

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とっては、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。

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

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務め、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、Ⅰ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とっては、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ので、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に使用しなければ、同一の検査等であるかどうかについて、電子的に判断できない。そのため、標準的な表記方法として健診項目や質問項目ごとに標準コードを設定する必要がある。

(2) 具体的な標準コード

- 健診データは全て、日本臨床検査医学会が作成した J L A C 1 0 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、J L A C 1 0 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（J L A C 1 7 桁コードを使用）

健診項目	検査方法	J L A C 1 0 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、別途独自にコードを設定しないようにする必要がある。

(参考) 健診機関・保健指導機関コード設定の考え方

※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な管理を行う必要がある。
- ・ 前項のルールに従い、保険医療機関である場合は、機関コード及びチェックデジットの部分は、既存の保険医療機関コードをそのまま活用（機関区分コードは医科を意味する1となる）。
- ・ 保険医療機関のコードを有さない機関は、機関区分コード（1桁）＋機関コード（6桁）の部分を、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に、例えば 1 年程度の一定期間が経過するまで保存する必要がある。
- 被保険者が希望する場合には、40 歳以降の全データを次の医療保険者へ引き継ぐ必要がある。
- 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・祝日に行うなど）を実施するなど対象者のニーズを踏まえた対応が可能となり、健診の受診率の向上が図られる。一方で、精度管理が適切に行われないなど健診の質が考慮されない価格競争となることも危惧されるため、質の低下につながるような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92号（外部委託基準）及び第93号（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受託側の事業者求められる事項

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

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

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

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

（２）具体的な基準

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 年厚生労働省告示第 92 号（外部委託基準）及び第 93 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)

特定健診と労働安全衛生法・学校保健安全法との比較

別紙1

		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-コレステロール		○	●2
	LDL-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 $BMI[kg/m^2] = 体重[kg] / (身長[m])^2$

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

「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 $\geq 25\text{kg/m}^2$		

標準的な質問票

	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く運動を週 2 日以上、1 年以上実施	①はい ②いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を 1 日 1 時間以上実施	①はい ②いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	①はい ②いいえ
13	この 1 年間で体重の増減が±3 kg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すか。	①改善するつもりはない ②改善するつもりである (概ね6か月以内) ③近いうちに(概ね1か月以内) 改善するつもりであり、少しずつ始めている ④既に改善に取り組んでいる (6か月未満) ⑤既に改善に取り組んでいる (6か月以上)
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	①はい ②いいえ

※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扱う。

	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もよい。 ○「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。 ○体重増加量が大きいほど糖尿病・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2.61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^{※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	○速歩、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60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、主観的に「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、優れている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<18.5 kg/m²)及びふつう(18.5 kg/m²≤BMI<25.0 kg/m²)の者に比べて、肥満者(BMI≥25.0 kg/m²)で多いという調査結果がある。^{※11}

		○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} ○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。 ○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。
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 年後の健診で、「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。」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}。 ○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。 ○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。
16	夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが週に3回以上ある。	○肥満者は、普通体重の者に比べ、夕食後に間食をすることが多いという調査結果がある^{※14}。 ○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^{※13}。 ○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。 ○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、とっている回数を自覚して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。
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	○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^{※13}。 ○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。 ○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。 ○たとえば、朝食については、量・バランス等を考慮したものが望ましいが、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。
18	お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	○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ことが分かっている。 ○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。 ○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(ブリーフインターベンション**)を行う。 * 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(ブリーフインターベンション)の対象となる。 ** 減酒支援(ブリーフインターベンション): 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。
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量	

		○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^{※15}。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。
20	睡眠で休養が十分とれている。	○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。 ○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。 ○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。 ○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。 ○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。
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すか。	○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。 ○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。 ○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。 ○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。 ○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。 ○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。 ○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。 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。
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。	○この質問に「いいえ」と答えた者には、あれこれと「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。 ○「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。 ○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ター的な姿勢が、従来の「指導」イメージは異なることを理解してもらうことが大切である。

【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 Willi C., et al. JAMA 2007; 298: 2654-2664
- ※4 Craig WY, et al. BMJ 1989; 298: 784-788
- ※5 Waki 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 横山徹爾)
- ※14 平成9年国民栄養調査
- ※15 Tsubono Y. JAMA. 2001; 28: 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、肋骨下縁と上前腸骨棘の 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>) において示されているので、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、分離剤入りプレーン採血管を用いる。
- 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、可視吸光光度法、紫外吸光光度法等による。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LD

Ｌ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 -ＧＴＰ）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>)において示されているので、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>)において示されているので、これを参考とされたい。

③ 眼底検査

- ア 手持式、額带式、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。

健診検査項目の保健指導判定値及び受診勧奨判定値

番号	項目コード (JLAC10)	項目名	保健指導判定値	受診勧奨判定値	データタイプ	単位	検査方法	備考
1	9A755000000000001 9A752000000000001 9A751000000000001	収縮期血圧	130	140	数字	mmHg	3:その他 2:2回目 1:1回目	平均値等、「1回目」、「2回目」以外の値の最も確かな値を記入する
2	9A765000000000001 9A762000000000001 9A761000000000001	拡張期血圧	85	90	数字	mmHg	3:その他 2:2回目 1:1回目	平均値等、「1回目」、「2回目」以外の値の最も確かな値を記入する
3	3F015000002327101 3F015000002327201 3F015000002399901	中性脂肪	150	300	数字	mg/dL	1:可視吸光光度法 (酵素比色法・グリセロール消去) 2:紫外吸光光度法 (酵素比色法・グリセロール消去) 3:その他	空腹時の測定を原則とした判定値 空腹時の測定を原則とした判定値
4	3F070000002327101 3F070000002327201 3F070000002399901	HDLコレステロール	39	34	数字	mg/dL	1:可視吸光光度法 (直接法(非沈殿法)) 2:紫外吸光光度法 (直接法(非沈殿法)) 3:その他	
5	3F077000002327101 3F077000002327201 3F077000002399901	LDLコレステロール	120	140	数字	mg/dL	1:可視吸光光度法 (直接法(非沈殿法)) 2:紫外吸光光度法 (直接法(非沈殿法)) 3:その他	空腹時採血を行い総コレステロール値を測定した上で、Friedewald式を用いて算出する場合等
6	3D010000001926101 3D010000002227101 3D010000001927201 3D010000001999901	空腹時血糖	100	126	数字	mg/dL	1:電位差法 (ブドウ糖酸化酵素電極法) 2:可視吸光光度法 (ブドウ糖酸化酵素法) 3:紫外吸光光度法(ヘキソキナーゼ法、グルコキナーゼ法、ブドウ糖脱水素酵素法) 4:その他	
7	3D046000001906202 3D046000001920402 3D046000001927102 3D046000001999902	HbA1c (NGSP)	5.6	6.5	数字	%	1:ラテックス凝集比濁法 (免疫学的方法) 2:HPLC (不安定分画除去HPLC法) 3:酵素法 4:その他	小数点以下1桁 小数点以下1桁 小数点以下1桁 小数点以下1桁
8	3B035000002327201 3B035000002399901	AST(GOT)	31	51	数字	U/L	紫外吸光光度法 (JSCC標準化対応法) 2:その他	
9	3B045000002327201 3B045000002399901	ALT(GPT)	31	51	数字	U/L	紫外吸光光度法 (JSCC標準化対応法) 2:その他	
10	3B090000002327101 3B090000002399901	γ-GT(γ-GTP)	51	101	数字	U/L	可視吸光光度法 (IFCC(JSCC)標準化対応法) 2:その他	
11	2A030000001930101	血色素量 [ヘモグロビン値]	13.0(男性) 12.0(女性)	12.0(男性) 11.0(女性)	数字	g/dL	自動血球算定装置	

※1～2のデータ基準については日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン」に基づく。

※3～5のデータ基準については日本動脈硬化学会「動脈硬化性疾患診療ガイドライン」及び「老人保健法による健康診査マニュアル」(※旧老人保健法関係)に基づく。

※6～7については日本糖尿病学会「糖尿病治療ガイド」等の各判定基準に基づく。

※8～10のデータ基準については日本消化器病学会肝機能研究班意見書に基づく。

※11のデータ基準については、WHOの貧血の判定基準、人間ドック学会作成の「人間ドック成績判定及び事後指導に関するガイドライン」のデータ等に基づく。

※検査方法については、それぞれの検査項目毎に90%以上をカバーするトレーサビリティが取れた日常検査法を記載した。

※検査項目コードについては、上記以外の検査法も含め、JLAC10コードを用いる。

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

$$\text{JDS値}(\%) = 0.980 \times \text{NGSP値}(\%) - 0.245\% \quad \text{NGSP値}(\%) = 1.02 \times \text{JDS値}(\%) + 0.25\%$$

