

令和5年3月29日	参考資料1
第4回 第4期特定健診・特定保健指導 の見直しに関する検討会	

標準的な健診・保健指導 プログラム (令和6年度版) (案)

令和6年4月

厚生労働省 健康局

目次

標準的な健診・保健指導プログラム.....	1
第1編 標準的な健診・保健指導プログラムの考え方.....	2
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.....	2
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.....	2
1-2 特定健診・特定保健指導制度とは.....	7
1-3 標準的な健診・保健指導プログラムの位置づけ.....	9
1-4 健診・保健指導の基本的な考え方.....	10
1-5 健診・保健指導の外部委託.....	16
第2章 健診・保健指導の進め方（流れ）.....	19
2-1 年次計画の作成.....	19
2-2 健診の実施と健診結果やそのほか必要な情報の提供（フィードバック）.....	20
2-3 保健指導対象者の選定・階層化と保健指導.....	21
2-4 評価.....	21
第3章 健診・保健指導事業に関わる者に求められる能力.....	23
3-1 事業のマネジメントを担う者に求められる能力.....	23
3-2 健診・保健指導実施者に求められる能力.....	26
【別紙1-1】 特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第16条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者..	30
【別紙1-2】 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.....	38
第2編 健診.....	47
第1章 メタボリックシンドロームに着目する意義.....	47
第2章 健診の内容.....	48
2-1 健診項目（検査項目及び質問項目）.....	48
2-2 健診結果やそのほか必要な情報の提供（フィードバック）について.....	52
第3章 保健指導対象者の選定と階層化.....	56
第4章 健診における各機関の役割.....	60
第5章 健診データ等の電子化.....	66
5-1 健診データ提出の電子的標準様式.....	66
5-2 健診項目の標準コードの設定.....	67

5-3	健診機関・保健指導機関コードの設定	68
5-4	健診結果の保存と活用について	69
第6章	年齢層を考慮した健診・保健指導について	71
6-1	高齢者に対する健診・保健指導	71
6-2	40歳未満の者に対する健診・保健指導	74
【別紙1】	特定健診（高齢者医療確保法）の項目と労働安全衛生法・ 学校保健安全法との比較	75
【別紙2】	「詳細な健診」項目について	76
【別紙3】	標準的な質問票・標準的な質問票の解説と留意事項	77
【別紙4】	健診の検査実施方法及び留意事項	121
【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	125
【別添資料】	健診結果とその他必要な情報の提供	127
【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	170
【別紙7-1】	健診結果・質問票情報	179
【別紙7-2】	保健指導情報	184
【別紙7-3】	データ範囲のチェック	189
第3編	保健指導	191
第1章	保健指導の基本的考え方	191
第2章	保健事業（保健指導）計画の作成	198
2-1	保健事業（保健指導）計画作成の進め方	198
2-2	保健事業（保健指導）計画作成に当たっての現状分析と 分析結果の整理	200
2-3	保健事業（保健指導）の目標設定	205
2-4	保健事業（保健指導）計画の作成	210
第3章	保健指導の実施	212
3-1	基本的事項	212
3-2	保健指導のプロセスと必要な保健指導技術	213
【様式1】	行動計画実施状況把握のためのチェックリストの 具体的な例	225
3-3	ICTを活用した保健指導とその留意事項	226
3-4	保健指導の未実施者及び中断者への支援	234
3-5	「無関心期」、「関心期」にある対象者への支援	235
3-6	2回目以降の対象者への支援	235
3-7	特定保健指導における情報提供・保健指導の実施内容	237
【様式2】	特定保健指導支援計画及び実施報告書の例	277

3-8 特定保健指導の対象とならない非肥満の脳・心血管疾患危険 因子保有者に対する生活習慣の改善指導	279
3-9 宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラム ..	282
第4章 保健指導の評価	284
第5章 地域・職域における保健指導	291
5-1 地域保健と職域保健の保健指導の特徴	291
5-2 地域・職域連携による効果	294
 第4編 体制・基盤整備、総合評価	 298
第1章 人材育成体制の整備	298
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	301
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 ..	303
3-1 健診・保健指導の実施・評価のための指標・項目	303
3-2 保険者における健診・保健指導の実施・評価	306
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	310
3-4 個人情報の保護とデータの利用に関する方針	311
【別紙1】 生活習慣病の発症予防・重症化予防対策の分析・評価指標	313
【別紙2】 個人情報の保護に関する法律	314

（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（令和6年度版）

第1編 標準的な健診・保健指導 プログラムの考え方

第1編 標準的な健診・保健指導プログラムの考え方

第1章 生活習慣病対策のための標準的な健診・保健指導の方向性

1-1 特定健診・特定保健指導の導入の経緯と生活習慣病対策の今後の方向性

(1) 国民健康づくり運動の流れ

国は、昭和53年からの「第一次国民健康づくり対策」、昭和63年からの「第二次国民健康づくり対策」を経て、平成12年からは一次予防を重視し、生活習慣の改善の目標値を示し、疾病の予防や治療にとどまらない積極的な健康増進を図ることを目的とした「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)」を開始した。

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

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

(2) 生活習慣病対策への提言

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

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

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

（3）健康日本21（第二次）の展開と次期国民健康づくり運動

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

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

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

表1

健康日本21（第二次）における特定健診・特定保健指導に関連した数値目標

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

<評価について>

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

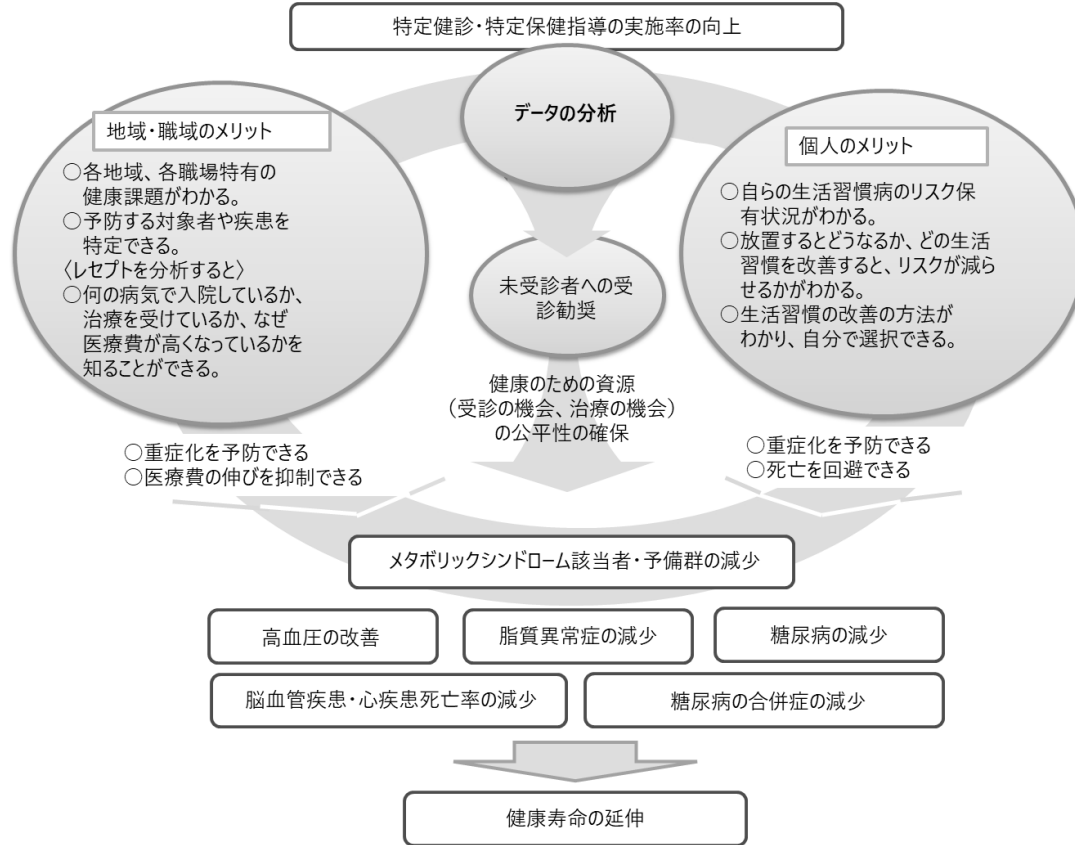
表2

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

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

特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

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



1-2 特定健診・特定保健指導とは

(1) 高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健診・特定保健指導
「医療制度改革大綱」（平成17年12月1日政府・与党医療改革協議会）において、平成27年度には平成20年度と比較して生活習慣病有病者や予備群を25%減少させることが政策目標として掲げられ、中長期的な医療費の伸びの適正化を図ることとされた。この考え方を踏まえ、生活習慣病予防の徹底を図るため、平成20年4月から、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「高確法」という。）により、保険者に対して、内臓脂肪の蓄積に起因した生活習慣病に関する健康診査（以下「特定健診」という。）及び特定健診の結果により健康の保持に努める必要がある者に対する保健指導（以下「特定保健指導」という。）の実施が義務づけられた。

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

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

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

(2) 健康増進法等に基づく健診・保健指導と特定健診・特定保健指導との関係

成人の健康の維持向上・回復を目的とした保健指導（栄養指導を含む。以下同じ。）は、医師法（昭和22年法律第201号）、歯科医師法（昭和23年法律第202号）、保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）、栄養士法（昭和22年法律第245号）、高確法、健康増進法（平成14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、健康相談のほか国民の

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

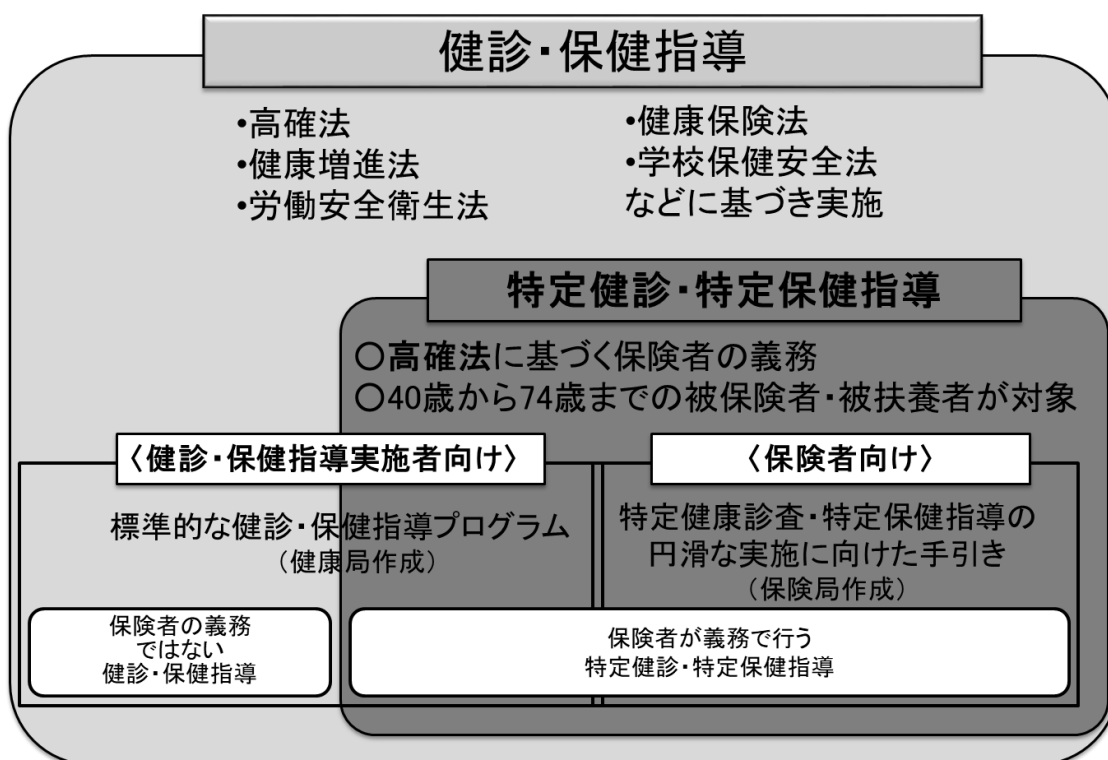
特定健診・特定保健指導は、こうした保健事業のうち、高確法に基づき保険者の義務を明確にしたものであるということに留意されたい。

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

健診・保健指導と特定健診・特定保健指導の関係について図2に示す。

図2

健診・保健指導と特定健診・特定保健指導の関係



1-3 標準的な健診・保健指導プログラムの位置づけ

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

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

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

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

1-4 健診・保健指導の基本的な考え方

(1) 生活習慣病の予防に関する重点の変化

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

生活習慣病予備群に対する生活習慣への介入効果についての科学的根拠が国際的に蓄積され、我が国においても国保ヘルスアップ事業を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、内臓脂肪の蓄積に着目した保健指導の重要性が明確化された。こうした状況を踏まえ、現在の健診・保健指導は、内臓脂肪の蓄積に着目した上で、生活習慣病の危険因子の数に応じて階層化された保健指導対象者に対し、個々の生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を重視するものとなっている。

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

(2) 健診・保健指導の目的

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

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

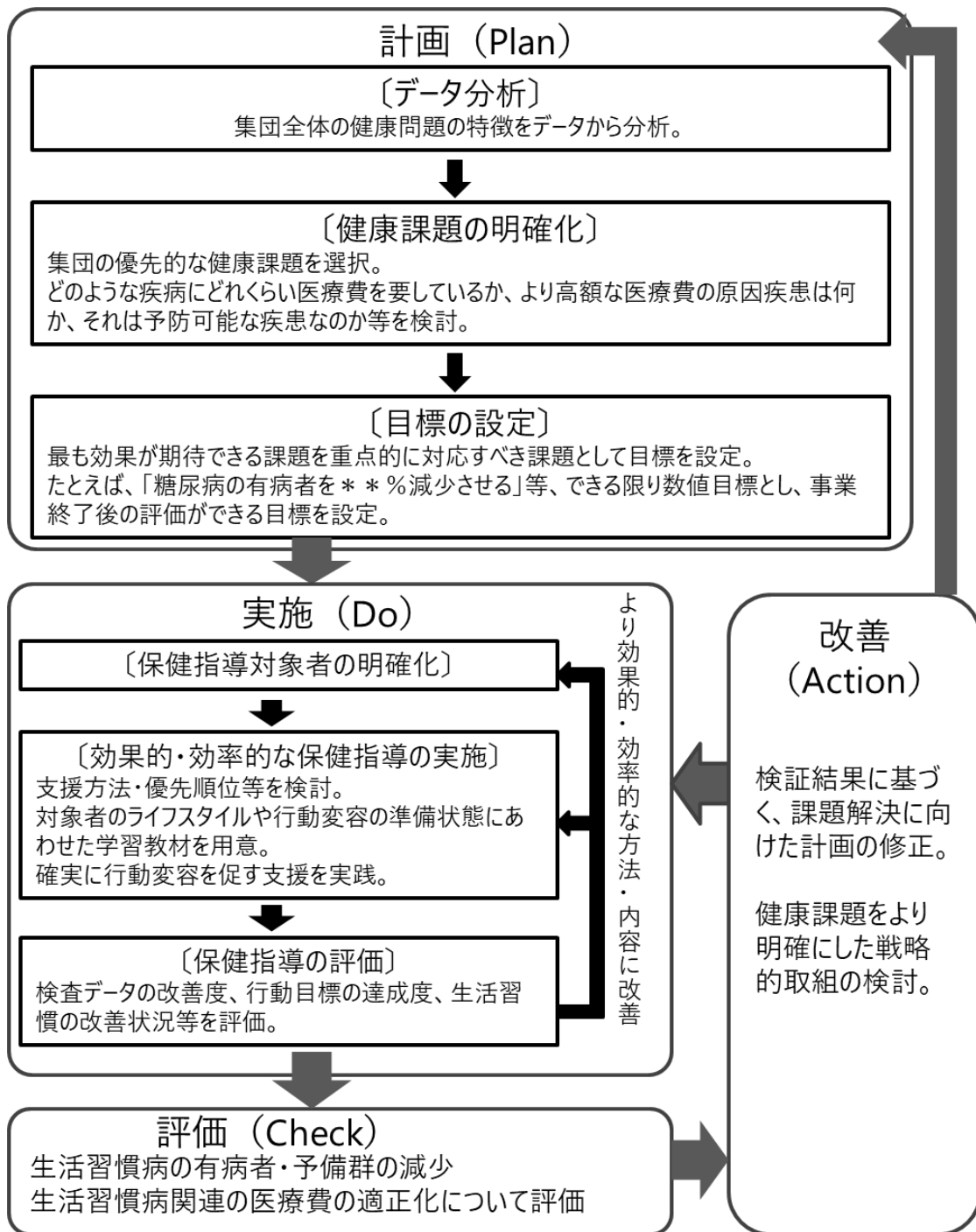
また、生活習慣病の有病者や予備群の減少を目的として、健診データをはじめ、レセプト^bデータや介護保険データ、そのほか統計資料等に基づいて健康課題を分析し、対象となる集団全体においてどのような生活習慣病対策に焦点をあてるかということ、及びその中で優先すべき健康課題を明確化しながらPDCA（計画（Plan）⇒実施（Do）⇒評価（Check）⇒改善（Action））サイクル（図3に示す）を意識した保健事業を展開していくことが必要である。レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）には、レセプト情報及び特定健診・特定保健指導情報が収集されており、分析等に利用可能である。

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

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

図 3

保健事業（健診・保健指導）のPDCA サイクル



(3) 健診

生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診は対象者個人が自らの健康状態を理解して生活習慣を振り返る絶好の機会と位置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、健診結果を速やかに対象者に通知する。その際、対象者自身が生活習慣等の問題点を発見し、意識化することで、生活習慣の改善や早期の医療機関への受診等の行動変容に効果的につながるということが重要である。そのためには、健診結果の経年変化やどのような疾患のリスクが高まるのかを分かりやすく表記し、生活習慣の具体的な改善方法を解説する等、対象者本人に対して健診結果やそのほか必要な情報の提供（フィードバック）を工夫して行うことが求められる。

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

詳細は第2編第2章を参照されたい。

(4) 情報提供・保健指導

① 対象者

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

また、保険者は、自らが管理する健診・保健指導やレセプトデータ等の活用により保健指導の実施状況や受診勧奨を行った者の治療継続状況を確認し、受診勧奨されたにも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とから、これらのデータを重点的な保健指導対象者の選定に役立てることが望ましい。

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

② 内容

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

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

③ 方法

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

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

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

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

(5) 健診・保健指導の評価

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

(6) 実施体制

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

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

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

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

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

^e プロセス：過程。ここでは保健医療従事者の活動（情報収集、問題分析、目標設定、事業の実施状況等）を指す。

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

^g アウトカム：結果。ここでは対象者の健康状態への効果、知識の普及、健康行動、保健医療サービス満足度等を指す。

1-5 健診・保健指導の外部委託

① 外部委託の考え方

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

② 外部委託先の選定と評価

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

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

③ 具体的な基準

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

④ 外部委託する際の留意事項

健診・保健指導を外部委託する場合、実施主体たる委託側（特定健診・特定保健指導では保険者）は、健診・保健指導業務全体の目的を明確にし、事業計画を立案、そして評価し、質の担保を行うことが重要である。

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

以下に具体的な留意事項を示す。

○ 委託する業務の目的の明確化

業務を委託する前に、健診・保健指導業務全体の目的、理念を明確にし、実施体制を考え、その中からどのような業務を委託するかを決めていく。その上で、委託する業務について委託先の事業者理念・目的を明確に伝えることが重要である。

○ 委託した業務の質の確保

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

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

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

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

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

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

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

○ 健診・保健指導機関との連携の必要性

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

また、健診や保健指導を外部委託した場合であっても、その業務は生活習慣病対策の一部であり、ポピュレーションアプローチを含めた対策全体といかに連携させていくかが重要である。保険者には、常に生活習慣病対策全体を視野に入れて、事業の運営に当たることが求められる。その際、保健指導の経過で得られた課題やポピュレーションアプローチとして対処すべき事項について、委託事業者からのフィードバックを得ることが望ましい。

○ 保険者に所属する専門職の保健指導技術の向上

保険者に所属する保健師、管理栄養士等の役割は、外部委託を含めた保健指導プログラムの企画や実施機関間の調整、そして委託した事業者の保健指導の質を評価することである。これらの業務を行うためには、自らの保健指導に関する技術を向上させることが前提であり、外部委託した場合であっても、保険者に所属する保健師、管理栄養士等が、保健指導業務に直接従事する、又は従事できる体制を整備しておくことが必要である。

○ 外部委託する場合の個人情報の取扱い

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

第2章 健診・保健指導の進め方（流れ）

2-1 年次計画の作成

データヘルス計画に照らし合わせ、健診・保健指導計画作成のために、各種データ^{h)}の分析を行い、集団の特性（地域や職域の特性）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する。

健診項目としては、集団の特性や健康課題に応じて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項目の実施が必須となっていることに留意する。特定保健指導の対象とならない受診勧奨判定値を超えるレベルの受診者に対する対応についても、計画に盛り込むことが望ましい。また、保健指導についても、生活習慣病予防・重症化予防等の観点からどのような者を優先して実施すべきか、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、保険者は上記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、保健指導の未利用者等に対する支援方法についても、集団特性に合わせ、ナッジ等を活用しながら創意工夫をし、受診率向上のための具体策（実施方法、案内方法の工夫、評価など）を計画の中に盛り込むことが重要である。

受診率向上や保健指導の実施に関する計画の策定には、関係する事業者や職能団体等への連携についても検討すること。また、全体の計画策定には公衆衛生の専門家や保健師等の専門職の意見も参考にしつつ、具体策を検討することが望ましい。

^{h)} 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。

ⁱ⁾ ナッジ（nudge：そっと後押しする）：行動科学の知見の活用により、人々が自分自身にとってより良い選択を自発的に取れるように手助けする手法。人々が選択し、意思を決定する際の環境をデザインし、それにより行動をデザインするものであり、選択の自由を残しつつ、費用対効果が高いことを特徴とする。

2-2 健診の実施と健診結果やそのほか必要な情報の提供（フィードバック）

健診対象者に対して、健診の受診を促す。情報を最小限として何をすればよいのかシンプルにした受診勧奨用紙など、ナッジ等を活用し工夫をする。その際、望ましい条件下（空腹時採血等）で健診を受診するよう、事前の情報提供を行う。また、社会のデジタル化を踏まえ、ICT を活用した情報提供の方法等も検討する。

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。随時採血の結果を用いる場合にも、適切な条件になっているか、判定が適切に実施されているのかについて留意する必要がある。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、速やかに健診結果やそのほか必要な情報の提供（フィードバック）を行う。生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行することから、検査結果が示唆する健康状態の解説を含めて、分かりやすくフィードバックするために、結果の通知様式やその方法について工夫することが求められる。その際、個人によっては体質や生活環境の影響も受けていることから、生活習慣が悪いから病気になったという先入観・偏見を持たないこと、配慮に欠けた言語表現を用いないなど、適切な対応が求められる。受診勧奨判定値を超える検査値を有する者に対しては、医療機関を受診する必要性を通知し、受診勧奨を行う。その際、社会のデジタル化を踏まえ、ICT を活用した情報提供の方法等も検討する。また、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。

2-3 保健指導対象者の選定・階層化と保健指導

生活習慣病の危険因子の数等、科学的根拠に基づいて保健指導対象者の階層化を行い、個別に適切な保健指導を実施する。その際、特定保健指導（「動機付け支援」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、必要な情報提供や保健指導を行うことが重要である。特に「すぐに医療機関を受診する必要がある者」に対し、確実に対応することが必要である。

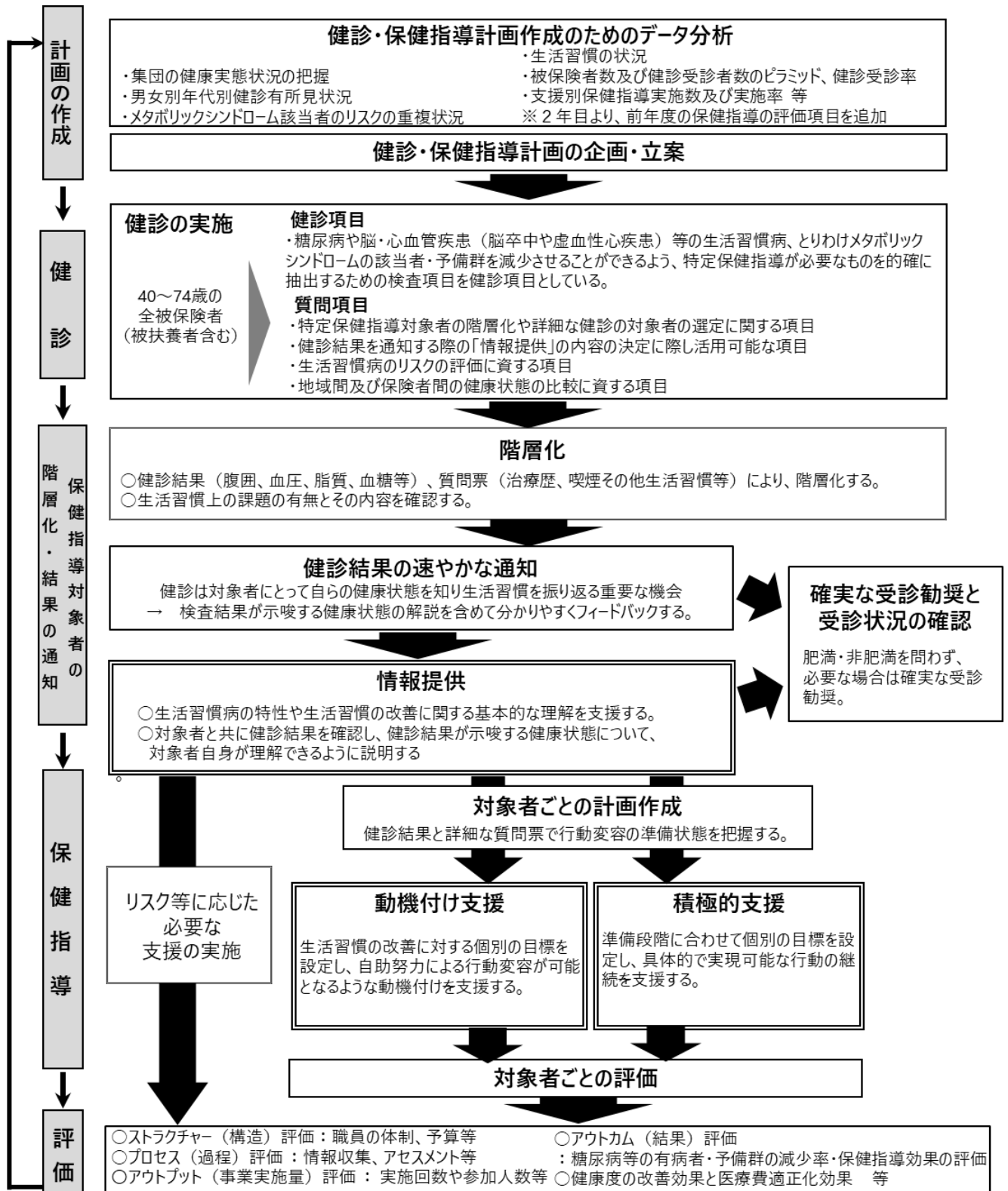
2-4 評価

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、ストラクチャー評価、プロセス評価、アウトプット評価、アウトカム評価を含めた総合的な評価を行い、次年度の健診・保健指導計画の見直しにつなげる必要がある。詳細は第3編第4章を参照されたい。

以上、生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ（イメージ）を、図4にまとめた。

図4

生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ（イメージ）



第3章 健診・保健指導事業に関わる者に求められる能力

効果的・効率的な健診・保健指導事業を実施するために、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、保健指導実施者は、対象者の身体の状態や生活状況、価値観等に配慮しつつ、行動変容に確実につなげられるよう、以下の能力が求められる。

3-1 事業のマネジメントを担う者に求められる能力

保険者に所属している健診・保健指導事業に関わる者は、事業の企画・立案や評価を行い、効果的な事業を実施するために、以下の能力を習得することが求められる。

(1) データを分析し、優先課題を見極める能力

健診・保健指導計画の企画・立案に当たっては、まず健診データ、医療費データ（レセプト等）、要介護度データ、地区活動等により知り得た情報等から、対象集団の特性（地域や職域の特性）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が求められる。

例えば、データヘルス計画における分析から、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、市町村においては、国保データベースシステム（以下「KDBシステム」という。）を活用して分析、対象者の抽出ができる能力が求められる。

データの分析や仮説の検証、その結果に基づいた目標設定と設定した目標の妥当性の検討等については、専門機関や専門家に照会することも考えられる。

ⁱ 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

積極的支援の対象者が多い場合は、より一層効率的に健診・保健指導を実施し、生活習慣病の有病者や予備群を減少させることが求められる。

また、健診受診率や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。例えば、ナッジ等を活用して、受診勧奨や教室開催等の通知を工夫することや、保健指導を対象者の興味・関心を引くテーマと結び付けて行うこと等の工夫が考えられる。なお、ナッジを使う上では、対象者の意向や感情の変化を考慮する必要があるため、適切な設計・使用が求められる。

医療機関へ受診勧奨した者が確実に医療機関を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共に、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を構築することが求められる。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、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等、多くの関係者間の調整できる能力が求められる。

(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、健診当日に保健指導を実施できる等、効果的な保健指導が期待できる事業者を選択し、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、外部委託する業務の範囲を明確化した上で、適切な委託基準を仕様書に盛り込む等、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、委託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確認し、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。

（４）事業の事後評価を行う能力

健診・保健指導の成果をあげるために、健診・保健指導の結果を基に、アウトカム（結果）評価等各種評価を行い、次年度の企画・立案につなげることができる能力が求められる。

健診・保健指導の効果の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、対象者に必要かつ効果的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）健診・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や成果が出ているか等、保健指導者の技能を評価する必要がある。また、保健指導の質の向上のために、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等、人材育成に取り組む能力も求められる。

（６）健診・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。

（７）ICT を管理する能力

遠隔面接及び遠隔支援（以下「遠隔面接等」という。）の実施に必要な環境・体制を整備するとともに、実施状況を評価し改善する能力が求められる。遠隔面接等の実施に際しての留意点の詳細は、第3編第3章3-3並びに「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」の「2-10 情報通信技術を活用した特定保健指導について」を参照のこと。また、事業をマネジメントする者は、遠隔面接等の実施に当たって、個人情報の保護に十分配慮するとともに、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（厚生労働省）に準拠した情報管理など、個人情報保護に必要な措置を講じることが求められる。

3-2 健診・保健指導実施者に求められる能力

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り、個々の能力の習得を目的とした研修会等に積極的に参加することが望ましい。

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、健診・保健指導に関する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

食生活、身体活動、喫煙、飲酒等の生活習慣問題による代謝の変化（血糖高値、脂質異常等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）につながるという、発症や重症化のメカニズムを十分理解し、健診結果から現在の健康状態を把握した上で、対象者が納得できるよう説明する能力が求められる^k。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、最新の知識や技術を習得し、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、常に研鑽を続ける能力が求められる^l。

(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向かい合い、それに対する考えや気持ちを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保健指導実施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求められる。

^k 例えば高血糖状態等、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。予防段階での介入では、フィードバック文例集を活用するとともに、受診勧奨をした者が医療機関で経過観察になった場合などは、可能な限り経過観察と保健指導を継続し、状態が悪化した場合に速やかに医療機関に繋がることが望ましい。

^l 実際に重症化した人等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。

（３）個人の生活と環境を総合的にアセスメント^m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、対象者の年齢や性格、現在までの生活習慣、家庭環境、職場環境、行動変容のステージ（準備状態）、健康に対する価値観等から、対象者の健康課題について、総合的にアセスメントできる能力が求められる。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付けて考えられる能力が求められる。その上で、評価可能かつ対象者が達成可能な目標を対象者が設定できるように、対象者の状態にあった保健指導方針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

健診の検査結果や問診結果、健診時の医師の判断、レセプト等を基に病態を適切に判断し、医療機関への受診勧奨、保健指導そのほかの対応について適切に判断できる能力が求められる。

特に、検査結果で異常値が認められた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（平成25年3月運動基準・運動指針の改定に関する検討会）」、「健康づくりのための身体活動指針（アクティブガイド）」を参照すると共に、禁忌情報や留意事項を共有することでかかりつけの医療機関と連携を図る等、適切に対応する。

また、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かかりつけの医療機関に相談し、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努めることが望ましい。なお、かかりつけの医療機関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、かかりつけの医療機関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）健康行動に関する手法や理論を保健指導に適用する能力

① カウンセリングⁿ的要素を取り入れた支援

セルフケアでは、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前向きなとらえ方をするよ

^m アセスメント：対象者の身体状況、健康に関する意識、生活習慣、家庭や仕事等の社会的背景等について情報を収集し、生活習慣を改善する上での課題や改善に役立つ情報等を評価・査定すること。情報やデータの収集、分析、判断のプロセスが含まれる。

ⁿ カウンセリング（技術）：相談者の抱える問題や相談事等に対し、対象者を主体とする基本姿勢に基づき、専門的な知識や技術を用いて行われる相談援助の技術。

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^o、コーチングの手法^p、ティーチングの手法^q、健康行動理論^r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、保健指導実施者は、認知行動療法やコーチング、ティーチング、健康行動理論等に係る手法についても学習し、対象者に合った保健指導の方法やポピュレーションアプローチを活用する能力が求められる。また、これらの手法の基礎となっている理論についても、一定の知識を得た上で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

不健康な食生活、身体活動の不足、喫煙や飲酒等、生活習慣に課題がある場合は、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教材を選択又は作成して用いることができる能力が求められ、また、対象者の学習過程に応じた支援が求められる。

(6) 生活習慣に関する専門知識を持ち行動変容を支援できる能力

科学的根拠に基づき、対象者にとって改善しやすく、かつ、目標が達成されるための生活習慣の具体的内容とその目標を提案できる能力が求められる。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、国や地方公共団体の事業や計画に関して情報提供できる能力が求められる。

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。詳細は第3編第3章3-7(7)、健診・保健指導の研修ガイドラインを参照されたい。

^o 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つけ、自律的に健康維持あるいは疾病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付けると共に、生活改善につなげていくことが可能。

^p 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。

^q ティーチングの手法：知識や技術の少ない者に対し、相談者に対して具体的な指示や助言を与え、知識や技術の獲得を促す技術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、一定の知識を得た上で継続的に研鑽を積む必要がある。

^r 健康行動理論の手法：人が健康によい行動を行う可能性を高めるための様々なアプローチ方法のこと。代表的なものとして、ヘルスピリフモデルやプロチャスカの行動変容理論、ナッジ等がある。

(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等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や、実際に健診・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等を基に検討し、地域や職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る。

(8) 必要な社会資源を活用する能力

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[†]を活用した健康づくり等の重要性が示されている。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、社会資源を効果的に活用した支援ができる能力が求められる。

(9) ICT を活用する能力

ICT を活用した保健指導は、対面での保健指導が困難であった対象者（在宅勤務者や遠隔地の対象者等）へのアプローチを広げる有効な手段である。一方で、個人情報保護に必要な措置を講じたり、効果的・効率的に ICT を活用した保健指導を実施・評価したり、対象者の ICT 環境や ICT リテラシーに合わせた保健指導を実施するためにも、保健指導者側の ICT を活用する能力が求められる。

[§] 地域保健対策の推進に関する基本的な指針の一部改正について（平成24年7月31日付け 健発0731 第8号 厚生労働省健康局長通知）

[†] 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。

別紙 1 - 1

厚生労働省告示九十二号

○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

(平成二十五年三月二十九日)

(厚生労働省告示第九十二号)

改正 令和五年 三月 三十一日厚生労働省告示第〇〇〇号

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、平成二十五年四月一日から適用し、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(平成二十年厚生労働省告示第十一号)は平成二十五年三月三十一日限り廃止する。

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。なお、令和12年3月31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。

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、磁気的方式その他人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。

- (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(面接による支援の内容を分割して行う場合においては、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の結果を含む。4の(6)において同じ。))の全てが判明した後に行う支援を含む。)、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3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25年厚生労働省告

示第91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。

改正文 (令和五年三月三十一日厚生労働省告示第〇〇〇号) 抄

令和六年四月一日から適用する。ただし、この告示の適用前に実施された特定健康診査(高齢者の医療の確保に関する法律(昭和五十七年法律第八十号)第十八条第一項に規定する特定健康診査をいう。)の結果に基づく特定保健指導(同項に規定する特定保健指導をいう。)については、なお従前の例による。

厚生労働省告示九十三号

○特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第十七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

(平成二十五年三月二十九日)

(厚生労働省告示第九十三号)

改正 令和五年 三月 三十一日厚生労働省告示第〇〇〇号

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)第十七条の規定に基づき、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第十七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、平成二十五年四月一日から適用し、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第十七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(平成二十年厚生労働省告示第百四十二号)は平成二十五年三月三十一日限り廃止する。

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。以下同じ。)又は特定保健指導(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を除き、特定健康診査の実施については、第1に掲げる基準とし、特定保健指導の実施については、第2に掲げる基準とする。この場合において、令和12年3月31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。なお、保険者は、法第26条第1項の規定により、その加入者の特定健康診査及び特定保健指導の実施に支障がない場合には、他の保

険者の加入者に係る特定健康診査又は特定保健指導を行うことができることとされている。当該規定により他の保険者の加入者に係る特定健康診査又は特定保健指導を行う保険者は、法第28条第1項の規定により、その実施を委託する場合には、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第16条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者(平成25年厚生労働省告示第92号)に規定する基準を満たす者に委託しなければならない。

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。
- (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。)を定期的な受け、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、磁氣的方式その他人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。
- (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。
- (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(面接による支援の内容を分割して行う場合においては、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の結果を含む。4の(6)において同じ。)の全てが判明した後に行う支援を含む。)、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3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行う者をいう。以下同じ。)は、国、地方公共団体、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。

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25年厚生労働省告示第91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) 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、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) 業務の一部を委託し、初回の面接を行った者と行動計画の進捗状況に関する評価を行った者が同一でない場合又は初回の面接を行った者と当該行動計画の実績に関する評価を行った者が同一でない場合は、当該対象者の特定保健指導の総括及び情報の管理を行うとともに、委託先と連携すること。
- (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) 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。
- (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、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。

改正文（令和五年三月三十一日厚生労働省告示第〇〇〇号）抄

令和六年四月一日から適用する。ただし、この告示の適用前に実施された特定健康診査（高齢者の医療の確保に関する法律(昭和五十七年法律第八十号)第十八条第一項に規定する特定健康診査をいう。）の結果に基づく特定保健指導(同項に規定する特定保健指導をいう。)については、なお従前の例による。

第2編 健診

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。虚血性心疾患等の動脈硬化性疾患の主たる危険因子は高LDLコレステロール血症であるが、メタボリックシンドロームは、高LDLコレステロール血症とは独立したハイリスク状態として登場した概念である。

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積を共通の要因として、代謝性危険因子である血糖高値、脂質異常、血圧高値を呈する病態であり、重複数が多いほど、虚血性心疾患等の心血管疾患や脳梗塞等の脳血管疾患の発症リスクが高くなることがわかっている。一方、内臓脂肪を減少させることで、それらの発症リスクを低減することができる。

すなわち、内臓脂肪の蓄積に起因する糖尿病、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る。また、発症してしまった後でも、LDLコレステロールと同時に、血糖、血圧等をコントロールすることにより、虚血性心疾患や脳卒中等の脳・心血管疾患の発症や人工透析を必要とする腎不全等への進展・重症化を予防することが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、血圧等の上昇をもたらすことや、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、心血管疾患、脳血管疾患、腎不全等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、実施者にとっても生活習慣の改善に向けての明確な動機付けがしやすい。

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

- 糖尿病や脳・心血管疾患（脳卒中や虚血性心疾患等）等の生活習慣病、とりわけメタボリックシンドロームの該当者・予備群を減少させることができるよう、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。
- これに加えて、標準的な質問項目については、下記に際して、活用するものであるという基本的な考え方に基づくものとする。
 - ①特定保健指導対象者の階層化や詳細な健診の対象者の選定に関する項目
 - ②健診結果を通知する際の「情報提供」の内容の決定に際し活用可能な項目
 - ③生活習慣病のリスクの評価に資する項目
 - ④地域間及び保険者間の健康状態の比較に資する項目
- 上記④に関連して、対象集団（地域や職場等）の特性等を踏まえ、ほかの検査項目・質問項目も必要に応じて追加することが可能である。

（2）具体的な健診項目

特定健診の項目として健診対象者全員が受ける「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、以下とおりのとする。

① 特定健診の基本的な項目（P.〇〇別紙1参照）

質問項目、身体計測（身長、体重、BMI、腹囲（内臓脂肪面積））、理学的所見（身体診察）、血圧測定、脂質検査^a（空腹時中性脂肪、やむを得ない場合には随時中性脂肪（空腹時（絶食10時間以上）以外に採血を行う場合は、食直後（食事開始時から3.5時間未満）を除く）により脂質検査を行うことを可とする。）を除き随時中性脂肪により脂質検査を行うことを可とする。）、HDLコレステロール、LDLコレステロール又はNon-HDLコレステロール^b）、肝機能検査（AST（GOT）、ALT（GPT）、 γ -GT（ γ -GTP））、

^a 特定健康診査においては、空腹時中性脂肪は絶食10時間以上、随時中性脂肪は食事開始から3.5時間以上絶食10時間未満に採血が実施されたものとする。

^b 中性脂肪が400mg/dl以上である場合又は食後採血の場合には、LDLコレステロールに代えてNon-HDLコレステロール（総コレステロールからHDLコレステロールを除いたもの）でもよい。

血糖検査^{cd}（空腹時血糖又はHbA1c^e検査、やむを得ない場合には随時血糖）、尿検査（尿糖、尿蛋白）。

② 特定健診の詳細な健診の項目（P.〇〇別紙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）、血清クレアチニン検査（eGFR^fによる腎機能の評価を含む）のうち、一定の基準（P.〇〇別紙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、P.〇〇別紙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、その判断理由等を保険者に通知すると共に、受診者に説明する必要がある。

③ そのほかの健診項目

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。

^c 特定健康診査においては、空腹時血糖は絶食10時間以上、随時血糖は食事開始時から3.5時間以上絶食10時間未満に採血が実施されたものとする。

^d 血糖検査については、HbA1c検査は、過去1～2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。ただし保健指導後の評価指標として用いる際には、当日の状態ではなく、1か月以上前の状態を反映していることに留意すべきである。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保険者にとっては、HbA1cを必ず行うことが望ましい。なお、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用いて、階層化を行う。

やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1cを測定しない場合は、食直後を除き随時血糖により血糖検査を行うことを可とする。なお、空腹時とは絶食10時間以上、食直後とは食事開始時から3.5時間未満とする。

^e HbA1c検査については、平成25年度からはNGSP値で表記している。それ以前の検査値はJDS値で記載されているため、比較する場合には注意が必要である。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。

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

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

^f eGFR (mL/分/1.73m²) = 194 × Cr^{-1.094} × 年齢 (歳) - 0.287 (女性は×0.739)

(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P.〇〇別紙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。階層化に必要とされる質問項目1～3（服薬状況）、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、ほか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求められる。

なお、必須項目も含め、この質問項目への回答は、いずれも特定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

- 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ごと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及び留意事項についてはP.〇〇別紙4を参照。測定方法の標準化が重要である。
- 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P.〇〇別紙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）（P.〇〇別紙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努め、検査測定値の精度管理を行う。

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、日本臨床衛生検査技師会、全国労働衛生団体連合会等が実施する外部精度管理調査を少なくともいずれか一つ定期的に受け、検査測定値の第三者による精度管理が行われるようにする。

（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P.〇〇別紙５参照。
- これらの判定値は、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。新しい検査項目を導入する際だけでなく、既存の検査項目についても、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定期的に検証し、必要に応じて見直しを検討する必要がある。

2-2 健診結果やそのほか必要な情報の提供（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がほとんどないまま進行することが多い。健診の検査データを対象者が確認することは、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、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ほか必要な情報について、健診受診後速やかに全ての対象者に分かりやすく情報提供する（フィードバックする）ことが重要である（P.〇〇第2編別添資料・フィードバック文例集参照）。その際には、個々の検査データに関する評価だけでなく、それらの個々の検査データを統合した総合的な重症度の評価を行うことが望ましい。
- こうした情報提供は、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付けを目的として行うべきである。その上で、医療機関への新規受診や継続治療が必要な対象者の受診継続、服薬が重要であることや、健診受診者全員が継続的に健診を受診する必要があること等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に加え、ナッジ等の行動科学の理論を活用することが望ましい。検査結果が全て揃わない場合であっても、健診実施機関等が主体となり、健診当日にフィードバックすることが推奨される。
- また、非肥満でも危険因子（血糖高値・脂質異常・血圧高値）が重複する場合には将来の脳・心血管疾患発症リスクが高まるため、特定保健指導の対象とならない非肥満かつ危険因子を保有する対象者への対応も重要である（P.〇〇第3編第3章3-7（3）⑤、3-8参照）。
- 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、医療機関への受診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、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。また、必要な情報が確実に伝わるよう、内容を分かりやすく説明する工夫も必要である。さらに、重症度に応じて受診勧奨方法を変更する等の工夫も必要である。健診当日に、健診実施機関等が主体となって受診勧奨が実施できるような工夫も重要である。医療機関の受診に際しては、健診受診者の状態に応じて、受診する医療機関を適切に選択することが重要であ

る。

- 保険者はデータヘルス計画等において、分かりやすい情報提供や疾患の発症予防・重症化予防のための保健事業の計画を作成する際、本プログラムの内容を参照されることが望ましい。

(2) 具体的なフィードバックの内容

フィードバックは全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、健診受診後速やかに保健指導実施者等が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、第2編別添資料のフィードバック文例集(〇〇ページ)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 確実な医療機関受診を要する場合

検査結果に基づき、直ちに医療機関の受診をすべき段階であると判断された対象者については、確実な医療機関の受診を勧奨する。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、かかりつけの医療機関がない対象者にとっては、自身の健康状態を継続的に診てもらい医療機関を見つける機会にもなる。

治療中断中の場合、又は受診に前向きな姿勢ではない場合には、必要性の説明に終始するのではなく、本人の考え方や受け止め方を確認、治療に抵抗する要因を考慮したうえ、受診の優先順位が高まるような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。

また、レセプト等を活用し、対象者が確実に受診したかを確認する等その後の状況を把握することが望まれる。

② 生活習慣の改善を優先する場合

上記①の場合のような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含まれ得る。こうした者に対するフィードバックに当たっては、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への受診を促すというきめ細かな方法も考えられる⁸。

なお、血圧及び喫煙については、健診当日でも状態の把握が可能であるため、当日を含め、速やかに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、禁煙支援及び積極的な禁煙外来の利用を促すことが望ましい。

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共に、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。もし、健診データが基準範囲内であったものの徐々に数値が悪化している場合には、注意喚起することが望ましい。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等、前向きな対応が望まれる。

一方、検査データの異常はないが、喫煙者や多量飲酒者である等、生活習慣の改善の余地がある対象者に対しては、喫煙や多量飲酒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。

⁸ 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140～159mmHg、拡張期血圧90～99mmHg）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等必要な支援を保健指導として行う方法の2とおりが考えられる。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) 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生じる場合もあり、再測定が重要であること、血糖や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

検査結果に基づき、すぐに医療機関を受診すべきと判断された対象者については、実際に受診したかどうかをレセプト等を用いて確認し、未受診の場合には受診を確実に勧めることが望ましい。

医療機関を受診し薬物療法が開始された者については、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。

治療中断者に対しては、再度受診をするように受療勧奨等を行うことが望まれる。これらは重症化予防の一環としても行われるものである。

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・脂質異常・血糖高値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、特定保健指導対象者の階層化を行う。
- 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、階層化を行い、特定保健指導を実施する。

(2) 具体的な階層化の方法

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85cm以上、女性90cm以上 →(1)
 - ・ 腹囲 (1)以外かつ BMI $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ →(2)

ステップ2 (追加リスクの数の判定と特定保健指導の対象者の選定)

- 検査結果及び質問票より追加リスクをカウントする。
 - ① 血圧高値
 - a 収縮期血圧 130mmHg以上 又は
 - b 拡張期血圧 85mmHg以上
 - ② 脂質異常^h
 - a 空腹時中性脂肪 150mg/dl以上 又は
(やむを得ない場合は随時中性脂肪 175mg/dl以上)
 - b HDLコレステロール 40mg/dl未滿
 - ③ 血糖高値ⁱ
 - a 空腹時血糖 (やむを得ない場合は随時血糖)
100mg/dl以上 又は
 - b HbA1c (NGSP) 5.6%以上
 - ④ 質問票 喫煙あり
 - ⑤ 質問票 ①、②又は③の治療に係る薬剤を服用している
- ①～③はメタボリックシンドロームの判定項目、④はそのほかの関連リスクとし、④喫煙については①から③までのリスクが一つ以上の場合にのみカウントする。
- ⑤に該当する者は特定保健指導の対象にならない。

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、

^h やむを得ず空腹時以外に採血を行う場合は、食直後を除き随時中性脂肪により脂質検査を行うことを可とする。なお、空腹時とは絶食10時間以上、食直後とは食事開始時から3.5時間未滿とする。

ⁱ 血糖検査については、HbA1c検査は、過去1～2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。ただし保健指導後の評価指標として用いる際には、当日の状態ではなく、1か月以上前の状態を反映していることに留意すべきである。なお、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保険者にとっては、HbA1c検査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。

やむを得ず空腹時以外において採血を行い、HbA1cを測定しない場合は、食直後を除き随時血糖により血糖検査を行うことを可とする。なお、空腹時とは絶食10時間以上、食直後とは食事開始時から3.5時間未滿とする。

HbA1c検査については、平成25年度からはNGSP値で表記している。それ以前の検査値はJDS値で記載されているため、比較する場合には注意が必要である。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。

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

前述のとおり、④喫煙については①から③のリスクが一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の対象者は動機付け支援レベル

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の対象者は動機付け支援レベル

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こと等から、「積極的支援」の対象となった場合でも「動機付け支援」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はずなので、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、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、医療機関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、本人を通じて医療機関に情報提供することが望ましい。

【参考】

特定保健指導の対象者（階層化）

腹囲	追加リスク			④喫煙*	対象	
	①血圧	②脂質	③血糖		40-64歳	65-74歳
≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2つ以上該当			/	積極的 支援	動機付け 支援
	1つ該当			あり なし		
上記以外で BMI≥25kg/m ²	3つ該当			/	積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当			あり なし		
	1つ該当			/		

(注) 喫煙の斜線欄は、階層化の判定が喫煙の有無に関係ないことを意味する。
*質問票において「以前は吸っていたが最近1ヶ月は吸っていない」場合は、「喫煙なし」として扱う。

(3) 留意事項

- 保険者や市町村等の判断により、動機付け支援、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実施の検討をすることが望ましい。特に、腹囲計測によって腹囲基準に満たさない場合にも、血圧高値・脂質異常・血糖高値・喫煙等のリスクが一つ以上存在している者では心血管疾患や脳血管疾患等の発症リスクが上昇することが分かっており、個別の生活習慣病のリスクを判定することが望ましい。
- 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^j、口腔機能低下及び低栄養や認知機能低下^k、フレイル^l等の予防にも留意し、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階層化に関する基準についても見直す必要がある。

^j 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。（「健康日本21（第二次）の推進に関する参考資料」より引用）

^k 栄養改善（血清アルブミン値の維持等）、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身体活動の積極的取り入れ）等は、いずれも有効性が確認されている。

【参考】介護予防マニュアル 第4版(令和4年3月) https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_25277.html

^l 「フレイル」については、学術的な定義がまだ確定していない。「後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究」報告書では、「加齢と共に、心身の活力（運動機能や認知機能等）が低下し、複数の慢性疾患の併存等の影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱化が出現した状態であるが、一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像」と定義している。（平成27年度厚生労働科学特別研究事業「後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究」（班長：鈴木隆雄）報告書より引用）

第4章 健診における各機関の役割

(1) 保険者に期待される役割

① 健診の適切な実施

- 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従来の方法に加えてICTやナッジ等を活用した個別受診勧奨の取組を被扶養者も含めて行う。また、健診受診に向けての集団の意識形成を促すような広報活動等も重要である。さらに、健診実施を外部委託する際は、適切な健診機関を選定する。
- 健診未受診者対策としては、年度途中での未受診者への追加の受診勧奨や複数年未受診の者に対して働きかけを強化する等、メリハリのある効果的な取組の実施が必要である。レセプト分析にて、治療歴のある者が受診中断・健診未実施となっている場合には、個別に状況を確認し、健診の受診や医療機関への受診勧奨をすることが考えられる。継続的に医療機関を受診している者については、医療機関受診時の結果を健診結果として用いることも可能であり、医療機関への健診受診勧奨や被保険者・被扶養者本人を通じた情報提供についての依頼をすることも重要であると考えられる。

② 健診受診者へのフィードバック

- 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。詳しくは第2編P.〇〇フィードバック文例集を参照されたい。
- 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。その際、対象者の重症度等に応じて受診勧奨方法を工夫する。
- 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。
- 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。適切に受診していない場合は、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、医療機関の受診を促すことが重要である。

③ データを活用した健診・保健指導

- 健診や保健指導の実施率の格差を認める場合、その原因を分析する等して、

健診や保健指導の実施率向上や効果的な保健指導実施のための工夫を行う。

- データヘルス計画の一環として、健診データ・レセプトデータ等を分析することにより、PDCAサイクルを意識した保健事業を行う。

【参照】※参照に当たっては最新版を参照されたい。

「データヘルス計画作成の手引き（改訂版）」（平成29年9月）

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061273.html>

「保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き」（平成29年9月）

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000176779.html>

- 健診データについては、オンライン資格確認等システムを活用し、被保険者・被扶養者が保険者間を異動した場合においても、特定健診情報の医療保険者間での引継が可能となったこと等を踏まえ、個人ごとに整理して蓄積し、経年変化を確認できるようにすることが重要である。
- 外部委託を行う場合、保険者は、委託元の責任として、検査の標準化や精度管理、個人情報保護等について、本プログラムに記載された内容を遵守して適切に健康診査を行うことができる健診機関を選定し、委託を行う。

