

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25年度～平成27年度 総合研究報告書

研究代表者 磯 博康 大阪大学教授

平成29(2017)年 2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)

介入手順書 \*

保健指導実務編

Ver. 1.0 平成 26 年 2 月 14 日

Ver. 2.0 平成 26 年 5 月 29 日

Ver. 3.0 平成 27 年 1 月 13 日 (平成 27 年 4 月 9 日倫理審査委員会承認)

Ver. 4.0 平成 27 年 10 月 21 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

# 目次

<b>I 意義と目的</b> .....	<b>1</b>
1. 研究の意義 .....	1
2. 研究の目的 .....	1
<b>II 受療行動促進モデルに基づく保健指導</b> .....	<b>2</b>
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） .....	2
2. 保健指導プログラムの概要 .....	5
2.1 対象者 .....	5
2.2 プログラムの流れ（図 2-1、図 2-2） .....	5
2.3 目標 .....	8
3. 保健指導で用いる帳票 .....	8
3.1 管理台帳（様式 1） .....	8
3.2 健診結果経年表（様式 2） .....	11
3.3 構造図（様式 3） .....	13
3.4 保健指導記録票 初回（様式 4） .....	15
3.5 保健指導記録票 継続保健指導①（様式 5-1、様式 5-3） .....	22
3.6 保健指導記録票 継続保健指導②（様式 5-2） .....	30
3.7 介入除外確認シート（様式 6） .....	34
3.8 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 .....	36
4. 保健指導で用いる資料 .....	39
5. 保健指導のポイント .....	42
5.1 初回保健指導は原則として家庭訪問 .....	42
5.2 保健指導に健診結果経年表と構造図を活用 .....	42
5.3 管理台帳を用いた保健指導対象者の管理 .....	44
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 .....	44
<b>III 保健指導の実務</b> .....	<b>44</b>
1. 保健指導の流れ .....	44
2. 保健指導の準備 .....	46
2.1 対象者の把握 .....	46
2.2 保健指導計画の立案 .....	46
2.3 アセスメント .....	47



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、わが国初めで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。

## 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

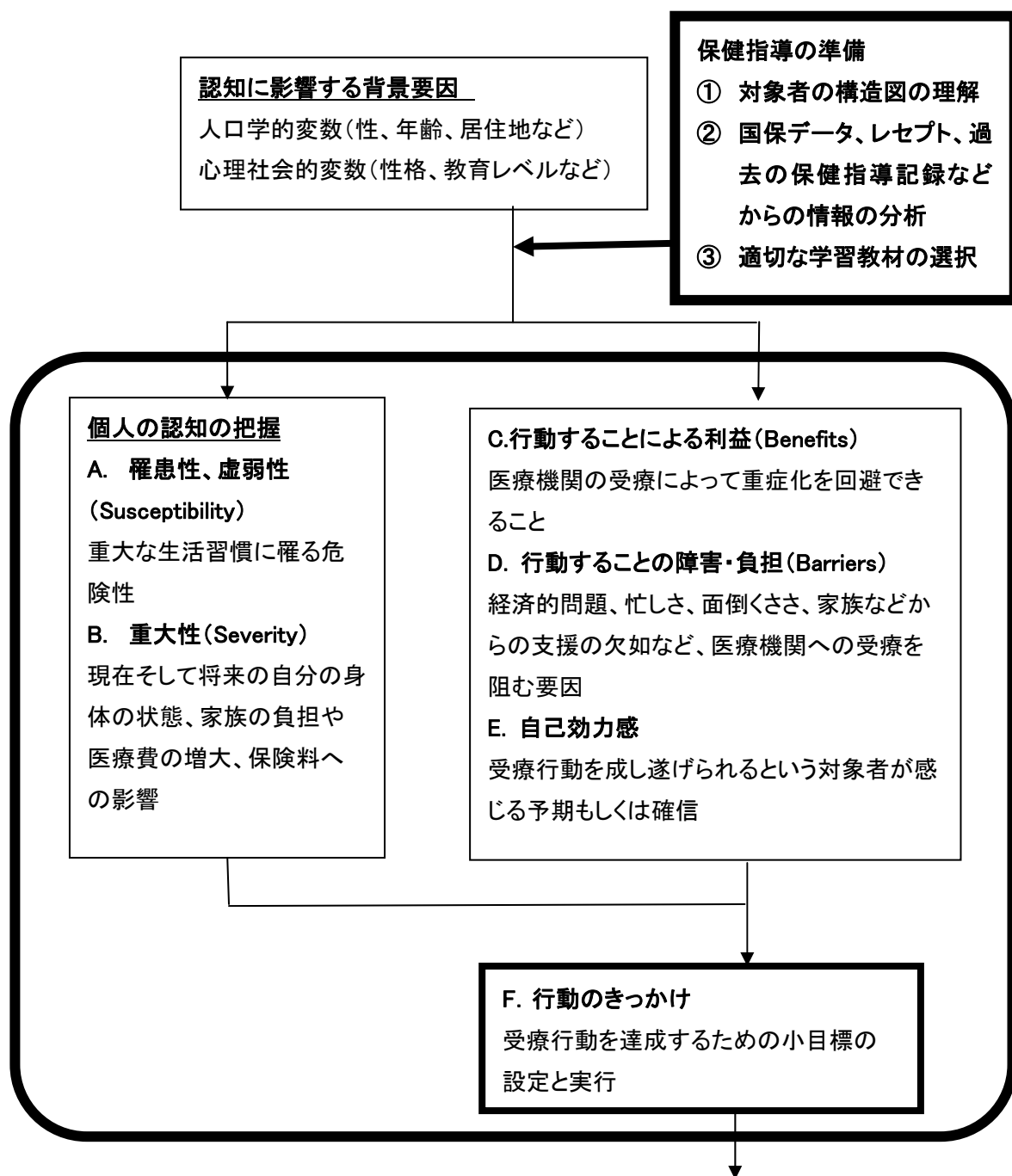
対象者が受療行動を取ろうとする際に、障害あるいは負担となるもの。経済的問題、家族のサポートが不十分などの外的障害と、面倒くささ、医療機関への受療のデメリットを感じるなど、内的障害から構成される。保健師は対象者との関わりの中から、受療行動の阻害要因をアセスメントし、どうしたら阻害要因をなくすことができるか、対象者と一緒に考えながら解決方法などを提案する。

