

健発0329第22号
保発0329第14号
平成25年3月29日

都道府県知事 殿

厚生労働省健康局長
(公印省略)

厚生労働省保険局長
(公印省略)

特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準等の一部改正等について

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。）の規定に基づき、及び同法を実施するため、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年厚生労働省告示第157号。以下「基準省令」という。）及び関連告示を定めているところであるが、本日、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準の一部を改正する省令（平成25年厚生労働省令第44号）並びに特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第一条第一項第十号の規定に基づき厚生労働大臣が定める項目及び基準の一部を改正する件（平成25年厚生労働省告示第89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四条第一項第三号の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準の一部を改正する件（平成25年厚生労働省告示第90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七条第一項及び第八条第一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の全部を改正する件（平成25年厚生労働省告示第91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十六条第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者の全部を改正する件（平成25年厚生労働省告示第92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十七条の規定に基づき厚生労働大臣が定める特定健康診査及び特定保健指導の実施に係る施設、運営、記録の保存等に関する基準の全部を改正する件（平成25年厚生労働省告示第93号）及び高齢者の医療の確保に関する法律による保険者の前期高齢者交付金等の額の算定等に関する省令第四十四条第二項の規定に基づき厚

生労働大臣が定める事項の一部を改正する件（平成25年厚生労働省告示第88号）（以下「改正省令等」という。）が公布され、平成25年4月1日より施行されることとされたところである。

改正省令等の内容は、下記のとおりであるので、御了知の上、貴都道府県内の市町村及び関係団体等への周知を図られるとともに、実施に遺漏なきを願いたい。

記

第一 改正の趣旨

法第18条第1項に基づく保険者による特定健康診査及び特定保健指導（以下「特定健診等」という。）について、平成25年度より開始する第二期特定健康診査等の実施計画期間における特定健診等の実施に関し、所要の規定の整備を講ずるものである。

第二 改正の内容

一 改正省令について

1 基準省令第七条第一項第三号の改正

行動計画の策定の日から六ヶ月以上経過した日において、行動計画の実績に関する評価を動機付け支援対象者と共に行う者として、動機付け支援対象者の健康状態等に関する情報を行動計画策定時の面接指導を行った者と共有する医師、保健師又は管理栄養士（行動計画策定時に面接による指導を行った者と同じの機関に勤務する者に限る。）を追加することとする。

2 基準省令第八条第一項第三号及び第四号の改正

行動計画の進捗状況に関する評価及び行動計画の策定の日から六ヶ月以上経過した日における行動計画の実績に関する評価を積極的支援対象者と共に行う者として、積極的支援対象者の健康状態等に関する情報を行動計画策定時の面接による指導を行った者と共有する医師、保健師又は管理栄養士（行動計画策定時に面接による指導を行った者と同じの機関に勤務する者に限る。）を追加することとする。

3 基準省令附則第二条の改正

保健指導に関する一定の実務経験を有する看護師が、特定保健指導の面

接による指導を行うことができることとする経過措置の期間の終了日を、平成 30 年 3 月 31 日まで延長することとする。

二 特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第一条第一項第十号の規定に基づき厚生労働大臣が定める項目及び基準の一部を改正する件（平成 25 年厚生労働省告示第 89 号）について

ヘモグロビン A1c の標記変更に関して、医師が心電図検査及び眼底検査を特定健康診査の検査項目として実施する必要があるか判断する際に用いる血糖検査の結果に係る基準として、これまで JDS 値で「ヘモグロビン A1c が 5.2%以上」としていたものを、「ヘモグロビン A1c が 5.6%(NGSP 値)以上」に変更することとする。

三 特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第四条第一項第三号の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準の一部を改正する件（平成 25 年厚生労働省告示第 90 号）について

ヘモグロビン A1c の標記変更に関して、特定保健指導の対象者を階層化する際に用いる血糖検査の結果に係る基準として、これまで JDS 値で「ヘモグロビン A1c が 5.2%以上」としていたものを、「ヘモグロビン A1c が 5.6%(NGSP 値)以上」に変更することとする。

四 特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第七条第一項及び第八条第一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の全部を改正する件（平成 25 年厚生労働省告示第 91 号）について

第 2 の 2（9）において、特定保健指導の量を判断する際のポイントの最低条件として、これまで、支援 B の方法で 20 ポイント以上を必須としてきたところを、支援 B の方法によるポイント数を最低条件から外し、「支援 A 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。）」として、支援 A の方法のみでの最低条件の充足を可能とすることとする。

基準省令附則第 2 条の改正に伴い、保健指導に関する一定の実務経験を有する看護師が、特定保健指導の面接による指導を行うことができることとする経過措置の期間の終了日を、平成 30 年 3 月 31 日まで延長することとする。

