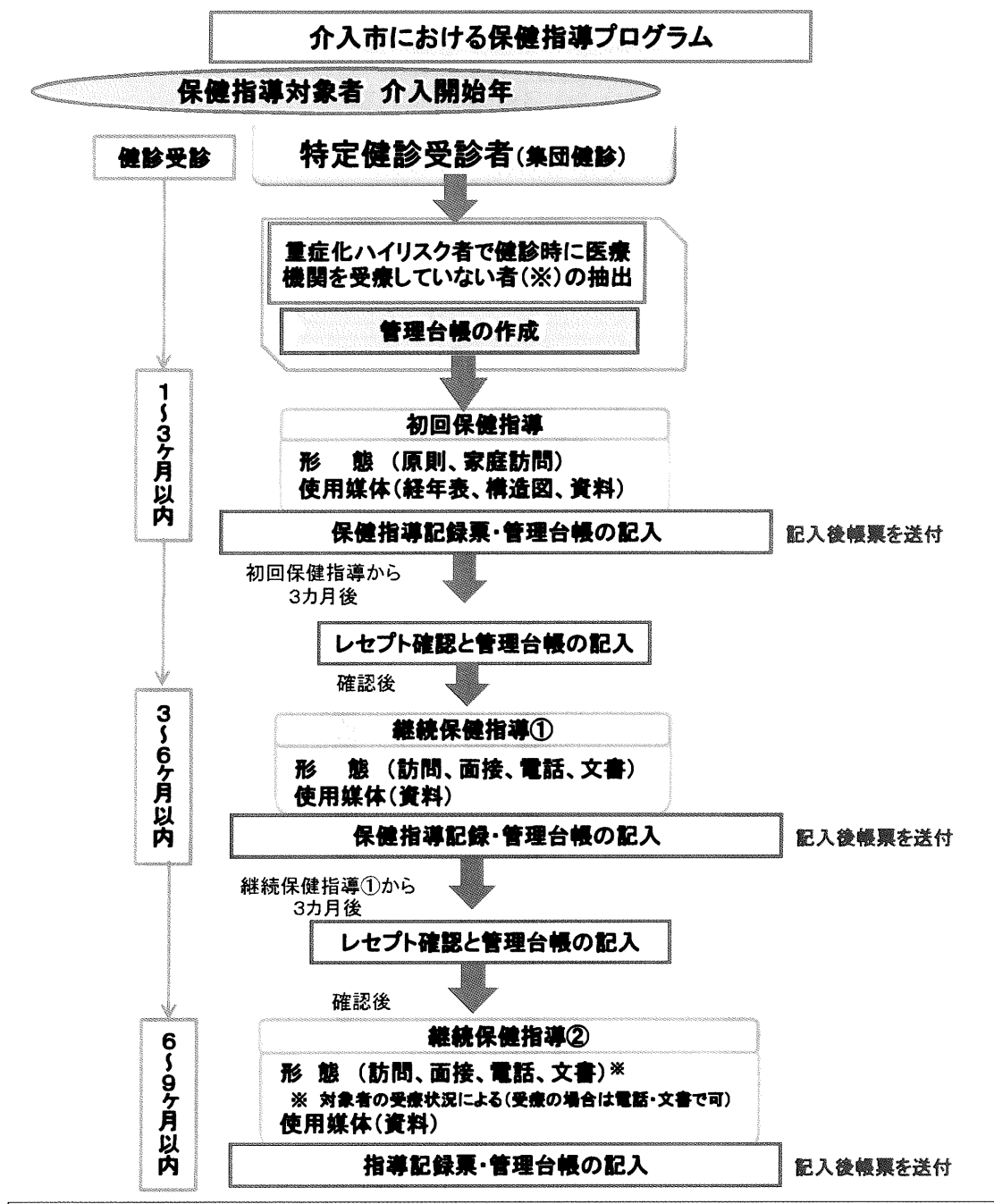
対象者は、以下のいずれかに該当する重症化ハイリスク者で、かつ該当する生活習慣病の未受療者とする。

- ・ 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。



注1)それぞれの段階で、保健指導が実施できなかった場合は保健指導記録票・管理台帳にその旨を記載して送付する。  
 注2)初回保健指導ができなかった場合は、継続①で可能な限り訪問、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。電話でも実施できなかった場合は継続②で、再度、訪問、面接、電話を試み、それらが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、翌年の健診受診勧奨の内容も含める。

図 2-1 保健指導プログラムの流れ(介入開始年)

