

第 1 編 標準的な健診・保健指導 プログラムの考え方

第1章 生活習慣病対策のための標準的な健診・保健指導の方向性

1-1 特定健診・特定保健指導の導入の経緯と生活習慣病対策の今後の方向性

(1) 国民健康づくり運動の流れ

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年からは一次予防を重視し、生活習慣の改善の目標値を示し、疾病の予防や治療にとどまらない積極的な健康増進を図ることを目的とした「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」を開始した。

平成14年には、健康日本21を中核とする国民の健康づくりを更に積極的に推進するため、健康増進法（平成14年法律第103号）が公布・施行された。同法に基づき実施される国民健康・栄養調査等を活用し、健康日本21の達成状況の確認等を行っている。

また、健康診断や健康診査（以下「健診」という。）については、医療保険各法に基づき保険者が行う一般健診や、労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）に基づき事業者が行う健康診断等、老人保健法（昭和57年法律第80号）に基づき市町村が行う健診等が実施されてきた。

(2) 生活習慣病対策への提言

「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 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会）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

等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た。このような課題を解決するためには新たな視点で生活習慣病対策を充実・強化することが必要であるとの考え方が共有され、平成20年4月より特定健康診査・特定保健指導（以下「特定健診・特定保健指導」という。）が導入された。

（３）健康日本 21（第二次）の展開と次期国民健康づくり運動

健康日本21の最終評価等を踏まえ、平成25年4月から健康日本21（第二次）が開始された。健康日本21（第二次）では、具体的な目標項目が設定され、地方公共団体を始め、関係団体や企業等と連携しながら、取組を進めてきた。53項目の目標項目のうち、特定健診・特定保健指導に特に関連するものは、表1のとおりであり、特定健診・特定保健指導の実施率も含まれている。これらのうち、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群を始めとして、目標達成に至らなかった項目もあり、実効性のある取組のさらなる推進が求められている。

令和4年からは、健康日本21（第二次）の最終評価等を踏まえつつ、令和6年度より開始予定の次期国民健康づくり運動（健康日本21（第三次）（仮））について、策定に向けた議論が開始された。健康日本21（第二次）と同様に、健康寿命の延伸を目指し、51項目の目標項目を設定する予定であるが、特定健診・特定保健指導に関連する目標項目についても継続して設定される予定である（表2）。

このように、特定健診・特定保健指導の実施率の向上を図りつつ、分析に基づく取組を実施していくことは、国民健康づくり運動においても重要であり、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながるといえる。特に、図1に示すとおり、データの分析を行うことで、個人や各地域・職域において、解決すべき課題や取組が明確となり、それぞれにメリットが生じる。得られたメリットを活かし、医療機関への未受診者に対する受診勧奨等を行うことで、健康状態の改善（高血圧の改善、脂質異常症の減少や糖尿病の減少、更に脳血管疾患・心疾患の死亡率の減少、糖尿病の合併症の減少等）に結びつけていくことも可能となる。地域・職域において、国民健康づくりと特定健診・特定保健指導が相互に連携して、取組を進めていくことが重要である。

