

# 標準的な健診・保健指導 プログラム

(確定版)

平成19年4月

厚生労働省 健康局



# 標準的な健診・保健指導プログラム

## 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	3
第2章	新たな健診・保健指導の進め方（流れ）	9
第3章	保健指導実施者が有すべき資質	11

## 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	19
第2章	健診の内容	20
第3章	保健指導対象者の選定と階層化	24
第4章	健診の精度管理	29
第5章	健診データ等の電子化	31
第6章	健診の実施に関するアウトソーシング	37
第7章	後期高齢者等に対する健診・保健指導の在り方	40
第8章	健診項目及び保健指導対象者の選定方法の見直し	42

## 第3編 保健指導

第1章	保健指導の基本的考え方	69
第2章	保健事業（保健指導）計画の作成	73
第3章	保健指導の実施	82
第4章	保健指導の評価	110
第5章	地域・職域における保健指導	115
第6章	保健指導の実施に関するアウトソーシング	119

## 第4編 体制・基盤整備、総合評価

第1章	人材育成体制の整備	133
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	135
第3章	健診・保健指導の実施・評価のためのデータ分析とデータ管理	138

（添付資料）

- 関係学会におけるガイドライン（抜粋）
- 「健診・保健指導」の研修ガイドライン
- 健康診査における精度管理の在り方

（別冊）

- 保健指導事例集
- 保健指導における学習教材集



# 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が行う健診、老人保健法に基づき市町村が行う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）を踏まえ、「生活習慣病予防の徹底」を図るため、平成20年4月から、高齢者の医療の確保に関する法律により、医療保険者に対して、糖尿病等の生活習慣病に関する健康診査（以下、「特定健診」という。）及び特定健診の結果により健康の保持に努める必要がある者に対する保健指導（以下、「特定保健指導」という。）の実施を義務づけることとされた。また、「医療制度改革大綱」における政策目標は、平成27年度には平成20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、中長期的な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、医療保険者が特定健診・特定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の有病者・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健診・保健指導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、生活習慣病の発症・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」）を実施するための標準的な判定の基準を導入することとしており、健診により把握された保健指導の対象者に対し、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、リスク要因が多い者に対しては、医師、保健師、管理栄養士等が積極的に介入し、確実に行動変容を促すことをめざす。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等に対しても、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った。

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の有病者・予備群減少のアウトカム<sup>1</sup>（結果）評価が可能なデータ分析の手法について検討した。

---

<sup>1</sup> 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。

また、本プログラムは、医療保険者が義務として実施する特定健診及び特定保健指導（以下、「特定健診・保健指導」という。）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、地域支援事業（介護予防）の対象ともなっていることから、その連携方策について示した。なお、75歳以上の後期高齢者についても、健診・保健指導の在り方、地域支援事業（介護予防）との連携方策についても検討を行った。

## （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、生活習慣病予備群に対する生活習慣への介入効果についての科学的根拠が国際的に蓄積してきており、我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ところである。このため、今後の健診・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「要治療」となった者に対する受診勧奨を行うこと、また、高血圧、高脂血症、糖尿病、肝臓病などの疾患を中心とした保健指導を行ってきた。

今後の健診・保健指導は、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ほとんど指

導が行われていないという状況であった。また、「要治療」や「要精検」となった者の治療状況について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

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

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。

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

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<sup>2</sup>（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<sup>3</sup>（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、保健指導はほとんど市町村において、市町村保健師、管理栄養士等が関係者の協力を得て直接実施してきた。

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

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、特定保健指導の対象者は少なくないことが予測されていることから、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。

---

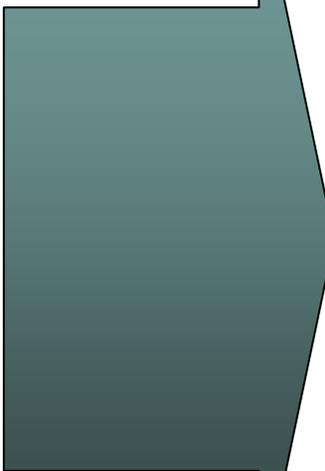
2 アウトプット：事業実施量。実施された事業におけるサービスの実施状況や業務量。

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、治療中断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。

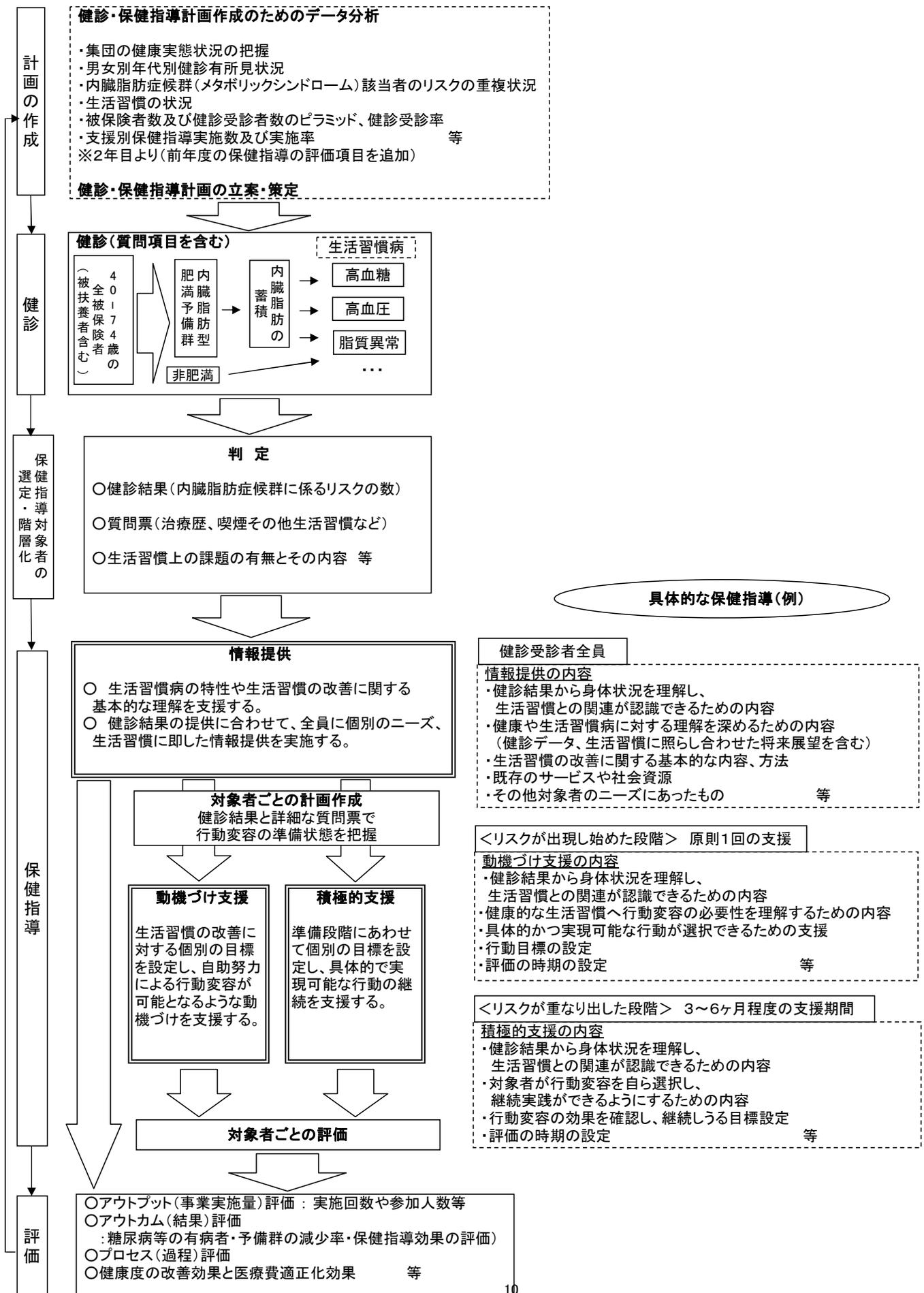
### （4）評価

健診・保健指導の結果を基に、ストラクチャー<sup>1</sup>（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。

---

<sup>1</sup> 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身体の状態に配慮しつつ行動変容に確実に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とから、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、多くの関係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の有病者・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<sup>1</sup>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。

---

<sup>1</sup> 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、保健指導の技術を向上させ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保健指導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など人材育成を行う能力も求められる。

#### 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定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<sup>2</sup>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。

---

<sup>2</sup>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

対象者の栄養状態や習慣的な食物摂取状況をアセスメントし、健診結果と代謝、食事内容との関係を栄養学等の科学的根拠に基づき、対象者にわかりやすく説明できる能力が必要である。その上で、食事摂取基準や食事療法の各種学会ガイドライン等の科学的根拠を踏まえ、対象者にとって改善しやすい食行動の具体的内容を提案できる能力が必要である。その際には、対象者の食物入手のしやすさや食に関する情報入手のしやすさ、周囲の人々からのサポートの得られやすさなど、対象者の食環境の状況を踏まえた支援を提案できる能力が必要である。

## 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、個別での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8学会が合同でメタボリックシンドロームの疾患概念と診断基準を示した。

これは、内臓脂肪型肥満を共通の要因として、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われる。

## 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

特定健康診査の項目のうち、「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」の項目を以下のとおりとする（[別紙1](#)参照）。

##### 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（内臓脂肪面積））、理学的検査（身体診察）、血圧測定、血液化学検査（中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール）、肝機能検査（AST（GOT）、ALT（GPT）、 $\gamma$ -GT（ $\gamma$ -GTP））、血糖検査（空腹時血糖又はHbA1c検査）、尿検査（尿糖、尿蛋白）

※ 血糖検査については、HbA1c検査は、過去1～3か月の血糖値を反映した血糖値のコントロールの指標であるため、保健指導を行う上で有効であるとともに、絶食による健診受診を受診者に対して、事前に通知していたとしても、食事を摂取した上で健診を受診することにより、必ずしも空腹時における採血が行えないことから、空腹時血糖とHbA1c検査の両者を実施することが望ましい。特に、糖尿病が課題となっている保険者にとっては、HbA1cを必ず行うことが望ましい。

##### ②詳細な健診の項目

心電図検査、眼底検査、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、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その他の健診項目

40～74歳を対象とする健康診査においては、それぞれの法令の趣旨、目的、制度に基づき、①の基本的な健診項目以外の項目を実施する。中でも、血清尿酸、血清クレアチニン検査、HbA1c等については、必要に応じ実施することが望ましい。

### 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) 健診項目の測定値等の標準化

### 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

- 特定健診の血液検査8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19年度末までに標準物質の開発を行い、検査の標準化を行うことができるようにする。

※ 標準物質は、測定値の精確さの基準となるもので、基準となる測定法を用いて、精確な測定値が表示されている。この標準物質を用いて試薬キットの測定値の精確さを合わせる。健診施設で行う検査は、このような試薬キットを用いて健診者の測定値を出す。その結果、同一の健診者は、どこかの健診施設で検査をしても同じ測定値が得られる。

※ 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8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 $\gamma$ -GT（ $\gamma$ -GTP））  
その他（⑦空腹時血糖、⑧HbA1c）

- 健診機関は、標準化により、保健指導の必要性などの判断に用いる判定値である「健診判定値」の信頼性を確保することができる（例えば、HbA1cであれば、保健指導判定値5.2%及び受診勧奨判定値6.1%）。
- 健診機関は、検査測定値について十分な精度管理を行うことが必要である。

## 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」については別紙5参照。

## (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。
- 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とともに、比較的若い時期（65歳未満）に生活習慣の改善を行った方が予防効果が期待できると考えられるため、年齢に応じた保健指導レベルの設定をしていく。
- その際、効果的・効率的に保健指導を実施していくためには、予防効果が大きく期待できる者を明確にし、保健指導対象者を選定する。
- 特定健診に相当する健診結果を提出した者に対しても、特定健診を受診した者と同様に、特定保健指導を実施する。

### 2) 具体的な選定・階層化の方法

#### ステップ1

- 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)以外の者への対応については、3)留意事項参照

#### 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はその他の関連リスクとし、④喫煙歴については①から③のリスクが1つ以上場合にのみをカウントする。

①血糖※	a 空腹時血糖	100mg/dl 以上	又は
	b HbA1c の場合	5.2% 以上	又は
	c 薬剤治療を受けている場合（質問票より）		
②脂質	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）		
④質問票		喫煙歴あり	

※ 血糖検査については、HbA1c検査は、過去1～3か月の血糖値を反映した血糖値のコントロールの指標であるため、保健指導を行う上で有効であるとともに、絶食による健診受診を受診者に対して、事前に通知していたとしても、食事を摂取した上で健診を受診することにより、必ずしも空腹時における採血が行えないことから、空腹時血糖とHbA1c検査の両者を実施することが望ましいが、空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合には、メタボリックシンドロームの診断基準として用いられている空腹時血糖を使用する。

### 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

①～④のリスクのうち

追加リスクが	2以上の対象者は	積極的支援レベル	
	1の対象者は	動機づけ支援レベル	
	0の対象者は	情報提供レベル	とする。

(2)の場合

①～④のリスクのうち

追加リスクが	3以上の対象者は	積極的支援レベル	
	1又は2の対象者は	動機づけ支援レベル	
	0の対象者は	情報提供レベル	とする。

### ステップ4

○ 前期高齢者（65歳以上75歳未満）については、①予防効果が多く期待できる65歳までに、特定保健指導が既に行われてきていると考えられること、②日常生活動作能力、運動機能等を踏まえ、QOL（Quality of Life）の低下に配慮した生活習慣の改善が重要であること等の理由から、積極的支援の対象となった場合でも動機づけ支援とする。

○ 血圧降下剤等を服薬中の者（質問票等において把握）については、継続的に医療機関を受診しており、栄養、運動等を含めた必要な保健指導については、医療機関において継続的な医学的管理の一環として行われることが適当であるため、医療保険者による特定保健指導の対象としない。

○ 市町村の一般衛生部門においては、主治医の依頼又は、了解の下に、医療保険者と連携し、健診データ・レセプトデータ等に基づき、必要に応じて、服薬中の者に対する保健指導等を行うべきである。

○ 医療機関においては、生活習慣病指導管理料、管理栄養士による外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料等を活用することが望ましい。

なお、特定保健指導とは別に、医療保険者が、生活習慣病の有病者・予備群を減少させるために、必要と判断した場合には、主治医の依頼又は了解の下に、保健指導等を行うことができる。

### 3) 留意事項

- 医療保険者の判断により、動機づけ支援、積極的支援の対象者以外の者に対しても、保健指導等を実施することができる。
- 市町村の一般衛生部門においては、医療保険者と連携し、血糖値が受診勧奨判定値を超えているなど、健診結果等から、医療機関を受診する必要があるにもかかわらず、医療機関を受診していない者に対する対策、特定保健指導対象者以外の者に対する保健指導等を行うべきである。
- 特定保健指導の対象者のうち「積極的支援」が非常に多い場合は、健診結果、質問票等によって、生活習慣の改善により予防効果が大きく期待できる者を明確にし、優先順位をつけ保健指導を実施すべきである（第3編参照）。
- 保健指導を実施する際に、健診機関の医師が直ちに医療機関を受診する必要があると判断しているにもかかわらず、保健指導対象者が、医療機関を受診していない場合は、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することが重要である。
- また、健診データ・レセプトデータ等に基づき、治療中断者を把握し、心血管病の進行予防（心疾患、脳卒中等の重症化予防）のために治療の継続が必要であることを指導することが重要である。
- 市町村の一般衛生部門が、市町村国保等の医療保険者が保有する健診データに基づき当該市町村内の住民に対する保健指導や健康相談（以下別紙6において「保健指導等」という。）を行おうとする場合には、これらの情報が特に適正な取扱いの厳格な実施を確保する必要がある医療分野に関する情報であることから、市町村の一般衛生部門は、医療保険者と連携し、**別紙6**に定める取扱いを行う必要がある。

### 4) その他

#### **健診結果の通知**

医療保険者は、健診結果について、異常値を示している項目、異常値の程度、異常値が持つ意義等について、わかりやすく受診者に通知する必要がある。

その際、健診機関は、**別紙5**に示す判定基準に、機械的に受診者の健診結果を判定値に当てはめるのではなく、検査結果の持つ意義（例：血圧については、白衣高血圧等の問題があり、再測定が重要であること、中性脂肪については、直前の食事摂取に影響を受けること、血糖値については、受診勧奨判定値を超えていれば、直ちに医療機関を受診する必要があること）、異常値の程度、年齢等を考慮した上で、医療機関を受診する必要性を個別に医師が判断し、受診者に通知することが重要である。

また、受診勧奨判定値を超えた場合でも、軽度の高血圧（収縮期血圧140～159mmHg、拡張期血圧90～99mmHg）等であれば、服薬治療よりも、生活習慣の改善を優先して行うことが一般的である。特定保健指導の対象となった者については、各学会のガイドラインを踏まえ、健診機関の医師の判断により、保健指導を優先して行い、効果が認められなかった場合に、必要に応じて、受診勧奨を行うことが望ましい。

### 詳細な健診

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。

なお、健診機関は、基準を機械的に適用するのではなく、詳細な健診を行う必要性を個別に医師が判断することとし、その判断理由等を医療保険者に通知するとともに、受診者に説明することとする。

### 肝機能検査等の取扱い

LDLコレステロール、AST、ALT、 $\gamma$ -GT等の階層化に用いられない検査結果についても、保健指導判定値を超えている場合には、特定保健指導の際に、検査結果に応じて、その病態、生活習慣の改善する上での留意点等をわかりやすく説明する必要がある。

## 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

精度管理とは、健診の精度を保つため、その健診全体について適切に管理することである。

内部精度管理とは、健診機関内で同じ測定値が得られるようにすることであり、外部精度管理とは、健診機関間でも同じ測定値が得られるようにすることである。

内部精度管理、外部精度管理について、健診実施者は、「健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針」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

健診機関内では、検体の採取・輸送・保存、測定、検査結果の管理、安全、管理者の配置等について常に管理し、検査値の精度を保証する。

そのためには、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ることが必要である。

※ トレーサビリティ：健診判定値について、測定の基準となる標準物質あるいは基準となる測定方法の結果に合わせられることである。

#### (3) 外部精度管理

現在実施されている外部精度管理事業（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）を少なくとも一つは定期的に受け、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7 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・第16条〕、支払基金〔法第142条〕

※〔 〕内の法とは、「高齢者の医療の確保に関する法律」。

- 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、安全性の確保された複数の場所に保存することが望ましい。
- 医療保険者においては、被保険者の求めに応じて、健診結果を電子的に提供することが望ましい。

## 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8、別紙9)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、同様の標準様式で対応することを考慮する。
  
- 前ページ⑤の提出様式のうち、国、都道府県が、全国医療費適正化計画及び都道府県医療費適正化計画の進捗状況や実績の評価のために、各医療保険者から収集する健診・保健指導実施状況については、各医療保険者から支払基金への報告様式を利用することが考えられる。

## (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(17桁コード) 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、JLAC10 の17桁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。

※ 標準コード表については、ホームページ (<http://tokuteikenshin.jp>) より入手可能。

(参考)

基本的な健診項目の標準コードの例 (JLAC17桁コードを使用)。

健診項目	検査方法	JLAC10コード
中性脂肪	可視吸光光度法(酵素比色法・グリセロール消去)	3F015000002327101
	紫外吸光光度法(酵素比色法・グリセロール消去)	3F015000002327201

### (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、既存の保険医療機関番号の活用を中心に、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、第三者機関が別途、新たに発行する方法が適当である。

##### ○具体的な健診機関コードの設定手順

- ・ 健診機関には既存の保険医療機関コードを持つ医療機関が多く含まれることから、このコード体系を活用することが合理的であり、「都道府県番号（2桁）＋機関区分コード（1桁）＋機関コード（6桁）＋チェックデジット（1桁）の計10桁」とする。
  - ※ 二重発番の可能性を排除するため、発番する機関を一箇所とし、廃止番号や空き番号等の一元的な管理を行う必要がある。
- ・ 前項のルールに従い、保険医療機関である場合は、機関コード及びチェックデジットの部分は、既存の保険医療機関コードをそのまま活用（機関区分コードは医科を意味する1となる）。
- ・ 保険医療機関のコードを有さない機関は、機関区分コード（1桁）＋機関コード（6桁）の部分を、付番・一元管理する機関に申請しコードを付与されるものとする。
- ・ 保険医療機関のコードを有さず、新たに健診・保健指導のみ実施する機関が、新規登録申請を行った場合は、機関区分コードを2とする。

##### ○健診機関コード情報の収集・台帳の整理

社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険団体連合会等の特定健診・保健指導の支払いを代行する機関において、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一元的に収集・整理すると共に関係者間で共有していくことが考えられる。

## (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、一意性を保つことができる個人の固有番号を利用することが考えられる。なお、この場合は、個人情報の保護に十分配慮して行う必要がある。

### 2) 個人の固有番号等を利用する場合の考え方

- 既存の保険者番号（法別番号と都道府県番号を含んだ8桁の数字）と一意性のある個人の固有番号（例：現在被保険者・被扶養者が使用している被保険者の記号・番号、職員番号、健診整理番号など）を用いる。
- 固有番号は、一度個人に発行した後は、その同じ番号を別の個人に再発行しないことが必要である。例えば、被保険者番号の場合は発行年度の西暦の下2桁を追加することで一意性を保つことができると考えられる。
- 被保険者証の記号・番号が個人毎の番号となっていない場合もあるため、生年月日やカタカナ名等、他の項目と組み合わせて個人を識別するか、枝番号を追加することで対応することが考えられる。
- 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において、健診データ管理に用いられて記号・番号を、異動した医療保険者において新しい被保険者番号等を発行し、差し替えることで、異動後の医療保険者は被保険者の健診データを管理することが可能となる。

## (5) 特定健診における健診結果の保存年限の考え方

### 1) 基本的考え方

- 医療保険者は、蓄積された健診データを使用することにより効果的・効率的な健診・保健指導を実施することが可能となると考える。また、被保険者・被扶養者は、生涯を通じた自己の健康管理の観点から、継続的な健診データが必要である。
- このため、医療保険者や被保険者・被扶養者は、できる限り長期間、健診データを保存し参照できるようにすることが望ましい。

### 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することが望ましい。
- 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に、例えば1年程度の一定期間が経過するまで保存する必要がある。
- ③ 被保険者が希望する場合には、40歳以降の全データを次の医療保険者へ引き継ぐ必要がある。
- ④ 他法令の健康診断結果等の保存年限等を参考とした上で、関係機関（医療保険者団体等）の意見を踏まえ、具体的な保存年限を設定していく必要がある。

#### 〔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、特定化学物質の一部）、40年（石綿）
  - ※じん肺 5年→7年（S53）
  - 理由：少なくとも前2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（医師法第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。

## 第6章 健診の実施に関するアウトソーシング

### (1) 基本的考え方

- アウトソーシングを推進することにより、利用者の利便性に配慮した健診(例えば、土日・祝日に行くなど)を実施するなど対象者のニーズを踏まえた対応が可能となり、健診の受診率の向上が図られる。一方で、精度管理が適切に行われないなど健診の質が考慮されない価格競争となることも危惧されるため、質の低下に繋がることがないよう委託先における健診の質を確保することが不可欠である。
  - 健診機関は、敷地内禁煙にするなど、健康増進に関する取組みを積極的に行う必要がある。
  - 医療保険者が事業者<sup>1</sup>へ健診の実施を委託する場合には、委託基準を作成し、本プログラムに定める内容の健診が適切に実施される事業者を選定する必要がある。なお、健診・保健指導の事業の企画及び評価については医療保険者自らが行う。
  - 委託先の事業者は、健診の実施機関ごとに測定値及びその判定等が異ならないよう、健診の精度管理を適切に行う必要がある。
  - 医療保険者は、委託契約期間中には、健診が適切に実施されているかについてモニタリングを行うことが重要である。
  - 個人情報については、その性格と重要性を十分認識し、適切に取り扱わなければならない。特に、医療分野は、「個人情報の保護に関する基本方針」(平成16年4月2日閣議決定)等において、個人情報の性質や利用方法等から、特に適正な取扱いの厳格な実施を確保する必要がある分野の一つとされていることから、委託先の事業者は個人情報を適切に取り扱わなければならない。なお、健診結果等の情報を取り扱う業務のみを委託する場合にも、委託先の事業者は次ページ(2)④に定める健診結果等の情報の取扱いに関する基準を遵守することが求められる。
  - 医療保険者が基準を満たしている委託先を選定しやすいようにするため、保険者協議会等においてホームページを作成し、事業者の申告に基づき、事業者の各種情報を掲載するなどの方策を検討する必要がある。
  - なお、巡回型・移動型で健診を行う場合も、委託先の事業者の施設で行う基準と同じとする必要がある。
- ※ 医療保険者自らが実施する場合も本基準と同じ基準を満たす必要がある。

---

1 医療保険者から健診業務の委託を受けて健診を実施する事業者をいう。

## (2) 具体的な基準

### ①人員に関する基準

- a 本プログラムに定める内容の健診を適切に実施するために必要な医師、看護師等が質的・量的に確保されていること。
- b 常勤の管理者が置かれていること。ただし、管理上支障がない場合は、健康診断機関の他の職務に従事し、又は同一の敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。

### ②施設又は設備等に関する基準

- a 本プログラムに定める内容の健診を適切に実施するために、必要な施設及び設備を有していること。
- b 検査や診察を行う際、受診者のプライバシーが十分に保護される施設（部屋）が確保されていること。
- c 救急時における応急処置のための体制を整えていること。
- d 健康増進法第25条に定める受動喫煙の防止措置が講じられていること（医療機関においては、患者の特性に配慮すること）。

### ③精度管理に関する基準

- a 本プログラムにおいて定める検査項目では、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。
- b 現在実施されている種々の外部精度管理調査（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ている結果であること。
- c 健診の精度管理上の問題点があった場合に、適切な対応策が講じられること。
- d 検査を外部から委託する場合にあたっては、委託を受けた事業者においてa-cの措置が講じられていること

### ④健診結果等の情報の取扱いに関する基準

- a 本プログラムにおいて定める電子的標準様式により、医療保険者に対して健診結果を安全かつ速やかにCD-R等の電磁的方式により提出すること。
- b 健診の受診者本人への通知に関しては、国が定める標準的な様式に準拠して行われるようにすること。
- c 受診者の健診結果等が適切に保存・管理されていること。
- d 正当な理由がなく、その業務上知り得た健診受診者の情報を漏らしてはならない。
- e 個人情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律及びこれに基づくガイドライン（「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成16年12月24日厚生労働省）、「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成16年12月27日厚生労働省）、「国民健康保険組合における個人情報の適切な取扱いのための安全管理に関するガイドライン」（平成17年3月厚生労働省）を遵守すること。
- f 医療保険者の委託を受けて健診結果を保存する場合には、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（平成17年3月厚生労働省）を遵守すること。

- g 健診結果の分析等を行うため、医療保険者の委託を受けて健診結果を外部に提供する場合は、本来必要とされる情報の範囲に限り提供すべきであり、個人情報やマスキングすることや個人が特定できない番号を付すことなどにより、当該個人情報を匿名化すること。

#### ⑤運営等に関する基準

- a 対象者にとって受診が容易になるよう、利用者の利便性に配慮した健診（例えば、土日・祝日・夜間に行くなど）を実施するなど受診率を上げるよう取り組むこと。
- b 医療保険者の求めに応じ、医療保険者が適切な健診の実施状況を確認する上で必要な資料の提出等を速やかに行うこと。
- c 健診実施者に必要な研修を定期的に行うこと等により、当該健診実施者の資質の向上に努めていること。
- d 本プログラムに定める内容の健診を適切かつ継続的に実施することができる財務基盤を有すること。
- e 医療保険者から受託した業務の一部の再委託が行われる場合には、医療保険者が委託先と委託契約を締結するに当たり、当該委託契約において、再委託先との契約において本基準に掲げる事項を遵守することを明記すること。
- f 次に掲げる事項の運営についての重要事項に関する規程を定め、当該規程の概要を、医療保険者及び受診者が前もって確認できる方法（ホームページ上での掲載等）により、幅広く周知すること。
  - 一 事業の目的及び運営の方針
  - 二 従業員の職種、員数及び職務の内容
  - 三 健康診査の実施日及び実施時間
  - 四 健康診査の内容及び価格その他の費用の額
  - 五 通常の事業の実施地域
  - 六 緊急時における対応
  - 七 その他運営に関する重要事項
- g 健診実施者に身分を証する書類を携行させ、健診受診者から求められたときは、これを掲示すること。
- h 健康診断実施者の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行うとともに、健診機関の設備及び備品等について、衛生的な管理を行うこと。
- i 健診機関について、虚偽又は誇大な広告を行わないこと。
- j 健診受診者等からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じるとともに、苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録すること。
- k 従業員及び会計に関する諸記録を整備すること。

## 7章 後期高齢者等に対する健診・保健指導の在り方

### (1) 後期高齢者に対する健診・保健指導の在り方

#### ①基本的な考え方について

- 75歳以上の者（後期高齢者）については、必要な場合には、75歳となる前までに、特定保健指導が行われてきていると考えられる。
- 後期高齢者については、生活習慣の改善による疾病の予防効果が、75歳未満の者よりも大きくないと考えられるとともに、生活習慣の改善が困難な場合も多く、QOLの確保が重要になってきている。
- また、生活習慣の改善による疾病の予防というよりも、QOLを確保し、本人の残存能力をできるだけ落とさないようにするための介護予防が重要となってきたと考えられる。
- その一方で、糖尿病等の生活習慣病を早期発見するための健康診査は重要である。

#### ②健康診査について

- 後期高齢者についても、糖尿病等の生活習慣病を早期発見するための健康診査は重要である。
- 75歳未満の者に対する健診項目は、糖尿病等の生活習慣病に着目したものであるため、後期高齢者の健診項目については、基本的には、75歳未満と同様の項目とする。
- ただし、積極的な減量等を一律に行わないのであれば、腹囲については、医師の判断等によって実施する項目とすることが適当である。
- また、心電図等の医師の判断により実施する項目については、健診機関の医師が、これらの検査の必要性を含めて、受診勧奨とするか否かを判断し、受診勧奨と判断された者については、医療機関において、必要な検査を実施する。
- 後期高齢者に対する健康診査の主な目的が、生活習慣病を早期に発見して、必要に応じて、医療につなげていくことであるならば、糖尿病等の生活習慣病についてかかりつけ医を受診している者については、必ずしも、健康診査を実施する必要はないと考えられる。

#### ③保健指導について

- 後期高齢者については、本人の残存能力を落とさないこと、QOLの確保等が重要であるとともに、個々の身体状況、日常生活能力、運動能力等が異なっている場合が多いため、40～74歳と同様に一律に行動変容のための保健指導を行うのではなく、本人の求めに応じて、健康相談、指導の機会を提供できる体制が確保されていることが重要である。

#### ④地域支援事業との関係について

- 市町村においては、受診者の負担を軽減するため、後期高齢者に対する健康診査と地域支援事業における生活機能評価を共同で実施することが望ましい。
- 同様の観点から、前期高齢者に対する特定健診についても地域支援事業における生活機能評価と共同で実施することが望ましい。

## (2) 40歳未満の者に対する健診・保健指導の在り方

- メタボリックシンドロームの該当者・予備群は、30歳代以前と比較して、40歳代から増加する。40歳未満の者については、正しい生活習慣に関する普及啓発等を通じて、生活習慣病の予防を行うことが重要である。一方、普及啓発等に加えて、医療保険者においては、特定健診・保健指導の対象となる以前（例えば、節目健診として30歳、35歳の時）に健診を行い、生活習慣の改善が特に必要と認められる者に対して保健指導を実施することは、特定保健指導対象者を減少させる上で有効であると考えられる。

## 第8章 健康診査項目及び保健指導対象者の選定方法の見直し

### (1) 健康診査項目の見直し

特定健診の項目については、老人保健事業における基本健康診査の項目を踏まえ、検討を行った結果、腹囲及びLDLコレステロールの追加(総コレステロールの削除)、血清クレアチニンの削除等を行うこととした。

今後は、特定健診・保健指導の実施に伴い、集積された知見に基づき、健診項目の有効性・必要性を定期的に見直す必要がある。特に、尿検査、肝機能検査等の保健指導対象者の選定に用いられない項目については、生活習慣病の予防効果、重症化の防止効果等を踏まえ、その有効性・必要性について、費用対効果を含め、検証を行うとともに、今回、導入が見送られた項目(尿酸、血清クレアチニン等)を含め、実施すべき健診項目について、知見を集積し、必要に応じて見直しを行う必要がある。

### (2) 保健指導対象者の選定方法の見直し

特定保健指導の対象者の選定方法については、メタボリックシンドロームに着目して検討を行った結果、腹囲等が基準値以上で、脳・心臓疾患のリスクが重複している者を特定保健指導の対象とした。

今後は、特定健診・保健指導の実施に伴い、集積された知見に基づき、必要に応じて、保健指導対象者の選定方法についても見直す必要がある。

特定健康診査と基本健康診査の健診項目の比較

		特定健康診査	老人保健事業	特定健康診査と老健事業との比較	備考	
			基本健康診査			
診 察	質 問(問 診)	○	○			
	計	身長	○	○		
		体重	○	○		
	測	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。
	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	
	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		■	○		ヘモグロビンA1c検査を実施した場合には、必ずしも、空腹時血糖を実施する必要がないため。
	尿 糖	半定量	○	○		
	ヘモグロビンA1C		■	□		
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	○	○		
	潜 血			○	廃止	尿蛋白検査を実施した場合には、必ずしも、尿潜血を実施する必要がないため。
	血清クレアチニン			○	廃止	腎機能障害の発生リスクは、尿蛋白検査、血糖検査、血圧測定等により把握可能である。血清クレアチン検査については、医療機関において必要に応じて実施。
心機能	12誘導心電図		□	□		
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
- … いずれかの項目の実施でも可

## 「詳細な健診」項目の選定について

以下の基準に該当する者のうち、医師が必要と認める者については、詳細な健診を実施する（基準に該当した者すべてに対して当該健診を実施することは適当ではなく、受診者の性別、年齢等を踏まえ、医師が個別に判断する必要がある）。その際、健診機関の医師は、当該健診を必要と判断した理由を医療保険者へ示すとともに、受診者に説明すること。

なお、他の医療機関において行った最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、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については、詳細な健診を行う必要はない。また、健康診査の結果から、医療機関として直ちに受診する必要がある者については、受診を勧奨を行い、医療機関において、診療報酬により、必要な検査を実施する。

### （1）心電図検査

○前年の健診結果等において、①血圧、②脂質、③血糖、④肥満の全ての項目について、以下の基準に該当した者

### （2）眼底検査

○前年の健診結果等において、①血圧、②脂質、③血糖、④肥満の全ての項目について、以下の基準に該当した者

### （3）貧血検査

○貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者

#### 【判定基準】

①血糖	a 空腹時血糖	100mg/dl 以上	又は
	b HbA1c の場合	5.2% 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	130mmHg 以上	又は
	b 拡張期	85mmHg 以上	
④肥満	a 腹囲 M $\geq$ 85cm、F $\geq$ 90cm		又は
	b BMI $\geq$ 25		

## 標準的な質問票

	質問項目	回答	リソース
1-3	現在、a から c の薬の使用の有無		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	
2	b. インスリン注射又は血糖を下げる薬	①はい ②いいえ	
3	c. コレステロールを下げる薬	①はい ②いいえ	
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ	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	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	糖尿病実態調査（H14）の問診項目に準拠
7	医師から、貧血といわれたことがある。	①はい ②いいえ	
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。 （※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者）	①はい ②いいえ	国民健康・栄養調査（H16）の問診項目に準拠
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	①はい ②いいえ	保健指導分科会
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施	①はい ②いいえ	保健指導分科会
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施	①はい ②いいえ	保健指導分科会
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	①はい ②いいえ	保健指導分科会
13	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	保健指導分科会
14	人と比較して食べる速度が速い。	①速い ②ふつう ③遅い	保健指導分科会
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ	保健指導分科会
16	夕食後に間食（3食以外の夜食）をとることが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ	保健指導分科会
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ	保健指導分科会
18	お酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度	①毎日 ②時々 ③ほとんど飲まない（飲めない）	保健指導分科会
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 清酒1合（180ml）の目安：ビール中瓶1本（約500ml）、焼酎35度（80ml）、ウイスキーダブル一杯（60ml）、ワイン2杯（240ml）	①1合未満 ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3合以上	保健指導分科会
20	睡眠で休養が十分とれている。	①はい ②いいえ	保健指導分科会
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思えますか。	①改善するつもりはない ②改善するつもりである（概ね6か月以内） ③近いうちに（概ね1か月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている ④既に改善に取り組んでいる（6か月未満） ⑤既に改善に取り組んでいる（6か月以上）	保健指導分科会
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	①はい ②いいえ	保健指導分科会

	質問項目	参考
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者)	喫煙は、動脈硬化の独立した危険因子である。 内臓脂肪症候群と喫煙により相乗的に心血管疾患の発症が増加する。
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	体重の増加は、摂取エネルギーが消費エネルギーよりも大きい状態であることを示す(10kg増加=70,000kcal)。体重増加量が大きいほど糖尿病・高血圧の有病率が高い。
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施	運動強度3METs以上の活動を習慣的に4METs・時/週以上実施することにより生活習慣病の発症及び死亡リスクを減少することが示唆されている。 3METs以上の運動強度の運動に限定するために、質問に汗をかくという主観的感覚を加えている。(エクササイズガイド2006参照のこと)
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施	生活習慣病発症予防及び死亡リスクの低下に効果のある身体活動量の下限値は19METs・時/週以上から26METs・時/週の間分布していることから、この値に相当する週当たりの身体活動時間は、3METsの強度(普通歩行)で1日当たり54~74分である。3METsの強度の身体活動を、日常的な歩行や身体活動で表したものである。(エクササイズガイド2006参照のこと)
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	対象者の体力を評価する目的の項目である。
14	人と比較して食べる速度が速い。	日本人を対象とした研究で食べる速さと肥満度(BMI)の間には関連がみられるという報告がある(Sasaki et al. Int J Obese 2003, 27:1405-10, Otsuka et al. J. Epidemiol 2006, 16, 3:117-124)
16	夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが週に3回以上ある。	肥満者は、普通体重の者に比べ、夕食後に間食をすることが多い(平成9年国民栄養調査)

## 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、軽呼吸時、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」添付資料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・栄養研究所のホームページ（<http://www.nih.go.jp/eiken/>）に掲載。

### （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」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」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
			保健指導判定値	受診勧奨判定値				
1		血圧(収縮期)	130	140	数字	mmHg		
2		血圧(拡張期)	85	90	数字	mmHg		
3	3F015000002327101 3F015000002327201	中性脂肪	150	300	数字	mg/dl	1:可視吸光度法 (酵素比色法・グリセロール消去) 2:紫外吸光度法 (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 空腹時の測定を原則とした 判定値
4	3F070000002327101 3F070000002327201	HDLコレステロール	39	34	数字	mg/dl	1:可視吸光度法 (直接法(非沈殿法)) 2:紫外吸光度法 (直接法(非沈殿法))	
5	3F077000002327101 3F077000002327201	LDLコレステロール	120	140	数字	mg/dl	1:可視吸光度法 (直接法(非沈殿法)) 2:紫外吸光度法 (直接法(非沈殿法))	
6	3D010000002226101 3F077000002327101 3F077000002327201	空腹時血糖	100	126	数字	mg/dl	1:電位差法 (ブドウ糖酸化酵素電極法) 2:可視吸光度法 (ブドウ糖酸化酵素法) 3:紫外吸光度法(ヘキソキナーゼ法、グルコキナーゼ法、ブドウ糖脱水素酵素法)	
7	3D045000001906202 3D045000001920402	HbA1c	5.2	6.1	数字	%	1:ラテックス凝集比濁法 (免疫学的方法) 2:HPLC (不安定分画除去HPLC法)	小数点以下1桁 小数点以下1桁
8	3B035000002327201	AST(GOT)	31	51	数字	U/l	紫外吸光度法 (JSCC標準化対応法)	
9	3B090000002327201	ALT(GPT)	31	51	数字	U/l	紫外吸光度法 (JSCC標準化対応法)	
10	3B045000002327101	γ-GT(γ-GTP)	51	101	数字	U/l	可視吸光度法 (IFCC(JSCC)標準化対応法)	
11	2A030000001930101	血色素量 [ヘモグロビン値]	13.0(男性) 12.0(女性)	12.0(男性) 11.0(女性)	数字	g/dl	自動血球算定装置	小数点以下1桁(血色素量 の上限値については、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。)

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

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

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

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

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

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

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

## 市町村（一般衛生部門）が特定健診の健診データを用いて保健指導等を行う場合における健診データの取扱い

健診データは、「個人情報の保護に関する基本方針」（平成 16 年 4 月 2 日・閣議決定）において特に適正な取扱いの厳格な実施を確保する必要があるとされている医療分野に関する情報である。また、これらの情報は市町村国保等の医療保険者が医療保険事業に必要な範囲で扱う情報である。

このため、市町村（一般衛生部門）は、保健指導等に活用する目的で、これらの情報提供を受けようとする場合には、各市町村の個人情報の保護に関する条例の内容を踏まえた上で、例えば、医療保険者に対し、被保険者等に特定健診の受診案内を送付する際に、当該送付状に以下のような注意事項を記載し、本人が希望しない場合には、当該本人が識別される個人データの情報提供を停止することとするように依頼しておくこと。

(例)

〇〇市国民健康保険 [〇〇健康保険組合] 健康診査について

(注意事項)

健康診査の結果は、〇〇市市民生活部保険年金課 [〇〇健康保険組合] において適正に管理いたしますが、地域住民の健康増進を図る観点から〇〇市健康福祉部健康づくり推進課において保健指導や健康相談を実施する目的で情報提供の依頼を受けた場合には、健康づくり推進課へ、健康診査の結果を紙媒体又は電子媒体により提供（\*）いたします。なお、このような健診結果の扱いを希望されない場合には、その旨を以下の担当又は健康診査の会場の受付の者までご連絡ください。ご連絡いただいた場合には、〇〇市市民生活部保険年金課 [〇〇健康保険組合] から〇〇市健康福祉部健康づくり推進課への健診結果の情報の提供をいたしません。

\* 提供した情報は、〇〇市健康福祉部健康づくり推進課において保健指導や健康相談を実施する以外の目的に使用されることはありません。

(担当)

〇〇市市民生活部保険年金課国保係 担当〇〇 TEL〇〇-〇〇〇〇  
[〇〇健康保険組合〇〇 担当〇〇 TEL〇〇-〇〇〇〇]

(参考)

○個人情報保護に関する法律（平成15年法律第57号）（抄）

（定義）

第二条 この法律において「個人情報」とは、生存する個人に関する情報であつて、当該情報に含まれる氏名、生年月日その他の記述等により特定の個人を識別することができるもの（他の情報と容易に照合することができ、それにより特定の個人を識別することができることとなるものを含む。）をいう。

2 （略）

3 この法律において「個人情報取扱事業者」とは、個人情報データベース等を事業の用に供している者をいう。ただし、次に掲げる者を除く。

一 国の機関

二 地方公共団体

三～五 （略）

4～6 （略）

（地方公共団体等が保有する個人情報の保護）

第十一条 地方公共団体は、その保有する個人情報の性質、当該個人情報を保有する目的等を勘案し、その保有する個人情報の適正な取扱いが確保されるよう必要な措置を講ずることに努めなければならない。

2 地方公共団体は、その設立に係る地方独立行政法人について、その性格及び業務内容に応じ、その保有する個人情報の適正な取扱いが確保されるよう必要な措置を講ずることに努めなければならない。

（第三者提供の制限）

第二十三条 （略）

2 個人情報取扱事業者は、第三者に提供される個人データについて、本人の求めに応じて当該本人が識別される個人データの第三者への提供を停止することとしている場合であつて、次に掲げる事項について、あらかじめ、本人に通知し、又は本人が容易に知り得る状態に置いているときは、前項の規定にかかわらず、当該個人データを第三者に提供することができる。

一 第三者への提供を利用目的とすること。

二 第三者に提供される個人データの項目

三 第三者への提供の手段又は方法

四 本人の求めに応じて当該本人が識別される個人データの第三者への提供を停止すること。

3 個人情報取扱事業者は、前項第二号又は第三号に掲げる事項を変更する場合は、変更する内容について、あらかじめ、本人に通知し、又は本人が容易に知り得る状態に置かなければならない。

○「個人情報の保護に関する基本方針」（平成16年4月2日・閣議決定）（抄）

2 国が講ずべき個人情報の保護のための措置に関する事項

(3) 分野ごとの個人情報の保護の推進に関する方針

② 特に適正な取扱いを確保すべき個別分野において講ずべき施策

個人情報の性質や利用方法等から特に適正な取扱いの厳格な実施を確保する必要がある分野については、各省庁において、個人情報を保護するための格別の措置を各分野（医療、金融・信用、情報通信等）ごとに早急に検討し、法の全面施行までに、一定の結論を得るものとする。

3 地方公共団体が講ずべき個人情報の保護のための措置に関する基本的な事項

(1) 地方公共団体の保有する個人情報の保護の推進

地方公共団体の保有する個人情報の保護対策については、法第11条第1項の趣旨を踏まえ、個人情報の保護に関する条例の制定に早急に取り組む必要がある。また、既に条例を制定している団体にあっても所要の見直しを行うことが求められる。

