

	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。 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、対象者の個人情報に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れないが、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

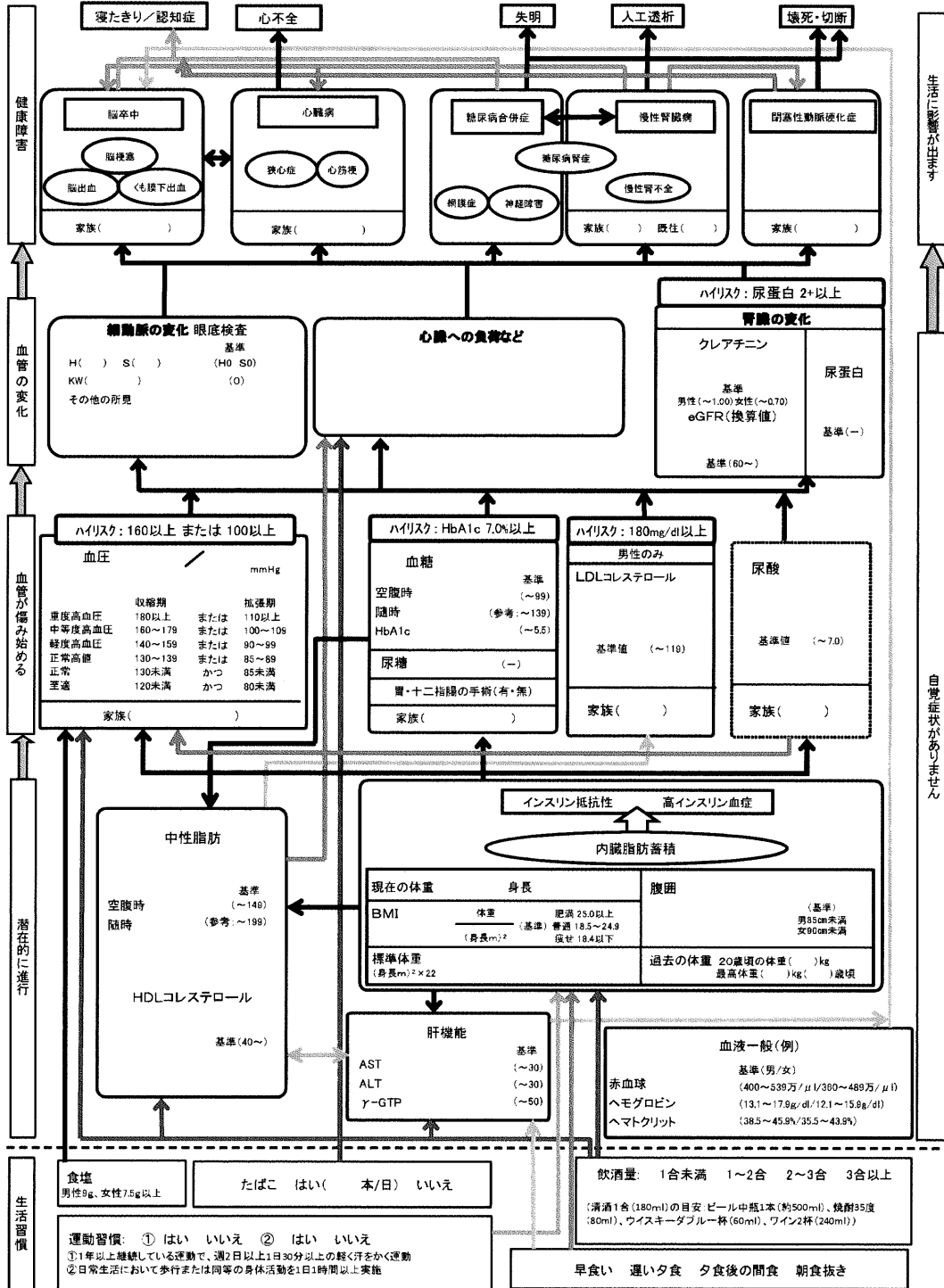
自治体番号		市町村名 (都道府県・市町村名)										様式1																											
【年鑑欄】		〇月(健診受診月)										〇月	〇月	〇月	〇月	〇月		〇月	〇月	〇月	〇月	〇月	〇月																
氏名	材料カ 大阪 太郎	管理用番号	個人番号	健診受診日	H YY年MM月DD日				重症種別	血圧	糖	脂	尿	初回検査指導	予定日	月	日	レセプト指導	確認日	予定日	月	日	レセプト指導	確認日	予定日	月	日	レセプト指導	確認日	予定日	月	日	健診受診指導	動員日					
					腹囲	BMI	血糖	中性脂肪																											HDL-Cho	LDL-Cho	継続受診(非薬物)	指導日	継続受診(非薬物)
被保険者証番号		治療(問診から)		特定保健指導該当		HbA1c		血糖		尿蛋白		クレアチニン		eGFR		継続受診(非薬物)		指導日		継続受診(薬物)		月		日		継続受診(薬物)		月		日		継続受診(薬物)		月		日			
(年齢)歳		性別		空・糖		空・糖		空・糖		空・糖		空・糖		空・糖		空・糖		空・糖		空・糖		空・糖		空・糖		空・糖		空・糖		空・糖		空・糖		空・糖		空・糖			
生年月日		S H YY年MM月DD日		(2年度目以降チェック)		□未受診重産化		□受診中重産化		□非重産化		□未受診重産化		□受診中重産化		□非重産化		□未受診重産化		□受診中重産化		□非重産化		□未受診重産化		□受診中重産化		□非重産化		□未受診重産化		□受診中重産化		□非重産化					
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		個別		その他		未受診		電話		その他		未受診		電話		文書		その他		未受診		電話		文書		その他	

