

「第36回厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会」 座席図

日時:平成24年12月19日(水)13:30~15:00
 会場:厚生労働省 専用第22会議室(18階)

速記

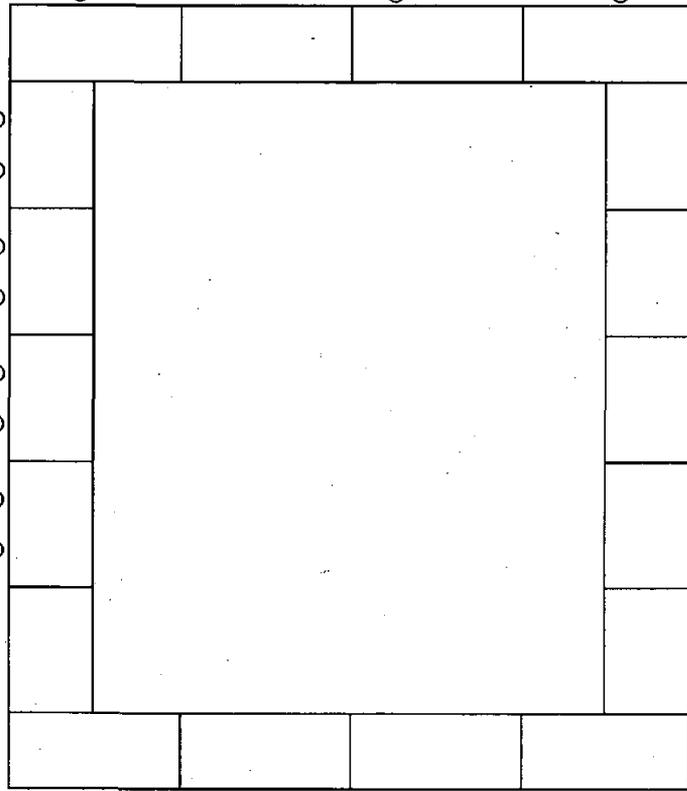
道永委員 ○

永井部会長 ○

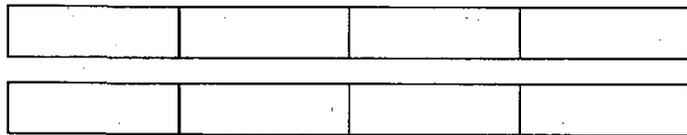
飯山委員 ○

- 三浦委員 ○
- 藤原委員 ○
- 橋本委員 ○
- 徳留委員 ○
- 多田羅委員 ○
- 武見委員 ○
- 下光委員 ○
- 澁谷委員 ○

- 磯部委員
- 市原委員
- 井部委員
- 上谷委員
- 岡本委員
- 加藤委員
- 小松委員
- 坂本委員
- 佐藤委員



- 佐藤課長補佐
- 政田地域保健室長
- 尾田保健指導室長
- 高島大臣官房審議官
- 矢島健康局長
- 宮崎がん対策・健康増進課長
- 河野栄養・食育指導官
- 野田たばこ対策専門官



事務局席

受付

入口

傍聴席

国会議事堂側

第36回 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会

日時：平成24年12月19日（水）

13：30～15：00

場所：厚生労働省18階 専用第22会議室

議事次第

○ 議題

1. 健診・保健指導の在り方に関する検討会について
2. 運動基準・運動指針の改定に関する検討会について
3. 国民健康・栄養調査について
4. 調理師の養成のあり方等に関する検討会について
5. たばこ規制枠組条約第5回締約国会議（COP5）について
6. NCDsの自発的世界目標に関する公式加盟国会合について
7. 入浴関連事故について
8. その他

○ 配付資料一覧

- | | | |
|-------|---|------------------------------|
| 資料1-1 | } | 健診・保健指導の在り方に関する検討会について |
| 資料1-2 | | |
| 資料 2 | | 運動基準・運動指針の改定に関する検討会について |
| 資料 3 | | 国民健康・栄養調査について |
| 資料 4 | | 調理師の養成のあり方等に関する検討会について |
| 資料 5 | | たばこ規制枠組条約第5回締約国会議（COP5）について |
| 資料 6 | | NCDsの自発的世界目標に関する公式加盟国会合について |
| 資料 7 | | 入浴関連事故について |
| 参考資料 | | 地域保健対策の推進に関する基本的な指針の一部改正について |

厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会委員名簿

平成24年12月19日

氏 名	所 属
飯 山 幸 雄	公益社団法人国民健康保険中央会常務理事
磯 部 哲	慶應義塾大学大学院法務研究科准教授
市 原 健 一	全国市長会理事・茨城県つくば市長
井 部 俊 子	聖路加看護大学学長
上 谷 律 子	一般財団法人日本食生活協会会長
岡 本 光 正	健康保険組合連合会常任理事
加 藤 静 子	全国保健師長会会長
春 日 雅 人	独立行政法人国立国際医療研究センター研究所長
小 松 龍 史	公益社団法人日本栄養士会会長
坂 本 雅 子	福岡市専門員（こども施策担当）・こども総合相談センター名誉館長
佐 藤 保	社団法人日本歯科医師会常務理事
遊 谷 いづみ	愛知県豊川保健所長
下 光 輝 一	健康日本21推進全国連絡協議会会長
武 見 ゆかり	女子栄養大学教授
多田羅 浩 三	一般財団法人日本公衆衛生協会会長
田 畑 泉	立命館大学スポーツ健康科学部教授
辻 一 郎	東北大学大学院医学系研究科教授
徳 留 信 寛	独立行政法人国立健康・栄養研究所理事長
永 井 良 三	自治医科大学学長
橋 本 信 夫	独立行政法人国立循環器病研究センター理事長
樋 口 進	独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター院長
樋 口 輝 彦	独立行政法人国立精神・神経医療研究センター理事長
福 田 富 一	全国知事会理事・栃木県知事
藤 原 英 憲	公益社団法人日本薬剤師会常務理事
古 木 哲 夫	全国町村会行政委員会副委員長・山口県和木町長
松 田 晋 哉	産業医科大学公衆衛生学教授
三 浦 宏 子	国立保健医療科学院統括研究官
道 永 麻 里	社団法人日本医師会常任理事

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、健康局がん対策・健康増進課において行う。
- (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。

健診・保健指導の在り方に関する検討会 構成員名簿

- 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
- 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 公益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務理事
- 島本 和明 札幌医科大学学長
- 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
- 中板 育美 公益社団法人日本看護協会常任理事
- 永井 良三 自治医科大学学長
- 野口 緑 尼崎市市民協働局市民サービス部課長
- 林 謙治 国立保健医療科学院名誉院長
- 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
- 道永 麻里 社団法人日本医師会常任理事
- 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特任顧問
- 吉池 信男 青森県立保健大学 健康科学部栄養学科教授

(50音順・敬称略)

(○：座長)

「標準的な健診・保健指導プログラム」改訂案について

1. 基本的な考え方

- (1) 健康局及び保険局の検討会における提言事項を踏まえた見直しを行った。
- (2) 提言以外の事項で、医療保険者でのシステム改修が必須となる修正は行わなかった。(階層化基準や受診勧奨判定値等)
- (3) 健康日本 21 (第二次) との関係性を明確化した。
- (4) 本プログラムの主たる利用者を、現場の健診・保健指導実施者(医師、保健師、管理栄養士等)として位置づけ、利用者の視点に立って見直した。
- (5) 非肥満者への対応を含め、生活習慣病対策として健診・保健指導を推進できるよう、現場の健診・保健指導実施者を一層支援する方向で見直した。

2. 改訂作業に際しての主な観点

- (1) 健診結果の情報提供・受診勧奨に関する具体的な記載を充実させた。
- (2) 保健事業としての“健診・保健指導”と、そのうち医療保険者の義務とされている“特定健診・特定保健指導”との区別を意識した記載とした。
- (3) 老人保健事業等、過去の制度に言及する記載は最小限とした。
- (4) データの授受や保険者の役割等、保険局の『特定健診・保健指導の円滑な実施に向けた手引き』に記載される内容は割愛する方向で整理した。
- (5) 禁煙・節酒対策について記載を充実させ、保健指導の現場で活用可能なツールの紹介を充実させた。
- (6) 栄養及び身体活動・運動について、各種基準の改定等に伴う見直しを行った。
- (7) 保健指導については、情報提供の定義や保健指導実施者の資格を明確化し、2回目以降の支援の具体的方法を記載した。
- (8) 添付資料の「関係学会におけるガイドライン」について、8学会合同基準以外を削除した上で、各学会の協力を得てHPのURLを紹介する。【P】
- (9) HbA1cの標記をJDS値からNGSP値に変換し、換算式等を明記した。
- (10) 法令・告示の内容との整合を図るとともに、小見出しの追加等、読みやすさを重視して適宜体裁を見直すとともに、時点修正を行った。

「健診・保健指導の在り方に関する検討会 中間とりまとめ」で
「当面の対応」とされた事項の対応状況について

「当面の対応」とされた事項	対応状況
(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	平成 25 年度厚生労働科学研究費の 公募課題として設定
(2) 特定保健指導非対象者への 対応について	「標準的な健診・保健指導プログラム」 改訂案の第 2 編 2 - 2 に反映
(3) 情報提供の在り方について	
(4) 受診勧奨の徹底について	
(5) 健診項目の見直しについて	平成 25 年度厚生労働科学研究費の 公募課題として設定
(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	「標準的な健診・保健指導プログラム」 改訂案の第 3 編 3 - 4 (3) に反映
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	「標準的な健診・保健指導プログラム」 改訂案の第 3 編 3 - 4 (3) に反映
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	「標準的な健診・保健指導プログラム」 改訂案の第 3 編 3 - 4 (4) ⑥に一部※ 反映 ※ 残りの部分については「実務担当者による特 定健診・保健指導に関するワーキンググループ」 における検討結果を踏まえ、記述内容を検討

健康局及び保険局における特定健診・保健指導に関する検討会のとりまとめ内容について

項目	【健診・保健指導の在り方に関する検討会(健康局)】 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)〈平成 24 年 4 月 13 日〉	【保険者による健診・保健指導等に関する検討会(保険局)】 第二期特定健康診査等実施計画期間に向けての特定健診・保健指導の実施について(とりまとめ)〈平成 24 年 7 月 13 日〉
腹囲の基準	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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、<u>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。</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 現行では特定保健指導の対象となっていない非肥満者について、保健指導等の何らかの対応が必要との意見があった。一方で、法的な義務を負った事業として内臓脂肪型肥満への対策を考えると、特定保健指導対象者選定の第一基準である腹囲は堅持していくべき、といった意見や、自ら測ることができる腹囲基準は国民運動としての観点からも重要、といった意見もあった。 ○ また、科学的な見地からの検討を行った「健診・保健指導の在り方に関する検討会」においても、腹囲基準を含めた現行制度の在り方について議論するためには、まずはエビデンスの蓄積等を行うこととされた。 ○ こうしたことから、<u>腹囲を、特定保健指導対象者選定の第一基準とすることの適否については、別途、科学的な見地からの検討を待った上で、改めて検討することとし、第二期特定健診等実施計画の期間においては、保険者による特定健診・保健指導としては、生活習慣病の要因としての内臓脂肪型肥満に着目した現行の特定保健指導対象者選定の基準を維持することとする。</u>

項目	【健診・保健指導の在り方に関する検討会(健康局)】 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)＜平成 24 年 4 月 13 日＞	【保険者による健診・保健指導等に関する検討会(保険局)】 第二期特定健康診査等実施計画期間に向けての特定健診・保健指導の実施について(とりまとめ)＜平成 24 年 7 月 13 日＞
特定保健指導 非対象者への 対応	<p>○ 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、<u>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。</u></p> <p>○ 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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 <p>○ 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。</p>	<p>○ 非肥満でリスク(血圧、血糖及び脂質が基準値を超えていること並びに喫煙歴があることを指す。以下同じ)がある者については、その態様に応じて保健指導を行う必要性や特に非肥満で受診勧奨判定値以上の者に適切に健診結果の情報提供を行うことの重要性をしっかりと意識するべき、といった意見があった。一方で、保険者の事業として行う場合には、保健指導の定型化されたプログラムの策定が必要との意見もあった。</p> <p>○ 保険者の取組みとしては、腹囲を基準としたリスクのある者への対応が重要であるが、一方で、特定保健指導対象とならないがリスクのある者への対応の必要性も認められるところである。<u>こうした者への対応は、特定保健指導とはしないものの、保健指導の標準的な方法や医療機関への受診勧奨などの望ましい措置について記載される見込みである「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。)の内容について関係者への周知に努めることとする。</u></p>
情報提供	<p>○ 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、<u>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。</u></p> <p>○ 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。</p>	<p>○ 特定健診の受診者全体に対して行う情報提供については、特定健診受診者が自らの健康状態を把握し、生活習慣を改善又は維持していくことの利点を感じ、動機付けの契機となるよう、よりきめ細かな情報提供が保険者からなされることが必要。このため保険者等における好事例を調査し、その知見を他の保険者において共有できるようにするとともに、<u>その考え方について、手引きの見直しを行い、周知に努める。</u>その他、特定健診・保健指導の実施率を向上させるための方策についても好事例を調査し、周知に努める。</p>

項目	<p>【健診・保健指導の在り方に関する検討会(健康局)】 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)＜平成 24 年 4 月 13 日＞</p>	<p>【保険者による健診・保健指導等に関する検討会(保険局)】 第二期特定健康診査等実施計画期間に向けての特定健診・保健指導の実施について(とりまとめ)＜平成 24 年 7 月 13 日＞</p>
受診勧奨の徹底	<p>○ 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、<u>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。</u></p> <p>○ 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考え方も示す。</p>	<p>○ 特定健診の結果、受診勧奨判定値以上の者については、医療機関への適切な受診勧奨がなされることが必要であることから、今後、<u>標準プログラムに記されることとなる医療機関への受診勧奨の考え方などを踏まえ、手引き等を見直した上で、関係者への周知に努める。</u></p>
健診項目	<p>○ <u>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。</u></p> <p>○ 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。</p>	<p>○ CKD(慢性腎臓病)の病期の状況把握といった医学的な見地からなされた検討の結果は、血清クレアチニン検査を、健診項目として追加することが望ましいとの内容であったが、保険者の事業としての観点からは、内臓脂肪型肥満との関連性や特定保健指導による改善可能性、事業主健診に盛り込まれるか否か、といった点が課題として提示された。</p> <p>○ これらを踏まえ、<u>血清クレアチニン検査の有用性については、「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」(以下「手引き」という。)等で周知を図るとともに、特定健診の項目に加えるか否かについては、上記の課題への対応状況を踏まえ、将来、第三期特定健診等実施計画の計画期間の初年度である平成 30 年度に向けて、関係者との調整を行い、特定健診受診の翌年に必要に応じて受診する特定健診の詳細健診の項目とすることも含め、改めて検討する。</u></p>

項目	【健診・保健指導の在り方に関する検討会(健康局)】 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)＜平成24年4月13日＞	【保険者による健診・保健指導等に関する検討会(保険局)】 第二期特定健康診査等実施計画期間に向けての特定健診・保健指導の実施について(とりまとめ)＜平成24年7月13日＞
ポイント制	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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はポイント制を維持する。 ○ 保健指導の柔軟性を高めるために、<u>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。</u> ○ 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 特定保健指導を実施する現場の創意工夫をより重視する観点から、<u>積極的支援について、現行の180ポイントのポイント制は維持することとした上で、現在、支援A(計画の進捗状況の確認等)と支援B(励ましや賞賛)に分かれているプログラムについて、支援Aのみで180ポイントを達成してもよいこととする。</u>また、今後、特定保健指導の効果についてエビデンスを蓄積した上で、成果に着目した評価の可能性も含め、将来的な在り方を検討していく。
8 初回面接者と6か月後に評価を行う者との同一性	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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を原則とする考えを示した上で、<u>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。</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 特定保健指導の実施率向上の観点から、健診受診日に初回面接を開始することを推進するために初回面接者と6ヶ月後評価者が同一人でない場合を認めることも有効と考えられる。 ○ この実施にあたっては、チーム・組織としての統一的な評価方法が確保されていることが必要なため、<u>基本的には同一機関内において、十分な情報共有が行われているなどの一定の要件の下に、初回面接と6ヶ月後の評価は同一者でなくてもよいこととし、情報共有の方法等については、今後、実務担当者によるワーキンググループで検討を行うこととする。</u>
血圧・喫煙のリスクに着目した初回面接の在り方	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>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。</u> ○ 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、<u>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。</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 原則として特定保健指導を保険者が直営で行っている場合について、<u>健診受診日に血液検査の結果がない2年目の特定保健指導対象者(前年度の特定保健指導利用者であって、当該年度に継続して特定保健指導対象者となった者)への特定保健指導の実施について、一定の柔軟化を行うこととし、その実施方法の詳細については、実務担当者によるワーキンググループにおいて検討を行うこととする。</u>

特定保健指導におけるICT（情報通信技術）を活用した遠隔面談について

1 制度の現状

- 特定保健指導の「動機付け支援」「積極的支援」は、初回時に医師、保健師又は管理栄養士の面接（個別又はグループ）による直接の指導の下に行動計画を策定することとされており、ICT（情報通信技術）を活用して、インターネット等を介して指導を受けることは想定されていない。
- 「積極的支援」の継続支援の1単位（5分間の支援）あたりのポイント数は、例えば個別支援（直接面談）Aで20ポイント（上限120ポイント）、電話支援Aで15ポイント（上限60ポイント）として算定され、テレビ電話による支援は電話支援として扱われている。

2 規制・制度改革の要望内容

- ① 特定保健指導の初回面談について、ICTを活用した遠隔面談を可能とすべき。
- ② 「継続的な支援」において遠隔面談を直接面談と同じポイントとすべき。

3 閣議決定経緯

- **H22.6.18 規制・制度改革に係る対処方針【閣議決定】**
特定健診に基づく保健指導におけるICT（情報通信技術）を活用した遠隔面談については、実証データ等を収集した上で、対面での指導内容等との差異を検証し、制度の見直しについて検討する<平成23年度中に結論>
- **H24.11.30 日本再生加速プログラム【閣議決定】**
特定健診に基づく保健指導においてICT（情報通信技術）を活用した遠隔面談を可能とするよう制度の見直しを行う。<平成24年結論、平成24年度措置>

4 見直しの方向性【案】について

- 特定保健指導の「動機付け支援」及び「積極的支援」の初回時の支援は、対象者を生活習慣改善に向けた行動に向かわせるための鍵となる重要な機会であるため、引き続き保健指導実施者が直接対象者と対面して実施することを原則とする。
- その一方、一定の条件の下でICTの活用による遠隔保健指導により初回時の支援（個別支援に限る。）を行うことを認め、その上で、遠隔保健指導の効果検証に資するため、その結果について報告を徴収、蓄積し、分析を行うこととする。

標準的な健診・保健指導プログラム 新旧対照表

【第1編 標準的な健診・保健指導のプログラムの考え方】

標準的な健診・保健指導プログラム(確定版) (平成19年4月)	改訂案
<p>第1編 健診・保健指導の理念の転換</p> <p>【目次】</p> <p>第1章 <u>新たな健診・保健指導の方向性</u></p> <p>第2章 <u>新たな健診・保健指導の進め方（流れ）</u></p> <p>第3章 <u>保健指導実施者が有すべき資質</u></p>	<p>第1編 標準的な健診・保健指導プログラムの考え方</p> <p>【目次】</p> <p>第1章 <u>生活習慣病対策のための標準的な健診・保健指導の方向性</u></p> <p>第2章 <u>健診・保健指導の進め方（流れ）</u></p> <p>第3章 <u>健診・保健指導事業に関わる者が有すべき資質</u></p>

【本資料の留意事項】（資料2-1～4共通）

- ・加筆修正している部分には下線を引いている。
- ・内容の面から新規と考えられる部分には網掛けしている。
- ・移動した部分や削除した部分についてはその旨コメントを付記している。

第1章 新たな健診・保健指導の方向性

(1) これまでの健診・保健指導の現状と課題

国は、昭和53年からの「第一次国民健康づくり対策」、昭和63年からの「第二次国民健康づくり対策」を経て、平成12年からは「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」として、健康づくり施策を推進してきた。

それとともに、健康診断、健康診査（健診）については、医療保険各法に基づき医療保険者が行う一般健診や、労働安全衛生法に基づき事業者が行う健診、老人保健法に基づき市町村が行う健診として実施されてきた。

これまで、生活習慣病に関する一次予防、二次予防施策を推進してきたが、「健康日本21」の中間評価における暫定直近実績値からは、糖尿病有病者・予備群の増加、肥満者の増加（20～60歳代男性）や野菜摂取量の不足、日常生活における歩数の減少のように健康状態及び生活習慣の改善が見られない、もしくは悪化している現状がある。

厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会の「今後の生活習慣病対策の推進について」（中間とりまとめ）〔平成17年9月15日〕において、

- 生活習慣病予備群の確実な抽出と保健指導の徹底が不十分
- 科学的根拠に基づく健診・保健指導の徹底が必要
- 健診・保健指導の質の更なる向上が必要
- 国としての具体的な戦略やプログラムの提示が不十分
- 現状把握・施策評価のためのデータの整備が不十分

などが生活習慣病対策を推進していく上での課題として挙げられており、このような課題を解決するために、これまでの活動成果を踏まえ、新たな視点で生活習慣病対策を充実・強化することになったのである。

第1章 生活習慣病対策のための標準的な健診・保健指導の方向性

1-1 特定健診・保健指導の導入の経緯と生活習慣病対策の今後の方向性

(1) 国民健康づくり運動の流れ

国は、昭和53年からの「第一次国民健康づくり対策」及び昭和63年からの「第二次国民健康づくり対策」を経て、平成12年からは「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」を策定し、生活習慣病に関する一次予防・二次予防に重点を置いて数値目標を設けた健康づくり施策を推進してきた。

また、健康診断や健康診査（以下「健診」という。）については、医療保険各法に基づき医療保険者が行う一般健診や、労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）に基づき事業者が行う定期健診等、老人保健法（昭和57年法律第80号）に基づき市町村が行う健診などが実施されてきた。

一方で、健康日本21中間報告書（平成19年4月）において、糖尿病有病者・予備群の増加、20～60歳代男性における肥満者の増加、野菜摂取量の不足、日常生活における歩数の減少など、健康状態及び生活習慣の改善が認められない、もしくは悪化しているといった実態が明らかとなった。

(2) 生活習慣病対策への提言

厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会の「今後の生活習慣病対策の推進について」（中間とりまとめ）〔平成17年9月15日〕において、

- 生活習慣病予備群の確実な抽出と保健指導の徹底が不十分
- 科学的根拠に基づく健診・保健指導の徹底が必要
- 健診・保健指導の質の更なる向上が必要
- 国としての具体的な戦略やプログラムの提示が不十分
- 現状把握・施策評価のためのデータの整備が不十分

などが生活習慣病対策を推進していく上での課題として挙げられた。このような課題を解決するためには新たな視点で生活習慣病対策を充実・強化することが必要であるとの考え方が共有され、平成20年4月より特定健康診査・特定保健指導（以下「特定健診・保健指導」という）が導入される契機となった。

(3) 健康日本21から健康日本21（第二次）への展開

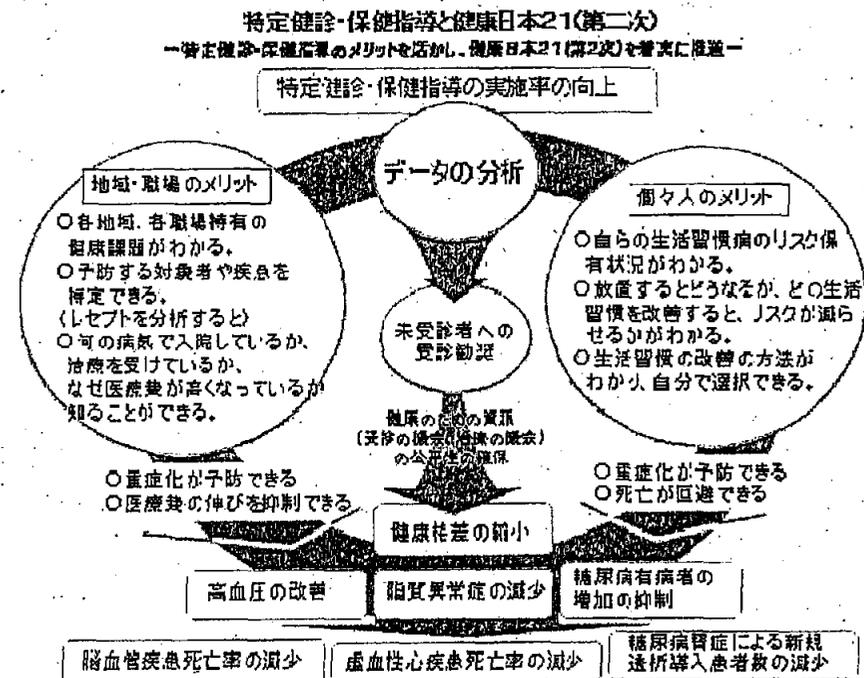
平成23年10月の健康日本21最終評価においては、メタボリックシンドロームを認知している国民の割合の増加や80歳で20歳以上の自分の歯を有する人の増加等、目標に達した項目もあった。一方で、中間評価と同様に、糖尿病有病者・予備群の増加、20～60歳代男性における肥満者の増加、野菜摂取量の不足、日常生活における歩数の減少のように、健康状態及び生活習慣の改善が認められない、もしくは悪化している項目があり、今後一層の生活習慣病対策の充実が必要との指摘がなされた。

さらに、国民健康づくり運動については、平成25年4月から新たに健康日本21（第二

次)を開始することとなり、健康寿命の延伸や健康格差の縮小をはじめ、生活習慣の改善や社会環境の整備などに関し、計53項目にわたる具体的な目標項目が設定された。これをもとに、平成34年度までの10年の期間で、地方自治体をはじめ、関係団体や企業などと連携しながら、取組を進めていくこととしている。

図1に示すとおり、特定健診・保健指導の実施率の向上を図りつつ、分析に基づく取組を実施していくことは、健康日本21（第二次）を着実に推進し、ひいては社会保障制度を持続可能なものとするために重要である。特に、データの分析を行うことで、個人や各地域・職場において、解決すべき課題や取組が明確となり、それぞれにメリットが生じる。こうしたメリットを活かした具体的取組を実施することで、高血圧の改善、糖尿病有病者の増加の抑制や脂質異常症の減少、さらに虚血性心疾患・脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少、糖尿病腎症による新規透析導入の減少に結びつけていくことも可能となり、さらには、未受診者への受診勧奨などを通じ、健康格差の縮小に寄与することも可能となる。なお、特に関連する目標項目を表1に示す。

図1 特定健診・保健指導と健康日本21（第二次）



標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

--

改訂案

表1 健康日本21（第二次）における特定健診・保健指導に関連した数値目標

項目	現状	目標
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）	脳血管疾患 男性 49.5、女性 26.9 虚血性心疾患 男性 36.9、女性 15.3 （平成22年）	脳血管疾患 男性 41.6、女性 24.7 虚血性心疾患 男性 31.8、女性 13.7 （平成34年度）
②高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下）	男性 138mmHg 女性 133mmHg （平成22年）	男性 134mmHg 女性 129mmHg （平成34年度）
③脂質異常症の減少	総コレステロール 240mg/dl以上の者の割合 男性 13.8%、女性 22.0% LDLコレステロール 160mg/dl以上の者の割合 男性 8.3%、女性 11.7% （平成22年）	総コレステロール 240mg/dl以上の者の割合 男性 10%、女性 17% LDLコレステロール 160mg/dl以上の者の割合 男性 6.2%、女性 8.8% （平成34年度）
糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数の減少	16,247人 （平成22年）	15,000人 （平成34年度）
糖尿病治療継続者の割合の増加	63.7% （平成22年）	75% （平成34年度）
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）	1.2% （平成21年度）	1.0% （平成34年度）
糖尿病有病者の増加の抑制	890万人（平成19年）	1,000万人（平成34年度）
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	1,400万人 （平成20年度）	平成20年度と比べて25%減少（平成27年度）
特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	特定健康診査の実施率 41.3% 特定保健指導の実施率 12.3% （平成21年度）	平成25年度から開始する第二期医療費適正化計画に合わせて設定 （平成29年度）

(2) これからどのように変わるのか

今般の「医療制度改革大綱」（平成17年12月1日 政府・与党医療改革協議会）を踏まえ、「生活習慣病予防の徹底」を図るため、平成20年4月から、高齢者の医療の確保に関する法律により、医療保険者に対して、糖尿病等の生活習慣病に関する健康診査（以下、「特定健診」という。）及び特定健診の結果により健康の保持に努める必要がある者に対する保健指導（以下、「特定保健指導」という。）の実施を義務づけることとされた。また、「医療制度改革大綱」における政策目標は、平成27年度には平成20年と比較して糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群を25%減少させることとしており、中長期的な医療費の伸びの適正化を図ることとされた。

この政策目標を達成するためには、医療保険者が効果的・効率的な健診・保健指導を実施する必要があることから、標準的な健診・保健指導プログラム、健診・保健指導データの管理方策、健診・保健指導の委託基準等の在り方を整理することが重要である。また、健診項目や保健指導の標準化により事業の評価が可能となるよう見直しを行うことも必要である。さらに、医療保険者が特定健診・特定保健指導の結果に関するデータを管理することにより、生涯を通じた健康管理が実施できるようになることも必要である。

1-2 特定健診・保健指導制度とは

(1) 高齢者医療確保法に基づく特定健診・保健指導

「医療制度改革大綱」（平成17年12月1日 政府・与党医療改革協議会）において、平成27年度には平成20年と比較して糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群を25%減少させることが政策目標として掲げられ、中長期的な医療費の伸びの適正化を図ることとされた。この考え方を踏まえ、生活習慣病予防の徹底を図るため、平成20年4月から、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「高齢者医療確保法」という。）により、医療保険者に対して、内臓脂肪等に着目した生活習慣病に関する健康診査（以下「特定健診」という。）及び特定健診の結果により健康の保持に努める必要がある者に対する保健指導（以下、「特定保健指導」という。）の実施が義務づけられた。

この政策目標を達成するためには、医療保険者が効果的・効率的な健診・保健指導を実施する必要があることから、標準的な健診・保健指導プログラムが作成された。

なお、健康日本21（第2次）における生活習慣に起因する疾病としては主としてがん、循環器疾患、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患であるが、この「標準的な健診・保健指導プログラム」においては、運動・食事・喫煙などに関する不適切な生活習慣が引き金となり、肥満、血糖高値、血圧高値、動脈硬化症から起こる虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病合併症等で、保健指導により発症や重症化が予防でき、保健指導の成果を健診データなどの客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としている。