（2）市町村の役割

- 市町村の衛生部門においては、加入している医療保険の種別を問わず、全ての住民が健診を受けられるように体制整備を行う。特に、被用者保険の被扶養者が身近な地域で健診が受けられるよう国保部門との調整を行う。また、福祉事務所と連携して生活保護受給者に対して健診の機会を確保し、受診勧奨を行う。
- 特定健診の効果を最大化するためには、保険者が行う特定保健指導だけでなく、健診結果に基づいて、受診勧奨や健康教育、健康相談等を行うことが必要である。このため、市町村の衛生部門は、国保部門や介護保険部門、生活保護担当部門等と連携し、以下の介入を誰がどのタイミングで行うのかを明らかにしておくことが望ましい。
 - 健診結果がいずれも基準範囲内であっても、喫煙や多量飲酒等、生活習慣の改善が必要な者に対して、禁煙支援や減酒支援を促す保健指導の対象とすることが望ましい。
 - 健診結果が保健指導判定値を超えるが、内蔵脂肪蓄積のリスク判定を満たさず、特定保健指導の対象とならない非肥満者に対しては、健康教育や健康相談の対象とする（第3編第3章3-8 特定保健指導の対象とな

らない非肥満の脳・心血管疾患危険因子保有者に対する生活習慣の改善指導 参照)

- 特定保健指導の対象者に対しても、地域等で行われている健康教室等への参加を促し、自主グループ化を図る等、生活習慣の改善やその習慣化を支援することが望ましい。
 - 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（治療中断者を含む）に対する受診勧奨を行うと共に、勧奨後の受診状況をレセプトデータ等に基づいて確認する。
 - 生活習慣病で服薬中の者に対しても、コントロールが不良な場合等、医療機関等と連携し、健診データやレセプトデータ等に基づいて、保健指導等を行う。
- なお、市町村が、保険者の保有する個人の健診データやレセプトデータ、市町村の介護保険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等を行おうとする場合、これらの情報は、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。このため、保険者や市町村の介護保険部門と連携し、適切な取扱いを行う必要がある。なお、個人情報の保護については、第4編第3章3-4 個人情報の保護とデータの利用に関する方針を参照されたい。
- 市町村は、国保のみならず各保険者や後期高齢者医療担当、介護保険部門、生活保護部門等の有する健診・問診のマクロデータ分析（性・年代別、地域別等）を行い、健康増進計画の推進に資することが望ましい。
- 高齢者を対象とした健診・保健指導等を実施する際には、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版」及び「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版補足版」を参照されたい。また、後期高齢者を対象とした「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」との連携を円滑に行う。
※参照に当たっては最新版を参照されたい。

(3) 都道府県の役割

- 特定健診の各項目について、精度よく検査が実施されていることが不可欠であることから、健診実施機関における内部精度管理及び外部精度管理の状況を確認すると共に、必要に応じて助言等を行う。
- 各保険者による特定健診及び特定保健指導の実施状況を把握し、特定保健指導の質の評価を支援すると共に、保健指導実施者を対象とした研修会を開催する等、そのスキルアップを図る。
- 特定健診・特定保健指導の実施状況や受診勧奨対象者の医療機関受診状況、かかりつけの医療機関等と連携した生活習慣病予防・重症化予防に向けた取組の状況等、各保険者によるデータヘルス計画の進捗状況の確認とその推進に向けた支援を行う。
- 市町村において、非肥満のリスク者に対する健康相談・健康教育の実施状況や特定保健指導対象者の各種健康教室等の利用状況、65歳以上に対する地域支援事業と連携した健康教育・健康相談の実施状況等、国保・後期高齢者医療部門と衛生部門、介護保険部門との連携状況を確認し、必要に応じて連携を促す。
- 地域・職域連携推進協議会等を通じて、職域における効果的な特定健診・特定保健指導の実施を支援すると共に、働き盛り世代の健康づくりを推進するために、健康経営に取り組む事業所を公表する等の支援により、健康経営を推進し、職域における生活習慣病対策の強化を図る。特に、地域産業保健センター等の活用や保険者との連携を促すと共に、市町村との連携により、健康教育や健康相談等の活用を促す。
- これらの取組の実施に際しては、県庁内の部局間連携を推進すると共に、保険者協議会や各種専門職団体と連携し、各保険者による特定健診・特定保健指導の実施に係る課題の効果的な解決を促す。また、健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法（平成30年法律第105号）に基づき策定された都道府県循環器病対策推進基本計画との整合性を保つと共に、都道府県循環器病対策推進協議会との連携を行うことが望ましい。

(4) 健診機関の役割

- 保険者より委託された健診機関は、検査の標準化や精度管理、個人情報保護等について、本プログラムに記載された内容を遵守して、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、健診受診者に将来の疾患発症リスクを示すことや、疾病予防の重要性等を分かりやすくフィードバックする。第2編〇〇フィードバック文例集を参照されたい。
- 受診勧奨判定値を超える検査測定値があれば、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。
- その際、対象者の特性等に応じてナッジ等を活用した受診勧奨方法を工夫する。
- 健診後、早期に特定保健指導の初回面接をすることが推奨されており、保健指導対象者には保健指導を実施できる体制を整えることが望ましい。

(5) 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共に、栄養・食生活、身体活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。
- 自施設にて栄養・食生活、身体活動、減酒支援、禁煙等の保健指導の実施が困難な場合には、市町村等や専門病院と連携した指導を行うことも推奨される。
- 糖尿病、高血圧症、脂質異常症（高LDLコレステロール血症を含む^m）等の未治療者・治療中断者が医療機関を受診した際には、心血管疾患、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。

^m 特定保健指導対象者の選定にLDLコレステロール値は用いられていないが、勿論留意する。

(6) 事業所の役割

- 職域においては、保険者と事業者が積極的に連携して加入者の予防・健康づくりを効率的・効果的に実施する、いわゆるコラボヘルスの実施が推奨される。
- コラボヘルスを推進する上で、事業者は健康診断の結果を保険者に提供する必要がある。特に、保険者から安衛法に基づく労働者の健康診断の結果を求められた場合には、事業者が当該結果を保険者に提供することは、高確法等に基づく義務であるため、第三者提供に係る本人同意は不要となっている。
- 保険者と連携して事業場内外の複数の集団間のデータを比較し、健康保持増進に係る取組の決定等に活用することが望ましい。
- 健診結果に基づく健康保持増進対策の実施においては、「職場における心とからだの健康づくりのための手引き」にある事例も参照されたい。

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、高確法に基づき、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→保険者
- ② (被扶養者の健診を行った) 保険者→(被扶養者所属の) 保険者
- ③ (異動元の) 保険者→(異動先の) 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) 保険者
- ⑤ ほかの健診等を受けた被保険者・被扶養者→保険者

<特定健診・特定保健指導の実施状況等>

- ⑥ 保険者→国

- 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されることが望ましい。
- 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、第2編別紙7-1・別紙7-2・別紙7-3のとおりとする。

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

(<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000165280.html>)

より入手可能。

【参考】

基本的な健診項目の標準コードの例（JLAC10 17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

- 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。
- 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・保健指導機関ごと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 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/handbook_31132.html

）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

- 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。そのためにも、健診項目の取得については必須項目だけでなく全ての項目も含めて取得し、保存することが求められる。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。
- 健診データを保有すべき期間は5年間であるが、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。
- 健診データについては、オンライン資格確認等システムを活用し、被保険者・被扶養者が保険者間を異動した場合においても、特定健診情報の医療保険者間での引継が可能となったこと等を踏まえ、個人毎に整理して蓄積し、経年変化を確認できるようにすることが重要である。
- また健診データは、データヘルス計画の一環として集団の分析にも用いられ、集団特性や経年変化等の分析により、効果的・効率的な保健事業の実施を図るための施策に活用される。
- 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

- 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・被扶養者がほかの保険者に加入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

- 被保険者でなくなった時以降は、空白期間ができるだけ生じないように、次の保険者に引き継がれるまでか、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。

(4) 具体的な活用方法

- 特定健診・特定保健指導の情報については、これらの業務改善における利活用だけでなく、National Data Base (NDB) 等へ蓄積され、保健医療分野のビッグデータとして、疫学研究を含む医学研究等において、公益性を確保しつつ広く利活用されることが期待される。

【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、健診整理番号等）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・番号が個人ごと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、ほか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。

第6章 年齢層を考慮した健診・保健指導について

6-1 高齢者に対する健診・保健指導

(1) 基本的な考え方について

- 高齢者では健康状態や生活状況の個人差が大きくなるため、それらを踏まえた情報提供、保健指導が必要である。
- 若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながる。栄養・食生活や身体活動等についての保健指導や、例えば糖尿病性腎症重症化予防事業等を活用し、定期的な医療機関への受診につながっていない者に対する受診勧奨等を行うことが重要である。
- 市町村においては、健康増進を担当する課、医療保険を担当する課、介護保険を担当する課等が高齢者の特性を踏まえた保健事業と介護予防を一体的に実施し、高齢者の健康の保持増進と生活機能の維持・向上に努めている。従ってデータ等の相互提供等により各課が連携を図りながら実施することが望ましい。

(2) 65歳以上74歳以下の者に対する健診・保健指導の在り方について

- 65歳以上では、BMIは基準を超えないが腹囲が基準値以上であるケースが増えるとの報告もあるⁿ。これは筋肉量が減少する一方で、内臓脂肪量が蓄積するためであると考えられている。
- 高齢者への健診・保健指導では、メタボリックシンドローム対策に重点を置いた生活習慣病対策から、体重や筋肉量の減少、低栄養等によるロコモティブシンドロームやフレイル等の予防・改善に着目した対策に徐々に転換することも必要である。
- そのため、高齢者への保健指導では、体重変化や易疲労感及び活力の低下、握力低下や歩行速度低下、身体活動量の減少の有無を確認することが望ましい。その上で、筋肉量の維持に留意し、食事・運動の重要性を伝える必要がある。筋肉量を維持することは、生活機能を維持することにもつながり、介護予防にもつながる。退職や家族構成の変化等のライフイベントをきっかけ

ⁿ 「健康日本21（第二次）地方計画推進のために地方自治体による効果的な健康施策展開のための既存データ（特定健診データ等）活用の手引き」（平成22-24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「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）

に、社会参加が低下していることがあるため、生活の変化などについても確認することが重要である。

- 高齢者においては、内臓脂肪の蓄積が考えられる場合においても、食事制限による低栄養、筋肉量低下を防ぐため、急激な減量を避けるように注意する。食事内容については、全体量だけでなく栄養のバランスに留意し、嗜好や入手方法、咀嚼状態にも配慮した指導が必要である。
- 一般的に、年齢と共に血圧、血糖の平均値及び有病率が上昇する。保健指導判定値の場合、検査値が安定していれば経過観察が可能な場合もある。受診勧奨判定値以上に該当する場合や検査値が悪化した場合は、医療機関への受診や保健指導につなげることが重要である。

(3) 75歳以上の者に対する健診・保健指導の在り方について

- 高齢者の保健事業を実施する際には、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版」等を参照し、実施すること。
- 75歳以上の者についても、(2)の65歳以上74歳以下の者と基本的には同様のことが言える。これに加えて、75歳以上の者は加齢に伴う虚弱な状態（フレイル）がより顕著に進行し、複数の慢性疾患とフレイル等を要因とする老年症候群の症状が混在するため、包括的な疾病管理がより重要である。
- 個人ごとの健康状態の差が大きくなり多様性が更に高まることや、75歳以上の多くの者が、医療機関を受診していることを勘案すると、医療機関と連携した取組を推進する必要がある。
- 医療機関に通院していない高齢者については、健診等の機会を活用して、高血圧、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。
- 生活習慣病に着目した健診項目については、75歳以上の者についても、基本的には74歳以下と同様の項目とする。ただし、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、必要な診察を受けることが重要である。

- 75歳以上の者への保健指導については、生活習慣病等の慢性疾患の重症化予防に加え、後期高齢者の質問票等を活用し、フレイル等に関連する老年症候群（低栄養、転倒・骨折、誤嚥性肺炎等）等の心身機能の低下とそれに起因する疾病の予防に着目し、実施する必要がある。

- 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が、身体状況、日常生活能力、運動能力等については個人差が大きい。そのため、行動変容のための保健指導を一律に行うのではなく、健診結果を踏まえ、生活の上で「できること」に着目し、本人の自信や前向きな姿勢を育むという観点から目標を設定し、保健指導を行うことが望まれる。本人の求めに応じて、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。

6-2 40歳未満の者に対する健診・保健指導

- 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、特定保健指導対象者を減らすためには、40歳以上になってからの特定健診・保健指導の実施率を上げるだけでなく、若年期から適正な体重の維持に向けた保健指導、啓発を行う等、40歳未満の肥満対策が重要である。
- また、40歳未満の肥満では、血圧、血糖の有所見率が低い一方で、肝機能、脂質代謝の有所見率は高い。リスクの数が少ない、メタボリックシンドロームに移行する前の段階で、働きかけを行うことが必要である。
- 保険者においては、普及啓発等に加えて、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や、地域（市町村などの行政機関）や職域（産業保健分野）と連携した対策の推進は、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。保険者は40歳未満の健診データを事業主から提供を受けることができるので、事業者健診等情報（40歳未満）を活用する保険者は、被保険者の理解を促すとともに、効果的な取組を実施する観点から、データヘルス計画においてそれを明示していく。
- 40歳未満の者について、健診時等に肥満や喫煙と将来の疾病発症についての情報を分かりやすく提示することや、適切なインセンティブ、環境的な支援により肥満、喫煙の防止を図ることが重要である。
- 職場においても、医療・健康情報の発信や社員食堂での健康に配慮した食事（ヘルシーメニュー等）の提供を行う等、産業保健と連携した取組が求められる。保険者は、事業主との連携（コラボヘルス）により、職場における予防・健康づくりを推進していくことが重要である。

○ 例えば、20歳からの約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）

別紙 1

特定健診（高齢者医療確保法）の項目と労働安全衛生法・学校保健安全法との比較

	項目名	高齢者医療確保法	労働安全衛生法	学校保健安全法
診察	既往歴	○	○	注10)
	服薬歴	○	※	
	喫煙歴	○	※	
	業務歴		○	
	自覚症状	○	○	注10)
	他覚症状	○	○	注10)
身体計測	身長	○	○注5)	○注5)
	体重	○	○	○
	腹囲	○	○注6)	○注6)
	BMI	○	○注7)	○注7)
血圧	血圧（収縮期/拡張期）	○	○	○
肝機能検査	AST (GOT)	○	○	○
	ALT (GPT)	○	○	○
	γ-GT (γ-GTP)	○	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●注1)	●注1)	●
	随時中性脂肪	●注1)注2)	●注1)注2)	●
	HDL コレステロール	○	○	○
	LDL コレステロール		○注3)	○
	(Non-HDL コレステロール)	○注3)	○注3)	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●	●
	HbA1c	●	●	●
	随時血糖	●注4)	●注4)	●
尿検査	尿糖	○	○	○
	尿蛋白	○	○	○
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	□		
	血色素量 [ヘモグロビン値]	□	○	○
	赤血球数	□	○	○
その他	心電図	□	○	○
	眼底検査	□		
	血清クレアチニン (eGFR)	□	□注8)	
	視力		○	○
	聴力		○	○
	胸部エックス線検査		○	○
	喀痰検査		□注9)	□注11)
胃の疾病及び異常の有無			○注12)	
医師の判断	医師の診断 (判定)	○	○	○
	医師の意見		○	○

注：労働安全衛生法及び学校保健安全法の定期健康診断は、40歳以上における取扱いについて記載している。また学校保健安全法の定期健康診断は、学校の職員を対象とする。○…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可、※…必須ではないが、聴取の実施について協力依頼注13)

注1) 空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪の判定のため、採血時間（食後）の情報は必須入力項目とする。

注2) やむを得ず空腹時以外に採血を行った場合は、食直後（食事開始時から3.5時間未満）を除き随時中性脂肪により検査を行うことを可とする。

注3) 空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合は、LDLコレステロールに代えてNon-HDLコレステロール（総コレステロールからHDLコレステロールを除いたもの）で評価を行うことができる。

注4) やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1c (NGSP値)を測定しない場合は、食直後（食事開始時から3.5時間未満）を除き随時血糖により血糖検査を行うことを可とする。

注5) 医師が必要でないと認めるときは省略可。

注6) 以下の者については医師が必要でないと認めるときは省略可。1妊娠中の女性そのほかの者であって、その腹囲が内臓脂肪の蓄積を反映していないと判断されたもの2BMI（次の算式により算出したものをいう。以下同じ。）が20未満である者 BMI=体重(kg) / 身長(m)² 3自ら腹囲を測定し、その値を申告した者（BMIが22未満の者に限る。）

注7) 算出可。

注8) 医師が必要と認められた場合には実施することが望ましい項目。

注9) 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判断された者について医師が必要でないと認めるときは省略可。

注10) 必須項目ではないが、その他の疾病及び異常の有無の発見や診断項目の省略に際して、問診等を行うことが想定される。

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

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

注13) 「定期健康診断等及び特定健康診査等の実施に関する協力依頼について（令和2年12月23日）（基発1223第5号・保発1223第1号）」
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000732337.pdf>)

「詳細な健診」項目について

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

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

（1）12誘導心電図

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

（2）眼底検査

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

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

（3）貧血検査

- 貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者

（4）血清クレアチニン検査

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

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

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

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 ^o	
1	a. 血圧を下げる薬	① はい ② いいえ
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	① はい ② いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	① はい ② いいえ
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	① はい ② いいえ
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	① はい ② いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けていますか。	① はい ② いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがある。	① はい ② いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 （※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている）	① はい（条件1と条件2を両方満たす） ② 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない（条件2のみ満たす） ③ いいえ（①②以外）
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	① はい ② いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施。	① はい ② いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施。	① はい ② いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	① はい ② いいえ
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	① 何でもかんで食べることができる ② 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある ③ ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速い。	① 速い ② ふうふう 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

^o 医師の診断・治療のもとで服薬中のものを指す。

	質問項目	回答
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	① 毎日 ② 時々 ③ ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	① はい ② いいえ
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか。（※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者）	① 毎日 ② 週5～6日 ③ 週3～4日 ④ 週1～2日 ⑤ 月に1～3日 ⑥ 月に1日未満 ⑦ やめた ⑧ 飲まない（飲めない）
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合（アルコール度数15度・180ml）の目安： ビール（同5度・500ml）、 焼酎（同25度・約110ml）、 ワイン（同14度・約180ml）、 ウイスキー（同43度・60ml）、 缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml）	① 1合未満 ② 1～2合未満 ③ 2～3合未満 ④ 3～5合未満 ⑤ 5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、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	① はい ② いいえ

標準的な質問票の解説と留意事項

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：血糖を下げる薬又はインスリン注射、c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬)
選択肢	① はい ② いいえ
目的	保健指導対象者の選定と階層化のために必要な質問。
解説	<ul style="list-style-type: none"> ● 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。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ため、保険者による特定保健指導を義務とはしない。ただし、服薬していると回答した場合であってもコントロールが不良な場合は、飲み忘れ等がないか、正しく服薬できているかについて確認する^{1,2}。 ● 血圧や血糖、脂質の値が高いにも関わらず服薬をしておらず、かつ医療機関を受診していない場合は、受診を促す。
聞き取りポイント	「いいえ」と回答した場合には、処方薬の飲み忘れや、自己判断による中断の可能性が含まれることに留意する。
声かけの例	<p><u>「はい」と回答した場合</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 「定期的に通院していますか」 ● 「毎日忘れずに薬を飲んでいますか」 ● 「指示どおりに薬をのんでいますか」 <p><u>「いいえ」と回答した場合</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 「これまでに医療機関を受診したことがありますか」 ● 「自分の判断で薬をのむのを止めていませんか」 ● 「処方された薬を飲み忘れていませんか」
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> ● 糖尿病や高血圧と比べて、脂質異常症については、処方されていることを本人が自覚していない場合が多いという指摘があることに留意する。 ● 一般的に脂質異常症の治療は高LDL血症の改善を目的として行われており、次いで中性脂肪の管理を考える。なおHDLコレステロールを上昇させる薬剤は限られており、LDLコレステロールや中性脂肪が正常範囲の場合は治療対象としないことが多い。

対応方法	<ul style="list-style-type: none"> 服薬中の場合は指導の対象外となるが、きめ細かな生活習慣改善支援の観点から、かかりつけの医師と連携した上で保健指導を行うことも可能である。生活習慣の改善は、服薬者における血圧や血糖、脂質のコントロールにも有効であることが多い。 非服薬者において、検査値が異常値を示している場合は医療機関の受診を促す。医療機関を受診しても医師の判断によって治療が開始されない場合があることを事前に説明しておくなど、受診勧奨に対して対象者が不信感を持たないように配慮すると良い。
------	---

参考資料

1. 宮川尚子ら. レセプト情報・特定健診等情報データベースを利用した滋賀県における循環器疾患危険因子の有病率、治療率、コントロール率. 日本公衛誌. 2014; 61:333-341.
2. 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会編. 高血圧治療ガイドライン2019.

4・5・6	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けていますか。</p>
選択肢	① はい ② いいえ
目的	既往・現病を把握する。
解説	<ul style="list-style-type: none"> これらの既往・現病については、特定健康診査がターゲットとしているメタボリックシンドロームにより発症する者も多いが、高血圧や脂質異常症では肥満の有無にかかわらず脳卒中や心臓病の発症リスクが高いこと、また健診で測定できる項目とは関係ない病態が原因となっているものもあるので（例；川崎病、もやもや病、ループス腎炎等）留意すること。 これらの病気は基本的に重症化予防や再発予防のため医療管理下に置くべきである。無症候性の脳梗塞などでは患者自身が病態を理解していないこともあり、不適切な受療行動、治療の中断などが発生していることもあるので留意する。また、病態等により管理目標値が異なること、必要な栄養指導や運動指導等の保健指導の内容が変わってくるので主治医と連携した上で実施すること。
エビデンス	<ul style="list-style-type: none"> 脳卒中の既往例では、既往がない者と比べて、健診所見の検査値が同程度であっても、脳卒中の再発や虚血性心疾患の発症リスクが高い。 心筋梗塞等の虚血性心疾患の既往例では、既往がない者と比べて、健診所見の検査値が同程度であっても、虚血性心疾患の再発や心不全の発症リスクが高まる。 不整脈のうち、心房細動では脳卒中の発症リスクが高まる¹。 慢性腎臓病では、心筋梗塞や心不全、脳卒中の発症率が高くなる²。
聞き取りポイント	<ul style="list-style-type: none"> 脳卒中、心臓病、慢性腎臓病については、無症状だが人間ドック等での有所見の指摘、精密検査を受けて経過観察中、予防的な内服投与中、有症状で再発予防等のために内服投与など、幅広い病態が存在する。 したがって、これらの疾患については、「診断を受けた内容」「過去・現在にわたる主治医からの治療の要否」まで確認することが必要であるが、基本的には治療中であることが基本であり、医師の指示で終診になっていない限り、受診中断の可能性を考慮する必要がある。 心臓病では、動脈硬化疾患のみならず不整脈、特に心房細動の既往についても留意する。

声かけの例	<ul style="list-style-type: none"> 「診断された医療機関はどこですか」 「具体的な病名はわかりますか」 「継続的な受診が必要であるといわれましたか」 「主治医の先生は治療が必要といっていましたか、また投薬を受けたことがありますか？」
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> 慢性腎臓病（CKD）とは、腎臓の障害（蛋白尿等）、若しくは糸球体濾過量（GFR）が60ml/分/1.73m²未満の腎機能低下が一定期間持続した状態をいう。 推定GFR（eGFR）は、血清クレアチニン値、年齢、性から推算できる³。
対応方法	<ul style="list-style-type: none"> 本来的には主治医によるフォローアップが望ましいので健康診査や保健指導で完結しようとしすぎないようにすることが重要である 脳卒中、心臓病、慢性腎障害がある場合には単独で保健指導を行わず、主治医と連携の上実施する、虚血性心疾患では食事・運動療法によるメタボリックシンドロームの管理が十分であれば、再発等を予防する効果がある^{4,5}。 例えば慢性腎不全者は蛋白制限が必要な場合があるなど、健常者と同じ指導をすることでむしろ病態が悪化する可能性があることを留意する。 治療が必要であるにもかかわらず未治療になっている受診者には健診時に確実な受診継続をするよう勧める。 喫煙により脳卒中・心筋梗塞の発症リスクが増大するため禁煙をすすめる^{6,7}。

参考資料

1. Goldstein LB, et al. Primary prevention of ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council: cosponsored by the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease Interdisciplinary Working Group; Cardiovascular Nursing Council; Clinical Cardiology Council; Nutrition, Physical Activity, and Metabolism Council; and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group: the American Academy of Neurology affirms the value of this guideline. *Stroke*. 2006; 37:1583-1633.
2. Go AS, et al. Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization. *N Engl J Med*. 2004; 351:1296-1305.
3. 腎機能測定ツール. 一般社団法人日本腎臓学会. <https://jsn.or.jp/general/check/>
4. Bittner V, et al. Comprehensive cardiovascular risk factor control improves survival: The BARI 2D Trial. *J Am Coll Cardiol*. 2015; 66:765-773.
5. Pagidipati NJ, et al. Secondary prevention of cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes mellitus: international insights from the TECOS Trial (Trial Evaluating Cardiovascular Outcomes With Sitagliptin). *Circulation*. 2017; 136:1193-1203.
6. Iso H, et al. Smoking cessation and mortality from cardiovascular disease among Japanese men and women: the JACC Study. *Am J Epidemiol*. 2005; 161:170-179.
7. Hackshaw A, et al. Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports. 2018; 360:j5855.

7	医師から、貧血といわれたことがある。
選択肢	① はい ② いいえ
目的	詳細健診（貧血検査）の必要性を判定するために必要な質問。
解説	<p>ここでいう「貧血」は、ヘモグロビンなどの低下や異常によって酸素を運ぶ能力が低下した状態を意味しており、検査としては赤血球数、ヘモグロビン値（血色素量）、ハマトクリット値を示す。またこれらを組み合わせて計算される指標もある。なおこの中では採血してから（例えば施設外での健診など）検査室に移送するまでの間の安定性が高いため、ヘモグロビン値（血色素量）が疫学研究などでよく用いられてきた。貧血検査は、特定健診の法律、政令の記載からは検査に含めるのが適当かどうか議論があるが、多くはないが非患者集団でも総死亡や循環器疾患死亡と関連するというエビデンスがある（下記）。</p>
エビデンス	<p>特定健診の目的に照らして、国内で行われたコホート研究で非患者集団における貧血と長期的予後（脳・心血管疾患・糖尿病・腎機能の低下）について検討している論文を、厚生労働科学研究（健康診査・保健指導における健診項目等の必要性、妥当性の検証、及び地域における健診実施体制の検討のための研究：研究代表者 岡村智教（19FA0801））で検索した。研究班で設定した検索式から41件の論文が抽出されたが、ほとんどは入院患者、心不全患者、末期腎不全患者、透析患者、手術患者等を対象とした研究であり、選定条件に合致するものは1件のみであった。この研究では6万人の地域住民（特定健診受診者）を5年間追跡していた。貧血（ヘモグロビン値：男性13.0 g/dL未満，女性12.0 g/dL未満）は総死亡のリスク上昇と有意に関連しており、この関連はeGFR（推定糸球体ろ過量）とは無関係に認められた¹。また全国から層化無作為抽出した7,339人を25年の長期間にわたって追跡した研究では、慢性腎臓病（CKD：eGFR 60未満又は尿蛋白1+以上）及び貧血（文献1と同じ定義）の有無で四つのカテゴリーに分けて、循環器疾患死亡のハザード比（HR）を算出している。CKDのみ、貧血のみ、両方を持つ者における循環器疾患死亡のHRは、男性でそれぞれ1.27、1.59、2.60（95%信頼区間 [CI] 1.06～1.53, 1.34～1.90, 及び 1.80～3.76）、女性で1.42, 1.08, 2.00（95% CI 1.19～1.69, 0.99～1.18, 及び 1.54～2.60）であり、貧血を伴うCKDは、日本の一般集団の循環器疾患死亡のリスク上昇と関連していた²。まとめとして、貧血は短期的には総死亡のリスク上昇と関係していたが、これは健診時に隠れている病気（血液疾患や悪性腫瘍）が影響している可能性もある。一方、長期的にはCKDの重症化の指標として貧血を捉えることが可能であり、貧血を伴うCKDは循環器疾患の危険因子と考えられた。</p>

<p>聞き取りポイント</p>	<p>貧血という用語は一般化しているため、所謂、脳貧血（迷走神経反射による立ちくらみ等）を貧血として回答している者も多いので注意すること。貧血のうち頻度が高いのは鉄欠乏性貧血であり、通常は何年も継続していることが多く、鉄やたんぱく質の適量摂取など食事指導が必要な場合がある。また貧血の背後に子宮筋腫や子宮内膜症などの疾患が隠れている場合がある。さらに急に出現した貧血は、血液の病気や結腸がんなど消化管の悪性腫瘍などが原因となっているものもあり、出血傾向や腹部症状なども聞き取った方がよい。問診の正確性を期すため質問文では「医師から」と記載があるが、これは現在受診しているか、治療しているかは考慮していない。したがって診療状況についても確認した方がよい。</p>
<p>声かけの例</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 「貧血にチェックが付いていますが何か症状はありますか。いつ指摘されましたか。」 • 「現在、治療はしていますか」 • 「最後に受診したのはいつですか。治療は不要と言われましたか。」 <p><u>検査結果が健診時に見られる場合：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 「治療が必要なレベルの貧血です。以前から続いているようですのでかかりつけの先生に相談してください」 • 「昨年は問題ないのに急に貧血の判定が出ています。何か自覚症状はありますか。」 • 「貧血の原因になる病気がないか〇〇科を受診してください」、〇〇の例：血液内科、消化器内科など。 • 上記、紹介先の診療科の〇〇の部分は、当然、「かかりつけの医師」でも問題ない。地域の実情に合わせて考えること。
<p>留意事項</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 通常、特定健診では、貧血検査を実施するかどうかを視診とこの質問票で把握することになる。ただし視診等でわかる貧血は重症なことが多いと考えられ、他の疾患を原因として急に出てきた貧血である可能性を考慮する必要がある。 • 問診では、脳貧血を除外する。 • 既往歴の聴取における「医師から」は、かかりつけの医師だけでなく、健診医の指摘なども含めて漏れのないように幅広く聴取する。 • なお労働安全衛生法の定期健康診断では貧血検査は必須項目であるため、被用者保険の本人の健診では全ての人に貧血検査が実施されている。そのため貧血検査が全員に実施されている前提で対応を考える。

対応方法	<ul style="list-style-type: none"> • 鉄欠乏性貧血の場合は現在の治療状況を確認し、治療を継続しているようであれば、食事や身体活動・運動についてかかりつけの医師と連携して支援する。 • 鉄欠乏性貧血治療の必要性があるにも関わらず、自己判断で治療を中断している場合には、医療機関での再治療を促す。 • 慢性腎臓病と合併している場合は、循環器疾患のリスクが高いことを伝えて、貧血の検査結果と合わせて医療機関へ紹介する。 • 前年度の検査結果が正常域や軽度の貧血であるにも関わらず、重度の貧血が急に出現した場合などは、出血傾向や腹部症状などの随伴症状がないかを聞き取り、貧血検査の結果と合わせて医療機関での精査を促す。
------	---

参考資料

1. Sato Y, et al. Anemia as a risk factor for all-cause mortality: obscure synergic effect of chronic kidney disease. *Clin Exp Nephrol* 2018; 22:388-394.
2. Kubo K, et al. Effect of chronic kidney disease or anemia or both on cardiovascular mortality in a 25-year follow-up study of japanese general population (from NIPPON DATA90). *Am J Cardiol* 2022; 184:1-6.

8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。
選択肢	① はい ② 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない ③ いいえ
目的	保健指導対象者の選定と階層化に必要な質問。
解説	第3期特定健診まで、この質問の選択肢は「はい」「いいえ」の2択であった。階層化に必要な情報は喫煙の有無のみであるが、選択肢が2択の場合、「いいえ」と回答した者の中には過去に喫煙歴のない“生涯非喫煙者”と、過去に喫煙していたが現在喫煙していない“禁煙者”が含まれることになる。禁煙者は生涯非喫煙者に比して疾患リスクが高いことや、再喫煙のリスクがあることなど、非喫煙者と異なる保健指導が必要なことから、選択肢が変更された。
エビデンス	喫煙は、様々な疾患のリスクを高める確実なエビデンスがある。動脈硬化や脳卒中死亡(男性の1日1箱以内の喫煙で約1.5倍、1日2箱以上で2.2倍)、虚血性心疾患死亡(同1.5倍、4.2倍) ¹ 、2型糖尿病(1日1箱以上の喫煙で発症リスクが男性で1.4倍、女性で3.0倍) ² のリスク因子である。また、中性脂肪やLDLコレステロールの増加、HDLコレステロールの減少とも関連する ^{3,4} 。喫煙とメタボリックシンドロームの重積は、動脈硬化を更に亢進させ、いずれも該当しない者と比べて脳梗塞や心筋梗塞の発症リスクが4~5倍高まる ⁵ 。非喫煙者と比較して喫煙者の全がんリスクは約1.5倍、肺がんは男性で約4.4倍、女性で2.8倍になる ^{6,7} 。喫煙により上昇した疾患リスクは禁煙により下げることができる。非喫煙者と同程度まで下げるために必要な禁煙期間は心血管疾患死亡リスクでは約10年、がん罹患では男性で21年、女性で11年とされる ^{8,9} 。
聞き取りポイント	<ul style="list-style-type: none"> 現喫煙者及び過去喫煙者については、喫煙量(本数・年数)の評価も重要である。喫煙量の評価のための標準的な質問は以下のとおりである。 本数:1日に何本吸っていますか(吸っていましたか) 1日()本 年数:通算で何年吸っていますか(吸っていましたか) 通算()年間 ここでの喫煙は、紙巻きたばこだけでなく加熱式たばこも含むことに留意すること。加熱式たばこという一般名称の知名度が高くないため、商品名でないと通じないことがある。 人によっては加熱式たばこの使用は喫煙ではないと認識している場合がある。 過去喫煙者には禁煙年数も確認することで、現在のリスクを推定できる。 喫煙は歯周病や歯の喪失とも関係する。口腔機能の状態(質問13)によっては食事指導を実施できない場合もあることに留意し、必要に応じて歯科医療機関を紹介する。

声かけの例	<ul style="list-style-type: none"> 禁煙に関心がない場合、禁煙の重要性を高めるアドバイスを行う。 （健診で異常がある、気になる病気がある場合）「〇〇（病気）は喫煙がリスクですので、是非禁煙することをお勧めします。」 （健診で問題が無い場合）「特に異常なく、健康なようですね。これからもこの状態を維持するための課題は喫煙ですね。」 禁煙に関心がある場合、禁煙のための解決策の提案を中心に助言する。 「ストレス解消に喫煙しているんですね。喫煙しているとニコチンが切れるとイライラするなどストレスの原因になりますが、禁煙するとストレスが減ることが分かっていますよ。」 「禁煙に自信がなければ、禁煙外来を受診してみてもいいですか？」
留意事項	<p>従来の紙巻きたばこ以外に新型たばこ製品として加熱式たばこが2013年頃から発売されている。発売されてからの期間が短いため、現時点では加熱式たばこによる長期的な健康リスクは不明である。同様に、紙巻きたばこから加熱式たばこに変更することによる健康被害の軽減(harm reduction)のエビデンスもない。紙巻きたばこ使用に準じた疾病リスクを考える必要がある。</p> <p>人によっては加熱式たばこの使用は喫煙ではないと認識している場合がある。また加熱式たばこという一般名の知名度が高くないため、アイコスなどの商品名でないと通じないこともある。喫煙状況の聞き取りの際に注意する必要がある。</p>
対応方法	<ul style="list-style-type: none"> 禁煙支援簡易マニュアル¹⁰に健診・保健指導の際の支援方法の解説と具体例が掲載されている。 全ての喫煙者に対して禁煙を助言する。助言は本人の禁煙に対する関心に応じて行う。 非喫煙者については受動喫煙を避けるよう情報提供する。 禁煙したいという意向があるが実行が困難な場合、禁煙外来の受診や禁煙補助薬の使用について紹介する。 過去喫煙者であることが把握できた場合は、禁煙達成を賞賛し、更に継続するよう励ます。 禁煙したきっかけを尋ねることで既往歴、家族歴等を聞き取ることができる場合がある。また本人の健康への関心、病気への不安、職場の禁煙対策、家族の希望等の情報を得ることができる。 禁煙後再喫煙してしまった場合はこれまでの禁煙継続を賞賛し、禁煙できた経験を活かして再度禁煙ができるよう促す。（再喫煙はどのような状況で起きたかを確認し、それを回避する指導を加えるとよい。）

参考資料

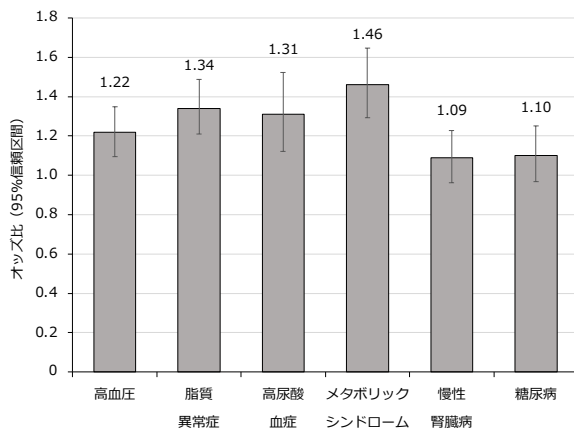
1. Ueshima H, et al. Cigarette smoking as a risk factor for stroke death in Japan: NIPPON DATA80. Stroke. 2004; 35:1836-1841.
2. Waki K, et al. Alcohol consumption and other risk factors for self-reported diabetes among middle-aged Japanese: a population-based prospective study in the JPHC study cohort I. Diabet Med. 2005;

- 22:323-331.
3. Willi C, et al. Active smoking and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2007; 298:2654-2664.
 4. Craig WY, et al. Cigarette smoking and serum lipid and lipoprotein concentrations: an analysis of published data. *BMJ*. 1989; 298:784-788.
 5. 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.
 6. Inoue M, et al. Evaluation based on systematic review of epidemiological evidence among Japanese populations: tobacco smoking and total cancer risk. *Jpn J Clin Oncol*. 2005; 35:404-411.
 7. Wakai K, et al. Tobacco smoking and lung cancer risk: an evaluation based on a systematic review of epidemiological evidence among the Japanese population. *Jpn J Clin Oncol*. 2006; 36:309-324.
 8. Iso H, et al. Smoking cessation and mortality from cardiovascular disease among Japanese men and women: the JACC Study. *Am J Epidemiol*. 2005; 161:170-179.
 9. Saito E, et al. Smoking cessation and subsequent risk of cancer: A pooled analysis of eight population-based cohort studies in Japan. *Cancer Epidemiol*. 2017; 51:98-108.
 10. 厚生労働省 禁煙支援マニュアル（第二版）増補改訂版

9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。
選択肢	①はい ②いいえ
目的	エネルギー収支バランス（エネルギーの摂取と消費のバランス）を把握する。
解説	体重の増加は摂取エネルギーが消費エネルギーを上回っていることを意味している。生活習慣の変化に起因するエネルギー過多を把握することができる。現在のメタボリックシンドロームやそのリスク要因の保有状況、生活習慣の乱れについて把握しやすい項目である。
エビデンス	20歳の時の体重から10kg以上増えていた方は、増えていなかった方に比べて、 <ul style="list-style-type: none"> メタボリックシンドローム、高血圧・脂質異常症などの生活習慣病を有していた。また、運動、食事、睡眠、喫煙などの好ましくない生活習慣を有していた。¹ 糖尿病発症のハザード比が3.09であった。² 心筋梗塞・狭心症・脳卒中の発症が1.10倍であった。³ 現在、非肥満の方でも、メタボリックシンドロームのリスク要因を多く有していた。⁴
聞き取りポイント	<ul style="list-style-type: none"> 体重の変化に加え、BMI・腹囲・採血等の健診項目や運動・食事・睡眠などの生活習慣に関わる質問項目と併せて確認をする。 体重増加の時期や増加量（少しずつ増えてきたのか、最近急に増えたのかなど）、生活の変化 並びに本人の捉え方等についても確認をする。
声かけの例	<p>「はい」の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> 「いつ頃から体重が増え始めましたか？」 「この一年間の体重の変化はいかがですか？」 「体重が増え始めた頃、何か生活の変化はありましたか？」 <p>「いいえ」の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> 「体重が増えすぎないように工夫していらっしゃるんですね」 「今までに、体重が大きく変化したことはありませんか？」
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> 20歳の時の体重からの減少にも留意が必要（特にBMIが18.5kg/m²未満の方など）。 継続して痩身傾向にある場合にも留意すること。 体重増加の要因として、生活習慣の他にも、家庭環境や社会経済的状況なども念頭に置いた対応が望ましい。
対応方法	<p><u>20歳の時の体重から10kg以上増えている場合</u></p> <p>① 長期的に増加している場合 ⇒ 本人の認識を確認し、生活習慣改善に向けた情報提供・助言を行う。</p> <p>② 最近は一定の場合 ⇒ 体重維持を支持しつつ、現在のBMIを考慮した上で、体重維持・生活習慣改善に向けた情報提供・助言を行う。</p> <p>③ 最近、大幅に増加した場合 ⇒ 体重増加のきっかけを振り返り、疾患や生活の変化等原因と考えられる事</p>

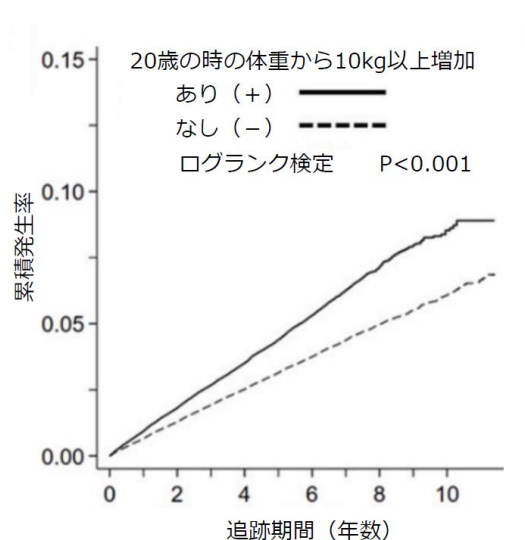
	<p>に応じた助言を行う。</p> <p>※治療状況（質問1,2,3）や行動変容ステージ（質問21）を確認の上で、適切な情報提供・助言を行う。また、定期的な体重測定・記録の勧奨（アプリ等の活用を含む）や地域の健康教室・運動施設・グループなどについて情報提供を行う。</p> <p><u>20歳の時の体重から大幅な体重減少や、20歳の時からやせがみられる場合</u></p> <p>⇒疾患や生活上の悩み・ストレスなど、要因に応じた情報提供・助言を行う。</p>
--	---

参考資料



40歳以上の地域住民7,202名のうち、20歳の時の体重から10kg以上増加していた方は、増加していない方に比べて、健診時に各生活習慣病を有している方が多かった（文献1の表及び本文より作成）。

図1：20歳の時の体重から10kg以上の増加と各生活習慣病の保有状況¹



複数の職域の20歳以上の1,558,774名のうち、20歳の時の体重から10kg以上増加した方は、増加しなかった方に比べ、心筋梗塞・狭心症・脳卒中のハザード比が1.10であった（追跡期間 平均値1105日、標準偏差840日）。（文献3より引用・一部改変）

図2：20歳の時の体重から10kg以上の増加と心筋梗塞・狭心症・脳卒中の発症³

参考資料

1. Takebe N, et al. Weight gain after 20 years of age is associated with unfavorable lifestyle and increased prevalence of metabolic disorders. *Diabetes Metab Syndr Obes.* 2021; 14:2065-2075.
2. Kaneto C, et al. Long-term weight change in adulthood and incident diabetes mellitus: MY Health Up

Study. *Diabetes Res Clin Pract.* 2013; 102:138-146.

3. Kaneko H, et al. Association of body weight gain with subsequent cardiovascular event in non-obese general population without overt cardiovascular disease. *Atherosclerosis.* 2020; 308:39-44.
4. Kikuchi A, et al. Risk factors for multiple metabolic syndrome components in obese and non-obese Japanese individuals. *Prev Med.* 2021; 153:106855.

10・11・12	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 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 ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。
選択肢	① はい ② いいえ
目的	身体活動・運動の量を把握する。
解説	身体活動・運動の量が多いほど、生活習慣病の発症やそれらによる死亡のリスクが低いことが多くの疫学研究で示されている。また、身体活動・運動の量はエネルギー消費量の多寡と密接に関連しており、肥満の改善に当たっては身体活動の増加、運動習慣の確立によるエネルギー消費量の増加は欠かすことができない。
エビデンス	<p>質問 10 の運動とは、余暇時間に目的を持って行う身体活動（スポーツや体力づくり等）のことを指し、運動を習慣的に実施しているか否かを把握することを目的としている。</p> <ul style="list-style-type: none"> 週末1回だけの運動やスポーツの実施（Weekend Warrior）でも、生活習慣病や一部のがんの発症のリスクが低いことが示唆された^{1,2}。 健康日本 21（第二次）の最終評価では、「運動習慣者の割合の増加」に関する総合評価を「C 変わらない」と判定した³。 <p>質問11では、家事、就労、移動等の日常生活での歩行や身体活動の時間を把握することを目的としている。</p> <ul style="list-style-type: none"> 60分の歩行や身体活動は歩数に換算するとおよそ8000～10000歩に相当する⁴。 コホート研究を統合したメタ解析では、1日8000～10000歩までは、「+10（プラステン）」に相当する1日1000歩あたり10%程度総死亡や循環器死亡のリスクが低いことが示唆された^{5,6}。 <p>質問12では、普段の歩行速度を把握すること、ひいては身体活動の強度の把握を目的としている。前向きコホート研究で、歩行速度と死亡リスクとの間に有意な負の関係があることが示唆されている。</p> <ul style="list-style-type: none"> コホート研究を統合したメタ解析により、歩行速度が0.1m/秒遅いと、早期死亡のリスクが12%高く、循環器疾患発症リスクが8%高いことが示唆された⁷。
聞き取りポイント	<ul style="list-style-type: none"> 質問10ではスポーツや体力づくり等を目的とした運動の“習慣”の有無を、質問11では就労、家事、移動等生活に関わる身体活動実施時間を、質問12では歩行の速度から、身体活動の強度とその決定要因である体力を把握することを目的としている。
声かけの例	<ul style="list-style-type: none"> 時間を増やすだけが身体活動・運動を増やす方法ではない。強度を高くする、具体的には「いつもより速く歩きましょう」、「掃除や洗濯の際にはサッサと、キビキビとこなしましょう」というアドバイスでも身体活動量を増やすことができる。 身体活動や運動そのものを増やすためのアドバイスよりも、「土曜日の

	<p>6時半から近くの公園でラジオ体操をやっていますよ」「公民館でヨガ教室に参加できますよ」といった情報の提供が効果的である。</p>
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> 身体活動・運動は、減量並びに生活習慣病の改善の効果が認められる一方で、誤った実施により、足腰の痛みや思わぬ事故につながる可能性がある。これらを予防し、安全に運動・身体活動を指導するための具体的な判断・対応の手順については、最新の「健康づくりのための身体活動基準2013」を参照すること。 3項目のうち「いいえ」の回答となった項目が改善すべき点と言えるが、一方で、その項目は対象者の生活環境により達成が困難な項目とも言える。例えば仕事や家事が忙しく余暇時間がない場合、質問10が「いいえ」と回答される場合が多いが、その対象者に「余暇時間に運動しましょう」と指導しても、その達成は困難と言わざるを得ない。逆に「はい」と回答された項目をより一層増やして頂くという指導法も検討すべきである。
対応方法	<ul style="list-style-type: none"> 身体活動・運動の量や歩行速度と生活習慣病の発症や死亡リスクの間には負の量反応関係が存在している。保健指導の際には、質問票の回答が「いいえ」から「はい」に変化しなくても、現状よりも少しでも増やす、速くするといった実現可能な目標の設定が可能である。 「健康づくりのための身体活動基準2013」や「健康づくりのための身体活動指針（アクティブガイド）」でも、「+10（プラステン）」（今よりも10分多く体を動かす）という敷居の低いメッセージを用いて、身体活動の増加を推奨している。 留意事項での身体活動。運動に伴う傷害予防のために、身体活動・運動増やして頂く際には、1）体を動かす時間は少しずつ増やす（+10（プラステン）くらいから）、2）体調が悪い時は無理しない、3）病気や痛みがある場合は、医療機関に相談を、の3点を初回支援の際に指導することが安全対策として必須である。

参考資料

これら三つの質問は、「健康づくりのための身体活動基準2013」及び「健康づくりのための身体活動指針（アクティブガイド）」に準じている。それぞれの質問に対する回答から、対象者が①気づく（体を動かす機会の認知）、②始める（身体活動の開始）、③達成する（年齢に応じた目標運動量の達成）、④つながる（他者との身体活動習慣の共有）のいずれの行動変容ステージにあるかを判断することができ、ステージに応じた指導を行う際に有用である。

ステージの判断基準

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

※「健康づくりのための身体活動指針（アクティブガイド）」については最新のものをご参照ください。

1. O'Donovan G, et al. Association of “Weekend Warrior” and other leisure time physical activity patterns with risks for all-cause, cardiovascular disease, and cancer mortality. JAMA Intern Med. 2017; 177:335-342.
2. Shiroma EJ, et al. Physical activity patterns and mortality: the weekend warrior and activity routs. Med Sci Sports Exerc. 2019; 51:35-40.
3. 健康日本 21（第二次）最終評価報告書. <https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/001000512.pdf> p.278-279
4. 村上晴香ら. 健康づくりのための運動基準2006における身体活動量の基準値週23メッツ・時と1日あたりの歩数との関連. 体力科学. 2012; 61:183-191.
5. Hall KS, et al. Systematic review of the prospective association of daily step counts with risk of mortality, cardiovascular disease, and dysglycemia. Int J Behav Nutr Phys Act. 2020; 17:78.
6. Paluch AE, et al. Daily steps and all-cause mortality: a meta-analysis of 15 international cohorts. Lancet Public Health. 2022; 7:e219-e228.
7. Veronese N, et al. Association between gait speed with mortality, cardiovascular disease and cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. J Am Med Dir Assoc. 2018; 19:981-988.e7.

13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。
選択肢	① 何でもかんで食べることができる ② 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある ③ ほとんどかめない
目的	口腔機能のうち、食生活や生活習慣病に大きく関係する咀嚼の状況を把握する。
解説	う蝕（むし歯）、歯周病、歯の喪失やそれ以外の歯・口腔に関わる疾患等により咀嚼機能が低下すると、野菜の摂取は減少するとともに、生活習慣病のリスクが高まることが指摘されている ^{1,2} 。
エビデンス	<ul style="list-style-type: none"> よく噛めないと野菜・肉類等の摂取が少なくなるとともに、低栄養のリスクが高まることが報告されている^{3,4}。 生活習慣病と歯科疾患は共通のリスク因子（喫煙や砂糖摂取など）を有しており、生活習慣病対策と歯科疾患予防対策を同時に進めることは有効である⁵。
聞き取りポイント	<ul style="list-style-type: none"> 歯科治療により臼歯部（奥歯）のかみ合わせが改善されることによって、咀嚼能力が大きく改善されることが多いので、かかりつけ歯科医をもっているかどうかを確認する。 半年前に比べて固い物が食べにくくなったかどうかを確認する。 歯周病の重症化は歯の動揺をもたらし、咀嚼能力を下げる要因となるので、過去に歯周病であると言われたことがあるかどうかを確認する。
声かけの例	<p><u>①の場合</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 「なんでもよくかんで、美味しく食事がとれていますね。」 「症状がなくても年1回程度はかかりつけの歯科の先生等にお口の中の状態をみてもらってはどうか。」 <p><u>②又は③と回答した者</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 「歯科医療機関への早期受診をお勧めします。」 「左右両方の奥歯でしっかり噛みしめることができますか。」
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> 前期高齢者では、現在歯数が20歯未満となる割合が約31%と高くなることを踏まえ、それ以前の年代における歯・口腔の管理が非常に重要である。 歯の喪失等により咀嚼に支障が生じ、固い食物を噛めない状態では、食生活に関する指導の実践に支障が出る。 歯科治療による臼歯部の咬合状態の改善に加えて、食事指導を行うことにより、野菜摂取量等が有意に増加することが報告されているので、歯科治療後に食事指導を組み合わせる^{6,7}。

対応方法	<ul style="list-style-type: none"> • ②又は③と回答した者のうち、血糖を下げる薬又はインスリン注射（問2）で加療中の場合は、歯周病の治療等を行うことで糖尿病の重症化を予防することが期待される。 • ②又は③と回答した者の多くは、歯科治療を受けることで改善することが期待されるため、歯科医療機関の受診を勧奨する。 • ②と回答した者の一部、及び③と回答した場合には、早期に歯科専門職による対応が必要となることが多い。う蝕等に対する修復治療、歯周病に対する治療・定期管理、歯の喪失に対する補綴治療又は口腔機能低下に対する治療等により咀嚼力の回復や口腔機能の向上を図ることができることを説明し、現在治療を受けていない場合には歯科受診を勧める。
------	---

参考資料

1. Tada A, et al. Association of mastication and factors affecting masticatory function with obesity in adults: a systematic review. BMC Oral Health 2018; 18:76.
2. Tada A, et al. The relationship between tooth loss and hypertension: a systematic review and meta-analysis. Sci Rep 2022; 12:13311.
3. Zelig R, et al. Tooth loss and nutritional status in older adults: a systematic review and meta-analysis. JDR Clinical & Translational Research 2022; 7:4-15.
4. Motokawa K, et al. Relationship between chewing ability and nutritional status in Japanese older adults: a cross-sectional study. Int J Environ Res Public Health 2021; 18:1216.
5. Watt RG. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. Bull World Health Organ 2005; 83:711-8.
6. Iwasaki M, et al. The association of oral function with dietary intake and nutritional status among older adults: Latest evidence from epidemiological studies. Jpn Dent Sci Rev 2021; 57:128-137.
7. Bradbury J, et al. Nutrition counseling increases fruit and vegetable intake in the edentulous. J Dent Res 2006; 85:463-468.

