

日医かかりつけ医機能研修制度 平成30年度応用研修会

2. 「健康増進・予防医学」

社会医療法人清風会 岡山家庭医療センター
センター長 松下 明

健康にまつわる世界の歴史

WHO憲章 1948年 健康を定義

– 健康を定義「健康とは、肉体的、精神的及び社会的に完全によい状態で、たんに疾病がないということではない」

アルマ・アタ宣言 1978年

– プライマリ・ヘルスケア Primary Health Care (PHC) を定義

オタワ憲章 1986年

– ヘルスプロモーション(健康づくり)を定義

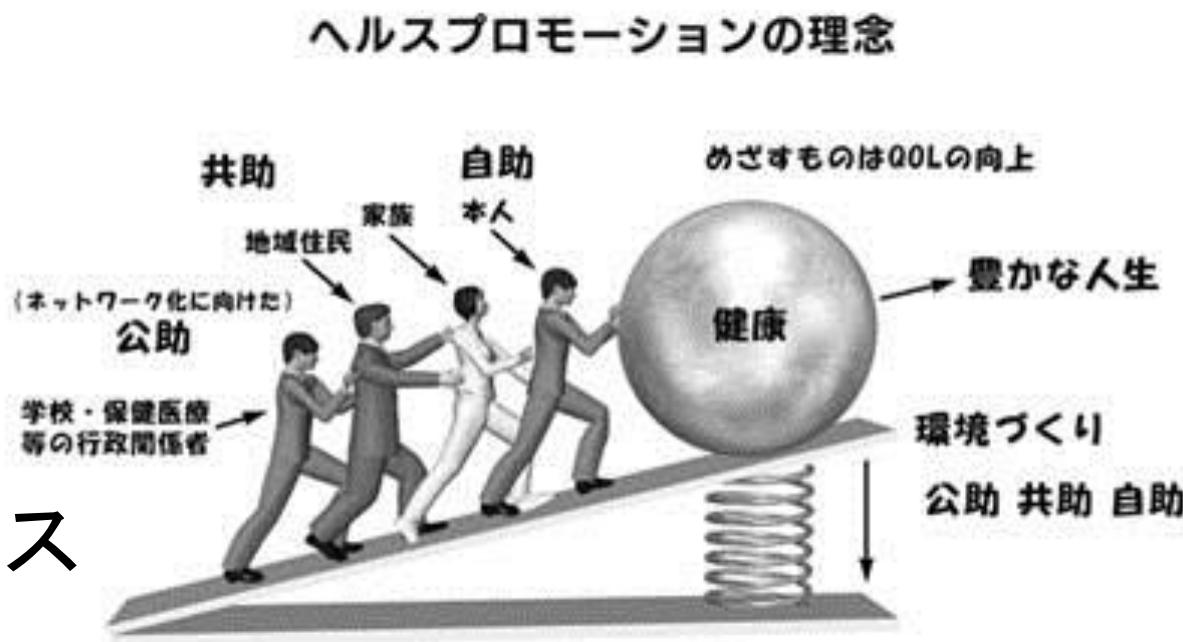
プライマリ・ヘルスケア

- 1978年の旧ソ連でなされたアルマ・アタ宣言
- 1) 健康問題とそれに対処するための教育
 - 2) 食料の供給と適切な栄養摂取
 - 3) 安全な水の供給とその衛生対策
 - 4) 家族計画を含む母子保健対策
 - 5) 主要伝染病の予防接種の実施
 - 6) 疾病の予防と地域の特殊な疾病への対策
 - 7) 日常的な病気や傷害に対する適切な治療
 - 8) 最小限必要とされる薬剤を使っての疾病の治療

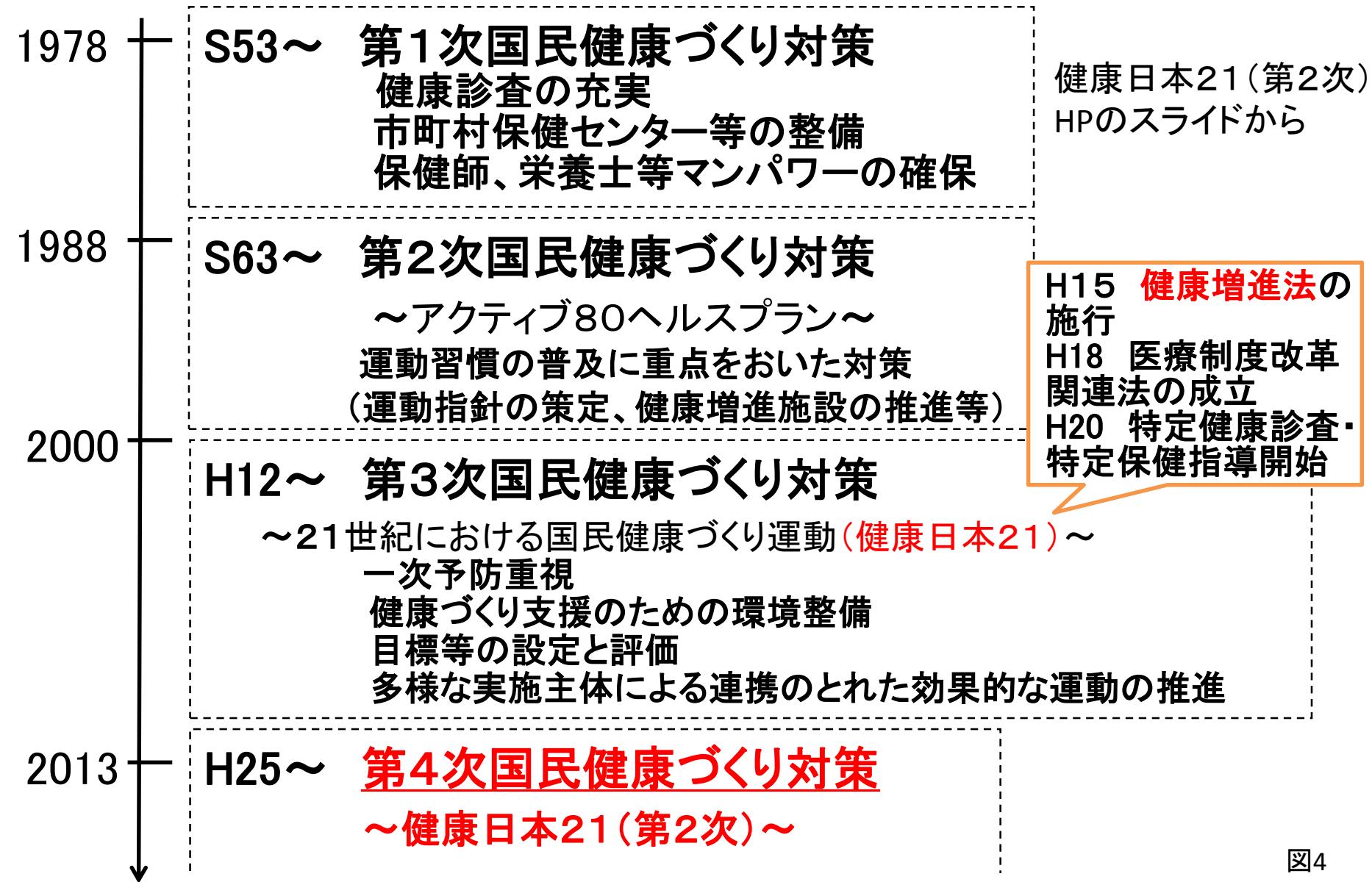
ヘルスプロモーション

- 1986年に、カナダでオタワ憲章が採択され、ヘルスプロモーションの定義が「人々が自らの健康をコントロールし、改善することができるようにするプロセスである」とされた。

- 1) 公共政策
- 2) 支援環境
- 3) 地域活動
- 4) 個人技術
- 5) 保健医療サービス



健康づくり対策の流れ



健康日本21(第2次) 10年後を見据えた「目指す姿」①

- 日本における近年の社会経済変化とともに、急激な少子高齢化が進む中で、10年後の人口動態を見据え、「目指す姿」を明らかにする。

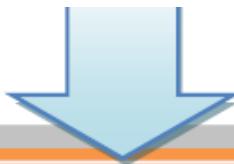
〈背景〉

- 平均寿命、健康寿命ともに、世界のトップクラスを維持。
- 総人口は減少し、急速に高齢化が進行。
- 出生数は減少。生涯未婚率の増加、離婚件数の増加など、家族形態は変化。
- 経済状況は停滞し、完全失業率は5%まで上昇。非正規雇用が増加し、若年者の雇用情勢も依然として厳しい状況。
- 単身世帯が増加し、高齢者の単身世帯も増加。
- 相対的貧困率は16.0%。生活保護受給者数は過去最高の209万人。
- 進学率は向上し、2人に1人が大学進学する状況。一方、小中学校での不登校児童数は10万人を超える状況。
- がん等の生活習慣病が増加。医療費は30兆円を超える状況。
- 自殺者数は3万人程度で推移。過労死など働く世代にみられる深刻な課題。
- 児童虐待相談対応件数は増加の一途を辿り、5万件を超える状況。
- 国民の7割が日常生活に悩みや不安を感じ、老後の生活設計や自分の健康についての悩みや不安が多い。

