第３章 保健指導の実施

３－１ 基本的事項

標準的な保健指導プログラムについて

本プログラムでは特定保健指導を中心に、それ以外の情報提供や保健指導についても対応する内容について、現段階で考え得る最低限実施すべき情報提供・保健指導について要件を記載する。なお、これらの要件については、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・分析することで、継続して再評価・整理される必要がある。

また、保健指導実施機関の創意工夫によって、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、提供される情報提供・保健指導にそれらが反映されることが期待される。

このため、本プログラムについても、情報提供・保健指導の実施状況を踏まえ、今後も必要に応じて見直しを検討する。

なお、本章の３－１（P.211）から３－６（P.234）までは一般的な保健指導に関する内容についての記載としている。３－７（P.236）から３－９（P.２８１）までは特定保健指導に関連した内容についての記載としている。特定保健指導に関連した保健指導を実施するに当たっては、３－１から３－６に記載の一般的な保健指導に関する内容を理解した上で、３－７以降の特定保健指導に関連した内容を確認すること。その際、特定保健指導を円滑に実施するために「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」の「2.特定保健指導」も参照すること。

３－２ 保健指導のプロセスと必要な保健指導技術

健診受診者全員に対して、必要な情報提供を行うことは重要である。特定健康診査・保健指導において「情報提供」は、高確法第24条に基づく特定保健指導には該当しないが、同法第23条により保険者が健診結果の通知を行う際には、対象者が生活習慣を改善又は維持していくことの利点を感じ、行動変容やセルフケア（自己管理）を目的として行うべきである。

一般的な保健指導における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

① 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に設定できるよう配慮する。

○ 実現可能な１人あたりの時間を設定する。

② 資料の確認

健診結果（経年分が望ましい）、質問票（健診時の標準的な質問票や、「動機付け支援」、「積極的支援」に必要な詳細な質問項目[e]等）、前回までの保健指導記録等の内容を確認する。

③ 対象者に活用できる資源のリストの準備

○ 教材、支援媒体、社会資源等のリストを準備する。

④ 保健指導実施者間の事前カンファレンス

○ 担当者単独の判断による保健指導を避けるために、必要に応じて支援内容を複数の担当者間で確認しておく。

○ 保健指導の流れや概要を示した資料を作成し、保健指導実施者の説明内容と方法を統一する。

---

[e] 第３編第３章３－７（６）「動機付け支援」、「積極的支援」に必要な詳細な質問項目を用い、対象者に事前に記入を求め、保健指導の際、対象者と内容を確認しながらアセスメントすることも効果的である。

（２）対象者との信頼関係の構築

① 自己紹介

○ 自己紹介の後、対象者の氏名を確認し、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し、面接を実施することの本人の同意を確認する。

② 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等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する。

○ 対象者の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む等、話しやすい環境づくりに努める。

○ 対象者の生活背景や価値観に配慮する。

なお、ICTを活用した際の保健指導におけるこれらの留意事項は、第３編第３章３－３を参照のこと。

（３）アセスメント（情報収集・判断）

① 対象者の準備段階や理解力、意欲の確認

○ 対象者が面接目的を理解しているかを確認する。

○ 今回の健診結果とこれまでの健診結果の推移を確認する。

○ 家族歴や家族の状況を確認する等、疾病や健康に対する価値観や関心を探りながら話す。

○ 健診結果の持つ意味を対象者と一緒に確認し、データと病態との関連が自分のこととして認識できるよう支援する。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、絵を描く等してイメージを持てるように工夫する。

○ 他の検査結果とも関連づけながら、予防や改善に向けての関心や注意を促す。

○　対象者の行動変容のステージ（準備状態）の段階を理解する。

② 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。

○　対象者の日常の努力や取組を確認し、評価する。

○　対象者が考える現在の行動変容のステージ（準備状態）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、「動機付け支援」、「積極的支援」に必要な詳細な質問項目等を活用して、習慣的な食事時間や量、間食習慣、喫煙習慣、飲酒習慣等についても確認する。職業や居住形態だけでなく、生活状況や生活環境等も確認する。また、食生活や身体活動等の生活習慣、喫煙・飲酒習慣は、その量や内容だけでなく、本人の思いや周囲の協力の有無等についても確認する。特に、喫煙・飲酒習慣については、問診票の内容を参考にしつつ、改善の必要があれば実行可能なことはないか確認する。

（４）気付きの促し

① これまでの生活習慣とその改善の必要性についての理解の促し

○　健診結果が変化した時期の生活を確認する。

○　対象者の身近な集団の生活習慣の特徴を示し、関心を促す。

○　健診結果やこれまでの振り返りの中から、生活習慣の背景にある対象者の思いや考えに配慮しつつ、生活習慣の改善の必要性を実感できるよう導く。

○　対象者の食生活に合わせ、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、間食や飲酒量等）との違いを確認できるように促す。

② 生活習慣を改善することで得られるメリットと、現在の生活習慣を続けることのデメリットの理解の促し

○　生活習慣の改善により、睡眠の質の改善や便秘の解消等といった、副次的効

果も期待できることを伝える。

○ 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。

○ 無関心期の者には、日常生活に目を向けられるように促し、特定保健指導の場合、メタボリックシンドロームの病態や予後についての意識付けを行う。

○ 好ましくない生活習慣を続けることのデメリットについて理解を促し、行動変容への自信を高める（対象者の身近な人に起こった出来事等から、対象者が気になっている生活習慣病やその病態、関連する保健行動について、対象者の知識・認識を確認しつつ、好ましくない保健行動を継続することによるデメリットを伝える。また、望ましい保健行動を継続したことで健診結果が改善した人の感想を伝え、対象者にも実行可能であることの認識を促す）。

③ 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、気付きが自分の生活習慣の表現のきっかけになるようにする。

○ 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により、仲間とともに具体的な生活習慣改善に取り組もうとする意欲を促す。

○ グループ内の他者の生活状況等から、対象者自身の生活習慣を振り返るきっかけになるよう支援する。

（５）科学的根拠に基づく健康行動の理解促進及び教材の選定

① 保健指導の際に活用する資料

保健指導の実施に当たっては、支援のための資料や学習教材等を整備することが必要であるが、これらは、各学会のガイドライン等を踏まえた最新の知見、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、支援のための資料等は、対象者に対するもののみでなく、保健指導実施者に対する資料も必要となる。さらに、それぞれ支援のための資料等は何を目指して使用するのかということを明らかにすることと、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。

○ アセスメントに関する資料

対象者の課題を明確化するために、身体状況、健康に関する意識、生活習慣、生活環境、家庭や仕事等の社会的背景等についてアセスメントを行うための資料である。

○ 行動目標設定のための資料

達成目標を実現するための行動目標を設定し、評価をしていくための資料である。

○ 社会資源に関する資料

対象者の行動目標の設定や、目標達成のために必要な社会資源の情報や活用方法等を提供するための資料である。

○ 知識の提供・生活習慣改善のための資料（学習教材）

生活習慣病やメタボリックシンドロームのような疾患に関する知識、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資料である。

○ 自己実践を支援するための資料（特に継続的に支援するための資料）

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資料である。これらには、体重変化や食事内容、活動量等を対象者自身がモニタリングできるようなアプリケーション等ICTを活用したものも含まれる。

○ 保健指導実施者用の資料

個別支援やグループ支援の実施方法や実施状況、支援内容の記録等に関す

る資料である。

② 対象者の行動変容を促すことができるような教材の選定

教材等を選定するに当たっては、対象者の関心度や理解度、生活環境等にあったものであるか等について、十分に吟味する。例えば、以下の点について検討する。

○ 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できるような教材であるか。

○ 身体活動・運動によるエネルギー消費量と、よく食べる料理・菓子・アルコール等の摂取エネルギー量を一緒に見ながら考えることができるような教材であるか。

○ これまでの生活習慣について、何をどう変えたらよいのか、そしてこれならでき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であるか。

○ 習慣化している料理や食品等から、エネルギーの過剰摂取改善に寄与し、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等であるか。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等の内容が掲載されているか。

③ 教材等の活用について

○ 教材等を一緒に見ながら、疾患のメカニズムや生活習慣との関係について説明する。例えば、特定保健指導の場合、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）の内容や身体活動との関係について説明する。

○ 効果的な食生活・身体活動の根拠について説明する。
例えば、学会等の治療ガイドライン、日本人の食事摂取基準、食事バランスガイド、健康づくりのための身体活動基準2013、健康づくりのための身体活動指針（アクティブガイド）等を用いて説明する。

○ 現在の生活習慣における問題点への気付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

齢の影響等を含めて専門的な支援を行う。

○　教材等の効果を確認しながら、必要に応じて教材等の改善につなげていく。

（６）目標設定

①　数値目標の具体化

○　メタボリックシンドローム改善の場合、６か月で体重の３～５％減量することで効果が期待できること、いったん体重を減量した後は、その維持が大切であることを説明する。また、その後の効果の継続のためには、初期の体重減少の実感が大事である。

②　自己決定の促し

○　日々の生活の中で実行でき、また継続できるよう、より具体的な行動計画を設定できるよう促す。

○　対象者が考え、自己表現できる時間を大切にする。

○　対象者が取り組むべき行動目標を選択する際には、「【参考】目標設定に活用できる対象者の健康行動の現状把握（P.２２３）」を参考にしてもよい。

③　行動化への意識付け

○　目標達成に対する自信を確認し、達成のために障害となる場合を想定した対処法を対象者とともに考える。

○　設定した目標を見やすい場所に明示しておく等、行動化への意識付けを促す。

○　設定した目標や行動計画を家族や仲間に宣言することを促す。

○　セルフモニタリングの意味と効用を説明する。その際に活用できる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を様式１に示す。

○　行動目標を設定する際、対象者の行動継続を支援してくれるような身近な支援者（ソーシャルサポート）を設定し、サポートを得るための具体的な方法について助言する。

④　社会資源・媒体等の紹介

○ 具体的な支援媒体、記録表、歩数計等（ICTを利用したものを含む）を紹介し、可能であれば提供する。

○ 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。

○ 地域の散歩コース等を消費エネルギーが分かるように距離・アップダウンを含めて提示する。

○ 地域や職域の教室や自主グループ等を紹介する。

○ 地域や職域の中で栄養表示やヘルシーメニューを提供している飲食店等が分かるような情報があれば提供する。

（7）保健指導期間中の継続フォロー

① 継続フォローの重要性の説明と了解

○ 継続したフォローを実施することで、対象者の状況を把握し、適切な行動変容を行う上で何か問題があれば、その都度解決等を図ることも可能であることを説明する。

○ 対象者の負担とならない程度のフォロー頻度をあらかじめ確認し、設定しておく。

○ 目標達成ができなかった場合でも、あらためて目標達成に向けて取り組むことは可能であることを伝える。

○ これからも支援していくという姿勢・保健指導実施者の思いを伝える。

② 支援形態の確認

○ 個別面接（対面、オンライン）、グループ面接（対面、オンライン）、電話、電子メール、FAX、手紙、チャット等（以下「電子メール等」という。）の形態やアプリケーション等の活用の有無による対象者の希望に添った具体的な支援方法を確認する。

○ 対象者の事情、ICTリテラシーに応じて、途中でも支援形態は変更可能であることが望ましい。

③ 目標の再確認

○ 努力していること、達成感を得ていることを言語化してもらう。

○ １回設定した目標の達成度と実行に当たって障害がなかったかを確認する。

○ 目標以外に実行したことを確認する。

○ 中間評価の時に自分の目標到達状況について、話してもらえるような関係づくりをしておく。

○ 目標に対する到達点を対象者にも評価してもらう。

○ 対象者が成果を目に見える形で感じられるよう、数値や体調、気持ちの変化への気付きを促す。

○ 対象者の努力を評価する。

○ 目標が達成できなかった場合は、今後どうしていきたいか対象者の意向を確認してから、現実に合わせた実行できる目標に修正していく。

（８）評価

① 目標達成の確認

○ これまでの努力を対象者とともに評価し、目標達成状況、取組の満足度等を確認する。

○ 期間中の保健指導が、対象者の生活にとってどのような効果をもたらしたかを確認できるようにする。

○ 具体的に身についた知識やスキルを確認し、今後の具体的な目標の提示を促す。

○ 今後、セルフケアを行っていくことへの意思を確認する。

○ 減量した場合、リバウンドの予測と対応について助言する。

○ 支援形態に合わせて、適切な方法で本人へ成果を提示する。

○　取組の評価や今後のアドバイス等に関する手紙やメール等を送付する。

○　今後の予定を説明する。

② 個人の健診結果の評価

○　毎年、必ず健診を受診するよう促し、次回の健診結果等を活用して、客観的な評価を行う。

（９）適切な記録とデータ管理

○ 適切な記録とデータ管理については、第３編第４章（６）を参考のこと。

（10）参加を促す工夫

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ことが必要である。

○ 個別支援のみでなく、グループ支援により、対象者同士の交流を図り、グループダイナミクスを活用して対象者の行動変容への意識を高めることも必要である。

○ グループ支援への参加推奨については、通知等の郵送だけではなく、電話や家庭訪問を組み合わせる等、参加者の参加をより一層促す方法を工夫することも重要である。

○ プログラムには、食生活や身体活動等の実習・講習会等を取り入れ、対象者が自分の生活習慣を変容する上で必要な知識やスキルを習得する機会を設けることも重要である。

○ 対象者が、自身の生活習慣や価値観について否定されたり、一方的に理想的な生活習慣を押しつけられるのではなく、保健指導実施者に受け入れられ、自らが生活習慣について改善すべきことや価値観の転換の必要性に気付くという過程を大切にする。

○ 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対象者が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。

○ 個人情報に留意しつつ、対象者によっては、遠隔面接やアプリケーション等のICTを活用する等、効率的な支援方法を選択することが望ましい。

【参考】目標設定に活用できる対象者の健康行動の現状把握

これらの質問は、対象者が取り組むことができる行動を洗い出し、「まだしていない」あるいは「はじめた」行動から行動変容の目標を選択する目的で使用する。目標とする項目は対象者が自己決定し、支援者は効果的で実行可能な項目を選ぶ手助けをする。選択肢はいずれの項目も「している」、「はじめた」、「していない」の３択で使用することで、健康行動の実施状況を把握し、行動目標の設定に活用することができる。ただし、「していない」には、全く意志がない場合と、意志はあるが実施出来ていない場合とが含まれることに留意し、「している」、「はじめた」、「頑張ればできそう」、「しようとも思わない」の４択を採用しても良い。

目標とする行動は多くなりすぎないように留意し、また記録してセルフモニタリングすることが望ましい。

総エネルギー	コーヒー・紅茶に砂糖やミルクを入れないようにしている。
	甘い清涼飲料水を飲まないようにしている。
	間食（菓子類・アイスクリーム）を食べないようにしている。
	毎食のご飯は茶碗１杯までにしている。
	パン食の時は菓子パン以外のものにしている。
	丼もの（カツ丼、天丼など）は食べないようにしている。
	野菜（いも類以外）はたっぷり食べるようにしている。
	肉は脂身（あぶらみ）の少ないものにしている。
	炭水化物を組み合わせた食事（ラーメンとライス、スパゲッティとご飯等）はやめるようにしている。
食塩	漬け物・梅干しや佃煮を減らしている。
	食卓でおかずに塩をかけないようにしている。
	食卓でおかずにしょう油をかけないようにしている。
	塩蔵魚（塩じゃけ・干物類）を減らしている。
	肉加工食品（ハム・ソーセージ）を減らしている。
	魚加工食品（かまぼこ・ちくわ）を減らしている。
	みそ汁をあまり飲まないようにしている。
	麺類（うどん・ラーメンなど）の汁を飲まないようにしている。
	煮物（しょうゆ味）を減らしている。
	味付けに酢・ゆず・レモンを使うようにしている。
	スパイスで上手に味付けをしている。
	毎日果物を食べるようにしている。
LDL コレステロール	朝食は和食にしている。
	魚を多くとるようにしている。
	ベーコンやソーセージは食べないようにしている。
	バター、チーズを食べないようにしている。
	バターやラードをやめ、サラダ油を使っている。
	菓子パン、洋菓子、スナック菓子をやめ、和菓子にしている。
	大豆製品（豆腐、油揚げ、など）をとるようにしている。
	インスタントラーメンは食べないようにしている。
	牛乳やアイスクリームは低脂肪のものにしている。
身体活動	歩数計を身に付けるようにしている
	１日の活動量の目標を１万歩にしている。
	食後のウォーキングをしている。
	通勤や買い物は出来るだけ徒歩にしている。
	エレベーターを使わないで階段を上っている。
	週２回は何か運動やスポーツをしている。
飲酒	お酒は１日１合（ビールなら中瓶１本）までにしている。
	週１日以上、飲まない日を作っている。
肥満	毎日体重計で体重をチェックしている。
	１か月１キロの減量を目標にしている（肥満である人）。

