

今後の特定健診・保健指導の在り方について  
(健診・保健指導のあり方に関する検討会 中間とりまとめ)  
(案)

## 1 はじめに

健診・保健指導の在り方に関する検討会においては、昨年の12月以降、国の健康づくり対策の一環としての健康診断・健康診査、保健指導等のあり方について、専門的な見地からの検討を進め、特に、特定健康診査・特定保健指導（以下「特定健診・保健指導」という。）については、制度創設後これまでに蓄積された知見等を踏まえてその主な課題について検討を重ねてきた。

以下、現在までの議論の経緯と当面の対応について取りまとめた。

## 2 議論の経緯

### (1) 現在の特定健診・保健指導の枠組みについて

「内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診を行い、その対象者に生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、糖尿病等の有病者や予備群を減少させる」という目的の現在の特定健診・保健指導制度の在り方について議論があった。

- 現在の制度を評価する観点からは、次のような意見があった。
  - ・ 国民の間にメタボリックシンドロームの概念が浸透し、認知度が高まったことは特定健診・保健指導の成果である。
  - ・ 医療費削減のためのアプローチとして、内臓脂肪肥満を減少させることが効果的であるという考え方に基づく現行制度は推進すべきである。
  - ・ この制度の導入により保健指導が注目され、保健指導の効果は確実にあがっている。
  - ・ 保健指導を系統立てて行うようになったことや、医療保険者が健診や保健指導に取り組むようになったことは、現制度の良かった面である。
  - ・ マンパワーなどが限られた中では、生活習慣が改善しやすく指導目標を立てやすいメタボリックシンドロームに着目した現行制度は効果的である。
  - ・ 現行制度の下で生活習慣の改善効果などのデータが蓄積されているところであり、当面はデータの蓄積に努めるべきである。
- 一方、現在の制度に対する問題提起として、次のような意見があった。
  - ・ 受診率が低く、制度として定着しているとは言えない。受診率が低いと、健診でスクリーニングできる者が限られ、個々人のデータが蓄積されないという問題がある。

- ・ メタボリックシンドロームに着目しているために、心疾患イベントのリスクが高い者への対応が不十分であり、循環器疾患の予防の観点からは、軽症の高血圧や、非肥満でリスクを有する者への介入も検討すべきである。
- ・ 健診項目等は対象者の性別や年齢ごとに細かく見ていくことが必要。高齢化も踏まえ、認知症、歯周病、眼科疾患、うつ等の QOL 阻害要因となる疾患への対応についても広く議論すべきである。

## (2) 特定健診・保健指導における腹囲基準の在り方について

特定健診においては、腹囲を測定し、特定保健指導の対象となる者を選別・階層化する上でのスクリーニングの第一基準として用いているが、これについて、国際糖尿病連合（IDF）が暫定的に示した新たなメタボリックシンドロームの判定基準において腹囲が判定要素の一つとされていること等を踏まえ、検討を行った。

- 腹囲を階層化の第一基準としていることについて、評価する観点からは次のような意見があった。
  - ・ 腹囲は、スクリーニングの手段として重要であり、メタボ対策として生活習慣への介入に先進的に取り組んでいる以上、必ずしも国際暫定基準にとられる必要はない。
  - ・ メタボリックシンドロームの原因である内蔵脂肪に着目した現在の枠組みは、保健指導等の現場では使いやすい考え方である。
  - ・ 非肥満者に対する保健指導は、選択肢や手法の面で介入が必ずしも容易ではなく、リスクの種類に応じた対応が求められる。
  - ・ 肥満者が欧米より少ない日本では、内臓脂肪型肥満という質的な側面を考慮して管理する現行制度は有効である。
- 他方で、腹囲を第一基準としていることについて、次のような問題提起があった。
  - ・ 国際的な動向として、腹囲が第一基準ではなく、判定基準の一つとして扱われるようになってきていることは、尊重すべきである。
  - ・ 腹囲を第一基準とすることで、特に女性の特定健診受診の意欲を失わせている。また、現行の階層化基準では、特定保健指導の対象となる女性が少なく、女性が保健指導を受ける機会が限定される。
  - ・ 腹囲を第一基準とせず、判定基準の一つとする方が、保健指導対象者が増えるので適切である。
  - ・ 腹囲を BMI に置き換えた場合や、腹囲を判定基準の一つとした場合にどのような違いが生ずるのか、検証すべきである。
- また、現行の腹囲の判断基準（男性 85 cm 以上、女性 90 cm 以上）は、絶対リス