表1

健康日本 21（第二次）における特定健診・特定保健指導に関連した数値目標

項目	策定時の現状	中間評価	最終評価	評価	目標
①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）	脳血管疾患 男性 49.5、女性 26.9 虚血性心疾患 男性 37.0、女性 15.3 （平成 22 年）	脳血管疾患 男性 36.2、女性 20.0 虚血性心疾患 男性 30.2、女性 11.3 （平成 28 年）	脳血管疾患 男性 33.2、女性 18.0 虚血性心疾患 男性 27.8、女性 9.8 （令和元年）	A	脳血管疾患 男性 41.6、女性 24.7 虚血性心疾患 男性 31.8、女性 13.7 （令和 4 年度）
②高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下）	男性 138mmHg 女性 133mmHg （平成 22 年）	男性 136mmHg 女性 130mmHg （平成 28 年）	男性 137mmHg 女性 131mmHg （平成 30 年）	B*	男性 134mmHg 女性 129mmHg （令和 4 年度）
③脂質異常症の減少	総コレステロール 240mg/dl 以上の者の割合 男性 13.8% 女性 22.0% LDL コレステロール 160 mg/dl 以上の者の割合 男性 8.3% 女性 11.7% （平成 22 年）	総コレステロール 240mg/dl 以上の者の割合 男性 10.8% 女性 20.1% LDL コレステロール 160 mg/dl 以上の者の割合 男性 7.5% 女性 11.3% （平成 28 年）	総コレステロール 240mg/dl 以上の者の割合 男性 14.2% 女性 25.0% LDL コレステロール 160 mg/dl 以上の者の割合 男性 9.8% 女性 13.1% （令和元年）	C	総コレステロール 240 mg/dl 以上の者の割合 男性 10%、女性 17% LDL コレステロール 160 mg/dl 以上の者の割合 男性 6.2%、女性 8.8% （令和 4 年度）
④糖尿病合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少	16, 247 人 （平成 22 年）	16,103 人 （平成 28 年）	16,019 人 （令和元年）	C	15,000 人 （令和 4 年度）
⑤糖尿病治療継続者の割合の増加	63.7% （平成 22 年）	66.7% （平成 28 年）	67.6% （令和元年）	C	75% （令和 4 年度）
⑥血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少（HbA1c が JDS 値 8.0%(NGSP 値 8.4%)以上の者の割合の減少）	1.2% （平成 21 年度）	0.96% （平成 26 年度）	0.94% （令和元年度）	A	1.0% （令和 4 年度）
⑦糖尿病有病者の増加の抑制	890 万人 （平成 19 年）	1,000 万人 （平成 28 年）	（参考値） （1,150 万人） （令和元年）	E（参考 B*）	1,000 万人 （令和 4 年度）
⑧メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	約 1,400 万人 （平成 20 年度）	約 1,412 万人 （平成 27 年度）	約 1,516 万人 （令和元年度）	D	平成 20 年度と比べて 25%減少 （令和 4 年度）
⑨特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	特定健康診査の実施率 41.3% 特定保健指導の実施率 12.3% （平成 21 年度）	特定健康診査の実施率 50.1% 特定保健指導の実施率 17.5% （平成 27 年度）	特定健康診査の実施率 55.6% 特定保健指導の実施率 23.2% （令和元年度）	B*	特定健康診査の実施率 70%以上 特定保健指導の実施率 45%以上 （令和 5 年度）

<評価について>

A：目標値に達した、B：現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある（B*：Bの中で目標年度までに目標達成が危ぶまれるもの）、C：変わらない、D：悪化している、E：評価困難

