

報道関係者 各位

平成 24 年 4 月 13 日

【照会先】

健康局 がん対策・健康増進課

保健指導室長 尾田 進(内線 2390)

(代表電話) 03(5253)1111

(直通電話) 03(3595)2190

今後の特定健診・保健指導の在り方について ～「健診・保健指導の在り方に関する検討会」中間とりまとめ～

厚生労働省では、平成 23 年 12 月から「健診・保健指導の在り方に関する検討会」（座長：永井良三 自治医科大学 学長）を、計 5 回開催してきました。このほど「特定健診・特定保健指導」に関する今後の対応について、中間的なとりまとめを行いましたので公表します。

本検討会は、国の健康づくり対策の一環としての健康診断・健康診査、保健指導などの在り方について、専門的な見地からの検討を行うもので、今回、「特定健診・特定保健指導」について、制度創設以来の知見を踏まえて課題の検討を行いました。

その結果、考えられる対応策を「当面の対応」として、以下のようにとりまとめました。

<「当面の対応」の概要>

- 腹囲を保健指導対象者選別の第一基準としていることを含め、特定健診・保健指導制度の在り方について、客観的なデータや明確な知見に基づいた議論が行えるよう、データの蓄積を進めるとともに、計画的な研究・調査を行っていく必要がある。
- 腹囲などの基準に該当しない特定保健指導の非対象者に対して、個々のリスクに着目した対応が適切に行われるよう、保健指導者向けの「標準的な健診・保健指導プログラム」の中に指針を明記する。
- 健診項目に血清クレアチニン検査（※1）を追加することが望ましいため、国が医療保険者などとの協議調整に努めることを求める。
- 特定保健指導に関しては、ポイント制（※2）などについて一部見直しを行い、血圧や喫煙に着目した保健指導の充実を図る。

※1：腎機能の状態を確認するための検査。

※2：保健指導の客観的指標として導入。指導内容によりポイントが定められており、完了には 180 ポイント必要。

今後の特定健診・保健指導の在り方について (健診・保健指導の在り方に関する検討会 中間とりまとめ)

1 はじめに

健診・保健指導の在り方に関する検討会においては、昨年の12月以降、国の健康づくり対策の一環としての健康診断・健康診査、保健指導等のあり方について、専門的な見地からの検討を進め、特に、特定健康診査・特定保健指導（以下「特定健診・保健指導」という。）については、制度創設後これまでに蓄積された知見等を踏まえてその主な課題について検討を重ねてきた。

以下、現在までの議論の経緯と当面の対応について取りまとめた。

2 議論の経緯

(1) 現在の特定健診・保健指導の枠組みについて

「内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診を行い、その対象者に生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、糖尿病等の有病者や予備群を減少させる」という目的の現在の特定健診・保健指導制度の在り方について議論があった。

- 現在の制度を評価する観点からは、次のような意見があった。
 - ・ 国民の間にメタボリックシンドロームの概念が浸透し、認知度が高まったことは特定健診・保健指導の成果である。
 - ・ 医療費削減のためのアプローチとして、内臓脂肪肥満を減少させることが効果的であるという考え方に基づく現行制度は推進すべきである。
 - ・ この制度の導入により保健指導が注目され、保健指導の効果は確実にあがっている。
 - ・ 保健指導を系統立てて行うようになったことや、医療保険者が健診や保健指導に取り組むようになったことは、現制度の良かった面である。
 - ・ マンパワーなどが限られた中では、生活習慣が改善しやすく指導目標が立てやすいメタボリックシンドロームに着目した現行制度は効果的である。
 - ・ 現行制度の下で生活習慣の改善効果などのデータが蓄積されているところであり、当面はデータの蓄積に努めるべきである。
- 一方、現在の制度に対する問題提起として、次のような意見があった。
 - ・ 受診率が低く、制度として定着しているとは言えない。受診率が低いと、健診でスクリーニングできる者が限られ、個々人のデータが蓄積されないという問題がある。
 - ・ メタボリックシンドロームに着目しているために、心疾患イベントのリスクが高い者への対応が不十分であり、循環器疾患の予防の観点からは、軽症の高血圧

や、非肥満でリスクを有する者への介入も検討すべきである。

- ・ 健診項目等は対象者の性別や年齢ごとに細かく見ていくことが必要。高齢化も踏まえ、認知症、歯周病、眼科疾患、うつ等の QOL 阻害要因となる疾患への対応についても広く議論すべきである。

（２）特定健診・保健指導における腹囲基準の在り方について

特定健診においては、腹囲を測定し、特定保健指導の対象となる者を選別・階層化する上でのスクリーニングの第一基準として用いているが、これについて、国際糖尿病連合（IDF）が暫定的に示した新たなメタボリックシンドロームの判定基準において腹囲が判定要素の一つとされていること等を踏まえ、検討を行った。

- 腹囲を階層化の第一基準としていることについて、評価する観点からは次のような意見があった。
 - ・ 腹囲は、スクリーニングの手段として重要であり、メタボ対策として生活習慣への介入に先進的に取り組んでいる以上、必ずしも国際暫定基準にとらわれる必要はない。
 - ・ メタボリックシンドロームの原因である内蔵脂肪に着目した現在の枠組みは、保健指導等の現場では効果が上がりやすい。
 - ・ 非肥満者に対する保健指導は、選択肢や手法の面で介入が必ずしも容易ではなく、リスクの種類に応じた対応が求められる。
 - ・ 肥満者が欧米より少ない日本では、内臓脂肪型肥満という質的な側面を考慮して管理する現行制度は有効である。
- 他方で、腹囲を第一基準としていることについて、次のような問題提起があった。
 - ・ 国際的な動向として、腹囲が第一基準ではなく、判定基準の一つとして扱われるようになってきていることは、尊重すべきである。
 - ・ 腹囲を第一基準とすることで、特に女性の特定健診受診の意欲を失わせている。また、現行の階層化基準では、特定保健指導の対象となる女性が少なく、女性が保健指導を受ける機会が限定される。
 - ・ 腹囲を第一基準とせず、判定基準の一つとする方が、保健指導対象者が増えるので適切である。
 - ・ 腹囲を BMI に置き換えた場合や、腹囲を判定基準の一つとした場合にどのような違いが生ずるのか、検証すべきである。
- また、現行の腹囲の判断基準（男性 85 cm 以上、女性 90 cm 以上）は、絶対リスクでみた基準であり、相対リスクからは男性 85 cm、女性 80 cm となるため、女性の基準を腹囲 80 cm に引き下げるという考え方もありうるとの意見もあった。
- 特定健診において腹囲を測定すること、あるいは腹囲を階層化の第一基準とすることについては、重要なテーマであり、必要なデータの収集や研究を進めるととも

に、そのデータ等に基づいて引き続きその在り方について検討することが必要であるということとなった。

（３）現在特定保健指導の対象となっていない者への対応について

特定健診の結果、腹囲又はBMIの基準に該当しないため特定保健指導の対象とならない者のうち、血圧、血糖、脂質、喫煙等のリスクがある者への対応の在り方について検討を行った。

検討に当たっては、第２回検討会では有識者からヒアリングを行い、第３回・第４回検討会では事務局の提案資料に基づき、議論した。

- 現在特定保健指導の対象となっていない非肥満者のうち、高血圧、高血糖、高脂質、喫煙といったリスクを有する者への対応の在り方について、まず、これらの者に対して何らかの対応が必要であることについては異論がなかった。
- また、具体的な対応の在り方については、次のような様々な意見があった。
 - ・ 現行制度を維持することを基本として、コストを考慮した上で、非肥満者でリスクのある者への介入の在り方を検討すべきである。
 - ・ 特定保健指導の対象に含めて医療保険者の義務としてやるのか、一般衛生部門でやるのか、整理が必要である。
 - ・ 特定保健指導の種類を増やすと、現場では元々の特定保健指導の対象者への対応が不十分となる可能性が考えられる。
 - ・ 保険者による情報提供の実態や、自治体における特定保健指導の対象とならない者への保健指導の取組状況を把握した上で検討すべきである。
 - ・ 薬物治療の意義がより高い層であり、受診勧奨を徹底して、保健指導と医療とが連携して取り組むべきである。
 - ・ 受診勧奨が必要な対象者は医療にきちんとつなげることが大切である。
 - ・ 肥満、非肥満に関わらずリスク保有者を対象として健診受診や生活習慣改善の重要性を啓発するポピュレーションアプローチの役割が重要であり、このような取組をきちんと評価すべきである。
 - ・ 非肥満のリスク保有者に対しては、実効性を高めるために標準的プログラムの中でもう少し踏み込んで書くべきである。
 - ・ 軽度高血圧の者は受診しても薬を飲まない者やそもそも受診しない者が多い。現在の標準プログラムの表記だと、意識の高い自治体等は取り組むが、他の団体では全く取り組まないという実態にある。このため、少なくとも何らかの保健指導を義務付けるか、あるいは確実に受診勧奨を行うかの対応が必要である。
 - ・ 情報提供が一律に健診結果を送るだけにとどまっているところもあるので、対象者個人の健康状態を認識させることが本来の情報提供であることなどを「標準的な健診・保健指導プログラム」（以下「標準プログラム」という。）に整理するとともに、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」の中で

も情報提供の在り方について、丁寧を示すべきである。

- さらに、保健指導を行う場合の内容については、次のような意見があった。
 - ・ 非肥満者に対する保健指導を保険者に義務付ける場合には、効果についてエビデンスのあるプログラムが必要である。また、6ヶ月後の評価をどうするのか(血液検査等を実施するか)も課題である。
 - ・ 非肥満者への保健指導は肥満解消のプログラムとは異なり、病態を捉えた個別の対応が必要となる。すぐに検査や投薬ができない保健指導の枠組みの中でどのような対応ができるか整理が必要である。
 - ・ 非肥満者への保健指導に伴うリスクが不明であるため、介入研究のデータに基づいて検討することが必要である。
 - ・ 非肥満でリスクのある者は、肥満者と違ってリスクが表出していないため、動機付けが難しい。
- 事務局から提案した、血糖、血圧、脂質についてのリスクに応じた対応の指針となる内容を標準プログラムに盛り込むことについては、その方向性についてはおおむね了承を得た。

(4) 特定保健指導の在り方について

① ポイント制について

「積極的支援」の3ヶ月以上の継続的な支援において、ポイント制が導入され、支援Aで160ポイント以上、支援Bで20ポイント以上の合計180ポイント以上の支援を行うことが必須とされていることについて検討を行った。