健康日本21(第2次)の推進に関する参考資料より

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_02.pdf

健康日本21(第2次) 10年後を見据えた「目指す姿」②



10年後に目指す姿

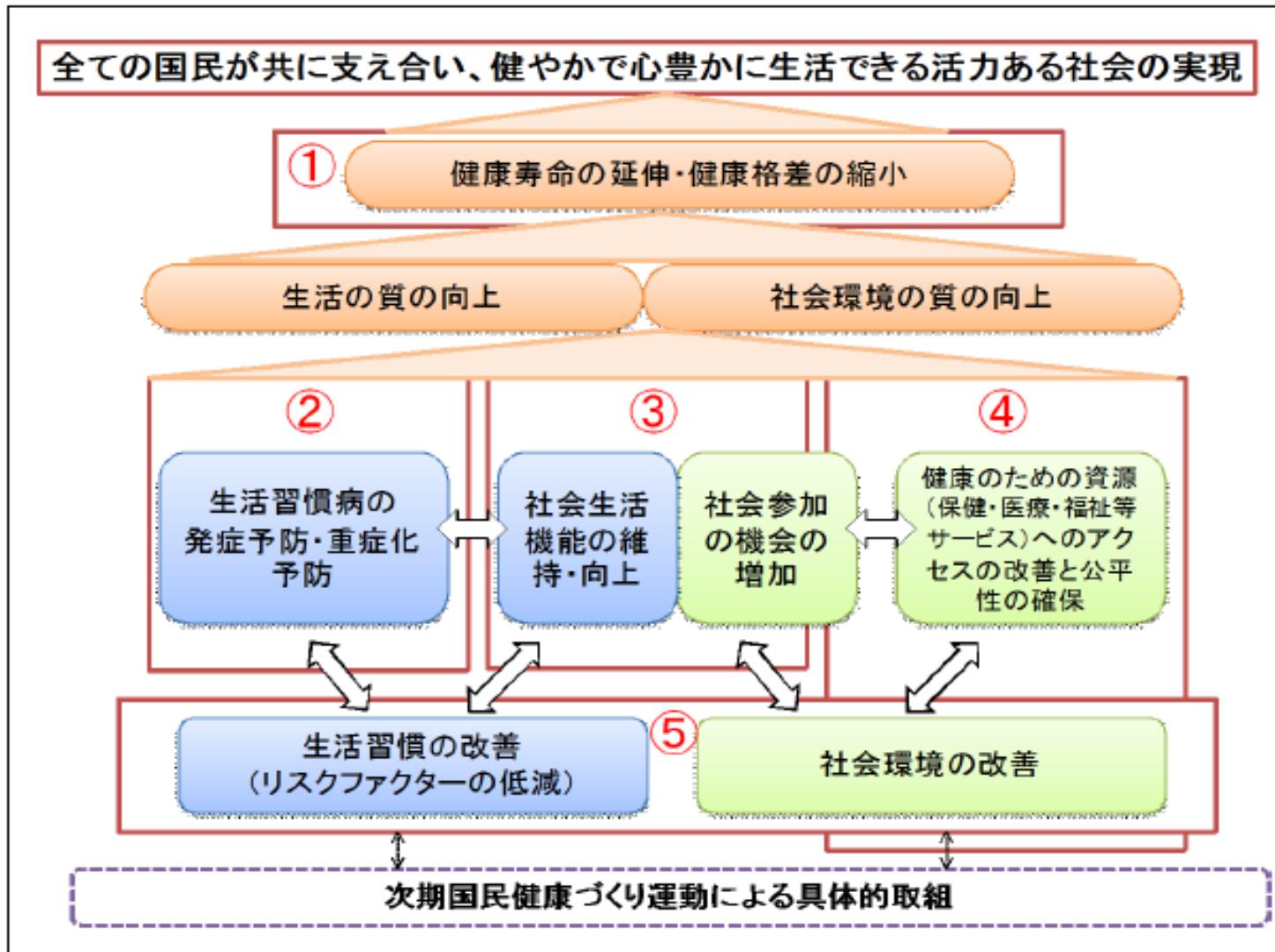
○すべての国民が共に支え合い、健康で幸せに暮らせる社会

- ・子どもも大人も希望のもてる社会
- ・高齢者が生きがいをもてる社会
- ・希望や生きがいをもてる基盤となる健康を大切にする社会
- ・疾患や介護を有する方も、それぞれに満足できる人生を送ることのできる社会
- ・地域の相互扶助や世代間の相互扶助が機能する社会
- ・誰もが社会参加でき、健康づくりの資源にアクセスできる社会
- ・今後健康格差が広まる中で、社会環境の改善を図り、健康格差の縮小を実現する社会

健康日本21(第2次)の推進に関する参考資料より

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_02.pdf

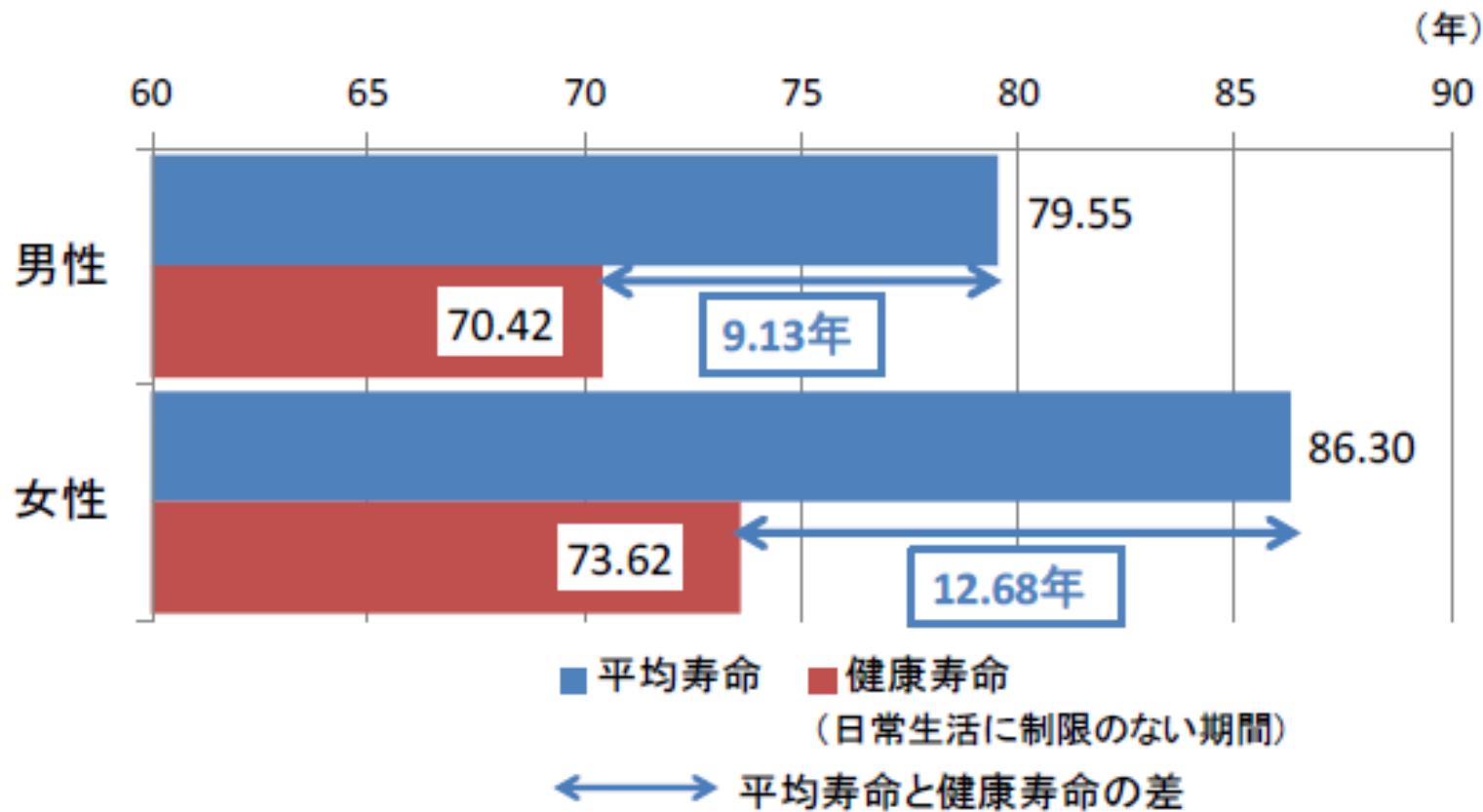
健康日本21(第2次) の概念図



健康日本21(第2次)の推進に関する参考資料より

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_02.pdf

平均寿命と健康寿命の差



(資料：平均寿命（平成22年）は、厚生労働省「平成22年完全生命表」
健康寿命（平成22年）は、厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における
将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」)

健康日本21(第2次)の推進に関する参考資料より

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_02.pdf

主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底

目標項目	
がん	<ul style="list-style-type: none">① 75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)② がん検診の受診率の向上
循環器疾患	<ul style="list-style-type: none">① 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)② 高血圧の改善(収縮期血圧の平均値の低下)③ 脂質異常症の減少④ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少⑤ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上
糖尿病	<ul style="list-style-type: none">① 合併症(糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数)の減少② 治療継続者の割合の増加③ 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少(HbA1c が JDS 値 8.0% (NGSP 値 8.4%) 以上の者の割合の減少)④ 糖尿病有病者の増加の抑制⑤ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少(再掲)⑥ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上(再掲)
COPD (慢性閉塞性肺疾患)	<ul style="list-style-type: none">① COPDの認知度の向上

健康日本21(第2次)の推進に関する参考資料より

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_02.pdf

非感染性疾患NCD(Non Communicable Disease)と 生活習慣との関連 —これらの疾患の多くは予防可能—

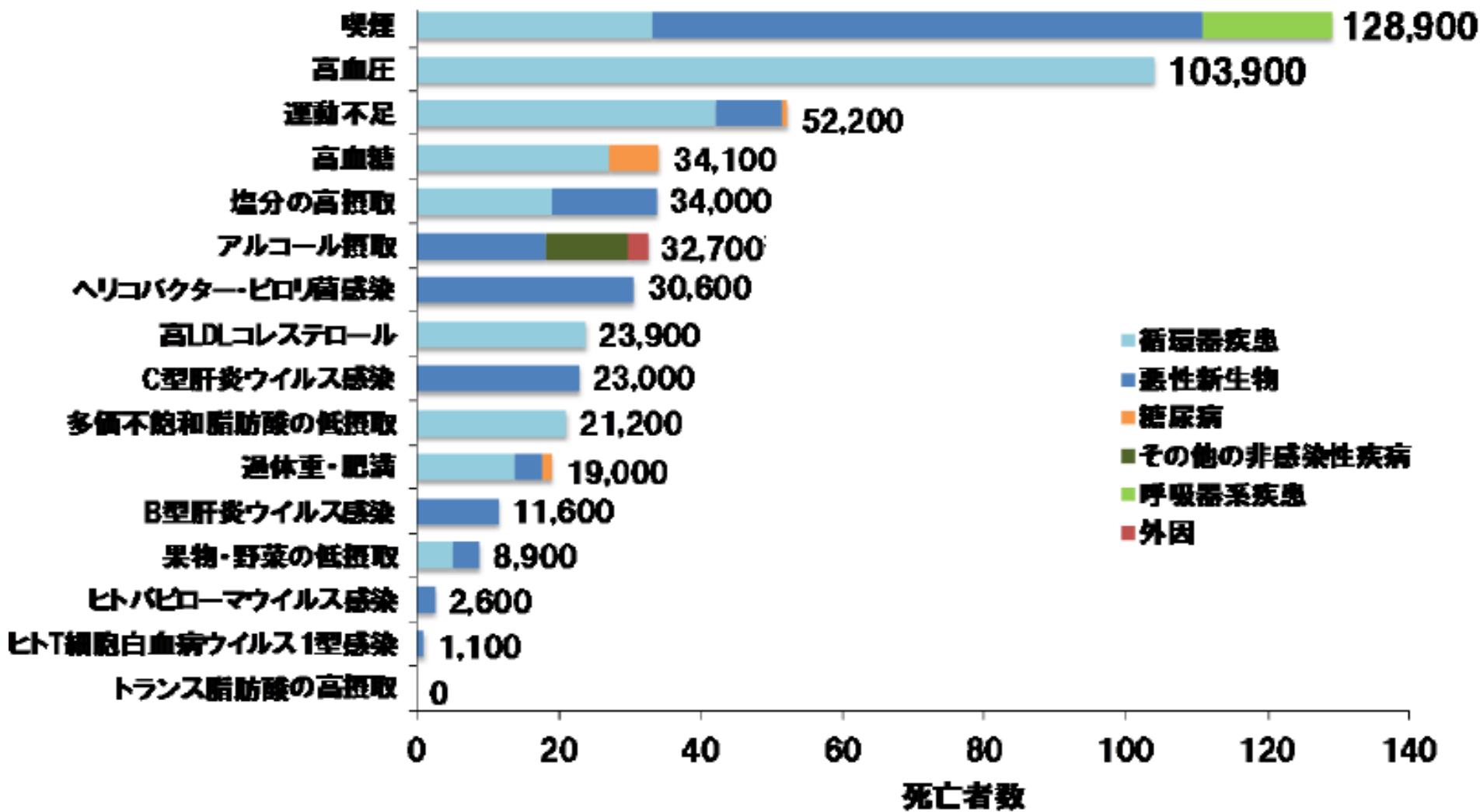
	禁 煙	健康な食事	身体活動 の増加	リスクを高める 飲酒の減少
が ん	○	○	○	○
循環器疾患	○	○	○	○
糖 尿 病	○	○	○	○
C O P D	○			