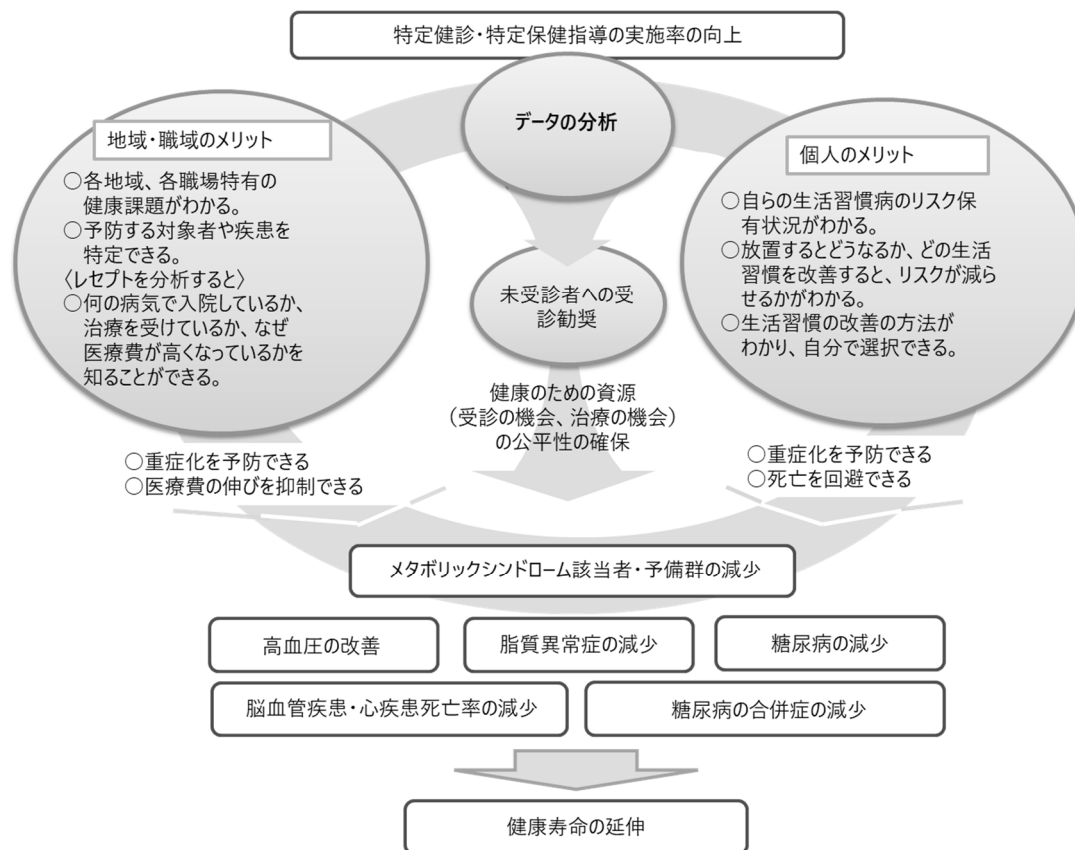
表2

次期国民健康づくり運動プランにおける特定健診・特定保健指導に関連した数値目標（案）

項目	指標	目標
①脳血管疾患・心疾患の年齢調整死亡率の減少	脳血管疾患・心疾患の年齢調整死亡率 （人口 10 万人当たり）	減少 （令和 10 年度）
②高血圧の改善	収縮期血圧の平均値 （40 歳以上、内服加療中の者を含む。） （年齢調整値）	ベースライン値から 5mmHg の低下 （令和 14 年度）
③脂質（LDL コレステロール）高値の者の減少	LDL コレステロール 160mg/dl 以上の者の割合 （40 歳以上、内服加療中の者を含む。） （年齢調整値）	ベースライン値から 25%の減少 （令和 14 年度）
④糖尿病の合併症（糖尿病腎症）の減少	糖尿病腎症の年間新規透析導入患者数	12,000 人 （令和 14 年度）
⑤治療継続者の増加	治療継続者の割合	75% （令和 14 年度）
⑥血糖コントロール不良者の減少	HbA1c8.0%以上の者の割合	1% （令和 14 年度）
⑦糖尿病有病者の増加の抑制	糖尿病有病者数 （糖尿病が強く疑われる者）の推計値	1,350 万人 （令和 14 年度）
⑧メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の人数（年齢調整値）	第 4 期医療費適正化計画に合わせて設定
⑨特定健康診査の実施率の向上	特定健康診査の実施率	第 4 期医療費適正化計画に合わせて設定
⑩特定保健指導の実施率の向上	特定保健指導の実施率	第 4 期医療費適正化計画に合わせて設定

特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

—特定健診・特定保健指導のメリットを活かし、国民健康づくり運動を着実に推進—



1－2 特定健診・特定保健指導とは

(1) 高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健診・特定保健指導
「医療制度改革大綱」(平成17年12月1日政府・与党医療改革協議会)において、平成27年度には平成20年度と比較して生活習慣病有病者や予備群を25%減少させることが政策目標として掲げられ、中長期的な医療費の伸びの適正化を図ることとされた。この考え方を踏まえ、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(昭和57年法律第80号。以下「高確法」という。)により、保険者に対して、内臓脂肪の蓄積に起因した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。)の実施が義務づけられた。

この政策目標を達成するために、保険者が効果的・効率的な健診・保健指導を実施し、事業評価が可能となるよう標準的な健診・保健指導プログラムを作成した。

本プログラムは6年(第1期及び第2期は5年)ごとに見直し、実施状況や課題を踏まえた改訂を加えてきた。平成25年度の改定では特定保健指導に係るポイント制の要件緩和等の運用見直し等、平成30年度の改定では検査項目に「血清クレアチニン検査」を追加等の運用見直しや特定保健指導のモデル実施の導入等がなされた。今回は令和6年度からの第4期に向けて本プログラムを改訂するものである。

なお、次期国民健康づくり運動プランにおいては、「生活習慣病(NCDs)の発症予防・重症化予防」に関連してがん、循環器病、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患に関して目標が設定されている、本プログラムにおいては、食生活・身体活動・喫煙等に関する不適切な生活習慣が引き金となり、肥満、血糖高値、血圧高値、脂質異常、動脈硬化症に起因する虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等とした。さらに、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としている。

(2) 健康増進法等に基づく健診・保健指導と特定健診・特定保健指導との関係

成人の健康の維持向上・回復を目的とした保健指導(栄養指導を含む。以下同じ。)は、医師法(昭和22年法律第201号)、歯科医師法(昭和23年法律第202号)、保健師助産師看護師法(昭和23年法律第203号)、栄養士法(昭和22年法律第245号)、高確法、健康増進法(平成14法律第103号)、労働安全衛生法(昭和47年法律第57号)、健康保険法(大正11年法律第70号)、学校保健安全法(昭和33年法律第56号)等にその法律上の根拠を有する。また、健康増進事業実施者は、健康教育、健康相談そのほか国民の健康の増進のために