(2) 健康増進法に基づく健診・保健指導と特定健診・保健指導との関係

成人の健康の維持向上・回復を目的とした保健指導（栄養指導を含む。以下同じ。）は、医師法（昭和22年法律第201号）、保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）、栄養士法（昭和22年法律第245号）、高齢者医療確保法、健康増進法（平成14年法律第103号）、労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）、健康保険法（大正11年法律第70号）等にその法律上の根拠を有する。また、健康増進事業実施者は、健康教育、健康相談その他国民の健康の増進のために必要な事業を積極的に推進するよう努めなければならないことが健康増進法第4条に定められている。これらの規定により、医療保険者も、被保険者や被扶養者に対する健診・保健指導を含めた保健事業にも積極的に取り組むことが求められていると言える。

特定健診・保健指導は、こうした保健事業のうち、高齢者医療確保法に基づき医療保険者の義務を明確にしたものであるということに留意されたい。

なお、健診・保健指導の実施に当たっては、高齢者医療確保法以外の関係各法に規定する健診や事業の活用を考慮するとともに、市町村、事業主、医療保険者においては、健康課題の分析結果に基づき、利用可能な社会資源を活用した積極的な保健事業の展開が望まれる。

(3) 標準的な健診・保健指導プログラムの特徴

糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の減少という観点から、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の概念を導入した標準的な健診・保健指導プログラムの構築が必要である。具体的には、科学的根拠に基づき健診項目の見直しを行うとともに、生活習慣病の発症・重症化の危険因子（リスクファクター）の保有状況により対象者を階層化し、適切な保健指導（「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」）を実施するための標準的な判定の基準を導入することとしており、健診により把握された保健指導の対象者に対し、個々人の生活習慣の改善に主眼をおいた保健指導が重点的に行われることとなる。

標準的な健診・保健指導プログラムでは、健診結果及び質問項目により、対象者を生活習慣病のリスク要因の数に応じて階層化し、リスク要因が少ない者に対しては、生活習慣の改善に関する動機づけを行うこととし、リスク要因が多い者に対しては、医師、保健師、管理栄養士等が積極的に介入し、確実に行動変容を促すことをめざす。そして、対象者が健診結果に基づき自らの健康状態を認識した上で、代謝等の身体のメカニズムと生活習慣（食習慣や運動習慣等）との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、行動変容に結びつけられるようにするものである。さらに、現在リスクがない者等に対しても、適切な生活習慣あるいは健康の維持・増進につながる必要な情報提供を行う。

保健指導を行う際には、対象者のライフスタイルや行動変容のステージ（準備状態）を把握した上で、対象者自らが実行可能な行動目標を立てることを支援することが必要である。

また、健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導や個々人の健診結果を読み解き、ライフスタイルを考慮した保健指導を行うための具体的な学習教材等についても検討を行った。

さらに、医療保険者においては、各種データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施するとともに、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群減少のアウトカム¹（結果）評価が可能なデータ分析の手法について検討した。

¹アウトカム：成果・評価。対象者の健康状態への効果、知識の普及、健康行動、保健医療サービス満足度等。

また、本プログラムは、医療保険者が義務として実施する特定健診及び特定保健指導（以下、「特定健診・保健指導」という。）の対象者である40歳から74歳を主たる対象としてとりまとめられたものである。このうち、65歳から74歳の高齢者については、地域支援事業（介護予防）の対象ともなっていることから、その連携方策について示した。なお、75歳以上の後期高齢者についても、健診・保健指導の在り方、地域支援事業（介護予防）との連携方策についても検討を行った。

記載重複
→ 削除

第1編 1-4(4)②へ移動

第2編 2-2(2)③へ移動

記載重複のため削除

過去の状況に関する記載のため削除

1-3 標準的な健診・保健指導プログラムの位置づけ

本プログラムは、高齢者医療確保法に基づく特定健診・保健指導を中心に、健康増進法に基づき生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するにあたり、健診・保健指導に関わる医師、保健師、管理栄養士等^{※1}や事務担当者を含めた当該事業に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものである。

なお、特定健診・保健指導を実施する際に医療保険者（あるいは委託先となる健診・保健指導機関）として留意すべき点については、「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」（平成〇年〇月厚生労働省保険局）を参照されたい。

また、本プログラムは、医療保険者が義務として実施する特定健診・保健指導の対象年齢である40歳から74歳までの者を主たる対象として記載している。65歳以上の高齢者については、地域支援事業（介護予防）の対象者でもあることに留意されたい。

(4) 今後の健診・保健指導

1) 健診・保健指導の重点の変化

老人保健事業では、健診の受診率を上げることに重点が置かれ、健診後の保健指導を実施しているところでも、保健指導は付加的な役割に留まっていたきらいがある。また、職域保健では、健診は行われていたが一部の事業所を除いて十分な保健指導が行われていなかった。

しかしながら、最近では、生活習慣病予備群に対する生活習慣への介入効果についての科学的根拠が国際的に蓄積してきており、我が国においても国保ヘルスアップ事業等において生活習慣病予備群に対する効果的なプログラムが開発されてきた。さらに、メタボリックシンドロームの診断基準が示され、内臓脂肪型肥満に着目した保健指導の重要性が明らかになったところである。このため、今後の健診・保健指導は、“保健指導”に重点を置いたものとなる。

2) 健診・保健指導の目的

これまでの健診・保健指導は、個別疾病の早期発見、早期治療が目的となっており、そのため、健診後の保健指導は「要精検」や「要治療」となった者に対する受診勧奨を行うこと、また、高血圧、高脂血症、糖尿病、肝臓病などの疾患を中心とした保健指導を行ってきた。

今後の健診・保健指導は、内臓脂肪型肥満に着目し、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を行い、糖尿病等の有病者・予備群を減少させることが目的となる。

※1：平成29年度末まで暫定的に、一定の実務経験がある看護師についても保健指導を行うことができる。「一定の実務経験」とは、平成20年4月現在において、1年以上、医療保険者が保健事業として実施する生活習慣病予防に関する相談及び教育の業務又は事業主が労働者に対して実施する生活習慣病予防に関する相談及び教育の業務に従事した経験を指す。

1-4 健診・保健指導の基本的な考え方

(1) 保健指導への重点の変化

かつて、市町村で実施されていた老人保健事業では、健診のアウトプット（参加人数、実施回数など）を充実することに重点が置かれ、健診後の保健指導を実施しているところでも、保健指導は付加的な役割に留まっていた。また、事業の評価につながる分析が十分にはなされていなかったとの指摘がある。

近年、生活習慣病予備群に対する生活習慣への介入効果についての科学的根拠が国際的に蓄積され、我が国においても国保ヘルスアップ事業をはじめとして生活習慣病予備群に対する効果的な介入プログラムが開発されてきた。さらに、日本内科学会等の内科系8学会合同でメタボリックシンドロームの診断基準が示され、内臓脂肪型肥満に着目した保健指導の重要性が明確化された。こうした状況を踏まえ、現在の健診・保健指導は、内臓脂肪型肥満に着目した上で、生活習慣病の危険因子の数に応じて階層化された保健指導対象者に対し、個々の生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を重視するものとなっている。

なお、内臓脂肪型肥満に着目した保健指導を行うのは、標準化された保健指導を一律に実施する際には内臓脂肪型肥満に着目することが効果的かつ効率的であるとの知見があるためであるが、こうした保健指導の考え方によって非肥満者に対する保健指導の重要性が低下するわけではないことに留意されたい。

(2) 健診・保健指導の目的

過去の状況に関する記載のため削除

現在の健診・保健指導は、主として内臓脂肪型肥満に着目し、健診によって保健指導対象者を抽出して対象者のもつ危険因子の数に応じた個別の保健指導を行うことで、その要因となっている生活習慣を改善し、生活習慣病予防を行うことを目的としている。

また、集団全体については、データに基づいて健康課題を明確化しながら PDCA（計画（Plan）⇒実施（Do）⇒評価（Check）⇒改善（Action））サイクルを意識した保健事業を展開していくことで、生活習慣病の有病者・予備群を減少させることを目的としている。

生活習慣病は自覚症状がないまま進行するため、健診は個人が生活習慣を振り返る絶好の機会と位置づけ、行動変容につながる保健指導を行う。

3) 保健指導の対象者

市町村では健診の事後指導として健康相談や健康教育が行われているが、参加できない住民も多く、一部の「要指導」者に対してのみ保健指導が行われていた。また、事業所では健診後の保健指導は一部の大企業では全員を対象として行われていたが、多くの中小企業では要指導者のみ又はほとんど指導が行われていないという状況であった。また、「要治療」や「要精検」となった者の治療状況について確認する手段が限られていたことから、これらの者の把握が困難であった。

今後は、医療保険者が健診・保健指導を行うことから、健診受診者全員に対して、必要性に応じた保健指導が行われることになる。具体的には、健診結果及び質問項目から生活習慣病のリスクに応じて階層化し、「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」の保健指導を行う。

第2編 第3章2)から移動

また、医療保険者は、保健指導の実施状況や、「要治療」や「要精検」となった者の治療状況が把握できることから、保健指導が必要な対象者を把握することは容易になる。

(3) 健診

生活習慣病は自覚症状がないまま進行するため、健診は対象者個人が自らの健康状態を理解して生活習慣を振り返る絶好の機会と位置づけることができる。

健診では、適切な条件で所定の検査を実施した上で、健診結果を速やかに対象者に通知する。その際、対象者に自らの生活習慣等の問題点を発見・意識させ、療養及び疾病予防に効果的につながるよう、経年変化を分かりやすく表示したり、どのような疾患のリスクが高まるのかを分かりやすく説明したり、生活習慣の具体的な改善方法を解説したりするなど、対象者本人に対して健診結果やその他必要な情報の提供（フィードバック）を工夫して行うことが求められる。

また、健診を受診した結果、医療機関において専門的な治療を速やかに開始すべき者が見いだされる場合がある。そうしたケースでは特に、対象者がその健診結果を十分に理解できるよう支援し、確実な受診勧奨を行うとともに、実際に医療機関での受診に至ったかどうかの確認を行うことも必要である。

詳細は第2編第2章を参照されたい。

(4) 保健指導

①対象者

過去の状況に関する記載のため削除

健診・保健指導については、健診受診者全員に対して情報提供を行うほか、健診結果及び質問項目から生活習慣病のリスクに応じて選定・階層化し、必要性に応じた保健指導が行われる。具体的には、腹囲等を第一基準として、血糖・血圧・脂質・喫煙のリスクが重複している者を保健指導の対象とし、保健指導として「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」を行う。服薬中の者については、医療保険者が保健指導を行うことは義務ではないが、きめ細かな生活習慣改善支援や治療中断防止の観点から、主治医と連携した上で保健指導を行うことができる。

また、医療保険者は、保健指導の実施状況や受診勧奨を行った者の治療継続状況を確認し、検査結果の異常の程度が著しいために受診勧奨されたにも関わらず受診していなかったり治療を中断していたりする者等を把握することができる。こうしたデータの活用により、重点的な保健指導対象者の選定に役立てることが望ましい。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）
<p>4) 保健指導の内容 これまで、健診後の保健指導は、健診結果を通知しパンフレットなどを使用して一般的な情報提供をする保健指導や、高血圧、糖尿病等の病態別の保健指導が行われていた。 今後、健診後の保健指導は、<u>内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）に着目した生活習慣の改善に重点を置いた指導を行う。</u>具体的には、健診結果から本人が身体状況を理解し、生活習慣改善の必要性を認識でき、行動目標を自らが設定し実行できるよう、<u>個人の行動変容をめざした保健指導を行う。</u>保健指導は、<u>対象者の考えや行動変容のステージ（準備状態）を考慮し、個別性を重視した保健指導が行われることになる。</u></p>
<p>第1編第1章（3）から移動</p>
<p>5) 保健指導の方法 地域保健では、<u>老人保健事業として病態ごとの健康教育や健康相談において、集団及び個人に対する相談・指導が行われていたが、疾患の理解とその予防方法を指導する傾向が強かった。</u>老人保健事業第4次計画からは個別健康教育が導入され、<u>個人の行動変容を促す事業が開始されたが、この事業は「要指導」者のごく一部の対象者に実施されていたものであった。</u> また、<u>職場保健では、産業医や保健師等による健康支援が行われ、個人の行動変容を促す取り組みが行われていたが、このような保健指導の実施は大企業などのごく一部の事業所に留まっていた。</u> <u>現在、個人の行動変容に着目した生活習慣病予防プログラムの開発が先進的な地域や圏域で行われていることから、今後は、これを基にした保健指導プログラムの標準化を図り、全ての医療保険者において行動変容を促す保健指導が行われることになる。</u> 健診受診者全員に対して、生活習慣改善の必要性に応じた保健指導の階層化を行い、保健指導としては、「情報提供」のみ、個別面接を含んだ「動機づけ支援」、3ヶ月から6ヶ月程度の支援プログラムの「積極的支援」を行う。 <u>そして、保健指導が終了した後も対象者が継続して健康的な生活習慣が維持できるように、社会資源の活用やポピュレーションアプローチによる支援が行われる。</u></p>

改訂案
<p>②内容 過去の状況に関する記載のため削除</p> <p>保健指導は、<u>主にメタボリックシンドロームに着目し、対象者の個別性を重視して、生活習慣の改善に重点を置いた指導を行う。</u>具体的には、<u>危険因子が多い者に対しては、医師、保健師、管理栄養士等が積極的に介入し、確実に行動変容を促す。</u>その結果、<u>対象者が、健診結果に基づき自らの健康状態を認識した上で、代謝等の身体のメカニズムと生活習慣（食生活や運動習慣、喫煙習慣、飲酒習慣等）との関係を理解し、生活習慣の改善を自ら選択し、実行可能な行動目標を立てて、行動変容に結びつくようにする。</u></p>
<p>③方法 過去の状況に関する記載のため削除</p> <p>健診受診者全員に対して、生活習慣改善の必要性の度合いに応じて、<u>すなわち、危険因子の数に基づいて階層化を行い、保健指導としては、「情報提供」のみ、個別面接を含んだ「動機づけ支援」又は3ヶ月から6ヶ月程度の支援プログラムの「積極的支援」のいずれかを行う。</u>特定保健指導としては、このうち「動機づけ支援」又は「積極的支援」のいずれかを行う。 <u>保健指導が終了した後も、対象者が健康的な生活習慣を維持し、さらなる改善に取り組めるよう、社会資源を活用したポピュレーションアプローチによる支援を行う。</u></p>

6) 健診・保健指導の評価

健診結果は健康課題を分析するための重要な情報源であるが、積極的な活用が十分にされず、保健事業の実施回数や参加人数によって評価されてきた。このため、健診や保健指導の成果や医療費に対する影響などのアウトカム（結果）評価ではなく、アウトプット²（事業実施量）評価であったため、保健事業の改善につながりにくかった。

今後、健診や保健指導の結果は医療保険者が管理することになることから、アウトプット（事業実施量）評価に加え、アウトカム（結果）評価やプロセス³（過程）評価を含めた総合的な評価が行われることになる。このような評価により、健診・保健指導の事業全体を改善する仕組みをつくることができ、また、健診・保健指導のデータとレセプトとの突合が可能になることから、健康課題を明確にした戦略的な取り組みが可能となる。

7) 実施体制

地域保健では、老人保健法に基づき市町村の衛生部門が保健事業を実施しており、健診は都市部においては医療機関に委託されている場合が多いが、保健指導はほとんど市町村において、市町村保健師、管理栄養士等が関係者の協力を得て直接実施してきた。

職域では健診は委託されている場合が多いが、保健指導は一定規模以上の事業所では、事業所や健康保険組合に所属する産業医や保健師等が行い、また、専門職がない事業所の場合は、総合健保組合や社会保険健康事業財団、地域産業保健センター等が実施してきたが、すべての事業所において実施されてこなかったことから、実施体制は事業所間の格差が大きい状況であった。

今後、健診・保健指導は、標準化されたプログラムに基づき、医療保険者が実施することになるが、特定保健指導の対象者は少なくないことが予測されていることから、保健指導についても事業者への委託が進むことが想定されている。

市町村では国保部門が衛生部門との連携の下に、健診・保健指導を実施することになり、対象者の多い地域では事業者と協働した体制で保健指導が行われることが予想される。

また、専門職がない事業所においては、保健指導を充実させるために事業者への委託が進むものと思われる。

(5) 健診・保健指導の評価

過去の状況に関する記載のため削除

健診・保健指導の結果は、対象集団の健康課題を分析するための重要な情報源である。健診・保健指導のデータを医療保険者が管理することで、アウトプット^{*1}（事業実施量）評価に加え、アウトカム^{*2}（結果）評価やプロセス^{*3}（過程）評価を含めた総合的な評価を行うことができる。このような評価により、健診・保健指導の事業全体を改善する仕組みづくりや健診・保健指導のデータとレセプトとの突合が可能になることから、健康課題を明確にした戦略的な取り組みを実施することができる。

※1 アウトプット：事業実施量。実施された事業におけるサービスの実施状況や業務量。

※2 アウトカム：成果・評価。対象者の健康状態への効果、知識の普及、健康行動、保健医療サービスの満足度等。

※3 プロセス：過程。保健医療従事者の活動（情報収集、問題分析、目標設定、事業の実施状況等）及び対象者の活動（サービス・事業に対する満足度、継続率、完遂等）。

(6) 実施体制

過去の状況に関する記載のため削除

医療保険者は、特定健診・保健指導を含めた保健事業の質や量を確保する必要があるが、各医療保険者の規模や置かれている状況は様々であり、適切なアウトソーシングの活用も含め、それぞれにあった実施体制を構築し、取り組みを進めることが有効である。

地域では、健診・保健指導の効率的な実施等のため、市町村は国保部門・衛生部門・介護部門間の連携強化を図るとともに、対象者の多い地域では医師会やアウトソーシング事業者と協働した体制づくりなどが考えられる。

職域では、事業所や医療保険者に所属する産業医や保健師等の専門職を中心とした体制の構築や、健診機関や適切なアウトソーシング事業者への委託などが考えられる。特に職域に

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

そして、ポピュレーションアプローチの展開による環境整備や、ITを活用した機器や支援ツールの開発、種々の施設などの社会資源を有効に活用した体制が整備されることになる。

2 アウトプット：事業実施量。実施された事業におけるサービスの実施状況や業務量。

8 プロセス：過程。保健医療従事者の活動（情報収集、問題分析、目標設定、事業の実施状況等）及び対象者の活動（サービス・事業に対する満足度、継続率、完遂等）。

改訂案

においては、事業主の協力により保健指導が受けやすくなるとともに、保健指導の効果が上がることが予想される。そこで医療保険者は保健指導の推進に当たって、積極的に事業者の協力を得ることが望まれる。

記載重複のため削除

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための
健診・保健指導の基本的な考え方について

旧

	これまでの健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導
特徴	プロセス(過程)重視の保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療
内容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数
実施主体	市町村

最新の科学的知識と、課題抽出のための分析

行動変容を促す手法

	これからの健診・保健指導
	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
	結果を出す保健指導
	内臓脂肪型肥満に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、行動変容につながる保健指導を行う
	自己選択と行動変容 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、行動変容につなげる
	健診受診者全員に対し、必要に応じて、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」を行う
	健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個々の健診結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
	アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
	医療保険者

標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)(平成19年4月)

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための
健診・保健指導の基本的な考え方について

新

	かつての健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導
特徴	プロセス(過程)重視の保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療
内容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数
実施主体	市町村

最新の科学的知識と、課題抽出のための分析

行動変容を促す手法

	現在の健診・保健指導
	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
	結果を出す保健指導
	内臓脂肪型肥満に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、行動変容につながる保健指導を行う
	自己選択と行動変容 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、行動変容につなげる
	健診受診者全員に対し、必要に応じて、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」を行う
	健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個々の健診結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
	アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
	医療保険者

改訂案

第2章 新たな健診・保健指導の進め方（流れ）

(1) 計画の作成

健診・保健指導計画作成のために、各種データ分析（男女別・年代別の健診結果、有所見状況、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）該当者・予備群数及びリスクの重複状況、対象となる被保険者数・被扶養者数及び過去の健診受診者数・未受診者数等の把握、医療費データ（レセプト等）、要介護度データ等）を行い、集団の特性や健康課題を把握し、具体的な目標を定めた年次計画を策定し、毎年の健診・保健指導事業を実施していくことが必要である。

また、未受診者等に対する支援方法についても、集団特性に併せ、創意工夫をし、計画の中に盛り込んでいくことが必要である。

2) 健診の実施、保健指導対象者の選定・階層化

第2章 健診・保健指導の進め方（流れ）

2-1 計画の作成

健診・保健指導計画作成のために、各種データ^{※1}の分析を行い、集団の特性（地域や職場の特性）や健康課題を把握し、具体的な目標を定めた年次計画を策定し、毎年の健診・保健指導事業を実施する。

健診項目としては、集団の特性や健康課題に応じて健診検査項目を設定することとなるが、特定健診については基本的な健診の項目の実施が必須となっていることに留意する。また、保健指導についても、どのような者に優先すべきか、集団の特性や健康課題に応じて設定する。特定健診・保健指導においては、医療保険者はこうしたことを踏まえて各期の特定健診等実施計画を策定する必要がある。

また、健診未受診者等に対する支援方法についても、集団特性に合わせ、創意工夫をし、受診率向上のための具体策を計画の中に盛り込むことが重要である。

※1 男女別・年代別の健診結果、有所見状況、メタボリックシンドローム該当者・予備群数及びリスクの重複状況、対象となる被保険者数・被扶養者数及び過去の健診受診者数・未受診者数等の把握、医療費データ（レセプト等）、要介護度データ等。

2-2 健診の実施と健診結果やその他必要な情報の提供（フィードバック）

健診対象者に対して、健診受診を促す。その際、望ましい条件下（空腹時採血等）で健診が受診されるよう、事前の情報提供を行う。

健診の実施に際しては、プライバシーに配慮した検査環境を整えた上で、適切な検査手技に基づき検査を実施する。また、医師が詳細な検査を要すると判断した者については、受診者本人に丁寧にその必要性を説明した上で、円滑に当該検査を受けられるよう配慮する。

各種検査値の測定に当たっては、検査の精度管理及び検体管理を適切に行う。

健診実施後は、全ての健診受診者に対し、速やかに健診結果やその他必要な情報の提供（フィードバック）を行う。生活習慣病は自覚症状を伴うことなく進行することから、検査結果が示唆する自らの健康状態を全ての健診受診者が理解できるよう、通知の様式や通知方法を工夫してフィードバックを行うことが求められる。特に、専門的な治療を開始する必要がある者に対しては、病状を十分に理解できるよう支援した上で、確実に受診勧奨を行う。詳細は第2編第2章を参照されたい。

健診結果及び質問項目を基に保健指導対象者の選定・階層化を行うことが必要である。保健指導の対象者は、健診受診者すべてであるが、保健指導の必要性の度合いによって階層化を行う。階層化は、①「情報提供」のみを行う、②「情報提供」に加え「動機づけ支援」を行う、③「情報提供」に加え「積極的支援」を行う、の3段階に区分して、保健指導を実施する。

(3) 保健指導

健診結果及び質問項目により階層化された対象者に、適切な保健指導（「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」）を行うことが必要である。

(4) 評価

健診・保健指導の結果を基に、ストラクチャー¹（構造）評価（実施体制、施設・設備の状況）、プロセス（過程）評価（健診・保健指導実施者の研修等）、アウトプット（事業実施量）評価（実施回数、参加人数等）、アウトカム（結果）評価（糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群の減少数、健診データの改善、健康度の改善効果、医療費の適正化効果等）を行い、次年度の健診・保健指導計画につなげることが必要である。

¹ ストラクチャー：構造。健診・保健指導を実施する際の構成因子。物的資源（施設、設備、資金等）、人的資源（職員数、職員の資質等）、組織的資源（スタッフ組織、相互検討の仕組み、償還制度等）。

2-3 保健指導対象者の選定・階層化と保健指導

所定の基準に基づき階層化を行い、保健指導の必要性の度合いに応じて、すなわち生活習慣病の危険因子の数に応じた保健指導対象者の選定・階層化を行う。その結果、対象者は、①「情報提供」のみを行うレベル、②「情報提供」及び「動機づけ支援」を行うレベル、③「情報提供」及び「積極的支援」を行うレベル、の3種類に区分される。このうち、医療保険者の義務である特定保健指導の対象者は、上記②、③のレベルの対象者から服薬中の者を除いた者である。

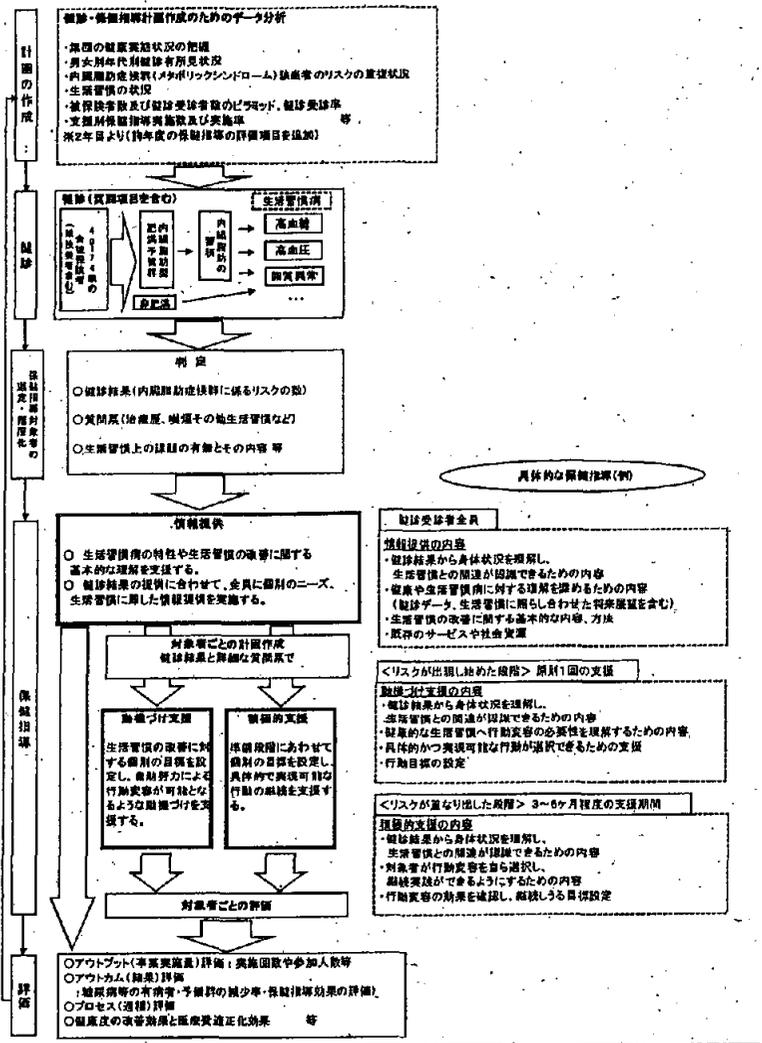
階層化された保健指導対象者に対し、個別に適切な保健指導を行う。この際、特定保健指導（「動機づけ支援」及び「積極的支援」）の対象とならない者に対しても、個々のリスク等の状況に応じ、必要な支援を行うことが重要である。

2-4 評価

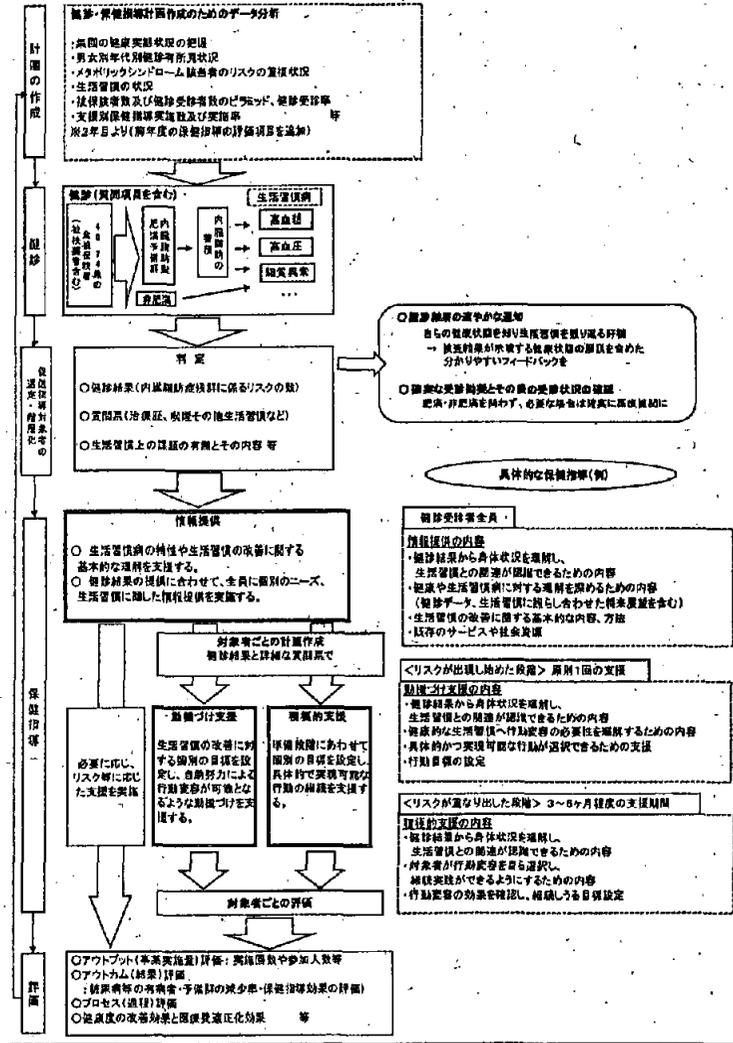
健診・保健指導の結果を基に、ストラクチャー^{*}（構造）評価（実施体制、施設・設備の状況）、プロセス（過程）評価（健診・保健指導実施者の研修等）、アウトプット（事業実施量）評価（実施回数、参加人数等）、アウトカム（結果）評価（糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群の減少数、健診データの改善、健康度の改善効果、医療費の適正化効果等）を行い、次年度の健診・保健指導計画につなげることが必要である。

^{*} ストラクチャー：構造。健診・保健指導を実施する際の構成因子。物的資源（施設、設備、資金等）、人的資源（職員数、職員の資質等）、組織的資源（スタッフ組織、相互検討の仕組み、償還制度等）。

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導プログラムの流れ（イメージ）



内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導プログラムの流れ（イメージ）



第3章 保健指導実施者が有すべき資質

医療保険者が「健診・保健指導」事業を実施することとなり、本事業に関わる医師・保健師・管理栄養士等は新たな能力を開発することが求められる。それは、効果的・効率的な事業の企画・立案ができ、そして事業の評価ができる能力である。

