

支援パターン2（継続的な支援において個別支援を中心とした例）

支援の種類	回数	時期	支援形態	支援時間 (分)	獲得 ポイント	合計ポイント		支援内容
						支援A ポイント	支援B ポイント	
初回 面接	1	0	個別支援	20				① 生活習慣と健診結果の関係の理解、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識の習得、生活習慣の振り返り等から、対象者本人が生活習慣改善の必要性に気づき、自分自身のこととしてその重要性を理解できるよう支援する。 ② 対象者本人が、生活習慣を改善するメリットと現在の生活を続けるデメリットについて理解できるよう支援する。 ③ 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な支援をする。 ④ 対象者の行動目標や評価時期の設定を支援する。必要な社会資源を紹介し、対象者が有効に活用できるように支援する。 ⑤ 体重・腹囲の計測方法について説明する。 ⑥ 生活習慣の振り返り、行動目標や評価時期について対象者と話し合う。 ⑦ 対象者とともに行動目標・支援計画を作成する。
継続的 な支援	2	2週間後	電話B	5	10		10	① 生活習慣の振り返りを行い、必要があると認める場合は、行動目標・行動計画の再設定を行う（中間評価）。 ② 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な支援をする。 ③ 行動計画の実施状況の確認と行動計画に掲げた行動や取り組みを維持するために賞賛や励ましを行う。
	3	1か月後	個別支援A (中間評価)	20	80	80		
	4		e-mail B	1	5		15	
	5	2か月後	個別支援A	20	80	160		
	6	3か月後	e-mail B	1	5		20	
評価	7	6か月後						① 身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて確認する。

支援パターン3（継続的な支援において個別支援と電話を組み合わせた例）

支援の種類	回数	時期	支援形態	支援時間 (分)	獲得 ポイント	合計ポイント		支援内容
						支援A ポイント	支援B ポイント	
初回 面接	1	0	グループ 支援	80				① 生活習慣と健診結果の関係の理解、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識の習得、生活習慣の振り返り等から、対象者本人が生活習慣改善の必要性に気づき、自分自身のこととしてその重要性を理解できるよう支援する。 ② 対象者本人が、生活習慣を改善するメリットと現在の生活を続けるデメリットについて理解できるよう支援する。 ③ 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な支援をする。 ④ 対象者の行動目標や評価時期の設定を支援する。必要な社会資源を紹介し、対象者が有効に活用できるように支援する。 ⑤ 体重・腹囲の計測方法について説明する。 ⑥ 生活習慣の振り返り、行動目標や評価時期についてグループメンバーと話し合う。 ⑦ 対象者とともに1人ずつ行動目標・支援計画を作成する。
継続的 な支援	2	2週間後	電話B	5	10		10	① 生活習慣の振り返りを行い、必要があると認める場合は、行動目標・行動計画の再設定を行う（中間評価）。 ② 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な支援をする。 ③ 行動計画の実施状況の確認と行動計画に掲げた行動や取り組みを維持するために賞賛や励ましを行う。
	3	1か月後	電話A	20	60	60		
	4		e-mail B	1	5		15	
	5	2か月後	電話A (中間評価)	20	60	120		
	6	3か月後	e-mail B	1	5		20	
	7		個別支援A	10	40	160		
評価	8	6か月後						① 身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて確認する。

支援パターン4（継続的な支援において電話、e-mailを中心とした例）

○受診勧奨者に保健指導を優先して行う場合には、個別支援が必要であり、継続的な支援においてこのパターンを用いることは望ましくない。

支援の種類	回数	時期	支援形態	支援時間 (分)	獲得ポイント		支援内容
					支援A ポイント	支援B ポイント	
初回 面接	1	0	個別支援	20			① 生活習慣と健康結果の関連の理解、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識の習得、生活習慣の振り返り等から、対象者本人が生活習慣改善の必要性に気づき、自分自身のこととしてその重要性を理解できるよう支援する。 ② 対象者本人が、生活習慣を改善するメリットと現在の生活を続けるデメリットについて理解できるように支援する。 ③ 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な支援をする。 ④ 対象者の行動目標や評価時期の決定を支援する。必要な社会資源を紹介し、対象者が有効に活用できるように支援する。 ⑤ 体重・腹囲の計測方法について説明する。 ⑥ 生活習慣の振り返り、行動目標や評価時期について対象者と話し合う。 ⑦ 対象者とともに行動目標・支援計画を作成する。
継続的な支援	2	2週間後	e-mail B	1	5		① 生活習慣の振り返りを行い、行動計画の実進状況の確認や必要に応じた支援をする。
	3	1か月後	電話A (中絶評価)	20	60		② 中絶評価を行う。
	4		e-mail B	1	5	10	③ 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な支援をする。
	5	2か月後	e-mail A	1	40	100	④ 行動計画の実進状況の確認と確立された行動を維持するために賞賛や励ましを行う。
	6		電話B	5	10	20	
	7	3か月後	電話A	20	60	160	
	8	6か月後					① 身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて確認する。

特定保健指導支援計画及び実施報告書の例

1 保健指導対象者名		利用番号		2 保健者名		保健者番号																																																																				
3 保健指導機関名(番号)・保健指導責任者名		保健指導機関番号		保健指導責任者名(職種)																																																																						
4 支援レベル		5 保健指導コース名																																																																								
☐ 助産師支援 ☐ 療養的支援		開始年月日 終了年月日																																																																								
6 継続的支援期間		7 初回面談による支援の支援形態・実施する者の職種																																																																								
支援期間		支援形態																																																																								
実施する者の氏名		実施する者の職種																																																																								
8 継続的な支援の支援形態・ポイント		9 実施体制表(委託事業社)																																																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>支援形態</th> <th>回数</th> <th>ポイント</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>個別A</td> <td>2 (回)</td> <td>160 (P)</td> </tr> <tr> <td>個別B</td> <td>0 (回)</td> <td>0 (P)</td> </tr> <tr> <td>グループ</td> <td>0 (回)</td> <td>0 (P)</td> </tr> <tr> <td>電話A</td> <td>0 (回)</td> <td>0 (P)</td> </tr> <tr> <td>電話B</td> <td>1 (回)</td> <td>10 (P)</td> </tr> <tr> <td>e-mailA</td> <td>0 (回)</td> <td>0 (P)</td> </tr> <tr> <td>e-mailB</td> <td>2 (回)</td> <td>10 (P)</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>5 (回)</td> <td>180 (P)</td> </tr> </tbody> </table>		支援形態	回数	ポイント	個別A	2 (回)	160 (P)	個別B	0 (回)	0 (P)	グループ	0 (回)	0 (P)	電話A	0 (回)	0 (P)	電話B	1 (回)	10 (P)	e-mailA	0 (回)	0 (P)	e-mailB	2 (回)	10 (P)	合計	5 (回)	180 (P)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>個別A</th> <th>個別B</th> <th>グループ</th> <th>電話A</th> <th>電話B</th> <th>e-mailA</th> <th>e-mailB</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A社(依頼者)</td> <td></td> <td>○</td> <td></td> <td>○</td> <td>○</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B社(依頼者)</td> <td>○</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>○</td> <td></td> </tr> <tr> <td>C社(依頼者)</td> <td></td> <td></td> <td>○</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>○</td> </tr> <tr> <td>D社(依頼者)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							個別A	個別B	グループ	電話A	電話B	e-mailA	e-mailB	A社(依頼者)		○		○	○			B社(依頼者)	○					○		C社(依頼者)			○				○	D社(依頼者)							
支援形態	回数	ポイント																																																																								
個別A	2 (回)	160 (P)																																																																								
個別B	0 (回)	0 (P)																																																																								
グループ	0 (回)	0 (P)																																																																								
電話A	0 (回)	0 (P)																																																																								
電話B	1 (回)	10 (P)																																																																								
e-mailA	0 (回)	0 (P)																																																																								
e-mailB	2 (回)	10 (P)																																																																								
合計	5 (回)	180 (P)																																																																								
	個別A	個別B	グループ	電話A	電話B	e-mailA	e-mailB																																																																			
A社(依頼者)		○		○	○																																																																					
B社(依頼者)	○					○																																																																				
C社(依頼者)			○				○																																																																			
D社(依頼者)																																																																										
10 保健指導の評価		11 行動目標・行動計画																																																																								
11 中間評価		12 6か月後の評価																																																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>実施年月日</th> <th>支援形態</th> <th>実施する者の氏名</th> <th>実施する者の職種</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>計画</td> <td>平成24年9月10日</td> <td>個別支援</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>実施</td> <td>平成24年9月10日</td> <td>個別支援</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			実施年月日	支援形態	実施する者の氏名	実施する者の職種	計画	平成24年9月10日	個別支援			実施	平成24年9月10日	個別支援			<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>実施年月日</th> <th>支援形態</th> <th>実施する者の氏名</th> <th>実施する者の職種</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>計画</td> <td>平成25年1月9日</td> <td>個別支援</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>実施</td> <td>平成25年1月9日</td> <td>個別支援</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							実施年月日	支援形態	実施する者の氏名	実施する者の職種	計画	平成25年1月9日	個別支援			実施	平成25年1月9日	個別支援																																							
	実施年月日	支援形態	実施する者の氏名	実施する者の職種																																																																						
計画	平成24年9月10日	個別支援																																																																								
実施	平成24年9月10日	個別支援																																																																								
	実施年月日	支援形態	実施する者の氏名	実施する者の職種																																																																						
計画	平成25年1月9日	個別支援																																																																								
実施	平成25年1月9日	個別支援																																																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>設定日時</th> <th>平成24年7月9日</th> <th>平成24年9月10日(中間評価)</th> <th>〇年〇月〇日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>目標値</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>身長</td> <td></td> <td>cm</td> <td></td> </tr> <tr> <td>体重</td> <td></td> <td>kg</td> <td></td> </tr> <tr> <td>収縮期血圧</td> <td></td> <td>mmHg</td> <td></td> </tr> <tr> <td>拡張期血圧</td> <td></td> <td>mmHg</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1日の摂取エネルギー量</td> <td></td> <td>kcal</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1日の運動による目標エネルギー量</td> <td></td> <td>kcal</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1日の食事による目標エネルギー量</td> <td></td> <td>kcal</td> <td></td> </tr> <tr> <td>行動目標</td> <td>6ヶ月後に体重を3kg減少する</td> <td>6ヶ月後に体重を3kg減少する</td> <td></td> </tr> <tr> <td>行動計画</td> <td>①1日30分間歩く ②体重を毎日測定する</td> <td>①1日30分間歩く ②体重を毎日測定する ③食事の回数を週7回から週3回に減らす</td> <td></td> </tr> <tr> <td>変更理由</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		設定日時	平成24年7月9日	平成24年9月10日(中間評価)	〇年〇月〇日	目標値				身長		cm		体重		kg		収縮期血圧		mmHg		拡張期血圧		mmHg		1日の摂取エネルギー量		kcal		1日の運動による目標エネルギー量		kcal		1日の食事による目標エネルギー量		kcal		行動目標	6ヶ月後に体重を3kg減少する	6ヶ月後に体重を3kg減少する		行動計画	①1日30分間歩く ②体重を毎日測定する	①1日30分間歩く ②体重を毎日測定する ③食事の回数を週7回から週3回に減らす		変更理由																												
設定日時	平成24年7月9日	平成24年9月10日(中間評価)	〇年〇月〇日																																																																							
目標値																																																																										
身長		cm																																																																								
体重		kg																																																																								
収縮期血圧		mmHg																																																																								
拡張期血圧		mmHg																																																																								
1日の摂取エネルギー量		kcal																																																																								
1日の運動による目標エネルギー量		kcal																																																																								
1日の食事による目標エネルギー量		kcal																																																																								
行動目標	6ヶ月後に体重を3kg減少する	6ヶ月後に体重を3kg減少する																																																																								
行動計画	①1日30分間歩く ②体重を毎日測定する	①1日30分間歩く ②体重を毎日測定する ③食事の回数を週7回から週3回に減らす																																																																								
変更理由																																																																										

12 保健指導の実施状況

1) 初回面接による支援

保健指導実施者 (氏名・職名・番号)	実施年月日	実施時間	腹囲 (増減数)	体重 (増減数)	収縮期血圧 (増減数)	拡張期血圧 (増減数)	行動改善ステージ	保健指導実施内容	保健指導 実施回数 1. 個別 2. グループ (実施時間)
〇〇 〇〇 (保健師)	平成24年7月23日	20分	cm ()	kg ()	mmHg ()	mmHg ()	(1) 腹囲心算 (2) 腹囲心算 (3) 腹囲心算 (4) 腹囲心算 (5) 腹囲心算	生活習慣と健康診断の結果について ・適切な食事量、運動量の目安の提示 ・生活習慣の振り返り ・行動目標および行動の策定	① 個別 (20分) 2. グループ (分)

2) 継続的な支援 (腹囲、体重、血圧については中間評価時は必須、しかし、他の項目については血圧は情報を入力していない場合は記載の必要はない)

(1) 継続・グループ・電話A・e-mailによる支援 (支援A)

保健指導実施者 (氏名・職名・番号)	実施年月日	実施時間	腹囲 (増減数)	体重 (増減数)	収縮期血圧 (増減数)	拡張期血圧 (増減数)	生活習慣改善状況	指導の進捗	留意事項・備考等	保健指導 実施回数 1. 個別 2. グループ 3. 電話A 4. E-mail (実施時間)	支援 実施 ポイント	合計 ポイント
2 回目 〇〇 〇〇 (保健師)	平成24年7月23日	20分	cm ()	kg ()	mmHg ()	mmHg ()	食事・食生活 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 身体活動 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 喫煙 1. 禁煙継続 2. 非継続 3. 禁煙 4. 禁煙の意思なし	食事 □ 運動 □ 禁煙 □		① 個別 (20分) 2. グループ (分) 3. 電話A (分) 4. E-mail (分)	80	100
3 回目 〇〇 〇〇 (保健師・運動指導士)	平成24年8月19日	20分	cm ()	kg ()	mmHg ()	mmHg ()	食事・食生活 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 身体活動 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 喫煙 1. 禁煙継続 2. 非継続 3. 禁煙 4. 禁煙の意思なし	食事 □ 運動 □ 禁煙 □		① 個別 (20分) 2. グループ (分) 3. 電話A (分) 4. E-mail (分)	80	
4 回目 〇〇 〇〇 (保健師)			cm ()	kg ()	mmHg ()	mmHg ()	食事・食生活 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 身体活動 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 喫煙 1. 禁煙継続 2. 非継続 3. 禁煙 4. 禁煙の意思なし	食事 □ 運動 □ 禁煙 □		① 個別 (分) 2. グループ (分) 3. 電話A (分) 4. E-mail (分)		
5 回目 〇〇 〇〇 (保健師)			cm ()	kg ()	mmHg ()	mmHg ()	食事・食生活 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 身体活動 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 喫煙 1. 禁煙継続 2. 非継続 3. 禁煙 4. 禁煙の意思なし	食事 □ 運動 □ 禁煙 □		① 個別 (分) 2. グループ (分) 3. 電話A (分) 4. E-mail (分)		

(2) 電話Bによる支援 (支援B)

保健指導実施者 (氏名・職名・番号)	実施年月日	実施時間	支援 ポイント	合計 ポイント
1	平成24年7月23日	5分	10	10
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

(3) e-mailによる支援 (支援B)

保健指導実施者 (氏名・職名・番号)	実施年月日	実施回数	支援 ポイント	合計 ポイント
1	平成24年8月23日	1往復	5	10
2	平成24年10月9日	1往復	5	
3				
4				
5				
6				
7				
8				

13 6ヶ月後の評価 (ただし、腹囲、体重は必須で、血圧は情報を入力していない場合は記載の必要はない)

保健指導実施者 (氏名・職名・番号)	実施年月日	腹囲 (増減数)	体重 (増減数)	収縮期血圧 (増減数)	拡張期血圧 (増減数)	生活習慣改善の状況	留意事項・備考等	保健指導 実施回数 1. 個別 2. グループ 3. 電話A 4. E-mail (分)
6 ヶ月後の評価 〇〇 〇〇 (保健師)	平成24年1月1日	cm ()	kg ()	mmHg ()	mmHg ()	食事・食生活 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 身体活動 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 喫煙 1. 禁煙継続 2. 非継続 3. 禁煙 4. 禁煙の意思なし		① 個別 (20分) 2. グループ (分) 3. 電話A (分) 4. E-mail (分)

⑩行動計画実施状況把握のためのチェックリストの具体的な例

*対象者の行動目標・行動計画に合わせてチェック項目を作成すること

表4

身体チェック	月		日(月)		日(火)		日(水)		日(木)		日(金)		日(土)		日(日)	
	天気	気温	晴	曇	雨	曇	雨	曇	雨	曇	雨	曇	雨	曇	雨	曇
●体重計測 (毎朝 計測)	計測した (計測時間 :) 計測しなかった	計測した (計測時間 :) 計測しなかった	計測した (計測時間 :) 計測しなかった	計測した (計測時間 :) 計測しなかった	計測した (計測時間 :) 計測しなかった	計測した (計測時間 :) 計測しなかった	計測した (計測時間 :) 計測しなかった	計測した (計測時間 :) 計測しなかった	計測した (計測時間 :) 計測しなかった	計測した (計測時間 :) 計測しなかった	計測した (計測時間 :) 計測しなかった	計測した (計測時間 :) 計測しなかった	計測した (計測時間 :) 計測しなかった	計測した (計測時間 :) 計測しなかった	計測した (計測時間 :) 計測しなかった	計測した (計測時間 :) 計測しなかった
●今日の体重	Kg ()	Kg ()	Kg ()	Kg ()	Kg ()	Kg ()	Kg ()	Kg ()	Kg ()	Kg ()	Kg ()	Kg ()	Kg ()	Kg ()	Kg ()	Kg ()
●腹囲計測 (毎週1回計測)	cm ()	cm ()	cm ()	cm ()	cm ()	cm ()	cm ()	cm ()	cm ()	cm ()	cm ()	cm ()	cm ()	cm ()	cm ()	cm ()
運動チェック 目標: 60Kcal/日 消費量アップ 目安→普通歩行(10分間)約40Kcal	計測した 計測しなかった	計測した 計測しなかった	計測した 計測しなかった	計測した 計測しなかった	計測した 計測しなかった	計測した 計測しなかった	計測した 計測しなかった	計測した 計測しなかった	計測した 計測しなかった	計測した 計測しなかった	計測した 計測しなかった	計測した 計測しなかった	計測した 計測しなかった	計測した 計測しなかった	計測した 計測しなかった	計測した 計測しなかった
●普通歩行10分	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった
●速歩 10分	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった
●速歩10分 約1,000歩	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった
●腹筋	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった
●今日の歩数	() 歩	() 歩	() 歩	() 歩	() 歩	() 歩	() 歩	() 歩	() 歩	() 歩	() 歩	() 歩	() 歩	() 歩	() 歩	() 歩
食事チェック 目標: 140Kcal/日 摂取ダウン 目安→クリームパン/ジャムパン(各1個)約300Kcal ざるそば(普通盛り)約300Kcal	計測した 計測しなかった	計測した 計測しなかった	計測した 計測しなかった	計測した 計測しなかった	計測した 計測しなかった	計測した 計測しなかった	計測した 計測しなかった	計測した 計測しなかった	計測した 計測しなかった	計測した 計測しなかった	計測した 計測しなかった	計測した 計測しなかった	計測した 計測しなかった	計測した 計測しなかった	計測した 計測しなかった	計測した 計測しなかった
●甘い炭酸飲料は飲まない 1本(500ml)約200Kcal	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった
●コーヒーマーの砂糖は甘味料(エネル ギー)の低いものとする。 スティックユガー(1本)約12Kcal 甘味料(1本)約2Kcal	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった
●揚げ物・炒め物は1日1料理まで	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった
●菓子は2日に1回、1個まで クリームパン/ジャムパン (各1個)約300Kcal	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった
●3食以外の夜食は食べない ご飯(1杯)約300Kcal	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった
●ゆづりよくむむ	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった
総合チェック	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった
●今日はよ頑張った!	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No
●気分よい日だった	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No

(4) 実施にあたっての留意事項

- ① プライバシーの保護について
保健指導の実施に当たっては、プライバシーの保護に努め、対象者が安心して自分のことを話せるような環境を整えること。
- ② 個人情報保護について
健診データ・保健指導記録は個人情報であるため、それらの管理方法は個人情報保護法や個人情報保護に関する条例等に基づき、適切に扱うこと。
- ③ フォローアップについて
支援終了後にも、対象者からの相談に応じられる仕組みをつくること。
- ④ 積極的支援における保健指導実施者について
糖尿病等の生活習慣病の予備群に対する保健指導は、個人の生活行動、行動の背景にある健康に対する認識、そして価値観に働きかける行為であり、保健指導実施者と保健指導対象者との十分な信頼関係が必要であることから、同職種が数回にわたって行う場合は、できる限り同じ者が実施することが望ましい。
- ⑤ 保健指導の対象者について
糖尿病等の生活習慣病の予備群に対する保健指導は、対象者の行動変容とセルフケア(自己管理)ができるようになることを目的とするものであり、保健指導を実施する際には、家族等代理者ではなく、対象者に直接行うこととする。
- ⑥ 服薬中の対象者や受診勧奨レベルの対象者への保健指導について
降圧薬等を服薬中の者(質問票等において把握)については、特定保健指導の対象とはならないが、特定保健指導とは別に保健指導を実施する場合には、医療機関等との適切な連携の下に行う必要がある。
また、受診勧奨判定値を超えた場合でも、軽度の高血圧症等により、健診機関の医師の判断で服薬治療よりも生活習慣の改善を優先して特定保健指導の対象者となった場合は、各学会のガイドラインを踏まえた保健指導を行い、う。なお、効果が認められなかった場合には、必要に応じて、受診勧奨を行うことが望ましい。
- ⑦ 血圧、喫煙のリスクに着目した保健指導について
血圧、喫煙については、独立した単一の循環器疾患の発症リスクとしても重要であることから、「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」のいずれにおいても、血圧や喫煙のリスクに着目した保健指導を行うことが望ましい。また、対象者の行動変容をもたらすためには、早期に機会を捉えて実施することが望ましく、これらの結果が分かる健診当日に実施することがより効果的である。
具体的には、別添1も活用しつつ、特に、禁煙支援指導を行う場合には、健診の受診が禁煙の動機づけの存在機会となるよう、対象者の禁煙意向を踏まえ、喫煙者に禁煙の助言や情報提供を行い、禁煙したい喫煙者には禁煙外来、地域・職域で実施される禁煙支援指導、禁煙補助剤の活用をすすめる等、喫煙者に禁煙の助言や情報提供を行うことが望ましい。

⑧ アルコールのリスクに着目した保健指導について

アルコールについては、過剰摂取が全身の様々な部分に悪影響を及ぼす可能性があることから、「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」のいずれにおいても、アルコールのリスクに着目した保健指導を行うことが望ましい。

具体的には、AUDIT の結果、もしアルコール依存症の疑いがあるとの判定であった場合は、対象者の気付きを促しつつ、可能であれば地域の精神保健福祉センター等や産業医と連携し、専門医療機関での治療（断酒等）につながるよう支援する。飲酒量に問題はあるがアルコール依存症までは至っていないとの結果であった場合は、可能であれば保健指導として減酒支援（フリーフィンターベンション）を実施する。第1編第3章3-2（6）④や別添2も参照されたい。

⑨ 健診当日の保健指導の実施について

人間ドック健診等、全ての健診結果が健診当日に判明している場合には、健診当日に初回面接としての対面での健診結果の説明、生活習慣の振り返りとともに過去の健診結果も活用しながら、行動目標・行動計画の策定をしてもよいこととする。

3-5 望ましい保健指導

前項は、効果的な保健指導を実施するにあたって、最低限実施すべき支援を整理したものであるが、参考例として、これまでの事例等から「積極的支援」として望ましいと考えられるパターンを以下に示す。

(1)「積極的支援」

① 支援期間

●6か月間の実施

② 支援形態

●初回面接

●対面による中間評価

●対面による6か月後の評価

●6か月後の評価まで、電話、e-mail 等を利用した月1回以上の支援

③ 支援内容

●生活習慣の振り返り

●行動目標及び支援計画の作成

●生活習慣改善状況の確認

●食生活及び運動に関して体験を通した支援

●歩数計などのツールを使用した支援

④ 望ましい積極的支援の例

1) 6か月にわたる継続した頻回な支援の例（表5）

2) 健康増進施設（例：水中運動、ジム等）を活用した例（表6）

1) 6か月にわたる継続した頻回な支援の例

支援の種類	回数	時期	支援形態	支援時間(分)	獲得ポイント	合計ポイント		支援内容
						支援ポイント	支援ポイント	
初回面接	1	0	個別支援	30				① 健診結果と生活習慣の関係の理解。 ② 自らの生活習慣を振り返り、改善の必要性を理解する。 ③ 体重・腹囲・血圧、歩数等のセルフモニタリング。 ④ 3か月の目標、行動目標を立てる。 ⑤ 運動実施計画を立て、健康増進施設との連携を図る。
継続的な支援	2	2週間後	電話	10	20		20	① 生活習慣の振り返りを行い、行動計画の実施状況の確認や必要に応じた支援を行う。 ② 中間評価を行う。
	3	1か月後	個別支援A	30	120	120		③ 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な支援を行う。
	4	2か月後	e-mail A	1	40	160		④ 行動計画の実施状況の確認と確立された行動を維持するために賞賛や励ましを行う。
	5	3か月後	グループ支援	90	90	250		① 栄養・運動等に関する講義・実習。 ① 体重・腹囲・血圧等を測定、家庭実践記録の確認、目標修正。
	6	4か月後	e-mail A	1	40	290		① 生活習慣の振り返りを行い、行動計画の実施状況の確認や必要に応じた支援を行う。
評価	7	5か月後	e-mail B	1	5		25	② 中間評価を行う。 ③ 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な支援を行う。
	8	6か月後	個別支援	30				④ 行動計画の実施状況の確認と確立された行動を維持するために賞賛や励ましを行う。 ① 身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて確認する。

表5

2) 健康増進施設（例：水中運動、ジム等）を活用した例
* 運動実施時間は保健指導時間に含めていない

表6

支援の種類	回数	時期	支援形態	支援時間 (分)	獲得 ポイント	合計ポイント		支援内容
						支援A ポイント	支援B ポイント	
初回 面接	1	0	個別支援	30				① 健診結果と生活習慣の関係の理解。 ② 自らの生活習慣を振り返り、改善の必要性を理解する。 ③ 体重・腹囲・血圧、歩数等のセルフモニタリング。 ④ 3か月の目標、行動目標を立てる。 ⑤ 運動実施計画を立て、健康増進施設との連携を図る。
	2	1週間後	運動指導・面談（グループ支援）	60	60	60		① 運動メニューの作成、運動実施方法の説明。 ② 体重測定、体調管理、疑問点の確認。
	3	2週間後	個別支援B	5	10		10	① 運動実施状況の確認、体重測定、励まし。
	4	3週間後	個別支援B	5	10		20	
	5	4週間後	グループ支援	60	60	120		① 食事に関する講義・実習。 ② 体重・腹囲・血圧等を測定、家庭実践記録の確認、目標修正。
継続的 な支援	6	5週間後	個別支援B	5	10		30	① 運動実施状況の確認、体重測定、励まし。
	7	6週間後	個別支援B	5	10		40	
	8	7週間後	個別支援B	5	10		50	
	9	8週間後	個別支援A	20	80	200		① 体重・腹囲・血圧等を測定、実践記録の確認、目標の再確認。
	10	9週間後	個別支援B	5	10		60	① 運動実施状況の確認、体重測定、励まし。
	11	10週間後	個別支援B	5	10		70	
	12	11週間後	個別支援B	5	10		80	
	13	12週間後	個別支援A	20	80	280		① 実践状況の確認、3か月後に向けた行動計画作成。
	14	6か月後						① 身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて確認する。

3-6 保健指導のプロセスと必要な保健指導技術

保健指導のプロセスに沿った効果的な保健指導技術の展開例を示す。

① 保健指導の準備

1) 保健指導の環境整備

- ・ 対象者のプライバシーの確保、話しやすい環境設定を心がけて、場を設定する。
- ・ 対象者にとって都合の良い時間帯の設定に配慮する。
- ・ 実現可能な1人あたりの時間を設定する。

2) 資料の確認

- ・ 健診データ、レセプトデータ、質問票、前回までの保健指導記録等の内容を確認する。

3) 対象者に活用できる資源のリストの準備

- ・ 教材、支援媒体、社会資源等のリストを準備する。

4) 保健指導担当者間の事前カンファレンス

- ・ 担当者単独の判断による保健指導を避けるために、必要に応じて支援内容を複数の担当者間で確認しておく。

② 対象との信頼関係の構築

1) 自己紹介

- ・ さわやかな挨拶をし、対象者の名前を確認する。
- ・ 保健指導実施者としての立場や役割、目的、タイムスケジュール等を説明する。

2) 話しやすい雰囲気づくり

- ・ 非言語的アプローチを含め、ねぎらいと感謝で迎えるなどの雰囲気づくりをする。
- ・ 対象者の話すスピードや理解の度合いを把握し、そのペースを大切ににする。
- ・ 緊張感等にも配慮しながら、必要に応じてユーモアを入れたり、具体的例示等を盛り込んで、話しやすい環境に近づける。
- ・ 対象者の生活背景や価値観に配慮するし言葉かけを行う。

③ アセスメント（情報収集・判断）

1) 対象者の準備段階や理解力、意欲の確認

- ・ 対象者が面接目的を理解しているかを確認する。
- ・ 今回の健診結果とその推移を確認する。
- ・ 健診結果のもつ意味を本人と一緒に確認する。
- ・ 家族歴や家族の状況等を確認し、疾病や健康に対する関心を探りながら話す。
- ・ 健診結果を活用し、データと病態との関連が自分のこととして理解出来る。

るよう支援する。その際、対象者の関心の度合いや理解度を考慮し、教材を選択し、絵を描くなどしてイメージを持たせる。

- ・ 他の検査結果とも関連づけながら、予防に向けての関心や注意を促す。

2) これまでの生活習慣についての振り返りと現状の確認

- ・ 対象者とこれまでの生活習慣を振り返り、生活習慣と健康や検査結果との関連について理解しているか、対象者の関心の有無等を把握する。
- ・ 現在の生活習慣や健康状態の確認を行う。
- ・ 本人の日常の努力や取り組みを確認し、評価する。
- ・ 対象者の行動変容のステージ（準備状態）の段階を理解する。
- ・ 対象者が考える現在の行動変容のステージ（準備状態）について尋ね、関心のあるところから話を始めていく。
- ・ 生活に即した目標設定のために、職業だけでなく、職場と家庭との距離や職業以外の日常の運動量を確認する。また、習慣的な食事時間や量、間食習慣、喫煙習慣、飲酒習慣等についても確認する。

④ 気づきの促し

1) 生活習慣を改善することで得られるメリットと、現在の生活を続けることのデメリットの理解の促し

- ・ 検査データが悪化した時期の生活を確認する。
- ・ 健診結果やこれまでの話の中から、生活習慣の改善の必要性を実感できるよう導く。
- ・ 対象者の食習慣にあわせ、自分の食行動や食事量と改善目標とする食行動や食事量（例えば、間食や飲酒量など）との違いを確認できるように促す。
- ・ 生活習慣の改善により、すぐに得られる睡眠の質の改善や便秘の解消などといったすぐに得られる副次的効果が期待できることを伝える。
- ・ 毎日実施することが難しそうな場合は、週に何回か実施することでもメリットがあることを説明する。
- ・ 無関心期の人には、例えば目標設定まで至らなくても、日常生活に目を向けられるように促し、メタボリックシンドロームの病態や予後についての意識づけを行う。

2) よい生活習慣と悪い生活習慣の比較

- ・ 自分の身近な人での出来事など本人の気になる健康習慣や病態を伝える。
- ・ 健康でいることの大事さを教えてくれた人の例を話す。

3) グループワークの活用

- ・ グループワークの場合はグループダイナミックスを利用して、気づきが自分の生活状況の表現のきっかけになるようにする。
- ・ 対象者が、グループワークでお互い共有できる部分があることを知ること、仲間とともに具体的な生活改善に取り組もうとする意欲を促す。
- ・ グループ内の他者の生活状況等から、対象者自身の生活習慣を振り返る

きっかけになるよう支援する。

⑤ 科学的根拠に基づく健康行動の理解促進及び教材の選定

1) 対象者の行動変容を促すことができるような教材の選択

- ・ 対象者が体に起こっている変化を実感し、現在の健康状態を理解出来るような教材。
- ・ 運動によるエネルギー消費量と、よく食べる料理・菓子・アルコール等のエネルギー量を一緒にみながら考えることが出来るような教材。
- ・ これまでの生活習慣について、何をどう変えたらよいのか、そしてこれなら出来そうだと実感できるために、1日あたりの生活に換算して示せるような教材。
- ・ 習慣化している料理や食品などから、エネルギーの過剰に寄与し、かつ対象者が生活習慣の改善として受け入れやすい教材。例えば、調理法（揚げ物等）、菓子・嗜好飲料（ジュース、缶コーヒー、アルコール等）の量とエネルギー等との関係など。

2) 教材を一緒に見ながら、生活習慣病に関する代謝のメカニズムや内臓脂肪と食事（エネルギーや栄養素等）の内容との関係について説明する。

3) 現在の生活習慣における問題点への気づきがみられた際には、自らがその問題点について改善が必要であると自覚できるように、その問題点に関する加齢の影響などに関して専門的な支援を行う。

4) 効果的な食事・運動の根拠について説明する。

⑥ 目標設定

1) 減量の数値目標の具体化

- ・ メタボリックシンドローム改善の場合、体重の4～5%の減量で効果が期待できること、いったん体重を減量した後は、その維持が大切であることを説明する。

2) 自己決定の促し

- ・ 日々の生活の中で実行出来、また継続出来るよう、より具体的な目標を設定できるよう促す。
- ・ 本人が考え、自己表現出来る時間を大切にする。

3) 行動化への意識づけ

- ・ 目標達成の自信を確認し、達成のために障害となる場合を想定した対処法を対象者とともに考える。
- ・ 設定した目標を見やすい場所に明示しておくなど、行動化への意識づけを促す。
- ・ 設定した目標を家族や仲間に宣言する機会をつくる。
- ・ セルフモニタリングの意味と効用を説明する。

4) 社会資源・媒体等の紹介

- ・ 具体的な支援媒体、記録表、歩数計などを紹介し、可能であれば提供する。

- ・ 健康増進施設や地域のスポーツクラブ、教室等のプログラムを紹介する。
- ・ 地域の散歩コースなどを消費エネルギーがわかるように距離・アップダウンを含めて提示する。
- ・ 地域の教室や自主グループなどを紹介する。

⑦ 継続フォロー

1) 継続フォローの重要性の説明と了解

- ・ 継続したフォローを実施することで、対象者の状況を把握し、適切な行動変容を行う上で何か問題があれば、その都度解決等を図ることも可能であることを説明する。
- ・ 対象者の負担とならない程度のフォロー頻度をあらかじめ確認し、設定しておく。
- ・ 目標達成ができなかった場合でも、あらためて目標達成に向けて取り組むことは可能であるうまいかない場合があっても、やり直せることを伝える。
- ・ これからも支援していくという姿勢・保健指導実施者にこちらの思いを伝える。

2) 支援形態の確認

- ・ 面接、電話、e-mail、FAX などの具体的な方法を確認する。

3) 目標の再確認

- ・ 努力していること、達成感を感じていることを言語化してもらう。
- ・ 1回設定した目標の達成度と、実行に当たって障害がなかったかを確認する。
- ・ 目標以外に実行したことを確認する。
- ・ 中間評価の時に自分の目標のところまで到達したことを話してもらえるような関係作りをしておく。
- ・ 目標に対する到達点を対象者にも評価してもらう。
- ・ 成果を目に見える形で対象者が感じられるよう、数値や体調、気持ちの変化に気づかせる。
- ・ 本人の努力を評価し、ほめる。
- ・ 目標が達成できなかった場合は、現実にあわせた実行できる目標に修正していく。

⑧ 評価（3～6ヶ月後）

1) 目標達成の確認

- ・ これまでの努力を本人と共に評価し、目標達成状況、取り組みの満足度などを確認する。
- ・ 期間中の保健指導が、対象者の生活にとってどのような効果をもたらしたかを確認できるようにする。
- ・ 具体的に身についた知識やスキルを確認し、今後の具体的な目標の提示を促す。