必要な事業を積極的に推進するよう努めなければならないことが健康増進法第4条に定められている。これらの規定により、保険者も、被保険者や被扶養者に対する健診・保健指導を含めた保健事業にも積極的に取り組むことが求められていると言える。

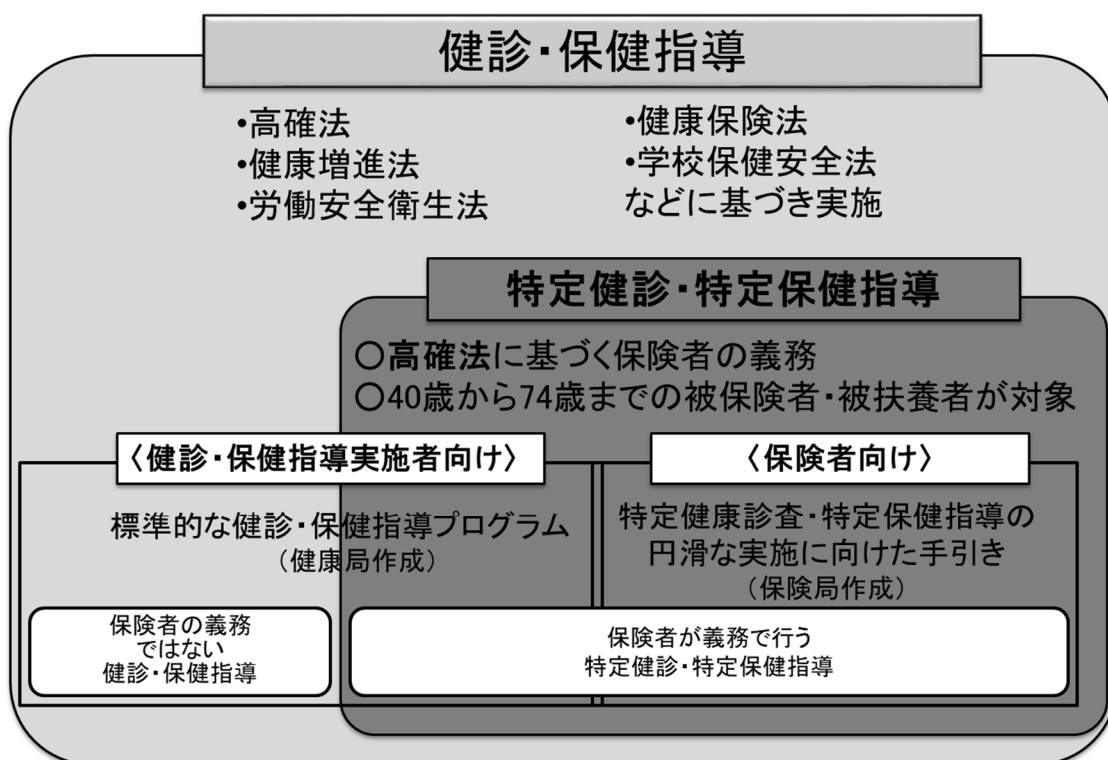
特定健診・特定保健指導は、こうした保健事業のうち、高確法に基づき保険者の義務を明確にしたものであるということに留意されたい。

なお、健診・保健指導の実施に当たっては、高確法以外の関係各法に規定する健診や事業の活用を考慮するとともに、市町村、事業主、保険者においては、健康課題の分析結果に基づき、利用可能な社会資源を活用した積極的な保健事業の展開が望まれる。保険者においては、データヘルス計画と相互に連携することが望ましい。

健診・保健指導と特定健診・特定保健指導の関係について図2に示す。

図2

健診・保健指導と特定健診・特定保健指導の関係



1－3 標準的な健診・保健指導プログラムの位置付け

本プログラムは、高確法に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導^aを実施するに当たり、事務担当者を含め、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものである。

なお、特定健診・特定保健指導を実施する際に保険者（あるいは委託先となる健診・保健指導機関）として留意すべき点については、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」を参照されたい。

また、本プログラムは、保険者が義務として実施する特定健診・特定保健指導の対象年齢である40歳から74歳までの者を主たる対象として記載している。65歳以上の高齢者については、介護保険法（平成9年法律第123号）に基づく地域支援事業の対象者でもあることに留意されたい。