【事務局の提案】

- ・ ポイント制の効果について、引き続き研究によりデータの蓄積を行い検証していく。
 - ・ ただし、積極的支援における支援A(積極的関与)、支援B(励まし)については、支援Bの必須(20ポイント以上)を外し、「支援Aを160ポイント以上、合計180ポイント以上」を新たな要件とする。
 - ・ また、ポイント制については、現在も柔軟な対応が可能であることを明記するとともに、事例集や研修を通して周知を図る。
- 積極的支援のポイント制について、評価する観点からは次のような意見があった。
 - ・ 対象者の行動変容に至るまでには継続的に働きかけることが重要であり、一定量の継続支援の実施を担保するため、一定の目標を立てる仕組みが必要である。
 - ・ 保健指導の最低限の質の担保としてポイントの算定が必要である
 - ・ 特定保健指導を委託する場合の尺度としてもポイント制は必要である。
 - 他方で、ポイント制について、次のような問題提起があったが、事務局の提案については、おおむね了承を得た。

- ・ 行動変容が容易でない壮年期の男性には、支援を継続するための励ましや共感（支援 B）も重要である。
- ・ 現場ではポイント制の枠にとらわれた保健指導が行われ、ポイントをクリアするための支援計画が対象者から拒否され、特定保健指導の実施率等に影響しているため、柔軟性が持てるようにすべきである。
- ・ 特定保健指導を受ける側がポイント制をどう感じているのかの観点も必要である。
- ・ 必ずしもポイントの多寡によらずに改善結果を出しているところや、ポピュレーションアプローチで効果を上げているところもあり、様々な保健指導の可能性が考えられる。
- ・ 保健指導による改善状況は個々人で異なることから、ポイントによるプロセス評価だけでなく、アウトカム評価の視点を取り入れていくことが必要である。

② 初回面接者と 6 か月後に評価を行う者との同一性について

特定保健指導の積極的支援において、初回面接者と 6 ヶ月後の評価者を同一者としていることの必要性についての検討を行った。

【事務局の提案】

- ・ 特定保健指導の初回面接者と評価者は同一であることが望ましいが、初回面接から継続支援及び評価までを同一機関で実施する場合など、保健指導実施者間で、情報共有を十分に行える環境がある場合には、初回面接を行った者以外の者が評価を行ってもよいこととする。

- 初回面接者と評価者を同一としていることについて、次のような意見があり、事務局の提案についてはおおむね了承を得た。
- ・ 保健指導のプロセスを検証する観点からは担当した者が自ら評価を行うことが重要である。
 - ・ 保健指導のやりっ放しにしないことが保健指導の質の担保になるので、初回面接者と評価者については、原則は同一であるべきである。
 - ・ 情報共有を十分に行える環境にあるなど一定の要件下で同一者でなくてもよいとすることが、現実的な対応である。
 - ・ 成果を客観視できるように記録や情報の共有化を図り組織・チームとしてフィードバックすることは、保健指導全体の資質向上や仕組みの改善につながる。

③ 血圧・喫煙のリスクに着目した初回面接の在り方について

血圧・喫煙のリスクに着目した保健指導は、生活習慣病を予防する観点から重要であり、健診の機会を捉えて早期に保健指導を実施することが望ましく、その際の初回面接の考え方として

- ・ 全ての検査結果が出てから行動計画・行動目標を策定する必要があるか（特定健診当日に判明するリスクに着目して保健指導を行い、後日、全ての健診結果が判明してから行動目標・行動計画を見直すことを認めてよいか。また、見直す際、対面による保健指導が必須か。）
- ・ 特定保健指導の2年目以降の初回面接についての考え方

について議論を行った。

- 血圧・喫煙のリスクに着目した保健指導を早期に実施することについて、評価する観点からは次のような意見があった。
 - ・ できるだけ早期に面接を行うことは、問診・行動変容ステージの確認や、信頼関係を築く上でのプラスとなり重要である。
 - ・ 事業所によっては改めて保健指導の機会を確保するのが難しい現状の中で、特定健診当日の意識が高いうちに動機付けを行うことは重要である。
- しかし、全ての検査結果が出る前に行動計画・行動目標を策定し、後日電話等で補完するという提案については、次のような意見があり、了承は得られなかった。
 - ・ 複数のリスクの集積結果を踏まえて指導することで、対象者が体の中で起きていることの具体的なイメージがわき、保健指導の効果が上がる。
 - ・ 血糖値などの結果により、血圧の管理の保健指導も変わるので、血圧、喫煙以外のリスクが分からない段階で、最終的な保健指導はできない。
 - ・ 電話による（2回目の）保健指導は、初回面接の一環としての保健指導としては不十分になるおそれがあるので、全ての検査結果が出てからも対面でやるべきである。
- ただし、2年目以降の初回面接については、次のような条件の下で、2回目は電話での指導により補完できるようにするとの提案については、おおむね了承が得られた。

<条件>

 - ◇ 前年度に特定保健指導を受けて、メタボリックシンドロームや生活習慣改善について理解できており、体重を減量（又は維持）できた者であること
 - ◇ 健診当日の高血圧、喫煙の保健指導を対面で実施していること
 - ◇ 行動目標・計画の大幅な変更が必要ないこと
- また、禁煙指導については、喫煙リスクのみで指導すると健診そのものに対する抵抗感が高まり、継続受診や保健指導への影響が懸念されるとの指摘もあったが、

早期の禁煙指導の重要性を強調すべきことについては、おおむね意見の一致をみた。

(5) 特定健診における健診項目について

特定健診・保健指導制度の検診項目については、標準プログラムにおいて「知見を集積し、必要に応じて見直しを行う必要がある」とされている。このうち、制度創設時に必須健診項目としての導入が見送られた血清クレアチニン検査の必要性について、有識者から次の点についてヒアリングを行った上で、議論を行った。

- ・ CKD（慢性腎臓病）は心血管イベント発症や生活習慣病の発症・悪化の原因といえるか。
- ・ 生活習慣改善を目的とした保健指導は CKD に対して有効か。
- ・ 尿蛋白のみの測定ではなく、血清クレアチニン値を追加測定する必要性はあるのか。
- ・ 血清クレアチニン検査を行うことで、心血管イベント抑制効果、人工透析低減効果、国民医療費抑制効果があるのか。

○ 特定健診の健診項目として、血清クレアチニン検査を追加することの必要性については、次のような議論がなされ、検討会としては健診項目に追加すべきとの結論になった。

- ・ CKD のスクリーニングとしては、尿蛋白の方がより重要である。
- ・ CKD の病期（ステージ）の指標となる eGFR（推算糸球体濾過量）は実測値と比べてばらつきが大きく、腎機能に問題がない者を多く拾い過ぎている。
- ・ 心血管疾患のスクリーニング項目として入れるべきである。
- ・ eGFR はあくまでも推算値であり実測値でないこと、計算式に年齢が加味されていることを踏まえる必要がある。
- ・ eGFR の限界を十分に理解した上で受診者に説明する必要があり、保健指導で安易に薬物治療を指導すべきではない。
- ・ 保健指導判定値、受診勧奨値については、性、年齢、体格等を加味して検討すべきである。
- ・ 尿蛋白は腎イベントの早期発見の指標にもなるが、eGFR の場合では、糖尿病性腎症の早期には、正常、または高値をとることに問題がある。
- ・ 保健指導が人工透析の減少に直接有効であったというデータはないが、保健指導対象者に eGFR を説明することにより、血糖、血圧のリスクコントロールの意識が高まり、保健指導の動機付けとして有効である。
- ・ CKD の診断が加われば、原因疾患を踏まえた栄養指導ができる。
- ・ クレアチニンの表記を小数点以下一位までとする場合に、eGFR の誤差が大きくなるという点、腎機能低下の原因を考慮する必要性、保健指導の方法、クレアチニンと尿蛋白を同時に測定する必要性については議論が必要である。

（６）その他の意見について

そのほか、議論の過程では健診・保健指導の在り方に関する意見として次のような意見が出されたところであり、今後、これらについても引き続き必要に応じて議論を行うことが重要である。

- ・ 広く国民の健康の維持・向上に資するため、また、国民に平等な受診機会を提供するためには、健診項目等を含め、健診・保健指導がどうあるべきかを改めて検討することが必要である。
- ・ ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの効果的な組み合わせを検討する必要がある。
- ・ 未治療者への支援をどうするかが重症化予防という意味から重要な課題である。
- ・ 市町村保健師の保健指導への効果的・効率的な業務量の配分・投入の在り方について議論すべきである。
- ・ 健康関係の指標は３０歳代から変化するため、３０歳代からの健診・保健指導についても考えるべきである。
- ・ 若い女性のやせの問題は、基本的な生活習慣がしっかりしていない可能性が非常に高く、次世代への影響もあることから、しっかりと対処していく必要がある。
- ・ データに基づく分析・研究が可能となるよう、今後もきちんとデータを取れるようにしておくことが重要である。
- ・ 健診結果の通知は、それ自体が健診の重要な一部分であり、本来、医師等が直接本人に測定数値の意義や留意点を伝えるべきであるという点を再度認識すべきである。
- ・ 受診率向上に向け、被保険者に特定健診受診への強制力を働かせる仕組みを考える必要がある。
- ・ 健診受診の中断者の中から重症例が非常に多く出ているため、「健診受診率」のみならず「健診リピーター率」「中断率（継続受診率）」も評価するとともに、少しでも健診に関心を持たせるような仕組みが重要である。
- ・ 受診勧奨の対象であるのに未受診の者は、医療保険者であればレセプトで把握が可能なので、単年度でなく３年間の健診・受療状況を確認し、しっかりと受診勧奨する仕組みを丁寧に書き込むべきである。
- ・ 健診に新たな項目を取り入れるとしても、ハイリスクアプローチでの対処が十分に行えないのであれば、健診項目を増やすのではなく、問診票の項目を増やすこととすべきである。
- ・ 健診にコストをかければそれなりの効果は出せるが、コストの現実性も考慮すべきである。
- ・ 社会経済的問題によって、健診の受診機会が低下することがないように、市町村としても実施に当たって留意すべきである。

3 当面の対応について

本検討会では、健診・保健指導の在り方として、特に、特定健診・保健指導制度について、国民の健康の維持向上の観点から、これまでに蓄積された知見等を踏まえ、制度として見直すべき点はないか検討を行ってきた。

これまでの議論では、制度の骨格に関わる点についても活発な議論がなされ、特定健診・保健指導制度は、生活習慣病予防対策として効果があるものの、循環器疾患の発症リスク等の観点からは、内臓脂肪型肥満に着目している腹囲の扱いについての検証が必要であること、また、現在、特定保健指導の対象となっていない者のうち、リスクを有する者への丁寧な対応が重要な課題であること等については、検討会として共通の認識が醸成された。

