

特定健診と労働安全衛生法・学校保健安全法との比較

別紙1

		特定健診	労働安全衛生法	学校保健安全法 ^{注1}
診察	既往歴	○	○	
	うち服薬歴	○	※	
	うち喫煙歴	○	※	
	業務歴		○	
	自覚症状	○	○	
	他覚症状	○	○	
身体計測	身長	○	○ ^{注2}	○ ^{注3}
	体重	○	○	○
	腹囲	○	○ ^{注4}	○ ^{注4}
	BMI	○	○ ^{注5}	○ ^{注5}
血圧	血圧	○	○	○
肝機能検査	AST(GOT)	○	○	○
	ALT(GPT)	○	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○	○
血中脂質検査	中性脂肪	○	○	○
	HDLコレステロール	○	○	○
	LDLコレステロール	○ ^{注6}	○ ^{注6}	○
	(Non-HDLコレステロール)			
血糖検査	空腹時血糖	◎	◎	◎
	HbA1c	◎	△ ^{注7}	◎
	随時血糖	◎ ^{注8}	◎ ^{注9}	◎
尿検査	尿糖	○	○	○
	尿蛋白	○	○	○
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	△		
	血色素量	△	○	○
	赤血球数	△	○	○
心電図	△	○	○	
眼底検査	△			
血清クレアチニン検査(eGFR)	△	△ ^{注7}		
視力		○	○	
聴力		○	○	
胸部エックス線検査		○	○	
喀痰検査		○ ^{注10}	△ ^{注11}	
胃の疾病及び異常の有無			○ ^{注12}	

○…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

※…必須ではないが、聴取の実施について協力依頼

(「特定健康診査等の実施に関する協力依頼」について(平成30年2月5日付け基発0205第1号・保発0205第1号))

注:労働安全衛生法及び学校保健安全法の定期健康診断は、40歳以上における取扱いについて記載している。

注1)学校の職員を対象とする。

注2)医師が必要でないと認めるときは省略可。

注3)二十歳以上の職員については検査の項目から除くことができる。

注4)以下の者については医師が必要でないと認めるときは省略可。

1)妊娠中の女性そのほかの者であって、その腹囲が内臓脂肪の蓄積を反映していないと診断されたもの

2)BMI(次の算式により算出したものをいう。以下同じ。)が20未満である者 BMI=体重(kg)/身長(m)²

3)自ら腹囲を測定し、その値を申告した者(BMIが22未満の者に限る。)

注5)算出可。

注6)中性脂肪(血清トリグリセリド)が400mg/dl以上である場合又は食後採血の場合は、LDLコレステロールに代えてNon-HDLコレステロール(総コレステロールからHDLコレステロールを除いたもの)で評価を行うことができる。

注7)医師が必要と認めた場合には実施することが望ましい項目。

注8)やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1cを測定しない場合は、食直後(食事開始時から3.5時間未満)を除き随時血糖により血糖検査を行うことを可とする。

注9)検査値を特定健康診査に活用する場合には、食直後(食事開始時から3.5時間未満)の採血は避けることが必要。

注10)胸部エックス線検査により病変及び結核発病のおそれがないと診断された者について医師が必要でないと認めるときは省略可。

注11)胸部エックス線検査によって病変の発見された者及びその疑いのある者、結核患者並びに結核発病のおそれがあると診断されている者に対しては、胸部エックス線検査及び喀痰検査を行い、更に必要に応じ聴診、打診その他必要な検査を行う。

注12)妊娠中の女性職員については検査項目から除くものとし、妊娠可能年齢にある女性職員については、問診等を行った上で、医師が検査対象とするか否かを決定する。

「詳細な健診」項目について

以下の判定基準に該当する者のうち、医師が必要と認める者については、詳細な健診を実施する（基準に該当した者全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保険者へ示すと共に、受診者に説明すること。

なお、ほかの医療機関において実施された最近の検査結果が明らかで、再度検査を行う必要がないと判断される者、現に糖尿病、高血圧症、脂質異常症、虚血性心疾患、脳血管疾患等の疾患により医療機関において管理されている者については、必ずしも詳細な健診を行う必要はなく、現在の症状等を踏まえ、医師が個別に判断する必要がある。また、健康診査の結果から、直ちに医療機関を受診する必要があると判断された者については、確実な受診勧奨を行い、医療機関において、診療報酬により必要な検査を実施する。

(1) 12 誘導心電図

- 当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧が 90mmHg 以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者

(2) 眼底検査

- 当該年度の健診結果等において、①血圧が以下の a、b のうちいずれかの基準又は②血糖の値が a、b、c のうちいずれかの基準に該当した者*

①血圧	a 収縮期血圧	140mmHg 以上
	b 拡張期血圧	90mmHg 以上
②血糖	a 空腹時血糖	126mg/dl 以上
	b HbA1c (NGSP)	6.5%以上
	c 随時血糖	126mg/dl 以上

(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

(4) 血清クレアチニン検査

- 当該年度の健診結果等において、①血圧が以下の a、b のうちいずれかの基準

* 眼底検査は、当該年度の特定健康診査の結果等のうち、(2) ①のうち a、b のいずれの血圧の基準にも該当せず、かつ当該年度の血糖検査の結果を確認することができない場合においては、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の結果が (2) ②のうち a、b、c のいずれかの基準に該当した者も含む。

又は②血糖の値が a、b、c のうちいずれかの基準に該当した者

①血圧	a 収縮期血圧	130mmHg 以上
	b 拡張期血圧	85mmHg 以上
②血糖	a 空腹時血糖	100mg/dl 以上
	b HbA1c (NGSP)	5.6%以上
	c 随時血糖	100mg/dl 以上

標準的な質問票

	質問項目	回答
1-3	現在、a からcの薬の使用の有無 *	
1	a. 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	①はい ②いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	①はい ②いいえ
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか。	①はい ②いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがある。	①はい ②いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計 100 本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近 1 ヶ月間も吸っている者)	①はい ②いいえ
9	20 歳の時の体重から 10kg以上増加している。	①はい ②いいえ
10	1 回 30 分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施	①はい ②いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を 1 日 1 時間以上実施	①はい ②いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	①はい ②いいえ
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	① 何でもかんで食べることができる ② 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある ③ ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速い。	①速い ②ふつう ③遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に 3 回以上ある。	①はい ②いいえ
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	① 毎日 ②時々 ③ ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	①毎日 ②時々③ほとんど飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合(180ml)の目安:ビール500ml、焼酎(25度)110ml、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	①1合未満 ②1~2合未満 ③2~3合未満 ④3合以上
20	睡眠で休養が十分とれている。	①はい ②いいえ

* 医師の判断・治療のもとで服薬中のものを指す。

21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。	①改善するつもりはない ②改善するつもりである (概ね6か月以内) ③近いうちに(概ね1か月以内) 改善するつもりであり、少し ずつ始めている ④既に改善に取り組んでいる (6か月未満) ⑤既に改善に取り組んでいる (6か月以上)
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	①はい ②いいえ

標準的な質問票の解説と留意事項

	現在、aからcの薬の使用の有無	
1	a：血圧を下げる薬	①はい ②いいえ
2	b：血糖を下げる薬又はインスリン注射	①はい ②いいえ
3	c：コレステロールや中性脂肪を下げる薬	①はい ②いいえ

解 説

保健指導対象者の選定と階層化に必要な質問である。降圧薬等を服薬中の者については、継続的に医療機関を受診しているため、生活習慣の改善支援については、医療機関において継続的な医学的管理の一環として行われることが適当である。そのため、保険者による特定保健指導を義務とはしない。

留意事項

- “いいえ”と回答した場合には、処方薬の飲み忘れや、自己判断による中断の可能性が含まれることに留意する。
- 「コレステロールや中性脂肪を下げる薬」とは、「脂質異常症の薬」を平易に表現したものである。糖尿病や高血圧と比べて、脂質異常症については、処方されていることを本人が自覚していない場合が多いという指摘があることに留意する。また一般的に脂質異常症の治療は高LDL血症の改善を目的として行われており、次いで中性脂肪の管理を考える。なおHDLコレステロールを上昇させる薬剤は限られており、LDLコレステロールや中性脂肪が正常範囲の場合は治療対象としないことが多い。
- 服薬中の場合は指導の対象外となるが、きめ細かな生活習慣改善支援の観点から、かかりつけ医と連携した上で保健指導を行うことも可能である。

4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けていますか。	①はい ②いいえ

解 説

- 脳卒中や心臓病については、既往歴を自己申告した場合でも、勘違い等で実際には発症していない場合もあるので、具体的な症状や治療の内容を確認した方がよい。特に心臓病に関しては心電図検査の「所見あり正常」等の所見を既往歴として認識している場合も多く注意が必要である。
- これらの既往・現病がある場合は、食事や身体活動・運動についての支援を行う際に、配慮が必要となる場合がある。支援に当たっては、かかりつけ医と連携すること。

- 慢性腎臓病（CKD）とは、腎臓の障害（蛋白尿等）、もしくは糸球体濾過量（GFR）が60ml/分/1.73m²未満の腎機能低下が一定期間持続した状態をいう*1。推定GFR（eGFR）は、血清クレアチニン値から推算できる。

留意事項

- 脳卒中の既往例では、脳卒中の再発や虚血性心疾患の発症リスクが高まる*2ことに留意する。
- 心筋梗塞等の虚血性心疾患の既往例では、虚血性心疾患の再発や心不全の発症リスクが高まることに留意する。
- 慢性腎臓病では、心筋梗塞や心不全、脳卒中の発症率が高まることに留意する。

7	医師から、貧血といわれたことがある。	①はい ②いいえ
---	--------------------	----------

解 説

詳細健診（貧血検査）の必要性を判定するために必要な質問である。脳貧血（迷走神経反射による立ちくらみ等）であるのか、鉄欠乏性貧血等で治療歴があるのかを区別する目的で、質問文では「医師から」と限定している。

留意事項

- 鉄欠乏性貧血の場合は現在の治療状況を確認し、治療を継続しているようであれば、食事や身体活動・運動についてかかりつけ医と連携して支援する。
- 治療の必要性があるにも関わらず、自己判断で治療を中断している場合には、医療機関での精査を促す。

8	現在、たばこを習慣的に吸っている。	①はい ②いいえ
---	-------------------	----------

解 説

保健指導対象者の選定と階層化に必要な質問である。階層化に必要な情報は現在の喫煙の有無のみであるが、「いいえ」と回答した者の中には、過去に喫煙歴のない“生涯非喫煙者”と、過去に喫煙していたが現在喫煙していない“禁煙者”が含まれる。保健指導においては「過去喫煙（やめた）」についても把握することが望ましい。なお、この質問の「たばこ」には、いわゆる加熱式たばこや電子たばこを含む。（詳細は「第3編【別添1】保健指導のための禁煙支援簡易マニュアル」を参照。）また、現喫煙者及び過去喫煙者については、喫煙量（本数・年数）の評価も重要である。喫煙量の評価のための標準的な質問は以下の通りである。

本数：1日に何本吸っていますか（吸っていましたか）1日（ ）本
 年数：通算で何年吸っていますか（吸っていましたか）通算（ ）年間

留意事項

- 喫煙は、動脈硬化や脳卒中死亡（男性の1日1箱以内の喫煙で約1.5倍、1日2箱以上で2.2倍）、虚血性心疾患死亡（同1.5倍、4.2倍）^{*3}、2型糖尿病（1日1箱以上の喫煙で発症リスクが男性で1.4倍、女性で3.0倍）^{*4}のリスク因子である。また、中性脂肪やLDLコレステロールの増加、HDLコレステロールの減少とも関連する^{*5*6}。
- 喫煙とメタボリックシンドロームの重積は、動脈硬化を更に亢進させ、いずれも該当しない者と比べて脳梗塞や心筋梗塞の発症リスクが4～5倍高まる^{*7}。
- 喫煙者に対しては、本人の意向を踏まえた上で、禁煙を助言し、禁煙に必要な情報の提供を行う。禁煙外来を実施している医療機関のリストを提示するのもよい。
- 過去喫煙者であることが把握できた場合は、禁煙を継続するように励ます。
- 喫煙は歯周病や歯の喪失とも関係する。口腔機能の状態（質問13）によっては食事指導を実施できない場合もあることに留意し、必要に応じて歯科医療機関を紹介する。

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
---	--------------------------	----------

解説

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ことを意味しており、10kgの体重増加はおよそ70,000kcalに相当する。生活習慣の乱れに起因するエネルギー収支の乱れを認識することができる。

留意事項

- 現在の体重とは別に体重増加量が大きいほど糖尿病・高血圧の有病率が高い。
- 20歳からの30年間で5kg以上体重が増えた者は、そうでない者に比べて、糖尿病の発症が男性で2.61倍、女性で2.56倍高かった^{*8}。
- 40～69歳の地域住民約9万人を対象とした検討において、BMIが21.7kg/m²未満の群では、20歳時からの体重増加が10kg以上である場合は、±5kgの場合に比して冠動脈疾患の発症リスクが2.1倍であった^{*9}。
- 男性勤務者約2,600人を対象とした検討において、脂質異常症に対する体重増加のリスクは、5～15%の増加が1.97倍、15%以上の増加が2.68倍であった^{*10}。

10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施。	①はい ②いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施	①はい ②いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	①はい ②いいえ

解 説

- 身体活動・運動の量が多いほど、生活習慣病の発症やそれらによる死亡のリスクが低いことが多くの疫学研究で示されている。また、身体活動・運動の量はエネルギー消費量の多寡と密接に関連しており、肥満の改善に当たっては身体活動の増加、運動習慣の確立によるエネルギー消費量の増加は欠かすことができない。
- 質問10ではスポーツや体力づくり等を目的とした運動の“習慣”の有無を、質問11では就労、家事、移動等生活に関わる身体活動実施時間を、質問12では歩行の速度から、身体活動の強度とその決定要因である体力を把握することを目的としている。
- 質問10の運動とは、余暇時間に目的を持って行う身体活動（スポーツや体力づくり等）のことを指し、運動を習慣的に実施しているか否かを把握することを目的としている。日本人を対象とした前向きコホート研究で、中強度以上（歩行もしくは同等以上）の運動量と生活習慣病や一部のがんの発症との間に有意な負の関係があることが示唆されている^{*11, 12}。
- 質問11では、家事、就労、移動等の日常生活での歩行や身体活動の時間を把握することを目的としている。日本人を対象とした前向きコホート研究で、中強度以上（歩行もしくは同等以上）の身体活動量と生活習慣病や一部のがんの発症との間に有意な負の関係があることが示唆されている^{*12, 13, 14}。
- 質問12では、普段の歩行速度を把握すること、ひいては身体活動の強度の把握を目的としている。前向きコホート研究で、歩行速度と死亡リスクとの間に有意な負の関係があることが示唆されている^{*15, 16}。
- これら3つの質問は、いずれも「健康づくりのための身体活動基準2013」及び「健康づくりのための身体活動指針（アクティブガイド）」に準じている。それぞれの質問に対する回答から、対象者が①気づく（体を動かす機会の認知）、②始める（身体活動の開始）、③達成する（年齢に応じた目標運動量の達成）、④つながる（他者との身体活動習慣の共有）のいずれの行動変容ステージにあるかを判断することができ、ステージに応じた指導を行う際に有用である。

ステージの判断基準

⑪ 1日1時間以上の身体活動	はい		いいえ			
⑩ 運動習慣がある	はい	いいえ		はい	いいえ	
⑫ 歩く速度が速い		はい	いいえ		はい	いいえ
ステージ	つながる	達成する	始める		気づく	

留意事項

- 身体活動・運動は減量ならびに生活習慣病の改善の効果が認められる一方で、誤った実施により、足腰の痛みや思わぬ事故につながる可能性がある。これらを予防し、安全に運動・身体活動を指導するための具体的な判断・対応の手順については、「健康づくりのための身体活動指針（アクティブガイド）」を参照すること。
- 身体活動・運動の量や歩行速度と生活習慣病の発症や死亡リスクとの間には負の量反応関係が存在している。したがって、保健指導の際には、質問票の回答が“いいえ”から“はい”に変化しなくても、現状よりも少しでも増やす、速くす