また、保健指導に当たっては対象者の身体の状態に配慮しつつ行動変容に確実につなげる支援ができる能力を獲得する必要がある。

(1) 「健診・保健指導」事業の企画・立案・評価

医療保険者に所属している医師・保健師・管理栄養士等は、「健診・保健指導」事業の企画・立案や評価を行い、効果的な事業を実施する役割があることから、以下のような能力を習得する必要がある。

1) データを分析し、優先課題を見極める能力

健診・保健指導を計画的に実施するためには、まず健診データ、医療費データ（レセプト等）、要介護度データ、地区活動等から知り得た対象者の情報などから地域特性、集団特性を抽出し、集団の優先的な健康課題を設定できる能力が求められる。

具体的には、医療費データ（レセプト等）と健診データの突合分析から疾病の発症予防や重症化予防のために効果的・効率的な対策を考慮することや、どのような疾病にどのくらい医療費を要しているか、より高額にかかる医療費の原因は何か、それは予防可能な疾患なのか等を調べ、対策を考慮することが必要である。

※ レセプト分析をすることにより、糖尿病やその合併症がいかに多いか、医療費が多くかかっているか等が明らかになることにより、医療費適正化のための疾病予防の重要性を認識し、確実な保健指導に結びつけることが必要である。

※ 対象者の生活習慣を把握することで、目標達成に向けて何が解決すべき課題で、どこに優先的な予防介入が必要であるかという戦略を立てることが重要である。

第3章 健診・保健指導事業に関わる者が有すべき資質

効果的・効率的な健診・保健指導事業を実施するために、医師、保健師、管理栄養士等や事務担当者を含めた当該事業に関わる者は、事業の企画・立案から事業の実施、評価に至るまでの一連のプロセスを行う能力が求められる。

また、個別の保健指導の実施者は、対象者の身体及び精神状態、背景、価値観等に配慮しつつ、行動変容に確実につなげるような支援ができる能力を獲得する必要がある。

3-1 事業の企画・立案・評価を担う者が有すべき資質

医療保険者に所属している医師、保健師、管理栄養士等や事務担当者を含めた健診・保健指導事業に関わる者は、その事業の企画・立案や評価を行い、効果的な事業を実施する役割があることから、以下のような能力を習得する必要がある。

(1) データを分析し、優先課題を見極める能力

健診・保健指導を計画的に実施するためには、まず健診データ、医療費データ（レセプト等^{※1}）、要介護度データ、地区活動等から知り得た対象者の情報などから、対象集団の特性（地域や職場の特性）を抽出し、対象集団の優先的な健康課題を設定できる能力^{※2}が求められる。

例えば、医療費データ（レセプト等）と健診データの突合分析から、その対象集団に比較的多い疾病の発症予防や重症化予防のために効果的・効率的な対策を考慮することや、どのような疾病にどのくらい医療費を要しているか、より高額な医療費がかかる原因疾患は何か、それは予防可能な疾患なのか等を調べ、対策を考慮する能力が必要となる。

また、データの電子化に伴い、突合分析においては適切に電子データを処理する技術が必要である。

※1、レセプト分析をすることにより、糖尿病等の生活習慣病やその合併症である脳卒中や心筋梗塞などがいかに多いか、医療費がいかに多くかかっているか等を明らかにできる。それにより、医療費適正化のための疾病予防の重要性を認識し、的確な保健指導に結びつけることができる。

※2 対象集団の検査データの傾向や生活習慣上の課題を把握することで、集団に関する目標達成に向けて何が解決すべき課題で、どこに優先的な予防介入が必要であるかという戦略を立てることが重要である。

2) 健診・保健指導の企画・調整能力

保健指導の対象者の増加が予測される中、「動機づけ支援」及び「積極的支援」を行う体制を整備することが必要であり、既存の保健指導に関する社会資源を効率的に活用するとともに、事業者等を含めた保健指導の体制を構築する能力が求められる。

また、個人に着目した保健指導を行うのみでなく、地域・職域にある様々な保健活動や関連するサービスと有機的に連動できるような保健指導体制の構築を行っていくことが求められることから、地域・職域連携推進協議会や保険者協議会を活用し、医療保険者・関係機関・行政・NPO等との密接な連携を図り、協力体制をつくることや、地域に必要な社会資源を開発するなど、多くの関係機関とのコーディネートができる能力が求められる。

一方、積極的支援の対象者が多い場合、効率的に健診・保健指導を実施し、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群減少の目標を達成するために、過去の健診結果等も十分に加味し、発症・重症化する恐れのある人を、優先的に抽出していく能力も必要となる。

健診受診率、保健指導実施率向上のための効果的な方策の企画能力も求められる。

3) 保健指導の委託に関する能力

健診・保健指導を事業者へ委託する場合は、委託基準に基づき健診・保健指導を実施する機関を選定していくこととなるが、その際には、費用対効果が高く、結果の出る事業者を選択し、医療保険者として健診・保健指導の継続的な質の管理を行う能力が求められる。

具体的には、保健指導を委託する際に、医療保険者は委託する業務の目的、目標や範囲を明確にし、これらに合致した事業者の状況を確認した上で、選定する必要がある。また、保健指導の質を確保するためには、委託基準や詳細な仕様書を作成する必要があり、実際の委託契約においては、金額のみで契約が行われることがないよう、費用対効果を念頭に置いて保健指導の内容を評価し、契約にその意見を反映させるなど、適切な委託を行うための能力も必要である。

また、委託後、適切に業務が行われているかモニタリング¹し、想定外の問題がないか情報収集を行い、問題がある場合にはできるだけ早急に対応する能力も求められる。

¹ モニタリング：変化を見逃さないよう、続けて測定、監視すること。

(2) 健診・保健指導の企画・調整能力

対象集団の特性（地域や職場の特性）を踏まえた健診項目の選定や、受診勧奨した者が確実に受診したかどうかの確認を行う体制を含め、効果的に健診・保健指導を行う体制を整備することが必要である。そのためには、保健指導に関する既存の社会資源を効率的に活用するとともに、健診等業務を受託する事業者等を含めた保健指導の連携・協力体制を構築する能力が求められる。

また、個人に着目した保健指導を行うのみでなく、地域・職域にある様々な保健活動や関連するサービスと有機的に連動させた保健指導体制の構築を行っていくことが求められる。そのため、地域・職域連携推進協議会や保険者協議会を活用し、医療保険者・関係機関・行政・NPO等との密接な連携を図り、協力体制をつくることや、地域に必要な社会資源を開発するなど、多くの関係者間のコーディネートができる能力が求められる。

一方、積極的支援の対象者が多い場合、効率的に健診・保健指導を実施し、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群減少の目標を達成するために、過去の健診結果等も十分に加味し、発症・重症化する恐れの特¹に高い対象者を、優先的に抽出していく能力も必要となる。

健診受診率、保健指導実施率向上のための効果的な方策の企画能力も求められる。

(3) 健診・保健指導の委託に関する能力

健診・保健指導を事業者へ委託する場合は、委託基準に基づき健診・保健指導の実施機関を選定していくこととなる。

保健指導を委託する際には、委託する業務の目的、目標や範囲を明確にした上で、費用対効果が高く、結果の出る事業者を選択し、健診・保健指導の質の管理を継続的に行う能力が求められる。

また、保健指導の質を確保するためには、委託基準や詳細な仕様書を作成する必要があり、実際の委託契約においては、金額のみの観点から契約が行われることがないよう、費用対効果を念頭に置いて保健指導の内容を評価し、契約にその意見を反映させるなど、適切な委託を行うための能力も必要である。

また、委託後、適切に業務が行われているかモニタリング[※]し、想定外の問題がないか情報収集を行い、問題がある場合にはできるだけ早急に対応する能力も求められる。

※ モニタリング：変化を見逃さないよう、続けて測定、監視すること。

4) 評価能力

これからの保健指導は、成果を確実にあげることが求められることから、健診・保健指導の結果を基に、アウトカム（結果）評価など各種評価を行い、次年度の企画・立案につなげることができる能力が必要である。

評価の方法等は第3編に詳述しているのでここでは触れないが、保健指導の効果の評価ができるような実行可能な評価計画を立て、その結果を分析解釈して課題を明確にし、現在のシステム改善について具体的に提案できる能力が求められる。

また、健診結果及び質問項目による対象者の選定が正しかったか、対象者に必要な保健指導が実施されたか等を評価し、保健指導の技術を向上させていくことが必要である。

5) 保健指導の質を確保できる能力

保健指導の質を保ち、効果的な保健指導が行われるよう、保健指導場面への立ち会い、対象者の評価等から保健指導実施者の技能を評価するとともに、質の向上のための保健指導実施者に対する研修の企画や事例検討の実施など人材育成を行う能力も求められる。

6) 保健指導プログラムを開発する能力

保健指導に係る新しい知見や支援方法に関する情報を収集し、また実際の保健指導場面での対象者の反応や保健指導の評価に基づいて、定期的に保健指導プログラムを見直し、常に有効な保健指導プログラムを開発していく能力が求められる。

(4) 事業の事後評価を行う能力

保健指導は、成果を確実にあげることが求められることから、健診・保健指導の結果を基に、アウトカム（結果）評価など各種評価を行い、次年度の企画・立案につなげることができる能力が必要である。

評価の方法等は第3編に詳述しているのでここでは触れないが、保健指導の効果の評価ができ実行可能な評価計画を立て、その結果を分析して課題を明確にし、現行の健診・保健指導システムの改善について具体的に提案できる能力が求められる。

また、健診結果及び質問項目による対象者の選定が正しかったか、対象者に必要な保健指導が実施されたか等を評価し、保健指導の技術を向上させていくことが必要である。

(5) 保健指導の質を確保できる能力

保健指導の質を保ち、効果的な保健指導が行われるよう、保健指導場面への立ち会いや対象者の満足度等から保健指導実施者の技能を評価するとともに、質の向上のための保健指導実施者に対する研修の企画や事例検討の実施など、人材育成に取り組む能力も求められる。

(6) 保健指導プログラムを開発する能力

保健指導に係る新しい知見や支援方法に関する情報を収集し、また実際の指導場面での対象者の反応や保健指導実施者に対する評価に基づいて、定期的に保健指導プログラムを見直し、常により効果的な保健指導プログラムを開発していく能力が求められる。

(2) 対象者に対する健診・保健指導

健診後の保健指導は、医療保険者に所属する医師、保健師、管理栄養士等が実施するのみではなく、アウトソーシング先の事業者も実施することになる。いずれも効果的な保健指導を実施することが求められることから、以下のような能力の習得が必要である。

なお、医師、保健師、管理栄養士等は、それぞれの養成課程における教育内容が異なり、新たに習得すべき能力に差があることから、研修プログラムを組む際にはこの点を考慮する必要がある。

1) 健診結果と生活習慣の関連を説明できる能力

健診結果から現在の健康状態を把握した上で、対象者に対し、食事・運動などの問題（摂取エネルギー過剰、運動不足）による代謝の変化（高血糖、中性脂肪高値などの変化で可逆的なもの）が血管の変化（動脈硬化等の不可逆的なもの）になるという進行段階をしっかりと押さえ、健診結果の内容を十分に理解し、納得できる説明を実施する能力が必要である。

内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）、糖尿病、高脂血症、動脈硬化等の機序・病態と健診データを本人の生活習慣と結びつけて対象者に分かりやすく説明し、行動変容を促すことができる最新の知識・技術を習得し、さらに研鑽し続けることが必要である。

※ 高血糖状態など、糖尿病等になる前の段階で早期に介入し、保健指導により行動変容につなげていくことで、疾病の発症予防を行うべきであり、また、糖尿病等になり合併症を発症した場合でも、医療機関と連携し、保健指導を継続することで更なる重症化予防の支援を行うべきである。

※ 実際に重症化した人などの治療状況や生活習慣等を把握することにより、なぜ疾病発症、重症化が予防できなかったのか考える必要がある。なぜ予防できなかったかを検証することにより、医療機関との連携や保健指導において対象者の行動変容を促す支援の技術の向上につながる。

2) 対象者との信頼関係の構築

保健指導は、対象者が自らの健康問題に気づき、自分自身で解決方法を見出していく過程を支援することにより、対象者が自らの状態に正面から向かい合い、それに対する考えや気持ちをありのままに表現することでセルフケア（自己管理）能力が強化されると考えられる。この過程の支援は、初回面接において対象者と支援者との信頼関係を構築することが基盤となることから、受容的な態度を身につけること、また継続的な支援においては、適度な距離をもって支援できる能力が必要である。

3-2 健診・保健指導実施者が有すべき資質

保健指導は、医療保険者等に所属する医師、保健師、管理栄養士等が実施するのみではなく、アウトソーシング先の事業者も実施する。いずれも効果的な保健指導を実施することが求められるため、その所属を問わず、保健指導実施者として以下のような能力の習得が必要である。

なお、医師、保健師、管理栄養士等は、それぞれの養成課程における教育内容が異なり、新たに習得すべき能力に差があることから、研修プログラムを構成する際にはこの点を考慮する必要がある。

(1) 健診結果と生活習慣の関連を説明でき行動変容に結びつけられる能力

健診結果から現在の健康状態を把握した上で、対象者に対し、摂取エネルギー過剰、運動不足などの食習慣・運動習慣・喫煙習慣・飲酒習慣等の問題による代謝の変化（血糖高値、脂質異常などの変化で可逆的なもの）が血管の変化（動脈硬化等の不可逆的なもの）になるという発症や重症化のメカニズムをしっかりと押さえ、対象者が納得できるような説明する能力が必要である^{※1}。

こうした説明を分かりやすく行い、対象者が自らの健康状態を認識し行動変容につなげられるよう、最新の知識・技術を習得し、集団のデータを分析・考察することを通じて常に研鑽し続けることが必要である^{※2}。

※1 例えは高血糖状態など、糖尿病になる前の段階で早期に介入し、保健指導により行動変容につなげていくことで、疾病の発症予防を行うべきである。また、糖尿病になり合併症を発症した場合でも、医療機関と連携し、保健指導を継続することで更なる重症化予防の支援を行うべきである。

※2 実際に重症化した人などの治療状況や生活習慣等を把握することにより、なぜ疾病の発症、重症化が予防できなかったのか考える必要がある。なぜ予防できなかったかを検証することにより、医療機関との連携や保健指導において対象者の行動変容を促す支援技術の向上につながる。

(2) 対象者との信頼関係を構築できる能力

保健指導においては、対象者が自らの健康問題に気づき、自分自身で解決方法を見出していく過程を支援することにより、対象者が自らの状態に正面から向かい合い、それに対する考えや気持ちをありのままに表現することでセルフケア（自己管理）能力が強化されると考えられる。この過程の支援は、初回面接において対象者と支援者との信頼関係を構築することが基盤となることから、受容的な態度で対象者に接すること、またその後の支援においては、適度な距離を保ちつつ継続的に支援できる能力が必要である。

3) アセスメント

健診結果から対象者の身体状況と生活習慣の関連を判断し、また、対象者の年齢、性格、現在までの生活習慣、家庭環境、職場環境等の把握、そして行動変容の準備状態や、健康に対する価値観などから、総合的にアセスメントできる能力が必要である。そのためには、健診データを経年的に見て、データの異常値を、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）や対象者の生活習慣と関連づけて考えられる能力が新たに求められている。また、行動変容のステージ（準備状態）や健康に対する価値観を把握し、その状態にあった保健指導方法が判断できる能力が求められる。

4) 相談・支援技術

①カウンセリング的要素を取り入れた支援

セルフケア（自己管理）のためには、対象者自身が行動の目標や方法を決めることが前提となる。このためには、一方的に目標や方法を提示するのではなく、カウンセリング的要素を取り入れることで、対象者自身が気づき決定できるようなかわりを行う能力が必要である。

②行動療法、コーチング²等の手法を取り入れた支援

対象者が長い年月をかけて形成してきた生活習慣を変えることは、容易なことではなく、また、対象者の認識や価値観への働きかけを行うためには、行動療法、コーチング等に係る手法についても学習を行い、対象者や支援者に合った保健指導の方法を活用することが必要である。また、これらの手法の基礎となっている理論についても一定の知識を得ておく必要がある。

²コーチング：相手の本来持っている能力、強み、個性を引き出し、目標実現や問題解消する

(3) 個人の生活と環境を総合的にアセスメントする能力

健診結果から対象者の身体状況と生活習慣の関連を判断し、対象者の年齢、性格、現在までの生活習慣、家庭環境、職場環境等の把握、行動変容の準備状態、健康に対する価値観などから、対象者の健康課題を総合的にアセスメントできる能力が必要である。そのためには、健診データを経年的に見て、データの異常値をメタボリックシンドロームや対象者の生活習慣と関連づけて考えられる能力が求められる。また、行動変容のステージ（準備状態）や健康に対する価値観を把握し、対象者の状態にあった保健指導方法を判断できる能力が求められる。

(4) 安全性を確保した対応を考えることができる能力

健診の検査結果、問診結果、健診時の医師の判断をもとに病態を適切に判断し、受診勧奨、保健指導その他の方策について適切に判断できる能力が求められる。

特に、検査結果が著しく不良な対象者や整形外科的疾患等で治療中の者等については、保健指導対象者となった場合であっても、運動強度等について考慮する必要があるため、健康づくりのための身体活動基準【P】を参照するとともに主治医と連携を図る等、適切に対応する。

また、精神疾患等で治療中であることが判明した場合には、対象者の了解を得た上で必要に応じて主治医に相談し、保健指導への参加の可否や、実際に保健指導を行う際の留意点等を確認すること等により、保健指導から脱落しないように努めることが望ましい。なお、主治医に相談する場合には、保健指導の目的や具体的な実施方法を記した書面を提示し、医師が参加の可否等を判断しやすいようにすることが望ましい。

(5) 相談・支援技術

①カウンセリング的要素を取り入れた支援

セルフケア（自己管理）では、対象者自身が行動目標や目標達成のための方法を決めることが前提となる。したがって、一方的に目標や方法を提示するのではなく、カウンセリング的要素を取り入れることで、対象者自身が気づき決定できるようなかわりを行う能力が必要である。

②認知行動療法、コーチング²等の手法を取り入れた支援

対象者が長い年月をかけて形成してきた生活習慣を変えることは、容易なことではない。対象者の認識や価値観への働きかけを行うためには、認知行動療法やコーチング等に係る手法についても学習を行い、対象者や支援者に合った保健指導の方法を活用することが必要である。また、これらの手法の基礎となっている理論についても、一定の知識を得て継続的に研鑽を積む必要がある。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

ために自発的行動を促すコミュニケーション技術。

③食生活や身体活動・運動習慣支援のための具体的な技術

対象者の知識や関心に対応した適切な支援方法を判断し実践することや、対象者の学習への準備状態を判断し、適切な食教育教材や身体活動・運動教材を選択又は作成して用いることができる能力が必要であり、また、対象者に対応した適切なコミュニケーション能力（表現力）が求められる。

第1編第3章(2) 5)、6)にあった内容の総論として記載。

5) 栄養・食生活についての専門知識

対象者の栄養状態や習慣的な食物摂取状況をアセスメントし、健診結果と代謝、食事内容との関係を栄養学等の科学的根拠に基づき、対象者にわかりやすく説明できる能力が必要である。その上で、食事摂取基準や食事療法の各種学会ガイドライン等の科学的根拠を踏まえ、対象者にとって改善しやすい食行動の具体的な内容を提案できる能力が必要である。その際には、対象者の食物入手のしやすさや食に関する情報入手のしやすさ、周囲の人々からのサポートの得られやすさなど、対象者の食環境の状況を踏まえた支援を提案できる能力が必要である。

6) 身体活動・運動習慣についての専門知識

運動生理学、スポーツ医科学、体力測定・評価に関する基礎知識を踏まえ、身体活動や運動の習慣と生活習慣病発症との関連において科学的根拠を活用し、対象者にわかりやすく説明できる能力が必要である。

特に、身体活動や運動の量、強度、種類に関する知識、運動のやり過ぎに伴う傷害に関する知識、そして対象者にどのように身体活動や運動習慣を獲得させるかを

改訂案

※1 コーチング：相手の本来持っている能力、強み、個性を引き出し、目標実現や問題解消するために自発的行動を促すコミュニケーション技術。

③個々の生活習慣の改善のための具体的な技術

栄養・食習慣や身体活動・運動習慣における課題、喫煙習慣・多量飲酒の習慣などについては、改善のための支援が必要である。そのためには、まず対象者の知識や関心に対応した適切な支援方法を判断し実践することや、対象者の学習への準備状態を判断し、適切な食教育教材や身体活動・運動教材を選択又は作成して用いることができる能力が必要であり、また、対象者に対応した適切なコミュニケーション能力（表現力）が求められる。

(6) 個々の生活習慣に関する専門知識をもち活用できる能力

科学的根拠に基づき、対象者にとって改善しやすい生活習慣の具体的な内容とその目標を提案できる能力が必要である。その際には、対象者の置かれた環境を踏まえた支援の提案や、国や自治体の事業や計画に関して情報提供できる能力が必要である。

また、個々の生活習慣は互いに関連しているため、対象者がおかれた状況を総合的に判断し、バランスを考慮した適切なアプローチを行うことが求められる。

①栄養・食習慣についての専門知識

対象者の栄養状態や習慣的な食物摂取状況をアセスメントし、健診結果と代謝、食事内容との関係を栄養学等の科学的根拠に基づき、対象者にわかりやすく説明できる能力が必要である。その上で、「日本人の食事摂取基準」や食事療法の各種学会ガイドライン等の科学的根拠を踏まえ、エネルギーバランス（食事によるエネルギー摂取量と身体活動・運動による消費量）も考慮し、対象者にとって改善しやすい食行動の具体的な内容を提案できる能力が必要である。その際には、対象者の食物の入手のしやすさや食に関する情報の入手のしやすさ、周囲の人々からのサポートの得られやすさなど、対象者の置かれた食環境の状況を踏まえた支援の提案や、国の健康日本 21（第二次）や自治体の健康増進計画に基づく栄養・食生活に関する目標について情報提供できる能力が必要である。また、②の身体活動・運動についての専門知識と合わせて、対象者により良い支援を提案できる能力が必要である。

②身体活動・運動についての専門知識

運動生理学、スポーツ医科学、体力測定・評価に関する基礎知識を踏まえ、身体活動・運動や運動習慣と生活習慣病発症との関連において科学的根拠を活用し、対象者にわかりやすく説明できる能力が必要である。

特に、身体活動や運動の量、強度、種類に関する知識や、誤った身体活動・運

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

工夫できる能力が求められる。

さらに、対象者の身体活動や運動の量を適切に把握し、体力の水準を簡便に評価する方法を身につけ、運動基準や運動指針に基づいた、個人にあった支援を提供できる能力も必要である。

7) 学習教材の開発

生活習慣の改善を支援するためには、保健指導の実施に際して、効果的な学習教材が必要であり、対象者のライフスタイルや行動変容の準備状態にあわせて適切に活用できる学習教材の開発が必要である。また、学習教材は科学的根拠に基づき作成することは当然であり、常に最新のものに更新していくことが必要である。

具体的には、実際に健診・保健指導を実施した対象者の具体的事例をもとに事例検討会などを実施することが必要であり、地域の実情に応じて保健指導の学習教材等を工夫、作成する能力が求められている。

改訂案

動の実施に伴う傷害に関する知識が求められるほか、対象者に応じた身体活動や運動習慣を獲得するための工夫を提案できる能力が求められる。

さらに、対象者の身体活動や運動の量を適切に把握し、体力の水準を簡便に評価する方法を身につけ、健康づくりのための身体活動基準【P】に基づく、個人に応じた支援の提供や、国の健康日本21（第二次）や自治体の健康増進計画に基づく身体活動・運動に関する目標について情報提供できる能力も必要である。また、①の栄養・食習慣についての専門知識と合わせて、対象者により良い支援を提案できる能力が必要である。

③たばこについての専門知識

対象者の喫煙状況や禁煙の意志をアセスメントし、喫煙が健康に及ぼす影響、禁煙が健康にもたらす効果、禁煙方法等について、9学会による禁煙ガイドライン（2010年改訂版）等の科学的根拠に基づき、対象者の特性に合わせて分かりやすく説明し、禁煙を支援できる能力が必要である。喫煙が健康に及ぼす影響については、喫煙が独立した循環器疾患や糖尿病のリスク因子であるとともに、メタボリックシンドロームやその他の生活習慣病に喫煙が重なるとう虚血性心疾患や脳血管疾患のリスクが著しく高まることを説明する必要がある。なお、厚生労働省では平成18年5月に禁煙支援マニュアルを公表しており、〇年〇月にはその改訂版が公表される（P）ので、参考資料として活用されたい。第3編第3章3-4（4）⑥も参照されたい。

④アルコールについての専門知識

アルコールによる身体的・精神的及び社会的な影響に関する知識を持ち、対象者が抱える困難に共感しつつ、問題点を分かりやすく説明し、行動変容へと結びつける姿勢が求められる。特に、生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている場合は、対象者の自発性を尊重しながら、科学的根拠に基づいた適正飲酒の具体策を提案できる能力が求められる。また、アルコール依存症が疑われる場合には、専門医療機関の受診の必要性を繰り返し説明し、受診に結び付けていく粘り強さが必要である。第3編第3章3-4（4）⑦も参照されたい。

(7) 学習教材を開発する能力

生活習慣の改善を支援するためには、保健指導の実施に際して、効果的な学習教材が必要である。そのため、対象者のライフスタイルにあわせて適切に活用できる学習教材を開発する能力が求められる。なお、このような学習教材は科学的根拠に基づき作成することが求められ、常に最新のものに更新することが望ましい。

具体的には、本プログラムを活用しつつ、他機関の教材に関する情報、実際に特定健診・保健指導を実施した対象者の具体的事例に基づく事例検討会などをもとに検討し、地域の実情に応じて保健指導の学習教材等を工夫、作成する能力が求めら

B) 社会資源の活用

行動変容のためには、個別での保健指導だけでなく、健康教室のような集団での教育や、身近な健康増進施設、地域の自主グループ等の活用を組み合わせることで、より効果が期待されることも多い。活用可能な社会資源の種類や、活用のための条件等について十分な情報収集を行い、地域・職域の資源を効果的に活用した支援ができる能力が必要である。

れている。

(8) 活用可能な社会資源に関する情報収集を行う能力

平成24年7月に改正された地域保健対策の推進に関する基本的な指針において、いわゆるソーシャル・キャピタル^{※1}の健康づくり等における重要性が示された。対象者の行動変容を支援する際にも、個別の保健指導だけでなく、健康教室のような集団での教育や、身近な健康増進施設、地域の自主グループ等の社会資源の活用を組み合わせることで、より効果が上がることが期待される。そのため、日頃から、活用可能な社会資源の種類や、活用のための条件等について十分な情報収集を行い、地域・職域の資源を効果的に活用した支援ができる能力が必要である。

※1 ソーシャル・キャピタル…地域に根ざした信頼や社会規範、ネットワークといった社会関係資本。「人と人との絆」「人と人との支え合い」に潜在する価値を意味している。

標準的な健診・保健指導プログラム 新旧対照表

【第2編 健診】

標準的な健診・保健指導プログラム(確定版) (平成19年4月)	改訂案
<p>第2編 健診</p> <p>第1章 <u>内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)に</u> 着目する意義</p> <p>第2章 健診の内容</p> <p>第3章 保健指導対象者の選定と階層化</p> <p>第4章 健診の精度管理</p> <p>第5章 健診データ等の電子化</p> <p>第6章 健診の実施に関するアウトソーシング</p> <p>第7章 <u>後期高齢者等</u>に対する健診・保健指導の在り方</p> <p>第8章 <u>健診項目及び保健指導対象者の選定方法の見直し</u></p>	<p>第2編 健診</p> <p>第1章 <u>メタボリックシンドローム</u>に着目する意義</p> <p>第2章 健診の内容</p> <p>第3章 保健指導対象者の選定と階層化</p> <p>第4章 <u>健診における各機関の役割</u></p> <p>第5章 健診データ等の電子化</p> <p>第6章 健診の実施に関するアウトソーシング</p> <p>第7章 <u>75歳以上の者および40歳未満の者</u>に対する 健診・保健指導の在り方</p>

第1章 内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）に着目する意義

平成17年4月に、日本内科学会等内科系8学会が合同でメタボリックシンドロームの疾患概念と診断基準を示した。

これは、内臓脂肪型肥満を共通の要因として、高血糖、脂質異常、高血圧を呈する病態であり、それぞれが重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高く、内臓脂肪を減少させることでそれらの発症リスクの低減が図られるという考え方を基本としている。

すなわち、内臓脂肪型肥満に起因する糖尿病、高脂血症、高血圧は予防可能であり、また、発症してしまった後でも、血糖、血圧等をコントロールすることにより、心筋梗塞等の心血管疾患、脳梗塞等の脳血管疾患、人工透析を必要とする腎不全などへの進展や重症化を予防することは可能であるという考え方である。

内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の概念を導入することにより、内臓脂肪の蓄積、体重増加が血糖や中性脂肪、血圧などの上昇をもたらすとともに、様々な形で血管を損傷し、動脈硬化を引き起こし、心血管疾患、脳血管疾患、人工透析の必要な腎不全などに至る原因となることを詳細にデータで示すことができるため、健診受診者にとって、生活習慣と健診結果、疾病発症との関係が理解しやすく、生活習慣の改善に向けての明確な動機づけができるようになると思われる。

第2章 健診の内容

(1) 健診項目（検査項目及び質問項目）

1) 基本的考え方

- 今後の新たな健診においては、糖尿病等の生活習慣病、とりわけ内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の該当者・予備群を減少させるため、保健指導を必要とする者を的確に抽出するための健診項目とする。
- また、質問項目は、①生活習慣病のリスクを評価するためのものであること、②保健指導の階層化と健診結果を通知する際の「情報提供」の内容を決定する際に活用するものであることという考え方に基づくものとする。
- なお、過去の健診項目との比較や健診実施体制の確保の容易性から、既に実施されてきている他の健康診断・健康診査等（介護保険法に基づく地域支援事業を含む）との関係について整理することが必要である。

第1章 メタボリックシンドロームに着目する意義

平成17年4月に、日本内科学会等内科系8学会が合同でメタボリックシンドロームの疾患概念と診断基準を示した。

これは、内臓脂肪型肥満を共通の要因として、高血糖、脂質異常症、高血圧を呈する病態であり、それぞれが重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高く、内臓脂肪を減少させることでそれらの発症リスクの低減が図られるという考え方を基本としている。

すなわち、内臓脂肪型肥満に起因する糖尿病、脂質異常症、高血圧は生活習慣の改善により予防可能であり、また、発症してしまった後でも、血糖、血圧等をコントロールすることにより、心筋梗塞等の虚血性心疾患、脳梗塞等の脳血管疾患、人工透析を必要とする腎不全などへの進展や重症化を予防することは可能であるという考え方である。