健診検査項目の保健指導判定値及び受診勧奨判定値

番号	項目コード (JLAC10)	項目名	保健指導判定値	受診勧奨判定値	データタイプ	単位	検査方法	備考
1	9A755000000000001 9A752000000000001 9A751000000000001	収縮期血圧	130	140	数字	mmHg	3:その他 2:2回目 1:1回目	平均値等、「1回目」、「2回目」以外の値の最も確かな値を記入する
2	9A765000000000001 9A762000000000001 9A761000000000001	拡張期血圧	85	90	数字	mmHg	3:その他 2:2回目 1:1回目	平均値等、「1回目」、「2回目」以外の値の最も確かな値を記入する
3	3F015000002327101 3F015000002327201 3F015000002399901	中性脂肪	150	300	数字	mg/dL	1:可視吸光光度法 (酵素比色法・グリセロール消去) 2:紫外吸光光度法 (酵素比色法・グリセロール消去) 3:その他	空腹時の測定を原則とした判定値 空腹時の測定を原則とした判定値
4	3F070000002327101 3F070000002327201 3F070000002399901	HDLコレステロール	39	34	数字	mg/dL	1:可視吸光光度法 (直接法(非沈殿法)) 2:紫外吸光光度法 (直接法(非沈殿法)) 3:その他	
5	3F077000002327101 3F077000002327201 3F077000002399901	LDLコレステロール	120	140	数字	mg/dL	1:可視吸光光度法 (直接法(非沈殿法)) 2:紫外吸光光度法 (直接法(非沈殿法)) 3:その他	空腹時採血を行い総コレステロール値を測定した上で、Friedewald式を用いて算出する場合等
6	3D010000001926101 3D010000002227101 3D010000001927201 3D010000001999901	空腹時血糖	100	126	数字	mg/dL	1:電位差法 (ブドウ糖酸化酵素電極法) 2:可視吸光光度法 (ブドウ糖酸化酵素法) 3:紫外吸光光度法(ヘキシナーゼ法、グルコキナーゼ法、ブドウ糖脱水素酵素法) 4:その他	
7	3D046000001906202 3D046000001920402 3D046000001927102 3D046000001999902	HbA1c (NGSP)	5.6	6.5	数字	%	1:ラテックス凝集比濁法 (免疫学的方法) 2:HPLC (不安定分画除去HPLC法) 3:酵素法 4:その他	小数点以下1桁 小数点以下1桁 小数点以下1桁 小数点以下1桁
8	3B035000002327201 3B035000002399901	AST(GOT)	31	51	数字	U/L	紫外吸光光度法 (JSCC標準化対応法) 2:その他	
9	3B045000002327201 3B045000002399901	ALT(GPT)	31	51	数字	U/L	紫外吸光光度法 (JSCC標準化対応法) 2:その他	
10	3B090000002327101 3B090000002399901	γ-GT(γ-GTP)	51	101	数字	U/L	可視吸光光度法 (IFCC(JSCC)標準化対応法) 2:その他	
11	2A030000001930101	血色素量 [ヘモグロビン値]	13.0(男性) 12.0(女性)	12.0(男性) 11.0(女性)	数字	g/dL	自動血球算定装置	

※1～2のデータ基準については日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン」に基づく。

※3～5のデータ基準については日本動脈硬化学会「動脈硬化性疾患診療ガイドライン」及び「老人保健法による健康診査マニュアル」(※旧老人保健法関係)に基づく。

※6～7については日本糖尿病学会「糖尿病治療ガイド」等の各判定基準に基づく。

※8～10のデータ基準については日本消化器病学会肝機能研究班意見書に基づく。

※11のデータ基準については、WHOの貧血の判定基準、人間ドック学会作成の「人間ドック成績判定及び事後指導に関するガイドライン」のデータ等に基づく。

※検査方法については、それぞれの検査項目毎に90%以上をカバーするトレーサビリティが取れた日常検査法を記載した。

※検査項目コードについては、上記以外の検査法も含め、JLAC10コードを用いる。

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

$$\text{JDS値}(\%) = 0.980 \times \text{NGSP値}(\%) - 0.245\% \quad \text{NGSP値}(\%) = 1.02 \times \text{JDS値}(\%) + 0.25\%$$

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査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査の実施等に関する指針

第一 基本的な考え方

健康診査は、疾病を早期に発見し、早期治療につなげること、健康診査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、健康診査、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 制度間で健康診査における検査項目、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 健康診査の結果が、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 健康診査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 健康診査の結果等(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 健康診査の結果等に関する個人情報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、健康診査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率良く予防し、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、健康診査の実施、健康診査の結果の通知、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査の結果等に関する情報の継続の在り方及び個人情報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、健康診査の実施等に当たり、個人情報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 健康診査の実施に関する事項

一 健康診査の在り方

- 1 健康増進事業実施者は、健康診査の対象者に対して、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査の実施等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こと。また、その際は、身長、体重及び腹囲の検査、血圧の測定、高比重リポ蛋白コレステロール(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こと。

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、必要のな

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

2 健康増進事業実施者は、健康診査を実施する際には、この指針に定める内部精度管理(健康診査を行う者が自身で行う精度管理をいう。以下同じ。)及び外部精度管理(健康診査を行う者以外の者が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診項目については当該健診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・発達の状況、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、適切に組み合わせて実施すること。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、健康診査の結果の通知等の実施に関し、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「健診結果等情報」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 生涯にわたって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つ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こと。

- 4 生涯にわたって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等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認めること。

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)

