

標準的な健診・保健指導 プログラム 【改訂版】（案）

平成25年●月

厚生労働省 健康局

標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版） （目次）

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
- 第2章 健診・保健指導の進め方（流れ）
- 第3章 健診・保健指導事業に関わる者が有すべき資質

第2編 健診

- 第1章 メタボリックシンドロームに着目する意義
- 第2章 健診の内容
- 第3章 保健指導対象者の選定と階層化
- 第4章 健診における各機関の役割
- 第5章 健診データ等の電子化
- 第6章 健診の実施に関するアウトソーシング
- 第7章 75歳以上の者および40歳未満の者に対する健診・保健指導の在り方

- | | |
|-------|--|
| 別紙1 | 特定健診と労働安全衛生法・学校保健安全法との比較 |
| 別紙2 | 「詳細な健診」項目について |
| 別紙3 | 標準的な質問票 |
| 別紙4 | 健診の検査実施方法および留意事項 |
| 別紙5 | 健診検査項目の保健指導判定値及び受診勧奨判定値 |
| 別紙6 | 健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針 |
| 別紙7 | 市町村（一般衛生部門）が特定健診の健診データ等を用いて保健指導等を行う場合におけるこれら健診データの取扱い |
| 別紙8-1 | 健診結果・質問票情報 |
| 別紙8-2 | 保健指導情報 |
| 別紙8-3 | データ範囲のチェック |
| 別紙9 | 平成20年厚生労働省告示第11号（外部委託基準）
平成20年厚生労働省告示第142号（施設等に関する基準） |

【別添】 健診結果とその他必要な情報の提供（フィードバック文例集）

第3編 保健指導

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

【別添1】保健指導のための禁煙支援簡易マニュアル

【別添2】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

第4編 体制・基盤整備、総合評価

- 第1章 人材育成体制の整備
- 第2章 最新の知見を反映した健診・保健指導内容の見直しのための体制整備
- 第3章 健診・保健指導の実施・評価のためのデータ分析とデータ管理

（添付資料）

- 様式集
- メタボリックシンドロームの定義と診断基準
- 各学会のガイドライン等 参照 URL
- 健診・保健指導の研修ガイドライン（改訂版）

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」及び昭和63年からの「第二次国民健康づくり対策」を経て、平成12年からは「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」を策定し、生活習慣病に関する一次予防・二次予防に重点を置いて数値目標を設けた健康づくり施策を推進してきた。

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医療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定期健診等、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などが実施されてきた。

一方で、健康日本21中間報告書（平成19年4月）において、糖尿病有病者・予備群の増加、20～60歳代男性における肥満者の増加、野菜摂取量の不足、日常生活における歩数の減少など、健康状態及び生活習慣の改善が認められない、もしくは悪化しているといった実態が明らかとなった。

(2) 生活習慣病対策への提言

厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会の「今後の生活習慣病対策の推進について（中間とりまとめ）」（平成17年9月15日）において、

- 生活習慣病予備群の確実な抽出と保健指導の徹底が不十分
- 科学的根拠に基づく健診・保健指導の徹底が必要
- 健診・保健指導の質の更なる向上が必要
- 国としての具体的な戦略やプログラムの提示が不十分
- 現状把握・施策評価のためのデータの整備が不十分

などが生活習慣病対策を推進していく上での課題として挙げられた。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）が導入される契機となった。

(3) 健康日本 21 から健康日本 21（第二次）への展開

平成 23 年 10 月の健康日本 21 最終評価においては、メタボリックシンドロームを認知している国民の割合の増加や 80 歳で 20 歯以上の自分の歯を有する人の増加等、目標に達した項目もあった。一方で、中間評価と同様に、糖尿病有病者・予備群の増加、20～60 歳代男性における肥満者の増加、野菜摂取量の不足、日常生活における歩数の減少のように、健康状態及び生活習慣の改善が認められない、もしくは悪化している項目があり、今後一層の生活習慣病対策の充実が必要との指摘がなされた。

さらに、国民健康づくり運動については、平成 25 年 4 月から新たに健康日本 21（第二次）を開始することとなり、健康寿命の延伸や健康格差の縮小をはじめ、生活習慣の改善や社会環境の整備などに関し、計 53 項目にわたる具体的な目標項目が設定された。これをもとに、平成 34 年度までの 10 年の期間で、地方自治体をはじめ、関係団体や企業などと連携しながら、取組を進めていくこととしている。

図 1 に示すとおり、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、健康日本 21（第二次）を着実に推進し、ひいては社会保障制度を持続可能なものとするために重要である。特に、データの分析を行うことで、個々人や各地域・職場において、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。こうしたメリットを活かした具体的取組を実施することで、高血圧の改善、糖尿病有病者の増加の抑制や脂質異常症の減少、さらに虚血性心疾患・脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少、糖尿病腎症による新規透析導入の減少に結びつけていくことも可能となり、さらには、未受診者への受診勧奨などを通じ、健康格差の縮小に寄与することも可能となる。なお、特に関連する目標項目を表 1 に示す。

図 1

特定健診・特定保健指導と健康日本 21（第二次）

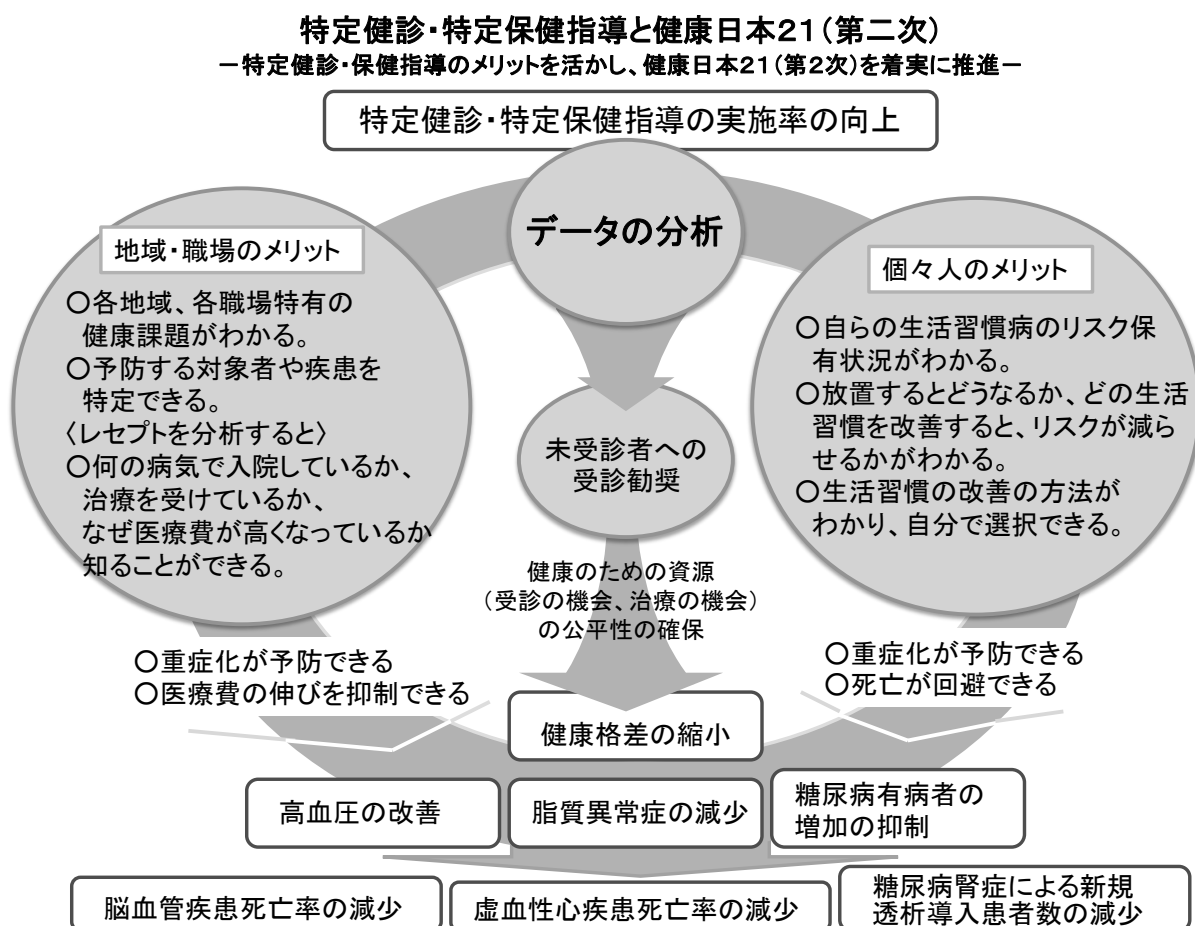


表 1

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	現状	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 36.9、女性 15.3 （平成 22 年）	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 （平成 34 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 134mmHg 女性 129mmHg （平成 34 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 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% （平成 34 年度）
④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）	15,000 人 （平成 34 年度）
⑤糖尿病治療継続者の割合の増加	63.7% （平成 22 年）	75% （平成 34 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）	1.0% （平成 34 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 34 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	1,400 万人 （平成 20 年度）	平成 20 年度と比べて 25% 減少（平成 27 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）	平成 25 年度から開始する第二期医療費適正化計画に合わせて設定 （平成 29 年度）

1-2 特定健診・特定保健指導制度とは

(1) 高齢者医療確保法に基づく特定健診・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 年度と比較して糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群を 25%減少させること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「高齢者医療確保法」という。)により、医療保険者に対して、内臓脂肪の蓄積等に着眼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は、医療保険者が効果的・効率的な健診・保健指導を実施する必要があることから、健診・保健指導の標準化による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が作成された。

なお、健康日本 21(第 2 次)における生活習慣に起因する疾病としては主としてがん、循環器疾患、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患であるが、この「標準的な健診・保健指導プログラム」においては、運動・食事・喫煙など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、動脈硬化症から起こる虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等で、保健指導により発症や重症化が予防でき、保健指導の成果を健診データなどの客観的指標を用いて評価できるものを主な対象にしている。

(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)、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)、高齢者医療確保法、健康増進法(平成 14 年法律第 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、健康相談その他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、医療保険者も、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、高齢者医療確保法に基づき医療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

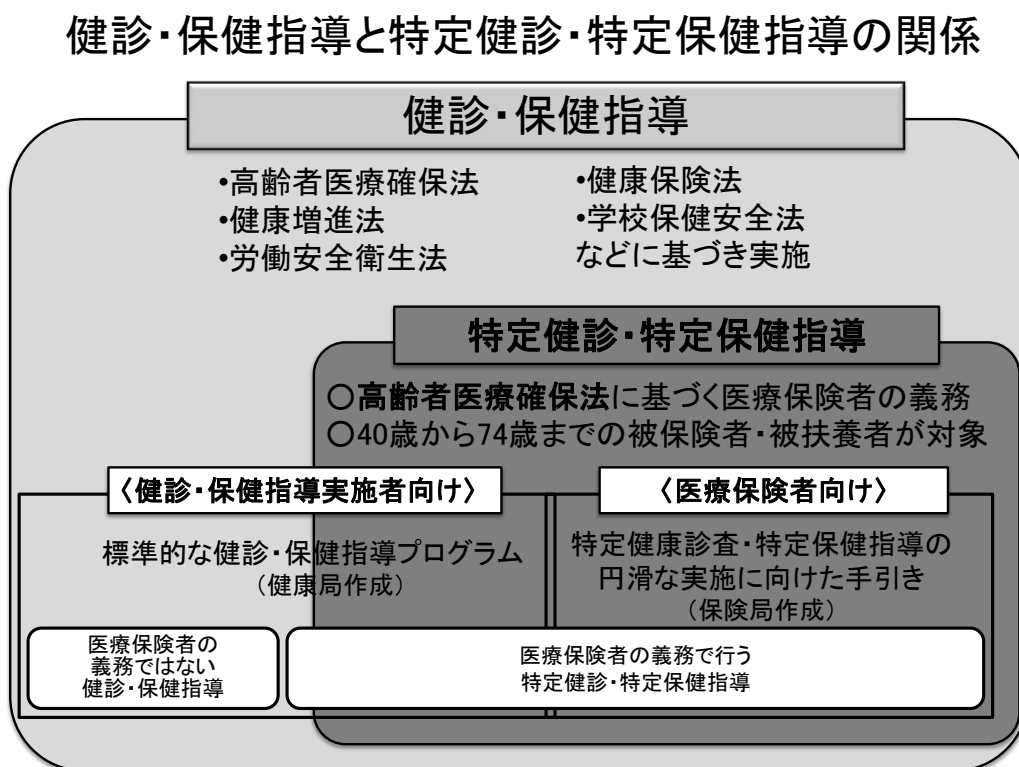
されたい。

なお、健診・保健指導の実施に当たっては、高齢者医療確保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、医療保険者においては、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。

なお、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づけ

本プログラムは、高齢者医療確保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^{※1}を実施するにあたり、健診・保健指導に関わる医師、保健師、管理栄養士等^{※2}や事務担当者を含めた当該事業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医療保険者（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、医療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、地域支援事業（介護予防）の対象者でもあることに留意されたい。

※1：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。

※2：平成29年度末まで暫定的に、一定の実務経験がある看護師についても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、医療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。

1-4 健診・保健指導の基本的な考え方

(1) 保健指導への重点の変化

かつて、市町村で実施されていた老人保健事業では、健診のアウトプット（参加人数、実施回数など）を充実することに重点が置かれ、健診後の保健指導を実施しているところでも、保健指導は付加的な役割に留まっていた。また、事業の評価につながる分析が十分にはなされていなかったとの指摘がある。

近年、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はじ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、内臓脂肪型肥満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、内臓脂肪型肥満に着目した上で、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、内臓脂肪型肥満に着目した保健指導を行うのは、標準化された保健指導を一律に実施する際には内臓脂肪型肥満に着目することが効果的かつ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、主として内臓脂肪型肥満に着目し、健診によって保健指導対象者を抽出して対象者のも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。

対象者個人のリスクを分析し、対象者に応じた効果的・効率的な保健事業を行う必要がある。

また、集団全体については、健診データをはじめ、レセプト¹データ、介護保険データ、その他統計資料等に基づいて健康課題を分析し、その集団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、及び優先すべき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で、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群を

¹ 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医療保険者に請求するために発行する。

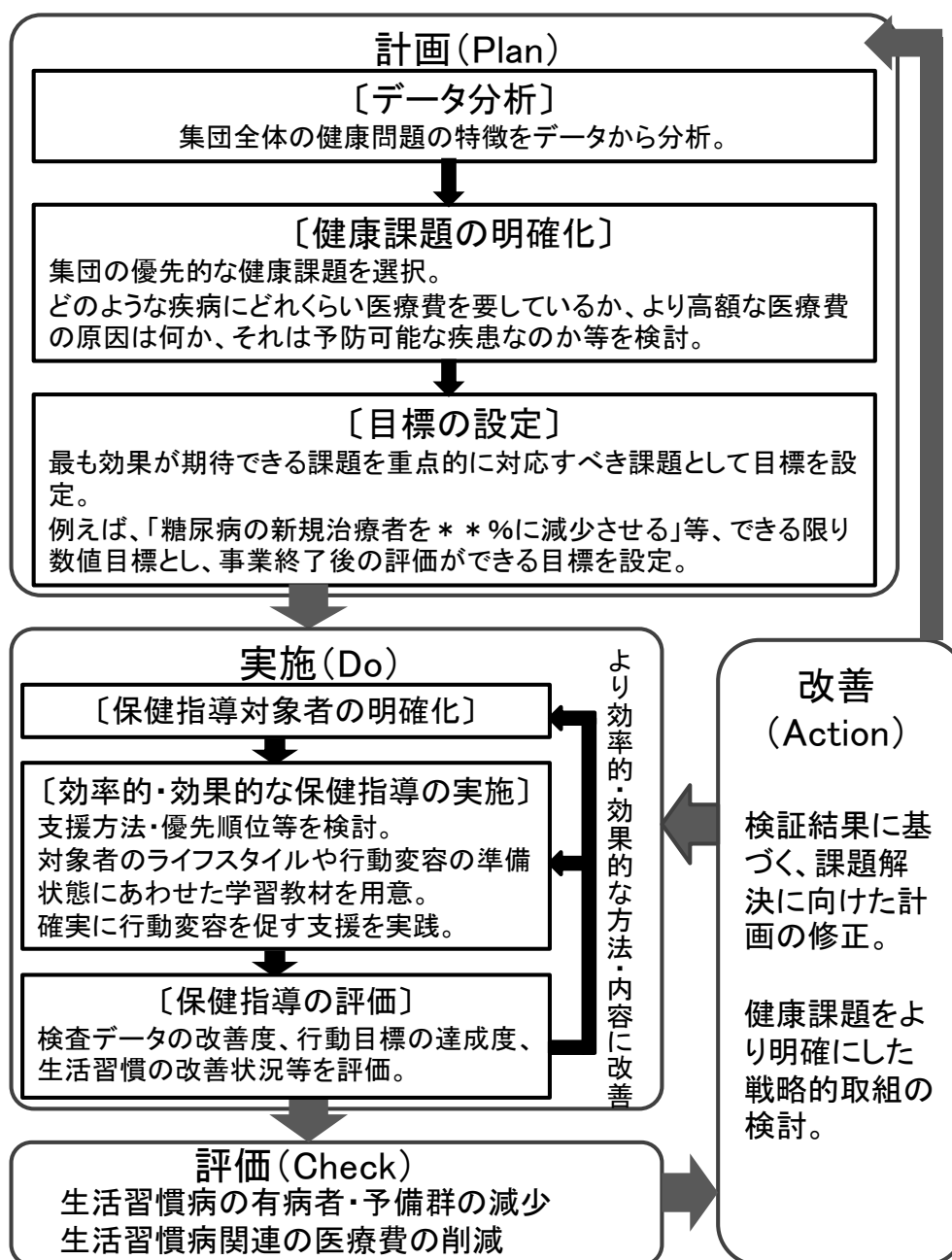
減少させることを目的としている。

（参考）老人保健事業当時の状況

かつての老人保健事業での健診・保健指導は、個別疾病の早期発見、早期治療が目的となっていたため、健診後の保健指導は「要精検」や「要治療」となった者に対する受診勧奨を行うこと、また、高血圧、高脂血症、糖尿病、肝臓病などの疾患を中心とした保健指導であった。

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づけることができる。

健診では、適切な条件で所定の検査を実施した上で、健診結果をすみやかに対象者に通知する。その際、対象者に自らの生活習慣等の問題点を発見・意識させ疾病予防及び早期受診に効果的につながるよう、経年変化を分かりやすく表示したり、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たり、生活習慣の具体的な改善方法を解説したりするなど、対象者本人に対して健診結果やその他必要な情報の提供（フィードバック）を工夫して行うことが求められる。

また、健診を受診した結果、医療機関において専門的な治療をすみやかに開始すべき者が見いだされる場合がある。そうしたケースでは特に、対象者がその健診結果を十分に理解できるよう支援し、確実な受診勧奨を行うとともに、実際に医療機関での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）保健指導

①対象者

健診・保健指導については、健診受診者全員に対して情報提供を行うほか、健診結果及び質問項目から生活習慣病のリスクに応じて選定・階層化し、必要性に応じた保健指導が行われる。具体的には、腹囲等を第一基準として、血糖・血圧・脂質・喫煙のリスクが重複している者を保健指導の対象とし、保健指導として「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」を行う。服薬中の者については、医療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や治療中断防止の観点から、主治医と連携した上で保健指導を行うことができる。

また、医療保険者は、自らが管理する健診・保健指導データやレセプトデータ等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、検査結果の異常の程度が著しいために受診勧奨されたにも関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。こうしたデータの利活用により、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。

（参考）老人保健事業当時の状況

かつての老人保健事業では、健診の事後指導として健康相談や健康教育が行われていたが、参加できない住民も多かった。また、事業所では健診後の保健指導は一部の大企業では全員を対象として行われていたが、多くの中小企業では要指導者のみ又はほとんど指導が行われていないという状況であった。また、「要治療」や「要精検」となった者の治療状況についての把握も困難であった。

②内容

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。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を理解し、生活習慣改善の必要性を認識した上で、代謝等の身体のメカニズムと生活習慣（食生活や運動習慣、喫煙習慣、飲酒習慣等）との関係を理解し、生活習慣の改善を自ら選択し、さらにその結果が健診データの改善に結びつくように支援することが重要である。

（参考）老人保健事業当時の状況

かつての健診後の保健指導は、健診結果を通知しパンフレットなどを使用して一般的な情報提供をする保健指導や、高血圧、糖尿病等の病態別の保健指導だけしか行われていなかった。

③方法

健診受診者全員に対して、生活習慣改善の必要性の度合いに応じて、すなわち、検査データの程度や危険因子の数に基づいて階層化を行い、保健指導としては、「情報提供」のみ、個別面接を含んだ「動機づけ支援」又は3か月から6か月程度の支援プログラムの「積極的支援」のいずれかを行う。特定保健指導としては、このうち「動機づけ支援」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、さらなる改善に取り組めるよう、社会資源の活用やポピュレーションアプローチによる支援を行う。

（参考）老人保健事業当時の状況

かつての地域保健では、老人保健事業として病態ごとの健康教育や健康相談において、集団及び個人に対する相談・指導が行われていたが、疾患の理解とその予防方法を指導する傾向が強かった。老人保健事業第4次計画からは個別健康教育が導入され、個人の行動変容を促す事業が開始されたが、この事業は「要指導」者のごく一部の対象者に実施されていたものであった。

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

（5）健診・保健指導の評価

アウトプット²（事業実施量）評価に加え、アウトカム³（結果）評価や

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

³ アウトカム：成果・評価。対象者の健康状態への効果、知識の普及、健康行動、保健医療サービス満足度等。

プロセス⁴（過程）評価を含めた総合的な評価を行うことができる。このような評価により、健診・保健指導の事業全体を改善する仕組みづくりや健診・保健指導のデータとレセプトとの突合が可能になることから、健康課題を明確にした戦略的な取り組みを実施することができる。

（参考）老人保健事業当時の状況

診結果は健康課題を分析するための重要な情報源であるが、かつて積極的な活用が十分にされず、保健事業の実施回数や参加人数によって評価されてきた。このため、健診や保健指導の成果や医療費に対する影響などのアウトカム（結果）評価ではなく、アウトプット（事業実施量）評価であったため、保健事業の改善につながりにくかった。

（６）実施体制

医療保険者は、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、各医療保険者の規模や置かれている状況は様々であり、適切なアウトソーシングの活用も含め、それぞれにあった実施体制を構築し、取り組みを進めることが有効である。

市町村は国保部門・衛生部門・介護部門間の連携強化を図るとともに、医師会やアウトソーシング事業者、地域の住民組織や団体等と協働した体制づくりなどが考えられる。

職域では、事業所や医療保険者に所属する産業医や保健師等の専門職を中心とした体制の構築や、健診機関や適切なアウトソーシング事業者への委託などが考えられる。特に職域においては、事業主の協力により保健指導が受けやすくなるとともに、保健指導の効果が上がることが予想される。そこで医療保険者は保健指導の推進に当たって、積極的に事業者の協力を得ることが望まれる。

（参考）老人保健事業当時の状況

かつて地域保健では、老人保健法に基づき市町村の衛生部門が保健事業を実施しており、健診は都市部においては医療機関に委託されている場合が多いが、保健指導はほとんど市町村において、市町村保健師、管理栄養士等が関係者の協力を得て直接実施してきた。

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

⁴ プロセス：過程。保健医療従事者の活動（情報収集、問題分析、目標設定、事業の実施状況等）及び対象者の活動（サービス・事業に対する満足度、継続率、完遂等）。

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための 健診・保健指導の基本的な考え方について

健診・保健指導の関係		現在の健診・保健指導
特徴	健診・保健指導の関係	内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
目的	特徴	結果を出す保健指導
内容	目的	内臓脂肪型肥満に着目した早期介入・行動変容リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、行動変容につながる保健指導を行う
保健指導の対象者	内容	自己選択と行動変容 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、行動変容につなげる
方法	保健指導の対象者	健診受診者全員に対し、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」を行う
評価	方法	健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個々人の健診結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
実施主体	評価	アウトカム（結果）評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
		医療保険者

最新の科学的知識と、課題抽出のための分析

行動変容を促す手法

健診・保健指導		かつての健診・保健指導
特徴	健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導
目的	特徴	プロセス（過程）重視の保健指導
内容	目的	個別疾患の早期発見・早期治療
保健指導の対象者	内容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供
方法	保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者
評価	方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導
実施主体	評価	アウトプット（事業実施量）評価 実施回数や参加人数
		市町村

第2章 健診・保健指導の進め方（流れ）

2-1 計画の作成

健診・保健指導計画作成のために、各種データ¹の分析を行い、集団の特性（地域や職場の特性）や健康課題を把握し、具体的な目標を定めた年次計画を策定し、毎年の健診・保健指導事業を実施する。

健診項目としては、集団の特性や健康課題に応じて健診検査項目を設定することとなるが、特定健診については基本的な健診の項目の実施が必須となっていることに留意する。また、保健指導についても、どのような者に優先すべきか、集団の特性や健康課題に応じて設定する。特定健診・特定保健指導においては、医療保険者はこうしたことを踏まえて各期の特定健診等実施計画を策定する必要がある。

また、健診未受診者等に対する支援方法についても、集団特性に合わせ、創意工夫をし、受診率向上のための具体策を計画の中に盛り込むことが重要である。

2-2 健診の実施と健診結果やその他必要な情報の提供（フィードバック）

健診対象者に対して、健診の受診を促す。その際、望ましい条件下（空腹時採血等）で健診が受診されるよう、事前の情報提供を行う。

健診の実施に際しては、プライバシーに配慮した検査環境を整えた上で、適切な検査手技に基づき検査を実施する。また、医師が詳細な検査を要すると判断した者については、受診者本人に丁寧にその必要性を説明した上で、円滑に当該検査を受けられるよう配慮する。

各種検査値の測定に当たっては、検査の精度管理及び検体管理を適切に行う。

健診実施後は、全ての健診受診者に対し、すみやかに健診結果やその他必要な情報の提供（フィードバック）を行う。生活習慣病は自覚症状を伴うことなく進行することから、検査結果が示唆する自らの健康状態を全ての健診受診者が理解できるよう、通知の様式や通知方法を工夫してフィードバックを行うことが求められる。特に、専門的な治療を開始する必要がある者に対しては、その必要性を十分に理解できるよう支援した上で、確実に受診勧奨を行う。詳細は第2編第2章を参照されたい。

¹ 各種データ：男女別・年代別の健診結果、有所見状況、メタボリックシンドローム該当者・予備群数及びリスクの重複状況、対象となる被保険者数・被扶養者数及び過去の健診受診者数・未受診者数等の把握、医療費データ（レセプト等）、要介護度データ等。

2-3 保健指導対象者の選定・階層化と保健指導

所定の基準に基づき階層化を行い、保健指導の必要性の度合いに応じて、すなわち生活習慣病の危険因子の数に応じた保健指導対象者の選定・階層化を行う。その結果、対象者は、①「情報提供」のみを行うレベル、②「情報提供」及び「動機づけ支援」を行うレベル、③「情報提供」及び「積極的支援」を行うレベル、の3種類に区分される。このうち、医療保険者の義務である特定保健指導の対象者は、上記②、③のレベルの対象者から降圧薬等を服薬中の者²を除いた者である。

階層化された保健指導対象者に対し、個別に適切な保健指導を行う。この際、特定保健指導（「動機づけ支援」及び「積極的支援」）の対象とならない者に対しても、個々のリスク等の状況に応じ、必要な支援を行うことが重要である。

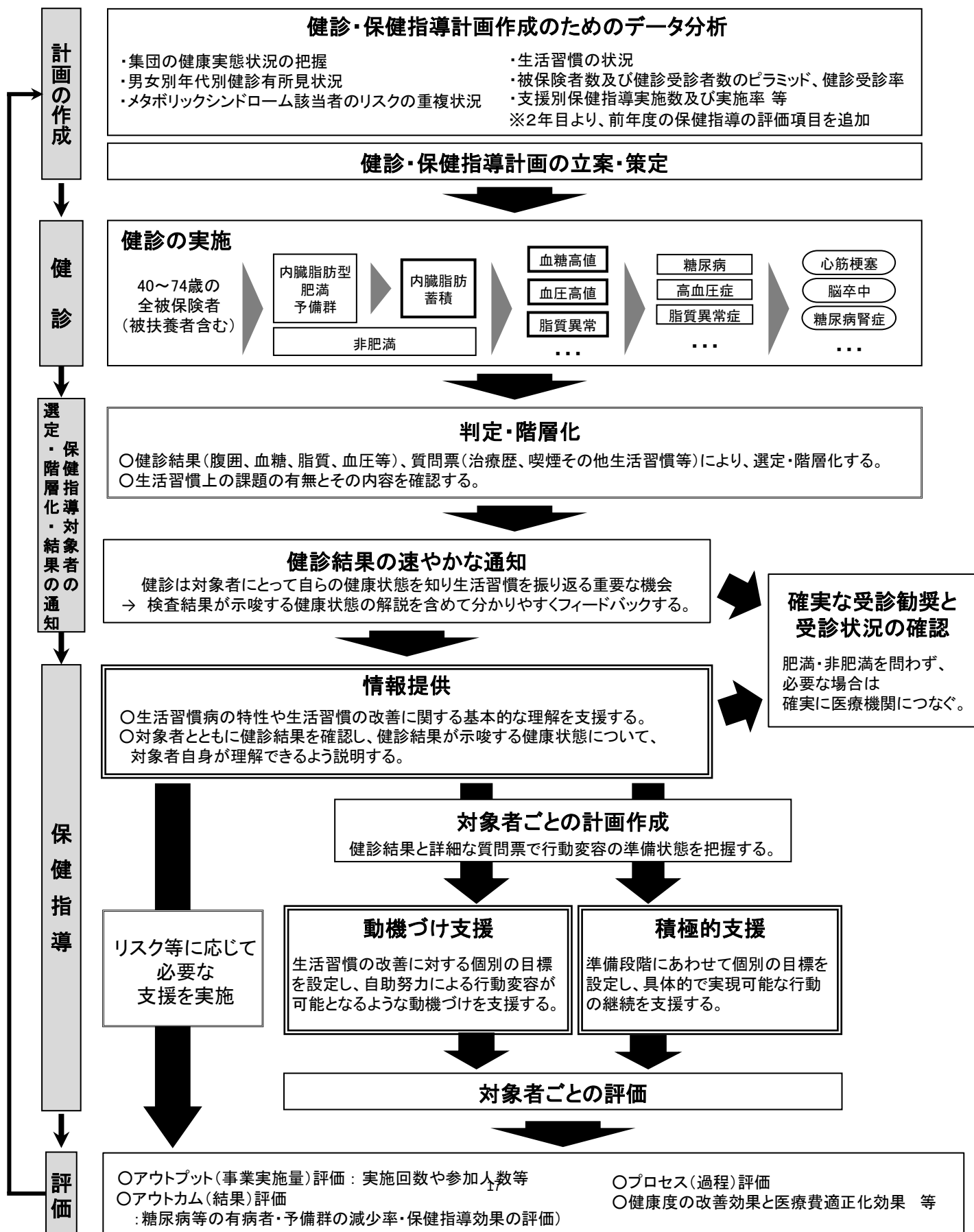
2-4 評価

健診・保健指導の結果やレセプトデータ等を用いて予め設定した評価指標・評価方法を基に、ストラクチャー³（構造）評価（実施体制、施設・設備の状況）、プロセス（過程）評価（健診・保健指導実施者の研修等）、アウトプット（事業実施量）評価（実施回数、参加人数等）、アウトカム（結果）評価（糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群の減少数、健診データの改善、健康度の改善効果、医療費の適正化効果等）を行い、次年度の健診・保健指導計画につなげることが必要である。

² 医師の指示のもとで服薬中の者を指す。

³ ストラクチャー：構造。健診・保健指導を実施する際の構成因子。物的資源（施設、設備、資金等）、人的資源（職員数、職員の資質等）、組織的資源（スタッフ組織、相互検討の仕組み、償還制度等）。

生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導プログラムの流れ(イメージ)



第3章 健診・保健指導事業に関わる者が有すべき資質

効果的・効率的な健診・保健指導事業を実施するために、医師、保健師、管理栄養士等や事務担当者を含めた当該事業に関わる者は、事業の企画・立案から事業の実施、評価に至るまでの一連のプロセスを行う能力が求められる。

また、保健指導の実施者は、対象者の身体の状態、背景、価値観等に配慮しつつ、行動変容に確実ににつながるような支援ができる能力を獲得する必要がある。

3-1 事業の企画・立案・評価を担う者が有すべき資質

医療保険者に所属している医師、保健師、管理栄養士等や事務担当者を含めた健診・保健指導事業に関わる者は、その事業の企画・立案や評価を行い、効果的な事業を実施する役割があることから、以下のような能力を習得する必要がある。

(1) データを分析し、優先課題を見極める能力

健診・保健指導を計画的に実施するためには、まず健診データ、医療費データ（レセプト¹等）、要介護度データ、地区活動等により知り得た対象者の情報などから、対象集団の特性（地域や職場の特性）を抽出し、対象集団の優先的な健康課題を設定できる能力²が求められる。

例えば、医療費データ（レセプト等）と健診データの突合分析から、その対象集団に比較的多い疾病の発症予防や重症化予防のために効果的・効率的な対策を考えることや、どのような疾病にどのくらい医療費を要しているか、より高額な医療費がかかる原因疾患は何か、それは予防可能な疾患なのか、また、介護保険データからは高齢期の要介護状態と生活習慣病との関連等を調べ、対策を考える能力が必要となる。

また、データの電子化に伴い、突合分析においては適切に電子データを処理する技術が必要である。

¹ レセプト分析をすることにより、糖尿病等の生活習慣病やその合併症である脳卒中や心筋梗塞、糖尿病腎症ほか糖尿病合併症などがいかに多いか、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。

²対象集団の検査データの傾向や生活習慣上の課題を把握することで、集団に関する目標達成に向けて何が解決すべき課題で、どこに優先的な予防介入が必要であるかという戦略を立てることが重要である。

（２）健診・保健指導の企画・調整能力

対象集団の特性（地域や職場の特性）を踏まえた健診項目の選定や、受診勧奨した者が確実に受診したかどうかの確認を行う体制を含め、効果的に健診・保健指導を行う体制を整備することが必要である。そのためには、保健指導に関係する既存の社会資源を効率的に活用するとともに、健診等業務を受託する事業者等を含めた保健指導の連携・協力体制を構築する能力が求められる。

また、個人に着目した保健指導を行うのみでなく、地域・職域にある様々な保健活動や関連するサービスと有機的に連動させた保健指導体制の構築を行っていくことが求められる。そのため、地域・職域連携推進協議会や保険者協議会を活用し、医療保険者・関係機関・行政・NPO等との密接な連携を図り、協力体制をつくることや、地域に必要な社会資源を開発するなど、多くの関係者間のコーディネートができる能力が求められる。

一方、積極的支援の対象者が多い場合、効率的に健診・保健指導を実施し、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群減少の目標を達成するために、過去の健診結果等も十分に加味し、発症・重症化する恐れの特に高い対象者を、優先的に抽出していく能力も必要となる。

健診受診率、保健指導実施率向上のための効果的な方策の企画能力も求められる。

（３）健診・保健指導の委託に関する能力

健診・保健指導を事業者へ委託する場合は、委託基準に基づき健診・保健指導の実施機関を選定していくこととなる。

具体的には、保健指導を委託する際には、委託する業務の目的、目標や範囲を明確にした上で、費用対効果が高く、結果の出る事業者を選択し、健診・保健指導の継続的な質の管理を行う能力が求められる。

また、保健指導の質を確保するためには、委託基準や詳細な仕様書を作成する必要があり、実際の委託契約においては、金額のみの観点から契約が行われることがないよう、費用対効果を念頭に置いて保健指導の内容を評価し、契約にその意見を反映させるなど、適切な委託を行うための能力も必要である。

このため、事務担当者を含めた当該事業に関わる者は、アウトソーシング先の保健指導方法をしっかり把握し、適切に進行管理できるよう、一定の知識を身につけることが必要である。

また、委託後、適切に業務が行われているかモニタリング³し、想定外の問題がないか情報収集を行い、問題がある場合にはできるだけ早急に対応する能力も求められる。

³ モニタリング：変化を見逃さないよう、続けて測定、監視すること。

(4) 事業の事後評価を行う能力

保健指導は、成果を着実にあげることが求められることから、健診・保健指導の結果を基に、アウトカム（結果）評価など各種評価を行い、次年度の企画・立案につなげることができる能力が必要である。

評価の方法等は第3編で詳述しているのでここでは触れないが、保健指導の効果の評価ができ実行可能な評価計画を立て、その結果を分析して課題を明確にし、現行の健診・保健指導システムの改善について具体的に提案できる能力が求められる。

また、健診結果及び質問項目による対象者の選定が正しかったか、対象者に必要な保健指導が実施されたか等を評価し、保健指導の技術を向上させていくことが必要である。

(5) 保健指導の質を確保できる能力

保健指導の質を保ち、効果的な保健指導が行われるよう、保健指導場面への立ち会いや対象者の満足度等から保健指導実施者の技能を評価するとともに、質の向上のための保健指導実施者自らが保健指導の方法や対象疾患の知識等について学習する環境づくりや事例検討の実施など、人材育成に取り組む能力も求められる。

(6) 保健指導プログラムを開発する能力

保健指導に係る新しい知見や支援方法に関する情報を収集し、また実際の指導場面での対象者の反応や保健指導実施者に対する評価に基づいて、定期的に保健指導プログラムを見直し、常により効果的な保健指導プログラムを開発していく能力が求められる。

3-2 健診・保健指導実施者が有すべき能力

保健指導は、医療保険者等に所属する医師、保健師、管理栄養士等が実施するのみではなく、アウトソーシング先の事業者も実施する。いずれも効果的な保健指導を実施することが求められるため、その所属を問わず、保健指導実施者として以下のような能力の習得が必要である。

なお、医師、保健師、管理栄養士等は、それぞれの養成課程における教育内容が異なり、新たに習得すべき能力に差があることから、研修プログラムを構成する際にはこの点を考慮する必要がある。

(1) 健診結果と生活習慣の関連を説明でき行動変容に結びつけられる能力

健診結果から現在の健康状態を把握した上で、対象者に対し、摂取エネルギー過剰、運動不足などの食習慣・運動習慣・喫煙習慣・飲酒習慣等の問題による代謝の変化（血糖高値、脂質異常などの変化で可逆的なもの）が血管の変化（動脈硬化等の不可逆的なもの）になるという発症や重症化のメカニズムをしっかりと押さえ、対象者が納得できるよう説明する能力が必要である^{*1}。

こうした説明を分かりやすく行い、対象者が自らの健康状態を認識し行動変容に

つなげられるよう、最新の知識・技術を習得し、蓄積された健診結果やレセプト等の集団のデータを分析・考察することを通じて常に研鑽し続けることが必要である※2。

※1：例えば高血糖状態など、糖尿病になる前の段階で早期に介入し、保健指導により行動変容につなげていくことで、疾病の発症予防を行うべきである。また、糖尿病になり合併症を発症した場合でも、医療機関と連携し、保健指導を継続することで更なる重症化予防の支援を行うべきである。

※2：実際に重症化した人などの治療状況や生活習慣等を把握することにより、なぜ疾病の発症、重症化が予防できなかったのか考える必要がある。なぜ予防できなかったかを検証することにより、医療機関との連携や保健指導において対象者の行動変容を促す支援技術の向上につながる。

（2）対象者との信頼関係を構築できる能力

保健指導においては、対象者が自らの健康問題に気づき、自分自身で解決方法を見出していく過程を支援することにより、対象者が自らの状態に正面から向かい合い、それに対する考えや気持ちをありのままに表現することでセルフケア（自己管理）能力が強化されると考えられる。この過程の支援は、初回面接において対象者と支援者との信頼関係を構築することが基盤となることから、受容的な態度で対象者に接すること、またその後の支援においては、適度な距離を保ちつつ継続的に支援できる能力が必要である。

（3）個人の生活と環境を総合的にアセスメントする能力

健診結果から対象者の身体状況と生活習慣の関連を判断し、対象者の年齢、性格、現在までの生活習慣、家庭環境、職場環境等の把握、行動変容の準備状態、健康に対する価値観などから、対象者の健康課題について、各学会ガイドライン等を踏まえ保健指導を立案し、総合的にアセスメントできる能力が必要である。そのためには、健診データを経年的に見て、データの異常値をメタボリックシンドロームや対象者の生活習慣と関連づけて考えられる能力が求められる。また、行動変容のステージ（準備状態）や健康に対する価値観を把握し、対象者の状態にあった保健指導方法を判断できる能力が求められる。

（4）安全性を確保した対応を考えることができる能力

健診の検査結果、問診結果、健診時の医師の判断、レセプト等をもとに病態を適切に判断し、受診勧奨、保健指導その他の方策について適切に判断できる能力が求められる。

特に、検査結果が不良な対象者や整形外科的疾患等のある者については、保健指導対象者となった場合に身体活動や運動の強度等について考慮する必要があるため、健康づくりのための身体活動基準 2013 を参照するとともに、禁忌情報や留意事項を

共有することで主治医と連携を図る等、適切に対応する。

また、精神疾患等で治療中であることが判明した場合には、対象者の了解を得た上で必要に応じて主治医に相談し、保健指導への参加の可否や、実際に保健指導を行う際の留意点等を確認すること等により、保健指導から脱落しないように努めることが望ましい。なお、主治医に相談する場合には、保健指導の目的や具体的な実施方法を記した書面を提示し、医師が参加の可否等を判断しやすいようにすることが望ましい。

（５）相談・支援技術

①カウンセリング的要素を取り入れた支援

セルフケア（自己管理）では、対象者自身が行動目標や目標達成のための方法を決めることが前提となる。したがって、一方的に目標や方法を提示するのではなく、カウンセリング的要素を取り入れることが必要である。さらに、対象者のこれまでの日常生活を振り返り、行動変容できたことについてポジティブなとらえ方をするよう心がけ、それを言語化することで対象者が自己肯定感を持って生活習慣改善に取り組めるような関わりを行うことが望まれる。

②認知行動療法の手法⁴、コーチングの手法⁵等を取り入れた支援

対象者が長い年月をかけて形成してきた生活習慣を変えることは、容易なことではない。対象者の認識や価値観への働きかけを行うためには、認知行動療法やコーチング等に係る手法についても学習を行い、対象者や支援者に合った保健指導の方法を活用することが必要である。また、これらの手法の基礎となっている理論についても、一定の知識を得て継続的に研鑽を積む必要がある。

③個々の生活習慣の改善のための具体的な技術

栄養・食習慣や身体活動・運動習慣における課題、喫煙習慣・多量飲酒の習慣などについては、改善のための支援が必要である。そのためには、まず対象者の知識や関心に対応した適切な支援方法を判断し実践することや、対象者の学習への準備状態を判断し、適切な食教育教材や身体活動・運動教材を選択又は作成して用いることができる能力が必要であり、また、対象者の学習過程に応じた支援が求められる。

⁴ 認知行動療法の手法：認知行動療法とは、人間の思考・行動・感情の関係性に焦点をあてて、思考・行動様式を修正し、症状や問題を解決していく治療法である。保健指導の場面でも、認知行動療法の諸技法を取り入れた支援を行うことにより、対象者が健康行動を身に付け、自律的に健康維持あるいは症状管理を行っていくこと（セルフコントロール）ができるように動機づけるとともに、生活改善につなげていくことが可能。

⁵ コーチングの手法：相手の本来持っている能力、強み、個性を引き出し、目標実現や問題解決するために自発的行動を促すコミュニケーション技術。

(6) 個々の生活習慣に関する専門知識をもち活用できる能力

科学的根拠に基づき、対象者にとって改善しやすい生活習慣の具体的内容とその目標を提案できる能力が必要である。その際には、対象者の置かれた環境を踏まえた支援の提案や、国や自治体の事業や計画に関して情報提供できる能力が必要である。

また、個々の生活習慣は互いに関連しているため、対象者が置かれた状況を総合的に判断し、生活習慣改善支援をバランス良く行うことが求められる。

①栄養・食習慣についての専門知識

対象者の栄養状態や習慣的な食物摂取状況をアセスメントし、健診結果と代謝、食事内容との関係を栄養学等の科学的根拠に基づき、対象者にわかりやすく説明できる能力が必要である。その上で、「日本人の食事摂取基準」「食生活指針」「食事バランスガイド」や食事療法の各種学会ガイドライン等の科学的根拠を踏まえ、エネルギーバランス（食事によるエネルギー摂取量と身体活動・運動による消費量）も考慮し、対象者にとって改善しやすい食行動の具体的内容を提案できる能力が必要である。その際には、対象者の食物の入手のしやすさや食に関する情報の入手のしやすさ、周囲の人々からのサポートの得られやすさなど、対象者の置かれた食環境の状況を踏まえた支援の提案や、国の健康日本 21（第二次）や自治体の健康増進計画に基づく栄養・食生活に関する目標について情報提供できる能力が必要である。また、②の身体活動・運動についての専門知識と合わせて、対象者により良い支援を提案できる能力が必要である。

②身体活動・運動についての専門知識

運動生理学、スポーツ医科学、体力測定・評価に関する基礎知識を踏まえ、身体活動・運動や運動習慣と生活習慣病発症との関連において科学的根拠を活用し、対象者に分かりやすく説明できる能力、さらに正しい身体活動・運動フォームや実施方法を実演する能力が必要である。

特に、身体活動・運動の量、強度、種類に関する知識や、誤った身体活動・運動の実施に伴う傷害に関する知識が求められるほか、対象者に応じた身体活動・運動の習慣を獲得するための工夫を提案できる能力が求められる。

さらに、対象者の身体活動・運動の量やそれに伴うエネルギー消費量の増加を適切に把握し、体力の水準を簡便に評価する方法を身につけ、健康づくりのための身体活動基準 2013 に基づく、個々人に応じた支援の提供や、国の健康日本 21（第二次）や自治体の健康増進計画に基づく身体活動・運動に関する目標について情報提供できる能力も必要である。また、①の栄養・食習慣についての専門知識と合わせて、対象者により良い支援を提案できる能力が必要である。

③たばこについての専門知識

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

常がおこりやすい。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さらに進んで、いずれも該当しない人と比べて、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。たばこによる健康被害は、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を行う重要性は高い。

対象者の喫煙状況や禁煙の意志をアセスメントし、喫煙が健康に及ぼす影響、禁煙が健康にもたらす効果、禁煙方法等について、9 学会による禁煙ガイドライン（2010 年改訂版）等の科学的根拠に基づき、対象者の特性に合わせて分かりやすく説明し、禁煙を支援できる能力が必要である。喫煙が健康に及ぼす影響については、喫煙が独立した循環器疾患や糖尿病のリスク因子であるとともに、メタボリックシンドロームやその他の生活習慣病に喫煙が重なると虚血性心疾患や脳血管疾患のリスクが著しく高まることを説明する必要がある。なお、厚生労働省では平成 18 年 5 月に禁煙支援マニュアルを公表しており、平成 25 年にはその改訂版が公表されるので参照されたい。また、第 3 編第 3 章 3-4（4）⑦や第 3 編別添資料も参照されたい。

④アルコールについての専門知識

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概ねこの飲酒量を超えるとリスクが上昇することによる※。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、減酒支援は栄養・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出された場合に、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。

これらを踏まえ、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。具体的な支援方法は、第 3 編第 3 章 3-4（4）⑧や第 3 編別添 2 を参照されたい。

※ 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。

【出典】Iso H et al. Alcohol consumption and risk of stroke among middle-aged men. Stroke. 2004.

（７）学習教材を開発する能力

生活習慣の改善を支援するためには、保健指導の実施に際して、効果的な学習教材が必要である。そのため、対象者のライフスタイルに合わせて適切に活用できる学習教材を開発する能力が求められる。なお、このような学習教材は科学的根拠に基づき作成することが求められ、常に最新のものに更新することが望ましい。

具体的には、本プログラムを活用しつつ、他機関の教材に関する情報、実際に特定健診・特定保健指導を実施した対象者の具体的事例に基づく事例検討会などをもとに検討し、地域の実情に応じて保健指導の学習教材等を工夫、作成する能力が求められている。

（８）活用可能な社会資源に関する情報収集を行う能力

平成２４年７月に改正された地域保健対策の推進に関する基本的な指針において、いわゆるソーシャル・キャピタル^６の健康づくり等における重要性が示された。対象者の行動変容を支援する際にも、個別の保健指導だけでなく、健康教室のような集団での教育や、身近な健康増進施設、地域の自主グループ等の社会資源の活用を組み合わせることで、より効果が上がることが期待される。そのため、日頃から、活用可能な社会資源の種類や、活用のための条件等について十分な情報収集を行い、地域・職域の資源を効果的に活用した支援ができる能力が必要である。

^６ ソーシャル・キャピタル…地域に根ざした信頼や社会規範、ネットワークといった社会関係資本。「人と人との絆」、「人と人との支え合い」に潜在する価値を意味している。

第2編 健診

第1章 メタボリックシンドロームに着目する意義

平成17年4月に、日本内科学会等内科系8学会が合同でメタボリックシンドロームの疾患概念と診断基準を示した。

これは、内臓脂肪型肥満を共通の要因として、血糖高値、脂質異常、血圧高値を呈する病態であり、それぞれが重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高く、内臓脂肪を減少させることでそれらの発症リスクの低減が図られるという考え方を基本としている。

すなわち、内臓脂肪型肥満に起因する糖尿病、脂質異常症、高血圧症は生活習慣の改善により予防可能であり、また、発症してしまった後でも、血糖、血圧等をコントロールすることにより、心筋梗塞等の虚血性心疾患、脳梗塞等の脳血管疾患、人工透析を必要とする腎不全などへの進展や重症化を予防することは可能であるという考え方である。

メタボリックシンドロームの概念を導入することにより、内臓脂肪の蓄積や体重増加が、血糖や中性脂肪、血圧などの上昇をもたらすとともに、様々な形で血管を損傷して動脈硬化を引き起こすことにより、虚血性心疾患、脳血管疾患、腎不全などに至る原因となることを詳細に示すことができる。そのため、健診受診者にとって、生活習慣と健診結果、疾病発症との関係が理解しやすく、生活習慣の改善に向けての明確な動機づけができるようになる。

第2章 健診の内容

2-1 健診項目（検査項目及び質問項目）

（1）基本的考え方

○糖尿病等の生活習慣病、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、保健指導が必要な者を的確に抽出するための検査項目を健診項目とする。対象集団の特性（地域や職場の特性）やそこから見出された健康課題を踏まえ、血清クレアチニンなどの他の検査項目も必要に応じて追加することが望ましい。

○標準的な質問項目は、①生活習慣病リスクの評価、②保健指導の階層化、③健診結果を通知する際の「情報提供」の内容の決定に際し、活用するものであるという考え方に基づくものとする。対象集団の特性等を踏まえ、他の質問項目も必要に応じて追加することが望ましい。

（2）具体的な健診項目

特定健診の項目として健診対象者の全員が受ける「基本的な項目」や医師が必要と判断した場合に選択的に受ける「詳細な健診の項目」等については、以下のとおりとする。

①特定健診の基本的な項目（別紙1参照）

質問項目、身体計測（身長、体重、BMI、腹囲（内臓脂肪面積））、理学的検査（身体診察）、血圧測定、血液化学検査（中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール）、肝機能検査（AST（GOT）、ALT（GPT）、 γ -GT（ γ -GTP））、血糖検査（空腹時血糖又はHbA1c検査）、尿検査（尿糖、尿蛋白）

※ 血糖検査については、HbA1c検査は、過去1～3か月の血糖値を反映した血糖値のコントロールの指標であるため、健診受診者の状態を評価するという点で、保健指導を行う上で有効である。また、絶食による健診受診を事前に通知していたとしても、対象者が食事を摂取した上で健診を受診する場合があります、必ずしも空腹時における採血が行えないことがあるため、空腹時血糖とHbA1c検査の両者を実施することが望ましい。特に、糖尿病が課題となっている医療保険者にとっては、HbA1cを必ず行うことが望ましい。なお、特定健診・特定保健指導の階層化において、空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合は、空腹時血糖の結果を優先し判定に用いる。

※ 平成25年度からは従来のJDS値ではなく、NGSP値で表記する。また、JDS値とNGSP値は、以下の式で相互に正式な換算が可能である。

$$\begin{aligned}\text{JDS 値 (\%)} &= 0.980 \times \text{NGSP 値 (\%)} - 0.245\% \\ \text{NGSP 値 (\%)} &= 1.02 \times \text{JDS 値 (\%)} + 0.25\%\end{aligned}$$

②特定健診の詳細な健診の項目（別紙2参照）

生活習慣病の重症化の進展を早期にチェックするため、詳細な健診として、心電図検査、眼底検査、貧血検査（赤血球数、ヘモグロビン値、ヘマトクリット値）のうち、一定の基準（別紙2参照）の下、医師が必要と判断した場合に選択的に実施する。なお、健診機関は、別紙2の基準を機械的に適用するのではなく、詳細な健診を行う必要性を個別に医師が判断することとし、その判断理由等を医療保険者に通知するとともに、受診者に説明する必要がある。

③その他の健診項目

特定健診以外の健康診査においては、それぞれの法令・制度の趣旨・目的や対象となる集団の特性（地域や職場の特性）やそこから見出された健康課題を踏まえ、必要に応じて①の基本的な健診項目以外の項目を実施する。中でも、血清尿酸や血清クレアチニン等については検査を実施することが望ましい。

（3）質問項目

特定健診の基本的な健診の項目に含まれる質問項目を含めた標準的な質問票を別紙3とする。この質問項目は、従来の国民健康・栄養調査や労働安全衛生法における質問を踏まえて設定されたものである。選定・階層化に必要とされる質問項目1～3（服薬状況）、4～6（既往歴、現病歴）、8（喫煙習慣）は、特定健診における必須項目である。労働安全衛生法における健診結果等、他の健診結果を活用する場合、必須項目を確実に取得することが必要である。

なお、必須項目も含め、この質問項目への回答は、いずれも保健指導の際の重要な情報となる。

（4）測定方法とその標準化

- 医療保険者は、複数の健診機関で実施された受診者の健診結果のデータを一元的に管理し、予防効果が大きく期待できる者から優先的に保健指導を実施していくことが必要である。そのため、共通した健診判定値の設定や検査項目毎の測定値の標準化が必要となる。
- 健診機関は検査の標準化により、保健指導判定値及び受診勧奨判定値の信頼性を確保する。
- 健診機関は、採血時間、検体の保存・運搬等に関して適切な配慮を行う。
- 健診の検査実施方法および留意事項については 別紙4を参照。
- 具体的な健診項目ごとの標準的な測定方法、判定値については別紙5を参照。

(5) 測定値の精度管理

○ 健診機関は、検査測定値について十分な精度管理を行うことが必要である。

○ 内部精度管理、外部精度管理について、健診実施者は、「健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針」（平成 16 年厚生労働省告示第 242 号）（別紙 6 参照）における精度管理に関する事項に準拠して、精度管理を行うものとする。

①内部精度管理（健診機関内で同じ測定値が得られるようにすること）

健診機関内において、健診の実施における検体の採取・輸送・保存、測定、検査結果等について、管理者の配置等管理体制、実施手順、安全性の確保等の措置を講じるように務め、検査値の精度を管理する。

②外部精度管理（健診機関間でも同じ測定値が得られるようにすること）

日本医師会、日本臨床検査技師会、全国労働衛生団体連合会等が実施している外部精度管理調査を少なくとも 1 つは定期的に受け、検査値の精度が第三者によって管理されているようにする。

(6) 健診項目の判定値

○ 各健診項目における保健指導判定値及び受診勧奨判定値は別紙 5 参照。

○ これらの判定値は、メタボリックシンドローム、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の関係学会のガイドラインとの整合性を確保する必要がある。

○ 国は、学会との連携の下、厚生労働科学研究費補助金による研究班等を活用して、最新の知見に基づく判定基準値とするよう定期的に検討する必要がある。

(7) 健診項目の定期的な見直し

効果的な健診・保健指導を実施するために、国は、従来の健診項目を踏襲するのではなく、生活習慣病の発症予防・重症化予防の効果等を踏まえ、厚生労働科学研究費補助金による研究班等を活用して、最新の科学的知見に基づき健診項目の有用性・必要性を定期的に見直すことが望ましい。尿検査や肝機能検査等、保健指導対象者の選定に用いられない項目や、導入が見送られている血清尿酸や血清クレアチニンなどの項目についても、その有効性、必要性について費用対効果を含め、対象集団の特性を踏まえて検証し、必要に応じて見直しを検討する必要がある。

2-2 健診結果やその他必要な情報の提供（フィードバック）について

（１）基本的な考え方

- 生活習慣病は自覚症状を伴うことなく進行することが多い。健診における検査データは、対象者が自分自身の健康課題を認識して生活習慣の改善に取り組む貴重な機会である。こうした効果を最大化するためには、選定・階層化に用いられるか否かに関わらず、個々の検査データに関する重症度の評価を含めた健診結果やその他必要な情報について、健診受診後すみやかに全ての対象者に分かりやすく提供する（フィードバックする）ことが重要である。
- こうした情報提供は、生活習慣を改善または維持していくことの利点を感じ、対象者の行動変容を促す動機づけを目的として行うべきである。その上で、医療機関への受診や継続治療が必要な対象者には受診や服薬の重要性を認識させること、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させることなどの情報が盛り込まれることが望ましい。また、こうしたフィードバックの効果を高めるためには、健診実施から結果通知、及び保健指導までの期間を可能な限り短くすることが望ましい。
- 特に、特定健診の結果、医療機関を受診する必要があると判断された者については、医療機関への受療行動に確実に結びつくようなフィードバックが必要である。具体的には、通知等の送付だけにとどめず、面接等により確実に医療機関を受診するよう促し、確実に医療につないだ上で、実際の受診状況の確認も含めて継続的に支援することが重要である。

（２）具体的なフィードバックの内容

フィードバックはすべての健診受診者に対して行われるべきであるが、個々の健診結果によって伝える内容はそれぞれ異なる。そこで、検査項目毎に解説をした上で、経年変化も踏まえた総合判断の結果を通知することが望ましい。特に健康上の課題が大きい対象者については、健診受診後すみやかに保健指導実施者が対面で個別に説明することで、より大きな効果が上がることが期待される。

具体的には、別添資料の文例集を参考に、対象者個々人のリスクの程度に応じて、可能な限りきめ細かく対応することが望ましい。

① 確実に医療機関受診を要する場合

検査結果に基づき、医療機関においてすみやかに治療を開始すべき段階であると判断された対象者については、確実に医療機関を受診し治療を開始することを支援する。特に、各健診項目において、早急に医療管理下におくことが必要な者は、特定保健指導の対象となる者であっても早急に受診勧奨を行う。服薬中でなければ特定保健指導の対象者にはなり得るが、緊急性を優先して判断する必要がある。

なお、このことはかかりつけ医のいない対象者にとってかかりつけ医を見つける機会にもなる。

治療中断中の場合、または受診に前向きな姿勢ではない場合には、必要性の説明に終わるのではなく、本人の考え方、受け止め方を確認、受療に抵抗する要因を考慮したうえ、認知を修正する働きかけが必要になる。また、「いつまでに」受診するかといった約束をすることや、受診した結果を連絡してほしいと伝えることで、対象者の中で受診に対する意識が高まり、受診につながることもある。

② 生活習慣の改善を優先する場合

上記①ほど緊急性はないものの、検査データで異常値が認められ、生活習慣を改善する余地のある者には、特定保健指導の対象者・非対象者のいずれもが含まれ得る。こうした者へのフィードバックでは、どのようなリスクがどの程度高まる状態なのか、また、自らの生活習慣に関して具体的にどの点をどう改善するとよいのかといったポイントを適宜盛り込むことが望ましい。個別の対応としては、健診で認められた危険因子の重複状況や重症度を含めて対象者本人が自らの健康状態を認識できるよう支援し、医師等とも相談した上で、まずは保健指導を行って生活習慣の改善を支援し、十分な改善がみられないようなら医療機関での受療を促すというきめ細かな方法も考えられる[※]。

なお、血圧及び喫煙については、虚血性心疾患や脳血管疾患の発症リスクとして重視すべき項目であるため、健診当日を含め、面接での対応を強化することが求められる。特に喫煙者に対しては、禁煙支援および積極的な禁煙外来の利用を促すことが望ましい。

※受診勧奨判定値を超えた場合でも、Ⅰ度高血圧（収縮期血圧140～159 mmHg、拡張期血圧90～99 mmHg）等であれば、服薬治療よりも、3か月間は生活習慣の改善を優先して行うことが一般的である。このとき、健診結果の通知でフィードバックされた内容を踏まえて生活習慣の改善に自ら取り組むという方法と、生活習慣の改善指導など必要な支援を保健指導として行う方法の2通りが考えられる。また、脂質異常症においても、一次予防（虚血性心疾患未発症者）ではまず3～6か月の生活習慣改善が必要であるとしている。特定保健指導の対象となった者については、各学会のガイドラインを踏まえ、健診機関の医師の判断により、保健指導を優先して行い、効果が認められなかった場合に、必要に応じて受診勧奨を行うことが望ましい。

③ 健診データ上では明らかな問題がない場合

健診データ上、特段の問題が認められない者に対しては、その旨をフィードバックするとともに、今後起こり得るリスクを説明し、以降も継続して健診を受診することが重要であることを伝えることが望ましい。健診データが改善している場合には、本人の生活改善の努力を評価し、次年度も引き続き健康な状態で健診を受けるよう促すなど、ポジティブな対応が望まれる。

一方、検査データの異常はないが、喫煙者である等、生活習慣の改善の余地がある対象者に対しては、喫煙等による生活習慣病発症リスクの高さ等に言及した上で、生活習慣の改善を促すことが望ましい。

（３）情報提供の際の留意事項

血圧については、白衣高血圧等の問題があり再測定が重要であること、中性脂肪については直前の食事摂取や前日の飲酒の影響を大きく受けること等を考慮した上でフィードバックを行うことが求められる。

（４）受診勧奨後のフォローアップ

医療機関を受診し薬物療法が開始された者について、その後も治療中断に至らないよう、フォローアップを行うことが望ましい。

第3章 保健指導対象者の選定と階層化

(1) 基本的考え方

- 内臓脂肪の蓄積により、血圧高値・血糖高値・脂質異常等の危険因子が増え、リスク要因が増加するほど虚血性心疾患や脳血管疾患等を発症しやすくなる。効果的・効率的に保健指導を実施していくためには、予防効果が大きく期待できる者を明確にする必要があることから、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因の数に着目し、保健指導対象者の選定を行う。
- 生活習慣病の予防を期待できるメタボリックシンドロームに着目した階層化や、生活習慣病の有病者・予備群を適切に減少させることができたかといった保健事業のアウトカムを評価するために、保健指導対象者の階層化に用いる標準的な数値基準が必要となる。
- 若い時期に生活習慣の改善を行った方が予防効果を期待できると考えられるため、年齢に応じた保健指導レベルの設定を行う。
- 特定健診に相当する健診結果を提出した者に対しても、特定健診を受診した者と同様に、選定・階層化を行い、特定保健指導を実施する。

(2) 具体的な選定・階層化の方法

ステップ1 (内臓脂肪蓄積のリスク判定)

- 腹囲とBMIで内臓脂肪蓄積のリスクを判定する。
 - ・腹囲 男性 85 cm 以上、女性 90 cm 以上 →(1)
 - ・腹囲 (1)以外 かつ BMI $\geq$ 25 kg/m² →(2)

ステップ2 (追加リスクの数の判定)

- 検査結果及び質問票より追加リスクをカウントする。
- ①～③はメタボリックシンドロームの判定項目、④はその他の関連リスクとし、
④喫煙歴については①から③までのリスクが1つ以上の場合にのみカウントする。

①血糖高値	a 空腹時血糖	100mg/dL 以上	又は
	b HbA1c (NGSP) の場合	5.6% 以上	又は
	c 薬剤治療を受けている場合 (質問票より)		
②脂質異常	a 中性脂肪	150mg/dL 以上	又は
	b HDL コレステロール	40mg/dL 未満	又は
	c 薬剤治療を受けている場合 (質問票より)		
③血圧高値	a 収縮期血圧	130mmHg 以上	又は
	b 拡張期血圧	85mmHg 以上	又は
	c 薬剤治療を受けている場合 (質問票より)		
④質問票	喫煙歴あり		

※ 血糖検査については、HbA1c 検査は、過去1～3か月の血糖値を反映した血糖値のコントロールの指標であるため、健診受診者の状態を評価するという点で、保健指導を行う上で有効である。また、絶食による健診受診を事前に通知していたとしても、対象者が食事を摂取した上で健診を受診する場合があります、必ずしも空腹時における採血が行えないことがあるため、空腹時血糖と HbA1c 検査の両者を実施することが望ましい。特に、糖尿病が課題となっている医療保険者にとっては、HbA1c を必ず行うことが望ましい。なお、特定健診・特定保健指導の階層化において、空腹時血糖と HbA1c の両方を測定している場合は、空腹時血糖の結果を優先し判定に用いる。