- ・ 今後、セルフケア（自己管理）を行っていくことへの意思を確認する。
- ・ 減量した場合、リバウンドの予測と対応について助言する。
- ・ 支援レターを送付する。
- ・ 今後の予定を説明する。

2) 個人の健診データの評価

- ・ 毎年、必ず健診を受診するよう促し、次回の健診データ等を活用して、客観的な評価を行う。

【保健指導実施における留意点】

- * 教材を使用する場合、その効果を確認しながら、必要に応じて教材の改善につなげていく。
- * 保健指導の内容や相手の語ったエピソードなどを記録して次回の保健指導に役立てるよう、事例を蓄積する。

3-7 保健指導の未実施者及び積極的支援の中断者への支援

保健指導実施率を高めるためには、医療保険者及び保健指導実施者が連携し、全ての対象者が確実に保健指導を受けるように努力することが必要である。

何らかの理由により動機づけ支援又は積極的支援の対象者の中に、保健指導を受けない者や中断者が発生している場合には、例えば次のような支援を行うことが考えられる。

- 保健指導実施者は、対象者が保健指導を受けなかった場合、電話、e-mail、FAX などにより実施予定日から1週間以内に連絡し、保健指導を受けるように促す。
- 保健指導実施者が連絡したにも関わらず、対象者が保健指導を受けない場合には、医療保険者に連絡し、医療保険者からも保健指導を受けるように促す。
- 動機づけ支援及び積極的支援の初回時において、連絡したにもかかわらず保健指導対象者が保健指導を受けない場合は、情報提供支援は必ず実施することが必要である。
- 積極的支援においては、支援内容や方法、日時等について保健指導の計画を作成する際に十分な話し合いを行い、計画について対象者が十分に納得することにより、保健指導の終了まで継続的に支援できるように工夫することが必要である。
- 最終的に動機づけ支援や積極的支援において保健指導が未実施となった者、中断した者については、次年度の保健指導実施時に、保健指導を優先的に実施することが望ましい。
- 医療保険者は、保健指導の未実施者及び中断者からその理由を聞くことや、保健指導実施者と医療保険者が話し合いをすること等により、保健指導を受けない理由を明確にし、次年度以降の保健指導につなげることが必要である。
- 保健指導の実施においては、ポピュレーションアプローチや社会資源を有効に活用する必要がある。

3-8 「無関心期」「関心期」にある対象者への支援

行動変容のステージ（準備状態）が「無関心期」「関心期」にある対象者については、個別面接を中心とした支援を継続して行い、行動変容に対する意識の変化をめざす。行動目標を設定はするが、健診結果と健康状態との関連の理解・関心への促しや、日常生活の振り返りへの支援を確実にし、対象者に合わせたフォローアップを行う。

「無関心期」にある者でも、何かがきっかけとなって行動変容への意欲が向上することがある。そのため、ポピュレーションアプローチによる健康的な環境づくりやきめ細かな健診結果の通知その他の情報提供を心がけることが重要であ

る。

3-9 2回目以降の対象者への支援

動機づけ支援や積極的支援を実施しても、保健指導の支援レベルが改善せず、保健指導対象者から離脱できない場合がある。同じ保健指導機関で実施する場合には、前年度の目標や達成状況、前年度からの検査データの変化、前年度の保健指導終了後からの取り組み状況、2回続けての保健指導利用に対する期待や不安などを確認することが望ましい。

2回目以降の対象者に対する支援としては、次の点に留意する。

- 保健指導実施者が同じ説明を繰り返すことに対して否定的な感情を持つ場合も少なくないことから、まずは1回目の支援で本人がどんな知識を得たのか、またどのような目標を立てて行動したのかを共に確認すること。
- 対象者が「頑張ったけれど続かなかったこと」「最初は減量できたのに、リバウンドしてしまった」など、自らの行動や体重変化を意識している分、1回目の支援よりも具体性、実践可能性をもった目標設定ができることから、本人がより主体的に目標設定に参画できるよう促すこと。
- 減量等の目標を設定するに当たっては、前回までの目標値の達成状況を勘案して、無理のない目標設定を行うこと。
- 特に高齢者は、保健指導判定値を下回るほどの大幅な改善は難しいことから、保健指導判定値レベルで安定していれば良好と考える必要がある。
- 長期的な健康管理を継続して支援しているという信頼関係が得られるよう、保健指導の機会を活用することが重要である。

第4章 保健指導の評価

(1) 保健指導における評価の意義

保健指導の評価は、医療保険者が行った「健診・保健指導」事業の成果について評価を行うことであり、本事業の最終目的である糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の減少状況、また、医療費適正化の観点から評価を行っていくことになる。

このような「健診・保健指導」事業の最終評価は、生活習慣病の有病者や予備群の数、生活習慣病関連の医療費の推移などで評価されるものであるが、その成果が数値データとして現れるのは数年後になることが想定される。そこで、最終評価のみではなく、健診結果や生活習慣の改善状況などの短期間で評価ができる事項についても評価を行っていくことが必要である。

この評価方法としては3つの側面が考えられる。1点目は、「個人」を対象とした評価方法である。対象者個人を単位とした評価は、肥満度や検査データの改善度、また、行動目標の達成度、生活習慣の改善状況などから評価が可能である。この個人を単位とした評価は、保健指導方法をより効果的なものに改善することや保健指導の質を向上させることに活用できる。

2点目は、事業所単位や地域単位で、「集団」として評価する方法である。これは、健診結果の改善度や、禁煙や運動習慣などの生活習慣に関する改善度を集団として評価することである。このような評価により、集団間の比較ができ、また、対象特性（年齢別など）ごとに分析することにより、健診・保健指導の成果があがっている集団が判断でき、保健指導方法や事業の改善につなげることが可能となる。

3点目は、健診・保健指導の「事業」としての評価である。事業であるので、費用対効果や、対象者の満足度、対象者選定が適切であったか、プログラムの組み方は効果的であったか、受診勧奨された者の受診率や保健指導の継続性など、事業のプロセス（過程）を評価することができる。このことにより、効果的、効果的な事業が行われているかの判断が可能となり、改善につなげることができる。

このように保健指導の評価は、「個人」「集団」「事業」「最終評価」を対象として行うものであるが、それぞれについて評価を行うとともに、事業全体を総合的に評価することも重要である。

(2) 評価の観点

評価は、一般的に、ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトカム（結果）の観点から行う。健診・保健指導の最終的な評価はアウトカム（結果）で評価されることになるが、結果のみでは問題点が明らかにできず、改善策が見出せない場合が多い。そこで、結果に至る“過程”を評価し、事業の基盤である“構造”について評価することが必要となる。また、最終目標のアウトカム（結果）評価は数値であるため、データを採るためには数年間かかることから、アウトプット（事業実施量）の観点から評価を行うこともある。

このような観点から評価を行うが、それぞれの評価を行うためには、評価指標、評価手段、評価時期、評価基準について、明確にしておくことが必要である。

①ストラクチャー（構造）

ストラクチャー（構造）評価は、保健事業を実施するための仕組みや体制を評価するものである。具体的な評価指標としては、保健指導に従事する職員の体制（職種・職員数・職員の資質等）、保健指導の実施に係る予算、施設・設備の状況、他機関との連携体制、社会資源の活用状況などがある。

②プロセス（過程）

プロセス（過程）評価は、事業の目的や目標の達成に向けた過程（手順）や活動状況を評価するものである。具体的な評価指標としては、保健指導の実施過程、すなわち情報収集、アセスメント、問題の分析、目標の設定、指導手段（コミュニケーション、教材を含む）、保健指導実施者の態度、記録状況、対象者の満足度などがある。

③アウトプット（事業実施量）

アウトプット（事業実施量）評価は、目的・目標の達成のために行われる事業の結果を評価するものである。具体的な評価指標としては、健診受診率、保健指導実施率、保健指導の継続率などがある。

④アウトカム（結果）

アウトカム（結果）評価は、事業の目的・目標の達成度、また、成果の数値目標を評価するものである。具体的な評価指標としては、肥満度や血液検査などの健診結果の変化、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群、死亡率、要介護率、医療費の変化などがある。また、職域では休業日数、長期休業率などがある。

(3) 具体的な評価方法

評価の対象ごとに区分した保健指導の評価方法は、以下のとおりであるが、評価指標、評価手段、評価時期等については、参考までに表10に整理している。

① 「個人」に対する保健指導の評価

対象者個人の評価は、適切な手段を用いて保健指導が提供されているか（プロセス（過程）評価）、その結果、生活習慣に関して行動変容が認められたか、また健診結果に改善がみられたか（アウトカム（結果）評価）といった観点から行う。詳細な内容については、第3章を参照されたい。

保健指導の効果に関する評価は、対象者個人に対する評価であるとともに、保健指導実施者の指導技術に対する評価にもなるため、結果を整理して指導方法の改善につなげることが大切である。

② 「集団」に対する保健指導の評価

個人への保健指導の成果を、集団として集積して評価することにより、保健指導を受けた対象者全体に対する成果が確認できる。集団の単位としては、地域や事業所単位、また、年齢や性別などが考えられ、それぞれに区分して、生活習慣に関する行動変容の状況、健診結果の改善度、また、生活習慣病関連の医療費の評価も行う。

保健指導を受けたグループと受けなかったグループの比較により、保健指導の効果を確認することができる。標準的な質問票の項目の変化をみることにより、性・年代別に改善しやすい項目に着目した行動目標を設定し、保健指導の方法（教材）等に活用することができる。

集団としての評価結果は、保健指導プログラムの改善や保健指導実施者の資質向上のための研修などにも活用する。

③ 「事業」に対する保健指導の評価

医療保険者が行う保健指導は、個人への保健指導を通して、集団全体の健康状態の改善を意図している。そのため医療保険者は、事業全体について評価を行う。事業の評価は、対象者把握、実施、評価の一連の過程について以下の観点から評価する。

- ・望ましい結果を出していたか（アウトカム（結果）評価）
- ・対象者を適切に選定し、適切な健診・保健指導等の方法を用いていたか（プロセス（過程）評価）
- ・適切な資源を活用していたか（ストラクチャー（構造）評価）
- ・事業評価が適正に実施されているか

これらの評価は、保健指導プログラムごとに行い、問題点を明確にした上で改善を図っていく。

特に、保健指導を委託して実施している医療保険者は、評価に必要なデータを委託先より入手した上で、この事業としての評価を上記のような観点から丁

寧に行い、効果的な保健指導の実施につなげていくことが重要である。

(4) 評価の実施責任者

個人に対する保健指導の評価は、実施した保健指導の質を点検し、必要な改善方策を見出し、内容の充実を図ることを目的としているため、保健指導実施者（委託事業者を含む）が実施責任者となる。

集団に対する保健指導の評価は、保健指導を受けた個人を集団として集積し、全体の特徴を評価するため、保健指導実施者（委託先を含む）及び医療保険者が、評価の実施責任者となる。保健指導実施者に対する研修を行っている者もこの評価に対する責務を持つことになる。

事業としての保健指導の評価は、「健診・保健指導」事業を企画する立場にある医療保険者がその評価の責任を持つ。特に保健指導を委託する場合には、委託先が行う保健指導の質を評価する必要がある、事業の評価は医療保険者にとって重要である。医療保険者として事業評価を行うことにより、保健指導の運営体制の在り方や予算の見直しなど、体制面への改善にも評価結果を活かすことが必要である。

最終評価については、健診・保健指導の成果として、対象者全体における生活習慣病対策の評価（有病率、医療費等）を行うものであるから、医療保険者が実施責任者となる。

なお、今後に向けて効果的な事業展開につなげていくためには、医療保険者が保健事業の結果を自己評価する以外に、より客観的に評価するために、第三者による評価を行うことも有効である。

(5) 評価の根拠となる資料

保健指導の評価を根拠に基づいて、適切に行うためには、保健指導計画の作成段階で評価指標を決めておき、評価の根拠となる資料を、保健指導の実施過程で作成する必要がある。その資料は、保健指導の記録であり、また質問票・健診データやレセプトデータ等である。それらの資料等が必要時、確実に取り出せ、評価のための資料として活用できるように、システム等によるデータ入力及び管理体制を整えておく必要がある。なお、保健指導の評価の根拠となる資料はいずれも個人情報であるため、その管理体制については、医療保険者が取り決め、責任をもって管理する必要がある。

表7 保健指導の評価方法（例）

対象	評価項目 (S) ストラクチャー (P) プロセス (O) アウトカム	評価指標	評価手段 (根拠資料)	評価時期	評価 責任者
個人	(P) 意欲向上 (P) 知識の獲得 (P) 運動・食事・喫煙・ 飲食等の行動変容 (P) 自己効力感	行動変容ステージ (準備状態)の変化 生活習慣改善状況	質問票、観察 自己管理シート	6か月後、1年 後	保健指 導実 施者 (委託 先を 含む)
	(O) 健診データの改善	肥満度(腹囲・BMI など)、血液検査(血 糖・脂質)、メタリック リッドD-1のリスク個数 禁煙	健診データ	1年後 積極的支援では 計画した経過観 察時(3～6か 月後)	
集団	(P) 運動・食事・喫煙・ 飲食等の行動変容	生活習慣改善状況	質問票、観察 自己管理シート	1年後、3年後	保健指 導実 施者 (委託 先を 含む) 及び 医療保 険者
	(O) 対象者の健康状態 の改善	肥満度(腹囲・BMI など)、血液検査(血 糖・脂質)、メタリック リッドD-1の有病者・ 予備群の割合、禁煙 (職域)休業日数・長 期休業率	健診データ 疾病統計	1年後、3年後、 5年後	
	(O) 対象者の生活習慣 病関連医療費	医療費	レセプト	3年後、5年後	
事業	(P) 保健指導のスキル (P) 保健指導に用いた 支援材料 (P) 保健指導の記録	生活習慣改善	指導過程(記録) の振り返り カンファレンス ピアレビュー	指導終了後に カンファレンス をもつなどする	保健指 導実 施者 (委託 先を 含む) 医療保 険者
	(S) 社会資源を有効に効 率的に活用して、実施し たか(委託の場合、委託 先が提供する資源が適切 であったか)	社会資源(施設・人 材・財源等)の活用 状況 委託件数、委託率	社会資源の活用 状況 委託状況	1年後	
	(P) 対象者の選定は適切 であったか (P) 対象者に対する支援 方法の選択は適切であっ たか (P) 対象者の満足度 (委託の場合、委託先が 行う保健指導の実施が適 切であったか)	受診者に対する保 健指導対象者の割 合 目標達成率 満足度	質問票、観察、 アンケート	1年後	
	(O) 各対象者に対する 行動目標は適切に設定さ れたか、積極的に健診・ 保健指導を受ける	目標達成率 プログラム参加継 続率(脱落率) 健診受診率	質問票、観察、 アンケート	1年後	
最終 評価	(O) 全体の健康状態の改 善	死亡率、要介護率、 有病者、予備群、有 所見率など	死亡、疾病統計、 健診データ	毎年 5年後、 10年後	医療保 険者
	(O) 医療費適正化効果	生活習慣病関連医 療費	レセプト		

第5章 地域・職域における保健指導

5-1 地域保健と職域保健の保健指導の特徴

(1) 対象の生活の場に応じた保健指導

地域保健においては、地域住民を対象とした保健指導を展開している。地域の対象者の健康は、地域特性のある食生活や運動習慣などの生活環境や社会的要因などの影響を受けており、そのことに配慮した保健指導が求められる。

一方、職域保健では労働者を対象とした保健指導を展開している。職域では、対象者は一日の大半を職場で過ごしているため、対象者の健康は配置や作業状況など職場の環境に影響を受ける。そのため、対象者の健康問題と職場の環境や職場の健康課題を関連づけた保健指導が展開されている。

しかし、地域の対象の中には労働に従事している者もいることや、また労働者も職場を離れれば地域の生活者でもある。退職後には地域住民として国保対象者となっていくが、高齢期に発症する生活習慣病は、就労年齢層における生活習慣にその端を発していることが多い。

そのため、生活と労働の視点を併せた保健指導を展開していくことが必要である。

(2) 組織体制に応じた保健指導

地域では、それぞれの市町村が、財政状況や人的資源、社会資源などが異なっているため、提供できるサービスやその方法は異なり、保健指導はそれぞれの体制、方法で展開している。市町村では、ポピュレーションアプローチは衛生部門で行うことになることから、健診・保健指導を効果的に実施するためには、国保部門と衛生部門が十分な連携を取って互いに協力しながら保健指導等を展開することが非常に重要である。また、高齢期の要介護状態と生活習慣病との関連も深く、介護部門との連携により健康課題の明確化と住民への訴求性を高めることができる。

一方、職域でも財政状況や人的資源、社会資源などが異なるため、保健指導はそれぞれの体制、方法で展開されており、加えて、事業主によりその展開は異なる。効果的な生活習慣病予防対策は、事業所の活性化、企業のCSR¹(corporate social responsibility 企業の社会的責任)にも関係するものである。保健指導の展開には、事業者(人事労務担当者、職場管理職等)が労働者の健康を価値あるものと考えることが重要であり、それらの者と連携し、職場における健康支援の意義や就業時間内の実施等への理解を得る必要がある。

1. CSR：企業の社会的責任。企業が社会や環境と共存し、持続可能な成長を図るため、その活動の影響について責任をとる企業行動。

(3) 対象者に対するアクセス

地域では、健診後の保健指導については、対象は地域住民であるが、労働に従事している者もあり、健診とは別の機会に健診の結果説明会を計画しても、保健指導が必要な対象者が集まりにくく、時間、場所などを考慮する必要がある。そのため、保健指導に来ない理由を把握したり、家族等の協力を得たりしながら、確実に保健指導につなげる。また、未受診者については、職域と比較して対応が困難な場合が多い。地域では、未受診者に対する確実な対応として最も効果的と考えられる家庭訪問は、人的資源の観点から訪問できる対象者が限られ、また効率性の問題もあり、未受診者に十分な対応が行われにくいという特徴がある。

一方、職域では対象者が職場に存在する場合もあるが、業種によっては、一定の場所に集まっているわけではなく、また、業務に従事しているため保健指導が受けにくい状況もある。健診・保健指導の実施前から質問票を配布し、健診当日に的確な保健指導、さらには健康教育につなげることができる場合もあるが、すべての労働者に保健指導が実施できない場合もあり、状況に応じて複数年度での対応や未受診者への対応など、職域ごとの保健指導の実施体制を考慮した効果的な保健指導を行う必要がある。さらに、データを経年的に管理し、過去の推移を考慮した保健指導を展開することや、健診前に質問票を配布・回収し、より個別的で具体的な保健指導を展開することを工夫すれば、効果的な保健指導を展開していくことが可能である。

医療保険者が健診・保健指導を行うことから、未受診者や保健指導を受けない者の把握をした上で、複数年にわたって健診を受診していない者や、保健指導レベルに該当しても利用につながらなかった対象者を特定し、重点的にアプローチするなどの戦略が考えられる。

(4) 保健指導の評価

地域では、医療保険者が健診・保健指導を実施し、データも医療保険者が管理していることから、市町村単位で地域住民の健康課題を分析・評価するためには、市町村（衛生部門・介護部門）と医療保険者の連携が重要となる。

一方、職域が実施する保健指導は、就労上の配慮等に重点が置かれており、かつ職住地域が異なるため、地域における生活習慣病予防に関する健康課題を意識し、地域特性を含めて評価する視点を持ちにくい。今後は、保険者協議会や地域・職域連携推進協議会の活動を進め、県単位、地域単位での評価を行う必要がある。

地域・職域連携推進協議会、保険者協議会等で、地域・職域のデータを共同分析して全国や地域別データと比較しながら評価を行ったり、人材育成や良好なアウトソーシング先についての情報交換を行ったりなど、ストラクチャー（構造）の改善に努めている事例も出現してきている。今後、連携の一層の推進が期待される。

(5) ポピュレーションアプローチと社会資源の活用による支援

保健指導をより効果的に行うためには、地域における健康課題に応じて支援することはもちろん、ポピュレーションアプローチを併用させ複合的に行うことや、社会資源を医師、保健師、管理栄養士等の地域の団体とも連携し、効果的に活用することが必要であり、地域では比較的容易に併用、または活用することができる。

職域では、対象者が職場に存在することからポピュレーションアプローチの取り組みが比較的容易な場合もある一方で、労働者の健康に対する事業主の考え方や職場内の活用できる資源が限られること、職種や業種による時間的制限等から、効果的な実施が困難な場合もある。保健指導後のフォローアップが必要であるが、それぞれの事業所での社会資源が不十分な場合には、対象者が生活している地域の社会資源の活用も考慮する必要がある。しかし、労働者の就業時間などの観点からは、地域の社会資源が現実的に活用しにくいことも多い。地域と有機的な連携をとりながら社会資源を効率的に活用していくことが重要である。

5-2 地域・職域連携による効果

(1) 健診・保健指導における地域・職域連携の効果

地域と職域はそれぞれの資源の範囲の中で保健指導を展開してきた。しかし、今後は保健指導に利用できる資源を地域と職域が共有することにより、利用できるサービスの選択肢を増大させることも必要である。具体的には、それぞれの有する保健指導のための教材、フォローアップのための健康教育プログラムや施設、さらには地域、職域それぞれで展開されてきた保健指導の知識と技術を有する人材の活用などが考えられる。これらは、対象者がサービスを主体的に選択し、行動変容とそれを維持する可能性を高めるものとして期待できる。また、地域、職域とも費用、人的資源の効率的な運用が期待される。

これまで、地域と職域は定年を区切りにそれぞれが展開してきた。しかし、地域と職域が連携し、健診データを適切に引き継ぐ共有し、連携することにより、対象者は退職前後の経年的な変化を理解しながら、一貫した保健指導を受けることができる。

(2) 健診・保健指導における地域・職域連携のための方策

今後は、健診・保健指導において有機的な連携が必要となる。地域と職域それぞれが健診・保健指導に関して、対象となる集団の生活習慣病予防に関する課題を明確にし、活動計画を立案した上で、実際の展開で共有できる部分と協力できる部分、独自で行うことがよい部分について情報交換の機会をもち、進めていくことが必要であり、保険者協議会、都道府県や二次医療圏の地域・職域連携推進協議会を活用することも有効である。

(3) 地域・職域連携推進協議会と保険者協議会との連携

平成20年度から特定健診・特定保健指導が医療保険者に義務づけられ、メタボリックシンドロームに着目したハイリスクアプローチが被保険者・被扶養者に提供されている。この医療保険者によるハイリスクアプローチと、地域・職域連携推進協議会が地域・職域全体で取り組むポピュレーションアプローチとを一体的に提供していくことが期待される。

地域・職域連携推進協議会と保険者協議会の主な役割は、図〇〇のとおりである。地域・職域連携推進協議会においては、保険者協議会における医療費等の分析や特定健診・特定保健指導に関する実施体制、結果等から得られた現状や課題について情報提供を受け、地域全体として取り組む健康課題を明らかにし、保健医療資源を相互に活用、又は保健事業を共同で実施することにより、地域・職域連携推進事業を進めていくことが望まれる。

図1：地域・職域連携推進協議会と保険者協議会の主な具体的役割

<都道府県協議会の主な具体的役割>

- 各関係者（医療保険者・市町村衛生部門・事業者、関係団体等）の実施している保健事業等の情報交換、分析及び第三者評価
- 都道府県における健康課題の明確化
- 都道府県健康増進計画や特定健康診査等実施計画等に位置づける目標の策定、評価、連携推進方策等の協議
- 各関係者が行う各種事業の連携促進の協議及び共同実施
 - ・ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの連携方策
 - ・生活習慣病予防対策と介護予防施策、メンタルヘルス、自殺予防、性差に着目した対策等、他の施策との連携方策
 - ・科学的根拠に基づく健康情報の発信に関する連携方策
 - ・研修会の共同実施、各種施設等の共同利用
- 事業者等の協力の下、特定健診・特定保健指導等の総合的推進方策の検討
 - ・特定健診・特定保健指導等の従事者などの育成方策
 - ・特定健診・特定保健指導等のアウトソーシング先となる事業者等の育成方策
 - ・被扶養者に対する施策に関する情報交換、推進方策
- 協議会の取組の広報、啓発

<保険者協議会の主な具体的役割>

- 保険者間における意見調整
- 各都道府県ごとの医療費の調査、分析、評価
- 被保険者に対する教育や普及啓発等をはじめとする保健事業、保健事業の実施者の育成・研修等の共同実施
- 各保険者の独自の保健事業や、運営等についての情報交換
- 物的・人的資源のデータベース化及び共同活用
- 特定健診・特定保健指導等の実施体制の確保
 - ・集合契約等に関する各種調整、情報共有等
- 特定健診・特定保健指導等のアウトソーシング先の民間事業者の評価
 - ・事業者等に関する情報の収集や提供
 - ・事業者の評価手法の検討、評価の実施
 - ・評価結果の決定（契約更新の適否、機関番号停止等の判断等）、共有

連携

第6章 保健指導の実施に関するアウトソーシング

6-1 基本的事項

(1) 保健指導アウトソーシングの必要性

平成20年度以降は、メタボリックシンドロームのリスクを有する者に対する保健指導、すなわち個人の生活習慣の改善を支援する保健指導の実施が重要となっている。このような保健指導は、老人保健事業の個別健康教育や国保ヘルスアップ事業で実施されてきたところであるが、これらの事業には人的資源が相当必要であることが明らかとなっている。また、健診・保健指導は医療保険者が実施することから、保健指導が必要な対象者が確実に把握され、実際に保健指導を受ける者がかなり多くなることも考えられる。

一方、メタボリックシンドロームのリスクを有する者に生活習慣の改善を促すためには、保健師・管理栄養士等に対する高い専門性が求められ、保健指導の実績を積み重ね、研鑽を重ねて保健指導の技術を高度化していくことが求められる。また、IT産業などが開発する生活習慣改善支援機器を活用した保健指導方法の導入や、対象者のニーズを踏まえた多様な保健指導の実施体制が求められている。

市町村や事業所・健保組合などで健診後の保健指導に従事している現在の保健師、管理栄養士等の実施体制のみでは、増大する保健指導業務に十分に対応できないことが想定され、また、これらの機関で大幅な増員をすることが困難であることから、健診後の保健指導を行う事業者を育成し、このような需要に対応できる保健師、管理栄養士等を確保し、保健指導のアウトソーシングを行っていく方向性が示されている。

医療保険者は、アウトソーシングに当たって、健診・保健指導業務全体の目的を明確にし、事業計画を立案、そして評価し、質の担保を行うことが重要である。

(2) アウトソーシングの目的

保健指導のアウトソーシングは、メタボリックシンドロームのリスクを有する者に対して、個人のニーズに基づいた生活習慣の改善を支援する保健指導の提供体制を整備することが目的であり、保健指導の量が確保されることによる保健指導の質の向上及び効率的かつ質の高い保健指導を実現する体制をめざすものである。

6-2 アウトソーシングの対象となる保健指導業務

保健指導業務の範囲を健診後の保健指導、すなわち「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」に限定して考えると、アウトソーシングができる業務は、それぞれの保健指導の一部の業務を事業者へ委託すること（部分委託）や、保健指導業務をそれぞれ又はすべてを一括して委託すること（全面委託）が考えられる。また、どのような範囲の業務委託であっても、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ものである。

なお、純然たる保健指導業務以外の健診受診者のデータ処理、保健指導対象者の選定、保健指導結果の処理などについては、ここでは触れないこととする。

(1) 全面委託、部分委託のメリット、デメリット

保健指導業務の委託の考え方として、全面委託をする場合は、事業者の裁量が増え様々な工夫や効率化が図られることになるが、一方で、保健指導業務の評価には年数がかかることから、成果の出る保健指導が行われているかの判断が遅れるというリスクを医療保険者は抱えることになる。また、医療保険者に所属する医師、保健師、管理栄養士等の保健指導技術の低下が危惧され、事業の企画及び評価の実施に問題がでる可能性もある。

他方、部分委託の場合は、委託された業務の効率化はあまり望めないが、医療保険者に業務の実施が残ることから、ここに所属する保健師・管理栄養士等の技術の向上や生活習慣病対策への熱意を維持することが期待できる。また、医療保険者の医師、保健師、管理栄養士等が直接、対象者の保健指導を行うことで、対象者の問題や課題を早期に把握でき、改善に向けた事業の企画が可能になる。

(2) 「情報提供」のアウトソーシング

「情報提供」については、健診結果と質問票の内容に基づき、対象者全員に個別に行うことから、委託をする場合は、健診機関から直接データをもらい、結果表を作成し対象者に提供するという業務となる。全面委託は、これら一連の業務を事業者が行うことになり、医療保険者は情報提供を行ったという結果が事業者から連絡される。

一方、部分委託の例としては、健診結果と質問票の内容について結果表作成までを委託し、対象者に提供する役割は医療保険者自身が行う方法等がある。健診結果を渡す時を保健指導の重要な機会と捉え、健診結果と生活習慣に関する情報を保健師・管理栄養士等が直接説明をする方式をとる場合は、このような部分委託となる。

いずれの場合にも、事業目的の共有化や、対象者の選定方法と保健指導内容の整合性を保つこと、情報提供の結果を評価すること等、委託元が事業全体を管理することが必要である。

(3)「動機づけ支援」のアウトソーシング

「動機づけ支援」については、どのような保健指導の方法を採用するかによって異なるが、たとえば個別面接や、グループ面接を組む場合には、このような支援全体を委託する場合は全面委託となる。動機づけ支援の対象者の職場を訪ねて行う面接による支援を委託する場合や、公民館等に動機づけ支援の対象者に集まってもらい面接により支援する業務をすべて委託するような場合も、これに該当する。

一方、部分委託の例としては、動機づけ支援の効果を高めるために、経過中に付加的な支援を計画して運動指導の部分のみを委託する場合などが考えられる。

(4)「積極的支援」のアウトソーシング

「積極的支援」については、3ヶ月から6ヶ月程度の支援プログラムを組んで行うものであるため、全面委託の場合は、初回面接から継続支援の実施、中間評価、6ヶ月後の評価、事業全体の評価等の一連の業務を委託することになる。

一方、部分委託は、多くの例が考えられる。例えば、初回面接から支援計画の作成、中間評価、6ヶ月後の評価などは医療保険者の医師、保健師、管理栄養士等が行い、施設を使って行う食生活指導や運動指導のような対象者が自ら実践するような事業については委託する場合や、事業評価のみ医療保険者が行い、支援の計画作成から実施、個人の6ヶ月後評価までを委託する場合も考えられる。

また、詳細な質問票から行動変容のステージ（準備状態）を把握することが可能となるが、無関心期の対象者に対する保健指導は画一的な支援プログラムで支援することは困難であるため、このような対象者は医療保険者の医師、保健師、管理栄養士等が支援することも考えられる。

どのような保健指導業務を委託するかの判断は、保健指導の目的とする生活習慣の改善が図られる体制の在り方をまず考え、医療保険者が有する人的資源、委託できる事業者の有無等から総合的に判断し、委託の範囲を決めるべきであろう。

6-3 保健指導アウトソーシングの留意事項

健診後の保健指導は、過去においては付加的なサービスという位置づけであったことに加え、特に地域においては、保健活動は公共サービスの一つとして行政が直接実施してきた歴史があることから、この分野において、民間事業者の参入はほとんど行われてこなかった。このため、保健指導のアウトソーシングは、民間事業者の育成を図りつつ実施されていくことになる。以下に、アウトソーシングにあたっての留意事項を整理した。

(1) 委託する業務の目的の明確化

医療保険者は、業務を委託する前に、健診・保健指導業務全体の目的、理念を明確にし、実施体制を考え、その中からどのような業務を委託するかを決めていくが、委託する業務はどのような理念に基づき、その目的は何かを明確にし、それを委託先の事業者伝えることが重要である。

具体的には、委託に際して作成する基準などに理念や目的が表現されることになるが、このことによって、適切な事業者を選定することができる。また、医療保険者は委託後に事業者と事業の目的を共有し、事業を協働する関係を構築することで、効果的、効率的な事業の実施につながる。

(2) 保健指導の質の評価

委託に当たって、保健指導の質を確保する仕組みを導入することが必要である。

1つ目は、事業者の選定に際して、保健指導の質を基準とすることである。保健指導の質は、保健指導実施者の保健指導技術の程度を資格及び研修体制、研修実績、マニュアルの有無、質の評価システムの策定及び過去の実績・成果（支援実施規模、初回面接実施者の継続状況、6ヶ月後の体重・腹囲の減少状況等）により、医療保険者に所属する専門職の目を通して確認することが重要である。

2つ目は、保健指導業務の終了後に、その評価を行うことである。例えば、対象者の保健指導利用率、初回面接実施者の継続率、6ヶ月後の体重・腹囲の減少率、満足度、次年度の健診結果における保健指導レベルの改善率や対象者の生活習慣の改善度をみる、そして健診結果とレセプトの突合による保健指導の効果を見るなどの方法が考えられる。その結果により、事業者に対して保健指導の質の改善を促すことや、改善の見込みがない場合には、契約を更新するかどうか検討する必要がある。

3つ目は、委託業務に関する情報交換と情報公開である。これは、各都道府県に設置されている保険者協議会などを活用して、事業者の資質に関する情報交換等を行い、他の医療保険者の目を通した評価を行うことも必要であろう。

(3) 委託した業務と生活習慣病対策全体の連動

保健指導業務の委託には、前述したように様々な委託方法があるが、どのような委託を行ってもその業務は生活習慣病対策の一部であり、ポピュレーションアプローチを含めた対策全体といかに連動させていくかが重要である。

事業者が地域や事業所で行われているポピュレーションアプローチを理解し、このような社会資源を個々の対象者に対する保健指導に活用することについて、委託業務の中に位置づけることが必要である。このためには、医療保険者は、事業者と十分な情報交換を行うとともに、地域や事業所で行われているポピュレーションアプローチに関する活動を提示することが必要となる。そして、医療保険者は、常に生活習慣病対策全体を視野に入れて、事業の運営に当たることが重要である。

(4) 医療保険者に所属する専門職の技術の維持・向上

医療保険者に所属する保健師、管理栄養士等の役割は、事業者へのアウトソーシングを含めた保健指導プログラムの企画や実施機関間の調整、そして委託した事業者の保健指導の質を評価することである。これらの業務を行うためには、自らの保健指導に関する技術を維持・向上させることが前提となる。このためには、業務を委託した場合であっても、医療保険者の保健師、管理栄養士等が、保健指導業務に直接従事できる体制を整備しておくことを考慮する必要がある。例えば、対象者に対する保健指導業務の一部（個別面接、指導計画作成、評価）を医療保険者の医師、保健師、管理栄養士等の業務とすることや、支援プログラムに乗りにくい「無関心期」の対象者の保健指導を医療保険者が直接に実施することなどが考えられる。

(5) モニタリング及び苦情処理

医療保険者は事業の実施責任者として、委託した業務の実績や支援プログラムの進行状況、保健指導を受けない者に対する対処状況、事業所の保健師、管理栄養士等の保健指導実施者の変更や研修の状況など、適切な保健指導が行われているのかについて、適宜報告を求めることが必要である。

そして、対象者から出される保健指導サービスに対する不満や苦情を受け止める窓口を設置するとともに、これらの情報に対して、早期に適切に対処することが求められる。

(6) 保健指導のアウトソーシング先を選定する際の留意事項

保健指導のアウトソーシングにあたり、保健指導の質を問うことなく、価格を主な判断指標として事業者が選定されることがとなると、必要以上に価格競争が促進され、保健指導業務全体の質の低下が進むことが懸念される。

したがって、委託契約にあたっては保健指導の質を担保できるような詳細な仕様書を作成することが重要である。

このため、保健指導のアウトソーシングに当たっては、サービスの質の評価等を勘案した価格の設定を行うことや、医療保険者が保健指導の成果を評価し、それを価格に反映させていくことが必要である。

(7) 委託基準の作成及び委託方法の透明化

保健指導のアウトソーシングに際して、医療保険者は委託基準を作成することになるが、この場合、委託する保健指導業務の目的を明確に示すこと、また、保健指導の質が判断できる項目を設定することが重要である。

そして、事業者の選定に当たっては、選定の手順を透明化することが重要である。

(8) 個人情報の管理

保健指導は、対象者の身体状況や生活習慣等に関する重要な個人情報を取り扱う業務であり、事業実施にあたっては、万全の安全管理体制が求められる。アウトソーシングを行う場合は、事業者が個人情報の漏洩を防止し、適切かつ安全に利用及び管理が行われているか、保険者の責任のもと、情報の管理状況を定期的に確認する必要がある。

