

令和4年10月20日	参考資料 1-1
第1回 標準的な健診・保健指導プログラム 改訂に関するワーキング・グループ	

第4期特定健診・特定保健指導の見直しに関する
検討会
(とりまとめ)

令和4年10月

第4期特定健診・特定保健指導の見直しに関する検討会

特定健診・特定保健指導の健康増進に係る科学的な知見を踏まえた 技術的事項について（議論のまとめ）

第4期特定健診・特定保健指導の見直しに関する検討会 健康増進に係る科学的な知見を踏まえた技術的事項に関するワーキング・グループ

I. はじめに

「第4期特定健診・特定保健指導の見直しに関する検討会」の検討事項のうち、これまでの厚生労働科学研究等の科学的知見や診療ガイドラインの改正等最新の知見を踏まえつつ、生活習慣病に係るリスク評価の精緻化や個人に対する生活習慣の問題点に関する注意喚起等に資する観点から、技術的事項についての検討を行うことを目的として「健康増進に係る科学的な知見を踏まえた技術的事項に関するワーキング・グループ」を開催した。

本ワーキング・グループでは、科学的エビデンスに基づき検討することを原則とし、現時点でのエビデンスを前提に、可能な範囲で論理的に検討していく方針のもと、技術的事項について検討を行ったところであり、その議論の経過をここにまとめる。

II. 特定健診・特定保健指導の健診項目及び質問項目について

1. 健診項目及び質問項目の基本的な考え方

健診項目の見直しの議論を始めるに当たり、まず「健診項目の基本的な考え方」についての整理・検証を行った。前回（第3期）の見直し等においては、以下のような考え方が示されており、今回の見直しにおいても基本的な観点であることを確認した。

- ・糖尿病や脳・心血管疾患（脳卒中や虚血性心疾患等）等の生活習慣病、とりわけメタボリックシンドロームの該当者・予備群を減少させることができるよう、特定保健指導が必要なものを的確に抽出するための検査項目を健診項目とする。

（標準的な健診・保健指導プログラム【平成30年度版】一部改変）

- ・特定健康診査の健診項目は、虚血性心疾患、脳血管疾患等の危険因子である糖尿病、脂質異常症、高血圧症を評価する基本的な項目と、危険因子の増悪によって惹起される生活習慣病の重症化の進展を早期に評価する詳細な健診の項目で、かつ介入可能なもので構成される。

（平成28年11月8日第8回特定健診・特定保健指導の在り方に関する検討会 参考資料1）

これに加えて、標準的な質問項目に関する基本的な考え方については、前回（第

3期)の見直しにおいて、以下のような考え方が示されているが、質問項目の意義を議論した結果を踏まえ、④については見直しを行うこととする。

○ 特定健診・特定保健指導における標準的な質問項目に関する基本的な考え方については、以下のように修正する。

- ① 特定保健指導対象者の階層化や詳細な健診の対象者の選定に関する項目
- ② 健診結果を通知する際の「情報提供」の内容の決定に際し活用可能な項目
- ③ 生活習慣病のリスクの評価に資する項目
- ④ 地域間及び保険者間の健康状態の比較に資する項目

※下線部分を追加

● 質問項目については個人に対してのみならず、地域全体の評価にも重要であることに加えて、保険者間では年齢構成や所得水準等の背景因子が異なる可能性がある。これらの点についても考慮した上で、質問項目の考え方の中に保険者間の比較の観点を追加すべきではないかとの指摘があったことから、これまでの「④地域の健康状態の比較に資する項目」を「④地域間及び保険者間の健康状態の比較に資する項目」とする。

2. 質問項目の見直しについて

前回(第3期)見直し時の議論では、質問項目に関して、

- ・自らの問題点を気づいてもらうために重要であること
- ・健診時に受診者全員へ実施する質問項目は、保健指導時に保健指導対象者へ実施する質問項目とは目的を区別する必要があること
- ・データ活用の観点から継続性も考慮する必要があること
- ・受診者にとって質問の意図を理解しやすく、誤解のない表現とすべきであること
- ・項目数を増やすと保険者のシステム運用における負担が増えるため、項目数は現行と同等にすべきであること