※ 平成25年度からは従来のJDS値ではなく、NGSP値で表記する。また、JDS 値と NGSP 値は、以下の式で相互に正式な換算が可能である。

$$\begin{aligned}\text{JDS 値 (\%)} &= 0.980 \times \text{NGSP 値 (\%)} - 0.245\% \\ \text{NGSP 値 (\%)} &= 1.02 \times \text{JDS 値 (\%)} + 0.25\%\end{aligned}$$

ステップ3（保健指導レベルの分類）

ステップ1、2の結果を踏まえて、保健指導レベルをグループ分けする。なお、前述のとおり、④喫煙歴については①から③のリスクが1つ以上の場合にのみカウントする。

(1)の場合

①～④のリスクのうち

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

(2)の場合

①～④のリスクのうち

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

ステップ4（特定保健指導における例外的対応等）

○65歳以上75歳未満の者については、日常生活動作能力、運動機能等を踏まえ、QOL（Quality of Life）の低下予防に配慮した生活習慣の改善が重要である等から、「積極的支援」の対象となった場合でも「動機づけ支援」とする。

○降圧薬等を服薬中の者については、継続的に医療機関を受診しているので、生活習慣の改善支援については、医療機関において継続的な医学的管理の一環として行われることが適当である。そのため、医療保険者による特定保健指導を義務とはしない。しかしながら、きめ細かな生活習慣改善支援や治療中断防止の観点から、主治医と連携した上で保健指導を行うことも可能である。また、健診結果において、医療管理されている疾病以外の項目が保健指導判定値を超えている場合は、本人を通じて主治医に情報提供することが望ましい。

(3) 留意事項

- 医療保険者の判断により、動機づけ支援、積極的支援の対象者以外の者に対しても、必要に応じて保健指導の実施を検討することが望ましい。特に、腹囲計測によって内臓脂肪型肥満と判定されない場合にも、血糖高値・血圧高値・脂質異常等のリスクを評価する健診項目を用い、個別の生活習慣病のリスクを判定する。
- 65歳以上の者に保健指導を行う場合は、ロコモティブシンドローム¹、口腔機能低下及び低栄養や認知機能低下の予防等に留意し²、対象者の状況に応じた保健指導を行うことが望ましい。
- 特定保健指導の対象者のうち「積極的支援」が非常に多い場合は、健診結果や質問票等によって、生活習慣の改善により予防効果が大きく期待できる者を明確にし、優先順位をつけ保健指導を実施すべきである（第3編参照）。
- 今後は、特定健診・特定保健指導の実績や新たな科学的知見に基づき、必要に応じて保健指導対象者の選定・階層化基準についても見直す必要がある。

¹ ロコモティブシンドローム（運動器症候群）は、運動器の障害のために自立度が低下し、介護が必要となる危険性の高い状態と定義される。ロコモティブシンドローム予防には歩行能力の維持向上が大切である。【参考】ロコモティブシンドローム診療ガイド 2010（日本整形学会編）

² 栄養改善（血清アルブミン値の維持など）、口腔機能の維持向上、認知機能低下予防（特に軽度認知障害の高齢者に対する脳の活性化を含む運動・身体活動の積極的取り入れ）等は、いずれもプログラムの有効性が確認されている。

【参考】介護予防マニュアル(改訂版:平成24年3月 厚生労働省老健局)

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/tp0501-1.html>

第4章 健診における各機関の役割

(1) 医療保険者に期待される役割

- 医療保険者は、40歳以上74歳以下の被保険者・被扶養者に対し、保険者の義務として特定健診を実施する。その際、受診率向上のために文書や電話等の受診勧奨の取り組みを被扶養者も含めて行う。また、委託する際は、適切な健診機関を選定する。
- 健診結果が示唆する健康課題等について、健診受診者に分かりやすくフィードバックする。
- 受診勧奨判定値を超える検査値があれば、その程度、年齢等を考慮した上で、医療機関を受診する必要性について受診者に通知する。特に、医療機関受診が必要であると判断された者に対しては確実な受診勧奨を行う。
- 服薬中の者に対しても、健診データ、レセプトデータ等に基づき、必要に応じて、保健指導等を検討する必要がある。
- レセプトデータ等に基づき、受診勧奨を行った者が実際に医療機関を受診しているかどうか、フォローアップを行う。適切に受療していない場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症予防のために治療の継続が必要であることを分かりやすく説明し、治療開始を促すことが重要である。

(2) 健診機関の役割

- 医療保険者より委託された健診機関は、適切に特定健診を実施する。
- 健診結果が示唆する健康課題等について、健診受診者に分かりやすくフィードバックする。
- 受診勧奨判定値を超える検査値があれば、その程度、年齢等を考慮した上で、医療機関を受診する必要性について受診者に通知する。特に、医療機関受診が必要であると判断された者に対しては積極的な受診勧奨を行う。

(3) 市町村の一般衛生部門の役割

- 市町村の一般衛生部門が、医療保険者の保有する健診データにやレセプトデータ、市町村の介護部門が保有する介護保険データに基づき当該市町村内の住民に対する保健指導や健康相談などを行おうとする場合には、これらの情報が特に適正な取扱いの厳格な実施を確保する必要がある医療分野に関する情報であるため、医療保険者や市町村の介護部門と連携し、別紙7に定める取扱いを行う必要がある。

- 上記を踏まえた上で、市町村の一般衛生部門においては、主治医や医療保険者と連携し、健診データ、レセプトデータ等に基づき、必要に応じて、服薬中の者に対する保健指導等を行うべきである。
- 医療機関を受診する必要があるにもかかわらず医療機関を受診していない者に対する対策、特定保健指導対象者以外の者に対する保健指導等について、医療保険者と連携してレセプトデータの受療情報等により行うべきである。
- 保健指導を実施する際に、医療機関を受診する必要があると判断されているにもかかわらず対象者が医療機関を受診していない場合は、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症予防のために治療が必要であることを指導することが重要である。

（４）医療機関の役割

- 医療機関においては、健診の結果を踏まえて受診した者に対し、必要な医療を提供するとともに、栄養・運動等を含めた必要な生活習慣改善支援も継続的に行う。その場合、診療報酬で定める各種要件を満たせば、生活習慣病管理料、管理栄養士による外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料等を算定できる。
- 糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の未治療者・治療中断者が見いだされた場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症予防のために治療の継続が必要であることを分かりやすく説明し、治療開始・治療再開を促すことが重要である。

第5章 健診データ等の電子化

5-1 健診データ提出の電子的標準様式

(1) 基本的考え方

- 特定健診・特定保健指導においては、高齢者医療確保法に基づき、次のように健診データ等の授受がなされ得る。

<健診データ等>

- ① 健診実施機関・保健指導実施機関→医療保険者
- ② (被扶養者の健診を行った) 医療保険者→(被扶養者所属の) 医療保険者
- ③ (異動元の) 医療保険者→(異動先の) 医療保険者
- ④ 労働安全衛生法に基づく健診を実施した事業者→(当該労働者所属の) 医療保険者
- ⑤他の健診等を受けた被保険者・被扶養者→医療保険者

<特定健診・特定保健指導の実施状況等>

- ⑥医療保険者→国、社会保険診療報酬支払基金

- このように、特定健診・特定保健指導においては関係者間で様々な情報のやりとりがあり、その際のデータは膨大で情報伝達経路も複雑である。そこで、データの互換性を確保し、継続的に多くのデータを扱えるようにするため、電子的な標準様式を国が設定している。

(2) 留意事項

- 健診データ等の授受の際には、個人情報の保護に十分に留意する。
- 今後、人間ドック等他の健診データ等も、この電子的標準様式を基本とした形式で収集できるようにすることが望ましい。
- 収集された電子的情報はバックアップのために、安全性の確保された複数の場所に保存することが望ましい。
- 医療保険者においては、被保険者の求めがあれば、健診結果を電子的に提供することが望ましい。

(3) 具体的な様式

- データの提出様式については、別紙8-1、8-2、8-3とする。

5-2 健診項目の標準コードの設定

(1) 基本的考え方

- 特定健診においては、電子化された膨大な健診データ等が継続的に取り扱われることになる。その際に、健診項目や質問項目についても、標準的な表記方法で皆が統一的使用しなければ、同一の検査等であるかどうかについて、電子的に判断できない。そのため、標準的な表記方法として健診項目や質問項目ごとに標準コードを設定する必要がある。

(2) 具体的な標準コード

- 健診データは全て、日本臨床検査医学会が作成した JLAC10 コード又はこのコード体系に準じて設定された 17 桁のコードを使用する。
- 今後新たに項目が追加される場合についても、JLAC10 コードに準じたコードを、日本臨床検査医学会と協議の上で設定する。

※ 標準コード表については、ホームページ（ [【P】](#) ）より入手可能。

(参考)

基本的な健診項目の標準コードの例（JLAC17桁コードを使用）

健診項目	検査方法	JLAC10コード
中性脂肪	可視吸光光度法 (酵素比色法・グリセロール消去)	3F015000002327101
	紫外吸光光度法 (酵素比色法・グリセロール消去)	3F015000002327201
	その他	3F015000002399901

5-3 健診機関・保健指導機関コードの設定

(1) 基本的考え方

- 医療保険者が管理する健診データ等は、健診機関ごとに特定のコードが収載されている。
- 糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群を確実に減らすためには、事業の評価及び健診データ等の十分な分析を行うことが必要であるため、健診機関・保健指導機関毎のデータ比較が可能となるよう、各健診機関、保健指導機関コードの設定が必要である。
- なお、医療機関の場合は、既にある保険医療機関コードを活用しており、健診機関コードについても下記のルールで設定が行われているため、別途独自にコードを設定しないようにする必要がある。

(参考) 健診機関・保健指導機関コード設定の考え方

※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（厚生労働省保険局）参照

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

- 健診機関コード情報の収集・台帳の整理に際しては、社会保険診療報酬支払基金において発番されている10桁のコードを使用する必要がある。

5-4 健診結果の保存と活用について

(1) 基本的考え方

- 医療保険者は、蓄積された健診データを使用することにより、効果的・効率的な健診・保健指導を実施することが可能となる。また、被保険者・被扶養者は、生涯を通じた自己の健康管理の観点から、継続的な健診データの保存が望まれる。
- このため、医療保険者や被保険者・被扶養者は、できる限り長期間、健診データを保存し参照できるようにすることが望ましい。
- さらに、医療保険者は、個人ごとに健診データ等を整理し、生涯を通じた健診情報のデータ管理を行うことができるようなシステム構築を検討することが望ましい。
- また、被保険者・被扶養者が医療保険者間を異動した際には、本人の同意を得た上で、医療保険者間で健診データ等を適切に移行させることが望ましい。
- ただし、個人情報の保護に十分配慮する必要がある。

(2) 具体的な保存年限

- 医療保険者は、特定健診の結果を、次のうちいずれか短い期間保存しなければならない。
 - ① 記録の作成日の属する年度の翌年度から5年間を経過するまでの期間
 - ② 被保険者・被扶養者が他の医療保険者に参加した日の属する年度の翌年度末までの期間
- 但し、上記(1)の観点から、40歳から74歳までの被保険者・被扶養者が加入者となっている限りは、当該医療保険者が健診データを保存することが望ましい。

(3) 留意事項

- 医療保険者間を異動した場合のデータの授受の方法としては、前に所属していた医療保険者において、健診データ管理に用いられていた記号・番号を、異動後の医療保険者において新しい被保険者番号等を発行し、差し替えることで、異動後の医療保険者は被保険者の健診データを管理することが考えられる。

- 医療保険者の被保険者でなくなった時以降は、次の医療保険者に引き継がれるまでか、空白期間ができるだけ生じないように、例えば 1 年程度の一定期間が経過するまで保存する必要がある。
- 被保険者が希望する場合には、40 歳以降の全データを次の医療保険者へ引き継ぐ必要がある。
- 本人が継続的に健診データを把握し自ら健康管理に活用できるように、経年的にデータを蓄積できる仕組みの構築を検討し、そうした経年的データを保健指導に積極的に生かしていくことが望ましい。このことは集団の健康状態に関する分析、経年変化の分析等により、予防戦略の立案に資する

（参考）

一意性を保って健診データ等を管理する際に個人の固有番号等を利用する場合の考え方

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

（例）兵庫県尼崎市役所においては、職員の健診記録は原則として、在籍している限り保存することとなっている。この長期保存データを遡って見た場合、心筋梗塞等が重症化した者は、10 年以上前から肥満があり、中性脂肪も併せて高いことなどが確認され、早期の段階で介入すれば予防することができたのではないかという評価が可能となり、さらに、今後同様の状況にある者に対して、優先的に介入するなどの戦略を立てることができる。

第6章 健診の実施に関するアウトソーシング（外部委託）

（1）基本的考え方

①アウトソーシングを推進する意義

アウトソーシングを推進することにより、利用者の利便性に配慮した健診（例えば、土日・祝日に行うなど）を実施するなど対象者のニーズを踏まえた対応が可能となり、健診の受診率の向上が図られる。一方で、精度管理が適切に行われないなど健診の質が考慮されない価格競争となることも危惧されるため、質の低下につながるような委託先における健診の質を確保することが不可欠である。

②外部委託の具体的方法

健診の実施を委託する場合には、委託基準を作成し、本プログラムに定める内容の健診が適切に実施される事業者を選定する必要がある。なお、特定健診・特定保健指導の事業の企画及び評価については医療保険者自らが行う。

③委託側の健康増進事業実施者に求められる事項

委託契約期間中には、健診が適切に実施されているかについてモニタリングを行うことが重要である。

個人情報については、その性格と重要性を十分認識し、適切に取り扱わなければならない。特に、医療分野は、「個人情報の保護に関する基本方針」（平成16年4月2日閣議決定）等において、個人情報の性質や利用方法等から、特に適正な取扱いの厳格な実施を確保する必要がある分野の一つとされていることから、委託先の事業者は個人情報を適切に取り扱わなければならない。

なお、健診結果等の情報を取り扱う業務のみを委託する場合にも、委託先の事業者は平成20年厚生労働省告示第11号（外部委託基準）及び第142号（施設等に関する基準）に定める健診結果等の情報の取扱いに関する基準を遵守することが求められる。

④受託側の事業者求められる事項

受託側の事業者は、健診の実施機関ごとに測定値及びその判定等が異ならないよう、健診の精度管理を適切に行う必要がある。

なお、巡回型・移動型で健診を行う場合も、受託側の事業者の施設で行う基準と同じとする必要がある。

健診機関は、敷地内禁煙にするなど、健康増進に関する取組みを積極的に行う必要がある。

また、健康増進事業実施者自らが実施する場合も本基準と同じ基準を満たす必要がある。

（２）具体的な基準

特定健診で外部委託を行う際に求められる基準に関しては、平成 20 年厚生労働省告示第 11 号（外部委託基準）及び第 142 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。

第7章 75歳以上の者及び40歳未満の者に対する健診・保健指導の在り方

7-1 75歳以上の者に対する健診・保健指導の在り方

(1) 基本的な考え方について

- 75歳以上の者については、医療機関に通院していない場合、健診等の機会を活用し、糖尿病等の生活習慣病を軽症のうちに発見し、医療につなげ、重症化を予防することが重要である。
- 75歳以上の者の生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果は、75歳未満の者よりも大きくないと考えられ、それ以前の年齢層の者に比べて生活習慣の改善が困難な場合も多い。さらに、体重減少や低栄養のリスクが増すことから、QOLを確保し、自立した日常生活を営むために生活機能低下の予防が重要となってくる。
- したがって、75歳以上の者については、身体状況等の個人差が大きいことに留意し、生活習慣病の予防に加え、75歳以上で増加するロコモティブシンドローム、口腔機能低下及び低栄養や認知機能低下を予防するため、個人の状態をアセスメントした上でその対象者の状況に応じた生活習慣改善支援を行うことが重要である。

(2) 健診について

- 糖尿病等の生活習慣病に着目した健診項目は、75歳以上の者についても、基本的には75歳未満と同様の項目とする。
- 健診項目は、基本的には、生活習慣病に着目した特定健診の必須項目と同様の項目とするが、腹囲については、医師の判断等によって実施する項目とすることが適当である。
- 医師の判断により実施する詳細な健診の項目（心電図等）については、健診機関の医師が、これらの検査の必要性を含めて、受診勧奨とするか否かを判断し、受診勧奨と判断された者については、医療機関において、必要な診察を実施する。
- なお、糖尿病等の生活習慣病についてかかりつけ医等の医療機関を受診している者については、必ずしも健康診査を実施する必要はないと考えられる。

(3) 保健指導について

- 75歳以上の者については、本人の残存能力を落とさないこと、QOLの確保等が重要であるとともに、個々の身体状況、日常生活能力、運動能力等が相当程度異なっている場合が多い。そのため、40～74歳と同様に行動変容のための保健指導を一律に行うのではなく、本人の求めに応じて、健診結果を踏まえ、健康相談や保健指導の機会を利用できる体制が確保されていることが重要である。

(4) 介護との連携について

- 市町村においては、高齢福祉担当課が主体となって介護関連事業を実施し、高齢者の健康確保と生活機能の維持・向上に努めていることから、高齢者の健診・保健指導については、データ等の相互提供等により介護関連事業と連携を図りながら実施することが望ましい。

7-2 40歳未満の者に対する健診・保健指導の在り方

- メタボリックシンドロームの該当者・予備群は、30歳代以前と比較して、40歳代から増加する。40歳未満の者については、正しい生活習慣及び生活習慣病予防の重要性に関する普及啓発等を通じて、生活習慣病の予防を行うことが重要である。一方、普及啓発等に加えて、医療保険者においては、特定健診・特定保健指導の対象となる以前（例えば、節目健診として30歳、35歳の時）に健診を行い、生活習慣の改善が特に必要と認められる者に対して保健指導を実施することは、特定保健指導対象者を減少させる上で有効であると考えられる。
- また、20歳以降の体重増加と生活習慣病の発症との関連が明らかであることから、若年期から適正な体重の維持に向けた保健指導、啓発が重要である。

※例えば、20歳からの平均約30年間で5kg以上体重が増えた人は、体重増加が5kg未満の人に比べて、男性では2.61倍、女性では2.56倍、糖尿病を発症しやすかったことが日本人を対象とした研究で示されている。(Nanri A, Mizoue T, Takahashi Y, et al. J Epidemiol Community Health doi: 10.1136/jech. 2009. 097964, 2011)

		特定健診	労働安全衛生法	学校保健安全法※4
診察	質問項目(問診)	○	○ ※1	○
	計測	身長	●1	○
		体重	○	○
		BMI	○	○
		腹囲	●2 ※2	○
	理学的所見(身体診察)		○	
	血圧		○	○
	視力		○	○
	聴力		○	○
	自覚症状及び他覚症状の有無の検査		○	○
脂質	中性脂肪		●2	○
	HDL-コレステロール		●2	○
	LDL-コレステロール		●2	○
肝機能	AST(GOT)		●2	○
	ALT(GPT)		●2	○
	γ-GT(γ-GTP)		●2	○
代謝系	空腹時血糖		◎	◎
	HbA1c		◎	◎
	尿糖(半定量)		○	○
血液一般	ヘマトクリット値		△	
	血色素量		△	○
	赤血球数		△	○
尿腎機能	尿蛋白(半定量)		○	○
	尿潜血			
	血清クレアチニン			
12誘導心電図		△	●2	○
眼底検査		△		
胸部エックス線検査			●3	○
上部消化管エックス線検査				
喀痰検査			△ ※3	△

○…必須項目

△…医師の判断に基づき選択的に実施する項目

◎…いずれかの項目の実施でも可

●1: 20歳以上の者については医師の判断に基づき省略可

●2: 40歳未満の者(35歳の者を除く。)については医師の診断に基づき省略可

●3: 40歳未満の者(20歳、25歳、30歳及び35歳の者を除く。)のうち、感染症法で結核に係る定期の健康診断の対象とされている施設等の労働者及びじん肺法で3年に1回のじん肺健康診断の対象の労働者のいずれにも該当しない者については、医師の判断に基づき省略可

※1 喫煙歴及び服薬歴については、問診等で聴取を徹底する旨通知(平成20年1月17日 基発第697号)

※2 以下の者については医師が必要でないと認めるものについては省略可

1. 40歳未満の者(35歳の者を除く。)

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

3. BMIが20未満である者 $BMI[kg/m^2] = 体重[kg] / (身長[m])^2$

4. 自ら腹囲を測定し、その値を申告した者(BMIが22未満である者に限る。)

※3 胸部エックス線検査により病変及び結核発病のおそれがないと診断された者について医師の判断に基づき省略可

※4 教職員を対象とする

「詳細な健診」項目について

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

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

（１）１２誘導心電図

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

（２）眼底検査

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

（３）貧血検査

- 貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者

【判定基準】

①血糖高値	a 空腹時血糖	100mg/dL 以上	又は
	b HbA1c (NGSP)	5.6%以上	
②脂質異常	a 中性脂肪	150mg/dL 以上	又は
	b HDL コレステロール	40mg/dL 未満	
③血圧高値	a 収縮期血圧	130mmHg 以上	又は
	b 拡張期血圧	85mmHg 以上	
④肥満	a 腹囲 男性 85cm 以上、女性 90cm 以上		又は
	b BMI $\geq 25\text{kg/m}^2$		

標準的な質問票

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

※①医師の診断・治療のもとで服薬中の者を指す。 ※②中性脂肪も同様に取扱う。

	質問項目	解説 と 回答の活用例
1 2 3	現在、a からcの薬の使用の有無 a. 血圧を下げる薬 b. インスリン注射又は血糖を下げる薬 c. コレステロールを下げる薬	○高血圧症、糖尿病又は脂質異常症について既に医療機関で治療を受けており服薬中である者については、当該医療機関で生活習慣の改善支援も行われていると考えられることから、特定保健指導の対象とならない。この質問はそれを確認するものである。 ○ただし、この質問で「いいえ」と答えた場合に、飲み忘れ(医療機関で治療を受けている)や治療中断の場合が含まれることに留意を要する。 ○「コレステロールを下げる薬」の項は、「脂質異常症の薬」を一般の方々にわかりやすく表現したものであり、中性脂肪を下げる作用のある薬もこれに含める。 ○糖尿病、高血圧の薬と比較して、脂質異常症の薬については本人が自覚していない場合が多いとの指摘があることに留意する。 ○特定保健指導開始後に、実際には服薬中であることが判明した場合は、特定保健指導の対象者から除外となるが、きめ細かな生活習慣改善支援の観点から、主治医と連携した上で保健指導を行うことも可能である。
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	○脳卒中既往例では脳卒中や虚血性心疾患の発症リスクが高まる^{※1}。 ○こうした既往がある場合には、食事や身体活動・運動について支援する際に主治医と連携する。
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	○心筋梗塞などの虚血性心疾患既往例では虚血性心疾患や心不全の再発リスクが高まる^{※1}。 ○こうした既往がある場合には、食事や身体活動・運動について支援する際に主治医と連携する。
6	医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか。	○慢性腎不全では、心筋梗塞、心不全および脳卒中の発症率が高くなる^{※2}。 ○こうした既往がある場合には、食事や身体活動・運動について支援する際に主治医と連携する。
7	医師から、貧血といわれたことがある。	○この質問に「はい」と答えた者には、いわゆる脳貧血(迷走神経反射による立ちくらみ等)のことが、鉄欠乏性貧血等で治療を行ったことがあるのかどうかを確認する必要がある(そこで本質問には「医師から」という文言を入れている)。 ○後者の場合は、現在の治療状況を確認し、現在も治療を継続しているようであれば食事や身体活動・運動について支援する際に主治医と連携する。一方、治療の必要性があるにも関わらず治療を自己中断している場合には医療機関での精査を促す。
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計 100 本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近 1 ヶ月間も吸っている者)	○喫煙は、動脈硬化の独立した危険因子である。 ○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おこりやすい^{※3、※4}。 ○JPHC スタディによると現在 1 日 20 本以上を喫煙している者は、非喫煙者に比べて男性では 1.4 倍、女性では 3.0 倍、2型糖尿病になりやすかった^{※5}。 ○NIPPON DATA80 の 14 年間の追跡によると、吸わない男性の脳卒中死亡リスクを 1 とすると、1 日 1 箱以内の喫煙男性では約 1.5 倍、1 日 2 箱以上では 2.2 倍高かった。また、吸わない男性の虚血性心疾患死亡リスクを 1 とすると、1 日 1 箱以内の喫煙者では約 1.5 倍、2 箱以上では 4.2 倍高かった^{※6}。 ○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さらに進んで、いずれも該当しない人と比べて、約 4~5 倍、脳梗塞や心筋梗塞にかかりやすくなる^{※7}。 ○この質問に「①はい」と答えた者(現在、習慣的にたばこを吸っている者)に対しては、健診当日ならびに健診後の保健指導等の機会を活用して、対象者の禁煙意向を踏まえて、禁煙の助言や情報提供を行う。禁煙希望者には禁煙外来を実施している医療機関のリスト等を提示するもよい。 ○「②いいえ」と答えた者のうち、質問票の工夫や追加問診等により、過去または最近禁煙した者が把握できる場合は、禁煙者に対して、禁煙したことを賞賛し、今後も禁煙を続けるよう励ます。

9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	○生活習慣の乱れによる体重の増加は、摂取エネルギーが消費エネルギーよりも大きい状態であることを示す(10kg増加=70,000kcal)。エネルギー収支の乱れを認識することができる。 ○体重増加量が大きいほど糖尿病・高血圧の有病率が高い。 ○20歳からの平均30年間で5kg以上体重が増えた人は、体重増加が5kg未満の人に比べて、男性では2.61倍、女性では2.56倍、糖尿病を発症しやすかったことが日本人を対象とした研究で示されている^{※8}。
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施	○速歩、体操、ジョギング、ランニング、水泳、球技(運動強度3メッツ以上の活動)等の軽く汗をかく運動を、習慣的・継続的に、4メッツ・時/週以上(週60分以上)実施することで、生活習慣病の発症及び死亡リスクが12%減少することが示唆されている^{※9}。 ○3メッツ以上の強度(概ね4メッツ程度)の運動に限定するために、質問に汗をかくという主観的感覚を加えた質問となっている。 ○この質問に「いいえ」と答えた者には、その取組状況やリスクを確認した上で、着手可能なものから取り組むよう支援する^{※9}。 ○運動中の循環器疾患の事故や傷害を予防するために、保健指導の初期には、6メッツ未満の運動、主観的に「きつい」と感じない程度の運動を提案する。
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施	○強度が3メッツ以上の身体活動を23メッツ・時/週行うことが身体活動量の基準として示されている^{※9}。具体的には、仕事、家事、移動、運動などで良いので、歩行又はそれと同等以上の強度の身体活動を、こま切れでも良いので毎日合計60分以上行うことに相当する。 ○身体活動を1日10分増やすことで、生活習慣病のリスクを約3%減らすことができることが示唆されている。^{※9} ○この質問に「いいえ」と答えた者には、その取組状況やリスクを確認した上で、着手可能なものから取り組むよう支援する^{※9}。
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	○対象者の体力や身体活動の強度を評価するための項目である。 ○「同年代の同性と比較して体力があるか？」という質問で体力を評価した研究では、優れていると回答した者と比較して劣ると回答した者は将来の循環器病発症並びに循環器病による死亡のリスクが3～4倍高いことが示されている。 ○性・年齢別の体力(最大酸素摂取量)のほぼ平均値以上を有する人は、将来の生活習慣病発症並びに生活習慣病による死亡のリスクが低いことが示されている。 ○日常の歩行速度は最大酸素摂取量と関連があることに加えて、日常の歩行速度が速いほど将来の生活習慣病発症並びに生活習慣病による死亡のリスクが20～30%低いことが示唆されている。 ○この質問に「いいえ」と答えた者の中には、単に体力が低いだけでなく、足腰に痛みがある、運動器の機能が低下しているなどの問題を抱えている者が含まれる場合があるので、身体活動・運動への取組状況やリスクを確認した上で、注意深く支援を提供する。
13	この1年間で体重の増減が±3kg以上あった。	○最近1年での体重の増減は、生活習慣・環境等の変化のためにエネルギー収支が変動したことを示している。 ○+3kg以上なのか、-3kg以上なのか、まず増減の方向性を確認したうえで保健指導を行うことが大切である。 ○3kg以上の減量があった場合、生活習慣改善の効果なのかどうかを確認する。生活習慣改善の効果でない場合、食欲や食環境の変化による低栄養、悪性新生物、甲状腺機能亢進症など、病的な体重減少ではないかどうかを確認する。 ○3kg以上の体重増加があった場合、生活環境などの変化に伴う急性の変化なのか、徐々に毎年増加の傾向をたどっているかを確認し、目標設定の際に考慮する。
14	人と比較して食べる速度が速い。	○日本人を対象とした研究で食べる速さと肥満度(BMI)との間には関連がみられるという報告がある^{※10}。 ○食べる速度が速い者の割合は、やせ(BMI<18.5 kg/m²)及びふつう(18.5 kg/m²≤BMI<25.0 kg/m²)の者に比べて、肥満者(BMI≥25.0 kg/m²)で多いという調査結果がある。^{※11}

		○また、食べる速度が速い者は、遅い者と比べて、将来の糖尿病発症の危険が約2倍である、という研究がある。^{※12} ○この質問に「速い」と答えた者で、肥満傾向がある場合は、仕事や家庭のやむを得ない事情などを確認し共感した上で、少しでも改善できるようにするための工夫をともに考える等の支援を行う。 ○工夫としては、たとえば「よく噛むことを意識する」、「会話しながら食事する」、「汁物で流し込むような食べ方をやめる」、「野菜を増やす」などの方法がある。
15	就寝前の 2 時間以内に夕食をとることが週に 3 回以上ある。	○1 年後の健診で、「就寝前の 2 時間以内に夕食をとることが週に 3 回以上ある。」ことがなくなった(改善した)者は、腹囲が減少し、HDL コレステロールが増加したという報告がある^{※13}。 ○この質問に「はい」と答えた者で、肥満傾向がある場合は、仕事や家庭のやむを得ない事情などを確認し共感した上で、少しでも改善できるようにするための工夫をともに考える等の支援を行う。 ○対処法として、就寝時間を遅らせるのではなく、たとえば早めの時間に食事をする工夫をしたり、間食などを工夫して、就寝前のエネルギー、糖質等の摂取を控えるなどの方法がある。
16	夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが週に3回以上ある。	○肥満者は、普通体重の者に比べ、夕食後に間食をすることが多いという調査結果がある^{※14}。 ○1 年後の健診で、「夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが週に3回以上ある。」ことがなくなった(改善した)者は、体重が減少したという報告がある^{※13}。 ○この質問に「はい」と答えた者で、肥満傾向がある場合は、仕事や家庭のやむを得ない事情などを確認し共感した上で、少しでも改善できるようにするための工夫をともに考える等の支援を行う。 ○支援の方法としては、たとえば、間食の時間、内容等の記録をつけてもらい、とっている回数を自覚して修正するなどの行動科学的なアプローチを行うなどの方法がある。
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	○1 年後の健診でも、朝食を抜くことが週に 3 回以上ないことを維持している者は、LDL コレステロール値が低下したという報告がある^{※13}。 ○この質問に「はい」と答えた者には、仕事や家庭のやむを得ない事情などを確認し共感した上で、少しでも改善できるようにするための工夫をともに考える等の支援を行う。 ○朝食だけに着目するのではなく、就寝時間、夕食(その後の間食)の状況にも留意し、「朝ごはんを食べたくなる」状況を作ることが大切である。 ○たとえば、朝食については、量・バランス等を考慮したものが望ましいが、本人の負担感を軽減できる簡便な方法を紹介するなどの方法がある。
18	お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	○がん、高血圧、脳出血、脂質異常症などの飲酒に関連する多くの健康問題のリスクは、1日平均飲酒量とともにほぼ直線的に上昇することが示されている。一方で、全死亡、脳梗塞及び虚血性心疾患については、飲酒量との関係は直線的であるとは言えないが、一定の量を超えるとリスクが高まることが分かっている。 ○問 18 と問 19 の回答を組み合わせることで、アルコールの摂取状況を定量化できる。 ○問 18 で①「毎日」若しくは②「時々」と答え、さらに問 19 で②以上(1～2合以上)であると答えた者は、健康日本 21(第二次)で示す「生活習慣病のリスクを高める飲酒(1日の平均純アルコール摂取量が男性で 40g、女性で 20g 以上)」に該当している可能性が高い。こうした対象者には、可能であれば、本プログラム第3編別添資料を参照し、改めて飲酒状況の評価(AUDIT*)を行った上で、減酒支援(ブリーフインターベンション**)を行う。 * AUDIT(アルコール使用障害スクリーニング): 自記式の質問票を用いて飲酒状況を確認し、スコア化する。8～14 点で減酒支援(ブリーフインターベンション)の対象となる。 ** 減酒支援(ブリーフインターベンション): 1回目の面接で、現在の飲酒量をともに確認した上で、飲酒による健康問題の理解を促し、具体的な減酒目標及び減酒方法について検討した上で「飲酒日記」をつけるよう促す。概ね2～4週間後(期間は任意)の保健指導の機会に「飲酒日記」を持参を求め、ともに振り返る。
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量	

		○問 18 で③ほとんど飲まない(飲めない)と答えた者の中には「禁酒した者」も含まれている。禁酒の理由として最も多いのは健康上の理由(何らかの病気のために禁酒した)であり、コホート研究で禁酒者の死亡リスクは非常に高いことが指摘されている^{※15}。したがって③と答えた者の中に禁酒者がいないか留意し、いた場合はその理由に応じて健康相談等の機会を設けるようにする。
20	睡眠で休養が十分とれている。	○この質問に「いいえ」と答えた者は、睡眠の「量」又は「質」に問題がある可能性がある。 ○量すなわち睡眠時間の不足の時は、仕事や家庭のやむを得ない事情などを確認し共感した上で、睡眠時間を確保する工夫ができるよう支援する。 ○睡眠の質に問題がある場合は、健康づくりのための睡眠指針「快適な睡眠のための7箇条」参照して支援を行う。 ○肥満者等では「睡眠時無呼吸症候群(SAS)」を合併していることがある。昼間の眠気、いびき、コーヒーの多飲などの状況を確認する。SASでは減量が有効なことから、減量への動機づけにつなげることができる。必要に応じて減量、マウスピース、CPAPなどの治療法や医療機関受診についても情報提供する。 ○この質問に「いいえ」と回答した場合、食生活・運動習慣等の改善意欲が低下しやすいことに留意、減量目標の設定を急ぐのではなく、睡眠不足や不眠症がうつ病や生活習慣病などにつながることを伝え、睡眠の質と量を確保できるような支援を行う。
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。	○この質問は、保健指導を受ける際にどのような行動変容ステージ(準備段階)にあるかを確認するものである。Prochaska の行動変容理論に基づき、対象者の準備段階を踏まえた支援を行うために活用できる。 ○健診時の回答から気持ちに変化が生じることも多いため、健診結果を理解したあとに面接で再度ステージを確認することが大切である。 ○本質問で改善意欲が低いと回答しても、面接によって意欲が高まることもあるので、保健指導対象として除外する場合は慎重さが求められる。 ○すでに取り組んでいる場合(④実行期、⑤維持期)、どのような取り組みをいつから始めているのか、その効果をどのように感じているのかを確認、賞賛するとともに取り組みを続けることの重要性を伝える。ただし、無理な方法をとっていたり、続けることが困難と感じている場合には、目標の見直しなどの方法をとること。 ○準備期(③)では実行しやすい目標を設定し、適切なタイミングでツールを提供するなどして励ますことが有効である。 ○関心期・熟考期(②)では、生活習慣改善のメリットを伝えるとともに、無理のない方法で効果が上がることを伝える。たとえば3～4%程度の軽度な減量でも検査値の改善効果が得られる^{※16}ことを伝えるなどの方法がある。 ○無関心期・前熟考期(①)では、現在の生活習慣が疾病につながることを伝える。ただし、「改善するつもりはない」と回答しているものの中には、例えば、「すでによい生活習慣を行っているので、これ以上の改善はできないと思っている」等、別の意図で回答している場合もあるので、本人の意識を改めて確認する。その際、例えば「現在、健康のために意識してやっていること」等を話してもらうとよい。 また、行動変容が困難感を抱く対象者の心情に共感し、行動変容を阻害している要因や環境を対象者とともに考え、気づきを促すことが必要である。
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	○この質問に「いいえ」と答えた者には、あれこれと「指導」を受けたくない、自分なりにやっている、今までに指導を受けたことがある、時間が取れない、などの理由があると考えられる。 ○「いいえ」と回答して積極的ではないと思われる対象者であっても、健診結果をみてから気持ちに変化が生じることもあるため、健診結果や本人の準備状態を十分に配慮しつつ、支援を行う。 ○この回答が「いいえ」であっても、積極的支援の効果は「はい」と変わらなかった^{※17}。積極的支援のサポーターティブな姿勢が、従来の「指導」イメージは異なることを理解してもらうことが大切である。

【参考文献】

- ※1 日本動脈硬化学会「動脈硬化性疾患予防ガイドライン」2012
- ※2 「CKD 診療ガイド 2012」日本腎臓学会
- ※3 Willi C., et al. JAMA 2007; 298: 2654-2664
- ※4 Craig WY, et al. BMJ 1989; 298: 784-788
- ※5 Waki K, Noda M, Sasaki S, et al. Diabetic Med 2005; 22: 323-331
- ※6 Ueshima H, et al. Stroke. 2004; 35: 1836-1841
- ※7 Higashiyama A, et al. Circ J 2009; 73: 2258-2263
- ※8 Nanri A, Mizoue T, Takahashi Y, et al. J Epidemiol Community Health doi: 10.1136/jech. 2009. 097964, 2011
- ※9 「健康づくりのための身体活動基準 2013」
- ※10 Sasaki et al. Int J Obese 2003; 27: 1405-10, Otsuka et al. J. Epidemiol 2006; 16; 3: 117-124
- ※11 平成 21 年国民健康・栄養調査
- ※12 Sakurai M, Nakamura K, Miura K, Takamura T, Yoshita K, Nagasawa SY, Morikawa Y, Ishizaki M, Kido T, Naruse Y, Suwazono Y, Sasaki S, Nakagawa H. Self-reported speed of eating and 7-year risk of type 2 diabetes mellitus in middle-aged Japanese men. Metabolism. 2012 Nov; 61(11):1566- 71.
- ※13 平成 22 年厚生労働科学研究費補助金循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「特定健診・保健指導開始後の実態を踏まえた新たな課題の整理と保健指導困難事例や若年肥満者も含めた新たな保健指導プログラムの提案に関する研究」(研究代表者 横山徹爾)
- ※14 平成9年国民栄養調査
- ※15 Tsubono Y. JAMA. 2001; 28: 1177-1178
- ※16 平成 23 年厚生労働科学研究費補助金循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「生活習慣病予防活動・疾病管理による健康指標に及ぼす影響と医療費適正化効果に関する研究」(研究代表者 津下一代)
- ※17 平成 24 年厚生労働科学研究費補助金循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「生活習慣病予防活動・疾病管理による健康指標に及ぼす影響と医療費適正化効果に関する研究」(研究代表者 津下一代)

健診の検査実施方法および留意事項

健診の検査実施方法について下記のとおりとすることが望ましい。

(1) 検査前の食事の摂取、運動について

- ア アルコールの摂取や激しい運動は、健診の前日より控える。
- イ 午前中に健診を実施する場合は、血糖、中性脂肪等の検査結果に影響を及ぼすため、健診前10時間以上は、水以外の飲食物を摂取しない。
- ウ 午後に健診を実施する場合は、HbA1c 検査を実施する場合であっても、軽めの朝食とするとともに、他の検査結果への影響を軽減するため、健診まで水以外の飲食物を摂取しないことが望ましい。

(2) 腹囲の検査

- ア 立位、軽呼吸時において、臍の高さで測定する。
- イ 脂肪の蓄積が著明で臍が下方に変位している場合は、肋骨下縁と前上腸骨棘の midpoint の高さで測定する。
- ウ より詳細については、独立行政法人国立健康・栄養研究所のホームページ (<http://www0.nih.go.jp/eiken/info/kokucho.html>) において示されているので、参考とされたい。

(3) 血圧の測定

- ア 測定回数は原則2回とし、その2回の測定値の平均値を用いる。ただし、実施状況に応じて、1回の測定についても可とする。
- イ その他、測定方法については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック」（社団法人日本循環器管理研究協議会編）等）が示されているので、これを参考とされたい。

(4) 血中脂質検査及び肝機能検査

- ア 原則として、分離剤入りプレーン採血管を用いる。
- イ 採血後、原則として早急に遠心分離し、24時間以内に測定するのが望ましい。
なお、これが困難な場合は、採血後に採血管は冷蔵又は室温で保存し、12時間以内に遠心分離する。
- ウ 血清は、測定まで冷蔵で保存し、採血から72時間以内に測定する。
- エ 血中脂質検査の測定方法については、可視吸光光度法、紫外吸光光度法等による。ただし空腹時採血を行い総コレステロール値を測定した上であれば、中性脂肪が400mg/dL以下の場合に限り、Friedewald式を用いてLDLコレステロールを算出することができる。
- オ 肝機能検査の測定方法については、AST（GOT）及びALT（GPT）

検査については、紫外吸光光度法等によるとともに、 γ -GT (γ -GTP)
) 検査については、可視吸光光度法等による。

(5) 血糖検査

次のア又はイのいずれかの方法により行う。なお、空腹時に採血が行えなかった場合には、HbA1c 検査を実施する。

ア 空腹時血糖検査

- ① 空腹時血糖であることを明らかにする。なお、10時間以上食事をしていない場合を空腹時血糖とする。
- ② 原則として、フッ化ナトリウム入り採血管（血糖検査用採血管）を用いる。
- ③ 採血後、採血管を5～6回静かに転倒・混和する。
- ④ 混和後、採血管は冷蔵で保管し、採血から6時間以内に遠心分離して測定することが望ましいが、困難な場合には、採血から12時間以内に遠心分離し測定する。
- ⑤ 遠心分離で得られた血漿は、測定まで冷蔵で保存し、採血から72時間以内に測定する。
- ⑥ 測定方法については、電位差法、可視吸光光度法、紫外吸光光度法等による。

イ HbA1c 検査

- ① フッ化ナトリウム入り採血管（血糖検査用採血管）又はエチレンジアミン四酢酸（EDTA）入り採血管を用いる。
- ② 採血後、採血管を5～6回静かに転倒・混和する。
- ③ 混和後、採血管は、冷蔵で保管する。
- ④ 採血後、48時間以内に測定する。
- ⑤ 測定方法については、免疫学的方法、高速液体クロマトグラフィー（HPLC）法、酵素法等による。

(6) 尿中の糖及び蛋白の検査

ア 原則として、中間尿を採尿する。

イ 採取後、4時間以内に試験紙法で測定することが望ましいが、困難な場合には、尿検体を専用の容器に移して密栓し、室温で保存する場合は24時間以内、冷蔵で保存する場合は48時間以内に測定する。

ウ その他、測定方法及び判定方法については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック」（社団法人日本循環器管理研究協議会編）等）が示されているので、これを参考とされたい。

(7) 詳細な検査

① 貧血検査

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

② 心電図検査

- ア 安静時の標準12誘導心電図を記録する。
- イ その他、検査方法及び判定基準については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック」（社団法人日本循環器管理研究協議会編）等）が示されているので、これを参考とされたい。

③ 眼底検査

- ア 手持式、額带式、固定式等の電気検眼鏡又は眼底カメラ撮影により実施する。
- イ その他、検査方法及び判定基準については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック」（社団法人日本循環器管理研究協議会編）や「手にとるようにわかる健診のための眼底検査」（大阪府立健康科学センター編著）等）が示されており、概要については社団法人日本循環器管理研究協議会のホームページ(<http://www.jacd.info/method/index.html>)や財団法人大阪府保健医療財団大阪がん循環器病予防センターのホームページ(<http://www.osaka-ganjun.jp/effort/cvd/gantei/>)においても示されているのでこれを参考とされたい。

健診検査項目の保健指導判定値及び受診勧奨判定値

番号	項目コード (JLAC10)	項目名	保健指導判定値	受診勧奨判定値	データタイプ	単位	検査方法	備考
1	9A75500000000001 9A75200000000001 9A75100000000001	収縮期血圧	130	140	数字	mmHg	3:その他 2:2回目 1:1回目	平均値等、「1回目」、「2回目」以外の値の最も確かな値を記入する
2	9A76500000000001 9A76200000000001 9A76100000000001	拡張期血圧	85	90	数字	mmHg	3:その他 2:2回目 1:1回目	平均値等、「1回目」、「2回目」以外の値の最も確かな値を記入する
3	3F015000002327101 3F015000002327201 3F015000002399901	中性脂肪	150	300	数字	mg/dL	1:可視吸光光度法 (酵素比色法・グリセロール消去) 2:紫外吸光光度法 (酵素比色法・グリセロール消去) 3:その他	空腹時の測定を原則とした判定値 空腹時の測定を原則とした判定値
4	3F070000002327101 3F070000002327201 3F070000002399901	HDLコレステロール	39	34	数字	mg/dL	1:可視吸光光度法 (直接法(非沈殿法)) 2:紫外吸光光度法 (直接法(非沈殿法)) 3:その他	
5	3F077000002327101 3F077000002327201 3F077000002399901	LDLコレステロール	120	140	数字	mg/dL	1:可視吸光光度法 (直接法(非沈殿法)) 2:紫外吸光光度法 (直接法(非沈殿法)) 3. その他	空腹時採血を行い総コレステロール値を測定した上で、Friedewald式を用いて算出する場合等
6	3D010000001926101 3D010000002227101 3D010000001927201 3D010000001999901	空腹時血糖	100	126	数字	mg/dL	1:電位差法 (ブドウ糖酸化酵素電極法) 2:可視吸光光度法 (ブドウ糖酸化酵素法) 3:紫外吸光光度法(ヘキソキナーゼ法、グルコキナーゼ法、ブドウ糖脱水素酵素法) 4:その他	
7	3D045000001906202 3D045000001920402 3D045000001927102 3D045000001999902	HbA1c (NGSP)	5.6	6.5	数字	%	1:ラテックス凝集比濁法 (免疫学的方法) 2:HPLC (不安定分画除去HPLC法) 3:酵素法 4:その他	小数点以下1桁 小数点以下1桁 小数点以下1桁 小数点以下1桁
8	3B035000002327201 3B035000002399901	AST(GOT)	31	51	数字	U/I	紫外吸光光度法 (JSCC標準化対応法) 2:その他	
9	3B090000002327201 3B045000002399901	ALT(GPT)	31	51	数字	U/I	紫外吸光光度法 (JSCC標準化対応法) 2:その他	
10	3B045000002327101 3B090000002399901	γ-GT(γ-GTP)	51	101	数字	U/I	可視吸光光度法 (IFCC(JSCC)標準化対応法) 2:その他	
11	2A030000001930101	血色素量 [ヘモグロビン値]	13.0(男性) 12.0(女性)	12.0(男性) 11.0(女性)	数字	g/dL	自動血球算定装置	

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

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

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

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

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

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

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

※HbA1cについて、平成25年度からは従来のJDS値ではなく、NGSP値で表記する。なお、JDS値とNGSP値は、以下の式で相互に正式な換算が可能である。

$$\text{JDS値}(\%) = 0.980 \times \text{NGSP値}(\%) - 0.245\% \quad \text{NGSP値}(\%) = 1.02 \times \text{JDS値}(\%) + 0.25\%$$

健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針

(平成十六年六月十四日)

(厚生労働省告示第二百四十二号)

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

健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針

第一 基本的な考え方

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

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

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

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

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

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

なお、この指針は、必要に応じ、適宜見直すものとする。

第二 健康診査の実施に関する事項

一 健康診査の在り方

- 1 健康増進事業実施者は、健康診査の対象者に対して、その目的、意義及び実施内容について十分な周知を図り、加齢による心身の特性の変化などライフステージや性差に応じた健康診査の実施等により対象者が自らの健康状態を把握し、もって生涯にわたる健康の増進に資するように努め、未受診者に対して受診を促すよう特に配慮すること。例えば、壮年期においては、内臓脂肪の蓄積を共通の要因として、糖代謝異常、脂質代謝異常、高血圧の状態が重複した場合に、心血管疾患等の発症可能性が高まることから、これらの発症及び重症化の予防に資するものとする。また、その際は、身長、体重及び腹囲の検査、血圧の測定、高比重リポ蛋白コレステロール(HDL コレステロール)及び血清トリグリセライドの量の検査並びに血糖検査を健康診査における検査項目に含むものとする。
- 2 健康増進事業実施者は、生涯にわたる健康の増進の観点等から、健康診査の実施について、加齢による心身の特性の変化などライフステージや性差に応じた健康課題に対して配慮しつつ、他の制度で健康診査が実施された場合の対応等、各制度間及び制度内の整合性を取るために必要な相互の連携を図ること。
- 3 健康増進事業実施者は、関係法令を踏まえ、健康診査における検査項目及び検査方法に関し、科学的知見の蓄積等を踏まえて、必要な見直しを行うこと。
- 4 健康増進事業実施者は、各制度の目的を踏まえつつ、健康診査における検査項目及び検査方法を設定又は見直す場合、加齢による心身の特性の変化などライフステージや性差に応じた健康課題に対して配慮するとともに、科学的知見の蓄積等を踏まえて、疾病の予防及び発見に係る有効性等について検討すること。
- 5 健康増進事業実施者は、健康診査の検査項目について受診者にあらかじめ周知するとともに、法令上の実施義務が課されている検査項目を除き、受診者が希望しない検査項目がある場合、その意思を尊重すること。また、法令上の実施義務が課されている検査項目を除き、特に個人情報の保護等

について最大限に配慮することが望ましい検査項目があるときには、あらかじめ当該検査項目の実施等につき受診者の同意を得ること。

二 健康診査の精度管理

1 健康増進事業実施者は、健康診査の精度管理（健康診査の精度を適正に保つことをいう。以下同じ。）が生涯にわたる個人の健康管理の基盤として重要であることにかんがみ、健康診査における検査結果の正確性を確保するとともに、検査を実施する者や精度管理を実施する者が異なる場合においても、受診者が検査結果を正確に比較できるようにすること。また、必要のない再検査及び精密検査を減らす等必要な措置を講じることにより健康診査の質の向上を図ること。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

協議会等の事業については、参考として次に掲げるものが考えられる。

（一） 都道府県単位

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

（二） 地域単位

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

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

1 健康増進事業実施者においては、健診結果等情報を継続させていくことが受診者の健康の自己管理に役立ち、疾病の発症及び重症化の予防の観点から重要であり、生涯にわたる健康の増進に重要な役割を果たすことを認識し、健康増進事業の実施に当たっては、個人情報の保護に関する法律

(平成十五年法律第五十七号)、行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律(平成十五年法律第五十八号)、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律(平成十五年法律第五十九号)、地方公共団体において個人情報の保護に関する法律第十一条第一項の趣旨を踏まえて制定される条例等(以下「個人情報保護法令」という。)を遵守しつつ、健診結果等情報を継続させるために必要な措置を講じることが望ましいこと。例えば、健康増進法第六条に掲げる各法律に基づいた制度間において、法令上、健康診査の結果の写しの提供が予定されている場合には、健康診査の結果を標準的な電磁的記録の形式により提供するよう努めること、又は、健康診査の実施の全部又は一部を委託する場合には、委託先に対して標準的な電磁的記録の形式による健康診査の結果の提出を要請するよう努めること。

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

3 健診結果等情報の継続は、健康手帳等を活用することにより、健康の自己管理の観点から本人が主体となっていくことを原則とすること。この場合、将来的には統一された生涯にわたる健康手帳の交付等により、健診結果等情報を継続することが望まれること。一方、各制度の下で交付されている既存の健康手帳等はその目的、記載項目等が異なり、また、健康手帳等に本人以外の個人情報が含まれる場合等があるなど、既存の健康手帳等を統一し生涯にわたる健康手帳等とする場合に留意しなければならない事項があることから、まずは健康増進事業実施者が各制度の下において既に交付し又は今後交付する健康手帳等を活用することにより、健診結果等情報の継続を図っていくこととすること。

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

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

- (一) 健診結果等情報を継続して健康管理に役立たせていくように本人に働きかけること。
- (二) 職場、住所等を異動する際において、本人が希望する場合には、異動元の健康増進事業実施者が一定期間保存及び管理している健康診査の結果を本人に提供するとともに異動先の健康増進事業実

施者に同情報を提供するように本人に対し勧奨し、又は、個人情報保護法令により必要な場合には本人の同意を得た上で、異動先の健康増進事業実施者に健診結果等情報を直接提供する等健診結果等情報を継続するために必要な工夫を図ること。

第五 健康診査の結果等に関する個人情報の取扱いに関する事項

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

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

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

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

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

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

第六 施行期日

この指針は、健康増進法第九条の施行の日から施行するものとする。

(施行の日＝平成一六年八月一日)

改正 (平成一九年一〇月二九日厚生労働省告示第三四九号)

平成二十年四月一日から適用する。

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

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

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

レセプトデータ、介護保険データについても、同様に取り扱うこと。

（例）

〇〇市国民健康保険【〇〇健康保険組合】 健康診査について

（注意事項）

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

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

（担当）

〇〇市市民生活部保険年金課国保係 担当〇〇 TEL〇〇－〇〇〇〇

【〇〇健康保険組合〇〇 担当〇〇 TEL〇〇－〇〇〇〇〇】

(参考)

○個人情報保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）（抄）

(定義)

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

2 (略)

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

一 国の機関

二 地方公共団体

三～五 (略)

4～6 (略)

(地方公共団体等が保有する個人情報の保護)

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

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

(第三者提供の制限)

第二十三条 (略)

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

一 第三者への提供を利用目的とすること。

二 第三者に提供される個人データの項目

三 第三者への提供の手段又は方法

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

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

○「個人情報の保護に関する基本方針」（平成 16 年 4 月 2 日・閣議決定）（抄）

2 国が講ずべき個人情報の保護のための措置に関する事項

(3) 分野ごとの個人情報の保護の推進に関する方針

② 特に適正な取扱いを確保すべき個別分野において講ずべき施策

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

3 地方公共団体が講ずべき個人情報の保護のための措置に関する基本的な事項

(1) 地方公共団体の保有する個人情報の保護の推進

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

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

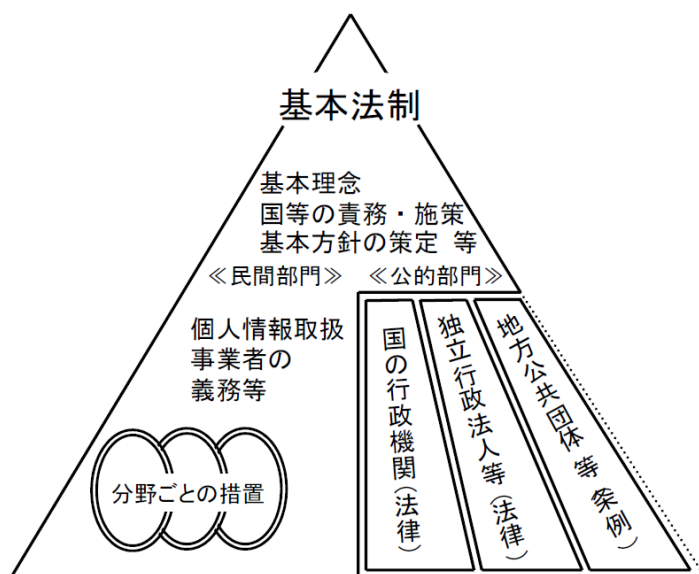
(2) 広報・啓発等住民・事業者等への支援

② 地方公共団体の部局間の相互連携

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

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

2. 個人情報保護法制の体系イメージ



(出典) 内閣府 HP

健診結果・質問票情報

別紙8－1(P)

				データ基準		データ値コメント						
	項目	項目コード	項目名	データ値	下限値	上限値	データタイプ	単位	基準範囲外	検査の実施	検査方法	備考
身体計測	○	9N001000000000001	身長				数字	cm				小数点以下1桁
	○	9N006000000000001	体重				数字	kg				小数点以下1桁
	○	9N011000000000001	BMI				数字	kg/m2				小数点以下1桁
	○	9N021000000000001	内臓脂肪面積				数字	cm2				小数点以下1桁
		9N016160100000001	腹囲(実測)				数字	cm		1:実測		小数点以下1桁
		9N016160200000001	腹囲(自己判定)				数字	cm		2:自己測定		小数点以下1桁
		9N016160300000001	腹囲(自己申告)				数字	cm		3:自己申告		小数点以下1桁
	9N026000000000002	肥満度				数字	%				小数点以下1桁	
診察	○	9N051000000000049	業務歴				漢字					1:特記すべきことあり、2:特記すべきことなし
	○	9N056000000000011	既往歴				コード					特記すべきことありの場合に記載
	○	9N056160400000049	(具体的な既往歴)				漢字					1:特記すべきことあり、2:特記すべきことなし
	○	9N061000000000011	自覚症状				コード					特記すべきことありの場合に記載
	○	9N061160800000049	(所見)				漢字					1:特記すべきことあり、2:特記すべきことなし
	○	9N066000000000011	他覚症状				コード					特記すべきことありの場合に記載
	○	9N066160800000049	(所見)				漢字					
		9N071000000000049	その他(家族歴等)				漢字					
		9N076000000000049	視診(口腔内含む)				漢字					
		9N081000000000049	打聴診				漢字					
		9N086000000000049	触診(関節可動域含む)				漢字					
		9N091000000000001	反復唾液嚥下テスト				数字	回				
血圧等	○	9A755000000000001	収縮期血圧(その他)				数字	mmHg		3:その他		平均値等、「1回目」、「2回目」以外の値の最も確かな値を記入する
		9A752000000000001	収縮期血圧(2回目)				数字	mmHg		2:2回目		
		9A751000000000001	収縮期血圧(1回目)				数字	mmHg		1:1回目		
	○	9A765000000000001	拡張期血圧(その他)				数字	mmHg		3:その他		平均値等、「1回目」、「2回目」以外の値の最も確かな値を記入する
		9A762000000000001	拡張期血圧(2回目)				数字	mmHg		2:2回目		
		9A761000000000001	拡張期血圧(1回目)				数字	mmHg		1:1回目		
		9N121000000000001	心拍数				数字	拍/分				
生化学検査	☆	9N141000000000011	採血時間(食後)				コード					1:食後10時間未満、2:食後10時間以上
		3F050000002327101	総コレステロール				数字	mg/dL		1:可視吸光度法(コレステロール酸化酵素法)		
		3F050000002327201					数字	mg/dL		2:紫外吸光度法(コレステロール脱水素酵素法)		
		3F050000002399901					数字	mg/dL		3:その他		
	○	3F015000002327101	中性脂肪(トリグリセリド)				数字	mg/dL		1:可視吸光度法(酵素比色法・グリセロール消去)		
		3F015000002327201					数字	mg/dL		2:紫外吸光度法(酵素比色法・グリセロール消去)		
		3F015000002399901					数字	mg/dL		3:その他		
	○	3F070000002327101	HDLコレステロール				数字	mg/dL		1:可視吸光度法(直接法(非沈殿法))		
		3F070000002327201					数字	mg/dL		2:紫外吸光度法(直接法(非沈殿法))		
		3F070000002399901					数字	mg/dL		3:その他		
	○	3F077000002327101	LDLコレステロール				数字	mg/dL		1:可視吸光度法(直接法(非沈殿法))		
		3F077000002327201					数字	mg/dL		2:紫外吸光度法(直接法(非沈殿法))		
		3F077000002399901					数字	mg/dL		3:その他		空腹時採血を行い総コレステロール値を測定した上で、Friedewald式を用いて算出する場合等
	○	3J010000002327101	総ビリルビン				数字	mg/dL		1:可視吸光度法(化学酸化法、酵素法、ジアゾ法)		小数点以下1桁
		3J010000002399901					数字	mg/dL		2:その他		小数点以下1桁
	○	3B035000002327201	GOT(AST)				数字	U/L		1:紫外吸光度法(JSCC標準化対応法)		
		3B035000002399901					数字	U/L		2:その他		
	○	3B045000002327201	GPT(ALT)				数字	U/L		1:紫外吸光度法(JSCC標準化対応法)		
		3B045000002399901					数字	U/L		2:その他		
	○	3B090000002327101	γ-GT(γ-GTP)				数字	U/L		1:可視吸光度法(JSCC標準化対応法)		
		3B090000002399901					数字	U/L		2:その他		
	○	3B070000002327101	ALP				数字	U/L		1:可視吸光度法(JSCC標準化対応法)		
		3B070000002399901					数字	U/L		2:その他		
	○	3C015000002327101	血清クレアチニン				数字	mg/dL		1:可視吸光度法(酵素法)		小数点以下2桁
		3C015000002399901					数字	mg/dL		2:その他		小数点以下2桁
	○	3C020000002327101	血清尿酸				数字	mg/dL		1:可視吸光度法(ウリカーゼ・ベルオキシターゼ法)		小数点以下1桁
		3C020000002399901					数字	mg/dL		2:その他		小数点以下1桁
	○	3A010000002327101	総蛋白				数字	g/dL		1:可視吸光度法(ビウレット法)		小数点以下1桁
		3A010000002399901					数字	g/dL		2:その他		小数点以下1桁
	○	3A015000002327101	アルブミン				数字	g/dL		1:可視吸光度法(BCG法、BCP改良法)		小数点以下1桁
		3A015000002399901					数字	g/dL		2:その他		小数点以下1桁
	○	3A016000002327102	A/G				数字					計算値
		5C095000002302301	血清フェリチン				数字	ng/mL		1:エンザイムイムノアッセイ(EIA)		小数点以下1桁
	○	5C095000002399901					数字	ng/mL		2:その他		小数点以下1桁
		3D010000001926101	空腹時血糖				数字	mg/dL		1:電位差法(ブドウ糖酸化酵素電極法)		特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは2(10時間以上)でなければなら
	●	3D010000002227101					数字	mg/dL		2:可視吸光度法(ブドウ糖酸化酵素法)		特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは2(10時間以上)でなければなら
		3D010000001927201					数字	mg/dL		3:紫外吸光度法(ヘキソキナーゼ法、グルコキナーゼ法、ブドウ糖脱水素酵素法)		特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは2(10時間以上)でなければなら
	▲	3D010000001999901					数字	mg/dL		4:その他		特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは2(10時間以上)でなければなら
		3D010129901926101	随時血糖				数字	mg/dL		1:電位差法(ブドウ糖酸化酵素電極法)		特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは1(10時間未満)でなければなら
	●	3D010129902227101					数字	mg/dL		2:可視吸光度法(ブドウ糖酸化酵素法)		特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは1(10時間未満)でなければなら
		3D010129901927201					数字	mg/dL		3:紫外吸光度法(ヘキソキナーゼ法、グルコキナーゼ法、ブドウ糖脱水素酵素法)		特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは1(10時間未満)でなければなら
	●	3D010129901999901					数字	mg/dL		4:その他		特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは1(10時間未満)でなければなら
		3D045000001906202	HbA1c				数字	%		1:免疫学的方法(ラテックス凝集比濁法等)		小数点以下1桁
	●	3D045000001920402					数字	%		2:HPLC(不安定分画除去HPLC法)		小数点以下1桁
		3D045000001927102					数字	%		3:酵素法		小数点以下1桁
●	3D045000001999902					数字	%		4:その他		小数点以下1桁	
	○	1A020000000191111	尿糖				コード			1:試験紙法(機械読み取り)		1:-、2:±、3:+、4:++、5:+++
1A020000000190111						コード			2:試験紙法(目視法)		1:-、2:±、3:+、4:++、5:+++	
1A010000000191111		尿蛋白				コード			1:試験紙法(機械読み取り)		1:-、2:±、3:+、4:++、5:+++	
1A010000000190111						コード			2:試験紙法(目視法)		1:-、2:±、3:+、4:++、5:+++	
1A100000000191111		尿潜血				コード			1:試験紙法(機械読み取り)		1:-、2:±、3:+、4:++、5:+++	
○	1A100000000190111					コード			2:試験紙法(目視法)		1:-、2:±、3:+、4:++、5:+++	
	1A105160700166211	尿沈渣(所見の有無)				コード					1:所見あり、2:所見なし	
	1A105160800166249	尿沈渣(所見)				漢字					所見ありの場合に記載	
	1A030000000190301	比重				数字			1:屈折計法		小数点以下3桁	
	1A030000000199901					数字			2:その他		小数点以下3桁	
血液検査	□	2A0400000001930102	ヘマトクリット値				数字	%		自動血球算定装置		小数点以下1桁
	□	2A0300000001930101	血色素量[ヘモグロビン値]				数字	g/dL		自動血球算定装置		小数点以下1桁
	□	2A0200000001930101	赤血球数				数字	万/mm3		自動血球算定装置		
	□	2A020161001930149	貧血検査(実施理由)				漢字					
	□	2A0600000001930101	MCV				数字	fL		自動血球算定装置		小数点以下1桁
	□	2A0700000001930101	MCH				数字	pg		自動血球算定装置		小数点以下1桁
	□	2A08000000										