(9) 収益事業との区別の明確化

事業者の中には、収益事業を行っている者も想定され、様々な健康に関する商品（健康食品、器具等）の販売を保健指導業務の委託と合わせて行う事業者に対しては、収益事業との区別を明確にし、保健指導と同時に行うことがないよう、医療保険者の委託基準に明記しておくことが必要である。また、保健指導を行う地位を利用しては不当な推奨・販売（例えば、商品等を保健指導対象者の誤解を招く方法で勧めること）等を行ってはならない。

6-4 委託基準

(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保健指導（例えば、土日祝日・夜間に行うなど）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るなど、多様な事業者による競争により保健指導のサービスの質の向上が図られる。一方で、効果的な保健指導が行われないなど保健指導の質が考慮されない価格競争となり、質の低下に繋がることがないよう委託先における保健指導の質の確保は不可欠である。
- 医療保険者が事業者等へ保健指導の実施を委託する場合には、当該医療保険者との役割分担、責任が詳細にわたって明確にされた上で、委託基準を作成し、本プログラムに定める内容の保健指導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。
- 医療保険者は、委託契約期間中には、保健指導が適切に実施されているかについてもモニタリングを行うことが重要である。
- 委託契約の終了時には、保健指導の成果について外部の人間も含め複数の観点から評価を行うことが重要である。その際には、保健指導の専門的知識を有する者の意見を聴くことが重要である。
- 個人情報については、その性格と重要性を十分認識し、適切に取り扱われなければならない。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おり、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、保健指導の記録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（2）の④に定める保健指導の記録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・移動型で保健指導を行う場合も、施設内で行う場合と同じ基準とする必要がある。
- 医療保険者自らが実施する場合も同じ基準を満たす必要がある。

- 保健指導対象者が勤務する事業者に保健指導業務を委託する場合は、その事業者の産業医が中心的な役割を担い保健指導を実施することが考えられる。
- また、産業医の選任義務のない小規模事業場の労働者に対しては、日頃から、地域産業保健センターに登録された産業医等が中心的に産業保健サービスを提供していることから、こうした産業医が勤務する医療機関等が、特定保健指導を実施できるようにすることが望まれる。
- 保健指導として運動を提供する施設については、日本医師会認定健康スポーツ医を配置、あるいは勤務する医療機関と連携するなど、安全の確保に努めることが必要である。

(2) 具体的な基準

特定保健指導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142号（施設等に関する基準）を参照すること。（第2編別紙9参照）なお、特定保健指導以外の保健指導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。

6-5 国、都道府県、市町村、医療保険者の役割

(1) 国の役割

国は、保健指導の標準的なプログラムを示すとともに、これを基にした保健指導の委託基準を示す。

また、都道府県において、事業者の指導ができるよう、保健指導に関する情報を都道府県に報告する規定を設けるなど、情報の公開に努める。

(2) 都道府県の役割

地域・職域連携推進協議会を活用して、生活習慣病対策に取り組む関係者間（事業者を含む）の総合調整を行い、体制整備を行う。

また、保険者協議会などを活用して、委託する事業者に関する情報交換を行い、適切な委託契約が行えるよう支援する。

市町村、医療保険者、事業者が行う保健指導の質を向上させることができるよう、保健師、管理栄養士等に対する研修等を行い、質の高い事業者を育成する。また、保健指導に関するデータの収集及び分析を行い、事業者の選定に資するようその結果を市町村や医療保険者に提供する。

また、医療保険者の違いによる保健指導の実施に格差が生じた場合には、都道府県の地域・職域連携協議会等を通じて、その調整を行う。

(3) 市町村（一般行政）の役割

市町村全体の健康課題の分析と対策を立案・実施する。

21世紀における国民健康づくり運動（健康日本 21（第二次））と特定保健指導との調和的推進、ポピュレーションアプローチの推進、特定保健指導対象者以外の保健指導、高齢者においては介護予防との運動など、組織横断的な対策の調整と効率的な事業運営を工夫する。地域住民からの健診・保健指導に関する様々な相談に応じる体制をつくる。

(4) 医療保険者の役割

保健指導に関する計画を策定し、効果的な保健指導が提供できるよう、予算の確保、実施体制の整備を行う。

その中で、地域・職域の特性を考慮に入れた保健指導の理念と生活習慣病対策全体における保健指導の位置づけを明確にするとともに、アウトソーシングする業務の範囲や考え方を定め、質の高い事業者を選定する。

アウトソーシングの目的に合致した委託基準を作成し、適切な事業者を選定するとともに、契約内容についてモニタリングを行い、問題がある場合には適宜改善を求める。

また、委託した事業者から提出された事業の結果報告以外に、対象者からの直接的な評価や費用対効果の評価等により、効率的でかつ質の高い保健指導の実施に努める。

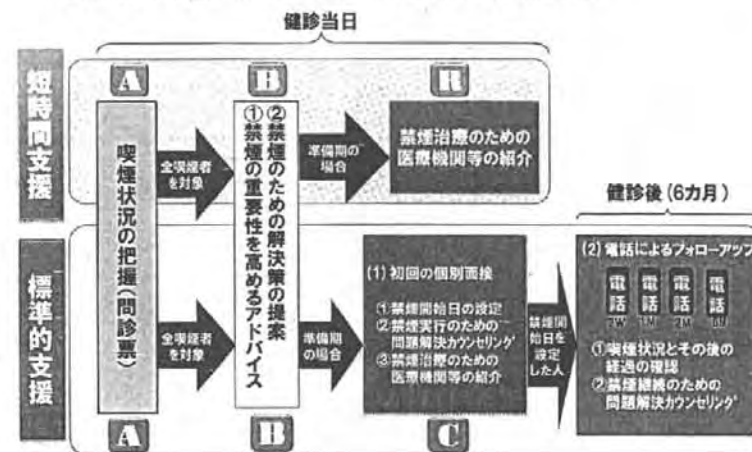
保健指導のための禁煙支援簡易マニュアル¹⁾

1. 健診・保健指導での禁煙支援の取り組み方

健診・保健指導の場での禁煙支援は、メタボリックシンドロームの有無やリスクの大小に関わらず、全ての喫煙者を対象として行うことが重要です。

特定健診やがん検診の場など、禁煙支援の時間が確保できない場合は「短時間支援」、事後指導の場など禁煙支援の時間が確保できる場合は「標準的支援」を行います。短時間支援と標準的支援の流れを図表1に示します。

図表1. 短時間支援(ABR方式)と標準的支援(ABC方式)の流れ



- 短時間支援は、「ABR方式」で個別面接の形式で実施します。A (Ask) では、問診票を用いて喫煙状況を把握します。B (Brief advice) では、喫煙者全員を対象に①禁煙の重要性を高めるアドバイスと②禁煙のための解決策の提案を行います。R (Refer) では、準備期(1ヵ月以内に禁煙しようと考えている)の喫煙者を対象に、禁煙治療のための医療機関等の紹介を行います。
- 標準的支援は、「ABC方式」で①初回の個別面接と②電話によるフォローアップの組合せで実施します。A (Ask) と B (Brief advice) の内容は、短時間支援と同様です。C (Cessation support) では、①初回の個別面接で、準備期の喫煙者を対象に、①禁煙開始日の設定、②禁煙実行のための問題解決カウンセリング、③禁煙治療のための医療機関等の紹介、を行います。

¹⁾ 本マニュアルは、平成23年度厚生労働科学研究費第3次対がん総合戦略研究事業（研究代表者 中村正和）において、日本禁煙推進医師歯科医師連盟が開発したeラーニングによる禁煙支援版の主要コンテンツをもとに、印刷用教材として作成された「健診等の保健事業の場における禁煙支援のための指導者用学習教材」を元に作成されました。

禁煙支援の詳細については、厚生労働省から公表されている「禁煙支援マニュアル」(第2版)を参照して下さい。

禁煙開始日を設定した喫煙者には、初回面接後に禁煙実行・継続を支援するための(2)電話によるフォローアップを行います。電話フォローアップを行う時期の目安は、初回の個別面接から2週間後(2W)、1ヵ月後(1M)、2ヵ月後(2M)、6ヵ月後(6M)です。フォローアップでは、①喫煙状況とその後の経過の確認、②禁煙継続のための問題解決カウンセリング(困難な状況をあらかじめ予想し、その解決策と一緒に検討する)を行います。

短時間支援(ABR方式)と標準的支援(ABC方式)の特徴を図表2に整理しました。どのくらい時間が確保できるかによって、いずれの方式を採用するかを決めるとよいでしょう。

図表2. 短時間支援(ABR方式)と標準的支援(ABC方式)の内容

	短時間支援(ABR方式)	標準的支援(ABC方式)
回数	個別面接1回	個別面接1回と電話フォローアップ4回
時間	1~3分	初回面接10分、フォローアップ5分
内容	Ask (喫煙状況の把握) Brief advice (短時間の禁煙アドバイス) ①禁煙の重要性を高めるアドバイス ②禁煙のための解決策の提案 Refer (医療機関等の紹介) ※準備期のみ	Ask, Brief advice は左記と同様 Cessation support (禁煙実行・継続の支援) (1)初回の個別面接 ※準備期のみ ①禁煙開始日の設定 ②禁煙実行のための問題解決カウンセリング ③禁煙治療のための医療機関等の紹介 (2)電話によるフォローアップ ※禁煙開始日設定者のみ ①喫煙状況とその後の経過の確認 ※禁煙に対する賞賛と励まし ②禁煙継続のための問題解決カウンセリング
支援の場	各種健診(特定健診やがん検診など)	特定保健指導や事後指導等の各種保健事業

2. 禁煙支援の実際—短時間支援(ABR方式)

短時間支援のABR方式のA(Ask)、B(Brief advice)、R(Refer)を解説します。

喫煙状況の把握(Ask)

まず、短時間支援(ABR方式)のA(Ask)にあたる「喫煙状況の把握」の具体的方法について解説します。質問票を用いて喫煙状況や健康保険による禁煙治療の患者要件を満たしているかどうかを確認します。質問票を図表3に示します。

● Q1~Q3: 喫煙者の把握

喫煙者を特定するための質問項目です。

喫煙していると回答した全ての人に次のステップで示す短時間の禁煙アドバイスを行いましょう。また、禁煙していると回答した人には、禁煙していることを賞賛し、禁煙を継続するよう伝えましょう。なお、禁煙して1年以内の人に対しては、再喫煙防止のためのフォローアップを行いましょう。

Q1~Q3の3項目は特定健診で現在喫煙者を定義するための質問です。

Q1で「吸う」と回答し、かつQ2のこれまでの喫煙総本数が100本以上の喫煙に「はい」と回答するか、またはQ3の最近6ヵ月以上の喫煙に「はい」と回答した人が特定健診では喫煙者と定義されます。しかし、ここでは喫煙者の定義に関わらず、Q1で「吸う」と回答した喫煙者全員に短時間の禁煙アドバイスを行いましょう。

● Q4~Q7: 健康保険による禁煙治療の受診条件の確認

健康保険による禁煙治療を受けるためには、下記の3つの条件を全て満たす必要があります。

- ① 1日喫煙本数 × 喫煙年数 が200を超えること
- ② いますぐに禁煙したいと考えており、禁煙治療を受けることを文書により同意していること
- ③ TDSのスクリーニングテストでニコチン依存症と診断されていること

条件①は、Q4とQ5の回答結果から計算します。たとえば、喫煙本数が1日10本で30年間喫煙している人は、 $10 \times 30 = 300$ となり、200を超えているので条件を満たしていることになります。

条件②は、Q6の喫煙のステージに関する質問の回答結果から確認します。Q6の「直ちに(1ヵ月以内に)禁煙しようと考えている」に回答していること(準備期の喫煙者)が条件になります。

条件③は、Q7の10項目の質問のうち、「はい」と回答した項目が5項目以上あれば、ニコチン依存症と診断されるための条件を満たしていることになります。

● Q8: 禁煙経験の把握

禁煙経験の有無とこれまで最も長い禁煙期間を把握します。禁煙経験がある人には、過去に用いた禁煙方法や出現した離脱症状の強さ、再喫煙のきっかけなどについて確認しておきましょう。今回の禁煙支援に役立つ情報を得ることができます。

● Q9：禁煙に対する自信

禁煙に対する自信を0から100%の数値で把握します。「全く自信がない」を0%とし、「非常に自信がある」を100%とした場合の自信の程度を明らかにします。禁煙の自信が低い人には、禁煙治療や禁煙補助剤についての情報提供のほか、後述する問題解決カウンセリングにより禁煙の自信を高めます。

図表3. 喫煙に関する質問票

喫煙に関する質問票

Q1. 現在（この1ヵ月間）、たばこを吸っていますか？
☐ 吸う ☐ やめた（ 年前/ ヵ月前） ☐ 吸わない

以下の質問は、吸うと回答した人のお答え下さい。

Q2. 吸い始めてから現在までの総本数は100本以上ですか？ ☐ はい ☐ いいえ

Q3. 6ヵ月以上吸っていますか？ ☐ はい ☐ いいえ

Q4. 1日に平均して何本たばこを吸いますか？ 1日（ ）本

Q5. 習慣的にたばこを吸うようになってから何年間たばこを吸っていますか？（ ）年間

Q6. あなたは禁煙することにどのくらい関心がありますか？
☐ 関心がない
☐ 関心はあるが、今後6ヵ月以内に禁煙しようとは考えていない
☐ 今後6ヵ月以内に禁煙しようと考えているが、直ちに（1ヵ月以内）禁煙する考えはない
☐ 直ちに（1ヵ月以内）禁煙しようと考えている

Q7. 下記の質問を読んであてはまる項目に✓を入れてください。該当しない項目は「いいえ」とお答え下さい。

質問内容	はい 1点	いいえ 0点
Q1. 自分が吸うつもりよりも、ずっと多くたばこを吸ってしまいましたか。		
Q2. 禁煙や本数を減らそうと試みて、できなかったことがありますか。		
Q3. 禁煙したり本数を減らそうとしたときに、たばこがほしくてほしくてたまらなくなることがありましたか。		
Q4. 禁煙したり本数を減らしたときに、次のどれがありましたか。（イライラ、神経質、落ちつかない、集中しにくい、ゆううつ、頭痛、眠気、胃のむかつき、胸が痛い、手のふるえ、食欲または体重増加）		
Q5. 間4でうかがった症状を消すために、またたばこを吸い始めることがありましたか。		
Q6. 重い病気にかかったときに、たばこはよくないとわかっているのに吸うことがありましたか。		
Q7. たばこのために自分に健康問題が起きているとわかっていても、吸うことがありましたか。		
Q8. たばこのために自分に精神的問題が起きているとわかっていても、吸うことがありましたか。		
Q9. 自分はたばこに依存していると感じることはありませんか。		
Q10. たばこが吸えないような仕事やつきあいを避けることが何度もありましたか。		
合 計		

Q8. 今までたばこをやめたことがありますか？
☐ はい（ 回、最長 年間/ ヵ月 日間） ☐ なし

Q9. たばこをやめることについてどの程度自信をもっていますか？「全く自信がない」を0%、「大いに自信がある」を100%として、0-100%の間であてはまる数字をお書きください。（ ）%

氏 名 _____
 記入日 _____ 年 月 日

☐ 短時間の禁煙アドバイス (Brief advice)

短時間支援 (ABR方式) 中のB (Brief advice) にあたる「短時間の禁煙アドバイス」の具体的方法について解説します。

ここでは、喫煙のステージや健診結果にかかわらず、全喫煙者を対象に短時間の禁煙アドバイスをを行います。短時間の禁煙アドバイスでは、1) 病歴や検査値、自覚症状、本人の関心事などを切り口に禁煙が重要であること (①禁煙の重要性を高めるアドバイス)、2) 禁煙には効果的な禁煙方法があること (②禁煙のための解決策の提案) を伝えます。

禁煙に対して気持ちが高まっている喫煙者に対しては、①禁煙の重要性を高めるアドバイスよりも②禁煙のための解決策の提案にウエイトを置くことが一般に有用です。一方、まだ禁煙しようと考えていない喫煙者に対しては、個々人の喫煙者に合った情報提供で禁煙の重要性を高めることが大切です。しかし、禁煙しようと考えていない喫煙者においても、禁煙のための解決策の提案を行うことで、禁煙に対する動機が高まることも少なくないので、忘れずに情報提供しましょう。

(1) 禁煙の重要性を高めるアドバイス

質問票で喫煙状況を把握した喫煙者に対して、診察や問診、保健指導の場を活用して禁煙の重要性を伝えます。複数の保健医療関係者が連携をとりながら声をかけることが効果的です。

まず、「禁煙する必要があること」をはっきりと伝え、さらに、「禁煙が優先順位の高い健康課題であること」を伝えます。

喫煙者に病歴や検査値の異常、自覚症状がある場合は、それらと喫煙との関係を結びつけて、喫煙の影響や禁煙の効果について説明します。喫煙関連疾患としては、がん、虚血性心疾患（異型狭心症を含む）、脳血管障害（脳梗塞、くも膜下出血）、糖尿病、COPD、消化性潰瘍などがあります。喫煙に関連した検査値の異常としては、脂質異常（HDL コレステロールの低下、LDL コレステロールやトリグリセライド（中性脂肪）の上昇）、糖代謝異常（血糖値やHbA1cの上昇、インスリン感受性の低下）、血球異常（多血症、白血球増多）などがあります。

病歴や検査値に問題がない喫煙者に対しては、異常がないことを賞賛した上で、喫煙が取り組むべき重要な健康課題であることを伝えて禁煙を促しましょう。また、喫煙者本人の関心事や家族状況、生活背景などが把握できている場合は、それらを切り口として禁煙の重要性を高めるアドバイスをするとさらに効果が高まります。

ここでの働きかけは、喫煙者全員に対して行いますが、特に禁煙に対して気持ちが高まっていない喫煙者に対しては、禁煙の重要性を高めることが大切です。個々人にあったメッセージで喫煙者の気持ちが高まるようアドバイスしましょう。

(2) 禁煙のための解決策の提案

次に、禁煙治療を受ければ「比較的楽に」「より確実に」「あまりお金もかけずに」禁煙できることを伝えます。喫煙者の多くは、「禁煙は自分の力で解決しなければならない」「禁煙はつらく苦しい」と思い込んでいる傾向があります。禁煙は、治療を受けて薬を使うことで、苦しまずに楽にやめることができる^{3,4}ことを伝えます。これまでに何度も禁煙を失敗するなど、禁煙に自信がない喫煙者に対して、禁煙のための効果的な解決策を情報提供することは、禁煙に対する自信を高めることにつながり、有効です。

禁煙に関心のない人に、いきなり禁煙の効果的な解決策について説明しても抵抗や反発を招くだけです。このような人に対しては、現在禁煙する気持ちがないことを指導者が受けとめ、「今後の禁煙のために覚えておかれるといいですよ」と前置きした上で情報提供するとよいでしょう。前置きをすることで相手は抵抗感なく耳を傾けてくれます。

禁煙治療のための医療機関等の紹介 (Refer)

短時間支援 (ABR 方式) の中の R (Refer) にあたる「禁煙治療のための医療機関等の紹介」の具体的方法について解説します。

質問票で直ちに (1 ヶ月以内に) 禁煙しようと考えていると答えた喫煙者や、短時間の禁煙アドバイスの結果、禁煙の動機が高まった喫煙者に対しては、禁煙治療の利用を勧め、禁煙治療が健康保険で受けられる医療機関を紹介します。禁煙治療を勧める理由は、自力に頼る方法に比べて禁煙を成功する可能性が高いからです。健康保険による禁煙治療の条件を満たさない場合や医療機関を受診する時間が取れない場合は、禁煙後の離脱症状を軽くするために、薬局・薬店で OTC 薬のニコチンパッチやニコチンガムを購入して禁煙する方法を紹介しましょう。また、健康保険を利用できる条件を満たさない場合でも、自由診療で禁煙治療を受けることができることを伝えましょう。特に喫煙本数が多く、OTC 薬では離脱症状が十分抑えられないヘビースモーカーや、医学的管理の必要性が高い精神疾患等の合併症を有する喫煙者に対しては、禁煙治療の利用を勧めましょう⁵。

禁煙治療が健康保険で受けられる医療機関は、日本禁煙学会のホームページから検索することができます。あらかじめ喫煙者に渡す近隣の医療機関のリストを準備しておきましょう。

●健康保険で禁煙治療が受けられる医療機関の検索サイト

日本禁煙学会 <http://www.nosmoke55.jp/nicotine/clinic.html>

ただし、健康保険を利用して禁煙治療を受けるためには条件があります。条件は、前述の質問票 (図表 3) の Q4~Q7 の項目の回答で確認できます。健診の場など時間が限られている場合には、喫煙者が後で確認できるように Q4~Q7 の質問を自己チェック用のリーフレットとして作成し、渡せるように準備しておきましょう。

3. 禁煙支援の実際—標準的支援 (ABC 方式)

標準的支援 (ABC 方式) の A (Ask: 喫煙状況の把握) と B (Brief advice: 短時間の禁煙アドバイス) については、前述した短時間支援 (ABR 方式) と同様です。ここでは、C (Cessation support) にあたる「禁煙実行・継続の支援」の具体的方法について解説します。

禁煙実行・継続の支援 (Cessation support)

禁煙実行・継続の支援 (Cessation support) は、(1)初回の個別面接と(2)電話によるフォローアップの2つから成ります。対象となる喫煙者は、質問票で直ちに (1 ヶ月以内に) 禁煙しようと考えていると答えた喫煙者や、短時間の禁煙アドバイスの結果、禁煙の動機が高まった喫煙者です。目安として 10 分程度の時間をかけて面接を行い、禁煙に踏み出せるように支援します。面接の結果、禁煙開始日を設定した喫煙者には、禁煙の実行の確認と継続の支援を行うために、(2)電話によるフォローアップを行いましょ

(1) 初回の個別面接

初回の個別面接では、①禁煙開始日の設定、②禁煙実行のための問題解決カウンセリング、③禁煙治療のための医療機関等の紹介、を行います。

① 禁煙開始日の設定

禁煙を開始する日は、喫煙者と話しあって具体的に決めます。禁煙開始日が決まったら、それまでに禁煙治療を利用するように伝えましょう。時間があれば禁煙宣言書を喫煙者と指導者の間で取り交わしておく、本人の禁煙の決意を固めたり、指導者としてフォローアップを行う上で有用です。

初回面接で禁煙開始日を設定した人には、6 ヶ月間にわたり計 4 回のフォローアップを行います。フォローアップは、原則電話で行います。フォローアップの電話が通じやすい連絡先 (携帯があれば携帯電話の番号) を確認し、電話に出やすい時間帯を把握しておきましょう。

② 禁煙実行のための問題解決カウンセリング

禁煙実行のための問題解決カウンセリングの内容は、禁煙にあたって喫煙者が不安に思っていることや心配していることを聞き出し、その解決策を喫煙者が指導者と共に考えることです。

仕事をしている喫煙者では「禁煙するとイライラして仕事が手につかなくなるのでは」とか、「禁煙しても仕事の付き合いでお酒を飲む機会が多いのですぐに吸ってしまうのではないかと」いった心配をする場合があります。その場合、本人が心配していることを受けとめ、イライラなどの禁煙後の離脱症状は概ね 2~4 週間で治まること、禁煙補助剤を使えば離脱症状が軽減できることを伝えます。また、禁煙してしばらくの間は、お酒を飲みに行くことを控えたり、外でお酒を飲む場合は、できるだけたばこを吸わない人の隣の席に座る、周囲に禁煙宣言をするなど具体的な対処法を本人と話しあって決めておきましょう。

③ 禁煙治療が受けられる医療機関等の紹介

より確実に禁煙ができる禁煙治療の利用を勧めます。健康保険で禁煙治療が受けられる医療機関は、日本禁煙学会のホームページで検索できます。あらかじめ近隣

³ Royal College of Physicians. Nicotine addiction in Britain. A report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians, London: Royal College of Physicians, 2000.

⁴ Nakamura, M., et al. Efficacy and tolerability of varenicline, an α4β2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, in a 12-week, randomized, placebo-controlled, dose-response study with 40-week follow-up for smoking cessation in Japanese smokers. Clin Ther, 2007; 29: 1040-1056.

⁵ Kasza KA, et al. Effectiveness of stop-smoking medications: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. Addiction, 2013; 108: 193-202.

⁶ 厚生労働省中央社会保険医療協議会総会: 診療報酬改定結果検証に係る特別調査 (平成 21 年度調査) ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査報告書。平成 22 年 6 月 2 日

の医療機関のリストを準備しておき、喫煙者に渡せるようにしておきます。

- 健康保険で禁煙治療が受けられる医療機関の検索サイト
日本禁煙学会 <http://www.nosmoke55.jp/nicotine/clinic.html>

ただし、健康保険を利用して禁煙治療を受けるためには条件があります。条件は、前述した質問票（図表3）のQ4-Q7の項目の回答でチェックしておきましょう。

健康保険による禁煙治療の条件を満たさない場合や医療機関を受診する時間が取れない場合は、禁煙後の離脱症状を軽くするために、薬局・薬店でOTC薬のニコチンパッチやニコチンガムを購入して禁煙する方法を紹介しましょう。現在、ニコチンパッチのOTC薬は3社から発売されていますが、いずれも医療用医薬品のニコチンパッチと比べて有効成分が高用量の剤形がないため、ニコチンの補充が不十分となる場合があります。OTC薬で禁煙できなければ医療機関での禁煙治療を勧めます。

健康保険を利用できる条件を満たさない場合でも、自由診療で禁煙治療を受けることができることを伝えましょう。特に喫煙本数が多くOTC薬では離脱症状が十分抑えられないヘビースモーカーや医学的管理の必要性が高い精神疾患等の合併症を有する喫煙患者に対しては、禁煙治療の利用を勧めましょう。

（2）電話によるフォローアップ

初回の個別面接で禁煙開始日を設定した喫煙者には、禁煙が継続できるように電話によるフォローアップを行います。電話によるフォローアップの時期の目安は、初回面接日から2週間後、1ヵ月後、2ヵ月後、6ヵ月後の計4回です。フォローアップに要する時間は、5分程度です。

電話によるフォローアップの内容や時間については、OTC薬を使って禁煙している場合や自力で禁煙している場合は、カウンセリングを十分受けていないことが多いため、少し時間をかけて行います。一方、禁煙治療を利用している喫煙者は、医療機関で禁煙のためのカウンセリングやアドバイスを受けているため、特に問題がなければ禁煙の経過を確認し、禁煙が継続していることを賞賛したり、励ましたりする程度の内容となり、あまり時間をかけずにフォローアップを行うことができます。

フォローアップの主な内容は、①喫煙状況とその後の経過の確認、②禁煙継続のための問題解決カウンセリングです。

① 喫煙状況とその後の経過の確認

フォローアップではまず喫煙状況とその後の経過の確認を行います。初回の個別面接から2週間後にあたる1回目のフォローアップでは、本人が選択した禁煙の方法と禁煙開始日を確認しておきます。禁煙治療を利用した場合は、禁煙ができると自己判断で禁煙治療を中断してしまうこともあるので、12週間の治療を完了した方が禁煙成功率が高いことを伝え、禁煙治療を完了するようにアドバイスをします。

OTC薬を使っている場合には、離脱症状を十分に抑えられているかどうかを確認します。ニコチンガムは噛み方が間違っていると効果が低下するので、ニコチンガムを使っている場合でも効果を実感できていない場合には、まずは噛み方の確認と指導を行うことが重要です。喫煙本数が多い喫煙者の場合には、OTC薬では離脱症状が十分に抑えられない可能性があります。その場合は、禁煙治療を受けるようにアドバイスします。

禁煙ができている場合には「よくがんばりましたね」と禁煙に踏み出せたことや

禁煙できていることについて賞賛します。この言葉は、喫煙者にとって何よりのご褒美となります。

禁煙して1ヵ月が経過すると禁煙がある程度安定してきますが、吸いたい気持ちはまだしばらく残ります。アルコール、過労や仕事上のストレス、気分の落ち込みなど、ちょっとしたきっかけで喫煙は再開しやすいので、注意するように声をかけましょう。

2回目以降の電話でのフォローアップでは、本人が実感する禁煙の効果について聞き出しておきましょう。身体面の効果だけでなく、精神面や日常生活面においても禁煙の効果を確認し、禁煙継続の励みにしてもらいましょう。

② 禁煙継続のための問題解決カウンセリング

禁煙継続にあたって心配していることや不安に思っている点を聞き出し、禁煙が継続できるよう支援します。たとえば、禁煙してそれほど時間がたっていない人では「たばこが吸いたいの、吸ってしまうのではないかと」心配することがあります。まず、本人が心配していることを受けとめます。次に、離脱症状が改善しても吸いたい気持ちはしばらく残ること、しかし時間の経過とともに吸いたい気持ちが小さくなっていくことを伝えます。たばこを吸いたくなったら、深呼吸をしたり、お水を飲んだりするなどの対処法を身につけることが有用であることを伝え、禁煙を続ける自信が高まるよう話し合いを行います。禁煙できた日が増えていくにつれて、禁煙の自信は高まっていきます。「今日1日禁煙しよう」という気持ちで禁煙を続けるよう支援しましょう。

禁煙を継続できている場合は、禁煙後の体重増加の有無を確認しておきます。禁煙後の体重増加は、禁煙した人の約8割に見られますが、平均2~8kg程度といわれています。喫煙本数が多い人ほど体重が増加しやすいといわれています。体重をできるだけ増やしたくない場合は、禁煙補助剤の使用と、禁煙後比較的早い時期から運動に取り組むのがよいでしょう。運動としては、中等度の身体活動強度の運動（散歩、ジョギング、水泳など）がお勧めです。食事については、禁煙直後からの過度な食事制限は、喫煙欲求を高める可能性がある⁷ので、禁煙が安定するのを待ちましょう。禁煙が安定してきたら、食生活の改善として、食べ過ぎを改善する、肉類や油料理などの高エネルギーの食事や間食を減らして、代わりに野菜や果物を増やす、飲酒量を減らすことなどを行うことを勧めましょう。

＜禁煙に踏み出せなかった場合や再喫煙した場合の対応＞

電話でのフォローアップで注意すべきことは、禁煙に踏み切れなかった場合や再喫煙した場合の対応です。禁煙に踏み切れなかった場合には、その理由を聞き出し、話し合いましょう。できれば再度禁煙開始日を設定して禁煙に踏み出せるように支援しましょう。禁煙の自信が低い喫煙者には、禁煙治療を勧めましょう。

一旦禁煙したが再びたばこを吸い始めた喫煙者に対しては、再喫煙のきっかけや禁煙の問題点を明らかにし、再挑戦を勧めるようにしましょう。喫煙を再開した者では、喫煙を再開したこと自体を問題にしてくじけたり、自己嫌悪に陥ったりする場合があります。禁煙した人が再喫煙することはよくあることであり、もう一度チャレンジする気持ちが重要であることを伝えましょう。

⁷ U.S. Department of Health and Human Services. The Health Benefits of Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1990.

⁸ Fiore MC, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical Practice Guideline. Rockville: US Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2008.