が指摘されており、今回の見直しにおいても基本的な観点であることを確認した。これらの指摘事項に加え、現時点での科学的なエビデンスや継続性等を踏まえて、下記4つの質問項目・回答について見直しを行うこととする。

①喫煙に関する質問項目について

○ 項目 8 の喫煙に関する質問項目と回答について、以下のように修正する。

		質問項目	回答
8	現行	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
	修正案	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1：最近1ヶ月間吸っている 条件2：生涯で6ヶ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ヶ月間は吸っていない（条件2のみ満たす） ③いいえ（①②以外）

※黒字：現行使用されているもの 赤字：修正箇所

- 喫煙は、動脈硬化や脳卒中死亡、虚血性心疾患死亡、2型糖尿病の発症等のリスク因子であり、禁煙後に時間経過によりリスクは低下していくが、生涯非喫煙者（これまで全く喫煙していない者）と比較して、過去喫煙者（過去喫煙していたが、現在は喫煙しない者）は健康リスク及び喫煙リスク（喫煙を再開するリスク）が高いことが報告されている。現在の回答選択肢では、「いいえ」と回答した者の中に、「生涯非喫煙者」に加えて、健康リスク及び喫煙リスクのある「過去喫煙者」が含まれており、両者を区別して把握することが難しいことから、「過去喫煙者」を区別するために、回答選択肢に「②以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない（条件2のみ満たす）」を追加する。
- 「現在、習慣的に喫煙している者」の定義をより明確化するとともに、データ活用における継続性の観点から、現行の定義を可能な限り維持した上で、分かりやすい表現に修正することとし、条件1・2を用いて表記することとする。

②飲酒に関する質問項目について

○ 項目 18・19 の飲酒に関する質問項目と回答について、以下のように修正する。

		質問項目	回答
18	現行	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）
	修正案	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）
19	現行	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
	修正案	飲酒日の1日当たりの飲酒量 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・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

※黒字：現行使用されているもの 赤字：修正箇所

- 飲酒の健康影響は、曝露頻度（飲酒の頻度）と曝露量（飲酒量）で推計されるが、飲酒頻度・飲酒量ともに、項目 18・19 における回答選択肢が細分化されておらず、健康日本 21（第二次）や WHO のガイドライン等に基づく「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」の一部について、適切に把握することが難しい。これらの飲酒に係るリスクのある者を把握できるよう、飲酒の頻度については、現行の回答選択肢「②時々」を、「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」に修正するとともに、飲酒量については、「④ 3～5 合未満」、「⑤ 5 合以上」を追加する。
- 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、禁酒者で死亡リスクが非常に高いとの報告がある。項目 18 における現在の回答選択肢では、「③ほとんど飲まない」と回答した者に、「禁酒者」が含まれており、過去から現在までほとんど飲酒をしていない者と区別して把握することが難しいことから、「禁酒者」を飲酒に係るリスクがない群と区別するため、回答選択肢に「⑦やめた」を追加する。これらの修正により、生活習慣病や健康障害に係るリスクの詳細な評価や、必要に応じた適切な助言を行うことが可能となる。
- 質問項目の飲酒量の換算に関する補足説明について、回答者の理解を促すため、量（ml）にアルコール度数を併記する等の修正を行う。

③保健指導に関する質問項目について

○ 項目 22 の質問項目を特定保健指導の受診歴を確認するものに修正する。

		質問項目	回答
22	現行	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
	修正案	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

※黒字：現行使用されているもの 赤字：修正箇所

- 現行の質問項目では、積極的に保健指導を受けたいとの希望の有無に関わらず、健診結果に基づき基準を満たす場合には、特定保健指導の対象となることが理解されず、「②いいえ」と回答した者に対して、保健指導実施者が介入する際にトラブルが発生するケースがある等の指摘がある。このような誤解が生じる可能性を回避するとともに、特定保健指導の受診歴を確認する質問に変更することで、転職等のために保険者が変わり、新しい保険者が過去の特定保健指導の受診歴に係るデータを保有していない場合であっても、この質問項目から受診歴を把握し、過去の特定保健指導の受診歴に応じた対応方法の考慮が可能となる。また、データヘルスの観点からも特定保健指導の受診歴を踏まえた有効な分析が可能となる。