データ範囲のチェック

別紙8-3

項目コード	項目名	データタイプ	入力最小値(L)	入力最大値(H)	少数点以下の桁数	単位
9N0010000000000001	身長	数字	100.0	250.0	1	cm
9N0060000000000001	体重	数字	20.0	250.0	1	kg
9N0110000000000001	BMI	数字	10.0	100.0	1	kg/m ²
9N0161601000000001 9N0161602000000001 9N0161603000000001	腹囲	数字	40.0	250.0	1	cm
9A7550000000000001 9A7520000000000001 9A7510000000000001	血圧(収縮期)	数字	60	300	0	mmHg
9A7650000000000001 9A7620000000000001 9A7610000000000001	血圧(拡張期)	数字	30	150	0	mmHg
9A7650000000000001 9A7620000000000001 9A7610000000000001	中性脂肪	数字	10	2000	0	mg/dL
3F070000002327101 3F070000002327201 3F070000002399901	HDLコレステロール	数字	10	500	0	mg/dL
3F077000002327101 3F077000002327201 3F077000002399901	LDLコレステロール	数字	20	1000	0	mg/dL
3B035000002327201 3B035000002399901	AST(GOT)	数字	0	1000	0	IU/L37℃
3B090000002327201 3B045000002399901	ALT(GPT)	数字	0	1000	0	IU/L37℃
3B045000002327101 3B090000002399901	γ-GT(γ-GTP)	数字	0	1000	0	IU/L37℃
3D010000001926101 3D010000002227101 3D010000001927201 3D010000001999901	空腹時血糖	数字	20	600	0	mg/dL
3D045000001906202 3D045000001920402 3D045000001927102 3D045000001999902	HbA1c	数字	3.0	20.0	1	%
2A040000001930102	ヘマトクリット値	数字	0.0	100.0	1	%
2A030000001930101	血色素量[ヘモグロビン値]	数字	0.0	30.0	1	g/Dl
2A020000001930101	赤血球数	数字	0	1000	0	万/mm ³

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

(注)この「H」「L」は、不必要なデータスペースを確保することによるシステムの負担を軽減することと、誤入力のチェック(30を300と入れてしまう等)の観点から設定している。「H」以上や「L」以下の値はおおよそ正確な検査データとしては考えにくい値であって、検体の取扱いや測定機器上の問題を疑うべき値であり、各疾患の基準範囲からはかけ離れている。したがって、平成25年度からHbA1cがJDS値からNGSP値に移行するが、それに伴ってこれらの「H」「L」値については変更しない。

※2 検査の実施:健診データが未入力で検査未実施の場合は「未実施」を入力する。

保健指導情報

別紙8－2(P)

番号	記載区分(注1)			項目コード	項目名	データ値	データタイプ	単位	備考
	1回目 の請求時	2回目 の請求時	国への 実績報告時						
1001	○		○	1020000001	支援レベル		コード		1:積極的支援、2:動機づけ支援(健診結果に基づき階層化された区分)
1002	△		△	1020000002	行動変容ステージ		コード		1:意志なし、2:意志あり(6ヶ月以内)、3:意志あり(近いうち)、 4:取組済み(6ヶ月未満)、5:取組済み(6ヶ月以上)
1003	☆			1020000003	保健指導コース名		漢字		
1004	○		○	1022000011	初回面接の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1005	○		○	1022000012	初回面接による支援の支援形態		コード		1:個別支援、2:グループ支援
1006	○		○	1022000013	初回面接の実施時間		数字	分	
1007	○		○	1022000015	初回面接の実施者		コード		1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1008	●		●	1021000020	継続的支援予定期間		数字	週	
1009	☆			1021001031	目標腹囲		数字	cm	
1010	☆			1021001032	目標体重		数字	kg	
1011	□			1021001033	目標収縮期血圧		数字	mmHg	
1012	□			1021001034	目標拡張期血圧		数字	mmHg	
1013	☆			1021001050	一日の削減目標エネルギー量		数字	kcal	
1014	☆			1021001051	一日の運動による目標エネルギー量		数字	kcal	
1015	☆			1021001052	一日の食事による目標エネルギー量		数字	kcal	
1016		★		1032000011	中間評価の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1017		★		1032000012	中間評価の支援形態		コード		1:個別支援A、3:グループ支援、4:電話A、6:電子メール支援A
1018		★		1032000013	中間評価の実施時間		数字	分	
1019		★		1032000014	中間評価の実施ポイント		数字		自動計算
1020		★		1032000015	中間評価の実施者		コード		1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1021		★		1032001031	中間評価時の腹囲		数字	cm	YYYYMMDD
1022		★		1032001032	中間評価時の体重		数字	kg	
1023		▲		1032001033	中間評価時の収縮期血圧		数字	mmHg	
1024		▲		1032001034	中間評価時の拡張期血圧		数字	mmHg	
1025		★		1032001042	中間評価時の生活習慣の改善(栄養・食生活)		コード		0:変化なし、1:改善、2:悪化
1026		★		1032001041	中間評価時の生活習慣の改善(身体活動)		コード		0:変化なし、1:改善、2:悪化
1027		▲		1032001043	中間評価時の生活習慣の改善(喫煙)		コード		1:禁煙継続、2:非継続、3:非喫煙、4:禁煙の意志なし
1028		★		1032100011	支援A①の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1029		★		1032100012	支援A①の支援形態		コード		1:個別支援A、3:グループ支援、4:電話A、6:電子メール支援A
1030		★		1032100013	支援A①の実施時間		数字	分	
1031		★		1032100014	支援A①の実施ポイント		数字		自動計算
1032		★		1032100015	支援A①の実施者		コード		1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1033		★		支援A①の対応する コードと同一	支援A②の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1034		★		支援A①の対応する コードと同一	支援A②の支援形態		コード		1:個別支援A、3:グループ支援、4:電話A、6:電子メール支援A
1035		★		支援A①の対応する コードと同一	支援A②の実施時間		数字	分	
1036		★		支援A①の対応する コードと同一	支援A②の実施ポイント		数字		自動計算
1037		★		支援A①の対応する コードと同一	支援A②の実施者		コード		1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1038		★		支援A①の対応する コードと同一	支援A③の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1039		★		支援A①の対応する コードと同一	支援A③の支援形態		コード		1:個別支援A、3:グループ支援、4:電話A、6:電子メール支援A
1040		★		支援A①の対応する コードと同一	支援A③の実施時間		数字	分	
1041		★		支援A①の対応する コードと同一	支援A③の実施ポイント		数字		自動計算
1042		★		支援A①の対応する コードと同一	支援A③の実施者		コード		1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1043		★		支援A①の対応する コードと同一	支援A④の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1044		★		支援A①の対応する コードと同一	支援A④の支援形態		コード		1:個別支援A、3:グループ支援、4:電話A、6:電子メール支援A
1045		★		支援A①の対応する コードと同一	支援A④の実施時間		数字	分	
1046		★		支援A①の対応する コードと同一	支援A④の実施ポイント		数字		自動計算
1047		★		支援A①の対応する コードと同一	支援A④の実施者		コード		1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1048		★		1032200011	支援B①の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1049		★		1032200012	支援B①の支援形態		コード		2:個別支援B、5:電話B、7:電子メール支援B
1050		★		1032200013	支援B①の実施時間		数字	分	
1051		★		1032200014	支援B①の実施ポイント		数字		自動計算
1052		★		1032200015	支援B①の実施者		コード		1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1053		★		支援B①の対応する コードと同一	支援B②の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1054		★		支援B①の対応する コードと同一	支援B②の支援形態		コード		2:個別支援B、5:電話B、7:電子メール支援B
1055		★		支援B①の対応する コードと同一	支援B②の実施時間		数字	分	
1056		★		支援B①の対応する コードと同一	支援B②の実施ポイント		数字		自動計算
1057		★		支援B①の対応する コードと同一	支援B②の実施者		コード		1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1058		★		支援B①の対応する コードと同一	支援B③の実施日付		年月日		
1059		★		支援B①の対応する コードと同一	支援B③の支援形態		コード		2:個別支援B、5:電話B、7:電子メール支援B
1060		★		支援B①の対応する コードと同一	支援B③の実施時間		数字	分	
1061		★		支援B①の対応する コードと同一	支援B③の実施ポイント		数字		自動計算
1062		★		支援B①の対応する コードと同一	支援B③の実施者		コード		1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1063		★		支援B①の対応する コードと同一	支援B④の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1064		★		支援B①の対応する コードと同一	支援B④の支援形態		コード		2:個別支援B、5:電話B、7:電子メール支援B
1065		★		支援B①の対応する コードと同一	支援B④の実施時間		数字	分	

番号	記載区分(注1)			項目コード	項目名	データ値	データタイプ	単位	備考
	1回目の請求時	2回目の請求時	国への実績報告時						
1066		★		支援B①の対応するコードと同一	支援B④の実施ポイント		数字		自動計算
1067		★		支援B①の対応するコードと同一	支援B④の実施者		コード		1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1068		○	○	1042000011	6ヶ月後の評価の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1069		○	○	1042000012	6ヶ月後の評価の支援形態又は確認方法		コード		1:個別支援、2:グループ支援、3:電話、4:電子メール支援
1070		○	○	1042000015	6ヶ月後の評価の実施者		コード		1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1071		○	○	1042000116	6ヶ月後の評価ができない場合の確認回数		数字	回	確認方法に基づき、評価実施者が行った確認の回数
1072		○	○	1042001031	6ヶ月後の評価時の腹囲		数字	cm	
1073		○	○	1042001032	6ヶ月後の評価時の体重		数字	kg	
1074		△	△	1042001033	6ヶ月後の評価時の収縮期血圧		数字	mmHg	
1075		△	△	1042001034	6ヶ月後の評価時の拡張期血圧		数字	mmHg	
1076		○	○	1042001042	6ヶ月後の評価時の保健指導による生活習慣の改善(栄養・食生活)		コード		0:変化なし、1:改善、2:悪化
1077		○	○	1042001041	6ヶ月後の評価時の保健指導による生活習慣の改善(身体活動)		コード		0:変化なし、1:改善、2:悪化
1078		△	△	1042001043	6ヶ月後の評価時の保健指導による生活習慣の改善(喫煙)		コード		1:禁煙継続、2:非継続、3:非喫煙、4:禁煙の意志なし
1079	●		●	1041800117	計画上の継続的な支援の実施回数		数字	回	
1080	●		●	1041101117	計画上の継続的な支援の実施回数(個別支援A)		数字	回	
1081	●		●	1041101113	計画上の継続的な支援の合計実施時間(個別支援A)		数字	分	
1082	▲		▲	1041201117	計画上の継続的な支援の実施回数(個別支援B)		数字	回	
1083	▲		▲	1041201113	計画上の継続的な支援の合計実施時間(個別支援B)		数字	分	
1084	●		●	1041302117	計画上の継続的な支援の実施回数(グループ支援)		数字	回	
1085	●		●	1041302113	計画上の継続的な支援の合計実施時間(グループ支援)		数字	分	
1086	●		●	1041103117	計画上の継続的な支援の実施回数(電話Aによる支援)		数字	回	
1087	●		●	1041103113	計画上の継続的な支援の合計実施時間(電話Aによる支援)		数字	分	
1088	●		●	1041104117	計画上の継続的な支援の実施回数(e-mailAによる支援)		数字	回	
1089	▲		▲	1041203117	計画上の継続的な支援の実施回数(電話Bによる支援)		数字	回	
1090	▲		▲	1041203113	計画上の継続的な支援の合計実施時間(電話Bによる支援)		数字	分	
1091	▲		▲	1041204117	計画上の継続的な支援の実施回数(e-mailBによる支援)		数字	回	
1092	●		●	1041100114	計画上の継続的な支援によるポイント(支援A)		数字		
1093	▲		▲	1041200114	計画上の継続的な支援によるポイント(支援B)		数字		
1094	●		●	1041800114	計画上の継続的な支援によるポイント(合計)		数字		自動計算
1095		●	●	1042800117	実施上の継続的な支援の実施回数		数字	回	自動計算
1096		●	●	1042101117	実施上の継続的な支援の実施回数(個別支援A)		数字	回	
1097		●	●	1042101113	実施上の継続的な支援の合計実施時間(個別支援A)		数字	分	
1098		▲	▲	1042201117	実施上の継続的な支援の実施回数(個別支援B)		数字	回	
1099		▲	▲	1042201113	実施上の継続的な支援の合計実施時間(個別支援B)		数字	分	
1100		●	●	1042302117	実施上の継続的な支援の実施回数(グループ支援)		数字	回	
1101		●	●	1042302113	実施上の継続的な支援の合計実施時間(グループ支援)		数字	分	
1102		●	●	1042103117	実施上の継続的な支援の実施回数(電話Aによる支援)		数字	回	
1103		●	●	1042103113	実施上の継続的な支援の合計実施時間(電話Aによる支援)		数字	分	
1104		●	●	1042104117	実施上の継続的な支援の実施回数(e-mailAによる支援)		数字	回	
1105		▲	▲	1042203117	実施上の継続的な支援の実施回数(電話Bによる支援)		数字	回	
1106		▲	▲	1042203113	実施上の継続的な支援の合計実施時間(電話Bによる支援)		数字	分	
1107		▲	▲	1042204117	実施上の継続的な支援の実施回数(e-mailBによる支援)		数字	回	
1108		●	●	1042100114	継続的な支援によるポイント(支援A)		数字		自動計算
1109		▲	▲	1042200114	継続的な支援によるポイント(支援B)		数字		自動計算
1110		●	●	1042800114	継続的な支援によるポイント(合計)		数字		自動計算
1111		▲	▲	1042800118	禁煙指導の実施回数		数字	回	
1112		●	●	1042000022	実施上の継続的な支援の終了日		年月日		YYYYMMDD
1113			★	1042000081	委託先保健指導機関番号(1)		数字		
1114			★	1042000082	委託先保健指導機関名(1)		漢字		
1115			★	1042000085	主対応内容(1)		コード		1:個別支援、2:グループ支援、3:電話、4:電子メール支援
1116			★	委託先保健指導機関番号(1)と同じ	委託先保健指導機関番号(2)		数字		
1117			★	委託先保健指導機関名(1)と同じ	委託先保健指導機関名(2)		漢字		
1118			★	主対応内容(1)と同じ	主対応内容(2)		コード		1:個別支援、2:グループ支援、3:電話、4:電子メール支援
1119			★	委託先保健指導機関番号(1)と同じ	委託先保健指導機関番号(3)		数字		
1120			★	委託先保健指導機関名(1)と同じ	委託先保健指導機関名(3)		漢字		
1121			★	主対応内容(1)と同じ	主対応内容(3)		コード		1:個別支援、2:グループ支援、3:電話、4:電子メール支援
1122			★	委託先保健指導機関番号(1)と同じ	委託先保健指導機関番号(4)		数字		
1123			★	委託先保健指導機関名(1)と同じ	委託先保健指導機関名(4)		漢字		
1124			★	主対応内容(1)と同じ	主対応内容(4)		コード		1:個別支援、2:グループ支援、3:電話、4:電子メール支援

注1 1回目の請求時＝初回面接終了後、2回目の請求時＝6ヶ月後の実績評価終了後。
 条件：○…必須入力項目、☆…少なくとも保険者が委託により実施した場合は必須入力項目、△…情報を入手した場合に入力、□…計画において目標値を定めた場合についてのみ入力。
 ●…必須入力項目(積極的支援の場合のみ)、★…少なくとも保険者が委託により実施した場合は必須入力項目(積極的支援の場合のみ)、▲…情報を入手した場合に入力(積極的支援の場合のみ)とするが、
 動機付け支援の場合において、保険者との契約により継続的な支援の実施及びその報告が求められている場合についてのみ入力する(積極的支援に準じた継続的支援を実施する場合のみ)。
 注2 必須でなくとも全項目電子化し保管することも可。また電子化しない場合でも紙での記録(対象者一人ひとりの「特定保健指導支援計画及び実施報告書」)は委託・直営に関わらず必須
 注3 2回目以降の報告は、それまでのデータに追加(上書き)しやり取りするものとする。
 注4 ○☆は代行機関等でチェックすべき項目を示したものであり、各回の送付ファイルに入れるべき項目を示したものではない。
 注5 項目1113～1124については、当該保健指導を実施している保険者(又は保健指導機関)が継続的支援の一部を委託(又は再委託)している場合に入力する。

○厚生労働省告示第十一号

特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（平成十九年厚生労働省令第百五十七号）第十六条第一項の規定に基づき、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第十六条第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者を次のように定め、平成二十年四月一日から適用する。なお、平成二十五年三月三十一日までの間は、第2の1の（3）及び（4）中「又は管理栄養士」とあるのは「、管理栄養士又は保健指導に関する一定の実務の経験を有する看護師」と、第2の1の（5）及び（6）中「保健師、管理栄養士」とあるのは「保健師、管理栄養士、保健指導に関する一定の実務の経験を有する看護師」とする。

平成二十年一月十七日

厚生労働大臣 舩添 要一

特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第16条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者

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。以下「実施基準」という。）第16条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者は、特定健康診査（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「法」という。）第18条第1項に規定する特定健康診査をいう。以下同じ。）の実施を委託する場合にあっては、第1に掲げる基準を満たす者とし、特定保健指導（同項に規定する特定保健指導をいう。以下同じ。）の実施を委託する場合にあっては、第2に掲げる基準を満たす者とする。

第1 特定健康診査の外部委託に関する基準

1 人員に関する基準

- (1) 特定健康診査を適切に実施するために必要な医師、看護師等が質的及び量的に確保されていること。
- (2) 常勤の管理者（特定健康診査を実施する施設において、特定健康診査に係る業務に付随する事務の管理を行う者をいう。以下この（2）において同じ。）が置かれていること。ただし、事務の管理上支障がない場合は、当該常勤の管理者は、特定健康診査を実施する施設の他の職務に従事し、又は同一の敷地内にある他の事業所、施設等における職務に従事することができるものとする。

2 施設、設備等に関する基準

- (1) 特定健康診査を適切に実施するために必要な施設及び設備等を有

していること。

- (2) 検査や診察を行う際に、受診者のプライバシーが十分に保護される施設及び設備等が確保されていること。
- (3) 救急時における応急処置のための体制が整っていること。
- (4) 健康増進法（平成14年法律第103号）第25条に規定する受動喫煙の防止措置が講じられていること（医療機関においては、患者の特性に配慮すること。）。

3 精度管理に関する基準

- (1) 特定健康診査の項目について内部精度管理（特定健康診査を行う者が自ら行う精度管理（特定健康診査の精度を適正に保つことをいう。以下同じ。）をいう。）が定期的に行われ、検査値の精度が保証されていること。
- (2) 外部精度管理（特定健康診査を行う者以外の者が行う精度管理をいう。）を定期的に受け、検査値の精度が保証されていること。
- (3) 特定健康診査の精度管理上の問題点があった場合に、適切な対応策が講じられるよう必要な体制が整備されていること。
- (4) 実施基準第1条第1項各号に掲げる項目のうち、検査の全部又は一部を外部に再委託する場合には、再委託を受けた事業者において（1）から（3）までの措置が講じられるよう適切な管理を行うこと。

4 特定健康診査の結果等の情報の取扱いに関する基準

- (1) 特定健康診査に関する記録を電磁的方法（電子的方式、磁気的方式その他の知覚によっては認識することができない方式をいう。以下同じ。）により作成し、保険者に対して当該記録を安全かつ速やかに提出すること。
- (2) 特定健康診査の結果の受診者への通知に関しては、当該受診者における特定健康診査の結果の経年管理に資する形式により行われるようにすること。
- (3) 特定健康診査に関する記録の保存及び管理が適切になされていること。
- (4) 法第30条に規定する秘密保持義務を遵守すること。
- (5) 個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）及びこれに基づくガイドライン等を遵守すること。
- (6) 保険者の委託を受けて特定健康診査の結果を保存する場合には、医療情報の安全管理（組織的、物理的、技術的、人的な安全対策等）を徹底すること。

（P：年度内に改正予定）

別紙9

- (7) 特定健康診査の結果の分析等を行うため、保険者の委託を受けて特定健康診査の結果に係る情報を外部に提供する場合には、分析等に当たり必要とされる情報の範囲に限って提供するとともに、提供に当たっては、個人情報のマスキングや個人が特定できない番号の付与等により、当該個人情報を匿名化すること。

5 運営等に関する基準

- (1) 特定健康診査の受診が容易になるよう、土日若しくは祝日又は夜間に特定健康診査を実施するなど、受診者の利便性に配慮し、特定健康診査の受診率を上げるよう取り組むこと。
- (2) 保険者の求めに応じ、保険者が特定健康診査の実施状況を確認する上で必要な資料の提出等を速やかに行うこと。
- (3) 特定健康診査の実施者に必要な研修を定期的に行うこと等により、当該実施者の資質の向上に努めること。
- (4) 特定健康診査を適切かつ継続的に実施することができる財務基盤を有すること。
- (5) 保険者から受託した業務の一部を再委託する場合には、保険者との委託契約に、再委託先との契約においてこの告示で定める基準に掲げる事項を遵守することを明記すること。
- (6) 運営についての重要事項として次に掲げる事項を記した規程を定め、当該規程の概要を、保険者及び特定健康診査の受診者が容易に確認できる方法（ホームページ上での掲載等）により、幅広く周知すること。
- ア 事業の目的及び運営の方針
- イ 従業者の職種、員数及び職務の内容
- ウ 特定健康診査の実施日及び実施時間
- エ 特定健康診査の内容及び価格その他の費用の額
- オ 事業の実施地域
- カ 緊急時における対応
- キ その他運営に関する重要事項
- (7) 特定健康診査の実施者に身分を証する書類を携行させ、特定健康診査の受診者等から求められたときは、これを提示すること。
- (8) 特定健康診査の実施者の清潔の保持及び健康状態について必要な管理を行うとともに、特定健康診査を行う施設の設備及び備品等について衛生的な管理を行うこと。
- (9) 虚偽又は誇大な広告を行わないこと。

- (10) 特定健康診査の受診者等からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じるとともに、苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録すること。

- (11) 従業者及び会計に関する諸記録を整備すること。

第2 特定保健指導の外部委託に関する基準

1 人員に関する基準

- (1) 特定保健指導の業務を統括する者（特定保健指導を実施する施設において、動機付け支援（実施基準第7条第1項に規定する動機付け支援をいう。以下同じ。）及び積極的支援（実施基準第8条第1項に規定する積極的支援をいう。以下同じ。）の実施その他の特定保健指導に係る業務全般を統括管理する者をいい、以下「統括者」という。）が、常勤の医師、保健師又は管理栄養士であること。
- (2) 常勤の管理者（特定保健指導を実施する施設において、特定保健指導に係る業務に付随する事務の管理を行う者をいう。以下この(2)において同じ。）が置かれていること。ただし、事務の管理上支障がない場合は、当該常勤の管理者は、特定保健指導を行う施設の他の職務に従事し、又は同一の敷地内にある他の事業所、施設等における職務に従事することができるものとする。
- (3) 動機付け支援又は積極的支援において、初回の面接、特定保健指導の対象者の行動目標及び行動計画の作成並びに当該行動計画の実績評価（行動計画の策定の日から6月以上経過後に行う評価をいう。）を行う者は、医師、保健師又は管理栄養士であること。
- (4) 積極的支援において、積極的支援対象者（実施基準第8条第2項に規定する積極的支援対象者をいう。以下同じ。）ごとに、特定保健指導支援計画の実施（特定保健指導の対象者の特定保健指導支援計画の作成、特定保健指導の対象者の生活習慣や行動の変化の状況の把握及びその評価、当該評価に基づいた特定保健指導支援計画の変更等を行うことをいう。）について統括的な責任を持つ医師、保健師又は管理栄養士が決められていること。
- (5) 動機付け支援又は積極的支援のプログラムのうち、動機付け支援対象者（実施基準第7条第2項に規定する動機付け支援対象者をいう。以下同じ。）又は積極的支援対象者に対する食生活に関する実践的指導は、医師、保健師、管理栄養士又は特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第7条第1項第2号及び第8条第1項

第2号の規定に基づき厚生労働大臣が定める食生活の改善指導又は運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者（平成20年厚生労働省告示第10号。以下「実践的指導実施者基準」という。）第1に規定する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と認められる者により提供されること。また、食生活に関する実践的指導を自ら提供する場合には、管理栄養士その他の食生活の改善指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者を必要数確保していることが望ましいこと。

- (6) 動機付け支援又は積極的支援のプログラムのうち、動機付け支援対象者又は積極的支援対象者に対する運動に関する実践的指導は、医師、保健師、管理栄養士又は実践的指導実施者基準第2に規定する運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者により提供されること。また、運動に関する実践的指導を自ら提供する場合には、運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者を必要数確保していることが望ましいこと。
- (7) 動機付け支援又は積極的支援のプログラムの内容に応じて、事業の再委託先や他の健康増進施設等と必要な連携を図ること。
- (8) 特定保健指導実施者（実施基準第7条第1項第2号の規定に基づき、動機付け支援対象者に対し、生活習慣の改善のための取組に係る動機付けに関する支援を行う者又は実施基準第8条第1項第2号の規定に基づき、積極的支援対象者に対し、生活習慣の改善のための取組に資する働きかけを相当な期間継続して行う者をいう。以下同じ。）は、国、地方公共団体、医療保険者、日本医師会、日本看護協会、日本栄養士会等が実施する一定の研修を修了していることが望ましいこと。
- (9) 特定保健指導の対象者が治療中の場合には、(4)に規定する統括的な責任を持つ者が必要に応じて当該対象者の主治医と連携を図ること。

2 施設、設備等に関する基準

- (1) 特定保健指導を適切に実施するために必要な施設及び設備等を有していること。
- (2) 個別支援を行う際に、対象者のプライバシーが十分に保護される施設及び設備等が確保されていること。
- (3) 運動に関する実践的指導を行う場合には、救急時における応急処置のための体制が整っていること。

- (4) 健康増進法第25条に規定する受動喫煙の防止措置が講じられていること（医療機関においては、患者の特性に配慮すること。）。

3 特定保健指導の内容に関する基準

- (1) 特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第7条第1項及び第8条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める特定保健指導の実施方法（平成20年厚生労働省告示第9号）に準拠したものであり、科学的根拠に基づくとともに、特定保健指導の対象者の特性並びに地域及び職域の特性を考慮したものであること。
- (2) 具体的な動機付け支援又は積極的支援のプログラム（支援のための材料、学習教材等を含む。）は、保険者に提示され、保険者の了解が得られたものであること。
- (3) 最新の知見及び情報に基づいた支援のための材料、学習教材等を用いるよう取り組むこと。
- (4) 個別支援を行う場合は、特定保健指導の対象者のプライバシーが十分に保護される場所で行われること。
- (5) 委託契約の期間中に、特定保健指導を行った対象者から当該特定保健指導の内容について相談があった場合は、相談に応じること。
- (6) 特定保健指導の対象者のうち特定保健指導を受けなかった者又は特定保健指導を中断した者に対しては、特定保健指導の対象者本人の意思に基づいた適切かつ積極的な対応を図ること。

4 特定保健指導の記録等の情報の取扱いに関する基準

- (1) 特定保健指導に関する記録を電磁的方法により作成し、保険者に対して当該記録を安全かつ速やかに提出すること。
- (2) 保険者の委託を受けて、特定保健指導に用いた詳細な質問票、アセスメント、具体的な指導の内容、フォローの状況等を保存する場合には、これらを適切に保存し、管理すること。
- (3) 法第30条に規定する秘密保持義務を遵守すること。
- (4) 個人情報の保護に関する法律及びこれに基づくガイドライン等を遵守すること。
- (5) 保険者の委託を受けて特定保健指導の結果を保存する場合には、医療情報の安全管理（組織的、物理的、技術的、人的な安全対策等）を徹底すること。
- (6) インターネットを利用した支援を行う場合には、医療情報の安全管理（組織的、物理的、技術的、人的な安全対策等）を徹底し、次に掲げる措置等を講じることにより、外部への情報漏洩、不正アク

セス、コンピュータ・ウイルスの侵入等を防止すること。

ア 秘匿性の確保のための適切な暗号化、通信の起点及び終点の識別のための認証並びにリモートログイン制限機能により安全管理を行うこと。

イ インターネット上で特定保健指導の対象者が入手できる情報の性質に応じて、パスワードを複数設けること（例えば、特定健康診査の結果（労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）その他の法令に基づき行われる特定健康診査に相当する健康診断を含む。この(6)において同じ。）のデータを含まないページにアクセスする場合には英数字のパスワードとし、特定健康診査の結果のデータを含むページにアクセスする場合には本人にしか知り得ない質問形式のパスワードとすること等）。

ウ インターネット上で特定健康診査の結果のデータを入手できるサービスを受けることについては、必ず本人の同意を得ること。

エ 本人の同意を得られない場合における特定健康診査の結果のデータは、インターネット上で特定健康診査の結果のデータを入手できるサービスを受ける者の特定健康診査の結果のデータとは別の場所に保存することとし、外部から物理的にアクセスできないようにすること。

(7) 特定保健指導の結果の分析等を行うため、保険者の委託を受けて特定保健指導の結果に係る情報を外部に提供する場合には、分析等に当たり必要とされる情報の範囲に限って提供するとともに、提供に当たっては、個人情報のマスキングや個人が特定できない番号の付与等により、当該個人情報を匿名化すること。

5 運営等に関する基準

(1) 特定保健指導の利用が容易になるよう、土日若しくは祝日又は夜間に特定保健指導を実施するなど、利用者の利便性に配慮し、特定保健指導の実施率を上げるよう取り組むこと。

(2) 保険者の求めに応じ、保険者が特定保健指導の実施状況を確認する上で必要な資料の提出等を速やかに行うこと。

(3) 特定保健指導を行う際に、商品等の勧誘、販売等を行わないこと。また、特定保健指導を行う地位を利用した不当な推奨、販売（商品等を特定保健指導の対象者の誤解を招く方法で勧めること等）等を行わないこと。

(4) 特定保健指導実施者に必要な研修を定期的に行うこと等により、

当該実施者の資質の向上に努めること。

(5) 特定保健指導を適切かつ継続的に実施することができる財務基盤を有すること。

(6) 保険者から受託した業務の一部を再委託する場合には、保険者との委託契約に、再委託先との契約においてこの告示で定める基準に掲げる事項を遵守することを明記すること。

(7) 運営についての重要事項として次に掲げる事項を記した規程を定め、当該規程の概要を、保険者及び特定保健指導の利用者が容易に確認できる方法（ホームページ上での掲載等）により、幅広く周知すること。

ア 事業の目的及び運営の方針

イ 統括者の氏名及び職種

ウ 従業者の職種、員数及び職務の内容

エ 特定保健指導の実施日及び実施時間

オ 特定保健指導の内容及び価格その他の費用の額

カ 事業の実施地域

キ 緊急時における対応

ク その他運営に関する重要事項

(8) 特定保健指導実施者に身分を証する書類を携行させ、特定保健指導の利用者等から求められたときは、これを提示すること。

(9) 特定保健指導実施者の清潔の保持及び健康状態について必要な管理を行うとともに、特定保健指導を行う施設の設備及び備品等について衛生的な管理を行うこと。

(10) 虚偽又は誇大な広告を行わないこと。

(11) 特定保健指導の利用者等からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じるとともに、苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録すること。

(12) 従業者及び会計に関する諸記録を整備すること。

(13) 保険者から受託した業務の一部を再委託する場合には、以下の事項を遵守すること。

ア 委託を受けた業務の全部又は主たる部分を再委託してはならないこと。

イ 保険者との委託契約に、再委託先との契約においてこの告示で定める基準に掲げる事項を遵守することを明記すること。

- ウ 保険者への特定保健指導の結果報告等に当たっては、再委託した分も含めて一括して行うこと。
- エ 再委託先及び再委託する業務の内容を(7)に規定する規程に明記するとともに、(7)に規定する規程の概要にも明記すること。
- オ 再委託先に対する必要かつ適切な監督を行うとともに、保険者に対し、再委託する業務の責任を負うこと。

○厚生労働省告示第百四十二号

特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（平成十九年厚生労働省令第百五十七号）第十八条の規定に基づき、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第十八条の規定に基づき厚生労働大臣が定める特定健康診査及び特定保健指導の実施に係る施設、運営、記録の保存等に関する基準を次のように定め、平成二十年四月一日から適用する。なお、平成二十五年三月三十一日までの間は、第二の一の③及び④中「又は管理栄養士」とあるのは「、管理栄養士又は保健指導に関する一定の実務の経験を有する看護師」と、第二の一の⑤及び⑥中「保健師、管理栄養士」とあるのは「保健師、管理栄養士、保健指導に関する一定の実務の経験を有する看護師」とする。

平成二十年三月十八日

厚生労働大臣 舩添 寛

特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第17条の規定に基づき厚生労働大臣が定める特定健康診査及び特定保健指導の実施に係る施設、運営、記録の保存等に関する基準

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。以下「実施基準」という。）第17条の規定に基づき厚生労働大臣が定める特定健康診査及び特定保健指導の実施に係る施設、運営、記録の保存等に関する基準は、特定健康診査（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「法」という。）第18条第1項に規定する特定健康診査をいう。以下同

- 1 -

じ。）の実施については、第1に掲げる基準とし、特定保健指導（同項に規定する特定保健指導をいう。以下同じ。）の実施については、第2に掲げる基準とする。

第1 特定健康診査の実施に係る施設、運営、記録の保存等に関する基準

1 人員に関する基準

- (1) 特定健康診査を適切に実施するために必要な医師、看護師等が質的及び量的に確保されていること。
- (2) 常勤の管理者（特定健康診査を実施する施設において、特定健康診査に係る業務に付随する事務の管理を行う者をいう。以下この(2)において同じ。）が置かれていること。ただし、事務の管理上支障がない場合は、当該常勤の管理者は、特定健康診査を実施する施設の他の職務に従事し、又は同一の敷地内にある他の事業所、施設等における職務に従事することができるものとする。

2 施設、設備等に関する基準

- (1) 特定健康診査を適切に実施するために必要な施設及び設備等を有していること。
- (2) 検査や診察を行う際に、受診者のプライバシーが十分に保護される施設及び設備等が確保されていること。
- (3) 救急時における応急処置のための体制が整っていること。

- 2 -

- (4) 健康増進法（平成14年法律第103号）第25条に規定する受動喫煙の防止措置が講じられていること。

3 精度管理に関する基準

- (1) 特定健康診査の項目について内部精度管理（特定健康診査を行う者が自ら行う精度管理（特定健康診査の精度を適正に保つことをいう。以下同じ。）をいう。）が定期的に行われ、検査値の精度が保証されていること。
- (2) 外部精度管理（特定健康診査を行う者以外の者が行う精度管理をいう。）を定期的を受け、検査値の精度が保証されていること。
- (3) 特定健康診査の精度管理上の問題点があった場合に、適切な対応策が講じられるよう必要な体制が整備されていること。
- (4) 実施基準第1条第1項各号に掲げる項目のうち、検査の全部又は一部を外部に委託する場合には、委託を受けた事業者において(1)から(3)までの措置が講じられるよう適切な管理を行うこと。

4 特定健康診査の結果等の情報の取扱いに関する基準

- (1) 特定健康診査に関する記録を電磁的方法（電子的方式、磁気的方式その他の知覚によっては認識することができない方式をいう。以下同じ。）により作成すること。

- 3 -

- (2) 特定健康診査の結果の受診者への通知に関しては、当該受診者における特定健康診査の結果の経年管理に資する形式により行われるようにすること。
- (3) 特定健康診査に関する記録の保存及び管理が適切になされていること。
- (4) 法第30条に規定する秘密保持義務を遵守すること。
- (5) 個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）及びこれに基づくガイドライン等を遵守すること。
- (6) 特定健康診査の結果を保存する場合には、医療情報の安全管理（組織的、物理的、技術的、人的な安全対策等）を徹底すること。
- (7) 特定健康診査の結果の分析等を行うため、特定健康診査の結果に係る情報を外部に提供する場合には、分析等に当たり必要とされる情報の範囲に限って提供するとともに、提供に当たっては、個人情報のマスキングや個人が特定できない番号の付与等により、当該個人情報を匿名化すること。

5 運営等に関する基準

- (1) 特定健康診査の受診が容易になるよう、土日若しくは祝日又は夜間に特定健康診査を実施するなど、受診者の利便性に配慮し、特定健康診査の受診率を上げるよう取り組むこと。
- (2) 特定健康診査の実施者に必要な研修を定期的に行うこと等により、当該実施者の資質の向上

- 4 -

に努めること。

- (3) 特定健康診査を適切かつ継続的に実施することができる財務基盤を有すること。
- (4) 業務の一部を委託する場合には、委託先との契約に、この告示で定める基準に掲げる事項を遵守することを明記すること。
- (5) 運営についての重要事項として次に掲げる事項を記した規程を定め、当該規程の概要を、特定健康診査の受診者が容易に確認できる方法（ホームページ上での掲載等）により、幅広く周知すること。
 - ア 事業の目的及び運営の方針
 - イ 従業者の職種、員数及び職務の内容
 - ウ 特定健康診査の実施日及び実施時間
 - エ 特定健康診査の内容及び価格その他の費用の額
 - オ 事業の実施地域
 - カ 緊急時における対応
 - キ その他運営に関する重要事項
- (6) 特定健康診査の実施者に身分を証する書類を携行させ、特定健康診査の受診者等から求められたときは、これを提示すること。

- 5 -

- (7) 特定健康診査の実施者の清潔の保持及び健康状態について必要な管理を行うとともに、特定健康診査を行う施設の設備及び備品等について衛生的な管理を行うこと。
- (8) 虚偽又は誇大な広告を行わないこと。
- (9) 特定健康診査の受診者等からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じるとともに、苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録すること。
- (10) 従業者及び会計に関する諸記録を整備すること。

第2 特定保健指導の実施に係る施設、運営、記録の保存等に関する基準

1 人員に関する基準

- (1) 特定保健指導の業務を統括する者（特定保健指導を実施する施設において、動機付け支援（実施基準第7条第1項に規定する動機付け支援をいう。以下同じ。）及び積極的支援（実施基準第8条第1項に規定する積極的支援をいう。以下同じ。）の実施その他の特定保健指導に係る業務全般を統括管理する者をいい、以下「統括者」という。）が、常勤の医師、保健師又は管理栄養士であること。
- (2) 常勤の管理者（特定保健指導を実施する施設において、特定保健指導に係る業務に付随する事務の管理を行う者をいう。以下この(2)において同じ。）が置かれていること。ただし、事

- 6 -

務の管理上支障がない場合は、当該常勤の管理者は、特定保健指導を行う施設の他の職務に従事し、又は同一の敷地内にある他の事業所、施設等における職務に従事することができるものとする。

- (3) 動機付け支援又は積極的支援において、初回の面接、特定保健指導の対象者の行動目標及び行動計画の作成並びに当該行動計画の実績評価（行動計画の策定の日から6月以上経過後に行う評価をいう。）を行う者は、医師、保健師又は管理栄養士であること。
- (4) 積極的支援において、積極的支援対象者（実施基準第8条第2項に規定する積極的支援対象者をいう。以下同じ。）ごとに、特定保健指導支援計画の実施（特定保健指導の対象者の特定保健指導支援計画の作成、特定保健指導の対象者の生活習慣や行動の変化の状況の把握及びその評価、当該評価に基づいた特定保健指導支援計画の変更等を行うことをいう。）について統括的な責任を持つ医師、保健師又は管理栄養士が決められていること。
- (5) 動機付け支援又は積極的支援のプログラムのうち、動機付け支援対象者（実施基準第7条第2項に規定する動機付け支援対象者をいう。以下同じ。）又は積極的支援対象者に対する食生活に関する実践的指導は、医師、保健師、管理栄養士又は特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第7条第1項第2号及び第8条第1項第2号の規定に基づき厚生労働大臣が定める食生活の改善指導又は運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者（平

- 7 -

成20年厚生労働省告示第10号。以下「実践的指導実施者基準」という。）第1に規定する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と認められる者により提供されること。また、食生活に関する実践的指導を自ら提供する場合には、管理栄養士その他の食生活の改善指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者を必要数確保していることが望ましいこと。

- (6) 動機付け支援又は積極的支援のプログラムのうち、動機付け支援対象者又は積極的支援対象者に対する運動に関する実践的指導は、医師、保健師、管理栄養士又は実践的指導実施者基準第2に規定する運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者により提供されること。また、運動に関する実践的指導を自ら提供する場合には、運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者を必要数確保していることが望ましいこと。
- (7) 動機付け支援又は積極的支援のプログラムの内容に応じて、事業の委託先や他の健康増進施設等と必要な連携を図ること。
- (8) 特定保健指導実施者（実施基準第7条第1項第2号の規定に基づき、動機付け支援対象者に対し、生活習慣の改善のための取組に係る動機付けに関する支援を行う者又は実施基準第8条第1項第2号の規定に基づき、積極的支援対象者に対し、生活習慣の改善のための取組に資する働きかけを相当な期間継続して行う者をいう。以下同じ。）は、国、地方公共団体、保険者

- 8 -

、日本医師会、日本看護協会、日本栄養士会等が実施する一定の研修を修了していることが望ましいこと。

- (9) 特定保健指導の対象者が治療中の場合には、(4)に規定する統括的な責任を持つ者が必要に応じて当該対象者の主治医と連携を図ること。

2 施設、設備等に関する基準

- (1) 特定保健指導を適切に実施するために必要な施設及び設備等を有していること。
- (2) 個別支援を行う際に、対象者のプライバシーが十分に保護される施設及び設備等が確保されていること。
- (3) 運動に関する実践的指導を行う場合には、救急時における応急処置のための体制が整っていること。
- (4) 健康増進法第25条に規定する受動喫煙の防止措置が講じられていること。

3 特定保健指導の内容に関する基準

- (1) 特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第7条第1項及び第8条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める特定保健指導の実施方法（平成20年厚生労働省告示第9号）に準拠したものであり、科学的根拠に基づくとともに、特定保健指導の対象者の特性並びに地域及び職域の特性を考慮したものであること。

- 9 -

- (2) 最新の知見及び情報に基づいた支援のための材料、学習教材等を用いるよう取り組むこと。
- (3) 個別支援を行う場合は、特定保健指導の対象者のプライバシーが十分に保護される場所で行われること。
- (4) 特定保健指導を実施する年度中に、特定保健指導を行った対象者から当該特定保健指導の内容について相談があった場合は、相談に応じること。
- (5) 特定保健指導の対象者のうち特定保健指導を受けなかった者又は特定保健指導を中断した者に対しては、特定保健指導の対象者本人の意思に基づいた適切かつ積極的な対応を図ること。

4 特定保健指導の記録等の情報の取扱いに関する基準

- (1) 特定保健指導に関する記録を電磁的方法により作成すること。
- (2) 特定保健指導に用いた詳細な質問票、アセスメント、具体的な指導の内容、フォローの状況等を保存する場合には、これらを適切に保存し、管理すること。
- (3) 法第30条に規定する秘密保持義務を遵守すること。
- (4) 個人情報の保護に関する法律及びこれに基づくガイドライン等を遵守すること。
- (5) 特定保健指導の結果を保存する場合には、医療情報の安全管理（組織的、物理的、技術的、人的な安全対策等）を徹底すること。
- (6) インターネットを利用した支援を行う場合には、医療情報の安全管理（組織的、物理的、技

- 10 -

術的、人的な安全対策等）を徹底し、次に掲げる措置等を講じることにより、外部への情報漏洩、不正アクセス、コンピュータ・ウイルスの侵入等を防止すること。

ア 秘匿性の確保のための適切な暗号化、通信の起点及び終点の識別のための認証並びにリモートログイン制限機能により安全管理を行うこと。

イ インターネット上で特定保健指導の対象者が入手できる情報の性質に応じて、パスワードを複数設けること（例えば、特定健康診査の結果（労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）その他の法令に基づき行われる特定健康診査に相当する健康診断を含む。以下この(6)において同じ。）のデータを含まないページにアクセスする場合には英数字のパスワードとし、特定健康診査の結果のデータを含むページにアクセスする場合には本人にしか知り得ない質問形式のパスワードとすること等）。

ウ インターネット上で特定健康診査の結果のデータを入手できるサービスを受けることについては、必ず本人の同意を得ること。

エ 本人の同意を得られない場合における特定健康診査の結果のデータは、インターネット上で特定健康診査の結果のデータを入手できるサービスを受ける者の特定健康診査の結果のデータとは別の場所に保存することとし、外部から物理的にアクセスできないようにすること。

- 11 -

- (7) 特定保健指導の結果の分析等を行うため、特定保健指導の結果に係る情報を外部に提供する場合には、分析等に当たり必要とされる情報の範囲に限って提供するとともに、提供に当たっては、個人情報のマスキングや個人が特定できない番号の付与等により、当該個人情報を匿名化すること。

5 運営等に関する基準

- (1) 特定保健指導の利用が容易になるよう、土日若しくは祝日又は夜間に特定保健指導を実施するなど、利用者の利便性に配慮し、特定保健指導の実施率を上げるよう取り組むこと。
- (2) 特定保健指導を行う際に、商品等の勧誘、販売等を行わないこと。また、特定保健指導を行う地位を利用した不当な推奨、販売（商品等を特定保健指導の対象者の誤解を招く方法で勧めること等）等を行わないこと。
- (3) 特定保健指導実施者に必要な研修を定期的に行うこと等により、当該実施者の資質の向上に努めること。
- (4) 特定保健指導を適切かつ継続的に実施することができる財務基盤を有すること。
- (5) 業務の一部を委託する場合には、委託先との契約に、この告示で定める基準に掲げる事項を遵守することを明記すること。
- (6) 運営についての重要事項として次に掲げる事項を記した規程を定め、当該規程の概要を、特

- 12 -

定保健指導の利用者が容易に確認できる方法（ホームページ上での掲載等）により、幅広く周知すること。

ア 事業の目的及び運営の方針

イ 統括者の氏名及び職種

ウ 従業者の職種、員数及び職務の内容

エ 特定保健指導の実施日及び実施時間

オ 特定保健指導の内容及び価格その他の費用の額

カ 事業の実施地域

キ 緊急時における対応

ク その他運営に関する重要事項

- (7) 特定保健指導実施者に身分を証する書類を携行させ、特定保健指導の利用者等から求められたときは、これを提示すること。
- (8) 特定保健指導実施者の清潔の保持及び健康状態について必要な管理を行うとともに、特定保健指導を行う施設の設備及び備品等について衛生的な管理を行うこと。
- (9) 虚偽又は誇大な広告を行わないこと。
- (10) 特定保健指導の利用者等からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付ける

- 13 -

ための窓口を設置する等の必要な措置を講じるとともに、苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録すること。

- (11) 従業者及び会計に関する諸記録を整備すること。

- 14 -

第2編健診 別添資料

健診結果とその他必要な情報の提供（フィードバック） 文例集

【利用上の留意事項】

- 健診受診者ご本人に対して健診結果を通知する際、情報提供いただきたい内容を文例で示しました。医療機関への受診勧奨や生活習慣の改善支援などに活用ください。
- 必要に応じて、適宜改変して使用してください。
- フィードバックに当たっては、各検査項目の経年変化を確認し、悪化傾向なのか、改善傾向なのかといったことを踏まえた対応をすることが大切です。
- この文例集では、血圧・脂質・血糖などのリスクをそれぞれ個別に説明していますが、複数の項目に問題がある場合等は、対象者に対する注意喚起がいっそう重要になりますので、注意してください。

作成者一覧

【血圧高値に関するフィードバック文例集】※日本高血圧学会 了解

平成 24 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
「特定健診・保健指導における地域診断と保健指導実施効果の包括的な評価および今後の適切な制度運営に向けた課題克服に関する研究」

研究代表者: 今井 博久 (国立保健医療科学院統括研究官)

【脂質異常に関するフィードバック文例集】※日本動脈硬化学会 了解

平成 24 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
「特定健診・保健指導における地域診断と保健指導実施効果の包括的な評価および今後の適切な制度運営に向けた課題克服に関する研究」

研究代表者: 今井 博久 (国立保健医療科学院統括研究官)

【血糖高値に関するフィードバック文例集】※日本糖尿病学会 了解

平成 24 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
「特定健診・保健指導における地域診断と保健指導実施効果の包括的な評価および今後の適切な制度運営に向けた課題克服に関する研究」

研究代表者: 今井 博久 (国立保健医療科学院統括研究官)

【喫煙に関するフィードバック文例集】※日本公衆衛生学会 了解

平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金 第 3 次対がん総合戦略研究事業
「発がんリスクの低減に資する効果的な禁煙推進のための環境整備と支援方策の開発ならびに普及のための制度化に関する研究」

研究代表者 中村 正和 (大阪がん循環器病予防センター予防推進部長)

【尿蛋白に関するフィードバック文例集】※日本腎臓学会 了解

【尿蛋白及び血清クレアチニンに関するフィードバック文例集】※日本腎臓学会 了解

平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金 腎疾患対策研究事業
「CKD 進展予防のための特定健診と特定保健指導のあり方に関する研究」

研究代表者: 木村 健二郎 (聖マリアンナ医科大学腎臓・高血圧内科教授)

【尿酸に関するフィードバック文例集】※日本痛風・核酸代謝学会 了解

日本痛風・核酸代謝学会ガイドライン改訂委員会

委員長 山中 寿 (東京女子医科大学附属膠原病リウマチ痛風センター所長)

血圧高値に関するフィードバック文例集

【健診判定と対応の分類】

健診判定			対応	
			肥満者の場合	非肥満者の場合
異常  正常	受診勧奨判定値を超えるレベル	収縮期血圧 ≥ 160 mmHg 又は 拡張期血圧 ≥ 100 mmHg	①すぐに医療機関の受診を	
		140mmHg $\leq$ 収縮期血圧 < 160 mmHg 又は 90mmHg $\leq$ 拡張期血圧 < 100 mmHg	②生活習慣を改善する努力をした上で、数値が改善しないなら医療機関の受診を	
	保健指導判定値を超えるレベル	130mmHg $\leq$ 収縮期血圧 < 140 mmHg 又は 85mmHg $\leq$ 拡張期血圧 < 90 mmHg	③特定保健指導の積極的な活用と生活習慣の改善を	④生活習慣の改善を
	基準範囲内	収縮期血圧 < 130 mmHg かつ 拡張期血圧 < 85 mmHg	⑤今後も継続して健診受診を	

【対象者への説明文例】

①の場合（肥満者・非肥満者）

収縮期血圧 ≥ 160 mmHg 又は拡張期血圧 ≥ 100 mmHg

今回、血圧が非常に高くなっていました。望ましい血圧レベル（収縮期血圧 120 mmHg 未満かつ拡張期血圧 80mmHg 未満）の人と比べて、約5倍、脳卒中や心臓病にかかりやすいことがわかっています。

この健診結果を持って、至急かかりつけの医療機関を受診してください。

②の場合（肥満者・非肥満者）

140mmHg $\leq$ 収縮期血圧 < 160 mmHg 又は 90mmHg $\leq$ 拡張期血圧 < 100 mmHg

今回の血圧値から高血圧が疑われます。この状態が続くと、望ましい血圧レベル（収縮期血圧 120 mmHg 未満かつ拡張期血圧 80mmHg 未満）の人と比べて、約 3 倍、脳卒中や心臓病にかかりやすいことがわかっています。

血圧を下げるためには、減量（太っている人や以前より体重が増えた人）、適度な運動、禁煙、お酒を減らす、減塩、野菜を多くして果物も適度に食べるなど、生活習慣の改善が必要です。ご自身で生活習慣の改善に取り組まれる方法と、特定保健指導を活用する方法の2通りがあります。これらを実行した上で、1 ヶ月から 3 ヶ月後にかかりつけの医療機関で再検査を受けてください。

ただし、もしあなたが糖尿病、慢性腎臓病、心血管病（心臓や血管の病気）をもっている場合や、他のリスク*を3つ以上もっている場合には、この血圧の状態が続くと脳卒中や心筋梗塞を起こすリスクが高いと言えますので、至急かかりつけの医療機関を受診してください。

※「他のリスク」とは、以下の心血管病の危険因子を指します。

- ☐ 高齢（65 歳以上）
- ☐ 喫煙
- ☐ 脂質異常症（HDL < 40mg/dL、LDL $\geq$ 140mg/dL、TG $\geq$ 150mg/dL）
- ☐ 肥満（BMI $\geq$ 25）（特に腹部肥満）
- ☐ メタボリックシンドローム
- ☐ 若年（50 歳未満）発症の心血管病の家族歴

③の場合（肥満者）

130mmHg $\leq$ 収縮期血圧 < 140mmHg 又は 85mmHg $\leq$ 拡張期血圧 < 90mmHg

今回の血圧値は、正常範囲内ですがその中では高いです。この状態が続くと、望ましい血圧レベル（収縮期血圧 120 mmHg 未満かつ拡張期血圧 80mmHg 未満）の人と比べて、約 1.5～2 倍、脳卒中や心臓病にかかりやすいことがわかっています。

血圧を下げるためには、減量、禁煙、お酒を減らす、減塩、野菜を多くして果物も適度に食べるなど、生活習慣の改善が必要となります。

特定保健指導の対象となった方にはご案内を同封しておりますので、ぜひ活用してください。引き続きご自身の身体の状態を確認するために、これからも健診を受診しましょう。

④の場合（非肥満者）

130mmHg $\leq$ 収縮期血圧 < 140mmHg 又は 85mmHg $\leq$ 拡張期血圧 < 90mmHg

今回の血圧値は、正常範囲内ですがその中では高いです。この状態が続くと、望ましい血圧レベル（収縮期血圧 120 mmHg 未満かつ拡張期血圧 80mmHg 未満）の人と比べて、約 1.5～2 倍、脳卒中や心臓病にかかりやすいことがわかっています。

血圧を下げるためには、減量（以前より体重が増えた人）、適度な運動、禁煙、お酒を減らす、減塩、野菜を多くして果物も適度に食べるなど、生活習慣の改善が必要です。

引き続きご自身の身体の状態を確認するために、これからも健診を受診しましょう。

⑤の場合（肥満者・非肥満者）

収縮期血圧 < 130mmHg かつ拡張期血圧 < 85mmHg

今回の健診では、血圧値に異常はありませんでした。

引き続きご自身の身体の状態を確認するために、これからも健診を受診しましょう。

【参考文献】

1. Okayama A, Kadowaki T, Okamura T, Hayakawa T, Ueshima H; The NIPPON DATA80 Research Group: Age-specific effects of systolic and diastolic blood pressure on mortality due to cardiovascular disease among Japanese men (NIPPON DATA80). J Hypertens 24(3): 459–62, 2006.
2. Kokubo Y, Kamide K, Okamura T, Watanabe M, Higashiyama A, Kawanishi K, Okayama A, Kawano Y. Impact of high-normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease in a Japanese urban cohort: the Suita study. Hypertension; 52(4): 652–9, 2008.
3. Fujiyoshi A, Ohkubo T, Miura K, Murakami Y, Nagasawa SY, Okamura T, Ueshima H. Blood pressure categories and long-term risk of cardiovascular disease according to age group in Japanese men and women. Hypertens Res 35(9): 947–953, 2012.

脂質異常に関するフィードバック文例集（案）

【健診判定と対応の分類】

健診判定			対応	
			肥満者の場合	非肥満者の場合
異常  正常	受診勧奨 判定値を 超えるレベル	LDL $\geq$ 180mg/dL 又は TG $\geq$ 1,000mg/dL	①すぐに医療機関の受診を	
		140mg/dL $\leq$ LDL<180mg/dL 又は 300mg/dL $\leq$ TG<1,000mg/dL	②生活習慣を改善する努力をした上で、 数値が改善しないなら医療機関の受診を	
	保健指導 判定値を 超えるレベル	120mg/dL $\leq$ LDL<140mg/dL 又は 150mg/dL $\leq$ TG<300mg/dL 又は HDL<40mg/dL	③特定保健指導の 積極的な活用と 生活習慣の改善を	④生活習慣の 改善を
	基準範囲内	LDL<120mg/dL かつ TG<150mg/dL かつ HDL $\geq$ 40 mg/dL	⑤今後も継続して健診受診を	

【対象者への説明文例】

①の場合（肥満者・非肥満者）

LDL $\geq$ 180mg/dL

脂質検査の結果、悪玉コレステロールが非常に高いことがわかりました。100 未満の人と比べて3～4倍心筋梗塞にかかりやすいことがわかっています。

この健診結果を持って、至急かかりつけの医療機関を受診してください。

TG $\geq$ 1,000mg/dL

血液中の脂肪がとても多く、このままだと急性膵炎になる危険性があります。

至急かかりつけの医師に相談して、専門の医療機関を紹介してもらいましょう。

②の場合（肥満者・非肥満者）

140mg/dL $\leq$ LDL<180mg/dL

脂質検査の結果、悪玉コレステロールが高いことがわかりました。100 未満の人と比べて 1.5 倍～2 倍心筋梗塞になりやすいことがわかっています。

飽和脂肪酸が多い動物性の脂肪を控え、多価不飽和脂肪酸が多い植物油や魚をとるようにしましょう。また、卵などコレステロールの多い食品も控え目にし、禁煙しましょう。3～6 ヶ月後にかかりつけの医療機関で再検査を受けてください。

ただし、もしあなたが糖尿病、慢性腎臓病、心血管病（心臓や血管の病気）などをもっている

場合は、動脈硬化が進行している可能性が高く、いっそう心筋梗塞などになりやすい状態と考えられますので、ぜひ医療機関で再検査を受けてください。

引き続きご自身の身体の状態を確認するために、これからも健診を受診しましょう。

300mg/dL $\leq$ TG<1,000mg/dL

脂質検査の結果、中性脂肪が高いことがわかりました。150 未満の人と比べて 2 倍心臓病にかかりやすいことがわかっています。

糖分やアルコールを控え、肥満がある人は減量しましょう。精密検査をおこなう必要性が高い場合もあるので、できれば一度、医療機関を受診することをお勧めします。少なくとも、3～6 ヶ月後にかかりつけの医療機関で再検査を受けてください。

引き続きご自身の身体の状態を確認するために、これからも健診を受診しましょう。

③の場合

120mg/dL $\leq$ LDL<140mg/dL

脂質検査の結果、悪玉コレステロールが境界域（高い人と正常の人の間）でした。

これ以上高くなならないよう飽和脂肪酸が多い動物性の脂肪を控え、多価不飽和脂肪酸が多い植物油や魚をとるようにしましょう。また、卵などコレステロールの多い食品も控え目にしましょう。禁煙や減量も必要です。

特定保健指導の対象となった方にはご案内を同封しておりますので、ぜひ活用してください。

ただし、もしあなたが糖尿病や腎臓病をもっている場合は、動脈硬化が進行している可能性が高く、心筋梗塞になりやすい状態と考えられますので、医療機関での再検査をお勧めします。

引き続きご自身の身体の状態を確認するためにこれからも健診を受診しましょう。

150mg/dL $\leq$ TG<300mg/dL

脂質検査の結果、中性脂肪が高いことがわかりました。

まず減量が必要です。糖分やアルコールを控えましょう。

特定保健指導の対象となった方にはご案内を同封しておりますので、ぜひ活用してください。

引き続きご自身の身体の状態を確認するために、これからも健診を受診しましょう。

HDL<40mg/dL

善玉コレステロールが低くなっています。

まず減量が必要です。禁煙し、運動不足にならないように体を動かしましょう。

特定保健指導の対象となった方にはご案内を同封しておりますので、ぜひ活用してください。

引き続きご自身の身体の状態を確認するために、これからも健診を受診しましょう。

④の場合（非肥満者）

120mg/dL $\leq$ LDL<140mg/dL

脂質検査の結果、悪玉コレステロールが境界域（高い人と正常の人の間）でした。

これ以上高くなならないよう飽和脂肪酸が多い動物性の脂肪を控え、多価不飽和脂肪酸が多い植物油や魚をとるようにしましょう。また、卵などコレステロールの多い食品も控え目にし、禁煙しましょう。

ただし、もしあなたが糖尿病、慢性腎臓病、心血管病（心臓や血管の病気）などをもっている場合は、動脈硬化が進行している可能性が高く、心筋梗塞などになりやすい状態と考えられますので、医療機関でこれらの病気についての検査をお勧めします。

引き続きご自身の身体の状態を確認するために、これからも健診を受診しましょう。

150mg/dL $\leq$ TG<300mg/dL

脂質検査の結果、中性脂肪が高いことがわかりました。

糖分やアルコールを控え、若い時に比べて体重が増えた人は減量しましょう。

引き続きご自身の身体の状態を確認するために、これからも健診を受診しましょう。

HDL<40mg/dL

善玉コレステロールが低くなっています。

禁煙し、運動不足にならないように体を動かしましょう。

引き続きご自身の身体の状態を確認するために、これからも健診を受診しましょう。

⑤の場合(肥満者・非肥満者)

今回の健診では、脂質検査値に異常はありませんでした。

引き続きご自身の身体の状態を確認するために、これからも健診を受診しましょう。

【参考文献;コレステロール】

1. Okamura T, Tanaka H, Miyamatsu N, Hayakawa T, Kadowaki T, Kita Y, Nakamura Y, Okayama A, Ueshima H, for the NIPPON DATA80 Research group: The relationship between serum total cholesterol and all-cause or cause-specific mortality in a 17.3-year study of a Japanese cohort. *Atherosclerosis* 190(1): 216-223, 2007.
2. Imano H, Noda H, Kitamura A, Sato S, Kiyama M, Sankai T, Ohira T, Nakamura M, Yamagishi K, Ikeda A, Shimamoto T, Iso H. Low-density lipoprotein cholesterol and risk of coronary heart disease among Japanese men and women: the Circulatory Risk in Communities Study (CIRCS). *Prev Med.* 2011 May;52(5):381-6.
3. Nagasawa SY, Okamura T, Iso H, Tamakoshi A, Yamada M, Watanabe M, Murakami Y, Miura K, Ueshima H, for the Evidence for Cardiovascular Prevention from Observational Cohorts in Japan (EPOCH-JAPAN) Research Group. Relation Between Serum Total Cholesterol Level and Cardiovascular Disease Stratified by Sex and Age Group: A Pooled Analysis of 65 594 Individuals From 10 Cohort Studies in Japan *J Am Heart Assoc*; 1: e001974, 2012.

