

東久留米市 国保ヘルスアップモデル事業

生活習慣病予備軍に対する
かかりつけ医師による
生活習慣改善のための個別支援

東久留米市の概要



- 人口 114,554人 世帯 48,284世帯
年少人口 13.7% 老年人口 19.6% 生産年齢人口 68%
(平成18年1月1日現在住民基本台帳より)
- 国民健康保険被保険者数 45,000人 (平成18年8月末現在)
- 健康診査受診率 節目検診 24.7% 老人健診 46.6%
(平成17年度実績)

事業の目的

1. 生活習慣病患者を減少させる。
2. 生活習慣病予備軍を減少させる。
3. かかりつけ医の生活習慣改善指導能力を高める。
4. かかりつけ医が行う生活習慣改善指導のための個別支援プログラム開発する

個別健康支援の方法

1. 健康診断の個別説明後、生活習慣病予備軍の抽出、参加の同意を得たうえで、介入・対照の無作為割付（RCT）をおこなう。

生活習慣に関する自記式調査

1年間の介入する項目をかかりつけ医師と相談して選ぶ

食生活/運動/禁煙/飲酒/ストレスのうち1つ

2. かかりつけ医師の指導用リーフレットを用いた個別指導

1回目 生活習慣の検討

2回目 目標設定

3回目 維持

3. 3ヶ月後 3回指導後健康診査

4. 半年後 郵送による生活習慣に関する自記式調査

5. 1年後 健康診査と生活習慣に関する自記式調査

上記3年間 介入項目を変更して続行

個別健康支援プログラムの特徴

1. 個別健診において、生活習慣病予備軍と診断された対象に対して、行動科学的手法を用いて患者指導を行う研修会を受講したかかりつけ医が、同一の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、生活習慣病及びその合併症を減少させる。

2. 開発した医師研修の内容

1) 医師指導用マニュアル(PMPCグループ作成)

ビデオ(ケアネット)を活用したワークショップ形式講習会 5回

2) ビデオを活用した個別学習

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) PMPCグループ作成の指導用リーフレットに基づく個別指導

3. 個別生活習慣改善指導と集団生活習慣改善指導の有用性を検証する

対象者および選定基準

市の個別健康診査で生活習慣病予備軍と判定された要指導者

高血圧予備軍 血圧(140~159/90~94mmHg)

高脂血症予備軍 総コレステロール(220~249mg/dl)

中性脂肪(150~244mg/dl)

糖尿病予備軍 空腹時血糖値(111~125mg/dl)

のいずれかの項目をみたとす

(上記のうち、一つでも項目がみたとされれば、すでに対象疾患の高血圧、高脂血症、糖尿病の治療中であっても対象とする。)

上記の生活習慣病予備軍の健康診査結果説明時にかかりつけ医師により、事業への参加を依頼し、文書による同意を得る。

プログラムの流れ(介入群)

1. **開始時 健康診断の個別説明後に割り付け**
生活習慣に関する自記式調査
1年間の介入する項目(食生活/運動/禁煙/飲酒/ストレスのうち1つ)を
かかりつけ医師と相談して選ぶ
2. **3ヶ月まで かかりつけ医師の指導用リーフレットを用いた個別指導**
 - 1回目 重要度と自信度の確認と準備
 - 2回目 目標設定と実行
 - 3回目 修正と維持
3. **3ヶ月後 3回指導後健康診査**
4. **半年後 郵送による生活習慣に関する自記式調査**
5. **1年後 健康診査と生活習慣に関する自記式調査**

上記3年間 介入項目を変更して続行

プログラムの流れ（対照群）

1. **開始時** 健康診断の個別説明後に割り付け
生活習慣に関する自記式調査
2. **半年後**
郵送による生活習慣に関する自記式調査
3. **1年後**
健康診査と生活習慣に関する自記式調査

平成16・17年度の対象者

個別健康診査受診者
年間12000人(成人3000人 高齢者9000人)

対象者 333人
(平成16年度 240人、平成17年度 93人)

封筒法
無作為割り付け

介入群 190人
平成16年 117人
平成17年 73人

対照群 143人
平成16年 123人
平成17年 20人

参加医師

1. **参加人数** 20人 (男性19人 女性1人) (平成15年度医師会員72人)