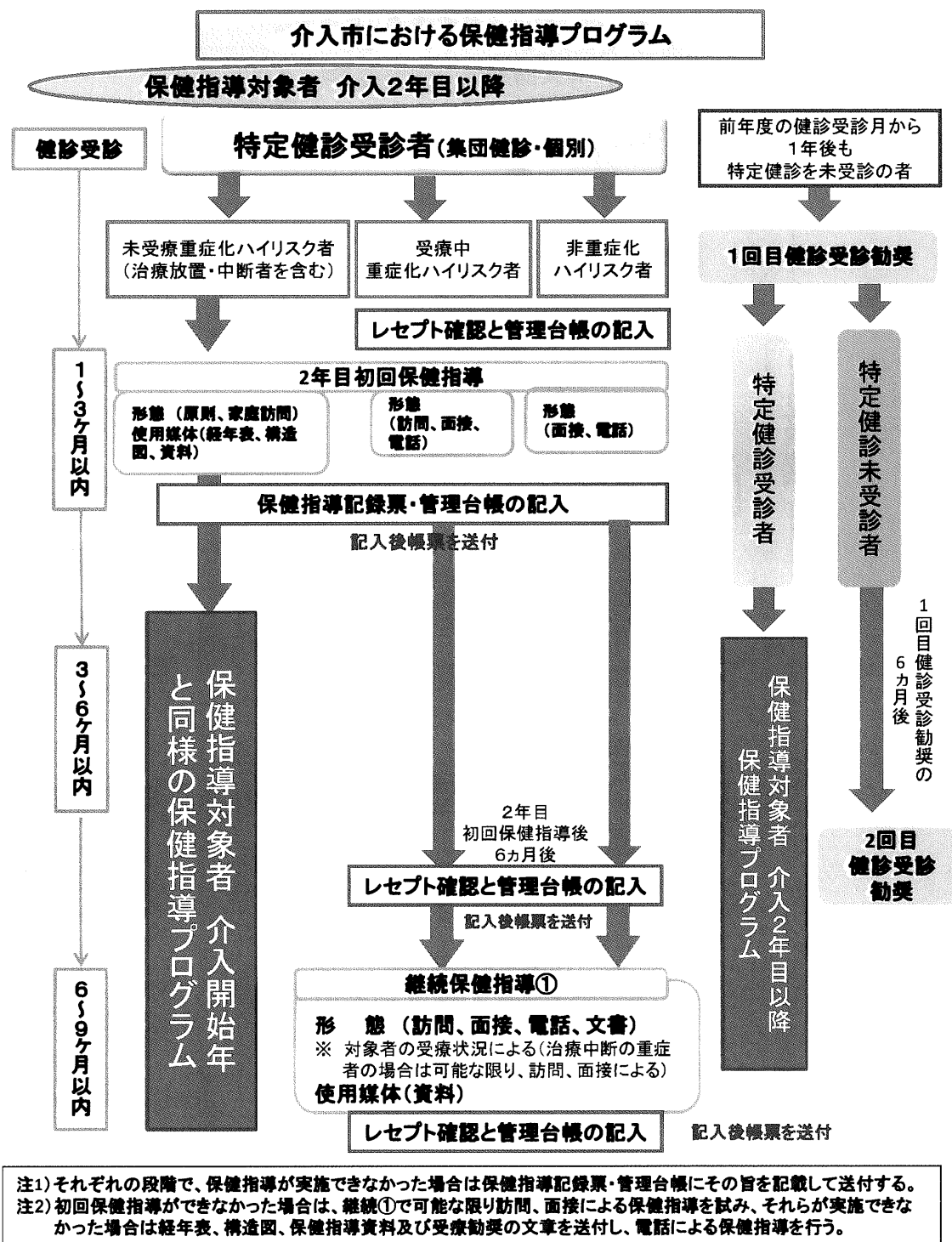


図 2-2 保健指導プログラムの流れ(介入2年目以降)