【参考文献;HDL-C】

1. Kitamura A, Iso H, Naito Y, Iida M, Konishi M, Folsom AR, Sato S, Kiyama M, Nakamura M, Sankai T, et al. High-density lipoprotein cholesterol and premature coronary heart disease in urban Japanese men. *Circulation.* 89:2533-9,1994

【参考論文;トリグリセリド】

1. Matsuzaki M, Kita T, Mabuchi H, Matsuzawa Y, Nakaya N, Oikawa S, Saito Y, Sasaki J, Shimamoto K, Itakura H; J-LIT Study Group. Japan Lipid Intervention Trial. Large scale cohort study of the relationship between serum cholesterol concentration and coronary events with low-dose simvastatin therapy in Japanese patients with hypercholesterolemia. *Circ J* 2002; 66: 1087-95.
2. 脂質異常症治療ガイド 2008 年版(日本動脈硬化学会編). 専門医への紹介. P.62

血糖高値に関するフィードバック文例集

【健診判定と対応の分類】

健診判定				対応			
		空腹時血糖 (mg/dL)	HbA1c (NGSP) (%)	肥満者の場合		非肥満者の場合	
				糖尿病治療 (+)	糖尿病治療 (-)	糖尿病治療 (+)	糖尿病治療 (-)
異常 ↑	受診勧奨 判定値を 超えるレベル	126～	6.5～	①肥満の改善 と、血糖コント ロールの確認や 改善が必要	②すぐに医療機 関受診を	③血糖コント ロールの確認や 改善が必要	②すぐに医療 機関受診を
	保健指導 判定値を 超えるレベル	110～125	6.0～6.4	④血糖コントロ ールは良好だが、 肥満を改善する 必要あり	⑤特定保健指 導の積極的な 活用と 生活習慣の改 善を	⑥血糖コント ールは良好、 現在のコント ール継続	⑦運動／食生 活等の改善を、 ぜひ精密検査 を
		100～109	5.6～5.9				⑧生活習慣の 改善を、リスク の重複等あれ ば精密検査を
正常 ↓	基準範囲内	～99	～5.5		⑨肥満改善と 健診継続を		⑩今後も継続し て健診受診を

【対象者への説明文例】

①の場合（肥満者）

今回の健診では、空腹時血糖は（ ）mg/dL、HbA1cは（ ）%でした。糖尿病の合併症を予防するためには、良好な血糖コントロールの状態を維持することが大切ですので引き続き治療を継続して下さい。

ただし、もしあなたのHbA1cの値が7.0%以上であった場合は、糖尿病の血糖コントロールが良好ではない状態ですので、かかりつけの医師とよくご相談されるか、必要に応じて糖尿病の治療が受けられる医療機関にご相談され、治療を継続してください。

また、少しでも減量することが大切です。

②の場合（肥満者・非肥満者）

※HbA1cを測定しておらず、空腹時血糖 ≥ 126 mg/dLであった場合

今回の健診の空腹時血糖は（ ）mg/dLで、糖尿病が強く疑われます。至急、かかりつけの医療機関ないし糖尿病の治療が受けられる医療機関を受診してください。

※空腹時血糖を測定しておらず、HbA1c $\geq$ 6.5%であった場合

今回の健診のHbA1cは() %で、糖尿病が強く疑われます。至急、かかりつけの医療機関ないしは糖尿病の治療が受けられる医療機関を受診してください。

※空腹時血糖 $\geq$ 126mg/dL かつ HbA1c $\geq$ 6.5%であった場合

今回の健診では、空腹時血糖が() mg/dL、HbA1cが() %であり、これはあなたが糖尿病であることを示す値です。至急、かかりつけの医療機関ないしは糖尿病の治療が受けられる医療機関を受診し、治療を開始してください。

③の場合（非肥満者）

今回の健診では、空腹時血糖は() mg/dL、HbA1cは() %でした。糖尿病の合併症を予防するためには、良好な血糖コントロールの状態を維持することが大切ですので引き続き治療を継続して下さい。

ただし、もしあなたのHbA1cの値が7.0%以上であった場合は、糖尿病の血糖コントロールが良好ではない状態ですので、かかりつけの医師とよくご相談されるか、必要に応じて糖尿病の治療が受けられる医療機関にご相談され、治療を継続してください。

④の場合（肥満者）

今回の健診では、空腹時血糖は() mg/dL、HbA1cは() %で、糖尿病の血糖コントロールは良好な状態にあると考えられます。かかりつけ医のもとで治療を継続してください。今後も良好な状態を保つためには、減量が必要です。

⑤の場合（肥満者）

今回の健診では、空腹時血糖は() mg/dL、HbA1cは() %で、糖尿病の可能性も否定できません。75 g 経口糖負荷試験という精密検査で、糖尿病を診断することができますので、一度受けることをお勧めします。また、本格的な糖尿病にならないためにも、減量が重要です。特定保健指導のご案内を同封しております。食事・運動療法で糖尿病を予防する良い機会ですので、積極的にご活用ください。

⑥の場合（非肥満者）

今回の健診では、空腹時血糖は() mg/dL、HbA1cは() %で、糖尿病の血糖コントロールは良好な状態にあると考えられます。かかりつけ医のもとで治療を継続してください。今後も食事、運動などにも留意され、健康生活を継続してください。

⑦の場合（非肥満者）

今回の健診では、空腹時血糖は() mg/dL、HbA1cは() %で、糖尿病の可能性も否定できません。本格的な糖尿病にならないためにも、食事・運動療法を始められることをお勧めします。食事や運動療法について不明の点があれば、保健センターでもご相談を受け付けています。また、今後の方針を立てていくために、75 g 経口糖負荷試験という精密検査を一度受けることをお勧めします。

⑧の場合（非肥満者）

今回の健診では、空腹時血糖は（　　）mg/dL、HbA1cは（　　）％で、糖尿病の可能性も否定できません。本格的な糖尿病にならないためにも、食事・運動療法を始められることをお勧めします。食事や運動療法について不明の点があれば、保健センターでもご相談を受け付けています。もし、あなたが高血圧や脂質異常症など他のリスクを持っていたり、血縁者に糖尿病の人がおられたりする場合は、今後の方針を立てていくために、75g 経口糖負荷試験という精密検査を一度受けることをお勧めします。さらに、来年度の健診で、経過を確認することが大切です。

⑨の場合（肥満者）

今回の健診では、糖尿病の検査に異常はありませんでした。しかし、肥満の状態が続くと糖尿病を引き起こす危険性が高まりますので、少しでも減量されることをお勧めします。

引き続きご自身の身体の状態を確認するために、これからも健診を受診しましょう。

⑩の場合（非肥満者）

今回の健診では、糖尿病の検査に異常はありませんでした。

引き続きご自身の身体の状態を確認するために、これからも健診を受診しましょう。

*「科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン 2010」、「糖尿病治療ガイド 2012-2013」準拠
ただし、特定健診の保健指導判定値、受診勧奨判定値と整合性をとった。

喫煙に関するフィードバック文例集

※下記の1. と2. の情報提供を組み合わせて使用してください。

1. 禁煙の重要性を高めるための情報提供

①血圧高値の場合

喫煙されていますが、喫煙と高血圧は日本人が命を落とす二大原因であることがわかっています。喫煙と高血圧が重なると、いずれも該当しない人と比べて、約 4 倍、脳卒中や心臓病で命を落とす危険が高まります。この健診を機会に禁煙されることをお勧めします。

②脂質異常の場合

喫煙すると、血液中の中性脂肪や悪玉（LDL）コレステロールが増加したり、善玉（HDL）コレステロールが減少することがわかっています。また、喫煙と脂質異常症が重なると、動脈硬化がさらに進んで、脳梗塞や心筋梗塞にかかりやすくなります。この健診を機会に禁煙されることをお勧めします。

③血糖高値の場合

喫煙すると、血糖値が上昇したり、糖尿病に約 1.4 倍かかりやすくなります。その理由は、喫煙によって交感神経の緊張が高まって血糖値があがることと、膵臓から分泌されるインスリンというホルモンの効き具合が悪くなるためです。また、喫煙と糖尿病が重なると、喫煙しない場合と比べて、動脈硬化がさらに進んで、約 1.5～3 倍、脳梗塞や心筋梗塞で命を落とすやすくなります。さらに、腎臓の機能もより低下しやすいことが報告されています。この健診を機会に禁煙されることをお勧めします。

④メタボリックシンドロームの場合

喫煙すると、血液中の中性脂肪や血糖値が増加したり、善玉（HDL）コレステロールが減少するため、メタボリックシンドロームと判定されやすいことがわかっています。また、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さらに進んで、いずれも該当しない人と比べて、約 4～5 倍、脳梗塞や心筋梗塞にかかりやすくなります。この健診を機会に禁煙されることをお勧めします。

⑤上記いずれもない場合

今回の健診では、血圧値、脂質検査値、血糖値のいずれにおいても異常はありませんでした。しかし、喫煙を続けていると種々の病気にかかりやすくなるため、現在の良い状態を維持できなくなってしまう可能性があります。この健診を機会に禁煙されることをお勧めします。

2. 禁煙のための効果的な解決策の提案

①直ちに(1 ヶ月以内)に禁煙しようと考えている場合、または情報提供の結果、禁煙の動機が高まった場合

禁煙は自力でも可能ですが、禁煙外来や禁煙補助剤を利用すると、ニコチン切れの症状を抑えることができるので比較的楽に、しかも自力に比べて3~4倍禁煙しやすくなることがわかっています。健康保険の適用基準を満たしている場合、1日20本のたばこ代に比べて1/3~1/2の安い費用で医療機関での禁煙治療を受けることができます。

②そうでない場合

現在禁煙しようと考えておられないようですが、今後禁煙の気持ちが高まった時のために、次のことを覚えておかれるとよいと思います。それは、禁煙外来や禁煙補助剤を利用すると、比較的楽に、しかも自力に比べて3~4倍禁煙しやすくなることです。健康保険の適用基準を満たしている場合、1日20本のたばこ代に比べて1/3~1/2の安い費用で医療機関での禁煙治療を受けることができます。

【参考文献】

- 1) Ikeda N., et al. Adult mortality attributable to preventable risk factors for non-communicable diseases and injuries in Japan: a comparative risk assessment. PLoS Med 2012; 9: e1001160.
- 2) Hozawa A., et al. Joint impact of smoking and hypertension on cardiovascular disease and all-cause mortality in Japan: NIPPON DATA80, a 19-year follow-up. Hypertens Res 2007; 30: 1169-1175.
- 3) Craig WY., et al. Cigarette smoking and serum lipid and lipoprotein concentrations: an analysis of published data. Br Med J. 1989; 298: 784-788.
- 4) Willi C., et al. Active smoking and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. JAMA 2007; 298: 2654-2664.
- 5) Cryer PE., et al. Norepinephrine and epinephrine release and adrenergic mediation of smoking-associated hemodynamic and metabolic events. N Engl J Med 1976; 295: 573-577.
- 6) Chiolero A., et al. Consequences of smoking for body weight, body fat distribution, and insulin resistance. Am J Clin Nutr 2008; 87: 801-809.
- 7) 佐々木陽 ほか. 15年にわたるインスリン非依存糖尿病(NIDDM)の追跡調査. 糖尿病 1996; 39: 503-509.
- 8) Al-Delaimy WK., et al. Smoking and mortality among women with type 2 diabetes: The Nurses' Health Study cohort. Diabetes Care. 2001; 24: 2043-2048.
- 9) De Cosmo S., et al. Cigarette smoking is associated with low glomerular filtration rate in male patients with type 2 diabetes. Diabetes Care. 2006; 29: 2467-2470.
- 10) Nakanishi N., et al. Cigarette smoking and the risk of the metabolic syndrome in middle-aged Japanese male office workers. Ind Health 2005; 43: 295-301.
- 11) Higashiyama A., et al. Risk of smoking and metabolic syndrome for incidence of cardiovascular disease-comparison of relative contribution in urban Japanese population: the Suita study. Circ J 2009; 73: 2258-2263.
- 12) Kasza KA, et al. Effectiveness of stop-smoking medications: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. Addiction, 2013; 108: 193-202.
- 13) 日本循環器学会, 日本肺癌学会, 日本癌学会, 日本呼吸器学会. 禁煙治療のための標準手順書 第5版. 2012

尿蛋白に関するフィードバック文例集

※血清クレアチニンを測定していない場合に使用してください。

【健診判定と対応の分類】

健診判定		対応
異常 ↑↓ 正常	尿蛋白 陽性(+ / 2+ / 3+)	①すぐに医療機関の受診を
	尿蛋白 弱陽性(±)	②医療機関を受診して尿の再検査を
	尿蛋白 陰性(-)	③今後も継続して健診受診を

「CKD」(慢性腎臓病)とは？

尿蛋白陽性または腎機能低下(糸球体濾過量 $<60\text{ ml/min/1.73m}^2$ 未満)が3ヶ月以上続く場合等を指します。

【対象者への説明文例】

①尿蛋白(+)以上:陽性の場合

→ 今回の健診の結果、あなたはCKD(慢性腎臓病)が強く疑われる状態であり、しかも病状がかなり進んだ状態であることが分かりました。すぐに医療機関を受診して下さい。

CKDの人では、そうでない人に比べて、末期腎不全により透析治療が必要な状況に10倍以上なりやすく、脳卒中・狭心症・心筋梗塞といった心血管疾患の発症やそれによる死亡の危険が2倍以上になることが分かっています。しかし、これらの危険は、適切な治療により軽減することが可能ですので、早く治療を始めましょう。

②尿蛋白(±):弱陽性の場合

→ 今回の健診の結果、あなたはCKD(慢性腎臓病)の可能性が否定できないので、尿の再検査が必要です。再検査の結果が「尿蛋白(+):陽性」であれば、すぐに治療を開始する必要があります。念のため、医療機関を受診してもう一度尿検査を受けてください。

なお、CKDの人では、そうでない人に比べて、末期腎不全により透析治療が必要な状況に10倍以上なりやすく、脳卒中・狭心症・心筋梗塞といった心血管疾患の発症やそれによる死亡の危険が2倍以上になることが分かっています。しかし、これらの危険は、適切な治療により軽減することが可能ですので、早期治療が重要です。

③尿蛋白(-):陰性の場合

→ 今回の健診の結果、あなたの腎臓の状態はほぼ問題ないと考えられます。

引き続きご自身の身体の状態を確認するために、これからも健診を受診しましょう。

ただし、もしあなたが、下記のいずれか(※)に一つでもあてはまる場合は、CKDになりやすい体質の人であると言えます。CKDの人では、そうでない人に比べて、末期腎不全により透析治療が必要な状況に10倍以上なりやすく、脳卒中・狭心症・心筋梗

塞といった心血管疾患の発症やそれによる死亡の危険が2倍以上になることが分かっています。

CKDを発症するリスクを軽減するために、食生活の改善に取り組み、肥満があれば解消することが必要です。高血圧があれば、減塩に努めましょう。禁煙も大切です。

(※) CKDの危険因子：

肥満、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症、
治療中あるいは治療が必要な高尿酸血症、CKDの家族歴、
過去の健診での尿異常の指摘、高齢（65歳以上）

尿蛋白及び血清クレアチニンに関するフィードバック文例集

※血清クレアチニンを測定している場合に使用してください。

【健診判定と対応の分類】

健診判定 (eGFRの単位: ml/min/1.73m ²)		尿蛋白(－)	尿蛋白 (±)	尿蛋白(＋)以上
異常 ↑ ↓ 正常	eGFR<50	①すぐに医療機関の受診を		
	50≤eGFR<60	③生活習慣の改善を	②医療機関を受診して尿の再検査を	
	60≤eGFR	④今後も継続して健診受診を		

「CKD」(慢性腎臓病)とは？

尿蛋白陽性または腎機能低下(糸球体濾過量<60 ml/min/1.73m²未満)が3ヶ月以上続く場合等を指します。

腎臓の働き(糸球体濾過量、GFR)はどのように評価するのでしょうか？

血清クレアチニンと年齢および性別から推算糸球体濾過量(eGFR)を計算します。

正常はおよそ 100 ml/min/1.73m²です。

【対象者への説明文例】

①の場合(尿蛋白陽性または eGFR<50)

→ 今回の健診の結果、あなたはCKD(慢性腎臓病)が強く疑われる状態であり、しかも病状がかなり進んだ状態であることが分かりました。すぐに医療機関を受診して下さい。

CKDの人では、そうでない人に比べて、末期腎不全により透析治療が必要な状況に10倍以上なりやすく、脳卒中・狭心症・心筋梗塞といった心血管疾患の発症やそれによる死亡の危険が2倍以上になることが分かっています。しかし、これらの危険は、適切な治療により軽減することが可能ですので、早く治療を始めましょう。

②の場合(50≤eGFR、かつ尿蛋白(±))

→ 今回の健診の結果、あなたはCKD(慢性腎臓病)の可能性が否定できないので、尿の再検査が必要です。再検査の結果が「尿蛋白(+)：陽性」であれば、すぐに治療を開始する必要があります。念のため、医療機関を受診してもう一度尿検査を受けてください。

なお、CKDの人では、そうでない人に比べて、末期腎不全により透析治療が必要な状況に10倍以上なりやすく、脳卒中・狭心症・心筋梗塞といった心血管疾患の発症やそれによる死亡の危険が2倍以上になることが分かっています。しかし、これらの危険は、適切な治療により軽減することが可能ですので、早期治療が重要です。

③の場合(50≤eGFR<60、かつ尿蛋白(－))

→ 今回の健診の結果、あなたはCKD(慢性腎臓病)が強く疑われる状態であることが分かりました。CKDの人では、そうでない人に比べて、末期腎不全により透析治療が必要な状況になりやすく、脳卒中・狭心症・心筋梗塞といった心血管疾患の発症やそれによる死亡の危険が高くなることが分かっています。

尿検査の結果と合わせて考えると、差し迫った危険はないと考えられますが、CKDをこれ以上悪化させないために、食生活の改善に取り組み、肥満があれば解消することが必要です。高血圧があれば、減塩に努めましょう。禁煙も大切です。

生活習慣を改善した成果を確認するために、これからも健診を受診しましょう。

注) もしあなたが40歳未満なら、同年齢の人に比べて腎臓の機能が低下していますので、医療機関を受診してください。慢性の腎臓の病気である可能性があります。

④の場合(60≤eGFR、かつ尿蛋白(－))

→ 今回の健診の結果、あなたがCKD(慢性腎臓病)である可能性はとて低いと分かりました。

引き続きご自身の身体の状態を確認するために、これからも健診を受診しましょう。

ただし、もしあなたが、下記のいずれか(※)に一つでもあてはまる場合は、CKDになりやすい体質の人であると言えます。CKDを発症しないようにするためには、食生活の改善に取り組み、肥満があれば解消することが必要です。高血圧があれば、減塩に努めましょう。禁煙も大切です。

(※) CKDの危険因子:

肥満、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症、
治療中あるいは治療が必要な高尿酸血症、CKDの家族歴、
過去の健診での尿異常の指摘、高齢(65歳以上)

【参考】数値に応じた危険の度合い (eGFRの単位: ml/min/1.73m²)

末期腎不全により 透析治療が必要になる危険性 (CKDでない人に比べた場合)	尿蛋白		
	(－) ~ (±)	(＋)	(2+) ~ (3+)
eGFR<50	50~1,000 倍	300 倍	2,000 倍
50≤eGFR<60		50 倍	150 倍
60≤eGFR		10 倍	20 倍

心血管疾患を発症したり それにより死亡する危険性 (CKDでない人に比べた場合)	尿蛋白		
	(－) ~ (±)	(＋)	(2+) ~ (3+)
eGFR<50	3~8 倍	3 倍	8 倍
50≤eGFR<60		3 倍	4 倍
60≤eGFR		2 倍	3 倍

【参考文献】

- K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. Am J Kidney Dis 2002; 39(2 Suppl 1): S1-266.
- Imai, E., M. Horio, et al. Prevalence of chronic kidney disease (CKD) in the Japanese general population predicted by the MDRD equation modified by a Japanese coefficient. Clin Exp Nephrol 2007; 11: 156-163.
- Matsuo, S., E. Imai, et al. Revised equations for estimated GFR from serum creatinine in Japan. Am J Kidney Dis 2009; 53: 982-992.
- Levey, A. S., P. E. de Jong, et al. The definition, classification, and prognosis of chronic kidney disease: a KDIGO Controversies Conference report. Kidney Int 2011; 80: 17-28.
- 日本腎臓学会編:CKD 診療ガイド 2012、東京医学社、東京、2012
- 「CKD 進展予防のための保健指導教材」厚生労働科学研究費補助金腎疾患対策研究事業(CKD 進展予防のための特定健診と特定保健指導のあり方に関する研究)2012

尿酸に関するフィードバック文例集

※尿酸を測定している場合に使用してください。

(注)この文例集は、足の関節の痛み等、痛風関節炎に多くみられる自覚症状がない状況を想定しています。

痛みがある場合は、治療のため医療機関を受診することを勧めてください。

【健診判定と対応の分類】

健診判定 (単位:mg/dL)		対応
異常 ↑ 正常 ↓ 異常	血清尿酸値 ≤ 8.0	①生活習慣の改善した上で、改善しないなら医療機関受診を
	$7.0 < \text{血清尿酸値} < 8.0$	②生活習慣の改善を
	$1.5 \leq \text{血清尿酸値} \leq 7.0$	③今後も継続して健診受診を
	血清尿酸値 < 1.5	④医療機関の受診を

【対象者への説明文例】

①の場合 (血清尿酸値 $\geq 8.0\text{mg/dL}$)

今回の健診の結果は、あなたが高尿酸血症という状態であることを示しています。このまま治療を行わない場合、痛風関節炎（いわゆる「痛風」）を生じて、足の関節などに強い痛みを生じる危険性があります。また、血清尿酸値の上昇は、腎障害、尿路結石、メタボリックシンドローム等のリスクを高めることがわかっています。

まず、生活習慣の改善に取り組み、肥満を解消することが必要です。具体的には、糖分を控えるなどして食生活を改善し、運動不足にならないよう体を動かしましょう。水分を十分にとることも大切です。また、アルコールは、プリン体が含まれているかどうかに関わらず血清尿酸値を高めますので、種類を問わず控えてください。

こうした生活習慣の改善に取り組んだ上で、引き続きご自身の身体の状態を確認するために、これからも健診を受診しましょう。生活習慣の改善をしたにもかかわらず次回の健診で血清尿酸値が 9.0mg/dl 以上なら、薬物治療を始めることが推奨されています。その健診結果を持って、医療機関を受診して下さい。

②の場合 ($7.0\text{mg/dL} < \text{血清尿酸値} < 8.0\text{mg/dL}$)

今回の健診の結果は、あなたが高尿酸血症という状態であることを示しています。すぐに痛風関節炎（いわゆる「痛風」）を発症する可能性が高い値ではありませんが、痛風関節炎（いわゆる「痛風」）を生じて、足の関節などに強い痛みを生じる危険性があります。また、血清尿酸値の上昇は、腎障害、尿路結石、メタボリックシンドローム等のリスクを高

めることがわかっています。

まず、生活習慣の改善に取り組み、肥満を解消することが必要です。具体的には、糖分を抑えるなどして食生活を改善し、運動不足にならないよう体を動かしましょう。水分を十分にとることも大切です。また、アルコールは、プリン体が含まれているかどうかに関わらず血清尿酸値を高めますので、種類を問わず控えてください。

引き続きご自身の身体の状態を確認するために、これからも健診を受診しましょう。

③の場合（ $1.5 \leq$ 血清尿酸値 ≤ 7.0 mg/dL）

今回の健診の結果は、あなたの血清尿酸値は正常であることを示しています。

引き続きご自身の身体の状態を確認するために、今後も継続して健診を受けましょう。

④の場合（血清尿酸値 < 1.5 mg/dL）

今回の健診の結果は、あなたの血清尿酸値は低すぎる状態であることを示しています。

もしあなたが、何らかの病気で薬物治療を行っている場合は、薬の量の調節が必要かもしれませんので、この健診結果を持ってかかりつけの医療機関にご相談下さい。

もしあなたが、薬物治療を行っていない場合は、腎臓からの尿酸の排泄が多すぎる状態になっている可能性があります。このまま治療を行わない場合、急性腎不全や尿路結石になる危険性があります。この健診結果を持って、医療機関を受診して精密検査を受けてください。

【参考文献：血清尿酸値と治療方針】

1. Campion EW, Glynn RJ, DeLabry LO : Asymptomatic hyperuricemia ; Risks and consequences in the Normative Aging Study. Am J Med 82 :421-6, 1987
2. Johnson RJ, Kang DH, Feig D, et al : Is there a pathogenetic role for uric acid in hypertension and cardiovascular and renal disease? Hypertension 41 :1183-90, 2003
3. Alderman MH, Cohen H, Madhavan S, et al : Serum uric acid and cardiovascular events in successfully treated hypertensive patients. Hypertension 34 :144-50, 1999
4. 細谷龍男, 河野英男, 池田齊, 他: 無症候性高尿酸血症の予後に関する研究 - リウマチ25:369-71, 1985
5. Shoji A, Yamanaka H, Kamatani N : A retrospective study of the relationship between serum urate level and recurrent attacks of gouty arthritis ; Evidence for reduction of recurrent gouty arthritis with antihyperuricemic therapy. Arthritis Rheum 51 :321-325, 2004
6. Li-Yu J, Clayburne G, Sieck M, et al : Treatment of chronic gout. Can we determine when urate stores are depleted enough to prevent attacks of gout? J Rheumatol 28 :577-580, 2001
7. Sarawate CA, Patel PA, Schumacher HR, et al : Serum urate levels and gout flares ; Analysis from managed care data. J Clin Rheumatol 12 :61-65, 2006

【参考文献：ガイドライン】

1. 高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン作成委員会編: 高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン(第1版). 東京, 日本痛風・核酸代謝学会, 2002
2. 高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン改訂委員会編: 高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン(第2版). メディカルレビュー社、東京、2010
3. 高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン改訂委員会編: 高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン(第2版追補版). メディカルレビュー社、東京、2012
4. Khanna D, Fitzgerald JD, Khanna PP, et al. 2012 American College of Rheumatology guidelines for management of gout. Part 1: systematic nonpharmacologic and pharmacologic therapeutic approaches to hyperuricemia. Arthritis Care Res (Hoboken). 2012 Oct;64(10):1431-46.

第3編 保健指導

第 1 章 保健指導の基本的考え方

(1) 保健指導の目的

糖尿病等の生活習慣病の予備群に対する保健指導の第一の目的は、生活習慣病に移行させないことである。そのための保健指導では、対象者自身が健診結果を理解して体の変化に気づき、自らの生活習慣を振り返り、生活習慣を改善するための行動目標を設定するとともに、自らが実践できるよう支援し、そのことにより対象者が自分の健康に関するセルフケア（自己管理）ができるようになることを目的としている。なお、生活習慣病有病者に対し、重症化や合併症発症を予防するための保健指導を行うことも重要である。

(2) 保健指導とは

糖尿病等の生活習慣病の予備群に対する保健指導とは、対象者の生活を基盤とし、対象者が自らの生活習慣における課題に気づき、健康的な行動変容の方向性を自らが導き出せるように支援することである。保健指導の重要な点は、対象者に必要な行動変容に関する情報を提示し、自己決定できるように支援することであり、そのことによって、対象者が健康的な生活を維持できるよう支援することである。

(3) 生活習慣改善につなげる保健指導の特徴

生活習慣病は、①自覚症状がないまま進行すること、②長年の生活習慣に起因すること、③疾患発症の予測が可能なことを特徴とすることから、これらを踏まえた保健指導を行う必要がある。

すなわち、健診によって生活習慣病の発症リスクを発見し、自覚症状はないが発症のリスクがあることや、生活習慣の改善によってリスクを少なくすることが可能であること等をわかりやすく説明することが特に重要である。しかし、生活習慣は個人が長年築いてきたものであるもので、改善すべき生活習慣に自ら気づくことが難しく、また、対象者は、行動変容は難しいことであると認識している場合が多いことを念頭に置いて、対象者への支援を行う必要がある。

対象者は、保健指導の際の個別面接やグループ面接等において、保健指導実施者やグループメンバー等と対話をするにより、客観的に自己の生活習慣を振り返ることで改善すべき生活習慣を認識できる。その気づきが行動変容のきっかけとなる。保健指導実施者は、それを軸にして、どのような生活習慣を身につけることが必要であるか、また課題や優先順位を対象者と共に考え、実行可能な行動目標を対象者が自ら立てられるよう支援することが重要である。

対象者がより良い生活習慣に向けた行動目標に沿って新たな生活習慣を確立し、維持することは容易ではない。保健指導実施者は、対象者の新たな行動を継続できるよう、定期的に助言・支援することや同じ課題に取り組むグループへの参加の勧奨など、対象者が現在の状況を客観的に把握できる機会を提供するとともに、実行していることに対しては、励ましや賞賛するなど自己効力感を高めるフォローアップが重要となる。行動変容を可能にするためには、このフォローアップが特に重要

である。

なお、注意しなければならないこととして、病気の発症や障害を持つ可能性についての説明においては、対象者に恐怖心を抱かせないように配慮すること、生活習慣の改善によってリスクを少なくすることが可能であるということを理解してもらえることが大事である。また、行動変容のステージ（準備状態）が無関心期にある場合は、対象者の疾病に対する認識を確認し、リスクと病気の発症や障害を持つ可能性との関係の説明に加えて、対象者にとって問題となることが何かを考えられるように対応することが必要である。

生活習慣の改善につなげるためには、対象者に合わせて決して押しつけずに支援を行い、生活習慣を変えることが本人にとり快適であることを実感でき、楽しめるようなプログラムを提示するなど様々な働きかけが必要である。

（４）必要とされる保健指導技術

保健指導を行うための技術には、健診データ、レセプトデータやその変化等から合併症等のリスクを適切に判断し、生活習慣との関連を説明する能力、必要な情報（ライフスタイル、価値観、行動変容のステージ（準備状態）等）を収集するためのコミュニケーション技術、それに基づき支援方策を判断する技術、そして対象者が自らの生活行動の課題に気づき自らの行動目標を決定することを支援する技術等があり、具体的には、カウンセリング技術、アセスメント技術、コーチング技術、ティーチング技術、自己効力感を高める支援技術、グループワークを支援する技術などがある。これらの技術は、行動変容等に関する様々なモデルや理論から導き出されたものであり、例えば、グループワークを支援するためには、グループダイナミクス¹について理解することが重要である。保健指導実施者はこれらの技術を統合させ、実践に活かすことが求められている。

保健指導実施者は、これらの理論や技術を理解した上で、保健指導としての技術を身につけ、実際の保健指導に適用することが必要である。このためには、保健指導実施者を対象とした研修会への参加等により研鑽を図ることが必要である。また、実際の指導事例について、対象者が適切な行動目標を立てることができたか、行動変容がみられたか等を分析し、保健指導実施機関で指導技術を評価し、保健指導技術の向上に努めていくことが大切である。

なお、具体的な保健指導技術については、第3章3-1を参照されたい。

¹ グループダイナミクス：集団力学。集団の中に働く力であり、グループに参加する個々のメンバーの行動を変化させる作用がある。

（５）健康課題分析と評価による効果的な保健指導方法の開発

医療保険者は、健診・保健指導を受けた者の検査結果、質問票、保健指導内容をデータとして管理することになる。また、医療保険者はレセプトを有していることから、これらのデータを個人別又は集団として分析することが可能となる。このため、これらのデータ解析から保健指導の成果に関する評価を行い、より効果的な保健指導方法を開発することが必要である。

このような保健指導の評価は、保健指導実施者個人及び組織として行い、その改善に努めること、また、保健指導実施者の研修に活かすことが必要であり、保健指導実施者は、常に自己研鑽に努めることが求められる。

（６）ポピュレーションアプローチや社会資源の活用

保健指導は、健診結果及び質問票に基づき、個人の生活習慣を改善する方向で支援が行われるものであるが、個人の生活は家庭、職場、地域で営まれており、生活習慣は生活環境、風習、職業などの社会的要因に規定されることも大きい。このため、様々な生活の場が健康的な生活への行動変容を支え、又は維持できる環境となっていることが必要である。

具体的には、地域や職域において、①飲食店や社員食堂での健康に配慮した食事（ヘルシーメニュー）の提供や栄養表示の実施、②安全なウォーキングロードや運動施設、それらを拠点とした総合型地域スポーツクラブなどの身近に運動に親しむことができる環境、③敷地内禁煙を行っている施設、④同じ健康課題を持つ者の仲間づくり、⑤日常的な健康情報の提供などが整備される必要がある。国や地方公共団体においても、これらの取組みが推進されるよう環境整備に積極的に関与することが求められる。また、これらのポピュレーションアプローチによる健康的な環境づくりとともに、健診後の保健指導においても、地域の住民組織や団体、健康増進施設や労働者健康保持増進サービス機関などの健康づくりに資する社会資源を積極的に活用することが望ましい。

（７）地域・職域におけるグループ等との協働

糖尿病等の生活習慣病の予備群に対する保健指導とは、対象者が自らの生活習慣における課題を認識し、対象者が主体的に健康に向けて行動変容できるよう支援することである。特に、糖尿病等の生活習慣病の予備群に対する保健指導は、生活環境、労働環境等と関連づけて実施することが必要である。

地域・職域には、生活習慣病に関する自助グループや健康づくり推進員等の組織化されたグループが存在する場合があります、このようなグループの把握や育成に努め、健診や保健指導の機会に周知することが重要である。

グループに所属する地域住民・労働者は、保健指導対象者と同じ、あるいは類似した生活環境や労働環境にある。

そのため、対象者の行動変容への課題を共有化し、課題解決のための行動につい

て共に考え、保健行動²の継続について支援できる環境となりうる。また、これらのグループは、地域・職域の集団の健康課題を解決するためのポピュレーションアプローチに寄与する活動を展開している例も多い。

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

このため、地域の保健指導実施者は、糖尿病等の生活習慣病の予備群に対する保健指導においても、地域のソーシャルキャピタルを活用し、地域の組織化されたNPOなどのグループ等と協働し、対象者を支援することが重要である。

また、職域においては、事業主や上司が職場の健康づくりの推進に熱心な場合には、取組みが促進されて保健指導の成果も現れやすいため、事業主及び職制などのラインを活用して保健指導の効果を上げることも必要である。

（８）保健指導プログラムの標準化とは

糖尿病等の生活習慣病の予備群に対する保健指導は、個人の生活行動、行動の背景にある健康に対する認識、そして価値観に働きかける行為である。そのため、保健指導実施者には、対象者に合わせた支援方法を面接しながら選択し実践する能力が求められる。このため、保健指導の実践過程は個々人に応じて千差万別であり、この部分を標準化することは困難であるが、保健指導技術として概念化が図られてきている部分については、一定の整理が可能である。

そこで、保健指導プログラムのプロセス、保健指導として行うべき内容、保健指導の頻度や方法、体制などについて、効果があったと考えられる保健指導の事例を基にして、保健指導プログラムの標準化を図ることとした。

保健指導は、基礎学問である医学や公衆衛生学の発展により変化するものであり、また、指導方法は行動科学、看護学、栄養学、運動科学、疫学・生物統計学、教育学等の研究成果によっても変化するものである。このため、保健指導プログラムの標準化については、常に関連する学問の研究成果を確認しつつ改訂していくことが求められる。

² 保健行動：健康の回復、保持、増進に係る全ての行動。

第2章 保健事業（保健指導）計画の作成

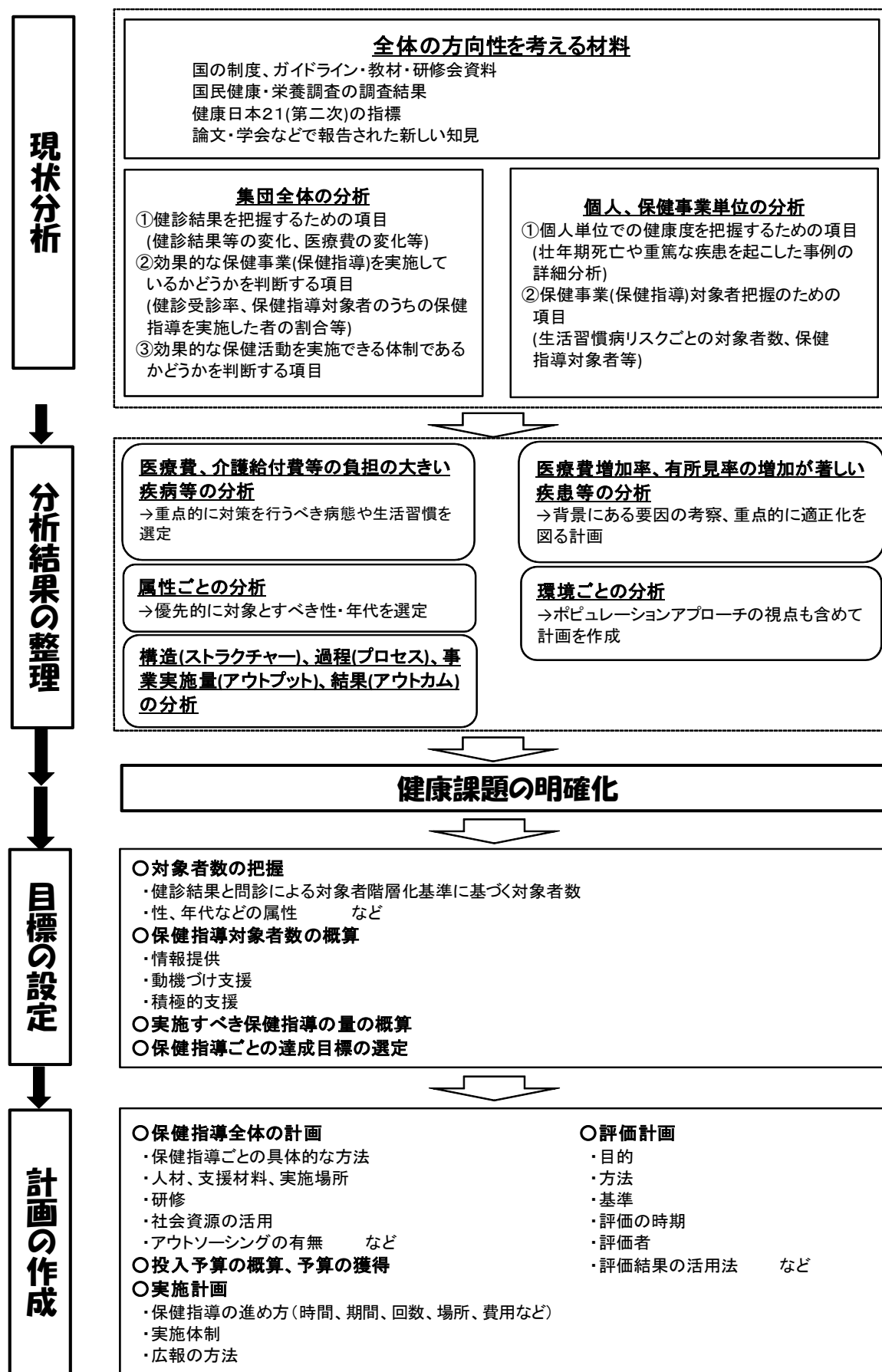
2-1 保健事業（保健指導）計画作成の進め方

保健事業（保健指導）計画の作成は、次のような流れで行う。

- ① 各種データから集団全体の分析と個人、保健事業の単位の分析を行い、その集団における優先すべき健康課題を明確にする。
- ② ①において明らかになった健康課題を解決するために、優先順位を考慮した上で、保健指導目標として達成すべき目標や数値目標を設定する。
- ③ ②において設定した目標を具体的に達成するために、保健事業（保健指導）の方法、実施、評価について計画を作成する。

※ 図1の保健事業（保健指導）計画作成の進め方を参照。

図1 保健事業（保健指導）計画作成の進め方



2-2 現状分析

(1) 分析が必要な理由

保健事業（保健指導）計画を作成するためには、まず、現状を正確に把握し分析することが重要である。

第一の理由としては、対象者の所属する地域・職域などの集団全体の健康課題を分析することにより、その集団においてどのような生活習慣病対策に焦点を当てるのかということと、優先すべき健康課題を把握し、保健事業全体の目標を設定するためである。このことは、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチ全てを含んだ生活習慣病予防対策の全体像を見据え、社会資源を有効に活用しながら保健事業を組み立てていくことにつながる。また、社会保障制度が持続可能となるよう、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の割合や、医療費を分析することにより医療費の増大の原因を明らかにしたり、健診データやレセプトデータと介護保険データ（要介護度データ等）との突合を行うことにより要介護状態に至る要因を解明したりすることが重要となる。

第二の理由として、対象者の的確な把握を行うことにより、対象者に合った効果的・効率的な保健事業（保健指導）を行うことが挙げられる。さらに、保健指導対象者数を概算することができるため、投入する人的資源や予算を計画することができる。また、反対に、決められた予算の中で効率的に保健指導を行う計画（支援方法、優先順位などの検討）を作成することができる。

(2) 分析すべき項目

現状分析は、「集団全体の分析」と「個人、保健事業の単位の分析」の双方から実施する。「集団全体の分析」と「個人、保健事業の単位の分析」は密接な関係があるため、計画作成に当たっては情報の共有化を図らなければならない。

集団全体の分析項目としては、①健診結果等の変化、生活習慣病の有病率、医療費の変化、要介護認定の状況、死亡率等の健康課題を把握するための項目、②健診受診率、保健指導対象者のうちの保健指導を実施した者の割合等の効果的な保健事業（保健指導）を実施しているかどうかを判断する項目、③保健・医療提供体制、保健指導実施者に対する研修体制と研修実施状況等の効果的な保健活動を実施できる体制にあるかどうかを判断するための項目が挙げられる。

個人、保健事業の単位の分析項目としては、①個人単位での健康度を把握するための項目、②保健事業（保健指導）対象者把握のための項目、③保健事業（保健指導）の効果を把握するための項目が挙げられる。

平成20年度以降は特定健診データの蓄積、さらにはレセプトデータの電子化等の推進もあって、健康課題の分析や集団としての保健事業評価が実施しやすくなっている。国や都道府県、国保中央会等の公表する全国・県別、市町村別データと、各保険者等におけるデータの比較等により集団の特性を明らかにしたり、数値の経年変化を追跡したりすることにより、保健事業の目標設定や修正、進捗管理を行うことが可能となっている。

なお、表1「集団全体の分析項目」と表2「個人、保健事業の単位の分析項目」を参考として例示する。

(3) 分析の方法と保健事業（保健指導）計画への活用

現状分析に当たっては、基準の統一、比較可能性等に留意して行う必要がある。また、分析結果については、医療費、対象の属性、環境などの観点からさらに解析を行い、その結果を整理する。そして、対象集団の健康課題、保健指導の効果が期待される対象者集団及び方法等を明らかにして、その課題解決に向けた保健事業（保健指導）計画を策定するための基礎資料を作成する。

基礎資料には、次のような分析結果を整理することが考えられる（第4編第3章参照）。

① 「医療費などの負担の大きい疾病等の分析」（様式1-1、1-2、2-1、2-2、3-1～7）

重点的に対策を行うべき病態や生活習慣を選定する。他に、透析導入原因疾患等の分析も健康課題の抽出に役立つ。

② 「医療費増加率、有所見率の増加が著しい疾病等の分析」（様式1-1、1-2、2-1、2-2、3-1～7）

背景にある要因（生活習慣、環境の変化など）を考察し、重点的に適正化を図るための計画を立案する。

③ 「属性ごとの分析」

優先的に対象とすべき性別・年代を選定し、対象となるそれぞれの属性（働き盛り（管理職、営業職等）、育児中の親など）に受け入れやすい保健事業を計画する。

④ 「環境（地域・職場）ごとの分析」

重点的に対策を行うべき対象を選定し、その地域・職場の共通の生活習慣に関連する問題についてはポピュレーションアプローチの視点も含めて計画を作成する。

⑤ 「ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果）の分析」

ストラクチャー（構造）・プロセス（過程）・アウトプット（事業実施量）・アウトカム（結果）間の関連性について分析する。保健事業の実施により、健康課題の改善が図られているかどうかを検討する。不十分な場合には保健事業の見直し、または他の影響する要因について分析する（第4章参照）。

なお、市町村においては、要介護原因疾患（性別・年齢別）等について、国保部門・衛生部門・介護部門の担当が合同して保有している各種データを分析・評価することにより、保健事業全体を俯瞰した戦略の検討及び体制整備に資することができる。

表1 集団全体の分析項目（例）

	把握の時期		
	計画作成時から把握可能	事業実施後に把握可能	事業の最終的な評価で把握可能
①健康課題把握のための項目			
死亡率	○		
死亡率の変化			○
標準化死亡率	○		
標準化死亡率の変化			○
要介護者等の割合(*)	○		○
要介護者等の割合の変化(*)			○
要介護状態の原因疾患(*)	○	(○)	○
レセプト	○		
(特に生活習慣病関連医療費・疾患名)		○	
医療費の変化			
生活習慣病の患者数	○		
健診結果等の変化	(○)	○	
生活習慣の状況	(○)	○	
生活習慣の変化			○
その他分析に必要な項目			
②効果的な保健事業（保健指導）の実施状況を判断するための項目			
保健指導対象者のうち、「動機づけ支援」、「積極的支援」を実施した者の割合		○	
保健指導を実施した者のうち、行動変容のステージ（準備状態）が改善した者の割合		○	
生活習慣病により高額医療費を受けている者の割合	(○)		
生活習慣病により長期入院している者の割合	(○)		
人工透析を受けている者の割合	(○)		
受診勧奨された対象者のうち、保健指導又は治療を受けた者の割合	(○)	○	
生活習慣病の治療中断者の割合	(○)	○	
効果的で常に運営可能な内容の提供状況	(○)	○	
生活習慣改善指導を希望する者の効果的な保健事業へのアクセス状況		○	
その他分析に必要な項目			
③効果的な保健事業（保健指導）を実施できる体制であるかどうかを判断するための項目			
保健・医療提供体制(人的資源、施設等)	(○)	○	
保健指導実施者に対する研修体制と研修実施状況	(○)	○	
保健指導のための支援材料等の開発	(○)	○	
活用可能な社会資源の状況	(○)	○	
その他分析に必要な項目			

(*)：市町村においては、要介護原因疾患（性別・年齢別）等について、国保部門・衛生部門・介護部門の担当が合同して分析・評価することが望ましい項目

表2 個人、保健事業の単位の分析項目（例）

	把握の時期		
	計画作成時から把握可能	事業実施後に把握可能	事業の最終的な評価で把握可能
①個人単位での健康度を把握するための項目 壮年期死亡や重篤な疾患を起こした事例 その他分析に必要な項目	(○)	○	
②保健事業（保健指導）対象者把握のための項目 「健診結果等リスク判定表」に基づく生活習慣病リスクごとの対象者数 保健指導対象者数（「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」） その他分析に必要な項目	(○) (○)	○ ○	
③これまでの保健事業（保健指導）の効果の項目 （集団全体） 生活習慣改善の意欲等主観的な指標の変化 生活習慣の変化 健診結果の変化 医療費の変化 その他分析に必要な項目 （事業） 医療費に対する効果 苦情・トラブルの件数、対応状況 費用対効果 委託件数 その他分析に必要な項目	(○) (○) (○) (○) ○	 ○ (○)	 ○ ○

2-3 保健事業（保健指導）の目標設定

（１）保健事業全体の目標設定

保健事業の目標設定は、前節の現状分析に基づき優先課題を掲げるものであるが、医療保険者の保健事業に対する考え方を示すという意味もあり、どのような目標を掲げるかは、重要な判断を要するものである。

優先課題は糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群を減少させることに寄与するものであることは前提であるが、医療保険者としての集団全体の健康問題の特徴を健診データ、レセプトデータ、介護保険データ等に基づく現状分析から明らかにし、その課題のうち、糖尿病等の生活習慣病対策に最も効果が期待できる課題を重点的に対応すべき課題として目標に掲げる必要がある。

優先課題のうち目標として掲げる内容の選定は、目標を達成するための現実的な手段が明らかであることや、そのための費用、人的資源、施設の保健事業の実施体制が可能であるかなど、総合的に判断し、目標を設定することが必要である。

平成20年度に特定健診・特定保健指導制度が開始されてから収集・蓄積された健診や保健指導のデータの分析結果を踏まえ、保健事業全体の目標を変えていくことも必要である。

また、目標は抽象的な内容ではなく、例えば「糖尿病の有病者を**%に減少させる」など、できる限り数値目標とし、事業終了後の評価ができる目標を設定することが必要である。

（２）保健指導レベル毎の目標設定

対象者を正確に把握するために、医療保険者は、40歳から74歳までの全対象者のうち、糖尿病等の生活習慣病の予備群は、対象者の選定・階層化を行い、保健指導レベル別対象者数の概数を算出することで、保健指導にかかる事業全体のボリュームを把握し、対象者数の目標を設定する（全対象者から生活習慣病による受療者を除いた対象について、前年度の健診結果を判定基準に投入、各保健指導レベル別の対象人数の概数を算出する）。なお、治療中の者について、主治医又は産業医からの紹介がある場合は、主治医又は産業医と連携を図り、その指導のもとに保健指導を実施する。また、治療を中断している者については、受診勧奨を行う必要がある。

保健指導を実施する際には、「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」の各保健指導レベルについては、例えば下記を参考に指導目標を設定する必要がある。なお、数値目標は、健診結果の変化、アンケート調査等に基づくものとする。

① 「情報提供」のみの対象者

特定保健指導対象者の階層化の結果、「情報提供」のみの対象者は、以下のア～エに分類することができる。

ア 検査データの異常がほとんどなく、生活習慣も問題がない者

イ 検査データの異常はほとんどないが、喫煙習慣、食事習慣・運動習慣などの

生活習慣の問題がある者

ウ 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

エ 服薬中であるために、特定保健指導の対象とはならない者

「情報提供」のみの対象者に対する保健指導については、医療保険者が行う法定報告の義務はないが、メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少や医療費適正化に資するため、市町村等の各医療保険者等は下記の指標を参考にして目標を設定することが望ましい。

対象アについては、

- ・健診結果を正常範囲のまま維持し、悪化しない。
- ・「動機づけ支援」「積極的支援」対象への移行率を〇%以下とする。
(この数値は性別・年代別に各医療保険者で設定)

対象イについては、

- ・健診結果が悪化しない。
- ・生活習慣の問題点を自覚し、生活習慣が一つでも改善する。

対象ウについては、

- ・健診結果が改善する。
- ・保健指導実施率が向上する。

対象エについては、

- ・コントロール状況が良好である。
- ・受診が継続する。

② 「動機づけ支援」の対象者

- ・健診結果が改善するか、または悪化しない。
- ・メタボリックシンドローム予備群では腹囲の減少をめざす。
- ・「積極的支援」対象への移行率を〇%以下とする。
(この数値は性別・年齢別に各医療保険者で設定)

③ 「積極的支援」の対象者

- ・健診結果が改善する。
- ・メタボリックシンドロームでは腹囲、危険因子の減少をめざす。
- ・保健指導対象者の〇割以上の人において、判定の改善をめざす。
- ・「受診勧奨」レベルへの移行率を〇%以下とする。

(3) 保健指導の対象者の優先順位にかかる基本的な考え方

糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群を減少させるためには、効果的・効率的な保健指導の実施が必要である。そのため、健診データやレセプトデータ等も参考に保健指導対象者に優先順位をつけて、最も必要な、そして予防効果が大きく期待できる対象を選定して保健指導を行う必要がある。例えば、保健指導の対象者の優先順位のつけ方としては、下記の方法が考えられる。

- 年齢が比較的若い対象者
- 健診結果に基づく保健指導レベルが情報提供レベルから動機づけ支援レベル、動機づけ支援レベルから積極的支援レベルに移行するなど、健診結果が前年度と比較して悪化し、より緻密な保健指導が必要になった対象者
- 第2編第2章別紙3の質問項目（標準的な質問票8～20番）の回答により、生活習慣改善の必要性が高いと認められる対象者
- 前年度、積極的支援及び動機づけ支援の対象者であったにもかかわらず保健指導を受けなかった対象者

2-4 保健事業（保健指導）計画作成

目標を達成するために、保健指導全体、実施、評価について具体的な計画を作成することが望ましい。

（1）保健指導全体の計画

「情報提供」、「動機づけ支援」及び「積極的支援」別の具体的な方法、保健指導実施者、支援材料、記録方法、実施場所、保健指導実施者研修などを検討する。これらの状況や既存の社会資源等を総合的に判断して、アウトソーシングの必要性について検討する。

また、前年度までの評価（実施状況・効果・問題点など）を踏まえ、より効果的で波及性、継続性のある内容となるよう心がける。さらに、保健指導全体の計画にあたっては、これまでの計画を踏襲するのではなく、毎回、よりよいものを作成することをめざす。

（2）実施体制に関する計画

実施の計画については、健診から保健指導まで円滑に実施できるように保健指導の進め方、実施体制、広報の方法等に留意して作成することが必要である。また、実施計画に合わせて予算を計上し、確定した予算に合わせ、実施計画の見直し、対象者の選定方法の見直しを行う。

① 保健指導の進め方

「情報提供」及び「動機づけ支援」並びに「積極的支援」の初回面接は、健診結果の返却時にあわせて実施するなど、参加者の負担を軽減し、参加しやすくなる方法を計画する。

特に、「動機づけ支援」や「積極的支援」の初回面接については、対象者の性別・年代・職業、生活環境等の社会背景を考慮し、参加しやすい時間帯、場所等を設定することや対象者が関心を持つような方法を考慮する。

② 実施体制

保健指導の実施に当たっては、効果・効率を考え、最適な実施体制を検討する。保健指導に関わる関係者会議を行い、支援方法の標準化、安全管理、媒体、支援材料、記録や個人情報の管理方法などを徹底する。健診から保健指導までの作業工程を検討し、健診実施日から保健指導までの期間を短縮することに努力すべきである。

外部講師や外部機関と連携して事業を実施するときには、事業の目的と評価法、対象者の状況などを十分に理解してもらうよう、事前の調整を十分に行う。また、実際の参加者の情報についても共有化しておくことが重要である。

保健指導のアウトソーシングを行う場合は、委託業務の範囲や責任を詳細にわたって明確にしておく。

③ 周知方法

健診・保健指導の在り方や保健指導の目的、内容、効果等について、地域住民や職員全員に十分周知しておく。また、地域住民や職員への周知がポピュレーションアプローチとしての意味合いも持つことを考慮して効果的に行う。さらに、保健指導対象者が積極的に参加できるよう、対象者の属性に合わせた実施方法を検討する。特に被扶養者については、周知が徹底されるように配慮することが望ましい。

また、職域では、事業所における労働者の健康づくりに対する意識によって保健指導への取組みの差が大きいため、保健指導の実施について事業所の協力を得ることが有効である。

なお、個々の対象者に対する計画については、第3編第3章に記載する内容を踏まえ、個別に計画を作成する。

(3) 評価計画

糖尿病等の生活習慣病の予備群等に対する保健指導の効果を明確に示していくためには、保健指導をPDCAサイクルで計画から見直し・改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが期待できる。

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用法について、計画の段階から明確にしておく。また、評価計画については、企画部門及び保健事業部門の両者で作成・共有化し、評価結果のうち、公表するものを明確にしておく。

アウトソーシングをする場合は、委託先にも評価計画を明示する。

第3章 保健指導の実施

3-1 基本的事項

(1) 標準的な保健指導プログラムについて

糖尿病等の生活習慣病の予備群等に対する保健指導とは、対象者の生活を基盤とし、対象者が自らの生活習慣における課題に気づき、健康的な行動変容の方向性を自らが導き出せるように支援することである。保健指導の重要な点は、対象者に必要な行動変容に関する情報を提示し、自己決定できるように支援することであり、そのことによって、対象者が健康的な生活を維持できるよう支援することである。

本プログラムでは、現段階で考えられる、最低限実施すべき保健指導と望ましい保健指導について記載する。

保健指導の要件については、引き続き、保健指導実施機関による多種多様な保健指導の実績・成果を蓄積・分析する中で、最低限実施すべき要件の評価を行うとともに、有効な保健指導の要件を整理していく。

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

このため、本プログラムについても、保健指導の実施状況を踏まえ、今後必要に応じて見直しを検討していく。

(2) 対象者ごとの保健指導プログラムについて

保健指導プログラムは、対象者の保健指導の必要性の度合いに応じて、「情報提供」のみ、「動機づけ支援」、「積極的支援」に区分されるが、各保健指導プログラムの目標を明確化した上で、サービスを提供する必要がある。

「情報提供」とは、対象者が生活習慣病や健診結果から自らの身体状況を認識するとともに、健康な生活習慣の重要性に対する理解と関心を深め、生活習慣を見直すきっかけとなるよう、健診結果の提供にあわせて、個人の生活習慣やその改善に関する基本的な情報を提供することをいう。情報提供には、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させること、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させることなどの情報が盛り込まれることが望ましい（第2編第2章2-2参照）。また、対象者の状況に応じて、重症化防止の観点から、後日改めて対面等により直接支援を行うことも考えられる。

「動機づけ支援」とは、対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善のための自主的な取組みを継続的に行うことができるようになることを目的として、医師、保健師又は管理栄養士の面接・指導のもとに、対象者が行動計画を策定し、医師、保健師、管理栄養士又は栄養指導若しくは運動指導に関する専門的知識及び技術を有する者^{*1}^{*2}が生活習慣の改善のための取組みに係る動機づけに関する支援を行うとともに、計画の策定を指導した者が、計画の実績評価（計画策定の日から6か月以上経過後に行う評価をいう。）を行う保健指導をいう。

「積極的支援」とは、対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善のための自主的な取組みを継続的に行うことができるようになることを目的として、医師、保健師又は管理栄養士の面接・指導のもとに行動計画を策定し、医師、保健師、管理栄養士又は栄養指導若しくは運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者が生活習慣の改善のための、対象者による主体的な取組みに資する適切な働きかけを相当な期間継続して行うとともに、計画の策定を指導した者が、計画の進捗状況評価（中間評価）と計画の実績評価を行う。なお、計画の中間評価や実績評価を行う者は、同一機関内であって、組織として統一的な実施計画及び報告書を用いるなど、保健指導実施者間で十分な情報共有がなされているならば、初回面接で計画の策定を行った者以外の者が実施しても差し支えない。

「積極的支援」の実施に関しては、対象者の保健指導の必要性に応じてさまざまな手段や内容を組み合わせながら支援プログラムを展開し、多職種・他機関が支援を行う場合には、適宜、保健指導実施者間で関係者会議を開催し、対象者の課題や目標を共有して支援を行う必要がある。

また、支援プログラムの提供に際しては、既存の保健事業との組み合わせや社会資源の活用、地域又は職域で行われている健康づくりのためのポピュレーションアプローチとも関連づけていくことが重要である。

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

※1 栄養指導に関する専門的知識及び技術を有する者【平成19年厚生労働省告示第10号、平成20年3月10日付け健発第0310007号・保発第0310001号】

- ① 看護師、栄養士、歯科医師、薬剤師、助産師、准看護師、歯科衛生士であって、告示に定める内容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追加研修を受講した者

※2 運動指導に関する専門的知識及び技術を有する者【平成19年厚生労働省告示第10号、平成20年3月10日付け健発第0310007号・保発第0310001号】

- 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、告示に定める内容の運動指導担当者研修を受講した者
- ② 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追加研修を受講した者

(3) 保健指導の実施者

保健指導は、医師、保健師、管理栄養士が中心となって担うこととする。

「動機づけ支援」及び「積極的支援」において、①初回の面接、②対象者の行動目標・支援計画の作成、③保健指導の評価に関する業務を行う者は、医師、保健師、管理栄養士であること。ただし、これまで医療保険者や事業者において看護師による保健事業がなされてきた実態を踏まえ、平成25年度からの5年間においても、引き続き、一定の保健指導の実務経験のある看護師が行うことも可能とする。

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

保健指導において、禁煙支援を行う場合には、禁煙支援には、禁煙補助剤の活用が有効であることから医師、薬剤師と連携するなど、保健指導の内容や対象者の心身などを考慮し、他職種との連携を図ることが望ましい。

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

さらに、保健指導を実施する者は、保健指導のための一定の研修（「健診・保健指導の研修ガイドライン」Ⅴ 実践者育成研修プログラム）を修了していることが望ましい。

(4) 「情報提供」に活用するための質問票

健診時に行う生活習慣に関する質問票は、「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」の保健指導を実施する際に活用することができる。

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

なお、健診時の質問票は受診者全員に行うことから、できる限り科学的根拠のある項目数に絞り、また、簡潔な表現としている。

(5) 「動機づけ支援」「積極的支援」に必要な詳細な質問票の項目

「動機づけ支援」、「積極的支援」の実施に当たっては、保健指導対象者の生活習慣及び行動変容のステージ（準備状態）を把握し、どのような生活習慣の改善が必要なのかをアセスメントする必要があることから、詳細な質問票を使用することが望ましい。

詳細な質問票は、対象者自身が自分の生活習慣を振り返るきっかけとするほか、対象者の生活習慣の変化が把握できることから、生活習慣改善の評価にも活用できる。詳細な質問票の例としては、次のような項目が考えられる。

① 食生活習慣

食事の時間帯、回数、内容、量及び間食や外食の習慣、よく噛む習慣（咀嚼^か回数や噛みごたえのある食品の摂取状況等）、主たる調理者などを把握する。

② 身体活動状況

身体活動の種類、強度、時間、回数等を把握する。

③ 運動習慣

日常的に実施している運動の種類、頻度、1日当たりの実施時間等、運動習慣の有無と程度に関する情報を把握する。

④ 休養・睡眠

休養の取り方、睡眠の質、睡眠時間などの状況を把握する。

⑤ 飲酒状況

飲酒量、頻度など飲酒の状況を把握する。

⑥ 喫煙状況

現在及び過去の喫煙や禁煙状況等を把握する。

⑦ 健康意識・知識

対象者の健康観や健康管理に関する知識（自らの健康の保持・増進のために取り入れている食事や運動習慣等のもとになる知識）などを把握する。

⑧ 生活習慣改善に関する行動変容のステージ（準備状態）

生活習慣に関する行動変容のステージ（準備状態）を把握する。

⑨ 過去にとった保健行動

健康のために、過去に何か実施したことがあるか把握する。

⑩ 治療中の疾病等

標準的な質問票等で把握できない生活習慣病等の疾病や妊娠糖尿病、妊娠高血圧症候群（以前の「妊娠中毒症」）^{*}などの既往の有無及び医師からの生活習慣に関する指示や制限を把握する。

⑪ その他

仕事の内容、勤務時間、家族の状況、ストレスの有無や対処方法などについて把握する。

※ 妊娠糖尿病や妊娠高血圧症候群と診断された女性は、出産後、一旦は検査値が基準範囲内に戻っても、数年を経た後に糖尿病や高血圧を発症しやすいことが分かっている。したがって、これらの啓発について市町村の母子保健部門と連携を行うことも有効である。

○ 妊娠糖尿病だった場合、正常血糖の妊婦に比べて7.4倍、糖尿病になるリスクが高いことが国際的なメタアナリシスで報告されている。【出典】Bellamy, et al., Lancet, 373: 1773-9, 2009

- 妊娠中に、妊娠糖尿病を来した場合、妊娠糖尿病と診断された女性は、出産後5年で約20%が、出産後10年で約30%が糖尿病と診断されている。また、出産5年後の高血圧有病率を見ると、妊娠時に正常血圧だった人の高血圧有病率が35人に1人だったのに対し、妊娠中に妊娠高血圧症候群と診断された人では5～6人に1人であった。【出典】平成23年度厚生労働科学研究費補助金「女性における生活習慣病戦略の確立—妊娠中のイベントにより生活習慣病ハイリスク群をいかに効果的に選定し予防するか（研究代表者：北川道弘）」平成23年度総括・分担研究報告書

※ 行動変容ステージとは、行動変容に対する準備段階のことで、次の5つのステージに分けられる。面接等においてステージを把握し、ステージごとに支援方法を変え、ステージが改善していけるように支援する。

無関心期：6か月以内に行動変容に向けた行動を起こす意思がない時期

関心期：6か月以内に行動変容に向けた行動を起こす意思がある時期

準備期：1か月以内に行動変容に向けた行動を起こす意思がある時期

実行期：明確な行動変容が観察されるが、その持続がまだ6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

（6）保健指導の際に活用する支援材料(学習教材集・保健指導事例集)

保健指導の実施にあたっては、支援のための材料、学習教材等を整備することが必要であるが、これらは、各学会のガイドライン等を踏まえた常に最新の知見、情報に基づいたものにしていくことが重要であり、常に改善が必要である。

また、支援のための材料等は、対象者に対するもののみでなく、保健指導を担当する者に対するものも必要となる。さらに、それぞれ支援のための材料等は何を目指して使用するのかということを明らかにしてわかりやすくまとめていくことと、地域の実情や職域の状況に応じた工夫をしていくことが重要となる。

① アセスメントに関する支援材料

対象者の課題の明確化のために、身体状況、生活習慣、生活環境、健康に関する意識、家族の状況、仕事の状況等についてアセスメントを行うための材料である。

② 行動目標設定のための支援材料

行動目標を設定し、評価をしていくための材料である。

③ 知識の提供・生活習慣改善のための支援材料（学習教材）

生活習慣病やメタボリックシンドロームに関する知識、生活習慣に係る意識啓発や実際に生活習慣を改善するための具体的な方法を提供するための材料である。

④ 自己実践を支援するための支援材料（特に継続的に支援するための材料）

対象者が設定した行動目標の達成のために活用する実践状況の記録、通信による支援等のための材料である。

⑤ 保健指導実施者用の材料

保健指導を担当する職員間で支援内容、実施内容、個別相談や集団教室の実施方法や実施状況の記録等に関する材料である。

(7) 記録とデータ管理

保健指導の記録の意義として、次の4点があげられる。

- a 対象者の状況が経時的に把握ができること
- b 経時的な結果から保健指導の評価ができること
- c 他の保健指導を担当する者と情報を共有できること（担当者が変更となっても継続的な支援が可能）
- d 対象者本人の要求があれば閲覧可能とすること

内容は、個々の対象者ごとに目標、モニタリングすべき指標（検査データ、具体的な行動など）、個別支援やグループ支援等で提供したサービスと対象者の状況等に加えて、行動変容に対する本人の意欲（可能であれば本人の言葉で記録する）、本人が「支援者」に期待していることの記録も必要である。

なお、これらの内容には、定量的に記録する内容と定性的に記録する内容があるが、両者とも必要な内容であるため、定性的な記録の内容については、簡潔にかつ明確に記載していくことが重要となる。

また、これらの記録は、保健指導の支援期間中だけでなく、翌年以降の保健指導や対象者選定にも活用されるものであり、経年的な管理体制を整えることが望ましい。

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

健診結果及び保健指導の記録の管理にあたっては、管理すべきデータ、整理すべきデータを決定し、可能な限り、データベースを作成して管理することが望ましい。特定保健指導における保健指導結果の保存年限の基本的考え方、具体的な保存年限は、特定健診と同様である（第2編第5章5－4参照）。

3-2 「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」の区分について

保健指導は健診受診者全員に対して行うが、健診結果及び質問項目から生活習慣病のリスクの数に基づいて階層化し、保健指導の必要性の度合いに応じて「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」に区分して実施する。（※）

これらの保健指導がめざすところは、対象者の行動変容とセルフケア（自己管理）ができるようになることであるが、それぞれの保健指導では、生活習慣改善の必要性や行動変容のステージ（準備状態）等から、具体的な支援内容や方法・頻度等が異なっている。

※ 「情報提供」は、高齢者医療確保法第 24 条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、生活習慣を改善又は維持していくことの利点を感じ、対象者の行動変容を促す動機づけを目的として行うべきである。その上で、医療機関への受診や継続治療が必要な対象者には受診や服薬の重要性を認識させること、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させることなどの情報が盛り込まれることが望ましい。