るといった実現可能な目標の設定が可能である。「健康づくりのための身体活動基準2013」や「健康づくりのための身体活動指針（アクティブガイド）」でも、+10（今よりも10分多く体を動かす）という敷居の低いメッセージを用いて、身体活動の増加を推奨している。

13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	①何でもかんで食べることができる ②歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある ③ほとんどかめない
----	----------------------------	---

解 説

- 第三期特定健康診査から追加された質問である。う蝕（虫歯）、歯周病、歯の喪失やそれ以外の歯・口腔に関わる疾患等により咀嚼機能や口腔機能が低下すると、野菜の摂取は減少し、脂質やエネルギー摂取が増加することで、生活習慣病のリスクが高まることが指摘されている。
- 何でもかんで食べられると、バランスよく食事をとることができるだけでなく、唾液の分泌量が増加するため、消化吸収の促進、味覚の増進等にも有効である。
- 歯科保健行動は、口腔衛生用品の選択やよくかむことの習慣づけを通じた早食いの改善等、比較的、導入しやすい取組も多い。
- ②又は③と回答した者のうち、血糖を下げる薬又はインスリン注射（問2）で加療中の場合は、歯周病の治療等を行うことで糖尿病の重症化を予防することが期待される。
- ②又は③と回答した者の多くは、歯科治療を受けることで改善することが期待されるため、歯科医療機関の受診を勧奨する。

留意事項

- よく噛めないで野菜等の摂取が少なくなる一方、脂質や総エネルギーの摂取量は増え、肥満につながることを報告されている^{*17}。また、歯の喪失等により咀嚼に支障が生じ、硬い食物を噛めない状態では、食生活に関する指導内容の実践に支障が出る。
- 前期高齢者では現在歯数が20歯未満となる割合が25%と高くなることも踏まえ、それ以前の年齢における歯や口腔の管理が非常に重要なことに留意する。
- ②と回答した者の一部、及び③と回答した場合には、早期に歯科専門職による対応が必要となることが多い。う蝕等に対する修復治療、歯周病に対する治療・定期管理、歯の喪失に対する補綴治療又は口腔機能低下に対する治療等により咀嚼力の回復や口腔機能の向上を図ることができることを説明し、現在治療を受けていない場合には歯科受診を勧める。
- 生活習慣病のリスク因子（肥満、高血圧、高血糖）を有し、口腔内状態が悪く、口腔衛生の習慣が身につけていない者では、保健指導等による介入によってリスク因子が有意に改善したことが報告されている^{*18}。

14	人と比較して食べる速度が速い。	①速い ②普通 ③遅い
----	-----------------	-------------

解 説

“速い”と回答し、かつ肥満傾向がある場合は、仕事や家庭のやむを得ない事情等を確認・共感した上で、少しでも改善できるようにするための工夫を共に考える等の支援を行う。工夫としては、たとえば「よく噛むことを意識する」、「会話しながら食事する」、「汁物で流し込むような食べ方をやめる」、「野菜を増やす」等の方法がある。

留意事項

- 日本人を対象とした研究で、食べる速さと肥満度（BMI）との間に関連があることが報告されている^{*19*20}。
- やせ（ $BMI < 18.5 \text{ kg/m}^2$ ）、及び普通体重（ $18.5 \text{ kg/m}^2 \leq BMI < 25.0 \text{ kg/m}^2$ ）に比べて、肥満（ $BMI \geq 25.0 \text{ kg/m}^2$ ）で食べる速度が速い者の割合が多い^{*21}。
- 食べる速度が速い者は、遅い者と比べて将来の糖尿病発症の危険が約2倍になる^{*22}。
- ゆっくりとよく噛む食習慣の実践により、生活習慣病を改善できる可能性が示されている^{*23}。
- 先行研究（23件）のメタ解析から、食べる速度が速い者は、遅い者と比べて肥満のリスクが約2倍であることが示された^{*24}。

15	就寝前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
----	----------------------------	----------

解 説

“はい”と回答し、かつ肥満傾向がある場合は、仕事や家庭のやむを得ない事情等を確認・共感した上で、少しでも改善できるようにするための工夫を共に考える等の支援を行う。対処法として、就寝時間を遅らせるのではなく、たとえば早めの時間に食事をする工夫をしたり、間食等を工夫して就寝前のエネルギー、糖質等の摂取を控える等の方法がある。

留意事項

- 1年後の健診で、「就寝前の2時間以内に夕食を取ることが週に3回以上ある。」ことが改善した者では、腹囲が減少し、HDLコレステロールが増加した^{*25}。

16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	①毎日 ②時々 ③ほとんど摂取しない
----	-----------------------------	-----------------------

解 説

“毎日”もしくは“時々”と回答し、かつ肥満傾向がある場合は、仕事や家庭のやむを得ない事情等を確認・共感した上で、少しでも改善できるような工夫を共に考える等の支援を行う。たとえば、間食の時間・内容等を記録し、間食回数を自覚することで修正を促すような行動科学的なアプローチがある。

留意事項

- 肥満者は普通体重の者に比べて、夕食後に間食をすることが多い^{*26}。
- 1年後の健診で、「夕食後に間食（3食以外の夜食）をとることが週に3回以上ある」ことがなくなった者は、体重が減少したという報告がある^{*25}。
- 世界保健機関（WHO）では、成人や子どもにおける肥満や虫歯等の非感染性疾患（NCD）を減らす目的で、遊離糖類（Free Sugars）の摂取量を、総エネルギー摂取量の10%未満とすることを強く推奨した^{*27}。なお、遊離糖類とは、グルコースやフルクトース等の単糖類、スクロースや砂糖等の二糖類等食品や飲料の加工調理で加えられるもの、並びに蜂蜜、シロップ、果汁、濃縮果汁等に自然に存在する糖類のことをいう。このガイドラインは、生の果実の摂取を制限するものではないことに留意されたい。
- 果物に関しては、菓子類の間食とは分けて考える必要がある。成人における果物摂取と肥満との関連を調べたシステマティックレビューでは、果物摂取と長期的な体重増加抑制との関連性が示された^{*28}。また、ほかの生活習慣の改善とあわせて果物や野菜の摂取量を増やすことは、肥満や過体重の成人において、肥満が改善されることも示されている^{*29}。ただし、果物は皮をむいて食べることが多く食物繊維の摂取が少なくなること、果物の品種の改良により糖分の多いものが多いことを考慮して、摂取総量には十分に注意を払うように心がける^{*30}。
- 果物の摂取は糖尿病の発症率を低下させるが、過剰摂取は血中の中性脂肪や体重の増加をきたす懸念があるとし、糖尿病診療ガイドライン2016では摂取量を1単位程度としている^{*31}。1単位（80 kcal）とは、みかんなら2個程度に相当する^{*32}。したがって、単純糖質の摂取は控えることが望ましいが、果糖を含む果物は適量摂取が勧められる。
- 11～15歳の小児を対象とした検討において、摂取エネルギーに対する砂糖類の割合や間食（菓子類・果物等）の頻度が高まるほど、虫歯（う蝕）や口腔機能低下のリスクが高まることが報告されている^{*33}。

17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ
----	-------------------	----------

解 説

“はい”と回答した場合は、仕事や家庭のやむを得ない事情等を確認・共感した上で、少しでも改善できるようにするための工夫を共に考える等の支援を行う。朝食

だけに着目するのではなく、就寝時間、夕食（その後の間食）の状況にも留意し、「朝ごはんを食べたくなる」状況を作ることが大切である。たとえば、朝食については、量・バランス等を考慮したものが望ましいが、本人の負担感を軽減できる簡便な方法を紹介する等の方法がある。

留意事項

- 1年後の健診でも、朝食を抜くことが週に3回以上ないことを維持している者では、LDLコレステロール値が低下した^{*25}。
- 35～66歳の勤労者約4,600名を対象とした検討において、毎日朝食を摂取する群を基準とした場合の糖尿病の発症リスクは、週に3～5回の摂取が2.1倍、週に1～2回の摂取が1.4倍、完全な欠食が2.1倍であった^{*34}。
- 1995～1997年の国民栄養調査受診者約12,000名（20～60歳未満）を対象とした検討において、欠食群では男女ともエネルギー、カルシウム摂取量が低く、女性ではビタミンDや鉄の摂取量が少なかった。男性では欠食群で収縮期血圧が高い傾向があり、女性では総コレステロールが高い傾向が見られた。欠食群では男女とも喫煙者が多かった。また、女性では飲酒率が高く運動習慣が少なかった。欠食は若年ほど高頻度であった^{*35}。
- 45～74歳の男女、約82,000名を対象としたコホート研究（約13年間の追跡）において、朝食を毎日摂取する群を基準とした場合の脳出血の発症リスクは、週に5～6回の摂取が1.10倍、週3～4回の摂取が1.22倍、週0～2回の摂取が1.36倍と段階的に高くなり、週0～2回の摂取で統計的に有意に高かった^{*36}。

18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度。	①毎日 ②時々 ③ほとんど飲まない(飲めない)
19	飲酒日1日当たりの飲酒量 日本酒1合（180ml）の目安：ビール500ml、焼酎（25度）110ml、ウイスキーダブル1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

解 説

がん、高血圧、脳出血、脂質異常症等の飲酒に関連する多くの健康問題のリスクは、1日平均飲酒量と共にほぼ直線的に上昇することが示されている。一方で、全死亡、脳梗塞及び虚血性心疾患については、飲酒量との関係は直線的であるとは言えないが、一定の量を超えるとリスクが高まることが分かっている。

- 飲酒頻度について“毎日”もしくは“時々”と回答し、飲酒量が1～2合以上（②、③、④）である場合は、健康日本21（第2次）で示す「生活習慣病のリスクを高める飲酒」（1日の平均純アルコール摂取量が男性で40g、女性で20g以上）に該当している可能性が高い。こうした対象者には、飲酒状況の評価（AUDIT）を行った上で、必要であれば減酒支援（ブリーフインターベンション）を行うことが望ましい。
- AUDIT（Alcohol Use Disorders Identification Test）とは、WHOが作成したアルコールスクリーニングテストであり、アルコール依存症やアルコール問題を有する者を抽出するために国際的に広く使われている。

- AUDITは10問からなる質問票（0～40点）であり、8～14点を酒害教育と節酒指導の対象とし、15点以上を断酒指導と専門医療の対象とすることが一般的である。ただし、このカットオフ値は、対象者の特性（AUDITを使用する目的や、対象集団における飲酒文化等）に応じて変動させることができるため、集団間での比較には注意が必要である。
- AUDITは自記式であるため、対象者が故意に飲酒を否認し、過小申告することが考えられる。そのため採点がカットオフ値以下であっても、アルコール問題が大きいと感じられた場合には断酒に向けて介入を行う等、柔軟な対応が必要である。
- AUDITの具体的な質問や採点方法、ブリーフインターベンションについては、第3編（保健指導）を参照のこと。

留意事項

- “ほとんど飲まない（飲めない）”と回答した者には「禁酒者」も含まれている。最も多い禁酒の理由は健康障害（何らかの病気のために禁酒した）であり、コホート研究では禁酒者で死亡リスクが非常に高いことが指摘されている^{*37}。“飲まない”と回答した場合は禁酒者でないか追加の質問で把握することが望ましく、禁酒していた場合はその理由に応じて健康相談等の機会を設ける。
- 酒類（日本酒、焼酎、ビール、洋酒等）ごとのリスクの違いについては様々な意見がある。しかし、エビデンスとして合意された見解はなく、摂取するエタノール量の総量が同じであれば酒類によって健康影響に差はない。基本的には、飲酒量×エタノール濃度の大きさを評価すべきである^{*38}。
- 過度の飲酒が歯周病や歯の喪失と関係することが指摘されているため^{*39}、多量飲酒者では口腔機能の悪化に留意する（問13参照）。

20	睡眠で休養が十分とれている。	①はい ②いいえ
----	----------------	----------

解 説

“いいえ”と答えた者は、睡眠の「量」又は「質」に問題がある可能性がある。量すなわち睡眠時間が不足している場合は、仕事や家庭のやむを得ない事情等を確認し共感した上で、睡眠時間を確保できるよう支援する。特に5時間未満の短時間睡眠では体や心の健康によくないことを説明する。睡眠の質に問題がある場合は、「健康づくりのための睡眠指針2014」12か条^{*40}を参照して支援を行う。

留意事項

- 肥満、高血圧、糖尿病、心房細動、心疾患、脳卒中後等では「睡眠時無呼吸症候群（SAS）」を合併していることが多い^{*41}。昼間の眠気、充足感のない睡眠、いびき、夜間のあえぎ、窒息感等の状況を確認する。SASでは減量が有効なことから、減量への動機付けにつなげることができる。たとえば体重の10%の減量で睡眠時無呼吸は約30%減少すること^{*42}等を説明する。必要に応じて減量や、マウスピース、CPAP等の治療法、医療機関の受診についても情報を提供する^{*43}。
- この質問に“いいえ”と回答した場合、睡眠で重要な事は量と質であることを説

明し、まずは睡眠時間を7時間以上確保するように説明する。5時間未満の睡眠は生活習慣病につながり、心の健康にもよくないことを伝える。不眠症も心と体の健康を害することがあることを説明する。十分な睡眠時間を確保しても睡眠で休養が取れない場合、睡眠時無呼吸、不眠等の頻度の高い睡眠障害について説明し、医療機関の受診についても情報提供する。

- “いいえ”と回答した場合、食生活・運動習慣等の改善意欲が低下しやすいことに留意し、減量目標の設定を急ぐのではなく、睡眠の質と量を確保できるような支援を行う。

21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。	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)
----	-----------------------------	--

解 説

保健指導の際に、対象者がどのような行動変容ステージ（準備段階）にあるかを確認するものである。プロチャスカの行動変容理論に基づき、準備段階を踏まえた支援を行う上で活用できる。

留意事項

- 健診時の回答から気持ちに変化が生じることも多いため、健診結果を理解したあとに面接で再度ステージを確認することが大切である。
- 改善意欲が低いと回答しても、面接によって意欲が高まることもあるので、保健指導対象として除外する場合は慎重さが求められる。
- すでに取り組んでいる場合（④実行期、⑤維持期）、どのような取り組みをいつから開始しているのか、その効果をどのように感じているのかを確認・賞賛すると共に、取り組みを続けることの重要性を伝える。ただし、無理な方法をとっていたり、続けることが困難と感じている場合には、目標の見直し等について指導する。
- 準備期（③）では、実行しやすい目標を設定し、適切なタイミングでツールを提供する等して励ますことが有効である。
- 関心期・熟考期（②）では、生活習慣改善のメリットを伝えると共に、無理のない方法で効果が上がることを伝える。たとえば3～4%程度の軽度な減量でも検査値の改善効果が得られること^{*44}を伝える等の方法がある。
- 無関心期・前熟考期（①）では、現在の生活習慣が疾病につながることを伝える。ただし、“改善するつもりはない”と回答している者の中には、たとえば、既によい生活習慣を行っているのにこれ以上の改善はできない等、別の意図で回答している場合もあるので、本人の意識と行動を改めて確認する。その際、たとえば、現在健康のために意識してやっていること等を話してもらうとよい。また、行動

変容に対して困難感を抱く対象者の心情に共感し、行動変容を阻害している要因や環境を対象者と共に考え、気づきを促すことが必要である。

- この質問では、生活習慣に対する行動変容ステージをまとめて聞いているが、実際には運動、食べ過ぎ、減塩、節酒、禁煙等、それぞれの行動ごとにステージが異なることが一般的であるので、それぞれについて行動変容ステージを問う追加の質問を行うことが望ましい。

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
----	----------------------------------	----------