保健指導における アルコール使用障害スクリーニング(AUDIT)と その評価結果に基づく 減酒支援(ブリーフインターベンション)の手引き

「危険な飲酒や有害な飲酒に対するスクリーニングおよびブリーフインターベンション」は、WHOが2011年に採択した「アルコールの有害な使用を低減するための世界戦略」において推奨されています。

スクリーニング

Q) アルコール使用障害同定テスト(AUDIT:
Alcohol Use Disorders Identification Test)とは？

A) アルコール問題のスクリーニングの一つ。
WHOが問題飲酒を早期に発見する目的で作成
したもので、世界で最もよく使われています。

ブリーフインターベンション

Q) 減酒支援(Brief Intervention)とは？

A) 対象者の特定の行動(この場合は飲酒行動)
に変化をもたらすことを目的とした短時間のカウン
セリング。海外では活発に用いられています。

【作成】厚労省科学研究費補助金

「わが国における飲酒の実態把握およびアルコールに関連する生活習慣病とその対策に関する総合研究」
(研究代表者: 樋口 進 国立病院機構久里浜医療センター病院長)

要 約

手引きの内容を簡単に言うと？

- 対象者のアルコール問題の程度を評価して、問題の程度にふさわしい適切な対応をとるために活用できます。

この手引きの「利用者」とは？

- 医師、保健師、管理栄養士等の保健指導実施者に、任意で活用いただくものです。

この手引きの「対象者」とは？

- 特定健診における「標準的な質問票」で、日本酒換算で1～2合以上のアルコールを「毎日」又は「時々」飲むと答えた人に活用することをお勧めします。これらの方々は、生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている可能性が高いためです。

アルコール問題の程度を定量的に評価できるの？

- AUDITという、10の質問から構成されるスクリーニングテストを用います。
- 対象者が自ら答えを記載し、保健指導実施者がスコア化することをお勧めします。

AUDITの結果	判定	対応
0～7点	問題飲酒ではないと思われる	介入不要
8～14点	問題飲酒ではあるが、 アルコール依存症までは至っていない	減酒支援を行う (ブリーフインターベンション)
15～40点	アルコール依存症が疑われる	専門医療機関の 受診につなげる

AUDIT(アルコール使用障害スクリーニング)①

質問1

あなたはアルコール含有飲料(お酒)を
どのくらいの頻度で飲みますか？

0点	飲まない
1点	1ヶ月に1度以下
2点	1ヶ月に2～4度
3点	週に2～3度
4点	週に4度以上

質問2

飲酒するときには通常どのくらいの量を
飲みますか？

(注)
○「1ドリンク」は純アルコール換算の単位で、
1ドリンクは純アルコール換算で10グラムです。
○1ドリンクは、ビール中ビン半分(250ml)、
日本酒0.5合、焼酎(25度)50mlに相当します。

0点	0～2ドリンク*
1点	3～4ドリンク
2点	5～6ドリンク
3点	7～9ドリンク
4点	10ドリンク以上

*通常のAUDITは「1～2ドリンク」ですが、すべてを分類で
きるよう、本手引きでは敢えて「0」の場合を含めています。

質問3

1度に6ドリンク以上飲酒することがどの
くらいの頻度でありますか？

(注)
○「6ドリンク」とは、ビールだと中ビン3本、
日本酒だと3合、焼酎(25度)だと1.7合(300ml)
に相当します。

0点	ない
1点	月に1度未満
2点	月に1度
3点	週に1度
4点	毎日あるいはほとんど毎日

AUDIT(アルコール使用障害スクリーニング)②

質問4

過去1年間に、飲み始めると止められなかったこと
が、どのくらいの頻度でありましたか？

0点	ない
1点	月に1度未満
2点	月に1度
3点	週に1度
4点	毎日あるいはほとんど毎日

質問5

過去1年間に、普通だと行えることを飲酒していた
ためにできなかったことが、どのくらいの頻度であり
ましたか？

0点	ない
1点	月に1度未満
2点	月に1度
3点	週に1度
4点	毎日あるいはほとんど毎日

質問6

過去1年間に、深酒の後体調を整えるために、朝
迎え酒をしなければならなかったことが、どのくら
いの頻度でありましたか？

0点	ない
1点	月に1度未満
2点	月に1度
3点	週に1度
4点	毎日あるいはほとんど毎日

AUDIT (アルコール使用障害スクリーニング) ③

質問7 過去1年間に、飲酒後罪悪感や自責の念にかられたことが、どのくらいの頻度でありましたか？

0点	ない
1点	月に1度未満
2点	月に1度
3点	週に1度
4点	毎日あるいはほとんど毎日

質問8 過去1年間に、飲酒のため前夜の出来事を思い出せなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？

0点	ない
1点	月に1度未満
2点	月に1度
3点	週に1度
4点	毎日あるいはほとんど毎日

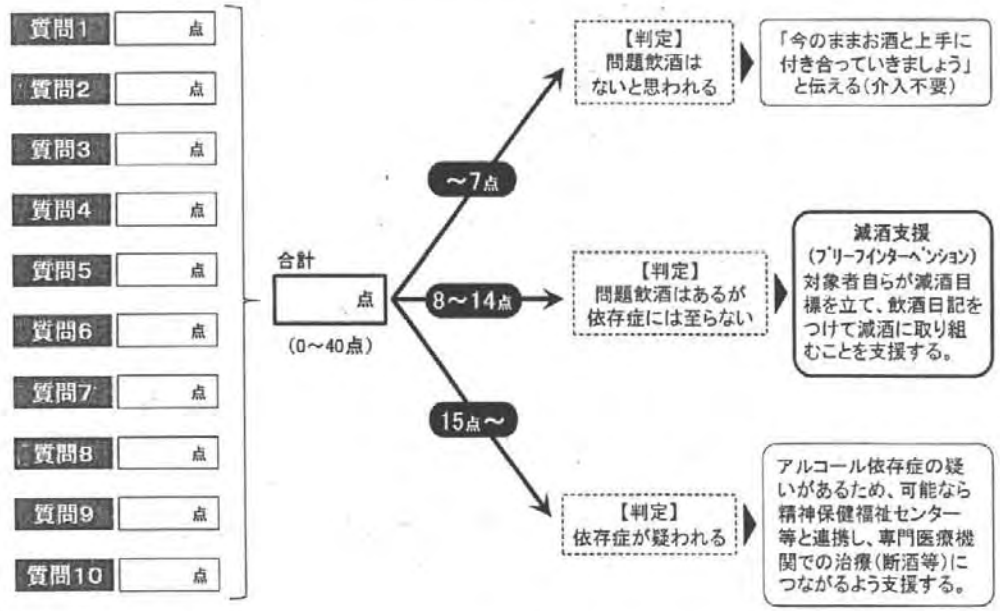
質問9 あなたの飲酒のために、あなた自身が他の誰かがけがをしたことがありますか？

0点	ない
2点	あるが、過去1年にはなし
4点	過去1年間にあり

質問10 肉親や親戚、友人、医師、あるいは他の健康管理にたずさわる人が、あなたの飲酒について心配したり、飲酒量を減らすように勧めたりしたことがありますか？

0点	ない
2点	あるが、過去1年にはなし
4点	過去1年間にあり

AUDITの判定方法



AUDITの解説

(1)「ドリンク」数の計算には次の式を用います。

$$\text{純アルコール量(g)} = \text{飲んだ酒の量(mL)} \times \text{酒の濃度(度数/100)} \times 0.8$$

$$\text{ドリンク数} = \text{純アルコール量(g)} \div 10$$

【計算例】

- ① 日本酒(15度)1合のドリンク数は？
180mL(1合) × 0.15 × 0.8 = 21.6g(≒2.2ドリンク)
- ② さらに、ビール(5度)350mLを2本飲めば、
350mL × 2 × 0.05 × 0.8 = 28g(=2.8ドリンク)
- ③ ①と②の合計で5.0ドリンク

(2) 質問2~8については、対象者には、より近いと思われる項目を選ぶよう伝えてください。

(3) ここではアルコール依存症を疑う境界を14点と15点の間に置いていますが、AUDITの点数はあくまでも判断材料の一つであり、アルコール依存症が否かに関しては医師が総合的に診断します。

(4) 対象者が問題を隠していれば、依存症に分類されるべき人がこの減酒指導群に入ってしまう。点数は14点以下であっても、深刻な問題点があれば、専門医療機関で相談することを勧めてください。この場合の深刻な飲酒問題とは、次のようなものを指します。

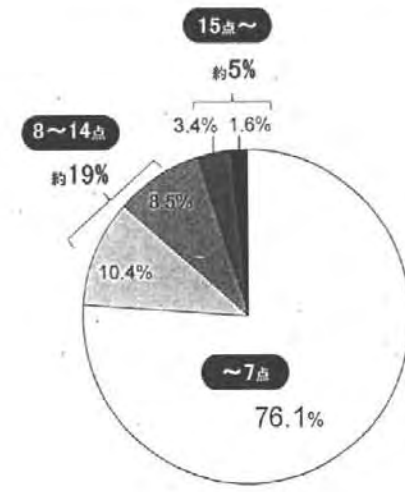
- ・飲酒すると、大声を出したり、暴力的になったりして、周囲に迷惑をかける場合。
- ・肝臓障害、肺炎、低栄養状態、うつ病など、飲酒が原因の深刻な健康問題が併存している場合。
- ・飲酒が原因の深刻な家族問題、社会的問題がある場合(暴力・暴言、養育拒否、虐待等)。

(5) AUDITの結果が15点以上の場合は、アルコール依存症の疑いが強いケースです。

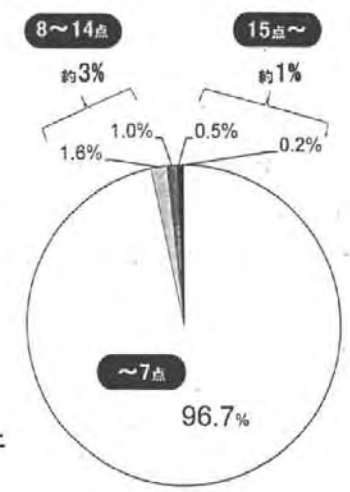
専門的な治療が必要になりますので、対象者の気づきを促しつつ、可能な精神保健福祉センター等と連携して、アルコール依存症の専門医療機関での治療につながるよう、支援してください。

対象者が治療を受けようとしなかったり、家族からの協力も得られない等、対象者を治療につなげることが困難なケースもあります。その場合は、決して一人で背負いこまないようにし、チームの仲間と情報を共有し、仲間からの協力を得るようにしてください。

【参考】一般住民におけるAUDITの点数別分布



男性
(n=1,184人)



女性
(n=1,363人)

減酒支援(ブリーフインターベンション)の具体的な手順

支援
初日

【ステップ1】
普段の飲酒
の評価

- ・普段の飲酒状況を改めて確認します。AUDIT質問1～3の内容が有用です。
- ・この情報をもとに減酒目標を作るため、できるだけ具体的に聞くことが重要です。

【ステップ2】
飲酒問題の
評価と整理

- ・対象者に、お酒の飲み過ぎが原因と思われる問題があるかを質問します。
- ・対象者が自ら問題を認識していれば、整理して共有します。
- ・もし対象者が問題を認識していないのであれば、飲酒の害に関する教材を活用して気づきを促しながら問題点を整理していきます。

【ステップ3】
減酒の提案
と目標設定

- ・減酒を提案し、対象者に合う方法をともに考え、対象者自ら書き出してもらいます。
- ・具体的な減酒目標を立てます。例)週に2日休肝日をつくる、多く飲む日でも日本酒3合までにする、その日からさっそく、「飲酒日記」を付けることを促します。
- ・次回面接日を設定し、その日まで日記をつけ目標の達成を目指すよう、励まします。

目安:2～4週間後

支援
2
回目

【ステップ4】
フォローアップ
支援

- ・支援初日から今までの飲酒状況について、「飲酒日記」を見ながら話し合います。
- ・減酒できていれば努力を賞賛し、できなかった場合はその理由を話し合います。
- ・飲酒日記をつけていなかった場合には、「なぜつけなかったか、なぜつけたくないのか」という点に立ち返って話し合い、再び取り組むことにつなげます。

減酒支援(ブリーフインターベンション)のポイント

○「何らかの形で始める」ことが重要です。評価のための聞き取りだけでも、酒量が減ることが多くみられますので、支援内容の細部にこだわり過ぎず、とにかく始めてみましょう。

○共感することが重要です。飲酒習慣を変えることの困難さ、背景にあるかもしれない日常生活における苦勞を受け止めて共感する姿勢を示すと、介入効果も高まります。

○減酒目標は達成可能なものにし、押しつけることなく対象者が自ら設定することを支援しましょう。

○1回目の支援を行ってから2回目の支援(フォローアップ支援)を行うまでの期間は、2～4週間程度としましょう。ただ、これはあくまで目安ですので、保健指導の流れに合わせて柔軟に対応していただくことが可能です。また、基本は2回ですが、必要に応じて3回、4回と続けます。

○フォローアップ時に飲酒量が減っていても、再度チャレンジしてみるよう促しましょう。目標が高すぎると思われた場合には、フォローアップ支援時に目標を見直すことも可能です。

○このような簡単な支援によって酒量は減り、その効果は比較的長く続くことが多くの研究によって示されています。しかし、アルコール依存症である対象者にこの減酒支援を実施した場合は、この効果はあまり期待できません。この点も踏まえ、飲酒量の多い対象者であって、支援を開始して4～6週間たっても酒量が減らないか、むしろ増えた場合には、可能なら精神保健福祉センター等と連携して専門医療機関での治療につなげるようにしましょう。

酒類のドリンク換算表、アルコールと健康に関する資料、飲酒方法を減らす具体的な方法のリスト、飲酒日記の様式等の各種教材については、下記から入手できます。

URL: (P)

飲酒日記

- ・自分の飲酒習慣を変えたいと思っている方は、毎日の飲酒を正直に記録していくことが手助けになります。
- ・自分が立てた目標を記録することで、少しずつ目標に向かっていくことが確認でき、励みにもなります。
- ・ここでまず、あなたが立てた飲酒目標を確認しましょう。

私の飲酒目標は です。

() 週目	飲んだ種類と量	飲んだ状況	飲酒目標 達成
月 日 ()			
月 日 ()			
月 日 ()			
月 日 ()			
月 日 ()			
月 日 ()			
月 日 ()			

私の飲酒目標は です。

() 週目	飲んだ種類と量	飲んだ状況	飲酒目標 達成
月 日 ()			
月 日 ()			
月 日 ()			
月 日 ()			
月 日 ()			
月 日 ()			
月 日 ()			

飲酒日記の付け方

1. まず、「飲んだ種類と量」を記入して下さい。できるだけ具体的に書いてください。2種類以上のお酒を飲んだ場合には、それぞれを書いてください。
2. 飲酒した時は、「飲んだ状況」を記入します。
3. お酒を飲まないで済んだ日には、その理由や飲まないためにあなたが使った方法を「飲んだ状況」に記入してください。
4. 「飲酒目標達成」には、全く飲まなかった場合「◎」、飲んだが飲酒目標以下であった場合「○」、飲酒目標を超えてしまった場合「×」を記入して下さい。

第4編 体制・基盤整備、総合評価

第1章 人材育成体制の整備

(1) 基本的考え方

- 健診・保健指導事業の企画立案・実施・評価が本プログラムに基づき適切に実施されるよう、これらの業務を行う者は、都道府県等が実施する研修に積極的に参加するとともに、常に自己研鑽に努める必要がある。
- 国、都道府県、市町村、医療保険者、医療関係団体等は、健診・保健指導事業の企画立案・実施・評価の業務を行う者に対し、最新の科学的知見に基づいた効果的な保健指導の知識・技術を修得するための研修や、具体的な保健指導の事例の情報提供など人材育成の機会を提供する必要がある。

(2) 国の役割

国は、全国において一定レベル以上の人材の質が確保されるよう、健診・保健指導に関する人材育成の体系や研修に関するガイドラインを作成し、都道府県等
に示すとともに、都道府県等が研修を行う際に使用することができる学習教材等
を作成・提供する。

また、国は、国立保健医療科学院において都道府県の指導者（健診・保健指導
に関する研修を企画立案する者）等に対する研修を行う。

(3) 都道府県の役割

都道府県は、国が示す「健診・保健指導の研修に関するガイドライン」を踏ま
え、健診・保健指導事業の企画立案・実施・評価の業務を行う者を対象に、①企
画立案・評価に関する知識・技術、②最新の科学的知見に基づいた効果的な保健
指導の知識・技術、③ポピュレーションアプローチとの効果的な組合せ等に関す
る研修を実施する。その際、市町村や医療保険者の評価に用いられる死亡統計な
どの都道府県のデータをまとめて提供する。

また、これらの研修を実施するため、都道府県は、地域の医療関係団体、教育
機関等の協力を得て、研修を行う講師等を確保するとともに、都道府県が実施す
る研修会と医療関係団体等が実施する研修の開催日時が重なったり、同じ内容と
なったりしないよう、都道府県が中心となって、研修を行う団体間の調整を行う。

なお、医療保険者やアウトソーシング機関を対象とした研修等を実施する際
にはもれなく周知できるような体制整備が必要である。

さらに、都道府県は、当該都道府県内において健診・保健指導を行う人材の確
保が困難な地域が発生しないように、市町村の求めに応じて、当該市町村に研修
を行う講師等を派遣し、研修を実施するなど各都道府県内で研修の実施体制が確
保できるよう配慮する。

(4) 市町村の役割

市町村は、保健事業（①医療保険者としての健診・保健指導、②住民に対する生活習慣病予防のためのポピュレーションアプローチ）に従事する医師、保健師、管理栄養士等に対して、市町村自らが研修を行うことに加え、都道府県、医療関係団体等が実施する研修を受けさせることが必要である。

また、国保部門と衛生部門のジョブローテーション¹により、健診・保健指導とポピュレーションアプローチとの効果的な組合せを企画立案できる人材の育成を行うことや、健診・保健指導の経験を有する者を都道府県等が実施する研修の講師とする等の協力を行うことも必要である。

今後、我が国の人口構造が一層高齢化していくことが見込まれている中、国保、衛生・介護の各部門が共通認識を持って保健事業を的確かつ効果的に実施していくことが必要である。このため、各市町村レベルでこの三部門が連携して、住民や地域の実態やニーズに即した保健事業などを運営できる技能・知識を有する人材を育成していくことが重要である。

さらに、市町村は、これまで健康づくりに関するボランティア等を育成してきたところであるが、これらのボランティア等による活動は、健診受診率の向上や住民自らの生活習慣の改善に有効であることから、これらの活動をポピュレーションアプローチの重要な手法と位置づけ、地域で自主的に健康づくりを推進するボランティア等育成のための研修を実施することが必要である。また、健康は、社会経済環境の影響を受けるため、個人の取組みだけで解決するには限界がある。よって、地域において個人の健康を支え、守るための社会環境整備が求められていることから、地域のつながりを強化し、家庭・自治組織・企業・学校・ボランティア等が一体となった健康づくりを推進することが必要である。

(5) 医療保険者の役割

医療保険者は、健診・保健指導事業の企画立案・実施・評価の業務を行う者に対して、医療保険者自らが研修を行うことに加え、都道府県、医療関係団体等が実施する研修を受けさせることが必要である。

また、医療保険者の中央団体は、最新の科学的知見に基づいた効果的な健診・保健指導が実施されるよう、医療関係団体、教育機関等の協力を得て、資質の向上を継続的に図られるよう団体所属の医療保険者に対し、医療保険者が研修を行う際に使用することができる学習教材等を作成・提供することや、医療保険者団体自ら研修を実施するなど医療保険者が行う人材育成を支援していくことが必要である。

(6) 医療関係団体の役割

日本医師会、日本看護協会、日本栄養士会等の医療関係団体及び当該団体の都道府県支部は、保健指導を実施する者の資質の向上を図るため、積極的に研修会を行うことが求められる。研修会の実施に際しては、複数の医療関係団体が協力し、共同で実施することや、日本歯科医師会や日本薬剤師会等の医療関係団体及び当該団体の都道府県支部から講師を紹介してもらうことなど、複数の職種で構成されるチームによる保健指導に繋がるような配慮も必要である。

また、保健指導に従事する医師、保健師、管理栄養士等については、メタボリックシンドロームの概念を導入した保健指導に関する知識・技術を有することが必須であることから、関係団体、学会等が保健指導に関連し、特に認定する既存の資格（日本医師会認定健康スポーツ医など）の養成課程においても、そのような観点からの研修内容が盛り込まれることが求められる。

¹ 資質向上のため、人材育成計画に基づいて、職務の異動を行うこと。

第2章 最新の知見を反映した 健診・保健指導内容の見直しのための体制整備

(1) 基本的考え方

- どのような健診項目等を設定し、保健指導を実施すれば、効果的・効率的に被保険者の生活習慣病予防が図られるのかを評価するため、各医療保険者は、健診・保健指導に関するデータを継続的に蓄積することが必要となる。
- 各医療保険者が蓄積したデータについては、個人情報の保護に十分留意しつつ、国において分析・評価し、その結果を健診・保健指導プログラムに反映することが必要である。

(2) 国の役割

国は、健診・保健指導データの評価を踏まえ、保健指導に用いる学習教材等の作成を行う。このような学習教材の作成に際しては、独立行政法人国立健康・栄養研究所における研究成果や調査結果の活用について協力を得ながら、国立保健医療科学院が中心となり、学習教材を作成していくことが必要となる。さらに、国立保健医療科学院においては、保健指導を行う際の支援材料、学習教材等をインターネットで公開し、自由にダウンロードできるシステムを構築する。

また、国立保健医療科学院においては、健診・保健指導内容の科学的根拠を継続的に収集し、評価するため、健診・保健指導データ等を分析する機能・役割が必要となる。

さらに、国は、最新の知見を反映した健診・保健指導を効果的に行うために、医師、保健師、管理栄養士等の基礎教育において必要な知識・技術を習得させる必要があり、これらの養成カリキュラムの見直しの検討を行うことも必要である。

(3) 関係学会の役割

関係学会は、国が行う健診・保健指導データの分析・評価について協力し、学会における最新の知見などの議論を踏まえ、健診・保健指導プログラムの見直しを行う必要性やその内容について国に対し協力を行うことが望まれる。

(4) 都道府県の役割

都道府県においては、医療保険者や地域の大学・研究機関等の協力を得て、健診・保健指導データを統計的に処理・分析し、評価を行うことにより、都道府県における健康づくり施策や都道府県が実施する研修内容へ反映させるとともに、

保険者協議会や各地域の地域・職域連携推進協議会等に対し、健診・保健指導の効果の評価、研修内容の相互評価、委託先の事業者のサービスの質の相互評価を図る場を提供することが必要である。

(5) 市町村の役割

市町村においては、保健事業（①医療保険者としての健診・保健指導、②住民に対する生活習慣病予防のためのポピュレーションアプローチ）を総合的に実施するため、衛生部門や介護部門の医師、保健師、管理栄養士等が健診データ、レセプトデータ、介護保険データレセプトや保健指導データ等を活用（医療保険者としての個人情報保護に抵触しない方法での利用が前提）することにより地域ごとの課題を明確にした上で、ポピュレーションアプローチを効果的・効率的に実施していくことが必要である。

(6) その他

今後、健診・保健指導データの蓄積が進むにつれ、医療保険者自らが実施する場合も含め、健診・保健指導の質の管理・評価を行うための仕組みが必要となると考えられるため、第三者機能評価の在り方について検討を進める必要がある。

第3章 健診・保健指導の実施・評価のためのデータ分析とデータ管理

3-1 健診・保健指導の実施・評価のための指標・項目

(1) 基本的考え方

- 国の目標（平成27年度に平成20年と比べて糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群を25%減少させる）の達成のためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展さらに重症化・合併症へと悪化する者を減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群さらには健康な状態へ改善する者を増加させることが必要である（別紙1）。
- 医療保険者には、健診・保健指導データとレセプトが集まることになるため、電子化された健診・保健指導データとレセプトを突合したデータの分析を行うことにより、この分析結果を基にして、前年度の保健指導による予防の効果を評価することや、健診結果が「受診勧奨」となった者の受療状況の確認をすることが可能となる。
- 突合データを用いて、個人や対象集団ごとに、健診・保健指導プログラムの評価を客観的に行うためには、どのような健診・保健指導の指標・項目等を抽出すれば良いか整理する必要がある。
- 医療保険者に所属する医師、保健師、管理栄養士等は健診・保健指導データとレセプトから、どの部分に焦点を絞って、疾病予防・重症化予防を行うのが効果的かを検討することが必要である。
- また、医療保険者に医師、保健師、管理栄養士等が所属していない場合には、地域・職域の医師、保健師、管理栄養士等の協力を受けて評価する必要がある。例えば、市町村国保においては衛生部門、健保等では職域の産業医、保健師等の協力を得ることが想定される。さらに、小規模な健保等については、保健所・衛生研究所・健康科学センター等の協力を得ることも想定される。
- 健診・保健指導の実施・評価の際には、対象集団の母集団となる行政単位の人口動態統計（死因統計）、患者調査、国民生活基礎調査、国民健康・栄養調査（国民健康・栄養調査）、医療費データ、介護保険データなどから確認しうる地域集団の健康課題の特徴を把握するとともに、対象集団の健診結果や生活習慣の知識・態度・行動に影響を及ぼす要因を把握することが必要である。

- 都道府県が策定する医療計画、都道府県介護保険事業支援計画、都道府県健康増進計画、都道府県医療費適正化計画等の基礎資料としても有益な指標・項目であることが必要である。

(2) 具体的な健診・保健指導を評価するための指標・項目

① 個人の評価のための指標・項目

○ 健診の指標・項目（当該年度）

- ・ 受療状況
- ・ 健診受診状況
- ・ 各健診項目（測定値）
- ・ 各健診項目判定結果

○ 保健指導の指標・項目（当該年度）

- ・ 生活習慣改善状況
- ・ 行動変容ステージ（準備状態）の変化
- ・ 介護保険の利用状況

○ レセプト

- ・ 受療状況の有無

（健診の結果、「受診勧奨」となったにもかかわらず、受診がなされていないのではない、糖尿病で受診中断がないのか等の確認ができる。）

② 集団の評価のための指標・項目

○ 健診の指標・項目（当該年度）

- ・ 健診受診者数、内訳
- ・ 各健診項目判定結果

○ 保健指導の指標・項目（当該年度）

- ・ 保健指導階層化判定
- ・ 生活習慣改善状況

○ レセプト

- ・ 受療状況の有無
- ・ 医療費

③ 事業評価のための指標・項目

※母集団（対象集団）の把握が重要である。

○ 健診の指標・項目（当該年度）

○ 保健指導の指標・項目（当該年度）

○ レセプト

○ 事業を評価するための関連情報

3-2 医療保険者における健診・保健指導の実施・評価

(1) 基本的考え方

- 医療保険者は、全ての40歳から74歳の被保険者に対し、健診の受診を促すとともに、健診結果やレセプト等のデータを有効に活用し、必要な保健指導（情報提供・動機づけ支援・積極的支援）対象者を確実に選定し、被保険者の生活習慣改善の取組を支援する。また、対象集団（医療保険者）における健診・保健指導プログラムが有効であったかどうかについて、ICD-10¹に基づいて分類される疾病の受療状況についてレセプトなどを活用するなどの方法により評価を行う。
- 医療保険者は、レセプトを活用した分析を実施し、健診・保健指導の計画、評価を行い、保健指導内容の改善、アウトソーシング先の選定の参考とするなど、健診・保健指導事業の改善を行うことが可能である。
- 医療保険者は、委託先の事業者から健診データが円滑に移行されるよう、事業者との連携を密に図り、効果的・効率的な健診・保健指導実施計画を策定し、事業を実施すべきである。
- 医療保険者は、特定健診・保健指導の実施状況や、レセプトデータの状況、医療保険者における評価・改善に関する知見の集積状況や習熟度等の動向を踏まえ、健診・保健指導の評価に取組む必要がある。

(2) 具体的な健診・保健指導の実施・評価の手順（例）

医療保険者において、健診・保健指導関連データとレセプトを突合したデータを用いて健診・保健指導の評価を行うため、医師、保健師、管理栄養士等は、生活習慣病は予防可能であることを理解し、予防するために何が必要かを考えることが重要である。また、予防ができなかったケースのデータから、なぜ予防できなかったのかについて分析し、次の事業に反映させることも重要である。

〔評価手順の一例〕

①利用するレセプトの抽出

- 利用するレセプトは、生活習慣病に関係する病名により抽出する。
- レセプトの病名は主傷病と副傷病に分かれているが、両方とも拾う。さらに、生活習慣病に関係する病名が主傷病か副傷病かを分類するため、主傷病が分かるようにデータを抽出する。
- 将来的にレセプトがオンライン化されれば電子データからの変換が可能となるが、それまでは、健診データにレセプト病名コードを追加することにより対応する。
- 病名コードは、ICD分類に基づくものとする。

②集団の疾患特徴の把握

（高額レセプト、長期レセプト、重複疾病の抽出による突合分析）

- 高額なレセプト（例：1ヶ月200万円以上など）を分析することにより、どのような疾患が高額になっているかを調べ、どの疾患の予防を優先的な保健指導の対象とするか考える（様式1-1、2）。
- 高額なレセプトだけでなく、長期に治療が継続することにより結果的に医療費が高額になる疾患についても調べ、どの疾患の予防を優先的な保健指導の対象とするかについても考える（様式2-1～3）。
- 被保険者集団の特徴や健康課題を把握するため、複数の生活習慣病の罹患状況を調べ、糖尿病、高血圧症、脂質異常症、虚血性心疾患、脳卒中、人工透析を要する慢性腎不全等の疾病毎に分析を行う（様式3-1～7）。
- 全国又は都道府県のデータと比較することにより、被保険者集団の疾患分布等の特徴を把握するための資料を収集・作成する（様式4-1～6）。
- 健診・保健指導の効果を評価するため、レセプト分析により、保健指導による重症化予防、合併症予防の成果を確認する（様式5-1～14）。

③集団の健康状況の把握（健診・保健指導結果による経年的なアウトカム評価）

- 被保険者集団全体の健康状況を把握するため、健診有所見者状況、メタボリックシンドロームのリスクの重複状況、健診受診率、支援別保健指導実施率等の健診・保健指導実施結果の特徴を、経年的データを用いて分析する（様式6-1～11）。

④健診・保健指導の総合的評価に関するデータ

- 健診・保健指導の評価を行う上では、メタボリックシンドローム、糖尿病等の生活習慣病の増減等を評価する必要がある（様式7）。
- 毎年の健診・保健指導事業の評価を行うためには生活習慣病の有病者・予備群への移行者数の減少以外にも、補足的な評価項目が必要である。

¹ International Classification of Diseases 国際疾病分類。疾病の国際比較を可能にするため WHO（世界保健機関）が作成。

- 補足的な評価項目としては、有病者又は予備群のままであったとしても、リスク数の減少などが想定される。
- 健診・保健指導の費用と医療費の削減効果が比較できる仕組みが必要である。
- 医療保険者は、被保険者に対して健診・保健指導の総合的評価を情報提供することが必要である。

⑤健診受診者個人の評価

- 健診受診者ごとの腹囲、体重、血圧等の改善も評価すべきである。
- 腹囲の増加、体重の増加等が認められないこと、追加リスクがないこと（現状維持）も評価すべきである。また、追加リスクがある場合であっても腹囲等が減少したことを評価すべきである。
- 動機づけ支援、積極的支援の対象者については、生活習慣（食事、運動、喫煙等）の変化、行動変容のステージ（準備状態）の変化、設定目標の達成状況についても評価すべきである。

注）詳細な手順等については、厚生労働科学研究費補助金による研究事業において、「健診データ・レセプト分析から見る生活習慣病管理」（平成 18 年度）が取りまとめられている。

3-3 健診・保健指導計画作成及び評価のためのデータ管理

（1）基本的な考え方

- 健診・保健指導のデータは個人の健康情報が入っているので、あらかじめ医療保険者により定められた責任者において管理することが望ましい。
- また、健診・保健指導のデータ管理を外部委託する場合は、平成 20 年厚生労働省告示第 11 号及び第 142 号に定める基準を遵守する必要がある。
- 医療保険者は被保険者の健診・保健指導結果を適切に管理するとともに、その情報を各個人が保存しやすい形^{*}で提供することが必要である。

※健診結果の様式の考え方

- ・日本工業規格 A4 型 1 枚に収納される様式であること。
- ・特定健診の基本的な健診項目全てについて検査値及び結果とその判定について記載されていること。
- ・できる限り、経年的な結果、データを視覚的に表現し、受診者が理解しやすい体裁を有すること。

3-4 個人情報の保護とデータの利用に関する方針

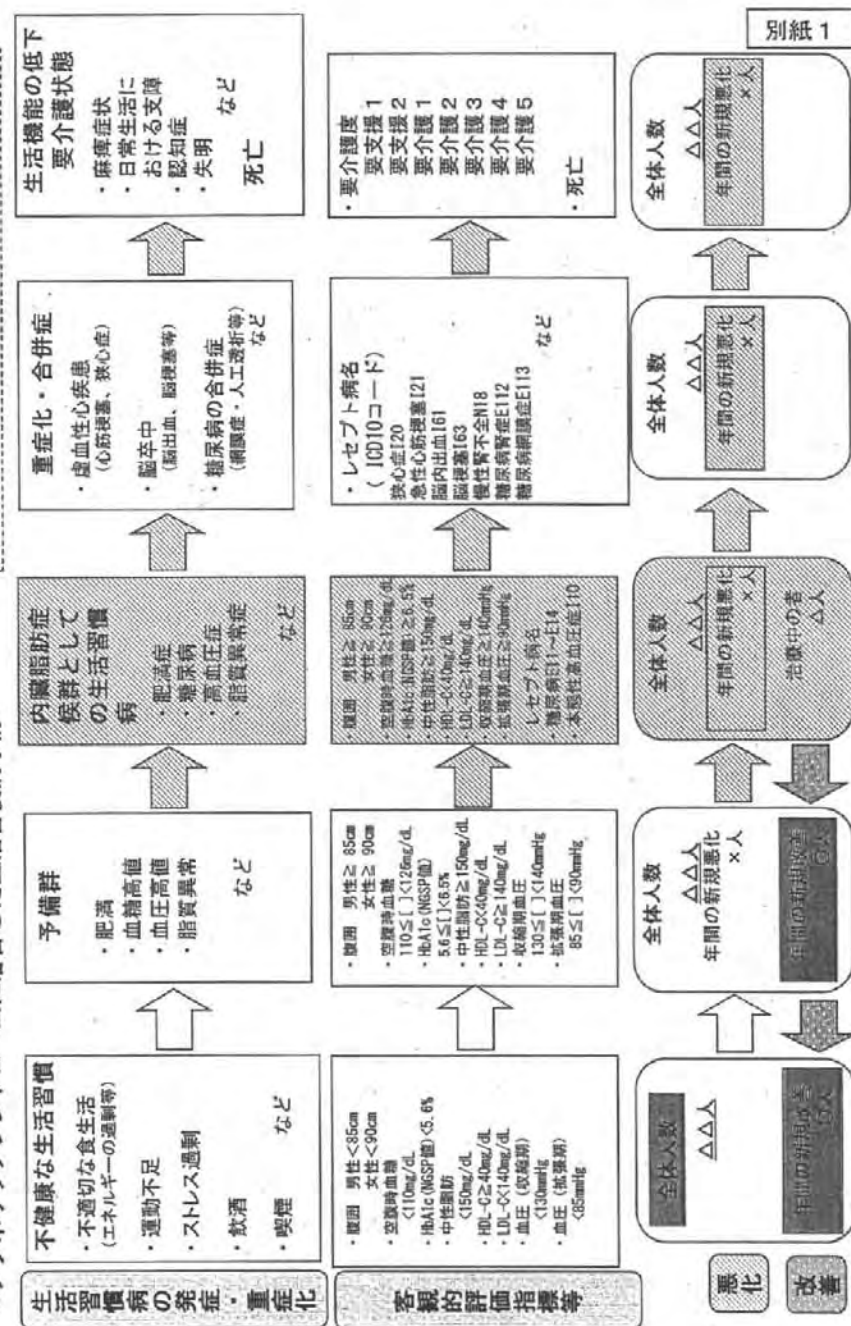
(1) 基本的考え方

医療保険者は、健診・保健指導で得られる健康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等を踏まえた対応を行う。その際には、受診者の利益を最大限に保証するため個人情報の保護に十分に配慮しつつ、効果的・効率的な健診・保健指導を実施する立場から、収集された個人情報を有効に利用することが必要である。

(2) 具体的な個人情報の保護とデータの利活用の方法

- 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（平成 15 年法律第 57 号）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」（平成 17 年 4 月 1 日厚生労働省）等）等を遵守すること。
- 健診・保健指導データの電子媒体による保存等については、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（厚生労働省）の最新版を遵守すること。
- 医療保険者は、健診・保健指導データを都道府県に提出する場合には、健診・保健指導データのうち、氏名等の情報をはずし、何らかの整理番号を付番する等により、匿名化されたデータを作成すること（第 2 編第 6 章）。
- 上記の個人情報の保護に係る一定のルールを満たした上で、収集・蓄積された健診・保健指導に係るデータについては、健診・保健指導の実施に係る者が、国あるいは都道府県別レベルで利用することができるような仕組みを整備することが望ましい。
- 国により都道府県毎に分類され、都道府県へ提供された健診・保健指導に係るデータについては、医療保険者による医療費適正化の一環として、保険者協議会等の場において、生活習慣病対策の企画立案・評価のために利活用されることが望ましい。

生活習慣病の発症予防・重症化予防対策の分析・評価指標 ～メタボリックシンドロームに着目した生活習慣病予防～



様式1-1 200万円以上となった個別レセプト一覧(医療費の高い順)

番号	被保険者 番号	年齢	性別	入院・入 院外	費用額	基礎疾患				循環器疾患				その他	傷病名1	傷病名2	傷病名3	傷病名4	傷病名5
						高血圧症	糖尿病	脂質異常 症	高尿酸血 症	虚血性心 疾患	(再)バイ パス・ステ ント手術	大動脈疾 患	脳血管疾 患	動脈閉塞					
1			男	入院		●				●	●								
2			男	入院		●	●			●	●								
3			男	入院		●				●	●								
4			女	入院			●						●	●					
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			
26																			

201

再計		件数計 (割合)	入院件数 計(割合)	費用額 合計	1件あた り費用額	他疾患の合併(基礎疾患及び疾病の進展)									その他
						基礎疾患				循環器疾患					
						高血圧症	糖尿病	脂質異常 症	高尿酸血 症	虚血性心 疾患	大動脈疾 患	脳血管疾 患	動脈閉塞		
						計(割合)	計(割合)	計(割合)	計(割合)	計(割合)	計(割合)	計(割合)	計(割合)		
	虚血性心 疾患														
	大動脈疾 患														
	脳血管疾 患														

様式1-1

様式1-2 200万円以上となったレセプト基礎疾患(費用額別・疾患別)

	循環器疾患								その他		総合計	
	虚血性心疾患		大動脈疾患		脳血管疾患		動脈閉塞					
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
1000 万円以上												
900 万円台												
800 万円台												
700 万円台												
600 万円台												
500 万円台												
400 万円台												
420万円以上小計	血管に関する疾患											
	件数				割合							
300 万円台												
200 万円台												
合計	(再)血管病に関する疾患											
	件数				割合							

審査基準、高額レセ

より高額なものが血管病であることを知るため

202

様式1-2

様式2-1 6ヶ月以上入院しているレセプトの一覧(1年間の全レセプト)

番号	被保険者 番号	性別	年齢	入院時 年齢	入院年 月日	入院 月数	傷病名1	傷病名2	傷病名3	傷病名4	傷病名5	(再計)生活習慣病 該当するところに●							総費用額 (直近レセプト費用額 ×入院月数)
												高血圧症	糖尿病	脂質異常 症	高尿酸血 症	虚血性心 疾患	脳血管疾 患	動脈閉塞	
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
												計(割合)	計(割合)	計(割合)	計(割合)	計(割合)	計(割合)	計(割合)	
												再掲	虚血性心 疾患						
													脳血管疾 患						
													動脈閉塞						

様式2-1

様式2-2 人工透析をしている患者さんのレセプト一覧(1年間の全レセプト)

訪問・面接に													該当に○をつける										(参考総医療費)
番号	被保険者番号	性別	年齢	透析開始年月日	再掲今年度新規に○	透析実施月数	1ヶ月の費用額	傷病名1	傷病名2	傷病名3	傷病名4	傷病名5	糖尿病	糖尿病の再掲			動脈閉塞	高血圧症	高尿酸血症	虚血性疾患	脳血管疾患	直近レセプトの費用額×透析月数	
														インスリン療法	糖尿病性神経障害	糖尿病性網膜症							
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							

※人工透析は特定疾病のため、「マル長」02番と区分されるため、それを拾う。

様式2-2

様式2-3 前年度新規に透析を開始した患者さんのレセプトと健診データ一覧
→必ず訪問指導しよう!!

