

**標準的な健診・保健指導
プログラム（暫定版）
（案）**

平成 18 年 6 月 19 日

厚生労働省健康局

標準的な健診・保健指導プログラム(暫定版)

第1編 健診・保健指導の理念の転換

- 第1章 新たな健診・保健指導の方向性
- 第2章 新たな健診・保健指導の進め方(流れ)
- 第3章 保健指導実施者が有すべき資質

第2編 健診

- 第1章 内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)に着目する意義
- 第2章 健診の内容
- 第3章 保健指導対象者の選定と階層化
- 第4章 健診の精度管理
- 第5章 健診データ等の電子化
- ※ 第6章 健診の実施に関するアウトソーシング

第3編 保健指導

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

資料2

※ 第4編 体制・基盤整備、総合評価

資料3

- 第1章 人材育成体制の整備
- 第2章 最新の知見を反映した健診・保健指導内容の見直しのための体制整備
- 第3章 健診・保健指導計画作成及び評価のためのデータ分析とデータ管理

(添付資料)

- ※ ○ 保健指導における学習教材集

資料4

- 関係学会におけるガイドラインの抜粋

資料5

- 支援材料等

資料6

※ の項目は、本日の主要検討項目。

第1編 健診・保健指導の 理念の転換

第1章 新たな健診・保健指導の方向性

(1) これまでの健診・保健指導の現状と課題

国は、昭和53年からの「第一次国民健康づくり対策」、昭和63年からの「第二次国民健康づくり対策」を経て、平成12年からは「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」として、健康づくり施策を推進してきた。

それとともに、健康診断、健康診査（健診）については、医療保険各法に基づき医療保険者が行う一般健診や、労働安全衛生法に基づき事業者の行う健診、老人保健法に基づく保健事業としての市町村による健診として実施されてきた。

これまで、生活習慣病に関する一次予防、二次予防施策を推進してきたが、「健康日本21」の中間評価における暫定直近実績値からは、糖尿病有病者・予備群の増加、肥満者の増加（20～60歳代男性）や野菜摂取量の不足、日常生活における歩数の減少のように健康状態及び生活習慣の改善が見られない、もしくは悪化している現状がある。

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

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

などが生活習慣病対策を推進していく上での課題として挙げられており、このような課題を解決するために、これまでの活動成果を踏まえ、新たな視点で生活習慣病対策を充実・強化することになったのである。

(2) これからどのように変わるのか

今般の「医療制度改革大綱」（平成17年12月1日 政府・与党医療改革協議会）において、「生活習慣病予防の徹底」を図るため、医療保険者に対して、健診・保健指導の実施を義務づけることとされた。政策目標は、2015年度には2008年と比較して糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群を25%減少させることとしており、中長期的には医療費の伸びの適正化を図ることとされた。

この政策目標を達成するためには、医療保険者が効果的・効率的な健診・保健指導を実施する必要があることから、標準的な健診・保健指導プログラム、健診・保健指導データの管理方策、健診・保健指導の委託基準等の在り方を整理することが重要である。また、健診項目や保健指導の標準化により

事業の評価が可能となるよう見直しを行うことも必要である。さらに、医療保険者が健診・保健指導の結果に関するデータを管理することにより、生涯を通じた健康管理が実施できるようになることも必要である。

(3) 標準的な健診・保健指導プログラムの特徴

糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群の減少という観点から、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の概念を導入した標準的なプログラムの構築が必要である。具体的には、科学的根拠に基づき健診項目の見直しを行うとともに、生活習慣病発症・重症化の危険因子（リスクファクター）の保有状況により対象者を階層化し、適切な保健指導（「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」）を実施するための判定の標準的な基準を導入することとしており、健診により把握された糖尿病等の予備群に対し、個々人の生活習慣の改善に主眼をおいた保健指導が重点的に行われることとなる。

標準的な健診・保健指導プログラムでは、健診結果及び質問項目により、対象者を生活習慣病のリスク要因の数に応じて階層化し、リスク要因が少ない者に対しては、生活習慣の改善に関する動機づけを行うこととし、リスク要因の重複がある者に対しては、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、確実に行動変容を促すことをめざす。そして、対象者が健診結果に基づき自らの健康状態を認識した上で、代謝等の身体のメカニズムと生活習慣（食習慣や運動習慣等）との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、行動変容に結びつけられるようにするものである。さらに、現在リスクがない者に対しても、適切な生活習慣あるいは健康の維持・増進につながる必要な情報提供を行う。

保健指導を行う際には、対象者のライフスタイルや行動変容のステージ（準備状態）を把握した上で、対象者自らが実行可能な行動目標を立てることを支援することが必要である。

また、健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導や個々人の健診結果を読み解き、ライフスタイルを考慮した保健指導を行うための具体的な学習教材等についても検討を行う。

さらに、医療保険者においては、各種データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施するとともに、糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群減少のアウトカム¹（結果）評価が可能なデータ分析の手法について検討する。

なお、本プログラムは、医療保険者が義務として実施する特定健康診査及び特定保健指導の対象者である40歳から74歳を主たる対象としてとりまとめられたものである。このうち、65歳から74歳の高齢者については、内

¹ アウトカム：成果・評価。対象者の健康状態への効果、知識の普及、健康行動、保健医療サービス満足度等。

臓脂肪の蓄積だけでなく、加齢による血圧、糖・脂質代謝への影響が大きいこと、また、地域支援事業（介護予防）の対象ともなっていることから、健診の判定基準および保健指導実施基準のあり方やその実施方策等も含めて今後更に検討を要するものである。

（４）今後の健診・保健指導

1) 健診・保健指導の重点の変化

老人保健事業では、健診の受診率を上げることに重点が置かれ、健診後の保健指導を実施しているところでも、保健指導は付加的な役割に留まっていたきらいがある。また、職域保健では、健診は行われていたが一部の事業所を除いて十分な保健指導が行われていなかった。

しかしながら、最近では、国際的に生活習慣病予備群に対する生活習慣の介入に対する効果についての科学的根拠が蓄積してきており、わが国においても国保ヘルスアップ事業等において生活習慣病予備群に対する効果的なプログラムが開発されてきた。さらに、メタボリックシンドロームの診断基準が示され、内臓脂肪型肥満に着目した保健指導の重要性が明らかになったことから、今後は、医療保険者が実施する健診・保健指導は、“保健指導”に重点を置いたものとなる。

2) 健診・保健指導の目的

これまでの健診・保健指導は、個別疾病の早期発見、早期治療が目的となっており、そのため、健診後の保健指導は「要精検」や「要医療」となった者に対する受診勧奨を行うこと、また、高血圧、高脂血症、糖尿病、肝臓病などの疾患を中心とした保健指導を行ってきた。

今後の健診・保健指導の目的は、内臓脂肪型肥満に着目し、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を行い、糖尿病等の有病者・予備群を減少させることが目的となる。生活習慣病は自覚症状がないまま進行するため、健診は個人が生活習慣を振り返る絶好の機会と位置づけ、行動変容につながる保健指導を行う。

3) 保健指導の対象者

市町村では健診の事後指導として健康相談や健康教育が行われているが、参加できない住民も多く、一部の「要指導」者に対してのみ保健指導が行われていた。また、事業所では健診後の保健指導は一部の大企業では全員を対象として行われていたが、多くの中小企業では要指導者のみ又は殆ど指導が行われていないという状況であった。また、「要治療」や「要精検」となった者の治療状況について確認する手段が限られていたことから、これらの者の把握が困難であった。

今後は、医療保険者が健診・保健指導を行うことから、健診受診者全員に対して、必要性に応じた保健指導が行われることになる。具体的には、健診結果及び質問項目から生活習慣病のリスクに応じて階層化し、「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」の保健指導を行う。また、医療保険者は、保健指導の実施状況や、「要治療」や「要精検」となった者の治療状況が把握できることから、保健指導が必要な対象者を把握することは容易になる。

4) 保健指導の内容

健診後の保健指導は、健診結果を伝達しパンフレットなどを使用して一般的な情報提供をする保健指導や、高血圧、糖尿病等の病態別の保健指導が行われていた。

今後、健診後の保健指導は、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）に着目した生活習慣の改善に重点を置いた指導を行う。具体的には、健診結果から本人が身体状況を理解し、生活習慣改善の必要性を認識でき、行動目標を自らが設定し実行できるよう、個人の行動変容をめざした保健指導を行う。保健指導は、対象者の考えや行動変容のステージ（準備状態）を考慮し、個別性を重視した保健指導が行われることになる。

5) 保健指導の方法

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

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

現在、個人の行動変容に着目をした生活習慣病予防プログラムの開発が先進的な地域や職域で行われていることから、今後は、これを基にした保健指導プログラムの標準化を図り、全ての医療保険者において行動変容を促す保健指導が行われることになる。

健診受診者全員に対して、生活習慣改善の必要性に応じた保健指導の階層化を行い、保健指導としては、「情報提供」のみ、個別面接を含んだ「動機づけ支援」、3ヶ月から6ヶ月程度の支援プログラムの「積極的支援」を行う。そして、保健指導が終了した後も対象者が継続して健康的な生活習慣が維持できるように、社会資源の活用やポピュレーションアプローチによる支援が行われる。

6) 健診・保健指導の評価

健診結果は健康課題を分析するための重要な情報源であるが、積極的な活用が十分にされず、保健事業の実施回数や参加人数によって評価されてきた。このため、健診や保健指導の成果や医療費に対する影響などのアウトカム（結果）評価ではなく、アウトプット²（事業実施量）評価であったため、保健事業の改善につながりにくかった。

今後、健診や保健指導の結果は医療保険者が管理することになることから、アウトプット（事業実施量）評価に加え、アウトカム（結果）評価やプロセス³（過程）評価を含めた総合的な評価が行われることになる。このような評価により、健診・保健指導の事業全体を改善する仕組みをつくることができ、また、健診・保健指導のデータとレセプトとの突合が可能になることから、健康課題を明確にした戦略的な取り組みが可能となる。

7) 実施体制

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

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

今後、健診・保健指導は、標準化されたプログラムに基づき、医療保険者が実施することになるが、保健指導の対象者は非常に多くなることが予測され、保健指導についても事業者への委託が進むことが想定されている。市町村では国保部門が衛生部門との連携の下に、健診・保健指導を実施することになり、対象者の多い地域では事業者と協働した体制で保健指導が行われることが予想される。また、専門職がない事業所においては、保健指導を充実させるために事業者への委託が進むものと思われる。

そして、ポピュレーションアプローチの展開による環境整備や、IT技術を活用した機器や支援ツールの開発、種々の施設などの社会資源を有効に活用した体制が整備されることになる。

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

³ プロセス：過程。保健医療従事者の活動（情報収集、問題分析、目標設定、事業の実施状況等）及び対象者の活動（サービス・事業に対する満足度、継続率、完遂等）。

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

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

最新の科学的知識と、
課題抽出のための分析

行動変容を
促す手法

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

第2章 新たな健診・保健指導の進め方（流れ）

（1）計画の作成

健診・保健指導計画作成のために、各種データ分析（男女別・年代別の健診結果有所見状況、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）該当者・予備群数及びリスクの重複状況、対象となる被保険者数・被扶養者数及び過去の健診受診者数・未受診者数等の把握、医療費データ（レセプト等）、要介護度データ等）を行い、集団の特性や健康課題を把握し、具体的な目標を定めた年次計画を策定し、毎年の健診・保健指導事業を実施していくことが必要である。

また、未受診者等に対する支援方法についても、集団特性に併せ、創意工夫をし、計画の中に盛り込んでいくことが必要である。

（2）健診の実施、保健指導対象者の選定・階層化

健診結果及び質問項目を基に保健指導対象者の選定・階層化を行うことが必要である。保健指導の対象者は、健診受診者すべてであるが、保健指導の必要性の度合いによって階層化を行う。階層化は、①「情報提供」のみを行う、②「情報提供」に加え「動機づけ支援」を行う、③「情報提供」に加え「積極的支援」を行う、の3段階に区分して、保健指導を実施する。

（3）保健指導

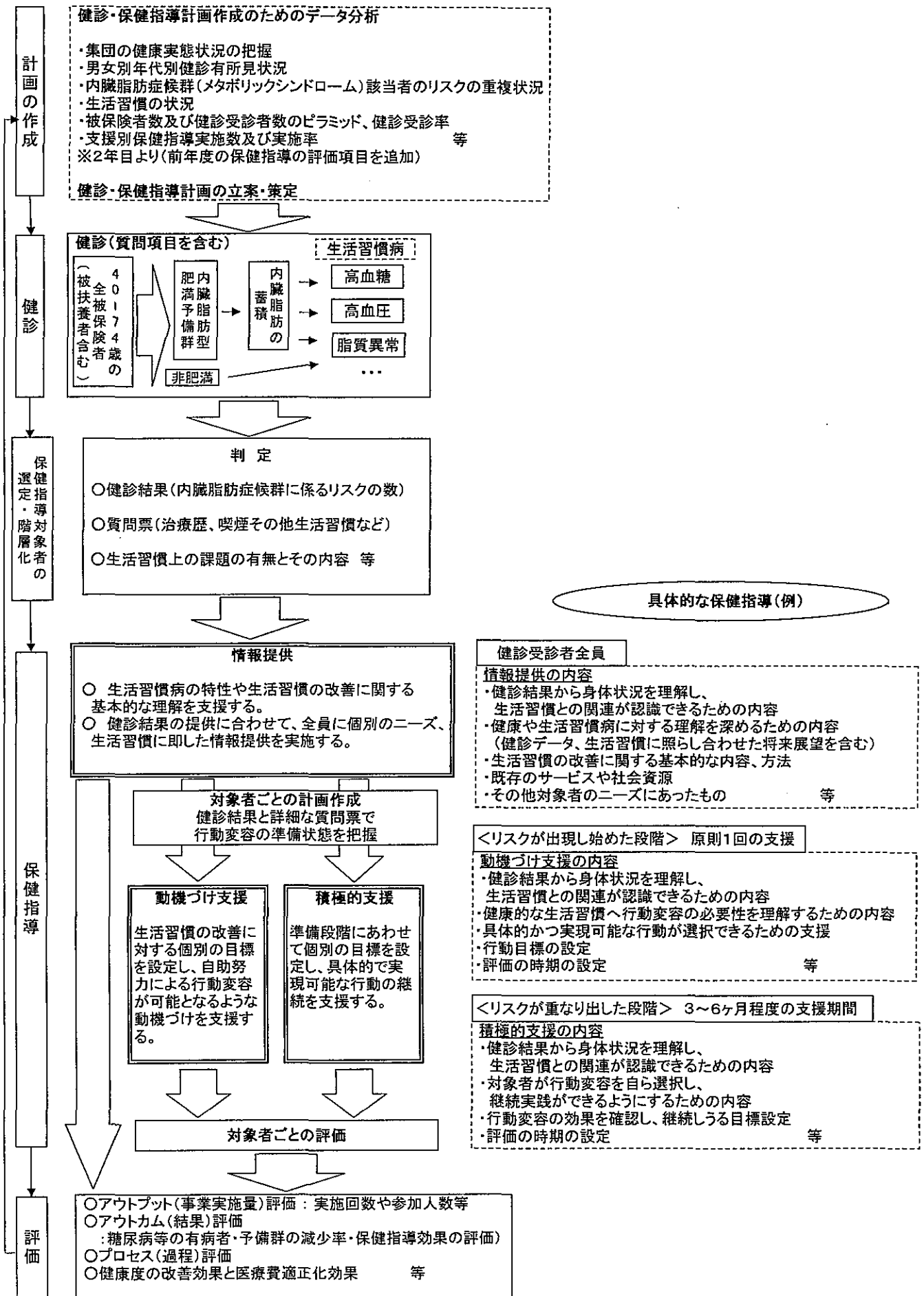
健診結果及び質問項目により階層化された対象者に、適切な保健指導（「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」）を行うことが必要である。

（4）評価

健診・保健指導の結果を基に、ストラクチャー¹（構造）評価（実施体制、施設・設備の状況）、プロセス（過程）評価（健診・保健指導実施者の研修等）、アウトプット（事業実施量）評価（実施回数、参加人数等）、アウトカム（結果）評価（糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群の減少数、健診データの改善、健康度の改善効果、医療費の適正化効果等）を行い、次年度の健診・保健指導計画につなげることが必要である。

¹ ストラクチャー：構造。健診・保健指導を実施する際の構成因子。物的資源（施設、設備、資金等）、人的資源（職員数、職員の資質等）、組織的資源（スタッフ組織、相互検討の仕組み、償還制度等）。

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導プログラムの流れ(イメージ)



第3章 保健指導実施者が有すべき資質

医療保険者が「健診・保健指導」事業を実施することとなり、本事業に関わる医師・保健師・管理栄養士等は新たな能力を開発することが求められる。それは、効果的・効率的な事業の企画・立案ができ、そして事業の評価ができる能力である。また、保健指導に当たっては対象者の行動変容に確実につながる支援ができる能力を獲得する必要がある。

(1) 「健診・保健指導」事業の企画・立案・評価

医療保険者に所属している医師・保健師・管理栄養士等は、「健診・保健指導」事業の企画・立案や評価を行い、効果的な事業を実施する役割があることから、以下のような能力を習得する必要がある。

1) データを分析し、優先課題を見極める能力

健診・保健指導を計画的に実施するためには、まず健診データ、医療費データ（レセプト等）、要介護度データ、地区活動等から知り得た対象者の情報などから地域特性、集団特性を抽出し、集団の優先的な健康課題を設定できる能力が求められる。

具体的には、医療費データ（レセプト等）と健診データの突合分析から疾病の発症予防や重症化予防のために効果的・効率的な対策を考えることや、どのような疾病にどのくらい医療費を要しているか、より高額にかかる医療費の原因は何か、それは予防可能な疾患なのか等を調べ、対策を考えることが必要である。

※ レセプト分析をすることにより、糖尿病やその合併症がいかに多いか、医療費が多くかかっているか等が明らかになることにより、医療費適正化のための疾病予防の重要性を認識し、確実な保健指導に結びつけることが必要である。

※ 対象者の生活習慣を把握することで、目標達成に向けて何が解決すべき課題で、どこに優先的な予防介入が必要であるかという戦略を立てることが重要である。

2) 健診・保健指導の企画・調整能力

保健指導の対象者の増加が予測される中、動機づけ支援及び積極的支援を行う体制を整備することが必要であり、既存の保健指導に関係する社会資源を効率的に活用するとともに、事業者等を含めた保健指導の体制を構築する能力が求められる。

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

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

健診受診率、保健指導実施率向上のための効果的な方策の企画能力も求められる。

3) 保健指導の委託に関する能力

健診・保健指導を事業者へ委託する場合は、委託基準に基づき健診・保健指導を実施する機関を選定していくこととなるが、その際には、費用対効果が高く、結果の出る事業者を選択し、医療保険者として健診・保健指導の継続的な質の管理を行う能力が求められる。

具体的には、保健指導を委託する際に、医療保険者は委託する業務の目的、目標や範囲を明確にし、これらに合致した事業者の状況を確認した上で、選定する必要がある。また、保健指導の質を確保するためには、委託基準や詳細な仕様書を作成する必要がある。実際の委託契約においては、金額のみで契約が行われることがないよう、費用対効果を念頭に置いて受託機関の保健指導の内容を評価し、契約にその意見を反映させるなど、適切な委託を行うための能力も必要である。

また、委託後、適切に業務が行われているかモニタリング¹し、想定外の問題がないか情報収集を行い、問題がある場合にはできるだけ早急に対応する能力も求められる。

¹ モニタリング：変化を見逃さないよう、続けて測定、監視すること。

4) 評価能力

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

評価の方法等は第3編に詳述しているのでここでは触れないが、保健指導の効果の評価ができるような実行可能な評価計画を立て、その結果を分析解釈して課題を明確にし、現存のシステム改善について具体的に提案することができる能力が求められる。

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

5) 保健指導の質を確保できる能力

保健指導の質を保ち、効果的な保健指導が行われるよう、保健指導場面への立ち会い、対象者の評価等から実施者の技能を評価するとともに、質の向上のための保健指導実施者に対する研修の企画や事例検討の実施、保健指導場面に立ち会うなど人材育成を行う能力も指導者に求められる。

6) 保健指導プログラムを開発する能力

保健指導に係る新しい知見や支援方法に関する情報を収集し、また実際の保健指導場面での対象の反応や保健指導の評価に基づいて、定期的に保健指導プログラムを見直し、常に有効な保健指導プログラムを開発していく能力が求められる。

(2) 対象者に対する健診・保健指導

健診後の保健指導は、医療保険者に所属する医師、保健師、管理栄養士等が実施するのみではなく、アウトソーシング先の医療機関等の事業者も実施することになる。いずれも効果的な保健指導を実施することが求められることから、以下のような能力の習得が必要である。

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

1) 健診結果と生活習慣の関連を説明できる能力

健診結果から現在の健康状態を把握した上で、対象者に対し、食事・運動などの問題（摂取エネルギー過剰、運動不足）による代謝の変化（高血糖、中性脂肪高値などの変化で可逆的なもの）が血管の変化（動脈硬化等の不可逆的なもの）になるという、進行段階をしっかりと押さえ、健診結果の内容を十分に理解し、納得できる説明を実施する能力が必要である。

内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）、糖尿病、高脂血症、動脈硬化等の機序・病態と健診データを本人の生活習慣と結びつけて対象者に分かりやすく説明し、行動変容を促すことができる最新の知識・技術を習得し、さらに研鑽し続けることが必要である。

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

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

2) 対象者との信頼関係の構築

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

3) アセスメント

健診結果から対象者の身体状況と生活習慣の関連を判断し、また、対象の年齢、性格、現在までの生活習慣、家庭環境、職場環境等の把握、そして行動変容の準備状態や、健康に対する価値観などから、総合的にアセスメントできる能力が必要である。そのためには、健診データを経年的に見て、データの異常値を、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）や対象者の生活習慣と関連づけて考えられる能力が新たに求められている。また、行動変容のステージ（準備状態）や健康に対する価値観を把握し、その状態にあった保健指導方法が判断できる能力が求められる。

4) 相談・支援技術

① カウンセリング的要素を取り入れた支援

セルフケア（自己管理）のためには、対象者自身が行動の目標や方法を決めることが前提となる。このためには、一方的に目標や方法を提示するのではなく、カウンセリング的要素を取り入れることで、対象者自身が気づき決定できるようなかかわりを行う能力が必要である。

② 行動療法、コーチング²等の手法を取り入れた支援

対象者が長い年月をかけて形成してきた生活習慣を変えることは、容易なことではなく、また、対象者の認識や価値観への働きかけを行うためには、行動療法、コーチング等に係る手法についても学習を行い、対象者や支援者に合った保健指導の方法を活用することが必要である。また、これらの手法の基礎となっている理論についても一定の知識を得ておく必要がある。

③ 食生活や身体活動・運動習慣支援のための具体的な技術

対象者の知識や関心に対応した適切な支援方法を判断し実践することや、対象者の学習への準備状態を判断し、適切な食教育教材や身体活動・運動教材を選択又は作成して用いることができる能力が必要であり、また、対象者に対応した適切なコミュニケーション能力（表現力）が求められる。

² コーチング：相手の本来持っている能力、強み、個性を引き出し、目標実現や問題解消するために自発的行動を促すコミュニケーション技術。

5) 栄養・食生活についての専門知識

対象者の栄養状態・日常的な食物摂取状況を適切に把握し、健診結果との関係で、食事摂取基準、食事バランスガイド等に照らして適切にアセスメントできる能力が必要である。その上で、対象者がわかりやすい食行動（何をどう準備し、どう食べるかなど）として具体的な内容を提示し、支援できる能力が求められる。その際、対象者の食物入手や食に関する情報入手状況などの対象者の食環境を視野においた支援が必要である。

6) 身体活動・運動習慣についての専門知識

運動生理学、スポーツ医科学、体力測定・評価に関する基礎知識を踏まえ、身体活動や運動の習慣と生活習慣病発症との関連において科学的根拠を活用し、対象者にわかりやすく説明できる能力が必要である。

特に、身体活動や運動の量、強度、種類に関する知識、運動のやり過ぎに伴う傷害に関する知識、そして対象者にどのように身体活動や運動習慣を獲得させるかを工夫できる能力が求められる。

さらに、対象者の身体活動や運動の量を適切に把握し、体力の水準を簡便に評価する方法を身につけ、運動基準や運動指針に基づいた、個々人にあった支援を提供できる能力も必要である。

7) 学習教材の開発

生活習慣の改善を支援するためには、保健指導の実施に際して、効果的な学習教材が必要であり、対象者のライフスタイルや行動変容の準備状態にあわせて適切に活用できる学習教材の開発が必要である。また、学習教材は科学的根拠に基づき作成することは当然であり、常に最新のものに更新していくことが必要である。

具体的には、実際に健診・保健指導を実施した対象者の具体的事例をもとに事例検討会などを実施することが必要であり、地域の実情に応じて保健指導の学習教材等を工夫、作成する能力が求められている。

8) 社会資源の活用

行動変容のためには、個別的な保健指導だけでなく、健康教室のような集団での教育や、身近な健康増進施設、地域の自主グループ等の活用を組み合わせることで、より効果が期待されることも多い。活用可能な社会資源の種類や、活用のための条件等について十分な情報収集を行い、地域・職域の資源を効果的に活用した支援ができる能力が必要である。

第2編 健診

第1章 内臓脂肪症候群（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学会8学会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が示された。

これは、内臓脂肪型肥満を共通の要因として、高血糖、脂質異常、高血圧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、高脂血症、高血圧は予防可能であり、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、心筋梗塞等の心血管疾患、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。

内臓脂肪症候群（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、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、動脈硬化を引き起こし、心血管疾患、脳血管疾患、人工透析の必要な腎不全などに至る原因となることを詳細にデータで示すことができるため、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と思う。

