

# 受療行動促進モデルを活用した 保健指導による 生活習慣病重症化予防について



サンチャイルド

茨木市健康福祉部保健医療課  
平成31年1月30日



茨木童子

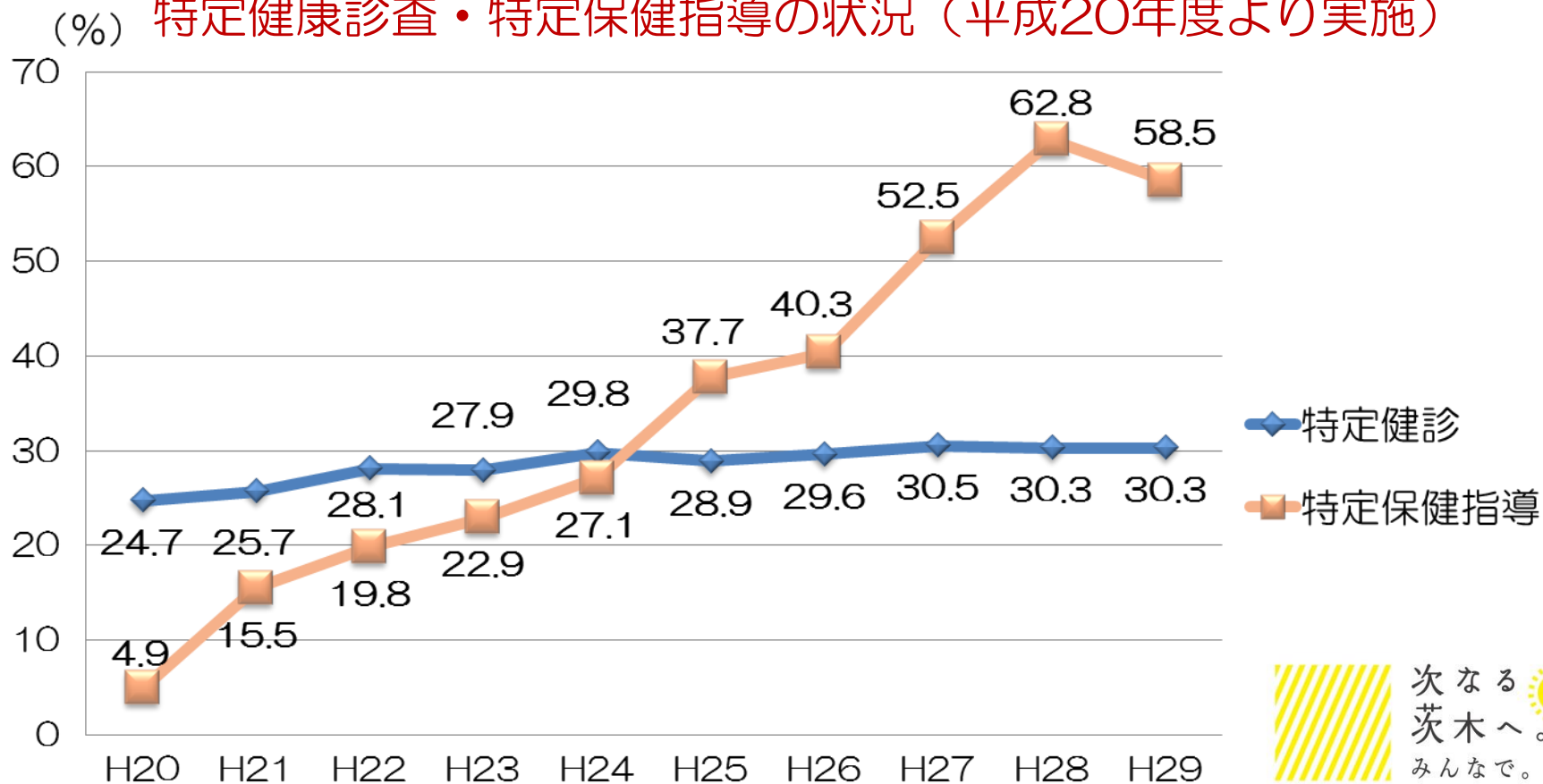


次なる  
茨木へ。  
みんな。 

# 保健事業における最近の状況

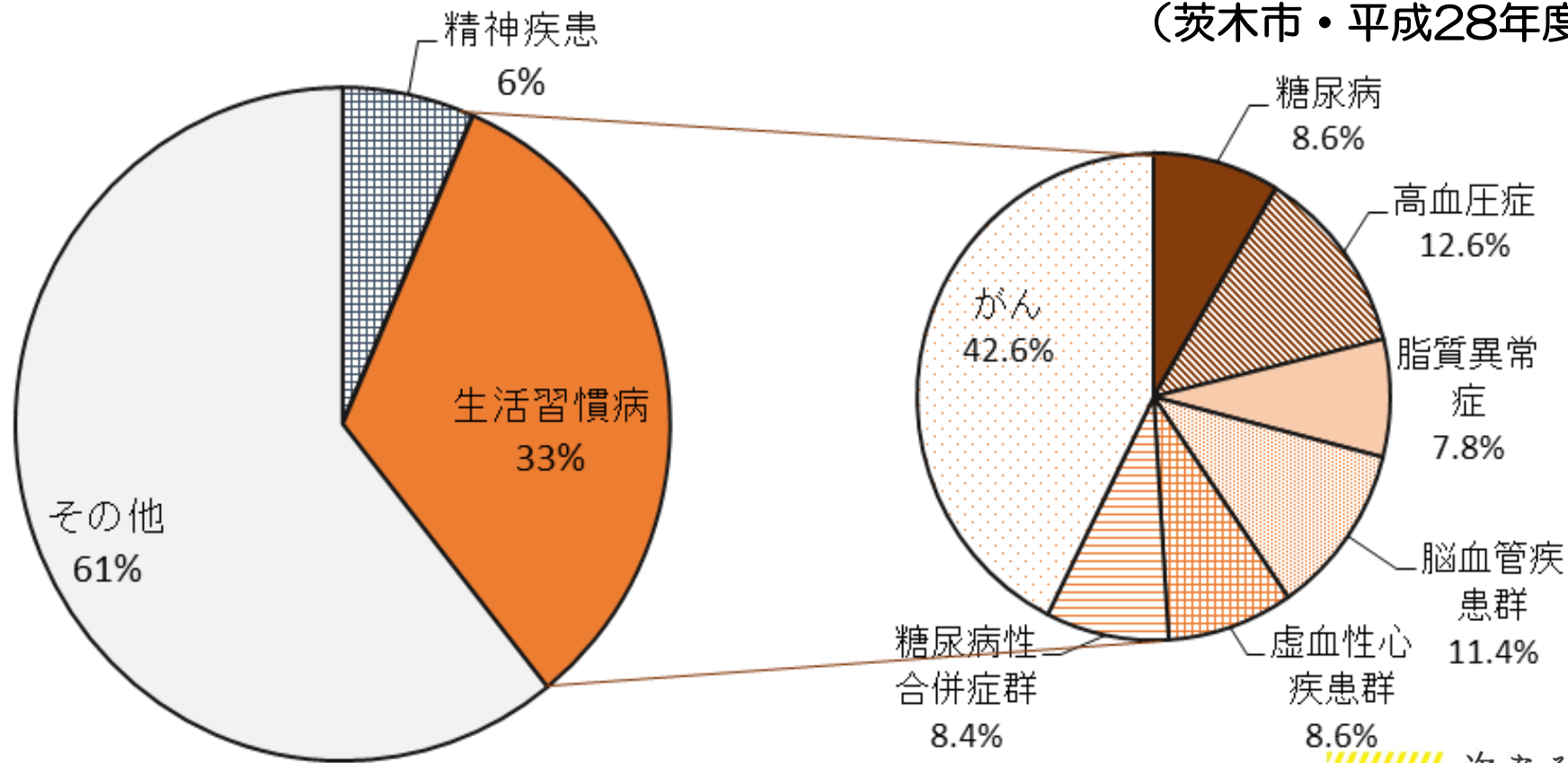
「高齢者医療の確保に関する法律」に基づく

特定健康診査・特定保健指導の状況（平成20年度より実施）



# 総医療費に占める生活習慣病の割合とその内訳

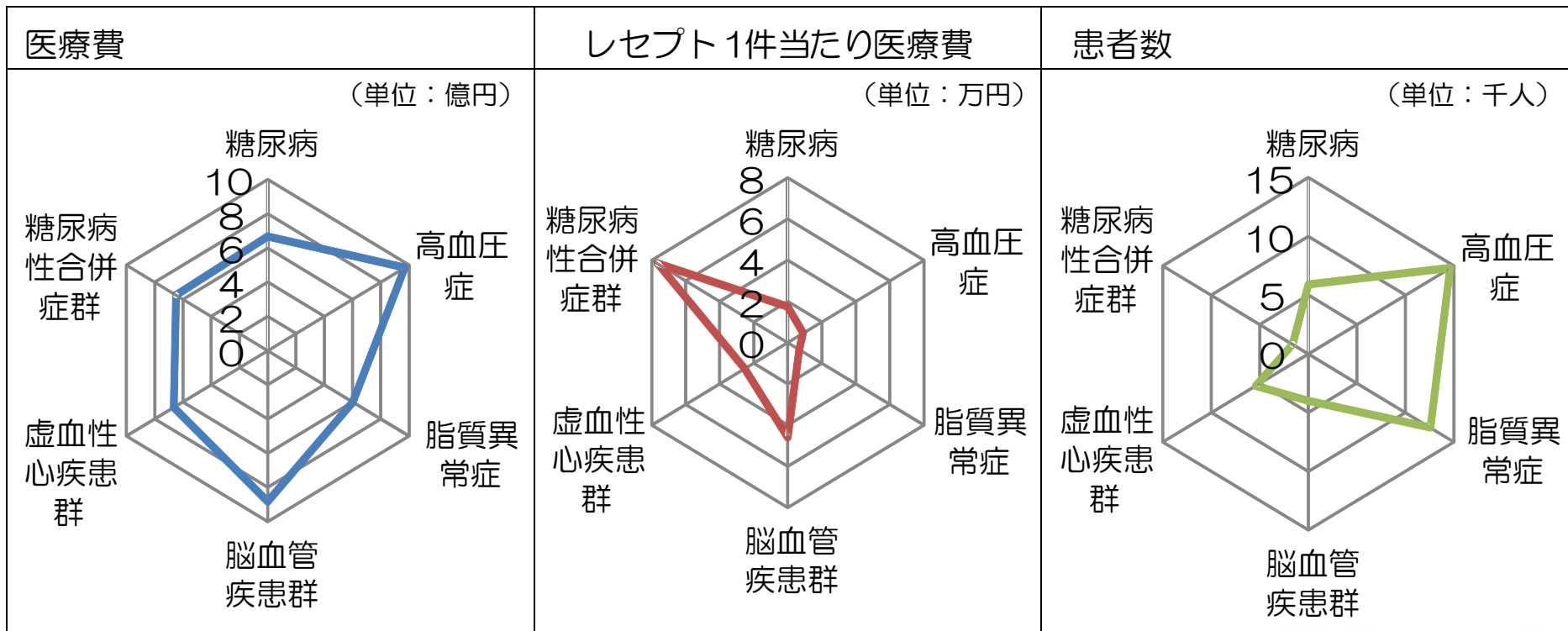
(茨木市・平成28年度)



茨木市データヘルス計画より

# 生活習慣病疾患・疾患群別医療費及び患者数

(茨木市・平成28年度)



# 「高齢者医療の確保に関する法律」に基づく 特定健康診査・特定保健指導（平成20年度より実施）

【特定健康診査】 40～74歳を対象とし、メタボリックシンドロームに着目した健診

<p>基本的な項目</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>○質問票（服薬歴、喫煙歴等）</li><li>○身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）</li><li>○血圧測定</li><li>○理学的検査（身体診察）</li><li>○検尿（尿糖、尿蛋白）</li><li>○血液検査<ul style="list-style-type: none"><li>・脂質検査（中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール）</li><li>・血糖検査（空腹時血糖またはHbA1c）</li><li>・肝機能検査（GOT, GPT, <math>\gamma</math>-GTP）</li></ul></li></ul>
<p>詳細な健診の項目</p> <p>※ 一定の基準の下、医師が必要と認めた場合に実施</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>○心電図</li><li>○眼底検査</li><li>○貧血検査（赤血球、血色素量、ヘマトクリット値）</li><li>○血清クレアチニン（eGFR含む）※大阪府は基本項目</li></ul>