クでみた基準であり、相対リスクからは男性85cm、女性80cmとなるため、女性の基準を腹囲80cmに引き下げるという考え方もありうるとの意見もあった。

- 特定健診において腹囲を測定すること、あるいは腹囲を階層化の第一基準とすることについては、重要なテーマであり、必要なデータの収集や研究を進めるとともに、そのデータ等に基づいて引き続きその在り方について検討することが必要であるということとなった。

### (3) 現在特定保健指導の対象となっていない者への対応について

特定健診の結果、腹囲又はBMIの基準に該当しないため特定保健指導の対象とならない者のうち、血圧、血糖、脂質、喫煙等のリスクがある者への対応の在り方について検討を行った。

検討に当たっては、第2回検討会では有識者からヒアリングを行い、第3回・第4回検討会では事務局の提案資料に基づき、議論した。

- 現在特定保健指導の対象となっていない非肥満者のうち、高血圧、高血糖、高脂質、喫煙といったリスクを有する者への対応の在り方について、まず、これらの者に対して何らかの対応が必要であることについては異論がなかった。
- また、具体的な対応の在り方については、次のような様々な意見があった。
  - ・ 現行制度を維持することを基本として、コストを考慮した上で、非肥満者でリスクのある者への介入の在り方を検討すべきである。
  - ・ 特定保健指導の対象に含めて医療保険者の義務としてやるのか、一般衛生部門でやるのか、整理が必要である。
  - ・ 特定保健指導の種類を増やすと、現場では元々の特定保健指導の対象者への対応が不十分となる可能性が考えられる。
  - ・ 保険者による情報提供の実態や、自治体における特定保健指導の対象とならない者への保健指導の取組状況を把握した上で検討すべきである。
  - ・ 薬物治療の意義がより高い層であり、受診勧奨を徹底して、保健指導と医療とが連携して取り組むべきである。
  - ・ 受診勧奨が必要な対象者は医療にきちんとつなげることが大切である。
  - ・ 肥満、非肥満に関わらずリスク保有者を対象として健診受診や生活習慣改善の重要性を啓発するポピュレーションアプローチの役割が重要であり、このような取組をきちんと評価すべきである。
  - ・ 非肥満のリスク保有者に対しては、実効性を高めるために標準的プログラムの中でもう少し踏み込んで書くべきである。
  - ・ 軽度高血圧の者は受診しても薬を飲まない者やそもそも受診しない者が多い。現在の標準プログラムの表記だと、意識の高い自治体等は取り組むが、他の団体

では全く取り組まないという実態にある。このため、少なくとも何らかの保健指導を義務付けるか、あるいは確実に受診勧奨を行うかの対応が必要である。

- ・ 情報提供が一律に健診結果を送るだけにとどまっているところもあるので、対象者個人の健康状態を認識させることが本来の情報提供であることなどを「標準的な健診・保健指導プログラム」（以下「標準プログラム」という。）に整理するとともに、「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」の中でも情報提供の在り方について、丁寧に示すべきである。
- さらに、保健指導を行う場合の内容については、次のような意見があった。
  - ・ 非肥満者に対する保健指導を保険者に義務付ける場合には、効果についてエビデンスのあるプログラムが必要である。また、6ヶ月後の評価をどうするのか（血液検査等を実施するか）も課題である。
  - ・ 非肥満者への保健指導は肥満解消のプログラムとは異なり、病態を捉えた個別の対応が必要となる。すぐに検査や投薬ができない保健指導の枠組みの中でどのような対応ができるか整理が必要である。
  - ・ 非肥満者への保健指導に伴うリスクが不明であるため、介入研究のデータに基づいて検討することが必要である。
  - ・ 非肥満でリスクのある者は、肥満者と違ってリスクが表出していないため、動機付けが難しい。
- 事務局から提案した、血糖、血圧、脂質についてのリスクに応じた対応の指針となる内容を標準プログラムに盛り込むことについては、その方向性についてはおおむね了承を得た。