第2章 健診の内容

(1) 健診項目（検査項目及び質問項目）

1) 基本的考え方

- 今後の新たな健診においては、糖尿病等の生活習慣病、とりわけ内臓脂肪症候群（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ため、保健指導を必要とする者を的確に抽出するための健診項目とする。
- また、質問項目は、①生活習慣病のリスクを評価するためのものであること、②保健指導の階層化と健診結果を通知する際の「情報提供」の内容を決定する際に活用するものであることという考え方に基づくものとする。
- なお、過去の健診項目との比較や健診実施体制の確保の容易性から、既に実施されてきている他の健康診断・健康診査等（介護保険法に基づく地域支援事業を含む）との関係について整理することが必要である。

2) 具体的な健診項目

「健診対象者の全員が受ける基本的な健診」と「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（精密健診）」の項目を以下のとおりとする（[別紙1](#) 参照）。

なお、現行の健康診断・健康診査等で行われていない新たな項目については、その実施方策等について検討を行うことが必要である。

① 基本的な健診の項目

質問項目、身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）、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））、腎機能検査（血清クレアチニン）、血糖検査（空腹時又は随時）、HbA1c検査、血清尿酸検査

② 詳細な健診（精密健診）の項目

心電図検査、眼底検査、検尿（尿糖、尿蛋白、尿潜血）、貧血検査（赤血球数、血色素量〔ヘモグロビン値〕、ヘマトクリット値）のうち、現行の老人保健事業での基本健康診査における判断基準を踏まえた一定の基準（[別紙2](#)）の下、医師が必要と判断したものを選択

3) 質問項目

基本的な健診の項目に含まれる質問項目を[別紙3](#)とする。

4) 項目の定期的な見直し

健診項目等の見直しを定期的に検討するシステムについては、厚生労働科学研究費補助金による研究班等を活用して、各学会の最新の知見に基づく、健診項目とするような体制の在り方について検討する。

(参考) 現在の質問項目等について

- ① 老人保健法による保健事業における基本健康診査の質問項目(現在の症状、既往歴、家族歴、嗜好、過去の健康診査受診状況等) -- 具体的項目なし(※)
※ 65歳以上の者に対しては、介護予防のための生活機能評価に関する基本チェックリスト(25項目)が定められている。
- ② 老人保健法による保健事業における生活習慣病予防に関する健康度評価のための質問票
- ③ 労働安全衛生法における事業者健診における質問項目(業務歴、既往歴、自覚症状、他覚症状) -- 具体的項目なし

など、制度ごとに様々である。さらに、国民健康・栄養調査なども含め他の調査においても、質問内容が異なっている。

例えば、喫煙歴についての質問内容の違いは以下のとおり。

喫煙についての質問内容

(1) 老人保健法による保健事業・健康度評価のための質問内容

- 1 現在の喫煙について 吸っている 過去に吸っていた 吸わない
- 2 吸い始めた年齢は () 歳
- 3 たばこをやめた年齢は () 歳
- 4 1日の喫煙本数は () 本

(2) 多くの事業所等で使用されている質問内容(国民栄養調査(～H14)と同様)

「喫煙について」

- ① 以前から(ほとんど)吸わない
- ② 以前は吸っていたが今は吸わない
- ③ 現在喫煙している
- ④ ②、③に回答した場合→平均〇〇本(一日あたり)・喫煙歴〇〇年

※ 留意事項(「第5次循環器疾患基礎調査」より)

「以前から(ほとんど)吸わない」には、以前一時的に吸った経験があっても現在吸っていない者も含める。

「以前は吸っていたが今は吸わない」とは、以前一定期間以上(1年以上)吸っていた経験があり、現在吸わない者をいう。

(3) 国民健康・栄養調査(H15～)の質問内容

・「あなたは、これまでにたばこを吸ったことがありますか。」

- 1 合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている(吸っていた)
- 2 吸ったことはあるが合計100本未満で6ヶ月未満である
- 3 まったく吸ったことがない

・「現在(この1ヶ月間)、あなたはたばこを吸っていますか。あてはまる番号を1つ選んで○印をつけてください。」

- 1 毎日吸う
- 2 ときどき吸っている
- 3 今は(この1ヶ月間)吸っていない

※ 「現在習慣的に喫煙をしている者」の定義は、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」のうち、現在(この1ヶ月間)「毎日吸う」又は「ときどき吸っている」者である。

(2) 健診項目の基準値等の標準化

1) 基本的考え方

- 現行の健診では、健診の実施機関ごとに検査法、検査機器や試薬等の違いにより基準値、検査測定値や健診判定値が異なることもあり、異なる健診機関の間で一律に比較を行うことは困難である。
- 一方、今後の新たな健診では、医療保険者は複数の健診機関で実施された被保険者の健診結果のデータを一元的に管理し、リスクの高いものから優先的に保健指導をしていくことが必要となるため、共通の健診判定値の設定や健診検査項目毎の検査測定値の標準化が必要である。
- また、健診項目の判定基準値については、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）、糖尿病、高血圧症、高脂血症等の関係する学会のガイドラインとの整合性を確保することが必要であり、定められた判定基準値についても、学会との連携の下、定期的に見直しを行うシステムが必要である。

2) 具体的な標準化の内容

①血液検査

- 現在検討されている健診の血液検査 10 項目(下記)については、独立行政法人産業技術総合研究所等の協力を得て(※)、可能な限り、平成 20 年度までに標準物質の開発を行い、検査測定値の標準化を行うことができるようにする。

※ 現在、特定非営利活動法人日本臨床検査標準協議会(JCCLS)、独立行政法人産業技術総合研究所等が連携し、臨床検査用の標準物質の開発を実施している。

【血液検査 10 項目】

- 脂質 (①中性脂肪、②HDLコレステロール、③LDLコレステロール)
- 肝機能 (④AST (GOT)、⑤ALT (GPT)、⑥ γ -GT (γ -GTP))
- 腎機能 (⑦血清クレアチニン)
- その他 (⑧血糖、⑨ HbA1c、⑩血清尿酸)

- 血液検査の標準物質については、技術的に可能な範囲で保健指導の必要性などの判断に用いるための判定値である「健診判定値」を持つものとする（例えば、HbA1cであれば、5.5%（境界型の判定）及び6.1%（糖尿病型の判定）の標準値）。

血液検査項目のうち、AST（GOT）、ALT（GPT）、 γ -GT（ γ -GTP）については日本臨床化学会の勧告する方法が提示されており、標準法の設定は行われている。さらに、JCCLSにより認証されたJC-ERM（Japan Certified-enzyme reference material）も市販されており、これらを用いた精度管理を行っている施設では十分な互換性が担保されていると考える。

血清クレアチニン、血清尿酸については平成19年度までに標準物質が産業技術総合研究所から提示される予定であり、これらを利用した精度管理が可能になり、また、血清尿酸についてはすでにJCCLSから標準物質が市販されていると聞いている。

- 平成20年度において、これら標準物質が市販されている場合には、健診機関は、原則として、これら標準物質を使用し、トレーサビリティも含めた十分な精度管理を行うことが必要である。

②血圧測定、腹囲計測

血圧測定、腹囲計測については、測定方法を統一するため、これまでの国民健康・栄養調査等で行われてきた測定手法をもとに検討を進めていく（別紙4）。

3) 学会ガイドラインとの整合性

内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）、糖尿病、高血圧症、高脂血症等の判定基準値については、これらに関係する学会のガイドラインと整合性がとれたものとする。

4) 基準値等の定期的な見直し

健診判定基準値等の見直しを定期的に検討するシステムについては、厚生労働科学研究費補助金による研究班等を活用して、各学会の最新の知見に基づく判定基準値とするような体制の在り方について検討する。

※ 具体的な健診項目ごとの標準的な測定方法、判定基準については別紙5参照。

第3章 保健指導対象者の選定と階層化

(1) 保健指導対象者の選定と階層化の基準

1) 基本的考え方

生活習慣病の予防を期待できる内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の選定及び階層化や、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を的確に評価するために、保健指導対象者の選定及び階層化の標準的な数値基準が必要となる。

2) 具体的な選定・階層化の基準

①内臓脂肪型肥満を伴う場合の選定

内臓脂肪蓄積の程度を判定するため、その基準として腹囲を用いるとともに、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の判定基準となる高血糖、高血圧等のリスクを評価する健診項目（血糖や血圧等の測定）を用いる。

②内臓脂肪型肥満を伴わない場合の選定

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、高血糖、高血圧等のリスクを評価する健診項目（血糖や血圧等の測定）を基本的な健診として実施することにより、内臓脂肪型肥満を伴わない糖尿病、高血圧症等の個別の生活習慣病を判定することができるようにする。

③健診項目の判定基準

「健診項目の基準値等の標準化」と同様に以下のようにする。

血 糖	
情報提供	空腹時血糖 100mg/dl 未満、随時血糖 140mg/dl 未満、かつ、HbA1c 5.5% 未満
保健指導	空腹時血糖 100mg/dl 以上 126mg/dl 未満、随時血糖 140mg/dl 以上 180mg/dl 未満、又は、HbA1c 5.5%以上 6.1%未満
受診勧奨	空腹時血糖 126mg/dl 以上、随時血糖 180mg/dl 以上、又は、HbA1c 6.1% 以上
脂 質（中性脂肪、HDL コレステロール）	
情報提供	中性脂肪 150mg/dl 未満、かつ、HDL コレステロール 40mg/dl 以上
保健指導	中性脂肪 150mg/dl 以上、又は、HDL コレステロール 40mg/dl 未満
受診勧奨	（同上）中性脂肪 150mg/dl 以上、又は、HDL コレステロール 40mg/dl 未満
血 圧	
情報提供	収縮期血圧 130mmHg 未満、かつ、拡張期血圧 85mmHg 未満
保健指導	収縮期血圧 130mmHg 以上 140mmHg 未満、又は、拡張期血圧 85mmHg 以上 90mmHg 未満
受診勧奨	収縮期血圧 140mmHg 以上、又は、拡張期血圧 90mmHg 以上

LDL コレステロール	
情報提供	120mg/dl 未満
保健指導	120mg/dl 以上 140mg/dl 未満
受診勧奨	140mg/dl 以上
血清尿酸	
情報提供	7.0mg/dl 未満
保健指導	7.0mg/dl 以上 8.0mg/dl 未満
受診勧奨	8.0mg/dl 以上

3) 質問票による階層区分の変更

健診結果による階層化を行った後、生活習慣の状況に関する質問票により、保健指導の対象者区分の変更を行う。

4) 対象者が治療中の場合

対象者が現在医療機関において治療を行っている場合の保健指導については、事例毎の特性を踏まえた上で、主治医との連携の下に行うことが望ましい。

なお、現在治療を行っている医療機関は、診療報酬における生活習慣病管理料や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積極的に活用することが望まれる。

[具体的な事例]

- 1) 医療機関受診中だが、糖尿病等の生活習慣病については治療を行っていない事例
- 2) 医療機関で生活習慣病について治療を行っているが、健診で動機づけ支援、積極的支援の保健指導の対象となったリスクに関連する生活習慣病については治療を行っていない事例（高血圧の治療は行っているが、HbA1cが5.5%以上6.1%未満の場合）
- 3) 医療機関で生活習慣病について治療中であり、健診で動機づけ支援、積極的支援の保健指導の対象となったリスクに関連する生活習慣病についても治療を行っている事例
- 4) 医療機関で生活習慣病について治療を行っているが、さらに生活習慣改善等の保健指導を行う必要がある事例

(2) 保健指導対象者の選定と階層化の方法

1) 基本的考え方

- 内臓脂肪の蓄積により、心疾患等のリスク要因（高血圧、高血糖、脂質異常等）が増え、リスク要因が増加するほど心疾患等が発症しやすくなる。このため、保健指導対象者の選定は、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因の数に着目することが重要となる。
- このため、内臓脂肪の蓄積を基本とし、リスク要因の数によって保健指導レベルを設定していく。
- なお、内臓脂肪蓄積の寄与が比較的少ないと考えられる高血圧症、糖尿病等については、減量等を中心とした生活習慣改善をメニューとする保健指導とは異なる手法の保健指導となる。

2) 具体的な選定・階層化の方法

ステップ1

- 腹囲とBMIで内臓脂肪蓄積のリスクを判定する
 - ・腹囲 M \geq 85cm、F \geq 90cm →(1)
 - ・腹囲 M $<$ 85cm、F $<$ 90cm かつ BMI \geq 25 →(2)
 - ・(1)、(2)以外 →(3)

ステップ2

- 検査結果、質問票より追加リスクをカウントする。
- ①～③は内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の判定項目、④～⑥はその他の関連リスクとし、④～⑥については①～③のリスクが1つ以上の場合にのみカウントする。

①血糖	a 空腹時血糖	110mg/dl 以上	又は
	(但し、(1)の動機づけ支援レベル判定及び(2)、(3)の場合には 100mg/dl)		
	b 随時血糖の場合	140mg/dl 以上	又は
	c HbA1c	5.5% 以上	又は
②脂質	d 薬剤治療を受けている場合（質問票より）		
	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	a 収縮期	130mmHg 以上	又は
	b 拡張期	85mmHg 以上	又は
	c 薬剤治療を受けている場合（質問票より）		
④LDL コレステロール		120mg/dl 以上	
⑤質問票		喫煙歴あり	
⑥血清尿酸		7.0mg/dl 以上	

ステップ3

ステップ1、2から保健指導レベルをグループ分け

(1)の場合

①～⑥のリスクのうち

追加リスクが 2以上の対象者（内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）
基準適合者）は 積極的支援レベル
0又は1の対象者は 動機づけ支援レベル とする。

(2)の場合

①～⑥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。

(3)の場合

①～⑥のリスクのうち

追加リスクが 4以上の対象者は 積極的支援レベル
1から3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。

※ (3)の場合の支援法は、「内臓脂肪減少」を目的としたプログラムではなく、個人個人の病態に応じた対応が必要。

ステップ4

同時に実施する質問票^{*1}を用い、生活習慣改善の必要性を判定し、健診結果の保健指導レベルと、質問結果の生活習慣改善の必要性との関係^{*2}から、追加的に保健指導のレベルを決定する。

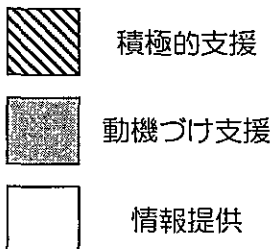
※1 生活習慣改善の必要性を判断するための質問票

質問項目	はい	いいえ	判定
1. 20歳の時の体重から10kg以上増加している	はい(1点)	いいえ(0点)	1点
2. 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	はい	いいえ	} 全て 「いいえ」 は1点
3. 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	はい	いいえ	
4. 同世代の同性と比較して歩く速度が速い	はい	いいえ	
5. タバコを吸っている	はい(1点)	いいえ(0点)	1点
合 計			*点

なお、本質問票は自記式を想定しており、回答の際の目安については、別途Q&Aを作成し、提示していく。

※2 健診結果の保健指導レベルと質問項目の合計点数による保健指導の判定

		健診結果の保健指導レベル		
		情報提供 レベル	動機づけ支援 レベル	積極的支援 レベル
質問項目の 合計点数	3点			
	2点			
	1点			
	0点			※



積極的支援
 動機づけ支援
 情報提供

※ 印の該当者については、状況を確認の上、医療機関受診を検討する。

対象者が医療機関で治療中の場合も、医療機関と連携を図り、医療機関で保健指導が十分できない場合等には、主治医の指示の下、必要な保健指導が確保されるよう調整を行うことが望ましい。

なお、現在治療を行っている医療機関は、診療報酬上の生活習慣病管理料や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積極的に活用することが望まれる。

(例：高血圧の治療中であっても、血糖にリスクがある場合は、糖尿病予防のための保健指導が必要であり、医療機関と連携した上で、必要な保健指導が確保されるよう調整することが重要。)

詳細な健診（精密健診）

現行の老人保健事業での基本健康診査における判断基準を踏まえた一定の基準の下、重症化の進展を早期にチェックするため、医師が必要と判断した場合は、詳細な健診（精密健診）として、眼底検査、心電図等のうちから選択的に行うこととする。

受診勧奨

検査結果が、

- ①血糖
 - a 空腹時血糖 126mg/dl 以上 又は
 - b 随時血糖の場合 180mg/dl 以上 又は
 - c HbA1c 6.1% 以上
- ②脂質
 - 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
 - a 収縮期 140mmHg 以上 又は
 - b 拡張期 90mmHg 以上
- ④血清尿酸 8.0mg/dl 以上
- ⑤LDL コレステロール 140mg/dl 以上

の場合で、治療が行われていない場合は、心血管病の進行予防（心疾患、脳卒中等の重症化予防）のために治療が必要であることを指導し、治療の中断による重症化が起きないように保健指導を継続することが重要である。

なお、治療中であっても重症化を予防するためには生活習慣の改善が重要であることから、現在治療を行っている医療機関は、診療報酬における生活習慣病管理料や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積極的に活用することが望まれる。医療機関で保健指導が十分できない場合等には、保健指導が確実に確保されるよう、医療機関と調整することが望ましい。

3) 留意事項

- 健保組合や市町村などで、すべての対象者に対して、「動機づけ支援」（個別面接）を行っている場合など、既に濃厚な保健指導を行っている場合は、あえて「情報提供」のみの対象者を選定する必要はない。

- 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、健診結果によって優先順位をつけ、最も必要な対象者に絞ることも差し支えない。ただし、年次計画を立て、保健指導が必要な対象者に対しては、必ず保健指導が実施されるよう配慮する。

第4章 健診の精度管理

内部精度管理と外部精度管理の実施

(1) 基本的考え方

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」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。

(2) 内部精度管理

内部精度管理については、原則として、特定非営利活動法人日本臨床検査標準協議会（JCCLS）、独立行政法人産業技術研究所が開発した標準物質を使用し、トレーサビリティも含めた十分な内部精度管理が定期的に行われ、検査値の精度が保証されていることが必要である。

(3) 外部精度管理

外部精度管理については、現在実施されている種々の外部精度管理事業（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など）を定期的を受け、検査値の精度が保証された結果であることが必要である。

(参考)「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) (抄)

第二 健康診査の実施に関する事項

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、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、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を実施するよう努めること。
- 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5章 健診データ等の電子化

(1) 健診データ提出の電子的標準様式

(健診機関等→医療保険者、医療保険者→医療保険者)

1) 基本的考え方

- 今後の新たな健診における、健診データの流れとして以下の場面が考えられる。
(**別紙6** 参照)

- ① 健康診査実施機関・保健指導実施機関→医療保険者〔法第28条〕
- 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〔法第26条〕
- ③ (異動元の) 医療保険者→(異動先の) 医療保険者〔法第27条〕
- 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〔法第27条〕

また、健康診査等の実施状況などについては、以下の流れが考えられる。

- ⑤ 医療保険者→国、都道府県〔法第15条〕、支払基金〔法第142条〕

※〔 〕内の法番号は、「高齢者の医療の確保に関する法律」に対応。

- 今回の新たな健診において、医療保険者には、被保険者の健診を実施する様々な健診機関や、被扶養者の健診を実施する他の医療保険者、さらには労働安全衛生法に基づく健診を実施する事業者などから、健診データが送付されてくることとなり、複数の経路で複雑に情報のやりとりが行われる。このことから、データの互換性を確保し、継続的に多くのデータを蓄積していくためには、国が電子的な標準様式を設定することが望ましいと考えられる。
- さらに、医療保険者ごとに健診・保健指導の実績を評価する際にも、膨大なデータを取り扱うことから、電子的標準様式が設定されることが必要と考えられる。
- また、電子的標準様式は、将来的に健診項目の変更、追加、削除、順番の変更等があっても対応が容易となるよう定めることが必要である。
- 個人情報の保護には十分に留意する。
- 人間ドック等他の健診のデータも、この電子的標準様式で収集できるようにする。
- 収集された電子的情報はバックアップのために、複数の場所に保存し、二重化する。

2) 具体的な様式

- 前ページ①「健診機関等→医療保険者」の提出様式は、以下の要件を満たす「別添の様式」(別紙7、別紙8)とする。
 - ・ 特定のメーカーのハード、ソフトに依存しない形式にすること
 - ・ 将来、システム変更があった場合でも対応が可能な形式にすること
 - ・ 健診機関、医療保険者等の関係者が対応できる方式とすること※ 研究班等で作成したフリーソフトを配布する。

- 前ページ②、③、④の提出様式についても、同様の標準様式であることを考慮する。

- 前ページ⑤の提出様式については、国、都道府県においては、健康日本 21 及び都道府県健康増進計画の見直し及び進捗状況の把握のために、各医療保険者から健診・保健指導実施状況報告が必要であり、そのための標準様式も必要である。

(2) 健診項目の標準コードの設定

1) 基本的考え方

- 今後の新たな健診において、電子化された膨大な健診データが継続的に取り扱われることになる。その際に、健診項目についても、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ごとに標準コードを設定することが必要となる。
- 血液検査データの標準コードは日本臨床検査医学会が作成した JLAC10(ジェイラックテン) を標準的なものとする。
- 質問票についても、標準的な質問項目の設定とその標準コードの設定が必要である。

2) 具体的な標準コード

- 血液検査データについては、既存の JLAC10 コード(運用コード) を使用する。
- 質問項目、身長等の JLAC10 コードのない項目については、WG において、JLAC10 のコード体系に準じたコードを検討し、標準コードとして設定する。

※ なお、国がフォーマットを定めることから、上記標準コードはタグの“名称”が決定していることから、標準コード不要論もあるが、今後の拡張性を考慮し、利用する。

(参考)

標準コードの例。(JLAC10 の運用コード〔6桁〕を使用)

303610	トリグリセライド
303850	HDLコレステロール
303890	LDLコレステロール
300340	AST (GOT)
300390	ALT (GPT)
300690	γ -GT (γ -GTP)
302110	クレアチニン(血清)
302700	空腹時血糖
302710	随時血糖
302880	HbA1c
302180	尿酸(血清)

(3) 健診機関・保健指導機関コードの設定

1) 基本的考え方

- 医療保険者が被保険者の健診データを管理するためには、健診機関ごとのデータを一括で管理することになる。特に、被保険者の医療保険者間異動があった場合、医療保険者毎に異なった健診機関、保健指導機関のコードを設定しては、十分な分析と評価が出来ない恐れがある。
- 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、事業の評価を行うため、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、健診機関、保健指導機関コードの設定が必要と考えられる。
- 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することが考えられるが、二重に発番がなされていないことを確認する必要がある。

2) 具体的なコードの設定

都道府県や国が健診機関コード、保健指導機関コードを設定することは事務的に困難と考えられるため、

- ① 健診機関が医療機関の場合は、保険医療機関番号を代用し、保険医療機関として登録がなされていない健診機関や保健指導機関については、例えば、既存の電話番号を利用することで対応する
- ② 第三者機関が別途、新たに発行する等の方法が可能かどうか検討を行う。

○具体的な健診機関コードの設定手順

- ・ 保険医療機関である場合、既存の保険医療機関コードを活用して、「都道府県番号(2桁)+000(3桁)+固有番号(7桁)+登録年(2桁)+種別番号(1桁、医科なら1)の計15桁」とする。
 - ※ 二重発番の可能性もあるため、制度開始時(2008年度)に存在する保険医療機関は、固有番号の後ろに08(2桁)、2008年度以降新たに登録された保険医療機関については、発番された年の西暦下2桁を置く。
- ・ 保険医療機関としてのコードを有さない機関については、000(3桁)+固有番号(7桁)の部分、機関の所有する既存の番号(電話番号の下10桁*)に置き換え、コードとする。
 - ※ 以後、電話番号が変更されても最初に登録した電話番号を使い続けることが必要と考える。
- ・ 保健指導のみ実施する機関については、1桁の新たな種別番号を設定する必要がある。

○健診機関コード情報の収集・台帳の整理

都道府県毎の保険者協議会等において、上記の手順に従ったコード設定を行い、健診機関コード情報を収集・整理していくこととする。

(4) 生涯を通じた健診情報のデータ管理を行う場合の留意点

1) 基本的考え方

- 医療保険者、被保険者・被扶養者が生涯を通じて健康情報を活用できるユニークコード（「健診データ登録番号」）の設定は、個人情報の保護に十分配慮して行う必要がある。
- 健診データのやりとりは複数の経路で複雑に行われ、継続的にデータを蓄積していくこととなり、同一人物のものであるかどうかを確認して行く必要があることから、一意性を保つことができる整理番号の設定やデータの互換性が必要である。

(健診データのやりとり)

- ① 健康診査実施機関・保健指導実施機関→医療保険者〔法第28条〕
- ② (被扶養者の健診を行った) 医療保険者→(被扶養者の所属する) 医療保険者〔法第26条〕
- ③ (異動元の) 医療保険者→(異動先の) 医療保険者〔法第27条〕
- ④ 労働安全衛生法に基づく健診を行った事業者
→(当該労働者の所属する) 医療保険者〔法第27条〕

(なお、⑤医療保険者→国、都道府県等については、第4編第3章を参照。)

2) 健診データ登録番号の設定手順

医療保険者は、被保険者・被扶養者ごとに健診データを整理するため、一定のルールに基づき、一意性を保つことができる登録番号の設定を以下の手順で行う。

- 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番号、職員番号、健診整理番号など）を併せて健診データ登録番号とする。
- 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。
- 被保険者番号では個人毎の番号でない場合もあるため、枝番号を追加することで対応することが考えられる。
- 医療保険者間を異動した場合は、前に所属していた医療保険者で使用していた健診データ登録番号（例：平成20年4月1日現在に所属していた医療保険者で交付された番号）が健診データとともに持ち運ばれることで、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可能となる。
- また、被保険者の希望により異動したところで全く新しい番号を発行してもらうことも可能となると考えられる。