被保険者 番号		新規透析 患者名		透析開始 年月日				
その他の疾病の状況(レセプトから該当するものに○)								
基礎疾患の有無			その他の合併症					
高血圧症	糖尿病	(高尿酸 血症)	その他(病 名記載)	糖尿病性 網膜症	糖尿病性 神経障害	動脈閉塞	虚血性心 疾患	脳血管疾 患
原因疾患に気づいた時期								
原因疾患に気づいたきっかけ (健診・自覚症状・その他)								
健診受診状況	平成 年	平成 年	平成 年	平成 年	平成 年	平成 年	平成 年	平成 年
年齢								
腹囲								
中性脂肪								
HDLコレステロール								
血糖								
HbA1c								
血圧								
(尿酸)								
LDLコレステロール								
(血清クレアチニン)								
心電図								
眼底検査								
保健指導の有無 ・内容								
治療の経過								

様式3-1 生活習慣病全体の分析[レセプト分析(5月診療分のみ)]

年代	被保険者数	1ヶ月の受診人数	生活習慣病数	脳血管疾患数	虚血性心疾患数	糖尿病数	インスリン療法		人工透析	糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症	糖尿病性神経障害	高血圧症		高尿酸血症	
							数	割合		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
20歳以下																	
30歳代																	
40歳代																	
50歳代																	
60歳代																	
70~74歳																	
合計																	
(再掲)40~74歳																	
(再掲)65~74歳																	

男性

年代	被保険者数	1ヶ月の受診人数	生活習慣病数	脳血管疾患数	虚血性心疾患数	糖尿病数	インスリン療法		人工透析	糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症	糖尿病性神経障害	高血圧症		高尿酸血症	
							数	割合		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
20歳以下																	
30歳代																	
40歳代																	
50歳代																	
60歳代																	
70~74歳																	
合計																	
(再掲)40~74歳																	
(再掲)65~74歳																	

女性

年代	被保険者数	1ヶ月の受診人数	生活習慣病数	脳血管疾患数	虚血性心疾患数	糖尿病数	インスリン療法		人工透析	糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症	糖尿病性神経障害	高血圧症		高尿酸血症	
							数	割合		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
20歳以下																	
30歳代																	
40歳代																	
50歳代																	
60歳代																	
70~74歳																	
合計																	
(再掲)40~74歳																	
(再掲)65~74歳																	

総数

様式3-2 糖尿病の分析〔レセプト分析(5月診療分のみ)〕

男性

男性		被保険者 数	1ヶ月の受 診実人数	糖尿病		(再掲)糖尿病合併症										脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症	
年代	数					割合	インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害										
				数	割合		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	
20歳代以下																									
30歳代																									
40歳代																									
50歳代																									
60歳代																									
70～74歳																									
合計																									
(再掲)40～74歳																									
(再掲)65～74歳																									

女性

女性 年代	被保険者 数	1ヶ月の受 診実人数	糖尿病		(再掲)糖尿病合併症										脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症	
					インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害											
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合		
20歳代以下																								
30歳代																								
40歳代																								
50歳代																								
60歳代																								
70～74歳																								
合計																								
(再掲)40～74歳																								
(再掲)65～74歳																								

総数

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	糖尿病		(再掲)糖尿病合併症										脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症	
					インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害											
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合		
20歳代以下																								
30歳代																								
40歳代																								
50歳代																								
60歳代																								
70～74歳																								
合計																								
(再掲)40～74歳																								
(再掲)65～74歳																								

様式3-2

様式3-3 高血圧の分析〔レセプト分析(5月診療分のみ)〕

男性

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	(再掲)糖尿病合併症																				高尿酸血症		脂質異常症		
			高血圧症		脳血管疾患		虚血性心疾患		糖尿病		インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害								
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	
20歳代以下																											
30歳代																											
40歳代																											
50歳代																											
60歳代																											
70～74歳																											
合計																											
(再掲)40～74歳																											
(再掲)65～74歳																											

女性

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	高血圧症		脳血管疾患		虚血性心疾患		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症										高尿酸血症		脂質異常症				
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		数	割合	数	割合			
											数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合					数	割合	数
20歳代以下																											
30歳代																											
40歳代																											
50歳代																											
60歳代																											
70～74歳																											
合計																											
(再掲)40～74歳																											
(再掲)65～74歳																											

総数

総数	年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	(再掲)糖尿病合併症																				高尿酸血症		脂質異常症	
				高血圧症		脳血管疾患		虚血性心疾患		糖尿病		インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害							
				数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
	20歳代以下																										
	30歳代																										
	40歳代																										
	50歳代																										
	60歳代																										
	70～74歳																										
	合計																										
	(再掲)40～74歳																										
	(再掲)65～74歳																										

様式3-3

様式3-4 高脂血症の分析〔レセプト分析(5月診療分のみ)〕

男性																								
年代	被保険者 数	1ヶ月の受 診実人数	脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症										高尿酸血症		高血圧症	
											インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害					
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
20歳代以下																								
30歳代																								
40歳代																								
50歳代																								
60歳代																								
70～74歳																								
合計																								
(再掲)40～74歳																								
(再掲)65～74歳																								

女性		被保険者 数	1ヶ月の受 診実人数	脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症										高尿酸血症		高血圧症	
年代	数			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	インスリン療法		人工透析	糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		数	割合	数	割合	
												数	割合		数	割合	数	割合	数	割合					数
20歳代以下																									
30歳代																									
40歳代																									
50歳代																									
60歳代																									
70～74歳																									
合計																									
(再掲)40～74歳																									
(再掲)65～74歳																									

総数																									
年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症										高尿酸血症		高血圧症		
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		数	割合	数	割合	
											数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合					数
20歳代以下																									
30歳代																									
40歳代																									
50歳代																									
60歳代																									
70～74歳																									
合計																									
(再掲)40～74歳																									
(再掲)65～74歳																									

様式3-5 虚血性心疾患の分析〔レセプト分析(5月診療分のみ)〕

男性	年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	虚血性心疾患		脳血管疾患		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症												高尿酸血症		高血圧症		脂質異常症	
				数	割合	数	割合	数	割合	インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		数	割合	数	割合	数	割合		
										数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合							数	割合
	20歳代以下																										
	30歳代																										
	40歳代																										
	50歳代																										
	60歳代																										
	70～74歳																										
	合計																										
	(再掲)40～74歳																										
	(再掲)65～74歳																										

女性		被保険者 数	1ヶ月の受 診実人数	虚血性心疾患		脳血管疾患		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症								高尿酸血症		高血圧症		脂質異常症			
年代	数			数	割合	数	割合	数	割合	インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		数	割合	数	割合	数	割合
										数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合						
20歳代以下																									
30歳代																									
40歳代																									
50歳代																									
60歳代																									
70～74歳																									
合計																									
(再掲)40～74歳																									
(再掲)65～74歳																									

総数																									
年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	虚血性心疾患		脳血管疾患		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症										高尿酸血症		高血圧症		脂質異常症		
			数	割合	数	割合	数	割合	インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		数	割合	数	割合	数	割合	
									数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合							数
20歳代以下																									
30歳代																									
40歳代																									
50歳代																									
60歳代																									
70～74歳																									
合計																									
(再掲)40～74歳																									
(再掲)65～74歳																									

様式3-6 脳梗塞・脳出血の分析〔レセプト分析(5月診療分のみ)〕

男性

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	脳血管疾患		高血圧症		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症					虚血性心疾患		高尿酸血症		脂質異常症	
			数	割合	数	割合	数	割合	インスリン療法	人工透析	糖尿病性腎症	糖尿病性網膜症	糖尿病性神経障害	数	割合	数	割合	数	割合
20歳代以下																			
30歳代																			
40歳代																			
50歳代																			
60歳代																			
70～74歳																			
合計																			
(再掲)40～74歳																			
(再掲)65～74歳																			

女性

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	脳血管疾患		高血圧症		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症					虚血性心疾患		高尿酸血症		脂質異常症	
			数	割合	数	割合	数	割合	インスリン療法	人工透析	糖尿病性腎症	糖尿病性網膜症	糖尿病性神経障害	数	割合	数	割合	数	割合
20歳代以下																			
30歳代																			
40歳代																			
50歳代																			
60歳代																			
70～74歳																			
合計																			
(再掲)40～74歳																			
(再掲)65～74歳																			

総数

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	脳血管疾患		高血圧症		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症					虚血性心疾患		高尿酸血症		脂質異常症	
			数	割合	数	割合	数	割合	インスリン療法	人工透析	糖尿病性腎症	糖尿病性網膜症	糖尿病性神経障害	数	割合	数	割合	数	割合
20歳代以下																			
30歳代																			
40歳代																			
50歳代																			
60歳代																			
70～74歳																			
合計																			
(再掲)40～74歳																			
(再掲)65～74歳																			

様式3-6

様式3-7 人工透析の分析〔レセプト分析(5月診療分のみ)〕

男性

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	人工透析		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症					高血圧症		高尿酸血症		脳血管疾患		虚血性心疾患		脂質異常症	
			数	割合	数	割合	インスリン療法	人工透析	糖尿病性腎症	糖尿病性網膜症	糖尿病性神経障害	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
20歳代以下																					
30歳代																					
40歳代																					
50歳代																					
60歳代																					
70～74歳																					
合計																					
(再掲)40～74歳																					
(再掲)65～74歳																					

女性

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	人工透析		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症					高血圧症		高尿酸血症		脳血管疾患		虚血性心疾患		脂質異常症	
			数	割合	数	割合	インスリン療法	人工透析	糖尿病性腎症	糖尿病性網膜症	糖尿病性神経障害	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
20歳代以下																					
30歳代																					
40歳代																					
50歳代																					
60歳代																					
70～74歳																					
合計																					
(再掲)40～74歳																					
(再掲)65～74歳																					

総数

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	人工透析		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症					高血圧症		高尿酸血症		脳血管疾患		虚血性心疾患		脂質異常症	
			数	割合	数	割合	インスリン療法	人工透析	糖尿病性腎症	糖尿病性網膜症	糖尿病性神経障害	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
20歳代以下																					
30歳代																					
40歳代																					
50歳代																					
60歳代																					
70～74歳																					
合計																					
(再掲)40～74歳																					
(再掲)65～74歳																					

様式3-7

厚労省 医師・歯科医師・ 薬剤師調査	医療施設調査
-----------------------	--------

樣式4-1

後期高齢者医療制度開始

様式4-2

様式4-3 都道府県の特産 生活習慣病における死亡と医療の状況

順位	死亡										医療										生活習慣病										不健康										順位																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
	全死因(10万人)					平均寿命					65歳未満死亡の割合					受療率(10万人)					入院					死亡					入院					死亡						入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院					死亡					入院</			

様式4-4 都道府県所在地別食品摂取量

順位	数量: g	チーズ		鶏肉		豚肉		牛肉		豆腐		海藻類		根菜類		果物		米		パン		油類		砂糖		食塩		
		数量: g	数量: g	数量: g	数量: g	数量: g	数量: g	数量: g	数量: g	数量: g	数量: g	数量: g	数量: g	数量: g	数量: g	数量: g	数量: g	数量: g	数量: g	数量: g	数量: g	数量: g	数量: g	数量: g	数量: g	数量: g	数量: g	
1	98.02	札幌市	3,338	札幌市	38,258	札幌市	55,857	大分市	91,810	札幌市	102,31	山形市	73,884	札幌市	84,189	札幌市	118,750	札幌市	104,25	札幌市	93,104	札幌市	12,521	札幌市	9,178	山形市	4,221	1
2	98.92	さいたま市	3,245	札幌市	38,331	札幌市	45,287	札幌市	91,249	札幌市	93,28	山形市	73,445	札幌市	78,158	札幌市	107,832	札幌市	101,79	札幌市	82,088	札幌市	11,831	札幌市	8,091	札幌市	4,018	2
3	99.62	札幌市	3,284	札幌市	39,509	札幌市	43,272	広島市	88,812	札幌市	93,93	十勝市	73,011	札幌市	78,132	札幌市	108,652	札幌市	98,15	札幌市	95,152	札幌市	11,818	札幌市	8,025	札幌市	3,887	3
4	99.81	札幌市	3,278	札幌市	34,819	札幌市	43,082	札幌市	89,789	札幌市	91,59	札幌市	72,894	札幌市	78,501	札幌市	105,890	札幌市	98,45	札幌市	94,365	札幌市	11,484	札幌市	8,027	札幌市	3,219	4
5	99.28	札幌市	3,180	山口市	34,781	札幌市	41,259	札幌市	86,253	札幌市	88,20	さいたま市	72,240	札幌市	74,478	札幌市	105,812	山口市	98,25	大分市	92,182	札幌市	11,290	札幌市	8,144	札幌市	3,212	5
6	99.84	札幌市	3,177	札幌市	34,881	札幌市	41,288	札幌市	89,329	札幌市	89,54	札幌市	72,727	札幌市	74,402	札幌市	104,542	札幌市	94,22	札幌市	91,282	山口市	11,219	札幌市	7,958	札幌市	2,852	6
7	99.24	札幌市	3,075	札幌市	34,450	札幌市	38,889	札幌市	87,892	札幌市	88,23	札幌市	70,237	札幌市	74,132	札幌市	104,048	山口市	91,29	札幌市	91,293	札幌市	10,999	大分市	7,817	札幌市	2,847	7
8	99.15	札幌市	3,048	山形市	33,908	札幌市	37,870	札幌市	87,724	札幌市	84,54	札幌市	70,252	札幌市	73,585	札幌市	100,783	大分市	91,18	山口市	90,930	札幌市	10,741	札幌市	7,241	札幌市	2,840	8
9	99.77	札幌市	2,924	札幌市	33,588	札幌市	37,740	山口市	87,531	札幌市	84,54	札幌市	69,732	札幌市	73,285	札幌市	100,498	札幌市	91,15	札幌市	90,932	大分市	10,718	札幌市	7,244	札幌市	2,724	9
10	99.13	札幌市	2,891	札幌市	33,242	札幌市	37,187	札幌市	87,281	札幌市	84,52	札幌市	69,231	札幌市	73,052	札幌市	101,738	札幌市	91,00	山形市	90,930	札幌市	10,401	札幌市	7,154	山形市	2,688	10
11	99.05	札幌市	2,885	広島市	33,187	山口市	36,552	札幌市	87,024	札幌市	84,56	札幌市	68,532	札幌市	72,480	札幌市	101,527	札幌市	90,43	札幌市	90,448	大分市	10,312	大分市	7,074	札幌市	2,620	11
12	99.65	大分市	2,852	札幌市	32,981	札幌市	36,247	札幌市	86,777	山口市	84,54	札幌市	68,412	札幌市	71,576	山形市	92,549	大分市	90,28	大分市	90,218	札幌市	10,255	山形市	7,008	札幌市	2,612	12
13	99.81	山形市	2,838	札幌市	32,744	大分市	36,104	大分市	86,532	山口市	82,49	札幌市	68,118	札幌市	71,420	札幌市	92,858	札幌市	88,89	札幌市	90,218	札幌市	10,206	札幌市	6,988	大分市	2,508	13
14	99.71	札幌市	2,793	札幌市	32,438	札幌市	35,877	札幌市	86,182	札幌市	82,43	札幌市	67,789	札幌市	70,271	札幌市	92,741	札幌市	89,21	札幌市	90,218	札幌市	10,098	札幌市	6,786	山形市	2,454	14
15	99.88	札幌市	2,792	札幌市	32,232	札幌市	35,711	札幌市	85,618	札幌市	82,43	札幌市	67,419	札幌市	70,554	札幌市	92,112	札幌市	89,42	札幌市	90,218	札幌市	10,084	札幌市	6,781	大分市	2,437	15
16	99.68	札幌市	2,780	札幌市	32,248	札幌市	35,844	札幌市	85,590	札幌市	78,84	大分市	67,419	札幌市	70,554	札幌市	92,112	札幌市	89,42	札幌市	90,218	札幌市	10,044	札幌市	6,781	大分市	2,338	16
17	99.84	札幌市	2,760	大分市	32,132	札幌市	35,478	大分市	85,454	札幌市	78,82	大分市	67,419	札幌市	70,554	札幌市	92,112	札幌市	89,42	札幌市	90,218	札幌市	10,044	札幌市	6,781	大分市	2,338	17
18	99.84	札幌市	2,749	札幌市	32,120	札幌市	35,252	札幌市	85,178	札幌市	78,82	大分市	67,419	札幌市	70,554	札幌市	92,112	札幌市	89,42	札幌市	90,218	札幌市	10,044	札幌市	6,781	大分市	2,338	18
19	99.80	札幌市	2,742	大分市	32,098	大分市	34,283	札幌市	84,873	札幌市	77,32	大分市	67,419	札幌市	70,554	札幌市	92,112	札幌市	89,42	札幌市	90,218	札幌市	10,044	札幌市	6,781	大分市	2,338	19
20	99.28	札幌市	2,738	札幌市	31,888	札幌市	34,102	大分市	84,873	札幌市	78,84	大分市	67,419	札幌市	70,554	札幌市	92,112	札幌市	89,42	札幌市	90,218	札幌市	10,044	札幌市	6,781	大分市	2,338	20
21	99.78	札幌市	2,737	札幌市	31,887	札幌市	33,874	札幌市	84,873	札幌市	78,84	大分市	67,419	札幌市	70,554	札幌市	92,112	札幌市	89,42	札幌市	90,218	札幌市	10,044	札幌市	6,781	大分市	2,338	21
22	99.84	札幌市	2,732	札幌市	31,549	札幌市	33,528	札幌市	84,284	札幌市	78,82	大分市	67,419	札幌市	70,554	札幌市	92,112	札幌市	89,42	札幌市	90,218	札幌市	10,044	札幌市	6,781	大分市	2,338	22
23	99.81	札幌市	2,698	札幌市	31,508	札幌市	33,245	札幌市	84,284	札幌市	78,82	大分市	67,419	札幌市	70,554	札幌市	92,112	札幌市	89,42	札幌市	90,218	札幌市	10,044	札幌市	6,781	大分市	2,338	23
24	99.77	札幌市	2,690	札幌市	30,885	札幌市	33,238	札幌市	84,178	札幌市	77,31	大分市	67,419	札幌市	70,554	札幌市	92,112	札幌市	89,42	札幌市	90,218	札幌市	10,044	札幌市	6,781	大分市	2,338	24
25	99.82	札幌市	2,673	札幌市	30,820	札幌市	33,162	札幌市	84,178	札幌市	77,31	大分市	67,419	札幌市	70,554	札幌市	92,112	札幌市	89,42	札幌市	90,218	札幌市	10,044	札幌市	6,781	大分市	2,338	25
26	99.84	札幌市	2,673	札幌市	30,820	札幌市	33,162	札幌市	84,178	札幌市	77,31	大分市	67,419	札幌市	70,554	札幌市	92,112	札幌市	89,42	札幌市	90,218	札幌市	10,044	札幌市	6,781	大分市	2,338	26
27	99.84	札幌市	2,673	札幌市	30,820	札幌市	33,162	札幌市	84,178	札幌市	77,31	大分市	67,419	札幌市	70,554	札幌市	92,112	札幌市	89,42	札幌市	90,218	札幌市	10,044	札幌市	6,781	大分市	2,338	27
28	99.84	札幌市	2,673	札幌市	30,820	札幌市	33,162	札幌市	84,178	札幌市	77,31	大分市	67,419	札幌市	70,554	札幌市	92,112	札幌市	89,42	札幌市	90,218	札幌市	10,044	札幌市	6,781	大分市	2,338	28
29	99.84	札幌市	2,673	札幌市	30,820	札幌市	33,162	札幌市	84,178	札幌市	77,31	大分市	67,419	札幌市	70,554	札幌市	92,112	札幌市	89,42	札幌市	90,218	札幌市	10,044	札幌市	6,781	大分市	2,338	29
30	99.84	札幌市	2,673	札幌市	30,820	札幌市	33,162	札幌市	84,178	札幌市	77,31	大分市	67,419	札幌市	70,554	札幌市	92,112	札幌市	89,42	札幌市	90,218	札幌市	10,044	札幌市	6,781	大分市	2,338	30
31	99.84	札幌市	2,673	札幌市	30,820	札幌市	33,162	札幌市	84,178	札幌市	77,31	大分市	67,419	札幌市	70,554	札幌市	92,112	札幌市	89,42	札幌市	90,218	札幌市	10,044	札幌市	6,781	大分市	2,338	31
32	99.84	札幌市	2,673	札幌市	30,820	札幌市	33,162	札幌市	84,178	札幌市	77,31	大分市	67,419	札幌市	70,554	札幌市	92,112	札幌市	89,42	札幌市	90,218	札幌市	10,044	札幌市	6,781	大分市	2,338	32
33	99.84	札幌市	2,673	札幌市	30,820	札幌市	33,162	札幌市	84,178	札幌市	77,31	大分市	67,419	札幌市	70,554	札幌市	92,112	札幌市	89,42	札幌市	90,218	札幌市	10,044	札幌市	6,781	大分市	2,338	33
34	99.84	札幌市	2,673	札幌市	30,820	札幌市	33,162	札幌市	84,178	札幌市	77,31	大分市	67,419	札幌市	70,554	札幌市	92,112	札幌市	89,42	札幌市	90,218	札幌市	10,044	札幌市	6,781	大分市	2,338	34
35	99.84	札幌市	2,673	札幌市	30,820	札幌市	33,162	札幌市	84,178	札幌市	77,31	大分市	67,419	札幌市	70,554	札幌市	92,112	札幌市	89,42	札幌市	90,218	札幌市	10,044	札幌市	6,781	大分市	2,338	35
36	99.84	札幌市	2,673	札幌市	30,820	札幌市	33,162	札幌市	84,178	札幌市	77,31	大分市	67,419	札幌市	70,554	札幌市	92,112	札幌市	89,42	札幌市	90,218	札幌市	10,044	札幌市	6,781	大分市	2,338	36
37	99.84	札幌市	2,673	札幌市	30,820	札幌市	33,162	札幌市	84,178	札幌市	77,31	大分市	67,419	札幌市	70,554	札幌市	92,112	札幌市	89,42	札幌市	90,218	札幌市	10,044	札幌市	6,781	大分市	2,338	37
38	99.84	札幌市	2,673	札幌市	30,820	札幌市	33,162	札幌市	84,178	札幌市	77,31	大分市	67,419	札幌市	70,554	札幌市	92,112	札幌市	89,42	札幌市	90,218	札幌市	10,044	札幌市	6,781	大分市	2,338	38
39	99.84	札幌市	2,673	札幌市	30,820	札幌市	33,162	札幌市	84,178	札幌市	77,31	大分市	67,419	札幌市	70,554	札幌市	92,112	札幌市	89,42	札幌市	90,218	札幌市	10,044	札幌市	6,781	大分市	2,338	39
40	99.84	札幌市	2,673	札幌市	30,820	札幌市	33,162	札幌市	84,178	札幌市	77,31	大分市	67,419	札幌市	70,554	札幌市	92,112	札幌市	89,42	札幌市	90,218	札幌市	10,044	札幌市	6,781	大分市	2,338	40
41	99.84	札幌市	2,673	札幌市	30,820	札幌市	33,162	札幌市	84,178	札幌市	77,31	大分市	67,419	札幌市	70,554	札幌市	92,112	札幌市	89,42	札幌市	90,218	札幌市	10,044	札幌市	6,781	大分市	2,338	41
42	99.84	札幌市	2,673	札幌市	30,820	札幌市	33,162	札幌市	84,178	札幌市	77,31	大分市	67,419	札幌市	70,554	札幌市	92,112	札幌市	89,42	札幌市	90,218	札幌市	10,044	札幌市	6,781	大分市	2,338	42
43	99.84	札幌市	2,673	札幌市	30,820	札幌市	33,162	札幌市	84,178	札幌市	77,31	大分市	67,419	札幌市	70,554	札幌市	92,112	札幌市	89,42	札幌市	90,218	札幌市	10,044	札幌市	6,781	大分市	2,338	43
44	99.84	札幌市	2,673	札幌市	30,820	札幌市	33,162	札幌市	84,178	札幌市	77,31	大分市	67,419	札幌市	70,554	札幌市	92,112	札幌市	89,42	札幌市	90,218	札幌市	10,044	札幌市	6,781	大分市	2,338	44
45	99.84	札幌市	2,673	札幌市	30,820	札幌市	33,162	札幌市	84,178	札幌市	77,31	大分市	67,419	札幌市	70,554	札幌市	92,112	札幌市	89,42	札幌市	90,218	札幌市	10,044	札幌市	6,781	大分市	2,338	45
46	99.84	札幌市	2,673	札幌市	30,820	札幌市	33,162	札幌市	84,178	札幌市	77,31	大分市	67,419	札幌市	70,554	札幌市	92,112	札幌市	89,42	札幌市	90,218	札幌市	10,044	札幌市	6,781	大分市	2,338	46
47	99.84	札幌市	2,673	札幌市	30,820	札幌市	33,162	札幌市	84,178	札幌市	77,31																	

様式4-5 都道府県別食に関する指標のデータ一覧

BMI25以上の者の割合				肥満者の割合				野菜摂取量平均値 (g/日)				歩数平均値 (歩/日)				子どもの朝食の状況 毎日食べている割合		子どもの歯の状況 知覚過敏と未処置歯数の合計				子どもの肥満 高度肥満傾向児割合				
男性		女性		男性		女性		男性 (20歳以上)		女性 (20歳以上)		男性 (20歳以上)		女性 (20歳以上)		小学6年生	12才男児	12才女児	10才男子		10才女子					
1	沖縄	44.5	沖縄	25.4	沖縄	48.7	沖縄	39.4	長野	379	長野	353	京都	7,984	兵庫	7,083	大阪	81.9	沖縄	2.3	沖縄	2.8	徳島	3.08	青森	1.30
2	北海道	35.3	青森	21.4	岩手	41.2	福島	38.2	新潟	380	山梨	336	東京都	7,886	神奈川	6,888	沖	83.4	北海道	2.1	北海道	2.5	大分	2.74	高知	1.28
3	宮城	34.1	福島	20.7	宮城	37.8	秋田	37.9	山形	352	福島	334	神奈川	7,786	東京都	6,848	和歌山	84.5	宮城	1.9	宮城	2.2	北海道	1.88	群馬	1.27
4	茨城	33.9	鹿児島	20.7	北海道	37.5	岩手	37.2	福島	350	山形	335	奈良	7,787	奈良	6,888	北海道	84.6	三重	1.9	三重	2.2	愛媛	1.84	山梨	1.28
5	徳島	33.8	宮城	20.6	茨城	36.9	宮城	35.5	福井	348	新潟	327	千葉	7,761	静岡	6,504	徳島	84.6	熊本	1.8	熊本	2.2	香川	1.71	宮城	1.25
6	福島	33.7	秋田	20.5	徳島	36.3	鹿児島	34.0	山形	343	山梨	312	岡山	7,595	岩手	6,502	大分	84.7	大分	1.8	福井	2.1	香川	1.70	宮城	1.05
7	栃木	33.7	茨城	20.4	群馬	35.8	群馬	33.4	群馬	329	福島	318	大阪府	7,558	埼玉	6,488	愛媛	85.1	秋田	1.7	大分	2.1	新潟	1.63	東京	1.05
8	秋田	33.5	徳島	20.1	鹿児島	35.7	徳島	32.9	宮城	324	群馬	312	埼玉	7,554	愛媛	6,485	奈良	85.3	福井	1.7	秋田	2.0	福井	1.60	秋田	1.00
9	千葉	33.5	愛媛	19.8	鹿児島	35.3	山形	32.8	群馬	324	宮城	306	千葉	7,541	滋賀	6,442	福岡	85.5	宮崎	1.7	宮崎	2.0	高知	1.53	秋田	0.96
10	熊本	33.3	宮崎	19.9	高知	34.7	熊本	32.8	山形	324	茨城	305	静岡	7,525	千葉	6,422	京都	85.6	山梨	1.6	鹿児島	2.0	高知	1.53	佐賀	0.80
11	岩手	33.0	熊本	19.8	大分	34.1	高知	32.0	岩手	321	山形	305	京都府	7,485	長野	6,422	高知	85.6	青森	1.5	青森	1.8	広島	1.50	広島	0.93
12	愛媛	32.9	大分	19.7	熊本	33.4	山形	30.5	茨城	318	岩手	303	滋賀	7,471	愛媛	6,421	兵庫	85.8	徳島	1.5	徳島	1.8	奈良	1.44	奈良	0.92
13	青森	32.8	高知	19.5	岡山	33.5	高知	30.5	茨城	316	岩手	302	滋賀	7,436	福岡	6,417	千葉	86.9	茨城	1.5	石川	1.8	長野	1.41	愛知	0.80
14	大分	32.7	北海道	19.3	山形	31.7	岡山	28.5	岡山	314	愛媛	301	福岡	7,385	大阪府	6,386	神奈川	86.9	石川	1.5	山梨	1.8	熊本	1.36	愛媛	0.90
15	鹿児島	32.2	香川	19.2	京都府	31.6	新潟	28.4	岡山	313	埼玉	300	広島	7,310	広島	6,309	三重	87.0	鹿児島	1.5	茨城	1.6	宮城	1.36	愛媛	0.87
16	東京都	31.8	熊本	18.2	愛媛	31.5	埼玉	27.8	秋田	311	高知	299	岩手	7,285	京都府	6,291	鳥取	87.0	福岡	1.4	熊本	1.5	青森	1.28	熊本	0.83
17	宮崎	31.8	千葉	18.1	宮崎	30.8	大分	27.7	山形	311	千葉	289	愛媛	7,247	愛媛	6,283	香川	87.0	熊本	1.3	山梨	1.5	茨城	1.27	高知	0.81
18	山形	31.6	山形	18.0	佐賀	30.8	茨城	27.6	埼玉	311	鹿児島	284	山形	7,214	茨城	6,278	香川	87.3	鳥取	1.3	徳島	1.5	宮崎	1.26	宮崎	0.79
19	神奈川	31.4	香川	18.1	長野	30.7	山形	26.8	鹿児島	308	山形	282	神奈川	7,214	茨城	6,205	香川	87.4	徳島	1.3	高知	1.5	群馬	1.19	兵庫	0.78
20	香川	31.2	山形	18.0	山形	30.7	山形	26.8	鹿児島	307	東京都	281	長野	7,186	福岡	6,190	岡山	87.4	長崎	1.2	群馬	1.5	群馬	1.17	大分	0.78
21	高知	31.2	佐賀	18.0	熊本	30.7	福岡	26.0	群馬	304	秋田	281	石川	7,114	熊本	6,154	山形	87.5	群馬	1.2	群馬	1.4	大分	1.16	福島	0.74
22	山形	31.2	山形	18.0	山形	30.7	山形	26.8	鹿児島	308	山形	282	神奈川	7,194	茨城	6,205	香川	87.4	徳島	1.3	高知	1.5	群馬	1.19	兵庫	0.78
23	山形	31.2	山形	18.0	山形	30.7	山形	26.8	鹿児島	308	山形	282	神奈川	7,194	茨城	6,205	香川	87.4	徳島	1.3	高知	1.5	群馬	1.19	兵庫	0.78
24	山形	31.2	山形	18.0	山形	30.7	山形	26.8	鹿児島	308	山形	282	神奈川	7,194	茨城	6,205	香川	87.4	徳島	1.3	高知	1.5	群馬	1.19	兵庫	0.78
25	山形	31.2	山形	18.0	山形	30.7	山形	26.8	鹿児島	308	山形	282	神奈川	7,194	茨城	6,205	香川	87.4	徳島	1.3	高知	1.5	群馬	1.19	兵庫	0.78
26	山形	31.2	山形	18.0	山形	30.7	山形	26.8	鹿児島	308	山形	282	神奈川	7,194	茨城	6,205	香川	87.4	徳島	1.3	高知	1.5	群馬	1.19	兵庫	0.78
27	山形	31.2	山形	18.0	山形	30.7	山形	26.8	鹿児島	308	山形	282	神奈川	7,194	茨城	6,205	香川	87.4	徳島	1.3	高知	1.5	群馬	1.19	兵庫	0.78
28	山形	31.2	山形	18.0	山形	30.7	山形	26.8	鹿児島	308	山形	282	神奈川	7,194	茨城	6,205	香川	87.4	徳島	1.3	高知	1.5	群馬	1.19	兵庫	0.78
29	山形	31.2	山形	18.0	山形	30.7	山形	26.8	鹿児島	308	山形	282	神奈川	7,194	茨城	6,205	香川	87.4	徳島	1.3	高知	1.5	群馬	1.19	兵庫	0.78
30	山形	31.2	山形	18.0	山形	30.7	山形	26.8	鹿児島	308	山形	282	神奈川	7,194	茨城	6,205	香川	87.4	徳島	1.3	高知	1.5	群馬	1.19	兵庫	0.78
31	山形	31.2	山形	18.0	山形	30.7	山形	26.8	鹿児島	308	山形	282	神奈川	7,194	茨城	6,205	香川	87.4	徳島	1.3	高知	1.5	群馬	1.19	兵庫	0.78
32	山形	31.2	山形	18.0	山形	30.7	山形	26.8	鹿児島	308	山形	282	神奈川	7,194	茨城	6,205	香川	87.4	徳島	1.3	高知	1.5	群馬	1.19	兵庫	0.78
33	山形	31.2	山形	18.0	山形	30.7	山形	26.8	鹿児島	308	山形	282	神奈川	7,194	茨城	6,205	香川	87.4	徳島	1.3	高知	1.5	群馬	1.19	兵庫	0.78
34	山形	31.2	山形	18.0	山形	30.7	山形	26.8	鹿児島	308	山形	282	神奈川	7,194	茨城	6,205	香川	87.4	徳島	1.3	高知	1.5	群馬	1.19	兵庫	0.78
35	山形	31.2	山形	18.0	山形	30.7	山形	26.8	鹿児島	308	山形	282	神奈川	7,194	茨城	6,205	香川	87.4	徳島	1.3	高知	1.5	群馬	1.19	兵庫	0.78
36	山形	31.2	山形	18.0	山形	30.7	山形	26.8	鹿児島	308	山形	282	神奈川	7,194	茨城	6,205	香川	87.4	徳島	1.3	高知	1.5	群馬	1.19	兵庫	0.78
37	山形	31.2	山形	18.0	山形	30.7	山形	26.8	鹿児島	308	山形	282	神奈川	7,194	茨城	6,205	香川	87.4	徳島	1.3	高知	1.5	群馬	1.19	兵庫	0.78
38	山形	31.2	山形	18.0	山形	30.7	山形	26.8	鹿児島	308	山形	282	神奈川	7,194	茨城	6,205	香川	87.4	徳島	1.3	高知	1.5	群馬	1.19	兵庫	0.78
39	山形	31.2	山形	18.0	山形	30.7	山形	26.8	鹿児島	308	山形	282	神奈川	7,194	茨城	6,205	香川	87.4	徳島	1.3	高知	1.5	群馬	1.19	兵庫	0.78
40	山形	31.2	山形	18.0	山形	30.7	山形	26.8	鹿児島	308	山形	282	神奈川	7,194	茨城	6,205	香川	87.4	徳島	1.3	高知	1.5	群馬	1.19	兵庫	0.78
41	山形	31.2	山形	18.0	山形	30.7	山形	26.8	鹿児島	308	山形	282	神奈川	7,194	茨城	6,205	香川	87.4	徳島	1.3	高知	1.5	群馬	1.19	兵庫	0.78
42	山形	31.2	山形	18.0	山形	30.7	山形	26.8	鹿児島	308	山形	282	神奈川	7,194	茨城	6,205	香川	87.4	徳島	1.3	高知	1.5	群馬	1.19	兵庫	0.78
43	山形	31.2	山形	18.0	山形	30.7	山形	26.8	鹿児島	308	山形	282	神奈川	7,194	茨城	6,205	香川	87.4	徳島	1.3	高知	1.5	群馬	1.19	兵庫	0.78
44	山形	31.2	山形	18.0	山形	30.7	山形	26.8	鹿児島	308	山形	282	神奈川	7,194	茨城	6,205	香川	87.4	徳島	1.3	高知	1.5	群馬	1.19	兵庫	0.78
45	山形	31.2	山形	18.0	山形	30.7	山形	26.8	鹿児島	308	山形	282	神奈川	7,194	茨城	6,205	香川	87.4	徳島	1.3	高知	1.5	群馬	1.19	兵庫	0.78
46	山形	31.2	山形	18.0	山形	30.7	山形	26.8	鹿児島	308	山形	282	神奈川	7,194	茨城	6,205	香川	87.4	徳島	1.3	高知	1.5	群馬	1.19	兵庫	0.78
47	山形	31.2	山形	18.0	山形	30.7	山形	26.8	鹿児島	308	山形	282	神奈川	7,194	茨城	6,205	香川	87.4	徳島	1.3	高知	1.5	群馬	1.19	兵庫	0.78
48	山形	31.2	山形	18.0	山形	30.7	山形	26.8	鹿児島	308	山形	282	神奈川	7,194	茨城	6,205	香川	87.4	徳島	1.3	高知	1.5	群馬	1.19	兵庫	0.78