^a 健康増進法第19条の2に基づき市町村が実施する生活保護受給者等を対象とした健診・保健指導を含む。

1-4 健診・保健指導の基本的な考え方

(1) 生活習慣病の予防に関する重点の変化

かつて、市町村で実施されていた老人保健事業は、「健康教育」、「健康相談」が主として一次予防、「健康診査」が主として二次予防、「機能訓練」、「訪問指導」が主として三次予防としての役割を担い、それらの連携を促す「健康手帳」の交付が行われ、予防活動の体系化の推進が行われていた。

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され、我が国においても国保ヘルスアップ事業を始めとして生活習慣病予備群に対する効果的な介入プログラムが開発されてきた。さらに、日本内科学会等の内科系8学会合同でメタボリックシンドロームの診断基準が示され、内臓脂肪の蓄積に着目した保健指導の重要性が明確化された。こうした状況を踏まえ、現在の健診・保健指導は、内臓脂肪の蓄積に着目した上で、生活習慣病の危険因子の数に応じて階層化された保健指導対象者に対し、個々の生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を重視するものとなっている。

なお、内臓脂肪の蓄積に着目した保健指導を行うのは、生活習慣病予防に効果的・効率的であるとの知見があるためであるが、こうした保健指導の考え方によって非肥満者に対する保健指導の重要性が低下するわけではないことに留意されたい。

（２）健診・保健指導の目的

現在の健診・保健指導は、主として内臓脂肪の蓄積に着目し、健診によって保健指導対象者を抽出して対象者の持つリスクの数に応じた個別の保健指導を行うことで、その要因となっている生活習慣を改善し、生活習慣病予防を行うことを目的としている。

健診・保健指導の実施に当たっては、対象者個人のリスクを分析し、対象者に応じて効果的・効率的に実施する。

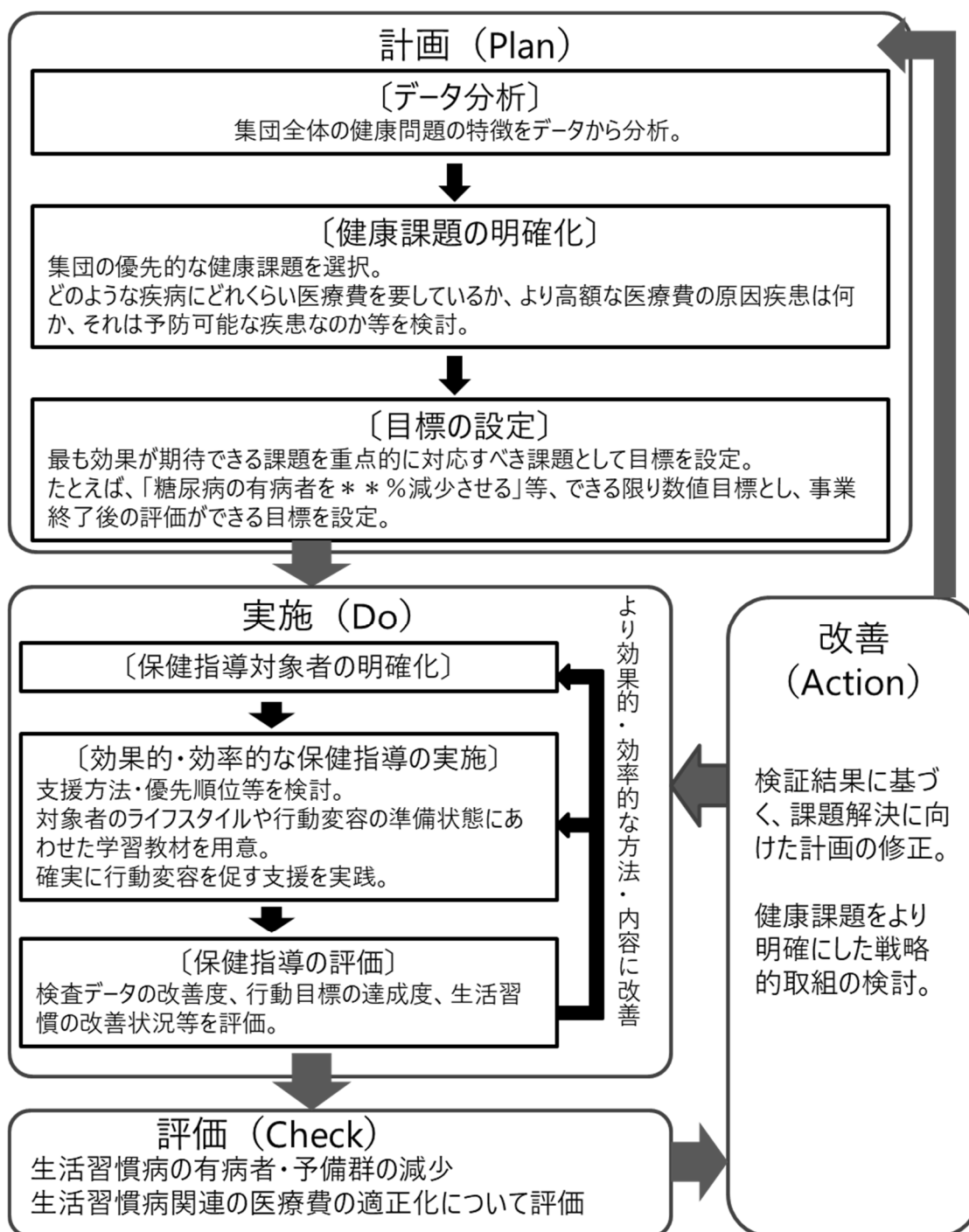
また、生活習慣病の有病者や予備群の減少を目的として、健診データを始め、レセプト^ｂデータや介護保険データ、そのほか統計資料等に基づいて健康課題を分析し、対象となる集団全体においてどのような生活習慣病対策に焦点をあてるかということ、及びその中で優先すべき健康課題を明確化しながらPDCA（計画（Plan）⇒実施（Do）⇒評価（Check）⇒改善（Action））サイクル（図３に示す）を意識した保健事業を展開していくことが必要である。レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）には、レセプト情報及び特定健診・特定保健指導情報が収集されており、分析等に利用可能である。