また、今後は、特定健診・保健指導制度を始めとした健診・保健指導について、若年世代からの介入により生活習慣病の発症予防や重症化予防を推進させることが国民の健康を維持向上させるという観点から、客観的なデータや明確な知見に基づいて、根本から議論を行い、その結果を制度に反映することを求めて行くべきとの結論に達した。

このような前提の下で、現段階において、これまで検討会で醸成された共通認識に基づいて考えられる対応策について、「当面の対応」として取りまとめた。

（１）現在の特定健診・保健指導の枠組み及び腹囲の基準について

- これまでの研究から、内臓脂肪型肥満に着目した現行制度の下、腹囲を第一基準とした階層化によって選別された対象者への特定保健指導が生活習慣改善の効果をあげている可能性があることが分かった。
- 一方で①循環器疾患の発症リスク、②健診受診率の向上、③国際的な動向といった観点から、現在の特定健診・保健指導の枠組み、特に、腹囲を特定保健指導対象者を選別するための第一基準として用いていることに関し、早急な見直しを求める意見も含めて様々な意見が出された。
- しかしながら、知見やデータの蓄積等の状況が、内臓脂肪型肥満に着目した特定健診・保健指導制度の枠組みを方向変換するといった明瞭な結論づけを行うには不十分であることから、今後、腹囲基準を含めた制度の在り方について、国際的な動向も踏まえた上で、客観的なデータや明確な知見に基づいた議論が行えるよう、データの蓄積を進めるとともに、計画的に研究・調査を行う必要がある。

（２）特定保健指導非対象者への対応について（別添１）

- 現在特定保健指導の対象となっていない者への個々のリスク（血圧、血糖、脂質、喫煙）に着目した対応の必要性について検討会で共通認識が得られたことを踏まえ、当面の方策として、対応すべきリスクを放置してはならないとの

認識の下、特定保健指導の非対象者への対応が一定の考え方に沿って適切に行われるよう、できる限りの定型化を図った上で、これを指針として標準プログラムに示す。

- 具体的には、各学会のガイドライン等に基づいて、健診結果に基づくリスクの大きさも勘案して整理した表を参考として盛り込むとともに、次のような考え方を示す。
 - ・ 医療保険者、事業者、市町村等は、特定保健指導の対象とならない者についても、各ガイドラインや別表を参考にして、保健指導の実施や医療機関に確実に受診させるなど、健診で明らかとなった対応すべきリスクの程度に応じて、きめ細かく適切な対応を行う。
- なお、表については、別途有識者による検討を行うものとする。

(3) 情報提供の在り方について

- 健診受診者に対する、いわゆる「情報提供」の実施方法や支援内容については、現在も標準プログラムで考え方が示されているものの、保険者によっては画一的な健診結果の提供のみに終わっているものもあるとの指摘も踏まえ、標準プログラムにおいて情報提供の重要性を強調するとともに、医療保険者等に具体的な取組みの例を示す。
- すなわち、情報提供については、対象者に対して健診結果に基づいた生活習慣の改善についての意識づけを行うこと、医療機関への受診や継続治療が必要な対象者には受診や服薬の重要性を認識させること、健診受診者全員に対し継続的に健診を受診する必要性を認識させることなどの目的を有することを再認識させると共に、これらを満たす内容であるべきことを示す。

(4) 受診勧奨の徹底について

- 標準プログラムでは、医療機関への未受診者や治療中断者に対して受診や治療継続の必要性を指導することの重要性について示しているが、さらに、受診勧奨後の医療機関への受診状況の確認を含めて指導を徹底し、必要な対象者を確実に医療につなぐことが重要であることを示す。
- 特に、現在特定保健指導の対象とならない者のうち、受診勧奨レベルにある者に対しては、医療機関への受療行動に確実に結びつくような情報提供が必要であることから、通知等の送付だけにとどめるのではなく、面接等により受診を促すこと、またその後の受診確認を行い、必要に応じて継続的に支援することが重要であることの考え方も示す。

（５）健診項目の見直しについて

- 特定健診の健診項目として、血清クレアチニン検査を追加することが望ましいとの結論に至ったことを踏まえ、どのような対応が可能か、今後、国において、特定健診の実施主体たる保険者などとの協議調整に努めることを求めるものとする。
- また、あわせて、尿蛋白に加えて血清クレアチニン検査を行うことによる心血管イベント抑制・人工透析低減・国民医療費抑制等の効果、血清クレアチニン検査における保健指導判定値、受診勧奨値、保健指導を行う上での留意点等、尿蛋白検査に係る受診勧奨値・保健指導値の設定の可否等についても更に検討していく。

（６）特定保健指導の在り方について

① ポイント制について

- 積極的支援における３ヶ月以上の継続的な支援について、特定保健指導の実施状況を評価するために導入しているポイント制については、維持する。
- ただし、保健指導の柔軟性を高めるために、支援Ａ（１６０ポイント以上）、支援Ｂ（２０ポイント以上）を必須とし合計１８０ポイント以上としている取扱いについては、支援Ｂは励ましや共感として重要な支援であることを踏まえつつ、支援Ｂを必須条件から外し、支援Ａのみで１８０ポイントを達成してもよいこととする。
- また、保健指導のさまざまな手法について、事例集や研修を通して周知を図るとともに、今後も引き続き、特定保健指導とポイント制の効果についての検証を行い、ポピュレーションアプローチの効果を含めたアウトカム評価の可能性などについて検討を行うこととする。

② 初回面接と６ヶ月後に評価を行う者との同一性について

- 対象者との信頼関係の形成や保健指導のプロセス評価等の観点から、初回面接と６ヶ月後の評価は同一者とする考えを示した上で、保健指導実施者間で十分に情報共有ができ、チーム・組織としての統一的な評価方法が構築されているなどの環境が整備されている場合には、初回面接を行った者以外の者が評価を行ってもよいこととする。

③ 血圧・喫煙のリスクに着目した初回面接の在り方について（別添２）

- 血圧、喫煙は循環器疾患の発症リスクとして重要であることから、健診当日からの対応を含め、特定保健指導における取組を強化する。
- また、血圧、喫煙に対する保健指導を充実させることと併せ、保健指導の効果的・効率的な実施の観点から、これまでにすでに特定保健指導を受けた経験がある者の２年目以降の初回面接についての考え方を見直すこととする。

〔表〕肥満、血糖、血圧、脂質の測定値および喫煙に応じた対応（案）

リスク リスクの 大きさ	危険因子(肥満・血糖・血圧・脂質・喫煙)を評価する		
	肥満あり(※1)		肥満なし(※1、2)
	+リスク2つ以上 (※2)	+ リスク1つまで	——
Aゾーン		肥満改善, 生活習慣病予防に関する 情報提供	一般的な健康づくり情報の情報提供
Bゾーン	特定保健指導 ＜積極的支援＞	特定保健指導 ＜動機付け支援＞	当該疾患についての情報提供
Cゾーン	特定保健指導 ＜積極的支援＞ (6ヶ月評価時に該 当項目について再 確認が望ましい)	特定保健指導 ＜動機づけ支援＞ (6ヶ月評価時に該 当項目について再 確認が望ましい)	当該疾患に関わる生活習慣改善指導 (面接)、医療機関受診
Dゾーン	すぐに受診 または、医師と連 携して特定保健指 導＜積極的支援＞ を実施後医療機関 管理	確実な受診勧奨 または、医師の判 断で積極的支援相 当の保健指導をす ることも可	確実な受診勧奨、 受診の確認、医療機関管理

Aゾーン：今のところ異常なし

Bゾーン：血糖正常高値・境界型、血圧正常高値。保健指導を実施する。

また、リスクが単独ではなく重積する場合など、より積極的な保健指導が必要とされる場合は、必要に応じてCゾーンと同様の対応を行う。

なお、以下の＜学会基準等に基づく検査値分類＞ **B'ゾーン**はCゾーンと同様の対応を行う。

Cゾーン：学会診断基準では「疾患」と判定されるが、比較的軽症であり、薬物療法よりも生活習慣改善を優先するもの。保健指導を積極的に行うべきである。

【方法①】面接を伴う保健指導を3～6ヶ月実施したあと、該当項目について検査を行う。この評価で十分な改善が認められない場合、又は保健指導が実施できない場合には、医療機関による管理(受診勧奨)とする。

【方法②】医療機関においては、生活習慣管理料、外来栄養食事指導料、集団栄養指導料を活用して、保険診療として生活習慣改善指導をする。

Dゾーン：医療管理下におくことが必須なもの。

食事・運動療法も大切ではあるが、薬物治療を要すると考えられる状態。

原則として保険診療対象者であり、生活習慣管理料、外来栄養食事指導料、集団栄養指導料を活用する医師との連携のもと、保健指導機関において積極的支援を併用することが可能である。（ただし薬物治療中の場合には「特定保健指導」に該当しない。）

※1 腹囲が男性 85cm、女性 90cm 未満の場合でも、BMI が25以上であれば肥満と判定される。この場合は、リスク3つ以上が表中の「腹囲＋リスク2以上」、リスク1又は2が「腹囲＋リスク1つまで」と同等の扱いになる。

※2 喫煙は独立した循環器疾患のリスク因子であるので、上記の表にかかわらず、禁煙指導については、別途保健指導を行うことが必要である。特定保健指導では、血圧、血糖、脂質のリスクの1つ以上ある場合にのみ、喫煙歴がカウントされる。

＜学会基準等に基づく検査値分類＞

1. 血圧

収縮期 拡張期	～129	130～139	140～159	160～
～84	A	B	C	D
85～89	B	B	C	D
90～99	C	C	C	D
100～	D	D	D	D

2. 血糖、HbA1c

	A	B	B ⁺	C	D
FPG	～99	100～109	110～125		126～
HbA1c (%)	～5.1	5.2～5.5	5.6～6.0		6.1～

Dゾーンでは、眼底検査、eGFRを実施し、合併症に留意すること。

3. 脂質

	A	B	C	D
トリグリセライド	<150		150～299	≥300
LDL	120		140	(≥180)