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

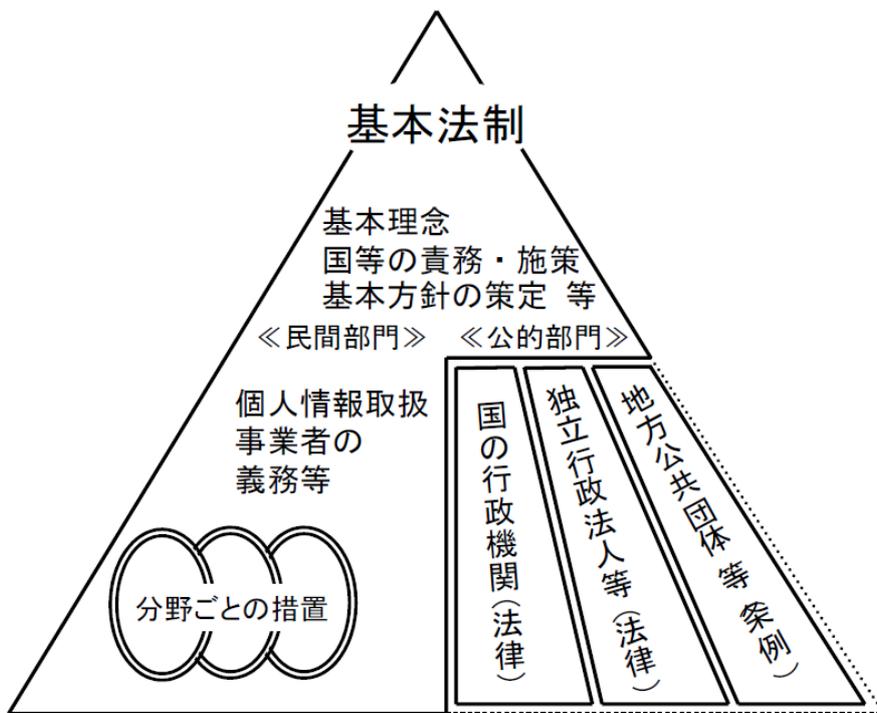
(2) 広報・啓発等住民・事業者等への支援

② 地方公共団体の部局間の相互連携

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

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

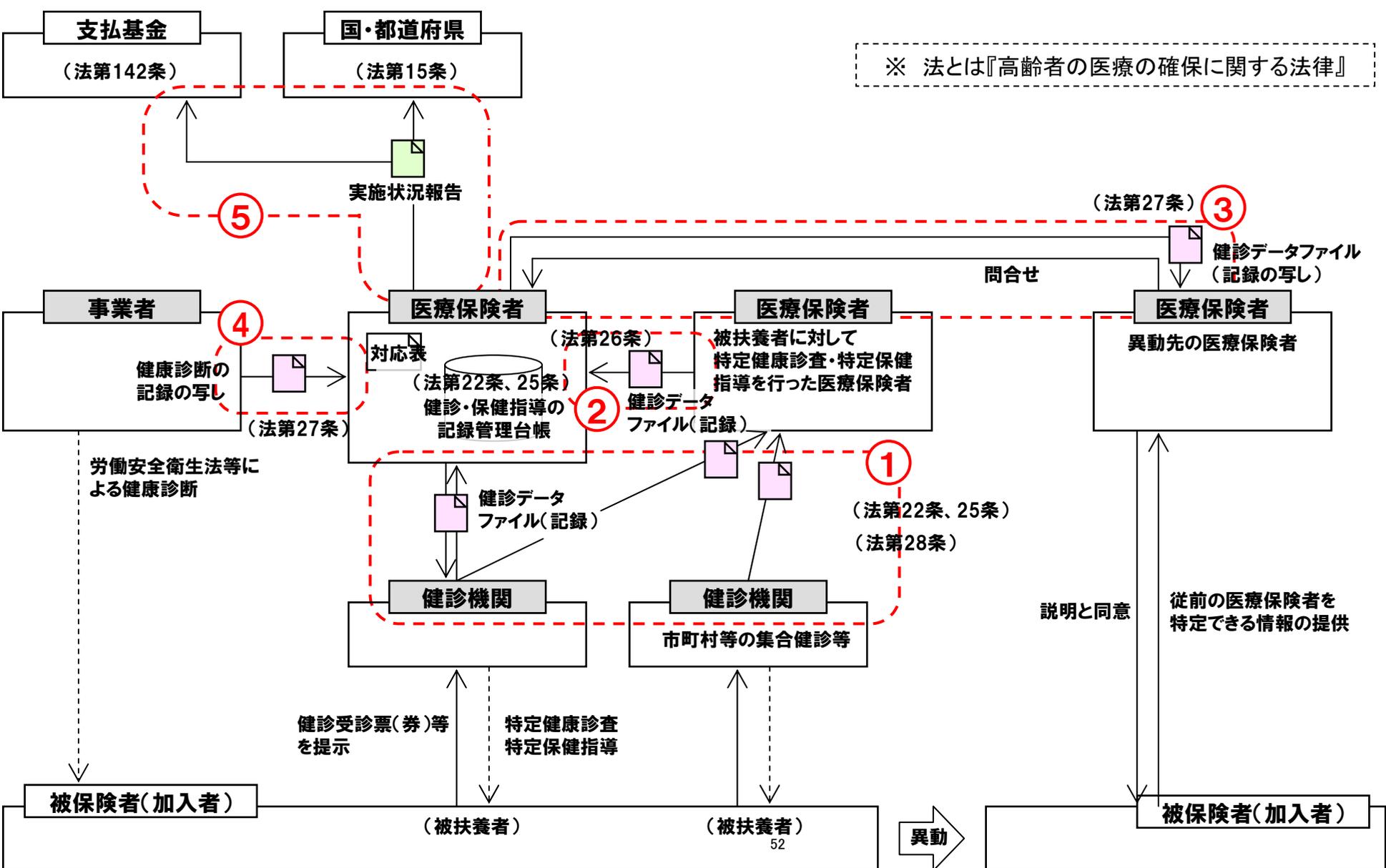
2. 個人情報保護法制の体系イメージ



(出典) 内閣府 HP

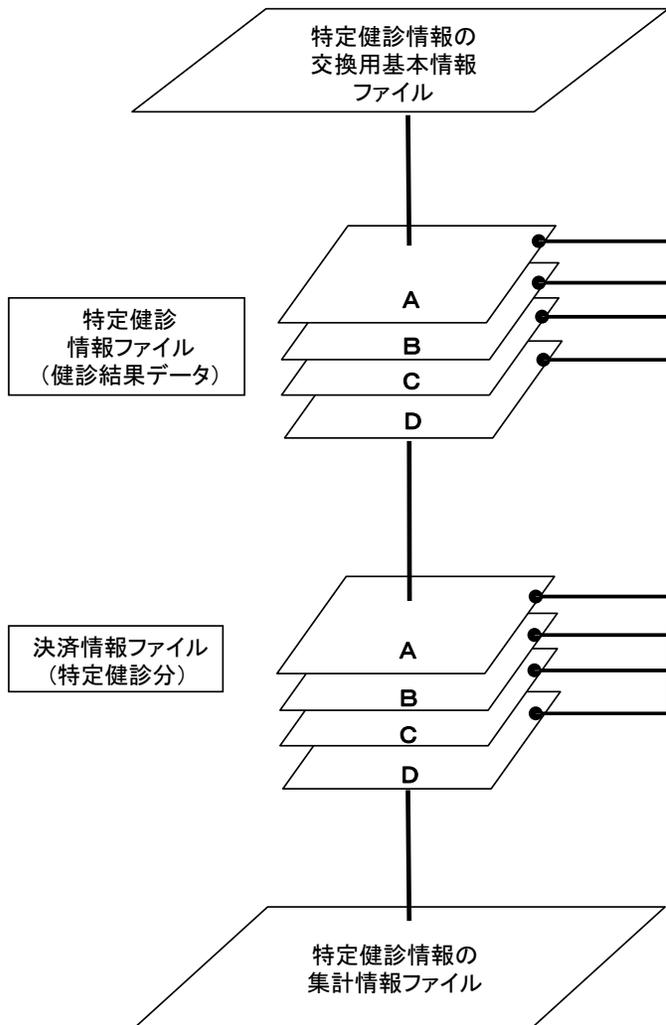
# 健診データの電子的標準様式が使用される場合

※ 法とは『高齢者の医療の確保に関する法律』

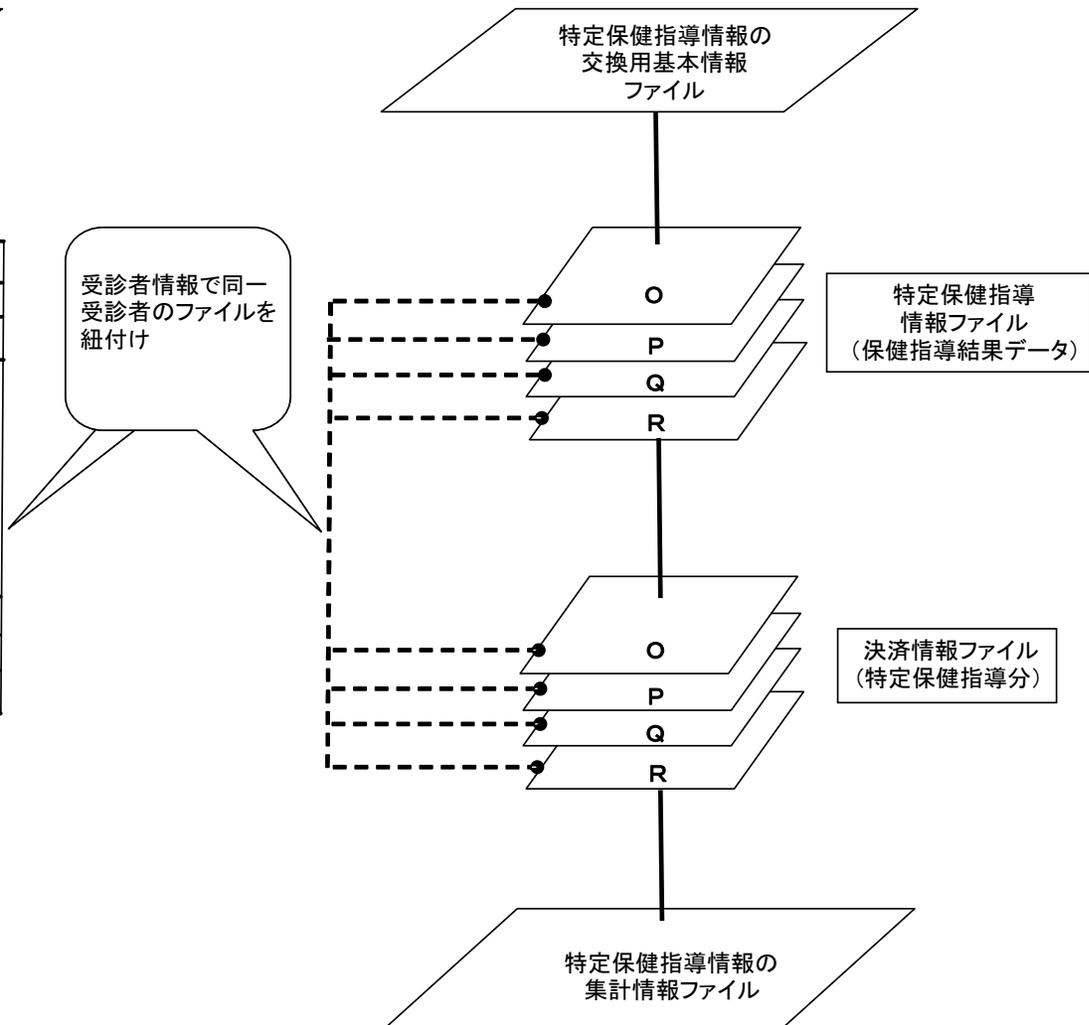


# 特定健診・特定保健指導データのファイルイメージ

## 1 特定健診データ



## 2 特定保健指導データ



1 特定健診情報の交換用基本情報ファイル(1送信あたり1ファイル。)

ファイルの記録内容	フィールド名称	モード	最大バイト	データ形式	記録内容	備考
特定健診の交換用情報	種別	数字	1	固定	結果送付・返戻送付等の別を記録	別表1参照
	送付元機関	数字	10	可変	特定健診機関番号、代行機関番号又は保険者番号を記録	別表2参照
	送付先機関	数字	10	可変	特定健診機関番号、代行機関番号又は保険者番号を記録	別表2参照
	作成年月日	数字	8	固定	ファイルの作成年月日(西暦)を記録	
	実施区分	数字	1	固定	特定健診「1」を記録	別表3参照
	総ファイル数	数字	6	可変	特定健診情報ファイルを作成した総ファイル数を記録	

2 特定健診情報ファイル(1健診結果あたり1ファイル。1送信あたり複数ファイル。)

ファイルの記録内容	フィールド名称	モード	最大バイト	データ形式	解説	備考
受診情報	実施区分	数字	1	固定	特定健診「1」を記録	別表3参照
	実施年月日	数字	8	固定	特定健診の実施年月日(西暦)を記録	
	特定健診機関番号	数字	10	固定	特定健診機関番号を記録	別表2参照
	名称	漢字	40	可変	特定健診機関名称を記録	
	郵便番号	英数	8	固定	特定健診機関の郵便番号を記録	NNN-NNNN
	所在地	漢字	80	可変	特定健診機関の所在地を記録	
	電話番号	英数	15	可変	特定健診機関の電話番号を記録	
	整理用番号1	数字	16	固定		保険者から園に送付する時のみ使用(検討中)
	整理用番号2	数字	16	固定		
	保険者番号	数字	8	固定	特定健診の受診者が加入している保険者の保険者番号を記録	
受診者情報	被保険者証等記号	漢字又は英数	40	可変	特定健診の受診者の被保険者証等記号を記録	レセ電算形式と同一
	被保険者証等番号	漢字又は英数	40	可変	特定健診の受診者の被保険者証等番号を記録	レセ電算形式と同一
	氏名	全角カタカナ	40	可変	特定健診の受診者氏名を記録	
	生年月日	数字	8	固定	特定健診の受診者の生年月日(西暦)を記録	
	男女区分	数字	1	固定	特定健診の受診者の性別を記録	別表4参照
	郵便番号	英数	8	固定	特定健診の受診者の郵便番号を記録	NNN-NNNN
	受診券整理番号	数字	11	可変	保険者が記載した受診券の整理番号を記録	別表5参照
	有効期限	数字	8	固定	受診券の有効期限(年月日(西暦))を記録	
健診結果・判断結果情報(医師の判断による追加項目を含む)(抜粋)	項目名	漢字又は英数	40	可変	特定健診の項目名を記録	別途、検討中。なお、各項目情報以外に、基準値、基準値に基づく判定コード、検査手法、検査実施場所などの情報が付与される。
	項目コード	数字	17	可変	特定健診の項目コード(JLAC10・17桁コード)を記録	
	データ値	数字	10	可変	特定健診のデータ値を記録	
	単位	漢字又は英数	10	可変	特定健診のデータ値の単位を記録	
	.....					
任意追加項目結果情報(抜粋)	項目名	漢字又は英数	40	可変	任意追加項目の項目名を記録	
	項目コード	数字	17	可変	任意追加項目の項目コード(JLAC10・17桁コード)を記録	
	データ値	数字	10	可変	任意追加項目のデータ値を記録	
	単位	漢字又は英数	10	可変	任意追加項目のデータ値の単位を記録	
	.....					

3 決済情報ファイル

(1) 決済情報ファイル(1健診結果あたり1ファイル。)

ファイルの記録内容	フィールド名称	モード	最大バイト	データ形式	解説	備考
受診情報	実施区分	数字	1	固定	特定健診「1」を記録	別表3参照
	特定健診機関番号	数字	10	固定	特定健診機関番号を記録	
	保険者番号	数字	8	固定	特定健診の受診者が加入している保険者の保険者番号を記録	
	被保険者証等記号	漢字	40	可変	特定健診の受診者の被保険者証等記号を記録	
	被保険者証等番号	漢字	40	可変	特定健診の受診者の被保険者証等番号を記録	
	氏名	全角カタカナ	40	可変	特定健診の受診者氏名を記録	
	生年月日	数字	8	固定	特定健診の受診者の生年月日(西暦)を記録	
	男女区分	数字	1	固定	特定健診の受診者の性別を記録	
	郵便番号	英数	8	固定	特定健診の受診者の郵便番号を記録	
	受診券整理番号	数字	11	可変	保険者が記載した受診券の整理番号を記録	
受診券情報	有効期限	数字	9	固定	受診券の有効期限(年月日(西暦))を記録	
	窓口負担(基本的な健診)	数字	1	固定	基本的な健診項目に係る窓口負担の種別を記録	別表6参照
		数字	9	可変	基本的な健診項目に係る窓口負担種別に応じた負担額(率)を記録	
	窓口負担(詳細な健診)	数字	1	固定	詳細な健診項目に係る窓口負担の種別を記録	別表6参照
		数字	9	可変	詳細な健診項目に係る窓口負担種別に応じた負担額(率)を記録	
窓口負担(その他)		数字	1	固定	その他の健診(人間ドック等)に係る窓口負担の種別を記録	別表6参照
		数字	9	可変	その他の健診(人間ドック等)に係る窓口負担種別に応じた負担額(率)を記録	
	単価(基本的な健診)	数字	9	可変	基本的な健診項目の単価を記録	
		数字	17	固定	詳細な健診項目のコード(JLAC10・17桁コード)を記録	
	単価(詳細な健診)	数字	9	可変	詳細な健診項目の単価を記録	項目ごとに繰り返し記録
単価(その他)	数字	9	可変	その他の健診(人間ドック等)の単価を記録		
窓口支払金額	数字	9	可変	特定健診の受診者が窓口で支払った金額を記録		
費用金額	数字	9	可変	当該受診者に係る費用金額を記録		
代行機関の処理結果	種別	数字	1	固定	データ種別を記録	別表1参照
	記録年月日	数字	8	固定	記録年月日(西暦)を記録	
	返戻理由	数字	2	固定	代行機関による返戻理由コードを記録	別表7参照
	漢字	200	可変	代行機関による返戻理由等(詳細)を記録	別表7参照	
保険者の処理結果	種別	数字	1	固定	データ種別を記録	別表1参照
	記録年月日	数字	8	固定	記録年月日(西暦)を記録	
	過誤返戻理由	数字	2	固定	保険者による過誤返戻理由コードを記録	別表8参照
	漢字	200	可変	保険者による過誤返戻理由等(詳細)を記録		

(2) 特定健診機関等の集計情報ファイル(1送信あたり1ファイル)

ファイルの記録内容	フィールド名称	モード	最大バイト	データ形式	記録内容	備考
集計情報	実施区分	数字	1	固定	特定健診「1」を記録	別表3参照
	特定健診受診者の総数	数字	6	可変	特定健診受診者の総数を記録	
	特定健診の窓口支払の金額総計	数字	9	可変	特定健診受診者が窓口で支払った金額の集計を記録	
	費用の金額総計	数字	9	可変	特定健診に係る費用の金額の集計を記録	

※ 西暦は数字“YYYYMMDD”の形式で格納するが、入力時・出力時のみ被保険者証や受診券等の印字を鑑み西暦(数字“GYMMDD”)の形式で対応することも考えられる。  
 ※ 氏名は全角カタカナの形式で格納するが、受診券、被保険者証及びこれらのQRコードでは半角カタカナとなるため、入力時・出力時のみ半角カタカナで対応することも考えられる。  
 ※ 各ファイルはXML標準形式とする。本表は必須項目の一部を示したものであり、XML標準形式に整形するために必要な情報項目が追加される予定である。  
 ※ XML標準形式の詳細な技術的規格はhttp://tokuteikenshin.jp を参照のこと。

1 特定保健指導情報の交換用基本情報ファイル(1送信あたり1ファイル。)

ファイルの記録内容	フィールド名称	モード	最大 バイト	データ 形式	記録内容	備考
特定保険指導の交換用情報	種別	数字	1	固定	結果送付・返戻送付等の別を記録	別表1参照
	送付元機関	数字	10	可変	特定保健指導機関番号、代行機関番号又は保険者番号を記録	別表2参照
	送付先機関	数字	10	可変	特定保健指導機関番号、代行機関番号又は保険者番号を記録	別表2参照
	作成年月日	数字	8	固定	ファイルの作成年月日(西暦)を記録	
	実施区分	数字	1	固定	特定保健指導「2」を記録	別表3参照
	総ファイル数	数字	6	可変	特定保健指導情報ファイルを作成した総ファイル数を記録	

2 特定保健指導情報ファイル(1保健指導結果あたり1ファイル。1送信あたり複数ファイル。)

ファイルの記録内容	フィールド名称	モード	最大 バイト	データ 形式	解説	備考
特定保健指導受診情報	実施区分	数字	1	固定	特定保健指導「2」を記録	別表3参照
	実施年月日	数字	8	固定	特定保健指導の実施年月日(西暦)を記録	
	実施時点	数字	1	固定	特定保健指導の開始時・終了時等の別を記録	
特定保健指導機関情報	特定保健指導機関番号	数字	10	固定	特定保健指導機関番号を記録	別表2参照
	名称	漢字	40	可変	特定保健指導機関名称を記録	
	郵便番号	英数	8	固定	特定保健指導機関の郵便番号を記録	NNN-NNNN
	所在地	漢字	80	可変	特定保健指導機関の所在地を記録	
	電話番号	英数	15	可変	特定保健指導機関の電話番号を記録	
受診者情報	整理用番号1	数字	16	固定	保険者から国に送付する時のみ使用(検討中)	
	整理用番号2	数字	16	固定		
	保険者番号	数字	8	固定	特定保健指導の受診者が加入している保険者の保険者番号を記録	
	被保険者証等記号	漢字又は英数	40	可変	特定保健指導の受診者の被保険者証等記号を記録	レセ電算形式と同一
	被保険者証等番号	漢字又は英数	40	可変	特定保健指導の受診者の被保険者証等番号を記録	レセ電算形式と同一
	氏名	全角カタカナ	40	可変	特定保健指導の受診者氏名を記録	
	生年月日	数字	8	固定	特定保健指導の受診者の生年月日(西暦)を記録	
	男女区分	数字	1	固定	特定保健指導の受診者の性別を記録	別表4参照
利用券情報	郵便番号	英数	8	固定	特定健診の受診者の郵便番号を記録	NNN-NNNN
	利用券整理番号	数字	11	可変	保険者が記載した利用券の整理番号を記録。	別表5参照
	特定健診受診券整理番号	数字	11	可変	保険者が記載した利用券の特定健診受診券整理番号を記録。	別表5参照
保健指導結果情報(抜粋)	有効期限	数字	8	固定	利用券の有効期限(年月日(西暦))を記録	
	.....					
	保健指導レベル	数字	1	固定	動機づけ支援又は積極的支援の別等を記録	別表10参照
	支援形態	数字	1	固定	支援形態の別を記録	別表11参照
	回数	数字	3	可変	支援回数を記録	} 別途検討中
ポイント	数字	5	可変	支援ポイントを記録		
.....						

3 決済情報ファイル

(1) 決済情報ファイル(1保健指導結果あたり1ファイル。)

ファイルの記録内容	フィールド名称	モード	最大 バイト	データ 形式	解説	備考	
受診情報	実施区分	数字	1	固定	特定保健指導「2」を記録	別表3参照	
	受診者情報	特定保健指導機関番号	数字	10	固定	特定保健指導機関番号を記録	} 特定保健指導情報と 決済情報を紐付け するための情報
		保険者番号	数字	8	固定	特定保健指導の受診者が加入している保険者の保険者番号を記録	
		被保険者証等記号	漢字又は英数	40	可変	特定保健指導の受診者の被保険者証等記号を記録	
		被保険者証等番号	漢字又は英数	40	可変	特定保健指導の受診者の被保険者証等番号を記録	
		氏名	全角カタカナ	40	可変	特定保健指導の受診者氏名を記録	
		生年月日	数字	8	固定	特定保健指導の受診者の生年月日(西暦)を記録	
		男女区分	数字	1	固定	特定保健指導の受診者の性別を記録	
	郵便番号	英数	8	固定	特定健診の受診者の郵便番号を記録		
	利用券情報	利用券整理番号	数字	11	可変	保険者が記載した利用券の整理番号を記録。	
特定健診受診券整理番号		数字	11	可変	保険者が記載した利用券の特定健診受診券整理番号を記録。		
有効期限		数字	8	固定	利用券の有効期限(年月日(西暦))を記録		
決済情報	窓口負担	数字	1	固定	窓口負担の種別を記録	別表6参照	
	窓口負担	数字	9	可変	窓口負担の種別に対応した負担額(率)を記録		
窓口支払金額	数字	9	可変	特定保健指導の受診者が窓口で支払った金額を記録			
費用金額	数字	9	可変	当該受診者に係る費用金額を記録			
代行機関の処理結果	種別	数字	1	固定	データ種別を記録	別表1参照	
	記録年月日	数字	8	固定	記録年月日(西暦)を記録		
	返戻理由	数字	2	固定	代行機関による返戻理由コードを記録	別表7参照	
保険者の処理結果	漢字	200	可変	代行機関による返戻理由等(詳細)を記録	別表7参照		
	種別	数字	1	固定	データ種別を記録	別表1参照	
	記録年月日	数字	8	固定	記録年月日(西暦)を記録		
	過誤返戻理由	数字	2	固定	保険者による過誤返戻理由コードを記録	別表8参照	
漢字	200	可変	保険者による過誤返戻理由等(詳細)を記録				

(2) 特定保健指導機関等の集計情報ファイル

ファイルの記録内容	フィールド名称	モード	最大 バイト	データ 形式	記録内容	備考
集計情報	実施区分	数字	1	固定	特定保健指導「2」を記録	別表3参照
	特定保健指導受診者の総数	数字	6	可変	特定保健指導受診者の総数を記録	
	特定保健指導受診者の窓口支払の金額総計	数字	9	可変	特定保健指導受診者が窓口で支払った金額の集計を記録	
	費用の金額総計	数字	9	可変	特定保健指導に係る費用の金額の集計を記録	

※ 西暦は数字“YYYYMMDD”の形式で格納するが、入力時・出力時のみ被保険者証や利用券等の印字を鑑み西暦(数字“GYMMDD”)の形式で対応することも考えられる。  
 ※ 氏名は全角カタカナの形式で格納するが、利用券、被保険者証及びそれらのQRコードでは半角カタカナとなるため、入力時・出力時のみ半角カタカナで対応することも考えられる。  
 ※ 各ファイルはXML標準形式とする。本表は必須項目の一部を示したものであり、XML標準形式に整形するために必要な情報項目が追加される予定である。  
 ※ XML標準形式の詳細な技術的規格は<http://tokuteikenshin.jp> 上で公開される。

別表1 種別コード

コード名	コード	内容	備考
種別コード	1	特定健診機関又は特定保健指導機関から代行機関	請求
	2	代行機関から特定健診機関又は特定保健指導機関	返戻
	3	代行機関から保険者	請求
	4	保険者から代行機関	過誤請求
	5	特定健診機関又は特定保健指導機関から保険者	代行機関を介しない場合
	6	保険者から特定健診機関又は特定保健指導機関	
	7	保険者から保険者	
	8	その他	
	9	保険者から国(支払基金)	実施結果報告

別表2 特定健診機関等の番号

コード名	バイト数	内容	備考
特定健診機関等の番号	10	特定健診機関番号・特定保健指導機関番号	番号の設定については、別紙参照
	8	代行機関番号	
	8	保険者番号	
	1	国(支払基金)	1:国 2:支払基金
	未定	その他	

別表3 実施区分コード

コード名	コード	内容	備考
実施区分コード	1	特定健診情報	
	2	特定保健指導情報	
	3	国への実施結果報告	

別表4 男女区分コード

コード名	コード	内容	備考
男女区分コード	1	男	
	2	女	

別表5 受診券・利用券整理番号設定ルール

年度番号「2桁」(西暦下2桁) + 種別「1桁」 + 個人番号「8桁」

種別番号	種別	備考
1	特定健康診査	
2	特定保健指導(動機づけ支援)	
3	特定保健指導(積極的支援)	

※ 発行に当たっては、整理番号は連番とし、欠番は設定しない。

※ 個人番号部分については、保険者の実情に応じて設定できる。

(発行場所が複数拠点の場合に、支所番号を先頭に付番する等。ただし、その場合でも連番での設定を遵守すること。)

別表6 窓口負担コード

コード名	コード	内容	備考
窓口負担コード	1	受診者・利用者は負担なし	
	2	受診者・利用者は定額負担	単位:円
	3	受診者・利用者は定率負担	単位:割
	4	保険者が定額負担	単位:円

別表7 代行機関の処理結果

コード名	コード	内容	備考
返戻理由コード	01	データの記録形式不備	
	02	データの記録もれ	
	03	健診結果データ異常	
	04	契約対象外	
	05	受診券・利用券の整理番号不備	
	06	有効期限外	
	07	窓口負担金額不備	
	08	健診・指導機関からの取下げ依頼による	
	09	その他	具体的内容を返戻理由2に記録

別表8 過誤返戻理由コード

コード名	コード	内容	備考
過誤返戻理由コード	01	被保険者証の記号・番号の誤り	
	02	受診券・利用券の整理番号の誤り	
	03	受診者・利用者氏名の誤り	
	04	該当者なし	
	05	保険者番号と記号の不一致	
	06	資格喪失後の受診	資格喪失日・証回収日を過誤返戻理由2に記録
	07	重複請求	複数回健診受診等を含む
	08	健診・指導機関からの取下げ依頼による	
	09	その他	具体的内容を過誤返戻理由2に記録

別表9 保健指導実施時点コード

コード名	コード	内容	備考
保健指導実施時点コード	1	開始時	
	2	終了時	
	3	6ヵ月経過時(決済データ 要)	
	4	6ヵ月経過時(決済データ 不要)	

別表10 保健指導レベルコード

コード名	コード	内容	備考
保健指導レベルコード	1	動機づけ支援	
	2	積極的支援	

別表11 支援形態コード

コード名	コード	内容	備考
支援形態コード	1	個別支援	
	2	グループ支援	
	3	電話A	
	4	電話B	
	5	e-mail A	
	6	e-mail B	

## 健診結果・質問票情報

番号	条件 ※1	項目コード ※5	項目名	データ基準※2			データタイプ	単位	データ値コメント		備考
				データ値	下限値	上限値			基準範囲外 ※3	検査の実施 ※4	
1	○		身長				数字	cm			小数点以下1桁
2	○		体重				数字	kg			小数点以下1桁
3	○		BMI				数字	kg/m <sup>2</sup>			小数点以下1桁
4	○		腹囲				数字	cm			小数点以下1桁
5	○		理学的検査(身体診察) (所見)				コード	漢字			1: 異常所見なし、2: 異常所見あり
6	○		血圧(収縮期)				数字	mmHg			
7	○		血圧(拡張期)				数字	mmHg			
8	○	3F015000002327101	中性脂肪				数字	mg/dl	1: 可視吸光度法 (酵素比色法・グリセロール消去)		
		3F015000002327201		数字	mg/dl	2: 紫外吸光度法 (酵素比色法・グリセロール消去)					
9	○	3F070000002327101	HDLコレステロール				数字	mg/dl	1: 可視吸光度法 (直接法(非蛍光法))		
		3F070000002327201		数字	mg/dl	2: 紫外吸光度法 (直接法(非蛍光法))					
10	○	3F077000002327101	LDLコレステロール				数字	mg/dl	1: 可視吸光度法 (直接法(非蛍光法))		
		3F077000002327201		数字	mg/dl	2: 紫外吸光度法 (直接法(非蛍光法))					
11	○	3D010000002226101	AST (GOT)				数字	U/l	1: 紫外吸光度法 (JSCC標準化対応法)		
12	○	3F077000002327101	ALT (GPT)				数字	U/l	1: 紫外吸光度法 (JSCC標準化対応法)		
13	○	3F077000002327201	γ-GT (γ-GTP)				数字	U/l	1: 紫外吸光度法 (JSCC標準化対応法)		
14	●	3D045000001906202	空腹時血糖				数字	mg/dl	1: 電位差法 (フドウ糖酸化酵素電極法)		
		3D045000001920402		数字	mg/dl	2: 可視吸光度法 (フドウ糖酸化酵素法)					
		3B035000002327201		数字	mg/dl	3: 紫外吸光度法 (ヘキサキセトン法、クニシキセトン法、フドウ糖酸化酵素法)					
15	●	3B090000002327201	HbA1c				数字	%	1: ラテックス凝集比濁法 (免疫学的方法)		小数点以下1桁
		3B045000002327101		数字	%	2: HPLC (不安定分画除去HPLC法)				小数点以下1桁	
				数字	%	3: 酵素法				小数点以下1桁	
16	○		尿糖				コード		1: 試紙法(機械読み取り)		1:-、2:±、3:+、4:++、5:+++
				コード		2: 試紙法(目視法)				1:-、2:±、3:+、4:++、5:+++	
17	○		尿蛋白				コード		1: 試紙法(機械読み取り)		1:-、2:±、3:+、4:++、5:+++
				コード		2: 試紙法(目視法)				1:-、2:±、3:+、4:++、5:+++	
18	□		ヘマトクリット値				数字	%	自動血球算定装置		小数点以下1桁
19	□		血色素量[ヘモグロビン値]				数字	g/dl	自動血球算定装置		小数点以下1桁
20	□		赤血球数				数字	万/mm <sup>3</sup>	自動血球算定装置		小数点以下1桁
21	□		心電図 (所見)				コード	漢字			1: 異常所見なし、2: 異常所見あり
22	□		眼底検査(キースワグナー分類) (シェイエ分類:H) (シェイエ分類:S)				コード				1:0、2:1、3:IIa、4:IIb、5:III、6:IV
				コード							1:0、2:1、3:2、4:3、5:4
				コード							1:0、2:1、3:2、4:3、5:4
23			メタボリックシンドローム判定				コード				1: 基準該当、2: 予備群該当、3: 非該当
24			医師の判断				漢字				1: 特定種別の結果を踏まえた医師の所見 2: 医師の判断に基づき選択的に実施する項目を実施した場合の理由
25			判断した医師の氏名				漢字				
26			保健指導レベル				コード				1: 積極的支援、2: 動機づけ支援、3: なし
101			服薬1(血圧)				コード				1:はい、2:いいえ
102			服薬2(血糖)				コード				1:はい、2:いいえ
103			服薬3(脂質)				コード				1:はい、2:いいえ
104			既往歴1(脳血管)				コード				1:はい、2:いいえ
105			既往歴2(心血管)				コード				1:はい、2:いいえ
106			既往歴3(腎不全・人工透析)				コード				1:はい、2:いいえ
107			貧血				コード				1:はい、2:いいえ
108			喫煙				コード				1:はい、2:いいえ
109			20歳からの体重変化				コード				1:はい、2:いいえ
110			30分以上の運動習慣				コード				1:はい、2:いいえ
111			歩行又は身体活動				コード				1:はい、2:いいえ
112			歩行速度				コード				1:はい、2:いいえ
113			1年間の体重変化				コード				1:はい、2:いいえ
114			食べ方1(早食い等)				コード				1:選い、2:ふつう、3:選い
115			食べ方2(就寝前)				コード				1:はい、2:いいえ
116			食べ方3(夜食/間食)				コード				1:はい、2:いいえ
117			食習慣				コード				1:はい、2:いいえ
118			飲酒				コード				1:はい、2:いいえ
119			飲酒量				コード				1:毎日、2:時々、3:ほとんど飲まない
120			睡眠				コード				1:はい、2:いいえ
121			生活習慣の改善				コード				1:意志なし、2:意志あり(6か月以内)、3:意志あり(近いうち)、 4:取組済み(6ヶ月未満)、5:取組済み(6ヶ月以上)
122			保健指導の希望				コード				1:はい、2:いいえ

## (表の説明)

※1 条件:○…必須項目、□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目、●…いずれかの項目の実施可

※2 データ基準下限値、上限値:使用する検査機器、試薬等が異なるため検査機関ごとに設定した値を入力する。

※3 基準範囲外:健診データが別途定める入力最小値以下の場合は「以下」、入力最大値以上の場合は「以上」を入力する。

※4 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。

※5 検査項目コードについては、上記以外の検査法も含め、JLAC10コードを用いる(検査方法については、それぞれの検査項目毎に90%以上をカバーするトレーサビリティが取れた日常検査法を記載した)。

## 保健指導情報

番号	条件	項目コード	項目名	データ基準値※1			データタイプ	単位	基準範囲外※3	検査の実施※4	備考
				データ値	下限値	上限値					
1001			支援レベル				コード				1:積極的支援、2:動機づけ支援(健診結果に基づき階層化された区分)
1002			行動変容ステージ				コード				1:意志なし、2:意志あり(6か月以内)、3:意志あり(近いうち)、4:取組済み(6ヶ月未満)、5:取組済み(6ヶ月以上)
1003			保健指導コース名				漢字				
1004			初回面接の実施日付				年月日				
1005			初回面接による支援の支援形態				コード				1:個別支援、2:グループ支援
1006			初回面接の実施時間				数字	分			
1007			初回面接の実施者				コード				1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1008			継続的支援予定期間				数字	週			
1009			目標腹囲				数字	cm			
1010			目標体重				数字	kg			
1011			目標収縮期血圧				数字	mmHg			
1012			目標拡張期血圧				数字	mmHg			
1013			一日の削減目標エネルギー量				数字	kcal			
1014			一日の運動による目標エネルギー量				数字	kcal			
1015			一日の食事による目標エネルギー量				数字	kcal			
1016			中間評価の実施日付				年月日				
1017			中間評価の支援形態				コード				1:個別支援A、2:グループ支援、3:電話A、4:e-mailA
1018			中間評価の実施時間				数字	分			
1019			中間評価の実施ポイント				数字				自動計算
1020			中間評価の実施者				コード				1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1021			中間評価時の腹囲				数字	cm			
1022			中間評価時の体重				数字	kg			
1023			中間評価時の収縮期血圧				数字	mmHg			
1024			中間評価時の拡張期血圧				数字	mmHg			
1025			中間評価時の生活習慣の改善(栄養・食生活)				コード				0:変化なし、1:改善、2:悪化
1026			中間評価時の生活習慣の改善(身体活動)				コード				0:変化なし、1:改善、2:悪化
1027			中間評価時の生活習慣の改善(喫煙)				コード				1:禁煙継続、2:非継続、3:非喫煙、4:禁煙の意志なし
1028			支援A①の実施日付				年月日				
1029			支援A①の支援形態				コード				1:個別支援A、2:グループ支援、3:電話A、4:e-mailA
1030			支援A①の実施時間				数字	分			
1031			支援A①の実施ポイント				数字				自動計算
1032			支援A①の実施者				コード				1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1033			支援A②の実施日付				年月日				
1034			支援A②の支援形態				コード				1:個別支援A、2:グループ支援、3:電話A、4:e-mailA
1035			支援A②の実施時間				数字	分			
1036			支援A②の実施ポイント				数字				自動計算
1037			支援A②の実施者				コード				1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1038			支援B①の実施日付				年月日				
1039			支援B①の支援形態				コード				1:個別支援B、2:電話B、3:e-mailB
1040			支援B①の実施時間				数字	分			
1041			支援B①の実施ポイント				数字				自動計算
1042			支援B①の実施者				コード				1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1043			支援B②の実施日付				年月日				
1044			支援B②の支援形態				コード				1:個別支援B、2:電話B、3:e-mailB
1045			支援B②の実施時間				数字	分			
1046			支援B②の実施ポイント				数字				自動計算
1047			支援B②の実施者				コード				1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1048			支援B③の実施日付				年月日				
1049			支援B③の支援形態				コード				1:個別支援B、2:電話B、3:e-mailB
1050			支援B③の実施時間				数字	分			
1051			支援B③の実施ポイント				数字				自動計算
1052			支援B③の実施者				コード				1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他

番号	条件	項目コード	項目名	データ値	データ基準値※1		データタイプ	単位	基準範囲外※3	検査の実施※4	備考
					下限値	上限値					
1053			支援日④の実施日付				年月日				
1054			支援日④の支援形態				コード				1:個別支援B、2:電話B、3:e-mailB
1055			支援日④の実施時間				数字	分			
1056			支援日④の実施ポイント				数字				自動計算
1057			支援日④の実施者				コード				1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1058			6か月後の評価の実施日付				年月日				
1059			6か月後の評価の支援形態又は確認方法				コード				1:個別支援、2:グループ支援、3:電話、4:e-mail
1060			6か月後の評価の実施者				コード				1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1061			6か月後の評価ができない場合の確認回数				数字	回			確認方法に基づき、評価実施者が行った確認の回数
1062			6か月後の評価時の腹囲				数字	cm			
1063			6か月後の評価時の体重				数字	kg			
1064			6か月後の評価時の収縮期血圧				数字	mmHg			
1065			6か月後の評価時の拡張期血圧				数字	mmHg			
1066			6か月後の評価時の保健指導による生活習慣の改善(栄養・食生活)				コード				0:変化なし、1:改善、2:悪化
1067			6か月後の評価時の保健指導による生活習慣の改善(身体活動)				コード				0:変化なし、1:改善、2:悪化
1068			6か月後の評価時の保健指導による生活習慣の改善(喫煙)				コード				1:禁煙継続、2:非継続、3:非喫煙、4:禁煙の意志なし
1069			計画上の継続的な支援の実施回数				数字	回			
1070			計画上の継続的な支援の実施回数(個別支援)				数字	回			
1071			計画上の継続的な支援の合計実施時間(個別支援)				数字	分			
1072			計画上の継続的な支援の実施回数(グループ支援)				数字	回			
1073			計画上の継続的な支援の合計実施時間(グループ支援)				数字	分			
1074			計画上の継続的な支援の実施回数(電話Aによる支援)				数字	回			
1075			計画上の継続的な支援の合計実施時間(電話Aによる支援)				数字	分			
1076			計画上の継続的な支援の実施回数(e-mailAによる支援)				数字	回			
1077			計画上の継続的な支援の実施回数(電話Bによる支援)				数字	回			
1078			計画上の継続的な支援の合計実施時間(電話Bによる支援)				数字	分			
1079			計画上の継続的な支援の実施回数(e-mailBによる支援)				数字	回			
1080			計画上の継続的な支援によるポイント(支援A)				数字				
1081			計画上の継続的な支援によるポイント(支援B)				数字				
1082			計画上の継続的な支援によるポイント(合計)				数字				自動計算
1083			実施上の継続的な支援の実施回数				数字	回			自動計算
1084			実施上の継続的な支援の実施回数(個別支援)				数字	回			
1085			実施上の継続的な支援の合計実施時間(個別支援)				数字	分			
1086			実施上の継続的な支援の実施回数(グループ支援)				数字	回			
1087			実施上の継続的な支援の合計実施時間(グループ支援)				数字	分			
1088			実施上の継続的な支援の実施回数(電話Aによる支援)				数字	回			
1089			実施上の継続的な支援の合計実施時間(電話Aによる支援)				数字	分			
1090			実施上の継続的な支援の実施回数(e-mailAによる支援)				数字	回			
1091			実施上の継続的な支援の実施回数(電話Bによる支援)				数字	回			
1092			実施上の継続的な支援の合計実施時間(電話Bによる支援)				数字	分			
1093			実施上の継続的な支援の実施回数(e-mailBによる支援)				数字	回			
1094			継続的な支援によるポイント(支援A)				数字				自動計算
1095			継続的な支援によるポイント(支援B)				数字				自動計算
1096			継続的な支援によるポイント(合計)				数字				自動計算
1097			禁煙指導の実施回数				数字	回			
1098			委託事業社保健指導機関番号(1)				数字				
1099			委託事業社名(1)				漢字				
1100			主対応内容(1)				コード				1:個別支援、2:グループ支援、3:電話、4:e-mail
1101			委託事業社保健指導機関番号(2)				数字				
1102			委託事業社名(2)				漢字				
1103			主対応内容(2)				コード				1:個別支援、2:グループ支援、3:電話、4:e-mail

(表の説明)

※2 データ基準下限値、上限値:使用する検査機器、試薬等が異なるため検査機関ごとに設定した値を入力する。

※3 基準範囲外:データが別途定める入力最小値以下の場合は「以下」、入力最大値以上の場合は「以上」を入力する。

※4 検査の実施: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。

※5 検査項目コードについては、固有のコードを別途定める。

## データ範囲のチェック

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
1	身長	数字	100.0	250.0	1	cm			
2	体重	数字	20.0	250.0	1	kg			
3	BMI	数字	10.0	100.0	1	kg/m <sup>2</sup>			
4	腹囲	数字	40.0	250.0	1	cm			
6	血圧(収縮期)	数字	60	300	0	mmHg			
7	血圧(拡張期)	数字	30	150	0	mmHg			
8	中性脂肪	数字	10	2000	0	mg/dl			
9	HDLコレステロール	数字	10	500	0	mg/dl			
10	LDLコレステロール	数字	20	1000	0	mg/dl			
11	AST(GOT)	数字	0	1000	0	IU/l 37℃			
12	ALT(GPT)	数字	0	1000	0	IU/l 37℃			
13	γ-GT(γ-GTP)	数字	0	1000	0	IU/l 37℃			
14	空腹時血糖	数字	20	600	0	mg/dl			
15	HbA1c	数字	3.0	20.0	1	%			
18	ヘマトクリット値	数字	0.0	100.0	1	%			
19	血色素量[ヘモグロビン値]	数字	0.0	30.0	1	g/dl			
20	赤血球数	数字	0	1000	0	万/mm <sup>3</sup>			
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。

## 健診データ電子的フォーマットのサンプル(抜粋イメージ)

※全体の形式はXML形式に準拠している。

※このエレメント名(タグ名)など構造は、HL7CDAR2L3規格に準拠している。

※本資料はイメージであり、詳細はXMLスキーマという電子的フォーマット定義文書により規格が規定され、技術説明書により解説される。詳細は <http://tokuteikenshin.jp> で公開する。

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8" ?>
- <ClinicalDocument xmlns="urn:hl7-org:v3"
  xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance"
  xsi:schemaLocation="urn:hl7-org:v3 Kenshin.xsd">
  <typeId root="2.16.840.1.113883.1.3" extension="POCD_HD000040" />
  <templateId extension="010" root="1.2.392.200119.6.1009" />
  <id root="1.2.392.200119.6.101.10000000" />
  <code code="01" displayName="特定健診(メタボリックシンドローム)" />
  <title>特定健診データ標準報告書</title>
  <effectiveTime value="20060727" />
  <confidentialityCode code="N" />
- <recordTarget>
  - <patientRole>
    <id extension="12345678061234567890001"
      root="1.2.392.200119.6.201" assigningAuthorityName="受診票番号" />
    <id extension="1232123" root="1.2.392.200119.6.202"
      assigningAuthorityName="保険者記号" />
    <id extension="112233" root="1.2.392.200119.6.203"
      assigningAuthorityName="保険者番号" />
    <id extension="12345678" root="1.2.392.200119.6.101"
      assigningAuthorityName="被保険者番号" />
  - <addr>
    <postalCode>113-8655</postalCode>
  </addr>
  - <patient>
    - <name>
      <family>ジュシンシャセイ</family>
      <given>ナマエ</given>
    </name>
    <administrativeGenderCode code="M" />
    <birthTime value="19320924" />
  </patient>
  </patientRole>
</recordTarget>
- <!-- Author:文書作成者(健診機関等情報) -->
- <author>
  <time value="20060727" />
  - <assignedAuthor>
    <id nullFlavor="NI" />
    - <representedOrganization>
      <id extension="1234567890123456" root="1.2.392.200119.6.102" />
      <name>健診機関名称</name>
    </representedOrganization>
  </assignedAuthor>
</author>
- <dataEnterer>
  - <!-- 入力日(西暦) -->
  <time value="20060826" />
  - <assignedEntity>
    <id nullFlavor="NI" />
```

```

- <representedOrganization>
  <id nullFlavor="NI" />
  <name>入力業者名</name>
</representedOrganization>
</assignedEntity>
</dataEnterer>
- <!-- データ送付元情報：元のデータの管理者-->
- <custodian>
  - <assignedCustodian>
    - <representedCustodianOrganization>
      <id extension="1234567890123456" root="1.2.392.200119.6.102" />
      <name>機関名称</name>
    </representedCustodianOrganization>
  </assignedCustodian>
</custodian>

```

=== 途中部分省略 ===

=== 検査結果本体(叙述形式部分)の抜粋 ===

```

- <component>
  - <component>
    - <section>
      <code code="01010" displayName="検査結果セクション" />
      <title>検査結果セクション</title>
    - <text>
      - <list>
        <item>身長 176.6 cm</item>
        <item>体重 77.5 kg</item>
        <item>BMI 25.5 kg/m2</item>
        <item>腹囲 85cm</item>
        <item>理学的検査(身体診察) 特になし</item>
        <item>血圧(収縮期) 90mmHg</item>
        <item>血圧(拡張期) 130 mmHg</item>
        <item>中性脂肪 100 mg/dl</item>
        <item>HDL コレステロール 50 mg/dl</item>
        <item>LDL コレステロール 80 mg/dl</item>
        <item>AST(GOT) 15 IU/L(37C)</item>
        <item>ALT(GPT) 12 IU/L(37C)</item>
        <item>γ-GTP 30 IU/L(37C)</item>
        <item>空腹時血糖 90 mg/dl</item>
        <item>HbA1c 5.0 %</item>
        <item>血清尿酸 4.0 mg/dl</item>
        <item>血清クレアチニン 1.0 mg/dl</item>
        <item>ヘマトクリット値 48.0 %</item>
        <item>血色素(ヘモグロビン) 15.0 g/dl</item>
        <item>赤血球数 500 万/mm3</item>
        <item>尿糖 マイナス</item>
        <item>尿蛋白 マイナス</item>
        <item>尿潜血 マイナス</item>
        <item>心電図 所見なし</item>
        <item>眼底検査 所見なし</item>
      </list>
    </text>
  - <author>
    <time value="20060727" />
    - <assignedAuthor>
      <id nullFlavor="NI" />
      - <representedOrganization>
        <id extension="1234567890123456"
          root="1.2.392.200119.6.102" />

```