メタボリックシンドロームの概念を導入することにより、内臓脂肪の蓄積や体重増加が、血糖や中性脂肪、血圧などの上昇をもたらすとともに、様々な形で血管を損傷して動脈硬化を引き起こすことにより、虚血性心疾患、脳血管疾患、腎不全などに至る原因となることを詳細に示すことができる。そのため、健診受診者にとって、生活習慣と健診結果、疾病発症との関係が理解しやすく、生活習慣の改善に向けての明確な動機づけができるようになる。

第2章 健診の内容

2-1 健診項目（検査項目及び質問項目）

(1) 基本的考え方

- 糖尿病等の生活習慣病、とりわけメタボリックシンドロームの該当者・予備群を減少させるため、保健指導が必要な者を的確に抽出するための検査項目を健診項目とする。対象集団の特性（地域や職場の特性）を踏まえ、他の検査項目も必要に応じて追加することが望ましい。
- 標準的な質問項目は、①生活習慣病リスクの評価、②保健指導の階層化、③健診結果を通知する際の「情報提供」の内容の決定に際し、活用するものであるという考え方に基づくものとする。対象集団の特性を踏まえ、他の質問項目も必要に応じて追加することが望ましい。

過去の状況に関する記載のため削除

2) 具体的な健診項目

特定健康診査の項目のうち、「健診対象者の全員が受ける基本的な健診」と「医師が必要と判断した場合に選択的に受ける詳細な健診」の項目を以下のとおりとする(別紙1参照)。

①基本的な健診の項目

質問項目、身体計測(身長、体重、BMI、腹囲(内臓脂肪面積))、理学的検査(身体診察)、血圧測定、血液化学検査(中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール)、肝機能検査(AST(GOT)、ALT(GPT)、γ-GT(γ-GTP))、血糖検査(空腹時血糖又はHbA1c検査)、尿検査(尿糖、尿蛋白)

※ 血糖検査については、HbA1c検査は、過去1~3か月の血糖値を反映した血糖値のコントロールの指標であるため、保健指導を行う上で有効であるとともに、絶食による健診受診を受診者に対して、事前に通知していたとしても、食事を摂取した上で健診を受診することにより、必ずしも空腹時における採血が行えないことから、空腹時血糖とHbA1c検査の両者を実施することが望ましい。特に、糖尿病が課題となっている保険者にとっては、HbA1cを必ず行うことが望ましい。

②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、色素量〔ヘモグロビン値〕、ヘマトクリット値)のうち、一定の基準(別紙2)の下、医師が必要と判断したものを選択。

第2編第3章(2)4)から移動

③その他の健診項目

40~74歳を対象とする健康診査においては、それぞれの法令の趣旨、目的、制度に基づき、①の基本的な健診項目以外の項目を実施する。中でも、血清尿酸、血清クレアチニン検査、HbA1c等については、必要に応じ実施することが望ましい。

3) 質問項目

基本的な健診の項目に含まれる質問項目を別紙3とする。

第2編第1章(1)4)(参考)の内容をまとめて記載

(2) 具体的な健診項目

特定健診の項目として健診対象者の全員が受ける「基本的な項目」や医師が必要と判断した場合に選択的に受ける「詳細な健診の項目」等については、以下のとおりとする(別紙1参照)。

①特定健診の基本的な項目

質問項目、身体計測(身長、体重、BMI、腹囲(内臓脂肪面積))、理学的検査(身体診察)、血圧測定、血液化学検査(中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール)、肝機能検査(AST(GOT)、ALT(GPT)、γ-GT(γ-GTP))、血糖検査(空腹時血糖又はHbA1c検査)、尿検査(尿糖、尿蛋白)

※ 血糖検査については、HbA1c検査は、過去1~3か月の血糖値を反映した血糖値のコントロールの指標であるため、健診受診者の状態を把握するという点で、保健指導を行う上で有効である。また、絶食による健診受診を事前に通知していたとしても、対象者が食事を摂取した上で健診を受診する場合があります。必ずしも空腹時における採血が行えないことがあるため、空腹時血糖とHbA1c検査の両者を実施することが望ましい。特に、糖尿病が課題となっている医療保険者にとっては、HbA1cを必ず行うことが望ましい。なお、平成25年度からは従来のJDS値ではなく、NGSP値で表記する。また、NGSP値とJDS値は、以下の式で相互に正式な換算が可能である。

NGSP値(%) = 1.02 × JDS値(%) + 0.25%
JDS値(%) = 0.980 × NGSP値(%) - 0.245%

②特定健診の詳細な健診の項目

生活習慣病の重症化の進展を早期にチェックするため、詳細な健診として、心電図検査、眼底検査、貧血検査(赤血球数、ヘモグロビン値、ヘマトクリット値)のうち、一定の基準(別紙2)の下、医師が必要と判断した場合に選択的に実施する。なお、健診機関は、別紙2の基準を機械的に適用するのではなく、詳細な健診を行う必要性を個別に医師が判断することとし、その判断理由等を医療保険者に通知するとともに、受診者に説明する必要がある。

③その他の健診項目

特定健診以外の健康診査においては、それぞれの法令・制度の趣旨・目的や対象となる集団の特性(地域や職場の特性)を踏まえ、必要に応じて①の基本的な健診項目以外の項目を実施する。中でも、血清尿酸や血清クレアチニン等については検査を実施することが望ましい。

(3) 質問項目

特定健診の基本的な健診の項目に含まれる質問項目を別紙3とする。この質問項目は、従来の国民健康・栄養調査や労働安全衛生法における質問を踏まえて設定されたものである。選定・階層化に必要とされる質問項目1~3(服薬状況)、4~6(既往歴、現病歴)、8(喫煙習慣)は、特定健診における必須項目である。労働安全衛生法における健診結果等、他の健診結果を活用する場合、必須項目を確実に取得することが必要である。

なお、この質問項目への回答は、保健指導の際の重要な情報となる。

第2編第2章(2)の1)~2)を
まとめて記載

第2編第4章(1)~(3)を
まとめて記載

第2編第3章(1)の2)③から移動

第2編第2章(2)の3)~4)から移動

4) 項目の定期的な見直し

健診項目等の見直しを定期的に検討するシステムについては、厚生労働科学研究費補助金による研究班等を活用して、各学会の最新の知見に基づき、健診項目とするような体制の在り方について検討する。

第2編第8章(1)から移動

(4) 測定方法とその標準化

- 医療保険者は、複数の健診機関で実施された受診者の健診結果のデータを一元的に管理し、リスクの高い者から優先的に保健指導を実施していくことが必要である。そのため、共通した健診判定値の設定や検査項目毎の測定値の標準化が必要となる。
- 健診機関は検査の標準化により、保健指導判定値及び受診勧奨判定値の信頼性を確保する。
- 健診機関は、採血時間、検体の保存・運搬等に関して適切な配慮を行う。
- 血圧測定、腹囲計測の手技については別紙4を参照。
- 具体的な健診項目ごとの標準的な測定方法、判定基準については別紙5を参照。

(5) 測定値の精度管理

- 健診機関は、検査測定値について十分な精度管理を行うことが必要である。
- 内部精度管理、外部精度管理について、健診実施者は、「健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針」(平成16年厚生労働省告示第242号)(別紙●参照)における精度管理に関する事項に準拠して、精度管理を行うものとする。

①内部精度管理（健診機関内で同じ測定値が得られるようにすること）

健診機関内において、健診の実施における検体の採取・輸送・保存、測定、検査結果等について、管理者の配置等管理体制、実施手順、安全性の確保等の措置を講じるように努め、検査値の精度を管理する。

②外部精度管理（健診機関間でも同じ測定値が得られるようにすること）

日本医師会、日本臨床検査技師会、全国労働衛生団体連合会等が実施している外部精度管理事業を少なくとも1つは定期的に受け、検査値の精度が第三者によって管理されているようにする。

(6) 健診項目の判定値

- 各健診項目における保健指導判定値及び受診勧奨判定値は別紙5参照。
- これらの判定値は、メタボリックシンドローム、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の関係学会のガイドラインとの整合性を確保する必要がある。
- 国は、学会との連携の下、厚生労働科学研究費補助金による研究班等を活用して、最新の知見に基づく判定基準値とするよう定期的に検討する必要がある。

(7) 健診項目の定期的な見直し

効果的な健診・保健指導を実施するために、国は、従来の健診項目を踏襲するのではなく、生活習慣病の発症予防・重症化予防の効果等を踏まえ、厚生労働科学研究費補助金による研究班等を活用して、最新の科学的知見に基づき健診項目の有用性・必要性を定期的に見直すことが望ましい。尿検査や肝機能検査等、保健指導対象者の選定に用いられない項目や、導入が見送られている血清尿酸や血清クレアチニンなどの項目についても、その有効性、必要性について費用対効果を含め、対象集団の特性を踏まえて検証し、必要に応じて見直しを検討する必要がある。

（参考）現在の質問項目等について

① 老人保健法による保健事業における基本健康診査の質問項目（現在の症状、既往歴、家族歴、嗜好、過去の健康診査受診状況等）--具体的項目なし（※）

※ 65歳以上の者に対しては、介護予防のための生活機能評価に関する基本チェックリスト（25項目）が定められている。

② 老人保健法による保健事業における生活習慣病予防に関する健康度評価のための質問票

③ 労働安全衛生法における事業者健診における質問項目（業務歴、既往歴、自覚症状、他覚症状）--具体的項目なし

など、制度ごとに様々である。さらに、国民健康・栄養調査なども含め他の調査においても、質問内容が異なっている。

例えば、喫煙歴についての質問内容の違いは以下のとおり。

喫煙についての質問内容

（1）老人保健法による保健事業・健康度評価のための質問内容

- 1 現在の喫煙について 吸っている 過去に吸っていた 吸わない
- 2 吸い始めた年齢は () 歳
- 3 たばこをやめた年齢は () 歳
- 4 1日の喫煙本数は () 本

（2）多くの事業所等で使用されている質問内容（国民栄養調査（～H14）と同様）

「喫煙について」

- ① 以前から（ほとんど）吸わない
- ② 以前は吸っていたが今は吸わない
- ③ 現在喫煙している
- ④ ②、③に回答した場合→平均〇〇本（一日あたり）・喫煙歴〇〇年

※ 留意事項（「第5次循環器疾患基礎調査」より）

「以前から（ほとんど）吸わない」には、以前一時的に吸った経験があっても現在吸っていない者も含める。

「以前は吸っていたが今は吸わない」とは、以前一定期間以上（1年以上）吸っていた経験があり、現在吸わない者をいう。

（3）国民健康・栄養調査（H15～）の質問内容

- ・「あなたは、これまでにたばこを吸ったことがありますか。」
- 1 合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている（吸っていた）
 - 2 吸ったことはあるが合計100本未満で6ヶ月未満である
 - 3 まったく吸ったことがない

・「現在（この1ヶ月間）、あなたはたばこを吸っていますか。あてはまる番号を1つ選んで○印をつけてください。」

- 1 毎日吸う
- 2 ときどき吸っている
- 3 今は（この1ヶ月間）吸っていない

※ 「現在習慣的に喫煙をしている者」の定義は、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」のうち、現在（この1ヶ月間）「毎日吸う」又は「ときどき吸っている」者である。

まとめて第2編2-1(3)に移動

(2) 健診項目の測定値等の標準化

1) 基本的考え方

- 現行の健診では、健診の実施機関ごとに検査法、検査機器や試薬等の違いにより基準値、検査測定値や健診判定値が異なることもあり、異なる健診機関の間で一律に比較を行うことは困難である。
- 一方、今後の新たな健診では、医療保険者は複数の健診機関で実施された被保険者の健診結果のデータを一元的に管理し、リスクの高いものから優先的に保健指導をしていくことが必要となるため、共通の健診判定値の設定や健診検査項目毎の検査測定値の標準化が必要である。
- また、健診項目の判定基準値については、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）、糖尿病、高血圧症、高脂血症等の関係する学会のガイドラインとの整合性を確保することが必要であり、定められた判定基準値についても、学会との連携の下、定期的に見直しを行うシステムが必要である。

2) 具体的な標準化の内容

①血液検査

- 特定健診の血液検査8項目(下記)については、独立行政法人産業技術総合研究所等の協力を得て(※)、可能な限り、平成19年度末までに標準物質の開発を行い、検査の標準化を行うことができるようにする。
- ※ 標準物質は、測定値の精度の基準となるもので、基準となる測定法を用いて、精度な測定値が表示されている。この標準物質を用いて試薬キットの測定値の精度を合わせる。健診施設で行う検査は、このような試薬キットを用いて健診者の測定値を出す。その結果、同一の健診者は、どこかの健診施設で検査をしても同じ測定値が得られる。
- ※ 現在、特定非営利活動法人日本臨床検査標準協議会（JCCLS）、独立行政法人産業技術総合研究所等が連携し、臨床検査用の標準物質の開発を実施している。

【血液検査8項目】

脂質（①中性脂肪、②HDLコレステロール、③LDLコレステロール）
 肝機能（④AST（GOT）、⑤ALT（GPT）、⑥γ-GT（γ-GTP））
 その他（⑦空腹時血糖、⑧HbA1c）

- 健診機関は、標準化により、保健指導の必要性などの判断に用いる判定値である「健診判定値」の信頼性を確保することができる（例えば、HbA1cであれば、保健指導判定値5.2%及び受診勧奨判定値6.1%）。
- 健診機関は、検査測定値について十分な精度管理を行うことが必要である。

②血圧測定、腹囲計測

血圧測定、腹囲計測については、測定方法を統一するため、これまでの国民健康・栄養調査等で行われてきた測定手法をもとに検討を進めていく（別紙4）。

まとめて第2編第2章 2-1(4)へ移動

3) 学会ガイドラインとの整合性

内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）、糖尿病、高血圧症、高脂血症等の判定基準値については、これらに関する学会のガイドラインと整合性がとれたものとする。

4) 基準値等の定期的な見直し

健診判定基準値等の見直しを定期的に検討するシステムについては、厚生労働科学研究費補助金による研究班等を活用して、各学会の最新の知見に基づく判定基準値とするような体制の在り方について検討する。

※ 具体的な健診項目ごとの標準的な測定方法、判定基準については別紙5参照。

まとめて第2編第2章2-1(6)へ移動

元は第2編第3章(2)の
4)「その他」に記載あり

2-2 健診結果やその他必要な情報の提供（フィードバック）について

(1) 基本的な考え方

○生活習慣病は自覚症状を伴うことなく進行することが多い。健診における検査データは、対象者が自分自身の健康課題を認識して生活習慣の改善に取り組む貴重な機会である。こうした効果を最大化するためには、選定・階層化に用いられるか否かに関わらず、個々の検査データに関する重症度の評価を含めた健診結果やその他必要な情報について、健診受診後すみやかに全ての対象者に分かりやすく提供する（フィードバックする）ことが重要である。

○こうした情報提供は、生活習慣を改善または維持していくことの利点を感じ、対象者の行動変容を促す動機づけを目的として行うべきである。その上で、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情報が盛り込まれることが望ましい。また、こうしたフィードバックの効果を高めるためには、健診実施から結果通知までに期間を可能な限り短くすることが望ましい。

○特に、特定健診の結果、医療機関を受診する必要があると判断された者については、医療機関への受療行動に確実に結びつくようなフィードバックが必要である。具体的には、通知等の送付だけにとどめず、面接等により確実に医療機関を受診するよう促し、確実に医療につないだ上で、実際の受診状況の確認も含めて継続的に支援することが重要である。

(2) 具体的なフィードバックの内容

フィードバックはすべての健診受診者に対して行われるべきであるが、個々の健診結果によって伝える内容はそれぞれ異なる。そこで、検査項目毎に解説をした上で、経年変化も踏まえた総合判断の結果を通知することが望ましい。特に健康上の課題が大きい対象者については、健診受診後すみやかに保健指導実施者が対面で個別に説明することで、より大きな効果が上がることが期待される。

具体的には、別紙●の文例集を参考に、対象者個人のリスクの程度に応じて、可能な限りきめ細かく対応することが望ましい。

① 確実に医療機関受診を要する場合

検査結果に基づき、医療機関において速やかに治療を開始すべき段階であると判断された対象者については、確実に医療機関を受診し治療を開始することを支援する。特に、各健診項目において、早急に医療管理下におくことが必要な者は、特定保健指導の対象となる者であっても早急に受診勧奨を行う。服薬中でなければ特定保健指導の対象にはなり得るが、緊急性を優先して判断する必要がある。

治療中断中の場合、または受診に前向きな姿勢ではない場合には、必要性の説明に終わるのではなく、本人の考え方、受け止め方を確認、受療に抵抗する要因を考慮したうえ、認知を修正する働きかけが必要になる。また、「いつまでに」受診するかといった約束をすることや、受診した結果を連絡してほしいと伝えることで、対象者の中で受診に対する意識が高まり、受診につながることもある。

第2編第3章(2)の4)から移動

第1編第1章(3)より移動

第2編第3章(2)の4)から移動

② 生活習慣の改善を優先する場合

上記①ほど緊急性はないものの、検査データで異常値が認められ、生活習慣を改善する余地のある者には、特定保健指導の対象者・非対象者のいずれもが含まれ得る。こうした者へのフィードバックでは、どのようなリスクがどの程度高まる状態なのか、また、自らの生活習慣に関して具体的にどの点をどう改善するとよいのかといったポイントを適宜盛り込むことが望ましい。個別の対応としては、健診で認められた危険因子の重複状況や重症度を含めて対象者本人が自らの健康状態を認識できるように支援し、医師等とも相談した上で、まずは保健指導を行って生活習慣の改善を支援し、十分な改善がみられないようなら医療機関での受療を促すというきめ細かな方法も考えられる*。

なお、血圧及び喫煙については、虚血性心疾患や脳血管疾患の発症リスクとして重視すべき項目であるため、健診当日を含め、面接での対応を強化することが求められる。特に喫煙者に対しては、禁煙支援および積極的な禁煙外来の利用を促すことが望ましい。

(※) 受診勧奨判定値を超えた場合でも、1度高血圧（収縮期血圧140～159 mmHg、拡張期血圧90～99 mmHg）等であれば、服薬治療よりも、3か月間は生活習慣の改善を優先して行うことが一般的である。このとき、健診結果の通知でフィードバックされた内容を踏まえて生活習慣の改善に自ら取り組むという方法と、生活習慣の改善指導など必要な支援を保健指導として行う方法の2通りが考えられる。また、脂質異常症においても、一次予防（虚血性心疾患未発症者）ではまず3～6か月の生活習慣改善が必要であるとしている。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。

③ 健診データ上では明らかな問題がない場合

健診データ上、特段の問題が認められない者に対しては、その旨をフィードバックするとともに、今後起こり得るリスクを説明し、以降も継続して健診を受診することが重要であることを伝えることが望ましい。健診データが改善している場合には、本人の生活改善の努力を評価し、次年度も引き続き健康な状態で健診を受けるよう促すなど、ポジティブな対応が望まれる。

一方、検査データの異常はないが、喫煙者である等、生活習慣の改善の余地がある対象者に対しては、喫煙等による生活習慣病発症リスクの高さ等に言及した上で、生活習慣の改善を促すことが望ましい。

(3) 情報提供の際の留意事項

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や前日の飲酒の影響を大きく受けること等を考慮した上でフィードバックを行うことが求められる。

(4) 受診勧奨後のフォローアップ

医療機関を受診し薬物療法が開始された者について、その後も治療中断に至らないよう、フォローアップを行うことが望ましい。

第3章 保健指導対象者の選定と階層化

(1) 保健指導対象者の選定と階層化の基準

1) 基本的考え方

生活習慣病の予防を期待できる内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の選定及び階層化や、生活習慣病の有病者・予備群を適切に減少させることができたかを的確に評価するために、保健指導対象者の選定及び階層化の標準的な数値基準が必要となる。

2) 具体的な選定・階層化の基準

①内臓脂肪型肥満を伴う場合の選定

内臓脂肪蓄積の程度を判定するため、その基準として腹囲を用いるとともに、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の判定基準となる高血糖、高血圧等のリスクを評価する健診項目（血糖や血圧等の測定）を用いる。

②内臓脂肪型肥満を伴わない場合の選定

腹囲計測によって内臓脂肪型肥満と判定されない場合にも、高血糖、高血圧等のリスクを評価する健診項目（血糖や血圧等の測定）を基本的な健診として実施することにより、内臓脂肪型肥満を伴わない糖尿病、高血圧症等の個別の生活習慣病を判定することができるようにする。

③健診項目の判定基準

「健診項目の基準値等の標準化」については別紙5参照。

(2) 保健指導対象者の選定と階層化の方法

1) 基本的考え方

○ 内臓脂肪の蓄積により、心疾患等のリスク要因（高血圧、高血糖、脂質異常等）が増え、リスク要因が増加するほど心疾患等が発症しやすくなる。このため、保健指導対象者の選定は、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因の数に着目することが重要となる。

第2編第3章(1)の1)から移動

第2編第3章(1)の1)から移動

○ 内臓脂肪の蓄積を基本とし、リスク要因の数によって保健指導レベルを設定していくとともに、比較的若い時期（65歳未満）に生活習慣の改善を行った方が予防効果が期待できると考えられるため、年齢に応じた保健指導レベルの設定をしていく。

第3章 保健指導対象者の選定と階層化

第2編第3章(1)へ移動

重複した記載のため削除

第2編第3章(3)へ移動

第2編第2章2-1(6)へ移動

(1) 基本的考え方

○ 内臓脂肪の蓄積により、血圧高値・血糖高値・脂質異常等の危険因子が増え、リスク要因が増加するほど虚血性心疾患や脳血管疾患等を発症しやすくなる。効果的・効率的に保健指導を実施していくためには、予防効果が大きく期待できる者を明確にする必要があることから、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因の数に着目し、保健指導対象者の選定を行う。

○ 生活習慣病の予防を期待できるメタボリックシンドロームに着目した階層化や、生活習慣病の有病者・予備群を適切に減少させることができたかといった保健事業のアウトカムを評価するために、保健指導対象者の階層化に用いる標準的な数値基準が必要となる。

○ 比較的若い時期（65歳未満）に生活習慣の改善を行った方が予防効果を期待できると考えられるため、年齢に応じた保健指導レベルの設定を行う。

○ その際、効果的・効率的に保健指導を実施していくためには、予防効果が大きく期待できる者を明確にし、保健指導対象者を選定する。

○ 特定健診に相当する健診結果を提出した者に対しても、特定健診を受診した者と同様に、特定保健指導を実施する。

2) 具体的な選定・階層化の方法

ステップ1

○ 腹囲とBMIで内臓脂肪蓄積のリスクを判定する

- ・腹囲 M \geq 85cm、F \geq 90cm →(1)
- ・腹囲 M \leq 85cm、F \leq 90cm かつ BMI \geq 25 →(2)

※(1)、(2)以外の者への対応については、3)留意事項参照

ステップ2

○ 検査結果、質問票より追加リスクをカウントする。

○ ①～③は内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の判定項目、④はその他の関連リスクとし、④喫煙歴については①から③のリスクが1つ以上場合にのみをカウントする。

- 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未滿 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 130mmHg以上 又は
 - b 拡張期 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

※ 血糖検査については、HbA1c検査は、過去1～3か月の血糖値を反映した血糖値のコントロールの指標であるため、保健指導を行う上で有効であるとともに、絶食による健診受診者に対して、事前に通知していたとしても、食事を摂取した上で健診を受診することにより、必ずしも空腹時における採血が行えないことから、空腹時血糖とHbA1c検査の両者を実施することが望ましいが、空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合には、メタボリックシンドロームの診断基準として用いられている空腹時血糖を使用する。

第2編第3章(1)へ移動

○ 特定健診に相当する健診結果を提出した者に対しても、特定健診を受診した者と同様に、選定・階層化を行い、特定保健指導を実施する。

(2) 具体的な選定・階層化の方法

ステップ1（内臓脂肪蓄積のリスク判定）

○ 腹囲とBMIで内臓脂肪蓄積のリスクを判定する。

- ・腹囲 男性 85 cm以上、女性 90 cm以上 →(1)
- ・腹囲 (1)以外 かつ BMI \geq 25 kg/m² →(2)

ステップ2（追加リスクの数の判定）

○ 検査結果及び質問票より追加リスクをカウントする。

○ ①～③はメタボリックシンドロームの判定項目、④はその他の関連リスクとし、④喫煙歴については①から③までのリスクが1つ以上の場合にのみカウントする。

- ①血糖高値
 - a 空腹時血糖 100mg/dL以上 又は
 - b HbA1cの場合 5.6% (NGSP値) 以上 又は
 - c 薬剤治療を受けている場合（質問票より）
- ②脂質異常
 - a 中性脂肪 150mg/dL以上 又は
 - b HDL コレステロール 40mg/dL未滿 又は
 - c 薬剤治療を受けている場合（質問票より）
- ③血圧高値
 - 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

重複した記載のため削除

ステップ3

ステップ1、2から保健指導レベルをグループ分け

(1)の場合

①～④のリスクのうち

追加リスクが	2以上の対象者は	積極的支援レベル	
	1の対象者は	動機づけ支援レベル	
	0の対象者は	情報提供レベル	とする。

(2)の場合

①～④のリスクのうち

追加リスクが	3以上の対象者は	積極的支援レベル	
	1又は2の対象者は	動機づけ支援レベル	
	0の対象者は	情報提供レベル	とする。

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。

ステップ3（保健指導レベルの分類）

ステップ1、2の結果を踏まえて、保健指導レベルをグループ分けする。なお、前述のとおり、④喫煙歴については①から③のリスクが1つ以上の場合にのみカウントする。

(1)の場合

①～④のリスクのうち

追加リスクが	2以上の対象者は	積極的支援レベル	
	1の対象者は	動機づけ支援レベル	
	0の対象者は	情報提供レベル	とする。

(2)の場合

①～④のリスクのうち

追加リスクが	3以上の対象者は	積極的支援レベル	
	1又は2の対象者は	動機づけ支援レベル	
	0の対象者は	情報提供レベル	とする。

ステップ4（特定保健指導における例外的対応等）

○ 65歳以上75歳未満の者については、日常生活動作能力、運動機能等を踏まえ、QOL（Quality of Life）の低下予防に配慮した生活習慣の改善が重要である等から、「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。

○ 降圧薬等を服薬中の者については、継続的に医療機関を受診しているため、生活習慣の改善支援については、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。そのため、医療保険者による特定保健指導を義務とはしない。しかしながら、きめ細かな生活習慣改善支援や治療中断防止の観点から、主治医と連携した上で保健指導を行うことも可能である。

第2編第4章(3)へ移動

第2編第4章(4)へ移動

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。

第2編第3章(1)の2)②から移動

○ 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いるなど、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。

○ 特定保健指導の対象者のうち「積極的支援」が非常に多い場合は、健診結果、質問票等によって、生活習慣の改善により予防効果が大きく期待できる者を明確にし、優先順位をつけ保健指導を実施すべきである（第3編参照）。

第2編第8章(2)から移動

○ 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。

○ 市町村の一般衛生部門が、市町村国保等の医療保険者が保有する健診データに基づき当該市町村内の住民に対する保健指導や健康相談（以下別紙6において「保健指導等」という。）を行おうとする場合には、これらの情報が特に適正な取扱いの厳格な実施を確保する必要がある医療分野に関する情報であることから、市町村の一般衛生部門は、医療保険者と連携し、別紙6に定める取扱いを行う必要がある。

(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。特に、腹囲計測によって内臓脂肪型肥満と判定されない場合にも、血糖高値・血圧高値・脂質異常等のリスクを評価する健診項目を用いることで、内臓脂肪型肥満を伴わない糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の個別の生活習慣病のリスクを判定する。

第2編第4章(3)へ移動

○ 65歳以上の者に保健指導を行う場合は、低栄養やロコモティブシンドローム、さらには認知機能低下の予防に留意し*、各々に適した保健指導を行うことが望ましい。

*低栄養予防に関しては血清アルブミン値および口腔機能の維持向上、ロコモティブシンドローム予防には歩行能力の維持向上、認知機能低下予防には脳の活性化を含む運動・身体活動の積極的取り入れが大切であり、いずれも科学的根拠に基づいたプログラムの有効性が確認されている。

○ 特定保健指導の対象者のうち「積極的支援」が非常に多い場合は、健診結果や質問票等によって、生活習慣の改善により予防効果が大きく期待できる者を明確にし、優先順位をつけ保健指導を実施すべきである（第3編参照）。

○ 今後は、特定健診・保健指導の実績や新たな科学的知見に基づき、必要に応じて保健指導対象者の選定・階層化基準についても見直す必要がある。

第2編第4章(3)へ移動

第2編第4章(1)へ移動

第2編第4章(3)へ移動

4) その他

健診結果の通知

医療保険者は、健診結果について、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。

詳細な健診

判断基準を踏まえた一定の基準の下、重症化の進展を早期にチェックするため、医師が必要と判断した場合は、詳細な健診として、眼底検査、心電図等のうちから選択的に行うこととする。

なお、健診機関は、基準を機械的に適用するのではなく、詳細な健診を行う必要性を個別に医師が判断することとし、その判断理由等を医療保険者に通知するとともに、受診者に説明することとする。

肝機能検査等の取扱い

LDLコレステロール、AST、ALT、 γ -GT等の脂質化に用いられない検査結果についても、保健指導判定値を超えている場合には、特定保健指導の際に、検査結果に応じて、その病態、生活習慣の改善する上での留意点等をわかりやすく説明する必要がある。

第2編第2章 2-2と第4章(1)へ移動

第2編第2章2-2(3)へ移動

第2編第2章2-2(2)①へ移動

第2編第2章2-2(2)②へ移動

第2編第2章2-1(2)②へ移動

第2編第2章2-2(1)に趣旨を反映

第4章 健診の精度管理

内部精度管理と外部精度管理の実施

(1) 基本的考え方

精度管理とは、健診の精度を保つため、その健診全体について適切に管理することである。

内部精度管理とは、健診機関内で同じ測定値が得られるようにすることであり、外部精度管理とは、健診機関間でも同じ測定値が得られるようにすることである。

内部精度管理、外部精度管理について、健診実施者は、「健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針」における精度管理に関する事項に準拠して、精度管理を行うものとする。

(2) 内部精度管理

健診機関内では、検体の採取・輸送・保存、測定、検査結果の管理、安全、管理者の配置等について常に管理し、検査値の精度を保証する。

そのためには、トレーサビリティも含めた十分な内部精度管理が定期的に行われることが必要である。

※ トレーサビリティ：健診判定値について、測定の基準となる標準物質あるいは基準となる測定方法の結果に合わせられることである。

(3) 外部精度管理

現在実施されている外部精度管理事業（日本医師会、日本臨床検査技師会、全国労働衛生団体連合会など）を少なくとも一つは定期的に受け、検査値の精度が保証された結果であることが必要である。

（参考）「健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針」
（平成16年厚生労働省告示第242号）（抄）