#### （４）特定保健指導の在り方について

##### ① ポイント制について

「積極的支援」の3ヶ月以上の継続的な支援において、ポイント制が導入され、支援Aで160ポイント以上、支援Bで20ポイント以上の合計180ポイント以上の支援を行うことが必須とされていることについて検討を行った。

##### 【事務局の提案】

- ・ ポイント制の効果について、引き続き研究によりデータの蓄積を行い検証していく。
- ・ ただし、積極的支援における支援A（積極的関与）、支援B（励まし）については、支援Bの必須（20ポイント以上）を外し、「支援Aを160ポイント以上、合計180ポイント以上」を新たな要件とする。
- ・ また、ポイント制については、現在も柔軟な対応が可能であることを明記するとともに、事例集や研修を通して周知を図る。

- 積極的支援のポイント制について、評価する観点からは次のような意見があった。

- ・ 対象者の行動変容に至るまでには継続的に働きかけることが重要であり、一定量の継続支援の実施を担保するため、一定の目標を立てる仕組みが必要である。
  - ・ 保健指導の最低限の質の担保としてポイントの算定が必要である
  - ・ 特定保健指導を委託する場合の尺度としてもポイント制は必要である。
- 他方で、ポイント制について、次のような問題提起があったが、事務局の提案については、おおむね了承を得た。
- ・ 行動変容が容易でない壮年期の男性には、支援を継続するための励ましや共感（支援 B）も重要である。
  - ・ 現場ではポイント制の枠にとらわれた保健指導が行われ、ポイントをクリアするための支援計画が対象者から拒否され、特定保健指導の実施率等に影響しているため、柔軟性が持てるようにすべきである。
  - ・ 特定保健指導を受ける側がポイント制をどう感じているのかの観点も必要である。
  - ・ 必ずしもポイントの多寡によらずに改善結果を出しているところや、ポピュレーションアプローチで効果を上げているところもあり、様々な保健指導の可能性が考えられる。
  - ・ 保健指導による改善状況は個々人で異なることから、ポイントによるプロセス評価だけでなく、アウトカム評価の視点を取り入れていくことが必要である。

## ② 初回面接者と6か月後に評価を行う者との同一性について

特定保健指導の積極的支援において、初回面接者と6ヶ月後の評価者を同一者としていることの必要性についての検討を行った。

### 【事務局の提案】

- ・ 特定保健指導の初回面接者と評価者は同一であることが望ましいが、初回面接から継続支援及び評価までを同一機関で実施する場合など、保健指導実施者間で、情報共有を十分に行える環境がある場合には、初回面接を行った者以外の者が評価を行ってもよいこととする。
- 初回面接者と評価者を同一としていることについて、次のような意見があり、事務局の提案についてはおおむね了承を得た。
- ・ 保健指導のプロセスを検証する観点からは担当した者が自ら評価を行うことが重要である。
  - ・ 保健指導のやりっ放しにしないことが保健指導の質の担保になるので、初回面接者と評価者については、原則は同一であるべきである。
  - ・ 情報共有を十分に行える環境にあるなど一定の要件下で同一者でなくてもよいとすることが、現実的な対応である。
  - ・ 成果を客観視できるように記録や情報の共有化を図り組織・チームとしてフィードバックすることは、保健指導全体の資質向上や仕組みの改善につながる。

### ③ 血圧・喫煙のリスクに着目した初回面接の在り方について

血圧・喫煙のリスクに着目した保健指導は、生活習慣病を予防する観点から重要であり、健診の機会を捉えて早期に保健指導を実施することが望ましく、その際の初回面接の考え方として