解 説

“いいえ”と答えた者には、あれこれと指導を受けたくない、自分なりにやっている、今までに指導を受けたことがある、時間が取れない、等の理由があると考えられる。「いいえ」と回答して積極的ではないと思われる対象者であっても、健診結果をみてから気持ちに変化が生じることもあるため、健診結果や本人の準備状態を十分に配慮しつつ支援を行う。

留意事項

- 回答が“いいえ”であっても、積極的支援の効果は“はい”と変わらなかった^{*45}。積極的支援のサポートティブな姿勢が、従来の「指導」イメージとは異なることを理解してもらうことが大切である。

文献

1. 日本腎臓学会編. CKD診療ガイド2012
2. 日本動脈硬化学会編. 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012
3. Ueshima H, Choudhury SR, Okayama A, Hayakawa T, Kita Y, Kadowaki T, Okamura T, Minowa M, Iimura O. Cigarette smoking as a risk factor for stroke death in Japan: NIPPON DATA80. *Stroke*. 2004; 35:1836-41.
4. Waki K, Noda M, Sasaki S, Matsumura Y, Takahashi Y, Isogawa A, Ohashi Y, Kadowaki T, Tsugane S; JPHC Study Group. Alcohol consumption and other risk factors for self-reported diabetes among middle-aged Japanese: a population-based prospective study in the JPHC study cohort I. *Diabet Med*. 2005; 22:323-31.
5. Willi C, Bodenmann P, Ghali WA, Faris PD, Cornuz J. Active smoking and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2007; 298:2654-64.
6. Craig WY, Palomaki GE, Haddow JE. Cigarette smoking and serum lipid and lipoprotein concentrations: an analysis of published data. *BMJ*. 1989; 298:784-8.
7. Higashiyama A, Okamura T, Ono Y, Watanabe M, Kokubo Y, Okayama A. Risk of smoking and metabolic syndrome for incidence of cardiovascular disease—comparison of relative contribution in urban Japanese population: the Suita study. *Circ J*. 2009; 73:2258-63.
8. Nanri A, Mizoue T, Takahashi Y, Matsushita Y, Noda M, Inoue M, Tsugane S; Japan Public Health Center-based Prospective Study Group. Association of weight change in different periods of adulthood with risk of type 2 diabetes in Japanese men and women: the Japan Public Health Center-Based Prospective Study. *J Epidemiol Community Health*. 2011; 65:1104-10.
9. Chei CL, Iso H, Yamagishi K, Inoue M, Tsugane S. Body mass index and weight change since 20 years of age and risk of coronary heart disease among Japanese: the Japan Public Health Center-Based Study. *Int J Obes*. 2008; 32:144-51.
10. Sogabe N, Sawada SS, Lee IM, Kawakami R, Ishikawa-Takata K, Nakata Y, Mitomi M, Noguchi J, Tsukamoto K, Miyachi M, Blair SN. Weight change after 20 years of age and the incidence of dyslipidemia: a cohort study of Japanese male workers. *J Public Health*. 2016; 38:e77-83.
11. Hayashi T, Tsumura K, Suematsu C, Okada K, Fujii S, Endo G. Walking to work and the risk for hypertension in men: the Osaka Health Survey. *Ann Intern Med*. 1999; 131:21-26.
12. Suzuki S, Kojima M, Tokudome S, Mori M, Sakauchi F, Fujino Y, Wakai K, Lin Y, Kikuchi S, Tamakoshi K, Yatsuya H, Tamakoshi A. Effect of physical activity on breast cancer risk: findings of the Japan collaborative cohort study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2008; 17:3396-3401.
13. Khan MM, Mori M, Sakauchi F, Matsuo K, Ozasa K, Tamakoshi A. Risk factors for multiple myeloma: evidence from the Japan Collaborative Cohort (JACC) study. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2006; 7:575-581.
14. Takahashi H, Kuriyama S, Tsubono Y, Nakaya N, Fujita K, Nishino Y, Shibuya D, Tsuji I. Time spent walking and risk of colorectal cancer in Japan: the Miyagi Cohort study. *Eur J Cancer Prev*. 2007; 16:403-408.
15. Liu B, Hu X, Zhang Q, Fan Y, Li J, Zou R, Zhang M, Wang X, Wang J. Usual walking speed and all-cause mortality risk in older people: A systematic review and meta-analysis. *Gait Posture*. 2016; 44:172-177.
16. Nofuji Y, Shinkai S, Taniguchi Y, Amano H, Nishi M, Murayama H, Fujiwara Y, Suzuki T. Associations of walking speed, grip strength, and standing balance with total and cause-

- specific mortality in a general population of Japanese elders. *J Am Med Dir Assoc.* 2016; 17:184.e1-7.
17. -メタボリックシンドローム（肥満・脂質異常症・高血圧・糖尿病）-健康長寿社会に寄与する歯科医療・口腔保健のエビデンス2015. p118-128. <https://www.jda.or.jp/pdf/ebm2015Ja.pdf>
 18. 平成27年度厚生労働省歯科保健サービスの効果実証事業「生活習慣病の発症予防に係る歯科保健サービスの効果検証」
 19. Sasaki S, Katagiri A, Tsuji T, Shimoda T, Amano K. Self-reported rate of eating correlates with body mass index in 18-y-old Japanese women. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2003; 27:1405-10.
 20. Otsuka R, Tamakoshi K, Yatsuya H, Murata C, Sekiya A, Wada K, Zhang HM, Matsushita K, Sugiura K, Takefuji S, OuYang P, Nagasawa N, Kondo T, Sasaki S, Toyoshima H. Eating fast leads to obesity: findings based on self-administered questionnaires among middle-aged Japanese men and women. *J Epidemiol.* 2006; 16:117-24.
 21. 平成21年度国民健康・栄養調査
 22. Sakurai M, Nakamura K, Miura K, Takamura T, Yoshita K, Nagasawa SY, Morikawa Y, Ishizaki M, Kido T, Naruse Y, Suwazono Y, Sasaki S, Nakagawa H. Self-reported speed of eating and 7-year risk of type 2 diabetes mellitus in middle-aged Japanese men. *Metabolism.* 2012; 61:1566-71.
 23. 安藤雄一、花田信弘、柳澤繁孝。「ゆっくりとよく噛んで食べること」は肥満予防につながるか？ヘルスサイエンス・ヘルスケア。2008; 8: 54-63.
 24. Ohkuma T, Hirakawa Y, Nakamura U, Kiyohara Y, Kitazono T, Ninomiya T. Association between eating rate and obesity: a systematic review and meta-analysis. *Int J Obes.* 2015; 39:1589-1596.
 25. 平成22年厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）「特定健診・保健指導開始後の実態を踏まえた新たな課題の整理と保健指導困難事例や若年肥満者も含めた新たな保健指導プログラムの提案に関する研究」（研究代表者 横山徹爾）
 26. 平成9年度国民栄養調査.
 27. Guideline Sugars intake for adults and children WHO 2015. http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sugars_intake/en/
 28. Hebden L, O'Leary F, Rangan A, Singgih Lie E, Hirani V, Allman-Farinelli M. Fruit Consumption and Adiposity Status in Adults: A Systematic Review of Current Evidence. *Crit Rev Food Sci Nutr.* 2015 Jun 26:0.
 29. Ledoux TA, Hingle MD, Baranowski T. Relationship of fruit and vegetable intake with adiposity: a systematic review. *Obes Rev.* 2011; 12: e143-150.
 30. 日本糖尿病学会編. 科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン2013.
 31. 日本糖尿病学会編著. 糖尿病診療ガイドライン2016.
 32. 文部科学省. 日本食品標準成分表2015（七訂）.
 33. Burt BA, Eklund SA, Morgan KJ, Larkin FE, Guire KE, Brown LO, Weintraub JA. The effects of sugars intake and frequency of ingestion on dental caries increment in a three-year longitudinal study. *J Dent Res* 1988; 67:1422-9.
 34. Uemura M, Yatsuya H, Hilawe EH, Li Y, Wang C, Chiang C, Otsuka R, Toyoshima H, Tamakoshi K, Aoyama A. Breakfast Skipping is Positively Associated With Incidence of Type 2 Diabetes Mellitus: Evidence From the Aichi Workers' Cohort Study. *J Epidemiol.* 2015; 25:351-8.
 35. 坂田清美、松村康弘、吉村典子、玉置淳子、橋本勉、小栗重統、岡山明、柳川洋. 国民栄養調査を用いた朝食欠食と循環器疾患危険因子に関する研究. *日本公衆衛生雑誌.* 2001; 48:837-841.
 36. Kubota Y, Iso H, Sawada N, Tsugane S; JPHC Study Group. Association of breakfast intake with Incident stroke and coronary heart disease: The Japan Public Health Center-Based Study. *Stroke.* 2016;47:477-81.

37. Tsubono Y, Yamada S, Nishino Y, Tsuji I, Hisamichi S. Choice of comparison group in assessing the health effects of moderate alcohol consumption. *JAMA*. 2001; 286:1177-8.
38. Rimm EB, Stampfer MJ. Wine, beer, and spirits: are they really horses of a different color? *Circulation* 2002; 105: 2806-7.
39. -NCDsのリスクファクター（喫煙，過度の飲酒，運動不足，食習慣）と口腔保健-健康長寿社会に寄与する歯科医療・口腔保健のエビデンス 2015. p130-144. <https://www.jda.or.jp/pdf/ebm2015Ja.pdf>.
40. 健康づくりのための睡眠指針 2014. <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000047221.pdf>
41. International classification of sleep disorders, 3rd ed. American Academy of Sleep Medicine. Darien IL, 2014.
42. Peppard PE, Young T, Palta M, Dempsey J, Skatrud J. Longitudinal study of moderate weight change and sleep-disordered breathing. *JAMA*. 284:3015-3021, 2000.
43. Consensus Conference Panel, Watson NF et al. Joint Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society on the Recommended Amount of Sleep for a Healthy Adult: Methodology and Discussion. *Sleep* 2015;38:1161-83.
44. 平成23年厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）「生活習慣病予防活動・疾病管理による健康指標に及ぼす影響と医療費適正化効果に関する研究」（研究代表者 津下一代）.
45. 平成24年厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）「生活習慣病予防活動・疾病管理による健康指標に及ぼす影響と医療費適正化効果に関する研究」（研究代表者 津下一代）.

独自に追加する場合に有用と考えられる質問項目

A	食塩（塩分）摂取を控えるようにしていますか。	①はい ②いいえ
B	毎日1回以上魚を食べていますか。	①はい ②いいえ
C	野菜をどの程度食べていますか。	①ほぼ毎食 ②1日1～2回 ③1日1回未満 ④ほとんど 食べない
D	1日1回は果物を食べていますか。	①はい ②いいえ
E	ふだん自宅で体重を測っていますか。	①はい ②いいえ
F	ふだん自宅で血圧を測っていますか。	①はい ②いいえ

解 説

標準的な質問票では、肥満と関連する生活習慣についての質問が多く含まれているが、高血圧、脂質異常症、糖尿病に関連するそのほかの生活習慣にも重要なものがある。また集団全体におけるこれらの生活習慣の把握は、保健事業を計画・評価するときにも重要となるため、上記の質問項目を必要に応じて追加することが望ましい（必須ではない）。

- A. 血圧高値の者では、ほぼ全ての者で減塩が必要であるが、簡単な質問で食塩摂取量を把握することはできない。しかし、減塩を実践している者の割合を把握することは重要であり、また実践していない者には減塩の知識や技術の支援が必要である。
- B. 魚介類に多く含まれるn-3系脂肪酸（EPA及びDHA）には、冠動脈疾患予防や血圧低下の効果があることが報告されており、また、食事バランスの点からも、魚の摂取が少ない者では魚摂取の増加を指導すべきである。
- C. 野菜摂取は1日350gが推奨されているが、わが国の摂取量は未だ不十分である。野菜に多く含まれるカリウムや食物繊維には血圧低下、血糖値低下、血清脂質改善の効果があることが報告されており、ほぼ全ての対象者で必要な指導項目である。小鉢1皿で野菜約70gが摂取できるので1日小鉢5皿分が目安であり、毎食野菜を摂取することが望ましい。
- D. 果物に含まれるカリウムには血圧低下作用があるため、血圧高値の者では果物の摂取が重要である。1日200g程度（リンゴなら1個、大きめのミカンなら2個）の摂取が適当であるため、1日少なくとも1回の果物摂取が勧められる。
- E. 肥満者における体重管理においては、日常的な体重測定によるセルフモニタリングが重要である。体重測定が習慣になっていない者では、習慣とするよう支援する。
- F. 近年は家庭血圧計が普及しているため、血圧高値者における血圧管理においては、日常的な血圧測定によるセルフモニタリングが重要である。血圧測定が習慣にな

っていない者では、習慣とするよう支援する。

留意事項

- 「減塩している」と答えた者では、していない者に比べて1日1-2g食塩摂取量が低いと報告されている^{*1, 2}。
- 食事バランスガイド（農林水産省・厚生労働省）では、成人において1日350g以上の野菜摂取と1日200g程度の果物摂取が推奨されており、健康日本21（第2次）でも1日350g以上の野菜摂取が目標とされている。日本高血圧学会による高血圧治療ガイドラインでは、高血圧者における生活習慣修正項目として野菜・果物の積極的摂取と魚（魚油）の積極的摂取をあげている^{*3}。
- 腎臓病があってカリウム制限が必要な者では、野菜と果物の適切な摂取量について医師及び栄養士の指示に従う。
- 果物には糖分も多いため、血糖高値や肥満がある者では、全体の摂取エネルギーを考慮して果物摂取の推奨を行う。
- 家庭血圧の測定方法については、日本高血圧学会による家庭血圧測定の指針に従う^{*4}。

文献

1. 常松典子、上島弘嗣、奥田奈賀子、由田克士、岡山明、斎藤重幸、坂田清美、岡村智教、ソヘル・レザ・チュウドリ、門脇崇、喜多義邦、中川秀昭、INTERMAP日本研究班. 減塩食実施者は通常の食生活の人に比べ食塩摂取量がどの程度少ないか? ~INTERMAP日本より~. 日本循環器病予防学会誌. 2004; 39: 149-156.
2. Okuda N, Stamler J, Brown IJ, Ueshima H, Miura K, Okayama A, Saitoh S, Nakagawa H, Sakata K, Yoshita K, Zhao L, Elliott P; INTERMAP Research Group. Individual efforts to reduce salt intake in China, Japan, UK, USA: what did people achieve? The INTERMAP Population Study. J Hypertens. 2014; 32:2385-92. 34.
3. 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会編. 高血圧治療ガイドライン2014.
4. 日本高血圧学会編. 家庭血圧測定の指針 (第2版). 2011年.