```

        <name>健診機関名称</name>
        </representedOrganization>
        </assignedAuthor>
    </author>
- <entry>
  - <observation classCode="OBS" moodCode="EVN"
    negationInd="false">
    <code code="9M011000000000001" displayName="身長"
      />
    <statusCode code="completed" />
    <value xsi:type="PQ" value="176.6" unit="cm" />
    </observation>
  </entry>
- <entry>
  - <observation classCode="OBS" moodCode="EVN"
    negationInd="false">
    <code code="9M021000000000001" displayName="体重"
      />
    <statusCode code="completed" />
    <value xsi:type="PQ" value="75.0" unit="kg" />
    </observation>
  </entry>
- <entry>
  - <observation classCode="OBS" moodCode="EVN"
    negationInd="false">
    <code code="9M031000000000001" displayName="BMI"
      />
    <statusCode code="completed" />
    <value xsi:type="PQ" value="25.5" unit="kg/m2" />
    <interpretationCode code="N" />
    </observation>
  </entry>
- <entry>
  - <observation classCode="OBS" moodCode="EVN"
    negationInd="false">
    <code code="9M041000000000001" displayName="腹囲"
      />
    <statusCode code="completed" />
    <value xsi:type="PQ" value="85.5" unit="cm" />
    </observation>
  </entry>
- <entry>
  - <observation classCode="OBS" moodCode="EVN"
    negationInd="false">
    <code code="010100035" displayName="身体診察所見" />
    <statusCode code="completed" />
    <value xsi:type="CE" code="001" displayName="異常所見なし" />
    <interpretationCode code="N" />
    </observation>
  </entry>
- <entry>
  - <observation classCode="OBS" moodCode="EVN"
    negationInd="false">
    <code code="9A751000000000001" displayName="血圧
      (収縮期)" />
    <statusCode code="completed" />
    <value xsi:type="PQ" value="90" unit="mmHg" />
    <interpretationCode code="N" />
    - <referenceRange>

```