3. 健診項目の見直しについて

健診項目の見直しに当たっては、科学的知見の整理を前提としつつ、これに加えて、生活習慣病対策全体を俯瞰した視点、実施体制、実現可能性と効率性、実施率、費用対効果といった視点を踏まえ検討を行うこととした。また、労働安全衛生法に基づく定期健康診断との連携の観点や、健康診査等指針、第3期の期間内における特定健診・特定保健指導に関連した各学会のガイドラインの変更（※）も踏まえて検討を行った。

（※）具体的には、以下の2点である。

- ・日本高血圧学会「高血圧ガイドライン2019」が発刊され、拡張期血圧の基準値等が変更された。
- ・日本動脈硬化学会「動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版」が発刊され、脂質異常症診断基準に随時（非空腹時）の中性脂肪（トリグリセライド）値が追加・設定された。

①基本的な項目について

○ 特定健診の基本的な項目の検査項目については、現状項目を維持する。

- 厚生労働科学研究費補助金による研究班において、国内外の脳・心血管疾患予防ガイドライン・リスクスコア、文献レビュー、疫学データ解析等を踏まえて、各検査項目について評価が行われ、これらの評価結果に基づいて検討を行ったところ、現状の検査項目を維持することとする。

○ 特定健診・特定保健指導に係る学会等のガイドラインの変更があった際は、制度の見直しのタイミングでエビデンスの確認、階層化に与える影響、特定保健指導への影響や効果の観点等を踏まえ、多角的に検討を行うことが必要である。

- 特定健診・特定保健指導においては、各学会のガイドラインの変更に伴い自動的に基準値等を変更するのではなく、対象年齢層やメタボリックシンドローム該当者及び予備群における各項目のリスクといった観点や介入に係る有効性や費用対効果等についても考慮するとともに、保険者の負担についても考慮が必要である。

- 「標準的な健診・保健指導プログラム」について「健診検査項目の保健指導判定値」を下記のとおり修正する。

保健指導判定値		
	現行	修正案
中性脂肪	150 mg/dl	空腹時150 mg/dl 随時175 mg/dl

- 階層化に用いる標準的な数値基準を下記のとおり修正する。

追加リスク		
	現行	修正案
②脂質異常	中性脂肪150 mg/dl以上 又は HDLコレステロール40 mg/dl未満	空腹時中性脂肪150 mg/dl以上 (やむを得ない場合は随時中性脂肪175 mg/dl以上) 又は HDLコレステロール40 mg/dl未満

※黒字：現行使用されているもの 赤字：修正箇所

- 脂質異常症診断基準について、従来の動脈硬化性疾患予防ガイドライン2017年版では、中性脂肪（トリグリセライド）150mg/dl以上と示されていたが、動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版では、非空腹時採血の基準が新たに設定され、中性脂肪（トリグリセライド）150mg/dl以上（空腹時採血※）・175mg/dl以上（随時採血※）とされた。

※基本的に10時間以上の絶食を「空腹時」とする。ただし水やお茶などカロリーのない水分の摂取は可とする。空腹時であることが確認できない場合を「随時」とする。（動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版）

- 特定健診・特定保健指導における保健指導判定値等について、健診の実施のしやすさの観点から、第3期より、随時採血が認められた経緯等を踏まえ、上記ガイドラインの変更に伴い、食事の影響が大きい中性脂肪の基準値に、随時採血時の値を追加することとする。

- 拡張期血圧に係る基準値の変更については、特定健診の対象年齢層、メタボリックシンドロームの対象者に係る有効性、費用対効果等も考慮した検証等を進めた上で、今後の検討課題とする。

- 海外の複数のガイドラインにおいても、拡張期血圧は80mmHgが基準となっており、国際標準としてはこの値が妥当であるとの観点で、高血圧学会のガイドラインは変更された。一方で、直近の特定保健指導の実施率が、国の目標とする45%の半分程度であるという状況において、特定保健指導対象者の裾野を拡げることについては、慎重に検討すべきという意見もあり、拡張期血圧の基準値の変更については、今後の検討課題とする。