自記式調査への回答:

事業開始前20人 研修会後20人 RCT開始後1年後18人

2. **年齢** 平均52.3歳 (平均勤務年数26.7年)

3. **医療機関・診療科**

医療機関: 1病院 16診療所

専門科: 内科19名

(消化器6・呼吸器3・循環器3・消化器1・内分泌1)

内科・産婦人科 1名

4. **研修会(2004 4~9月)への参加** あり17名 なし3名

5. **RCTへの参加** 春と秋どちらかに参加あり 14名

春参加6名 秋参加12名

東久留米市の国保ヘルスアップモデル事業

平成16年度 平成17年度 平成18年度
地域の健康課題の明確化・分析・評価

わくわく
健康プラン
東くるめ

- 基本健康診査**
- ◇節目健診
40・45・50・55・60・65・70歳
(個別健診)
 - ◇老人健診
66～69歳及び71歳以上
(個別健診)
 - ◇成人病健診
男性40～64歳
女性18～64歳
(集団健診)

かかりつけ医による個別健康教育 (市医師会)

平成16年度 平成17年度 平成18年度

対象

生活習慣病名

- *高血圧要指導者 *高脂血症要指導者 *糖尿病要指導者
- *骨粗しょう症予備軍
- *虚血性心疾患予備軍
- *消化性胃潰瘍又は胃炎の既往を持つ者
- *肝機能障害

生活改善指導

☆アルコール ☆タバコ ☆食生活 ☆運動 ☆ストレス

平成18年度
地域資源との連携による健康支援

市スポーツセンター

健康づくり自主グループ等

有用性評価

平成16・17・18年度

老人保健事業 (市健康課)
(集団健康教育)

- *高脂血症要指導者
- *糖尿病要指導者

連携

平成17・18年度 (市健康課)