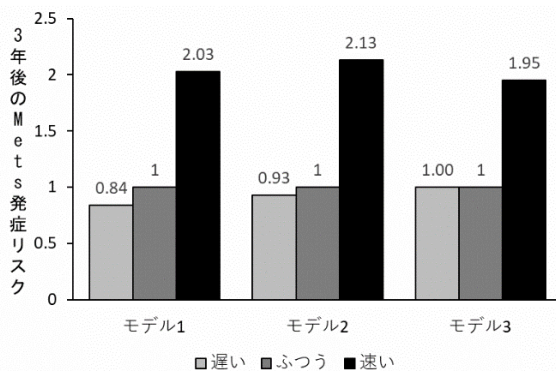
14	人と比較して食べる速度が速い。
選択肢	① 速い ② ふつう ③ 遅い
目的	メタボリックシンドロームのリスクに関わる食べ方を把握する。
解説	食べる速度が「速い」と、肥満や肥満傾向の研究結果が複数報告されていることから、食べる速度を確認する。非肥満であっても、食べる速度が「速い」と、メタボリックシンドロームのリスクを高める可能性も報告されていることから、非肥満者に対する指導を行う機会があれば、エビデンスを説明し、以下を参考に食べる速度に関するアドバイスを行う。
エビデンス	<ul style="list-style-type: none"> 日本人成人勤労者では、食べる速さが速い人は、速さがふつうの人と比較して3年後のメタボリックシンドローム発症リスクが約2倍であった¹ (図1-1)。 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リスクは40歳代男性で約1.6倍、50歳代男性で約1.4倍であった² (図1-2)。 40-64歳の非肥満者、肥満者どちらにおいても、食べる速さが速い人は、遅い人と比較して、メタボリックシンドローム診断基準であるリスク要因が一つから二つ以上に増加するリスクが約1.2倍であった³ (図2)。 咀嚼によって感知した口腔内固有感覚は、三叉神経中脳路感覚核に伝えられ、脳内の神経ヒスタミンが量産される。この信号が満腹中枢では食事終了の信号として働く。また、咀嚼により賦活化されたヒスタミン神経系は、食欲抑制、末梢での脂肪分解、熱産生・放散をそれぞれ亢進させるため、体脂肪を燃して体重を減らす⁴。
聞き取りポイント	<ul style="list-style-type: none"> 食べる速度は、咀嚼回数との関連が深い。「よく噛んで食べているか」もあわせて聞き、食べ方の情報を得ると助言に、活用できる。 食べる速度は、主観的に聞かざるを得ないため、「人と比較して」の言葉が含まれている。したがって、この比較する「人」によって、回答が変わる可能性がある。食べ方は、日頃一緒に食べる人（家族や同僚など）に似ることがある。よって、日常での食事以外の場面も思い出して、聞き取る必要がある。
声かけの例	<p><u>「速い」と回答した場合</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 「いつも、よく噛んで食べていますか。それとも、あまり噛まずに食べていますか」とたずね、食べ方の詳細を確認する。 <p><u>「ふつう」「遅い」と回答した場合</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 「いつも一緒にお食事をされる人以外と比較しても、食べる速さは、同じあるいは遅いですか」とたずね、食べる速度を再確認する。それでも、「ふつう」「遅い」の場合は、噛み合わせなど口腔の問題がなければ、ゆっくり食べることはよいことなので、今後も継続するよう、アドバイスする。

留意事項	<p>食べる速度が「速い」要因には、幼い頃からの習慣以外に、現在の生活状況も影響している。例えば、昼休みの時間が十分確保できない職場環境があげられる。そのような状況を確認せず、「ゆっくり食べてください」とアドバイスすると、「自分のことを理解してくれない」と考え、行動変容の支援が難しくなる可能性がある。アドバイスをする前に、食べる速度が速くなる背景を聞き、共感し、改善方法を一緒に考えることが求められる。</p>
対応方法	<p>以下の方法を参考に、少しでも改善できる方法を一緒に探す。</p> <ul style="list-style-type: none"> 野菜料理等の噛みごたえのあるものにする 一口の量を減らす 一口10回噛む（10回は例。回数は現在の回数を把握して決める） 一口ごとに箸を置く 食べることに集中し、食事を味わって食べる 一緒に食べる人より、遅く食べ終わると決め、食べる

参考資料

食べる速さとメタボリックシンドロームや糖尿病発症との関連^{1,2}

日本人 19-68 歳の勤労者 1,018 名（男性 900 名、女性 118 名）を対象とした 3 年間のフォローアップ研究の結果、食べる速度が速い人は、普通の人と比較して 3 年後のメタボリックシンドローム発症リスクが約 2 倍であった（図 1-1）。また、日本人 40-64 歳の男性 15,474 名を対象とした後ろ向きコホート研究の結果、食べる速度が速い人は、そうでない人と比較して 5 年後の糖尿病発症リスクは 40 歳代と 50 歳代で有意に上昇していた（図 1-2）。



Trend P-value:

モデル1 p=0.008,

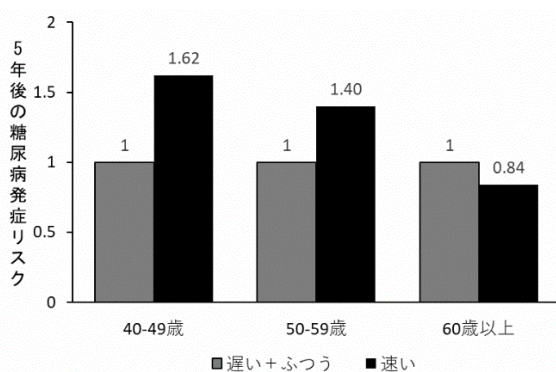
モデル2 p=0.009,

モデル3 p=0.040

❖ 文献 1 Table2 から作図

❖ モデル 1 は年齢、性別、勤務する工場で調整、モデル 2 はモデル 1 に加え、勤務形態、喫煙状況、飲酒状況、身体活動、総エネルギー摂取量で調整、モデル 3 はモデル 2 に加え、BMI とベースラインからの BMI の変化を調整したオッズ比

図 1-1. 3 年後のメタボリックシンドローム発症リスク



P-value:

40 歳代: p<0.001

50 歳代: p=0.011

60 歳代: p=0.438

❖ 文献 2 Table4 から作図

❖ 調整なしのオッズ比

図1-2. 糖尿病の新規発症リスク

非肥満者及び肥満者における食べる速さとメタボリックシンドロームリスク要因との関連³

日本人40-64歳47,172名を対象とした横断研究の結果、非肥満者、肥満者どちらにおいても、食べる速さが速い人は、遅い人と比較してメタボリックシンドロームの診断基準であるリスク要因が一つから二つ以上に増加するリスクが約1.2倍であった。

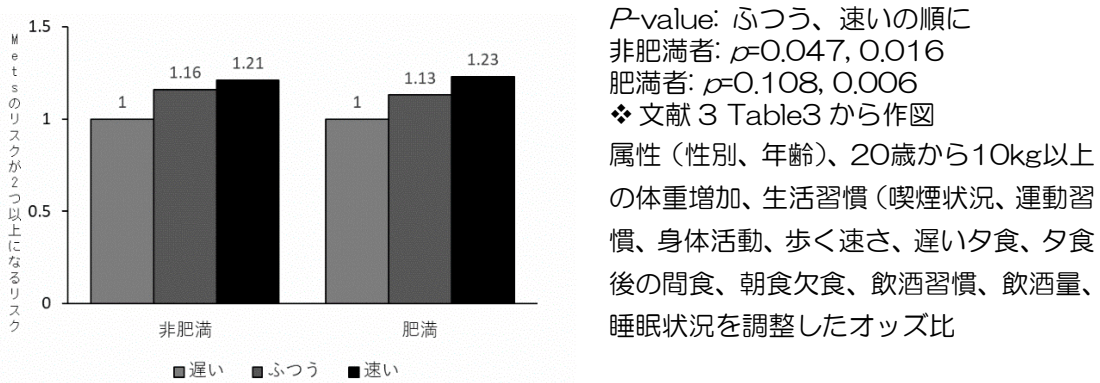


図2. メタボリックシンドローム診断基準のリスク要因が一つから二つ以上に増加するリスク

1. Nanri A, et al. Eating speed and risk of metabolic syndrome among Japanese workers: The Furukawa Nutrition and Health Study. Nutrition. 2020; 78:110962.
2. Ishihara R, et al. Impact of income and eating speed on new-onset diabetes among men: a retrospective cohort study. BMJ Open. 2021; 11:e048855.
3. Kikuchi A, et al. Risk factors for multiple metabolic syndrome components in obese and non-obese Japanese individuals. Prev Med. 2021; 153:106855.
4. 坂田利家. 肥満症防止と治療における咀嚼の臨床的意義. 日本味と匂学会誌. 2006:149-156.

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。
選択肢	① はい ② いいえ
目的	夕食の摂取状況を把握する。
解説	「はい」と回答し、かつ健診結果で肥満傾向、高血糖、糖尿病、高トリグリセライド血症、低HDL血症がある場合は、仕事や家庭のやむを得ない事情等を確認・共感した上で、少しでも改善できるようにするための工夫を共に考える等の支援を行う。対処法として、就寝時間を遅らせるのではなく、例えば早めの時間に食事をとる工夫をしたり、間食等を工夫して就寝前のエネルギー、糖質等の摂取を控える等の方法がある。
エビデンス	<ul style="list-style-type: none"> • 特定保健指導を受けた2239人を対象とした研究では、1年後の健診で、「就寝前の2時間以内に夕食を取ることが週に3回以上ある」ことが改善した者では、改善しなかった者に比べて、腹囲が有意に減少し、HDLコレステロールが有意に増加したことが報告されている¹。 • 40-74歳の女性19687人を対象とした横断研究で、「就寝前の2時間以内に夕食を取ることが週に3回以上ある」と、肥満との関連が報告されている²。また、0-74歳の男女1906人を対象とした横断研究で、「就寝前の2時間以内に夕食を取ることが週に3回以上ある」と、肥満、中心性肥満との関連が報告されている³。 • 30-79歳の男女766人を対象とした横断研究では、就寝前の3時間以内に夕食をとる群では、就寝の3時間以上前に夕食をとる群に比べて、BMIと腹囲が有意に高値であったとする報告がある⁴。 • 一方で、20-49歳の男性45524人を対象とした横断研究では、「就寝前の2時間以内に夕食を取ることが週に3回以上ある」と肥満との関連はなかったと報告されている⁵。また、製造業5社の健康保険組合に所属する40-64歳の47172人を対象とした横断研究でも、「就寝前の2時間以内に夕食を取ることが週に3回以上ある」とメタボリックシンドロームとの関連はなかったことが報告されている⁶。さらに、糖尿病を発症していない40-74歳の197825人を対象とした後ろ向きコホート研究で、「就寝前の2時間以内に夕食を取ることが週に3回以上ある。」ことと糖尿病発症との関連はなかったとの報告がある⁷。40-55歳の8153人を対象とした横断研究では、「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」ことも「夕食後に間食することが週に3回以上ある」こともない群と、「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」群のメタボリックシンドロームのオッズ比に有意差はなかったと報告されている⁸。

聞き取りポイント	<ul style="list-style-type: none"> 質問17の朝食、質問20の睡眠による休養も活用し、夕食の食事内容もあわせて確認する。 「はい」と回答した場合、その人の生活パターンを詳細に聴取し、仕事や家庭の事情などの原因に応じて、本人とともに改善点を探る。「毎日早めに夕食を」と指導しても効果が上がらない場合があるので、毎日が難しい場合は、まずは「週に1回」、「2日に1回」など、段階的に目標を立てる。
声かけの例	「寝る前に食事をすると、肥満や高血糖、脂質の異常につながります。早めの時間に夕食をとる工夫を考えてみましょう。夕食の時間が遅くなる場合は、夕方に軽食をとって、夜は控えめにすることも一つの方法です。」
留意事項	<p>早めの時間に夕食を終えていても、夕食後に間食をしている場合がある。この場合も、寝る前の食事習慣が健康に与える影響を理解してもらい、改善点を探る。</p> <p>なお、就寝前2時間以内の夜遅い食事を避けるために、早い時間帯に間食を摂る場合には、食事の代わりにする食品・料理を選ぶように促す。</p>
対応方法	<ul style="list-style-type: none"> 1日に必要十分な栄養素など、健康的な食事に関する基礎知識を平易な言葉で伝える。 理解が進んだら、遅い夕食の原因と習慣を変える方法を一緒に考える。 遅い夕食の習慣が罹っている疾患に影響すると思われる場合は、医師に相談するよう勧める。

参考資料

1. 平成22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）
2. Okada C, et al. The association of having a late dinner or bedtime snack and skipping breakfast with overweight in Japanese women. *J Obes.* 2019; 2019:2439571.
3. Ishida Y, et al. Influence of the accumulation of unhealthy eating habits on obesity in a general Japanese population: The Hisayama Study. *Nutrients.* 2020; 12:3160.
4. Watanabe Y, et al. Skipping breakfast is correlated with obesity. *J Rural Med.* 2014; 9:51-58.
5. Kito K, et al. Impacts of skipping breakfast and late dinner on the incidence of being overweight: a 3-year retrospective cohort study of men aged 20-49 years. *J Hum Nutr Diet.* 2019; 32:349-355.
6. Kikuchi A, et al. Risk factors for multiple metabolic syndrome components in obese and non-obese Japanese individuals. *Prev Med.* 2021; 153:106855.
7. Kudo A, et al. Fast eating is a strong risk factor for new-onset diabetes among the Japanese general population. *Sci Rep.* 2019; 9:8210.
8. Yoshida J, et al. Association of night eating habits with metabolic syndrome and its components: a longitudinal study. *BMC Public Health.* 2018; 18:1366.

16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。
選択肢	① 毎日 ② 時々 ③ ほとんど摂取しない
目的	間食や甘い飲み物の摂取状況を把握する。
解説	「毎日」と回答し、かつ健診結果で肥満傾向、高血糖、高トリグリセライド血症がある場合は、仕事や家庭のやむを得ない事情等を確認・共感した上で、少しでも改善できるような工夫を共に考える等の支援を行う。
エビデンス	<ul style="list-style-type: none"> 20代男性を対象とした調査では、肥満者は普通体重の者に比べて、夕食後に間食をすることが多い¹。 特定保健指導を受けた2239人を対象とした研究では、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」ことが改善した者は、改善しない者に比べて、体重が有意に減少したという報告がある²。 40-74歳の男女1906人を対象とした横断研究で、間食と、肥満、中心性肥満との関連が報告されている³。 一方で、40-55歳の8153人を対象とした横断研究では、「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」ことも「夕食後に間食することが週に3回以上ある」こともない群と、「夕食後に間食することが週に3回以上ある」群のメタボリックシンドロームのオッズ比に有意差はなかったと報告されている⁴。
聞き取りポイント	間食をする人にはいくつかのパターンがある。例えば、いわゆる「お菓子好きの人」、仕事で朝が早いために昼間に間食をする人、さらに夕食後にテレビなどを見ながら間食をする人等が挙げられる。その人の間食の背景や状況を聴取し、改善点を探る。さらに、間食の内容も聞き取り、内容に応じて量や頻度、代替案などを提案するようにする。
声かけの例	「間食の種類や量（菓子や甘い飲み物など）によっては、エネルギーの摂りすぎにつながります。お菓子の買いだめをしないようにして、間食する習慣を見直しましょう。また、甘い飲み物をやめて、水やお茶にしましょう。」

留意事項	<ul style="list-style-type: none"> ● 果物に関しては、菓子類の間食とは分けて考える必要がある。成人における果物摂取と肥満との関連を調べたシステマティックレビューでは、果物摂取と長期的な体重増加抑制との関連性が示された⁵。また、ほかの生活習慣の改善とあわせて果物や野菜の摂取量を増やすことは、肥満や過体重の成人において、肥満が改善されることも示されている⁶。食事バランスガイドでは、1日200g程度の目安が示されている⁷。 ● 果物の過剰摂取は血中の中性脂肪や体重の増加をきたす懸念があるが、一定量の摂取は糖尿病の発症率を低下させる。糖尿病の管理において、糖尿病診療ガイドライン2019では1単位程度の摂取は促してよいとしている⁸。1単位（80kcal）とは、みかんなら2個程度に相当する⁹。単純糖質の摂取は控えることが望ましいが、果糖を含む果物は適量摂取が勧められている。 ● 果物にはカリウムが多く含まれている。カリウムには血圧を下げる効果があり¹⁰、循環器病のリスクを低下させる効果も期待される¹¹。 ● WHOのガイドライン¹²では、成人や子どもにおける肥満や虫歯等の非感染性疾患を減らす目的で、遊離糖類の摂取量を、総エネルギー摂取量の10%未満とすることを強く推奨した。このガイドラインでいう「遊離糖類」とは、単糖類及び二糖類のことで、人が食品・飲料に添加する糖類のほか、蜂蜜・シロップ・果汁・濃縮果汁中に天然に存在しているものであり、生鮮果実の摂取を制限するものではないことに留意されたい。
対応方法	<ul style="list-style-type: none"> ● 1日に必要十分な栄養素など、健康的な食事に関する基礎知識を平易な言葉で伝える。 ● 理解が進んだら、間食の原因と習慣を変える方法を一緒に考える。 ● 間食の習慣が確っている疾患に影響すると思われる場合は、医師に相談するよう勧める。 ● 栄養成分表示の見方を説明し、菓子や糖分入り飲料を減らすことで節約できるエネルギー量を確認できるよう指導する。

参考資料

1. 厚生省. 平成9年国民栄養調査. https://www.mhlw.go.jp/toukei/kouhyo/indexkk_14_4.html
2. 平成22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）.
3. Ishida Y, et al. Influence of the accumulation of unhealthy eating habits on obesity in a general Japanese population: the Hisayama study. *Nutrients*. 2020; 12:3160.
4. Yoshida J, et al. Association of night eating habits with metabolic syndrome and its components: a longitudinal study. *BMC Public Health*. 2018; 18:1366.
5. Hebden L, et al. Fruit consumption and adiposity status in adults: A systematic review of current evidence. *Crit Rev Food Sci Nutr*. 2017; 57:2526-2540.
6. Ledoux TA, et al. Relationship of fruit and vegetable intake with adiposity: a systematic review. *Obes Rev*. 2011; 12:e143-50.

7. 厚生労働省, 農林水産省. 食事バランスガイド. [https:// www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyousyokuj.html](https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyousyokuj.html).
8. 日本糖尿病学会編著. 糖尿病診療ガイドライン2019. 東京: 南江堂 2019.
9. 日本糖尿病学会. 糖尿病食事療法のための食品交換表.
10. Thi Minh Nguyen T, et al. Association of blood pressure with estimates of 24-h urinary sodium and potassium excretion from repeated single-spot urine samples. *Hypertens Res.* 2019; 42:411-418.
11. Aburto NJ, et al. Effect of increased potassium intake on cardiovascular risk factors and disease: systematic review and meta-analyses. *BMJ.* 2013; 346:f1378.
12. Guideline: Sugars intake for adults and children. Geneva: World Health Organization 2015. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549028>

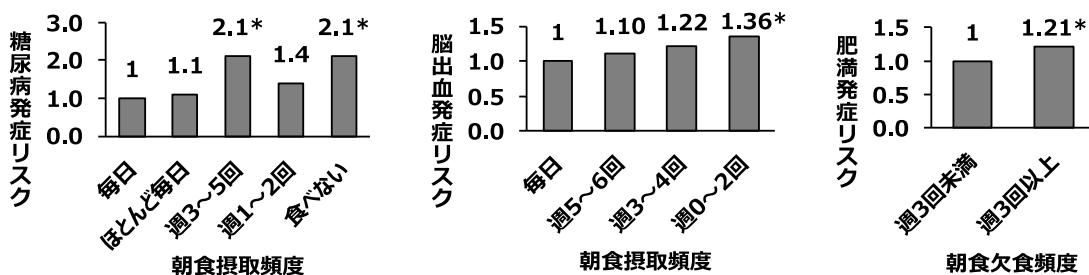
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。
選択肢	① はい ② いいえ
目的	朝食の摂取状況を把握する。
解説	朝食欠食は糖尿病、脳出血、肥満の発症リスクとの関連が報告されていることから、朝食の摂取状況を確認する。朝食を欠食している場合は、エビデンスを説明し、以下を参考に朝食摂取に関するアドバイスを行う。
エビデンス	<ul style="list-style-type: none"> 35～66歳の日本人勤労者約4,600名を対象としたコホート研究（約9年間の追跡）において、毎日朝食を摂取する群を基準とした場合の糖尿病の発症リスクは、週に3～5回の摂取が2.1倍、完全な欠食が2.1倍であった¹（図1）。 45～74歳の日本の男女、約82,000名を対象としたコホート研究（約13年間の追跡）において、朝食を毎日摂取する群を基準とした場合の脳出血の発症リスクは、週0～2回の摂取が1.36倍であった²（図1）。 日本人123,182名を対象としたコホート研究（約5年間の追跡）において、朝食を週に3回以上欠食する者の肥満の発症リスクは、1.21倍であった³（図1）。 日本人の女子大学生33名を対象とした介入研究で、一律500kcalの食事を7時、13時、19時に食べさせた朝型の生活パターンでは食事誘発性熱産生が7時で最も高く、13時、19時、1時に食べさせた夜型の生活パターンでは、1時で最も低かった。3食合わせた合計の食事誘発性熱産生は、夜型よりも朝型で有意に高かった⁴（図2）
聞き取りポイント	<p>質問15の就寝前の食事、質問20の睡眠による休養と併せて確認する。</p> <ul style="list-style-type: none"> 欠食がある場合はその理由を確認する。その際、質問15の就寝前の食事、質問20の睡眠による休養も活用し、夕食の食事内容、就寝時間、起床時間を確認する。 仕事や家庭のやむを得ない事情等を確認・共感した上で、少しでも改善できるようにするための工夫を共に考える等の支援を行う。 朝食を食べるために必要なこととして回答者の30%以上の者が選んだことは、「朝、食欲があること」、「朝早く起きられること」、「自分で朝食を用意する時間があること」、「自分で朝食を用意する手間がかからないこと」、「朝食を食べる習慣があること」であった⁵（図3）ので、朝食を食べたいか、食べたくないか、食べたくても時間がないか等を考慮する。
声かけの例	<p>「はい」の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> 「朝食を抜いてしまうのはどんな時ですか？」 「朝食を食べる時はどんなものを食べますか？」 「朝食はどなたが用意されていますか？」 「朝食を抜くと、午前中に元気が出なかったり、眠くなったりしませんか？」 「夕食の時間や量はいかがですか？」

	<p>「いいえ」の場合：週1～2回でも朝食を抜くことがないか、朝食には何を食べているかを確認する。</p> <ul style="list-style-type: none"> 「毎日朝食を食われていますか？」 「朝食には何を食えることが多いですか？」
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> 朝食を食べていると答えても、菓子パンのみなどの食事内容が偏っている場合もあるため、「いいえ」の場合も内容の確認を行い、主食・主菜・副菜がそろった栄養バランスのよい朝食の実現を目指す。 朝食だけでなく、就寝時間や睡眠、他の食事などの1日の生活リズムを意識する。
対応方法	<ul style="list-style-type: none"> 簡単に用意できる朝食の献立を紹介する。 コンビニエンスストア等で購入できるバランスのよい朝食の組み合わせを紹介する。

参考資料

図1 朝食摂取又は欠食頻度別の糖尿病¹・脳出血²・肥満³の発症リスク

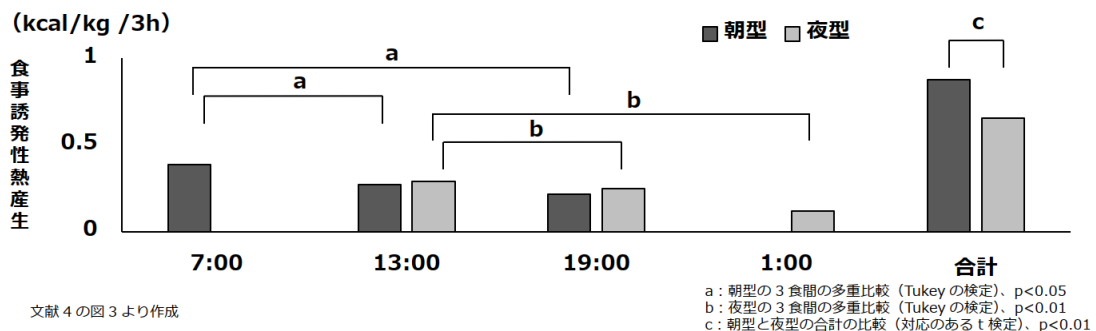
毎日朝食を摂取する群を基準とした場合の約9年後の糖尿病の発症リスクは、完全な欠食で2.1倍¹、13年後の脳出血の発症リスクは、週0～2回の摂取で1.36倍だった²。朝食を週に3回以上欠食しない者を基準とした場合の週に3回以上欠食する者の約5年後の肥満の発症リスクは1.21倍であった³。



文献1のTable2より作成 文献2のTable2より作成 文献3のTable2より作成
 *P<0.05 *P<0.05 *P<0.05

図2 生活型別の食事開始から3時間の食事誘発性熱産生⁴

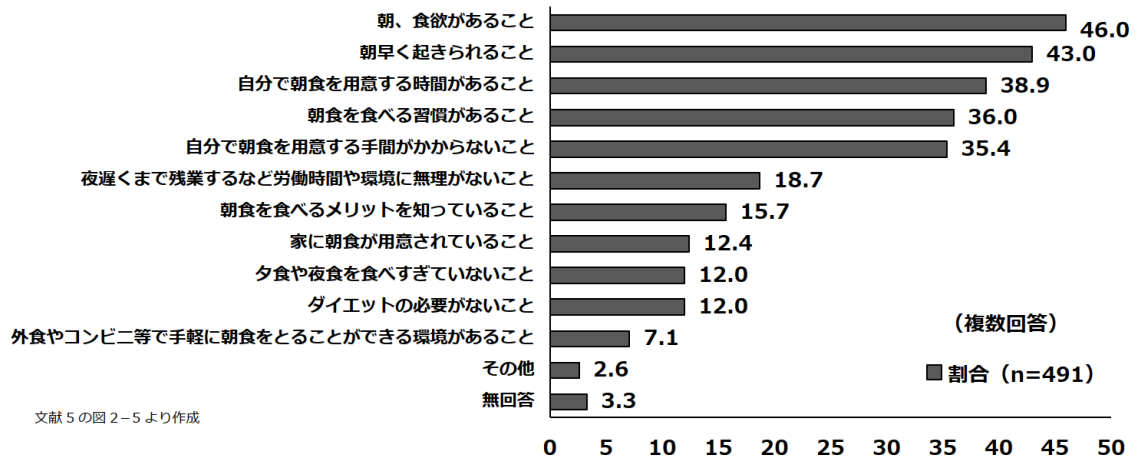
食事時間が7:00、13:00、19:00の朝型と13:00、19:00、1:00の夜型の3食合わせた食事誘発性熱産生は、夜型よりも朝型で有意に高かった。



文献4の図3より作成

図3 朝食を食べるために必要なこと⁵

「朝食を食べるためには、どのようなことが必要だと思いますか」という問いに対し、「朝、食欲があること」を選択した者が最も多く46.0%だった。



1. Uemura M, et al. Breakfast skipping is positively associated with incidence of type 2 diabetes mellitus. J Epidemiol. 2015; 25:351-358.
2. Kubota Y, et al. Association of breakfast intake with incident stroke and coronary heart disease: the Japan Public Health Center-based study. Stroke. 2016; 47:477-481.
3. Seki T, et al. Eating and drinking habits and its association with obesity in Japanese healthy adults. Br J Nutr. 2021; 126:1585-1591.
4. 関野由香ら. 食事時刻の変化が若年女子の食事誘発性熱産生に及ぼす影響. 日本栄養・食料学会誌. 2010; 63:101-110.
5. 農林水産省. 令和3年度食育に関する意識調査報告書. https://www.maff.go.jp/j/syokuiku/ishiki/r04/pdf/houkoku_2_2.pdf

18・19	<p>質問18 お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか。</p> <p>質問19 飲酒日の1日当たりの飲酒量</p>
選択肢	<p>質問18 ①毎日 ②週5～6日 ③週3～4日 ④週1～2日 ⑤月に1～3日 ⑥月に1日未満 ⑦やめた ⑧飲まない（飲めない）</p> <p>質問19 ①1合未満 ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3～5合未満 ⑤5合以上</p>
目的	<p>飲酒頻度と飲酒量を把握し、生活習慣病のリスクを高める飲酒習慣がある者を特定する。</p>
解説	<p>がん、高血圧、脳出血、脂質異常症等の飲酒に関連する多くの健康問題のリスクは、1日平均飲酒量と共にほぼ直線的に上昇することが示されている。一方で、全死亡、脳梗塞及び虚血性心疾患については、飲酒量との関係は直線的であるとは言えないが、一定の量を超えるとリスクが高まることが分かっている^{1,2}。</p> <p>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定めており、これを適切に把握することができる³。</p>
エビデンス	<ul style="list-style-type: none"> 多量飲酒は生活習慣病や死亡のリスクを高める 禁酒者に区分される人は、非飲酒者より死亡リスクが高いことが知られている⁴。これは禁酒が何らかの重篤な疾患等が契機になることが多いためと考えられている。 WHOでは「heavy episodic drink, Binge drink（大量機会飲酒）」を、「1回60グラム以上を30日に1回以上する飲酒」と定義されており、月1～3日でも飲酒量が④⑤に該当する場合は飲酒による健康リスクが高まる。 「月に1日未満」の者については、大量機会飲酒のリスクがある者と区別することが可能である。
聞き取りポイント	<ul style="list-style-type: none"> 酒類（日本酒、焼酎、ビール、洋酒等）ごとのリスクの違いについては様々な意見がある。しかし、エビデンスとして合意された見解はなく、摂取するエタノール量の総量が同じであれば酒の種類による健康影響は大きく変わらない。基本的には、飲酒頻度量×エタノール濃度の大きさを評価すべきである。
声かけの例	<ul style="list-style-type: none"> 「毎日」「週5-6日」の場合、「アルコールについて医療機関に相談されたことがありますか」、「お酒を飲まないで寝つけないことが多いですか」 「やめた」場合は、禁酒のきっかけを聴取する必要がある。 それ以外の場合、「アルコールやお酒の飲み方について体調管理の面で困りになったことはありませんか」 「5合以上」の場合、「アルコールやお酒に関連して体調を崩されたことはありませんか」 「3合以上」の場合、「アルコールについて健診や医療機関で指摘され

	<p>たことがありますか」</p> <ul style="list-style-type: none"> • それ以外の場合、「アルコールを飲みすぎたことはありませんか」
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> • 禁酒していた場合はその理由に応じた健康相談が必要な場合があり得る。 • 過度の飲酒が歯周病や歯の喪失と関係することが指摘されているため、多量飲酒者では口腔機能の悪化に留意する（問13参照）。 • 飲酒量を日本酒量換算にするため、計算の際には間違いのないよう気をつける。 • 飲酒により影響を受ける疾患の有無や、薬剤（向精神薬や睡眠薬等）の使用の有無について留意が必要である。
対応方法	<ul style="list-style-type: none"> • 主治医をもつ場合は、主治医と飲酒との付き合い方について相談するよう促す • 主治医がない場合は、健康相談や健診機関など医療者へつなげるように促す。 • 1合をエタノール量22gとして換算し、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）に該当する場合は飲酒状況の評価（AUDIT）を行い、必要であれば減酒支援（ブリーフインターベンション）を行うことが望ましい⁵。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ AUDIT（Alcohol Use Disorders Identification Test）とは、WHOが作成したアルコールスクリーニングテストであり、アルコール依存症やアルコール問題を有する者を抽出するために国際的に広く使われている。 ➢ AUDITは10問からなる質問票（0～40点）であり、8～14点を酒害教育と節酒指導の対象とし、15点以上を断酒指導と専門医療の対象とすることが一般的である。ただし、このカットオフ値は、対象者の特性（AUDITを使用する目的や、対象集団における飲酒文化等）に応じて変動させることができるため、集団間での比較には注意が必要である。 ➢ AUDITは自記式であるため、対象者が故意に飲酒を否認し、過小申告することが考えられる。そのため採点がカットオフ値以下であっても、アルコール問題が大きいと感じられた場合には断酒に向けて介入を行う等、柔軟な対応が必要である。 ➢ AUDITの具体的な質問や採点方法、ブリーフインターベンションについては、第3編（保健指導）を参照のこと。

参考資料

飲酒に係るリスクの評価

(男性)	1合未満	1～2合未満	2～3合未満	3～5合未満	5合以上
毎日			生活習慣病のリスクを高める 量を飲酒している者		
週5～6日					
週3～4日					
週1～2日					
月1～3日					

(女性)	1合未満	1～2合未満	2～3合未満	3～5合未満	5合以上
毎日		生活習慣病のリスクを高める量を 飲酒している者			
週5～6日					
週3～4日					
週1～2日					
月1～3日					

(健康日本21(第二次)及びWHOのガイドラインで規定されている飲酒による生活習慣病等のリスク評価)

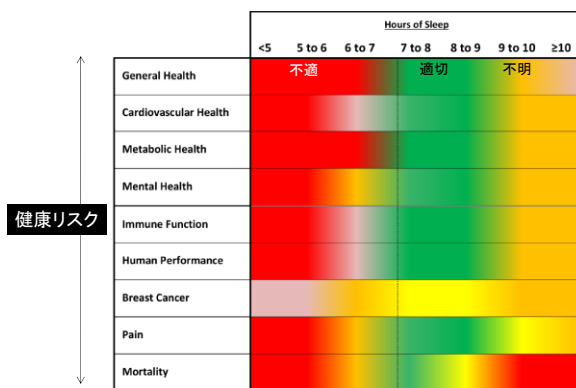
1. Inoue M, et al. Impact of alcohol drinking on total cancer risk: data from a large-scale population-based cohort study in Japan. Br J Cancer. 2005; 92:182-187.
2. Ikehara S, et al. Alcohol consumption and risks of hypertension and cardiovascular disease in Japanese men and women. Hypertens Res. 2020; 43:477-481.
3. Saito E, et al. Impact of Alcohol intake and drinking patterns on mortality from all causes and major causes of death in a Japanese population. J Epidemiol. 2018; 28:140-148.
4. Lin Y, et al. Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly Japanese men and women. Ann Epidemiol. 2005; 15: 590-7.
5. 樋口進、中秀紀(編): WHO世界戦略を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合的研究 改訂版アルコール保健指導マニュアル. 新興医学出版社. 2016.

20	睡眠で休養が十分とれている。
選択肢	①はい ②いいえ
目的	作業能力の低下や事故の原因になるばかりでなく、循環器疾患、代謝障害などのリスク因子である睡眠の量や質、睡眠呼吸障害の可能性を評価する。
解説	「いいえ」と答えた者は、睡眠の「量」又は「質」に問題がある可能性がある。量すなわち睡眠時間が不足している場合は、仕事や家庭のやむを得ない事情等を確認し共感した上で睡眠時間を確保できるよう支援する。特に6時間未満の短時間睡 ¹ は体や心の健康によくないことを説明する。睡眠の質に問題がある場合は、「健康づくりのための睡眠指針2014」12か条 ² 等を参照して支援を行う。
エビデンス	睡眠時間が6時間未満の場合は、一般的な健康状態（general health）が損なわれ、心血管障害、代謝障害のリスク度が高まる。また、心の健康にも影響するほか、免疫力が低下し、作業能力も低下する。体脂肪率も増加する ¹ 。
聞き取りポイント	<ul style="list-style-type: none"> 肥満、高血圧、糖尿病、心房細動、心疾患、脳卒中後等では「睡眠時無呼吸症候群（SAS）」を合併していることが多い。昼間の眠気、充足感のない睡眠、いびき、夜間のあえぎ、窒息感等の状況を確認する。
声かけの例	<p>「<u>いいえ</u>」の場合</p> <p>「何時間（何時から何時）寝ていますか？」「寝付けないことが多いですか？」</p> <ul style="list-style-type: none"> 睡眠で重要な事は量と質であることを説明し、まずは睡眠時間を6時間以上確保するように説明する。 6時間未満の睡眠は生活習慣病につながり、心の健康にもよくないことを伝える。
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> 肥満、高血圧、糖尿病、心房細動、心疾患、脳卒中後等では「睡眠時無呼吸症候群（SAS）」を合併していることが多い³。昼間の眠気、充足感のない睡眠、いびき、夜間のあえぎ、窒息感等の状況を確認する。SASの内90%以上を占める通常いびきを伴う閉塞性SASでは、3大要因は肥満、加齢、男性であり、減量が有効なことから、減量への動機付けにつなげることができる。例えば体重の10%の減量で睡眠時無呼吸は約30%減少すること⁴等を説明する。必要に応じて減量や、SAS治療用のマウスピース、CPAP等の治療法、医療機関の受診についても情報を提供する⁵。 この質問に「いいえ」と回答した場合、睡眠で重要な事は量と質であることを説明し、まずは睡眠時間を6時間以上確保するように説明する。6時間未満の睡眠は生活習慣病につながり、心の健康にもよくないことを伝える。不眠症も心と体の健康を害することがあることを説明する。十分な睡眠時間を確保しても睡眠で休養が取れない場合、

	<p>睡眠時無呼吸、不眠等の頻度の高い睡眠障害について説明し、医療機関の受診についても情報提供する。</p> <ul style="list-style-type: none"> 「いいえ」と回答した場合、規則正しい睡眠・食事習慣を指導しつつ⁶、食生活・運動習慣等の改善意欲が低下しやすいことに留意し、減量目標の設定を急ぐのではなく、睡眠の質と量を確保できるような支援を行う。
対応方法	<ul style="list-style-type: none"> 「いいえ」と回答した場合、食生活・運動習慣等の改善意欲が低下しやすいことに留意し、減量目標などの設定を急ぐのではなく、睡眠の質と量を確保できるような支援を行う。 睡眠の質に問題がある場合は、「健康づくりのための睡眠指針2014」12か条を参照して支援を行う。 十分な睡眠時間を確保しても睡眠で休養が取れない場合、睡眠時無呼吸、不眠等の頻度の高い睡眠障害について説明し、医療機関の受診についても情報提供する。 睡眠時無呼吸症候群では減量が有効なことから、減量への動機付けにつなげることができる。例えば体重の10%の減量で睡眠時無呼吸は約30%減少すること等を説明する。 必要に応じて減量やマウスピース・CPAP等の治療、医療機関の受診について情報提供する。

参考資料

睡眠時間と健康リスク



米国睡眠学会 成人の睡眠時間に関する合意声明 Sleep 2015;38:1161-1183

1. Consensus Conference Panel. Joint consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society on the recommended amount of sleep for a healthy adult: methodology and discussion. Sleep. 2015; 38:1161-1183.
2. 健康づくりのための睡眠指針2014. <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000047221.pdf>
3. International classification of sleep disorders, 3rd ed. American Academy of Sleep Medicine, Darien

IL, 2014.

4. Peppard PE, et al. Longitudinal study of moderate weight change and sleep-disordered breathing. *JAMA*. 200; 284:3015-3021.
5. 睡眠時無呼吸症候群(SAS)の診療ガイドライン2020. 日本呼吸器学会, 厚生労働科学研究費補助金「難治性疾患・肺高血圧症に関する調査研究」班 (監修)、睡眠時無呼吸症候群(SAS)の診療ガイドライン作成委員会編、南江堂、東京、2020.
6. Matsumoto T, et al. Combined association of clinical and lifestyle factors with non-restorative sleep: The Nagahama Study. *PLoS One*. 2017; 12:e0171849.

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。
選択肢	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）
目的	運動や食生活等の生活習慣の改善に対して対象者がどのような行動変容ステージ（準備段階）にあるかを確認することで、対象者の準備段階に応じた適切な保健指導となるようにする。
解説	保健指導の際に生活習慣の改善について、対象者がどのような行動変容ステージ（準備段階）にあるかを確認するものである。プロチャスカの行動変容理論に基づき、準備段階を踏まえた保健指導を行う上で活用していく。なお、健診や人間ドックを受けてから保健指導を利用するまで、あるいは保健指導を実施している中でも、対象者の行動変容ステージは変化していくことが想定できるので、保健指導実施者は、常に、対象者の行動変容ステージに着目していく。また、生活習慣は、食生活、運動・身体活動、喫煙、飲酒、睡眠・休養等、多岐にわたるので、いずれの生活習慣に対するの行動変容ステージなのかについても留意する。
聞き取りポイント	<ul style="list-style-type: none"> 保健指導を実施する際、健診時の回答から対象者の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、保健指導の場面で再度行動変容ステージを確認することが大切である³。 この質問項目では、生活習慣に対する行動変容ステージをまとめて聞いているが、実際には食生活、運動・身体活動、喫煙、飲酒、睡眠・休養等、それぞれの行動ごとにステージが異なることが一般的であるので、保健指導の場面では、それぞれについての行動変容ステージを問う追加の質問を行うことが望ましい⁴。 生活習慣に関する行動変容に対して困難感を抱く対象者の心情に共感し、行動変容を阻害している要因や環境を対象者と共に考え、気づきを促すことが必要である。 生活習慣に関する行動変容への取組みは、まずは、対象者本人が自覚することが重要であるが、変更した生活習慣の継続には、サポートしてくれる人の存在は大きい。継続できる条件を対象者ととも考えることも重要である。

声かけの例	<ul style="list-style-type: none"> • すでに取組んでいる場合（4 実行期、5 維持期）、どのような取組みをいつから開始しているのか、その効果をどのように感じているのかを確認・賞賛すると共に、取組みを続けることの重要性を伝える。ただし、無理な方法を実施していたり、続けることが困難と感じていたりする場合には、目標の見直し等について指導する。 • 準備期(3)では、実行しやすい目標を設定し、適切なタイミングでツールを提供する等により実行できるという自信につながるよう励ますことが有効である。 • 関心期・熟考期(2)では、生活習慣改善のメリットを伝えると共に、無理のない方法で効果が上がることを伝える。例えば約3%の減量でも検査値の改善効果が得られる⁵ことを伝える等の方法がある。セルフ管理につながるようなツールを提示し、継続できることをイメージしてもらうことも重要である。 • 無関心期・前熟考期(1)では、現在の生活習慣が疾病につながることを伝える。ただし、「改善するつもりはない」と回答している者の中には、例えば、既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等、別の意図で回答している場合もあるので、本人の意識と行動を改めて確認する。その際、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。
留意事項	<p>「改善するつもりはない」と回答しても、特定保健指導の基準に該当すれば、利用を勧められることになることの理解を得ておくことが必要である。改善意欲が低いと回答しても、面接によって意欲が高まることもあるので、保健指導の対象者となったことの理解を促し、保健指導の利用を勧める。保健指導の対象者として除外する場合は慎重さが求められる。</p>
対応方法	<ul style="list-style-type: none"> • 生活習慣の改善を考える上で、行動変容への準備状況が重要であることからこの質問項目を設けていることの理解を促す。 • この質問項目への回答によらず、特定保健指導の基準に該当すれば、利用を勧められることになることの理解を得る。 • 生活習慣は、食生活、運動・身体活動、喫煙、飲酒、睡眠・休養等、多岐にわたるが、全体を捉えての回答でよいことを説明する。

参考資料

1. Prochaska JO, et al. The transtheoretical model and stages of change. Health Behavior Theory, Research, and Practice. 5th ed. Glanz K, et al., P125-136, Jossey -Bass, 2015.
2. 松永里香ら. 特定保健指導における行動変容ステージ別アプローチ方法. 保健師ジャーナル. 2012; 68: 50-56.
3. 林美美ら. 特定保健指導の初回面接直後における職域男性の減量への取り組みに対する態度と体重減少との関係. 栄養学雑誌 2012; 70: 294-304.
4. 溝下万里恵ら. 生活習慣変容ステージは健康行動の実施と一致しているか—特定健康診査における標準的な質問票を用いた検討—. 栄養学雑誌 2011; 69: 318-325.
5. Muramoto A, et al. Three percent weight reduction is the minimum requirement to improve health hazards in obese and overweight people in Japan. Obes Res Clin Pract. 2014; 8: e466-75.

22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。
選択肢	①はい ②いいえ
目的	特定健診を受診することだけを目的とせず、健診結果に応じて、その後の特定保健指導を受け利用し、生活習慣の改善の必要性があることの自覚を促す。また、これまでの特定保健指導の利用歴を想起することで、自分自身の生活習慣を振り返ることにもつなげていく。
解説	特定保健指導は、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が多く期待できる方に対して、専門スタッフ（保健師、管理栄養士など）が生活習慣を見直すサポートをすることである。主体は対象者本人であり、特定健診を受診するだけでなく、特定保健指導の対象者条件に当てはまる状態、つまり、階層化により特定保健指導の対象者となったら、特定保健指導を利用して、自らの生活習慣を改善していこうと前向きな気持ちになるよう、特定健診の受診時からの自覚を促すことが大切である。保険者が対象者の特定保健指導の利用歴を保有していることが多いと想定されるが、保健指導の現場ではその情報を見られないことも多い。また健康保険組合から国民健康保険へ移動するなど、保険者間を移動した場合、それまでの特定保健指導の利用歴が継続されない可能性が考えられる。そのため、本質問項目で、特定保健指導の利用歴を確認する。
聞き取りポイント	<ul style="list-style-type: none"> 前年度だけでなく、これまでの特定保健指導の利用歴について回答してもらおうが、対象者がどの程度覚えているか、個人差があると思われ、できる範囲で聞き取る。 保険者間を移動したことが想定される場合、以前の保険者での特定保健指導の利用歴も含めて、回答してもらおう。
声かけの例	<p><u>保険者間を移動したことが想定される場合</u> 「これまでに特定健診を受け、その後に、特定保健指導を利用したかについてお聞きしています。以前、いずれかで働いていて、その時に特定保健指導を利用していたら、そのことも含めて、回答してください」</p> <p><u>特定保健指導を利用したかが不確かな場合</u> 「特定健診の結果を受け取った後、保健師や管理栄養士などと、食事や運動などの生活習慣についての相談を利用したことはありますか。」 「特定健診の結果を受け取る際、体重や腹囲を減らすことを目的とした保健指導を受けましたか？」</p>

留意事項	<p>第三期までの質問項目、「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。」は、健診結果に基づき基準を満たす場合には、特定保健指導の対象となることが理解されていないことが指摘されていた。具体的には、特定保健指導の利用について、「②いいえ」と回答した者に対して、保健指導実施者が特定保健指導を勧める、あるいは始める際、「自分は特定保健指導を希望していない」等、誤解を招き、トラブルにつながることを指摘されていた。このような誤解を回避するとともに、特定保健指導の利用歴を確認する質問に変更することで、対象者との会話のきっかけとなり、健診だけでなくその後の保健指導を利用して生活習慣を見直すという対象者の認識に働きかけることにつながる。また転職等のために保険者が変わり、新しい保険者が過去の特定保健指導の利用歴に係るデータを保有していない場合であっても、この質問項目への回答から利用歴を把握できる。これにより、特定保健指導の利用歴を考慮した対応へと保健指導の内容を工夫することが可能となる。</p>
対応方法	<ul style="list-style-type: none"> • 転職や退職により保険者が変わり、新しい保険者のもと、特定健診を受診しているかについて、まず確認する。その上でこの質問項目への回答は、これまでの特定保健指導の利用歴を尋ねていることの理解を促し、正確な回答となるよう説明する。 • 特定健診の結果に基づき、基準を満たす場合には特定保健指導の対象となることの理解を促す。 • 特定健診でのこの質問項目への回答結果を、特定保健指導実施者が把握できるようにし、対象者の特定保健指導の利用歴に応じた特定保健指導の実施につなげる。 • 以前に特定保健指導を利用した後、立案した行動目標の内容、達成状況や継続状況など、生活習慣の改善に関してうまく行った点、行かなかった点を聞き取って、今回の保健指導の方針を立てる際の参考にする。

独自に追加する場合に有用と考えられる質問項目

	<ol style="list-style-type: none"> 1. 食塩（塩分）摂取を控えるようにしていますか。 2. 毎日1回以上魚を食べていますか。 3. 野菜をどの程度食べていますか。 4. 1日1回は果物を食べていますか。
選択肢	<ol style="list-style-type: none"> 1. ①はい ②いいえ 2. ①はい ②いいえ 3. ①ほぼ毎食 ②1日1~2回 ③1日1回未満 ④ほとんど食べない 4. ①はい ②いいえ
目的	循環器疾患発症予防のために重要な食習慣の現状を把握する。
解説	標準的な質問票では、肥満と関連する生活習慣についての質問が多く含まれているが、循環器疾患発症予防のためにはそのほかにも重要な生活習慣がある。特に食習慣の改善は、保健指導の中心となる場合が多く、健診時に主要な食習慣を把握することで指導に生かすことができる。ここでは、重要な四つの食事因子を挙げた。集団全体におけるこれらの食習慣の把握は、保健事業を計画・評価するときにも重要となるため、上記の質問項目を必要に応じて追加することが望ましい。
エビデンス	<ul style="list-style-type: none"> • 食塩摂取量が多いほど血圧が高く¹、減塩により血圧が低下する^{2,3}。また、「減塩している」と答えた者では、していない者に比べて1日1~2g食塩摂取量が少ないと報告されている^{4,5}。 • 魚及び魚に多く含まれるn-3系多価不飽和脂肪酸（EPA、DHA）は循環器予防効果があることが報告されている^{6,7,8}。 • 野菜や果物が多い食事⁹あるいは野菜・果物に多く含まれるカリウム¹⁰には血圧低下効果があることが報告されている。また、野菜に多く含まれる食物繊維には糖・脂質代謝改善^{11,12}の効果があることが報告されている。野菜、果物摂取により循環器疾患リスクが低下することが報告されている^{6,13}。 • 野菜、果物、魚、食塩摂取量は各々独立して循環器疾患リスクと関連するとともに、四つの食事因子の組み合わせにより循環器疾患死亡リスクは相乗的に低下することが示されている⁶。
聞き取りポイント	<ul style="list-style-type: none"> • 食塩の摂取源は、調味料（醤油、味噌など）、汁物（味噌汁、スープ）、めん類、加工肉（ハム・ソーセージ）、練り製品（ちくわ、かまぼこ）などが挙げられる。これらの食品を控えている場合、問1は「①はい」となる。 • 魚については、食事バランスガイド¹⁴で示されている2サービング相当である1切れ（約80g）を目安として聞き取る。 • 野菜については、小鉢1皿で約70g相当である。1日の推奨量は5皿分（350g）となり、毎食1-2皿食べる必要があるため、1日の摂取頻度を聞き取る。 • 果物については、1回の目安量は100g（りんご半分、バナナ1本あるいはみかん1個）として聞き取る。1日の推奨量は200g程度である¹⁴。

	<ul style="list-style-type: none"> 市販の野菜・果物（果汁100%）ジュースについては分量を「野菜」「果物」として数える。例えば、紙パックの果物ジュース1本（200ml）は果物1回の目安量となる。ただし、ジュースによる果物や野菜の摂取を推奨しているわけではなく、あくまでも補助的なものとして考える¹⁴。
声かけの例	「普段の食事を振り返って、平均的な食習慣について教えてください」
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> 腎臓病のためカリウム制限が必要な場合は、野菜と果物の適切な摂取量について医師及び管理栄養士の指示に従う。 糖尿病や肥満を有する場合でも、果物の摂取を勧めてよいが、全体の摂取エネルギー量を考慮した上で個別に推奨を行う。
対応方法	<ul style="list-style-type: none"> わが国においてはほぼ全ての成人で減塩が必要であるが、簡単な質問で食塩摂取量を把握することは困難である。しかし、減塩を実践している者の割合を把握することは重要であり、また実践していない者には減塩の知識や技術の支援が必要である。 特に循環器疾患危険因子を有する者では、循環器疾患予防のために魚の摂取を推奨する。また、食事バランスの点からも、魚摂取が少ない者では魚摂取の増加を指導すべきである。 野菜は1日350gの摂取が推奨されているが、わが国の摂取量は未だ不十分である。1日小鉢5皿分が目安であり、毎食1-2皿の野菜を摂取することが望ましい。 果物に含まれるカリウムには血圧低下作用があり、血圧高値の者では果物の摂取が推奨される。食事バランスガイドでは1日200g程度を摂取の目安としており、1日少なくとも1回の果物摂取が勧められる。

参考資料

- Intersalt Cooperative Research Group. Intersalt: an international study of electrolyte excretion and blood pressure. Results for 24 hour urinary sodium and potassium excretion. *BMJ*. 1988; 297:319-328.
- Mozaffarian D, et al. Global sodium consumption and death from cardiovascular causes. *N Engl J Med*. 2014; 371:624-634.
- Sacks FM, et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. *N Engl J Med*. 2001; 344:3-10.
- 常松典子ら. 減塩食実施者は通常の食生活の人に比べ食塩摂取量がどの程度少ないか? ~INTERMAP日本より~. *日本循環器病予防学会誌*. 2004; 39:149-156.
- Okuda N, et al. Individual efforts to reduce salt intake in China, Japan, UK, USA: what did people achieve? The INTERMAP Population Study. *J Hypertens*. 2014; 32: 2385-2392.
- Kondo K, et al. Cardiovascular Risk Assessment Chart by Dietary Factors in Japan - NIPPON DATA80. *Circ J*. 2019; 83:1254-1260.
- Iso H, et al. Intake of fish and n3 fatty acids and risk of coronary heart disease among Japanese:

- The Japan Public Health Center-Based (JPHC) Study Cohort I. *Circulation*. 2006; 113:195-202.
8. Miyagawa N, et al. Long-chain n-3 polyunsaturated fatty acids intake and cardiovascular disease mortality risk in Japanese: a 24-year follow-up of NIPPON DATA80. *Atherosclerosis*. 2014; 232:384-389.
 9. Appel LJ, et al. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. DASH Collaborative Research Group. *N Engl J Med*. 1997; 336:1117-1124.
 10. Aburto NJ, et al. Effect of increased potassium intake on cardiovascular risk factors and disease: systematic review and meta-analyses. *BMJ*. 2013; 346:f1378.
 11. Reynolds A, et al. Carbohydrate quality and human health: a series of systematic reviews and meta-analyses. *Lancet* 2019; 393:434-445.
 12. Post RE, et al. Dietary fiber for the treatment of type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis. *J Am Board Fam Med*. 2012; 25:16-23.
 13. Okuda N, et al. Fruit and vegetable intake and mortality from cardiovascular disease in Japan: A 24-year follow-up of the NIPPON DATA80 Study. *Eur J Clin Nutr*. 2015; 69: 482-488.
 14. 厚生労働省, 農林水産省. 食事バランスガイド.
[https:// www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyou-syokuji.html](https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyou-syokuji.html).