○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。

○「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であっても所要の見直しを行うことが求められる。

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

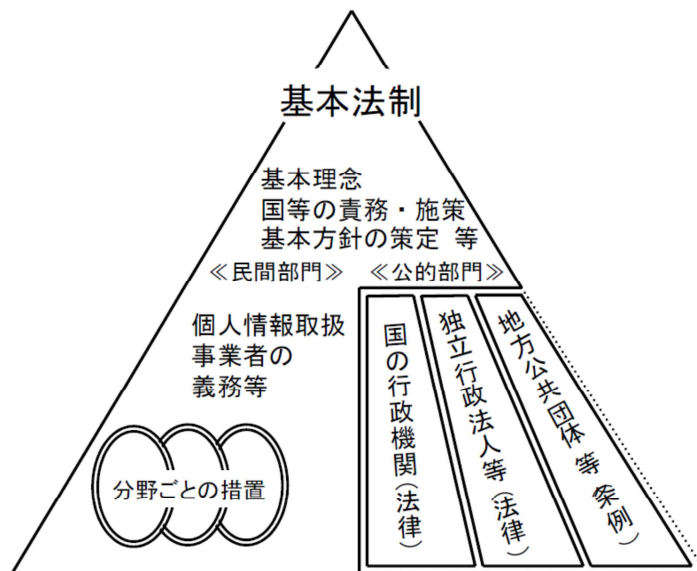
(2) 広報・啓発等住民・事業者等への支援

② 地方公共団体の部局間の相互連携

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

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

2. 個人情報保護法制の体系イメージ



(出典) 内閣府 HP

	項目	項目コード	項目名	データ値	下限値	上限値	データタイプ	単位	データ値コメント	検査の実施	検査方法	備考
身体計測	○	9N001000000000001	身長				数字	cm				小数点以下1桁
	○	9N006000000000001	体重				数字	kg				小数点以下1桁
	○	9N011000000000001	BMI				数字	kg/m ²				小数点以下1桁
		9N021000000000001	内臓脂肪面積				数字	cm ²				小数点以下1桁
	○	9N016160100000001	腹囲(実測)				数字	cm		1：実測		小数点以下1桁
		9N016160200000001	腹囲(自己判定)				数字	cm		2：自己測定		小数点以下1桁
		9N016160300000001	腹囲(自己申告)				数字	cm		3：自己申告		小数点以下1桁
		9N026000000000002	肥満度				数字	%				小数点以下1桁
診察		9N051000000000049	業務歴				漢字					
	○	9N056000000000011	既往歴				コード					1：特記すべきことあり、2：特記すべきことなし
	○	9N056160400000049	(具体的な既往歴)				漢字					特記すべきことありの場合に記載
	○	9N061000000000011	自覚症状				コード					1：特記すべきことあり、2：特記すべきことなし
	○	9N061160800000049	(所見)				漢字					特記すべきことありの場合に記載
	○	9N066000000000011	他覚症状				コード					1：特記すべきことあり、2：特記すべきことなし
	○	9N066160800000049	(所見)				漢字					特記すべきことありの場合に記載
		9N071000000000049	その他(家族歴等)				漢字					
		9N076000000000049	視診(口腔内含む)				漢字					
		9N081000000000049	打聴診				漢字					
		9N086000000000049	触診(関節可動域含む)				漢字					
		9N091000000000001	反復唾液嚥下テスト				数字	回				
血圧等	○	9A755000000000001	収縮期血圧(その他)				数字	mmHg		3：その他		平均値等、「1回目」、「2回目」以外の値の最も確かな値を記入する
		9A752000000000001	収縮期血圧(2回目)				数字	mmHg		2：2回目		
		9A751000000000001	収縮期血圧(1回目)				数字	mmHg		1：1回目		
	○	9A765000000000001	拡張期血圧(その他)				数字	mmHg		3：その他		平均値等、「1回目」、「2回目」以外の値の最も確かな値を記入する
		9A762000000000001	拡張期血圧(2回目)				数字	mmHg		2：2回目		
		9A761000000000001	拡張期血圧(1回目)				数字	mmHg		1：1回目		
			9N121000000000001	心拍数				数字	拍/分			
☆	9N141000000000011	採血時間(食後)				コード					1：食後10時間未満、2：食後10時間以上	
生化学検査		3F050000002327101	総コレステロール				数字	mg/dl		1：可視吸光光度法(コレステロール酸化酵素法)		
	3F050000002327201					数字	mg/dl		2：紫外吸光光度法(コレステロール脱水素酵素法)			
	3F050000002399901					数字	mg/dl		3：その他			
	○	3F015000002327101	中性脂肪(トリグリセリド)				数字	mg/dl		1：可視吸光光度法(酵素比色法・グリセロール消去)		
		3F015000002327201					数字	mg/dl		2：紫外吸光光度法(酵素比色法・グリセロール消去)		
		3F015000002399901					数字	mg/dl		3：その他		
	○	3F070000002327101	HDLコレステロール				数字	mg/dl		1：可視吸光光度法(直接法(非沈殿法))		
		3F070000002327201					数字	mg/dl		2：紫外吸光光度法(直接法(非沈殿法))		
		3F070000002399901					数字	mg/dl		3：その他		
	○	3F077000002327101	LDLコレステロール				数字	mg/dl		1：可視吸光光度法(直接法(非沈殿法))		
		3F077000002327201					数字	mg/dl		2：紫外吸光光度法(直接法(非沈殿法))		
		3F077000002399901					数字	mg/dl		3：その他		
	○	3J010000002327101	総ビリルビン				数字	mg/dl		1：可視吸光光度法(化学酸化法、酵素法、ジアゾ法)		小数点以下1桁
		3J010000002399901					数字	mg/dl		2：その他		小数点以下1桁
	○	3B035000002327201	GOT (AST)				数字	U/l		1：紫外吸光光度法(JSCC標準化対応法)		
		3B035000002399901					数字	U/l		2：その他		
	○	3B045000002327201	GPT (ALT)				数字	U/l		1：紫外吸光光度法(JSCC標準化対応法)		
		3B045000002399901					数字	U/l		2：その他		
	○	3B090000002327101	γ-GT (γ-GTP)				数字	U/l		1：可視吸光光度法(JSCC標準化対応法)		
		3B090000002399901					数字	U/l		2：その他		
		3B070000002327101	ALP				数字	U/l		1：可視吸光光度法(JSCC標準化対応法)		
		3B070000002399901					数字	U/l		2：その他		
		3C015000002327101	血清クレアチニン				数字	mg/dl		1：可視吸光光度法(酵素法)		小数点以下2桁
		3C015000002399901					数字	mg/dl		2：その他		小数点以下2桁
		3C020000002327101	血清尿酸				数字	mg/dl		1：可視吸光光度法(ウリカーゼ・ベルオキシターゼ法)		小数点以下1桁
		3C020000002399901					数字	mg/dl		2：その他		小数点以下1桁
		3A010000002327101	総蛋白				数字	g/dl		1：可視吸光光度法(ビウレット法)		小数点以下1桁
		3A010000002399901					数字	g/dl		2：その他		小数点以下1桁
		3A015000002327101	アルブミン				数字	g/dl		1：可視吸光光度法(BCG法、BCP改良法)		小数点以下1桁
		3A015000002399901					数字	g/dl		2：その他		小数点以下1桁
		3A016000002327102	A/G				数字					計算値
		5C095000002302301	血清フェリチン				数字	ng/ml		1：エンザイムイムノアッセイ(EIA)		小数点以下1桁
		5C095000002399901					数字	ng/ml		2：その他		小数点以下1桁
血糖検査	●	3D010000001926101	空腹時血糖				数字	mg/dl		1：電位差法(ブドウ糖酸化酵素電極法)		特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは2(10時間以上)でなければならない
		3D010000002227101					数字	mg/dl		2：可視吸光光度法(ブドウ糖酸化酵素法)		特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは2(10時間以上)でなければならない
		3D010000001927201					数字	mg/dl		3：紫外吸光光度法(ヘキソキナーゼ法、グルコキナーゼ法、ブドウ糖脱水素酵素法)		特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは2(10時間以上)でなければならない
		3D010000001999901					数字	mg/dl		4：その他		特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは2(10時間以上)でなければならない
	▲	3D010129901926101	随時血糖				数字	mg/dl		1：電位差法(ブドウ糖酸化酵素電極法)		特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは1(10時間未満)でなければならない
		3D010129902227101					数字	mg/dl		2：可視吸光光度法(ブドウ糖酸化酵素法)		特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは1(10時間未満)でなければならない
		3D010129901927201					数字	mg/dl		3：紫外吸光光度法(ヘキソキナーゼ法、グルコキナーゼ法、ブドウ糖脱水素酵素法)		特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは1(10時間未満)でなければならない
		3D010129901999901					数字	mg/dl		4：その他		特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは1(10時間未満)でなければならない
	●	3D045000001906202	HbA _{1c} (JDS値)				数字	%		1：免疫学的方法(ラテックス凝集比濁法等)		小数点以下1桁 平成25年度以降に実施した健診からは記載は不可能。
		3D045000001920402					数字	%		2：HPLC(不安定分画除去HPLC法)		小数点以下1桁 平成25年度以降に実施した健診からは記載は不可能。
		3D045000001927102					数字	%		3：酵素法		小数点以下1桁 平成25年度以降に実施した健診からは記載は不可能。
		3D045000001999902					数字	%		4：その他		小数点以下1桁 平成25年度以降に実施した健診からは記載は不可能。
	●	3D046000001906202	HbA _{1c} (NGSP値)				数字	%		1：免疫学的方法(ラテックス凝集比濁法等)		小数点以下1桁 平成25年度以降に実施した健診から記載する。
		3D046000001920402					数字	%		2：HPLC(不安定分画除去HPLC法)		小数点以下1桁 平成25年度以降に実施した健診から記載する。
		3D046000001927102					数字	%		3：酵素法		小数点以下1桁 平成25年度以降に実施した健診から記載する。
		3D046000001999902					数字	%		4：その他		小数点以下1桁 平成25年度以降に実施した健診から記載する。
尿検査	○	1A020000000191111	尿糖				コード			1：試験紙法(機械読み取り)		1：－、2：±、3：＋、4：＋＋、5：＋＋＋
		1A020000000190111					コード			2：試験紙法(目視法)		1：－、2：±、3：＋、4：＋＋、5：＋＋＋
	○	1A010000000191111	尿蛋白				コード			1：試験紙法(機械読み取り)		1：－、2：±、3：＋、4：＋＋、5：＋＋＋
		1A010000000190111					コード			2：試験紙法(目視法)		1：－、2：±、3：＋、4：＋＋、5：＋＋＋
		1A100000000191111	尿潜血				コード			1：試験紙法(機械読み取り)		1：－、2：±、3：＋、4：＋＋、5：＋＋＋
		1A100000000190111					コード			2：試験紙法(目視法)		1：－、2：±、3：＋、4：＋＋、5：＋＋＋
		1A105160700166211	尿沈渣(所見の有無)				コード					1：所見あり、2：所見なし
		1A105160800166249	尿沈渣(所見)				漢字					所見ありの場合に記載
	1A030000000190301	比重				数字			1：屈折計法		小数点以下3桁	
	1A030000000199901					数字			2：その他		小数点以下3桁	
画像	□	2A040000001930102	ヘマトクリット値				数字	%		自動血球算定装置		小数点以下1桁