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。

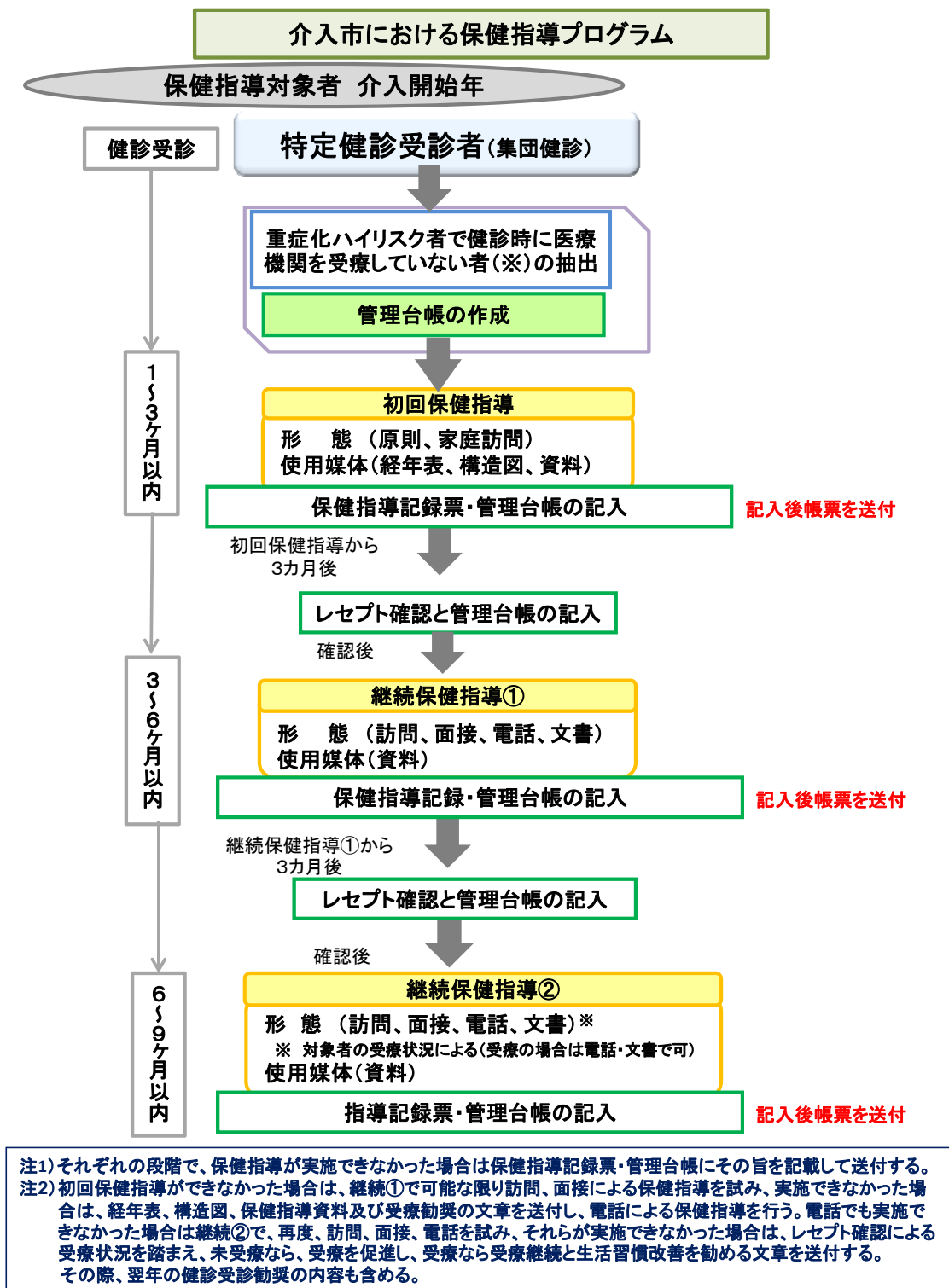


図 2-1 保健指導プログラムの流れ (介入開始年)

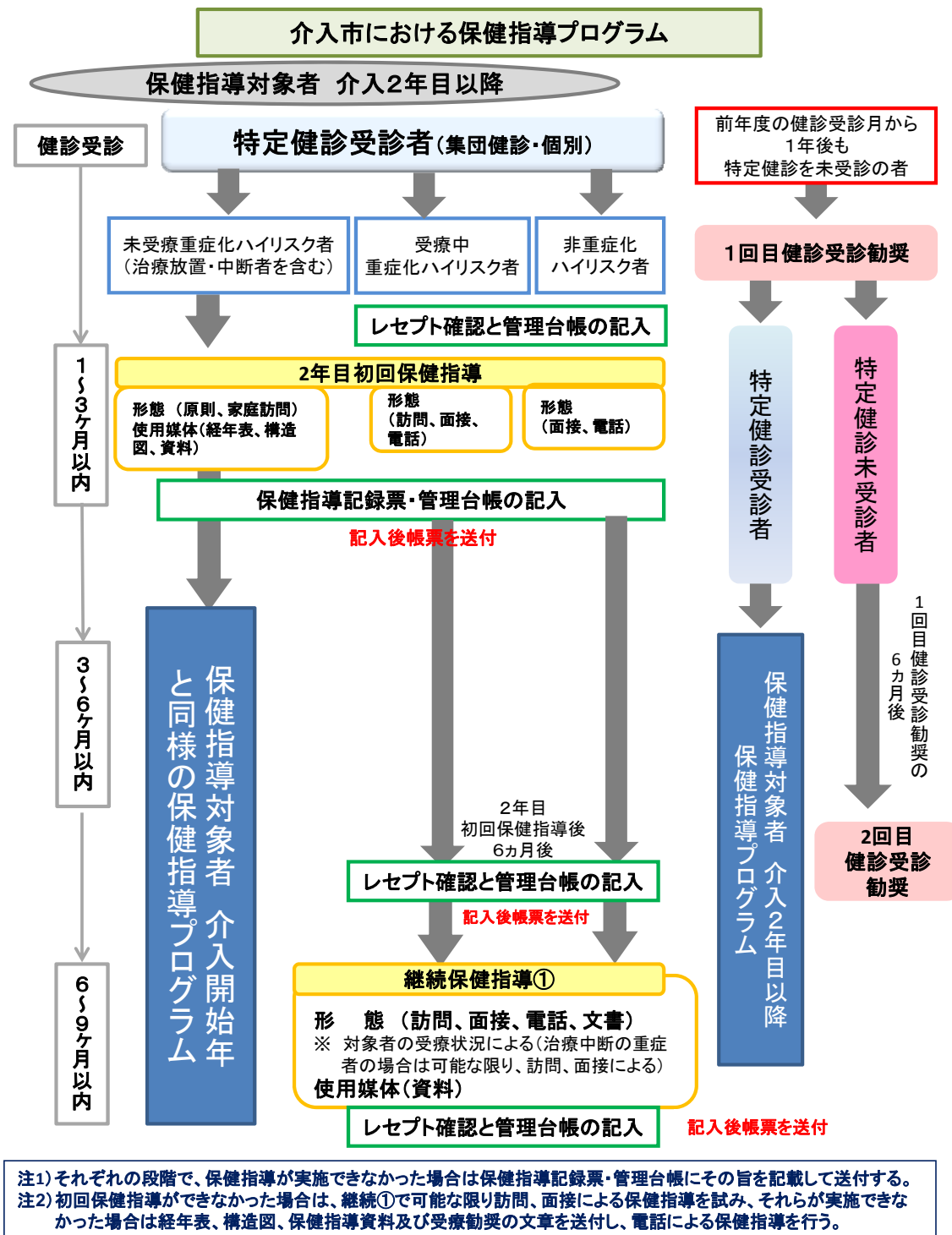


図 2-2 保健指導プログラムの流れ (介入2年目以降)



## 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のようになっており、以下のように使用する。



#### 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）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

検査項目	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	
大きな体の	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				
		尿酸	(-) 未満				
	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					
腎臓	尿酸	7.1mg/dl 未満					
	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	(-) 未満					
異状血症性	尿潜血	(-) 未満					
	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400~539万/mm <sup>3</sup> 女360~489万/mm <sup>3</sup>						
心電図							
眼底			H( )S( )	H( )S( )	H( )S( )	H( )S( )	
			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		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		1年未満	
現病歴・既往歴	脳卒中	いいえ	運動	日常、歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施	
	心臓病	いいえ			
	慢性の腎不全	いいえ		同年齢の同性より歩く速度が速い	
	貧血	いいえ		食べる速度が遅い	
その他	いいえ	食事	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		夕食後の間食が週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	

様式2 管理用番号 一割入番号

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に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。