健診の検査実施方法及び留意事項

健診の検査実施方法について下記のとおりとすることが望ましい。

第一 特定健康診査

1 特定健康診査を受診する者に対する事前の通知について

特定健康診査の受診者に対し、特定健康診査を実施する前に、次の(1)及び(2)について通知しておくこと。

(1) 特定健康診査の意義

特定健康診査は、自分自身の健康状態を認識できる機会であることや、日頃の生活習慣が特定健康診査の結果に表れてくるものであるということ。

(2) 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、特定健康診査の前日は控えること。

イ 午前中に特定健康診査を実施する場合は、空腹時血糖、空腹時中性脂肪等の検査結果に影響を及ぼすため、特定健康診査前 10 時間以上は、水以外の飲食物を摂取しないこと。

ウ 午後に特定健康診査を実施する場合は、ヘモグロビン A1c 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、特定健康診査まで水以外の飲食物を摂取しないことが望ましいこと。

エ やむを得ず空腹時以外に採血を行う場合には、食後 3.5 時間以降に採血を行うこと。

2 特定健康診査の実施方法及び判定基準について

(1) 既往歴の調査

高血圧症、脂質異常症及び糖尿病の治療に係る薬剤の服用の有無及び喫煙習慣について、確実に聴取すること。

(2) 腹囲の検査

ア 立位、軽呼吸時において、臍（へそ）の高さで測定すること。

イ 脂肪の蓄積が著明で臍が下方に変位している場合は、肋骨下縁と上前腸骨棘の midpoint の高さで測定すること。

ウ より詳細については、国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所のホームページ（※1）において示されているので、これらを参考とすること。

※1 <https://www.nibiohn.go.jp/eiken/info/kokucho.html>

(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こと。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第7版」（一般社団法人日本循環器病予防学会編。以下同じ。）等）が示されているので、これを参考とすること。

(4) 血中脂質検査及び肝機能検査

- ア 原則として、分離剤入りプレイン採血管を用いること。
- 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こと。
- 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こと。
- エ 血中脂質検査の測定方法については、トレーサビリティ（検査測定値について、測定基準となる標準物質に合わせられることをいう。以下同じ。）のとれた可視吸光光度法、紫外吸光光度法等によること。なお、LDLコレステロールの値は、中性脂肪の値が400mg/dl以上又は食後採血の場合を除き、フリードワルド式を用いて算出することができ、中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合は、Non-HDLコレステロールの値を用いて評価することができる。LDLコレステロール（フリードワルド式）及びNon-HDLコレステロールの値は、次式により算出する。
 - ① LDLコレステロール（フリードワルド式）(mg/dl) = 総コレステロール (mg/dl) - HDLコレステロール (mg/dl) - 空腹時中性脂肪 (mg/dl) / 5
 - ② Non-HDLコレステロール (mg/dl) = 総コレステロール (mg/dl) - HDLコレステロール (mg/dl)
- オ 空腹時中性脂肪であることを明らかにすること。やむを得ず空腹時以外に採血を行う場合は、食直後を除き随時中性脂肪により血中脂質検査を行うことができる。なお、空腹時とは、絶食10時間以上、食直後とは、食事開始時から3.5時間未満とする。
- カ 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、トレーサビリティのとれた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、トレーサビリティのとれた可視吸光光度法等によること。

(5) 血糖検査

次のア又はイのいずれかの方法により行うこと。

- ア 血中グルコースの量の検査
 - ① 空腹時血糖であることを明らかにすること。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こと。やむを得ず空腹時以外において採血を行い、ヘモグロビンA1cを測定しない場合は、食直後を除き随時血糖により血糖検査を行うことができる。なお、食直後とは、

食事開始時から 3.5 時間未満とする。

- ② 原則として、フッ化ナトリウム入り採血管（血糖検査用採血管）を用いること。
- ③ 採血後、採血管内を 5～6 回静かに転倒・混和すること。
- 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こと。
- 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こと。
- ⑥ 測定方法については、トレーサビリティーのとれた電位差法、可視吸光光度法、紫外吸光光度法等によること。

イ ヘモグロビン A1c 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こと。
- ② 採血後、採血管を 5～6 回静かに転倒・混和すること。
- ③ 混和後、採血管は、冷蔵で保管すること。
- ④ 採血後、48 時間以内に測定すること。
- ⑤ 測定方法については、トレーサビリティーのとれた免疫学的方法、高速液体クロマトグラフィー（HPLC）法、酵素法等によること。

(6) 尿中の糖及び蛋白の検査

- ア 原則として、中間尿を採尿すること。
- 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こと。
- 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第 7 版」等）が示されているので、これを参考とすること。

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

(8) 心電図検査

- ア 安静時の標準 12 誘導心電図を記録すること。
- 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第 7 版」等）が示されているので、これを参考とすること。

(9) 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こと。

イ 高血糖者に対しては、原則、両眼の眼底撮影を行う。その上で、所見の判定がより重症な側の所見を記載すること。

ウ 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第7版」等）が示されているので、これを参考とすること。

(10) 血清クレアチニン検査

ア 血清クレアチニン検査については、可視吸光光度法（酵素法）等によること。

イ eGFRにより腎機能を評価すること。

ウ eGFRは、次式により算出する。

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

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

(11) その他

ア 現在の生活習慣、過去の健康診査の受診状況、家族歴等について、必要に応じて質問票等により聴取すること。

イ 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健康診断において、特定健康診査に相当する項目を実施したことを保険者が確認した場合は、第一の2の(1)から(10)までに掲げる実施方法と異なるものであっても、特定健康診査の全部又は一部を行ったものとする。

※詳細は通知「令和 年度以降における特定健康診査及び特定保健指導の実施並びに健診実施機関等により作成された記録の取扱いについて（令和 年 月 日）（健発 第 号）（保発 第 号）」参照のこと。

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

	項目コード (JLAC10)	項目名	保健指導 判定値	受診勧奨判定値(注) (判定値を超えるレベルの場合、再検査や生活 習慣改善指導等を含め医療機関での管理が必 要な場合がある。)	単位
1	9A75500000000001 9A75200000000001 9A75100000000001	収縮期血圧	≧130	≧140	mmHg
2	9A76500000000001 9A76200000000001 9A76100000000001	拡張期血圧	≧85	≧90	mmHg
3	3F015000002327101 3F015000002327201 3F015000002399901	空腹時中性脂肪	≧150	≧300	mg/dl
4	3F015129902327101 3F015129902327201 3F015129902399901	随時中性脂肪	≧175	≧300	mg/dl
5	3F070000002327101 3F070000002327201 3F070000002399901	HDL コレステロール	<40	—	mg/dl
6	3F077000002327101 3F077000002327201 3F077000002399901 3F077000002391901	LDL コレステロール	≧120	≧140	mg/dl
7	3F069000002391901	Non-HDL コレステロール	≧150	≧170	mg/dl
8	3D010000002226101 3D010000002227201 3D010000001927201 3D010000001999901	空腹時血糖	≧100	≧126	mg/dl
9	3D046000001906202 3D046000001920402 3D046000001927102 3D046000001999902	HbA1c (NGSP)	≧5.6	≧6.5	%
10	3D010129901926101 3D010129902227101 3D010129901927201 3D010129901999901	随時血糖	≧100	≧126	mg/dl
11	3B035000002327201 3B035000002399901	AST(GOT)	≧31	≧51	U/L
12	3B045000002327201 3B045000002399901	ALT(GPT)	≧31	≧51	U/L
13	3B090000002327101 3B090000002399901	γ-GT (γ-GTP)	≧51	≧101	U/L
14	8A065000002391901	eGFR	<60*	<45*	ml/min/1.73m ²
15	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)	g/dl

(注)受診勧奨判定値を超えるレベルの場合、健診受診者本人に健診結果を通知する等の対応の際には、フィードバック文例集を参照・活用下さい。

※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。

※3～7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。

※8～10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。

※11～13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。

※14のデータ基準については日本腎臓学会「CKD診療ガイド」等に基づく。

※15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ごとに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。

⇒血圧については○ページを参照

健診判定			対応	
			肥満者の場合	非肥満者の場合
異常 ↑	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	
正常 ↓	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
		保健指導判定値未満のレベル	⑤今後も継続して健診受診を	

⇒脂質については○ページを参照

健診判定			対応	
			肥満者の場合	非肥満者の場合
異常 ↑	受診勧奨判定値を超えるレベル	LDL-C ≥ 180 mg/dL 又は TG ≥ 500 mg/dL (※空腹時、随時を問わない)	①早期に医療機関の受診を	
		140mg/dL \leq LDL-C < 180 mg/dL 又は 300mg/dL \leq TG < 500 mg/dL (※空腹時、随時を問わない)	②生活習慣を改善する努力をした上で、医療機関の 受診を	
正常 ↓	保健指導判定値を超えるレベル	120mg/dL \leq LDL-C < 140 mg/dL 又は 空腹時150mg/dL(随時175mg/dL) \leq TG < 300 mg/dL 又は HDL-C < 40 mg/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	⑤今後も継続して健診受診を	

⇒血糖については○ページを参照

健診判定				対応			
				肥満者の場合		非肥満者の場合	
		血糖 (mg/dL)	HbA1c (NGSP)(%)	糖尿病治療中*	糖尿病未治療*	糖尿病治療中*	糖尿病未治療*
異常 ↑	受診勧奨判定値を超えるレベル	126~	6.5~	①受診継続、血糖マネジメントについて確認・相談を	②定期的に医療機関を受診していなければすぐに医療機関受診を	③受診継続、血糖マネジメントについて確認・相談を	②定期的に医療機関を受診していなければすぐに医療機関受診を
				④受診継続	⑤特定保健指導の積極的な活用と生活習慣の改善を、また、精密検査を推奨	⑥受診継続	⑦生活習慣の改善をぜひ精密検査を
正常 ↓	保健指導判定値を超えるレベル	110~125	6.0~6.4				
		100~109	5.6~5.9		⑩今後も継続して健診受診を		
基準範囲内		~99	~5.5	⑨肥満改善と健診継続を			

*「標準的な質問票」の「2 b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射の使用の有無」に対する回答による。

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・血糖等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。個々の文例を組み合わせて重複を除いて、分かりやすく説明する等工夫してください。
- 文中で保健センター等と記載されている部分は、各保険者や地域の実態に合わせて適切な機関名（組織名）に変更してください。
- あくまでも文例なので記載方法の変更は自由ですが、記載されている科学的根拠から逸脱しないように注意してください。

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
	保健指導判定値未満のレベル	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、あなたの血圧はⅡ度以上の高血圧になっていました。この血圧レベルの人は、望ましい血圧レベル（収縮期血圧120mmHg未滿かつ拡張期血圧80mmHg未滿）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。正確な血圧の診断の上で、治療が必要となる血圧レベルです。

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

（脳心血管病（脳血管や心臓の病気）、心房細動、慢性腎臓病、糖尿病、危険因子の集積*がない場合）

今回、あなたの血圧はⅠ度高血圧になっていました。この血圧レベルの人は、望ましい血圧レベル（収縮期血圧120mmHg未滿かつ拡張期血圧80mmHg未滿）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分かっています。正確な血圧の診断の上で、治療が必要となる血圧レベルです。

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、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、特定保健指導を活用する方法、保健センター等で健康相談や保健指導を受ける方法等があります。これらを実行した上で、おおむね1か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。

(脳心血管病(脳血管や心臓の病気)、心房細動、慢性腎臓病、糖尿病、危険因子の集積*がある場合)

今回、あなたの血圧はI度高血圧になっていました。血圧以外の検査でも脳卒中や心筋梗塞を起こしやすい状態になっている可能性があります。正確な血圧の診断の上で、治療が必要となる血圧レベルです。至急かかりつけの医療機関を受診してください。

③の場合(肥満者)

130mmHg ≤ 収縮期血圧 < 140mmHg

又は 85mmHg ≤ 拡張期血圧 < 90mmHg

今回、あなたの血圧値はやや高め(高値血圧)でした。この血圧レベルの人は、望ましい血圧レベル(収縮期血圧120mmHg未滿かつ拡張期血圧80mmHg未滿)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分かっています。血圧を下げるためには、減量、適度な運動、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。

また、脳心血管病(脳血管や心臓の病気)、心房細動、慢性腎臓病、糖尿病、危険因子の集積*があれば薬物療法が必要になる場合がありますので、医療機関で相談してください。

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 ≤ 収縮期血圧 < 140mmHg

又は 85mmHg ≤ 拡張期血圧 < 90mmHg

今回、あなたの血圧値はやや高め(高値血圧)でした。この血圧レベルの人は、望ましい血圧レベル(収縮期血圧120mmHg未滿かつ拡張期血圧80mmHg未滿)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分かっています。

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、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。

また、脳心血管病(脳血管や心臓の病気)、心房細動、慢性腎臓病、糖尿病、危険因子の集積*があれば薬物療法が必要になる場合がありますので、医療機関で相談してください。

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。

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、あなたの血圧値は保健指導判定値未満でした。収縮期血圧120mmHg 未満かつ拡張期血圧80mmHg 未満であれば望ましい血圧レベルです（正常血圧）。

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。

【保険者及び健診担当医、保健指導従事者への補足説明】

1) 高血圧治療ガイドライン 2019 では、「危険因子の集積^{*}」を、下記の危険因子が三つ以上ある場合としている。健診結果の通知の際に参考にすることが望ましい。

※「危険因子の集積」とは、以下の脳心血管病の危険因子が三つ以上ある場合を指す。

- 高齢（65 歳以上）
- 男性
- 喫煙
- 脂質異常症（HDL コレステロール<40mg/dL、LDL コレステロール \geq 140mg/dL、TG \geq 150mg/dL）
- 肥満（BMI \geq 25）（特に内臓脂肪型肥満）

2) 高血圧治療ガイドライン 2019 では、診察室血圧の血圧値分類を表1のとおりとしている。特定健診における保健指導判定値（収縮期血圧130mmHg 以上、拡張期血圧85mmHg 以上）と高値血圧の基準値（収縮期血圧130-139mmHg、拡張期血圧80-89mmHg）が異なることに留意する。

3) 高血圧治療ガイドライン 2019 における、診察室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化を表2に、初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画を表3に示す。高値血圧（収縮期血圧130-139mmHg、拡張期血圧80-89mmHg）の範囲であっても高リスクに分類される場合（脳心血管病、心房細動、慢性腎臓病、糖尿病、危険因子の集積^{*}がある場合）には薬物療法の適応になることがある。

4) 血圧値が高血圧の範囲になくても、高血圧の薬物治療中であれば、医療機関で相談の上、治療を継続することを推奨する。

5) 高血圧治療ガイドライン 2019 では、健診や保健指導を行う場合には、測定血圧値に加えて家庭血圧値も参考にして判断することを推奨している。受診勧奨の際に「家庭用の血圧計をお持ちの方は、起床後と就寝前に1週間程度測定し、その記録を合わせてご持参ください。」のようなコメントを追記しておく、かかりつけの医師等での診療上有益である。

6) 「肥満者の場合」とは基本的に特定保健指導の対象となる腹囲基準等を満たした場合を示す。

表1. 成人における血圧値の分類

分類	診察室血圧 (mmHg)			家庭血圧 (mmHg)		
	収縮期血圧	かつ	拡張期血圧	収縮期血圧	かつ	拡張期血圧
正常血圧	<120	かつ	<80	<115	かつ	<75
正常高値血圧	120-129	かつ	<80	115-124	かつ	<75
高値血圧	130-139	かつ/または	80-89	125-134	かつ/または	75-84
I 度高血圧	140-159	かつ/または	90-99	135-144	かつ/または	85-89
II 度高血圧	160-179	かつ/または	100-109	145-159	かつ/または	90-99
III 度高血圧	≥180	かつ/または	≥110	≥160	かつ/または	≥100
(孤立性)収縮期高血圧	≥140	かつ	<90	≥135	かつ	<85

(日本高血圧学会：高血圧治療ガイドライン 2019)

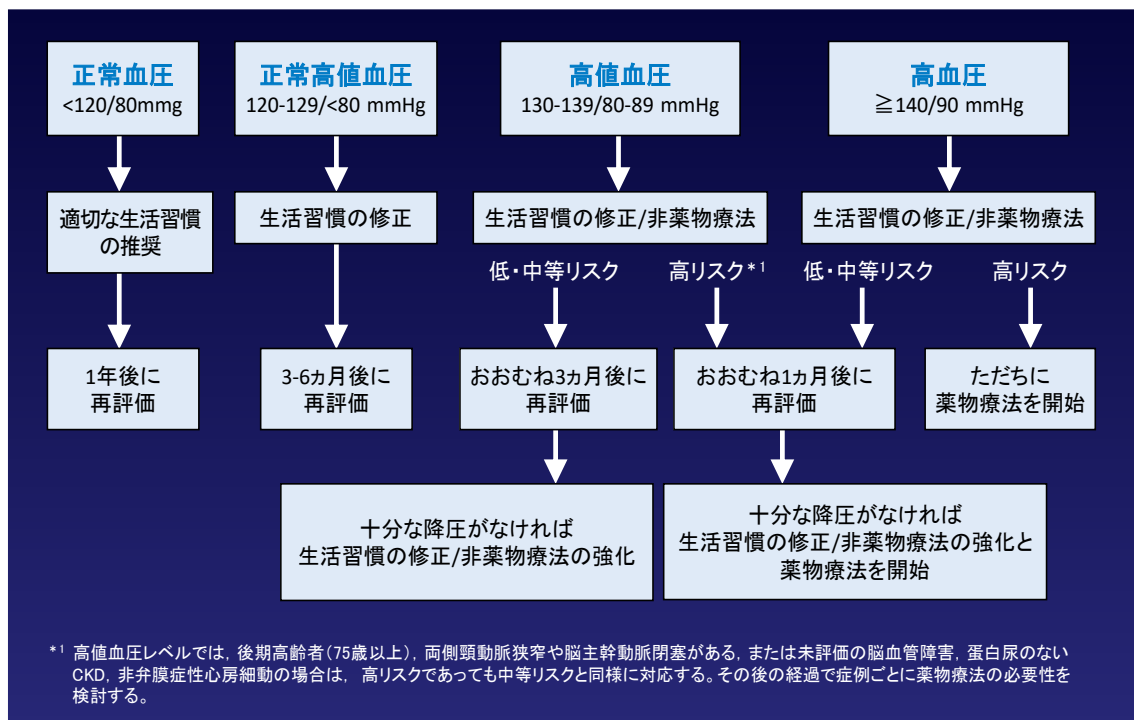
表2. 診察室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化

血圧分類	高値血圧 130-139/80-89 mmHg	I 度高血圧 140-159/90-99 mmHg	II 度高血圧 160-179/100-109 mmHg	III 度高血圧 ≥180/≥110 mmHg
リスク第一層 予後影響因子がない	低リスク	低リスク	中等リスク	高リスク
リスク第二層 年齢(65歳以上), 男性, 脂質異常症, 喫煙 のいずれかがある	中等リスク	中等リスク	高リスク	高リスク
リスク第三層 脳心血管病既往, 非弁膜 症性心房細動, 糖尿病, 蛋白尿のあるCKD のいずれか, または, リスク第二層の危険因子 が3つ以上ある	高リスク	高リスク	高リスク	高リスク

JALSスコアと久山スコアより得られる絶対リスクを参考に、予後影響因子の組合せによる脳心血管病リスク層別化を行った。
層別化で用いられている予後影響因子は、血圧、年齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙、脳心血管病(脳出血、脳梗塞、心筋梗塞)の既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のあるCKDである。

(日本高血圧学会：高血圧治療ガイドライン 2019)

表 3. 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画



(日本高血圧学会：高血圧治療ガイドライン 2019)

参考文献

1. 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会編：高血圧治療ガイドライン 2019, ライフサイエンス出版, 東京, 2019.
2. 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: 459-62, 2006.
3. 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.
4. 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: 947-953, 2012.
5. Harada A, Ueshima H, Kinoshita Y, Miura K, Ohkubo T, Asayama K, Ohashi Y: the Japan Arteriosclerosis Longitudinal Study Group. Absolute risk score for stroke, myocardial infarction, and all cardiovascular disease: Japan Arteriosclerosis Longitudinal Study. Hypertens Res 42: 567-579, 2019.

脂質異常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	LDL-C \geq 180mg/dL 又は TG \geq 500mg/dL (空腹時、随時を問わない)	①早期に医療機関の受診を	
		140mg/dL \leq LDL-C < 180mg/dL 又は 300mg/dL \leq TG < 500mg/dL (空腹時、随時を問わない)	②生活習慣を改善する努力をした上で、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-C < 140mg/dL 又は 空腹時 150mg/dL(随時 175mg/dL) \leq TG < 300mg/dL 又は HDL-C < 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-C < 120mg/dL かつ TG < 空腹 時 150mg/dL (随時 175mg/dL) かつ HDL-C \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・非肥満者共通）

LDL-C \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分かりました。この値は、一般的に LDL-C 100mg/dL 未満の人と比べて、約 3~4 倍、心筋梗塞や狭心症になりやすいとされています。この健診結果を持って、できるだけ早めに医療機関を受診してください。

TG \geq 500mg/dL (空腹時採血、随時採血を問わない)

血液中の脂肪が多く、この状態を放置しておくこと急性膵炎になる可能性があります。急性膵炎は命に関わるリスクもある疾患です。できるだけ早めに医療機関を受診してください。

②の場合（肥満者・非肥満者共通）

140mg/dL \leq LDL-C < 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。この値は、一般的に LDL-C 100mg/dL 未満の人と比べて、約 1.5 倍~2 倍、心筋梗塞や狭心症になりやすいとされています。

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系の食品や魚をよく食べるように心がけてください。またコレステロールの多い食品も控えたほうがいいでしょう。ご自身で生活習慣の改善に取り組まれる方法、保健センター等で健康相談や保健指導を受ける方法等があります。3～6か月後にかかりつけの医療機関で再検査を受けるようにしてください。

もしあなたが医師から糖尿病、慢性腎臓病、心血管病（心筋梗塞・狭心症、脳梗塞、血管の病気）、高血圧等を指摘されている場合やすでに治療中、喫煙者の場合は、動脈硬化が進行しやすく、さらに心筋梗塞や狭心症になりやすい状態にあると考えられます。できるだけ早めにかかりつけの医師に相談、または、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 ≤ TG < 500mg/dL（空腹時採血、随時採血を問わない）

脂質検査の結果、中性脂肪が高いことがわかりました。この値は、一般的に150mg/dL未満の人と比べて、約2倍、心筋梗塞や狭心症になりやすいとされています。

総エネルギー摂取量を適正とし、身体活動量の増加や運動習慣を意識して、アルコールの過剰摂取を控えてください。内臓脂肪型肥満が疑われ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。またご自身で生活習慣の改善に取り組まれる方法、保健センター等で健康相談や保健指導を受ける方法もあります。3～6か月以内に医療機関で再検査を受けることをお奨めします。

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。

③の場合（肥満者）

120mg/dL ≤ LDL-C < 140mg/dL

脂質検査の結果、悪玉コレステロールがやや高く境界域（高い人と正常の人の間）の範囲でした。

LDL-Cが高くなるようにするために、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系の食品や魚をよく食べるように心がけてください。また食物繊維の多い野菜・未精製穀物・豆類等の摂取を増やし、コレステロールの多い食品は控えた方がいいでしょう。身体活動量の増加や運動習慣を意識して、減量も心がけてください。ご自身で生活習慣の改善に取り組まれる方法、保健センター等で健康相談や保健指導を受ける方法があります。

もしあなたが医師に糖尿病、慢性腎臓病、心血管病（心筋梗塞・狭心症、脳梗塞、血管の病気）、高血圧等を指摘されている場合やすでに治療中、喫煙者の場合は、動脈硬化が進行しやすく、さらに心筋梗塞や狭心症になりやすい状態にあると考えられます。できるだけ早めにかかりつけの医師に相談、または、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（空腹時採血）

175mg/dL \leq TG<300mg/dL（随時採血）

脂質検査の結果、中性脂肪が高いことが分かりました。

総エネルギー摂取量を適正とし、身体活動量の増加や運動習慣を意識して、アルコールの過剰摂取を控えてください。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。またご自身で生活習慣の改善に取り組まれる方法、保健センター等で健康相談や保健指導を受ける方法もあります。

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。

HDL-C<40mg/dL

善玉コレステロールが低くなっています。

身体活動量の増加や運動習慣を意識して、減量を心がけてください。喫煙している人は禁煙をしましょう。

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。またご自身で生活習慣の改善に取り組まれる方法、保健センター等で健康相談や保健指導を受ける方法もあります。

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。

④の場合（非肥満者）

120mg/dL \leq LDL-C<140mg/dL

脂質検査の結果、悪玉コレステロールがやや高く境界域（高い人と正常の人の間）の範囲でした。

LDL-Cが高くならないようにするために、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系の食品や魚をよく食べるように心がけてください。また食物繊維の多い野菜・未精製穀物・豆類等の摂取を増やし、コレステロールの多い食品は控えたほうがいいでしょう。ご自身で生活習慣の改善に取り組まれる方法、保健センター等で健康相談や保健指導を受ける方法があります。

もしあなたが医師に糖尿病、慢性腎臓病、心血管病（心筋梗塞・狭心症、脳梗塞、血管の病気）、高血圧等を指摘されている場合やすでに治療中、喫煙者の場合は、動脈硬化が進行しやすく、さらに心筋梗塞や狭心症、脳梗塞になりやすい状態にあると考えられます。できるだけ早めに主治医に相談、または、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（空腹時採血）

175mg/dL \leq TG<300mg/dL（随時採血）

脂質検査の結果、中性脂肪が高いことが分かりました。

総エネルギー摂取量を適正とし、身体活動量の増加や運動習慣を意識して、アルコールの過剰摂取を控えてください。また、身体活動量の増加や運動習慣を意識しましょう。

ご自身で生活習慣の改善に取り組まれる方法、保健センター等で健康相談や保健指導を受ける方法があります。

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。

HDL-C<40mg/dL

善玉コレステロールが低くなっています。

身体活動量の増加や運動習慣を意識しましょう。喫煙している人は禁煙をしましょう。ご自身で生活習慣の改善に取り組まれる方法、保健センター等で健康相談や保健指導を受ける方法があります。

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。

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。

現在の生活習慣を継続するとともに、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。

【保険者及び健診担当医、保健指導従事者への補足説明】

1) 「肥満者の場合」とは基本的に特定保健指導の対象となる腹囲基準等を満たした場合を示す。

2) HDL-Cだけが低く、TGやLDL-C(Non-HDL-C、総コレステロール)の上昇を伴わない場合は心筋梗塞等の動脈硬化性疾患のリスクは高くないという報告もある。また、HDL-C上昇を主な目的とした薬物療法による動脈硬化性疾患の予防効果は確認されていない。

3) 脂質異常症において最優先で管理すべき指標はLDL-Cである。LDL-Cの高値は冠動脈疾患（心筋梗塞や狭心症）の発症リスクを上げる。なお脳梗塞は、アテローム血栓性梗塞、ラクナ梗塞、心原性塞栓の3タイプに大別されるが（わが国ではこの三つのタイプの脳梗塞はほぼ同数の発症数である）、LDL-Cによって発症リスクが上昇するのはアテローム血栓性梗塞である。ラクナ梗塞は高血圧、心原性塞栓は心房細動の影響が大きい。

4) 何らかの理由でLDLではなくNon-HDLを用いる場合は、LDL-Cの値にプラス30したものが基準値となる（例：LDL-C180 → Non-HDL-C 210、LDL-C 140 → Non-HDL-C 170）。文例はLDL-Cのものを準用し、LDL-Cと記載があるところをNon-HDL-Cと置き換えること。なお空腹時採血で総コレステロールを測定し、計算式でLDL-Cを求めた場合は、LDL-CとNon-HDL-Cの両方の値があることになるが、その場合はまずLDL-Cへの対応を優先する。LDL-Cが正常でNon-HDL-Cが高い場合は、TGが高い場合やHDL-Cが低い場合が多い。

5) TGが高い場合、その背景に糖尿病があることも多いので、血糖値等も見て総合的なリスクの判定を行うこと。

略号

LDL-C : LDL コレステロール (Low density lipoprotein コレステロール)

Non-HDL-C : Non-HDL コレステロール

(Non-high density lipoprotein コレステロール)

※総コレステロール-HDL コレステロールで計算され、悪玉系のコレステロールの総量を示す。LDL、IDL (intermediate density lipoprotein) と VLDL (very low density lipoprotein) に含まれるコレステロールの合計。

TG : トリグリセライド

HDL-C : HDL コレステロール (High density lipoprotein コレステロール)

【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 2022 年版
(LDL コレステロール)
2. Okamura T, Kokubo Y, Watanabe M, Higashiyama A, Miyamoto Y, Yoshimasa Y, Okayama A. Low-density lipoprotein cholesterol and non-high-density lipoprotein cholesterol and the incidence of cardiovascular disease in an urban Japanese cohort study: The Suita study. *Atherosclerosis*. 2009; 203: 587-92.
3. 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; 52: 381-6.
(HDL-C)
4. 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*. 1994; 89: 2533-9.
5. Hirata T, Sugiyama D, Nagasawa SY, Murakami Y, Saitoh S, Okayama A, Iso H, Irie F, Sairenchi T, Miyamoto Y, Yamada M, Ishikawa S, Miura K, Ueshima H, Okamura T: Evidence for Cardiovascular Prevention from Observational Cohorts in Japan (EPOCH-JAPAN) Research Group. A pooled analysis of the association of isolated low levels of high-density lipoprotein cholesterol with cardiovascular mortality in Japan. *Eur J Epidemiol*. 2017; 32: 547-557.
(トリグリセリド)
6. 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.
7. Higashiyama A, Wakabayashi I, Okamura T, Kokubo Y, Watanabe M, Takegami M, Honda-Kohmo K, Okayama A, Miyamoto Y. The Risk of Fasting Triglycerides and its Related Indices for Ischemic Cardiovascular Diseases in Japanese Community Dwellers: the Suita Study. *J Atheroscler Thromb*. 2021; 28: 1275-1288.
8. Hirata A, Okamura T, Hirata T, Sugiyama D, Ohkubo T, Okuda N, Kita Y, Hayakawa T, Kadota A, Kondo

- K, Miura K, Okayama A, Ueshima H. Relationship Between Non-fasting Triglycerides and Cardiovascular Disease Mortality in a 20-year Follow-up Study of a Japanese General Population: NIPPON DATA90. *J Epidemiol.* 2022; 32: 303-313.
9. 脂質異常症治療ガイド 2018年版（日本動脈硬化学会編）. (Non-HDL-C)
10. Kitamura A, Noda H, Nakamura M, Kiyama M, Okada T, Imano H, Ohira T, Sato S, Yamagishi K, Iso H. Association between non-high-density lipoprotein cholesterol levels and the incidence of coronary heart disease among Japanese: the Circulatory Risk in Communities Study (CIRCS). *J Atheroscler Thromb.* 2011;18: 454-63.
11. Imamura T, Doi Y, Ninomiya T, Hata J, Nagata M, Ikeda F, Mukai N, Hirakawa Y, Yoshida D, Fukuhara M, Kitazono T, Kiyohara Y. Non-high-density lipoprotein cholesterol and the development of coronary heart disease and stroke subtypes in a general Japanese population: the Hisayama Study. *Atherosclerosis.* 2014; 233: 343-8.
12. Ito T, Arima H, Fujiyoshi A, Miura K, Takashima N, Ohkubo T, Kadota A, Hayakawa T, Kita Y, Miyagawa N, Okayama A, Okamura T, Ueshima H: NIPPON DATA90 Research Group.. Relationship between non-high-density lipoprotein cholesterol and the long-term mortality of cardiovascular diseases: NIPPON DATA 90. *Int J Cardiol.* 2016; 220: 262-7.

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 随時血糖 (mg/dL)	HbA1c (NGSP) (%)	肥満者の場合		非肥満者の場合	
				糖尿病 治療中*	糖尿病 未治療*	糖尿病 治療中*	糖尿病 未治療*
異常 ↑ ↓ 正常	受診勧奨 判定値を 超えるレ ベル	126~	6.5~	①受診継 続、血糖 マネジメ ントにつ いて確 認・相談 を	②定期的に医療 機関を受診して いなければすぐ に医療機関受診 を	③受診継 続、血糖 マネジメ ントにつ いて確 認・相談 を	②定期的に医 療機関を受診 していなければ 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受診継 続	⑤特定保健指導 の積極的な活用 と生活習慣の改 善を また、精密検査 を推奨	⑥受診継 続	⑦生活習慣の 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
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	

*「標準的な質問票」の「2 b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射の使用の有無」に対する回答による。

【対象者への説明文例】

① の場合（肥満者・糖尿病治療中・HbA1c 等受診勧奨判定値以上）

HbA1c は血糖の 1~2 か月の平均的な高さを示す指標ですが、この値が正常域を超えて高いほど、網膜症や腎症、神経障害に加えて心筋梗塞や脳梗塞等の糖尿病の合併症を発症・悪化させることが分かっています。

糖尿病の合併症予防のためには、治療を継続することがとても重要です。

一般的に肥満の方は体重を減量することによりインスリン（血糖を下げるホルモン）の働きが改善します。またウォーキング等の有酸素運動やスクワットなどのレジスタンス運動によりインスリンの働き（効き目）が改善しますので、医師の指示のもと食事療法や運動療法に取り組むことが重要です。飲酒や喫煙は血糖値への悪影響のほか、糖尿

病の合併症を進行させることが報告されています。

ふるえ、動悸、イライラ感等の低血糖の症状はないでしょうか。もしあればかかりつけの医師と相談してください。

最近一年間眼底検査を受けていない場合には、かかりつけの医師にご相談の上、眼科にも受診してください。

② の場合（糖尿病未治療者・受診勧奨判定値以上）

空腹時血糖、HbA1c が、受診勧奨判定値（糖尿病の診断基準）を超えています。定期的に医療機関を受診していないのであればすぐに受診してください。

HbA1c は血糖の 1～2 か月の平均的な高さを示す指標ですが、この値が正常域を超えて高いほど、網膜症や腎症、神経障害に加えて心筋梗塞や脳梗塞等の糖尿病の合併症を発症・悪化させることが分かっています。高血糖のほかに脂質異常症や高血圧、喫煙等の要因が重なるほど、心筋梗塞や脳梗塞を起こしやすくなることが知られています。

また、網膜症の状態を確認するための眼底検査、腎臓の機能を判断するための血液検査・尿検査を行う必要があります。

③ の場合（非肥満者・糖尿病治療中・受診勧奨判定値以上）

HbA1c は血糖の 1～2 か月の平均的な高さを示す指標ですが、この値が基準値を超えて高いほど、網膜症や腎症、神経障害に加えて心筋梗塞や脳梗塞等の糖尿病の合併症を発症・悪化させることが分かっています。

糖尿病の合併症予防のためには、治療を継続することがとても重要です。

一般的に、食事療法と運動療法、薬物療法を組み合わせ、最適な血糖マネジメントをすることにより、合併症の予防、進行防止につながる事が報告されています。飲酒や喫煙は血糖値への悪影響のほか、糖尿病の合併症を進行させることが報告されています。

ふるえ、動悸、イライラ感等の低血糖の症状はないでしょうか。もしあればかかりつけの医師と相談してください。

最近一年間眼底検査を受けていない場合には、かかりつけの医師にご相談の上、眼科にも受診してください。

④ の場合（肥満者・糖尿病治療中・正常域～保健指導判定値）

糖尿病の治療を受け、血糖マネジメントが良好な状態にあると考えられます。今後も良好な状態を保つためには、定期的な受診を継続すると共に、医師の指示のもと、食事療法・運動療法により体重を減量することが大切です。飲酒や喫煙は血糖値への悪影響のほか、糖尿病の合併症を進行させることが報告されています。

ふるえ、動悸、イライラ感等の低血糖の症状はないでしょうか。もしあればかかりつけの医師と相談してください。

最近一年間眼底検査を受けていない場合には、かかりつけの医師にご相談の上、眼科にも受診してください。

⑤ の場合（肥満者・特定保健指導対象者）

空腹時血糖やHbA1cが正常域を超えており（糖尿病境界型に相当）、糖尿病の可能性も否定できません。医療機関でブドウ糖負荷試験等の精密検査について相談することをお勧めします。

体重の減量等、生活習慣の改善が重要です。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よい機会ですので、積極的にご利用ください。

⑥ の場合（非肥満者・糖尿病治療中・正常域～保健指導判定値）

糖尿病の治療を受け、血糖マネジメントが良好な状態にあると考えられます。今後も良好な状態を保つためには、定期的な受診を継続すると共に、医師の指示のもと、食事療法・運動療法を行うことが大切です。飲酒や喫煙は血糖値への悪影響のほか、糖尿病の合併症を進行させることが報告されています。

ふるえ、動悸、イライラ感等の低血糖の症状はないでしょうか。もしあればかかりつけの医師と相談してください。

最近一年間眼底検査を受けていない場合には、かかりつけの医師にご相談の上、眼科にも受診してください。

⑦ の場合（非肥満者・未治療者・保健指導判定値）

空腹時血糖やHbA1cが正常域を超えており（糖尿病境界型に相当）、糖尿病の可能性も否定できません。医療機関等でブドウ糖負荷試験等の精密検査について相談することをお勧めします。

糖尿病にならないためにも、食事の改善や運動に取り組むことをお勧めします。保健センター等でもご相談を受け付けています。来年度の健診で血糖値の変化を確認することも大切です。

⑧ の場合（非肥満者・未治療者・正常高値）

空腹時血糖やHbA1cが正常よりやや高い状態です。糖尿病にならないためにも、食事の改善や運動に取り組むことが大切です。食事や運動療法について不明の点があれば、保健センター等でもご相談を受け付けています。来年度の健診で、血糖値の変化を確認することが大切です。

もし、あなたが高血圧や脂質異常症等ほかのリスクを持っていたり、血縁者に糖尿病の人がいる場合は、医療機関等でブドウ糖負荷試験等の精密検査について相談することをお勧めします。

⑨ の場合（肥満者・正常域内）

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・正常域内）

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。

【保険者及び健診担当医、保健指導従事者への補足説明】

1) 「肥満者の場合」とは基本的に特定保健指導の対象となる腹囲基準等を満たした場合を示す。

2) 随時血糖での判定の場合

「今回は食後採血時の血糖値に基づく判定です。正確には 10 時間以上絶食ののちに採血する「空腹時血糖」若しくは「HbA1c」に基づいて判定する必要があります。正常域を超えている場合には医療機関において正確な測定をしていただくことを推奨します」と付記するべきである。

3) 治療中・未治療に関わらず、肥満者は肥満の改善、食事療法、運動療法は重要であり、継続して取り組むことが勧められる。

4) 治療中の場合、低血糖症状の有無に注意する必要がある。

5) 既に治療中の場合や治療を開始した後も、健診の受診を継続させる。

【参考】高齢者に対するフィードバックについて

- 高齢者における糖尿病の血糖マネジメントにおいては、低血糖の危険性、合併症や併存症、認知機能や ADL を考慮して、下表のように目標が示されていることに留意する。健診の結果説明の際には、かかりつけの医師の治療方針を確認しつつ、混乱を招かないように留意する必要がある。
- 低血糖は認知症や心血管イベントの発症リスクを高めるため、回避することが重要である。高齢者においては低血糖症状（ふるえなどの交感神経症状）が乏しいことや、低栄養状態の合併、一人暮らしによる発見の遅れなどにより、低血糖が遷延する危険が高まる。低血糖が危惧される薬物治療の場合には下限値を設定し、低くなりすぎないようにマネジメントを行うべき、とされている。
- 高齢者においては、糖尿病によりサルコペニアのリスクが高くなるため、身体活動量の維持やレジスタンス運動が重要である。
- 加齢にともない口腔機能の低下などの理由から、エネルギー摂取量が低下していることがある。また、糖尿病のために節制していることが低栄養状態につながることもあるため、エネルギーや栄養素が不足しないよう、食生活の現状を把握し、適切な助言を行うことが重要である。

高齢者糖尿病の血糖コントロール目標(HbA1c値)

患者の特徴・健康状態	カテゴリーⅠ		カテゴリーⅡ	カテゴリーⅢ
	① 認知機能正常 かつ ② ADL 自立		① 軽度認知障害～軽度認知症 または ② 手段的ADL低下、基本的ADL自立	① 中等度以上の認知症 または ② 基本的ADL低下 または ③ 多くの併存疾患や機能障害
重症低血糖が危惧される薬剤(インスリン製剤, SU薬, グリニド薬など)の使用	なし	7.0%未満		8.0%未満
	あり	65歳以上 75歳未満 7.5%未満 (下限6.5%)	75歳以上 8.0%未満 (下限7.0%)	8.0%未満 (下限7.0%)

治療目標は、年齢、罹病期間、低血糖の危険性、サポート体制などに加え、高齢者では認知機能や基本的ADL、手段的ADL、併存疾患なども考慮して個別に設定する。ただし、加齢に伴って重症低血糖の危険性が高くなることに十分注意する。

*日本糖尿病学会「糖尿病診療ガイドライン 2019」、「糖尿病治療ガイド 2022-2023」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. と3. の情報提供を組み合わせ使用してください。

1. 禁煙の重要性を高めるための情報提供

*ここでの喫煙は、紙巻きたばこだけでなく加熱式たばこも含まれます。

① 血圧高値の場合

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。また、高血圧があると、高血圧がない場合と比べて喫煙の影響が強くなりやすく、脳卒中や脳梗塞になる確率がより高くなります。この健診を機会に禁煙されることをお勧めします。

② 脂質異常の場合

喫煙すると、血液中の善玉（HDL）コレステロールが減少したり、中性脂肪や悪玉（LDL）コレステロールが増加することがわかっています。また、喫煙と脂質異常が重なると、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倍心筋梗塞で死亡する確率が高くなります。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働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た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、血液中の善玉（HDL）コレステロールが減少したり、中性脂肪や血糖値が増加するため、メタボリックシンドロームになりやすいた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更に進んで、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

喫煙を続けていると、肺がん等のがん、脳梗塞や心筋梗塞、糖尿病、COPD（慢性閉塞性肺疾患）等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

禁煙は自力でも可能ですが、禁煙外来や禁煙補助薬を利用すると、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倍禁煙に成功しやすくなることが分かっています。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。

*健康保険による禁煙治療を受けるための条件

- ① 35歳以上の者については、1日喫煙本数 × 喫煙年数が200以上であること
- 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 ニコチン依存症のスクリーニングテスト（TDS, Tobacco Dependence Screener）でニコチン依存症と診断された者であること

3. 受動喫煙に関する情報提供

○ 非喫煙者・禁煙者用への情報提供

わが国では、受動喫煙により、脳卒中、虚血性心疾患、肺がん等で年間約1万5千人が死亡していると推計されています。受動喫煙は他人の健康に影響を与えることが明らかとなっています。受動喫煙を防止するため、社会として屋内を禁煙とする対策が進んでいますが、他人のたばこの煙を吸わないように注意することも大切です。

もし、あなたが家庭または職場で受動喫煙を受けている場合は、それを改善するため、家庭や職場で相談してみましよう。

○ 喫煙者への情報提供

わが国では、受動喫煙により、脳卒中、虚血性心疾患、肺がん等で年間約1万5千人が死亡していると推計されています。受動喫煙は他人の健康に影響を与えることが明らかとなっています。受動喫煙を防止するため、社会として屋内を禁煙とする対策が進んでいきます。あなたの家族をはじめ、周囲の人にたばこの煙を吸わせないように注意してください。

【保険者及び健診担当医への補足説明】

加熱式たばこは、たばこ葉やたばこ葉を加工したものを電氣的に加熱し、エアロゾル（霧状）化したニコチンと加熱によって発生した化学物質を吸入するタイプのたばこ製品です。加熱式たばこの化学成分を分析した結果からは、加熱式たばこの主流煙には、多くの種類の有害化学物質が含まれることが知られています。紙巻きたばこを加熱式たばこに替えて健康被害が減ったという明らかな根拠はこれまでのところ見当たりません。たばこ煙にさらされることについては安全なレベルというものがなく、喫煙者と受動喫煙者の健康に悪影響を及ぼす可能性が否定できないと考えられています。

加熱式たばこは、紙巻きたばこと同様に、健康増進法で禁煙場所での使用が禁じられています。また、加熱式たばこ使用者も健康保険による禁煙治療の対象として認められています。

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. Yamagishi K., et al. Smoking raises the risk of total and ischemic strokes in hypertensive men. *Hypertens Res* 2003; 26: 209-217.
 4. Craig WY., et al. Cigarette smoking and serum lipid and lipoprotein concentrations: an analysis of published data. *Br Med J*. 1989; 298: 784-788.
 5. U.S. Department of Health and Human Services. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General, 2010.
 6. Nakamura K., et al. Influence of smoking combined with another risk factor on the risk of mortality from coronary heart disease and stroke: pooled analysis of 10 Japanese cohort studies. *Cerebrovasc Dis*. 2012; 33: 480-491.
 7. Willi C., et al. Active smoking and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2007; 298: 2654-2664.
 8. 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.
 9. Chiolero A., et al. Consequences of smoking for body weight, body fat distribution, and insulin resistance. *Am J Clin Nutr* 2008; 87: 801-809.
 - 10.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.
 - 11.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.
 - 12.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.
 - 13.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.
 - 14.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.
 - 15.Kasza KA, et al. Effectiveness of stop-smoking medications: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Addiction*, 2013; 108: 193-202.
 - 16.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6版. 2014
 - 17.厚生労働省 喫煙の健康影響に関する検討会編 「喫煙と健康」喫煙の健康影響に関する検討会報告書. 2016
 - 18.厚生労働省. 受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会報告書. 2009
 - 19.岡本光樹 ほか. Fact SheetB 民法・刑法からみた受動喫煙による他者危害性. 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「たばこ規制枠組み条約を踏まえたたばこ対策に係る総合的研究」平成27年度総括・分担研究報告書(研究代表者 中村正和). 2016.
 - 20.中村正和ら.加熱式たばこ製品加熱式たばこ製品の使用実態、健康影響、たばこ規制への影響とそれを踏まえた政策提言.日本公衆衛生雑誌, 2020; 67(1): 3-14.
 - 21.Imura Y., et al. Exposure to secondhand heated-tobacco-product aerosol may cause similar incidence of asthma attack and chest pain to secondhand cigarette exposure: The JASTIS 2019 study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(4):1766.
 - 22.厚生労働省.改正健康増進法の体系.厚生労働省 HP
URL:<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000744289.pdf> 2023年1月12日アクセス確認

肝機能検査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		AST (U/L)	ALT (U/L)	γ -GT (U/L)	対応
異常 ↑ ↓	受診勧奨判定値 を超えるレベル	51~	51~	101~	① 医療機関の受診を
	保健指導判定値 を超えるレベル	31~50	31~50	51~100	② 生活習慣の改善を
正常	基準範囲内	~30	~30	~50	③ 今後も継続して健診受診を

ここでは特定健診の肝機能検査を活用して、メタボリックシンドロームに着目した特定健診や特定保健指導において有用な情報提供や保健指導を行うための文例を紹介する。生活習慣に関連して肝機能検査値が上昇する状態には、アルコール性肝障害や非アルコール性脂肪性肝疾患（NAFLD/NASH）がある。生活習慣に起因するもの以外で肝機能異常を呈するものには、ウイルス性肝炎や薬剤性肝障害、自己免疫性肝炎などがあげられる。これらの肝臓疾患の予防や治療の詳細については日本消化器病学会、日本肝臓学会等のガイドライン等を参照されたい。

【対象者への説明文例】

① の場合（AST, ALT, γ -GT のいずれかが受診勧奨判定値以上）

検査の結果、肝機能検査の数値が高いことがわかりました。この健診結果を持参して、医療機関を受診してください。

② の場合

検査の結果、肝機能検査の数値が基準範囲よりも高いことがわかりました。

γ -GT 高値かつ飲酒習慣がある場合（AST, ALT 軽度上昇を伴うこともある）

アルコール性肝障害の疑いがあります。1日あたりの飲酒量（アルコール摂取量）が多いほど高血圧や脳出血、がん等にかかりやすくなり、アルコール摂取量が男性40g/日以上、女性20g/日以上を超えると脳梗塞や心筋梗塞にかかる確率が高くなります。この機会に減酒されることをお勧めします。

ALT 高値（ALT>AST）かつ飲酒量が一定未満*の場合（ γ -GT 軽度上昇を伴うこともある）

非アルコール性脂肪性肝疾患（NAFLD）の疑いがあります。NAFLDの多くは、肥満が原因となり糖尿病や高血圧、脂質異常症を伴っています。一方、これらの合併を伴

わない場合でも、NAFLDがあると、将来、糖尿病や高血圧になる確率が高くなります。食事は過剰な糖分や脂質（特に飽和脂肪酸、コレステロール）の摂取を控え、適度な運動を心がけましょう。

*NAFLDは、一日当たりの飲酒量がエタノール換算で男性 30g/日未満、女性 20g/日未満と定義されています。

③ の場合（AST, ALT, γ -GT のいずれも基準範囲内）

今回の健診の結果、肝機能検査に異常を認めませんでした。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。

【保険者及び健診担当医への補足説明】

厚生労働科学研究（健康診査・保健指導における健診項目等の必要性、妥当性の検証、及び地域における健診実施体制の検討のための研究：研究代表者 岡村智教（19FA0801））で肝機能検査と糖尿病、脳・心血管疾患などの生活習慣病との関連についての文献レビューをおこなった。 γ -GT 上昇は、将来の脳・心血管疾患や糖尿病発症との関連が複数の前向き研究で確認され、飲酒習慣の有無にかかわらずこれらの関連が認められた。ALT 上昇と糖尿病発症との関連も複数の研究で報告されている。

NAFLD はインスリン抵抗性を基盤として糖尿病や高血圧発症と関連することや、NAFLD を有する集団では脳・心血管疾患発症のリスクが高くなることがわかっている。Fatty liver index (FLI) は、特定健診項目（ γ -GT、トリグリセライド、BMI、腹囲）の基本項目のみを用いて算出できる脂肪肝の指標であり、特定健診受診者において FLI の値が高いほど将来の糖尿病や高血圧の発症リスクが高まることが報告されている。FLI はエクセル等で計算可能である。

FLI は下記の式で算出される

$$FLI = \frac{e^{0.953 \cdot \log_e \text{トリグリセライド} + 0.139 \cdot \text{BMI} + 0.718 \cdot \log_e \gamma\text{-GT} + 0.053 \cdot \text{腹囲} - 15.745}}{1 + e^{0.953 \cdot \log_e \text{トリグリセライド} + 0.139 \cdot \text{BMI} + 0.718 \cdot \log_e \gamma\text{-GT} + 0.053 \cdot \text{腹囲} - 15.745}} * 100$$

略号

AST : aspartate aminotransferase

ALT : alanine aminotransferase

γ -GT : γ -glutamyl transferase

NAFLD : nonalcoholic fatty liver disease

NASH : nonalcoholic steatohepatitis

参考文献

1. 日本消化器病学会・日本肝臓学会 NAFLD/NASH 診療ガイドライン 2020
2. 日本肝臓学会 アルコール性肝障害(アルコール関連肝疾患)診療ガイド 2022
3. 令和元年度厚生労働省科学研究費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業総括研究報告書「健康診査・保健指導における健診項目等の必要性、妥当性の検証、及び地域における健診実施体制の検討のための研究」

4. Targher G, Byrne CD, Lonardo A, Zoppini G, Barbui C. Non-alcoholic fatty liver disease and risk of incident cardiovascular disease: A meta-analysis. *J Hepatol*. 2016 Sep;65(3):589-600.
5. Bedogni G, Bellentani S, Miglioli L, Masutti F, Passalacqua M, Castiglione A, Tiribelli C. The Fatty Liver Index: a simple and accurate predictor of hepatic steatosis in the general population. *BMC Gastroenterol*. 2006 Nov 2;6:33. doi: 10.1186/1471-230X-6-33.
6. Wu D, Hirata A, Hirata T, Imai Y, Kuwabara K, Funamoto M, Sugiyama D, Okamura T. Fatty liver index predicts the development of hypertension in a Japanese general population with and without dysglycemia. *Hypertens Res*. 2023 Jan 11. doi: 10.1038/s41440-022-01161-2. Online ahead of print.
7. Hirata A, Sugiyama D, Kuwabara K, Hirata T, Tsutatanani H, Funamoto M, Watanabe K, Miyamatsu N, Okamura T. Fatty liver index predicts incident diabetes in a Japanese general population with and without impaired fasting glucose. *Hepatol Res*. 2018 Aug;48(9):708-716.