```

- <observationRange classCode="OBS"
  moodCode="EVN.CRT">
  <code code="000" displayName="別なし" />
  - <value xsi:type="IVL_PQ">
    <low value="1" unit="mmHg" />
    <high value="1" unit="mmHg" />
  </value>
</observationRange>
</referenceRange>
</observation>
</entry>
- <entry>
- <observation classCode="OBS" moodCode="EVN"
  negationInd="false">
  <code code="9A761000000000001" displayName="血圧
    (拡張期)" />
  <statusCode code="completed" />
  <value xsi:type="PQ" value="130" unit="mmHg" />
  <interpretationCode code="N" />
  - <referenceRange>
  - <observationRange classCode="OBS"
    moodCode="EVN.CRT">
    <code code="000" displayName="別なし" />
    - <value xsi:type="IVL_PQ">
      <low value="1" unit="mmHg" />
      <high value="1" unit="mmHg" />
    </value>
  </observationRange>
  </referenceRange>
  </observation>
  </entry>
- <entry>
- <observation classCode="OBS" moodCode="EVN"
  negationInd="false">
  <code code="3F015000002327101" displayName="中性脂
    肪" />
  <statusCode code="completed" />
  <value xsi:type="PQ" value="100" unit="mg/dl" />
  <interpretationCode code="N" />
  <methodCode code="271" displayName="可視吸光光度法" />
  - <referenceRange>
  - <observationRange classCode="OBS"
    moodCode="EVN.CRT">
    <code code="000" displayName="別なし" />
    - <value xsi:type="IVL_PQ">
      <low value="50" unit="mg/dl" />
      <high value="150" unit="mg/dl" />
    </value>
  </observationRange>
  </referenceRange>
  </observation>
  </entry>
- == 以下省略 ==

```



## 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

糖尿病等の生活習慣病の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

糖尿病等の生活習慣病の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を特徴とすることから、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グループ面接等において、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として、病気の発症や障害を持つ可能性についての説明においては、対象者に恐怖心を抱かせないように配慮すること、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ということを理解してもらえることが大事である。また、行動変容のステージ（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を確認し、リスクと病気の発症や障害を持つ可能性との関係の説明に加えて、対象者にとって問題となることが何かを考えられるように対応することが必要である。

生活習慣の改善につなげるためには、対象者に合わせて決して押しつけない支援を行い、生活習慣を変えることが本人にとり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には、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技術、それに基づき支援方策を判断する技術、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等があり、具体的には、カウンセリング技術、アセスメント技術、コーチング技術、ティーチング技術、自己効力感を高める技術、グループワークを支援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モデルや理論から導き出されたものであり、例えば、グループワークを支援するためには、グループダイナミクス<sup>1</sup>について理解することが重要である。保健指導実施者はこれらの技術を統合させ、実践に生かす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、実際の保健指導に適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。また、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分析し、指導技術を評価していくことも大切である。

なお、具体的な保健指導技術については、第3章保健指導の実施（1）基本的事項を参照されたい。

<sup>1</sup> グループダイナミクス：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や社会資源の活用

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、様々な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、①飲食店や社員食堂での健康に配慮した食事（ヘルシーメニュー）の提供や栄養表示の実施、②安全なウォーキングロードや運動施設、それらを拠点とした総合型地域スポーツクラブなどの身近に運動に親しむことができる環境、③受動喫煙の防止対策を行っている施設、④同じ健康課題を持つ者の仲間づくり、⑤日常的な健康情報の提供などが整備される必要がある。また、これらのポピュレーションアプローチの環境づくりとともに、健診後の保健指導においても、健康増進施設や労働者健康保持増進サービス機関などの健康づくりに資する社会資源を積極的に活用することが望ましい。

## (7) 地域・職域におけるグループ等との協働

糖尿病等の生活習慣病の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、糖尿病等の生活習慣病の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、保健行動<sup>2</sup>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。

これまで地域・職域においては、健康づくりのためにボランティアを育成し、ボランティアも参加した活動を実施した結果、健診受診率の向上や地域住民や事業者の行動変容に寄与してきた経緯がある。

このため、保健指導実施者は、糖尿病等の生活習慣病の予備群に対する保健指導においても、地域の組織化されたNPOなどの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

糖尿病等の生活習慣病の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人に依って千差万別であり、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。

<sup>2</sup> 保健行動：健康の回復、保持、増進に係る全ての行動。

## 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予防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、今回の医療制度構造改革においては、医療費を適正化することが求められているため、糖尿病等の生活習慣病の有病者・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、平成20年度においては、老人保健事業等これまでの保健事業で既に把握されているデータを活用することにより、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るが、

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。したがって、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、すべての分析項目を把握することができないため、保健事業（保健指導）を進めながら、分析項目を整備して行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、その結果を整理する。そして健康課題、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病等の分析」

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別・年代を選定し、対象となる属性（働き盛り（管理職、営業職）、育児中の親など）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に関連する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3編第4章を参照）。

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			

(\*)：市町村国保では分析することが望ましい項目

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

平成 27 年度までに、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群を少なくとも 25%減少させるという目標に向け、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、糖尿病等の生活習慣病の有病者・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、適宜、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、例えば「糖尿病の新規治療者を\*\*%に減少させる」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

対象者を正確に把握するために、医療保険者は、40歳から74歳までの全対象者のうち、糖尿病等の生活習慣病の予備群は、「健診結果等による対象者階層化基準」に基づき、「糖尿病等の生活習慣病保健指導」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による受療者を除いた対象について、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人数の概数を算出する）。なお、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、受診勧奨を行う必要がある。

保健指導対象者の保健指導実施率は100%に高めていくことが望ましい。なお、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、可能な範囲でその割合も把握しておくことが望ましい。

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、例えば下記のような指導目標を設定する必要がある。なお、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。  
（この数値は性別・年代別に各医療保険者で設定）

②「動機づけ支援」の対象者

- ・ 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）予備軍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。  
（この数値は性別・年代別に各医療保険者で設定）

③「積極的支援」の対象者

- ・ 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、危険因子の減少をめざす。
- ・ 保健指導対象者の〇割以上の人において、判定の改善をめざす。
- ・ 「要治療」への移行率を◇%以下とする。

### 3) 保健指導の対象者の優先順位の付け方の基本的な考え方

今後は、保健指導対象者の増加が予測されること、さらに糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%を減少させるためには、効果的・効率的な保健指導の実施が必要である。そのため、保健指導対象者に優先順位をつけて、最も必要な、そして効果のあがる対象を選定して保健指導を行う必要がある。例えば、保健指導の対象者の優先順位のつけ方としては、下記の方法が考えられる。

○年齢が比較的若い対象者

○健診結果の保健指導レベルが情報提供レベルから動機づけ支援レベル、動機づけ支援レベルから積極的支援レベルに移行するなど、健診結果が前年度と比較して悪化し、より緻密な保健指導が必要になった対象者

○第2編第2章3) 質問項目（標準的な質問票8～20番）の回答により、生活習慣改善の必要性が高い対象者

○前年度、積極的支援及び動機づけ支援の対象者であったにもかかわらず保健指導を受けなかった対象者

### (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ことが望ましい。

#### 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こころがける。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。

「動機づけ支援」、「積極的支援」については、対象者の性別・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周知方法

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周知しておく。また、地域住民や職員への周知がポピュレーションアプローチとしての意味合いも持つことを考慮して効果的に行う。さらに、保健指導対象者が積極的に参加できるよう、地域・職域別に方法を検討する。特に被扶養者については、周知が徹底されるように配慮することが望ましい。

なお、個々の対象者に対する計画については、第3編第3章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

糖尿病等の生活習慣病の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P D C A（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。

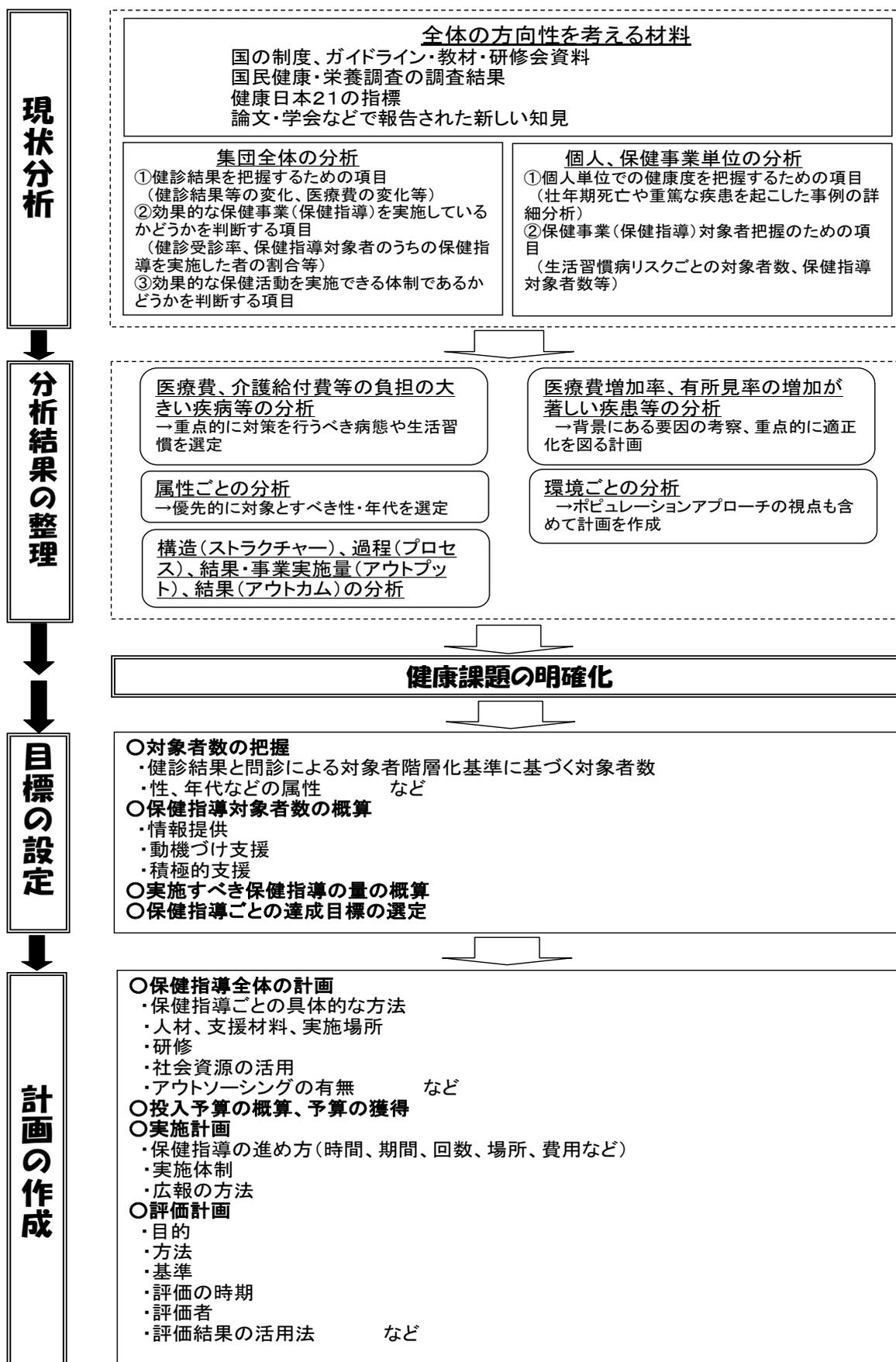
## （4）保健事業（保健指導）計画作成の進め方

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、優先順位を考慮した上で、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) 標準的な保健指導プログラムについて

糖尿病等の生活習慣病の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。

保健指導の効果に関する研究は、エビデンスとして蓄積されつつあるものの、現時点では、保健指導の技術開発や基盤整備が期待される分野である。そのため、本プログラムでは、現段階で考えられる、最低限実施すべき保健指導と望ましい保健指導について記載する。

これら保健指導の要件については、高齢者医療確保法の施行後において、保健指導実施機関による多種多様な保健指導の実績・成果を蓄積・分析する中で、最低限実施すべき要件の評価を行うとともに、有効な保健指導の要件を整理していくこととする。

また、今後は保健指導を実施する機関が創意工夫することにより、より有効な保健指導の内容や実施形態等が明らかとなり、提供される保健指導にそれらが反映されることが期待される。

なお、本プログラムは、保健指導の実施状況を踏まえ、必要に応じて見直しを検討することとする。

#### 2) 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」とは、対象者が生活習慣病や健診結果から自らの身体状況を認識するとともに、健康な生活習慣の重要性に対する理解と関心を深め、生活習慣を見直すきっかけとなるよう、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ことをいう。

「動機づけ支援」とは、対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善のための自主的な取組を継続的に行うことができるようになることを目的として、医師、保健師又は管理栄養士の面接・指導のもとに行動計画を策定し、医師、保健師、管理栄養士又は食生活の栄養指導若しくは運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者が生活習慣の改善のための取組に係る動機づけに関する支援を行うとともに、計画の策定を指導した者

が、計画の実績評価（計画策定の日から6か月以上経過後に行う評価をいう）を行う保健指導をいう。

「積極的支援」とは、対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善のための自主的な取組を継続的に行うことができるようになることを目的として、医師、保健師又は管理栄養士の面接・指導のもとに行動計画を策定し、医師、保健師、管理栄養士又は食生活の栄養指導若しくは運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者が生活習慣の改善のための、対象者による主体的な取組に資する適切な働きかけを相当な期間継続して行うとともに、計画の策定を指導した者が、計画の進捗状況評価と計画の実績評価（計画策定の日から6か月以上経過後に行う評価をいう）を行う。

「積極的支援」の実施に関しては、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支援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必要がある。

また、支援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。

なお、支援プログラムは、同じ対象者に毎年同じ内容を繰り返すのではなく、対象者の特性に合わせ、また有効な手法の抽出等により、常に改善に努めることが必要である。

### 3) 保健指導の実施者

保健指導は、医師、保健師、管理栄養士が中心となって担うこととする。

「動機づけ支援」及び「積極的支援」において、①初回の面接、②対象者の行動目標・支援計画の作成、③保健指導の評価に関する業務を行う者は、医師、保健師、管理栄養士であること。ただし、これまで医療保険者や事業者において看護師による保健事業がなされている現状を踏まえ、医師、保健師、管理栄養士の配置が進むことが期待される高齢者医療確保法の施行後5年間に限り、一定の保健指導の実務経験のある看護師も行うことができる。

「動機づけ支援」及び「積極的支援」のプログラムのうち、食生活・運動に関する対象者の支援計画に基づく実践的指導は、医師、保健師、管理栄養士、その他食生活の改善、運動指導に関する専門的知識及び技術を有する者（健康・体力づくり事業財団が認定する健康運動指導士や事業場における労働者の健康保持増進のための指針に基づく運動指導、産業栄養指導、産業保健指導担当者等）が実施する。また、それらの実践的指導においては、グループ支援をあわせて用いることが効果的であり、その場合は、地域内の種々の関係者の協力を得ることが重要である。

保健指導において、禁煙指導を提供する場合には、禁煙指導には、禁煙補

助剤の活用が有効であることから医師、薬剤師と連携するなど、保健指導の内容や対象者の心身などを考慮し、他職種との連携を図ることが望ましい。また、ニコチン依存の程度等に応じて、医療機関において設置されている禁煙外来を紹介することが重要である。

なお、医師に関しては、日本医師会認定健康スポーツ医等と連携することが望ましい。

さらに、保健指導を実施する者は、保健指導のための一定の研修を修了していることが望ましい。

#### 4) 「情報提供」に活用するための質問票

健診時に行う生活習慣に関する質問票は、「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活用することができる。

「情報提供」の内容を判断するための質問票としては、個別に食生活、運動習慣等の情報を提供するために必要な項目（例えば、第2編第2章3）標準的な質問票8～20番）が考えられる。

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。

#### 5) 「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」の実施に当たっては、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必要があることから、詳細な質問票を実施することが望ましい。

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）

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過去にとった保健行動

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

## 6) 保健指導の際に活用する支援材料(学習教材集・保健指導事例集)

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の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。

## 7) 記録とデータ管理

保健指導の記録の利点として、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）、個別支援やグループ支援等で提供したサービスと対象者の状況等が中心となるが、以上に加えて、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も記録することが望ましい。

なお、これらの内容には、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。

保健指導の実施機関には対象者の個人情報を適切に管理する責務があるが、保健指導のアウトソーシングの状況によっては、個人の保健指導の情報が複数の実施機関の間でやりとりされることも想定される。そのため個々の対象者に対しては、他の関連する実施機関との間で必要なデータを共有することの了解を取ることや、共有する具体的な項目について明記する等、データの共有・やり取りに関する事項を記録することも必要である。

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、可能な限り、データベースを作成して管理することが望ましい。特定保健指導における保健指導結果の保存年限の基本的考え方、具体的な保存年限は、特定健診と同様とする。

## (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。

- (※) 「情報提供」は高齢者医療確保法第24条の特定保健指導ではないが、同法第23条により保険者が結果通知を行う際に、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こととする。

## (3) 支援の際の留意点

対象者の保健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。

- 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、改善できるものが有効である。
- また、個別支援のみでなく、グループ支援により、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。

## (4) 保健指導の実施要件

### 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支援内容

全員に画一的な情報を提供するのではなく、健診結果や健診時の質問票から対象者個人に合わせた情報を提供する必要がある。

健診結果や質問票から、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、料理や食品のエネルギー量や生活活動や運動によるエネルギー消費量等について、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、地域のスポーツクラブや運動教室、健康に配慮した飲食店や社員食堂に関する情報なども掲載する。

#### 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 健診結果の送付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を利用する。

- c 結果説明会で情報提供用紙を配布する。

## 2)「動機づけ支援」

### ①目的（めざすところ）

対象者への個別支援又はグループ支援により、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、意思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 回の支援とする。

### 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 面接による支援

- 生活習慣と健診結果の関係の理解や生活習慣の振り返り、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、生活習慣の振り返り等から生活習慣改善の必要性を説明する。
- 生活習慣を改善するメリットと現在の生活を続けるデメリットについて説明する。
- 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導をする。
- 対象者の行動目標や評価時期の設定を支援する。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。
- 体重・腹囲の計測方法について説明する。
- 生活習慣の振り返り、行動目標や評価時期について話し合う。
- 対象者とともに行動目標・行動計画を作成する。

#### b 6か月後の評価

- 6か月後の評価は、個別の対象者に対する保健指導の効果に関するものである。
- 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評価を行う。
- 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。
- なお、評価項目は対象者自身が自己評価できるような設問を置く。

### ⑤支援形態

#### a 面接による支援

- 1人20分以上の個別支援、又は1グループ80分以上のグループ支援（1グループは8名以下とする）。

#### b 6か月後の評価

- 6か月後の評価は、通信等を利用して行う。

## 3)「積極的支援」

### ①目的（めざすところ）

「動機付け支援」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、支援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

3ヶ月以上継続的に支援する。

### 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する。その上で、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。

### 〈初回時の面接による支援〉

- 動機づけ支援と同様の支援。

### 〈3か月以上の継続的な支援〉

3か月以上の継続的な支援については、ポイント制を導入し、支援Aで160ポイント以上、支援Bで20ポイント以上での合計180ポイント以

上の支援を実施することを必須とする。

この場合、支援Aを支援Bに、あるいは支援Bを支援Aに代えることはできないものとする。

#### 支援A（積極的関与タイプ）

- 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、生活習慣の振り返りを行い、行動計画の実施状況の確認に基づき、必要な支援を行う。
- 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導をする。
- 行動目標・計画の設定を行う。（中間評価）

#### 支援B（励ましタイプ）

- 行動計画の実施状況の確認と確立された行動を維持するために賞賛や励ましを行う。

#### 〈6か月後の評価〉

- 6か月後の評価は、個別の対象者に対する保健指導の効果に関するものである。
- 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評価を行う。
- 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。
- 継続的な支援の最終回と一体的に実施しても構わない。

#### ⑤支援形態

##### 〈初回時の面接による支援形態〉

- 動機づけ支援と同様の支援

##### 〈3か月以上の継続的な支援〉

#### 支援A（積極的関与タイプ）

- 個別支援A、グループ支援、電話A、e-mailAから選択して支援することとする（電話A、e-mailAとは、e-mail、FAX、手紙等により、初回面接支援の際に作成した特定保健指導支援計画及び実施報告書の実施状況について記載したものの提出を受け、それらの記載に基づいた支援をいう）。

#### 支援B（励ましタイプ）

- 個別支援B、電話B、e-mailBから選択して支援することとする（電話B、e-mailBとは、e-mail、FAX、手紙等により、支援計画の実施状況の確認と励ましや賞賛をする支援をいう）。

## 〈6か月後の評価〉

- 6か月後の評価は、通信等を利用して行う。
- 継続的な支援の最終回と一体的に実施しても構わない。

## ⑥支援ポイント

### ●個別支援 A

基本的なポイント；5分 20ポイント

最低限の介入量；10分

ポイントの上限；1回30分以上実施した場合でも120ポイントまでのカウントとする。

### ●個別支援 B

基本的なポイント；5分 10ポイント

最低限の介入量；5分

ポイントの上限；1回10分以上実施した場合でも20ポイントまでのカウントとする。

### ●グループ支援

基本的なポイント；10分 10ポイント

最低限の介入量；40分

ポイントの上限；1回120分以上実施した場合でも120ポイントまでのカウントとする。

### ●電話 A

基本的なポイント；5分 15ポイント

最低限の介入量；5分

ポイントの上限；1回20分以上実施した場合でも60ポイントまでのカウントとする。

### ●電話 B

基本的なポイント；5分 10ポイント

最低限の介入量；5分

ポイントの上限；1回10分以上実施した場合でも20ポイントまでのカウントとする。

### ●e-mailA

基本的なポイント；1往復 40ポイント

最低限の介入量；1往復

### ●e-mailB

基本的なポイント；1往復 5ポイント

最低限の介入量；1往復

## ⑦留意点

(支援ポイントについて)

- 1日に1回の支援のみカウントする。同日に複数の支援を行った場合、いずれか一つの支援形態のみをカウントする。
- 保健指導と直接関係のない情報のやりとり（保健指導に関する専門的知識・技術の必要ない情報：次回の約束や雑談等）は含まない。
- 電話又は e-mail による支援においては、双方向による情報のやり取り（一方的な情報の提供（ゲームやメールングリストによる情報提供）は含まない）をカウントする。
- 電話又は e-mail のみで継続的な支援を行う場合には、e-mail、FAX、手紙等により、初回面接支援の際に作成した行動計画の実施状況について記載したものの提出を受けること。なお、当該行動計画表の提出や、作成を依頼するための電話又は e-mail 等によるやり取りは、継続的な支援としてカウントしない。

(支援の継続について)

- 行動変容ステージが無関心期、関心期の場合は行動変容のための動機づけを継続することもある。

## ⑧積極的支援の例

- a 支援パターン1（個別支援を中心とした例）
- b 支援パターン2（個別支援と電話を組み合わせた例）
- c 支援パターン3（電話、e-mail を中心とした例）

## ⑨特定保健指導支援計画及び実施報告書の例

## ⑩行動計画実施状況把握のためのチェックリストの具体的な例

⑧ 積極的支援の例

a 支援パターン1 (継続的な支援において個別支援を中心とした例)

支援の種類	回数	時期	支援形態	支援時間(分)	獲得ポイント	合計ポイント		支援内容
						支援Aポイント	支援Bポイント	
初回面接	1	0	個別支援	20				<ul style="list-style-type: none"> <li>① 生活習慣と健診結果の関係の理解や生活習慣の振り返り、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、生活習慣の振り返り等から生活習慣改善の必要性を説明する。</li> <li>② 生活習慣を改善するメリットと現在の生活を続けるデメリットについて説明する。</li> <li>③ 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導をする。</li> <li>④ 対象者の行動目標や評価時期の設定を支援する。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。</li> <li>⑤ 体重・腹囲の計測方法について説明する。</li> <li>⑥ 生活習慣の振り返り、行動目標や評価時期について対象者と話し合う。</li> <li>⑦ 対象者とともに行動目標・支援計画を作成する。</li> </ul>
継続的な支援	2	2週間後	電話B	5	10		10	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 生活習慣の振り返りを行い、行動計画の実施状況の確認や必要に応じた支援をする。</li> <li>② 中間評価を行う。</li> <li>③ 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導をする。</li> <li>④ 行動計画の実施状況の確認と確立された行動を維持するために賞賛や励ましを行う。</li> </ul>
	3	1か月後	個別支援A (中間評価)	20	80	80		
	4		e-mail B	1	5		15	
	5	2か月後	個別支援A	20	80	160		
	6	3か月後	e-mail B	1	5		20	
評価	7	6か月後						<ul style="list-style-type: none"> <li>① 身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて確認する。</li> </ul>

b 支援パターン2 (継続的な支援において個別支援と電話を組み合わせた例)

支援の種類	回数	時期	支援形態	支援時間(分)	獲得ポイント	合計ポイント		支援内容
						支援Aポイント	支援Bポイント	
初回面接	1	0	グループ支援	80				<ul style="list-style-type: none"> <li>① 生活習慣と健診結果の関係の理解や生活習慣の振り返り、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、生活習慣の振り返り等から生活習慣改善の必要性を説明する。</li> <li>② 生活習慣を改善するメリットと現在の生活を続けるデメリットについて説明する。</li> <li>③ 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導をする。</li> <li>④ 対象者の行動目標や評価時期の設定を支援する。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。</li> <li>⑤ 体重・腹囲の計測方法について説明する。</li> <li>⑥ 生活習慣の振り返り、行動目標や評価時期についてグループメンバーと話し合う。</li> <li>⑦ 対象者とともに1人ずつ行動目標・支援計画を作成する。</li> </ul>
継続的な支援	2	2週間後	電話B	5	10		10	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 生活習慣の振り返りを行い、行動計画の実施状況の確認や必要に応じた支援をする。</li> <li>② 中間評価を行う。</li> <li>③ 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導をする。</li> <li>④ 行動計画の実施状況の確認と確立された行動を維持するために賞賛や励ましを行う。</li> </ul>
	3	1か月後	電話A	20	60	60		
	4		e-mail B	1	5		15	
	5	2か月後	電話A (中間評価)	20	60	120		
	6	3か月後	e-mail B	1	5		20	
	7		個別支援A	10	40	160		
評価	8	6か月後					<ul style="list-style-type: none"> <li>① 身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて確認する。</li> </ul>	

c 支援パターン3 (継続的な支援において電話、e-mailを中心とした例)

○受診勧奨者は、保健指導を優先することから、個別支援が必要であり、継続的な支援においてこのパターンを用いることはできない。

支援の種類	回数	時期	支援形態	支援時間(分)	獲得ポイント	合計ポイント		支援内容
						支援Aポイント	支援Bポイント	
初回面接	1	0	個別支援	20				<ul style="list-style-type: none"> <li>① 生活習慣と健診結果の関係の理解や生活習慣の振り返り、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、生活習慣の振り返り等から生活習慣改善の必要性を説明する。</li> <li>② 生活習慣を改善するメリットと現在の生活を続けるデメリットについて説明する。</li> <li>③ 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導をする。</li> <li>④ 対象者の行動目標や評価時期の設定を支援する。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。</li> <li>⑤ 体重・腹囲の計測方法について説明する。</li> <li>⑥ 生活習慣の振り返り、行動目標や評価時期について対象者と話し合う。</li> <li>⑦ 対象者とともに行動目標・支援計画を作成する。</li> </ul>
継続的な支援	2	2週間後	e-mail B	1	5		5	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 生活習慣の振り返りを行い、行動計画の実施状況の確認や必要に応じた支援をする。</li> <li>② 中間評価を行う。</li> <li>③ 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導をする。</li> <li>④ 行動計画の実施状況の確認と確立された行動を維持するために賞賛や励ましを行う。</li> </ul>
	3	1か月後	電話A (中間評価)	20	60	60		
	4		e-mail B	1	5		10	
	5	2か月後	e-mail A	1	40	100		
	6		電話B	5	10		20	
	7	3か月後	電話A	20	60	160		
評価	8	6か月後						<ul style="list-style-type: none"> <li>① 身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて確認する。</li> </ul>

### ⑨特定保健指導支援計画及び実施報告書の例

1 保健指導対象者名	利用券番号	2 保険者名	保険者番号

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

4 支援レベル	5 保健指導コース名
<input type="checkbox"/> 動機づけ支援 <input checked="" type="checkbox"/> 積極的支援	

6 継続的支援期間	開始年月日	平成18年7月9日
支援期間 12 週	終了年月日	週

7 初回面接による支援の支援形態・実施する者の職種	実績
支援形態	個別・グループ
実施する者の職種	

8 継続的な支援の支援形態・ポイント	回数	ポイント
個別A	2 (回)	160 (P)
個別B	0 (回)	0 (P)
グループ	0 (回)	0 (P)
電話A	0 (回)	0 (P)
電話B	1 (回)	10 (P)
e-mailA	0 (回)	0 (P)
e-mailB	2 (回)	10 (P)
合計	5 (回)	180 (P)

9 実施体制表(委託事業社)	個別A	個別B	グループ	電話A	電話B	e-mailA	e-mailB
A社 (機関番号)		○		○	○		
B社 (機関番号)	○					○	
C社 (機関番号)			○				○
D社 (機関番号)							

ポイント内訳  
(A) 160 (B) 20

10 保健指導の評価	1) 中間評価									
	<table border="1"> <tr> <th>実施年月日</th> <th>支援形態</th> <th>実施する者の職種</th> </tr> <tr> <td>計画 平成18年9月10日</td> <td>個別支援</td> <td></td> </tr> <tr> <td>実施 平成18年9月10日</td> <td>個別支援</td> <td></td> </tr> </table>	実施年月日	支援形態	実施する者の職種	計画 平成18年9月10日	個別支援		実施 平成18年9月10日	個別支援	
実施年月日	支援形態	実施する者の職種								
計画 平成18年9月10日	個別支援									
実施 平成18年9月10日	個別支援									

2) 6か月後の評価	<table border="1"> <tr> <th>実施年月日</th> <th>支援形態</th> <th>実施する者の職種</th> </tr> <tr> <td>計画 平成19年1月9日</td> <td>個別支援</td> <td></td> </tr> <tr> <td>実施 平成19年1月9日</td> <td>個別支援</td> <td></td> </tr> </table>	実施年月日	支援形態	実施する者の職種	計画 平成19年1月9日	個別支援		実施 平成19年1月9日	個別支援	
実施年月日	支援形態	実施する者の職種								
計画 平成19年1月9日	個別支援									
実施 平成19年1月9日	個別支援									

11 行動目標・行動計画	設定日時	平成18年7月9日	平成18年9月10日(中間評価)	○年○月○日
行動目標・計画の設定及び変更	目標値		cm kg mmHg mmHg kcal kcal kcal	
	行動目標	6ヶ月後に体重を3kg減少する	6ヶ月後に体重を3kg減少する	
	行動計画	①1日30分間歩く ②体重を毎日測定する	①1日30分間歩く ②体重を毎日測定する ③夜食の回数を週7回から週3回に減らす	
	変更理由			

12 保健指導の実施状況

1) 初回面接による支援

	機関名・番号 (職種・指導者名)	実施年月日	実施時間	腹囲(増減数)	体重(増減数)	収縮期血圧(増減数)	拡張期血圧(増減数)	行動変容ステージ	保健指導実施内容	保健指導支援形態 1. 個別 2. グループ (実施時間)
初回	△△△△ ○○○○ (保健師)	平成18年7月9日	20分	cm ( )	kg ( )	mmHg ( )	mmHg ( )	(1)無関心期 (2)関心期 (3)準備期 (4)実行期 (5)維持期	・生活習慣と健診結果の関係について ・標準的な食量、運動量の目安の提示 ・生活習慣の振り返り ・行動目標および計画の策定	①個別(20分) 2. グループ( )分

2) 継続的な支援(腹囲、体重、血圧については中間評価時は必須。しかし、他の回については実施していない場合は記載の必要はない)

(1) 個別・グループ・電話A・e-mailAによる支援(支援A)

	機関名・番号 (職種・指導者名)	実施年月日	実施時間	腹囲(増減数)	体重(増減数)	収縮期血圧(増減数)	拡張期血圧(増減数)	生活習慣の改善状況	指導の種類	保健指導支援形態 1. 個別 2. グループ 3. 電話A 4. E-mailA (実施時間)	支援実施ポイント	合計ポイント
2回目	□中間 □終了 □6ヶ月評価 △△△△ ○○○○ (保健師)	平成18年7月9日	20分	cm ( )	kg ( )	mmHg ( )	mmHg ( )	{ 栄養・食生活 0. 変化なし ①改善 2. 悪化 身体活動 ①変化なし 1. 改善 2. 悪化 喫煙 1. 禁煙継続 2. 非継続 ③非喫煙 4. 禁煙の意思なし }	食事 □ 運動 □ 禁煙 □	①個別(20分) 2. グループ( )分 3. 電話A( )分 4. E-mailA( )分	80	160
3回目	□中間 □終了 □6ヶ月評価 ○○○○ ○○○○ (保健師・運動指導士)	平成18年9月10日	20分	cm ( )	kg ( )	mmHg ( )	mmHg ( )	{ 栄養・食生活 ①変化なし 1. 改善 2. 悪化 身体活動 0. 変化なし ①改善 2. 悪化 喫煙 1. 禁煙継続 2. 非継続 ③非喫煙 4. 禁煙の意思なし }	食事 □ 運動 □ 禁煙 □	①個別(20分) 2. グループ( )分 3. 電話A( )分 4. E-mailA( )分	80	
4回目	□中間 □終了 □6ヶ月評価			cm ( )	kg ( )	mmHg ( )	mmHg ( )	{ 栄養・食生活 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 身体活動 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 喫煙 1. 禁煙継続 2. 非継続 3. 非喫煙 4. 禁煙の意思なし }	食事 □ 運動 □ 禁煙 □	1. 個別(20分) 2. グループ( )分 3. 電話A( )分 4. E-mailA( )分		
5回目	□中間 □終了 □6ヶ月評価			cm ( )	kg ( )	mmHg ( )	mmHg ( )	{ 食習慣 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 運動習慣 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 喫煙 1. 禁煙継続 2. 非継続 3. 非喫煙 4. 禁煙の意思なし }	食事 □ 運動 □ 禁煙 □	1. 個別(20分) 2. グループ( )分 3. 電話A( )分 4. E-mailA( )分		

(2) 電話Bによる支援（支援B）

	保健指導機関名	番号	保健指導者名	職種	実施年月日	実施時間	支援ポイント	合計ポイント
1					平成18年7月23日	5分	10	10
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

(3) e-mailBによる支援（支援B）

	保健指導機関名	番号	保健指導者名	職種	実施年月日	実施回数	支援ポイント	合計ポイント
1					平成18年8月23日	1往復	5	10
2					平成18年10月9日	1往復	5	
3								
4								
5								
6								
7								
8								

13 6ヶ月後の評価（ただし、腹囲、体重、血圧を実施していない場合は記載の必要はない）

	（保健指導者） （職種） （番号） （番号）	実施年月日	腹囲 （増減数） cm	体重 （増減数） kg	収縮期血圧 （増減数） mmHg	拡張期血圧 （増減数） mmHg	生活習慣改善の状況	保健指導支援形態 1. 個別 2. グループ 3. 電話A 4. E-mailA
6ヶ月後の評価	△△ △△  ○○ ○○  （保健師）	平成19年1月9日					栄養・食生活 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 身体活動 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 喫煙 1. 禁煙継続 2. 非継続 3. 非喫煙 4. 禁煙の意思なし	① 個別 （20分） ② グループ （分） ③ 電話A （分） ④ E-mailA （分）

### ⑩行動計画実施状況把握のためのチェックリストの具体的な例

\* 対象者の行動目標・行動計画に合わせてチェック項目を作成すること

月	日(月)	日(火)	日(水)	日(木)	日(金)	日(土)	日(日)
<b>天気</b>	<input type="checkbox"/> 晴 <input type="checkbox"/> 曇 <input type="checkbox"/> 雨 <input type="checkbox"/> 雪	<input type="checkbox"/> 晴 <input type="checkbox"/> 曇 <input type="checkbox"/> 雨 <input type="checkbox"/> 雪	<input type="checkbox"/> 晴 <input type="checkbox"/> 曇 <input type="checkbox"/> 雨 <input type="checkbox"/> 雪	<input type="checkbox"/> 晴 <input type="checkbox"/> 曇 <input type="checkbox"/> 雨 <input type="checkbox"/> 雪	<input type="checkbox"/> 晴 <input type="checkbox"/> 曇 <input type="checkbox"/> 雨 <input type="checkbox"/> 雪	<input type="checkbox"/> 晴 <input type="checkbox"/> 曇 <input type="checkbox"/> 雨 <input type="checkbox"/> 雪	<input type="checkbox"/> 晴 <input type="checkbox"/> 曇 <input type="checkbox"/> 雨 <input type="checkbox"/> 雪
<b>身体チェック</b>							
●体重計測 (毎朝 計測)	<input type="checkbox"/> 計測した (計測時間 : ) <input type="checkbox"/> 計測しなかった						
●今日の体重	( )Kg						
●腹囲計測 (毎週に1回計測)	<input type="checkbox"/> 計測した( )cm <input type="checkbox"/> 計測しなかった						
<b>運動チェック 目標：60 kcal/日 消費量アップ 目安→普通歩行(10分間)約25kcal 速歩(10分間)約40kcal</b>							
●普通歩行10分	<input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> できなかった						
●速歩 10分 速歩10分 約1,000歩	<input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> できなかった						
●腹筋	<input type="checkbox"/> できた( )回 <input type="checkbox"/> できなかった						
●今日の歩数	( )歩						
<b>食事チェック 目標：140 kcal/日 摂取量ダウン 目安→クリームパン/ジャムパン(各1個)約300kcal ざるそば(普通盛1人前)約300kcal</b>							
●甘い炭酸飲料は飲まない 1本(500ml)約200kcal	<input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> できなかった						
●コーヒーの砂糖は甘味料(エネルギー量の低いもの)とする。 スティックシュガー(1本)約12kcal 甘味料(1本)約2kcal	<input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> できなかった						
●揚げ物・炒め物は1日1料理まで	<input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> できなかった						
●菓子は2日に1回、1個まで クリームパン/ジャムパン (各1個)約300kcal	<input type="checkbox"/> 菓子を食べなかった <input type="checkbox"/> 1個食べた <input type="checkbox"/> 2個以上食べた						
●3食以外の夜食は食べない ご飯(1杯)約300kcal	<input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> できなかった						
<b>総合チェック</b>							
●今日はよく頑張った!	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No						
●気分よい1日だった	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No						

#### 4) 実施にあたっての留意事項

##### ①プライバシーの保護について

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個人情報保護について

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個人情報保護法や個人情報保護に関する条例等に基づき、適切に扱うこと。

##### ③フォローアップについて

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。

##### ④積極的支援における保健指導実施者について

糖尿病等の生活習慣病の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り、保健指導実施者と保健指導対象者との十分な信頼関係が必要であることから、同職種が数回にわけて行う場合は、できる限り同じ者が実施することが望ましい。

##### ⑤保健指導の対象者について

糖尿病等の生活習慣病の予備群に対する保健指導は、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を目的とするものであり、保健指導を実施する際には、家族等代理者ではなく、対象者に直接行うこととする。

### (5) 望ましい保健指導

前項は、効果的な保健指導の要件を今後整理していくにあたって、最低限実施すべき支援を整理したものであるが、参考例として、これまでの事例等から望ましいと考えられるパターンを以下に示す。

#### 1) 「積極的支援」

##### ①支援期間

- 6か月間の実施

##### ②支援形態

- 初回面接
- 対面による中間評価
- 対面による6か月後の評価
- 6か月後の評価まで、電話、e-mail を利用した月 1 回以上の支援

##### ③支援内容

- 生活習慣の振り返り
- 行動目標及び支援計画の作成
- 生活習慣改善状況の確認
- 食生活及び運動に関して体験を通じた支援

●歩数計などのツールを使用した支援

④望ましい積極的支援の例

(1)6か月にわたる継続した頻回な支援の例

(2)健康増進施設(例：水中運動、ジム等)を活用した例

(1) 6か月にわたる継続した頻回な支援の例

支援の種類	回数	時期	支援形態	支援時間(分)	獲得ポイント	合計ポイント		支援内容
						支援Aポイント	支援Bポイント	
初回面接	1	0	個別支援	30				① 健診結果と生活習慣の理解。 ② 自らの生活習慣を振り返り、改善の必要性を理解する。 ③ 体重・腹囲・血圧、歩数等のセルフモニタリング。 ④ 3か月の目標、行動目標を立てる。 ⑤ 運動実施計画をたて、健康増進施設との連携を図る。
継続的な支援	2	2週間後	電話B	10	20		20	① 生活習慣の振り返りを行い、行動計画の実施状況の確認や必要に応じた支援をする。 ② 中間評価を行う。 ③ 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導をする。 ④ 行動計画の実施状況の確認と確立された行動を維持するために賞賛や励ましを行う。
	3	1か月後	個別支援A	30	120	120		
	4	2か月後	e-mail A	1	40	160		
	5	3か月後	グループ支援	90	90	250		① 栄養・運動等に関する講義・実習。 ② 体重・腹囲・血圧等を測定、家庭実践記録の確認、目標修正。
	6	4か月後	e-mail A	1	40	290		① 生活習慣の振り返りを行い、行動計画の実施状況の確認や必要に応じた支援をする。 ② 中間評価を行う。 ③ 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導をする。 ④ 行動計画の実施状況の確認と確立された行動を維持するために賞賛や励ましを行う。
	7	5か月後	e-mail B	1	5		25	
評価	8	6か月後	個別支援	30				① 身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて確認する。

(2) 健康増進施設（例：水中運動、ジム等）を活用した例

\*運動実践時間は保健指導時間に含めていない

支援の種類	回数	時期	支援形態	支援時間(分)	獲得ポイント	合計ポイント		支援内容
						支援Aポイント	支援Bポイント	
初回面接	1	0	個別支援	30				① 健診結果と生活習慣の理解。 ② 自らの生活習慣を振り返り、改善の必要性を理解する。 ③ 体重・腹囲・血圧、歩数等のセルフモニタリング。 ④ 3か月の目標、行動目標を立てる。 ⑤ 運動実施計画をたて、健康増進施設との連携を図る。
継続的な支援	2	1週間後	運動指導・面談（グループ支援）	60	60	60		① 運動メニューの作成、運動実施方法の説明。 ② 体重測定、体調管理、疑問点の確認。
	3	2週間後	個別支援B	5	10		10	① 運動実施状況の確認、体重測定、励まし。
	4	3週間後	個別支援B	5	10		20	
	5	4週間後	グループ支援	60	60	120		① 食事に関する講義・実習。 ② 体重・腹囲・血圧等を測定、家庭実践記録の確認、目標修正。
	6	5週間後	個別支援B	5	10		30	① 運動実施状況の確認、体重測定、励まし。
	7	6週間後	個別支援B	5	10		40	
	8	7週間後	個別支援B	5	10		50	
	9	8週間後	個別支援A	20	80	200		① 体重・腹囲・血圧等を測定、実践記録の確認、目標の再確認。
	10	9週間後	個別支援B	5	10		60	① 運動実施状況の確認、体重測定、励まし。
	11	10週間後	個別支援B	5	10		70	
	12	11週間後	個別支援B	5	10		80	
	13	12週間後	個別支援A	20	80	280		① 実践状況確認、3か月後に向けた行動計画作成。
	評価	14	6か月後					

## (6) 保健指導のプロセスと必要な保健指導技術

保健指導のプロセスに沿った効果的な保健指導技術の展開例を示す。

### ① 保健指導の準備

#### ●保健指導の環境整備

- ・対象者のプライバシーの確保、話しやすい環境設定を心がけて、場を設定する。
- ・対象者にとって都合の良い時間帯の設定に配慮する。
- ・実現可能な1人あたりの時間を設定する。

#### ●資料の確認

- ・健診データ、質問票、前回までの保健指導記録等を読む。

#### ●対象者に活用できる資源のリストの準備

- ・教材、指導媒体、社会資源等のリストを準備する。

#### ●保健指導担当者間の事前カンファレンス

- ・担当者個人の判断による指導を避けるために、必要に応じて指導内容を担当者間で確認しておく。

### ②対象との信頼関係の構築

#### ●自己紹介

- ・さわやかな挨拶をする。
- ・保健指導実施者としての立場や役割、目的、タイムスケジュール等を説明する。

#### ●話しやすい雰囲気づくり

- ・非言語的アプローチを含め、ねぎらいと感謝で迎えるなどの雰囲気づくりをする
- ・対象者の話すスピードや理解の度合いを把握し、そのペースを大切に
- ・緊張感等にも配慮しながら、必要に応じてユーモアを入れたり、具体的例示等を盛り込んで、話しやすい環境に近づける。

### ③アセスメント（情報収集・判断）

#### ●対象者の準備段階や理解力、意欲の確認

- ・今回の健診結果とその推移を確認する。
- ・健診結果のもつ意味を本人と一緒に確認する。
- ・家族歴や家族の状況等を確認し、疾病や健康に対する関心を探りながら話す。
- ・健診結果を活用し、データと病態との関連が理解出来るよう説明する。その際、対象者の関心の度合いや理解度を考慮し、教材を選択し、絵を描くなどしてイメージを持たせる。

- ・他の検査結果とも関連づけながら、予防に向けての関心や注意を促す。
- これまでの生活習慣についての振り返りと現状の確認
  - ・対象者とこれまでの生活習慣を振り返り、生活習慣と健康や検査結果との関連について理解しているか、対象者の関心の有無等を把握する。
  - ・現在の生活習慣や健康状態の確認を行う。
  - ・対象者の行動変容のステージの段階を理解する。
  - ・対象者が考える現在の行動変容のステージについて尋ね、関心のあるところから話を始めていく。
  - ・生活に即した目標設定のために、職業だけでなく、職場と家庭との距離や職業以外の日常の運動量を確認する。また、習慣的な食事量や間食、飲酒等についても確認する。

#### ④気づきの促し

- 生活習慣を改善することで得られるメリットと、現在の生活を続けることのデメリットの理解の促し
  - ・検査データが悪化した時期の生活を確認する。
  - ・健診結果やこれまでの話の中から、生活習慣の改善の必要性を実感できるよう導く。
  - ・対象者の食習慣にあわせ、自分の食行動や食事量と改善目標とする食行動や食事量（例えば、間食や飲酒量など）との違いを確認できるように促す。
  - ・毎日実施することが難しそうな場合は、週に何回か実施することでもメリットがあることを説明する。
  - ・無関心期の人には、例え目標設定まで至らなくても、日常生活に目を向けられるように促し、メタボリックの病態や予後についての意識づけを行う。
- よい生活習慣と悪い生活習慣の比較
  - ・自分の身近な人での出来事など本人の気になる健康習慣や病態を伝える。
  - ・健康でいることの大事さを教えてくれた人の例を話す。
- グループワークの活用
  - ・グループワークの場合はグループダイナミクスを利用して、気づきが自分の生活状況の表現のきっかけになるようにする。
  - ・対象者が、グループワークでお互い共有できる部分があることを知ること、仲間とともに具体的な生活改善に取り組もうとする意欲を促す。

#### ⑤対象者の自己の健康行動と、科学的根拠のある方法の理解の促進及び教材の選定

- 対象者の行動変容を促すことができるような教材の選択
  - ・対象者が体に起こっている変化を実感し、現在の健康状態を理解出来るような教材。
  - ・運動によるエネルギー消費量と、よく食べる料理・菓子・アルコール等のエネルギー量を一緒にみながら考えることが出来るような教材。
  - ・これまでの生活習慣について、何をどう変えたらよいか、そしてこれなら出来そうだと実感できるために、1日あたりの生活に換算して示せるような教材。
  - ・習慣化している料理や食品などから、エネルギーの過剰に寄与し、かつ対象者が生活習慣の改善として受け入れやすい教材。例えば、調理法（揚げ物等）、菓子・嗜好飲料（ジュース、缶コーヒー、アルコール等）の量とエネルギー等との関係など。
- 教材を一緒に見ながら、生活習慣病に関する代謝のメカニズムや内臓脂肪と食事（エネルギーや栄養素等）の内容との関係について説明する。
- 現在の生活習慣における問題点への気づきがみられた際には、自らがその問題点について改善が必要であると自覚できるように、その問題点に関する加齢の影響などに関して専門的な指導を行う。
- 効果的な食事・運動の根拠について説明する。

## ⑥目標設定

- 自己決定の促し
  - ・日々の生活の中で実行出来、また継続出来るよう、より具体的な目標を設定出来るよう促す。
  - ・本人が考え、自己表現出来る時間を大切にする。
- 行動化への意識づけ
  - ・立てた目標を見やすい場所に明示しておくなど、行動化への意識づけを促す。
  - ・立てた目標を家族や仲間に宣言する機会をつくる。
- 社会資源・媒体等の紹介
  - ・具体的な指導媒体、記録表、歩数計などを紹介・提供する。
  - ・健康増進施設や地域のスポーツクラブ、教室等のプログラムを紹介する。
  - ・地域の散歩コースなどを消費エネルギーがわかるように距離・アップダウンを含めて提示する。
  - ・地域の教室や自主グループを紹介する。

## ⑦継続フォロー

- 継続フォローの重要性の説明と了解
  - ・失敗したとしても、やり直せることを伝える。

- ・これからも支援していくという姿勢・こちらの思いを伝える。

- 支援形態の確認

- ・面接、電話、e-mail、FAXなどの具体的な方法を確認する。

- 目標の再確認

- ・1回設定した目標の達成度を確認する。
- ・中間評価の時に自分の目標のところまで到達したことを話してもらえ  
るような関係作りをしておく。
- ・目標に対する到達点を対象者にも評価してもらおう。
- ・成果を目に見える形で対象者が感じられるように気づかせる。

### ⑧評価（3～6ヶ月後）

- 目標達成の確認

- ・これまでの目標達成状況、取り組みの満足度などを確認する。
- ・期間中の保健指導が、対象者の生活にとってどうだったかを確認でき  
るようになる。
- ・今後の目標の提示を促す。
- ・支援レターを送付する。
- ・今後の予定を説明する。

- 個人の健診データの評価

- ・次回の健診データ等を活用して、客観的な評価を行う。

#### 【指導実施における留意点】

- \*教材を使用する場合、その効果を確認し、教材の改善に繋げていく。
- \*保健指導の内容や相手の語ったエピソードなどを記録して次回の保健指導に役  
立てるよう、事例を蓄積する。

## （7）保健指導の未実施者及び積極的支援の中断者への支援

保健指導実施率は高めることが望ましいことから、医療保険者及び保健指  
導実施者は連携し、全ての対象者が保健指導を受けられるように努力するこ  
