

第37回 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会

日時：平成25年3月27日（水）

13：30～15：00

場所：厚生労働省17階 専用第18～20会議室

議事次第

○ 議題

<審議事項>

たばこの健康影響専門委員会（仮称）の設置について

<報告事項>

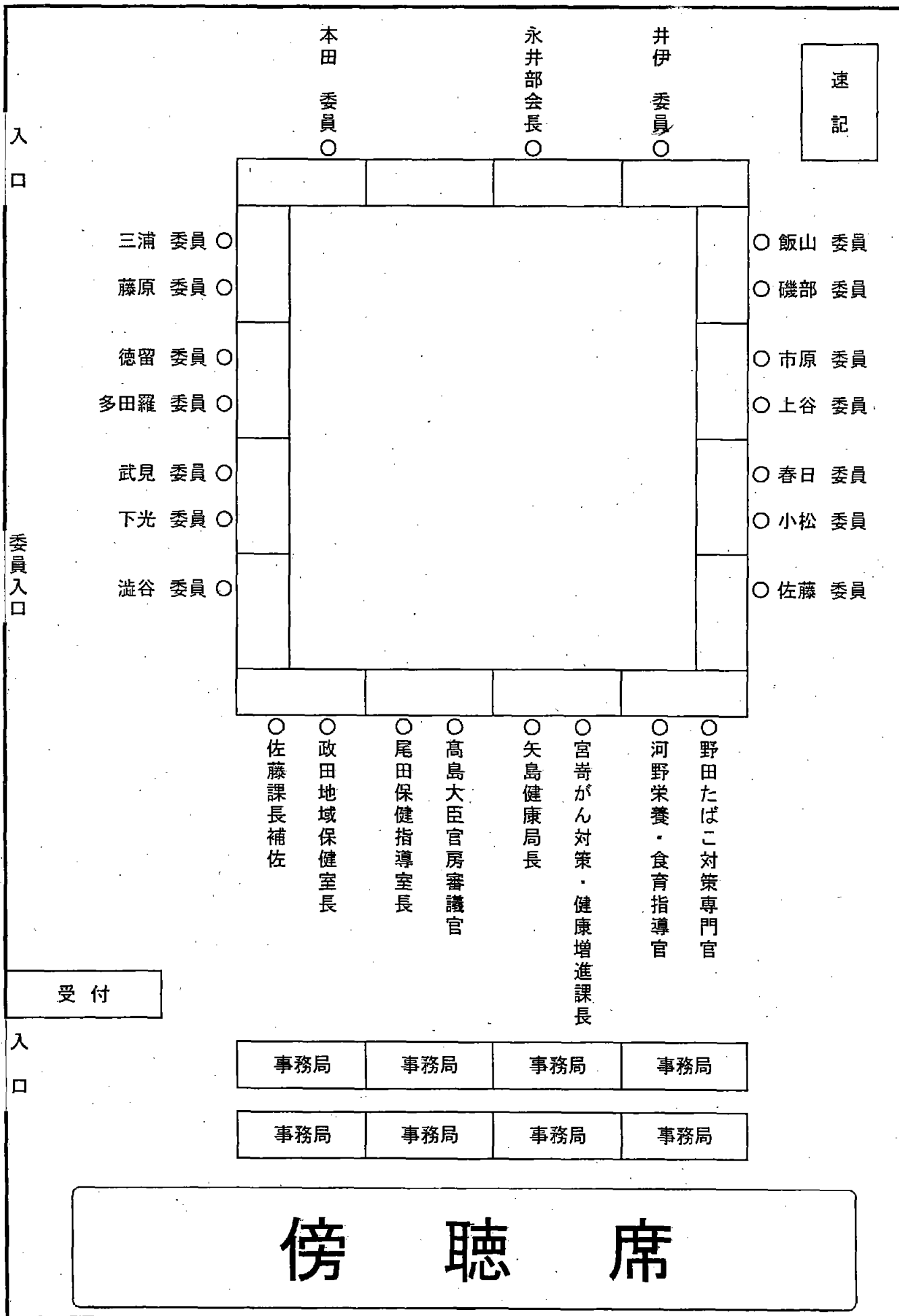
1. 標準的な健診・保健指導プログラムの改訂について
2. 運動基準・運動指針の改定について
3. 日本人の食事摂取基準（2015年版）策定検討会について
4. 調理師の養成のあり方等に関する検討会報告書について
5. その他

○ 配付資料一覧

- 資料 1 たばこの健康影響専門委員会（仮称）設置要綱（案）
- 資料2-1 標準的な健診・保健指導プログラムの改訂について
- 資料2-2 標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】（案）
- 資料 3 健康づくりのための身体活動基準2013
- 資料 4 日本人の食事摂取基準（2015年版）策定検討会について
- 資料 5 調理師の養成のあり方等に関する検討会報告書
- 小冊子 アクティブガイド－健康づくりのための身体活動指針－

「第37回厚生労働科学審議会地域保健健康増進栄養部会」座席図

日時:平成25年3月27日(水)13:30~15:00
会場:厚生労働省 専用第18~20会議室(17階)



速記

本田 委員

永井部会長

井伊 委員

三浦 委員
藤原 委員
徳留 委員
多田羅 委員
武見 委員
下光 委員
澁谷 委員

飯山 委員
磯部 委員
市原 委員
上谷 委員
春日 委員
小松 委員
佐藤 委員

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

受付

事務局 事務局 事務局 事務局
事務局 事務局 事務局 事務局

傍聴席

たばこの健康影響専門委員会設置要綱（案）

平成25年3月27日

がん対策・健康増進課

1. 目 的

たばこはがん、循環器疾患、慢性閉塞性肺疾患など多くの疾病の原因であり、日本人の年間死亡者のうち、約1割は喫煙が原因による死亡と推定されている。

厚生労働省では、これまで、2003年の健康増進法施行、2006年のニコチン依存症治療への保険適用、並びに2012年の「がん対策推進基本計画」及び2013年からの「健康日本21（第二次）」での数値目標設定等、喫煙を公衆衛生上の喫緊の課題と位置づけ、多くのたばこ対策を行ってきた。また、2004年には「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」を批准する等、国際的な協力の下でたばこ対策を行っている。

こうした国民の健康を取り巻く現状や課題、国内外におけるたばこ対策の進展の状況を踏まえて、たばこ及びたばこ成分の健康影響評価を行い、たばこによる健康影響を減じるための施策について検討するため、厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会に「たばこの健康影響専門委員会」を設置する。

2. 検討事項

下記の項目について、科学的知見に基づき客観的かつ中立公正に検討を行う。

- (1) たばこの成分分析の実施等に関する事
- (2) たばこ及びたばこ成分の健康影響評価（リスク評価）に関する事
- (3) 健康影響評価に基づき、健康影響を減じるための施策に関する事
- (4) その他、たばこ対策に必要な事項

※「リスク評価」とは、リスク（悪影響の発生確率と程度）の観点から、評価対象の有害要因が健康に対して悪影響を及ぼす可能性を科学的知見に基づいて評価すること

3. 構 成

- (1) 専門委員会の委員は別紙のとおりとする。
- (2) 委員長は、厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会運営細則（平成23年10月14日地域保健健康増進栄養部会長決定）第3条に従い、専門委員会委員の中から部会長が指名する。
- (3) 委員長に事故がある時は、専門委員会委員の中からあらかじめ委員長が指名した者がその職務を行う。

4. 委員会の運営等

- (1) 専門委員会は委員長が招集する。なお、審議の必要に応じ、適当と認める有識者等を参考人として招致することができる。
- (2) 専門委員会の議事は公開とする。ただし、特段の事情がある場合には、委員長の判断により、会議、議事録及び資料を非公開とすることができる。
- (3) 専門委員会の庶務は、健康局がん対策・健康増進課において総括し、及び処理する。

標準的な健診・保健指導プログラムの改訂について

健康日本21(第2次)や第2期医療費適正化計画の着実な推進に向けて、
 検討会から提言された非肥満者への対応を含め、生活習慣病対策としての健診・保健指導を推進するため、
 現場の健診・保健指導実施者を一層支援する方向で見直しを行っているところ。平成24年度中にとりまとめる予定。



標準的な
 健診・
 保健指導
 プログラム
 (確定版)
 H19.4

標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版)

改訂の基本的考え方

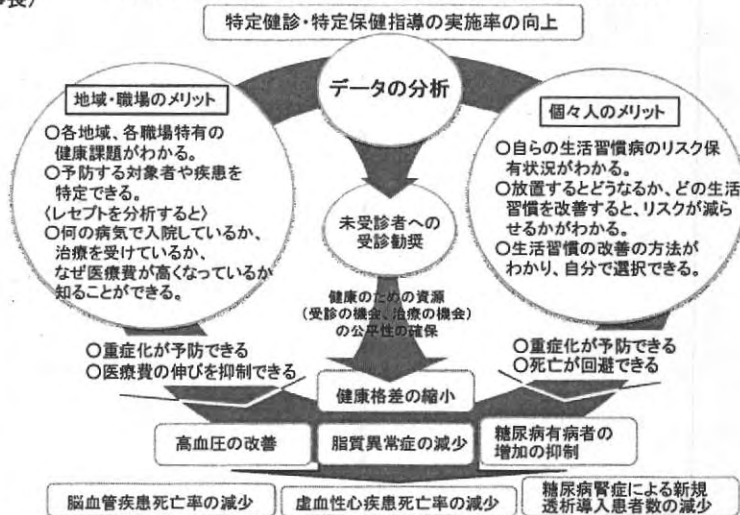
- ①健康局の検討会※¹及び保険局の検討会※²における提言事項を踏まえた見直しを行った。
- ②提言以外の事項で医療保険者のシステム改修が必須の事項(階層化基準等)は変更しなかった。
- ③健康日本21(第二次)の着実な推進に、特定健診等の実施及びデータ分析が重要であることを明記。
- ④主たる利用者である現場の健診・保健指導実施者(医師、保健師、管理栄養士等)の視点で見直した。
- ⑤非肥満者への対応を含めた生活習慣病対策を推進する方向で見直した。

※¹ 健診・保健指導の在り方に関する検討会 (座長:永井良三 自治医科大学学長)
 ※² 保険者による健診・保健指導等に関する検討会 (座長:多田羅浩三 日本公衆衛生協会理事長)

改訂のポイント

- 保健事業のPDCAサイクルの考え方を記載
- 「健診・保健指導」と「特定健診・特定保健指導」との書き分け
- 健診結果の情報提供・受診勧奨に関する具体的記載の充実
- 標準的な質問票に関する科学的知見や活用方法の紹介
- 栄養及び身体活動・運動: 基準改定等に伴う記載の見直し
- たばこ・アルコール対策: 具体的な保健指導ツールを紹介
- 特定保健指導におけるポイント制の見直し
- 保健指導での情報提供の定義や2回目以降の対応を記載
- HbA1cの表記をJDS値からNGSP値に変換

特定健診・特定保健指導と健康日本21(第2次)
 —特定健診・特定保健指導のメリットを活かし、健康日本21(第2次)を着実に推進—



標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）
（目次）

標準的な健診・保健指導
プログラム
【改訂版】（案）

第1編 標準的な健診・保健指導プログラムの考え方

- 第1章 生活習慣病対策のための 標準的な健診・保健指導の方向性
- 第2章 健診・保健指導の進め方（流れ）
- 第3章 健診・保健指導事業に関わる者が有すべき資質

第2編 健診

- 第1章 メタボリックシンドロームに着目する意義
- 第2章 健診の内容
- 第3章 保健指導対象者の選定と階層化
- 第4章 健診における各機関の役割
- 第5章 健診データ等の電子化
- 第6章 健診の実施に関するアウトソーシング
- 第7章 75歳以上の者および40歳未満の者に対する健診・保健指導の在り方

- 別紙1 特定健診と労働安全衛生法・学校保健安全法との比較
- 別紙2 「詳細な健診」項目について
- 別紙3 標準的な質問票
- 別紙4 健診の検査実施方法および留意事項
- 別紙5 健診検査項目の保健指導判定値及び受診勧奨判定値
- 別紙6 健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針
- 別紙7 市町村（一般衛生部門）が特定健診の健診データ等を用いて保健指導等を行う場合におけるこれら健診データの取扱い
- 別紙8-1 健診結果・質問票情報
- 別紙8-2 保健指導情報
- 別紙8-3 データ範囲のチェック

【別添】健診結果とその他必要な情報の提供（フィードバック文例集）

平成25年●月

厚生労働省 健康局

第3編 保健指導

- 第1章 保健指導の基本的考え方
- 第2章 保健事業（保健指導）計画の作成
- 第3章 保健指導の実施
- 第4章 保健指導の評価
- 第5章 地域・職域における保健指導
- 第6章 保健指導の実施に関するアウトソーシング

【別添1】保健指導のための禁煙支援簡易マニュアル

【別添2】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

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
- 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
- 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

（添付資料）

- 様式集
- メタボリックシンドロームの定義と診断基準
- 各学会のガイドライン等 参照 URL
- 健診・保健指導の研修ガイドライン（改訂版）

第1編 標準的な健診・保健指導 プログラムの考え方

第1章 生活習慣病対策のための標準的な健診・保健指導の方向性

1-1 特定健診・特定保健指導の導入の経緯と生活習慣病対策

の今後の方向性

(1) 国民健康づくり運動の流れ

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

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

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

(2) 生活習慣病対策への提言

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

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

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

(3) 健康日本21から健康日本21（第二次）への展開

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

さらに、国民健康づくり運動については、平成25年4月から新たに健康日本21（第二次）を開始することとなり、健康寿命の延伸や健康格差の縮小をはじめ、生活習慣の改善や社会環境の整備などに関し、計53項目にわたる具体的な目標項目が設定された。これをもとに、平成34年度までの10年の期間で、地方自治体をはじめ、関係団体や企業などと連携しながら、取組を進めていくこととしている。

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

図1

特定健診・特定保健指導と健康日本21（第二次）

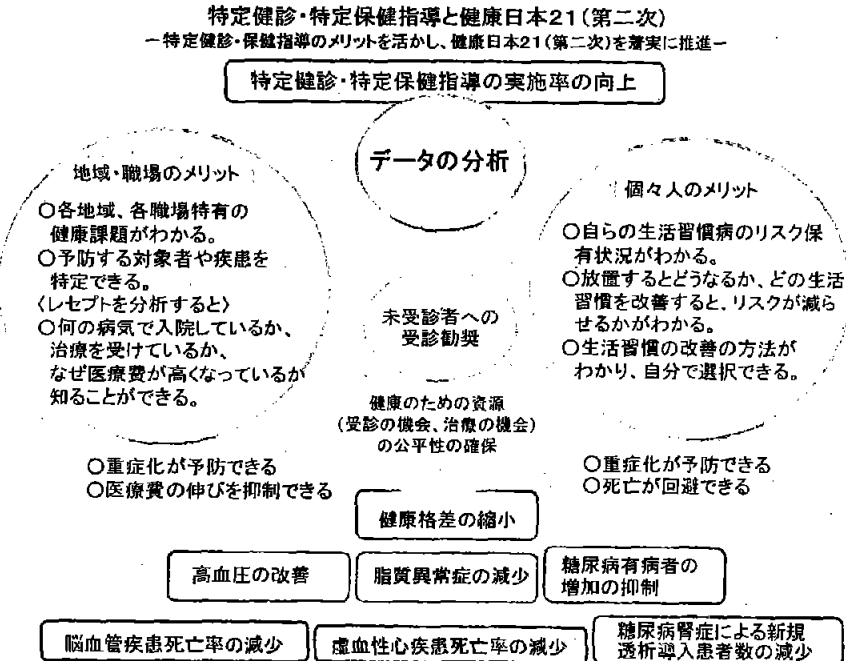


表1

健康日本21（第二次）における特定健診・特定保健指導に関連した数値目標

項目	現状	目標
①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）	脳血管疾患 男性 49.5、女性 26.9 虚血性心疾患 男性 36.9、女性 15.3 (平成 22 年)	脳血管疾患 男性 41.6、女性 24.7 虚血性心疾患 男性 31.8、女性 13.7 (平成 34 年度)
②高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下）	男性 138mmHg 女性 133mmHg (平成 22 年)	男性 134mmHg 女性 129mmHg (平成 34 年度)
③脂質異常症の減少	総コレステロール 240mg/dl 以上の者の割合 男性 13.8%、女性 22.0% LDLコレステロール 160 mg/dl 以上の者の割合 男性 8.3%、女性 11.7% (平成 22 年)	総コレステロール 240 mg/dl 以上の者の割合 男性 10%、女性 17% LDLコレステロール 160 mg/dl 以上の者の割合 男性 6.2%、女性 8.8% (平成 34 年度)
④糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数の減少	16,247 人 (平成 22 年)	15,000 人 (平成 34 年度)
⑤糖尿病治療継続者の割合の増加	63.7% (平成 22 年)	75% (平成 34 年度)
⑥血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少（HbA1c が JDS 値 8.0% (NGSP 値 8.4%) 以上の者の割合の減少）	1.2% (平成 21 年度)	1.0% (平成 34 年度)
⑦糖尿病有病者の増加の抑制	890 万人（平成 19 年）	1,000 万人（平成 34 年度）
⑧メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	1,400 万人 (平成 20 年度)	平成 20 年度と比べて 25% 減少（平成 27 年度）
⑨特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	特定健康診査の実施率 41.3% 特定保健指導の実施率 12.3% (平成 21 年度)	平成 25 年度から開始する第二期医療費適正化計画に合わせて設定 (平成 29 年度)

1-2 特定健診・特定保健指導とは

(1) 高齢者医療確保法に基づく特定健診・特定保健指導

「医療制度改革大綱」(平成17年12月1日 政府・与党医療改革協議会)において、平成27年度には平成20年度と比較して糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群を25%減少させることが政策目標として掲げられ、中長期的な医療費の伸びの適正化を図ることとされた。この考え方を踏まえ、生活習慣病予防の徹底を図るため、平成20年4月から、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号。以下「高齢者医療確保法」という。)により、医療保険者に対して、内臓脂肪の蓄積等に着目した生活習慣病に関する健康診査(以下「特定健診」という。)及び特定健診の結果により健康の保持に努める必要がある者に対する保健指導(以下、「特定保健指導」という。)の実施が義務づけられた。

この政策目標を達成するためには、医療保険者が効果的・効率的な健診・保健指導を実施する必要があることから、健診・保健指導の標準化による事業評価が可能となるよう標準的な健診・保健指導プログラムが作成された。

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

(2) 健康増進法等に基づく健診・保健指導と特定健診・特定保健指導との関係

成人の健康の維持向上・回復を目的とした保健指導(栄養指導を含む。以下同じ。)は、医師法(昭和22年法律第201号)、保健師助産師看護師法(昭和23年法律第203号)、栄養士法(昭和22年法律第245号)、高齢者医療確保法、健康増進法(平成14年法律第103号)、労働安全衛生法(昭和47年法律第57号)、健康保険法(大正11年法律第70号)、学校保健安全法(昭和33年法律第56号)等にその法律上の根拠を有する。また、健康増進事業実施者は、健康教育、健康相談その他国民の健康の増進のために必要な事業を積極的に推進するよう努めなければならないことが健康増進法第4条に定められている。これらの規定により、医療保険者も、被保険者や被扶養者に対する健診・保健指導を含めた保健事業にも積極的に取り組むことが求められていると言える。

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

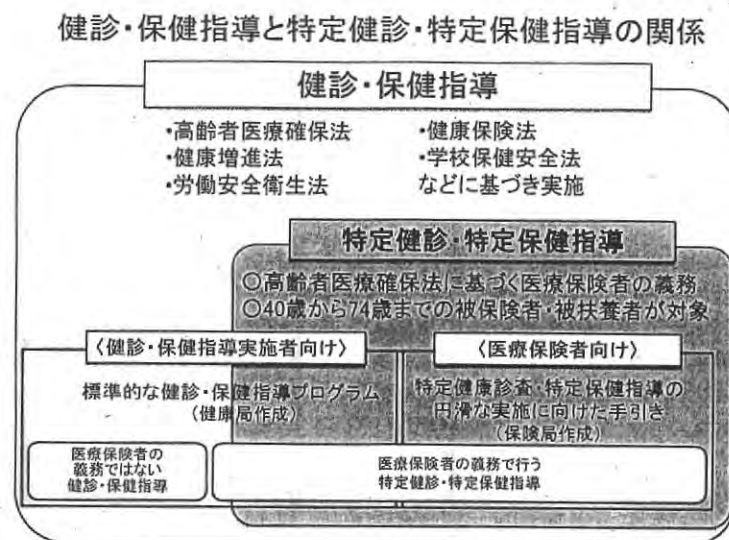
されたい。

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

なお、健診・保健指導と特定健診・特定保健指導の関係について図2に示す。

図2

健診・保健指導と特定健診・特定保健指導の関係



1-3 標準的な健診・保健指導プログラムの位置づけ

本プログラムは、高齢者医療確保法に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導^{※1}を実施するにあたり、健診・保健指導に関わる医師、保健師、管理栄養士等^{※2}や事務担当者を含めた当該事業に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものである。

なお、特定健診・特定保健指導を実施する際に医療保険者（あるいは委託先となる健診・保健指導機関）として留意すべき点については、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」を参照されたい。

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

※1：健康増進法第19条の2に基づき市町村が実施する生活保護受給者等を対象とした健診・保健指導を含む。

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

1-4 健診・保健指導の基本的な考え方

(1) 保健指導への重点の変化

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

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

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

(2) 健診・保健指導の目的

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

対象者個人のリスクを分析し、対象者に応じた効果的・効率的な保健事業を行う必要がある。

また、集団全体については、健診データをはじめ、レセプト¹データ、介護保険データ、その他統計資料等に基づいて健康課題を分析し、その集団においてどのような生活習慣病対策に焦点をあてるかということ、及び優先すべき課題を明確化しながらPDCA（計画（Plan）⇒実施（Do）⇒評価（Check）⇒改善（Action））サイクル（図3）に示す）を意識した保健事業を展開していくことで、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群を

¹レセプト：診療報酬請求明細書。病院や診療所が医療費の保険負担分の支払いを医療保険者に請求するために発行する。

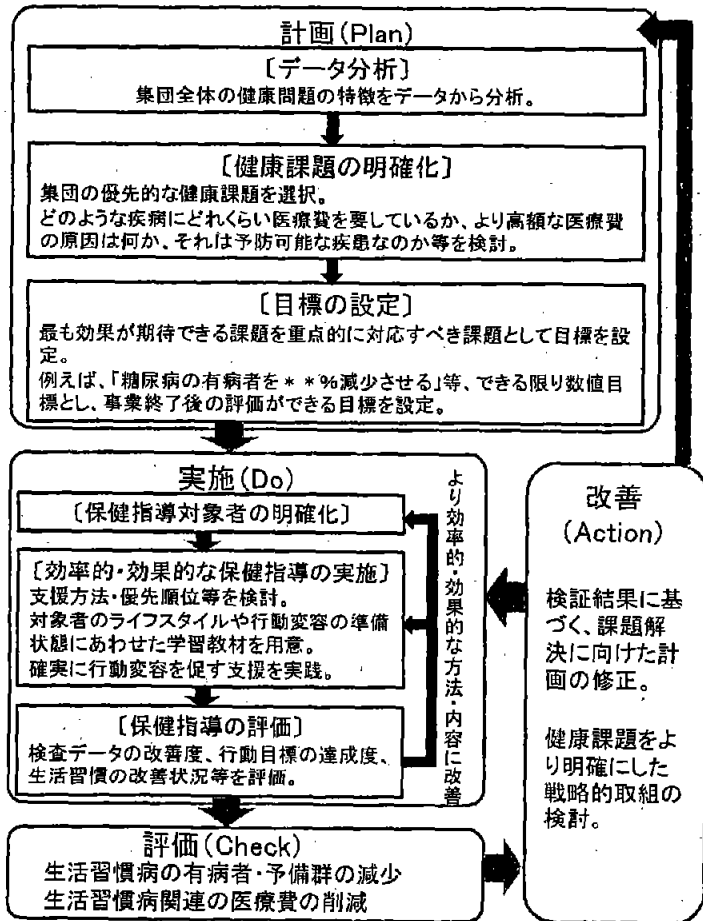
減少させることを目的としている。

(参考) 老人保健事業当時の状況

かつての老人保健事業での健診・保健指導は、個別疾病の早期発見、早期治療が目的となっていたため、健診後の保健指導は「要精検」や「要治療」となった者に対する受診勧奨を行うこと、また、高血圧、高脂血症、糖尿病、肝臓病などの疾患を中心とした保健指導であった。

図3

保健事業(健診・保健指導)のPDCAサイクル



(3) 健診

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

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

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

詳細は第2編第2章を参照されたい。

(4) 保健指導

① 対象者

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

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

(参考) 老人保健事業当時の状況

かつての老人保健事業では、健診の事後指導として健康相談や健康教育が行われていたが、参加できない住民も多かった。また、事業所では健診後の保健指導は一部の大企業では全員を対象として行われていたが、多くの中小企業では要指導者のみ又はほとんど指導が行われていないという状況であった。また、「要治療」や「要精検」となった者の治療状況についての把握も困難であった。

②内容

保健指導は、主にメタボリックシンドロームに着目し、対象者の個性を重視して、生活習慣の改善に重点を置いた指導を行う。具体的には、保健指導が必要な者に対しては、医師、保健師、管理栄養士等が積極的に介入し、確実に行動変容を促す。その結果、対象者が、健診結果から身体状況を理解し、生活習慣改善の必要性を認識した上で、代謝等の身体のメカニズムと生活習慣（食生活や運動習慣、喫煙習慣、飲酒習慣等）との関係を理解し、生活習慣の改善を自ら選択し、さらにその結果が健診データの改善に結びつくように支援することが重要である。

（参考）老人保健事業当時の状況

かつての健診後の保健指導は、健診結果を通知しパンフレットなどを使用して一般的な情報提供をする保健指導や、高血圧、糖尿病等の病態別の保健指導だけが行われていなかった。

③方法

健診受診者全員に対して、生活習慣改善の必要性の度合いに応じて、すなわち、検査データの程度や危険因子の数に基づいて階層化を行い、保健指導としては、「情報提供」のみ、個別面接を含んだ「動機づけ支援」又は3か月から6か月程度の支援プログラムの「積極的支援」のいずれかを行う。特定保健指導としては、このうち「動機づけ支援」又は「積極的支援」のいずれかを行う。

保健指導が終了した後も、対象者が健康的な生活習慣を維持し、さらなる改善に取り組めるよう、社会資源の活用やポピュレーションアプローチによる支援を行う。

（参考）老人保健事業当時の状況

かつての地域保健では、老人保健事業として病態ごとの健康教育や健康相談において、集団及び個人に対する相談・指導が行われていたが、疾患の理解とその予防方法を指導する傾向が強かった。老人保健事業第4次計画からは個別健康教育が導入され、個人の行動変容を促す事業が開始されたが、この事業は「要指導」者のごく一部の対象者に実施されていたものであった。

また、職域保健では、産業医や保健師等による健康支援が行われ、個人の行動変容を促す取り組みが行われていたが、このような保健指導の実施は大企業などのごく一部の事業所に留まっていた。

（5）健診・保健指導の評価

アウトプット²（事業実施量）評価に加え、アウトカム³（結果）評価や

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

³ アウトカム：成果・評価。ここでは対象者の健康状態への効果、知識の普及、健康行動、保健医療サービス満足度等を指す。

プロセス⁴（過程）評価を含めた総合的な評価を行うことができる。このような評価により、健診・保健指導の事業全体を改善する仕組みづくりや健診・保健指導のデータとレセプトとの突合が可能になることから、健康課題を明確にした戦略的な取組みを実施することができる。

（参考）老人保健事業当時の状況

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

（6）実施体制

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

市町村は国保部門・衛生部門・介護部門間の連携強化を図るとともに、医師会やアウトソーシング事業者、地域の住民組織や団体等と協働した体制づくりなどが考えられる。

職域では、事業所や医療保険者に所属する産業医や保健師等の専門職を中心とした体制の構築や、健診機関や適切なアウトソーシング事業者への委託などが考えられる。特に職域においては、事業主の協力により保健指導が受けやすくなるとともに、保健指導の効果が上がることが予想される。そこで医療保険者は保健指導の推進に当たって、積極的に事業者の協力を得ることが望まれる。

（参考）老人保健事業当時の状況

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

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

⁴ プロセス：過程。ここでは保健医療従事者の活動（情報収集、問題分析、目標設定、事業の実施状況等）及び対象者の活動（サービス・事業に対する満足度、継続率、完遂等）を指す。

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

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

最新の科学的知識と、課題抽出のための分析

行動変容を促す手法

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

第2章 健診・保健指導の進め方(流れ)

2-1 計画の作成

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

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

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

2-2 健診の実施と健診結果やその他の必要な情報の提供(フイードバック)