五 特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第十六条第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者の全部を改正する件（平成 25 年厚生労働省告示第 92 号）について

働省告示第 92 号) 及び特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第十七条の規定に基づき厚生労働大臣が定める特定健康診査及び特定保健指導の実施に係る施設、運営、記録の保存等に関する基準の全部を改正する件(平成 25 年厚生労働省告示第 93 号)について

基準省令附則第 2 条の改正に伴い、保健指導に関する一定の実務経験を有する看護師が、特定保健指導の面接による指導を行うことができることとする経過措置の期間の終了日を、平成 30 年 3 月 31 日まで延長することとする。

六 高齢者の医療の確保に関する法律による保険者の前期高齢者交付金等の額の算定等に関する省令第四十四条第二項の規定に基づき厚生労働大臣が定める事項の一部を改正する件(平成 25 年厚生労働省告示第 88 号)について

保険者が、特定健診等の実施状況に関する結果として社会保険診療報酬支払基金に報告する事項に、特定健診等の受診者及び利用者に係る資格区分(強制加入被保険者若しくは強制加入被保険者の被扶養者、任意継続被保険者若しくは任意継続被保険者の被扶養者、特例退職被保険者若しくは特例退職被保険者の被扶養者又は国民健康保険の被保険者の別)を追加することとする。

第三 施行期日

改正省令等は、平成 25 年 4 月 1 日から施行すること。

第四 既存通知の改正

今般の省令及び告示の改正に伴い、一及び二の通知を次のように改正し、平成 25 年 4 月 1 日から適用する。

一 特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準の施行について(平成 20 年 1 月 17 日付け保発第 0117001 号厚生労働省保険局長通知)

1 第二の七の 1 の (3) 中、「七の 1 の (1) の面接による指導を行った者」を「次のいずれかに掲げる者」に、「経過後」を「経過した日」に改め、同 (3) にア及びイとして、次のように加える。

ア (1) の面接による指導を行った者

イ 動機付け支援対象者の健康状態等に関する情報をアに掲げる者と共有する医師、保健師又は管理栄養士(アに掲げる者が当該動機付け支援対象者に対する面接の際に勤務していた機関に勤務する者に限る。)

2 第二の八の 1 の (3) 中、「ハの 1 の (1) の面接による指導を行った

者」を「次のいずれかに掲げる者」に改め、同（３）にア及びイとして、次のように加える。

ア （１）の面接による指導を行った者

イ 積極的支援対象者の健康状態等に関する情報をアに掲げる者と共有する医師、保健師又は管理栄養士（アに掲げる者が当該積極的支援対象者に対する面接の際に勤務していた機関に勤務する者に限る。）

3 第二の八の１の（４）中、「ハの１の（１）の面接による指導を行った者」を「次のいずれかに掲げる者」に、「経過後」を「経過した日」に改め、同（４）にア及びイとして、次のように加える。

ア （１）の面接による指導を行った者

イ 積極的支援対象者の健康状態等に関する情報をアに掲げる者と共有する医師、保健師又は管理栄養士（アに掲げる者が当該積極的支援対象者に対する面接の際に勤務していた機関に勤務する者に限る。）

4 第二の十八中、「平成25年3月31日」を「平成30年3月31日」に、「七の１の（１）及び八の１の（１）」を「七の１の（１）及び（３）並びに八の１の（１）、（３）及び（４）」に改める。

二 特定健康診査及び特定保健指導の実施について（平成20年3月10日付け健発第0310007号保発第0310001号厚生労働省健康局長及び保険局長通知）

1 第三の２の（１）のウ及びオ並びに（２）のウ及びオ中、「（実施基準施行後５年に限る。）」を「（平成30年3月31日までに限る。）」に改める。

2 第三の４の（３）中、「標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」（平成19年4月厚生労働省健康局）」を「標準的な健診・保健指導プログラム（改定版）」（平成25年4月厚生労働省健康局）」に改める。

3 別紙１及び別紙５を別添１及び別添２のとおり改める。

(表面)

特定健康診査受診結果通知表

別添1

フリガナ		生年月日	年 月 日	健診年月日	年 月 日
氏 名		性別／年齢	男・女 歳	特定健康診査 受診券番号	

既 往 歴			
服 薬 歴		喫煙歴	
自 覚 症 状			
他 覚 症 状			

項 目	基 準 値	今 回	前 回	前 々 回
		年 月 日	年 月 日	年 月 日
身 体 計 測	身 長 (cm)			
	体 重 (kg)			
	腹 囲 (cm)			
	B M I			
血 圧	収 縮 期 血 圧 (mmHg)			
	拡 張 期 血 圧 (mmHg)			
血 中 脂 質 検 査	中 性 脂 肪 (mg/dl)			
	HDL-コレステロール (mg/dl)			
	LDL-コレステロール (mg/dl)			
肝 機 能 検 査	G O T (IU/l)			
	G P T (IU/l)			
	γ - G T P (IU/l)			
血 糖 検 査 <small>(空腹時血糖又はヘモグロビンA1c のいずれかの項目の実施で可)</small>	空 腹 時 血 糖 (mg/dl)			
	ヘモグロビンA1c(NGSP値) (%)			
	ヘモグロビンA1c(JDS値) (%)			
尿 検 査	糖			
	蛋 白			