健診の検査実施方法及び留意事項

健診の検査実施方法について下記の通りとすることが望ましい。

(1) 検査前の食事の摂取、運動について

- ア アルコールの摂取や激しい運動は、健診の前日より控える。
- イ 午前中に健診を実施する場合は、空腹時血糖、中性脂肪等の検査結果に影響を及ぼすため、健診前10時間以上は、水以外の飲食物を摂取しない。
- ウ 午後に健診を実施する場合は、HbA1c検査を実施する場合であっても、軽めの朝食とすると共に、ほかの検査結果への影響を軽減するため、健診まで水以外の飲食物を摂取しないことが望ましい。
- エ やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1cを測定しない場合には、食後3時間半以降に採血を行う。

(2) 腹囲の検査

- ア 立位、軽呼吸時において、臍の高さで測定する。
- イ 脂肪の蓄積が著明で臍が下方に変位している場合は、肋骨下縁と上前腸骨棘の midpoint の高さで測定する。
- ウ より詳細については、国立研究開発法人医療基盤・健康・栄養研究所のホームページ (<http://www.nih.go.jp/eiken/info/kokucho.html>) において示されているので、参考とされたい。

(3) 血圧の測定

- ア 測定回数は原則2回とし、その2回の測定値の平均値を用いる。ただし、実施状況に応じて、1回の測定についても可とする。
- イ そのほか、測定方法については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック第7版」（一般社団法人日本循環器病予防学会編）等）が示されており、概要については一般社団法人日本循環器病予防学会のホームページ (<http://www.jacd.info/method/index.html>) において示されているので、これを参考とされたい。

(4) 血中脂質検査、肝機能検査

- ア 原則として、分離剤入りプレイン採血管を用いる。
- イ 採血後、原則として早急に遠心分離し、24時間以内に測定するのが望ましい。
なお、これが困難な場合は、採血後に採血管は冷蔵又は室温で保存し、12時間以内に遠心分離する。
- ウ 血清は、測定まで冷蔵で保存し、採血から72時間以内に測定する。
- エ 血中脂質検査の測定方法については、可視吸光光度法、紫外吸光光度法等

による。

LDLコレステロールは、トリグリセライド400mg/dl以上や食後採血の場合を除き、Friedewald式で計算する。トリグリセライド400mg/dl以上や食後採血の場合は、Non-HDLコレステロール値を用いて評価する。ただし、LDLコレステロールの直接測定法も可。

LDLコレステロール（Friedewald式）及びNon-HDLは、次式により計算する：

Friedewald 式によるLDLコレステロール(mg/dl) = 総コレステロール(mg/dl) - HDLコレステロール(mg/dl) - 中性脂肪(mg/dl) / 5

Non-HDLコレステロール値(mg/dl) = 総コレステロール値(mg/dl) - HDLコレステロール値(mg/dl)

オ 肝機能検査の測定方法については、AST (GOT) 及びALT (GPT) 検査については、紫外吸光度法等によると共に、 γ -GT (γ -GTP) 検査については、可視吸光度法等による。

(5) 血糖検査

次のア又はイのいずれかの方法により行う。

ア 空腹時血糖検査（やむを得ない場合には随時血糖検査）

① 空腹時血糖であることを明らかにする。なお、10時間以上食事をしていない場合を空腹時血糖とする。

やむを得ず空腹時以外において採血を行い、HbA1cを測定しない場合は、食直後を除き随時血糖により血糖検査を行うことを可とする。なお食直後とは、食事開始時から3.5時間未満とする。

② 原則として、フッ化ナトリウム入り採血管（血糖検査用採血管）を用いる。

③ 採血後、採血管を5～6回静かに転倒・混和する。

④ 混和後、採血管は冷蔵で保管し、採血から6時間以内に遠心分離して測定することが望ましいが、困難な場合には、採血から12時間以内に遠心分離し測定する。

⑤ 遠心分離で得られた血漿は、測定まで冷蔵で保存し、採血から72時間以内に測定する。

⑥ 測定方法については、電位差法、可視吸光度法、紫外吸光度法等による。

イ HbA1c検査

① フッ化ナトリウム入り採血管（血糖検査用採血管）又はエチレンジアミン四酢酸（EDTA）入り採血管を用いる。

② 採血後、採血管を5～6回静かに転倒・混和する。

- ③ 混和後、採血管は、冷蔵で保管する。
- ④ 採血後、48 時間以内に測定する。
- ⑤ 測定方法については、免疫学的方法、高速液体クロマトグラフィー（HPLC）法、酵素法等による。

(6) 尿中の糖及び蛋白の検査

- ア 原則として、中間尿を採尿する。
- イ 採取後、4時間以内に試験紙法で測定することが望ましいが、困難な場合には、尿検体を専用の容器に移して密栓し、室温で保存する場合は 24 時間以内、冷蔵で保存する場合は 48 時間以内に測定する。
- ウ そのほか、測定方法及び判定方法については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック第7版」（一般社団法人日本循環器病予防学会編）等）が示されており、概要については一般社団法人日本循環器病予防学会のホームページ（<http://www.jacd.info/method/index.html>）において示されているので、これを参考とされたい。

(7) 詳細な検査

①貧血検査

- ア エチレンジアミン四酢酸（EDTA）入り採血管を用いる。
- イ 採血後、採血管内のエチレンジアミン四酢酸（EDTA）を速やかに溶かす。
- ウ 混和後、室温に保管し、12 時間以内に測定する。

②血清クレアチニン検査

腎機能検査の測定方法については、血清クレアチニンの検査は可視吸光光度法（酵素法）による。

eGFRについては次式により計算する：

$$\begin{aligned} \text{男性：eGFR (ml/分/1.73m}^2\text{)} &= 194 \times \text{血清クレアチニン値}^{-1.094} \times \text{年齢}^{-0.287} \\ \text{女性：eGFR (ml/分/1.73m}^2\text{)} &= 194 \times \text{血清クレアチニン値}^{-1.094} \times \text{年齢}^{-0.287} \\ &\quad \times 0.739 \end{aligned}$$

③心電図検査

- ア 安静時の標準 12 誘導心電図を記録する。
- イ そのほか、検査方法及び判定基準については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック第7版」（一般社団法人日本循環器病予防学会編）等）が示されており、概要については一般社団法人日本循環器病予防学会のホームページ（<http://www.jacd.info/method/index.html>）において示されているので、これを参考とされたい。

④眼底検査

- ア 手持式、額带式、固定式等の電気検眼鏡又は眼底カメラ撮影により実施する。
- イ 高血糖者に対しては 原則、両眼の眼底撮影を行う。その上で、所見の

判定がより重症な側の所見を記載する。

- ウ そのほか、検査方法及び判定基準については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック第7版」（一般社団法人日本循環器病予防学会編）や「手にとるようにわかる健診のための眼底検査」（大阪府立健康科学センター編著）等）に示されており、概要については一般社団法人日本循環器病予防学会のホームページ（<http://www.jacd.info/method/index.html>）及び財団法人大阪府保健医療財団大阪がん循環器病予防センターのホームページ（<http://www.osaka-ganjun.jp/effort/cvd/gantei/>）においても示されているのでこれを参考とされたい。

健診検査項目の保健指導判定値及び受診勧奨判定値

番号	項目コード (JLAC10)	項目名	保健指導判定値	受診勧奨判定値	データタイプ	単位	検査方法	備考
1	9A75500000000001 9A75200000000001 9A75100000000001	収縮期血圧	130	140	数字	mmHg	3:その他 2:2回目 1:1回目	平均値等、「1回目」、「2回目」以外の値の最も確かな値を記入する
2	9A76500000000001 9A76200000000001 9A76100000000001	拡張期血圧	85	90	数字	mmHg	3:その他 2:2回目 1:1回目	平均値等、「1回目」、「2回目」以外の値の最も確かな値を記入する
3	3F015000002327101 3F015000002327201 3F015000002399901	中性脂肪	150	300	数字	mg/dl	1:可視吸光度法 (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) 3:その他	空腹時の測定を原則とした判定値 空腹時の測定を原則とした判定値
4	3F070000002327101 3F070000002327201 3F070000002399901	HDLコレステロール	39	34	数字	mg/dl	1:可視吸光度法 (直接法(非沈殿法)) 2:紫外吸光度法 (直接法(非沈殿法)) 3:その他	
5	3F077000002327101 3F077000002327201 3F077000002399901 3F077000002391901	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)) 3. その他 4. 計算法	空腹時採血を行い総コレステロール値を測定した上で、Friedewald式を用いて算出する場合
6	3F069000002391901	Non-HDLコレステロール	150	170	数字	mg/dl		Non-HDLコレステロール値=総コレステロール値-HDLコレステロール値
7	3D010000002226101 3D010000002227201 3D010000001927201 3D010000001999901	空腹時血糖	100	126	数字	mg/dl	1:電位差法 (ブドウ糖酸化酵素電極法) 2:可視吸光度法 (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) 4:その他	
8	3D046000001906202 3D046000001920402 3D046000001927102 3D046000001999902	HbA1c(NGSP)	5.6	6.5	数字	%	1:ラテックス凝集比濁法 (免疫学的方法) 2:HPLC (不安定分画除去HPLC法) 3:酵素法 4:その他	小数点以下1桁 小数点以下1桁 小数点以下1桁 小数点以下1桁
9	3D010129901926101 3D010129902227101 3D010129901927201 3D010129901999901	随時血糖	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) 4:その他	
10	3B035000002327201 3B035000002399901	AST(GOT)	31	51	数字	U/L	紫外吸光度法 (JSCC標準化対応法) 2:その他	
11	3B045000002327201 3B045000002399901	ALT(GPT)	31	51	数字	U/L	紫外吸光度法 (JSCC標準化対応法) 2:その他	
12	3B090000002327101 3B090000002399901	γ-GT(γ-GTP)	51	101	数字	U/L	可視吸光度法 (IFCC(JSCC)標準化対応法) 2:その他	
13	8A065000002391901	eGFR	60*	45*	数字	ml/分 /1.73 m ²		男性:eGFR(ml/分/1.73m ²)=194× 血清クレアチニン値 ^{-1.094} ×年齢 ^{-0.287} 女性:eGFR(ml/分/1.73m ²)=194× 血清クレアチニン値 ^{-1.094} ×年齢 ^{-0.287} ×0.739 *判定値未満の場合対象となる
14	2A030000001930101	血色素量 [ヘモグロビン値]	13.0(男性) 12.0(女性)	12.0(男性) 11.0(女性)	数字	g/dl	自動血球算定装置	

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

※3～6のデータ基準については日本動脈硬化学会「動脈硬化性疾患診療ガイドライン」及び「老人保健法による健康診査マニュアル」(※旧老人保健法関係)に基づく。

※7～9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。

※10～12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。

※13のデータ基準については日本腎臓学会「CKD診療ガイド」等に基づく。

※14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。

健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針

(平成十六年六月十四日)

(厚生労働省告示第二百四十二号)

健康増進法(平成十四年法律第百三号)第九条第一項の規定に基づき、健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針を次のように定めたので、同法第九条第三項の規定に基づき公表する。

健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針

第一 基本的な考え方

健康診査は、疾病を早期に発見し、早期治療につなげること、健康診査の結果を踏まえた栄養指導その他の保健指導(運動指導等生活習慣の改善のための指導を含む。以下同じ。)等を行うことにより、疾病の発症及び重症化の予防並びに生涯にわたる健康の増進に向けた自主的な努力を促進する観点から実施するものである。

現在、健康診査、その結果を踏まえた栄養指導その他の保健指導等は、健康増進法第六条に掲げる各法律に基づいた制度において各健康増進事業実施者により行われているが、次のような現状にある。

- 1 制度間で健康診査における検査項目、検査方法等が異なる場合がある。
- 2 精度管理が適切に行われていないため、検査結果の比較が困難である。
- 3 健康診査の結果が、受診者に対する栄養指導その他の保健指導、必要な者に対する再検査、精密検査及び治療のための受診並びに健康の自己管理に必ずしもつながっていない。
- 4 健康診査の結果を踏まえた集団に対する健康課題の明確化及びそれに基づく栄養指導その他の保健指導が十分でない。
- 5 健康診査の結果等(栄養指導その他の保健指導の内容を含む。以下同じ。)が各健康増進事業実施者間で継続されず、有効に活用されていない。
- 6 健康診査の結果等に関する個人情報の保護について必ずしも十分でない。

また、このような状況の中、平成十七年四月に、メタボリックシンドロームの我が国における定義及び診断基準が日本動脈硬化学会、日本糖尿病学会、日本高血圧学会、日本肥満学会、日本循環器学会、日本腎臓病学会、日本血栓止血学会及び日本内科学会から構成されるメタボリックシンドローム診断基準検討委員会において策定された。この定義及び診断基準においては、内臓脂肪の蓄積に着目し、健康診査の結果を踏まえた効果的な栄養指導その他の保健指導を行うことにより、過栄養により生じる複数の病態を効率良く予防し、心血管疾患等の発症予防に繋げることが大きな目標とされた。

このため、この指針においては、各健康増進事業実施者により適切な健康増進事業が実施されるよう、健康診査の実施、健康診査の結果の通知、その結果を踏まえた栄養指導その他の保健指導の実施等、健康手帳等による健康診査の結果等に関する情報の継続の在り方及び個人情報の取扱いについて、各制度に共通する基本的な事項を定めることとする。

各健康増進事業実施者は、健康診査の実施等に当たり、個人情報保護等について最大限に配慮するとともに、以下に定める事項を基本的な方向として、国民の健康増進に向けた自主的な取組を進めるよう努めるものとする。

なお、この指針は、必要に応じ、適宜見直すものとする。

第二 健康診査の実施に関する事項

一 健康診査の在り方

1 健康増進事業実施者は、健康診査の対象者に対して、その目的、意義及び実施内容について十分な周知を図り、加齢による心身の特性の変化などライフステージや性差に応じた健康診査の実施等により対象者が自らの健康状態を把握し、もって生涯にわたる健康の増進に資するように努め、未受診者に対して受診を促すよう特に配慮すること。例えば、壮年期においては、内臓脂肪の蓄積を共通の要因として、糖代謝異常、脂質代謝異常、高血圧の状態が重複した場合に、心血管疾患等の発症可能性が高まることから、これらの発症及び重症化の予防に資するものとする。また、その際は、身長、体重及び腹囲の検査、血圧の測定、高比重リポ蛋白コレステロール(HDLコレステロール)及び血清トリグリセライドの量の検査並びに血糖検査を健康診査における検査項目に含むものとする。

2 健康増進事業実施者は、生涯にわたる健康の増進の観点等から、健康診査の実施について、加齢による心身の特性の変化などライフステージや性差に応じた健康課題に対して配慮しつつ、他の制度で健康診査が実施された場合の対応等、各制度間及び制度内の整合性を取るために必要な相互の連携を図ること。

3 健康増進事業実施者は、関係法令を踏まえ、健康診査における検査項目及び検査方法に関し、科学的知見の蓄積等を踏まえて、必要な見直しを行うこと。

4 健康増進事業実施者は、各制度の目的を踏まえつつ、健康診査における検査項目及び検査方法を設定又は見直す場合、加齢による心身の特性の変化などライフステージや性差に応じた健康課題に対して配慮するとともに、科学的知見の蓄積等を踏まえて、疾病の予防及び発見に係る有効性等について検討すること。

5 健康増進事業実施者は、健康診査の検査項目について受診者にあらかじめ周知するとともに、法令上の実施義務が課されている検査項目を除き、受診者が希望しない検査項目がある場合、その意思を尊重すること。また、法令上の実施義務が課されている検査項目を除き、特に個人情報の保護等について最大限に配慮することが望ましい検査項目があるときには、あらかじめ当該検査項目の実施等につき受診者の同意を得ること。

二 健康診査の精度管理

1 健康増進事業実施者は、健康診査の精度管理(健康診査の精度を適正に保つことをいう。以下同じ。)が生涯にわたる個人の健康管理の基盤として重要であることにかんがみ、健康診査における検査結果の正確性を確保するとともに、検査を実施する者や精度管理を実施する者が異なる場合においても、受診者が検査結果を正確に比較できるようにすること。また、

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

2 健康増進事業実施者は、健康診査を実施する際には、この指針に定める内部精度管理(健康診査を行う者が自身で行う精度管理をいう。以下同じ。)及び外部精度管理(健康診査を行う者以外の者が行う精度管理をいう。以下同じ。)を適切に実施するよう努めること。また、当該精度管理の実施状況を当該健康増進事業の対象者に周知するよう努めること。

3 健康増進事業実施者は、健康診査の実施に関する内部精度管理として、標準物質が存在する健診項目については当該健診項目に係る標準物質を用いるとともに、次に掲げる事項を考慮した規程を作成する等適切な措置を講じるよう努めること。

- (一) 健康診査の実施の管理者の配置等管理体制に関する事項
- (二) 健康診査の実施の手順に関する事項
- (三) 健康診査の安全性の確保に関する事項
- (四) 検査方法、検査結果の基準値、判定基準等検査結果の取扱いに関する事項
- (五) 検体の採取条件、検体の保存条件、検体の提出条件等検査の実施に関する事項
- (六) 検査用機械器具、試薬、標準物質等の管理について記録すること及びその記録を保存することに関する事項
- (七) 検査結果の保存及び管理に関する事項