(5) 特定健診における健診結果の保存年限

1) 基本的考え方

- 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と考える。また、生涯を通じた自己の健康管理の観点からも継続的な健診データが必要である。
- このため、原則として、医療保険者は被保険者の生涯を通じて（40-74 歳）データを保存し参照できるようにする。

2) 具体的な保存年限

- ① 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保存
- ② 医療保険者の被保険者でなくなった時以降は、次の医療保険者に引き継がれるまでか、空白期間ができるだけ生じないよう、例えば 1 年程度の一定期間が経過するまで保存
- ③ 原則、40 歳以降の全データを次の医療保険者へ引き継ぐ等の考え方により、医療保険者と調整の上、保存年限を設定してはどうか。

〔参考〕他制度における保存年限

老人保健法（老健事業）

基本健康診査 特段の規定なし

がん検診 3 年間（通知）

労働安全衛生法（事業者健診）

一般定期健康診断 5 年間（規則）

特殊健診 5 年、7 年（じん肺）、30 年（放射線、石綿、特定化学物質の一部）

※じん肺 5 年→7 年（S53）

理由：少なくとも前二回分の記録（3 年以内毎の健診）が必要であるから。

政管健保

生活習慣病予防検診 5 年を目途

診療録（カルテ）

5 年間（医師法 24 条）

レセプト（診療報酬明細書等）

5 年間（政府管掌健康保険、国民健康保険）

（健康保険組合は、組合毎に適当な保存期間を設定できる）

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、心筋梗塞等の重症化した者は、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。

新健診と各種健診の健診項目の比較

		新健診	老人保健事業 健康診査	労働安全衛生 定期健康診断	新健診と老健事 業との比較	備考	
診 察 等	質問(問診)	○	○	○			
	計 測	身長	○	○	□		
		体重	○	○	○		
		肥満度・標準体重	○	○	○		
		腹囲	○			新規追加	メタボリックシンドローム判定基準の項目であるため。
	視力			○			
	聴力			○			
	理学的所見(身体診察)	○	○	○			
血圧	○	○	○				
脂 質	総コレステロール定量		○	■	廃止	(間接法にてLDL-Cを算出する際は、実際に測定する)	
	中性脂肪	○	○	■			
	HDLコレステロール	○	○	■			
	LDLコレステロール	○			新規追加	独立した心血管危険因子の判定指標として有用であるため。	
肝 機 能	AST(GOT)	○	○	■			
	ALT(GPT)	○	○	■			
	γ-GT(γ-GTP)	○	○	■			
代 謝 系	空腹時血糖	○	○	■1			
	尿糖 半定量	□	○	□	必須→選択	血糖、HbA1c測定により、より正確な診断が可能であるため。	
	血清尿酸	○			新規追加	メタボリックシンドローム判定時の参考指標として有用であるため。	
	ヘモグロビンA1C	○	□	■1	選択→必須	高血糖状態の判定をより正確に行うため。	
血 液 一 般	ヘマトクリット値	□	□				
	血色素測定	□	□	■			
	赤血球数	□	□	■			
尿 腎 機 能	尿蛋白 半定量	□	○	○	必須→選択	血清クレアチニン等である程度の腎障害は判定できるため。	
	潜血	□	○		必須→選択		
	尿沈渣						
	血清クレアチニン	○	○				
心機能	12誘導心電図	□	□	■			
肺	胸部X線			○			
	喀痰細胞診			□			
眼底検査		□	□				

○… 必須項目

□… 医師の判断に基づき選択的に実施する項目

■… 35歳及び40歳以上の者については必須項目、それ以外のものについては医師の判断に基づき選択的に実施する項目

■1… いずれかの項目の実施で可

「詳細な健診（精密健診）」項目の選定について

精密健診項目の選択に当たっては、以下の基準に該当する者について、特に配慮するとともに、受診者の性、年齢、前年の健診結果等についても配慮する。

なお、他の医療機関において行った直近の結果が明らかで、再度検査を行う必要がないと判断される者、又は現に高血圧、心臓病等の疾患により医療機関において管理されている者は、下記の条件に該当する場合であっても、医師の判断により選択検査の一部又は全部を省略して差し支えない。

(1) 心電図検査

- 収縮期血圧 140mmHg 以上又は拡張期血圧 90mmHg 以上
- 質問票・質問項目（4～7）*のうち、1項目以上該当する者
- 肥満（内臓脂肪型肥満を有する者、あるいは BMI>25 の者）
- 不整脈又は心雑音の認められる者

(2) 眼底検査

- 心電図検査対象者のうち医師が必要と認める者
- 特に、糖尿病が疑われる者（HbA1c6.1%以上）、又は糖尿病の既往歴がある者

(3) 尿検査（尿糖、尿蛋白、尿潜血）

- 糖尿病あるいは腎疾患の既往歴を有する者のうち医師が必要と認める者

(4) 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

※質問票・質問項目（4～7）

	質問項目	回答
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	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

標準的な質問票

	質問項目	回答	分野	リソース
1-3	現在、aからcの薬の使用の有無		服薬歴	国民健康・栄養調査 (H16) の問診項目に準拠
1	a. 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ	服薬歴	
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	服薬歴	
3	c. コレステロールを下げる薬	①はい ②いいえ	服薬歴	
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	既往歴	糖尿病実態調査 (H14) の問診項目に準拠
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	既往歴	糖尿病実態調査 (H14) の問診項目に準拠
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	既往歴	糖尿病実態調査 (H14) の問診項目に準拠
7	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	喫煙	国民健康・栄養調査 (H16) の問診項目に準拠
8	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	体重	保健指導分科会
9	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	運動	保健指導分科会
10	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	運動	保健指導分科会
11	同世代の同性と比較して歩く速度が速い。	①はい ②いいえ	運動	保健指導分科会
12	この1年間で体重の増減が±3kg以上あった。	①はい ②いいえ	体重	保健指導分科会
13	早食い・ドカ食い・ながら食が多い。	①はい ②いいえ	栄養	保健指導分科会
14	就寝前の2時間以内に夕食を取ることが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ	栄養	保健指導分科会
15	夜食や間食が多い。	①はい ②いいえ	栄養	保健指導分科会
16	朝食を抜くことが多い。	①はい ②いいえ	栄養	保健指導分科会
17	ほぼ毎日アルコール飲料を飲む。	①はい ②いいえ	栄養	保健指導分科会
18	睡眠で休養が得られている。	①はい ②いいえ	休養	保健指導分科会

血圧測定、腹囲計測等の手順（測定時の留意点）

血圧測定、腹囲計測等については、これまで老人保健法による健康診査及び国民健康・栄養調査等で行われてきた測定手法に準じ、以下のように実施すること。

（1）血圧測定

血圧測定については、「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（以下「日循協」という。）編）を参考とする。

なお、測定回数は原則 2 回とし、その 2 回の測定値の平均値をもって、提出データとすること。現場の実施状況に応じて、1 回測定についても可とする。

（2）腹囲計測

メタボリックシンドロームの診断基準に基づき、立位、軽呼気時、臍レベルで測定する。脂肪蓄積が著明で臍が下方に偏位している場合は肋骨下縁と前上腸骨棘の midpoint の高さで測定する。より詳細については、平成 16 年国民健康・栄養調査必携（厚生労働省）を参考とする（「標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）」付録の学習教材集に掲載）。

なお、具体的な測定方法の映像については、独立行政法人国立健康・栄養研究所ホームページ（<http://www0.nih.go.jp/eiken/>）に掲載する（予定）。

（3）検尿

測定手技及び判定については、「循環器病予防ハンドブック」（日循協編）等を参考とする。

（4）眼底検査

手技については、「循環器病予防ハンドブック」（日循協編）等を参考とする。

健診検査項目の健診判定値

番号	項目コード (JLAC10)	項目名	データ基準		データタイプ	単位	検査方法	備考
			採血指導判定値	受診勧奨判定値				
1	303610	トリグリセリド	150	150	数字	mg/dl	1:酵素比色法・グリセロール消去	空腹時の測定を原則とした判定値
					数字	mg/dl	2:酵素UV法・グリセロール消去	空腹時の測定を原則とした判定値
2	303850	HDLコレステロール	39	39	数字	mg/dl	直接法(非沈殿法)	
3	303890	LDLコレステロール	120	140	数字	mg/dl	直接法(非沈殿法)	実測値あるいは計算値かを入力
4	302700	空腹時血糖	100	126	数字	mg/dl	1:ヘキシナーゼ・UV法	
					数字	mg/dl	2:ブドウ糖酸化酵素電極法	
					数字	mg/dl	3:ブドウ糖脱水素酵素法	
	302710	餐后血糖	140	(180)	数字	mg/dl	1:ヘキシナーゼ・UV法	食後時間「hh:mm(時・分表記)」
					数字	mg/dl	2:ブドウ糖酸化酵素電極法	食後時間「hh:mm(時・分表記)」
					数字	mg/dl	3:ブドウ糖脱水素酵素法	食後時間「hh:mm(時・分表記)」
5	302160	血清尿酸	7.0	8.0	数字	mg/dl	1:ウリカーゼ・ペルオキシダーゼ法	小数点以下1桁
					数字	mg/dl	2:ウリカーゼ・UV法	小数点以下1桁
6	302880	HbA1c	5.5	6.1	数字	%	1:不安定分画除去HPLC法	小数点以下1桁
					数字	%	2:免疫学的方法	小数点以下1桁
7	300340	AST(GOT)	46	50	数字	IU/l 37℃	JSCC標準化対応法	
8	300390	ALT(GPT)	40	50	数字	IU/l 37℃	JSCC標準化対応法	
9	300690	γ-GTP	80	100	数字	IU/l 37℃	IFCC(JSCC)標準化対応法	
10	302110	血清クレアチニン	1.2(男性) 1.0(女性)	1.4(男性) 1.1(女性)	数字	mg/dl	1:酵素法	小数点以下1桁
					数字	mg/dl	2:Jaffe直接レート法	小数点以下1桁
					数字	mg/dl	3:ドライケミストリ法	小数点以下1桁
11	200060	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	小数点以下1桁(血色素量の上限值については、健診判定値、受診勧奨判定値とも男性18.0、女性16.0とすることを検討する。)

※1～3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」、4については日本糖尿病学会「糖尿病治療ガイド」、5については日本高血圧・核交代学会「高血圧・糖尿病の診療ガイドライン」の各判定基準に基づく。

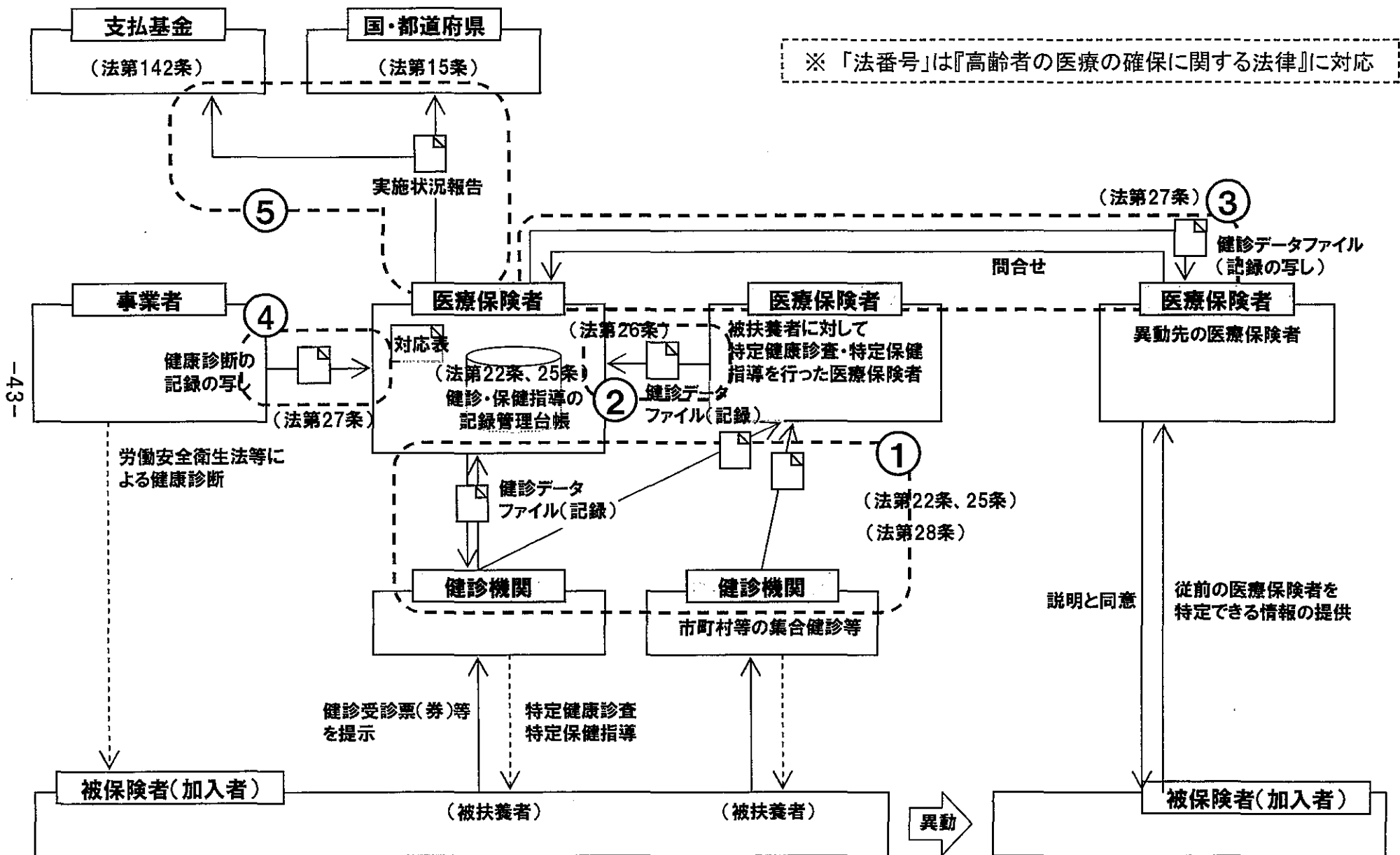
※6のデータ基準については日本糖尿病学会メタボリックシンドローム(予備群)検討委員会の検討結果に基づく。

※7～10のデータ基準については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」に基づく。今後関連学会における検討等により、修正を加えていく。

※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%以上をカバーするものを記載した。

健診データの電子的標準様式が使用される場合



データ範囲のチェック

別紙7-2

番号	項目名	データタイプ	入力最小値	入力最大値	少数点以下の桁数	単位	基準範囲外※1	検査の実施※2	備考
31	身長	数字	100.0	250.0	1	cm			
32	体重	数字	20.0	250.0	1	kg			
33	BMI	数字	10.0	100.0	1	kg/m ²			
34	腹囲	数字	40.0	250.0	1	cm			
35	血圧(収縮期)	数字	60	300	0	mmHg			
36	血圧(拡張期)	数字	30	150	0	mmHg			
37	トリグリセライド	数字	10	2000	0	mg/dl			
38	HDLコレステロール	数字	10	500	0	mg/dl			
39	LDLコレステロール	数字	20	1000	0	mg/dl			
40	GOT(AST)	数字	0	1000	0	IU/l 37℃			
41	GPT(ALT)	数字	0	1000	0	IU/l 37℃			
42	γ-GTP	数字	0	1000	0	IU/l 37℃			
43	空腹時血糖	数字	20	600	0	mg/dl			
44	随時血糖	数字	20	1000	0	mg/dl			
45	血清尿酸	数字	0.0	20.0	1	mg/dl			
46	HbA1c	数字	3.0	20.0	1	%			
47	血清クレアチニン	数字	0.0	20.0	1	mg/dl			
48	ヘマトクリット値	数字	0	100	0	%			
49	血色素測定	数字	0.0	30	1	g/dl			
50	赤血球数	数字	0	1000	0	万/mm ³			
1002	実施度(コンプライアンス)	数字	0	100	0	%			
1003	効果1(腹囲)	数字			1	cm			
1004	効果2(体重)	数字			1	kg			

(表の説明)

※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。

※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。

健診データ電子のフォーマット(イメージ)

* <>内のタグ名等は実際には英語表記の可能性もあり

<?xml version="1.0" encoding="Shift_JIS"?>

<健診データファイル>

<定義部 識別番号="c001" 仕様番号="1.0.0">

<!-- 送付元 -->

<送付元種別>1</送付元種別>

<送付元機関番号>0103123412341</送付元機関番号>

<送付元機関名称>健診機関A</送付元機関名称>

<!-- 送付先 -->

<送付先種別>0</送付先種別>

<送付先機関番号>06123456</送付先機関番号>

<送付先機関名称>A健康保険組合</送付先機関名称>

<!-- ファイル情報 -->

<ファイル生成日付 年="2008" 月="10" 日="01"/>

<ファイル更新日付 年="2008" 月="10" 日="01"/>

<格納記録数>2</格納記録数>

</定義部>

<記録部>

<!-- 特定健診 1人目 -->

<健康診査記録 番号="1">

<基本>

<作成日付 年="2008" 月="07" 日="30"/>

<健診機関番号>0103123412341</健診機関番号>

<健診機関名称>健診機関A</健診機関名称>

<健診区分>03</健診区分>

<実施日付 年="2008" 月="07" 日="20"/>

<健診データ登録番号>03123456781234567801</健診データ登録番号>

<生年月日 年="1958" 月="07" 日="20"/>

<性別>M</性別>

</基本>

<記録>

<健診項目 名称="身長" JLAC10="" 基準下限="" 基準上限="" 単位="cm" データタイプ="数値" データコメント="" 検査手法="標準" 方法コメント="" 値="174.2" 判定コード=""/>

<健診項目 名称="体重" JLAC10="" 基準下限="" 基準上限="" 単位="kg" データタイプ="数値" データコメント="" 検査手法="標準" 方法コメント="" 値="69.8" 判定コード=""/>

<健診項目 名称="BMI" JLAC10="" 基準下限="" 基準上限="" 単位="kg/m²" データタイプ="数値" データコメント="" 検査手法="標準" 方法コメント="" 値="23.0" 判定コード=""/>

<健診項目 名称="腹囲" JLAC10="" 基準下限="" 基準上限="" 単位="cm" データタイプ="数値" データコメント="" 検査手法="標準" 方法コメント="" 値="78.0" 判定コード=""/>

<健診項目 名称="収縮期血圧" JLAC10="" 基準下限="" 基準上限="" 単位="mmHg" データタイプ="数値" データコメント="" 検査手法="標準" 方法コメント="" 値="124" 判定コード=""/>

<健診項目 名称="拡張期血圧" JLAC10="" 基準下限="" 基準上限="" 単位="mmHg" データタイプ="数値" データコメント="" 検査手法="標準" 方法コメント="" 値="70" 判定コード=""/>

<健診項目 名称="随時血糖" JLAC10="302710" 基準下限="20" 基準上限="1000" 単位="mg/dl" データタイプ="数値" データコメント="食後時間 120 分" 検査手法="標準" 方法コメント="" 値="1650" 判定コード="H"/>

<健診項目 名称="HbA1C" JLAC10="302880" 基準下限="3.0" 基準上限="20.0" 単位="%" データタイプ="数値" データコメント="" 検査手法="標準" 方法コメント="" 値="5.1" 判定コード=""/>

...

...

...

<健診項目 名称="既往歴 3(腎不全・人工透析)" JLAC10="" 基準下限="" 基準上限="" 単位="" データタイプ
="コード" データコメント="" 検査手法="標準" 方法コメント="" 値="1" 判定コード="" ></健診項目>

</記録>

</健康診査記録>

<!-- 特定健診 2人目 -->

<健康診査記録 番号="2">

...

...

...

</健康診査記録>

</記録部>

</健診データファイル>

<!-- ファイル終了 -->

第3編 保健指導

第1章 保健指導の基本的考え方

(1) 保健指導の目的

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

(2) 保健指導とは

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

(3) 生活習慣改善につなげる保健指導の特徴

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

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

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

対象者が行動目標に沿って新たな生活習慣を確立し、維持することは容易

ではない。保健指導実施者は、対象者の新たな行動を継続できるよう、定期的に助言・支援することや同じ課題に取り組むグループワークへの参加の勧奨など、対象者が現在の状況を客観的に把握できる機会を提供するとともに、実行していることに対しては励ましや賞賛するなど自己効力感を高めるフォローアップが重要となる。行動変容を可能にするためには、このフォローアップが特に重要である。

なお、注意しなければならないことは、病気の発症や障害を持つ可能性についての説明が脅しにならないよう配慮すること、また、行動変容へのステージ（準備状態）が無関心期にある場合は、対象者の疾病に対する認識や信念に合わせた個別の対応を行う必要がある。

生活習慣の改善につなげる保健指導は、決して押しつけず、対象者に合わせた支援を行い、生活習慣を変えることが本人にとって快適であることを実感でき、楽しめるようなプログラムを提示するなど、様々な働きかけが必要である。

（４）必要とされる保健指導技術

保健指導を行うための技術としては、保健指導に必要な情報（健診結果、ライフスタイル、価値観、行動変容のステージ（準備状態）等）を収集するためのコミュニケーション、それに基づいて支援方策を判断する技術（アセスメント）、そして対象者が自らの生活行動の課題に気づき自らの行動目標を決定することを支援する技術がある。これらの保健指導技術に活用できるものは、カウンセリング技術、アセスメントに関する技術、コミュニケーション技術（コーチング等）、自己効力感を高める技術などがあり、また、グループワークを支援する技術としては、グループダイナミックス¹に関する技術などがある。これらの技術は、行動変容等に関する様々な理論から導き出されたもので、保健指導の実施者はこれらの技術を統合させて、実践に用いることが求められている。

保健指導実施者は、これらの理論や技術を理解した上で、保健指導としての技術を身につけ、実際の保健指導に応用することが必要である。このためには、保健指導実施者を対象とした研修会への参加や、身近な機関でOJTを受けることが必要である。そして、保健指導技術を高めるには、実際の指導事例について、対象者が適切な行動目標を立てることができたか、行動変容がみられたか等をていねいに振り返り、指導技術を高めていくことが大切である。

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

(5) 効果的な保健指導方法の開発

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

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

(6) ポピュレーションアプローチの活用

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

具体的には、地域や職域において、健康に配慮した食事（ヘルシーメニュー）を提供する飲食店、安全なウォーキングロードや運動施設、分煙している施設、同じ健康課題を持つ者の仲間づくり、日常的な健康情報の提供などが整備される必要があり、健診後の保健指導においても、このような社会資源を積極的に活用することや、そのための体制づくりが重要である。

(7) 地域・職域におけるグループ、ボランティア等との協働

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

地域・職域には、生活習慣病に関する自助グループや健康づくり推進員等の組織化されたグループが存在する場合があります。このようなグループを健診や保健指導の機会に周知することが重要である。グループに所属する地域住民・労働者は、保健指導対象者と同じ、あるいは類似した生活環境や労働環境である。そのため、類似の体験をしていることも多いことから、対象者の行動変容への課題を共有化し、課題解決のための行動について共に考え、健康行動の継続について支援できる環境となりうる。また、これらのグループは、地域・職域の集団の健康課題を解決するためのポピュレーションアプローチに寄与する活動を展開している例も多い。保健指導実施者は、生活習慣

病予備群に対する保健指導においても、地域・職域の組織化されたグループ等と協働し、対象者を支援することが重要である。

(8) 保健指導プログラムの標準化とは

生活習慣病予備群に対する保健指導は、個人の生活行動、行動の背景にある健康に対する認識、そして価値観に働きかける行為である。そのため、保健指導は対象者に合わせた支援方法を面接しながら選択し、対象者に合った指導を行う能力が求められる。このため、保健指導の実践過程は個々人に応じて千差万別であり、この部分を標準化することは困難であるが、保健指導技術として概念化が図られてきている部分については、今後、一定の整理が可能になると思われる。

そこで、保健指導として標準化ができる部分は、保健指導プログラムのプロセス、保健指導として行うべき内容、保健指導の頻度や方法、体制などで、ここでは効果があったと考えられる保健指導の事例を基にして、保健指導プログラムの標準化を図ることとした。

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

第2章 保健事業（保健指導）計画の作成

（1）現状分析

1）分析が必要な理由

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

第一の理由としては、対象者の所属する地域・職域などの集団全体の健康課題を分析することにより、その集団においてどのような生活習慣病対策に焦点を当てるのかということと、優先すべき健康課題を把握し、保健事業全体の目標を設定するためである。このことは、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチ全てを含んだ生活習慣病対策の全体像を把握し、社会資源を有効に活用しながら保健事業を組み立てていくことにつながる。また、今回の医療制度改革においては、医療費を適正化することが求められているため、生活習慣病有病者・予備群の割合や、医療費を分析することによりその増大の原因を明らかにすることが重要となる。

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

2）分析すべき項目

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

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

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

なお、分析項目については、保健事業（保健指導）計画作成の段階から把握することが可能な項目もあれば、新たな健診・保健指導にかかる事業を進

める上で新しく設定すべき分析項目もあるため、保健事業（保健指導）実施後に把握することが可能な項目もある。すなわち、基準値となるデータの把握時点が異なることから、保健事業（保健指導）計画作成の際に、すべての分析項目が把握することができないため、計画を作成することができないというものではないが、保健事業（保健指導）を進めながら、分析項目を整備しておくことが必要となる。