様式１　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してください

氏 名

月	日(月)	日(火)	日(水)	日(木)	日(金)	日(土)	日(日)
天気	□晴 □曇 □雨 □雪	□晴 □曇 □雨 □雪	□晴 □曇 □雨 □雪	□晴 □曇 □雨 □雪	□晴 □曇 □雨 □雪	□晴 □曇 □雨 □雪	□晴 □曇 □雨 □雪
身体チェック							
●体重計測 （毎朝　計測）	□計測した (計測時間　：　) □計測しなかった	□計測した (計測時間　：　) □計測しなかった	□計測した (計測時間　：　) □計測しなかった	□計測した (計測時間　：　) □計測しなかった	□計測した (計測時間　：　) □計測しなかった	□計測した (計測時間　：　) □計測しなかった	□計測した (計測時間　：　) □計測しなかった
●今日の体重	(　　)Kg	(　　)Kg	(　　)Kg	(　　)Kg	(　　)Kg	(　　)Kg	(　　)Kg
●腹囲計測 (毎週に1回計測)	□計測した(　　)cm □計測しなかった	□計測した(　　)cm □計測しなかった	□計測した(　　)cm □計測しなかった	□計測した(　　)cm □計測しなかった	□計測した(　　)cm □計測しなかった	□計測した(　　)cm □計測しなかった	□計測した(　　)cm □計測しなかった
身体活動チェック　目標：60Kcal/日 消費量アップ　目安→普通歩行(10分間)約40Kcal							
●普通歩行　10分	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった
●エレベーターではなく階段を使う 5分	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった
●スポーツ(　　) （週2回）	□できた(　　) □できなかった	□できた(　　) □できなかった	□できた(　　) □できなかった	□できた(　　) □できなかった	□できた(　　) □できなかった	□できた(　　) □できなかった	□できた(　　) □できなかった
●今日の歩数	(　　)歩	(　　)歩	(　　)歩	(　　)歩	(　　)歩	(　　)歩	(　　)歩
食事チェック　目標：140Kcal/日 摂取ダウン　目安→ご飯(1杯)約300Kcal　ざるそば(普通盛1人前)約300Kcal							
●甘い清涼飲料水は飲まない 1本(500ml)約200Kcal	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった
●コーヒーは無糖にする。 砂糖、ミルク入り缶コーヒー（185ml） 70kcal	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった
●揚げ物・炒め物は1日1料理まで	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった
●毎食のご飯は茶碗1杯まで ご飯(1杯)約300Kcal	□できた □できなかった(	□できた □できなかった(	□できた □できなかった(	□できた □できなかった(	□できた □できなかった(	□できた □できなかった(	□できた □できなかった(
●3食以外の夜食は食べない ご飯(1杯)約300Kcal	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった
●ゆっくりよく噛む	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった
総合チェック							
●今日はよく頑張った！	□Yes □No	□Yes □No	□Yes □No	□Yes □No	□Yes □No	□Yes □No	□Yes □No
●気分よい１日だった	□Yes □No	□Yes □No	□Yes □No	□Yes □No	□Yes □No	□Yes □No	□Yes □No

３－３ ICT を活用した保健指導とその留意事項

ICT を活用した保健指導の実施に当たっては下記事項について留意すること。

（１）遠隔面接による保健指導の留意点

遠隔面接（情報通信技術を活用した面接をいう）は、ビデオ通話システムを使うことにより、顔が見えるだけでなく画面上で資料の提示も可能なため、対面に近い形で面接ができる。このため、対面での保健指導が困難であった対象者へのアプローチを広げる有効な手段である。

遠隔面接の実施に当たっては、実施体制、機器・通信環境を整備するとともに、資料・教材・器具等、対象者との情報共有、本人確認の方法について確立しておく必要がある。

また、遠隔面接等の実施時に交換される個人情報が外部に漏えいすることがないよう、保健指導実施者は、個人情報の保護に十分配慮するとともに、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（厚生労働省）に準拠した情報管理など、個人情報保護に必要な措置を講じる。

遠隔面接を実施する際に、保健指導実施者が留意すべき事項について、下記に示す。なお、保健指導実施者が、自宅等勤務先以外で遠隔面接を行う場合も、これらの事項に留意しなければならない。

① 実施体制

○ 個人情報の保護が可能であり、通信環境の整った面接室と機器を確保する。

○ 面接室の確保が困難な場合は、カメラに映る背景をバーチャル背景に変える等の配慮を行い、対象者の音声が漏れないようヘッドセット等を準備する。なお、保健指導実施中は、保健指導実施者のカメラはオンにしておくことが望ましい。

○ ビデオ通話システムの操作を保健指導実施者以外の人が行う場合は、保健指導の内容についての守秘義務を課す等個人情報保護を踏まえた対応を行う。

○ グループ支援において個別支援を行う場合には、個人情報保護のためビデオ通話システム上で空間を分けるなど、第三者のいない空間で支援を行う。その際、ビデオ通話システムでの操作や個別支援の担当者を決めておく。

○ 遠隔面接の実施中に通信や技術的障害等によって、遠隔面接の実施が困難に

なった場合、実施者は対象者の同意を得た上で、遠隔面接を実施する機会を改めて設定する。

② 機器・通信環境

○ ビデオ通話が円滑に実施可能な通信環境（映像と音声の送受信が常時安定し、円滑な状態）[f]、カメラや音声機能を含むビデオ通話機器を準備する。

○ ビデオ通話システムのアプリケーション等のダウンロードに当たっては、使用するアプリケーション等の制作元やアプリケーション等のプライバシーポリシー、権限、利用条件、データの所在、脆弱性等を確認してから、使用の可否を判断する。その際、アプリケーション等は機器メーカー等の公式サイトからダウンロードするようにし、信頼できない提供サイトからのダウンロードは避ける[g]。

○ ビデオ通話システムの操作方法を修得しておく。

○ ビデオ通話接続のための ID とパスワードは、保健指導ごとに毎回作成し、セキュリティを確保する。

○ 保健指導の対象者の通信機器（スマートフォン、パソコン、タブレット端末）やインターネット環境などを事前に確認し、カメラ・マイク機能が使えるよう準備しておいてもらう。

○ 保健指導の対象者から自宅以外の場所で保健指導を受けたいと申し出があった場合、個人情報が洩れないよう、適切な場所を選んでもらう。

○ 保健指導の対象者に、公共の無料 Wi-Fi は不正アクセスのリスクがあるため避けるよう伝える。

○ 保健指導開始時には、ビデオ通話システムの接続状況（映像、音声など）を確認してから保健指導を実施する。

○ 実施者と保健指導対象者とが相互に表情、声、しぐさ等が確認できるように

---

[f] 平成 30～令和２年度　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）「循環器疾患・糖尿病等生活習慣病を予防するための情報通信技術を活用した保健指導プログラム及びその実践のための手引きの作成と検証」（研究代表者：春山早苗）

[g] 独立行政法人情報処理推進機構「Web 会議サービスを使用する際のセキュリティ上の注意事項」

環境を調整する。

○ 遠隔面接の際は、内容が聞き取りやすいよう、普段より少し大きめの声でゆっくり話す。

○ 遠隔面接の際は、カメラ越しでも表情や反応を読み取りやすくなるよう、表情を豊かに、お辞儀やうなずきを大きくする。

○ 遠隔面接の際は、画面上の顔が見やすくなるよう採光や照明に注意する。

③ 資料・教材・器具等、対象者との情報共有

○ 対象者とカメラ越しに会話をしたり、必要に応じてスライドや文書、動画などの教材を提示できるようにしておく。

○ ビデオ通話システム上では、健診結果など個人情報を画面上で提示することで起きうるリスク（予期せぬ第三者による覗き見など）を踏まえた対策を講じること。

○ ビデオ通話システムの画面上で提示する資料は、あらかじめルールを定めておくことが望ましい。

○ 健診結果の確認を行い、必要な教材を準備する。セキュリティの観点から画面上で提示できない資料や画面上での提示に適さない資料（物理的に見えにくい資料等）は面接日までに対象者に送付する等工夫する。

○ 教材は、ビデオ通話で提示や提供可能な形態であるか確認し、必要に応じて作成・改訂する。

○ 保健指導実施者は、対面指導と同等の質を維持できるよう基本的な面接技術を修得しておく（第３編第３章「３－２ 保健指導のプロセスと必要な保健指導技術」参照）。

④ 本人確認

○ 保健指導開始前に遠隔面接の実施者及び対象者の本人確認を的確に行う。

○ 実施者は、氏名及び所属を示す書類等を対象者に提示する。

○ 対象者の本人確認は、氏名、生年月日及び被保険者証記号番号等対象者であることが分かる番号を用いて照合する。

（２）アプリケーション等を用いた効果的な特定保健指導の工夫

特定保健指導にアプリケーション等を導入することにより、これまで紙媒体の教材により行っていた情報提供やセルフモニタリング記録などを、アプリケーション等を用いて行うことができ、対象者の行動変容の一助となることが期待される。

一方、アプリケーション等の活用による生活習慣改善の効果が指摘されているが、全ての人にとって効果的というわけではない。対象者のアプリケーション等の利用の意向や ICT リテラシーを確認し、アプリケーション等の利用が行動変容に効果的な対象者を見極めて導入することが重要である。

特定保健指導において活用が可能なアプリケーション等の機能とアプリケーション等を導入する際の工夫点について下記に列挙する。

① 効果的なアプリケーション等の機能

肥満者の体重変化を目的とした研究をまとめると、「情報提供」、「不特定なソーシャルサポート」、「アウトカムの目標設定」、「行動目標の設定」、「アウトカム（行動変容）のセルフモニタリング」の要素が減量に効果的であることが示唆されている[h]。

○ アプリケーション等を通じた手軽な情報提供やインターネットを介して同じ健康課題をもつユーザー同士の交流により、グループへの参加が困難な労働者層などに対するソーシャルサポートが強化され、行動変容への動機付けを高める効果が期待される。

○ 保健指導では対象者自身が行動目標や行動計画、評価時期を設定できるよう支援していくため、アプリケーション等の「アウトカムの目標設定」や「行動目標の設定」の機能を活用することにより、目標の絞り込みが容易になる場合がある。

○ アプリケーション等によるアウトカム（行動変容）のセルフモニタリングにより、対象者と支援者の両者が進捗状況を共有することが容易になる。

○ アプリケーション等には特定の生活習慣の改善や健康問題の解決を目的にしたものがある。

---

[h] 令和２-４年度　国立研究開発法人日本医療研究開発機構「壮年期就労者を対象とした生活習慣病予防のための動機付け支援の技術開発に関する研究」（研究代表者：津下一代）

○ アプリケーション等の利用を継続することにより効果が高まるため、対象者が普段よく使うインターネット利用機器を確認して導入する。

② アプリケーション等の活用方法の工夫

アプリケーション等を活用した保健指導では、初回面接時に対象者に適したアプリケーション等を導入する等の支援を行うことで、アプリケーション等の利用頻度が高まることが指摘されている[h]。さらに、アプリケーション等の利用頻度が高いほどアウトカム（３か月後の食生活改善）の達成度が高いことも指摘されている[h]。保健指導実施者は対象者がアプリケーション等の利用頻度を高める等、生活習慣を改善する効果が出るような工夫をすることが重要である。下記にアプリケーション等を活用してもらうための導入支援・活用支援の例を提示する。

a．事前準備

○ アプリケーション等の導入支援を行うため、面接の形態にかかわらずインターネットを使える環境を整備し、また、利用者にはスマートフォン等のインターネット利用機器を持参するよう対象者に周知する。

○ 保健指導実施者は、アプリケーション等の特徴、操作方法、機能などについて習熟しておく。支援の幅を広げるため、保険者が導入しているアプリケーション等だけでなく、対象者の経験談や評価から各アプリケーション等のメリット・デメリットについて情報収集するように努める。

○ アプリケーション等の利用に必要な情報（ID やパスワードなど）やインストールのための情報を資料として準備しておく（面接時にインストールしない場合にも活用できるようにしておく）。

b．初回面接におけるアプリケーション等の導入のための支援内容

○ 対象者のインターネット利用機器や利用しているアプリケーション等の種類などを把握し、対象者に合ったアプリケーション等の選択や活用方法を提案する。

○ 目標設定とセルフモニタリングの意義、アプリケーション等を利用してこれらを行うメリットを説明する。

○ 保険者が提供可能なアプリケーション等の特徴・機能について、説明書を用いたり、実際にアプリケーション等の画面を見せたりして説明する（費用負担が生じる場合は必ず説明しておく）。

○ アプリケーション等の選択に当たっては、対象者の意図する生活習慣の改善が見込まれる機能が含まれているか確認する。また、アプリケーション等で利用する機能は、対象者の生活スタイル、関心、ICT リテラシー等に応じて取捨選択することも考慮する。

○ 対象者のアプリケーション等への関心や使用希望の有無、実行可能性をアセスメント・判断し、対象者の行動目標に合わせて使用するアプリケーション等を決定できるよう対象者の自己決定を支援する（対象者がすでに使用しているアプリケーション等を継続する場合も含む）。

○ アプリケーション等の導入に当たっては、使用するアプリケーション等の制作元やアプリケーション等のプライバシーポリシー、権限、利用条件等を確認する[i]。

○ アプリケーション等は携帯電話会社や OS・機器メーカー等の公式サイトからダウンロードするようにし、信頼できないアプリケーション等の提供サイトからのダウンロードは避ける[i]。

○ ICT リテラシーに応じてインストールを支援し、操作方法を確認する。

○ アプリケーション等の利用開始時期を決定できるよう支援する。

○ アプリケーション等のセルフモニタリング機能を使用する場合、その共有方法を決める。

○ アプリケーション等の操作や不具合などのトラブルに対応する窓口を紹介する。

c．初回面接後の支援内容

○ 対象者に合わせた情報提供（個別性のある情報提供や進捗に応じた情報提供

[i] 総務省　国民のための情報セキュリティサイトより「携帯電話・スマートフォン・タブレット端末の注意点」

等）や専門家からの助言がアプリケーション等による生活習慣改善の効果を高めることから[h]、保健指導と組み合わせてアプリケーション等を活用することが望ましい。

○ アプリケーション等の利用状況を定期的に確認し、アプリケーション等の利用継続を促すとともに、生活習慣改善の継続を支援する。

○ アプリケーション等の利用が継続できなかった場合はアプリケーション等の利用にこだわらず、保健指導自体の中断とならないよう行動目標への取組を支援する。

３－４ 保健指導の未実施者及び中断者への支援

保健指導の効果を高めるためには、保健指導実施者や保険者が連携し、全ての対象者が確実に保健指導を受けるように努力することが必要である。

何らかの理由により支援の対象者の中に、保健指導を受けない者や中断者が発生している場合には、例えば次のような支援を行うことが考えられる。

○ 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、電子メール等により実施予定日から１週間以内に連絡し、保健指導を受けるように促す。

○ 初回時において、連絡したにもかかわらず対象者が保健指導を受けない場合は、情報提供を必ず実施することが必要である。

○ 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対象者と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。

○ 最終的に保健指導が未実施となった者、中断した者については、次回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。

○ 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。

○ 職域においては、事業主と連携し、未実施者が支援を受けやすく、支援を中断しにくい体制として、例えば、就業時間内での支援の実施等を検討することが必要である。

３－５　「無関心期」、「関心期」にある対象者への支援

行動変容のステージ（準備状態）が「無関心期」、「関心期」にある対象者については、保健指導に加えて行動変容につながりやすい環境整備を考慮する。

「無関心期」にある者でも、何かがきっかけとなって行動変容への意欲が向上することがある。そのため、ポピュレーションアプローチ（職域では、事業主と連携して）による、健康的な環境づくり（単に情報を提供するだけでなく、環境を整えて健康的な選択を誘導する等の取組）が重要である。

３－６　２回目以降の対象者への支援

支援を実施しても、保健指導レベルが改善せず、繰り返し保健指導対象者となる場合がある。また、健診結果や生活習慣（行動変容ステージ）が改善したにもかかわらず、連続して保健指導対象者になる場合もある。これらを踏まえ、２回目以降の対象者に対する支援としては、次の点に留意する。

○　保健指導実施者が同じ説明を繰り返すことに対して否定的な感情を持つ場合も少なくないことから、まずはこれまでの支援で対象者がどんな知識を得たのか、またどのような目標を立てて行動したのかをともに確認する。

○　対象者が「頑張ったけれど続かなかったこと」、「最初は減量できたのに、リバウンドしてしまった」等、自らの行動や体重変化を意識している分、これまでの支援よりも具体性、実践可能性を持った目標設定ができることから、対象者がより主体的に目標設定に参画できるよう促す。

○　減量等の目標を設定するに当たっては、前回までの目標値の達成状況を勘案して、無理のない目標設定を行う。なお、目標の再設定にあたり、目標の下方修正が生じる場合があるが、モチベーション低下を招かないよう配慮することが必要である。

○　同じ保健指導実施機関で実施する場合には、これまでの目標や達成状況、検査データの変化、前回の保健指導終了後からの取組状況、２回以上続けての保健指導利用に対する期待や不安等を確認することが望ましい。

○　年齢や支援開始時の状況等により、１回の支援だけでは結果（成果）が表れ

にくい場合があることについて理解を促し、長期的な健康管理を継続して支援しているという信頼関係が得られるよう、保健指導の機会を活用することが重要である。さらに、前回とは異なる支援資料が活用できるようにしておく等、マンネリ化を防ぐための工夫をすることが望ましい。

○ 特に高齢者は、保健指導判定値を下回るほどの大幅な改善は難しいことから、繰り返し保健指導対象者になった場合であっても、現状維持をしていれば良好であると、前向きに考えることができるような支援を行うことが望ましい。

○ 個別支援とグループ支援、講義（講話）や身体活動、食生活の実技を取り入れる等、支援内容についても対象者にとって、より興味が持て、効果が期待できる内容に変更する等の工夫をする。

３－７ 特定保健指導における情報提供・保健指導の実施内容

本項では、特定保健指導に特化した内容を示す。よって、本項における健康診査は特定健診を、保健指導は特定保健指導のことをいう。なお、特定健診・保健指導の枠組以外においてもメタボリックシンドロームに関する保健指導についても活用が可能であるため、留意されたい。

なお、特定保健指導の運用の詳細は、「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」の「２.特定保健指導」を参照すること。