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

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

各種検査値の測定に当たっては、検査の精度管理及び検体管理を適切に行う。

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

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

2-3 保健指導対象者の選定・階層化と保健指導

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

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

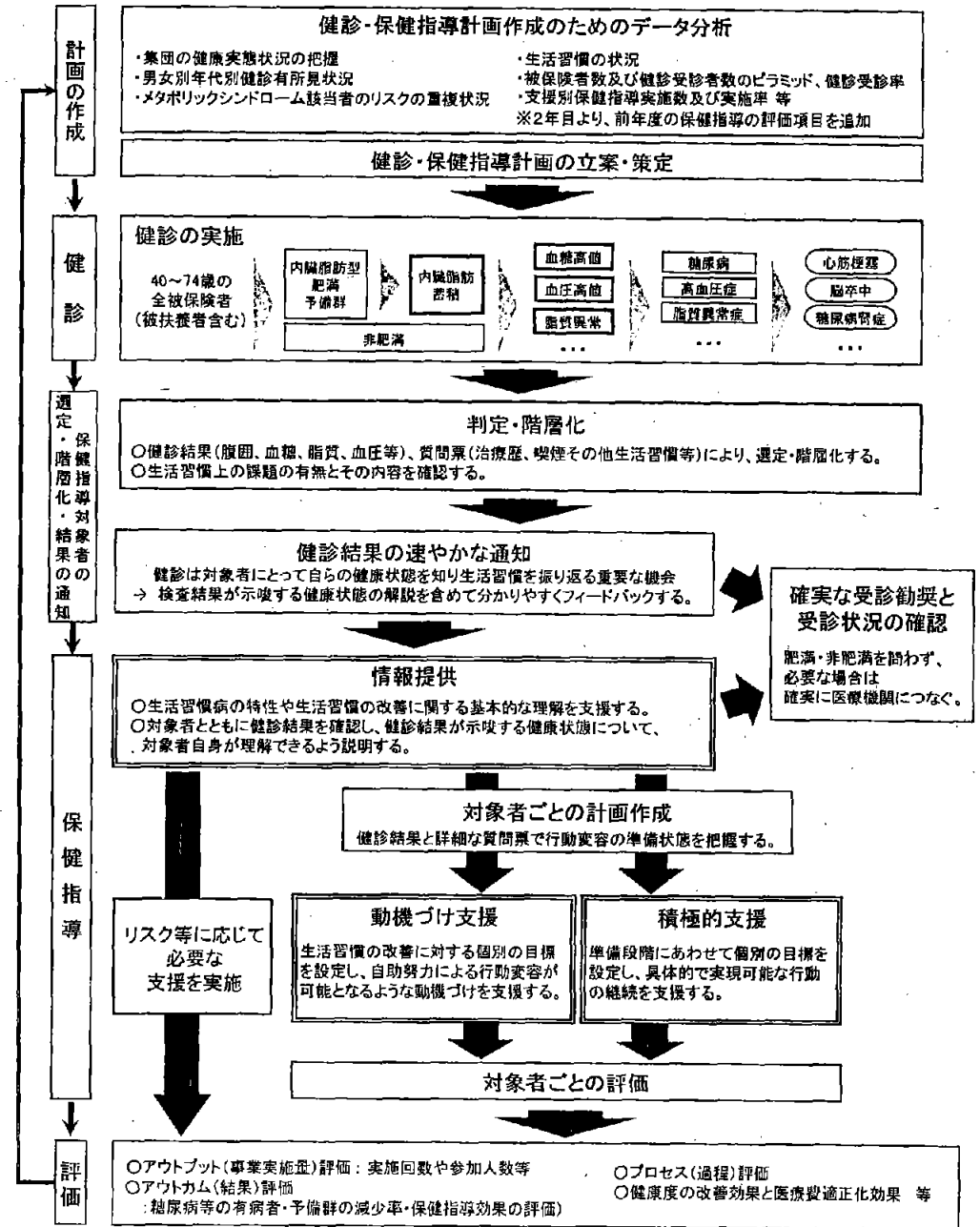
2-4 評価

健診・保健指導の結果やレセプトデータ等を用いて予め設定した評価指標・評価方法を基に、ストラクチャー³（構造）評価（実施体制、施設・設備の状況）、プロセス（過程）評価（健診・保健指導実施者の研修等）、アウトプット（事業実施量）評価（実施回数、参加人数等）、アウトカム（結果）評価（糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群の減少率、健診データの改善、健康度の改善効果、医療費の適正化効果等）を行い、次年度の健診・保健指導計画につなげることが必要である。

² 医師の指示のもとで服薬中の者を指す。

³ ストラクチャー：構造。ここでは健診・保健指導を実施する際の構成因子を指す。物的資源（施設、設備、資金等）、人的資源（職員数、職員の資質等）、組織的資源（スタッフ組織、相互検討の仕組み、償還制度等）等がある。

生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導プログラムの流れ(イメージ)



第3章 健診・保健指導事業に関わる者が有すべき資質

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

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

3-1 事業の企画・立案・評価を担う者が有すべき資質

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

(1) データを分析し、優先課題を見極める能力

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

例えば、医療費データ(レセプト等)と健診データの突合分析から、その対象集団に比較的多い疾病の発症予防や重症化予防のために効果的・効率的な対策を考へることや、どのような疾病にどのくらい医療費を要しているか、より高額な医療費がかかる原因疾患は何か、それは予防可能な疾患なのか、また、介護保険データからは高齢期の要介護状態と生活習慣病との関連等を調べ、対策を考へる能力が必要となる。

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

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

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

(2) 健診・保健指導の企画・調整能力

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

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

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

健診受診率、保健指導実施率向上のための効果的な方策の企画能力も求められる。

(3) 健診・保健指導の委託に関する能力

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

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

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

このため、事務担当者を含めた当該事業に関わる者は、アウトソーシング先の保健指導方法をしっかり把握し、適切に進行管理できるよう、一定の知識を身につけることが必要である。

また、委託後、適切に業務が行われているかモニタリング³し、想定外の問題がないか情報収集を行い、問題がある場合にはできるだけ早急に対応する能力も求められる。

³ モニタリング：変化を見逃さないよう、続けて判定、監視すること。

(4) 事業の事後評価を行う能力

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

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

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

(5) 保健指導の質を確保できる能力

保健指導の質を保ち、効果的な保健指導が行われるよう、保健指導場面への立ち会いや対象者の満足度等から保健指導実施者の技能を評価するとともに、質の向上のための保健指導実施者自らが保健指導の方法や対象疾患の知識等について学習する環境づくりや事例検討の実施など、人材育成に取り組む能力も求められる。

(6) 保健指導プログラムを開発する能力

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

3-2 健診・保健指導実施者が有すべき能力

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

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

(1) 健診結果と生活習慣の関連を説明でき行動変容に結びつけられる能力

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

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

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

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

(2) 対象者との信頼関係を構築できる能力

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

(3) 個人の生活と環境を総合的にアセスメントする能力

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

(4) 安全性を確保した対応を考えることができる能力

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

特に、検査結果が不良な対象者や整形外科的疾患等のある者については、保健指導対象者となった場合に身体活動や運動の強度等について考慮する必要があるため、健康づくりのための身体活動基準 2013 を参照するとともに、禁忌情報や留意事項を共有することで主治医と連携を図る等、適切に対応する。

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

(5) 相談・支援技術

① カウンセリング的要素を取り入れた支援

セルフケア（自己管理）では、対象者自身が行動目標や目標達成のための方法を定めることが前提となる。したがって、一方的に目標や方法を提示するのではなく、カウンセリング的要素を取り入れることが必要である。さらに、対象者のこれまでの日常生活を振り返り、行動変容できたことについてポジティブなとらえ方をしよう心がけ、それを言語化することで対象者が自己肯定感を持って生活習慣改善に取り組めるような関わりを行うことが望まれる。

② 認知行動療法の手法⁴、コーチングの手法⁵等を取り入れた支援

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

③ 個々の生活習慣の改善のための具体的な技術

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

(6) 個々の生活習慣に関する専門知識をもち活用できる能力

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

また、個々の生活習慣は互いに関連しているため、対象者が置かれた状況を総合的に判断し、生活習慣改善支援をバランス良く行うことが求められる。

① 栄養・食習慣についての専門知識

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

4 認知行動療法の手法：認知行動療法とは、人間の思考・行動・感情の関係性に焦点をあてて、思考・行動様式を修正し、症状や問題を解決していく治療法である。保健指導の場面でも、認知行動療法の諸技法を取り入れた支援を行うことにより、対象者が健康行動を身に付け、自律的に健康維持あるいは症状管理を行っていくこと（セルフコントロール）ができるように動機づけるとともに、生活改善につなげていくことが可能。

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

計画に基づく栄養・食生活に関する目標について情報提供できる能力が必要である。また、②の身体活動・運動についての専門知識と合わせて、対象者により良い支援を提案できる能力が必要である。

②身体活動・運動についての専門知識

運動生理学、スポーツ医学、体力測定・評価に関する基礎知識を踏まえ、身体活動・運動や運動習慣と生活習慣病発症との関連において科学的根拠を活用し、対象者に分かりやすく説明できる能力、さらに正しい身体活動・運動フォームや実施方法を実演する能力が必要である。

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

さらに、対象者の身体活動・運動の量やそれに伴うエネルギー消費量の増加を適切に把握し、体力の水準を簡便に評価する方法を身につけ、健康づくりのための身体活動基準2013に基づく、個々人に応じた支援の提供や、国の健康日本21（第二次）や自治体の健康増進計画に基づく身体活動・運動に関する目標について情報提供できる能力も必要である。また、①の栄養・食習慣についての専門知識と合わせて、対象者により良い支援を提案できる能力が必要である。

③たばこについての専門知識

喫煙は、動脈硬化の独立した危険因子である。喫煙すると、血糖の増加、血液中の中性脂肪やLDLコレステロールの増加、HDLコレステロールの減少等の検査異常がおりやすい。喫煙とメタボリックシンドロームが重なると動脈硬化がさらに進んで、いずれも該当しない人と比べて、約4～5倍、脳梗塞や心筋梗塞にかかりやすくなる。喫煙によって年間12～13万人が死亡していると推定されており、この値は年間の全死亡者数の約1割に相当する。たばこによる健康被害は、国内外の多数の科学的知見により因果関係が確立しており、健診・保健指導の機会に禁煙支援を行う重要性は高い。

対象者の喫煙状況や禁煙の意志をアセスメントし、喫煙が健康に及ぼす影響、禁煙が健康にもたらす効果、禁煙方法等について、9学会による禁煙ガイドライン（2010年改訂版）等の科学的根拠に基づき、対象者の特性に合わせて分かりやすく説明し、禁煙を支援できる能力が必要である。喫煙が健康に及ぼす影響については、喫煙が独立した循環器疾患や糖尿病のリスク因子であるとともに、メタボリックシンドロームやその他の生活習慣病に喫煙が重なると虚血性心疾患や脳血管疾患のリスクが著しく高まることを説明する必要がある。なお、厚生労働省では平成18年5月に禁煙支援マニュアルを公表しており、平成25年にはその改訂版が公表されるので参照されたい。また、第3編第3章3-4（4）⑦や第3編別添資料も参照されたい。

④アルコールについての専門知識

健康日本21（第二次）では、生活習慣病のリスクを高める飲酒量を「純アルコール摂取量が男性40g/日以上、女性20g/日以上」と定義した。これは、がん、高血圧、脳出血、脂質異常症等のリスクが1日平均飲酒量とともにほぼ直線的に上昇すること、また、全死亡、脳梗塞及び虚血性心疾患についても概ねこの飲酒量を超えるとリスクが上昇することによる*。したがって、生活習慣病予防のアプローチとして減酒支援は重要である。また、純アルコール1gは7kcalに相当し、体重コントロールの観点からも、減酒支援は栄養・運動指導を補完する新たな切り口となり得る。さらに、保健指導は、アルコール依存症患者が見出された場合に、専門医療機関での治療につなげる貴重な機会となり得る。

これらを踏まえ、保健指導実施者は、アルコールによる身体的・精神的及び社会的な影響に関する知識を持ち、対象者が抱える困難に共感しつつ、問題点を分かりやすく説明し、行動変容へと結びつける姿勢が求められる。具体的な支援方法は、第3編第3章3-4（4）⑧や第3編別添2を参照されたい。

* 例えば、男性で週450g以上の純アルコール（日本換算で1日平均3合程度）を摂取する者の全脳血管性障害（脳出血・脳梗塞）の罹患率は、機会飲酒者の約1.6倍に上昇する。

【出典】Iso H et al. Alcohol consumption and risk of stroke among middle-aged men. Stroke. 2004.

(7) 学習教材を開発する能力

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

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

(8) 活用可能な社会資源に関する情報収集を行う能力

平成24年7月に改正された地域保健対策の推進に関する基本的な指針において、いわゆるソーシャル・キャピタル⁶の健康づくり等における重要性が示された。対象者の行動変容を支援する際にも、個別の保健指導だけでなく、健康教室のような集団での教育や、身近な健康増進施設、地域の自主グループ等の社会資源の活用を組み合わせることで、より効果が上がることが期待される。そのため、日頃から、活用可能な社会資源の種類や、活用のための条件等について十分な情報収集を行い、地域・職域の資源を効果的に活用した支援ができる能力が必要である。

⁶ ソーシャル・キャピタル…地域に根ざした信頼や社会規範、ネットワークといった社会関係資本。「人と人との絆」「人と人との支え合い」に潜在する価値を意味している。

第2編 健診

第1章 メタボリックシンドロームに着目する意義

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

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

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

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

第2章 健診の内容

2-1 健診項目（検査項目及び質問項目）

(1) 基本的考え方

○糖尿病等の生活習慣病、とりわけメタボリックシンドロームの該当者・予備群を減少させることができるよう、保健指導が必要な者を的確に抽出するための検査項目を健診項目とする。対象集団の特性（地域や職場の特性）やそこから見出された健康課題を踏まえ、血清クレアチニンなどの他の検査項目も必要に応じて追加することが望ましい。

○標準的な質問項目は、①生活習慣病リスクの評価、②保健指導の階層化、③健診結果を通知する際の「情報提供」の内容の決定に際し、活用するものであるという考え方に基づくものとする。対象集団の特性等を踏まえ、他の質問項目も必要に応じて追加することが望ましい。

(2) 具体的な健診項目

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

①特定健診の基本的な項目（別紙1参照）

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

※ 血糖検査については、HbA1c検査は、過去1～3か月の血糖値を反映した血糖値のコントロールの指標であるため、健診受診者の状態を評価するという点で、保健指導を行う上で有効である。また、絶食による健診受診を事前に通知していたとしても、対象者が食事を摂取した上で健診を受診する場合があります。必ずしも空腹時における採血が行えないことがあるため、空腹時血糖とHbA1c検査の両者を実施することが望ましい。特に、糖尿病が課題となっている医療保険者においては、HbA1cを必ず行うことが望ましい。なお、特定健診・特定保健指導の階層化において、空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合は、空腹時血糖の結果を優先し判定に用いる。

※ 平成25年度からは従来のJDS値ではなく、NGSP値で表記する。また、JDS値とNGSP値は、以下の式で相互に正式な換算が可能である。

$$\text{JDS値}(\%) = 0.980 \times \text{NGSP値}(\%) - 0.245\%$$

$$\text{NGSP値}(\%) = 1.02 \times \text{JDS値}(\%) + 0.25\%$$

②特定健診の詳細な健診の項目（別紙2参照）

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

③その他の健診項目

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

(3) 質問項目

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

なお、必須項目も含め、この質問項目への回答は、いずれも保健指導の際の重要な情報となる。

(4) 測定方法とその標準化

○ 医療保険者は、複数の健診機関で実施された受診者の健診結果のデータを一元的に管理し、予防効果が大きく期待できる者から優先的に保健指導を実施していくことが必要である。そのため、共通した健診判定値の設定や検査項目毎の測定値の標準化が必要となる。

○ 健診機関は検査の標準化により、保健指導判定値及び受診勧奨判定値の信頼性を確保する。

○ 健診機関は、採血時間、検体の保存・運搬等に関して適切な配慮を行う。

○ 健診の検査実施方法および留意事項については別紙4を参照。

○ 具体的な健診項目ごとの標準的な測定方法、判定値については別紙5を参照。

(5) 測定値の精度管理

- 健診機関は、検査測定値について十分な精度管理を行うことが必要である。
- 内部精度管理、外部精度管理について、健診実施者は、「健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針」（平成 16 年厚生労働省告示第 242 号）（別紙 6 参照）における精度管理に関する事項に準拠して、精度管理を行うものとする。
- ① 内部精度管理（健診機関内で同じ測定値が得られるようにすること）
健診機関内において、健診の実施における検体の採取・輸送・保存、測定、検査結果等について、管理者の配置等管理体制、実施手順、安全性の確保等の措置を講じるように努め、検査値の精度を管理する。
- ② 外部精度管理（健診機関間でも同じ測定値が得られるようにすること）
日本医師会、日本臨床検査技師会、全国労働衛生団体連合会等が実施している外部精度管理調査を少なくとも 1 つは定期的に受け、検査値の精度が第三者によって管理されているようにする。

(6) 健診項目の判定値

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

(7) 健診項目の定期的な見直し

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

2-2 健診結果やその他必要な情報の提供（フィードバック）について

(1) 基本的な考え方

- 生活習慣病は自覚症状を伴うことなく進行することが多い。健診における検査データは、対象者が自分自身の健康課題を認識して生活習慣の改善に取り組む貴重な機会である。こうした効果を最大化するためには、選定・階層化に用いられるか否かに関わらず、個々の検査データに関する重症度の評価を含めた健診結果やその他必要な情報について、健診受診後すみやかに全ての対象者に分かりやすく提供する（フィードバックする）ことが重要である。
- こうした情報提供は、生活習慣を改善または維持していくことの利点を感じ、対象者の行動変容を促す動機づけを目的として行うべきである。その上で、医療機関への受診や継続治療が必要な対象者には受診や服薬の重要性を認識させること、健診受診者全員に対し継続的に健診を受診する必要性を認識させることなどの情報が盛り込まれることが望ましい。また、こうしたフィードバックの効果を高めるためには、健診実施から結果通知、及び保健指導までの期間を可能な限り短くすることが望ましい。
- 特に、特定健診の結果、医療機関を受診する必要があると判断された者については、医療機関への受療行動に確実に結びつくようなフィードバックが必要である。具体的には、通知等の送付だけにとどめず、面接等により確実に医療機関を受診するよう促し、確実に医療につないだ上で、実際の受診状況の確認も含めて継続的に支援することが重要である。

(2) 具体的なフィードバックの内容

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

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

① 確実に医療機関受診を要する場合

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

なお、このことはかかりつけ医のいない対象者にとってかかりつけ医を見つける機会にもなる。

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

② 生活習慣の改善を優先する場合

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

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

※受診勧奨判定値を超えた場合でも、1度高血圧（収縮期血圧140～159 mmHg、拡張期血圧90～99 mmHg）等であれば、服薬治療よりも、3か月間は生活習慣の改善を優先して行うことが一般的である。このとき、健診結果の通知でフィードバックされた内容を踏まえて生活習慣の改善に自ら取り組むという方法と、生活習慣の改善指導など必要な支援を保健指導として行う方法の2通りが考えられる。また、脂質異常症においても、一次予防（虚血性心疾患未発症者）ではまず3～6か月の生活習慣改善が必要であるとしている。特定保健指導の対象となった者については、各学会のガイドラインを踏まえ、健診機関の医師の判断により、保健指導を優先して行い、効果が認められなかった場合に、必要に応じて受診勧奨を行うことが望ましい。

③ 健診データ上では明らかな問題がない場合

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

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

(3) 情報提供の際の留意事項

血圧については、白衣高血圧等の問題があり再測定が重要であること、中性脂肪については直前の食事摂取や前日の飲酒の影響を大きく受けること等を考慮した上でフィードバックを行うことが求められる。

(4) 受診勧奨後のフォローアップ

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

第3章 保健指導対象者の選定と階層化

(1) 基本的考え方

- 内臓脂肪の蓄積により、血圧高値・血糖高値・脂質異常等の危険因子が増え、リスク要因が増加するほど虚血性心疾患や脳血管疾患等を発症しやすくなる。効果的・効率的に保健指導を実施していくためには、予防効果が大きく期待できる者を明確にする必要があることから、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因の数に着目し、保健指導対象者の選定を行う。
- 生活習慣病の予防を期待できるメタボリックシンドロームに着目した階層化や、生活習慣病の有病者・予備群を適切に減少させることができたかといった保健事業のアウトカムを評価するために、保健指導対象者の階層化に用いる標準的な数値基準が必要となる。
- 若い時期に生活習慣の改善を行った方が予防効果を期待できると考えられるため、年齢に応じた保健指導レベルの設定を行う。
- 特定健診に相当する健診結果を提出した者に対しても、特定健診を受診した者と同様に、選定・階層化を行い、特定保健指導を実施する。

(2) 具体的な選定・階層化の方法

ステップ1 (内臓脂肪蓄積のリスク判定)

- 腹囲とBMIで内臓脂肪蓄積のリスクを判定する。
 - ・腹囲 男性 85 cm 以上、女性 90 cm 以上 →(1)
 - ・腹囲 (1)以外 かつ BMI \geq 25 kg/m² →(2)

ステップ2 (追加リスクの数の判定)

- 検査結果及び質問票より追加リスクをカウントする。
 - ①～③はメタボリックシンドロームの判定項目、④はその他の関連リスクとし、④喫煙歴については①から③までのリスクが1つ以上の場合にのみカウントする。

①血糖高値	a 空腹時血糖	100mg/dL 以上 又は
	b HbA1c (NGSP) の場合	5.6%以上 又は
	c 薬剤治療を受けている場合 (質問票より)	
②脂質異常	a 中性脂肪	150mg/dL 以上 又は
	b HDL コレステロール	40mg/dL 未満 又は
	c 薬剤治療を受けている場合 (質問票より)	
③血圧高値	a 収縮期血圧	130mmHg 以上 又は
	b 拡張期血圧	85mmHg 以上 又は
	c 薬剤治療を受けている場合 (質問票より)	
④質問票	喫煙歴あり	

※ 血糖検査については、HbA1c 検査は、過去1～3か月の血糖値を反映した血糖値のコントロールの指標であるため、健診受診者の状態を評価するという点で、保健指導を行う上で有効である。また、絶食による健診受診を事前に通知していたとしても、対象者が食事を摂取した上で健診を受診する場合があります。必ずしも空腹時における採血が行えないことがあるため、空腹時血糖と HbA1c 検査の両者を実施することが望ましい。特に、糖尿病が課題となっている医療保険者に対しては、HbA1c を必ず行うことが望ましい。なお、特定健診・特定保健指導の階層化において、空腹時血糖と HbA1c の両方を測定している場合は、空腹時血糖の結果を優先し判定に用いる。

※ 平成25年度からは従来のJDS値ではなく、NGSP値で表記する。また、JDS値とNGSP値は、以下の式で相互に正式な換算が可能である。

$$\begin{aligned} \text{JDS 値 (\%)} &= 0.980 \times \text{NGSP 値 (\%)} - 0.245\% \\ \text{NGSP 値 (\%)} &= 1.02 \times \text{JDS 値 (\%)} + 0.25\% \end{aligned}$$

ステップ3 (保健指導レベルの分類)

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

(1)の場合

①～④のリスクのうち

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

(2)の場合

①～④のリスクのうち

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

ステップ4 (特定保健指導における例外的対応等)

○65歳以上75歳未満の者については、日常生活動作能力、運動機能等を踏まえ、QOL (Quality of Life) の低下予防に配慮した生活習慣の改善が重要である等から、「積極的支援」の対象となった場合でも「動機づけ支援」とする。

○降圧薬等を服薬中の者については、継続的に医療機関を受診しているため、生活習慣の改善支援については、医療機関において継続的な医学的管理の一環として行われることが適当である。そのため、医療保険者による特定保健指導を義務とはしない。しかしながら、きめ細かな生活習慣改善支援や治療中断防止の観点から、主治医と連携した上で保健指導を行うことも可能である。また、健診結果において、医療管理されている疾病以外の項目が保健指導判定値を超えている場合は、本人を通じて主治医に情報提供することが望ましい。

(3) 留意事項

○医療保険者の判断により、動機づけ支援、積極的支援の対象者以外の者に対しても、必要に応じて保健指導の実施を検討することが望ましい。特に、腹囲計測によって内臓脂肪型肥満と判定されない場合にも、血糖高値・血圧高値・脂質異常等のリスクを評価する健診項目を用い、個別の生活習慣病のリスクを判定する。

○65歳以上の者に保健指導を行う場合は、ロコモティブシンドローム¹、口腔機能低下及び低栄養や認知機能低下の予防等に留意し²、対象者の状況に応じた保健指導を行うことが望ましい。

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

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

¹ ロコモティブシンドローム(運動器症候群)は、運動器の障害のために自立度が低下し、介護が必要となる危険性の高い状態と定義される。ロコモティブシンドローム予防には歩行能力の維持向上が大切である。【参考】ロコモティブシンドローム診療ガイド2010(日本整形学会編)

² 栄養改善(血清アルブミン値の維持など)、口腔機能の維持向上、認知機能低下予防(特に軽度認知障害の高齢者に対する脳の活性化を含む運動・身体活動の積極的取り入れ)等は、いずれもプログラムの有効性が確認されている。

【参考】介護予防マニュアル(改訂版)平成24年3月 厚生労働省(老健局)

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/tp0501-1.html>

第4章 健診における各機関の役割

(1) 医療保険者に期待される役割

- 医療保険者は、40歳以上74歳以下の被保険者・被扶養者に対し、保険者の義務として特定健診を実施する。その際、受診率向上のために文書や電話等の受診勧奨の取り組みを被扶養者も含めて行う。また、委託する際は、適切な健診機関を選定する。
- 健診結果が示唆する健康課題等について、健診受診者に分かりやすくフィードバックする。
- 受診勧奨判定値を超える検査値があれば、その程度、年齢等を考慮した上で、医療機関を受診する必要性について受診者に通知する。特に、医療機関受診が必要であると判断された者に対しては確実な受診勧奨を行う。
- 服薬中の者に対しても、健診データ、レセプトデータ等に基づき、必要に応じて、保健指導等を検討する必要がある。
- レセプトデータ等に基づき、受診勧奨を行った者が実際に医療機関を受診しているかどうか、フォローアップを行う。適切に受療していない場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症予防のために治療の継続が必要であることを分かりやすく説明し、治療開始を促すことが重要である。

(2) 健診機関の役割

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

(3) 市町村の一般衛生部門の役割

- 市町村の一般衛生部門が、医療保険者の保有する健診データにやレセプトデータ、市町村の介護部門が保有する介護保険データに基づき当該市町村内の住民に対する保健指導や健康相談などを行おうとする場合には、これらの情報が特に適正な取扱いの厳格な実施を確保する必要がある医療分野に関する情報であるため、医療保険者や市町村の介護部門と連携し、別紙7に定める取扱いを行う必要がある。
- 上記を踏まえた上で、市町村の一般衛生部門においては、主治医や医療保険者と連携し、健診データ、レセプトデータ等に基づき、必要に応じて、服薬中の者に対する保健指導等を行うべきである。
- 医療機関を受診する必要があるにもかかわらず医療機関を受診していない者に対する対策、特定保健指導対象者以外の者に対する保健指導等について、医療保険者と連携してレセプトデータの受療情報等により行うべきである。
- 保健指導を実施する際に、医療機関を受診する必要があると判断されているにもかかわらず対象者が医療機関を受診していない場合は、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症予防のために治療が必要であることを指導することが重要である。

(4) 医療機関の役割

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

第5章 健診データ等の電子化

5-1 健診データ提出の電子的標準様式

(1) 基本的考え方

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

<健診データ等>

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

<特定健診・特定保健指導の実施状況等>

- ⑥ 医療保険者→国、社会保険診療報酬支払基金

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

(2) 留意事項

- 健診データ等の授受の際には、個人情報の保護に十分に留意する。
- 今後、人間ドック等他の健診データ等も、この電子的標準様式を基本とした形式で収集できるようにすることが望ましい。
- 収集された電子的情報はバックアップのために、安全性の確保された複数の場所に保存することが望ましい。
- 医療保険者においては、被保険者の求めがあれば、健診結果を電子的に提供することが望ましい。

(3) 具体的な様式

データの提出様式については、別紙8-1、別紙8-2、別紙8-3とする。

5-2 健診項目の標準コードの設定

(1) 基本的考え方

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

(2) 具体的な標準コード

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

※ 標準コード表については、ホームページ

(<http://www.mhlw.go.jp:10080/bunya/shakaihosho/iryouseido01/info02i.html>) より入手可能。

(参考)

基本的な健診項目の標準コードの例 (JLAC17桁コードを使用)

健診項目	検査方法	JLAC10コード
中性脂肪	可視吸光光度法 (酵素比色法・グリセロール消去)	3F015000002327101
	紫外吸光光度法 (酵素比色法・グリセロール消去)	3F015000002327201
	その他	3F015000002399901

5-3 健診機関・保健指導機関コードの設定

(1) 基本的考え方

- 医療保険者が管理する健診データ等は、健診機関ごとに特定のコードが収載されている。
- 糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群を確実に減らすためには、事業の評価及び健診データ等の十分な分析を行うことが必要であるため、健診機関・保健指導機関毎のデータ比較が可能となるよう、各健診機関、保健指導機関コードの設定が必要である。
- なお、医療機関の場合は、既にある保険医療機関コードを活用しており、健診機関コードについても下記のルールで設定が行われているため、別途独自のコードを設定しないようにする必要がある。

(参考) 健診機関・保健指導機関コード設定の考え方

※詳細は特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（厚生労働省保険局）参照

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

- 健診機関コード情報の収集・台帳の整理に際しては、社会保険診療報酬支払基金において発番されている10桁のコードを使用する必要がある。

5-4 健診結果の保存と活用について

(1) 基本的考え方

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

(2) 具体的な保存年限

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

(3) 留意事項

- 医療保険者間を異動した場合のデータの授受の方法としては、前に所属していた医療保険者において、健診データ管理に用いられていた記号・番号を、異動後の医療保険者において新しい被保険者番号等を発行し、差し替えることで、異動後の医療保険者は被保険者の健診データを管理することが考えられる。

- 医療保険者の被保険者でなくなった時以降は、次の医療保険者に引き継がれるまでか、空白期間ができるだけ生じないよう、例えば1年程度の一定期間が経過するまで保存する必要がある。
- 被保険者が希望する場合には、40歳以降の全データを次の医療保険者へ引き継ぐ必要がある。
- 本人が継続的に健診データを把握し自ら健康管理に活用できるように、経年的にデータを蓄積できる仕組みの構築を検討し、そうした経年的データを保健指導に積極的に生かしていくことが望ましい。このことは集団の健康状態に関する分析、経年変化の分析等により、予防戦略の立案に資する

(参考)

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

- 既存の保険者番号(法別番号と都道府県番号を含んだ8桁の数字)と一意性のある個人の固有番号(例:現在被保険者・被扶養者が使用している被保険者の記号・番号、職員番号、健診整理番号など)を用いる。
- 固有番号は、一度個人に発行した後は、その同じ番号を別の個人に再発行しないことが必要である。例えば、被保険者番号の場合は発行年度の西暦の下2桁を追加することで一意性を保つことができると考えられる。
- 被保険者証の記号・番号が個人毎の番号となっていない場合もあるため、生年月日やカタカナ名等、他の項目と組み合わせて個人を識別するか、枝番号を追加することで対応することが考えられる。

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

第6章 健診の実施に関するアウトソーシング(外部委託)

(1) 基本的考え方

①アウトソーシングを推進する意義

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

②外部委託の具体的方法

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

③委託側の健康増進事業実施者に求められる事項

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

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

なお、健診結果等の情報を取り扱う業務のみを委託する場合にも、委託先の事業者は平成25年厚生労働省告示第0号(外部委託基準)及び第0(施設等に関する基準)に定める健診結果等の情報の取扱いに関する基準を遵守することが求められる。(別紙9-1、別紙9-2参照)

④受託側の事業者者に求められる事項

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

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

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

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

(2) 具体的な基準

特定健診で外部委託を行う際に求められる基準に関しては、平成25厚生労働省告示第〇号（外部委託基準）及び第〇号（施設等に関する基準）を参照すること。なお、特定健診以外の健診について外部委託する場合も、この告示に準じることが望ましい。（別紙9-1、別紙9-2参照）

