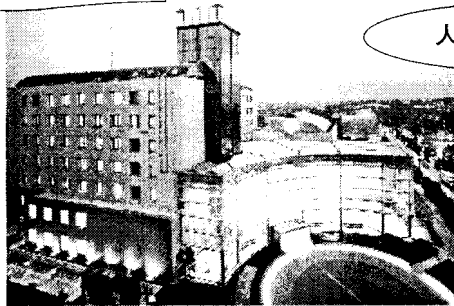


東久留米市 国保ヘルスアップモデル事業

東久留米市役所



人口 11万3千人

① 目的

- かかりつけ医が行う生活習慣予防のための個別支援プログラムの構築
- 個別支援プログラムの実践
- 事業の分析・評価

② 事業のねらい・特徴

- 生活習慣病患者を減少させる。
- 生活習慣病予備軍を減少させる。
- かかりつけ医の生活習慣予防のための生活指導能力を向上させる。
- 集団指導と個別指導の有用性を比較検討する。

③ 個別健康支援 プログラムの種類と特徴 1

■ かかりつけ医が行う個別支援プログラムコース

- ① 基本健診要指導者に対するRCT法による参加者抽出と参加の同意
- ② 1回目指導 1か月後（生活習慣の把握・改善目標の設定）
- ③ 2回目指導 2か月後（生活改善の改善度合いの評価）
- ④ 3回目指導 3か月後（血液検査・評価シートにより効果の確認）
- ⑤ 6月後 （アンケート調査を実施し、行動等の変化を調査）
- ⑥ 1年後 （再検査及びアンケート調査を実施し、指導の効果を評価）

③ 個別健康支援プログラムの種類と特徴 2

- 生活習慣病予備軍（基本健康診査要指導者）に対して、研修を受けたかかりつけ医が同じ患者指導用リーフレットを用いて生活改善指導を行うことで、標準化された均一の方法で指導が行われる。
- かかりつけ医への教育内容
 - ① 医師指導用マニュアル（PMP Cグループ作成）及びビデオ（ケアネット作成）を活用したワークショップ形式の講習会 5回
 - ② ビデオを活用した個別学習（ケアネット作成）
行動変容のための診療コミュニケーションビデオ 6本
 - ③ PMP Cグループが作成した指導用リーフレットに基づく個別指導
- 個別生活習慣改善指導と集団生活習慣改善指導（老人保健法）の有効性を検証する

④ 対象者および選定基準

- 対象疾患： 高血圧、高脂血症、糖尿病
- 選定基準
健康診査受診者の中から、生活習慣病予備軍（健診要指導者）を抽出し、協力依頼を行い、協力を得られた人の中から、無作為に抽出する。

(検査値などの内容)
 - 血圧（140～159／90～94mmHg）
 - 総コレステロール（220～249mg／dl）
 - 中性脂肪（150～244mg／dl）
 - 空腹時血糖値（111～125mg／dl）
- 介入群数、対照群数（計画数／現在数）