（１）対象者ごとの保健指導プログラムについて

本プログラムは、対象者の保健指導の必要性の度合いに応じて、「動機付け支援」、「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にした上で、サービスを提供する必要がある。

なお、支援に当たっては、既存の保健事業や社会資源を活用し、地域や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。また、同じ対象者に対する支援は、毎年同じ内容を繰り返すことなく、対象者の特性や過去の指導内容を踏まえて改善に努めることが必要である。

（２）保健指導実施者

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。「動機付け支援」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保健指導の評価は、医師、保健師、管理栄養士が行うこと。ただし、これまで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きた実態を踏まえ、令和11年度末まで、引き続き、保健指導に関する一定の実務経験のある看護師[j]が行うことも可能とする。

「動機付け支援」及び「積極的支援」のプログラムのうち、食生活・身体活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、

---

[j] 保健指導に関する一定の実務経験のある看護師について

(1) 特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（平成１９年厚生労働省令第１５７号）附則第２条中「保健指導に関する一定の実務の経験を有する看護師」とあるのは、平成20年４月現在において１年以上（必ずしも継続した１年間である必要はない。）、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有する看護師と解するものとすること。なお、業務に従事とは、反復継続して当該業務に専ら携わっていることを意味するものであること。

(2) 特定保健指導を受託する機関は、当該「保健指導に関する一定の実務経験を有すると認められる看護師」が受託業務に従事する予定がある場合には、委託元の保険者に対し、保険者や事業主等が作成した１年以上実務を経験したことを証明する文書（「実務経験証明書」という。）を提出すること。

そのほか食生活の改善指導に関する専門的知識及び技術を有する者[k]、運動指導に関する専門的知識及び技術を有する者[l]（公益財団法人健康・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、グループ支援を合わせて用いることも効果的であり、その場合は、地域内や職域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、禁煙支援を行う場合には、禁煙補助薬の活用が有効であることから、医師、薬剤師と連携する等、保健指導の内容や対象者の心身等を考慮し、他職種との連携を図ることが望ましい。

なお、医師に関しては、公益財団法人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、保健指導実施者は、健診・保健指導の研修ガイドラインに記載されている研修を修了していることが望ましい。

（３）「情報提供」

① 目的

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。また、健診結果とあいまって、医療機関への受診や継続治療が必要な対象者に受診や服薬の重要性を認識してもらうとともに、健診受診者全員に対し継続的に健診を受診する必要性を認識してもらう。

② 対象者

健診受診者全員を対象とする。

---

[k] 食生活の改善指導に関する専門的知識及び技術を有する者：「実践的指導実施者告示」（平成 20 年厚生労働省告示第 10 号）、「令和６年度以降における特定健康診査及び特定保健指導の実施並びに健診実施機関等により作成された記録の取扱いについて」（令和５年３月 31 日付け健発 0331 第４号・保発 0331 第６号）によると、

① 歯科医師又は、看護師、栄養士、薬剤師、助産師、准看護師、歯科衛生士であって内容が告示に定めるもの以上の食生活改善指導担当者研修を受講した者

② 事業場における労働者の健康保持増進のための指針（昭和 63 年９月１日健康保持増進のための指針公示第１号。以下「ＴＨＰ指針」という。）に基づく産業栄養指導担当者であって、告示に定める追加研修を受講した者又はＴＨＰ指針に基づく産業保健指導担当者であって、告示に定める追加研修を受講した者

[l] 運動指導に関する専門的知識及び技術を有する者：「実践的指導実施者告示」（平成20年厚生労働省告示第１０号）、「令和６年度以降における特定健康診査及び特定保健指導の実施並びに健診実施機関等により作成された記録の取扱いについて」（令和５年３月31日付け健発0331第４号・保発0331第６号）によると、

① 看護師、栄養士、歯科医師、薬剤師、助産師、准看護師、理学療法士であって、内容が告示に定めるもの以上の運動指導担当者研修を受講した者

② 公益財団法人健康・体力づくり事業財団が認定する健康運動指導士又は、ＴＨＰ指針に基づく運動指導担当者であって告示に定める追加研修を受講した者

③ 支援期間・頻度

年１回（健診結果の通知と同時に実施）あるいはそれ以上とする。

④ 支援内容及び支援形態

情報提供の支援内容として、下記の点に留意する。

○ 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。

○ 対象者に対して、健診結果に基づいた生活習慣の改善について意識付けを行うことが重要である。なお、自分の健康リスクを適切に認識できることや対象者のやる気を引き出すことができるよう、また、保健指導を拒否することや、医療機関を受診せずに放置する者を減らせるように、工夫することが重要である。そのためには、健診結果に基づき、健診受診者全員に自らの病気のリスクを自分自身の問題として認識してもらえるよう、きめ細かな情報提供を行う。

○ 健診結果や質問票から特に問題とされることがない対象者へは、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。あわせて、毎年の継続的な健診受診の重要性について、生活習慣の変化と健診結果の変化の関係を理解してもらい、年１回、健診結果を確認して、生活習慣改善を行う意義や合理性について納得してもらえるように伝える。

○ 医療機関への受診の必要性はないが、検査値に異常が見られる対象者へは、上記に加え、検査値を改善するための個人の状態に応じた生活習慣のアドバイスを提供する。

○ 医療機関への受診や継続治療が必要な対象者へは、受診や服薬の重要性を認識してもらえるよう工夫する。「第２編別添資料 健診結果とそのほか必要な情報の提供（フィードバック文例集）（P.１２７）」を参照されたい。

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、疾病リスクとの関係で検査数値の持つ意味についての説明）を情報提供する。また、健診結果の経年変化をグラフ等により分

かりやすく示し、対象者が経年的な身体の変化を理解できるよう工夫する。

ｂ 生活習慣

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情報提供をする。

食事バランスガイドや「健康づくりのための身体活動基準2013（平成25年３月 運動基準・運動指針の改定に関する検討会）」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）」等に基づいた食生活・身体活動等の生活習慣、料理や食品のエネルギー量、身体活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合わせて具体的な改善方法の例示等を伝える。

ｃ 社会資源

対象者にとって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社会資源の情報等も提供する。

情報提供の支援形態では、対象者や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。

○ 情報提供用の資料を用いて、個別に説明する。

○ 健診結果を通知する際に情報提供用の資料を合わせて提供する。

○ 職域等で日常的にICT等が活用されていれば、個人用情報提供画面を利用する。

○ 結果説明会で情報提供用の資料を配布する。

⑤ 特定保健指導非対象者について

階層化の結果、保健指導の対象には該当しなかった者については、情報提供することが、健康に関して動機付けとなる貴重な機会になることや、非肥満でも危険因子が重複すると、肥満者と同様に脳卒中等の脳・心血管疾患の発症リスクが高まること等に留意する。特に以下の者に対しては、生活習慣の改善や確実な医療機関への受診勧奨、生活習慣病のコントロールの重要性等について、必要な支援を直接行うことが望ましい。

○ 腹囲や検査データ等は現在正常の範囲であるが、喫煙や食生活・身体活動等

の生活習慣等に問題があり、今後の悪化が懸念される者

○ 検査データでは保健指導判定値以上であるが、肥満がないため特定保健指導の対象とはならない者

○ 受診勧奨がなされているにもかかわらず、医療機関を受診していない者

○ 服薬中であるがコントロール不良の者

⑥ ICT等を活用した分かりやすい情報提供の推進

情報提供に当たっては、個人の健康の「気付き」につながるよう、ICT等も活用しながら分かりやすく健診結果等を提供するとともに、情報の内容も本人にとっての付加価値を高めるといった工夫が必要である。詳細については、「個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブを提供する取組に係るガイドライン（厚生労働省）」（http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000124579.html ）も参照されたい。なお、ICT等を活用して本人に分かりやすく健診結果の情報提供を行うこと等は、保険者における予防・健康づくり等のインセンティブにおいて、保険者種別に関わりなく共通的に取組む指標の一つに位置付けられている。

（４）「動機付け支援」

① 目的

対象者への個別支援又はグループ支援により、対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣を振り返り、自分のこととして重要であることの認識を促すことが重要である。その後、自身の生活習慣の改善点・伸ばすべき行動に気付き、生活習慣改善のための行動目標を自ら設定でき、保健指導後、対象者がすぐに実践（行動）・継続できるような動機付けとなることを目指す。

② 対象者

健診結果・標準的な質問票から、生活習慣の改善が必要と判断された者で、生活習慣の変容を促すに当たって、行動目標の設定やその評価に支援が必要な者を対象とする。

③ 支援期間・頻度

原則１回の支援を行い、３か月経過後に評価を行う。ただし、保険者の判断で、対象者の状況等に応じ、６か月経過後に評価を実施することや、３か月後の実績

評価終了後に更に独自のフォローアップ等を行うこともできる。実績評価後に、例えばICTを活用して生活習慣の改善の実践状況をフォローする等、対象者の個別性や保険者の人的・財政的支援に応じた効果的・効率的な取組が期待される。

④ 支援内容及び支援形態

動機付け支援の支援内容及び支援形態については、「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」の「２－４動機付け支援」を参照のこと。以下には、保健指導に必要な支援内容の具体を記す。

面接や詳細な質問項目[m]により対象者の生活習慣や行動変容ステージ（準備状態）を把握し、健診結果やその経年変化等から、対象者に対し、身体に起こっている変化の理解を促す。そして、対象者の健康に関する考えを受け止め、対象者が、自分の生活習慣の改善点・継続すべき行動等に気付き、自ら目標を設定し、行動に移すことができる内容とする。

特に、食生活については、栄養素の代謝メカニズムを理解し、食事や食材料の栄養的特性を踏まえた上で、実際の食べ方について具体的に指導を行うことが重要である。その際、対象者の関心や理解度、ライフスタイル等に応じて教材等を工夫して活用することが望ましい。

身体活動については、対象者の身体活動量や運動習慣、行動変容ステージ、生活・就労環境を把握した上で、それらの状況に応じた支援が必要である。また、身体活動の増加により、不慮の事故や運動器の傷害をきたす可能性が想定されるため、安全に対する配慮が不可欠である。「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）」は、上述の身体活動増加のポイントが分かりやすく示されており、支援ツールとして活用できる。これらを踏まえて、対象者個人の健康状態や生活習慣から、重要度が高く、取組やすい情報について、ポイントを絞って提供することが望ましい。

ａ 面接による支援

○ 生活習慣と健診結果との関係の理解、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識の習得、生活習慣の振り返り等から、対象者が生活習慣改善の必要性に気付き、自分のこととして重要であることを認識できるように支援する。

○ 健康診査の受診後早期に初回面接を行うことは、健康意識が高まっている時に受診者に生活習慣の改善の必要性を理解させることにつながるため、重要

[m] 「動機付け支援」、「積極的支援」に必要な詳細な質問項目 第３編第３章３－７（６）参照。

である。

○ 対象者が、生活習慣を改善するメリットと現在の生活習慣を続けるデメリットについて理解できるように支援する。

○ 対象者の生活習慣の振り返り、行動目標や行動計画、評価時期の設定について話し合い、それらの設定や策定が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。

○ 食生活・身体活動等の生活習慣の改善に必要な実践的な支援をする。

○ 必要な社会資源を紹介し、対象者が有効に活用できるように支援する。

ｂ 行動計画の実績評価

○ 行動計画の実績評価は、対象者の行動変容の成果を把握するとともに、保健指導の質を評価するものである。

○ 体重や腹囲の達成目標や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。

○ 必要に応じて評価時期を設定して、対象者が自ら評価するとともに、３か月以上経過後に保健指導実施者による評価を行い、評価結果を対象者に提供する。

○ 評価項目は対象者自身が自己評価できるように設定するが、体重及び腹囲は必須である。

○ 今後、どのようにしていきたいか確認し、取組がうまく進まない場合や状態の改善が見られない場合は、悪化が想定される場面についての対応策を助言する。

○ 次年度にも継続して健診を受診するよう勧める。

（５）「積極的支援」

① 目的

「動機付け支援」に加えて、定期的・継続的な支援により、生活習慣の改善のための行動目標を設定し、目標達成に向けた実践（行動）に取組ながら、保健指導終了後には、その生活習慣が継続できることを目指す。

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、そのために保健指導実施者によるきめ細やかな継続的支援が必要な者。

③ 支援期間・頻度

初回面接による支援を行い、その後、３か月以上の継続的な支援を行う。また、当該３か月以上の継続的な支援後に評価を行う。ただし、保険者の判断で、対象者の状況等に応じ、従前どおり６か月経過後に評価を実施することや、３か月経過後の実績評価の終了後に更に独自のフォローアップ等を行うこともできる。実績評価後に、例えばICTを活用して生活習慣の改善の実践状況をフォローする等、対象者の個別性や保険者の人的・財政的状況に応じた効果的・効率的な取組が期待される。

④ 支援内容及び支援形態

積極的支援の支援内容及び支援形態については、「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」の「２－５積極的支援」を参照のこと。以下には、保健指導に必要な支援内容の具体を記す。

積極的支援では、動機付け支援に加えて以下の内容に留意する。

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。したがって、これらの発症及び重症化の予防の効果を高めるために、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こと。

また、行動が継続できるように定期的・継続的に支援し、取組の工夫の確認や強化、また、継続ができていない場合はその理由の確認や目標の見直し等を行う。

ａ 初回時の面接による支援

○ 動機付け支援と同様の支援とする（P.２４１「第３編第３章３－７（４）動機付け支援」④ ａ 面接による支援参照）。ただし、積極的支援においては、対象者が行動目標を達成するために必要な計画を立てるとともに、その内容をとりまとめた特定保健指導支援計画（様式２参照）を初回面接において作

成する必要がある。

○ 対象者の健康に関する考え方を受け止め、対象者が考える将来の生活像を明確にした上で、行動変容の必要性を実感できるような働きかけを行い、具体的に実践可能な行動目標を対象者が選択できるように支援する。

○ 実践可能な行動目標について、優先順位を付けながら、対象者と一緒に考え、対象者自身が選択できるよう支援する。

○ 支援の結果として一定のアウトカムが得られるように、必要なプロセスを積み上げること。

ｂ ３か月以上の継続的な支援

○ 初回面接支援の際に作成した特定保健指導支援計画や実施報告書、支援計画の実施状況を確認するため、対象者の行動計画への取組とその評価等について記載したものの提出を求め、それらの記載に基づいた支援を行う。

○ 継続的な支援の方法については、対象者の希望を踏まえて、必要に応じて決定していく。

○ 保健指導は、個人又は集団を対象として行う方法があり、更に各々について対面及びICTを活用した方法がある。支援の際は、それぞれの特性を踏まえ、適切に組み合わせて実施する。

○ 生活習慣の改善に必要な事項について実践的な指導をする。

○ 取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、生活習慣の振り返りを行い、必要があると認めるときは、行動目標や計画の再設定を行う。

ｃ 行動計画の実績評価

○ 行動計画の実績評価は、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。

○ 評価項目は対象者自身が自己評価できるように設定するが、体重及び腹囲は必須である。

○ 体重や腹囲の達成目標や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。

○ 評価時期を設定して、対象者が自ら評価するとともに、３か月以上の継続的な支援終了後に保健指導実施者による評価を行い、評価結果を対象者に提供する。

○ 必要に応じて中間評価を設定し、実践している取組内容及び結果についての評価と再アセスメント、生活習慣の振り返りを行い、必要があると認めるときは、行動目標や計画の修正を行う。

○ 実績評価時に、対象者が実践している取組内容及びその結果についての評価を行い、腹囲２cm以上かつ体重２kg以上減の達成目標に至らなかった場合は、今後、どのようにしていきたいか確認し、取組がうまく進まない場合や状態の改善がみられない場合は、悪化が想定される場面についての対応策を助言する。

○ 次年度にも継続して健診を受診するよう勧めるとともに、対象者が生活習慣の改善が図られた後の行動を継続するよう意識付けを行う。

○ 継続的な支援の最終回と一体的に実施しても差し支えない。

⑤ 支援ポイント

○ アウトカム評価とプロセス評価を合計し、180p 以上の支援を実施することを保健指導終了の条件とする。

○ 腹囲２cm以上かつ体重２kg以上減少又は体重が当該年度の特定健康診査の体重の値に0.024を乗じて得た値（kg）以上かつ腹囲が当該値（cm）以上減少したと認められた場合は180pと設定する。

○ 腹囲２cm以上かつ体重２kg以上減に達していない場合においても、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲2cm以上かつ体重2kg以上減の過程である腹囲１cmかつ体重１kg減についても20pとして評価する。

○ 生活習慣病予防につながる行動変容をアウトカム評価として用いる際は、初回面接や中間評価において、目標や評価方法、達成条件について必ず対象者

と共有しておく。事前に設定した行動変容の目標以外の行動変容については、ポイントに算定することはできない。

○ 積極的支援における評価方法と各支援のポイント構成について表４に示す。

○ ２年連続して積極的支援となった対象者のうち、１年目に比べ２年目の状態が改善している者については、２年目の保健指導は、動機付け支援相当の支援（面接による支援のみの原則１回の支援）を実施した場合でも保健指導を実施したこととなる。

⑥ 留意点

a. アウトカム評価の支援ポイントについて

○ アウトカム評価の評価時期は、初回面接から３か月以上経過後の実績評価時とする。

○ アウトカム評価の評価項目のうち腹囲と体重については、実績評価の時点で当該年度の健康診査の結果に比べた増減を確認する。

○ 生活習慣病予防につながる行動変容（食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善）については、実績評価の時点で生活習慣の改善が２か月以上継続している場合に評価する。