※ あわせて、市町村、医療保険者、事業者等が特定保健指導非対象者への対応に取り組む場合に、根拠となる条文を参考として示す。

特定健診実施後の高血圧、喫煙者に対する対応について

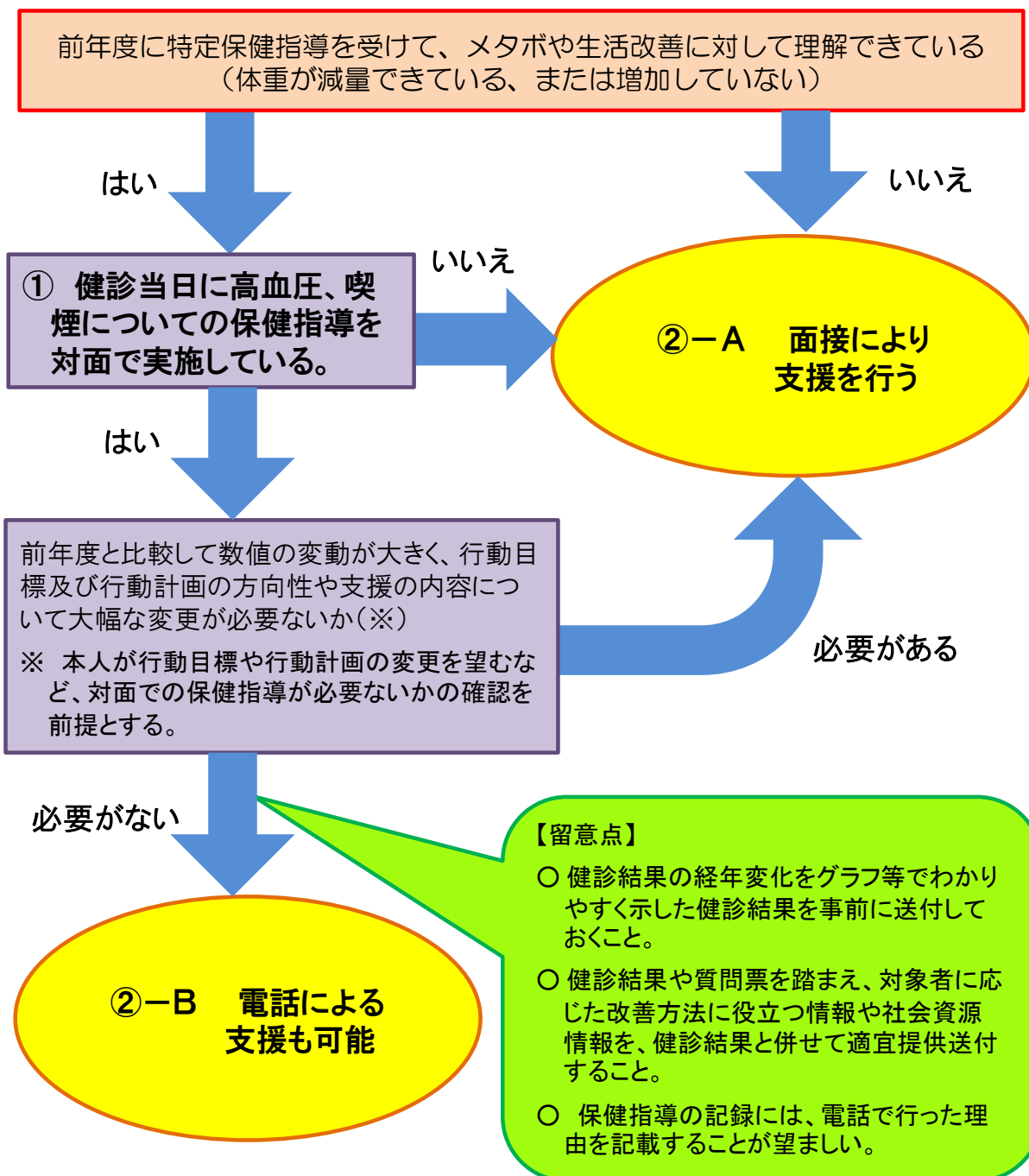
【考え方】

- 血圧、喫煙のリスクの有無は、通常、特定健康診査での計測及び質問表への記入により、その場で判明する一方、血液検査などその他の健診結果が本人に通知されるまでには期間を要している実態（※）にある。
- ※ 被用者保険では3ヶ月以上4ヶ月未満が最も多く、市町村国保では2ヶ月以上3ヶ月未満が最も多い。（特定健診・保健指導の保険者調査より）
- 血圧及び喫煙のリスクに着目した保健指導は、生活習慣病を予防する観点から重要であり、対象者の行動変容をもたらすためには、早期に機会を捉えて実施することが望ましい。
- 他方で、初回面接では、対象者が、健診結果によるリスクの保有状況から、代謝等の自身の身体に起きているメカニズムと生活習慣との関係を理解した上で行動目標・行動計画を策定する必要があるため、原則としてすべての健診結果が判明してから実施する必要がある。
- また、前年度にも特定保健指導を受けた者については、すでに身体のメカニズムと生活習慣との関係や生活習慣改善の必要性等について理解していることから、信頼関係が築けていれば、2年目の初回面接は対面を必須としなくてもよいのではないかという意見もある。

【対処方針】

- 特定保健指導の対象となりうる者に対し、健診当日に血圧や喫煙に着目した保健指導を対面で行った場合であっても、すべての健診結果が判明してから改めて、対面により、健診結果や生活習慣の振り返りを行った上で、行動目標・行動計画を策定することが必要である。
- ただし、健診当日に血圧や喫煙に着目した保健指導を対面で実施した対象者で、前年度に同一の機関から保健指導を受けており、メタボリックシンドロームや生活習慣改善について理解できており、健診の結果、各検査数値が悪化しておらず、行動目標及び行動計画の方向性に大幅な変更を必要としないと判断する場合については、健診結果がすべて判明してからの保健指導は、対面によらなくてもよいこととする。ただし、本人が行動目標、行動計画の変更を望むなど、対面による指導が必要な場合にあってはこの限りではない。
- また、人間ドック健診等、全ての健診結果が健診当日に判明している場合には、健診当日に初回面接としての対面での検診結果の説明、生活習慣の振り返りとともに行動目標・行動計画の策定をしてもよいこととする。
- なお、禁煙指導については、健診の受診が禁煙の動機付けを促す機会となるよう、対象者の禁煙意向を踏まえ、喫煙者に禁煙の助言や情報提供を行い、禁煙したい喫煙者には、禁煙外来や地域・職域で実施される禁煙指導、薬局・薬店等を紹介するよう努めるべきであることを標準プログラムに記載する。
- さらに、血圧及び喫煙に着目した保健指導は、特定保健指導の対象者となりうるか否かに関わりなく実施すべきものであることについても、標準プログラムに記載する。

特定保健指導の2年目以降の初回面接についての考え方（イメージ）



健診・保健指導の在り方に関する検討会 開催要綱

1 目的

すべての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会とするため、平成12年に「健康日本21」を策定し、国民が主体的に取り組むことのできる健康づくり運動を推進してきたところである。この運動期間が平成24年度をもって終了することから、現在、健康日本21の評価結果を踏まえて次期の国民健康づくり運動のプランの策定に向けた作業が進められているが、国民を対象として実施されている健康診査等の内容等についても、次期国民健康づくり運動の目標達成に資するため、必要な見直しの要否について検討を行う必要がある。

また、生活習慣病予防の徹底を図る観点から、40歳以上の医療保険加入者等に対して実施している特定健診・保健指導については、平成20年の開始以来定着してきているが、その効率的・効果的实施を図るため、これまでの制度の運営状況や、制度創設後に蓄積された知見を踏まえ、その実施内容や実施手法等について検討を行う必要がある。

このような状況を踏まえ、今後の健診・保健指導の在り方について厚生労働省健康局長の下、有識者の参集を求め、所要の検討を行う。

2 検討事項

- (1) 今後の健康増進対策として必要な健診・保健指導について
- (2) 特定健診・保健指導の実施上の課題について
- (3) 今後の健診・保健指導の在り方について

3 構成員

別紙参照

4 その他

- (1) 検討会に座長を置く。
- (2) 健康局長は、必要に応じ、構成員以外の有識者等に出席を求めることができる。
- (3) 検討会は、原則として公開とする。
- (4) 検討会の事務は、健康局総務課生活習慣病対策室の協力を得て、健康局総務課保健指導室において行う。
- (5) この要綱に定めるもののほか、検討会の運営に関し必要な事項は、検討会において定める。

(別紙)

健診・保健指導の在り方に関する検討会 構成員名簿

(平成 24 年 3 月 28 日現在)

荒木田 美香子	国際医療福祉大学大学院 保健医療学専攻看護学分野地域看護学領域教授
井伊 久美子	公益社団法人日本看護協会常任理事
大井田 隆	日本大学医学部教授
大江 和彦	東京大学大学院 医学系研究科医療情報経済学分野教授
門脇 孝	東京大学大学院 医学系研究科糖尿病・代謝内科教授
迫 和子	社団法人日本栄養士会専務理事
佐藤 保	社団法人日本歯科医師会常任理事
島本 和明	札幌医科大学長
竹村 克二	医療法人寿慶会竹村クリニック院長
津下 一代	あいち健康の森健康科学総合センター長
鳥羽 研二	国立長寿医療研究センター病院長
◎ 永井 良三	東京大学大学院 医学系研究科教授
野口 緑	尼崎市環境市民局市民サービス室健康支援推進担当課長
林 謙治	国立保健医療科学院長
保坂 シゲリ	社団法人日本医師会常任理事
松岡 幸代	国立病院機構京都医療センター・臨床研究センター予防医学研究室研究員
三浦 宏子	国立保健医療科学院 地域医療システム研究分野統括研究官
宮崎 美砂子	千葉大学大学院 看護学研究科地域看護学教育研究分野教授
宮澤 幸久	帝京大学 医療技術学部教授
宮地 元彦	独立行政法人国立健康・栄養研究所 健康増進研究部長
山門 實	三井記念病院総合健診センター所長
吉池 信男	青森県立保健大学 健康科学部栄養学科教授

◎ 座長

(50音順・敬称略)

健診・保健指導の在り方に関する検討会 開催経過

第1回（平成23年12月7日）

- 健診・保健指導の在り方に関する検討の進め方について
- 健診・保健指導の課題について

第2回（12月27日）

- 特定健診・保健指導における腹囲基準の在り方について
- 特定保健指導の対象とならない者への対応について
- HbA1c の国際基準への対応について

第3回（平成24年2月6日）

- 特定保健指導の対象とならない者への対応について
- 高血圧者、喫煙者に対する特定保健指導について
- 特定保健指導の課題について

第4回（2月27日）

- 特定健康診査における健診項目について
- 特定保健指導の対象とならない方への対応について
- 特定保健指導における高血圧、喫煙者に対する対応について

第5回（3月28日）

- 今後の特定健診・保健指導の在り方について

特定健康診査・特定保健指導にかかる 法令・通知

特定健康診査・特定保健指導制度

高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）（抄）

（特定健康診査等基本指針）

第 18 条 厚生労働大臣は、特定健康診査（糖尿病その他の政令で定める生活習慣病に関する健康診査をいう。以下同じ。）及び特定保健指導（特定健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者として厚生労働省令で定めるものに対し、保健指導に関する専門的知識及び技術を有する者として厚生労働省令で定めるものが行う保健指導をいう。以下同じ。）の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針（以下「特定健康診査等基本指針」という。）を定めるものとする。