個別の生活・栄養支援
保健師・栄養士による
個別健康指導

連携

評価機関

評価チーム：自治医科大学地域医療学
梶井英治教授

健康指標評価：(財)日本予防医学協会

個別健康教育と集団健康教育の評価：
(社)地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センター

連携

連携

連携

平成17年度の変更点

1. 開始時 健康診断の個別説明後に割り付け

生活習慣に関する自記式調査

1年間の介入する項目（食生活/運動/禁煙/飲酒/ストレスのうち1つ）をかかりつけ医師と相談して選ぶ

2. 3ヶ月まで 指導用リーフレットを用いた個別指導

1回目 重要度と自信度の確認と準備

2回目 目標設定と実行

3回目 修正と維持

3. 3ヶ月後

3回指導後健康診査

希望者は引き続き保健師または栄養士の指導を受けることができる

4. 半年後 郵送による生活習慣に関する自記式調査

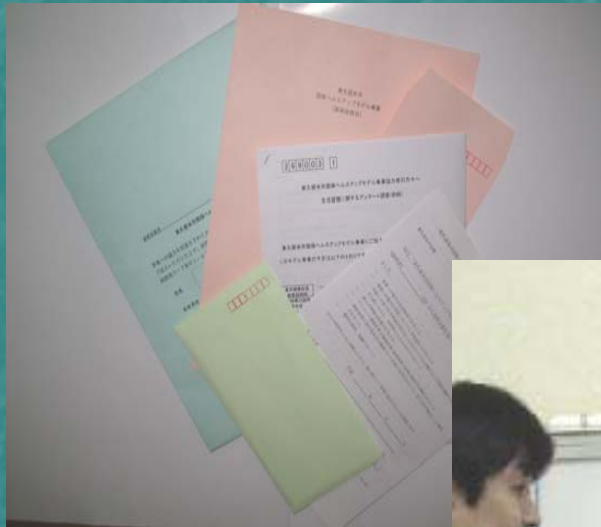
5. 1年後 健康診査と生活習慣に関する自記式調査

平成18年度の変更点

- 1. 開始時** **健康診断の個別説明後に割り付け**
生活習慣に関する自記式調査
1年間の介入する項目（食生活/運動/禁煙/飲酒/ストレスのうち1つ）をかかりつけ医師と相談して選ぶ
- 2. 3ヶ月まで** **指導用リーフレットを用いた個別指導**
 - 1回目 重要度と自信度の確認と準備
 - 2回目 目標設定と実行
 - 3回目 修正と維持
- 3. 3ヶ月後**
3回指導後健康診査
希望者は引き続き保健師または栄養士の指導を受けることができる
健康づくりを行っている自主活動グループの紹介
- 4. 半年後** 郵送による生活習慣に関する自記式調査
- 5. 1年後** 健康診査と生活習慣に関する自記式調査

プログラムの内容

(RCTによる選別と介入群に対する
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



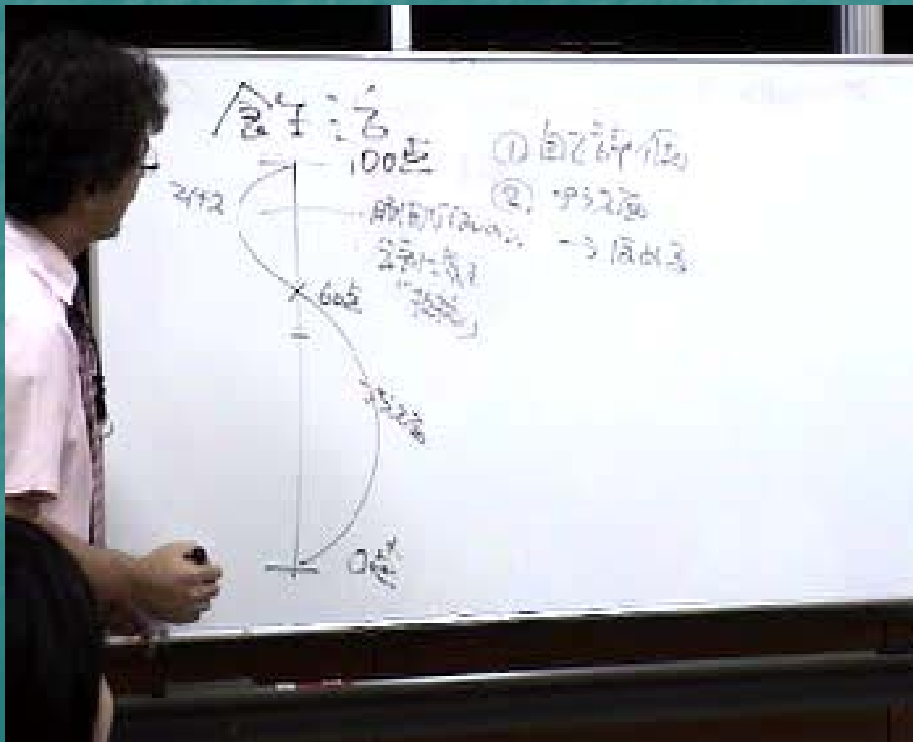
プログラムの内容 (医師研修プログラム)

第1回研修 禁煙 中村正和先生

第2回研修 食生活 坂根直樹先生

第3回研修 ストレスマネジメント 石橋幸滋先生

ビデオによる自己学習



ケアネットテレビ

1

リーフレット 1

行動変容の動機づけ

行動変容の重要性と自信
をチェックし、重要性と
自信を高めるためのリー
フレットです。



リーフレット 2

目標を実行する準備
と目標の実行

具体的な目標を決め、目
標を実行するためのリー
フレットです。



リーフレット 3

目標の継続・目標の
再設定

目標を実行できた方のため
の目標の継続(1~2ペー
ジ)、目標を実行できなかつ
た方のための目標を再設定
(3~4ページ)するための
リーフレットです。

【著者】 岩根直樹 (国立病院機構東京都医療センター臨床研究センター予防医学研究室長)
赤松利恵 (茗荷の水女子大学生活科学部専任講師)

【制作】 (株)法研 〒104-8104 東京都中央区銀座1-10-1 ☎03-3562-7672

*このリーフレットは、(社)地域医療振興協会 公衆衛生委員会 PMPIC研究グループ(代表:大阪府立健康科学センター健康生活推進部長 中村正和)の活動の一環として作成しました。