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

3) 分析の方法と保健事業（保健指導）計画への活用

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

基礎資料には、次のような分析結果を整理することが考えられる。

①「医療費、介護給付費などの負担の大きい疾病等の分析」

重点的に対策を行うべき病態や生活習慣を選定する。

②「医療費増加率、有所見率の増加が著しい疾患等の分析」

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

③「属性ごとの分析」

優先的に対象とすべき性・年代を選定し、対象となる属性（働き盛り層、育児中の主婦、管理職、営業職など）に受け入れやすい保健事業を計画する。

④「環境（地域・職場）ごとの分析」

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

⑤「プロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果）の分析」

プロセス（過程）指標とアウトプット（事業実施量）指標、アウトカム（結果）指標との関係について分析する。保健事業の投入により、健康課題の改善が図られているかどうかを検討する。不十分な場合には保健事業の見直し、または他の影響する要因について分析する。（「第 4 章 保健指導の評価」を参照）

表1 集団全体の分析項目（例）

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

表2 個人、保健事業の単位の分析項目（例）

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

(2) 保健事業（保健指導）の目標設定

生活習慣病有病者・予備群を少なくとも25%減少させることが大目標であるが、必要な対象者に必要な保健指導を行い、確実に効果をあげていくためには、対象者の正確な把握、効果的な保健事業の実施とその評価が必須である。

1) 保健事業全体の目標設定

保健事業の目標設定は、前節の現状分析に基づき優先課題を掲げるものであるが、医療保険者の保健事業に対する考え方を示すという意味もあり、どのような目標を掲げるかは、重要な判断を要するものである。優先課題は、生活習慣病有病者及び予備群を減少させることに寄与するものであることは前提であるが、医療保険者としての集団全体の健康問題の特徴を現状分析から明らかにし、その課題のうち、最も効果が期待できる課題を重点的に対応すべき課題として目標に掲げる必要がある。

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

保健事業を開始した当初は、分析すべきデータが十分に整備されない中で目標を設定することになるが、年次を追って健診や保健指導のデータが収集されることから、これらのデータ分析を加え、保健事業全体の目標を変えていく必要もある。

また、目標は抽象的な内容ではなく、糖尿病の新規治療者を**%に減少するなど、できる限り数値目標とし、事業終了後の評価ができる目標を設定することが必要である。

2) 保健指導レベル毎の目標設定

対象者の正確な把握するために、医療保険者は、40歳から74歳までの全対象者のうち、生活習慣病予備群は、「健診結果等による対象者階層化基準」に基づき、「生活習慣病健診・保健指導」対象者として分類し、各基準に該当する人数を求める。保健指導レベル別対象者数の概数を算出し、保健指導にかかる事業全体のボリュームを調査し、対象者数の目標を設定する。（全対象者から「生活習慣病受療者」を除いた対象者について、前年度の健診結果を判定基準に投入、各保健指導レベル別の対象者数の概数を算出する。）なお、生活習慣病の治療中の者について、主治医からの紹介がある場合は、主治医と連携を図り、その指導のもとに保健指導を実施する。また、治療を中断している者については、受診勧奨を行う。

保健指導対象者の保健指導実施率は100%をめざす。対象者の事情等により、例えば、本来「積極的支援」を行うべき対象者であったが、「動機づけ

支援」のみ実施した場合などには、その割合も把握する。
各保健指導である「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」については、下記のような指導目標を設定し、数値目標は、健診結果の変化、アンケート調査等に基づくものとする。

① 「情報提供」のみの対象者

- ・ 健診結果を正常範囲のまま維持し、悪化させない。
- ・ 「動機づけ支援」対象への移行率を 〇%以下とする。(この数値は性・年代別に各医療保険者で設定)

② 「動機づけ支援」

- ・ 健診結果を改善、または悪化させない。
- ・ 内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）予備群では腹囲の減少をめざす。
- ・ 「積極的支援」対象への移行率を △%以下とする。
(この数値は性・年代別に各医療保険者で設定)

③ 「積極的支援」

- ・ 健診結果を改善させる。
- ・ 内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）では腹囲、体重の減量、危険因子の減少。
- ・ 保健指導対象者の5割以上の人において、判定の改善をめざす。
- ・ 「要医療」への移行率を ◇%以下とする。

(3) 保健事業（保健指導）計画作成

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

1) 保健指導全体の計画

「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」別の具体的な方法、保健指導のための人材、支援材料、記録方法、実施場所、保健指導担当者の研修などを検討する。これらの状況や既存の社会資源等を総合的に判断して、アウトソーシングの検討を行う。

また、前年度までの評価（実施状況・効果・問題点など）を踏まえ、より効果的な内容となるようところがける。さらに、保健指導全体の計画にあたっては、毎回よりよいものを作成することをめざす。

2) 実施体制に関する計画

実施の計画については、健診から保健指導まで円滑に実施できるように保

健指導の進め方、実施体制、広報の方法等に留意して作成することが必要である。また、実施計画に合わせて予算を計上し、確定した予算にあわせ、実施計画の見直し、対象者の選定方法の見直しを行う。

① 保健指導の進め方

「情報提供」、「動機づけ支援」は健診結果の返却時にあわせて実施するなど、参加者の負担を軽減する方法を計画する。

「積極的支援」については、対象者の性・年代・職業等、社会背景を考慮し、参加しやすい時間帯や場所を設定することや対象者が関心を持つような方法を考慮する。

② 実施体制

保健指導の実施に当たっては、効果・効率を考え、最適な実施体制を検討する。

保健指導に関わる関係者会議を行い、支援方法の標準化、媒体、支援材料や記録の方法などを徹底する。

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

保健指導のアウトソーシングを行う場合は、医療保険者との役割分担、責任を詳細にわたって明確にしておく。

③ 広報の方法

健診・保健指導の在り方や保健指導の目的、内容、効果等について、地域住民や職員全員に十分広報しておく。保健指導対象者が積極的に参加できるように、地域・職域別に方法を検討する。

なお、個々の対象者に対する計画については、「第3章 保健指導の実施」に記載する内容を踏まえ、個別に計画を作成する。

3) 評価計画

生活習慣病予備群に対する保健指導の効果を明確に示していくためには、保健指導をPDCA（計画（Plan）⇒実施（Do）⇒評価（Check）⇒改善（Action））サイクルで計画から見直し・改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが期待できる。

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

アウトソーシングをする場合は、委託先にも評価計画を明示する。

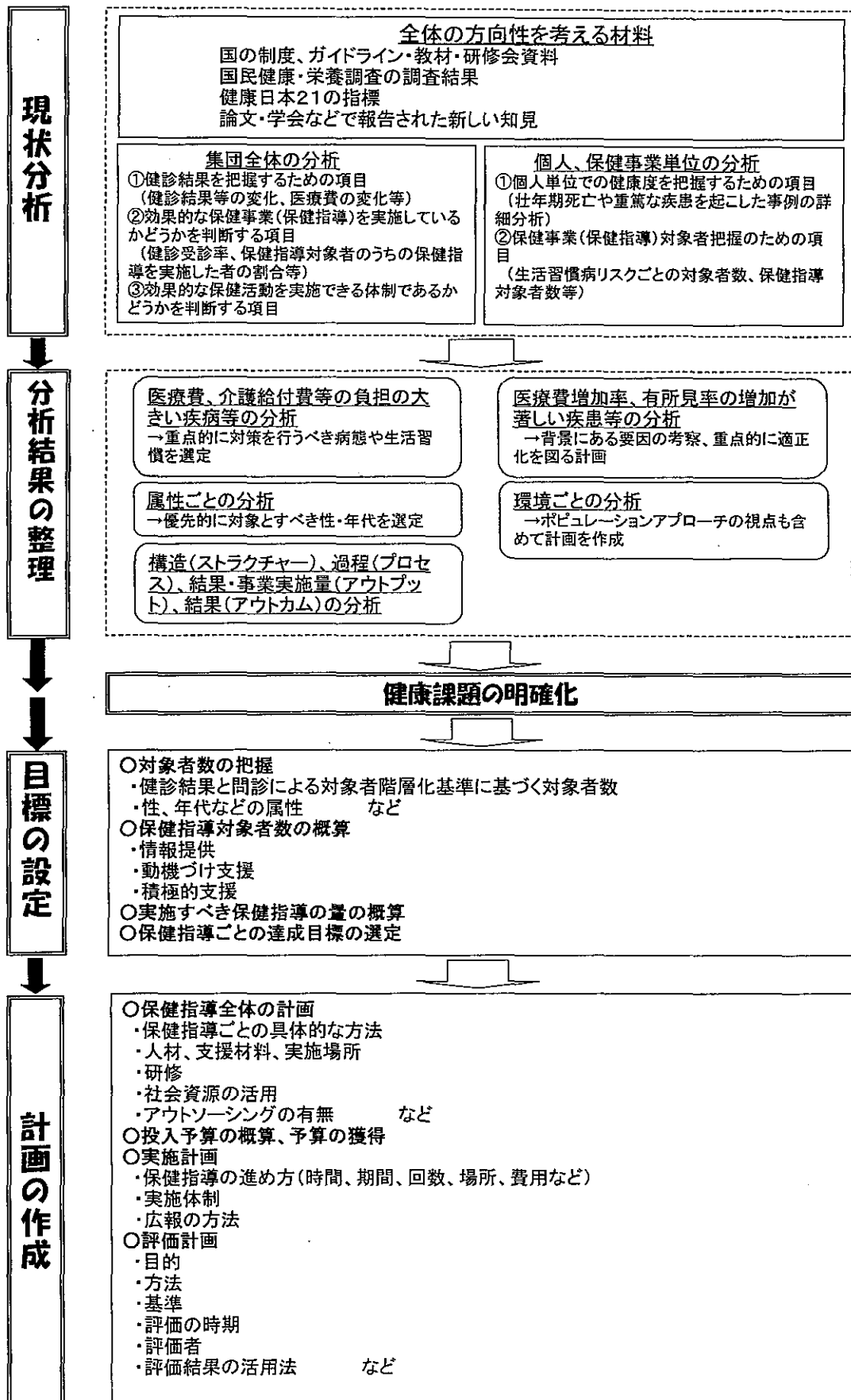
(4) 保健事業（保健指導）計画作成の進め方

これまで述べてきたように、保健事業（保健指導）計画の作成においては、概ね次のような流れがある。

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

※図1の保健事業（保健指導）計画作成の進め方を参照。

図1 保健事業（保健指導）計画作成の進め方



第3章 保健指導の実施

(1) 基本的事項

1) 対象者ごとの保健指導プログラムについて

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

「情報提供」では、健診結果の提供にあわせて、個人の生活習慣やその改善に関する基本的な情報を提供する。「動機づけ支援」及び「積極的支援」については、対象者の生活状況をアセスメントし、対象者とともに目標を設定して、具体的な支援を行う。対象者が自己実践できるよう適切に支援するとともに、その生活習慣が継続できるためのフォローアップを行う。

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

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

なお、保健指導プログラムは毎年同じ内容を繰り返すことなく、3年から5年を目安として、常に改善に努めることが必要である。

2) 保健指導の実施者

保健指導は、医師、保健師、管理栄養士等が担うこととするが、効果的な保健指導を行うためには、保健指導のための一定の研修を修了した者が行うことが望ましい。なお、医師に関しては、保健指導のための一定の研修を修了し、認定資格を有する者（日本医師会認定健康スポーツ医など）がおり、これらのものを活用することが望ましい。

「動機づけ支援」、「積極的支援」のプログラムの中で行われる食生活・運動に関する指導は、食生活・運動の専門的知識を有する者が行うことが適当である。また、それらの支援においては、グループワークをあわせて用いることは効果的であり、その場合は、地域内の種々の関係者の協力を得て実施する。

3) 「情報提供」に活用するための質問票（表3）

健診時に行う生活習慣に関する質問票は、第2編第3章に記述したように保健指導の区分を判定するために使用することに加え、「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」の保健指導を実施する際にも活用する。

「情報提供」の内容を判断するための質問票は、個別に食生活、運動習慣等の情報を提供するために下記11項目について質問を行う。

例えば、質問票項目3が「0点」の対象者には、運動や身体活動の必要性や身近な運動施設の紹介などを、また、質問票項目7が「1点」の対象者には食習慣と肥満の関係や健康に及ぼす影響などを健診結果表に情報提供として載せるなど、対象者個々人の生活習慣を見直すきっかけとなるような情報提供を行うこととする。

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

表3 「情報提供」の内容を判断する質問票

質問項目	はい (1点)	いいえ (0点)	判定
1. 20歳の時の体重から10kg以上増加している	はい	いいえ	1点
2. 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	はい	いいえ	0点
3. 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	はい	いいえ	0点
4. 同世代の同性と比較して歩く速度が速い	はい	いいえ	0点
5. タバコを吸っている	はい	いいえ	1点
6. この1年間で体重の増減が±3kg以上あった	はい	いいえ	1点
7. 早食い・ドカ食い・ながら食が多い	はい	いいえ	1点
8. 夜食や間食が多い	はい	いいえ	1点
9. 朝食を抜くことが多い	はい	いいえ	1点
10. ほぼ毎日アルコール飲料を飲む	はい	いいえ	1点
11. 睡眠で休養が得られている	はい	いいえ	0点

注：情報提供の判断は、判定項目の点数により判断する。

4) 「動機づけ支援」「積極的支援」に必要な詳細な質問票

「動機づけ支援」、「積極的支援」の実施に当たり、保健指導対象者の生活習慣及び行動変容のステージ（準備状態）を把握し、どのような生活習慣の改善が必要なのかをアセスメントするために、詳細な質問票を実施する。

詳細な質問票は、対象者自身が自分の生活習慣を振り返るきっかけとするほか、対象者の生活習慣の変化が把握できることから、生活習慣改善の評価にも活用できる。

詳細な質問票の例としては、次のような項目が考えられる。

- ① 食生活習慣
食事の内容、量及び間食や外食の習慣などを把握する。
- ② 身体活動状況
身体活動の種類・強度・時間・回数を把握する。
- ③ 運動習慣
日常的に実施している運動の種類・頻度・1日当たりの実施時間等、運動習慣の有無と程度に関する情報を把握する。
- ④ 休養・睡眠
休養の取り方、睡眠時間などの状況を把握する。
- ⑤ 飲酒状況
飲酒量、頻度など飲酒の状況を把握する。
- ⑥ 喫煙状況
過去の喫煙や禁煙状況を把握する。
- ⑦ 健康意識
対象者の主観的健康観を把握する。
- ⑧ 生活習慣改善に関する行動変容のステージ（準備状態）（下記※を参照）
生活習慣に関する行動変容のステージ（準備状態）を把握する。
- ⑨ 過去にとった健康行動
健康のために、過去に何か実施したことがあるか把握する。
- ⑩ その他
ストレスの有無や対処方法などについて把握する。

※ 行動変容ステージとは、行動変容に対する準備段階のことで、次の5つのステージに分けられる。ステージごとに支援方法を変え、ステージが改善していけるように支援する。

無関心期：6ヶ月以内に行動変容に向けた行動を起こす意思がない時期

関心期：6ヶ月以内に行動変容に向けた行動を起こす意思がある時期

準備期：1ヶ月以内に行動変容に向けた行動を起こす意思がある時期

実行期：明確な行動変容が観察されるが、その持続がまだ6ヶ月未満である時期

維持期：明確な行動変容が観察され、その期間が6ヶ月以上続いている時期

5) 保健指導の際に活用する支援材料

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

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

① アセスメントに関する支援材料

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

② 行動目標設定のための支援材料

行動目標を設定し、評価をしていくための材料である。

③ 知識の提供・生活習慣改善のための支援材料（学習教材）

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

④ 自己実践を支援するための支援材料（特に継続的に支援するための材料）

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

⑤ 保健指導実施者用の材料

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

6) 記録とデータ管理

保健指導の記録の要点として、次の4点があげられる。

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

内容は、個々の対象者ごとに目標、モニタリングすべき指標(検査データ、具体的な行動など)、個別相談や集団教室等で提供したサービスと対象者の状況、行動変容に対する本人の意欲(可能であれば本人の言葉で記録する)、本人が「支援者」に期待していることなどを記録する。

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

健診結果及び保健指導の記録の管理にあたっては、管理すべきデータ、整理すべきデータを決定し、データベースを作成して管理することが必要である。

(2) 「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」の内容

保健指導は健診受診者全員に対して行うが、健診結果と質問票の結果を判定し、保健指導の必要性(生活習慣病リスク)に応じて「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」に区分して実施する。

これらの保健指導がめざすところは、対象者の行動変容とセルフケア(自己管理)ができるようになることであるが、それぞれの保健指導では、生活習慣改善の必要性や行動変容の準備状況等から、具体的な支援内容や方法・頻度等が異なっている。また、「積極的支援」については、対象者への動機づけも合わせて行うものである。表4に各保健指導の概要を示すが、この内容は、それぞれの保健指導として行うべき最低のものを記述しており、より充実した、また、効果的な内容の保健指導を行うことが望ましい。

表4 階層化した保健指導（情報提供、動機づけ支援、積極的支援）の概要

	情報提供	動機づけ支援	積極的支援
支援の特徴 (めざすところ)	対象者が生活習慣病についての理解を深め、自らの生活習慣を見直すきっかけとなる支援	保健指導終了後、対象者がすぐに実践（行動）に移り、継続できるような支援	プログラム中に対象者が実践に取り組む前から、自己効力感を高め、プログラム終了後には継続ができるような支援
対象者	生活習慣病健診受診者全員	健診結果・問診から、生活習慣の改善が必要な者で、生活習慣を変えるに当たって意志決定の支援が必要な者	健診結果・問診から、生活習慣の改善が必要な者で、専門職等による継続的なきめ細やかな支援が必要な者
期間	健診結果と同時に 1回	30分程度～1日 原則1回	3ヶ月～6ヶ月程度 定期的かつ頻回
支援頻度	健診結果と問診に基づいた健康に関する情報を機動的に作成 ↓ 対象者に配布	アセスメント (詳細問診、健診の結果等) ↓ 健診結果と現在の生活習慣の意味づけ ↓ 対象者自らが取り組むべき目標、実践可能な行動目標、評価時期を設定（行動計画の作成） ↓ 評価（6ヶ月後）	アセスメント (詳細問診、健診の結果等) ↓ 健診結果と現在の生活習慣の意味づけ ↓ 対象者自らが取り組むべき目標、実践可能な行動目標、評価時期を設定（行動計画の作成） ↓ 設定した目標達成に向けた実践 ↓ 中間評価 取り組んでいる実践と結果についての評価と再アセスメント 必要時、行動目標・具体策の再設定 ↓ 取り組みの継続もしくは再設定した目標達成に向けた実践 ↓ 最終評価 目標の達成度と実践の継続の確認
プログラムのプロセス			
内容	健診結果の見方 ・内臓脂肪症候群、生活習慣病について生活習慣病に関する基本的な知識と対象者の生活習慣の関連 ・対象者個人の生活習慣状況に合わせた情報提供 ・身近な社会資源	・詳細問診による健康度の評価と主観的健康観との乖離等 ・生活習慣病の知識と生活習慣の関連性に関する説明（知識・情報の獲得、健康的な生活習慣を継続することの必要性の理解） ・ライフスタイルに合致した行動目標の設定 ・評価時期の設定	・詳細問診による健康度の評価と主観的健康観との乖離等 ・生活習慣病の知識と生活習慣の関連性に関する説明（知識・情報の獲得、健康的な生活習慣を継続することの必要性の理解） ・生活習慣の改善に対する動機づけ ・実技、講習会など（栄養・食生活、運動、その他対象者が自分にあつた方法を見つける選択肢の提示） ・個別相談（対象者の行動変容のステージにあわせた個別具体的な相談、定期的・継続的に実施） ・行動目標、評価の時期の設定 ・評価と実践内容の継続支援 ※「無関心期」「関心期」にある場合は、対象者に合わせたフォローアップを行う
支援形態	紙媒体、IT、結果説明会等	・個別面接 ・集団指導（グループワークや学習会等） ・IT（双方向）	・個別面接 ・集団指導 ・小集団（グループワーク、自助グループ等） ・通信、IT等

1) 「情報提供」

① 目的（めざすところ）

対象者が健診結果から、自らの身体状況を認識するとともに、生活習慣を見直すきっかけとする。

② 対象者

健診受診者全員を対象とする。

③ 支援頻度・期間

年1回、健診結果と同時に実施する。

④ 内容

全員に画一的な情報を提供するのではなく、健診結果や質問票から対象者個人の生活習慣の見直しや改善に必要な情報を提供する。その際、健診結果や健診時の質問票をもとに、対象者の状況にあわせた内容とする。特に問題とされることがない者に対しては、健診結果の見方や健康の保持増進に役立つ内容の情報を提供する。

- a 健診結果
健診の意義（自分自身の健康状態を認識できる機会、日頃の生活習慣が健診結果に表れてくる等）や健診結果の見方（データの表す意味を自分の身体で起きていることと関連づけられる内容）を説明する。また、健診結果の経年変化をグラフでわかりやすく示す。
- b 生活習慣
内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）や生活習慣病に関する基本的な知識と、対象者の行っているどのような生活習慣が生活習慣病を引き起こすかということや、食事バランスガイドや運動指針に基づいた食生活と運動習慣のバランス等について、質問票から得られた対象者の状況にあわせて具体的な改善方法の例示などを情報提供する。対象者個人の健康状態や生活習慣から、重要度の高い情報を的確に提供することが望ましい。
- c 社会資源
対象者の身近で活用できる健康増進施設、運動教室なども掲載する。

⑤ 支援形態

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

- a 健診結果に合わせて情報提供用紙を送付する。
- b 職域等で日常的に IT が活用されていれば、個人用情報提供画面へアクセスする。
- c 結果説明会で配布する など。

2) 「動機づけ支援」

① 目的（めざすところ）

対象者への個別対応により、対象者が自らの生活習慣を振り返り、行動目標を立てることができるとともに、保健指導終了後、対象者がすぐに実践（行動）に移り、その生活が継続できることをめざす。

② 対象者

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

③ 支援期間・頻度

原則 1 回の支援を想定するが、1 対 1 の面接を 30 分程度行う場合や、1 日のプログラム（グループワークや学習会等）で実施する場合などがある。

④ 内容

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

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

- a 健診結果及びその推移を確認し、生活習慣と健診結果の関係を理解する。
- b 詳細質問票による生活習慣の振り返りを行い、対象者本人の健康状態の認識を促し、生活習慣改善のための動機づけを図る。
- c 内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）や生活習慣病に関する知識と対象者本人の生活が及ぼす影響を結びつける。
- d 生活習慣を改善することで得られるメリットと現状の生活を続けることによるデメリットがわかる内容とする。
- e 対象者個人の考えやライフスタイルを尊重し、対象者本人が達成可能な目標を設定できるよう支援する。
- f 対象者が目標を達成するために必要な社会資源を紹介し、有効に活用できるように支援する。

⑤ 支援形態

双方向の個別面接を基本とするが、グループワークや学習会等においても、必ず対象者が個人として受け止められる面接を実施し、一人ひとりの目標設定を確認する。効果的な支援方法として、フォローアップが必要と判断される場合は、個別面接・小集団・電話・メール等の双方向のコミュニケーションがとれる手段を利用することが望ましい。

⑥ 評価（個人目標の評価）

設定した個人の行動目標が達成されているか、身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて、原則 6 ヶ月後に支援後の評価を行うこととするが、必要に応じてより早期に評価時期を設定し、対象者が自ら評価するとともに、保健指導実施者による評価を行う。

3) 「積極的支援」

① 目的（めざすところ）

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

② 対象者

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

③ 支援期間・頻度

初回に1対1の面接を30分程度行い、3ヶ月～6ヶ月の一定期間にわたり、各種支援方法（個別面接・グループワーク・実技・実習・IT活用等）を組み合わせたプログラムを作成し、継続的に実施する。

④ 内容

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

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

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

⑤ 「無関心期」「関心期」にある対象者への支援

行動変容のステージ（準備状態）が「無関心期」「関心期」にある対象者については、個別面接を中心とした支援を継続して行い、行動変容に対する意識の変化をめざす。行動目標を設定し、目標達成に向けた実践に取り組むプログラムを実施することは避け、対象者に合わせたフォローアップを行う。

⑥ 支援形態

行動が定着するよう一定の期間継続して支援を行うため、対象者が参加しやすい条件を整えることが必要である。対象者によっては、ITなどを活用し、効率的な支援を工夫すると良い。いくつかの支援手段（メニュー）を組み入れ、対象者の状況や要望に応じてメニューを選択できる等、柔軟な仕組みとすることを考える。

プログラムには、食生活や運動などの実習・講習会などを取り入れ、対象者が自分の生活習慣に気づき、改善できるプログラムが有効である。また、個別支援のみでなく、同様の課題を持つ者を集めたグループ等のグル

ープワークや小集団の学習会等で、参加者同士の交流をはかり、グループダイナミクスを活用して対象者の自己効力感を高めることも重要である。

⑦ 評価（個人目標の評価）

設定した個人の行動目標が達成されているか、身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて、支援終了後（6ヶ月後）に評価を行うが、必要に応じて早期に評価時期を設定し、対象者が自ら評価するとともに、保健指導実施者による評価を行う。その際、短期的な評価により目標の見直しを行い、わずかな生活習慣の変化や意識の変化についても積極的に評価し、励ましていくことで、行動の継続に対する対象者の意欲を高めることも重要である。

目標が達成された場合は、新たな目標を設定し、達成されていない場合は、達成されなかった原因を明らかにし、必要に応じて目標や支援内容の見直しを行う。

4) 実施にあたっての留意事項

① プライバシーの保護

保健指導の実施に当たっては、プライバシーの保護に努め、対象者が安心して自分のことを話せるような環境を整えること。

② 個人情報保護

健診データ・保健指導記録は個人情報であるため、それらの管理方法は医療保険者が取り決め、適切に扱うこと。

③ フォローアップ

支援終了後にも、対象者からの相談に応じられる仕組みをつくること。

(3) 保健指導の事例

ここでは、「情報提供」、「動機づけ支援」及び「積極的支援」の具体例として、地域や職域において取り組まれている事例を紹介する。それぞれの実例で使用されている支援材料等は、別冊にまとめてある。