○ 初回面接において設定した目標が達成困難な場合、中間的な評価によって目標を変更し、目標変更後２か月間の継続が行えれば評価可能となる。

○ 行動変容の目標を立てる際は、「標準的な質問票」（P.77）や「「動機付け支援」、「積極的支援」に必要な詳細な質問項目」（P.255）を活用する等、対象者の生活習慣をアセスメントし、対象者の特性や課題に応じた具体的な目標を設定する。

○ 特定保健指導において目標設定及び評価を行うための行動変容例を表６に示す。

○ 設定した目標は、保健指導終了後も継続することが重要なため、行動変容の達成を通して、対象者が自己効力感を高め、セルフケア能力を向上させるような保健指導を実施すること。

b. 継続的な取組について

○ 腹囲2cm以上かつ体重2kg以上減の達成は、今後の励みとなる保健指導の成果の目安と言えるが、血圧、血糖、脂質への効果には個人差があること、そして継続が大切であることをしっかりと対象者に説明すること。

○ 腹囲2cm以上かつ体重2kg以上減の達成状況によらず、翌年の階層化において再び支援の対象になり得る者には、その可能性をあらかじめ説明し、来年の健診までの生活習慣改善の取組について確認していくこと。

c. その他

○ 保健指導実施者が連絡したにもかかわらず、対象者が保健指導を受けない場合には、保険者に連絡し、保険者からも保健指導を受けるように促す。

○ 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、次回以降の保健指導につなげることが必要である。

○ その他、特定保健指導の未実施者及び中断者への支援については、３－４を参照のこと。

○ 特定保健指導における２回目以降の対象者への支援については、３－６を参考にすること。

⑦ 積極的支援における支援ポイント達成の例（図2～図５）

積極的支援における支援ポイント達成の例を図２～図５に示す。

○ パターンA【腹囲2cm以上かつ体重2kg以上減の目標の達成によるアウトカム評価で180pに到達した例】（図２）

○ パターンB【腹囲2cm以上かつ体重2kg以上減の目標達成には至らず、その後に修正した行動変容の目標達成によるアウトカム評価と継続的支援のプロセス評価を合わせて180pに到達した例】（図３）

○ パターンC【行動変容の目標達成によるアウトカム評価と継続的支援のプロセス評価とを合わせて180pに到達した例】（図４）

○　パターンD【追加支援を含めた継続的支援のプロセス評価により180pに到達した例】（図５）

⑧ 特定保健指導支援計画及び実施報告書の例

特定保健指導支援計画及び実施報告書の例を様式１に示す。本様式の項目を記載することで、保健指導プログラムを評価できる情報をまとめることにつながる。

表４
積極的支援における評価方法と各支援のポイント構成

アウトカム評価	２ｃｍ・２ｋｇ	180p
	１ｃｍ・１ｋｇ	20p
	食習慣の改善	20p
	運動習慣の改善	20p
	喫煙習慣の改善（禁煙）	30p
	休養習慣の改善	20p
	その他の生活習慣の改善	20p
プロセス評価	個別支援＊	・支援１回当たり 70p ・支援１回当たり最低 10 分間以上
	グループ支援＊	・支援１回当たり 70p ・支援１回当たり最低 40 分間以上
	電話支援	・支援１回当たり 30p ・支援１回当たり最低５分間以上
	電子メール・チャット等支援	・１往復当たり 30p
	健診当日の初回面接	20p
	健診後１週間以内の初回面接	10p

*情報通信技術を活用した面接を含む

図２ パターンＡ（腹囲 2cm 以上かつ体重 2kg 以上減の目標達成によるアウトカム評価で 180p に到達した例）

（概要）腹囲２㎝・体重２kg減を達成目標に設定し、生活習慣改善の行動計画を立案。
継続的支援の際に進捗を確認し、３か月以降経過後に２㎝・２kg減の達成を確認。

支援の種類	時期	支援形態	支援内容
初回面接	健診当日	個別支援	健診結果と生活習慣の問診票を活用し、生活習慣それぞれの特徴と対象者の行動変容ステージを捉える。 生活習慣についての気づきを促し、改善の可能性を探る。 3か月後の腹囲２㎝かつ体重２kg減を達成目標に、腹囲と体重のセルフモニタリングの方法を確認する。 3か月以降の継続的支援の内容と方法を一緒に確認する。
継続的支援	１か月後	電子メール	現在の腹囲と体重を確認するとともに、自己効力感の向上につながる支援を実施。
	３か月以降	電子メール	実績評価と一体的に実施。電子メールにて腹囲２㎝かつ体重２kg減以上となっていることを確認。 目標を達成したことを賞賛し、支援を終了する。 次年度に向けた行動目標の継続と次年度の健診を勧奨する。

達成プロセスのイメージ

目標		初回面接	継続的支援と実績評価	
２㎝・２kg減を目標に設定し、生活習慣改善の計画を立案。	支援計画	健診当日	電子メール	実績評価 電子メール
	プロセス評価	20p	30p	30p
	アウトカム評価			2cm・2kg減 180p

初回面接から３か月経過

図３ パターンＢ（腹囲 2cm 以上かつ体重 2kg 以上減の目標は達成できなかったものの、継続的支援と行動変容のアウトカム評価を合わせて 180p に到達した例）

（概要）腹囲２㎝・体重２kg減を達成目標に設定し、生活習慣改善の行動計画を立案。
３か月以降経過後に腹囲と体重に変化がなく、運動習慣の行動変容の目標を修正。
その２か月以降経過後、運動習慣の行動変容を確認。

支援の種類	時期	支援形態	支援内容
初回面接	健診 １週間以降	個別支援 （遠隔）	健診結果と生活習慣の問診票を事前に送付し、ビデオ通話システムを用いて生活習慣についての気づきを促し、改善の可能性を探る。 3か月後の腹囲２㎝かつ体重２kg減を達成目標に設定する。 セルフモニタリングの方法を確認するとともに、継続的支援の内容と方法を一緒に確認する。
継続的支援	１か月後	個別支援	現在の腹囲、体重を確認。 腹囲と体重の変化は確認できなかったため、引き続き腹囲２㎝・体重２kg減を目指して、行動変容の意識を高める支援を実施。
	３か月以降	個別支援	現在の腹囲、体重が変化していなかったため、中間評価として実施。 運動習慣の行動変容目標について、話合いながら修正を実施。
	５か月以降	電話	実績評価と一体的に実施。体重と腹囲は変化なかったが、2ヶ月以上継続できた新たな運動習慣の改善を確認し、支援を終了とする。 継続的な取組と次年度の健診を勧奨する。

達成プロセスのイメージ

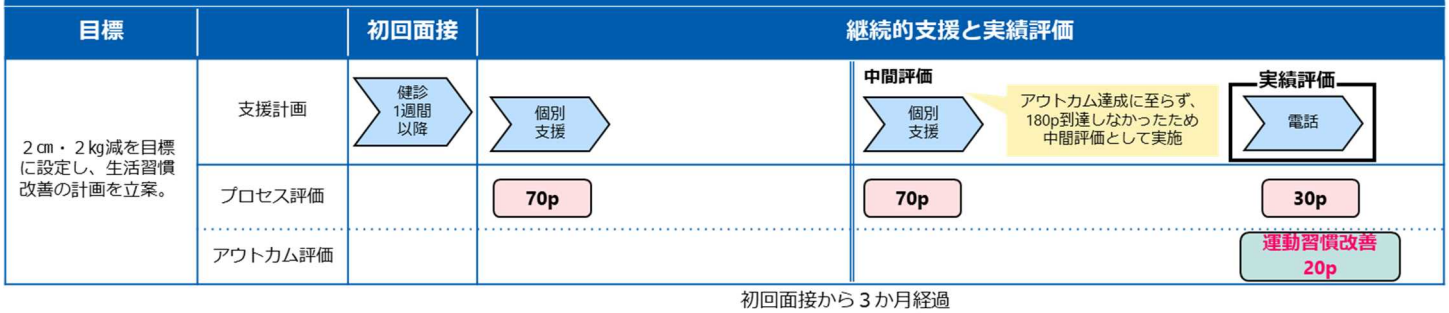
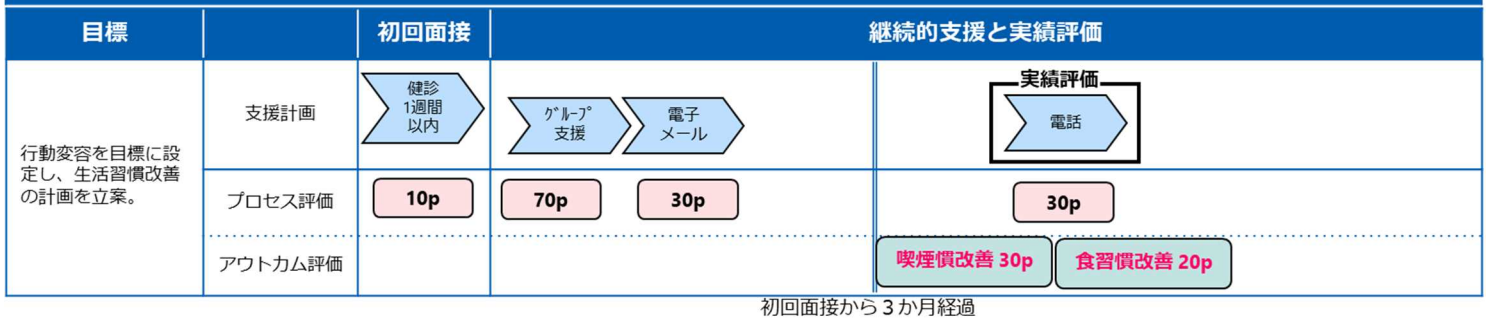


図４ パターンC（行動変容の目標達成によるアウトカム評価と継続的支援のプロセス評価とを合わせて180pに到達した例）

（概要）行動変容を目標に設定し、生活習慣改善の計画を立案。
計画通り喫煙習慣と食習慣の行動変容の達成を確認。

支援の種類	時期	支援形態	支援内容
初回面接	健診 １週間以内	グループ 支援	健診結果と生活習慣の関連についての説明を実施。 達成可能な行動変容の目標の立て方と具体的な実践方法について支援を実施。 ２か月以降後の喫煙習慣と食習慣の改善を目標に設定する。 セルフモニタリングの方法を確認するとともに、継続的支援の内容と方法を一緒に確認する。
継続的支援	１か月後	グループ 支援 （遠隔）	オンラインでのディスカッションを通して、行動変容を継続するための障壁への対処の工夫について学びを深める支援を実施。
	２か月後	電子メール	生活習慣の改善状況について確認し、ここまでの取組状況を称賛し、自己効力感を高める支援を実施。
	３か月以降	電話	実績評価と一体的に実施。 この時点で設定した喫煙習慣と食習慣の改善が２か月継続できていることを確認し、支援を終了する。 継続的な取組と次年度の健診も勧奨する。

達成プロセスのイメージ



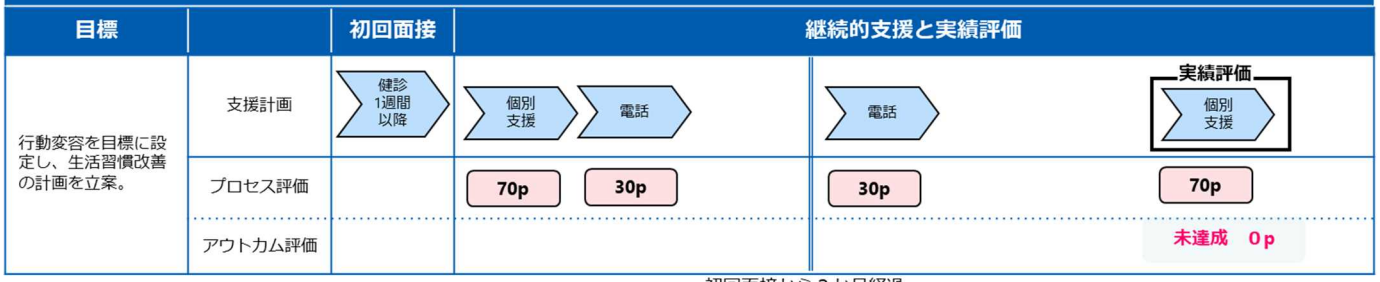
初回面接から３か月経過

図５ パターンＤ（追加支援を含めた継続的支援のプロセス評価により 180p に到達した例）

（概要）行動変容を目標に設定し、生活習慣改善の計画を立案。
３か月以降経過後の支援の際に行動変容が確認出来なかったため、行動目標を修正し追加の支援を実施。
その後も行動変容は確認できなかったが、プロセス評価の積み上げで支援を終了。

支援の種類	時期	支援形態	支援内容
初回面接	健診 １週間以降	個別支援	生活習慣の特徴と対象者の行動変容ステージを捉える。 生活習慣についての気づきを促し、改善の可能性を探る。 運動習慣、休養習慣の行動目標を設定する。 セルフモニタリングの方法を確認するとともに、継続的支援の内容と方法を一緒に確認する。
継続的支援	１か月後	個別支援	運動習慣、休養習慣の行動目標の実施状況について確認し、目標達成に向けた工夫点を話し合う。
	２か月後	電話	運動習慣、休養習慣の行動目標の実施状況について確認。 継続した行動変容につながらないため、現在の障壁とその対処方法について支援。
	３か月後	電話	設定した行動目標の継続も困難であったことを確認。 食習慣、運動習慣の行動目標の修正を行う。
	5か月以降	個別支援	修正した運動習慣と休養習慣の改善の行動目標は、いずれも２か月間の継続が困難であったことを確認する。 次年度の健診受診に向けて、継続的な取組の必要性を説明する。

達成プロセスのイメージ



初回面接から３か月経過

（６）「動機付け支援」、「積極的支援」に必要な詳細な質問項目

「動機付け支援」、「積極的支援」の実施に当たっては、詳細な質問項目を積極的に活用することで保健指導対象者の生活習慣及び行動変容ステージ（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。

詳細な質問項目は、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。詳細な質問項目の例としては、表５－１、５－２で示した項目が考えられる。対象者の特性や、健診・保健指導の実施体制等に応じて質問項目を取捨選択することも可能である。

表５-１　「動機付け支援」、「積極的支援」に必要な詳細な質問項目

本質問項目は、特定保健指導の対象者について、保健行動の特徴を把握することを目的に、保健指導で使用することが望ましい質問項目を例示したものである。具体的には、初回の保健指導において、実施者と対象者とが回答内容をともに確認しながら改善すべき課題を明確化し、目標設定や継続支援での変化の確認に活用することを意図している。また、本質問項目に回答することで、対象者が自ら望ましい保健行動をイメージし、行動変容を意識することも期待している。

事業者健診結果を特定健診結果とみなす場合など、標準的な質問票の回答内容を保健指導時に入手できない場合があるため、それらの項目のうち重要なものは、本質問項目にも含めている。備考欄を設けており、１日の生活パターンや時間帯（起床、食事、仕事、身体活動、就寝等）の記入を求めるなど、指導時に対象者とともに工夫できそうな生活習慣をみつけることに活用できる。

1. 健康意識・認識		
1-1	現在の自分の健康状態についてどのように感じていますか。直感的に回答してください。	①よい　②まあよい　③ふつう ④あまりよくない　⑤よくない
1-2	自分の健康のために、食生活、運動などの生活習慣で、特に気を付けていることはありますか。	①はい　②いいえ
1-3	これまでに減量に取り組んだ経験はありますか。	①はい　②いいえ
1-4	体重を定期的に測定していますか。	①はい　②いいえ
1-5	血圧を定期的に測定していますか。	①はい　②いいえ
1-6	特定健康診査あるいは人間ドックなどの健康診断を昨年度、受けましたか。	①はい　②いいえ
1-7	年に1回以上、歯科の健診を受けていますか。	①はい　②いいえ
2. 食生活習慣		
2-1	1日の食事時間はだいたい決まっていますか。	①はい　②いいえ
2-2	朝食を抜くことがありますか。	①はい　②いいえ
2-3	寝る前２時間以内に何か食べることがありますか。	①はい　②いいえ
2-4	食事はよく噛んでゆっくり食べていますか。	①はい　②いいえ
2-5	バランスの良い食事（ごはん・麺などの主食、肉・魚などの主菜、おひたし・サラダなどの副菜を組み合わせた食事）を毎日食べていますか。	①はい　②いいえ
2-6	糖分の入った飲み物を習慣的に飲みますか。	①飲む　②飲まない
2-7	習慣的に間食をしますか。	①する　　②しない
2-8	食塩の多い食材（麺類、佃煮、漬物、梅干し、干物、練製品等）や濃い味付けのものを毎日食べていますか。	①食べる　②食べない
2-9	外食、惣菜、市販の弁当を習慣的に食べますか。	①食べる　②食べない