# 【特定保健指導】

①腹囲およびBMI	②追加リスク	③喫煙歴	④年齢	
	(1) 血圧・(2) 脂質・(3) 血糖		40～64歳	65～74歳
男性85cm以上 女性90cm以上	2つ以上該当	—	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当	あり		
		なし		
男性85cm未満 女性90cm未満 かつ BMI25以上	3つ該当	—	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	あり		
		1つ該当	なし	
	—		—	

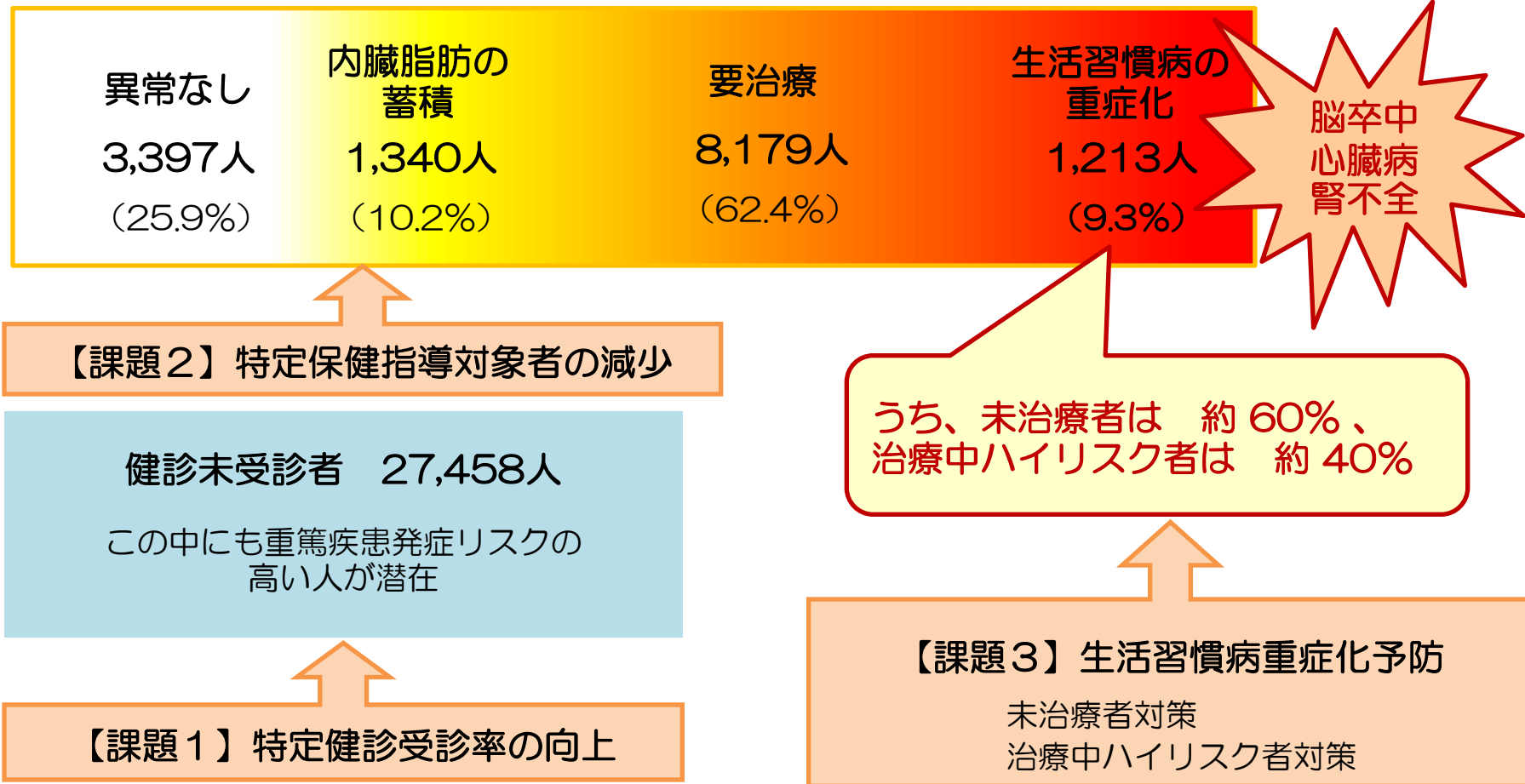
## 〔②追加リスクの基準値〕

- (1) 血圧：収縮期血圧130mmHg以上      または      拡張期血圧85mmHg以上  
 (2) 脂質：中性脂肪150mg/dl以上      または      HDLコレステロール40mg/dl未満  
 (3) 血糖：空腹時血糖100mg/dl以上      または      HbA1c (NGSP値) 5.6%以上