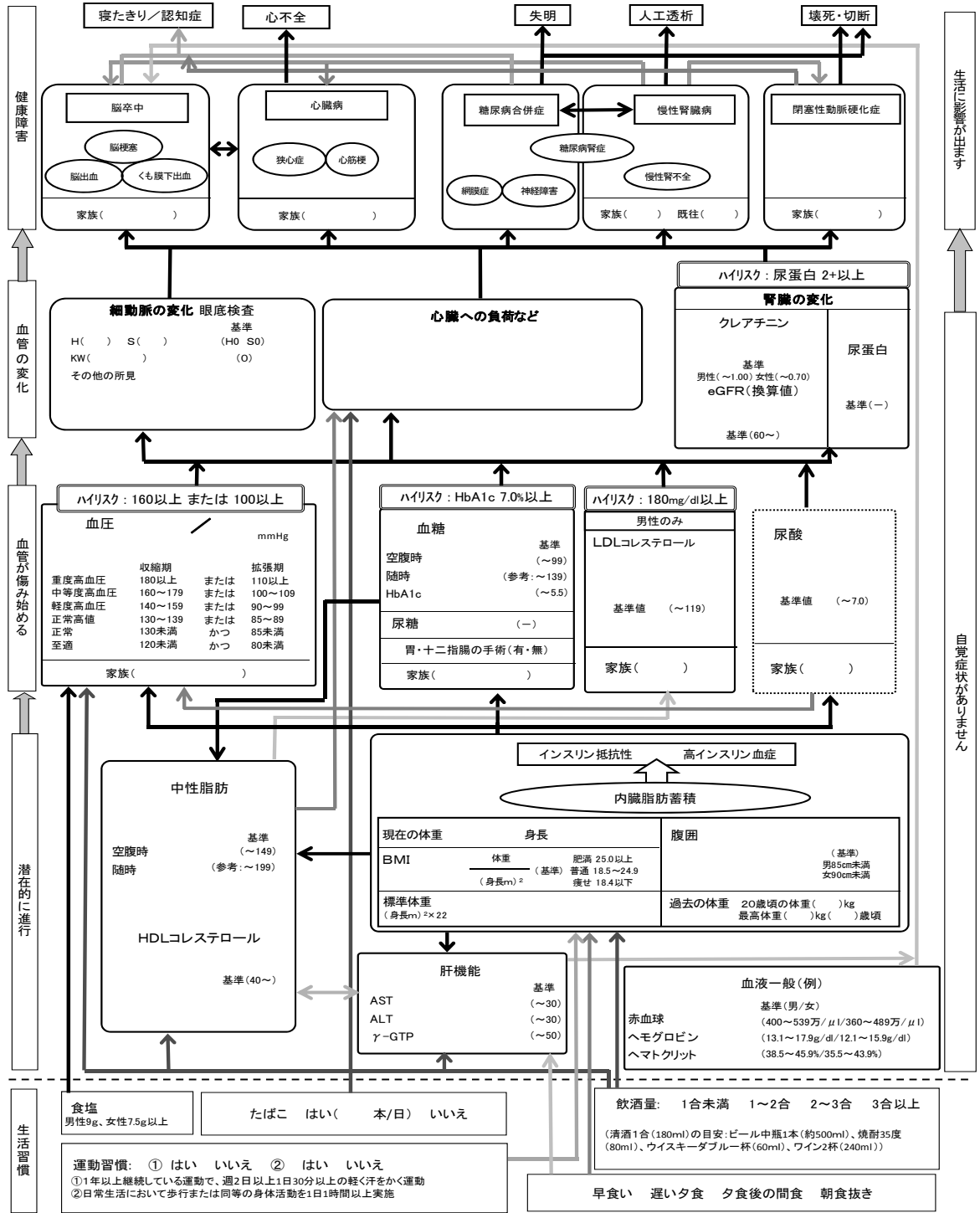
#### 対象者の把握時

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**

様 歳 性別  
〇〇市△△町□号



※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99999999999

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 オモイ

対象者 個人 情報	<b>A</b> 氏名 <span style="margin-left: 100px;">カナ</span> <span style="float: right;">(生年月日)</span>	
	住所 <span style="float: right;">被保険者番号</span>	
	特定健診受診日 平成 年 月 日 <span style="margin-left: 20px;">重症種別 血圧 糖 脂 尿</span> <span style="float: right;">特定保健指導 積 動 情 不</span>	
	性別	健診結果
	年齢 [ <span style="margin-left: 20px;">年度目</span> ]	<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 <span style="margin-left: 100px;">個人番号</span>		
保健 指導 準備	<b>B</b> 調予定調整日 <span style="margin-left: 100px;">指導決定(予約)日及び時間</span>	
	平成 年 月 日 備考 <span style="float: right;">1</span> 連絡調整回数等	平成 年 月 日 時 分~ 指導形態 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 個別 <span style="float: right;">2</span> <input type="checkbox"/> その他 指導場所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他
<b>C</b> 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 脂質 腎		
<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px 5px;">3 必須</span>		
<b>D</b> 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)		
保健指導計画よみとり(アセスメント)		
<b>E</b> 費用予定の資料番号(必須)		
<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px 5px;">4 必須</span>		
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> <div style="background-color: #90EE90; padding: 10px; margin-top: 10px;">                     要記入                 </div> 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] <div style="background-color: #90EE90; padding: 10px; margin-top: 10px;">                     要記入                 </div> 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		
<b>6</b> 準備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		
準備に要した時間 <span style="margin-left: 50px;">分間程度</span> (必須)		
<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px 5px;">7 必須</span>		

保健指導記録票 初回 様式4 オモイ

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		実施形態(必須) <input type="checkbox"/> 家庭訪問 <input type="checkbox"/> 個別面談	
実施日(必須) 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> その他 <b>8 必須</b>	
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	
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			
使用した資料番号(必須)		<b>10 必須</b>	
本人の気付き <b>11</b> 要記入			
相談(目標としたこと) <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) [複数選択可]</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してみたい <input type="checkbox"/> その他(具体的に) <input type="checkbox"/> 特になし <b>12 必須</b>			
<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」か「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			
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 <b>15 必須</b>	
受療の重要性(0(最小)~10(最大))		受療行動の可能性(0(最小)~10(最大))	
段階		段階	
D 再確認実施時期(必須) 平成 年 月に確認			
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"/> 予約済み <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 対面）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

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、納得できたから発言する「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。

#### ④ 今後の指導計画（初回記録票⑩欄【必須】）

図 6(裏面)の D 欄に、今後のレセプト確認実施時期や継続保健指導①の実施時期について記入し、継続保健指導①の予約ができた場合には、その旨記入する。

なお、これまでに、保健指導記録票（初回）に記入してきた内容の内、必要な情報については管理台帳に転記し、その後、確認のため「管理台帳への記載」にチェックを入れる。

#### ⑤ 保健指導記録票初回の提出

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）を記入済みの保健指導記録票初回を、前月に記入したすべての管理台帳（様式 1）、保健指導記録票（様式 4）とともにコピーし、データセンターに送付する。その際、保健指導記録票（様式 4）については、両面コピーとする。

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すようにしておく。

なお、個人情報は、様式 4（表面）のコピーの際、E のラインから向かって上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。裏面は個人情報の記入はないため、マスキングせずコピーしてよい。

### 3.5 保健指導記録票 継続保健指導①（様式 5-1、様式 5-3）

この様式 5-1 は、健診受診後 4～5 か月以内の継続保健指導①の保健指導に使用する。

様式 5-3 は、介入 2 年度目以降、「受療中重症化ハイリスク者」又は、「非重症化ハイリスク者」の場合における、健診受診後 7～8 か月以内の継続保健指導①の保健指導に使用する。

なお、保健指導記録票（継続保健指導①）は図 7-1(表面、裏面)、図 7-2（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	A氏名 <b>カキ</b> (生年月日)		F 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 糖尿 脂尿 特定保健指導 積動情不		
	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	B 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 <input type="checkbox"/> 投薬名 ・初診年月日 平成 年 月 日 <b>1 必須</b>				
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	C 指導保健師番号(必須) 氏名(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"/> 電話 <b>2 必須</b> <input type="checkbox"/> その他 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) 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 生活習慣 <b>3</b> 時   6時   12時   18時   24時				
	使用した資料番号(必須) <b>4 必須</b>				
	記載した内容 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] <b>5</b> <b>要記入</b>				
	・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 <b>6 必須</b>				
	・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				

図 7-1 (表面) 保健指導記録票 継続保健指導① (様式 5-1)