- ・ 全ての検査結果が出てから行動計画・行動目標を策定する必要があるか（特定健診当日に判明するリスクに着目して保健指導を行い、後日、全ての健診結果が判明してから行動目標・行動計画を見直すことを認めてよいか。また、見直す際、対面による保健指導が必須か。）
- ・ 特定保健指導の2年目以降の初回面接についての考え方

について議論を行った。

- 血圧・喫煙のリスクに着目した保健指導を早期に実施することについて、評価する観点からは次のような意見があった。
  - ・ できるだけ早期に面接を行うことは、問診・行動変容ステージの確認や、信頼関係を築く上でのプラスとなり重要である。
  - ・ 事業所によっては改めて保健指導の機会を確保するのが難しい現状の中で、特定健診当日の意識が高いうちに動機付けを行うことは重要である。
- しかし、全ての検査結果が出る前に行動計画・行動目標を策定し、後日電話等で補完するという提案については、次のような意見があり、了承は得られなかった。
  - ・ 複数のリスクの集積結果を踏まえて指導することで、対象者が体の中で起こっていることの具体的なイメージがわき、保健指導の効果が上がる。
  - ・ 血糖値などの結果により、血圧の管理の保健指導も変わるので、血圧、喫煙以外のリスクが分からない段階で、最終的な保健指導はできない。
  - ・ 電話による（2回目の）保健指導は、初回面接の一環としての保健指導としては不十分になるおそれがあるので、全ての検査結果が出てからも対面でやるべきである。
- ただし、2年目以降の初回面接については、次のような条件の下で、2回目は電話での指導により補完できるようにするとの提案については、おおむね了承が得られた。

<条件>

- ◇ 前年度に特定保健指導を受けて、メタボリックシンドロームや生活習慣改善について理解できており、体重を減量（又は維持）できた者であること
- ◇ 健診当日の高血圧、喫煙の保健指導を対面で実施していること
- ◇ 行動目標・計画の大幅な変更が必要ないこと

- また、禁煙指導については、喫煙リスクのみで指導すると健診そのものに対する抵抗感が高まり、継続受診や保健指導への影響が懸念されるとの指摘もあったが、早期の禁煙指導の重要性を強調すべきことについては、おおむね意見の一致をみた。

## (5) 特定健診における健診項目について

特定健診・保健指導制度の検診項目については、標準プログラムにおいて「知見を集積し、必要に応じて見直しを行う必要がある」とされている。このうち、制度創設時に必須健診項目としての導入が見送られた血清クレアチニン検査の必要性について、有識者から次の点についてヒアリングを行った上で、議論を行った。

- ・ CKD（慢性腎臓病）は心血管イベント発症や生活習慣病の発症・悪化の原因といえるか。
- ・ 生活習慣改善を目的とした保健指導は CKD に対して有効か。
- ・ 尿蛋白のみの測定ではなく、血清クレアチニン値を追加測定する必要性はあるのか。
- ・ 血清クレアチニン検査を行うことで、心血管イベント抑制効果、人工透析低減効果、国民医療費抑制効果があるのか。

- 特定健診の健診項目として、血清クレアチニン検査を追加することの必要性については、次のような議論がなされ、検討会としては健診項目に追加すべきとの結論になった。
  - ・ CKD のスクリーニングとしては、尿蛋白の方がより重要である。
  - ・ CKD の病期（ステージ）の指標となる eGFR（推算糸球体濾過量）は実測値と比べてばらつきが大きく、腎機能に問題がない者を多く拾い過ぎている。
  - ・ 心血管疾患のスクリーニング項目として入れるべきである。
  - ・ eGFR はあくまでも推算値であり実測値でないこと、計算式に年齢が加味されていることを踏まえる必要がある。
  - ・ eGFR の限界を十分に理解した上で受診者に説明する必要があり、保健指導で安易に薬物治療を指導すべきではない。
  - ・ 保健指導判定値、受診勧奨値については、性、年齢、体格等を加味して検討すべきである。
  - ・ 尿蛋白は腎イベントの早期発見の指標にもなるが、eGFR の場合では、糖尿病性腎症の早期には、正常、または高値をとることに問題がある。
  - ・ 保健指導が人工透析の減少に直接有効であったというデータはないが、保健指導対象者に eGFR を説明することにより、血糖、血圧のリスクコントロールの意識が高まり、保健指導の動機付けとして有効である。
  - ・ CKD の診断が加われば、原因疾患を踏まえた栄養指導ができる。