健康日本21(第2次)の推進に関する参考資料より

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_02.pdf

日本人の死因の原因

メタ解析を行い非感染性疾患と外傷における死因の原因をグラフ化



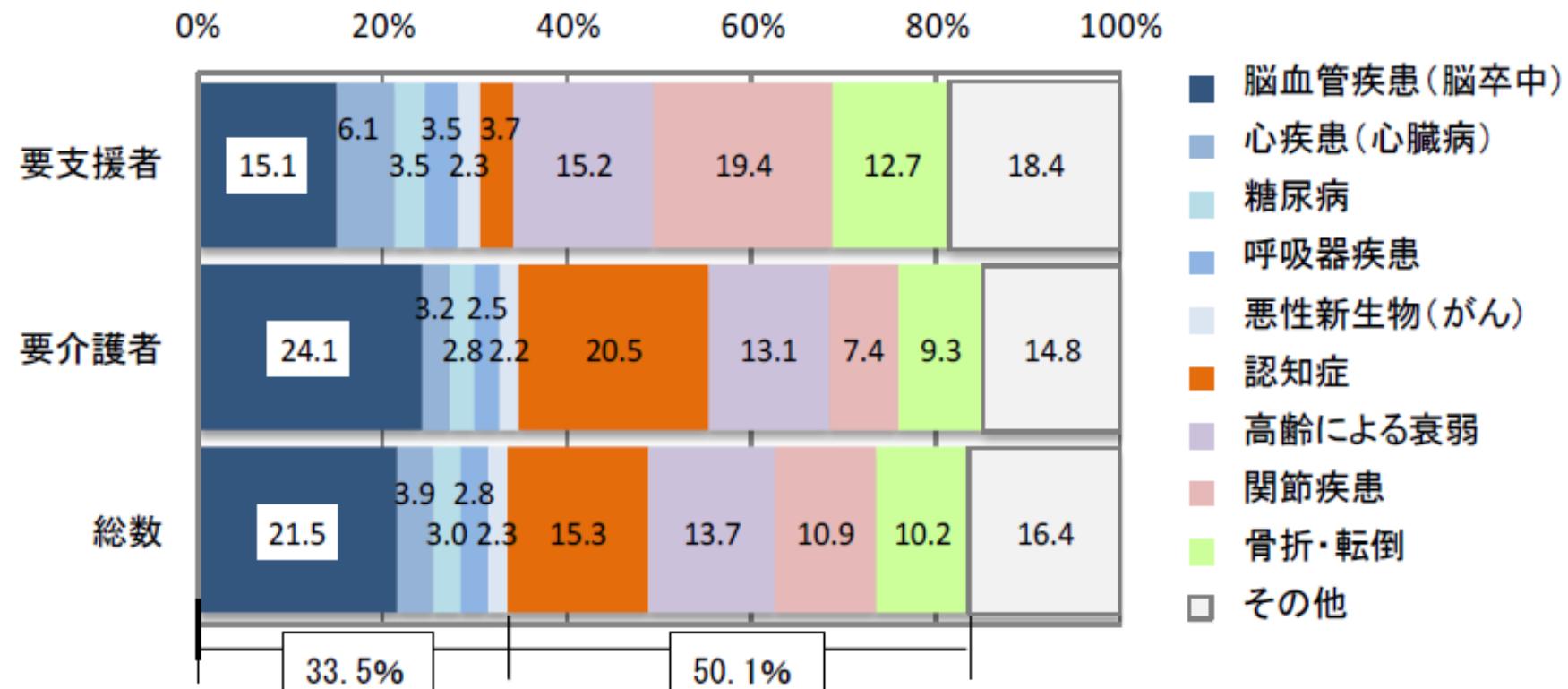
(Ikeda N, et al : PLoS Med. 2012; 9(1) : e 1001160.)

健康日本21(第2次)の推進に関する参考資料より

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_02.pdf

図11

要介護度別にみた介護が必要となった原因

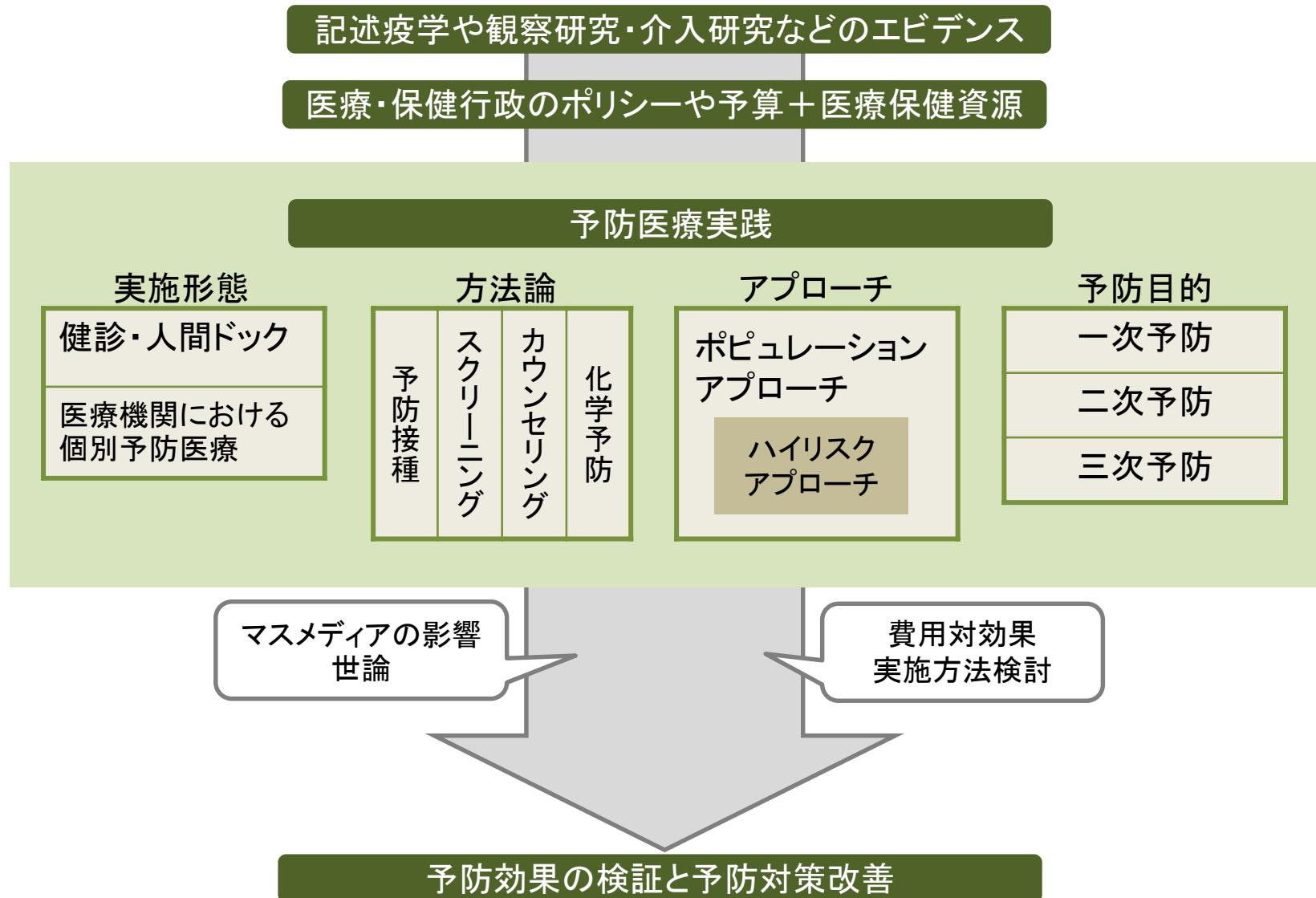


(資料 : 厚生労働省「平成 22 年国民生活基礎調査の概況」)