尿蛋白に関するフィードバック文例集

※血清クレアチ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 (1+/2+/3+)	① 医療機関の受診を
	尿蛋白 弱陽性 (±)	② 生活習慣の改善を
	尿蛋白 陰性 (-)	③ 今後も継続して健診受診を

慢性腎臓病 (CKD) とは？

慢性腎臓病は、腎臓に障害があるか、又は腎臓の働き（腎機能）の低下が3か月以上続いている状態です。通常、尿蛋白陽性・アルブミン尿異常等の尿検査の異常、または腎機能低下（血液検査の血清クレアチニン (Cr) から推定される糸球体濾過量が60 mL/分/1.73m²未満）が3か月以上続くことで診断します。慢性腎臓病の原因（病因）としては糖尿病、慢性糸球体腎炎、高血圧が代表的ですが、そのほかにも様々な腎疾患が含まれます。慢性腎臓病が重症化すると透析が必要な末期腎不全に進行したり、脳卒中や心臓病が発症する危険性が高くなります。一方、慢性腎臓病は、生活習慣の改善や糖尿病・高血圧の治療によって発症を予防することが可能です。慢性腎臓病は一般に自覚症状が乏しいですが、健診により早期発見が可能です。慢性腎臓病が疑われる場合には、医療機関を受診して、詳しい検査を実施し、しっかりと治療することが重要です。

【対象者への説明文例】

① 尿蛋白 (1+/2+/3+) : 陽性の場合

今回の健診の結果、尿蛋白が陽性であることがわかりました。尿の異常(尿蛋白陽性)は慢性腎臓病の存在を示す重要なサインです。あなたは、慢性腎臓病であると疑われるため医療機関を受診して下さい。

腎臓が障害されると、通常尿中に出ない蛋白が尿中に出てきます。尿中の蛋白の量が多い状態が続いている場合は、慢性腎臓病です。また蛋白尿は多いほど、慢性腎臓病が悪化する可能性が高くなります。

一般に腎臓の病気は自覚症状が乏しいため、病気に気付くことが困難です。しかし健診を受けることにより、早い段階で病気を発見することができます。

慢性腎臓病の人では、そうでない人に比べて、透析治療が必要な状況に10倍以上なりやすく、脳卒中や心臓病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。忙しいからと慢性腎臓病を放置することなく、医療機関を受診して、早い段階で治療を始

めることが重要です。

② 尿蛋白（±）：弱陽性の場合

今回の健診の結果、尿蛋白が弱陽性であることがわかりました。尿蛋白弱陽性は、確定的ではありませんが、慢性腎臓病の存在を示唆するサインです。あなたは慢性腎臓病の可能性がありますが、尿蛋白は少ないため、医療機関を受診する必要はありません。尿蛋白が陽性になる原因には悪い生活習慣が関わっている可能性があります。まずは生活習慣の改善に取り組んでください。

高血圧や糖尿病、脂質異常症等生活習慣病の存在は慢性腎臓病の危険因子です。このため生活習慣病の合併がある場合には、尿蛋白が±であっても医療機関を受診して詳しい検査を受けてください。慢性腎臓病を発症したり、これ以上悪化させないために、生活習慣病（高血圧、糖尿病、脂質異常症等）がある場合には、しっかりと治療することが大切です。

慢性腎臓病の発症や悪化に関係する生活習慣としては、食塩の過剰摂取、喫煙、不規則な生活などがあります。尿蛋白が±ですから、医療機関を受診しない場合でも、生活習慣の改善に取り組んでください。喫煙者ではぜひ禁煙しましょう。またメタボリックシンドロームやその予備群、肥満がある場合は、その改善が必要です。適正体重を維持する、または目指すためにも、総エネルギー摂取量を適正にし、運動して下さい。

慢性腎臓病の人では、そうでない人に比べて、透析治療が必要な状況に10倍以上なりやすく、脳卒中や心臓病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。

そして慢性腎臓病を早期発見するためにも来年も健診を受けましょう。

③ 尿蛋白（－）：陰性の場合

今回の健診の結果、尿蛋白は陰性であることがわかりました。今回の結果では、慢性腎臓病を疑う尿の異常（尿蛋白）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。

ただし、下記（※）の慢性腎臓病の危険因子を有する場合は、一般的に、慢性腎臓病の発症予防が必要であると考えられます。

（※）慢性腎臓病の危険因子：

肥満、メタボリックシンドローム、喫煙、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、慢性腎臓病の家族歴、過去の健診での尿異常（尿蛋白陽性）、高齢（65歳以上）

これらの危険因子は、血管に負担をかけ、動脈硬化を進行させるため、多くの血管が集まっている腎臓も障害されます。

生活習慣病（高血圧、糖尿病、脂質異常症等）は慢性腎臓病の危険因子ですから、しっかりと治療して、慢性腎臓病の発症を予防することが重要です。

また、慢性腎臓病を発症する危険因子を軽減するために、食生活の改善に取組み、肥

満があれば解消することが必要です。減塩や適度なエネルギー摂取などの食生活の改善に取り組み、禁煙することはとても大切です。メタボリックシンドロームやその予備群である場合は、運動するなどして、その改善に取り組んでください。

そして慢性腎臓病を早期発見するためにも来年も健診を受けましょう。

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（1+） 以上
異常 ↑ ↓ 正常	eGFR < 45	① すぐに医療機関の受診を		
	45 ≤ eGFR < 60	② 生活習慣の改善を	② 生活習慣の 改善を	
	60 ≤ eGFR	③ 今後も継続して健診 受診を		

慢性腎臓病（CKD）とは？

慢性腎臓病は、腎臓に障害があるか、又は腎臓の働き（腎機能）の低下が3か月以上続いている状態です。通常、尿蛋白陽性・アルブミン尿異常等の尿検査の異常、又は腎機能低下（血液検査の血清クレアチニン（Cr）から推定される糸球体濾過量（eGFR）が60 mL/分/1.73m²未満）が3か月以上続くことで診断します。慢性腎臓病の原因（病因）としては糖尿病、慢性糸球体腎炎、高血圧が代表的ですが、そのほか様々な腎疾患が含まれます。慢性腎臓病が重症化すると透析が必要な末期腎不全に進行したり、脳卒中や心臓病がが発症する危険性が高くなります。一方、慢性腎臓病は、生活習慣の改善や糖尿病・高血圧の治療によって発症を予防することが可能です。慢性腎臓病は一般に自覚症状が乏しいですが、健診により早期発見が可能です。慢性腎臓病が疑われる場合には、医療機関を受診して、しっかりと治療することが重要です。

腎臓の働き（推算糸球体濾過量、eGFR）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及び性別から推算糸球体濾過量（eGFR）を計算します。eGFR が低くなるほど腎臓の働きが低下しています。eGFR は健康な場合はおよそ100 mL/分/1.73m²ですから、eGFR の数値は健康な人に比べた腎臓の働きの百分率（%）と考えると分かり易いでしょう。

$$*eGFR \text{ (mL/分/1.73 m}^2\text{)} = 194 \times Cr^{-1.094} \times \text{年齢 (歳)}^{-0.287} \text{ (女性は} \times 0.739\text{)}$$

【対象者への説明文例】

① eGFR が 45 未満、又は、尿蛋白（1+） 以上の場合

今回の健診の結果、腎臓の働きが低下している、又は尿蛋白が陽性であることがわかりました。腎機能低下と尿蛋白陽性は慢性腎臓病の存在を示す重要なサインです。あなたは、慢性腎臓病であると疑われるため医療機関を受診して下さい。

慢性腎臓病は、一般に自覚症状が乏しいため、気づいたときには病気が進行している場合が多くみられます。しかし慢性腎臓病は健診で早期に発見できます。そして慢性腎臓病を早期から治療することで、重症化を防ぐことができます。

慢性腎臓病の人では、そうでない人に比べて、透析治療が必要な状況に 10 倍以上なりやすく、脳卒中や心臓病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。忙しいからと慢性腎臓病を放置することなく、医療機関を受診して、早い段階で治療を始めることが重要です。

② eGFR が 45 以上、かつ、尿蛋白弱陽性（±） の場合

今回の健診の結果、尿蛋白が弱陽性であることがわかりました。eGFR が 60 以上、かつ尿蛋白弱陽性は、確定的ではありませんが、慢性腎臓病の存在を示唆するサインです。また、eGFR が 45 以上 60 未満の場合は、腎機能の軽度の低下があり、それだけで軽症の慢性腎臓病の存在を示すサインです。あなたは慢性腎臓病の可能性がありますが、まだ医療機関を受診する必要はありません。腎機能や尿蛋白の推移に注意することが大切ですから来年も健診を受けましょう。

腎機能の軽度の低下や尿蛋白が弱陽性になる原因には、悪い生活習慣が関わっている可能性があります。まずは、生活習慣の改善に取り組んでください。

高血圧や糖尿病、脂質異常症の存在は慢性腎臓病の危険因子です。慢性腎臓病を発症したり、これ以上悪化させないために、生活習慣病（高血圧、糖尿病、脂質異常症等）がある場合には、しっかりと治療することが大切です。そして高血圧や糖尿病、脂質異常症等の危険因子がある場合には、eGFR が 45 以上であったり、尿蛋白が±であっても、医療機関を受診して詳しい検査受けてください。

慢性腎臓病の発症や悪化に関係する生活習慣としては、食塩の過剰摂取、喫煙、不規則な生活などがあります。尿蛋白が±ですから、医療機関を受診しない場合でも、生活習慣の改善に取り組んでください。喫煙者ではぜひ禁煙しましょう。またメタボリックシンドロームやその予備群、肥満がある場合は、その改善が必要です。適正体重を維持する、または目指すためにも、総エネルギー摂取量を適正にし、運動して下さい。

慢性腎臓病の人では、そうでない人に比べて、透析治療が必要な状況に 10 倍以上なりやすく、脳卒中や心臓病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。

そして慢性腎臓病を早期発見するためにも来年も健診を受けましょう。

③ eGFR が 45 以上 60 未満、かつ、尿蛋白（-） の場合

今回の健診の結果、腎機能の軽度の低下があり、尿蛋白が陰性であることがわかりました。eGFRが45以上60未満の場合は、それだけで軽症の慢性腎臓病の存在を示すサインです。あなたは慢性腎臓病の可能性がありますが、まだ医療機関を受診する必要はありません。腎機能や尿蛋白の推移に注意することが大切です。来年も健診を受けましょう。

高血圧や糖尿病、脂質異常症等の存在は慢性腎臓病の危険因子です。慢性腎臓病を発症したり、これ以上悪化させないために、生活習慣病（高血圧、糖尿病、脂質異常症等）がある場合には、しっかりと治療することが大切です。高血圧や糖尿病、脂質異常症等の危険因子がある場合には、腎機能が軽度の低下であっても、医療機関を受診して詳しい検査を受けてください。

腎機能が軽度に低下する原因には、悪い生活習慣が関わっている可能性があります。まずは生活習慣の改善に取り組んでください。

慢性腎臓病の発症や悪化に関係する生活習慣としては、食塩の過剰摂取、喫煙、不規則な生活などがあります。腎機能が軽度に低下している可能性がありますから、医療機関を受診しない場合でも、生活習慣の改善に取り組んでください。喫煙者ではぜひ禁煙しましょう。メタボリックシンドロームやその予備群、肥満がある場合は、その改善が必要です。適正体重を維持する、または目指すためにも、総エネルギー摂取量を適正にし、運動して下さい。

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る可能性がありますので、医療機関を受診してください。

④ eGFRが60以上、かつ、尿蛋白（－）の場合

今回の健診の結果、腎臓の働きの低下はなく、尿蛋白が陰性であることがわかりました。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、下記（※）の慢性腎臓病の危険因子を有する場合は、慢性腎臓病の発症予防が必要であると考えられます。

（※）慢性腎臓病の危険因子：

肥満、メタボリックシンドローム、喫煙、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、慢性腎臓病の家族歴、過去の健診での尿異常（尿蛋白陽性）、高齢（65歳以上）

これらの危険因子は、血管に負担をかけ、動脈硬化を進行させるため、多くの血管が集まっている腎臓も障害されます。

生活習慣病（高血圧、糖尿病、脂質異常症等）は慢性腎臓病の危険因子ですから、しっかりと治療して、慢性腎臓病の発症を予防することが重要です。

また、慢性腎臓病を発症する危険因子を軽減するために、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。減塩や適度なエネルギー摂取などの食生活の改善に取り組み、禁煙することはとても大切です。メタボリックシンドロームやその予備

群である場合は、運動するなどして、その改善に取り組んでください。
そして慢性腎臓病を早期発見するためにも来年も健診を受けましょう。

参考文献

1. Imai, E. 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.
2. Matsuo, S. et al. Revised equations for estimated GFR from serum creatinine in Japan. *Am J Kidney Dis* 2009; 53: 982-992.
3. Levey, AS. et al. The definition, classification, and prognosis of chronic kidney disease: a KDIGO Controversies Conference report. *Kidney Int.* 2011; 80: 17-28.
4. Nagai K, et al. Relationship between estimated glomerular filtration rate and cardiovascular mortality in a Japanese cohort with long-term follow-up. *PLoS One.* 2016 6;11 (6):e0156792.
5. Sato H, et al. Comparison of the predictive ability of albuminuria and dipstick proteinuria for mortality in the Japanese population: the Yamagata (Takahata) study. *Clin Exp Nephrol.* 2016;20(6):904-909.
6. Wakasugi M, et al. Association between overall lifestyle changes and incidence of proteinuria: a population-based, cohort study. *Intern. Med.* 2017;56(12):1475-148
7. Yamagata K, et al. Risk factors for chronic kidney disease in a community-based population: a 10-year follow-up study. *Kidney Int.* 2007 71 (2):159-66.
8. Yamagata K, et al. Effect of behavior modification on outcome in early- to moderate-stage chronic kidney disease: A cluster-randomized trial. *PLoS One.* 2016 21;11 (3):
9. 日本腎臓学会編：CKD 診療ガイド 2012、東京医学社、2012
10. 「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

心電図検査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
異常 ↑	心房細動が疑われる場合	① すぐに医療機関の受診を
	その他の不整脈が疑われる場合	② 医療機関の受診を
	高血圧があり心電図で左室肥大等が疑われる場合	③ 医療機関の受診を
正常 ↓	上記以外の場合	④ 今後も継続して健診受診を

【対象者への説明文例】

① 心房細動が疑われる場合

今回の心電図検査の結果、心房細動という不整脈が疑われました。更に詳しい検査や治療が必要と思われますので、すぐに医療機関を受診してください。この不整脈があると心臓の中に血のかたまりができやすくなり、それがはがれて脳の血管につまると脳梗塞の原因になります。一般的にこの不整脈がある人は、ない人と比べて、脳梗塞になる危険性が約5倍、心臓からとんだ血のかたまりが詰まるタイプの脳梗塞だと10倍以上になることが報告されています。

② そのほかの不整脈等が疑われる場合

今回の心電図検査の結果、不整脈が疑われました。医療機関の受診をお勧めします。自覚症状がある場合は早めの受診をお勧めします。

③ 高血圧があり、心電図で左室肥大が疑われる場合

今回の心電図検査の結果、左室肥大が疑われました。一般的に左室肥大の原因は高血圧と考えられており、左室肥大を伴う高血圧のほうが、伴わない場合よりも循環器疾患（脳卒中や心筋梗塞）を発症しやすいと考えられています。ただし実際に左室肥大があるかどうかを健診の心電図だけで判定するのは困難です。医療機関を受診して血圧や左室肥大について相談してください。

④ 上記以外の場合

今回の心電図検査の結果では医療機関の受診をお勧めするような異常は見つかりませんでした。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。

【保険者及び健診担当医への補足説明】

1) 健診の判定について

① 心房細動が疑われる場合

心房細動：心電図上、持続的又は間欠的な心房細動（鑑別がつきにくい場合もあるため心房粗動を含める）を認める者（ミネソタコードでは、8-3-1 から 8-3-4 でコードされるもの）。又は期外収縮で心房細動と鑑別がつきにくい者等（ミネソタコードでは、8-1-1 から 8-1-5 とコードされるものの一部）。又は問診や聴診から心房細動が強く疑われるものの健診時の心電図検査でははっきりとした所見が得られなかった者。

② そのほかの不整脈等が疑われる場合

心房細動（心房粗動）以外で、医師が、再検査が必要と判断した不整脈がある場合。症状を伴う期外収縮（ミネソタコードでは、8-1-1 から 8-1-5 または 8-9-1-1、8-9-1-2 とコードされるものの一部）や上室性調律（8-4-1、8-4-2）、原因不明の洞性頻脈（8-7 の一部）等。また不整脈以外でも偶然、再検査等が必要な所見が心電図で見つかった場合もここに分類する。

③ 左室肥大が疑われる場合

ミネソタコードでは、3-1 又は 3-3 を示す者。Sokolow-Lyon 基準で、1) $RV5+SV1 > 35\text{mm}$ 又は 2) $RV6+SV1 > 35\text{mm}$ を示す者等。これらに ST-T 変化（ミネソタコードで 4-1 から 4-3、5-1 から 5-3 等）が加わった場合は単独の場合よりも脳・心血管疾患の死亡リスクが高くなるという報告がある。

ミネソタコードは、「日循協心電図コード 2005（1982 版ミネソタコード準拠）」に基づいている。なお上記の基準はあくまで参考であり、最終的な判断は健診の担当医が決定する。

2) 健診対象者の選定について

特定健診では、血圧が受診勧奨判定値以上の者又は問診等で不整脈が疑われる者のうち、医師が必要と認める者が詳細な健診項目としての心電図検査の対象となる。既に高血圧や不整脈で治療中の場合は医療機関で検査するのが原則であるが、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。

（詳細な健診項目としての心電図検査の対象者：以下の（i）（ii）のいずれか）

（i）収縮期血圧 140mmHg 以上 かつ／又は 拡張期血圧 90mmHg 以上

（ii）健診時に医師の診察（聴診）や問診で不整脈（特に心房細動）の既往や現病が疑われる者

不整脈の既往や現病が疑われる者を選び出す際の医師の判断の補助としての問診例
不整脈に関する問診票(例)

1. 今までに心房細動を指摘されたことがありますか。

(1. はい 2. いいえ 3. わからない)

→はいに○をされた方に質問します。

何歳ごろ指摘されましたか (歳ごろ)

2. その他の不整脈を指摘されたことがありますか。

(1. はい 2. いいえ 3. わからない)

→はいに○をされた方に質問します。

何歳ごろ指摘されましたか (歳ごろ)

3. 以下の自覚症状があれば☑をつけてください。

動悸 (普段は自覚しない心臓の鼓動を不快なものとして感じる)

息切れ 脈のリズムの乱れ 胸部の不快感 失神 めまい

これ以外の問診票でも診察時の口頭確認でも構わないが、心電図検査の可否についての最終判断は健診担当医が決定する。

参考文献

1. Tanizaki Y, Kiyohara Y, Kato I, Iwamoto H, Nakayama K, Shinohara N, Arima H, Tanaka K, Ibayashi S, Fujishima M. Incidence and risk factors for subtypes of cerebral infarction in a general population: the Hisayama study. Stroke 31: 2616-22, 2000.
2. Ohsawa M, Okamura T, Ogasawara K, Ogawa A, Fujioka T, Tanno K, Yonekura Y, Omama S, Turin TC, Itai K, Ishibashi Y, Morino Y, Itoh T, Miyamatsu N, Onoda T, Kuribayashi T, Makita S, Yoshida Y, Nakamura M, Tanaka F, Ohta M, Sakata K, Okayama A. Relative and absolute risks of all-cause and cause-specific deaths attributable to atrial fibrillation in middle-aged and elderly community dwellers. Int J Cardiol 184: 692-8, 2015.
3. Nakamura K, Okamura T, Hayakawa T, Kadowaki T, Kita Y, Okayama A, Ueshima H. NIPPON DATA90 Research Group. Electrocardiogram screening for left high R-wave predicts cardiovascular death in a Japanese community-based population: NIPPON DATA90. Hypertens Res: 29: 353-60, 2006.
4. Ishikawa J, Ishikawa S, Kabutoya T, Gotoh T, Kayaba K, Schwartz JE, Pickering TG, Shimada K, Kario K; Jichi Medical School Cohort Study Investigators Group. Cornell product left ventricular hypertrophy in electrocardiogram and the risk of stroke in a general population. Hypertension 53: 28-34, 2009.
5. Rumana N, Turin TC, Miura K, Nakamura Y, Kita Y, Hayakawa T, Choudhury SR, Kadota A, Nagasawa SY, Fujioshi A, Takashima N, Okamura T, Okayama A, Ueshima H. Prognostic value of ST-T abnormalities and left high R waves with cardiovascular mortality in Japanese (24-year follow-up of NIPPON DATA80). Am J Cardiol 107:1718-24, 2011.

6. 榑木晶子、豊嶋英明. 胸写・心電図. 循環器病予防ハンドブック第7版. 日本循環器病予防学会編. 保健同人社, 2014.
7. 豊嶋英明、宇佐見隆廣、榑木晶子、堀部 博. 「日循協心電図コード2005（1982版ミネソタコード準拠）」の開発とその経緯. 日循予防誌 40: 138-154, 2005.
8. 日常的な健康度を指標とした都市コホート研究：神戸トライアル. 追跡3問診票. 先端医療センター研究所, 2016.

眼底検査（高血圧性変化）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
異常 ↑	Scheie 分類 H3 以上、 Keith-Wagener 分類 IIb 以上、 Wong-Mitchell 分類 中等度以上	① すぐに医療機関の受診を
	Scheie 分類 H1-2、S1-4、 Keith-Wagener 分類 I-IIa、 Wong-Mitchell 分類 軽度	② 高血圧、その他の危険因子の予防と管理の徹底を
正常 ↓	Scheie 分類 H0、S0、 Keith-Wagener 分類 0、 Wong-Mitchell 分類 所見なし	③ 今後も継続して健診受診を

眼底検査所見について

Scheie 分類において、H（0～4 度）は高血圧性変化を、S（0～4 度）は動脈硬化性変化を指します。Keith-Wagener 分類（慶大）変法（KW）も高血圧性変化の分類で、0 群から IV 群までに分類されます。

Wong-Mitchell 分類（WM）は循環器病のリスク評価の観点から所見なし、軽度、中等度、重度 4 段階に分類されます。

【対象者への説明文例】

① H3 以上、KW IIb 以上、WM 中等度以上の場合

今回の眼底検査の結果、網膜に高血圧の影響と考えられる強い変化（眼底出血など）がありました。早急に高血圧の治療が受けられる医療機関（内科）を受診した上で、担当医に眼科受診についても相談してください。

この眼底変化がある人は、ない人に比べて、脳卒中を含む循環器病になる危険が2倍以上高くなることが報告されています。高血圧はもちろん、脂質異常症や糖尿病などの循環器病危険因子をしっかりと予防又は管理することが重要です。また、喫煙習慣がある人はできるだけ早く禁煙することが必要です。

② H1-2, S1-4, KW I-IIa, WM 軽度の場合

今回の眼底検査の結果、網膜に高血圧又は動脈硬化の影響と考えられる変化がありました。

この眼底変化がある人は、ない人に比べて、脳卒中を含む循環器病になる危険が最大2倍程度まで高くなることが報告されています。高血圧のほか、脂質異常症や糖尿病等の循環器病危険因子をしっかりと予防または管理することが重要ですので、医療機関

(内科)にてご相談下さい。また、喫煙習慣がある人はできるだけ早く禁煙することが必要です。

③ HO, SO, KW O、WM 所見なしの場合

今回の眼底検査の結果、あなたの網膜の血管の状態は異常ありませんでした。

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。又、高血圧、脂質異常症、糖尿病等の循環器病危険因子をしっかりと予防又は管理することが重要です。また、喫煙習慣がある人はできるだけ早く禁煙することが必要です。

参考文献

1. 川崎良. 眼底検査(所見判定分類). 循環器病予防ハンドブック第7版. 日本循環器病予防学会編. 保健同人社, 2014.
2. 日本人間ドック学会 画像健診判定マニュアル・眼底健診判定マニュアル (平成27年4月改訂版)
3. 大阪府立健康科学センター: 眼底写真の撮影法. 手にとるようにわかる健診のための眼底検査 改訂版, ベクトル・コア, 東京, 2009.
4. 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会編: 高血圧治療ガイドライン2014, ライフサイエンス出版, 東京, 2014.
5. Wong TY, Mitchell P. Hypertensive retinopathy. N Engl J Med 351: 2310-2317, 2004.
6. Sairenchi T, Iso H, Yamagishi K, Irie F, Okubo Y, Gunji J, Muto T, Ota H: The Ibaraki Prefectural Health Study. Mild retinopathy is a risk factor for cardiovascular mortality in Japanese with and without hypertension: The Ibaraki Prefectural Health Study. Circulation. 124: 2502-2511, 2011.
7. Nakayama T, Date C, Yokoyama T, Yoshiike N, Yamaguchi M, Tanaka H. A 15.5-year follow-up study of stroke in a Japanese provincial city: the Shibata Study. Stroke 1997; 28:45-52.

眼底検査（糖尿病網膜症）に関するフィードバック文例集

【健診判定と対応の分類】

糖尿病（高血糖）の者に対する対応

健診判定		主な所見	対応
異常 ↑	増殖網膜症	新生血管、硝子体出血、網膜剥離等	① すぐに医療機関（眼科も含む）の受診を（緊急）
	増殖前網膜症 （重症非増殖網膜症）	軟性白斑、高度の静脈変化、網膜内細小血管異常等	② すぐに医療機関（眼科も含む）の受診を（至急）
	単純網膜症 （軽症～中等症非増殖網膜症）	毛細血管瘤、点状出血、硬性白斑等	③ すぐに医療機関（眼科も含む）の受診を
正常 ↓	異常なし	見える範囲に異常なし	④ 年に1度は眼科受診を

「糖尿病網膜症」とは？

- 高血糖状態が長く継続すると、網膜の血管に障害が起こり、出血や新生血管（出血しやすいもろい血管）の発生、網膜剥離等を引きおこし、最悪の場合失明につながる病気です。
- 網膜症があっても初期～中期においては視力障害などの自覚症状がない場合がほとんどです。
視力障害などの症状が出てからの治療では、失明につながる場合があることから、定期的な眼底検査と適切な治療が必要です。
- 日本人 2 型糖尿病における網膜症の発症予防・悪化防止のためには、血糖、血圧、体重のコントロールが重要であることがわかっています。脂質異常症の改善も進展防止につながるとの報告があります。

健診における眼底検査の有用性と限界

- 高血糖者に対しては 両眼の眼底撮影を行う必要があります。
- 健診での眼底検査では、通常無散瞳眼底カメラで撮影された写真を医師が判定することが多いです。
無散瞳の場合には網膜周辺部の所見が得られないことや、眼底写真で検出可能な網膜症の発症以前でも網膜の血管密度や神経機能に異常が見られることがありますので注意が必要です。健診では眼科専門医以外が判定する場合も多いことを鑑みて、我が国で用いられることの多い簡便な分類法として改変 Davis 法とエビデンスに基づく重症化のリスクに応じて定められた国際分類（括弧内）を併記しています。
- 眼底カメラで所見がないとされた場合にも、眼科医による詳細な検査で網膜症が発見されることもあるので、糖尿病と診断されている者には毎年眼科を受診し、網膜症の検査を受けることを勧めることが大切です。

【対象者への説明文例】

① の場合 （増殖網膜症）

糖尿病網膜症が非常に進行しており、このままでは失明の危険性が高い状態と考えられます。すぐに眼科で治療を受けることで失明を防ぐことができる可能性が高まります。同時にかかりつけの医療機関等で糖尿病の管理もしっかり行ってください。

② の場合 （増殖前網膜症・重症非増殖網膜症）

糖尿病網膜症が進行し、大出血、網膜剥離など視力障害がおこる一歩手前の可能性があります。眼科で適切な治療を受けることで視力を維持し、失明を防ぐ可能性が高まります。合わせて糖尿病の管理もかかりつけの医療機関等でしっかり行ってください。

③ の場合 （単純網膜症・軽症～中等症非増殖網膜症）

糖尿病網膜症が始まっている可能性があります。このまま放置すると、眼底出血などにより視力を低下させる危険性が高まります。血糖や血圧の管理により血管障害を進ませないこと、年一回の眼科で精密な眼底検査を受けて進行状態を詳しく把握することが必要です。同時にかかりつけの医療機関等で糖尿病の管理もしっかり行ってください。

④ の場合 （異常なし）

今回の検査では明らかな糖尿病網膜症の病変は認めませんでした。高血糖に伴い血管の密度や神経機能の異常が出ることもあります。より詳しい診断のために、年に一度は眼科で眼底をよく診てもらう必要があります。かかりつけの医療機関等を受診し、血糖値の改善に努めること、血圧を正常に保つことにより、網膜症の発症や悪化を予防できることがわかっています。

参考文献

- 1.日本糖尿病学会「科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン 2013」
- 2.日本糖尿病学会「糖尿病診療ガイドライン 2019」
- 3.循環器予防ハンドブック 第 7 版 眼底検査
- 4.日本人間ドック学会 眼底健診判定マニュアル
- 5.健診・人間ドックハンドブック（中外医学社）
- 6.日本糖尿病眼学会・日本眼科学会「糖尿病網膜症診療ガイドライン」

【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に同封できる用紙を作成しました。こちらの用紙は 1 項目だけを知らせる簡便な例です。実際に使用する場合は、イラストを入れたり、受診者が該当する表中の箇所に丸をつける等、より理解が進むように適宜工夫して使用してください。
- 健診受診者ご本人及び医療関係者が、受診目的等を共有することが可能となるとともに、医療関係者への周知・啓発につながることを期待されます。
- あくまでも文例なので記載方法の変更は自由ですが、記載されている科学的根拠から逸脱しないように注意してください。

特定健康診査で血圧高値のため医療機関の受診を勧められています。

※医療機関受診時に、この用紙をご持参ください。

収縮期血圧（ ） mmHg

拡張期血圧（ ） mmHg

厚生労働省健康局の策定した「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」

P.00

フィードバック文例集では、以下のように医療機関での対応をお勧めしています。

健診判定		対応		
		肥満者の場合	非肥満者の場合	
異常 ↑	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
正常 ↓	保健指導判定値未満のレベル	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	

特定健康診査で血糖高値のため医療機関の受診を勧められています。

※医療機関受診時に、この用紙をご持参ください。

空腹時血糖（ ）mg/dl

随時血糖（ ）mg/dl

HbA1c（ ）%（NGSP）

※ やむを得ず空腹時以外において採血を行い、HbA1cを測定しない場合は、食直後を除き随時血糖により血糖検査を行うことを可とする。なお、空腹時とは絶食 10 時間以上、食直後とは食事開始時から 3.5 時間未満とする。
（特定健診・保健指導プログラム（令和6年度版））

厚生労働省健康局の策定した「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」
P.OOフィードバック文例集では、以下のように医療機関での対応をお勧めしています。

健診判定		対応					
		肥満の場合		非肥満の場合			
		空腹時血糖 随時血糖 (mg/dL)	HbA1c (NGSP) (%)	糖尿病治療中*	糖尿病未治療*	糖尿病治療中*	糖尿病未治療*
異常 ↑	受診勧奨判定値を超えるレベル	126～	6.5～	①受診継続、血糖マネジメントについて確認・相談を。	②定期的に医療機関を受診していなければすぐに医療機関受診を。	③受診継続、血糖マネジメントについて確認・相談を。	②定期的に医療機関を受診していなければ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受診継続。	⑤特定保健指導の積極的な活用と生活習慣の改善を、また、精密検査を推奨。	⑥受診継続。	⑦生活習慣の改善を。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。

特定健康診査で脂質異常のため医療機関の受診を勧められています。

※医療機関受診時に、この用紙をご持参ください。

LDL コレステロール () mg/dl

空腹時中性脂肪 (TG) () mg/dl

随時中性脂肪 (TG) () mg/dl

※ 特定健康診査においては、空腹時中性脂肪は絶食10時間以上、随時中性脂肪は食事開始から3.5時間以上絶食10時間未満に採血が実施されたものとする。

(特定健診・保健指導プログラム(令和6年度版))

厚生労働省健康局の策定した「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」P.00フィードバック文例集では、以下のように医療機関での対応をお勧めしています。

健診判定		対応	
		肥満者の場合	非肥満者の場合
異常 ↑	受診勧奨判定値を超えるレベル	LDL-C \geq 180mg/dL 又は TG \geq 500mg/dL (空腹時、随時を問わない)	①早期に医療機関の受診を
		140mg/dL \leq LDL-C < 180mg/dL 又は 300mg/dL \leq TG < 500mg/dL (空腹時、随時を問わない)	②生活習慣を改善する努力をした上で、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-C < 140mg/dL 又は 空腹時 150mg/dL(随時 175mg/dL) \leq TG < 300mg/dL 又は HDL-C < 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
正常 ↓	基準範囲内	LDL-C < 120mg/dL かつ TG < 空腹時 150mg/dL (随時 175mg/dL) かつ HDL-C \geq 40 mg/dL	⑤今後も継続して健診受診を

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(平成十六年厚生労働省告示第二百四十二号)

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。

なお、健康診査は、大きく「健診」と「検診」に分けられる。健診は、必ずしも特定の疾患自体を確認するものではないが、健康づくりの観点から経時的に値を把握することが望ましい検査群であり、健診の結果、異常がないとしても行動変容につなげる狙いがある。検診は、主に特定の疾患自体を確認するための検査群であり、検診の結果、異常がなければ次の検診まで経過観察を行うことが多いものである。

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つなげることが大きな目標とされた。平成二十年四月からは、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和五十七年法律第八十号)により、保険者に対して内臓脂肪の蓄積に起因した生活習慣病に関する特定健康診査及び特定健康診査の結果による健康の保持に努める必要がある者に対する保健指導の実施が義務付けられたところである。

また、健康診査の項目や保健指導対象者の基準等については、科学的根拠を踏まえて、定期的な見直しが必要である。

その他、健康診査の結果等を含む医療情報に関しては、医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律(平成二十九年法律第二十八号。以下「次世代医療基盤法」という。)が平成三十年五月から施行されている。

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

各健康増進事業実施者は、健康診査の実施等に当たり、個人情報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。なお、健康診査については、次に掲げる要件を満たすべきものであることから、新たな健康診査の項目等の導入又は見直しに当たっては、これを考慮すること。

- (一) 対象とする健康に関連する事象(以下「健康事象」という。)が公衆衛生上重要な課題であること。
- (二) 対象とする健康事象の機序及び経過が理解されており、当該健康事象が発生する危険性が高い期間が存在し、検出可能な危険因子及びその指標が存在すること。
- (三) 対象とする健康事象又は検出可能な危険因子に対して適切な検査及び診断法が存在し、かつ、科学的知見に基づいた効果的な治療及び介入を早期に実施することにより、より良好な予後をもたらすことを示す科学的根拠があること。

- (四) 対象となる健康事象について原則として無症状であること。
 - (五) 検査の目的と対象集団が明確であり、社会的に妥当な検査であること。
 - (六) 検査が簡便かつ安全であり、精度及び有効性が明らかで、適切な基準値が設定されていること。
 - (七) 検査を実施可能な体制が整備されていること。
 - (八) 事後措置(健康診査の結果等を踏まえた精密検査、保健指導等をいう。以下同じ。)の対象者の選定及び当該措置の実施方法の設定が科学的根拠に基づきなされていること。
 - (九) 事後措置を実施可能な保健医療体制が整備されていること。
 - (十) 健診及び検診に関するプログラム(以下「健診・検診プログラム」という。)は、教育、検査診断及び事後措置を包括し、臨床的、社会的及び倫理的に許容されるものであること。
 - (十一) 健診・検診プログラムは、危険性を最小限にするための質の保証がなされており、起こり得る身体的及び精神的不利益を上回る利益があること。
 - (十二) 健診・検診プログラムの適切な運用(モニタリング、精度管理等を含む。)を実施する体制が整備されていること。
 - (十三) 健診・検診プログラムの公平性及びアクセスが対象集団全員に対して保証されていること。
 - (十四) 健診・検診プログラムを継続して実施可能な人材及び組織体制が確保されていること。
 - (十五) 健診・検診プログラムの対象者に対し、検査結果及び事後措置に関する科学的根拠に基づく情報が提供され、当該情報を得た上での自己選択及び自律性への配慮がなされていること。
 - (十六) 健診・検診プログラムを実施することによる死亡率又は有病率の減少効果に関して質の高い科学的根拠があること。
 - (十七) 健診・検診プログラムに要する費用が社会的に妥当であること。
 - (十八) 健診・検診プログラムに関し、実施頻度、検査感度等に影響を与える検査手法の変更をする場合には、科学的根拠に基づく決定を行うこと。
- 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並びに医療法施行規則(昭和二十三年厚生省令第五十号)第九条の七に定める検査業務の精度の確保に係る基準に適合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。また、委託先が検体検査の業務を衛生検査所等に再委託する場合には、同令第九条の八に定める受託業務及び臨床検査技師等に関する法律施行規則(昭和三十二年厚生省令第二十四号)第十一条に定める衛生検査所の検査業務の精度の確保に係る基準に適合する者に再委託しなければならないことを踏まえ、健康増進事業実施者が委託先に適切な措置を講じさせること。なお、この場合に委託先は、再委託先の行為について責任を負うこと。
- 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に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

なお、協議会等の開催に当たっては、「地域・職域連携推進ガイドライン」(令和元年九月これからの地域・職域連携推進の在り方に関する検討会取りまとめ)を活用すること。

- 8 健康増進事業実施者は、事前及び事後措置も含めた健診・検診プログラム全体としての評価を行うことが望ましい。また、評価を行う場合には、各々の健診及び検診事業に応じ、ストラクチャー評価(実施するための仕組みや実施体制の評価)、プロセス評価(目的の達成に向けた過程の評価)、アウトプット評価(目的達成のために行われる事業の結果の評価)及びアウトカム評価(目的の達成状況の評価)に分類の上、行うことが必要である。

第四 健康診査の結果等に関する情報の継続の在り方に関する事項

- 1 健康増進事業実施者においては、健診結果等情報を継続させていくことが受診者の健康の自己管理に役立ち、疾病の発症及び重症化の予防の観点から重要であり、生涯にわたる健康の増進に重要な役割を果たすことを認識し、健康増進事業の実施に当たっては、個人情報保護に関する法律(平成十五年法律第五十七号)、地方公共団体において個人情報保護に関する法律第十二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、生涯を通じた継続的な自己の健康管理の観点から、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。健康診査等の結果の写しの提供が予定されている場合には、原則として、各健診及び検診において、その結果等を、別途定める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、原則として、委託先に対して、当該形式による健康診査の結果等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。なお、生涯を通じた継続的な自己の健康管理の観点から、できる限り長期間、本人等が健診結果等情報を参照できるようにすることが望ましいこと。
- 3 健診結果等情報の継続は、電磁的な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、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。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り、将来的には電磁的な様式に統一されることが強く望まれること。
- 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。
 - (三) 健康診査の実施の全部又は一部を委託する場合においては、当該委託契約の中

で、委託先である健康診査の実施機関が健康診査の結果を有している場合には、健康診査の受診者本人の請求に基づき、健康診査の実施機関から直接開示を行うことが可能となることを明記する等必要な工夫を図ること。

- 6 健康増進事業実施者は、次世代医療基盤法に基づく次世代医療基盤法第九条第一項に定める認定匿名加工医療情報作成事業者に対する健診結果等情報の提供について、任意ではあるが、自らの医療情報の提供が、匿名加工医療情報の利活用による医療分野の研究開発の促進を通じ、国民に提供される医療の進歩に資することを踏まえ、協力を検討すること。

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 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。
- 3 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。
- 4 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。
- 5 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。

別紙7-1 健診結果・質問票情報

項目	項目コード	項目名	データ基準		データタイプ	単位	データ値	検査方法	形式	備考	
			下限値	上限値							
身体計測	○	9N00100000000001	身長		数字	cm			NN.N		
	○	9N00600000000001	体重		数字	kg			NN.N		
	○	9N01100000000001	BMI		数字	kg/m ²			NN.N		
	○	9N02100000000001	内臓脂肪面積		数字	cm ²			NN.N		
	○	9N01616010000001	腹囲(実測)		数字	cm		1:実測	NN.N		
	○	9N01616020000001	腹囲(自己判定)		数字	cm		2:自己測定	NN.N		
	○	9N01616030000001	腹囲(自己申告)		数字	cm		3:自己申告	NN.N	BMIが22未満である者に限る	
		9N02600000000002	肥満度		数字	%			NN.N		
	診療	○	9N05100000000049	業務歴		漢字					
		○	9N05600000000011	既往歴		コード				N	1:特記すべきことあり、2:特記すべきことなし
○		9N05616040000049	具体的な既往歴		漢字					特記すべきことありの場合に記載	
○		9N06100000000011	自覚症状		コード				N	1:特記すべきことあり、2:特記すべきことなし	
○		9N06116080000049	自覚症状(所見)		漢字					特記すべきことありの場合に記載	
○		9N06600000000011	他覚症状		コード				N	1:特記すべきことあり、2:特記すべきことなし	
○		9N06616080000049	他覚症状(所見)		漢字					特記すべきことありの場合に記載	
○		9N07100000000049	その他(家族歴等)		漢字						
○		9N07600000000049	視診(口腔内含む)		漢字						
○		9N08100000000049	打聴診		漢字						
○	9N08600000000049	触診(関節可動域含む)		漢字							
○	9N09100000000001	反復唾液嚥下テスト		数字	回				N		
血圧等	○	9A75500000000001	収縮期血圧(その他)		数字	mmHg		3:その他	NNN	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	
	○	9A75200000000001	収縮期血圧(2回目)		数字	mmHg		2:2回目	NNN		
		9A75100000000001	収縮期血圧(1回目)		数字	mmHg		1:1回目	NNN		
	○	9A76500000000001	拡張期血圧(その他)		数字	mmHg		3:その他	NNN	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	
	○	9A76200000000001	拡張期血圧(2回目)		数字	mmHg		2:2回目	NNN		
	○	9A76100000000001	拡張期血圧(1回目)		数字	mmHg		1:1回目	NNN		
	○	9N12100000000001	心拍数		数字	拍/分				N	2:食後10時間以上、3:食後3.5時間以上10時間未満、4:食後3.5時間未満
	○	9N14100000000011	採血時間(食後)		コード					N	
	生化学検査	○	3F05000002327101	総コレステロール		数字	mg/dl		1:可視吸光度法(コレステロール酸化酵素法)	NNNNN	
		○	3F05000002327201			数字	mg/dl		2:紫外吸光度法(コレステロール脱水酵素法)	NNNNN	
○		3F05000002399901			数字	mg/dl		3:その他	NNNNN		
●		3F01500002327101	空腹中性脂肪(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)	NNNNN	特定健康診査においてこの項目に結果が記録される場合、「採血時間(食後)」のコードが記録されている場合は「2:食後10時間以上」である必要がある	
●		3F01500002399901			数字	mg/dl		2:紫外吸光度法(酵素比色法・グリセロール消去)	NNNNN		
●		3F015129902327101			数字	mg/dl		3:その他	NNNNN		
●		3F015129902327201	随時中性脂肪(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)	NNNNN	特定健康診査においてこの項目の結果が記録される場合、「採血時間(食後)」のコードが記録されている場合は「3:食後3.5時間以上10時間未満」である必要がある	
○		3F015129902399901			数字	mg/dl		2:紫外吸光度法(酵素比色法・グリセロール消去)	NNNNN		
○		3F07000002327101	HDLコレステロール		数字	mg/dl		1:可視吸光度法(直接法(非沈殿法))	NNNNN		
○		3F07000002327201			数字	mg/dl		2:紫外吸光度法(直接法(非沈殿法))	NNNNN		
○		3F07000002399901			数字	mg/dl		3:その他	NNNNN		
○		3F07700002327101	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))	NNNNN		
○		3F07700002327201			数字	mg/dl		2:紫外吸光度法(直接法(非沈殿法))	NNNNN		
○		3F07700002399901			数字	mg/dl		3:その他	NNNNN		
○		3F07700002391901			数字	mg/dl		4:計算法	NNNNN		
○		3F06900002391901	Non-HDLコレステロール		数字	mg/dl			NNNNN		
○		3J01000002327101	総ビリルビン		数字	mg/dl		1:可視吸光度法(化学酸化法、酵素法、ジブゾ法)	NN.N		
○		3J01000002399901			数字	mg/dl		2:その他	NN.N		
○		3B03500002327201	AST(GOT)		数字	U/l		1:紫外吸光度法(JSCC標準化対応法)	NNNNN		
○		3B03500002399901			数字	U/l		2:その他	NNNNN		
○		3B04500002327201	ALT(GPT)		数字	U/l		1:紫外吸光度法(JSCC標準化対応法)	NNNNN		
○		3B04500002399901			数字	U/l		2:その他	NNNNN		
○		3B09000002327101	γ-GT(γ-GTP)		数字	U/l		1:可視吸光度法(JSCC標準化対応法)	NNNNN		
○		3B09000002399901			数字	U/l		2:その他	NNNNN		
○		3B07000002327101			数字	U/l		1:可視吸光度法(JSCC標準化対応法)	NNNNN		
○		3B07000002327501	ALP		数字	U/l		2:IFCC対応法(改定JSCC標準化対応法)	NNNNN		
○		3B07000002399901			数字	U/l		3:その他	NNNNN		
○		3B05000002327201			数字	U/l		1:可視吸光度法(JSCC標準化対応法)	NNNNN		
○		3B05000002327901	LD		数字	U/l		2:IFCC対応法(改定JSCC標準化対応法)	NNNNN		
○		3B05000002399901			数字	U/l		3:その他	NNNNN		
□		3C01500002327101	血清クレアチニン		数字	mg/dl		1:可視吸光度法(酵素法)	NN.NN		
□		3C01500002399901			数字	mg/dl		2:その他	NN.NN		
□		3C015161602399911	血清クレアチニン (対象者)		コード				N		1:検査結果による血清クレアチニン検査対象者 ※詳細な健診の項目として実施しない場合で、値を出現させるときは0 (ゼロ) を入力する
□		3C015161002399949	血清クレアチニン (実施理由)		漢字						詳細な健診の項目として血清クレアチニン検査を実施した場合は必須
□		8A06500002391901	eGFR		数字	ml/min /1.73 m ²			NN.N		
○		3C02000002327101	血清尿酸		数字	mg/dl		1:可視吸光度法(ウリカーゼ・ベルオキシダーゼ法)	NN.N		
○		3C02000002399901			数字	mg/dl		2:その他	NN.N		
○		3A01000002327101	総蛋白		数字	g/dl		1:可視吸光度法(ビウレット法)	NN.N		
○		3A01000002399901			数字	g/dl		2:その他	NN.N		
○		3A01500002327101	アルブミン		数字	g/dl		1:可視吸光度法(BCG法、BCP改良法)	NN.N		
○		3A01500002399901			数字	g/dl		2:その他	NN.N		
○		3A01600002327102	A/G		数字				NN.NN		計算値
○		5C09500002302301	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)	NN.N		
○		5C09500002399901			数字	ng/ml		2:その他	NN.N		
●(注)		3D01000001926101	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)	NNNN		特定健康診査においてこの項目に結果が記録される場合、「採血時間(食後)」のコードが記録されている場合は「2:食後10時間以上」である必要がある
●(注)		3D01000001927201			数字	mg/dl		2:可視吸光度法(ブドウ糖酸化酵素法)	NNNN		
●(注)		3D01000001999901			数字	mg/dl		3:紫外吸光度法(ヘキシナーゼ法、グルコキナーゼ法、ブドウ糖脱水酵素法)	NNNN		
●(注)		3D010129901926101			数字	mg/dl		4:その他	NNNN		
●(注)		3D01012990227101	随時血糖		数字	mg/dl		1:電位差法(ブドウ糖酸化酵素電極法)	NNNN		特定健康診査においてこの項目の結果が記録される場合、「採血時間(食後)」のコードが記録されている場合は「3:食後3.5時間以上10時間未満」である必要がある
●(注)		3D01012990199901			数字	mg/dl		2:可視吸光度法(ブドウ糖酸化酵素法)	NNNN		
●(注)	3D04600001906202			数字	%		3:免疫学的方法(ラテックス凝集比濁法等)	NN.N			
●(注)	3D04600001920402	HbA _{1c} (NGSP値)		数字	%		2:HPLC(不安定分離除去HPLC法)	NN.N			
●(注)	3D04600001927102			数字	%		3:酵素法	NN.N			
●(注)	3D04600001999902			数字	%		4:その他	NN.N			
尿検査	○	1A0200000191111	尿糖		コード			1:試験紙法(機械読み取り)	N	1:-、2:±、3:+, 4:++, 5:+++	
	○	1A0200000190111			コード			2:試験紙法(目視法)	N	1:-、2:±、3:+, 4:++, 5:+++	
	○	1A0100000191111	尿蛋白		コード			1:試験紙法(機械読み取り)	N	1:-、2:±、3:+, 4:++, 5:+++	

	1A01000000190111				コード		2: 試験紙法(目視法)	N	1: -, 2: ±, 3: +, 4: ++, 5: +++	
	1A10000000191111				コード		1: 試験紙法(機械読み取り)	N	1: -, 2: ±, 3: +, 4: ++, 5: +++	
	1A10000000190111	尿潜血			コード		2: 試験紙法(目視法)	N	1: -, 2: ±, 3: +, 4: ++, 5: +++	
	1A105160700166211	尿沈渣(所見の有無)			コード			N	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	
	1A03000000190301	尿比重			数字		1: 屈折計法	N, NNN		
	1A03000000199901				数字		2: その他	N, NNN		
	3A01500000106101				数字	mg/L	1: 免疫比濁法(TIA)(尿)	NNNN, N		
	3A01500000199901	尿中アルブミン定量			数字	mg/L	2: その他(尿)	NNNN, N		
	3A01500000406101				数字	mg/L	3: 免疫比濁法(TIA)(蓄尿)	NNNN, N		
	3A01500000499901				数字	mg/L	4: その他(蓄尿)	NNNN, N		
	3A01500000106128	尿中アルブミンクレアチニン補正値/アルブミン指数			数字	mg/g-CR	1: 免疫比濁法(TIA)	NNNN, N		
	3A01500000199928				数字	mg/g-CR	2: その他	NNNN, N		
	3A01500000406126	尿中アルブミン一日量			数字	mg/day	1: 免疫比濁法(TIA)	NNNN, N		
	3A01500000499926				数字	mg/day	2: その他	NNNN, N		
血液検査	<input type="checkbox"/>	2A040000001930102	ヘマトクリット値		数字	%	自動血球算定装置	NN, N		
	<input type="checkbox"/>	2A030000001930101	血色素量[ヘモグロビン値]		数字	g/dl	自動血球算定装置	NN, N		
	<input type="checkbox"/>	2A020000001930101	赤血球数		数字	万/mm ³	自動血球算定装置	NNNN		
	<input type="checkbox"/>	2A020161001930149	貧血検査(実施理由)		漢字				詳細な健診の項目として貧血検査を実施した場合は必須	
		2A060000001930101	MCV		数字	fL	自動血球算定装置	NN, N		
		2A070000001930101	MCH		数字	pg	自動血球算定装置	NN, N		
		2A080000001930101	MCHC		数字	%	自動血球算定装置	NN, N		
		2A010000001930101	白血球数		数字	/mm ³	自動血球算定装置	NNNNNN		
		2A050000001930101	血小板数		数字	万/mm ³	自動血球算定装置	NNN		
	がん健診・生体検査等	<input type="checkbox"/>	9A110160700000011	心電図(所見の有無)		コード			N	1: 所見あり、2: 所見なし
		<input type="checkbox"/>	9A110160800000049	心電図(所見)		漢字				所見ありの場合に記載
		<input type="checkbox"/>	9A110161600000011	心電図(対象者)		コード			N	1: 検査結果による心電図検査対象者 2: 不整脈による心電図検査対象者 ※詳細な健診の項目として実施しない場合で、値を出現させるときは0(ゼロ)を入力する
		<input type="checkbox"/>	9A110161000000049	心電図(実施理由)		漢字				詳細な健診の項目として心電図検査を実施した場合は必須
		9N201000000000011	胸部エックス線検査(がん:直接撮影)		コード		1: 直接撮影	N	1: A, 2: B, 3: C, 4: D, 5: E	
		9N206160700000011	胸部エックス線検査(一般:直接撮影)(所見の有無)		コード		1: 直接撮影	N	1: 所見あり、2: 所見なし、3: 要再撮影	
		9N206160800000049	胸部エックス線検査(一般:直接撮影)(所見)		漢字		1: 直接撮影		所見ありの場合に記載	
		9N211161100000049	胸部エックス線検査(直接撮影)(撮影年月日)		年月日		1: 直接撮影		yyyymmdd	
		9N211161200000049	胸部エックス線検査(直接撮影)(フィルム番号)		漢字		1: 直接撮影			
		9N216000000000011	胸部エックス線検査(がん:間接撮影)		コード		2: 間接撮影	N	1: A, 2: B, 3: C, 4: D, 5: E	
		9N221160700000011	胸部エックス線検査(一般:間接撮影)(所見の有無)		コード		2: 間接撮影	N	1: 所見あり、2: 所見なし、3: 要再撮影	

9N22116080000049	胸部エックス線検査(一般:間接撮影)(所見)			漢字		2: 間接撮影	所見ありの場合に記載
9N22616110000049	胸部エックス線検査(間接撮影)(撮影年月日)			年月日		2: 間接撮影	yyyymmdd
9N22616120000049	胸部エックス線検査(間接撮影)(フィルム番号)			漢字		2: 間接撮影	
6A010160706170411	喀痰検査(塗抹鏡検 一般細菌)(所見の有無)			コード		N	1: 所見あり、2: 所見なし
6A010160806170449	喀痰検査(塗抹鏡検 一般細菌)(所見)			漢字			所見ありの場合に記載
6A20500006171711	喀痰検査(塗抹鏡検 抗酸菌)			コード		N	1: -, 2: +, 3: +, 4: 2+, 5: 3+
6A205165606171711	喀痰検査(ガフキー号数)			コード		NN	1: 0号、2: 1号、3: 2号、4: 3号、5: 4号、6: 5号、7: 6号、8: 7号、9: 8号、10: 9号、11: 10号
7A01000006143311	喀痰細胞診検査			コード		N	1: A、2: B、3: C、4: D、5: E
9N25100000000011	胸部CT検査(がん)			コード		N	1: A、2: B、3: C、4: D、5: E
9N25116070000011	胸部CT検査(所見の有無)			コード		N	1: 所見あり、2: 所見なし
9N25116080000049	胸部CT検査(所見)			漢字			所見ありの場合に記載
9N25116110000049	胸部CT検査(撮影年月日)			年月日			yyyymmdd
9N25116120000049	胸部CT検査(フィルム番号)			漢字			
9N25616070000011	上部消化管エックス線(直接撮影)(所見の有無)			コード		N	1: 所見あり、2: 所見なし、3: 要再撮影
9N25616080000049	上部消化管エックス線(直接撮影)(所見)			漢字			所見ありの場合に記載
9N25616110000049	上部消化管エックス線(直接撮影)(撮影年月日)			年月日			yyyymmdd
9N25616120000049	上部消化管エックス線(直接撮影)(フィルム番号)			漢字			
9N26116070000011	上部消化管エックス線(間接撮影)(所見の有無)			コード		N	1: 所見あり、2: 所見なし、3: 要再撮影
9N26116080000049	上部消化管エックス線(間接撮影)(所見)			漢字			所見ありの場合に記載
9N26116110000049	上部消化管エックス線(間接撮影)(撮影年月日)			年月日			yyyymmdd
9N26116120000049	上部消化管エックス線(間接撮影)(フィルム番号)			漢字			
9N26616070000011	上部消化管内視鏡検査(所見の有無)			コード		N	1: 所見あり、2: 所見なし
9N26616080000049	上部消化管内視鏡検査(所見)			漢字			所見ありの場合に記載
3B33900002399811	ペプシノゲン			コード			方法問わず
9F13016070000011	腹部超音波(所見の有無)			コード		N	1: 陽性、2: 陰性
9F13016080000049	腹部超音波(所見)			漢字			所見ありの場合に記載
9N27116070000011	婦人科診察(所見の有無)			コード		N	1: 所見あり、2: 所見なし
9N27116080000049	婦人科診察(所見)			漢字			所見ありの場合に記載
9N27616070000011	乳房視触診(所見の有無)			コード		N	1: 所見あり、2: 所見なし
9N27616080000049	乳房視触診(所見)			漢字			所見ありの場合に記載
9N28116070000011	乳房画像診断(マンモグラフィ)(所見の有無)			コード		N	1: 所見あり、2: 所見なし、3: 要再撮影、4: マンモグラフィ不備
9N28116080000049	乳房画像診断(マンモグラフィ)(所見)			漢字			所見ありの場合に記載
9F14016070000011	乳房超音波検査(所見の有無)			コード		N	1: 所見あり、2: 所見なし
9F14016080000049	乳房超音波検査(所見)			漢字			所見ありの場合に記載
9N29116070000011	子宮頸部視診(所見の有無)			コード		N	1: 所見あり、2: 所見なし
9N29116080000049	子宮頸部視診(所見)			漢字			所見ありの場合に記載
9N29616070000011	子宮内診(所見の有無)			コード		N	1: 所見あり、2: 所見なし
9N29616080000049	子宮内診(所見)			漢字			所見ありの場合に記載
7A021165008543311	子宮頸部細胞診(細胞診婦人科材料)(日母分類)			コード		N	1: class I、2: class II、3: class IIIa、4: class IIIb、5: class IV、6: class V、7: 検体不良
7A021165208543311	子宮頸部細胞診(細胞診婦人科材料)(ベセスダシステム2001)			コード		NN	1: NILM、2: ASC-US、3: ASC-H、4: L SIL、5: HSIL、6: SCC、7: AGC、8: AIS、9: Adenocarcinoma、10: other
7A022000008543311	子宮体部細胞診(細胞診婦人科材料)			コード		N	1: 陽性、2: 疑陽性、3: 陰性、4: 検体不良
9Z77116070000011	直腸肛門機能(2項目以上)(所見の有無)			コード		N	1: 所見あり、2: 所見なし
9Z77116080000049	直腸肛門機能(2項目以上)(所見)			漢字			所見ありの場合に記載
9Z77016070000011	直腸肛門機能(1項目)(所見の有無)			コード		N	1: 所見あり、2: 所見なし
9Z77016080000049	直腸肛門機能(1項目)(所見)			漢字			所見ありの場合に記載
1B03000001599811	便潜血			コード			方法問わず
5D30500002399811	PSA(前立腺特異抗原)			コード			方法問わず
9C31000000000001	肺機能検査(努力肺活量)			数字	I	NN、N	
9C32000000000001	肺機能検査(1秒量)			数字	I	NN、N	
9C33000000000002	肺機能検査(1秒率)			数字	%	NN、N	
9C38000000000002	肺機能検査(%VC)			数字	%	NN、N	
9E16016210000001	視力(右)			数字		N、NN	
9E16016250000001	視力(右: 矯正)			数字		N、NN	
9E16016220000001	視力(左)			数字		N、NN	
9E16016260000001	視力(左: 矯正)			数字		N、NN	
9D10016310000011	聴力(右、1000Hz)			コード		N	1: 所見あり、2: 所見なし
9D10016320000011	聴力(右、4000Hz)			コード		N	1: 所見あり、2: 所見なし
9D10016350000011	聴力(左、1000Hz)			コード		N	1: 所見あり、2: 所見なし
9D10016360000011	聴力(左、4000Hz)			コード		N	1: 所見あり、2: 所見なし
9D10016400000011	聴力(検査方法)			コード		N	1: オージオメトリー、2: その他
9D10016090000049	聴力(その他の所見)			漢字			
9E10016600000011	眼底検査(キースワグナー分類)			コード		N	1: 0、2: 1、3: IIa、4: IIb、5: III、6: IV
9E10016610000011	眼底検査(シエイエ分類: H)			コード		N	1: 0、2: 1、3: 2、4: 3、5: 4
9E10016620000011	眼底検査(シエイエ分類: S)			コード		N	1: 0、2: 1、3: 2、4: 3、5: 4
9E10016630000011	眼底検査(SCOTT分類)			コード		N	1: I(a)、2: I(b)、3: II、4: III(a)、5: III(b)、6: IV、7: V(a)、8: V(b)、9: VI
9E10016660000011	眼底検査(Wong-Mitchell分類)			コード		N	1: 所見なし、2: 軽度、3: 中等度、4: 重度
9E10016650000011	眼底検査(改変Davis分類)			コード		N	1: 網膜症なし、2: 単純網膜症、3: 増殖前網膜症、4: 増殖網膜症
9E10016090000049	眼底検査(その他の所見)			漢字			その他の所見の判定方法を用いている場合については、本欄に所見を記載すること。また、SCOTT分類を用いている場合で異常がない場合においては、その旨を記載すること
9E10016160000011	眼底検査(対象者)			コード		N	1: 検査結果による眼底検査対象者 ※詳細な健診の項目として実施しない場合で、値を出現させるときは0(ゼロ)を入力する
9E10016100000049	眼底検査(実施理由)			漢字			詳細な健診の項目として眼底検査を実施した場合は必須 前年度の検査結果(血糖検査の値)に基づき対象者を選定した場合は、「前年度」と記載する
9E10516210000001	眼圧検査(右)			数字	mmHg	NNN	
9E10516220000001	眼圧検査(左)			数字	mmHg	NNN	