第二 健康診査の実施に関する事項

二 健康診査の精度管理

1 健康増進事業実施者は、健康診査の精度管理（健康診査の精度を適正に保つことをいう。以下同じ。）が生徒にわたる個人の健康管理の基盤として重要であることにかんがみ、健康診査における検査結果の正確性を確保するとともに、検査を実施する者や精度管理を実施する者が異なる場合においても、受診者が検査結果を正確に比較できるようにすること。また、必要のない再検査及び精密検査を減らす等必要な措置を講じることにより健康診査の質の向上を図ること。

2 健康増進事業実施者は、健康診査を実施する際には、この指針に定める内部精度管理（健康診査を行う者が自身で行う精度管理をいう。以下同じ。）及び外部精度管理（健康診査を行う者以外の者が

まとめて第2編第2章2-1(5)へ移動

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

行う精度管理をいう。以下同じ。）を適切に実施するよう努めること。また、当該精度管理の実施状況を当該健康増進事業の対象者に周知するよう努めること。

3 健康増進事業実施者は、健康診査の実施に関する内部精度管理として、次に掲げる事項を考慮した規程を作成する等適切な措置を講じるよう努めること。

(一) 健康診査の実施の管理書の配置等管理体制に関する事項

(二) 健康診査の実施の手順に関する事項

(三) 健康診査の安全性の確保に関する事項

(四) 検査方法、検査結果の基準値、判定基準等検査結果の取扱いに関する事項

(五) 検体の採取条件、検体の保存条件、検体の提出条件等検査の実施に関する事項

(六) 検査用機械器具、試薬、標準物質等の管理について記録すること及びその記録を保存することに関する事項

(七) 検査結果の保存及び管理に関する事項

4 健康増進事業実施者は、健康診査に関する外部精度管理として、全国規模で実施される外部精度管理調査を定期的に受けること、複数の異なる外部精度管理調査を受けること等により、自ら実施する健康診査について必要な外部精度管理を実施するよう努めること。

5 健康増進事業実施者は、健康診査の実施の全部又は一部を委託する場合は、委託先に対して前二号に規定する内部精度管理及び外部精度管理を適切に実施するよう要請するとともに、当該内部精度管理及び外部精度管理を適切に実施しているかについての報告を求める等健康診査の実施につき委託先に対して適切な管理を行うこと。

6 健康増進事業実施者は、研修の実施等により健康診査を実施する者の知識及び技能の向上を図るよう努めること。

第2編第3章(2)の4)から移動

改訂案

まとめて第2編第2章2-1(5)へ移動

第4章 健診における各機関の役割

(1) 医療保険者に期待される役割

○医療保険者は、40歳以上74歳以下の被保険者・被扶養者に対し、保険者の義務として特定健診を実施する。その際、受診率向上のために文書や電話等の受診勧奨の取り組みを被扶養者も含めて行う。また、委託する際は、適切な健診機関を選定する。

○健診結果が示唆する健康課題等について、健診受診者に分かりやすくフィードバックする。

○受診勧奨判定値を超える検査値があれば、その程度、年齢等を考慮した上で、医療機関を受診する必要性について受診者に通知する。特に、医療機関受診が必要であると判断された者に対しては確実な受診勧奨を行う。

○受診勧奨を行った者が実際に医療機関を受診しているかどうか、フォローアップを行う。適切に受療していない場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症予防のために治療の継続が必要であることを分かりやすく説明し、治療開始を促すことが重要である。

受診勧奨後のフォローアップ以外は、第2編第4章(1)の「医療保険者に期待される役割」と同内容。

第2編第3章(2)3から移動

第2編第3章2)ステップ4から移動

第2編第3章(2)3から移動

第2編第3章2)ステップ4から移動

第2編第3章(2)3から移動

(2) 健診機関の役割

- 医療保険者より委託された健診機関は、適切に特定健診を実施する。
- 健診結果が示唆する健康課題等について、健診受診者に分かりやすくフィードバックする。
- 受診勧奨判定値を超える検査値があれば、その程度、年齢等を考慮した上で、医療機関を受診する必要性について受診者に通知する。特に、医療機関受診が必要であると判断された者に対しては積極的な受診勧奨を行う。

(3) 市町村の一般衛生部門の役割

- 市町村の一般衛生部門が、医療保険者の保有する健診データに基づき当該市町村内の住民に対する保健指導や健康相談（以下別紙6において「保健指導等」という。）などを行うとする場合には、これらの情報が特に適正な取扱いの厳格な実施を確保する必要がある医療分野に関する情報であるため、医療保険者と連携し、別紙6に定める取扱いを行う必要がある。
- 上記を踏まえた上で、市町村の一般衛生部門においては、主治医や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について、医療保険者と連携して行うべきである。
- 保健指導を実施する際に、医療機関を受診する必要があると判断されているにもかかわらず対象者が医療機関を受診していない場合は、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症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。

(4) 医療機関の役割

- 医療機関においては、健診の結果を踏まえて受診した者に対し、必要な医療を提供するとともに、栄養・運動等を含めた必要な生活習慣改善支援も継続的に行う。その場合、診療報酬で定める各種要件を満たせば、生活習慣病管理料、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算定できる。
- 糖尿病、高血圧、脂質異常症等の未治療者・治療中断者が見いだされた場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症予防のために治療の継続が必要であることを分かりやすく説明し、治療開始・治療再開を促すことが重要である。

第5章 健診データ等の電子化

(1) 健診データ提出の電子的標準様式

（健診機関等→医療保険者、医療保険者→医療保険者）

1) 基本的考え方

○ 今後の新たな健診における、健診データの流れとして以下の場面が考えられる。
（別紙7参照）

- ① 健康診査実施機関・保健指導実施機関→医療保険者〔法第28条〕
- ② （被扶養者の健診を行った）医療保険者
→（被扶養者所属の）医療保険者〔法第26条〕
- ③ （異動元の）医療保険者→（異動先の）医療保険者〔法第27条〕
- ④ 労働安全衛生法に基づく健診を実施した事業者
→（当該労働者所属の）医療保険者〔法第27条〕

また、健康診査等の実施状況などについては、以下の流れが考えられる。

⑤ 医療保険者→国、都道府県〔法第15条・第16条〕、支払基金〔法第142条〕

※〔 〕内の法とは、「高齢者の医療の確保に関する法律」。

○ 今回の新たな健診において、医療保険者には、被保険者の健診を実施する様々な健診機関や、被扶養者の健診を実施する他の医療保険者、さらには労働安全衛生法に基づく健診を実施する事業者などから、健診データが送付されてくることとなり、複数の経路で複雑に情報のやりとりが行われる。このことから、データの互換性を確保し、継続的に多くのデータを蓄積していくためには、国が電子的な標準様式を設定することが望ましいと考えられる。

○ さらに、医療保険者ごとに健診・保健指導の実績を評価する際にも、膨大なデータを取り扱うことから、電子的標準様式が設定されることが必要と考えられる。

○ また、電子的標準様式は、将来的に健診項目の変更、追加、削除、順番の変更等があっても対応が容易となるよう定めることが必要である。

○ 個人情報の保護には十分に留意する。

○ 人間ドック等他の健診のデータも、この電子的標準様式で収集できるようにする。

○ 収集された電子的情報はバックアップのために、安全性の確保された複数の場所に保存することが望ましい。

第5章 健診データ等の電子化

5-1 健診データ提出の電子的標準様式

(1) 基本的考え方

○ 特定健診・保健指導においては、高齢者医療確保法に基づき、次のように健診データ等の授受がなされ得る。
（別紙7削除）

<健診データ等>

- ① 健診実施機関・保健指導実施機関→医療保険者
- ② （被扶養者の健診を行った）医療保険者→（被扶養者所属の）医療保険者
- ③ （異動元の）医療保険者→（異動先の）医療保険者
- ④ 労働安全衛生法に基づく健診を実施した事業者→（当該労働者所属の）医療保険者
- ⑤ 他の健診等を受けた被保険者・被扶養者→医療保険者

<特定健診・保健指導の実施状況等>

⑥ 医療保険者→国、社会保険診療報酬支払基金

○ このように、特定健診・保健指導においては関係者間で様々な情報のやりとりがあり、その際のデータは膨大で情報伝達経路も複雑である。そこで、データの互換性を確保し、継続的に多くのデータを扱えるようにするため、電子的な標準様式を国が設定している。

(2) 留意事項

○ 健診データ等の授受の際には、個人情報の保護に十分に留意する。

○ 今後、人間ドック等他の健診データ等も、この電子的標準様式を基本とした形式で収集できるようにすることが望ましい。

○ 収集された電子的情報はバックアップのために、安全性の確保された複数の場所に保存することが望ましい。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

- 医療保険者においては、被保険者の求めに応じて、健診結果を電子的に提供することが望ましい。

2) 具体的な様式

- 前ページ①「健診機関等→医療保険者」の提出様式は、以下の要件を満たす「別添の様式」（別紙8、別紙9）とする。

- ・ 特定のメーカーのハード、ソフトに依存しない形式にすること
 - ・ 将来、システム変更があった場合でも対応可能な形式にすること
 - ・ 健診機関、医療保険者等の関係者が対応できる方式とすること
- ※ 研究班等で作成したフリーソフトを配布する。

- 前ページ②、③、④の提出様式についても、同様の標準様式で対応することを考慮する。

- 前ページ⑥の提出様式のうち、国、都道府県が、全国医療費適正化計画及び都道府県医療費適正化計画の進捗状況や実績の評価のために、各医療保険者から収集する健診・保健指導実施状況については、各医療保険者から支払基金への報告様式を利用することが考えられる。

改訂案

- 医療保険者においては、被保険者の求めがあれば、健診結果を電子的に提供することが望ましい。

2) 具体的な様式

- データの提出様式については、別紙●とする。

(別紙8-1 ①②③④削除)

(別紙9 削除)

(2) 健診項目の標準コードの設定

1) 基本的考え方

- 今後の新たな健診において、電子化された膨大な健診データが継続的に取り扱われることになる。その際に、健診項目についても、標準的な表記方法で皆が統一的に使用しなければ、同一の検査であるかどうかについて、電子的に判断できない。そのため、標準的な表記方法として健診項目ごとに標準コードを設定することが必要となる。
- 血液検査データの標準コードは日本臨床検査医学会が作成したJLAC10(ジェイラックテン)を標準的なものとする。
- 質問票についても、標準的な質問項目の設定とその標準コードの設定が必要である。

2) 具体的な標準コード

- 血液検査データについては、既存のJLAC10コード(17桁コード)を使用する。
- 質問項目、身長等のJLAC10コードのない項目については、JLAC10の17桁コード体系に準じたコードを検討し、標準コードとして設定する。

※ 標準コード表については、ホームページ (<http://tokuteikenshin.jp>) より入手可能。

(参考)

基本的な健診項目の標準コードの例 (JLAC17桁コードを使用)。

健診項目	検査方法	JLAC10コード
中性脂肪	可視吸光度法(酵素比色法・グリセロール消去)	3F015000002327101
	紫外吸光度法(酵素比色法・グリセロール消去)	3F015000002327201

5-2 健診項目の標準コードの設定

(1) 基本的考え方

- 特定健診においては、電子化された膨大な健診データ等が継続的に取り扱われることになる。その際に、健診項目や質問項目についても、標準的な表記方法で皆が統一的に使用しなければ、同一の検査等であるかどうかについて、電子的に判断できない。そのため、標準的な表記方法として健診項目や質問項目ごとに標準コードを設定する必要がある。

(2) 具体的な標準コード

- 健診データは全て、日本臨床検査医学会が作成したJLAC10コード又はこのコード体系に準じて設定された17桁のコードを使用する。
- 今後新たに項目が追加される場合についても、JLAC10コードに準じたコードを、日本臨床検査医学会と協議の上で設定する。

※ 標準コード表については、ホームページ (_____ [P] _____) より入手可能。

(参考)

基本的な健診項目の標準コードの例 (JLAC17桁コードを使用)

健診項目	検査方法	JLAC10コード
中性脂肪	可視吸光度法(酵素比色法・グリセロール消去)	3F015000002327101
	紫外吸光度法(酵素比色法・グリセロール消去)	3F015000002327201

(3) 健診機関・保健指導機関コードの設定

1) 基本的考え方

- 医療保険者が被保険者の健診データを管理するためには、健診機関ごとのデータを一括で管理することになる。特に、被保険者の医療保険者間異動があった場合、医療保険者毎に異なった健診機関、保健指導機関のコードを設定しては、十分な分析と評価が出来ない恐れがある。
- 糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群を確実に減らすためには、事業の評価を行うため、健診機関、保健指導機関毎のデータ比較が可能となるよう、健診機関、保健指導機関コードの設定が必要と考えられる。
- なお、医療機関の場合は、既にある保険医療機関コードを活用することが考えられるが、二重に発番がなされていないことを確認する必要がある。

2) 具体的なコードの設定

都道府県や国が健診機関コード、保健指導機関コードを設定することは事務的に困難と考えられるため、既存の保険医療機関番号の活用を中心に、保険医療機関として登録がなされていない健診機関や保健指導機関については、第三者機関が別途、新たに発行する方法が適当である。

○具体的な健診機関コードの設定手順

- ・ 健診機関には既存の保険医療機関コードを持つ医療機関が多く含まれることから、このコード体系を活用することが合理的であり、「都道府県番号（2桁）＋機関区分コード（1桁）＋機関コード（6桁）＋チェックデジット（1桁）の計10桁」とする。
- ※ 二重発番の可能性を排除するため、発番する機関を一箇所とし、廃止番号や空き番号等の一元的な管理を行う必要がある。
- ・ 前項のルールに従い、保険医療機関である場合は、機関コード及びチェックデジットの部分は、既存の保険医療機関コードをそのまま活用（機関区分コードは医科を意味する1となる）。
- ・ 保険医療機関のコードを有さない機関は、機関区分コード（1桁）＋機関コード（6桁）の部分、付番・一元管理する機関に申請しコードを付与されるものとする。
- ・ 保険医療機関のコードを有さず、新たに健診・保健指導のみ実施する機関が、新規登録申請を行った場合は、機関区分コードを2とする。

○健診機関コード情報の収集・台帳の整理

社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険団体連合会等の特定健診・保健指導の支払いを代行する機関において、上記の手順に従ったコード設定を行い、健診機関コード情報を一元的に収集・整理すると共に関係者間で共有していくことが考えられる。

5-3 健診機関・保健指導機関コードの設定

(1) 基本的考え方

○医療保険者が管理する健診データ等は、健診機関ごとに特定のコードが収載されている。

○糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群を確実に減らすためには、事業の評価及び健診データ等の十分な分析を行うことが必要であるため、健診機関・保健指導機関毎のデータ比較が可能となるよう、各健診機関、保健指導機関コードの設定が必要である。

○なお、医療機関の場合は、既にある保険医療機関コードを活用しており、健診機関コードについても下記のルールで設定が行われているため、別途独自にコードを設定しないようにする必要がある。

(参考) 健診機関・保健指導機関コード設定の考え方

- ・ 健診機関には既存の保険医療機関コードを持つ医療機関が多く含まれることから、このコード体系を活用することが合理的であり、「都道府県番号（2桁）＋機関区分コード（1桁）＋機関コード（6桁）＋チェックデジット（1桁）の計10桁」とする。
- ※ 二重発番の可能性を排除するため、発番する機関を一箇所とし、廃止番号や空き番号等の一元的な管理を行う必要がある。
- ・ 前項のルールに従い、保険医療機関である場合は、機関コード及びチェックデジットの部分は、既存の保険医療機関コードをそのまま活用（機関区分コードは医科を意味する1となる）。
- ・ 保険医療機関のコードを有さない機関は、機関区分コード（1桁）＋機関コード（6桁）の部分、付番・一元管理する機関に申請しコードを付与されるものとする。
- ・ 保険医療機関のコードを有さず、新たに健診・保健指導のみ実施する機関が、新規登録申請を行った場合は、機関区分コードを2とする。

○健診機関コード情報の収集・台帳の整理

社会保険診療報酬支払基金において発番されている10桁のコードを使用する必要がある。

（4）生涯を通じた健診情報のデータ管理を行う場合の留意点

1) 基本的考え方

○ 医療保険者は、被保険者・被扶養者ごとに健診データを整理するため、一意性を保つことができる個人の固有番号を利用することが考えられる。なお、この場合は、個人情報保護に十分配慮して行う必要がある。

2) 個人の固有番号等を利用する場合の考え方

○ 既存の保険者番号（法別番号と都道府県番号を含んだ8桁の数字）と一意性のある個人の固有番号（例：現在被保険者・被扶養者が使用している被保険者の記号・番号、職員番号、健診整理番号など）を用いる。

○ 固有番号は、一度個人に発行した後は、その同じ番号を別の個人に再発行しないことが必要である。例えば、被保険者番号の場合は発行年度の西暦の下2桁を追加することで一意性を保つことができると考えられる。

○ 被保険者証の記号・番号が個人毎の番号となっていない場合もあるため、生年月日やカタカナ名等、他の項目と組み合わせて個人を識別するか、枝番号を追加することで対応することが考えられる。

○ 医療保険者間を異動した場合は、前に所属していた医療保険者において、健診データ管理に用いられて記号・番号を、異動した医療保険者において新しい被保険者番号等を発行し、差し替えることで、異動後の医療保険者は被保険者の健診データを管理することが可能となる。

第2編第5章5-4(3)参考に移動

第2編第5章5-4(3)に移動

(5) 特定健診における健診結果の保存年限の考え方

1) 基本的考え方

- 医療保険者は、蓄積された健診データを使用することにより効果的・効率的な健診・保健指導を実施することが可能となると考える。また、被保険者・被扶養者は、生涯を通じた自己の健康管理の観点から、継続的な健診データが必要である。
- このため、医療保険者や被保険者・被扶養者は、できる限り長期間、健診データを保存し参照できるようにすることが望ましい。

第2編 第5章(4)より移動

2) 具体的な保存年限

- ① 40歳から74歳までの被保険者・被扶養者が加入者となっている限りは当該医療保険者が保存することが望ましい。

第2編 第5章(4) 2)より移動

- ② 医療保険者の被保険者でなくなった時以降は、次の医療保険者に引き継がれるまでか、空白期間ができるだけ生じないように、例えば1年程度の一定期間が経過するまで保存する必要がある。
- ③ 被保険者が希望する場合には、40歳以降の全データを次の医療保険者へ引き継ぐ必要がある。

5-4 健診結果の保存について

(1) 基本的考え方

- 医療保険者は、蓄積された健診データを使用することにより、効果的・効率的な健診・保健指導を実施することが可能となる。また、被保険者・被扶養者は、生涯を通じた自己の健康管理の観点から、継続的な健診データの保存が望まれる。
- このため、医療保険者や被保険者・被扶養者は、できる限り長期間、健診データを保存し参照できるようにすることが望ましい。
- さらに、医療保険者は、個人ごとに健診データ等を整理し、生涯を通じた健診情報のデータ管理を行うことも検討することが望ましい。
- また、被保険者・被扶養者が医療保険者間を異動した際には、本人の同意を得た上で、医療保険者間で健診データ等を適切に移行させることが望ましい。
- ただし、個人情報の保護に十分配慮する必要がある。

(2) 具体的な保存年限

- 医療保険者は、特定健診の結果を、次のうちいずれか短い期間保存しなければならない。
 - ① 記録の作成日の属する年度の翌年度から5年間を経過するまでの期間
 - ② 被保険者・被扶養者が他の医療保険者に加入した日の属する年度の翌年度末までの期間
- 但し、上記(1)の観点から、40歳から74歳までの被保険者・被扶養者が加入者となっている限りは、当該医療保険者が健診データを保存することが望ましい。

(3) 留意事項

- 医療保険者間を異動した場合のデータの授受の方法としては、前に所属していた医療保険者において、健診データ管理に用いられていた記号・番号を、異動後の医療保険者において新しい被保険者番号等を発行し、差し替えることで、異動後の医療保険者は被保険者の健診データを管理することが考えられる。
- 医療保険者の被保険者でなくなった時以降は、次の医療保険者に引き継がれるまでか、空白期間ができるだけ生じないように、例えば1年程度の一定期間が経過するまで保存する必要がある。
- 被保険者が希望する場合には、40歳以降の全データを次の医療保険者へ引き継ぐ必要がある。

④ 他法令の健康診断結果等の保存年限等を参考とした上で、関係機関（医療保険者団体等）の意見を踏まえ、具体的な保存年限を設定していく必要がある。

〔参考〕他制度における保存年限

・老人保健法（老健事業）

基本健康診査 特段の規定なし

がん検診 3年間（通知）

・労働安全衛生法（事業者健診）

一般定期健康診断 5年間（規則）

特殊健診 5年、7年（じん肺）、30年（放射線、特定化学物質の一部）、40年（石綿）

※じん肺 5年→7年（S53）

理由：少なくとも前2回分の記録（3年以内毎の健診）が必要であるから。

・政管健保 生活習慣病予防検診 5年を目途

・診療録（カルテ） 5年間（医師法第24条）

・レセプト（診療報酬明細書等） 5年間（政府管掌健康保険、国民健康保険）

（健康保険組合は、組合毎に適当な保存期間を設定できる）

例 兵庫県尼崎市役所においては、職員の健診記録は原則として、在籍している限り保存することとなっている。この長期保存データを遡って見た場合、心筋梗塞等の重症化した者は、10年以上前から肥満があり、中性脂肪も併せて高いことなどが確認され、早期の段階で介入すれば予防することができたのではないかという評価が可能となり、さらに、今後同様の状況にある者に対して、優先的に介入するなどの戦略を立てることができる。

第2編第5章(4)から移動

過去の状況に関する記載のため削除

〔参考〕兵庫県尼崎市役所においては、職員の健診記録は原則として、在籍している限り保存することとなっている。この長期保存データを遡って見た場合、心筋梗塞等が重症化した者は、10年以上前から肥満があり、中性脂肪も併せて高いことなどが確認され、早期の段階で介入すれば予防することができたのではないかという評価が可能となり、さらに、今後同様の状況にある者に対して、優先的に介入するなどの戦略を立てることができる。

〔参考〕

一意性を保って健診データ等を管理する際に個人の固有番号等を利用する場合の考え方

○ 既存の保険者番号（法別番号と都道府県番号を含んだ8桁の数字）と一意性のある個人の固有番号（例：現在被保険者・被扶養者が使用している被保険者の記号・番号、職員番号、健診整理番号など）を用いる。

○ 固有番号は、一度個人に発行した後は、その同じ番号を別の個人に再発行しないことが必要である。例えば、被保険者番号の場合は発行年度の西暦の下2桁を追加することで一意性を保つことができると考えられる。

○ 被保険者証の記号・番号が個人毎の番号となっていない場合もあるため、生年月日やカタカナ名等、他の項目と組み合わせて個人を識別するか、枝番号を追加することで対応することが考えられる。

第6章 健診の実施に関するアウトソーシング

(1) 基本的考え方

○ アウトソーシングを推進することにより、利用者の利便性に配慮した健診（例えば、土日・祝日に行くなど）を実施するなど対象者のニーズを踏まえた対応が可能となり、健診の受診率の向上が図られる。一方で、精度管理が適切に行われないなど健診の質が考慮されない価格競争となることも危惧されるため、質の低下に繋がることがないよう委託先における健診の質を確保することが不可欠である。

○ 健診機関は、敷地内禁煙にするなど、健康増進に関する取組みを積極的に行う必要がある。

○ 医療保険者が事業者¹へ健診の実施を委託する場合には、委託基準を作成し、本プログラムに定める内容の健診が適切に実施される事業者を選定する必要がある。なお、健診・保健指導の事業の企画及び評価については医療保険者自らが行う。

○ 委託先の事業者は、健診の実施機関ごとに測定値及びその判定等が異ならないよう、健診の精度管理を適切に行う必要がある。

○ 医療保険者は、委託契約期間中には、健診が適切に実施されているかについてモニタリングを行うことが重要である。

○ 個人情報については、その性格と重要性を十分認識し、適切に取り扱わなければならない。特に、医療分野は、「個人情報の保護に関する基本方針」（平成16年4月2日閣議決定）等において、個人情報の性質や利用方法等から、特に適正な取扱いの厳格な実施を確保する必要がある分野の一つとされていることから、委託先の事業者は個人情報を適切に取り扱わなければならない。なお、健診結果等の情報を取り扱う業務のみを委託する場合にも、委託先の事業者は次ページ（2）④に定める健診結果等の情報の取扱いに関する基準を遵守することが求められる。

○ 医療保険者が基準を満たしている委託先を選定しやすいようにするため、保険者協議会等においてホームページを作成し、事業者の申告に基づき、事業者の各種情報を掲載するなどの方策を検討する必要がある。

○ なお、巡回型・移動型で健診を行う場合も、委託先の事業者の施設で行う基準と同じとする必要がある。

※ 医療保険者自らが実施する場合も本基準と同じ基準を満たす必要がある。

1 医療保険者から健診業務の委託を受けて健診を実施する事業者をいう。

過去の状況に関する記載のため削除

第6章 健診の実施に関するアウトソーシング（外部委託）

(1) 基本的考え方

①アウトソーシングを推進する意義

アウトソーシングを推進することにより、利用者の利便性に配慮した健診（例えば、土日・祝日に行くなど）を実施するなど対象者のニーズを踏まえた対応が可能となり、健診の受診率の向上が図られる。一方で、精度管理が適切に行われないなど健診の質が考慮されない価格競争となることも危惧されるため、質の低下に繋がることがないよう委託先における健診の質を確保することが不可欠である。

②外部委託の具体的方法

健診の実施を委託する場合には、委託基準を作成し、本プログラムに定める内容の健診が適切に実施される事業者を選定する必要がある。なお、特定健診・保健指導の事業の企画及び評価については医療保険者自らが行う。

③委託側の健康増進事業実施者に求められる事項

委託契約期間中には、健診が適切に実施されているかについてモニタリングを行うことが重要である。

個人情報については、その性格と重要性を十分認識し、適切に取り扱わなければならない。特に、医療分野は、「個人情報の保護に関する基本方針」（平成16年4月2日閣議決定）等において、個人情報の性質や利用方法等から、特に適正な取扱いの厳格な実施を確保する必要がある分野の一つとされていることから、委託先の事業者は個人情報を適切に取り扱わなければならない。

なお、健診結果等の情報を取り扱う業務のみを委託する場合にも、委託先の事業者は次頁（2）④に定める健診結果等の情報の取扱いに関する基準を遵守することが求められる。

④受託側の事業者に求められる事項

▼ 受託側の事業者は、健診の実施機関ごとに測定値及びその判定等が異ならないよう、健診の精度管理を適切に行う必要がある。

なお、巡回型・移動型で健診を行う場合も、受託側の事業者の施設で行う基準と同じとする必要がある。

健診機関は、敷地内禁煙にするなど、健康増進に関する取組みを積極的に行う必要がある。

また、健康増進事業実施者自らが実施する場合も本基準と同じ基準を満たす必要がある。

(2) 具体的な基準

① 人員に関する基準

- a 本プログラムに定める内容の健診を適切に実施するために必要な医師、看護師等が質的・量的に確保されていること。
- b 常勤の管理者が置かれていること。ただし、管理上支障がない場合は、健康診断機関の他の職務に従事し、又は同一の敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。

② 施設又は設備等に関する基準

- a 本プログラムに定める内容の健診を適切に実施するために、必要な施設及び設備を有していること。
- b 検査や診察を行う際、受診者のプライバシーが十分に保護される施設（部屋）が確保されていること。
- c 救急時における応急処置のための体制を整えていること。
- d 健康増進法第25条に定める受動喫煙の防止措置が講じられていること（医療機関においては、患者の特性に配慮すること）。

③ 精度管理に関する基準

- a 本プログラムにおいて定める検査項目では、標準物質による内部精度管理が定期的に行われ、検査値の精度が保証されていること。
- b 現在実施されている種々の外部精度管理調査（日本医師会、日本臨床検査技師会、全国労働衛生団体連合会など）を定期的に受け、検査値の精度が保証されている結果であること。
- c 健診の精度管理上の問題点があった場合に、適切な対応策が講じられること。
- d 検査を外部から委託する場合に当たっては、委託を受けた事業者においてa-cの措置が講じられていること。

④ 健診結果等の情報の取扱いに関する基準

- a 本プログラムにおいて定める電子標準様式により、医療保険者に対して健診結果を安全かつ速やかにCD-R等の電磁的方式により提出すること。
- b 健診の受診者本人への通知に関しては、国が定める標準的な様式に準拠して行われるようにすること。
- c 受診者の健診結果等が適切に保存・管理されていること。
- d 正当な理由がなく、その業務上知り得た健診受診者の情報を漏らしてはならない。
- e 個人情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律及びこれに基づくガイドライン（「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成16年12月24日厚生労働省）、「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成16年12月27日厚生労働省）、「国民健康保険組合における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン安全管理に関するガイドライン」（平成17年3月厚生労働省））を遵守すること。

(2) 具体的な基準

特定健診で外部委託を行う際に求められる基準に関しては、平成20年厚生労働省告示第11号（外部委託基準）及び第142号（施設等に関する基準）を参照すること。なお、特定健診以外の健診について外部委託する場合も、この告示に準じることが望ましい。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

f. 医療保険者の委託を受けて健診結果を保存する場合には、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（平成17年3月厚生労働省）を遵守すること。

g. 健診結果の分析等を行うため、医療保険者の委託を受けて健診結果を外部に提供する場合、本来必要とされる情報の範囲に限って提供すべきであり、個人情報をマスクすることや個人が特定できない番号を付すことなどにより、当該個人情報を匿名化すること。

⑥運営等に関する基準

a. 対象者にとって受診が容易になるよう、利用者の利便性に配慮した健診（例えば、土日・祝日・夜間に行うなど）を実施するなど受診率を上げるよう取り組むこと。

b. 医療保険者の求めに応じ、医療保険者が適切な健診の実施状況を確認する上で必要な資料の提出等を速やかに行うこと。

c. 健診実施者に必要な研修を定期的に行うこと等により、当該健診実施者の資質の向上に努めていること。

d. 本プログラムに定める内容の健診を適切かつ継続的に実施することができる財務基盤を有すること。

e. 医療保険者から受託した業務の一部の再委託が行われる場合には、医療保険者が委託先と委託契約を締結するに当たり、当該委託契約において、再委託先との契約において本基準に掲げる事項を遵守することを明記すること。

f. 次に掲げる事項の運営についての重要事項に関する規程を定め、当該規程の概要を、医療保険者及び受診者が前もって確認できる方法（ホームページ上での掲載等）により、幅広く周知すること。