第４期からは個人の受診者の行動変容につながり、成果が出たことを評価する方針に沿い、特定保健指導の評価方法にアウトカム評価が導入された。こうした特定保健指導の実施率を向上させていくことで、成果を重視した保健指導をより多くの者が享受できるようにしていくべきである。

^ｂ レセプト：診療報酬請求明細書。病院や診療所が医療費の保険負担分の支払いを保険者に請求するために発行する。レセプト分析をすることにより、生活習慣病やその合併症である脳卒中や心筋梗塞、糖尿病性腎症ほか糖尿病合併症等がいかに多いか、医療費がいかに多くかかっているか等を明らかにできる。それにより、医療費適正化のための疾病予防の重要性を認識し、的確な保健指導に結びつけることができる。

図 3

保健事業（健診・保健指導）のPDCA サイクル



（３）健診

生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診は対象者個人が自らの健康状態を理解して生活習慣を振り返る絶好の機会と位置付けることができる。

健診では、適切な条件で所定の検査を実施した上で、健診結果を速やかに対象者に通知する。その際、対象者自身が生活習慣等の問題点を発見し、意識化することで、生活習慣の改善や早期の医療機関への受診等の行動変容に効果的につながる事が重要である。そのためには、健診結果の経年変化やどのような疾患のリスクが高まるのかを分かりやすく表記し、生活習慣の具体的な改善方法を解説する等、対象者本人に対して健診結果やそのほか必要な情報の提供（フィードバック）を工夫して行うことが求められる。

また、健診の結果、医療機関において専門的な治療を速やかに開始すべき者が見いだされる場合がある。そうした場合には特に、対象者がその健診結果を十分に理解できるよう支援し、確実な医療機関への受診勧奨を行うとともに、実際に受診に至ったかどうかの確認を行うことも必要である。

詳細は第２編第２章を参照されたい。

（４）情報提供・保健指導

① 対象者

健診受診者全員に対して情報提供を行うほか、健診結果から生活習慣病のリスクに応じて階層化し、必要な保健指導を行う。具体的には、腹囲等を第一基準として、血圧・脂質・血糖・喫煙のリスクが重複している者を保健指導の対象とし、特定保健指導として「動機付け支援」、「積極的支援」を行う。服薬中の者については、保険者が保健指導を行うことは義務ではないが、きめ細かな生活習慣改善支援の観点からや、医療機関と連携した上で保健指導を行うことが望ましい。

また、保険者は、自らが管理する健診・保健指導やレセプトデータ等の利活用により保健指導の実施状況や受診勧奨を行った者の治療継続状況を確認し、受診勧奨されたにもかかわらず受診していなかったり、治療を中断していたりする者等を把握することができることから、これらのデータを重点的な保健指導対象者の選定に役立てることが望ましい。