その他医療保険者等が任意に行う検査	5C070000002306201			数字	mg/dl		1:可視視光光度法(ラテックス凝集比濁法)	NNN.N	
	5C070000002306301	CRP		数字	mg/dl		2:可視視光光度法(免疫比濁法)	NNN.N	
	5C070000002399901			数字	mg/dl		3:その他	NNN.N	
	5H010000001910111	血液型(ABO)		コード			1:試験管法 カラム凝集法	N	1:A, 2:B, 3:AB, 4:O
	5H010000001999911			コード			2:その他	N	1:A, 2:B, 3:AB, 4:O
	5H020000001910111	血液型(Rh)		コード			1:試験管法 カラム凝集法	N	1:+, 2:-
	5H020000001999911			コード			2:その他	N	1:+, 2:-
	5E071000002399811	梅毒反応		コード			方法問わず	N	1:陽性, 2:陰性
	5F016141002399811	Hbs抗原		コード			方法問わず	N	1:陽性, 2:陰性
	5F360149502399811	HCV抗体		コード			方法問わず	N	1:陽性, 2:陰性
	5F360149702399811	HCV抗体(力価)		コード			方法問わず	N	1:陰性, 2:低力価, 3:中力価, 4:高力価
	5F360150002399811	HCV抗原検査		コード			方法問わず	N	1:陽性, 2:陰性
	5F360145002399811	HCV核酸増幅検査		コード			方法問わず	N	1:陽性, 2:陰性
	医師の判断 ※2	9N401000000000011	C型肝炎ウイルス検診の判定		コード				N
9N406000000000049		その他の法定特殊健康診断		漢字					
9N411000000000049		その他の法定検査		漢字					
9N416000000000049		その他の検査		漢字					
9N501000000000011		メタボリックシンドローム判定		コード				N	1:基準該当, 2:予備群該当, 3:非該当, 4:判定不能
9N506000000000011		保健指導レベル		コード				N	1:積極的支援, 2:動機付け支援, 3:なし(情報提供), 4:判定不能
9N511000000000049		医師の診断(判定)		漢字					
9N512000000000011		検査未実施の理由		コード				N	1:生理中, 2:腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有する, 3:その他受診者の事情(生理中等)により検査を実施できなかった場合の理由の記録
9N516000000000049		健康診断を実施した医師の氏名		漢字					
9N521000000000049		医師の意見		漢字					
9N526000000000049		意見を述べた医師の氏名		漢字					
9N531000000000049		歯科医師による健康診断		漢字					
9N536000000000049		歯科医師による健康診断を実施した歯科医師の氏名		漢字					
9N541000000000049	歯科医師の意見		漢字						
9N546000000000049	意見を述べた歯科医師の氏名		漢字						
9N551000000000049	備考		漢字						
9N556000000000011	生活機能評価の結果1		コード				N	1:介護予防事業の利用が望ましい, 2:医学的な理由により次の介護予防の利用は不相当, 3:生活機能の低下なし	
9N561000000000011	生活機能評価の結果2		コード				N	1:すべて, 2:運動器の機能向上, 3:栄養改善, 4:口腔機能の向上, 5:その他(上記で2を選択したときに記載)上記でその他を記載したとき記載	
9N566000000000049	生活機能評価の結果3		漢字						
9N571000000000049	医師の診断(判定)(生活機能評価)		漢字						
9N576000000000049	診断をした医師の氏名(生活機能評価)		漢字						
9N581161300000011	医師の診断(肺がん検診)(コード)		コード				N	1:精密検査必要, 2:精密検査不要	
9N581161400000049	医師の診断(肺がん検診)(自由記載)		漢字						
9N586000000000049	診断をした医師の氏名(肺がん検診)		漢字						
9N591161300000011	医師の診断(胃がん検診)(コード)		コード				N	1:精密検査必要, 2:精密検査不要	
9N591161400000049	医師の診断(胃がん検診)(自由記載)		漢字						
9N596000000000049	診断をした医師の氏名(胃がん検診)		漢字						
9N601161300000011	医師の診断(乳がん検診)(コード)		コード				N	1:精密検査必要, 2:精密検査不要	
9N601161400000049	医師の診断(乳がん検診)(自由記載)		漢字						
9N606000000000049	診断をした医師の氏名(乳がん検診)		漢字						
9N611161300000011	医師の診断(子宮がん検診)(コード)		コード				N	1:精密検査必要, 2:精密検査不要	
9N611161400000049	医師の診断(子宮がん検診)(自由記載)		漢字						
9N616000000000049	診断をした医師の氏名(子宮がん検診)		漢字						
9N621161300000011	医師の診断(大腸がん検診)(コード)		コード				N	1:精密検査必要, 2:精密検査不要	
9N621161400000049	医師の診断(大腸がん検診)(自由記載)		漢字						
9N626000000000049	診断をした医師の氏名		漢字						
9N631161300000011	医師の診断(前立腺がん検診)(コード)		コード				N	1:精密検査必要, 2:精密検査不要	
9N631161400000049	医師の診断(前立腺がん検診)(自由記載)		漢字						
9N636000000000049	診断をした医師の氏名(前立腺がん検診)		漢字						
9N641000000000049	医師の診断(その他)		漢字						
9N646000000000049	診断をした医師の氏名(その他)		漢字						
質問票 ※3	9N701000000000011	服薬1(血圧)		コード				N	1:はい, 2:いいえ
	9N701167000000049	服薬1(血圧)(薬剤名)		漢字					
	9N701167100000049	服薬1(血圧)(服薬理由)		漢字					
	9N706000000000011	服薬2(血糖)		コード				N	1:はい, 2:いいえ
	9N706167000000049	服薬2(血糖)(薬剤名)		漢字					
	9N706167100000049	服薬2(血糖)(服薬理由)		漢字					
	9N711000000000011	服薬3(脂質)		コード				N	1:はい, 2:いいえ
	9N711167000000049	服薬3(脂質)(薬剤名)		漢字					
	9N711167100000049	服薬3(脂質)(服薬理由)		漢字					
	9N716000000000011	既往歴1(脳血管)		コード				N	1:はい, 2:いいえ
	9N721000000000011	既往歴2(心血管)		コード				N	1:はい, 2:いいえ
	9N726000000000011	既往歴3(腎不全・人工透析)		コード				N	1:はい, 2:いいえ
	9N731000000000011	貧血		コード				N	1:はい, 2:いいえ
	9N736000000000011	喫煙		コード				N	1:はい, 2:以前吸っていたが、最近1ヶ月間吸っていない, 3:いいえ
	9N741000000000011	20歳からの体重変化		コード				N	1:はい, 2:いいえ
	9N746000000000011	30分以上の運動習慣		コード				N	1:はい, 2:いいえ
	9N751000000000011	歩行又は身体活動		コード				N	1:はい, 2:いいえ
	9N756000000000011	歩行速度		コード				N	1:はい, 2:いいえ
	9N872000000000011	咀嚼		コード				N	1:何でも, 2:かみにくい, 3:ほとんどかめない
	9N766000000000011	食べ方1(早食い等)		コード				N	1:速い, 2:ふつう, 3:遅い
	9N771000000000011	食べ方2(就寝前)		コード				N	1:はい, 2:いいえ
	9N782000000000011	食べ方3(間食)		コード				N	1:毎日, 2:時々, 3:ほとんど摂らない
	9N781000000000011	食習慣		コード				N	1:はい, 2:いいえ
9N786000000000011	飲酒		コード				N	1:毎日, 2:週5~6日, 3:週3~4日, 4:週1~2日, 5:月に1~3日, 6:月に1日未満, 7:やめた, 8:飲まない(飲めない)	
9N791000000000011	飲酒量		コード				N	1:1合未満, 2:1~2合未満, 3:2~3合未満, 4:3~5合未満, 5:5合以上	
9N796000000000011	睡眠		コード				N	1:はい, 2:いいえ	
9N801000000000011	生活習慣の改善		コード				N	1:意志なし, 2:意志あり(6か月以内), 3:意志あり(近いうち), 4:取組み済み(6ヶ月未満), 5:取組み済み(6ヶ月以上)	
9N808000000000011	特定保健指導の受診歴		コード				N	1:はい, 2:いいえ	
情報提供初回面接	9N950000000000011	情報提供の方法		コード				N	1:付加価値の高い情報提供, 2:専門職による対面説明, 3:1と2両方実施, 1~3に当てはまらない場合は出現させない
	9N807000000000011	初回面接実施		コード				N	1:健診1週間以内に初回面接実施, 1に当てはまらない場合は出現させない

基本 チ ェ ッ ク リ ス ト	9N81100000000011	1. バスや電車で1人で外出していますか				コード			N	0: はい、1: いいえ
	9N81600000000011	2. 日用品の買物をしていますか				コード			N	0: はい、1: いいえ
	9N82100000000011	3. 預貯金の出し入れをしていますか				コード			N	0: はい、1: いいえ
	9N82600000000011	4. 友人の家を訪ねていますか				コード			N	0: はい、1: いいえ
	9N83100000000011	5. 家族や友人の相談にのっていますか				コード			N	0: はい、1: いいえ
	9N83600000000011	6. 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか				コード			N	0: はい、1: いいえ
	9N84100000000011	7. 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか				コード			N	0: はい、1: いいえ
	9N84600000000011	8. 15分位続けて歩いていますか				コード			N	0: はい、1: いいえ
	9N85100000000011	9. この1年間に転んだことがありますか				コード			N	1: はい、0: いいえ
	9N85600000000011	10. 転倒に対する不安は大きいですか				コード			N	1: はい、0: いいえ
	9N86100000000011	11. 6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか				コード			N	1: はい、0: いいえ
	9N86600000000001	12. 身長 <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> kg (BMI = <input type="text"/>)				数字	kg/m ²		N,N	身長と体重から計算されるBMIを記載すること。小数点以下1桁
	9N87100000000011	13. 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか				コード			N	1: はい、0: いいえ
	9N87600000000011	14. お茶や汗物等でむせることがありますか				コード			N	1: はい、0: いいえ
	9N88100000000011	15. 口の湿きが気になるですか				コード			N	1: はい、0: いいえ
	9N88600000000011	16. 週に1回以上は外出していますか				コード			N	0: はい、1: いいえ
	9N89100000000011	17. 昨年と比べて外出の回数が減っていますか				コード			N	1: はい、0: いいえ
	9N89600000000011	18. 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると云われますか				コード			N	1: はい、0: いいえ
	9N90100000000011	19. 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか				コード			N	0: はい、1: いいえ
	9N90600000000011	20. 今日が何月何日かわからない時がありますか				コード			N	1: はい、0: いいえ
	9N91100000000011	21. (ここ2週間)毎日の生活に充実感がない				コード			N	1: はい、0: いいえ
	9N91600000000011	22. (ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった				コード			N	1: はい、0: いいえ
	9N92100000000011	23. (ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる				コード			N	1: はい、0: いいえ
	9N92600000000011	24. (ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない				コード			N	1: はい、0: いいえ
	9N93100000000011	25. (ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする				コード			N	1: はい、0: いいえ
後 期 質 問 票	9N93200000000011	あなたの現在の健康状態はいかがですか				コード			N	1: よい、2: まあよい、3: ふつう、4: あまりよくない、5: よくない
	9N93300000000011	毎日の生活に満足していますか				コード			N	1: 満足、2: やや満足、3: やや不満、4: 不満
	9N93400000000011	1日3食きちんと食べていますか				コード			N	1: はい、2: いいえ
	9N93500000000011	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか				コード			N	1: はい、2: いいえ
	9N93600000000011	お茶や汗物等でむせることがありますか				コード			N	1: はい、2: いいえ
	9N93700000000011	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか				コード			N	1: はい、2: いいえ
	9N93800000000011	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか				コード			N	1: はい、2: いいえ
	9N93900000000011	この1年間に転んだことがありますか				コード			N	1: はい、2: いいえ
	9N94000000000011	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか				コード			N	1: はい、2: いいえ
	9N94100000000011	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると云われますか				コード			N	1: はい、2: いいえ
	9N94200000000011	今日が何月何日かわからない時がありますか				コード			N	1: はい、2: いいえ
	9N94300000000011	あなたはたばこを吸いますか				コード			N	1: 吸っている、2: 吸っていない、3: やめた
	9N94400000000011	週に1回以上は外出していますか				コード			N	1: はい、2: いいえ
	9N94500000000011	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか				コード			N	1: はい、2: いいえ
	9N94600000000011	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか				コード			N	1: はい、2: いいえ

(表の説明)

○...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可、☆...情報を入力した場合に限り、医療保険者に報告する項目

注) HbA1cと空腹時血糖、あるいはHbA1cと随時血糖は同時に記録されてもよい

※ 医療保険者は、特定健診以外の項目について、健診機関等における対応の可否を踏まえ、本表に示す項目以外の項目をも含め、任意に特定健診以外の項目の実施や、当該項目の入力方法の変更等を行うことができる。

※1 内臓脂肪面積、腹囲(実測)、腹囲(自己判定)、腹囲(自己申告)について、後期高齢者は任意項目

※2 メタボリックシンドローム判定 保健指導レベルについて、後期高齢者は任意項目

※3 服薬1(血圧)、服薬2(血糖)、服薬3(脂質)、喫煙について、後期高齢者は任意項目

別紙7-2 保健指導情報

番号	記載区分(注1)			項目コード	項目名	データ値	データタイプ	単位	備考
	1回目の請求時	2回目の請求時	国への実績報告時						
1101	○		○	1020000001	保健指導区分		コード		1: 積極的支援、2: 動機付け支援、3: 動機付け支援相当
1102	△		△	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)
1103	☆			1020000003	保健指導コース名		漢字		
1104	☆		○	1020000004	健診実施年月日(確認用)		年月日		YYYYMMDD 特定保健指導に対応する健診実施年月日と同一である必要がある
1105			△	1020000005	保健指導後 服薬 1 (血圧)		コード		1: 保健指導以後に服薬開始を確認 ※対象から除外する場合に記載し、服薬中であっても保健指導を継続した場合は記載しない。
1106			△	1020000006	保健指導後 服薬 2 (血糖)		コード		1: 保健指導以後に服薬開始を確認 ※対象から除外する場合に記載し、服薬中であっても保健指導を継続した場合は記載しない。
1107			△	1020000007	保健指導後 服薬 3 (脂質)		コード		1: 保健指導以後に服薬開始を確認 ※対象から除外する場合に記載し、服薬中であっても保健指導を継続した場合は記載しない。
1301	○		○	1022000011	初回面接の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1302	○		○	1022000012	初回面接による支援の支援形態		コード		1: 個別支援(対面)、2: 個別支援(遠隔)、3: グループ支援(対面)、4: グループ支援(遠隔)、5: 電話、6: 電子メール等 ※「5: 電話」及び「6: 電子メール等」は、初回面接を分割して実施した場合における2回目(初回面接②)のみ入力可能
1303	○	△	○	1022000016	健診後早期の初回面接		コード		0: 実施なし、1: 当日、2: 1週間以内(当日は除く)
1304	○		○	1022000013	初回面接の実施時間		数字	分	
1305	○		○	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
1306	△			1022000090	初回面接情報		漢字		文字数上限は256文字
1331	●		●	1021000020	継続的支援予定期間		数字	週	
1332	☆			1021001031	目標腹囲		数字	cm	
1333	☆			1021001032	目標体重		数字	kg	
1334	△			1021001033	目標収縮期血圧		数字	mmHg	
1335	△			1021001034	目標拡張期血圧		数字	mmHg	
1336	☆			1021001050	一日の削減目標エネルギー量		数字	kcal	
1337	☆			1021001051	一日の運動による目標エネルギー量		数字	kcal	
1338	☆			1021001052	一日の食事による目標エネルギー量		数字	kcal	
1339	●		●	1021001053	計画上の腹囲・体重の改善		コード		0: 計画なし、1: 1cm・1kg、2: 2cm・2kg
1340	●		●	1021001054	計画上の生活習慣の改善(食習慣)		コード		0: 計画なし、1: 計画あり
1341	●		●	1021001055	計画上の生活習慣の改善(運動習慣)		コード		0: 計画なし、1: 計画あり
1342	●		●	1021001056	計画上の生活習慣の改善(喫煙習慣)		コード		0: 計画なし、1: 計画あり
1343	●		●	1021001057	計画上の生活習慣の改善(休養習慣)		コード		0: 計画なし、1: 計画あり
1344	●		●	1021001058	計画上の生活習慣の改善(その他の生活習慣)		コード		0: 計画なし、1: 計画あり
1345	●		●	1021001059	計画上のポイント(アウトカム評価の合計)		数字		自動計算
1501		▲*		1032000011	中間評価の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1502		▲*		1032000012	中間評価の支援形態		コード		1: 個別支援(対面)、2: 個別支援(遠隔)、3: グループ支援(対面)、4: グループ支援(遠隔)、5: 電話、6: 電子メール等
1503		▲*		1032000013	中間評価の実施時間		数字	分	
1504		▲*		1032000014	中間評価の実施ポイント		数字		自動計算
1505		▲*		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
1506		▲*		1032001031	中間評価時の腹囲		数字	cm	YYYYMMDD
1507		▲*		1032001032	中間評価時の体重		数字	kg	
1508		▲		1032001033	中間評価時の収縮期血圧		数字	mmHg	
1509		▲		1032001034	中間評価時の拡張期血圧		数字	mmHg	
1510		▲*		1032001044	中間評価時の腹囲・体重の改善		コード		0: 未達成、1: 1cm・1kg、2: 2cm・2kg
1511		▲*		1032001042	中間評価時の生活習慣の改		コード		0: 未達成、1: 達成、9: 目標なし

					善(食習慣)						
1512		▲*		1032001041	中間評価時の生活習慣の改善(運動習慣)		コード			0:未達成、1:達成、9:目標なし	
1513		▲*		1032001043	中間評価時の生活習慣の改善(喫煙習慣)		コード			0:禁煙未達成、1:禁煙達成、8:非喫煙、9:禁煙目標なし	
1514		▲*		1032001045	中間評価時の生活習慣の改善(休養習慣)		コード			0:未達成、1:達成、9:目標なし	
1515		▲*		1032001046	中間評価時の生活習慣の改善(その他の生活習慣)		コード			0:未達成、1:達成、9:目標なし	
1516		▲		1032001090	中間評価情報		漢字				
1411		★		1032300011	支援①の実施日付		年月日			YYYYMMDD	
1412		★		1032300012	支援①の支援形態		コード			1:個別支援(対面)、2:個別支援(遠隔)、3:グループ支援(対面)、4:グループ支援(遠隔)、5:電話、6:電子メール等	
1413		★		1032300013	支援①の実施時間		数字	分			
1414		★		1032300014	支援①の実施ポイント		数字			自動計算	
1415		★		1032300015	支援①の実施者		コード			1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他	
1416		▲		1032300090	支援①情報		漢字			文字数上限は256文字	
1421		★		1032300011	支援②の実施日付		年月日			YYYYMMDD	
1422		★		1032300012	支援②の支援形態		コード			1:個別支援(対面)、2:個別支援(遠隔)、3:グループ支援(対面)、4:グループ支援(遠隔)、5:電話、6:電子メール等	
1423		★		1032300013	支援②の実施時間		数字	分			
1424		★		1032300014	支援②の実施ポイント		数字			自動計算	
1425		★		1032300015	支援②の実施者		コード			1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他	
1426		▲		1032300090	支援②情報		漢字			文字数上限は256文字	
1431		★		1032300011	支援③の実施日付		年月日			YYYYMMDD	
1432		★		1032300012	支援③の支援形態		コード			1:個別支援(対面)、2:個別支援(遠隔)、3:グループ支援(対面)、4:グループ支援(遠隔)、5:電話、6:電子メール等	
1433		★		1032300013	支援③の実施時間		数字	分			
1434		★		1032300014	支援③の実施ポイント		数字			自動計算	
1435		★		1032300015	支援③の実施者		コード			1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他	
1436		▲		1032300090	支援③情報		漢字			文字数上限は256文字	
1441		★		1032300011	支援④の実施日付		年月日			YYYYMMDD	
1442		★		1032300012	支援④の支援形態		コード			1:個別支援(対面)、2:個別支援(遠隔)、3:グループ支援(対面)、4:グループ支援(遠隔)、5:電話、6:電子メール等	
1443		★		1032300013	支援④の実施時間		数字	分			
1444		★		1032300014	支援④の実施ポイント		数字			自動計算	
1445		★		1032300015	支援④の実施者		コード			1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他	
1446		▲		1032300090	支援④情報		漢字			文字数上限は256文字	
1601		○	○	1042000011	実績評価の実施日付		年月日			YYYYMMDD	
1602		○	○	1042000012	実績評価の支援形態又は確認方法		コード			1:個別支援(対面)、2:個別支援(遠隔)、3:グループ支援(対面)、4:グループ支援(遠隔)、5:電話、6:電子メール等	
1603		○	○	1042000015	実績評価の実施者		コード			1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他	
1604		△	△	1042000116	実績評価ができない場合の確認回数		数字	回		確認方法に基づき、評価実施者が行った確認の回数	
1605		○	○	1042001031	実績評価時の腹囲		数字	cm			
1606		○	○	1042001032	実績評価時の体重		数字	kg			
1607		△	△	1042001033	実績評価時の収縮期血圧		数字	mmHg			
1608		△	△	1042001034	実績評価時の拡張期血圧		数字	mmHg			
1609		○	○	1042001044	実績評価時の腹囲・体重の改善		コード			0:未達成、1:1cm・1kg、2:2cm・2kg	
1610		○	○	1042001042	実績評価時の保健指導による生活習慣の改善(食習慣)		コード			0:未達成、1:達成、9:目標なし	
1611		○	○	1042001041	実績評価時の保健指導による生活習慣の改善(運動習慣)		コード			0:未達成、1:達成、9:目標なし	
1612		○	○	1042001043	実績評価時の保健指導による生活習慣の改善(喫煙習慣)		コード			0:禁煙未達成、1:禁煙達成、8:非喫煙、9:禁煙目標なし	
1613		○	○	1042001045	実績評価時の生活習慣の改善(休養習慣)		コード			0:未達成、1:達成、9:目標なし	
1614		○	○	1042001046	実績評価時の生活習慣の改善(その他の生活習慣)		コード			0:未達成、1:達成、9:目標なし	
1615		○	○	1042001060	実績評価時のポイント(アウトカム評価の合計)		数字			自動計算	
1616		△		1042001090	実績評価情報		漢字			文字数上限は256文字	
1701	●		●	1041010010	計画上の継続的な支援の実		数字	回			

					施回数(個別支援(対面))				
1702	●		●	1041020010	計画上の継続的な支援の合計実施時間(個別支援(対面))	数字	分		
1703	●		●	1041010020	計画上の継続的な支援の実施回数(個別支援(遠隔))	数字	回		
1704	●		●	1041020020	計画上の継続的な支援の合計実施時間(個別支援(遠隔))	数字	分		
1705	●		●	1041010030	計画上の継続的な支援の実施回数(グループ支援(対面))	数字	回		
1706	●		●	1041020030	計画上の継続的な支援の合計実施時間(グループ支援(対面))	数字	分		
1707	●		●	1041010040	計画上の継続的な支援の実施回数(グループ支援(遠隔))	数字	回		
1708	●		●	1041020040	計画上の継続的な支援の合計実施時間(グループ支援(遠隔))	数字	分		
1709	●		●	1041010050	計画上の継続的な支援の実施回数(電話)	数字	回		
1710	●		●	1041020050	計画上の継続的な支援の合計実施時間(電話)	数字	分		
1711	●		●	1041010060	計画上の継続的な支援の実施回数(電子メール等)	数字	回		
1712	●		●	1041010070	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
1713	●		●	1041010080	計画上のポイント(合計)	数字			自動計算
1731		●	●	1042010010	継続的な支援の実施回数(個別支援(対面))	数字	回		
1732		●	●	1042020010	継続的な支援の合計実施時間(個別支援(対面))	数字	分		
1733		●	●	1042010020	継続的な支援の実施回数(個別支援(遠隔))	数字	回		
1734		●	●	1042020020	継続的な支援の合計実施時間(個別支援(遠隔))	数字	分		
1735		●	●	1042010030	継続的な支援の実施回数(グループ支援(対面))	数字	回		
1736		●	●	1042020030	継続的な支援の合計実施時間(グループ支援(対面))	数字	分		
1737		●	●	1042010040	継続的な支援の実施回数(グループ支援(遠隔))	数字	回		
1738		●	●	1042020040	継続的な支援の合計実施時間(グループ支援(遠隔))	数字	分		
1739		●	●	1042010050	継続的な支援の実施回数(電話)	数字	回		
1740		●	●	1042020050	継続的な支援の合計実施時間(電話)	数字	分		
1741		●	●	1042010060	継続的な支援の実施回数(電子メール等)	数字	回		
1742		●	●	1042010070	継続的なポイント(プロセス評価の合計)	数字			自動計算
1743		●	●	1042010080	ポイント(合計)	数字			自動計算
1744		▲	▲	1042800118	禁煙指導の実施回数	数字	回		
1745		●	●	1042000022	実施上の継続的な支援の終了日	年月日			YYYYMMDD
1811			○	1042000081	保健指導機関番号(1)	数字			
1812			○	1042000082	保健指導機関名(1)	漢字			
1813			○	1042000085	主対応内容(1)	コード			1:個別支援(対面)、2:個別支援(遠隔)、3:グループ支援(対面)、4:グループ支援(遠隔)、5:電話、6:電子メール等 ※「5:電話」及び「6:電子メール等」は、初回面接(分割して実施した場合は1回目)は入力不可能
1814			○	1042000086	実施内容(1)	コード			1:初回面接(分割実施以外)、2:初回面接①、3:初回面接②、4:中間評価、5:継続的支援、6:実績評価
1821			○	1042000081	保健指導機関番号(2)	数字			
1822			○	1042000082	保健指導機関名(2)	漢字			
1823			○	1042000085	主対応内容(2)	コード			1:個別支援(対面)、2:個別支援(遠隔)、3:グループ支援(対面)、4:グループ支援(遠隔)、5:電話、6:電子メール等 ※「5:電話」及び「6:電子メール等」は、初回面接(分割して実施した場合は1回目)は入力不可能

1824			○	1042000086	実施内容(2)		コード		1：初回面接（分割実施以外）、2：初回面接①、3：初回面接②、4：中間評価、5：継続の支援、6：実績評価
1831			○	1042000081	保健指導機関番号(3)		数字		
1832			○	1042000082	保健指導機関名(3)		漢字		

1833			○	1042000085	主対応内容(3)		コード	1:個別支援(対面)、2:個別支援(遠隔)、3:グループ支援(対面)、4:グループ支援(遠隔)、5:電話、6:電子メール等 ※「5:電話」及び「6:電子メール等」は、初回面接(分割して実施した場合は1回目)は入力不可能
1834			○	1042000086	実施内容(3)		コード	1:初回面接(分割実施以外)、2:初回面接①、3:初回面接②、4:中間評価、5:継続的支援、6:実績評価
1841			○	1042000081	保健指導機関番号(4)		数字	
1842			○	1042000082	保健指導機関名(4)		漢字	
1843			○	1042000085	主対応内容(4)		コード	1:個別支援(対面)、2:個別支援(遠隔)、3:グループ支援(対面)、4:グループ支援(遠隔)、5:電話、6:電子メール等 ※「5:電話」及び「6:電子メール等」は、初回面接(分割して実施した場合は1回目)は入力不可能
1844			○	1042000086	実施内容(4)		コード	1:初回面接(分割実施以外)、2:初回面接①、3:初回面接②、4:中間評価、5:継続的支援、6:実績評価
1851			○	1042000081	保健指導機関番号(5)		数字	
1852			○	1042000082	保健指導機関名(5)		漢字	
1853			○	1042000085	主対応内容(5)		コード	1:個別支援(対面)、2:個別支援(遠隔)、3:グループ支援(対面)、4:グループ支援(遠隔)、5:電話、6:電子メール等 ※「5:電話」及び「6:電子メール等」は、初回面接(分割して実施した場合は1回目)は入力不可能
1854			○	1042000086	実施内容(5)		コード	1:初回面接(分割実施以外)、2:初回面接①、3:初回面接②、4:中間評価、5:継続的支援、6:実績評価
1861			○	1042000081	保健指導機関番号(6)		数字	
1862			○	1042000082	保健指導機関名(6)		漢字	
1863			○	1042000085	主対応内容(6)		コード	1:個別支援(対面)、2:個別支援(遠隔)、3:グループ支援(対面)、4:グループ支援(遠隔)、5:電話、6:電子メール等 ※「5:電話」及び「6:電子メール等」は、初回面接(分割して実施した場合は1回目)は入力不可能
1864			○	1042000086	実施内容(6)		コード	1:初回面接(分割実施以外)、2:初回面接①、3:初回面接②、4:中間評価、5:継続的支援、6:実績評価
1871			○	1042000081	保健指導機関番号(7)		数字	
1872			○	1042000082	保健指導機関名(7)		漢字	
1873			○	1042000085	主対応内容(7)		コード	1:個別支援(対面)、2:個別支援(遠隔)、3:グループ支援(対面)、4:グループ支援(遠隔)、5:電話、6:電子メール等 ※「5:電話」及び「6:電子メール等」は、初回面接(分割して実施した場合は1回目)は入力不可能
1874			○	1042000086	実施内容(7)		コード	1:初回面接(分割実施以外)、2:初回面接①、3:初回面接②、4:中間評価、5:継続的支援、6:実績評価
1881			○	1042000081	保健指導機関番号(8)		数字	
1882			○	1042000082	保健指導機関名(8)		漢字	
1883			○	1042000085	主対応内容(8)		コード	1:個別支援(対面)、2:個別支援(遠隔)、3:グループ支援(対面)、4:グループ支援(遠隔)、5:電話、6:電子メール等 ※「5:電話」及び「6:電子メール等」は、初回面接(分割して実施した場合は1回目)は入力不可能
1884			○	1042000086	実施内容(8)		コード	1:初回面接(分割実施以外)、2:初回面接①、3:初回面接②、4:中間評価、5:継続的支援、6:実績評価

注1 1回目の請求時=初回面接終了後、2回目の請求時=3ヶ月以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
●…必須入力項目(積極的支援の場合)、★…少なくとも保険者が委託により実施した場合は必須入力項目(積極的支援の場合)、▲…情報を入手した場合に入力(積極的支援の場合)とするが、動機付け支援、動機付け支援相当の場合において、保険者との契約により継続的な支援の実施及びその報告が求められている場合についてのみ入力する(積極的支援に準じた継続的支援を実施する場合のみ)。また、中間評価を実施した場合は、*の項目は必須入力項目である。

注2 必須でなくとも全項目電子化し保管することも可。

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

別紙7-3

データ範囲のチェック

項目コード	項目名	データタイプ	入力最小値(L)	入力最大値(H)	少数点以下の桁数	単位
9N001000000000001	身長	数字	100.0	250.0	1	cm
9N006000000000001	体重	数字	20.0	250.0	1	kg
9N011000000000001	BMI	数字	10.0	99.9	1	kg/m ²
9N016160100000001 9N016160200000001 9N016160300000001	腹囲	数字	40.0	250.0	1	cm
9A755000000000001 9A752000000000001 9A751000000000001	血圧(収縮期)	数字	60	300	0	mmHg
9A765000000000001 9A762000000000001 9A761000000000001	血圧(拡張期)	数字	30	150	0	mmHg
3F015000002327101 3F015000002327201 3F015000002399901	空腹時中性脂肪	数字	10	2000	0	mg/dl
3F015129902327101 3F015129902327201 3F015129902399901	随時中性脂肪	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
3F069000002391901	Non-HDL コレステロール	数字	20	1000	0	mg/dl
3B035000002327201 3B035000002399901	AST(GOT)	数字	0	1000	0	U/L
3B045000002327201 3B045000002399901	ALT(GPT)	数字	0	1000	0	U/L
3B090000002327101 3B090000002399901	γ-GT(γ-GTP)	数字	0	1000	0	U/L
3D010000001926101 3D010000002227101 3D010000001927201 3D010000001999901	空腹時血糖	数字	20	600	0	mg/dl
3D010129901926101 3D010129902227101 3D010129901927201 3D010129901999901	随時血糖	数字	20	1000	0	mg/dl
3D046000001906202 3D046000001920402 3D046000001927102 3D046000001999902	HbA1c(NGSP)	数字	3.0	20.0	1	%
3C015000002327101 3C015000002399901	血清クレアチニン	数字	0.10	20.00	2	mg/dl
8A065000002391901	eGFR	数字	1.0	500.0	1	ml/min/1.73m ²
2A040000001930102	ヘマトクリット値	数字	0.0	99.9	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には「L」、入力最大値以上の場合には「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。

※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。

第3編 保健指導

第3編 保健指導

第1章 保健指導の基本的考え方

(1) 保健指導とは

生活習慣病予防のための保健指導とは、対象者が自らの生活習慣における課題に気づき、自らの意思による行動変容によって健康課題を改善し、健康的な生活を維持できるよう、必要な情報の提示と助言等の支援を行うことである。

(2) 保健指導の目的

生活習慣病予防に対する保健指導の第一の目的は、生活習慣病に移行しないことである。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・実践でき、そのことにより対象者が自分の健康に関するセルフケア（自己管理）ができるようになることを目的とする。また、保健指導の結果、健診結果が改善する等の成果につながるような効果的な保健指導を行うことが期待される。なお、生活習慣病有病者に対し、重症化や合併症の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。

(3) 生活習慣の改善につなげる保健指導の特徴

生活習慣病は、①自覚症状がほとんど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、自覚症状はほとんど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分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ため、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、行動変容は難しいと認識している場合が多い。さらに、行動変容に抵抗を示す場合もあることを念頭に置いて、対象者への支援を行う必要がある。なお、生活習慣の改善を促す支援に当たっては、心身の状態や現在の生活習慣が構築された背景要因（家庭・職場環境や経済状況等）にも留意し、必要に応じ、社会資源の活用等により、背景要因も考慮した支援が必要な場合もあることに留意する。

○ 保健指導を実施する際の要点

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ことにより、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。

対象者がよりよ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、対象者が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等、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。そして、実行していることに対しては、励ましや賞賛する等、自己効力感を高める支援が重要となる。行動変容を可能にするためには、この支援が特に重要である。

○ 保健指導を実施する際の留意事項

① 行動変容ステージに応じた対応^a

行動変容ステージ^bが無関心期にある場合は、行動変容の必要性を正しく理解し、関心をもってもらうことが必要である。そのためには、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重要である。

関心期にある場合は、健康的な行動への動機を高めるために、不健康な行動に対するネガティブな感情や健康的な行動に対するポジティブな感情を高めるように対応する。

準備期にある場合は、対象者に目標と方法を決めてもらい、行動計画を立ててもらおう。例えば、行動を変えることを周囲に宣言させる等して実行に向けた具体的な行動を促すようにする。

実行期や維持期にある場合は、行動変容を継続していくことが重要である。「自分は変わる」という自信を持たせたり、他の人から得られる精神的・物理的サポートを確立したり、不健康な行動の代わりに健康的な行動を学ぶ機

^a 健康行動学 - その理論、研究、実践の最新動向 - (原著: Prochaska JO, et al.: The transtheoretical model and stages of change, Health Behavior Theory, Research, and Practice, 5th ed.)

^b 行動変容に対する準備状態のことで、次の五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ことが必要である。

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

会を提供したり、進歩を自分自身や周囲の人に認めてもらう機会を提供するようにする。

② 対象者自身が健診結果と生活習慣との関係を理解し、生活習慣病の予防・重症化予防が可能であることを分かりやすく説明

現在の生活習慣を続けることにより、将来疾病が発症する可能性等を伝える場合、対象者に対していたずらに恐怖心を抱かせないように、発症リスク等の事実を伝え、生活習慣の改善によって疾病の発症を予防できることや、疾病をコントロールしやすくなることの理解を促すことが重要である。

③ 生活習慣の改善につながる様々な働きかけの必要性

生活習慣の改善につなげるためには、対象者に押しつけることなく、その人に合わせた支援を行い、生活習慣を変えることが本人にとって快適であることを実感させ、楽しめるようなプログラムを提示する等、様々な働きかけが必要である。

また、毎年、特定健康診査を継続して受診することの必要性を対象者が納得できるように支援することも重要である。

対象者によっては、体質や生活環境の影響を受けて生活習慣病となっている場合もある。生活習慣が悪いから病気になるという先入観・偏見を持たないことが重要である。また、保健指導者と接する際は、配慮に欠けた言語表現を用いないなど、適切な対応が求められる。

④ 健康づくりの取組の継続と継続を促す環境づくり

国民一人ひとりが健康づくりの取組を実践し、継続していくためには、ポピュレーションアプローチとして様々なインセンティブの提供や、ICT や民間の創意工夫も活用した多様な選択肢（健康プログラム）を提供することが考えられる。個人が日常生活の大部分を過ごす職場や地域社会の中で、個人が無理なく健康づくりを行える環境づくりや、共に取組を進めることができる新たなコミュニティの構築等も、併せて進めていくことが必要である。

（４）必要とされる保健指導技術

保健指導を行うためには、①健診結果等から合併症等のリスクを適切に判断する能力、②リスクの評価や保健指導を行う上で把握すべき必要な情報（ライフスタイル、価値観、行動変容のステージ等）を選択する能力、③それらの情報を、「動機付け支援」、「積極的支援」に必要な詳細な質問項目等（ページが確定したら記載）を活用して収集する能力、④収集した情報に基づいて支援策を立案す

る能力、⑤把握した情報と生活習慣病との関連を明確に説明し、対象者が自らの生活習慣の課題に気付き、行動目標を決定することを支援する技術、⑥健診結果に基づき最優先で保健指導が必要な者を抽出し、確実に保健指導や医療機関への受診勧奨につなげる能力等が必要である。

以上の能力の基盤として、コミュニケーション技術、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等がある。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[○]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、生活習慣病予防に関する最新のエビデンスを日々情報収集することが望ましい。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。また、より効果的な保健指導のためには、医療や保健分野の知識だけでなく、介護や福祉分野等の知識も有効であり、保健指導実施者は、これらの知識についても積極的に習得することが望ましい。

さらに、現在は ICT を活用した遠隔面接等の保健指導のニーズが高まっており、保健指導実施者にとって ICT を効果的に活用する知識・技術も必要となっている。具体的には、遠隔面接におけるビデオ通話システムの操作技術や面接技術、アプリケーションソフトウェア（スマートフォンや Web ベースのものも含む。以下「アプリケーション等」という。）を導入する際の知識や支援技術、ICT 全般のセキュリティ対策に関する知識などが求められる。ICT を活用した保健指導は従来の対面による保健指導と比べて新しい方法であるため、そのプロセスや対象者の生活習慣の改善効果を評価し、保健指導内容の改善に結び付ける技術も求められる。

なお、ICT を活用した保健指導とその留意事項については、第 3 編第 3 章 3-3 を参照されたい。

[○] 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企画・立案

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、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企画・立案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。

なお、具体的な保健指導の評価については、第3編第4章を参照されたい。

(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、健診結果及び標準的な質問票等に基づき、個人の生活習慣を改善するための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、職業等の社会的要因や経済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スーパーマーケットやコンビニエンスストア、飲食店や社員食堂での健康に配慮した食事（ヘルシーメニュー等）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等の身近に身体活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日常的な正しい医療・健康情報の提供等が整備される必要がある。国や地方公共団体、事業所等においても、これらの取組が推進されるよう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共に、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等の健康づくりに関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

生活習慣病予防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り、特に、生活環境、労働環境等と関連付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。地域の実情に応じて、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^d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、生活習慣病予防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住民と協働し、対象者を支援することが重要である。

職域においては、積極的に健康テーマを扱ったり健康について情報提供することで、生活習慣改善のきっかけづくりや継続につなげることが重要である。また、労働安全衛生法においては、保健指導は努力義務とされており、前述のグループとの連携も効果的である。

具体的な地域・職域における保健指導の実施や連携方法については、第3編第5章を参照されたい。

(8) 保健指導プログラムの標準化とは

保健指導の実践過程は、保健指導実施者の専門分野による多様性もあり、また、対象者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、体制等について、これまでの実績を踏まえ、効果があったと考えられる保健指導の事例等を基にして、本プログラムは示されている。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。

^d 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

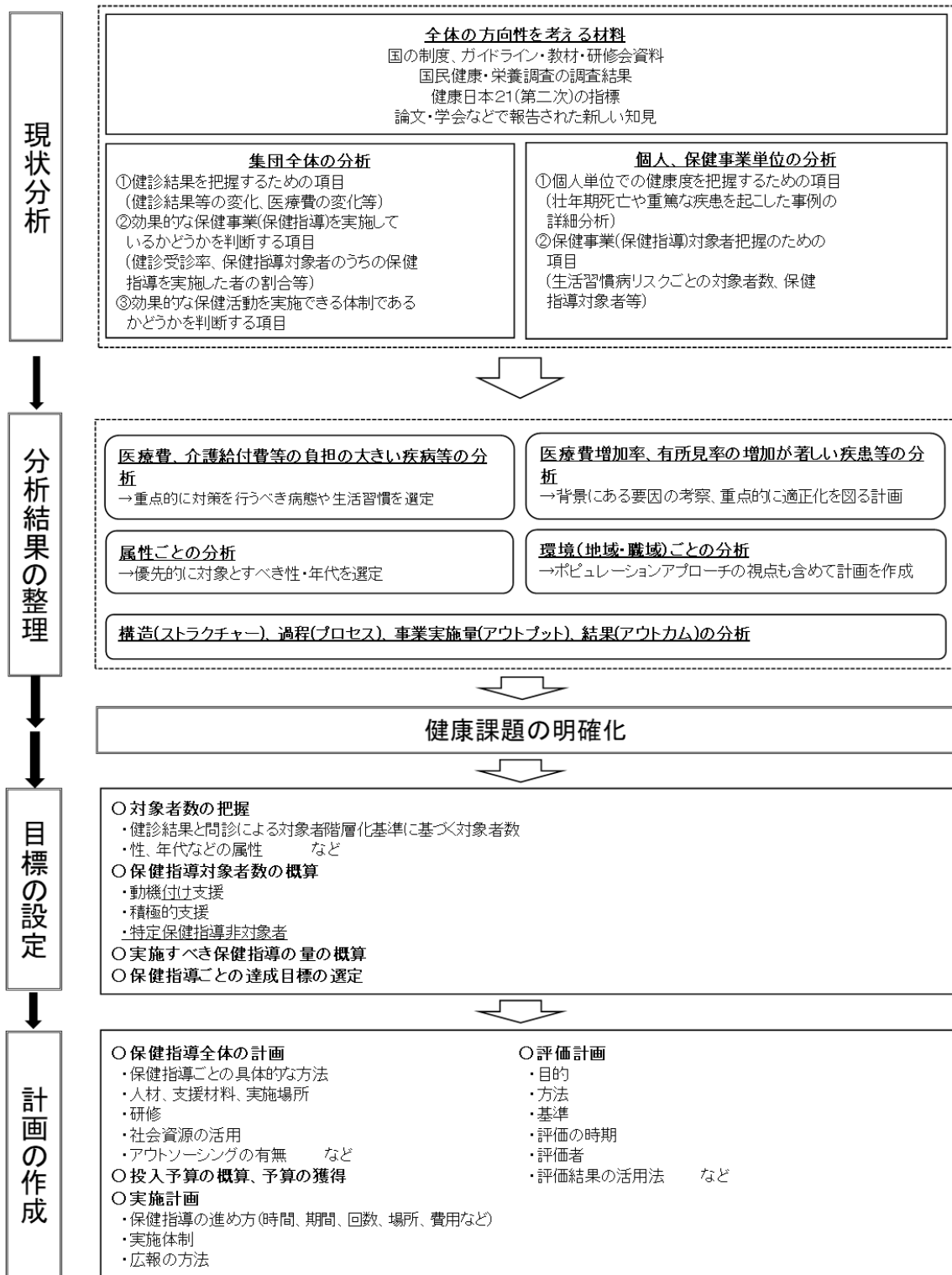
保健事業（保健指導）計画の作成は、次のような流れで行う。

- ① 国の制度、ガイドライン、国民健康・栄養調査の調査結果等から保健事業を進める上で、全体の方向性を考える。
- ② 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。
- ③ ②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、保健事業（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。
- ④ ③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。

※ ここでいう保健事業計画とは、各地方公共団体、保険者において、関連する法律に基づいた保健事業全般における計画を想定している。なお、特定健康診査等実施計画、データヘルス計画等の作成においても参考にされたい。

※ 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 保健事業（保健指導）計画作成に当たっての現状分析と分析結果の整理

（1）分析が必要な理由

保健事業（保健指導）計画作成するためには、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・職域等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、生活習慣病有病者や予備群の割合や、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、優先順位等の検討）を作成することができる。

これらを踏まえて、PDCAサイクルに沿った保健事業を展開することが求められる。

（2）分析すべき項目

現状分析は、実施している保健事業全体の効果を把握するための「集団全体の分析」と保健指導を受けた一人一人の効果を把握するための「個人単位の分析」、様々に実施している保健指導から各保健指導の効果を把握する「保健事業の単位の分析」から実施する。「集団全体の分析」、「個人単位の分析」、「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のかどうかを判断するための項目等が挙げられる。

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）の効果把握するための項目等が挙げられる。

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り、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きている。国や都道府県、国保中央会等の公表する全国・都道府県別、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、環境等の観点から更に解析を行い、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 「医療費等の負担の大きい疾病等の分析」（参考様式1～2、参考様式1-2、参考様式2-1、参考様式2-2、参考様式3-1～6）

重点的に対策を行うべき病態や生活習慣を選定する。ほかに、人工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」（参考様式1～2、参考様式1-2、参考様式2-1、参考様式2-2、参考様式3-1～6）

背景にある要因（生活習慣、環境の変化等）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）、育児中の親等）に受け入れやすい保健事業を計画する。

④ 「環境（地域・職域）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。なお、職域の分析に当たっては、職場全体の分析だけでなく、例えば夜勤従事者や在宅勤務者等、勤務形態や業務内容に応じた分析も考慮に入れる。

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）のそれぞれについて分析し、さらに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、又は他の影響する要因について分析する（第3編第4章参照）。

なお、市町村においては、死因、平均寿命、健康寿命や要介護原因疾患（性別・年齢別）等について、国保部門・衛生部門・介護保険部門の担当が保有している各種データ、例えば、KDBシステムの活用は、自地域の状況把握や他自治体との比較が可能となる。このように各部門が所有するデータを統合して分析・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			○
標準化死亡比	○		
標準化死亡比の変化			○
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、「動機付け支援」、「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（「動機付け支援」、「積極的支援」、「特定保健指導非対象者」）	(○)	○	
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、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。

優先課題は生活習慣病の有病者や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、保険者としての集団全体の健康課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、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、組織の保健事業の実施体制が可能であるか等、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「糖尿病の有病者を〇%（※ポイント減少）とする」等、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。

以下（2）、（3）に特定保健指導における例を示す。

(2) 特定保健指導レベルごとの目標設定

保険者は、40歳から74歳までの全対象者のうち、特定保健指導対象者の階層化を行い、保健指導レベル別対象者数の概数を算出して、特定保健指導に係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。具体的には、全対象者から生活習慣病による服薬中の者を除いた対象者について、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。

特定保健指導を実施するにあたり、「動機付け支援」、「積極的支援」、「特定保健指導の非対象者」の各保健指導レベルについては、例えば下記を参考に目標を設定する必要がある。数値目標は、健診結果の変化、アンケート調査等に基づき、保険者ごとに全体の数値目標を設定すると共に、性別・年代別等に設定するものとする。なお、治療中の者について、医療機関又は産業医からの紹介がある場合は、かかりつけの医師又は産業医と連携を図り、その指導を踏まえて特定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、医療機関への受診勧奨を行う必要がある。

① 「動機付け支援レベル」の対象者

- 特定保健指導を利用した者の翌年度の健診結果が改善するか、又は悪化しない。
- 腹囲及び体重の減少をめざす。
- 保健指導レベルが改善する者を〇%とする。
- 特定保健指導実施率が〇%（*ポイント向上）となる。

② 「積極的支援レベル」の対象者

- 特定保健指導を利用した者の翌年度の健診結果が改善するか、又は悪化しない。
- 腹囲 2cm かつ体重 2kg の減少をめざす。
- 設定した行動変容の目標一つ以上を 2 か月以上継続する者を〇%とする。
- 禁煙指導後の禁煙達成率を〇%とする。

- 検査結果の異常一つと喫煙がリスクとなっている者に対しては、禁煙支援を強化し、禁煙につなげる。
- 保健指導レベルが改善する者を〇%とする。
- 「医療機関への受診勧奨」レベルへの移行率を〇%以下とする。
- 特定保健指導実施率が〇%（*ポイント向上）となる。

③ 特定保健指導非対象者

階層化の結果、特定保健指導の対象とならない者は、表3のア～エに分類することができる。

特定保健指導非対象者については、保険者が行う法定報告の義務はないが、健康寿命の延伸や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、各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。

表3 特定保健指導非対象者の目標設定（例）

	分類	目標設定の指標（参考）
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	<ul style="list-style-type: none"> • 健診結果を正常範囲のまま維持し、悪化しない。 • 「動機付け支援」、「積極的支援」対象への移行率を〇%以下とする。
イ	検査データの異常はほとんどないが、喫煙、食生活・身体活動などの生活習慣の問題がある者	<ul style="list-style-type: none"> • 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。
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	<ul style="list-style-type: none"> • 〇%の健診結果が改善する。 • 保健指導実施率が〇%向上する。
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	<ul style="list-style-type: none"> • 喫煙習慣などの生活習慣の問題が改善する。 • 治療が継続している。 • 生活習慣病のコントロールが良好である者の増加(又はコントロール不良者の割合の減少)。

(3) 特定保健指導の対象者の優先順位に係る基本的な考え方

特定保健指導は、基本的には階層化によって対象者になった全員を対象に実施する。一方で生活習慣病の有病者や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を分析し、介入できる対象を選定して優先順位をつけることも必要である。例えば、特定保健指導の対象者の優先順位のつけ方としては、以下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動機付け支援レベルから積極的支援レベルに移行する等、健診結果が前年度と比較して悪化し、より綿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
- これまでに、積極的支援及び動機付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）計画の作成

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

保健指導レベル別の具体的な方法、保健指導実施者、支援材料、記録方法、実施場所、保健指導実施者への研修等を検討する。これらの状況や既存の社会資源等を総合的に判断して、外部委託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・問題点等）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当たっては、これまでの計画を踏襲するのではなく、評価結果を反映し、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 情報提供・保健指導の進め方

「情報提供」、「動機付け支援」及び「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したり、健診受診から初回面接までの期間を短縮するように努める等、対象者の負担を軽減し、モチベーションを維持しながら参加しやすくなる方法を計画する。

特に、「動機付け支援」や「積極的支援」の初回面接については、健診当日から1週間以内の早期介入が重要であり、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。また、職域においては事業所の協力が不可欠であるため、事業所の協力を得られるよう普段から関係づくりを意識する。

② 実施体制

保健指導の実施に当たっては、多様なニーズに応じ、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定期的に行い、支援方法の標準化、安全管理、支援媒体、支援材料、記録や個人情報等の管理方法等を徹底する。特定保健指導の早期介入が対象者の行動変容を促す上で重要であるため、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、事業の目的と評価方法、対象者の状況等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、実際の対象者の情報についても共有化しておくことが重要である。