## 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)		B																				
L [ 年歳日 ]		O月 (健診受診月)																				
氏名 姓 名 知 太 大 太	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 脂	尿	初回保健指導	O月	O月	O月	O月	O月	O月	O月	O月	O月	O月	健診受診指票	
	被保険者証番号	治療(問診から)	特定保健指導該当	腹囲	BMI	血圧	中性脂肪	HDL-Cho	LDL-Cho	予定日	レセプト指導	継続保健指導①	レセプト指導	継続保健指導②	レセプト指導	継続保健指導③	レセプト指導	継続保健指導④	レセプト指導	継続保健指導⑤	勤怠日	
被保険者証番号	治療(問診から)	特定保健指導該当				/				月	確認日	予定日	確認日	予定日	確認日	予定日	確認日	予定日	確認日	予定日	月 日	
(年齢)歳	性別	血圧	糖 脂	腎 臓	横 動 情 不	HbA1c	血糖	尿蛋白	クレアチニン	eGFR	指導日	継続受療(非薬物)	指導日	継続受療(非薬物)	指導日	継続受療(非薬物)	指導日	継続受療(非薬物)	指導日	継続受療(非薬物)	訪問 個別	
生年月日 S/H YY年MM月DD日	(2年度日以降子エック)		<input type="checkbox"/> 未受療重虚化		<input type="checkbox"/> 受療中重虚化		<input type="checkbox"/> 重虚化		空・旅		月 日	継続受療(薬物)	月 日	継続受療(薬物)	月 日	継続受療(薬物)	月 日	継続受療(薬物)	月 日	継続受療(薬物)	電話 文書	
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	個別	その他	未受療	電話	その他	未受療	電話	その他	未受療	電話	文書	その他	未受療	電話	文書	メール	その他

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 対片面）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)				
		電話番号					
A		採(性別)					

検査項目	基準値 単位	受診日		歳		歳		歳	
		H	年 月 日	H	日	H	年 月 日	H	年 月 日
身長	cm								
体重	kg								
BMI	18.5~24.9								
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	(-)								
血管を傷つける条件									
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	(-)								
造血機能等									
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 <sup>3</sup> 女360~489万/mm <sup>3</sup>								
心電図									
眼底		H( )S( )	KW	H( )S( )	KW	H( )S( )	KW	H( )S( )	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 随時血糖値の基準値は、医学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。									

【同診票の回答内容・医師の判断(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	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	
	その他	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	
現病歴・既往歴	脳卒中	いいえ		同年齢の同性より歩く速度が速い	
	心臓病	いいえ	食事	食べる速度が速い	
	慢性の腎不全	いいえ		就寝前の2時間以内の夕食が週3回以上	
	貧血	いいえ		夕食後の間食が週3回以上	
	その他	いいえ		朝食を抜くことが週3回以上	
現在、たばこを習慣的に吸っている		いいえ	睡眠	睡眠で休養が十分とれている	
飲酒	お酒を飲む頻度	時々			
	飲酒日の1日当たりのお酒の量	1合未満			

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、現在の身体の状態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。