(裏面)

貧血検査	赤血球数 (万/mm ³)				
	血色素量 (g/dl)				
	ヘマトクリット値 (%)				
心電図検査	所見				
眼底検査	所見				

メタボリックシンドローム判定			
----------------	--	--	--

医師の判断	
判断した医師の氏名	

(備考)

1. この用紙は、日本工業規格A列4版とすること。
2. 「性別」の欄は、該当しない文字を抹消すること。
3. 基準値を外れている場合には、「*」を測定結果欄に記入すること。
4. 「メタボリックシンドローム判定」の欄は、「基準該当／予備群該当／非該当」を記入すること。
5. 「医師の判断」の欄は、
 - ①特定健康診査の結果を踏まえた医師の所見
 - ②貧血検査、心電図検査及び眼底検査を実施した場合の理由を記入すること。

(表面)

特定健康診査受診結果通知表

フリガナ		生年月日	年 月 日	健診年月日	年 月 日
氏 名		性別／年齢	男・女 歳	特定健康診査 受診券番号	

既 往 歴			
服 薬 歴		喫煙歴	
自 覚 症 状			
他 覚 症 状			

項 目	基 準 値	今 回	前 回	前 々 回
		年 月 日	年 月 日	年 月 日
身 体 計 測	身 長 (cm)			
	体 重 (kg)			
	腹 囲 (cm)			
	B M I			
血 圧	収 縮 期 血 圧 (mmHg)			
	拡 張 期 血 圧 (mmHg)			
血 中 脂 質 検 査	中 性 脂 肪 (mg/dl)			
	HDL-コレステロール (mg/dl)			
	LDL-コレステロール (mg/dl)			
肝 機 能 検 査	G O T (IU/l)			
	G P T (IU/l)			
	γ - G T P (IU/l)			
血 糖 検 査 <small>(いずれかの項目の実施で可)</small>	空 腹 時 血 糖 (mg/dl)			
	ヘモグロビンA1c (%)			
尿 検 査	糖			
	蛋 白			

※ヘモグロビンA1c検査の結果値はNGSP値による検査結果値が記載されていますが、☆が併記されているものは、JDS値による検査結果値のため基準値が異なります。(JDS値基準値3.9~5.2)

(裏面)

貧血検査	赤血球数 (万/mm ³)				
	血色素量 (g/dl)				
	ヘマトクリット値 (%)				
心電図検査	所見				
眼底検査	所見				

メタボリックシンドローム判定			
----------------	--	--	--

医師の判断	
判断した医師の氏名	

(備考)

1. この用紙は、日本工業規格A列4版とすること。
2. 「性別」の欄は、該当しない文字を抹消すること。
3. 基準値を外れている場合には、「*」を測定結果欄に記入すること。
4. 「メタボリックシンドローム判定」の欄は、「基準該当/予備群該当/非該当」を記入すること。
5. 「医師の判断」の欄は、
 - ①特定健康診査の結果を踏まえた医師の所見
 - ②貧血検査、心電図検査及び眼底検査を実施した場合の理由を記入すること。

特定保健指導支援計画及び実施報告書(例)

別添2

1 保健指導対象者名 利用券番号 2 保険者名 保険者番号

3 保健指導機関名(番号)・保健指導責任者名
 総轄保健指導機関名 保健指導機関番号 保健指導責任者名(職種)

4 支援レベル 5 保健指導コース名

6 継続的支援期間

支援予定期間	週
開始(初回面接実施)年月日	
終了年月日	週

7 初回面接による支援の実施形態・実施する者の職種

	実績
支援形態	
実施する者の職種	
実施する者の氏名	

8 継続的な支援の支援形態・ポイント

計画	支援形態	回数	実施時間	ポイント
	個別A	(回)	(分)	(P)
個別B	(回)	(分)	(P)	
グループ	(回)	(分)	(P)	
電話A	(回)	(分)	(P)	
電話B	(回)	(分)	(P)	
e-mailA	(回)		(P)	
e-mailB	(回)		(P)	
合計	(回)	(分)	(P)	

ポイント内訳 (A) (B)

9 実施体制表(委託事業者)