4 健康増進事業実施者は、検査値の精度等が保証されたものとなるよう健康診査に関する外部精度管理として、全国規模で実施される外部精度管理調査を定期的に受けること、複数の異なる外部精度管理調査を受けること等により、自ら実施する健康診査について必要な外部精度管理の実施に努めること。

5 健康増進事業実施者は、健康診査の実施の全部又は一部を委託する場合は、委託先に対して前二号に規定する内部精度管理及び外部精度管理を適切に実施するよう要請するとともに、当該内部精度管理及び外部精度管理を適切に実施しているかについての報告を求める等健康診査の実施につき委託先に対して適切な管理を行うこと。

6 健康増進事業実施者は、研修の実施等により健康診査を実施する者の知識及び技能の向上を図るよう努めること。

第三 健康診査の結果の通知及び結果を踏まえた栄養指導その他の保健指導に関する事項

1 健康増進事業実施者は、健康診査の実施後できる限り速やかに受診者に健康診査の結果を通知すること。

2 健康増進事業実施者は、健康診査の結果を本人に通知することにとどまらず、その結果に基づき、必要な者には、再検査、精密検査及び治療のための受診の勧奨を行うとともに、疾病の発症及び重症化の予防又は生活習慣の改善のために栄養指導その他の保健指導を実施すること。栄養指導その他の保健指導の内容には、食生活、運動、休養、飲酒、喫煙、歯の健

康の保持その他の生活習慣の改善を含む健康増進に関する事項、疾病を理解するための情報の提供を含むこと。

3 健康増進事業実施者は、栄養指導その他の保健指導の実施に当たっては、健康診査の結果(過去のものを含む)、健康診査の受診者の発育・発達の状況、生活状況、就労状況、生活習慣等を十分に把握し、生活習慣の改善に向けての行動変容の方法を本人が選択できるように配慮するとともに、加齢による心身の特性の変化などライフステージや性差に応じた内容とすること。例えば、壮年期においては、内臓脂肪の蓄積を共通の要因として、糖代謝異常、脂質代謝異常、高血圧の状態が重複した場合に、心血管疾患等の発症可能性が高まることから、これらの発症及び重症化の予防の効果を高めるため、栄養指導その他の保健指導は、健康診査の結果から対象者本人が身体状況を理解し、生活習慣の改善の必要性を認識し、行動目標を自らが設定し実行できるよう、個人の行動変容を促すものとする。また、栄養指導その他の保健指導は、個人又は集団を対象として行う方法があり、それぞれの特性を踏まえ、適切に組み合わせて実施すること。個人に対して、栄養指導その他の保健指導を行う際は、その内容の記録を本人へ提供するよう努めること。また、健康診査の受診者の勤務形態に配慮した上で栄養指導その他の保健指導の時間を確保する等栄養指導その他の保健指導を受けやすい環境づくりに配慮すること。

4 健康増進事業実施者は、健康診査の結果を通知する際に適切な栄養指導その他の保健指導ができるように、その実施体制の整備を図ること。さらに受診者の求めに応じ、検査項目に関する情報、健康診査の結果、専門的知識に基づく助言その他の健康の増進に向けて必要な情報について提供又は受診者の相談に応じることができるよう必要な措置を講じること。

5 健康増進事業実施者は、栄養指導その他の保健指導に従事する者に対する研修の実施、栄養指導その他の保健指導の評価に努めること等により栄養指導その他の保健指導の質の向上を図ること。

6 健康増進事業実施者は、栄養指導その他の保健指導の実施の全部又は一部を委託する場合は、委託先が栄養指導その他の保健指導を適切に行っているかについて、報告を求める等委託先に対して適切な管理を行うこと。

7 地方公共団体、健康増進事業実施者、医療機関その他の関係者は、健康診査の結果の通知等の実施に関し、健康づくり対策、介護予防及び産業保健等の各分野における対策並びに医療保険の保険者が実施する対策を講じるために、相互の連携(以下「地域・職域の連携」という。)を図ること。

地域・職域の連携の推進に当たり、健康診査の結果等に関する情報(以下「健診結果等情報」という。)の継続、栄養指導その他の保健指導の実施の委託先に関する情報の共有など健康診査の実施、栄養指導その他の保健指導の実施等に係る資源の有効活用、自助努力では充実した健康増進事業の提供が困難な健康増進事業実施者への支援等の観点から有益であるため、関係機関等から構成される協議会等を設置すること。この場合、広域的な観点で地域・職域の連携を推進するため都道府県単位で関係機関等から構成される協議会等を設置するとともに、より地域の特性を生かす観

点から、地域単位(保健所の所管区域等)においても関係機関等から構成される協議会等を設置するよう努めること。なお、関係機関等から構成される協議会等が既に設置されている場合は、その活用を行うこと。

協議会等の事業については、参考として次に掲げるものが考えられる。

(一) 都道府県単位

- イ 情報の交換及び分析
- ロ 都道府県における健康課題の明確化
- ハ 各種事業の共同実施及び連携
- ニ 研修会の共同実施
- ホ 各種施設等の相互活用
- ヘ その他保健事業の推進に必要な事項

(二) 地域単位

- イ 情報の交換及び分析
- ロ 地域における健康課題の明確化
- ハ 保健事業の共同実施及び相互活用
- ニ 健康教育等への講師派遣
- ホ 個別の事例での連携
- ヘ その他保健事業の推進に必要な事項

第四 健康手帳等による健康診査の結果等に関する情報の継続の在り方に関する事項

1 健康増進事業実施者においては、健診結果等情報を継続させていくことが受診者の健康の自己管理に役立ち、疾病の発症及び重症化の予防の観点から重要であり、生涯にわたる健康の増進に重要な役割を果たすことを認識し、健康増進事業の実施に当たっては、個人情報保護に関する法律(平成十五年法律第五十七号)、行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律(平成十五年法律第五十八号)、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律(平成十五年法律第五十九号)、地方公共団体において個人情報の保護に関する法律第十一条第一項の趣旨を踏まえて制定される条例等(以下「個人情報保護法令」という。)を遵守しつつ、健診結果等情報を継続させるために必要な措置を講じることが望ましいこと。例えば、健康増進法第六条に掲げる各法律に基づいた制度間において、法令上、健康診査の結果の写しの提供が予定されている場合には、健康診査の結果を標準的な電磁的記録の形式により提供するよう努めること、又は、健康診査の実施の全部又は一部を委託する場合には、委託先に対して標準的な電磁的記録の形式による健康診査の結果の提出を要請するよう努めること。

2 生涯にわたり継続されていくことが望ましい健診結果等情報は、健康診査の結果、栄養指導その他の保健指導の内容、既往歴(アレルギー歴を含む)、主要な服薬歴、予防接種の種類、接種時期等の記録、輸血歴等であること。

3 健診結果等情報の継続は、健康手帳等を活用することにより、健康の自己管理の観点から本人が主体となって行うことを原則とすること。この場合、将来的には統一された生涯にわたる健康手帳の交付等により、健診結果等情報を継続することが望まれること。一方、各制度の下で交付されている既存の健康手帳等はその目的、記載項目等が異なり、また、健康手

帳等に本人以外の個人情報が含まれる場合等があるなど、既存の健康手帳等を統一し生涯にわたる健康手帳等とする場合に留意しなければならない事項があることから、まずは健康増進事業実施者が各制度の下において既に交付し又は今後交付する健康手帳等を活用することにより、健診結果等情報の継続を図っていくこととすること。

4 生涯にわたり健診結果等情報を継続させるための健康手帳等は、ライフステージ及び性差に応じた健康課題に対して配慮しつつ、その内容として、健康診査の結果の記録に係る項目、生活習慣に関する記録に係る項目、健康の増進に向けた自主的な取組に係る項目、受診した医療機関等の記録に係る項目、健康の増進に向けて必要な情報及び知識に係る項目等が含まれることが望ましいこと。また、その様式等としては、記載が容易であること、保管性及び携帯性に優れていること等について工夫されたものであることが望ましいこと。

5 健康増進事業実施者は、健診結果等情報の継続のため、次に掲げる事項を実施するよう努めること。

- (一) 健診結果等情報を継続して健康管理に役立たせていくように本人に働きかけること。
- (二) 職場、住所等を異動する際において、本人が希望する場合には、異動元の健康増進事業実施者が一定期間保存及び管理している健康診査の結果を本人に提供するとともに異動先の健康増進事業実施者に同情報を提供するように本人に対し勧奨し、又は、個人情報保護法令により必要な場合には本人の同意を得た上で、異動先の健康増進事業実施者に健診結果等情報を直接提供する等健診結果等情報を継続するために必要な工夫を図ること。

第五 健康診査の結果等に関する個人情報の取扱いに関する事項

1 健康増進事業実施者は、健康診査の結果等に関する個人情報について適正な取扱いの厳格な実施を確保することが必要であることを認識し、個人情報保護法令を遵守すること。

2 取り扱う個人情報の量等により個人情報保護法令の規制対象となっていない健康増進事業実施者においても、健康診査の結果等に関する個人情報については特に厳格に取扱われるべき性質のものであることから、個人情報保護法令の目的に沿うよう努めること。

3 健康増進事業実施者は、その取り扱う個人情報の漏えい、滅失又はき損の防止その他の個人情報の安全管理のために必要かつ適切な措置として、守秘義務規程の整備、個人情報の保護及び管理を行う責任者の設置、従業者への教育研修の実施、苦情受付窓口の設置、不正な情報入手の防止等の措置を講じるよう努めること。

4 健康増進事業実施者は、個人情報の取扱いの全部又は一部を委託する場合は、その取扱いを委託された個人情報の安全管理が図られるよう、委託を受けた者に対する必要かつ適切な監督として、委託契約の内容に記載する等により、委託を受けた者に前号に規定する措置を講じさせること。

5 健康増進事業実施者は、前号までに掲げた内容を含む個人情報の取扱いに係る方針を策定、公表及び実施し、必要に応じ見直し及び改善を行っていくよう努めること。

6 健康増進事業実施者が、個人情報保護法令に従いその取扱う個人情報を公衆衛生の向上を目的として行う疫学研究のために研究者等に提供する場合、あらかじめ当該研究者等に対して、関係する指針を遵守する等適切な対応をすることを確認すること。

第六 施行期日

この指針は、健康増進法第九条の施行の日から施行するものとする。

(施行の日＝平成一六年八月一日)

改正 (平成一九年一〇月二九日厚生労働省告示第三四九号)

平成二十年四月一日から適用する。

項目	項目コード	項目名	データ基準			データ値	単位	データ値コメント		検査方法	備考
			データ値	下限値	上限値			基準範囲外	検査の実施		
身体計測	○ 9N001000000000001	身長				数字	cm				小数点以下1桁
	○ 9N006000000000001	体重				数字	kg				小数点以下1桁
	○ 9N011000000000001	BMI				数字	kg/m ²				小数点以下1桁
	○ 9N021000000000001	内臓脂肪面積				数字	cm ²				小数点以下1桁
	○ 9N016160100000001	腹囲(実測)				数字	cm		1: 実測		小数点以下1桁
	○ 9N016160200000001	腹囲(自己判定)				数字	cm		2: 自己測定		小数点以下1桁
	○ 9N016160300000001	腹囲(自己申告)				数字	cm		3: 自己申告		小数点以下1桁 BMIが22未満である者に限る
○ 9N026000000000002	肥満度				数字	%				小数点以下1桁	
○ 9N051000000000049	業務歴				漢字						
診察	○ 9N056000000000011	既往歴				コード					1: 特記すべきことあり、2: 特記すべきことなし
	○ 9N056160400000049	(具体的な既往歴)				漢字					特記すべきことありの場合に記載
	○ 9N061000000000011	自覚症状				コード					1: 特記すべきことあり、2: 特記すべきことなし
	○ 9N061160800000049	(所見)				漢字					特記すべきことありの場合に記載
	○ 9N066000000000011	他覚症状				コード					1: 特記すべきことあり、2: 特記すべきことなし
	○ 9N066160800000049	(所見)				漢字					特記すべきことありの場合に記載
	○ 9N071000000000049	その他(家族歴等)				漢字					
	○ 9N076000000000049	視診(口腔内含む)				漢字					
	○ 9N081000000000049	打聴診				漢字					
	○ 9N086000000000049	触診(関節可動域含む)				漢字					
○ 9N091000000000001	反復唾液嚥下テスト				数字	回					
血圧等	○ 9A755000000000001	収縮期血圧(その他)				数字	mmHg		3: その他		平均値等、「1回目」、「2回目」以外の値の最も確かな値を記入する
	○ 9A752000000000001	収縮期血圧(2回目)				数字	mmHg		2: 2回目		
	○ 9A751000000000001	収縮期血圧(1回目)				数字	mmHg		1: 1回目		
	○ 9A765000000000001	拡張期血圧(その他)				数字	mmHg		3: その他		平均値等、「1回目」、「2回目」以外の値の最も確かな値を記入する
	○ 9A762000000000001	拡張期血圧(2回目)				数字	mmHg		2: 2回目		
	○ 9A761000000000001	拡張期血圧(1回目)				数字	mmHg		1: 1回目		
○ 9N121000000000001	心拍数				数字	拍/分					
☆ 9N141000000000011	採血時間(食後)				コード						1: 食後10時間未満、2: 食後10時間以上、3: 食後3.5時間以上10時間未満、4: 食後3.5時間未満
生化学検査	○ 3F05000002327101	総コレステロール				数字	mg/dl		1: 可視吸光度法(コレステロール酸化酵素法) 2: 紫外吸光度法(コレステロール脱水素酵素法) 3: その他		
	○ 3F05000002327201					数字	mg/dl				
	○ 3F05000002399901					数字	mg/dl				
	○ 3F015000002327101	中性脂肪(トリグリセリド)				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) 3: その他		
	○ 3F015000002327201					数字	mg/dl				
	○ 3F015000002399901					数字	mg/dl				
	○ 3F07000002327101	HDLコレステロール				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)) 3: その他		
	○ 3F07000002327201					数字	mg/dl				
	○ 3F07000002399901					数字	mg/dl				
	○ 3F077000002327101	LDLコレステロール				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)) 3: その他		
	○ 3F077000002327201					数字	mg/dl				
	○ 3F077000002399901					数字	mg/dl				
	○ 3F077000002391901					数字	mg/dl		4: 計算法		
	○ 3F069000002391901	non-HDLコレステロール				数字	mg/dl				
	○ 3J010000002327101	総ビリルビン				数字	mg/dl		1: 可視吸光度法(化学酸化法、酵素法、ジブゾ法) 2: その他		小数点以下1桁
	○ 3J010000002399901					数字	mg/dl				小数点以下1桁
	○ 3B035000002327201	GOT(AST)				数字	U/l		1: 紫外吸光度法(JSCC標準化対応法) 2: その他		
	○ 3B035000002399901					数字	U/l				
	○ 3B045000002327201	GPT(ALT)				数字	U/l		1: 紫外吸光度法(JSCC標準化対応法) 2: その他		
	○ 3B045000002399901					数字	U/l				
	○ 3B090000002327101	γ-GT(γ-GTP)				数字	U/l		1: 可視吸光度法(JSCC標準化対応法) 2: その他		
	○ 3B090000002399901					数字	U/l				
	○ 3B070000002327101	ALP				数字	U/l		1: 可視吸光度法(JSCC標準化対応法) 2: その他		
○ 3B070000002399901					数字	U/l					
□ 3C015000002327101	血清クレアチニン				数字	mg/dl		1: 可視吸光度法(酵素法) 2: その他		小数点以下2桁	
□ 3C015000002399901					数字	mg/dl				小数点以下2桁	
□ 8A065000002391901	eGFR				数字	ml/min/1.73m ²				少数点以下1桁	
□ 3C015161602399911	血清クレアチニン(対象者)				コード					1: 検査結果による血清クレアチニン検査対象者 ※詳細な健診の項目として実施しない場合で、値を出現させるときは0(ゼロ)を入力する	
□ 3C015161002399949	血清クレアチニン(実施理由)				漢字					詳細な健診の項目として血清クレアチニン検査を実施した場合は必須	
○ 3C020000002327101	血清尿酸				数字	mg/dl		1: 可視吸光度法(ウリカーゼ・ベルオキシターゼ法) 2: その他		小数点以下1桁	
○ 3C020000002399901					数字	mg/dl				小数点以下1桁	
○ 3A010000002327101	総蛋白				数字	g/dl		1: 可視吸光度法(ビウレット法) 2: その他		小数点以下1桁	
○ 3A010000002399901					数字	g/dl				小数点以下1桁	
○ 3A015000002327101	アルブミン				数字	g/dl		1: 可視吸光度法(BCG法、BCP改良法) 2: その他		小数点以下1桁	
○ 3A015000002399901					数字	g/dl				小数点以下1桁	
○ 3A016000002327102	A/G				数字					計算値	
○ 5C095000002302301	血清フェリチン				数字	ng/ml		1: エンザイム免疫アッセイ(EIA) 2: その他		小数点以下1桁	
○ 5C095000002399901					数字	ng/ml				小数点以下1桁	
血糖検査	● 3D010000001926101	空腹時血糖				数字	mg/dl		1: 電位差法(ブドウ糖酸化酵素電極法) 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) 4: その他		特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは2(10時間以上)でなければならない 特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは2(10時間以上)でなければならない 特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは2(10時間以上)でなければならない
	● 3D010000002227101					数字	mg/dl				特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは2(10時間以上)でなければならない
	● 3D010000001927201					数字	mg/dl				特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは2(10時間以上)でなければならない
	● 3D010000001999901					数字	mg/dl				特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは2(10時間以上)でなければならない
	● 3D010129901926101	随時血糖				数字	mg/dl		1: 電位差法(ブドウ糖酸化酵素電極法) 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) 4: その他		特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは3(3.5時間以上10時間未満)でなければならない 特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは3(3.5時間以上10時間未満)でなければならない 特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは3(3.5時間以上10時間未満)でなければならない
	● 3D010129902227101					数字	mg/dl				特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは3(3.5時間以上10時間未満)でなければならない
	● 3D010129901927201					数字	mg/dl				特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは3(3.5時間以上10時間未満)でなければならない
	● 3D010129901999901					数字	mg/dl				特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは3(3.5時間以上10時間未満)でなければならない
	● 3D046000001906202	HbA _{1c} (NGSP値)				数字	%		1: 免疫学的方法(ラテックス凝集比濁法等) 2: HPLC(不安定分画除去HPLC法) 3: 酵素法 4: その他		小数点以下1桁
	● 3D046000001920402					数字	%				小数点以下1桁
● 3D046000001927102					数字	%				小数点以下1桁	
● 3D046000001999902					数字	%				小数点以下1桁	
尿検査	○ 1A020000000191111	尿糖				コード			1: 試験紙法(機械読み取り) 2: 試験紙法(目視法)		1: -, 2: ±, 3: +, 4: ++, 5: +++
	○ 1A020000000190111					コード					1: -, 2: ±, 3: +, 4: ++, 5: +++
	○ 1A010000000191111	尿蛋白				コード			1: 試験紙法(機械読み取り) 2: 試験紙法(目視法)		1: -, 2: ±, 3: +, 4: ++, 5: +++
	○ 1A010000000190111					コード					1: -, 2: ±, 3: +, 4: ++, 5: +++
	○ 1A100000000191111	尿潜血				コード			1: 試験紙法(機械読み取り) 2: 試験紙法(目視法)		1: -, 2: ±, 3: +, 4: ++, 5: +++
	○ 1A100000000190111					コード					1: -, 2: ±, 3: +, 4: ++, 5: +++
○ 1A105160700166211	尿沈渣(所見の有無)				コード					1: 所見あり、2: 所見なし	
○ 1A105160800166249	尿沈渣(所見)				漢字					所見ありの場合に記載	
○ 1A030000000190301	比重				数字			1: 屈折計法		小数点以下3桁	