②詳細な健診の項目について

○ 特定健診の詳細な健診の項目について、現状の項目及び運用を維持する。

- 厚生労働科学研究費補助金による研究班において心電図検査、眼底検査、血清クレアチニン検査、貧血検査について評価が行われ、これらの評価結果を踏まえて検討を行ったところ、検査値等が基準に該当した場合、医師の判断で実施している検査については、医療機関を受診した上で、まず生活習慣病の診断を行うとともに、医師の判断のもとで行うべき検査ではないかという意見や、高血圧や糖尿病等の生活習慣病がある者が確実に医療機関にかかり、且つ定期的な眼底検査等を受けていれば、基本的に詳細な健診の項目は不要ということになるのではないかといった意見もあったが、生活習慣病の重症化を早期に評価する観点や、労働安全衛生法に基づく定期健康診断との整合性に係る観点等を踏まえ、現状の項目と運用を維持する。

③新しい健診項目・手技について

○ 新しい健診項目・手技については、現時点で新たに追加は行わない。

- 厚生労働科学研究費補助金による研究班において、血液検査項目（脳性ナトリウム利尿ペプチド（BNP）、高感度CRP、脂質詳細検査等）、生理検査項目（上下肢脈波伝播速度（baPWV）、心臓足首血管指数（CAVI）、上下肢血圧比（ABI）、頸動脈超音波検査等）、検査手技（指先採血、インピーダンス法による内臓脂肪測定等）等の新しい健診項目・手技についての検証結果を踏まえ、検討を行ったが、いずれも基本項目として健診受診者全員に実施するのに資するというエビデンスは認めなかったため、現時点で新たに追加は行わないこととする。
- 厚生労働科学研究費補助金による研究班において、非接触型の検査である指先での採血を用いた在宅検査のキットについて健康診断の場で同時採血を実施して評価したところ、各検査項目の相関係数は、概ね0.8~0.9と高かったが、空腹時血糖のように相関がやや弱い項目も認めた。これに加えて、検体の処理が不適切であること等により、再検査となるケースが一定程度生じるといった課題も認められたため、現時点で、特定健診における血液検査として採用することは難しいと考えられ、今後の測定精度の改善や、採血に係る処理方法の簡便化等を踏まえて、検討することとする。

Ⅲ. その他

1. 受診勧奨判定値について

健康増進には、「予防・健康づくり」と「重症化予防」が重要であり、特定健診・特定保健指導においては、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、「予防・健康づくり」や「重症化予防」に結びつけていくことが可能となる。



○ 「標準的な健診・保健指導プログラム」において、受診勧奨判定値を超えるレベルの場合に直ちに服薬等の治療が開始されるという誤解を防ぐための注釈等を追加するとともに、保健指導実施者が、健診受診者に正しく情報を伝えるために、フィードバック文例集の活用がより一層進むよう分かりやすく明示する。

- 受診勧奨判定値は、医療機関への受診を促すものとして設定されているが、受診勧奨判定値を超えるレベルの検査項目があった場合に、すぐに服薬等の治療が必要であると誤解する健診受診者が一定程度生じているとの指摘があり、生活習慣の改善を図りながら、医療機関で経過を観察するようなケースもあることが、あまり認識されていないのではないかとこの意見や、そのようなケースに対する医療機関側の対応についても留意が必要ではないか等の指摘があったことから、これらに対応するために必要な見直しを行う。
- 特定健診・特定保健指導制度の中で用いている「受診勧奨判定値」や「保健指導判定値」については、変更には一定の時間を要するが、各学会のガイドラインは随時更新され、医療現場はガイドラインに則って治療を行うため、その齟齬を埋めることを目的として、ガイドラインに基づいたフィードバック文例集が用意されており、「標準的な健診・保健指導プログラム」の構成等について、フィードバック文例集の活用がより一層進むような修正を行う。

○ 「標準的な健診・保健指導プログラム」に、医療関係者への情報提供を目的とした医療機関持参用文書（案）を掲載し、健診受診者が医療機関を受診する際に持参・活用できるような見直しを行う。

- 健診受診者と医療関係者間の健診及び医療機関等の受診に係る情報共有が円滑に進むことを支援するために、健診受診者が医療機関の受診や産業医との面談等に際して、持参できる文書（案）を「標準的な健診・保健指導プログラム」に掲載し、当該文書を活用することにより、健診受診者本人及び医療関係者が、受診目的等を共有することが可能となるとともに、医療関係者側への周知・啓発につながることを期待される。
- 医療機関の受診に際しては、健診受診者の状態に応じて、受診する医療機関を適切に選択することが重要である点についても、「標準的な健診・保健指導プログラム」に記載することを検討する。
- また、産業医等の医療関係者に対して、生活習慣の改善指導等を含むメタボリックシンドロームに係る特定保健指導の取組について、引き続き周知・啓発に努める。