ここで取り上げた事例は、地域あるいは職域という相違はあるが、次のような共通点がある。

- ・生活習慣病予備群を対象者として、対象者の個別のニーズに即した支援を行い、効果的な支援を行っていること。
- ・対象者が所属する集団（地域あるいは職域）の健康課題を明らかにした上で、保健指導の企画、実施、評価を行っていること。

情報提供	職域	NPO Selfcare Wellness Japan 「健康診断結果票」－生活習慣改善コース－
動機づけ支援	地域 職域	あいち健康の森健康科学総合センター 「健康度評価」 「生活習慣病予防教室（1日実践型）」
	職域	兵庫県尼崎市 「職員を対象としたメタボリックシンドロームに着目した健康管理対策」
	職域	富士電機リテイルシステムズ（株） 「定期健康診断後の対象者の状況に合わせた生活習慣病予防のための健康面談」
	職域	財）社会保険健康事業財団 「政府管掌健康保険生活習慣病予防健診後の保健指導」
積極的支援	地域	神奈川県藤沢市 「個別相談を軸に既存保健事業を活用しながら多様な参加形態を可能とする総合支援型プログラム」
	地域	福岡県宇美町 「ホームベース型健康支援UMIモデル」
	職域	あいち健康の森健康科学総合センター 「職域肥満者に対するITを活用した生活習慣サポート」
	地域	新潟県阿賀野市（旧笹神村） 「40歳代男性の全戸訪問から地域全体の生活習慣病対策を推進」
	職域	財）社会保険健康事業財団 「健康増進コース」

「情報提供」事例

○ 健康診断結果票—生活習慣病改善コース—

(NPO Selfcare Wellness Japan)

- ・ 対象者一人ひとりにあわせた、生活習慣の改善に必要な情報を健康診断結果とあわせて提供している。
- ・ 健康診断結果は、検査結果と判定ならびに総合判定を行っている。
- ・ 生活習慣の結果は、現在の生活状況からみた改善点を明示し、今までの生活を続けることで将来予測される健康に対するリスクを示す。
- ・ 対象者の健康診断の結果と生活習慣を結びつけて、必要な身体の知識についてポイントを絞って提供している。
- ・ 将来のリスク回避のために必要な、健康づくりのアドバイス、身近な地域の健康づくりに関する情報を掲載している。

〒000-0000

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 〇-〇

〇〇 〇〇様

健康診断結果票

—生活習慣病改善コース—




健康診断の結果

—生活習慣病改善コース—


健康診断実施日	〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日
医師名	〇〇〇〇

●総合判定




治療が必要です。
医療機関にて受診を行い、専門医や主治医の指示に従ってください。


●形態計測

検査種目	検査数値	判定
身長	166.3 cm	軽度肥満 
体重	79.6 kg	
標準体重	60.8 kg	
B M I	28.7 P	
体脂肪率	24.5 %	


●血圧計測

検査種目	検査数値	判定
血圧1回目(高)	112 mmHg	正常 
血圧1回目(低)	76 mmHg	


●血圧脈波




動脈壁の弾力性を評価する指標で血管年齢がわかります。

検査種目	検査数値	判定
PWV右	1127	正常 
PWV左	1207	
ABI右	1.06	
ABI左	1.06	

●歯周疾患検診



歯周病は自覚がなくても発病している場合があるので早期発見・治療が可能になります。

所見	判定
異常箇所は見あたりません	正常 

●尿検査

尿中のナトリウムやカリウムを調べ、主に高血圧に対する危険性がないかどうかを調べます。

検査種目	検査数値	基準値	基準値から見た今回の結果	判定
クレアチニン	1.3	1~1.5	★	正常
ナトリウム				
カリウム				

●血液検査

主に係る疾病	検査種目	検査数値	基準値	基準値から見た今回の結果	判定
脂肪肝 肝機能障害	GOT	49	10~40	★	要治療
	GPT	79	5~45	★	
	γ-GTP	48	1~80	★	
高脂血症	総コレステロール	233	130~219	★	要観察
	中性脂肪	209	35~149	★	
	LDLコレステロール	147	65~139	★	
	HDLコレステロール	44	35~78	★	
糖尿病	血糖値	90	60~109	★	正常
	HモグロビンA1c	4.9	4.3~5.5	★	
痛風	尿酸	7.5	0~7	★	要注意

生活習慣の結果

ここがポイント!

現在の生活状況からみた

〇〇さんの健康に対する将来的危険度

- 早食い・寝る前の食事 ——— 肥満を促進させます。
- 飲酒頻度が多い 肝臓機能をより低下させます。
- 運動量が少ない 身体機能全体を衰えさせます。



運動について



現在、運動に関心がありますが運動はほとんど行っていないようですね。その原因はなぜでしょうか？
まずは、日常生活で簡単に出来ることや興味のある事から初めてはいかががでしょうか？

食生活について



食生活についてあまり関心が無いようですが食事とは「生きる」為の重要な要素であると言うことを再認識してください。食生活の質は健康状態に大きく影響を与えます。現在の健康度は今までの食生活が大きく影響していることから、あなたが理想とする健康度のためにも食生活について意識を傾ける事をお勧めします。

喫煙について



実行に至らないまでも禁煙に興味がおありのようですね。一本吸う度に心臓はいたみ、内臓の機能は低下します。特に問題になるのは心臓病とガンによる死亡の増加です。関心がおありでしたらまず節煙など、簡単なことでも実行を「始める」事が大切です。また、タバコが嫌いな人がいる事も考え、他人の健康に対する配慮についても考えてみてください。

飲酒について

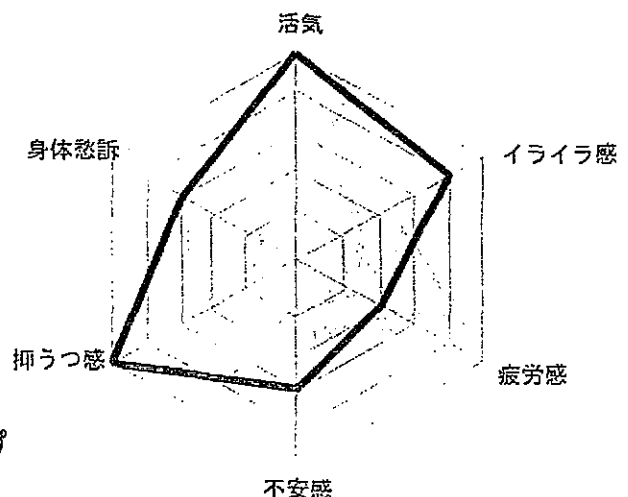


毎日お酒を飲まれているようですね。過度な飲酒を続けると、肝細胞の一部が破壊されてしまい目には見えないものの、肝臓が炎症を起こし食欲減退、吐き気、倦怠感、腹痛、発熱、黄だん等の症状が起こります。このような症状を防ぐには定期的に肝臓を休める必要があります。是非、あなたが実行できる「体に負担のない飲み方の為に何を行うべきか」を考えてみてください。

メンタルヘルスについて

仕事・遊び様々な「行動」をおこせば必ず疲労は蓄積します。体と心のチェックを日常で行って早めに疲労やその原因を見つけ疲労解消の為の行動を行うことです。色々な疲労解消方法を積極的に行うことで現状維持やより良い状態への変化に役立ちますよ。大切なのは疲労を蓄積して放置しないことです。体の状態でふしぶしの痛み・頭痛等・腰痛・目の疲れ・胃腸不良の症状が時々あり、首や肩のコリの症状がよくあるようですね。これは慢性的なストレスなど何か精神的な問題があるか、医学的な問題があるかもしれません。問題が深刻になる前に専門医へ相談することをお勧めします。

●ストレスによって起こる心身の反応
ストレスによっておこる心身の反応が高い状態であるかを調べます。



あなたのストレスタイプは なんとなく不調タイプ

体の知識

今回の健康診断結果と生活習慣問診の結果より、改善や将来的リスクの回避のために肝臓の知識を学ぶことが大切です。自分の体ですが結構知らない事も多いものです。是非この機会に〇〇さんの生活習慣を思い浮かべながら体の事を知りましょう！

〇〇さんが注意が必要なのは肝臓です。

●肝臓とは？

肝臓は別名「沈黙の臓器」ともいわれています。心臓や胃腸のように少し調子が悪いと「苦しい・痛い」などと症状を 起こすものもありますが、肝臓はよほどのことがない限り悲鳴をあげたりはしません。そのため病気の発見が遅れることがあり、健康診断等の検査数値が大切になります。



●肝臓の役割

ブドウ糖や脂質の代謝と貯蔵を行う。

体に必要な蛋白質の合成と分解を行う。

アルコールや薬物など身体にとって有害な物質の解毒と排泄を行う。

●肝臓機能が低下すると現れる主な症状

肝臓機能が低下すると栄養の分解・吸収機能が低下し、脂肪の蓄積を促進したり、解毒作用の低下により腎臓等の他の臓器機能を低下させ最悪は死に至ります。

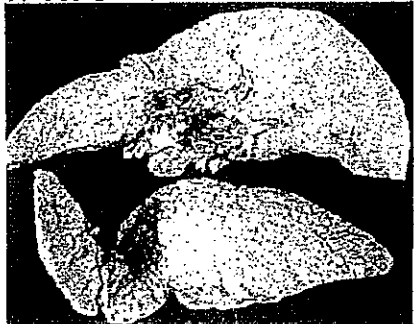
○肝臓機能が低下すると現れる主な症状

全身の倦怠感 発疹 黄疸 食欲不振 お酒に弱くなる

●肝臓機能が悪化すると正常な肝臓)



肝硬変の肝臓)



	主な症状	主な原因
肝 炎	食欲不振・38度以上の発熱持続・黄疸・尿(黄色/茶褐色)	・2～6週間前に海外渡航 ・2～6週間前に貝類の生食 ・周辺に急性肝炎の発症
アルコール性肝障害	全身倦怠感・黄疸・手のひらや鼻が赤い	常習飲酒・発症前の大量飲酒・肝臓の炎症・肝臓組織の変性・壊死線維化による機能障害
脂肪肝	・症状の出ない例が多い ・症状の出る場合(食欲不振・吐き気・全身倦怠感・疲れ易い)	アルコール・肥満/過栄養性・低栄養性・糖尿病性・妊娠・薬剤性
薬剤性肝障	発熱・発疹・皮膚掻痒・黄疸 *以上の2項目に該当	1～4週間前に薬剤の服用開始

●肝臓をいたわる日常生活アドバイス

- たんぱく質、エネルギーを十分に摂る。
- 脂肪を摂りすぎない。
- お酒は控えめに。
- ミネラル(鉄、亜鉛、マグネシウム)を摂る。
- ビタミンA・B・C・E群を摂る。
- 常飲の薬がある場合は主治医等に相談する。
- 日常にウォーキングなどの運動をする。



あなたの夢や目標を達成する為に

体は応えられていますか？

〇〇さんの夢や生き甲斐はなんですか？ 今回の結果で夢を達成させたり生き甲斐を継続するために体の機能は十分ですか？セルフケアに大切なことは「必要性」を感じる事。今回の検査結果を基に、今一度〇〇さんにとって『健康が必要な理由』と『健康を保持・増進するために出来ること』を考えてみましょう！

〇〇さんの健康づくりの目的を以下のワークシート形式で確認しましょう！

きっと〇〇さんが楽しみながら継続できるプランが見えてくるはずです。

〇〇さんの夢や目標・生き甲斐はなんでしょうか？
記入してみましょう！



私の夢は、

私の生き甲斐は

私の目標は、

今回の結果を参考に、夢や生き甲斐・目標を達成または継続するために、体調や生活習慣で変えたいと思うことを幾つでもけっこうですからリストアップしてみてください。

私の変えたい部分は、

変えたい部分で一番実行できそうな物を1つ選んで、それを実行したときに〇〇さんに起こる良い影響と実行を妨げそうなことを考えてみてください。

私の一番変えたい部分は

良い影響

実行を妨げる事

変えたい部分の実現の可能性はどのくらいですか？
またいつ頃から始めることが出来ますか？

実現の可能性

%

実施の時期

頃から

自分らしく生きる

**〇〇さん、次のページのヘルスプロモーション
情報を参考に上記のプランを実現しましょう！**

健康づくりのアドバイス

〇〇さんの健康づくりを無理なく実施するために、日常生活でのちょっとしたアドバイスをさせていただきます。楽しみながら少しずつ続けることが大切です。

食について



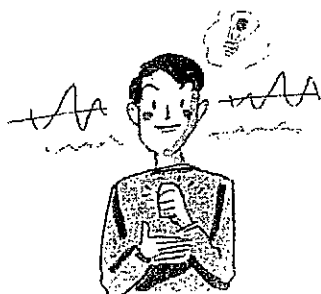
●知性でなく感性で食べよう！
味覚と嗅覚は何が体にいいかを教えてくれる優秀なガイドです。それを信頼しましょう！感覚を磨き、感覚に注意を払って体の智慧に耳を傾けることです。嫌いなのに「体にいい！」からと食べて食べた、ではなく、体が喜ぶものを食べるべきと考えます。食べる事は、人生の偉大な快樂の一つであり、たとえ現在好んでいる食べ物をやめる気になったとしても、楽しみを犠牲にするような食生活をはじめると、健康とはいえない。あなたは どう 思いますか？今週手始めに、感性で食べましょう！

行動について

「快」に感じる歩き方をする必要があります。まず、気持ちよく感じるウォーキングコースを選ぶことが大切。自然が多いコースがお勧めであるが、都会ではそうも言ってもらえませんよね。見て楽しい町並みも格好のコースになります。コースが悪くても、一緒に歩く相手があれば十分です。一緒に歩く相手もコースの一部であると考えてもいいかもしれません。そうすれば、同じ場所を歩いていても、相手を変えるだけで新鮮なウォーキングコースに変わります。歩き同様に、「快」に感じる生き方も大切です。五感が喜ぶ生き方を捜し求めると、身近に結構沢山ある。工夫次第で安上がりなものが沢山あります。「快」の追求をし続けると楽しいし、体全体が喜ぶので、元気になります。



心のゆとりについて



●喜び:土いじりは体にいいです。自然とのつながりができる、体を良く動かす、次々と難問がつけつけられ、それを解決する喜びが味わえる、自分で無農薬の野菜が栽培できるなど。集合住宅に住んでいる人でも、ベランダや出窓でトマト・ハーブ・花などの栽培ができます。市民農園を借りれば、誰かと協力して汗を流すという貴重な機会が与えられます。また、机やオフィスにちょっとした植物を置いて毎日生長を見守ってみるのも良いですよ。

「なんとなく不調解消」にこんなフランクいかがですか！

小旅行で「心地よい疲労感」を楽しもう！

<p>STEP 1 のんびり過ごす。</p>	<p>STEP 2 気ままにハイキングコースを歩く。</p>	<p>STEP 3 新鮮な旬の食材を採ったり、味わう。</p>	<p>STEP 4 雄大な自然抱かれる。</p>	<p>自分らしく継続 GOAL 自然を対象にした 趣味を見つける。</p>
----------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------	---

お酒を楽しく飲む方法！

<p>STEP 1 お酒の飲み方や量について振り返り返る。</p>	<p>STEP 2 飲む前におにぎりを1個食べる。(飲み過ぎ予防)</p>	<p>STEP 3 肴にチーズや赤身の刺身を食べる。(胃の粘膜の保護)</p>	<p>STEP 4 週に1度、休肝日を設ける。</p>	<p>自分らしく継続 GOAL 体調に合わせ、量や頻度を考慮して楽しい飲酒習慣を持つ。</p>
---------------------------------------	---	---	---------------------------------	---

健康づくりスポットのご案内

おすすめウォーキングスポット

織田信長を偲ぶウォーキングの旅

- JR岐阜駅 (バス約5分)
- [1. 岐阜市・円徳寺] (バス約10分)
 - [2. 岐阜市・常在寺] (徒歩)
 - [3. 岐阜市・正法寺] (徒歩)
 - [4. 岐阜市・信長居館跡] (徒歩)
 - [5. 岐阜市・金華山ロープウェイ/岐阜城] (徒歩)
 - [6. 岐阜市・岐阜公園] (バス約5分)
 - [7. 岐阜市・崇福寺] (バス約20分)
- JR岐阜駅

岐阜公園界隈には、織田信長の気配が今なお色濃く息づいています。歴史を感じながら岐阜の街を再発見してください。



地方の”旬”

体と心を癒してくれる温泉は寒い時期には欠かせませんね。ゆっくり温泉に浸かりたまには自分にご褒美をあげてはいかがですか？

温泉

(泉質)

アルカリ性単純温泉(高アルカリ性: PH9.98)
31.9℃

(効能)

神経痛・筋肉痛・関節痛・五十肩・運動麻痺・打ち身・くじき・慢性消化器病・痔疾・冷え性・病後回復・疲労回復・健康増進


(場所)

〒000-0000 ○○○○○○○○○○○○○○
tel 0000-00-0000



プログラムご紹介

今日のお勧めプログラム

 ハーブの効能についての講習会(ジャム)	11月20日
(詳細)	
日時:平成16年11月20日(土) PM1:00~開催!	
講師:石井久恵香(熊井ホプリの会講師)	
受講料:2,000円材料費:2,000円	
持ち物:筆記用具、エプロン	
要予約	

健康は人生のたからもの。
幸せな暮らしの原点です。

~自分の健康は、自分で管理して守る大切さ~

定期プログラム

	月	火	水	木	金	土	日
第1週							
第2週							
第3週							
第4週							

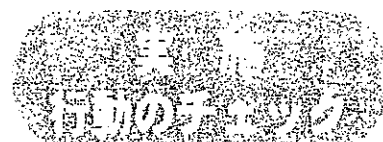
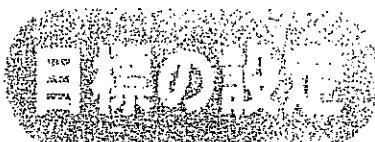
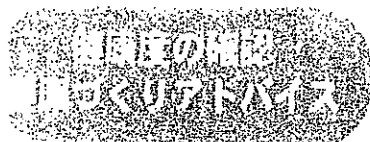
- …食についてのプログラム
- …メンタルヘルスについてのプログラム
- …運動についてのプログラム
- …ウォーキングプログラム

(定期プログラムのご利用について)
定期プログラムはご予約の上ご利用下さい。各プログラムとも定員に達した場合は受付を終了させていただきます。

WEBプログラムの使い方と進め方

今回ご提供させていただくプログラムは全て、WEBで公開させていただきます。
以下のアドレスよりログインしていただき、日々、プログラム・その他の情報・身体の変化などをお楽しみください。

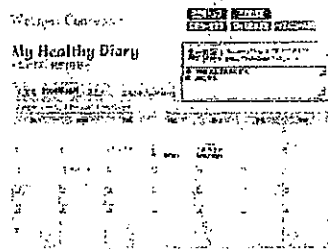
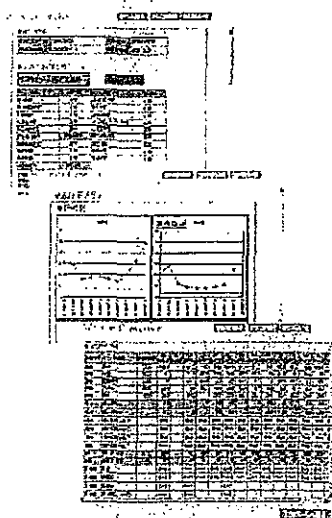
「自分らしく元気に生きる」ための情報が満載です。



Web健康診断結果情報

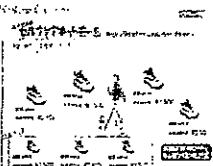
Web健康健康づくり日記

ウォーキングの支援情報

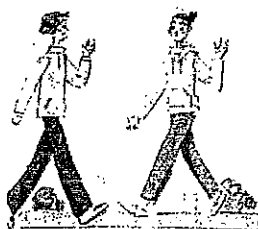


あなたに合った各種健康情報の提供

- メンタルヘルス情報
- お買い得ネットショップ
- 情報交換掲示板



下記アドレスからユーザーIDとパスワードを入力しログインしてください。



ホームページアドレス

<http://h-hsc.net/GIFU/>

〇〇さんのログインコード

ユーザーID	見本
パスワード	

※ご利用は無料です

※パスワードは個人ごとの責任で管理し、他の人に知られないようにしてください。



「動機づけ支援」事例

○ 健康度評価

(あいち健康の森健康科学総合センター)

※ 注：健康度評価は「積極的支援」の事例<あいち健康の森健康科学総合センター 職域肥満者に対するITを使用した生活習慣サポート>の資料として添付している。

○ 生活習慣病予防教室（1日実践型）

(あいち健康の森健康科学総合センター)

○ 職員を対象としたメタボリックシンドロームに着目した健康管理対策

(兵庫県尼崎市)

○ 定期健康診断後の対象者の状況に合わせた生活習慣病予防のための健康面談

(富士電機リテイルシステムズ(株))

○ 政府管掌健康保険生活習慣病予防健診後の保健指導

(財) 社会保険健康事業財団)

あいち健康の森健康科学総合センターの取組 <健康度評価>

目的

対象者が、健康増進・生活習慣病予防の第一歩である健康状態や生活習慣について理解し、自らのデータ等をもとに自分に適した健康づくりを始めることができるように情報提供することを目的とする。

内容

対象者の健康度について、「運動」・「食事」・「休養」・「喫煙」・「飲酒」などの生活習慣チェックや、基礎体力を知るための「体力チェック」、また、自覚症状、臨床検査などの「メディカルチェック」から総合的に分析する。コースは、「簡易コース（成人）」、「簡易コース（高齢者）」、「Aコース」、「Bコース」、「総合コース」及び「フォローアップコース」の6コースがある。

特徴

健康度評価の結果については、①身体状況の理解、②生活習慣の課題、③性別・年齢などライフステージにあわせた情報、④対象者本人の希望する事柄等を中心に説明し、健康行動のセルフチェックを行いながら、次回の健診に目標をもっていくよう働きかけている。

実施状況

<Bコースの場合>

項目：血圧、身長、体重、肥満度、血液検査、尿検査、ウエスト周囲径
メディカルチェック（安静・負荷心電図等）、生活習慣チェック（食習慣、ストレス）、体力チェック（推定最大酸素摂取量、筋力等、）

健康度評価の項目ごとに対象者本人のデータに基づき、結果と結果の説明コメント、アドバイス等をA4版13枚程度にまとめて説明。

個別への説明は、対象者ごとの課題や生活習慣に焦点を絞り、可能な限りほめることを中心に行う。

説明時間は対象者ひとりにつき15～20分程度。

説明資料の内容（例）は以下の通りであり、

	説明資料	内容
1	総合結果表	生活習慣・検査データの総合評価のグラフ化 個々の生活習慣の現状とアドバイス及び対象者の行動ステージ
2	検査結果表1	検査データの3か年の経年変化(実測データと基準値)
3	検査結果表2	検査データの3か年の経年変化のグラフ化と説明コメント
4	あなたの動脈硬化危険度は	対象者の動脈硬化に関するデータのまとめ 動脈硬化に関する情報
5	体力測定結果	"プラザ"の平均と対象者のデータの表示と比較
6	全身持久力結果表	前回と今回の比較
7	運動おすすめメニュー1	対象者に適した運動の具体例① (ウォーミングアップ、運動の強さ、種目、時間、頻度等)
8	運動おすすめメニュー2	対象者に適した運動の具体例② (筋カトレーニング、クーリングダウン)
9	食事バランスチェック結果表1	栄養素バランスの前回と今回の比較 エネルギー摂取の内訳(理想の状態、今回、前回の比較)
10	食事バランスチェック結果表2	食品バランス(基準量、摂取量それぞれについて今回と前回の比較) 基準量を満たす食品の例 食事の注意点と具体的な内容(増やす食べ物、減らす食べ物、病態別アドバイス)
11	ストレスチェック結果表1	「あなたのストレス度」の評価 「日常生活の様子」、「ストレスの原因」、「心と体の反応に影響を与える他のこと」の前回と今回の比較
12	ストレスチェック結果表2	対象者のストレスのタイプ ストレス管理のためのアドバイス 自分のストレスのチェック

(参考)

- ・ 集団にて説明を実施する場合は、説明時間は病態や疫学の内容も含めて、40～60分
- ・ 健康診断の結果がわかるようになること、「では、あなたは何かからはじめますか?」「そのようにして続けますか?」と質問し、各自で行動目標を設定

あいち健康の森健康科学総合センターの取組 <生活習慣病予防教室（1日実践型）>

プログラムの目的

本プログラムは、生活習慣病予防の基礎知識を身につけ、生活の中に取り入れていくことができるように、本人が目標を設定することができるように支援をする。

プログラムの特徴

プログラムは1日コースであり、健康度評価や実技・実習を行うことを通じて、本人が自ら目標を設定するまでのものである。

プログラムの流れ

- 10:00～11:00 健康度評価Bコース・測定
血圧、身長、体重、肥満度、血液検査、尿検査、メディカルチェック（安静・負荷心電図など）、生活習慣チェック（食習慣、ストレス）、体カチェック（長座体前屈）
- 11:00～12:00 講義
「生活習慣病予防のための運動」
「生活習慣病について」
- 12:00～13:00 実技・実習
バランス弁当試食
- 13:00～15:00 実技・実習
運動プログラム
（エアロビックダンス、アクアエクササイズ）
- 15:00～16:00 健康度評価結果説明
（終了後、希望者のみ個別指導）

