

**標準的な健診・保健指導  
プログラム  
【改訂版】**

**平成25年4月**

**厚生労働省 健康局**



# 標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】 (目次)

## 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
第2章	健診・保健指導の進め方(流れ)	14
第3章	健診・保健指導事業に関わる者が有すべき資質	17

## 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	25
第2章	健診の内容	26
第3章	保健指導対象者の選定と階層化	32
第4章	健診における各機関の役割	36
第5章	健診データ等の電子化	38
第6章	健診の実施に関するアウトソーシング(外部委託)	43
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	45

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	47
別紙2	「詳細な健診」項目について	48
別紙3	標準的な質問票	49
別紙4	健診の検査実施方法および留意事項	55
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	58
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	59
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	64
別紙8-1	健診結果・質問票情報	67
別紙8-2	保健指導情報	71
別紙8-3	データ範囲のチェック	74
別紙9-1	特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第16条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者	75
別紙9-2	特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第17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	79

【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)	83
------	------------------------------	----

### 第3編 保健指導

第1章	保健指導の基本的考え方	103
第2章	保健事業（保健指導）計画の作成	107
第3章	保健指導の実施	117
第4章	保健指導の評価	149
第5章	地域・職域における保健指導	154
第6章	保健指導の実施に関するアウトソーシング	159

【別添1】	保健指導のための禁煙支援簡易マニュアル	167
-------	---------------------	-----

【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	176
-------	---	-----

### 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	185
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	188
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	190

<b>別紙1</b>	生活習慣病の発症予防・重症化予防対策の分析・評価指標	196
------------	----------------------------	-----

参考；様式集	197
--------	-----

#### （添付資料）

○	メタボリックシンドロームの定義と診断基準	237
○	各学会のガイドライン等 参照 URL	247
○	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栄養部会の「今後の生活習慣病対策の推進について（中間とりまとめ）」（平成17年9月15日）において、