とが必要となる。

しかしながら、何らかの理由により動機づけ支援の対象者、積極的支援の  
対象者の中に、保健指導を受けない者・中断者がいることも想定される。そ  
の際には、例えば次のような支援が必要になると考えられる。

- 保健指導実施者は、対象者が保健指導を受けなかった場合、電話、e-mail、  
FAXなどにより実施予定日から1週間以内に連絡し、指導を受けるよう  
に促す。
- 保健指導実施者が連絡したにも関わらず、保健指導を受けない場合には、

医療保険者に連絡し、医療保険者も保健指導を受けるように促す。

- 動機づけ支援及び積極的支援の初回時において、連絡したにもかかわらず保健指導対象者が保健指導を受けない場合は、「情報提供」支援は必ず実施することが必要である。
- 積極的支援においては、支援内容や方法、日時等について保健指導の計画を作成する際に十分な話し合いを行い、計画について対象者が十分に納得することにより、保健指導の終了まで継続的に支援できるように工夫することが必要である。
- 最終的に動機づけ支援や積極的支援において保健指導が未実施となった者、中断した者については、次年度の保健指導実施時に、保健指導を優先的に実施することが望ましい。
- 医療保険者は、保健指導の未実施者及び中断者からその理由を聞くことや、保健指導実施者と医療保険者が話し合いをすること等により、保健指導を受けない理由を明確にし、次年度以降の保健指導につなげることが必要である。
- 保健指導の実施においては、ポピュレーションアプローチや社会資源を有効に活用する必要がある。

## (8) 「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。行動目標を設定はするが、健診結果と健康状態との関連の理解・関心への促しや、日常生活の振り返りへの支援を確実にし、対象者に合わせたフォローアップを行う。

## 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生活習慣病の有病者・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、データを採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、糖尿病等の生活習慣病の有病者・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編第3章を参照されたい。

#### 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 リスクのリスク個数 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 リスク者・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		
	(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

地域保健においては、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衛生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場合もあるが、業種によっては、一定の場所に集まっているわけではなく、また、業務に従事しているため保健指導が受けにくい状況もある。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ができる場合もあるが、すべての労働者に保健指導が実施できない場合もあり、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、職域ごとの保健指導の実施体制を考慮した効果的な保健指導を行う必要がある。さらに、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を工夫すれば、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・職域いずれにおいても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、就労上の配慮等に重点が置かれており、かつ職住地域が異なるため、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、社会資源を医師、保健師、管理栄養士等の地域の団体とも連携し、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に限られることから、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。

### 3) 地域・職域連携推進協議会と保険者協議会との連携

平成20年度から特定健診・特定保健指導が医療保険者に義務づけられ、内臓脂肪症候群に着目したハイリスクアプローチが被保険者・被扶養者に提供される。この医療保険者によるハイリスクアプローチと、地域・職域連携推進協議会が地域・職域全体で取り組むポピュレーションアプローチとを一体的に提供していくことが期待される。

地域・職域連携推進協議会と保険者協議会の主な役割は、図のとおりである。地域・職域連携推進協議会においては、保険者協議会における医療費等の分析や特定健診・特定保健指導に関する実施体制、結果等から得られた現状や課題について情報提供を受け、地域全体として取り組む健康課題を明らかにし、保健医療資源を相互に活用、又は保健事業を共同で実施することにより、地域・職域連携推進事業を進めていくことが望まれる。

図：地域・職域連携推進協議会と保険者協議会の主な具体的役割

<都道府県協議会の主な具体的役割>

- 各関係者（医療保険者・市町村衛生部門・事業者、関係団体等）の実施している保健事業等の情報交換、分析及び第三者評価
- 都道府県における健康課題の明確化
- 都道府県健康増進計画や特定健康診査等実施計画等に位置づける目標の策定、評価、連携推進方策等の協議
- 各関係者が行う各種事業の連携促進の協議及び共同実施
  - ・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連携方策
  - ・生活習慣病予防対策と介護予防施策、メンタルヘルス、自殺予防、性差に着目した対策等、他の施策との連携方策
  - ・科学的根拠に基づく健康情報の発信に関する連携方策
  - ・研修会の共同実施、各種施設等の共同利用
- 事業者等の協力の下、特定健診・特定保健指導等の総合的推進方策の検討
  - ・特定健診・特定保健指導等の従事者などの育成方策
  - ・特定健診・特定保健指導等のアウトソーシング先となる事業者等の育成方策
  - ・被扶養者に対する施策に関する情報交換、推進方策
- 協議会の取組の広報、啓発



<保険者協議会の主な具体的役割>

- 保険者間における意見調整
- 各都道府県ごとの医療費の調査、分析、評価
- 被保険者に対する教育や普及啓発等をはじめとする保健事業、保健事業の実施者の育成・研修等の共同実施
- 各保険者の独自の保健事業や、運営等についての情報交換
- 物的・人的資源のデータベース化及び共同活用
- 特定健診・特定保健指導等の実施体制の確保
  - ・集合契約等に関する各種調整、情報共有等
- 特定健診・特定保健指導等のアウトソーシング先の民間事業者の評価
  - ・事業者等に関する情報の収集や提供
  - ・事業者の評価手法の検討、評価の実施
  - ・評価結果の決定（契約更新の適否、機関番号停止等の判断等）、共有

## 第6章 保健指導の実施に関するアウトソーシング

### (1) 基本的事項

#### 1) 保健指導アウトソーシングの必要性

これまでの健診・保健指導は、健診の受診率を上げることに重点が置かれ、健診後の保健指導は付加的なサービスという位置づけであったが、今後は内臓脂肪症候群のリスクを有する者に対する保健指導、すなわち個人の生活習慣の改善を支援する保健指導の実施が重要となる。このような保健指導は、老人保健事業の個別健康教育や国保ヘルスアップ事業で実施されてきたところであるが、これらの事業には人的資源が相当必要であることが明らかとなっている。また、健診・保健指導は医療保険者が実施することから、保健指導が必要な対象者が確実に把握され、実際に保健指導を受ける者がかなり多くなることも予測される。

一方、内臓肥満症候群のリスクを有する者に生活習慣の改善を促すためには、保健師・管理栄養士等には高い専門性が求められ、保健指導の実績を積み重ね、研鑽を重ねて保健指導の技術を高度化していくことが求められる。また、IT産業などが開発する生活習慣改善支援機器を活用した保健指導方法の導入や、対象者のニーズを踏まえた多様な保健指導の実施体制が求められている。

市町村や事業所・健保組合などで健診後の保健指導に従事している現在の保健師、管理栄養士等の実施体制のみでは、増大する保健指導業務に十分に対応できないことが想定され、また、これらの機関で大幅な増員をすることが困難であることから、健診後の保健指導を行う事業者を育成し、このような需要に対応できる保健師、管理栄養士等を確保し、保健指導のアウトソーシングを行っていく方向性が示されたところである。

医療保険者は、アウトソーシングに当たって、健診・保健指導業務全体の目的を明確にし、事業計画を立案、そして評価を行うことが重要である。

#### 2) アウトソーシングの目的

保健指導のアウトソーシングは、内臓肥満症候群のリスクを有する者に対して、個人のニーズに基づいた生活習慣の改善を支援する保健指導の提供体制を整備することが当面の目的であるが、将来的には、保健指導の量が確保されることにより保健指導の質の向上につながっていくことが期待され、効率的かつ質の高い保健指導を実現する体制をめざすものである。

## (2) アウトソーシングの対象となる保健指導業務

保健指導業務の範囲を健診後の保健指導、すなわち「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」に限定して考えると、アウトソーシングができる業務は、それぞれの保健指導の一部の業務を事業者へ委託すること（部分委託）や、保健指導業務をそれぞれ又はすべてを一括して委託すること（全面委託）が考えられる。また、どのような範囲の業務委託であっても、健診・保健指導の事業の企画及び評価については医療保険者自らが行うものである。

なお、純然たる保健指導業務以外の健診受診者のデータ処理、保健指導対象者の選定、保健指導結果の処理などについては、ここでは触れないこととする。

### 1) 全面委託、部分委託のメリット、デメリット

保健指導業務の委託の考え方として、全面委託をする場合は、事業者の裁量が増え様々な工夫や効率化が図られることになるが、一方で、保健指導業務の評価には年数がかかることから、成果の出る保健指導が行われているかの判断が遅れるというリスクを医療保険者は抱えることになる。また、医療保険者に所属する保健師・管理栄養士等の保健指導技術の低下が危惧され、事業の企画及び評価の実施に問題がでる可能性もある。

他方、部分委託の場合は、委託された業務の効率化はあまり望めないが、医療保険者に業務の実施が残ることから、ここに所属する保健師・管理栄養士等の技術の向上や生活習慣病対策への熱意を維持することが期待できる。また、医療保険者の保健師、管理栄養士等が直接、対象者の保健指導を行うことで、対象者の問題や課題を早期に把握でき、改善に向けた事業の企画が可能になる。

### 2) 「情報提供」のアウトソーシング

「情報提供」については、健診結果と質問票の内容に基づき、対象者全員に個別に行うことから、委託をする場合は、健診機関から直接データをもらい、結果表を作成し対象者に提供するという業務となる。全面委託は、これら一連の業務を事業者が行うことになり、医療保険者は情報提供を行ったという結果が事業者から連絡される。

一方、部分委託の例としては、健診結果と質問票の内容について結果表作成までを委託し、対象者に提供する役割は医療保険者自身が行う方法である。健診結果を渡す時を保健指導の重要な機会と捉え、健診結果と生活習慣に関する情報を保健師・管理栄養士等が直接説明をする方式をとる場合は、このような部分委託となる。

### 3)「動機づけ支援」のアウトソーシング

「動機づけ支援」については、どのような保健指導の方法を採用するかによって異なるが、たとえば個別面接や、グループ面接を組む場合には、このような支援全体を委託する場合は全面委託となる。動機づけ支援の対象者の職場を訪ねて面接指導を委託する場合や、公民館等に動機づけ支援の対象者に集まってもらって面接指導する業務をすべて委託するような場合も、これに該当する。

一方、部分委託の例としては、1回の支援のうち運動指導の部分のみを委託する場合や、電話やメールで6ヶ月後の評価を行う部分のみを委託する場合が考えられる。

### 4)「積極的支援」のアウトソーシング

「積極的支援」については、3ヶ月から6ヶ月程度の支援プログラムを組んで行うものであるため、全面委託の場合は、初回面接から継続支援の実施、中間評価、6ヶ月後の評価の一連の業務を委託することになる。

一方、部分委託は、多くの例が考えられる。例えば、初回面接から支援計画の作成、中間評価、6ヶ月後の評価などは医療保険者の保健師・管理栄養士等が行い、施設を使って行う食生活指導や運動指導のような対象者が自ら実践するような事業については委託する場合や、評価のみ医療保険者が行い、支援の計画作成から実施までを委託する場合も考えられる。

また、詳細な質問票から行動変容のステージ（準備段階）を把握することが可能となるが、無関心期の対象者に対する保健指導は画一的な支援プログラムで支援することは困難であるため、このような対象者は医療保険者の保健師、管理栄養士等が支援することも考えられる。

どのような保健指導業務を委託するのかの判断は、保健指導の目的とする生活習慣の改善が図られる体制の在り方をまず考え、医療保険者が有する人的資源、委託できる事業者の有無等から総合的に判断し、委託の範囲を決めるべきであろう。

## (3) 保健指導アウトソーシングの留意事項

健診後の保健指導は、付加的なサービスという位置づけであったことに加え、特に地域においては、保健活動は公共サービスの一つとして行政が直接実施してきた歴史があることから、この分野において、民間事業者の参入はほとんど行われてこなかった。このため、保健指導のアウトソーシングは、民間事業者の育成を図りつつ実施されていくことになる。このような状況であるため、委託元となる医療保険者、特に市町村国保、そして委託先となる民間事業者は手探りの中でアウトソーシングを進め、関係性を築いていくことになる。そこで、民間事業者への委託が進んでいる分野の事例を参考として、アウトソーシングにあたっての留意事項を整理した。

### 1) 委託する業務の目的の明確化

医療保険者は、業務を委託する前に、健診・保健指導業務全体の目的、理念を明確にし、実施体制を考え、その中からどのような業務を委託するかを決めていくが、委託する業務はどのような理念に基づき、その目的は何かを明確にし、それを委託先の事業者伝えることが重要である。

具体的には、委託に際して作成する基準などに理念や目的が表現されることになるが、このことによって、適切な事業者を選定することができる。また、委託後に事業者と事業の目的を共有することができ、このことで協働する関係が構築でき、効果的、効率的な事業の実施につながる。

### 2) 保健指導の質の評価

委託に当たって、保健指導の質を確保する仕組みを導入することが必要である。

1つは、事業者の選定に際して、保健指導の質を基準とすることである。保健指導の質は、サービス提供者の技術と熱意が関係することから、選定時にサービス提供者の技術の程度（資格及び研修体制、マニュアルの有無、指導成果の実績等）を医療保険者に所属する専門職の目を通して確認することが重要である。

2つめは、保健指導業務の終了後に、その評価を行うことである。例えば、対象者の満足度調査を行う、次年度の健診結果や対象者の生活習慣の改善度をみる、そして健診結果とレセプトの突合による保健指導の効果をみるなどの方法が考えられる。その結果により、事業者に対して保健指導の質の改善を促すことや、改善の見込みがない場合には、契約を更新するかについて検討する必要がある。

3つめは、委託業務に関する情報交換と情報公開である。これは、各都道府県に設置されている保険者協議会などを活用して、事業者の資質に関する情報交換等を行い、他の医療保険者の目を通した評価を行うことも必要であろう。

### 3) 委託した業務と生活習慣病対策全体の連動

保健指導業務の委託には、前述したように様々な委託方法があるが、どのような委託を行ってもその業務は生活習慣病対策の一部であり、ポピュレーションアプローチを含めた対策全体といかに連動させていくかが重要である。

事業者が地域や事業所で行われているポピュレーションアプローチを理解し、このような社会資源を個々の対象者に対する保健指導に活用することを、委託業務の中に位置づけることが必要である。このためには、医療保険者は、事業者と十分な情報交換を行うとともに、地域や事業で行われているポピュレーションアプローチに関する活動を提示することが必要となる。そして、医療保険者は、常に生活習慣病対策全体を視野に入れて、事業の運営に当たることが重要である。

#### 4) 医療保険者の専門職の技術の維持・向上

医療保険者に所属する保健師・管理栄養士等の役割は、事業者へのアウトソーシングを含めた保健指導プログラムの企画や実施機関間の調整、そして委託した事業者の保健指導の質を評価することである。これらの業務を行うためには、保健指導に関する技術を維持・向上させることが前提となる。このためには、医療保険者の保健師・管理栄養士等が、業務を委託した場合であっても、保健指導業務に直接従事できる体制を整備しておくことを考慮する必要がある。例えば、対象者に対する保健指導業務の一部（個別面接、指導計画作成、評価）を医療保険者の保健師、管理栄養士等の業務とすることや、支援プログラムに乗りにくい「無関心期」の対象者の保健指導を医療保険者が直接に実施することなどが考えられる。

#### 5) モニター<sup>3</sup>、苦情処理

医療保険者は事業の実施責任者として、委託した業務の実績や支援プログラムの進行状況、保健指導を受けない者に対する対処状況、事業所の保健師・管理栄養士等のサービス提供者の変更や研修の状況など、適切な保健指導が行われているのかについて、適宜報告を求めることが必要である。

そして、対象者から出される保健指導サービスに対する不満や苦情を受け止める窓口を設置するとともに、これらの情報に対して、早期に適切に対処することが求められる。

#### 6) 保健指導の価格の設定

健診後の保健指導業務は、付加的な存在であったことから、現状では価格が設定されていないことが多いが、今後、保健指導業務をアウトソーシングしていく際には、前述した事業者の選定方法を参考に、価格が決まっていくものと思われる。しかし、保健指導は、外形的には1対1で面接をしている場面が主であり、面接による支援は対象者に合わせて行うものであることから、対象者からはサービスを受けたという受益を感じる事が難しい場合もある。このため、医療保険者、対象者ともに、保健指導の価値がわかりにくく、保健指導内容の良し悪しの判断は難しいものである。このことは、医療サービスも同様である。

このため、保健指導の質の評価を十分行えない状態で価格競争が始まると、必要以上に安価な価格となり、保健指導業務全体の質の低下につながる事が懸念される。

---

<sup>3</sup> モニター：現状把握及び対象者の意見、要望、批評等を収集すること。

保健指導のアウトソーシングに当たっては、サービスの質の評価を抱き合わせた価格の設定を行うことや、医療保険者が保健指導の成果を評価し、それを価格に反映させていくことが必要である。

#### 7) 委託基準の作成、委託方法の透明化

保健指導のアウトソーシングに際して、医療保険者は委託基準を作成することになるが、この場合、委託する保健指導業務の目的を明確に示すこと、また、保健指導の質が判断できる項目を設定することが重要である。

そして、事業者の選定に当たっては、選定の手順を透明化することが重要である。

#### 8) 個人情報の管理

保健指導は対象者の生活そのものを把握することになり、その情報は個人として知られたくない情報であることもある。このため、保健指導を行った場合の記録の漏洩防止や、保健指導実施者に守秘義務をかけるなど、個人情報の管理が重要である。アウトソーシングを行う場合は、事業者がこのような規定を有しているか確認をするとともに、情報の管理状況を定期的に確認する必要がある。

#### 9) 収益事業との区別の明確化

事業者の中には、収益事業を行っている者も想定され、様々な健康に関する商品（健康食品、器具等）の販売を保健指導業務の委託と合わせて行う事業者に対しては、収益事業との区別を明確にし、保健指導と同時に行うことがないよう、医療保険者の委託基準に明記しておくことが必要である。また、保健指導を行う地位を利用した不当な推奨・販売（例えば、商品等を保健指導対象者の誤解を招く方法で勧めること）等を行わないことが必要である。

## (4) 委託基準

### 1) 基本的考え方

- アウトソーシングを推進することにより、利用者の利便性に配慮した保健指導（例えば、土日祝日・夜間に行くなど）を実施するなど対象者のニーズを踏まえた対応が可能となるなど、多様な事業者による競争により保健指導のサービスの質の向上が図られる。一方で、効果的な保健指導が行われないなど保健指導の質が考慮されない価格競争となり、質の低下に繋がることがないように委託先における保健指導の質の確保は不可欠である。
- 医療保険者が事業者<sup>4</sup>へ保健指導の実施を委託する場合には、当該医療保険者との役割分担、責任が詳細にわたって明確にされた上で、委託基準を作成し、本プログラムに定める内容の保健指導が適切に実施される事業者を選定する必要がある。なお、健診・保健指導の事業の企画及び評価については医療保険者自らが行う。
- 医療保険者は、委託契約期間中には、保健指導が適切に実施されているかについてモニタリングを行うことが重要である。
- 委託契約の終了時には、保健指導の成果について外部の人間も含め複数の観点から評価を行うことが重要である。その際には、保健指導の専門的知識を有する者の意見を聴くことが重要である。
- 個人情報については、その性格と重要性を十分認識し、適切に取り扱われなければならない。特に、医療分野は、「個人情報の保護に関する基本方針」等において、個人情報の性質や利用方法等から、特に適正な取扱いの厳格な実施を確保する必要がある分野の一つとされており、委託先の事業者は個人情報を適切に取り扱わなければならない。なお、保健指導の記録等の情報を取り扱う業務のみを委託する場合にも、委託先の事業者は2)④に定める保健指導の記録等の情報の取扱いに関する基準を遵守することが求められる。
- 医療保険者が基準を満たしている委託先を選定しやすいようにするため、保険者協議会等においてホームページを作成し、事業者の申告に基づき、事業者の各種情報を掲載するなどの方策を検討する必要がある。
- なお、巡回型・移動型で保健指導を行う場合も、委託先の事業者の施設で行う基準と同じとする必要がある。

---

<sup>4</sup> 事業者：医療保険者から保健指導業務の委託を受けて保健指導を実施する事業者をいう。

- 医療保険者自らが実施する場合も同じ基準を満たす必要がある。
- 保健指導対象者が勤務する事業者に保健指導業務を委託する場合は、その事業者の産業医が中心的な役割を担い保健指導を実施することが考えられる。
- また、産業医の選任義務のない小規模事業場の労働者に対しては、日頃から、地域産業保健センターに登録された産業医等が中心的に産業保健サービスを提供していることから、こうした産業医が勤務する医療機関等が、小規模事業場の労働者等に対して、特定保健指導を実施できるようにすることが望まれる。
- 保健指導として運動を提供する施設については、日本医師会認定健康スポーツ医を配置、あるいは勤務する医療機関と連携するなど、安全の確保に努めることが必要である。

## 2) 具体的な基準

### ①人員に関する基準

- a 保健指導の業務を統括する者は、常勤の医師、保健師、管理栄養士であること。

また、常勤の管理者が置かれていること。ただし、管理上支障が無い場合は、保健指導機関の他の職務に従事し、又は同一の敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。

- b 「動機づけ支援」や「積極的支援」において、①初回の面接、②対象者の行動目標・支援計画の作成、③保健指導の評価に関する業務を行う者は、医師、保健師、管理栄養士であること。ただし高齢者医療確保法施行後5年間に限り、一定の保健指導の実務経験のある看護師も行うことができる。
- c 対象者ごとに支援計画（対象者の保健指導計画の作成、対象者の行動変容の状況の把握、評価、評価に基づいた計画の変更等）の実施について統括的な責任を持つ医師、保健師、管理栄養士が決められていること。
- d 「動機づけ支援」、「積極的支援」のプログラムのうち、対象者の支援計画に基づく食生活に関する実践的指導は、管理栄養士その他の食生活に関する専門的知識及び技術を有する者（事業場における労働者の健康保持増進のための指針に基づく産業栄養指導担当者、産業保健指導担当者等）により提供されること。

また、食生活に関する保健指導を自ら提供する場合には、管理栄養士その他の食生活に関する専門的知識及び技術を有する者を必要数雇用していることが望ましい。

e 「動機づけ支援」、「積極的支援」のプログラムのうち、対象者の支援計画に基づく運動に関する実践的指導は、運動に関する専門的知識及び技術を有する者（健康・体力づくり事業財団が認定する健康運動指導士や事業場における労働者の健康保持増進のための指針に基づく運動指導担当者、産業保健指導担当者等）により提供されること。

また、運動に関する保健指導を自ら提供する場合には運動に関する専門的知識及び技術を有する者を必要数雇用していることが望ましい。

f 保健指導プログラムに応じて、再委託先や他の健康増進施設等と必要な連携を図ること。

g 保健指導実施者は、国、地方公共団体、医療保険者、日本医師会、日本看護協会、日本栄養士会等が実施する一定の研修を修了していることが望ましい。

h 保健指導対象者が治療中の場合には、cに掲げる者が必要に応じて当該保健指導対象者の主治医と連携を図ること。

## ②施設又は設備等に関する基準

a 本プログラムに定める内容の保健指導を適切に実施するために必要な施設及び設備を有していること。

b 個別指導を行う際、対象者のプライバシーが十分に保護される施設（部屋）が確保されていること。

c 運動の実践指導を行う場合には、救急時における応急処置のための設備を有していること。

d 健康増進法第 25 条に定める受動喫煙の防止措置が講じられていること（医療機関については、患者の特性に配慮すること）。

## ③保健指導の内容に関する基準

a 本プログラムに準拠したものであり、科学的根拠に基づくとともに、対象者や地域、職域の特性を考慮したものであること。

b 具体的な保健指導のプログラム（支援のための材料、学習教材等を含む）は、医療保険者に提示され、医療保険者の了解が得られたものであること。

c 最新の知見、情報に基づいた支援のための材料、学習教材等を用いるよう取り組むこと。

d 個別指導を行う場合はプライバシーが保護される場で行われること。

e 契約期間中に、保健指導を行った対象者から指導内容について相談があった場合は、事業者は相談に応じること。

f 保健指導対象者のうち保健指導を受けなかった者又は保健指導を中断した者への対応については、対象者本人の意思に基づいた適切かつ積極的な対応を図ること。

#### ④保健指導の記録等の情報の取扱いに関する基準

- a 本プログラムにおいて定める電子的標準様式により、医療保険者に対して保健指導対象者の保健指導レベル、効果（腹囲、体重）等を安全かつ速やかにCD-R等の電磁的方式により提出すること。
- b 保健指導に用いた詳細な質問票、アセスメント、具体的な指導の内容、フォローの状況等を記載したものが、適切に保存・管理されていること。
- c 正当な理由がなく、その業務上知り得た保健指導対象者の情報を漏らしてはならない。
- d 個人情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律及びこれに基づくガイドライン（「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」、「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」、「国民健康保険組合における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」等）等を遵守すること。
- e 医療保険者の委託を受けて健診結果や保健指導結果を保存する場合には、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守すること。
- f インターネットを利用した保健指導を行う場合には、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の 6.9 外部と個人情報を含む医療情報を交換する場合の安全管理に規定されているとおり、①秘匿性の確保のための適切な暗号化、②通信の起点・終点識別のための認証、③リモートログイン制限機能により安全管理を行うこと。さらに、①インターネット上で保健指導対象者が入手できる情報の性質に応じて、パスワードを複数設けること（例えば、健診データを含まないページにアクセスする場合には英数字のパスワードとし、健診データを含むページにアクセスする場合には本人にしか知りえない質問形式のパスワードとする等）、②インターネット上で健診データを入手できるサービスを受けることについて必ず本人の同意を得ること、③当該同意を得られない者の健診データは、当該サービスを受ける者の健診データとは別の保存場所とし、外部から物理的にアクセスできないようにすること等により、外部への情報漏洩、不正アクセス及びコンピュータ・ウイルスの侵入等の防止のための安全管理を徹底すること。
- g 保健指導結果の分析等を行うため、医療保険者の委託を受けて保健指導結果を外部に提供する場合は、本来必要とされる情報の範囲に限り提供すべきであり、個人情報をマスキングすることや個人が特定できない番号を付すことなどにより、当該個人情報を匿名化すること。

#### ⑤運営等に関する基準

- a 対象者にとって保健指導が受けやすくなるよう、利用者の利便性に配慮した保健指導（例えば、土日祝日・夜間に行うなど）を実施するなど保健指導の実施率を上げるよう取り組むこと。
- b 医療保険者の求めに応じ、医療保険者が適切な保健指導の実施状況を確認する上で必要な資料の提出等を速やかに行うこと。
- c 保健指導を行う際に商品等の勧誘・販売等を行わないこととともに、保健指導を行う地位を利用した不当な推奨・販売（例えば、商品等を保健指導対象者の誤解を招く方法で勧めること）等を行わないこと。
- d 保健指導実施者に必要な研修を定期的に行うこと等により、当該保健指導実施者の資質の向上に努めていること。
- e 本プログラムに定める内容の保健指導を適切かつ継続的に実施することができる財務基盤を有すること。
- f 医療保険者から受託した業務の一部の再委託が行われる場合には、医療保険者が委託先と委託契約を締結するに当たり、当該委託契約において、再委託先との契約において本基準に掲げる事項を遵守することを明記すること。
- g 次に掲げる事項の運営についての重要事項に関する規程を定め、当該規定の概要を医療保険者及び受診者が前もって確認できる方法（ホームページ上での掲載等）により、幅広く周知すること。
  - 一 事業の目的及び運営の方針
  - 二 統括者の氏名及び職種
  - 三 従業者の職種及び員数
  - 四 保健指導実施日及び実施時間
  - 五 保健指導の内容及び価格その他費用の額
  - 六 通常の事業の実施地域
  - 七 緊急時における対応
  - 八 その他運営に関する重要事項
- h 保健指導実施者に身分を証する書類を携行させ、保健指導対象者から求められたときは、これを掲示すること。
- i 保健指導実施者の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行うとともに、保健指導機関の設備及び備品について、衛生的な管理を行うこと。
- j 保健指導機関について、虚偽または誇大な広告を行わないこと。
- k 保健指導対象者等からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じるとともに、苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録すること。
- l 従業者及び会計に関する諸記録を整備すること。

## (5) 国、都道府県、市町村、医療保険者の役割

### 1) 国の役割

国は、保健指導の標準的なプログラムを示すとともに、これを基にした保健指導の委託基準を示す。

また、都道府県において、事業者の指導ができるよう、保健指導に関する情報を都道府県に報告する規定を設けるなど、情報の公開に努める。

### 2) 都道府県の役割

地域・職域連携推進協議会を活用して、生活習慣病対策に取り組む関係者間（事業者を含む）の総合調整を行い、体制整備を行う。

また、保険者協議会などを活用して、委託する事業者に関する情報交換を行い、適切な委託契約が行えるよう支援する。

市町村、医療保険者、事業者が行う保健指導の質を向上させることができるよう、保健師、管理栄養士等に対する研修等を行い、質の高い事業者を育成する。また、保健指導に関するデータの収集及び分析を行い、市町村や医療保険者に提供し、事業者の選定に資する。

また、医療保険者の違いによる保健指導の実施に格差が生じた場合には、都道府県の地域・職域連携協議会等を通じて、その調整を行う。

### 3) 市町村（一般行政）の役割

地域住民からの健診・保健指導に関する様々な相談に応じる体制をつくる。

### 4) 医療保険者の役割

保健指導に関する計画を策定し、効果的な保健指導が提供できるよう、予算の確保、実施体制の整備を行う。

その中で、地域・職域の特性を考慮に入れた保健指導の理念と生活習慣病対策全体における保健指導の位置づけを明確にするとともに、アウトソーシングする業務の範囲や考え方を定め、質の高い事業者を選定する。

アウトソーシングの目的に合致した委託基準を作成し、適切な事業者を選定するとともに、契約内容についてモニタリングを行い、問題がある場合には適宜改善を求める。

また、委託した事業者から提出された事業の結果報告以外に、対象者から直接的な評価、また、費用対効果を評価し、効率的でかつ質の高い保健指導の実施に努める。

## 第4編 体制・基盤整備、総合評価



## 第1章 人材育成体制の整備

### (1) 基本的考え方

- 健診・保健指導事業の企画立案・実施・評価が本プログラムに基づき適切に実施されるよう、これらの業務を行う者は、都道府県等が実施する研修に積極的に参加するとともに、常に自己研鑽に努める必要がある。
- 国、都道府県、市町村、医療保険者、医療関係団体等は、健診・保健指導事業の企画立案・実施・評価の業務を行う者に対し、最新の科学的知見に基づいた効果的な保健指導の知識・技術を修得するための研修や、具体的な保健指導の事例の情報提供など人材育成の機会を提供する必要がある。

### (2) 国の役割

国は、全国において一定レベル以上の人材の質が確保されるよう、健診・保健指導に関する人材育成の体系や研修に関するガイドラインを作成し、都道府県等に示すとともに、都道府県等が研修を行う際に使用することができる学習教材等を作成・提供する。

また、国は、国立保健医療科学院において都道府県の指導者（健診・保健指導に関する研修を企画立案する者）等に対する研修を行う。

### (3) 都道府県の役割

都道府県は、国が示した健診・保健指導に関する人材育成の体系や研修に関するガイドラインを踏まえ、健診・保健指導事業の企画立案・実施・評価の業務を行う者を対象に、①企画立案・評価に関する知識・技術、②最新の科学的知見に基づいた効果的な保健指導の知識・技術、③ポピュレーションアプローチとの効果的な組合せ等に関する研修を実施する。

また、これらの研修を実施するため、都道府県は、地域の医療関係団体、教育機関等の協力を得て、研修を行う講師等を確保するとともに、都道府県が実施する研修会と医療関係団体等が実施する研修の開催日時が重なったり、同じ内容となったりしないよう、都道府県が中心となって、研修を行う団体間の調整を行う。

さらに、都道府県は、当該都道府県内において健診・保健指導を行う人材の確保が困難な地域が発生しないように、市町村の求めに応じて、当該市町村に研修を行う講師等を派遣し、研修を実施するなど各都道府県内で研修の実施体制が確保できるよう配慮する。

## (4) 市町村の役割

市町村は、保健事業（①医療保険者としての健診・保健指導、②住民に対する生活習慣病予防のためのポピュレーションアプローチ）に従事する保健師、管理栄養士等に対して、市町村自らが研修を行うことに加え、都道府県、医療関係団体等が実施する研修を受けさせることが必要である。

また、医療保険部門と衛生部門のジョブローテーション<sup>1</sup>により、健診・保健指導とポピュレーションアプローチとの効果的な組合せを企画立案できる人材の育成を行うことや、健診・保健指導の経験を有する者を都道府県等が実施する研修の講師とする等の協力を行うことも必要である。

さらに、市町村は、これまで健康づくりに関するボランティアを育成してきたところであるが、生活習慣病対策の充実・強化を図る観点から、引き続き健康づくりを推進するボランティア育成のための研修を実施することが必要である。

## (5) 医療保険者の役割

医療保険者は、健診・保健指導事業の企画立案・実施・評価の業務を行う者に対して、医療保険者自らが研修を行うことに加え、都道府県、医療関係団体等が実施する研修を受けさせることが必要である。

また、医療保険者の団体は、最新の科学的知見に基づいた効果的な健診・保健指導が実施されるよう、医療関係団体、教育機関等の協力を得て、資質の向上を継続的に図られるよう団体所属の医療保険者に対し、医療保険者が研修を行う際に行うことができる学習教材等を作成・提供することや、医療保険者団体自ら研修を実施するなど医療保険者が行う人材育成を支援していくことが必要である。

## (6) 医療関係団体の役割

日本医師会、日本看護協会、日本栄養士会等の医療関係団体及び当該団体の都道府県支部は、保健指導を実施する者の資質の向上を図るため、積極的に研修会を行うことが求められる。研修会の実施に際しては、複数の医療関係団体が協力し、共同で実施することや、日本歯科医師会や日本薬剤師会等の医療関係団体及び当該団体の都道府県支部から講師を紹介してもらうことなど、複数の職種で構成されるチームによる保健指導に繋がるような配慮も必要である。

また、保健指導に従事する医師等については、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の概念を導入した保健指導に関する知識・技術を有することが必須であることから、関係団体、学会等が保健指導に関連し、特に認定する既存の資格（日本医師会認定健康スポーツ医など）の養成課程においても、そのような観点からの研修内容の見直しの検討が求められる。

---

<sup>1</sup> 資質向上のため、人材育成計画に基づいて、職務の異動を行うこと。

## 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

### (1) 基本的考え方

- どのような健診項目等を設定し、保健指導を実施すれば、効果的・効率的に被保険者の生活習慣病予防が図られるのかを評価するため、各医療保険者は、健診・保健指導に関するデータを継続的に蓄積することが必要となる。
- 各医療保険者が蓄積したデータについては、個人情報の保護に十分留意しつつ、国において分析・評価し、その結果を健診・保健指導プログラムに反映することが必要である。

### (2) 国の役割

国は、医療保険者の協力を得て、健診・保健指導データを統計的に処理・分析するために収集し、関係学会等の協力を得て評価を行う。その評価結果を踏まえ、医療保険者による効果的・効率的な健診・保健指導の実施のために必要な場合には、健診項目、保健指導の内容等を見直していく必要がある。なお、政府の「IT新改革戦略」においては、「個人が生涯を通じて健康情報を活用できる基盤づくり」\*をめざし、個人情報の保護に十分留意しつつ、健診結果を電子データとして継続的に収集し、適切に管理するための仕組みや、疾病予防の推進のため、健康情報を収集、活用する方策を確立することとされている。

また、国は、健診・保健指導データの評価を踏まえ、保健指導に用いる学習教材等の作成を行う。このような学習教材の作成に際しては、独立行政法人国立健康・栄養研究所における研究成果や調査結果の活用について協力を得ながら、国立保健医療科学院が中心となり、学習教材を作成していくことが必要となる。さらに、国立保健医療科学院においては、保健指導を行う際の支援材料、学習教材等をインターネットで公開し、自由にダウンロードできるシステムを構築すべきである。

また、国立保健医療科学院においては、健診・保健指導内容の科学的根拠を継続的に収集し、評価するため、健診・保健指導データ等を分析する機能・役割が必要となる。

さらに、国は、最新の知見を反映した健診・保健指導を確実にを行うために、保健師、管理栄養士等の基礎教育において必要な知識・技術を習得させる必要があり、これらの養成カリキュラムの見直しの検討を行うことも必要である。

※ IT 新改革戦略（平成 18 年 1 月 19 日、IT 戦略本部〔本部長 内閣総理大臣〕）  
（P 13より抜粋）

（個人が生涯を通じて健康情報を活用できる基盤づくり）

1. 生涯にわたる健診結果を電子データとして継続的に収集し、適切に管理するための仕組み（収集すべき健診項目、標準的なデータ形式、管理運営方法等）を 2007 年度までに確立する。
2. 電子データとして収集される健診結果等の健康情報を個人、保険者等が活用するための基盤（健康情報を管理するデータベース、IC カードを活用した個人による自らの健康情報への参照機能等）の整備を 2008 年度までに開始し、2010 年度までにその普及を推進する。
3. 疾病予防の推進等に向け、収集された健康情報の活用方策を 2010 年度までに確立する。

### （3）関係学会の役割

関係学会は、国が行う健診・保健指導データの分析・評価について協力し、学会における最新の知見などの議論を踏まえ、健診・保健指導プログラムの見直しを行う必要性やその内容について国に対し協力を行うことが望まれる。

### （4）都道府県の役割

都道府県においては、医療保険者や地域の大学・研究機関等の協力を得て、健診・保健指導データを統計的に処理・分析し、評価を行うことにより、都道府県における健康づくり施策や都道府県が実施する研修内容へ反映させるとともに、各地域の保険者協議会と地域・職域連携推進協議会間との健診・保健指導の効果の評価、研修内容の相互評価、委託先の事業者のサービスの質の相互評価を図る場を提供することが必要である。

### （5）市町村の役割

市町村においては、保健事業（①医療保険者としての健診・保健指導、②住民に対する生活習慣病予防のためのポピュレーションアプローチ）を総合的に実施するため、衛生部門の医師、保健師、管理栄養士等がレセプトや保健指導データ等を活用（医療保険者としての個人情報保護に抵触しない方法での利用が前提）することにより地域ごとの課題を明確にした上で、ポピュレーションアプローチを効果的・効率的に実施していくことが必要である。

## (6) その他

今後、健診・保健指導データの蓄積が進むにつれ、医療保険者自らが実施する場合も含め、健診・保健指導の質の管理・評価を行うための第三者評価の仕組みが必要となると考えられるため、都道府県地域・職域連携協議会の活用等を含め、第三者機能評価の在り方について検討を進める必要がある。

### 第3章 健診・保健指導の実施・評価のためのデータ分析とデータ管理

#### (1) 健診・保健指導の実施・評価のための指標・項目

##### 1) 基本的考え方

- 国の目標（平成27年度に平成20年と比べて糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群を25%減少させる）の達成のためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展さらに重症化・合併症へと悪化する者を減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群さらには健康な状態へ改善する者を増加させることが必要である（別紙1）。
- 医療保険者には、健診・保健指導データとレセプトが集まることになるため、電子化された健診・保健指導データとレセプトを突合したデータの分析を行うことにより、この分析結果を基にして、前年度の保健指導による予防の効果を評価することや、健診結果が「受診勧奨」となった者の受療状況の確認や治療中断者の確認をすることが可能となる。
- 突合データを用いて、個人や対象集団ごとに、健診・保健指導プログラムの評価を客観的に行うためには、どのような健診・保健指導の指標・項目等を抽出すれば良いか整理する必要がある。
- 医療保険者に所属する医師、保健師、管理栄養士等は健診・保健指導データとレセプトから、どの部分に焦点を絞って、疾病予防・重症化予防を行うのが効果的かを検討することが必要である。
- また、医療保険者に医師、保健師、管理栄養士等が所属していない場合には、地域・職域の医師、保健師、管理栄養士等の協力を受けて評価する必要がある。例えば、市町村国保においては衛生部門と、健保等では職域の産業医、保健師等の協力を得ることが想定される。さらに、小規模な健保等については、保健所・健康科学センター等の協力を得ることも想定される。
- 健診・保健指導の実施・評価の際には、対象集団の母集団となる行政単位の人口動態統計（死因統計）、患者調査、国民生活基礎調査、国民健康・栄養調査（県民健康・栄養調査）、医療費データ、介護保険データなどから確認しうる地域集団の健康課題の特徴を把握するとともに、対象集団の健診結果や生活習慣の知識・態度・行動に影響を及ぼす要因を把握することが必要である。

- 都道府県が策定する医療計画、都道府県介護保険事業支援計画、都道府県健康増進計画、都道府県医療費適正化計画等の基礎資料としても有益な指標・項目であることが必要である。

## 2) 具体的な健診・保健指導を評価するための指標・項目

### ① 個人の評価のための指標・項目

#### ○健診の指標・項目（当該年度）

- ・受療状況
- ・健診受診状況
- ・各健診項目（測定値）
- ・各健診項目判定結果

#### ○保健指導の指標・項目（当該年度）

- ・生活習慣改善状況
- ・行動変容ステージの変化
- ・介護保険の利用状況

#### ○レセプト

- ・受療状況の有無

（健診の結果、「受診勧奨」となったにもかかわらず、受診がなされていないのではないか、糖尿病で受診中断がないのか等の確認ができる。）

### ② 集団の評価のための指標・項目

#### ○健診の指標・項目（当該年度）

- ・健診受診者数、内訳
- ・各健診項目判定結果

#### ○保健指導の指標・項目（当該年度）

- ・保健指導階層化判定
- ・生活習慣改善状況

#### ○レセプト

- ・受療状況の有無
- ・医療費

### ③ 事業評価のための指標・項目

※母集団（対象集団）の把握が重要である。

#### ○健診の指標・項目（当該年度）

#### ○保健指導の指標・項目（当該年度）

#### ○レセプト

#### ○事業を評価するための関連情報

## (2) 医療保険者における健診・保健指導の実施・評価

### 1) 基本的考え方

- 医療保険者は、全ての40歳から74歳の被保険者に対し、健診の受診を促すとともに、健診結果のデータを有効に活用し、必要な保健指導（情報提供・動機づけ支援・積極的支援）を受ける者を確実に選定し、被保険者の生活習慣改善の取組を支援する。また、対象集団（医療保険者）における健診・保健指導プログラムが有効であったかどうかについて、ICD-10<sup>1</sup>に基づいて分類される疾病の受療状況についてレセプトなどを活用するなどの方法により評価を行う。
- 医療保険者は、レセプトを活用した分析を実施し、健診・保健指導の計画、評価を行い、保健指導内容の改善、アウトソーシング先の選定の参考とするなど、健診・保健指導事業の改善を行うことが可能である。
- 医療保険者は、事業者から健診データが円滑に移行されるよう、事業者との連携を密に図り、効果的・効率的な健診・保健指導実施計画を策定し、事業を実施すべきである。
- 医療保険者は、特定健診・保健指導の実施状況や、レセプトのオンライン化の進展状況、医療保険者における評価・改善に関する知見の集積状況や習熟度等の動向を踏まえ、健診保健指導の評価に取り組む必要がある。

### 2) 具体的な健診・保健指導の実施・評価の手順（例）

医療保険者において、健診・保健指導関連データとレセプトを突合したデータを用いて健診・保健指導の評価を行うため、医師、保健師、管理栄養士等は、生活習慣病は予防可能であることを理解し、予防するために何が必要かを考えることが重要である。また、予防ができなかったケースのデータから、なぜ予防できなかったのかについて分析することも重要である。

---

<sup>1</sup> International Classification of Diseases国際疾病分類。疾病の国際比較を可能にするためWHO（世界保健機関）が作成。

## 〔評価手順の一例〕

### ①利用するレセプトの抽出

- 利用するレセプトは、生活習慣病に関係する病名により抽出（別紙2）。
- レセプトの病名は主傷病と副傷病に分かれているが、両方とも拾う。さらに、生活習慣病に関係する病名が主傷病か副傷病かを分類するため、主傷病が分かるようにデータを抽出する。
- 将来的にレセプトがオンライン化されれば電子データからの変換が可能となるが、それまでは、健診データにレセプト病名コードを追加することにより対応する。
- 病名コードは、ICD分類に基づくものとする。

### ②集団の疾患特徴の把握

（高額レセプト、長期レセプト、重複疾病の抽出による突合分析）

- 高額なレセプト（例：1ヶ月200万円以上など）を分析することにより、どのような疾患が高額になっているかを調べ、どの疾患の予防を優先的な保健指導の対象とするか考える（様式1-1、2）。
- 高額なレセプトだけでなく、長期に治療が継続することにより結果的に医療費が高額になる疾患についても調べ、どの疾患の予防を優先的な保健指導の対象とするかについても考える（様式2-1～3）。
- 被保険者集団の特徴や健康課題を把握するため、複数の生活習慣病の罹患状況を調べ、糖尿病、高血圧症、高脂血症、虚血性心疾患、脳卒中、人工透析を要する慢性腎不全等の疾病毎に分析を行う（様式3-1～7）。
- 全国又は都道府県のデータと比較することにより、被保険者集団の疾患分布等の特徴を把握するための資料を収集・作成する（様式4-1～6）。
- 健診・保健指導の効果を評価するため、レセプト分析により、保健指導による重症化予防、合併症予防の成果を確認する（様式5-1～14）。

### ③集団の健康状況の把握（健診・保健指導結果による経年的なアウトカム評価）

- 被保険者集団全体の健康状況を把握するため、健診有所見者状況、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）のリスクの重複状況、健診受診率、支援別保健指導実施率等の健診・保健指導実施結果の特徴を、経年的データを用いて分析する（様式6-1～11）。

### ④健診・保健指導の総合的評価に関するデータ

- 健診・保健指導の評価を行う上では、内臓脂肪症候群、糖尿病等の生活習慣病の増減等を評価する必要がある（様式7）。
- 毎年の健診・保健指導事業の評価を行うためには生活習慣病の有病者・予備群への移行者数の減少以外にも、補足的な評価項目が必要である。

- 補足的な評価項目としては、有病者又は予備群のままであったとしても、リスク数の減少などが想定される。
- 健診・保健指導の費用と医療費の削減効果が比較できる仕組みが必要である。
- 医療保険者は、被保険者に対して健診・保健指導の総合的評価を情報提供することが必要である。

#### ⑤健診受診者個人の評価

- 健診受診者ごとの腹囲、体重、血圧等の改善も評価すべきである。
- 腹囲の増加、体重の増加等が認められないこと、追加リスクがないこと（現状維持）も評価すべきである。また、追加リスクがある場合であっても腹囲等が減少したことを評価すべきである。
- 動機づけ支援、積極的支援の対象者については、生活習慣の変化（食事、運動、喫煙等）、行動変容の準備段階（ステージ）の変化、設定目標の達成状況についても評価すべきである。

注) 詳細な手順等については、厚生労働科学研究費補助金による研究事業において、「健診データ・レセプト分析から見る生活習慣病管理」が取りまとめられる予定。

### (3) 健診・保健指導計画作成及び評価のためのデータ管理

#### 1) 基本的な考え方

- 健診・保健指導のデータは個人の健康情報が入っているので、あらかじめ医療保険者により定められた責任者をおいて管理することが望ましい。
- また、健診・保健指導のデータ管理を外部委託する場合は、本プログラム第2編第6章(2)④及び第3編第6章(4)2)④に定める基準を遵守する必要がある。
- 医療保険者は被保険者に対して、健診・保健指導結果を管理するとともに、その情報を各個人が保存しやすい形<sup>\*</sup>で提供することが必要である。

#### ※健診結果の様式の考え方

- ・ 日本工業規格 A4 型 1 枚に収納される様式であること。
- ・ 特定健診の標準的な健診項目全てについて検査値及び結果とその判定について記載されていること。
- ・ できる限り、経年的な結果、データを視覚的に表現し、受診者が理解しやすい体裁を有すること。

## (4) 個人情報の保護とデータの利用に関する方針

### 1) 基本的考え方

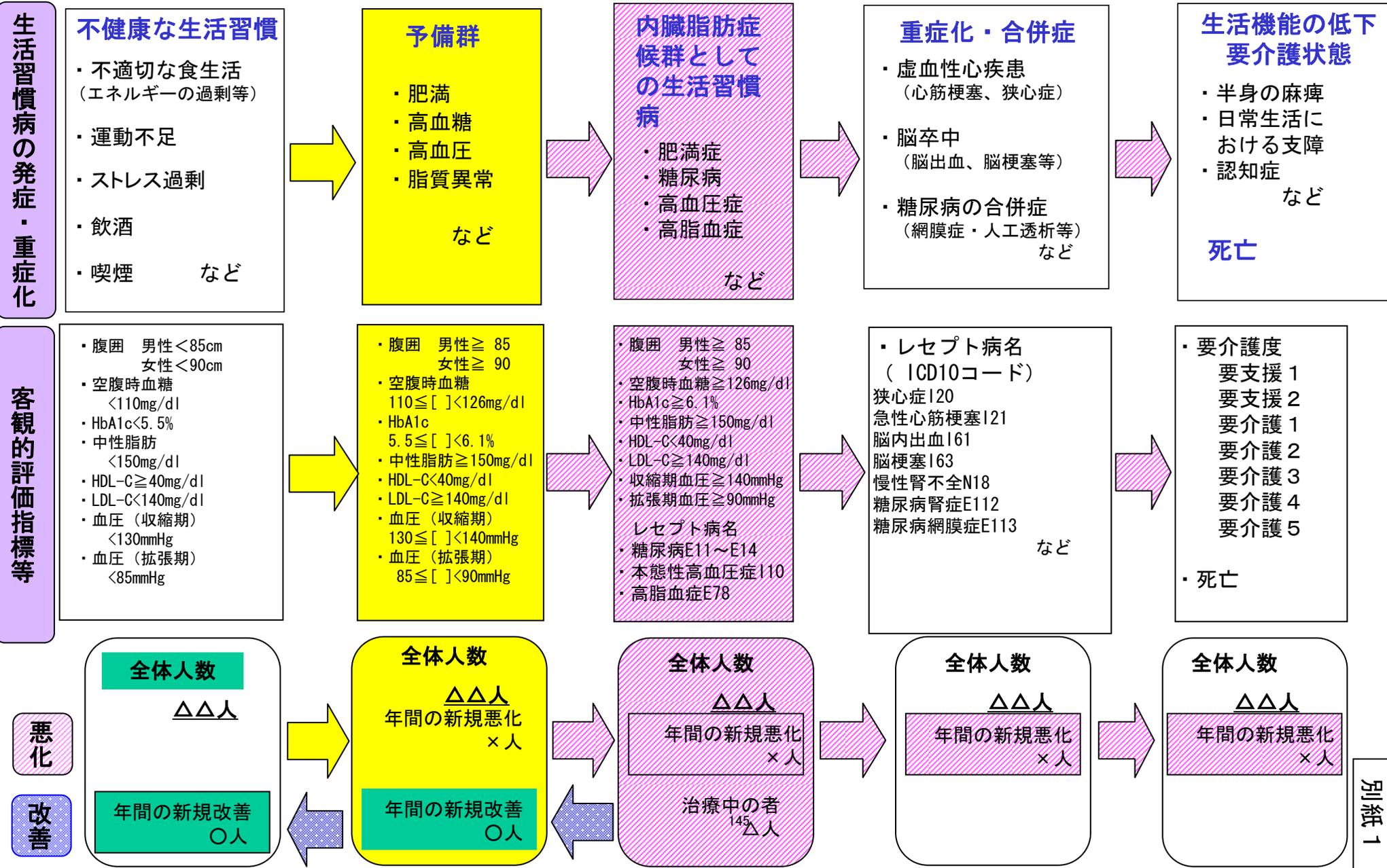
医療保険者は、健診・保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律及びこれに基づくガイドライン等を踏まえた対応を行う。その際には、受診者の利益を最大限に保証するため個人情報の保護に十分に配慮しつつ、効果的・効率的な健診・保健指導を実施する立場から、収集された個人情報を有効に利用することが必要である。

### 2) 具体的な個人情報の保護とデータの利活用の方法

- 個人情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律及びこれに基づくガイドライン（「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」、「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」、「国民健康保険組合における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」等）等を遵守すること。
- 健診・保健指導データの電子媒体による保存等については、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守すること。
- 医療保険者は、健診・保健指導データを都道府県に提出する場合には、健診・保健指導データのうち、氏名等の情報はせずし、何らかの整理番号を付番する等により、匿名化されたデータを作成すること。
- 上記の個人情報の保護に係る一定のルールを満たした上で、収集・蓄積された健診・保健指導に係るデータについては、健診・保健指導の実施に係る者が、国・都道府県レベルで利用することができるような仕組みが望ましい。
- 国により都道府県毎に分類され、都道府県へ提供された健診・保健指導に係るデータについては、医療保険者による医療費適正化の一環として、保険者協議会等の場において、生活習慣病対策の企画立案・評価のために利活用されることが望ましい。

# 生活習慣病の発症予防・重症化予防対策の分析・評価指標 ～メタボリックシンドロームに着目した生活習慣病予防～

各医療保険者、都道府県、国レベルで以下のような分析・評価を行い、生活習慣病の減少に努める。



## レセプト分析対象病名等一覧(優先順)

疾病と治療	疾患名	ICD10コード	点数コード
①糖尿病	糖尿病	E11~E14	
②インスリン療法	インスリン在宅自己注射指導管理料点数コード、レセ電算コード		C101
③高血圧症	高血圧症 本態性高血圧症	I10 I10	
④高脂血症	高脂血症 高HDL血症 高LDL血症 高トリグリセライド血症	E785 E780 E780 E781	
⑤(高尿酸血症)	高尿酸血症	E790	
⑥肝機能障害	脂肪肝 アルコール性肝炎	K760 K701	
⑦糖尿病性神経障害	糖尿病末梢神経障害	E144	
⑧糖尿病性網膜症	糖尿病網膜症	E143	
⑨糖尿病性腎症	糖尿病性腎症	E142	
⑩(痛風腎)			
⑪高血圧性腎臓障害	高血圧性腎疾患 腎硬化症	I129 N26	
⑫脳血管疾患			
⑬脳出血	脳内出血	I61	
⑭脳梗塞	脳梗塞	I639	
⑮その他の脳血管疾患	脳卒中	I64	
⑯虚血性心疾患	狭心症 虚血性心疾患 急性心筋梗塞 心筋梗塞	I209 I259 I219 I219	
	経費的冠動脈ステント留置術の点数表コード		K615
⑰動脈閉塞	糖尿病性壊疽	E145	
⑱大動脈疾患			
⑲人工透析	人工腎臓の点数表コード、レセ電算コード (糖尿病又は高血圧があるものに限る)		J038

※ICD10コードは、病名検索ソフト「病名くん」(無料)で検索可能である。

[財団法人医療情報システム開発センターホームページ(<http://www.medis.or.jp/>)からアクセス可能]

様式1-1 200万円以上となった個別レセプト一覧(医療費の高い順)

番号	被保険者番号	年齢	性別	入院・入院外	費用額	基礎疾患				循環器疾患				その他	傷病名1	傷病名2	傷病名3	傷病名4	傷病名5
						高血圧症	糖尿病	高脂血症	高尿酸血症	虚血性心疾患	(再)バイパス・ステント手術	大動脈疾患	脳血管疾患						
1			男	入院		●				●	●								
2			男	入院		●	●			●	●								
3			男	入院		●							●						
4			女	入院			●							●					
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			
26																			

再計	件数計(割合)	入院件数計(割合)	費用額合計	1件あたり費用額	他疾患の合併(基礎疾患及び疾病の進展)									
					基礎疾患				循環器疾患				その他	
					高血圧症	糖尿病	高脂血症	高尿酸血症	虚血性心疾患	大動脈疾患	脳血管疾患	動脈閉塞		
					計(割合)	計(割合)	計(割合)	計(割合)	計(割合)	計(割合)	計(割合)	計(割合)	計(割合)	
虚血性心疾患														
大動脈疾患														
脳血管疾患														

様式1-1

様式1-2 200万円以上となったレセプト基礎疾患(費用額別・疾患別)

	循環器疾患								その他		総合計	
	虚血性心疾患		大動脈疾患		脳血管疾患		動脈閉塞					
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
1000万円以上												
900万円台												
800万円台												
700万円台												
600万円台												
500万円台												
400万円台												
420万円以上小計	血管に関する疾患											
	件数				割合							
300万円台												
200万円台												
合計	(再)血管病に関する疾患											
	件数				割合							

審査基準、高額レセ

より高額なものが血管病であることを知るため

様式2-1 6ヶ月以上入院しているレセプトの一覧(1年間の全レセプト)

(参考の医療費)

番号	被保険者 番号	性別	年齢	入院時 年齢	入院年 月日	入院 月数	傷病名1	傷病名2	傷病名3	傷病名4	傷病名5	(再計)生活習慣病 該当するところに●						総費用額 (直近レセプト費用額 ×入院月数)	
												高血圧症	糖尿病	高脂血症	高尿酸血 症	虚血性心 疾患	脳血管疾 患		動脈閉塞
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
												計(割合)	計(割合)	計(割合)	計(割合)	計(割合)	計(割合)	計(割合)	
		再掲	虚血性心 疾患																
			脳血管疾 患																
			動脈閉塞																

様式2-1

様式2-2 人工透析をしている患者さんのレセプト一覧(1年間の全レセプト)

番号	被保険者番号	性別	年齢	透析開始年月日	訪問・面接により聞き取る		1ヶ月の費用額	傷病名1	傷病名2	傷病名3	傷病名4	傷病名5	該当に○をつける							(参考総医療費) 直近レセプトの費用額×透析月数		
					再掲今年度新規に○	透析実施月数							糖尿病	糖尿病の再掲			動脈閉塞	高血圧症	高尿酸血症		虚血性心疾患	脳血管疾患
														インスリン療法	糖尿病性神経障害	糖尿病性網膜症						
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						

※人工透析は特定疾病のため、「マル長」02番と区分されるため、それを拾う。

様式2-3 前年度新規に透析を開始した患者さんのレセプトと健診データ一覧

→必ず訪問指導しよう!!

被保険者 番号		新規透析 患者名		透析開始 年月日				
その他の疾病の状況(レセプトから該当するものに○)								
基礎疾患の有無				その他の合併症				
高血圧症	糖尿病	(高尿酸 血症)	その他(病 名記載)	糖尿病性 網膜症	糖尿病性 神経障害	動脈閉塞	虚血性心 疾患	脳血管疾 患
原因疾患に気づいた時期								
原因疾患に気づいたきっかけ (健診・自覚症状・その他)								
健診受診状況	平成 年	平成 年	平成 年	平成 年	平成 年	平成 年	平成 年	平成 年
年齢								
腹囲								
中性脂肪								
HDLコレステロール								
血糖								
HbA1c								
血圧								
(尿酸)								
LDLコレステロール								
(血清クレアチニン)								
心電図								
眼底検査								
保健指導の有無 ・内容								
治療の経過								

**様式3-1 生活習慣病全体の分析〔レセプト分析(5月診療分のみ)〕**

**男性**

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	生活習慣病		脳血管疾患		虚血性心疾患		糖尿病		(再掲)										高血圧症		高尿酸血症		高脂血症										
											インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害																
											数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合							数	割合	数	割合					
20歳代以下																																			
30歳代																																			
40歳代																																			
50歳代																																			
60歳代																																			
70～74歳																																			
合計																																			
(再掲)40～74歳																																			
(再掲)65～74歳																																			

**女性**

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	生活習慣病		脳血管疾患		虚血性心疾患		糖尿病		(再掲)										高血圧症		高尿酸血症		高脂血症										
											インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害																
											数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合							数	割合							
20歳代以下																																			
30歳代																																			
40歳代																																			
50歳代																																			
60歳代																																			
70～74歳																																			
合計																																			
(再掲)40～74歳																																			
(再掲)65～74歳																																			

**総数**

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	生活習慣病		脳血管疾患		虚血性心疾患		糖尿病		(再掲)										高血圧症		高尿酸血症		高脂血症										
											インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害																
											数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合							数	割合							
20歳代以下																																			
30歳代																																			
40歳代																																			
50歳代																																			
60歳代																																			
70～74歳																																			
合計																																			
(再掲)40～74歳																																			
(再掲)65～74歳																																			

152

### 様式3-2 糖尿病の分析〔レセプト分析(5月診療分のみ)〕

#### 男性

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	糖尿病		(再掲)糖尿病合併症										脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧症		高尿酸血症		高脂血症	
					インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害											
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
20歳代以下																								
30歳代																								
40歳代																								
50歳代																								
60歳代																								
70～74歳																								
合計																								
(再掲)40～74歳																								
(再掲)65～74歳																								

#### 女性

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	糖尿病		(再掲)糖尿病合併症										脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧症		高尿酸血症		高脂血症	
					インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害											
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
20歳代以下																								
30歳代																								
40歳代																								
50歳代																								
60歳代																								
70～74歳																								
合計																								
(再掲)40～74歳																								
(再掲)65～74歳																								

#### 総数

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	糖尿病		(再掲)糖尿病合併症										脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧症		高尿酸血症		高脂血症	
					インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害											
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
20歳代以下																								
30歳代																								
40歳代																								
50歳代																								
60歳代																								
70～74歳																								
合計																								
(再掲)40～74歳																								
(再掲)65～74歳																								

様式3-3 高血圧の分析〔レセプト分析(5月診療分のみ)〕

男性

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	高血圧症		脳血管疾患		虚血性心疾患		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症						高尿酸血症		高脂血症						
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		数	割合	数	割合	
											数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合					数
20歳代以下																									
30歳代																									
40歳代																									
50歳代																									
60歳代																									
70～74歳																									
合計																									
(再掲)40～74歳																									
(再掲)65～74歳																									

女性

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	高血圧		脳血管疾患		虚血性心疾患		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症						高尿酸血症		高脂血症						
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		数	割合	数	割合	
											数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合					数
20歳代以下																									
30歳代																									
40歳代																									
50歳代																									
60歳代																									
70～74歳																									
合計																									
(再掲)40～74歳																									
(再掲)65～74歳																									

総数

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	高血圧		脳血管疾患		虚血性心疾患		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症						高尿酸血症		高脂血症						
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		数	割合	数	割合	
											数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合					数
20歳代以下																									
30歳代																									
40歳代																									
50歳代																									
60歳代																									
70～74歳																									
合計																									
(再掲)40～74歳																									
(再掲)65～74歳																									

### 様式3-4 高脂血症の分析〔レセプト分析(5月診療分のみ)〕

#### 男性

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	高脂血症		虚血性心疾患		脳血管疾患		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症					高尿酸血症		高血圧症									
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		数	割合	数	割合			
											数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合					数	割合	
20歳代以下																											
30歳代																											
40歳代																											
50歳代																											
60歳代																											
70～74歳																											
合計																											
(再掲)40～74歳																											
(再掲)65～74歳																											

#### 女性

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	高脂血症		虚血性心疾患		脳血管疾患		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症					高尿酸血症		高血圧症											
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		数	割合	数	割合					
											数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合					数	割合			
20歳代以下																													
30歳代																													
40歳代																													
50歳代																													
60歳代																													
70～74歳																													
合計																													
(再掲)40～74歳																													
(再掲)65～74歳																													

#### 総数

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	高脂血症		虚血性心疾患		脳血管疾患		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症					高尿酸血症		高血圧症												
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		数	割合	数	割合						
											数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合					数	割合				
20歳代以下																														
30歳代																														
40歳代																														
50歳代																														
60歳代																														
70～74歳																														
合計																														
(再掲)40～74歳																														
(再掲)65～74歳																														

様式3-4

様式3-5 虚血性心疾患の分析〔レセプト分析(5月診療分のみ)〕

男性

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	虚血性心疾患		脳血管疾患		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症									高尿酸血症		高血圧症		高脂血症		
									インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害							
									数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数							割合
20歳代以下																								
30歳代																								
40歳代																								
50歳代																								
60歳代																								
70～74歳																								
合計																								
(再掲)40～74歳																								
(再掲)65～74歳																								

女性

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	虚血性心疾患		脳血管疾患		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症									高尿酸血症		高血圧症		高脂血症		
									インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害							
									数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数							割合
20歳代以下																								
30歳代																								
40歳代																								
50歳代																								
60歳代																								
70～74歳																								
合計																								
(再掲)40～74歳																								
(再掲)65～74歳																								

総数

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	虚血性心疾患		脳血管疾患		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症									高尿酸血症		高血圧症		高脂血症		
									インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害							
									数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数							割合
20歳代以下																								
30歳代																								
40歳代																								
50歳代																								
60歳代																								
70～74歳																								
合計																								
(再掲)40～74歳																								
(再掲)65～74歳																								

様式3-5

様式3-6 脳梗塞・脳出血の分析〔レセプト分析(5月診療分のみ)〕

男性

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	脳血管疾患		高血圧症		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症						虚血性心疾患		高尿酸血症		高脂血症					
									インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症								糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害	
									数	割合	数	割合	数	割合							数	割合	数	割合
20歳代以下																								
30歳代																								
40歳代																								
50歳代																								
60歳代																								
70～74歳																								
合計																								
(再掲)40～74歳																								
(再掲)65～74歳																								

女性

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	脳血管疾患		高血圧症		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症						虚血性心疾患		高尿酸血症		高脂血症					
									インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症								糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害	
									数	割合	数	割合	数	割合							数	割合	数	割合
20歳代以下																								
30歳代																								
40歳代																								
50歳代																								
60歳代																								
70～74歳																								
合計																								
(再掲)40～74歳																								
(再掲)65～74歳																								

総数

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	脳血管疾患		高血圧症		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症						虚血性心疾患		高尿酸血症		高脂血症					
									インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症								糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害	
									数	割合	数	割合	数	割合							数	割合	数	割合
20歳代以下																								
30歳代																								
40歳代																								
50歳代																								
60歳代																								
70～74歳																								
合計																								
(再掲)40～74歳																								
(再掲)65～74歳																								

様式3-7 人工透析の分析〔レセプト分析(5月診療分のみ)〕

男性

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	人工透析		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症										高血圧症		高尿酸血症		脳血管疾患		虚血性心疾患		高脂血症					
							インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害															
							数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合											数	割合	数	割合
20歳代以下																														
30歳代																														
40歳代																														
50歳代																														
60歳代																														
70～74歳																														
合計																														
(再掲)40～74歳																														
(再掲)65～74歳																														

女性

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	人工透析		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症										高血圧症		高尿酸血症		脳血管疾患		虚血性心疾患		高脂血症					
							インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害															
							数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合											数	割合	数	割合
20歳代以下																														
30歳代																														
40歳代																														
50歳代																														
60歳代																														
70～74歳																														
合計																														
(再掲)40～74歳																														
(再掲)65～74歳																														

総数

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	人工透析		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症										高血圧症		高尿酸血症		脳血管疾患		虚血性心疾患		高脂血症					
							インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害															
							数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合											数	割合	数	割合
20歳代以下																														
30歳代																														
40歳代																														
50歳代																														
60歳代																														
70～74歳																														
合計																														
(再掲)40～74歳																														
(再掲)65～74歳																														

様式3-7













**健診・保健指導の効果を評価するレセプト分析(5月診療分)**

保健指導による重症化予防、合併症予防の成果を確認する

**様式5-1 透析患者の推移(患者数、医療費)**

	昨年	今年	増減数	増減率
透析を受けている患者数				
患者医療費(年間)				
1年間の新規透析患者数				
患者医療費(年間)				

**様式5-2 新規透析患者と健診・保健指導の関係**

		生活習慣病の原因疾患を持つ人の数	(再掲)				
			糖尿病	高血圧症	高脂血症	高尿酸血症	その他
1年間の新規透析患者数	今年	今年					
		昨年					
	健診受診者+保健指導	今年					
		昨年					
	健診のみ	今年					
		昨年					
	未受診	今年					
		昨年					

**様式5-3 虚血性心疾患の推移(患者数、医療費)**

	昨年	今年	増減数	増減率
虚血性心疾患患者数				
患者医療費(年間)				
1年間の新規虚血性心疾患患者数				
患者医療費(年間)				

**様式5-4 新規虚血性心疾患と健診・保健指導の関係**

		生活習慣病の原因疾患を持つ人の数	(再掲)				
			糖尿病	高血圧症	高脂血症	高尿酸血症	その他
1年間の新規虚血性心疾患患者数	今年	今年					
		昨年					
	健診受診者+保健指導	今年					
		昨年					
	健診のみ	今年					
		昨年					
	未受診	今年					
		昨年					

様式5-5 脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)の推移(患者数、医療費)

	昨年	今年	増減数	増減率
脳血管疾患患者数				
患者医療費(年間)				
1年間の新規脳血管疾患患者数				
患者医療費(年間)				

様式5-6 新規脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)患者数と健診・保健指導の関係

		生活習慣病の原因疾患を持つ人の数	(再掲)				
			糖尿病	高血圧症	高脂血症	高尿酸血症	その他
1年間の新規脳血管疾患患者数	今年						
	昨年						
	健診受診者+保健指導	今年					
		昨年					
	健診のみ	今年					
		昨年					
	未受診	今年					
		昨年					

様式5-7 一昨年・昨年・今年生活習慣病と診断された患者の重症化

	一昨年	昨年	今年	増減数(昨年と今年の比較)	増減率(昨年と今年の比較)
生活習慣病患者数(総数)					
糖尿病					
高血圧症					
高脂血症					
高尿酸血症					

様式5-8 一昨年・昨年生活習慣病と診断された人の健診・保健指導の状況

保健指導で合併症が出なかったことを確認しよう！

		計	合併症を有する人の数	(再掲)					
				人工透析	糖尿病性網膜症	糖尿病性神経障害	動脈閉塞	大動脈疾患	虚血性心疾患
一昨年・昨年生活習慣病と診断された患者数	昨年								
	一昨年								
	健診受診者+保健指導	昨年							
		一昨年							
	健診のみ	昨年							
		一昨年							
	未受診	昨年							
		一昨年							

様式5-9 一昨年・昨年糖尿病と指摘された人の健診・保健指導の状況

		計	合併症を有する人の数	(再掲)							
				人工透析	糖尿病性網膜症	糖尿病性神経障害	動脈閉塞	大動脈疾患	虚血性心疾患	脳血管疾患	
一昨年・昨年糖尿病と診断された患者数	昨年										
	一昨年										
	健診受診者 +保健指導	昨年									
		一昨年									
健診のみ	昨年										
	一昨年										
未受診	昨年										
	一昨年										

様式5-10 一昨年・昨年高血圧症と指摘された人の健診・保健指導の状況

		計	合併症を有する人の数	(再掲)							
				人工透析	糖尿病性網膜症	糖尿病性神経障害	動脈閉塞	大動脈疾患	虚血性心疾患	脳血管疾患	
一昨年・昨年高血圧症と診断された患者数	昨年										
	一昨年										
	健診受診者 +保健指導	昨年									
		一昨年									
健診のみ	昨年										
	一昨年										
未受診	昨年										
	一昨年										

様式5-11 一昨年・昨年高脂血症と指摘された人の健診・保健指導の状況

		計	合併症を有する人の数	(再掲)							
				人工透析	糖尿病性網膜症	糖尿病性神経障害	動脈閉塞	大動脈疾患	虚血性心疾患	脳血管疾患	
一昨年・昨年高脂血症と診断された患者数	昨年										
	一昨年										
	健診受診者 +保健指導	昨年									
		一昨年									
健診のみ	昨年										
	一昨年										
未受診	昨年										
	一昨年										

様式5-12 一昨年・昨年高尿酸血症と指摘された人の健診・保健指導の状況

		計	合併症を有する人の数	(再掲)							
				人工透析	糖尿病性網膜症	糖尿病性神経障害	動脈閉塞	大動脈疾患	虚血性心疾患	脳血管疾患	
一昨年・昨年高尿酸血症と診断された患者数	昨年										
	一昨年										
	健診受診者 +保健指導	昨年									
		一昨年									
健診のみ	昨年										
	一昨年										
未受診	昨年										
	一昨年										

様式5-13 今年、生活習慣病と指摘された人の健診・保健指導の状況

健診・保健指導の成果を確認しよう！

		有所見を持つ人の数	(再掲)				
			腹囲	糖尿病	高血圧症	高脂血症	高尿酸血症
1年間の新規生活習慣病患者数	今年						
	昨年						
健診受診者 +保健指導	動機づけ支援実施者	今年					
		昨年					
	積極的支援実施者	今年					
		昨年					
	医療管理による支援	今年					
		昨年					
健診のみ	今年						
	昨年						
未受診	今年						
	昨年						

様式5-14 昨年、生活習慣病予備群と指摘された人の治療状況

健診・保健指導の成果を確認しよう！

		治療を行っている人の数	(再掲)						
			糖尿病	高血圧症	高脂血症	高尿酸血症	脳血管疾患	虚血性心疾患	その他
一昨年・昨年生生活習慣病予備群と指摘された人の数	昨年								
	一昨年								
健診受診者 +保健指導	動機づけ支援	昨年							
		一昨年							
	積極的支援	昨年							
		一昨年							
	医療管理による支援	昨年							
		一昨年							
健診のみ	昨年								
	一昨年								
未受診	昨年								
	一昨年								

様式6-1 健診・保健指導計画作成のためのアセスメント表

保険者の特徴を考えて見ましょう～対象者の優先順位を考えるために～

ねらい 健診・保健指導計画を立てる際、被保険者集団の健康課題を明確化し、健診結果の特徴や課題を分析するために作成する

平成 年度		全 国			県			保険者		
被保険者総数										
40～74歳被保険者数／割合（％）										
65～74歳被保険者数／割合（％）										
死亡の状況	順位	原因	10万対	65歳未満比率	原因	10万対	65歳未満比率	原因	10万対	65歳未満比率
	第1位									
	第2位									
	第3位									
	第4位									
	第5位									
障害の状況	介護保険第2号被保険者（65歳未満者）の原因疾患	原因	要介護1、2、3の割合	要介護4、5の割合	原因	要介護1、2、3の割合	要介護4、5の割合	原因	要介護1、2、3の割合	要介護4、5の割合
	第1位									
	第2位									
	第3位									
	第4位									
	第5位									
医療の状況 年5月診療分 レセプト		治療者数	全治療者に占める割合	総人数に対する割合	治療者数	全治療者に占める割合	総人数に対する割合	治療者数	全治療者に占める割合	総人数に対する割合
	虚血性心疾患									
	脳血管疾患									
	糖尿病									
	高血圧症									
健診・保健指導の 状況	40～74歳受診者数／受診率（％）									
	有所見順位	有所見項目	人数	割合	有所見項目	人数	割合	有所見項目	人数	割合
	第1位									
	第2位									
	第3位									
	第4位									
	第5位									
	第6位									
	第7位									
	第8位									
	第9位									
	第10位									
			対象者数	実施者数(実施率)		対象者数	実施者数(実施率)		対象者数	実施者数(実施率)
	動機づけ支援									
積極的支援										

様式6-2 健診有所見者状況(男女別・年代別)

総数

男性

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける								内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因		臓器障害 (※は詳細検査)								
		腹囲*		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール	尿蛋白	(クレアチニン)		心電図※		眼底検査※		
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	
全国																												
都道府県																												
H18年度																												
H17年度																												
H16年度																												
H15年度																												

女性

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける								内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因		臓器障害 (※は詳細検査)									
		腹囲*		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール	尿蛋白	(クレアチニン)		心電図※		眼底検査※			
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合		
全国																													
都道府県																													
H18年度																													
H17年度																													
H16年度																													
H15年度																													

総数

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける								内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因		臓器障害 (※は詳細検査)										
		腹囲*		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール	尿蛋白	(クレアチニン)		心電図※		眼底検査※				
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合			
全国																														
都道府県																														
H18年度																														
H17年度																														
H16年度																														
H15年度																														

\* 注)腹囲がない場合はBMI≥25

様式6-3 健診有所見者状況(男女別・年代別)

40歳代

男性

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける								内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因		臓器障害 (※は詳細検査)								
		腹囲*		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール	尿蛋白	(クレアチニン)		心電図※		眼底検査※		
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	
全国																												
都道府県																												
H18年度																												
H17年度																												
H16年度																												
H15年度																												

女性

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける								内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因		臓器障害 (※は詳細検査)									
		腹囲*		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール	尿蛋白	(クレアチニン)		心電図※		眼底検査※			
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合		
全国																													
都道府県																													
H18年度																													
H17年度																													
H16年度																													
H15年度																													

総数

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける								内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因		臓器障害 (※は詳細検査)										
		腹囲*		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール	尿蛋白	(クレアチニン)		心電図※		眼底検査※				
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合			
全国																														
都道府県																														
H18年度																														
H17年度																														
H16年度																														
H15年度																														

\* 注)腹囲がない場合はBMI≥25

様式6-4 健診有所見者状況(男女別・年代別)

50歳代

男性

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける								内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因		臓器障害 (※は詳細検査)								
		腹囲*		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール	尿蛋白	(クレアチニン)		心電図※		眼底検査※		
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	
全国																												
都道府県																												
H18年度																												
H17年度																												
H16年度																												
H15年度																												

女性

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける								内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因		臓器障害 (※は詳細検査)									
		腹囲*		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール	尿蛋白	(クレアチニン)		心電図※		眼底検査※			
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合		
全国																													
都道府県																													
H18年度																													
H17年度																													
H16年度																													
H15年度																													

総数

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける								内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因		臓器障害 (※は詳細検査)									
		腹囲*		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール	尿蛋白	(クレアチニン)		心電図※		眼底検査※			
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合		
全国																													
都道府県																													
H18年度																													
H17年度																													
H16年度																													
H15年度																													

\* 注)腹囲がない場合はBMI≥25

様式6-5 健診有所見者状況(男女別・年代別)

60歳代

男性

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける								内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因		臓器障害 (※は詳細検査)								
		腹囲*		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール	尿蛋白	(クレアチニン)		心電図※		眼底検査※		
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	
全国																												
都道府県																												
H18年度																												
H17年度																												
H16年度																												
H15年度																												

女性

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける								内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因		臓器障害 (※は詳細検査)									
		腹囲*		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール	尿蛋白	(クレアチニン)		心電図※		眼底検査※			
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合		
全国																													
都道府県																													
H18年度																													
H17年度																													
H16年度																													
H15年度																													

総数

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける								内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因		臓器障害 (※は詳細検査)										
		腹囲*		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール	尿蛋白	(クレアチニン)		心電図※		眼底検査※				
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合			
全国																														
都道府県																														
H18年度																														
H17年度																														
H16年度																														
H15年度																														

\* 注)腹囲がない場合はBMI≥25

様式6-6 健診有所見者状況(男女別・年代別)

70歳代(70-74歳)

男性

全国 都道府県 H18年度 H17年度 H16年度 H15年度	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける								内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因		臓器障害 (※は詳細検査)								
		腹囲*		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール	尿蛋白	(クレアチニン)		心電図※		眼底検査※		
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	
全国																												
都道府県																												
H18年度																												
H17年度																												
H16年度																												
H15年度																												

女性

全国 都道府県 H18年度 H17年度 H16年度 H15年度	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける								内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因		臓器障害 (※は詳細検査)									
		腹囲*		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール	尿蛋白	(クレアチニン)		心電図※		眼底検査※			
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合		
全国																													
都道府県																													
H18年度																													
H17年度																													
H16年度																													
H15年度																													

総数

全国 都道府県 H18年度 H17年度 H16年度 H15年度	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける								内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因		臓器障害 (※は詳細検査)										
		腹囲*		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール	尿蛋白	(クレアチニン)		心電図※		眼底検査※				
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合			
全国																														
都道府県																														
H18年度																														
H17年度																														
H16年度																														
H15年度																														

\* 注)腹囲がない場合はBMI≥25

様式6-7 健診有所見者状況(男女別・年代別)

(再)65-74歳

男性

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける								内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因		臓器障害(※は詳細検査)									
		腹囲*		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		尿蛋白		(クレアチニン)		心電図※		眼底検査※	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
全国																													
都道府県																													
H18年度																													
H17年度																													
H16年度																													
H15年度																													

女性

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける								内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因		臓器障害(※は詳細検査)									
		腹囲*		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		尿蛋白		(クレアチニン)		心電図※		眼底検査※	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
全国																													
都道府県																													
H18年度																													
H17年度																													
H16年度																													
H15年度																													

総数

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける								内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因		臓器障害(※は詳細検査)									
		腹囲*		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		尿蛋白		(クレアチニン)		心電図※		眼底検査※	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
全国																													
都道府県																													
H18年度																													
H17年度																													
H16年度																													
H15年度																													

\*注)腹囲がない場合はBMI≥25

### 様式6-8 メタボリックシンドローム該当者・予備群(40-74歳)

男性				総数			40歳代			50歳代			60歳代			70-74歳			(再)65-74歳		
				人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②
被保険者数(40-74歳)																					
健診受診者数(受診率%)																					
腹囲85cm以上の者																					
(再) 有所見 の重複 状況		高血糖	高血圧	高脂血																	
	腹囲のみ																				
	予備群	●																			
			●																		
				●																	
	該当者	●	●	●																	
	●	●	●																		
	●	●	●																		
メタボ予備群																					
メタボ該当者																					

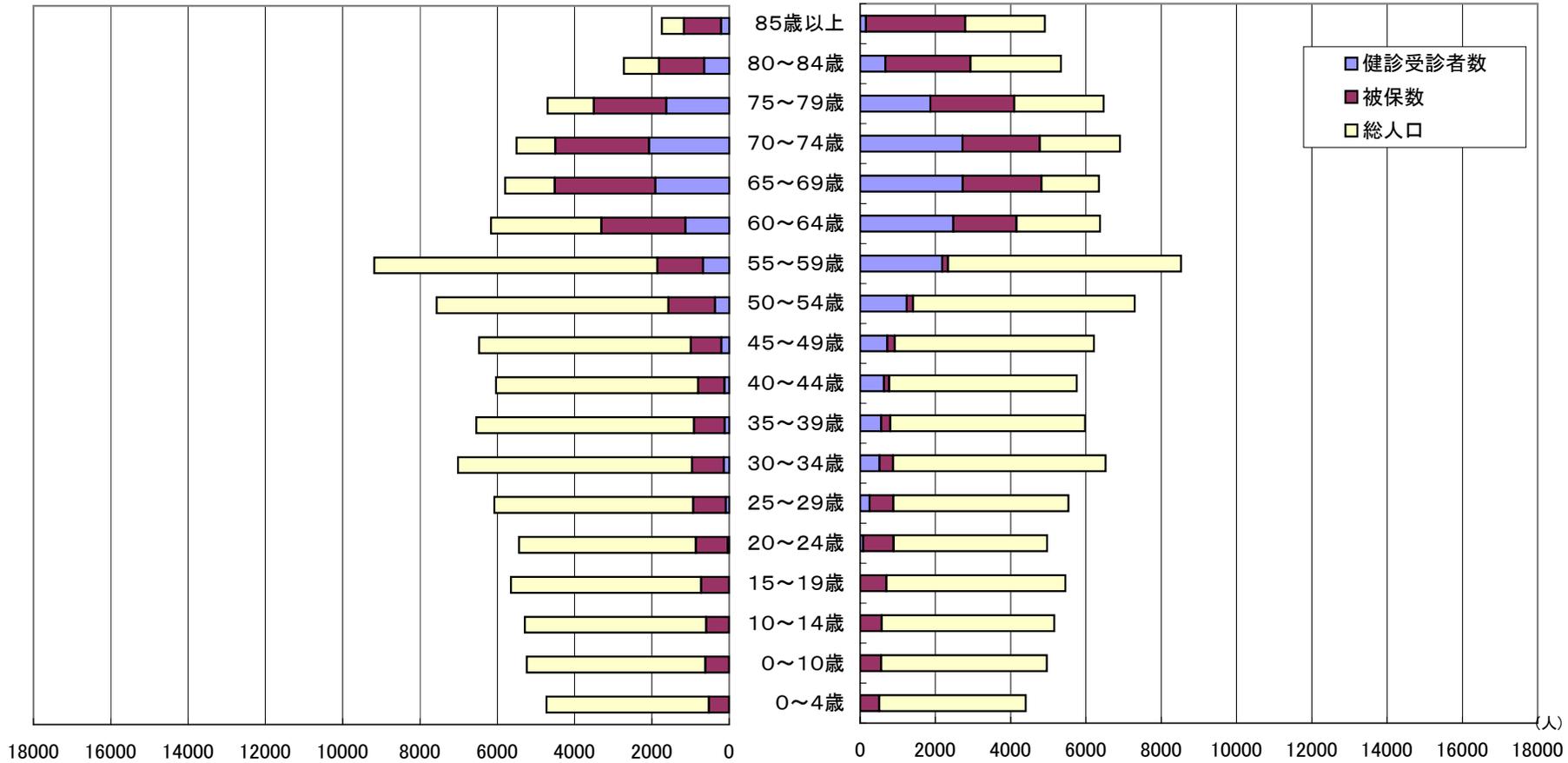
女性				総数			40歳代			50歳代			60歳代			70-74歳			(再)65-74歳		
				人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②
被保険者数(40-74歳)																					
健診受診者数(受診率%)																					
腹囲90cm以上の者																					
(再) 有所見 の重複 状況		高血糖	高血圧	高脂血																	
	腹囲のみ																				
	予備群	●																			
			●																		
				●																	
	該当者	●	●	●																	
	●	●	●																		
	●	●	●																		
メタボ予備群																					
メタボ該当者																					

注) 割合①の分母は健診受診者、割合②の分母は腹囲85cm以上または90cm以上

# 様式6-9 健診受診状況～被保険者数及び健診受診者のピラミッド

〇〇市の総人口のうち国保被保険者数・健診受診者数(平成〇年度)

注) 健診受診者数は基本健診受診者数と国保人間ドック受診者数の合計



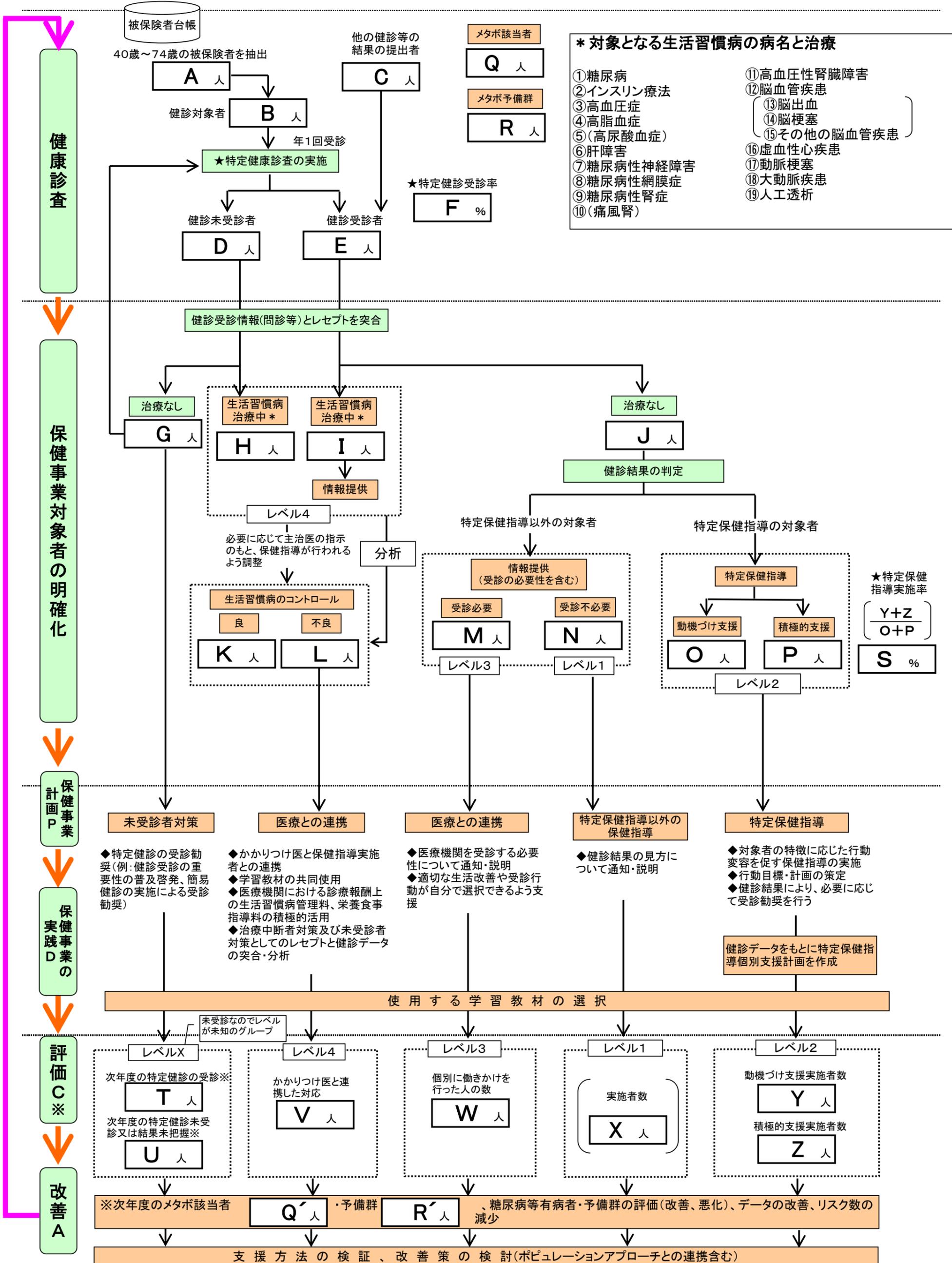
男性	40～74歳	健診受診者	6,481	36.9%
		国保被保険者	17,548	

女性	40～74歳	健診受診者	12,685	66.1%
		国保被保険者	19,184	

様式6-9

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導  
健診から保健指導実施へのフローチャート

様式6-10



様式6-11 性・年齢階級別特定保健指導実施率又は結果把握率

様式6-11

前年度の保健指導数及び実施率を把握して、当該年度の健診・保健指導計画を立てよう。

※A～Zについては様式6-10参照

平成 年度		男性												女性											
		総数		40歳代		50歳代		60歳代		70-74歳		(再)65-74歳		総数		40歳代		50歳代		60歳代		70-74歳		(再)65-74歳	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
健診受診者総数	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
40-74歳の被保険者 A人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
健診対象者 B人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
他の健診等の結果の提出者C人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
健診未受診者 D人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
健診受診者 E人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
特定健診受診率 F%																									
健診未受診者中治療なしの者 G人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
健診未受診者中生活習慣病治療中の者 H人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
健診受診者中生活習慣病治療中の者 I人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
健診受診者中治療なしの者 J人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
生活習慣病治療中で生活習慣病のコントロール良の者 K人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
生活習慣病治療中で生活習慣病のコントロール不良の者 L人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
情報提供(受診必要)対象者数 M人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
情報提供(受診不要)対象者数 N人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
動機づけ支援対象者数 O人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
積極的支援対象者数 P人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
メタボ該当者 Q人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
メタボ予備群 R人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
特定保健指導実施率 S%																									
次年度の特定健診の受診 T人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
次年度の特定健診未受診又は結果未把握 T人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
かかりつけ医と連携した対応 V人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
個別に働きかけを行った人の数 W人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
特定保健指導以外の保健指導実施者数 X人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
動機づけ支援実施者数 Y人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
積極的支援実施者数 Z人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
次年度のメタボ該当者 Q人	対象者数・割合																								
	対象者数・割合																								

## 医療保険者における健診・保健指導の評価方法

〇～〇歳

男性 ※性別、各年代（40～74歳まで5歳刻み）毎に作成

		今年度	昨年度	増減	備考
1	健診対象者数(40-74歳)				
2	健診受診者数(人)				
3	健診受診率(%)				= 2 / 1 * 100
4	評価対象者数(人)				
内臓脂肪症候群					
5	内臓脂肪症候群該当者数(人)				
6	内臓脂肪症候群該当者割合(%)				= 5 / 4 * 100
7	内臓脂肪症候群予備群者数(人)				
8	内臓脂肪症候群予備群者割合(%)				= 7 / 4 * 100
肥満					
9	肥満者の数(人)				
10	肥満者の割合(%)				= 9 / 4 * 100
11	腹囲のみ基準値以上の者の数(人)				
12	腹囲のみ基準値以上の者の割合(%)				= 11 / 4 * 100
13	腹囲基準値以上かつBMI25以上の者の数(人)				
14	腹囲基準値以上かつBMI25以上の者の割合(%)				= 13 / 4 * 100
15	BMIのみ25以上の者の数(人)				
16	BMIのみ25以上の者の割合(%)				= 15 / 4 * 100
高血圧					
17	血圧を下げる薬服用者の数(人)				
18	血圧を下げる薬服用者の割合(%)				= 17 / 4 * 100
19	正常高値血圧の者の数(人)				
20	正常高値血圧の者の割合(%)				= 19 / 4 * 100
21	高血圧症有病者の数(人)				
22	高血圧症有病者の割合(%)				= 21 / 4 * 100

		今年度	昨年度	増減	備考
高脂血症					
23	コレステロールを下げる薬服用者の数(人)				
24	コレステロールを下げる薬服用者の割合(%)				= 23 / 4 * 100
25	高脂血症有病者の数(人)				
26	高脂血症有病者の割合(%)				= 25 / 4 * 100
27	中性脂肪 150mg/dl 以上の者の数(人)				
28	中性脂肪 150mg/dl 以上の者の割合(%)				= 27 / 4 * 100
29	HDL-コレステロール 40mg/dl 未満の者の数(人)				
30	HDL-コレステロール 40mg/dl 未満の者の割合(%)				= 29 / 4 * 100
31	LDL-コレステロール 140mg/dl 以上の者の数(人)				
32	LDL-コレステロール 140mg/dl 以上の者の割合(%)				= 31 / 4 * 100
糖尿病					
33	インスリン使用・血糖を下げる服用者の数(人)				
34	インスリン使用・血糖を下げる服用者の割合(%)				= 33 / 4 * 100
35	糖尿病予備群の数(人)				
36	糖尿病予備群の割合(%)				= 35 / 4 * 100
37	糖尿病有病者の数(人)				
38	糖尿病有病者の割合(%)				= 37 / 4 * 100
39	空腹時血糖の測定している者の数(人)				
40	空腹時血糖 110mg/dl 以上の者の数(人)				
41	空腹時血糖 110mg/dl 以上の者の割合(%)				= 40 / 39 * 100
42	空腹時血糖 126mg/dl 以上の者の数(人)				
43	空腹時血糖 126mg/dl 以上の者の割合(%)				= 42 / 39 * 100
44	HbA1c を測定している者の数(人)				
45	HbA1c5.5%以上の者の数(人)				
46	HbA1c5.5%以上の者の割合(%)				= 45 / 44 * 100
47	HbA1c6.1%以上の者の数(人)				
48	HbA1c6.1%以上の者の割合(%)				= 47 / 44 * 100

		今年度	昨年度	増減	備考
新規発症者数※1					
49	4のうち、昨年度も健診を受診し、評価対象者だった者の数(人)				
50	49のうち、昨年度内臓脂肪症候群該当者・予備群でなかった者の数(人)				
51	50のうち、今年度内臓脂肪症候群予備群の数(人)				
52	50のうち、今年度内臓脂肪症候群予備群の割合(%)				= 51 / 50 * 100
53	50のうち、今年度内臓脂肪症候群該当者の数(人)				
54	50のうち、今年度内臓脂肪症候群該当者の割合(%)				= 53 / 50 * 100
55	49のうち、昨年度内臓脂肪症候群予備群の数(人)				
56	55のうち、今年度内臓脂肪症候群該当者の数(人)				
57	55のうち、今年度内臓脂肪症候群該当者の割合(%)				= 56 / 55 * 100
58	49のうち、昨年度内臓脂肪症候群該当者でなかった者の数(人)				
59	内臓脂肪症候群該当者の発生率(%)				=(53+56)/58*100
内臓脂肪症候群該当者の減少率※2					
60	49のうち、昨年度内臓脂肪症候群該当者の数(人)				
61	60のうち、今年度内臓脂肪症候群予備群の数(人)				
62	60のうち、今年度内臓脂肪症候群予備群の割合(%)				= 61 / 60 * 100
63	60のうち、今年度内臓脂肪症候群該当者・予備群でなかった者の数(人)				
64	60のうち、今年度内臓脂肪症候群該当者・予備群でなかった者の割合(%)				= 63 / 60 : 100
65	内臓脂肪症候群該当者の減少率				=(61+63)/60*100
内臓脂肪症候群予備群の減少率					
66	55のうち、今年度内臓脂肪症候群該当者・予備群でなかった者の数(人)				
67	55のうち、今年度内臓脂肪症候群該当者・予備群でなかった者の割合(%)				= 66 / 55 * 100
保健指導対象者の減少率					
68	49のうち、昨年度特定保健指導の対象者数(人)				
69	68のうち、今年度特定保健指導対象でなかった者の数(人)※3				
70	特定保健指導対象者の減少率(%)				= 69 / 68 * 100
71	49のうち、特定保健指導受診者の数(人)				
72	71のうち、今年度特定保健指導対象でなかった者の数(人)※3				
73	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(%)				= 72 / 71 * 100

※1 内臓脂肪症候群だけでなく、肥満、糖尿病、高血圧、高脂血症についても同様の評価を実施。

※2 動機づけ支援の受診者、積極的支援の受診者、すべての健診受診者ごとに、集計。

※3 検査結果の改善により、特定保健指導の対象から外れたのみをカウントする(服薬中の者となることにより、特定保健指導の対象から外れたものを除く)。

		今年度	昨年度	増減	備考
特定保健指導					
74	特定保健指導対象者数(積極的支援)(人)				
75	特定保健指導対象者の割合(積極的支援)(%)				= 74 / 4 * 100
76	服薬中のため積極的支援の対象者から除外した者の数(人)※4				
77	特定保健指導受診者数(積極的支援)(人)				
78	特定保健指導受診者の割合(積極的支援)(%)				= 77 / 74 * 100
79	特定保健指導終了者数(積極的支援)(人)				
80	特定保健指導終了者の割合(積極的支援)(%)				= 79 / 74 * 100
81	78のうち、健診時に腹囲が基準値以上だった者の数(人)※5				
82	78のうち、特定保健指導後腹囲が3cm以上減少した者の数(人)				
83	78のうち、特定保健指導後腹囲が3cm以上減少した者の割合(%)				= 82 / 81 * 100
84	特定保健指導対象者数(動機づけ支援)(人)				
85	特定保健指導対象者の割合(動機づけ支援)(%)				= 84 / 4 * 100
86	服薬中のため動機付け支援の対象者から除外した者の数(人)※4				