3-3 支援の際の留意事項

対象者の保健行動が定着するよう一定の期間継続して支援を行うため、対象者が参加しやすい条件を整える。

- 対象者によっては、携帯電話やパソコン等の ICT などを活用し、効率的な支援を工夫すると良い。
- いくつかの支援手段（メニュー）を組み入れ、対象者の状況や要望に応じてメニューを選択できる等、柔軟な仕組みとすることを考える。
- プログラムには、食生活や運動などの実習・講習会などを取り入れ、対象者が自分の生活習慣に気づき、改善できるものが有効である。
- また、個別支援のみでなく、グループ支援により、参加者同士の交流を図り、グループダイナミクスを活用して対象者の自己効力感を高めることも重要である。

3-4 保健指導の実施内容

(1)「情報提供」

① 目的（めざすところ）

対象者が健診結果から、自らの身体状況を認識するとともに、生活習慣を見直すきっかけとする。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。

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

④ 支援内容

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

○ 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づけを行うことが重要である。なお、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理解してもらうためのきめ細かな情報提供を行うことによって、自分の健康リスクを適切に認識している者の増加や、保健指導を拒否する者や医療機関を受診せずに放置する者の減少等、対象者のやる気を起こすことができたという研究結果が出ている。

○ 健診結果や質問票から、特に問題とされることがない者に対しては、健診結果の見方や健康の保持増進に役立つ内容の情報を提供するとともに、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。

a 健診結果

健診の意義（自分自身の健康状態を認識できる機会、日頃の生活習慣が健診結果に表れてくる等）や健診結果の見方（データの表す意味を自分の身体で起きていることと関連づけられる内容）を情報提供する。また、健診結果の経年変化をグラフ等によりわかりやすく示し、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ことや、食事バランスガイドや運動指針等に基づいた食生活と運動習慣のバランス、

料理や食品のエネルギー量、生活活動や運動によるエネルギー消費量等について、質問票から得られた対象者の状況にあわせて具体的な改善方法の例示などを情報提供する。一方で、対象者個人の健康状態や生活習慣から、重要度が高く、取り組み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。

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なども提供する。

- 医療機関への受診や継続治療が必要な対象者については、受診や服薬の重要性を認識してもらえよう工夫する。

⑤ 支援形態

対象者や医療保険者の特性に合わせ、支援手段を選択する。主な手段としては、次のようなものが考えられる。

- ・ 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。

⑥ 特定保健指導非対象者について

階層化の結果、特定保健指導の対象には該当せず、「情報提供」のみとなった対象者については、この機会が健康に関して動機づけを行いう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の発症リスクが高まること等に留意し、特に以下の者に対しては、生活習慣の改善指導など、必要な支援を直接行うことが望ましい。

- ・ 検査データの異常はほとんどないが、喫煙や食事・運動習慣などに問題があり、体重が増加しつつある者
- ・ 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関わらず、医療機関受診をしていない者
- ・ 服薬中であるがコントロール不良の者

(2)「動機づけ支援」

① 目的（めざすところ）

対象者への個別支援又はグループ支援により、対象者が自らの生活習慣を振り返り、行動目標を立てることができるとともに、保健指導終了後、対象者がすぐに実践（行動）に移り、その生活が継続できることを目指す。

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、生活習慣を変えるに当たって、意思決定の支援が必要な者を対象とする。

③ 支援期間・頻度

原則 1 回の支援とする。

④ 支援内容

対象者本人が、自分の生活習慣の改善点・伸ばすべき行動等に気づき、自ら目標を設定し行動に移すことができる内容とする。

詳細な質問票において対象者の生活習慣や行動変容のステージ（準備状態）を把握し、対象者の生活習慣改善を動機づけるために次に示す支援を行う。

a 面接による支援

- 生活習慣と健診結果との関係の理解、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、対象者本人が生活習慣改善の必要性に気づき、自分のこととして重要であることを理解できるように支援する。
- 対象者本人が、生活習慣を改善するメリットと現在の生活を続けるデメリットについて理解できるように支援する。
- 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な支援をする。
- 対象者の行動目標や評価時期の設定を支援する。必要な社会資源を紹介し、対象者が有効に活用できるように支援する。
- 体重・腹囲の計測方法について説明する。
- 生活習慣の振り返り、行動目標や評価時期について話し合う。
- 対象者が行動目標・行動計画を策定できるように支援する。

b 6か月後の評価

- 6か月後の評価は、個別の対象者に対する保健指導の効果に関するものである。
- 設定した個人の行動目標が達成されているか、身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて評価を行う。
- 必要に応じてより早期に評価時期を設定し、対象者が自ら評価するとともに、保健指導実施者による評価を行う。
- なお、評価項目は対象者自身が自己評価できるように設定する。

⑤ 支援形態

a 面接による支援

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

b 6か月後の評価

- 6か月後の評価は、面接あるいは通信等を利用して行う。
- 6か月後の評価の実施者は、初回面接を行った者と同じの者とする。

を原則とするが、同一機関内であって、組織として統一的な実施計画及び報告書を用いるなど、保健指導実施者間で十分な情報共有がなされているならば、初回面接を行った者以外の者が評価を実施しても差し支えない。

(3)「積極的支援」

① 目的（めざすところ）

「動機づけ支援」に加えて、定期的・継続的な支援により、対象者が自らの生活習慣を振り返り、行動目標を設定し、目標達成に向けた実践（行動）に取り組みながら、支援プログラム終了後には、その生活が継続できることをめざす。

② 対象者

健診結果・質問票から、生活習慣の改善が必要な者で、そのために専門職による継続的できめ細やかな支援が必要な者。

③ 支援期間・頻度

3か月以上継続的に支援する。

④ 支援内容

詳細な質問票において対象者の生活習慣や行動変容のステージ（準備状態）を把握し、健診結果やその経年変化等から、対象者自らが自分の身体に起こっている変化への理解を促すとともに、対象者の健康に関する考えを受け止め、対象者が考える将来の生活像を明確にする。その上で、行動変容の必要性を実感できるような働きかけを行い、具体的に実践可能な行動目標を対象者が選択できるように支援する。具体的に達成可能な行動目標（対象者にできること）は何かについて優先順位をつけながら一緒に考え、対象者自身が選択できるように支援する。

支援者は対象者の行動目標を達成するために必要な支援計画をたて、行動が継続できるように定期的・継続的に介入する。

積極的支援期間を終了するときには、対象者が改善した行動を継続するように意識づけを行う必要がある。

a 初回時の面接による支援

● 動機づけ支援と同様の支援

b 3か月以上の継続的な支援

● 3か月以上の継続的な支援については、支援A（積極的関与）及び支援B（励まし）によるポイント制とし、支援Aのみで180ポイント以上、又は支援A（最低160ポイント以上）と支援Bの合計で180ポイント以上の支援を実施するものとする。

支援A（積極的関与タイプ）

- ・ 行動計画の実施状況の確認を行い、栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導を行う。
- ・ 中間評価として、取り組んでいる実践と結果についての評価と再アセスメントを行う。

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。

支援B（励ましタイプ）

- ・ 行動計画の実施状況の確認と行動計画に掲げた行動や取り組みを維持するために賞賛や励ましを行う。

c 6か月後の評価

- 6か月後の評価は、個別の対象者に対する保健指導の効果に関するものである。
- 設定した個人の行動目標が達成されているか、身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて評価を行う。
- 必要に応じてより早期に評価時期を設定し、対象者が自ら評価するとともに、保健指導実施者による評価を行う。
- 継続的な支援の最終回と一体的に実施しても差し支えない。
- 中間評価や6か月後の評価の実施者は、初回面接を行った者と同じの者とするを原則とするが、同一機関内であって、組織として統一的な実施計画及び報告書を用いるなど、保健指導実施者間で十分な情報共有がなされているならば、初回面接を行った者以外の者が評価を実施しても差し支えない。

⑤ 支援形態

a 初回時の面接による支援

- 動機づけ支援と同様の支援

b 3か月以上の継続的な支援

支援A（積極的関与タイプ）

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

支援B（励ましタイプ）

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

c 6か月後の評価

- 6か月後の評価は、面接又は通信等を利用して行う。

⑥ 支援ポイント

	基本的な ポイント	最低限の 介入量	ポイントの 上限
個別支援 A	5分 20 ポイント	10 分	1 回 30 分以上実施した場合 でも 120 ポイントまで
個別支援 B	5分 10 ポイント	5 分	1 回 10 分以上実施した場合 でも 20 ポイントまで
グループ支援	10分 10 ポイント	40 分	1 回 120 分以上実施した場合 でも 120 ポイントまで
電話 A	5分 15 ポイント	5 分	1 回 20 分以上実施した場合 でも 60 ポイントまで
電話 B	5分 10 ポイント	5 分	1 回 10 分以上実施した場合 でも 20 ポイントまで
e-mailA(e-mail、 FAX、手紙等)	1 往復 40 ポイン ト	1 往復	
e-mailB(e-mail、 FAX、手紙等)	1 往復 5 ポイント	1 往復	

⑦ 留意点

(支援ポイントについて)

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

(支援の継続について)

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

⑧ 積極的支援の例（表 3）

- 支援パターン 1（支援 A の個別支援と電話を組み合わせた例）
- 支援パターン 2（個別支援を中心とした例）
- 支援パターン 3（個別支援と電話を組み合わせた例）

d 支援パターン4（電話、e-mail を中心とした例）

⑨ 特定保健指導支援計画及び実施報告書の例

⑩ 行動計画実施状況把握のためのチェックリストの具体的な例

⑧ 積極的支援の例

表3

支援パターン1（継続的な支援において支援Aの個別支援と電話を組み合わせた例）

支援の種類	回数	時期	支援形態	支援時間 (分)	獲得 ポイント	合計ポイント		支援内容
						支援A ポイント	支援B ポイント	
初回 面接	1	0	個別支援	20				① 生活習慣と健診結果の関係の理解、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、対象者本人が生活習慣改善の必要性に気づき、自分自身のこととしてその重要性を理解できるよう支援する。 ② 対象者本人が、生活習慣を改善するメリットと現在の生活が続けるデメリットについて理解できるよう支援する。 ③ 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な支援をする。 ④ 対象者の行動目標や評価時期の設定を支援する。必要な社会資源を紹介し、対象者が有効に活用できるように支援する。 ⑤ 体重・腹囲の計測方法について説明する。 ⑥ 生活習慣の振り返り、行動目標や評価時期について対象者と話し合う。 ⑦ 対象者とともに行動目標・支援計画を作成する。
継続的 な支援	2	2週間後	電話A	10	30	30		① 生活習慣の振り返りを行い、必要があると認める場合は、行動目標・行動計画の再設定を行う（中間評価）。 ② 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な支援をする。
	3	1か月後	e-mail A	1	40	70		
	4	2か月後	個別支援A (中間評価)	10	40	110		
	5		e-mail A	1	40	150		
	6	3か月後	電話A	10	30	180		
評価	7	6か月後						① 身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて確認する。

支援パターン2（継続的な支援において個別支援を中心とした例）

支援の種類	回数	時期	支援形態	支援時間 (分)	獲得 ポイント	合計ポイント		支援内容
						支援A ポイント	支援B ポイント	
初回 面接	1	0	個別支援	20				① 生活習慣と健診結果の関係の理解、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、対象者本人が生活習慣改善の必要性に気づき、自分自身のこととしてその重要性を理解できるよう支援する。 ② 対象者本人が、生活習慣を改善するメリットと現在の生活を続けるデメリットについて理解できるよう支援する。 ③ 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な支援をする。 ④ 対象者の行動目標や評価時期の設定を支援する。必要な社会資源を紹介し、対象者が有効に活用できるように支援する。 ⑤ 体重・腹囲の計測方法について説明する。 ⑥ 生活習慣の振り返り、行動目標や評価時期について対象者と話し合う。 ⑦ 対象者とともに行動目標・支援計画を作成する。
継続的な支援	2	2週間後	電話B	5	10		10	① 生活習慣の振り返りを行い、必要があると認める場合は、行動目標・行動計画の再設定を行う（中間評価）。 ② 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な支援をする。 ③ 行動計画の実施状況の確認と行動計画に掲げた行動や取り組みを維持するために賞賛や励ましを行う。
	3	1か月後	個別支援A (中間評価)	20	80	80		
	4		e-mail B	1	5		15	
	5	2か月後	個別支援A	20	80	160		
	6	3か月後	e-mail B	1	5		20	
評価	7	6か月後						① 身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて確認する。

支援パターン3（継続的な支援において個別支援と電話を組み合わせた例）

支援の種類	回数	時期	支援形態	支援時間 (分)	獲得 ポイント	合計ポイント		支援内容
						支援A ポイント	支援B ポイント	
初回 面接	1	0	グループ 支援	80				① 生活習慣と健診結果の関係の理解、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、対象者本人が生活習慣改善の必要性に気づき、自分自身のこととしてその重要性を理解できるよう支援する。 ② 対象者本人が、生活習慣を改善するメリットと現在の生活を続けるデメリットについて理解できるよう支援する。 ③ 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な支援をする。 ④ 対象者の行動目標や評価時期の設定を支援する。必要な社会資源を紹介し、対象者が有効に活用できるように支援する。 ⑤ 体重・腹囲の計測方法について説明する。 ⑥ 生活習慣の振り返り、行動目標や評価時期についてグループメンバーと話し合う。 ⑦ 対象者とともに1人ずつ行動目標・支援計画を作成する。
継続的 な支援	2	2週間後	電話B	5	10		10	① 生活習慣の振り返りを行い、必要があると認める場合は、行動目標・行動計画の再設定を行う（中間評価）。 ② 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な支援をする。 ③ 行動計画の実施状況の確認と行動計画に掲げた行動や取り組みを維持するために賞賛や励ましを行う。
	3	1か月後	電話A	20	60	60		
	4		e-mail B	1	5		15	
	5	2か月後	電話A (中間評価)	20	60	120		
	6	3か月後	e-mail B	1	5		20	
	7		個別支援A	10	40	160		
評価	8	6か月後						① 身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて確認する。

支援パターン4（継続的な支援において電話、e-mailを中心とした例）

○受診勧奨者に保健指導を優先して行う場合には、個別支援が必要であり、継続的な支援においてこのパターンを用いることは望ましくない。

支援の種類	回数	時期	支援形態	支援時間 (分)	獲得 ポイント	合計ポイント		支援内容
						支援A ポイント	支援B ポイント	
初回 面接	1	0	個別支援	20				① 生活習慣と健診結果の関係の理解、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、対象者本人が生活習慣改善の必要性に気づき、自分自身のこととしてその重要性を理解できるよう支援する。 ② 対象者本人が、生活習慣を改善するメリットと現在の生活を続けるデメリットについて理解できるよう支援する。 ③ 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な支援をする。 ④ 対象者の行動目標や評価時期の設定を支援する。必要な社会資源を紹介し、対象者が有効に活用できるように支援する。 ⑤ 体重・腹囲の計測方法について説明する。 ⑥ 生活習慣の振り返り、行動目標や評価時期について対象者と話し合う。 ⑦ 対象者とともに行動目標・支援計画を作成する。
継続的 な支援	2	2週間後	e-mail B	1	5		5	① 生活習慣の振り返りを行い、行動計画の実施状況の確認や必要に応じた支援をする。 ② 中間評価を行う。 ③ 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な支援をする。 ④ 行動計画の実施状況の確認と確立された行動を維持するために賞賛や励ましを行う。
	3	1か月後	電話A (中間評価)	20	60	60		
	4		e-mail B	1	5		10	
	5	2か月後	e-mail A	1	40	100		
	6		電話B	5	10		20	
	7	3か月後	電話A	20	60	160		
評価	8	6か月後						① 身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて確認する。

⑨ 特定保健指導支援計画及び実施報告書の例

1 保健指導対象者名 利用券番号 <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>			2 保険者名 保険者番号 <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>																																						
3 保健指導機関名(番号)・保健指導責任者名 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">総轄保健指導機関名</td> <td style="width: 50%;">保健指導機関番号</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>		総轄保健指導機関名	保健指導機関番号																																						
総轄保健指導機関名	保健指導機関番号																																								
4 支援レベル <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> ☐ 動機づけ支援 </td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> ☐ 積極的支援 </td> <td></td> </tr> </table>		☐ 動機づけ支援		☐ 積極的支援																																					
☐ 動機づけ支援																																									
☐ 積極的支援																																									
5 保健指導コース名 <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td> </tr> </table>																																									
6 継続的支援期間 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%; text-align: center;">予定</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">支援期間</td> <td></td> </tr> </table>			予定	支援期間																																					
	予定																																								
支援期間																																									
7 初回面接による支援の支援形態・実施する者の職種 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%; text-align: center;">実績</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">支援形態</td> <td style="text-align: center;">個別 ・ グループ</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">実施する者の氏名</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">実施する者の職種</td> <td></td> </tr> </table>			実績	支援形態	個別 ・ グループ	実施する者の氏名		実施する者の職種																																	
	実績																																								
支援形態	個別 ・ グループ																																								
実施する者の氏名																																									
実施する者の職種																																									
8 継続的な支援の支援形態・ポイント <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th rowspan="8" style="width: 5%;">計画</th> <th style="width: 20%;">支援形態</th> <th style="width: 15%;">回数</th> <th style="width: 20%;">ポイント</th> <th colspan="2" rowspan="2">ポイント内訳</th> </tr> <tr> <td>個別A</td> <td style="text-align: center;">2 (回)</td> <td style="text-align: center;">160 (P)</td> </tr> <tr> <td>個別B</td> <td style="text-align: center;">0 (回)</td> <td style="text-align: center;">0 (P)</td> </tr> <tr> <td>グループ</td> <td style="text-align: center;">0 (回)</td> <td style="text-align: center;">0 (P)</td> </tr> <tr> <td>電話A</td> <td style="text-align: center;">0 (回)</td> <td style="text-align: center;">0 (P)</td> </tr> <tr> <td>電話B</td> <td style="text-align: center;">1 (回)</td> <td style="text-align: center;">10 (P)</td> </tr> <tr> <td>e-mailA</td> <td style="text-align: center;">0 (回)</td> <td style="text-align: center;">0 (P)</td> </tr> <tr> <td>e-mailB</td> <td style="text-align: center;">2 (回)</td> <td style="text-align: center;">10 (P)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">合計</td> <td style="text-align: center;">5 (回)</td> <td style="text-align: center;">180 (P)</td> <td style="text-align: center;">(A) 160</td> <td style="text-align: center;">(B) 20</td> </tr> </table>		計画	支援形態	回数	ポイント	ポイント内訳		個別A	2 (回)	160 (P)	個別B	0 (回)	0 (P)	グループ	0 (回)	0 (P)	電話A	0 (回)	0 (P)	電話B	1 (回)	10 (P)	e-mailA	0 (回)	0 (P)	e-mailB	2 (回)	10 (P)	合計		5 (回)	180 (P)	(A) 160	(B) 20							
計画	支援形態		回数	ポイント	ポイント内訳																																				
	個別A		2 (回)	160 (P)																																					
	個別B		0 (回)	0 (P)																																					
	グループ		0 (回)	0 (P)																																					
	電話A		0 (回)	0 (P)																																					
	電話B		1 (回)	10 (P)																																					
	e-mailA		0 (回)	0 (P)																																					
	e-mailB	2 (回)	10 (P)																																						
合計		5 (回)	180 (P)	(A) 160	(B) 20																																				
9 実施体制表(委託事業社) <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th></th> <th>個別A</th> <th>個別B</th> <th>グループ</th> <th>電話A</th> <th>電話B</th> <th>e-mailA</th> <th>e-mailB</th> </tr> <tr> <td>A社 (機関番号)</td> <td></td> <td style="text-align: center;">○</td> <td></td> <td style="text-align: center;">○</td> <td style="text-align: center;">○</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B社 (機関番号)</td> <td style="text-align: center;">○</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">○</td> <td></td> </tr> <tr> <td>C社 (機関番号)</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">○</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">○</td> </tr> <tr> <td>D社 (機関番号)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			個別A	個別B	グループ	電話A	電話B	e-mailA	e-mailB	A社 (機関番号)		○		○	○			B社 (機関番号)	○					○		C社 (機関番号)			○				○	D社 (機関番号)							
	個別A	個別B	グループ	電話A	電話B	e-mailA	e-mailB																																		
A社 (機関番号)		○		○	○																																				
B社 (機関番号)	○					○																																			
C社 (機関番号)			○				○																																		
D社 (機関番号)																																									
10 保健指導の評価 1) 中間評価 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th></th> <th>実施年月日</th> <th>支援形態</th> <th>実施する者の氏名</th> <th>実施する者の職種</th> </tr> <tr> <td>計画</td> <td>平成24年9月10日</td> <td>個別支援</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>実施</td> <td>平成24年9月10日</td> <td>個別支援</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			実施年月日	支援形態	実施する者の氏名	実施する者の職種	計画	平成24年9月10日	個別支援			実施	平成24年9月10日	個別支援																											
	実施年月日	支援形態	実施する者の氏名	実施する者の職種																																					
計画	平成24年9月10日	個別支援																																							
実施	平成24年9月10日	個別支援																																							
2) 6か月後の評価 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th></th> <th>実施年月日</th> <th>支援形態</th> <th>実施する者の氏名</th> <th>実施する者の職種</th> </tr> <tr> <td>計画</td> <td>平成25年1月9日</td> <td>個別支援</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>実施</td> <td>平成25年1月9日</td> <td>個別支援</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			実施年月日	支援形態	実施する者の氏名	実施する者の職種	計画	平成25年1月9日	個別支援			実施	平成25年1月9日	個別支援																											
	実施年月日	支援形態	実施する者の氏名	実施する者の職種																																					
計画	平成25年1月9日	個別支援																																							
実施	平成25年1月9日	個別支援																																							
11 行動目標・行動計画 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th rowspan="5" style="width: 20%;">行動目標・計画の設定及び変更</th> <th style="width: 15%;">設定日時</th> <th style="width: 15%;">平成24年7月9日</th> <th style="width: 15%;">平成24年9月10日(中間評価)</th> <th style="width: 15%;">〇年〇月〇日</th> </tr> <tr> <th>目標値口</th> <td> 腹囲 体重 収縮期血圧 拡張期血圧 一日の削減目標エネルギー量 一日の運動による目標エネルギー量 一日の食事による目標エネルギー量 </td> <td> cm kg mmHg mmHg kcal kcal kcal </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>行動目標</th> <td>6ヶ月後に体重を3kg減少する</td> <td>6ヶ月後に体重を3kg減少する</td> <td></td> </tr> <tr> <th>行動計画</th> <td> ①1日30分間歩く ②体重を毎日測定する </td> <td> ①1日30分間歩く ②体重を毎日測定する ③夜食の回数を週7回から週3回に減らす </td> <td></td> </tr> <tr> <th>変更理由</th> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		行動目標・計画の設定及び変更	設定日時	平成24年7月9日	平成24年9月10日(中間評価)	〇年〇月〇日	目標値口	腹囲 体重 収縮期血圧 拡張期血圧 一日の削減目標エネルギー量 一日の運動による目標エネルギー量 一日の食事による目標エネルギー量	cm kg mmHg mmHg kcal kcal kcal			行動目標	6ヶ月後に体重を3kg減少する	6ヶ月後に体重を3kg減少する		行動計画	①1日30分間歩く ②体重を毎日測定する	①1日30分間歩く ②体重を毎日測定する ③夜食の回数を週7回から週3回に減らす		変更理由																					
行動目標・計画の設定及び変更	設定日時		平成24年7月9日	平成24年9月10日(中間評価)	〇年〇月〇日																																				
	目標値口		腹囲 体重 収縮期血圧 拡張期血圧 一日の削減目標エネルギー量 一日の運動による目標エネルギー量 一日の食事による目標エネルギー量	cm kg mmHg mmHg kcal kcal kcal																																					
	行動目標		6ヶ月後に体重を3kg減少する	6ヶ月後に体重を3kg減少する																																					
	行動計画		①1日30分間歩く ②体重を毎日測定する	①1日30分間歩く ②体重を毎日測定する ③夜食の回数を週7回から週3回に減らす																																					
	変更理由																																								

12 保健指導の実施状況

1) 初回面接による支援

	保健指導 (職種・指 導者・番 名号)	実 施 年 月 日	実 施 時 間	腹 囲 (増 減 数)	体 重 (増 減 数)	収 縮 期 血 圧 (増 減 数)	拡張 期 血 圧 (増 減 数)	行動変容ステージ	保健指導実施内容	保健指導 支援形態 1. 個別 2. グループ (実施時間)
初 回	△△ △△ 〇〇 〇〇 (保健師)	平成24年7月9日	20分	cm ()	kg ()	mmHg ()	mmHg ()	(1)無関心期 (2)関心期 (3)準備期 (4)実行期 (5)維持期	・生活習慣と健診結果の関係について ・標準的な食事量、運動量の目安の提示 ・生活習慣の振り返り ・行動目標および計画の策定	①個別 (20分) 2. グループ (分)

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

(1) 個別・グループ・電話A・e-mailAによる支援（支援A）

	保健指導 (職種・指 導者・番 名号)	実 施 年 月 日	実 施 時 間	腹 囲 (増 減 数)	体 重 (増 減 数)	収 縮 期 血 圧 (増 減 数)	拡張 期 血 圧 (増 減 数)	生活習慣の改善状況	指導の種類	留意事項・備考等	保健指導 支援形態 1. 個別 2. グループ 3. 電話A 4. E-mailA (実施時間)	支 援 実 施 ポ イ ン ト	合 計 ポ イ ン ト
2 回 目	□ 中 間 □ 終 了 □ 6 ヶ 月 評 価 (保健師)	△△ △△ 〇〇 〇〇 平成24年7月9日	20分	cm ()	kg ()	mmHg ()	mmHg ()	栄養・食生活 ○ 変化なし ①改善 2、悪化 身体活動 ② 変化なし 1、改善 2、悪化 喫煙 ③ 禁煙継続 2、非継続 ④ 非喫煙 4、禁煙の意思なし	食事 ☐ 運動 ☐ 禁煙 ☐		①個別 (20分) 2. グループ (分) 3. 電話A (分) 4. E-mailA (分)	80	160
3 回 目	□ 中 間 □ 終 了 □ 6 ヶ 月 評 価 (保健師・運 動指導士)	△△ △△ 〇〇 〇〇 〇 〇〇〇 平成24年9月10日	20分	cm ()	kg ()	mmHg ()	mmHg ()	栄養・食生活 ② 変化なし 1、改善 2、悪化 身体活動 ○ 変化なし ①改善 2、悪化 喫煙 ③ 禁煙継続 2、非継続 ④ 非喫煙 4、禁煙の意思なし	食事 ☐ 運動 ☐ 禁煙 ☐		①個別 (20分) 2. グループ (分) 3. 電話A (分) 4. E-mailA (分)	80	
4 回 目	□ 中 間 □ 終 了 □ 6 ヶ 月 評 価			cm ()	kg ()	mmHg ()	mmHg ()	栄養・食生活 ○ 変化なし 1、改善 2、悪化 身体活動 ○ 変化なし 1、改善 2、悪化 喫煙 ③ 禁煙継続 2、非継続 ④ 非喫煙 4、禁煙の意思なし	食事 ☐ 運動 ☐ 禁煙 ☐		1. 個別 (分) 2. グループ (分) 3. 電話A (分) 4. E-mailA (分)		
5 回 目	□ 中 間 □ 終 了 □ 6 ヶ 月 評 価			cm ()	kg ()	mmHg ()	mmHg ()	栄養・食生活 ○ 変化なし 1、改善 2、悪化 身体活動 ○ 変化なし 1、改善 2、悪化 喫煙 ③ 禁煙継続 2、非継続 ④ 非喫煙 4、禁煙の意思なし	食事 ☐ 運動 ☐ 禁煙 ☐		1. 個別 (分) 2. グループ (分) 3. 電話A (分) 4. E-mailA (分)		

（2）電話Bによる支援（支援B）

	保健指導機関名	番号	保健指導者名	職種	実施年月日	実施時間	支援 ポイント	合計 ポイント
1					平成24年7月23日	5分	10	10
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

（3）e-mailBによる支援（支援B）

	保健指導機関名	番号	保健指導者名	職種	実施年月日	実施回数	支援 ポイント	合計 ポイント
1					平成24年8月23日	1往復	5	10
2					平成24年10月9日	1往復	5	
3								
4								
5								
6								
7								
8								

13 6ヶ月後の評価（ただし、腹囲、体重は必須で、血圧は情報を入力していない場合は記載の必要はない）

	（保健指導者・番号）	実施年月日	腹囲 （増減数）	体重 （増減数）	収縮期血圧 （増減数）	拡張期血圧 （増減数）	生活習慣改善の状況	留意事項・備考等	保健指導 支援形態 1. 個別 2. グループ 3. 電話A 4. E-mailA
6ヶ月後の評価	△△ △△ 〇〇 〇〇 （保健師）	平成25年1月9日	cm （ ）	kg （ ）	mmHg （ ）	mmHg （ ）	栄養・食生活 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 身体活動 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 喫煙 1. 禁煙継続 2. 非継続 3. 非喫煙 4. 禁煙の意思なし		① 個別 （20分） 2. グループ （ 分） 3. 電話A （ 分） 4. E-mailA （ 分）

⑩行動計画実施状況把握のためのチェックリストの具体的な例

*対象者の行動目標・行動計画に合わせてチェック項目を作成すること

月	日(月)	日(火)	日(水)	日(木)	日(金)	日(土)	日(日)
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

運動チェック 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
●速歩 10分 速歩10分 約1,000歩	□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
●腹筋	□できた()回 □できなかった	□できた()回 □できなかった	□できた()回 □できなかった	□できた()回 □できなかった	□できた()回 □できなかった	□できた()回 □できなかった	□できた()回 □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→クリームパン/ジャムパン(各1個)約300Kcal さるそば(普通盛1人前)約300Kcal

●甘い炭酸飲料は飲まない 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
●コーヒーの砂糖は甘味料(エネルギー量の低いもの)とする。 スティックシュガー(1本)約12Kcal 甘味料(1本)約2Kcal	□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
●菓子は2日に1回、1個まで クリームパン/ジャムパン (各1個)約300Kcal	□菓子を食べなかった □1個食べた □2個以上食べた	□菓子を食べなかった □1個食べた □2個以上食べた	□菓子を食べなかった □1個食べた □2個以上食べた	□菓子を食べなかった □1個食べた □2個以上食べた	□菓子を食べなかった □1個食べた □2個以上食べた	□菓子を食べなかった □1個食べた □2個以上食べた	□菓子を食べなかった □1個食べた □2個以上食べた
●3食以外の夜食は食べない ご飯(1杯)約300Kcal	□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

(4) 実施にあたっての留意事項

① プライバシーの保護について

保健指導の実施に当たっては、プライバシーの保護に努め、対象者が安心して自分のことを話せるような環境を整えること。

② 個人情報保護について

健診データ・保健指導記録は個人情報であるため、それらの管理方法は個人情報保護法や個人情報保護に関する条例等に基づき、適切に扱うこと。

③ フォローアップについて

支援終了後にも、対象者からの相談に応じられる仕組みをつくること。

④ 積極的支援における保健指導実施者について

糖尿病等の生活習慣病の予備群に対する保健指導は、個人の生活行動、行動の背景にある健康に対する認識、そして価値観に働きかける行為であり、保健指導実施者と保健指導対象者との十分な信頼関係が必要であることから、同職種が数回にわけて行う場合は、できる限り同じ者が実施することが望ましい。

⑤ 保健指導の対象者について

糖尿病等の生活習慣病の予備群に対する保健指導は、対象者の行動変容とセルフケア（自己管理）ができるようになることを目的とするものであり、保健指導を実施する際には、家族等代理者ではなく、対象者に直接行うこととする。

⑥ 服薬中の対象者や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（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、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、受診勧奨を行うことが望ましい。

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、「情報提供」「動機づけ支援」「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、早期に機会を捉えて実施することが望ましく、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。

具体的には、**別添1**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づけの機会となるよう、対象者の禁煙意向を踏まえ、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、禁煙補助剤の活用をすすめる等、喫煙者に禁煙の助言や情報提供を行うことが望ましい。

⑧ アルコールのリスクに着目した保健指導について

脳梗塞及び虚血性心疾患等については、飲酒量との関係は直線的とは言えないものの、一定の量を超えるとリスクが高まることから、「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」のいずれにおいても、アルコールのリスクに着目した保健指導を行うことが望ましい。

具体的には、AST/ALT 等の肝機能検査の結果から直ちに受診を要する状況でないことを確認した上で、質問票における飲酒量の回答等から飲酒量を判断する。別添2の AUDIT（アルコール使用障害同定テスト）の判定結果によって、該当者に対して可能であれば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。第1編第3章3-2（6）④も参照されたい。

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こととする。

3-5 望ましい保健指導

前項は、効果的な保健指導を実施するにあたって、最低限実施すべき支援を整理したものであるが、参考例として、これまでの事例等から「積極的支援」として望ましいと考えられるパターンを以下に示す。

（１）「積極的支援」

- ① 支援期間
 - ・ 6か月間の実施
- ② 支援形態
 - ・ 初回面接
 - ・ 対面による中間評価
 - ・ 対面による6か月後の評価
 - ・ 6か月後の評価まで、電話、e-mail 等を利用した月 1 回以上の支援
- ③ 支援内容
 - ・ 生活習慣の振り返り
 - ・ 行動目標及び支援計画の作成
 - ・ 生活習慣改善状況の確認
 - ・ 食生活及び運動に関して体験を通した支援
 - ・ 歩数計などのツールを使用した支援
- ④ 望ましい積極的支援の例
 - 1) 6か月にわたる継続した頻回な支援の例（表4）
 - 2) 健康増進施設(例：水中運動、ジム等)を活用した例（表5）

表4

1) 6か月にわたる継続した頻回な支援の例

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

2) 健康増進施設（例：水中運動、ジム等）を活用した例

*運動実践時間は保健指導時間に含まれていない

表5

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

3-6 保健指導のプロセスと必要な保健指導技術

保健指導のプロセスに沿った効果的な保健指導技術の展開例を示す。

① 保健指導の準備

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の設定に配慮する。
- ・実現可能な1人あたりの時間を設定する。

2) 資料の確認

- ・健診データ、質問票、前回までの保健指導記録等の内容を確認する。

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) 保健指導担当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。

② 対象との信頼関係の構築

1) 自己紹介

- ・さわやかな挨拶をし、対象者の名前を確認する。
- ・保健指導実施者としての立場や役割、目的、タイムスケジュール等を説明する。

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などの雰囲気づくりをする。
- ・対象者の話すスピードや理解の度合いを把握し、そのペースを大切にする。
- ・緊張感等にも配慮しながら、必要に応じてユーモアを入れたり、具体的例示等を盛り込んだりして、話しやすい環境に近づける。
- ・対象者の生活背景や価値観に配慮する。

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。
- ・今回の健診結果とその推移を確認する。
- ・健診結果のもつ意味を本人と一緒に確認する。
- ・家族歴や家族の状況等を確認し、疾病や健康に対する関心を探りながら話す。
- ・健診結果を活用し、データと病態との関連が自分のこととして理解出来るよう支援する。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、絵を描くなどしてイメージを持たせる。
- ・他の検査結果とも関連づけながら、予防に向けての関心や注意を促す。

2) これまでの生活習慣についての振り返りと現状の確認

- ・対象者とこれまでの生活習慣を振り返り、生活習慣と健康や検査結果との関連について理解しているか、対象者の関心の有無等を把握する。
- ・現在の生活習慣や健康状態の確認を行う。
- ・本人の日常の努力や取り組みを確認し、評価する。
- ・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。
- ・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、職業だけでなく、職場と家庭との距離や職業以外の日常の運動量を確認する。また、習慣的な食事時間や量、間食習慣、喫煙習慣、飲酒習慣等についても確認する。

④ 気づきの促し

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

- ・検査データが悪化した時期の生活を確認する。
- ・健診結果やこれまでの話の中から、生活習慣の改善の必要性を実感できるよう導く。
- ・対象者の食習慣にあわせ、自分の食行動や食事量と改善目標とする食行動や食事量（例えば、間食や飲酒量など）との違いを確認できるように促す。
- ・生活習慣の改善により、睡眠の質の改善や便秘の解消などといったすぐに得られる副次的効果が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。
- ・無関心期の人には、たとえ目標設定まで至らなくても、日常生活に目を向けられるように促し、メタボリックシンドロームの病態や予後についての意識づけを行う。

2) 良い生活習慣と悪い生活習慣の比較

- ・自分の身近な人での出来事など本人の気になる健康習慣や病態を伝える。
- ・健康でいることの大事さを教えてくれた人の例を話す。

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、気づきが自分の生活状況の表現のきっかけになるようにする。
- ・対象者が、グループワークでお互い共有できる部分があることを知ることで、仲間とともに具体的な生活改善に取り組もうとする意欲を促す。
- ・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) 対象者の行動変容を促すことができるような教材の選択

- ・対象者が体に起こっている変化を実感し、現在の健康状態を理解出来るよ

うな教材。

- ・運動によるエネルギー消費量と、よく食べる料理・菓子・アルコール等のエネルギー量を一緒に見ながら考えることが出来るような教材。
- ・これまでの生活習慣について、何をどう変えたらよいのか、そしてこれなら出来そうだと実感できるために、1日あたりの生活に換算して示せるような教材。
- ・習慣化している料理や食品などから、エネルギーの過剰摂取に寄与し、かつ対象者が生活習慣の改善として受け入れやすい教材。例えば、調理法（揚げ物等）、菓子・嗜好飲料（ジュース、缶コーヒー、アルコール等）の量とエネルギー等との関係など。

- 2) 教材を一緒に見ながら、生活習慣病に関する代謝のメカニズムや内臓脂肪と食事（エネルギーや栄養素等）の内容との関係について説明する。
- 3) 現在の生活習慣における問題点への気づきがみられた際には、自らがその問題点について改善が必要であると自覚できるように、その問題点に関する加齢の影響などに関して専門的な支援を行う。
- 4) 効果的な食事・運動の根拠について説明する。

⑥ 目標設定

1) 減量の数値目標の具体化

- ・メタボリックシンドローム改善の場合、体重の4～5%の減量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。

2) 自己決定の促し

- ・日々の生活の中で実行出来、また継続できるよう、より具体的な目標を設定できるよう促す。
- ・本人が考え、自己表現出来る時間を大切にする。

3) 行動化への意識づけ

- ・目標達成の自信を確認し、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など、行動化への意識づけを促す。
- ・設定した目標を家族や仲間に宣言する機会をつくる。
- ・セルフモニタリングの意味と効用を説明する。

4) 社会資源・媒体等の紹介

- ・具体的な支援媒体、記録表、歩数計などを紹介し、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。
- ・地域の散歩コースなどを消費エネルギーがわかるように距離・アップダウンを含めて提示する。
- ・地域の教室や自主グループなどを紹介する。

⑦ 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

- ・面接、電話、e-mail、FAXなどの具体的な方法を確認する。

3) 目標の再確認

- ・努力していること、達成感を感じ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のところまで到達したことを話してもらえような関係作りをしておく。
- ・目標に対する到達点を対象者にも評価してもらう。
- ・成果を目に見える形で対象者が感じられるよう、数値や体調、気持ちの変化に気づかせる。
- ・本人の努力を評価する。
- ・目標が達成できなかった場合は、現実にあわせた実行できる目標に修正していく。

⑧ 評価（3～6か月後）

1) 目標達成の確認

- ・これまでの努力を本人と共に評価し、目標達成状況、取組みの満足度などを確認する。
- ・期間中の保健指導が、対象者の生活にとってど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（自己管理）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。
- ・支援レターを送付する。
- ・今後の予定を説明する。

2) 個人の健診データの評価

- ・毎年、必ず健診を受診するよう促し、次回の健診データ等を活用して、客観的な評価を行う。

【保健指導実施における留意点】

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

3-7 保健指導の未実施者及び積極的支援の中断者への支援

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

3-8 「無関心期」「関心期」にある対象者への支援

行動変容のステージ（準備状態）が「無関心期」「関心期」にある対象者については、個別面接を中心とした支援を継続して行い、行動変容に対する意識の変化をめざす。行動目標の設定を行うが、健診結果と健康状態との関連の理解・関心への促しや、日常生活の振り返りへの支援を確実に行之、対象者に合わせたフォローアップを行う。

「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による健康的な環境づくりやきめ細かな健診結果の通知その他の情報提供を心がけることが重要である

3-9 2回目以降の対象者への支援

動機づけ支援や積極的支援を実施しても、保健指導の支援レベルが改善せず、保健指導対象者から離脱できない場合がある。同じ保健指導機関で実施する場合には、前年度の目標や達成状況、前年度からの検査データの変化、前年度の保健指導終了後からの取組み状況、2回続けての保健指導利用に対する期待や不安などを確認することが望ましい。

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1回目の支援で本人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共に確認すること。
- 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」など、自らの行動や体重変化を意識している分、1回目の支援よりも具体性、実践可能性をもった目標設定ができることから、本人がより主体的に目標設定に参画できるよう促すこと。
- 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こと。
- 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、保健指導判定値レベルで安定していれば良好と考える必要がある。
- 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。

第4章 保健指導の評価

(1) 保健指導における評価の意義

保健指導の評価は、医療保険者が行った「健診・保健指導」事業の成果について評価を行うことであり、本事業の最終目的である糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の減少状況、また、医療費適正化の観点から評価を行っていくことになる。

このような「健診・保健指導」事業の最終評価は、生活習慣病の有病者や予備群の数、生活習慣病関連の医療費の推移などで評価されるものであるが、その成果が数値データとして現れるのは数年後になることが想定される。そこで、最終評価のみではなく、健診結果や生活習慣の改善状況などの短期間で評価ができる事項についても評価を行っていくことが必要である。

この評価方法としては3つの側面が考えられる。1点目は、「個人」を対象とした評価方法である。対象者個人を単位とした評価は、肥満度や検査データの改善度、また、行動目標の達成度、生活習慣の改善状況などから評価が可能である。この個人を単位とした評価は、保健指導方法をより効果的なものに改善することや保健指導の質を向上させることに活用できる。

2点目は、事業所単位や地域単位で、「集団」として評価する方法である。これは、健診結果の改善度や、禁煙や運動習慣などの生活習慣に関する改善度を集団として評価することである。このような評価により、集団間の比較ができ、また、対象特性（年齢別など）ごとに分析することにより、健診・保健指導の成果があがっている集団が判断でき、保健指導方法や事業の改善につなげることが可能となる。

3点目は、健診・保健指導の「事業」としての評価である。事業であるので、費用対効果や、対象者の満足度、対象者選定が適切であったか、プログラムの組み方は効果的であったか、受診勧奨された者の受診率や保健指導の継続性など、事業のプロセス（過程）を評価することができる。このことにより、効果的、効率的な事業が行われているかの判断が可能となり、改善につなげることができる。

このように保健指導の評価は、「個人」「集団」「事業」「最終評価」を対象として行うものであるが、それぞれについて評価を行うとともに、事業全体を総合的に評価することも重要である。

(2) 評価の観点

評価は、一般的に、ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトカム（結果）の観点から行う。健診・保健指導の最終的な評価はアウトカム（結果）で評価されることになるが、結果のみでは問題点が明らかにできず、改善方策が見出せない場合が多い。そこで、結果に至る過程を評価し、事業の基盤である構造について評価することが必要となる。また、最終目標のアウトカム（結果）評価は数値であるため、データを採るためには数年間かかることから、アウトプット（事業実施量）の観点から評価を行うこともある。

このような観点から評価を行うが、それぞれの評価を行うためには、評価指標、評価手段、評価時期、評価基準について、明確にしておくことが必要である。

① ストラクチャー（構造）

ストラクチャー（構造）評価は、保健事業を実施するための仕組みや体制を評価するものである。具体的な評価指標としては、保健指導に従事する職員の体制（職種・職員数・職員の資質等）、保健指導の実施に係る予算、施設・設備の状況、他機関との連携体制、社会資源の活用状況などがある。

② プロセス（過程）

プロセス（過程）評価は、事業の目的や目標の達成に向けた過程（手順）や活動状況の評価するものである。具体的な評価指標としては、保健指導の実施過程、すなわち情報収集、アセスメント、問題の分析、目標の設定、指導手段（コミュニケーション、教材を含む）、保健指導実施者の態度、記録状況、対象者の満足度などがある。

③ アウトプット（事業実施量）

アウトプット（事業実施量）評価は、目的・目標の達成のために行われる事業の結果を評価するものである。具体的な評価指標としては、健診受診率、保健指導実施率、保健指導の継続率などがある。

④ アウトカム（結果）

アウトカム（結果）評価は、事業の目的・目標の達成度、また、成果の数値目標を評価するものである。具体的な評価指標としては、肥満度や血液検査などの健診結果の変化、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群、死亡率、要介護率、医療費の変化などがある。また、職域では休業日数、長期休業率などがある。

（３）具体的な評価方法

評価の対象ごとに区分した保健指導の評価方法は、以下のとおりであるが、評価指標、評価手段、評価時期等については、参考までに表６に整理している。

① 「個人」に対する保健指導の評価

対象者個人の評価は、適切な手段を用いて保健指導が提供されているか（プロセス（過程）評価）、その結果、生活習慣に関して行動変容が認められたか、また健診結果に改善がみられたか（アウトカム（結果）評価）といった観点から行う。詳細な内容については、第３章を参照されたい。

保健指導の効果に関する評価は、対象者個人に対する評価であるとともに、保健指導実施者の指導技術に対する評価にもなるため、結果を整理して指導方法の改善につなげることが大切である。

② 「集団」に対する保健指導の評価

個人への保健指導の成果を、集団として集積して評価することにより、保健指導を受けた対象者全体に対する成果が確認できる。集団の単位としては、地域や事業所単位、また、年齢や性別などが考えられ、それぞれに区分して、生活習慣に関する行動変容の状況、健診結果の改善度、また、生活習慣病関連の医療費の

評価も行う。

保健指導を受けたグループと受けなかったグループの比較により、保健指導の効果を確認することができる。標準的な質問票の項目の変化をみることにより、性・年代別に改善しやすい項目に着目した行動目標を設定し、保健指導の方法（教材）等に活用することができる。

集団としての評価結果は、保健指導プログラムの改善や保健指導実施者の資質向上のための研修などにも活用する。

③ 「事業」に対する保健指導の評価

医療保険者が行う保健指導は、個人への保健指導を通して、集団全体の健康状態の改善を意図している。そのため医療保険者は、事業全体について評価を行う。事業の評価は、対象者把握、実施、評価の一連の過程について以下の観点から評価する。

- ・望ましい結果を出していたか（アウトカム（結果）評価）
- ・対象者を適切に選定し、適切な健診・保健指導等の方法を用いていたか（プロセス（過程）評価）
- ・適切な資源を活用していたか（ストラクチャー（構造）評価）
- ・事業評価が適正に実施されているか

これらの評価は、保健指導プログラムごとに行い、問題点を明確にした上で改善を図っていく。

特に、保健指導を委託して実施している医療保険者は、評価に必要なデータを委託先等より入手した上で、この事業としての評価を上記のような観点から丁寧に行い、効果的な保健指導の実施につなげていくことが重要である。

（４）評価の実施責任者

個人に対する保健指導の評価は、実施した保健指導の質を点検し、必要な改善方策を見出し、内容の充実を図ることを目的としているため、保健指導実施者（委託事業者を含む）が実施責任者となる。

集団に対する保健指導の評価は、保健指導を受けた個人を集団として集積し、全体的特徴を評価するため、保健指導実施者（委託先を含む）及び医療保険者が、評価の実施責任者となる。保健指導実施者に対する研修を行っている者もこの評価に対する責務を持つことになる。

事業としての保健指導の評価は、「健診・保健指導」事業を企画する立場にある医療保険者がその評価の責任を持つ。特に保健指導を委託する場合には、委託先が行う保健指導の質を評価する必要があり、事業の評価は医療保険者にとって重要である。医療保険者として事業評価を行うことにより、保健指導の運営体制の在り方や予算の見直しなど、体制面への改善にも評価結果を活かすことが必要である。

最終評価については、健診・保健指導の成果として、対象者全体における生活習慣病対策の評価（有病率、医療費等）を行うものであるから、医療保険者が実施責任者となる。

なお、今後に向けて効果的な事業展開につなげていくためには、医療保険者が保健事業の結果を自己評価する以外に、より客観的に評価するために、第三者による評価を行うことも有効である。

（５）評価の根拠となる資料

保健指導の評価を根拠に基づいて、適切に行うためには、保健指導計画の作成段階で評価指標を決めておき、評価の根拠となる資料を、保健指導の実施過程で作成する必要がある。その資料は、保健指導の記録であり、また質問票・健診データやレセプトデータ等である。それらの資料等が必要時、確実に取り出せ、評価のための資料として活用できるように、システム等によるデータ入力及び管理の体制を整えておく必要がある。なお、保健指導の評価の根拠となる資料はいずれも個人情報であるため、その管理体制については、医療保険者が取り決め、責任をもって管理する必要がある。

表6 保健指導の評価方法（例）

対象	評価項目 (S) ストラクチャー (P) プロセス (O) アウトカム	評価指標	評価手段 (根拠資料)	評価時期	評価 責任者
個人	(P) 意欲向上 (P) 知識の獲得 (P) 運動・食事・喫煙・ 飲食等の行動変容 (P) 自己効力感	行動変容ステージ (準備状態)の変化 生活習慣改善状況	質問票、観察 自己管理シート	6か月後、1年 後	保健指導実 施者（委託 先を含む）
	(O) 健診データの改善	肥満度（腹囲・BMI など）、血液検査(血 糖・脂質)、メタリック ポイントのリスク個数 禁煙	健診データ	1年後 積極的支援で は計画した経 過観察時（3～ 6か月後）	
集団	(P) 運動・食事・喫煙・ 飲食等の行動変容	生活習慣改善状況	質問票、観察 自己管理シート	1年後、3年後	保健指導実 施者（委託 先を含む） 及び 医療保険者
	(O) 対象者の健康状態の 改善	肥満度（腹囲・BMI など）、血液検査(血 糖・脂質)、メタリック ポイントの有病者・予 備群の割合、禁煙 (職域)休業日数・長期 休業率	健診データ 疾病統計	1年後、3年 後、5年後	
	(O) 対象者の生活習慣病 関連医療費	医療費	レセプト	3年後、5年後	
事業	(P) 保健指導のスキル (P) 保健指導に用いた支 援材料 (P) 保健指導の記録	生活習慣改善	指導過程（記録） の振り返り カンファレンスピ アレビュー	指導終了後に カンファレン スをもつなど する	保健指導実 施者（委託 先を含む）
	(S) 社会資源を有効に効 率的に活用して、実施 したか（委託の場合、 委託先が提供する資 源が適切であったか）	社会資源（施設・人 材・財源等）の活用 状況 委託件数、委託率	社会資源の活用状 況 委託状況	1年後	医療保険者
	(P) 対象者の選定は適切 であったか (P) 対象者に対する支援 方法の選択は適切で あったか (P) 対象者の満足度 (委託の場合、委託先が 行う保健指導の実施 が適切であったか)	受診者に対する保健 指導対象者の割合 目標達成率 満足度	質問票、観察、 アンケート	1年後	
	(O) 各対象者に対する行 動目標は適切に設定 されたか、積極的に健 診・保健指導を受ける	目標達成率 プログラム参加継続 率（脱落率） 健診受診率	質問票、観察、 アンケート	1年後	
最終 評価	(O) 全体の健康状態の改 善	死亡率、要介護率、 有病者、予備群、有 所見率など	死亡、疾病統計、 健診データ	毎年 5年後、 10年後	医療保険者
	(O) 医療費適正化効果	生活習慣病関連医療 費	レセプト		

第5章 地域・職域における保健指導

5-1 地域保健と職域保健の保健指導の特徴

(1) 対象の生活の場に応じた保健指導

地域保健においては、地域住民を対象とした保健指導を展開している。地域の対象者の健康は、地域特性のある食生活や運動習慣などの生活環境や社会的要因などの影響を受けており、そのことに配慮した保健指導が求められる。

一方、職域保健では労働者を対象とした保健指導を展開している。職域では、対象者は一日の大半を職場で過ごしているため、対象者の健康は配置や作業状況など職場の環境に影響を受ける。そのため、対象者の健康問題と職場の環境や職場の健康課題を関連づけた保健指導が展開されている。

しかし、地域の対象の中には労働に従事している者もいることや、また労働者も職場を離れば地域の生活者でもある。退職後には地域住民として国保対象者となっていくが、高齢期に発症する生活習慣病は、就労年齢層における生活習慣にその端を発していることが多い。

そのため、生活と労働の視点を併せた保健指導を展開していくことが必要である。

(2) 組織体制に応じた保健指導

地域では、それぞれの市町村における財政状況や人的資源、社会資源などが異なっているため、提供できるサービスやその方法は異なり、保健指導はそれぞれの体制、方法で展開している。市町村では、ポピュレーションアプローチは衛生部門で行うことになることから、健診・保健指導を効果的に実施するためには、国保部門と衛生部門が十分な連携を取って互いに協力しながら保健指導等を展開することが非常に重要である。また、高齢期の要介護状態と生活習慣病との関連も深く、介護部門との連携により健康課題の明確化と住民への訴求性を高めることができる。

一方、職域でも財政状況や人的資源、社会資源などが異なるため、保健指導はそれぞれの体制、方法で展開されており、加えて、事業主によりその展開は異なる。効果的な生活習慣病予防対策は、事業所の活性化、企業のCSR¹(corporate social responsibility)にも関係するものである。保健指導の展開には、事業者(人事労務担当者、職場管理職等)が労働者の健康を価値あるものと考えることが重要であり、それらの者と連携し、職場における健康支援の意義や就業時間内の実施等への理解を得る必要性がある。

(3) 対象者に対するアクセス

地域では、健診後の保健指導については、対象は地域住民であるが、労働に従事している者もあり、健診とは別の機会に健診の結果説明会を計画しても、保健指導

¹ CSR：企業の社会的責任。企業が社会や環境と共存し、持続可能な成長を図るため、その活動の影響について責任をとる企業行動。

が必要な対象者が集まりにくく、時間、場所などを考慮する必要がある。そのため、保健指導に来ない理由を把握したり、家族等の協力を得たりすることで、確実に保健指導につなげていくことが重要である。また、未受診者については、職域と比較して対応が困難な場合が多い。地域では、未受診者に対する確実な対応として最も効果的と考えられる家庭訪問は、人的資源の観点から訪問できる対象者が限られ、また効率性の問題もあり、未受診者に十分な対応が行われにくいという特徴がある。

一方、職域では対象者が職場に存在する場合もあるが、業種によっては、一定の場所に集まっているわけではなく、また、業務に従事しているため保健指導を受けにくい状況もある。健診・保健指導の実施前から質問票を配布し、健診当日に的確な保健指導、さらには健康教育につなげることができる場合もあるが、すべての労働者に保健指導が実施できない場合もあり、状況に応じて複数年度での対応や未受診者への対応など、職域ごとの保健指導の実施体制を考慮した効果的な保健指導を行う必要がある。さらに、データを経年的に管理し、過去の推移を考慮した保健指導を展開することや、健診前に質問票を配布・回収し、より個別的で具体的な保健指導を展開することを工夫すれば、効果的な保健指導を展開していくことが可能である。

医療保険者が健診・保健指導を行うことから、未受診者や保健指導を受けない者の把握をした上で、複数年にわたって健診を受診していない者や、保健指導レベルに該当しても利用につながらなかった対象者を特定し、重点的にアプローチするなどの戦略が考えられる。

（４）保健指導の評価

地域では、医療保険者が健診・保健指導を実施し、データも医療保険者が管理していることから、市町村単位で地域住民の健康課題を分析・評価するためには、市町村（衛生部門・介護部門）と医療保険者の連携が重要となる。

一方、職域が実施する保健指導は、就労上の配慮等に重点が置かれており、かつ職住地域が異なるため、地域における生活習慣病予防に関する健康課題を意識し、地域特性を含めて評価する視点を持ちにくい。今後は、保険者協議会や地域・職域連携推進協議会の活動を進め、県単位、地域単位での評価を行う必要がある。

地域・職域連携推進協議会、保険者協議会等で、地域・職域のデータを共同分析して全国や地域別データと比較しながら評価を行ったり、人材育成や良好なアウトソーシング先についての情報交換を行ったりなど、ストラクチャー（構造）の改善に努めている事例も出現してきている。今後、連携の一層の推進が期待される。

（５）ポピュレーションアプローチと社会資源の活用による支援

保健指導をより効果的に行うためには、地域における健康課題に応じて支援することはもちろん、ポピュレーションアプローチを併用させ複合的に行うことや、社会資源を医師、保健師、管理栄養士等の地域の団体とも連携し、効果的に活用することが必要であり、地域では比較的容易に併用、または活用することができる。

職域では、対象者が職場に存在することからポピュレーションアプローチの取組

みが比較的容易な場合もある一方で、労働者の健康に対する事業主の考え方や職場内の活用できる資源が限られること、職種や業種による時間的制限等から、効果的な実施が困難な場合もある。保健指導後のフォローアップが必要であるが、それぞれの事業所での社会資源が不十分な場合には、対象者が生活している地域の社会資源の活用も考慮する必要がある。しかし、労働者の就業時間などの観点からは、地域の社会資源が現実的に活用しにくいことも多い。地域と有機的な連携を取りながら社会資源を効率的に活用していくことが重要である。

5-2 地域・職域連携による効果

(1) 健診・保健指導における地域・職域連携の効果

地域と職域はそれぞれの資源の範囲の中で保健指導を展開してきた。しかし、今後は保健指導に利用できる資源を地域と職域が共有することにより、利用できるサービスの選択肢を増大させることも必要である。具体的には、それぞれの有する保健指導のための教材、フォローアップのための健康教育プログラムや施設、さらには地域、職域それぞれで展開されてきた保健指導の知識と技術を有する人材の活用などが考えられる。これらは、対象者がサービスを主体的に選択し、行動変容とそれを維持する可能性を高めるものとして期待できる。また、地域、職域とも費用、人的資源の効率的な運用が期待される。

これまで、地域と職域は定年を区切りにそれぞれが展開してきた。しかし、地域と職域が連携し、健診データを適切に引き継ぐことにより、対象者は退職前後の経年的な変化を理解しながら、一貫した保健指導を受けることができる。

(2) 健診・保健指導における地域・職域連携のための方策

今後は、健診・保健指導において有機的な連携が必要となる。地域と職域それぞれが健診・保健指導に関して、対象となる集団の生活習慣病予防に関する課題を明確にし、活動計画を立案した上で、実際の展開で共有できる部分と協力できる部分、独自で行うことがよい部分について情報交換の機会をもち、進めていくことが必要であり、保険者協議会、都道府県や二次医療圏の地域・職域連携推進協議会を活用することも有効である。

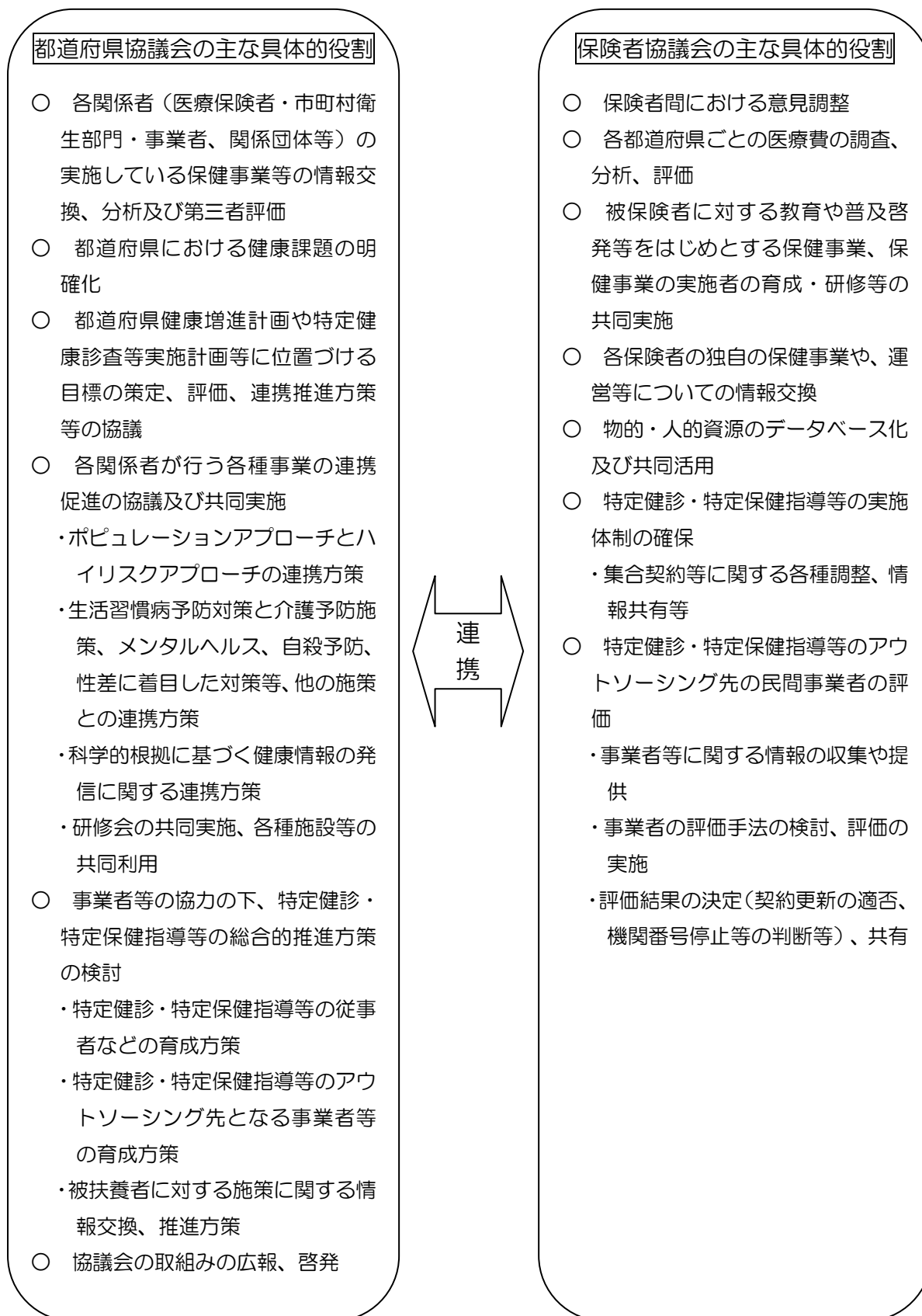
(3) 地域・職域連携推進協議会と保険者協議会との連携

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

地域・職域連携推進協議会と保険者協議会の主な役割は、図1のとおりである。地域・職域連携推進協議会においては、保険者協議会における医療費等の分析や特

定健診・特定保健指導に関する実施体制、結果等から得られた現状や課題について情報提供を受け、地域全体として取り組む健康課題を明らかにし、保健医療資源を相互に活用、又は保健事業を共同で実施することにより、地域・職域連携推進事業を進めていくことが望まれる。

図 1：地域・職域連携推進協議会と保険者協議会の主な具体的役割



第6章 保健指導の実施に関するアウトソーシング

6-1 基本的事項

(1) 保健指導アウトソーシングの必要性

平成20年度以降は、メタボリックシンドロームのリスクを有する者に対する保健指導、すなわち個人の生活習慣の改善を支援する保健指導の実施が重要となっている。このような保健指導は、老人保健事業の個別健康教育や国保ヘルスアップ事業で実施されてきたところであるが、これらの事業には人的資源が相当必要であることが明らかとなっている。また、健診・保健指導は医療保険者が実施することから、保健指導が必要な対象者が確実に把握され、実際に保健指導を受ける者がかなり多くなることも考えられる。

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

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

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

(2) アウトソーシングの目的

保健指導のアウトソーシングは、メタボリックシンドロームのリスクを有する者に対して、個人のニーズに基づいた生活習慣の改善を支援する保健指導の提供体制を整備することが目的であり、保健指導の量が確保されることによる保健指導の質の向上及び効率的かつ質の高い保健指導を実現する体制をめざすものである。

6-2 アウトソーシングの対象となる保健指導業務

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

ては医療保険者自らが行うものである。

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

（１）全面委託、部分委託のメリット、デメリット

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

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

（２）「情報提供」のアウトソーシング

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

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

いずれの場合にも、事業目的の共有化や、対象者の選定方法と保健指導内容の整合性を保つこと、情報提供の結果を評価すること等、委託元が事業全体を管理することが必要である。

（３）「動機づけ支援」のアウトソーシング

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

一方、部分委託の例としては、動機づけ支援の効果を高めるために、経過中に付加的な支援を計画して運動指導の部分のみを委託する場合などが考えられる。

(4)「積極的支援」のアウトソーシング

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

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

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

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

6-3 保健指導アウトソーシングの留意事項

健診後の保健指導は、過去においては付加的なサービスという位置づけであったことに加え、特に地域においては、保健活動は公共サービスの一つとして行政が直接実施してきた歴史があることから、この分野において、民間事業者の参入はほとんど行われてこなかった。このため、保健指導のアウトソーシングは、民間事業者の育成を図りつつ実施されていくことになる。以下に、アウトソーシングにあたっての留意事項を整理した。