健康日本21(第2次)の推進に関する参考資料より

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_02.pdf

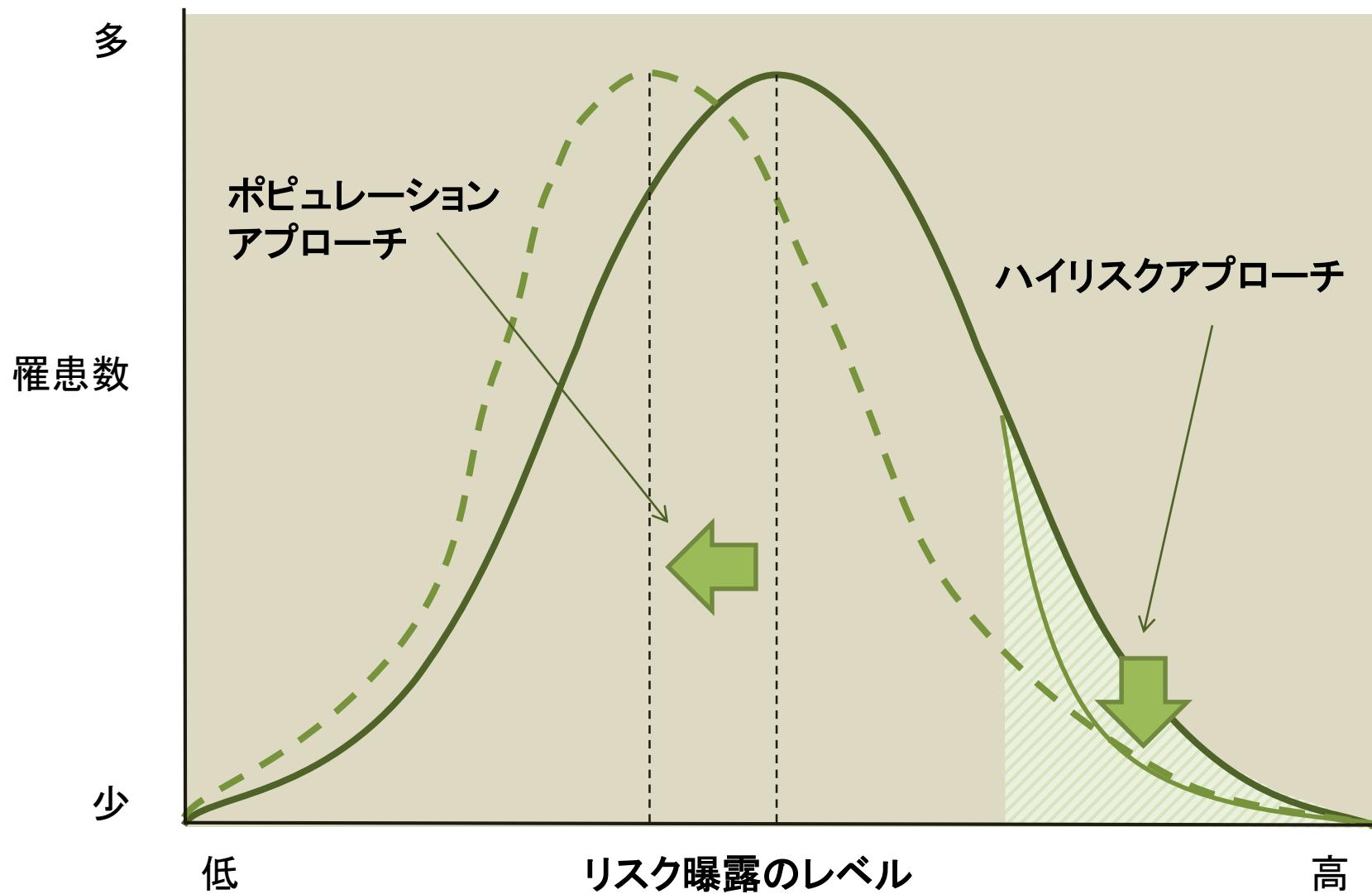
予防医療実践の全体像



小島一 Hospitalist(ホスピタリスト) Vol.3 No.2 2015

図13

ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチ



古堅高之・喜瀬守人 Hospitalist(ホスピタリスト) Vol.3 No.2 2015

ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチ

	ハイisksアプローチ	ポピュレーションアプローチ
利点	<ul style="list-style-type: none">個別に行われるので介入が適切である。個人がハイリスクであると認識することで、個人がリスクを軽減する行動変容を生みやすい。医療者はハイリスクな人に対して、リスクを軽減するよう努めることを有意義だと感じる。資源の面から考えると費用対効果に優れる。ハイリスクな人は介入を受けることにより、ローリスクな人より益を享受し得る。	<ul style="list-style-type: none">行われる介入は病気を生む根源(環境)に対して行われる。介入がより効果的になるであろう早期段階の環境にも取り組むことができる。集団全体のリスクを下げるなどを積み重ねることで、集団全体の健康を改善することができる。適切な社会環境のなかでは非喫煙者の受動喫煙の機会が減り、喫煙者が禁煙を試みる機会が増える可能性がある。
欠点	<ul style="list-style-type: none">ハイリスクな人を固定する困難さとコストがかかる。社会全体の疾病負荷の面から考えるとインパクトが弱い。	<ul style="list-style-type: none">個人に対しては益が少ない。ローリスクな人はモチベーションが低い。不十分なアプローチでは健康格差をかえって拡大させるおそれがある。

AFMC Primer on Population Health. <http://phprimer.afmc.ca/> より作成

古堅高之・喜瀬守人 Hospitalist(ホスピタリスト) Vol.3 No.2 2015

図15

診療所における予防医療実践に必要なコンピテンシー(能力)

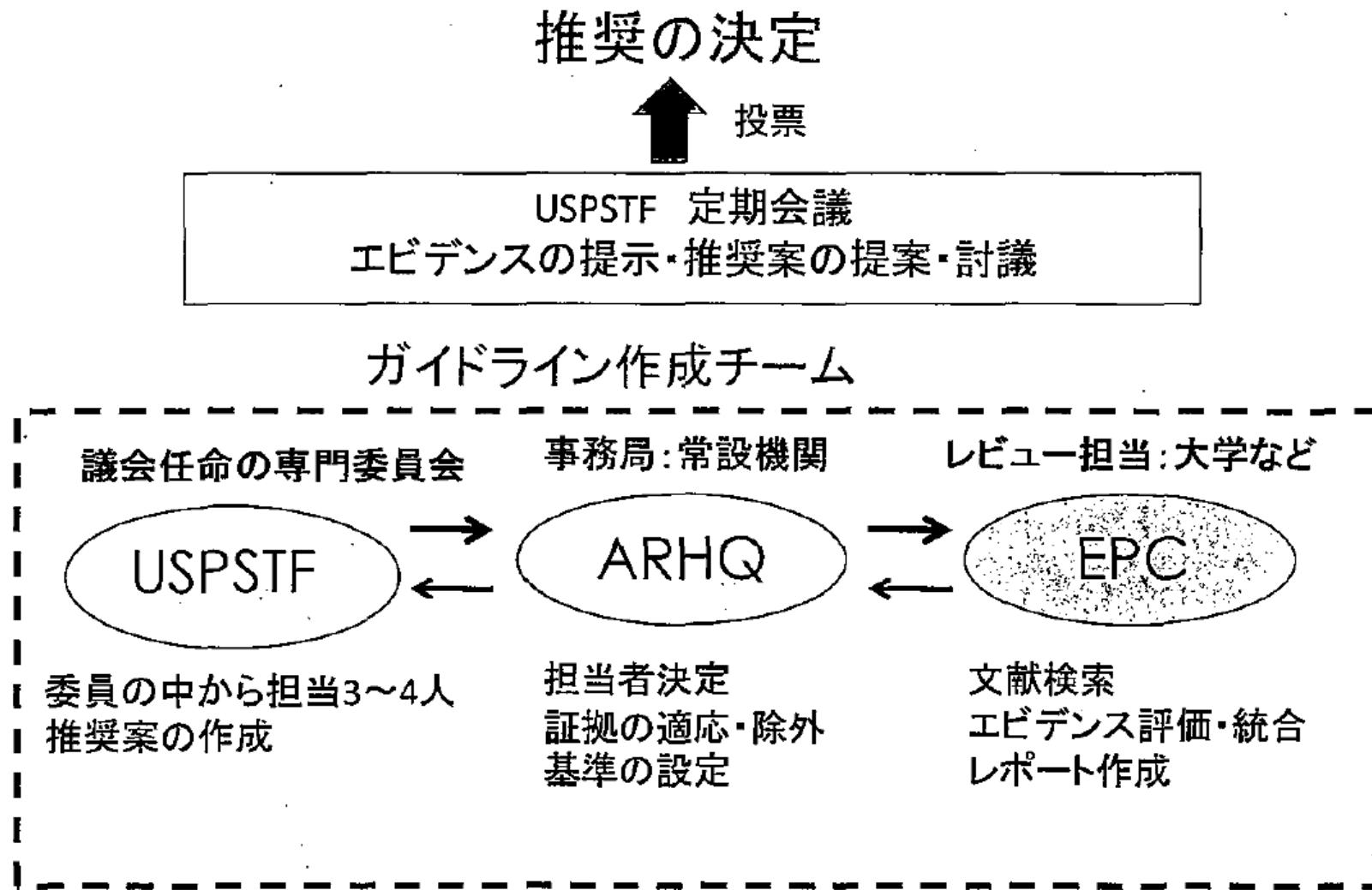
診療	診療外
コンピテンシー	
予防医療の知識	地域ケア
エビデンスの収集と解釈	質改善
医療面接	多職種連携
コミュニケーション	リーダーシップ
行動医学	
医療保険制度	
場と対象	
外来	校(園)医、産業医
健診(乳幼児、成人)	医師会
ワクチン	地域
訪問診療	行政



古堅高之・喜瀬守人 Hospitalist(ホスピタリスト) Vol.3 No.2 2015

図16

USPSTF(米国予防医療サービス専門作業部会) の米国における位置付け



厚労省HP(がん対策推進協議会 資料)より

図17

成人の予防医療タイムライン(adult preventive care timeline) : USPSTF推奨を参考に作成

USPSTF推奨	成人の予防医療タイムライン																	
年齢	18	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80以上				
高血圧（血圧測定）	グレードA：最高血圧120～139または最低血圧80～89mmHgのとき測定インターバル1年ごと、 BP<120/80mmHgのとき測定インターバル2年ごと																	
血清脂質：男性	高リスク群でグレードB グレードA：測定インターバル約5年ごと（個人別リスクと血清脂質値によって異なる）																	
血清脂質：女性	高リスク群でグレードB グレードA：測定インターバル約5年ごと（個人別リスクと血清脂質値によって異なる）																	
糖尿病	BP>135/80mmHg群でグレードB：測定インターバルADA推奨では約3年ごと																	
腹部大動脈瘤（超音波）：喫煙男性											グレードB： 1回検査							
乳癌検診：女性											グレードB：2年ごと							
子宮頸癌検診：女性		グレードA：21～65歳に細胞診3年ごと（30～65歳に細胞診+ HPV検査では5年ごと）																
大腸直腸癌											グレードA：高感度便潜血・S状結腸鏡・ 大腸鏡のうちいずれか							
肺癌：30PY以上（禁煙15年以内まで）											グレードB：低線量CTを年1回 (禁煙15年で終了)							
喫煙者カウンセリングと禁煙介助	グレードA：全員（18歳未満の妊婦も含む）																	
肥満スクリーニングと介入	グレードB：全員（BMI 30以上では減量介助）																	
問題飲酒スクリーニングと介入	グレードB：全員																	
クラミジア感染：女性	妊婦、性行為歴のある24歳以下と高リスク群に グレードB：CDC推奨では測定インターバル年1回																	
淋菌感染：女性	妊婦、性行為歴のある24歳以下と高リスク群に グレードB：測定インターバル不詳																	
HTV感染（血清抗体陽性後RNA定量）	15～65歳、妊婦、または高リスク群（MSM、安全でない性行為、CSW）にグレードA																	
梅毒感染：女性	妊婦と、非妊婦の高リスク群にグレードA																	
骨粗鬆症（骨密度）：女性	65歳以上または65歳の骨折10年リスク（9.3%）を超える群にグレードB																	
うつ病（ケアサポート体制化）	グレードB																	