- ・ クレアチニンの表記を小数点以下一位までとする場合に、eGFR の誤差が大きくなるという点、腎機能低下の原因を考慮する必要性、保健指導の方法、クレアチニンと尿蛋白を同時に測定する必要性については議論が必要である。

## (6) その他の意見について

そのほか、議論の過程では健診・保健指導の在り方に関する意見として次のような意見が出されたところであり、今後、これらについても引き続き必要に応じて議論を行うことが重要である。

- ・ 広く国民の健康の維持・向上に資するためには、健診項目等を含め、健診・保健指導がどうあるべきかを改めて検討することが必要である。
- ・ ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの効果的な組み合わせを検討する必要がある。
- ・ 未治療者への支援をどうするかが重症化予防という意味から重要な課題である。
- ・ 市町村保健師の保健指導への効果的・効率的な業務量の配分・投入の在り方について議論すべきである。
- ・ 健康関係の指標は30歳代から変化するため、30歳代からの健診・保健指導についても考えるべきである。
- ・ 若い女性のやせの問題は、基本的な生活習慣がしっかりしていない可能性が非常に高く、次世代への影響もあることから、しっかりと対処していく必要がある。
- ・ データに基づく分析・研究が可能となるよう、今後もきちんとデータを取れるようにしておくことが重要である。
- ・ 健診結果の通知は、それ自体が健診の重要な一部分であり、本来、医師等が直接本人に測定数値の意義や留意点を伝えるべきであるという点を再度認識すべきである。
- ・ 受診率向上に向け、被保険者に特定健診受診への強制力を働かせる仕組みを考える必要がある。
- ・ 健診受診の中断者の中から重症例が非常に多く出ているため、「健診受診率」のみならず「健診リピーター率」「中断率（継続受診率）」も評価するとともに、少しでも健診に関心を持たせるような仕組みが重要である。
- ・ 受診勧奨の対象であるのに未受診の者は、医療保険者であればレセプトで把握が可能なので、単年度でなく3年間の健診・受療状況を確認し、しっかりと受診勧奨する仕組みを丁寧に書き込むべきである。
- ・ 健診に新たな項目を取り入れるとしても、ハイリスクアプローチでの対処が十分に行えないのであれば、健診項目を増やすのではなく、問診票の項目を増やすこととすべきである。
- ・ 健診にコストをかければそれなりの効果は出せるが、コストの現実性も考慮すべきである。
- ・ 社会経済的問題によって、健診の受診機会が低下することがないよう、市町村



としても実施に当たって留意すべきである。

### 3 当面の対応について

本検討会では、健診・保健指導の在り方として、特に、特定健診・保健指導制度について、国民の健康の維持向上の観点から、これまでに蓄積された知見等を踏まえ、制度として見直すべき点はないか検討を行ってきた。

これまでの議論では、制度の骨格に関わる点についても活発な議論がなされ、特定健診・保健指導制度は、生活習慣病予防対策として効果があるものの、循環器疾患の発症リスク等の観点からは、内臓脂肪型肥満に着目している腹囲の扱いについての検証が必要であること、また、現在、特定保健指導の対象となっていない者のうち、リスクを有する者への丁寧な対応が重要な課題であること等については、検討会として共通の認識が醸成された。

また、今後は、特定健診・保健指導制度を始めとした健診・保健指導について、国民の健康を維持向上させるという観点から、客観的なデータや明確な知見に基づいて、根本から議論を行い、その結果を制度に反映することを求めて行くべきとの結論に達した。