2-１０	食事は主に、誰が作ったり買ったりしますか。	①自分　②自分以外
3. 運動・身体活動状況		
3-1	1週間の中で運動する時間を設けていますか。	①はい　②いいえ
3-2	エレベーターより階段を使うなど意識的に体を動かしていますか。	①はい　②いいえ
3-3	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
3-4	1日のうちで座っている時間は少ないですか。	①はい　②いいえ
3-5	膝、腰、手、足、首などに痛みや違和感はありますか。	①はい　②いいえ
4. 既往・現病歴・家族歴		
4-1	現在、身体活動・運動や食事等の生活習慣に関して、かかりつけの医療機関にて指導を受けていますか。	①指導あり　②指導なし
4-2	健診後、生活習慣病（高血圧、糖尿病、脂質異常症など）で受診しましたか。	①受診して内服している ②受診したが薬は処方されなかった ③受診していない
4-3	両親やきょうだいであてはまる病気があれば○をつけて下さい（複数回答可）	高血圧/糖尿病/脂質異常（高脂血症）/痛風/脳卒中（脳梗塞・脳出血）/心臓病（心筋梗塞・狭心症）/腎臓病
5. 喫煙		
5-1	職場や家庭などにおいて、受動喫煙（自分以外の人が吸っていたたばこの煙を吸う）の機会がありましたか。	①ほぼ毎日　②週に数回程度 ③週に１回程度　④月に１回程度 ⑤全くなかった　⑥行かなかった
5-2	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 （※「現在、習慣的に吸っている者」とは、条件１と２を両方満たす者である。 条件１：最近１か月間吸っている。 条件２：生涯で６か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている）	①はい（条件１と条件２を両方満たす） ②以前は吸っていたが、最近１か月間は吸っていない（条件２のみ満たす） ③いいえ（①②以外）
5-3	１日に平均して何本のたばこを吸っていますか（吸っていましたか。）	１日（　　）本
5-4	習慣的にたばこを吸うようになってから、何年間たばこを吸っていますか（吸っていましたか）。	（　　）年間
5-5	今までたばこをやめたことがありますか。	①はい　②いいえ ③吸ったことはない
6. 飲酒		
6-1	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか。（※「やめた」とは、過去に月１回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近１年以上酒類を摂取していない者）	①毎日　②週5～6日　③週3～4日　④週1～2日　⑤月に1～3日 ⑥月に1日未満　⑦やめた ⑧飲まない（飲めない）
6-2	飲酒日１日当りの飲酒量 日本酒1合（アルコール度数１５度・180ml）の目安： ビール（同５度・500ml）、焼酎（同25度・約110ml）、ワイン（同14度・約180ml）、ウイスキー（同43度・約60ml）、缶チューハイ（同５度・約500ml、同７度・約350ml）	①1合未満　②1～2合未満 ③2～3合未満　④3～5合未満 ⑤5合以上
6-3	1度に、ビール中瓶3本か日本酒3合、あるいは焼酎（25度）1.7合以上を飲むことがどのくらいの頻度でありますか。	①ない　②月に1度未満 ③月に1度　④週に1度 ⑤ほとんど毎日

7. 睡眠・休養		
7-1	休養は十分にとれていると思いますか。	①はい　②いいえ
7-2	日中に倦怠感や眠気を感じることがありますか。	①はい　②いいえ
8. 家族・社会参加		
8-1	生活習慣を改善する上でサポートをしてくれる人はいますか（複数選択可）。	①配偶者（パートナー）　②こども ③孫　④親　⑤祖父母 ⑥きょうだい ⑦友人・知人　⑧その他
9. 仕事・労働衛生		
9-1	1週間の労働時間はおおよそ何時間ですか。	①就労していない　②40時間未満 ③40～48時間　④49～54時間 ⑤55時間以上
9-2	交代勤務制の仕事に従事していますか。	①はい　②いいえ
10. 生活習慣改善への取組		
10-1	改善したい生活習慣に〇をつけてください（複数選択可）。	①喫煙　②食生活 ③運動・身体活動　④飲酒 ⑤睡眠　⑥休養　⑦その他
10-2	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	①はい　②いいえ
備考		

表５-２　「動機付け支援」「積極的支援」に必要な詳細な質問項目 解説と追加質問

動機付け支援・積極的支援に必要な詳細な質問項目の解説と、保健指導で活用することを想定した追加質問と選択肢、並びにその解説文を示している。追加質問は、対象者の保健行動や生活習慣について、より具体的にアセスメントするための項目である。対象者の特性や状況に応じて必要な質問を選択し、活用することが望ましい。

1. 健康意識・認識		
解説：対象者が本質問項目に記入することで、自分自身の生活習慣を振り返り、望ましい生活習慣を意識できることを意図している。対象者自身の健康状態の認識、生活習慣の改善に関する経験、特定健康診査や人間ドックなどの健康診断の継続受診、健診後の生活習慣の改善への取組の有無を確認する。保健指導では、各項目について対象者と確認しながら、対象者自身の健康への関心度や生活習慣の改善への意欲を把握し、対象者との関係性を構築していくことに活用する。		
1-1	現在の自分の健康状態についてどのように感じていますか。直感的に回答してください。	①よい　②まあよい　③ふつう ④あまりよくない　⑤よくない
解説：本人が自己評価する健康観（感）は、主観的健康観（感）と呼ばれ、死亡率と強い関連がある[注1]。保健指導では、健康意識として主観的健康観（感）を把握した上で、計画作成の際に活用する。		
1-2	自分の健康のために、食生活、運動などの生活習慣で特に気を付けていることはありますか。	①はい　②いいえ
解説：対象者自身が、まずは食生活、身体活動等の生活習慣全体を振り返ることを促し、以下の質問項目への導入とする。保健指導では、生活習慣の改善に対する対象者の取組状況を把握し、質問項目を活用してのアセスメント後の目標の立案に活用していく。なお、「はい/いいえ」よりも踏み込んだ質問は、「2. 食生活習慣」以降の項目で具体的に確認するようにする。特定健診後、特定保健指導を受けるまでの日数が空いている場合は、その間に開始した保健行動の有無を尋ねることで指導の糸口とする。		
1-3	これまでに減量に取り組んだ経験はありますか。	①はい　②いいえ
解説：減量への取組経験の有無を尋ね、減量への意欲や準備状況を確認する。保健指導の場面では、今までの取組の具体的内容と結果、及び減量に対するイメージを捉え、目標立案の際のアプローチ方法に活用する。		
1-4	体重を定期的に測定していますか。	①はい　②いいえ
1-5	血圧を定期的に測定していますか。	①はい　②いいえ
解説：定期的に体重や血圧を測定しているか尋ねることで、自分で健康状態を管理するという望ましい生活習慣の意識化を促す。保健指導では、体重や血圧を測定している場合は測定の継続を促し、測定していない場合はその理由を確認して、定期的な測定に向けた具体的な行動を促す。		
1-6	特定健康診査あるいは人間ドックなどの健康診断を昨年度、受けましたか。	①はい　②いいえ
解説：毎年の特定健診の受診の必要性の認識を促す。特定健診の結果から経年受診を確認できる場合もあるが、社会保険から国民健康保険へ異動したといった医療保険の異動も考えられることから、毎年受診を確認するものである。なお、「毎年」と尋ねるより、直近の昨年度の受診を問うことで、確かな回答を得ることを想定している。保健指導では、毎年の受診を勧奨し、生活習慣の見直しに保健指導を活用してほしいことを伝える。		
1-7	年に1回以上、歯科の健診を受けていますか。	①はい　②いいえ

解説：年に１回以上の歯科健診の必要性を啓発・勧奨する項目である。健康に対する興味や認識の低い者にとって、鏡を見ることによって自分の健康状態、変化等を直接的に観察することができる歯・口腔は、生活習慣改善のきっかけとして有効である。また、質問項目2-4「食事はよく噛んでゆっくり食べるようにしていますか」で「②いいえ」、2-6「糖分の入った飲み物を習慣的に飲みますか」で「①飲む」、4-1「現在、身体活動・運動や食事等の生活習慣に関して主治医より指導を受けていますか」で「①指導あり」、5-2「現在、たばこを習慣的に吸っていますか」で「①はい」、10-1「改善したい生活習慣」で「①喫煙」、「②食生活」を 選択した者は、歯科保健指導を実施することによって、生活習慣等の改善に弾みをつけることが期待される。なお、保健指導においては、「標準的な質問票の解説と留意事項」（質問13）の内容を参考として実施する。		
2. 食生活習慣		
2-1	1日の食事時間はだいたい決まっていますか。	①はい　②いいえ
解説：生活リズムの中でも重要な要素である食事時間の規則性を尋ねる項目である。保健指導では、「②いいえ」と回答した対象者の不規則的な食事時間となっている理由を把握し、以下の食生活に関する質問項目も考慮し、食生活の工夫点を対象者とともに見つけていく。		
2-2	朝食を抜くことがありますか。	①はい　②いいえ
解説：「標準的な質問票の解説と留意事項」を参照（質問17）		
2-3	寝る前２時間以内に何か食べることがありますか。	①はい　②いいえ
2-4	食事はよく噛んでゆっくり食べていますか。	①はい　②いいえ
解説：「標準的な質問票の解説と留意事項」を参照（質問14・15）		
2-5	バランスの良い食事（ごはん・麺などの主食、肉・魚などの主菜、おひたし・サラダなどの副菜を組み合わせた食事）を毎日食べていますか。	①はい　②いいえ
追加	1日2回以上、主食・主菜・副菜を揃えて食べるのは週何日ですか[注2]	①ほぼ毎日　②週4～5日 ③週2～3日　④ほとんどない
解説：“ほぼ毎日”と回答した者を基準とした場合、日数が少ない者ほど栄養素の偏りが懸念される。具体的には、炭水化物、たんぱく質、及び野菜の摂取状況が食事摂取基準等の目標量に合致する者の割合が少ない[注2]。逆に、主食、主菜、副菜、牛乳・乳製品、果物を適量食べることを推奨する食事バランスガイドに添った食事をしている者ほど、循環器疾患等の死亡リスクが低いことが示されている[注3]。したがって、食事内容の概要を聞き取り、必要に応じて管理栄養士等が詳細に聞き取った上で、総エネルギー量を踏まえつつ食事パターンを適正化するように指導を行う。多くの場合、主菜が多く副菜が欠けているので、主菜を減らし不足しがちな野菜・果物・乳製品等を一品加えるように指導する。ただし、高齢者では、たんぱく質の摂取量が不足しないように配慮する。		
追加	１回の食事で主食（ごはん・めん類・パン）同士を組み合わせて食べることがありますか[注4]。	①毎日　②週５～６回 ③週３～４回　④ほとんどない
解説：１回の食事で主食同士を組み合わせて食べる頻度が多いと一般に総エネルギー量が多くなるので、ほかの質問の回答を考慮しながら、主食に偏らないようにして、副菜を取り入れるよう指導する。		

追加	毎日、乳製品（牛乳、ヨーグルト、チーズなど）をとっていますか。	①はい　②いいえ
解説：乳製品は、日本人で不足しやすい代表的な主要栄養素であるカルシウムの効率的な摂取源である。一方、血中総コレステロール、LDLコレステロールが高い者に対しては、乳製品中の飽和脂肪酸の摂取を制限するため、低脂肪や無脂肪の乳製品の選択を指導する。また、牛乳の良さを過信して１日に500～1,000ml近く摂取している場合もあるため、多量摂取者に対する指導も必要である。		
2-6	糖分の入った飲み物を習慣的に飲みますか。	①飲む　②飲まない
解説：飲み物に入っている砂糖の摂取量を問う質問である。「②飲まない」と回答した者の中には、スポーツドリンクや微糖飲料などのように、実際には砂糖が含まれているが、そのことを正しく認識できていない者も含まれている場合もある。保健指導では、普段、どのような飲み物を良く飲んでいるか聞き取り、必要に応じて主な飲料に含まれている砂糖の量を示す教材等を用いるなど、砂糖の摂取量の自覚を促す工夫が必要である。		
2-7	習慣的に間食をしますか。	①する　②しない
解説：「標準的な質問票の解説と留意事項」を参照（質問16）		
2-8	食塩の多い食材（麺類、佃煮、漬物、梅干し、干物、練製品等）や濃い味付けのものを毎日食べていますか。	①食べる　②食べない
追加	味付けをしたおかずに、さらにしょうゆ、ソース、塩などをかけますか。	①かけない ②味をみてかけたり、かけなかったりする ③味をみずにかける
追加	減塩のための工夫をいつもしていますか。	①はい　②いいえ
追加	味付けは濃いほうですか。	①はい　②いいえ
追加	丼もの、カレーライスやめん類を食べる頻度はどのくらいですか。	①毎日　②週５～６回 ③週３～４回　④ほとんどない
追加	めん類を食べる時、汁を飲みますか。	①ほとんど全部飲む　②半分位飲む ③ほとんど飲まない
解説：食塩の摂取状況に関する質問である。日本人成人の食塩摂取量（2019年）は１日男性10.5g、女性9.0gであり[注5]、食事摂取基準2020年版で示されている値（男性7.5g未満、女性6.5g未満）や、高血圧予防のための摂取目標量である6g未満、WHOの目標量の5g未満に比べてはるかに多い。食塩の過剰摂取は、高血圧や脳卒中の確立されたリスク因子であることから[注6]、過剰摂取が疑われる場合は、前項の食事パターンや外食・持ち帰りの弁当・惣菜の質問の回答も考慮して、食品の選択、味付け、調理の工夫に関する指導を行う。その際、減塩に関心のある者に対しては、個人の嗜好や習慣に合わせた様々な減塩食[注7－8]を紹介することが有用である。減塩のための工夫をしていると答えても、必ずしも減塩につながっていない場合があるので、食事内容を聞き取り、主要な食塩摂取源を推定することが大切である。管理栄養士による詳細な食事調査が行えればなお良い。味付けが濃いと答えた者には、出汁や香辛料等を上手に使い、素材の味を活かすことを提案する。丼もの、カレーライスやめん類を食べる頻度が多いと一般に食塩摂取量が多くなるので、ほかの質問の回答を考慮しながら、頻度を減らすよう指導する。また、外食・持ち帰りの弁当・惣菜の利用が多い者には、栄養成分表示の食塩相当量の表示を利用し、より低塩のものを選択する、弁当等に添えられた調味料の使用を減らすなど、具体的な工夫を行動目標として設定するよう支援する。		

2-9	外食、惣菜、市販の弁当を習慣的に食べますか。	①食べる　②食べない
追加	外食の頻度はどのくらいですか。	①1日2回以上　②1日1回 ③週に2～6回　④週１回以下
追加	スーパーやコンビニの惣菜や弁当を利用する頻度はどのくらいですか。	①1日2回以上　②1日1回 ③週に2～6回　④週１回以下
解説：外食、持ち帰りの弁当・惣菜の利用に関する質問である。外食・持ち帰りの弁当・惣菜そのものが問題ではないが、回数が多い者（週２回以上利用）では、主食・主菜・副菜を揃えて食べる頻度が少ないことが報告されている[注2]。したがって、利用頻度の高い者では、偏った食品・栄養素の摂取（炭水化物、食塩あるいは脂肪の過剰、たんぱく質やビタミンの不足等）の可能性が高いことを念頭に置く。特に外食の頻度が１日１回以上の場合は、食事の概要を聞き取り（必要に応じて管理栄養士等が詳細に聞き取り）、指導を行う。具体的には、持ち帰りの弁当・惣菜に関しては、食塩の摂りすぎにつながりやすい丼物、麺類に偏るのを避け、主食・主菜・副菜が組み合わされている弁当や、不足しがちな野菜・果物・乳製品等を一品（別に購入して）摂るように指導する。スーパーやコンビニで惣菜や弁当を週２回以上利用する者に対しては、どのような惣菜や弁当を購入するかを聞き、栄養成分表示（特にエネルギー量、食塩相当量）を参照する習慣の大切さ、食品や栄養素のバランスをとるための惣菜や弁当の選択、組み合わせの重要性を理解し、料理や商品の選択を行うように指導する。		
2-１０	食事は主に、誰が作ったり買ったりしますか。	①自分　②自分以外
追加	あなたの家族はあなたの生活習慣の改善に協力的ですか。	①協力的　②やや協力的 ③あまり協力的ではない ④協力的ではない　⑤一人暮らし
解説：食生活に関する指導において、調理担当者や生活をともにする家族の協力（ソーシャルサポート）は重要である。これらの情報を把握した上で、家庭の状況にあった指導を行う。主な調理担当者が本人であれば、本人に指導することとなる。その際、家族の生活習慣改善への協力に関する質問で、“協力的”以外に回答した者（一人暮らし以外）には、家族の嗜好のみに合わせていないかも問う。家族、そのほかの者が主な調理担当者である場合は、保健指導の際にできるだけ同席してもらい、協力を強化する。それが難しい場合には、家族への協力依頼の伝え方を一緒に考え、練習をするのも一つの方法である（ソーシャルスキルトレーニング）。また、家族の協力が得られない者でも、食行動変容に成功した事例などを伝えてやる気を高める支援を行う。		
追加	フライや天ぷらを好んで食べますか。	①はい　②いいえ
追加	肉の脂身を好んで食べますか。	①はい　②いいえ
解説：油脂の摂取に関する質問である。脂肪の摂取は、量と質に留意が必要である。肉の脂身、ラードを用いたフライや炒め物などには血中の総コレステロール、LDLコレステロールの上昇に働く飽和脂肪酸が多く含まれている。そのため、こうした食物を好んで食べる者で、血中の総コレステロール、LDLコレステロールの高い者や高めの者に対しては、それらの摂取を控える指導が必要である。天ぷらに関しては一般に植物性油を使用しているため、血中の総コレステロール、LDLコレステロールの上昇には大きな影響はない（エネルギーの過剰な摂取がなければむしろ低下に働く）。しかし、天ぷらを好む者は、一般に油脂の摂取が多いためにカロリー摂取が過剰となり、身体活動量の不足が重なる場合には肥満につながる。フライ、肉の脂身を好んで食べる者についても同様である。そのため、肥満、メタボリックシンドロームを有する者に対しては、これらの好みに対して、当該食品の摂取の量や頻度を少なくすること、肉の脂身は調理の際にできるだけ取り除くこと、外食の場合には、肉の脂身を食べずに残すようにするよう指導する。		