なお、過年度の健診結果を参照し、継続して状態が悪い場合も重点的な保健指導の対象となり得る。

② 内容

特定保健指導は、主にメタボリックシンドロームに着目し、対象者の個別性を重視して、生活習慣の改善に重点を置いた指導を行うものである。具体的には、

保健指導が必要な者に対しては、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。その結果、対象者が、健診結果から身体状況だけでなく、生活習慣改善の必要性を理解した上で、代謝等のメカニズムと生活習慣（食生活や身体活動、喫煙習慣、飲酒習慣等）との関係性を理解し、生活習慣の改善を自ら選択し、更にその結果が健診データの改善及び、セルフケアに結びつくように支援することが重要である。

③ 方法

情報提供は、個々の健診結果を理解し、生活習慣を振り返ることにつながるため、専門職による対面や通知等により健診受診者全員に対して行う。さらに、階層化の結果を踏まえ、特定保健指導として、「動機付け支援」又は「積極的支援」のいずれかを行う。

保健指導が終了した後も、対象者が健康的な生活習慣を維持し、更なる改善に取り組めるよう、社会資源の活用だけではなく、対象者に応じてアプリケーションソフトウェア（スマートフォンや Web ベースのものも含む。以下「アプリケーション等」という。）等の活用やポピュレーションアプローチによる支援を行う。

なお、情報提供に当たっては、ICT（Information and Communication Technology：以下「ICT」という。）の活用等も含めて多様な方法を用い、幅広い年齢層の対象者に確実に情報が届くよう努める必要がある。

[°] 令和 11 年度末まで、一定の実務経験がある看護師についても特定保健指導を行うことができる。「一定の実務経験」とは、平成 20 年 4 月現在において、1 年以上、保険者が保健事業として実施する生活習慣病予防に関する相談及び教育の業務又は事業主が労働者に対して実施する生活習慣病予防に関する相談及び教育の業務に従事した経験を指す。

（５）健診・保健指導の評価

ストラクチャー（構造）^d評価に加え、プロセス（過程）^e評価、アウトプット（事業実施量）^f評価、アウトカム（結果）^g評価を含めた総合的な評価を行うことで、健康課題を明確化し、俯瞰的な取組を実施することができる。

（６）実施体制

保険者は、特定健診・特定保健指導を含めた保健事業の質や量を確保する必要があるが、各保険者の規模や置かれている状況は様々であり、適切な外部委託の活用も含め、それぞれにあった実施体制を構築し、取組を進めることが必要である。

市町村は国保部門・衛生部門・介護保険部門間の連携強化を図るとともに、医師会や委託事業者、地域の住民組織や団体等と協働した体制づくり等が考えられる。

職域では、産業医や保健師等の専門職を中心とした体制の構築や、健診機関や適切な事業者への委託等が考えられる。

特に職域においては、事業主の協力により労働安全衛生法に基づき事業者が行う健康診断の結果データの受領や保健指導が実施しやすくなるとともに、対象者が生活改善に取り組みやすい職場の環境づくりが整備され、保健指導の効果が上がることが期待される。したがって、健診や保健指導の推進に当たって、保険者は積極的に事業者の協力を得ることが望まれる。

^d ストラクチャー：構造。ここでは健診・保健指導を実施する際の構成因子を指す。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）等がある。

^e プロセス：過程。ここでは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）を指す。

^f アウトプット：事業実施量。ここでは実施された事業におけるサービスの実施状況や業務量を指す。

^g アウトカム：結果。ここでは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を指す。

1-5 健診・保健指導の外部委託

① 外部委託の考え方

保険者は、健診・保健指導の計画の企画・立案、事業の進行管理、評価までを主体的に行う。その一つの方法として、外部委託を活用し、利用者の利便性やニーズに配慮した健診や保健指導を実施する（例えば、土曜日・日曜日・祝日・夜間の実施）ことで、健診や保健指導の実施率向上を図ることが期待される。特に、保健指導においては ICT の活用等や実施方法の工夫を行うことにより、実施率・効果を高めることが求められる。一方で、精度管理や評価が適切に行われない等、健診や保健指導の質が考慮されないことも懸念されるため、適切な委託基準を仕様書に盛り込む等、委託先における健診や保健指導の質を確保するとともに、保険者による定期的な評価を行うことが重要である。