兵庫県尼崎市 <職員を対象としたメタボリックシンドロームに着目した健康管理対策>

<背景>

市職員健保の医療費適正化にむけた実態分析として、職員のレセプトによる疾病傾向の把握等の分析を行ったところ、現職死亡、長期病休者の原因疾患で高率であった脳・心臓疾患の予防が課題ということがわかった。そこで、現職死亡や医療等の予備群を、定期健康診断結果で分析したところマルチプルリスクをもつ者が緊急性の高いことがわかり、該当職員を抽出し保健指導を行った。また、個人の問題で終わらせないために、健康管理対策を組織的・全庁的な取組となるように位置づけた。

<具体的な取組>

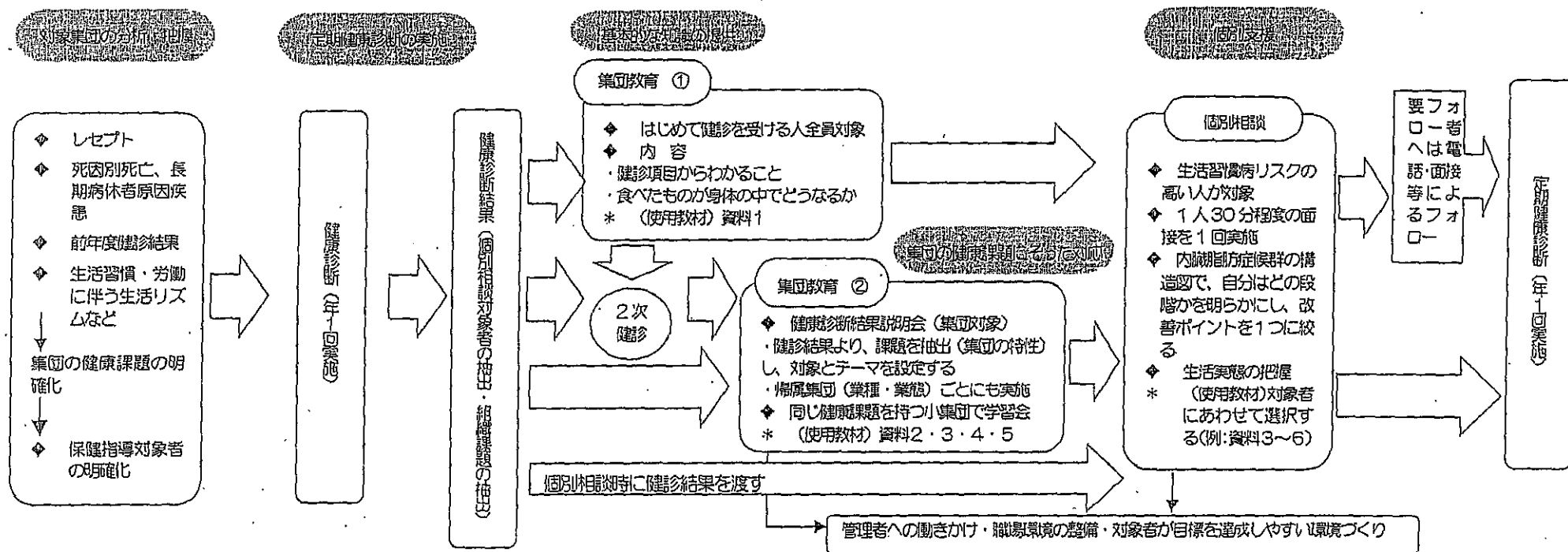
- ① 諸データによる集団の健康課題明確化と予防対象者の明確化
- ② 健診データによる管理・分析のためのデータベース化
- ③ 効果的な保健指導（優先順位と効果的な保健指導方法の選択）

- ④ 健康管理に関する研修（管理職研修、新規採用者・新任管理職・新任主任研修、最も緊急的な健康管理課題をテーマにした研修）
- ⑤ 普及啓発（「厚生だより」による広報・啓発、健康意識の醸成、職員食堂でのメニューの改善と食への意識化、ヘルシー弁当の導入）
- ⑥ 管理職研修や倫理啓発委員会（健康を損なうことが公務サービスの低下であることを認識してもらう目的で実施）

<個別面談の取組方>

面談前に対象者の健診データから、どのデータが関連して有所見となっているのか、どこにポイントを絞って説明するかをきちんと整理しておく。

面談時対象者本人が健診結果を身体で起こっている変化としてイメージでき、生活習慣との関連が分かり（理解）、関心を持つための方法（面談内容・資料）の工夫をした。



<保健指導の評価>

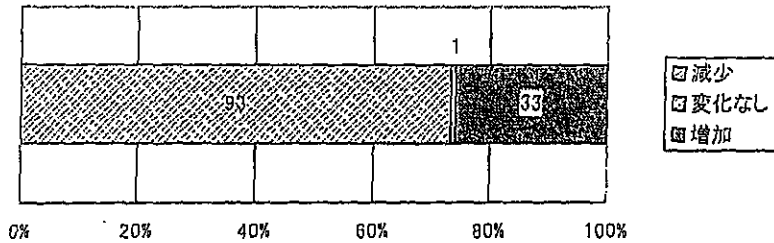
① HbA1c 有所見割合の変化

		平成16年度		平成15年度		平成14年度	
HbA1c (%)	判定	人数	割合	人数	割合	人数	割合
5.5未満	正常	2180	76.0%	1857	69.2%	922	68.4%
5.5~6.0	糖尿病の疑いが否定できない	459	16.0%	586	21.8%	240	17.8%
6.1~6.4	糖尿病が強く疑われる	86	3.0%	93	3.5%	54	4.0%
6.5~6.9	糖尿病	54	1.9%	54	2.0%	39	2.9%
7.0~13.3	合併症のおそれ	88	3.1%	94	3.5%	93	6.9%
総計		2867	100%	2684	100%	1348	100%

② 体重の減少

2次健診受診者で個別支援を受けた者(127名)の平成15年度から16年度の体重変化

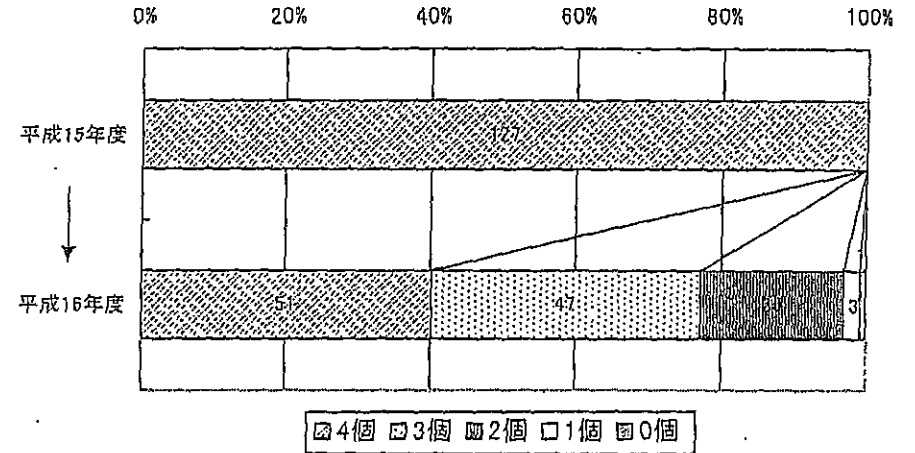
体重変化(平成15年度から16年度)



③ リスク個数の減少

2次健診受診者で個別支援を受けた者(127名)の平成15年度から16年度のリスク個数の変化

危険因子個数(平成15年度から16年度)



富士電機リテイルシステムズ(株) < 定期健康診断後の対象者の状況に合わせた生活習慣病予防のための健康面談 >

< 定期健康診断後の保健指導 >

職域においては、労働安全衛生法に基づき、一般の労働者は1年に1回定期健康診断を受けることが義務付けられている。この定期健康診断は単に医療度のスクリーニングとして捉えられるのではなく、対象者が自分の健康を振り返り、それをきっかけにより高い健康を獲得できる機会へとつなげることが重要である。

< 疾病予防のための保健指導 >

定期健康診断で、「異常なし」「経過観察」「定期観察」と判定された者への保健指導は、今後いかに疾病を予防し、健康な生活を維持していくのかをポイントとする。定期健康診断はある一時点での健康度をみているため、その時点では異常や問題がなくても生活習慣に改善点がある場合、健康度としては問題

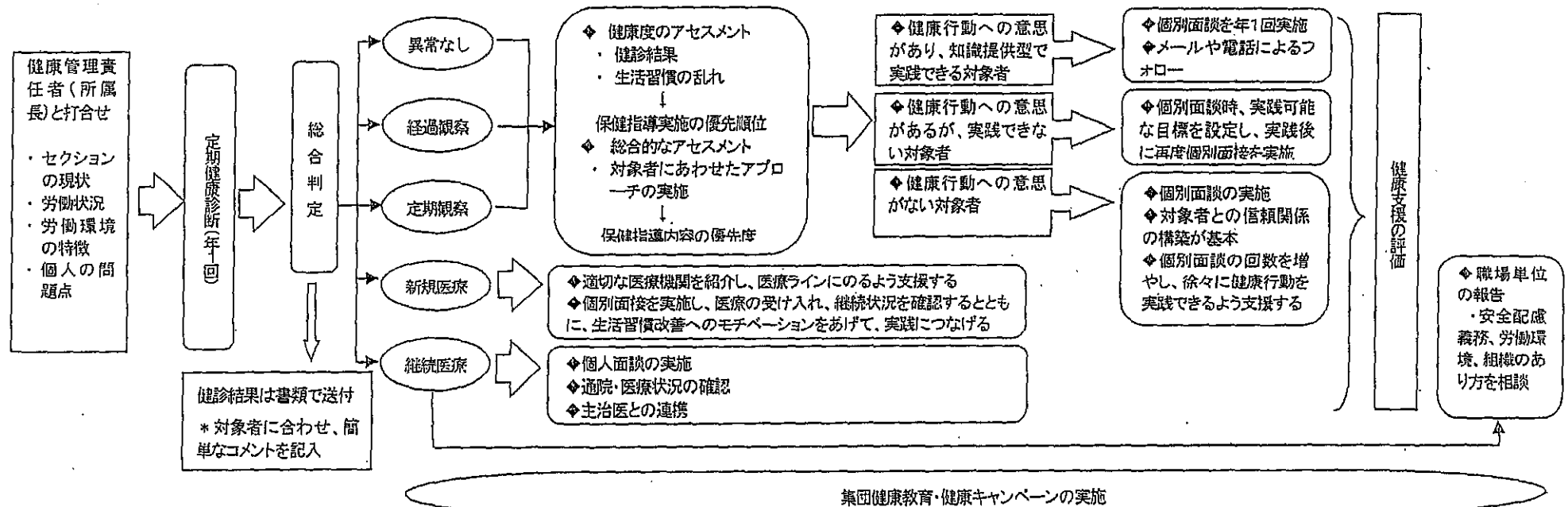
がある。

< 職域での健康管理 >

対象者を全員把握し、毎年1回、必ず個人面談を実施していることから、優先度をつけながら指導、健康支援することが大切である。結婚、子どもの誕生、昇格、親の死、友人の死など様々なライフイベントをきっかけに、健康感が大きく変わったり、健康行動への欲求が高くなることもある。このような機会を逃さず、効果的に保健指導をしていくことも重要である。

< 職場全体のポピュレーションアプローチ >

集団での健康教育や健康キャンペーンなどで、職場全体の健康に関する意識を高め、健康を維持して元気で働くことがあたりまえの企業文化を形成していくことも重要な取り組みである。



<生活習慣病予防における集団健康教育>

1年に1~2つのテーマを設定し、本社・支社をまわり、集団での健康教育を実施している。

テーマは、ダイエットプログラム・禁煙プログラム・身近でできる運動(バランスボール)の体験学習などである。

その他、毎月の社内報や健康づくりサイト(社内イントラネット)、健康づくりキャンペーン・リテイルラリー「アリとキリギリス」(活動得点と生活習慣をカードにプロットしみなで競い合うもの)などを利用して、アプローチしている。

<個別面談時の教材>

既存のパンフレットを対象にあわせた内容で指導しながら話し、渡している。

<数年の医療率等の経過>

年度	1999	2000	2001	2002	2003	2004
医療率 (%)	12.1	10.7	9.5	9.7	11.1	12.0
長期休 業者	19名 (7名)	9名 (4名)	8名 (2名)	6名 (1名)	16名 (2名)	7名 (1名)
平均年 齢(歳)	38.9	39.0	39.8	40.8	41.1	42.2
備考					2002年に他社を吸収合併し、構成人員に変化	

<リテイルラリー(健康キャンペーン)の結果>

	2000年	2001年	2002年
成功率	90.0%	73.4%	82.5%
成果 (体重減少)	平均-1.3kg 最高-3.0kg	最高-6.0kg 最高体脂肪 -9.3%	平均-2.1kg 最高-14.0kg

財) 社会保険健康事業財団<政府管掌健康保険生活習慣病予防健診後の保健指導>

目的

政府管掌健康保険では40歳以上の被保険者等を対象に生活習慣病予防健診を実施している。その結果、指導区分「軽度異常」「経過観察」の者を対象に、生活習慣改善と対象者の積極的な健康づくりを支援することを目的に、保健師による健診後の保健指導を実施している。

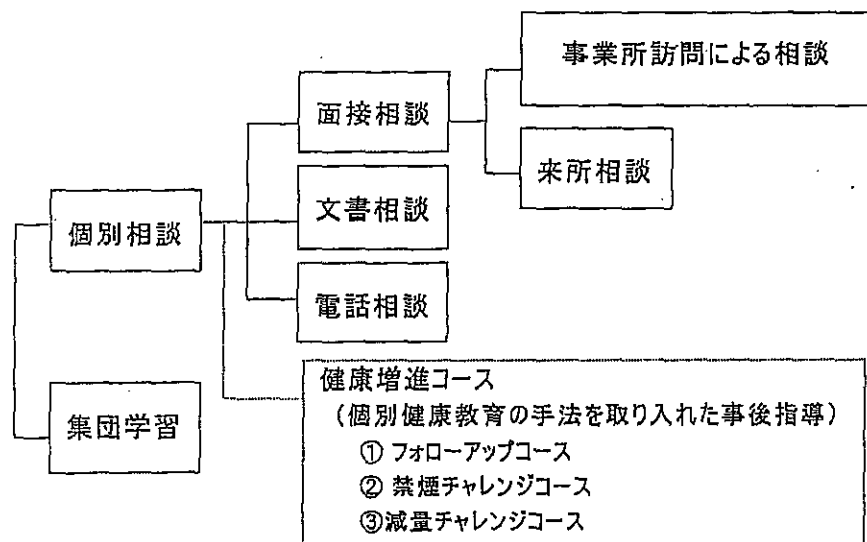
対象者

生活習慣病予防健診の結果、指導区分が原則として《軽度異常》・《経過観察》と判定された者を対象とする。

内容

対象者の経年的な健診結果と、「栄養」「運動」「休養」などの生活習慣に関する問診票に基づき、図1の手法により、健診後の保健指導を行っている。

図1:手法



* 主として事業所訪問による面接相談(原則として年1回、平均20分)を実施している

<効果的・効率的な面接を実施する工夫>

①保健師パソコン

目に見えない身体の変化を視覚的に訴えるツールとして、また健診結果・保健指導結果などの経年的なデータ管理に有効な財団独自のシステムを開発し、活用している

②パンフレット・媒体

財団で作成したパンフレット、及び媒体(各種測定機器、模型)を活用している

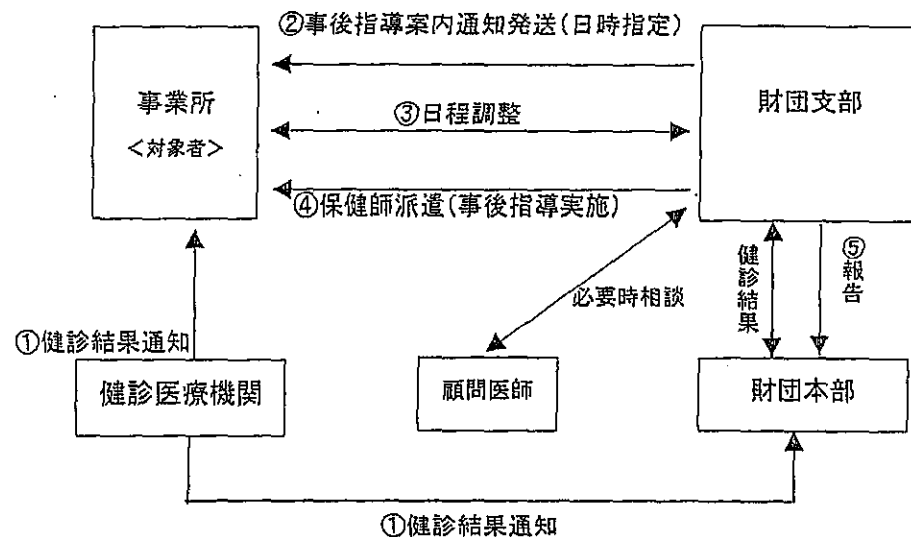
③「財団保健師活動の手引き」(全6巻)

保健指導の質の均一化を図るために手引きを作成し、保健指導の指針としている

評価

対象者毎の目標達成状況は、保健師パソコンを用いて次回相談時に評価を行っている。

図2:フローチャート

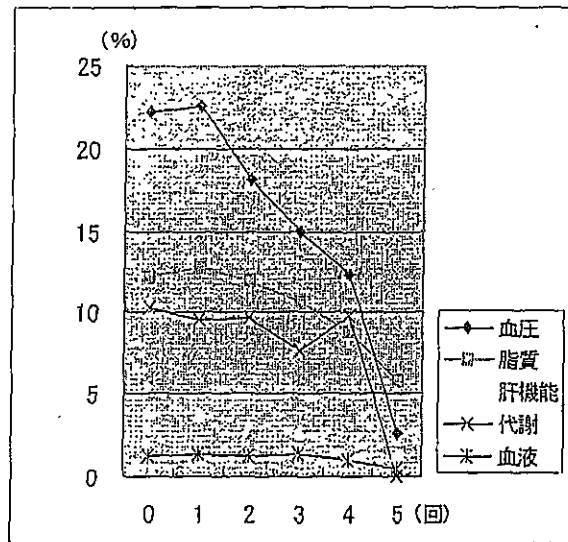


健診後の保健指導の効果

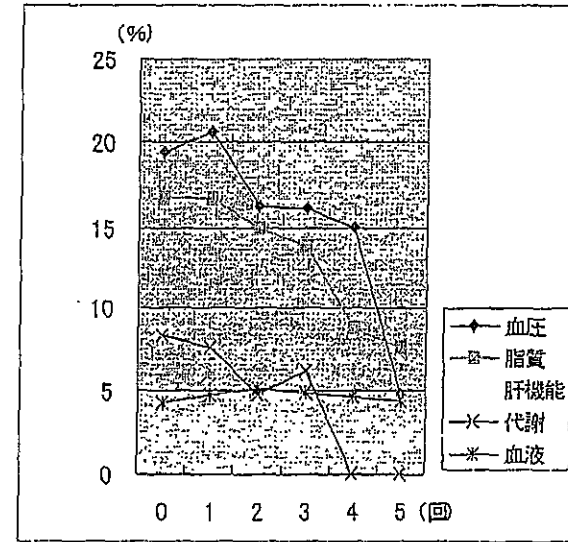
事業所訪問による面接相談の効果（原則年1回、面接時間約20分間）を、平成6年度～11年度の6年間継続して健診を受診した者52万件のデータを分析して明らかにした。保健指導回数と健診結果の関連は、以下の図表のとおり、保健指導回数が増えるにしたがって、指導区分「軽度異常」・「経過観察」であった者が5年後に指導区分「要治療」・「治療中」（要医療）へ移行する割合は明らかに減少しており、1回20分という短時間の面接であっても、継続して保健指導を受けることにより、検査数値の改善が顕著に認められた。

また、保健指導回数と生活習慣の関連においても、男女ともに全ての生活習慣項目（食事時間・回数、偏食、味付け、間食、外食、飲酒、喫煙、ストレス、運動）で、保健指導回数が増えるにしたがって望ましい生活習慣であることも明らかとなった。

(男性)



(女性)



(男性)

(単位:%)

	0回	1回	2回	3回	4回	5回
血压	22.2	22.5	18.2	15.0	12.3	2.5
脂質	12.1	12.8	11.9	10.6	8.7	5.7
肝機能	3.9	3.7	3.1	2.6	1.0	1.4
代謝	10.2	9.5	9.6	7.5	9.7	0.0
血液	1.1	1.3	1.1	1.3	0.9	0.5

(女性)

(単位:%)

	0回	1回	2回	3回	4回	5回
血压	19.4	20.6	16.2	16.2	14.9	4.7
脂質	16.7	16.7	15.0	13.9	8.8	7.6
肝機能	1.8	2.2	2.5	2.2	1.4	1.9
代謝	8.3	7.6	4.7	6.1	0.0	0.0
血液	4.2	4.6	5.0	4.7	4.5	4.3

「積極的支援」事例

- 個別相談を軸に既存保健事業を活用しながら多様な参加形態を可能とする総合支援型プログラム
(神奈川県藤沢市)
- ホームベース型健康支援UMIモデル
(福岡県宇美町)
- 職域肥満者に対するITを使用した生活習慣サポート
(あいち健康の森健康科学総合センター)
- 40歳代男性の全戸訪問から地域全体の生活習慣病対策の推進
(新潟県阿賀野市(旧笹神村))
- 健康増進コース
(財)社会保険健康事業財団)

神奈川県藤沢市<個別相談を軸に既存保健事業を活用しながら多様な参加形態を可能とする総合支援型プログラム>

プログラムの目的

生活習慣の変容により、高血圧、高脂血症、糖尿病、肥満症の予防・改善（一次および二次予防）を行う。

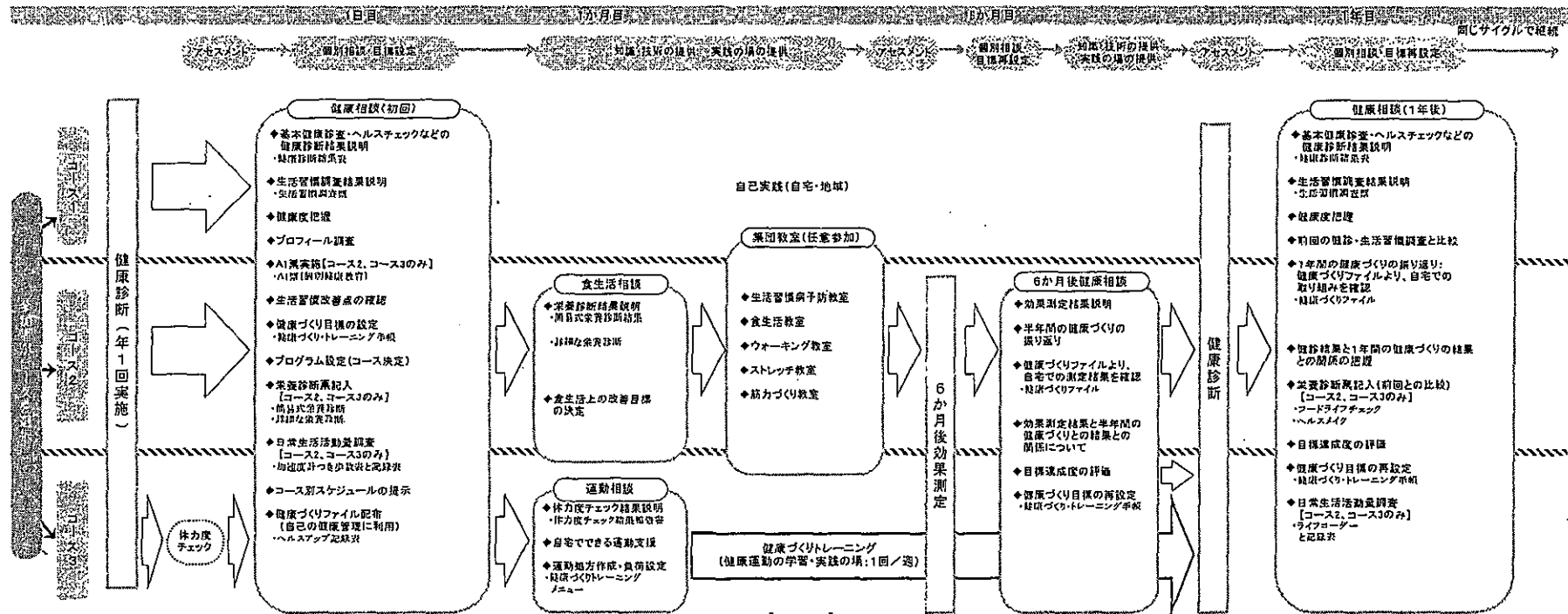
プログラムの特徴

本プログラムは、年1回の健診後の健康相談を軸として、参加者がそれぞれの状況に応じて多様な形でプログラムに参加することを可能とする総合支援型のプログラムである。

本プログラムは、毎年の健診とその後の健康相談を基点として継続的に参加者の状況に応じて毎年のサイクルで実施されるものである。

本プログラムの特徴は、次のとおり。

- ① 年1回の健診後の健康相談を軸として、年度ごとに参加者と支援スタッフが話し合って個人目標を設定し、それを実践につなげていくための選択可能な支援メニューとして、既存の保健事業の活用も可能にしながら、食生活相談、運動実践(健康づくりトレーニング)、集団教室を用意する。
- ② 個人へのアプローチ(健康相談・食生活相談・健康づくりトレーニング)と集団へのアプローチ(集団教室)を組み合わせることにより、生活習慣改善に向けた支援がより効果的になるよう設定する。
- ③ 3種類のコース(コース1~3)を設定して、参加者の事情に応じて選択できるものとする。
- ④ 参加者が自身の目標や状況に応じて支援メニューを選択し、生活習慣改善に向けた知識・技術の習得及び実践を行うことができる、主体性を尊重した柔軟な総合支援の仕組みである。