(1) 委託する業務の目的の明確化

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

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

(2) 保健指導の質の評価

委託に当たって、保健指導の質を確保する仕組みを導入することが必要である。

1つ目は、事業者の選定に際して、保健指導の質を基準とすることである。保健

指導の質は、保健指導実施者の保健指導技術の程度を資格及び研修体制、研修実績、マニュアルの有無、質の評価システムの策定及び過去の実績・成果（支援実施規模、初回面接実施者の継続状況、6ヶ月後の体重・腹囲の減少状況等）により、医療保険者に所属する専門職の目を通して確認することが重要である。

2つ目は、保健指導業務の終了後に、その評価を行うことである。例えば、対象者の保健指導利用率、初回面接実施者の継続率、6ヶ月後の体重・腹囲の減少率、満足度、次年度の健診結果における保健指導レベルの改善率や対象者の生活習慣の改善度をみる、そして健診結果とレセプトの突合による保健指導の効果をみるなどの方法が考えられる。その結果により、事業者に対して保健指導の質の改善を促すことや、改善の見込みがない場合には、契約を更新するかどうか検討する必要がある。

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

（3）委託した業務と生活習慣病対策全体の連動

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

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

（4）医療保険者に所属する専門職の技術の維持・向上

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

（5）モニタリング及び苦情処理

医療保険者は事業の実施責任者として、委託した業務の実績や支援プログラムの進行状況、保健指導を受けない者に対する対処状況、事業所の保健師、管理栄養士

等の保健指導実施者の変更や研修の状況など、適切な保健指導が行われているのかについて、適宜報告を求めることが必要である。

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

（６）保健指導のアウトソーシング先を選定する際の留意事項

保健指導のアウトソーシングにあたり、保健指導の質を問うことなく、価格を主な判断指標として事業者が選定されることとなると、必要以上に価格競争が促進され、保健指導業務全体の質の低下が進むことが懸念される。

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

（７）委託基準の作成及び委託方法の透明化

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

そして、事業者の選定に当たっては、選定の手順を透明化することが重要であり、委託契約に当たっては、保健指導の質を担保するために、詳細な仕様書を作成する必要がある。

（８）個人情報の管理

保健指導は、対象者の身体状況や生活習慣等に関する重要な個人情報を取り扱う業務であり、事業実施にあたっては、万全の安全管理体制が求められる。アウトソーシングを行う場合は、事業者が個人情報の漏洩を防止し、適切かつ安全に利用及び管理が行われているか、保険者の責任のもと、情報の管理状況を定期的に確認する必要がある。

（９）収益事業との区分の明確化

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

6-4 委託基準

(1) 基本的考え方

- アウトソーシングを推進することにより、利用者の利便性に配慮した保健指導（例えば、土日祝日・夜間に行うなど）を実施するなど対象者のニーズを踏まえた対応が可能となるなど、多様な事業者による競争により保健指導のサービスの質の向上が図られる。一方で、効果的な保健指導が行われないなど保健指導の質が考慮されない価格競争となり、質の低下に繋がることがないよう委託先における保健指導の質の確保は不可欠である。
- 医療保険者が事業者等へ保健指導の実施を委託する場合には、当該医療保険者との役割分担、責任が詳細にわたって明確にされた上で、委託基準を作成し、本プログラムに定める内容の保健指導が適切に実施される事業者を選定する必要がある。なお、健診・保健指導の事業の企画及び評価については医療保険者自らが行う。
- 医療保険者は、委託契約期間中には、保健指導が適切に実施されているかについてモニタリングを行うことが重要である。
- 委託契約の終了時には、保健指導の成果について外部の人間も含め複数の観点から評価を行うことが重要である。その際には、保健指導の専門的知識を有する者の意見を聴くことが重要である。
- 個人情報については、その性格と重要性を十分認識し、適切に取り扱われなければならない。特に、医療分野は、「個人情報の保護に関する基本方針」（平成 16 年 4 月 2 日閣議決定）等において、個人情報の性質や利用方法等から、特に適正な取扱いの厳格な実施を確保する必要がある分野の一つとされており、委託先の事業者は個人情報を適切に取り扱わなければならない。なお、保健指導の記録等の情報を取り扱う業務のみを委託する場合にも、委託先の事業者は（2）の告示に記載されている保健指導の記録等の情報の取扱いに関する基準を遵守することが求められる。
- 医療保険者が基準を満たしている委託先を選定しやすいようにするため、保険者協議会等においてホームページを作成し、事業者の申告に基づき、事業者の各種情報を掲載するなどの方策を検討する必要がある。
- なお、巡回型・移動型で保健指導を行う場合も、施設内で行う場合と同じ基準とする必要がある。
- 医療保険者自らが実施する場合も同じ基準を満たす必要がある。
- 保健指導対象者が勤務する事業者に保健指導業務を委託する場合は、その事業者の産業医が中心的な役割を担い保健指導を実施することが考えられる。

- また、産業医の選任義務のない小規模事業場の労働者に対しては、日頃から、地域産業保健センターに登録された産業医等が中心的に産業保健サービスを提供していることから、こうした産業医が勤務する医療機関等が、特定保健指導を実施できるようにすることが望まれる。
- 保健指導として運動を提供する施設については、日本医師会認定健康スポーツ医を配置、あるいは勤務する医療機関と連携するなど、安全の確保に努めることが必要である。

（２）具体的な基準

特定保健指導で外部委託を行う際に求められる基準に関しては、平成 20 年厚生労働省告示第 11 号（外部委託基準）及び 142 号（施設等に関する基準）を参照すること。（第 2 編別紙 9 参照）なお、特定保健指導以外の保健指導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。

6-5 国、都道府県、市町村、医療保険者の役割

（１）国の役割

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

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

（２）都道府県の役割

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

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

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

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

（３）市町村（一般行政）の役割

市町村全体の健康課題の分析と対策を立案・実施する。

21 世紀における国民健康づくり運動（健康日本 21（第二次））と特定保健指導との調和的推進、ポピュレーションアプローチの推進、特定保健指導対象者以外の

保健指導、高齢者においては介護予防との連動など、組織横断的な対策の調整と効率的な事業運営を工夫する。地域住民からの健診・保健指導に関する様々な相談に応じる体制をつくる。

（４）医療保険者の役割

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

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

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

また、委託した事業者から提出された事業の結果報告以外に、対象者からの直接的な評価や費用対効果の評価等により、効率的でかつ質の高い保健指導の実施に努める。

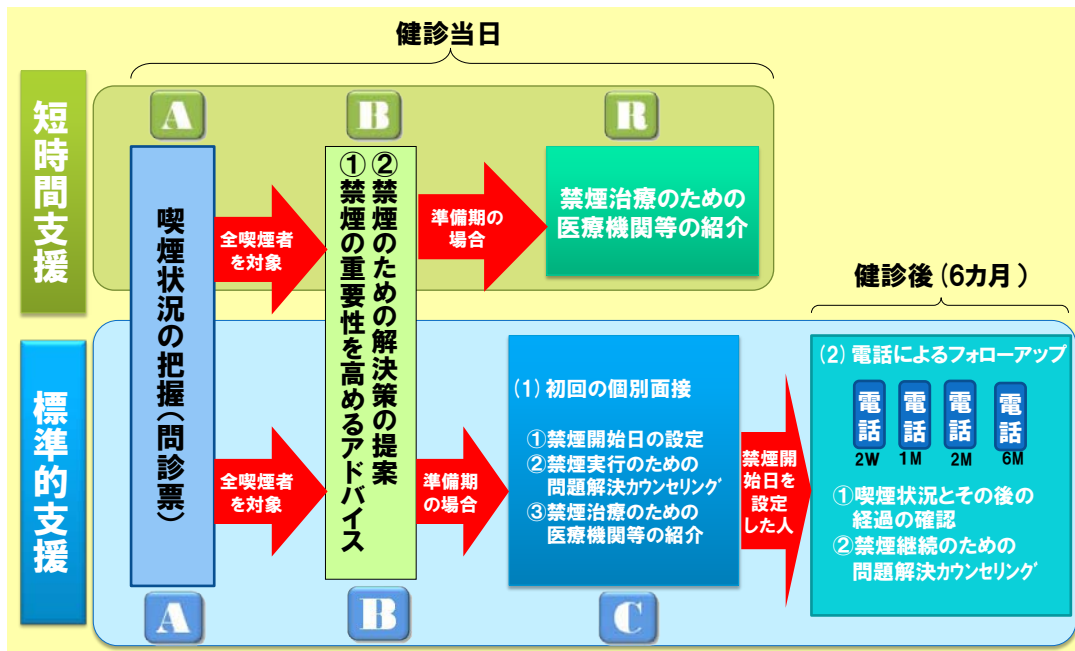
保健指導のための禁煙支援簡易マニュアル

1. 健診・保健指導での禁煙支援の取り組み方

健診・保健指導の場での禁煙支援は、メタボリックシンドロームの有無やリスクの大小に関わらず、全ての喫煙者を対象として行うことが重要です。

特定健診やがん検診の場など、禁煙支援の時間が確保できない場合は「短時間支援」、事後指導の場など禁煙支援の時間が確保できる場合は「標準的支援」を行います。短時間支援と標準的支援の流れを図表 1 に示します。

図表 1. 短時間支援(ABR 方式)と標準的支援(ABC 方式)の流れ



- 短時間支援は、「ABR 方式」で個別面接の形式で実施します。A (Ask) では、問診票を用いて喫煙状況を把握します。B (Brief advice) では、喫煙者全員を対象に(1)禁煙の重要性を高めるアドバイスと(2)禁煙のための解決策の提案を行います。R (Refer) では、準備期(1ヵ月以内に禁煙しようと考えている)の喫煙者を対象に、禁煙治療のための医療機関等の紹介を行います。

- 標準的支援は、「ABC 方式」で(1)初回の個別面接と(2)電話によるフォローアップの組合せで実施します。A (Ask) と B (Brief advice) の内容は、短時間支援と同様です。C (Cessation support) では、(1)初回の個別面接で、準備期の喫煙者を対象に、①禁煙開始日の設定、②禁煙実行のための問題解決カウンセリング、③禁煙治療のための医療機関等の紹介、を行います。

禁煙開始日を設定した喫煙者には、初回面接後に禁煙実行・継続を支援するための(2)電話によるフォローアップを行います。電話フォローアップを行う時期の目安は、初回の個別面接から2週間後(2W)、1ヵ月後(1M)、2ヵ月後(2M)、6ヵ月後(6M)です。フォローアップでは、①喫煙状況とその後の経過の確認、②禁煙継続のための問題解決カウンセリング(困難な状況をあらかじめ予想し、その解決策を一緒に検討する)を行います。

短時間支援(ABR 方式)と標準的支援(ABC 方式)の特徴を図表 2 に整理しました。ど

のくらい時間が確保できるかによって、いずれの方式を採用するかを決めるとよいでしょう。

図表2. 短時間支援(ABR方式)と標準的支援(ABC方式)の内容

	短時間支援(ABR方式)	標準的支援(ABC方式)
回数	個別面接1回	個別面接1回と電話フォローアップ4回
時間	1～3分	初回面接10分、フォローアップ5分
内容	A sk (喫煙状況の把握) B rief advice (短時間の禁煙アドバイス) ①禁煙の重要性を高めるアドバイス ②禁煙のための解決策の提案 R efer (医療機関等の紹介) ☆準備期のみ	A sk、 B rief adviceは左記と同様 C essation support (禁煙実行・継続の支援) (1) 初回の個別面接 ☆準備期のみ ①禁煙開始日の設定 ②禁煙実行のための問題解決カウンセリング ③禁煙治療のための医療機関等の紹介 (2) 電話によるフォローアップ ☆禁煙開始日設定者のみ ①喫煙状況とその後の経過の確認 ※禁煙に対する賞賛と励まし ②禁煙継続のための問題解決カウンセリング
支援の場	各種健診(特定健診やがん検診など)	特定保健指導や事後指導等の各種保健事業

なお、喫煙者が1人で喫煙や禁煙などについて理解できる自記式ワークシート「たばこを卒業するために」を作成しました(p@@-p@@)。効果的かつ効率的に禁煙支援を行うために、短時間支援(ABR方式)や標準的支援(ABC方式)と組み合わせてご活用ください。

2. 禁煙支援の実際－短時間支援（ABR 方式）

短時間支援の ABR 方式の A（Ask）、B（Brief advice）、R（Refer）を解説します。



喫煙状況の把握（Ask）

まず、短時間支援（ABR 方式）の A（Ask）にあたる「喫煙状況の把握」の具体的方法について解説します。質問票を用いて喫煙状況や健康保険による禁煙治療の患者要件を満たしているかどうかを確認します。質問票を図表 3 に示します。

● Q1～Q3：喫煙者の把握

喫煙者を特定するための質問項目です。

喫煙していると回答した全ての人に次のステップで示す短時間の禁煙アドバイスを行いましょう。また、禁煙していると回答した人には、禁煙していることを賞賛し、禁煙を継続するよう伝えましょう。なお、禁煙して 1 年以内の人に対しては、再喫煙防止のためのフォローアップを行いましょう。

Q1～Q3 の 3 項目は特定健診で現在喫煙者を定義するための質問です。

Q1 で「吸う」と回答し、かつ Q2 のこれまでの喫煙総本数が 100 本以上の喫煙に「はい」と回答するか、または Q3 の最近 6 ヶ月以上の喫煙に「はい」と回答した人が特定健診では喫煙者と定義されます。しかし、ここでは喫煙者の定義に関わらず、Q1 で「吸う」と回答した喫煙者全員に短時間の禁煙アドバイスを行いましょう。

● Q4～Q7：健康保険による禁煙治療の受診条件の確認

健康保険による禁煙治療を受けるためには、下記の 3 つの条件を全て満たす必要があります¹。

- ① 1 日喫煙本数 × 喫煙年数 が 200 を超えること
- ② いますぐに禁煙したいと考えており、禁煙治療を受けることを文書により同意していること
- ③ TDS のスクリーニングテストでニコチン依存症と診断されていること

条件①は、Q4 と Q5 の回答結果から計算します。たとえば、喫煙本数が 1 日 10 本で 30 年間喫煙している人は、 $10 \times 30 = 300$ となり、200 を超えているので条件を満たしていることになります。

条件②は、Q6 の喫煙のステージに関する質問の回答結果から確認します。Q6 の「直ちに（1 ヶ月以内に）禁煙しようと考えている」に回答していること（準備期の喫煙者）が条件になります。

条件③は、Q7 の 10 項目の質問のうち、「はい」と回答した項目が 5 項目以上あれば、ニコチン依存症と診断されるための条件を満たしていることになります。

● Q8：禁煙経験の把握

禁煙経験の有無とこれまで最も長い禁煙期間を把握します。禁煙経験がある人には、過去に用いた禁煙方法や出現した離脱症状の強さ、再喫煙のきっかけなどについて確認しておきましょう。今回の禁煙支援に役立つ情報を得ることができます。

¹ 平成 25 年 1 月現在。

● Q9：禁煙に対する自信

禁煙に対する自信を 0 から 100%の数値で把握します。「全く自信がない」を 0%とし、「非常に自信がある」を 100%とした場合の自信の程度を明らかにします。禁煙の自信が低い人には、禁煙治療や禁煙補助剤についての情報提供のほか、後述する問題解決カウンセリングにより禁煙の自信を高めます。

図表3. 喫煙に関する質問票

喫煙に関する質問票

Q1. 現在、たばこを吸っていますか？
☐ 吸う ☐ やめた（ 年前/ カ月前） ☐ もともと吸わない

以下の質問は、吸うと回答した人のお答え下さい。

Q2. 吸い始めてから現在までの総本数は 100 本以上ですか？ ☐ はい ☐ いいえ

Q3. これまで 6 カ月以上吸っていますか？ ☐ はい ☐ いいえ

Q4. 最近 1 カ月間、たばこを吸っていますか？ ☐ はい ☐ いいえ

Q5. 1 日に平均して何本たばこを吸いますか？ 1 日（ ）本

Q6. 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？（ ）年間

Q7. あなたは禁煙することにどのくらい関心がありますか？
☐ 関心がない
☐ 関心はあるが、今後 6 カ月以内に禁煙しようとは考えていない
☐ 今後 6 カ月以内に禁煙しようと考えているが、直ちに(1 カ月以内に)禁煙する考えはない
☐ 直ちに(1 カ月以内に)禁煙しようと考えている

Q8. 下記の質問を読んであてはまる項目に✓を入れてください。該当しない項目は「いいえ」とお答え下さい。

設問内容	はい 1 点	いいえ 0 点
問1. 自分が吸うつもりよりも、ずっと多くたばこを吸ってしまっていましたか。		
問2. 禁煙や本数を減らそうと試みて、できなかったことがありましたか。		
問3. 禁煙したり本数を減らそうとしたときに、たばこがほしくてほしくてたまらなくなることがありましたか。		
問4. 禁煙したり本数を減らしたときに、次のどれかがありましたか。(イライラ、神経質、落ちつかない、集中しにくい、ゆううつ、頭痛、眠気、胃のむかつき、脈が遅い、手のふるえ、食欲または体重増加)		
問5. 問4でうかがった症状を消すために、またたばこを吸い始めることがありましたか。		
問6. 重い病気にかかったときに、たばこはよくないとわかっているのに吸うことがありましたか。		
問7. たばこのために自分に健康問題が起きているとわかっているのに、吸うことがありましたか。		
問8. たばこのために自分に精神的問題 ^(注) が起きているとわかっているのに、吸うことがありましたか。		
問9. 自分はたばこに依存していると感じることがありましたか。		
問10. たばこが吸えないような仕事やつきあいを避けることが何度かありましたか。		
合 計		

(注)禁煙や本数を減らした時に出現する離脱症状(いわゆる禁断症状)ではなく、喫煙することによって神経質になったり、不安やうつなどの症状が出現している状態。

Q9. 今までたばこをやめたことがありますか？
☐ はい（ 回、最長 年間/ カ月 日間） ☐ なし

Q10. たばこをやめることについてどの程度自信をもっていますか？「全く自信がない」を 0%、「大いに自信がある」を 100%として、0～100%の間であてはまる数字をお書きください。（ ）%

氏 名 _____ 記入日 _____ 年 月 日

B 短時間の禁煙アドバイス (Brief advice)

短時間支援 (ABR 方式) の中の B (Brief advice) にあたる「短時間の禁煙アドバイス」の具体的方法について解説します。

ここでは、喫煙のステージや健診結果にかかわらず、全喫煙者を対象に短時間の禁煙アドバイスをを行います。短時間の禁煙アドバイスでは、1) 病歴や検査値、自覚症状、本人の関心事などを切り口に禁煙が重要であること (①禁煙の重要性を高めるアドバイス)、2) 禁煙には効果的な禁煙方法があること (②禁煙のための解決策の提案) を伝えます。

禁煙に対して気持ちが高まっている喫煙者に対しては、①禁煙の重要性を高めるアドバイスよりも②禁煙のための解決策の提案にウエイトを置くことが一般に有用です。一方、まだ禁煙しようと考えていない喫煙者に対しては、個々人の喫煙者に合った情報提供で禁煙の重要性を高めることが大切です。しかし、禁煙しようと考えていない喫煙者においても、禁煙のための解決策の提案を行うことで、禁煙に対する動機が高まることも少なくないので、忘れずに情報提供しましょう。

(1) 禁煙の重要性を高めるアドバイス

質問票で喫煙状況を把握した喫煙者に対して、診察や問診、保健指導の場を活用して禁煙の重要性を伝えます。複数の保健医療関係者が連携をとりながら声をかけることが効果的です。

まず、「禁煙する必要があること」をはっきりと伝え、さらに、「禁煙が優先順位の高い健康課題であること」を伝えます。

喫煙者に病歴や検査値の異常、自覚症状がある場合は、それらと喫煙との関係を結びつけて、喫煙の影響や禁煙の効果について説明します。喫煙関連疾患としては、がん、虚血性心疾患 (異型狭心症を含む)、脳血管障害 (脳梗塞、くも膜下出血)、糖尿病、COPD、消化性潰瘍などがあります。喫煙に関連した検査値の異常としては、脂質異常 (HDL コレステロールの低下、LDL コレステロールやトリグリセライド (中性脂肪) の上昇)、糖代謝異常 (血糖値や HbA1c の上昇、インスリン感受性の低下)、血球異常 (多血症、白血球増多) などがあります。

病歴や検査値に問題がない喫煙者に対しては、異常がないことを賞賛した上で、喫煙が取り組むべき重要な健康課題であることを伝えて禁煙を促しましょう。また、喫煙者本人の関心事や家族状況、生活背景などが把握できている場合は、それらを切り口として禁煙の重要性を高めるアドバイスをするとさらに効果が高まります。

ここでの働きかけは、喫煙者全員に対して行いますが、特に禁煙に対して気持ちが高まっていない喫煙者に対しては、禁煙の重要性を高めることが大切です。個々人にあったメッセージで喫煙者の気持ちが禁煙に対して高まるようアドバイスしましょう。

（２）禁煙のための解決策の提案

次に、禁煙治療を受ければ「比較的楽に」「より確実に」「あまりお金もかけずに」禁煙できることを伝えます。喫煙者の多くは、「禁煙は自分の力で解決しなければならない」「禁煙はつらく苦しい」と思い込んでいる傾向があります。禁煙は、治療を受けて薬を使うことで、苦しまずに楽にやめることができる^{2,3}ことを伝えます。これまでに何度も禁煙を失敗するなど、禁煙に自信がない喫煙者に対して、禁煙のための効果的な解決策を情報提供することは、禁煙に対する自信を高めることにつながり、有効です。

禁煙に関心のない人に、いきなり禁煙の効果的な解決策について説明しても抵抗や反発を招くだけです。このような人に対しては、現在禁煙する気持ちがないことを指導者が受けとめ、「今後の禁煙のために覚えておかれるといいですよ」と前置きした上で情報提供するとよいでしょう。前置きをすることで相手は抵抗感なく耳を傾けてくれます。



禁煙治療のための医療機関等の紹介（Refer）

短時間支援（ABR 方式）の中の R（Refer）にあたる「禁煙治療のための医療機関等の紹介」の具体的方法について解説します。

質問票で直ちに（１ヵ月以内に）禁煙しようと考えていると答えた喫煙者や、短時間の禁煙アドバイスの結果、禁煙の動機が高まった喫煙者に対しては、禁煙治療の利用を勧め、禁煙治療が健康保険で受けられる医療機関を紹介します。禁煙治療を勧める理由は、自力に頼る方法に比べて禁煙を成功する可能性が高い⁴からです。健康保険による禁煙治療の条件を満たさない場合や医療機関を受診する時間が取れない場合は、禁煙後の離脱症状を軽くするために、薬局・薬店で OTC 薬のニコチンパッチやニコチンガムを購入して禁煙する方法を紹介しましょう。また、健康保険を利用できる条件を満たさない場合でも、自由診療で禁煙治療を受けることができることを伝えましょう。特に喫煙本数が多く、OTC 薬では離脱症状が十分抑えられないヘビースモーカーや、医学的管理の必要性が高い精神疾患等の合併症を有する喫煙者に対しては、禁煙治療の利用を勧めましょう⁵。

禁煙治療が健康保険で受けられる医療機関は、日本禁煙学会のホームページから検索することができます。あらかじめ喫煙者に渡す近隣の医療機関のリストを準備しておきましょう。

- 健康保険で禁煙治療が受けられる医療機関の検索サイト

日本禁煙学会 <http://www.nosmoke55.jp/nicotine/clinic.html>

ただし、健康保険を利用して禁煙治療を受けるためには条件があります。条件は、前述の質問票（図表 3）の Q4~Q7 の項目の回答で確認できます。健診の場合など時間が限られている場合には、喫煙者が後で確認できるように Q4~Q7 の質問を自己チェック用のリーフレットとして作成し、渡せるように準備しておきましょう。

² Royal College of Physicians. Nicotine addiction in Britain. A report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians, London: Royal College of Physicians, 2000.

³ Nakamura, M., et al. Efficacy and tolerability of varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, in a 12-week, randomized, placebo-controlled, dose-response study with 40-week follow-up for smoking cessation in Japanese smokers. Clin Ther, 2007; 29: 1040-1056.

⁴ Kasza KA, et al. Effectiveness of stop-smoking medications: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. Addiction, 2013; 108: 193-202.

⁵ 厚生労働省中央社会保険医療協議会総会：診療報酬改定結果検証に係る特別調査（平成 21 年度調査）ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査報告書。平成 22 年 6 月 2 日

3. 禁煙支援の実際－標準的支援（ABC 方式）

標準的支援（ABC 方式）の A（Ask：喫煙状況の把握）と B（Brief advice：短時間の禁煙アドバイス）については、前述した短時間支援（ABR 方式）と同様です。ここでは、C（Cessation support）にあたる「禁煙実行・継続の支援」の具体的方法について解説します。



禁煙実行・継続の支援（Cessation support）

禁煙実行・継続の支援（Cessation support）は、(1)初回の個別面接と(2)電話によるフォローアップの2つから成ります。対象となる喫煙者は、質問票で直ちに（1ヵ月以内に）禁煙しようと考えていると答えた喫煙者や、短時間の禁煙アドバイスの結果、禁煙の動機が高まった喫煙者です。目安として10分程度の時間をかけて面接を行い、禁煙に踏み出せるように支援します。面接の結果、禁煙開始日を設定した喫煙者には、禁煙の実行の確認と継続の支援を行うために、(2)電話によるフォローアップを行いましょう。

（1）初回の個別面接

初回の個別面接では、①禁煙開始日の設定、②禁煙実行のための問題解決カウンセリング、③禁煙治療のための医療機関等の紹介、を行います。

① 禁煙開始日の設定

禁煙を開始する日は、喫煙者と話しあって具体的に決めます。禁煙開始日が決まったら、それまでに禁煙治療を利用するように伝えましょう。時間があれば禁煙宣言書を喫煙者と指導者の間で取り交わしておく、本人の禁煙の決意を固めたり、指導者としてフォローアップを行う上で有用です。

初回面接で禁煙開始日を設定した人には、6ヵ月間にわたり計4回のフォローアップを行います。フォローアップは、原則電話で行います。フォローアップの電話が通じやすい連絡先（携帯があれば携帯電話の番号）を確認し、電話に出やすい時間帯を把握しておきましょう。

② 禁煙実行のための問題解決カウンセリング

禁煙実行のための問題解決カウンセリングの内容は、禁煙にあたって喫煙者が不安に思っていることや心配していることを聞き出し、その解決策を喫煙者が指導者と共に考えることです。

仕事をしている喫煙者では「禁煙するとイライラして仕事が手につかなくなるのでは」とか、「禁煙しても仕事の付き合いでお酒を飲む機会が多いのですぐに吸ってしまうのではないか」といった心配をする場合があります。その場合、本人が心配していることを受けとめ、イライラなどの禁煙後の離脱症状は概ね2~4週間で治まること、禁煙補助剤を使えば離脱症状が軽減できることを伝えます。また、禁煙してしばらくの間は、お酒を飲みに行くことを控えたり、外でお酒を飲む場合は、できるだけたばこを吸わない人の隣の席に座る、周囲に禁煙宣言をするなど具体的な対処法を本人と話しあって決めておきましょう。

③ 禁煙治療が受けられる医療機関等の紹介

より確実に禁煙ができる禁煙治療の利用を勧めます。健康保険で禁煙治療が受けられる医療機関は、日本禁煙学会のホームページで検索できます。あらかじめ近隣

の医療機関のリストを準備しておき、喫煙者に渡せるようにしておきます。

●健康保険で禁煙治療が受けられる医療機関の検索サイト

日本禁煙学会 <http://www.nosmoke55.jp/nicotine/clinic.html>

ただし、健康保険を利用して禁煙治療を受けるためには条件があります。条件は、前述した質問票（図表 3）の Q4~Q7 の項目の回答でチェックしておきましょう。

健康保険による禁煙治療の条件を満たさない場合や医療機関を受診する時間が取れない場合は、禁煙後の離脱症状を軽くするために、薬局・薬店で OTC 薬のニコチンパッチやニコチンガムを購入して禁煙する方法を紹介しましょう。現在、ニコチンパッチの OTC 薬は 3 社から発売されていますが、いずれも医療用医薬品のニコチンパッチと比べて有効成分が高用量の剤形がないため、ニコチンの補充が不十分となる場合があります。OTC 薬で禁煙できなければ医療機関での禁煙治療を勧めます。

健康保険を利用できる条件を満たさない場合でも、自由診療で禁煙治療を受けることができることを伝えましょう。特に喫煙本数が多く OTC 薬では離脱症状が十分抑えられないヘビースモーカーや医学的管理の必要性が高い精神疾患等の合併症を有する喫煙患者に対しては、禁煙治療の利用を勧めましょう。

（2）電話によるフォローアップ

初回の個別面接で禁煙開始日を設定した喫煙者には、禁煙が継続できるように電話によるフォローアップを行います。電話によるフォローアップの時期の目安は、初回面接日から 2 週間後、1 カ月後、2 カ月後、6 カ月後の計 4 回です。フォローアップに要する時間は、5 分程度です。

電話によるフォローアップの内容や時間については、OTC 薬を使って禁煙している場合や自力で禁煙している場合は、カウンセリングを十分受けていないことが多いため、少し時間をかけて行います。一方、禁煙治療を利用している喫煙者は、医療機関で禁煙のためのカウンセリングやアドバイスを受けているため、特に問題がなければ禁煙の経過を確認し、禁煙が継続していることを賞賛したり、励ましたりする程度の内容となり、あまり時間をかけずにフォローアップを行うことができます。

フォローアップの主な内容は、①喫煙状況とその後の経過の確認、②禁煙継続のための問題解決カウンセリングです。

① 喫煙状況とその後の経過の確認

フォローアップではまず喫煙状況とその後の経過の確認を行います。初回の個別面接から 2 週間後にあたる 1 回目のフォローアップでは、本人が選択した禁煙の方法と禁煙開始日を確認しておきます。禁煙治療を利用した場合は、禁煙ができると自己判断で禁煙治療を中断してしまうこともあるので、12 週間の治療を完了した方が禁煙成功率が高いことを伝え、禁煙治療を完了するようにアドバイスします。

OTC 薬を使っている場合には、離脱症状を十分に抑えられているかどうかを確認します。ニコチンガムは噛み方が間違っていると効果が低下するので、ニコチンガムを使っても効果を実感できていない場合には、まずは噛み方の確認と指導を行うことが重要です。喫煙本数が多い喫煙者の場合には、OTC 薬では離脱症状が十分に抑えられない可能性があります。その場合は、禁煙治療を受けるようにアドバイスします。

禁煙ができている場合には「よくがんばりましたね」と禁煙に踏み出せたことや

禁煙できていることについて賞賛します。この言葉は、喫煙者にとって何よりのご褒美となります。

禁煙して1ヵ月が経過すると禁煙がある程度安定してきますが、吸いたい気持ちはまだしばらく残ります。アルコール、過労や仕事上のストレス、気分の落ち込みなど、ちょっとしたきっかけで喫煙は再開しやすいので、注意するように声をかけましょう。

2回目以降の電話でのフォローアップでは、本人が実感する禁煙の効果について聞き出しておきましょう。身体面の効果だけでなく、精神面や日常生活面においても禁煙の効果を確認し、禁煙継続の励みにしてもらいましょう。

② 禁煙継続のための問題解決カウンセリング

禁煙継続にあたって心配していることや不安に思っている点を聞き出し、禁煙が継続できるよう支援します。たとえば、禁煙してそれほど時間がたっていない人では「たばこが吸いたいの、吸ってしまうのではないか」と心配することがあります。まず、本人が心配していることを受けとめます。次に、離脱症状が改善しても吸いたい気持ちはしばらく残ること、しかし時間の経過とともに吸いたい気持ちがおさまっていくことを伝えます。たばこを吸いたくなったら、深呼吸をしたり、お水を飲んだりするなどの対処法を身につけることが有用であることを伝え、禁煙を続ける自信が高まるよう話しあいを行います。禁煙できた日が増えていくにつれて、禁煙の自信は高まっていきます。「今日1日禁煙しよう」という気持ちで禁煙を続けるよう支援しましょう。

禁煙を継続できている場合は、禁煙後の体重増加の有無を確認しておきます。禁煙後の体重増加は、禁煙した人の約8割に見られますが、平均2~3kg程度といわれています⁶。喫煙本数が多い人ほど体重が増加しやすいといわれています。体重をできるだけ増やしたくない場合は、禁煙補助剤の使用と、禁煙後比較的早い時期から運動に取り組むのがよいでしょう。運動としては、中等度の身体活動強度の運動（速歩、ジョギング、水泳など）がお勧めです⁷。食事については、禁煙直後からの過度な食事制限は、喫煙欲求を高める可能性がある⁷ので、禁煙が安定するのを待ちましょう。禁煙が安定してきたら、食生活の改善として、食べ過ぎを改善する、肉類や油料理などの高エネルギーの食事や間食を減らして、代わりに野菜や果物を増やす、飲酒量を減らすことなどを行うことを勧めましょう。

<禁煙に踏み出せなかった場合や再喫煙した場合の対応>

電話でのフォローアップで注意すべきことは、禁煙に踏み切れなかった場合や再喫煙した場合の対応です。禁煙に踏み切れなかった場合には、その理由を聞き出し、話しあいましょう。できれば再度禁煙開始日を設定して禁煙に踏み出せるように支援しましょう。禁煙の自信が低い喫煙者には、禁煙治療を勧めましょう。

一旦禁煙したが再びたばこを吸い始めた喫煙者に対しては、再喫煙のきっかけや禁煙の問題点を明らかにし、再挑戦を勧めるようにしましょう。喫煙を再開した者では、喫煙を再開したこと自体を問題にしてくじけたり、自己嫌悪に陥ったりする場合があります。禁煙した人が再喫煙することはよくあることであり、もう一度チャレンジする気持ちが重要であることを伝えましょう。

⁶ U.S. Department of Health and Human Services. The Health Benefits of Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1990.

⁷ Fiore MC, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical Practice Guideline. Rockville: US Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2008.

保健指導における アルコール使用障害スクリーニング^{“オーディット”}(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

「危険な飲酒や有害な飲酒に対するスクリーニングおよびブリーフインターベンション」は、WHOが2011年に採択した「アルコールの有害な使用を低減するための世界戦略」において推奨されています。

スクリーニング

Q) アルコール使用障害同定テスト(AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test)とは？

A) アルコール問題のスクリーニングの一つ。WHOが問題飲酒を早期に発見する目的で作成したもので、世界で最もよく使われています。

ブリーフインターベンション

Q) 減酒支援(Brief Intervention)とは？

A) 対象者の特定の行動(この場合は飲酒行動)に変化をもたらすことを目的とした短時間のカウンセリング。海外では活発に用いられています。

【作成】厚生省科学研究費補助金

「わが国における飲酒の実態把握およびアルコールに関連する生活習慣病とその対策に関する総合研究」
(研究代表者: 樋口 進 国立病院機構久里浜医療センター病院長)

要 約

手引きの内容を簡単に言うと？

- 対象者のアルコール問題の程度を評価して、問題の程度にふさわしい適切な対応をとるために活用できます。

この手引きの「利用者」とは？

- 医師、保健師、管理栄養士等の保健指導実施者に、任意で活用いただくものです。

この手引きの「対象者」とは？

- 特定健診における「標準的な質問票」で、日本酒換算で1～2合以上のアルコールを「毎日」又は「時々」飲むと答えた人に活用することをお勧めします。これらの方々は、生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている可能性が高いためです。

アルコール問題の程度を定量的に評価できるの？

- AUDITという、10の質問から構成されるスクリーニングテストを用います。
- 対象者が自ら答えを記載し、保健指導実施者がスコア化することをお勧めします。

AUDITの結果	判 定	対 応
0～7点	問題飲酒ではないと思われる	介入不要
8～14点	問題飲酒ではあるが、 アルコール依存症までは至っていない	減酒支援を行う (ブリーフインターベンション)
15～40点	アルコール依存症が疑われる	専門医療機関の 受診につなげる

AUDIT(アルコール使用障害スクリーニング)①

質問1

あなたはアルコール含有飲料(お酒)をどのくらいの頻度で飲みますか？

0 点	飲まない
1 点	1ヶ月に1度以下
2 点	1ヶ月に2～4度
3 点	週に2～3度
4 点	週に4度以上

質問2

飲酒するときには通常どのくらいの量を飲みますか？

(注)

○「1ドリンク」は純アルコール換算の単位で、1ドリンクは純アルコール換算で10グラムです。

○1ドリンクは、ビール中ビン半分(250ml)、日本酒0.5合、焼酎(25度)50mLに相当します。

0 点	0～2ドリンク*
1 点	3～4ドリンク
2 点	5～6ドリンク
3 点	7～9ドリンク
4 点	10ドリンク以上

*通常のAUDITは「1～2ドリンク」ですが、すべてを分類できるように、本手引きでは敢えて「0」の場合を含めています。

質問3

1度に6ドリンク以上飲酒することがどのくらいの頻度でありますか？

(注)

○「6ドリンク」とは、ビールだと中ビン3本、日本酒だと3合、焼酎(25度)だと1.7合(300mL)に相当します。

0 点	ない
1 点	月に1度未満
2 点	月に1度
3 点	週に1度
4 点	毎日あるいはほとんど毎日

AUDIT(アルコール使用障害スクリーニング)②

質問4

過去1年間に、飲み始めると止められなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？

0 点	ない
1 点	月に1度未満
2 点	月に1度
3 点	週に1度
4 点	毎日あるいはほとんど毎日

質問5

過去1年間に、普通だと思えることを飲酒していたためにできなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？

0 点	ない
1 点	月に1度未満
2 点	月に1度
3 点	週に1度
4 点	毎日あるいはほとんど毎日

質問6

過去1年間に、深酒の後体調を整えるために、朝迎え酒をしなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？

0 点	ない
1 点	月に1度未満
2 点	月に1度
3 点	週に1度
4 点	毎日あるいはほとんど毎日

AUDIT(アルコール使用障害スクリーニング) ③

質問7

過去1年間に、飲酒後罪悪感や自責の念にかられたことが、どのくらいの頻度でありましたか？

0 点	ない
1 点	月に1度未満
2 点	月に1度
3 点	週に1度
4 点	毎日あるいはほとんど毎日

質問8

過去1年間に、飲酒のため前夜の出来事を思い出せなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？

0 点	ない
1 点	月に1度未満
2 点	月に1度
3 点	週に1度
4 点	毎日あるいはほとんど毎日

質問9

あなたの飲酒のために、あなた自身か他の誰かがけがをしたことがありますか？

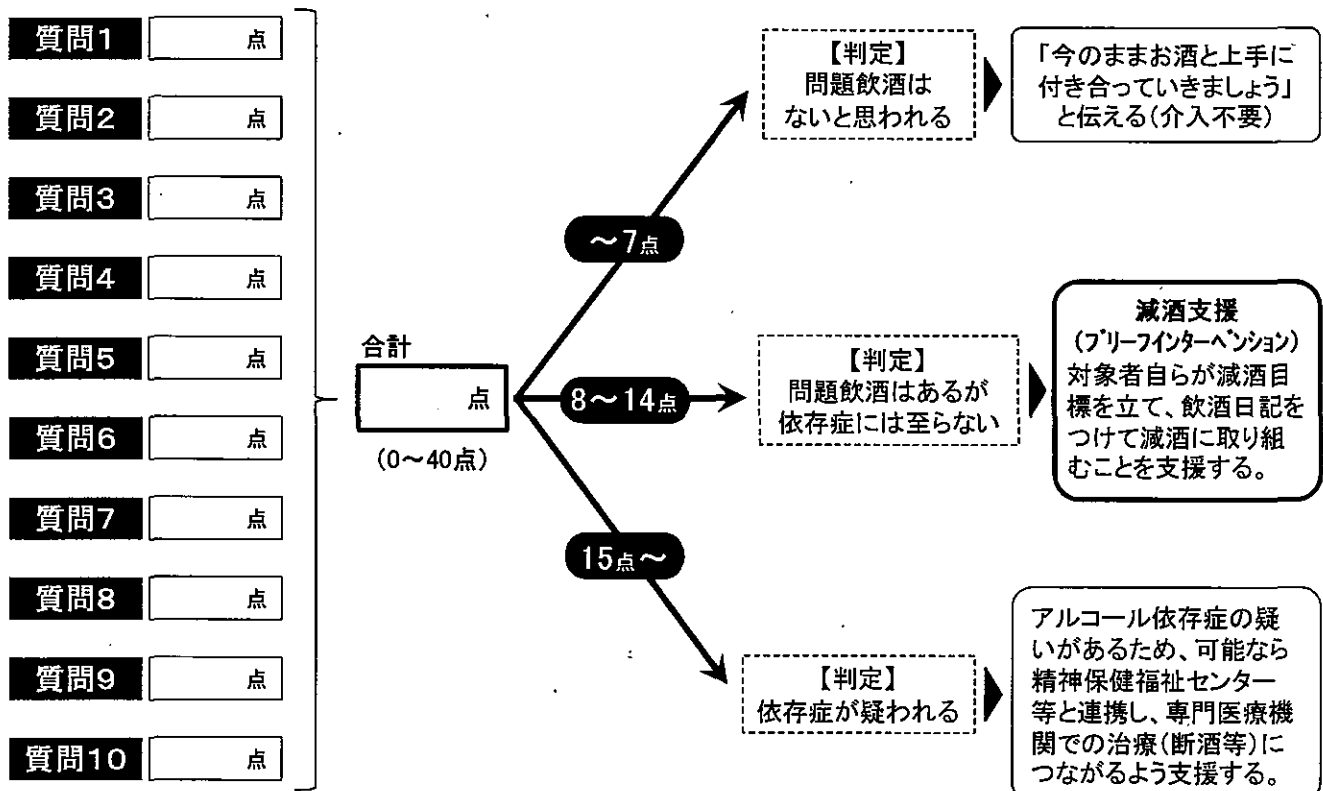
0 点	ない
2 点	あるが、過去1年にはなし
4 点	過去1年間にあり

質問10

肉親や親戚、友人、医師、あるいは他の健康管理にたずさわる人が、あなたの飲酒について心配したり、飲酒量を減らすように勧めたりしたことがありますか？

0 点	ない
2 点	あるが、過去1年にはなし
4 点	過去1年間にあり

AUDITの判定方法



AUDITの解説

(1)「ドリンク」数の計算には次の式を用います。

$$\text{純アルコール量(g)} = \text{飲んだ酒の量(mL)} \times \text{酒の濃度(度数/100)} \times 0.8$$

$$\text{ドリンク数} = \text{純アルコール量(g)} \div 10$$

【計算例】

- ① 日本酒(15度)1合のドリンク数は?
 $180\text{mL}(1\text{合}) \times 0.15 \times 0.8 = 21.6\text{g}(=2.2\text{ドリンク})$
- ② さらに、ビール(5度)350mLカンを2本飲めば、
 $350\text{mL} \times 2 \times 0.05 \times 0.8 = 28\text{g}(=2.8\text{ドリンク})$
- ③ ①と②の合計で5.0ドリンク

(2)質問2～8については、対象者には、より近いと思われる項目を選ぶよう伝えてください。

(3)ここではアルコール依存症を疑う境界を14点と15点の間に置いていますが、AUDITの点数はあくまでも判断材料の一つであり、アルコール依存症か否かに関しては医師が総合的に診断します。

(4)対象者が問題を隠していれば、依存症に分類されるべき人がこの減酒指導群に入ってしまいます。点数は14点以下であっても、深刻な問題点があれば、専門医療機関で相談することを勧めてください。この場合の深刻な飲酒問題とは、次のようなものを指します。

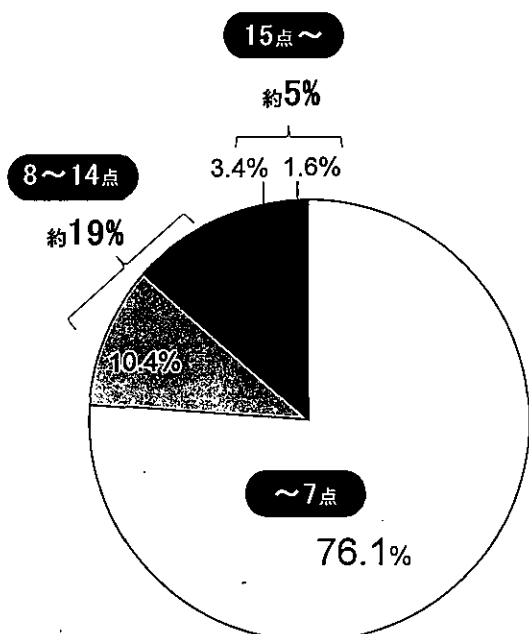
- ・飲酒すると、大声を出したり、暴力的になったりして、周囲に迷惑をかける場合。
- ・肝臓障害、膵炎、低栄養状態、うつ病など、飲酒が原因の深刻な健康問題が併存している場合。
- ・飲酒が原因の深刻な家族問題、社会的問題がある場合(暴力・暴言、養育拒否、虐待等)。

(5)AUDITの結果が15点以上の場合は、アルコール依存症の疑いが強いケースです。

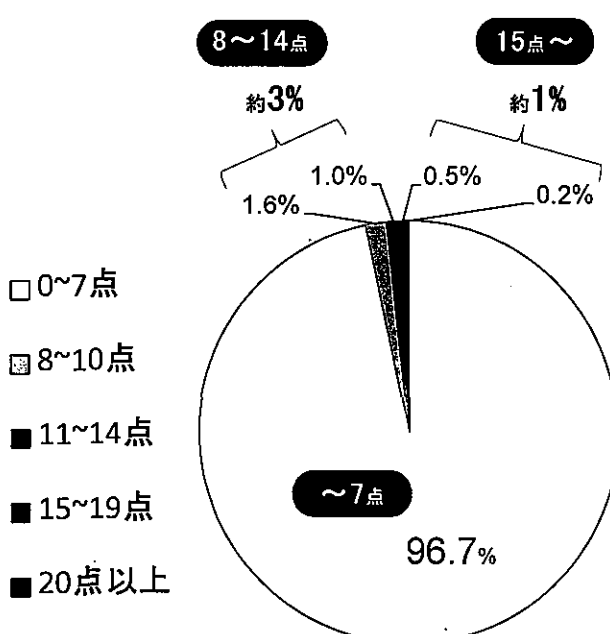
専門的な治療が必要になりますので、対象者の気づきを促しつつ、可能なら精神保健福祉センター等と連携して、アルコール依存症の専門医療機関での治療につながるよう、支援してください。

対象者が治療を受けようとしなかったり、家族からの協力も得られない等、対象者を治療につなげることが困難なケースもあります。その場合は、決して一人で背負いこまないようにし、チームの仲間と情報を共有し、仲間からの協力を得るようにしてください。

【参考】一般住民におけるAUDITの点数別分布

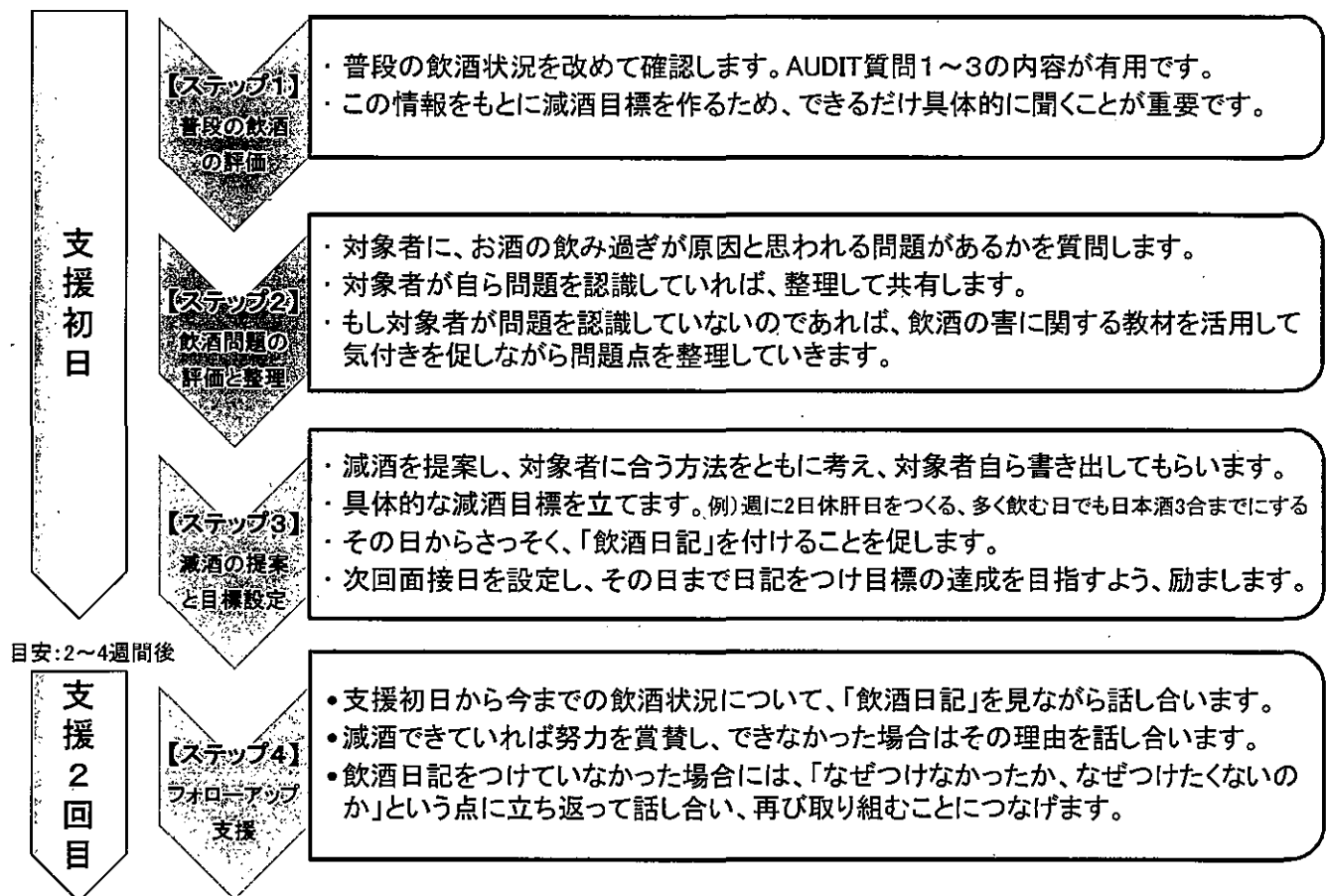


男性
(n=1,184人)



女性
(n=1,363人)

減酒支援(ブリーフインターベンション)の具体的な手順



減酒支援(ブリーフインターベンション)のポイント

○「何らかの形で始める」ことが重要です。評価のための聞き取りだけでも、酒量が減ることが多くみられますので、支援内容の細部にこだわり過ぎず、とにかく始めてみましょう。

○共感することが重要です。飲酒習慣を変えることの困難さ、背景にあるかもしれない日常生活における苦勞を受け止めて共感する姿勢を示すと、介入効果も高まります。

○減酒目標は達成可能なものにし、押しつけることなく対象者が自ら設定することを支援しましょう。

○1回目の支援を行ってから2回目の支援(フォローアップ支援)を行うまでの期間は、2～4週間程度としましょう。ただ、これはあくまで目安ですので、保健指導の流れに合わせて柔軟に対応していただくことが可能です。また、基本は2回ですが、必要に応じて3回、4回と続けます。

○フォローアップ時に飲酒量が減っていなくとも、再度チャレンジしてみるよう促しましょう。目標が高すぎると思われた場合には、フォローアップ支援時に目標を見直すことも可能です。

○このような簡単な支援によって酒量は減り、その効果は比較的長く続くことが多くの研究によって示されています。しかし、アルコール依存症である対象者にこの減酒支援を実施した場合は、この効果はあまり期待できません。この点も踏まえ、飲酒量の多い対象者であって、支援を開始して4～6週間たっても酒量が減らないか、むしろ増えた場合には、可能なら精神保健福祉センター等と連携して専門医療機関での治療につなげるようにしましょう。

酒類のドリンク換算表、アルコールと健康に関する資料、飲酒方法を減らす具体的な方法のリスト、飲酒日記の様式等の各種教材については、下記から入手できます。

URL: http://kurihama-med.jp/health_guidance/index.html

飲酒日記

- ・自分の飲酒習慣を変えたいと思っている方は、毎日の飲酒を正直に記録していくことが手助けになります。
- ・自分が立てた目標を記録することで、少しずつ目標に向かっていくことが確認でき、励みにもなります。
- ・ここでまず、あなたが立てた飲酒目標を確認しましょう。

私の飲酒目標は です。

() 週目	飲んだ種類と量	飲んだ状況	飲酒目標 達成
月 日()			
月 日()			
月 日()			
月 日()			
月 日()			
月 日()			
月 日()			

私の飲酒目標は です。

() 週目	飲んだ種類と量	飲んだ状況	飲酒目標 達成
月 日()			
月 日()			
月 日()			
月 日()			
月 日()			
月 日()			
月 日()			

飲酒日記の付け方

1. まず、「飲んだ種類と量」を記入して下さい。できるだけ具体的に書いてください。2種類以上のお酒を飲んだ場合には、それぞれを書いてください。
2. 飲酒した時は、「飲んだ状況」を記入します。
3. お酒を飲まないで済んだ日には、その理由や飲まないためにあなたが使った方法を「飲んだ状況」に記入してください。
4. 「飲酒目標達成」には、全く飲まなかった場合「◎」、飲んだが飲酒目標以下であった場合「○」、飲酒目標を超えてしまった場合「×」を記入して下さい。

AUDIT オーディット

(アルコール使用障害同定テスト)

1. あなたはアルコール含有飲料をどのくらいの頻度で飲みますか？		
0. 飲まない	1. 1ヶ月に1度以下	2. 1ヶ月に2～4度
3. 1週に2～3度	4. 1週に4度以上	
2. 飲酒するときには通常どのくらいの量を飲みますか？ → 量の換算は裏面の表を参照してください（以後同じ）。		
0. 0～2ドリンク	1. 3～4ドリンク	2. 5～6ドリンク
3. 7～9ドリンク	4. 10ドリンク以上	
3. 1度に6ドリンク以上飲酒することがどのくらいの頻度でありますか？		
0. ない	1. 1ヶ月に1度未満	2. 1ヶ月に1度
3. 1週に1度	4. 毎日あるいはほとんど毎日	
4. 過去1年間に、飲み始めると止められなかった事が、どのくらいの頻度でありましたか？		
0. ない	1. 1ヶ月に1度未満	2. 1ヶ月に1度
3. 1週に1度	4. 毎日あるいはほとんど毎日	
5. 過去1年間に、普通だと思えることを飲酒していたためにできなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？		
0. ない	1. 1ヶ月に1度未満	2. 1ヶ月に1度
3. 1週に1度	4. 毎日あるいはほとんど毎日	
6. 過去1年間に、深酒の後体調を整えるために、朝迎え酒をせねばならなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？		
0. ない	1. 1ヶ月に1度未満	2. 1ヶ月に1度
3. 1週に1度	4. 毎日あるいはほとんど毎日	
7. 過去1年間に、飲酒後罪悪感や自責の念にかられたことが、どのくらいの頻度でありましたか？		
0. ない	1. 1ヶ月に1度未満	2. 1ヶ月に1度
3. 1週に1度	4. 毎日あるいはほとんど毎日	
8. 過去1年間に、飲酒のため前夜の出来事を思い出せなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？		
0. ない	1. 1ヶ月に1度未満	2. 1ヶ月に1度
3. 1週に1度	4. 毎日あるいはほとんど毎日	
9. あなたの飲酒のために、あなた自身か他の誰かがけがをしたことがありますか？		
0. ない	2. あるが、過去1年に	4. 過去1年間にあり
	はなし	
10. 肉親や親戚、友人、医師、あるいは他の健康管理にたずさわる人が、あなたの飲酒について心配したり、飲酒量を減らすように勧めたりしたことがありますか？		
0. ない	2. あるが、過去1年に	4. 過去1年間にあり
	はなし	

酒類のドリンク換算表

種類	量	ドリンク数
(1) ビール (5%)・発泡酒	コップ(180mL) 1杯	0.7
	小ビンまたは 350mL 缶 1本	1.4
	中ビンまたは 500mL 缶 1本	2.0
	大ビンまたは 633mL 缶 1本	2.5
	中ジョッキ (320mL) 1杯	1.3
	大ジョッキ (600mL) 1杯	2.4
(2) 日本酒 (15%)	1合 (180mL)	2.2
	お猪口 (30mL) 1杯	0.4
(3) 焼酎・泡盛 (20%)	ストレートで 1合 (180mL)	2.9
焼酎・泡盛 (25%)	ストレートで 1合 (180mL)	3.6
焼酎・泡盛 (30%)	ストレートで 1合 (180mL)	4.3
焼酎・泡盛 (40%)	ストレートで 1合 (180mL)	5.8
(4) 酎ハイ (7%)	コップ 1杯 (180mL)	1.0
	350mL 缶酎ハイ 1本	2.0
	500mL 缶酎ハイ	2.8
	中ジョッキ (320mL) 1杯	1.8
	大ジョッキ (600mL) 1杯	3.4
(5) カクテル類 (5%) (果実味などを含んだ 甘い酒)	コップ(180mL) 1杯	0.7
	350mL 缶 1本	1.4
	500mL 缶 1本	2.0
	中ジョッキ (320mL) 1杯	1.3
(6) ワイン(12%)	ワイングラス (120mL) 1杯	1.2
	ハーフボトル (375mL) 1本	3.6
	フルボトル (750mL) 1本	7.2
(7) ウイスキー、ブランデー、ジン、ウォッカ、ラムなど (40%)	シングル水割り 1杯 (原酒で 30mL)	1.0
	ダブル水割り 1杯 (原酒で 60mL)	2.0
	ショットグラス (30mL) 1杯	1.0
	ポケットビン (180mL) 1本	5.8
	ボトル半分 (360mL)	11.5
(8) 梅酒 (15%)	1合 (180mL)	2.2
	お猪口 (30mL)	0.4

AUDIT オーディット

(アルコール使用障害同定テスト)

1. あなたはアルコール含有飲料をどのくらいの頻度で飲みますか？ 0. 飲まない 3. 1週に2～3度	1. 1ヶ月に1度以下 4. 1週に4度以上	2. 1ヶ月に2～4度
2. 飲酒するときには通常どのくらいの量を飲みますか？ → 量の換算は裏面の表を参照してください(以後同じ)。		
0. 0～2ドリンク 3. 7～9ドリンク	1. 3～4ドリンク 4. 10ドリンク以上	2. 5～6ドリンク
3. 1度に6ドリンク以上飲酒することがどのくらいの頻度でありますか？		
0. ない 3. 1週に1度	1. 1ヶ月に1度未満 4. 毎日あるいはほとんど毎日	2. 1ヶ月に1度
4. 過去1年間に、飲み始めると止められなかった事が、どのくらいの頻度でありましたか？		
0. ない 3. 1週に1度	1. 1ヶ月に1度未満 4. 毎日あるいはほとんど毎日	2. 1ヶ月に1度
5. 過去1年間に、普通だと思えることを飲酒していたためにできなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？		
0. ない 3. 1週に1度	1. 1ヶ月に1度未満 4. 毎日あるいはほとんど毎日	2. 1ヶ月に1度
6. 過去1年間に、深酒の後体調を整えるために、朝迎え酒をせねばならなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？		
0. ない 3. 1週に1度	1. 1ヶ月に1度未満 4. 毎日あるいはほとんど毎日	2. 1ヶ月に1度
7. 過去1年間に、飲酒後罪悪感や自責の念にかられたことが、どのくらいの頻度でありましたか？		
0. ない 3. 1週に1度	1. 1ヶ月に1度未満 4. 毎日あるいはほとんど毎日	2. 1ヶ月に1度
8. 過去1年間に、飲酒のため前夜の出来事を思い出せなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？		
0. ない 3. 1週に1度	1. 1ヶ月に1度未満 4. 毎日あるいはほとんど毎日	2. 1ヶ月に1度
9. あなたの飲酒のために、あなた自身か他の誰かがけがをしたことがありますか？		
0. ない	2. あるが、過去1年にはなし	4. 過去1年間にあり
10. 肉親や親戚、友人、医師、あるいは他の健康管理にたずさわる人が、あなたの飲酒について心配したり、飲酒量を減らすように勧めたりしたことがありますか？		
0. ない	2. あるが、過去1年にはなし	4. 過去1年間にあり

酒類のドリンク換算表

種類	量	ドリンク数
(1) ビール (5%)・発泡酒	コップ(180mL) 1杯	0.7
	小ビンまたは 350mL 缶 1本	1.4
	中ビンまたは 500mL 缶 1本	2.0
	大ビンまたは 633mL 缶 1本	2.5
	中ジョッキ (320mL) 1杯	1.3
	大ジョッキ (600mL) 1杯	2.4
(2) 日本酒 (15%)	1合 (180mL)	2.2
	お猪口 (30mL) 1杯	0.4
(3) 焼酎・泡盛 (20%)	ストレートで 1合 (180mL)	2.9
焼酎・泡盛 (25%)	ストレートで 1合 (180mL)	3.6
焼酎・泡盛 (30%)	ストレートで 1合 (180mL)	4.3
焼酎・泡盛 (40%)	ストレートで 1合 (180mL)	5.8
(4) 酎ハイ (7%)	コップ 1杯 (180mL)	1.0
	350mL 缶酎ハイ 1本	2.0
	500mL 缶酎ハイ	2.8
	中ジョッキ (320mL) 1杯	1.8
	大ジョッキ (600mL) 1杯	3.4
(5) カクテル類 (5%) (果実味などを含んだ 甘い酒)	コップ(180mL) 1杯	0.7
	350mL 缶 1本	1.4
	500mL 缶 1本	2.0
	中ジョッキ (320mL) 1杯	1.3
(6) ワイン(12%)	ワイングラス (120mL) 1杯	1.2
	ハーフボトル (375mL) 1本	3.6
	フルボトル (750mL) 1本	7.2
(7) ウイスキー、ブランデー、ジン、ウォッカ、ラムなど (40%)	シングル水割り 1杯 (原酒で 30mL)	1.0
	ダブル水割り 1杯 (原酒で 60mL)	2.0
	ショットグラス (30mL) 1杯	1.0
	ポケットビン (180mL) 1本	5.8
	ボトル半分 (360mL)	11.5
(8) 梅酒 (15%)	1合 (180mL)	2.2
	お猪口 (30mL)	0.4

第4編 体制・基盤整備、総合評価

第1章 人材育成体制の整備

(1) 基本的考え方

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

(2) 国の役割

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

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

(3) 都道府県の役割

都道府県は、国が示す「健診・保健指導の研修に関するガイドライン」を踏まえ、健診・保健指導事業の企画立案・実施・評価の業務を行う者を対象に、①企画立案・評価に関する知識・技術、②最新の科学的知見に基づいた効果的な保健指導の知識・技術、③ポピュレーションアプローチとの効果的な組合せ等に関する研修を実施する。このほか、保健指導の質の向上のために、標準的な質問票や健診等のデータを用いた評価方法についても研修を行うことが求められる。その際、市町村や医療保険者の評価に用いられる死亡統計などの都道府県のデータをまとめて提供する。

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

なお、医療保険者やアウトソーシング機関を対象とした研修等を実施する際にはもれなく周知できるような体制整備が必要である。

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

(4) 市町村の役割

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

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

今後、我が国の人口構造が一層高齢化していくことが見込まれている中、国保、衛生、介護の各部門が共通認識を持って保健事業を的確かつ効果的に実施していくことが必要である。このため、各市町村レベルでこの三部門が連携して、住民や地域の実態やニーズに即した保健事業などを運営できる技能・知識を有する人材を育成していくことが重要である。

さらに、市町村は、これまで健康づくりに関するボランティア等を育成してきたところであるが、これらのボランティア等による活動は、健診受診率の向上や住民自らの生活習慣の改善に有効であることから、これらの活動をポピュレーションアプローチの重要な手法と位置づけ、地域で自主的に健康づくりを推進するボランティア等育成のための研修を実施することが必要である。また、健康は、社会経済環境の影響を受けるため、個人の取組みだけで解決するには限界がある。よって、地域において個人の健康を支え、守るための社会環境整備が求められていることから、地域のつながりを強化し、家庭・自治組織・企業・学校・ボランティア等が一体となった健康づくりを推進することが必要である。

(5) 医療保険者の役割

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

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

(6) 医療関係団体の役割

日本医師会、日本看護協会、日本栄養士会等の医療関係団体及び当該団体の都道府県組織は、保健指導を実施する者の資質の向上を図るため、積極的に研修会を行うことが求められる。研修会の実施に際しては、複数の医療関係団体が協力し、共

¹ 資質向上のため、人材育成計画に基づいて、職務の異動を行うこと。

同で実施することや、日本歯科医師会や日本薬剤師会等の医療関係団体及び当該団体の都道府県組織から講師を紹介してもらうことなど、複数の職種で構成されるチームによる保健指導に繋がるような配慮も必要である。