このような前提の下で、現段階において、これまで検討会で醸成された共通認識に基づいて考えられる対応策について、「当面の対応」として取りまとめた。

#### (1) 現在の特定健診・保健指導の枠組み及び腹囲の基準について

- これまでの研究から、内臓脂肪型肥満に着目した現行制度の下、腹囲を第一基準とした階層化によって選別された対象者への特定保健指導が生活習慣改善の効果をあげている可能性があることが分かった。
- 一方で①循環器疾患の発症リスク、②健診受診率の向上、③国際的な動向といった観点から、現在の特定健診・保健指導の枠組み、特に、腹囲を特定保健指導対象者を選別するための第一基準として用いていることに関し、早急な見直しを求める意見も含めて様々な意見が出された。
- しかしながら、知見やデータの蓄積等の状況が、内臓脂肪型肥満に着目した特定健診・保健指導制度の枠組みを方向変換するといった明瞭な結論づけを行うには不十分であることから、今後、腹囲基準を含めた制度の在り方について、国際的な動向も踏まえた上で、客観的なデータや明確な知見に基づいた議論が行えるよう、データの蓄積を進めるとともに、計画的に研究・調査を行う必要がある。

#### (2) 特定保健指導非対象者への対応について（別添1）

- 現在特定保健指導の対象となっていない者への個々のリスク（血圧、血糖、脂質、喫煙）に着目した対応の必要性について検討会で共通認識が得られたことを踏まえ、当面の方策として、対応すべきリスクを放置してはならないとの

認識の下、特定保健指導の非対象者への対応が一定の考え方に沿って適切に行われるよう、できる限りの定型化を図った上で、これを指針として標準プログラムに示す。

- 具体的には、各学会のガイドライン等に基づいて、健診結果に基づくリスクの大きさも勘案して整理した表を参考として盛り込むとともに、次のような考え方を示す。
  - ・ 医療保険者、事業者、市町村等は、特定保健指導の対象とならない者についても、各ガイドラインや別表を参考にして、保健指導の実施や医療機関に確実に受診させるなど、健診で明らかとなった対応すべきリスクの程度に応じて、きめ細かく適切な対応を行う。
- なお、表については、別途有識者による検討を行うものとする。

### **(3) 情報提供の在り方について**

- 健診受診者に対する、いわゆる「情報提供」の実施方法や支援内容については、現在も標準プログラムで考え方が示されているものの、保険者によっては画一的な健診結果の提供のみに終わっているものもあるとの指摘も踏まえ、標準プログラムにおいて情報提供の重要性を強調するとともに、医療保険者等に具体的な取組みの例を示す。
- すなわち、情報提供については、対象者に対して健診結果に基づいた生活習慣の改善についての意識づけを行うこと、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目的を有することを再認識させると共に、これらを満たす内容であるべきことを示す。

### **(4) 受診勧奨の徹底について**

- 標準プログラムでは、医療機関への未受診者や治療中断者に対して受診や治療継続の必要性を指導することの重要性について示しているが、さらに、受診勧奨後の医療機関への受診状況の確認を含めて指導を徹底し、必要な対象者を確実に医療につなぐことが重要であることを示す。
- 特に、現在特定保健指導の対象とならない者のうち、受診勧奨レベルにある者に対しては、医療機関への受診行動に確実に結びつくような情報提供が必要であることから、通知等の送付だけにとどめるのではなく、面接等により受診を促すこと、またその後の受診確認を行い、必要に応じて継続的に支援することが重要であることの考え方も示す。

### **(5) 健診項目の見直しについて**

- 特定健診の健診項目として、血清クレアチニン検査を追加することが望ましいとの結論に至ったことを踏まえ、どのような対応が可能か、今後、国において、特定健診の実施主体たる保険者などとの協議調整に努めることを求めるものとする。
- また、あわせて、尿蛋白に加えて血清クレアチニン検査を行うことによる心血管イベント抑制・人工透析低減・国民医療費抑制等の効果、血清クレアチニン検査における保健指導判定値、受診勧奨値、保健指導を行う上での留意点等、尿蛋白検査に係る受診勧奨値・保健指導値の設定の要否等についても更に検討していく。