第7章 75歳以上の者及び40歳未満の者に対する健診・保健指導の在り方

7-1 75歳以上の者に対する健診・保健指導の在り方

(1) 基本的な考え方について

- 75歳以上の者については、医療機関に通院していない場合、健診等の機会を活用し、糖尿病等の生活習慣病を軽症のうちに発見し、医療につなげ、重症化を予防することが重要である。
- 75歳以上の者の生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果は、75歳未満の者よりも大きくないと考えられ、それ以前の年齢層の者に比べて生活習慣の改善が困難な場合も多い。さらに、体重減少や低栄養のリスクが増すことから、QOLを確保し、自立した日常生活を営むために生活機能低下の予防が重要となってくる。
- したがって、75歳以上の者については、身体状況等の個人差が大きいことに留意し、生活習慣病の予防に加え、75歳以上で増加するロコモティブシンドローム、口腔機能低下及び低栄養や認知機能低下を予防するため、個人の状態をアセスメントした上でその対象者の状況に応じた生活習慣改善支援を行うことが重要である。

(2) 健診について

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

(3) 保健指導について

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

(4) 介護との連携について

○ 市町村においては、高齢福祉担当課が主体となって介護関連事業を実施し、高齢者の健康確保と生活機能の維持・向上に努めていることから、高齢者の健診・保健指導については、データ等の相互提供等により介護関連事業と連携を図りながら実施することが望ましい。

7-2 40歳未満の者に対する健診・保健指導の在り方

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

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

※例えば、20歳からの平均約30年間で5kg以上体重が増えた人は、体重増加が5kg未満の人に比べて、男性では2.61倍、女性では2.56倍、糖尿病を発症しやすかったことが日本人を対象とした研究で示されている。(Nanri A, Mizoue T, Takahashi Y, et al. J Epidemiol Community Health doi: 10.1136/jech.2009.097964, 2011)

	特定健診	労働安全衛生法	学校保健安全法※4		
診察	質問項目(問診)	○	○ ※1	○	
	計測	身長	○	●1	○
		体重	○	○	○
		BMI	○	○	○
		腹囲	○	●2 ※2	○
	理学的所見(身体診察)	○			
	血圧	○	○	○	
視力		○	○		
聴力		○	○		
自覚症状及び他覚症状の有無の検査		○	○		
脂質	中性脂肪	○	●2	○	
	HDL-C(コレステロール)	○	●2	○	
	LDL-C(コレステロール)	○	●2	○	
肝機能	AST(GOT)	○	●2	○	
	ALT(GPT)	○	●2	○	
	γ-GT(γ-GTP)	○	●2	○	
代謝系	空腹時血糖	◎	◎	◎	
	HbA1c	◎	◎	◎	
	尿糖(半定量)	○	○	○	
血液一般	ヘマトクリット値	△			
	血色素量	△	●2	○	
	赤血球数	△	●2	○	
尿腎機能	尿蛋白(半定量)	○	○	○	
	尿潜血				
	血清クレアチニン				
12誘導心電図	△	●2	○		
眼底検査	△				
胸部エックス線検査		●3	○		
上部消化管エックス線検査					
喀痰検査		△ ※3	△		

○…必須項目

△…医師の判断に基づき選択的に実施する項目

◎…いずれかの項目の実施でも可

●1: 20歳以上の者については医師の判断に基づき省略可

●2: 40歳未満の者(35歳の者を除く。)については医師の診断に基づき省略可

●3: 40歳未満の者(20歳、25歳、30歳及び35歳の者を除く。)のうち、感染症法で結核に係る定期的の健康診断の対象とされている施設等の労働者及びじん肺法で3年に1回のじん肺健康診断の対象の労働者のいずれにも該当しない者については、医師の判断に基づき省略可

※1 喫煙歴及び服薬歴については、問診等で聴取を徹底する旨通知(平成20年1月17日 基発第697号)

※2 以下の者については医師が必要でないと認めるものについては省略可

1. 40歳未満の者(35歳の者を除く。)

2. 妊娠中の女性その他の者であって、その腹囲が内臓脂肪の蓄積を反映していないと診断されたもの

3. BMIが20未満である者 BMI(kg/m²)=体重(kg)÷(身長(m))²

4. 自ら腹囲を測定し、その値を申告した者(BMIが22未満である者に限る。)

※3 胸部エックス線検査により病変及び結核発病のおそれがないと診断された者について医師の判断に基づき省略可

※4 教職員を対象とする

標準的な質問票

別紙2

「詳細な健診」項目について

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

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

(1) 12誘導心電図

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

(2) 眼底検査

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

(3) 貧血検査

- 貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者

【判定基準】

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

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

※①医師の診断・治療のもとで服薬中の者を指す。 ※②中性脂肪も同様に取り扱う。

別紙3 (参考)

	質問項目	解説と回答の活用例
1 2 3	現在、a からcの薬の使用の有無 a. 血圧を下げる薬 b. インスリン注射又は血糖を下げる薬 c. コレステロールを下げる薬	○高血圧症、糖尿病又は脂質異常症について既に医療機関で治療を受けており服薬中である者については、当該医療機関で生活習慣の改善支援も行われていると考えられることから、特定保健指導の対象とならない。この質問はそれを確認するものである。 ○ただし、この質問で「いいえ」と答えた場合に、飲み忘れ(医療機関で治療を受けている)や治療中断の場合が含まれることに留意を要する。 ○「コレステロールを下げる薬」の項は、「脂質異常症の薬」を一般の方々にわかりやすく表現したものであり、中性脂肪を下げる作用のある薬もこれに含める。 ○糖尿病、高血圧の薬と比較して、脂質異常症の薬については本人が自覚していない場合が多いとの指摘があることに留意する。 ○特定保健指導開始後に、実際には服薬中であることが判明した場合は、特定保健指導の対象者から除外となるが、きめ細かな生活習慣改善支援の観点から、主治医と連携した上で保健指導を行うことも可能である。
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	○脳卒中既往例では脳卒中や虚血性心疾患の発症リスクが高まる*1。 ○こうした既往がある場合には、食事や身体活動・運動について支援する際に主治医と連携する。
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	○心筋梗塞などの虚血性心疾患既往例では虚血性心疾患や心不全の再発リスクが高まる*1。 ○こうした既往がある場合には、食事や身体活動・運動について支援する際に主治医と連携する。
6	医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか。	○慢性腎不全では、心筋梗塞、心不全および脳卒中の発症率が高くなる*2。 ○こうした既往がある場合には、食事や身体活動・運動について支援する際に主治医と連携する。
7	医師から、貧血といわれたことがある。	○この質問に「はい」と答えた者には、いわゆる脳貧血(迷走神経反射による立ちくらみ等)のことが、鉄欠乏性貧血等で治療を行ったことがあるのかどうかを確認する必要がある(そこで本質問には「医師から」という文言を入れている)。 ○後者の場合は、現在の治療状況を確認し、現在も治療を継続しているようであれば食事や身体活動・運動について支援する際に主治医と連携する。一方、治療の必要性があるにも関わらず治療を自己中断している場合には医療機関での精査を促す。
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者)	○喫煙は、動脈硬化の独立した危険因子である。 ○喫煙すると、血糖の増加、血液中の中性脂肪やLDLコレステロールの増加、HDLコレステロールの減少等の検査異常がおこりやすい*3,*4。 ○JPHCスタディによると現在1日20本以上を喫煙している者は、非喫煙者に比べて男性では1.4倍、女性では3.0倍、2型糖尿病になりやすかった*5。 ○NIPPON DATA80の14年間の追跡によると、吸わない男性の脳卒中死亡リスクを1とすると、1日1箱以内の喫煙男性では約1.5倍、1日2箱以上では2.2倍高かった。また、吸わない男性の虚血性心疾患死亡リスクを1とすると、1日1箱以内の喫煙者では約1.5倍、2箱以上では4.2倍高かった*6。 ○喫煙とメタボリックシンドロームが重なると動脈硬化がさらに進んで、いずれも該当しない人と比べて、約4~5倍、脳梗塞や心筋梗塞にかかりやすくなる*7。 ○この質問に「①はい」と答えた者(現在、習慣的にたばこを吸っている者)に対しては、健診当日ならびに健診後の保健指導等の機会を活用して、対象者の禁煙意向を踏まえて、禁煙の助言や情報提供を行う。禁煙希望者には禁煙外来を実施している医療機関のリスト等を提示するのよい。 ○「②いいえ」と答えた者のうち、質問票の工夫や追加問診等により、過去または最近禁煙した者が把握できる場合は、禁煙者に対して、禁煙したことを賞賛し、今後も禁煙を続けるよう励ます。

9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	○生活習慣の乱れによる体重の増加は、摂取エネルギーが消費エネルギーよりも大きい状態であることを示す(10kg増加=70,000kcal)。エネルギー収支の乱れを認識することができる。 ○体重増加量が大いほど糖尿病・高血圧の有病率が高い。 ○20歳からの平均30年間で5kg以上体重が増えた人は、体重増加が5kg未満の人に比べて、男性では2.81倍、女性では2.56倍、糖尿病を発症しやすかったことが日本人を対象とした研究で示されている*8。
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施	○散歩、体操、ジョギング、ランニング、水泳、球技(運動強度3メッツ以上の活動)等の軽く汗をかく運動を、習慣的・継続的に、4メッツ/時/週以上(週80分以上)実施することで、生活習慣病の発症及び死亡リスクが12%減少することが示唆されている*9。 ○3メッツ以上の強度(概ね4メッツ程度)の運動に限定するために、質問に汗をかくという主観的感覚を加えた質問となっている。 ○この質問に「いいえ」と答えた者には、その取組状況やリスクを確認した上で、着手可能なものから取り組むよう支援する*9。 ○運動中の循環器疾患の事故や傷害を予防するために、保健指導の初期には、6メッツ未満の運動、主観的「こきつい」と感じない程度の運動を提案する。
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施	○強度が3メッツ以上の身体活動を23メッツ/時/週行うことが身体活動量の基準として示されている*9。具体的には、仕事、家事、移動、運動などで良いので、歩行又はそれと同等以上の強度の身体活動を、こま切れでも良いので毎日合計60分以上行うことに相当する。 ○身体活動を1日10分増やすことで、生活習慣病のリスクを約3%減らすことができることが示唆されている*9。 ○この質問に「いいえ」と答えた者には、その取組状況やリスクを確認した上で、着手可能なものから取り組むよう支援する*9。
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	○対象者の体力や身体活動の強度を評価するための項目である。 ○「同年代の同性と比較して体力があるか?」という質問で体力を評価した研究では、優れた者と回答した者と比較して劣ると回答した者は将来の循環器病発症並びに循環器病による死亡のリスクが3~4倍高いことが示されている。 ○性・年齢別の体力(最大酸素摂取量)のほぼ平均値以上を有する人は、将来の生活習慣病発症並びに生活習慣病による死亡のリスクが低いことが示されている。 ○日常の歩行速度は最大酸素摂取量と関連があることに加えて、日常の歩行速度が速いほど将来の生活習慣病発症並びに生活習慣病による死亡のリスクが20~30%低いことが示唆されている。 ○この質問に「いいえ」と答えた者の中には、単に体力が低いというだけでなく、足腰に痛みがある、運動器の機能が低下しているなどの問題を抱えている者が含まれる場合があるので、身体活動・運動への取組状況やリスクを確認した上で、注意深く支援を提供する。
13	この1年間で体重の増減が±3kg以上あった。	○最近1年での体重の増減は、生活習慣・環境等の変化のためにエネルギー収支が変動したことを示している。 ○+3kg以上なのか、-3kg以上なのか、まず増減の方向性を確認したうえで保健指導を行うことが大切である。 ○3kg以上の減量があった場合、生活習慣改善の効果なのかどうかを確認する。生活習慣改善の効果でない場合、食欲や食環境の変化による低栄養、悪性新生物、甲状腺機能亢進症など、病的な体重減少ではないかどうかを確認する。 ○3kg以上の体重増加があった場合、生活環境などの変化に伴う急性の変化なのか、徐々に毎年増加の傾向をたどっているかを確認し、目標設定の際に考慮する。
14	人と比較して食べる速度が速い。	○日本人を対象とした研究で食べる速さと肥満度(BMI)との間には関連がみられるという報告がある*10。 ○食べる速度が速い者の割合は、やせ(BMI<18.5kg/m ²)及びふつう(18.5kg/m ² ≤BMI<25.0kg/m ²)の者に比べて、肥満者(BMI≥25.0kg/m ²)で多いという調査結果がある。*11。

		<p>○また、食べる速度が速い者は、遅い者と比べて、将来の糖尿病発症の危険が約2倍である、という研究がある。^{*12}</p> <p>○この質問に「速い」と答えた者で、肥満傾向がある場合は、仕事や家庭のやむを得ない事情などを確認し共感した上で、少しでも改善できるようにするための工夫をともに考える等の支援を行う。</p> <p>○工夫としては、たとえば「よく噛むことを意識する」、「会話しながら食事する」、「汁物で流し込むような食べ方をやめる」、「野菜を増やす」などの方法がある。</p>
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	<p>○1年後の健診で、「就寝前の2時間以内に夕食を取ることが週に3回以上ある。」ことがなくなった(改善した)者は、腹囲が減少し、HDL コレステロールが増加したという報告がある^{*13}。</p> <p>○この質問に「はい」と答えた者で、肥満傾向がある場合は、仕事や家庭のやむを得ない事情などを確認し共感した上で、少しでも改善できるようにするための工夫をともに考える等の支援を行う。</p> <p>○対処法として、就寝時間を遅らせるのではなく、たとえば早めの時間に食事をする工夫をしたり、間食などを工夫して、就寝前のエネルギー、糖質等の摂取を控えるなどの方法がある。</p>
16	夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが週に3回以上ある。	<p>○肥満者は、普通体重の者に比べ、夕食後に間食をすることが多いという調査結果がある^{*14}。</p> <p>○1年後の健診で、「夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが週に3回以上ある。」ことがなくなった(改善した)者は、体重が減少したという報告がある^{*15}。</p> <p>○この質問に「はい」と答えた者で、肥満傾向がある場合は、仕事や家庭のやむを得ない事情などを確認し共感した上で、少しでも改善できるようにするための工夫をともに考える等の支援を行う。</p> <p>○支援の方法としては、たとえば、間食の時間、内容等の記録をつけてもらい、とっている回数を見直し修正するなどの行動科学的なアプローチを行うなどの方法がある。</p>
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	<p>○1年後の健診でも、朝食を抜くことが週に3回以上ないことを維持している者は、LDL コレステロール値が低下したという報告がある^{*16}。</p> <p>○この質問に「はい」と答えた者には、仕事や家庭のやむを得ない事情などを確認し共感した上で、少しでも改善できるようにするための工夫をともに考える等の支援を行う。</p> <p>○朝食だけに着目するのではなく、就寝時間、夕食(その後の間食)の状況にも留意し、「朝ごはんを食べたくなる」状況を作ることが大切である。</p> <p>○たとえば、朝食については、量・バランス等を考慮したものや望ましいが、本人の負担感を軽減できる簡便な方法を紹介するなどの方法がある。</p>
18	お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	<p>○がん、高血圧、脳出血、脂質異常症などの飲酒に関連する多くの健康問題のリスクは、1日平均飲酒量とともにほぼ直線的に上昇することが示されている。一方で、全死亡、脳梗塞及び虚血性心疾患については、飲酒量との関係は直線的であるとは言えないが、一定の量を超えるとリスクが高まるということが分かっている。</p> <p>○問18と問19の回答を組み合わせることで、アルコールの摂取状況を定量化できる。</p> <p>○問18で①「毎日」若しくは②「時々」と答え、さらに問19で②以上(1~2合以上)であると答えた者は、健康日本21(第二次)で示す「生活習慣病のリスクを高める飲酒(1日の平均純アルコール摂取量が男性で40g、女性で20g以上)」に該当している可能性が高い。こうした対象者には、可能であれば、本プログラム第3編別添資料を参照し、改めて飲酒状況の評価(AUDIT*)を行った上で、減酒支援(フリーフィンターベンション**)を行う。</p> <p>* AUDIT(アルコール使用障害スクリーニング): 自記式の質問票を用いて飲酒状況を確認し、スコア化する。8~14点で減酒支援(フリーフィンターベンション)の対象となる。</p> <p>** 減酒支援(フリーフィンターベンション): 1回目の面接で、現在の飲酒量をともに確認した上で、飲酒による健康問題の理解を促し、具体的な減酒目標及び減酒方法について検討した上で「飲酒日記」をつけるよう促す。概ね2~4週間後(期間は任意)の保健指導の機会に「飲酒日記」を持参を求め、ともに振り返る。</p>
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量	

		<p>○問18で③「ほとんど飲まない(飲めない)」と答えた者の中には「禁酒した者」も含まれている。禁酒の理由として最も多いのは健康上の理由(何らかの病気のために禁酒した)であり、コホート研究で禁酒者の死亡リスクは非常に高いことが指摘されている^{*10}。したがって③と答えた者の中に禁酒者がいないか留意し、いた場合はその理由に応じて健康相談等の機会を設けるようにする。</p>
20	睡眠で休養が十分とれている。	<p>○この質問に「いいえ」と答えた者は、睡眠の「量」又は「質」に問題がある可能性がある。</p> <p>○量すなわち睡眠時間の不足の時は、仕事や家庭のやむを得ない事情などを確認し共感した上で、睡眠時間を確保する工夫ができるよう支援する。</p> <p>○睡眠の質に問題がある場合は、健康づくりのための睡眠指針「快適な睡眠のための7箇条」参照して支援を行う。</p> <p>○肥満者等では「睡眠時無呼吸症候群(SAS)」を合併していることがある。昼間の眠気、いびき、コーヒーの多飲などの状況を確認する。SASでは減量が有効なことから、減量への動機づけにつなげることができる。必要に応じて減量、マウスピース、CPAPなどの治療法や医療機関受診についても情報提供する。</p> <p>○この質問に「いいえ」と回答した場合、食生活・運動習慣等の改善意欲が低下しやすいことに留意、減量目標の設定を急ぐのではなく、睡眠不足や不眠症がうつ病や生活習慣病などにつながることを伝え、睡眠の質と量を確保できるような支援を行う。</p>
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	<p>○この質問は、保健指導を受ける際にどのような行動変容ステージ(準備段階)にあるかを確認するものである。Prochaskaの行動変容理論に基づき、対象者の準備段階を踏まえた支援を行うために活用できる。</p> <p>○健診時の回答から気持ちに変化が生じることも多いため、健診結果を理解したあとに面接で再度ステージを確認することが大切である。</p> <p>○本質問で改善意欲が低いと回答しても、面接によって意欲が高まることもあるので、保健指導対象として除外する場合は慎重さが求められる。</p> <p>○すでに取り組んでいる場合(④実行期、⑤維持期)、どのような取り組みをいつから始めているのか、その効果をどのように感じているのかを確認、賞賛するとともに取り組みを続けることの重要性を伝える。ただし、無理な方法をとっていたり、続けることが困難と感じている場合には、目標の見直しなどの方法をとること。</p> <p>○準備期(③)では実行しやすい目標を設定し、適切なタイミングでツールを提供するなどして励ますことが有効である。</p> <p>○関心期・熟考期(②)では、生活習慣改善のメリットを伝えるとともに、無理のない方法で効果が上がることを伝える。たとえば3~4%程度の軽度な減量でも検査値の改善効果が得られる^{*16}ことを伝えるなどの方法がある。</p> <p>○無関心期・前熟考期(①)では、現在の生活習慣が疾病につながることを伝える。ただし、「改善するつもりはない」と回答しているものの中には、例えば、「すでによい生活習慣を行っているので、これ以上の改善はできないと思っている」等、別の意図で回答している場合もあるので、本人の意識を改めて確認する。その際、例えば「現在、健康のために意識してやっていること」等を話してもらうとよい。</p> <p>また、行動変容が困難感を抱く対象者の心情に共感し、行動変容を阻害している要因や環境を対象者とともに考え、気づきを促すことが必要である。</p>
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	<p>○この質問に「いいえ」と答えた者には、あれこれ「指導」を受けたくない、自分なりにやっている、今までに指導を受けたことがある、時間が取れない、などの理由があると考えられる。</p> <p>○「いいえ」と回答して積極的ではないと思われる対象者であっても、健診結果をみてから気持ちに変化が生じることもあるため、健診結果や本人の準備状態を十分に配慮しつつ、支援を行う。</p> <p>○この回答が「いいえ」であっても、積極的支援の効果は「はい」と変わらなかった^{*17}。積極的支援のサポートティブな姿勢が、従来の「指導」イメージとは異なることを理解してもらうことが大切である。</p>

【参考文献】

- ※1 日本動脈硬化学会「動脈硬化性疾患予防ガイドライン」2012
 ※2 「CKD 診療ガイド2012」日本腎臓学会
 ※3 Wilf C, et al. JAMA 2007; 298: 2654-2664
 ※4 Craig WY, et al. BMJ 1988; 298: 784-788
 ※5 Wald K, Noda M, Sasaki S, et al. Diabetic Med 2005; 22: 323-331
 ※6 Ueshima H, et al. Stroke. 2004; 35: 1836-1841
 ※7 Higashiyama A, et al. Circ J 2009; 73: 2258-2263
 ※8 Nanri A, Mizoue T, Takahashi Y, et al. J Epidemiol Community Health doi: 10.1136/jech.2009.097964, 2011
 ※9 「健康づくりのための身体活動基準 2013」
 ※10 Sasaki et al. Int J Obese 2003; 27: 1405-10, Otsuka et al. J Epidemiol 2006; 16; 3: 117-124
 ※11 平成21年国民健康・栄養調査
 ※12 Sakurai M, Nakamura K, Miura K, Takamura T, Yoshita K, Nagasawa SY, Morikawa Y, Ishizaki M, Kido T, Naruse Y, Suwazono Y, Sasaki S, Nakagawa H. Self-reported speed of eating and 7-year risk of type 2 diabetes mellitus in middle-aged Japanese men. Metabolism. 2012 Nov; 61(11):1566-71.
 ※13 平成22年厚生労働科学研究費補助金循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「特定健診・保健指導開始後の実態を踏まえた新たな課題の整理と保健指導困難事例や若年肥満者も含めた新たな保健指導プログラムの提案に関する研究」(研究代表者 横山敏晴)
 ※14 平成9年国民栄養調査
 ※15 Tsubono Y. JAMA. 2001; 285: 1177-1178
 ※16 平成23年厚生労働科学研究費補助金循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「生活習慣病予防活動・疾病管理による健康指標に及ぼす影響と医療費適正化効果に関する研究」(研究代表者 津下一代)
 ※17 平成24年厚生労働科学研究費補助金循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「生活習慣病予防活動・疾病管理による健康指標に及ぼす影響と医療費適正化効果に関する研究」(研究代表者 津下一代)

健診の検査実施方法および留意事項

健診の検査実施方法について下記のとおりとすることが望ましい。

(1) 検査前の食事の摂取、運動について

- ア アルコールの摂取や激しい運動は、健診の前日より控える。
 イ 午前中に健診を実施する場合は、血糖、中性脂肪等の検査結果に影響を及ぼすため、健診前10時間以上は、水以外の飲食物を摂取しない。
 ウ 午後に健診を実施する場合は、HbA1c 検査を実施する場合であっても、軽めの朝食とするとともに、他の検査結果への影響を軽減するため、健診まで水以外の飲食物を摂取しないことが望ましい。

(2) 腹囲の検査

- ア 立位、軽呼吸時において、臍の高さで測定する。
 イ 脂肪の蓄積が著明で臍が下方に変位している場合は、肋骨下縁と前上腸骨棘の midpoint の高さで測定する。
 ウ より詳細については、独立行政法人国立健康・栄養研究所のホームページ (<http://www0.nih.go.jp/eiken/info/kokucho.html>) において示されているので、参考とされたい。

(3) 血圧の測定

- ア 測定回数は原則2回とし、その2回の測定値の平均値を用いる。ただし、実施状況に応じて、1回の測定についても可とする。
 イ その他、測定方法については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック」(社団法人日本循環器管理研究協議会編)等）が示されているので、これを参考とされたい。

(4) 血中脂質検査及び肝機能検査

- ア 原則として、分離剤入りプレイン採血管を用いる。
 イ 採血後、原則として早急に遠心分離し、24時間以内に測定するのが望ましい。
 なお、これが困難な場合は、採血後に採血管は冷蔵又は室温で保存し、12時間以内に遠心分離する。
 ウ 血清は、測定まで冷蔵で保存し、採血から72時間以内に測定する。
 エ 血中脂質検査の測定方法については、可視吸光度法、紫外吸光度法等による。ただし空腹時採血を行い総コレステロール値を測定した上であれば、中性脂肪が400mg/dL以下の場合に限り、Friedewald式を用いてLDLコレステロールを算出することができる。
 オ 肝機能検査の測定方法については、AST (GOT) 及びALT (GPT)

) 検査については、紫外吸光光度法等によるとともに、 γ -GT (γ -GT P) 検査については、可視吸光光度法等による。

(5) 血糖検査

次のア又はイのいずれかの方法により行う。なお、空腹時に採血が行えなかった場合には、HbA1c検査を実施する。

ア 空腹時血糖検査

- ① 空腹時血糖であることを明らかにする。なお、10時間以上食事をしていない場合を空腹時血糖とする。
- ② 原則として、フッ化ナトリウム入り採血管(血糖検査用採血管)を用いる。
- ③ 採血後、採血管を5~6回静かに転倒・混和する。
- ④ 混和後、採血管は冷蔵で保管し、採血から6時間以内に遠心分離して測定することが望ましいが、困難な場合には、採血から12時間以内に遠心分離し測定する。
- ⑤ 遠心分離で得られた血漿は、測定まで冷蔵で保存し、採血から72時間以内に測定する。
- ⑥ 測定方法については、電位差法、可視吸光光度法、紫外吸光光度法等による。

イ HbA1c検査

- ① フッ化ナトリウム入り採血管(血糖検査用採血管)又はエチレンジアミン四酢酸(EDTA)入り採血管を用いる。
- ② 採血後、採血管を5~6回静かに転倒・混和する。
- ③ 混和後、採血管は、冷蔵で保管する。
- ④ 採血後、48時間以内に測定する。
- ⑤ 測定方法については、免疫学的方法、高速液体クロマトグラフィー(HPLC)法、酵素法等による。

(6) 尿中の糖及び蛋白の検査

ア 原則として、中間尿を採尿する。

イ 採取後、4時間以内に試験紙法で測定することが望ましいが、困難な場合には、尿検体を専用の容器に移して密栓し、室温で保存する場合は24時間以内、冷蔵で保存する場合は48時間以内に測定する。

ウ その他、測定方法及び判定方法については、関係団体により手引書(「循環器病予防ハンドブック」(社団法人日本循環器管理研究協議会編)等)が示されているので、これを参考とされたい。

(7) 詳細な検査

① 貧血検査

ア エチレンジアミン四酢酸(EDTA)入り採血管を用いる。

イ 採血後、採血管内のエチレンジアミン四酢酸(EDTA)を速やかに溶かす。

ウ 混和後、室温に保管し、12時間以内に測定する。

② 心電図検査

ア 安静時の標準12誘導心電図を記録する。

イ その他、検査方法及び判定基準については、関係団体により手引書(「循環器病予防ハンドブック」(社団法人日本循環器管理研究協議会編)等)が示されているので、これを参考とされたい。

③ 眼底検査

ア 手持式、額帯式、固定式等の電気検眼鏡又は眼底カメラ撮影により実施する。

イ その他、検査方法及び判定基準については、関係団体により手引書(「循環器病予防ハンドブック」(社団法人日本循環器管理研究協議会編)や「手にとるようにわかる健診のための眼底検査」(大阪府立健康科学センター編著)等)が示されており、概要については社団法人日本循環器管理研究協議会のホームページ(<http://www.jacd.info/method/index.html>)や財団法人大阪府保健医療財団大阪がん循環器病予防センターのホームページ(<http://www.osaka-ganjun.jp/effort/cvd/gantei/>)においても示されているのでこれを参考とされたい。

健康増進事業実施者に対する健康診断の実施等に関する指針

別紙5

番号	項目コード (LAC10)	項目名	検査項目数	検査回数	検査方法	備考
1	9A7350000000000001	健康診断	130	140	mg/dl	平均値を「1日目」「2日目」以外の日の検査結果から算入する
2	9A7350000000000001	健康診断	85	90	mmHg	平均値を「1日目」「2日目」以外の日の検査結果から算入する
3	3F0150000002327101	血糖検査	150	300	mg/dl	1:空腹時血糖検査 2:空腹時血糖検査(2時間以上禁食後) 3:その他
4	3F0150000002327101	血糖検査	39	34	mg/dl	1:空腹時血糖検査 2:空腹時血糖検査(2時間以上禁食後) 3:その他
5	3F0150000002327101	血糖検査	120	140	mg/dl	1:空腹時血糖検査 2:空腹時血糖検査(2時間以上禁食後) 3:その他
6	3F0150000002327101	血糖検査	100	120	mg/dl	1:空腹時血糖検査 2:空腹時血糖検査(2時間以上禁食後) 3:その他
7	3D045000001806401	HbA1c (NGSP)	6.8	6.5	%	1:平均値を算出する (検査回数)2 2:その他
8	3D045000001806401	HbA1c (NGSP)	3.1	5.1	U/L	1:平均値を算出する (検査回数)2 2:その他
9	3D045000001806401	HbA1c (NGSP)	3.1	5.1	U/L	1:平均値を算出する (検査回数)2 2:その他
10	3B045000002327101	ALT (GPT)	5.1	10.1	U/L	1:平均値を算出する (検査回数)2 2:その他
11	2A000000001807101	健康診断	130(男性) 120(女性)	110(女性)	mg/dl	平均値を算出する

別紙6

健康増進事業実施者に対する健康診断の実施等に関する指針 (平成十六年六月十四日) (厚生労働省告示第二百四十二号)

健康増進法(平成十四年法律第百三十三号)第九条第一項の規定に基づき、健康増進事業実施者に対する健康診断の実施等に関する指針を次のように定めたので、同法第九条第三項の規定に基づき公表する。

健康増進事業実施者に対する健康診断の実施等に関する指針

第一 基本的な考え方

健康診断は、疾病を早期に発見し、早期治療につなげること、健康診断の結果を踏まえた栄養指導その他の保健指導(運動指導等生活習慣の改善のための指導を含む。以下同じ。)等を行うことにより、疾病の発症及び重症化の予防並びに生涯にわたる健康の増進に向けた自主的な努力を促進する観点から実施するものである。

現在、健康診断、その結果を踏まえた栄養指導その他の保健指導等は、健康増進法第六条に掲げる各法律に基づいた制度において各健康増進事業実施者により行われているが、次のような現状にある。

- 1 制度間で健康診断における検査項目、検査方法等が異なる場合がある。
- 2 精度管理が適切に行われていないため、検査結果の比較が困難である。
- 3 健康診断の結果が、受診者に対する栄養指導その他の保健指導、必要な者に対する再検査、精密検査及び治療のための受診並びに健康の自己管理に必ずしもつながっていない。
- 4 健康診断の結果を踏まえた集団に対する健康課題の明確化及びそれに基づく栄養指導その他の保健指導が十分でない。
- 5 健康診断の結果等(栄養指導その他の保健指導の内容を含む。以下同じ。)が各健康増進事業実施者間で継続されず、有効に活用されていない。