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

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

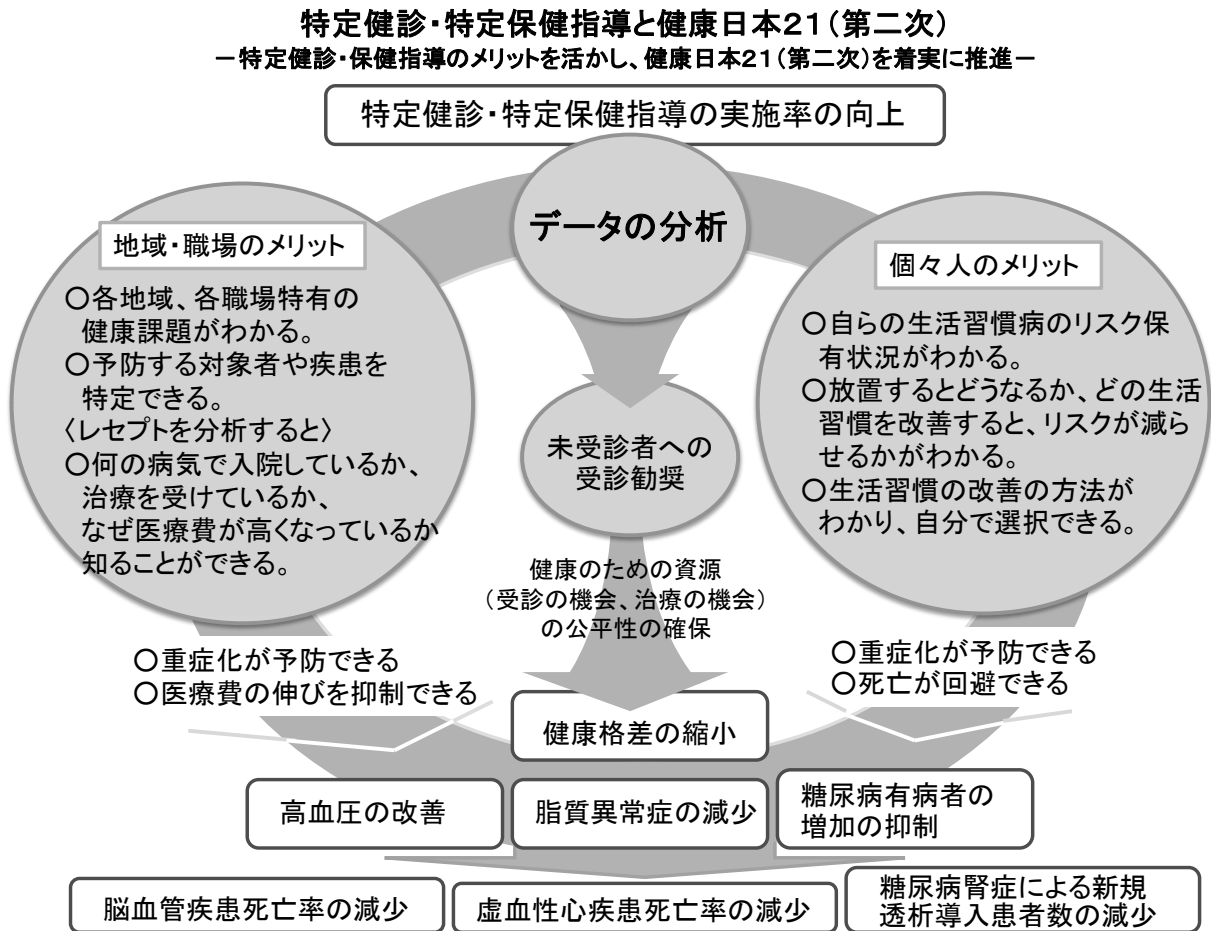




表 1

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眼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(第二次)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

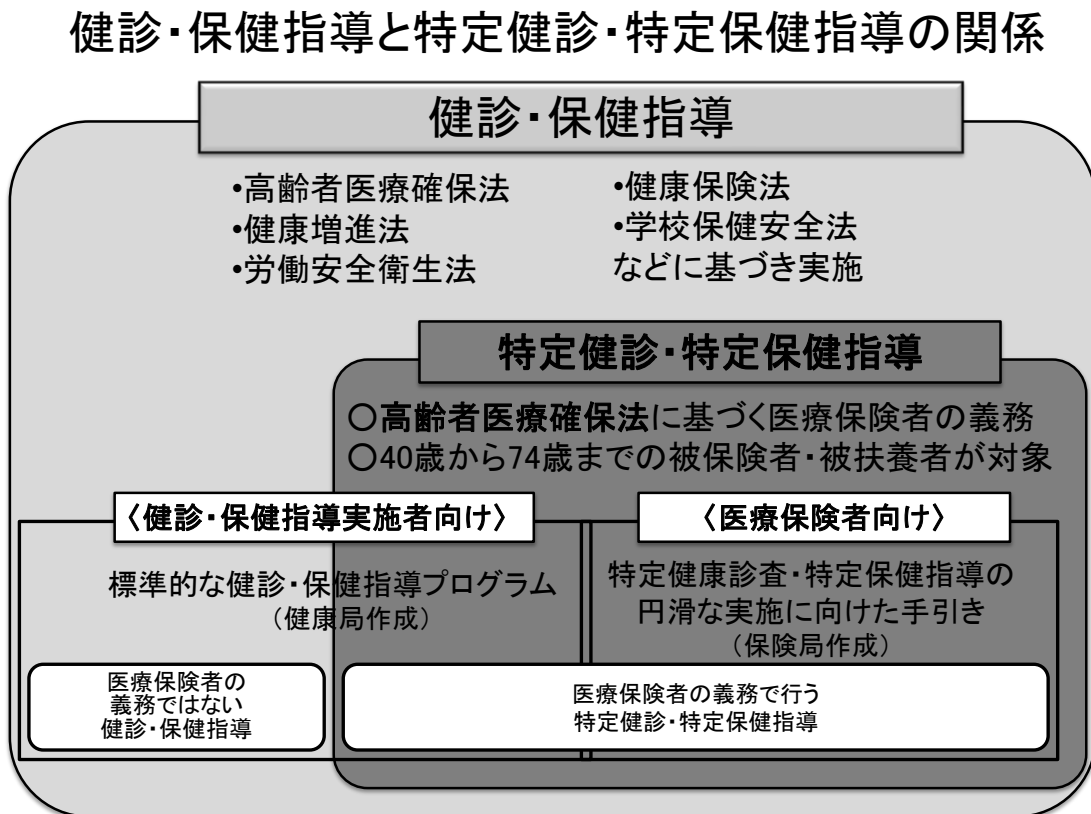
されたい。

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<sup>※1</sup>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<sup>※2</sup>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<sup>1</sup>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（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