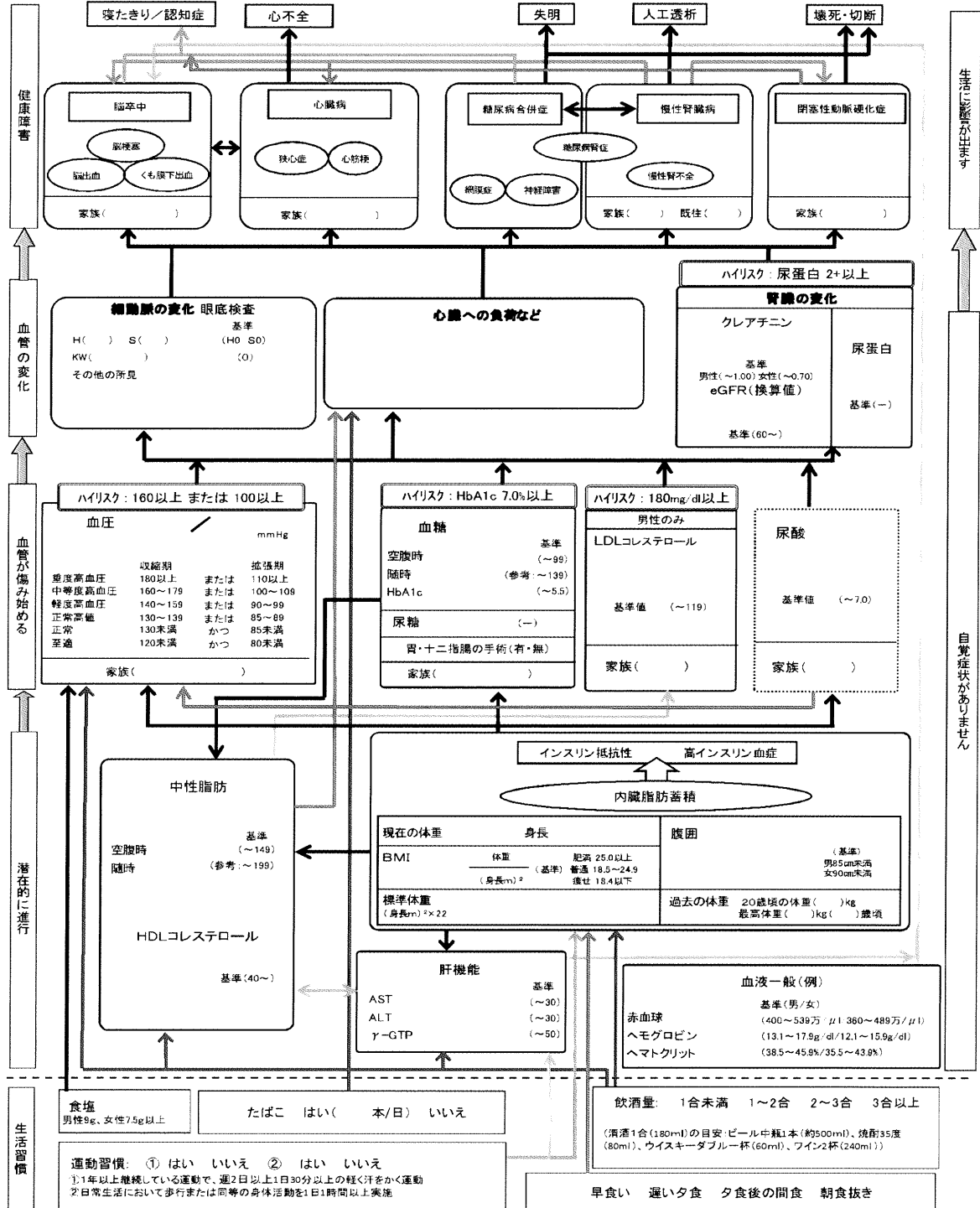
#### 対象者の把握時

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 4行片面）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□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。



対象者個人情報	<b>A</b> 氏名 <input type="text"/> カナ <input type="text"/> (生年月日) <input type="text"/>		<b>E</b> <small>オリ</small>
	住所 <input type="text"/>		
	特定健診受診日 平成 年 月 日 重症種別 血圧 糖尿 脂質		被保険者番号 <input type="text"/>
	性別 <input type="text"/>	健診結果 [ 年度目 ] <input type="text"/>	特定保健指導 積動情不 <input type="text"/>
年齢 <input type="text"/>		<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 <input type="text"/>		個人番号 <input type="text"/>	
健指導準備	<b>B</b> 指導予定調整日 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 <input type="text"/> <b>1</b> 連絡調整回数等 <input type="text"/>		指導形態 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/> 指導場所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>
レセプト実施日(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 糖尿 脂質 腎			
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)			<b>3 必須</b>
保健指導計画よみとり(アセスメント)			
適用予定の資料番号(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"/>			<b>4 必須</b>
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]			
<b>5</b>	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 <input type="text"/>			
単に必要となる資料を確認したか <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 <input type="checkbox"/>			
準備に要した時間 <input type="text"/>		分間程度(必須) <input type="text"/>	
			<b>7 必須</b>

図 6 (表面) 保健指導記録票 初回 (様式 4)

C	管理用番号		個人番号		
	保健師番号(必須)		氏名(必須)		
保健指導実施結果	実施者(必須)		実施形態(必須)		
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族( ) <input type="checkbox"/> 本人、家族とも会えず		<input type="checkbox"/> 家庭訪問 <input type="checkbox"/> 個別面談 <input type="checkbox"/> その他 <b>8 必須</b>		
	実施日(必須)		指導場所(必須)		
	平成 年 月 日 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"/> 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 <b>9</b> 0時    6時    12時    18時    24時				
	利用した資料番号(必須) <b>10 必須</b> 本人の気づき <b>11</b> 要記入				
	相談(自覚)したこと <b>12 必須</b> <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]</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試みたい <input type="checkbox"/> その他(具体的に) <input type="checkbox"/> 特になし				
	<b>13</b> <small>・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</small>				
	<b>14</b> <small>・提案した行動のきっかけ    <input type="checkbox"/> 不要    <input type="checkbox"/> 困難</small> 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」が「困難」に要チェック) <small>・その他</small>				
	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 <b>15 必須</b> 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				
	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	オフサイト確認実施時期(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 <b>16 必須</b>				
	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 行両面）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。
- ・ 「保健指導に必要となる資料を確認したか」（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