※ 血圧・脂質・血糖について薬剤を服用している方は、特定保健指導の対象としない

# 茨木市データヘルス計画の重点課題

平成29年度健診受診者 13,112人 ※下図内※の人数は、法廷報告値とは異なる（重複者あり）



# 生活習慣病の重症化予防対策

平成26～27年度 厚生労働科学研究である

『生活習慣病重症化予防のための戦略研究（J-HARP）』に参加

研究代表者：大阪大学 磯 博康 医師

エビデンスに基づく保健指導・行動変容理論を用いた  
保健指導・面接技法などのトレーニングを受けた。



健診受診者のうち、循環器病ハイリスク未治療者の受療勧奨を開始。

受療率は年々向上し、現在は、未治療者の約6割を治療に導くことが  
できている。



# 受療行動促進モデルによる 保健指導の考え方

これまでの保健指導

望ましい方法  
の提示  
↓  
説得  
受容・共感

受療行動促進モデルによる保健指導

対象者が  
自ら学び  
自ら選択する  
↑  
支援

★自分の体験や知識で判断できるように支援する

# 重症化予防事業の対象者

- ★ 茨木市国民健康保険加入者（75歳未満）
  - ★ 特定健診受診者
    - 血圧：Ⅱ度高血圧以上
    - 血糖：HbA1c7.0以上
    - LDLコレステロール：180mg/dl男性のみ
    - 尿蛋白：（++）以上
- 以上のいずれかに該当し、服薬がない人

# 現在の介入手順

リスク基準による対象者抽出

レセプト確認 → 受診あり → 対象から除外

初回面談（文書または面談）

レセプト確認

継続指導 1（訪問・面談・電話・手紙）

レセプト確認

継続指導 2（訪問・面談・電話・手紙）

次年度の特定健診受診勧奨

健診受診月

1～3か月後

3～6か月後

6～9か月後

# 生活習慣病重症化予防のモデル実施

	支援の方法	内 容
プロフィール調査	アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇調査票による生活習慣調査（知食スタンダード版）</li> <li>◇血圧・体重・腹囲測定</li> </ul>
初回	個別面談①	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇血圧・体重・腹囲測定</li> <li>◇食事・運動などについての相談</li> <li>◇リスク改善に向けた目標設定</li> <li>◇健康記録・医師との連携のための連絡ノートを配付</li> </ul>
2か月目	個別面談②	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇血圧・体重・腹囲測定</li> <li>◇行動目標の実施状況等の確認</li> <li>◇目標到達状況の確認</li> <li>◇連絡ノートの主治医記入内容の確認・支援内容の記入</li> </ul>
4か月目	個別面談③	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇血圧・体重・腹囲測定</li> <li>◇行動目標の実施状況や実行に対する思い等の確認</li> <li>◇連絡ノートの主治医記入内容の確認・支援内容の記入</li> </ul>
6か月目	個別面談④	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇血圧・体重・腹囲測定</li> <li>◇最終的な目標達成度の確認</li> <li>◇今後も継続する目標についての相談</li> <li>◇連絡ノートの主治医記入内容の確認・支援内容の記入</li> </ul>
終了	結果票送付	◇6か月間の成果を「結果票」で送付



かかりつけ医

毎月の定期受診



患者さん

診察には必ず「糖尿病連携手帳」を持参

この手帳は個人の責任で大切に保管・管理してください



かかりつけ歯科医

定期的に  
歯科検査を受ける



ケアマネジャー

介護の現場で  
主治医と情報を共有



かかりつけ眼科医

定期的に  
眼底検査を受ける  
「糖尿病眼手帳」  
日本糖尿病眼学会 発行



保健師

重症化予防の  
保健指導と受診勧奨



病院

医療チームによる  
教育・合併症の評価・  
治療方針の決定



かかりつけ薬局

服薬状況の管理・把握



# 連携