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

第2章 最新の知見を反映した健診・保健指導内容の見直しのための体制整備

(1) 基本的考え方

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

(2) 国の役割

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

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

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

(3) 関係学会の役割

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

(4) 都道府県の役割

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

（５）市町村の役割

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

（６）その他

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

第3章 健診・保健指導の実施・評価のためのデータ分析とデータ管理

3-1 健診・保健指導の実施・評価のための指標・項目

(1) 基本的考え方

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

（２）具体的な健診・保健指導を評価するための指標・項目

① 個人の評価のための指標・項目

○ 健診の指標・項目（当該年度）

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

○ 保健指導の指標・項目（当該年度）

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

○ レセプト

- ・ 受療状況の有無

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

② 集団の評価のための指標・項目

○ 健診の指標・項目（当該年度）

- ・ 健診受診者数、内訳
- ・ 各健診項目判定結果

○ 保健指導の指標・項目（当該年度）

- ・ 保健指導階層化判定
- ・ 生活習慣改善状況

○ レセプト

- ・ 受療状況の有無
- ・ 医療費

③ 事業評価のための指標・項目

※母集団（対象集団）の把握が重要である。

○ 健診の指標・項目（当該年度）

○ 保健指導の指標・項目（当該年度）

○ レセプト

○ 事業を評価するための関連情報

3-2 医療保険者における健診・保健指導の実施・評価

(1) 基本的考え方

- 医療保険者は、全ての40歳から74歳の被保険者に対し、健診の受診を促すとともに、健診結果やレセプト等のデータを有効に活用し、必要な保健指導（情報提供・動機づけ支援・積極的支援）対象者を確実に選定し、被保険者の生活習慣改善の取組みを支援する。また、対象集団（医療保険者）における健診・保健指導プログラムが有効であったかどうかについて、ICD-10¹に基づいて分類される疾病の受療状況についてレセプトの活用などにより評価を行う。
- 医療保険者は、レセプトを活用した分析を実施し、健診・保健指導の計画、評価を行い、保健指導内容の改善、アウトソーシング先の選定の参考とするなど、健診・保健指導事業の改善を行うことが可能である。
- 医療保険者は、委託先の事業者から健診データが円滑に移行されるよう、事業者との連携を密に図り、効果的・効率的な健診・保健指導実施計画を策定し、事業を実施すべきである。
- 医療保険者は、特定健診・保健指導の実施状況や、レセプトデータの状況、医療保険者における評価・改善に関する知見の集積状況や習熟度等の動向を踏まえ、健診・保健指導の評価に取り組む必要がある。

(2) 具体的な健診・保健指導の実施・評価の手順（例）

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

〔評価手順の一例〕

- ① 利用するレセプトの抽出
 - 利用するレセプトは、生活習慣病に関係する病名により抽出する。
 - レセプトの病名は主傷病と副傷病に分かれているが、両方とも拾う。さらに、生活習慣病に関係する病名が主傷病か副傷病かを分類するため、主傷病が分かるようにデータを抽出する。
 - 将来的にレセプトがオンライン化されれば電子データからの変換が可能となるが、それまでは、健診データにレセプト病名コードを追加することにより対応する。

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

- 病名コードは、ICD 分類に基づくものとする。
- ② 集団の疾患特徴の把握
 - ※ 高額レセプト、長期レセプト、重複疾病の抽出による突合分析
 - 高額なレセプト（例：1ヶ月200万円以上など）を分析することにより、どのような疾患が高額になっているかを調べ、どの疾患の予防を優先的な保健指導の対象とするか考える（様式1-1、2）。
 - 高額なレセプトだけでなく、長期に治療が継続することにより結果的に医療費が高額になる疾患についても調べ、どの疾患の予防を優先的な保健指導の対象とするかについても考える（様式2-1～3）。
 - 被保険者集団の特徴や健康課題を把握するため、複数の生活習慣病の罹患状況を調べ、糖尿病、高血圧症、脂質異常症、虚血性心疾患、脳卒中、人工透析を要する慢性腎不全等の疾病毎に分析を行う（様式3-1～7）。
 - 全国又は都道府県のデータと比較することにより、被保険者集団の疾患分布等の特徴を把握するための資料を収集・作成する（様式4-1～6）。
 - 健診・保健指導の効果を評価するため、レセプト分析により、保健指導による重症化予防、合併症予防の成果を確認する（様式5-1～14）。
- ③ 集団の健康状況の把握（健診・保健指導結果による経年的なアウトカム評価）
 - 被保険者集団全体の健康状況を把握するため、健診有所見者状況、メタボリックシンドロームのリスクの重複状況、健診受診率、支援別保健指導実施率等の健診・保健指導実施結果の特徴を、経年的データを用いて分析する（様式6-1～11）。
- ④ 健診・保健指導の総合的評価に関するデータ
 - 健診・保健指導の評価を行う上では、メタボリックシンドローム、糖尿病等の生活習慣病の増減等を評価する必要がある（様式7）。
 - 毎年の健診・保健指導事業の評価を行うためには生活習慣病の有病者・予備群への移行者数の減少以外にも、補足的な評価項目が必要である。
 - 補足的な評価項目としては、有病者又は予備群のままであったとしても、リスク数の減少などが想定される。
 - 健診・保健指導の費用と医療費の削減効果が比較できる仕組みが必要である。
 - 医療保険者は、被保険者に対して健診・保健指導の総合的評価を情報提供することが必要である。
- ⑤ 健診受診者個人の評価
 - 健診受診者ごとの腹囲、体重、血圧等の改善も評価すべきである。
 - 腹囲の増加、体重の増加等が認められないこと、追加リスクがないこと（現状維持）も評価すべきである。また、追加リスクがある場合であっても腹囲等が減少したことを評価すべきである。

- 動機づけ支援、積極的支援の対象者については、生活習慣（食事、運動、喫煙等）の変化、行動変容のステージ（準備状態）の変化、設定目標の達成状況についても評価すべきである。

注）詳細な手順等については、厚生労働科学研究費補助金による研究事業において、「健診データ・レセプト分析から見る生活習慣病管理」（平成 18 年度）が取りまとめられている。

3-3 健診・保健指導計画作成及び評価のためのデータ管理

（1）基本的な考え方

- 健診・保健指導のデータは個人の健康情報が入っているので、あらかじめ医療保険者により定められた責任者において管理することが望ましい。
- また、健診・保健指導のデータ管理を外部委託する場合は、平成 20 年厚生労働省告示第 11 号及び第 142 号に定める基準を遵守する必要がある。
- 医療保険者は被保険者の健診・保健指導結果を適切に管理するとともに、その情報を各個人が保存しやすい形※で提供することが必要である。

※ 健診結果の様式の考え方

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

3-4 個人情報の保護とデータの利用に関する方針

（1）基本的考え方

医療保険者は、健診・保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）及びこれに基づくガイドライン（平成 16 年 12 月 24 日厚生労働省）等を踏まえた対応を行う。その際には、受診者の利益を最大限に保証するため個人情報の保護に十分に配慮しつつ、効果的・効率的な健診・保健指導を実施する立場から、収集された個人情報を有効に利用することが必要である。

（2）具体的な個人情報の保護とデータの利活用の方法

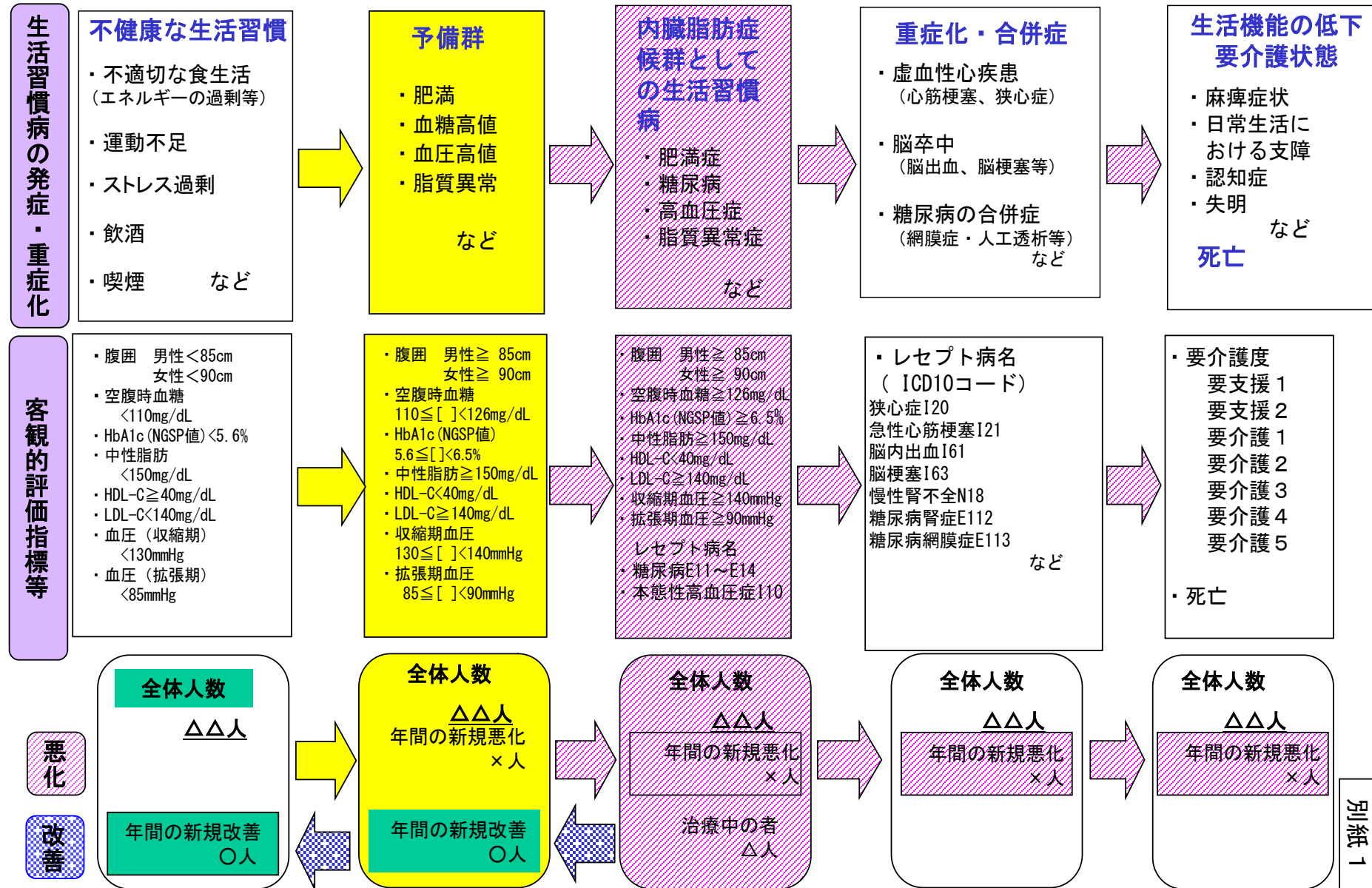
- 個人情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律及びこれに基づくガイドライン、「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイ

ドライン」(平成 16 年 12 月 27 厚生労働省)、「国民健康保険組合における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」(平成 17 年 4 月 1 日厚生労働省)等)等を遵守すること。

- 健診・保健指導データの電子媒体による保存等については、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」(厚生労働省)の最新版を遵守すること。
- 医療保険者は、健診・保健指導データを都道府県に提出する場合には、健診・保健指導データのうち、氏名等の情報はせずし、何らかの整理番号を付番する等により、匿名化されたデータを作成すること(第2編第6章)。
- 上記の個人情報の保護に係る一定のルールを満たした上で、収集・蓄積された健診・保健指導に係るデータについては、健診・保健指導の実施に係る者が、国あるいは都道府県別レベルで利用することができるような仕組みを整備することが望ましい。
- 国により都道府県毎に分類され、都道府県へ提供された健診・保健指導に係るデータについては、医療保険者による医療費適正化の一環として、保険者協議会等の場において、生活習慣病対策の企画立案・評価のために利活用されることが望ましい。

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

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



様式1-1 200万円以上となった個別レセプト一覧(医療費の高い順)

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

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

様式1-1

様式1-2 200万円以上となったレセプト基礎疾患(費用額別・疾患別)

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

審査基準、高額レセ

より高額なものが血管病であることを知るため

様式2-1 6ヶ月以上入院しているレセプトの一覧(1年間の全レセプト)

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

様式2-2 人工透析をしている患者さんのレセプト一覧(1年間の全レセプト)

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

※人工透析は特定疾病のため、「マル長」02番と区分されるため、それを拾う。

様式2-3 前年度新規に透析を開始した患者さんのレセプトと健診データ一覧
→必ず訪問指導しよう!!

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

様式3-1 生活習慣病全体の分析〔レセプト分析(5月診療分のみ)〕

男性

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

女性

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

総数

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

様式3-2 糖尿病の分析〔レセプト分析(5月診療分のみ)〕

男性

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

女性

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

総数

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

様式3-3 高血圧の分析〔レセプト分析(5月診療分のみ)〕

男性

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

女性

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

総数

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

様式3-4 高脂血症の分析〔レセプト分析(5月診療分のみ)〕

男性

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

女性

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

総数

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

様式3-5 虚血性心疾患の分析〔レセプト分析(5月診療分のみ)〕

男性

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

女性

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

総数

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

様式3-6 脳梗塞・脳出血の分析〔レセプト分析(5月診療分のみ)〕

男性

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

女性

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

総数

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

様式3-7 人工透析の分析〔レセプト分析(5月診療分のみ)〕

男性

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

女性

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

総数

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

様式4-1 都道府県の特徴

出典	厚生省・医師・歯科医師・薬剤師調査		厚生労働省患者調査														国民健康保険の実態										国保実務2717号	出典									
年	2010		2008														2009										2009										年
順位	医師数 (人口10万対)	一般病床数 (人口10万対)	入院受療率(人口10万対)								入院外受療率(人口10万対)						国民健康保険 被保険者数 (人口千人対)	一般被保険者 1人あたり医療費 (円)	退職被保険者 1人あたり医療費(円)	全体(一般+退職) 被保険者 1人あたり医療費 (円)	後期高齢者 1人あたり医療費(円)	順位															
			総数	糖尿病	虚血性心疾患	脳血管疾患	総数	糖尿病	虚血性心疾患	脳血管疾患	総数	糖尿病	虚血性心疾患	脳血管疾患																							
1	徳島: 304.0	高知: 2,186.3	高知: 2,191	山口: 40	長崎: 32	高知: 437	香川: 6,548	香川: 288	高知: 95	愛媛: 190	沖縄: 369.7	広島: 346,827	佐賀: 426,851	広島: 351,815	福岡: 1,107,709	1																					
2	東京都: 303.7	鹿児島: 1,806.2	鹿児島: 1,964	徳島: 39	宮崎: 27	山口: 294	佐賀: 6,516	徳島: 252	長崎: 89	新潟: 179	青森: 338.5	島根: 346,352	北海道: 423,104	山口: 349,171	北海道: 1,052,948	2																					
3	京都府: 302.3	北海道: 1,548.1	長崎: 1,860	熊本: 37	北海道: 26	鹿児島: 278	長崎: 6,439	長崎: 225	島根: 83	徳島: 175	和歌山: 326.7	山口: 346,308	福岡: 417,737	香川: 346,873	高知: 1,048,788	3																					
4	福岡: 288.4	熊本: 1,539.4	熊本: 1,852	大分: 35	徳島: 25	富山: 265	徳島: 6,339	島根: 222	愛知: 73	高知: 171	宮崎: 314.4	香川: 344,473	石川: 417,619	島根: 346,810	広島: 1,016,423	4																					
5	鳥取: 287.6	山口: 1,500.3	山口: 1,813	宮崎: 35	富山: 23	北海道: 263	広島: 6,222	青森: 204	和歌山: 73	鹿児島: 159	茨城: 314.2	大分: 343,446	石川: 402,483	大分: 346,638	長崎: 1,011,082	5																					
6	高知: 285.5	佐賀: 1,479.5	徳島: 1,752	北海道: 34	高知: 23	徳島: 262	高知: 6,208	和歌山: 201	滋賀: 72	大分: 156	群馬: 307.2	徳島: 340,588	長崎: 399,159	長崎: 343,895	大分: 1,000,893	6																					
7	長崎: 284.7	徳島: 1,462.0	大分: 1,733	石川: 34	鹿児島: 23	熊本: 254	福岡: 6,199	大分: 191	愛媛: 72	宮崎: 153	長崎: 304.8	長崎: 340,581	岡山: 398,835	徳島: 343,657	鹿児島: 985,929	7																					
8	岡山: 282.9	福岡: 1,442.7	佐賀: 1,726	愛媛: 34	香川: 22	宮崎: 244	愛媛: 6,123	岩手: 177	大分: 71	広島: 144	山梨: 304.2	佐賀: 335,720	大分: 396,195	佐賀: 340,137	佐賀: 972,416	8																					
9	熊本: 271.0	長崎: 1,411.7	宮崎: 1,687	愛媛: 34	愛媛: 21	佐賀: 229	熊本: 6,119	宮崎: 177	京都: 69	和歌山: 143	熊本: 301.2	鹿児島: 332,835	鹿児島: 393,878	鹿児島: 335,603	沖縄: 966,582	9																					
10	和歌山: 270.6	富山: 1,394.8	北海道: 1,565	福岡: 33	熊本: 21	長崎: 225	島根: 6,081	愛媛: 175	徳島: 69	秋田: 139	栃木: 300.2	高知: 331,840	熊本: 388,556	高知: 334,888	大分: 963,842	10																					
11	石川: 267.0	石川: 1,386.4	福岡: 1,520	鹿児島: 33	大分: 21	石川: 224	和歌山: 5,961	広島: 174	福岡: 67	福岡: 134	千葉: 297.4	北海道: 329,851	徳島: 387,662	北海道: 334,374	熊本: 958,596	11																					
12	香川: 266.9	鳥取: 1,385.3	愛媛: 1,456	佐賀: 31	石川: 20	島根: 213	青森: 5,926	山梨: 170	福岡: 67	島根: 127	東京都: 297.2	岡山: 328,208	東京都: 387,029	岡山: 332,779	山口: 958,287	12																					
13	島根: 264.8	宮崎: 1,380.6	石川: 1,445	和歌山: 28	滋賀: 19	福岡: 212	山口: 5,907	福岡: 170	青森: 65	香川: 119	大阪府: 294.7	石川: 327,259	山口: 384,738	石川: 332,305	石川: 946,494	13																					
14	大阪府: 260.7	島根: 1,355.0	島根: 1,419	福岡: 27	和歌山: 19	秋田: 199	宮崎: 5,797	石川: 165	香川: 65	岩手: 111	高知: 292.4	福岡: 319,565	兵庫: 384,551	福岡: 324,430	京都: 941,828	14																					
15	佐賀: 256.5	愛媛: 1,313.1	富山: 1,413	富山: 26	山口: 19	愛媛: 198	山形: 5,785	北海道: 163	石川: 64	山梨: 111	埼玉: 292.2	富山: 317,220	福岡: 383,838	富山: 320,351	岡山: 918,190	15																					
16	大分: 256.1	香川: 1,286.8	香川: 1,366	岡山: 26	奈良: 18	岩手: 197	兵庫: 5,773	秋田: 163	岐阜: 64	佐賀: 109	岐阜: 284.7	愛媛: 315,743	高知: 380,266	愛媛: 318,805	徳島: 913,080	16																					
17	広島: 248.6	岡山: 1,273.8	秋田: 1,332	香川: 26	広島: 18	大分: 196	愛知: 5,661	佐賀: 162	広島: 63	福岡: 108	静岡: 283.7	秋田: 312,315	秋田: 377,910	秋田: 316,457	兵庫: 909,320	17																					
18	山口: 247.1	大分: 1,259.2	岡山: 1,276	高知: 26	福岡: 18	沖縄: 173	鹿児島: 5,655	山形: 161	福岡: 62	鳥取: 108	鹿児島: 283.1	熊本: 309,463	秋田: 377,716	熊本: 313,463	香川: 866,002	18																					
19	愛媛: 244.7	京都府: 1,253.6	鳥取: 1,272	広島: 25	佐賀: 18	鳥取: 168	岐阜: 5,607	富山: 161	宮崎: 58	宮崎: 106	岩手: 283.0	福岡: 303,588	岩手: 377,014	福岡: 309,796	愛媛: 875,797	19																					
20	鹿児島: 242.3	福岡: 1,241.7	広島: 1,264	青森: 24	青森: 17	新潟: 166	岩手: 5,604	岐阜: 161	大阪: 57	愛知: 106	愛媛: 281.6	兵庫: 302,385	三重: 376,170	兵庫: 307,106	愛知: 875,335	20																					
21	富山: 241.0	和歌山: 1,232.6	福岡: 1,253	京都: 23	福岡: 17	広島: 161	大分: 5,551	兵庫: 158	富山: 56	山口: 106	★全国: 279.7	鳥取: 302,350	香川: 375,996	大阪府: 305,357	★全国: 868,839	21																					
22	福岡: 238.4	秋田: 1,193.1	沖縄: 1,246	兵庫: 23	沖縄: 17	青森: 160	大阪: 5,493	高知: 153	秋田: 54	沖縄: 102	福岡: 276.4	大阪府: 301,940	大阪府: 374,153	鳥取: 305,036	宮崎: 863,573	22																					
23	沖縄: 235.2	広島: 1,175.9	和歌山: 1,229	島根: 23	京都: 16	福岡: 159	秋田: 5,477	熊本: 153	群馬: 54	東京: 95	秋田: 273.0	宮崎: 298,911	★全国: 371,664	宮崎: 303,027	奈良: 863,414	23																					
24	宮崎: 233.7	青森: 1,124.3	岩手: 1,220	福岡: 21	大阪: 16	香川: 158	岡山: 5,406	山口: 151	山梨: 54	★全国: 273.0	神奈川: 273.0	京都府: 295,418	青森: 370,353	新潟: 299,501	滋賀: 853,187	24																					
25	★全国: 230.4	沖縄: 1,109.3	青森: 1,186	三重: 21	島根: 16	★全国: 156	鳥取: 5,394	鹿児島: 151	奈良: 54	福岡: 94	北海道: 271.7	新潟: 295,026	岐阜: 370,099	京都府: 298,681	和歌山: 852,956	25																					
26	北海道: 229.0	岩手: 1,104.0	福岡: 1,160	大阪: 21	★全国: 15	★全国: 156	★全国: 5,376	愛知: 150	鹿児島: 54	岐阜: 94	奈良: 271.7	和歌山: 293,730	福岡: 370,038	和歌山: 297,339	東京: 849,218	26																					
27	兵庫: 226.2	奈良: 1,083.7	京都: 1,144	★全国: 20	山形: 15	栃木: 155	新潟: 5,351	岡山: 150	★全国: 53	兵庫: 93	宮崎: 270.9	三重: 288,539	愛媛: 367,349	三重: 293,746	福岡: 847,785	27																					
28	宮崎: 222.9	福岡: 1,079.3	山形: 1,120	岩手: 20	岐阜: 15	岡山: 155	栃木: 5,334	大阪: 149	北海道: 53	岡山: 93	佐賀: 267.9	奈良: 287,479	宮崎: 367,039	★全国: 289,895	鳥取: 822,542	28																					
29	山形: 221.5	群馬: 1,072.8	新潟: 1,092	滋賀: 19	岡山: 15	和歌山: 152	京都: 5,278	福岡: 148	山形: 53	山形: 90	長野: 267.1	★全国: 285,399	神奈川: 366,153	山形: 289,058	島根: 822,497	29																					
30	奈良: 220.6	大阪府: 1,072.0	★全国: 1,090	沖縄: 19	秋田: 14	山形: 151	北海道: 5,277	★全国: 147	三重: 50	長崎: 90	山形: 265.9	山形: 284,073	新潟: 364,839	奈良: 288,970	富山: 816,018	30																					
31	山梨: 218.6	山梨: 1,061.2	群馬: 1,030	新潟: 18	三重: 14	山梨: 149	静岡: 5,273	福岡: 147	兵庫: 50	千葉: 88	兵庫: 262.4	岩手: 283,358	山形: 363,445	岩手: 288,582	埼玉: 809,095	31																					
32	群馬: 216.8	★全国: 1,042.9	山梨: 1,000	秋田: 17	兵庫: 13	京都: 149	千葉: 5,173	静岡: 147	岡山: 50	石川: 87	愛知: 262.1	岐阜: 279,240	群馬: 360,885	岐阜: 284,024	神奈川: 808,677	32																					
33	栃木: 216.0	新潟: 1,030.1	大阪: 1,000	群馬: 17	岩手: 12	群馬: 148	長野: 5,168	京都: 147	静岡: 48	北海道: 84	大分: 262.1	福岡: 278,102	愛知: 360,514	福岡: 283,238	福岡: 808,601	33																					
34	長野: 213.9	山形: 1,022.5	兵庫: 990	岐阜: 16	宮崎: 12	大阪: 140	奈良: 5,115	三重: 144	鳥取: 48	長野: 83	福岡: 261.4	滋賀: 277,566	和歌山: 357,388	滋賀: 282,926	宮崎: 798,219	34																					
35	秋田: 213.6	長野: 1,008.6	長野: 969	栃木: 15	福岡: 12	静岡: 138	東京: 5,044	栃木: 141	佐賀: 48	茨城: 79	鳥取: 261.1	宮崎: 277,051	沖縄: 356,705	宮崎: 281,387	群馬: 793,275	35																					
36	滋賀: 211.4	兵庫: 969.7	三重: 969	長野: 15	静岡: 12	三重: 136	石川: 5,044	鳥取: 140	熊本: 48	富山: 79	山口: 258.5	青森: 267,922	富山: 354,277	青森: 272,689	岐阜: 793,090	36																					
37	愛知: 203.4	茨城: 935.1	奈良: 961	奈良: 15	群馬: 11	長野: 135	群馬: 5,030	新潟: 138	神奈川: 46	栃木: 77	三重: 258.0	長野: 267,115	京都府: 353,769	長野: 272,134	秋田: 785,496	37																					
38	三重: 198.7	滋賀: 930.2	宮崎: 948	茨城: 14	千葉: 11	茨城: 126	福岡: 4,949	群馬: 131	埼玉: 45	三重: 77	京都府: 256.3	神奈川: 266,234	滋賀: 353,552	神奈川: 270,912	山梨: 781,855	38																					
39	神奈川: 195.4	三重: 915.0	栃木: 918	千葉: 14	神奈川: 11	兵庫: 125	滋賀: 4,915	滋賀: 131	宮崎: 42	熊本: 76	新潟: 256.1	山梨: 265,705	鳥取: 352,026	静岡: 269,724	茨城: 778,102	39																					
40	岐阜: 194.6	栃木: 909.7	滋賀: 891	東京: 14	愛知: 11	奈良: 125	福岡: 4,911	奈良: 129	東京: 42	奈良: 67	香川: 250.4	静岡: 264,750	静岡: 348,669	愛知: 269,119	青森: 777,994	40																					
41	岩手: 193.7	静岡: 899.6	茨城: 884	山梨: 14	茨城: 10	滋賀: 123	山梨: 4,904	千葉: 127	長野: 41	静岡: 66	石川: 247.3	愛知: 263,680	埼玉: 347,191	山梨: 268,288	山形: 765,962	41																					
42	青森: 191.9	宮崎: 895.8	岐阜: 881	愛知: 14	栃木: 10	愛知: 115	三重: 4,900	東京: 123	栃木: 40	青森: 64	岡山: 244.9	東京都: 260,344	栃木: 344,664	東京都: 264,810	栃木: 764,440	42																					
43	福岡: 191.2	東京都: 869.8	静岡: 882	鳥取: 14	埼玉: 10	愛知: 114	富山: 4,878	長野: 123	千葉: 38	群馬: 64	岡山: 244.9	群馬: 265,705	鳥取: 342,243	群馬: 262,721	三重: 763,016	43																					
44	新潟: 191.2	岐阜: 826.4	東京: 823	宮崎: 13	東京: 10	埼玉: 113	宮崎: 4,718	宮崎: 116	新潟: 36	埼玉: 63	徳島: 243.8	埼玉: 257,153	千葉: 337,620	埼玉: 261,535	千葉: 757,501	44																					
45	静岡: 190.3	愛知: 771.0	愛知: 800	埼玉: 13	長野: 10	宮崎: 112	茨城: 4,609	神奈川: 116	茨城: 35	京都: 60	島根: 240.4	千葉: 253,346	長野: 337,475	千葉: 257,331	静岡: 743,554	45																					
46	千葉: 170.3	千葉: 762.8	埼玉: 741	神奈川: 12	鳥取: 10	神奈川: 111	埼玉: 4,586	埼玉: 112	山口: 33	神奈川: 59	福岡: 239.5	栃木: 250,523	茨城: 332,433	栃木: 255,748	長野: 742,333	46																					
47	茨城: 166.8	埼玉: 703.3	千葉: 740	静岡: 12	新潟: 9	岐阜: 109	神奈川: 4,442	茨城: 109	岩手: 31	大阪: 54	滋賀: 235.0	茨城: 242,866	山梨: 331,911	茨城: 247,156	岩手: 723,946	47																					
48	埼玉: 148.6	神奈川: 685.6	神奈川: 705	山形: 11	山梨: 10	千葉: 106	沖縄: 3,984	沖縄: 99	沖縄: 27	滋賀: 48	富山: 225.9	沖縄: 237,934	奈良: 313,753	沖縄: 240,938	新潟: 719,530	48																					

様式4-2 都道府県別一人あたり老人医療費、後期高齢者医療費の年次推移

後期高齢者医療制度開始

介護保険開始

順位	平成11年度	平成12年度	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	順位
1	福岡 1,065,548	福岡 933,886	福岡 925,770	福岡 900,986	福岡 920,375	福岡 963,396	福岡 1,018,681	福岡 1,031,653	福岡 1,081,506	福岡 991,711	福岡 1,113,796	福岡 1,146,623	1
2	北海道 1,045,882	北海道 929,617	北海道 925,353	北海道 895,086	北海道 917,871	北海道 951,749	北海道 999,043	北海道 1,006,008	北海道 1,038,670	北海道 948,274	北海道 1,056,490	高知 1,084,142	2
3	大阪 987,694	大阪 914,312	大阪 899,392	大阪 867,142	大阪 886,129	大阪 918,170	高知 965,946	高知 986,713	高知 1,038,241	高知 934,910	高知 1,051,268	北海道 1,070,441	3
4	高知 983,947	長崎 888,032	長崎 887,529	長崎 861,677	長崎 879,886	長崎 903,809	大阪 960,708	大阪 979,284	大阪 1,032,122	大阪 914,908	大阪 1,031,415	大阪 1,058,790	4
5	長崎 980,286	広島 860,561	広島 868,697	広島 848,092	広島 867,479	高知 903,478	長崎 945,844	広島 958,136	広島 1,011,693	長崎 908,107	広島 1,018,406	広島 1,045,569	5
6	沖縄 959,704	石川 838,338	高知 836,140	高知 823,416	高知 863,145	広島 898,206	広島 940,051	沖縄 951,475	沖縄 1,004,792	広島 906,360	長崎 1,015,122	長崎 1,041,832	6
7	熊本 958,682	京都 830,785	鹿児島 829,752	石川 810,898	石川 825,135	佐賀 865,218	沖縄 931,639	長崎 950,717	長崎 993,270	鹿児島 877,654	鹿児島 988,606	鹿児島 1,015,623	7
8	鹿児島 948,327	高知 830,419	京都 826,347	京都 806,020	京都 823,715	沖縄 860,049	佐賀 921,726	鹿児島 918,499	鹿児島 960,914	沖縄 873,036	佐賀 972,396	佐賀 1,012,611	8
9	徳島 945,238	鹿児島 829,432	佐賀 825,923	鹿児島 798,829	佐賀 821,333	京都 857,581	京都 902,299	京都 913,194	京都 956,235	佐賀 866,853	沖縄 970,455	沖縄 992,184	9
10	広島 935,646	熊本 827,183	石川 824,885	佐賀 798,588	沖縄 814,647	石川 850,474	鹿児島 899,076	佐賀 910,248	佐賀 949,915	大分 859,766	大分 963,905	大分 991,247	10
11	石川 930,434	佐賀 824,945	熊本 822,353	熊本 792,999	鹿児島 814,233	熊本 845,795	熊本 891,293	熊本 906,550	大分 948,215	熊本 857,779	山口 959,920	山口 989,205	11
12	佐賀 929,823	徳島 816,203	徳島 802,207	大分 784,198	熊本 812,858	鹿児島 844,163	大分 889,022	大分 904,078	熊本 945,468	山口 853,714	熊本 958,548	熊本 988,639	12
13	山口 911,426	大分 801,284	大分 802,145	沖縄 774,884	大分 802,987	大分 838,141	石川 884,502	山口 893,628	石川 938,780	石川 849,231	京都 954,323	京都 979,657	13
14	京都 903,850	山口 792,374	香川 787,603	山口 770,947	香川 787,234	山口 822,652	香川 869,721	石川 889,928	山口 936,590	京都 846,453	石川 950,649	石川 976,573	14
15	富山 895,419	香川 791,974	山口 787,558	香川 770,152	山口 785,500	香川 815,465	山口 869,254	香川 879,960	香川 918,558	岡山 818,981	岡山 918,570	石庫 945,142	15
16	大分 883,482	富山 791,438	山口 782,355	徳島 763,471	岡山 776,648	岡山 809,392	岡山 860,450	岡山 873,417	香川 903,725	香川 818,094	徳島 916,998	岡山 940,887	16
17	岡山 864,351	沖縄 781,588	沖縄 779,108	岡山 757,039	兵庫 797,039	兵庫 797,492	兵庫 839,698	兵庫 858,086	兵庫 898,824	兵庫 914,737	徳島 914,737	徳島 938,358	17
18	香川 843,526	岡山 779,614	岡山 775,311	兵庫 751,435	徳島 765,044	★全国 794,558	★全国 826,843	★全国 838,668	徳島 878,301	徳島 810,360	香川 910,746	香川 935,772	18
19	宮崎 843,365	東京 776,797	東京 774,493	東京 744,739	★全国 756,835	東京 781,372	徳島 821,442	和歌山 835,868	和歌山 877,148	★全国 785,904	愛知 886,633	愛知 911,995	19
20	愛媛 837,923	兵庫 768,531	兵庫 772,959	愛知 741,027	愛知 755,305	徳島 777,809	愛媛 816,526	愛媛 830,780	★全国 816,886	愛知 782,296	★全国 882,118	★全国 904,795	20
21	★全国 832,088	愛知 767,895	愛知 764,716	★全国 740,367	東京 751,056	愛知 777,636	愛知 816,423	徳島 826,423	愛媛 867,342	宮崎 781,202	愛媛 875,246	愛媛 903,376	21
22	愛知 827,056	愛媛 755,514	★全国 762,491	愛媛 732,944	愛媛 747,915	愛媛 776,542	東京 816,356	東京 825,204	宮崎 865,330	和歌山 775,057	奈良 871,740	奈良 893,803	22
23	福岡 826,645	福岡 755,035	愛媛 755,980	福岡 731,723	福岡 746,364	和歌山 770,797	和歌山 811,449	奈良 822,144	奈良 864,978	愛媛 774,496	宮崎 868,040	和歌山 891,878	23
24	青森 817,242	和歌山 737,322	福岡 750,195	富山 728,321	和歌山 738,216	福岡 766,468	奈良 806,214	愛知 821,154	愛知 859,406	奈良 770,472	和歌山 867,755	滋賀 889,512	24
25	兵庫 815,531	★全国 726,170	和歌山 737,528	和歌山 716,475	富山 736,011	奈良 760,820	奈良 801,372	宮崎 820,832	東京 854,732	東京 768,680	東京 863,525	東京 887,826	25
26	東京 814,008	宮崎 730,126	宮崎 731,467	奈良 712,186	奈良 730,744	宮崎 756,398	宮崎 799,728	福岡 812,779	滋賀 851,853	福岡 759,606	滋賀 854,763	宮崎 884,568	26
27	和歌山 795,503	奈良 728,181	奈良 725,941	宮崎 708,715	宮崎 729,207	富山 752,387	滋賀 788,108	鳥取 803,616	福岡 844,356	滋賀 754,126	福岡 849,858	福岡 877,060	27
28	秋田 772,433	神奈川 712,652	埼玉 716,844	埼玉 692,566	滋賀 716,365	滋賀 746,034	鳥取 787,024	滋賀 803,180	埼玉 827,461	鳥取 738,586	鳥取 822,881	鳥取 857,068	28
29	奈良 768,351	青森 709,807	神奈川 713,118	神奈川 691,028	埼玉 709,743	埼玉 738,631	埼玉 782,759	埼玉 792,126	鳥取 822,393	鳥取 738,560	鳥取 821,824	鳥取 848,788	29
30	岐阜 763,104	埼玉 702,489	青森 706,054	滋賀 690,837	福岡 709,289	鳥取 736,145	富山 781,072	富山 790,047	鳥取 821,216	富山 734,927	富山 821,596	富山 845,907	30
31	鳥取 760,810	秋田 702,352	滋賀 704,999	福岡 689,383	秋田 707,624	宮城 732,248	宮城 771,752	神奈川 782,017	神奈川 817,977	神奈川 733,530	神奈川 820,437	神奈川 839,844	31
32	岩手 755,616	岐阜 701,710	福岡 702,512	宮城 687,350	宮城 705,004	福岡 728,307	鳥取 770,520	鳥取 780,380	岐阜 813,941	埼玉 730,083	埼玉 818,223	埼玉 836,062	32
33	神奈川 749,858	福岡 701,541	宮城 702,345	青森 684,695	鳥取 704,834	鳥取 728,001	福岡 765,122	福岡 772,419	福岡 810,591	福岡 725,133	福岡 811,978	福岡 825,625	33
34	福岡 745,942	宮城 699,702	鳥取 699,050	岐阜 682,503	岐阜 702,491	岐阜 726,916	神奈川 762,658	宮城 771,984	富山 809,213	宮城 716,424	岐阜 801,785	群馬 820,857	34
35	鳥取 743,325	鳥取 693,755	岐阜 697,735	鳥取 681,815	神奈川 699,149	宮城 722,270	秋田 760,864	岐阜 770,825	宮城 808,457	岐阜 710,896	宮城 801,061	岐阜 820,854	35
36	埼玉 742,586	滋賀 693,624	秋田 697,422	鳥取 680,569	鳥取 696,534	神奈川 720,216	岐阜 758,732	秋田 768,646	秋田 797,955	群馬 708,833	群馬 798,059	宮城 819,140	36
37	宮城 730,624	鳥取 688,374	鳥取 688,599	秋田 680,049	青森 692,177	青森 711,622	青森 741,124	青森 755,255	群馬 797,483	秋田 704,169	秋田 787,152	山梨 810,619	37
38	群馬 724,139	岩手 679,397	三重 669,184	岩手 654,838	岩手 668,897	山梨 688,801	山梨 738,255	群馬 755,201	山梨 785,659	青森 703,477	山梨 785,194	茨城 803,363	38
39	滋賀 720,136	三重 667,922	岩手 669,108	茨城 649,408	群馬 666,057	群馬 687,708	群馬 737,677	山梨 751,766	青森 780,690	山梨 697,773	青森 780,690	栃木 796,162	39
40	三重 712,790	群馬 662,670	群馬 666,083	茨城 648,676	三重 663,682	岩手 686,560	三重 725,439	三重 734,042	千葉 768,014	茨城 694,207	茨城 779,368	秋田 795,093	40
41	静岡 709,349	静岡 659,654	栃木 664,826	群馬 647,823	茨城 662,590	三重 684,722	千葉 724,492	千葉 732,144	三重 766,086	千葉 684,905	栃木 769,484	青森 789,354	41
42	栃木 706,880	栃木 657,140	茨城 664,215	栃木 640,930	山梨 659,617	千葉 683,729	茨城 718,084	茨城 725,270	茨城 765,628	栃木 684,388	山形 766,760	三重 783,296	42
43	新潟 706,629	茨城 653,554	千葉 660,186	山梨 640,768	栃木 658,885	茨城 682,938	栃木 717,293	栃木 724,838	栃木 764,013	三重 680,331	三重 765,656	山形 782,384	43
44	茨城 699,083	千葉 653,370	静岡 657,238	千葉 640,227	千葉 658,294	栃木 681,488	静岡 714,479	静岡 719,986	山形 747,385	山形 677,975	千葉 764,559	千葉 777,734	44
45	千葉 691,408	新潟 638,033	山梨 644,333	静岡 639,608	静岡 653,215	静岡 673,321	岩手 704,279	山形 706,983	山形 742,887	静岡 666,746	静岡 748,324	長野 770,560	45
46	山梨 676,259	山梨 635,231	新潟 635,409	山形 627,677	新潟 640,675	山形 667,770	山形 702,548	新潟 706,864	岩手 733,707	岩手 655,971	長野 745,111	静岡 767,965	46
47	山形 674,642	山形 630,054	山形 635,106	新潟 624,807	山形 638,910	新潟 660,486	新潟 696,572	岩手 702,878	新潟 731,104	長野 655,268	岩手 724,909	新潟 733,880	47
48	長野 641,410	長野 598,850	長野 605,650	長野 597,140	長野 614,037	長野 639,509	長野 678,531	長野 692,075	長野 721,380	新潟 646,817	新潟 721,583	岩手 730,269	48

様式4-2

順位	死亡				医療				糖尿病				虚血性心疾患				脳血管疾患				腎不全				順位		
	全死因(10万対)		平均寿命		65歳未満死亡の割合		受療率割合(10万対)		医療		死亡		医療		死亡		医療		死亡		医療		慢性透析患者数			死亡	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	入院外	入院	入院外	入院	男性	女性	入院外	入院	男性	女性	入院外	入院	男性	女性	入院外	入院	入院外	入院		男性	女性
1	青森 6824	青森 3043	長野 7984	沖縄 6688	沖縄 275	宮城 189	香川 8346	香川 2191	香川 288	山口 40	青森 90	徳島 92	高知 95	長崎 37	福島 155	愛媛 180	高知 43	香川 701	岩手 371	福岡 187	大分 32	熊本 5809	3251	青森 128	秋田 88	8	1
2	秋田 8135	岩手 2857	新潟 7600	岐阜 6857	宮城 268	岩手 187	佐賀 6516	鹿児島 1364	鹿児島 359	鹿児島 39	東京 90	香川 48	鹿児島 85	高知 27	高知 340	長崎 130	新潟 176	山口 294	青森 671	岩手 358	埼玉 187	岐阜 48	熊本 2503	2187	福島 103	北海道 63	2
3	岩手 5901	和歌山 2945	神奈川 7859	熊本 6854	岩手 232	沖縄 127	長崎 6439	熊本 1860	熊本 725	熊本 37	山口 97	神奈川 44	島根 83	北海道 28	青森 378	高知 121	福島 175	鹿児島 278	秋田 657	青森 340	宮城 156	山口 44	宮城 3811	3181	北海道 103	山口 62	3
4	和歌山 5761	大分 2839	福岡 7847	岡山 6648	埼玉 211	山口 123	岐阜 6439	熊本 1860	熊本 722	大分 39	東京 98	岩手 47	愛媛 73	徳島 28	青森 378	高知 121	高知 171	山口 285	秋田 657	青森 340	大分 154	山口 44	宮城 3811	3181	北海道 103	山口 62	4
5	大分 5767	茨城 2891	東京 7938	長野 6648	神奈川 203	神奈川 121	山口 6439	山口 1810	山口 204	宮城 36	香川 83	茨城 42	和歌山 73	富山 20	福井 297	青森 114	鹿児島 159	北海道 263	宮城 618	福島 327	茨城 149	北海道 42	沖縄 4035	2840	秋田 100	香川 68	5
6	福島 5762	岩手 2888	神奈川 7835	山口 6648	千葉 203	千葉 120	高知 6208	徳島 1757	和歌山 201	北海道 34	岩手 83	山口 47	滋賀 77	高知 23	鹿児島 298	茨城 114	大分 156	熊本 287	鹿児島 585	茨城 327	千葉 140	山口 42	高知 2230	2917	高知 100	鹿児島 59	6
7	高知 5758	埼玉 2880	岩手 7924	宮城 6627	大分 201	大分 110	福岡 6189	大分 1730	大分 181	山口 34	福岡 83	北海道 41	愛媛 72	鹿児島 22	茨城 284	山口 113	宮城 153	熊本 254	高知 582	長野 323	東京 136	東京 47	鹿児島 4786	2865	神奈川 97	大分 58	7
8	山口 5758	長野 2878	山口 7924	宮城 6627	大分 201	大分 110	福岡 6189	大分 1730	大分 181	山口 34	福岡 83	北海道 41	愛媛 72	鹿児島 22	茨城 284	山口 113	宮城 153	熊本 254	高知 582	長野 323	東京 136	東京 47	鹿児島 4786	2865	神奈川 97	大分 58	8
9	埼玉 5727	山口 2871	茨城 7925	新潟 6827	東京 261	北海道 112	熊本 8318	宮城 1887	宮城 177	長崎 34	岩手 60	青森 40	京都 69	愛媛 21	高知 254	三重 107	和歌山 143	佐賀 229	茨城 580	新潟 321	長野 138	鹿児島 40	和歌山 2710	2704	福井 83	岩手 56	9
10	長崎 5728	秋田 2824	熊本 7922	山口 6827	茨城 197	愛媛 112	鳥取 8081	北海道 1585	愛媛 178	福岡 30	山口 78	和歌山 40	熊本 69	熊本 21	宮城 248	和歌山 106	秋田 139	長崎 225	新潟 564	山口 317	鳥取 123	秋田 39	長崎 3781	2850	和歌山 83	山口 55	10
11	鳥取 5708	福島 2814	山口 7922	福井 6825	福岡 196	福岡 163	和歌山 5961	福岡 1520	山口 174	鹿児島 30	大分 76	岩手 39	福岡 87	大分 21	宮城 248	和歌山 106	秋田 139	長崎 225	新潟 564	山口 317	鳥取 123	秋田 39	長崎 3781	2850	和歌山 83	山口 55	11
12	愛媛 5705	兵庫 2809	山口 7922	福井 6825	福岡 196	福岡 163	和歌山 5961																				

様式4-4 都道府県庁所在地別食品摂取量

	牛乳	チーズ	卵	魚介	肉	豆腐	葉野菜	根菜	果物	米	パン	油脂	砂糖	食塩
	数量: リットル	数量: g	数量: g	数量: g	数量: g	数量: 丁	数量: g	数量: g	数量: g	数量: kg	数量: g	数量: g	数量: g	数量: g
1 奈良市	99.03	3,338	3,338	38,256	55,957	51,820	102.31	73,964	84,169	118,750	104.35	83,106	12,531	9,175
2 千原市	98.92	3,285	3,285	38,037	55,287	51,249	93.26	73,445	84,159	107,563	101.79	82,084	11,931	9,061
3 京都市	95.63	3,284	3,284	35,606	43,232	48,812	89.57	73,011	78,132	106,855	99.15	55,155	11,618	8,835
4 盛岡市	95.31	3,278	3,278	34,915	43,083	48,799	88.59	72,694	75,501	105,980	98.45	54,663	11,484	8,657
5 浜松市	95.26	3,180	3,180	34,751	42,258	48,525	87.30	72,340	74,672	105,812	98.35	53,155	11,350	8,144
6 神戸市	94.84	3,177	3,177	34,661	41,286	48,558	86.54	72,227	74,603	104,542	94.22	51,983	11,319	7,555
7 岡山市	92.34	3,075	3,075	34,840	39,899	47,982	85.23	70,332	74,132	104,046	91.39	51,203	10,989	7,517
8 さいたま市	91.77	3,028	3,028	33,805	37,920	47,724	84.54	70,253	73,585	103,765	91.19	49,990	10,741	7,341
9 横浜市	90.92	2,924	2,924	33,569	37,740	47,531	84.32	69,722	73,285	103,498	91.15	49,932	10,716	7,244
10 川崎市	90.13	2,891	2,891	33,343	37,167	47,291	84.22	68,231	73,053	103,338	91.00	49,612	10,401	7,154
11 高松市	89.65	2,865	2,865	33,187	36,552	47,024	83.58	68,632	72,480	101,537	90.43	49,448	10,312	7,074
12 広島市	89.23	2,852	2,852	32,991	36,347	46,777	83.34	68,413	71,576	101,537	90.36	49,219	10,255	7,006
13 山形市	88.91	2,836	2,836	32,744	36,106	46,533	82.49	68,118	71,426	101,537	89.99	48,591	10,209	6,869
14 大津市	88.71	2,793	2,793	32,438	35,877	46,262	82.43	67,788	70,571	101,537	89.91	48,397	10,086	6,788
15 新潟市	88.66	2,792	2,792	32,252	35,711	46,038	80.75	67,558	70,558	101,537	89.42	48,285	10,084	6,727
16 宇都宮市	86.01	2,780	2,780	32,248	35,544	45,530	79.94	67,994	70,558	101,537	89.42	48,285	10,084	6,727
17 名古屋市中区	85.84	2,760	2,760	32,133	35,478	45,544	79.92	67,994	70,558	101,537	89.42	48,285	10,084	6,727
18 金沢市	85.48	2,749	2,749	32,120	35,393	45,478	79.32	67,994	70,558	101,537	89.42	48,285	10,084	6,727
19 高山市	85.30	2,742	2,742	32,086	35,383	45,478	79.32	67,994	70,558	101,537	89.42	48,285	10,084	6,727
20 鳥取市	85.28	2,736	2,736	31,886	35,422	45,478	79.32	67,994	70,558	101,537	89.42	48,285	10,084	6,727
21 東京都港区	84.76	2,727	2,727	31,667	35,674	45,478	79.32	67,994	70,558	101,537	89.42	48,285	10,084	6,727
22 山口市	83.85	2,622	2,622	31,549	35,526	45,284	78.42	67,994	70,558	101,537	89.42	48,285	10,084	6,727
23 岐阜市	83.81	2,606	2,606	31,604	35,345	45,258	78.36	67,994	70,558	101,537	89.42	48,285	10,084	6,727
24 大津市	83.77	2,600	2,600	31,585	35,296	45,176	77.11	67,994	70,558	101,537	89.42	48,285	10,084	6,727
25 徳島市	82.84	2,573	2,573	31,620	35,163	45,176	77.11	67,994	70,558	101,537	89.42	48,285	10,084	6,727
26 堺市	81.95	2,561	2,561	31,604	35,163	45,176	77.11	67,994	70,558	101,537	89.42	48,285	10,084	6,727
27 仙台市	81.74	2,541	2,541	31,597	35,163	45,176	77.11	67,994	70,558	101,537	89.42	48,285	10,084	6,727
28 長野市	81.43	2,532	2,532	31,586	35,163	45,176	77.11	67,994	70,558	101,537	89.42	48,285	10,084	6,727
29 福井市	81.37	2,523	2,523	31,582	35,163	45,176	77.11	67,994	70,558	101,537	89.42	48,285	10,084	6,727
30 津市	80.65	2,503	2,503	31,429	35,163	45,176	77.11	67,994	70,558	101,537	89.42	48,285	10,084	6,727
31 大津市	80.54	2,412	2,412	31,403	35,163	45,176	77.11	67,994	70,558	101,537	89.42	48,285	10,084	6,727
32 松江市	80.23	2,379	2,379	31,280	35,163	45,176	77.11	67,994	70,558	101,537	89.42	48,285	10,084	6,727
33 静岡市	79.80	2,366	2,366	31,088	35,163	45,176	77.11	67,994	70,558	101,537	89.42	48,285	10,084	6,727
34 水戸市	79.50	2,347	2,347	31,027	35,163	45,176	77.11	67,994	70,558	101,537	89.42	48,285	10,084	6,727
35 松山市	79.08	2,286	2,286	31,002	35,163	45,176	77.11	67,994	70,558	101,537	89.42	48,285	10,084	6,727
36 札幌市	78.90	2,275	2,275	31,023	35,163	45,176	77.11	67,994	70,558	101,537	89.42	48,285	10,084	6,727
37 佐賀市	78.67	2,270	2,270	31,023	35,163	45,176	77.11	67,994	70,558	101,537	89.42	48,285	10,084	6,727
38 福岡市	78.63	2,268	2,268	31,023	35,163	45,176	77.11	67,994	70,558	101,537	89.42	48,285	10,084	6,727
39 福岡市	78.50	2,221	2,221	31,002	35,163	45,176	77.11	67,994	70,558	101,537	89.42	48,285	10,084	6,727
40 和歌山市	77.00	2,198	2,198	30,858	35,163	45,176	77.11	67,994	70,558	101,537	89.42	48,285	10,084	6,727
41 甲府市	76.85	2,196	2,196	30,739	35,163	45,176	77.11	67,994	70,558	101,537	89.42	48,285	10,084	6,727
42 鹿児島市	75.90	2,153	2,153	30,523	35,163	45,176	77.11	67,994	70,558	101,537	89.42	48,285	10,084	6,727
43 熊本市	74.95	2,150	2,150	30,513	35,163	45,176	77.11	67,994	70,558	101,537	89.42	48,285	10,084	6,727
44 前橋市	73.77	2,128	2,128	30,468	35,163	45,176	77.11	67,994	70,558	101,537	89.42	48,285	10,084	6,727
45 大分市	72.91	2,127	2,127	30,468	35,163	45,176	77.11	67,994	70,558	101,537	89.42	48,285	10,084	6,727
46 北九州市	72.12	2,115	2,115	30,468	35,163	45,176	77.11	67,994	70,558	101,537	89.42	48,285	10,084	6,727
47 秋田市	72.09	2,109	2,109	30,468	35,163	45,176	77.11	67,994	70,558	101,537	89.42	48,285	10,084	6,727
48 青森市	71.48	2,042	2,042	30,438	35,163	45,176	77.11	67,994	70,558	101,537	89.42	48,285	10,084	6,727
49 長崎市	68.08	1,981	1,981	30,438	35,163	45,176	77.11	67,994	70,558	101,537	89.42	48,285	10,084	6,727
50 宮崎市	65.77	1,856	1,856	30,438	35,163	45,176	77.11	67,994	70,558	101,537	89.42	48,285	10,084	6,727
51 高松市	59.41	1,649	1,649	30,438	35,163	45,176	77.11	67,994	70,558	101,537	89.42	48,285	10,084	6,727
52 那覇市	58.41	1,583	1,583	30,438	35,163	45,176	77.11	67,994	70,558	101,537	89.42	48,285	10,084	6,727

総務省 家計調査 (H21～H23平均)

様式4-5 都道府県別食に関連する指標のデータ一覧

	BMI25以上の者の割合				肥満者の割合				野菜摂取量平均値（g/日）				歩数平均値（歩/日）				子どもの朝食の状況 毎日食べている割合		子どものう歯の状況 処置歯数と未処置歯数の合計				子どもの肥満 高度肥満傾向児割合				
	男性		女性		男性		女性		男 性 (20歳以上)		女 性 (20歳以上)		男 性 (20歳以上)		女 性 (20歳以上)		小学6年生	12才男児	12才女児	10才男子	10才女子						
1	沖 縄	44.5	沖 縄	25.4	沖 縄	46.7	沖 縄	39.4	長 野	379	長 野	353	兵 庫	7,964	兵 庫	7,063	大 阪	81.9	沖 縄	2.3	沖 縄	2.8	徳 島	3.08	青 森	1.30	
2	北 海 道	35.3	青 森	21.4	岩 手	41.2	福 島	38.2	新 潟	360	山 梨	336	京 京 都	7,866	神 奈 川	6,988	沖 縄	83.4	北 海 道	2.1	北 海 道	2.5	大 分	2.74	高 知	1.29	
3	宮 城	34.1	福 島	20.7	宮 崎	37.8	秋 田	37.9	山 形	352	福 井	335	神 奈 川	7,796	東 京 都	6,949	和 歌 山	84.5	宮 城	1.9	宮 城	2.2	北 海 道	1.88	群 馬	1.27	
4	茨 城	33.9	鹿 児 島	20.7	北 海 道	37.5	岩 手	37.2	福 島	350	山 形	334	奈 良	7,787	奈 良	6,688	北 海 道	84.6	三 重	1.9	三 重	2.2	愛 媛	1.84	山 梨	1.26	
5	徳 島	33.8	宮 城	20.6	茨 城	36.9	宮 城	35.5	福 井	349	新 潟	327	千 葉	7,761	静 岡	6,504	徳 島	84.6	熊 本	1.8	熊 本	2.2	香 川	1.71	新 木	1.25	
6	福 島	33.7	秋 田	20.5	徳 島	36.3	鹿 児 島	34.0	山 梨	343	鳥 根	321	岡 山	7,595	岩 手	6,502	大 分	84.7	大 分	1.8	福 井	2.1	沖 縄	1.70	宮 城	1.05	
7	栃 木	33.7	茨 城	20.4	群 馬	35.8	青 森	33.4	群 馬	329	福 島	318	大 阪 府	7,558	埼 玉	6,488	愛 媛	85.1	秋 田	1.7	大 分	2.1	新 潟	1.63	東 京	1.05	
8	秋 田	33.5	33.5	徳 島	20.1	奈 良	35.7	徳 島	32.9	宮 城	324	群 馬	312	埼 玉	7,554	愛 媛	6,465	奈 良	85.3	福 井	1.7	秋 田	2.0	福 井	1.60	秋 田	1.00
9	千 葉	33.5	愛 媛	19.9	鳥 取	35.3	山 形	32.8	栃 木	324	宮 城	308	三 重	7,541	滋 賀	6,442	福 岡	85.5	宮 崎	1.7	宮 崎	2.0	岩 手	1.53	沖 縄	1.00	
10	熊 本	33.3	宮 崎	19.9	高 知	34.7	栃 木	32.8	鳥 根	324	茨 城	305	静 岡	7,525	千 葉	6,422	京 都	85.6	山 梨	1.6	鹿 児 島	2.0	高 知	1.53	佐 賀	0.96	
11	岩 手	33.0	栃 木	19.8	大 分	34.1	高 知	32.0	岩 手	321	富 山	305	京 都 府	7,485	長 野	6,422	高 知	85.6	青 森	1.5	青 森	1.9	広 島	1.50	広 島	0.93	
12	愛 媛	32.9	大 分	19.7	栃 木	33.4	富 山	30.5	茨 城	318	栃 木	303	宮 崎	7,471	愛 媛	6,421	兵 庫	85.8	福 島	1.5	青 森	1.8	奈 良	1.44	奈 良	0.92	
13	青 森	32.8	高 知	19.5	岡 山	32.5	鳥 根	29.0	熊 本	316	岩 手	301	滋 賀	7,436	福 島	6,417	千 葉	86.9	茨 城	1.5	石 川	1.8	長 野	1.41	愛 知	0.90	
14	大 分	32.7	北 海 道	19.3	富 山	31.7	岡 山	28.5	岡 山	314	愛 媛	301	福 島	7,385	大 阪 府	6,366	神 奈 川	86.9	石 川	1.5	山 梨	1.8	栃 木	1.38	愛 媛	0.90	
15	鹿 児 島	32.2	岩 手	19.2	京 都 府	31.6	新 潟	28.4	富 山	313	埼 玉	300	広 島	7,310	広 島	6,309	三 重	87.0	鹿 児 島	1.5	茨 城	1.6	宮 城	1.36	茨 城	0.87	
16	東 京 都	31.8	熊 本	19.2	愛 媛	31.5	埼 玉	27.8	秋 田	311	高 知	299	岩 手	7,265	京 都 府	6,291	鳥 取	87.0	福 岡	1.4	栃 木	1.5	青 森	1.28	熊 本	0.83	
17	宮 崎	31.8	千 葉	19.1	宮 城	30.8	大 分	27.7	石 川	311	千 葉	297	愛 知	7,247	大 全 国	6,287	香 川	87.0	栃 木	1.3	鳥 根	1.5	茨 城	1.27	鳥 根	0.81	
18	山 形	31.6	山 形	18.8	佐 賀	30.8	茨 城	27.6	埼 玉	311	鹿 児 島	294	大 全 国	7,225	岐 阜	6,278	大 全 国	87.1	鳥 根	1.3	徳 島	1.5	宮 崎	1.26	宮 崎	0.79	
19	神 奈 川	31.4	香 川	18.7	長 野	30.7	大 全 国	26.6	奈 良	309	石 川	292	沖 縄	7,214	茨 城	6,205	滋 賀	87.4	徳 島	1.3	高 知	1.5	兵 庫	1.19	兵 庫	0.78	
20	香 川	31.2	長 崎	18.7	山 梨	30.1	福 井	26.3	鹿 児 島	307	東 京 都	291	長 野	7,196	福 岡	6,180	岡 山	87.4	長 崎	1.3	福 岡	1.5	群 馬	1.17	大 分	0.78	
21	高 知	31.2	佐 賀	18.4	熊 本	30.1	福 岡	26.0	静 岡	304	秋 田	291	石 川	7,114	熊 本	6,154	山 口	87.5	群 馬	1.2	群 馬	1.4	大 阪	1.14	福 島	0.74	
22	大 全 国	31.1	埼 玉	18.2	新 潟	30.0	北 海 道	25.9	高 知	303	静 岡	287	岐 阜	7,063	石 川	6,154	熊 本	87.5	和 歌 山	1.2	千 葉	1.4	鹿 児 島	0.96	和 歌 山	0.72	
23	埼 玉	30.8	岡 山	18.1	和 歌 山	30.0	愛 媛	25.8	広 島	302	熊 本	287	大 分	7,063	宮 崎	6,148	鹿 児 島	87.5	大 全 国	1.2	奈 良	1.4	山 梨	0.94	山 口	0.71	
24	兵 庫	30.7	広 島	18.1	青 森	29.6	愛 知	25.5	三 重	301	神 奈 川	285	福 井	7,011	徳 島	6,142	佐 賀	87.6	岩 手	1.1	長 崎	1.4	大 全 国	0.92	山 口	0.62	
25	奈 良	30.7	群 馬	17.8	山 形	29.4	佐 賀	25.5	大 全 国	301	大 全 国	285	栃 木	6,996	三 重	6,139	東 京	87.7	山 形	1.1	大 全 国	1.36	福 岡	0.88	三 重	0.60	
26	和 歌 山	30.7	奈 良	17.6	大 全 国	29.3	山 梨	25.3	宮 崎	299	岡 山	282	富 山	6,958	福 井	6,122	愛 知	87.8	千 葉	1.1	滋 賀	1.3	岐 阜	0.81	大 全 国	0.52	
27	山 梨	30.6	大 全 国	17.6	福 島	29.2	熊 本	25.2	東 京 都	299	滋 賀	280	北 海 道	6,958	高 知	6,110	茨 城	88.0	兵 庫	1.1	和 歌 山	1.3	鳥 根	0.81	岩 手	0.54	
28	福 岡	30.6	福 岡	17.4	滋 賀	29.0	宮 崎	25.0	神 奈 川	298	兵 庫	278	山 口	6,901	群 馬	6,071	宮 城	88.3	奈 良	1.1	愛 媛	1.3	佐 賀	0.80	福 岡	0.51	
29	群 馬	30.5	鳥 取	17.2	兵 庫	28.9	長 崎	24.9	鳥 取	294	岐 阜	276	茨 城	6,901	富 山	6,081	静 岡	88.4	鳥 取	1.1	岩 手	1.2	石 川	0.79	福 井	0.44	
30	大 阪 府	30.5	神 奈 川	17.1	福 岡	28.5	三 重	24.8	京 都 府	293	青 森	275	徳 島	6,898	岡 山	6,046	栃 木	88.5	愛 媛	1.1	山 形	1.2	愛 知	0.79	鳥 取	0.44	
31	富 山	30.3	和 歌 山	17.0	広 島	28.4	滋 賀	24.1	岐 阜	293	三 重	274	愛 媛	6,814	大 分	6,016	広 島	88.7	高 知	1.1	富 山	1.2	長 崎	0.73	北 海 道	0.38	
32	長 崎	30.1	山 口	17.0	愛 媛	28.1	長 野	23.8	青 森	292	京 都 府	272	長 崎	6,723	鳥 根	5,960	宮 崎	88.7	東 京	1.0	長 野	1.2	福 島	0.72	埼 玉	0.38	
33	広 島	30.0	鳥 根	16.7	鹿 児 島	28.0	千 葉	23.7	千 葉	291	宮 崎	272	山 梨	6,721	佐 賀	5,897	福 島	88.8	富 山	1.0	大 阪	1.2	埼 玉	0.67	岡 山	0.37	
34	石 川	29.7	兵 庫	16.5	秋 田	27.7	京 都 府	23.2	愛 媛	288	愛 知	271	鹿 児 島	6,717	山 口	5,888	青 森	88.9	長 野	1.0	兵 庫	1.2	神 奈 川	0.65	岐 阜	0.36	
35	愛 知	29.4	福 井	16.4	石 川	27.7	山 口	23.2	兵 庫	287	大 分	269	鳥 根	6,716	鹿 児 島	5,844	埼 玉	88.9	滋 賀	1.0	鳥 取	1.2	富 山	0.63	静 岡	0.35	
36	滋 賀	29.3	三 重	16.4	埼 玉	27.4	香 川	22.8	愛 知	286	奈 良	268	熊 本	6,710	北 海 道	5,825	石 川	88.9	京 都	1.0	山 口	1.2	山 形	0.55	京 都	0.32	
37	岡 山	29.3	山 梨	16.2	東 京 都	27.3	広 島	22.3	福 岡	284	広 島	267	群 馬	6,700	沖 縄	5,823	山 形	89.1	大 阪	1.0	香 川	1.2	秋 田	0.51	長 崎	0.31	
38	三 重	29.2	岐 阜	16.2	静 岡	26.7	群 馬	22.2	和 歌 山	282	北 海 道	264	香 川	6,695	長 崎	5,796	群 馬	89.1	山 口	1.0	埼 玉	1.1	千 葉	0.51	富 山	0.22	
39	佐 賀	29.0	愛 知	16.2	神 奈 川	26.2	鳥 取	22.1	滋 賀	282	鳥 取	263	福 岡	6,655	宮 城	5,791	福 井	89.3	香 川	1.0	東 京	1.1	三 重	0.43	香 川	0.22	
40	静 岡	28.8	滋 賀	16.2	岐 阜	26.1	和 歌 山	22.0	大 阪 府	280	福 岡	260	山 形	6,490	香 川	5,790	山 梨	89.3	埼 玉	0.9	京 都	1.1	鳥 取	0.41	神 奈 川	0.19	
41	福 井	28.7	富 山	16.1	千 葉	25.8	岐 阜	21.6	山 口	280	大 阪 府	260	宮 城	6,479	和 歌 山	5,716	秋 田	89.4	静 岡	0.9	新 潟	1.0	岡 山	0.40	鹿 児 島	0.19	
42	長 野	28.5	長 野	15.9	山 口	25.4	東 京 都	20.4	長 崎	274	山 口	259	高 知	6,390	青 森	5,657	富 山	89.5	佐 賀	0.9	岐 阜	1.0	静 岡	0.37	千 葉	0.18	
43	岐 阜	27.7	静 岡	15.8	福 井	25.0	大 阪 府	19.9	大 分	272	長 崎	258	佐 賀	6,249	新 潟	5,630	鳥 根	89.6	神 奈 川	0.8	静 岡	1.0	熊 本	0.33	新 潟	0.18	
44	京 都 府	27.4	東 京 都	15.5	香 川	25.0	兵 庫	19.9	北 海 道	272	佐 賀	253	秋 田	6,232	山 形	5,618	長 野	89.9	岐 阜	0.8	岡 山	1.0	東 京	0.31	滋 賀	0.17	
45	山 口	27.3	石 川	15.5	三 重	24.4	神 奈 川	19.7	佐 賀	270	沖 縄	249	和 歌 山	6,178	栃 木	5,448	岐 阜	89.9	愛 知	0.8	佐 賀	1.0	山 口	0.29	徳 島	0.16	
46	鳥 取	27.0	京 都 府	15.4	大 阪 府	24.2	奈 良	19.3	沖 縄	266	和 歌 山	243	新 潟	6,005	鳥 取	5,285	新 潟	90.0	岡 山	0.8	神 奈 川	0.9	滋 賀	0.26	石 川	0.00	
47	鳥 根	26.9	新 潟	15.2	長 崎	22.1	静 岡	18.4	香 川	266	徳 島	241	青 森	5,976	秋 田	5,174	長 崎	90.0	広 島	0.8	愛 知	0.9	和 歌 山	0.14	長 野	0.00	
48	新 潟	26.8	大 阪 府	15.1	鳥 根	19.6	石 川	15.8	徳 島	245	香 川	229	鳥 取	5,634	山 梨	5,152	岩										