	☐	2A030000001930101	血色素量〔ヘモグロビン値〕				数字	g／dl			自動血球算定装置	小数点以下1桁
	☐	2A020000001930101	赤血球数				数字	万／mm ³			自動血球算定装置	
	☐	2A020161001930149	貧血検査(実施理由)				漢字					
		2A060000001930101	MCV				数字	f1			自動血球算定装置	小数点以下1桁
		2A070000001930101	MCH				数字	pg			自動血球算定装置	小数点以下1桁
		2A080000001930101	MCHC				数字	%			自動血球算定装置	小数点以下1桁
		2A010000001930101	白血球数				数字	／mm ³			自動血球算定装置	
		2A050000001930101	血小板数				数字	万／mm ³			自動血球算定装置	
がん検診・生体検査等	☐	9A110160700000011	心電図(所見の有無)				コード					1：所見あり、2：所見なし
	☐	9A110160800000049	心電図(所見)				漢字					所見ありの場合に記載
	☐	9A110161000000049	心電図(実施理由)				漢字					
		9N201000000000011	胸部エックス線検査(がん：直接撮影)				コード			1：直接撮影		1：A、2：B、3：C、4：D、5：E
		9N206160700000011	胸部エックス線検査(一般：直接撮影)(所見の有無)				コード			1：直接撮影		1：所見あり、2：所見なし、3：要再撮影
		9N206160800000049	胸部エックス線検査(一般：直接撮影)(所見)				漢字			1：直接撮影		所見ありの場合に記載
		9N211161100000049	胸部エックス線検査(直接撮影)(撮影年月日)				年月日			1：直接撮影		yyyymmdd
		9N211161200000049	胸部エックス線検査(直接撮影)(フィルム番号)				漢字			1：直接撮影		
		9N216000000000011	胸部エックス線検査(がん：間接撮影)				コード			2：間接撮影		1：A、2：B、3：C、4：D、5：E
		9N221160700000011	胸部エックス線検査(一般：間接撮影)(所見の有無)				コード			2：間接撮影		1：所見あり、2：所見なし、3：要再撮影
		9N221160800000049	胸部エックス線検査(一般：間接撮影)(所見)				漢字			2：間接撮影		所見ありの場合に記載
		9N226161100000049	胸部エックス線検査(間接撮影)(撮影年月日)				年月日			2：間接撮影		yyyymmdd
		9N226161200000049	胸部エックス線検査(間接撮影)(フィルム番号)				漢字			2：間接撮影		
		6A010160706170411	喀痰検査(塗抹鏡検 一般細菌)(所見の有無)				コード					1：所見あり、2：所見なし
		6A010160806170449	喀痰検査(塗抹鏡検 一般細菌)(所見)				漢字					所見ありの場合に記載
		6A205000006171711	喀痰検査(塗抹鏡検 抗酸菌)				コード					1：－、2：±、3：＋、4：2＋、5：3＋
		6A205165606171711	喀痰検査(ガフキー号数)				コード					1：0号、2：1号、3：2号、4：3号、5：4号、6：5号、7：6号、8：7号、9：8号、10：9号、11：10号
		7A010000006143311	喀痰細胞診検査				コード					1：A、2：B、3：C、4：D、5：E
		9N251000000000011	胸部CT検査(がん)				コード					1：A、2：B、3：C、4：D、5：E
		9N251160700000011	胸部CT検査(所見の有無)				コード					1：所見あり、2：所見なし
		9N251160800000049	胸部CT検査(所見)				漢字					所見ありの場合に記載
		9N251161100000049	胸部CT検査(撮影年月日)				年月日					yyyymmdd
		9N251161200000049	胸部CT検査(フィルム番号)				漢字					
		9N256160700000011	上部消化管エックス線(直接撮影)(所見の有無)				コード					1：所見あり、2：所見なし、3：要再撮影
		9N256160800000049	上部消化管エックス線(直接撮影)(所見)				漢字					所見ありの場合に記載
		9N256161100000049	上部消化管エックス線(直接撮影)(撮影年月日)				年月日					yyyymmdd
		9N256161200000049	上部消化管エックス線(直接撮影)(フィルム番号)				漢字					
		9N261160700000011	上部消化管エックス線(間接撮影)(所見の有無)				コード					1：所見あり、2：所見なし、3：要再撮影
		9N261160800000049	上部消化管エックス線(間接撮影)(所見)				漢字					所見ありの場合に記載
		9N261161100000049	上部消化管エックス線(間接撮影)(撮影年月日)				年月日					yyyymmdd
		9N261161200000049	上部消化管エックス線(間接撮影)(フィルム番号)				漢字					
		9N266160700000011	上部消化管内視鏡検査(所見の有無)				コード					1：所見あり、2：所見なし
		9N266160800000049	上部消化管内視鏡検査(所見)				漢字					所見ありの場合に記載
		3B339000002399811	ペプシノゲン				コード			方法問わず		1：陽性、2：陰性
		9F130160700000011	腹部超音波(所見の有無)				コード					1：所見あり、2：所見なし
		9F130160800000049	腹部超音波(所見)				漢字					所見ありの場合に記載
		9N271160700000011	婦人科診察(所見の有無)				コード					1：所見あり、2：所見なし
		9N271160800000049	婦人科診察(所見)				漢字					所見ありの場合に記載
		9N276160700000011	乳房視触診(所見の有無)				コード					1：所見あり、2：所見なし
		9N276160800000049	乳房視触診(所見)				漢字					所見ありの場合に記載
		9N281160700000011	乳房画像診断(マンモグラフィー)(所見の有無)				コード					1：所見あり、2：所見なし、3：要再撮影、4：マンモグラフィー不適
		9N281160800000049	乳房画像診断(マンモグラフィー)(所見)				漢字					所見ありの場合に記載
		9F140160700000011	乳房超音波検査(所見の有無)				コード					1：所見あり、2：所見なし
		9F140160800000049	乳房超音波検査(所見)				漢字					所見ありの場合に記載
		9N291160700000011	子宮頸部視診(所見の有無)				コード					1：所見あり、2：所見なし
		9N291160800000049	子宮頸部視診(所見)				漢字					所見ありの場合に記載
		9N296160700000011	子宮内診(所見の有無)				コード					1：所見あり、2：所見なし
		9N296160800000049	子宮内診(所見)				漢字					所見ありの場合に記載
		7A021165008543311	子宮頸部細胞診(細胞診婦人科材料)(日母分類)				コード					1：classⅠ、2：classⅡ、3：classⅢa、4：classⅢb、5：classⅣ、6：classⅤ、7：検体不良
		7A021165108543311	子宮頸部細胞診(細胞診婦人科材料)(ベセスダ分類)				コード					1：Negative、2：ASC-US、3：ASC-H、4：LSIL、5：HSIL、6：AGC／AIS、7：carcinoma等、8：検体不良
		7A022000008543311	子宮体部細胞診(細胞診婦人科材料)				コード					1：陽性、2：疑陽性、3：陰性、4：検体不良
		9Z771160700000011	直腸肛門機能(2項目以上)(所見の有無)				コード					1：所見あり、2：所見なし
		9Z771160800000049	直腸肛門機能(2項目以上)(所見)				漢字					所見ありの場合に記載
		9Z770160700000011	直腸肛門機能(1項目)(所見の有無)				コード					1：所見あり、2：所見なし
		9Z770160800000049	直腸肛門機能(1項目)(所見)				漢字					所見ありの場合に記載
		1B030000001599811	便潜血				コード			方法問わず		1：陽性、2：陰性
		5D305000002399811	PSA(前立腺特異抗原)				コード			方法問わず		1：陽性、2：陰性
		9C310000000000001	肺機能検査(努力肺活量)				数字	1				小数点以下1桁
		9C320000000000001	肺機能検査(1秒量)				数字	1				小数点以下1桁
		9C330000000000002	肺機能検査(1秒率)				数字	%				小数点以下1桁
		9C380000000000002	肺機能検査(%VC)				数字	%				小数点以下1桁
		9E160162100000001	視力(右)				数字					小数点以下2桁
		9E160162500000001	視力(右：矯正)				数字					小数点以下2桁
		9E160162200000001	視力(左)				数字					小数点以下2桁
		9E160162600000001	視力(左：矯正)				数字					小数点以下2桁
		9D100163100000011	聴力(右、1000Hz)				コード					1：所見あり、2：所見なし
		9D100163200000011	聴力(右、4000Hz)				コード					1：所見あり、2：所見なし
		9D100163500000011	聴力(左、1000Hz)				コード					1：所見あり、2：所見なし
		9D100163600000011	聴力(左、4000Hz)				コード					1：所見あり、2：所見なし
		9D100164000000011	聴力(検査方法)				コード					1：オーディオメトリー、2：その他
		9D100160900000049	聴力(その他の所見)				漢字					
	☐	9E100166000000011	眼底検査(キースワグナー分類)				コード					1：0、2：Ⅰ、3：Ⅱa、4：Ⅱb、5：Ⅲ、6：Ⅳ
	☐	9E100166100000011	眼底検査(シェイエ分類：H)				コード					1：0、2：1、3：2、4：3、5：4
	☐	9E100166200000011	眼底検査(シェイエ分類：S)				コード					1：0、2：1、3：2、4：3、5：4
	☐	9E100166300000011	眼底検査(SCOTT分類)				コード					1：Ⅰ(a)、2：Ⅰ(b)、3：Ⅱ、4：Ⅲ(a)、5：Ⅲ(b)、6：Ⅳ、7：Ⅴ(a)、8：Ⅴ(b)、9：Ⅵ
	☐	9E100160900000049	眼底検査(その他の所見)				漢字					その他の所見の判定方法を用いている場合については、本欄に所見を記載すること。また、SCOTT分類を用いている場合で異常がない場合においては、その旨を記載すること。
	☐	9E100161000000049	眼底検査(実施理由)				漢字					
		9E105162100000001	眼圧検査(右)				数字	mmHg				
		9E105162200000001	眼圧検査(左)				数字	mmHg				
生体検査等		5C070000002306201	CRP				数字	mg／dl			1：可視吸光光度法(ラテックス凝集比濁法)	小数点以下1桁
がん検査等		5C070000002306301					数字	mg／dl			2：可視吸光光度法(免役比濁法)	