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				
採(性別)							
			歳				
			歳				
			歳				
			歳				
			歳				
			歳				
基準値 単位			受診日				
			H 年 月 日				
			H 年 月 日				
			H 年 月 日				
			H 年 月 日				
			H 年 月 日				
			H 年 月 日				
大きさの	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					
	AST (GOT)	31 U/l 未満					
	ALT (GPT)	31 U/l 未満					
肝機能	γ-GT (γ-GTP)	51 U/l 未満					
	空腹時血糖	100mg/dl 未満					
	非空腹時血糖 ※1	140mg/dl 未満					
血糖	HbA1c	5.6% 未満					
	尿糖	(-)					
	血圧 (1回目)		/	/	/	/	/
血圧	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					
	血清クレアチニン	男1.00 女0.70mg/dl 以下					
腎臓	eGFR	60ml/分以上					
	尿蛋白	(-)					
	尿潜血	(-)					
貧血等性・	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()
			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 随時血糖値の基準は、日本糖尿病学会において随時血糖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 3月 〇日				
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			
現病歴・既往歴	コレステロール	いいえ	運動	1回30分以上の軽〜汗をかき運動を週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			
	脳卒中	いいえ		同年齢の同性より歩く速度が遅い			
	慢性の腎不全	いいえ		食べる速度が遅い			
	貧血	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	食事	夕食後の間食が週3回以上				
	いいえ		朝食を抜くことが週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			

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 一人番号

対象者個人情報	氏名 カ+ (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
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	<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
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)		
保健指導計画おみせ(アセスメント)		
使用予定の資料番号(必須)		
<ul style="list-style-type: none"> ・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)

対象者個人情報	氏名	カキ					(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	特定保健指導	積動情不						
	性別	健診結果													
	年齢	[年度目]			未受療重症化ハイリスク者(2年度目以降)										
	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 投薬名 ・初診年月日 平成 年 月 日												
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								
	指導保健師番号(必須)		氏名(必須)												
保健指導実施結果	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"/> その他								
	実施時間(必須)		時	分	分	分	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%; border-collapse: collapse;"> <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%; border-collapse: collapse;"> <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> </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>受療していた場合(必須) <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>受療結果(必須) <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 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>未受療の場合 理由(必須) [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 style="margin-left: 20px;"><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 style="margin-left: 20px;"><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>今後の受療について(必須)</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>レセプト確認実施時期(必須) 平成 年 月に確認</p> <p>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</p> <p>管理台帳への記載(必須) <input type="checkbox"/> 記載済み</p>	
備考		

対象者個人情報	氏名 カネ (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 脂質	特定保健指導 積動情不					
	性別	健診結果	年齢 [年度目]					
	管理用番号	個人番号	未受療重症化ハイリスク者(2年度目以降)					
しせつ確認	しせつチェック実施日(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 糖尿 脂質 腎 ・初診年月日 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 受療中断	・投薬名 分間						
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)					
	指導保健師番号(必須)	氏名(必須)						
保健指導実施結果	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 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%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">0時</td> <td style="width:25%;">6時</td> <td style="width:25%;">12時</td> <td style="width:25%;">18時</td> <td style="width:25%;">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)								
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>受療していた場合(必須) <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>受療結果 <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>受療中断の場合 理由(必須) [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)</p> <p>未受療の場合 理由(必須) [複数チェック可]</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 <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>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>管理台帳への記載(必須) <input type="checkbox"/> 記載済み</p>	
	<p>健診受診勧奨予定 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>健診受診勧奨結果</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 <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) <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 <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>管理台帳への記載 <input type="checkbox"/> 記載済み</p>	
備考		

	管理用番号	個人番号
保健指導結果から(受療状況)	<p>受療していた場合(必須) <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>受療結果(必須) <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: 100px;"><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>未受療の場合 理由(必須) [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 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>今後の受療について(必須)</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>	
	<p>健診受診勧奨予定 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>	
翌年度の健診受診勧奨	<p>健診受診勧奨結果</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: 20px;"><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: 20px;"><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: 20px;"><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>管理台帳への記載 <input type="checkbox"/> 記載済み</p>	
備考		

対象者個人情報	氏名 カ+ (生年月日)		被保険者番号		
	住所		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		特定保健指導 積 動 情 不	
	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 <small>(所要時間の逸脱の場合その理由)</small>		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 <small>(データの値など記入)</small>					
相談(目標と)したこと 					

管理用番号	個人番号

対象者個人情報	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 糖尿病 尿 特定保健指導 積動情不
	性別	健診結果
介入除外確認	年齢	
	管理用番号	個人番号
○研究対象者「対象外」に該当した場合		
該当日 平成 年 月 日		
該当した項目 <input type="checkbox"/> すでに対象疾患で受療していた		
具体的に		()
○国保から異動した場合		
異動日 平成 年 月 日		
異動事由		<input type="checkbox"/> 市外転出 <input type="checkbox"/> その他の保険加入 <input type="checkbox"/> 生活保護開始 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険移行 <input type="checkbox"/> 国保内での世帯合併・分離
※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に整合。
	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」未掲載であったが図 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」未掲載であったが図 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 として掲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 として掲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 として掲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。