（2～5 略）

高齢者の医療の確保に関する法律施行令（平成 19 年政令第 318 号）（抄）

（法第 18 条第 1 項に規定する政令で定める生活習慣病）

第 1 条 高齢者の医療の確保に関する法律（以下「法」という。）第 18 条第 1 項に規定する政令で定める生活習慣病は、高血圧症、脂質異常症、糖尿病その他の生活習慣病であつて、内臓脂肪（腹腔内の腸間膜、大網等に存在する脂肪細胞内に貯蔵された脂肪をいう。）の蓄積に起因するものとする。

特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（平成 19 年厚生労働省令第 157 号）（抄）

（特定健康診査の項目）

第 1 条 保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号。以下「法」という。）第 20 条の規定により、毎年度、当該年度の 4 月 1 日における加入者であつて、当該年度において 40 歳以上 75 歳以下の年齢に達するもの（75 歳未満の者に限り、妊産婦その他の厚生労働大臣が定める者を除く。）に対し、特定健康診査等実施計画（法第 19 条第 1 項に規定する特定健康診査等実施計画をいう。以下同じ。）に基づき、次の項目について、特定健康診査（法第 18 条第 1 項に規定する特定健康診査をいう。以下同じ。）を行うものとする。

- 一 既往歴の調査（服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む。）
- 二 自覚症状及び他覚症状の有無の検査
- 三 身長、体重及び腹囲の検査
- 四 BMI（次の算式により算出した値をいう。以下同じ。）の測定
$$BMI = \text{体重 (kg)} \div \text{身長 (m)}^2$$
- 五 血圧の測定
- 六 血清グルタミックオキサロアセチクトランスアミナーゼ（GOT）、血清グルタミックピルビクトランスアミナーゼ（GPT）及びガンマーグルタミルトランスペプチダーゼ（ γ -GTP）の検査（以下「肝機能検査」という。）
- 七 血清トリグリセライド（中性脂肪）、高比重リポ蛋白コレステロール（HDL コレステロール）及び低比重リポ蛋白コレステロール（LDL コレステロール）の量の検査（以下「血中脂質検査」という。）
- 八 血糖検査
- 九 尿中の糖及び蛋白の有無の検査（以下「尿検査」という。）

十 前各号に掲げるもののほか、厚生労働大臣が定める項目について厚生労働大臣が定める基準に基づき医師が必要と認めるときに行うもの
(2～4 略)

(特定保健指導の対象者)

第4条 法第18条第1項に規定する特定健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者は、特定健康診査の結果、腹囲が85センチメートル以上である男性若しくは腹囲が90センチメートル以上である女性又は腹囲が85センチメートル未満である男性若しくは腹囲が90センチメートル未満である女性であってBMIが25以上の者のうち、次の各号のいずれかに該当するもの（高血圧症、脂質異常症又は糖尿病の治療に係る薬剤を服用している者を除く。）とする。

- 一 血圧の測定の結果が厚生労働大臣が定める基準に該当する者
- 二 血清トリグリセライド（中性脂肪）又は高比重リポ蛋白コレステロール（HDLコレステロール）の量が厚生労働大臣が定める基準に該当する者
- 三 血糖検査の結果が厚生労働大臣が定める基準に該当する者

(2 略)

(保健指導に関する専門的知識及び技術を有する者)

第5条 法第18条第1項に規定する保健指導に関する専門的知識及び技術を有する者は、医師、保健師又は管理栄養士とする。

(特定保健指導の実施方法)

第6条 保険者は、法第24条の規定により、第4条に規定する者に対し、特定健康診査等実施計画に基づき、次条第1項に規定する動機付け支援又は第8条第1項に規定する積極的支援により特定保健指導（法第18条第1項に規定する特定保健指導をいう。以下同じ。）を行うものとする。

(動機付け支援)

第7条 動機付け支援とは、動機付け支援対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善に係る自主的な取組の実施に資することを目的として、次に掲げる要件のいずれも満たすものであって、厚生労働大臣が定める方法により行う保健指導をいう。

- 一 動機付け支援対象者が、医師、保健師又は管理栄養士の面接による指導の下に行動計画を策定すること。
- 二 医師、保健師、管理栄養士又は食生活の改善指導若しくは運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者として厚生労働大臣が定めるものが、動機付け支援対象者に対し、生活習慣の改善のための取組に係る動機付けに関する支援を行うこと。
- 三 動機付け支援対象者及び第1号の規定により面接による指導を行った者が、行動計画の策定の日から6月以上経過後において、当該行動計画の実績に関する評価を行うこと。

2 前項の動機付け支援対象者は、次の各号に掲げる者とする。

- 一 腹囲が85センチメートル以上である男性又は腹囲が90センチメートル以上である女性であって、第4条第1項各号のいずれか一のみに該当する者（次条第2項第2号に該当する者を除く。）
- 二 腹囲が85センチメートル未満である男性又は腹囲が90センチメートル未満である女性であってBMIが25以上の者のうち、第4条第1項各号のいずれか二のみに該当するもの（次条第2項第4号に該当する者を除く。）
- 三 腹囲が85センチメートル未満である男性又は腹囲が90センチメートル未満である女性であってBMIが25以上の者のうち、第4条第1項各号のいずれか一のみに該当するもの

- 四 特定健康診査を実施する年度において６５歳以上７５歳以下の年齢に達する者（当該年度において７５歳に達する者にあつては、動機付け支援の実施の際に当該年齢に達していない者に限る。）のうち、次に掲げるもの
- イ 腹囲が８５センチメートル以上である男性又は腹囲が９０センチメートル以上である女性であつて、第４条第１項各号のいずれか二以上に該当する者
 - ロ 腹囲が８５センチメートル以上である男性又は腹囲が９０センチメートル以上である女性であつて、第４条第１項各号のいずれか一のみ該当し、かつ、特定健康診査の結果、喫煙習慣があると認められた者
 - ハ 腹囲が８５センチメートル未満である男性又は腹囲が９０センチメートル未満である女性であつてＢＭＩが２５以上の者のうち、第４条第１項各号のいずれにも該当するもの
 - ニ 腹囲が８５センチメートル未満である男性又は腹囲が９０センチメートル未満である女性であつてＢＭＩが２５以上の者のうち、第４条第１項各号のいずれか二のみに該当し、かつ、特定健康診査の結果、喫煙習慣があると認められたもの
- ３ 第４条第２項の規定は、前項の規定の適用について準用する。

（積極的支援）

- 第８条 積極的支援とは、積極的支援対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善に係る自主的な取組の継続的な実施に資することを目的として、次に掲げる要件のいずれも満たすものであつて、厚生労働大臣が定める方法により行う保健指導をいう。
- 一 積極的支援対象者が、医師、保健師又は管理栄養士の面接による指導の下に行動計画を策定すること。
 - 二 医師、保健師、管理栄養士又は食生活の改善指導若しくは運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者として厚生労働大臣が定めるものが、積極的支援対象者に対し、生活習慣の改善のための取組に資する働きかけに関する支援を相当な期間継続して行うこと。
 - 三 積極的支援対象者及び第１号の規定により面接による指導を行った者が、行動計画の進捗状況に関する評価を行うこと。
 - 四 積極的支援対象者及び第１号の規定により面接による指導を行った者が、行動計画の策定の日から６月以上経過後において、当該行動計画の実績に関する評価を行うこと。
- ２ 前項の積極的支援対象者は、次の各号に掲げる者（同項の積極的支援を実施する年度において６５歳以上７５歳以下の年齢に達する者（当該年度において７５歳に達する者にあつては、積極的支援の実施の際に当該年齢に達していない者に限る。）を除く。）とする。
- 一 腹囲が８５センチメートル以上である男性又は腹囲が９０センチメートル以上である女性であつて、第４条第１項各号のいずれか二以上に該当する者
 - 二 腹囲が８５センチメートル以上である男性又は腹囲が９０センチメートル以上である女性であつて、第４条第１項各号のいずれか一のみに該当し、かつ、特定健康診査の結果、喫煙習慣があると認められた者
 - 三 腹囲が８５センチメートル未満である男性又は腹囲が９０センチメートル未満である女性であつてＢＭＩが２５以上の者のうち、第４条第１項各号のいずれにも該当するもの
 - 四 腹囲が８５センチメートル未満である男性又は腹囲が９０センチメートル未満である女性であつてＢＭＩが２５以上の者のうち、第４条第１項各号のいずれか二のみに該当し、かつ、特定健康診査の結果、喫煙習慣があると認められたもの
- ３ 第４条第２項の規定は、前項の規定の適用について準用する。

特定保健指導のポイント制

特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第7条第1項及び基準に基づき厚生労働大臣が定める特定保健指導の実施方法（平成20年厚生労働省告示第9号）

第2 積極的支援の実施方法

1 支援期間及び頻度

初回に面接による支援を行うとともに、以後、3月以上の継続的な支援を行うこと。

2 支援内容及び支援形態

(1) ～ (8) 省略

(9) 3月以上の継続的な支援については、(11)及び(14)に規定する方法により算定するポイントの合計で特定保健指導の量を判断することとし、支援Aの方法で160ポイント以上、支援Bの方法で20ポイント以上、合計で180ポイント以上の支援を行うことを最低条件とすること。また、支援Aの方法を支援Bの方法に又は支援Bの方法を支援Aの方法に代えることはできないこと。

(10) 支援Aの方法は、次に掲げるものとする。

ア 積極的支援対象者の過去の生活習慣及び行動計画の実施状況を踏まえ、積極的支援対象者の必要性に応じた支援をすること。

イ 食事、運動等の生活習慣の改善に必要な事項について実践的な指導をすること。

ウ 進捗状況に関する評価として、積極的支援対象者が実践している取組内容及びその結果についての評価を行い、必要があると認めるときは、行動目標及び行動計画の再設定を行うこと。

エ 行動計画の実施状況について記載したものの提出を受けそれらの記載に基づいて支援を行うこと。

(11) 支援Aの方式は、次に掲げるものとする。

ア 個別支援A

イ グループ支援A(1グループは8人以下とする。)

ウ 電話支援A

エ 電子メール支援A

(12) 支援Aの方法に係るポイントの算定及び要件は、次に掲げるものとする。

ア 個別支援Aは、5分間の支援を1単位とし、1単位当たり20ポイントとすること。ただし、支援1回当たり10分間以上の支援を行うこととし、支援1回当たりのポイント算定の上限は120ポイントとすること。