高血圧予備群	}	介入群数	300人／86人
高脂血症予備群		対照群数	300人／99人
糖尿病予備群			

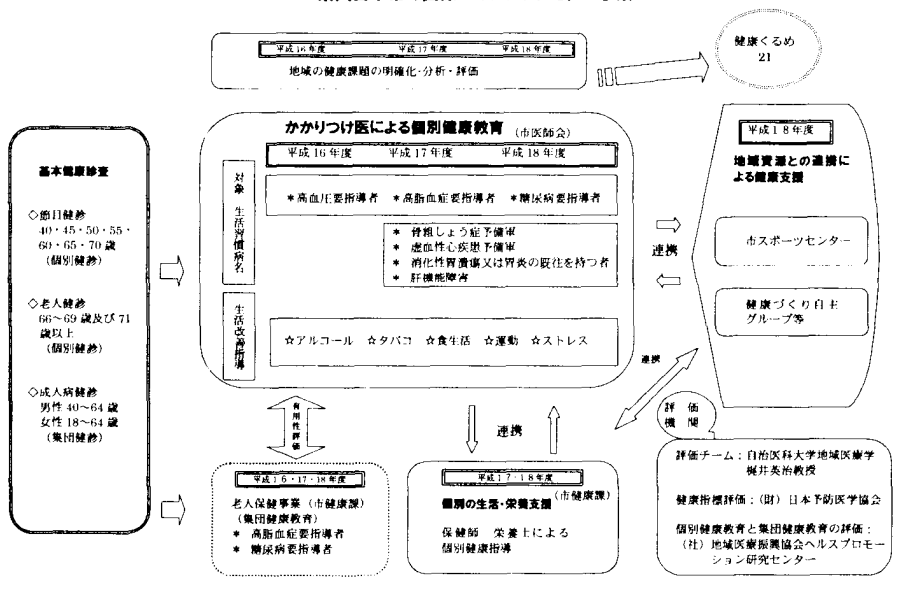
⑤ 参加者の募集方法

■ 募集方法

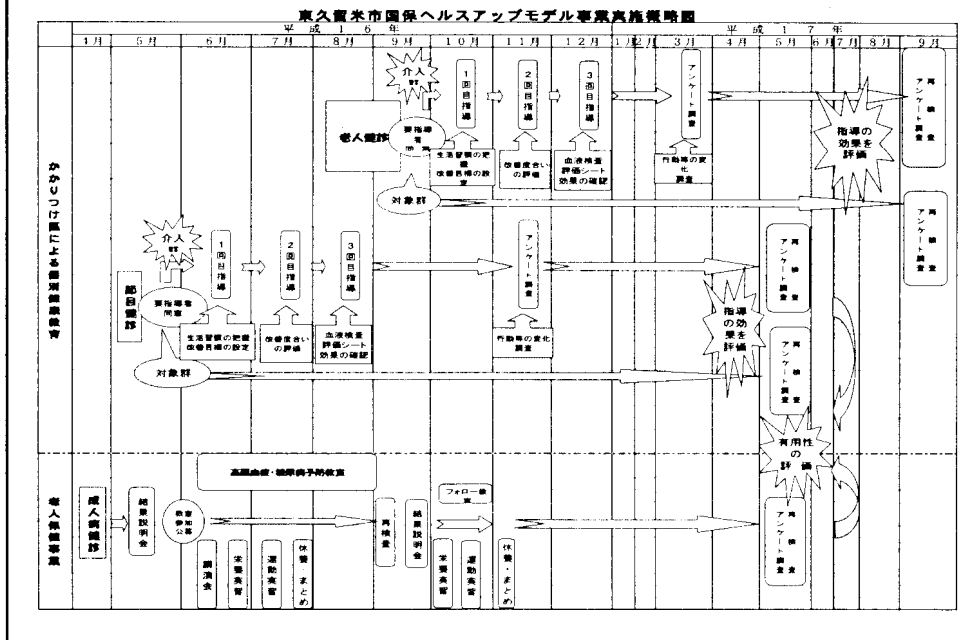
かかりつけ医が、健康診査受診者の中から、生活習慣病予備軍を抽出し、口頭で協力依頼を行い、協力を得られた人の中から、介入群と対照群を無作為に同数抽出する。

⑥ 年間計画

東久留米市の国保ヘルスアップモデル事業

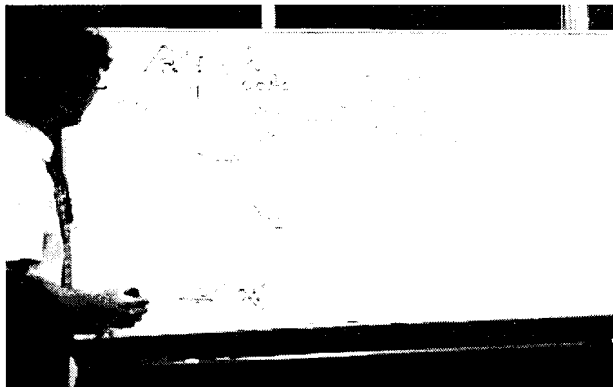


⑦ プログラムの流れ

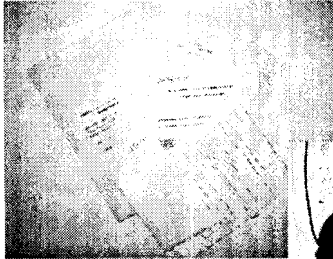


⑧ 医師の研修

- | | |
|-------|---------------|
| 第1回研修 | 日常生活習慣指導の実際 |
| 第2回研修 | 禁煙指導の実際 |
| 第3回研修 | 食生活指導の実際 |
| 第4回研修 | ストレスコントロールの実際 |
| 第5回研修 | 生活習慣指導の評価方法 |



⑧ わりつけと介入群に対する
生活習慣改善指導



RCT
わりつけ封筒



患者指導

指導用リーフレット



⑧ かかりつけ医の介入群に対する
生活習慣改善指導の実際



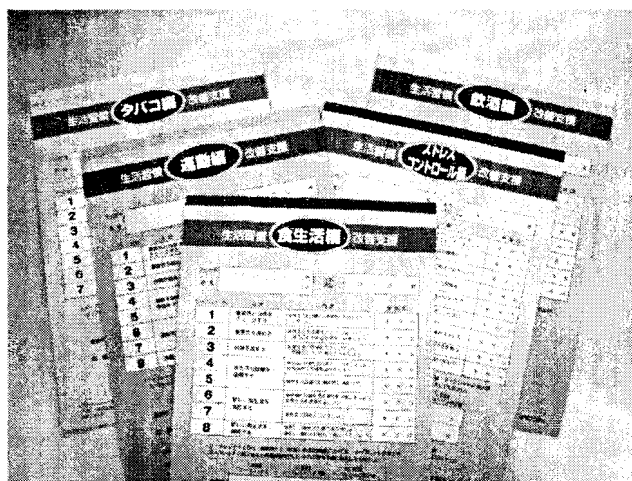
⑧ 医師個別学習用ビデオ（ケアネット作成）

<行動変容のための診療コミュニケーションビデオ>



⑧ 医師指導用リーフレット

（PMPCグループ作成）



⑨ 評 価

■ 地域の健康度を分析・評価

基本健康診査（節目健診・老人健診）全受診者に対し「生活習慣に関する問診票」にて調査（総数9,937件）

■ レセプトによる医療費分析（計画中）

■ 「生活習慣に関するアンケート」調査による行動変容評価

介入群・対照群共に、健診後・6か月後・1年後にアンケート調査を行う。

（3年間継続予定）

■ 血液検査

介入群3か月後・1年後、対照群1年後に健診のデータと比較

■ 医師調査

研修前・研修後・患者指導後の模擬患者指導ビデオとアンケートによる評価

⑨ 模擬患者によるロールプレイを用いた医師評価