- 一 事業の目的及び運営の方針
- 二 従業者の職種、員数及び職務の内容
- 三 健康診査の実施日及び実施時間
- 四 健康診査の内容及び価格その他の費用の額
- 五 通常の事業の実施地域
- 六 緊急時における対応
- 七 その他運営に関する重要事項

g. 健診実施者に身分を証する書類を携行させ、健診受診者から求められたときは、これを提示すること。

h. 健康診断実施者の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行うとともに、健診機関の設備及び備品等について、衛生的な管理を行うこと。

i. 健診機関について、虚偽又は誇大な広告を行わないこと。

j. 健診受診者等からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じるとともに、苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録すること。

k. 従業者及び会計に関する諸記録を整備すること。

改訂案

まとめて前ページの記述に替える

第7章 後期高齢者等に対する健診・保健指導の在り方

(1) 後期高齢者に対する健診・保健指導の在り方

①基本的な考え方について

- 75歳以上の者（後期高齢者）については、必要な場合には、75歳となる前までに、特定保健指導が行われてきていると考えられる。
- 後期高齢者については、生活習慣の改善による疾病の予防効果が、75歳未満の者よりも大きくないと考えられるとともに、生活習慣の改善が困難な場合も多く、QOLの確保が重要になってきている。
- また、生活習慣の改善による疾病の予防というよりも、QOLを確保し、本人の残存能力をできるだけ落とさないようにするための介護予防が重要となってきていると考えられる。
- その一方で、糖尿病等の生活習慣病を早期発見するための健康診査は重要である。

②健康診査について

- 後期高齢者についても、糖尿病等の生活習慣病を早期発見するための健康診査は重要である。
- 75歳未満の者に対する健診項目は、糖尿病等の生活習慣病に着目したものであるため、後期高齢者の健診項目については、基本的には、75歳未満と同様の項目とする。
- ただし、積極的な減量等を一律に行わないのであれば、腹囲については、医師の判断等によって実施する項目とすることが適当である。
- また、心電図等の医師の判断により実施する項目については、健診機関の医師が、これらの検査の必要性を含めて、受診勧奨とするか否かを判断し、受診勧奨と判断された者については、医療機関において、必要な検査を実施する。
- 後期高齢者に対する健康診査の主な目的が、生活習慣病を早期に発見して、必要に応じて、医療につなげていくことであるならば、糖尿病等の生活習慣病についてかかりつけ医を受診している者については、必ずしも、健康診査を実施する必要はないと考えられる。

③保健指導について

- 後期高齢者については、本人の残存能力を落とさないこと、QOLの確保等が重要であるとともに、個々の身体状況、日常生活能力、運動能力等が異なっている場合が多いため、40～74歳と同様に一律に行動変容のための保健指導を行うのではなく、本人の求めに応じて、健康相談、指導の機会を提供できる体制が確保されていることが重要である。

④地域支援事業との関係について

- 市町村においては、受診者の負担を軽減するため、後期高齢者に対する健康診査と地域支援事業における生活機能評価を共同で実施することが望ましい。
- 同様の観点から、前期高齢者に対する特定健診についても地域支援事業における生活機能評価と共同で実施することが望ましい。

第7章 75歳以上の者及び40歳未満の者に対する健診・保健指導の在り方

7-1 75歳以上の者に対する健診・保健指導の在り方

(1) 基本的な考え方について

- 75歳以上の者については、生活習慣の改善による疾病の予防効果が75歳未満の者よりも大きくないと考えられるとともに、それ以前の年齢層の者に比べて生活習慣の改善が困難な場合も多い。
- また、生活習慣の改善による疾病の予防というよりも、QOLを確保し、本人の残存能力をできるだけ落とさないようにするための介護予防が重要となってくる。さらに、内臓脂肪型肥満よりも、低栄養、ロコモティブシンドローム、認知機能低下に対する予防対策が求められる。
- その一方で、75歳以上の高齢者についても、特に医療機関に通院していない場合、糖尿病等の生活習慣病を早期発見し、医療につなげていくことも重要である。

(2) 健診について

- 糖尿病等の生活習慣病に着目した健診項目は、75歳以上の者についても、基本的には75歳未満と同様の項目とする。
- 健診項目は、基本的には、生活習慣病に着目した特定健診の必須項目と同様の項目とするが、腹囲については、医師の判断等によって実施する項目とすることが適当である。
- 医師の判断により実施する詳細な健診の項目（心電図等）については、健診機関の医師が、これらの検査の必要性を含めて、受診勧奨とするか否かを判断し、受診勧奨と判断された者については、医療機関において、必要な診察を実施する。
- なお、糖尿病等の生活習慣病についてかかりつけ医を受診している者については、必ずしも、健康診査を実施する必要はないと考えられる。

(3) 保健指導について

- 75歳以上の高齢者については、本人の残存能力を落とさないこと、QOLの確保等が重要であるとともに、個々の身体状況、日常生活能力、運動能力等が相当程度異なっている場合が多い。そのため、40～74歳と同様に行動変容のための保健指導を一律に行うのではなく、本人の求めに応じて、健康相談、保健指導の機会を提供できる体制が確保されていることが重要である。

(4) 介護との連携について

- 市町村においては、高齢福祉担当課が主体となって介護関連事業を実施し、高齢者の健康確保と生活機能の維持・向上に努めているところであることから、高齢者の健診については、介護関連事業と連携を図りながら実施することが望ましい。

(2) 40歳未満の者に対する健診・保健指導の在り方

- メタボリックシンドロームの該当者・予備群は、30歳代以前と比較して、40歳代から増加する。40歳未満の者については、正しい生活習慣に関する普及啓発等を通じて、生活習慣病の予防を行うことが重要である。一方、普及啓発等に加えて、医療保険者においては、特定健診・保健指導の対象となる以前（例えば、節目健診として30歳、35歳の時）に健診を行い、生活習慣の改善が特に必要と認められる者に対して保健指導を実施することは、特定保健指導対象者を減少させる上で有効であると考えられる。

7-2 40歳未満の者に対する健診・保健指導の在り方

- メタボリックシンドロームの該当者・予備群は、30歳代以前と比較して、40歳代から増加する。40歳未満の者については、正しい生活習慣及び生活習慣病予防の重要性に関する普及啓発等を通じて、生活習慣病の予防を行うことが重要である。一方、普及啓発等に加えて、医療保険者においては、特定健診・保健指導の対象となる以前（例えば、節目健診として30歳、35歳の時）に健診を行い、生活習慣の改善が特に必要と認められる者に対して保健指導を実施することは、特定保健指導対象者を減少させる上で有効であると考えられる。

- また、20歳以降の体重増加と生活習慣病の発症との関連が明らかであることから、若年期から適正な体重の維持に向けた保健指導、啓発が重要である。

※例えば、20歳からの平均約30年間で5kg以上体重が増えた人は、体重増加が5kg未満の人に比べて、男性では2.61倍、女性では2.56倍、糖尿病を発症しやすかったことが日本人を対象とした研究で示されている。

第8章 健康診査項目及び保健指導対象者の選定方法の見直し

(1) 健康診査項目の見直し

特定健診の項目については、老人保健事業における基本健康診査の項目を踏まえ、検討を行った結果、腹囲及びLDLコレステロールの追加（総コレステロールの削除）、血清クレアチンの削除等を行うこととした。

今後は、特定健診・保健指導の実施に伴い、集積された知見に基づき、健診項目の有効性・必要性を定期的に見直す必要がある。特に、尿検査、肝機能検査等の保健指導対象者の選定に用いられない項目については、生活習慣病の予防効果、重症化の防止効果等を踏まえ、その有効性・必要性について、費用対効果を含め、検証を行うとともに、今回、導入が見送られた項目（尿酸、血清クレアチン等）を含め、実施すべき健診項目について、知見を集積し、必要に応じて見直しを行う必要がある。

(2) 保健指導対象者の選定方法の見直し

特定保健指導の対象者の選定方法については、メタボリックシンドロームに着目して検討を行った結果、腹囲等が基準値以上で、脳・心臓疾患のリスクが重複している者を特定保健指導の対象とした。

今後は、特定健診・保健指導の実施に伴い、集積された知見に基づき、必要に応じて、保健指導対象者の選定方法についても見直す必要がある。

第2編第2章2-1(7)に移動

第2編第3章3-1(3)に移動

「詳細な健診」項目の選定について

以下の基準に該当する者のうち、医師が必要と認める者については、詳細な健診を実施する（基準に該当した者すべてに対して当該健診を実施することは適当ではなく、受診者の性別、年齢等を踏まえ、医師が個別に判断する必要がある）。その際、健診機関の医師は、当該健診を必要と判断した理由を医療保険者へ示すとともに、受診者に説明すること。

なお、他の医療機関において行った最近の結果が明らかで、再度検査を行う必要がないと判断される者、現に高血圧、心臓病等の疾患により医療機関において管理されている者については、詳細な健診を行う必要はない。また、健康診査の結果から、医療機関として直ちに受診する必要がある者については、受診を勧奨を行い、医療機関において、診療報酬により、必要な検査を実施する。

(1) 心電図検査

○前年の健診結果等において、①血圧、②脂質、③血糖、④肥満の全ての項目について、以下の基準に該当した者

(2) 眼底検査

○前年の健診結果等において、①血圧、②脂質、③血糖、④肥満の全ての項目について、以下の基準に該当した者

(3) 貧血検査

○貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者

【判定基準】

①血糖	a 空腹時血糖	100mg/dl 以上	又は
	b HbA1c の場合	5.2% 以上	
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	
③血圧	a 収縮期	130mmHg 以上	又は
	b 拡張期	85mmHg 以上	
④肥満	a 腹囲 M≥85cm、F≥90cm		又は
	b BMI≥25		

「詳細な健診」項目について

以下の判定基準に該当する者のうち、医師が必要と認める者については、詳細な健診を実施する（基準に該当した者すべてに対して当該健診を実施することは適当ではなく、受診者の性別、年齢等を踏まえ、医師が個別に判断する必要がある）。その際、健診機関の医師は、当該健診を必要と判断した理由を医療保険者へ示すとともに、受診者に説明すること。

なお、他の医療機関において実施された最近の検査結果が明らかで、再度検査を行う必要がないと判断される者、現に糖尿病、高血圧症、脂質異常症、虚血性心疾患、脳卒中等の疾患により医療機関において管理されている者については、必ずしも詳細な健診を行う必要はなく、現在の症状等を踏まえ、医師が個別に判断する必要がある。また、健康診査の結果から、直ちに医療機関を受診する必要があると判断された者については、確実な受診勧奨を行い、医療機関において、診療報酬により必要な検査を実施する。

(1) 12誘導心電図

○前年の健診結果等において、①血糖高値、②脂質異常、③血圧高値、④肥満の全ての項目について、以下の基準に該当した者

(2) 眼底検査

○前年の健診結果等において、①血糖高値、②脂質異常、③血圧高値、④肥満の全ての項目について、以下の基準に該当した者

(3) 貧血検査

○貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者

【判定基準】

①血糖高値	a 空腹時血糖	100mg/dL 以上	又は
	b HbA1c (NGSP) の場合	5.6% 以上	
②脂質異常	a 中性脂肪	150mg/dL 以上	又は
	b HDL コレステロール	40mg/dL 未満	
③血圧高値	a 収縮期血圧	130mmHg 以上	又は
	b 拡張期血圧	85mmHg 以上	
④肥満	a 腹囲 男性 85cm 以上、女性 90cm 以上		又は
	b BMI≥25kg/m ²		

標準的な質問票

別紙3

質問項目	回答	リソース
1-3 現在、aからcの薬の使用の有無		国民健康・栄養調査(H16)の間診項目に準拠
1 a. 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ	
2 b. インスリン注射又は血糖を下げる薬	①はい ②いいえ	
3 c. コレステロールを下げる薬	①はい ②いいえ	
4 医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ	糖尿病突患調査(H14)の間診項目に準拠
5 医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ	糖尿病突患調査(H14)の間診項目に準拠
6 医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ	糖尿病突患調査(H14)の間診項目に準拠
7 医師から、貧血といわれたことがある。	①はい ②いいえ	
8 現在、たばこを習慣的に吸っている。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者)	①はい ②いいえ	国民健康・栄養調査(H16)の間診項目に準拠
9 20歳の時の体重から10kg以上増加している。	①はい ②いいえ	保健指導分科会
10 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施	①はい ②いいえ	保健指導分科会
11 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施	①はい ②いいえ	保健指導分科会
12 ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	①はい ②いいえ	保健指導分科会
13 この1年間で体重の増減が±3kg以上あった。	①はい ②いいえ	保健指導分科会
14 人と比較して食べる速度が速い。	①速い ②ふつう ③遅い	保健指導分科会
15 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ	保健指導分科会
16 夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ	保健指導分科会
17 朝食を抜くことが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ	保健指導分科会
18 お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	①毎日 ②時々 ③ほとんど飲まない(飲めない)	保健指導分科会
19 飲酒日の1日当たりの飲酒量 清酒1合(180ml)の目安:ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎35度(80ml)、ウイスキーダブル一杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	①1合未満 ②1~2合未満 ③2~3合未満 ④3合以上	保健指導分科会
20 睡眠で休養が十分とれている。	①はい ②いいえ	保健指導分科会
21 運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思えますか。	①改善するつもりはない ②改善するつもりである(概ね6か月以内) ③近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている ④既に改善に取り組んでいる(6か月未満) ⑤既に改善に取り組んでいる(6か月以上)	保健指導分科会
22 生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	①はい ②いいえ	保健指導分科会

標準的な質問票

別紙3

質問項目	回答
1-3 現在、aからcの薬の使用の有無	
1 d. 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ
2 e. インスリン注射又は血糖を下げる薬	①はい ②いいえ
3 f. コレステロールを下げる薬	①はい ②いいえ
4 医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
5 医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
6 医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
7 医師から、貧血といわれたことがある。	①はい ②いいえ
8 現在、たばこを習慣的に吸っている。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者)	①はい ②いいえ
9 20歳の時の体重から10kg以上増加している。	①はい ②いいえ
10 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施	①はい ②いいえ
11 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施	①はい ②いいえ
12 ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	①はい ②いいえ
13 この1年間で体重の増減が±3kg以上あった。	①はい ②いいえ
14 人と比較して食べる速度が速い。	①速い ②ふつう ③遅い
15 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ
16 夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ
17 朝食を抜くことが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ
18 お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	①毎日 ②時々 ③ほとんど飲まない(飲めない)
19 飲酒日の1日当たりの飲酒量 清酒1合(180ml)の目安:ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎35度(80ml)、ウイスキーダブル一杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	①1合未満 ②1~2合未満 ③2~3合未満 ④3合以上
20 睡眠で休養が十分とれている。	①はい ②いいえ
21 運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思えますか。	①改善するつもりはない ②改善するつもりである(概ね6か月以内) ③近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている ④既に改善に取り組んでいる(6か月未満) ⑤既に改善に取り組んでいる(6か月以上)
22 生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	①はい ②いいえ

※中性脂肪を下げる薬も同様に取扱う。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

別紙3（参考）

	質問項目	参考
7	現在、たばこを習慣的に吸っている。 （※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者）	喫煙は、動脈硬化の独立した危険因子である。内臓脂肪症候群と喫煙により相乗的に心血管疾患の発症が増加する。
8	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	体重の増加は、摂取エネルギーが消費エネルギーよりも大きい状態であることを示す（10kg増加＝70,000kcal）。体重増加量が多いほど糖尿病・高血圧の有病率が高い。
9	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施	運動強度3METs以上の活動を習慣的に4METs・時/週以上実施することにより生活習慣病の発症及び死亡リスクを減少することが示唆されている。 3METs以上の運動強度の運動に限定するために、質問に汗をかくという主観的感覚を加えている。（エクササイズガイド2006参照のこと）
10	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施	生活習慣病発症予防及び死亡リスクの低下に効果のある身体活動量の下限値は1.9METs・時/週以上から2.6METs・時/週の間分布していることから、この値に相当する週当たりの身体活動時間は、3METsの強度（普通歩行）で1日当たり54～74分である。3METsの強度の身体活動を、日常的な歩行や身体活動で表したものである。（エクササイズガイド2006参照のこと）
11	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い	対象者の体力を評価する目的の項目である。
13	人と比較して食べる速度が速い。	日本人を対象とした研究で食べる速さと肥満度（BMI）との間には関連がみられるという報告がある（Sasaki et al. Int J Obese 2003, 27:1405-10. Otsuka et al. J. Epidemiol 2006, 16, 3:117-124）。
16	夕食後に間食（3食以外の夜食）をとることが週に3回以上ある。	肥満者は、普通体重の者に比べ、夕食後に間食をすることが多い（平成9年国民栄養調査）

改訂案

別紙3（参考）

	質問項目	参考
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	〔P〕
6	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	〔P〕
6	医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析）を受けたことがありますか。	〔P〕
7	医師から、貧血といわれたことがある。	〔P〕
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。 （※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者）	〔P〕
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	〔P〕
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施	〔P〕
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施	〔P〕
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	〔P〕
14	人と比較して食べる速度が速い。	〔P〕
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	〔P〕
16	夕食後に間食（3食以外の夜食）をとることが週に3回以上ある。	〔P〕

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）	

改訂案

17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	[P]
18	お酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度	[P]
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量	[P]
20	睡眠で休養が十分とれている。	[P]
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	[P]
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	[P]

血圧測定、腹囲計測等の手順（測定時の留意点）

血圧測定、腹囲計測等については、これまで老人保健法による健康診査及び国民健康・栄養調査等で行われてきた測定手法に準じ、以下のように実施すること。

(1) 血圧測定

血圧測定については、「循環器病予防ハンドブック」（社団法人日本循環器管理研究協議会編）を参考とする。

なお、測定回数は原則2回とし、その2回の測定値の平均値をもって、提出データとすること。現場の実施状況に応じて、1回測定についても可とする。

(2) 腹囲計測

メタボリックシンドロームの診断基準に基づき、立位、軽呼吸時、臍レベルで測定する。脂肪蓄積が著明で臍が下方に偏位している場合は肋骨下縁と前上腸骨棘の midpoint の高さで測定する。より詳細については、平成16年国民健康・栄養調査必携（厚生労働省）を参考とする（「標準的な健診・保健指導プログラム」添付資料の学習教材集に掲載）。

なお、具体的な測定方法の映像については、独立行政法人国立健康・栄養研究所のホームページ（<http://www.nih.go.jp/eiken/>）に掲載。

(3) 検尿

測定手技及び判定については、「循環器病予防ハンドブック」等を参考とする。

(4) 眼底検査

手技については、「循環器病予防ハンドブック」等を参考とする。

血圧及び腹囲の測定における留意事項

血圧測定、腹囲計測等については以下のように実施すること。

(1) 血圧測定

血圧測定については、「循環器病予防ハンドブック」（社団法人日本循環器管理研究協議会編）を参考とする。

なお、測定回数は原則2回とし、その2回の測定値の平均値をもって、提出データとすること。現場の実施状況に応じて、1回測定についても可とする。

(2) 腹囲計測

内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の判定基準に基づき、立位、軽呼吸時、臍レベルで測定する。脂肪蓄積が著明で臍が下方に偏位している場合は肋骨下縁と前上腸骨棘の midpoint の高さで測定する。

なお、具体的な測定方法の映像については、独立行政法人国立健康・栄養研究所のホームページ（<http://www.nih.go.jp/eiken/info/kokuchou.html>）に掲載。

(3) 検尿

測定手技及び判定については、「循環器病予防ハンドブック」等を参考とする。

(4) 眼底検査

手技については、「循環器病予防ハンドブック」等を参考とする。

健診検査項目の健診判定値

番号	項目コード (JLAC10)	項目名	データ基準		データタイプ	単位	検査方法	備考
			医師指導判定値	受診勧奨判定値				
1		血圧(収縮期)	130	140	数値	mmHg		
2		血圧(拡張期)	85	90	数値	mmHg		
3	3F018000002327101 3F018000002327201	中性脂肪	150	300	数値	mg/dl	1:可視分光光度法(酵素比色法・グリセロール濃度) 2:紫外線分光法(酵素比色法・グリセロール濃度)	空室時の測定を原則とし未判定
4	3F070000002327101 3F070000002327201	HDLコレステロール	39	34	数値	mg/dl	1:可視分光光度法(直接法(非比色法)) 2:紫外線分光法(直接法(非比色法))	空室時の測定を原則とし未判定
5	3F077000002327101 3F077000002327201	LDLコレステロール	120	140	数値	mg/dl	1:可視分光光度法(直接法(非比色法)) 2:紫外線分光法(直接法(非比色法))	空室時の測定を原則とし未判定
6	3D010000002328101 3F077000002327101 3F077000002327201	空腹血糖	100	126	数値	mg/dl	1:血糖測定法(ブドウ糖酸化還元法) 2:可視分光光度法(ブドウ糖酸化還元法) 3:紫外線分光法(ヘキソキナーゼ法、グルコキナーゼ法、ブドウ糖脱水素還元法)	空室時の測定を原則とし未判定
7	3D048000001808202 3D048000001920402	HbA1c	5.2	6.1	数値	%	1:ラッセウス法比色法(免疫学的方法) 2:HPLC(不変成分分離法/HPLC法)	小児以下1割 小児以下1割
8	3B036000002327201	AST(GOT)	31	81	数値	U/L	紫外線分光法(BCG標準化法)	
9	3B080000002327201	ALT(GPT)	31	81	数値	U/L	紫外線分光法(BCG標準化法)	
10	3B048000002327101	γ-GT(γ-GTP)	51	101	数値	U/L	可視分光光度法(FCC法/SCC標準化法)	
11	2A030000001930101	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)	数値	g/dl	自動血球算出装置	小児以下1割(血色素量の上昇段については、開封済受診勧奨判定値とも男性18.0、女性18.0とする可換対応する。)

※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。
 ※3～6のデータ基準については日本動脈硬化学会「動脈硬化性疾患予防ガイドライン」及び老人保健法による健康診査マニュアルに基づく。
 ※8～10のデータ基準については日本動脈硬化学会「動脈硬化性疾患予防ガイドライン」等の各判定基準に基づく。
 ※11のデータ基準についてはWHO集金の判定基準、人間ドック学会作成の「人間ドック健康判定基準」等に関するガイドラインのデータ等に基づく。
 ※検査方法については、それぞれの検査項目毎にOKH以上をカバーする検査法が認められた検査法を採用した。
 ※検査項目コードについては、上記以外の検査法も含め、JLAC10コードを用いる。

健診検査項目の保健指導判定値及び受診勧奨判定値

番号	項目コード (JLAC10)	項目名	医師指導判定値	受診勧奨判定値	データタイプ	単位	検査方法	備考
1		収縮期血圧	130	140	数値	mmHg		
2		拡張期血圧	85	90	数値	mmHg		
3	3F018000002327101 3F018000002327201	中性脂肪	150	300	数値	mg/dl	1:可視分光光度法(酵素比色法・グリセロール濃度) 2:紫外線分光法(酵素比色法・グリセロール濃度)	空室時の測定を原則とし未判定
4	3F070000002327101 3F070000002327201	HDLコレステロール	39	34	数値	mg/dl	1:可視分光光度法(直接法(非比色法)) 2:紫外線分光法(直接法(非比色法))	空室時の測定を原則とし未判定
5	3F077000002327101 3F077000002327201	LDLコレステロール	120	140	数値	mg/dl	1:可視分光光度法(直接法(非比色法)) 2:紫外線分光法(直接法(非比色法))	空室時の測定を原則とし未判定
6	3D010000002328101 3F077000002327101 3F077000002327201	空腹血糖	100	126	数値	mg/dl	1:血糖測定法(ブドウ糖酸化還元法) 2:可視分光光度法(ブドウ糖酸化還元法) 3:紫外線分光法(ヘキソキナーゼ法、グルコキナーゼ法、ブドウ糖脱水素還元法)	空室時の測定を原則とし未判定
7	3D048000001808202 3D048000001920402	HbA1c(HGSP)	5.6	6.5	数値	%	1:ラッセウス法比色法(免疫学的方法) 2:HPLC(不変成分分離法/HPLC法)	小児以下1割 小児以下1割
8	3B036000002327201	AST(GOT)	31	81	数値	U/L	紫外線分光法(BCG標準化法)	
9	3B080000002327201	ALT(GPT)	31	81	数値	U/L	紫外線分光法(BCG標準化法)	
10	3B048000002327101	γ-GT(γ-GTP)	51	101	数値	U/L	可視分光光度法(FCC法/SCC標準化法)	
11	2A030000001930101	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)	数値	g/dl	自動血球算出装置	

※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。
 ※3～6のデータ基準については日本動脈硬化学会「動脈硬化性疾患予防ガイドライン」及び老人保健法による健康診査マニュアルに基づく。
 ※8～10のデータ基準については日本動脈硬化学会「動脈硬化性疾患予防ガイドライン」等の各判定基準に基づく。
 ※11のデータ基準についてはWHO集金の判定基準、人間ドック学会作成の「人間ドック健康判定基準」等に関するガイドラインのデータ等に基づく。
 ※検査方法については、それぞれの検査項目毎にOKH以上をカバーする検査法が認められた検査法を採用した。
 ※検査項目コードについては、上記以外の検査法も含め、JLAC10コードを用いる。
 ※HbA1cについては、平成25年度からは従来のJDS値ではなく、NGSP値で表記する。なお、NGSP値とJDS値は、以下の式で相互に正確な換算が可能である。
 $NGSP値(N) = 1.02 \times JDS値(N) + 0.23H$ $JDS値(N) = 0.98 \times NGSP値(N) - 0.248H$

市町村（一般衛生部門）が特定健診の健診データを用いて保健指導等を行う場合における健診データの取扱い

健診データは、「個人情報の保護に関する基本方針」(平成16年4月2日・閣議決定)において特に適正な取扱いの厳格な実施を確保する必要があるとされている医療分野に関する情報である。また、これらの情報は市町村国保等の医療保険者が医療保険事業に必要な範囲で扱う情報である。

このため、市町村（一般衛生部門）は、保健指導等に活用する目的で、これらの情報提供を受けようとする場合には、各市町村の個人情報の保護に関する条例の内容を踏まえた上で、例えば、医療保険者に対し、被保険者等に特定健診の受診案内を送付する際に、当該送付状に以下のような注意事項を記載し、本人が希望しない場合には、当該本人が識別される個人データの情報提供を停止することとするように依頼しておくこと。

(例)

〇〇市国民健康保険【〇〇健康保険組合】健康診査について

(注意事項)

健康診査の結果は、〇〇市市民生活部保険年金課【〇〇健康保険組合】において適正に管理いたしますが、地域住民の健康増進を図る観点から〇〇市健康福祉部健康づくり推進課において保健指導や健康相談を実施する目的で情報提供の依頼を受けた場合には、健康づくり推進課へ、健康診査の結果を紙媒体又は電子媒体により提供(*)いたします。なお、このような健診結果の扱いを希望されない場合には、その旨を以下の担当又は健康診査の会場の受付の者までご連絡ください。ご連絡いただいた場合には、〇〇市市民生活部保険年金課【〇〇健康保険組合】から〇〇市健康福祉部健康づくり推進課への健診結果の情報の提供をいたしません。

* 提供した情報は、〇〇市健康福祉部健康づくり推進課において保健指導や健康相談を実施する以外の目的に使用されることはありません。

(担当)

〇〇市市民生活部保険年金課国保係 担当〇〇 TEL〇〇-〇〇〇〇
【〇〇健康保険組合〇〇 担当〇〇 TEL〇〇-〇〇〇〇】

市町村（一般衛生部門）が特定健診の健診データを用いて保健指導等を行う場合における健診データの取扱い

健診データは、「個人情報の保護に関する基本方針」(平成16年4月2日・閣議決定)において特に適正な取扱いの厳格な実施を確保する必要があるとされている医療分野に関する情報である。また、これらの情報は市町村国保等の医療保険者が医療保険事業に必要な範囲で扱う情報である。

このため、市町村（一般衛生部門）は、保健指導等に活用する目的で、これらの情報提供を受けようとする場合には、各市町村の個人情報の保護に関する条例の内容を踏まえた上で、例えば、医療保険者に対し、被保険者等に特定健診の受診案内を送付する際に、当該送付状に以下のような注意事項を記載し、本人が希望しない場合には、当該本人が識別される個人データの情報提供を停止することとするように依頼しておくこと。

(例)

〇〇市国民健康保険【〇〇健康保険組合】健康診査について

(注意事項)

健康診査の結果は、〇〇市市民生活部保険年金課【〇〇健康保険組合】において適正に管理いたしますが、地域住民の健康増進を図る観点から〇〇市健康福祉部健康づくり推進課において保健指導や健康相談を実施する目的で情報提供の依頼を受けた場合には、健康づくり推進課へ、健康診査の結果を紙媒体又は電子媒体により提供(*)いたします。なお、このような健診結果の扱いを希望されない場合には、その旨を以下の担当又は健康診査の会場の受付の者までご連絡ください。ご連絡いただいた場合には、〇〇市市民生活部保険年金課【〇〇健康保険組合】から〇〇市健康福祉部健康づくり推進課への健診結果の情報の提供をいたしません。

* 提供した情報は、〇〇市健康福祉部健康づくり推進課において保健指導や健康相談を実施する以外の目的に使用されることはありません。

(担当)

〇〇市市民生活部保険年金課国保係 担当〇〇 TEL〇〇-〇〇〇〇
【〇〇健康保険組合〇〇 担当〇〇 TEL〇〇-〇〇〇〇】

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

（参考）

○個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）（抄）

（定義）

第二条 この法律において「個人情報」とは、生存する個人に関する情報であつて、当該情報に含まれる氏名、生年月日その他の記述等により特定の個人を識別することができるもの（他の情報と容易に照合することができ、それにより特定の個人を識別することができることとなるものを含む。）をいう。

2 （略）

3 この法律において「個人情報取扱事業者」とは、個人情報データベース等を事業の用に供している者をいう。ただし、次に掲げる者を除く。

- 一 国の機関
- 二 地方公共団体
- 三～五 （略）

4～6 （略）

（地方公共団体等が保有する個人情報の保護）

第十一条 地方公共団体は、その保有する個人情報の性質、当該個人情報を保有する目的等を勘案し、その保有する個人情報の適正な取扱いが確保されるよう必要な措置を講ずることに努めなければならない。

2 地方公共団体は、その設立に係る地方独立行政法人について、その性格及び業務内容に応じ、その保有する個人情報の適正な取扱いが確保されるよう必要な措置を講ずることに努めなければならない。

（第三者提供の制限）

第二十三条 （略）

2 個人情報取扱事業者は、第三者に提供される個人データについて、本人の求めに応じて当該本人が識別される個人データの第三者への提供を停止することとしている場合であつて、次に掲げる事項について、あらかじめ、本人に通知し、又は本人が容易に知り得る状態に置いているときは、前項の規定にかかわらず、当該個人データを第三者に提供することができる。

- 一 第三者への提供を利用目的とすること。
- 二 第三者に提供される個人データの項目
- 三 第三者への提供の手段又は方法

四 本人の求めに応じて当該本人が識別される個人データの第三者への提供を停止すること。

3 個人情報取扱事業者は、前項第二号又は第三号に掲げる事項を変更する場合は、変更する内容について、あらかじめ、本人に通知し、又は本人が容易に知り得る状態に置かなければならない。