職域では、保健指導を実施する上で、事業主の協力や事業主との連携（コラボヘルス）が重要になることから、実施体制を整える際には、健康管理推進委員会等を活用し、分析データ等を用いて事業主の理解を求め、コラボヘルスの第一歩として望ましい措置として、例えば就業時間内に保健指導を実施する等、保健指導を受けやすい職場環境を整備することが求められる。

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、健診・保健指導対象者に十分周知しておく。また、地域住民や職員等被保険者全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、直接被扶養者へ情報提供する等、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、事業所の協力を得ることが有効であるため、経済・労働分野等の行政及び団体等と連携し、事業主が労働者の健康づくりに積極的に取り組むことは、労働者の生産性の向上の寄与や組織の活性化等をもたらす、結果的に経営に寄与する等の例を示して健診や保健指導の重要性の理解を促す。

なお、個々の対象者に対する計画については、第3編第2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

生活習慣病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サイクルとして捉え、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。ストラクチャー（構造）やプロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）やアウトカム（結果）の目標を設定し、より具体的に作成する。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・共有し、評価結果のうち、公表するものを明確にしておく。

第3章 保健指導の実施

3-1 基本的事項

標準的な保健指導プログラムについて

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

また、保健指導実施機関の創意工夫によって、より有効な保健指導の内容や実施形態等が明らかとなり、提供される情報提供・保健指導にそれらが反映されることが期待される。

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

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

3-2 保健指導のプロセスと必要な保健指導技術

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

一般的な保健指導におけるプロセスに沿った効果的な保健指導技術の展開例を示す。

（1）保健指導の準備

① 保健指導の環境整備

○ 対象者のプライバシーの確保、話しやすい環境設定を心がけて、場を設定する。

○ 対象者にとって都合の良い時間帯に設定できるよう配慮する。

○ 実現可能な1人あたりの時間を設定する。

② 資料の確認

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

③ 対象者に活用できる資源のリストの準備

○ 教材、支援媒体、社会資源等のリストを準備する。

④ 保健指導実施者間の事前カンファレンス

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

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

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

(2) 対象者との信頼関係の構築

① 自己紹介

- 自己紹介の後、対象者の氏名を確認し、保健指導実施者としての立場や役割、目的、タイムスケジュール等を説明し、面接を実施することの本人の同意を確認する。

② 話しやすい雰囲気づくり

- 非言語的アプローチを含め、ねぎらいと感謝で迎える等の雰囲気づくりをする。
- 対象者の話すスピードや理解の度合いを把握し、そのペースを大切にす。
- 対象者の緊張感等にも配慮しながら、必要に応じてユーモアを入れたり、具体的例示等を盛り込む等、話しやすい環境づくりに努める。
- 対象者の生活背景や価値観に配慮する。

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

(3) アセスメント（情報収集・判断）

① 対象者の準備段階や理解力、意欲の確認

- 対象者が面接目的を理解しているかを確認する。
- 今回の健診結果とこれまでの健診結果の推移を確認する。
- 家族歴や家族の状況を確認する等、疾病や健康に対する価値観や関心を探りながら話す。
- 健診結果の持つ意味を対象者と一緒に確認し、データと病態との関連が自分のこととして認識できるよう支援する。その際、対象者の関心の度合いや理解度を考慮し、教材を選択し、絵を描く等してイメージを持てるように工夫する。
- 他の検査結果とも関連づけながら、予防や改善に向けての関心や注意を促す。

- 対象者の行動変容のステージ（準備状態）の段階を理解する。
- ② 生活習慣についての振り返りと現状の確認
 - 対象者とこれまでの生活習慣を振り返り、生活習慣と健康や検査結果との関連について理解しているか、対象者の関心の有無等を把握する。
 - 現在の生活習慣や健康状態の確認を行う。
 - 対象者の日常の努力や取組を確認し、評価する。
 - 対象者が考える現在の行動変容のステージ（準備状態）について尋ね、関心のあるところから話を始めていく。
 - 生活に即した目標設定のために、「動機付け支援」、「積極的支援」に必要な詳細な質問項目等を活用して、習慣的な食事時間や量、間食習慣、喫煙習慣、飲酒習慣等についても確認する。職業や居住形態だけでなく、生活状況や生活環境等も確認する。また、食生活や身体活動等の生活習慣、喫煙・飲酒習慣は、その量や内容だけでなく、本人の思いや周囲の協力の有無等についても確認する。特に、喫煙・飲酒習慣については、問診票の内容を参考にしつつ、改善の必要があれば実行可能なことはないか確認する。

（４）気付きの促し

- ① これまでの生活習慣とその改善の必要性についての理解の促し
 - 健診結果が変化した時期の生活を確認する。
 - 対象者の身近な集団の生活習慣の特徴を示し、関心を促す。
 - 健診結果やこれまでの振り返りの中から、生活習慣の背景にある対象者の思いや考えに配慮しつつ、生活習慣の改善の必要性を実感できるよう導く。
 - 対象者の食生活に合わせ、自分の食行動や食事量と改善目標とする食行動や食事量（例えば、間食や飲酒量等）との違いを確認できるように促す。
- ② 生活習慣を改善することで得られるメリットと、現在の生活習慣を続けることのデメリットの理解の促し
 - 生活習慣の改善により、睡眠の質の改善や便秘の解消等といった、副次的効

果も期待できることを伝える。

- 毎日実施することが難しそうな場合は、週に何回か実施することでもメリットがあることを説明する。
 - 無関心期の者には、日常生活に目を向けられるように促し、特定保健指導の場合、メタボリックシンドロームの病態や予後についての意識付けを行う。
 - 好ましくない生活習慣を続けることのデメリットについて理解を促し、行動変容への自信を高める（対象者の身近な人に起こった出来事等から、対象者が気になっている生活習慣病やその病態、関連する保健行動について、対象者の知識・認識を確認しつつ、好ましくない保健行動を継続することによるデメリットを伝える。また、望ましい保健行動を継続したことで健診結果が改善した人の感想を伝え、対象者にも実行可能であることの認識を促す）。
- ③ グループワークの活用
- グループワークの場合はグループダイナミクスを利用して、気づきが自分の生活習慣の表現のきっかけになるようにする。
 - グループワークでお互い共有できる部分があることを知ることにより、仲間と共に具体的な生活習慣改善に取り組もうとする意欲を促す。
 - グループ内の他者の生活状況等から、対象者自身の生活習慣を振り返るきっかけになるよう支援する。

(5) 科学的根拠に基づく健康行動の理解促進及び教材の選定

① 保健指導の際に活用する資料

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

また、支援のための資料等は、対象者に対するもののみでなく、保健指導実施者に対する資料も必要となる。さらに、それぞれ支援のための資料等は何を目指して使用するのかということをはっきりと、地域の実情や職域の状況に応じた工夫をしていくことが重要となる。

○ アセスメントに関する資料

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

○ 行動目標設定のための資料

達成目標を実現するための行動目標を設定し、評価をしていくための資料である。

○ 社会資源に関する資料

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

○ 知識の提供・生活習慣改善のための資料（学習教材）

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

○ 自己実践を支援するための資料（特に継続的に支援するための資料）

対象者が設定した行動目標の達成のために活用する実践状況の記録、通信による支援等のための資料である。これらには、体重変化や食事内容、活動量等を対象者自身がモニタリングできるようなアプリケーション等ICTを活用したものも含まれる。

○ 保健指導実施者用の資料

個別支援やグループ支援の実施方法や実施状況、支援内容の記録等に関する

る資料である。

② 対象者の行動変容を促すことができるような教材の選定

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

- 対象者が体に起こっている変化を実感し、現在の健康状態を理解できるような教材であるか。
- 身体活動・運動によるエネルギー消費量と、よく食べる料理・菓子・アルコール等の摂取エネルギー量を一緒に見ながら考えることができるような教材であるか。
- これまでの生活習慣について、何をどう変えたらよいのか、そしてこれならできそうだと実感できるために、1日あたりの生活に換算して示せるような教材であるか。
- 習慣化している料理や食品等から、エネルギーの過剰摂取改善に寄与し、かつ対象者が生活習慣の改善として受け入れやすい教材等であるか。例えば、調理法（揚げ物等）、菓子・嗜好飲料（ジュース、缶コーヒー、アルコール等）の量とエネルギー等との関係等の内容が掲載されているか。

③ 教材等の活用について

- 教材等を一緒に見ながら、疾患のメカニズムや生活習慣との関係について説明する。例えば、特定保健指導の場合、生活習慣病に関する代謝のメカニズムや内臓脂肪と食事（エネルギーや栄養素等）の内容や身体活動との関係について説明する。
- 効果的な食生活・身体活動の根拠について説明する。
例えば、学会等の治療ガイドライン、日本人の食事摂取基準、食事バランスガイド、健康づくりのための身体活動基準2013、健康づくりのための身体活動指針（アクティブガイド）等を用いて説明する。
- 現在の生活習慣における問題点への気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

齡の影響等を含めて専門的な支援を行う。

- 教材等の効果を確認しながら、必要に応じて教材等の改善につなげていく。

（6）目標設定

① 数値目標の具体化

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

② 自己決定の促し

- 日々の生活の中で実行でき、また継続できるよう、より具体的な行動計画を設定できるよう促す。
- 対象者が考え、自己表現できる時間を大切にする。
- 対象者が取り組むべき行動目標を選択する際には、「目標設定に利用できる健康行動の実施状況の把握（●ページ）」を参考にしてもよい。

③ 行動化への意識付け

- 目標達成に対する自信を確認し、達成のために障害となる場合を想定した対処法を対象者と共に考える。
- 設定した目標を見やすい場所に明示しておく等、行動化への意識付けを促す。
- 設定した目標や行動計画を家族や仲間に宣言することを促す。
- セルフモニタリングの意味と効用を説明する。その際に活用できる行動計画実施状況把握のためのチェックリストの具体的な例を様式1に示す。
- 行動目標を設定する際、対象者の行動継続を支援してくれるような身近な支援者（ソーシャルサポート）を設定し、サポートを得るための具体的な方法について助言する。

④ 社会資源・媒体等の紹介

- 具体的な支援媒体、記録表、歩数計等（ICTを利用したものを含む）を紹介し、可能であれば提供する。
- 健康増進施設や地域のスポーツクラブ、教室等のプログラムを紹介する。
- 地域の散歩コース等を消費エネルギーが分かるように距離・アップダウンを含めて提示する。
- 地域や職域の教室や自主グループ等を紹介する。
- 地域や職域の中で栄養表示やヘルシーメニューを提供している飲食店等が分かるような情報があれば提供する。

（7）保健指導期間中の継続フォロー

- ① 継続フォローの重要性の説明と了解
 - 継続したフォローを実施することで、対象者の状況を把握し、適切な行動変容を行う上で何か問題があれば、その都度解決等を図ることも可能であることを説明する。
 - 対象者の負担とならない程度のフォロー頻度をあらかじめ確認し、設定しておく。
 - 目標達成ができなかった場合でも、あらためて目標達成に向けて取り組むことは可能であることを伝える。
 - これからも支援していくという姿勢・保健指導実施者の思いを伝える。
- ② 支援形態の確認
 - 個別面接（対面、オンライン）、グループ面接（対面、オンライン）、電話、電子メール、FAX、手紙、チャット等（以下「電子メール等」という。）の形態やアプリケーション等の活用の有無による対象者の希望に添った具体的な支援方法を確認する。
 - 対象者の事情、ICTリテラシーに応じて、途中でも支援形態は変更可能であることが望ましい。

③ 目標の再確認

- 努力していること、達成感を得ていることを言語化してもらう。
- 1回設定した目標の達成度と実行に当たって障害がなかったかを確認する。
- 目標以外に実行したことを確認する。
- 中間評価の時に自分の目標到達状況について、話してもらえそうな関係づくりしておく。
- 目標に対する到達点を対象者にも評価してもらう。
- 対象者が成果を目に見える形で感じられるよう、数値や体調、気持ちの変化への気付きを促す。
- 対象者の努力を評価する。
- 目標が達成できなかった場合は、今後どうしていきたいか対象者の意向を確認してから、現実に合わせて実行できる目標に修正していく。

(8) 評価

① 目標達成の確認

- これまでの努力を対象者と共に評価し、目標達成状況、取組の満足度等を確認する。
- 期間中の保健指導が、対象者の生活にとってどのような効果をもたらしたかを確認できるようにする。
- 具体的に身についた知識やスキルを確認し、今後の具体的な目標の提示を促す。
- 今後、セルフケアを行っていくことへの意思を確認する。
- 減量した場合、リバウンドの予測と対応について助言する。
- 支援形態に合わせて、適切な方法で本人へ成果を提示する。

○ 取組の評価や今後のアドバイス等に関する手紙やメール等を送付する。

○ 今後の予定を説明する。

② 個人の健診結果の評価

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

(9) 適切な記録とデータ管理

○ 適切な記録とデータ管理については、第3編第4章(6)を参考のこと。

(10) 参加を促す工夫

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

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

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

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

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

○ いくつかの支援手段(メニュー)を組み入れ、対象者の状況や要望に応じて対象者がメニューを選択できる等、柔軟な仕組みとすることを考える。

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

【参考】：目標設定に活用できる対象者の健康行動の現状把握

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

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

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

様式1 行動計画実施状況把握のためのチェックリストの具体的な例

【様式1】行動計画実施状況把握のためのチェックリストの具体的な例

* 対象者の行動目標・行動計画に合わせてチェック項目を作成してください

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

3-3 ICT を活用した保健指導とその留意事項

ICT を活用した保健指導の実施に当たっては下記事項について留意すること。

(1) 遠隔面接による保健指導の留意点

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

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

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

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

① 実施体制

- 個人情報の保護が可能であり、通信環境の整った面接室と機器を確保する。
- 面接室の確保が困難な場合は、カメラに映る背景をバーチャル背景に変える等の配慮をし、対象者の音声漏れがないようヘッドセット等を準備する。なお、保健指導実施中は、保健指導実施者のカメラはオンにしておくことが望ましい。
- ビデオ通話システムの操作を保健指導実施者以外の人が行う場合は、保健指導の内容についての守秘義務を課す等個人情報保護を踏まえた対応を行うこと。
- グループ支援において個別支援を行う場合には、個人情報保護のためビデオ通話システム上で空間を分けるなど、第三者のいない空間で支援を行う。その際、ビデオ通話システムでの操作や個別支援の担当者を決めておく。

- 遠隔面接の実施中に通信や技術的障害等によって、遠隔面接の実施が困難になった場合、実施者は対象者の同意を得た上で、遠隔面接を実施する機会を改めて設定する。
- ② 機器・通信環境
- ビデオ通話が円滑に実施可能な通信環境（映像と音声の送受信が常時安定し、円滑な状態）^f、カメラや音声機能を含むビデオ通話機器を準備する。
- ビデオ通話システムのアプリケーション等のダウンロードに当たっては、使用するアプリケーション等の制作元やアプリケーション等のプライバシーポリシー、権限、利用条件、データの所在、脆弱性等を確認してから、使用の可否を判断する。その際、アプリケーション等は機器メーカー等の公式サイトからダウンロードするようにし、信頼できない提供サイトからのダウンロードは避ける^g。
- ビデオ通話システムの操作方法を修得しておく。
- ビデオ通話接続のための ID とパスワードは、保健指導ごとに毎回作成し、セキュリティを確保する。
- 保健指導の対象者の通信機器（スマートフォン、パソコン、タブレット端末）やインターネット環境などを事前に確認し、カメラ・マイク機能が使えるよう準備しておいてもらう。
- 保健指導の対象者から自宅以外の場所で保健指導を受けたいと申し出があった場合、個人情報が出れないよう、適切な場所を選んでもらう。
- 保健指導の対象者に、公共の無料 Wi-Fi は不正アクセスのリスクがあるため避けるよう伝える。
- 保健指導開始時には、ビデオ通話システムの接続状況（映像、音声など）を確認してから保健指導を実施する。

^f 平成 30～令和 2 年度 厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）「循環器疾患・糖尿病等生活習慣病を予防するための情報通信技術を活用した保健指導プログラム及びその実践のための手引きの作成と検証」（研究代表者：春山早苗）

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

- 実施者と保健指導対象者とが相互に表情、声、しぐさ等が確認できるように環境を調整する。
 - 遠隔面接の際は、内容が聞き取りやすいよう、普段より少し大きめの声でゆっくり話す。
 - 遠隔面接の際は、カメラ越しでも表情や反応を読み取りやすくなるよう、表情を豊かに、お辞儀やうなずきを大きくする。
 - 遠隔面接の際は、画面上の顔が見やすくなるよう採光や照明に注意する。
- ③ 資料・教材・器具等、対象者との情報共有
- 対象者とカメラ越しに会話をしたり、必要に応じてスライドや文書、動画などの教材を提示できるようにしておく。
 - ビデオ通話システム上では、健診結果など個人情報画面上で提示することで起きうるリスク（予期せぬ第三者による覗き見など）を踏まえた対策を講じること。
 - ビデオ通話システムの画面上で提示する資料は、あらかじめルールを定めておくことが望ましい。
 - 健診結果の確認を行い、必要な教材を準備する。セキュリティの観点から画面上で提示できない資料や画面上での提示に適さない資料（物理的に見えにくい資料等）は面接日までに対象者に送付する等工夫する。
 - 教材は、ビデオ通話で提示や提供可能な形態であるか確認し、必要に応じて作成・改訂する。
 - 保健指導実施者は、対面指導と同等の質を維持できるよう基本的な面接技術を修得しておく（第3編第3章「3-2 保健指導のプロセスと必要な保健指導技術」参照）。
- ④ 本人確認
- 保健指導開始前に遠隔面接の実施者及び対象者の本人確認を的確に行う。

- 実施者は、氏名及び所属を示す書類等を対象者に提示する。
- 対象者の本人確認は、氏名、生年月日及び被保険者証記号番号等対象者であることがわかる番号を用いて照合する。

(2) アプリケーション等を用いた効果的な特定保健指導の工夫

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

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

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

① 効果的なアプリケーション等の機能

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

- アプリケーション等を通じた手軽な情報提供やインターネットを介して同じ健康課題をもつユーザー同士の交流により、グループへの参加が困難な労働者層などに対するソーシャルサポートが強化され、行動変容への動機付けを高める効果が期待される。
- 保健指導では対象者自身が行動目標や行動計画、評価時期を設定できるよう支援していくため、アプリケーション等の「アウトカムの目標設定」や「行動目標の設定」の機能を活用することにより、目標の絞り込みが容易になる場合がある。
- アプリケーション等によるアウトカム（行動変容）のセルフモニタリングにより、対象者と支援者の両者が進捗状況を共有することが容易になる。
- アプリケーション等には特定の生活習慣の改善や健康問題の解決を目的にしたものがある。

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

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

② アプリケーション等の活用方法の工夫

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

a. 事前準備

- アプリケーション等の導入支援を行うため、面接の形態に関わらずインターネットを使える環境を整備し、また、利用者にはスマートフォン等のインターネット利用機器を持参するよう対象者に周知する。
- 保健指導実施者は、アプリケーション等の特徴、操作方法、機能などについて習熟しておく。支援の幅が広がるため、保険者が導入しているアプリケーション等だけでなく、対象者の経験談や評価から各アプリケーション等のメリット・デメリットについて情報収集するように努める。
- アプリケーション等の利用に必要な情報（ID やパスワードなど）やインストールのための情報を資料として準備しておく（面接時にインストールしない場合にも活用できるようにしておく）。

b. 初回面接におけるアプリケーション等の導入のための支援内容

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

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

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

- 目標設定とセルフモニタリングの意義、アプリケーション等を利用してこれらを行うメリットを説明する。
- 保険者が提供可能なアプリケーション等の特徴・機能について、説明書を用いたり、実際にアプリケーション等の画面を見せたりして説明する（費用負担が生じる場合は必ず説明しておく）。
- アプリケーション等の選択に当たっては、対象者の意図する生活習慣の改善が見込まれる機能が含まれているか確認する。また、アプリケーション等で利用する機能は、対象者の生活スタイル、関心、ICT リテラシー等に応じて取捨選択することも考慮する。
- 対象者のアプリケーション等への関心や使用希望の有無、実行可能性をアセスメント・判断し、対象者の行動目標に合わせて使用するアプリケーション等を決定できるよう対象者の自己決定を支援する（対象者がすでに使用しているアプリケーション等を継続する場合も含む）。
- アプリケーション等の導入に当たっては、使用するアプリケーション等の制作元やアプリケーション等のプライバシーポリシー、権限、利用条件等を確認する^k。
- アプリケーション等は携帯電話会社や OS・機器メーカー等の公式サイトからダウンロードするようにし、信頼できないアプリケーション等の提供サイトからのダウンロードは避ける^l。
- ICT リテラシーに応じてインストールを支援し、操作方法を確認する。
- アプリケーション等の利用開始時期を決定できるよう支援する。
- アプリケーション等のセルフモニタリング機能を使用する場合、その共有方法を定める。
- アプリケーション等の操作や不具合などのトラブルに対応する窓口を紹介

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

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

する。

c. 初回面接後の支援内容

- 対象者に合わせた情報提供（個別性のある情報提供や進捗に応じた情報提供等）や専門家からの助言がアプリケーション等による生活習慣改善の効果を高めることから^m、保健指導と組み合わせてアプリケーション等を活用することが望ましい。
- アプリケーション等の利用状況を定期的に確認し、アプリケーション等の利用継続を促すとともに、生活習慣改善の継続を支援する。
- アプリケーション等の利用が継続できなかった場合はアプリケーション等の利用にこだわらず、保健指導自体の中断とならないよう行動目標への取り組みを支援する。

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

3-4 保健指導の未実施者及び中断者への支援

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

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

- 保健指導実施者は、対象者が保健指導を受けなかった場合、電話、電子メール等により実施予定日から1週間以内に連絡し、保健指導を受けるように促す。
- 初回時において、連絡したにもかかわらず対象者が保健指導を受けない場合は、情報提供は必ず実施することが必要である。
- 支援内容や方法、日時等について保健指導の計画を作成する際に対象者と十分な話し合いを行い、計画について対象者が十分に納得することにより、保健指導の終了まで継続的に支援できるように工夫する。
- 最終的に保健指導が未実施となった者、中断した者については、次回の保健指導実施時に、保健指導を優先的に実施することが望ましい。
- 保健指導の実施においては、ポピュレーションアプローチや社会資源を有効に活用する必要がある。
- 職域においては、事業主と連携し、未実施者が支援を受けやすく、支援を中断しにくい体制として、例えば、就業時間内での支援の実施等を検討することが必要である。

3-5 「無関心期」、「関心期」にある対象者への支援

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

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

3-6 2回目以降の対象者への支援

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

- 保健指導実施者が同じ説明を繰り返すことに対して否定的な感情を持つ場合も少なくないことから、まずはこれまでの支援で対象者がどんな知識を得たのか、またどのような目標を立てて行動したのかを共に確認する。
- 対象者が「頑張ったけれど続かなかったこと」、「最初は減量できたのに、リバウンドしてしまった」等、自らの行動や体重変化を意識している分、これまでの支援よりも具体性、実践可能性を持った目標設定ができることから、対象者がより主体的に目標設定に参画できるよう促す。
- 減量等の目標を設定するに当たっては、前回までの目標値の達成状況を勘案して、無理のない目標設定を行う。なお、目標の再設定にあたり、目標の下方修正が生じる場合があるが、モチベーション低下を招かないよう配慮することが必要である。
- 同じ保健指導実施機関で実施する場合には、これまでの目標や達成状況、検査データの変化、前回の保健指導終了後からの取組状況、2回以上続けての保健指導利用に対する期待や不安等を確認することが望ましい。
- 年齢や支援開始時の状況等により、1回の支援だけでは結果（成果）が表れ

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

- 特に高齢者は、保健指導判定値を下回るほどの大幅な改善は難しいことから、繰り返し保健指導対象者になった場合であっても、現状維持をしていれば良好であると、前向きに考えることができるような支援を行うことが望ましい。
- 個別支援とグループ支援、講義（講話）や身体活動、食生活の実技を取り入れる等、支援内容についても対象者にとって、より興味が持て、効果が期待できる内容に変更する等の工夫をする。

3-7 特定保健指導における情報提供・保健指導の実施内容

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

なお、特定保健指導の運用の詳細は、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」の「2.特定保健指導」を参照すること。

(1) 対象者ごとの保健指導プログラムについて

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

なお、支援に当たっては、既存の保健事業や社会資源を活用し、地域や職域で行われている健康づくりのためのポピュレーションアプローチとも関連づけていくことが重要である。また、同じ対象者に対する支援は、毎年同じ内容を繰り返すことなく、対象者の特性や過去の指導内容を踏まえて改善に努めることが必要である。

(2) 保健指導実施者

保健指導は、医師、保健師、管理栄養士が中心となって担うこととする。「動機付け支援」及び「積極的支援」において、①初回の面接、②対象者の行動目標・支援計画の作成、③保健指導の評価は、医師、保健師、管理栄養士が行うこと。ただし、これまで保険者や事業者において看護師による保健事業がなされてきた実態を踏まえ、令和11年度末まで、引き続き、保健指導に関する一定の実務経験のある看護師ⁿが行うことも可能とする。

「動機付け支援」及び「積極的支援」のプログラムのうち、食生活・身体活動に関する対象者の支援計画に基づく実践的指導は、医師、保健師、管理栄養士、

ⁿ 保健指導に関する一定の実務経験のある看護師について

- (1) 特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（平成19年厚生労働省令第157号）附則第2条中「保健指導に関する一定の実務の経験を有する看護師」とあるのは、平成20年4月現在において1年以上（必ずしも継続した1年間である必要はない。）、保険者が保健事業として実施する生活習慣病予防に関する相談及び教育の業務又は事業主が労働者に対して実施する生活習慣病予防に関する相談及び教育の業務に従事した経験を有する看護師と解するものとする。なお、業務に従事とは、反復継続して当該業務に専ら携わっていることを意味するものであること。
- (2) 特定保健指導を受託する機関は、当該「保健指導に関する一定の実務経験を有すると認められる看護師」が受託業務に従事する予定がある場合には、委託元の保険者に対し、保険者や事業主等が作成した1年以上実務を経験したことを証明する文書（「実務経験証明書」という。）を提出すること。

そのほか食生活の改善指導に関する専門的知識及び技術を有する者[○]、運動指導に関する専門的知識及び技術を有する者[○]（公益財団法人健康・体力づくり事業財団が認定する健康運動指導士や事業場における労働者の健康保持増進のための指針に基づく運動指導、産業栄養指導、産業保健指導担当者等）が実施する。

また、それらの実践的指導においては、グループ支援を合わせて用いることも効果的であり、その場合は、地域内や職域の種々の関係者の協力を得ることが重要である。

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

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

さらに、保健指導実施者は、健診・保健指導の研修ガイドラインに記載されている研修を修了していることが望ましい。

（３）「情報提供」

① 目的

対象者が健診結果から、自らの身体状況を認識すると共に、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共に、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。

[○] 食生活の改善指導に関する専門的知識及び技術を有する者：「実践的指導実施者告示」（平成20年厚生労働省告示第10号）、「平成30年度以降における特定健康診査及び特定保健指導の実施並びに健診実施機関等により作成された記録の取扱いについて」（平成29年10月30日付け健発1030第1号・保発1030第6号）によると、

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

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

[○] 運動指導に関する専門的知識及び技術を有する者：「実践的指導実施者告示」（平成20年厚生労働省告示第10号）、「平成30年度以降における特定健康診査及び特定保健指導の実施並びに健診実施機関等により作成された記録の取扱いについて」（平成29年10月30日付け健発1030第1号・保発1030第6号）によると、

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

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

③ 支援期間・頻度

年1回（健診結果の通知と同時に実施）あるいはそれ以上とする。

④ 支援内容及び支援形態

情報提供の支援内容として、下記の点に留意する。

- 全員に画一的な情報を提供するのではなく、健診結果や健診時の質問票から対象者個人に合わせた情報を提供する必要がある。
- 対象者に対して、健診結果に基づいた生活習慣の改善について意識付けを行うことが重要である。なお、自分の健康リスクを適切に認識できることや対象者のやる気を引き出すことができるよう、また、保健指導を拒否することや、医療機関を受診せずに放置する者を減らせるように、工夫することが重要である。そのためには、健診結果に基づき、健診受診者全員に自らの病気のリスクを自分自身の問題として認識してもらえよう、きめ細かな情報提供を行う。
- 健診結果や質問票から特に問題とされることがない対象者へは、健診結果の見方や、健康の保持増進に役立つ内容の情報を提供する。あわせて、毎年の継続的な健診受診の重要性について、生活習慣の変化と健診結果の変化の関係を理解してもらい、年1回、健診結果を確認して、生活習慣改善を行う意義や合理性について納得してもらえようように伝える。
- 医療機関への受診の必要性はないが、検査値に異常が見られる対象者へは、上記に加え、検査値を改善するための個人の状態に応じた生活習慣のアドバイスを提供する。
- 医療機関への受診や継続治療が必要な対象者へは、受診や服薬の重要性を認識してもらえよう工夫する。「第2編別添資料 健診結果とそのほか必要な情報の提供（フィードバック文例集）（●ページ）」を参照されたい。

a 健診結果

健診の意義（自分自身の健康状態を認識できる機会、日頃の生活習慣が健診結果に表れてくる等）や健診結果の見方（データの表す意味を自分の身体で起きていることと関連づけられる内容、疾病リスクとの関係で検査数値の持つ意味についての説明）を情報提供する。また、健診結果の経年変化をグラフ等により分

かりやすく示し、対象者が経年的な身体の変化を理解できるよう工夫する。

b 生活習慣

メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する基本的な知識と、対象者の行っているどのような生活習慣が生活習慣病を引き起こすかという情報提供をする。

食事バランスガイドや「健康づくりのための身体活動基準2013（平成25年3月 運動基準・運動指針の改定に関する検討会）」、「健康づくりのための身体活動指針（アクティブガイド）」等に基づいた食生活・身体活動等の生活習慣、料理や食品のエネルギー量、身体活動によるエネルギー消費量等について、質問票から得られた対象者の状況に合わせて具体的な改善方法の例示等を伝える。

c 社会資源

対象者にとって身近で活用できる健康増進施設、地域のスポーツクラブや運動教室、健康に配慮した飲食店や社員食堂に関する社会資源の情報等も提供する。

情報提供の支援形態では、対象者や保険者の特性に合わせ、支援手段を選択する。主な手段としては、次のようなものが考えられる。

- 情報提供用の資料を用いて、個別に説明する。
- 健診結果を通知する際に情報提供用の資料を合わせて提供する。
- 職域等で日常的にICT等が活用されていれば、個人用情報提供画面を利用する。
- 結果説明会で情報提供用の資料を配布する。

⑤ 特定保健指導非対象者について

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

- 腹囲や検査データ等は現在正常の範囲であるが、喫煙や食生活・身体活動等

の生活習慣等に問題があり、今後の悪化が懸念される者

- 検査データでは保健指導判定値以上であるが、肥満がないため特定保健指導の対象とはならない者
- 受診勧奨がなされているにも関わらず、医療機関を受診していない者
- 服薬中であるがコントロール不良の者

⑥ ICT等を活用した分かりやすい情報提供の推進

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

（４）「動機付け支援」

① 目的

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

② 対象者

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

③ 支援期間・頻度

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

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

④ 支援内容及び支援形態

動機付け支援の支援内容及び支援形態については、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」の「2-4動機付け支援」を参照のこと。以下には、保健指導に必要な支援内容の具体を記す。

面接や詳細な質問項目⁹により対象者の生活習慣や行動変容ステージ（準備状態）を把握し、健診結果やその経年変化等から、対象者に対し、身体に起こっている変化の理解を促す。そして、対象者の健康に関する考えを受け止め、対象者が、自分の生活習慣の改善点・継続すべき行動等に気づき、自ら目標を設定し、行動に移すことができる内容とする。

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

身体活動については、対象者の身体活動量や運動習慣、行動変容ステージ、生活・就労環境を把握した上で、それらの状況に応じた支援が必要である。また、身体活動の増加により、不慮の事故や運動器の傷害をきたす可能性が想定されるため、安全に対する配慮が不可欠である。健康づくりのための身体活動基準2013、健康づくりのための身体活動指針（アクティブガイド）は、上述の身体活動増加のポイントが分かりやすく示されており、支援ツールとして活用できる。これらを踏まえて、対象者個人の健康状態や生活習慣から、重要度が高く、取組やすい情報について、ポイントを絞って提供することが望ましい。

a 面接による支援

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

- 健康診査の受診後早期に初回面接を行うことは、健康意識が高まっている時

⁹ 「動機付け支援」、「積極的支援」に必要な詳細な質問項目 第3編第3章3-7（6）参照。

に受診者に生活習慣の改善の必要性を理解させることにつながるため、重要である。

- 対象者が、生活習慣を改善するメリットと現在の生活習慣を続けるデメリットについて理解できるように支援する。
- 対象者の生活習慣の振り返り、行動目標や行動計画、評価時期の設定について話し合い、それらの設定や策定ができるように支援する。
- 体重・腹囲の計測方法について説明する。
- 食生活・身体活動等の生活習慣の改善に必要な実践的な支援をする。
- 必要な社会資源を紹介し、対象者が有効に活用できるように支援する。

b 行動計画の実績評価

- 行動計画の実績評価は、対象者の行動変容の成果を把握すると共に、保健指導の質を評価するものである。
- 体重や腹囲の達成目標や設定した個人の行動目標が達成されているか、身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて評価を行う。
- 必要に応じて評価時期を設定して、対象者が自ら評価すると共に、3か月以上経過後に保健指導実施者による評価を行い、評価結果を対象者に提供する。
- 評価項目は対象者自身が自己評価できるように設定するが、体重及び腹囲は必須である。
- 今後、どのようにしていきたいか確認し、取組がうまく進まない場合や状態の改善が見られなかったり、悪化が想定される場面についての対応策を助言する。
- 次年度にも継続して健診を受診するよう勧める。

(5) 「積極的支援」

① 目的

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

② 対象者

健診結果・質問票から、生活習慣の改善が必要と判断された者で、そのために保健指導実施者によるきめ細やかな継続的支援が必要な者。

③ 支援期間・頻度

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

④ 支援内容及び支援形態

積極的支援の支援内容及び支援形態については、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」の「2-5 積極的支援」を参照のこと。以下には、保健指導に必要な支援内容の具体を記す。

積極的支援では、動機付け支援に加えて以下の内容に留意する。

壮年期においては、内臓脂肪の蓄積を共通の要因として、糖代謝異常、脂質代謝異常、高血圧の状態が重複した場合に、心血管疾患等の発症可能性が高まる。したがって、これらの発症及び重症化の予防の効果を高めるために、保健指導は、健康診査の結果から対象者本人が身体状況を理解し、生活習慣の改善の必要性を認識し、行動目標を自らが設定し実行できるよう、個人の行動変容を促すものとする。

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

a 初回時の面接による支援

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

成する必要がある。

- 対象者の健康に関する考え方を受け止め、対象者が考える将来の生活像を明確にした上で、行動変容の必要性を実感できるような働きかけを行い、具体的に実践可能な行動目標を対象者が選択できるように支援する。
- 実践可能な行動目標について、優先順位を付けながら、対象者と一緒に考え、対象者自身が選択できるよう支援する。
- 支援の結果として一定のアウトカムが得られるように、必要なプロセスを積み上げること。
- b 3か月以上の継続的な支援
 - 初回面接支援の際に作成した特定保健指導支援計画や実施報告書、支援計画の実施状況を確認するため、対象者の行動計画への取組とその評価等について記載したものの提出を求め、それらの記載に基づいた支援を行う。
 - 継続的な支援の方法については、対象者の希望を踏まえて、必要に応じて決定していく。
 - 保健指導は、個人又は集団を対象として行う方法があり、さらに各々について対面及びICTを活用した方法がある。支援の際は、それぞれの特性を踏まえ、適切に組み合わせて実施する。
 - 生活習慣の改善に必要な事項について実践的な指導をする。
 - 取組んでいる実践と結果についての評価と再アセスメント、生活習慣の振り返りを行い、必要があると認めるときは、行動目標や計画の再設定を行う。
- c 行動計画の実績評価
 - 行動計画の実績評価は、個別の対象者に対する保健指導の効果に関するものである。
 - 評価項目は対象者自身が自己評価できるように設定するが、体重及び腹囲は必須である。

- 体重や腹囲の達成目標や設定した個人の行動目標が達成されているか、身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて評価を行う。
 - 評価時期を設定して、対象者が自ら評価すると共に、3か月以上の継続的な支援終了後に保健指導実施者による評価を行い、評価結果を対象者に提供する。
 - 必要に応じて中間評価を設定し、実践している取組内容及び結果についての評価と再アセスメント、生活習慣の振り返りを行い、必要があると認めるときは、行動目標や計画の修正を行う。
 - 実績評価時に、対象者が実践している取組内容及びその結果についての評価を行い、腹囲や体重が2cm以上かつ2kg減の達成目標に至らなかった場合は、今後、どのようにしていきたいか確認し、取組がうまく進まない場合や状態の改善が認められない場合、悪化が想定される場面についての対応策を助言する。
 - 次年度にも継続して健診を受診するよう勧めるとともに、対象者が生活習慣の改善が図られた後の行動を継続するよう意識付けを行う。
 - 継続的な支援の最終回と一体的に実施しても差し支えない。
- ⑤ 支援ポイント
- アウトカム評価とプロセス評価を合計し、180p以上の支援を実施することを保健指導終了の条件とする。
 - 腹囲2cm以上かつ体重2kg以上減少又は体重が当該年度の特定健康診査の体重の値に0.024を乗じて得た値(kg)以上かつ腹囲が当該値(cm)以上減少したと認められた場合は180pと設定する。
 - 腹囲2cm以上かつ体重2kg以上減に達していない場合においても、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲2cm以上かつ体重2kg以上減の過程である腹囲1cmかつ体重1kg減についても20pとして評価する。
 - 生活習慣病予防につながる行動変容をアウトカム評価として用いる際は、初回面接や中間評価において、目標や評価方法、達成条件について必ず対象者

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

○ 積極的支援における評価方法と各支援のポイント構成について表4に示す。

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

⑥ 留意点

a. アウトカム評価の支援ポイントについて

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

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

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

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

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

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

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

b. 継続的な取組について

- 腹囲2cm、体重2kg減の達成は、今後の励みとなる保健指導の成果の目安と言えるが、血圧、血糖、脂質への効果には個人差があること、そして継続が大切であることをしっかりと対象者に説明すること。
- 腹囲2cm・体重2kg減の達成状況によらず、翌年の階層化において再び支援の対象になり得る者には、その可能性を予め説明し、来年の健診までの生活習慣改善の取り組みについて確認していくこと。

c. その他

- 保健指導実施者が連絡したにも関わらず、対象者が保健指導を受けない場合には、保険者に連絡し、保険者からも保健指導を受けるように促す。
- 保険者は、保健指導の未実施者及び中断者からその理由を聞くことや、保健指導実施者と保険者が話し合いをすること等により、保健指導を受けない理由を明確にし、次回以降の保健指導につなげることが必要である。
- その他、特定保健指導の未実施者及び中断者への支援については、3-4を参照のこと。
- 特定保健指導における2回目以降の対象者への支援については、3-6を参考にすること。

⑦ 積極的支援における支援ポイント達成の例（図2～図5）

積極的支援における支援ポイント達成の例を図2～図5に示す。

- パターンA【腹囲2cm以上かつ体重2kg以上減の目標の達成によるアウトカム評価で18Opに到達した例】（図2）
- パターンB【腹囲2cm以上かつ体重2kg以上減の目標達成には至らず、その後修正した行動変容の目標達成によるアウトカム評価と継続的支援のプロセス評価を合わせて18Opに到達した例】（図3）
- パターンC【行動変容の目標達成によるアウトカム評価と継続的支援のプロセス評価とを合わせて18Opに到達した例】（図4）

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

⑧ 特定保健指導支援計画及び実施報告書の例

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

表4 積極的支援における評価方法と各支援のポイント構成

アウトカム評価	2cm・2kg	180p
	1cm・1kg	20p
	食習慣の改善	20p
	運動習慣の改善	20p
	喫煙習慣の改善（禁煙）	30p
	休養習慣の改善	20p
	その他の生活習慣の改善	20p
プロセス評価	個別支援*	<ul style="list-style-type: none"> 支援1回当たり70p 支援1回当たり最低10分間以上
	グループ支援*	<ul style="list-style-type: none"> 支援1回当たり70p 支援1回当たり最低40分間以上
	電話支援	<ul style="list-style-type: none"> 支援1回当たり30p 支援1回当たり最低5分間以上
	電子メール・チャット等支援	<ul style="list-style-type: none"> 1往復当たり30p
	健診当日の初回面接	20p
	健診後1週間以内の初回面接	10p

*情報通信技術を活用した面接を含む

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

(概要) 腹囲 2 cm・体重 2 kg 減を達成目標に設定し、生活習慣改善の行動計画を立案。 3 か月以降経過後に腹囲と体重に変化がなく、運動習慣の行動変容の目標を修正。 その 2 か月以降経過後、運動習慣の行動変容を確認。			
支援の種類	時期	支援形態	支援内容
初回面接	健診 1 週間以降	個別支援 (遠隔)	健診結果と生活習慣の問診票を事前に送付し、ビデオ通話システムを用いて生活習慣についての気づきを促し、改善の可能性を探る。 3 か月後の腹囲 2 cm かつ体重 2 kg 減を達成目標に設定する。 セルフモニタリングの方法を確認するとともに、継続的支援の内容と方法を一緒に確認する。
継続的支援	1 か月後	個別支援	現在の腹囲、体重を確認。 腹囲と体重の変化は確認できなかったため、引き続き腹囲 2 cm・体重 2 kg 減を目指して、行動変容の意識を高める支援を実施。
	3 か月以降	個別支援	現在の腹囲、体重が変化していなかったため、中間評価として実施。 運動習慣の行動変容目標について、話し合いながら修正を実施。
	5 か月以降	電話	実績評価と一体的に実施。体重と腹囲は変化なかったが、2ヶ月以上継続できた新たな運動習慣の改善を確認し、支援を終了とする。 継続的な取組と次年度の健診を勧奨する。
達成プロセスのイメージ			
目標		初回面接	継続的支援と実績評価
2 cm・2 kg 減を目標に設定し、生活習慣改善の計画を立案。	支援計画	健診 1週間 以降	個別支援 中間評価 個別支援 アウトカム達成に至らず、180p 到達しなかったため中間評価として実施 実績評価 電話
	プロセス評価		70p
	アウトカム評価		

初回面接から 3 か月経過

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

(概要) 腹囲 2 cm・体重 2 kg 減を達成目標に設定し、生活習慣改善の行動計画を立案。 3 か月以降経過後に腹囲と体重に変化がなく、運動習慣の行動変容の目標を修正。 その 2 か月以降経過後、運動習慣の行動変容を確認。			
支援の種類	時期	支援形態	支援内容
初回面接	健診 1 週間以降	個別支援 (遠隔)	健診結果と生活習慣の問診票を事前に送付し、ビデオ通話システムを用いて生活習慣についての気づきを促し、改善の可能性を探る。 3 か月後の腹囲 2 cm かつ体重 2 kg 減を達成目標に設定する。 セルフモニタリングの方法を確認するとともに、継続的支援の内容と方法を一緒に確認する。
継続的支援	1 か月後	個別支援	現在の腹囲、体重を確認。 腹囲と体重の変化は確認できなかったため、引き続き腹囲 2 cm・体重 2 kg 減を目指して、行動変容の意識を高める支援を実施。
	3 か月以降	個別支援	現在の腹囲、体重が変化していなかったため、中間評価として実施。 運動習慣の行動変容目標について、話し合いながら修正を実施。
	5 か月以降	電話	実績評価と一体的に実施。体重と腹囲は変化なかったが、2ヶ月以上継続できた新たな運動習慣の改善を確認し、支援を終了とする。 継続的な取組と次年度の健診を勧奨する。
達成プロセスのイメージ			
目標		初回面接	継続的支援と実績評価
2 cm・2 kg 減を目標に設定し、生活習慣改善の計画を立案。	支援計画	健診 1週間 以降	個別支援 中間評価 個別支援 アウトカム達成に至らず、180p 到達しなかったため中間評価として実施 実績評価 電話
	プロセス評価		70p
	アウトカム評価		

初回面接から 3 か月経過

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

(概要) 行動変容を目標に設定し、生活習慣改善の計画を立案。 計画通り喫煙習慣と食習慣の行動変容の達成を確認。			
支援の種類	時期	支援形態	支援内容
初回面接	健診 1週間以内	グループ 支援	健診結果と生活習慣の関連についての説明を実施。 達成可能な行動変容の目標の立て方と具体的な実践方法について支援を実施。 2か月以降後の喫煙習慣と食習慣の改善を目標に設定する。 セルフモニタリングの方法を確認するとともに、継続的支援の内容と方法を一緒に確認する。
継続的支援	1か月後	グループ 支援 (遠隔)	オンラインでのディスカッションを通して、行動変容を継続するための障壁への対処の工夫について学びを深める支援を実施。
	2か月後	電子メール	生活習慣の改善状況について確認し、ここまでの取組状況を称賛し、自己効力感を高める支援を実施。
	3か月以降	電話	実績評価と一体的に実施。 この時点で設定した喫煙習慣と食習慣の改善が2か月継続できていることを確認し、支援を終了する。 継続的な取組と次年度の健診も勧奨する。
達成プロセスのイメージ			
目標		初回面接	継続的支援と実績評価
行動変容を目標に設定し、生活習慣改善の計画を立案。	支援計画		
	プロセス評価	10p	70p 30p
	アウトカム評価		30p 喫煙慣改善 30p 食習慣改善 20p

初回面接から3か月経過

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

(概要) 行動変容を目標に設定し、生活習慣改善の計画を立案。 3か月以降経過後の支援の際に行動変容が確認出来なかったため、行動目標を修正し追加の支援を実施。 その後も行動変容は確認できなかったが、プロセス評価の積み上げで支援を終了。				
支援の種類	時期	支援形態	支援内容	
初回面接	健診 1週間以降	個別支援	生活習慣の特徴と対象者の行動変容ステージを捉える。 生活習慣についての気づきを促し、改善の可能性を探る。 運動習慣、休養習慣の行動目標を設定する。 セルフモニタリングの方法を確認するとともに、継続的支援の内容と方法を一緒に確認する。	
継続的支援	1か月後	個別支援	運動習慣、休養習慣の行動目標の実施状況について確認し、目標達成に向けた工夫点を話し合う。	
	2か月後	電話	運動習慣、休養習慣の行動目標の実施状況について確認。 継続した行動変容につながらないため、現在の障壁とその対処方法について支援。	
	3か月後	電話	設定した行動目標の継続も困難であったことを確認。 食習慣、運動習慣の行動目標の修正を行う。	
	5か月以降	個別支援	修正した運動習慣と休養習慣の改善の行動目標は、いずれも2か月間の継続が困難であったことを確認する。 次年度の健診受診に向けて、継続的な取組の必要性を説明する。	
達成プロセスのイメージ				
目標		初回面接	継続的支援と実績評価	
行動変容を目標に設定し、生活習慣改善の計画を立案。	支援計画	健診 1週間 以降	個別支援 → 電話	電話 → 実績評価 個別支援
	プロセス評価		70p 30p	30p 70p
	アウトカム評価			未達成 0p

初回面接から3か月経過

(6) 「動機付け支援」、「積極的支援」に必要な詳細な質問項目

「動機付け支援」、「積極的支援」の実施に当たっては、詳細な質問項目を積極的に活用することで保健指導対象者の生活習慣及び行動変容ステージ（準備状態）を把握し、どのような生活習慣の改善が必要なのかをアセスメントする必要がある。

詳細な質問項目は、対象者自身が自分の生活習慣を振り返るきっかけとするほか、対象者の生活習慣の変化が把握できることから、生活習慣改善の評価にも活用できる。詳細な質問項目の例としては、表5-1、5-2で示した項目が考えられる。対象者の特性や、健診・保健指導の実施体制等に応じて質問項目を取捨選択することも可能である。

表5-1 「動機付け支援」、「積極的支援」に必要な詳細な質問項目

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

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

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

2-9	外食、惣菜、市販の弁当を習慣的に食べますか。	①食べる ②食べない
2-10	食事は主に、誰が作ったり買ったりしますか。	①自分 ②自分以外
3. 運動・身体活動状況		
3-1	1週間の中で運動する時間を設けていますか。	①はい ②いいえ
3-2	エレベーターより階段を使うなど意識的に体を動かしていますか。	①はい ②いいえ
3-3	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	①はい ②いいえ
3-4	1日のうちで座っている時間は少ないですか。	①はい ②いいえ
3-5	膝、腰、手、足、首などに痛みや違和感がありますか。	①はい ②いいえ
4. 既往・現病歴・家族歴		
4-1	現在、身体活動・運動や食事等の生活習慣に関して、かかりつけの医療機関にて指導を受けていますか。	①指導あり ②指導なし
4-2	健診後、生活習慣病（高血圧、糖尿病、脂質異常症など）で受診しましたか。	①受診して内服している ②受診したが薬は処方されなかった ③受診していない
4-3	両親やきょうだいであてはまる病気があれば○をつけて下さい（複数回答可）	高血圧/糖尿病/脂質異常（高脂血症）/痛風/脳卒中（脳梗塞・脳出血）/心臓病（心筋梗塞・狭心症）/腎臓病
5. 喫煙		
5-1	職場や家庭などにおいて、受動喫煙（自分以外の人が吸っていたたばこの煙を吸う）の機会がありましたか。	①ほぼ毎日 ②週に数回程度 ③週に1回程度 ④月に1回程度 ⑤全くなかった ⑥行かなかった
5-2	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 （※「現在、習慣的に吸っている者」とは、条件1と2を両方満たす者である。 条件1：最近1か月間吸っている。 条件2：生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている）	①はい（条件1と条件2を両方満たす） ②以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない（条件2のみ満たす） ③いいえ（①②以外）
5-3	1日に平均して何本のたばこを吸っていますか（吸っていましたか。）	1日（ ）本
5-4	習慣的にたばこを吸うようになってから、何年間たばこを吸っていますか（吸っていましたか。）	（ ）年間
5-5	今までたばこをやめたことがありますか。	①はい ②いいえ ③吸ったことはない
6. 飲酒		
6-1	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか。（※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者）	①毎日 ②週5～6日 ③週3～4日 ④週1～2日 ⑤月に1～3日 ⑥月に1日未満 ⑦やめた ⑧飲まない（飲めない）
6-2	飲酒日1日当りの飲酒量 日本酒1合（アルコール度数15度・180ml）の目安： ビール（同5度・500ml）、焼酎（同25度・約110ml）、 ワイン（同14度・約180ml）、ウイスキー（同43度・約60ml）、缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml）	①1合未満 ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3～5合未満 ⑤5合以上

6-3	1度に、ビール中瓶3本か日本酒3合、あるいは焼酎（25度）1.7合以上を飲むことがどのくらいの頻度でありますか。	①ない ②月に1度未満 ③月に1度 ④週に1度 ⑤ほとんど毎日
7. 睡眠・休養		
7-1	休養は十分にとれていると思いますか。	①はい ②いいえ
7-2	日中に倦怠感や眠気を感じることがありますか。	①はい ②いいえ
8. 家族・社会参加		
8-1	生活習慣を改善する上でサポートをしてくれる人はいますか（複数選択可）。	①配偶者（パートナー） ②子ども ③孫 ④親 ⑤祖父母 ⑥きょうだい ⑦友人・知人 ⑧その他
9. 仕事・労働衛生		
9-1	1週間の労働時間はおよそ何時間ですか。	①就労していない ②40時間未満 ③40～48時間 ④49～54時間 ⑤55時間以上
9-2	交代勤務制の仕事に従事していますか。	①はい ②いいえ
10. 生活習慣改善への取組		
10-1	改善したい生活習慣に○をつけてください（複数選択可）。	①喫煙 ②食生活 ③運動・身体活動 ④飲酒 ⑤睡眠 ⑥休養 ⑦その他
10-2	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
備考		

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

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

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

解説：年に1回以上の歯科健診の必要性を啓発・勧奨する項目である。健康に対する興味や認識の低い者にとって、鏡を見ることによって自分の健康状態、変化等を直接的に観察することができる歯・口腔は、生活習慣改善のきっかけとして有効である。また、質問項目2-4「食事はよく噛んでゆっくり食べるようにしていますか」で「②いいえ」、2-6「糖分の入った飲み物を習慣的に飲みますか」で「②飲む」、4-1「現在、身体活動・運動や食事等の生活習慣に関して主治医より指導を受けていますか」で「②指導あり」、5-2「現在、たばこを習慣的に吸っていますか」で「①はい」、10-1「改善したい生活習慣」で「①喫煙、②食生活」を選択した者は、歯科保健指導を実施することによって、生活習慣等の改善に弾みをつけることが期待される。なお、保健指導においては、「標準的な質問票の解説と留意事項」（質問13）の内容を参考として実施する。

2. 食生活習慣

2-1	1日の食事時間はだいたい決まっていますか。	①はい ②いいえ
-----	-----------------------	----------

解説：生活リズムの中でも重要な要素である食事時間の規則性を尋ねる項目である。保健指導では、「②いいえ」と回答した対象者の不規則的な食事時間となっている理由を把握し、以下の食生活に関する質問項目も考慮し、食生活の工夫点を対象者と共に見つけていく。

2-2	朝食を抜くことがありますか。	①はい ②いいえ
-----	----------------	----------

解説：「標準的な質問票の解説と留意事項」を参照（質問17）

2-3	寝る前2時間以内に何か食べることがありますか。	①はい ②いいえ
-----	-------------------------	----------

2-4	食事はよく噛んでゆっくり食べていますか。	①はい ②いいえ
-----	----------------------	----------

解説：「標準的な質問票の解説と留意事項」を参照（質問14・15）

2-5	バランスの良い食事（ごはん・麺などの主食、肉・魚などの主菜、おひたし・サラダなどの副菜を組み合わせた食事）を毎日食べていますか。	①はい ②いいえ
-----	--	----------

追加	1日2回以上、主食・主菜・副菜を揃えて食べるのは週何日ですか ^{注2}	①ほぼ毎日 ②週4～5日 ③週2～3日 ④ほとんどない
----	--	--------------------------------

解説：“毎日”と回答した者を基準とした場合、日数が少ない者ほど栄養素の偏りが懸念される。具体的には、炭水化物、たんぱく質、及び野菜の摂取状況が食事摂取基準等の目標量に合致する者の割合が少ない^{注2}。逆に、主食、主菜、副菜、牛乳・乳製品、果物を適量食べることを推奨する食事バランスガイドに添った食事をしている者ほど、循環器疾患等の死亡リスクが低いことが示されている^{注3}。したがって、食事内容の概要を聞き取り、必要に応じて管理栄養士等が詳細に聞き取った上で、総エネルギー量を踏まえつつ食事パターンを適正化するように指導を行う。多くの場合、主菜が多く副菜が欠けているので、主菜を減らし不足しがちな野菜・果物・乳製品等を一品加えるように指導する。ただし、高齢者では、たんぱく質の摂取量が不足しないように配慮する。

追加	1回の食事で主食（ごはん・めん類・パン）同士を組み合わせる食べ方がありますか ^{注4} 。	①毎日 ②週5～6回 ③週3～4回 ④ほとんどない
----	--	------------------------------

解説：1回の食事で主食同士を組み合わせる頻度が多いと一般に総エネルギー量が多くなるので、ほかの質問の回答を考慮しながら、主食に偏らないようにして、副菜を取り入れるよう指導する。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

追加	計測・記録（歩数など）について改善しようと思いませんか。	
<p>解説：生活習慣の行動変容ステージを把握するための質問である。行動変容ステージとは、行動変容に対する準備段階を指し、五つのステージに分けることができる。新しい生活習慣を確立するまでには多くの困難を伴うため、行動変容ステージに応じた声かけや目標設定をする。生活習慣に関連する生活環境の把握、行動変容理論に基づく指導、行動変容を阻害する要因の把握などを前提として、指導対象者の現状に則した行動目標を設定することが望ましい。</p> <p>無関心期 6か月以内に行動変容を起こす意思がない時期 関心期 6か月以内に行動変容を起こす意思がある時期 準備期 1か月以内に行動変容を起こす意思がある時期 実行期 明確な行動変容が観察されるが、その継続がまだ6か月未満である時期 維持期 明確な行動変容が観察され、その期間が6か月以上続いている時期</p>		
10-2	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
<p>解説：「標準的な質問票の解説と留意事項」を参照（質問22）。特定保健指導の利用歴を尋ねることで、保健指導内容の工夫に繋げる。以前に特定保健指導を利用した後、立案した行動目標の内容、達成状況や継続状況など、生活習慣の改善に関してうまく行った点、行かなかった点を聞き取って、今回の保健指導の方針を立てる際の参考にする。特定保健指導を実施しても、保健指導レベルが改善せず、繰り返し保健指導対象者となる場合、支援に当たって留意する（3-6「2回目以降の対象者への支援」参照）。</p>		

参考資料

- 注1. Idler EL, et al. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. J Health Soc Behav. 1997; 38:21-37.
- 注2. 平成 27 年国民健康・栄養調査。
- 注3. Oba S, et al. Diet based on the Japanese Food Guide Spinning Top and subsequent mortality among men and women in a general Japanese population. J Am Diet Assoc. 2009; 109:1540-7. Kurotani K, et al. Quality of diet and mortality among Japanese men and women: Japan Public Health Center based prospective study. BMJ. 2016; 352:i1209. (2-5解説 ~示されている)
- 注4. おにぎりとかップめん、うどんといなりずしなど。
- 注5. 令和元年国民健康・栄養調査。
- 注6. Kondo K, et al. Cardiovascular Risk Assessment Chart by Dietary Factors in Japan - NIPPON DATA80. Circ J. 2019; 83:1254-1260.
- 注7. 日本高血圧学会減塩委員会編 [高血圧患者さんのための減塩食レシピ] 日本高血圧学会
- 注8. 日本高血圧学会減塩委員会編 [減塩のすべて：理論から実践まで] 日本高血圧学会
- 注9. 厚生労働省 喫煙の健康影響に関する検討会（編）。喫煙と健康—喫煙の健康影響に関する検討会報告書。
- 注10. Tan CE, et al: Association between smoke-free legislation and hospitalizations for cardiac, cerebrovascular, and respiratory diseases: a meta-analysis. Circulation 2012; 126: 2177-2183.
- 注11. 厚生労働省：職場における受動喫煙防止のためのガイドライン,2019.
- 注12. Heatherton TF, et al. Measuring the heaviness of smoking: using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. Br J Addict. 1989; 84(7):791-9.