87	特定保健指導受診者数(動機づけ支援)(人)				
88	特定保健指導受診者の割合(動機づけ支援)(%)				= 87 / 84 * 100
89	特定保健指導終了者数(動機付け支援)(人)				
90	特定保健指導終了者の割合(動機付け支援)(%)				= 89 / 84 * 100
91	85のうち、健診時に腹囲が基準値以上だった者の数(人)※5				
92	85のうち、特定保健指導後腹囲が3cm以上減少した者の数(人)				
93	85のうち、特定保健指導後腹囲が3cm以上減少した者の割合(%)				= 92 / 91 * 100
94	特定保健指導対象者数(小計)(人)				= 74 + 84
95	特定保健指導終了者数(小計)(人)				= 79 + 89
96	特定保健指導終了者の割合(小計)(%)				= 95 / 94 * 100
特定保健指導以外の保健事業※6					
97	2のうち、医療機関受診の必要があると考えられる者の数(人)				
98	97のうち、個別に働きかけを行った者の数(人)				
99	2のうち、医療機関受診の必要がないと考えられる者の数(人)				
100	99のうち、何らかの保健指導を行った者の数(人)				
101	生活習慣病のコントロールが良好であると考えられる者の数(人)				
102	生活習慣病のコントロールが不良であると考えられる者の数(人)				
103	102のうち、かかりつけ医と連携して対応した者の数(人)				
104	健診未受診者の数(人)				= 1 - 2
105	104のうち、医療機関を受診していない者の数(人)				
106	105のうち、次年度、特定健診を受診した者の数(人)				

※4 ステップ3までは、特定保健指導の対象であったが、服薬中のために、対象者から除外された者の数

※5 特定保健指導終了時に腹囲を計測した者のみを抽出。

※6 様式6-10参照

# 都道府県健康増進計画に位置付ける目標項目

	基準指標		データソース	
日頃の生活習慣	アウトカム	適切な生活習慣を有する率	脂肪エネルギー比率	都道府県健康・栄養調査
			野菜摂取量	都道府県健康・栄養調査
			朝食欠食率	都道府県健康・栄養調査
			日常生活における歩数	都道府県健康・栄養調査
			運動習慣のある者の割合	都道府県健康・栄養調査
			睡眠による休養が不足している者の割合	都道府県健康・栄養調査
			喫煙する者の割合	都道府県健康・栄養調査
			多量飲酒者の割合	都道府県健康・栄養調査
	プロセス	普及啓発による知識浸透率	メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の概念を知っている人の割合	都道府県健康・栄養調査
境界領域期・有病期	アウトカム	内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病の有病者・予備群の数	肥満者の推定数(成人・小児)	都道府県健康・栄養調査 健診データ
			メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)予備群の推定数	都道府県健康・栄養調査 健診データ
			糖尿病予備群の推定数	都道府県健康・栄養調査 健診データ
			高血圧症予備群の推定数	都道府県健康・栄養調査 健診データ
			メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)該当者の推定数	都道府県健康・栄養調査 健診データ
			糖尿病有病者の推定数	都道府県健康・栄養調査 健診データ
			高血圧症有病者の推定数	都道府県健康・栄養調査 健診データ
			高脂血症者有病者の推定数	都道府県健康・栄養調査 健診データ
			メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)新規該当者の推定数	健診データ
			糖尿病発症者の推定数	健診データ
			高血圧症発症者の推定数	健診データ
	高脂血症発症者の推定数	健診データ		
	プロセス	健診・保健指導の実績	健診受診率	都道府県健康・栄養調査 健診データ
	保健指導実施率		都道府県健康・栄養調査 健診データ	
医療機関受診率	都道府県健康・栄養調査 レセプト			

生活習慣病 発展段階	基準指標			データソース
重症化・ 合併症	アウトカム	疾患受療率	脳血管疾患受療率	患者調査(3年ごと)
			虚血性心疾患受療率	患者調査(3年ごと)
	合併症率		糖尿病による失明発症率	社会福祉行政業務報告
			糖尿病による人工透析新規導入率	日本透析医学会
死亡	アウトカム	死亡率	脳卒中による死亡率	人口動態統計
			虚血性心疾患による死亡率	人口動態統計
	健康寿命		平均自立期間	都道府県生命表(5年ごと) レセプト
			65歳、75歳平均自立期間	都道府県生命表(5年ごと) レセプト
			(平均寿命)	都道府県生命表(5年ごと)
			(65歳、75歳平均余命)	都道府県生命表(5年ごと)

(参考)上記に含まれない「健康日本21」代表目標項目のうち、健康指標として都道府県健康増進計画に位置付けるもの

基準指標		データソース
がん	がん検診受診者数	国民生活基礎調査(3年ごと)
こころの健康	自殺者数	人口動態統計
歯の健康	8020の人数	歯科疾患実態調査

## ～ 都道府県における分析例 1 ～

### 糖尿病等有病者・予備群の動向(人数)

例：今年度と前年度のHbA1cのデータを用いて、改善、現状維持、悪化の人数を評価。

HbA1c	今年度健診情報					
	—5.5	5.5—6.1	6.1—	未受診者数	対象外	合計
前年度健診情報	—5.5	5.5—6.1	6.1—	未受診者数	対象外 ※	合計

※ 前年度受診していても今年度異動した場合や前年度は別の医療保険者で今年度異動で対象となった場合

→同様に血圧、脂質等の健診結果で動向を分析する(様式を同様に作成)

→同様に保健指導対象者についても動向を分析する(様式を同様に作成)

### 糖尿病等患者の動向(人数等)

例：今年度と前年度の糖尿病関連のレセプトデータを用いて、改善、現状維持、悪化の人数(レセプト枚数、レセプト点数など)を評価。

糖尿病	今年度レセプト情報					
	外来のみ	入院のみ	外来・入院	なし	対象外	合計
前年度レセプト情報	外来レセプトのみ	入院レセプトのみ	外来・入院レセプト両方	なし	対象外	合計

※ レセプト枚数又は患者数に着目する場合  
 レセプト点数に着目する場合  
 レセプト診療日数に着目する場合                      に分けて解析。

→同様に、高血圧、高脂血症、虚血性心疾患、脳卒中等について作成

→同様に、内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)該当者・予備群についても作成

## ～ 都道府県における分析例 2 ～

内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)はリスク相互の関連が大きく、年を経るうちにリスク数が増えてくる。一つひとつの要因の増加を見るだけでなく、各個人への要因の集積度がどのように変化していくかも健診・保健指導の成果として重要と考える。

そこで、腹囲、血糖、HbA1c、血圧、脂質等について、基準値を超えたもののリスク数について、これらの年度毎の推移を分析する。

腹囲、血糖、HbA1c、血圧、脂質などのリスク数		今年度健診情報						
		～1	2～3	4～	データ欠損あり	未受診者数	対象外	合計
前年度健診情報	～1							
	2～3							
	4～							
	データ欠損あり							
	未受診者数							
	対象外							
	合計							

レセプト病名で抽出された生活習慣病者の前年度の健診情報で、腹囲、血糖、HbA1c、血圧、脂質等の基準値を超えたもののリスク数との関係を分析する。

腹囲、血糖、HbA1c、血圧、脂質などのリスク数		今年度レセプト情報								
		糖尿病	高血圧	高脂血症	虚血性心疾患	脳卒中	左記のいずれもなし	対象外	単純集計	重複を除外した数
前年度健診情報	～1									
	2～3									
	4～									
	データ欠損あり									
	未受診者数									
	対象外									
	合計									



## (添付資料)

- 関係学会におけるガイドライン（抜粋）
- 「健診・保健指導」の研修ガイドライン（確定版）
- 健康診査における精度管理の在り方



# 関係学会におけるガイドラインの抜粋



## 目次

- **メタボリックシンドロームの定義と診断基準**……………1  
編：メタボリックシンドローム診断基準検討委員会
  
- **糖尿病治療ガイド 2006-2007**……………19  
編：日本糖尿病学会・糖尿病治療ガイド編集委員会
  
- **動脈硬化性疾患診療ガイドライン2002年版**……………21  
編：日本動脈硬化学会
  
- **高血圧治療ガイドライン 2004**……………25  
編：日本高血圧学会・高血圧治療ガイドライン作成委員会
  
- **高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン第1版**……………27  
編：日本痛風・核酸代謝学会・治療ガイドライン作成委員会
  
- **肥満症治療ガイドライン 2006**……………29  
編：肥満症治療ガイドライン作成委員会



# メタボリックシンドロームの定義と診断基準

メタボリックシンドローム診断基準検討委員会

日本内科学会雑誌 第94巻 第4号別刷

2005年4月10日

# メタボリックシンドロームの定義と診断基準

メタボリックシンドローム診断基準検討委員会

## 序

メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を個人に合併する心血管病易発症状態である。高コレステロール血症に対する対策がほぼ確立された現在、心血管病の重要な予防ターゲットとなっていることに加え、ライフスタイルが関与する多くの病態を含むことから、多数の分野から注目されている。海外ではNational Cholesterol Education Program (NCEP) のAdult Treatment Panel III (ATP III) による基準、World Health Organization (WHO) の基準など複数の診断基準が発表されており若干混乱が生じていたがNCEPとInternational Diabetes Federation (IDF) の両コミテーターのコンセンサスカンファレンスが関われ統一見解が間もなく出される予定である。わが国としてはグローバルな見解を視野に入れながら、病態を正しく認識し、日本人に即した診断基準を作成することが日本人の心血管病の予防医学上重要であるばかりでなく、世界に向けたエビデンスに基づいた発信にもなる。このような経緯を基盤として、メタボリックシンドローム診断基準検討委員会が立ち上げられた。メタボリックシンドロームという名称はすでに一般的であり、誤解をさけるため、メタボリック症候群や代謝異常症候群、代謝症候群という表記は本診断基準では用いない。いわゆるマルチプルリスクファクター症候群であるが、偶然にリスクが集まったのではなく、またそれらも代謝異常のみを基盤としているわけではない。上流に共通の発症基盤をもつ一つの疾

病単位として捉えているのである。

## 診断基準設定の背景

WHOは2002年のWorld Health Reportにおいて新たなグローバルな健康政策として心血管病予防対策を重視する宣言を行った。これまでWHOが重点を置いてきた平均寿命の短い発展途上国に対する栄養補給や感染対策を続けるものの、先進国はもちろんのこと、平均寿命が比較的長いアジア、とくに中国などで、過栄養と運動不足を背景に増加の一途をたどっている心血管病をターゲットにした健康政策を行うことが世界の人々の寿命をさらに延ばすことになるかと判断したのであった。わが国の厚生労働省の発表の死因統計でも脳血管障害、心血管病が全死亡の約30%を占め癌と匹敵するものである。しかも働き盛りに突然発症することが多く、社会的にも極めて損失が大きいうえに、死亡から免れたとして、多数が後遺症で苦しむケースが多いことから癌よりも深刻であるともいえる。

動脈硬化性心血管病の予防対策を強化するために従来最も大きなリスクファクターとして取り上げられてきたのは高コレステロール血症であることは周知の事実である。血清コレステロール高値、高low density lipoprotein (LDL) コレステロール血症が動脈硬化の強いリスクファクターになることは、世界的なコンセンサスであり、LDL、酸化LDLをめぐる動脈硬化の成因は、分子レベルで解明され、さらに治療もHMGCoA還元酵素阻害薬(スタチン)の開発によって確立されてきた。しかし、動脈硬化性疾患の発症は必ずしも高コレステロール血症で全てが決め

られているのではないことは多くの実地医家も経験してきたことである。そこで, beyond cholesterol の概念で 1980 年代の後半から注目されてきたのは, 一個人に複数のリスクが集積した状態, つまりマルチプルリスクファクター症候群という病態である。わが国で 1995 年から 3 年間かけて動脈硬化性疾患発症要因について勤労者を対象にした労働省 (現厚生労働省) の研究が行われたが<sup>2)</sup>, これでも明らかになったことは確かに高コレステロール血症もリスクになってはいるが, それよりも高トリグリセリド血症, 耐糖能異常, 高血圧, 肥満のうち 3 個以上合併した場合の危険率がコントロールの 30 倍以上にも達するという事実であった。つまりわが国においても一個人に多くのリスクが集積する病態, マルチプルリスクファクター症候群が動脈硬化性疾患の背景として大きな位置を占めることが確認されたのである。なお, これを受けて厚労省と日本医師会は労災二次給付事業として, この様なマルチプルリスクファクター症候群を心血管疾患の重点的予防対策対象にし「死の四重奏」という病名で心血管病の二次検診や健康指導, 食事指導, 運動指導に給付が受けられる制度を 2001 年からスタートしている<sup>3)</sup>。このようなマルチプルリスクファクター症候群の重要性は, コレステロール重視の傾向が強い欧米でも 1980 年代終わり頃から認識されてきたが, 急速に世界の関心が拡大したのは WHO, National Cholesterol Education Program (NCEP) などがメタボリックシンドロームという疾患名で診断基準を発表してからであろう<sup>4,5)</sup>。

まず 1980 年代の後半には, beyond cholesterol の概念で, スタンフォード大学の Reaven によってシンドローム X<sup>6)</sup>, テキサス大学の Kaplan によって死の四重奏<sup>7)</sup>という心血管疾患に対するハイリスクな病態が症候群として提唱された。これらは耐糖能異常, 高トリグリセリド血症, 高血圧が一個人に集積する病態で, それまで重要視されていた高コレステロール血症という単独

のリスクファクターを持った病態とは全く違ったコンセプトで取り上げられた。死の四重奏では上半身肥満を 4 つの主要症候の一つに取り上げ内臓脂肪の重要性を示したが, その後テキサス大学の DeFronzo が同様の病態をインスリン抵抗性症候群と名付けたこともあって, これらのリスクの集積や動脈硬化の発症要因としてインスリン抵抗性の役割が大きく取り上げられた<sup>8)</sup>。しかし必ずしもインスリン抵抗性が何故起きているのか, インスリン抵抗性によるマルチプルリスクや動脈硬化の発症メカニズムは何なのかについて明確な説明は出来ていなかった。一方肥満における病態の研究から, 肥満の程度よりも, 脂肪蓄積の部位が多様な病態の発症を規定するということが明らかになり, 腹腔内内臓脂肪の蓄積が糖尿病, 高脂血症, 高血圧さらには動脈硬化性疾患の発症基盤として重要な意味を持つことが明らかにされてきた。脂肪分布と病態の関係を最初に提唱したのがマルセイユ大学の Vague で, 彼は大腿部より上腕に脂肪が蓄積したタイプを男性型 (android type) 肥満と称しその逆の女性型 (gynoid type) に比べて糖尿病の発症頻度の高いハイリスク肥満であることを既に 1947 年に発表している<sup>9)</sup>。この android obesity の概念は今日の内臓脂肪型肥満とは異なるものの脂肪分布が病態に関連することを最初に提唱したことは画期的であった。その後 1980 年代にはウエスト/ヒップ比を指標に上半身肥満を提唱した Kissebah や中心性肥満という概念を示した Björntorp らが, 内臓脂肪を想定したハイリスク肥満の重要性を示した<sup>10,11)</sup>。わが国の大阪大学松澤らが提唱した内臓脂肪症候群は, CT スキャンによる脂肪組織分析法で判定した腹腔内の内臓脂肪過剰蓄積をキーファクターとしてその下流に糖尿病, 高脂血症, 高血圧を引き起こし, 最終的に動脈硬化を発症しやすい病態を指す。この症候群は原則的にはシンドローム X や死の四重奏に相当する症候群であるが, その中のインスリン抵抗性は糖尿病の基盤になるとしてもキー

プレイヤーとなっているのはむしろその上流に存在する内臓脂肪の蓄積であることを強調したものである<sup>12,13)</sup>。

このように内臓脂肪蓄積を上流因子とするマルチプルリスクファクター症候群の概念はNCEPのメタボリックシンドロームの考え方に取り入れられ、またインスリン抵抗性を上流因子とするインスリン抵抗性症候群の概念は、WHOの概念の基盤となっており、お互いが共通する概念であることは認めながら必ずしもその本態についてのコンセンサスが得られないまま経過してきたのである。現在この二つのコミティーメンバーが参加して診断基準の摺り合わせを行っており間もなく発表になる予定である。

このような背景を基にわが国でも、そのメタボリックシンドロームの基本原則についてはグローバルの考え方と協調しながら、基準値については、日本人のエビデンスに基づいた診断基準を設定する必要性に迫られてきた。そこで、2004年より、日本動脈硬化学会、日本糖尿病学会、日本高血圧学会、日本肥満学会、日本循環器学会、日本腎臓病学会、日本血栓止血学会そして日本内科学会が合同でメタボリックシンドローム診断基準検討委員会を構成し、委員会を重ねて今回の診断基準の設定に至ったものである。

なお、本症候群が、動脈硬化性疾患の発症要因として、飽食と運動不足の現在社会のなかで急速に大きな位置を占めつつある過栄養を基盤としたマルチプルリスクファクター症候群であるという定義と診断基準の基本概念は世界的に共通のものである。それぞれのコンポーネントの基準値についてはわが国独自のエビデンスを基にして決めていくものである。それらは現時点のコンセンサスであって、今後新しいエビデンスが出てくれば随時改正していくことも考えている。

## 診断基準

メタボリックシンドロームを疾患概念として確立する目的は、飽食と運動不足によって生じる過栄養を基盤に益々増加してきた心血管病に対して効率の良い予防対策を確立することである。従ってメタボリックシンドロームの第1の臨床的帰結 (Clinical Outcome) は心血管病であり、診断は心血管病予防のためにおこなう。このことはNCEP基準、WHO基準にも述べられている。ただしメタボリックシンドロームを呈する多くの人々はインスリン抵抗性をもち、2型糖尿病の発症リスクも高い<sup>14)</sup>。このようにして発症した糖尿病は特に心血管疾患の基盤としての認識が必要である。

NCEPの診断基準では、腹部脂肪蓄積(ウエスト径増大であらわされる)が第1の診断項目としてあげられ、メタボリックシンドロームの成立に最も関与度が高いことを反映している。明確なインスリン抵抗性の存在は診断には必要としないがNCEP基準をみたす人々の多くはインスリン抵抗性を有していると考えられる。一方WHO基準はインスリン抵抗性を必須項目とし、2型糖尿病、空腹時血糖異常、耐糖能異常または高インスリン正常血糖クランプで対照の4分の1未満の糖取り込みをしめすもののいずれかを有している。WHO基準が不便な点は、メタボリックシンドロームを診断するためには日常臨床検査のレベルを超えた検査が必要となることである。

内臓脂肪蓄積はしばしばインスリン抵抗性を伴い、両者は併存する場合が多い。いずれが上流に存在するかについては、検討がなされ、現在、本シンドロームで見られるのは内臓脂肪蓄積によって生じるインスリン抵抗性状態であると考えらることで意見の一致を見ている。原発性のインスリン抵抗性症候群であるインスリン受容体異常症、脂肪萎縮性糖尿病や、その他の内臓脂肪蓄積を伴わないインスリン抵抗性症候群

が、メタボリックシンドロームの各病態を併せ持つか、または心血管病を多発するかについては、症例も稀であることもあり、エビデンスに乏しく、メタボリックシンドロームの範疇には入れていない。

今回、過栄養と運動不足を背景に増加してきた心血管病の予防医学のために確立された疾病概念であることを考えると、糖代謝異常、脂質代謝異常、高血圧の上流に位置し、またそれ自体が心血管病のリスクでもあるという成因論的検討に加え、予防医学上、多くの人が用いることができ、また疫学調査にも利用しうるような基準作成について検討がなされ、診断基準検討委員会は、メタボリックシンドロームを内臓脂肪蓄積（ウエスト周囲径の増大で示される）+2つ以上のco-morbidityと定義することで合意が得られた（表1）。

### 病態と基準値

メタボリックシンドロームの病態として下記があげられている。

- 1) 内臓脂肪（腹腔内脂肪）蓄積
- 2) インスリン抵抗性±耐糖能異常
- 3) 動脈硬化惹起性リポ蛋白異常
- 4) 血圧高値
- 5) その他の病態

#### 1) 内臓脂肪（腹腔内脂肪）蓄積

内臓脂肪蓄積はメタボリックシンドロームにおいて主要な役割を担っており、本診断基準では必須項目となっている。内臓脂肪蓄積は高血圧、高トリグリセライド血症、低HDLコレステロール血症、高血糖を生じそれぞれが心血管疾患のリスク上昇に繋がる。またリスクファクターの悪化や直接心血管疾患に繋がる様々な生理活性物質、アディポサイトカインの分泌異常をきたすことにより心血管病のハイリスク状態となる<sup>15-17)</sup>。これには遊離脂肪酸、PAI (Plasmino-

表1. メタボリックシンドロームの診断基準

内臓脂肪（腹腔内脂肪）蓄積	
ウエスト周囲径	男性 $\geq 85$ cm 女性 $\geq 90$ cm (内臓脂肪面積 男女とも $\geq 100$ cm <sup>2</sup> に相当)
高トリグリセライド血症の併存	
高トリグリセライド血症 かつ/または 低HDLコレステロール血症	$\geq 150$ mg/dl  < 40 mg/dl 男女とも
収縮期血圧 かつ/または 拡張期血圧	$\geq 130$ mmHg  $\geq 85$ mmHg
空腹時高血糖	$\geq 110$ mg/dl

\* CTスキャンなどで内臓脂肪量測定を行うことが望ましい。

\* ウエスト径は立位、軽呼吸時、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。

\* メタボリックシンドロームと診断された場合、糖負荷試験が薦められるが診断には必須ではない。

\* 高TG血症、低HDL-C血症、高血圧、糖尿病に対する薬剤治療を受けている場合は、それぞれの項目に含める。

\* 糖尿病、高コレステロール血症の存在はメタボリックシンドロームの診断から除外されない。

gen Activator Inhibitor)-1, アディポネクチンや種々のサイトカインなどが含まれる。腹腔内脂肪に由来する遊離脂肪酸は門脈を介し肝臓へと流入し、リポ蛋白合成を盛んにする。遊離脂肪酸の増加は筋肉や肝臓の脂肪蓄積を招きインスリン抵抗性を増大させる。高C-Reactive Protein (CRP)血症はサイトカイン過剰状態、易炎症性状態を示している可能性がある。高PAI-1血症は易血栓性状態をもたらす。一方で低アディポネクチン血症は心血管疾患の増加と関連している。

内臓脂肪蓄積はメタボリックシンドロームの各コンポーネントと深いかわりがあり<sup>18)</sup>、腹腔内脂肪量が増加すると男女とも同様に過栄養による健康障害数が増加する（図1）ことが国内外の臨床研究によって実証されている。わが国では肥満症診断基準に示されているごとく、臍高

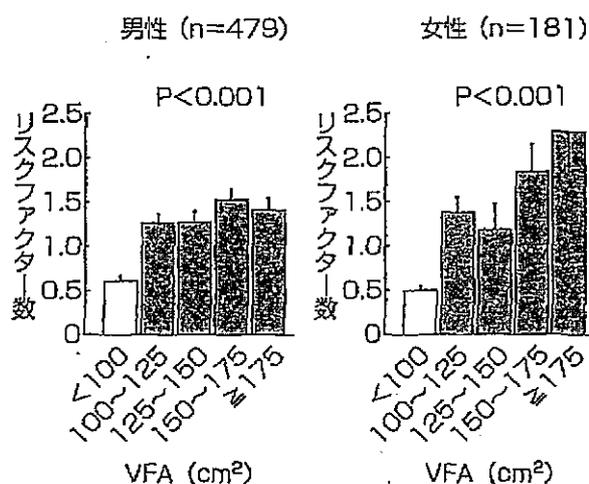


図1. 内臓脂肪面積とリスクファクター保有数の関係  
内臓脂肪面積 (VFA) と今回の診断基準によるリスクファクター数. Kruskal-Wallis検定 (Mean±SE) (投稿準備中)

レベル腹部CTスキャンによって判定した腹腔内脂肪面積 100cm<sup>2</sup>以上が男女共通した内臓脂肪蓄積のカットオフ値である<sup>19)</sup>。それに対応するウエスト周囲径が、男性 559名、女性 196名において検討され、男性 85cm、女性 90cmと設定された(図2)。この基準値は日本肥満学会が設定した内臓脂肪型肥満の一次スクリーニングのウエスト周囲径と一致するものである。本委員会ではメタボリックシンドロームの診断基準を一般臨床や健康診断の場で用いることが可能なように、現時点では内臓脂肪蓄積の指標として、ウエスト周囲径を基準として用いることとしたが、メタボリックシンドロームを診断する過程では可能な限りCTスキャンなどによる腹腔内脂肪量測定を行うことが望ましいと思われる。将来的に検診など多数例を対象に用いることが可能なように、腹部インピーダンスを用いた内臓脂肪量測定装置も開発がすすめられている<sup>20)</sup>。ウエスト径は立位、軽呼吸時、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。NCEP基準では、ウエスト周囲径、男性 102cm、女性 88cmをカットオフ値としているが、す

で世界的な基準を定める上では民族性、特に東および南アジアにおいては地域にあったカットオフが必要であることが述べられている<sup>21,22)</sup>。さらにこの基準値はBody Mass Index (BMI) 30に相当するウエスト平均値、男性 40 inch、女性 35 inchであり、健康障害、心血管疾患予防の観点からは医学的根拠が充分とはいえない。NCEP基準ではメタボリックシンドロームの頻度に男女差がほとんど見られず、男女差がある心血管疾患の予防のために対象を絞り込む基準として男女それぞれの平均値を用いることは妥当とはいえないのではないかと議論がなされた。WHO基準ではウエスト/ヒップ比が用いられているが、ウエスト周囲径はこれを簡便化したものであり、最近の疫学研究でも健康障害や心血管疾患の指標としてより有用であることがしめされてきている<sup>23-25)</sup>。ヒップ径測定を必要としないことは、一般臨床や健康診断の場でより用いやすいと考えられる。WHO基準ではBMIが診断基準の一部に含まれており、NCEP基準はウエスト周囲径のみでBMIは含まれていない。本委員会でもBMIを基準に含めるか否かで議論が行われたが、心血管疾患予防の観点からBMI 25未満でもウエスト径増大のみられる例がありマルチプルリスクを伴うこと、またウエスト径測定を一般臨床や健康診断の場に普及するためにも、BMIは基準に含めないこととなった。できる限り簡便でかつ病態を反映しており、保健指導に用いることによって、過栄養により生じる複数の病態を効率良く予防し、ひいては心血管疾患予防に繋げることが、今回の診断基準設定の大きな目標である。

## 2) インスリン抵抗性

インスリン抵抗性はメタボリックシンドロームの多くの症例にみられ主要コンポーネントと考えられる。他のリスクと相関性をもつ上、単独でも動脈硬化性疾患のリスクとされており、インスリン抵抗性をメタボリックシンドローム

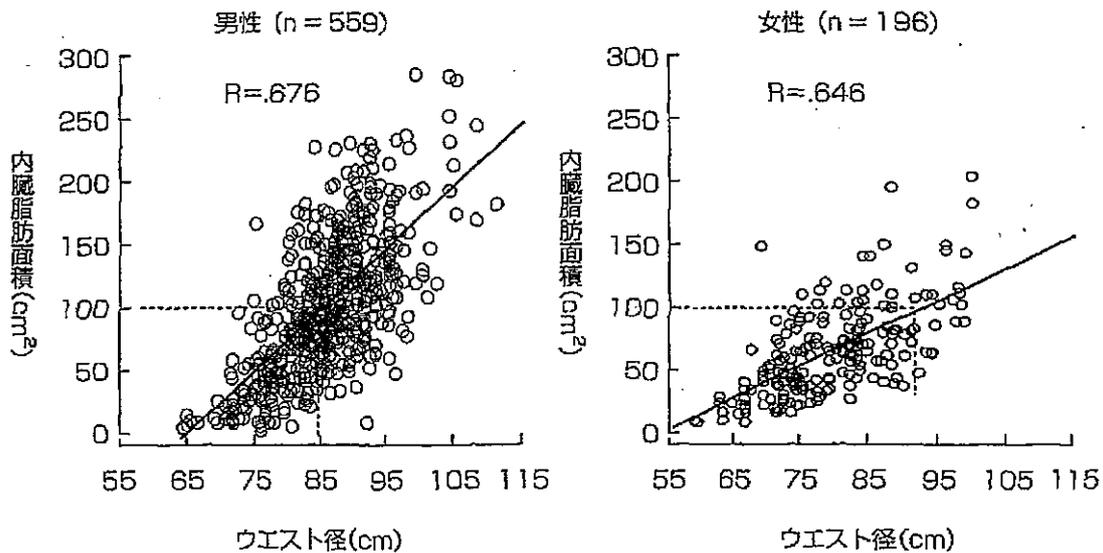


図2. 内臓脂肪面積とウエスト径の関係

の上流因子として本症候群をインスリン抵抗性症候群と捉える考え方が存在する。しかしインスリン抵抗性と心血管疾患を結ぶ分子メカニズムは未だ明らかでなく、インスリン作用不全と反応性高インスリン血症のいずれが心血管疾患の成立に重要かは明らかではない。さらに大きな問題点は簡便にインスリン抵抗性を診断する指標がないことである。

血糖値に関する診断基準として、WHO基準では経口糖負荷試験による耐糖能異常を含んでいる。NCEP基準は臨床上の煩雑さを考慮し、空腹時血糖値のみを基準に加えている。日本糖尿病学会は早朝空腹時血糖 110mg/dl未滿かつ75gOGTTで2時間値 140mg/dl未滿を正常型としている<sup>26,27</sup>。また糖負荷後2時間血糖値が動脈硬化性疾患のリスクとなることが報告されている<sup>28,29</sup>。したがって空腹時血糖値に加え負荷後2時間血糖値も基準に加えることが提案された。しかし初期の目的である健康診断などの大きな集団でメタボリックシンドロームの診断が可能とするために、本診断基準では空腹時血糖値のみを診断基準に加えた。委員会は本診断基準においてメタボリックシンドロームと診断された場合は、空腹時血糖値が正常域であっても臨床

医の判断によって糖負荷試験を追加し耐糖能異常の有無を判定することを薦めている。耐糖能異常はインスリン分泌が低下する糖尿病への移行期、あるいは糖尿病の治療過程でもおこりうる状態であって、そのみでインスリン抵抗性を示すものではない。しかし負荷後2時間血糖値の心血管疾患予測値も考慮し利点があると考えられる。さらに空腹時血糖のみでは見過ごされていた糖尿病が診断される可能性がある。

NCEP, WHO基準と同様、本診断基準においても糖尿病の存在はメタボリックシンドロームの診断から除外されない。糖尿病の中で、ウエスト径増大(内臓脂肪蓄積)に加え、血圧高値、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常の一つ以上を伴う場合、メタボリックシンドロームと診断される。このようなタイプは心血管疾患のリスクが著しく高いと考えられる<sup>30</sup>。わが国のJapan Diabetes Complication Study (JDACS) においても高血圧や高脂血症の合併が心血管疾患のリスクを上昇させていることが明らかにされており、リスクの総合的評価の重要性が確認されている。糖尿病における心血管疾患の予防対策は未だ十分に確立されていないが<sup>31</sup>、メタボリックシンドロームの病態を呈する糖尿病では、血糖値を適切に

コントロールしてガイドラインに示されたヘモグロビンA<sub>1c</sub>レベルを保つこと<sup>29)</sup>に加え、ウエスト径を指標としてライフスタイル改善を指導し、高血圧、リポ蛋白異常を総合的に管理することによって心血管疾患を予防しうる可能性がある。

本診断基準はインスリン抵抗性それ自体がメタボリックシンドロームの成因において意義のある役割を担っていないというのではない。インスリン抵抗性とは血中インスリン濃度に見合ったインスリン作用が得られない状態をさし、血糖恒常性に対するインスリン抵抗性の基準として用いられている方法はグルコースクランプ法である。日本糖尿病学会の糖尿病治療ガイドでは、簡便なインスリン抵抗性指標の一つとして早期空腹時の血中インスリン値と血糖値から計算されるHOMA-Rをあげている<sup>26)</sup>。空腹時血糖値が140mg/dl以下の場合、他の方法で求めたインスリン抵抗性の値と良く相関する。

### 3) 動脈硬化惹起性リポ蛋白異常

動脈硬化惹起性リポ蛋白異常は日常臨床検査では高トリグリセライド血症、低HDLコレステロール血症を示す。高トリグリセライド血症、低HDLコレステロール血症はともに複数の成因からなり、メタボリックシンドロームにみられる高トリグリセライド血症はレムナントリポ蛋白の増加、アポB増加、小粒子LDLなどを伴っているとされる。蓄積した腹腔内脂肪に由来する遊離脂肪酸の肝臓内流入増加や高インスリン血症による超低比重リポ蛋白 (Very Low Density Lipoprotein, VLDL) の合成増加、インスリン抵抗性によるリポ蛋白リパーゼ活性低下が成因として考えられている。トリグリセライドに富むリポ蛋白がリポ蛋白リパーゼにより異化を受ける際、その表面組成物からHDLが生成される。リポ蛋白リパーゼ活性低下がおこるとHDL生成減少がおこる。

メタボリックシンドロームに伴う高脂血症として日常診療ではIV型高脂血症以外に高コレス

テロール血症も伴うIIb型高脂血症も一般的である。高コレステロール血症の存在はメタボリックシンドロームの診断から除外されるものではない。しかし高コレステロール血症の動脈硬化性疾患予防の意義は確立されており、高コレステロール血症に高血圧や糖尿病など他のリスクを伴う場合についてはすでに日本動脈硬化学会から発表されている動脈硬化性疾患診療ガイドラインを参照されたい<sup>32)</sup>。本診断基準では、日本動脈硬化学会による「動脈硬化性疾患の予防と治療の必要な対象を集団からスクリーニングするための血清脂質値」に従い、高トリグリセライド血症を150mg/dl以上、低HDLコレステロール血症を男女とも40mg/dl未満とした。

動脈硬化性疾患診療ガイドラインでは、血清トリグリセリド値150mg/dl以上において3.7倍の冠動脈疾患発症がみられたとする宇和島社会保険病院の前向き調査<sup>33)</sup>や、約1万人の日本人を15年間観察し随時採血の血清トリグリセリド値84mg/dl未満群に比し、116~167mg/dl群で冠動脈疾患のリスクが2倍、167mg/dlより高い群で2.86倍になるIsoらの報告<sup>34)</sup>をあげているが、従来のガイドラインにならぬ150mg/dl以上とするが、引き続き検討課題とするとしている。低HDLコレステロール血症については、1997年の高脂血症診療ガイドライン<sup>35,36)</sup>において、わが国においては大規模な調査は十分ではないとしながらも、HDLコレステロール値の75パーセントイル、すなわちHDLコレステロールが64.2mg/dl以上の人に比べて、56.1~63.8mg/dlで1.80、48.0~55.7mg/dlで1.61、48mg/dl未満で4.17と低HDLコレステロール血症では冠動脈疾患のリスクが高かったとする大阪成人病センターの北村らの長期にわたるprospectiveな成績<sup>37)</sup>や、わが国の冠動脈疾患患者をretrospectiveに観察した報告においてもHDLコレステロールの平均値は低下しており、男性のHDLコレステロールの平均値は40mg/dl以下であると報告が紹介されている。高トリグリセライド血症、低HDL

コレステロール血症ともに複数の成因からなっており、単独の危険因子としての分析のみでなく、メタボリックシンドロームに伴う動脈硬化惹起性リポ蛋白異常としての解析が必要と思われる。

NCEP基準では、トリグリセリドについては男女差がないが、HDLコレステロールについては男女差をもたせ、女性については50mg/dlと男性より10mg/dl高く設定している。WHO基準でも男性35mg/dl未満、女性39mg/dl未満と男女差をつけている。しかし、これはあくまで平均値が女性では高いことが根拠となっており、冠動脈疾患との関連ではない。冠動脈疾患との関連で調査をしているFramingham studyでは女性でも40mg/dl未満で急に冠動脈疾患の頻度が増加しており、Lipid Research Clinics Prevalence Mortality Follow up Studyではさらに40mg/dlで境界が引けるように思われる。Framingham studyにおけるリスクスコアでもHDLコレステロールについては、男女関係なく40mg/dl未満に2点を与えている。残念ながら現時点ではわが国で動脈硬化性疾患を対象とした、男女のHDLコレステロールのリスクについての検討はなく、十分なエビデンスはないが、現時点では、男女差をつける根拠はないものと考えられる。

高トリグリセリド血症と低HDLコレステロール血症を1項目とするか2項目として扱うかについては、NCEP基準とWHO基準の大きく異なる場所であり、本委員会でも議論がかわされた。基本的に、メタボリックシンドロームが内臓脂肪蓄積やそれに伴うインスリン抵抗性を基盤にして生じてくることを考えると、それに伴う脂質異常として、高頻度に見られるのが高トリグリセリド血症と低HDLコレステロール血症である。これは、リポ蛋白リパーゼ作用の不足に基づく脂質異常であることから共通基盤で起こっているものと考えられる。また糖尿病症例でHDLコレステロール値と血清トリグリセリド値との関連性をみた検討では血清トリグリセ

リド値が150mg/dlをこえると低HDLコレステロール血症を呈する患者の割合が急激に増加する。したがって、耐糖能異常を有する場合は、脂質異常の一方が起こっていても何らかの形で、他方にも影響を与えているものと考えられる。このような観点に立つと、この両者を独立して診断基準に加えることには問題があると思われる。むしろ、両者が揃う必要はないが、一方が認められた場合は、メタボリックシンドロームの可能性を考えて診療に当たるという意味で、この両者を1項目として扱うのが妥当であると考える。

メタボリックシンドロームには、レムナントやsmall dense LDLなどの動脈硬化惹起性リポ蛋白の出現が伴うことが知られている<sup>39)</sup>。レムナントリポ蛋白(レムナント粒子あるいは単にレムナントとも呼ばれる)はアポEに富むリポ蛋白であり、家族性III型高脂血症にみられるように動脈硬化惹起性リポ蛋白として知られている。小型で高比重のLDL (small dense LDL) は動脈壁内膜に侵入しやすく、また酸化されやすい性質からマクロファージに取り込まれやすく、これも動脈硬化性惹起性リポ蛋白の一つとして考えられている。このようなことから、レムナントリポ蛋白、small dense LDL、アポBの測定はメタボリックシンドロームにおける動脈硬化惹起性リポ蛋白異常を診断する一助となるが、よりの確なマーカーについても今後検討する必要があるものと思われる。

#### 4) 高血圧

高血圧症もまた複数の成因からなる病態である。血圧値は内臓脂肪蓄積やそれに伴うインスリン抵抗性と強く関連して高血圧自体が動脈硬化性疾患のリスクとなり、本委員会でも高血圧をメタボリックシンドロームの診断基準に含めた。日本高血圧学会の高血圧治療ガイドラインにおいては、120/80mmHg未満を至適血圧、120~129/80~84mmHgを正常血圧、130~139/

85~89mmHgを正常高値血圧, 140/90mmHg以上を高血圧としている<sup>39)</sup>。メタボリックシンドロームに関するWHO基準では140/90mmHg以上を用いているが, NCEP基準では130/85mmHg以上の正常高値血圧以上としている。本邦の端野・壮瞥町研究において, 血圧値を140/90mmHg以上とした場合と130/85mmHg以上とした場合を比較すると, 40歳以上の男性一般住民の808名における血圧高値の頻度は140/90mmHg以上は38%, 130/85mmHg以上は59%であった。5年間の前向き疫学調査の結集では, ウエスト周囲径増大を必須基準とし, 血圧基準に140/90mmHg以上を用いた場合, 心イベントの発症率は非メタボリックシンドロームに比べて2.1倍, 130/85mmHg以上を用いた場合は1.8倍高値であった。以上より, メタボリックシンドロームの血圧基準は, 正常高値である130/85mmHg以上でも140/90mmHg以上と同様の危険因子となっており, 130/85mmHg以上を用いるのが妥当とした。食塩感受性高血圧患者<sup>40)</sup>ではインスリン抵抗性を伴ない, メタボリックシンドロームを呈することが多く<sup>41)</sup>, また食塩負荷にてインスリン抵抗性が増強する<sup>42)</sup>。

## 5) その他の病態

### (1) 易炎症性状態と易血栓性状態

易炎症性状態と易血栓性状態は互いに関連しており, メタボリックシンドロームにしばしばみられる。ともに心血管疾患発症のリスクと考えられている<sup>43~45)</sup>。臨床検査としては高感度CRPの上昇, 血中PAI-1レベルの増加があげられる。複数のメカニズムがCRPやPAI-1の上昇に関与する。実験的にはインスリン, グルコース, VLDLトリグリセライドが血管内皮細胞におけるPAI-1産生を増加することが知られている。また脂肪組織に由来するTNF- $\alpha$ やIL-6などの炎症性サイトカインがCRP上昇に関与したり, 脂肪組織から直接合成分泌されるPAI-1が易血栓性状態に関与する可能性もある。

### (2) 微量アルブミン尿

微量アルブミン尿はメタボリックシンドロームにしばしば出現する徴候である。そのメカニズムは不明な点が多いが, 現時点では肥満に伴う糸球体毛細管圧上昇によるリークのみでなく, 全身の血管内皮細胞障害による血管浸透性の亢進により出現し, 血管内皮細胞障害を反映すると考えられている。NCEP基準には含まれていないが, WHO基準に含まれている。治療介入によるリスク減少のエビデンスは充分でないが, 心血管疾患の予測因子の一つとして注目されており, ハイリスク群を抽出するための意義があると考えられる<sup>46, 47)</sup>。糖尿病と診断された場合には腎障害の予知因子として重要である。ADA (American Diabetes Association) では早朝尿あるいは随時尿を用いて30~300mg/g・Crを微量アルブミン尿と定義しており, 日本糖尿病学会と日本腎臓学会の合同委員会でも同様の基準を推奨している<sup>48)</sup>。

### (3) 高尿酸血症

高尿酸血症もメタボリックシンドロームに良く見られる検査値異常である。特に高トリグリセライド血症としばしば合併する。内臓脂肪蓄積時には尿酸合成が亢進しているという報告がある。肝臓における脂肪合成亢進時に消費されたNADPHを回復するためにペントースリン酸経路が活性化されプリン体生成が亢進することが想定されているが充分明らかではない。心血管疾患の予測因子の一つとしての報告が多数ある<sup>49, 50)</sup>ものの, 直接的なリスクファクターとしてのエビデンスに乏しく, また高尿酸血症の治療介入によるリスク減少のエビデンスは充分でない。痛風や尿路結石症の成因として重要である高尿酸血症の管理については痛風の治療ガイドラインが日本痛風・核酸代謝学会からだされているので参照されたい<sup>51)</sup>。従って, 高尿酸血症については, メタボリックシンドロームのリスクマーカーとして扱い, 高尿酸血症を有する症例については, メタボリックシンドロームの診断

基準に則ってその有無を検討するべきである。

#### (4) アディポサイトカイン

脂肪細胞から分泌されるアディポサイトカインとして、PAI-1, アディポネクチン, TNF- $\alpha$ , レプチン, レジスチンなどがあげられている。内臓脂肪蓄積や肥満により、これらアディポサイトカイン分泌異常がおこるので、「その他の病態」として区別されるものではないが、今後病態把握の手段として臨床検査として用いられる可能性がある。血漿PAI-1値の測定はアディポサイトカインとしてのみでなく、メタボリックシンドロームにおける易血栓性状態の評価として意味をもつ<sup>52)</sup>。アディポネクチンは基礎研究、臨床研究成果から抗動脈硬化因子としての意義に将来性がある<sup>16, 53-55)</sup>。とくに、内臓脂肪蓄積に伴う低アディポネクチン血症が、糖尿病、高脂血症、高血圧に加えて心血管病にも直接関連することから、今後、メタボリックシンドロームの全てのコンポーネントを結ぶ臨床マーカーとなりうる可能性がある。

### 臨床的意義

メタボリックシンドロームの臨床的帰結は心血管病である。本来、心血管病のリスクの重なりは、リスクが単独で存在するより危険度が増すことは当然である。高コレステロール血症に他のリスクが合併する場合の危険度についてはすでに動脈硬化性疾患診療ガイドラインに述べられており、ガイドラインを参考に診療されることが望まれる。NCEP, WHO基準によるメタボリックシンドロームの心血管疾患死亡予測の意義についていくつかの報告がおこなわれている。

6,255人を平均13年間追跡した米国The Second National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES II)の調査研究ではウエスト周径のデータがないためBMI 30以上を用いたNCEP基準を用いているが、メタボリックシ

ンドローム群はメタボリックシンドロームのない群に比べ、年齢、性別を補正した冠動脈疾患死亡のハザード比は2.02, 心血管疾患死亡のハザード比は1.82, 総死亡のハザード比も1.4と高値であった<sup>56)</sup>。糖尿病症例を除いてもメタボリックシンドローム群は冠動脈疾患死亡のハザード比は1.65, 心血管疾患死亡のハザード比は1.56と高かった。ウエスト径を測定し糖負荷試験を大規模におこなったSan Antonio Heart Study (SAHS) (2,815人, 平均追跡期間12.7年)では、NCEP, WHOの両基準で調査され、NCEP基準のメタボリックシンドローム群では総死亡1.47, 心血管疾患死亡2.53のハザード比が、WHO基準では総死亡1.27, 心血管疾患死亡1.63のハザード比が得られており、両基準とも全体として心血管死亡の予知に有用であったが、簡便なNCEP基準の方がベースに糖尿病や心血管疾患の既往のない低リスク群においても有用な傾向にあったとしている<sup>57)</sup>。フィンランド、スウェーデンにおけるBotnia Study<sup>58)</sup>、フィンランドにおけるKuopio Ischemic Heart Study<sup>59)</sup>では、WHO基準を用いメタボリックシンドロームの診断が心血管疾患発症予測に有用であるとしている。

わが国においても複合リスクの心血管疾患に対する危険性が示されている。厚生労働省作業関連疾患総合対策研究班の企業従事者12万人を対象にした調査では、3年間で冠動脈疾患を発症した94例について、企業での検診結果が10年前まで遡り調べられた<sup>6)</sup>。発症群は性別、年齢、部署をあわせた非発症群に比べ、BMI, 血圧, 空腹時血糖値, 血清コレステロール値, 血清トリグリセライド値, 血清尿酸値のいずれもが、正常よりやや高値の範囲であるが有意に高く、10年間持続していることが確認された。BMI 26.4以上の肥満, 140/90以上の高血圧, 220mg/dl以上の高コレステロール血症, 110mg/dl以上の高血糖の4項目のうち3つ以上を有すると、これらのリスクの4つとも有しないものに比べ、重回帰分析により31.34の高いオッズ比を示した。

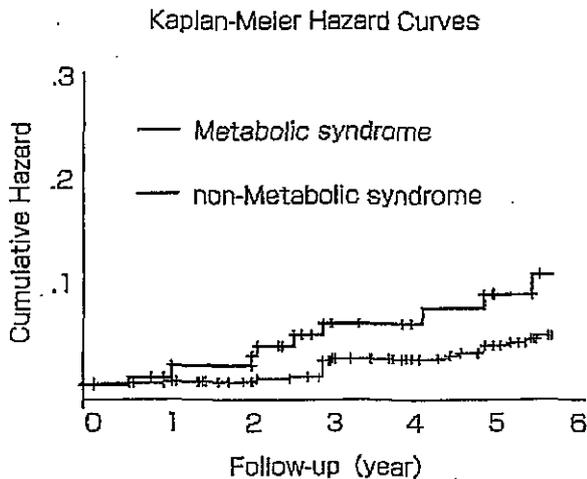
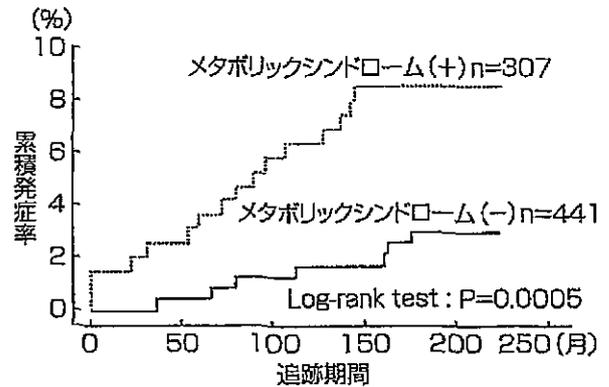


図3. 端野・壮警町研究におけるメタボリックシンドロームの有無と心血管のイベント

40歳以上の男性808名における、8年間の心血管イベントをエンドポイントとしたKaplan-Meier法による解析。メタボリックシンドロームの診断は今回の基準を用いた。メタボリックシンドローム群は非メタボリックシンドローム群に対し、1.8倍の危険度を示した。(投稿準備中)

高コレステロール血症を高トリグリセライド血症におきかえると、2因子保有者5.76に比し、3因子以上では35.8とオッズ比が著しく増加した。この解析はメタボリックシンドロームの診断基準とは異なるが、わが国における複合リスクの重要性を示している。久山町研究においても虚血性心疾患に対する複合リスクの重要性が示されている。

わが国の疫学研究である端野・壮警町研究<sup>60-62)</sup>から、今回の基準であるウエスト径を必須条件としたメタボリックシンドロームの心血管イベントに関する成績が委員会において紹介された。40歳以上の男性808名において、新基準を用いたメタボリックシンドロームの頻度は21%であった。8年間の心血管イベントをエンドポイントとしたKaplan-Meier法による解析では、メタボリックシンドローム群は非メタボリックシンドローム群に対し、1.8倍の危険度を示した(図3)。日本人におけるメタボリックシンドロームの心血管疾患予測として重要な資料である。一次予防のみでなくすでに冠動脈疾患を発症した症例に



心臓死: 心筋梗塞, 心不全, 突然死(不整脈など)による死亡

図4. 冠動脈形成術後患者におけるメタボリックシンドロームの有無による心臓死の累積

メタボリックシンドロームの診断基準は、NCEP基準の改定(腹囲ではなく、男女ともBMI25以上)を用いた。(投稿準備中)

においても、冠動脈インターベンションを受けた748例の長期予後においてメタボリックシンドロームは心臓死の独立した予後予測因子であることも報告され(図4)、このリスクがわが国の冠動脈疾患患者においても重要な危険因子として位置づけられるべきである。循環器疾患の1次予防, 2次予防のいずれにおいてもこのリスクに対する積極的な介入が必要であり、改定される循環器学会のガイドラインにも介入すべきリスクとしてメタボリックシンドロームの項目が新しく作成される予定である。

さてこのように、リスクファクターの集積した群が動脈硬化の強いリスクであることは、国内外の多数の疫学研究で実証されているが、メタボリックシンドロームの動脈硬化易発症性については、そのような重積によるリスクの増強というより、本疾患では、内臓脂肪蓄積というキープレイヤーが他のリスクの発症要因としてだけでなく、心血管病の発症に直接影響するから、動脈硬化を発症しやすいという考え方が重要である。

今後さらにこの診断基準を用い、わが国においてメタボリックシンドロームの脳血管障害に対する意義、女性の心血管疾患における意義が

検討されることが望まれる。糖尿病発症予防や糖尿病における心血管疾患予防に対しても検討が必要と考えられる。

## 治療介入

本診断基準では、内臓脂肪蓄積を必須項目とし、過剰栄養摂取の制限や身体活動度の増加などのライフスタイル改善をメタボリックシンドローム介入、心血管疾患予防の第一の目標とした。これによって、腹腔内脂肪を減少させ、インスリン抵抗性、耐糖能異常、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、高血圧などのマルチプルリスクを総合的に軽減し、CRP上昇やPAI-1増加などの易炎症性状態や易血栓性状態を改善することを目標とする。リスクそれぞれの治療にのみ集中することによりいたずらに多数の薬剤を投与することは避けなければならない。

一般診療や健康診断において単一のリスクをみた場合、一つのリスクの改善のみでなく、まずリスクを総合的に評価することが重要である。一つのリスクを放置して他方のリスクをより強くコントロールすればよいというのではない。内臓脂肪蓄積の指標としてウエスト周囲径を測定することは、日本肥満学会の新しい肥満症診断基準の発表にもかかわらず未だ一般的とはなっていないが、本診断基準の設定により、より一般に普及することが望まれる。肥満度が欧米のように著しくなくとも軽度の過栄養状態で多くの健康障害をとめないやすい日本人において、ウエスト径の測定と、これを指標にした保健指導は重要と考えられる。実地診療において臨床効果のあるライフスタイル改善をもたらすことは容易ではないが、NCEPのレポートにおいても「これを施行することはチャレンジである。—Implementation is the challenge—」と述べられている。体重を理想体重にまで減少させることは困難であるが、ウエスト周囲径をわずかでも減少させることにより、リスクが一つでも減少する

ということを数値によって実感し、医療を行う側と受ける側がともに認識することが望まれる。なお内臓脂肪蓄積を含めこれらのリスクは連続的に危険度を上昇するもので、基準値以上が危険で未満であれば全く安全というものではない。たとえウエスト周囲径が基準を満たさない症例でも、他のメタボリックシンドロームのコンポーネントが複数存在する場合には、メタボリックシンドロームに準じた管理が必要である。また、メタボリックシンドローム治療過程で新たなリスクが出現してくることも充分考えられ、境界域も含めて長期的に注意をはらう必要がある。

内臓脂肪蓄積以外のメタボリックシンドロームの各コンポーネント（リポ蛋白代謝異常、インスリン抵抗性、高血圧）は、原則的には内臓脂肪蓄積を減少させることにより改善するが、それぞれの病態は独自の遺伝的、後天的要因によっても調節されており、内臓脂肪が上流にあるとしても、各コンポーネントの表現型としては異なることもある。それに応じて個々の保健指導も考慮することが望ましい場合もある。例えば高血圧が顕著な場合は食塩制限や、カリウムに富む野菜の摂取が<sup>40,42)</sup>、高トリグリセライド血症に過度のアルコール摂取が深く関与すると考えられる症例にはアルコール制限が、高コレステロール血症も伴うものにはコレステロール摂取制限や食物繊維摂取の推奨がすすめられる<sup>63)</sup>。食塩感受性高血圧患者では心血管合併症の頻度が高いことが報告されている<sup>40,64,65)</sup>。糖尿病家族歴をもつ症例では将来的にインスリン分泌不全をきたし糖尿病を招来する可能性があるため、十分な栄養指導が必要である。糖尿病の発症はさらに心血管疾患の発症率を高める。ライフスタイルの改善はCRP上昇やPAI-1増加などの易炎症性状態や易血栓性状態の改善ももたらすことが報告されている<sup>66,67)</sup>。個々のリスクに対する保健指導、薬物療法については各学会のガイドラインを参考にししてすすめられるべきであるが、常にリスクを総合的に評価して診療にあた

るべきである。インスリン抵抗性を改善させるとされている薬剤としてメトフォルミンとチアゾリジン誘導体があげられる。メトフォルミンは肥満糖尿病患者において心血管疾患発症率を抑制することが報告されている<sup>68)</sup>。メトフォルミンとチアゾリジン誘導体とも、メタボリックシンドロームの心血管疾患抑制に関する報告は未だないが、現在いくつかの臨床研究が進行している。フィブラートは脂肪酸代謝を活性化し高トリグリセライド血症、低HDLコレステロール血症を改善させ、メタボリックシンドロームの心血管疾患リスクを減少させることが示唆されているが、さらに十分なエビデンスが望まれる。スタチンはアポB含有リポ蛋白を減少させ<sup>69)</sup>、サブ解析においてメタボリックシンドロームにおける心血管疾患リスクを減少させることが報告されている<sup>44,70)</sup>。降圧剤についてはいずれかの降圧剤がメタボリックシンドローム治療に特別な効果を有するかは定まっていない。メタボリックシンドロームを伴う高血圧患者における降圧薬の選択においてインスリン抵抗性への影響を配慮することがガイドラインにおいて述べられている(高血圧治療)。実際、高用量の利尿薬、β遮断薬はインスリン抵抗性に対して悪影響がある<sup>71,72)</sup>。一方、レニン・アンジオテンシン系(RA系)抑制薬やα遮断薬は改善させることが報告されている<sup>73~76)</sup>。更に、最近RA系抑制薬の投与にて高感度CRPの低下や尿中微量アルブミン排泄の減少を生じたと報告されている<sup>77~80)</sup>。またRA系抑制薬やある種のスタチンでは治療経過中の新規糖尿病発症が抑えられたとする報告がある<sup>81~83)</sup>。

これらの薬剤治療に関しては長期の安全性に充分配慮する必要がある。リスクの評価と副作用のチェックのために、一般には最初の3カ月間は毎月、その後は3カ月ごとに血算、肝機能、腎機能、CKを含めた検査が望まれる。多剤併用される可能性も高く、薬剤相互作用についても配慮すべきである。スタチンとフィブラートの

併用で稀に横紋筋融解症をきたすことがあり、そのうち半数以上が腎障害を伴っていたとされている。

## 結論

委員会メンバーはメタボリックシンドロームの第1の臨床的帰結を心血管疾患とし、そのハイリスクグループを絞り込んで効率的な予防を行うために、多数の人が用いることができ、かつ日本人に即した診断基準を作成することを試みた。その中で成因における重要性に加え、過栄養、運動不足というライフスタイル改善の重要性も考慮され、内臓脂肪蓄積を必須項目とすることで合意を得た。メタボリックシンドロームは2型糖尿病発症のリスクも高いとされており、本診断基準を用いた保健指導が現在我が国で急増している2型糖尿病予防さらには糖尿病性大血管症の予防にも適用しうれば望ましい。

## 文 献

- 1) Reducing Risks, Promoting Health Life: The World Health Report. World Health Organization, 2002.
- 2) Nakamura T, et al: Magnitude of sustained multiple risk factors for ischemic heart disease in Japanese employees: a case-control study. *Circ J* 65 (1): 11-17, 2001.
- 3) 二次健康診断項目と特定保健指導のガイドライン: 労災二次健康診断等給付事業について. 日本医師会(監). 2001.
- 4) World Health Organization. Definition, diagnosis and classification of diabetes and its complications: report of a WHO Consultation. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1999. Available at: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO\\_NCD\\_99.2.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_NCD_99.2.pdf) Accessed December 12, 2003
- 5) Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). Final report. *Circulation* 106(25): 3143-3421, 2002.
- 6) Reaven GM: Banting lecture 1988. Role of insulin resistance in human disease. *Diabetes* 37(12): 1595-1607, 1988.
- 7) Kaplan NM: The deadly quartet. Upper-body obesity, glucose intolerance, hypertriglyceridemia, and hypertension. *Arch Intern Med* 149 (7): 1514-1520, 1989.

- 8) DeFronzo RA, Ferrannini E: Insulin resistance. A multifaceted syndrome responsible for NIDDM, obesity, hypertension, dyslipidemia, and atherosclerotic cardiovascular disease. *Diabetes Care* 14 (3) : 173-194, 1991.
- 9) Vague J: La différentiation sexuelle facteur déterminant des formes de l'obésité. *Presse Med* 30 : 339-340, 1947.
- 10) Kissebah AH, et al: Relation of body fat distribution to metabolic complication of obesity. *J Clin Endocrinol Metab* 54 (2) : 254-260, 1982.
- 11) Björntorp P: Obesity and the risk of cardiovascular disease. *Ann Intern Med* 17 : 3-9, 1985.
- 12) Fujioka S, et al: Contribution of intra-abdominal fat accumulation to the impairment of glucose and lipid metabolism in human obesity. *Metabolism* 36 (1) : 54-59, 1987.
- 13) Matsuzawa Y, et al: Classification of obesity with respect to morbidity. *Proc Soc Exp Biol Med* 200(2) : 197-20, 1992.
- 14) Laaksonen DE, et al: Metabolic syndrome and development of diabetes mellitus: application and validation of recently suggested definitions of the metabolic syndrome in a prospective cohort study. *Am J Epidemiol* 156 (11) : 1070-1077, 2002.
- 15) Funahashi T, et al: Role of adipocytokines on the pathogenesis of atherosclerosis in visceral obesity. *Intern Med* 38 (2) : 202-206, 1999.
- 16) Matsuzawa Y, et al: Adiponectin and Metabolic Syndrome. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 24(1) : 29-33, 2004.
- 17) Matsuzawa Y, et al: Molecular mechanism of metabolic syndrome X: contribution of adipocytokines adipocyte-derived bioactive substances. *Ann NY Acad Sci* 892:146-154, 1999.
- 18) Carr DB, et al: Intra-abdominal fat is a major determinant of the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III criteria for the metabolic syndrome. *Diabetes* 53 (8) : 2087-2094, 2004.
- 19) Examination Committee of Criteria for 'Obesity Disease' in Japan; Japan Society for the Study of Obesity: New criteria for 'obesity disease' in Japan. *Circ J* 66 (11) : 987-992, 2002.
- 20) Ryo M, et al: A new simple method for the measurement of visceral fat accumulation by bioelectrical impedance. *Diabetes Care* 28 (2) : 451-453, 2005.
- 21) Grundy SM, et al; American Heart Association; National Heart, Lung, and Blood Institute: Definition of metabolic syndrome: Report of the National Heart, Lung, and Blood Institute/American Heart Association conference on scientific issues related to definition. *Circulation* 109 (3) : 433-438, 2004.
- 22) Tan CE, et al: Can we apply the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel definition of the metabolic syndrome to Asians? *Diabetes Care* 27 (5) : 1182-1186, 2004.
- 23) Lean ME, et al: Impairment of health and quality of life in people with large waist circumference. *Lancet* 351 (9106) : 853-856, 1998.
- 24) Poullet MC, et al: Waist circumference and abdominal sagittal diameter: best simple anthropometric indexes of abdominal visceral adipose tissue accumulation and related cardiovascular risk in men and women. *Am J Cardiol* 73 (7) : 460-468, 1994.
- 25) Han TS, et al: Waist circumference as a screening tool for cardiovascular risk factors: evaluation of receiver operating characteristics (ROC). *Obes Res* 4 (6) : 533-547, 1996.
- 26) 糖尿病治療ガイド 2004-2005. 日本糖尿病学会編. 2004.
- 27) 糖尿病の分類と診断基準に関する委員会報告. *糖尿病* 42 (5) : 385-401, 1999.
- 28) DECODE Study Group, the European Diabetes Epidemiology Group: Glucose tolerance and cardiovascular mortality: comparison of fasting and 2-hour diagnostic criteria. *Arch Intern Med* 161 (3) : 397-405, 2001.
- 29) Tominaga M, et al: Impaired glucose tolerance is a risk factor for cardiovascular disease, but not impaired-fasting glucose. The Funagata Diabetes Study. *Diabetes Care* 22 (6) : 920-4, 1999.
- 30) Alexander CM, et al; Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III); National Cholesterol Education Program (NCEP): NCEP-defined metabolic syndrome, diabetes, and prevalence of coronary heart disease among NHANES III participants age 50 years and older. *Diabetes* 52 (5) : 1210-1214, 2003.
- 31) Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. *Lancet* 352 (9131) : 837-853, 1998.
- 32) 動脈硬化性疾患診療ガイドライン 2002 年版. 日本動脈硬化学会編. 2002.
- 33) 荻田仁志, 日和田邦男: 冠動脈硬化症の疫学における高トリグリセライド血症の意義. *Therapeutic Research* 14: 531-558, 1993.
- 34) Iso H, et al: Serum triglycerides and risk of coronary heart disease among Japanese men and women. *Am J Epidemiol* 153 (5) : 490-499, 2001.
- 35) 高脂血症診療ガイドライン: 日本動脈硬化学会編 1997.
- 36) Hata Y, et al; Working Committee on JAS Guideline for Diagnosis and Treatment of Hyperlipidemias: Report of the Japan Atherosclerosis Society (JAS) Guideline for Diagnosis and Treatment of Hyperlipidemia in Japanese adults. *J Atheroscler Thromb* 9 (1) : 1-27, 2002.