○「個人情報の保護に関する基本方針」（平成16年4月2日・閣議決定）（抄）

2 国が講ずべき個人情報の保護のための措置に関する事項

(3) 分野ごとの個人情報の保護の推進に関する方針

② 特に適正な取扱いを確保すべき個別分野において講ずべき施策

個人情報の性質や利用方法等から特に適正な取扱いの厳格な実施を確保する必要がある分野については、各省庁において、個人情報を保護するための格別の措置を各分野（医療、金融・信用、情報通信等）ごとに早急に検討し、法の全面施行までに、一定の結論を得るものとする。

3 地方公共団体が講ずべき個人情報の保護のための措置に関する基本的な事項

(1) 地方公共団体の保有する個人情報の保護の推進

改訂案

（参考）

○個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）（抄）

（定義）

第二条 この法律において「個人情報」とは、生存する個人に関する情報であつて、当該情報に含まれる氏名、生年月日その他の記述等により特定の個人を識別することができるもの（他の情報と容易に照合することができ、それにより特定の個人を識別することができることとなるものを含む。）をいう。

2 （略）

3 この法律において「個人情報取扱事業者」とは、個人情報データベース等を事業の用に供している者をいう。ただし、次に掲げる者を除く。

- 一 国の機関
- 二 地方公共団体
- 三～五 （略）

4～6 （略）

（地方公共団体等が保有する個人情報の保護）

第十一条 地方公共団体は、その保有する個人情報の性質、当該個人情報を保有する目的等を勘案し、その保有する個人情報の適正な取扱いが確保されるよう必要な措置を講ずることに努めなければならない。

2 地方公共団体は、その設立に係る地方独立行政法人について、その性格及び業務内容に応じ、その保有する個人情報の適正な取扱いが確保されるよう必要な措置を講ずることに努めなければならない。

（第三者提供の制限）

第二十三条 （略）

2 個人情報取扱事業者は、第三者に提供される個人データについて、本人の求めに応じて当該本人が識別される個人データの第三者への提供を停止することとしている場合であつて、次に掲げる事項について、あらかじめ、本人に通知し、又は本人が容易に知り得る状態に置いているときは、前項の規定にかかわらず、当該個人データを第三者に提供することができる。

- 一 第三者への提供を利用目的とすること。
- 二 第三者に提供される個人データの項目
- 三 第三者への提供の手段又は方法

四 本人の求めに応じて当該本人が識別される個人データの第三者への提供を停止すること。

3 個人情報取扱事業者は、前項第二号又は第三号に掲げる事項を変更する場合は、変更する内容について、あらかじめ、本人に通知し、又は本人が容易に知り得る状態に置かなければならない。

○「個人情報の保護に関する基本方針」（平成16年4月2日・閣議決定）（抄）

2 国が講ずべき個人情報の保護のための措置に関する事項

(3) 分野ごとの個人情報の保護の推進に関する方針

② 特に適正な取扱いを確保すべき個別分野において講ずべき施策

個人情報の性質や利用方法等から特に適正な取扱いの厳格な実施を確保する必要がある分野については、各省庁において、個人情報を保護するための格別の措置を各分野（医療、金融・信用、情報通信等）ごとに早急に検討し、法の全面施行までに、一定の結論を得るものとする。

3 地方公共団体が講ずべき個人情報の保護のための措置に関する基本的な事項

(1) 地方公共団体の保有する個人情報の保護の推進

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

地方公共団体の保有する個人情報の保護対策については、法第11条第1項の趣旨を踏まえ、個人情報の保護に関する条例の制定に早急に取り組む必要がある。また、既に条例を制定している団体であっても所要の見直しを行うことが求められる。

条例の制定又は見直しに当たっては、法及び行政機関個人情報保護法等の内容を踏まえるとともに、特に、いわゆるマニュアル処理に係る個人情報を保護対象とすること、行政機関個人情報保護法を参考としつつ、事務の特性に配慮した対象機関のあり方、自己情報の開示・訂正・利用停止等の本人関与の仕組みの充実、適切な苦情処理や不服申立て制度等の救済措置の整備、外部委託に係る個人情報の保護措置の整備、個人情報の漏えい等に対する罰則の検討、いわゆる「オンライン禁止規定」の見直し等の事項について留意することが求められる。

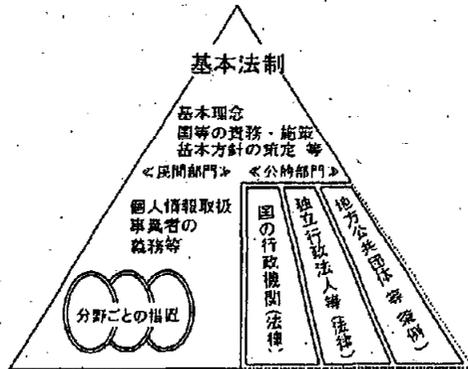
(2) 広報・啓発等住民・事業者等への支援

② 地方公共団体の部局間の相互連携

地方公共団体は、法の施行に関し、自ら保有する個人情報の保護、その区域内の事業者等への支援、苦情の処理のあっせん等、さらには、法第51条及び令第11条の規定により主務大臣の権限を行使することまで、広範で多様な施策の実施が求められている。地方公共団体においては、こうした多様な施策は、個人情報の保護に関する条例の所管部局、住民からの苦情の相談を担う部局、各事業者の振興・支援を担う部局等相当数の部局にまたがるものと見込まれるが、個人情報に関する住民の権利利益の保護の実効性を確保するためには、広範な施策が一体的・総合的に講じられるよう、関係部局が相互に十分な連携を図る必要がある。

また、事業者からの相談や住民からの苦情等の相談の利便性の観点から、連携体制の確保に併せて、関係部局間の役割分担と窓口を明らかにして、これを公表すること等により周知することが望まれる。

2. 個人情報保護法制の体系イメージ



(出典) 内閣府 HP

改訂案

地方公共団体の保有する個人情報の保護対策については、法第11条第1項の趣旨を踏まえ、個人情報の保護に関する条例の制定に早急に取り組む必要がある。また、既に条例を制定している団体であっても所要の見直しを行うことが求められる。

条例の制定又は見直しに当たっては、法及び行政機関個人情報保護法等の内容を踏まえるとともに、特に、いわゆるマニュアル処理に係る個人情報を保護対象とすること、行政機関個人情報保護法を参考としつつ、事務の特性に配慮した対象機関のあり方、自己情報の開示・訂正・利用停止等の本人関与の仕組みの充実、適切な苦情処理や不服申立て制度等の救済措置の整備、外部委託に係る個人情報の保護措置の整備、個人情報の漏えい等に対する罰則の検討、いわゆる「オンライン禁止規定」の見直し等の事項について留意することが求められる。

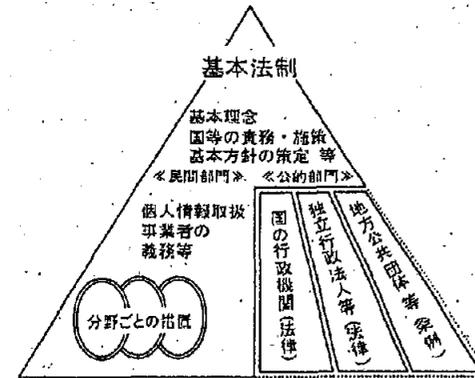
(2) 広報・啓発等住民・事業者等への支援

② 地方公共団体の部局間の相互連携

地方公共団体は、法の施行に関し、自ら保有する個人情報の保護、その区域内の事業者等への支援、苦情の処理のあっせん等、さらには、法第51条及び令第11条の規定により主務大臣の権限を行使することまで、広範で多様な施策の実施が求められている。地方公共団体においては、こうした多様な施策は、個人情報の保護に関する条例の所管部局、住民からの苦情の相談を担う部局、各事業者の振興・支援を担う部局等相当数の部局にまたがるものと見込まれるが、個人情報に関する住民の権利利益の保護の実効性を確保するためには、広範な施策が一体的・総合的に講じられるよう、関係部局が相互に十分な連携を図る必要がある。

また、事業者からの相談や住民からの苦情等の相談の利便性の観点から、連携体制の確保に併せて、関係部局間の役割分担と窓口を明らかにして、これを公表すること等により周知することが望まれる。

2. 個人情報保護法制の体系イメージ



(出典) 内閣府 HP

データ範囲のチェック

番号	項目名	データタイプ	入力値小値	入力値大値	少数点以下の桁数	単位	基準範囲外 ※1	検査の実施 ※2	備考
1	身長	数字	100.0	250.0	1	cm			
2	体重	数字	20.0	250.0	1	kg			
3	BMI	数字	10.0	100.0	1	kg/m ²			
4	腕囲	数字	40.0	250.0	1	cm			
6	血圧(収縮期)	数字	60	300	0	mmHg			
7	血圧(拡張期)	数字	30	150	0	mmHg			
8	中性脂肪	数字	10	2000	0	mg/dL			
9	HDLコレステロール	数字	10	500	0	mg/dL			
10	LDLコレステロール	数字	20	1000	0	mg/dL			
11	AST(GOT)	数字	0	1000	0	IU/l 37℃			
12	ALT(GPT)	数字	0	1000	0	IU/l 37℃			
13	γ-GT(γ-GTP)	数字	0	1000	0	IU/l 37℃			
14	空腹血糖	数字	20	600	0	mg/dL			
15	HbA1c	数字	3.0	20.0	1	%			
18	ヘマトクリット値	数字	0.0	100.0	1	%			
19	血色素量[ヘモグロビン値]	数字	0.0	30.0	1	g/dL			
20	赤血球数	数字	0	1000	0	万/mm ³			
1002	実施度(コンプライアンス)	数字	0	100	0	%			
1003	効果1(腕囲)	数字			1	cm			
1004	効果2(体重)	数字			1	kg			

※の説明

※1 基準範囲外: 測定データが入力値小値以下の場合は「L」、入力値大値以上の場合は「H」を入力する。

※2 検査の実施: 測定データが入力で検査未実施の場合は「未実施」を入力する。

データ範囲のチェック

番号	項目名	データタイプ	入力値小値(L)	入力値大値(H)	少数点以下の桁数	単位
1	身長	数字	100.0	250.0	1	cm
2	体重	数字	20.0	250.0	1	kg
3	BMI	数字	10.0	100.0	1	kg/m ²
4	腕囲	数字	40.0	250.0	1	cm
6	血圧(収縮期)	数字	60	300	0	mmHg
7	血圧(拡張期)	数字	30	150	0	mmHg
8	中性脂肪	数字	10	2000	0	mg/dL
9	HDLコレステロール	数字	10	500	0	mg/dL
10	LDLコレステロール	数字	20	1000	0	mg/dL
11	AST(GOT)	数字	0	1000	0	IU/l 37℃
12	ALT(GPT)	数字	0	1000	0	IU/l 37℃
13	γ-GT(γ-GTP)	数字	0	1000	0	IU/l 37℃
14	空腹血糖	数字	20	600	0	mg/dL
15	HbA1c	数字	3.0	20.0	1	%
18	ヘマトクリット値	数字	0.0	100.0	1	%
19	血色素量[ヘモグロビン値]	数字	0.0	30.0	1	g/dL
20	赤血球数	数字	0	1000	0	万/mm ³
1002	実施度(コンプライアンス)	数字	0	100	0	%
1003	効果1(腕囲)	数字			1	cm
1004	効果2(体重)	数字			1	kg

※1 基準範囲外: 測定データが入力値小値以下の場合は「L」、入力値大値以上の場合は「H」を入力する。ただし、平成25年度以降は実施度も併せて入力する。

(注)この「H」「L」は、不要なデータベースを削除することによるシステムの負担を軽減すること、誤入力のチェック(30を300と入力してしまう等)の観点から設定している。「H」以上や「L」以下の値は対象となる検査データとしては考えにくい値である。採検の取扱いや測定装置上の問題を踏うべき値であり、各検査の基準範囲からはかけ離れている。したがって、平成25年度からHbA1cがJDS値からNGSP値に移行するが、それに伴ってこれらの「H」「L」値については変更しない。

※2 検査の実施: 測定データが入力で検査未実施の場合は「未実施」を入力する。

健診結果・質問票情報

別紙8-1⑤

旧

番号	高件 票1	項目コード ※5	項目名	データ基準※2			データタイプ	単位	データ値コメント		検査方法	備考
				データ値	下限値	上限値			基準範囲外 ※3	検査の実施 ※4		
1	<input type="checkbox"/>		身長				数字	cm			小数点以下1桁	
2	<input type="checkbox"/>		体重				数字	kg			小数点以下1桁	
3	<input type="checkbox"/>		BMI				数字	kg/m ²			小数点以下1桁	
4	<input type="checkbox"/>		頭囲				数字	cm			小数点以下1桁	
5	<input type="checkbox"/>		医学的検査(身体診察) (所見)				コード					1:異常所見なし、2:異常所見あり
6	<input type="checkbox"/>		血圧(収縮期)				数字	mmHg				
7	<input type="checkbox"/>		血圧(拡張期)				数字	mmHg				
8	<input type="checkbox"/>	3F015000002327101	中性脂肪				数字	mg/dl			1:可視分光光度法 (標準比色法・7.14・ローム法)	
		3F015000002327201					数字	mg/dl			2:紫外分光光度法 (標準比色法・7.14・ローム法)	
9	<input type="checkbox"/>	3F070000002327101	HDLコレステロール				数字	mg/dl			1:可視分光光度法 (標準比色法)	
		3F070000002327201					数字	mg/dl			2:紫外分光光度法 (標準比色法)	
10	<input type="checkbox"/>	3F077000002327101	LDLコレステロール				数字	mg/dl			1:可視分光光度法 (標準比色法)	
		3F077000002327201					数字	mg/dl			2:紫外分光光度法 (標準比色法)	
11	<input type="checkbox"/>	3D010000002228101	AST (GOT)				数字	U/l			1:分光法	
12	<input type="checkbox"/>	3F077000002327101	ALT (GPT)				数字	U/l			2:可視分光光度法 (7.14・標準比色法)	
13	<input type="checkbox"/>	3F077000002327201	γ-GT (γ-GTP)				数字	U/l			2:可視分光光度法 (7.14・標準比色法)	
14	<input checked="" type="checkbox"/>	3D045000001908202	尿酸時価値				数字	mg/dl			3:紫外分光光度法(ヘテロ多色性、ブ ルツァー法、7.14・標準比色法)	
		3D045000001920402					数字	mg/dl			1:フタフタ法(標準比色法)	
		3B035000002327201					数字	mg/dl			2:HPLC (7.14・標準比色法)	
15	<input checked="" type="checkbox"/>	3B090000002327201	HbA1c				数字	%			紫外分光光度法 (JSCC標準化法)	小数点以下1桁
		3B045000002327101					数字	%			可視分光光度法 (JSCC/JSCC標準化法)	小数点以下1桁
16	<input type="checkbox"/>		尿糖				コード				1:試験紙法(糖紙のみ取り)	1:-、2:±、3+:、4:++、5:+++
							コード				2:試験紙法(自視法)	1:-、2:±、3+:、4:++、5:+++
17	<input type="checkbox"/>		尿蛋白				コード				1:試験紙法(糖紙のみ取り)	1:-、2:±、3+:、4:++、5:+++
							コード				2:試験紙法(自視法)	1:-、2:±、3+:、4:++、5:+++
18	<input type="checkbox"/>		ヘマトクリット率				数字	%			自動血球算定装置	小数点以下1桁
19	<input type="checkbox"/>		血色素量[ヘモグロビン量]				数字	g/dl			自動血球算定装置	小数点以下1桁
20	<input type="checkbox"/>		赤血球数				数字	万/mm ³			自動血球算定装置	小数点以下1桁
21	<input type="checkbox"/>		心電図 (所見)				コード					1:異常所見なし、2:異常所見あり
22	<input type="checkbox"/>		聴覚検査(キースワグナー分類) (シェイエ分類:H) (シェイエ分類:S)				コード					10、21、311A、411b、511、611 10、21、32、43、54 10、21、32、43、54
23			メタボリックシンドローム判定				コード					1:基準未満、2:予備基準、3:非該当
24			医師の判断				数字					1:検査結果の異常の有無を判断し、2:検査結果の異常の有無を判断し、3:検査結果の異常の有無を判断し、4:検査結果の異常の有無を判断し、5:検査結果の異常の有無を判断し
25			判読した医師の氏名				数字					
26			尿糖指導レベル				コード					1:積極的変更、2:勧告づけ変更、3:なし
101			脈調1(血圧)				コード					121、211
102			脈調2(血圧)				コード					121、211
103			脈調3(血圧)				コード					121、211
104			脈調1(脈調)				コード					121、211
105			脈調2(脈調)				コード					121、211
106			脈調3(脈調)				コード					121、211
107			異常				コード					121、211
108			増加				コード					121、211
109			20歳からの体重変化				コード					121、211
110			30分以上の運動習慣				コード					121、211
111			歩行又は身体活動				コード					121、211
112			歩行速度				コード					121、211
113			1年間の体重変化				コード					121、211
114			食べ方1(早食い等)				コード					121、211
115			食べ方2(就寝前)				コード					121、211
116			食べ方3(昼食/夕食)				コード					121、211
117			食習慣				コード					121、211
118			飲酒				コード					121、211
119			飲煙				コード					1:毎日、2:時々、3:ほとんど飲まない
120			睡眠				コード					121、211
121			生活習慣の改善				コード					1:改善あり、2:改善あり(6ヶ月以内)、3:改善あり(6ヶ月以上)、4:改善あり(6ヶ月未満)、5:改善あり(6ヶ月以上)
122			医師指導の有無				コード					121、211

(※の説明)

- ※1 高件票1-必要項目、0-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可
- ※2 データ基準下限値、上限値:使用する検査機器、検査等が異なるため検査結果に2に調整した値を入力する。
- ※3 基準範囲外:検査データが基準範囲外の場合「以下」、入力値が最大以上の場合は「以上」を入力する。
- ※4 検査の実施:検査データが未入力でも検査を実施の場合は「実施済み」を入力する。
- ※5 検査項目コードについては、上記以外の検査法も含め、JLAC10コードを用いる(検査方法については、それぞれの検査項目欄に90%以上を1-9の1桁の数字で記述した検査方法を記載した)

保健指導情報

番号	条件	項目コード	項目名	データ基準※1			データタイプ	単位	基準範囲外※3	検査の実施※4	備考
				データ値	下限値	上限値					
1001			支援レベル				コード				1:個別の実施、2:グループ支援(他診結果に基づき優先化された区分)
1002			行動変容ステージ				コード				1:変化なし、2:変化あり(6か月以内)、3:変化あり(近いうち)、4:継続済み(8ヶ月未満)、5:継続済み(6ヶ月以上)
1003			保健指導コース名				文字				
1004			初回面談の実施日付				年月日				
1005			初回面談による支援の実施形態				コード				1:個別支援、2:グループ支援
1006			初回面談の実施時間				数字	分			
1007			初回面談の実施者				コード				1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1008			継続的支援予定期間				数字	週			
1009			目標範囲				数字	cm			
1010			目標体重				数字	kg			
1011			目標収縮期血圧				数字	mmHg			
1012			目標拡張期血圧				数字	mmHg			
1013			一日の閉塞目録エネルギー量				数字	kcal			
1014			一日の運動による目標エネルギー量				数字	kcal			
1015			一日の食事による目標エネルギー量				数字	kcal			
1016			中間評価の実施日付				年月日				
1017			中間評価の支援形態				コード				1:個別支援A、2:グループ支援、3:電話A、4:e-mailA
1018			中間評価の実施時間				数字	分			
1019			中間評価の実施ポイント				数字				自動計算
1020			中間評価の実施者				コード				1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1021			中間評価時の範囲				数字	cm			
1022			中間評価時の体重				数字	kg			
1023			中間評価時の収縮期血圧				数字	mmHg			
1024			中間評価時の拡張期血圧				数字	mmHg			
1025			中間評価時の生活習慣の改善(食・食生活)				コード				0:変化なし、1:改善、2:悪化
1026			中間評価時の生活習慣の改善(身体活動)				コード				0:変化なし、1:改善、2:悪化
1027			中間評価時の生活習慣の改善(喫煙)				コード				1:禁煙継続、2:未継続、3:非喫煙、4:禁煙の意思なし
1028			支援A①の実施日付				年月日				
1029			支援A①の支援形態				コード				1:個別支援A、2:グループ支援、3:電話A、4:e-mailA
1030			支援A①の実施時間				数字	分			
1031			支援A①の実施ポイント				数字				自動計算
1032			支援A①の実施者				コード				1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1033			支援A②の実施日付				年月日				
1034			支援A②の支援形態				コード				1:個別支援A、2:グループ支援、3:電話A、4:e-mailA
1035			支援A②の実施時間				数字	分			
1036			支援A②の実施ポイント				数字				自動計算
1037			支援A②の実施者				コード				1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1038			支援B①の実施日付				年月日				
1039			支援B①の支援形態				コード				1:個別支援B、2:電話B、3:e-mailB
1040			支援B①の実施時間				数字	分			
1041			支援B①の実施ポイント				数字				自動計算
1042			支援B①の実施者				コード				1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1043			支援B②の実施日付				年月日				
1044			支援B②の支援形態				コード				1:個別支援B、2:電話B、3:e-mailB
1045			支援B②の実施時間				数字	分			
1046			支援B②の実施ポイント				数字				自動計算
1047			支援B②の実施者				コード				1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1048			支援B③の実施日付				年月日				
1049			支援B③の支援形態				コード				1:個別支援B、2:電話B、3:e-mailB
1050			支援B③の実施時間				数字	分			
1051			支援B③の実施ポイント				数字				自動計算
1052			支援B③の実施者				コード				1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他

番号	条件	項目コード	項目名	データ種	データ基準値※1		データタイプ	単位	基準範囲外※3	検査の実施※4	備考
					下限値	上限値					
1053			文庫B②の実施日付				年月日				
1054			文庫B②の支那形態				コード				1: 個別支援B, 2: 電話B, 3: e-mail
1055			文庫B②の実施時間				数字	分			
1056			文庫B②の実施ポイント				数字				自動計算
1057			文庫B②の実施者				コード				1: 医師, 2: 保健師, 3: 管理栄養士, 4: その他
1058			6か月後の評価の実施日付				年月日				
1059			6か月後の評価の支援形態又は確認方法				コード				1: 個別支援, 2: グループ支援, 3: 電話, 4: e-mail
1060			6か月後の評価の実施者				コード				1: 医師, 2: 保健師, 3: 管理栄養士, 4: その他
1061			6か月後の評価ができない場合の確認回数				数字	回			確認方法に基づき、評価実施者が行った確認の回数
1062			6か月後の評価時の脈調				数字	cm			
1063			6か月後の評価時の体重				数字	kg			
1064			6か月後の評価時の収縮期血圧				数字	mmHg			
1065			6か月後の評価時の拡張期血圧				数字	mmHg			
1066			6か月後の評価時の保健指導による生活習慣の改善(栄養・食生活)				コード				0: 変化なし, 1: 改善, 2: 悪化
1067			6か月後の評価時の保健指導による生活習慣の改善(身体活動)				コード				0: 変化なし, 1: 改善, 2: 悪化
1068			6か月後の評価時の保健指導による生活習慣の改善(喫煙)				コード				1: 禁煙継続, 2: 禁煙断, 3: 未喫煙, 4: 喫煙の悪化なし
1069			計画上の継続的な支援の実施回数				数字	回			
1070			計画上の継続的な支援の実施回数(個別支援)				数字	回			
1071			計画上の継続的な支援の合計実施時間(個別支援)				数字	分			
1072			計画上の継続的な支援の実施回数(グループ支援)				数字	回			
1073			計画上の継続的な支援の合計実施時間(グループ支援)				数字	分			
1074			計画上の継続的な支援の実施回数(電話Aによる支援)				数字	回			
1075			計画上の継続的な支援の合計実施時間(電話Aによる支援)				数字	分			
1076			計画上の継続的な支援の実施回数(e-mailによる支援)				数字	回			
1077			計画上の継続的な支援の実施回数(電話Bによる支援)				数字	回			
1078			計画上の継続的な支援の合計実施時間(電話Bによる支援)				数字	分			
1079			計画上の継続的な支援の実施回数(e-mailによる支援)				数字	回			
1080			計画上の継続的な支援によるポイント(支援A)				数字				
1081			計画上の継続的な支援によるポイント(支援B)				数字				
1082			計画上の継続的な支援によるポイント(合計)				数字				自動計算
1083			実施上の継続的な支援の実施回数				数字	回			自動計算
1084			実施上の継続的な支援の実施回数(個別支援)				数字	回			
1085			実施上の継続的な支援の合計実施時間(個別支援)				数字	分			
1086			実施上の継続的な支援の実施回数(グループ支援)				数字	回			
1087			実施上の継続的な支援の合計実施時間(グループ支援)				数字	分			
1088			実施上の継続的な支援の実施回数(電話Aによる支援)				数字	回			
1089			実施上の継続的な支援の合計実施時間(電話Aによる支援)				数字	分			
1090			実施上の継続的な支援の実施回数(e-mailによる支援)				数字	回			
1091			実施上の継続的な支援の実施回数(電話Bによる支援)				数字	回			
1092			実施上の継続的な支援の合計実施時間(電話Bによる支援)				数字	分			
1093			実施上の継続的な支援の実施回数(e-mailによる支援)				数字	回			
1094			継続的な支援によるポイント(支援A)				数字				自動計算
1095			継続的な支援によるポイント(支援B)				数字				自動計算
1096			継続的な支援によるポイント(合計)				数字				自動計算
1097			栄養指導の実施回数				数字	回			
1098			委託事業社保健指導機関番号(1)				数字				
1099			委託事業社名(1)				漢字				
1100			主対応内容(1)				コード				1: 個別支援, 2: グループ支援, 3: 電話, 4: e-mail
1101			委託事業社保健指導機関番号(2)				数字				
1102			委託事業社名(2)				漢字				
1103			主対応内容(2)				コード				1: 個別支援, 2: グループ支援, 3: 電話, 4: e-mail

(表の説明)
 ※2 データ基準下限度、上限値: 使用する検査機器、基準値が異なるため設定値ごとに設定した値を入力する。
 ※3 基準範囲外: データが別途定める入力最小値以下の場合は「以下」、入力最大値以上の場合は「以上」を入力する。
 ※4 検査の実施: データが未入力の場合実施の場合は「未実施」を入力する。
 ※5 検査項目コードについては、固有のコードを別途定める。

建診結果・費用票情報

別表第1号

新

Table with columns: 項目, 項目コード, 項目名, 診療科目, 診療内容, 診療方法, 備考. It lists various medical procedures and their associated codes and descriptions.