グレードA：この医療サービスを推奨。高い確実性で十分な純利益がある。

グレードB：この医療サービスを推奨。高い確実性で過度な純利益があるか、適度な確実性で適度または十分な純利益がある。

アスピリン一次予防投与は日本人では有害リスクが高いという研究結果があったのでこのタイムラインから除いた。

有効性評価に基づくがん検診ガイドラインの推奨グレード

推奨	表現	対策型検診 ^{注1)} (住民検診型)	任意型検診 ^{注2)} (人間ドック型)
A	死亡率減少効果を示す十分な証拠があるので、実施することを勧める。	推奨する	推奨する
B	死亡率減少効果を示す十分な証拠があるので、実施することを勧める。	推奨する	推奨する
C	死亡率減少効果を示す証拠はあるが、無視できない不利益があるため、対策型検診として実施することは勧められない。 任意型検診として実施する場合には、安全性を確保し、不利益に関する説明を十分に行い、受診するかどうかを個人が判断できる場合に限り、実施することができる。	推奨しない	条件付きで実施できる
D	死亡率減少効果がないことを示す証拠があるため、実施すべきではない。	推奨しない	推奨しない
I	死亡率減少効果の有無を判断する証拠が不十分であるため、対策型検診として実施することは勧められない。 任意型検診として実施する場合には、死亡率減少効果が不明であることと不利益について十分説明する必要がある。その説明に基づく、個人の判断による受診は妨げない。	推奨しない	個人の判断に基づく受診は妨げない

注1) 対策型検診は、公共的な予防対策として、地域住民や職域などの特定の集団を対象としている。

その目的は、集団におけるがんの死亡率を減少させることである。

対策型検診は、死亡率減少効果が科学的に証明されていること、不利益を可能な限り最小化することが原則となる。

具体的には、市区町村が行う老人保健事業による住民を対象としたがん検診や職域において法定健診に付加して行われるがん検診が該当する。

注2) 任意型検診とは、医療機関や検診機関が任意で提供する保健医療サービスである。

その目的は、個人のがん死亡リスクを減少させることである。

がん検診の提供者は、死亡率減少効果の明らかになった検査方法を選択することが望ましい。

がん検診の提供者は、対策型検診では推奨されていない検査方法を用いる場合には、

死亡率減少効果が証明されていないこと、および当該検診による不利益について十分説明する責任を有する。

具体的には、検診センターや医療機関などで行われている総合健診や人間ドックなどに含まれているがん検診が該当する。

注3) 推奨Iと判定された検診の実施は、有効性評価を目的とした研究を行う場合に限定することが望ましい。

(国立がんセンターHPより)

推奨のまとめ①

対象部位	対象者	検診の方法	推奨グレード ^{*1}	判定結果 ^{*2}		実施体制別の推奨	
				死亡率減少効果の証拠 ^{*3}	不利益の大きさ ^{*4 *5}	対策型検診(住民検診等)	任意型検診(人間ドック等)
胃	50歳以上男女	胃X線検査	B	あり	利益より小	推奨する	推奨する
		胃内視鏡検査	B	あり	利益より小	推奨する	推奨する
		ペプシノゲン法	I	不十分	利益より小	推奨しない	個人の判断により実施可
		ヘルコバクター ピロリ抗体	I	不十分	利益より小	推奨しない	個人の判断により実施可
肺	40歳以上男女	非高危険群に対する 胸部X線検査、及び 高危険群に対する胸 部X線検査と喀痰細 胞診併用法	B	あり	利益より小	推奨する ^{*10}	推奨する
		低線量CT	I	不十分	利益より大の可 能性	推奨しない ^{*6}	個人の判断により実施可 ^{*7}

*1 推奨Iの判断はガイドライン作成時の判断であり、現状では証拠不十分だが、将来的には判断が変わる可能性がある。

*2 死亡率減少効果及び不利益に関する根拠の詳細は各種ガイドラインを参照。

*3 死亡率減少効果の有無を判断する証拠が不十分と判定された検診の実施は、有効性評価を目的とした研究を行う場合に限定することが望ましい。

*4 がん検診の不利益とは、偽陰性や偽陽性だけではなく、病氣がある場合でも必ずしも必要ではない精密検査が行われることや、精神的不安、本来必要としない医療費が追加となることなども含む。

また、たとえがんであっても精密検査や治療を受けた結果、予期できない重度の合併症が生じたり過剰診断にあたる場合も不利益とする。ただし、検査による医療事故や過誤そのものは不利益に入らない。

(国立がん研究センターがん予防・検診研究センター検診研究部「科学的根拠に基づくがん検診推進のページ」HPより)

推奨のまとめ②

対象部位	対象者	検診の方法	推奨グレード ^{*1}	判定結果 ^{*2}		実施体制別の推奨	
				死亡率減少効果の証拠 ^{*3}	不利益の大きさ ^{*4 *5}	対策型検診(住民検診等)	任意型検診(人間ドック等)
大腸	40歳以上男女	便潜血検査	A	あり	利益より小	推奨する ^{*6}	推奨する
		S状結腸内視鏡検査	C	あり	利益と同等の可能性	推奨しない	推奨する
		S状結腸内視鏡検査+便潜血検査	C	あり	利益と同等の可能性	推奨しない	実施可 ^{*7}
		全大腸内視鏡検査	C	あり	利益と同等の可能性	推奨しない	実施可 ^{*8}
		注腸X線検査	C	あり	利益と同等の可能性	推奨しない	実施可 ^{*9}
		直腸指診	D	なし	—	推奨しない	推奨しない

*5 がん検診の利益(死亡率減少効果)に比べ、不利益がどの程度に大きさを比べる。

*6 死亡率減少効果の有無を判断する証拠が不十分であるため、対策型検診として実施することは勧められない。

*7 がん検診提供者は死亡率減少効果が証明されていないこと、及び当該検診による不利益について十分説明する責任を有する。任意型検診として実施する場合には、現時点では効果が不明で、効果の有無が明らかになるにはまだ時間を要する状況にあることと不利益について十分説明する必要がある。その説明に基づく個人の判断による受診は妨げない。

*8 化学法に比べて免疫法は感度・特異度ともに同等以上で、受診者の食事・薬制限を必要としないことから便潜血検査は免疫法が望ましい。

*9 安全性を確保するとともに、不利益について十分説明する必要がある。

*10 死亡率減少効果を認めるのは、二重読影、比較読影などを含む標準的な方法を行った場合に限定される。

標準的な方法が行われていない場合には、死亡率減少効果の根拠があるとは言えず、肺がん検診としては勧められない。

また、事前に不利益に関する十分な説明が必要である。

(国立がん研究センターがん予防・検診研究センター検診研究部「科学的根拠に基づくがん検診推進のページ」HPより)

推奨のまとめ③

対象部位	対象者	検診の方法	推奨グレード ^{*1}	判定結果 ^{*2}		実施体制別の推奨	
				死亡率減少効果の証拠 ^{*3}	不利益の大きさ ^{*4, *5}	対策型検診(住民検診等)	任意型検診(人間ドック等)
子宮頸器 ^{*6}	20歳以上女	細胞診(従来法)	B	あり	利益より小	推奨する	推奨する
		細胞診(液状検体法)	B	あり	利益より小	推奨する	推奨する
		HPV検査を含む方法 ^{*11}	I	不十分	利益より大の可能性	推奨しない ^{*6}	個人の判断ににより実施可 ^{*7}
乳房	40-74歳	マンモグラフィ単独法	B	あり	利益より小	推奨する	推奨する
	40-64歳	マンモグラフィと視触診の併用法	B	あり	利益より小	推奨する	推奨する
	40歳未満	マンモグラフィ単独法及びマンモグラフィと視触診の併用法	I	不十分	利益より大の可能性	推奨しない ^{*6}	個人の判断ににより実施可 ^{*7}
	全年齢	視触診単独法	I	不十分	利益より大の可能性	推奨しない ^{*6}	個人の判断ににより実施可 ^{*7}
	全年齢	超音波検査(単独法・マンモグラフィ併用法)	I	不十分	利益より大の可能性	推奨しない ^{*6}	個人の判断ににより実施可 ^{*7}

*11 HPV検査を含む方法にはHPV検査単独・HPV検査と細胞診の同時併用法・HPV検査陽性者への細胞診トリアージ法がある。
細胞診によるスクリーニング後にトリアージとして行うHPV検査は検診ではなく、臨床診断として取り扱われているため本ガイドラインの対象には含まれない。

任意型検診において、特に若年者にHPV検査(単独法)あるいはHPV検査と細胞診の同時併用法を行う場合、若年者には一過性の感染HPV感染率が高いため、慎重な対応が必要である。

(国立がん研究センターがん予防・検診研究センター検診研究部「科学的根拠に基づくがん検診推進のページ」HPより)