イ グループ支援Aは、10分間の支援を1単位とし、1単位当たり10ポイントとすること。ただし、支援1回当たり40分間以上の支援を行うこととし、支援1回当たりのポイント算定の上限は120ポイントとすること。

ウ 電話支援Aは、5分間の会話を1単位とし、1単位当たり15ポイントとすること。ただし、支援1回当たり5分間以上の会話を行うこととし、支援1回当たりのポイント算定の上限は60ポイントとすること。

エ 電子メール支援Aは、1往復(特定保健指導実施者と積極的支援対象者の間で支援に必要な情報の共有を図ることにより支援完了したと当該特定保健指導実施者が判断するまで、電子メール等を通じて支援に必要な情報のやり取りを行うことをいう以下同じ。)の支援を1単位とし、1単位当たり40ポイントとすること。

(13) 支援Bの方法は、初回の面接の際に作成した行動計画の実施状況を確認し、行動計画に掲げた取組を維持するために励ましや賞賛を行うものとする。

(14) 支援Bの方式は、次に掲げるものとする。

- ア 個別支援 B
 - イ 電話支援 B
 - ウ 電子メール支援 B
- (15) 支援 B の方法に係るポイントの算定及びその要件は、次に掲げるものとする。
- ア 個別支援 B は、5 分間の支援を 1 単位とし、1 単位当たり 10 ポイントとすること。ただし、支援 1 回当たり 5 分間以上の支援を行うこととし、支援 1 回当たりのポイント算定の上限は 20 ポイントとすること。
 - イ 電話支援 B は、5 分間の会話を 1 単位とし、1 単位当たり 10 ポイントとすること。ただし、支援 1 回当たり 5 分間以上の会話をを行うこととし、支援 1 回当たりのポイント算定の上限は 20 ポイントとすること。
 - ウ 電子メール支援 B は、1 往復の支援を 1 単位とし、1 単位当たり 5 ポイントとすること。
- (16) 支援 A の方法及び支援 B の方法のポイントの算定は、次に掲げる事項に留意して行うこと。
- ア 同日に複数の支援を行った場合は、いずれか 1 つの支援のみをポイントの算定対象とすること。また、同日に同一の支援を複数回行った場合であっても、ポイントの算定対象となるのは 1 回の支援のみであること。
 - イ 特定保健指導と直接関係のない情報（次回の支援の約束や雑談等、特定保健指導の実施と直接かかわりがない情報をいう。）のやり取りはポイントの算定対象としないこと。
 - ウ 電話支援又は電子メール支援を行うに当たり、行動計画の作成及び提出を依頼するための電話又は電子メール等によるやり取りは、ポイントの算定対象としないこと。
- (17) 省略

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成 19 年 4 月 厚生労働省健康局）

第 3 編 保健指導

第 3 章 保健指導の実施

(4) 保健指導の実施要件

3) 「積極的支援」

①～③ 省略

④ 内容

詳細な質問票において対象者の生活習慣や行動変容のステージ（準備状態）を把握し、健診結果やその経年変化等から、対象者自らが自分の身体に起こっている変化への理解を促すとともに、対象者の健康に関する考えを受け止め、対象者が考える将来の生活像を明確にする。その上で、行動変容の必要性を実感できるような働きかけを行い、具体的に実践可能な行動目標を対象者が選択できるように支援する。具体的に達成可能な行動目標は何か（対象者にできること）優先順位をつけながら一緒に考え、対象者自身が選択できるように支援する。

支援者は対象者の行動目標を達成するために必要な支援計画をたて、行動が継続できるように定期的・継続的に介入する。

積極的支援期間を終了するときには、対象者が改善した行動を継続するように意識づけを行う必要がある。

〈初回時の面接による支援〉

●動機づけ支援と同様の支援。

〈3 か月以上の継続的な支援〉

3 か月以上の継続的な支援については、ポイント制を導入し、支援 A で 160 ポイント以上、支援 B で 20 ポイント以上での合計 180 ポイント以上の支援を実施することを必須とする。

この場合、支援Aを支援Bに、あるいは支援Bを支援Aに代えることはできないものとする。

支援A（積極的関与タイプ）

- 取り組んでいる実践と結果についての評価と再アセスメント、必要時、生活習慣の振り返りを行い、行動計画の実施状況の確認に基づき、必要な支援を行う。
- 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導をする。
- 行動目標・計画の設定を行う。（中間評価）

支援B（励ましタイプ）

- 行動計画の実施状況の確認と確立された行動を維持するために賞賛や励ましを行う。

〈6か月後の評価〉

- 6か月後の評価は、個別の対象者に対する保健指導の効果に関するものである。
- 設定した個人の行動目標が達成されているか、身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて評価を行う。
- 必要に応じてより早期に評価時期を設定し、対象者が自ら評価するとともに、保健指導実施者による評価を行う。
- 継続的な支援の最終回と一体的に実施しても構わない。

⑤支援形態

〈初回時の面接による支援形態〉

- 動機づけ支援と同様の支援

〈3か月以上の継続的な支援〉

支援A（積極的関与タイプ）

- 個別支援A、グループ支援、電話A、e-mailAから選択して支援することとする（電話A、e-mailAとは、e-mail、FAX、手紙等により、初回面接支援の際に作成した特定保健指導支援計画及び実施報告書の実施状況について記載したものの提出を受け、それらの記載に基づいた支援をいう）。

支援B（励ましタイプ）

- 個別支援B、電話B、e-mailBから選択して支援することとする（電話B、e-mailBとは、e-mail、FAX、手紙等により、支援計画の実施状況の確認と励ましや賞賛をする支援をいう）。

〈6か月後の評価〉

- 6か月後の評価は、通信等を利用して行う。
- 継続的な支援の最終回と一体的に実施しても構わない。

⑥支援ポイント

● 個別支援A

基本的なポイント；5分20ポイント

最低限の介入量；10分

ポイントの上限；1回30分以上実施した場合でも120ポイントまでのカウントとする。

● 個別支援B

基本的なポイント；5分10ポイント

最低限の介入量；5分

ポイントの上限；1回10分以上実施した場合でも20ポイントまでのカウントとする。

- グループ支援
 基本的なポイント；10分10ポイント
 最低限の介入量；40分
 ポイントの上限；1回120分以上実施した場合でも120ポイントまでのカウントとする。
- 電話A
 基本的なポイント；5分15ポイント
 最低限の介入量；5分
 ポイントの上限；1回20分以上実施した場合でも60ポイントまでのカウントとする。
- 電話B
 基本的なポイント；5分10ポイント
 最低限の介入量；5分
 ポイントの上限；1回10分以上実施した場合でも20ポイントまでのカウントとする。
- e-mailA
 基本的なポイント；1往復40ポイント
 最低限の介入量；1往復
- e-mailB
 基本的なポイント；1往復5ポイント
 最低限の介入量；1往復

⑦ 留意点

（支援ポイントについて）

- 1日に1回の支援のみカウントする。同日に複数の支援を行った場合、いずれか一つの支援形態のみをカウントする。
- 保健指導と直接関係のない情報のやりとり（保健指導に関する専門的知識・技術の必要ない情報：次回の約束や雑談等）は含まれない。
- 電話又はe-mailによる支援においては、双方向による情報のやり取り（一方的な情報の提供（ゲームやメーリングリストによる情報提供）は含まない）をカウントする。
- 電話又はe-mailのみで継続的な支援を行う場合には、e-mail、FAX、手紙等により、初回面接支援の際に作成した行動計画の実施状況について記載したものの提出を受けること。なお、当該行動計画表の提出や、作成を依頼するための電話又はe-mail等によるやり取りは、継続的な支援としてカウントしない。

（支援の継続について）

- 行動変容ステージが無関心期、関心期の場合は行動変容のための動機づけを継続することもある。

⑧～⑩ 省略

初回面接者と評価者

特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準(平成19年厚生労働省令第157号)

(動機付け支援)

第7条 動機付け支援とは、動機付け支援対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善に係る自主的な取組の実施に資することを目的として、次に掲げる要件のいずれも満たすものであって、厚生労働大臣が定める方法により行う保健指導をいう。

(一・二 略)

三 動機付け支援対象者及び第1号の規定により面接による指導を行った者が、行動計画の策定の日から6月以上経過後において、当該行動計画の実績に関する評価を行うこと。

(2・3 略)

(積極的支援)

第八条 積極的支援とは、積極的支援対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善に係る自主的な取組の継続的な実施に資することを目的として、次に掲げる要件のいずれも満たすものであって、厚生労働大臣が定める方法により行う保健指導をいう。

(一～三 略)

四 積極的支援対象者及び第1号の規定により面接による指導を行った者が、行動計画の策定の日から6月以上経過後において、当該行動計画の実績に関する評価を行うこと。

(2・3 略)

標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)(平成19年4月 厚生労働省健康局)

第3編 保健指導

第3章 保健指導の実施

(1) 基本的事項

2) 対象者ごとの保健指導プログラムについて

保健指導プログラムは、対象者の保健指導の必要性ごとに「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」に区分される各保健指導プログラムの目標を明確化した上で、サービス提供する必要がある。

「情報提供」とは、対象者が生活習慣病や健診結果から自らの身体状況を認識するとともに、健康な生活習慣の重要性に対する理解と関心を深め、生活習慣を見直すきっかけとなるよう、健診結果の提供にあわせて、個人の生活習慣やその改善に関する基本的な情報を提供することをいう。

「動機づけ支援」とは、対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善のための自主的な取組を継続的に行うことができるようになることを目的として、医師、保健師又は管理栄養士の面接・指導のもとに行動計画を策定し、医師、保健師、管理栄養士又は栄養指導若しくは運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者が生活習慣の改善のための取組に係る動機づけに関する支援を行うとともに、計画の策定を指導した者が、計画の実績評価(計画策定の日から6か月以上経過後に行う評価をいう)を行う保健指導をいう。

「積極的支援」とは、対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善のための自主的な取組を継続的に行うことができるようになることを目的として、医師、保健師又は管理栄養士の面接・指導のもとに行動計画を策定し、医師、保健師、管理栄養士又は栄養指導若しくは運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者が生活習慣

の改善のための、対象者による主体的な取組に資する適切な働きかけを相当な期間継続して行うとともに、計画の策定を指導した者が、計画の進捗状況 評価と計画の実績評価（計画策定の日から6か月以上経過後に行う評価をいう）を行う。

特定保健指導の非対象者への対応等

特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（平成19年厚生労働省令第157号）

（その他の保健指導）

第9条 保険者は、特定健康診査の結果その他の事情により、加入者の健康の保持増進のために必要があると認めるときは、前二条の規定にかかわらず、加入者に対し、適切な保健指導を行うよう努めるものとする。