	1A03000000199901				数字			2:その他	小数点以下3桁
	3A015000000106101				数字	mg/L		1:免疫比濁法(TIA)(尿)	少数点以下1桁
	3A015000000199901	尿中アルブミン定量			数字	mg/L		2:その他(尿)	少数点以下1桁
	3A015000000406101				数字	mg/L		3:免疫比濁法(TIA)(蓄尿)	少数点以下1桁
	3A015000000499901				数字	mg/L		4:その他(蓄尿)	少数点以下1桁
	3A015000000106128				数字	mg/g・C _R		1:免疫比濁法(TIA)	少数点以下1桁
	3A015000000199928	尿中アルブミンクレアチニン補正値/アルブミン指数			数字	mg/g・C _R		2:その他	少数点以下1桁
	3A015000000406126	尿中アルブミン一日量			数字	mg/day		1:免疫比濁法(TIA)	少数点以下1桁
	3A015000000499926				数字	mg/day		2:その他	少数点以下1桁
血液検査	<input type="checkbox"/>	2A040000001930102	ヘマトクリット値		数字	%		自動血球算定装置	小数点以下1桁
	<input type="checkbox"/>	2A030000001930101	血色素量[ヘモグロビン値]		数字	g/dl		自動血球算定装置	小数点以下1桁
	<input type="checkbox"/>	2A020000001930101	赤血球数		数字	万/mm ³		自動血球算定装置	
	<input type="checkbox"/>	2A020161001930149	貧血検査(実施理由)		漢字				詳細な健診の項目として貧血検査を実施した場合は必須
		2A060000001930101	MCV		数字	f1		自動血球算定装置	小数点以下1桁
		2A070000001930101	MCH		数字	pg		自動血球算定装置	小数点以下1桁
		2A080000001930101	MCHC		数字	%		自動血球算定装置	小数点以下1桁
		2A010000001930101	白血球数		数字	/mm ³		自動血球算定装置	
		2A050000001930101	血小板数		数字	万/mm ³		自動血球算定装置	
	<input type="checkbox"/>	9A110160700000011	心電図(所見の有無)			コード			1:所見あり、2:所見なし
<input type="checkbox"/>	9A110160800000049	心電図(所見)			漢字			所見ありの場合に記載	
<input type="checkbox"/>	9A110161600000011	心電図(対象者)			コード			1:検査結果による心電図検査対象者 2:不整脈による心電図検査対象者 ※詳細な健診の項目として実施しない場合で、値を出現させるときは0(ゼロ)を入力する	
<input type="checkbox"/>	9A110161000000049	心電図(実施理由)			漢字			詳細な健診の項目として心電図検査を実施した場合は必須	
	9N201000000000011	胸部エックス線検査(がん:直接撮影)			コード		1:直接撮影	1:A、2:B、3:C、4:D、5:E	
	9N206160700000011	胸部エックス線検査(一般:直接撮影)(所見の有無)			コード		1:直接撮影	1:所見あり、2:所見なし、3:要再撮影	
	9N206160800000049	胸部エックス線検査(一般:直接撮影)(所見)			漢字		1:直接撮影	所見ありの場合に記載	
	9N211161100000049	胸部エックス線検査(直接撮影)(撮影年月日)			年月日		1:直接撮影	yyyymmdd	
	9N211161200000049	胸部エックス線検査(直接撮影)(フィルム番号)			漢字		1:直接撮影		
	9N216000000000011	胸部エックス線検査(がん:間接撮影)			コード		2:間接撮影	1:A、2:B、3:C、4:D、5:E	
	9N221160700000011	胸部エックス線検査(一般:間接撮影)(所見の有無)			コード		2:間接撮影	1:所見あり、2:所見なし、3:要再撮影	
	9N221160800000049	胸部エックス線検査(一般:間接撮影)(所見)			漢字		2:間接撮影	所見ありの場合に記載	
	9N226161100000049	胸部エックス線検査(間接撮影)(撮影年月日)			年月日		2:間接撮影	yyyymmdd	
	9N226161200000049	胸部エックス線検査(間接撮影)(フィルム番号)			漢字		2:間接撮影		
	6A010160706170411	喀痰検査(塗抹鏡検 一般細菌)(所見の有無)			コード			1:所見あり、2:所見なし	
	6A010160806170449	喀痰検査(塗抹鏡検 一般細菌)(所見)			漢字			所見ありの場合に記載	
	6A205000006171711	喀痰検査(塗抹鏡検 抗酸菌)			コード			1:-、2:±、3:+、4:2+、5:3+	
	6A205165606171711	喀痰検査(ガフキー号数)			コード			1:0号、2:1号、3:2号、4:3号、5:4号、6:5号、7:6号、8:7号、9:8号、10:9号、11:10号	
	7A010000006143311	喀痰細胞診検査			コード			1:A、2:B、3:C、4:D、5:E	
	9N251000000000011	胸部CT検査(がん)			コード			1:A、2:B、3:C、4:D、5:E	
	9N251160700000011	胸部CT検査(所見の有無)			コード			1:所見あり、2:所見なし	
	9N251160800000049	胸部CT検査(所見)			漢字			所見ありの場合に記載	
	9N251161100000049	胸部CT検査(撮影年月日)			年月日			yyyymmdd	
	9N251161200000049	胸部CT検査(フィルム番号)			漢字				
	9N256160700000011	上部消化管エックス線(直接撮影)(所見の有無)			コード			1:所見あり、2:所見なし、3:要再撮影	
	9N256160800000049	上部消化管エックス線(直接撮影)(所見)			漢字			所見ありの場合に記載	
	9N256161100000049	上部消化管エックス線(直接撮影)(撮影年月日)			年月日			yyyymmdd	
	9N256161200000049	上部消化管エックス線(直接撮影)(フィルム番号)			漢字				
	9N261160700000011	上部消化管エックス線(間接撮影)(所見の有無)			コード			1:所見あり、2:所見なし、3:要再撮影	
	9N261160800000049	上部消化管エックス線(間接撮影)(所見)			漢字			所見ありの場合に記載	
	9N261161100000049	上部消化管エックス線(間接撮影)(撮影年月日)			年月日			yyyymmdd	
	9N261161200000049	上部消化管エックス線(間接撮影)(フィルム番号)			漢字				
	9N266160700000011	上部消化管内視鏡検査(所見の有無)			コード			1:所見あり、2:所見なし	
	9N266160800000049	上部消化管内視鏡検査(所見)			漢字			所見ありの場合に記載	
	3B339000002399811	ペプシノゲン			コード		方法問わず	1:陽性、2:陰性	
	9F130160700000011	腹部超音波(所見の有無)			コード			1:所見あり、2:所見なし	
	9F130160800000049	腹部超音波(所見)			漢字			所見ありの場合に記載	
	9N271160700000011	婦人科診察(所見の有無)			コード			1:所見あり、2:所見なし	
	9N271160800000049	婦人科診察(所見)			漢字			所見ありの場合に記載	
	9N276160700000011	乳房視触診(所見の有無)			コード			1:所見あり、2:所見なし	
	9N276160800000049	乳房視触診(所見)			漢字			所見ありの場合に記載	
	9N281160700000011	乳房画像診断(マンモグラフィ)(所見の有無)			コード			1:所見あり、2:所見なし、3:要再撮影、4:マンモグラフィ不適	
	9N281160800000049	乳房画像診断(マンモグラフィ)(所見)			漢字			所見ありの場合に記載	
	9F140160700000011	乳房超音波検査(所見の有無)			コード			1:所見あり、2:所見なし	
	9F140160800000049	乳房超音波検査(所見)			漢字			所見ありの場合に記載	
	9N291160700000011	子宮頸部視診(所見の有無)			コード			1:所見あり、2:所見なし	
	9N291160800000049	子宮頸部視診(所見)			漢字			所見ありの場合に記載	
	9N296160700000011	子宮内診(所見の有無)			コード			1:所見あり、2:所見なし	
	9N296160800000049	子宮内診(所見)			漢字			所見ありの場合に記載	
	7A021165008543311	子宮頸部細胞診(細胞診婦人科材料)(日母分類)			コード			1:class I、2:class II、3:class IIIa、4:class IIIb、5:class IV、6:class V、7:検体不良	
	7A021165208543311	子宮頸部細胞診(細胞診婦人科材料)(ベセスダシステム2001)			コード			1:NILM、2:ASC-US、3:ASC-H、4:LSIL、5:HSIL、6:SCC、7:AGC、8:AIS、9:Adenocarcinoma、10:other	
	7A022000008543311	子宮体部細胞診(細胞診婦人科材料)			コード			1:陽性、2:疑陽性、3:陰性、4:検体不良	
	9Z771160700000011	直腸肛門機能(2項目以上)(所見の有無)			コード			1:所見あり、2:所見なし	
	9Z771160800000049	直腸肛門機能(2項目以上)(所見)			漢字			所見ありの場合に記載	
	9Z770160700000011	直腸肛門機能(1項目)(所見の有無)			コード			1:所見あり、2:所見なし	
	9Z770160800000049	直腸肛門機能(1項目)(所見)			漢字			所見ありの場合に記載	
	1B030000001599811	便潜血			コード		方法問わず	1:陽性、2:陰性	
	5D305000002399811	PSA(前立腺特異抗原)			コード		方法問わず	1:陽性、2:陰性	
	9C310000000000001	肺機能検査(努力肺活量)			数字	l		小数点以下1桁	
	9C320000000000001	肺機能検査(1秒量)			数字	l		小数点以下1桁	
	9C330000000000002	肺機能検査(1秒率)			数字	%		小数点以下1桁	
	9C380000000000002	肺機能検査(%VC)			数字	%		小数点以下1桁	
	9E160162100000001	視力(右)			数字			小数点以下2桁	
	9E160162500000001	視力(右:矯正)			数字			小数点以下2桁	
	9E160162200000001	視力(左)			数字			小数点以下2桁	
	9E160162600000001	視力(左:矯正)			数字			小数点以下2桁	