【資料出典】 協会けんぽ 平成21年度都道府県別支所別検診データ
H22国民健康・栄養調査結果の概要
平成19年度厚生労働科学研究

【資料出典】 文部科学省 H20「全国学力・学習状況調査」
文部科学省 H22学校統計調査

様式4-6 人口10万人以上都道府県別の食に関する指標のデータ一覧		(注) 愛知県 10,000人以下 *									
肥満率(%)		高血圧(%)		高コレステロール率(%)		中高年齢者の割合(%)		労働時間(%)		65歳以上高齢者の割合(%)	
2008年	2009年	2008年	2009年	2008年	2009年	2008年	2009年	2008年	2009年	2008年	2009年
1 佐賀	33.5	秋田	47.4	大分	48.1	佐賀	38.4	大分	43.1	佐賀	38.4
2 沖縄	44.5	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
3 宮城	34.1	福島	38.1	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1
4 茨城	33.9	鹿児島	38.1	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1
5 徳島	33.9	宮城	38.1	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1
6 福島	33.7	秋田	38.1	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1
7 栃木	33.7	茨城	38.1	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1
8 秋田	33.5	徳島	38.1	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1
9 千葉	33.5	愛媛	38.1	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1
10 熊本	33.3	宮崎	38.1	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1
11 岩手	33.0	熊本	38.1	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1
12 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
13 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
14 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
15 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
16 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
17 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
18 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
19 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
20 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
21 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
22 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
23 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
24 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
25 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
26 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
27 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
28 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
29 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
30 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
31 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
32 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
33 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
34 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
35 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
36 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
37 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
38 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
39 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
40 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
41 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
42 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
43 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
44 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
45 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
46 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
47 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
48 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
49 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
50 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
51 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
52 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
53 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
54 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
55 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
56 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
57 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
58 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
59 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
60 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
61 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
62 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
63 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
64 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
65 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
66 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
67 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
68 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
69 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
70 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
71 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
72 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
73 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
74 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
75 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
76 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
77 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
78 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
79 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
80 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
81 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
82 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
83 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
84 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
85 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
86 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
87 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
88 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
89 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
90 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
91 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
92 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
93 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
94 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
95 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
96 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
97 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
98 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
99 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4
100 山形	32.8	山形	47.4	山形	45.1	大分	48.1	大分	43.1	佐賀	38.4

健診・保健指導の効果を評価するレセプト分析(5月診療分)

保健指導による重症化予防、合併症予防の成果を確認する

様式5-1 透析患者の推移(患者数、医療費)

	昨年	今年	増減数	増減率
透析を受けている患者数				
患者医療費(年間)				
1年間の新規透析患者数				
患者医療費(年間)				

様式5-2 新規透析患者と健診・保健指導の関係

		生活習慣病の原因疾患を持つ人の数	(再掲)				
			糖尿病	高血圧症	脂質異常症	高尿酸血症	その他
1年間の新規透析患者数	今年						
	昨年						
	健診受診者 +保健指導	今年					
		昨年					
	健診のみ	今年					
		昨年					
	未受診	今年					
		昨年					

様式5-3 虚血性心疾患の推移(患者数、医療費)

	昨年	今年	増減数	増減率
虚血性心疾患患者数				
患者医療費(年間)				
1年間の新規虚血性心疾患患者数				
患者医療費(年間)				

様式5-4 新規虚血性心疾患と健診・保健指導の関係

		生活習慣病の原因疾患を持つ人の数	(再掲)				
			糖尿病	高血圧症	脂質異常症	高尿酸血症	その他
1年間の新規虚血性心疾患患者数	今年						
	昨年						
	健診受診者 +保健指導	今年					
		昨年					
	健診のみ	今年					
		昨年					
	未受診	今年					
		昨年					

様式5-5 脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)の推移(患者数、医療費)

	昨年	今年	増減数	増減率
脳血管疾患患者数				
患者医療費(年間)				
1年間の新規脳血管疾患患者数				
患者医療費(年間)				

様式5-6 新規脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)患者数と健診・保健指導の関係

		生活習慣病の原因疾患を持つ人の数	(再掲)				
			糖尿病	高血圧症	脂質異常症	高尿酸血症	その他
1年間の新規脳血管疾患患者数	今年						
	昨年						
	健診受診者 +保健指導	今年					
		昨年					
	健診のみ	今年					
		昨年					
	未受診	今年					
		昨年					

様式5-7 一昨年・昨年・今年生活習慣病と診断された患者の重症化

	一昨年	昨年	今年	増減数(昨年と今年の比較)	増減率(昨年と今年の比較)
生活習慣病患者数(総数)					
糖尿病					
高血圧症					
脂質異常症					
高尿酸血症					

様式5-8 一昨年・昨年生活習慣病と診断された人の健診・保健指導の状況

保健指導で合併症が出なかったことを確認しよう！

		計	合併症を有する人の数	人工透析	糖尿病性網膜症	糖尿病性神経障害	動脈閉塞	大動脈疾患	虚血性心疾患	脳血管疾患
一昨年・昨年生活習慣病と診断された患者数	昨年									
	一昨年									
	健診受診者 +保健指導	昨年								
		一昨年								
	健診のみ	昨年								
		一昨年								
	未受診	昨年								
		一昨年								

様式5-9 一昨年・昨年糖尿病と指摘された人の健診・保健指導の状況

		計	合併症を有する人の数	(再掲)					
				人工透析	糖尿病性網膜症	糖尿病性神経障害	動脈閉塞	大動脈疾患	虚血性心疾患
一昨年・昨年糖尿病と診断された患者数	昨年								
	一昨年								
	健診受診者 +保健指導	昨年							
		一昨年							
	健診のみ	昨年							
		一昨年							
	未受診	昨年							
		一昨年							

様式5-10 一昨年・昨年高血圧症と指摘された人の健診・保健指導の状況

		計	合併症を有する人の数	(再掲)					
				人工透析	糖尿病性網膜症	糖尿病性神経障害	動脈閉塞	大動脈疾患	虚血性心疾患
一昨年・昨年高血圧症と診断された患者数	昨年								
	一昨年								
	健診受診者 +保健指導	昨年							
		一昨年							
	健診のみ	昨年							
		一昨年							
	未受診	昨年							
		一昨年							

様式5-11 一昨年・昨年脂質異常症と指摘された人の健診・保健指導の状況

		計	合併症を有する人の数	(再掲)					
				人工透析	糖尿病性網膜症	糖尿病性神経障害	動脈閉塞	大動脈疾患	虚血性心疾患
一昨年・昨年高脂血症と診断された患者数	昨年								
	一昨年								
	健診受診者 +保健指導	昨年							
		一昨年							
	健診のみ	昨年							
		一昨年							
	未受診	昨年							
		一昨年							

様式5-12 一昨年・昨年高尿酸血症と指摘された人の健診・保健指導の状況

		計	合併症を有する人の数	(再掲)					
				人工透析	糖尿病性網膜症	糖尿病性神経障害	動脈閉塞	大動脈疾患	虚血性心疾患
一昨年・昨年高尿酸血症と診断された患者数	昨年								
	一昨年								
	健診受診者 +保健指導	昨年							
		一昨年							
	健診のみ	昨年							
		一昨年							
	未受診	昨年							
		一昨年							

様式5-13 今年、生活習慣病と指摘された人の健診・保健指導の状況

健診・保健指導の成果を確認しよう！

		計	合併症を有する人の数	(再掲)					
				人工透析	糖尿病性網膜症	糖尿病性神経障害	動脈閉塞	大動脈疾患	虚血性心疾患
1年間の新規生活習慣病患者数	今年								
	昨年								
	健診受診者 +保健指導	今年							
		昨年							
	健診のみ	今年							
		昨年							
	未受診	今年							
		昨年							

様式5-14 昨年、生活習慣病予備群と指摘された人の治療状況

健診・保健指導の成果を確認しよう！

		計	治療を行っている人の数	(再掲)					
				人工透析	糖尿病性網膜症	糖尿病性神経障害	動脈閉塞	大動脈疾患	虚血性心疾患
一昨年・昨年生活習慣病予備群と指摘された人の数	昨年								
	一昨年								
	健診受診者 +保健指導	昨年							
		一昨年							
	健診のみ	昨年							
		一昨年							
	未受診	昨年							
		一昨年							

様式6-1 健診・保健指導計画作成のためのアセスメント表

保険者の特徴を考えて見ましょう～対象者の優先順位を考えるために～

ねらい 健診・保健指導計画を立てる際、被保険者集団の健康課題を明確化し、健診結果の特徴や課題を分析するために作成する

平成 年度		全 国				県				保険者			
被保険者総数													
40～74歳被保険者数／割合（％）													
65～74歳被保険者数／割合（％）													
死亡の状況	順位	原因	10万対	65歳未満比率	原因	10万対	65歳未満比率	原因	10万対	65歳未満比率			
	第1位												
	第2位												
	第3位												
	第4位												
	第5位												
障害の状況	介護保険第2号被保険者（65歳未満者）の原因疾患	原因	要介護1、2、3の割合	要介護4、5の割合	原因	要介護1、2、3の割合	要介護4、5の割合	原因	要介護1、2、3の割合	要介護4、5の割合			
	第1位												
	第2位												
	第3位												
	第4位												
	第5位												
医療の状況 年5月診療分 レセプト	治療者数	全治療者に占める割合	総人数に対する割合	治療者数	全治療者に占める割合	総人数に対する割合	治療者数	全治療者に占める割合	総人数に対する割合				
	虚血性心疾患												
	脳血管疾患												
	糖尿病												
	高血圧症												
健診・保健指導の状況	40～74歳受診者数／受診率（％）												
	有所見順位	有所見項目	人数	割合	有所見項目	人数	割合	有所見項目	人数	割合			
	第1位												
	第2位												
	第3位												
	第4位												
	第5位												
	第6位												
	第7位												
	第8位												
	第9位												
	第10位												
		対象者数	実施者数(実施率)		対象者数	実施者数(実施率)		対象者数	実施者数(実施率)				
	助産づけ支援												
	積極的支援												

様式6-2 健診有所見者状況（男女別・年代別）

総数	受診者数	摂取エネルギーの過剰										血管を傷つける										脂質異常 (※は詳細検査)									
		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		クレアチニン		心電図※		眼底検査※							
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合						
男性	全国																														
	都道府県																														
	H18年度																														
	H17年度																														
	H16年度																														
女性	全国																														
	都道府県																														
	H18年度																														
	H17年度																														
	H16年度																														

総数	受診者数	摂取エネルギーの過剰										血管を傷つける										脂質異常 (※は詳細検査)									
		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		クレアチニン		心電図※		眼底検査※							
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合						
男性	全国																														
	都道府県																														
	H18年度																														
	H17年度																														
	H16年度																														
女性	全国																														
	都道府県																														
	H18年度																														
	H17年度																														
	H16年度																														

総数	受診者数	摂取エネルギーの過剰										血管を傷つける										脂質異常 (※は詳細検査)									
		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		クレアチニン		心電図※		眼底検査※							
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合						
男性	全国																														
	都道府県																														
	H18年度																														
	H17年度																														
	H16年度																														
女性	全国																														
	都道府県																														
	H18年度																														
	H17年度																														
	H16年度																														

*注) 腹囲がない場合はBMI≧25

様式6-3 健診有所見者状況(男女別・年代別)

40歳代

男性

	受診者数	摂取エネルギーの過剰				血管を傷つける						メタボリックシンドローム以外の動脈硬化要因	臓器障害 (※は詳細検査)			
		腹囲*	中性脂肪	ALT(GPT)	HDLコレステロール	血糖	HbA1c	(尿酸)	収縮期血圧	拡張期血圧	LDLコレステロール		尿蛋白	(クレアチニン)	心電図※	眼底検査※
		数 割合	数 割合	数 割合	数 割合	数 割合	数 割合	数 割合	数 割合	数 割合	数 割合		数 割合	数 割合	数 割合	数 割合
全国																
都道府県																
H18年度																
H17年度																
H16年度																
H15年度																

女性

	受診者数	摂取エネルギーの過剰				血管を傷つける						メタボリックシンドローム以外の動脈硬化要因	臓器障害 (※は詳細検査)			
		腹囲*	中性脂肪	ALT(GPT)	HDLコレステロール	血糖	HbA1c	(尿酸)	収縮期血圧	拡張期血圧	LDLコレステロール		尿蛋白	(クレアチニン)	心電図※	眼底検査※
		数 割合	数 割合	数 割合	数 割合	数 割合	数 割合	数 割合	数 割合	数 割合	数 割合		数 割合	数 割合	数 割合	数 割合
全国																
都道府県																
H18年度																
H17年度																
H16年度																
H15年度																

総数

	受診者数	摂取エネルギーの過剰				血管を傷つける						メタボリックシンドローム以外の動脈硬化要因	臓器障害 (※は詳細検査)			
		腹囲*	中性脂肪	ALT(GPT)	HDLコレステロール	血糖	HbA1c	(尿酸)	収縮期血圧	拡張期血圧	LDLコレステロール		尿蛋白	(クレアチニン)	心電図※	眼底検査※
		数 割合	数 割合	数 割合	数 割合	数 割合	数 割合	数 割合	数 割合	数 割合	数 割合		数 割合	数 割合	数 割合	数 割合
全国																
都道府県																
H18年度																
H17年度																
H16年度																
H15年度																

* 注)腹囲がない場合はBMI≥25

様式6-3

様式6-4 健診有所見者状況(男女別・年代別)

50歳代

男性

	受診者数	摂取エネルギーの過剰				血管を傷つける						メタボリックシンドローム以外の動脈硬化要因	臓器障害 (※は詳細検査)			
		腹囲*	中性脂肪	ALT(GPT)	HDLコレステロール	血糖	HbA1c	(尿酸)	収縮期血圧	拡張期血圧	LDLコレステロール		尿蛋白	(クレアチニン)	心電図※	眼底検査※
		数 割合	数 割合	数 割合	数 割合	数 割合	数 割合	数 割合	数 割合	数 割合	数 割合		数 割合	数 割合	数 割合	数 割合
全国																
都道府県																
H18年度																
H17年度																
H16年度																
H15年度																

女性

	受診者数	摂取エネルギーの過剰				血管を傷つける						メタボリックシンドローム以外の動脈硬化要因	臓器障害 (※は詳細検査)			
		腹囲*	中性脂肪	ALT(GPT)	HDLコレステロール	血糖	HbA1c	(尿酸)	収縮期血圧	拡張期血圧	LDLコレステロール		尿蛋白	(クレアチニン)	心電図※	眼底検査※
		数 割合	数 割合	数 割合	数 割合	数 割合	数 割合	数 割合	数 割合	数 割合	数 割合		数 割合	数 割合	数 割合	数 割合
全国																
都道府県																
H18年度																
H17年度																
H16年度																
H15年度																

総数

	受診者数	摂取エネルギーの過剰				血管を傷つける						メタボリックシンドローム以外の動脈硬化要因	臓器障害 (※は詳細検査)			
		腹囲*	中性脂肪	ALT(GPT)	HDLコレステロール	血糖	HbA1c	(尿酸)	収縮期血圧	拡張期血圧	LDLコレステロール		尿蛋白	(クレアチニン)	心電図※	眼底検査※
		数 割合	数 割合	数 割合	数 割合	数 割合	数 割合	数 割合	数 割合	数 割合	数 割合		数 割合	数 割合	数 割合	数 割合
全国																
都道府県																
H18年度																
H17年度																
H16年度																
H15年度																

* 注)腹囲がない場合はBMI≥25

様式6-4

様式6-5 健診有所見者状況(男女別・年代別)

60歳代

男性	受診者数	摂取エネルギーの過剰				血管を傷つける								メタボリックシンドローム以外の動脈硬化要因	臓器障害 (※は詳細検査)												
		腹囲*		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		尿蛋白	(クレアチニン)	心電図※		眼底検査※	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
全国																											
都道府県																											
H18年度																											
H17年度																											
H16年度																											
H15年度																											

女性	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける								メタボリックシンドローム以外の動脈硬化要因	臓器障害 (※は詳細検査)									
		腹囲*		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール	尿蛋白	(クレアチニン)		心電図※		眼底検査※		
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	
全国																												
都道府県																												
H18年度																												
H17年度																												
H16年度																												
H15年度																												

総数	受診者数	摂取エネルギーの過剰				血管を傷つける								メタボリックシンドローム以外の動脈硬化要因	臓器障害 (※は詳細検査)												
		腹囲*		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール	尿蛋白	(クレアチニン)		心電図※		眼底検査※	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
全国																											
都道府県																											
H18年度																											
H17年度																											
H16年度																											
H15年度																											

* 注)腹囲がない場合はBMI $\geq$ 25

様式6-5

様式6-6 健診有所見者状況(男女別・年代別)

70歳代(70-74歳)

男性		受診者数	摂取エネルギーの過剰				血管を傷つける								メタボリックシンドローム以外の動脈硬化要因	臓器障害 (※は詳細検査)			
			腹囲*	中性脂肪	ALT(GPT)	HDLコレステロール	血糖	HbA1c	(尿酸)	収縮期血圧	拡張期血圧	LDLコレステロール	尿蛋白	(クレアチニン)	心電図※	眼底検査※			
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	
全国																			
都道府県																			
H18年度																			
H17年度																			
H16年度																			
H15年度																			

女性	受診者数	摂取エネルギーの過剰				血管を傷つける								メタボリックシンドローム以外の動脈硬化要因	臓器障害 (※は詳細検査)												
		腹囲*		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール	尿蛋白	(クレアチニン)		心電図※		眼底検査※	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
全国																											
都道府県																											
H18年度																											
H17年度																											
H16年度																											
H15年度																											

総数		受診者数	摂取エネルギーの過剰				血管を傷つける								メタボリックシンドローム以外の動脈硬化要因	臓器障害 (※は詳細検査)												
腹囲＊			中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		〈尿酸〉		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		尿蛋白		(クレアチニン)		心電図※		眼底検査※	
数	割合		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合			数	割合	数	割合	数	割合
全国																												
都道府県																												
H18年度																												
H17年度																												
H16年度																												
H15年度																												

* 注)腹囲がない場合はBMI $\geq$ 25

様式6-6

様式6-7 健診有所見者状況(男女別・年代別)

(再)65-74歳

女性	受診者数	摂取エネルギーの過剰				血管を傷つける								メタボリック シンドローム 以外の動脈硬化要因	臓器障害 (※は詳細検査)						
		腹囲*		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)	収縮期血圧	拡張期血圧	LDLコレステロール	尿蛋白	(クレアチニン)	心電図※	眼底検査※
		数 割合		数 割合		数 割合		数 割合		数 割合		数 割合		数 割合	数 割合	数 割合	数 割合		数 割合	数 割合	数 割合
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合		数	割合	数
全国																					
都道府県																					
H18年度																					
H17年度																					
H16年度																					
H15年度																					

女性	受診者数	摂取エネルギーの過剰				血管を傷つける								メタボリック シンドローム 以外の動脈硬化要因	臓器障害 (※は詳細検査)						
		腹囲*		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)	収縮期血圧	拡張期血圧	LDLコレステロール	尿蛋白	(クレアチニン)	心電図※	眼底検査※
		数 割合		数 割合		数 割合		数 割合		数 割合		数 割合		数 割合	数 割合	数 割合	数 割合		数 割合	数 割合	数 割合
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合		数	割合	数
全国																					
都道府県																					
H18年度																					
H17年度																					
H16年度																					
H15年度																					

総数	受診者数	摂取エネルギーの過剰				血管を傷つける								メタボリック シンドローム 以外の動脈硬化要因	臓器障害 (※は詳細検査)						
		腹囲*		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)	収縮期血圧	拡張期血圧	LDLコレステロール	尿蛋白	(クレアチニン)	心電図※	眼底検査※
		数 割合		数 割合		数 割合		数 割合		数 割合		数 割合		数 割合	数 割合	数 割合	数 割合		数 割合	数 割合	数 割合
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合		数	割合	数
全国																					
都道府県																					
H18年度																					
H17年度																					
H16年度																					
H15年度																					

* 注)腹囲がない場合はBMI≥25

様式6-7

様式6-8 メタボリックシンドローム該当者・予備群(40-74歳)

男性		総数		40歳代		50歳代		60歳代		70-74歳		(再)65-74歳	
		人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②
被保険者数(40-74歳)													
健診受診者数(受診率%)													
腹囲85cm以上の者													
(再) 有所見 の重複 状況	高血糖 高血圧 高脂血												
	腹囲のみ												
	予備群												
	該当者												
	メタボ予備群												
	メタボ該当者												

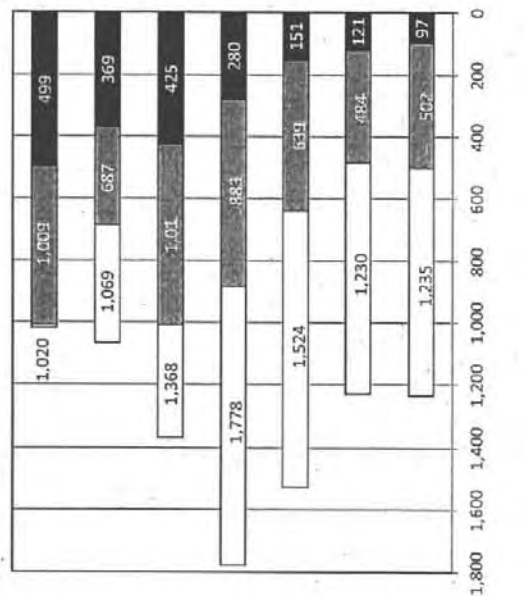
女性		総数		40歳代		50歳代		60歳代		70-74歳		(再)65-74歳	
		人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②
被保険者数(40-74歳)													
健診受診者数(受診率%)													
腹囲90cm以上の者													
(再) 有所見 の重複 状況	高血糖 高血圧 高脂血												
	腹囲のみ												
	予備群												
	該当者												
	メタボ予備群												
	メタボ該当者												

注) 割合①の分母は健診受診者、割合②の分母は腹囲85cm以上または90cm以上

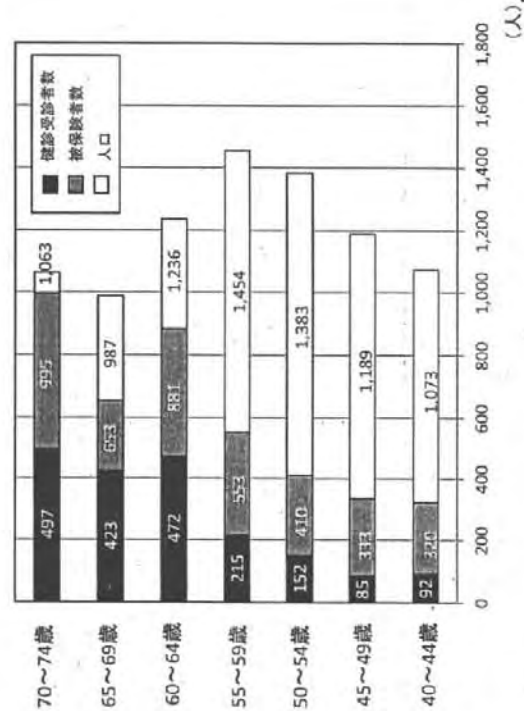
様式6-8

様式6-9 健診受診状況(被保険者数及び健診受診者のピラミッド)

〇〇市総人口のうちの被保険者数・健診受診者数(平成〇〇年度)



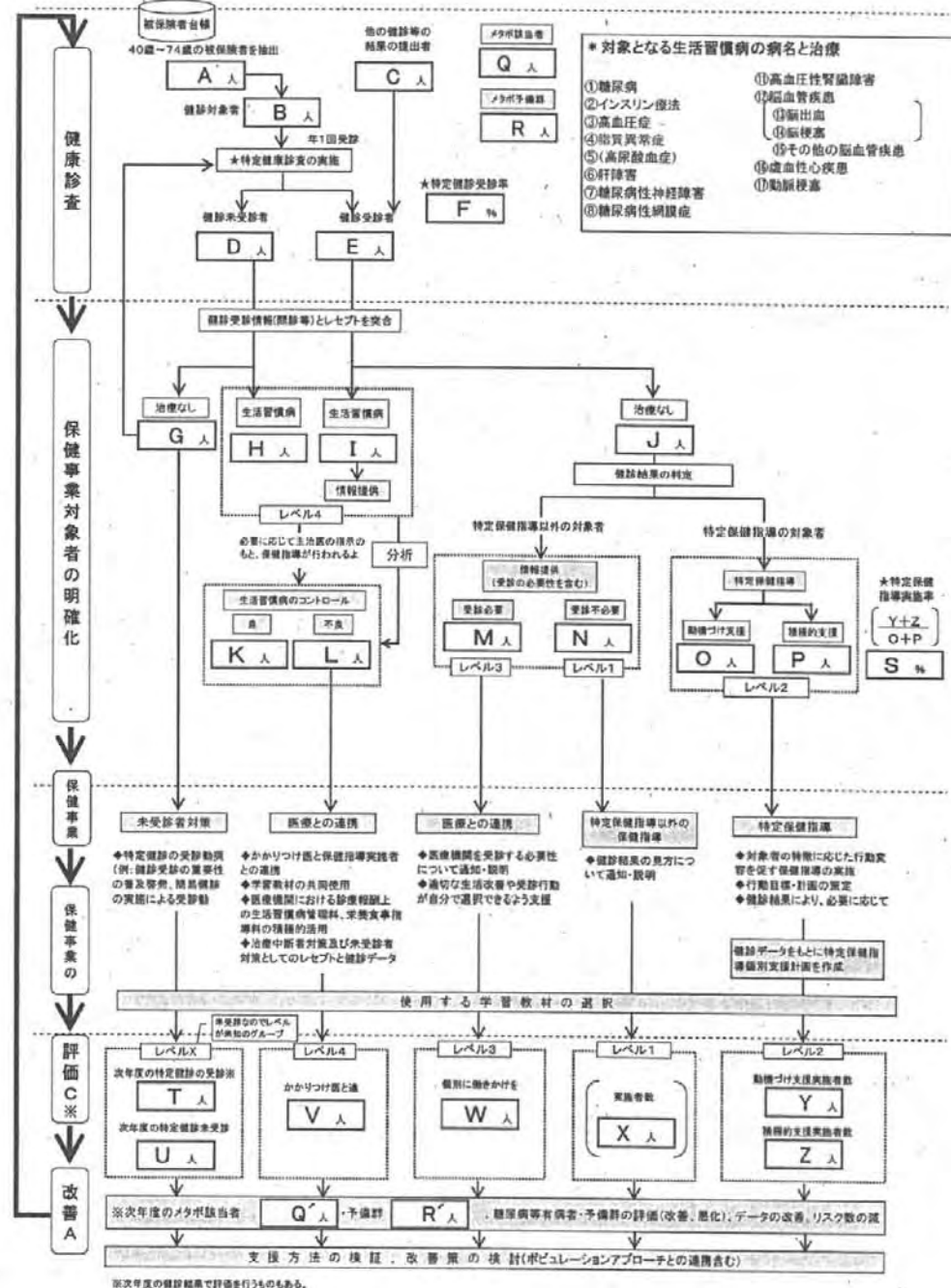
男性	40～74歳	健診受診者	1,942	37.2%
		被保険者数	5,214	



女性	40～74歳	健診受診者	1,936	46.7%
		被保険者数	4,145	

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導
健診から保健指導実施へのフローチャート

様式6-10



様式6-11 性・年齢階級別特定保健指導実施率又は結果把握率

様式6-11

前年度の保健指導及び結果把握率を把握して、当該年度の保健・指導指導計画を立てるよう。

※A～Zについては様式6-10参照

平成 年度		男性										女性									
		総数		40歳代		50歳代		60歳代		70～74歳		75～79歳		80歳代		85歳代		90歳代		95歳代	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
1	対象者数(人)																				
	対象者割合(%)																				
2	対象者数(人)																				
	対象者割合(%)																				
3	対象者数(人)																				
	対象者割合(%)																				
4	対象者数(人)																				
	対象者割合(%)																				
5	対象者数(人)																				
	対象者割合(%)																				
6	対象者数(人)																				
	対象者割合(%)																				
7	対象者数(人)																				
	対象者割合(%)																				
8	対象者数(人)																				
	対象者割合(%)																				
9	対象者数(人)																				
	対象者割合(%)																				
10	対象者数(人)																				
	対象者割合(%)																				
11	対象者数(人)																				
	対象者割合(%)																				
12	対象者数(人)																				
	対象者割合(%)																				
13	対象者数(人)																				
	対象者割合(%)																				
14	対象者数(人)																				
	対象者割合(%)																				
15	対象者数(人)																				
	対象者割合(%)																				
16	対象者数(人)																				
	対象者割合(%)																				
17	対象者数(人)																				
	対象者割合(%)																				
18	対象者数(人)																				
	対象者割合(%)																				
19	対象者数(人)																				
	対象者割合(%)																				
20	対象者数(人)																				
	対象者割合(%)																				
21	対象者数(人)																				
	対象者割合(%)																				
22	対象者数(人)																				
	対象者割合(%)																				

医療保険者における健診・保健指導の評価方法

〇〇歳

男性 ※性別、各年代(40～74歳まで5歳刻み)毎に作成

	今年度	昨年度	増減	備考
1 健診対象者数(40～74歳)				
2 健診受診者数(人)				
3 健診受診率(%)				$= 2 / 1 * 100$
4 評価対象者数(人)				
内臓脂肪症候群				
5 メタボリックシンドローム内臓脂肪症候群該当者数(人)				
6 メタボリックシンドローム内臓脂肪症候群該当者割合(%)				$= 5 / 4 * 100$
7 メタボリックシンドローム内臓脂肪症候群予備群者数(人)				
8 メタボリックシンドローム内臓脂肪症候群予備群者割合(%)				$= 7 / 4 * 100$
肥 満				
9 肥満者の数(人)				
10 肥満者の割合(%)				$= 9 / 4 * 100$
11 腹囲のみ基準値以上の者の数(人)				
12 腹囲のみ基準値以上の者の割合(%)				$= 11 / 4 * 100$
13 腹囲基準値以上かつBMI25以上の者の数(人)				
14 腹囲基準値以上かつBMI25以上の者の割合(%)				$= 13 / 4 * 100$
15 BMIのみ25以上の者の数(人)				
16 BMIのみ25以上の者の割合(%)				$= 15 / 4 * 100$
高血圧				
17 血圧を下げる薬服用者の数(人)				
18 血圧を下げる薬服用者の割合(%)				$= 17 / 4 * 100$
19 正常高値血圧の者の数(人)				
20 正常高値血圧の者の割合(%)				$= 19 / 4 * 100$
21 高血圧症有病者の数(人)				
22 高血圧症有病者の割合(%)				$= 21 / 4 * 100$

		今年度	昨年度	増減	備考
高脂血症					
23	コレステロールを下げる薬服用者の数(人)				
24	コレステロールを下げる薬服用者の割合(%)				= 23 / 4 * 100
25	高脂血症有病者の数(人)				
26	高脂血症有病者の割合(%)				= 25 / 4 * 100
27	中性脂肪 150mg/dl 以上の者の数(人)				
28	中性脂肪 150mg/dl 以上の者の割合(%)				= 27 / 4 * 100
29	HDL-コレステロール 40mg/dl 未満の者の数(人)				
30	HDL-コレステロール 40mg/dl 未満の者の割合(%)				= 29 / 4 * 100
31	LDL-コレステロール 140mg/dl 以上の者の数(人)				
32	LDL-コレステロール 140mg/dl 以上の者の割合(%)				= 31 / 4 * 100
糖尿病					
33	インスリン使用・血糖を下げる服用者の数(人)				
34	インスリン使用・血糖を下げる服用者の割合(%)				= 33 / 4 * 100
35	糖尿病予備群の数(人)				
36	糖尿病予備群の割合(%)				= 35 / 4 * 100
37	糖尿病有病者の数(人)				
38	糖尿病有病者の割合(%)				= 37 / 4 * 100
39	空腹時血糖の測定している者の数(人)				
40	空腹時血糖 110mg/dl 以上の者の数(人)				
41	空腹時血糖 110mg/dl 以上の者の割合(%)				= 40 / 39 * 100
42	空腹時血糖 126mg/dl 以上の者の数(人)				
43	空腹時血糖 126mg/dl 以上の者の割合(%)				= 42 / 39 * 100
44	HbA1c(NGSP)を測定している者の数(人)				
45	HbA1c(NGSP)5.65%以上の者の数(人)				
46	HbA1c(NGSP)5.65%以上の者の割合(%)				= 45 / 44 * 100
47	HbA1c(NGSP)6.54%以上の者の数(人)				
48	HbA1c(NGSP)6.54%以上の者の割合(%)				= 47 / 44 * 100

		今年度	昨年度	増減	備考
新規発症者数※1					
49	4のうち、昨年度も健診を受診し、評価対象者だった者の数(人)				
50	49のうち、昨年度メタボリックシンドローム内臓脂肪症候群該当者・予備群でなかった者の数(人)				
51	50のうち、今年度メタボリックシンドローム内臓脂肪症候群予備群の数(人)				
52	50のうち、今年度メタボリックシンドローム内臓脂肪症候群予備群の割合(%)				= 51 / 50 * 100
53	50のうち、今年度メタボリックシンドローム内臓脂肪症候群該当者の数(人)				
54	50のうち、今年度メタボリックシンドローム内臓脂肪症候群該当者の割合(%)				= 53 / 50 * 100
55	49のうち、昨年度メタボリックシンドローム内臓脂肪症候群予備群の数(人)				
56	55のうち、今年度メタボリックシンドローム内臓脂肪症候群該当者の数(人)				
57	55のうち、今年度メタボリックシンドローム内臓脂肪症候群該当者の割合(%)				= 56 / 55 * 100
58	49のうち、昨年度メタボリックシンドローム内臓脂肪症候群該当者でなかった者の数(人)				
59	内臓脂肪症候群該当者の発生率(%)				=(53+56)/58*100
内臓脂肪症候群該当者の減少率※2					
60	49のうち、昨年度メタボリックシンドローム内臓脂肪症候群該当者の数(人)				
61	60のうち、今年度メタボリックシンドローム内臓脂肪症候群予備群の数(人)				
62	60のうち、今年度メタボリックシンドローム内臓脂肪症候群予備群の割合(%)				= 61 / 60 * 100
63	60のうち、今年度メタボリックシンドローム内臓脂肪症候群該当者・予備群でなかった者の数(人)				
64	60のうち、今年度メタボリックシンドローム内臓脂肪症候群該当者・予備群でなかった者の割合(%)				= 63 / 60 * 100
65	メタボリックシンドローム内臓脂肪症候群該当者の減少率				=(61+63)/60*100
メタボリックシンドローム内臓脂肪症候群予備群の減少率					
66	55のうち、今年度メタボリックシンドローム内臓脂肪症候群該当者・予備群				

	でなかった者の数(人)				
67	55のうち、今年度メタボリックシンドローム内臓脂肪症候群該当者・予備群でなかった者の割合(%)				= 66 / 55 * 100
保健指導対象者の減少率					
68	49のうち、昨年度特定保健指導の対象者数(人)				
69	68のうち、今年度特定保健指導対象でなかった者の数(人)※3				
70	特定保健指導対象者の減少率(%)				= 69 / 68 * 100
71	49のうち、特定保健指導受診者の数(人)				
72	71のうち、今年度特定保健指導対象でなかった者の数(人)※3				
73	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(%)				= 72 / 71 * 100