※ 前二条とは、第7条（動機付け支援）、第8条（積極的支援）をいう。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月 厚生労働省健康局）

【非対象者への保健指導、対策等に関する記載】

第2編 健診

第3章 保健指導対象者の選定と階層化

（2）保健指導対象者の選定と階層化の方法

2）具体的な選定・階層化の方法

ステップ4

- 前期高齢者（65歳以上75歳未満）については、①予防効果が多く期待できる65歳までに、特定保健指導が既に行われてきていると考えられること、②日常生活動作能力、運動機能等を踏まえ、QOL（Quality of Life）の低下に配慮した生活習慣の改善が重要であること等の理由から、積極的支援の対象となった場合でも、動機づけ支援とする。
- 血圧降下剤等を服薬中の者（質問票等において把握）については、継続的に医療機関を受診しており、栄養、運動等を含めた必要な保健指導については、医療機関において継続的な医学的管理の一環として行われることが適当であるため、医療保険者による特定保健指導の対象としない。
- 市町村の一般衛生部門においては、主治医の依頼又は、了解の下に、医療保険者と連携し、健診データ・レセプトデータ等に基づき、必要に応じて、服薬中の者に対する保健指導等を行うべきである。
- 医療機関においては、生活習慣病指導管理料、管理栄養士による外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料等を活用することが望ましい。
なお、特定保健指導とは別に、医療保険者が、生活習慣病の有病者・予備群を減少させるために、必要と判断した場合には、主治医の依頼又は了解の下に、保健指導等を行うことができる。

3）留意事項

- 医療保険者の判断により、動機づけ支援、積極的支援の対象者以外の者に対しても、保健指導等を実施することができる。
- 市町村の一般衛生部門においては、医療保険者と連携し、血糖値が受診勧奨判定値を超えてるなど、健診結果等から、医療機関を受診する必要があるにもかかわらず、医療機関を受診していない者に対する対策、特定保健指導対象者以外の者に対する保健指導等を行うべきである。

【受診勧奨に関する記載】

第2編 健診

第3章 保健指導対象者の選定と階層化

(2) 保健指導対象者の選定と階層化の方法

3) 留意事項

- 保健指導を実施する際に、健診機関の医師が直ちに医療機関を受診する必要があると判断しているにもかかわらず、保健指導対象者が、医療機関を受診していない場合は、心血管病の進行予防（心疾患、脳卒中等の重症化予防）のために治療が必要であることを指導することが重要である。
- また、健診データ・レセプトデータ等に基づき、治療中断者を把握し、心血管病の進行予防（心疾患、脳卒中等の重症化予防）のために治療の継続が必要であることを指導することが重要である。

4) その他

健診結果の通知

- 医療保険者は、検診結果について、異常値を示している項目、異常値の程度、異常値が持つ意義等について、わかりやすく受診者に通知する必要がある。
その際、健診機関は、別紙5に示す判定基準に、機械的に受診者の健診結果を判定値に当てはめるのではなく、検査結果の持つ意義（例：血圧については、白衣高血圧等の問題があり、再測定が重要であること、中性脂肪については、直前の食事摂取に影響を受けること、血糖値については、受診勧奨判定値を超えていれば、直ちに医療機関を受診する必要があること）、異常値の程度、年齢等を考慮した上で、医療機関を受診する必要性を個別に医師が判断し、受診者に通知することが重要である。
また、受診勧奨判定値を超えた場合でも、軽度の高血圧（収縮期血圧140～159mmHg、拡張期血圧90～99mmHg）等であれば、服薬治療よりも、生活習慣の改善を優先して行うことが一般的である。特定保健指導の対象となった者については、各学会のガイドラインを踏まえ、健診機関の医師の判断により、保健指導を優先して行い、効果が認められなかった場合に、必要に応じて、受診勧奨を行うことが望ましい。

情報提供に関する規定

特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準(平成19年厚生労働省令第157号)(抄)

(特定健康診査に関する結果等の通知)

第3条 保険者は、法第23条の規定により、特定健康診査を受けた加入者に対し、特定健康診査に関する結果を通知するに当たっては、当該特定健康診査に関する結果に加えて、当該加入者が自らの健康状態を自覚し、健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深めるために必要な情報を提供しなければならない。

2 保険者は、前項の通知及び同項の情報の提供に関する事務を、特定健康診査を実施した機関に委託する

標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)(平成19年4月 厚生労働省健康局)

第2編 健診

第3章 保健指導対象者の選定と階層化

(2) 保健指導対象者の選定と階層化の方法

4) その他

健診結果の通知

○ 医療保険者は、検診結果について、異常値を示している項目、異常値の程度、異常値が持つ意義等について、わかりやすく受診者に通知する必要がある。

その際、健診機関は、別紙5に示す判定基準に、機械的に受診者の健診結果を判定値に当てはめるのではなく、検査結果の持つ意義(例：血圧については、白衣高血圧等の問題があり、再測定が重要であること、中性脂肪については、直前の食事摂取に影響を受けること、血糖値については、受診勧奨判定値を超えていれば、直ちに医療機関を受診する必要があること)、異常値の程度、年齢等を考慮した上で、医療機関を受診する必要性を個別に医師が判断し、受診者に通知することが重要である。

また、受診勧奨判定値を超えた場合でも、軽度の高血圧(収縮期血圧140～159mmHg、拡張期血圧90～99mmHg)等であれば、服薬治療よりも、生活習慣の改善を優先して行うことが一般的である。特定保健指導の対象となった者については、各学会のガイドラインを踏まえ、健診機関の医師の判断により、保健指導を優先して行い、効果が認められなかった場合に、必要に応じて、受診勧奨を行うことが望ましい。

第2編 保健指導

第3章 保健指導の実施

(4) 保健指導の実施要件

1) 「情報提供」

① 目的(めざすところ)

対象者が健診結果から、自らの身体状況を認識するとともに、生活習慣を見直すきっかけとする。

② 対象者

健診受診者全員を対象とする。

③ 支援頻度・期間

年1回、健診結果と同時に実施する。

④ 支援内容

全員に画一的な情報を提供するのではなく、健診結果や健診時の質問票から対象者個

人に合わせた情報を提供する必要がある。

健診結果や質問票から、特に問題とされることがない者に対しては、健診結果の見方や健康の保持増進に役立つ内容の情報を提供する。

a 健診結果

健診の意義（自分自身の健康状態を認識できる機会、日頃の生活習慣が健診結果に表れてくる等）や健診結果の見方（データの表す意味を自分の身体で起きていることと関連づけられる内容）を説明する。また、健診結果の経年変化をグラフでわかりやすく示す。

b 生活習慣

内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）や生活習慣病に関する基本的な知識と、対象者の行っているどのような生活習慣が生活習慣病を引き起こすかということや、食事バランスガイドや運動指針に基づいた食生活と運動習慣のバランス、料理や食品のエネルギー量や生活活動や運動によるエネルギー消費量等について、質問票から得られた対象者の状況にあわせて具体的な改善方法の例示などを情報提供する。対象者個人の健康状態や生活習慣から、重要度の高い情報を的確に提供することが望ましい。

c 社会資源

対象者の身近で活用できる健康増進施設、地域のスポーツクラブや運動教室、健康に配慮した飲食店や社員食堂に関する情報なども掲載する。

⑤支援形態

対象者や医療保険者の特性に合わせ、支援手段を選択する。主な手段としては、次のようなものが考えられる。

a 健診結果の送付に合わせて情報提供用紙を送付する。

b 職域等で日常的にＩＴが活用されていれば、個人用情報提供画面を利用する。

c 結果説明会で情報提供用紙を配布する。

特定健診・保健指導の現行制度について

(標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)より)

特定健康診査

対象者	実施年度中に40-74歳の加入者(被保険者・被扶養者) 実施年度を通じて加入している(年度途中に加入・脱退がない)者 ※除外規定(妊産婦・刑務所服役中・長期入院・海外在住等)に該当しない者
基本的な健診の項目	○ 質問票(服薬歴、喫煙歴 等) ○ 身体計測(身長、体重、BMI、腹囲) ○ 理学的検査(身体診察) ○ 血圧測定 ○ 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(空腹時血糖又はHbA1c) ・ 肝機能検査(GOT、GPT、γ-GTP) ○ 検尿(尿糖、尿蛋白)
詳細な健診の項目	○ 心電図検査 ○ 眼底検査 ○ 貧血検査(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値) 注)一定の基準の下、医師が必要と認めた場合に実施

保健指導対象者の選定と階層化

腹囲	追加リスク	④喫煙歴	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40-64歳	65-74歳
$\geq 85\text{cm}$ (男性) $\geq 90\text{cm}$ (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 $\text{BMI} \geq 25$	3つ該当		積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当			

(注) 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。

- ①血糖 a 空腹時血糖100mg/dl以上 又は b HbA1cの場合 5.2% 以上 又は c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
 ②脂質 a 中性脂肪150mg/dl以上 又は b HDLコレステロール40mg/dl未満 又は c 薬剤治療を受けている場合 (質問票より)
 ③血圧 a 収縮期血圧130mmHg以上 又は b 拡張期血圧85mmHg以上 又は c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
 ④質問票 喫煙歴あり (①から③のリスクが1つ以上の場合にのみカウント)

※1 服薬中の者については、医療保険者による特定保健指導の対象としない。

※2 前期高齢者(65歳以上75歳未満)については、積極的支援の対象となった場合でも動機づけ支援とする。

現在の健診検査項目毎の判定値

	項目名	保健指導判定値	受診勧奨判定値	単位
1	血圧(収縮期)	130	140	mmHg
2	血圧(拡張期)	85	90	mmHg
3	中性脂肪	150	300	mg/dl
4	HDLコレステロール	39	34	mg/dl
5	LDLコレステロール	120	140	mg/dl
6	空腹時血糖	100	126	mg/dl
7	HbA1c	5.2	6.1	%
8	AST(GOT)	31	51	U/l
9	ALT(GTP)	31	51	U/l
10	γ -GT(γ -GTP)	51	101	U/l
11	血色素量(ヘモグロビン値)	13.0(男性) 12.0(女性)	12.0(男性) 11.0(女性)	g/dl