② 外部委託先の選定と評価

健診や保健指導の実施を事業者へ委託する場合には、委託基準に基づき、健診や保健指導の実施機関を選定していくことが必要となる。

なお、健診・保健指導の事業の企画及び評価については、外部委託する場合であっても、事業の実施主体である保険者が行う必要がある。以下③、④にもあるとおり、外部委託する業務の範囲については留意すること。

③ 具体的な基準

特定健診・特定保健指導で外部委託をする際に求められる基準に関しては、平成 25 年厚生労働省告示第 92 号（外部委託基準）及び第 93 号（施設等に関する基準）を参照すること。なお、特定健診以外の健診等について外部委託する場合も、この告示に準じることが望ましい。（別紙 1-1、1-2 参照）

④ 外部委託する際の留意事項

健診・保健指導を外部委託する場合、実施主体たる委託側（特定健診・特定保健指導では保険者）は、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、そして評価し、質の担保を行うことが重要である。

また、保険者は事業所や健康診査対象者、保健指導対象者に対して健診・保健指導の必要性を十分に説明することや、保険者と事業所のやりとりが円滑に進むよう配慮することが求められる。また、保健師・管理栄養士等の専門職の活用についても留意することが望ましい。

以下に具体的な留意事項を示す。

○ 委託する業務の目的の明確化

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。その上で、委託する業務について委託先の事業者理念・目的を明確に伝えることが重要である。

○ 委託した業務の質の確保

委託契約期間中には、健診・保健指導が適切に実施されているかについて確認を行うことが重要である。

健診の委託に際しては、委託された事業者は、健診の実施機関ごとに測定値及びその判定等が異ならないよう、健診の精度管理を適切に行う必要がある。なお、巡回型・移動型で健診を行う場合も、事業者の施設で行う基準と同じとする必要がある。

また、保健指導の委託に際しては、保健指導の質を確保するため、①事業者の選定に際して保健指導の質を確認する、②保健指導業務の終了後に評価を行うことが必要である。さらに、定期的（月ごとあるいは、委託期間の中間時）に評価し、必要に応じて委託事業者とともに利用率だけでなく対象者支援の好事例の共有や困難事例の支援に関する改善策等を検討することが望ましい。

①については、定期的な研修の実施や外部研修の利用を積極的に促すといった機会の提供がどの程度されているか等も含め、保健指導実施者の保健指導技術の程度を保険者に所属する保健師等専門職の帯同などで確認する。②については、対象者の生活習慣の改善度や保健指導の効果等から、それらが不十分と考えられる場合には事業者に対して保健指導の質の改善を促し、その後も改善の見込みがない場合には、契約を更新するかどうか検討する必要がある。実際に実施したかの確認を含め、保健指導を行った対象者のうち一部を無作為に抽出して調査をする等も検討する。

保険者と保健指導の委託先との間で適切に特定保健指導対象者の情報が共有され、一連の特定保健指導（行動計画を適切に作成し、行動計画に基づく一貫した特定保健指導を提供し、実績評価を行うこと）が滞りなく行われることが必要である。

保険者が、医療機関、開業保健師等を含む中小規模又は個人事業主へ外部委託をする場合も、基本的に同様の質の担保を行う。

なお、健診・保健指導どちらについても、各都道府県に設置されている保険者協議会等を活用して、事業者の資質に関する情報交換等を行い、保険者の目を通した評価を行うことが重要である。

○ 健診・保健指導機関との連携の必要性

健診と保健指導機関の委託先が異なる状況もあるため、健診から保健指導へスムーズな連携が行えるような配慮することが重要である。

また、健診や保健指導を外部委託した場合であっても、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携させていくかが重要である。保険者には、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求められる。その際、保健指導の経過で得られた課題やポピュレーションアプローチとして対処すべき事項について、委託事業者からのフィードバックを得ることが望ましい。

○ 保険者に所属する専門職の保健指導技術の向上

保険者に所属する保健師、管理栄養士等の役割は、外部委託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、自らの保健指導に関する技術を向上させることが前提であり、外部委託した場合であっても、保険者に所属する保健師、管理栄養士等が、保健指導業務に直接従事する、又は従事できる体制を整備しておくことが必要である。

○ 外部委託する場合の個人情報の取扱い

保険者は、健診・保健指導で得られる医療・健康情報の取扱いの全部又は一部を外部委託する場合においても、第4編別紙2に記載しているとおり、「個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）」及び「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ダンス（平成29年4月14日個人情報保護委員会 厚生労働省）」等を踏まえた対応を行うことが必要である。