	9D100163100000011	聴力(右、1000Hz)			コード			1: 所見あり、2: 所見なし
	9D100163200000011	聴力(右、4000Hz)			コード			1: 所見あり、2: 所見なし
	9D100163500000011	聴力(左、1000Hz)			コード			1: 所見あり、2: 所見なし
	9D100163600000011	聴力(左、4000Hz)			コード			1: 所見あり、2: 所見なし
	9D100164000000011	聴力(検査方法)			コード			1: オージオメトリー、2: その他
	9D100160900000049	聴力(その他の所見)			漢字			
	9E100166000000011	眼底検査(キースワグナー分類)			コード			1: 0、2: I、3: IIa、4: IIb、5: III、6: IV
	9E100166100000011	眼底検査(シェイエ分類: H)			コード			1: 0、2: 1、3: 2、4: 3、5: 4
	9E100166200000011	眼底検査(シェイエ分類: S)			コード			1: 0、2: 1、3: 2、4: 3、5: 4
	9E100166300000011	眼底検査(SCOTT分類)			コード			1: I(a)、2: I(b)、3: II、4: III(a)、5: III(b)、6: IV、7: V(a)、8: V(b)、9: VI
	9E100166600000011	眼底検査(Wong-Mitchell分類)			コード			1: 所見なし、2: 軽度、3: 中等度、4: 重度
	9E100166500000011	眼底検査(改変Davis分類)			コード			1: 網膜症なし、2: 単純網膜症、3: 増殖前網膜症、4: 増殖網膜症
	9E100160900000049	眼底検査(その他の所見)			漢字			その他の所見の判定方法を用いている場合については、本欄に所見を記載すること。また、SCOTT分類を用いている場合で異常がない場合においては、その旨を記載すること。
	9E100161600000011	眼底検査(対象者)			コード			1: 検査結果による眼底検査対象者 ※詳細な健診の項目として実施しない場合で、値を出現させるときは0(ゼロ)を入力する
	9E100161000000049	眼底検査(実施理由)			漢字			詳細な健診の項目として眼底検査を実施した場合は必須 前年度の検査結果(血糖検査の値)に基づき対象者を選定した場合は、「前年度」と記載する
	9E105162100000001	眼圧検査(右)			数字	mmHg		
	9E105162200000001	眼圧検査(左)			数字	mmHg		
その他医療保険者等が任意に行う検査	5C070000002306201	CRP			数字	mg/dl		1: 可視吸光度法(ラテックス凝集比濁法)
	5C070000002306301				数字	mg/dl		2: 可視吸光度法(免疫比濁法)
	5C070000002399901				数字	mg/dl		3: その他
	5H010000001910111	血液型(ABO)			コード			1: 試験管法 カラム凝集法
	5H010000001999911				コード			2: その他
	5H020000001910111	血液型(Rh)			コード			1: 試験管法 カラム凝集法
	5H020000001999911				コード			2: その他
	5E071000002399811	梅毒反応			コード			方法問わず
	5F016141002399811	HBs抗原			コード			方法問わず
	5F360149502399811	HCV抗体			コード			方法問わず
5F360149702399811	HCV抗体(力価)			コード			方法問わず	
5F360150002399811	HCV抗原検査			コード			方法問わず	
5F360145002399811	HCV核酸増幅検査			コード			方法問わず	
	9N401000000000011	C型肝炎ウイルス検査の判定			コード			1: 現在、C型肝炎ウイルスに感染していない可能性が極めて高い、2: 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が極めて高い
	9N406000000000049	その他の法定特殊健康診断			漢字			
	9N411000000000049	その他の法定検査			漢字			
	9N416000000000049	その他の検査			漢字			
医師の判断	9N501000000000011	メタボリックシンドローム判定			コード			1: 基準該当、2: 予備群該当、3: 非該当、4: 判定不能
	9N506000000000011	保健指導レベル			コード			1: 積極的支援、2: 動機付け支援、3: なし、4: 判定不能
	9N511000000000049	医師の診断(判定)			漢字			
	9N516000000000049	健康診断を実施した医師の氏名			漢字			
	9N521000000000049	医師の意見			漢字			
	9N526000000000049	意見を述べた医師の氏名			漢字			
	9N531000000000049	歯科医師による健康診断			漢字			
	9N536000000000049	歯科医師による健康診断を実施した歯科医師の氏名			漢字			
	9N541000000000049	歯科医師の意見			漢字			
	9N546000000000049	意見を述べた歯科医師の氏名			漢字			
9N551000000000049	備考			漢字				
	9N556000000000011	生活機能評価の結果1			コード			1: 介護予防事業の利用が望ましい、2: 医学的な理由により次の介護予防の利用は不適當、3: 生活機能の低下なし
	9N561000000000011	生活機能評価の結果2			コード			1: すべて、2: 運動器の機能向上、3: 栄養改善、4: 口腔機能の向上、5その他(上記で2を選択したときに記載)
	9N566000000000049	生活機能評価の結果3			漢字			上記でその他を記載したとき記載
	9N571000000000049	医師の診断(判定)(生活機能評価)			漢字			
	9N576000000000049	診断をした医師の氏名(生活機能評価)			漢字			
	9N581161300000011	医師の診断(肺がん検診)(コード)			コード			1: 精密検査必要、2: 精密検査不要
	9N581161400000049	医師の診断(肺がん検診)(自由記載)			漢字			
	9N586000000000049	診断をした医師の氏名(肺がん検診)			漢字			
	9N591161300000011	医師の診断(胃がん検診)(コード)			コード			1: 精密検査必要、2: 精密検査不要
	9N591161400000049	医師の診断(胃がん検診)(自由記載)			漢字			
	9N596000000000049	診断をした医師の氏名(胃がん検診)			漢字			
	9N601161300000011	医師の診断(乳がん検診)(コード)			コード			1: 精密検査必要、2: 精密検査不要
	9N601161400000049	医師の診断(乳がん検診)(自由記載)			漢字			
	9N606000000000049	診断をした医師の氏名(乳がん検診)			漢字			
	9N611161300000011	医師の診断(子宮がん検診)(コード)			コード			1: 精密検査必要、2: 精密検査不要
	9N611161400000049	医師の診断(子宮がん検診)(自由記載)			漢字			
	9N616000000000049	診断をした医師の氏名(子宮がん検診)			漢字			
	9N621161300000011	医師の診断(大腸がん検診)(コード)			コード			1: 精密検査必要、2: 精密検査不要
	9N621161400000049	医師の診断(大腸がん検診)(自由記載)			漢字			
	9N626000000000049	診断をした医師の氏名			漢字			
	9N631161300000011	医師の診断(前立腺がん検診)(コード)			コード			1: 精密検査必要、2: 精密検査不要
	9N631161400000049	医師の診断(前立腺がん検診)(自由記載)			漢字			
	9N636000000000049	診断をした医師の氏名(前立腺がん検診)			漢字			
	9N641000000000049	医師の診断(その他)			漢字			
	9N646000000000049	診断をした医師の氏名(その他)			漢字			
質問票	9N701000000000011	服薬1(血圧)			コード			1: 服薬あり、2: 服薬なし
	9N701167000000049	服薬1(血圧)(薬剤)			漢字			
	9N701167100000049	服薬1(血圧)(服薬理由)			漢字			
	9N706000000000011	服薬2(血糖)			コード			1: 服薬あり、2: 服薬なし
	9N706167000000049	服薬2(血糖)(薬剤)			漢字			
	9N706167100000049	服薬2(血糖)(服薬理由)			漢字			
	9N711000000000011	服薬3(脂質)			コード			1: 服薬あり、2: 服薬なし
	9N711167000000049	服薬3(脂質)(薬剤)			漢字			
	9N711167100000049	服薬3(脂質)(服薬理由)			漢字			
	9N716000000000011	既往歴1(脳血管)			コード			1: はい、2: いいえ
	9N721000000000011	既往歴2(心血管)			コード			1: はい、2: いいえ
	9N726000000000011	既往歴3(腎不全・人工透析)			コード			1: はい、2: いいえ
	9N731000000000011	貧血			コード			1: はい、2: いいえ
	9N736000000000011	喫煙			コード			1: はい、2: いいえ
	9N741000000000011	20歳からの体重変化			コード			1: はい、2: いいえ
	9N746000000000011	30分以上の運動習慣			コード			1: はい、2: いいえ
	9N751000000000011	歩行又は身体活動			コード			1: はい、2: いいえ
	9N756000000000011	歩行速度			コード			1: はい、2: いいえ
	9N872000000000011	咀嚼			コード			1: 何でも、2: かみにくい、3: ほとんどかめない
	9N766000000000011	食べ方1(早食い等)			コード			1: 速い、2: ふつう、3: 遅い
9N771000000000011	食べ方2(就寝前)			コード			1: はい、2: いいえ	
9N782000000000011	食べ方3(間食)			コード			1: 毎日、2: 時々、3: ほとんど摂取しない	
9N781000000000011	食習慣			コード			1: はい、2: いいえ	
9N786000000000011	飲酒			コード			1: 毎日、2: 時々、3: ほとんど飲まない	

☆	9N791000000000011	飲酒量				コード				1:1合未満、2:1~2合未満、3:2~3合未満、4:3合以上	
☆	9N796000000000011	睡眠				コード				1:はい、2:いいえ	
☆	9N801000000000011	生活習慣の改善				コード				1:意志なし、2:意志あり(6か月以内)、3:意志あり(近いうち)、4:取組済み(6ヶ月未満)、5:取組済み(6ヶ月以上)	
☆	9N806000000000011	保健指導の希望				コード				1:はい、2:いいえ	
情報提供	☆	9N950000000000011	情報提供の方法				コード			1:付加価値の高い情報提供、2:専門職による対面説明、3:1と2両方実施 1~3に当てはまらない場合は出現させない	
初回面接	☆	9N807000000000011	初回面接実施				コード			1:健診当日に初回面接実施 1に当てはまらない場合は出現させない	
基本 チェ ック リス ト		9N811000000000011	1. バスや電車で1人で外出していますか				コード			0:はい、1:いいえ	
		9N816000000000011	2. 日用品の買物をしていますか				コード			0:はい、1:いいえ	
		9N821000000000011	3. 預貯金の出し入れをしていますか				コード			0:はい、1:いいえ	
		9N826000000000011	4. 友人の家を訪ねていますか				コード			0:はい、1:いいえ	
		9N831000000000011	5. 家族や友人の相談にのっていますか				コード			0:はい、1:いいえ	
		9N836000000000011	6. 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか				コード			0:はい、1:いいえ	
		9N841000000000011	7. 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか				コード			0:はい、1:いいえ	
		9N846000000000011	8. 15分位続けて歩いていますか				コード			0:はい、1:いいえ	
		9N851000000000011	9. この1年間に転んだことがありますか				コード			1:はい、0:いいえ	
		9N856000000000011	10. 転倒に対する不安は大きいですか				コード			1:はい、0:いいえ	
		9N861000000000011	11. 6ヵ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか				コード			1:はい、0:いいえ	
		9N866000000000011	12. 身長 $\frac{\text{cm}}{\text{kg}}$ (BMI= $\frac{\text{cm}}{\text{kg}} \times \text{kg/m}^2$)				数字	kg/m ²			身長と体重から計算されるBMIを記載すること。小数点以下1桁
		9N871000000000011	13. 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか				コード				1:はい、0:いいえ
		9N876000000000011	14. お茶や汗物等でむせることがありますか				コード				1:はい、0:いいえ
		9N881000000000011	15. 口の渇きが気になりますか				コード				1:はい、0:いいえ
		9N886000000000011	16. 週に1回以上は外出していますか				コード				0:はい、1:いいえ
		9N891000000000011	17. 昨年と比べて外出の回数が減っていますか				コード				1:はい、0:いいえ
		9N896000000000011	18. 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると云われますか				コード				1:はい、0:いいえ
		9N901000000000011	19. 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか				コード				0:はい、1:いいえ
		9N906000000000011	20. 今日が何月何日かわからない時がありますか				コード				1:はい、0:いいえ
		9N911000000000011	21. (ここ2週間)毎日の生活に充実感がない				コード				1:はい、0:いいえ
		9N916000000000011	22. (ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった				コード				1:はい、0:いいえ
		9N921000000000011	23. (ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる				コード				1:はい、0:いいえ
		9N926000000000011	24. (ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない				コード				1:はい、0:いいえ
		9N931000000000011	25. (ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする				コード				1:はい、0:いいえ

(表の説明)
注1) ○…必須項目、□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目、▲…医療保険者に報告する必要はないが、受診者に対して健診結果を通知する項目、●…いずれかの項目の実施で可、☆…情報を入手した場合に限り、医療保険者に報告する項目
注2) 医療保険者は、特定健診以外の項目について、健診機関等における対応の可否を踏まえ、本表に示す項目以外の項目をも含め、任意に特定健診以外の項目の実施や、当該項目の入力方法の変更等を行うことができる。

番号	記載区分(注1)			項目コード	項目名	データ値	データタイプ	単位	備考
	1回目の請求時	2回目の請求時	国への実績報告時						
1101	○		○	102000001	保健指導区分		コード		1: 積極的支援、2: 動機づけ支援、3: 動機付け支援相当、4: モデル実施
1102	△		△	102000002	行動変容ステージ		コード		1: 意志なし、2: 意志あり(6ヶ月以内)、3: 意志あり(近いうち)、4: 取組済み(6ヶ月未満)、5: 取組済み(6ヶ月以上)
1103	☆			102000003	保健指導コース名		漢字		
1301	○		○	102200011	初回面接の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1302	○		○	102200012	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、5: 遠隔面接 ※初回面接を分割して実施した場合における2回目(初回面接②)は、支援形態により「3: 電話」又は「4: 電子メール支援」を記載してもよい。
1303	○		○	102200013	初回面接の実施時間		数字	分	
1304	○		○	102200015	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
1305	△			102200090	初回面接情報		漢字		
1306	●		●	102100020	継続的支援予定期間		数字	週	
1307	☆			1021001031	目標腹囲		数字	cm	
1308	☆			1021001032	目標体重		数字	kg	
1309	□			1021001033	目標収縮期血圧		数字	mmHg	
1310	□			1021001034	目標拡張期血圧		数字	mmHg	
1311	☆			1021001050	一日の削減目標エネルギー量		数字	kcal	
1312	☆			1021001051	一日の運動による目標エネルギー量		数字	kcal	
1313	☆			1021001052	一日の食事による目標エネルギー量		数字	kcal	
1501		▲*		103200011	中間評価の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1502		▲*		103200012	中間評価の支援形態		コード		1: 個別支援A、3: グループ支援、4: 電話A、6: 電子メール支援A
1503		▲*		103200013	中間評価の実施時間		数字	分	
1504		▲*		103200014	中間評価の実施ポイント		数字		自動計算
1505		▲*		103200015	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
1506		▲*		1032001031	中間評価時の腹囲		数字	cm	YYYYMMDD
1507		▲*		1032001032	中間評価時の体重		数字	kg	
1508		▲		1032001033	中間評価時の収縮期血圧		数字	mmHg	
1509		▲		1032001034	中間評価時の拡張期血圧		数字	mmHg	
1510		▲*		1032001042	中間評価時の生活習慣の改善(栄養・食生活)		コード		0: 変化なし、1: 改善、2: 悪化
1511		▲*		1032001041	中間評価時の生活習慣の改善(身体活動)		コード		0: 変化なし、1: 改善、2: 悪化
1512		▲		1032001043	中間評価時の生活習慣の改善(喫煙)		コード		1: 禁煙継続、2: 非継続、3: 非喫煙、4: 禁煙の意志なし
1513		▲		1032001090	中間評価情報		漢字		
1411		★		1032100011	支援A①の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1412		★		1032100012	支援A①の支援形態		コード		1: 個別支援A、3: グループ支援、4: 電話A、6: 電子メール支援A
1413		★		1032100013	支援A①の実施時間		数字	分	
1414		★		1032100014	支援A①の実施ポイント		数字		自動計算
1415		★		1032100015	支援A①の実施者		コード		1: 医師、2: 保健師、3: 管理栄養士、4: その他
1416		▲		1032100090	支援A①情報		漢字		
1421		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A②の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1422		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A②の支援形態		コード		1: 個別支援A、3: グループ支援、4: 電話A、6: 電子メール支援A
1423		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A②の実施時間		数字	分	
1424		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A②の実施ポイント		数字		自動計算
1425		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A②の実施者		コード		1: 医師、2: 保健師、3: 管理栄養士、4: その他
1426		▲		支援A①の対応するコードと同一	支援A②情報		漢字		
1431		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A③の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1432		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A③の支援形態		コード		1: 個別支援A、3: グループ支援、4: 電話A、6: 電子メール支援A
1433		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A③の実施時間		数字	分	
1434		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A③の実施ポイント		数字		自動計算
1435		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A③の実施者		コード		1: 医師、2: 保健師、3: 管理栄養士、4: その他
1436		▲		支援A①の対応するコードと同一	支援A③情報		漢字		
1441		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A④の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1442		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A④の支援形態		コード		1: 個別支援A、3: グループ支援、4: 電話A、6: 電子メール支援A
1443		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A④の実施時間		数字	分	
1444		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A④の実施ポイント		数字		自動計算
1445		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A④の実施者		コード		1: 医師、2: 保健師、3: 管理栄養士、4: その他
1446		▲		支援A①の対応するコードと同一	支援A④情報		漢字		
1451		★		1032200011	支援B①の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1452		★		1032200012	支援B①の支援形態		コード		2: 個別支援B、5: 電話B、7: 電子メール支援B
1453		★		1032200013	支援B①の実施時間		数字	分	
1454		★		1032200014	支援B①の実施ポイント		数字		自動計算
1455		★		1032200015	支援B①の実施者		コード		1: 医師、2: 保健師、3: 管理栄養士、4: その他
1456		▲		1032200090	支援B①情報		漢字		
1461		★		支援B①の対応するコードと同一	支援B②の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1462		★		支援B①の対応するコードと同一	支援B②の支援形態		コード		2: 個別支援B、5: 電話B、7: 電子メール支援B