3. 運動・身体活動状況			
3-1	1週間の中で運動する時間を設けていますか。	①はい　②いいえ	
追加	現在，月に１回以上行うスポーツや運動はありますか。	運動の内容、実施時間（月回数、１回あたりの実施時間）を問う。	
解説：余暇時間に何らかの目的を持って積極的に身体を動かす習慣を尋ねる項目である。保健指導では、５分ほどのこまめな運動でも、普段の生活の隙間で意識して行うことができないか、対象者と一緒に工夫点を探す。			
3-2	エレベーターより階段を使うなど意識的に体を動かしていますか。	①はい　②いいえ	
追加	外出の際（通勤含む）に良く使う移動手段は何ですか。	①乗用車やバイク　②公共交通機関 ③自転車　④徒歩　⑤その他	
解説：普段の生活の中で移動する時など、身体を動かす機会を捉え、身体を動かそうという意識・行動を問う項目である。保健指導では、移動する時など身体を動かすタイミングを見つけ、実行できそうな身体活動方法を対象者とともに見つけていく。			
3-3	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：「標準的な質問票の解説と留意事項」を参照（質問12）			
3-4	1日のうちで座っている時間は少ないですか。	①はい ②いいえ	
追加	睡眠以外で座ったり横になったりする時間が1日のうち何時間ですか。	①3時間未満 ②5時間未満 ③7時間未満 ④9時間未満 ⑤9時間以上	
解説：身体活動とは独立して疾患や肥満発症のリスクであることが指摘されている座位行動について把握する項目である。保健指導では、仕事の都合から１日の中で座っていることが多い場合、立ち上がる、あるいは簡単なストレッチをするなど､座位を中断しリフレッシュする習慣を対象者とともに検討する。			
3-5	膝、腰、手、足、首などに痛みや違和感はありますか。	①はい　②いいえ	
追加	運動中や運動後に体の不調を感じることがありますか。	①はい ②いいえ	関節や筋肉などの痛み/動悸・息切れ・めまい・ふらつき/強い疲労/その他
追加	運動や体を動かすことが困難な理由がありますか。	①はい ②いいえ	時間がない・忙しい/めんどう/面白くない/疾患・疲労・痛み/仲間や施設がない/効果を感じない/その他
解説：身体に痛みや違和感があると何らかの整形外科的疾患を有している可能性が考えられる。保健指導では、運動や身体活動量を上げるべきか判断する際に必ず対象者に確認し、状態によっては医療機関の受診を勧め、医師との連携のもと、身体活動や運動に関する目標を設定していく。痛みがひどく受診が必要な水準であれば食事のみによる減量を優先することを考慮してもよい。			

4. 既往・現病歴・家族歴		
4-1	現在、身体活動・運動や食事等の生活習慣に関して、医療機関にて指導を受けていますか。	①指導あり　②指導なし
解説：身体活動や食事に関し、すでに主治医がおり、生活習慣病以外で何らかの生活習慣に関する指導を受けていることが考えられる。保健指導では、主治医から受けている指導内容を確認し、その上で工夫できそうな点を対象者とともに見つけていく。必要によっては、主治医と連絡をとることも考えられる。		
4-2	健診後、生活習慣病（高血圧、糖尿病、脂質異常症など）で新たに受診しましたか。	①受診して内服している ②受診したが薬は処方されなかった ③受診していない
解説：健診後にすでに医療機関を受診し、内服治療が開始されていることも考えられるので、保健指導の際は、必ず確認する。薬を処方されている場合は内服状況についても確認する。内服しないために重症化したり、繰り返し保健指導の対象になるケースが多い。医療機関を受診していたら、必ず、医師からの指導内容を確認し、保健指導内容との整合性を考慮しながら、可能な工夫点を対象者とともに見つける。		
追加	不整脈（心房細動）などで血液がサラサラになる薬（血液を固まりにくくする薬）を飲んでいますか。	①はい　②いいえ ③薬を飲んでいるが種類はわからない
解説：心房細動があると脳塞栓の発症リスクが非常に高くなり、予防のためには抗凝固剤を持続的に飲む必要がある。治療を中断するとリスクが急増するため、「はい」と回答した場合は定期的な受診と継続的な服薬を確認した上で、保健指導を開始する。		
追加	関節リウマチやその他の膠原病、喘息、皮膚などのアレルギー性疾患の治療を受けていますか。	①はい　②いいえ　③わからない
解説：膠原病やアレルギー性疾患などでステロイド剤を服用している場合、代謝系や脂質系の検査値が異常値を示しやすいため、「はい」と回答した場合は病状や治療内容をよく確認する。あくまでも原疾患の治療が優先されるため、保健指導の対象者とするかどうかを含めて必ず主治医と相談する。		
4-3	両親やきょうだいであてはまる病気があれば○をつけて下さい（複数回答可）。	高血圧/糖尿病/脂質代謝異常（高脂血症）/痛風/脳卒中（脳梗塞・脳出血）/心臓病（心筋梗塞・狭心症）/腎臓病
解説：血縁者の既往・現病歴を尋ねる項目である。保健指導では、家族歴と健診結果から、自分自身の生活習慣を振り返る上で、貴重な情報（遺伝的要因・環境的要因等）となり、対象者の自覚を促すように支援する。		
5. 喫煙		
5-1	職場や家庭などにおいて、受動喫煙（自分以外の人が吸っていたたばこの煙を吸う）の機会はありましたか。	①ほぼ毎日 ②週に数回程度 ③週に１回程度 ④月に１回程度 ⑤全くなかった ⑥行かなかった
解説：受動喫煙は、喫煙と同様に肺がん、心筋梗塞、脳卒中などのリスクを高める[注9]。一方、受動喫煙を防ぐことで、これらの疾患が減少することが報告されている[注10]。職場での受動喫煙については、労働安全衛生法及び健康増進法で事業者に努力義務が課されているため、受動喫煙を受けている場合は、事業者に改善を申し出ることができる。建物内禁煙や敷地内禁煙が望ましいが、喫煙室を設置する場合は受動喫煙を防止するため、一定の要件[注11]を満たす喫煙室の設置が望ましい。		
5-2	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 （※「現在、習慣的に吸っている者」とは、条件１と２を両方満たす者である。 条件１：最近１か月間吸っている 条件２：生涯で６か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている）	①はい（条件１と条件２を両方満たす） ②以前は吸っていたが、最近１か月間は吸っていない（条件２のみ満たす）③いいえ（①②以外）
5-3	１日に平均して何本のたばこを吸っていますか（吸っていましたか）。	１日（　　）本

5-4	習慣的にたばこを吸うようになってから、何年間、たばこを吸っていますか（吸っていましたか）。	（　　）年間
追加	たばこを吸い始めたのは何歳ですか。 ＊喫煙歴がある場合	（　　）歳
追加	たばこをやめたのは何歳ですか。 ＊禁煙している場合。	（　　）歳 禁煙を繰り返している場合に注意する
解説：「標準的な質問票の解説と留意事項」（質問８）を参照。喫煙本数と年数から累積喫煙量（ブリンクマン指数ともいう）を評価することができる。累積喫煙量は心血管系疾患のみならず、各種疾患のリスク因子となる。		
5-5	今までたばこをやめたことがありますか。	①はい　②いいえ ③吸ったことはない
解説：禁煙経験の有無を確認する項目である。保健指導では、過去に禁煙しようと思ったきっかけや時期、禁煙期間といった成功体験や、その後、禁煙が継続できなかった理由を把握し、喫煙者の全対象者が禁煙に取組めるよう、禁煙支援につなげる。		
追加	朝、目が覚めてからどのくらいの時間で最初のたばこを吸いますか。	①5分以内　②6～30分 ③31～60分　④61分以上
解説：１日の喫煙本数と朝目覚めてから最初の1本を吸うまでの時間は、唾液中のコチニン濃度や呼気中の一酸化炭素濃度との相関が強く、これら２項目でニコチン依存度を簡易に判定することができる[注12]。また、これら２項目は、禁煙試行後の少なくとも１カ月間以上の禁煙継続率を予測する独立した要因であることが報告されている[注13]。１日喫煙本数が多いほど、また朝目覚めてから最初のたばこを吸う時間が短いほど、ニコチン依存度が高く、禁煙が困難になる。そのため保健指導や禁煙外来への誘導を行う上で参考となる。		
6. 飲酒		
6-1	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか。（※「やめた」とは、過去に月１回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近１年以上酒類を摂取していない者）	①毎日 ②週5～6日 ③週3～4日 ④週1～2日 ⑤月に1～3日 ⑥月に1日未満 ⑦やめた ⑧飲まない（飲めない）
6-2	飲酒日１日当りの飲酒量 日本酒1合（アルコール度数１５度・180ml）の目安：ビール（同５度・500ml）、焼酎（同25度・約110ml）、ワイン（同14度・約180ml）、ウイスキー（同43度・約60ml）、缶チューハイ（同５度・約500ml、同７度・約350ml）	①1合未満　②1～2合未満 ③2～3合未満　④3～5合未満 ⑤5合以上

6-3	1度にビール中瓶3本か日本酒3合、あるいは焼酎（25度）1.7合以上を飲むことがどのくらいの頻度でありますか。	①ない　②月に1度未満 ③月に1度　④週に1度 ⑤ほとんど毎日
解説：「標準的な質問票の解説と留意事項」を参照（質問18・19）。6-1から6-3の質問は、アルコール使用障害スクリーニング（AUDIT）の問１から３に相当する。必要に応じて残りの項目（問４から10）について質問することで、AUDITによる判定が行える。		
追加	現在、ビールコップ１杯程度の少量の飲酒で、すぐ顔が赤くなる体質がありますか？	①はい　②いいえ　③わからない
追加	飲酒を始めた頃の 1～2 年間は、ビールコップ１杯程度の少量の飲酒で、すぐ顔が赤くなる体質がありましたか？	①はい　②いいえ　③わからない
解説：アセトアルデヒド代謝に関する体質（フラッシング）を簡易に評価できる。二つの質問のいずれかの回答が”はい“である場合は、アルデヒド脱水素酵素がヘテロ欠損型である可能性が極めて高く[注14]、ヘテロ欠損型では飲酒によって喉頭癌・咽頭癌・食道癌などのリスクが高まる可能性があるため、より注意が必要である。		
7. 睡眠・休養		
7-1	休養は十分にとれていると思いますか。	①はい　②いいえ
解説：睡眠と休養を分けた質問項目とした。保健指導では、休養によりリフレッシュできる時間を設けているか、ストレスを解消できるよう工夫する生活習慣をとっているか、確認していく。		
7-2	日中に倦怠感や眠気を感じることがありますか。	①はい　②いいえ
追加	起床時刻・就寝時刻は平均して何時頃ですか。	起床（　　）時頃 就寝（　　）時頃
追加	実際の睡眠時間は何時間くらいでしたか？これは、あなたが寝床の中にいた時間とは異なる場合があるかもしれません。	①5時間未満　②5～6時間 ③6～7時間　④7～8時間 ⑤8～9時間　⑥9時間以上
追加	眠気で日中の生活に支障が出ることがありますか。	①はい　②いいえ
追加	過去１か月間において、眠るために薬を服用しましたか（医師から処方された薬あるいは薬局で購入した薬）	①はい　②いいえ
追加	睡眠薬がわりに寝酒を飲むことがありますか。	①はい　②いいえ
追加	就寝前に喫煙をしたり、カフェインを摂ることがありますか。	①はい　②いいえ
追加	（特に休日に）夜更かしをすることがありますか。	①はい　②いいえ

追加	実際に眠っている時間以外に、寝床でだらだらと長時間過ごすことはありますか。	①はい　②いいえ
解説：日中に眠気を来す最大の原因は睡眠不足である。交代勤務などの背景因子にも注意しつつ、規則正しい起床・睡眠を維持するように指導する。勤務形態も多様化しているので、睡眠時間も聞く。規則正しい睡眠を指導する上で、①就寝前の喫煙、寝酒は生活習慣病のリスクを高めるだけでなく、睡眠の質を悪化し睡眠時無呼吸を起こしやすくすること、②同様に喫煙、カフェインの摂取は不眠のリスクを高めること、③頻繁な夜更かしは生体リズム（体内時計）を崩し、睡眠時間帯の不規則化や夜型化を招く可能性があることは、重要なポイントである。寝床に入ってから携帯電話、メールやゲームなどを行わないように指導することも、規則正しい睡眠を維持する上で重要である。また、就寝時刻と起床時刻を見直し、寝床で過ごす時間を適正化することも大切である。長時間眠るために寝床で過ごす時間を必要以上に長くすると、かえって睡眠が浅くなり夜中に覚醒するなど、結果として熟睡感が得られない場合があることも指導する。睡眠薬は医師の指導の下での使用を指導する。		
追加	睡眠中の窒息感やあえぐような呼吸を自覚したり、いびきや無呼吸等を家族などから指摘されたことはありますか。	①はい　②いいえ
追加	最近体重が増えたことで激しいいびきをするようになりましたか。	①はい　②いいえ
解説：睡眠時無呼吸の頻度は高く、肥満、男性、高齢が３大要因であるが、閉経後の女性でも頻度が増える。激しいいびきは睡眠時無呼吸でよく観察される症状であるが、本人は気づかずに家族や周囲の者が見つけることも多い。家族等を通じて状態を把握する場合は、大きないびきに加えて、いびきの間に静かになり息が止まっていないか（睡眠時無呼吸の有無）にも注意する。睡眠中の窒息感や、あえぐような呼吸も睡眠時無呼吸によくみられる症状である。日中の過度の眠気や熟睡感の欠如も、睡眠時無呼吸を発見するきっかけとなる。睡眠時無呼吸が疑われる場合は、まずは減量を試みて、症状やいびきの改善を家族の協力も得て観察する。睡眠時無呼吸が肥満を助長する場合があるので、減量が困難でいびきがますます大きくなり、症状もひどくなるようなら医療機関の受診も考慮する。		
8. 家族・社会参加		
8-1	生活習慣を改善する上でサポートをしてくれる人はいますか（複数選択可）。	①配偶者（パートナー）　②こども ③孫　④親　⑤祖父母　⑥きょうだい ⑦友人・知人　⑧その他
解説：生活習慣の建て直しを考える上で同居家族は重要な要因となる。生活習慣改善に同居家族のサポートが得られないか、若しくは家族から受けている負の影響を減らすためにはどうしたらいいかを一緒に考え、工夫・改善点を見つけるようにする。		
追加	あなたは趣味やスポーツ、学習・教養などのグループやクラブにどのくらいの頻度で参加していますか	①週4回以上　②週2～3回　③週1回 ④月1～3回　⑤年に数回 ⑥参加していない
解説：ソーシャルキャピタル[注15]のうち、社会的ネットワークを把握する質問である。社会資源の活用、地域・職域におけるグループ等との協働を視野に入れた指導計画の作成に活用する。		

9. 仕事・労働衛生		
9-1	1週間の労働時間はおおよそ何時間ですか。	①就労していない　②40時間未満 ③40～48時間　④49～54時間 ⑤55時間以上
解説：長時間の残業は、食生活の乱れ、身体活動不足、睡眠時間の短縮につながり、生活習慣病の原因となる。長時間労働が長期間続くと、冠動脈疾患が増加するという報告もある[注16]。保健指導によって労働時間を適正化することは難しい場合が多いが、不必要な残業を行っている場合など、可能な範囲で業務時間を短縮するように検討を促す。長時間労働であっても食事時間を規則的に保ち、できるだけ睡眠時間を確保するよう指導する。なお、主婦で定期的な仕事に従事していない場合は「就労していない」を選択する。		
9-2	交代勤務制の仕事に従事していますか。	①はい　②いいえ
解説：交代勤務者では食事や睡眠の習慣が乱れやすく、また概日リズムの乱れも生活習慣病の原因となるため、様々な慢性疾患のリスクが高まる[注17]。職場の事情や賃金などの理由で交代勤務から外れることは難しいことが多いため、保健指導では慢性疾患のリスクが高まることを理解してもらい、代替手段として食事（減塩、過食等）に気を付け、運動習慣を身に付けるように指導する。交代勤務者への睡眠衛生指導ではできるだけ概日リズムを崩さないような配慮が求められる。夜勤時に休憩時間がある場合は仮眠を取るよう合わせて指導する。		
追加	労働における身体的負荷はどの程度ですか。	①低い（座位）　②中程度（立ち作業） ③強い（激しく動く）
解説：身体活動は余暇のみでなく業務によっては仕事中にも負荷されることを説明する。業務中の身体活動が、心拍数があまり上がらない程度（BORG指数11～13程度）であれば、冠動脈疾患のリスクが低下するが、高強度の身体負荷業務では冠動脈疾患が発生しやすいことが報告されている[注18]。デスクワークや運転業務などで身体活動が少ない場合は、休み時間や余暇に積極的に運動することを提案する。運動が仕事に影響することを懸念している場合は、休息中の軽い運動は疲労を軽減し生産性を高める（アクティブレスト）ことを説明する。		
追加	仕事のストレスをどの程度感じていますか。	①ほとんどない　②あまりない ③多少ある　④大いにある
解説：仕事でのストレスはメンタルヘルス不調のみならず、高血圧、過食、不眠などの生活習慣の乱れの原因となり、ストレスを感じている場合は冠動脈疾患のリスクが高まるという報告がある[注19]。ストレスが生活習慣悪化の一因であれば、まずはストレス源を知り可能であれば排除する、排除できなければ本人なりの対処法を模索する方向に話をするとよい。50人以上の企業であれば、通常の健康診断とは別にストレスチェックによる心の健康状態の確認があり、申し出れば産業医等との面談が可能であることを伝える。		
追加	出張の多い仕事ですか。	①はい　②いいえ
解説：出張が多いと生活リズムが乱れ、睡眠時間が減り、仕事に対するストレスが強まるなど、慢性疾患のリスクを高める。外食が多くなることによる過食、生活環境が異なることによる身体活動不足のリスクも高まる。出張を減らすことは困難であるため、該当者には食事時間が不規則にならないこと、食事内容（減塩、過食等）に気を付けること、歩きやすい靴で出張に出かけるなど、身体活動を増やすことを促す。		