		5C070000002399901				数字	mg／dl			3：その他	
		5H010000001910111	血液型 (ABO)			コード				1：試験管法 カラム凝集法	1：A、2：B、3：AB、4：O
		5H010000001999911				コード				2：その他	1：A、2：B、3：AB、4：O
		5H020000001910111	血液型 (Rh)			コード				1：試験管法 カラム凝集法	1：＋、2：－
		5H020000001999911				コード				2：その他	1：＋、2：－
		5E071000002399811	梅毒反応			コード				方法問わず	1：陽性、2：陰性
		5F016141002399811	HBs抗原			コード				方法問わず	1：陽性、2：陰性
		5F360149502399811	HCV抗体			コード				方法問わず	1：陽性、2：陰性
		5F360149702399811	HCV抗体 (力価)			コード				方法問わず	1：陰性、2：低力価、3：中力価、4：高力価
		5F360150002399811	HCV抗原検査			コード				方法問わず	1：陽性、2：陰性
		5F360145002399811	HCV核酸増幅検査			コード				方法問わず	1：陽性、2：陰性
		9N401000000000011	C型肝炎ウイルス検診の判定			コード					1：現在、C型肝炎ウイルスに感染していない可能性が極めて高い、2：現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が極めて高い
		9N406000000000049	その他の法定特殊健康診断			漢字					
		9N411000000000049	その他の法定検査			漢字					
		9N416000000000049	その他の検査			漢字					
	○	9N501000000000011	メタボリックシンドローム判定			コード					1：基準該当、2：予備群該当、3：非該当、4：判定不能
	○	9N506000000000011	保健指導レベル			コード					1：積極的支援、2：動機付け支援、3：なし、4：判定不能
	○	9N511000000000049	医師の診断 (判定)			漢字					
	○	9N516000000000049	健康診断を実施した医師の氏名			漢字					
医師の判断		9N521000000000049	医師の意見			漢字					
		9N526000000000049	意見を述べた医師の氏名			漢字					
		9N531000000000049	歯科医師による健康診断			漢字					
		9N536000000000049	歯科医師による健康診断を実施した歯科医師の氏名			漢字					
		9N541000000000049	歯科医師の意見			漢字					
		9N546000000000049	意見を述べた歯科医師の氏名			漢字					
		9N551000000000049	備考			漢字					
		9N556000000000011	生活機能評価の結果1			コード					1：介護予防事業の利用が望ましい、2：医学的な理由により次の介護予防の利用は不適當、3：生活機能の低下なし
		9N561000000000011	生活機能評価の結果2			コード					1：すべて、2：運動器の機能向上、3：栄養改善、4：口腔機能の向上、5その他 (上記で2を選択したときに記載)
		9N566000000000049	生活機能評価の結果3			漢字					上記でその他を記載したとき記載
		9N571000000000049	医師の診断 (判定) (生活機能評価)			漢字					
		9N576000000000049	診断をした医師の氏名 (生活機能評価)			漢字					
		9N581161300000011	医師の診断 (肺がん検診) (コード)			コード					1：精密検査必要、2：精密検査不要
		9N581161400000049	医師の診断 (肺がん検診) (自由記載)			漢字					
		9N586000000000049	診断をした医師の氏名 (肺がん検診)			漢字					
		9N591161300000011	医師の診断 (胃がん検診) (コード)			コード					1：精密検査必要、2：精密検査不要
		9N591161400000049	医師の診断 (胃がん検診) (自由記載)			漢字					
		9N596000000000049	診断をした医師の氏名 (胃がん検診)			漢字					
		9N601161300000011	医師の診断 (乳がん検診) (コード)			コード					1：精密検査必要、2：精密検査不要
		9N601161400000049	医師の診断 (乳がん検診) (自由記載)			漢字					
		9N606000000000049	診断をした医師の氏名 (乳がん検診)			漢字					
		9N611161300000011	医師の診断 (子宮がん検診) (コード)			コード					1：精密検査必要、2：精密検査不要
		9N611161400000049	医師の診断 (子宮がん検診) (自由記載)			漢字					
		9N616000000000049	診断をした医師の氏名 (子宮がん検診)			漢字					
		9N621161300000011	医師の診断 (大腸がん検診) (コード)			コード					1：精密検査必要、2：精密検査不要
		9N621161400000049	医師の診断 (大腸がん検診) (自由記載)			漢字					
		9N626000000000049	診断をした医師の氏名			漢字					
		9N631161300000011	医師の診断 (前立腺がん検診) (コード)			コード					1：精密検査必要、2：精密検査不要
		9N631161400000049	医師の診断 (前立腺がん検診) (自由記載)			漢字					
		9N636000000000049	診断をした医師の氏名 (前立腺がん検診)			漢字					
		9N641000000000049	医師の診断 (その他)			漢字					
		9N646000000000049	診断をした医師の氏名 (その他)			漢字					
質問票	○	9N701000000000011	服薬1 (血圧)			コード					1：服薬あり、2：服薬なし
	☆	9N701167000000049	(薬剤)			漢字					
	☆	9N701167100000049	(服薬理由)			漢字					
	○	9N706000000000011	服薬2 (血糖)			コード					1：服薬あり、2：服薬なし
	☆	9N706167000000049	(薬剤)			漢字					
	☆	9N706167100000049	(服薬理由)			漢字					
	○	9N711000000000011	服薬3 (脂質)			コード					1：服薬あり、2：服薬なし
	☆	9N711167000000049	(薬剤)			漢字					
	☆	9N711167100000049	(服薬理由)			漢字					
	☆	9N716000000000011	既往歴1 (脳血管)			コード					1：はい、2：いいえ
	☆	9N721000000000011	既往歴2 (心血管)			コード					1：はい、2：いいえ
	☆	9N726000000000011	既往歴3 (腎不全・人工透析)			コード					1：はい、2：いいえ
	☆	9N731000000000011	貧血			コード					1：はい、2：いいえ
	○	9N736000000000011	喫煙			コード					1：はい、2：いいえ
	☆	9N741000000000011	20歳からの体重変化			コード					1：はい、2：いいえ
	☆	9N746000000000011	30分以上の運動習慣			コード					1：はい、2：いいえ
	☆	9N751000000000011	歩行又は身体活動			コード					1：はい、2：いいえ
	☆	9N756000000000011	歩行速度			コード					1：はい、2：いいえ
	☆	9N761000000000011	1年間の体重変化			コード					1：はい、2：いいえ
	☆	9N766000000000011	食べ方1 (早食い等)			コード					1：速い、2：ふつう、3：遅い
	☆	9N771000000000011	食べ方2 (就寝前)			コード					1：はい、2：いいえ
	☆	9N776000000000011	食べ方3 (夜食／間食)			コード					1：はい、2：いいえ
	☆	9N781000000000011	食習慣			コード					1：はい、2：いいえ
	☆	9N786000000000011	飲酒			コード					1：毎日、2：時々、3：ほとんど飲まない
	☆	9N791000000000011	飲酒量			コード					1：1合未満、2：1～2合未満、3：2～3合未満、4：3合以上
	☆	9N796000000000011	睡眠			コード					1：はい、2：いいえ
	☆	9N801000000000011	生活習慣の改善			コード					1：意志なし、2：意志あり (6か月以内)、3：意志あり (近いうち)、4：取組済み (6ヶ月未満)、5：取組済み (6ヶ月以上)
	☆	9N806000000000011	保健指導の希望			コード					1：はい、2：いいえ
基本チェックリスト		9N811000000000011	1. バスや電車で1人で外出していますか			コード					0：はい、1：いいえ
		9N816000000000011	2. 日用品の買物をしていますか			コード					0：はい、1：いいえ
		9N821000000000011	3. 預貯金の出し入れをしていますか			コード					0：はい、1：いいえ
		9N826000000000011	4. 友人の家を訪ねていますか			コード					0：はい、1：いいえ
		9N831000000000011	5. 家族や友人の相談にのっていますか			コード					0：はい、1：いいえ
		9N836000000000011	6. 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか			コード					0：はい、1：いいえ
		9N841000000000011	7. 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか			コード					0：はい、1：いいえ
		9N846000000000011	8. 15分位続けて歩いていますか			コード					0：はい、1：いいえ
		9N851000000000011	9. この1年間に転んだことがありますか			コード					1：はい、0：いいえ
		9N856000000000011	10. 転倒に対する不安は大きいですか			コード					1：はい、0：いいえ
		9N861000000000011	11. 6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか			コード					1：はい、0：いいえ
		9N866000000000001	12. 身長 cm 体重 kg (BMI=)			数字	kg／m ²				身長と体重から計算されるBMIを記載すること。小数点以下1桁
		9N871000000000011	13. 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか			コード					1：はい、0：いいえ
		9N876000000000011	14. お茶や汁物等でむせることがありますか			コード					1：はい、0：いいえ
		9N881000000000011	15. 口の渇きが気になりますか			コード					1：はい、0：いいえ