<sup>1</sup> 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。

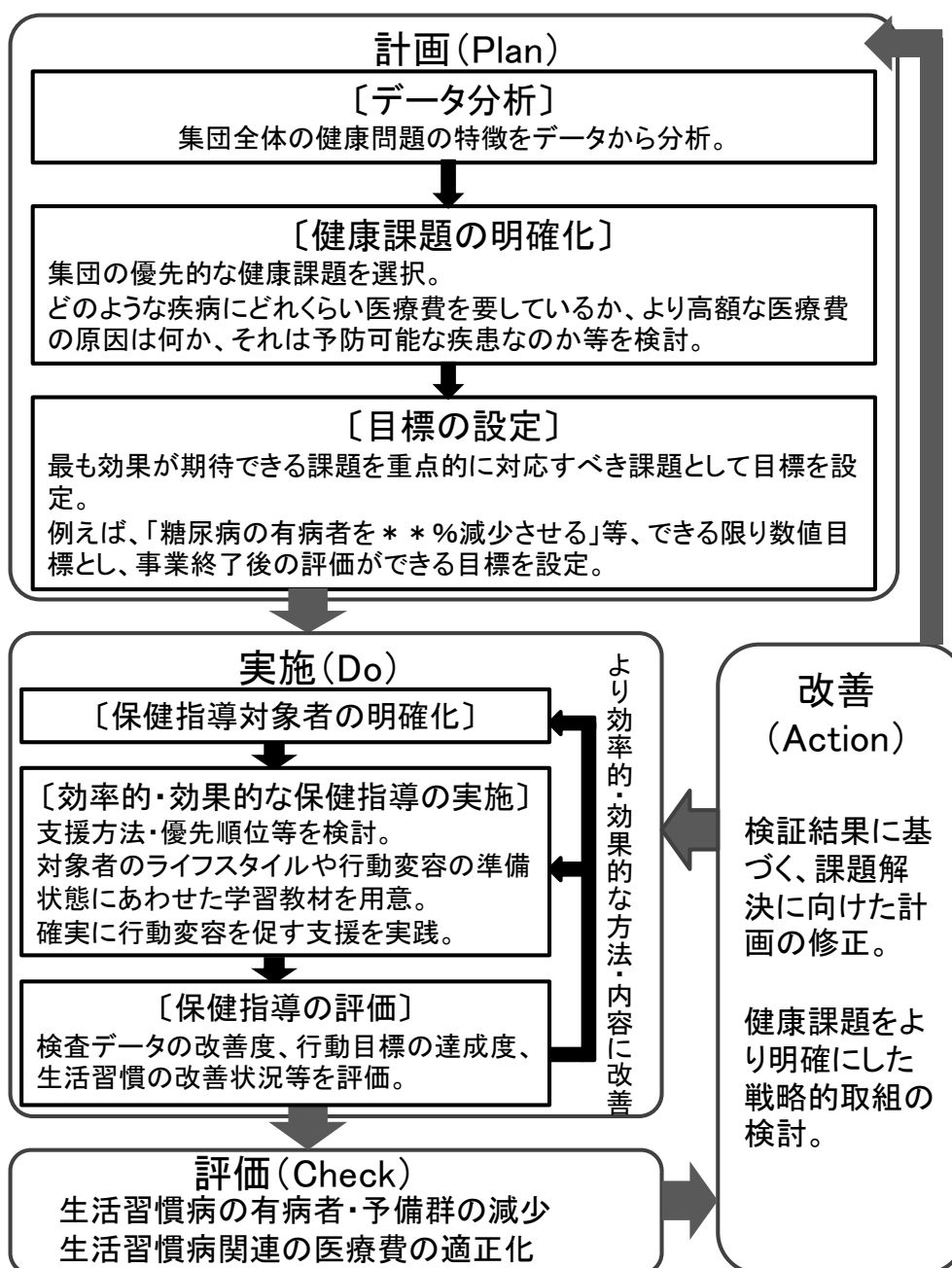
減少させることを目的としている。

(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しか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<sup>2</sup>（事業実施量）評価に加え、アウトカム<sup>3</sup>（結果）評価や

<sup>2</sup> 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。

<sup>3</sup> 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<sup>4</sup>（過程）評価を含めた総合的な評価を行うことができる。このような評価により、健診・保健指導の事業全体を改善する仕組みづくりや健診・保健指導のデータとレセプトとの突合が可能になることから、健康課題を明確にした戦略的な取り組みを実施することができる。

（参考）老人保健事業当時の状況

健診結果は健康課題を分析するための重要な情報源であるが、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。

---

<sup>4</sup> 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

健診・保健指導の関係	かつての健診・保健指導
特徴	健診に付加した保健指導 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 リスクに基づき優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」を行う 健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個々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 糖尿病等の有病患者・予備群の25%減少 医療保険者
------------	--