## **(6) 特定保健指導の在り方について**

### **① ポイント制について**

- 積極的支援における3ヶ月以上の継続的な支援について、特定保健指導の実施状況を評価するために導入しているポイント制については、維持する。
- ただし、保健指導の柔軟性を高めるために、支援A（160ポイント以上）、支援B（20ポイント以上）を必須とし合計180ポイント以上としている取扱いについては、支援Bは励ましや共感として重要な支援であることを踏まえつつ、支援Bを必須条件から外し、支援Aのみで180ポイントを達成してもよいこととする。
- また、保健指導のさまざまな手法について、事例集や研修を通して周知を図るとともに、今後も引き続き、特定保健指導とポイント制の効果についての検証を行い、ポピュレーションアプローチの効果を含めたアウトカム評価の可能性などについて検討を行うこととする。

### **② 初回面接と6ヶ月後に評価を行う者との同一性について**

- 対象者との信頼関係の形成や保健指導のプロセス評価等の観点から、初回面接と6ヶ月後の評価は同一者とする考えを示した上で、保健指導実施者間で十分に情報共有ができ、チーム・組織としての統一的な評価方法が構築されているなどの環境が整備されている場合には、初回面接を行った者以外の者が評価を行ってもよいこととする。

### **③ 血圧・喫煙のリスクに着目した初回面接の在り方について（別添2）**

- 血圧、喫煙は循環器疾患の発症リスクとして重要であることから、健診当日からの対応を含め、特定保健指導における取組を強化する。
- また、血圧、喫煙に対する保健指導を充実させることと併せ、保健指導の効率的な実施の観点から、これまでにすでに特定保健指導を受けた経験がある者の2年目以降の初回面接についての考え方を見直すこととする。

〔表〕 血糖、血圧、脂質の検査値および喫煙に応じた対応（案）

肥満 血圧・血糖 ・脂質	肥満あり		肥満なし
	腹囲(※1)+リスク2以上(※2)	腹囲+リスク1つまで	
Aゾーン		(腹囲のみ)肥満改善、生活習慣病予防に関する情報提供	一般的な健康づくり情報の情報提供
Bゾーン	特定保健指導 ＜積極的支援＞	特定保健指導 ＜動機付け支援＞	当該疾患についての情報提供
Cゾーン	特定保健指導 ＜積極的支援＞ (6ヶ月評価時に該当項目について再確認が望ましい)	特定保健指導 ＜動機づけ支援＞ (6ヶ月評価時に該当項目について再確認が望ましい)	当該疾患に関わる生活習慣改善指導(面接)、医療機関受診
Dゾーン	すぐに受診 または、医師と連携して特定保健指導＜積極的支援＞を実施後医療機関管理	確実な受診勧奨 または、医師の判断で積極的支援相当の保健指導をすることも可	確実な受診勧奨、受診の確認、医療機関管理

Aゾーン：今のところ異常なし

Bゾーン：血糖正常高値・境界型、血圧正常高値。保健指導を実施する。

(ただし、BゾーンはCゾーンと同様の対応を行う。)

Cゾーン：学会診断基準では「疾患」と判定されるが、比較的軽症であり、薬物療法よりも生活習慣改善を優先するもの。保健指導を積極的に行うべきである。

【方法①】 面接を伴う保健指導を3～6ヶ月実施したあと、該当項目について検査をおこなう。この評価で十分な改善が認められない場合、又は保健指導が実施できない場合には、医療機関による管理(受診勧奨)とする。

【方法②】 医療機関においては、生活習慣管理料、外来栄養食事指導料、集団栄養指導料を活用して、保険診療として生活習慣改善指導をする。

Dゾーン：医療管理下におくことが必須なもの。

食事・運動療法も大切ではあるが、薬物治療を要すると考えられる状態。

原則として保険診療対象者であり、生活習慣管理料、外来栄養食事指導料、集団栄養指導料を活用する医師との連携のもと、保健指導機関において積極的支援を併用することが可能である。(ただし薬物治療中の場合には「特定保健指導」に該当しない。)

※1 腹囲が男性 85cm、女性 90cm 未満の場合でも、BMI が25以上であれば肥満と判定される。この場合は、リスク3つ以上が表中の「腹囲+リスク2以上」、リスク1又は2が「腹囲+リスク1つまで」と同等の扱いになる。