IV. 第5期に向けた中長期的な検討の在り方について

今後も第5期に向けて、最新の科学的知見やNDB等に集積されたデータの解析等によるエビデンスに基づき、保険者とも情報共有を行いつつ、項目の精緻化の検討などを中長期的に行っていく必要がある。

○ 特定健診・特定保健指導の既存の項目（質問項目、健診項目、階層化基準等）については、制度開始以降に蓄積されたエビデンス等に基づき、中長期的に必要な見直し等を検討する。

- 特定健診・特定保健指導の制度は平成20年度の開始から、10年以上が経過しており、その間に生活習慣病に係るエビデンスの蓄積が進むとともに、NDBに特定健診・特定保健指導に係るデータが集積され、第三者提供の制度等を通じて、研究者等の幅広い主体による解析も進んできている。
- これらのエビデンスや解析結果等を踏まえて、階層化基準における身長の高さの考慮といった課題等について、引き続き厚生労働科学研究等を通じた検証を実施しつつ、必要に応じた見直しを検討する。
- 特定健診・特定保健指導は、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少を目的として、保険者が主体となって実施しており、特定健診・特定保健指導の項目の検討においては、費用対効果の観点も含めた分析を継続的に行っていくことが重要である。

○ 新しい健診項目や手技についても、引き続きエビデンスの収集等を継続し、様々な観点から検討することとする。

- 厚生労働科学研究等を通じて、エビデンスの収集や必要な検証等を継続的に実施する。

（参考）特定健診・特定保健指導に係る厚生労働科学研究

◆ 質問項目に係る厚生労働科学研究

- ・ 特定健康診査および特定保健指導における問診項目の妥当性検証と新たな問診項目の開発研究

研究代表者：中山 健夫（京都大学大学院医学研究科）

◆ 健診項目に係る厚生労働科学研究

- ・ 健康診査・保健指導における健診項目等の必要性、妥当性の検証、及び地域における健診実施体制の検討のための研究
- ・ 健康診査・保健指導における効果的な実施に資する研究

研究代表者：岡村 智教（慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室）

特定健診・特定保健指導の効率的・効果的な実施方法等について（議論のまとめ）

第4期特定健診・特定保健指導の見直しに関する検討会 効率的・効果的な実施方法等に関するワーキング・グループ

- 本ワーキング・グループは、「第4期特定健診・特定保健指導の見直しに関する検討会」の検討事項のうち、これまでの取組の実績やその評価等を踏まえた特定健診・特定保健指導の効率的・効果的な実施方法等についての検討を行うことを目的として開催された。
- 特定健診・特定保健指導は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防するために、それぞれ以下の目的で2008年度に開始されたものである。
 - ・ 特定健診：メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする者を的確に抽出すること
 - ・ 特定保健指導：内臓脂肪型肥満に着目し、生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識して行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活を維持することができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防すること
- また、2018年度から2023年度までの第3期においては、
 - ・ 積極的支援対象者に対する特定保健指導の柔軟な運用（モデル実施）
 - ・ 特定健診当日に初回面接を開始するための初回面接の分割
 - ・ 2年連続で積極的支援に該当した者に対する特定保健指導の弾力化（動機付け支援相当）
 - ・ ICT活用の推進（初回面接におけるICTを活用したグループ支援の実施等）等が導入されている。
- 本ワーキング・グループでは、第3期の見直しの実施状況の検証等を踏まえ、2024年度からはじまる第4期に向けた特定健診・特定保健指導の見直しについて、特定健診・特定保健指導の目的に立ち返り、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という方針に沿って議論を行ってきた。
- この「議論のまとめ」は、これまで計6回にわたって行った議論の内容を踏まえ、特定健診・特定保健指導の見直しの方向性をとりまとめたものである。