1463	★		ドと同一 支援B①の対 応するコード と同一	支援B②の実施時間	数字	分	
1464	★		支援B①の対 応するコード と同一	支援B②の実施ポイント	数字		自動計算
1465	★		支援B①の対 応するコード と同一	支援B②の実施者	コード		1：医師、2：保健師、3：管理栄養士、4：その他
1466	▲		支援B①の対 応するコード と同一	支援B②情報	漢字		
1471	★		支援B①の対 応するコード と同一	支援B③の実施日付	年月日		
1472	★		支援B①の対 応するコード と同一	支援B③の支援形態	コード		2：個別支援B、5：電話B、7：電子メール支援B
1473	★		支援B①の対 応するコード と同一	支援B③の実施時間	数字	分	
1474	★		支援B①の対 応するコード と同一	支援B③の実施ポイント	数字		自動計算
1475	★		支援B①の対 応するコード と同一	支援B③の実施者	コード		1：医師、2：保健師、3：管理栄養士、4：その他
1476	▲		支援B①の対 応するコード と同一	支援B③情報	漢字		
1481	★		支援B①の対 応するコード と同一	支援B④の実施日付	年月日		YYYYMMDD
1482	★		支援B①の対 応するコード と同一	支援B④の支援形態	コード		2：個別支援B、5：電話B、7：電子メール支援B
1483	★		支援B①の対 応するコード と同一	支援B④の実施時間	数字	分	
1484	★		支援B①の対 応するコード と同一	支援B④の実施ポイント	数字		自動計算
1485	★		支援B①の対 応するコード と同一	支援B④の実施者	コード		1：医師、2：保健師、3：管理栄養士、4：その他
1486	▲		支援B①の対 応するコード と同一	支援B④情報	漢字		
1601	○	○	1042000011	3ヶ月後の評価の実施日付	年月日		YYYYMMDD
1602	○	○	1042000012	3ヶ月後の評価の支援形態又は確認方法	コード		1：個別支援、2：グループ支援、3：電話、4：電子メール支援
1603	○	○	1042000015	3ヶ月後の評価の実施者	コード		1：医師、2：保健師、3：管理栄養士、4：その他
1604	○	○	1042000116	3ヶ月後の評価ができない場合の確認回数	数字	回	確認方法に基づき、評価実施者が行った確認の回数
1605	○	○	1042001031	3ヶ月後の評価時の腹囲	数字	cm	
1606	○	○	1042001032	3ヶ月後の評価時の体重	数字	kg	
1607	△	△	1042001033	3ヶ月後の評価時の収縮期血圧	数字	mmHg	
1608	△	△	1042001034	3ヶ月後の評価時の拡張期血圧	数字	mmHg	
1609	○	○	1042001042	3ヶ月後の評価時の保健指導による生活習慣の改善(栄養・食生活)	コード		0：変化なし、1：改善、2：悪化
1610	○	○	1042001041	3ヶ月後の評価時の保健指導による生活習慣の改善(身体活動)	コード		0：変化なし、1：改善、2：悪化
1611	△	△	1042001043	3ヶ月後の評価時の保健指導による生活習慣の改善(喫煙)	コード		1：禁煙継続、2：非継続、3：非喫煙、4：禁煙の意志なし
1612	△		1042001090	実績評価情報	漢字		
1701	●	●	1041800117	計画上の継続的な支援の実施回数	数字	回	
1702	●	●	1041101117	計画上の継続的な支援の実施回数(個別支援A)	数字	回	
1703	●	●	1041101113	計画上の継続的な支援の合計実施時間(個別支援A)	数字	分	
1704	▲	▲	1041201117	計画上の継続的な支援の実施回数(個別支援B)	数字	回	
1705	▲	▲	1041201113	計画上の継続的な支援の合計実施時間(個別支援B)	数字	分	
1706	●	●	1041302117	計画上の継続的な支援の実施回数(グループ支援)	数字	回	
1707	●	●	1041302113	計画上の継続的な支援の合計実施時間(グループ支援)	数字	分	
1708	●	●	1041103117	計画上の継続的な支援の実施回数(電話Aによる支援)	数字	回	
1709	●	●	1041103113	計画上の継続的な支援の合計実施時間(電話Aによる支援)	数字	分	
1710	●	●	1041104117	計画上の継続的な支援の実施回数(e-mailAによる支援)	数字	回	
1711	▲	▲	1041203117	計画上の継続的な支援の実施回数(電話Bによる支援)	数字	回	
1712	▲	▲	1041203113	計画上の継続的な支援の合計実施時間(電話Bによる支援)	数字	分	
1713	▲	▲	1041204117	計画上の継続的な支援の実施回数(e-mailBによる支援)	数字	回	
1714	●	●	1041100114	計画上の継続的な支援によるポイント(支援A)	数字		
1715	▲	▲	1041200114	計画上の継続的な支援によるポイント(支援B)	数字		
1716	●	●	1041800114	計画上の継続的な支援によるポイント(合計)	数字		自動計算
1731	●	●	1042800117	実施上の継続的な支援の実施回数	数字	回	自動計算
1732	●	●	1042101117	実施上の継続的な支援の実施回数(個別支援A)	数字	回	
1733	●	●	1042101113	実施上の継続的な支援の合計実施時間(個別支援A)	数字	分	
1734	▲	▲	1042201117	実施上の継続的な支援の実施回数(個別	数字	回	

					支援B)				
1735		▲	▲	1042201113	実施上の継続的な支援の合計実施時間(個別支援B)	数字	分		
1736		●	●	1042302117	実施上の継続的な支援の実施回数(グループ支援)	数字	回		
1737		●	●	1042302113	実施上の継続的な支援の合計実施時間(グループ支援)	数字	分		
1738		●	●	1042103117	実施上の継続的な支援の実施回数(電話Aによる支援)	数字	回		
1739		●	●	1042103113	実施上の継続的な支援の合計実施時間(電話Aによる支援)	数字	分		
1740		●	●	1042104117	実施上の継続的な支援の実施回数(e-mailAによる支援)	数字	回		
1741		▲	▲	1042203117	実施上の継続的な支援の実施回数(電話Bによる支援)	数字	回		
1742		▲	▲	1042203113	実施上の継続的な支援の合計実施時間(電話Bによる支援)	数字	分		
1743		▲	▲	1042204117	実施上の継続的な支援の実施回数(e-mailBによる支援)	数字	回		
1744		●	●	1042100114	継続的な支援によるポイント(支援A)	数字		自動計算	
1745		▲	▲	1042200114	継続的な支援によるポイント(支援B)	数字		自動計算	
1746		●	●	1042800114	継続的な支援によるポイント(合計)	数字		自動計算	
1747		▲	▲	1042800118	禁煙指導の実施回数	数字	回		
1748		●	●	1042000022	実施上の継続的な支援の終了日	年月日		YYYYMMDD	
1811			○	1042000081	保健指導機関番号(1)	数字			
1812			○	1042000082	保健指導機関名(1)	漢字			
1813			○	1042000085	主対応内容(1)	コード		1: 個別支援、2: グループ支援、3: 電話、4: 電子メール支援、5: 遠隔面接	
1814			○	1042000086	実施内容(1)	コード		1: 初回面接(分割実施以外)、2: 初回面接①、3: 初回面接②、4: 中間評価、5: 継続的支援、6: 実績評価	
1821			○	保健指導機関番号(1)と同じ	保健指導機関番号(2)	数字			
1822			○	保健指導機関名(1)と同じ	保健指導機関名(2)	漢字			
1823			○	主対応内容(1)と同じ	主対応内容(2)	コード		1: 個別支援、2: グループ支援、3: 電話、4: 電子メール支援、5: 遠隔面接	
1824			○	実施内容(1)と同じ	実施内容(2)	コード		1: 初回面接(分割実施以外)、2: 初回面接①、3: 初回面接②、4: 中間評価、5: 継続的支援、6: 実績評価	
1831			○	保健指導機関番号(1)と同じ	保健指導機関番号(3)	数字			
1832			○	保健指導機関名(1)と同じ	保健指導機関名(3)	漢字			
1833			○	主対応内容(1)と同じ	主対応内容(3)	コード		1: 初回面接①、2: 初回面接②、3: 継続的支援、4: 実績評価、5: 遠隔面接	
1834			○	実施内容(1)と同じ	実施内容(3)	コード		1: 初回面接(分割実施以外)、2: 初回面接①、3: 初回面接②、4: 中間評価、5: 継続的支援、6: 実績評価	
1841			○	保健指導機関番号(1)と同じ	保健指導機関番号(4)	数字			
1842			○	保健指導機関名(1)と同じ	保健指導機関名(4)	漢字			
1843			○	主対応内容(1)と同じ	主対応内容(4)	コード		1: 個別支援、2: グループ支援、3: 電話、4: 電子メール支援、5: 遠隔面接	
1844			○	実施内容(1)と同じ	実施内容(4)	コード		1: 初回面接(分割実施以外)、2: 初回面接①、3: 初回面接②、4: 中間評価、5: 継続的支援、6: 実績評価	
1851			○	保健指導機関番号(1)と同じ	保健指導機関番号(5)	数字			
1852			○	保健指導機関名(1)と同じ	保健指導機関名(5)	漢字			
1853			○	主対応内容(1)と同じ	主対応内容(5)	コード		1: 個別支援、2: グループ支援、3: 電話、4: 電子メール支援、5: 遠隔面接	
1854			○	実施内容(1)と同じ	実施内容(5)	コード		1: 初回面接(分割実施以外)、2: 初回面接①、3: 初回面接②、4: 中間評価、5: 継続的支援、6: 実績評価	
1861			○	保健指導機関番号(1)と同じ	保健指導機関番号(6)	数字			
1862			○	保健指導機関名(1)と同じ	保健指導機関名(6)	漢字			
1863			○	主対応内容(1)と同じ	主対応内容(6)	コード		1: 個別支援、2: グループ支援、3: 電話、4: 電子メール支援、5: 遠隔面接	
1864			○	実施内容(1)と同じ	実施内容(6)	コード		1: 初回面接(分割実施以外)、2: 初回面接①、3: 初回面接②、4: 中間評価、5: 継続的支援、6: 実績評価	
1871			○	保健指導機関番号(1)と同じ	保健指導機関番号(7)	数字			
1872			○	保健指導機関名(1)と同じ	保健指導機関名(7)	漢字			
1873			○	主対応内容(1)と同じ	主対応内容(7)	コード		1: 初回面接①、2: 初回面接②、3: 継続的支援、4: 実績評価、5: 遠隔面接	
1874			○	実施内容(1)と同じ	実施内容(7)	コード		1: 初回面接(分割実施以外)、2: 初回面接①、3: 初回面接②、4: 中間評価、5: 継続的支援、6: 実績評価	
1881			○	保健指導機関番号(1)と同じ	保健指導機関番号(8)	数字			

1882		○	保健指導機 関名(1)と 同じ	保健指導機関名(8)		漢字	
1883		○	主対応内容 (1)と同じ	主対応内容(8)		コード	1: 個別支援、2: グループ支援、3: 電話、4: 電子メール支援、5: 遠隔面接
1884		○	実施内容 (1)と同じ	実施内容(8)		コード	1: 初回面接(分割実施以外)、2: 初回面接①、3: 初回面接②、4: 中間評価、5: 継続的支援、6: 実績評価

注1 1回目の請求時=初回面接終了後、2回目の請求時=3ヶ月後の実績評価終了後。

条件: ○…必須入力項目、☆…少なくとも保険者が委託により実施した場合は必須入力項目、△…情報を入手した場合に入力、□…計画において目標値を定めた場合についてのみのみ入力。

●…必須入力項目(積極的支援、モデル実施の場合)、★…少なくとも保険者が委託により実施した場合は必須入力項目(積極的支援、モデル実施の場合)、▲…情報を入手した場合に入力(積極的支援、モデル実施の場合)とするが、動機付け支援、動機付け支援相当の場合において、保険者との契約により継続的な支援の実施及びその報告が求められている場合についてのみのみ入力する(積極的支援に準じた継続的支援を実施する場合のみ)。また、中間評価を実施した場合は、*の項目は必須入力項目である。

注2 必須でなくとも全項目電子化し保管することも可。また電子化しない場合でも紙での記録(対象者一人ひとりの「特定保健指導支援計画及び実施報告書」)は委託・直営に関わらず必須

注3 2回目以降の報告は、それまでのデータに追加(上書き)しやり取りするものとする。

注4 ○☆は代行機関等でチェックすべき項目を示したものであり、各回の送付ファイルに入れるべき項目を示したのではない。

注5 項目1811~1884については、初回面接(分割して実施した場合は初回面接①と初回面接②それぞれ)、中間評価(実施した場合のみ)、継続的支援(実施した場合のみ)、実績評価それぞれについて、保険者が直営で実施した場合も含めて入力する。

データ範囲のチェック

項目コード	項目名	データタイプ	入力最小値(L)	入力最大値(H)	少数点以下の桁数	単位
9N001000000000001	身長	数字	100.0	250.0	1	cm
9N006000000000001	体重	数字	20.0	250.0	1	kg
9N011000000000001	BMI	数字	10.0	100.0	1	kg/m ²
9N016160100000001 9N016160200000001 9N016160300000001	腹囲	数字	40.0	250.0	1	cm
9A755000000000001 9A752000000000001 9A751000000000001	血圧(収縮期)	数字	60	300	0	mmHg
9A765000000000001 9A762000000000001 9A761000000000001	血圧(拡張期)	数字	30	150	0	mmHg
3F015000002327101 3F015000002327201 3F015000002399901	中性脂肪	数字	10	2000	0	mg/dl
3F070000002327101 3F070000002327201 3F070000002399901	HDLコレステロール	数字	10	500	0	mg/dl
3F077000002327101 3F077000002327201 3F077000002399901 3F077000002391901	LDLコレステロール	数字	20	1000	0	mg/dl
3F069000002391901	Non-HDLコレステロール	数字	20	1000	0	mg/dl
3B035000002327201 3B035000002399901	AST(GOT)	数字	0	1000	0	U/L
3B045000002327201 3B045000002399901	ALT(GPT)	数字	0	1000	0	U/L
3B090000002327101 3B090000002399901	γ-GT(γ-GTP)	数字	0	1000	0	U/L
3D010000001926101 3D010000002227101 3D010000001927201 3D010000001999901	空腹時血糖	数字	20	600	0	mg/dl
3D010129901926101 3D010129902227101 3D010129901927201 3D010129901999901	随時血糖	数字	20	1000	0	mg/dl
3D046000001906202 3D046000001920402 3D046000001927102 3D046000001999902	HbA1c(NGSP)	数字	3.0	20.0	1	%
3C015000002327101 3C015000002399901	血清クレアチニン	数字	0.10	20.00	2	mg/dl
8A065000002391901	eGFR	数字	1.0	500.0	1	ml/min/ 1.73m ²
2A040000001930102	ヘマトクリット値	数字	0.0	100.0	1	%
2A030000001930101	血色素量[ヘモグロビン値]	数字	0.0	30.0	1	g/dl
2A020000001930101	赤血球数	数字	0	1000	0	万/mm ³

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

(注)この「H」「L」は、不必要なデータベースを確保することによるシステムの負担を軽減すること、誤入力のチェック(30を300と入れてしまう等)の観点から設定している。「H」以上や「L」以下の値はおおよそ正確な検査データとしては考えにくい値であって、検体の取扱いや測定機器上の問題を疑うべき値であり、各疾患の基準範囲からはかけ離れている。

※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。