生活習慣

運動編

改善支援

1

リーフレット 1

行動変容の動機づけ

行動変容の重要性と自信をチェックし、重要性と自信を高めるためのリーフレットです。

リーフレット 2

目標を実行する準備と目標の実行

具体的な目標を決め、目標を実行するためのリーフレットです。

リーフレット 3

目標の継続・目標の再設定

目標を実行できた方のための目標の継続(1~2ページ)、目標を実行できなかった方のための目標を再設定(3~4ページ)するためのリーフレットです。

【編集】 岩崎幸枝 (国立研究開発法人健康科学センター健康研究センター予防医学研究部長)

高山真由 (大阪府知事公室大阪府健康増進推進課、国立研究開発法人健康科学センター)

高木利博 (大阪府立大学学生生活科学部専任講師)

【発行】 1冊/2部 ¥104(税別) 東京都中央区銀座1-10-1 ■03-3562-7672

*このリーフレットは、(財)地域健康増進協会、公明党生薬委員、PAPC研究グループ代表、大阪府立健康科学センター健康生活推進部長、NHK(2期)の活動の一環として作成しました。

事業の有用性に関する評価方法

1. 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」を用いて調査し、地域の健康度を分析・評価
2. レセプトによる医療費分析
3. 「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、6か月後・1年後に最初のデータと比較（3年間継続予定）
4. 血液検査
介入群：3か月後・1年後
対照群：1年後に最初のデータと比較
5. 医師調査
研修前後・1年後のビデオと自記式調査

指導を受けた対象者に対する事業の成果

1. 検査データは、血糖値、血圧、HDLコレステロールなどの一部ではあるが、対照群と比較して有意な改善が認められた。
2. 日常生活習慣では、運動習慣の改善が認められた。
3. 医療費の改善は、対照群と比較して有意な差は認められなかった。
4. 死亡率や合併症に有意差は認められなかった。
5. 以上は2年間の追跡であり、生活習慣改善の効果を十分に評価できるほどの期間ではない。

参加医師に対する事業の成果

1. 地域医師会の約3割の医師が事業に参加し、生活習慣指導の研修を行うことで、1次予防のモチベーションの上昇、スキルアップが図られた。
2. 自記式調査による自己評価の結果、参加医師の指導能力のうち事業開始前より改善した項目

5回の研修会后

糖尿病予備軍に対する食事指導の頻度

RCT開始1年後

糖尿病予備軍に対するストレス指導の頻度

高血圧および高脂血症予備軍に対する飲酒指導の重要性

今後の展開

1. 東久留米市における開業医の生活習慣改善指導能力をさらに向上させる。

スキルアップ研修会の開催など

2. 今回開発した行動科学的手法に基づいた生活習慣改善指導方法を全国に普及する。

1) 指導者マニュアルの出版

2) 患者指導用リーフレットの出版

3) 患者指導用ビデオのDVD化と出版

4) 生活習慣改善指導ワークショップの開催

5) 日本プライマリ、ケア学会、地域医療振興協会によるワークショップを全国で開催する。

日本プライマリ・ケア学会における 日常生活習慣改善ワークショップの企画

1. 目的

高血圧、糖尿病などの生活習慣病患者の生活習慣を改善するために、行動科学的手法を用いた患者指導方法を習得する。

2. 方法

対象となる生活習慣は、食生活、運動、タバコ、アルコール、ストレスの5つとし、患者指導用リーフレット、指導者用マニュアル、患者指導用ビデオ、指導用資料などを用い、ロールプレイやグループワークを通して生活習慣改善のための指導方法を学ぶ。

3. 対象および開催方法

- 1) 対象はプライマリ・ケア学会会員および希望者とする。
- 2) 30～60名を1クラスとする。
- 3) コースは、総論、食生活、運動、タバコ、アルコール、ストレスの6コースとし、各3時間のセミナーを基本とする。
- 4) 希望により、疾患別コース(高血圧、高脂血症、糖尿病、メタボリックシンドローム)を設けるが、この場合は6時間のセミナーとする。