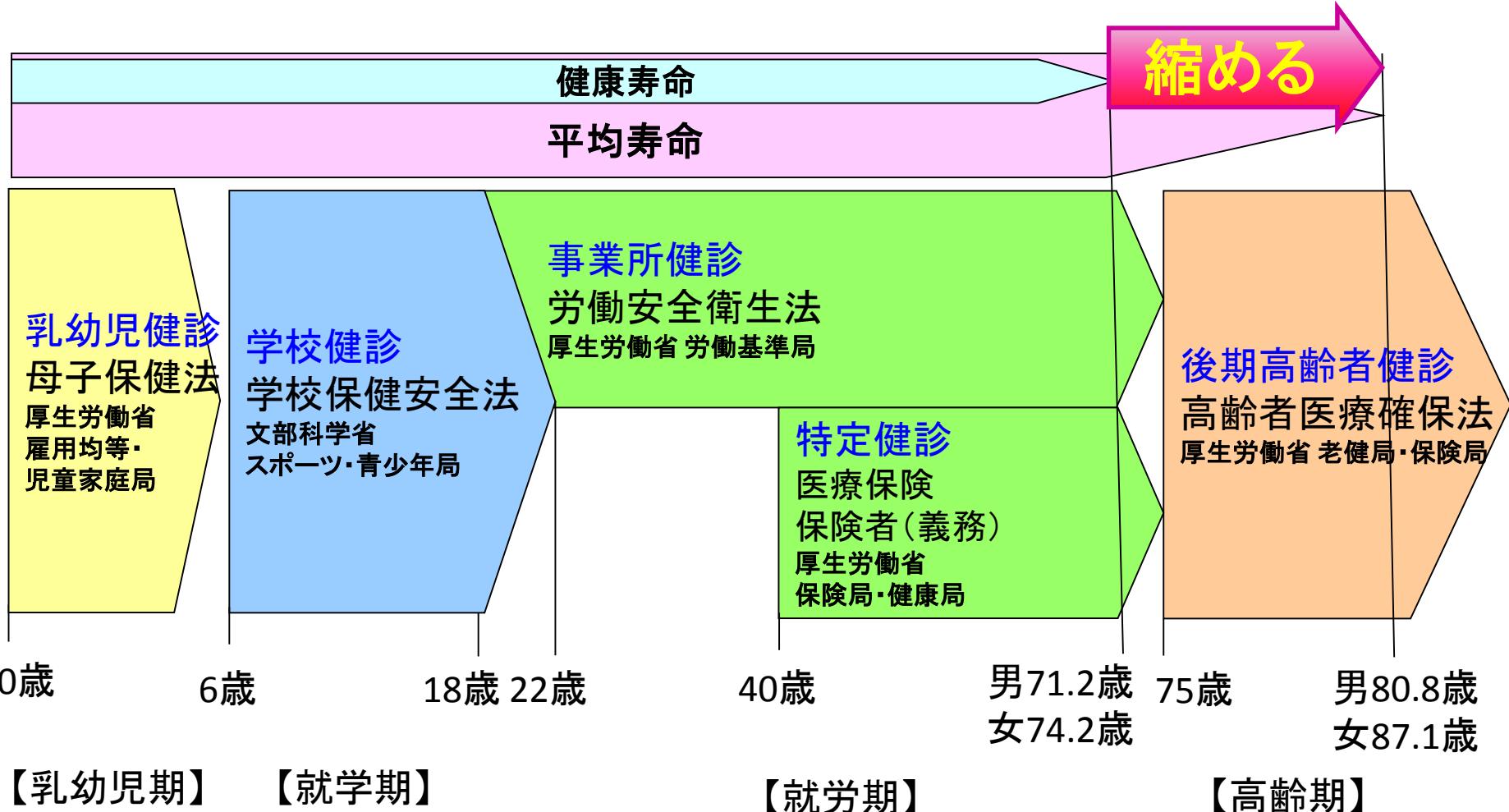
日米のがん検診推奨レベルの比較

対象疾患	検査項目	日本 (科学的根拠に基づく がん検診推進のページ)		米国 (USPSTF)	
		年齢	推奨レベル (推奨年度)	年齢	推奨レベル (推奨年度)
胃がん	胃X線検査	50歳以上	B(2014)	—	—
	内視鏡		B(2014)		
大腸がん	便潜血	40歳以上	A(2005)	50歳～75歳	A(2016)
	大腸内視鏡		C(2005)		A(2016)
肺がん	胸部X線と喀痰	40歳以上	B(2006)	—	—
	低線量CT		I(2006)	55～80歳 (喫煙リスクあり)	B(2013)
子宮頸がん	細胞診	20歳以上	B(2009)	21～65歳	A(2012)
乳がん	マンモグラフィ	40～74歳	B(2013)	50～74歳	B(2016)
前立腺がん	PSA	—	I(2008)	—	D(2012)

宮崎景 総合診療のGノート 2017.4.NO.3 より一部改変

図23

生涯健診体制 健康寿命延伸に向けて



医療等IDによる統一した管理

特定健診の項目について(平成30年4月～)

■ 基本的な項目

質問票	服薬歴、喫煙歴等
身体計測	身長、体重、BMI、腹囲
血圧測定	血圧測定
理化学的検査	身体診察
検尿	尿糖、尿タンパク
血液検査	脂質検査:中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール 血糖検査:空腹時血糖またはHbA1cまたは随時血糖 肝機能検査:GOT、GPT、γ-GTP

■ 詳細な健診の項目(※一定の基準の下、医師が必要と認めた場合に実施)

貧血検査	赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値
心電図	心電図
眼底検査	眼底検査
血清クレアチニン検査	血清クレアチニン

厚労省HPより<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000173545.pdf>

図25

「日医かかりつけ医機能研修制度 平成30年度応用研修会」2. 健康増進・予防医学_松下明 (研修会後に差替え)

図表1-3-9 特定保健指導の対象者(階層化)

腹囲	追加リスク ①血糖②脂質③血圧	④喫煙歴	対象	
			40-64歳	65-74歳
≥ 85cm (男性) ≥ 90cm (女性)	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		
上記以外で BMI ≥ 25	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			

(注) 喫煙歴の斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する。

厚労省HPより <http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/14/backdata/index.html>

図表1-3-10 特定保健指導の支援の流れ

動機付け支援

生活習慣病の改善に対する個別目標を設定し、自助努力による行動変容が可能となるような動機付けを支援

積極的支援

行動変容に向けた準備状況に合わせて個別目標を設定し、具体的で実現可能な行動継続を支援。動機付け支援と比べて、対象者が抱える発症リスクは高い。

■ 初回面接

個別面接20分以上、または8名以下のグループ面接で80分以上
専門知識・技術を持った者(医師・保健師・管理栄養士等)が、対象者に合わせた実践的なアドバイス等を行います。

自身で、「行動目標」に沿って、生活習慣改善を実践

面接・電話・メール・ファックス・手紙等を用いて、生活習慣の改善を応援します。
(3ヶ月以上)

■ 実績評価

面接・電話・メール等で健康状態・生活習慣(改善状況)を確認(6か月後)

※個別支援に限り、情報通信技術を活用した30分以上の保健指導も可

厚労省HPより<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/14/backdata/index.html>

図27

日本の予防接種スケジュール2018/4版①

2018年4月版

予防接種スケジュール

大切な子どもをVPD(ワクチンで防げる病気)から守るために、接種できる時期になったらできるだけベストのタイミングで、忘れずに予防接種を受けることが重要です。このスケジュールはNPO法人VPDを知って、子どもを守ろうの会によるもっとも早期に免疫をつけるための提案です。お子さまの予防接種に関しては、地域ごとの接種方法やVPDの流行状況に応じて、かかりつけ医と相談のうえスケジュールを立てましょう。

ワクチン名	接種済み <input checked="" type="checkbox"/>	0 歳	1 か月	2 か月	3 か月	4 か月	5 か月	6 か月	7 か月	8 か月	9 か月	10 か月	11 か月	1 歳	1 か月	2 か月	3 か月	4 か月	5 か月	6 か月	7 か月	2 歳	3 歳	4 歳	5 歳	6 歳	7 歳	(満年齢)
不活化 ワクチン B型肝炎 (母子感染予防を除く)	定期	□□□		①	②				③					0歳のうちに3回接種が必要。3回目は2回目から4-5か月の間隔をあけて受けます。 1歳以上でも未接種の場合は、できるだけ早く受けることをおすすめします。(任意接種)														
生 ワクチン ロタウイルス	任意	1倍 □□ 5倍 □□□		1	2				③					ロタウイルスワクチンには、1倍ワクチンと5倍ワクチンがあります。 遅くとも生後14週6日までに接種を開始し、それぞれの必要接種回数を受けましょう。														
不活化 ワクチン ヒブ	定期	□□□□		①	②	③								④														
不活化 ワクチン 小児用肺炎球菌	定期	□□□□		①	②	③								④														
不活化 ワクチン 四種混合(DPT-IPV) 三種混合・ポリオ	定期	□□□□		①	②	③								④														
生 ワクチン BCG	定期	□					①							1歳の誕生日が来たら同時接種で受けましょう。ヒブ・小児用肺炎球菌・四種混合・MR・水痘・おたふくかぜの6本を同時接種で受けることもできます。														
生 ワクチン MR (麻しん風しん混合)	定期	□□												①														
生 ワクチン 水痘 (みずぼうそう)	定期	□□												①		②												
生 ワクチン おたふくかぜ	任意	□□												①														

VPDを知って、子どもを守ろう。HPより
<https://www.know-vpd.jp/children/>

図28(当日差替え)

日本の予防接種スケジュール2018/4版②

2018年4月版

予防接種スケジュール

大切な子どもをVPD(ワクチンで防げる病気)から守るために、接種できる時期になつたらできるだけベストのタイミングで、忘れずに予防接種を受けることが重要です。このスケジュールはNPO法人VPDを知って、子どもを守ろうの会によるもっとも早期に免疫をつけるための提案です。お子さまの予防接種に関しては、地域ごとの接種方法やVPDの流行状況に応じて、かかりつけ医と相談のうえスケジュールを立てましょう。

ワクチン名	接種済み ✓	0 歳	1 か月	2 か月	3 か月	4 か月	5 か月	6 か月	7 か月	8 か月	9 か月	10 か月	11 か月	1 歳	1 か月	2 か月	3 か月	4 か月	5 か月	6 か月	7 か月	8 か月	9 か月	10 か月	11 か月	2 歳	3 歳	4 歳	5 歳	6 歳	7 歳	(満年齢)
不活化ワクチン 日本脳炎	定期	□□□□																								①②③→				④		
不活化ワクチン インフルエンザ	任意	毎秋																												9歳で追加接種 (接種対象9-12歳)		
不活化ワクチン A型肝炎	任意	□□□																														
不活化ワクチン HPV (ヒトパピローマウイルス)	定期	□□□																													日本産科婦人科学会など関連団体も接種を推奨しています。 (接種対象: 小6から高1の女子)	
不活化ワクチン 髄膜炎菌	任意	□																														

不活化ワクチン 定期 定められた期間内で受けた場合は原則として無料(公費負担)。 定期予防接種の対象年齢 おすすめ接種時期(数字は接種回数) 添付文書に記載のないおすすめ接種時期