【資料出典】

協会けんぽ 平成21年度都道府県別支分部別検診データ

H22国民健康・栄養調査結果の概要

平成19年度厚生労働科学研究

【資料出典】

文部科学省 H20「全国学力・学習状況調査」

文部科学省 H22学校統計調査

様式4-6 人間ドック6項目異常頻度の県別比較 (注) 受診者10,000人以下は *

	肥満(%)			耐糖能異常(%)			高血圧(%)			高コレステロール(%)			高中性脂肪血(%)			肝機能異常(%)			6項目異常(%)																									
	2008年	2009年	2010年	2008年	2009年	2010年	2008年	2009年	2010年	2008年	2009年	2010年	2008年	2009年	2010年	2008年	2009年	2010年	2008年	2009年	2010年																							
1	佐賀 *	53.5	鳥根 *	45.6	沖 縄	47.6	大 分	42.4	鹿児島	61.7	大 分	48.7	佐賀 *	38.4	大 分	43.1	佐賀 *	40.3	大 分	52.9	大 分	42.2	三 重	40.4	徳 島	35.2	高 知	35.3	高 知	34.6	佐賀 *	59.6	佐賀 *	51.0	奈良 *	52.7	佐賀 *	35.2	大 分	37.8	大 分	34.4		
2	沖 縄	48.7	沖 縄	42.9	鳥根 *	47.0	山 形 *	40.8	大 分	53.6	山 形	45.1	大 分	38.5	秋 田	30.3	大 分	38.7	新潟	40.8	新潟	39.1	大 分	37.9	宮崎 *	34.7	大 分	28.4	大 分	26.9	奈良 *	53.6	鳥根 *	48.6	鳥根 *	52.1	鳥根 *	32.9	鹿児島	35.1	鳥根 *	33.1		
3	鳥根 *	45.8	長野	39.7	熊本	42.5	熊本	39.0	熊本	50.3	熊本	38.9	秋 田	31.8	高 知	29.3	高 知	31.5	奈良 *	40.0	三 重	37.7	新潟	37.7	高 知	23.3	鹿児島	29.8	鹿児島	23.3	鳥根 *	46.7	奈良 *	45.8	奈良 *	46.2	大 分	30.1	熊本	31.7	高 知	30.3		
4	宮崎 *	38.1	宮崎 *	38.5	佐賀 *	38.5	岩 手	32.2	山 形 *	44.6	静 岡	38.7	宮崎 *	31.3	宮崎 *	29.2	秋 田	30.0	和歌山 *	39.6	高 知	37.5	静 岡	37.1	熊本	23.3	宮崎 *	25.5	山 梨	21.2	岩 手	40.8	沖 縄	41.8	福 井	41.6	和歌山 *	29.8	鳥根 *	31.6	静 岡	28.9		
5	栃 木	35.8	茨 城	36.6	長野	38.7	秋 田	32	秋 田	34.8	秋 田	35.1	鹿児島	31.2	鳥根 *	28.3	鳥根 *	29.5	高 知	37.1	奈良 *	36.5	高 知	37.0	群馬	22.6	徳 島	25.0	岩 手	19.0	和歌山 *	40.1	富山 *	40.3	富山 *	41.2	鹿児島	28.2	高 知	28.8	熊本	28.8		
6	茨 城	35.6	栃 木	34.9	奈良 *	36.1	鳥根 *	26.2	岩 手	30.2	茨 城	34.4	和歌山 *	30.8	鹿児島	28.1	富山 *	29.3	長崎 *	35.2	鹿児島	34.9	茨 城	38.1	鳥根 *	22.0	岩 手	24.0	鳥根 *	10.9	福 井	39.7	福 井	40.2	愛 媛	38.3	熊本	28.0	沖 縄	28.9	佐賀 *	28.2		
7	長野	34.7	高 知	34.2	茨 城	34.5	高 知	26.2	静 岡	28.1	岩 手	32.5	鳥根 *	30.1	和歌山 *	27.5	沖 縄	27.8	徳 島	34.9	福 井	34.1	長崎 *	35.7	山 形 *	21.5	熊本	23.8	静 岡	18.8	富山 *	38.9	兵庫	37.6	青森 *	37.1	沖 縄	27.1	岩 手	27.1	富山 *	27.8		
8	鹿児島	34.7	鹿児島	33.8	高 知	34.0	鹿児島	24.7	長野	24.4	鹿児島	31.6	沖 縄	28.6	沖 縄	27.5	青森 *	28.9	福 井	32.5	長崎 *	34.1	福 井	35.0	佐賀 *	21.2	山 梨	21.3	愛 媛	18.7	鹿児島	37.9	和歌山 *	37.1	和歌山 *	36.8	奈良 *	26.2	和歌山 *	25.9	奈良 *	27.6		
9	香 川	33.9	福 岡	32.4	群馬	33.1	佐賀 *	24.2	石 川	24.3	石 川	27.6	高 知	28.1	青森 *	27.2	京 都	24.8	三 重	32.4	栃 木	32.1	鳥根 *	34.3	山 梨	20.5	群馬	19.8	群馬	18.3	山 口	37.7	愛 媛	36.8	石 川	35.2	奈良 *	25.7	新潟	25.8	長野	26.3		
10	山 形 *	31.5	大 分	30.4	岩 手	32.4	和歌山 *	20.9	千 葉	22.2	香 川	26.3	鳥取 *	26.5	熊本	26.6	香 川	24.6	愛 知	31.5	兵庫	31.7	奈良 *	33.4	鹿児島	19.1	兵庫	19.0	熊本	18.3	青森 *	37.4	福 岡	35.3	静 岡	35.2	高 知	25.5	富山 *	25.6	沖 縄	26.2		
11	福 岡	31.4	福 岡	28.0	栃 木	32.2	新潟	20.7	福 岡	21.6	福 岡	24.5	熊本	25.6	鳥取 *	25.7	長野	24.4	沖 縄	30.8	富山 *	31.3	愛 媛	28.9	和歌山 *	18.9	愛 媛	18.1	長崎 *	17.8	宮 城	37.1	熊本	34.2	長野	33.5	宮崎 *	25.5	静 岡	25.6	茨 城	25.9		
12	福 岡	30.1	広 島	28.6	三 重	31.9	香 川	20.4	新潟	20.9	千 葉	24.0	山 梨	25.1	京 都	25.5	山 梨	24.1	栃 木	30.2	沖 縄	30.8	山 梨	28.5	奈良 *	18.8	北海道	17.4	北海道	17.1	愛 媛	35.8	宮 城	33.1	沖 縄	33.3	秋 田	25.4	福 岡	25.4	新潟	25.9		
13	千 葉	29.6	山 形 *	28.5	福 岡	31.5	愛 媛	20.4	山 梨	20.8	長野	23.9	香 川	24.5	山 梨	24.5	静 岡	24.0	兵庫	29.7	鳥根 *	30.8	大 阪	29.6	兵庫	18.4	宮 城	16.8	兵庫	17.1	兵庫	32.5	静 岡	33.0	北海道	32.9	愛 媛	24.8	愛 媛	25.3	愛 媛	25.7		
14	和歌山 *	29.1	新潟	28.3	千 葉	31.2	茨 城	29.3	栃 木	20.8	山 口	23.8	新潟	23.7	岩 手	22.5	新潟	22.4	広 島	29.7	愛 媛	30.2	石 川	29.5	長崎 *	18.4	奈良 *	16.7	徳 島	16.7	千 葉	31.7	岩 手	31.3	宮 城	31.8	山 形 *	24.7	長野	25.1	福 岡	24.7		
15	新潟	28.4	和歌山 *	29.2	愛 媛	30.5	石 川	19.7	京 都	19.9	富山 *	23.4	京 都	22.0	新潟	23.3	福 岡	21.7	愛 媛	29.7	秋 田	29.9	栃 木	28.4	岩 手	16.9	鳥根 *	16.6	福 岡	16.4	静 岡	31.7	長野	30.2	兵庫	31.8	岩 手	24.3	山 形 *	24.5	香 川	24.4		
16	富山 *	28.4	青森 *	29.1	香 川	30.5	京 都	19.7	鳥根 *	18.3	福 井	23.1	静 岡	21.5	富山 *	22.3	茨 城	21.7	山 梨	29.6	富山 *	29.3	沖 縄	16.8	埼玉	16.1	埼玉	15.1	福 岡	31.6	山 口	30.1	福 岡	31.6	山 口	30.1	福 岡	31.6	山 口	30.1	福 岡	31.6	山 口	30.1
17	愛 媛	28.2	香 川	29.1	福 岡	29.7	山 口	19.0	愛 媛	19.3	愛 媛	22.6	福 井	21.1	静 岡	22.1	鳥取 *	21.4	富山 *	28.8	広 島	29.5	千 葉	29.5	北海道	16.8	長崎 *	15.8	富山 *	15.0	石 川	28.8	長崎 *	28.9	新潟	30.1	茨 城	23.7	福 井	23.7	岩 手	24.3		
18	群馬	27.8	愛 媛	29.1	大 阪	29.7	栃 木	18.8	高 知	19.0	栃 木	21.9	青森 *	20.1	長野	21.8	福 井	20.8	静 岡	28.7	熊本	29.4	広 島	29.5	茨 城	18.2	福 岡	14.7	宮 城	14.6	沖 縄	28.8	北海道	28.6	岩 手	28.7	香 川	23.7	秋 田	23.2	福 井	24.3		
19	広 島	27.5	岩 手	29.0	広 島	29.5	千 葉	18.2	大 阪	18.3	新潟	21.9	愛 媛	19.6	福 井	21.5	岡山	20.8	熊本	28.1	静 岡	28.1	愛 知	28.1	静 岡	16.2	福 井	14.6	奈良 *	14.6	香 川	29.7	青森 *	29.5	山 口	29.1	福 井	23.2	奈良 *	23.2	千 葉	24.0		
20	青森 *	27.4	群馬	28.7	和歌山 *	28.3	福 岡	18	茨 城	18.4	山 梨	24.1	茨 城	19.3	群馬	20.8	秋 田	28.0	山 梨	29.0	香 川	27.4	三 重	15.8	山 形 *	14.4	千 葉	14.3	北海道	29.8	千 葉	29.4	熊本	28.7	青森 *	23.1	宮崎 *	23.2	長崎 *	23.5				
21	三 重	27.0	富山 *	28.5	新潟	28.2	山 梨	17.5	兵庫	18.4	大 阪	20.3	山 形 *	19.0	岡山	20.5	群馬	20.3	鹿児島	27.5	愛 知	29.0	大 阪	27.2	愛 知	29.0	大 阪	27.2	愛 知	15.4	和歌山 *	14.4	新潟	14.0	埼玉	29.3	新潟	28.0	京 都	23.1	青森 *	23.0	栃 木	23.4
22	大 阪	27.0	兵庫	28.5	富山 *	28.4	兵庫	17.0	愛 媛	18.4	大 阪	20.1	三 重	18.4	福 岡	20.1	奈良 *	19.6	大 阪	27.2	岐阜	27.1	京 都	27.2	愛 知	27.1	大 阪	27.2	愛 知	15.4	和歌山 *	14.4	東京	13.9	三 重	28.3	埼玉	28.0	東京	27.3	三 重	23.0	群馬	23.4
23	埼玉	26.8	滋 賀	28.4	青森 *	28.6	福 岡	16.8	香 川	17.9	宮崎 *	19.2	福 岡	18.4	茨 城	20.0	愛 媛	19.4	鳥根 *	26.8	大 阪	26.7	岐阜	28.7	長野	15.2	新潟	14.2	新潟	14.2	新潟	14.2	新潟	14.2	新潟	14.2	新潟	14.2	新潟	14.2	新潟	14.2	新潟	14.2
24	石 川	26.6	千 葉	28.3	山 形	28.3	青森 *	16.5	広 島	17.7	京 都	18.6	石 川	18.2	香 川	18.9	宮 城	18.8	大 阪	27.2	愛 知	27.2	愛 知	27.2	愛 知	27.2	愛 知	27.2	愛 知	27.2	愛 知	27.2	愛 知	27.2	愛 知	27.2	愛 知	27.2	愛 知	27.2	愛 知	27.2	愛 知	27.2
25	静 岡	26.4	三 重	28.3	兵庫	28.2	長野	16.5	山 口	17.5	佐賀 *	18.5	大 阪	18.5	愛 媛	18.9	熊本	18.9	埼玉	26.3	香 川	26.3	秋 田	26.0	愛 媛	14.8	千 葉	13.7	長野	13.3	熊本	27.2	石 川	27.4	大 阪	27.4	大 阪	27.4	大 阪	27.4	大 阪	27.4	大 阪	27.4
26	京 都	26.4	福 井	27.0	大 分	28.1	福 井	16.5	沖 縄	17.5	群馬	18.3	山 形	17.5	長崎 *	18.9	長崎 *	18.9	京 都	26.3	千 葉	25.8	北海道	25.5	埼玉	14.7	長野	13.7	三 重	13.2	大 阪	27.0	滋 賀	27.1	高 知	26.8	千 葉	22.4	石 川	21.8	山 梨	22.8		
27	大 阪	26.4	静 岡	26.5	大 分	27.1	福 井	16.5	和歌山 *	17.3	青森 *	18.0	福 岡	17.3	福 岡	18.7	大 阪	18.7	青森 *	26.2	石 川	25.8	兵庫	25.1	神 奈 川	13.1	京 都	13.1	京 都	13.1	京 都	13.1	京 都	13.1	京 都	13.1	京 都	13.1	京 都	13.1	京 都	13.1	京 都	13.1
28	東 京	25.9	大 阪	26.3	長崎 *	27.7	広 島	16.1	青森 *	17.0	広 島	17.6	山 口	17.1	山 口	18.3	栃 木	18.6	千 葉	26.2	徳 島	25.6	福 岡	25.0	新潟	14.4	静 岡	13.8	山 形	13.0	大 阪	26.6	群馬	26.4	大 阪	26.6	京 都	22.9	群馬	21.8	大 阪	22.5		
29	宮 城	25.3	大 阪	26.0	埼玉	26.6	三 重	15.8	福 井	17.0	高 知	17.5	栃 木	17.0	大 阪	18.2	滋 賀	18.5	茨 城	24.3	岩 手	25.5	群馬	24.5	福 岡	14.2	福 岡	13.3	広 島	12.8	群馬	25.9	広 島	26.6	大 分	26.0	石 川	21.7	福 岡	21.5	三 重	22.2		
30	熊本	25.0	鳥取 *	25.8	福 井	28.2	大 阪	15.8	福 岡	17.0	兵庫	17.4	群馬	17.0	栃 木	17.6	埼玉	18.4	東京	23.6	埼玉	25.1	東京	24.4	福 井	14.1	石 川	13.2	香 川	12.5	秋 田	25.7	大 阪	24.7	群馬	25.4	山 口	21.7	広 島	21.5	広 島	22.2		
31	滋 賀	24.9	熊本	25.7	東京	26.1	徳 島	15.1	富山 *	16.7	愛 媛	17.1	滋 賀	17.0	埼玉	17.5	千 葉	18.4	福 井	23.6	東京	25.0	長野	23.9	宮 城	13.6	神 奈 川	12.9	秋 田	12.1	京 都	25.7	岐阜	24.2	神 奈 川	25.3	徳 島	21.4	京 都	21.1	福 岡	21.9		
32	岡 山	24.3	埼玉	25.5	静 岡	25.6	静 岡	14.2	大 阪	16.3	滋 賀	17.0	埼玉	15.9	東京	16.8	福 岡	18.3	岐阜	23.1	京 都	23.9	沖 縄	23.7	千 葉	13.6	沖 縄	12.7	京 都	12.1	愛 知	25.5	東京	23.9	埼玉	25.0	宮 城	21.0	京 都	21.9				
33	福 井	24.2	宮 城	25.6	滋 賀	25.2	富山 *	13.9	滋 賀	15.6	沖 縄	16.8	兵庫	16.8	滋 賀	16.8	東京	17.5	香 川	22.1	青森 *	23.6	宮 城	23.4	東京	13.5	山 口	12.1	青森 *	12.0	広 島	24.3	高 知	23.9	香 川	25.0	宮							

健診・保健指導の効果を評価するレセプト分析(5月診療分)

保健指導による重症化予防、合併症予防の成果を確認する

様式5-1 透析患者の推移(患者数、医療費)

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

様式5-2 新規透析患者と健診・保健指導の関係

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

様式5-3 虚血性心疾患の推移(患者数、医療費)

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

様式5-4 新規虚血性心疾患と健診・保健指導の関係

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

様式5-5 脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)の推移(患者数、医療費)

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

様式5-6 新規脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)患者数と健診・保健指導の関係

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

様式5-7 一昨年・昨年・今年生活習慣病と診断された患者の重症化

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

様式5-8 一昨年・昨年生活習慣病と診断された人の健診・保健指導の状況

保健指導で合併症が出なかったことを確認しよう！

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

様式5-9 一昨年・昨年糖尿病と指摘された人の健診・保健指導の状況

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

様式5-10 一昨年・昨年高血圧症と指摘された人の健診・保健指導の状況

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

様式5-11 一昨年・昨年脂質異常症と指摘された人の健診・保健指導の状況

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

様式5-12 一昨年・昨年高尿酸血症と指摘された人の健診・保健指導の状況

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

様式5-13 今年、生活習慣病と指摘された人の健診・保健指導の状況

健診・保健指導の成果を確認しよう！

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

様式5-14 昨年、生活習慣病予備群と指摘された人の治療状況

健診・保健指導の成果を確認しよう！

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

様式6-1 健診・保健指導計画作成のためのアセスメント表

保険者の特徴を考えて見ましょう～対象者の優先順位を考えるために～

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

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

様式6-2 健診有所見者状況(男女別・年代別)

総数

男性

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

女性

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

総数

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

* 注)腹囲がない場合はBMI $\geq$ 25

様式6-3 健診有所見者状況(男女別・年代別)

40歳代

男性

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

女性

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

総数

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

* 注)腹囲がない場合はBMI≥25

様式6-4 健診有所見者状況(男女別・年代別)

50歳代

男性

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

女性

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

総数

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

* 注)腹囲がない場合はBMI $\geq$ 25

様式6-5 健診有所見者状況(男女別・年代別)

60歳代

男性

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

女性

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

総数

No. 表	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける								メタボリックシンドローム以外の動脈硬化要因		臓器障害 (※は詳細検査)									
		腹囲 *		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		尿蛋白		(クレアチニン)		心電図※		眼底検査※	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合			数	割合	数	割合	数	割合
全国																													
都道府県																													
H18年度																													
H17年度																													
H16年度																													
H15年度																													

* 注)腹囲がない場合はBMI≥25

様式6-6 健診有所見者状況(男女別・年代別)

70歳代(70-74歳)

男性

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

女性

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

総数

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

* 注)腹囲がない場合はBMI $\geq$ 25

様式6-7 健診有所見者状況(男女別・年代別)

(再)65-74歳

男性

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

女性

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

総数

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

* 注)腹囲がない場合はBMI≥25

様式6-8 メタボリックシンドローム該当者・予備群(40-74歳)

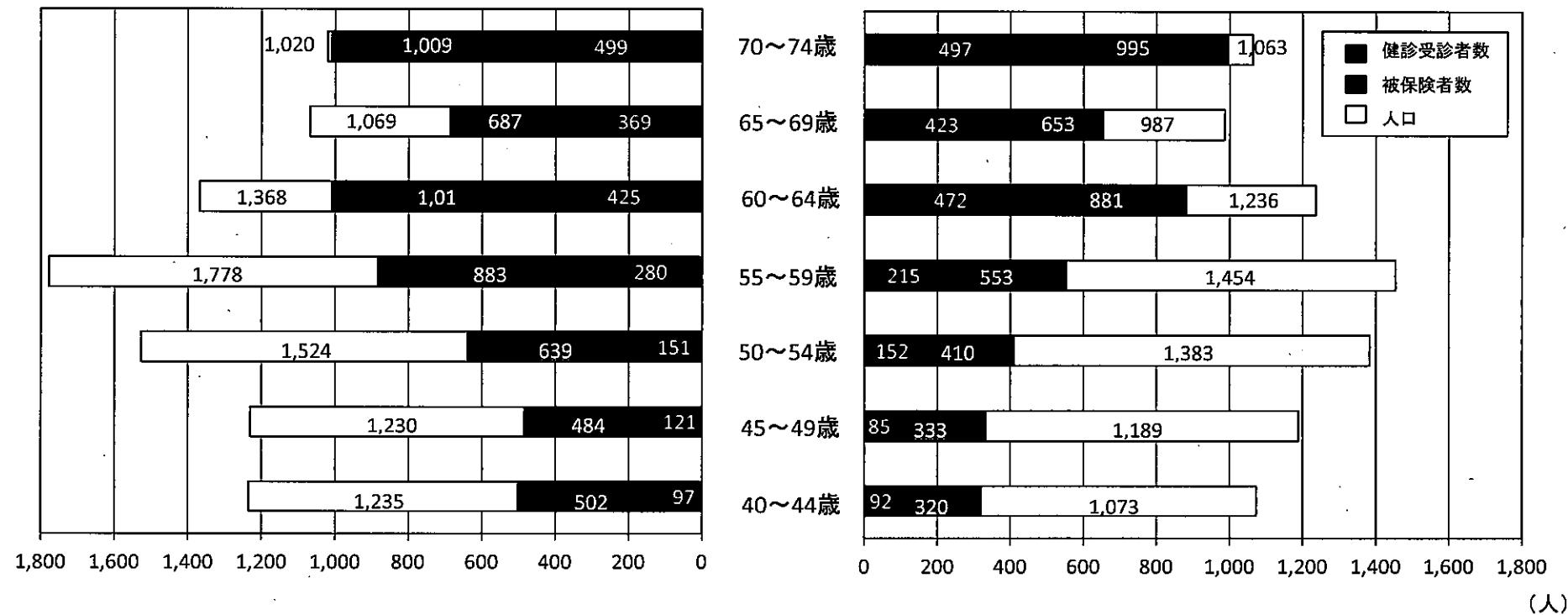
男性				総数			40歳代			50歳代			60歳代			70-74歳			(再)65-74歳		
				人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②
被保険者数(40-74歳)																					
健診受診者数(受診率%)																					
腹囲85cm以上の者																					
(再) 有所見 の重複 状況		高血糖	高血圧	高脂血																	
	腹囲のみ																				
	予備群	●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

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

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

様式6-9 健診受診状況(被保険者数及び健診受診者のピラミッド)

〇〇市総人口のうちの被保険者数・健診受診者数(平成〇〇年度)

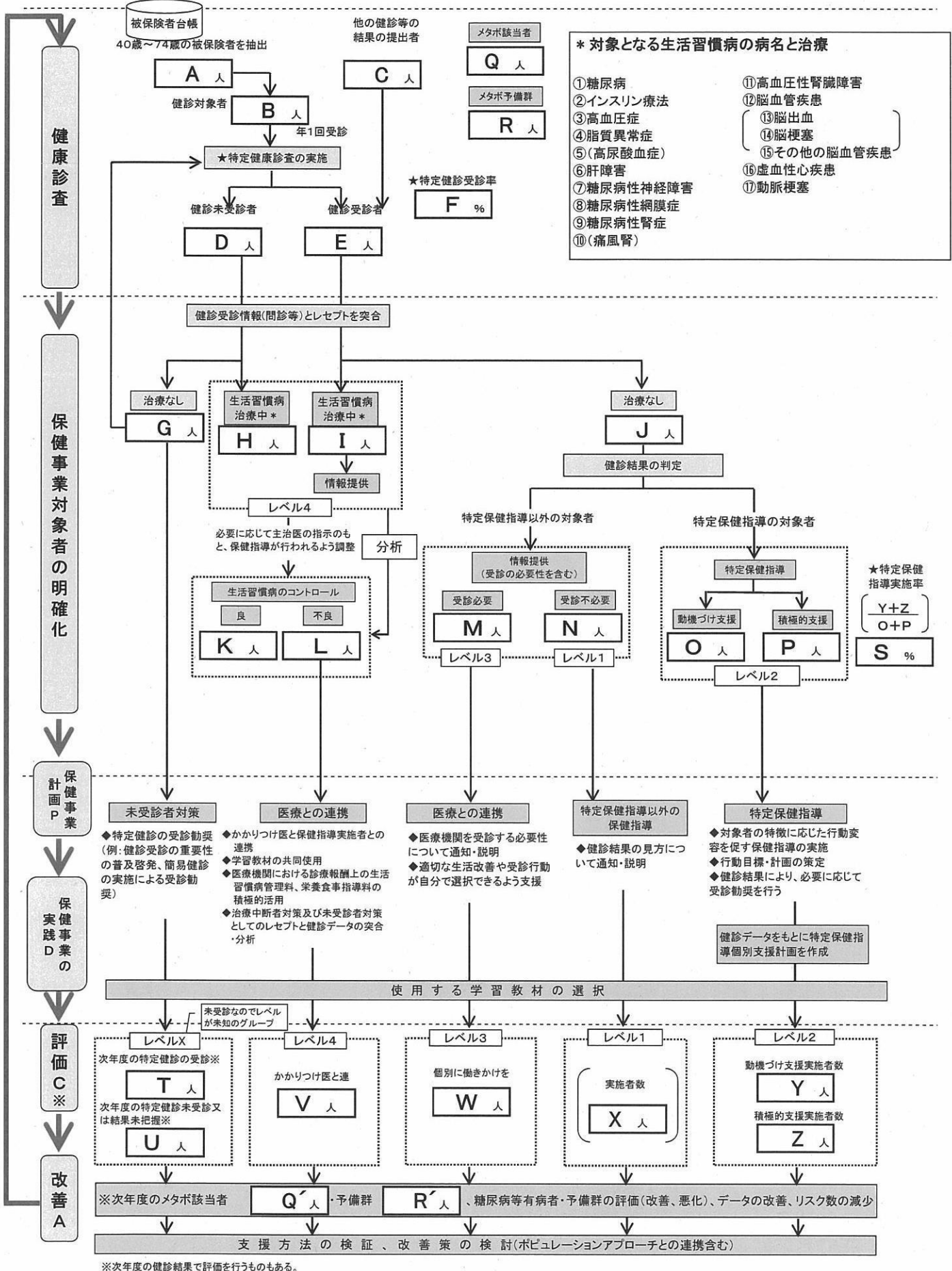


男性	40～74歳	健診受診者	1,942	37.2%
		被保険者数	5,214	

女性	40～74歳	健診受診者	1,936	46.7%
		被保険者数	4,145	

資料6-9

健診から保健指導実施へのフローチャート



様式6-11

※A～Zについては様式6-10参照

238

医療保険者における健診・保健指導の評価方法

〇～〇歳

男性

※性別、各年代（40～74歳まで5歳刻み）毎に作成

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

		今年度	昨年度	増減	備考
高脂血症					
23	コレステロールを下げる薬服用者の数(人)				
24	コレステロールを下げる薬服用者の割合(%)				= 23 / 4 * 100
25	高脂血症有病者の数(人)				
26	高脂血症有病者の割合(%)				= 25 / 4 * 100
27	中性脂肪 150mg/dl 以上の者の数(人)				
28	中性脂肪 150mg/dl 以上の者の割合(%)				= 27 / 4 * 100
29	HDL-コレステロール 40mg/dl 未満の者の数(人)				
30	HDL-コレステロール 40mg/dl 未満の者の割合(%)				= 29 / 4 * 100
31	LDL-コレステロール 140mg/dl 以上の者の数(人)				
32	LDL-コレステロール 140mg/dl 以上の者の割合(%)				= 31 / 4 * 100
糖尿病					
33	インスリン使用・血糖を下げる服用者の数(人)				
34	インスリン使用・血糖を下げる服用者の割合(%)				= 33 / 4 * 100
35	糖尿病予備群の数(人)				
36	糖尿病予備群の割合(%)				= 35 / 4 * 100
37	糖尿病有病者の数(人)				
38	糖尿病有病者の割合(%)				= 37 / 4 * 100
39	空腹時血糖の測定している者の数(人)				
40	空腹時血糖 110mg/dl 以上の者の数(人)				
41	空腹時血糖 110mg/dl 以上の者の割合(%)				= 40 / 39 * 100
42	空腹時血糖 126mg/dl 以上の者の数(人)				
43	空腹時血糖 126mg/dl 以上の者の割合(%)				= 42 / 39 * 100
44	HbA1c(NGSP)を測定している者の数(人)				
45	HbA1c(NGSP)6.0%以上の者の数(人)				
46	HbA1c(NGSP)6.0%以上の者の割合(%)				= 45 / 44 * 100
47	HbA1c(NGSP)6.5%以上の者の数(人)				
48	HbA1c(NGSP)6.5%以上の者の割合(%)				= 47 / 44 * 100

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

※1 メタボリックシンドロームだけでなく、肥満、糖尿病、高血圧、高脂血症についても同様の評価を実施。

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

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

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

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

※5 特定保健指導終了時に腹囲を計測した者のみを抽出。

※6 様式6-10参照

～ 都道府県における分析例 1 ～

糖尿病等有病者・予備群の動向(人数)

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

HbA1c(NGSP)		今年度健診情報					
前年度健診情報		—5.6	5.6—6.5	6.5—	未受診者数	対象外	合計
	—5.6						
	5.6—6.5						
	6.5—						
	未受診者数						
	対象外 ※						
合計							

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

→同様に血圧、脂質等の健診結果で動向を分析する(様式を同様に作成)

→同様に保健指導対象者についても動向を分析する(様式を同様に作成)

糖尿病等患者の動向(人数等)

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

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

※ レセプト枚数又は患者数に着目する場合

※ レセプト点数に着目する場合

※ レセプト診療日数に着目する場合 に分けて解析。

→同様に、高血圧症、脂質異常症、虚血性心疾患、脳卒中等について作成

→同様に、メタボリックシンドローム該当者・予備群についても作成

～ 都道府県における分析例 2 ～

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

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

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

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

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

（添 付 資 料）

○メタボリックシンドロームの定義と診断基準

○各学会のガイドライン等 参照 URL

○健診・保健指導の研修ガイドライン（改訂版）

メタボリックシンドロームの定義と診断基準

メタボリックシンドローム診断基準検討委員会

序

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

病単位として捉えているのである。

診断基準設定の背景

WHOは2002年のWorld Health Reportにおいて新たなグローバルな健康政策として心血管病予防対策を重視する宣言を行った¹⁾。これまでWHOが重点を置いてきた平均寿命の短い発展途上国に対する栄養補給や感染対策を続けるものの、先進国はもちろんのこと、平均寿命が比較的長いアジア、とくに中国などで、過栄養と運動不足を背景に増加の一途をたどっている心血管病をターゲットにした健康政策を行うことが世界の人々の寿命をさらに延ばすことになると判断したのであった。わが国の厚生労働省の発表の死因統計でも脳血管障害、心血管病が全死亡の約30%を占め癌と匹敵するものである。しかも働き盛りに突然発症することが多く、社会的にも極めて損失が大きいというに、死亡から免れたとして、多数が後遺症で苦しむケースが多いことから癌よりも深刻であるともいえる。

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

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

まず1980年代の後半には, beyond cholesterolの概念で, スタンフォード大学のReavenによってシンドロームX⁶⁾, テキサス大学のKaplanによって死の四重奏⁷⁾という心血管疾患に対するハイリスクな病態が症候群として提唱された。これらは耐糖能異常, 高トリグリセリド血症, 高血圧が一個人に集積する病態で, それまで重要視されていた高コレステロール血症という単独

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

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

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

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

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

診断基準

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

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

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

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

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

病態と基準値

メタボリックシンドロームの病態として下記があげられている。

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

1) 内臓脂肪（腹腔内脂肪）蓄積

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

表1. メタボリックシンドロームの診断基準

内臓脂肪（腹腔内脂肪）蓄積	
ウエスト周囲径	男性 ≥ 85 cm 女性 ≥ 90 cm (内臓脂肪面積 男女とも ≥ 100 cm ² に相当)
上記に加え以下のうち2項目以上	
高トリグリセライド血症 かつ/または 低HDLコレステロール血症	≥ 150 mg/dl < 40 mg/dl 男女とも
収縮期血圧 かつ/または 拡張期血圧	≥ 130 mmHg ≥ 85 mmHg
空腹時高血糖	≥ 110 mg/dl

* CTスキャンなどで内臓脂肪量測定を行うことが望ましい。

* ウエスト径は立位、軽呼吸時、臍レベルで測定する。脂肪蓄積が著明で臍が下方に偏位している場合は肋骨下縁と前上腸骨棘の midpoint の高さで測定する。

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

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

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

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

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

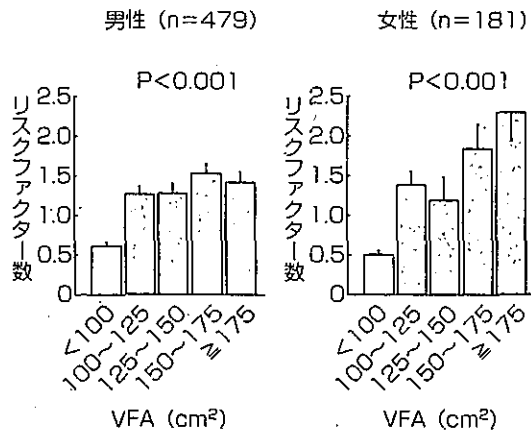


図1. 内臓脂肪面積とリスクファクター保有数の関係
内臓脂肪面積 (VFA) と今回の診断基準によるリスクファクター数. Kruskal-Wallis検定 (Mean ± SE) (投稿準備中)

レベル腹部CTスキャンによって判定した腹腔内脂肪面積 100cm² 以上が男女共通した内臓脂肪蓄積のカットオフ値である¹⁹⁾。それに対応するウエスト周囲径が、男性 559 名、女性 196 名において検討され、男性 85cm、女性 90cmと設定された (図2)。この基準値は日本肥満学会が設定した内臓脂肪型肥満の一次スクリーニングのウエスト周囲径と一致するものである。本委員会ではメタボリックシンドロームの診断基準を一般臨床や健康診断の場で用いることが可能なように、現時点では内臓脂肪蓄積の指標として、ウエスト周囲径を基準として用いることとしたが、メタボリックシンドロームを診断する過程では可能な限りCTスキャンなどによる腹腔内脂肪量測定を行うことが望ましいと思われる。将来的に検診など多数例を対象に用いることが可能なように、腹部インピーダンスを用いた内臓脂肪量測定装置も開発がすすめられている²⁰⁾。ウエスト径は立位、軽呼吸時、臍レベルで測定する。脂肪蓄積が著明で臍が下方に偏位している場合は肋骨下縁と前上腸骨棘の midpoint の高さで測定する。NCEP基準では、ウエスト周囲径、男性 102 cm、女性 88cmをカットオフ値としているが、す

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

2) インスリン抵抗性

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

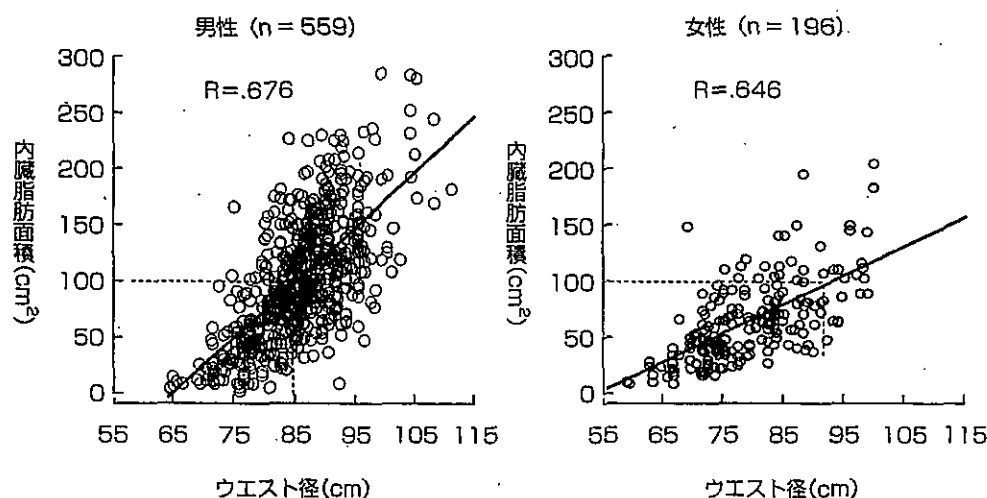


図2. 内臓脂肪面積とウエスト径の関係

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

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

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

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

コントロールしてガイドラインに示されたヘモグロビンA1cレベルを保つこと²⁶⁾に加え、ウエスト径を指標としてライフスタイル改善を指導し、高血圧、リポ蛋白異常を総合的に管理することによって心血管疾患を予防しうる可能性がある。

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

3) 動脈硬化惹起性リポ蛋白異常

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4) 高血圧

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

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

5) その他の病態

(1) 易炎症性状態と易血栓性状態

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

(2) 微量アルブミン尿

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

(3) 高尿酸血症

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

基準に則ってその有無を検討するべきである。

(4) アディポサイトカイン

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

臨床的意義

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

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

ンドローム群はメタボリックシンドロームのない群に比べ、年齢、性別を補正した冠動脈疾患死亡のハザード比は2.02、心血管疾患死亡のハザード比は1.82、総死亡のハザード比も1.4と高値であった⁵⁶⁾。糖尿病症例を除いてもメタボリックシンドローム群は冠動脈疾患死亡のハザード比は1.65、心血管疾患死亡のハザード比は1.56と高かった。ウエスト径を測定し糖負荷試験を大規模におこなったSan Antonio Heart Study (SAHS) (2,815人、平均追跡期間12.7年)では、NCEP、WHOの両基準で調査され、NCEP基準のメタボリックシンドローム群では総死亡1.47、心血管疾患死亡2.53のハザード比が、WHO基準では総死亡1.27、心血管疾患死亡1.63のハザード比が得られており、両基準とも全体として心血管死亡の予知に有用であったが、簡便なNCEP基準の方がベースに糖尿病や心血管疾患の既往のない低リスク群においても有用な傾向にあったとしている⁵⁷⁾。フィンランド、スウェーデンにおけるBotnia Study⁵⁸⁾、フィンランドにおけるKuopio Ischemic Heart Study⁵⁹⁾では、WHO基準を用いメタボリックシンドロームの診断が心血管疾患発症予測に有用であるとしている。

わが国においても複合リスクの心血管疾患に対する危険性が示されている。厚生労働省作業関連疾患総合対策研究班の企業従事者12万人を対象にした調査では、3年間で冠動脈疾患を発症した94例について、企業での検診結果が10年前まで遡り調べられた²⁾。発症群は性別、年齢、部署をあわせた非発症群に比べ、BMI、血圧、空腹時血糖値、血清コレステロール値、血清トリグリセライド値、血清尿酸値のいずれもが、正常よりやや高値の範囲であるが有意に高く、10年間持続していることが確認された。BMI 26.4以上の肥満、140/90以上の高血圧、220mg/dl以上の高コレステロール血症、110mg/dl以上の高血糖の4項目のうち3つ以上を有すると、これらのリスクの4つとも有しないものに比べ、重回帰分析により31.34の高いオッズ比を示した。

各学会のガイドライン等 参照 URL

○糖尿病：日本糖尿病学会HP

http://www.jds.or.jp/modules/education/index.php?content_id=11

○高血圧症：日本高血圧学会HP

<http://www.jpnsh.org/data/jsh2009digest.pdf>

○脂質異常症：日本動脈硬化学会HP

<http://www.j-athero.org/>

○慢性腎臓病（CKD）：日本腎臓学会HP

<http://www.jsn.or.jp/guideline/guideline.php>

○高尿酸血症・痛風：日本痛風・核酸代謝学会HP

<http://www.tukaku.jp/>

○肥満症：日本肥満学会HP

<http://www.jasso.or.jp/>

健診・保健指導の研修ガイドライン

(改訂版)

目 次

はじめに	1
I 人材育成の基本的事項	2
II 研修において習得すべき能力	3
III 教育方法	5
IV 研修の評価	8
V 実践者育成研修プログラム	10
VI リーダー育成プログラム	13
VII 研修体系の整理	16

はじめに

平成20年度に開始された特定健康診査・特定保健指導（以下「特定健診・特定保健指導」という）制度については、制度開始以来の科学的知見や実施状況等を踏まえた見直しが行われ、平成25年度から実施される予定である。

これに伴い、「標準的な健診・保健指導プログラム」も改訂されたが、「標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）」に示された保健指導を効果的・効率的に実施するためには、医療保険者が特定健診・保健指導事業の背景や内容をふまえた上で、事業を適切に企画・実践・評価するとともに、対象者の生活習慣病予防のための行動変容に確実につながる保健指導を展開することが必要であり、そのような能力を有する人材の育成は、引き続き重要な課題である。

本研修ガイドラインは、都道府県等が特定健診・特定保健指導に関する研修を効果的に実施するために、「標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）」を踏まえた上で、研修において習得すべき能力を明らかにし、それらの能力を習得するための教育方法、効果的な研修を実施するための研修の評価について盛り込むとともに、それらを踏まえた研修プログラムを掲載したものである。

研修を企画、運営する都道府県等においては、本研修ガイドラインの内容を踏まえた上で、それぞれの人材育成体制や研修対象者の能力、ニーズ等を考慮に入れ、理論だけでなく、具体的な取組を含めるなど、創意工夫を加えた研修を実施し、生活習慣病対策を着実に推進できる人材を育成することが必要である。

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

I 人材育成の基本的事項

1 研修の目的

「医療制度改革大綱」において、糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群を25%減少させることが政策目標として掲げられたことを踏まえて、平成20年度から特定健診・特定保健指導が医療保険者によって実施されている。

この目標を達成するためには、健診後の保健指導を確実に、そして効果的に実施する必要があり、各医療保険者は事業を適切に企画、評価するとともに、「標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）」を踏まえた保健指導を保健師、管理栄養士等が的確に実施することが求められる。

このため、健診・保健指導事業に従事する者に対して研修を行い、生活習慣病対策全体を効果的に推進できる人材を育成することを目的とするものである。

2 研修の対象者

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

3 研修の実施体制

研修の実施体制は、主に以下のような実施主体が行うものであるが、実情に応じて、実施主体間の調整を図り、効率的に実施するものとする。

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

4 指導者育成体制

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

Ⅱ 研修において習得すべき能力

研修において習得すべき能力は以下のとおりであるが、研修受講対象者により必要となる能力は異なること、また、医師・保健師・管理栄養士等の職種によっても習得すべき能力は異なることから、研修プログラムを組む際には、この点を考慮する必要がある。

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

1 健診・保健指導事業の企画・立案・評価ができる能力

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

(1) 医療関連データ等を分析し、優先課題が選定できる

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

(2) 目標設定ができ、事業計画が立てられる

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

(3) 健診・保健指導に関する社会資源を活用した実施体制が構築できる

(4) 事業等の効果を評価でき、評価結果を改善につなげられる

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

2 行動変容につながる保健指導ができる能力

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

(1) 健診結果等から身体変化やリスク及び生活習慣との関連が説明できる

- ①メタボリックシンドローム・健診データ・生活習慣の関連を理解する
- ②対象者の健診データ等から、身体の状態や保有するリスクを的確に把握できる
- ③糖尿病等の予防に関連した最新の知見を理解する

(2) 行動変容ステージ、ライフスタイル等から対象者のアセスメントができる

- ①生活習慣の改善に関する保健指導の特徴を理解する
- ②行動変容に関する基本的知識・技術を理解する
- ③健診結果・質問票から、対象者の病態、安全性に配慮した保健指導の内容や受診勧奨の必要性についてアセスメントができる

(3) 対象者の健康観を尊重しつつ、対象者の前向きな自己決定を促す支援ができる

- ①コミュニケーション技術を対象者に合わせて活用できる
- ②行動変容ステージに合わせた支援ができる
- ③自己効力感を高められる支援ができる
- ④モチベーションを高める支援ができる

(4) 集団的支援（グループワーク等）ができる

- ①グループダイナミクスを活用することができる

(5) 継続的なフォローアップができる

- ①セルフケア（自己管理）能力を高める支援ができる
- ②対象者が健康に関する情報を自ら収集し、正しい情報を見極める能力を高める支援ができる
- ③社会資源の活用ができる

(6) 保健指導の評価から、保健指導方法の改善ができる

- ①対象者への介入方法ごとに生活習慣の改善状況の評価を行い、その成果の分析ができる
- ②評価結果から、効果的な保健指導方法を創意工夫できる

3 個別生活習慣に関して指導できる能力

(1) 日常生活全体に関する指導技術

- ①家庭での過ごし方、労働内容や働き方、ストレスなどを含めた生活全体のアセスメントができる
- ②健診データと生活習慣病との関連がわかり、対象者に説明できる
- ③生活習慣について何から改善することが可能かについて、対象者とともに考えることができる

(2) 食生活に関する指導技術

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

(3) 身体活動・運動に関する指導技術

- ①運動生理学、体力測定・評価等に関する基礎知識を理解している
- ②身体活動・運動と生活習慣病の関連が説明できる
- ③身体活動・運動の量についてアセスメントし、対象者に合った支援ができる
- ④運動に関するリスクマネジメントができる
- ⑤保健指導が終了した後も運動習慣を継続するための社会資源を紹介できる

(4) たばこに関する指導技術

- ①たばこと生活習慣病の関連が説明でき、対象者の状況にあわせた禁煙支援ができる
- ②必要に応じて、禁煙治療につなげることができる
- ③職場や家庭等の禁煙環境の改善について相談に乗ることができる

(5) アルコールに関する指導技術

- ①アルコールと生活習慣病の関連が説明でき、適正飲酒の支援ができる
- ②多量飲酒のリスクを適切に把握し、必要に応じて専門機関等へつなげることができる

4 適切な学習教材を選定、開発できる能力

- (1) 科学的根拠に基づいた適切な教材を選定でき、必要に応じて教材の開発ができる
- (2) 対象者の理解度に合わせた効果的な学習教材を選定でき、教材の改善や開発ができる
- (3) 2年連続して特定保健指導の対象となった者等の行動変容が困難な対象者の状況に応じて、教材の内容をステップアップさせることができる

Ⅲ 教育方法

1 健診・保健指導事業の企画・立案・評価に関する研修

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

①講義

- ・PDCA サイクルで企画・立案・評価を行う基礎的な知識・方法

②演習（シミュレーション、グループワーク等）

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

③事例学習 それぞれの保険者にあわせた実践事例を学ぶ

- (2) 健診・保健指導に関する実施体制の整備

①講義

- ・社会資源との調整や、民間事業者との契約及び連携方策
- ・保健指導の質の向上に関する仕組み
（OJT 体制、指導内容の評価、アウトソーシングのモニタリング等）

②演習（事例検討、グループワーク等）

- ・先進的な事例から、効果的な実施体制を考える
- ・健診受診率・保健指導利用率の向上策
- ・アウトソーシングの課題と解決法
- ・ポピュレーションアプローチとの連動

(3) 事業の効果評価、評価結果の活用

①講義

- ・ 個別事例、集団、事業の評価についてデータを使用して評価
- ・ 目標に合わせた評価方法

②演習（シミュレーション、グループワーク等）

- ・ アウトカムをわかりやすく提示する工夫（結果の見える化）
- ・ レセプトデータ等とのデータの突合による評価

2 行動変容につながる保健指導に関する研修

(1) 健診結果から身体変化や生活習慣との関連が説明できる

①講義

- ・ メタボリックシンドロームに関する知識、健診データや生活習慣との関連
- ・ 糖尿病等の予防に関連した最新の知見

②演習（ロールプレイ等）

- ・ 対象者への接し方
- ・ 健診結果等のわかりやすい説明の仕方

(2) 行動変容ステージ、ライフスタイル等から対象者のアセスメントができる

①講義

- ・ 生活習慣の改善に関する保健指導の特徴
- ・ 行動変容に関する基本的知識・技術
- ・ 個別性を重視したアセスメントの方法

②演習（シミュレーション、グループワーク等）

- ・ 具体的な事例を用いて、アセスメントを行う
- ・ 対象者の行動変容ステージ、ライフスタイル等の把握

(3) 対象者の健康観を尊重しつつ、対象者の前向きな自己決定を促す支援ができる

①講義

- ・ 行動変容ステージに応じた保健指導
- ・ 自己効力感の高め方
- ・ 対象者と信頼関係を築いた、実現可能な目標設定について

②演習（事例検討、デモンストレーション、ロールプレイ等）

- ・ 自己効力感を高め、行動変容を支援する保健指導の事例検討
- ・ 行動変容を支援する保健指導のデモンストレーション
- ・ コミュニケーション技術（面接技術）

(4) 集団的支援（グループワーク等）ができる

①講義

- ・ 自己効力感の高まりを期待する集団的支援

②演習（ロールプレイ等）

- ・グループダイナミクスを活用した自己効力感を高める技術

（５）継続的なフォローアップができる

①演習（事例検討等）

- ・継続者及び中断者に対する支援の事例検討
- ・保健指導終了後も意識した目標設定及び継続支援

（６）保健指導の評価から、保健指導方法の改善ができる

①演習（シミュレーション、ピアレビュー、グループワーク等）

- ・生活習慣改善状況に関するデータから成果を分析
- ・保健指導の手法についてビデオ等による振り返り
- ・効果的な保健指導方法を考えることができる

３ 個別生活習慣の指導に関する研修

（１）日常生活全体に関する指導技術

①講義

（２）食生活に関する指導技術

①講義

②演習（体験学習、グループワーク等）

- ・減量プログラムの体験
- ・食生活改善プログラムの作成

（３）身体活動・運動に関する指導技術

①講義

- ・運動強度（メッツ）の考え方
- ・対象者に応じたリスクマネジメント

②演習（体験学習、グループワーク等）

- ・身体活動・運動プログラムの体験
- ・運動プログラムの作成

（４）たばこに関する指導技術

①講義

- ・たばこと生活習慣病の関連
- ・最新の禁煙支援方法の紹介（ニコチン代替療法等）

②演習（シミュレーション、グループワーク等）

- ・行動変容ステージに応じた介入演習
- ・禁煙プログラムの作成

（５）アルコールに関する指導技術

①講義

- ・アルコールと生活習慣病の関連
- ・多量飲酒者への支援

②演習（シミュレーション、グループワーク等）

- ・ 行動変容ステージに応じた介入演習
- ・ 状態に応じた適正飲酒、断酒又は減酒支援（ブリーフインターベンション）

4 適切な学習教材の選定・開発に関する研修

①講義

- ・ 科学的根拠に基づく学習教材の選定
- ・ わかりやすい学習教材の開発

②演習（シミュレーション、教材作成演習）

- ・ テーマ別及び対象者別教材の作成

IV 研修の評価

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

1 研修プログラム自体の評価（プロセス評価）

（1）評価の視点

- ・ 政策理念に合致した研修であったか
- ・ 受講者の職種・経験等を踏まえ、ニーズに応える研修であったか
- ・ 目的に合った研修の内容であったか（講師選定、教材等）
- ・ 受講者が研修に積極的に参加する工夫をしたか
- ・ 受講者からの疑問、不安及びクレームに適切に対応しているか

（2）評価の時期

- ・ 研修実施中から実施後に行う。

（3）評価方法の例

①受講者による評価

- ・ 研修終了後アンケート等により、研修内容の適切さ、自覚的理解度、実践への活用度、講師、教材の質及び運営等を評価

②主催者による評価

- ・ 研修項目ごとに、研修内容の適切さ、受講生の反応、講師からの意見及び教材の質等を評価
- ・ 全体的な運営等の評価

2 研修受講者の能力習得評価（到達度・指導実践実績評価）

（1）評価の視点

- ・ 受講生の実践能力が向上したか（研修主催者が設定した獲得目標に対する到達度等）
- ・ 研修で学んだ内容を実践に役立てているか
- ・ 受講生の所属先にとって研修に参加させて有益であったか

- ・ 研修内容を受講生が職場で他の人に伝達しているか
- (2) 評価の時期
- ・ 研修実施前、研修実施直後及び研修実施後一定期間を経た後に行う。
- (3) 評価方法の例
- ・ 受講者の知識・技術の向上について、同じ評価表を用いて評価する。(研修実施前、研修実施直後、3ヶ月後)
 - ・ 保健指導の実践に関する実績評価は、当該受講者が行った保健指導対象者の行動変容状況及び体重減少などについて評価する。(3ヶ月から1年後)
 - ・ 受講生及び所属先に対して、研修実施後にアンケートを実施。研修が実践に与えた影響や効果、研修内容の職場内の普及度及び所属先の反応等を経評価する。(6ヶ月または1年後)

V 実践者育成研修プログラム

1 医師、保健師、管理栄養士等を行う実践者育成研修プログラム例

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

2 研修プログラムの組立てに際して（留意点）

（１）プログラム全体について

- ・効果的な研修を行うためには、〔事前学習〕→〔講義を中心とした研修〕→〔実践〕→〔演習を中心とした研修〕など段階的な研修プログラムを組むことが望ましい。
- ・また、研修日数が十分に確保できる場合は、講義に加えてグループワーク、シミュレーション、ロールプレイなどの参加型の演習を取り入れることにより研修内容の理解が深まるとともに、受講生同士の交流も促進することができるため、効果的である。

（２）講義の順序性について

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

（３）講義内容について

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

（４）研修を担当する者について

- ・研修を企画・実施する者は、以下の①②の要件をともに満たすものとする。
- ・研修を担当する講師は、以下の①②のいずれかの要件を満たすものとする。
 - ①医師、保健師、管理栄養士のうち、いずれかの資格をもつ者で、特定健診・特定保健指導について国及び医療保険者並びに関係団体が実施する中央レベルのリーダー育成研修プログラムを履修した者
 - ②健診・保健指導（特に特定健診・特定保健指導）の専門的知識及び技術をもつ者

3 その他留意点

- （１）研修内容については、所属や役割及び職種により異なることが考えられるため、それぞれの研修企画者が、研修の目的及び対象者等から研修内容を設定することが望ましい。

※研修内容の例

- ①事業全体に関わる人向け（医師、保健師、管理栄養士及び一定の保健指導の実務経験のある看護師）
該当分野： 基礎編、計画・評価編、技術編
- ②実際に保健指導を担当する人向け
該当分野： 基礎編、技術編
- ③事務職として事業に関わる人向け
該当分野： 基礎編、計画・評価編

- (2) 特定健診・特定保健指導に関する知見は、医学、看護学、栄養学及び運動生理学等からの実践並びに研究の蓄積により科学的根拠が示されていくものであるため、研修の内容もそれらに併せて変更していくことが考えられる。そのため、本研修ガイドラインに基づく研修は5年ごとに受講することが望ましい。
- (3) 特定保健指導を担う医師・保健師・管理栄養士等は、さまざまな指導技法や形態等を駆使して、対象者の行動変容を促し、成果を上げることが求められており、必要とされている技術は多岐にわたる。1に示された研修プログラム例において、行動変容理論をはじめ食生活・運動・たばこの保健指導技術等、一通りの知識は習得できるが、すべての能力を短期間で向上させることは現実的に困難である。そのため、研修終了後、受講者自身の日々の研鑽、職場でのOJTの着実な実施が求められる。
- (4) 研修企画者においては、本研修ガイドラインに基づく研修に加えて、より高度な保健指導技術や具体的な評価・分析手法、最新の知見など、特定健診・特定保健指導の実践者の質の向上につながる研修を企画し、実施することが望ましい。

Ⅵ リーダー育成研修プログラム

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

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

(参考資料) 国(国立保健医療科学院)が行う研修

(1) 生活習慣病対策健診・保健指導に関する企画・運営・技術研修(研修計画編)

① 研修対象者

下記(1)～(4)において特定健診・特定保健指導の普及・推進に関わるリーダー的な立場にあり、当該年度または次年度研修を立案する者。

- (1) 都道府県
- (2) 医療保険者(国レベル団体及び都道府県支部等)
- (3) 関係団体等(国レベル団体及び都道府県組織等)
- (4) 保健所設置市及び特別区等

② 一般目標

- ・ 「特定健診・特定保健指導」(高齢者医療法第20・24条)を効果的・効率的に運営するために必要な「健診・保健指導」事業の企画、運営及び評価、に関して、必要不可欠な研修を実施することができる

③ 到達目標

- ・ 生活習慣病予防対策の基本的な考え方を理解し、説明できる
- ・ 特定健診・特定保健指導事業の企画・立案方法について説明できる
- ・ 特定健診・特定保健指導事業の評価・データ分析について説明できる
- ・ 特定健康診査等実施計画の立案の支援ができる
- ・ 特定健診・特定保健指導事業の研修企画・評価ができる

④ 研修プログラム

学習内容	時間
I. 特定健診・特定保健指導について (研修ガイドライン・研修データベース・前年度の研修実績含む)	70 分
II. 特定保健指導の実際：効果的な保健指導のポイント	60 分
III. 特定健診・特定保健指導の企画・立案・評価とデータ分析	80 分
IV. シンポジウム「特定保健指導事業の普及推進について」 ～どのような視点で特定保健指導事業を捉え健康推進事業を行っているのか～ (1) 都道府県の事例 (2) 市町村の事例 (3) 職域の事例 (4) 効果的な保健指導事業と人材育成 (5) 総合討論	140 分
V. 特定健診・特定保健指導の研修の企画・研修の評価 (演習：都道府県・団体等の単位でグループワーク) (1) 前年度の研修実績に関するブロック別情報交換 (2) 課題の整理、解決策の検討、研修計画への反映 (3) 自治体・団体別作業、検討結果の研修計画への反映	360 分
VI. 全体の総括	20 分
計	730 分

(2) 生活習慣病対策健診・保健指導に関する企画・運営・技術研修(事業評価編)

⑤ 研修対象者

- ・ 都道府県で特定健診・特定保健指導において市町村支援に携わる方
- ・ 都道府県等の保険者協議会および地域・職域連携推進協議会等において評価に携わる方
- ・ 医療保険者（国レベル団体及び都道府県支部、政令市等）において評価に携わる方

⑥ 一般目標

- ・ 各医療保険者が行う「特定健診・特定保健指導」（高齢者医療法第20・24条）事業を支援する、または広域的な事業評価を実施することができる。

⑦ 到達目標

- ・ 保険者が行う「特定健診事業・特定保健指導事業の評価」を支援することができる。
- ・ 保険者が行う「特定健診事業・特定保健指導事業」を踏まえて、地域（都道府県）レベルでの事業の課題を把握し分析することができる。
- ・ 地域（都道府県）レベルでの特定健診事業・特定保健指導事業の課題を改善するための支援や、行動計画の検討・企画及び保険者との調整をすることができる。

⑧ 研修プログラム

学習内容	時間
I. 生活習慣病対策保健事業の評価の考え方	60 分
II. 特定保健指導事業の評価のすすめ方 (特定保健指導事業を大きな視点で捉え運営するよう啓蒙)	60 分
III. 健診・保健指導の実施・評価のためのデータ分析 (1) 健診・保健指導の実施・評価のためのレセプト分析 (2) 健診・保健指導の実施・評価のためのフローチャート分析 (3) データ分析を実施、特定健診・特定保健指導を計画・評価、健診・保健指導事業の改善を行っている事例紹介	120 分
IV. 特定健診・特定保健指導の具体的な事業評価の支援について (1) 市町村の事例 (2) 都道府県の事例 (3) 質疑応答	140 分
V. 特定保健指導の質の管理と評価	60 分
VI. グループワーク (1) 「特定健診・特定保健指導の事業評価の支援」計画案作成 現時点での評価体制や評価内容についての課題を整理し解決策を検討 (2) ブロック別まとめ 検討結果を事業評価/評価支援計画に反映	440 分
VII. 全体のまとめ	20 分
計	900 分

VII 研修体系の整理

区分	実施機関	対象者	内容	時期
国（中央）レベル	国 厚生労働省	<リーダー育成> - 都道府県および保健所設置市、特別区 人材育成担当者 衛生部門の保健師・管理栄養士 国保部門の保健師・管理栄養士 - 医療保険者 国民健康保険中央会 健康保険組合連合会 全国健康保険協会 共済組合 - 医療保険者の事業企画担当者 国民健康保険連合会 健康保険組合連合会支部 全国健康保険協会支部 - 関係団体 日本医師会 日本看護協会 日本栄養士会 全国市町村保健活動協議会 全国保健師長会 (財)結核予防会 (財)予防医学事業中央会 日本人間ドック学会 日本総合健診医学会 日本肥満学会 健康・体力づくり事業財団	研修の企画 事業企画・評価 保健指導 知識・技術 研修の企画 保健指導 知識・技術	年度 第1・四半期 国立保健医療科学 学院において、 実施
	医療保険者 国民健康保険中央会 健康保険組合連合会 全国健康保険協会 共済組合 関係団体 日本医師会 日本看護協会 日本栄養士会 全国市町村保健活動協議会 全国保健師長会 (財)結核予防会 (財)予防医学事業中央会 日本人間ドック学会 日本総合健診医学会 日本肥満学会 健康・体力づくり事業財団	医療保険者 - 都道府県国民健康保険団体連合会 - 健康保険組合連合会都道府県連合会 - 全国健康保険協会支部 - 共済組合各支部 関係団体 - 都道府県組織 - 運動指導者	事業企画・評価 保健指導 知識・技術 保健指導 知識・技術	年度 第2・四半期
都道府県（地方）レベル	都道府県 医療保険者 (保険者協議会) 関係団体 日本医師会 日本看護協会 日本栄養士会 全国市町村保健活動協議会 全国保健師長会 (財)結核予防会 (財)予防医学事業中央会 日本人間ドック学会 日本総合健診医学会	<実践者育成> - 区市町村（国保・衛生部門） 保健師 管理栄養士 等 - 民間事業者 - 医療保険者 保健師 管理栄養士 等 - 保健師 管理栄養士 等 - 都道府県組織	事業企画・評価 保健指導 知識・技術 保健指導 知識・技術 事業企画・評価 保健指導 知識・技術 保健指導 知識・技術	年度 第2・四半期以降