項目	コード	名称	種別	備考	備考	備考
1. 基本情報	B277018000000004	扉表(1頁目)	表紙			扉表(1頁目)
	B277018000000005	扉表(2頁目)	表紙			扉表(2頁目)
	B277018000000006	扉表(3頁目)	表紙			扉表(3頁目)
	B277018000000007	扉表(4頁目)	表紙			扉表(4頁目)
	B277018000000008	扉表(5頁目)	表紙			扉表(5頁目)
	B277018000000009	扉表(6頁目)	表紙			扉表(6頁目)
	B277018000000010	扉表(7頁目)	表紙			扉表(7頁目)
	B277018000000011	扉表(8頁目)	表紙			扉表(8頁目)
	B277018000000012	扉表(9頁目)	表紙			扉表(9頁目)
	B277018000000013	扉表(10頁目)	表紙			扉表(10頁目)
2. 目次	B277018000000014	目次(1)	目次			目次(1)
	B277018000000015	目次(2)	目次			目次(2)
	B277018000000016	目次(3)	目次			目次(3)
	B277018000000017	目次(4)	目次			目次(4)
	B277018000000018	目次(5)	目次			目次(5)
	B277018000000019	目次(6)	目次			目次(6)
	B277018000000020	目次(7)	目次			目次(7)
	B277018000000021	目次(8)	目次			目次(8)
	B277018000000022	目次(9)	目次			目次(9)
	B277018000000023	目次(10)	目次			目次(10)
3. 本文	B277018000000024	本文(1)	本文			本文(1)
	B277018000000025	本文(2)	本文			本文(2)
	B277018000000026	本文(3)	本文			本文(3)
	B277018000000027	本文(4)	本文			本文(4)
	B277018000000028	本文(5)	本文			本文(5)
	B277018000000029	本文(6)	本文			本文(6)
	B277018000000030	本文(7)	本文			本文(7)
	B277018000000031	本文(8)	本文			本文(8)
	B277018000000032	本文(9)	本文			本文(9)
	B277018000000033	本文(10)	本文			本文(10)
4. 索引	B277018000000034	索引(1)	索引			索引(1)
	B277018000000035	索引(2)	索引			索引(2)
	B277018000000036	索引(3)	索引			索引(3)
	B277018000000037	索引(4)	索引			索引(4)
	B277018000000038	索引(5)	索引			索引(5)
	B277018000000039	索引(6)	索引			索引(6)
	B277018000000040	索引(7)	索引			索引(7)
	B277018000000041	索引(8)	索引			索引(8)
	B277018000000042	索引(9)	索引			索引(9)
	B277018000000043	索引(10)	索引			索引(10)

(表の注) 1. 1)～10)は、1)～10)の範囲に属する項目を示す。2)～10)は、1)～10)の範囲に属する項目を示す。3)～10)は、1)～10)の範囲に属する項目を示す。4)～10)は、1)～10)の範囲に属する項目を示す。5)～10)は、1)～10)の範囲に属する項目を示す。6)～10)は、1)～10)の範囲に属する項目を示す。7)～10)は、1)～10)の範囲に属する項目を示す。8)～10)は、1)～10)の範囲に属する項目を示す。9)～10)は、1)～10)の範囲に属する項目を示す。10)～10)は、1)～10)の範囲に属する項目を示す。

保健指導情報

別紙6-1②

新

番号	登録区分(注1)		項目コード	実施名	アーク	アークタイプ	単位	備考
	1回目 の決定 日時	2回目 の決定 日時						
1001	○	○	1020000001	支援レベル		コード		1: 継続的支援、2: 継続的支援(継続期間に基づく身体活性向上区分)
1002	△	△	1020000002	行動変容ステップ		コード		1: 継続的、2: 継続的あり(6ヶ月以内)、3: 継続的あり(6ヶ月以上)、4: 継続的あり(6ヶ月未満)、5: 継続的あり(6ヶ月以上)
1003	★		1020000003	低血糖症コース名		文字		
1004	○	○	1022000011	初回研修の実施日時		年月日	YYYYMMDD	
1005	○	○	1022000012	初回研修による実践の支援形態		コード		1: 個別支援、2: グループ支援
1006	○	○	1022000013	初回研修の実施時間		数字	分	
1007	○	○	1022000015	初回研修の実施者		コード		1: 医師、2: 保健師、3: 管理栄養士、4: その他
1008	●	●	1021000020	継続的支援予見期間		数字	週	
1009	★		1021001001	目標達成		数字	cm	
1010	★		1021001002	目標体重		数字	kg	
1011	□		1021001003	目標収縮期血圧		数字	mmHg	
1012	□		1021001004	目標拡張期血圧		数字	mmHg	
1013	★		1021001005	一日の総摂取エネルギー量		数字	kcal	
1014	★		1021001006	一日の運動による消費エネルギー量		数字	kcal	
1015	★		1021001007	一日の食事による摂取エネルギー量		数字	kcal	
1016	★		1032000011	中間研修の実施日時		年月日	YYYYMMDD	
1017	★		1032000012	中間研修の支援形態		コード		1: 個別支援A、3: グループ支援、4: 電話A、6: 電子メール支援A
1018	★		1032000013	中間研修の実施時間		数字	分	
1019	★		1032000014	中間研修の実施ポイント		数字		自動計算
1020	★		1032000015	中間研修の実施者		コード		1: 医師、2: 保健師、3: 管理栄養士、4: その他
1021	★		1032001001	中間研修の原則		数字	cm	YYYYMMDD
1022	★		1032001002	中間研修の体重		数字	kg	
1023	▲		1032001003	中間研修の収縮期血圧		数字	mmHg	
1024	▲		1032001004	中間研修の拡張期血圧		数字	mmHg	
1025	★		1032001005	中間研修の生活習慣の改善(栄養・食生活)		コード		0: 変化なし、1: 改善、2: 悪化
1026	★		1032001006	中間研修の生活習慣の改善(身体活動)		コード		0: 変化なし、1: 改善、2: 悪化
1027	★		1032001007	中間研修の生活習慣の改善(認知)		コード		1: 実施継続、2: 実施終了、3: 非実施、4: 実施の要否なし
1028	★		1032100011	支援A①の実施日時		年月日	YYYYMMDD	
1029	★		1032100012	支援A①の支援形態		コード		1: 個別支援A、3: グループ支援、4: 電話A、6: 電子メール支援A
1030	★		1032100013	支援A①の実施時間		数字	分	
1031	★		1032100014	支援A①の実施ポイント		数字		自動計算
1032	★		1032100015	支援A①の実施者		コード		1: 医師、2: 保健師、3: 管理栄養士、4: その他
1033	★		支援A①の対応する コードと同一	支援A①の実施日時		年月日	YYYYMMDD	
1034	★		支援A①の対応する コードと同一	支援A①の支援形態		コード		1: 個別支援A、3: グループ支援、4: 電話A、6: 電子メール支援A
1035	★		支援A①の対応する コードと同一	支援A①の実施時間		数字	分	
1036	★		支援A①の対応する コードと同一	支援A①の実施ポイント		数字		自動計算
1037	★		支援A①の対応する コードと同一	支援A①の実施者		コード		1: 医師、2: 保健師、3: 管理栄養士、4: その他
1038	★		支援A①の対応する コードと同一	支援A①の実施日時		年月日	YYYYMMDD	
1039	★		支援A①の対応する コードと同一	支援A①の支援形態		コード		1: 個別支援A、3: グループ支援、4: 電話A、6: 電子メール支援A
1040	★		支援A①の対応する コードと同一	支援A①の実施時間		数字	分	
1041	★		支援A①の対応する コードと同一	支援A①の実施ポイント		数字		自動計算
1042	★		支援A①の対応する コードと同一	支援A①の実施者		コード		1: 医師、2: 保健師、3: 管理栄養士、4: その他
1043	★		支援A①の対応する コードと同一	支援A①の実施日時		年月日	YYYYMMDD	
1044	★		支援A①の対応する コードと同一	支援A①の支援形態		コード		1: 個別支援A、3: グループ支援、4: 電話A、6: 電子メール支援A
1045	★		支援A①の対応する コードと同一	支援A①の実施時間		数字	分	
1046	★		支援A①の対応する コードと同一	支援A①の実施ポイント		数字		自動計算
1047	★		支援A①の対応する コードと同一	支援A①の実施者		コード		1: 医師、2: 保健師、3: 管理栄養士、4: その他
1048	★		1032200011	支援B①の実施日時		年月日	YYYYMMDD	
1049	★		1032200012	支援B①の支援形態		コード		2: 個別支援B、4: 電話B、7: 電子メール支援B
1050	★		1032200013	支援B①の実施時間		数字	分	
1051	★		1032200014	支援B①の実施ポイント		数字		自動計算
1052	★		1032200015	支援B①の実施者		コード		1: 医師、2: 保健師、3: 管理栄養士、4: その他
1053	★		支援B①の対応する コードと同一	支援B①の実施日時		年月日	YYYYMMDD	
1054	★		支援B①の対応する コードと同一	支援B①の支援形態		コード		2: 個別支援B、4: 電話B、7: 電子メール支援B
1055	★		支援B①の対応する コードと同一	支援B①の実施時間		数字	分	
1056	★		支援B①の対応する コードと同一	支援B①の実施ポイント		数字		自動計算
1057	★		支援B①の対応する コードと同一	支援B①の実施者		コード		1: 医師、2: 保健師、3: 管理栄養士、4: その他
1058	★		支援B①の対応する コードと同一	支援B①の実施日時		年月日		
1059	★		支援B①の対応する コードと同一	支援B①の支援形態		コード		2: 個別支援B、4: 電話B、7: 電子メール支援B
1060	★		支援B①の対応する コードと同一	支援B①の実施時間		数字	分	
1061	★		支援B①の対応する コードと同一	支援B①の実施ポイント		数字		自動計算
1062	★		支援B①の対応する コードと同一	支援B①の実施者		コード		1: 医師、2: 保健師、3: 管理栄養士、4: その他
1063	★		支援B①の対応する コードと同一	支援B①の実施日時		年月日	YYYYMMDD	
1064	★		支援B①の対応する コードと同一	支援B①の支援形態		コード		2: 個別支援B、4: 電話B、7: 電子メール支援B
1065	★		支援B①の対応する コードと同一	支援B①の実施時間		数字	分	

番号	記号区分(年1)			項目コード	項目名	グループ	データタイプ	単位	備考
	1項目 の 記号	2項目 の 記号	3項目 の 記号						
1066	*	*	*	実質B④の対応する コードと同一	実質B④の実施ポイント		数字		自動計算
1067	*	*	*	実質B④の対応する コードと同一	実質B④の実施者		コード		1: 経理、2: 総務、3: 管理栄養士、4: その他
1068	○	○	○	104200001	6ヶ月後の評価の実施日時		年月日		YYYYMMDD
1069	○	○	○	104200002	6ヶ月後の評価の実施形態又は実施方法		コード		1: 個別支援、2: グループ支援、3: 電話、4: 電子メール支援
1070	○	○	○	104200005	6ヶ月後の評価の実施者		コード		1: 経理、2: 総務、3: 管理栄養士、4: その他
1071	○	○	○	104200118	6ヶ月後の評価ができない場合の重症度換		数字	国	重症度方法に基づき、有資格者が行った重症度の換
1072	○	○	○	104200120	6ヶ月後の評価時の費用		数字	円	
1073	○	○	○	104200128	6ヶ月後の評価時の体重		数字	kg	
1074	△	△	△	104200133	6ヶ月後の評価時の収縮血圧		数字	mmHg	
1075	△	△	△	104200134	6ヶ月後の評価時の拡張血圧		数字	mmHg	
1076	○	○	○	104200142	6ヶ月後の評価時の体動検知による生活習慣の改善(栄養・ 生活)		コード		0: 実施なし、1: 改善、2: 悪化
1077	○	○	○	104200141	6ヶ月後の評価時の体動検知による生活習慣の改善(身体 活動)		コード		0: 実施なし、1: 改善、2: 悪化
1078	△	△	△	104200143	6ヶ月後の評価時の体動検知による生活習慣の改善(歩数)		コード		1: 悪化継続、2: 悪化継続、3: 改善後、4: 改善の悪化なし
1079	●	●	●	104180017	計画上の継続的な支援の実施回数		数字	回	
1080	●	●	●	104180117	計画上の継続的な支援の実施回数(個別支援A)		数字	回	
1081	●	●	●	104180118	計画上の継続的な支援の合計実施回数(個別支援A)		数字	分	
1082	●	●	●	104180117	計画上の継続的な支援の実施回数(個別支援B)		数字	回	
1083	●	●	●	104180118	計画上の継続的な支援の合計実施回数(個別支援B)		数字	分	
1084	●	●	●	104180217	計画上の継続的な支援の実施回数(グループ支援)		数字	回	
1085	●	●	●	104180218	計画上の継続的な支援の合計実施回数(グループ支援)		数字	分	
1086	●	●	●	104180317	計画上の継続的な支援の実施回数(電話Aによる支援)		数字	回	
1087	●	●	●	104180318	計画上の継続的な支援の合計実施回数(電話Aによる支 援)		数字	分	
1088	●	●	●	104180417	計画上の継続的な支援の実施回数(電話Aによる支援)		数字	回	
1089	●	●	●	104180317	計画上の継続的な支援の実施回数(電話Bによる支援)		数字	回	
1090	●	●	●	104180318	計画上の継続的な支援の合計実施回数(電話Bによる支 援)		数字	分	
1091	●	●	●	104180417	計画上の継続的な支援の実施回数(電話Bによる支援)		数字	回	
1092	●	●	●	104180014	計画上の継続的な支援によるポイント(支援A)		数字		
1093	●	●	●	104180014	計画上の継続的な支援によるポイント(支援B)		数字		
1094	●	●	●	104180014	計画上の継続的な支援によるポイント(合計)		数字		自動計算
1095	●	●	●	104280017	実態上の継続的な支援の実施回数		数字	回	自動計算
1096	●	●	●	104280117	実態上の継続的な支援の実施回数(個別支援A)		数字	回	
1097	●	●	●	104280118	実態上の継続的な支援の合計実施回数(個別支援A)		数字	分	
1098	●	●	●	104280117	実態上の継続的な支援の実施回数(個別支援B)		数字	回	
1099	●	●	●	104280118	実態上の継続的な支援の合計実施回数(個別支援B)		数字	分	
1100	●	●	●	104280217	実態上の継続的な支援の実施回数(グループ支援)		数字	回	
1101	●	●	●	104280218	実態上の継続的な支援の合計実施回数(グループ支援)		数字	分	
1102	●	●	●	104280317	実態上の継続的な支援の実施回数(電話Aによる支援)		数字	回	
1103	●	●	●	104280318	実態上の継続的な支援の合計実施回数(電話Aによる支 援)		数字	分	
1104	●	●	●	104280417	実態上の継続的な支援の実施回数(電話Aによる支援)		数字	回	
1105	●	●	●	104280317	実態上の継続的な支援の実施回数(電話Bによる支援)		数字	回	
1106	●	●	●	104280318	実態上の継続的な支援の合計実施回数(電話Bによる支 援)		数字	分	
1107	●	●	●	104280417	実態上の継続的な支援の実施回数(電話Bによる支援)		数字	回	
1108	●	●	●	104210014	継続的な支援によるポイント(支援A)		数字		自動計算
1109	●	●	●	104280014	継続的な支援によるポイント(支援B)		数字		自動計算
1110	●	●	●	104280014	継続的な支援によるポイント(合計)		数字		自動計算
1111	△	△	△	104280018	重症評価の実施回数		数字	回	
1112	●	●	●	104300002	実態上の継続的な支援の終了日		年月日		YYYYMMDD
1113	*	*	*	104200001	委任状発行者機関番号(1)		数字		
1114	*	*	*	104200002	委任状発行者機関番号(2)		数字		
1115	*	*	*	104200005	主簿記内帳(1)		コード		1: 個別支援、2: グループ支援、3: 電話、4: 電子メール支援
1116	*	*	*	委任状発行者機関 番号(1)と同じ	委任状発行者機関番号(1)		数字		
1117	*	*	*	委任状発行者機関 番号(1)と同じ	委任状発行者機関番号(2)		数字		
1118	*	*	*	主簿記内帳(1)と同じ	主簿記内帳(2)		コード		1: 個別支援、2: グループ支援、3: 電話、4: 電子メール支援
1119	*	*	*	委任状発行者機関 番号(1)と同じ	委任状発行者機関番号(1)		数字		
1120	*	*	*	委任状発行者機関 番号(1)と同じ	委任状発行者機関番号(2)		数字		
1121	*	*	*	主簿記内帳(1)と同じ	主簿記内帳(3)		コード		1: 個別支援、2: グループ支援、3: 電話、4: 電子メール支援
1122	*	*	*	委任状発行者機関 番号(1)と同じ	委任状発行者機関番号(3)		数字		
1123	*	*	*	委任状発行者機関 番号(1)と同じ	委任状発行者機関番号(4)		数字		
1124	*	*	*	主簿記内帳(1)と同じ	主簿記内帳(4)		コード		1: 個別支援、2: グループ支援、3: 電話、4: 電子メール支援

注1 1項目の記号区分は初回評価終了後、2項目の記号区分は6ヶ月後の評価終了後、

条件: ○→必須入力項目、△→必ず入力項目、●→必ず入力項目が前提となる項目、△→必須入力項目の場合のみ、○→計画上において重症度を定めた場合のみについてのみ入力。
 ●→必須入力項目(重症度の評価のみ)、△→必ず入力項目が前提となる項目、○→必須入力項目の場合のみ、△→必須入力項目の場合のみ(重症度の評価のみ)とするが、
 施設付与支援の場合において、重症度の評価より重症度の評価の実施方法の項目が必須となる場合についてはのみ入力(重症度の評価と重症度の評価の実施方法の項目のみ)とする。
 注2 必須で入力となる項目は必ずしも必須とする上も、また電子メールの場合でもその記載(対応者一人ひとりのメールアドレス)は必ずしも必須とする。
 注3 重症度の評価は、それまでのデータに追加し(やり直し)するものとする。
 注4 ○△は代行機関等がマニッパ等で項目を入力したものであり、各項目の選択ファイルに入力されるべき項目を承認したものである。
 注5 項目1113-1114については、委任状発行者を記載している機関番号(又は発行者機関番号)が記載された機関番号と一致しない場合にも入力する。

別紙●

健診結果とその他必要な情報の提供（フィードバック）

文例集【案】

【利用上の留意事項】

- 健診受診者に対して健診結果を通知いただく際、情報提供いただきたい内容を文例で示しました。
- 必要に応じて、適宜改変して使用してください。
- フィードバックに当たっては、各検査項目の経年変化を確認し、悪化傾向なのか、改善傾向なのかといったことを踏まえた対応をすることが大切です。
- この文例集では、血糖・血圧・脂質などのリスクをそれぞれ個別に説明していますが、複数の項目に問題がある場合等は、対象者に対する注意喚起がいっそう重要になりますので、注意してください。

【出典】平成24年度厚生労働科学研究

「特定健診・保健指導における地域診断と保健指導実施効果の包括的な評価および今後の適切な制度運営に向けた課題克服に関する研究班」

（研究代表者：今井博久 国立保健医療科学院統括研究官）

血圧高値に関するフィードバック文例集（案）

各検査項目		肥満者の場合	非肥満者の場合
異常 ↑ 正常	受診勧奨 判定値を 超えるレベル	①収縮期血圧 ≥ 160 mmHg 又は 拡張期血圧 ≥ 100 mmHg	②生活習慣を改善する努力をした上で、 改善しないなら医療機関の受診を
	特定保健指導 判定値を 超えるレベル	140mmHg \leq 収縮期血圧 < 160 mmHg 又は 90mmHg \leq 拡張期血圧 < 100 mmHg	③特定保健指導の 積極的な活用と 生活習慣の改善を
	基準範囲内	収縮期血圧 < 130 mmHg かつ 拡張期血圧 < 85 mmHg	④生活習慣の 改善を
		⑤今後も継続して健診受診を	

①収縮期血圧 ≥ 160 mmHg 又は拡張期血圧 ≥ 100 mmHg の場合

→ 今回、血圧が非常に高くなっていました。望ましい血圧レベル（最大血圧 120 mmHg 未満かつ最小血圧 80 未満）の人と比べて、約5倍、脳卒中や心臓病にかかりやすいことがわかっています。この健診結果を持って、至急かかりつけの医療機関を受診してください。

②140mmHg \leq 収縮期血圧 < 160 mmHg、90mmHg \leq 収縮期血圧 < 100 mmHg の場合

→ 今回の血圧値から高血圧が疑われます。この状態が続くと、望ましい血圧レベル（最大血圧 120 mmHg 未満かつ最小血圧 80mmHg 未満）の人と比べて、約3倍、脳卒中や心臓病にかかりやすいことがわかっています。血圧を下げるためには、減量（太っている人や以前より体重が増えた人）、適度な運動、お酒を減らす、減塩、野菜や果物を多く食べるなど、生活習慣の改善が必要です。ご自身で生活習慣の改善に取り組まれる方法と、保健指導を活用する方法の2通りがあります。これらを実行した上で、1ヶ月から3ヶ月後にかかりつけの医療機関で再検査を受けてください。

③130mmHg \leq 収縮期血圧 < 140 mmHg 又は 85mmHg \leq 収縮期血圧 < 90 mmHg の場合（肥満者）

→ 今回の血圧値は、正常範囲内ですがその中では高いです。この状態が続くと、望ましい血圧レベル（最大血圧 120 mmHg 未満かつ最小血圧 80mmHg 未満）の人と比べて、約1.5~2倍、脳卒中や心臓病にかかりやすいことがわかっています。特定保健指導を受けましょう。なお減量以外に、お酒を減らす、減塩、野菜や果物を多く食べるなど、血圧を上げやすい生活習慣の改善も必要となります。

**④130mmHg \leq 収縮期血圧<140mmHg 又は 85mmHg \leq 収縮期血圧<90mmHg の場合
(非肥満者)**

→ 今回の血圧値は、正常範囲内ですがその中では高いです。この状態が続くと、望ましい血圧レベル(最大血圧 120 mmHg 未満かつ最小血圧 80mmHg 未満)の人と比べて、約 1.5~2 倍、脳卒中や心臓病にかかりやすいことがわかっています。血圧を下げるためには、減量(以前より体重が増えた人)、適度な運動、お酒を減らす、減塩、野菜や果物を多く食べるなど、生活習慣の改善が必要です。

⑤収縮期血圧<130mmHg かつ拡張期血圧<85mmHg の場合

→ 今回の健診では、血圧値に異常はありませんでした。引き続き、毎年健診を受診し、血圧の推移を確認してください。また、現在の良い状態を維持するためにも、もし喫煙していれば禁煙しましょう。

<参考文献>

1. Okayama A, Kadowaki T, Okamura T, Hayakawa T, Ueshima H; The NIPPON DATA80 Research Group: Age-specific effects of systolic and diastolic blood pressure on mortality due to cardiovascular disease among Japanese men (NIPPON DATA80). *J Hypertens* 24(3): 459-62, 2006.
2. Kokubo Y, Kamide K, Okamura T, Watanabe M, Higashiyama A, Kawanishi K, Okayama A, Kawano Y. Impact of high-normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease in a Japanese urban cohort: the Suita study. *Hypertension*; 52(4): 652-9, 2008.
3. Fujiyoshi A, Ohkubo T, Miura K, Murakami Y, Nagasawa SY, Okamura T, Ueshima H. Blood pressure categories and long-term risk of cardiovascular disease according to age group in Japanese men and women. *Hypertens Res* 35(9): 947-953, 2012.

脂質異常に関するフィードバック文例集（案）

各検査項目		肥満者の場合	非肥満者の場合
異常 ↑	受診勧奨 判定値を 超えるレベル	LDL \geq 180mg/dL 又は TG \geq 1,000mg/dL	①専門の医療機関を受診を
		140mg/dL \leq LDL<180mg/dL 又は 300mg/dL \leq TG<1,000mg/dL	②生活習慣を改善する努力をした上で 改善しないなら医療機関を受診を
	特定保健指導 判定値を 超えるレベル	120mg/dL \leq LDL<140mg/dL 又は 150mg/dL \leq TG<300mg/dL 又は HDL<40mg/dL	④特定保健指導の 積極的な活用と 生活習慣の改善を
正常 ↓	基準範囲内	LDL<120mg/dL かつ TG<150mg/dL かつ HDL \geq 40 mg/dL	⑥今後も継続して健診受診を

①の場合

LDL \geq 180mg/dL

→ 脂質検査の結果、悪玉コレステロールが非常に高いことがわかりました。100未滿の人と比べて3~4倍心筋梗塞にかかりやすいことがわかっています。この健診結果を持って、至急かかりつけの医療機関を受診してください。

TG \geq 1,000 mg/dL

→ 血液中の脂肪がとて多く、このままだと急性膵炎になる危険性があります。至急かかりつけの先生に相談して、専門の医療機関を紹介してもらいましょう。

②の場合

140mg/dL \leq LDL<180mg/dL

→ 脂質検査の結果、悪玉コレステロールが高いことがわかりました。100未滿の人と比べて1.5倍~2倍心筋梗塞になりやすいということがわかっています。飽和脂肪が多い動物性の脂肪を控え、多価不飽和脂肪が多い植物油や魚を食べるようにしましょう。また、卵などコレステロールの多い食品も控え目にしましょう。3~6ヶ月後にかかりつけの医療機関で再検査を受けてください。

もしあなたが、糖尿病や腎臓病であったり、過去に脳梗塞や末梢動脈閉塞と言われたりしたことがある場合は、動脈硬化が進行している可能性が高く、いっそう心筋梗塞になりやすい状態と考えられますので、ぜひ医療機関で再検査を受けてください。

300mg/dL \leq TG<1,000mg/dL

→ 脂質検査の結果、中性脂肪が高いことがわかりました。150未滿の人と比べて2倍心臓病にかかりやすいことがわかっています。糖分やアルコールを控え、肥満がある人は減量しましょう。精密検査をおこなう必要性が高い状態ですので、できれば一度、医療機関を受診することをお勧めします。少なくとも、3~6ヶ月後にかかりつけの医療機関で再検査を受けてください。

③の場合（非肥満者）

$120\text{mg/dL} \leq \text{LDL} < 140\text{mg/dL}$

→ 脂質検査の結果、悪玉コレステロールが境界域（高い人と正常の人の間）でした。これ以上高くないよう飽和脂肪が多い動物性の脂肪を控え、多価不飽和脂肪が多い植物油や魚を食べるようにしましょう。また、卵などコレステロールを多い食品も控えめにしましょう。

$150\text{mg/dL} \leq \text{TG} < 300\text{mg/dL}$

→ 脂質検査の結果、中性脂肪が高いことがわかりました。糖分やアルコールを控え、若い時に比べて体重が増えた人は減量しましょう。

$\text{HDL} < 40\text{mg/dL}$

→ 善玉コレステロールが低くなっています。もし喫煙していれば、禁煙しましょう。運動不足にならないように体を動かしましょう。

④の場合（肥満者）

$120\text{mg/dL} \leq \text{LDL} < 140\text{mg/dL}$

→ 脂質検査の結果、悪玉コレステロールが境界域（高い人と正常の人の間）でした。これ以上高くないよう飽和脂肪が多い動物性の脂肪を控え、多価不飽和脂肪が多い植物油や魚を食べるようにしましょう。また、卵などコレステロールの多い食品も控え目にしましょう。減量も必要です。

$150\text{mg/dL} \leq \text{TG} < 300\text{mg/dL}$

→ 脂質検査の結果、中性脂肪が高いことがわかりました。まず減量が必要です。糖分やアルコールを控えましょう。特定保健指導のご案内を同封しておりますので、ぜひ活用してください。

$\text{HDL} < 40\text{mg/dL}$

→ 善玉コレステロールが低くなっています。まず減量が必要です。運動不足にならないように体を動かしましょう。もし喫煙していれば、禁煙も必要です。特定保健指導のご案内を同封しておりますので、ぜひご利用してください。

⑤の場合

$\text{LDL} < 120\text{mg/dL}$ かつ $\text{TG} < 150\text{mg/dL}$ かつ $\text{HDL} \geq 40\text{mg/dL}$

→ 今回の健診では、脂質検査値に異常はありませんでした。引き続き、毎年健診を受診し、血圧の推移を確認してください。また、現在の良い状態を維持するためにも、もし喫煙していれば禁煙しましょう。

<参考文献:コレステロール>

1. Okamura T, Tanaka H, Miyamatsu N, Hayakawa T, Kadowaki T, Kita Y, Nakamura Y, Okayama A, Ueshima H, for the NIPPON DATA80 Research group: The relationship between serum total cholesterol and all-cause or cause-specific mortality in a 17.3-year study of a Japanese cohort. *Atherosclerosis* 190(1): 216-223, 2007.
2. Imano H, Noda H, Kitamura A, Sato S, Kiyama M, Sankai T, Ohira T, Nakamura M, Yamagishi K, Ikeda A, Shimamoto T, Iso H. Low-density lipoprotein cholesterol and risk of coronary heart disease among Japanese men and women: the Circulatory Risk in Communities Study (CIRCS). *Prev Med.* 2011 May;52(5):381-6.
3. Nagasawa SY, Okamura T, Iso H, Tamakoshi A, Yamada M, Watanabe M, Murakami Y, Miura K, Ueshima H, for the Evidence for Cardiovascular Prevention from Observational Cohorts in Japan (EPOCH-JAPAN) Research Group. Relation Between Serum Total Cholesterol Level and Cardiovascular Disease Stratified by Sex and Age Group: A Pooled Analysis of 65 594 Individuals From 10 Cohort Studies in Japan *J Am Heart Assoc*; 1: e001974, 2012.

<参考論文:トリグリセリド>

1. Matsuzaki M, Kita T, Mabuchi H, Matsuzawa Y, Nakaya N, Oikawa S, Saito Y, Sasaki J, Shimamoto K, Itakura H; J-LIT Study Group. Japan Lipid Intervention Trial. Large scale cohort study of the relationship between serum cholesterol concentration and coronary events with low-dose simvastatin therapy in Japanese patients with hypercholesterolemia. *Circ J* 2002; 66: 1087-95.
2. 脂質異常症治療ガイド. 2008年版(日本動脈硬化学会編). 専門医への紹介. P.62

血糖高値に関するフィードバック文例集（案）

健診判定		対応					
		肥満者の場合		非肥満者の場合			
		空腹時血糖 (mg/dL)	HbA1c (NGSP) (%)	糖尿病治療(+)	糖尿病治療(-)	糖尿病治療(+)	糖尿病治療(-)
異常 ↑ ↓ 正常	受診勧奨 判定値を超 えるレベル	126～	6.5～	①肥満の改善 と、血糖コント ロールの改善が必 要	②特定保健指 導判定値を超 えるレベル	③血糖コント ロールの改善が 必要	④特定保健指 導判定値を超 えるレベル
	特定保健指 導判定値 を超える レベル	110～125	6.0～6.4	④血糖コント ロールは良好だ が、肥満を改善 する必要あり	⑤特定保健指 導の積極的な 活用と生活習 慣の改善を	⑥血糖コント ロールは良好、 現在のコント ロール継続	⑦運動／食生 活等の改善 を、ぜひ精密 検査を
		100～109	5.6～5.9				⑧生活習慣の 改善を、リスク の重複等あれ ば精密検査を
基準範囲内	～99	～5.5	⑨肥満改善と 健診継続を			⑩健診継続を	

① → 今回の健診の HbA1c は () % で、糖尿病の血糖コントロールは良好ではない状態です。糖尿病の合併症を予防するためにも、血糖コントロールの状態を改善することが大切です。かかりつけの医師とよくご相談されるか、必要に応じて糖尿病の専門治療が受けられる医療機関にご相談され、治療を継続してください。また、少しでも減量することが大切です。

② → 今回の健診の HbA1c は () % で、糖尿病が強く疑われます。至急、糖尿病の専門治療が受けられる医療機関を受診してください。

※空腹時血糖 \geq 126mg/dL かつ HbA1c \geq 6.5%であった場合

今回の健診では、空腹時血糖が () mg/dL、HbA1c が () % であり、これはあなたが糖尿病であることを示す値です。至急、糖尿病の専門治療が受けられる医療機関を受診し、治療を開始してください。

③ → 今回の健診の HbA1c は () % で、糖尿病の血糖コントロールは良好ではない状態です。糖尿病の合併症を予防するためにも、血糖コントロールの状態を改善することが大切です。かかりつけの医師とよくご相談されるか、必要に応じて糖尿病の専門治療が受けられる医療機関にご相談され、治療を継続してください。

④ → 今回の健診の HbA1c は () % で、糖尿病はほぼ良好な状態にあります。今後も良好な状態を保つためには、減量が必要です。

- ⑤ → 今回の健診の HbA1c は () % で、糖尿病の可能性も否定できません。本格的な糖尿病にならないためにも、体重の減量が重要です。特定保健指導のご案内を同封しております。脱メタボで糖尿病を予防する良い機会ですので、積極的にご活用ください。
- ⑥ → 今回の健診の HbA1c は () % で、糖尿病はほぼ良好な状態にあります。今後も食事、運動などにも留意され、健康生活を継続してください。
- ⑦ → 今回の健診の HbA1c は () % で、糖尿病の可能性も否定できません。本格的な糖尿病にならないためにも、食事・運動療法を始められることをお勧めします。食事や運動療法について不明の点があれば、保健センターでもご相談を受け付けております。また、今後の方針をたてていくために、ブドウ糖負荷試験という精密検査をぜひ受けてください。この地域では〇〇病院/医院で予約できます(医療機関のリストを紹介する等)。
- ⑧ → 今回の健診の HbA1c は () % で、糖尿病の可能性も否定できません。本格的な糖尿病にならないためにも、食事・運動療法を始められることをお勧めします。食事や運動療法について不明の点があれば、保健センターでもご相談を受け付けております。もし、あなたが高血圧や脂質異常症など他のリスクを持っていたり、血縁者に糖尿病の人がおられたりする場合は、今後の方針をたてていくために、ブドウ糖負荷試験という精密検査をおこなうことをお勧めします。この地域では〇〇病院/医院で予約できます(医療機関のリストを紹介する等)。さらに、来年度の健診で、経過を確認することが大切です。
- ⑨ → 今回の健診では、糖尿病の検査に異常はありませんでした。しかし、肥満状態が続くと糖尿病を引き起こしますので、少しでも減量されることをお勧めします。また、現在の良い状態を維持するためにも、もし喫煙していれば禁煙しましょう。引き続き、健診を毎年受診し、血糖値の推移を確認してください。
- ⑩ → 今回の健診では、糖尿病の検査に異常はありませんでした。引き続き、健診を毎年受診し、血糖値の推移を確認してください。また、現在の良い状態を維持するためにも、もし喫煙していれば禁煙しましょう。

* 「科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン 2010」、「糖尿病治療ガイド 2012-2013」準拠
ただし、特定健診の保健指導判定値、受診勧奨判定値と整合性をとった。