モデル事業の状況

コースの内容

コース1：健診の事後支援プログラム（健康相談）

コース2：食生活に関する支援プログラム

（健康相談＋食生活相談＋集団教室）

コース3：健康保持・増進のための運動トレーニングを含めた総合的なプログラム

（健康相談＋健康づくりトレーニング＋食生活相談＋集団教室）

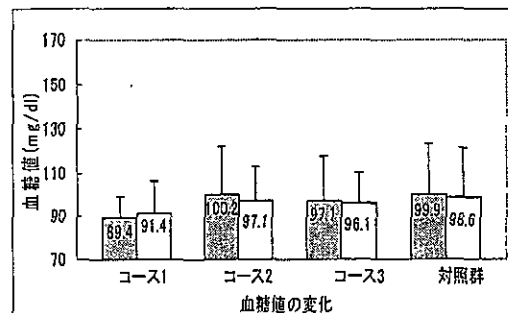
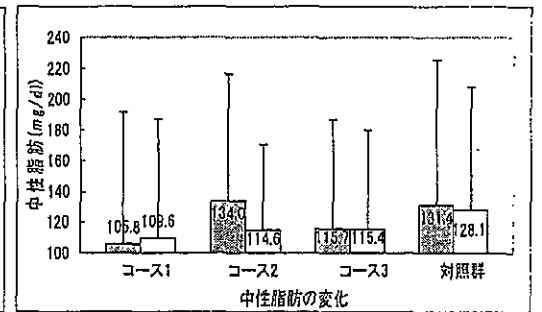
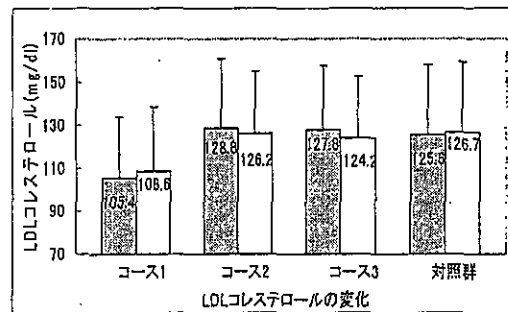
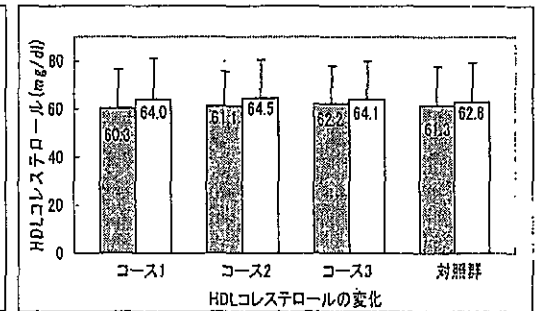
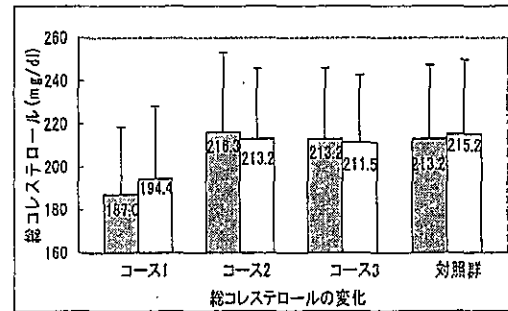
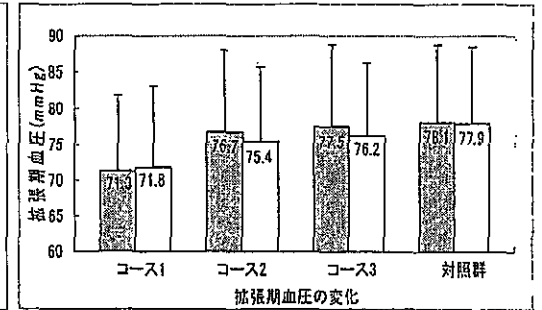
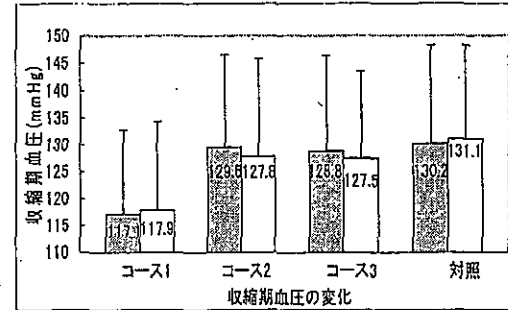
参加者数

介入群	979人（うちコース1：469人、コース2：154人、コース3：356人）
対照群	4,570人

効果の評価（対照群との比較）

<身体状況の変化>

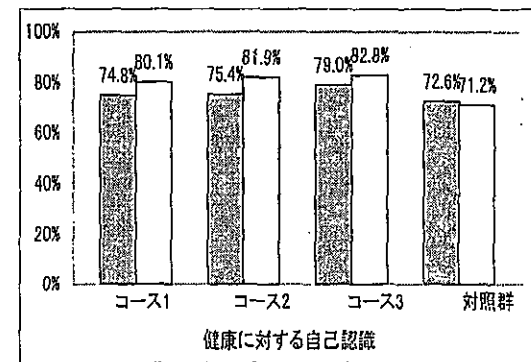
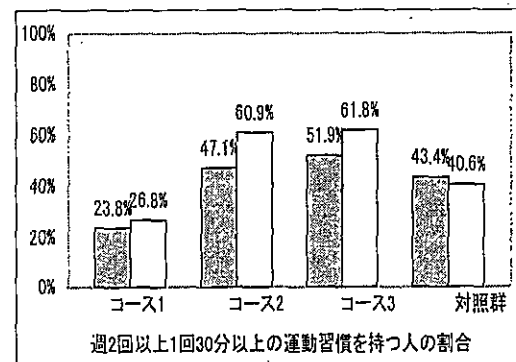
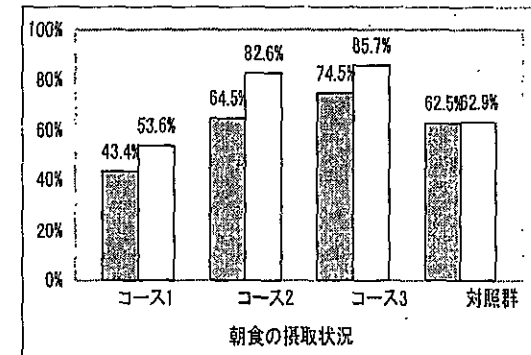
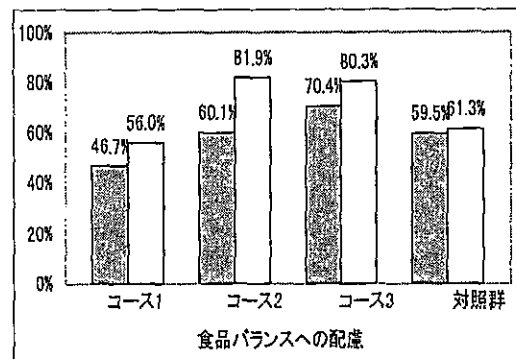
- コース2及びコース3については、介入前後において、収縮期血圧、拡張期血圧、総コレステロール、HDLコレステロール、LDLコレステロールが改善
- コース1については、HDLコレステロールが改善



■ 介入前
□ 介入後

<生活習慣の変化>

- コース1、コース2及びコース3ともに、介入前後において生活習慣の変化あり
- 栄養・食生活については、「食品バランスへの配慮」する者の割合、「朝食摂取状況あり」の割合が増加(特にコース2)
- 運動については、「週2回以上1回30分以上の運動習慣を持つ人の割合が増加
- 「健康に対する自己認識」の割合も増加



■ 介入前
□ 介入後

福岡県宇美町<ホームベース型健康支援UMIモデル>

プログラムの目的

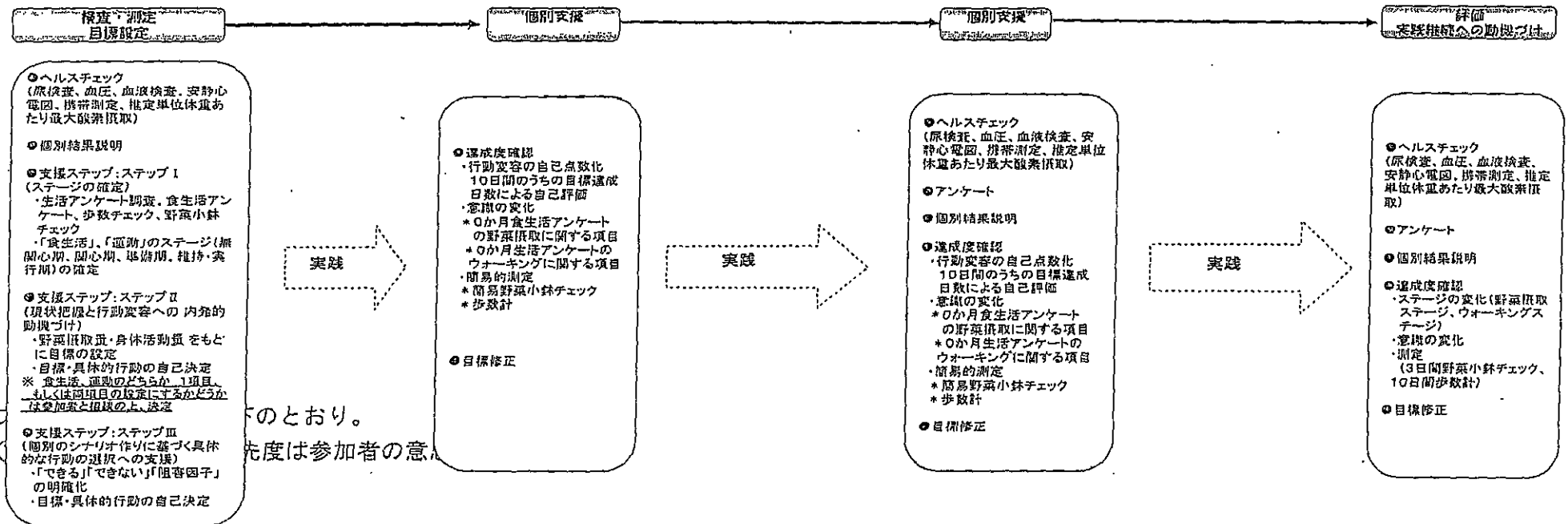
本プログラムは、高血圧、高血糖予備群を高血圧症、糖尿病に移行させないことを目的として、自らの生活の場（ホームベース）という安心安定した環境を中心として、本人自身の内発的動機づけを尊重し、目標達成方で行動変容を目指してもらい、支援者は本人ができることをできるように支援する。

プログラムの特徴

プログラムの原則は、「U：家（うち）でもできるホームベース型、M：自ら決定する微分健康行動修正法、I：嫌なことはやらない」2原理3原則により実施。

プログラム実施の期間は6か月。

- ② 支援者は管理栄養士、健康運動指導士、保健師のチームによる支援とし、多角的視野で提案
- ③ 提案は、禁止やがまんではなく、何かを勧めることとし、支援目標は、食生活は「野菜摂取量を増やす」（3日間の野菜摂取状況 200cc 容器を小鉢スケールに使用して自己記入）、運動は「身体活動量（歩数）を増やす」（42日間メモリー機能付き歩数計を10日間装着）ことから開始
- ④ 支援ステップは3ステップ。ステップⅠはステージの確定、ステップⅡは現状把握と行動変容への内発的動機づけ、ステップⅢは個別のシナリオづくりに基づく具体的な行動の選択への支援
- ⑤ 支援場所は、原則として参加者の生活の場である自宅及びその周辺。また、自由に参加できる健康教室を小学校の余裕教室を活用して実施。



<モデル事業の状況>

参加者数

介入群	46名
対照群	38名

効果の評価 (UMIコホート介入群の状況)

介入後4か月及び6か月後の状況

④ 介入後4か月後

<身体状況の変化>

LDLコレステロール、随時血糖が低下

<行動の変化>

1日の歩数、食事の規則正しさ、意識的な運動のありの割合が向上

⑤ 介入後6か月後

<身体状況の変化>

HDLコレステロールが増加、中性脂肪及び随時血糖が低下

<行動の変化>

1日の歩数、食事の規則正しさ、意識的な運動のありの割合が向上、睡眠時間の増加

対照群との比較

④ 「1日の歩数」(平均値)

	介入群	対照群
介入前	7,384歩	7,211歩
4か月後	9,311歩	8,126歩
6か月後	10,617歩	7,327歩

※ 介入前、6か月後の変化量に有意差あり

⑤ 「野菜を毎食食べる、よく食べる」割合

	介入群	対照群
介入前	73.9%	73.8%
4か月後	80.4%	64.8%
6か月後	87.0%	65.8%

※ 6か月後には有意差あり

⑥ 「黄緑色野菜を毎食食べる、よく食べる」割合

	介入群	対照群
介入前	34.8%	28.9%
4か月後	47.8%	55.3%
6か月後	56.5%	23.7%

※ 6か月後には有意差あり

あいち健康の森健康科学総合センター<職域肥満者に対するITを使用した生活習慣サポート>

<背景>

事業所Aの健康課題は、①心血管疾患の発症率が年 0.19% (24.6 人)であり、うち死亡が 1.67 人であること、②心血管疾患の発症率は肥満、高血圧、高脂血症、糖尿病のリスクを3個以上もつもので高く、現在または過去に肥満であったものが全例を占めたこと、③肥満者が多い職場であること (BMI25 以上が 34.7%)、④部署によって肥満者の割合に差が見られ、肥満者が 5 割を超える部署もあることから、肥満者に対する総合的な対策を展開した。分散型の職場であり、不規則勤務者が多いことから、肥満男性を対象としてITを使用した生活習慣サポートを実施した。また、メタボリックシンドロームについて全社員に対して情報提供した。

<サポートの内容>

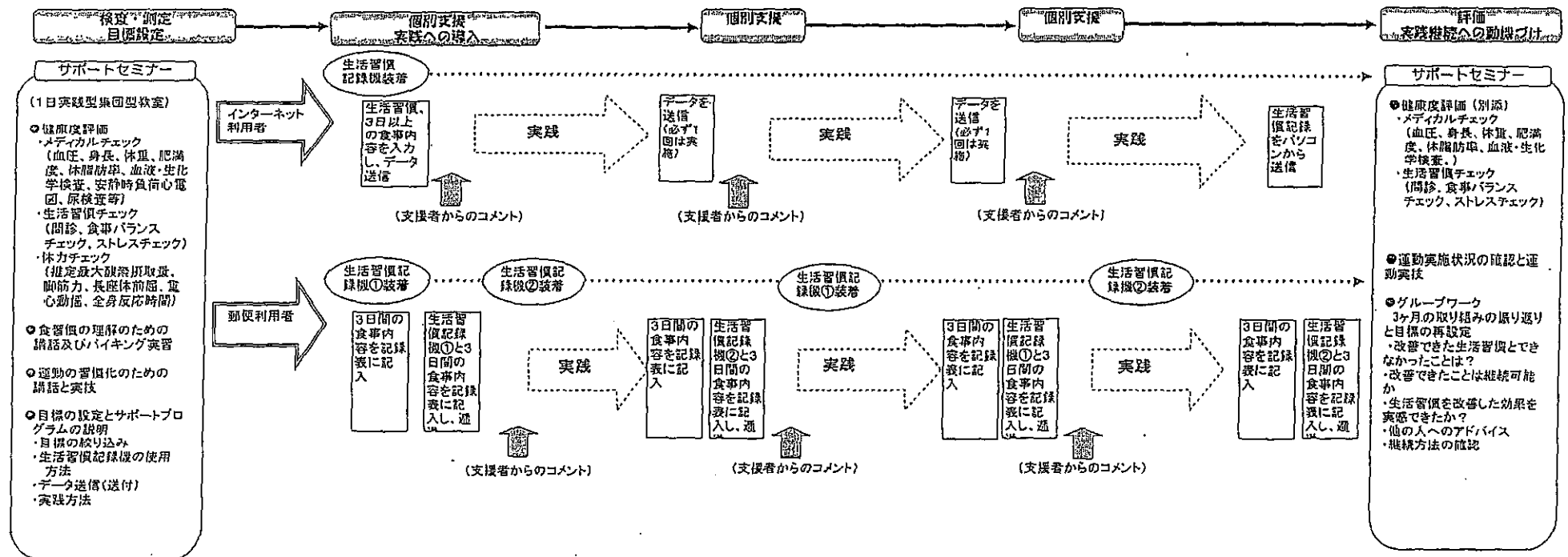
サポート期間は3か月。

① 対象者は、健康度評価^{※1}、体験型学習^{※2}、行動目標の設定からなる集団型教室を受講後、生活習慣、体重等のセルフモニタリング。

※1 「メディカルチェック」、「生活習慣チェック」、「体力チェック」

※2 食習慣(バイキング実習等)、運動習慣(ウォーキング、筋力トレーニング、ストレッチング等)

② 健康ダイアリーシステムを用いて、データをインターネットまたは郵送にてセンターに送信し、医師、保健師、栄養士、運動指導員よりコメントを返信。(サポート期間の3か月間のうち3回)



<事業の状況>

対象者数

60名(解析対象は終了時まで追跡した59名)

介入後の結果(3ヶ月後)

① 身体状況の変化

体重は平均2.4kg減少。

体脂肪率、収縮期血圧、総コレステロール、LDLコレステロール、HDLコレステロール、トリグリセライド、HOMA等に有意な改善

② 栄養摂取状況の変化

エネルギー摂取量、脂質摂取量が有意に減少

③ 行動変容の「実行期」以上の割合

① 食習慣の変化: 介入前0% → 介入後54.8%

② 運動習慣の変化: 介入前12.9% → 介入後45.2%

④ メタボリックシンドロームと判定される者の割合

① 介入前14名(23.7%)であったが、介入後は5名(8.5%)であり、64%の減少

■ 1年後の定期検査の結果

減量した体重の維持(ベースラインより2.2kg減少)、
総コレステロール、トリグリセライド、肝機能(ALT)の有意な減少。
(対照群では有意な改善項目なし)

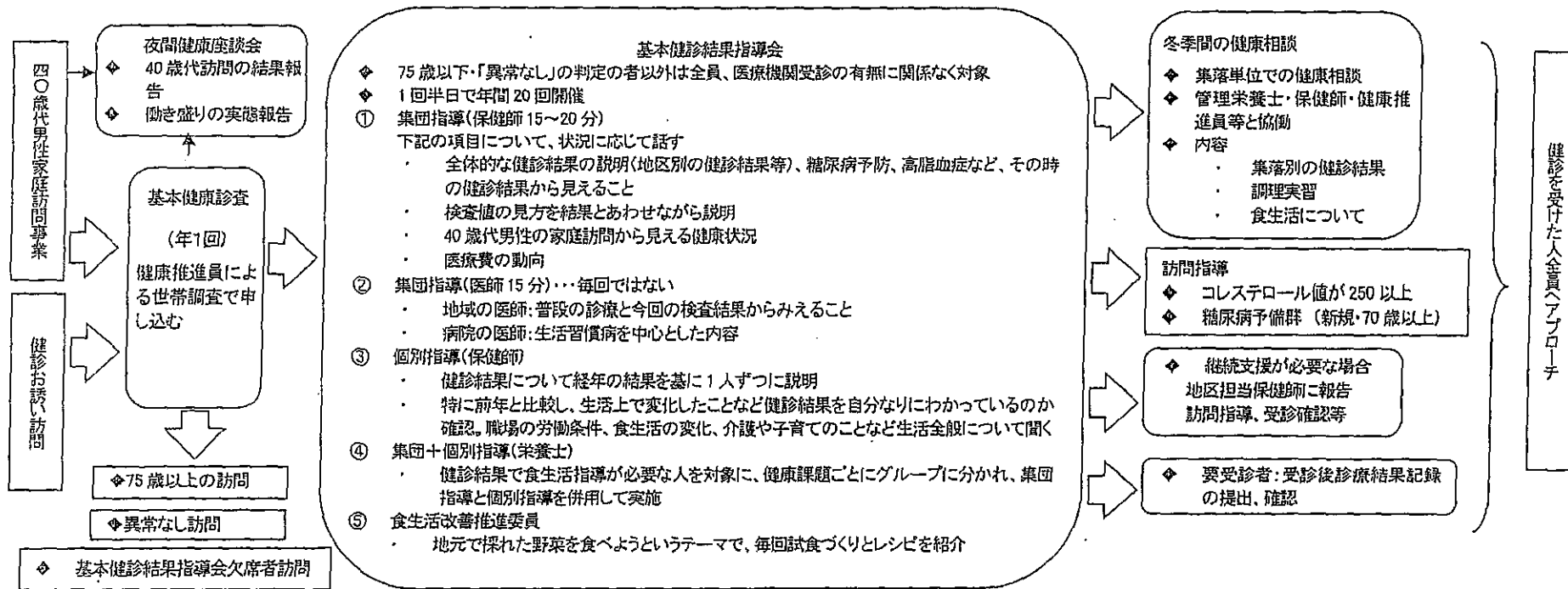
新潟県阿賀野市笹神地区(旧笹神村) <40歳代男性の全戸訪問から地域全体の生活習慣病対策を推進>

<プログラム実施の背景>

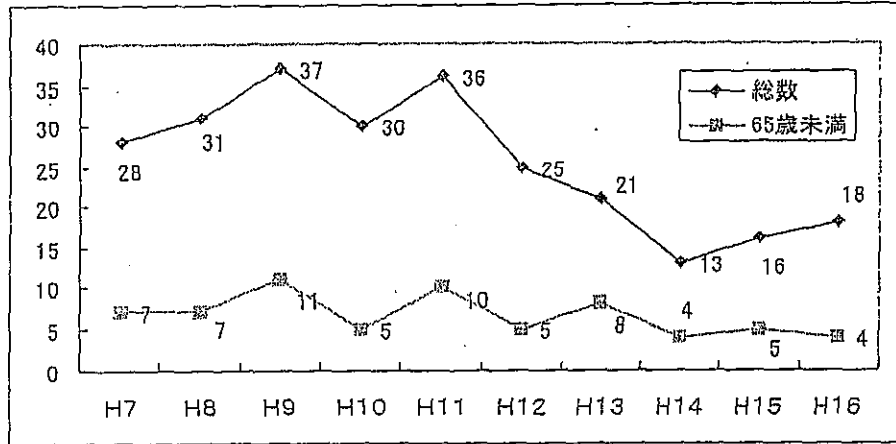
旧笹神村(平成16年4月に近隣4町村が合併)は1982年新潟県内の脳卒中死亡ワースト2と報道され、64歳以下の働き盛り層の脳卒中発症が後を絶たない状況だった。基本健診受診率も人口9,700人で受診者が500人余りと少なかった。保健師の訪問指導の対象者は、寝たきりの高齢者や乳児、障害者が中心で、働き盛り層との接点はなく、脳卒中を発症して初めて出会うという状況だった。1989年頃から、毎年40歳代男性が脳卒中で倒れるということがあったが、生活環境や労働環境など、全く把握できない状況だった。この世代に健康への関心を持ってもらうこと、健診受診に結びつけることを目的に、1992年から40歳代男性の全戸訪問を実施している。

<家庭訪問から事業展開>

若い世代が健診を受診しやすいように地域・職域の隔たりのない健診態勢(職場健診対象者も健診を受けられる)を整え、健診結果を返す際は、75歳以下の健診受診者全員に基本健診結果指導会を開催し、訪問した地区ごとに夜間健康座談会を開き、家庭訪問の結果報告や、働き盛り層の生活実態を報告し、皆で健診問題を考えている。また、健康課題に結びついた研修会を開催し、健康推進員を育成している。健康推進員は各地域に設置され、毎年世帯調査を実施し健診対象者の把握と健診申し込みのとりまとめ、健康相談・夜間健康座談会の声かけ、集落の様子や住民の健康状況を保健師へ情報提供する等、地区担当保健師と密に連携している。



<脳卒中発症の年次推移>



<1人当たり医療費の比較(高齢者)>

	笹神村	県平均	全国
平成元年度	438,759	481,514	590,447
平成2年度	425,886	502,206	606,000
平成3年度	462,102	528,293	631,796
平成4年度	458,349	561,270	660,309
平成5年度	547,896	615,511	683,389
平成6年度	516,826	614,012	718,155
平成7年度	531,235	637,903	752,364
平成8年度	573,576	662,019	780,541
平成9年度	581,880	670,816	788,566
平成10年度	512,884	683,021	798,974
平成11年度	589,963	706,139	831,339
平成12年度	502,325	637,574	762,358
平成13年度	531,225	634,428	761,694
平成14年度	493,896	624,094	739,636
平成15年度	510,637	699,149	756,635
平成元年を100としたときの伸び率	1.16	1.45	1.28

笹神村は新潟県下98保険者中94番目

平成15年度は県平均より約19万円低い

(財)社会保険健康事業財団<健康増進コース>

目的

目標の設定・保健指導の実施(タイミング・媒体等の共通化)・評価の一連の流れに根拠に基づいた保健医療の考え方(EBH)を徹底することにより、確実に対象者の生活習慣及び検査数値の改善を図ることを目的とする