	9N886000000000011	16. 週に1回以上は外出していますか				コード					0：はい、1：いいえ
	9N891000000000011	17. 昨年と比べて外出の回数が減っていますか				コード					1：はい、0：いいえ
	9N896000000000011	18. 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか				コード					1：はい、0：いいえ
	9N901000000000011	19. 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか				コード					0：はい、1：いいえ
	9N906000000000011	20. 今日が何月何日かわからない時がありますか				コード					1：はい、0：いいえ
	9N911000000000011	21. (ここ2週間)毎日の生活に充実感がない				コード					1：はい、0：いいえ
	9N916000000000011	22. (ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった				コード					1：はい、0：いいえ
	9N921000000000011	23. (ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる				コード					1：はい、0：いいえ
	9N926000000000011	24. (ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない				コード					1：はい、0：いいえ
	9N931000000000011	25. (ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする				コード					1：はい、0：いいえ

(表の説明)

注1) ○…必須項目、□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目、▲…医療保険者に報告する必要はないが、受診者に対して健診結果を通知する項目、●…いずれかの項目の実施で可、☆…情報を入手した場合に限り、医療保険者に報告する項目

注2) 医療保険者は、特定健診以外の項目について、健診機関等における対応の可否を踏まえ、本表に示す項目以外の項目をも含め、任意に特定健診以外の項目の実施や、当該項目の入力方法の変更等を行うことができる。

保健指導情報

番号	記載区分(注1)			項目コード	項目名	データ 値	データ タイプ	単位	備考
	1回目 の請求 時	2回目 の請求 時	国への 実績報 告時						
1001	○		○	1020000001	支援レベル		コード		1：積極的支援、2：動機づけ支援(健診結果に基づき階層化された区分)
1002	△		△	1020000002	行動変容ステージ		コード		1：意志なし、2：意志あり(6ヶ月以内)、3：意志あり(近いうち)、4：取組済み(6ヶ月未満)、5：取組済み(6ヶ月以上)
1003	☆			1020000003	保健指導コース名		漢字		
1004	○		○	1022000011	初回面接の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1005	○		○	1022000012	初回面接による支援の支援形態		コード		1：個別支援、2：グループ支援
1006	○		○	1022000013	初回面接の実施時間	数字		分	
1007	○		○	1022000015	初回面接の実施者	コード			1：医師、2：保健師、3：管理栄養士、4：その他
1008	●		●	1021000020	継続的支援予定期間	数字		週	
1009	☆			1021001031	目標腹囲	数字		cm	
1010	☆			1021001032	目標体重	数字		kg	
1011	□			1021001033	目標収縮期血圧	数字		mmHg	
1012	□			1021001034	目標拡張期血圧	数字		mmHg	
1013	☆			1021001050	一日の削減目標エネルギー量	数字		kcal	
1014	☆			1021001051	一日の運動による目標エネルギー量	数字		kcal	
1015	☆			1021001052	一日の食事による目標エネルギー量	数字		kcal	
1016		★		1032000011	中間評価の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1017		★		1032000012	中間評価の支援形態		コード		1：個別支援A、3：グループ支援、4：電話A、6：電子メール支援A
1018		★		1032000013	中間評価の実施時間	数字		分	
1019		★		1032000014	中間評価の実施ポイント	数字			自動計算
1020		★		1032000015	中間評価の実施者	コード			1：医師、2：保健師、3：管理栄養士、4：その他
1021		★		1032001031	中間評価時の腹囲	数字		cm	YYYYMMDD
1022		★		1032001032	中間評価時の体重	数字		kg	
1023		▲		1032001033	中間評価時の収縮期血圧	数字		mmHg	
1024		▲		1032001034	中間評価時の拡張期血圧	数字		mmHg	
1025		★		1032001042	中間評価時の生活習慣の改善(栄養・食生活)	コード			0：変化なし、1：改善、2：悪化
1026		★		1032001041	中間評価時の生活習慣の改善(身体活動)	コード			0：変化なし、1：改善、2：悪化
1027		▲		1032001043	中間評価時の生活習慣の改善(喫煙)	コード			1：禁煙継続、2：非継続、3：非喫煙、4：禁煙の意志なし
1028		★		1032100011	支援A①の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1029		★		1032100012	支援A①の支援形態		コード		1：個別支援A、3：グループ支援、4：電話A、6：電子メール支援A
1030		★		1032100013	支援A①の実施時間	数字		分	
1031		★		1032100014	支援A①の実施ポイント	数字			自動計算
1032		★		1032100015	支援A①の実施者	コード			1：医師、2：保健師、3：管理栄養士、4：その他
1033		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A②の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1034		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A②の支援形態		コード		1：個別支援A、3：グループ支援、4：電話A、6：電子メール支援A
1035		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A②の実施時間	数字		分	
1036		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A②の実施ポイント	数字			自動計算
1037		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A②の実施者	コード			1：医師、2：保健師、3：管理栄養士、4：その他
1038		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A③の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1039		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A③の支援形態		コード		1：個別支援A、3：グループ支援、4：電話A、6：電子メール支援A
1040		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A③の実施時間	数字		分	
1041		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A③の実施ポイント	数字			自動計算
1042		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A③の実施者	コード			1：医師、2：保健師、3：管理栄養士、4：その他
1043		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A④の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1044		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A④の支援形態		コード		1：個別支援A、3：グループ支援、4：電話A、6：電子メール支援A
1045		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A④の実施時間	数字		分	
1046		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A④の実施ポイント	数字			自動計算
1047		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A④の実施者	コード			1：医師、2：保健師、3：管理栄養士、4：その他
1048		★		1032200011	支援B①の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1049		★		1032200012	支援B①の支援形態	コード			2：個別支援B、5：電話B、7：電子メール支援B
1050		★		1032200013	支援B①の実施時間	数字		分	
1051		★		1032200014	支援B①の実施ポイント	数字			自動計算
1052		★		1032200015	支援B①の実施者	コード			1：医師、2：保健師、3：管理栄養士、4：その他
1053		★		支援B①の対応するコードと同一	支援B②の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1054		★		支援B①の対応するコードと同一	支援B②の支援形態		コード		2：個別支援B、5：電話B、7：電子メール支援B

1055		★		支援B①の対応するコードと同一	支援B②の実施時間		数字	分	
1056		★		支援B①の対応するコードと同一	支援B②の実施ポイント		数字		自動計算
1057		★		支援B①の対応するコードと同一	支援B②の実施者		コード		1：医師、2：保健師、3：管理栄養士、4：その他
1058		★		支援B①の対応するコードと同一	支援B③の実施日付		年月日		
1059		★		支援B①の対応するコードと同一	支援B③の支援形態		コード		2：個別支援B、5：電話B、7：電子メール支援B
1060		★		支援B①の対応するコードと同一	支援B③の実施時間		数字	分	
1061		★		支援B①の対応するコードと同一	支援B③の実施ポイント		数字		自動計算
1062		★		支援B①の対応するコードと同一	支援B③の実施者		コード		1：医師、2：保健師、3：管理栄養士、4：その他
1063		★		支援B①の対応するコードと同一	支援B④の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1064		★		支援B①の対応するコードと同一	支援B④の支援形態		コード		2：個別支援B、5：電話B、7：電子メール支援B
1065		★		支援B①の対応するコードと同一	支援B④の実施時間		数字	分	
1066		★		支援B①の対応するコードと同一	支援B④の実施ポイント		数字		自動計算
1067		★		支援B①の対応するコードと同一	支援B④の実施者		コード		1：医師、2：保健師、3：管理栄養士、4：その他
1068		○	○	1042000011	6ヶ月後の評価の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1069		○	○	1042000012	6ヶ月後の評価の支援形態又は確認方法		コード		1：個別支援、2：グループ支援、3：電話、4：電子メール支援
1070		○	○	1042000015	6ヶ月後の評価の実施者		コード		1：医師、2：保健師、3：管理栄養士、4：その他
1071		○	○	1042000116	6ヶ月後の評価ができない場合の確認回数		数字	回	確認方法に基づき、評価実施者が行った確認の回数
1072		○	○	1042001031	6ヶ月後の評価時の腹囲		数字	cm	
1073		○	○	1042001032	6ヶ月後の評価時の体重		数字	kg	
1074		△	△	1042001033	6ヶ月後の評価時の収縮期血圧		数字	mmHg	
1075		△	△	1042001034	6ヶ月後の評価時の拡張期血圧		数字	mmHg	
1076		○	○	1042001042	6ヶ月後の評価時の保健指導による生活習慣の改善(栄養・食生活)		コード		0：変化なし、1：改善、2：悪化
1077		○	○	1042001041	6ヶ月後の評価時の保健指導による生活習慣の改善(身体活動)		コード		0：変化なし、1：改善、2：悪化
1078		△	△	1042001043	6ヶ月後の評価時の保健指導による生活習慣の改善(喫煙)		コード		1：禁煙継続、2：非継続、3：非喫煙、4：禁煙の意志なし
1079	●		●	1041800117	計画上の継続的な支援の実施回数		数字	回	
1080	●		●	1041101117	計画上の継続的な支援の実施回数(個別支援A)		数字	回	
1081	●		●	1041101113	計画上の継続的な支援の合計実施時間(個別支援A)		数字	分	
1082	▲		▲	1041201117	計画上の継続的な支援の実施回数(個別支援B)		数字	回	
1083	▲		▲	1041201113	計画上の継続的な支援の合計実施時間(個別支援B)		数字	分	
1084	●		●	1041302117	計画上の継続的な支援の実施回数(グループ支援)		数字	回	
1085	●		●	1041302113	計画上の継続的な支援の合計実施時間(グループ支援)		数字	分	
1086	●		●	1041103117	計画上の継続的な支援の実施回数(電話Aによる支援)		数字	回	
1087	●		●	1041103113	計画上の継続的な支援の合計実施時間(電話Aによる支援)		数字	分	
1088	●		●	1041104117	計画上の継続的な支援の実施回数(e—mailAによる支援)		数字	回	
1089	▲		▲	1041203117	計画上の継続的な支援の実施回数(電話Bによる支援)		数字	回	
1090	▲		▲	1041203113	計画上の継続的な支援の合計実施時間(電話Bによる支援)		数字	分	
1091	▲		▲	1041204117	計画上の継続的な支援の実施回数(e—mailBによる支援)		数字	回	
1092	●		●	1041100114	計画上の継続的な支援によるポイント(支援A)		数字		
1093	▲		▲	1041200114	計画上の継続的な支援によるポイント(支援B)		数字		
1094	●		●	1041800114	計画上の継続的な支援によるポイント(合計)		数字		自動計算
1095		●	●	1042800117	実施上の継続的な支援の実施回数		数字	回	自動計算
1096		●	●	1042101117	実施上の継続的な支援の実施回数(個別支援A)		数字	回	