6 健康診断の結果等に関する個人情報の保護について必ずしも十分でない。

また、このような状況の中、平成十七年四月に、メタボリックシンドロームの我が国における定義及び診断基準が日本動脈硬化学会、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、日本血栓止血学会及び日本内科学会から構成されるメタボリックシンドローム診断基準検討委員会において策定された。この定義及び診断基準においては、内臓脂肪の蓄積に着目し、健康診断の結果を踏まえた効果的な栄養指導その他の保健指導を行うことにより、過栄養により生じる複数の病態を効果良く予防し、心血管疾患等の発症予防に繋げることが大きな目標とされた。

このため、この指針においては、各健康増進事業実施者により適切な健康増進事業が実施されるよう、健康診断の実施、健康診断の結果の通知、その結果を踏まえた栄養指導その他の保健指導の実施等、健康手帳等による健康診断の結果等に関する情報の継続的な在り方及び個人情報の取扱いについて、各制度に共通する基本的な事項を定めることとする。各健康増進事業実施者は、健康診断の実施等に当たり、個人情報の保護等について最大限に配慮するとともに、以下に定める事項を基本的な方向として、国民の健康増進に向けた自主的な取組を進めるよう努めるものとする。

なお、この指針は、必要に応じ、適宜見直すものとする。

第二 健康診断の実施に関する事項

一 健康診断の在り方

1 健康増進事業実施者は、健康診断の対象者に対して、その目的、意義及び実施内容について十分な周知を図り、加齢による心身の特性の変化などライフステージや性差に応じた健康診断の実施者により対象者が自らの健康状態を把握し、もって生涯にわたる健康の増進に資するように努め、未受診者に対して受診を促すよう特に配慮すること。例えば、壮年期においては、内臓脂肪の蓄積を共通の要因として、糖代謝異常、脂質代謝異常、高血圧の状態が重複した場合に、心血管疾患等の発症

可能性が高まることから、これらの発症及び重症化の予防に資するものとする。また、その際は、身長、体重及び腹囲の検査、血圧の測定、高比重リポタンパク質コレステロール(HDLコレステロール)及び血清トリグリセライドの量の検査並びに血糖検査を健康診査における検査項目に含むものとする。

2 健康増進事業実施者は、生涯にわたる健康の増進の観点等から、健康診査の実施について、加齢による心身の特性の変化などライフステージや性差に応じた健康課題に対して配慮しつつ、他の制度で健康診査が実施された場合の対応等、各制度間及び制度内の整合性を取るために必要な相互の連携を図ること。

3 健康増進事業実施者は、関係法令を踏まえ、健康診査における検査項目及び検査方法に関し、科学的知見の蓄積等を踏まえて、必要な見直しを行うこと。

4 健康増進事業実施者は、各制度の目的を踏まえつつ、健康診査における検査項目及び検査方法を設定又は見直す場合、加齢による心身の特性の変化などライフステージや性差に応じた健康課題に対して配慮するとともに、科学的知見の蓄積等を踏まえて、疾病の予防及び発見に係る有効性等について検討すること。

5 健康増進事業実施者は、健康診査の検査項目について受診者にあらかじめ周知するとともに、法令上の実施義務が課されている検査項目を除き、受診者が希望しない検査項目がある場合、その意思を尊重すること。また、法令上の実施義務が課されている検査項目を除き、特に個人情報の保護等について最大限に配慮することが望ましい検査項目があるときには、あらかじめ当該検査項目の実施等につき受診者の同意を得ること。

二 健康診査の精度管理

1 健康増進事業実施者は、健康診査の精度管理(健康診査の精度を適正に保つことをいう。以下同じ。)が生涯にわたる個人の健康管理の基盤として重要であることにかんがみ、健康診査における検査結果の正確性を確保するとともに、検査を実施する者や精度管理を実施する者が異なる場合においても、受診者が検査結果を正確に比較できるようにすること。また、必要な

い再検査及び精密検査を減らす等必要な措置を講じることにより健康診査の質の向上を図ること。

2 健康増進事業実施者は、健康診査を実施する際には、この指針に定める内部精度管理(健康診査を行う者が自身で行う精度管理をいう。以下同じ。)及び外部精度管理(健康診査を行う者以外の者が行う精度管理をいう。以下同じ。)を適切に実施するよう努めること。また、当該精度管理の実施状況を当該健康増進事業の対象者に周知するよう努めること。

3 健康増進事業実施者は、健康診査の実施に関する内部精度管理として、標準物質が存在する健康診査項目については当該健康診査項目に係る標準物質を用いるとともに、次に掲げる事項を考慮した規程を作成する等適切な措置を講じるよう努めること。

(一) 健康診査の実施の管理者の配置等管理体制に関する事項

(二) 健康診査の実施の手順に関する事項

(三) 健康診査の安全性の確保に関する事項

(四) 検査方法、検査結果の基準値、判定基準等検査結果の取扱いに関する事項

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

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

(七) 検査結果の保存及び管理に関する事項

4 健康増進事業実施者は、検査値の精度等が保証されたものとなるよう健康診査に関する外部精度管理として、全国規模で実施される外部精度管理調査を定期的に受けること、複数の異なる外部精度管理調査を受けること等により、自ら実施する健康診査について必要な外部精度管理の実施に努めること。

5 健康増進事業実施者は、健康診査の実施の全部又は一部を委託する場合は、委託先に対して前二号に規定する内部精度管理及び外部精度管理を適切に実施するよう要請するとともに、当該内部精度管理及び外部精度管理を適切に実施して

いるかについての報告を求める等健康診査の実施につき委託先に対して適切な管理を行うこと。

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

第三 健康診査の結果の通知及び結果を踏まえた栄養指導その他の保健指導に関する事項

1 健康増進事業実施者は、健康診査の実施後できる限り速やかに受診者に健康診査の結果を通知すること。

2 健康増進事業実施者は、健康診査の結果を本人に通知することにとどまらず、その結果に基づき、必要な者には、再検査、精密検査及び治療のための受診の勧奨を行うとともに、疾病の発症及び重症化の予防又は生活習慣の改善のために栄養指導その他の保健指導を実施すること。栄養指導その他の保健指導の内容には、食生活、運動、休養、飲酒、喫煙、歯の健康の保持その他の生活習慣の改善を含む健康増進に関する事項、疾病を理解するための情報の提供を含むこと。

3 健康増進事業実施者は、栄養指導その他の保健指導の実施に当たっては、健康診査の結果(過去のものを含む)、健康診査の受診者の発育・発達の状態、生活状況、就労状況、生活習慣等を十分に把握し、生活習慣の改善に向けての行動変容の方法を本人が選択できるよう配慮するとともに、加齢による心身の特性の変化などライフステージや性差に応じた内容とする。例えば、壮年期においては、内臓脂肪の蓄積を共通の要因として、糖代謝異常、脂質代謝異常、高血圧の状態が重複した場合に、心血管疾患等の発症可能性が高まることから、これらの発症及び重症化の予防の効果を高めるため、栄養指導その他の保健指導は、健康診査の結果から対象者本人が身体状況を理解し、生活習慣の改善の必要性を認識し、行動目標を自らが設定し実行できるよう、個人の行動変容を促すものとする。また、栄養指導その他の保健指導は、個人又は集団を対象として行う方法があり、それぞれの特性を踏まえ、適切に組み合わせ実施すること。個人に対して、栄養指導その他の保健指導を行う際は、その内容の記録を本人へ提供するよう

努めること。また、健康診査の受診者の勤務形態に配慮した上で栄養指導その他の保健指導の時間を確保する等栄養指導その他の保健指導を受けやすい環境づくりに配慮すること。

4 健康増進事業実施者は、健康診査の結果を通知する際に適切な栄養指導その他の保健指導ができるように、その実施体制の整備を図ること。さらに受診者の求めに応じ、検査項目に関する情報、健康診査の結果、専門的知識に基づく助言その他の健康の増進に向けて必要な情報について提供又は受診者の相談に応じることができるように必要な措置を講じること。

5 健康増進事業実施者は、栄養指導その他の保健指導に従事する者に対する研修の実施、栄養指導その他の保健指導の評価に努めること等により栄養指導その他の保健指導の質の向上を図ること。

6 健康増進事業実施者は、栄養指導その他の保健指導の実施の全部又は一部を委託する場合は、委託先が栄養指導その他の保健指導を適切に行っているかについて、報告を求める等委託先に対して適切な管理を行うこと。

7 地方公共団体、健康増進事業実施者、医療機関その他の関係者は、健康診査の結果等の実施に関し、健康づくり対策、介護予防及び産業保健等の各分野における対策並びに医療保険の保険者が実施する対策を講じるために、相互の連携(以下「地域・職域の連携」という。)を図ること。

地域・職域の連携の推進に当たり、健康診査の結果等に関する情報(以下「健康診査結果等情報」という。)の継続、栄養指導その他の保健指導の実施の委託先に関する情報の共有など健康診査の実施、栄養指導その他の保健指導の実施等に係る資源の有効活用、自助努力では充実した健康増進事業の提供が困難な健康増進事業実施者への支援等の観点から有益であるため、関係機関等から構成される協議会等を設置すること。この場合、広域的な観点で地域・職域の連携を推進するため都道府県単位で関係機関等から構成される協議会等を設置するとともに、より地域の特性を生かす観点から、地域単位(保健所の所管区域等)においても関係機関等から構成される

協議会等を設置するよう努めること。なお、関係機関等から構成される協議会等が既に設置されている場合は、その活用を行うこと。

協議会等の事業については、参考として次に掲げるものが考えられる。

(一) 都道府県単位

イ 情報の交換及び分析

ロ 都道府県における健康課題の明確化

ハ 各種事業の共同実施及び連携

ニ 研修会の共同実施

ホ 各種施設等の相互活用

ヘ その他保健事業の推進に必要な事項

(二) 地域単位

イ 情報の交換及び分析

ロ 地域における健康課題の明確化

ハ 保健事業の共同実施及び相互活用

ニ 健康教育等への講師派遣

ホ 個別の事例での連携

ヘ その他保健事業の推進に必要な事項

第四 健康手帳等による健康診査の結果等に関する情報の継続の在り方に関する事項

1 健康増進事業実施者においては、健診結果等情報を継続させていくことが受診者の健康の自己管理に役立ち、疾病の発症及び重症化の予防の観点から重要であり、生涯にわたる健康の増進に重要な役割を果たすことを認識し、健康増進事業の実施に当たっては、個人情報の保護に関する法律(平成十五年法律第五十七号)、行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律(平成十五年法律第五十八号)、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律(平成十五年法律第五十九号)、地方公共団体において個人情報の保護に関する法律第十一条第一項の趣旨を踏まえて制定される条例等(以下「個人情報保護法令」という。)を遵守しつつ、健診結果等情報を継続させるために必要な措置を講じることが望ましいこと。例えば、健康増進法第六条に掲げる各法律に基づいた制度間

において、法令上、健康診査の結果の写しの提供が予定されている場合には、健康診査の結果を標準的な電磁的記録の形式により提供するよう努めること、又は、健康診査の実施の全部又は一部を委託する場合には、委託先に対して標準的な電磁的記録の形式による健康診査の結果の提出を要請するよう努めること。

2 生涯にわたり継続されていくことが望ましい健診結果等情報は、健康診査の結果、栄養指導その他の保健指導の内容、既往歴(アレルギー歴を含む)、主要な服薬歴、予防接種の種類、接種時期等の記録、輸血歴等であること。

3 健診結果等情報の継続は、健康手帳等を活用することにより、健康の自己管理の観点から本人が主体となって行うことを原則とすること。この場合、将来的には統一された生涯にわたる健康手帳の交付等により、健診結果等情報を継続することが望まれること。一方、各制度の下で交付されている既存の健康手帳等は、その目的、記載項目等が異なり、また、健康手帳等に本人以外の個人情報が含まれる場合等があるなど、既存の健康手帳等を統一し生涯にわたる健康手帳等とする場合に留意しなければならない事項があることから、まずは健康増進事業実施者が各制度の下において既に交付し又は今後交付する健康手帳等を活用することにより、健診結果等情報の継続を図っていくこととする。

4 生涯にわたり健診結果等情報を継続させるための健康手帳等は、ライフステージ及び性差に応じた健康課題に対して配慮しつつ、その内容として、健康診査の結果の記録に係る項目、生活習慣に関する記録に係る項目、健康の増進に向けた自主的な取組に係る項目、受診した医療機関等の記録に係る項目、健康の増進に向けて必要な情報及び知識に係る項目等が含まれることが望ましいこと。また、その様式等としては、記載が容易であること、保管性及び携帯性に優れていること等について工夫されたものであることが望ましいこと。

5 健康増進事業実施者は、健診結果等情報の継続のため、次に掲げる事項を実施するよう努めること。

(一) 健診結果等情報を継続して健康管理に役立たせていくように本人に働きかけること。

(二) 職場、住所等を異動する際において、本人が希望する場合には、異動元の健康増進事業実施者が一定期間保存及び管理している健康診査の結果を本人に提供するとともに異動先の健康増進事業実施者に同情報を提供するように本人に対し勧奨し、又は、個人情報保護法令により必要な場合には本人の同意を得た上で、異動先の健康増進事業実施者に健診結果等情報を直接提供する等健診結果等情報を継続するために必要な工夫を図ること。

第五 健康診査の結果等に関する個人情報の取扱いに関する事項

1 健康増進事業実施者は、健康診査の結果等に関する個人情報について適正な取扱いの厳格な実施を確保することが必要であることを認識し、個人情報保護法令を遵守すること。

2 取り扱う個人情報の量等により個人情報保護法令の規制対象となっていない健康増進事業実施者においても、健康診査の結果等に関する個人情報については特に厳格に取扱われるべき性質のものであることから、個人情報保護法令の目的に沿うよう努めること。

3 健康増進事業実施者は、その取り扱う個人情報の漏えい、滅失又はき損の防止その他の個人情報の安全管理のために必要かつ適切な措置として、守秘義務規程の整備、個人情報の保護及び管理を行う責任者の設置、従業者への教育研修の実施、苦情受付窓口の設置、不正な情報入手の防止等の措置を講じるよう努めること。

4 健康増進事業実施者は、個人情報の取扱いの全部又は一部を委託する場合は、その取扱いを委託された個人情報の安全管理が図られるよう、委託を受けた者に対する必要かつ適切な監督として、委託契約の内容に記載する等により、委託を受けた者に前号に規定する措置を講じさせること。

5 健康増進事業実施者は、前号までに掲げた内容を含む個人情報の取扱いに係る方針を策定、公表及び実施し、必要に応じ見直し及び改善を行っていくよう努めること。

6 健康増進事業実施者が、個人情報保護法令に従いその取扱う個人情報を公衆衛生の向上を目的として行う疫学研究のために研究者等に提供する場合、あらかじめ当該研究者等に対して、関係する指針を遵守する等適切な対応をすることを確認すること。

第六 施行期日

この指針は、健康増進法第九条の施行の日から施行するものとする。

(施行の日=平成一六年八月一日)

改正(平成一九年一〇月二九日厚生労働省告示第三四九号)

平成二十年四月一日から適用する。

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

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

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

レセプトデータ、介護保険データについても、同様に取り扱うこと。

(例)

〇〇市国民健康保険 [〇〇健康保険組合] 健康診査について

(注意事項)

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

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

(担当)

〇〇市市民生活部保険年金課国保係 担当〇〇 TEL〇〇-〇〇〇〇

[〇〇健康保険組合〇〇 担当〇〇 TEL〇〇-〇〇〇〇]

(参考)

〇個人情報保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）(抄)

(定義)

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

2 (略)

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

- 一 国の機関
- 二 地方公共団体
- 三～五 (略)
- 4～6 (略)

(地方公共団体等が保有する個人情報の保護)

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

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

(第三者提供の制限)

第二十三条 (略)

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

- 一 第三者への提供を利用目的とすること。
- 二 第三者に提供される個人データの項目
- 三 第三者への提供の手段又は方法
- 四 本人の求めに応じて当該本人が識別される個人データの第三者への提供を停止すること。

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

〇「個人情報の保護に関する基本方針」（平成 16 年 4 月 2 日・閣議決定）(抄)

2 国が講ずべき個人情報の保護のための措置に関する事項

(3) 分野ごとの個人情報の保護の推進に関する方針

② 特に適正な取扱いを確保すべき個別分野において講ずべき施策

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

3 地方公共団体が講ずべき個人情報の保護のための措置に関する基本的な事項

(1) 地方公共団体の保有する個人情報の保護の推進

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

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

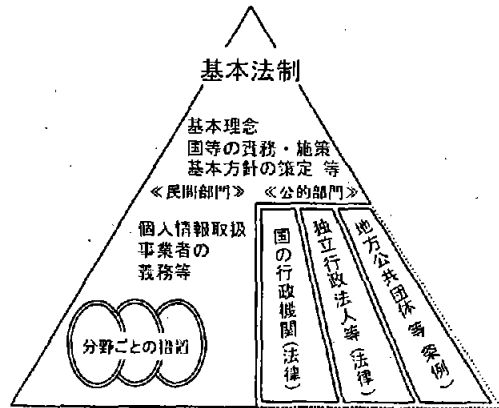
(2) 広報・啓発等住民・事業者等への支援

② 地方公共団体の部局間の相互連携

地方公共団体は、法の施行に関し、自ら保有する個人情報の保護、その区域内の事業者等への支援、苦情の処理のあっせん等、さらには、法第51条及び令第11条の規定により主務大臣の権限を行使することまで、広範で多様な施策の実施が求められる。地方公共団体においては、こうした多様な施策は、個人情報の保護に関する条例の所管部局、住民からの苦情の相談を担う部局、各事業・事業者の振興・支援を担う部局等相当数の部局にまたがるものと見込まれるが、個人情報に関する住民の権利利益の保護の実効性を確保するためには、広範な施策が一體的・総合的に講じられるよう、関係部局が相互に十分な連携を図る必要がある。

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

2. 個人情報保護法制の体系イメージ



(出典) 内閣府 HP

種別	法律	名称	施行期	備考
基本法制	法律	個人情報の保護に関する法律	平成17年	個人情報の保護に関する法律
	法律	個人情報の保護に関する法律の施行規則	平成17年	個人情報の保護に関する法律の施行規則
	法律	個人情報の保護に関する法律の施行令	平成17年	個人情報の保護に関する法律の施行令
	法律	個人情報の保護に関する法律の施行令	平成17年	個人情報の保護に関する法律の施行令
	法律	個人情報の保護に関する法律の施行令	平成17年	個人情報の保護に関する法律の施行令
	法律	個人情報の保護に関する法律の施行令	平成17年	個人情報の保護に関する法律の施行令
	法律	個人情報の保護に関する法律の施行令	平成17年	個人情報の保護に関する法律の施行令
	法律	個人情報の保護に関する法律の施行令	平成17年	個人情報の保護に関する法律の施行令
	法律	個人情報の保護に関する法律の施行令	平成17年	個人情報の保護に関する法律の施行令
	法律	個人情報の保護に関する法律の施行令	平成17年	個人情報の保護に関する法律の施行令
民間部門	法律	個人情報の保護に関する法律	平成17年	個人情報の保護に関する法律
	法律	個人情報の保護に関する法律	平成17年	個人情報の保護に関する法律
	法律	個人情報の保護に関する法律	平成17年	個人情報の保護に関する法律
	法律	個人情報の保護に関する法律	平成17年	個人情報の保護に関する法律
	法律	個人情報の保護に関する法律	平成17年	個人情報の保護に関する法律
	法律	個人情報の保護に関する法律	平成17年	個人情報の保護に関する法律
	法律	個人情報の保護に関する法律	平成17年	個人情報の保護に関する法律
	法律	個人情報の保護に関する法律	平成17年	個人情報の保護に関する法律
	法律	個人情報の保護に関する法律	平成17年	個人情報の保護に関する法律
	法律	個人情報の保護に関する法律	平成17年	個人情報の保護に関する法律
公的部門	法律	個人情報の保護に関する法律	平成17年	個人情報の保護に関する法律
	法律	個人情報の保護に関する法律	平成17年	個人情報の保護に関する法律
	法律	個人情報の保護に関する法律	平成17年	個人情報の保護に関する法律
	法律	個人情報の保護に関する法律	平成17年	個人情報の保護に関する法律
	法律	個人情報の保護に関する法律	平成17年	個人情報の保護に関する法律
	法律	個人情報の保護に関する法律	平成17年	個人情報の保護に関する法律
	法律	個人情報の保護に関する法律	平成17年	個人情報の保護に関する法律
	法律	個人情報の保護に関する法律	平成17年	個人情報の保護に関する法律
	法律	個人情報の保護に関する法律	平成17年	個人情報の保護に関する法律
	法律	個人情報の保護に関する法律	平成17年	個人情報の保護に関する法律

保健指導情報	保健指導情報	保健指導情報	保健指導情報	保健指導情報	保健指導情報	保健指導情報	保健指導情報	保健指導情報	保健指導情報
10000000000000000000	10000000000000000000	10000000000000000000	10000000000000000000	10000000000000000000	10000000000000000000	10000000000000000000	10000000000000000000	10000000000000000000	10000000000000000000

保健指導情報	保健指導情報	保健指導情報	保健指導情報	保健指導情報	保健指導情報	保健指導情報	保健指導情報	保健指導情報	保健指導情報
1001	O	O	1000000000	1000000000	1000000000	1000000000	1000000000	1000000000	1000000000
1002	A	A	1000000000	1000000000	1000000000	1000000000	1000000000	1000000000	1000000000

データ範囲のチェック

Table with columns: 項目コード, 項目名, データタイプ, 入力値小値(L), 入力値大値(H), 少数点以下の桁数, 単位. It lists various medical and physiological parameters like height, weight, BMI, blood pressure, cholesterol, and hemoglobin.

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

(注)この「L」「H」は、必要に応じてデータを修正することによるシステムの負担を軽減すること、誤入力のチェック308300と入力して、多少の誤差が生じる可能性がある。「H」以上の「L」以下の場合は、必要に応じてデータを修正することによるシステムの負担を軽減すること、誤入力のチェック308300と入力して、多少の誤差が生じる可能性がある。

※2 検査の実施: 同様データが未入力の場合に「検査実施」を入力する。

Main data table with columns: 検査項目, 検査項目の属性, 項目コード, 項目名, データタイプ, データタイプ, 単位, 備考. It contains a comprehensive list of medical tests and their associated codes and details.

注: 項目名に「検査項目」が付いているものは、検査項目の属性が「検査項目」であることを示している。また、項目名に「検査項目」が付いていないものは、検査項目の属性が「検査項目」でないことを示している。

〇厚生労働省告示第〇〇号

特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第 16 条第 1 項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者

特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準(平成 19 年厚生労働省令第 157 号。以下「実施基準」という。)第 16 条第 1 項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者は、特定健康診査(高齢者の医療の確保に関する法律(昭和 57 年法律第 80 号。以下「法」という。))第 18 条第 1 項に規定する特定健康診査をいう。以下同じ。)の実施を委託する場合にあつては、第 1 に掲げる基準を満たす者とし、特定保健指導(同項に規定する特定保健指導をいう。以下同じ。)の実施を委託する場合にあつては、第 2 に掲げる基準を満たす者とする。なお、平成三十年三月三十一日までの間は、第 2 の 1 の(3)及び(4)中「又は管理栄養士」とあるのは「、管理栄養士又は保健指導に関する一定の実務の経験を有する看護師」と、第 2 の 1 の(5)及び(6)中「保健師、管理栄養士」とあるのは「保健師、管理栄養士、保健指導に関する一定の実務の経験を有する看護師」とする。

第 1 特定健康診査の外部委託に関する基準

1 人員に関する基準

- (1) 特定健康診査を適切に実施するために必要な医師、看護師等が質的及び量的に確保されていること。
- (2) 常勤の管理者(特定健康診査を実施する施設において、特定健康診査に係る業務に付随する事務の管理を行う者をいう。以下この(2)において同じ。)が置かれていること。ただし、事務の管理上支障がない場合は、当該常勤の管理者は、特定健康診査を実施する施設の他の職務に従事し、又は同一の敷地内にある他の事業所、施設等における職務に従事することができるものとする。

2 施設、設備等に関する基準

- (1) 特定健康診査を適切に実施するために必要な施設及び設備等を有していること。
- (2) 検査や診察を行う際に、受診者のプライバシーが十分に保護される施設及び設備等が確保されていること。
- (3) 救急時における応急処置のための体制が整っていること。
- (4) 健康増進法(平成 14 年法律第 103 号)第 25 条に規定する受動喫煙の防止措置が講じられていること(医療機関においては、患者の特性に配慮すること。)

3 精度管理に関する基準

認る上で必要な資料の提出等を速やかに行うこと。

- (3) 特定健康診査の実施者に必要な研修を定期的に行うこと等により、当該実施者の資質の向上に努めること。
- (4) 特定健康診査を適切かつ継続的に実施することができる財務基盤を有すること。
- (5) 保険者から委託した業務の一部を再委託する場合には、保険者との委託契約に、再委託先との契約においてこの告示で定める基準に掲げる事項を遵守することを明記すること。
- (6) 運営についての重要事項として次に掲げる事項を記した規程を定め、当該規程の概要を、保険者及び特定健康診査の受診者が容易に確認できる方法(ホームページ上での掲載等)により、幅広く周知すること。

ア 事業の目的及び運営の方針

イ 従業者の職種、員数及び職務の内容

ウ 特定健康診査の実施日及び実施時間

エ 特定健康診査の内容及び価格その他の費用の額

オ 事業の実施地域

カ 緊急時における対応

キ その他運営に関する重要事項

- (7) 特定健康診査の実施者に身分を証する書類を携行させ、特定健康診査の受診者等から求められたときは、これを提示すること。
- (8) 特定健康診査の実施者の清潔の保持及び健康状態について必要な管理を行うとともに、特定健康診査を行う施設の設備及び備品等について衛生的な管理を行うこと。
- (9) 虚偽又は誇大な広告を行わないこと。
- (10) 特定健康診査の受診者等からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じるとともに、苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録すること。
- (11) 従業者及び会計に関する諸記録を整備すること。

第 2 特定保健指導の外部委託に関する基準

1 人員に関する基準

- (1) 特定保健指導の業務を統括する者(特定保健指導を実施する施設において、動機付け支援(実施基準第 7 条第 1 項に規定する動機付け支援をいう。以下同じ。)及び積極的支援(実施基準第 8 条第 1 項に規定する積極的支援をいう。以下同じ。))の実施その他の特定保健指導に係る業務全般を統括管理する者をいい、以下

- (1) 特定健康診査の項目について内部精度管理(特定健康診査を行う者が自ら行う精度管理(特定健康診査の精度を適正に保つことをいう。以下同じ。))をいう。)が定期的に行われ、検査値の精度が保証されていること。
- (2) 外部精度管理(特定健康診査を行う者以外の者が行う精度管理をいう。)を定期的に受け、検査値の精度が保証されていること。
- (3) 特定健康診査の精度管理上の問題点があった場合に、適切な対応策が講じられるよう必要な体制が整備されていること。
- (4) 実施基準第 1 条第 1 項各号に掲げる項目のうち、検査の全部又は一部を外部に再委託する場合には、再委託を受けた事業者において(1)から(3)までの措置が講じられるよう適切な管理を行うこと。

4 特定健康診査の結果等の情報の取扱いに関する基準

- (1) 特定健康診査に関する記録を電磁的方法(電子的方式、磁気的方式その他の人の知覚によっては認識することができない方式をいう。以下同じ。)により作成し、保険者に対して当該記録を安全かつ速やかに提出すること。
- (2) 特定健康診査の結果の受診者への通知に関しては、当該受診者における特定健康診査の結果の経年管理に資する形式により行われるようにすること。
- (3) 特定健康診査に関する記録の保存及び管理が適切になされていること。
- (4) 法第 30 条に規定する秘密保持義務を遵守すること。
- (5) 個人情報保護に関する法律(平成 15 年法律第 57 号)及びこれに基づくガイドライン等を遵守すること。
- (6) 保険者の委託を受けて特定健康診査の結果を保存する場合には、医療情報の安全管理(組織的、物理的、技術的、人的な安全対策等)を徹底すること。
- (7) 特定健康診査の結果の分析等を行うため、保険者の委託を受けて特定健康診査の結果に係る情報を外部に提供する場合には、分析等に当たり必要とされる情報の範囲に限って提供するとともに、提供に当たっては、個人情報のマスキングや個人が特定できない番号の付与等により、当該個人情報を匿名化すること。

5 運営等に関する基準

- (1) 特定健康診査の受診が容易になるよう、土日若しくは祝日又は夜間に特定健康診査を実施するなど、受診者の利便性に配慮し、特定健康診査の受診率を上げるよう取り組むこと。
- (2) 保険者の求めに応じ、保険者が特定健康診査の実施状況を確

「統括者」という。)が、常勤の医師、保健師又は管理栄養士であること。

- (2) 常勤の管理者(特定保健指導を実施する施設において、特定保健指導に係る業務に付随する事務の管理を行う者をいう。以下この(2)において同じ。)が置かれていること。ただし、事務の管理上支障がない場合は、当該常勤の管理者は、特定保健指導を行う施設の他の職務に従事し、又は同一の敷地内にある他の事業所、施設等における職務に従事することができるものとする。
- (3) 動機付け支援又は積極的支援において、初回の面接、特定保健指導の対象者の行動目標及び行動計画の作成並びに当該行動計画の実績評価(行動計画の策定の日から 6 月以上経過後に行う評価をいう。)を行う者は、医師、保健師又は管理栄養士であること。
- (4) 積極的支援において、積極的支援対象者(実施基準第 8 条第 2 項に規定する積極的支援対象者をいう。以下同じ。)ごとに、特定保健指導支援計画の実施(特定保健指導の対象者の特定保健指導支援計画の作成、特定保健指導の対象者の生活習慣や行動の変化の状況の把握及びその評価、当該評価に基づいた特定保健指導支援計画の変更等を行うことをいう。)について統括的な責任を持つ医師、保健師又は管理栄養士が決められていること。
- (5) 動機付け支援又は積極的支援のプログラムのうち、動機付け支援対象者(実施基準第 7 条第 2 項に規定する動機付け支援対象者をいう。以下同じ。)又は積極的支援対象者に対する食生活に関する実践的指導は、医師、保健師、管理栄養士又は特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第 7 条第 1 項第 2 号及び第 8 条第 1 項第 2 号の規定に基づき厚生労働大臣が定める食生活の改善指導又は運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者(平成 20 年厚生労働省告示第 10 号。以下「実践的指導実施者基準」という。))第 1 に規定する食生活の改善指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者により提供されること。また、食生活に関する実践的指導を自ら提供する場合には、管理栄養士その他の食生活の改善指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者を必要数確保していることが望ましいこと。
- (6) 動機付け支援又は積極的支援のプログラムのうち、動機付け支援対象者又は積極的支援対象者に対する運動に関する実践的指導は、医師、保健師、管理栄養士又は実践的指導実施者基準第 2 に規定する運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると

認められる者により提供されること。また、運動に関する実践的指導を自ら提供する場合には、運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者を必要数確保していることが望ましいこと。

- (7) 動機付け支援又は積極的支援のプログラムの内容に応じて、事業の再委託先や他の健康増進施設等と必要な連携を図ること。
- (8) 特定保健指導実施者(実施基準第7条第1項第2号の規定に基づき、動機付け支援対象者に対し、生活習慣の改善のための取組に係る動機付けに関する支援を行う者又は実施基準第8条第1項第2号の規定に基づき、積極的支援対象者に対し、生活習慣の改善のための取組に資する働きかけを相当な期間継続して行う者をいう。以下同じ。)は、国、地方公共団体、医療保険者、日本医師会、日本看護協会、日本栄養士会等が実施する一定の研修を修了していることが望ましいこと。
- (9) 特定保健指導の対象者が治療中の場合には、(4)に規定する統括的な責任を持つ者が必要に応じて当該対象者の主治医と連携を図ること。

2 施設、設備等に関する基準

- (1) 特定保健指導を適切に実施するために必要な施設及び設備等を有していること。
- (2) 個別支援を行う際に、対象者のプライバシーが十分に保護される施設及び設備等が確保されていること。
- (3) 運動に関する実践的指導を行う場合には、救急時における応急処置のための体制が整っていること。
- (4) 健康増進法第25条に規定する受動喫煙の防止措置が講じられていること(医療機関においては、患者の特性に配慮すること。)

3 特定保健指導の内容に関する基準

- (1) 特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第7条第1項及び第8条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める特定保健指導の実施方法(平成20年厚生労働省告示第9号)に準拠したものであり、科学的根拠に基づくとともに、特定保健指導の対象者の特性並びに地域及び職域の特性を考慮したものであること。
- (2) 具体的な動機付け支援又は積極的支援のプログラム(支援のための材料、学習教材等を含む。)は、保険者に提示され、保険者の了解が得られたものであること。
- (3) 最新の知見及び情報に基づいた支援のための材料、学習教材

等を用いるよう取り組むこと。

- (4) 個別支援を行う場合は、特定保健指導の対象者のプライバシーが十分に保護される場所で行われること。
- (5) 委託契約の期間中に、特定保健指導を行った対象者から当該特定保健指導の内容について相談があった場合は、相談に応じること。
- (6) 特定保健指導の対象者のうち特定保健指導を受けなかった者又は特定保健指導を中断した者に対しては、特定保健指導の対象者本人の意思に基づいた適切かつ積極的な対応を図ること。

4 特定保健指導の記録等の情報の取扱いに関する基準

- (1) 特定保健指導に関する記録を電磁的方法により作成し、保険者に対して当該記録を安全かつ速やかに提出すること。
- (2) 保険者の委託を受けて、特定保健指導に用いた詳細な質問票、アセスメント、具体的な指導の内容、フォローの状況等を保存する場合には、これらを適切に保存し、管理すること。
- (3) 法第30条に規定する秘密保持義務を遵守すること。
- (4) 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遵守すること。
- (5) 保険者の委託を受けて特定保健指導の結果を保存する場合には、医療情報の安全管理(組織的、物理的、技術的、人的な安全対策等)を徹底すること。
- (6) インターネットを利用した支援を行う場合には、医療情報の安全管理(組織的、物理的、技術的、人的な安全対策等)を徹底し、次に掲げる措置等を講ずることにより、外部への情報漏洩(えい)、不正アクセス、コンピューターウイルスの侵入等を防止すること。

ア 秘匿性の確保のための適切な暗号化、通信の起点及び終点の識別のための認証並びにリモートログイン制限機能により安全管理を行うこと。

イ インターネット上で特定保健指導の対象者が入手できる情報の性質に応じて、パスワードを複数設けること(例えば、特定健康診査の結果(労働安全衛生法(昭和47年法律第57号)その他の法令に基づき行われる特定健康診査に相当する健康診断を含む。この(6)において同じ。)のデータを含まないページにアクセスする場合には英数字のパスワードとし、特定健康診査の結果のデータを含むページにアクセスする場合には本人にしか知り得ない質問形式のパスワードとすること等)。

ウ インターネット上で特定健康診査の結果のデータを入力できるサービスを受けることについては、必ず本人の同意を得ること。

エ 本人の同意を得られない場合における特定健康診査の結果のデータは、インターネット上で特定健康診査の結果のデータを入力できるサービスを受ける者の特定健康診査の結果のデータとは別の場所に保存することとし、外部から物理的にアクセスできないようにすること。

- (7) 特定保健指導の結果の分析等を行うため、保険者の委託を受けて特定保健指導の結果に係る情報を外部に提供する場合には、分析等に当たり必要とされる情報の範囲に限って提供するとともに、提供に当たっては、個人情報のマスクングや個人が特定できない番号の付与等により、当該個人情報を匿名化すること。

5 運営等に関する基準

- (1) 特定保健指導の利用が容易になるよう、土日若しくは祝日又は夜間に特定保健指導を実施するなど、利用者の利便性に配慮し、特定保健指導の実施率を上げるよう取り組むこと。
- (2) 保険者の求めに応じ、保険者が特定保健指導の実施状況を確認する上で必要な資料の提出等を行わないこと。
- (3) 特定保健指導を行う際に、商品等の勧誘、販売等を行わないこと。また、特定保健指導を行う地位を利用した不当な推奨、販売(商品等を特定保健指導の対象者の誤解を招く方法で勧めること等)等を行わないこと。
- (4) 特定保健指導実施者に必要な研修を定期的に行うこと等により、当該実施者の資質の向上に努めること。
- (5) 特定保健指導を適切かつ継続的に実施することができる財務基盤を有すること。
- (6) 保険者から受託した業務の一部を再委託する場合には、保険者との委託契約に、再委託先との契約においてこの告示で定める基準に掲げる事項を遵守することを明記すること。
- (7) 運営についての重要事項として次に掲げる事項を記した規程を定め、当該規程の概要を、保険者及び特定保健指導の利用者が容易に確認できる方法(ホームページ上での掲載等)により、幅広く周知すること。

ア 事業の目的及び運営の方針

イ 統括者の氏名及び職種

ウ 従業者の職種、員数及び職務の内容

エ 特定保健指導の実施日及び実施時間

オ 特定保健指導の内容及び価格その他の費用の額

カ 事業の実施地域

キ 緊急時における対応

ク その他運営に関する重要事項

- (8) 特定保健指導実施者に身分を証する書類を携行させ、特定保健指導の利用者等から求められたときは、これを提示すること。
- (9) 特定保健指導実施者の清潔の保持及び健康状態について必要な管理を行うとともに、特定保健指導を行う施設の設備及び備品等について衛生的な管理を行うこと。
- (10) 虚偽又は誇大な広告を行わないこと。
- (11) 特定保健指導の利用者等からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じるとともに、苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録すること。
- (12) 従業者及び会計に関する諸記録を整備すること。
- (13) 保険者から受託した業務の一部を再委託する場合には、以下の事項を遵守すること。

ア 委託を受けた業務の全部又は主たる部分を再委託してはならないこと。

イ 保険者との委託契約に、再委託先との契約においてこの告示で定める基準に掲げる事項を遵守することを明記すること。

ウ 保険者への特定保健指導の結果報告等に当たっては、再委託した分も含めて一括して行うこと。

エ 再委託先及び再委託する業務の内容を(7)に規定する規程に明記するとともに、(7)に規定する規程の概要にも明記すること。オ 再委託先に対する必要かつ適切な監督を行うとともに、保険者に対し、再委託する業務の責任を負うこと。

○厚生労働省告示第〇〇号

特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第7条第1項及び第8条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める特定保健指導の実施方法

特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準(平成19年厚生労働省令第157号。以下「実施基準」という。)第7条第1項の規定に基づき動機付け支援の実施について厚生労働大臣が定める方法(以下「動機付け支援の実施方法」という。)は、第1に掲げるとおりとし、実施基準第8条第1項の規定に基づき積極的支援の実施について厚生労働大臣が定める方法(以下「積極的支援の実施方法」という。)は、第2に掲げるとおりとする。なお、平成三十年三月三十一日までの間は、第1の2の(4)のウ並びに第2の2の(5)及び(17)のうち「保健師又は管理栄養士」とあるのは「保健師、管理栄養士又は保健指導に関する一定の業務の経験を有する看護師」とする。

第1 動機付け支援の実施方法

1 支援期間及び頻度

原則1回の支援とすること。

2 支援内容及び支援形態

- (1) 動機付け支援対象者(実施基準第7条第2項に規定する動機付け支援対象者をいう。以下同じ。)が、自らの健康状態、生活習慣の改善すべき点等を自覚し、自ら目標を設定し行動に移すことができる内容とすること。
- (2) 特定健康診査(高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号。以下「法」という。)第18条第1項に規定する特定健康診査をいう。以下同じ。)の結果(労働安全衛生法(昭和47年法律第57号)その他の法令に基づき行われる特定健康診査に相当する健康診断の結果を含む。以下同じ。)及び食習慣、運動習慣、喫煙習慣、休養習慣その他の生活習慣の状況に関する調査の結果を踏まえ、面接による支援及び実績評価(行動計画の策定の日から6月以上経過した後に行う評価をいう。以下同じ。)を行うこと。
- (3) 面接による支援は、次に掲げる事項に留意して行うこと。
 - ア 生活習慣と特定健康診査の結果との関係を理解すること。生活習慣を振り返ること。メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識を習得すること及びそれらが動機付け支

援対象者本人の生活に及ぼす影響の認識等から、生活習慣の改善の必要性について説明すること。

- イ 生活習慣を改善する場合の利点及び改善しない場合の不利益について説明すること。
- ウ 食事、運動等、生活習慣の改善に必要な事項について実践的な指導をすること。
- エ 動機付け支援対象者の行動目標や実績評価の時期の設定について支援するとともに、生活習慣を改善するために必要な社会資源を紹介し、有効に活用できるように支援すること。
- オ 体重及び腹囲の計測方法について説明すること。
- カ 動機付け支援対象者に対する面接による指導の下に、行動目標及び行動計画を作成すること。
- キ 支援形態は、1人当たり20分以上の個別支援又は1グループ(1グループは8人以下とする。)当たり80分以上のグループ支援とすること。
- (4) 実績評価は、次に掲げる事項に留意して行うこと。
 - ア 実績評価は、個々の動機付け支援対象者に対する特定保健指導(法第18条第1項に規定する特定保健指導をいう。以下同じ。)の効果について評価するものであること。
 - イ 設定した行動目標が達成されているかどうか並びに身体状況及び生活習慣に変化が見られたかどうかについての評価を行うこと。
 - ウ 必要に応じて行動計画の策定の日から6月を経過する前に評価時期を設定して動機付け支援対象者が自ら評価するとともに、行動計画の策定の日から6月以上経過した後には医師、保健師又は管理栄養士による評価を行い、評価結果について動機付け支援対象者に提供すること。
 - エ 実績評価は、面接又は通信(電話又は電子メール、FAX、手紙等(以下「電子メール等」という。))をいう。以下同じ。)により行い、評価結果について動機付け支援対象者に提供すること。

第2 積極的支援の実施方法

1 支援期間及び頻度

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

2 支援内容及び支援形態

- (1) 積極的支援対象者(実施基準第8条第2項に規定する積極的支援対象者をいう。以下同じ。)が、自らの健康状態、生活習慣の改善すべき点等を自覚し、生活習慣の改善に向けた自主的な取組を継続して行うことができる内容とすること。
- (2) 特定健康診査の結果及び食習慣、運動習慣、喫煙習慣、休養習慣その他の生活習慣の状況に関する調査の結果を踏まえ、積極的支援対象者の生活習慣や行動の変化(以下「行動変容」という。)の状況を把握し、当該年度及び過去の特定健康診査の結果等を踏まえ、積極的支援対象者が自らの身体状況の変化を理解できるよう促すこと。
- (3) 積極的支援対象者の健康に関する考え方を受け止め、積極的支援対象者が考える将来の生活を明確にした上で、行動変容の必要性を実感できるような働きかけを行い、具体的に実践可能な行動目標を積極的支援対象者が選択できるよう支援すること。
- (4) 積極的支援対象者が具体的に実践可能な行動目標について、優先順位を付けながら、積極的支援対象者と一緒に考え、積極的支援対象者自身が選択できるよう支援すること。
- (5) 医師、保健師又は管理栄養士は、積極的支援対象者が行動目標を達成するために必要な特定保健指導支援計画を作成し、積極的支援対象者の生活習慣や行動の変化の状況の把握及びその評価、当該評価に基づいた特定保健指導支援計画の変更等を行うこと。
- (6) 特定保健指導実施者(実施基準第8条第1項第2号の規定に基づき、積極的支援対象者に対し、生活習慣の改善のための取組に資する働きかけに関する支援を相当期間継続して行う者をいう。(12)のエにおいて同じ。))は、積極的支援対象者が行動を継続できるように定期的に支援すること。
- (7) 積極的支援を終了する時には、積極的支援対象者が生活習慣の改善が図られた後の行動を継続するよう意識付けを行う必要があること。
- (8) 初回の面接による支援は、第1の2の(3)に掲げる事項に留意して行うこと。この場合において、第1の2の(3)中「動機付け支援対象者」とあるのは、「積極的支援対象者」とする。
- (9) 3月以上の継続的な支援については、(11)及び(14)に規定する

方法により算定するポイントの合計で特定保健指導の量を判断することとし、支援Aの方法及び支援Bの方法の合計で、180ポイント以上の支援を行うこと(支援Aの方法に係るポイントが、160ポイント以上である場合に限る。)を最低条件とすること。

- (10) 支援Aの方法は、次に掲げるものとする。
 - ア 積極的支援対象者の過去の生活習慣及び行動計画の実施状況を踏まえ、積極的支援対象者の必要性に応じた支援をすること。
 - イ 食事、運動等の生活習慣の改善に必要な事項について実践的な指導をすること。
 - ウ 進捗状況に関する評価として、積極的支援対象者が実践している取組内容及びその結果についての評価を行い、必要があると認めるときは、行動目標及び行動計画の再設定を行うこと。
 - エ 行動計画の実施状況について記載したものの提出を受け、それらの記載に基づいて支援を行うこと。
- (11) 支援Aの方式は、次に掲げるものとする。
 - ア 個別支援A
 - イ グループ支援A(1グループは8人以下とする。)
 - ウ 電話支援A
 - エ 電子メール支援A
- (12) 支援Aの方法に係るポイントの算定及び要件は、次に掲げるものとする。
 - ア 個別支援Aは、5分間の支援を1単位とし、1単位当たり20ポイントとすること。ただし、支援1回当たり10分間以上の支援を行うこととし、支援1回当たりのポイント算定の上限は120ポイントとすること。
 - イ グループ支援Aは、10分間の支援を1単位とし、1単位当たり10ポイントとすること。ただし、支援1回当たり40分間以上の支援を行うこととし、支援1回当たりのポイント算定の上限は120ポイントとすること。
 - ウ 電話支援Aは、5分間の会話を1単位とし、1単位当たり15ポイントとすること。ただし、支援1回当たり5分間以上の会話をを行うこととし、支援1回当たりのポイント算定の上限は60ポイントとすること。
 - エ 電子メール支援Aは、1往復(特定保健指導実施者と積極的支

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

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

(17) 実績評価は、次に掲げる事項に留意して行うこと。

- ア 実績評価は、個々の積極的支援対象者に対する特定保健指導の効果について評価するものであること。
- イ 設定した行動目標が達成されているかどうか並びに身体状況及び生活習慣に変化が見られたかどうかについての評価を行うこと。
- ウ 必要に応じて行動計画の策定の日から6月を経過する前に評価時期を設定して積極的支援対象者が自ら評価するとともに、行動計画の策定の日から6月以上経過した後に医師、保健師又は管理栄養士による評価を行い、評価結果について積極的支援対象者に提供すること。
- エ 実績評価は、面接又は通信を利用し、積極的支援対象者に提供すること。
- オ 実績評価は、継続的な支援の最終回とともに実施しても構わないこと。

第2編 健診 別添資料

健診結果とその他必要な情報の提供(フイードバック)

文例集

【利用上の留意事項】

○健診受診者ご本人に対して健診結果を通知する際、情報提供いただきたい内容を文例で示しました。医療機関への受診勧奨や生活習慣の改善支援などに活用ください。

○必要に応じて、適宜変更して使用してください。

○フイードバックに当たっては、各検査項目の経年変化を確認し、悪化傾向なのか、改善傾向なのかといったことを踏まえた対応をすることが大切です。

○この文例集では、血圧・脂質・血糖などのリスクをそれぞれ個別に説明していますが、複数の項目に問題がある場合は、対象者に対する注意喚起がいっそう重要になりますので、注意してください。

作成者一覧

【血圧高値に関するフィードバック文例集】※日本高血圧学会 了解

平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業
「特定健診・保健指導における地域診断と保健指導実施効果の包括的な評価および今後の適切な制度運営に向けた課題克服に関する研究」

研究代表者：今井 博久（国立保健医療科学院統括研究官）

【脂質異常に関するフィードバック文例集】※日本動脈硬化学会 了解

平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業
「特定健診・保健指導における地域診断と保健指導実施効果の包括的な評価および今後の適切な制度運営に向けた課題克服に関する研究」

研究代表者：今井 博久（国立保健医療科学院統括研究官）

【血糖高値に関するフィードバック文例集】※日本糖尿病学会 了解

平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業
「特定健診・保健指導における地域診断と保健指導実施効果の包括的な評価および今後の適切な制度運営に向けた課題克服に関する研究」

研究代表者：今井 博久（国立保健医療科学院統括研究官）

【喫煙に関するフィードバック文例集】※日本公衆衛生学会 了解

平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金 第 3 次対がん総合戦略研究事業
「発がんリスクの低減に資する効果的な禁煙推進のための環境整備と支援方策の開発ならびに普及のための制度化に関する研究」

研究代表者 中村 正和（大阪がん循環器病予防センター予防推進部長）

【尿蛋白に関するフィードバック文例集】※日本腎臓学会 了解

【尿蛋白及び血清クレアチニンに関するフィードバック文例集】※日本腎臓学会 了解

平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金 腎疾患対策研究事業
「CKD 進展予防のための特定健診と特定保健指導のあり方に関する研究」

研究代表者：木村 健二郎（聖マリアンナ医科大学腎臓・高血圧内科教授）

【尿酸に関するフィードバック文例集】※日本痛風・核酸代謝学会 了解

日本痛風・核酸代謝学会ガイドライン改訂委員会
委員長 山中 寿（東京女子医科大学附属膠原病リウマチ痛風センター所長）

血圧高値に関するフィードバック文例集

【健診判定と対応の分類】

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

【対象者への説明文例】

①の場合（肥満者・非肥満者）

収縮期血圧 ≥ 160 mmHg 又は 拡張期血圧 ≥ 100 mmHg

今回、血圧が非常に高くなっていました。望ましい血圧レベル（収縮期血圧 120 mmHg 未満かつ拡張期血圧 80mmHg 未満）の人と比べて、約5倍、脳卒中や心臓病にかかりやすいことがわかっています。

この健診結果を持って、至急かかりつけの医療機関を受診してください。

②の場合（肥満者・非肥満者）

140mmHg \leq 収縮期血圧 < 160 mmHg 又は 90mmHg \leq 拡張期血圧 < 100 mmHg

今回の血圧値から高血圧が疑われます。この状態が続くと、望ましい血圧レベル（収縮期血圧 120 mmHg 未満かつ拡張期血圧 80mmHg 未満）の人と比べて、約3倍、脳卒中や心臓病にかかりやすいことがわかっています。

血圧を下げるためには、減量（太っている人や以前より体重が増えた人）、適度な運動、禁煙、お酒を減らす、減塩、野菜を多くして果物も適度に食べるなど、生活習慣の改善が必要です。ご自身で生活習慣の改善に取り組まれる方法と、特定保健指導を活用する方法の2通りがあります。これらを実行した上で、1ヶ月から3ヶ月後にかかりつけの医療機関で再検査を受けてください。

ただし、もしあなたが糖尿病、慢性腎臓病、心血管病（心臓や血管の病気）をもっている場合や、他のリスク*を3つ以上もっている場合には、この血圧の状態が続くと脳卒中や心筋梗塞を起こすリスクが高いと言えますので、至急かかりつけの医療機関を受診してください。

脂質異常に関するフィードバック文例集 (案)

※「他のリスク」とは、以下の心血管病の危険因子を指します。

- 高齢 (65 歳以上)
- 喫煙
- 脂質異常症 (HDL < 40mg/dL, LDL \geq 140mg/dL, TG \geq 150mg/dL)
- 肥満 (BMI \geq 25) (特に腹部肥満)
- メタボリックシンドローム
- 若年 (50 歳未満) 発症の心血管病の家族歴

③の場合 (肥満者)

130mmHg \leq 収縮期血圧 < 140mmHg 又は 85mmHg \leq 拡張期血圧 < 90mmHg

今回の血圧値は、正常範囲内ですがその中では高いです。この状態が続くと、望ましい血圧レベル (収縮期血圧 120 mmHg 未満かつ拡張期血圧 80mmHg 未満) の人と比べて、約 1.5~2 倍、脳卒中や心臓病にかかりやすいことがわかっています。

血圧を下げるためには、減量、禁煙、お酒を減らす、減塩、野菜を多くして果物も適度に食べるなど、生活習慣の改善が必要となります。

特定保健指導の対象となった方にはご案内を同封しておりますので、ぜひ活用してください。

引き続きご自身の身体の状態を確認するために、これからも健診を受診しましょう。

④の場合 (非肥満者)

130mmHg \leq 収縮期血圧 < 140mmHg 又は 85mmHg \leq 拡張期血圧 < 90mmHg

今回の血圧値は、正常範囲内ですがその中では高いです。この状態が続くと、望ましい血圧レベル (収縮期血圧 120 mmHg 未満かつ拡張期血圧 80mmHg 未満) の人と比べて、約 1.5~2 倍、脳卒中や心臓病にかかりやすいことがわかっています。

血圧を下げるためには、減量 (以前より体重が増えた人)、適度な運動、禁煙、お酒を減らす、減塩、野菜を多くして果物も適度に食べるなど、生活習慣の改善が必要です。

引き続きご自身の身体の状態を確認するために、これからも健診を受診しましょう。

⑤の場合 (肥満者・非肥満者)

収縮期血圧 < 130mmHg かつ拡張期血圧 < 85mmHg

今回の健診では、血圧値に異常はありませんでした。

引き続きご自身の身体の状態を確認するために、これからも健診を受診しましょう。

【参考文献】

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

【健診判定と対応の分類】

健診判定		対応	
		肥満者の場合	非肥満者の場合
異常 ↑	受診勧奨判定値を超えるレベル	LDL \geq 180mg/dL 又は TG \geq 1,000mg/dL	①すぐに医療機関の受診を
		140mg/dL \leq LDL < 180mg/dL 又は 300mg/dL \leq TG < 1,000mg/dL	②生活習慣を改善する努力をした上で、数値が改善しないなら医療機関の受診を
	保健指導判定値を超えるレベル	120mg/dL \leq LDL < 140mg/dL 又は 150mg/dL \leq TG < 300mg/dL 又は HDL < 40mg/dL	③特定保健指導の積極的な活用と生活習慣の改善を
正常 ↓	基準範囲内	LDL < 120mg/dL かつ TG < 150mg/dL かつ HDL \geq 40 mg/dL	④生活習慣の改善を
			⑤今後も継続して健診受診を

【対象者への説明文例】

①の場合 (肥満者・非肥満者)

LDL \geq 180mg/dL

脂質検査の結果、悪玉コレステロールが非常に高いことがわかりました。100 未満の人と比べて3~4 倍心筋梗塞にかかりやすいことがわかっています。

この健診結果を持って、至急かかりつけの医療機関を受診してください。

TG \geq 1,000mg/dL

血液中の脂肪がとて多く、このままだと急性膵炎になる危険性があります。

至急かかりつけの医師に相談して、専門の医療機関を紹介してもらいましょう。

②の場合 (肥満者・非肥満者)

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

脂質検査の結果、悪玉コレステロールが高いことがわかりました。100 未満の人と比べて1.5 倍~2 倍心筋梗塞になりやすいことがわかっています。

飽和脂肪酸が多い動物性の脂肪を控え、多価不飽和脂肪酸が多い植物油や魚をとるようにしましょう。また、卵などコレステロールの多い食品も控え目にし、禁煙しましょう。3~6 ヶ月後にかかりつけの医療機関で再検査を受けてください。

ただし、もしあなたが糖尿病、慢性腎臓病、心血管病 (心臓や血管の病気) などをもっている

場合は、動脈硬化が進行している可能性が高く、いっそう心筋梗塞などになりやすい状態と考えられますので、ぜひ医療機関で再検査を受けてください。

引き続きご自身の身体の状態を確認するために、これからも健診を受診しましょう。

$300\text{mg/dL} \leq \text{TG} < 1,000\text{mg/dL}$

脂質検査の結果、中性脂肪が高いことがわかりました。150未満の人と比べて2倍心臓病にかかりやすいことがわかっています。

糖分やアルコールを控え、肥満がある人は減量しましょう。精密検査をおこなう必要性が高い場合もあるので、できれば一度、医療機関を受診することをお勧めします。少なくとも、3~6ヶ月後にかかりつけの医療機関で再検査を受けてください。

引き続きご自身の身体の状態を確認するために、これからも健診を受診しましょう。

③の場合

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

脂質検査の結果、悪玉コレステロールが境界域（高い人と正常の人の間）でした。

これ以上高くないよう飽和脂肪酸が多い動物性の脂肪を控え、多価不飽和脂肪酸が多い植物油や魚をとるようにしましょう。また、卵などコレステロールの多い食品も控え目にしましょう。禁煙や減量も必要です。

特定保健指導の対象となった方にはご案内を同封しておりますので、ぜひ活用してください。

ただし、もしあなたが糖尿病や腎臓病をもっている場合は、動脈硬化が進行している可能性が高く、心筋梗塞になりやすい状態と考えられますので、医療機関での再検査をお勧めします。

引き続きご自身の身体の状態を確認するためにこれからも健診を受診しましょう。

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

脂質検査の結果、中性脂肪が高いことがわかりました。

まず減量が必要です。糖分やアルコールを控えましょう。

特定保健指導の対象となった方にはご案内を同封しておりますので、ぜひ活用してください。

引き続きご自身の身体の状態を確認するために、これからも健診を受診しましょう。

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

善玉コレステロールが低くなっています。

まず減量が必要です。禁煙し、運動不足にならないように体を動かしましょう。

特定保健指導の対象となった方にはご案内を同封しておりますので、ぜひ活用してください。

引き続きご自身の身体の状態を確認するために、これからも健診を受診しましょう。

④の場合（非肥満者）

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

脂質検査の結果、悪玉コレステロールが境界域（高い人と正常の人の間）でした。

これ以上高くないよう飽和脂肪酸が多い動物性の脂肪を控え、多価不飽和脂肪酸が多い植物油や魚をとるようにしましょう。また、卵などコレステロールの多い食品も控え目にし、禁煙しましょう。

ただし、もしあなたが糖尿病、慢性腎臓病、心血管病（心臓や血管の病気）などをもっている場合は、動脈硬化が進行している可能性が高く、心筋梗塞などになりやすい状態と考えられますので、医療機関でこれらの病気についての検査をお勧めします。

引き続きご自身の身体の状態を確認するために、これからも健診を受診しましょう。

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

脂質検査の結果、中性脂肪が高いことがわかりました。

糖分やアルコールを控え、若い時に比べて体重が増えた人は減量しましょう。

引き続きご自身の身体の状態を確認するために、これからも健診を受診しましょう。

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

善玉コレステロールが低くなっています。

禁煙し、運動不足にならないように体を動かしましょう。

引き続きご自身の身体の状態を確認するために、これからも健診を受診しましょう。

⑤の場合（肥満者・非肥満者）

今回の健診では、脂質検査値に異常はありませんでした。

引き続きご自身の身体の状態を確認するために、これからも健診を受診しましょう。

【参考文献：コレステロール】

1. Okamura T, Tanaka H, Miyamatsu N, Hayakawa T, Kadowaki T, Kita Y, Nakamura Y, Okayama A, Ueshima H, for the NIPPON DATA80 Research group: The relationship between serum total cholesterol and all-cause or cause-specific mortality in a 17.3-year study of a Japanese cohort. *Atherosclerosis* 190(1): 218-223, 2007.
2. Imano H, Noda H, Kitamura A, Sato S, Kiyama M, Sankai T, Ohira T, Nakamura M, Yamagishi K, Ikeda A, Shimamoto T, Iso H. Low-density lipoprotein cholesterol and risk of coronary heart disease among Japanese men and women: the Circulatory Risk in Communities Study (CIRCS). *Prev Med*. 2011 May;52(5):381-8.
3. Nagasawa SY, Okamura T, Iso H, Tamakoshi A, Yamada M, Watanabe M, Murakami Y, Miura K, Ueshima H, for the Evidence for Cardiovascular Prevention from Observational Cohorts in Japan (EPOCH-JAPAN) Research Group. Relation Between Serum Total Cholesterol Level and Cardiovascular Disease Stratified by Sex and Age Group: A Pooled Analysis of 65 594 Individuals From 10 Cohort Studies in Japan. *J Am Heart Assoc*; 1: e001974, 2012.