対象者

フォローアップコース: 最近2回の健診結果が①～③に適応する者または最近1回の健診結果が①～③に適応しかつ対象者が実施を希望する者(①血圧・脂質・肝機能・血糖・尿酸の健診結果が指導区分「要治療」「要精密検査」に近い値の指導区分「経過観察」の者 ②血圧・脂質・肝機能・血糖・尿酸の健診結果の複数に指導区分「軽度異常」「経過観察」がある者 ③血圧・脂質・肝機能・血糖・尿酸の健診結果が指導区分「軽度異常」または「経過観察」であり不定愁訴が強い者)

禁煙チャレンジコース: 禁煙の意志がある者、健診結果等から保健師が禁煙の必要があると判断した者

減量チャレンジコース: 健診結果、現病歴、自覚症状等から保健師が減量の必要があると判断した者

※対象者は、上記条件と保健行動に対するステージを把握した上で選定する

支援方法

フォローアップコース、減量チャレンジコースは1年間、禁煙チャレンジコースは6ヶ月間、保健師が生活習慣改善の支援を行う。支援方法は初回・中間評価時・最終回は面談で行い、それ以外のタイミングは対象者の望む方法(面談、電話または文書)で行う。

内容

フローチャート参照

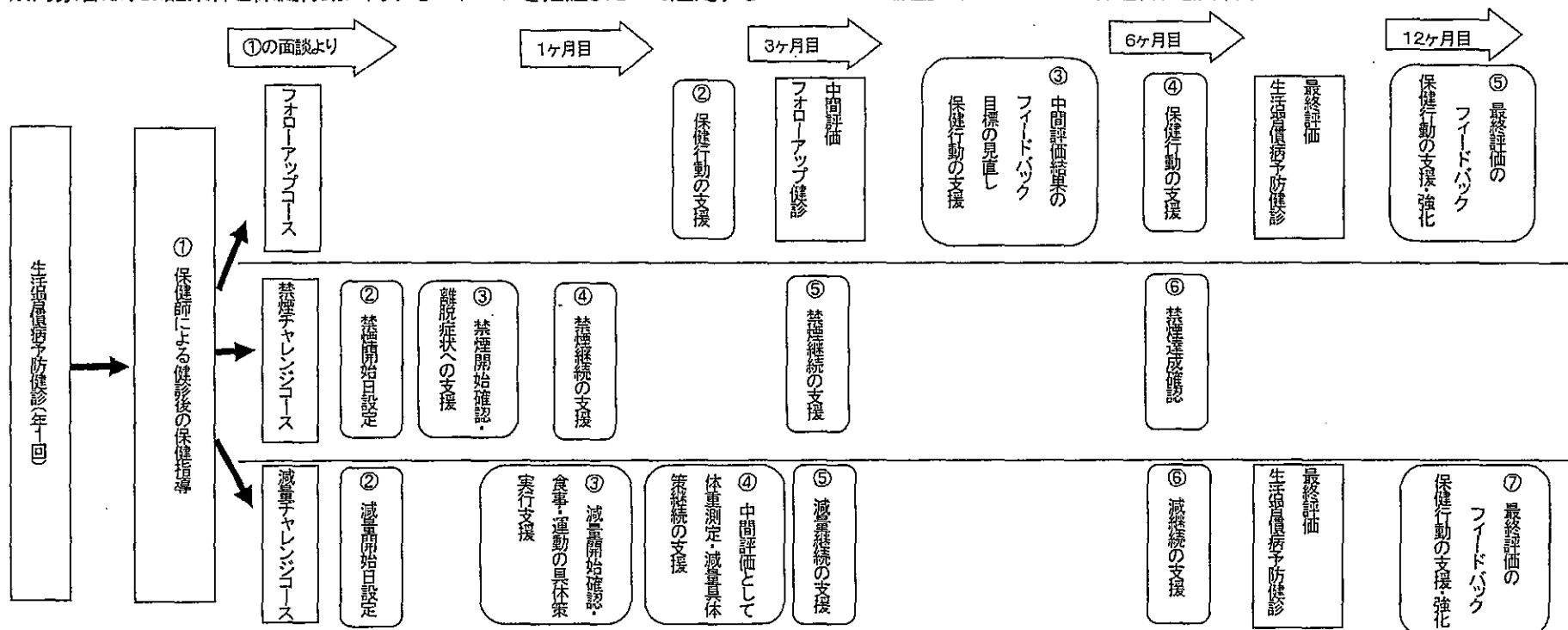
※支援の度に保健師活動をパソコンに入力・記録し、毎回評価を行うことで目標達成に対してフィードバックさせる

※中間評価指標

フォローアップコース: フォローアップ健診(生活習慣病予防健診結果のうち血圧・脂質・肝機能・血糖・尿酸の指導区分に「軽度異常」「経過観察」があり、3ヶ月以上生活習慣の改善に取り組んだ者が受けられる)

禁煙チャレンジコース: スモーカライザーによる呼気CO濃度

減量チャレンジコース: 体重、体重記録表



健康増進コースの効果

1. フォローアップコース(n=282)

1) 生活習慣改善状況

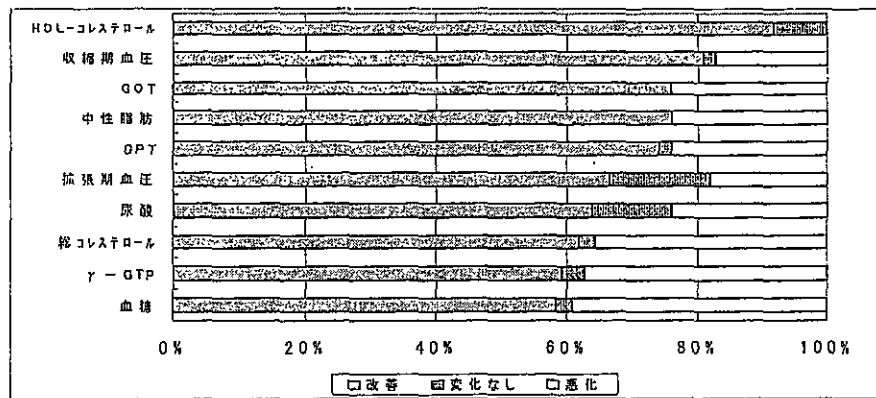
対象者1名がの生活習慣改善目標平均3項目に取り組み、全体では61.6%の改善率となっている。項目別の改善状況は食事内容は71.1%、運動時間増加は53.2%、運動回数増加は63.4%、適正飲酒は54.9%が改善目標を達成している。

2) 健診結果改善状況

①検査値改善状況

対象者1名が平均2.1検査項目に「軽度異常」「経過観察」の判定であった。フォローアップコースの実施により、検査数値の改善割合は67.8%となった。改善した検査項目のうち、79.9%は指導区分が改善した。

図1 フォローアップコース・健診結果改善状況



②検査数値

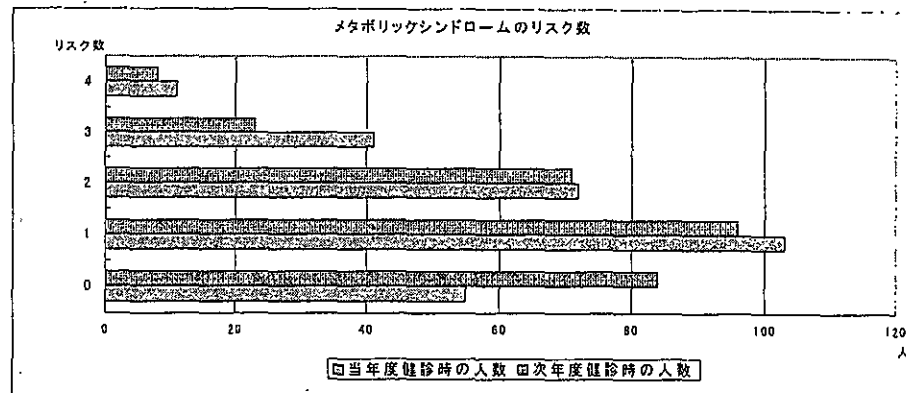
検査数値の変化を見た場合、各検査項目とも表2の改善が見られた。

表1 フォローアップコース・健診結果検査数値の変化(n=282)

検査項目	収縮期血圧(mmHg)	拡張期血圧(mmHg)	総コレステロール(mg/d)	HDL-コレステロール(mg/d)	中性脂肪(mg/d)	GOT(IU/l)	GPT(IU/l)	γ-GTP(IU/l)	血糖(mg/d)	尿酸(mg/d)
変化量	-8	-5	-5	5	-32	-6	-6	-2	-2	-0.5

③メタボリックシンドロームのリスク数変化

図2 メタボリックシンドロームのリスク数変化



* 当年度健診時にリスク数0の対象者は、肝機能や尿酸値でフォローアップコース対象者となった者

2. 禁煙チャレンジコース(n=174)

禁煙達成状況:66.7%の成功率となった

図3 禁煙チャレンジコース・禁煙達成状況

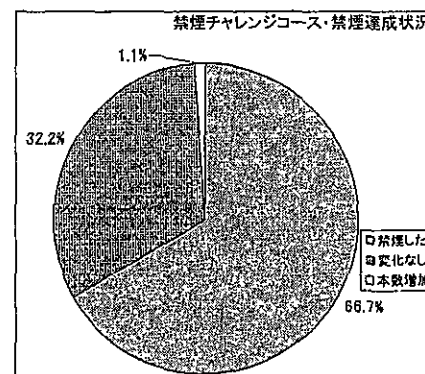
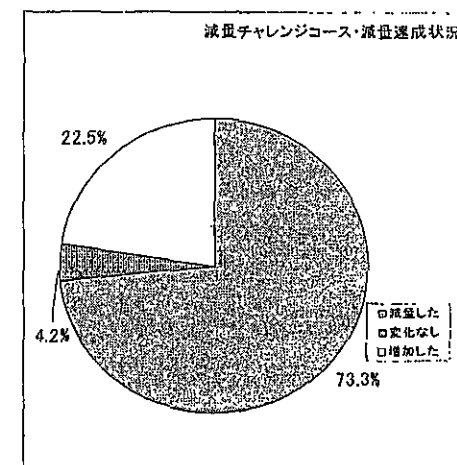


図4 減量チャレンジコース・減量達成状況



3. 減量チャレンジコース(n=409)

減量達成状況:73.3%の成功率となった

平均減量は3.4Kgであり、BMIも1.3の低下が認められた

第4章 保健指導の評価

(1) 保健指導における評価の意義

保健指導の評価は、医療保険者が行った「健診・保健指導」事業の成果について評価を行うことであり、本事業の最終目的である糖尿病等の有病者及び予備群の減少状況、また、医療費適正化の観点から評価を行っていくことになる。

このような「健診・保健指導」事業の最終評価は、有病者や予備群の数、生活習慣病関連の医療費の推移などで評価されるものであるが、その成果が数値データとして現れるのは数年後になることが想定される。そこで、最終評価のみではなく、健診結果や生活習慣の改善状況などの短期間で評価ができる事項についても評価を行っていくことが必要である。

この評価方法としては3つの側面が考えられる。1点目は、「個人」を対象とした評価方法である。対象者個人を単位とした評価は、肥満度や検査データの改善度、また、行動目標の達成度、生活習慣の改善状況などから評価が可能である。この個人を単位とした評価は、保健指導方法をより効果的なものに改善することや保健指導の質を向上させることに活用できる。

2点目は、事業所単位や地域単位で、「集団」として評価する方法である。これは、健診結果の改善度や、禁煙や運動習慣などの生活習慣に関する改善度を集団として評価することである。このような評価により、集団間の比較ができ、また、対象特性（年齢別など）ごとに分析することにより、健診・保健指導の成果があがっている集団が判断でき、保健指導方法や事業の改善につなげることが可能となる。

3点目は、健診・保健指導の「事業」としての評価である。事業であるので、費用対効果や、対象者の満足度、対象者選定が適切であったか、プログラムの組み方は効果的であったか、「要医療」となった者の受診率や保健指導の継続性など、事業のプロセス（過程）を評価することができる。このことにより、効果的、効率的な事業が行われているかの判断が可能となり、改善につなげることができる。

このように保健指導の評価は、「個人」「集団」「事業」「最終評価」を対象として行うものであるが、それぞれについて評価を行うとともに、事業全体を総合的に評価することも重要である。

(2) 評価の観点

評価は、一般的に、ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトカム（結果）の観点から行う。健診・保健指導の最終的な評価はアウトカム（結果）で評価されることになるが、結果のみでは問題点が明らかにできず、改善方策が見出せない場合が多い。そこで、結果に至る“過程”を評価し、事業の基盤である“構造”について評価することが必要となる。また、最終目標のアウトカム（結果）評価は数値であるため、データを探るためには数年間かかることから、アウトプット（事業実施量）の観点から評価を行うこともある。

このような観点から評価を行うが、それぞれの評価を行うためには、評価指標、評価手段、評価時期、評価基準について、明確にしておくことが必要である。

① ストラクチャー（構造）

ストラクチャー（構造）は、保健事業を実施するための仕組みや体制を評価するものである。具体的な評価指標としては、保健指導に従事する職員の体制（職種・職員数・職員の資質等）、保健指導の実施に係る予算、施設・設備の状況、他機関との連携体制、社会資源の活用状況などがある。

② プロセス（過程）

プロセス（過程）評価は、事業の目的や目標の達成に向けた過程（手順）や活動状況を評価するものである。具体的な評価指標としては、保健指導の実施過程、すなわち情報収集、アセスメント、問題の分析、目標の設定、指導手段（コミュニケーション、教材を含む）、保健指導実施者の態度、記録状況、対象者の満足度などがある。

③ アウトプット（事業実施量）

目的・目標の達成のために行われる事業の結果に対する評価で、評価指標としては、健診受診率、保健指導実施率、保健指導の継続率などがある。

④ アウトカム（結果）

アウトカム（結果）評価は、事業の目的・目標の達成度、また、成果の数値目標に対する評価である。具体的な評価指標としては、肥満度や血液検査などの健診結果の変化、糖尿病等の有病者・予備群、死亡率、要介護率、医療費の変化などがある。また、職域では休業日数、長期休業率などがある。

(3) 具体的な評価方法

評価の対象ごとに区分した保健指導の評価方法は、以下のとおりであるが、評価指標、評価手段、評価時期等については、参考までに表5に整理している。

1) 「個人」に対する保健指導の評価

対象者個人の評価は、適切な手段を用いて保健指導が提供されているか（プロセス（過程）評価）、その結果、生活習慣に関して行動変容がみられたか、また健診結果に改善がみられたか（アウトカム（結果）評価）といった観点から行う。詳細な内容については、「第3章 保健指導の実施」を参照されたい。

2) 「集団」に対する保健指導の評価

個人への保健指導の成果を、集団として集積して評価することにより、指導を受けた対象者全体に対する成果が確認できる。集団の単位としては、地域や事業所単位、また、年齢や性別などが考えられ、それぞれに区分して、生活習慣に関する行動変容の状況、健診結果の改善度、また、生活習慣病関連の医療費の評価も行う。

集団としての評価結果は、保健指導プログラムの改善や保健指導実施者の資質向上のための研修などにも活用する。

3) 「事業」に対する保健指導の評価

医療保険者が行う保健指導は、個人への保健指導を通して、集団全体の健康状態の改善を意図している。そのため医療保険者は、事業全体について評価を行う。事業の評価は、対象者把握、実施、評価の一連の過程について以下の4点から評価する。

- ・適切な資源を活用していたか（ストラクチャー（構造）評価）
- ・対象者を適切に選定し、適切な方法を用いていたか（プロセス（過程）評価）
- ・望ましい結果を出していたか（アウトカム（結果）評価）
- ・事業評価が適正に実施されているか

これらの評価は、保健指導プログラムごとに行い、問題点を明確にした上で改善を図っていく。

特に、保健指導を委託して実施している場合には、この事業としての評価は、医療保険者にとって重要である。

(4) 評価の実施責任者

個人に対する保健指導の評価は、実施した保健指導の質を点検し、必要な改善方策を見出し内容の充実を図ることを目的としているため、保健指導実施者（委託事業者を含む）が実施責任者となる。

集団に対する保健指導の評価は、保健指導を受けた個人を集団として集積し、全体の特徴を評価するため、保健指導実施者（委託先を含む）及び医療保険者が、評価の実施責任者となる。保健指導実施者に対する研修を行っている者もこの評価に対する責務を持つことになる。

事業としての保健指導の評価は、「健診・保健指導」事業を企画する立場にある医療保険者がその評価の責任を持つ。特に保健指導を委託する場合には、委託先が行う保健指導の質を評価する必要があり、事業の評価は医療保険者にとって重要である。医療保険者として事業評価を行うことにより、保健指導の運営体制の在り方や予算の見直しなど、体制面への改善にも評価結果を活かすことが必要である。

最終評価については、健診・保健指導の成果として、対象者全体における生活習慣病対策の評価（有病率、医療費等）を行うものであるから、医療保険者が実施責任者となる。

(5) 評価の根拠となる資料

保健指導の評価を根拠に基づいて、適切に行うためには、保健指導計画の作成段階で評価指標を決めておき、評価の根拠となる資料を、保健指導の実施過程で作成する必要がある。その資料は、保健指導の記録であり、また質問票・健診データである。それらの資料等が必要時、確実に取り出せ、評価のための資料として活用できるように、データ入力及び管理の体制を整えておく必要がある。なお保健指導の評価の根拠となる資料はいずれも個人情報であるため、その管理体制については、医療保険者が取り決め、責任をもって管理する必要がある。

表5 保健指導の評価方法（例）

対象	評価項目 (S) ストラクチャー (P) プロセス (O) アウトカム	評価指標	評価手段 (根拠資料)	評価時期	評価 責任者
個人	(P) 意欲向上 (P) 知識の獲得 (P) 運動・食事・喫煙・ 飲食等の行動変容 (P) 自己効力感	行動変容ステージ (準備状態)の変化 生活習慣改善状況	質問票、観察 自己管理シート	6ヶ月後、1年 後	保健指 導実 施者(委託 先を 含む)
	(O) 健診データの改善	肥満度(腹囲・BMI など)、血液検査 (糖・脂質)、メタリ ックロームのリスク個数 禁煙	健診データ	1年後 積極的支援で は計画した経 過観察時(3~ 6ヶ月後)	
集団	(P) 運動・食事・喫煙・ 飲食等の行動変容	生活習慣改善度	質問票、観察 自己管理シート	1年後、3年後	保健指 導実 施者(委託 先を 含む) 及び 医療保 険者
	(O) 対象者の健康状態 の改善	肥満度(腹囲・BMI など)、血液検査 (糖・脂質)、メタリ ックローム者・予備群 の割合、禁煙 (職域)休業日数・長 期休業率	健診データ 疾病統計	1年後、3年 後、5年後	
	(O) 対象者の生活習慣 病関連医療費	医療費	レセプト	3年後、5年後	
事業	(P) 保健指導のスキル (P) 保健指導に用いた 支援材料 (P) 保健指導の記録	生活習慣改善度	指導過程(記録) の振り返り カンファレンス ピアレビュー	指導終了後に カンファレン スをもつなど する	保健指 導実 施者 (委託先 を含む)
	(S) 社会資源を有効に 効率的に活用して、実施 したか(委託の場合、委 託先が提供する資源が適 切であったか)	社会資源(施設・人 材・財源等)の活用 状況 委託件数、委託率	社会資源の活用 状況 委託状況	1年後	医療保 険者
	(P) 対象者の選定は適 切であったか (P) 対象者に対する支 援方法の選択は適切であ ったか (P) 対象者の満足度 (委託の場合、委託先が 行う保健指導の実施が適 切であったか)	受診者に対する保 健指導対象者の割 合 目標達成率 満足度	質問票、観察、 アンケート	1年後	医療保 険者
	(O) 各対象者に対する 行動目標は適切に設定さ れたか、積極的に健診・ 保健指導を受ける	目標達成率 プログラム参加継 続率(脱落率) 健診受診率	質問票、観察、 アンケート	1年後	
最終 評価	(O) 全体の健康状態の 改善	死亡率、要介護率、 有病者、予備群、有 所見率など	死亡、疾病統計、 健診データ	毎年 5年後、 10年後	医療保 険者
	(O) 医療費適正化効果	生活習慣病関連医 療費	レセプト		

第5章 地域・職域における保健指導

(1) 地域保健と職域保健の保健指導の特徴

1) 対象の生活の場に応じた保健指導

地域保健は、地域住民を対象とした保健指導を展開している。地域の対象者の健康は、地域特性のある食生活や運動習慣などの生活環境や社会的要因などの影響を受けており、そのことに配慮した保健指導が求められる。

一方、職域保健では労働者を対象とした保健指導を展開している。職域では、対象者は一日の大半を職場で過ごしているため、対象者の健康は配置や作業状況など職場の環境に影響を受ける。そのため、対象者の健康問題と職場の環境や職場の健康課題を関連づけた保健指導が展開されている。

しかし、地域の対象の中には労働に従事している者もいることや、また労働者も職場を離れば地域の生活者でもある。そのため、生活と労働の視点を併せた保健指導を展開していくことが必要である。

2) 組織体制に応じた保健指導

地域では、それぞれの市町村が、財政状況や人的資源、社会資源などが異なっているため、提供できるサービスやその方法は異なり、保健指導はそれぞれの体制、方法で展開している。市町村では、ポピュレーションアプローチは一般行政部門で行うことになることから、健診・保健指導を効果的に実施するためには、国保部門と衛生部門が十分な連携を取って保健指導を展開する必要がある。

一方、職域でも財政状況や人的資源、社会資源などが異なるため、保健指導はそれぞれの体制、方法で展開している。加えて、職域では特に労働者の健康について、事業主の価値観によりその展開は異なる。効果的な生活習慣病予防の保健指導の展開には、事業者・人事労務担当者・職場管理職等が労働者の健康を価値あるものと考えることが重要であり、それらの者と連携し、職場における健康支援の意義や就業時間内の実施等への理解を得る必要性がある。

3) 対象者に対するアクセス

地域では、健診後の保健指導については、対象が地域住民であるが、労働に従事している者もあり、健診とは別の機会に健診の結果説明会を計画しても、保健指導が必要な対象者が集まりにくく、時間、場所などを考慮する必要がある。また未受診者については、職域と比較して対応が困難な場合が多い。地域では、未受診者に対する確実な対応として最も効果的と考えられる家庭訪問は、人的資源の観点から訪問できる対象者が限られ、また効率性の問題もあり、未受診者に十分な対応が行われにくいという特徴がある。

一方、職域では対象者が職場に存在する。そのため、健診・保健指導の実施前から質問票を配布し、健診当日に的確な保健指導、さらには健康教育につなげることや、すべての労働者に保健指導が実施されない場合も、状況に応じて複数年度での対応や未受診者への対応など、比較的容易に、かつ計画的に行うことができる。保健指導の受診率が高いことから、データを経年的に管理し、過去の推移を考慮した指導を展開することや、健診前に質問票を配布・回収し、より個別的で具体的な指導を展開することもでき、効果的な保健指導を展開していくことが可能である。

今後、医療保険者が健診・保健指導を行うことから未受診者や保健指導を受けない者の把握は容易になるが、地域においてはアクセスの問題が残ることになる。

4) 保健指導の評価

地域では、地域住民全体を対象として評価を行ってきたが、今後は医療保険者が健診・保健指導を実施し、データも医療保険者が管理することとなる。このことにより、市町村単位で地域住民の健康課題を分析・評価するためには、市町村と医療保険者の連携が重要となる。

一方、職域が実施する保健指導は、地域における生活習慣病予防に関する健康課題とのつながりが持ちにくく、地域特性を含めて評価する視点に欠けることもある。今後は、保険者協議会や地域・職域連携推進協議会の活動を進め、県単位、地域単位での評価を行う必要がある。

5) ポピュレーションアプローチと社会資源の活用による支援

保健指導をより効果的に行うためには、先に述べた地域特性との関連で支援することはもちろん、ポピュレーションアプローチを併用させ複合的に行うことや社会資源を効果的に活用することが必要であり、地域では比較的容易に併用、または活用することができる。

職域では、対象者が職場に存在することからポピュレーションアプローチの取り組みは容易であるが、職場内の活用できる資源が限られることから、効果的な実施が困難な場合もある。近年、保健指導後のフォローアップが必要であり、それぞれの事業所での社会資源が不十分な場合には、対象者が生活している地域の社会資源の活用も考慮されるようになってきている。しかし、労働者の就業時間などの観点からは、地域の社会資源が現実的に活用しにくいことも多い。今後は、地域と有機的な連携をとりながら社会資源を効率的に活用していくことが必要である。

(2) 地域・職域連携による効果

1) 健診・保健指導における地域・職域連携の効果

地域と職域はそれぞれの資源の範囲の中で保健指導を展開してきた。しかし、今後は保健指導に利用できる資源を地域と職域が共有することにより、利用できるサービスの選択肢を増大させることも必要である。具体的には、それぞれの有する保健指導のための教材、フォローアップのための健康教育プログラムや施設、さらには地域、職域それぞれで展開されてきた保健指導の知識と技術を有する人材の活用などが考えられる。これらは、対象者がサービスを主体的に選択し、行動変容と維持する可能性を高めるものとして期待できる。また、地域、職域とも費用、人的資源の効率的な運用が図られる。

これまで、地域と職域は定年を区切りにそれぞれが展開してきた。しかし、連携することにより、対象者は退職後にも経年的な変化を理解してもらい、一貫した保健指導を受けることができる。

2) 健診・保健指導における地域・職域連携のための方策

今後は、健診・保健指導において有機的な連携が必要となる。地域と職域それぞれが健診・保健指導に関して、対象となる集団の生活習慣病予防に関する課題を明確にし、活動計画を立案した上で、実際の展開で共有できる部分と協力できる部分、独自で行うことがよい部分について情報交換の機会をもち、進めていくことが必要であり、保険者協議会、都道府県や二次医療圏の地域・職域連携推進協議会を活用することも有効である。