- 37) Kitamura A, et al: High-density lipoprotein cholesterol and premature coronary heart disease in urban Japanese men. *Circulation* 89 (6) : 2533-2539, 1994.
- 38) Maruyama C, et al: Assessment of LDL particle size by triglyceride/HDL-cholesterol ratio in non-diabetic, healthy subjects without prominent hyperlipidemia. *J Atheroscler Thromb* 10 (3) : 186-191, 2003.

- 39) 高血圧治療ガイドライン 2004 : 日本高血圧学会発行 2004.
- 40) Fujita T, et al: Factors influencing blood pressure in salt-sensitive patients with hypertension. *Am J Med* 69 (3) : 334-344, 1980.
- 41) Gaboury CL, et al: Metabolic derangements in nonmodulating hypertension. *Am J Hypertension* 8 : 870-895, 1995
- 42) Ogihara T, et al: Contribution of salt intake to insulin resistance associated with hypertension. *Life Sci* 73 : 509-523, 2003
- 43) Ridker PM, et al: C-reactive protein, the metabolic syndrome, and risk of incident cardiovascular events: an 8-year follow-up of 14 719 initially healthy American women. *Circulation* 107 (3) : 391-397, 2003.
- 44) Sattar N, et al: Metabolic syndrome with and without C-reactive protein as a predictor of coronary heart disease and diabetes in the West of Scotland Coronary Prevention Study. *Circulation* 108 (4) : 414-419, 2003.
- 45) Anand SS, et al: Study of Health Assessment and Risk in Ethnic Groups; Study of Health Assessment and Risk Evaluation in Aboriginal Peoples Investigators: Relationship of metabolic syndrome and fibrinolytic dysfunction to cardiovascular disease. *Circulation* 108 (4) : 420-425, 2003.
- 46) Gerstein HC, et al: Albuminuria and risk of cardiovascular events, death, and heart failure in diabetic and nondiabetic individuals. *JAMA* 286 (4) : 421-426, 2001.
- 47) Mann JF, et al: Development of renal disease in people at high cardiovascular risk: results of the HOPE randomized study. *J Am Soc Nephrol* 14 (3) : 641-647, 2003.
- 48) 糖尿病性腎症に関する合同委員会報告. *糖尿病* 44 : 623, 2001.
- 49) Culeton BF, et al: Serum uric acid and risk for cardiovascular disease and death: the Framingham Heart Study. *Ann Intern Med* 131 (1) : 7-13, 1999.
- 50) Fang J, Alderman MH: Serum uric acid and cardiovascular mortality the NHANES I epidemiologic follow-up study, 1971-1992. *National Health and Nutrition Examination Survey. JAMA* 283 (18) : 2404-2410, 2000.
- 51) 高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン 日本痛風・核酸代謝学会.
- 52) Shimomura I, et al: Enhanced expression of PAI-1 in visceral fat: possible contributor to vascular disease in obesity. *Nat Med* 2 (7) : 800-803, 1996.
- 53) Pischon T, et al: Plasma adiponectin levels and risk of myocardial infarction in men. *JAMA* 291(14) : 1730-1737, 2004.
- 54) Ryo M, et al: Adiponectin as a biomarker of the metabolic syndrome. *Circ J* 68 (11) : 975-981, 2004.
- 55) Kumada M, et al: Osaka CAD Study Group: Coronary artery disease: Association of hypoadiponectinemia with coronary artery disease in men. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 23 (1) : 85-89, 2003.
- 56) Malik S, et al: Impact of the metabolic syndrome on mortality from coronary heart disease, cardiovascular disease, and all causes in United States adults. *Circulation* 110 (10) : 1245-1250, 2004.
- 57) Hunt KJ, et al: San Antonio Heart Study: National Cholesterol Education Program versus World Health Organization metabolic syndrome in relation to all-cause and cardiovascular mortality in the San Antonio Heart Study. *Circulation* 110 (10) : 1251-1257, 2004.
- 58) Isomaa B, et al: Cardiovascular morbidity and mortality associated with the metabolic syndrome. *Diabetes Care* 24 (4) : 683-689, 2001.
- 59) Lakka HM, et al: The metabolic syndrome and total and cardiovascular disease mortality in middle-aged men. *JAMA* 288 (21) : 2709-2716, 2002.
- 60) Ohnishi H, et al: Incidence of insulin resistance in obese subjects in a rural Japanese population: the Tanno and Sobetsu study. *Diabetes Obes Metab* 7 (1) : 83-87, 2005.
- 61) 竹内 宏, 他: 日本人におけるMetabolic Syndromeとインスリン抵抗性の検討—端野・壮警町研究—. *糖尿病* 46 (9) : 739-744, 2003.
- 62) 竹内 宏, 他: 日本人の新診断基準によるメタボリックシンドロームの頻度と予後の検討—端野・壮警町研究—(投稿準備中)
- 63) Teramoto T: Impact of lifestyle changes on plasma lipid levels and ischemic disease. *Curr Atheroscler Rep* 3(1) : 1-2, 2001.
- 64) Morimoto A, et al: Sodium sensitivity and cardiovascular events in patients with essential hypertension. *Lancet* 350 (9093) : 1734-1737, 1997.
- 65) Fujita T, et al: Systemic and regional hemodynamics in patients with salt-sensitive hypertension. *Hypertension* 16 (3) : 235-244, 1990.
- 66) Arvidsson E, et al: Effects of different hypocaloric diets on protein secretion from adipose tissue of obese women. *Diabetes* 53 (8) : 1966-1971, 2004.
- 67) Esposito K, et al: Effect of weight loss and lifestyle changes on vascular inflammatory markers in obese women: a randomized trial. *JAMA* 289 (14) : 1799-1804, 2003.
- 68) UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). *Lancet* 352 (9131) : 854-865, 1998.
- 69) Sone H, et al: HMG-CoA reductase inhibitor decreases small dense low-density lipoprotein and remnant-like particle cholesterol in patients with type-2 diabetes. *Life Sci* 71 (20) : 2403-2412, 2002.
- 70) Pyorala K, et al: Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S): Reduction of cardiovascular events by simvastatin in nondiabetic coronary heart disease patients with and without the metabolic syndrome: subgroup analyses of the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Diabetes Care* 27 (7) : 1735-1740, 2004.

- 71) ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial: Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic: The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). *JAMA* 288 (23) : 2981-2997, 2002.
- 72) Gress TW, et al: Hypertension and antihypertensive therapy as risk factors for type 2 diabetes mellitus. *Atherosclerosis Risk in Communities Study*. *N Engl J Med* 342 (13) : 905-912, 2000.
- 73) Julius S, et al; VALUE trial group: Outcomes in hypertensive patients at high cardiovascular risk treated with regimens based on valsartan or amlodipine: the VALUE randomised trial. *Lancet* 363 (9426) : 2022-2031, 2004.
- 74) Miyazaki Y, et al: Effects of the angiotensin converting enzyme inhibitor temocapril on insulin sensitivity and its effects on renal sodium handling and the pressor system in essential hypertensive patients. *Am J Hypertens* 11 (8 Pt 1) : 962-970, 1998.
- 75) Andersson PE, Lithell H: Metabolic effects of doxazosin and enalapril in hypertriglyceridemic, hypertensive men. Relationship to changes in skeletal muscle blood flow. *Am J Hypertens* 9(4 Pt 1) : 323-333, 1996.
- 76) Courtney CH, et al: Effect of the alpha-adrenergic blocker, doxazosin, on endothelial function and insulin action. *Metabolism* 52 (9) : 1147-1152, 2003.
- 77) Fliser D, et al; European Trial on Olmesartan and Pravastatin in Inflammation and Atherosclerosis (EUTOPIA) Investigators: Antiinflammatory effects of angiotensin II subtype 1 receptor blockade in hypertensive patients with microinflammation. *Circulation* 110 (9) : 1103-1107, 2004.
- 78) Viberti G, Wheeldon NM; MicroAlbuminuria Reduction With VALsartan (MARVAL) Study Investigators: Microalbuminuria reduction with valsartan in patients with type 2 diabetes mellitus: a blood pressure-independent effect. *Circulation* 106 (6) : 672-678, 2002.
- 79) Parving HH, et al; Irbesartan in Patients with Type 2 Diabetes and Microalbuminuria Study Group: The effect of irbesartan on the development of diabetic nephropathy in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 345 (12) : 870-878, 2001.
- 80) Brenner BM, et al; RENAAL Study Investigators: Effects of losartan on renal and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes and nephropathy. *N Engl J Med* 345 (12) : 861-869, 2001.
- 81) Yusuf S, et al; HOPE Study Investigators: Ramipril and the development of diabetes. *JAMA* 286(15) : 1882-1885, 2001.
- 82) Lindholm LH, et al; For the LIFE study group: Risk of new-onset diabetes in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study. *J Hypertens* 20 (9) : 1879-1886, 2002.
- 83) Freeman DJ, et al: Pravastatin and the development of diabetes mellitus: evidence for a protective treatment effect in the West of Scotland Coronary Prevention Study. *Circulation* 103 (3) : 357-362, 2001.

### メタボリックシンドローム診断基準検討委員会

委員長	松澤 佑次	代田 浩之	日本循環器学会
委員	池田 康夫	寺本 民生	日本動脈硬化学会
	片山 茂裕	中尾 一和	日本肥満学会
	北 徹	榎野 博史	日本腎臓学会
	久木山清貴	宮崎 滋	日本肥満学会
	齋藤 康	山田 信博	日本糖尿病学会
	島本 和明	オブザーバー	日本内科学会
	清野 裕	事務局	中村 正
			船橋 徹

1. 基本的考え方

2型糖尿病はインスリン分泌低下やインスリン抵抗性をきたす素因を含む複数の遺伝因子に、過食(とくに高脂肪食)、運動不足、肥満、ストレスなどの環境因子および加齢が加わり発症する。1型糖尿病では、インスリンを合成・分泌するランゲルハンス島β細胞の破壊・消失がインスリン作用不足の主要な原因である。糖尿病の診断は1時点での血糖値のみからは行わず、「型」の判定にとどめ、別の日に行なった検査や他の自他覚的所見も合わせて糖尿病と診断する。無治療な糖尿病における持続的高血糖は細小血管症や大血管症を引き起こし健康寿命の短縮を来す。糖尿病治療の目標は、健康な人と代わらない日常生活の質(QOL)の維持と健康な人と変わらない寿命の確保である。

2. 診断方法及び診断基準

I. 型の判定 (一時点での高血糖の存在確認)

- 1. 早朝空腹時血糖値が 126mg/dL 以上  
または
- 2. 75gOGTT で2時間値が 200mg/dL 以上  
または
- 3. 随時血糖値が 200mg/dL 以上

- 4. 早朝空腹時血糖値が 110mg/dL 未満  
および
- 5. 75gOGTT で2時間値が 140mg/dL 未満

「糖尿病型」

「正常型」

糖尿病型・正常型どちらにも属さない場合は「境界型」と判定する

II. 糖尿病の診断 (慢性的な高血糖の存在確認)

◎ 別の日に行なった検査で「糖尿病型」を再確認  
または

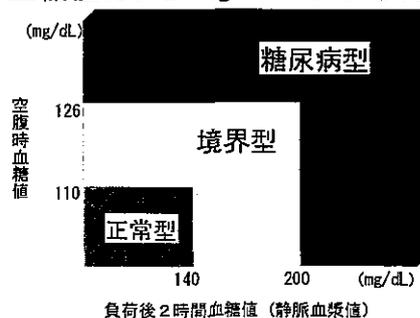
◎ 1回の検査が「糖尿病型」であって、次の1)から4)のいずれかを満たす場合

- 1) 糖尿病の典型的な症状(口渇、多飲、多尿、体重減少)がある
- 2) 同時に測定したHbA1c値が6.5%以上
- 3) 確実な糖尿病網膜症がある場合
- 4) 過去に「糖尿病型」を示したデータがある場合

糖尿病  
と診断

空腹時血糖値および75gOGTTによる判定区分は右の通りである。境界型の中には糖尿病の発症過程または改善過程にある病態が混在する。その病態として、インスリン分泌障害が主たるものと、インスリン抵抗性増大が主たるものがあり、後者にはメタボリックシンドロームを呈するものが多い。

空腹時血糖値および75gOGTTによる判定区分



### 3. 治療の基本方針（ステップ）

#### 1. 食事療法と運動療法

性、年齢、肥満度、身体活動量、血糖値、合併症の有無などを考慮し、摂取エネルギー量を決定する。有酸素運動を最大酸素摂取量の50%前後の強度で、1回15～30分、一日2回行なうことが望ましい。

#### 2. 薬物療法

食事療法、運動療法を2～3ヶ月続けても、なお目標の血糖コントロール（図参照）を達成できない場合薬物療法を開始する（図参照）。

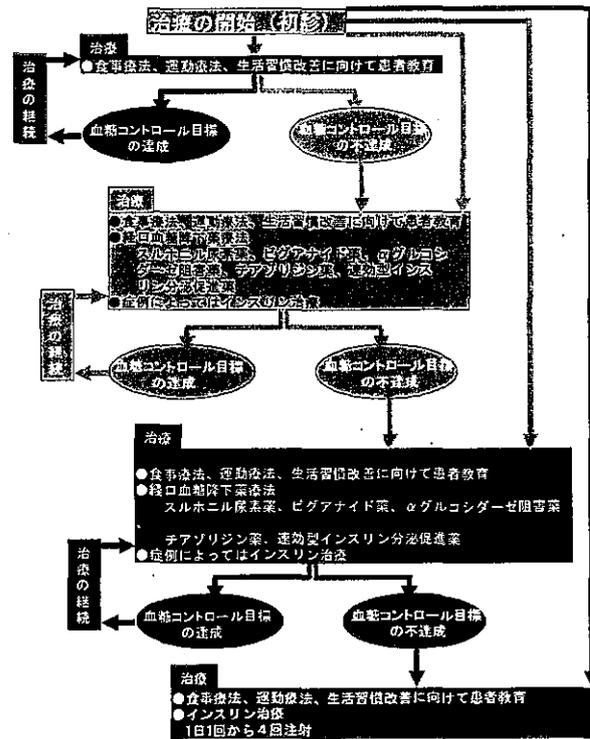
#### 3. 薬物療法の内容

経口血糖降下薬やインスリン製剤を少量からはじめ徐々に増量する。経口血糖降下薬は図のように作用機序の異なるものを併用する。

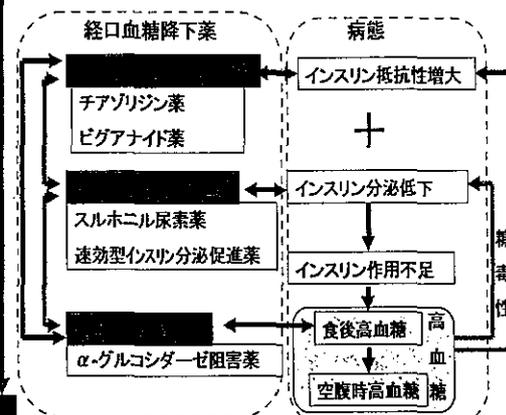
血糖コントロール目標は、右図「血糖コントロール指標と評価」の「優」または「良」とするが、患者の年齢および病態を考慮して患者ごとに主治医が設定する

血糖コントロールの指標と評価

指標	優	良	可 不十分	不良	不可
HbA1c (%)	5.8 未満	5.8～6.5 未満	6.5～7.0 未満	7.0～8.0 未満	8.0以上
空腹時血糖値 (mg/dl)	80～110 未満	110～130 未満	130～160 未満	160以上	
食後2時間血糖値	80～140 未満	140～180 未満	180～220 未満	220以上	



経口血糖降下薬の併用



### 4. その他

糖尿病の診断・治療にあたっては、その患者の糖尿病の成因（機序）と、どの病期（病態）にあたるかを考慮することが重要である（右図参照）。

図右への移動は糖代謝異常の悪化、図左への移動は糖代謝異常の改善を示す。頻度が少ない病態（病期）は破線で示される。

糖尿病の成因と病態



## 動脈硬化性疾患診療ガイドライン 2002 年版(抜粋)

### 1. 基本的考え方

本ガイドラインは主に日本で得られたエビデンスをもとに作成した。また、20歳より65歳未満を対象とした。本ガイドラインはスクリーニングのための“高脂血症の診断基準”、“患者カテゴリー分類と管理目標値”の2段階で構成される。本ガイドラインは粥状硬化性動脈硬化が原因となる冠動脈疾患を念頭に置いたものであるが、脳梗塞や閉塞性動脈硬化症など他の粥状硬化性疾患にも応用可能とした。

本ガイドラインは高コレステロール血症の管理および治療を中心にしたが、高コレステロール血症のみでなく、複数の危険因子が集積する病態が動脈硬化性疾患発症のリスクを著しく増加させることを強調し、危険因子の重複によってコレステロール治療目標値を設定した。さらに、マルチプルリスクファクター症候群(メタボリックシンドローム)の重要性と、それに関わる肥満症の考え方について概説した。

本ガイドラインの第1段階としてスクリーニングを目的とした高脂血症の診断基準を設けた。これは検診や一般診療において、動脈硬化性疾患の予防や治療が必要な対象を見逃さないための基準として設けたものである。第2段階として冠動脈疾患のリスクが高く、治療の必要性の高い患者を同定するために、冠動脈疾患の有無、およびLDL-C以外の主要冠危険因子[加齢、高血圧、糖尿病、喫煙、冠動脈疾患の家族歴、低HDLコレステロール(HDL-C)血症]の合併する数により患者をカテゴリー別に分類した。そして、リスクの高い患者をより強力に治療するため、各々のカテゴリーに属する患者の治療目標値を設定した。治療目標値は主要冠危険因子がない場合はLDL-C値160 mg/dL未満、2次予防の場合にはLDL-C値100 mg/dL未満とし、主要冠危険因子が1または2個の場合はLDL-C値140 mg/dL未満、3または4個以上の場合には120 mg/dL未満とした。

目標到達の治療手順は1次予防ではライフスタイルの改善をまず行い、次いで薬物治療を行うことを原則とした。

## 2. 診断方法及び診断基準

動脈硬化性疾患の予防と治療の必要な対象を集団からスクリーニングする目的のために、血清脂質異常の基準値を表1のように設定した。我が国のデータでもコレステロール値が高いほど心筋梗塞の発症頻度が高く、逆に低いほど発症頻度が低いことが示されているが、冠動脈疾患に対してどれだけ低ければよいのか、また、血清総コレステロール値がどの領域で総死亡率が最も低いのか、これらについて未だ十分なデータはない。よって、動脈硬化性疾患に対して血清脂質値の適正域を示すエビデンスが不十分な現時点で適正值を定めることは困難であり、本ガイドラインでは適正域の設定を行わなかった。

表1

### 高脂血症の診断基準 (血清脂質値：空腹時採血)

高コレステロール血症	総コレステロール	$\geq 220\text{mg/dL}$
高LDLコレステロール血症	LDLコレステロール	$\geq 140\text{mg/dL}$
低HDLコレステロール血症	HDLコレステロール	$< 40\text{mg/dL}$
高トリグリセリド血症	トリグリセリド	$\geq 150\text{mg/dL}$

動脈硬化性疾患診療ガイドライン2002年版、日本動脈硬化学会

### 3. 治療の基本方針(ステップ)

#### 1. 生活習慣の修正

- ・食生活の改善としてステップを二段階とした。
- ・第一ステップとして、適正体重への指導、食事内容の適正化を指導する。
- ・第二ステップとして各種高脂血症に応じたよりきめ細かな食事指導を行う。特に、食事の脂質（コレステロール、脂肪酸など）の適正化を指導する。
- ・同時に運動療法を行うが、この目的は主として高トリグリセリド血症や低HDLコレステロールの改善、並びにインスリン抵抗性を改善し、メタボリックシンドロームの対策として考慮する。
- ・さらに重要でかつ基本的な生活習慣の改善として禁煙指導を行うこととしている。

#### 2. 薬物治療の開始時期

- ・このような生活習慣の改善を行っても血清脂質が改善しない場合には薬物療法を考慮する。この際に、患者のリスクに応じた管理目標値を設定する。
- ・薬物の開始時期であるが、通常上記食生活の改善の第一ステップを3ヶ月、第二ステップを3ヶ月行っても改善しない場合と考える。ただし、リスクの高いカテゴリーCやカテゴリーB3+4ではこれより早い時期に薬物療法を考慮することもありうる。

#### 3. 薬物治療の内容

- ・高脂血症としては高LDL血症と高トリグリセリド血症があり、それぞれ使用する薬物が異なる。
- ・高LDL血症ではHMGCoA還元酵素阻害薬（スタチン）が主体であり、多くのエビデンスを有している。最近是我国のエビデンスもできたことから高LDL血症でリスクの高い場合にはスタチンを用いることは理にかなっていると考えられる。
- ・高LDL血症については、そのほかにもインイオン交換樹脂、プロブコールなどが有効であるが、エビデンスは必ずしも多くはない。
- ・高トリグリセリド血症についてはフィブラート系の薬剤が有効である。しかし、十分なエビデンスがあるとは言いがたい。最近、耐糖能異常を伴った高トリグリセリド血症においては有効性を示すエビデンスが出てきたことより、このような場合にフィブラートを考慮することも理にかなっていると思われる。
- ・比較的重篤な副作用が多くはない薬剤であるが、治療の最初の3ヶ月は1ヶ月毎、その後も3ヶ月毎の肝機能、腎機能、筋肉酵素のチェックが必要である。

#### 4. その他

本ガイドラインは、動脈硬化性疾患の予防を目的に作成されたものであり、高脂血症のみに限定するのではなく、動脈硬化発症に関わる危険因子それぞれに配慮して包括的に動脈硬化予防のためのストラテジーを立てるものである。その意味でも禁煙は極めて重要であり、本ガイドラインの中ではあまり触れられなかったが、改訂に伴い、禁煙を前面に出していきたいと考えている。

## 高血圧治療ガイドライン 2004（抜粋）

### 1. 基本的考え方

高血圧は日常の診療で最も多く遭遇する病気であり、現在約 3500 万人もいると言われ、国民の 4 人に 1 人が高血圧に罹患していることになる。高血圧罹病率は加齢と共に増加するが、現在我が国は世界に類を見ないスピードで高齢化社会を迎えようとしていることから、高血圧の対策と予防は益々重要な今日的課題となっている。本ガイドラインの作成にあたって、日本人特有の生活習慣と心血管病に照準を合わせた治療を心がけ、医療経済にも配慮した。できるだけ日本人を対象とした臨床試験を入れることにしたが、実際には我が国の大規模臨床試験はいまだ少ない。我が国でも臨床試験が着実に進行しているので、次回改訂においてはその結果が活かされるものと思う。

### 2. 診断方法及び診断基準

血圧測定はカフを心臓の高さに保ち、安静座位の状態でする。1～2 分の間隔をおいて複数回測定し、安定した値（測定値の差が 5mmHg 未満）を示した 2 回の平均値を血圧値とする。高血圧の診断は少なくとも 2 回以上の異なる機会における血圧値に基づいて行う。血圧値の分類は、表の血圧分類に従い、血圧値のほか、血圧以外の危険因子、高血圧性臓器障害、心血管病の有無により高血圧患者を低リスク、中等リスク、高リスクの 3 群に層別化する。高血圧の病型は本態性高血圧と二次性高血圧に分類され、二次性高血圧は問診、身体所見、一般臨床検査所見より疑い、必要に応じて診断のための特殊検査を行う。

成人における血圧値の分類

分類	収縮期血圧 (mmHg)		拡張期血圧 (mmHg)
至適血圧	< 120	かつ	< 80
正常血圧	< 130	かつ	< 85
正常高値血圧	130～139	または	85～89
軽症高血圧	140～159	または	90～99
中等症高血圧	160～179	または	100～109
重症高血圧	≥ 180	または	≥ 110
収縮期高血圧	≥ 140	かつ	< 90

### 3. 治療の基本方針（ステップ）

#### 1) 高血圧治療の目的

高血圧の持続によってもたらされる心血管病の発症とそれらによる死亡を抑制し、高血圧患者が充実した日常生活を送れるように支援することである。

#### 2) 高血圧治療の対象

すべての高血圧患者（血圧 140/90mmHg 以上）であるが、糖尿病や腎障害合併例では 130/80mmHg 以上であれば治療の対象となる。

#### 3) 降圧治療の実際

降圧治療は生活習慣の修正（第 1 段階）と降圧薬治療（第 2 段階）である。降圧薬治療開始時期は図に示すように個々の患者の血圧レベル、心血管病に対する危険因子の有無、高血圧に基づく臓器障害の有無ならびに心血管病の有無から決定する。

#### 4) 生活習慣の修正

食塩摂取量の制限、野菜や果物の摂取の促進、飽和脂肪酸や総脂肪量摂取の制限、肥満であれば体重減量、運動療法、アルコール摂取量の制限、禁煙などである。

#### 5) 降圧薬療法

降圧薬の使用上の原則は、1 日 1 回投与の薬物で、低用量から開始する。増量時には 1 日 2 回の投与方法も考慮する。副作用の発現を抑え、降圧効果を増強するためには適切な降圧薬の組み合わせ（併用療法）がよい。

本邦で現在降圧薬として使用されている主な薬物はカルシウム (Ca) 拮抗薬、レニン・アンジオテンシン (RA) 系抑制薬であるアンジオテンシン変換酵素 (ACE) 阻害薬とアンジオテンシン II 受容体拮抗薬 (ARB)、利尿薬 [サイアザイド系および類似薬、カリウム (K) 保持性利尿薬、ループ利尿薬]、β 遮断薬 (α β 遮断薬を含む)、α 遮断薬である。作用機序が異なる降圧薬間には副作用にもそれぞれ特徴がある。科学的根拠に基づく治療薬の選択という観点に立てば、α 遮断薬は成績に欠ける。

### 4. その他

#### JSH-2004 におけるメタボリックシンドローム合併高血圧の治療

メタボリックシンドロームにおける高血圧の治療としては、130-139/85-89mmHg では腹部肥満の是正を中心に生活習慣の改善を行なう。140-90mmHg 以上では生活習慣改善と並行して降圧薬療法に入る。

治療については、降圧目標を 130-85mmHg 未満とし、降圧薬としては、インスリン抵抗性を改善する ARB、ACE 阻害薬、Ca 拮抗薬、α 遮断薬が用いられる。糖尿病がある場合は糖尿病に準じる。

## 高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン第1版（抜粋）

### 1. 基本的考え方

高尿酸血症に対しては、その持続によってもたらされる体組織への尿酸（塩）沈着を解消し、痛風関節炎や腎障害などを回避することが狭義の治療目標となる。また、肥満、高血圧、糖・脂質代謝異常などの合併症についても配慮し、生活習慣を改善して、高尿酸血症・痛風の生命予後の改善を図ることが最終目標となり、最も大切である。

### 2. 診断方法及び診断基準

#### ・高尿酸血症の定義

性・年齢を問わず、血漿中の尿酸溶解度である 7.0 mg/dL を正常上限とし、これを超えるものを高尿酸血症と定義する。

#### ・痛風関節炎の診断基準

1. 尿酸塩結晶が関節液中に存在すること。
2. 痛風結節の証明。
3. 以下の項目のうち 6 項目以上を満たすこと。
  - a) 2 回以上の急性関節炎の既往がある。
  - b) 24 時間以内に炎症がピークに達する。
  - c) 単関節炎である。
  - d) 関節の発赤がある。
  - e) 第一中足趾節関節の疼痛または腫脹がある。
  - f) 片側の第一中足趾節関節の病変である。
  - g) 片側の足関節の病変である。
  - h) 痛風結節（確診または疑診）がある。
  - i) 血清尿酸値の上昇がある。
  - j) X線上の非対称性腫脹がある。
  - k) 発作の完全な寛解がある。

#### ・痛風関節炎診断上の注意点

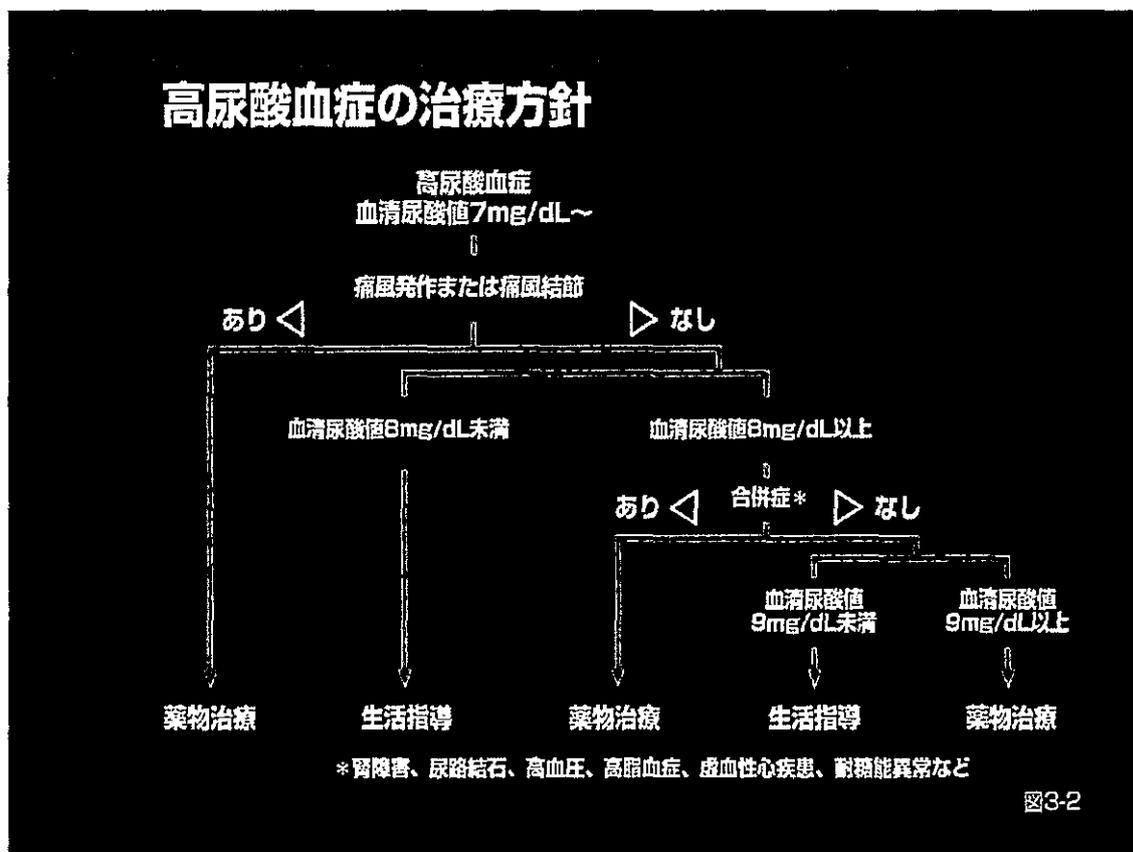
1. 痛風発作中の血清尿酸値は低値を示すことがあり、診断的価値は高くない。
2. 関節液が得られたら迅速に検鏡し、尿酸塩結晶の有無を同定する。
3. 痛風結節は診断上価値があるが頻度は低い。

### 3. 治療の基本方針（ステップ）

#### ・痛風関節炎の治療

痛風関節炎は一般的に疼痛が激しく、短期間ではあるが、患者のQOLを著しく低下させる。従って、患者の苦痛を除去し、QOLを改善することがその治療目標となる。さらに、痛風関節炎の経験は、原因となる高尿酸血症の長期治療へ導入する上でも重要であり、関節炎の沈静化をもって治療が終了したと考えてはならない。治療手段としては、コルヒチン、NSAID、ステロイド薬がある。

#### ・高尿酸血症の治療



- ・尿酸降下薬には尿酸排泄促進薬と尿酸生成抑制薬があるが、尿酸排泄低下型高尿酸血症には尿酸排泄促進薬、尿酸産生過剰型高尿酸血症には尿酸生成抑制薬を選択することが原則となる。
- ・治療目標血清尿酸値は6mg/dL以下にすることが望ましい。

### 4. その他

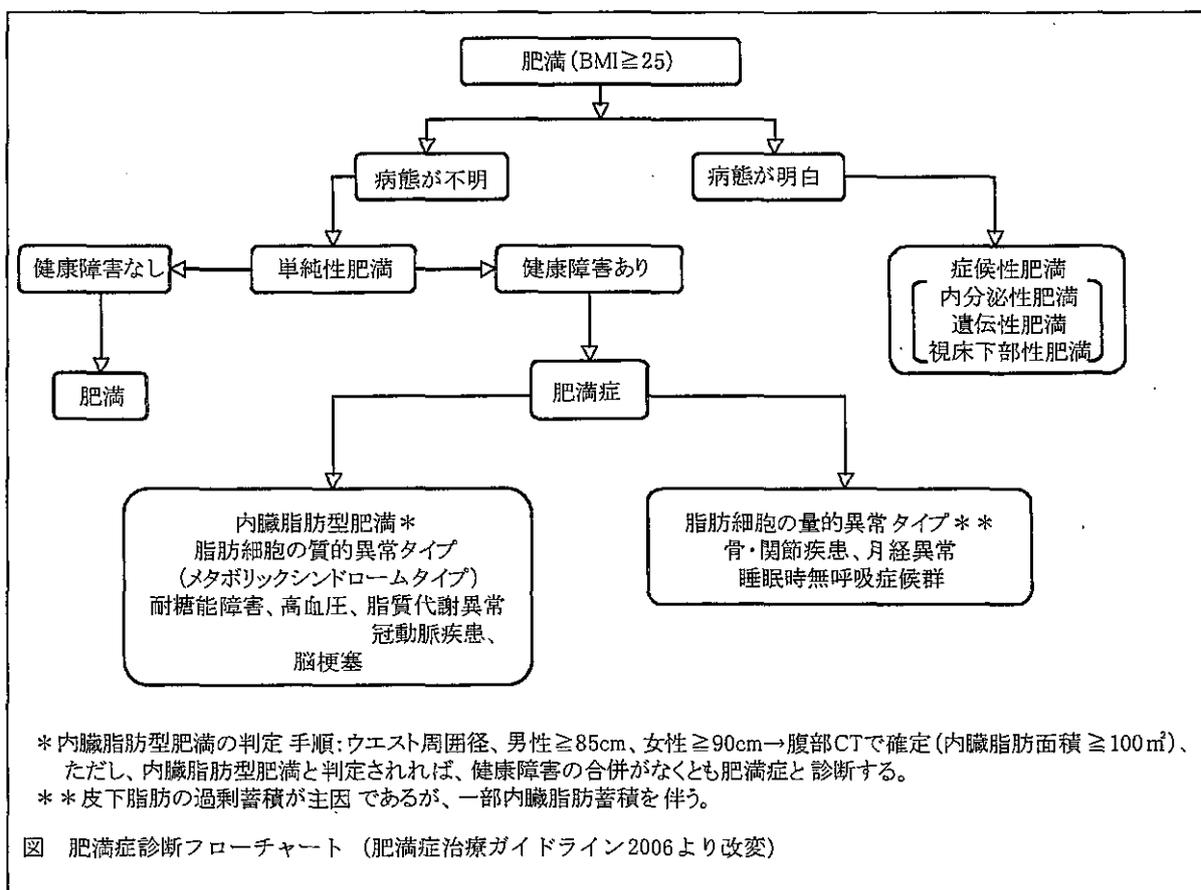
高尿酸血症患者の生活指導としては、食事療法（摂取カロリーの適正化、プリン体の摂取制限、十分な水分摂取）、飲酒制限、運動の推奨が中心となる。

## 肥満症治療ガイドライン 2006(抜粋)

### 1. 基本的考え方

「肥満」の中から、医学的な見地で減量治療の必要な「肥満症」を判別し、疾患単位として捉え、体重減少により疾病予防や改善につながる治療を対象にする。内臓脂肪蓄積が疾病発症の重要な要因であり、内臓脂肪蓄積を標的にした治療に重点を置く。この病態はメタボリックシンドロームの根幹であり、リスクの集積に目を奪われるのではなく、その病態成立機序を重視した減量治療を目指す。肥満症にみられる個々の疾病そのものに対する治療ではなく、内臓脂肪蓄積の下流で発症する疾病群を対象に、その予防や改善に減量がいかに効果的かのエビデンスを示す。食事、運動、行動及び薬物療法の各治療技法の方法、適応、成果についての統一見解を示し、具体的な病態改善度を明示する。

### 2. 診断方法及び診断基準



### 3. 治療の基本方針(ステップ)

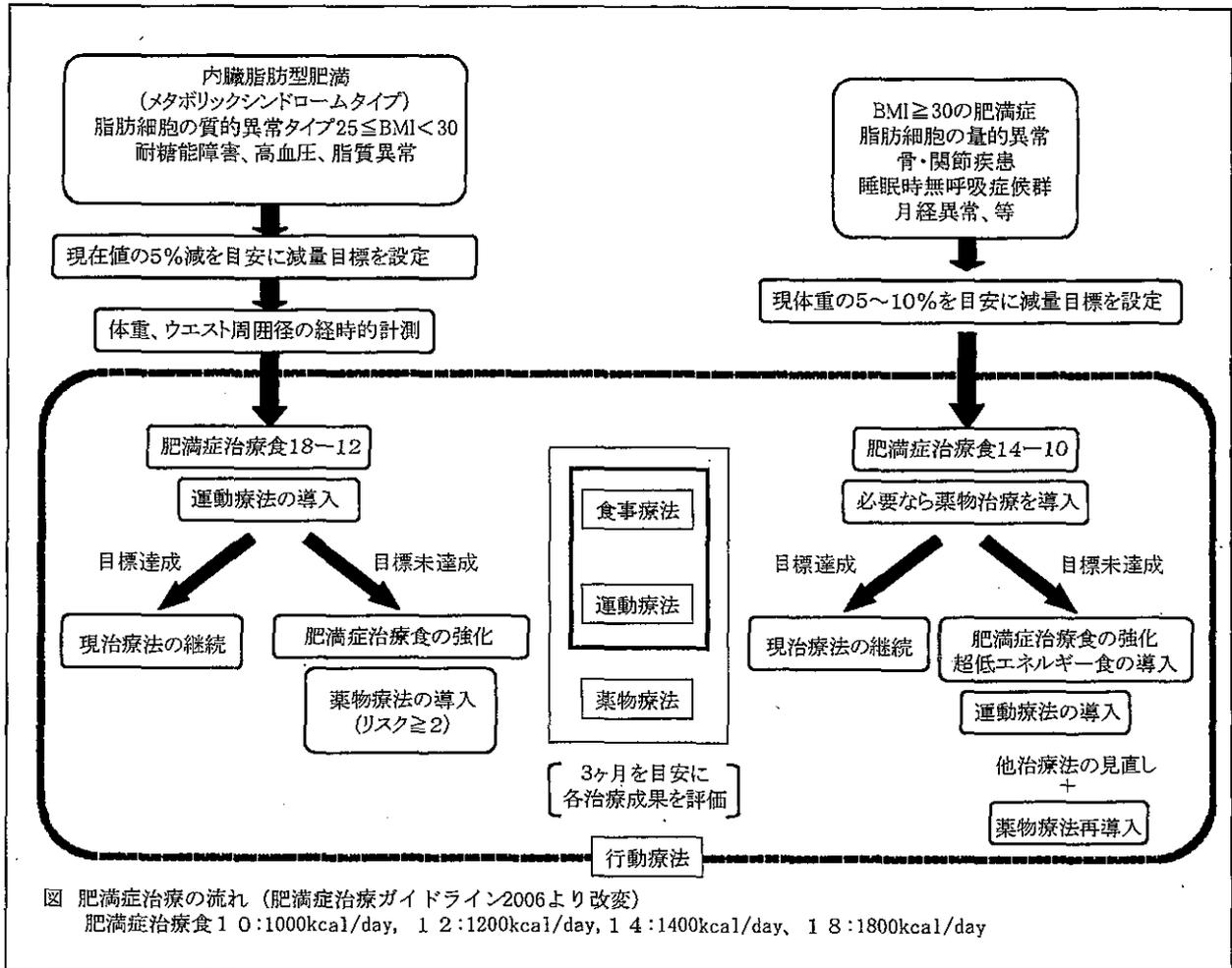
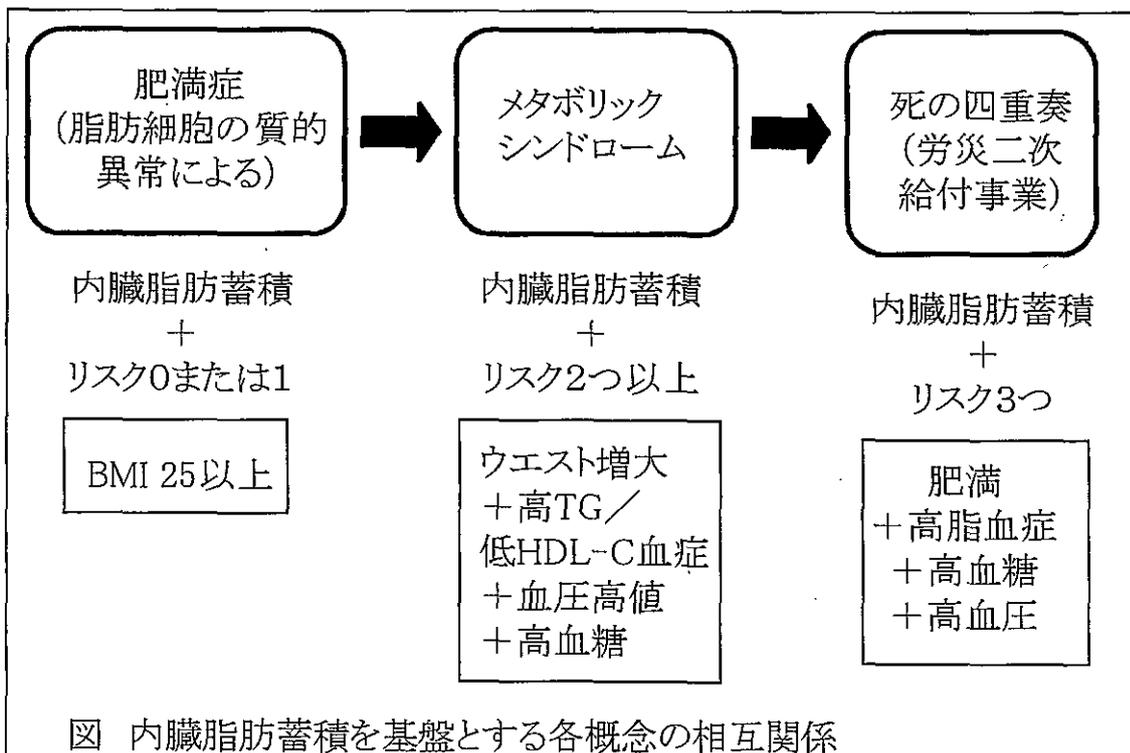


図 肥満症治療の流れ (肥満症治療ガイドライン2006より改変)  
肥満症治療食 10:1000kcal/day, 12:1200kcal/day, 14:1400kcal/day, 18:1800kcal/day

### 4. その他



# メタボリックシンドロームに着目した 健診・保健指導担当者の資質向上推進事業について

## 1 目的

「標準的な健診・保健指導プログラム」に基づく健診・保健指導の担い手である医師、保健師、管理栄養士等の健診・保健指導担当者が受けるべき研修ガイドラインの策定、研修情報の医療保険者への提供等により、資質の高い健診・保健指導担当者を確保することを目的とする。

## 2 事業の内容

### (1) 健診・保健指導の研修ガイドラインの策定

都道府県等が健診・保健指導に関する研修を効果的に実施するために、「標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」を踏まえた上で、研修において習得すべき能力を明らかにし、それらの能力を習得するための教育方法、効果的な研修を実施するための研修の評価について記載した健診・保健指導の研修ガイドライン（以下「研修ガイドライン」という。）を策定する。

### (2) 都道府県等における研修担当者に対する研修の実施

都道府県等における研修の担当者に対し、国立保健医療科学院等において研修を実施する。

### (3) 研修ガイドラインに基づいた研修情報の提供

研修ガイドラインに沿った研修を実施している団体や当該研修の実施スケジュール、内容等をホームページにおいて情報提供する。

# 健診・保健指導の研修ガイドライン

(確定版)



# 目次

はじめに	1
I 人材育成の基本的事項	2
II 研修において習得すべき能力	3
III 教育方法	5
IV 研修の評価	7
V 実践者育成研修プログラム	9
VI リーダー育成プログラム	12
VII 研修体系の整理	13

(参考)

平成 19 年度健診・保健指導に関する企画・運営・技術研修プログラム



## はじめに

今回の医療制度改革において、中長期対策として生活習慣病予防の充実強化を図ることとしており、糖尿病等の生活習慣病有病者及び予備群を25%減らすことを政策目標に掲げ、平成20年度から医療保険者に健診・保健指導を義務づけることとしたところであり、医療保険者が健診・保健事業を効果的に実施するために、標準的な健診・保健指導の在り方に関する検討会において「標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」が作成されたところである。

「標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」に示された保健指導を効果的・効率的に実施するには、医療保険者が健診・保健指導事業を適切に企画・実践・評価するとともに、対象者の生活習慣病予防のための行動変容に確実につながる保健指導を展開することが必要であり、そのような能力を有する人材育成は重要な課題である。

本研修ガイドラインは、都道府県等が健診・保健指導に関する研修を効果的に実施するために、標準的な健診・保健指導の在り方に関する検討会において検討されたものであり、「標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」を踏まえた上で、研修において習得すべき能力を明らかにし、それらの能力を習得するための教育方法、効果的な研修を実施するための研修の評価について盛り込むとともに、それらを踏まえた、研修プログラムを掲載した。しかしながら、研修を企画、運営する都道府県等においては、人材育成体制や研修対象者の能力が異なっているため、本プログラムを踏まえた上で、創意工夫を加えた研修を実施することが必要と考えている。

本研修ガイドラインが、都道府県等において開催される研修の企画・運営に際して活用されたい。

また、医療保険者等に情報提供するため、国においては、運営・技術研修プログラムに沿った研修機関等を、ホームページを通じて公表していくこととしている。

なお、本ガイドラインは、平成20年度からの医療保険者による特定健診・保健指導に焦点を当てたものであるが、生活習慣病予防の充実強化を図るためには、ポピュレーションアプローチとの連動が重要であることから、今後はそのような観点を含めた本プログラムの改訂を行っていくこととしている。

## I 人材育成の基本的事項

### 1 研修の目的

医療制度改革において、平成20年度から「特定健診・保健指導」を医療保険者が実施することとなり、糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群を25%減少させることを政策目標として掲げている。この目標を達成するためには、健診後の保健指導を確実に、そして効果的に実施する必要があり、医療保険者が健診・保健指導事業を適切に企画、評価し、また、標準的な健診・保健指導プログラムを踏まえた保健指導を保健師、管理栄養士等が的確に実施することが必要となる。このため、健診・保健指導事業に従事する者に対して研修を行い、生活習慣病対策全体を効果的に推進できる人材を育成することを目的とする。

### 2 研修の対象者

- (1) 医療保険者に所属する医師、保健師、管理栄養士、事務職等
- (2) 市町村衛生部門等において生活習慣病予防対策を担当する保健師、管理栄養士等
- (3) 民間事業者等において健診・保健指導事業の委託を受け、当該事業に従事する者

### 3 研修の実施体制

研修の実施体制は以下のような実施主体が行うものであるが、各都道府県の実情により、実施主体間の調整を図り、効率的に実施するものとする。

- (1) 都道府県においては、市町村（国保部門・衛生部門等）の保健師、管理栄養士等を対象に、健診・保健指導事業の企画・評価及び保健指導の知識・技術の向上に関する研修を実施するとともに、民間事業者等医師、保健師、管理栄養士等を対象に、保健指導の知識・技術に関する研修を実施する。
- (2) 各都道府県の国民健康保険団体連合会やその他、健康保険組合等においては、都道府県内の医療保険者に所属する医師、保健師、管理栄養士、事務職等を対象に、健診・保健指導事業の企画・評価及び保健指導の知識・技術の向上に関する研修を実施する。
- (3) 日本医師会、日本看護協会、日本栄養士会等の都道府県支部においては、各団体の会員を主な対象者とし、保健指導の知識・技術の向上に関する研修を実施する。

#### 4 指導者育成体制

都道府県及び医療保険者・関係団体の研修の担当者は、都道府県レベルで実施する研修の指導的立場となることから、これらの者に対する研修は、国立保健医療科学院、医療保険者及び関係団体の中央レベルにおいて実施する。

## II 研修において習得すべき能力

研修において習得すべき能力は以下のとおりであるが、研修受講対象者により必要となる能力は異なること、また、医師・保健師・管理栄養士等の職種によっても習得すべき能力は異なることから、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。

また、すべての能力を短期間で向上させることは現実的ではないことから、積み上げ方式の研修プログラムを組むことが適当である。特に保健指導技術の向上に関しては、集合研修に加え、OJTにおいて能力を高めていく体制が必要である。

### 1 健診・保健指導事業の企画・立案・評価ができる能力

各都道府県が策定する医療費適正化計画、健康増進計画等を承知した上で、健診・保健指導事業の計画を立てることが必要である。

#### (1) 医療関連データ等を分析し、優先課題が選定できる

- ①分析の視点がわかり、問題を見出すことができる
- ②優先順位の判断ができる

#### (2) 目標設定ができ、事業計画が立てられる

- ①ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチの相乗効果をねらった事業計画が考えられる

#### (3) 健診・保健指導に関する社会資源を活用した実施体制が構築できる

#### (4) 事業等の効果を評価でき、評価結果を改善につなげられる

- ①評価指標となるデータを分析し、改善すべき事項が判断できる
- ②費用対効果や最終評価から、事業全体の評価ができる

### 2 行動変容につながる保健指導ができる能力

「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」において、以下のような能力の習得が必要である。

#### (1) 健診結果から身体変化や生活習慣との関連が説明できる

- ①内臓脂肪症候群・検査データ・生活習慣の関連を理解する
- ②糖尿病等の予防に関連した最新の知見を理解する

#### (2) 行動変容ステージ、ライフスタイル等から対象者のアセスメントが

できる

- ①生活習慣の改善に関する保健指導の特徴を理解する
  - ②行動変容に関する基本的知識・技術を理解する
  - ③健診結果・質問票からアセスメントができる
- (3) 対象者の健康観を尊重しつつ、対象者の前向きな自己決定を促す支援ができる
- ①コミュニケーション技術を対象者に合わせて活用できる
  - ②行動変容ステージに合わせた支援ができる
  - ③自己効力感を高められる支援ができる
  - ④モチベーションを高める支援ができる
- (4) 集団的支援（グループワーク等）ができる
- ①グループダイナミクスを活用することができる
- (5) 継続的なフォローアップができる
- ①セルフケア（自己管理）能力を高める支援ができる
  - ②対象者が健康に関する情報を自ら収集し、正しい情報を見極められる能力を高める支援ができる
  - ③社会資源の活用ができる
- (6) 保健指導の評価から、保健指導方法の改善ができる
- ①対象者への介入方法ごとに生活習慣の改善状況の評価を行い、その成果の分析ができる
  - ②評価結果から、効果的な保健指導方法を創意工夫できる

### 3 個別生活習慣に関して指導できる能力

#### (1) 日常生活全体に関する指導技術

- ①労働内容や働き方、ストレスなどを含めた生活全体のアセスメントができる
- ②生活習慣病との関連がわかり、対象者に説明できる

#### (2) 食生活に関する指導技術

- ①栄養学および食事摂取基準、関連学会ガイドラインの食事療法について理解している
- ②食事と生活習慣病の関連が説明できる
- ③代謝の調整とエネルギー・栄養素、食品との関連が説明できる
- ④食物摂取状況や食行動等に関するアセスメントができ、対象者にあった食生活の改善が提示できる

#### (3) 身体活動・運動に関する指導技術

- ①運動生理学、体力測定・評価等に関する基礎知識を理解する
- ②身体活動・運動と生活習慣病の関連が説明できる

- ③身体活動・運動の量についてアセスメントし、対象者に合った支援ができる
- (4) たばこ・アルコールに関する指導技術
  - ①たばこと生活習慣病の関連が説明でき、禁煙支援ができる
  - ②アルコールと生活習慣病の関連が説明でき、適正飲酒の支援ができる
- 4 適切な学習教材を選定、開発できる能力
  - (1) 科学的根拠に基づいた適切な教材を選定でき、必要に応じて教材の開発ができる。
  - (2) 対象者の理解度に合わせて効果的な学習教材を選定でき、教材の改善や開発ができる

### Ⅲ 教育方法

#### 1 事業の企画・立案・評価に関する研修

- (1) 医療関連データ等を用いた対象集団のアセスメント、優先課題選定、目標設定、事業計画立案

- ①講義

- ・PDCA サイクルで企画・立案・評価を行う基礎的な知識・方法

- ②演習（シミュレーション、グループワーク等）

- ・医療関連データ等の分析・解析
  - ・健康課題の優先順位づけや目標設定・実施計画の作成

- (2) 健診・保健指導に関する実施体制の整備

- ①講義

- ・社会資源との調整や、民間事業者との契約の結び方

- ②演習（事例検討、グループワーク等）

- ・先進的な事例から、効果的な実施体制を考える

- (3) 事業の効果評価、評価結果の活用

- ①講義

- ・個別事例、集団、事業の評価についてデータを使用して評価

- ②演習（シミュレーション、グループワーク等）

#### 2 行動変容につながる保健指導に関する研修

- (1) 健診結果から身体変化や生活習慣との関連が説明できる

- ①講義

- ・内臓脂肪症候群に関する知識・検査データ・生活習慣との関連
  - ・糖尿病等の予防に関連した最新の知見

- ②演習（ロールプレイ等）
  - ・対象者への説明
- (2) 行動変容ステージレベル、ライフスタイル等から対象者のアセスメントができる
  - ①講義
    - ・生活習慣の改善に関する保健指導の特徴
    - ・行動変容に関する基本的知識・技術
    - ・個別性を重視したアセスメントの方法
  - ②演習（シミュレーション、グループワーク等）
    - ・具体的な事例を用いて、アセスメントを行う
    - ・行動変容ステージレベル・ライフスタイル等からの対象者の把握
- (3) 対象者の健康観を尊重しつつ、対象者の前向きな自己決定を促す支援ができる
  - ①講義
    - ・行動変容ステージに応じた保健指導
    - ・自己効力感の高め方
    - ・対象者と信頼関係を築いた、実現可能な目標設定について
  - ②演習（事例検討、デモンストレーション、ロールプレイ等）
    - ・自己効力感を高め、行動変容を支援する保健指導の事例検討
    - ・行動変容を支援する保健指導のデモンストレーション
    - ・コミュニケーション技術（面接技術）
- (4) 集団的支援（グループワーク等）ができる
  - ①講義
    - ・自己効力感の高まりを期待する集団的支援
  - ②演習（ロールプレイ等）
    - ・グループダイナミクスを活用した自己効力感を高める技術
- (5) 継続的なフォローアップができる
  - ①演習（事例検討等）
    - ・継続者・中断者に対する支援の事例検討
- (6) 保健指導の評価から、保健指導の方法が改善できる
  - ①演習（シミュレーション、ピアレビュー、グループワーク等）
    - ・生活習慣改善状況に関するデータから成果を分析
    - ・保健指導の手法についてビデオ等による振り返り
    - ・効果的な保健指導方法を考えることができる

### 3 個別生活習慣の指導に関する研修

- (1) 日常生活全体に関する指導技術

- ①講義
  - (2) 食生活に関する指導技術
    - ①講義
    - ②演習（体験学習、グループワーク等）
      - ・減量プログラムの体験
      - ・食生活改善プログラムの作成
  - (3) 身体活動・運動に関する指導技術
    - ①講義
    - ②演習（体験学習、グループワーク等）
      - ・運動プログラムの体験
      - ・運動プログラムの作成
  - (4) たばこ・アルコールに関する指導技術
    - ①講義
      - ・ニコチン代替療法
    - ②演習（シミュレーション、グループワーク等）
      - ・行動変容ステージに応じた介入演習
      - ・禁煙プログラム、断酒プログラムの作成
- 4 適切な学習教材の選定・開発に関する研修
- ①講義
    - ・科学的根拠に基づく学習教材の選定
    - ・わかりやすい学習教材の開発
  - ②演習（シミュレーション、教材作成演習）
    - ・テーマ・対象者別教材の作成

#### IV 研修の評価

研修の評価は、①研修プログラムの組み方、期間、講師の選定、教育方法など研修そのものに対する評価と、②研修受講者の実践能力の向上に関する評価が考えられる。研修の評価は、両者の評価を行い、研修の改善につなげる必要がある。

なお、研修の評価については、保健指導技術高度化支援事業（都道府県向けの国庫補助金）を活用して実施することが望ましい。

- 1 研修プログラム自体の評価（プロセス評価）
  - (1) 評価の時期
    - ・研修実施中から実施後に行う。
  - (2) 評価方法

①受講者による評価

- ・研修項目ごとに項目や内容の適切さ、自覚的理解度、講師、教材の質を評価
- ・全体的な運営等の評価

②主催者による評価

- ・研修項目ごとに項目や内容の適切さ、講師、教材の質を評価
- ・全体的な運営等の評価

2 研修受講者の能力習得評価（到達度・指導実践実績評価）

（1）評価の時期

- ・研修実施前、研修実施直後及び3ヶ月後から1年後に行う。

（2）評価方法

- ・受講者の知識・技術の向上について、同じ評価表を用いて評価する。（研修実施前、研修実施直後、3ヶ月後）
- ・保健指導の実践に関する実績評価は、当該受講者が行った保健指導対象者の行動変容状況、体重減少などについて評価する。（3ヶ月から1年後）

## V 医師、保健師、管理栄養士等を行う実践者育成研修プログラム

分野	学習内容	時間	教育方法	
1. 基礎編	1) 健診・保健指導の理念	135分 (3単位)	・講義 ・演習 ・通信及びレポート	
	2) 保健指導対象者の選定と階層化			
	3) 保健指導（概論） 保健指導の基本的事項（「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」の概要）			
	4) 保健指導（各論） 保健指導の特徴（身体活動・運動、食生活、たばこ、アルコール）			
	5) ポピュレーションアプローチとの連動			
2. 計画・評価編	1) 健診・保健指導事業の計画策定（演習による各種データ分析を含む）	360分 (8単位)	・講義 ・演習	
	2) 健診・保健指導事業の評価（演習を含む）			
	3) アウトソーシングの進め方			
3. 技術編	1) メタボリックシンドロームの概念 健診結果と身体変化・生活習慣の関連	135分 (3単位)	・講義 ・演習	
	2) 行動変容に関する理論			
	3) 生活習慣改善につなげるためのアセスメント・行動計画			
	4) 「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」の内容			
	5) 生活習慣病予防に関する保健指導 ・身体活動・運動に関する保健指導 ・食生活に関する保健指導 ・たばこ・アルコールに関する保健指導 ・歯の健康に関する保健指導	135分 (3単位)	・講義 ・演習	
	6) 1)～5)を踏まえた保健指導の展開（演習）	90分 (2単位)		・講義 ・演習
	7) 保健指導の評価	45分 (1単位)		
合 計		900分 (20単位)		

- ・ 研修内容については、所属や役割及び職種により異なることが考えられるため、それぞれの研修企画者が、研修の目的及び対象者等から研修内容を設定することが望ましい（例えば、①医療保険者の医師、保健師、管理栄養士及び一定の保健指導の実務経験のある看護師は、基礎編、計画・評価編、技術編を受講する。また、②医療保険者ではない医師、保健師、管理栄養士及び一定の保健指導の実務経験のある看護師は、基礎編、技術編を受講する。③運動指導士、事業場における労働者の健康保持増進のための指針に基づく運動指導、産業栄養指導、産業保健指導担当者は、基礎編、技術編を受講する。④事務職は、基礎編、計画・評価編を受講する等）。
- ・ 特定健診・特定保健指導に関する知見は、医学、看護学、栄養学等からの実践及び研究の蓄積により科学的根拠が示されていくものであるため、研修の内容もそれらに併せて変更していくことが考えられる。そのため、研修は5年ごとに受講することが望ましい。

### 3. 研修プログラムの組立てに際して（留意点）

#### ①プログラム全体について

- ・ 効果的な研修を行うためには、〔事前学習〕→〔講義を中心とした研修〕→〔実践〕→〔演習を中心とした研修〕など段階的な研修プログラムを組むことが望ましい。
- ・ また、研修日数が十分に確保できる場合は、講義に加えてグループワーク、シミュレーション、ロールプレイなどの演習を取り入れることが効果的である。

#### ②講義の順序性について

- ・ 生活習慣の改善につなげる保健指導の講義は、概論と各論で重複する部分があるが、効果的に進めるためには、概論を先に講義することが望ましい。保健指導の概論と各論を担当する講師は、重複することを認識した上で講義を行う必要があり、研修を企画する者はその調整を行うことが必要である。

#### ③講義内容について

- ・ 健診・保健指導の実践者を対象としたプログラムでは、効果的な保健指導を行うための個別対象者に対する保健指導方法の習得に加え、ポピュレーションアプローチについても併せて習得することが必要である。

#### ④研修を担当する者について

- ・ 研修を企画・実施する者は、以下の1) 2) の要件をともに満たすものとする。
- ・ 研修を担当する講師は、以下の1) 2) のいずれかの要件を満たすものとする。
  - 1) 医師、保健師、管理栄養士で、特定健診・保健指導について国及び医療保険者並びに関係団体が実施する中央レベルのリーダー研修を受講した者
  - 2) 医師、保健師、管理栄養士としての一定の経験があり、特定健診・保健指導の専門的知識及び技術をもつ者

## VI リーダー育成プログラム

学習内容		時間
1. 健診・保健指導の事例		45分 (1単位)
2. 特定健診の基本的な考え方(概論) 特定保健指導の基本的な考え方(概論)		135分 (3単位)
事務職向け	技術職向け	
3. 特定健診・特定保健指導の事務手続きについて	4. 特定健診・特定保健指導の実際 (1) 食生活指導のポイント (2) 運動・身体活動指導のポイント (3) たばこ・アルコール指導のポイント	90分 (2単位)
5. シンポジウム「効果的な健診・保健指導のすすめ方」 ・地域保健からの事例 ・職域保健からの事例 ・健診・保健指導機関からの事例		135分 (3単位)
6. ポピュレーションアプローチのすすめ方		45分 (1単位)
7. 特定健診・特定保健指導の企画・立案・評価とデータ分析		90分 (2単位)
8. 特定健診・特定保健指導事業の実施体制		45分 (1単位)
9. 特定健康診査等実施計画と後期高齢者支援金の加算・減算		45分 (1単位)
10. 特定健診・特定保健指導の研修企画・評価 (1) 研修ガイドラインについて (2) 実際のすすめ方 ・健診・保健指導の研修に関する事例報告 ・健診・保健指導の研修の企画・評価に関する演習の説明 (3) 演習 1) 研修対象者の設定 2) 研修の目的・目標の設定 3) 研修内容の設定 4) 研修方法の設定 5) 研修に係わる講師の設定 6) 研修の評価の設定 (4) 演習発表		315分 (7単位)
11. 質疑応答		45分 (1単位)
計		990分 (22単位)

\*医療保険者及び関係団体がリーダー育成研修を企画・実施する場合の担当者は、国立保健医療科学院の「健診・保健指導に関する企画・運営・技術研修プログラム」を修了した者とする。

Ⅶ 研修体系の整理

区分	実施機関	対象者	内容	時期
国（中央）レベル	<p><b>国</b> 厚生労働省</p>	<p><b>&lt;リーダー育成&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 都道府県および保健所設置市、特別区 人材育成担当者 衛生部門の保健師・管理栄養士 国保部門の保健師・管理栄養士</li> <li>◆ 医療保険者 国民健康保険中央会 健康保険組合連合会 社会保険庁 共済組合</li> <li>◆ 医療保険者の事業企画担当者 国民健康保険連合会 健康保険組合連合会支部 地方社会保険事務局</li> <li>◆ 関係団体 日本医師会 日本看護協会 日本栄養士会 全国保健センター連合会 全国市町村保健活動協議会 全国保健師長会 社会保険健康事業財団 (財)結核予防会 (財)予防医学事業中央会 日本人間ドック学会 日本総合健診医学会 健康・体力づくり事業財団</li> </ul>	<p>研修の企画</p> <p>事業企画・評価</p> <p>保健指導 知識・技術</p> <p>研修の企画</p> <p>保健指導 知識・技術</p>	<p>年度 第1・四半期</p> <p>19年度から 国立保健医療科 学院において、 実施</p>
	<p><b>医療保険者</b></p> <p>国民健康保険中央会 健康保険組合連合会 社会保険庁 共済組合</p> <p><b>関係団体</b> 日本医師会 日本看護協会 日本栄養士会 全国保健センター連合会 全国市町村保健活動協議会 全国保健師長会 社会保険健康事業財団 (財)結核予防会 (財)予防医学事業中央会 日本人間ドック学会 日本総合健診医学会 健康・体力づくり事業財団</p>	<p><b>医療保険者</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 都道府県国民健康保険団体連合会</li> <li>◆ 健康保険組合連合会都道府県連合会</li> <li>◆ 地方社会保険事務局</li> <li>◆ 共済組合各支部</li> </ul> <p><b>関係団体</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 都道府県支部</li> </ul> <p>◆ 運動指導者</p>	<p>事業企画・評価</p> <p>保健指導 知識・技術</p> <p>保健指導 知識・技術</p>	<p>年度 第2・四半期</p>
都道府県（地方）レベル	<p><b>都道府県</b></p> <p><b>医療保険者</b> (保険者協議会)</p> <p><b>関係団体</b> 日本医師会 日本看護協会 日本栄養士会 全国保健センター連合会 全国市町村保健活動協議会 全国保健師長会 社会保険健康事業財団 (財)結核予防会 (財)予防医学事業中央会 日本人間ドック学会 日本総合健診医学会</p>	<p><b>&lt;実践者育成&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 区市町村（国保・衛生部門） 保健師 管理栄養士 等</li> <li>◆ 民間事業者</li> <li>◆ 医療保険者 保健師 管理栄養士 等</li> <li>◆ 保健師 ◆ 管理栄養士 等</li> </ul> <p>都道府県支部</p>	<p>事業企画・評価</p> <p>保健指導 知識・技術</p> <p>保健指導 知識・技術</p> <p>事業企画・評価</p> <p>保健指導 知識・技術</p> <p>保健指導 知識・技術</p>	<p>年度 第2・四半期以降</p>

(参考資料)

## 平成19年度健診・保健指導に関する企画・運営・技術研修プログラム

研修を企画する者に対して国（国立保健医療科学院）が行う研修（リーダー研修）

### 1. 事前学習

- 1) 「標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」, 「学習教材集（確定版）」, 「効果的な保健指導の事例集」を一読すること。
- 2) 所属の研修計画について提出すること。

### 2. 研修プログラム

#### (1日目)

時間	内容(担当者)
10:00-10:20 (20)	開講式・オリエンテーション
10:20-10:40 (20)	健診・保健指導の事例①(千葉県における準備事業)
10:40-11:00 (20)	健診・保健指導の事例②(厚生労働省における取り組み)
11:10-12:40 (90)	I. 特定健診・特定保健指導の基本的な考え方 (1) 健診(概論)
13:40-14:40 (60)	I. 特定健診・特定保健指導の基本的な考え方 (2) 保健指導(概論)
14:50-15:50 (60)	II. 特定健康診査等実施計画と後期高齢者支援金の加算・減算
16:00-16:50 (50)	III. 特定健診・特定保健指導事業の実施体制
17:00-17:30 (30)	ポピュレーションアプローチのすすめ方
18:00-19:30 (90)	情報交換会(テーマ別)

## (2日目)

	事務職向け	技術職向け
9:30-11:00 (90)	IV. 特定健診・特定保健指導の事務手続きについて	V. 特定健診・特定保健指導の実際 (1) 食生活指導のポイント (2) 運動・身体活動指導のポイント (3) たばこ・アルコール指導のポイント
11:10-12:30 (80)	VI. 特定健診・特定保健指導の企画・立案・評価とデータ分析	
13:30-16:00 (150)	シンポジウム「効果的な健診・保健指導のすすめ方」 ・地域保健からの事例 ・職域保健からの事例 ・健診・保健指導機関からの事例	
16:10-16:30 (20)	VII. 特定健診・特定保健指導の研修企画・評価 (1) 研修ガイドラインについて	
16:40-18:00 (80)	VII. 特定健診・特定保健指導の研修企画・評価 (2) 実際のすすめ方 ・健診・保健指導の研修に関する事例報告 ・健診・保健指導の研修の企画・評価に関する演習の説明	
18:00-	情報交換会（都道府県単位など）	

## (3日目)

9:30-12:00 (150)	VII. 特定健診・特定保健指導の研修の企画・評価 (3) 演習 1) 研修対象者の設定 2) 研修の目的・目標の設定 3) 研修内容の設定 4) 研修方法の設定 5) 研修に係わる講師の設定 6) 研修の評価の設定	
13:00-13:50 (50)	VII. 特定健診・特定保健指導の研修の企画・評価 (4) 演習発表	
14:00-15:00 (60)	質疑応答	
15:00-15:20 (20)	閉講式	



# 健康診査における精度管理の在り方



# 健康診査における精度管理の在り方

健康診査における検体検査の精度管理を行う上では、検査前の準備、検査手順等を適切に実施する必要がある。健康診査における現状を踏まえ、以下のとおり、精度管理を行う上で、特に留意すべき事項を取りまとめた。今後、標準的な健康診査の手順を確立していくことが望まれる。

## 1. 健診者への事前注意事項

○検査前の食事については、健診前 10 時間以上は、水以外のすべての飲食物を摂取しないように指示すること。

## 2. 採血時

○採血は適切に行われること。

注：採血手技や採血時の留意事項は、日本臨床検査標準協議会（JCCLS）の標準採血法ガイドライン（2006 年）を参考にする。

## 3. 採血管の選択

○血清検査項目 (TG, HDL-C, LDL-C, AST, ALT,  $\gamma$ -GT) の測定用には、原則として分離剤入りのプレイン管を用いること。

○空腹時血糖測定用には、解糖阻止剤のフッ化ナトリウム (NaF) 入りの採血管を用いること。

○ヘモグロビン A1c (HbA1c) の測定用には、血糖測定用の採血管あるいは EDTA 入りの採血管を用いること。

## 4. 採取した検体の取扱

### (1) 血清

○採血後の採血管は、室温に静置後、24 時間以内に遠心分離を行って、血清分離を行うこと。

○血清は測定まで 4～10℃下で保存すること。

### (2) 全血

○採血後は採血管内のフッ化ナトリウム (NaF) を血液に速やかに溶かすこと。

注：例えば採血管をゆっくり転倒混和 5 回以上行うか、あるいはローターに 3 分以上かける。

○全血は測定まで 4～10℃下で保存すること。

### (3) 尿

○採尿後 4 時間以内に試験紙法で検査を行うことが望ましい。

○困難な場合には、尿検体を専用の試験管に移して密栓し、4～10℃下に保存する。

注：試験紙法の検査は、尿試験紙検査法 JCCLS 指針に従う。

## 5. 検体の搬送

○検体の搬送は、上記の保存条件のもとに適切に行うこと。

## 6. 測定方法

○測定試薬の添付文書の指示にしたがって行うこと。

○測定試薬は標準化されたもので薬事法認可のものを用いること。

○測定装置は薬事法認可のものを用いること。

## 7. 内部精度管理

○内部精度管理は、検体の取扱、測定、測定結果の管理までの過程について行うこと。

このうち測定管理について用いる管理図法は、標準的な管理図法によって行うこと。

## 8. 外部精度管理

○外部精度管理は、外部精度管理事業（日本医師会、日本臨床衛生検査技師会、全国労働衛生団体連合会など）の少なくとも一つは参加すること。

## 9. 測定のみのアウトソーシング

○検体の測定を外部委託する場合は、上記と同様の検査手順と精度管理の条件を適用する。

## 10. 検査後の留意事項

○検査結果については、報告書の記載内容の確認を行う。

厚生労働科学研究費補助金  
健康診査の精度管理に関する研究班  
主任研究者 渡邊清明