1 特定保健指導の実施方法の見直しについて

(1) アウトカム評価の導入

○ 「標準的な健診・保健指導プログラム」において、生活習慣病予防に対する保健指導の第一の目的は生活習慣病に移行しないこととされ、そのための保健指導は、

- ・ 対象者自身が健診結果を理解して体の変化に気づき、
- ・ 自らの生活習慣を振り返り、生活習慣を改善するための行動目標を設定・実践でき、
- ・ そのことにより対象者が自分の健康に関するセルフケア（自己管理）ができるようになること

を目的とするとされている。

○ こうした保健指導のあるべき姿に立ち返れば、特定保健指導の評価に当たっては、対象者の状態の改善や行動変容を評価することが望ましい。このため、特定保健指導の成果を重視し、アウトカム評価（成果が出たことへの評価）を基本とする評価方法を導入するべきである。その際、アウトカム評価を原則としつつも、プロセス評価（保健指導実施の介入量の評価）も併用して評価するべきであり、具体的には以下のような体系とすべきである。

- ・ 特定保健指導の実績評価におけるアウトカム評価については、モデル実施の結果（腹囲 2 cm・体重 2 kg 減を達成した者には翌年の健診結果でも改善傾向が認められたこと等）を踏まえ、主要達成目標を腹囲 2 cm・体重 2 kg 減（※）とする。また、対象者自身の生活習慣を改善するための行動変容が特定保健指導の目的であることを踏まえ、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）や腹囲 2 cm・体重 2 kg 減の過程である腹囲 1 cm・体重 1 kg 減を目標として設定する。アウトカム評価の評価時期は、初回面接から 3 ヶ月以上経過後の実績評価時とする。行動変容については、生活習慣の改善が 2 ヶ月以上継続した場合に評価することとし、具体的には、「標準的な健診・保健指導プログラム」において評価者の判断を支援するため具体例を提示するとともに、「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」において運用の詳細を提示する。

※ 腹囲 2 cm かつ体重 2 kg 減少、又は当該年の健診時の体重の値に 0.024 を乗じた体重 (kg) 以上かつ同体重 (kg) と同じ値の腹囲 (cm) 以上減少

- ・ プロセス評価は、介入方法により個別（ICT 含む）、グループ（ICT 含む）、電話、電子メール・チャット等の評価を行う。これらの介入については、時間に比例したポイント設定を見直し、介入 1 回ごとの評価とするとともに、1 回の標準的な介入内容を「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」で示し、介入の最低時間は引き続き設定する。これに併せ、現行

の支援Aと支援Bの区別は廃止する。また、多様な働き方の対象者も含め、広く介入することを支援するため、ICTを活用した場合も同水準の評価とする。さらに、特定保健指導の早期介入が対象者の行動変容を促す上で重要であるため、特定健診実施後からの特定保健指導の早期実施を新たに評価する。

- ・ 180ポイント（p）で特定保健指導終了とし、主要達成目標の腹囲2cm・体重2kg減は180pと設定する。腹囲2cm・体重2kg減が未達成の場合においては、対象者の行動変容等のアウトカムを評価し、プロセス評価と合わせて180pになる構造とする。腹囲1cm・体重1kg減と行動変容は20pとし、喫煙習慣の改善（禁煙）については、禁煙により一時的な体重増となる傾向があることから30pと設定する。継続支援の介入は個別（ICT含む）70p、グループ（ICT含む）70p、電話30p、電子メール・チャット等30pとする。また、健診当日の初回面接を20p、健診後1週間以内の初回面接を10pと設定する。
- こうした見直しにより、特定保健指導実施者には、特定保健指導の成果をより一層意識しながら、対象者個々人の特性に応じた特定保健指導を実施することが求められることとなる。特定保健指導実施者には、対象者が自らの健康状態、生活習慣の改善すべき点等を自覚し、生活習慣の改善に向けた自主的な取組を継続して行うことができる内容とすること、対象者の健康に関する考え方を受け止め、具体的に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、対象者が選択できるよう支援すること、そ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が期待される。