追加	単身赴任ですか。	①はい　②いいえ
解説：単身赴任者では生活リズムが乱れ、睡眠時間が短く、仕事に対するストレスが強い傾向があり、有配偶と同居している場合と比べて精神的に不安定で、血中脂質が高いという報告がある[注20]。単身赴任そのものを解決することは困難であるため、自炊できない場合は適切な外食やお弁当の選び方など、食事内容（減塩、過食等）に気を付けること、家事などを積極的に行って身体活動量を上げること、運動習慣を身に付けることなどを促す。		
追加	必要な時に病院へ受診する時間は確保できますか。	①できる　②やや難しいと感じる ③難しいと感じる
解説：医療機関の受診に対して難色を示す対象者に対する質問である。受診を拒む理由に仕事や私生活の多忙を挙げる場合があるが、その中には本当に時間的余裕がない場合と、実際は余裕があるにもかかわらず受診を拒否する理由として挙げている場合とが混在していることに留意する。いずれの場合においても、受診・治療の重要性を理解してもらうことで、受診時間の確保と実際の受診とを促す。		
追加	あなたの職種は次のうちどれに一番近いですか。	管理的職業/専門的・技術的職業/事務的職業/販売の職業/サービスの職業/保安の職業/農林漁業の職業/生産工程の職業/輸送・機械運転の職業/建設・採掘の職業/運搬・清掃・包装等の職業
解説：選択肢は厚生労働省編職業分類（平成23年改定）。保健指導では、職種によって提案できる生活改善の方法が大きく異なるため、必要に応じて対象者の職種を知ることは重要である。職種を知ることで、対象者の指向性を知るとともに、実現可能な保健指導につなげる。		
10. 生活習慣改善の取組		
10-1	改善したい生活習慣に○をつけてください（複数選択可）。	①喫煙 ②食生活 ③運動・身体活動 ④飲酒 ⑤睡眠 ⑥休養 ⑦その他
解説：対象者の行動変容への意欲を確認する項目である。保健指導では、○がついている項目は積極的に目標設定に活用し、○がついていなくても、対象者の行動変容への意欲の変化を捉え、目標設定につなげていく。		
追加	禁煙しようと思いますか。	①改善するつもりはない ②改善するつもり（概ね６か月以内） ③１か月以内に改善するつもり ④既に実施している（６か月未満） ⑤６か月以上継続して実施している
追加	食べ過ぎについて改善しようと思いますか。	
追加	脂肪摂取について改善しようと思いますか。	
追加	食塩摂取について改善しようと思いますか。	
追加	野菜摂取について改善しようと思いますか。	
追加	食事の内容や食べ方について改善しようと思いますか（上記４問を統合した場合）。	
追加	体を動かすことや運動することについて、改善しようと思いますか。	
追加	飲酒について改善しようと思いますか。	
追加	計測・記録（血圧や体重）について改善しようと思いますか。	

追加	計測・記録（歩数など）について改善しようと思いますか。	

解説：生活習慣の行動変容ステージを把握するための質問である。行動変容ステージとは、行動変容に対する準備段階を指し、五つのステージに分けることができる。新しい生活習慣を確立するまでには多くの困難を伴うため、行動変容ステージに応じた声かけや目標設定をする。生活習慣に関連する生活環境の把握、行動変容理論に基づく指導、行動変容を阻害する要因の把握などを前提として、指導対象者の現状に則した行動目標を設定することが望ましい。

無関心期　６か月以内に行動変容を起こす意思がない時期
関心期　　６か月以内に行動変容を起こす意思がある時期
準備期　　１か月以内に行動変容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、その継続がまだ６か月未満である時期
維持期　　明確な行動変容が観察され、その期間が６か月以上続いている時期

10-2	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	①はい　②いいえ

解説：「標準的な質問票の解説と留意事項」を参照（質問22）。特定保健指導の利用歴を尋ねることで、保健指導内容の工夫につなげる。以前に特定保健指導を利用した後、立案した行動目標の内容、達成状況や継続状況など、生活習慣の改善に関してうまく行った点、行かなかった点を聞き取って、今回の保健指導の方針を立てる際の参考にする。特定保健指導を実施しても、保健指導レベルが改善せず、繰り返し保健指導対象者となる場合、支援に当たって留意する（3-6「２回目以降の対象者への支援」参照）。

参考資料

注1.　Idler EL, et al. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. J Health Soc Behav. 1997; 38:21-37.

注2.　平成 27 年国民健康・栄養調査。

注3.　Oba S, et al. Diet based on the Japanese Food Guide Spinning Top and subsequent mortality among men and women in a general Japanese population. J Am Diet Assoc. 2009; 109:1540-7. Kurotani K, et al. Quality of diet and mortality among Japanese men and women: Japan Public Health Center based prospective study. BMJ. 2016; 352:i1209.（２－５解説　～示されている）

注4.　おにぎりとカップめん、うどんといなりずしなど。

注5.　令和元年国民健康・栄養調査。

注6.　Kondo K, et al. Cardiovascular Risk Assessment Chart by Dietary Factors in Japan - NIPPON DATA80. Circ J. 2019; 83:1254-1260.

注7.　日本高血圧学会減塩委員会編［高血圧患者さんのための減塩食レシピ］日本高血圧学会

注8.　日本高血圧学会減塩委員会編［減塩のすべて：理論から実践まで］日本高血圧学会

注9.　厚生労働省 喫煙の健康影響に関する検討会（編）．喫煙と健康ー喫煙の健康影響に関する検討会報告書．

注10.　Tan CE, et al: Association between smoke-free legislation and hospitalizations for cardiac, cerebrovascular, and respiratory diseases: a meta-analysis. Circulation 2012; 126: 2177-2183.

注11.　厚生労働省：職場における受動喫煙防止のためのガイドライン,2019.

注12.　Heatherton TF, et al. Measuring the heaviness of smoking: using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. Br J Addict. 1989; 84(7):791-9.

注13. Borland R, et al. The reliability and predictive validity of the Heaviness of Smoking Index and its two components: findings from the International Tobacco Control Four Country study. Nicotine Tob Res. 2010;12 Suppl:S45-50.

注14. Yokoyama T, et al. Alcohol flushing, alcohol and aldehyde dehydrogenase genotypes, and risk for esophageal squamous cell carcinoma in Japanese men. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2003; 12:1227-33.

注15. 人々の協調行動を活発にすることによって、社会の効率性を高めることのできる、「信頼」「規範」「ネットワーク」といった社会組織の特徴はソーシャルキャピタル（社会資源）と呼ばれ、健康の維持・向上においても重要な因子である。

注16. Kivimäki M, et al. Long working hours and risk of coronary heart disease and stroke: a systematic reciew and meta-analysis of puboished and unpublished data for 603,838 individuals. Lancet. 2015; 386:1739-46.

注17. Nicholson PJ, et al. Shift work and chronic disease: the epidemiological evidence. Occup Med. 2011; 61:443-4.

注18. Li J, et al. Physical activity and risk of cardiovascular disease--a meta-analysis of prospective cohort studies. Int J Environ Res Public Health. 2012; 9:391-407.

注19. Kivimäki M, et al. Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. Lancet. 2012; 380:1491-7.

注20. 森山葉子、豊川智之、小林廉毅、井上和男、須山靖男、杉本七七子、三好裕司. 単身赴任者と家族同居者における生活習慣、ストレス状況及び健診結果の比較～My ヘルスアップ研究から～. 産業衛生学雑誌. 2012; 54: 22-8.

表６ 特定保健指導において目標設定及び評価を行うための行動変容の例

表６に、特定保健指導における行動変容の目標（例）を示す。
これらの例を用いる等して、対象者が２か月間、行動変容を継続することにより、腹囲 1.0cm 以上かつ体重 1.0kg 以上の減少と同程度の効果が期待されるよう目標を設定する必要がある。
なお、目標設定に当たっては、初回面接において、

- 「標準的な質問票」
- 「「動機付け支援」、「積極的支援」に必要な詳細な質問項目」

等を活用し、対象者の生活習慣をアセスメントした上で、対象者にとって実践可能であり、かつ、保健指導実施者によって評価可能なものとすることが重要である。
その他、目標設定やその評価に当たっての留意点を、「特定健診・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」の「２-５積極的支援」に示しているところ、参照すること。

生活習慣	目標（例）	
食習慣	総エネルギー摂取量を減らす	1日の間食は，適量（○kcal以内）にする（又は週に○回に減らす）
		甘い飲み物（清涼飲料水、加糖コーヒー等）を飲まない（又は○回に減らす）
		毎食のご飯は適量（○ｇ以内）にする
		丼もの（カツ丼，天丼など）は月（又は週）○回に減らす
		主食同士を組合わせた食事（ラーメンとライス，スパゲッティとご飯等）は月（又は週）○回に減らす
		パン食の時には，揚げパン、菓子パン以外のものにする
		1日○以上，野菜を食べる（必要に応じて、主食や主菜の量を減らし、野菜の摂取を促す）
	脂質の多い食品や血中LDLコレステロールの上昇に関連する食品を減らす	肉料理は，週○回に減らす
		魚介類の料理を週○回摂取する（肉類摂取回数が多い場合）
		大豆製品の料理を週○回摂取する（肉類摂取回数が多い場合）
		揚げ物の料理は，週○回に減らす
		バター，チーズ、ラードを減らす（又はやめる）
		菓子パン，洋菓子，スナック菓子をやめる（又は○回に減らす、別の食品に変える）
		インスタントラーメンは食べない（又は○回に減らす）
		牛乳やアイスは低脂肪のものにする
		肉加工品（ハム･ソーセージ）は，月○回に減らす
運動習慣	運動･生活活動の時間を増やす	軽く汗をかく運動を週○日に増やす
		軽く汗をかく運動をする時間を1回あたり○分に増やす
		掃除機をかける日数を週○日に増やす
		日常生活における歩行時間を今より○分増やす
		１日の歩数を○歩増やす
	運動･生活活動の強度を上げる･強度の高い活動に置き換える	電車（又は車）での移動時間のうち、○分を徒歩での移動にする
		○分以内の移動であれば、徒歩や自転車で移動する
		エレベーターでの上下移動のうち、1日○回以上階段を使用する
		歩行による移動時間を今より○分短くする（より速い速度で歩く）
喫煙習慣	たばこを吸わない	
休養習慣	毎日，○時間以上睡眠をとる	
	毎日，○時までに，寝る	
その他の生活習慣	毎日体重を測り、結果を記録する	
	毎日血圧を測り、結果を記録する	
	1日（あるいは１週間）の飲酒量は○合以内、もしくは純アルコール量で○g以内にする※	
	週に○日以上、飲酒をしない日をつくる	

※アルコールのリスクを理解した上で、自分に合った飲酒量を決めることが大切

【参考】：腹囲１.0cm（脂肪１.0kg）を減らすには、約７０００kcal 減らすことが必要である。

（７）実施に当たっての留意事項

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を徹底し、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。ICTを活用した保健指導におけるプライバシーの保護については第３編第３章３－３を参照すること。

② 個人情報保護について

健診結果・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、各ガイドライン等に基づき、適切に扱う。ICT を活用した保健指導における個人情報保護については第３編第３章３－３を参照すること。

③ 支援終了後の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作る。

④ 保健指導実施者について

生活習慣病予防に対する保健指導は、個人の生活習慣、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の対象者との十分な信頼関係が必要であることから、同職種が数回に分けて行う場合は、できる限り同じ者が実施することが望ましい。

なお、複数の保健指導実施者が関わる場合には、保健指導の質の向上のためにも、対象者の状況について保健指導実施者全員が共有できる仕組みを整えることも重要である。

⑤ 保健指導の対象者について

生活習慣病予防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。

⑥ 服薬中の対象者や医療機関への受診勧奨レベルの対象者への保健指導について

降圧薬等を服薬中の者（標準的な質問票等において把握）については、特定保健指導の対象とはならないが、特定保健指導とは別に保健指導を実施する場合には、医療機関等との適切な連携の下に行う必要がある。

また、医療機関への受診勧奨判定値を超えた場合でも、軽度の高血圧症等により、健診機関の医師の判断で服薬治療よりも生活習慣の改善を優先して特定保健指導の対象者となった場合は、各学会のガイドライン等を踏まえた保健指導

を行い、効果が認められなかった場合は、必要に応じて、医療機関への受診勧奨を行うことが望ましい。また、フィードバック文例集P.１２７参照のこと。

⑦ 血圧、喫煙のリスクに着目した保健指導について

血圧、喫煙については、独立した循環器疾患の発症リスクとしても重要であることから、「動機付け支援」、「積極的支援」のいずれにおいても、血圧や喫煙のリスクに着目した保健指導を行うことが望ましい。また、対象者の行動変容をもたらすためには、早期に実施することが重要であり、これらの結果が分かる健診当日に実施することがより効果的である。

喫煙は、動脈硬化の独立した危険因子である。喫煙すると、血糖の増加、血液中の中性脂肪やＬＤＬコレステロールの増加、ＨＤＬコレステロールの減少等の検査異常が起こりやすい。喫煙とメタボリックシンドロームが重なると動脈硬化が更に進んで、いずれも該当しない者と比べて、約４～５倍、脳梗塞や心筋梗塞にかかりやすくなる。喫煙によって年間12～13万人が死亡していると推定されており、この値は年間の全死亡者数の約１割に相当する。また受動喫煙により、脳卒中、虚血性心疾患、肺がん等で年間１万５千人が死亡していると推計されている[a]。喫煙による健康被害は、国内外の多数の科学的知見により因果関係が確立しており、健診・保健指導の機会に禁煙支援並びに受動喫煙の情報提供を行う重要性は高い。

具体的には、保健指導のための禁煙支援簡易マニュアル（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155_00004.html）も活用しつつ、特に、禁煙支援を行う場合には、健診の受診が禁煙の動機付けの機会となるよう、対象者の禁煙意向を踏まえ、全ての喫煙者に禁煙の助言や情報提供を行い、禁煙したい喫煙者には禁煙外来、地域・職域で実施される禁煙支援、禁煙補助薬の活用を勧める等、喫煙者に禁煙の助言や情報提供を行うことが望ましい。なお、血圧や喫煙等の個々の危険因子と生活習慣改善の方法については、第３編第３章３－８「特定保健指導の対象とならない非肥満の脳・心血管疾患危険因子保有者に対する生活習慣の改善」にも記載があるので、保健指導の実施に当たっては留意すること。

---

[a] 喫煙と健康　喫煙の健康影響に関する検討会報告書（平成 28 年）

⑧ アルコールのリスクに着目した保健指導について

アルコールは、生活に豊かさと潤いを与えるものであるが、不適切な飲酒はアルコール健康障害[b]の原因となるばかりでなく、飲酒運転や暴力、虐待、自殺等の様々な社会問題の発生に関連していることが指摘されている。これらのアルコール健康障害やアルコール関連問題[c]への対策を総合的かつ計画的に推進するために、平成25年にアルコール健康障害対策基本法が制定され、アルコール健康障害対策の実施に当たっては、アルコール関連問題に関する施策と連携することとされている。健康日本21（第二次）では、生活習慣病のリスクを高める飲酒量を「純アルコール摂取量で男性40g/日以上、女性20g/日以上」と定義した。これは、がん、高血圧、脳出血、脂質異常症等のリスクが１日平均飲酒量とともにほぼ直線的に上昇すること、また、全死亡、脳梗塞及び虚血性心疾患についてもおおむねこの飲酒量を超えるとリスクが上昇することによる[d]。したがって、生活習慣病予防のアプローチとして減酒支援は重要である。また、純アルコール１gは７kcalに相当し、体重コントロールの観点からも、減酒支援は食生活・運動指導を補完する新たな切り口となり得る。さらに、保健指導は、アルコール依存症患者が見いだされた場合に、専門医療機関での治療につなげる貴重な機会となり得る。

以上のことから、健康診断や保健指導の機会において、アルコールのリスクに着目した情報提供や保健指導を積極的に行うことが求められる。

保健指導実施者は、アルコールによる身体的・精神的及び社会的な影響に関する知識を持ち、対象者が抱える困難に共感しつつ、問題点を分かりやすく説明し、行動変容へと結びつける姿勢が求められる。

具体的には、ＡＳＴ/ＡＬＴ等の肝機能検査の結果から直ちに医療機関への受診を要する状況でないことを確認した上で、標準的な質問票における飲酒量の回答等から飲酒量を判断する。標準的な質問票で、１合をエタノール量22gと換算し、１日の平均純アルコール摂取量が男性で40g以上、女性で20g以上に該当する者には、「保健指導におけるアルコール使用障害スクリーニング（ＡＵＤＩＴ）とその評価結果に基づく減酒支援（ブリーフインターベンション）の手引き」（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155_00004.html）のＡＵＤＩＴ（アルコール使用障害同定テスト）を実施する。ＡＵＤＩＴの判定結果によって、該当者に対して積極的に保健指導として減酒支援（ブリーフインターベンション）を実施する。

---

[b] アルコール健康障害：アルコール依存症そのほかの多量の飲酒、未成年者の飲酒、妊婦の飲酒等の不適切な飲酒の影響による心身の健康障害。

[c] アルコール健康障害やこれに関連して生じる飲酒運転、暴力、虐待、自殺等の問題のこと。

[d] 例えば、男性で週450g 以上の純アルコール(日本酒換算で1 日平均3 合程度)を摂取する者の全脳血管性障害(脳出血+脳梗塞)の罹患率は、機会飲酒者の約1.6 倍に上昇する。
（Iso H et al. Alcohol consumption and risk of stroke among middle-aged men. Stroke. 2004.）