	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> <span style="font-size: 24px; font-weight: bold;">A</span> </div> 管理用番号	個人番号
保健指導結果から(受療状況)	<div style="border: 2px dashed orange; border-radius: 15px; padding: 10px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 50%; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-weight: bold; color: white;">D</div> <div style="flex-grow: 1;"> <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> </div> <div style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-weight: bold; color: white;">7 必須</div> </div> </div> <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <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 style="width: 40px;" type="text"/> 段階 受療行動の可能性(0(最小)～10(最大)) <input style="width: 40px;" type="text"/> 段階</p> </div>	
今後の指導計画	<div style="border: 2px dashed orange; border-radius: 15px; padding: 10px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 50%; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-weight: bold; color: white;">E</div> <div style="flex-grow: 1;"> <p><b>レセプト確認実施時期(必須)</b> 平成 年 月 日に確認</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> </div> <div style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-weight: bold; color: white;">8 必須</div> </div> </div>	
備考		

図 7-1 (裏面) 保健指導記録票 継続保健指導① (様式 5-1)



		<b>A</b>		管理用番号	個人番号
保健指導結果から(受療状況)	<p><b>D</b></p> <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) <span style="float: right;"><b>7 必須</b></span></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><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><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(最小~10(最大)) [ ] 段階 受療行動の可能性(最小~10(最大)) [ ] 段階</p>				
	<p><b>E</b></p> <p><b>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> <hr/> <p><b>健診受診勧奨結果</b> <span style="float: right;"><b>8 必須</b></span></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>管理台帳への記載 <input type="checkbox"/> 記載済み</p>				
備考					

図 7-2 (裏面) 保健指導記録票 継続保健指導① (様式 5-3)

### 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（継続保健指導①）（A4 両面）のA欄には、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年度目以降の継続保健指導①の場合で、未受療重症化ハイリスク者の場合は、図7-1の保健指導記録票（様式5-1）を使用する。

未受療重症化ハイリスク者以外の場合は、図7-2の保健指導記録票（様式5-3）を使用し、健診結果欄の「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7-1（表面）、図7-2（表面）のB欄には、保健指導の準備に関わる内容を次の通り記入する。

#### ・ レセプト確認の実施日（継続記録票①欄【必須】）

初回保健指導後の対象者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、その結果については、必ずチェックボックスにチェックをいれる。特に、「高血圧、高血糖、脂質異常、腎臓病」のいずれかで受療していた場合は、該当する疾病名に○を記入し、その初診年月日も記入する。また、投薬の有無を確認するため、できるだけ投薬名についても、調剤報酬明細書から転記しておく。

この際、介入開始年における対象者の健診受診日現在、重症化ハイリスクとなった項目について、すでに受療していたことが判明した場合には、対象外となり、その旨を研究班に報告するとともに、データセンターへの報告から外す。

#### ・ 保健指導計画（継続記録票①欄【必須】）

対象者のアセスメントを実施した結果を記入する。その際、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7-1（表面）、図7-2（表面）のC欄に、継続保健指導①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（継続記録票②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（継続記録票②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と実施した場合には、本人にチェックし、本人以外の者と実施、又は同席した場合には、家族にチェックし、妻、子ども、兄弟、姉妹など具体的な属性を記入する。

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、家族構成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（継続記録票②欄【必須】）  
保健指導の実施形態と実施場所についても、必ず実施した内容について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分を超えた場合には、その理由を記入する。
- ・ 家族構成（継続記録票②欄【必須】）  
家族構成について、必ず記入する。
- ・ 職歴、生活習慣（継続記録票③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、今後の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。なお、初回保健指導時に聞取った内容と大きく相違ないときは、初回と同じと記入する。
- ・ 使用した資料番号（継続記録票④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。
- ・ 支援した内容  
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（継続記録票⑤欄【要記入】）  
リスク低下に向けた行動（受療開始、受療継続、生活習慣改善のいずれか）に対し障害や負担となっている事項について記入する。  
なお、障害や負担となっている事項が特にない場合は、「なし」と記入する。
- ・ 受療と併せて必要な生活習慣の改善について（継続記録票⑥欄【必須】）  
受療と併せて、必要な生活習慣の改善について指導した場合は、必ず、チェックボックスにチェックを入れ（複数選択可）、併せて具体的な内容を記入する。
- ・ 提案した行動のきっかけ（継続記録票⑥欄【必須】）  
初回保健指導以降、すでに受診していたり、未受診である場合でも、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。

また、初回保健指導以降、対象者が受療以外に始めたことがあるか確認し、チェックボックスにチェックを入れる。具体的な内容も記入する。

その他、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。

#### ④ 保健指導結果から（受療状況）

図 7-1(裏面)、図 7-2(裏面)のD欄に、継続保健指導①を実施した結果から、受療状況の内容を、項目に沿って次の通り記入する。

図 7-2（裏面）D欄については、2年度目以降の継続保健指導①で、「非重症化ハイリスク者」の場合は、記入の必要はない。

- ・ 受療していた場合（継続記録票⑦欄【必須】）

対象者が初回保健指導以降、受療を開始していた場合に、経過観察も含む非薬物治療が開始したか、薬物治療が開始したか、受療したが継続受療の必要なしと言われたかについて、必ずチェックボックスにチェックを入れる。未受療の場合は未記入でよい。

なお、対象者本人から受療したとの発言があっても、初回保健指導後のレセプトで受療状況を確認してチェックすること。また、レセプト上、重症ハイリスクに該当する疾病名がない場合で、継続受療の必要なしと主治医から明確に言われていない場合は未受療とする。

- ・ 未受療の場合（継続記録票⑦欄【必須】）

対象者が初回保健指導以降、未受療であった場合に、その理由を必ず、チェックボックスにチェックを入れる（複数選択可）。

- ・ 今後の受療について（継続記録票⑦欄【必須】）

対象者が初回保健指導以降、未受療であった場合に、今後の受療にかかる内容を記入する。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には、医療機関一覧を示すなど、医療機関を選択してもらい、受療先医療機関名に記入する。併せて、医療機関の選定理由についてもチェックボックスにチェックを入れる。

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。

#### ⑤ 今後の指導計画（継続記録票⑧欄【必須】）

図 7-1(裏面)のE欄に、今後のレセプト確認実施時期や継続保健指導②の実施時期について記入し、継続保健指導②の予約ができた場合には、その旨記入する。

なお、これまでに、保健指導記録票（初回）に記入してきた内容の内、必要な情報については管理台帳に転記し、その後、確認のため「管理台帳への記載」にチェックを入れる。

#### ⑥翌年度の健診受診勧奨（継続記録票⑧欄【必須】）

図 7-2（裏面）の E 欄には、健診受診にかかる内容次の通り記入する。

- ・ 健診受診勧奨予定  
健診受診から 1 年後の日程を記入する。
- ・ 健診受診勧奨実施結果  
前記の健診受診勧奨予定日を過ぎても、健診未受診であった場合に、健診受診勧奨を行い、その結果を必ず記入し、併せて管理台帳に転記し、その後、確認のため「管理台帳への記載」にチェックを入れる。  
なお、健診を受診済みであった場合には、「健診受診済みと回答」にチェックを入れ、対象者から聞き取った健診受診日を記入する。

#### ⑦保健指導記録票継続保健指導①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）を記入済みの保健指導記録票継続保健指導①を、前月に記入したすべての管理台帳（様式 1）、保健指導記録票（様式 5）とともにコピーし、データセンターに送付する。その際、保健指導記録票（様式 5）については、両面コピーとする。

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、様式 5-1（表面）、様式 5-3（表面）のコピーの際、F のラインから向かって上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。裏面は個人情報の記入はないため、マスキングせずコピーしてよい。