（2）「見える化」の推進

- 特定保健指導についてはその「見える化」を推進し、対象者の行動変容に係る情報等を収集して、保険者等がアウトカムの達成状況等を把握し、達成に至った要因の検討等を行って、対象者の特性に応じた質の高い保健指導を対象者に還元していく仕組みを構築していくことが重要である。
- 「見える化」において分析・評価する項目としては、特定保健指導の結果を評価できるように、特定保健指導対象者の腹囲2cm・体重2kg減達成割合や行動変容指標の改善割合、次年度以降の特定健診時の階層化や体重等の状況、喫煙者の次年度禁煙割合、リピーター（2年連続して特定保健指導対象となる者）の特定保健指導の終了状況、複数年継続した健診結果の変化等が考えられる。
- ただし、より詳細なデータを収集することは、保健指導の効果分析の充実につながる一方で、保健指導実施における入力負荷やコストの増加が見込まれるため、法定報告の内容として新たに収集する項目は、今回の見直しにおいて必要と

なる情報とするべきである。

(3) ICT を活用した特定保健指導の推進

- ICT を活用した遠隔面接については、保険者、保健指導対象者ともに活用する意欲が高い。また、勤務形態（在宅勤務等）や立地（遠隔地等）によっては、ICT を活用しなければ特定保健指導の実施が困難な状況もある。一方で、面接の事前調整や準備、対象者の ICT 環境や ICT リテラシーが低い対象者への対応、指導者側の ICT リテラシーが必要であるといった課題が挙げられている。こうした個々の課題に対応できるよう、留意点等を「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」や「標準的な健診・保健指導プログラム」で具体的に示すべきである。その際、個人情報保護に留意しつつ、ICT を活用した特定保健指導を推進することが重要である。また、初回面接の最低時間について、ICT を活用した場合も対面の場合と同様に設定すべきである。

- アプリケーションソフトウェアの活用については、腹囲や体重等のアウトカム指標や対象者が選択した行動目標や、歩数、食事内容等の行動計画に沿った指標を記録し、これらの記録が対象者に分かりやすい形で表示される機能等があると、対象者個々人に行動変容を促し、生活習慣の改善に資するものとなり、効果的であることが報告されている。特定保健指導の過程で効果的なアプリケーションソフトウェアの機能等について、「標準的な健診・保健指導プログラム」において紹介していくべきである。

(4) その他の実施方法の改善

① 特定健診実施後の特定保健指導の早期初回面接実施の促進

特定保健指導の初回面接については、特定保健指導の実施率の向上や対象者の負担軽減に資する観点からも、引き続き健診当日の実施を推進するべきである。一方で、健診当日の初回面接実施には、特定保健指導実施者の人材確保や保健指導対象者の時間確保が困難な場合もあり、実施体制の構築に関する課題が指摘されている。このため、特定健診実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施として取り扱えるよう条件を緩和し、初回面接の分割実施の柔軟な実施体制の普及を進めていくべきである。また、保険者、特定健診実施機関及び特定保健指導実施機関は互いに連携し、必要に応じて事業主等の協力を求めながら、受診者及び特定保健指導実施者が健診結果等をより早期に受け取れるようにすることで、特定保健指導を早期に実施できる体制の整備を進めていくことが期待される。

② 特定保健指導の実施者として看護師が保健指導を行える暫定期間の延長

特定保健指導の実施率向上のためには実施者の確保が重要である。平成20年度から一定の要件を満たして特定保健指導を実施している看護師は引き続き従事で

きるよう、暫定期間を令和 11 年度末まで延長するべきである。

③ 糖尿病等の生活習慣病に係る服薬を開始した場合についての実施率の考え方

特定健診の質問票で服薬中と回答した者は特定保健指導の対象外となっているが、特定健康診査実施後及び特定保健指導開始後に服薬を開始した者については、特定保健指導の対象者として、実施率の計算において分母に含むこととされていた。しかし、こうした者についても、医師の指示の下で生活習慣の改善や重症化予防に向けた取組が進められており、引き続きそうした医学的管理下で指導がなされれば、別途に保健指導を行う必要性が薄いため、保険者が対象者ごとに特定保健指導を実施しないと判断したことが分かる形で報告を行った上で、実施率の計算において分母に含めないことを可能とするべきである。