※1 内臓脂肪症候群だけでなく、肥満、糖尿病、高血圧、高脂血症についても同様の評価を実施。

※2 動機づけ支援の受診者、積極的支援の受診者、すべての健診受診者ごとに、集計。

※3 検査結果の改善により、特定保健指導の対象から外れたのみをカウントする(服薬中の者となることにより、特定保健指導の対象から外れたものを除く)。

		今年度	昨年度	増減	備考
特定保健指導					
74	特定保健指導対象者数(積極的支援)(人)				
75	特定保健指導対象者の割合(積極的支援)(%)				= 74 / 4 * 100
76	服薬中のため積極的支援の対象者から除外した者の数(人)※4				
77	特定保健指導受診者数(積極的支援)(人)				
78	特定保健指導受診者の割合(積極的支援)(%)				= 77 / 74 * 100
79	特定保健指導終了者数(積極的支援)(人)				
80	特定保健指導終了者の割合(積極的支援)(%)				= 79 / 74 * 100
81	78のうち、健診時に腹囲が基準値以上だった者の数(人)※5				
82	78のうち、特定保健指導後腹囲が3cm以上減少した者の数(人)				
83	78のうち、特定保健指導後腹囲が3cm以上減少した者の割合(%)				= 82 / 81 * 100
84	特定保健指導対象者数(動機づけ支援)(人)				
85	特定保健指導対象者の割合(動機づけ支援)(%)				= 84 / 4 * 100
86	服薬中のため動機づけ支援の対象者から除外した者の数(人)※4				
87	特定保健指導受診者数(動機づけ支援)(人)				
88	特定保健指導受診者の割合(動機づけ支援)(%)				= 87 / 84 * 100
89	特定保健指導終了者数(動機づけ支援)(人)				
90	特定保健指導終了者の割合(動機づけ支援)(%)				= 89 / 84 * 100
91	85のうち、健診時に腹囲が基準値以上だった者の数(人)※5				
92	85のうち、特定保健指導後腹囲が3cm以上減少した者の数(人)				
93	85のうち、特定保健指導後腹囲が3cm以上減少した者の割合(%)				= 92 / 91 * 100
94	特定保健指導対象者数(小計)(人)				= 74 + 84

95	特定保健指導終了者数(小計)(人)				= 79 + 89
96	特定保健指導終了者の割合(小計)(%)				= 95 / 94 * 100
特定保健指導以外の保健事業※6					
97	2のうち、医療機関受診の必要があると考えられる者の数(人)				
98	97のうち、個別に働きかけを行った者の数(人)				
99	2のうち、医療機関受診の必要がないと考えられる者の数(人)				
100	99のうち、何らかの保健指導を行った者の数(人)				
101	生活習慣病のコントロールが良好であると考えられる者の数(人)				
102	生活習慣病のコントロールが不良であると考えられる者の数(人)				
103	102のうち、かかりつけ医と連携して対応した者の数(人)				
104	健診未受診者の数(人)				= 1 - 2
105	104のうち、医療機関を受診していない者の数(人)				
106	105のうち、次年度、特定健診を受診した者の数(人)				

※4 ステップ3までは、特定保健指導の対象であったが、服薬中のために、対象者から除外された者の数

※5 特定保健指導終了時に腹囲を計測した者のみを抽出。

※6 様式6-10参照

～ 都道府県における分析例 1 ～

糖尿病等有病者・予備群の動向(人数)

例:今年度と前年度のHbA1cのデータを用いて、改善、現状維持、悪化の人数を評価。

HbA1c(NGSP)		今年度健診情報					
前年度健診情報	～5.6	～5.6	5.6～6.5	6.5～	未受診者数	対象外	合計
	5.6～6.5						
	6.5～						
	未受診者数						
	対象外 ※						
合計							

※ 前年度受診していても今年度異動した場合や前年度は別の医療保険者で今年度異動で対象となった場合

→同様に血圧、脂質等の健診結果で動向を分析する(様式を同様に作成)

→同様に保健指導対象者についても動向を分析する(様式を同様に作成)

糖尿病等患者の動向(人数等)

例:今年度と前年度の糖尿病関連のレセプトデータを用いて、改善、現状維持、悪化の人数(レセプト枚数、レセプト点数など)を評価。

糖尿病		今年度レセプト情報					
前年度レセプト情報	外來のみ	外來のみ	入院のみ	外來・入院	なし	対象外	合計
	外來レセプトのみ						
	入院レセプトのみ						
	外來・入院レセプト両方						
	なし						
対象外							
合計							

※ レセプト枚数又は患者数に着目する場合
レセプト点数に着目する場合
レセプト診療日数に着目する場合 に分けて解析。

→同様に、高血圧症、脂質異常症、虚血性心疾患、脳卒中等について作成

→同様に、メタボリックシンドローム該当者・予備群についても作成

～ 都道府県における分析例 2 ～

メタボリックシンドロームはリスク相互の関連が大きく、年を経るうちにリスク数が増えてくる。一つひとつの要因の増加を見るだけではなく、各個人への要因の集積度がどのように変化していくかも健診・保健指導の成果として重要と考える。そこで、腹囲、血糖、HbA1c、血圧、脂質等について、基準値を超えたもののリスク数について、これらの年度毎の推移を分析する。

腹囲、血糖、HbA1c、血圧、脂質などのリスク数		今年度健診情報					
前年度健診情報	～1	2～3	4～	データ欠損あり	未受診者数	対象外	合計
	～1						
	2～3						
	4～						
	データ欠損あり						
未受診者数							
対象外							
合計							

レセプト病名で抽出された生活習慣病者の前年度の健診情報で、腹囲、血糖、HbA1c、血圧、脂質等の基準値を超えたもののリスク数との関係を分析する。

腹囲、血糖、HbA1c、血圧、脂質などのリスク数		今年度レセプト情報							
前年度健診情報	～1	糖尿病	高血圧	脂質異常症	虚血性心疾患	脳卒中	左記のいずれもなし	対象外	重複を除外した数
	～1								
	2～3								
	4～								
	データ欠損あり								
未受診者数									
対象外									
合計									

メタボリックシンドロームの定義と診断基準

メタボリックシンドローム診断基準検討委員会

序

メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を個人に合併する心血管病発症状態である。高コレステロール血症に対する対策がほぼ確立された現在、心血管病の重要な予防ターゲットとなっていることに加え、ライフスタイルが関与する多くの病態を含むことから、多数の分野から注目されている。海外ではNational Cholesterol Education Program (NCEP) のAdult Treatment Panel III (ATP III) による基準、World Health Organization (WHO) の基準など複数の診断基準が発表されており若干混乱が生じていたがNCEPとInternational Diabetes Federation (IDF) の両コミティーのコンセンサスカンファレンスが開かれ統一見解が間もなく出される予定である。わが国としてはグローバルな見解を視野に入れながら、病態を正しく認識し、日本人に即した診断基準を作成することが日本人の心血管病の予防医学上重要であるばかりでなく、世界に向けたエビデンスに基づいた発信にもなる。このような経緯を基盤として、メタボリックシンドローム診断基準検討委員会が立ち上げられた。メタボリックシンドロームという名称はすでに一般的であり、誤解をさけるため、メタボリック症候群や代謝異常症候群、代謝症候群という表記は本診断基準では用いない。いわゆるマルチプルリスクファクター症候群であるが、偶然にリスクが集まったのではなく、またそれらも代謝異常のみを基盤としているわけではない。上流に共通の発症基盤をもつ一つの疾

病単位として捉えているのである。

診断基準設定の背景

WHOは2002年のWorld Health Reportにおいて新たなグローバルな健康政策として心血管病予防対策を重視する宣言を行った¹⁾。これまでWHOが重点を置いてきた平均寿命の短い発展途上国に対する栄養補給や感染対策を続けるものの、先進国はもちろんのこと、平均寿命が比較的長いアジア、とくに中国などで、過栄養と運動不足を背景に増加の一途をたどっている心血管病をターゲットにした健康政策を行うことが世界の人々の寿命をさらに延ばすことになると判断したのであった。わが国の厚生労働省の発表の死因統計でも脳血管障害、心血管病が全死亡の約30%を占め病と匹敵するものである。しかも働き盛りに突然発症することが多く、社会的にも極めて損失が大きいうえに、死亡から免れたとしても、多数が後遺症で苦しむケースが多いことから痛よりも深刻であるともいえる。

動脈硬化性心血管病の予防対策を強化するために従来最も大きなリスクファクターとして取り上げられてきたのは高コレステロール血症であることは周知の事実である。血清コレステロール高値、高low density lipoprotein (LDL) コレステロール血症が動脈硬化の強いリスクファクターになることは、世界的なコンセンサスであり、LDL、酸化LDLをめぐる動脈硬化の成因は、分子レベルで解明され、さらに治療もHMGCoA還元酵素阻害薬(スタチン)の開発によって確立されてきた。しかし、動脈硬化性疾患の発症は必ずしも高コレステロール血症で全てが決め

られているのではないことは多くの実地医家も経験してきたことである。そこで、beyond cholesterolの概念で1980年代の後半から注目されてきたのは、一個人に複数のリスクが集積した状態、つまりマルチプルリスクファクター症候群という病態である。わが国で1995年から3年間かけて動脈硬化性疾患発症要因について勤労者を対象にした労働省(現厚生労働省)の研究が行われたが²⁾、これで明らかになったことは確かに高コレステロール血症もリスクになっているが、それよりも高トリグリセリド血症、耐糖能異常、高血圧、肥満のうち3個以上合併した場合の危険率がコントロールの30倍以上にも達するという事実であった。つまりわが国においても一個人に多くのリスクが集積する病態、マルチプルリスクファクター症候群が動脈硬化性疾患の背景として大きな位置を占めることが確認されたのである。なお、これを受けて厚生労働省と日本医師会は労災二次給付事業として、この様なマルチプルリスクファクター症候群を心血管疾患の重点的予防対策対象にし「死の四重奏」という病名で心血管病の二次検診や健康指導、食事指導、運動指導に給付が受けられる制度を2001年からスタートしている³⁾。このようなマルチプルリスクファクター症候群の重要性は、コレステロール重視の傾向が強い欧米でも1980年代終り頃から認識されてきたが、急速に世界の関心が拡大したのはWHO、National Cholesterol Education Program (NCEP) などがメタボリックシンドロームという疾患名で診断基準を発表してからであろう^{4,5)}。

まず1980年代の後半には、beyond cholesterolの概念で、スタンフォード大学のReavenによってシンドロームX⁶⁾、テキサス大学のKaplanによって死の四重奏⁷⁾という心血管疾患に対するハイリスクな病態が症候群として提唱された。これらは耐糖能異常、高トリグリセリド血症、高血圧が一個人に集積する病態で、それまで重要視されていた高コレステロール血症という単独

のリスクファクターを持った病態とは全く違ったコンセプトで取り上げられた。死の四重奏では上半身肥満を4つの主要症候の一つに取り上げ内臓脂肪の重要性を示したが、その後テキサス大学のDeFronzoが同様の病態をインスリン抵抗性症候群と名付けたこともあって、これらのリスクの集積や動脈硬化の発症要因としてインスリン抵抗性の役割が大きく取り上げられた⁸⁾。しかし必ずしもインスリン抵抗性が何故起こっているのか、インスリン抵抗性によるマルチプルリスクや動脈硬化の発症メカニズムは何なのかについて明確な説明は出来ていなかった。一方肥満における病態の研究から、肥満の程度よりも、脂肪蓄積の部位が多様な病態の発症を規定するということが明らかになり、腹腔内臓脂肪の蓄積が糖尿病、高脂血症、高血圧さらには動脈硬化性疾患の発症基盤として重要な意味を持つことが明らかにされてきた。脂肪分布と病態の関係を最初に提唱したのがマルセイユ大学のVagueで、彼は大腿部より上腕に脂肪が蓄積したタイプを男性型(android type)肥満と称しその逆の女性型(gynoid type)に比べて糖尿病の発症頻度の高いハイリスク肥満であることを既に1947年に発表している⁹⁾。このandroid obesityの概念は今日の内臓脂肪型肥満とは異なるものの脂肪分布が病態に関連することを最初に提唱したことは画期的であった。その後1980年代にはウエスト/ヒップ比を指標に上半身肥満を提唱したKissebahや中心性肥満という概念を示したBjörntorpらが、内臓脂肪を想定したハイリスク肥満の重要性を示した^{10,11)}。わが国の大阪大学松澤らが提唱した内臓脂肪症候群は、CTスキャンによる脂肪組織分析法で判定した腹腔内の内臓脂肪過剰蓄積をキーファクターとしてその下流に糖尿病、高脂血症、高血圧を引き起こし、最終的に動脈硬化を発症しやすい病態を指す。この症候群は原則的にはシンドロームXや死の四重奏に相当する症候群であるが、その中のインスリン抵抗性は糖尿病の基盤になるとしてもキ

プレイヤーとなっているのはむしろその上流に存在する内臓脂肪の蓄積であることを強調したものである¹²⁻¹³⁾。

このように内臓脂肪蓄積を上流因子とするマルチプルリスクファクター症候群の概念はNCEPのメタボリックシンドロームの考え方に取り入れられ、またインスリン抵抗性を上流因子とするインスリン抵抗性症候群の概念は、WHOの概念の基盤となっており、お互いが共通する概念であることは認めながら必ずしもその本態についてのコンセンサスが得られないまま経過してきたのである。現在この二つのコミティーメンバーが参加して診断基準のすり合わせを行っており間もなく発表になる予定である。

このような背景を基にわが国でも、そのメタボリックシンドロームの基本原則についてはグローバルの考え方と協調しながら、基準値については、日本人のエビデンスに基づいた診断基準を設定する必要性に迫られてきた。そこで、2004年より、日本動脈硬化学会、日本糖尿病学会、日本高血圧学会、日本肥満学会、日本循環器学会、日本腎臓病学会、日本血栓止血学会そして日本内科学会が合同でメタボリックシンドローム診断基準検討委員会を構成し、委員会を重ねて今回の診断基準の設定に至ったものである。

なお、本症候群が、動脈硬化性疾患の発症要因として、飽食と運動不足の現代社会のなかで急速に大きな位置を占めつつある過栄養を基盤としたマルチプルリスクファクター症候群であるという定義と診断基準の基本概念は世界的に共通のものである。それぞれのコンポーネントの基準値についてはわが国独自のエビデンスを基にして決めていくものである。それらは現時点のコンセンサスであって、今後新しいエビデンスが出てくれば随時改正していくことも考えている。

診断基準

メタボリックシンドロームを疾患概念として確立する目的は、飽食と運動不足によって生じる過栄養を基盤に益々増加してきた心血管病に対して効率的な予防対策を確立することである。従ってメタボリックシンドロームの第1の臨床的帰結 (Clinical Outcome) は心血管病であり、診断は心血管病予防のためにおこなう。このことはNCEP基準、WHO基準にも述べられている。ただしメタボリックシンドロームを呈する多くの人はインスリン抵抗性をもち、2型糖尿病の発症リスクも高い¹⁴⁾。このようにして発症した糖尿病は特に心血管疾患の基盤としての認識が必要である。

NCEPの診断基準では、腹部脂肪蓄積(ウエスト径増大であらわされる)が第1の診断項目としてあげられ、メタボリックシンドロームの成立に最も関与度が高いことを反映している。明確なインスリン抵抗性の存在は診断には必要としないがNCEP基準をみたす人々の多くはインスリン抵抗性を有していると考えられる。一方WHO基準はインスリン抵抗性を必須項目とし、2型糖尿病、空腹時血糖異常、耐糖能異常または高インスリン正常血糖クランプで対照の4分の1未満の糖取り込みをしめすもののいずれかを有するとしている。WHO基準が不便な点は、メタボリックシンドロームを診断するためには日常臨床検査のレベルを超えた検査が必要となることである。

内臓脂肪蓄積はしばしばインスリン抵抗性を伴い、両者は併存する場合が多い。いずれが上流に存在するかについては、検討がなされ、現在、本シンドロームで見られるのは内臓脂肪蓄積によって生じるインスリン抵抗性状態であると考えてことで意見の一致を見ている。原発性のインスリン抵抗性症候群であるインスリン受容体異常症、脂肪萎縮性糖尿病や、その他の内臓脂肪蓄積を伴わないインスリン抵抗性症候群

が、メタボリックシンドロームの各病態を併せ持つか、または心血管病を多発するかについては、症例も稀であることもあり、エビデンスに乏しく、メタボリックシンドロームの範疇には入れていない。

今回、過栄養と運動不足を背景に増加してきた心血管病の予防医学のために確立された疾患概念であることを考えると、糖代謝異常、脂質代謝異常、高血圧の上流に位置し、またそれ自体が心血管病のリスクでもあるという成因論的検討に加え、予防医学上、多くの人が用いることができ、また疫学調査にも利用しうるような基準作成について検討がなされ、診断基準検討委員会は、メタボリックシンドロームを内臓脂肪蓄積(ウエスト周囲径の増大で示される)+2つ以上のco-morbidityと定義することで合意が得られた(表1)。

病態と基準値

メタボリックシンドロームの病態として下記があげられている。

- 1) 内臓脂肪(腹腔内脂肪)蓄積
- 2) インスリン抵抗性±耐糖能異常
- 3) 動脈硬化惹起性リポ蛋白異常
- 4) 血圧高値
- 5) その他の病態

1) 内臓脂肪(腹腔内脂肪)蓄積

内臓脂肪蓄積はメタボリックシンドロームにおいて主要な役割を担っており、本診断基準では必須項目となっている。内臓脂肪蓄積は高血圧、高トリグリセライド血症、低HDLコレステロール血症、高血糖を生じそれぞれが心血管疾患のリスク上昇に繋がる。またリスクファクターの悪化や直接心血管疾患に繋がる様々な生理活性物質、アディポサイトカインの分泌異常をきたすことにより心血管病のハイリスク状態となる¹⁵⁻¹⁷⁾。これには遊離脂肪酸、PAI (Plasmino-

表1. メタボリックシンドロームの診断基準

内臓脂肪(腹腔内脂肪)蓄積	
ウエスト周囲径	男性 ≥ 85 cm 女性 ≥ 90 cm (内臓脂肪面積 男女とも ≥ 100 cm ² に相当)
上記に加え以下のうち2項目以上	
高トリグリセライド血症 かつ/または 低HDLコレステロール血症	≥ 150 mg/dl かつ/または < 40 mg/dl 男女とも
収縮期血圧 かつ/または 拡張期血圧	≥ 130 mmHg かつ/または ≥ 85 mmHg
空腹時血糖	≥ 110 mg/dl

* CTスキャンなどで内臓脂肪測定を行うことが望ましい。
* ウエスト径は立位、軽呼吸時、臍レベルで測定する。脂肪蓄積が確認でき、腰が下方に偏位している場合は肋骨下縁と前上腸骨棘の中間の高さで測定する。
* メタボリックシンドロームと診断された場合、糖負荷試験が勧められるが診断には必須ではない。
* 高TG血症、低HDL-C血症、高血圧、糖尿病に対する薬物治療をうけている場合は、それぞれの項目に含める。
* 糖尿病、高コレステロール血症の存在はメタボリックシンドロームの診断から除外されない。

gen Activator Inhibitor)-1、アディポネクチンや種々のサイトカインなどが含まれる。腹腔内脂肪に由来する遊離脂肪酸は門脈を介し肝臓へと流入し、リポ蛋白合成を盛んにする。遊離脂肪酸の増加は筋肉や肝臓の脂肪蓄積を招きインスリン抵抗性を増大させる。高C-Reactive Protein (CRP)血症はサイトカイン過剰状態、易炎症性状態を示している可能性がある。高PAI-1血症は易血栓性状態をもたらす。一方で低アディポネクチン血症は心血管疾患の増加と関連している。

内臓脂肪蓄積はメタボリックシンドロームの各コンポーネントと深い関わりがあり¹⁸⁾、腹腔内脂肪量が増加すると男女とも同様に過栄養による健康障害数が増加する(図1)ことが国内外の臨床研究によって実証されている。わが国では肥満診断基準に示されているごとく、臍高

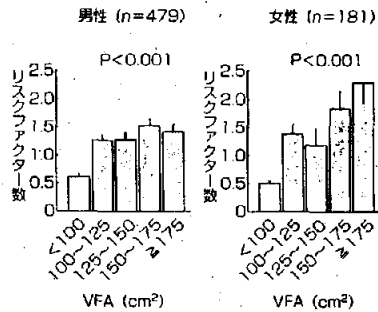


図1. 内臓脂肪面積とリスクファクター保有数の関係
内臓脂肪面積 (VFA) と今回の診断基準によるリスクファクター数. Kruskal-Wallis検定 (Mean±SE) (投稿準備中)

レベル腹部CTスキャンによって判定した腹腔内脂肪面積 100cm²以上が男女共通した内臓脂肪蓄積のカットオフ値である¹⁹⁾。それに対応するウエスト周囲径が、男性 559 名、女性 196 名において検討され、男性 85cm、女性 90cmと設定された (図2)。この基準値は日本肥満学会が設定した内臓脂肪型肥満の一次スクリーニングのウエスト周囲径と一致するものである。本委員会ではメタボリックシンドロームの診断基準を一般臨床や健康診断の場で用いることが可能なように、現時点では内臓脂肪蓄積の指標として、ウエスト周囲径を基準として用いることとしたが、メタボリックシンドロームを診断する過程では可能な限りCTスキャンなどによる腹腔内脂肪量測定を行うことが望ましいと思われる。将来的に検診など多数例を対象に用いることが可能なように、腹部インピーダンスを用いた内臓脂肪量測定装置も開発がすすめられている²⁰⁾。ウエスト径は立位、軽時気時、調レベルで測定する。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中点の高さで測定する。NCEP基準では、ウエスト周囲径、男性 102 cm、女性 88cmをカットオフ値としているが、す

でに世界的な基準を定める上では民族性、特に東および南アジアにおいては地域にあったカットオフが必要であることが述べられている^{21,22)}。さらにこの基準値はBody Mass Index (BMI) 30に相当するウエスト平均値、男性 40 inch、女性 35 inchであり、健康障害、心血管疾患予防の観点からは医学的根拠が充分とはいえない。NCEP基準ではメタボリックシンドロームの頻度に男女差がほとんど見られず、男女差がある心血管疾患の予防のために対象を絞り込む基準として男女それぞれの平均値を用いることは妥当とはいえないのではないかと議論がなされた。WHO基準ではウエスト/ヒップ比が用いられているが、ウエスト周囲径はこれを簡便化したものであり、最近の疫学研究でも健康障害や心血管疾患の指標としてより有用であることが示されてきている²³⁻²⁵⁾。ヒップ径測定を必要としないことは、一般臨床や健康診断の場でより用いやすいと考えられる。WHO基準ではBMIが診断基準の一部に含まれており、NCEP基準はウエスト周囲径のみでBMIは含まれていない。本委員会でもBMIを基準に含めるか否かで議論が行われたが、心血管疾患予防の観点からBMI 25未満でもウエスト径増大のみみられる例がありマルチプルリスクを伴うこと、またウエスト径測定を一般臨床や健康診断の場に普及するためにも、BMIは基準に含めないこととなった。できる限り簡便かつ病態を反映しており、保健指導に用いることによって、過栄養により生じる複数の病態を効率良く予防し、ひいては心血管疾患予防に繋げることが、今回の診断基準設定の大きな目標である。

2) インスリン抵抗性

インスリン抵抗性はメタボリックシンドロームの多くの症例にみられ主要コンポーネントと考えられる。他のリスクと相関性をもつ上、単独でも動脈硬化性疾患のリスクとされており、インスリン抵抗性をメタボリックシンドローム

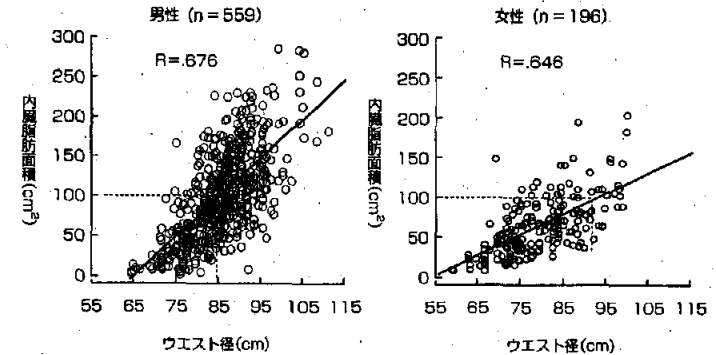


図2. 内臓脂肪面積とウエスト径の関係

の上流因子として本症候群をインスリン抵抗性症候群と捉える考え方が存在する。しかしインスリン抵抗性と心血管疾患を結ぶ分子メカニズムは未だ明らかでなく、インスリン作用不全と反応性高インスリン血症のいずれが心血管疾患の成立に重要な因子かは明らかではない。さらに大きな問題点は簡便にインスリン抵抗性を診断する指標がないことである。

血糖値に関する診断基準として、WHO基準では経口糖負荷試験による耐糖能異常を含んでいる。NCEP基準は臨床上の煩雑さを考慮し、空腹時血糖値のみを基準に加えている。日本糖尿病学会は早期空腹時血糖 110mg/dl未満かつ 75gOGTTで 2 時間値 140mg/dl未満を正常型としている^{26,27)}。また糖負荷後 2 時間血糖値が動脈硬化性疾患のリスクとなることが報告されている^{28,29)}。したがって空腹時血糖値に加え糖負荷後 2 時間血糖値も基準に加えることが提案された。しかし初期の目的である健康診断などの大きな集団でメタボリックシンドロームの診断が可能とするために、本診断基準では空腹時血糖値のみを診断基準に加えた。委員会は本診断基準においてメタボリックシンドロームと診断された場合は、空腹時血糖値が正常域であっても臨床

医の判断によって糖負荷試験を追加し耐糖能異常の有無を判定することを薦めている。耐糖能異常はインスリン分泌が低下する糖尿病への移行期、あるいは糖尿病の治療過程でもおこりうる状態であって、そのみでインスリン抵抗性を示すものではない。しかし負荷後 2 時間血糖値の心血管疾患予測値も考慮し利点があると考えられる。さらに空腹時血糖のみでは見過ごされていた糖尿病が診断される可能性がある。

NCEP、WHO基準と同様、本診断基準においても糖尿病の存在はメタボリックシンドロームの診断から除外されない。糖尿病の中で、ウエスト径増大 (内臓脂肪蓄積) に加え、血圧高値、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常の一つ以上を伴う場合、メタボリックシンドロームと診断される。このようなタイプは心血管疾患のリスクが著しく高いと考えられる³⁰⁾。わが国の Japan Diabetes Complication Study (JDCS) においても高血圧や高脂血症の合併が心血管疾患のリスクを上昇させていることが明らかにされており、リスクの総合的評価の重要性が確認されている。糖尿病における心血管疾患の予防対策は未だ十分に確立されていないが³¹⁾、メタボリックシンドロームの病態を呈する糖尿病では、血糖値を適切に

コントロールしてガイドラインに示されたヘモグロビンA_{1c}レベルを保つこと²⁰⁾に加え、ウエスト径を指標としてライフスタイル改善を指導し、高血圧、リポ蛋白異常を総合的に管理することによって心血管疾患を予防しうる可能性がある。

本診断基準はインスリン抵抗性それ自体がメタボリックシンドロームの成因において意義のある役割を担っていないというのではない。インスリン抵抗性とは血中インスリン濃度に見合ったインスリン作用が得られない状態をさし、血糖恒常性に対するインスリン抵抗性の基準として用いられている方法はグルコスクランプ法である。日本糖尿病学会の糖尿病治療ガイドでは、簡便なインスリン抵抗性指標の一つとして早朝空腹時の血中インスリン値と血糖値から計算されるHOMA-Rをあげている²⁰⁾。空腹時血糖値が140mg/dl以下の場合、他の方法で求めたインスリン抵抗性の値と良く相関する。

3) 動脈硬化惹起性リポ蛋白異常

動脈硬化惹起性リポ蛋白異常は日常臨床検査では高トリグリセリド血症、低HDLコレステロール血症を示す。高トリグリセリド血症、低HDLコレステロール血症はともに複数の成因からなり、メタボリックシンドロームにみられる高トリグリセリド血症はレムナントリポ蛋白の増加、アポB増加、小粒子LDLなどを伴っているとされる。蓄積した腹腔内脂肪に由来する遊離脂肪酸の肝臓内流入増加や高インスリン血症による超低比重リポ蛋白 (Very Low Density Lipoprotein, VLDL) の合成増加、インスリン抵抗性によるリポ蛋白リパーゼ活性低下が成因として考えられている。トリグリセリドに富むリポ蛋白がリポ蛋白リパーゼにより異化を受け、その表面組成物からHDLが生成される。リポ蛋白リパーゼ活性低下がおこるとHDL生成減少がおこる。

メタボリックシンドロームに伴う高脂血症として日常診療ではIV型高脂血症以外に高コレス

テロール血症も伴うIIb型高脂血症も一般的である。高コレステロール血症の存在はメタボリックシンドロームの診断から除外されるものではない。しかし高コレステロール血症の動脈硬化性疾患予防の意義は確立されており、高コレステロール血症に高血圧や糖尿病など他のリスクを伴う場合についてはすでに日本動脈硬化学会から発表されている動脈硬化性疾患診療ガイドラインを参照されたい²⁰⁾。本診断基準では、日本動脈硬化学会による「動脈硬化性疾患の予防と治療の必要な対象を集団からスクリーニングするための血清脂質値」に従い、高トリグリセリド血症を150mg/dl以上、低HDLコレステロール血症を男女とも40mg/dl未満とした。

動脈硬化性疾患診療ガイドラインでは、血清トリグリセリド値150mg/dl以上において3.7倍の冠動脈疾患発症がみられたとする宇和島社会保険病院の前方き調査²¹⁾や、約1万人の日本人を15年間観察し随時採血の血清トリグリセリド値34mg/dl未満群に比し、116~167mg/dl群で冠動脈疾患のリスクが2倍、167mg/dlより高い群で2.86倍になるIsoらの報告²²⁾をあげているが、従来のガイドラインにならない150mg/dl以上とするが、引き続き検討課題とするとしている。低HDLコレステロール血症については、1997年の高脂血症診療ガイドライン^{23,24)}において、わが国においては大規模な調査は十分ではないとしながらも、HDLコレステロール値の75パーセント、すなわちHDLコレステロールが64.2mg/dl以上の人に比べて、56.1~63.8mg/dlで1.80、48.0~55.7mg/dlで1.61、48mg/dl未満で4.17と低HDLコレステロール血症では冠動脈疾患のリスクが高かったとする大阪成人病センターの北村らの長期にわたるprospectiveな成績²⁵⁾や、わが国の冠動脈疾患患者をretrospectiveに観察した報告においてもHDLコレステロールの平均値は低下しており、男性のHDLコレステロールの平均値は40mg/dl以下であると報告が紹介されている。高トリグリセリド血症、低HDL

コレステロール血症ともに複数の成因からなっており、単独の危険因子としての分析のみでなく、メタボリックシンドロームに伴う動脈硬化惹起性リポ蛋白異常としての解析が必要と思われる。

NCEP基準では、トリグリセリドについては男女差がないが、HDLコレステロールについては男女差をもたせ、女性については50mg/dlと男性より10mg/dl高く設定している。WHO基準でも男性35mg/dl未満、女性39mg/dl未満と男女差をつけている。しかし、これはあくまで平均値が女性では高いことが根拠となっており、冠動脈疾患との関連ではない。冠動脈疾患との関連で調査をしているFramingham studyでは女性でも40mg/dl未満で急に冠動脈疾患の頻度が増加しており、Lipid Research Clinics Prevalence Mortality Follow up Studyではさらに40mg/dlで境界が引けるように思われる。Framingham studyにおけるリスクスコアでもHDLコレステロールについては、男女関係なく40mg/dl未満に2点を与えている。残念ながら現時点ではわが国で動脈硬化性疾患を対象とした、男女のHDLコレステロールのリスクについての検討はなく、十分なエビデンスはないが、現時点では、男女差をつける根拠はないものと考ええる。

高トリグリセリド血症と低HDLコレステロール血症を1項目とするか2項目として扱うかについては、NCEP基準とWHO基準の大きく異なる点であり、本委員会でも議論がかわされた。基本的に、メタボリックシンドロームが内臓脂肪蓄積やそれに伴うインスリン抵抗性を基盤にして生じてくることを考えると、それに伴う脂質異常として、高頻度に見られるのが高トリグリセリド血症と低HDLコレステロール血症である。これは、リポ蛋白リパーゼ作用の不足に基づく脂質異常であることから共通基盤で起こっているものと考えられる。また糖尿病症例でHDLコレステロール値と血清トリグリセリド値との関連性をみた検討では血清トリグリセ

リド値が150mg/dlをこえると低HDLコレステロール血症を呈する患者の割合が急激に増加する。したがって、耐糖能異常を有する場合は、脂質異常の一方が起こっていても何らかの形で、他方にも影響を与えているものと考えられる。このような観点に立つと、この両者を独立して診断基準に加えることには問題があると思われる。むしろ、両者が揃う必要はないが、一方が認められた場合は、メタボリックシンドロームの可能性を考えて診療に当たるという意味で、この両者を1項目として扱うのが妥当であると考えられる。

メタボリックシンドロームには、レムナントやsmall dense LDLなどの動脈硬化惹起性リポ蛋白の出現が伴うことが知られている²⁶⁾。レムナントリポ蛋白 (レムナント粒子あるいは単にレムナントとも呼ばれる) はアポEに富むリポ蛋白であり、家族性III型高脂血症にみられるように動脈硬化惹起性リポ蛋白として知られている。小型で高比重のLDL (small dense LDL) は動脈壁内膜に侵入しやすく、また酸化されやすい性質からマクロファージに取り込まれやすく、これも動脈硬化性惹起性リポ蛋白の一つとして考えられている。このようなことから、レムナントリポ蛋白、small dense LDL、アポBの測定はメタボリックシンドロームにおける動脈硬化惹起性リポ蛋白異常を診断する一助となるが、よりの確かなマーカーについても今後検討する必要があるものと思われる。

4) 高血圧

高血圧症もまた複数の成因からなる病態である。血圧値は内臓脂肪蓄積やそれに伴うインスリン抵抗性と強く関連して高血圧自体が動脈硬化性疾患のリスクとなり、本委員会でも高血圧をメタボリックシンドロームの診断基準に含めた。日本高血圧学会の高血圧治療ガイドラインにおいては、120/80mmHg未満を至適血圧、120~129/80~84mmHgを正常血圧、130~139/

85~89mmHgを正常高値血圧、140/90mmHg以上を高血圧としている³⁰⁾。メタボリックシンドロームに関するWHO基準では140/90mmHg以上を用いているが、NCEP基準では130/85mmHg以上の正常高値血圧以上としている。本邦の端野・杜智町研究において、血圧値を140/90mmHg以上とした場合と130/85mmHg以上とした場合を比較すると、40歳以上の男性一般住民の808名における血圧高値の頻度は140/90mmHg以上は38%、130/85mmHg以上は59%であった。5年間の前向き疫学調査の結果では、ウエスト周囲径増大を必須基準とし、血圧基準に140/90mmHg以上を用いた場合、心イベントの発症率は非メタボリックシンドロームに比べて2.1倍、130/85mmHg以上を用いた場合は1.8倍高値であった。以上より、メタボリックシンドロームの血圧基準は、正常高値である130/85mmHg以上でも140/90mmHg以上と同様の危険因子となっており、130/85mmHg以上を用いるのが妥当とした。食塩感受性高血圧患者⁴⁰⁾ではインスリン抵抗性を伴ない、メタボリックシンドロームを呈することが多く⁴¹⁾、また食塩負荷にインスリン抵抗性が増強する⁴²⁾。

5) その他の病態

(1) 易炎症性状態と易血栓性状態

易炎症性状態と易血栓性状態は互に関連しており、メタボリックシンドロームにしばしばみられる。ともに心血管疾患発症のリスクと考えられている⁴³⁻⁴⁵⁾。臨床検査としては高感度CRPの上昇、血中PAI-1レベルの増加があげられる。複数のメカニズムがCRPやPAI-1の上昇に関与する。実験的にはインスリン、グルコース、VLDLトリグリセリドが血管内皮細胞におけるPAI-1産生を増加することが知られている。また脂肪組織に由来するTNF- α やIL-6などの炎症性サイトカインがCRP上昇に関与したり、脂肪組織から直接合成分泌されるPAI-1が易血栓性状態に関与する可能性もある。

(2) 微量アルブミン尿

微量アルブミン尿はメタボリックシンドロームにしばしば出現する徴候である。そのメカニズムは不明な点が多いが、現時点では肥満に伴う糸球体毛細管圧上昇によるリークのみでなく、全身の血管内皮細胞障害による血管浸透性の亢進により出現し、血管内皮細胞障害を反映すると考えられている。NCEP基準には含まれていないが、WHO基準に含まれている。治療介入によるリスク減少のエビデンスは充分でないが、心血管疾患の予測因子の一つとして注目されており、ハイリスク群を抽出するための意義があると考えられる⁴⁶⁾。糖尿病と診断された場合には腎障害の予知因子として重要である。ADA (American Diabetes Association) では朝尿あるいは随時尿を用いて30~300mg/g・Crを微量アルブミン尿と定義しており、日本糖尿病学会と日本腎臓学会の合同委員会でも同様の基準を推奨している⁴⁶⁾。