#### 3.6 保健指導記録票 継続保健指導②（様式 5-2）

この様式 5-2 は、健診受診後 7～8 か月以内の継続保健指導②の保健指導に使用する。

なお、保健指導記録票（継続保健指導②）は図 8（表面、裏面）のようになり、以下のように使用する。

対象者 個人情報 報告	<b>A</b> 名 <b>カキ</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 脂 尿	F	
	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	<b>B</b> 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)		<input type="checkbox"/> 受療疾病名 血圧 糖 脂質 腎 <input type="checkbox"/> 投薬名 <input type="checkbox"/> 初診年月日 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 受療中断	
1 必須				
保健指導 準備	<b>C</b> 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) <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 <input type="checkbox"/> その他 2 必須 実施時間(必須) 時 分 ~ 時 分 分間 指導場所(必須) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他			
指導 結果	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 3 0時   6時   12時   18時   24時			
	使用した資料番号(必須) 4 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] 5 要記入			
・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				
6 必須				

図 8 (表面) 保健指導記録票 継続保健指導② (様式 5-2)



	<b>A</b> 管理用番号	個人番号
保健指導結果から(受療状況)	<p><b>D</b> 受療していた場合(必須)</p> <p><b>受療結果</b></p> <p><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><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>7 必須</b></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) _____ 段階 受療行動の可能性[0(最小)~10(最大)](必須) _____ 段階</p> <p>管理台帳への記載(必須) <input type="checkbox"/> 記載済み</p>	
	<p><b>E</b> 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><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>管理台帳への記載 <input type="checkbox"/> 記載済み</p>	
備考		

図 8 (裏面) 保健指導記録票 継続保健指導② (様式 5-2)

### 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（継続保健指導②）（A4 両面）のA欄には、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。

### ② 保健指導の準備

図8(表面)のB欄には、保健指導の準備に関わる内容を次の通り記入する。

#### ・ レセプト確認の実施日（継続記録票①欄【必須】）

継続保健指導①後の対象者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、その結果を必ず、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」のいずれで受療していたかに○を記入し、その初診年月日も記入する。また投薬の有無を確認するため、投薬名についても、できるだけ調剤報酬明細書から転記しておく。

対象者が継続保健指導①の時点で受療していたにも関わらず、未受療であることが判明した場合には、「受療中断」にチェックを入れる。また、対象者が受療した結果、医師の指示により「継続受療の必要なし」となった場合には、「レセプトなし」にチェックを入れ、その下に「継続受療必要なし」と記入する。

#### ・ 保健指導計画（継続記録票①欄【必須】）

対象者のアセスメントを実施した結果を記入する。その際、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 保健指導実施結果

図8(表面)のC欄に、継続保健指導②を実施した結果の内容を、「3.5③」同様に記入する。

### ④ 保健指導結果から（受療状況）

図8(裏面)のD欄に、「3.5④」同様に記入する。

### ⑤ 翌年度の健診受診勧奨

図8裏面のE欄には、健診受診にかかる内容次の通り記入する。

#### ・ 健診受診勧奨予定（継続記録票⑧欄【必須】）

健診受診から1年後の日程を記入する。

#### ・ 健診受診勧奨実施結果（継続記録票⑧欄【必須】）

前記の健診受診勧奨予定日を過ぎても、健診未受診であった場合に、健診受診勧奨を行い、その結果を必ず記入し、併せて管理台帳に転記し、その後、確認のため「管理台帳への記載」にチェックを入れる。

なお、健診を受診済みであった場合には、「健診受診済みと回答」にチェックを入れ、対象者から聞き取った健診受診日を記入する。

#### ⑥ 保健指導記録票継続保健指導②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）を記入済みの保健指導記録票継続保健指導②を、前月に記入したすべての管理台帳（様式1）、保健指導記録票（様式5）とともにコピーし、データセンターに送付する。その際、保健指導記録票（様式5）については、両面コピーとする。

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にしておく。

なお、個人情報は、様式5-2（表面）のコピーの際、Fのラインから向かって上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。裏面は個人情報の記入はないため、マスキングせずコピーしてよい。

### 3.7 介入除外確認シート（様式6）

本プログラム実施期間中、対象者が次の②と③のいずれかの条件に該当した場合には、介入除外確認シートを作成し、データセンターへ提出する。

次の②に該当した場合は、当該レセプト（健診受診月前後3カ月分）と経年表の被保険者氏名、住所、被保険者記号・番号、生年月日、保健医療機関の所在及び名称、保険医名をマスキングして、戦略研究推進室へ郵送またはパスワード付きファイルを添付したメールにて送付する。

除外判定手順は以下の通りである。

1. 介入自治体保健師が、訪問を行うかどうか判断するために受診者のレセプト（健診受診月とその前後の月）を点検する。
2. レセプトに受療の定義に該当する病名が挙がっていた場合、そのレセプト写し（個人情報マスク済）を戦略研究推進室へ提出する（郵送またはパスワード付きファイルを添付したメールにて）。
3. 研究リーダー・介入サポートチームリーダーは、レセプト上の傷病名を確認して、除外に関する最終判断を行う。判断結果を自治体へ通知する（メールにて）。
4. 最終判断の結果、介入除外となった人については、自治体側で介入除外確認シートを作成する。介入除外確認シートを自治体からデータセンターに郵送し、データセンターで保管する。併せて、管理台帳（様式1）図3のK欄の該当項目の記入を行う。
5. 最終判断の結果、介入除外とならなかった場合は、研究対象者として保健指導を実施する。



### ③ 追跡期間の終了

対象者の加入する保険が国民健康保険から他の健康保険などへ変更され異動した場合は異動時点でレセプト情報による追跡を終了とする。死亡については、死亡時点で死亡票・死亡小票による追跡を終了とする。これらの場合、その異動日、異動事由とともに、図9のC欄に記入する。また、同じ国民健康保険内であっても、世帯合併、又は世帯分離により被保険者証番号が変更になった場合も、異動とみなしてその時点を追跡終了とし、同様に記入する。

### ④ 介入除外確認シートの提出

原則1ヶ月に1回、前月に除外対象者が出現した場合には、その理由を記入済みの介入除外確認シートを、前月に記入したすべての管理台帳（様式1）、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すようにしておく。

なお、個人情報は、様式6のコピーの際、Dのラインから向かって上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。

## 3.8 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（服薬の有無）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。確認の方法は「Ⅲ. 保健指導の実務 6. レセプトによる受療確認（健診受診後7ヶ月以内）」を参照のこと。

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」から診療報酬明細書および調剤報酬明細書（いずれも、「レセプト」という。）による高血圧症・糖尿病・脂質異常症、慢性腎臓病の受療状況を確認する。

診療報酬明細書の記載事項各欄の内容は、図10を参考に確認すること。また、調剤報酬明細書による処方薬剤などの確認方法は、図11のとおりとなる。

なお、これらの確認作業を行うため、研究班が提供するソフトウェアによる対象者の医療機関受療状況に関する出力データを活用する。

レセプトサンプル（内科・入院外）

平成 年 月 日

レセプト（診療報酬明細書）での、  
通院開始などの確認方法

「入院外」と記載分が  
通院レセプトです。

診療した年月が記  
載されています。

本人の「氏名」と「性別」「生  
年月日」が記載されています。

通院中の「医療機関名称」や  
「所在地」、病院の場合にあっ  
ては「診療科」等が記載されて  
います。

① 〇〇〇〇〇 (主) ← A  
② 〇〇〇〇〇 (主)  
③ 〇〇〇〇〇  
④ 〇〇〇〇〇

〇〇〇〇〇 〇〇〇  
〇〇〇〇〇 〇〇〇  
〇〇〇〇〇 〇〇〇  
〇〇〇〇〇 〇〇〇

〇) 〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇  
②) 〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇  
③) 〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇  
④) 〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇

診療した「傷病名」が記載されています。

①主傷病、副傷病の順に記載され、主傷病には(主)と明  
記してあります。主傷病は原則として1つ、副傷病につい  
ては主なものについて記載するルールとなっており、主傷病  
が複数ある場合は、主傷病と副傷病の間を線で区切るな  
どし、区別できるようになっています。