1097		●	●	1042101113	実施上の継続的な支援の合計実施時間(個別支援A)		数字	分	
1098		▲	▲	1042201117	実施上の継続的な支援の実施回数(個別支援B)		数字	回	
1099		▲	▲	1042201113	実施上の継続的な支援の合計実施時間(個別支援B)		数字	分	
1100		●	●	1042302117	実施上の継続的な支援の実施回数(グループ支援)		数字	回	
1101		●	●	1042302113	実施上の継続的な支援の合計実施時間(グループ支援)		数字	分	
1102		●	●	1042103117	実施上の継続的な支援の実施回数(電話Aによる支援)		数字	回	
1103		●	●	1042103113	実施上の継続的な支援の合計実施時間(電話Aによる支援)		数字	分	
1104		●	●	1042104117	実施上の継続的な支援の実施回数(e—mailAによる支援)		数字	回	
1105		▲	▲	1042203117	実施上の継続的な支援の実施回数(電話Bによる支援)		数字	回	
1106		▲	▲	1042203113	実施上の継続的な支援の合計実施時間(電話Bによる支援)		数字	分	
1107		▲	▲	1042204117	実施上の継続的な支援の実施回数(e—mailBによる支援)		数字	回	
1108		●	●	1042100114	継続的な支援によるポイント(支援A)		数字		自動計算
1109		▲	▲	1042200114	継続的な支援によるポイント(支援B)		数字		自動計算
1110		●	●	1042800114	継続的な支援によるポイント(合計)		数字		自動計算
1111		▲	▲	1042800118	禁煙指導の実施回数		数字	回	
1112		●	●	1042000022	実施上の継続的な支援の終了日		年月日		YYYYMMDD
1113			★	1042000081	委託先保健指導機関番号(1)		数字		
1114			★	1042000082	委託先保健指導機関名(1)		漢字		
1115			★	1042000085	主対応内容(1)		コード		1：個別支援、2：グループ支援、3：電話、4：電子メール支援
1116			★	委託先保健指導機関番号(1)と同じ	委託先保健指導機関番号(2)		数字		
1117			★	委託先保健指導機関名(1)と同じ	委託先保健指導機関名(2)		漢字		
1118			★	主対応内容(1)と同じ	主対応内容(2)		コード		1：個別支援、2：グループ支援、3：電話、4：電子メール支援
1119			★	委託先保健指導機関番号(1)と同じ	委託先保健指導機関番号(3)		数字		
1120			★	委託先保健指導機関名(1)と同じ	委託先保健指導機関名(3)		漢字		
1121			★	主対応内容(1)と同じ	主対応内容(3)		コード		1：個別支援、2：グループ支援、3：電話、4：電子メール支援
1122			★	委託先保健指導機関番号(1)と同じ	委託先保健指導機関番号(4)		数字		
1123			★	委託先保健指導機関名(1)と同じ	委託先保健指導機関名(4)		漢字		
1124			★	主対応内容(1)と同じ	主対応内容(4)		コード		1：個別支援、2：グループ支援、3：電話、4：電子メール支援

注1 1回目の請求時＝初回面接終了後、2回目の請求時＝6ヶ月後の実績評価終了後。
 条件：○…必須入力項目、☆…少なくとも保険者が委託により実施した場合は必須入力項目、△…情報を入手した場合に入力、□…計画において目標値を定めた場合についてのみ入力。
 ●…必須入力項目(積極的支援の場合のみ)、★…少なくとも保険者が委託により実施した場合は必須入力項目(積極的支援の場合のみ)、▲…情報を入手した場合に入力(積極的支援の場合のみ)とするが、動機付け支援の場合において、保険者との契約により継続的な支援の実施及びその報告が求められている場合についてのみ入力する(積極的支援に準じた継続的支援を実施する場合のみ)。
 注2 必須でなくとも全項目電子化し保管することも可。また電子化しない場合でも紙での記録(対象者一人ひとりの「特定保健指導支援計画及び実施報告書」)は委託・直営に関わらず必須
 注3 2回目以降の報告は、それまでのデータに追加(上書き)しやり取りするものとする。
 注4 ○☆は代行機関等でチェックすべき項目を示したものであり、各回の送付ファイルに入れるべき項目を示したものではない。
 注5 項目1113～1124については、当該保健指導を実施している保険者(又は保健指導機関)が継続的支援の一部を委託(又は再委託)している場合に入力する。

データ範囲のチェック

項目コード	項目名	データタイプ	入力最小値(L)	入力最大値(H)	少数点以下の桁数	単位
9N0010000000000001	身長	数字	100.0	250.0	1	cm
9N0060000000000001	体重	数字	20.0	250.0	1	kg
9N0110000000000001	BMI	数字	10.0	100.0	1	kg/m ²
9N0161601000000001 9N0161602000000001 9N0161603000000001	腹囲	数字	40.0	250.0	1	cm
9A7550000000000001 9A7520000000000001 9A7510000000000001	血圧(収縮期)	数字	60	300	0	mmHg
9A7650000000000001 9A7620000000000001 9A7610000000000001	血圧(拡張期)	数字	30	150	0	mmHg
3F015000002327101 3F015000002327201 3F015000002399901	中性脂肪	数字	10	2000	0	mg/dL
3F070000002327101 3F070000002327201 3F070000002399901	HDLコレステロール	数字	10	500	0	mg/dL
3F077000002327101 3F077000002327201 3F077000002399901	LDLコレステロール	数字	20	1000	0	mg/dL
3B035000002327201 3B035000002399901	AST(GOT)	数字	0	1000	0	IU/L37℃
3B045000002327201 3B045000002399901	ALT(GPT)	数字	0	1000	0	IU/L37℃
3B090000002327101 3B090000002399901	γ-GT(γ-GTP)	数字	0	1000	0	IU/L37℃
3D010000001926101 3D010000002227101 3D010000001927201 3D010000001999901	空腹時血糖	数字	20	600	0	mg/dL
3D046000001906202 3D046000001920402 3D046000001927102 3D046000001999902	HbA1c(NGSP)	数字	3.0	20.0	1	%
2A040000001930102	ヘマトクリット値	数字	0.0	100.0	1	%
2A030000001930101	血色素量[ヘモグロビン値]	数字	0.0	30.0	1	g/Dl
2A020000001930101	赤血球数	数字	0	1000	0	万/mm ³

※1 基準範囲外: 健診データが入力最小値以下の場合は「L」、入力最大値以上の場合は「H」を入力する。ただし、平成25年度以降は実測値も併せて入力する。

(注)この「H」「L」は、不必要なデータベースを確保することによるシステムの負担を軽減すること、誤入力のチェック(30を300と入れてしまう等)の観点から設定している。「H」以上や「L」以下の値はおおよそ正確な検査データとしては考えにくい値であって、検体の取扱いや測定機器上の問題を疑うべき値であり、各疾患の基準範囲からはかけ離れている。したがって、平成25年度からHbA1cがJDS値からNGSP値に移行するが、それに伴ってこれらの「H」「L」値については変更しない。