※1～2のデータ基準については、日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン」に基づく。

※3～5のデータ基準については、日本動脈硬化学会「動脈硬化性疾患治療ガイドライン」及び「老人保健法による健康診査マニュアル」に基づく

※6～7のデータ基準については、日本糖尿病学会「糖尿病治療ガイドライン」等の各判定基準に基づく

※8～10のデータ基準については、日本消化器学会肝機能研究班意見書に基づく

※11のデータ基準については、WHOの貧血の判定基準、人間ドック学会作成の「人間ドック成績判定及び事後指導に関するガイドライン」データ等に基づく

特定健康診査と基本健康診査の健診項目の比較

			特定健康診査	老人保健事業における基本健康診査	特定健診と老健事業との比較
診察	計測	質問(問診)	○	○	
		身長	○	○	
		体重	○	○	
		肥満度・標準体重	○	○	
		腹囲	○		新規追加
	理学的所見(身体診察)		○	○	
	血圧		○	○	
脂質	総コレステロール			○	廃止
	中性脂肪		○	○	
	HDL-コレステロール		○	○	
	LDL-コレステロール		○		新規追加
肝機能	AST(GOT)		○	○	
	ALT(GTP)		○	○	
	γ-GT(γ-GTP)		○	○	
代謝系	空腹時血糖		■	○	
	尿糖	半定量	○	○	
	ヘモグロビンA1c		■	□	
血液一般	ヘマトクリット値		□	□	
	血色素測定		□	□	
	赤血球数		□	□	
尿 腎機能	尿蛋白	半定量	○	○	
	潜血			○	廃止
	血清クレアチニン			○	廃止
心機能	12誘導心電図		□	□	
眼底検査			□	□	

○; 必須項目

□; 医師の判断に基づき選択的に実施する項目

■; いずれかの項目の実施でも可

「情報提供」の内容

支援形態	＜主な手段＞ ●健診結果通知に合わせて情報提供用紙を配布。 ●IT等活用されていれば、個人用情報提供画面を利用。
支援内容	〈個別支援〉 ●健診結果や健診時の質問票から、対象者個人に合わせて生活習慣やその改善に関する基本的な情報を提供。 ●特に問題とされることがない者に対しては、健診結果の見方や健康の保持増進に立つ内容の情報を提供する。 【健診結果】健診の意義や健診結果の見方を説明する。また、健診結果の経年変化をグラフでわかりやすく示す。 【生活習慣】内臓脂肪症候群や生活習慣病に関する基本的な知識や、具体的な生活改善方法の例示などを情報提供。対象者個人の健康状態や生活習慣にあわせて、重要度の高い情報を的確に提供することが望ましい。 【社会資源】対象者の身近で活用できる社会資源情報も掲載する。

「動機づけ支援」の内容

支援形態	〈面接による支援〉次のいずれか ●1人20分以上の個別支援 ●1グループ80分以上のグループ支援 〈6か月後の評価〉次のいずれか ●個別支援 ●グループ支援 ●電話 ●e-mail 等
支援内容	〈個別支援〉 ●生活習慣と健診結果の関係の理解や生活習慣の振り返り、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識と対象者本人の生活が及ぼす影響、生活習慣の振り返り等から生活習慣改善の必要性を説明する。 ●生活習慣を改善するメリットと現在の生活が続けるデメリットについて説明する。 ●栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導をする。 ●対象者の行動目標や評価時期の設定を支援する。必要な社会資源を紹介し、有効に活用できるように支援する。 ●体重・腹囲の計測方法について説明する。 ●生活習慣の振り返り、行動目標や評価時期について対象者と話し合う。 ●対象者とともに行動目標・行動計画を作成する。 〈6か月後の評価〉 ●身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて確認する。

「積極的支援」の内容

- 初回時の面接による支援 ●1人20分以上の個別支援 又は ●1グループ80分以上のグループ支援
○3ヶ月以上の継続的な支援

支援形態	●個別支援 ●グループ支援 ●電話 ●e-mail ※継続的な支援に要する時間は、ポイント数の合計が180ポイント以上とする。
支援内容	<u>支援A(積極的関与タイプ)</u> ●生活習慣の振り返りを行い、行動計画の実施状況の確認や必要に応じた支援をする。 ●栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導をする。 〈中間評価〉 ●取り組んでいる実践と結果についての評価と再アセスメント、必要時、行動目標・計画の設定を行う。 <u>支援B(励ましタイプ)</u> ●行動計画の実施状況の確認と確立された行動を維持するために賞賛や励ましを行う。
支援ポイント	合計180ポイント以上とする 内訳;<u>支援A(積極的関与タイプ)</u>: 個別支援A、グループ支援、電話A、e-mail Aで160ポイント以上 <u>支援B(励ましタイプ)</u>: 個別支援B、電話B、e-mail Bで20ポイント以上

○6ヶ月後の評価

支援形態	●個別支援 ●グループ支援 ●電話 ●e-mail 等
支援内容	●身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて確認する。

「動機づけ支援」「積極的支援」の初回の面接による支援について

＜考え方＞

- 詳細な質問表において対象者の生活習慣や行動変容のステージ（準備状態）を把握し、健診結果やその変化等から、対象者自らが自分の身体に起こっている変化への理解を促す。
- 対象者の健康に関する考えを受け止め、対象者が考える将来の生活像を明確にし、その上で、行動の変容の必要性を実感できるような働きかけを行う。
- 具体的に実践可能な行動目標を対象者が選択できるように支援し、対象者にできることを優先順位をつけながら一緒に考え、対象者自身が選択できるように支援する。

＜支援方法＞（再掲）

- 個別支援(20分以上)又はグループ支援(80分以上)

＜具体的な内容＞（再掲）

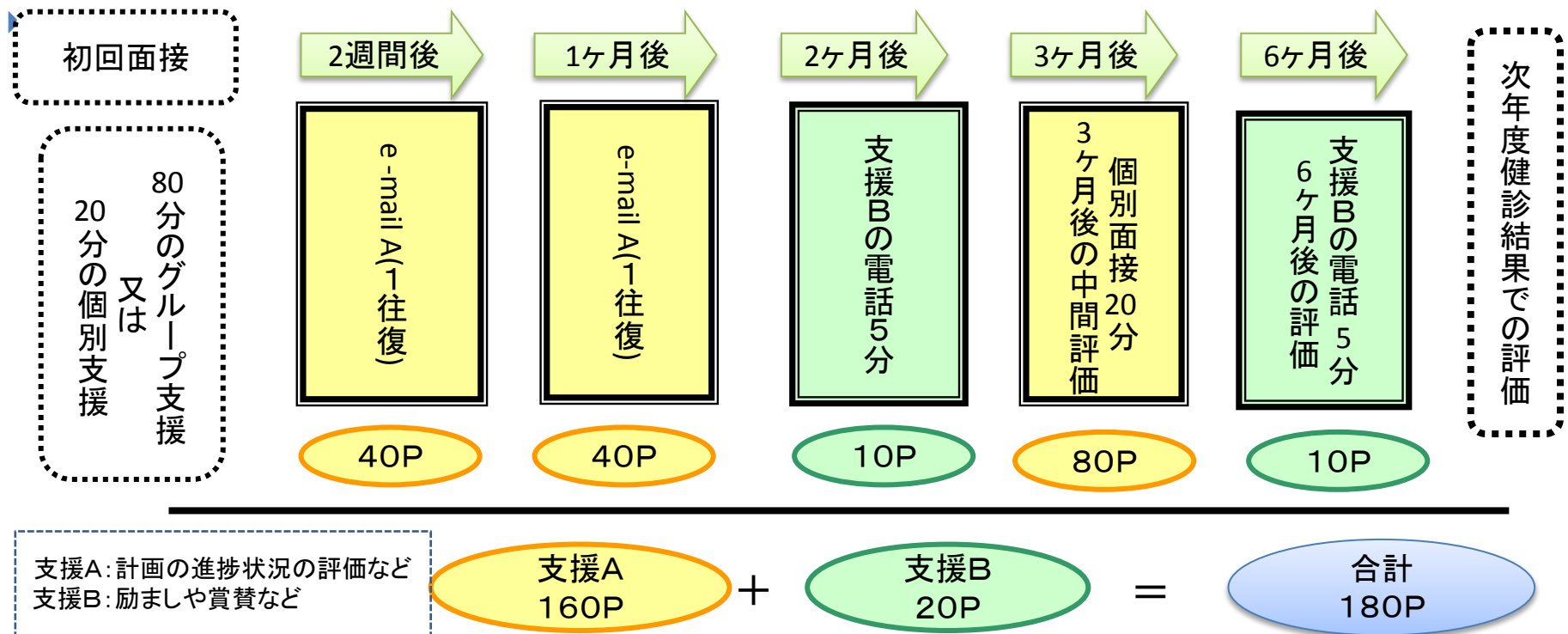
- 生活習慣と健診結果の関係の理解や生活習慣の振り返り、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識と対象者本人の生活が及ぼす影響等から生活習慣改善の必要性を説明する。
- 生活習慣を改善するメリットと現在の生活を続けるデメリットについて説明する。
- 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導をする。
- 対象者の行動目標や評価時期の設定を支援する。必要な社会資源を紹介し、有効に活用できるように支援する。
- 体重・腹囲の計測方法について説明する。
- 生活習慣の振り返り、行動目標や評価時期について話し合う。
- 対象者とともに行動目標・行動計画を作成する。

積極的支援における支援形態のポイント数

○支援形態ごとのポイント数

支援形態	基本的な ポイント数		最低限の 介入量	1回当たりの 算定上限
個別支援A	5分	20ポイント	10分	120ポイント
個別支援B	5分	10ポイント	5分	20ポイント
グループ支援	10分	10ポイント	40分	120ポイント
電話支援A ●e-mail、FAX、手紙等により、初回面接支援の際に作成した行動計画の実施状況について記載したものの提出を受け、それらの記載に基づいた支援	5分	15ポイント	5分	60ポイント
電話支援B ●行動計画の実施状況の確認と励ましや出来ていることには賞賛をする支援	5分	10ポイント	5分	20ポイント
電子メール支援A ●e-mail、FAX、手紙等により、初回面接支援の際に作成した行動計画の施状況について記載したものの提出を受け、それらの記載に基づいた支援	1往復	40ポイント	1往復	
電子メール支援B ●行動計画の実施状況の確認と励ましや賞賛をする支援	1往復	5ポイント	1往復	

積極的支援例（面接・電話・e-mail を組み合わせたパターン例）



【現状の概要】

- 特定保健指導における積極的支援では、対象者自らが生活習慣を振り返り、行動目標を設定し、目標に向けた行動に取り組むことができるように、特定保健指導の実施者は次の支援を行うこととされている。
- 初回に面接による支援を行うとともに、以後、3ヶ月以上の継続的な支援を行う。
- 3ヶ月以上の継続的な支援については、支援Aの方法（積極的関与タイプ）で160ポイント以上、支援Bの方法（励ましタイプ）で20ポイント以上、合計で180ポイント以上の支援を行うことを最低条件とする。
- 支援Aを支援Bに、あるいは支援Bを支援Aに代えることはできない。