②傷病名が4以上ある場合には、「傷病名」欄の余白に順  
次番号を付し、傷病名を記載し、又は当該欄に記載しきれ  
ない場合は、「摘要」欄に順次番号を付して記載すること  
なっています。

〇〇〇〇〇 〇〇〇  
〇〇〇〇〇 〇〇〇  
〇〇〇〇〇 〇〇〇  
〇〇〇〇〇 〇〇〇  
〇〇〇〇〇 〇〇〇  
〇〇〇〇〇 〇〇〇  
〇〇〇〇〇 〇〇〇  
〇〇〇〇〇 〇〇〇  
〇〇〇〇〇 〇〇〇  
〇〇〇〇〇 〇〇〇  
〇〇〇〇〇 〇〇〇  
〇〇〇〇〇 〇〇〇  
〇〇〇〇〇 〇〇〇  
〇〇〇〇〇 〇〇〇

診療した傷病名に対する、「診療開始日」が記載されています。

医療機関において、保険診療を開始した年月日が記載されて  
います。

A のとおり、傷病名に対し、その後に、傷病の診療開始日  
が記載されており、それぞれの傷病名に対し、診療開始日が記  
載されています。

薬剤名 規格単位 (%又はm & 等) 投与量  
薬剤名 規格単位 (%又はm & 等) 投与量  
薬剤名 規格単位 (%又はm & 等) 投与量  
薬剤名 規格単位 (%又はm & 等) 投与量  
薬剤名 規格単位 (%又はm & 等) 投与量

【院内処方の場合】  
院内処方の場合は、投薬された薬剤名などは、ここに  
記載されています。  
院外処方の場合は、調剤レセプトを確認ください。

参考資料：「診療報酬請求書の記載要領等について」等の一部改正について（平成24年3月26日保医発0326第2号）

図 10 診療報酬明細書による治療状況などの確認方法



#### 4. 保健指導で用いる資料

受療行動促進モデルの各段階における保健指導の際に、構造図及び経年表の帳票を使用するが、表1で示した、保健指導資料を適宜選択して活用する。但し、介入自治体にある資料の使用を妨げるものではない。

生活習慣改善に関する資料は、主として継続保健指導の際に用いる。ただし、当該リスク項目に関して、必ずしも生活習慣に起因しない場合（遺伝要因など）があることにも留意して指導を行う。

表1 保健指導資料一覧

受療行動促進モデル	使用する帳票類	資料の内容	病 態			
			高血圧	糖尿病	脂質異常	蛋白尿
【A 罹患性・虚弱性】	構造図 経年表 保健指導記録票	共通資料	共通-1-① 血管を傷つける原因は何でしょう？ ～太い血管の動脈硬化～ 共通-1-② 血管を傷つける原因は何でしょう？ ～細い血管の動脈硬化～ 共通-2 このまま放っておくと、どうなるのでしょうか？			
【A 罹患性・虚弱性】 【B 重大性】		私はどの段階	血圧-1 私の血圧はどの段階？	糖-1 私の血糖はどの段階？	コ-1 私のLDLコレステロールはどの段階？	なし
【B 重大性】		高いと困ること	血圧-2 血圧が高いとどうなるの？	糖-2① 血糖が高いとどうなるの？	コ-2 LDLコレステロールが高いとどうなるの？ コ-3 私のコレステロールバランスは？	なし
			なし	糖-2② 糖尿病神経障害～あてはまるものがありますか？～ 糖-2③ 糖尿病で失明しないために～糖尿病網膜症の進行段階～ 糖-2④ 糖尿病腎症の経過～私の糸球体はどの段階？～	なし	なし
【C 行動することによる利益】 【D 行動することによる障害・負担】		原因	血圧-3 血圧が上がる原因は？	糖-3 血糖が上がる原因は？ ～体の中の糖の流れ～	コ-4 LDLコレステロールが上がる原因は？～体の中の脂質の流れ～	尿-1 腎臓が傷む原因は？
		薬	血圧-4 血圧を下げる薬は？	糖-4 血糖をコントロールする薬は？	コ-5 脂質異常症を改善する薬は？	なし
【F 行動するきっかけ】		その他	血圧-5 家庭血圧の測定方法	なし	なし	なし
【D 行動することによる障害・負担】 【F 行動するきっかけ】	生活習慣改善	生-1 健診結果に基づいた食品の基準量 生-2 あなたにふさわしい油脂類と穀類の量の計算表 生-3 1日の果物の目安量 生-4 お菓子に含まれる砂糖・脂質・塩分の目安のつけ方 生-5 ごはん1杯分に相当するお菓子に含まれる砂糖と脂質 生-6 食品の中の塩分[乳製品・魚介類・肉類・海藻類] 生-7 調理・加工品などの中の塩分 生-8 おやつの中の塩分 生-9 ごはんやパンの中の塩分 生-10 調味料に含まれる塩分の目安 生-11 魚介類50gあたりのコレステロールと脂質の関係 生-12 肉50gあたりのコレステロールと脂質の関係 生-13 お菓子に含まれるコレステロールと脂質の関係 生-14 体重の減らし方（考え方）				



なお、資料集並びに、各資料の目的及び使用例については、別冊「保健指導資料集」のとおりである。

#### 【A 罹患性・虚弱性】

##### ○共通資料

共通 1-① 血管を傷つける原因は何でしょう？～太い血管の動脈硬化～

共通 1-② 血管を傷つける原因は何でしょう？～細い血管の動脈硬化～

共通 2 このまま放っておくと、どうなるのでしょうか？

- ・ リスク因子が重なることで、血管内皮が傷つき動脈硬化が進むことをイメージし、リスク因子を一つでも取り除くことが健康障害を防ぐために重要であることを理解してもらう。
- ・ 放置すると大血管、細動脈や毛細血管の障害が進む可能性があることをイメージしてもらう。
- ・ 血管障害が起こりやすい血管の特徴を知ってもらう。

#### 【A 罹患性・虚弱性】【B 重大性】

##### ○私はどの段階

血压 1 私の血压はどの段階？

糖 1 私の血糖はどの段階？

コ 1 私の LDL コレステロールはどの段階？

- ・ 学会診療ガイドラインの科学的根拠に基づいて、自分の健診結果は臓器障害を発症する恐れが極めて高い重症化ハイリスクの段階にあり、受療が必要であることに気づいてもらう。

#### 【B 重大性】

##### ○検査結果が高いと困ること

血压 2 血压が高いとどうなるの？

糖 2 血糖が高いとどうなるの？

コ 2 LDL コレステロールが高いとどうなるの？

コ 3 私のコレステロールバランスは？

- ・ 重症化ハイリスクのリスク因子があることで、血管障害や動脈硬化が進み、脳卒中、心臓病（狭心症、心筋梗塞、心不全など）、慢性腎臓病などを発症するリスクが高いことを理解してもらう。
- ・ こうした病気を発症すると、寝たきり、認知症、人工透析などに進むことを理解してもらう。

##### ○その他

糖 2② 糖尿病神経障害～あてはまるものがありますか？

糖 6 糖尿病で失明しないために～糖尿病性網膜症の進行段階

糖7 糖尿病性腎症の経過～私の糸球体はどの段階？

- ・ 高血糖を放置することで糖尿病合併症が発症すること、その機序や疾病の状況について知ってもらう。

【C 行動することによる利益】【D 行動することによる障害・負担】

○原因

血圧3 血圧が上がる原因は？

糖3 血糖の上がる原因は？～体の中の糖の流れ～

コ4 LDL コレステロールの上がる原因は？～体の中の脂質の流れ～

尿1 腎臓が傷む原因は何でしょう？

- ・ リスク因子と発症に関係する要因との関係を理解してもらうとともに、リスク因子を取り除けば、将来、脳卒中、心臓病、慢性腎臓病などにかかるリスクが低くなることを理解してもらい、そのためにどのような行動を起こしたらよいかイメージしてもらう。