【参考文献：HDL-C】

1. Kitamura A, Iso H, Naito Y, Iida M, Konishi M, Folsom AR, Sato S, Kiyama M, Nakamura M, Sankai T, et al. High-density lipoprotein cholesterol and premature coronary heart disease in urban Japanese men. *Circulation*. 68:2533-8, 1994

【参考文献：トリグリセリド】

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

血糖高値に関するフィードバック文例集

【健診判定と対応の分類】

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

【対象者への説明文例】

①の場合（肥満者）

今回の健診では、空腹時血糖は () mg/dL、HbA1cは () %でした。糖尿病の合併症を予防するためには、良好な血糖コントロールの状態を維持することが大切ですので引き続き治療を継続して下さい。

ただし、もしあなたのHbA1cの値が7.0%以上であった場合は、糖尿病の血糖コントロールが良好ではない状態ですので、かかりつけの医師とよくご相談されるか、必要に応じて糖尿病の治療が受けられる医療機関にご相談され、治療を継続して下さい。

また、少しでも減量することが大切です。

②の場合（肥満者・非肥満者）

※HbA1cを測定しておらず、空腹時血糖 ≥ 126 mg/dLであった場合

今回の健診の空腹時血糖は () mg/dL で、糖尿病が強く疑われます。至急、かかりつけの医療機関ないし糖尿病の治療が受けられる医療機関を受診して下さい。

※空腹時血糖を測定しておらず、HbA1c ≥ 6.5 %であった場合

今回の健診のHbA1cは () %で、糖尿病が強く疑われます。至急、かかりつけの医療機関ないしは糖尿病の治療が受けられる医療機関を受診して下さい。

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

今回の健診では、空腹時血糖が () mg/dL、HbA1cが () %であり、これはあなたが糖尿病であることを示す値です。至急、かかりつけの医療機関ないしは糖尿病の治療が受けられる医療機関を受診し、治療を開始して下さい。

③の場合（非肥満者）

今回の健診では、空腹時血糖は () mg/dL、HbA1cは () %でした。糖尿病の合併症を予防するためには、良好な血糖コントロールの状態を維持することが大切ですので引き続き治療を継続して下さい。

ただし、もしあなたのHbA1cの値が7.0%以上であった場合は、糖尿病の血糖コントロールが良好ではない状態ですので、かかりつけの医師とよくご相談されるか、必要に応じて糖尿病の治療が受けられる医療機関にご相談され、治療を継続して下さい。

④の場合（肥満者）

今回の健診では、空腹時血糖は () mg/dL、HbA1cは () %で、糖尿病の血糖コントロールは良好な状態にあると考えられます。かかりつけ医のもとで治療を継続して下さい。今後も良好な状態を保つためには、減量が必要です。

⑤の場合（肥満者）

今回の健診では、空腹時血糖は () mg/dL、HbA1cは () %で、糖尿病の可能性も否定できません。75 g 経口糖負荷試験という精密検査で、糖尿病を診断することができますので、一度受けることをお勧めします。また、本格的な糖尿病にならないためにも、減量が重要です。特定保健指導のご案内を同封しております。食事・運動療法で糖尿病を予防する良い機会ですので、積極的にご活用ください。

⑥の場合（非肥満者）

今回の健診では、空腹時血糖は () mg/dL、HbA1cは () %で、糖尿病の血糖コントロールは良好な状態にあると考えられます。かかりつけ医のもとで治療を継続して下さい。今後も食事、運動などにも留意され、健康生活を継続して下さい。

⑦の場合（非肥満者）

今回の健診では、空腹時血糖は () mg/dL、HbA1cは () %で、糖尿病の可能性も否定できません。本格的な糖尿病にならないためにも、食事・運動療法を始められることをお勧めします。食事や運動療法について不明の点があれば、保健センターでもご相談を受け付けています。また、今後の方針を立てていくために、75 g 経口糖負荷試験という精密検査を一度受けることをお勧めします。

⑧の場合（非肥満者）

今回の健診では、空腹時血糖は（ ）mg/dL、HbA1cは（ ）%で、糖尿病の可能性も否定できません。本格的な糖尿病にならないためにも、食事・運動療法を始められることをお勧めします。食事や運動療法について不明の点があれば、保健センターでもご相談を受け付けています。もし、あなたが高血圧や脂質異常症など他のリスクを持っていたり、血縁者に糖尿病の人がおられたりする場合は、今後の方針を立てていくために、75g 経口糖負荷試験という精密検査を一度受けることをお勧めします。さらに、来年度の健診で、経過を確認することが大切です。

⑨の場合（肥満者）

今回の健診では、糖尿病の検査に異常はありませんでした。しかし、肥満の状態が続くと糖尿病を引き起こす危険性が高まりますので、少しでも減量されることをお勧めします。

引き続きご自身の身体の状態を確認するために、これからも健診を受診しましょう。

⑩の場合（非肥満者）

今回の健診では、糖尿病の検査に異常はありませんでした。

引き続きご自身の身体の状態を確認するために、これからも健診を受診しましょう。

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

喫煙に関するフィードバック文例集

※下記の1.と2.の情報提供を組み合わせ使用してください。

1. 禁煙の重要性を高めるための情報提供

①血圧高値の場合

喫煙されていますが、喫煙と高血圧は日本人が命を落とす二大原因であることがわかっています。喫煙と高血圧が重なると、いずれも該当しない人と比べて、約4倍、脳卒中や心臓病で命を落とす危険が高まります。この健診を機会に禁煙されることをお勧めします。

②脂質異常の場合

喫煙すると、血液中の中性脂肪や悪玉（LDL）コレステロールが増加したり、善玉（HDL）コレステロールが減少することがわかっています。また、喫煙と脂質異常症が重なると、動脈硬化がさらに進んで、脳梗塞や心筋梗塞にかかりやすくなります。この健診を機会に禁煙されることをお勧めします。

③血糖高値の場合

喫煙すると、血糖値が上昇したり、糖尿病に約1.4倍かかりやすくなります。その理由は、喫煙によって交感神経の緊張が高まって血糖値があがることと、膵臓から分泌されるインスリンというホルモンの効き具合が悪くなるためです。また、喫煙と糖尿病が重なると、喫煙しない場合と比べて、動脈硬化がさらに進んで、約1.5~3倍、脳梗塞や心筋梗塞で命を落とすやすくなります。さらに、腎臓の機能もより低下しやすいたことが報告されています。この健診を機会に禁煙されることをお勧めします。

④メタボリックシンドロームの場合

喫煙すると、血液中の中性脂肪や血糖値が増加したり、善玉（HDL）コレステロールが減少するため、メタボリックシンドロームと判定されやすいたことがわかっています。また、喫煙とメタボリックシンドロームが重なると動脈硬化がさらに進んで、いずれも該当しない人と比べて、約4~5倍、脳梗塞や心筋梗塞にかかりやすくなります。この健診を機会に禁煙されることをお勧めします。

⑤上記いずれもない場合

今回の健診では、血圧値、脂質検査値、血糖値のいずれにおいても異常はありませんでした。しかし、喫煙を続けていると種々の病気にかかりやすくなるため、現在の良い状態を維持できなくなってしまう可能性があります。この健診を機会に禁煙されることをお勧めします。

2. 禁煙のための効果的な解決策の提案

①直ちに(1 ヶ月以内)に禁煙しようと考えている場合、または情報提供の結果、禁煙の動機が高まった場合

禁煙は自力でも可能ですが、禁煙外来や禁煙補助剤を利用すると、ニコチン切れの症状を抑えることができるので比較的楽に、しかも自力に比べて3~4倍禁煙しやすくなるのがわかっています。健康保険の適用基準を満たしている場合、1日20本のたばこ代に比べて1/3~1/2の安い費用で医療機関での禁煙治療を受けることができます。

②そうでない場合

現在禁煙しようと考えておられないようですが、今後禁煙の気持ちが高まった時のために、次のことを覚えておかれるとよいと思います。それは、禁煙外来や禁煙補助剤を利用すると、比較的楽に、しかも自力に比べて3~4倍禁煙しやすくなることです。健康保険の適用基準を満たしている場合、1日20本のたばこ代に比べて1/3~1/2の安い費用で医療機関での禁煙治療を受けることができます。

【参考文献】

- 1) Ikeda N., et al. Adult mortality attributable to preventable risk factors for non-communicable diseases and injuries in Japan: a comparative risk assessment. PLoS Med 2012; 9: e1001180.
- 2) Hozawa A., et al. Joint impact of smoking and hypertension on cardiovascular disease and all-cause mortality in Japan: NIPPON DATA80, a 19-year follow-up. Hypertens Res 2007; 30: 1169-1175.
- 3) Craig WY., et al. Cigarette smoking and serum lipid and lipoprotein concentrations: an analysis of published data. Br Med J. 1989; 298: 784-788.
- 4) Willi C., et al. Active smoking and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. JAMA 2007; 296: 2654-2664.
- 5) Cryer PE., et al. Norepinephrine and epinephrine release and adrenergic mediation of smoking-associated hemodynamic and metabolic events. N Engl J Med 1976; 295: 573-577.
- 6) Chiolero A., et al. Consequences of smoking for body weight, body fat distribution, and insulin resistance. Am J Clin Nutr 2008; 87: 801-809.
- 7) 佐々木陽 ほか. 15年にわたるインスリン非依存糖尿病(NIDDM)の追跡調査. 糖尿病 1996; 39: 503-509.
- 8) Al-Delaimy WK., et al. Smoking and mortality among women with type 2 diabetes: The Nurses' Health Study cohort. Diabetes Care. 2001; 24: 2043-2048.
- 9) De Cosmo S., et al. Cigarette smoking is associated with low glomerular filtration rate in male patients with type 2 diabetes. Diabetes Care. 2008; 29: 2467-2470.
- 10) Nakanishi N., et al. Cigarette smoking and the risk of the metabolic syndrome in middle-aged Japanese male office workers. Ind Health 2005; 43: 295-301.
- 11) Higashiyama A., et al. Risk of smoking and metabolic syndrome for incidence of cardiovascular disease-comparison of relative contribution in urban Japanese population: the Sirta study. Circ J 2009; 73: 2258-2263.
- 12) Kasza KA., et al. Effectiveness of stop-smoking medications: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. Addiction. 2013; 108: 193-202.
- 13) 日本循環器学会, 日本肺癌学会, 日本癌学会, 日本呼吸器学会. 禁煙治療のための標準手順書 第5版. 2012

尿蛋白に関するフィードバック文例集

※血清クレアチンを測定していない場合に使用してください。

【健診判定と対応の分類】

健診判定		対応
異常 ↑ ↓ 正常	尿蛋白 陽性(+/2+/3+)	①すぐに医療機関の受診を
	尿蛋白 弱陽性(±)	②医療機関を受診して尿の再検査を
	尿蛋白 陰性(-)	③今後も継続して健診受診を

「CKD」(慢性腎臓病)とは?

尿蛋白陽性または腎機能低下(糸球体濾過量<60 ml/min/1.73m²未満)が3ヶ月以上続く場合等を指します。

【対象者への説明文例】

①尿蛋白(+)以上:陽性的場合

→ 今回の健診の結果、あなたはCKD(慢性腎臓病)が強く疑われる状態であり、しかも病状がかなり進んだ状態であることが分かりました。すぐに医療機関を受診して下さい。

CKDの人では、そうでない人に比べて、末期腎不全により透析治療が必要な状況に10倍以上なりやすく、脳卒中・狭心症・心筋梗塞といった心血管疾患の発症やそれによる死亡の危険が2倍以上になることが分かっています。しかし、これらの危険は、適切な治療により軽減することが可能ですので、早く治療を始めましょう。

②尿蛋白(±):弱陽性的場合

→ 今回の健診の結果、あなたはCKD(慢性腎臓病)の可能性が否定できないので、尿の再検査が必要です。再検査の結果が「尿蛋白(+):陽性」であれば、すぐに治療を開始する必要があります。念のため、医療機関を受診してもう一度尿検査を受けてください。

なお、CKDの人では、そうでない人に比べて、末期腎不全により透析治療が必要な状況に10倍以上なりやすく、脳卒中・狭心症・心筋梗塞といった心血管疾患の発症やそれによる死亡の危険が2倍以上になることが分かっています。しかし、これらの危険は、適切な治療により軽減することが可能ですので、早期治療が重要です。

③尿蛋白(-):陰性的場合

→ 今回の健診の結果、あなたの腎臓の状態はほぼ問題ないと考えられます。

引き続きご自身の身体の状態を確認するために、これからも健診を受診しましょう。

ただし、もしあなたが、下記のいずれか(※)に一つでもあてはまる場合は、CKDになりやすい体質の人であると言えます。CKDの人では、そうでない人に比べて、末期腎不全により透析治療が必要な状況に10倍以上なりやすく、脳卒中・狭心症・心筋梗

塞といった心血管疾患の発症やそれによる死亡の危険が2倍以上になることが分かっています。

CKDを発症するリスクを軽減するために、食生活の改善に取り組み、肥満があれば解消することが必要です。高血圧があれば、減塩に努めましょう。禁煙も大切です。

(※) CKDの危険因子：

肥満、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症、
治療中あるいは治療が必要な高尿酸血症、CKDの家族歴、
過去の健診での尿異常の指摘、高齢（65歳以上）

尿蛋白及び血清クレアチニンに関するフィードバック文例集

※血清クレアチニンを測定している場合に使用してください。

【健診判定と対応の分類】

健診判定 (eGFRの単位: ml/min/1.73m ²)		尿蛋白(-)	尿蛋白(±)	尿蛋白(+)
異常 ↑ ↓ 正常	eGFR < 50	① すぐに医療機関の受診を		
	50 ≤ eGFR < 60	③ 生活習慣の改善を	② 医療機関を受診して尿の再検査を	
	60 ≤ eGFR	④ 今後も継続して健診受診を		

「CKD」(慢性腎臓病)とは？

尿蛋白陽性または腎機能低下(糸球体濾過量 < 60 ml/min/1.73m²未満)が3ヶ月以上続く場合等指します。

腎臓の働き(糸球体濾過量、GFR)はどのように評価するのでしょうか？

血清クレアチニンと年齢および性別から推算糸球体濾過量(eGFR)を計算します。

正常はおおよそ 100 ml/min/1.73m²です。

【対象者への説明文例】

①の場合(尿蛋白陽性または eGFR < 50)

→ 今回の健診の結果、あなたはCKD(慢性腎臓病)が強く疑われる状態であり、しかも病状がかなり進んだ状態であることが分かりました。すぐに医療機関を受診して下さい。

CKDの人では、そうでない人に比べて、末期腎不全により透析治療が必要な状況に10倍以上なりやすく、脳卒中・狭心症・心筋梗塞といった心血管疾患の発症やそれによる死亡の危険が2倍以上になることが分かっています。しかし、これらの危険は、適切な治療により軽減することが可能ですので、早く治療を始めましょう。

②の場合(50 ≤ eGFR、かつ尿蛋白(±))

→ 今回の健診の結果、あなたはCKD(慢性腎臓病)の可能性が否定できないので、尿の再検査が必要です。再検査の結果が「尿蛋白(+):陽性」であれば、すぐに治療を開始する必要があります。念のため、医療機関を受診してもう一度尿検査を受けてください。

なお、CKDの人では、そうでない人に比べて、末期腎不全により透析治療が必要な状況に10倍以上なりやすく、脳卒中・狭心症・心筋梗塞といった心血管疾患の発症やそれによる死亡の危険が2倍以上になることが分かっています。しかし、これらの危険は、適切な治療により軽減することが可能ですので、早期治療が重要です。

③の場合 (50 ≤ eGFR < 60, かつ尿蛋白(-))

→ 今回の健診の結果、あなたはCKD(慢性腎臓病)が強く疑われる状態であることが分かりました。CKDの人では、そうでない人に比べて、末期腎不全により透析治療が必要な状況になりやすく、脳卒中・狭心症・心筋梗塞といった心血管疾患の発症やそれによる死亡の危険が高くなることが分かっています。

尿検査の結果と合わせて考えると、差し迫った危険はないと考えられますが、CKDをこれ以上悪化させないために、食生活の改善に取り組み、肥満があれば解消することが必要です。高血圧があれば、減塩に努めましょう。禁煙も大切です。

生活習慣を改善した成果を確認するために、これからも健診を受診しましょう。

注) もしあなたが40歳未満なら、同年齢の人に比べて腎臓の機能が低下していますので、医療機関を受診してください。慢性の腎臓の病気である可能性があります。

④の場合 (60 ≤ eGFR, かつ尿蛋白(-))

→ 今回の健診の結果、あなたがCKD(慢性腎臓病)である可能性はとてども低いと分かりました。

引き続きご自身の身体の状態を確認するために、これからも健診を受診しましょう。ただし、もしあなたが、下記のいずれか(※)に一つでもあてはまる場合は、CKDになりやすい体質の人であると言えます。CKDを発症しないようにするためには、食生活の改善に取り組み、肥満があれば解消することが必要です。高血圧があれば、減塩に努めましょう。禁煙も大切です。

(※) CKDの危険因子:

肥満、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症、
治療中あるいは治療が必要な高尿酸血症、CKDの家族歴、
過去の健診での尿異常の指摘、高齢(65歳以上)

【参考文献】

- ・K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. Am J Kidney Dis 2002; 39(2 Suppl 1): S1-266.
- ・Imai, E., M. Horio, et al. Prevalence of chronic kidney disease (CKD) in the Japanese general population predicted by the MDRD equation modified by a Japanese coefficient. Clin Exp Nephrol 2007; 11: 156-163.
- ・Matsuo, S., E. Imai, et al. Revised equations for estimated GFR from serum creatinine in Japan. Am J Kidney Dis 2009; 53: 982-992.
- ・Levey, A. S., P. E. de Jong, et al. The definition, classification, and prognosis of chronic kidney disease: a KDIGO Controversies Conference report. Kidney Int 2011; 80: 17-28.
- ・日本腎臓学会編:CKD診療ガイド2012,東京医学社、東京、2012
- ・「CKD 進展予防のための保健指導教材」厚生労働科学研究費補助金腎疾患対策研究事業(CKD 進展予防のための特定健診と特定保健指導のあり方に関する研究)2012

【参考】 数値に応じた危険の度合い (eGFRの単位: ml/min/1.73m²)

末期腎不全により 透析治療が必要になる危険性 (CKDでない人に比べた場合)	尿蛋白		
	(-) ~ (±)	(+)	(2+) ~ (3+)
eGFR < 50	50~1,000倍	300倍	2,000倍
50 ≤ eGFR < 60		50倍	150倍
60 ≤ eGFR		10倍	20倍

心血管疾患を発症したり それにより死亡する危険性 (CKDでない人に比べた場合)	尿蛋白		
	(-) ~ (±)	(+)	(2+) ~ (3+)
eGFR < 50	3~8倍	3倍	8倍
50 ≤ eGFR < 60		3倍	4倍
60 ≤ eGFR		2倍	3倍

尿酸に関するフィードバック文例集

※尿酸を測定している場合に使用してください。

(注)この文例集は、足の関節の痛み等、痛風関節炎に多くみられる自覚症状がない状況を想定しています。
痛みがある場合は、治療のため医療機関を受診することを勧めてください。

【健診判定と対応の分類】

健診判定 (単位:mg/dL)		対応
異常 ↑	血清尿酸値 \leq 8.0	①生活習慣の改善した上で、改善しないなら医療機関受診を
	7.0<血清尿酸値<8.0	②生活習慣の改善を
正常	1.5 \leq 血清尿酸値 \leq 7.0	③今後も継続して健診受診を
異常 ↓	血清尿酸値<1.5	④医療機関の受診を

【対象者への説明文例】

①の場合 (血清尿酸値 \geq 8.0mg/dL)

今回の健診の結果は、あなたが高尿酸血症という状態であることを示しています。このまま治療を行わない場合、痛風関節炎(いわゆる「痛風」)を生じて、足の関節などに強い痛みを生じる危険性があります。また、血清尿酸値の上昇は、腎障害、尿路結石、メタボリックシンドローム等のリスクを高めることがわかっています。

まず、生活習慣の改善に取り組み、肥満を解消することが必要です。具体的には、糖分を控えるなどして食生活を改善し、運動不足にならないよう体を動かしましょう。水分を十分にとることも大切です。また、アルコールは、プリン体が含まれているかどうかに関わらず血清尿酸値を高めますので、種類を問わず控えてください。

こうした生活習慣の改善に取り組んだ上で、引き続きご自身の身体の状態を確認するために、これからも健診を受診しましょう。生活習慣の改善をしたにもかかわらず次の健診で血清尿酸値が9.0mg/dl以上なら、薬物治療を始めることが推奨されています。その健診結果を持って、医療機関を受診して下さい。

②の場合 (7.0 mg/dL<血清尿酸値<8.0mg/dL)

今回の健診の結果は、あなたが高尿酸血症という状態であることを示しています。すぐに痛風関節炎(いわゆる「痛風」)を発症する可能性は高い値ではありませんが、痛風関節炎(いわゆる「痛風」)を生じて、足の関節などに強い痛みを生じる危険性があります。また、血清尿酸値の上昇は、腎障害、尿路結石、メタボリックシンドローム等のリスクを高

めることがわかっています。

まず、生活習慣の改善に取り組み、肥満を解消することが必要です。具体的には、糖分を控えるなどして食生活を改善し、運動不足にならないよう体を動かしましょう。水分を十分にとることも大切です。また、アルコールは、プリン体が含まれているかどうかに関わらず血清尿酸値を高めますので、種類を問わず控えてください。

引き続きご自身の身体の状態を確認するために、これからも健診を受診しましょう。

③の場合 (1.5 \leq 血清尿酸値 \leq 7.0mg/dL)

今回の健診の結果は、あなたの血清尿酸値は正常であることを示しています。

引き続きご自身の身体の状態を確認するために、今後も継続して健診を受けましょう。

④の場合 (血清尿酸値<1.5mg/dL)

今回の健診の結果は、あなたの血清尿酸値は低すぎる状態であることを示しています。

もしあなたが、何らかの病気で薬物治療を行っている場合は、薬の量の調節が必要かもしれませんので、この健診結果を持ってかかりつけの医療機関にご相談下さい。

もしあなたが、薬物治療を行っていない場合は、腎臓からの尿酸の排泄が多すぎる状態になっている可能性があります。このまま治療を行わない場合、急性腎不全や尿路結石になる危険性があります。この健診結果を持って、医療機関を受診して精密検査を受けてください。

【参考文献:血清尿酸値と治療方針】

1. Campion EW, Glynn RJ, DeLabry LO : Asymptomatic hyperuricemia ; Risks and consequences in the Normative Aging Study. Am J Med 82 :421-6, 1987
2. Johnson RJ, Kang DH, Feig D, et al : Is there a pathogenetic role for uric acid in hypertension and cardiovascular and renal disease? Hypertension 41 :1183-90, 2003
3. Alderman MH, Cohen H, Madhavan S, et al : Serum uric acid and cardiovascular events in successfully treated hypertensive patients. Hypertension 34 :144-50, 1999
4. 柳谷龍男, 河野英男, 池田亨, 他 : 無症候性高尿酸血症の予後に関する研究一. リウマチ25 :369-71, 1985
5. Shoji A, Yamanaka H, Kamatani N : A retrospective study of the relationship between serum urate level and recurrent attacks of gouty arthritis ; Evidence for reduction of recurrent gouty arthritis with antihyperuricemic therapy. Arthritis Rheum 51 :321-325,2004
6. Li-Yu J, Clayburne G, Sieck M, et al : Treatment of chronic gout. Can we determine when urate stores are depleted enough to prevent attacks of gout? J Rheumatol 28 :577-580, 2001
7. Sarawate CA, Patel PA, Schumacher HR, et al : Serum urate levels and gout flares ; Analysis from managed care data. J Clin Rheumatol 12 :81-85, 2006

【参考文献:ガイドライン】

1. 高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン作成委員会編:高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン(第1版). 東京, 日本痛風・核酸代謝学会, 2002
2. 高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン改訂委員会編:高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン(第2版). メディカルレビュー社, 東京, 2010
3. 高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン改訂委員会編:高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン(第2版追補版). メディカルレビュー社, 東京, 2012
4. Khanna D, Fitzgerald JD, Khanna PP, et al. 2012 American College of Rheumatology guidelines for management of gout. Part 1: systematic nonpharmacologic and pharmacologic therapeutic approaches to hyperuricemia. Arthritis Care Res (Hoboken). 2012 Oct;64(10):1431-46.

第3編 保健指導

第1章 保健指導の基本的考え方

(1) 保健指導の目的

糖尿病等の生活習慣病の予備群に対する保健指導の第一の目的は、生活習慣病に移行させないことである。そのための保健指導では、対象者自身が健診結果を理解して体の変化に気づき、自らの生活習慣を振り返り、生活習慣を改善するための行動目標を設定するとともに、自らが実践できるよう支援し、そのことにより対象者が自分の健康に関するセルフケア（自己管理）ができるようになることを目的としている。なお、生活習慣病有病者に対し、重症化や合併症発症を予防するための保健指導を行うことも重要である。

(2) 保健指導とは

糖尿病等の生活習慣病の予備群に対する保健指導とは、対象者の生活を基盤とし、対象者が自らの生活習慣における課題に気づき、健康的な行動変容の方向性を自らが導き出せるように支援することである。保健指導の重要な点は、対象者に必要な行動変容に関する情報を提示し、自己決定できるように支援することであり、そのことによって、対象者が健康的な生活を維持できるよう支援することである。

(3) 生活習慣改善につなげる保健指導の特徴

生活習慣病は、①自覚症状がないまま進行すること、②長年の生活習慣に起因すること、③疾患発症の予測が可能なことを特徴とすることから、これらを踏まえた保健指導を行う必要がある。

すなわち、健診によって生活習慣病の発症リスクを発見し、自覚症状はないが発症のリスクがあることや、生活習慣の改善によってリスクを少なくすることが可能であること等をわかりやすく説明することが特に重要である。しかし、生活習慣は個人が長年築いてきたものであるため、改善すべき生活習慣に自ら気づくことが難しく、また、対象者は、行動変容は難しいことであると認識している場合が多いことを念頭に置いて、対象者への支援を行う必要がある。

対象者は、保健指導の際の個別面接やグループ面接等において、保健指導実施者やグループメンバー等と対話することにより、客観的に自己の生活習慣を振り返ることで改善すべき生活習慣を認識できる。その気づきが行動変容のきっかけとなる。保健指導実施者は、それを軸にして、どのような生活習慣を身につけることが必要であるか、また課題や優先順位を対象者と共に考え、実行可能な行動目標を対象者が自ら立てられるよう支援することが重要である。

対象者がより良い生活習慣に向けた行動目標に沿って新たな生活習慣を確立し、維持することは容易ではない。保健指導実施者は、対象者の新たな行動を継続できるよう、定期的に助言・支援することや同じ課題に取り組むグループへの参加の勧奨など、対象者が現在の状況を客観的に把握できる機会を提供するとともに、実行していることに対しては、励ましや賞賛するなど自己効力感を高めるフォローアップが重要となる。行動変容を可能にするためには、このフォローアップが特に重要

である。

なお、注意しなければならないこととして、病気の発症や障害を持つ可能性についての説明においては、対象者に恐怖心を抱かせないよう配慮すること、生活習慣の改善によってリスクを少なくすることが可能であるということを理解してもらえることが大事である。また、行動変容のステージ（準備状態）が無関心期にある場合は、対象者の疾病に対する認識を確認し、リスクと病気の発症や障害を持つ可能性との関係の説明に加えて、対象者にとって問題となることが何かを考えられるように対応することが必要である。

生活習慣の改善につなげるためには、対象者に合わせて決して押しつけずに支援を行い、生活習慣を変えることが本人にとり快適であることを実感でき、楽しめるようなプログラムを提示するなど様々な働きかけが必要である。

（４）必要とされる保健指導技術

保健指導を行うための技術には、健診データ、レセプトデータやその変化等から合併症等のリスクを適切に判断し、生活習慣との関連を説明する能力、必要な情報（ライフスタイル、価値観、行動変容のステージ（準備状態）等）を収集するためのコミュニケーション技術、それに基づき支援方を判断する技術、そして対象者が自らの生活行動の課題に気づき自らの行動目標を決定することを支援する技術等があり、具体的には、カウンセリング技術、アセスメント技術、コーチング技術、ティーチング技術、自己効力感を高める支援技術、グループワークを支援する技術などがある。これらの技術は、行動変容等に関する様々なモデルや理論から導き出されたものであり、例えば、グループワークを支援するためには、グループダイナミクス¹について理解することが重要である。保健指導実施者はこれらの技術を統合させ、実践に活かすことが求められている。

保健指導実施者は、これらの理論や技術を理解した上で、保健指導としての技術を身につけ、実際の保健指導に適用することが必要である。このためには、保健指導実施者を対象とした研修会への参加等により研鑽を図ることが必要である。また、実際の指導事例について、対象者が適切な行動目標を立てることができたか、行動変容がみられたか等を分析し、保健指導実施機関で指導技術を評価し、保健指導技術の向上に努めていくことが大切である。

なお、具体的な保健指導技術については、第3章3-1を参照されたい。

¹ グループダイナミクス：集団力学。集団の中に働く力であり、グループに参加する個々のメンバーの行動を変化させる作用がある。

（５）健康課題分析と評価による効果的な保健指導方法の開発

医療保険者は、健診・保健指導を受けた者の検査結果、質問票、保健指導内容をデータとして管理することになる。また、医療保険者はレセプトを有していることから、これらのデータを個人別又は集団として分析することが可能となる。このため、これらのデータ解析から保健指導の成果に関する評価を行い、より効果的な保健指導方法を開発することが必要である。

このような保健指導の評価は、保健指導実施者個人及び組織として行い、その改善に努めること、また、保健指導実施者の研修に活かすことが必要であり、保健指導実施者は、常に自己研鑽に努めることが求められる。

（６）ポピュレーションアプローチや社会資源の活用

保健指導は、健診結果及び質問票に基づき、個人の生活習慣を改善する方向で支援が行われるものであるが、個人の生活は家庭、職場、地域で営まれており、生活習慣は生活環境、風習、職業などの社会的要因に規定されることも大きい。このため、様々な生活の場が健康的な生活への行動変容を支え、又は維持できる環境となっていることが必要である。

具体的には、地域や職場において、①飲食店や社員食堂での健康に配慮した食事（ヘルシーメニュー）の提供や栄養表示の実施、②安全なウォーキングロードや運動施設、それらを拠点とした総合型地域スポーツクラブなどの身近に運動に親しむことができる環境、③敷地内禁煙を行っている施設、④同じ健康課題を持つ者の仲間づくり、⑤日常的な健康情報の提供などが整備される必要がある。国や地方公共団体においても、これらの取組みが推進されるよう環境整備に積極的に関与することが求められる。また、これらの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とともに、健診後の保健指導においても、地域の住民組織や団体、健康増進施設や労働者健康保持増進サービス機関などの健康づくりに資する社会資源を積極的に活用することが望ましい。

（７）地域・職場におけるグループ等との協働

糖尿病等の生活習慣病の予備群に対する保健指導とは、対象者が自らの生活習慣における課題を認識し、対象者が主体的に健康に向けて行動変容できるよう支援することである。特に、糖尿病等の生活習慣病の予備群に対する保健指導は、生活環境、労働環境等と関連づけて実施することが必要である。

地域・職場には、生活習慣病に関する自助グループや健康づくり推進員等の組織化されたグループが存在する場合があります。このようなグループの把握や育成に努め、健診や保健指導の機会に周知することが重要である。

グループに所属する地域住民・労働者は、保健指導対象者と同じ、あるいは類似した生活環境や労働環境にある。

そのため、対象者の行動変容への課題を共有化し、課題解決のための行動につい

て共に考え、保健行動²の継続について支援できる環境となりうる。また、これらのグループは、地域・職域の集団の健康課題を解決するためのポピュレーションアプローチに寄与する活動を展開している例も多い。

これまで地域・職域においては、健康づくりのためにボランティアを育成し、ボランティアも参加した活動を実施した結果、健診受診率の向上や地域住民や事業者の行動変容に寄与してきた経緯がある。