(3) 高尿酸血症

高尿酸血症もメタボリックシンドロームによく見られる検査値異常である。特に高トリグリセリド血症としばしば合併する。内臓脂肪蓄積時には尿酸合成が亢進しているという報告がある。肝臓における脂肪合成亢進時に消費されたNADPHを回復するためにペントースリン酸経路が活性化されプリン体生成が亢進することが想定されているが充分明らかではない。心血管疾患の予測因子の一つとしての報告が多数ある^{49,50)}ものの、直接的なリスクファクターとしてのエビデンスに乏しく、また高尿酸血症の治療介入によるリスク減少のエビデンスは充分でない。痛風や尿路結石症の成因として重要である高尿酸血症の管理については痛風の治療ガイドラインが日本痛風・核酸代謝学会からだされているので参照されたい⁵¹⁾。従って、高尿酸血症については、メタボリックシンドロームのリスクマーカーとして扱い、高尿酸血症を有する症例については、メタボリックシンドロームの診断

基準に則ってその有無を検討するべきである。

(4) アディポサイトカイン

脂肪細胞から分泌されるアディポサイトカインとして、PAI-1、アディポネクチン、TNF- α 、レプチン、レジスチンなどがあげられている。内臓脂肪蓄積や肥満により、これらアディポサイトカイン分泌異常がおこるので、「その他の病態」として区別されるものではないが、今後病態把握の手段として臨床検査として用いられる可能性がある。血漿PAI-1値の測定はアディポサイトカインとしてのみでなく、メタボリックシンドロームにおける易血栓性状態の評価として意味をもつ⁵²⁾。アディポネクチンは基礎研究、臨床研究成果から抗動脈硬化因子としての意義に将来性がある^{15,53-55)}。とくに、内臓脂肪蓄積に伴う低アディポネクチン血症が、糖尿病、高脂血症、高血圧に加えて心血管病にも直接関連することから、今後、メタボリックシンドロームの全てのコンポーネントを結ぶ臨床マーカーとなりうる可能性がある。

臨床的意義

メタボリックシンドロームの臨床的帰結は心血管病である。本来、心血管病のリスクの重なりは、リスクが単独で存在するより危険度が増すことは当然である。高コレステロール血症に他のリスクが合併する場合の危険度についてはすでに動脈硬化性疾患診療ガイドラインに述べられており、ガイドラインを参考に診療されることが望まれる。NCEP、WHO基準によるメタボリックシンドロームの心血管疾患死亡予測の意義についていくつかの報告がおこなわれている。

6,255人を平均13年間追跡した米国The Second National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES II) の調査研究ではウエスト周囲径のデーターがないためBMI 30以上を用いたNCEP基準を用いているが、メタボリックシ

ンドローム群はメタボリックシンドロームのない群に比べ、年齢、性別を補正した冠動脈疾患死亡のハザード比は2.02、心血管疾患死亡のハザード比は1.82、総死亡のハザード比も1.4と高値であった⁵⁶⁾。糖尿病症例を除いてもメタボリックシンドローム群は冠動脈疾患死亡のハザード比は1.65、心血管疾患死亡のハザード比は1.56と高かった。ウエスト径を測定し糖負荷試験を大規模におこなったSan Antonio Heart Study (SAHS) (2,815人、平均追跡期間12.7年)では、NCEP、WHOの両基準で調査され、NCEP基準のメタボリックシンドローム群では総死亡1.47、心血管疾患死亡2.53のハザード比が、WHO基準では総死亡1.27、心血管疾患死亡1.63のハザード比が得られており、両基準とも全体として心血管死亡の予知に有用であったが、簡便なNCEP基準の方がベースに糖尿病や心血管疾患の既往のない低リスク群においても有用な傾向にあったとしている⁵⁷⁾。フィンランド、スウェーデンにおけるBotnia Study⁵⁸⁾、フィンランドにおけるKuopio Ischemic Heart Study⁵⁹⁾では、WHO基準を用いメタボリックシンドロームの診断が心血管疾患発症予測に有用であるとしている。

わが国においても複合リスクの心血管疾患に対する危険性が示されている。厚生労働省作業関連疾患総合対策研究班の企業従事者12万人を対象にした調査では、3年間で冠動脈疾患を発症した94例について、企業での検診結果が10年前まで通り調べられた²⁾。発症群は性別、年齢、部署をあわせた非発症群に比べ、BMI、血圧、空腹時血糖値、血清コレステロール値、血清トリグリセリド値、血清尿酸値のいずれもが、正常よりやや高値の範囲であるが有意に高く、10年間持続していることが確認された。BMI 26.4以上の肥満、140/90以上の高血圧、220mg/dl以上の高コレステロール血症、110mg/dl以上の高血糖の4項目のうち3つ以上を有すると、これらのリスクの4つとももしいものに比べ、重回帰分析により31.34の高いオッズ比を示した。

関連学会のガイドライン等 参照 URL

○糖尿病：日本糖尿病学会HP

【P】

○高血圧症：日本高血圧学会HP

【P】

○脂質異常症：

【P】

○慢性腎臓病（CKD）：日本腎臓学会HP

<http://www.jsn.or.jp/guideline/guideline.php>

○高尿酸血症・痛風：日本痛風・核酸代謝学会HP

<http://www.tukaku.jp/>

○肥満症：

【P】

健診・保健指導の研修ガイドライン

（改訂版）

目次

はじめに	1
I 人材育成の基本的事項	2
II 研修において習得すべき能力	3
III 教育方法	5
IV 研修の評価	8
V 実践者育成研修プログラム	10
VI リーダー育成プログラム	13
VII 研修体系の整理	16

はじめに

平成20年度に開始された特定健康診査・特定保健指導（以下「特定健診・特定保健指導」という）制度については、制度開始以来の科学的知見や実施状況等を踏まえた見直しがなされ、平成25年度から実施される予定である。

これに伴い、「標準的な健診・保健指導プログラム」も改訂されたが、「標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）」に示された保健指導を効果的・効率的に実施するためには、医療保険者が特定健診・保健指導事業の背景や内容をふまえた上で、事業を適切に企画・実践・評価するとともに、対象者の生活習慣病予防のための行動変容に確実につながる保健指導を展開することが必要であり、そのような能力を有する人材の育成は、引き続き重要な課題である。

本研修ガイドラインは、都道府県等が特定健診・特定保健指導に関する研修を効果的に実施するために、「標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）」を踏まえた上で、研修において習得すべき能力を明らかにし、それらの能力を習得するための教育方法、効果的な研修を実施するための研修の評価について盛り込むとともに、それらを踏まえた研修プログラムを掲載したものである。

研修を企画、運営する都道府県等においては、本研修ガイドラインの内容を踏まえた上で、それぞれの人材育成体制や研修対象者の能力、ニーズ等を考慮に入れ、理論だけでなく、具体的な取組を含めるなど、創意工夫を加えた研修を実施し、生活習慣病対策を着実に推進できる人材を育成することが必要である。

本研修ガイドラインを、都道府県等において開催される研修の企画・運営に際して活用されたい。

I 人材育成の基本的事項

1 研修の目的

「医療制度改革大綱」において、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たことを踏まえて、平成20年度から「特定健診・特定保健指導」が医療保険者によって実施されている。

この目標を達成するためには、健診後の保健指導を確実に、そして効果的に実施する必要があり、各医療保険者は事業を適切に企画、評価するとともに、「標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）」を踏まえた保健指導を保健師、管理栄養士等が的確に実施することが求められる。

このため、「健診・保健指導」事業に従事する者に対して研修を行い、生活習慣病対策全体を効果的に推進できる人材を育成することを目的とするものである。

2 研修の対象者

- (1) 医療保険者に所属する医師、保健師、管理栄養士、事務職等
- (2) 市町村衛生部門等において生活習慣病予防対策を担当する保健師、管理栄養士等
- (3) 民間事業者等において特定健診・特定保健指導事業の委託を受け、当該事業に従事する者

3 研修の実施体制

研修の実施体制は、主に以下のような実施主体が行うものであるが、実情に応じて、実施主体間の調整を図り、効率的に実施するものとする。

- (1) 都道府県においては、市町村（国保部門・衛生部門等）の保健師、管理栄養士等を対象に、健診・保健指導事業の企画・評価及び保健指導の知識・技術の向上に関する研修を実施するとともに、民間事業者等の医師、保健師、管理栄養士等を対象に、保健指導の知識・技術に関する研修を実施する。
- (2) 各都道府県の医療保険者は、都道府県内の国民健康保険団体連合会や健康保険組合、保険者協議会、自治体等と連携し、医療保険者に所属する医師、保健師、管理栄養士、事務職等を対象に、健診・保健指導事業の企画・評価及び保健指導の知識・技術の向上に関する研修を実施する。
- (3) 各都道府県の医師会、看護協会、栄養士会等においては、各団体の会員を主な対象者とし、保健指導の知識・技術の向上に関する研修を実施する。

4 指導者育成体制

都道府県及び医療保険者・関係団体の研修の担当者は、都道府県レベルで実施する研修の指導的立場となることから、これらの者に対する研修は、国立保健医療科学院、医療保険者及び関係団体の中央レベルにおいて実施する。

II 研修において習得すべき能力

研修において習得すべき能力は以下のとおりであるが、研修受講対象者により必要となる能力は異なること、また、医師・保健師・管理栄養士等の職種によっても習得すべき能力は異なることから、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。

また、すべての能力を短期間で向上させることは現実的ではないことから、積み上げ方式の研修プログラムを組むことが適当である。特に保健指導技術の向上に関しては、集合研修に加え、OJTにおいて能力を高めていく体制が必要である。

1 健診・保健指導事業の企画・立案・評価ができる能力

各都道府県が策定する医療費適正化計画、健康増進計画等を承知した上で、健診・保健指導事業の計画を立てることが必要である。

- (1) 医療関連データ等を分析し、優先課題が選定できる
 - ① 分析の視点がわかり、問題を見出すことができる
 - ② 優先順位の判断ができる
- (2) 目標設定ができ、事業計画が立てられる
 - ① ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチの相乗効果をねらった事業計画が考えられる
- (3) 健診・保健指導に関する社会資源を活用した実施体制が構築できる
- (4) 事業等の効果を評価でき、評価結果を改善につなげられる
 - ① 評価指標となるデータを分析し、改善すべき事項が判断できる
 - ② 費用対効果や最終評価から、事業全体の評価ができる

2 行動変容につながる保健指導ができる能力

「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」において、以下のような能力の習得が必要である。

- (1) 健診結果等から身体変化やリスク及び生活習慣との関連が説明できる
 - ① メタボリックシンドローム・健診データ・生活習慣の関連を理解する
 - ② 対象者の状況や保有するリスクを的確に把握し、受診勧奨の必要性や安全性の観点から、保健指導の適応についてアセスメントできる
 - ③ 糖尿病等の予防に関連した最新の知見を理解する
- (2) 行動変容ステージ、ライフスタイル等から対象者のアセスメントができる
 - ① 生活習慣の改善に関する保健指導の特徴を理解している
 - ② 行動変容に関する基本的知識・技術を理解する
 - ③ 健診結果・質問票からアセスメントができる
- (3) 対象者の健康観を尊重しつつ、対象者の前向きな自己決定を促す支援ができる
 - ① コミュニケーション技術を対象者に合わせて活用できる

- ②行動変容ステージに合わせた支援ができる
 - ③自己効力感を高められる支援ができる
 - ④モチベーションを高める支援ができる
 - (4) 集団的支援（グループワーク等）ができる
 - ①グループダイナミクスを活用することができる
 - (5) 継続的なフォローアップができる
 - ①セルフケア（自己管理）能力を高める支援ができる
 - ②対象者が健康に関する情報を自ら収集し、正しい情報を見極める能力を高める支援ができる
 - ③社会資源の活用ができる
 - (6) 保健指導の評価から、保健指導方法の改善ができる
 - ①対象者への介入方法ごとに生活習慣の改善状況の評価を行い、その成果の分析ができる
 - ②評価結果から、効果的な保健指導方法を創意工夫できる
- 3 個別生活習慣に関して指導できる能力
- (1) 日常生活全体に関する指導技術
 - ①家庭での過ごし方、労働内容や働き方、ストレスなどを含めた生活全体のアセスメントができる
 - ②健診データと生活習慣病との関連がわかり、対象者に説明できる
 - ③何から生活習慣について改善することが可能かについて、対象者とともに考えることができる
 - (2) 食生活に関する指導技術
 - ①栄養学および食事摂取基準、関連学会ガイドラインの食事療法について理解している
 - ②食事と生活習慣病の関連が説明できる
 - ③代謝の調整とエネルギー・栄養素、食品との関連が説明できる
 - ④食物摂取状況や食行動等に関するアセスメントができ、対象者にあった食生活の改善が提示できる
 - (3) 身体活動・運動に関する指導技術
 - ①運動生理学、体力測定・評価等に関する基礎知識を理解している
 - ②身体活動・運動と生活習慣病の関連が説明できる
 - ③身体活動・運動の量についてアセスメントし、対象者に合った支援ができる
 - ④運動に関するリスクマネジメントができる
 - ⑤保健指導が終了した後も運動習慣を継続するための社会資源を紹介できる
 - (4) たばこに関する指導技術
 - ①たばこと生活習慣病の関連が説明でき、対象者の状況にあわせた禁煙支援ができる

- ②必要に応じて、禁煙治療につなげることができる
 - ③職場や家庭等の禁煙環境の改善について相談に乗ることができる
 - (5) アルコールに関する指導技術
 - ①アルコールと生活習慣病の関連が説明でき、適正飲酒の支援ができる
 - ②多量飲酒のリスクを適切に把握し、必要に応じて専門機関等へつなげることができる
- 4 適切な学習教材を選定、開発できる能力
- (1) 科学的根拠に基づいた適切な教材を選定でき、必要に応じて教材の開発ができる
 - (2) 対象者の理解度に合わせた効果的な学習教材を選定でき、教材の改善や開発ができる
 - (3) 2年連続して特定保健指導の対象となった者等の行動変容が困難な対象者の状況に応じて、教材の内容をステップアップさせることができる

Ⅲ 教育方法

- 1 健診・保健指導事業の企画・立案・評価に関する研修
- (1) 医療関連データ等を用いた対象集団のアセスメント、優先課題の選定、目標設定、事業計画立案
 - ①講義
 - ・PDCA サイクルで企画・立案・評価を行う基礎的な知識・方法
 - ②事例学習 それぞれの保険者にあわせた実践事例を学ぶ
 - ③演習（シミュレーション、グループワーク等）
 - ・医療関連データ等の分析・解析・管理
 - ・健康課題の優先順位づけや目標設定・実施計画の作成
 - (2) 健診・保健指導に関する実施体制の整備
 - ①講義
 - ・社会資源との調整や、民間事業者との契約及び連携方策
 - ・保健指導の質の向上に関する仕組み（OJT 体制、指導内容の評価、アウトソーシングのモニタリング等）
 - ②演習（事例検討、グループワーク等）
 - ・先進的な事例から、効果的な実施体制を考える
 - ・健診受診率・保健指導利用率の向上策
 - ・アウトソーシングの課題と解決法
 - ・ポピュレーションアプローチとの連動
 - (3) 事業の効果評価、評価結果の活用
 - ①講義
 - ・個別事例、集団、事業の評価についてデータを使用して評価
 - ・目標に合わせた評価方法
 - ②演習（シミュレーション、グループワーク等）

- ・アウトカムをわかりやすく提示する工夫（結果の見える化）
- ・レセプトデータ等とのデータの突合による評価

2 行動変容につながる保健指導に関する研修

（1）健診結果から身体変化や生活習慣との関連が説明できる

①講義

- ・メタボリックシンドロームに関する知識、健診データや生活習慣との関連
- ・糖尿病等の予防に関連した最新の知見

②演習（ロールプレイ等）

- ・対象者への接し方
- ・健診結果等のわかりやすい説明の仕方

（2）行動変容ステージ、ライフスタイル等から対象者のアセスメントができる

①講義

- ・生活習慣の改善に関する保健指導の特徴
- ・行動変容に関する基本的知識・技術
- ・個性性を重視したアセスメントの方法

②演習（シミュレーション、グループワーク等）

- ・具体的な事例を用いて、アセスメントを行う
- ・対象者の行動変容ステージ、ライフスタイル等の把握

（3）対象者の健康観を尊重しつつ、対象者の前向きな自己決定を促す支援ができる

①講義

- ・行動変容ステージに応じた保健指導
- ・自己効力感の高め方
- ・対象者と信頼関係を築いた、実現可能な目標設定について

②演習（事例検討、デモンストレーション、ロールプレイ等）

- ・自己効力感を高め、行動変容を支援する保健指導の事例検討
- ・行動変容を支援する保健指導のデモンストレーション
- ・コミュニケーション技術（面接技術）

（4）集団的支援（グループワーク等）ができる

①講義

- ・自己効力感の高まりを期待する集団的支援

②演習（ロールプレイ等）

- ・グループダイナミクスを活用した自己効力感を高める技術

（5）継続的なフォローアップができる

①演習（事例検討等）

- ・継続者・中断者に対する支援の事例検討
- ・保健指導終了後も意識した目標設定、継続支援

（6）保健指導の評価から、保健指導方法の改善ができる

①演習（シミュレーション、ピアレビュー、グループワーク等）

- ・生活習慣改善状況に関するデータから成果を分析
- ・保健指導の手法についてビデオ等による振り返り
- ・効果的な保健指導方法を考えることができる

3 個別生活習慣の指導に関する研修

（1）日常生活全体に関する指導技術

①講義

（2）食生活に関する指導技術

①講義

②演習（体験学習、グループワーク等）

- ・減量プログラムの体験
- ・食生活改善プログラムの作成

（3）身体活動・運動に関する指導技術

①講義

- ・運動強度、メッツの考え方
- ・対象者に応じたリスクマネジメント

②演習（体験学習、グループワーク等）

- ・身体活動・運動プログラムの体験
- ・運動プログラムの作成

（4）たばこに関する指導技術

①講義

- ・たばこと生活習慣病の関連
- ・最新の禁煙支援方法の紹介（ニコチン代替療法等）

②演習（シミュレーション、グループワーク等）

- ・行動変容ステージに応じた介入演習
- ・禁煙プログラムの作成

（5）アルコールに関する指導技術

①講義

- ・アルコールと生活習慣病の関連
- ・多量飲酒者への支援

②演習（シミュレーション、グループワーク等）

- ・行動変容ステージに応じた介入演習
- ・状態に応じた適正飲酒、断酒又は減酒支援（フリーフィンターベンション）

4 適切な学習教材の選定・開発に関する研修

①講義

- ・科学的根拠に基づく学習教材の選定

- ・わかりやすい学習教材の開発
- ②演習（シミュレーション、教材作成演習）
 - ・テーマ別及び対象者別教材の作成

IV 研修の評価

研修の評価は、①研修プログラムの組み方、期間、講師の選定、教育方法など研修そのものに対する評価と、②研修受講者の実践能力の向上に関する評価が考えられる。研修の評価は、両者の評価を行い、研修の改善につなげる必要がある。

1 研修プログラム自体の評価（プロセス評価）

（1）評価の視点

- ・政策理念に合致した研修であったか
- ・受講者の職種・経験等を踏まえ、ニーズに応える研修であったか
- ・目的に合った研修の内容であったか（講師選定、教材等）
- ・受講者が研修に積極的に参加する工夫をしたか
- ・受講者からの疑問、不安、クレームに適切に対応しているか

（2）評価の時期

- ・研修実施中から実施後に行う。

（3）評価方法の例

①受講者による評価

- ・研修終了後アンケート等により、研修内容の適切さ、自覚的理解度、実践への活用度、講師、教材の質、運営等を評価

②主催者による評価

- ・研修項目ごとに、研修内容の適切さ、受講生の反応、講師からの意見、教材の質等を評価
- ・全体的な運営等の評価

2 研修受講者の能力習得評価（到達度・指導実践実績評価）

（1）評価の視点

- ・受講生の実践能力が向上したか（研修主催者が設定した獲得目標に対する到達度等）
- ・研修で学んだ内容を実践に役立てているか
- ・受講生の所属先にとって研修に参加させて有益であったか
- ・研修内容を受講生が職場で他の人に伝達しているか

（2）評価の時期

- ・研修実施前、研修実施直後及び研修実施後一定期間を経た後に行う。

（3）評価方法の例

- ・受講者の知識・技術の向上について、同じ評価表を用いて評価する。（研修実施前、研修実施直後、3ヶ月後）

- ・保健指導の実践に関する実績評価は、当該受講者が行った保健指導対象者の行動変容状況、体重減少などについて評価する。（3ヶ月から1年後）
- ・受講生及び所属先に対して、研修実施後にアンケートを実施。研修が実践に与えた影響や効果、研修内容の職場内の普及度、所属先の反応等を評価する。（6ヶ月または1年後）

V 実践者育成研修プログラム

1 医師、保健師、管理栄養士等を行う実践者育成研修プログラム例

分野	学習内容	時間	教育方法
1. 基礎編	1) 健診・保健指導の理念	135分 (3単位)	・講義 ・演習 ・通信及び レポート
	2) 保健指導対象者の選定と階層化		
	3) 保健指導（概論） 保健指導の基本的事項（「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」の概要）		
	4) 保健指導（各論） 保健指導の特徴（身体活動・運動、食生活、たばこ、アルコール）		
	5) ポピュレーションアプローチとの連動		
2. 計画・ 評価編	1) 健診・保健指導事業の計画策定（演習による各種データ分析を含む）	360分 (8単位)	・講義 ・演習
	2) 健診・保健指導事業の評価（演習を含む）		
	3) アウトソーシングの進め方		
3. 技術編	1) メタボリックシンドロームの概念 健診結果と身体変化・生活習慣の関連	135分 (3単位)	・講義 ・演習
	2) 行動変容に関する理論		
	3) 生活習慣改善につなげるためのアセスメント・行動計画		
	4) 「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」の内容		
	5) 生活習慣病予防に関する保健指導 ・身体活動・運動に関する保健指導 ・食生活に関する保健指導 ・たばこ・アルコールに関する保健指導 ・歯の健康に関する保健指導	135分 (3単位)	・講義 ・演習
	6) 1)～5)を踏まえた保健指導の展開（演習）	90分 (2単位)	
	7) 保健指導の評価	45分 (1単位)	
合 計		900分 (20単位)	

2 研修プログラムの組立てに際して（留意点）

(1) プログラム全体について

- ・効果的な研修を行うためには、〔事前学習〕→〔講義を中心とした研修〕→〔実践〕→〔演習を中心とした研修〕など段階的な研修プログラムを組むことが望ましい。
- ・また、研修日数が十分に確保できる場合は、講義に加えてグループワーク、シミュレーション、ロールプレイなどの参加型の演習を取り入れることにより研修内容の理解が深まるとともに、受講生同士の交流も促進することができるため、効果的である。

(2) 講義の順序性について

- ・生活習慣の改善につなげる保健指導の講義は、概論と各論で重複する部分があるが、効果的に進めるためには、概論を先に講義することが望ましい。保健指導の概論と各論を担当する講師は、重複することを認識した上で講義を行う必要があり、研修を企画する者はその調整を行う必要がある。

(3) 講義内容について

- ・実践者を対象としたプログラムでは、効果的な保健指導を行うための個別対象者に対する保健指導方法の習得に加え、ポピュレーションアプローチについても併せて習得することが必要である。

(4) 研修を担当する者について

- ・研修を企画・実施する者は、以下の①②の要件をともに満たすものとする。
- ・研修を担当する講師は、以下の①②のいずれかの要件を満たすものとする。
 - ①医師、保健師、管理栄養士で、特定健診・特定保健指導について国及び医療保険者並びに関係団体が実施する中央レベルのリーダー育成研修プログラムを履修した者
 - ②健診・保健指導（特に特定健診・特定保健指導）の専門的知識及び技術をもつ者

3 その他留意点

- (1) 研修内容については、所属や役割及び職種により異なることが考えられるため、それぞれの研修企画者が、研修の目的及び対象者等から研修内容を設定することが望ましい。

※研修内容の例

- ①事業全体に関わる人向け（医師、保健師、管理栄養士及び一定の保健指導の実務経験のある看護師）
該当分野： 基礎編、計画・評価編、技術編
- ②実際に保健指導を担当する人向け
該当分野： 基礎編、技術編

③事務職として事業に関わる人向け

該当分野： 基礎編、計画・評価編

- (2) 特定健診・特定保健指導に関する知見は、医学、看護学、栄養学、運動生理学等からの実践及び研究の蓄積により科学的根拠が示されていくものであるため、研修の内容もそれらに併せて変更していくことが考えられる。そのため、本研修ガイドラインに基づく研修は5年ごとに受講することが望ましい。
- (3) 特定保健指導を担う医師・保健師・管理栄養士等は、さまざまな指導技法や形態等を駆使して、対象者の行動変容を促し、成果を上げることが求められており、必要とされている技術は多岐にわたる。1に示された研修プログラム例において、行動変容理論をはじめ食生活・運動・たばこの保健指導技術等、一通りの知識は習得できるが、すべての能力を短期間で向上させることは現実的に困難である。そのため、研修終了後、受講者自身の日々の研鑽、職場でのOJTの着実な実施が求められる。
- (4) 研修企画者においては、本研修ガイドラインに基づく研修に加えて、より高度な保健指導技術や具体的な評価・分析手法、最新の知見など、特定健診・特定保健指導の実践者の質の向上につながる研修を企画し、実施することが望ましい。

VI リーダー育成研修プログラム

学習内容		時間
1. 健診・保健指導の事例		45分 (1単位)
2. 特定健診の基本的な考え方(概論) 特定保健指導の基本的な考え方(概論)		135分 (3単位)
事務職向け	技術職向け	
3. 特定健診・特定保健指導の事務手続きについて	4. 特定健診・特定保健指導の実践 (1) 食生活指導のポイント (2) 運動・身体活動指導のポイント (3) たばこ・アルコール指導のポイント	90分 (2単位)
5. シンポジウム「効果的な健診・保健指導のすすめ方」 ・地域保健からの事例 ・職場保健からの事例 ・健診・保健指導機関からの事例		135分 (3単位)
6. ポピュレーションアプローチのすすめ方		45分 (1単位)
7. 特定健診・特定保健指導の企画・立案・評価とデータ分析		90分 (2単位)
8. 特定健診・特定保健指導事業の実施体制		45分 (1単位)
9. 特定健康診査等実施計画と後期高齢者支援金の加算・減算		45分 (1単位)
10. 特定健診・特定保健指導の研修企画・評価 (1) 研修ガイドラインについて (2) 実際のすすめ方 ・健診・保健指導の研修に関する事例報告 ・健診・保健指導の研修の企画・評価に関する演習の説明 (3) 演習 1) 研修対象者の設定 2) 研修の目的・目標の設定 3) 研修内容の設定 4) 研修方法の設定 5) 研修に係わる講師の設定 6) 研修の評価の設定 (4) 演習発表		315分 (7単位)
11. 質疑応答		45分 (1単位)
計		990分 (22単位)

*医療保険者及び関係団体がリーダー育成研修を企画・実施する場合の担当者は、国立保健医療科学院の「健診・保健指導に関する企画・運営・技術研修」を修了した者とする。

(参考資料) 国(国立保健医療科学院)が行う研修

(1) 生活習慣病対策健診・保健指導に関する企画・運営・技術研修(研修計画編)

① 研修対象者

下記(1)～(4)において特定健診・特定保健指導の普及・推進に関わるリーダー的な立場にあり、当該年度または次年度研修を立案する者。

- (1) 都道府県
- (2) 医療保険者(国レベル団体及び都道府県支部等)
- (3) 関係団体等(国レベル団体及び都道府県支部等)
- (4) 保健所設置市及び特別区等

② 一般目標

- ・「特定健診・特定保健指導」(高齢者医療法第20・24条)を効果的・効率的に運営するために必要な「健診・保健指導」事業の企画、運営及び評価、に関して、必要不可欠な研修を実施することができる

③ 到達目標

- ・生活習慣病予防対策の基本的な考え方を理解し、説明できる
- ・特定健診・特定保健指導事業の企画・立案方法について説明できる
- ・特定健診・特定保健指導事業の評価・データ分析について説明できる
- ・特定健康診査等実施計画の立案の支援ができる
- ・特定健診・特定保健指導事業の研修企画・評価ができる

④ 研修プログラム

学習内容	時間
I. 特定健診・特定保健指導について (研修ガイドライン・研修データベース・前年度の研修実績含む)	70分
II. 特定保健指導の実践：効果的な保健指導のポイント	60分
III. 特定健診・特定保健指導の企画・立案・評価とデータ分析	80分
IV. シンポジウム「特定保健指導事業の普及推進について」 ～どのような視点で特定保健指導事業を捉え健康推進事業を行っているのか～ (1) 都道府県の事例 (2) 市町村の事例 (3) 職域の事例 (4) 効果的な保健指導事業と人材育成 (5) 総合討議	140分
V. 特定健診・特定保健指導の研修の企画・研修の評価 (演習：都道府県・団体等の単位でグループワーク) (1) 前年度の研修実績に関するブロック別情報交換 (2) 課題の整理、解決策の検討、研修計画への反映 (3) 自治体・団体別作業、検討結果の研修計画への反映	360分
VI. 全体の総括	20分
計	730分

(2) 生活習慣病対策健診・保健指導に関する企画・運営・技術研修(事業評価編)

⑤ 研修対象者

- ・都道府県で特定健診・特定保健指導において市町村支援に携わる方
- ・都道府県等の保険者協議会および地域・職域連携推進協議会等において評価に携わる方
- ・医療保険者(国レベル団体及び都道府県支部、政令市等)において評価に携わる方

⑥ 一般目標

- ・各医療保険者が行う「特定健診・特定保健指導」(高齢者医療法第20・24条)事業を支援する、または広域的な事業評価を実施することができる。

⑦ 到達目標

- ・保険者が行う「特定健診事業・特定保健指導事業の評価」を支援することができる。
- ・保険者が行う「特定健診事業・特定保健指導事業」を踏まえて、地域(都道府県)レベルでの事業の課題を把握し分析することができる。
- ・地域(都道府県)レベルでの特定健診事業・特定保健指導事業の課題を改善するための支援や、行動計画の検討・企画及び保険者との調整をすることができる。

⑧ 研修プログラム

学習内容	時間
I. 生活習慣病対策保健事業の評価の考え方	60分
II. 特定保健指導事業の評価のすめ方 (特定保健指導事業を大きな視点で捉え運営するよう啓蒙)	60分
III. 健診・保健指導の実施・評価のためのデータ分析 (1) 健診・保健指導の実施・評価のためのレセプト分析 (2) 健診・保健指導の実施・評価のためのフローチャート分析 (3) データ分析を実施、特定健診・特定保健指導を計画・評価、健診・保健指導事業の改善を行っている事例紹介	120分
IV. 特定健診・特定保健指導の具体的な事業評価の支援について (1) 市町村の事例 (2) 都道府県の事例 (3) 質疑応答	140分
V. 特定保健指導の質の管理と評価	60分
VI. グループワーク (1) 「特定健診・特定保健指導の事業評価の支援」計画案作成 現時点での評価体制や評価内容についての課題を整理し解決策を検討 (2) ブロック別まとめ 検討結果を事業評価/評価支援計画に反映	440分
VII. 全体のまとめ	20分
計	900分

VII 研修体系の整理

区分	実施機関	対象者	内容	時期
国（中央）レベル	厚生労働省	＜研修＞ - 都道府県および保健所設置市、特別区 - 人材育成担当者 - 衛生部門の保健師・管理栄養士 - 国保部門の保健師・管理栄養士 - 医療保険者 - 国民健康保険中央会 - 健康保険組合連合会 - 全国健康保険協会 - 共済組合 - 医療保険者の事業企画担当者 - 国民健康保険連合会 - 健康保険組合連合会支部 - 全国健康保険協会支部 - 関係団体 - 日本医師会 - 日本看護協会 - 日本栄養士会 - 全国市町村保健活動協議会 - 全国保健師長会 (財)結核予防会 (財)予防医学事業中央会 - 日本人間ドック学会 - 日本総合健診医学会 - 日本肥満学会 - 健康・体力づくり事業財団	研修の企画 事業企画・評価 保健指導 知識・技術	年度 第1・四半期 国立保健医療科学院において、実施
	医療保険者 国民健康保険中央会 健康保険組合連合会 全国健康保険協会 共済組合 関係団体 日本医師会 日本看護協会 日本栄養士会 全国市町村保健活動協議会 全国保健師長会 (財)結核予防会 (財)予防医学事業中央会 日本人間ドック学会 日本総合健診医学会 日本肥満学会 健康・体力づくり事業財団	医療保険者 - 都道府県国民健康保険団体連合会 - 健康保険組合連合会都道府県連合会 - 全国健康保険協会支部 - 共済組合各支部 関係団体 - 都道府県支部 運動指導者	事業企画・評価 保健指導 知識・技術 保健指導 知識・技術	年度 第2・四半期
都道府県（地方）レベル	都道府県 医療保険者 （保険者協議会） 関係団体 日本医師会 日本看護協会 日本栄養士会 全国市町村保健活動協議会 全国保健師長会 (財)結核予防会 (財)予防医学事業中央会 日本人間ドック学会 日本総合健診医学会	＜実践者養成＞ - 区市町村（国保・衛生部門） - 保健師 - 管理栄養士 等 - 民間事業者 - 医療保険者 - 保健師 - 管理栄養士 等 - 保健師 - 管理栄養士 等 都道府県支部	事業企画・評価 保健指導 知識・技術 保健指導 知識・技術 事業企画・評価 保健指導 知識・技術 保健指導 知識・技術	年度 第2・四半期以降

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の枠組みについて（案）

【概要】

- 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、医師、保健師又は管理栄養士（以下「保健指導実施者」という。）の直接的な支援によって、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となっているため、引き続き特定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。

【実施要件】

- ◇ 映像と音声の送受信により、特定保健指導実施者と対象者が、相手の表情、声、しぐさなどを相互に認識しながら通話を行うことができる状態にあり、同じ資料を用いて、行動目標・行動計画の策定支援、腹囲・体重の測定方法の指導等、初回時の支援として過不足なく対面と同様の支援を行えるような状態にあること。これを担保するため、最低限、次のような機能を有するシステムが整備されていること。
 - 映像と音声の送受信により、特定保健指導実施者が対象者と相互に表情、声、しぐさなどを確認しながら特定保健指導が実施できること
 - 映像と音声の送受信に対して、常時安定し、かつスムーズなデータ伝送が可能であること
 - 映像と音声の送受信に対して、情報セキュリティが確保されていること
- ◇ 個々の対象者が、遠隔保健指導の進め方や制約などについて十分に理解した上で、遠隔保健指導を受けることを希望している旨を文書で確認すること。

【実施手続】

- ・ 事業開始前に、年度ごとに厚生労働大臣あてに特定保健指導を行う医療保険者の概要、想定される対象人数、使用するシステムの仕様等を記載した実施計画を提出。
- ・ 次のデータを収集し、年度ごとに厚生労働大臣あてに実績報告書を提出。なお、データは遠隔保健指導の対象者のみならず、遠隔保健指導によらない通常の特定保健指導のみを実施した対象者についても収集すること。

収集・報告すべきデータ：特定保健指導対象者全体、遠隔保健指導の対象者、対面による特定保健指導の対象者それぞれの集団ごとの健診データ（腹囲、

体重、BMI、血圧、HbA1c、空腹時血糖、中性脂肪、HDL コレステロール、喫煙)の改善率、特定保健指導からの脱落率、特定保健指導への満足度等

【制度上の取扱い】

- ・ 「動機づけ支援」及び「積極的支援」の初回時の支援は、個別支援に限って遠隔保健指導を認めることとし、グループ支援については適用しない。
- ・ また、遠隔保健指導はICTを通じたコミュニケーションに一定の時間を要すること等から、初回時の支援は30分以上（現行は20分以上）実施することとし、継続支援を行った場合の取扱いは、現行どおり、電話支援と同等に扱うこととする。

※ なお、客観的なデータに基づき特定健診・保健指導に取り組んでおり、その結果として改善の実績をあげている保険者であることが望ましい。

積極的支援における支援形態のポイント数

○支援形態ごとのポイント数

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