⑨ 健診当日の保健指導の実施について

人間ドック健診等、全ての健診結果が健診当日に判明している場合には、健診当日に初回面接としての対面での健診結果の説明、生活習慣の振り返りとともに過去の健診結果も活用しながら、行動目標・行動計画の策定をしてもよい。また、特定健康診査受診当日から１週間以内[e]で、腹囲・体重、血圧、喫煙歴等の状況から特定保健指導の対象と見込まれる者に対して、把握できる情報をもとに初回面接を行い、行動計画を暫定的に作成し、後日、全ての項目の結果から、医師が総合的な判断を行い、当該行動計画を完成する方法もある。

なお、初回面接の分割実施の詳細については、「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」の「２-７-２初回面接の分割実施」を参照のこと。

[e] 特定健診実施日を０日とし、７日後までを１週間とする。

様式２ 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

総括保健指導機関名　保健指導機関番号　保健指導責任者名（職種）　（　　）

4 保健指導区分

	動機付け支援
	積極的支援
	動機付け支援相当

5 保健指導コース名

6 健診実施年月日

7 継続的支援期間

支援予定期間	週	
開始（初回面接実施）年月日		
終了年月日		週

8 初回面接の支援形態・実施する者の職種

	実績
支援形態	個別支援（対面）・[個別支援(遠隔)]・グループ支援（対面）・グループ支援(遠隔)
支援形態（分割実施の場合の2回目）	個別支援（対面）・個別支援(遠隔)・グループ支援（対面）・グループ支援(遠隔)・電話・電子メール等
健診後早期の初回面接	[実施なし]・当日 ・ 1週間以内（当日は除く）
実施者の氏名	
実施者の職種	医師・[保健師]・管理栄養士・その他

9 継続的な支援の支援形態・ポイント（計画）

支援形態	回数(回)	実施時間（分）	ポイント(p)
個別支援（対面）	0	0	0
個別支援(遠隔)	0	0	0
グループ支援（対面）	1	60	70
グループ支援(遠隔)	0	0	0
電話	1	15	30
電子メール等	2		60
合計			160

10 実施体制表（委託事業者）

	個別支援（対面）	個別支援（遠隔）	グループ支援（対面）	グループ支援（遠隔）	電話	電子メール等
A（機関番号）	○		○		○	
B（機関番号）		○		○		○
C（機関番号）						
D（機関番号）						

11 保健指導の評価

1）中間評価

	実施年月日	支援形態	実施者の氏名	実施者の職種
計画				
実施				

2）行動計画の実績評価

	実施年月日	支援形態	実施者の氏名	実施者の職種
計画				
実施				

12 行動目標・行動計画

設定日時	令和6年　4月　3日	令和6年　7月　20日（中間評価）	令和6年　9月　23日
（設定した目標）	腹囲2cmと体重2kgを減らす	腹囲2cmと体重2kgを減らす	
腹囲	103cm（　2cm減）	103cm（　2cm減）	103cm（　2cm減）
体重	96kg（　2kg減）	96kg（　2kg減）	96kg（　2kg減）
収縮期血圧	130mmHg	130mmHg	130mmHg
拡張期血圧	80mmHg	80mmHg	80mmHg
一日の削減目標エネルギー量	260kcal	260kcal	260kcal
一日の運動による目標エネルギー量	180kcal	180kcal	180kcal
一日の食事による目標エネルギー量	80kcal	80kcal	80kcal
行動目標（食習慣の改善）	1日の間食は、80kcal以内にする	1日の間食は、80kcal以内にする	1日の間食は、80kcal以内にする
行動目標（運動習慣の改善）	週2回15分のジョギングをする	週2回15分のジョギングをする	週2回15分のジョギングをする
行動目標（喫煙習慣の改善）	たばこを吸わない	たばこを吸わない	たばこを吸わない
行動目標（休養習慣の改善）	--	--	--
行動目標（その他の生活習慣の改善）	1日の飲酒量はビール1本（350ml）まで	1日の飲酒量はビール1本（350ml）まで	1日の飲酒量はビール1本（350ml）まで
（設定した計画）			
腹囲・体重	計画なし・1cm・1kg・[2cm・2kg]	[未達成]・1cm・1kg・2cm・2kg	[未達成]・1cm・1kg・2cm・2kg
行動計画（食習慣の改善）	[計画あり]・計画なし（　）	[未達成]・達成・目標なし	[未達成]・達成・目標なし
行動計画（運動習慣の改善）	[計画あり]・計画なし（　）	[未達成]・達成・目標なし	未達成・[達成]・目標なし
行動目標（喫煙習慣の改善）	[計画あり]・計画なし（　）	禁煙未達成・[禁煙達成]・非喫煙・禁煙目標なし	禁煙未達成・[禁煙達成]・非喫煙・禁煙目標なし
行動計画（休養習慣の改善）	計画あり・[計画なし]（　）	未達成・達成・[目標なし]	未達成・達成・[目標なし]
行動計画（その他の生活習慣の改善）	[計画あり]・計画なし（　）	[未達成]・達成・目標なし	[未達成]・達成・目標なし
（変更理由）			
計画上のポイント（アウトカム評価の合計）	p	p	p

13 保健指導の実施状況

1） 初回面接による支援

	機関名 （機関番号）	（保健指導者名） 職種	実施年月日	実施時間	腹囲	体重	収縮期血圧	拡張期血圧	保健指導実施内容
初回	△△△ （◇◇◇◇）	（▽▽　▽▽） □医師 ■保健師 □管理栄養士 □その他	2024/4/3	45分	105cm	98kg	140mmHg	92mmHg	健診結果と生活習慣の特徴と対象者の行動変容ステージを確認 生活習慣についての気づきを促し、改善の可能性を探る 継続可能な行動目標の設定を促す セルフモニタリングの方法を確認 継続的支援の必要性と方法を確認
			行動変容ステージ □意志なし　□意志あり（6か月以内）　■意志あり（近いうち） □取組済み（6か月未満）　□取組済み（6か月以上）						
2回目 （分割実施の場合）	（　　）	（　　） □医師 □保健師 □管理栄養士 □その他							

2） 継続的な支援（プロセス評価）

	機関名 （機関番号）	実施者名 （職種）	実施年月日	腹囲	体重	収縮期血圧	拡張期血圧	生活習慣の改善状況	支援形態	支援ポイント	累計ポイント	コメント （任意）
2回目 □中間 □終了 □実績	△△△ （◇◇◇◇）	（◎◎　◎◎） □医師 □保健師 ■管理栄養士 □その他	2024/4/30	105cm （　0cm減）	98 kg （　0kg減）	128mmHg	90mmHg	□腹囲・体重の改善 □食習慣の改善 □運動習慣の改善 □喫煙習慣の改善 □休養習慣の改善 □その他の生活習慣の改善	個別支援（対面）（　分） 個別支援(遠隔)（60分） グループ支援（対面）（　分） グループ支援(遠隔)（　分） 電話（　分） 電子メール等（　往復）	70	70	
3回目 □中間 □終了 □実績	△△△ （◇◇◇◇）	（▽▽　▽▽） □医師 ■保健師 □管理栄養士 □その他	2024/6/12	105 cm （　0cm減）	98 kg （　0kg減）	124mmHg	90mmHg	□腹囲・体重の改善 □食習慣の改善 □運動習慣の改善 □喫煙習慣の改善 □休養習慣の改善 □その他の生活習慣の改善	個別支援（対面）（　分） 個別支援(遠隔)（　分） グループ支援（対面）（　分） グループ支援(遠隔)（　分） 電話（　分） 電子メール等（ 1往復）	30	100	
4回目 ■中間 □終了 □実績	△△△ （◇◇◇◇）	（▽▽　▽▽） □医師 □保健師 ■管理栄養士 □その他	2024/7/20	105 cm （　0cm減）	98 kg （　0kg減）	124mmHg	86mmHg	□腹囲・体重の改善 □食習慣の改善 □運動習慣の改善 ■喫煙習慣の改善 □休養習慣の改善 □その他の生活習慣の改善	個別支援（対面）（　分） 個別支援(遠隔)（　分） グループ支援（対面）（　分） グループ支援(遠隔)（　分） 電話（15分） 電子メール等（　往復）	30	130	
5回目 □中間 □終了 ■実績	△△△ （◇◇◇◇）	（▽▽　▽▽） □医師 ■保健師 □管理栄養士 □その他	2024/9/23	104 cm （ 1cm減）	98 kg （　0kg減）	132mmHg	88mmHg	□腹囲・体重の改善 □食習慣の改善 □運動習慣の改善 □喫煙習慣の改善 □休養習慣の改善 □その他の生活習慣の改善	個別支援（対面）（45分） 個別支援(遠隔)（　分） グループ支援（対面）（　分） グループ支援(遠隔)（　分） 電話（　分） 電子メール等（　往復）	70	200	

14 行動計画の実績評価（アウトカム評価）（腹囲、体重は必須。）

	機関名 （機関番号）	実施者名 （職種）	実施年月日	腹囲	体重	収縮期血圧	拡張期血圧	指導の種類と改善		支援形態	ポイント （合計）
実績評価	△△△ （◇◇◇◇）	（　　） □医師 ■保健師 □管理栄養士 □その他	2024/9/23	104 cm （ 1cm減）	98 kg （　0kg減）	132mmHg	88mmHg	腹囲・体重の改善	未達成 1cm・1kg ・ 2cm・2kg	個別支援（対面）（45分）	30
								食習慣の改善	未達成・達成・目標なし	個別支援(遠隔)（　分）	
								運動習慣の改善	未達成・達成・目標なし	グループ支援（対面）（　分）	
								喫煙習慣の改善	禁煙未達成・禁煙達成・非喫煙・禁煙目標なし	グループ支援(遠隔)（　分）	
								休養習慣の改善	未達成・達成・目標なし	電話（　分）	
								その他の生活習慣の改善	未達成・達成・目標なし	電子メール等（　往復）	
	コメント（任意）										

15 評価合計ポイント（プロセス評価+アウトカム評価）

プロセス評価		アウトカム評価	合計
初回面接	継続的な支援	実績評価	
0	200	30	230

３－８ 特定保健指導の対象とならない非肥満の脳・心血管疾患危険因子保有者に対する生活習慣の改善指導

平成 20 年４月より生活習慣病予防施策として、特定健康診査・特定保健指導が実施されているが、特定保健指導の対象者は、内臓脂肪蓄積による肥満がある者に限定されている。

しかし、脳・心血管疾患に対する、高血圧、脂質異常症、糖尿病等の影響は、肥満と独立していることが国内外の多くの疫学研究で明らかとなっている。すなわち、特定保健指導の対象とならなかった者（以下「非肥満者」という。）においても、高血圧、脂質異常症、糖尿病、喫煙習慣は脳・心血管疾患の発症の危険因子であり、国民全体における脳・心血管疾患の発症予防を効果的に推進するためには、非肥満者においても脳・心血管疾患危険因子を有する者への対策が必要である。

食生活、身体活動、喫煙習慣といった生活習慣に対する保健指導が、これらの生活習慣病の予防や進行の抑制に効果があることが報告されている。また、わが国の地域・職域における無作為化比較試験（ＲＣＴ）を対象に、肥満の有無別に、血圧、脂質異常、血糖、及び喫煙に対する非薬物療法の効果を検討した結果、いずれの脳・心血管疾患危険因子でも、非肥満者における生活習慣への介入効果がみられた[f]。

これらの介入研究で用いられている指導内容は、各学会がガイドラインで推奨する生活習慣改善の方法と方針は同じであり、肥満、非肥満にかかわらず、危険因子を改善するための有効な方法は、基本的には共通である。しかし、減量や生活習慣に関する保健指導において、対象者が肥満であることを前提とした指導方法を、非肥満者に対してそのままでは適応できない部分がある点に、留意する必要がある。

各学会のガイドラインに示されているとおり、エビデンスの確立された生活習慣への介入による、様々な脳・心血管疾患危険因子の改善方法がある。表７に、危険因子ごとの具体的な生活習慣改善方法を、効果と必要性からみた優先順位とともに示す。保健指導の場では、優先順位が高い生活習慣の改善方法であっても、対象者にとって実行が困難、若しくは優先順位が低くなる場合もある。保健指導実施者は、表７を参考にしながらも、対象者自身が自己決定することを原則に、対象者にとって実行性が高い方法を選び、場合によっては対象者自身に選んでもらうことから始めることで、対象者が生活習慣を確実に改善できるように

---

[f] 平成２７年度厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究「非肥満者に対する保健指導方法の開発に関する研究（研究代表者 宮本恵宏）」

支援することが重要である。また保健指導実施者には、一度に多くの目標を立てず、対象者が一つでも目標を達成できれば賞賛し、少しずつでも健康的な生活習慣が対象者に根付くよう、支援することが求められる。さらに禁煙等については、保健指導実施者から提案することも必要である。

なお、非肥満の脳・心血管疾患危険因子保有者に対する生活習慣の改善指導を行うに当たっては、以下の点に留意すべきである。

○ 特定健診の結果で要医療に該当する場合には、まず医療機関への受診勧奨を行い、医師等の指示に従って、生活習慣を改善するよう指導する。

○ 危険因子の原因として、生活習慣以外に加齢や遺伝等、変えることのできない要因があることに留意する。

○ 心房細動や家族性高コレステロール血症、非肥満のインスリン分泌低下型では、早期の薬物療法が必要なため、保健指導の実施に当たっては医師と相談する。

○ 非肥満者の中には体重を自らコントロールしている者（すでに減量した者、体重が増加しないように注意している者）が一定数含まれていることを認識した上で保健指導を実施する。

○ 高齢者では保健指導判定値レベルで循環器リスクが高まるかどうかを個別にリスク判断し、医師と相談の上、対応の優先順位を誤らないようにする。

表７
危険因子と生活習慣改善の方法

※優先度が高い順に◎→〇→△

	減塩	カリウム摂取※1	食物繊維摂取	カルシウム摂取	総エネルギー減	糖質減	脂質の調整	過量飲酒の改善	禁煙	身体活動	食行動の改善	適正体重の維持（減量）※2
血圧	◎	◎	〇	〇	△1)	△1)		◎	◎	◎		〇
血糖			〇		◎	◎			〇	◎	〇2)	〇
HDL-C					△	△			◎	◎		〇
TG			〇		◎	◎3)		◎	〇	◎		〇
LDL-C			〇				◎4)		〇	△		△
喫煙									◎			

※1　要医療レベルの腎機能異常がある場合には受診勧奨を行う。

※2　やせの場合を除く

1）　過去の経過で体重増加が明らかな場合

2）　よく噛み食事を楽しむ、食べる順番、朝食をとる、やけ食い・無茶食いをしない、食事の時間・間食回数

3）　ショ糖等の単純糖質を減らす

4）　飽和脂肪酸の摂取を減らす、コレステロールの摂取を減らす、多価不飽和脂肪酸の摂取を減らす

「特定保健指導の対象とならない非肥満の脳・心血管疾患危険因子保有者に対する生活習慣の改善指導」（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155_00004.html）に危険因子ごと、生活習慣ごとの生活習慣改善の要点を示す。

３－９ 宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラム

従来の保健指導では十分に効果が得られなかった者や健康への関心が低い者に対する保健指導の新たな選択肢として、宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラムがある。これは、体験学習や相談の機会が増加すること、グループダイナミクスの相乗効果等により、困難事例に対する指導法として推奨される。非肥満の糖尿病予備群あるいは服薬中のため特定保健指導対象外となる者に対しても、効果が確認されており、より効果性が高く重点的な保健指導プログラムとして、保健指導対象者の健康課題や保険者等の実情に応じて、利活用することができる。

本プログラムの実践を通して、保健指導実施者と宿泊施設等の地域資源との連携が深まることにより、従来の枠組みを越えた多様な地域連携の強化と資源発掘、人材育成を促進し、これらが波及することによって健康な地域づくり推進に貢献することができる。宿泊型新保健指導プログラムの概要は以下のとおりである。

○ 宿泊施設（ホテル、旅館、保養所等）や地元観光資源等を活用し、医師、保健師、管理栄養士、健康運動指導士等の多職種が連携して提供する保健指導プログラムである。

○ 旅の持つ楽しさ・快適さの中で、健康の大切さを実感できるような働きかけを行う。

○ 十分な時間があることを活かし、座学のみならずグループ学習、食生活や身体活動に関する体験学習、個別面談等により、生活習慣改善の必要性について理解を促し、具体的かつ実行可能な行動計画を立てる。

○ 運動実践に当たっては、参加者の健康状態や気候状況に応じたリスクマネジメントを行う。地域の自然環境やスポーツ施設等を活用したプログラムを実践する。

○ 食生活指導においては、宿泊施設と連携して主食、主菜、副菜を組み合わせた食事の体験やバイキング実習の活用等が効果的である。

○ グループダイナミクスが醸成されるよう、参加者同士が健康感や体験談を話しあう、励ましあう等のグループワークを複数回設けることが望ましい。

○　宿泊時に立てた行動計画を実現できるよう、継続的な支援を行うことが望ましい。特定保健指導対象者では、継続的支援のポイントを満たすように支援計画を立てる。

宿泊型新保健指導プログラムそのものを実施できない場合には、グループ学習や運動体験、食事体験等、本プログラムの一部分を日帰り体験といった保健指導に取り入れて実施することも考えられる。詳細は、「宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラム」（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155_00004.html）を参照されたい。