このため、地域の保健指導実施者は、糖尿病等の生活習慣病の予備群に対する保健指導においても、地域のソーシャルキャピタルを活用し、地域の組織化されたNPOなどのグループ等と協働し、対象者を支援することが重要である。

また、職域においては、事業主や上司が職場の健康づくりの推進に熱心な場合には、取組みが促進されて保健指導の成果も現れやすいため、事業主及び職制などのラインを活用して保健指導の効果を上げることも必要である。

(8) 保健指導プログラムの標準化とは

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る。そのため、保健指導実施者には、対象者に合わせた支援方法を面接しながら選択し実践する能力が求められる。このため、保健指導の実践過程は個人に依りて千差万別であり、この部分を標準化することは困難であるが、保健指導技術として概念化が図られてきている部分については、一定の整理が可能である。

そこで、保健指導プログラムのプロセス、保健指導として行うべき内容、保健指導の頻度や方法、体制などについて、効果があったと考えられる保健指導の事例を基にして、保健指導プログラムの標準化を図ることとした。

保健指導は、基礎学問である医学や公衆衛生学の発展により変化するものであり、また、指導方法は行動科学、看護学、栄養学、運動科学、疫学・生物統計学、教育学等の研究成果によっても変化するものである。このため、保健指導プログラムの標準化については、常に関連する学問の研究成果を確認しつつ改訂していくことが求められる。

第2章 保健事業（保健指導）計画の作成

2-1 保健事業（保健指導）計画作成の進め方

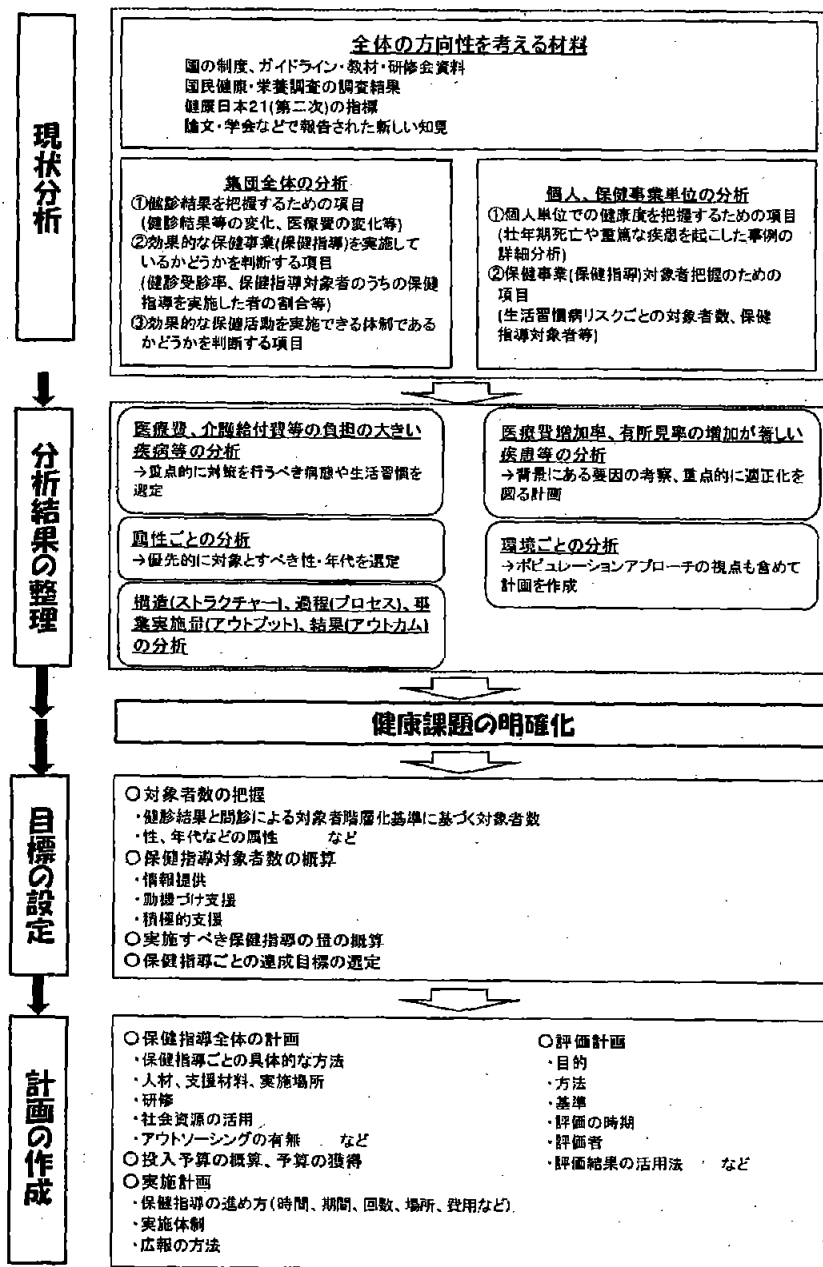
保健事業（保健指導）計画の作成は、次のような流れで行う。

- ① 各種データから集団全体の分析と個人、保健事業の単位の分析を行い、その集団における優先すべき健康課題を明確にする。
- ② ①において明らかになった健康課題を解決するために、優先順位を考慮した上で、保健指導目標として達成すべき目標や数値目標を設定する。
- ③ ②において設定した目標を具体的に達成するために、保健事業（保健指導）の方法、実施、評価について計画を作成する。

※ 図1の保健事業（保健指導）計画作成の進め方を参照。

² 保健行動：健康の回復、保持、増進に係る全ての行動。

図1 保健事業（保健指導）計画作成の進め方



2-2 現状分析

(1) 分析が必要な理由

保健事業（保健指導）計画を作成するためには、まず、現状を正確に把握し分析することが重要である。

第一の理由としては、対象者の所属する地域・職域などの集団全体の健康課題を分析することにより、その集団においてどのような生活習慣病対策に焦点を当てるのかということと、優先すべき健康課題を把握し、保健事業全体の目標を設定するためである。このことは、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチ全てを含んだ生活習慣病予防対策の全体像を見据え、社会資源を有効に活用しながら保健事業を組み立てていくことにつながる。また、社会保障制度が持続可能となるよう、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の割合や、医療費を分析することにより医療費の増大の原因を明らかにしたり、健診データやレセプトデータと介護保険データ（要介護度データ等）との突合を行うことにより要介護状態に至る要因を解明したりすることが重要となる。

第二の理由として、対象者の的確な把握を行うことにより、対象者に合った効果的・効率的な保健事業（保健指導）を行うことが挙げられる。さらに、保健指導対象者数を概算することができるため、投入する人的資源や予算を計画することができる。また、反対に、決められた予算の中で効率的に保健指導を行う計画（支援方法、優先順位などの検討）を作成することができる。

(2) 分析すべき項目

現状分析は、「集団全体の分析」と「個人、保健事業の単位の分析」の双方から実施する。「集団全体の分析」と「個人、保健事業の単位の分析」は密接な関係があるため、計画作成に当たっては情報の共有化を図らなければならない。

集団全体の分析項目としては、①健診結果等の変化、生活習慣病の有病率、医療費の変化、要介護認定の状況、死亡率等の健康課題を把握するための項目、②健診受診率、保健指導対象者のうちの保健指導を実施した者の割合等の効果的な保健事業（保健指導）を実施しているかどうかを判断する項目、③保健・医療提供体制、保健指導実施者に対する研修体制と研修実施状況等の効果的な保健活動を実施できる体制にあるのかどうかを判断するための項目が挙げられる。

個人、保健事業の単位の分析項目としては、①個人単位での健康度を把握するための項目、②保健事業（保健指導）対象者把握のための項目、③保健事業（保健指導）の効果を把握するための項目が挙げられる。

平成20年度以降は特定健診データの蓄積、さらにはレセプトデータの電子化等の推進もあって、健康課題の分析や集団としての保健事業評価が実施しやすくなってきている。国や都道府県、国保中央会等の公表する全国・県別、市町村別データと、各保険者等におけるデータの比較等により集団の特性を明らかにしたり、数値の経年変化を追跡したりすることにより、保健事業の目標設定や修正、進捗管理を行うことが可能となっている。

なお、表1「集団全体の分析項目」と表2「個人、保健事業の単位の分析項目」を参考として例示する。

(3) 分析の方法と保健事業（保健指導）計画への活用

現状分析に当たっては、基準の統一、比較可能性等に留意して行う必要がある。また、分析結果については、医療費、対象の属性、環境などの観点からさらに解析を行い、その結果を整理する。そして、対象集団の健康課題、保健指導の効果が期待される対象者集団及び方法を明らかにして、その課題解決に向けた保健事業（保健指導）計画を策定するための基礎資料を作成する。

基礎資料には、次のような分析結果を整理することが考えられる（第4編第3章参照）。

① 「医療費などの負担の大きい疾病等の分析」（様式1-1、1-2、2-1、2-2、3-1~7）

重点的に対策を行うべき病態や生活習慣を選定する。他に、透析導入原因疾患等の分析も健康課題の抽出に役立つ。

② 「医療費増加率、有所見率の増加が著しい疾病等の分析」（様式1-1、1-2、2-1、2-2、3-1~7）

背景にある要因（生活習慣、環境の変化など）を考察し、重点的に適正化を図るための計画を立案する。

③ 「属性ごとの分析」

優先的に対象とすべき性別・年代を選定し、対象となるそれぞれの属性（働き盛り（管理職、営業職等）、育児中の親など）に受け入れやすい保健事業を計画する。

④ 「環境（地域・職場）ごとの分析」

重点的に対策を行うべき対象を選定し、その地域・職場の共通の生活習慣に関連する問題についてはポピュレーションアプローチの視点も含めて計画を作成する。

⑤ 「ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果）の分析」

ストラクチャー（構造）・プロセス（過程）・アウトプット（事業実施量）・アウトカム（結果）間の関連性について分析する。保健事業の実施により、健康課題の改善が図られているかどうかを検討する。不十分な場合には保健事業の見直し、または他の影響する要因について分析する（第4章参照）。

なお、市町村においては、要介護原因疾患（性別・年齢別）等について、国保部門・衛生部門・介護部門の担当が合同して保有している各種データを分析・評価することにより、保健事業全体を俯瞰した戦略の検討及び体制整備に資することができる。

表1 集団全体の分析項目（例）

	把握の時期		
	計画作成時から把握可能	事業実施後に把握可能	事業の最終的な評価で把握可能
①健康課題把握のための項目			
死亡率	○		○
死亡率の変化			
標準化死亡率	○		○
標準化死亡率の変化			
要介護者等の割合(*)	○		○
要介護者等の割合の変化(*)			○
要介護状態の原因疾患(*)	○	(○)	○
レセプト	○		
(特に生活習慣病関連医療費・疾患名)			
医療費の変化		○	
生活習慣病の患者数	○		
健診結果等の変化	(○)	○	
生活習慣の状況	(○)	○	
生活習慣の変化			○
その他分析に必要な項目			
②効果的な保健事業（保健指導）の実施状況を判断するための項目			
保健指導対象者のうち、「動機づけ支援」、「積極的支援」を実施した者の割合		○	
保健指導を実施した者のうち、行動変容のステージ（準備状態）が改善した者の割合		○	
生活習慣病により高額医療費を受けている者の割合	(○)		
生活習慣病により長期入院している者の割合	(○)		
人工透析を受けている者の割合	(○)		
受診勧奨された対象者のうち、保健指導又は治療を受けた者の割合	(○)	○	
生活習慣病の治療中断者の割合	(○)	○	
効果的で常に運営可能な内容の提供状況	(○)	○	
生活習慣改善指導を希望する者の効果的な保健事業へのアクセス状況		○	
その他分析に必要な項目			
③効果的な保健事業（保健指導）を実施できる体制であるかどうかを判断するための項目			
保健・医療提供体制(人的資源、施設等)	(○)	○	
保健指導実施者に対する研修体制と研修実施状況	(○)	○	
保健指導のための支援材料等の開発	(○)	○	
活用可能な社会資源の状況	(○)	○	
その他分析に必要な項目			

(*)：市町村においては、要介護原因疾患（性別・年齢別）等について、国保部門・衛生部門・介護部門の担当が合同して分析・評価することが望ましい項目

表2 個人、保健事業の単位の分析項目（例）

	把握の時期		
	計画作成時から把握可能	事業実施後に把握可能	事業の最終的な評価で把握可能
①個人単位での健康度を把握するための項目 壮年期死亡や重篤な疾患を起こした事例 その他分析に必要な項目	(○)	○	
②保健事業（保健指導）対象者把握のための項目 「健診結果等リスク判定表」に基づく生活習慣病リスクごとの対象者数 保健指導対象者数（「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」） その他分析に必要な項目	(○) (○)	○ ○	
③これまでの保健事業（保健指導）の効果の項目 （集団全体） 生活習慣改善の意欲等主観的な指標の変化 生活習慣の変化 健診結果の変化 医療費の変化 その他分析に必要な項目 （事業） 医療費に対する効果 苦情・トラブルの件数、対応状況 費用対効果 委託件数 その他分析に必要な項目	(○) (○) (○) (○)	 ○ (○)	 ○ ○

2-3 保健事業（保健指導）の目標設定

(1) 保健事業全体の目標設定

保健事業の目標設定は、前節の現状分析に基づき優先課題を掲げるものであるが、医療保険者の保健事業に対する考え方を示すという意味もあり、どのような目標を掲げるかは、重要な判断を要するものである。

優先課題は糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群を減少させることに寄与するものであることは前提であるが、医療保険者としての集団全体の健康問題の特徴を健診データ、レセプトデータ、介護保険データ等に基づく現状分析から明らかにし、その課題のうち、糖尿病等の生活習慣病対策に最も効果が期待できる課題を重点的に対応すべき課題として目標に掲げる必要がある。

優先課題のうち目標として掲げる内容の選定は、目標を達成するための現実的な手段が明らかであることや、そのための費用、人的資源、施設の保健事業の実施体制が可能であるかなど、総合的に判断し、目標を設定することが必要である。

平成20年度に特定健診・特定保健指導制度が開始されてから収集・蓄積された健診や保健指導のデータの分析結果を踏まえ、保健事業全体の目標を変えていくことも必要である。

また、目標は抽象的な内容ではなく、例えば「糖尿病の有病者を**%減少させる」など、できる限り数値目標とし、事業終了後の評価ができる目標を設定することが必要である。

(2) 保健指導レベル毎の目標設定

対象者を正確に把握するために、医療保険者は、40歳から74歳までの全対象者のうち、糖尿病等の生活習慣病の予備群は、対象者の選定・階層化を行い、保健指導レベル別対象者数の概数を算出することで、保健指導にかかる事業全体のボリュームを把握し、対象者数の目標を設定する（全対象者から生活習慣病による受療者を除いた対象について、前年度の健診結果を判定基準に投入、各保健指導レベル別の対象人数の概数を算出する）。なお、治療中の者について、主治医又は産業医からの紹介がある場合は、主治医又は産業医と連携を図り、その指導のもとに保健指導を実施する。また、治療を中断している者については、受診勧奨を行う必要がある。

保健指導を実施する際には、「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」の各保健指導レベルについては、例えば下記を参考に指導目標を設定する必要がある。なお、数値目標は、健診結果の変化、アンケート調査等に基づくものとする。

① 「情報提供」のみの対象者

特定保健指導対象者の階層化の結果、「情報提供」のみの対象者は、以下のア～エに分類することができる。

ア 検査データの異常がほとんどなく、生活習慣も問題がない者

イ 検査データの異常はほとんどないが、喫煙習慣、食事習慣・運動習慣などの

生活習慣の問題がある者

ウ 検査データでは保健指導判定値以上であるが、肥満がないため特定保健指導の対象とはならない者

エ 服薬中であるために、特定保健指導の対象とはならない者

「情報提供」のみの対象者に対する保健指導については、医療保険者が行う法定報告の義務はないが、メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少や医療費適正化に資するため、市町村等の各医療保険者等は下記の指標を参考にして目標を設定することが望ましい。

対象アについては、

- ・健診結果を正常範囲のまま維持し、悪化しない。
- ・「動機づけ支援」「積極的支援」対象への移行率を〇%以下とする。

(この数値は性別・年代別に各医療保険者で設定)

対象イについては、

- ・健診結果が悪化しない。
- ・生活習慣の問題点を自覚し、生活習慣が一つでも改善する。

対象ウについては、

- ・健診結果が改善する。
- ・保健指導実施率が向上する。

対象エについては、

- ・コントロール状況が良好である。
- ・受診が継続する。

② 「動機づけ支援」の対象者

- ・健診結果が改善するか、または悪化しない。
- ・メタボリックシンドローム予備群では腹囲の減少をめざす。
- ・「積極的支援」対象への移行率を〇%以下とする。

(この数値は性別・年齢別に各医療保険者で設定)

③ 「積極的支援」の対象者

- ・健診結果が改善する。
- ・メタボリックシンドロームでは腹囲、危険因子の減少をめざす。
- ・保健指導対象者の〇割以上の人において、判定の改善をめざす。
- ・「受診勧奨」レベルへの移行率を〇%以下とする。

(3) 保健指導の対象者の優先順位にかかる基本的な考え方

糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群を減少させるためには、効果的・効率的な保健指導の実施が必要である。そのため、健診データやレセプトデータ等も参考に保健指導対象者に優先順位をつけて、最も必要な、そして予防効果が大きく期待できる対象を選定して保健指導を行う必要がある。例えば、保健指導の対象者の優先順位のつけ方としては、下記の方法が考えられる。

○ 年齢が比較的若い対象者

○ 健診結果に基づく保健指導レベルが情報提供レベルから動機づけ支援レベル、動機づけ支援レベルから積極的支援レベルに移行するなど、健診結果が前年度と比較して悪化し、より緻密な保健指導が必要になった対象者

○ 第2編第2章別紙3の質問項目(標準的な質問票8~20番)の回答により、生活習慣改善の必要性が高いと認められる対象者

○ 前年度、積極的支援及び動機づけ支援の対象者であったにもかかわらず保健指導を受けなかった対象者

2-4 保健事業(保健指導)計画作成

目標を達成するために、保健指導全体、実施、評価について具体的な計画を作成することが望ましい。

(1) 保健指導全体の計画

「情報提供」、「動機づけ支援」及び「積極的支援」別の具体的な方法、保健指導実施者、支援材料、記録方法、実施場所、保健指導実施者研修などを検討する。これらの状況や既存の社会資源等を総合的に判断して、アウトソーシングの必要性について検討する。

また、前年度までの評価(実施状況・効果・問題点など)を踏まえ、より効果的で波及性、継続性のある内容となるよう心がける。さらに、保健指導全体の計画にあたっては、これまでの計画を踏襲するのではなく、毎回、よりよいものを作成することをめざす。

(2) 実施体制に関する計画

実施の計画については、健診から保健指導まで円滑に実施できるように保健指導の進め方、実施体制、広報の方法等に留意して作成することが必要である。また、実施計画に合わせて予算を計上し、確定した予算に合わせ、実施計画の見直し、対象者の選定方法の見直しを行う。

① 保健指導の進め方

「情報提供」及び「動機づけ支援」並びに「積極的支援」の初回面接は、健診結果の返却時にあわせて実施するなど、参加者の負担を軽減し、参加しやすくなる方法を計画する。

特に、「動機づけ支援」や「積極的支援」の初回面接については、対象者の性別・年代・職業、生活環境等の社会背景を考慮し、参加しやすい時間帯、場所等を設定することや対象者が関心を持つような方法を考慮する。

② 実施体制

保健指導の実施に当たっては、効果・効率を考え、最適な実施体制を検討する。保健指導に関わる関係者会議を行い、支援方法の標準化、安全管理、媒体、支援材料、記録や個人情報の管理方法などを徹底する。健診から保健指導までの作業工程を検討し、健診実施日から保健指導までの期間を短縮することに努力すべきである。

外部講師や外部機関と連携して事業を実施するときには、事業の目的と評価法、対象者の状況などを十分に理解してもらうよう、事前の調整を十分に行う。また、実際の参加者の情報についても共有化しておくことが重要である。

保健指導のアウトソーシングを行う場合は、委託業務の範囲や責任を詳細にわたって明確にしておく。

③ 周知方法

健診・保健指導の在り方や保健指導の目的、内容、効果等について、地域住民や職員全員に十分周知しておく。また、地域住民や職員への周知がポピュレーションアプローチとしての意味合いも持つことを考慮して効果的に行う。さらに、保健指導対象者が積極的に参加できるよう、対象者の属性に合わせた実施方法を検討する。特に被扶養者については、周知が徹底されるように配慮することが望ましい。

また、職域では、事業所における労働者の健康づくりに対する意識によって保健指導への取組みの差が大きい。保健指導の実施について事業所の協力を得ることが有効である。

なお、個々の対象者に対する計画については、第3編第3章に記載する内容を踏まえ、個別に計画を作成する。

(3) 評価計画

糖尿病等の生活習慣病の予備群等に対する保健指導の効果を明確に示していくためには、保健指導をPDCAサイクルで計画から見直し・改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが期待できる。

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用法について、計画の段階から明確にしておく。また、評価計画については、企画部門及び保健事業部門の両者で作成・共有化し、評価結果のうち、公表するものを明確にしておく。

アウトソーシングをする場合は、委託先にも評価計画を明示する。

第3章 保健指導の実施

3-1 基本的事項

(1) 標準的な保健指導プログラムについて

糖尿病等の生活習慣病の予備群等に対する保健指導とは、対象者の生活を基盤とし、対象者が自らの生活習慣における課題に気づき、健康的な行動変容の方向性を自らが導き出せるように支援することである。保健指導の重要な点は、対象者に必要な行動変容に関する情報を提示し、自己決定できるように支援することであり、そのことによって、対象者が健康的な生活を維持できるように支援することである。

本プログラムでは、現段階で考えられる、最低限実施すべき保健指導と望ましい保健指導について記載する。

保健指導の要件については、引き続き、保健指導実施機関による多種多様な保健指導の実績・成果を蓄積・分析する中で、最低限実施すべき要件の評価を行うとともに、有効な保健指導の要件を整理していく。

また、保健指導を実施する機関の創意工夫により、より有効な保健指導の内容や実施形態等が明らかとなり、提供される保健指導にそれらが反映されることが期待される。

このため、本プログラムについても、保健指導の実施状況を踏まえ、今後必要に応じて見直しを検討していく。

(2) 対象者ごとの保健指導プログラムについて

保健指導プログラムは、対象者の保健指導の必要性の度合いに応じて、「情報提供」のみ、「動機づけ支援」、「積極的支援」に区分されるが、各保健指導プログラムの目標を明確化した上で、サービスを提供する必要がある。

「情報提供」とは、対象者が生活習慣病や健診結果から自らの身体状況を認識するとともに、健康な生活習慣の重要性に対する理解と関心を深め、生活習慣を見直すきっかけとなるよう、健診結果の提供にあわせて、個人の生活習慣やその改善に関する基本的な情報を提供することをいう。情報提供には、医療機関への受診や継続治療が必要な対象者に受診や服薬の重要性を認識させること、健診受診者全員に対し継続的に健診を受診する必要性を認識させることなどの情報が盛り込まれることが望ましい(第2編第2章2-2参照)。また、対象者の状況に応じて、重症化防止の観点から、後日改めて対面等により直接支援を行うことも考えられる。

「動機づけ支援」とは、対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善のための自主的な取組みを継続的に行うことができるようになることを目的として、医師、保健師又は管理栄養士の面接・指導のもとに、対象者が行動計画を策定し、医師、保健師、管理栄養士又は栄養指導若しくは運動指導に関する専門的知識及び技術を有する者^{*1}^{*2}が生活習慣の改善のための取組みに係る動機づけに関する支援を行うとともに、計画の策定を指導した者が、計画の実績評価(計画策定の日から6か月以上経過後に行う評価をいう。)を行う保健指導をいう。

「積極的支援」とは、対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善のための自主的な取組みを継続的に行うことができるようになることを目的として、医師、保健師又は管理栄養士の面接・指導のもとに行動計画を策定し、医師、保健師、管理栄養士又は栄養指導若しくは運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者が生活習慣の改善のための、対象者による主体的な取組みに資する適切な働きかけを相当な期間継続して行うとともに、計画の策定を指導した者が、計画の進捗状況評価（中間評価）と計画の実績評価を行う。なお、計画の中間評価や実績評価を行う者は、同一機関内であって、組織として統一的な実施計画及び報告書を用いるなど、保健指導実施者間で十分な情報共有がなされているならば、初回面接で計画の策定を行った者以外の者が実施しても差し支えない。

「積極的支援」の実施に関しては、対象者の保健指導の必要性に応じてさまざまな手段や内容を組み合わせながら支援プログラムを展開し、多職種・他機関が支援を行う場合には、適宜、保健指導実施者間で関係者会議を開催し、対象者の課題や目標を共有して支援を行う必要がある。

また、支援プログラムの提供に際しては、既存の保健事業との組み合わせや社会資源の活用、地域又は職域で行われている健康づくりのためのポピュレーションアプローチとも関連づけていくことが重要である。

なお、支援プログラムは、同じ対象者に毎年同じ内容を繰り返すのではなく、対象者の特性に合わせ、また有効な手法の抽出・適用・強化等により、常に改善に努めることが必要である。

※1 栄養指導に関する専門的知識及び技術を有する者〔平成19年厚生労働省告示第10号、平成20年3月10日付け健発第0310007号・保発第0310001号〕

- ① 看護師、栄養士、歯科医師、薬剤師、助産師、准看護師、歯科衛生士であって、告示に定める内容の食生活改善指導担当者研修を受講した者
- ② 事業場における労働者の健康保持増進のための指針（昭和63年9月1日健康保持増進のための指針公示第1号。以下「THP指針」という。）に基づく産業栄養指導担当者であって追加研修を受講した者又はTHP指針に基づく産業保健指導担当者であって追加研修を受講した者

※2 運動指導に関する専門的知識及び技術を有する者〔平成19年厚生労働省告示第10号、平成20年3月10日付け健発第0310007号・保発第0310001号〕

- ① 看護師、栄養士、歯科医師、薬剤師、助産師、准看護師、理学療法士であって、告示に定める内容の運動指導担当者研修を受講した者
- ② 財団法人健康・体力づくり事業財団が認定する健康運動指導士又は、THP指針に基づく運動指導担当者であって追加研修を受講した者

(3) 保健指導の実施者

保健指導は、医師、保健師、管理栄養士が中心となって担うこととする。

「動機づけ支援」及び「積極的支援」において、①初回の面接、②対象者の行動目標・支援計画の作成、③保健指導の評価に関する業務を行う者は、医師、保健師、管理栄養士であること。ただし、これまで医療保険者や事業者において看護師による保健事業がなされてきた実態を踏まえ、平成25年度からの5年間に於いても、引き続き、一定の保健指導の実務経験のある看護師が行うことも可能とする。

「動機づけ支援」及び「積極的支援」のプログラムのうち、食生活・運動に関する対象者の支援計画に基づく実践的指導は、医師、保健師、管理栄養士、その他食生活の改善、運動指導に関する専門的知識及び技術を有する者（健康・体力づくり事業財団が認定する健康運動指導士や事業場における労働者の健康保持増進のための指針に基づく運動指導、産業栄養指導、産業保健指導担当者等）が実施する。また、それらの実践的指導においては、グループ支援をあわせて用いることが効果的であり、その場合は、地域内の種々の関係者の協力を得ることが重要である。

保健指導において、禁煙支援を行う場合には、禁煙支援には、禁煙補助剤の活用が有効であることから医師、薬剤師と連携するなど、保健指導の内容や対象者の心身などを考慮し、他職種との連携を図ることが望ましい。

なお、医師に関しては、日本医師会認定健康スポーツ医等と連携することが望ましい。

さらに、保健指導を実施する者は、保健指導のための一定の研修（「健診・保健指導の研修ガイドライン」V 実践者育成研修プログラム）を修了していることが望ましい。

(4) 「情報提供」に活用するための質問票

健診時に行う生活習慣に関する質問票は、「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」の保健指導を実施する際に活用することができる。

「情報提供」の内容を判断するための質問票としては、個別に食生活、運動習慣等の情報を提供するために必要な項目（例えば、第2編第2章別紙3標準的な質問票8番～20番）が考えられる。

なお、健診時の質問票は受診者全員に行うことから、できる限り科学的根拠のある項目数に絞り、また、簡潔な表現としている。

(5) 「動機づけ支援」「積極的支援」に必要な詳細な質問票の項目

「動機づけ支援」、「積極的支援」の実施に当たっては、保健指導対象者の生活習慣及び行動変容のステージ（準備状態）を把握し、どのような生活習慣の改善が必要なのかをアセスメントする必要があることから、詳細な質問票を使用することが望ましい。

詳細な質問票は、対象者自身が自分の生活習慣を振り返るきっかけとするほか、対象者の生活習慣の変化が把握できることから、生活習慣改善の評価にも活用できる。詳細な質問票の例としては、次のような項目が考えられる。

① 食生活習慣

食事の時間帯、回数、内容、量及び間食や外食の習慣、よく噛む習慣（咀嚼回数や噛みごたえのある食品の摂取状況等）、主たる調理者などを把握する。

② 身体活動状況

身体活動の種類、強度、時間、回数等を把握する。

③ 運動習慣

日常的に実施している運動の種類、頻度、1日当たりの実施時間等、運動習慣の有無と程度に関する情報を把握する。

④ 休養・睡眠

休養の取り方、睡眠の質、睡眠時間などの状況を把握する。

⑤ 飲酒状況

飲酒量、頻度など飲酒の状況を把握する。

⑥ 喫煙状況

現在及び過去の喫煙や禁煙状況等を把握する。

⑦ 健康意識・知識

対象者の健康観や健康管理に関する知識（自らの健康の保持・増進のために取り入れている食事や運動習慣等のもとになる知識）などを把握する。

⑧ 生活習慣改善に関する行動変容のステージ（準備状態）

生活習慣に関する行動変容のステージ（準備状態）を把握する。

⑨ 過去にとった保健行動

健康のために、過去に何か実施したことがあるか把握する。

⑩ 治療中の疾病等

標準的な質問票等で把握できない生活習慣病等の疾病や妊娠糖尿病、妊娠高血圧症候群（以前の「妊娠中毒症」）*などの既往の有無及び医師からの生活習慣に関する指示や制限を把握する。

⑪ その他

仕事の内容、勤務時間、家族の状況、ストレスの有無や対処方法などについて把握する。

※ 妊娠糖尿病や妊娠高血圧症候群と診断された女性は、出産後、一旦は検査値が基準範囲内に戻っても、数年を終了後に糖尿病や高血圧を発症しやすいことが分かっている。したがって、これらの啓発について市町村の母子保健部門と連携を行うことも有効である。