○薬

血圧4 血圧を下げる薬は？

糖4 血糖をコントロールする薬は？

コ5 脂質異常症を改善する薬は？

- ・ 病態に併せて、さまざまな作用の薬剤があることを知ってもらう。
- ・ 様々な種類、機序があり、服薬後に何らかの身体症状があっても、他のものがあることを知ってもらう。

※ ジェネリック医薬品に関する資料は、各介入自治体の国民健康保険課などで作成したものを準備し、使用する。

○生活習慣改善

生1～生14

- ・ 治療コントロール効果をあげるため、リスク因子に応じた生活習慣改善に取り組めるよう、具体的な生活習慣の改善がイメージできるように伝える。

【F 行動するきっかけ】

○その他

血圧5 家庭血圧の測定方法

- ・ 高血圧のタイプがあること、高血圧によるリスクを知ってもらうとともに、継続して家庭血圧を測定することが受療の際、診断に役立つことを知ってもらう。
- ・ 継続して血圧測定することで、自らの血圧について繰り返し認識する機会にしてもらう。

## 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。

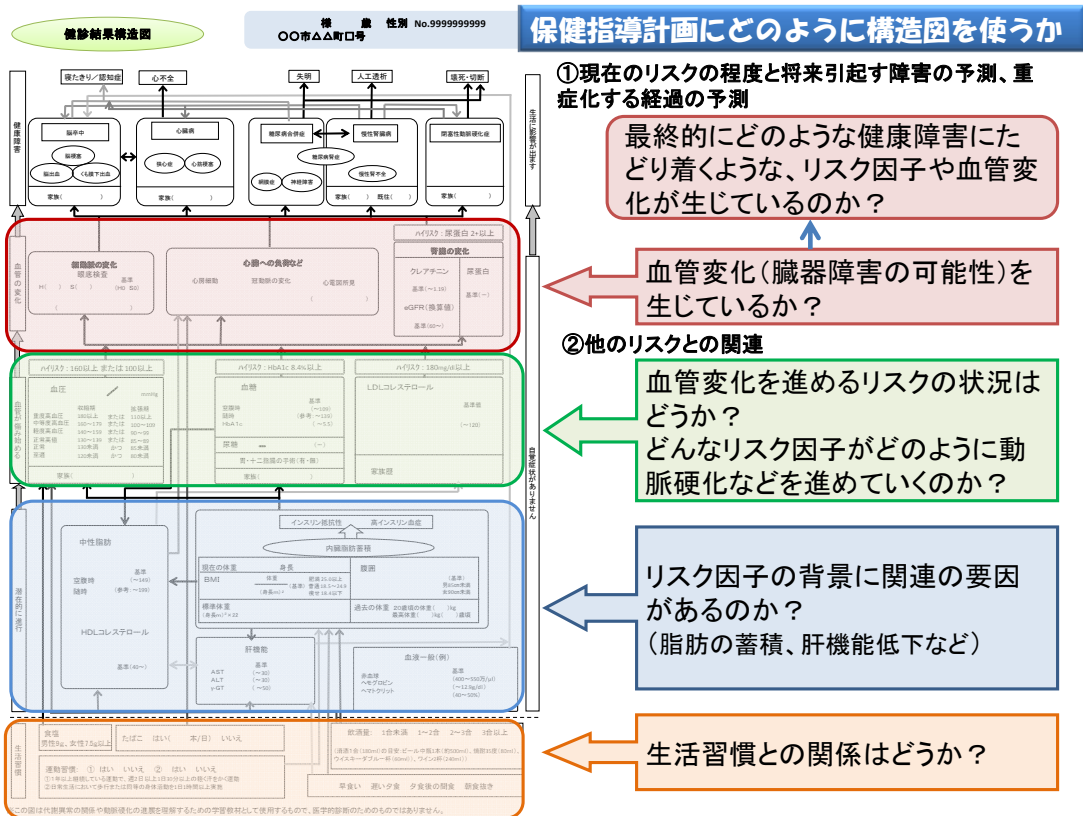


図 12 保健指導計画立案時の構造図活用の考え方

### 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

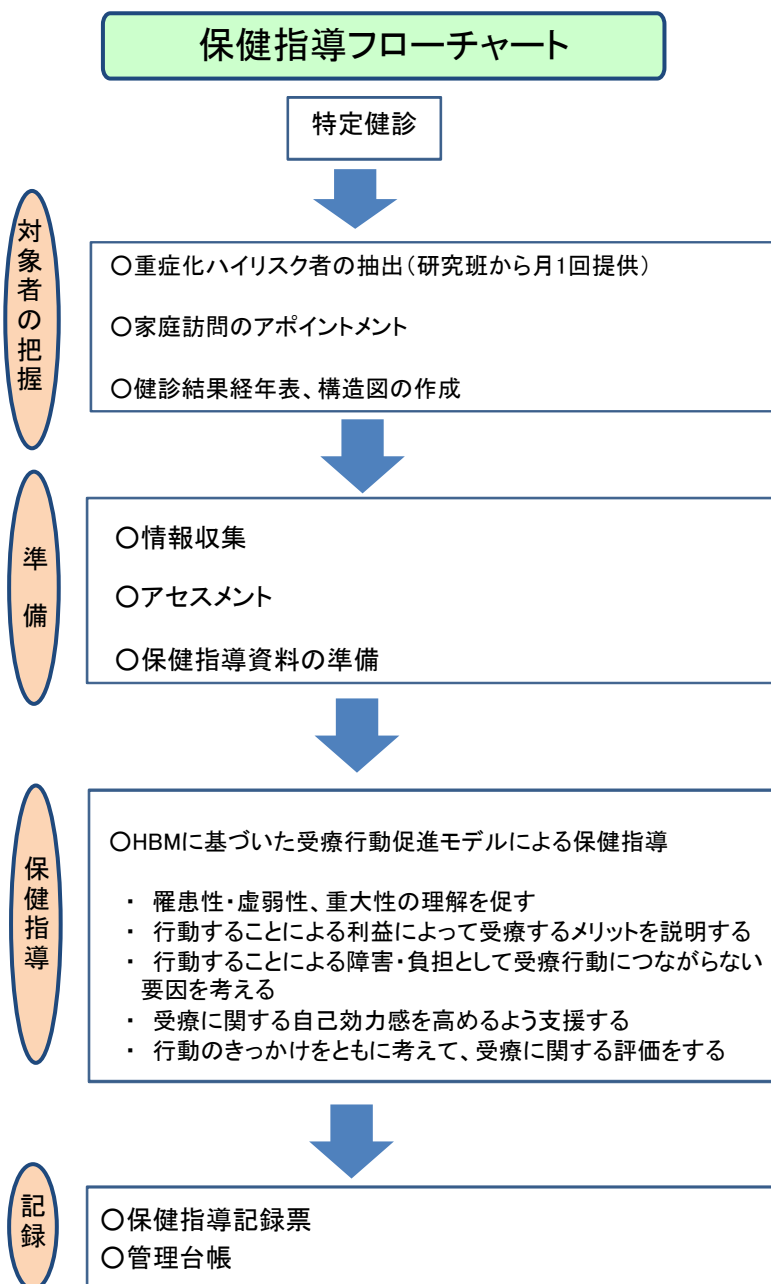
対象者の受療状況や服薬状況を正確に把握し、その状況を踏まえて効果的な保健指導を実施するために、レセプト(診療情報明細書)の内容を確認する。