	個別A	個別B	グループ	電話A	電話B	e-mailA	e-mailB
A (機関番号)							
B (機関番号)							
C (機関番号)							
D (機関番号)							

10 保健指導の評価

1) 中間評価

	実施年月日	支援形態	実施する者の職種	実施する者の氏名
計画		個別支援		
実施		個別支援		

2) 6か月後の評価

	実施年月日	支援形態	実施する者の職種	実施する者の氏名
計画		個別支援		
実施		個別支援		

11 行動目標・行動計画

行動目標・計画の設定及び変更	設定日時	平成18年7月9日	平成18年9月10日(中間評価)	〇年〇月〇日
	目標値口	cm kg mmhg mmhg kcal kcal kcal		
	行動目標			
	行動計画			
	変更理由			

初回面接時に記入し、電子データ化 6ヶ月後の実績評価終了時までに順次記入し、電子データ化

12 保健指導の実施状況

1) 初回面接による支援

	機関名・番号 (職種)	実施年月日	実施時間	腹囲	体重	収縮期血圧	拡張期血圧	行動変容ステージ	保健指導実施内容	保健指導支援形態 1. 個別 2. グループ (実施時間)
初回	△△ △△ 〇〇 〇〇 (保健師)		20分	cm ()	kg ()	mmHg ()	mmHg ()	(1) 無関心期 (2) 関心期 (3) 準備期 (4) 実行期 (5) 維持期	・生活習慣と健診結果の関係について ・標準的な食事量、運動量の目安の提示 ・生活習慣の振り返り ・行動目標および計画の策定	1. 個別 (分) 2. グループ (分)

2) 継続的な支援(血圧、生活習慣の改善状況(喫煙)については情報を入手した場合に記載。)

(1) 個別・グループ・電話A・e-mailAによる支援 (支援A)

	機関名・番号 (職種)	実施年月日	実施時間	腹囲	体重	収縮期血圧	拡張期血圧	生活習慣の改善状況	指導の種類	留意事項・備考等	保健指導支援形態 1. 個別 2. グループ 3. 電話A 4. E-mailA (実施時間)	支援実施ポイント	合計ポイント
2回目	<input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 6ヶ月評価 ()		分	cm ()	kg ()	mmHg ()	mmHg ()	{ 栄養・食生活 } { 身体活動 } { 喫煙 } 1. 禁煙継続 2. 非継続	食事 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/>		1. 個別 (20分) 2. グループ (分) 3. 電話A (分) 4. E-mailA (分)		
3回目	<input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 6ヶ月評価 ()		分	cm ()	kg ()	mmHg ()	mmHg ()	{ 栄養・食生活 } { 身体活動 } { 喫煙 } 1. 禁煙継続 2. 非継続	食事 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/>		1. 個別 (分) 2. グループ (分) 3. 電話A (分) 4. E-mailA (分)		
4回目	<input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 6ヶ月評価			cm ()	kg ()	mmHg ()	mmHg ()	{ 栄養・食生活 } { 身体活動 } { 喫煙 } 1. 禁煙継続 2. 非継続	食事 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/>		1. 個別 (分) 2. グループ (分) 3. 電話A (分) 4. E-mailA (分)		
5回目	<input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 6ヶ月評価			cm ()	kg ()	mmHg ()	mmHg ()	{ 栄養・食生活 } { 身体活動 } { 喫煙 } 1. 禁煙継続 2. 非継続	食事 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/>		1. 個別 (分) 2. グループ (分) 3. 電話A (分) 4. E-mailA (分)		

(2) 個別Bによる支援 (支援B)

	保健指導機関名	番号	保健指導者名	職種	実施年月日	実施時間	支援ポイント	合計ポイント
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

(3) 電話Bによる支援 (支援B)

	保健指導機関名	番号	保健指導者名	職種	実施年月日	実施時間	支援ポイント	合計ポイント
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

(4) e-mailBによる支援 (支援B)

	保健指導機関名	番号	保健指導者名	職種	実施年月日	実施回数	支援ポイント	合計ポイント
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

13 6ヶ月後の評価(血圧、生活習慣の改善状況(喫煙))については情報を入手した場合に記載。)

	(保健指導者・番号)	実施年月日	腹囲	体重	収縮期血圧	拡張期血圧	生活習慣改善の状況	保健指導支援形態 1. 個別 2. グループ 3. 電話A 4. E-mailA	評価ができない場合の確認
6ヶ月後の評価	()		cm ()	kg ()	mmhg ()	mmhg ()	栄養・食生活 身体活動 喫煙 1. 禁煙継続 2. 非継続	1. 個別 2. グループ 3. 電話A 4. E-mailA	1. 電話 () 回 2. E-mail () 回 3. その他 () 回