○ 妊娠糖尿病だった場合、正常血糖の妊婦に比べて7.4倍、糖尿病になるリスクが高いことが国際的なメタアナリシスで報告されている。【出典】Bellamy, et al., Lancet, 373: 1773-9, 2009

○ 妊娠中に、妊娠糖尿病を来した場合、妊娠糖尿病と診断された女性は、出産後5年で約20%が、出産後10年で約30%が糖尿病と診断されている。また、出産5年後の高血圧有病率をみると、妊娠時に正常血圧だった人の高血圧有病率が35人に1人だったのに対し、妊娠中に妊娠高血圧症候群と診断された人では5～6人に1人であった。【出典】平成23年度厚生労働科学研究費補助金「女性における生活習慣病戦略の確立—妊娠中のイベントにより生活習慣病ハイリスク群をいかに効果的に選定し予防するか（研究代表者：北川道弘）」平成23年度編活・分担研究報告書

※ 行動変容ステージとは、行動変容に対する準備段階のことで、次の5つのステージに分けられる。面接等においてステージを把握し、ステージごとに支援方法を変え、ステージが改善していきけるように支援する。

無関心期：6か月以内に行動変容に向けた行動を起こす意図がない時期

関心期：6か月以内に行動変容に向けた行動を起こす意図がある時期

準備期：1か月以内に行動変容に向けた行動を起こす意図がある時期

実行期：明確な行動変容が観察されるが、その持続がまだ6か月未満である時期

維持期：明確な行動変容が観察され、その期間が6か月以上続いている時期

(6) 保健指導の際に活用する支援材料(学習教材集・保健指導事例集)

保健指導の実施にあたっては、支援のための材料、学習教材等を整備することが必要であるが、これらは、各学会のガイドライン等を踏まえた常に最新の知見、情報に基づいたものにしていくことが重要であり、常に改善が必要である。

また、支援のための材料等は、対象者に対するもののみでなく、保健指導を担当する者に対するものも必要となる。さらに、それぞれ支援のための材料等は何を目指して使用するのかということをはっきりとさせてわかりやすくまとめていくこと、地域の実情や職域の状況に応じた工夫をしていくことが重要となる。

① アセスメントに関する支援材料

対象者の課題の明確化のために、身体状況、生活習慣、生活環境、健康に関する意識、家族の状況、仕事の状況等についてアセスメントを行うための材料である。

② 行動目標設定のための支援材料

行動目標を設定し、評価をしていくための材料である。

③ 知識の提供・生活習慣改善のための支援材料(学習教材)

生活習慣病やメタボリックシンドロームに関する知識、生活習慣に係る意識啓発や実際に生活習慣を改善するための具体的な方法を提供するための材料である。

④ 自己実践を支援するための支援材料(特に継続的に支援するための材料)

対象者が設定した行動目標の達成のために活用する実践状況の記録、通信による支援等のための材料である。

⑤ 保健指導実施者用の材料

保健指導を担当する職員間で支援内容、実施内容、個別相談や集団教室の実施方法や実施状況の記録等に関する材料である。

(7) 記録とデータ管理

保健指導の記録の意義として、次の4点があげられる。

- a 対象者の状況が経時的に把握ができること
- b 経時的な結果から保健指導の評価ができること
- c 他の保健指導を担当する者と情報を共有できること（担当者が変更となっても継続的な支援が可能）
- d 対象者本人の要求があれば閲覧可能とすること

内容は、個々の対象者ごとに目標、モニタリングすべき指標（検査データ、具体的な行動など）、個別支援やグループ支援等で提供したサービスと対象者の状況等に加えて、行動変容に対する本人の意欲（可能であれば本人の言葉で記録する）、本人が「支援者」に期待していることの記録も必要である。

なお、これらの内容には、定量的に記録する内容と定性的に記録する内容があるが、両者とも必要な内容であるため、定性的な記録の内容については、簡潔にかつ明確に記載していくことが重要となる。

また、これらの記録は、保健指導の支援期間中だけでなく、翌年以降の保健指導や対象者選定にも活用されるものであり、経年的な管理体制を整えることが望ましい。

保健指導の実施機関には対象者の個人情報適切に管理する責務があるが、保健指導のアウトソーシングの状況によっては、個人の保健指導の情報が複数の実施機関の間でやりとりされることも想定される。そのため個々の対象者に対しては、他の関連する実施機関との間で必要なデータを共有することの理解を取ることや、共有する具体的な項目について明記する等、データの共有及びやり取りに関する事項についての取り決めを行うことも必要である。

健診結果及び保健指導の記録の管理にあたっては、管理すべきデータ、整理すべきデータを決定し、可能な限り、データベースを作成して管理することが望ましい。特定保健指導における保健指導結果の保存年限の基本的考え方、具体的な保存年限は、特定健診と同様である（第2編第5章5-4参照）。

3-2 「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」の区分について

保健指導は健診受診者全員に対して行うが、健診結果及び質問項目から生活習慣病のリスクの数に基づいて階層化し、保健指導の必要性の度合いに応じて「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」に区分して実施する。（※）

これらの保健指導がめざすところは、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であるが、それぞれの保健指導では、生活習慣改善の必要性や行動変容のステージ（準備状態）等から、具体的な支援内容や方法・頻度等が異なっている。

※ 「情報提供」は、高齢者医療確保法第24条に基づく特定保健指導には該当しないが、同法第23条により保険者が健診結果の通知を行う際に、生活習慣を改善又は維持していくことの利点を感じ、対象者の行動変容を促す動機づけを目的として行うべきである。その上で、医療機関への受診や継続治療が必要な対象者には受診や服薬の重要性を認識させること、健診受診者全員に対し継続的に健診を受診する必要性を認識させることなどの情報が盛り込まれることが望ましい。

3-3 支援の際の留意事項

対象者の保健行動が定着するよう一定の期間継続して支援を行うため、対象者が参加しやすい条件を整える。

- 対象者によっては、携帯電話やパソコン等のICTなどを活用し、効率的な支援を工夫すると良い。
- いくつかの支援手段（メニュー）を組み入れ、対象者の状況や要望に応じてメニューを選択できる等、柔軟な仕組みとすることを考える。
- プログラムには、食生活や運動などの実習・講習会などを取り入れ、対象者が自分の生活習慣に気づき、改善できるものが有効である。
- また、個別支援のみでなく、グループ支援により、参加者同士の交流を図り、グループダイナミクスを活用して対象者の自己効力感を高めることも重要である。

3-4 保健指導の実施内容

(1)「情報提供」

① 目的（めざすところ）

対象者が健診結果から、自らの身体状況を認識するとともに、生活習慣を見直すきっかけとする。また、健診結果とあいまって、医療機関への受診や継続治療が必要な対象者に受診や服薬の重要性を認識してもらうとともに、健診受診者全員に対し継続的に健診を受診する必要性を認識してもらう。

② 対象者

健診受診者全員を対象とする。

③ 支援期間・頻度

年1回（健診結果の通知と同時に実施）あるいはそれ以上

④ 支援内容

○ 全員に画一的な情報を提供するのではなく、健診結果や健診時の質問票から対象者個人に合わせた情報を提供する必要がある。

○ 対象者に対して、健診結果に基づいた生活習慣の改善について意識づけを行うことが重要である。なお、健診結果に基づき、健診受診者全員に自らの病気のリスクを自分自身の問題として理解してもらうためのきめ細かな情報提供を行うことによって、自分の健康リスクを適切に認識している者の増加や、保健指導を拒否する者や医療機関を受診せずに放置する者の減少等、対象者のやる気を起こすことができたという研究結果が出ている。

○ 健診結果や質問票から、特に問題とされることがない者に対しては、健診結果の見方や健康の保持増進に役立つ内容の情報を提供するとともに、毎年の継続的な健診受診の重要性について、生活習慣の変化と健診結果の変化の関係を理解してもらい、年1回、健診結果を確認して生活習慣改善を行う意義や合理性について納得してもらえるように伝える。

a 健診結果

健診の意義（自分自身の健康状態を認識できる機会、日頃の生活習慣が健診結果に表れてくる等）や健診結果の見方（データの表す意味を自分の身体で起きていることと関連づけられる内容）を情報提供する。また、健診結果の経年変化をグラフ等によりわかりやすく示し、対象者が経年的な身体の変化を理解できるよう工夫する。

b 生活習慣

メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する基本的な知識と、対象者の行っているどのような生活習慣が生活習慣病を引き起こすかということや、食事バランスガイドや運動指針等に基づいた食生活と運動習慣のバランス、

料理や食品のエネルギー量、生活活動や運動によるエネルギー消費量等について、質問票から得られた対象者の状況にあわせて具体的な改善方法の例示などを情報提供する。一方で、対象者個人の健康状態や生活習慣から、重要度が高く、取り組みやすい情報について、ポイントを絞って提供することが望ましい。

c 社会資源

対象者にとって身近で活用できる健康増進施設、地域のスポーツクラブや運動教室、健康に配慮した飲食店や社員食堂に関する社会資源の情報なども提供する。

○ 医療機関への受診や継続治療が必要な対象者については、受診や服薬の重要性を認識してもらえるよう工夫する。

⑤ 支援形態

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

- ・ 情報提供用の資料を用いて、個別に説明する。
- ・ 健診結果を通知する際に情報提供用の資料を合わせて提供する。
- ・ 職域等で日常的に ICT 等が活用されていれば、個人用情報提供画面を利用する。
- ・ 結果説明会で情報提供用の資料を配布する。

⑥ 特定保健指導非対象者について

階層化の結果、特定保健指導の対象には該当せず、「情報提供」のみとなった対象者については、この機会が健康に関して動機づけを行いうる貴重な機会になることや、非肥満でも危険因子が重複すると肥満者と同様に脳卒中の発症リスクが高まること等に留意し、特に以下の者に対しては、生活習慣の改善指導など、必要な支援を直接行うことが望ましい。

- ・ 検査データの異常はほとんどないが、喫煙や食事・運動習慣などに問題があり、体重が増加しつつある者
- ・ 検査データでは保健指導判定値以上であるが、肥満がないため特定保健指導の対象とはならない者
- ・ 受診勧奨がなされているにも関わらず、医療機関受診をしていない者
- ・ 服薬中であるがコントロール不良の者

(2)「動機づけ支援」

① 目的（めざすところ）

対象者への個別支援又はグループ支援により、対象者が自らの生活習慣を振り返り、行動目標を立てることができるとともに、保健指導終了後、対象者がすく実践（行動）に移り、その生活が継続できることを目指す。

② 対象者

健診結果・質問票から、生活習慣の改善が必要と判断された者で、生活習慣を変えるに当たって、意思決定の支援が必要な者を対象とする。

③ 支援期間・頻度

原則 1 回の支援とする。

④ 支援内容

対象者本人が、自分の生活習慣の改善点・伸ばすべき行動等に基づき、自ら目標を設定し行動に移すことができる内容とする。

詳細な質問票において対象者の生活習慣や行動変容のステージ（準備状態）を把握し、対象者の生活習慣改善を動機づけるために次に示す支援を行う。

a 面接による支援

- 生活習慣と健診結果との関係の理解、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基づき、自分のこととして重要であることを理解できるように支援する。
- 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。
- 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。
- 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。
- 体重・腹囲の計測方法について説明する。
- 生活習慣の振り返り、行動目標や評価時期について話し合う。
- 対象者が行動目標・行動計画を策定できるように支援する。

b 6か月後の評価

- 6か月後の評価は、個別の対象者に対する保健指導の効果に関するものである。
- 設定した個人の行動目標が達成されているか、身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて評価を行う。
- 必要に応じてより早期に評価時期を設定し、対象者が自ら評価するとともに、保健指導実施者による評価を行う。
- なお、評価項目は対象者自身が自己評価できるように設定する。

⑤ 支援形態

a 面接による支援

- 1人20分以上の個別支援、又は1グループ80分以上のグループ支援（1グループは8名以下とする）。

b 6か月後の評価

- 6か月後の評価は、面接あるいは通信等を利用して行う。
- 6か月後の評価の実施者は、初回面接を行った者と同一の者とすること

を原則とするが、同一機関内であって、組織として統一的な実施計画及び報告書を用いるなど、保健指導実施者間で十分な情報共有がなされているならば、初回面接を行った者以外の者が評価を実施しても差し支えない。

(3)「積極的支援」

① 目的（めざすところ）

「動機づけ支援」に加えて、定期的・継続的な支援により、対象者が自らの生活習慣を振り返り、行動目標を設定し、目標達成に向けた実践（行動）に取り組みながら、支援プログラム終了後には、その生活が継続できることをめざす。

② 対象者

健診結果・質問票から、生活習慣の改善が必要な者で、そのために専門職による継続的できめ細やかな支援が必要な者。

③ 支援期間・頻度

3か月以上継続的に支援する。

④ 支援内容

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

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

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

a 初回時の面接による支援

- 動機づけ支援と同様の支援

b 3か月以上の継続的な支援

- 3か月以上の継続的な支援については、支援A（積極的関与）及び支援B（励まし）によるポイント制とし、支援Aのみで180ポイント以上、又は支援A（最低160ポイント以上）と支援Bの合計で180ポイント以上の支援を実施するものとする。

支援A（積極的関与タイプ）

- ・ 行動計画の実施状況の確認を行い、栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導を行う。
- ・ 中間評価として、取り組んでいる実践と結果についての評価と再アセスメント

ント、生活習慣の振り返りを行い、必要があると認めるときは、行動目標や計画の再設定を行う。

支援B（励ましタイプ）

・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。

c 6か月後の評価

- 6か月後の評価は、個別の対象者に対する保健指導の効果に関するものである。
- 設定した個人の行動目標が達成されているか、身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて評価を行う。
- 必要に応じてより早期に評価時期を設定し、対象者が自ら評価するとともに、保健指導実施者による評価を行う。
- 継続的な支援の最終回と一体的に実施しても差し支えない。
- 中間評価や6か月後の評価の実施者は、初回面接を行った者と同一の者とするを原則とするが、同一機関内であって、組織として統一的な実施計画及び報告書を用いるなど、保健指導実施者間で十分な情報共有がなされているならば、初回面接を行った者以外の者が評価を実施しても差し支えない。

⑤ 支援形態

a 初回時の面接による支援

- 動機づけ支援と同様の支援

b 3か月以上の継続的な支援

支援A（積極的関与タイプ）

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

支援B（励ましタイプ）

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

c 6か月後の評価

- 6か月後の評価は、面接又は通信等を利用して行う。

⑥ 支援ポイント

	基本的なポイント	最低限の介入量	ポイントの上限
個別支援A	5分20ポイント	10分	1回30分以上実施した場合でも120ポイントまで
個別支援B	5分10ポイント	5分	1回10分以上実施した場合でも20ポイントまで
グループ支援	10分10ポイント	40分	1回120分以上実施した場合でも120ポイントまで
電話A	5分15ポイント	5分	1回20分以上実施した場合でも60ポイントまで
電話B	5分10ポイント	5分	1回10分以上実施した場合でも20ポイントまで
e-mailA(e-mail、FAX、手紙等)	1往復40ポイント	1往復	
e-mailB(e-mail、FAX、手紙等)	1往復5ポイント	1往復	

⑦ 留意点

（支援ポイントについて）

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

（支援の継続について）

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

⑧ 積極的支援の例（表3）

- a 支援パターン1（支援Aの個別支援と電話を組み合わせた例）
- b 支援パターン2（個別支援を中心とした例）
- c 支援パターン3（個別支援と電話を組み合わせた例）

d 支援パターン4 (電話、e-mailを中心とした例)

⑨ 特定保健指導支援計画及び実施報告書の例

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

③ 積極的支援の例

支援パターン1 (継続的な支援において支援Aの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	
初回面談	1	0	個別支援	20				① 生活習慣と健康結果の関係の理解、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A	10	30	30		① 生活習慣の振り返りを行い、必要があると認められる場合は、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	1か月後	e-mail A	1	40	70		
	4	2か月後	個別支援A (中間評価)	10	40	110		
	5		e-mail A	1	40	150		
	6	3か月後	電話A	10	30	180		
	7	6か月後						
評価							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3

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	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 生活習慣と健康結果の關係の理解、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	e-mail B	1	5		5	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する。 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する。 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。
	3	1か月後	電話A (中間評価)	20	60	60		
	4		e-mail B	1	5		10	
	5	2か月後	e-mail A	1	40	100		
	6		電話B	5	10		20	
7	3か月後	電話A	20	60	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。	

⑨ 特定保健指導支援計画及び実施報告書の例

1 受診勧奨対象者名 利用番号 2 指導者名 指導者番号

3 実施指導者(指導者)氏名(指導者氏名) 4 担当指導者(指導者)氏名

5 実施指導者(指導者)氏名

6 実施指導者(指導者)氏名

7 指導計画(指導計画) 8 指導計画(指導計画)

9 実施状況(実施状況)

実施回数	実施日時	実施時間	実施形態	実施者	実施内容	実施結果
1	平成21年7月10日	10分	個別	指導者	生活習慣の振り返り	生活習慣の振り返り
2	平成21年7月10日	10分	個別	指導者	生活習慣の振り返り	生活習慣の振り返り
3	平成21年7月10日	10分	個別	指導者	生活習慣の振り返り	生活習慣の振り返り
4	平成21年7月10日	10分	個別	指導者	生活習慣の振り返り	生活習慣の振り返り
5	平成21年7月10日	10分	個別	指導者	生活習慣の振り返り	生活習慣の振り返り
6	平成21年7月10日	10分	個別	指導者	生活習慣の振り返り	生活習慣の振り返り
7	平成21年7月10日	10分	個別	指導者	生活習慣の振り返り	生活習慣の振り返り
8	平成21年7月10日	10分	個別	指導者	生活習慣の振り返り	生活習慣の振り返り
9	平成21年7月10日	10分	個別	指導者	生活習慣の振り返り	生活習慣の振り返り
10	平成21年7月10日	10分	個別	指導者	生活習慣の振り返り	生活習慣の振り返り
11	平成21年7月10日	10分	個別	指導者	生活習慣の振り返り	生活習慣の振り返り
12	平成21年7月10日	10分	個別	指導者	生活習慣の振り返り	生活習慣の振り返り
13	平成21年7月10日	10分	個別	指導者	生活習慣の振り返り	生活習慣の振り返り
14	平成21年7月10日	10分	個別	指導者	生活習慣の振り返り	生活習慣の振り返り
15	平成21年7月10日	10分	個別	指導者	生活習慣の振り返り	生活習慣の振り返り
16	平成21年7月10日	10分	個別	指導者	生活習慣の振り返り	生活習慣の振り返り
17	平成21年7月10日	10分	個別	指導者	生活習慣の振り返り	生活習慣の振り返り
18	平成21年7月10日	10分	個別	指導者	生活習慣の振り返り	生活習慣の振り返り
19	平成21年7月10日	10分	個別	指導者	生活習慣の振り返り	生活習慣の振り返り
20	平成21年7月10日	10分	個別	指導者	生活習慣の振り返り	生活習慣の振り返り

10 指導計画(指導計画)

11 実施状況(実施状況)

12 実施状況(実施状況)

13 実施状況(実施状況)

14 実施状況(実施状況)

15 実施状況(実施状況)

16 実施状況(実施状況)

17 実施状況(実施状況)

18 実施状況(実施状況)

19 実施状況(実施状況)

20 実施状況(実施状況)

21 実施状況(実施状況)

22 実施状況(実施状況)

23 実施状況(実施状況)

24 実施状況(実施状況)

25 実施状況(実施状況)

26 実施状況(実施状況)

27 実施状況(実施状況)

28 実施状況(実施状況)

29 実施状況(実施状況)

30 実施状況(実施状況)

31 実施状況(実施状況)

32 実施状況(実施状況)

33 実施状況(実施状況)

34 実施状況(実施状況)

35 実施状況(実施状況)

36 実施状況(実施状況)

37 実施状況(実施状況)

38 実施状況(実施状況)

39 実施状況(実施状況)

40 実施状況(実施状況)

41 実施状況(実施状況)

42 実施状況(実施状況)

43 実施状況(実施状況)

44 実施状況(実施状況)

45 実施状況(実施状況)

46 実施状況(実施状況)

47 実施状況(実施状況)

48 実施状況(実施状況)

49 実施状況(実施状況)

50 実施状況(実施状況)

51 実施状況(実施状況)

52 実施状況(実施状況)

53 実施状況(実施状況)

54 実施状況(実施状況)

55 実施状況(実施状況)

56 実施状況(実施状況)

57 実施状況(実施状況)

58 実施状況(実施状況)

59 実施状況(実施状況)

60 実施状況(実施状況)

61 実施状況(実施状況)

62 実施状況(実施状況)

63 実施状況(実施状況)

64 実施状況(実施状況)

65 実施状況(実施状況)

66 実施状況(実施状況)

67 実施状況(実施状況)

68 実施状況(実施状況)

69 実施状況(実施状況)

70 実施状況(実施状況)

71 実施状況(実施状況)

72 実施状況(実施状況)

73 実施状況(実施状況)

74 実施状況(実施状況)

75 実施状況(実施状況)

76 実施状況(実施状況)

77 実施状況(実施状況)

78 実施状況(実施状況)

79 実施状況(実施状況)

80 実施状況(実施状況)

81 実施状況(実施状況)

82 実施状況(実施状況)

83 実施状況(実施状況)

84 実施状況(実施状況)

85 実施状況(実施状況)

86 実施状況(実施状況)

87 実施状況(実施状況)

88 実施状況(実施状況)

89 実施状況(実施状況)

90 実施状況(実施状況)

91 実施状況(実施状況)

92 実施状況(実施状況)

93 実施状況(実施状況)

94 実施状況(実施状況)

95 実施状況(実施状況)

96 実施状況(実施状況)

97 実施状況(実施状況)

98 実施状況(実施状況)

99 実施状況(実施状況)

100 実施状況(実施状況)

14 健康情報の実施状況

1) 初年度開始による実施

実施年度 (一) 年度 (二) 月 (三) 日	実施年月日	実施時間	実施場所 (一) 実施場所 (二) 実施時間	実施者 (一) 実施者 (二) 実施者	実施対象者 (一) 実施対象者 (二) 実施対象者	実施内容 (一) 実施内容 (二) 実施内容	実施結果 (一) 実施結果 (二) 実施結果	実施評価 (一) 実施評価 (二) 実施評価	実施改善 (一) 実施改善 (二) 実施改善
初年度	△△△△ 〇〇〇〇	平成24年7月23日	20分	〇〇〇〇	kg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg

2) 継続的な実施 (継続、休否、由圧については申請内容が必要、しかし、値の欄については由圧は記入を入手していない場合は記載の必要はない)

(1) 継続グループ・電圧A・E=normalによる実施 (実施A)

実施年度 (一) 年度 (二) 月 (三) 日	実施年月日	実施時間	実施場所 (一) 実施場所 (二) 実施時間	実施者 (一) 実施者 (二) 実施者	実施対象者 (一) 実施対象者 (二) 実施対象者	実施内容 (一) 実施内容 (二) 実施内容	実施結果 (一) 実施結果 (二) 実施結果	実施評価 (一) 実施評価 (二) 実施評価	実施改善 (一) 実施改善 (二) 実施改善
2年度	△△△△ 〇〇〇〇	平成24年10月9日	20分	〇〇〇〇	kg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg
3年度	〇〇〇〇 〇〇〇〇	24年10月21日	20分	〇〇〇〇	kg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg
4年度	〇〇〇〇 〇〇〇〇		20分	〇〇〇〇	kg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg
5年度	〇〇〇〇 〇〇〇〇		20分	〇〇〇〇	kg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg

(2) 電圧Bによる実施 (実施B)

実施年度 (一) 年度 (二) 月 (三) 日	実施年月日	実施時間	実施場所 (一) 実施場所 (二) 実施時間	実施者 (一) 実施者 (二) 実施者	実施対象者 (一) 実施対象者 (二) 実施対象者	実施内容 (一) 実施内容 (二) 実施内容	実施結果 (一) 実施結果 (二) 実施結果	実施評価 (一) 実施評価 (二) 実施評価	実施改善 (一) 実施改善 (二) 実施改善
1年度									
2年度									
3年度									
4年度									
5年度									
6年度									
7年度									
8年度									

(3) E=normalによる実施 (実施B)

実施年度 (一) 年度 (二) 月 (三) 日	実施年月日	実施時間	実施場所 (一) 実施場所 (二) 実施時間	実施者 (一) 実施者 (二) 実施者	実施対象者 (一) 実施対象者 (二) 実施対象者	実施内容 (一) 実施内容 (二) 実施内容	実施結果 (一) 実施結果 (二) 実施結果	実施評価 (一) 実施評価 (二) 実施評価	実施改善 (一) 実施改善 (二) 実施改善
1年度									
2年度									
3年度									
4年度									
5年度									
6年度									
7年度									
8年度									

15 6ヶ月後の評価 (ただし、年齢、体重は必須で、血圧は評価を入手していない場合は記載の必要はない)

実施年度 (一) 年度 (二) 月 (三) 日	実施年月日	実施時間	実施場所 (一) 実施場所 (二) 実施時間	実施者 (一) 実施者 (二) 実施者	実施対象者 (一) 実施対象者 (二) 実施対象者	実施内容 (一) 実施内容 (二) 実施内容	実施結果 (一) 実施結果 (二) 実施結果	実施評価 (一) 実施評価 (二) 実施評価	実施改善 (一) 実施改善 (二) 実施改善
6ヶ月後の評価	△△△△ 〇〇〇〇	平成24年10月9日	20分	〇〇〇〇	kg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg

④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

※健康者の行動目標・行動計画に合わせたチェック項目を指定すること

月 天気	日(月)		日(火)		日(水)		日(木)		日(金)		日(土)		日(日)	
	晴	曇	晴	曇	晴	曇	晴	曇	晴	曇	晴	曇	晴	曇
身体チェック														
●体重計測 (毎週計測)	計測した (計測時間)	計測した (計測時間)	計測した (計測時間)	計測した (計測時間)	計測した (計測時間)	計測した (計測時間)	計測した (計測時間)	計測した (計測時間)	計測した (計測時間)	計測した (計測時間)	計測した (計測時間)	計測した (計測時間)	計測した (計測時間)	計測した (計測時間)
●今日の体重	計測した (Kg)	計測した (Kg)	計測した (Kg)	計測した (Kg)	計測した (Kg)	計測した (Kg)	計測した (Kg)	計測した (Kg)	計測した (Kg)	計測した (Kg)	計測した (Kg)	計測した (Kg)	計測した (Kg)	計測した (Kg)
●歩回計測 (毎日1回計測)	計測した (km)	計測した (km)	計測した (km)	計測した (km)	計測した (km)	計測した (km)	計測した (km)	計測した (km)	計測した (km)	計測した (km)	計測した (km)	計測した (km)	計測した (km)	計測した (km)
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														
●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
●徒歩 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
●徒歩 10分 約1000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
●運動場	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	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
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)1人前約300Kcal														
●甘い炭水化物は数少ない 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
●コーヒーの砂糖は甘味料(エスプレッソ)の 強いものとする。 スチーマー(1本)約120Kcal 甘味料(1本)約20Kcal	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回まで	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
●菓子(は2日に1回、1個まで クリームパン/ジャムパン)	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
●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
●ゆづり(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
総合チェック														
●今日は頑張った!	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

(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動機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、受診動機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等を踏まえた保健指導を行い、効果が認められなかった場合は、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、禁煙支援を行う場合には、健診の受診が禁煙の動機づけの機会となるよう、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・職場で実施される禁煙支援、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

脳梗塞及び虚血性心疾患等については、飲酒量との関係は直線的とは言えないものの、一定の量を超えるとリスクが高まることから、「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、AST/ALT等の肝機能検査の結果から直ちに受診を要する状況でないことを確認した上で、質問票における飲酒量の回答等から飲酒量を判断する。別添2のAUDIT（アルコール使用障害同定テスト）の判定結果によって、該当者に対して可能であれば保健指導として減酒支援（フリーインターベンション）を実施する。第1編第3章3-2（6）④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じた支援
- ・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4)
- 2) 健康増進施設例：水中運動、ジム等を活用した例 (表5)

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Aポイント	支援Bポイント	
初回面接	1	0	個別支援	30				① 継続結果と生活習慣の関係の確認。 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・体脂肪・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て支援を行う。 ② 中間評価を行う。
	3	1か月後	個別支援A	30	120	120		③ 栄養・運動時の生活習慣の改善に必要な継続的な支援を行う。 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の実践や励ましを行う。
	4	2か月後	e-mail A	1	40	160		① 栄養・運動時に関する情報・実習。 ② 体脂肪・体脂肪率・血圧等を測定、家庭実践記録の確認、目標修正。
	5	3か月後	グループ支援	90	90	250		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て支援を行う。 ② 中間評価を行う。
	6	4か月後	e-mail A	1	40	290		③ 栄養・運動時の生活習慣の改善に必要な継続的な支援を行う。 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の実践や励ましを行う。
	7	5か月後	e-mail B	1	5	25		① 身体状況や生活習慣に異変が認められたらについて確認する。
	8	6か月後	個別支援	30				

表4

2) 健康指導施設(例:水中運動、ジム等)を活用した例
*運動実施計画は保健指導計画に含まれない

表5

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
						交換Aポイント	交換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系の理解 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・腰囲・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	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、運動実施方法の把握。 ② 体重測定、体脂管理、歩数計の確認。
	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 食事に關する指導・実習。 ② 体重・腰囲・血圧等を測定、家庭実地記録の確認、目標修正。
	6	5週間後	個別支援B	5	10	30		① 食事に關する指導・実習。
	7	6週間後	個別支援B	5	10	40		② 体重・腰囲・血圧等を測定、家庭実地記録の確認、目標修正。
	8	7週間後	個別支援B	5	10	50		① 運動実施状況の確認、体重測定、励まし。
	9	8週間後	個別支援A	20	80	200		① 体重・腰囲・血圧等を測定、家庭実地記録の確認、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 実施状況の確認、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現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、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す。
- ・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だりして、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。

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、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、たとえ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) 良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で、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と一緒に見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、エネルギーの過剰摂取に寄与し、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) 教材と一緒に見ながら、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見られた際には、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、また継続できるよう、より具体的な目標を設定できるように促す。
- ・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。
- ・本人の努力を評価する。
- ・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か月後）

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。
- ・支援シターを送付する。
- ・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。行動目標の設定を行うが、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、効率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、改善方法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6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等より入手した上で、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、全体的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り、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、確実に取り出し、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の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6 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・ 飲酒等の行動変容 (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(腰囲・BMI など)、血液検査(血 糖・脂質)、HbA1c の有病率、予 備群の割合、禁煙 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・ 飲酒等の行動変容	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(腰囲・BMI など)、血液検査(血 糖・脂質)、HbA1c の有病率、予 備群の割合、禁煙 禁煙	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 カンファレンスビ 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)
	(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	医療保険者
	(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
(O) 医療費適正化効果		生活習慣病関連医療 費	レセプト		