## 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	<p>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。</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)	<p><b>【A. 罹患性・虚弱性】</b> 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>【B. 重大性】</b> 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 様式3 共通-1①、共通-1② 共通-2 血圧-1、血圧-2、血圧-3 糖-1、糖-2①、糖-2②、糖-2③、糖-2④ コ-1、コ-2、コ-3</p>	13分
	<p><b>【C. 行動することによる利益】</b> 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。 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>血圧-3、血圧-4、糖-3、糖-4 コ-4、コ-5 尿-1</p>	
	<p><b>【D. 行動することによる障害・負担】</b> 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ないため苦痛である上、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</p> <p>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</p> <p>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しただけませんか。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</p> <p>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</p> <p>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ね。</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	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)	・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。 ・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。 ・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。	—	13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。 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。	血圧-3、血圧-4、糖-3、糖-4 コ-4、コ-5 尿-1 生-1～生-14	8分
	【E. 自己効力感】 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。 【F. 行動のきっかけ】 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。	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	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

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)
訪問目的の説明	<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)	<p>※ 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。</p> <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。</p> <p>【A. 罹患性・虚弱性】 初回保健指導参照</p> <p>【B. 重大性】 初回保健指導参照</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-5</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】 初回保健指導参照</p>	<p>血压-3、血压-4、糖-3、糖-4</p> <p>コ-4、コ-5</p> <p>尿-1</p>	8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。</p>		
	<p>【E. 自己効力感】</p> <p>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。</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</p>	—	5分

	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、対象者の個人情報情報は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



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									
		基準値 単位		歳		歳		歳		歳		歳	
		受診日		H 年 月 日		H 年 月 日		H 年 月 日		H 年 月 日		H 年 月 日	
大きな 身体の	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) 収縮期130mmHg未満/ 拡張期85mmHg未満 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 (-)											
	易 貧血 傾向	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 <sup>3</sup> 女360~489万/mm <sup>3</sup>											
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。

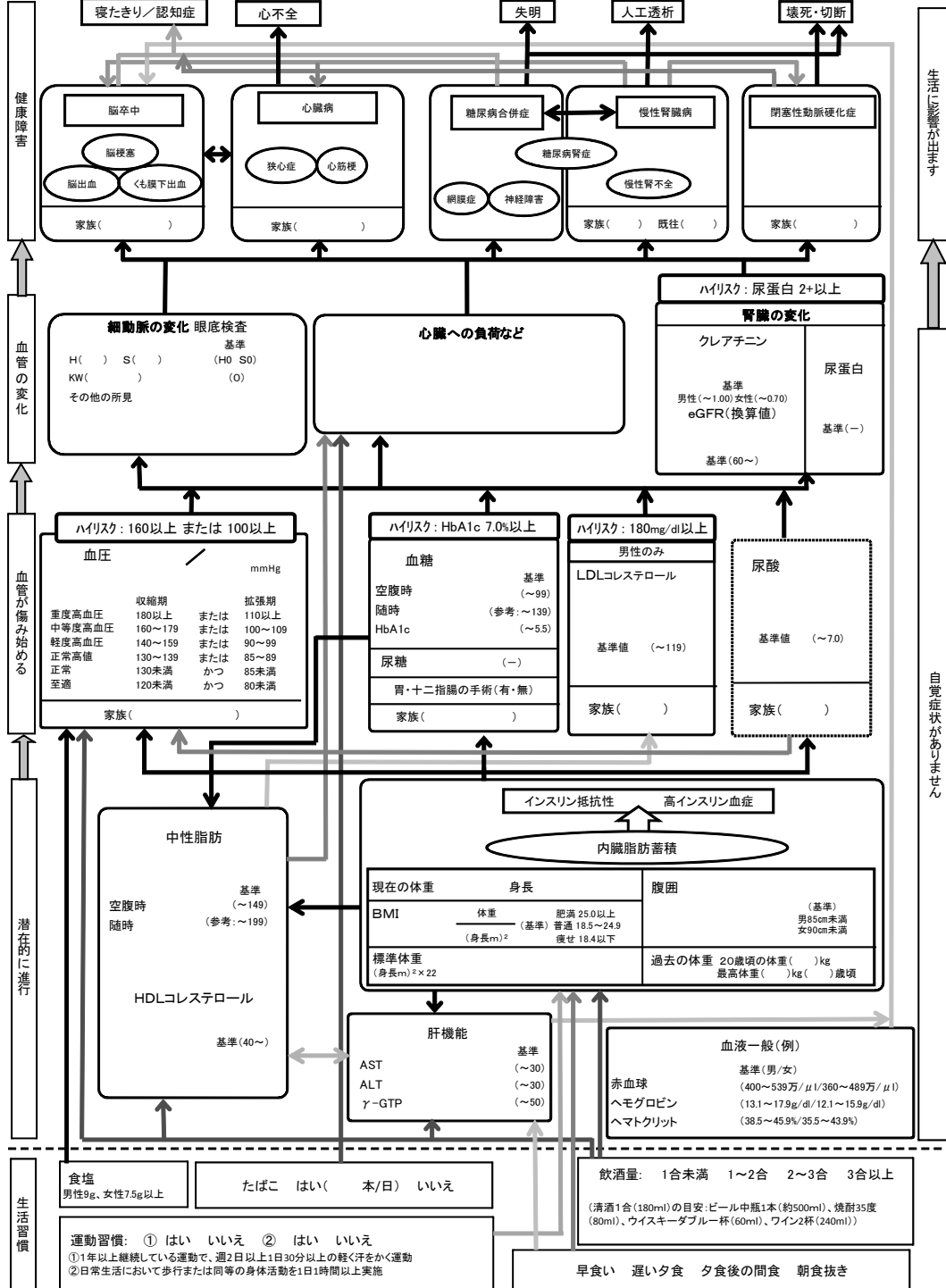
【問診票の回答内容・医師の診断(判定)】		H25年 5月0日		【医師の判断(判定)】	
薬の 使用	血圧	いいえ	体重	20歳から10kg以上増加	
	血糖	いいえ		この1年間で±3kg以上の増減	
	コレステロール	いいえ		1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、 1年以上実施	
	その他	いいえ			
現病 歴・ 既往 歴	脳卒中	いいえ	運動	日常、歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施	
	心臓病	いいえ			
	慢性腎不全	いいえ		同年齢の同性より歩く速度が速い	
貧血	いいえ	食事	食べる速度が速い		
	いいえ		就寝前の2時間以内の夕食が週3回以上		
現在、たばこを習慣的に吸っている	いいえ		夕食後の間食が週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		

様式2 管理用番号 一 個人番号

健診結果構造図

受診券番号: 999999999 被保険者番号: 99999999999 健診受診日 平成 年 月 日

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 <b>カキ</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 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		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)				
保健指導計画よみとり(アセスメント)				
使用予定の資料番号(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]  ・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)				

		管理用番号				個人番号					
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"/> 家庭訪問 <input type="checkbox"/> 個別面談		
	実施時間(必須)		時	分	~	時	分	□その他		指導場所(必須)	
	(所要時間の逸脱の場合その理由)		分間				<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										
	0時   6時   12時   18時   24時										
使用した資料番号(必須)											
本人の気づき											
相談(目標と)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) [複数チェック可]											
<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してみたい <input type="checkbox"/> その他(具体的に) <input type="checkbox"/> 特になし											
・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)											
・提案した行動のきっかけ <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 困難											
・その他											
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											
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						
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	
今後の指導計画	しそつ確認実施時期(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"/> 予約済み				
	管理台帳への記載(必須)		<input type="checkbox"/> 記載済み								
備考											



	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 <span style="float: right;">(生年月日)</span>	
	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 ]	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 <input type="checkbox"/> 受療中断	
	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) <span style="float: right;">氏名(必須)</span>	
	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)	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 <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)	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		・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	
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						

	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: 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><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>	
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: 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><b>管理台帳への記載</b> <input type="checkbox"/> 記載済み</p>	
備考		



管理用番号	個人番号

対象者個人情報	氏名 <b>介+</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	特定保健指導 積動情不
	性別	健診結果	
介入除外確認	管理用番号		個人番号
	<p>○研究対象者「対象外」に該当した場合</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: 40px; margin-left: 100px;"></div>		
<p>○国保から異動した場合</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>			
<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。</p>			

## 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。