※ 2 喫煙は独立した循環器疾患のリスク因子であるので、上記の表にかかわらず、禁煙指導については、別途保健指導を行うことが必要である。特定保健指導では、血圧、血糖、脂質のリスクの1つ以上ある場合にのみ、喫煙歴がカウントされる。

### <学会基準等に基づく検査値分類>

#### 1. 血圧

収縮期 拡張期	～129	130～139	140～159	160～
～84	A	B	C	D
85～89	B	B	C	D
90～99	C	C	C	D
100～	D	D	D	D

#### 2. 血糖、HbA1c

	A	B	B <sup>+</sup>	C	D
FPG	～99	100～109	110～125		126～
HbA1c (%)	～5.1	5.2～5.5	5.6～6.0		6.1～

Dゾーンでは、眼底検査、eGFRを実施し、合併症に留意すること。

#### 3. 脂質

	A	B	C	D
トリグリセライド	<150		150～299	≥300
LDL	120		140	(≥180)

※ あわせて、市町村、医療保険者、事業者等が特定保健指導非対象者への対応に取り組む場合に、根拠となる条文を参考として示す。

## 特定健診実施後の高血圧、喫煙者に対する対応について

### 【考え方】

- 血圧、喫煙のリスクの有無は、通常、特定健康診査での計測及び質問表への記入により、その場で判明する一方、血液検査などその他の健診結果が本人に通知されるまでには期間を要している実態（※）にある。
  - ※ 被用者保険では3ヶ月以上4ヶ月未満が最も多く、市町村国保では2ヶ月以上3ヶ月未満が最も多い。（特定健診・保健指導の保険者調査より）
- 血圧及び喫煙のリスクに着目した保健指導は、生活習慣病を予防する観点から重要であり、対象者の行動変容をもたらすためには、早期に機会を捉えて実施することが望ましい。
- 他方で、初回面接では、対象者が、健診結果によるリスクの保有状況から、代謝等の自身の身体に起こっているメカニズムと生活習慣との関係を理解した上で行動目標・行動計画を策定する必要があるため、原則としてすべての健診結果が判明してから実施する必要がある。
- また、前年度にも特定保健指導を受けた者については、すでに身体のメカニズムと生活習慣との関係や生活習慣改善の必要性等について理解していることから、信頼関係が築けていれば、2年目の初回面接は対面を必須としなくてもよいのではないかという意見もある。

### 【対処方針】

- 特定保健指導の対象となりうる者に対し、健診当日に血圧や喫煙に着目した保健指導を対面で行った場合であっても、すべての健診結果が判明してから改めて、対面により、健診結果や生活習慣の振り返りを行った上で、行動目標・行動計画を策定することが必要である。
- ただし、健診当日に血圧や喫煙に着目した保健指導を対面で実施した対象者で、前年度に同一の機関から保健指導を受けており、メタボリックシンドロームや生活習慣改善について理解でき、健診の結果、各検査数値が大幅に悪化しておらず、行動目標及び行動計画の方向性に大幅な変更を必要としないと判断しうる場合については、健診結果がすべて判明してからの保健指導は、対面によらなくてもよいこととする。ただし、本人が行動目標、行動計画の変更を望むなど、対面による指導が必要な場合にあってはこの限りではない。
- また、人間ドック健診等、全ての健診結果が健診当日に判明している場合には、健診当日に初回面接としての対面での検診結果の説明、生活習慣の振り返りとともに行動目標・行動計画の策定をしてもよいこととする。
- なお、禁煙指導については、健診の受診が禁煙の動機付けを促す機会となるよう、対象者の禁煙意向を踏まえ、喫煙者に禁煙の助言や情報提供を行い、禁煙したい喫煙者には、禁煙外来や地域・職域で実施される禁煙指導、薬局・薬店等を紹介するよう努めるべきであることを標準プログラムに記載する。
- さらに、血圧及び喫煙に着目した保健指導は、特定保健指導の対象者となりうるか否かに関わりなく実施すべきものであることについても、標準プログラムに記載する。

## 特定保健指導の2年目以降の初回面接についての考え方(案) (イメージ)