④ 服薬中の特定保健指導対象者に対する服薬状況の確認及び特定保健指導対象者からの除外に関する同意取得の手続き

糖尿病、高血圧症又は脂質異常症の治療に係る薬剤の服用の確認は特定健診の質問票を用いて行っているが、質問票の記載と実態が異なる場合があるため、現在は、保険者がレセプト情報等を基に実態を確認した後に専門職（医師・保健師・管理栄養士・看護師）が対象者本人に事実関係を再確認するとともに本人から同意を取得することで、特定保健指導対象者から除外することが可能とされている。こうした実務をより効率的に運用するために、対象者本人への服薬に関する事実関係の再確認及び特定保健指導の対象から除外することに関する同意の取得について、保険者が確認する医薬品の種類、確認の手順等をあらかじめ定めている場合は、専門職以外であっても再確認を行うことができるように変更するべきである。

2 第 4 期特定健康診査等実施計画期間の特定健診・特定保健指導の実施率並びにメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率の目標

○ 1 で述べたように、特定保健指導についてアウトカム評価の導入等の見直しを行うとともに、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。

○ 第 4 期の保険者全体の実施率の目標については、引き続き、実施率の向上に向けて取組を進めていく必要があるため、第 3 期の目標と同様に、特定健診実施率 70%以上、特定保健指導実施率 45%以上、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率 25%以上（2008 年度比）とするべきである。

○ 実施率の向上のためには、引き続き、

- ・ 特定保健指導の初回面接を特定健診の当日に実施すること
- ・ 特定健診の実施から特定保健指導の開始までの期間を短縮すること

- ・ はがき、電子メール、電話等の個別通知による特定健診の受診勧奨や特定保健指導の利用勧奨を行うこと
 - ・ ICT を活用した保健指導を推進すること
- 等の取組を、保険者、特定健診実施機関及び特定保健指導実施機関が連携して実施していくことが期待される。

○ その際、保険者においては、保健事業全体の計画の中で、特定健診・特定保健指導のデータの蓄積による検証を実施しながら、計画的に保健事業を進めることが期待される。

○ また、特定保健指導を委託して実施する場合においては、事業成果に着目した成果連動型民間委託契約方式（PFS/SIB）等を参考に、アウトカム評価を導入した委託の普及を進めることが望ましい。

3 今後取り組むべき事項

○ 今回の見直しにより、特定保健指導にアウトカム評価が導入されることで、一定の成果が得られる限り介入量の多寡は問われないこととなる。また、成果のデータが「見える化」されることで、特定健診・特定保健指導の効果が、終了後も含めてより明確に示されることとなる。こうしたことを踏まえると、国、保険者、保健指導実施者をはじめとした関係者は、第4期の計画期間においても、以下のような取組を行うとともに、これを踏まえ、その後の事業の在り方について検討を行っていくことが必要である。

① 安定的運用のための取組

- ・ 特定保健指導の評価体系におけるアウトカム評価とプロセス評価の各項目については、今後データを積み重ねて、メタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少させる効果の有無等の検証を進めるべきである。
- ・ アウトカムの評価体系については、行動変容等の評価に当たり、客観性の担保の仕方等に懸念が生じることが指摘された。国は保険者、保健指導実施者等と連携して運用状況を把握し、課題が明確になった場合は、第4期計画期間中においても運用上の見直しを行うべきである。

② 質向上のための取組

- ・ アウトカム評価の導入により、保健指導実施者による支援方法の創意工夫や、セルフケアを高めるためのアプリケーションソフトウェア等を活用した効率的・効果的な介入の取組の重要性が、より一層高まっていくこととなる。国は保険者と連携して、こうした取組の好事例を収集し、保険者等で具体的に活用できるように横展開を行っていくべきである。

- ・ 保険者や特定保健指導実施機関には、これらの好事例の共有を踏まえ、効果的な保健指導について事例検討や研修を行うことで、特定保健指導に関わる専門職の資質向上や特定保健指導の質の向上につなげていくことが期待される。

③ その他の取組

- ・ 特定保健指導の対象者の特性に応じた介入を行うために「見える化」を推進するとともに、保険者や特定保健指導実施者、学識経験者等が、年齢、地域、事業者ごと等に独自の課題を検証することも期待される。
- ・ リピーターについては、健診結果や過去の特定保健指導による介入とその結果が一様ではないため、実態を明らかにした上で介入方法について検討を進めるべきである。
- ・ 国が「見える化」の指標等のデータに基づいて分析を進めるだけでなく、保険者等が国への報告項目にはない詳細な情報を独自に収集・分析することも同時に推進し、特定保健指導の効率的・効果的な実施方法について引き続き検討を進めることが必要である。