生ワクチン 任意 多くは有料(自己負担)。自治体によっては公費助成があります。 任意接種の接種できる年齢 ●次にほかの種類のワクチンが接種できるのは、不活化ワクチン接種後は1週間後の同じ曜日から、生ワクチン接種後は4週間後の同じ曜日からです。

同時接種: 同時に複数のワクチンを接種することができます。安全性は単独でワクチンを接種した場合と変わりません。 詳しい情報は <http://www.know-vpd.jp/> VPD 検索

2018年3月作成

© NPO法人VPDを知って、子どもを守ろうの会

VPDを知って、子どもを守ろう。 HPより
<https://www.know-vpd.jp/children/>

図29(当日差替え)

USPSTFのA・B推奨とACIP推奨からインパクトの大きさと費用対効果の観点から重みづけ、順位づけした結果

1) 10点満点 3項目

- ・小児の予防接種
- ・若年者のタバコ使用の短時間の予防カウンセリング
- ・成人のタバコ使用のスクリーニングと短時間カウンセリング

2) 8点 4項目

- ・アルコール誤使用についてのスクリーニングと短時間介入
- ・CVDリスク高齢者へのアスピリンによる予防
- ・子宮頸がんスクリーニング
- ・大腸がんスクリーニング

3) 7点 3項目

- ・クラミジアスクリーニングを24歳までの女性とHigh Risk群に
- ・高脂血症スクリーニングと介入を35歳以上の男性と虚血性心疾患のHigh Risk群のそれ以下の年齢の男性や女性に
- ・高血圧のスクリーニングと介入

岡田唯男 総合診療のGノート 2017.4.NO.3

Maciosek MV et al Ann Fam Med 2017;15:14-22.

図30

予防医療提供に影響する因子(1)

1) 予防医療提供可能性を高めるもの

- ・成人、肥満、喫煙者、飲酒者、新患、過去1年で受診回数少ない人
- ・ソロプラクティス、診療報酬支払制度が包括払い(出来高と比較)
- ・質改善活動、診療方針変更、クリニックの運営に関して多職種参加
- ・リマインダーシステム、レジストリーの存在
- ・自動音声電話によるリマインダーシステム
- ・家庭医らしい診療(次表)

2) 予防医療提供可能性を下げるもの

- ・診察室にほかの家族が存在
- ・急性疾患の受診
- ・薬剤の処方を伴う診療



岡田唯男 総合診療のGノート 2017.4.NO.3
患者にきちんと届く!届ける! 予防医療プラクティス. 羊土社.

予防医療提供に影響する因子(2)

1) 予防医療提供可能性を高めるもの

・家庭医らしい診療

- (1) 家庭医療のコアとなる特徴がより多く提供されることと、患者満足度、予防医療サービスの提供が相関
- (2) プライマリ・ケアの4つの要素(固定された主治医、患者のことを医師が熟知、コミュニケーション、ケアの調整)が予防医療の提供と相関(前者2つが予防接種、後者2つがスクリーニングとカウンセリングと相関)
- (3) 診療所の患者中心のメディカルホームスコアが高いほど、予防サービス実施の遵守率が高い
- (4) 診療所にFirst contact accessibility(かかりやすさの担保)があると予防サービスの提供が増加
- (5) 患者中心のメディカルホーム実施スコアが高いほど、がん検診実施率の改善(社会経済レベルの低いグループの改善高い)

岡田唯男 総合診療のGノート 2017.4.NO.3

患者にきちんと届く!届ける! 予防医療プラクティス. 羊土社.

図32

組織的な予防医療の実践

手順

1

予防的ケアの実践を診療目標の1つとする。医師個人だけでなく、診療チーム全員(看護師、事務)の積極的参加が必要です

2

現在の診療におけるワークフローを見直し、改善の余地を見出す

3

予防的ケアにおける、各チーム・メンバーの役割を明確にする

4

患者全員に年1回、健診日を割り当てる。健診の内容として、検診(診察・検査)に保健指導と予防接種も加える

5

急性症状のときしか来院しない患者には、どの優先順で予防的ケアも実施するか、あらかじめ決めておく

6

各患者のプロフィールに合わせた予防的ケアのフローチャートを作成し、来院の都度に確認するだけでなく、積極的に来院を促す

7

適切なフォローを実施する

8

上記を一定期間試みた後、成否を確認し、調整する

行動変容のステージ

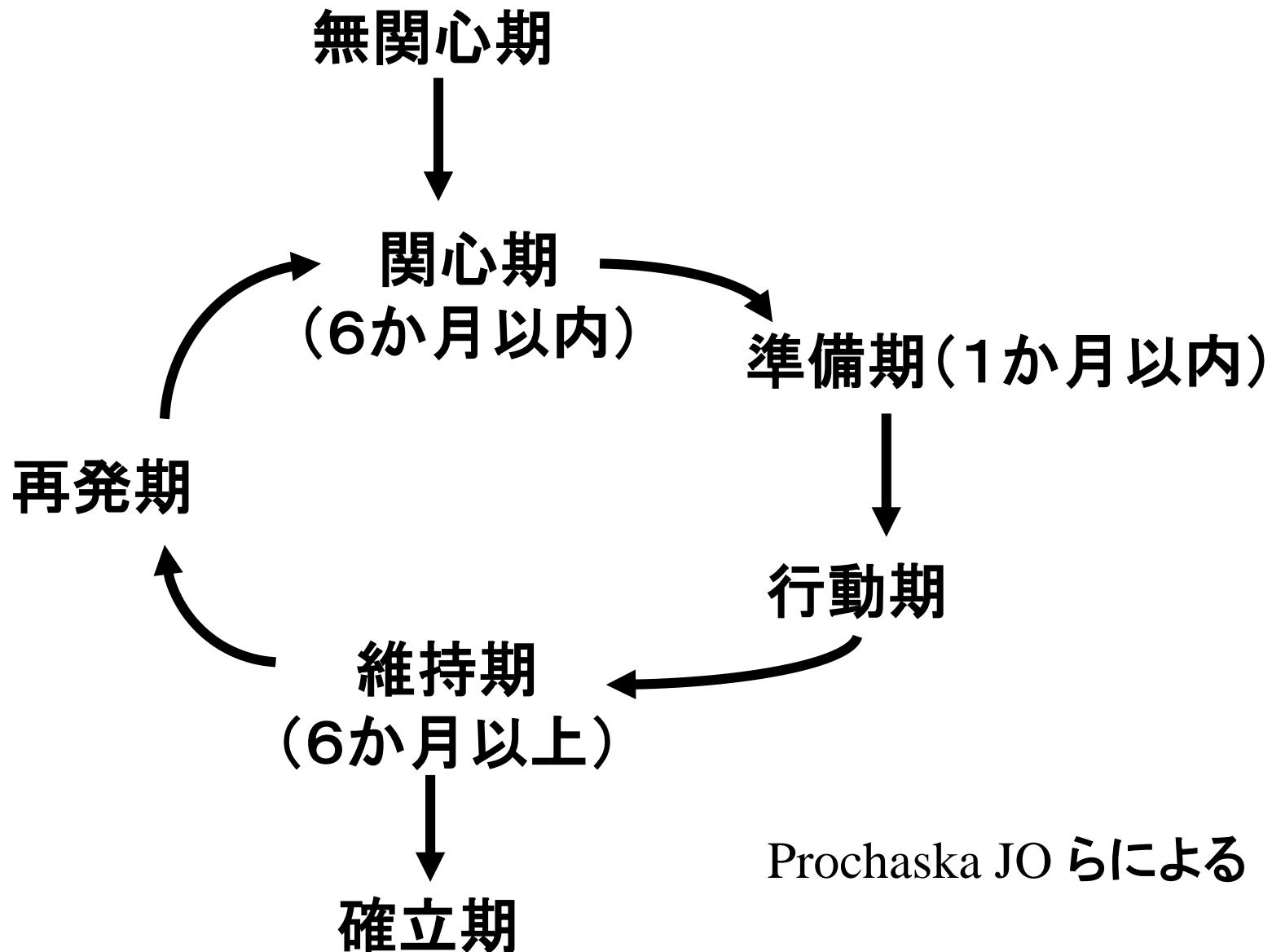


図34

行動変容のステージ

- 無関心期(タバコを吸ってて何が悪い?)
 - 相手の考えを理解し、健康について興味を引く
- 関心期(やめることも考えるがやめられない)
 - 自信度・重要度モデルで対処
- 準備期・行動期(やめる決心をし、実行する)
 - ほめる・ほめる・持ち上げる
- 維持期(うまく禁煙を続けることができる)
 - ほめる・ほめる・再発予防を考える
- 再発期(飲み会をきっかけにまた吸い始める)
 - 一緒にがっかりしてから、関心期へ戻る

Prochaska JO らによる

図35

重要度・自信度モデル

- 重要度(行動を変えることはどの程度重要か？)
 - 「あなたの人生の中で、優先順位を付けた場合、糖尿病の運動療法をすることがどの程度重要と思しますか？1が重要でない、10が重要であるとすると何点でしょうか？」
 - 対策:患者の考えを把握し、矛盾に挑戦する
- 自信度(明日から行動を変えることができるか？)
 - 「すごく重要だとすると、明日から運動療法をやれると思しますか？1が絶対無理、10がすぐやれるだとすると何点でしょうか？」
 - 対策:過去の成功体験を引き出し、小さなゴールをたててもらう