※2 検査の実施: 健診データが未入力で検査未実施の場合は「未実施」を入力する。

○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30年3月31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

- (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つた場合に、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) 第30条に規定する秘密保持義務を遵守すること。
 - (5) 個人情報保護の保護に関する法律（平成15年法律第57号）及びこれに基づくガイドライン等を遵守すること。
 - (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、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

認す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。

- (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。

- (12) 特定健康診査の外部委託に関する基準

第2 特定健康診査の外部委託に関する基準

- (1) 特定健康診査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「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究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じることにより、外部への情報漏洩（えい）、不正アクセス、コンピュータ・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、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、個人情報保護法第23条第1項第2号が特定できない番号の付与等により、当該個人情報保護法第23条第1項第2号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速やかに行うこと。

(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93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

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。)の実施については、第1に掲げる基準とし、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。)の実施については、第2に掲げる基準とする。なお、平成30年3月31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「保健師、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 特定健康診査の実施に係る施設、運営、記録の保存等に関する基準

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そ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。

3 精度管理に関する基準

- (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委託する場合には、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) 個人情報保護の保護に関する法律(平成15年法律第57号)及びこれに基づきガイドライン等を遵守すること。

- (6) 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、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、当該個人情報等を匿名化すること。

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) 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。

- (3) 特定健康診査を適切かつ継続的に実施することができず財務基盤を有すること。

- (4) 業務の一部を委託する場合には、委託先との契約に、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。

- (5) 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、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

- (6) 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。

- (7) 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。

- (8) 虚偽又は誇大な広告を行わないこと。

- (9) 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、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。

- (10) 従業者及び会計に関する諸記録を整備すること。

第2 特定保健指導の実施に係る施設、運営、記録の保存等に関する基準

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「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行う。）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

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、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。

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) 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。
- (3) 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。
- (4) 特定保健指導を実施する年度中に、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。
- (5) 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すること。
- (2) 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) 個人情報保護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) 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じることにより、外部への情報漏洩(えい)、不正アクセス、コンピュータ・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。以下この(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、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) 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。
- (3) 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。
- (4) 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とする財務基盤を有すること。
- (5) 業務の一部を委託する場合には、委託先との契約に、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、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
- (7) 特定保健指導実施者に身分を証する書類を携帯させ、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。
- (8) 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。
- (9) 虚偽又は誇大な広告を行わないこと。
- (10) 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。
- (11) 従業者及び会計に関する諸記録を整備すること。

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（フィードバック） 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、適宜改変して使用してください。
- フィードバックに当たっては、各検査項目の経年変化を確認し、悪化傾向なのか、改善傾向なのかといったことを踏まえた対応をすることが大切です。
- この文例集では、血圧・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等は、対象者に対する注意喚起がいっそう重要になりますので、注意してください。

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  正常	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	
		$140\text{mmHg} \leq$ 収縮期血圧 $< 160\text{mmHg}$ 又は $90\text{mmHg} \leq$ 拡張期血圧 $< 100\text{mmHg}$	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	$130\text{mmHg} \leq$ 収縮期血圧 $< 140\text{mmHg}$ 又は $85\text{mmHg} \leq$ 拡張期血圧 $< 90\text{mmHg}$	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
	基準範囲内	収縮期血圧 $< 130\text{mmHg}$ かつ 拡張期血圧 $< 85\text{mmHg}$	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）

$140\text{mmHg} \leq$ 収縮期血圧 $< 160\text{mmHg}$ 又は $90\text{mmHg} \leq$ 拡張期血圧 $< 100\text{mmHg}$

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。

※「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】

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

脂質異常に関するフィードバック文例集

【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  正常	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	④生活習慣の 改善を
	基準範囲内	LDL<120mg/dL かつ TG<150mg/dL かつ HDL $\geq$ 40 mg/dL	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も多く、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。

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

脂質検査の結果、中性脂肪が高いことがわかりました。150 未満の人と比べて 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

120mg/dL $\leq$ LDL<140mg/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。

これ以上高くななら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。

150mg/dL $\leq$ TG<300mg/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。

HDL<40mg/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）

120mg/dL $\leq$ LDL<140mg/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。

これ以上高くななら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。

150mg/dL $\leq$ TG<300mg/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。

HDL<40mg/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): 216-223, 2007.
2. Imano H, Noda H, Kitamura A, Sato S, Kiyama M, Sankai T, Ohira T, Nakamura M, Yamagishi K, Ikeda A, Shimamoto T, Iso H. Low-density lipoprotein cholesterol and risk of coronary heart disease among Japanese men and women: the Circulatory Risk in Communities Study (CIRCS). *Prev Med.* 2011 May;52(5):381-6.
3. Nagasawa SY, Okamura T, Iso H, Tamakoshi A, Yamada M, Watanabe M, Murakami Y, Miura K, Ueshima H, for the Evidence for Cardiovascular Prevention from Observational Cohorts in Japan (EPOCH-JAPAN) Research Group. Relation Between Serum Total Cholesterol Level and Cardiovascular Disease Stratified by Sex and Age Group: A Pooled Analysis of 65 594 Individuals From 10 Cohort Studies in Japan *J Am Heart Assoc*; 1: e001974, 2012.

【参考文献;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.* 89:2533-9,1994

【参考論文;トリグリセリド】

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

血糖高値に関するフィードバック文例集

【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	②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 ールは良好、 現在のコント ール継続	⑦運動／食生 活等の改善を、 ぜひ精密検査 を
		100～109	5.6～5.9				⑧生活習慣の 改善を、リスク の重複等あれ ば精密検査を
	基準範囲内	～99	～5.5		⑨肥満改善と 健診継続を		⑩今後も継続し て健診受診を
正常 ↓							

【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、治療を継続してください。

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ください。

※空腹時血糖を測定しておらず、HbA1c $\geq$ 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ください。

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

今回の健診では、空腹時血糖が() mg/dL、HbA1cが() %であり、これはあなたが糖尿病であることを示す値です。至急、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、治療を開始してください。

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、治療を継続してください。

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ください。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ください。今後も食事、運動などにも留意され、健康生活を継続してください。

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て使用してください。

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、血液中の善玉（HDL）コレステロールが減少したり、中性脂肪や悪玉（LDL）コレステロールが増加することがわかっています。また、喫煙と脂質異常が重なると、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、血液中の善玉（HDL）コレステロールが減少したり、中性脂肪や血糖値が増加するため、メタボリックシンドロームになりやすい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、肺がんなどのがん、脳梗塞や心筋梗塞、糖尿病、COPD（慢性閉塞性肺疾患）など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倍禁煙に成功しやすくなることがわかっています。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、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ヵ月あたり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: e1001160.
- 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) U.S. Department of Health and Human Services. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General, 2010.
- 5) Willi C., et al. Active smoking and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. JAMA 2007; 298: 2654-2664.
- 6) 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.
- 7) Chiolero A., et al. Consequences of smoking for body weight, body fat distribution, and insulin resistance. Am J Clin Nutr 2008; 87: 801-809.
- 8) 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.
- 9) 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.
- 10) De Cosmo S., et al. Cigarette smoking is associated with low glomerular filtration rate in male patients with type 2 diabetes. Diabetes Care. 2006; 29: 2467-2470.
- 11) 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.
- 12) Higashiyama A., et al. Risk of smoking and metabolic syndrome for incidence of cardiovascular disease-comparison of relative contribution in urban Japanese population: the Suita study. Circ J 2009; 73: 2258-2263.
- 13) Kasza KA, et al. Effectiveness of stop-smoking medications: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. Addiction, 2013; 108: 193-202.
- 14) 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

※血清クレアチニ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:陽性の場合

→ 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(±):弱陽性の場合

→ 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(-):陰性の場合

→ 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(＋)以上
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を指します。

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】 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

【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

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 ↑ 正常 ↓ 異常	血清尿酸値 ≤ 8.0	①生活習慣を改善した上で、改善しないなら医療機関受診を
	$7.0 < \text{血清尿酸値} < 8.0$	②生活習慣の改善を
	$1.5 \leq \text{血清尿酸値} \leq 7.0$	③今後も継続して健診受診を
	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 $\geq 8.0\text{mg/dL}$ ）

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回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（ $7.0\text{mg/dL} < \text{血清尿酸値} < 8.0\text{mg/dL}$ ）

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」）を発症する可能性が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、糖分を抑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（ $1.5 \leq \text{血清尿酸値} \leq 7.0 \text{mg/dL}$ ）

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 $<1.5 \text{mg/dL}$ ）

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. 細谷龍男, 河野英男, 池田齊, 他: 無症候性高尿酸血症の予後に関する研究 - 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 :61-65, 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.