Keller VFらによる

重要度・自信度モデル

10

重要だと思う

重要だと思うが／ 自信がない <変われない！> 対象者はいらいらする	重要だと思うし／ 自信もある <変わった！> 対象者はがんばる
---	--



行動変容
成功！

重要だと思えない

重要と思えず／ 自信もない <変われない！> 対象者は問題に気づいていない	重要と思えないが／ 自信はある <変われない！> 対象者は懐疑的
--	---

1

できないと思う

できると思う



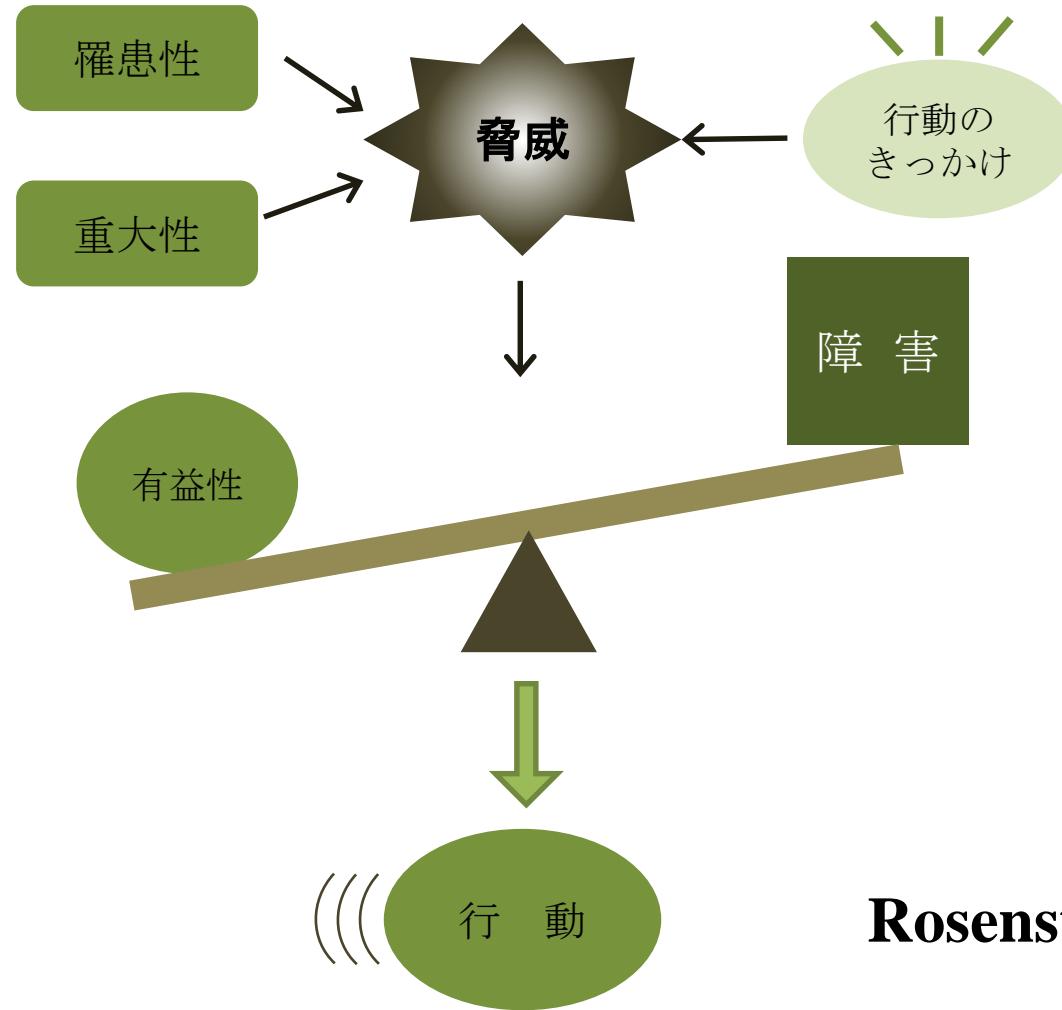
1

10

Keller VFらによる

図37

重要度と健康信念モデル



松本千明 健康行動理論の基礎 医歯薬出版 2002

重要度・自信度を高めるアプローチ

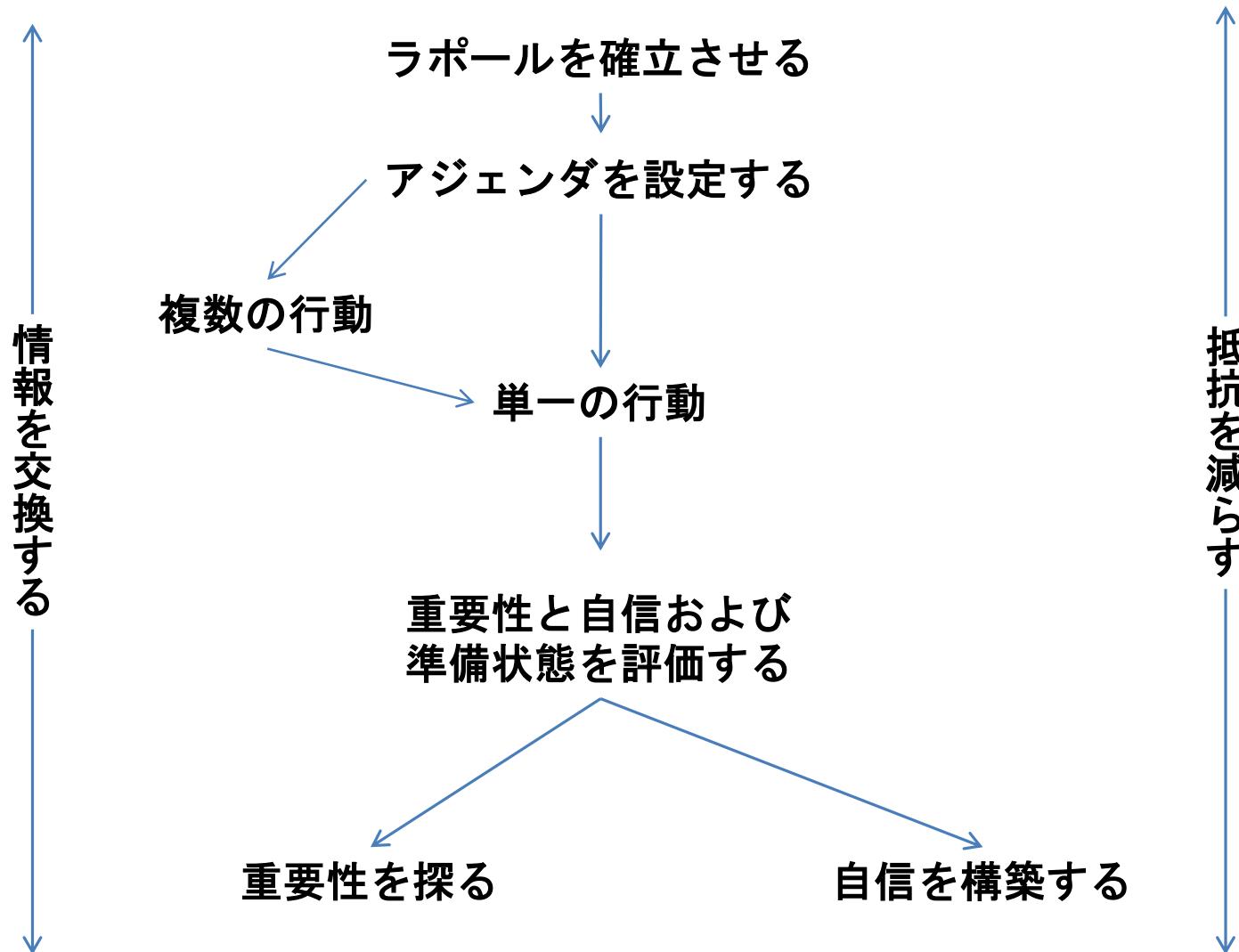
1) 重要度を高めるアプローチ

- (1)よく話を聴いて、患者の価値観を把握する
- (2)この価値観における優先順位を明らかにし、意見を聴いてみる
- (3)価値観と合わないように思える行動について興味を持って聴いてみる
- (4)良い信頼関係を保ちながら個別化した情報提供(脳梗塞とタバコの関係など)を試みるがケンカにならないように注意する
- (5)対象者の抵抗感が強い場合は無関心期として対応を切り替え、ライフイベント(孫の誕生、友人の病気)が訪れて、重要度が上がるまでじっくり待つ

2) 自信度を高めるアプローチ

- (1)過去の行動変容の成功例(潜在能力)を思い出してもらう
- (2)その内容をほめ、もしかしたら今回もやれるかもしれないという気になってもらう
- (3)最初の一歩を踏み出しやすくするような短期ゴールを自分で決めてもらう
- (4)低いハードルを少しずつクリアしていくイメージを作る
- (5)うまくいった時に自分に褒美をあげることや、家族や友人といった社会的サポートを得ることを勧める

健康のための行動変容全体像



ステファン・ロルニック他 健康のための行動変容 法研 2001
地域医療振興協会公衆衛生委員会PMPC研究グループ 監訳

一般診療における対象者のスクリーニング

問診・診察項目

- ①喫煙状況の問診
- ②禁煙の準備性に関する問診
- ③ニコチン依存症のスクリーニングテスト（TDS）の実施
- ④喫煙に伴う症状や身体所見の問診および診察

直ちに禁煙しようとは考えていない喫煙者
ニコチン依存症ではない喫煙者

- ①自由診療による禁煙治療
- ②簡易な禁煙アドバイス
- ③セルフヘルプ教材等の資料の提供

下記条件を満たす喫煙者に対して禁煙治療プログラムを提供

- 1)直ちに禁煙しようと考えていること
- 2)TDSによりニコチン依存症と診断（TDS5点以上）されていること
- 3)プリンクマン指数が200以上であること
- 4)禁煙治療を受けることを文書により同意していること

標準禁煙治療プログラム（保険適用）

禁煙治療のための標準手順書 第6版

<http://www.haigan.gr.jp/uploads/photos/849.pdf>

図41

標準禁煙治療プログラム（保険適用）

1. 初回診察

禁煙治療

- ①喫煙状況、禁煙の準備性、TDS による評価結果の確認
- ②喫煙状況とニコチン摂取量の客観的評価と結果説明（呼気一酸化炭素濃度測定等）
- ③禁煙開始日の決定
- ④禁煙にあたっての問題点の把握とアドバイス
- ⑤禁煙補助薬（ニコチン製剤またはバレニクリン）の選択と説明



2. 再診 初回診察から 2, 4, 8, 12 週間後（計 4 回）

禁煙治療

- ①喫煙（禁煙）状況や離脱症状に関する問診
- ②喫煙状況とニコチン摂取量の客観的なモニタリングと結果説明（呼気一酸化炭素濃度測定等）
- ③禁煙継続にあたっての問題点の把握とアドバイス
- ④禁煙補助薬（ニコチン製剤またはバレニクリン）の選択と説明

禁煙治療のための標準手順書 第6版

<http://www.haigan.gr.jp/uploads/photos/849.pdf>

図42

健康増進のそのほかの場面

- (1) 日常診療に健康増進を取り入れるための工夫
- (2) 良好な生活環境と食生活へのカウンセリング
- (3) 日常的な体力維持のための
運動へのカウンセリング
- (4) ストレス対処能力の向上へのカウンセリング
- (5) 地域での健康教育(講演等)の展開

地域での健康教育に生かすARCSモデル

Attention 注意

何か面白そう！

Relevance 関連性

私に良さそう

Confidence 自信

私にできそう

Satisfaction 満足感

やって
良かった！

図44