- 注13. Borland R, et al. The reliability and predictive validity of the Heaviness of Smoking Index and its two components: findings from the International Tobacco Control Four Country study. *Nicotine Tob Res.* 2010;12 Suppl:S45-50.
- 注14. Yokoyama T, et al. Alcohol flushing, alcohol and aldehyde dehydrogenase genotypes, and risk for esophageal squamous cell carcinoma in Japanese men. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2003; 12:1227-33.
- 注15. 人々の協調行動を活発にすることによって、社会の効率性を高めることのできる、「信頼」「規範」「ネットワーク」といった社会組織の特徴はソーシャルキャピタル（社会資源）と呼ばれ、健康の維持・向上においても重要な因子である。
- 注16. Kivimäki M, et al. Long working hours and risk of coronary heart disease and stroke: a systematic review and meta-analysis of published and unpublished data for 603,838 individuals. *Lancet.* 2015; 386:1739-46.
- 注17. Nicholson PJ, et al. Shift work and chronic disease: the epidemiological evidence. *Occup Med.* 2011; 61:443-4.
- 注18. Li J, et al. Physical activity and risk of cardiovascular disease--a meta-analysis of prospective cohort studies. *Int J Environ Res Public Health.* 2012; 9:391-407.
- 注19. Kivimäki M, et al. Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. *Lancet.* 2012; 380:1491-7.
- 注20. 森山葉子、豊川智之、小林廉毅、井上和男、須山靖男、杉本七七子、三好裕司. 単身赴任者と家族同居者における生活習慣、ストレス状況及び健診結果の比較～Myヘルスアップ研究から～. *産業衛生学雑誌.* 2012; 54: 22-8.

表6 特定保健指導において目標設定及び評価を行うための行動変容の例

表6に、特定保健指導における行動変容の目標（例）を示す。
 これらの例を用いる等して、対象者が2か月間、行動変容を継続することにより、腹囲 1.0cm 以上かつ体重 1.0kg 以上の減少と同程度の効果が期待されるよう目標を設定する必要がある。
 なお、目標設定に当たっては、初回面接において、
 ・ 「標準的な質問票」
 ・ 「動機付け支援」、「積極的支援」に必要な詳細な質問項目」
 等を活用し、対象者の生活習慣をアセスメントした上で、対象者にとって実践可能であり、かつ、保健指導実施者によって評価可能なものとすることが重要である。
 その他、目標設定やその評価に当たっての留意点を、「特定健診・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」の「2-5積極的支援」に示しているところ、参照すること。

生活習慣	目標（例）				
食習慣	総エネルギー摂取量を減らす	1日の間食は、適量（〇kcal以内）にする（又は週に〇回に減らす） 甘い飲み物（清涼飲料水、加糖コーヒー等）を飲まない（又は〇回に減らす） 毎食のご飯は適量（〇g以内）にする 丼もの（カツ丼、天丼など）は月（又は週）〇回に減らす 主食同士を組合わせた食事（ラーメンとライス、スパゲッティとご飯等）は月（又は週）〇回に減らす パン食の時には、揚げパン、菓子パン以外のものにする 1日〇以上、野菜を食べる（必要に応じて、主食や主菜の量を減らし、野菜の摂取を促す）			
	脂質の多い食品や血中LDLコレステロールの上昇に関連する食品を減らす	肉料理は、週〇回に減らす 魚介類の料理を週〇回摂取する（肉類摂取回数が多い場合） 大豆製品の料理を週〇回摂取する（肉類摂取回数が多い場合） 揚げ物の料理は、週〇回に減らす バター、チーズ、ラードを減らす（又はやめる） 菓子パン、洋菓子、スナック菓子をやめる（又は〇回に減らす、別の食品に変える） インスタントラーメンは食べない（又は〇回に減らす） 牛乳やアイスは低脂肪のものにする 肉加工品（ハム・ソーセージ）は、月〇回に減らす			
		運動・生活活動の時間を増やす	軽く汗をかく運動を週〇日に増やす 軽く汗をかく運動をする時間を1回あたり〇分に増やす 掃除機をかける日数を週〇日に増やす 日常生活における歩行時間を今より〇分増やす 1日の歩数を〇歩増やす		
			運動・生活活動の強度を上げる・強度の高い活動に置き換える	電車（又は車）での移動時間のうち、〇分を徒歩での移動にする 〇分以内の移動であれば、徒歩や自転車で移動する エレベーターでの上下移動のうち、1日〇回以上階段を使用する 歩行による移動時間を今より〇分短くする（より速い速度で歩く）	
				喫煙習慣	たばこを吸わない
				休養習慣	毎日、〇時間以上睡眠をとる 毎日、〇時までには、寝る
			その他の生活習慣	毎日体重を測り、結果を記録する 毎日血圧を測り、結果を記録する	
				1日の飲酒量は適量（1合以内）にする 週に〇日以上休肝日にする	

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

(7) 実施に当たっての留意事項

① プライバシーの保護について

保健指導の実施に当たっては、プライバシーの保護を徹底し、対象者が安心して自分のことを話せるような環境を整える。ICTを活用した保健指導におけるプライバシーの保護については第3編第3章3-3を参照すること。

② 個人情報保護について

健診結果・保健指導記録は個人情報であるため、それらの管理方法は個人情報保護法、各ガイドライン等に基づき、適切に扱う。ICTを活用した保健指導における個人情報保護については第3編第3章3-3を参照すること。

③ 支援終了後のフォローアップについて

支援終了後にも、対象者からの相談に応じられる仕組みを作る。

④ 保健指導実施者について

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

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

⑤ 保健指導の対象者について

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

⑥ 服薬中の対象者や医療機関への受診勧奨レベルの対象者への保健指導について

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

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

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

⑦ 血圧、喫煙のリスクに着目した保健指導について

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

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

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

^a 喫煙と健康 喫煙の健康影響に関する検討会報告書（平成28年）

⑧ アルコールのリスクに着目した保健指導について

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

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

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

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

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

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

^d 例えば、男性で週450g以上の純アルコール（日本酒換算で1日平均3合程度）を摂取する者の全脳血管性障害（脳出血+脳梗塞）の罹患率は、機会飲酒者の約1.6倍に上昇する。

（Iso H et al. Alcohol consumption and risk of stroke among middle-aged men. Stroke. 2004.）

⑨ 健診当日の保健指導の実施について

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

なお、初回面接の分割実施の詳細については、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」の「2-7-2 初回面接の分割実施」を参照のこと。

[°] 特定健診実施日を0日とし、7日後までを1週間とする。

様式2 特定保健指導支援計画及び実施報告書の例

1 保健指導対象者名 利用券番号 2 保険者名 保険者番号

3 保健指導機関名(番号)・保健指導責任者名
 総務保健指導機関名 保健指導機関番号 保健指導責任者名(職種)

4 保健指導区分 5 保健指導コース名
 動機付け支援 積極的支援 動機付け支援相当

6 健診実施年月日

7 総括的支援期間
 支援予定期間 週
 開始(初面接実施)年月日 終了年月日 週

8 初面接の支援形態・実施する者の職種

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

9 総括的な支援の支援形態・ポイント(計画)

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

10 実施体制表(委託事業者)

	個別支援(対面)	個別支援(遠隔)	グループ支援(対面)	グループ支援(遠隔)	電話	電子メール等
A (機関番号)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
B (機関番号)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
C (機関番号)						
D (機関番号)						

11 保健指導の評価

1) 中間評価

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

2) 行動計画の実績評価

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

12 行動目標・行動計画

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

13 保健指導の実施状況

1) 初回面接による支援

	機関名 (機関番号)	(保健指導者名) (職種)	実施年月日	実施時間	腹囲	体重	収縮期血圧	拡張期血圧	保健指導実施内容
初回	△△△ (◇◇◇◇)	(▽▽▽▽) □医師 ■保健師 □管理栄養士 □その他	45397	45分	105cm	98kg	140mmHg	92mmHg	健診結果と生活習慣の特徴と対象者の行動変容ステージを確認 生活習慣についての気づきを促し、改善の可能性を探る 継続可能な行動目標の設定を促す セルフモニタリングの方法を確認 継続的支援の必要性と方法を確認
			行動変容ステージ						
			□意思なし (6か月以内) □意思あり(近いうち) □取得済み(6か月未満) □所得済み(6か月以上)						
2回目 (分別実施 の場合)	()	() □医師 □保健師 □管理栄養士 □その他							

2) 継続的な支援(プロセス評価)

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

14 行動計画の実績評価(アウトカム評価)(腹囲、体重は必須。)

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

15 評価合計ポイント(プロセス評価+アウトカム評価)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 特定健診の結果で要医療に該当する場合には、まず医療機関への受診勧奨を行い、医師等の指示に従って、生活習慣を改善するよう指導する。
- 危険因子の原因として、生活習慣以外に加齢や遺伝等、変えることのできない要因があることに留意する。
- 心房細動や家族性高コレステロール血症、非肥満のインスリン分泌低下型では、早期の薬物療法が必要なため、保健指導の実施に当たっては医師と相談する。
- 非肥満者の中には体重を自らコントロールしている者（すでに減量した者、体重が増加しないように注意している者）が一定数含まれていることを認識した上で保健指導を実施する。
- 高齢者では保健指導判定値レベルで循環器リスクが高まるかどうかを個別にリスク判断し、医師と相談の上、対応の優先順位を誤らないようにする。

表 7 危険因子と生活習慣改善の方法

※優先度が高い順に◎→○→△

	減塩	カリウム 摂取 ※1	食物 繊維 摂取	カル シウ ム 摂 取	総エ ネル ギー 減	糖質 減	脂質 の調 整	過量 飲酒 の改 善	禁煙	身体 活動	食行 動の 改善	適正 体重 の維 持(減 量)※2
血圧	◎	◎	○	○	△ ¹⁾	△ ¹⁾		◎	◎	◎		○
血糖			○		◎	◎			○	◎	○ ²⁾	○
HDL-C					△	△			◎	◎		○
TG			○		◎	◎ ³⁾		◎	○	◎		○
LDL-C			○				◎ ⁴⁾		○	△		△
喫煙									◎			

※1 要医療レベルの腎機能異常がある場合には受診勧奨を行う。

※2 やせの場合を除く

- 1) 過去の経過で体重増加が明らかな場合
- 2) よく噛み食事を楽しむ、食べる順番、朝食をとる、やけ食い・無茶食いをしない、食事の時間・間食回数
- 3) ショ糖等の単純糖質を減らす
- 4) 飽和脂肪酸の摂取を減らす、コレステロールの摂取を減らす、多価不飽和脂肪酸の摂取を減らす

「特定保健指導の対象とならない非肥満の脳・心血管疾患危険因子 保有者に対する生活習慣の改善指導」(URL)に危険因子ごと、生活習慣ごとの生活習慣改善の要点を示す。

3-9 宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラム

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

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

- 宿泊施設（ホテル、旅館、保養所等）や地元観光資源等を活用し、医師、保健師、管理栄養士、健康運動指導士等の多職種が連携して提供する保健指導プログラムである。
- 旅の持つ楽しさ・快適さの中で、健康の大切さを実感できるような働きかけを行う。
- 十分な時間があることを活かし、座学のみならずグループ学習、食生活や身体活動に関する体験学習、個別面談等により、生活習慣改善の必要性について理解を促し、具体的かつ実行可能な行動計画を立てる。
- 運動実践に当たっては、参加者の健康状態や気候状況に応じたリスクマネジメントを行う。地域の自然環境やスポーツ施設等を活用したプログラムを実践する。
- 食生活指導においては、宿泊施設と連携して主食、主菜、副菜を組み合わせた食事の体験やバイキング実習の活用等が効果的である。
- グループダイナミクスが醸成されるよう、参加者同士が健康感や体験談を話しあう、励ましあう等のグループワークを複数回設けることが望ましい。

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

宿泊型新保健指導プログラムそのものを実施できない場合には、グループ学習や運動体験、食事体験等、本プログラム的一部分を日帰り体験といった保健指導に取り入れて実施することも考えられる。詳細は、「宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラム」（URL）を参照されたい。

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、「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生活習慣病の有病者や予備群の減少状況等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等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、翌年以降の健診結果や生活習慣の改善状況等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。また、保健指導においてアプリケーション等を活用した場合は、アプリケーション等を評価できるような情報（利用者の満足度、利用回数等）も収集していくことが望ましい。

この評価方法としては三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、階層化支援レベル、受診状況等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、禁煙や身体活動等の生活習慣に関する改善度、階層化支援レベルや平均体重の変化量、受診状況や要受診レベルの割合を、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（年齢別等）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、医療機関への受診勧奨された者の受診率や保健指導の継続性、保健指導の質向上の仕組み等、事業ストラクチャー（構造）やプロセス（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共に、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）、アウトプット（事業実施量）、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）評価は指標によっては評価に数年間かかるものもあることから、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。

いずれも評価指標、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、保健指導の質向上の仕組み等がある。

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、保健指導の実施過程として、情報収集、アセスメント、問題の分析、目標の設定、方法（支援形態、教材、アプリケーション等の利用状況等）、保健指導実施者の態度、記録状況等がある。

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、保健指導の継続率等がある。

④ アウトカム（結果）

アウトカム（結果）評価は、対象者の行動（態度、記録、満足度）、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、個別のアウトカムとして肥満度や血液検査等の健診結果の変化、集団でのアウトカムとして生活習慣病有病者割合や予備群、死亡率、要介護率、医療費の変化等がある。また、職域では休業日数、長期休業率等がある。

（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８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、また健診結果と支援レベル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４編第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共に、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。

特定保健指導についてはその見える化を推進し、対象者の行動変容に係る情報等を収集して、保険者等がアウトカムの達成状況等を把握し、達成に至った要因の検討等を行って、対象者の特性に応じた質の高い保健指導を対象者に還元していく仕組みを構築していくことが重要である。

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、年齢や性別等が考えられ、それぞれに保健指導歴の有無やプログラムごとに区分して、生活習慣に関する行動変容の改善状況、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。例えば特定保健指導の場合は、生活習慣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等にも活用する。

③ 「事業」に対する保健指導の評価

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。したがって保険者は、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。

- 適切な資源を活用していたか、事業の目的遂行のために適切な人員体制・配置ができていたか（ストラクチャー（構造）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）
- 対象者のうち何人に保健指導を実施したか（アウトプット（事業実施量）評価）
- 望ましい結果を出していたか（アウトカム（結果）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。保健指導を委託している保険者は、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

特定保健指導の場合、評価の実施責任者は、保険者である。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、全体の特徴を評価するため、保健指導実施者（委託先を含む）及び保険者が、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、「特定保健指導調整責任者」の役割が重要である（詳細は「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」の「2-8-2 評価実施者」を参照されたい）。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等、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）を委託先等と情報共有し、今後に向けた効果的な事業展開につなげる。

なお、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、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、個人情報保護法並びに各ガイドライン等に基づき、その管理体制については、実施責任者（特定保健指導の場合は保険者）が取り決め、管理する必要がある。

(6) 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 対象者の状況を経時的に把握できること
- b 経時的な結果から保健指導の評価ができること
- c ほかの保健指導実施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 対象者の求めに応じて閲覧可能であること

内容は、対象者ごとに目標、モニタリングすべき指標（健診結果、具体的な行動等）、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、行動変容に対する対象者の意欲（可能であれば本人の言葉で記録する）、対象者が保健指導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。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、保健指導の内容や相手の語ったエピソード等を記録して、対象者への次回以降の断続的な保健指導や保健指導内容の改善に役立てるよう事例を蓄積していくことが重要である。

保健指導の記録は、保健指導の実施期間中だけでなく、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、特に、前年の評価者と次回の初回面接者が異なる場合は、前回の評価内容を踏まえた上で次回の初回面接に活かすことができるよう、経年的な管理体制を整えることが望ましい。なお、途中で保健指導の担当者が変更になる場合は、支援に携わった者全員が対象者の最終的な状況を確認できるような体制を整えることが望ましい。保健指導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、保健指導の外部委託の状況によっては、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、ほか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得ることや、共有する具体的な項目について明記する等、データの共有及び受け渡し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。

保健指導を外部委託している場合も含め、健診結果及び保健指導の記録の管理に当たっては、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経年的に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、留意事項は、特定健診と同様である（第2編第5章5-4参照）。

表 8 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 (OP) アウトプット (OC) 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) 知識の獲得 (P) 自己効力感	生活習慣改善状況 行動変容ステージ（準備 状態）の変化	標準的な質問票、観察、 自己管理シート、指導記 録	3か月後、 6か月後、1年後	保健指導実施 者（委託先を 含む）
	(OC) 意欲向上 (OC) 運動・食事・喫煙・ 飲酒等の行動変容				
	(OC) 健診データの改善	肥満度（腹囲・体重・BMI など）、血液検査（血糖・脂 質）、喫煙・飲酒の回 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	(OC) 運動・食事・喫煙・ 飲酒等の行動変容	生活習慣改善状況	標準的な質問票、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）及び保 険者
	(OC) 対象者の健康状態 の改善	肥満度（腹囲・体重・BMI など）、血液検査（血糖・脂 質）、喫煙・飲酒の有 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	
	(OC) 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	生活習慣改善状況、保健 指導実施者の態度、保健 指導の実施過程、指導手 段、記録状況	指導過程（記録）の振り 返り、カンファレンスビ アレビュー	指導終了後にカン ファレンスを持 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、他機 関との連携体制	社会資源の活用状況、委 託状況	1年後	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) 委託先は適切であ ったか	受診者に対する保健指導 対象者の割合、指導手段、 目標達成率、満足度、保 健指導実施者の態度	質問票、観察、 アンケート	1年後	
	(OP) 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 ているか	目標達成率、健診受診率、 保健指導実施率	質問票、観察、 アンケート	1年後	
最終 評価	(OC) 全体の健康状態の 改善	死亡率、要介護率、生活 習慣病の有病者・予備群、 有病率など	死亡、疾病統計、 健診データ	毎年、5年後、 10年後	保険者
	(OC) 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等の生活環境や社会的要因等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。職域保健の主な対象者である労働者の多くは、一日の大半を職場で過ごしているため、労働者の健康は配置や作業状況等、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付けた保健指導が展開されている。

しかし、地域保健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るが、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。また、雇用延長、高齢者の就労促進により、これまで地域保健の「高齢者の健康づくり」の対象者となっている対象者が職域保健に移行している。一方、高齢就労者においては正規雇用よりもパートタイム雇用が増えるため、地域と職域が協力して健康づくり支援にあたることも効果的である。

さらに、在宅勤務の普及に伴い、運動不足、体重増加、メンタル不調などの新たな健康状態の問題を生じている者も少なくなく、地域における健康づくり事業（運動教室や栄養教室等）につなげることも重要である。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

地域保健では、それぞれの市町村における財政状況や人的資源、社会資源等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、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、介護保険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、職域保健では、財政状況や人的資源、社会資源等が異なるため、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

異なり、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。

効果的な生活習慣病予防対策は、事業所の活性化、企業のCSR（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、健康経営の視点も考慮しながら、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がある。また、業種・職種による特徴的な健康課題にも配慮することが重要である。

（３）対象者に対するアクセス

（１）及び（２）に示した内容を踏まえ、対象者が保健指導に参加しやすい時間、場所、方法等を考慮し、保健指導対象者が確実に保健指導を受けられるような取組を目指す必要がある。そのため、確実に保健指導につなげていくために、保健指導を利用しない理由を把握したり、家族や事業者（人事労務担当者、職場管理職）等の協力を得たりすることも重要である。

また、健診未受診者については、地域保健では、職域保健と比較して対応が困難な場合が多い。地域保健では、健診未受診者に対する家庭訪問は、最も効果的と考えられる方法であることから、可能な限り行っていくことが望ましい。

一方、職域保健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。しかし、全ての労働者に保健指導を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等、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実施できるよう工夫すれば、効果的な保健指導を展開していくことが可能である。

また、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等の方法が考えられる。

なお、職域保健においては、被扶養者へのアプローチも重要である。コラボヘルスの観点から保険者と事業主が協力して被扶養者に働きかけを行うことや、保険者と地域が連携して被扶養者が地域の医療・保健指導実施機関等で保健指導を受けやすい体制を構築するなど、被扶養者の状況を把握し、その状況に応じたアプローチ方法を工夫することが必要である。

(4) 保健指導の評価

地域では、国保部門だけでなく、衛生部門等の他部門も関係し、保健指導が実施されている。保険者が地域住民の健康課題を的確に分析・評価するためには、国保部門・衛生部門・介護保険部門等の連携が重要である。

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いる。しかし、職場と住居地域が異なることも考えられ、地域における生活習慣病予防に関する健康課題を捉え、地域特性を含めて評価する視点を持ちにくい。今まで以上に、保険者協議会や地域・職域連携推進協議会の活動を深め、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や保険者協議会等で、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、協議会に実務担当者を含めることや、人材育成や良好な外部委託先についての情報交換を行う等、ストラクチャー（構造）の改善に努めている事例も増えている。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し複合的に行うことや、地域の医師会や看護協会、栄養士会等の団体とも連携し、社会資源を効果的に活用することが必要である。

職域では、主な対象者である労働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や、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、労働者の就業時間等の観点からは、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。一方、近年、地域と職域が保健指導に利用できる資源を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ている事例が増えている。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や、研修の合同開催等の人材育成の効率化等が考えられる。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、地域と職域は退職や転職・転居等を区切りにそれぞれの場で保健指導が展開されてきた。こうした中、平成26年度には、都道府県単位で設置されている保険者協議会が法定化され、また平成27年度からは特定健診等データやレセプトデータを活用した効果的・効率的な保健事業が進められており、保険者との連携事業を推進している自治体も増加している。また、オンライン資格確認等システムを活用し、保険者間で特定健診等データの引継ぎが促進されると、保険者のみならず、対象者にとっても、過去の特定健診等の結果や病歴等の特性に応じた保健事業や保健指導を受けることが可能になる等の利点が期待される。なお、地域・職域連携の基本的理念や連携の在り方、具体的な取組実施のために必要な事項、地域・職域連携推進協議会の効果的な運営方策等については、

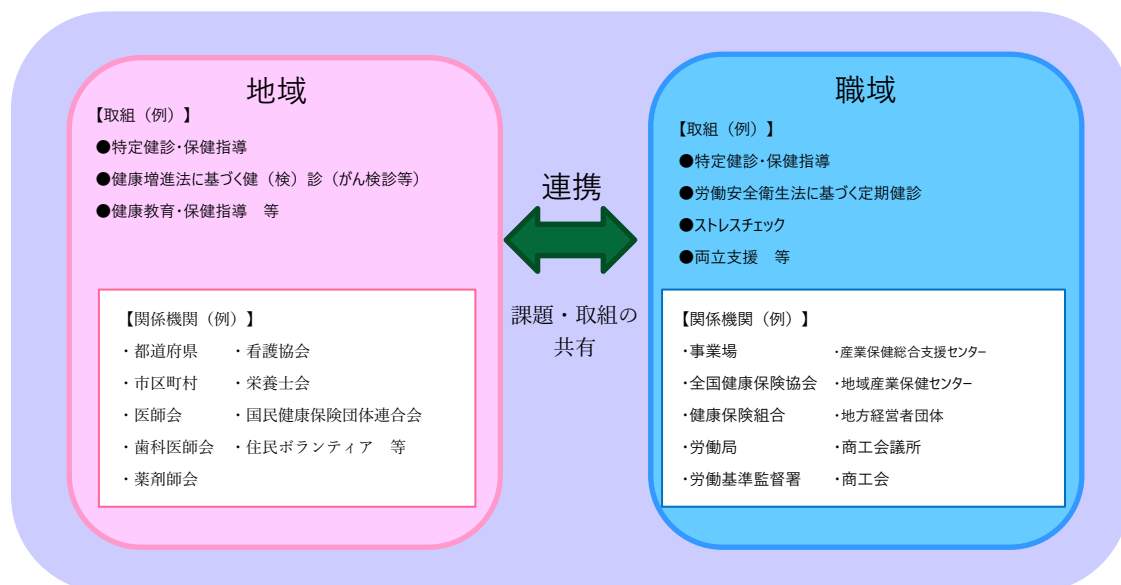
「地域・職域連携推進ガイドライン」(URL：<https://www.mhlw.go.jp/content/000962558.pdf>) 及び「地域・職域連携推進事業の進め方 地域特性に応じた効果的な展開のために」(URL：<https://www.mhlw.go.jp/content/000962559.pdf>) を参照されたい。

（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、活動計画を立案する。その上で、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る。そのためには、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。

【参考】地域・職域連携推進事業の意義

厚生労働省 地域・職域連携推進ガイドライン（令和元年9月）



地域・職域連携のメリットの共通認識

1) 効果的・効率的な保健事業の実施

- (1) 地域及び職域が保有する健康に関する情報を共有・活用することにより、地域全体の健康課題をより明確に把握することが可能となる。
- (2) 保健サービスの量的な拡大により対象者が自分に合ったサービスを選択し、受けることができる。
- (3) 保健サービスのアプローチの拡大に繋がり、対象者が保健サービスにアクセスしやすくなる。
- (4) 地域・職域で提供する保健サービスの方向性の一致を図ることが可能となる。

2) これまで支援が不十分だった層への対応

- (1) 働き方の変化やライフイベント等に柔軟に対応できる体制の構築により、生涯を通じた継続的な健康支援を実施することが可能となる。
- (2) 被扶養者等既存の制度では対応が十分ではない層へのアプローチが可能となる。
- (3) 小規模事業場（自営業者等も含む）等へのアプローチが可能となり、労働者の健康保持増進が図られる。

PDCA サイクルに基づいた具体的な取組

- (1) 現状分析
- (2) 課題の明確化・目標設定
- (3) 連携事業のリスタートアップ
- (4) 連携内容の決定及び提案
- (5) 連携内容の具体化・実施計画の作成
- (6) 連携事業の実施
- (7) 効果指標並びに評価方法の設定

目指すところ

健康寿命の延伸や
生活の質の向上

生産性の向上

医療費の適正化

第4編 体制・基盤整備、総合評価

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共に、常に自己研鑽に努める必要がある。

- 国、都道府県、市町村、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等人材育成の機会を提供する必要がある。

(2) 国の役割

国は、全国で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共に、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、都道府県等で指導的立場にあり健診・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み合わ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、市町村や保険者の評価に用いられる死亡統計等の都道府県内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共に、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。

加えて、健診・保健指導事業者が抱える個別具体的な課題について支援する仕組みを整えることが望ましい。

なお、保険者や委託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等、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、保健事業に従事する医師、保健師、管理栄養士、事務職等に対して、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^a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み合わ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等を運営できる、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が、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。これらのボランティアによる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付け、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。

^a ジョブローテーション：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。

（５）保険者の役割

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、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、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、資質の向上が継続的に図られるよう、支部組織所属の保険者に対し、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、各保険者団体が自ら人材育成研修を企画・立案・実施できるよう支援していくことが必要である。

（６）医療関係団体の役割

公益社団法人日本医師会、公益社団法人日本看護協会、公益社団法人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、科学的な知見を踏まえ最新の情報をもとにした研修会を積極的に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、共同で実施することや、公益社団法人日本歯科医師会や公益社団法人日本薬剤師会等の各医療関係団体及び、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等、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。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（公益社団法人日本医師会認定健康スポーツ医等）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。

（７）健診実施機関・保健指導実施機関の役割

健診実施機関及び保健指導実施機関は、国の動向や最新の知見を踏まえつつ、効果的・効率的な健診、保健指導の実施を目指した、人材育成事業を企画・立案・実施し、健診、保健指導の質の担保に努める。さらに、保健指導実施機関は、適切なアウトカム評価に向けて、保健指導実施者間での評価のバラつきがないか確認し、可能な限り評価の標準化を図るために、研修等を充実させることが求められる。

また、医療関係団体、教育機関等の協力を得て、資質の向上が継続的に図られるような研修や ICT を活用した保健指導に関する研修を定期的の実施したり、より効果的な保健指導となるようデータ収集や分析を行うように努める。

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・被扶養者の生活習慣病予防が図られるのかを評価するため、各保険者は、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、厚生労働科学研究等の活用や、国立研究開発法人医薬基盤・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、学習教材等をホームページで公開する。

また、国は研究等により健診・保健指導に関する科学的根拠の蓄積に努めることとし、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・効率的に行うために、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。

加えて、健診・保健指導のデータ活用について、学術研究者等への公開等を含む積極的な利活用の促進に務める。

(3) 関係学会の役割

関係学会は、学会における最新の知見等の議論を踏まえ、国が行う健診・保健指導データの分析・評価について協力することが望まれる。また、最新の知見を反映した健診・保健指導を効果的・効率的に行うために、医師、保健師、管理栄

養士等にむけて、必要な知識・技術の習得を促す研修等を実施することが望まれる。

（４）都道府県の役割

都道府県においては、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共に、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。また、ポピュレーションアプローチ・ハイリスクアプローチを推進しやすくするための環境整備を進めることも必要である。

（５）市町村の役割

市町村においては、保健事業を総合的に実施するため、健診データ、レセプトデータ、介護保険データ等を活用することにより地域ごとの課題を見出し、課題の優先順位を考慮し、ポピュレーションアプローチ等も取り入れながら、科学的根拠に基づいて健診・保健指導プログラムを効果的・効率的に実施していくことが必要である。また、効果的・効率的なプログラムを実施するためには、事業評価を行い、常に事業を改善できる体制が求められる。

（６）保険者の役割

保険者においては、「データヘルス計画」の策定等において、健診データ、レセプトデータ等を用いることにより保険者ごとの健康課題を見出し、課題の優先順位を考慮し、ポピュレーションアプローチ等も取り入れながら、科学的根拠に基づいて健診・保健指導プログラムを効果的・効率的に実施していくことが必要である。また、効果的・効率的なプログラムを実施するためには、事業評価を行い、常に事業を改善できる体制が求められる。

（７）保険者中央団体の役割

保険者の中央団体及び支部組織は、団体所属あるいは構成する保険者の健診・保健指導等のデータを蓄積・分析する体制を充実させ、大学・研究機関等の協力を得つつ、各保険者がデータを活用しながら健診・保健指導プログラムを効果的・効率的に実施していくための支援・研修を行うことが重要である。

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

- 生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、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、更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）。
- 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」となった者の医療機関受診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。
- 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、医療保険を所掌している部門に医師、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、介護保険データ等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共に、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) 健診・保健指導を評価するための具体的な指標・項目

① 個人の評価のための指標・項目

○ 保健指導実施以降の健診の指標・項目

- ・ 医療機関への受診状況
- ・ 健診受診状況
- ・ 各健診項目（測定値）
- ・ 各健診項目判定結果

○ 保健指導実施以降の保健指導の指標・項目

- ・ 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

○ 保健指導実施以降のレセプト

- ・ 医療機関の受診状況の有無（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、糖尿病等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

○ 保健指導実施以降の健診の指標・項目

- ・ 健診受診者数、内訳
- ・ 各健診項目判定結果

○ 保健指導実施以降の保健指導の指標・項目

- ・ 保健指導階層化判定
- ・ 生活習慣改善状況

- 保健指導実施以降のレセプト
 - 医療機関の受診状況の有無
 - 医療費

- ③ 事業評価のための指標・項目
 - ※母集団（対象集団）の生活習慣（知識・態度・行動）に影響を及ぼす要因を把握するための具体的な指標・項目

- 保健指導実施以降の健診の指標・項目

- 保健指導実施以降の保健指導の指標・項目

- 保健指導実施以降のレセプト

- 事業を評価するための関連情報

3-2 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

- 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共に、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（動機付け支援・積極的支援）対象者を確実に階層化し、被保険者の生活習慣改善の取組を支援する。また、対象集団における健診・保健指導プログラムが有効であったかどうかについて、レセプトの活用等により評価を行う。
- 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、委託先の選定の参考とする等、健診・保健指導事業の改善を行うことが可能である。
- なるべく手作業を避け、効率よく分析することが重要である。市町村においてはKDBシステムを活用して分析、対象者の抽出等が可能となっている。
- 分析スキルに長けた人材との連携も重要である。
- 分析を委託する場合には、委託先に保険者の問題意識や保健指導等で把握した実態を伝えて分析させる等、委託先に分析全てを任せることがないようにする。分析結果をどのように保健事業に活用していくかの視点が重要である。
- 特定健康診査等実施計画を策定する場合はデータヘルス計画との連動を図る。
- 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る。
- 保険者は、健診・保健指導の実施状況や、レセプトデータの状況、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）

保険者は、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に、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^{b)}〕

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。
- 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か月200万円以上等）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（参考様式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（参考様式2-1～3）。
- 対象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ごとに分析を行う（参考様式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、対象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（参考様式4～5）。

^{b)} 詳細な手順等については、平成17年度厚生労働科学研究費補助金「地域保健における健康診査の効率的なプロトコールに関する研究」（主任研究者：水嶋 春朔）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」が取りまとめられている。

- 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（参考様式4-1～14）。
- 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）
- 対象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、年代別、性別の経年的データについて分析する（参考様式5-1～6）
- 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（参考様式6）。
 - 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や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、リスク数の減少等が想定される。
 - 健診・保健指導の費用とレセプト分析による医療費の削減効果が比較できる仕組みが必要である。
 - 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。
 - 動機付け支援、積極的支援の対象者については、体重・腹囲・血圧・翌年度の健診結果（喫煙・食生活・身体活動の変化、行動変容ステージの変化、設

定目標の達成状況、翌年の保健指導レベルの変化)の達成状況についても評価すべきである。

- 参考様式については、(<http://URL> を記載)にてダウンロードが可能となっている。

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) 基本的考え方

- 健診・保健指導のデータは個人の医療・健康情報が入っているので、あらかじめ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25年厚生労働省告示第92号及び第93号に定める基準を遵守する必要がある。
- 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共に、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：

- ・ 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

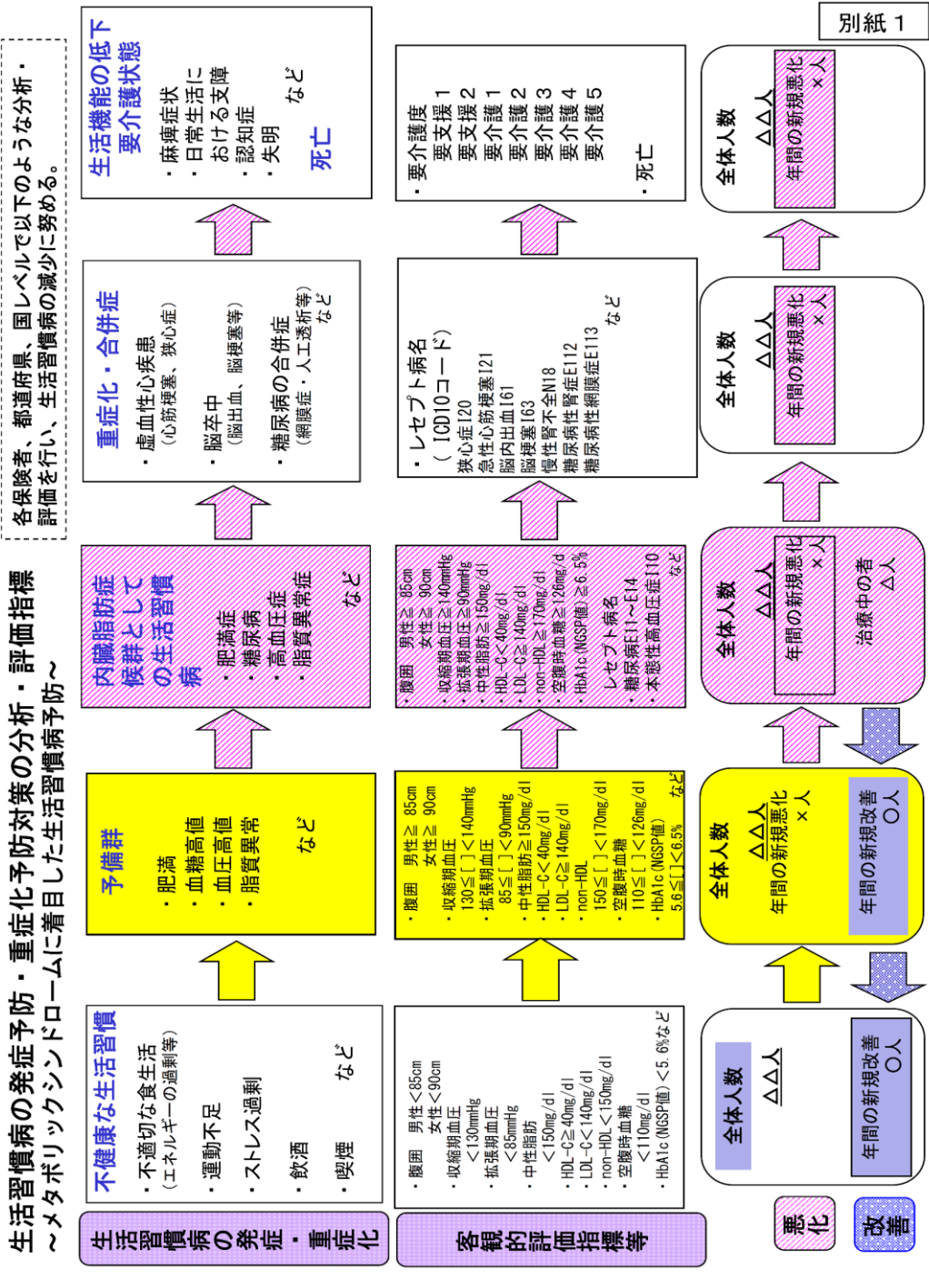
保険者は、健診・保健指導で得られる医療・健康情報の取扱いについては、「個人情報の保護に関する法律」（平成15年法律第57号）別紙2及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（平成29年4月14日個人情報保護委員会 厚生労働省）等を踏まえた対応を行う。その際には、受診者の利益を最大限に保証するため個人情報の保護に十分に配慮しつつ、効果的・効率的な健診・保健指導を実施する立場から、収集された個人情報を有効に利用することが必要である。

(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ダンス」（個人情報保護委員会 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ダンス」（個人情報保護委員会 厚生労働省）等の最新版を遵守すること。
- 個人データを第三者に提供する場合には、原則として本人の同意を取得することが義務付けられており、その同意を得る際には、第三者提供に関する具体的な事例等について、利用者が理解できるように示すこと。
- 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。
- 保険者は、健診・保健指導データを都道府県や保険者協議会に提出する場合には、健診・保健指導データのうち、氏名等の情報を削除し、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。
- 国により都道府県ごとに分類され、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、保険者による医療費適正化のみならず、保険者協議会や地域職域連携推進会議等の場において、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。

別紙1 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基いた生活習慣病予防～



別紙 2

○ 個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）

最終改正：令和 3 年法律第 37 号

（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、次の各号のいずれかに該当するものをいう。

- 一 当該情報に含まれる氏名、生年月日その他の記述等（文書、図画若しくは電磁的記録（電磁的方式（電子的方式、磁気的方式その他の人の知覚によっては認識することができない方式をいう。次項第二号において同じ。）で作られる記録をいう。以下同じ。）に記載され、若しくは記録され、又は音声、動作その他の方法を用いて表された一切の事項（個人識別符号を除く。）をいう。以下同じ。）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。）

二 個人識別符号が含まれるもの

2 この法律において「個人識別符号」とは、次の各号のいずれかに該当する文字、番号、記号その他の符号のうち、政令で定めるものをいう。

- 一 特定の個人の身体の一部の特徴を電子計算機の用に供するために変換した文字、番号、記号その他の符号であつて、当該特定の個人を識別することができるもの
- 二 個人に提供される役務の利用若しくは個人に販売される商品の購入に関し割り当てられ、又は個人に発行されるカードその他の書類に記載され、若しくは電磁的方式により記録された文字、番号、記号その他の符号であつて、その利用者若しくは購入者又は発行を受ける者ごとに異なるものとなるように割り当てられ、又は記載され、若しくは記録されることにより、特定の利用者若しくは購入者又は発行を受ける者を識別することができるもの

3～11 （略）

（地方公共団体の機関等が保有する個人情報の保護）

第十二条 地方公共団体は、その機関が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ものとする。

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ものとする。

（定義）

第十六条 （略）

2 この章及び第六章から第八章までにおいて「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 独立行政法人等

四 地方独立行政法人

3～8 (略)

(第三者提供の制限)

第二十七条 個人情報取扱事業者は、次に掲げる場合を除くほか、あらかじめ本人の同意を得ないで、個人データを第三者に提供してはならない。

一 法令に基づく場合

二 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。

三 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。

四 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき。

五 当該個人情報取扱事業者が学術研究機関等である場合であって、当該個人データの提供が学術研究の成果の公表又は教授のためやむを得ないとき（個人の権利利益を不当に侵害するおそれがある場合を除く。）。

六 当該個人情報取扱事業者が学術研究機関等である場合であって、当該個人データを学術研究目的で提供する必要があるとき（当該個人データを提供する目的の一部が学術研究目的である場合を含み、個人の権利利益を不当に侵害するおそれがある場合を除く。）（当該個人情報取扱事業者と当該第三者が共同して学術研究を行う場合に限る。）。

七 当該第三者が学術研究機関等である場合であって、当該第三者が当該個人データを学術研究目的で取り扱う必要があるとき（当該個人データを取り扱う目的の一部が学術研究目的である場合を含み、個人の権利利益を不当に侵害するおそれがある場合を除く。）。

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、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って、次に掲げる事項について、個人情報保護委員会規則で定めるところにより、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くとともに、個人情報保護委員会に届け出たときは、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。ただし、第三者に提供される個人データが要配慮個人情報又は第二十条第一項の規定に違反して取得されたもの若しくは他の個人情報取扱事業者からこの項本文の規定により提供されたもの（その全部又は一部を複製し、又は加工したものを含む。）である場合は、この限りでない。

一 第三者への提供を行う個人情報取扱事業者の氏名又は名称及び住所並びに法人にあ

っては、その代表者（法人でない団体で代表者又は管理人の定めのあるものにあつては、その代表者又は管理人。以下この条、第三十条第一項第一号及び第三十二条第一項第一号において同じ。）の氏名

二 第三者への提供を利用目的とすること。

三 第三者に提供される個人データの項目

四 第三者に提供される個人データの取得の方法

五 第三者への提供の方法

六 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。

七 本人の求めを受け付ける方法

八 その他個人の権利利益を保護するために必要なものとして個人情報保護委員会規則で定める事項

3 個人情報取扱事業者は、前項第一号に掲げる事項に変更があつたとき又は同項の規定による個人データの提供をやめたときは遅滞なく、同項第三号から第五号まで、第七号又は第八号に掲げる事項を変更しようとするときはあらかじめ、その旨について、個人情報保護委員会規則で定めるところにより、本人に通知し、又は本人が容易に知り得る状態に置くとともに、個人情報保護委員会に届け出なければならない。

4～6 （略）

別添・参考様式 参照URL

○【別添1】保健指導のための禁煙支援簡易マニュアル

<http://www.>

○【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

<http://www.>

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

<http://www.>

○【別添4】宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラム

<https://www.>

○参考様式

<http://www.>

添付資料

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/>

○高血圧症：日本高血圧学会HP

<http://www.jpnh.jp/>

○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

<https://www.jsn.or.jp/>

○肥満症：日本肥満学会HP

<http://www.jasso.or.jp/>

○心電図：日本不整脈心電学会HP

<http://new.jhrs.or.jp/>

○測定手技・循環器病予防：日本循環器病予防学会

<http://www.jacd.info/>

健診・保健指導の研修ガイドライン
(令和6年度版)

健診・保健指導の研修ガイドライン

(令和6年度版)

目次

はじめに	1
I. 研修を体系化する	
1) 「特定保健指導実施者のための研修」に求められるもの	3
2) 受講者ニーズに合わせた研修の必要性 ～スキル評価票、職務別業務遂行能力チェックリストの活用	6
3) 様々な研修方法の組み合わせ	7
4) 研修実施機関別の主たる受講者	12
5) 研修の評価（共通的な事項）	19
II. 職務・経験別の受講者ニーズに対応した研修を実施する	
1) 保健指導実施者	21
a. 初任者（保健指導経験年数1～2年目）	22
b. 経験者（保健指導経験年数3年以上）	24
2) 保健指導チームのリーダー的立場にある専門職	32
3) 特定保健指導事業の運営責任者（事務担当者等）	36
4) 人材育成・研修会の企画・運営担当者	40
III. 職務・経験別の具体的なプログラム例	
1) 保健指導実施者	44
a. 初任者（保健指導経験年数1～2年目）	44
b. 経験者（保健指導経験年数3年以上）	45
2) 保健指導チームのリーダー的立場にある専門職	46
3) 人材育成・研修会の企画・運営担当者	47

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。）制度では、その効果的な制度運用を図るために、特定健診・特定保健指導に従事する者を対象とした「研修ガイドライン」を定め、国立保健医療科学院、都道府県、保険者協議会、学会、そのほか各団体等による研修が実施されてきた。その結果、特定健診受診者数や特定保健指導実施人数は年々増加し、令和2年度には、全国で2,890万人が特定健診を受診し、うち120万人に対し特定保健指導を提供するに至った。特定健診・特定保健指導の効果分析においても非常に多くの研究報告がなされると共に、ナショナル・データ・ベースを用いた分析により、特定保健指導を受けた者の方が検査値、医療費共に未実施群よりも良好であったことが示された。

一方では令和2年度の特定健診実施率は53.4%、特定保健指導実施率がいまだ23.0%にとどまることや、実施率・メタボ改善率において保険者間の格差や保健指導機関の格差、特定健診・特定保健指導に従事する者の指導力の差が指摘されている。制度開始後15年が経過し、保健指導の成果を重視し、対象者の状態の改善や行動変容を評価することがより一層求められており、研修ニーズが多様化している。

本研修ガイドラインでは、受講者のニーズにあった具体的な研修の在り方を示すために、下記のポイントを重視して作成しているが、下記の内容に限定して研修を実施するのではなく、特定健診・特定保健指導全体のことを学習することができるよう配慮する必要がある。

- 各研修機関の行う研修の目的・受講者層を明確にすること
- 特定健診・特定保健指導に従事する者等が各職務で必要とするスキル、業務遂行能力を明確にすること
- 受講者が主体的に学習する仕組みをつくること
- 自己学習、On-the-Job Training（OJT）と外部研修を組み合わせること
- スキル評価票等を活用することにより、研修ニーズの把握や研修の評価を行い、研修プログラムに反映させること
- 研修企画者が具体的に取り組むべきことを提示すること

- 研修で学習すべき具体的内容の例として、学習教材を示すこと
- 特定健診・特定保健指導研修に限らず、ほかの研修での応用可能性を考慮すること

なお、本研修ガイドラインは「国立研究開発法人日本医療研究開発機構委託研究開発費 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業 標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）及び健康づくりのための身体活動基準2013 に基づく保健事業の研修手法と評価に関する研究 研究代表者 津下一代」に基づき作成した「健診・保健指導の研修ガイドライン（平成30年4月版）」を改訂したものである。文中に記載のある学習教材については、当研究班のホームページ（<https://ktsushita.com/index.php/healthguidance/#trainingmaterials>）を参照されたい。

本研修ガイドラインを特定健診・特定保健指導に関する研修の企画・運営に活用されたい。

I. 研修を体系化する

1) 「特定保健指導実施者のための研修」に求められるもの

保健指導実施者は決められた時間の面接、電話や電子メール等により、対象者の健康に関する関心を高め、健康行動を引き出す役割が期待されている。そのため保健指導実施者は病態や食生活・身体活動・喫煙・アルコール等の生活習慣改善のための知識と技術を動員し、対象者の思いや生活背景を考慮しつつ、行動変容を促していく（図1）。保健指導実施者には知識・技術・応用力等多彩な能力が求められる（図2）。

図1. 保健指導のプロセス

（標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）及び健康づくりのための身体活動基準 2013 に基づく保健事業の研修手法と評価に関する研究（研究代表者 津下 一代）資料より）

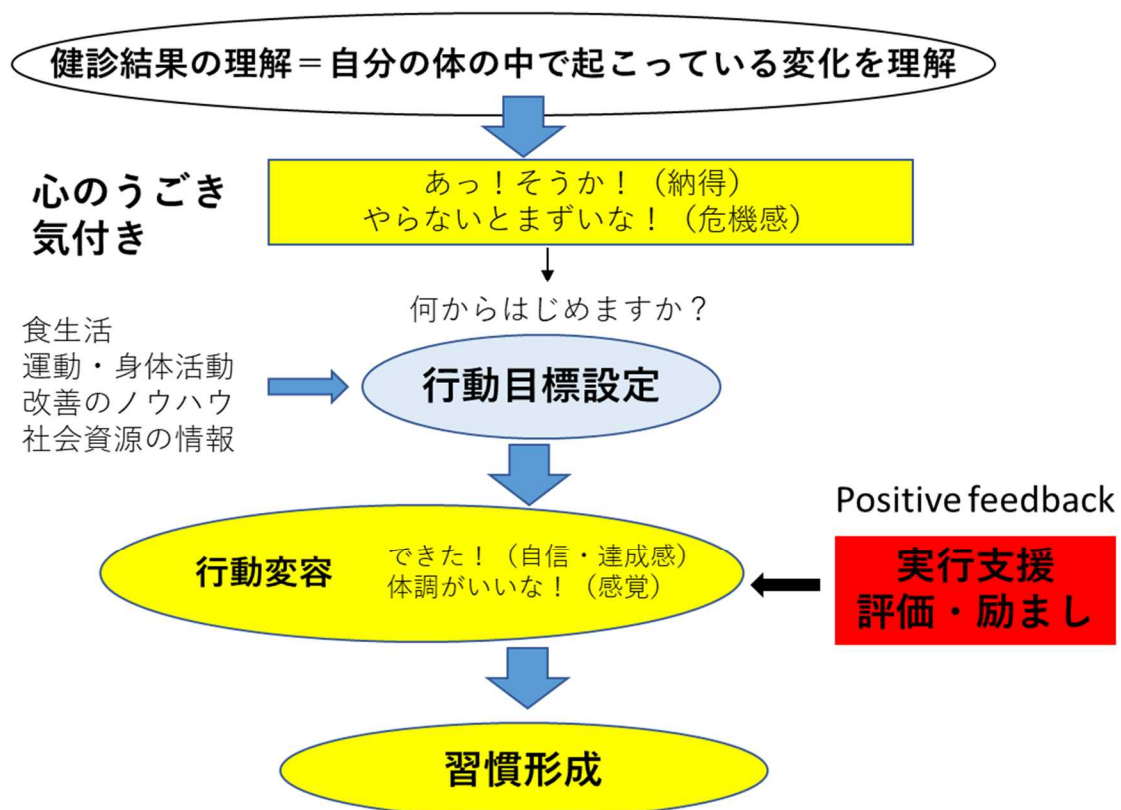
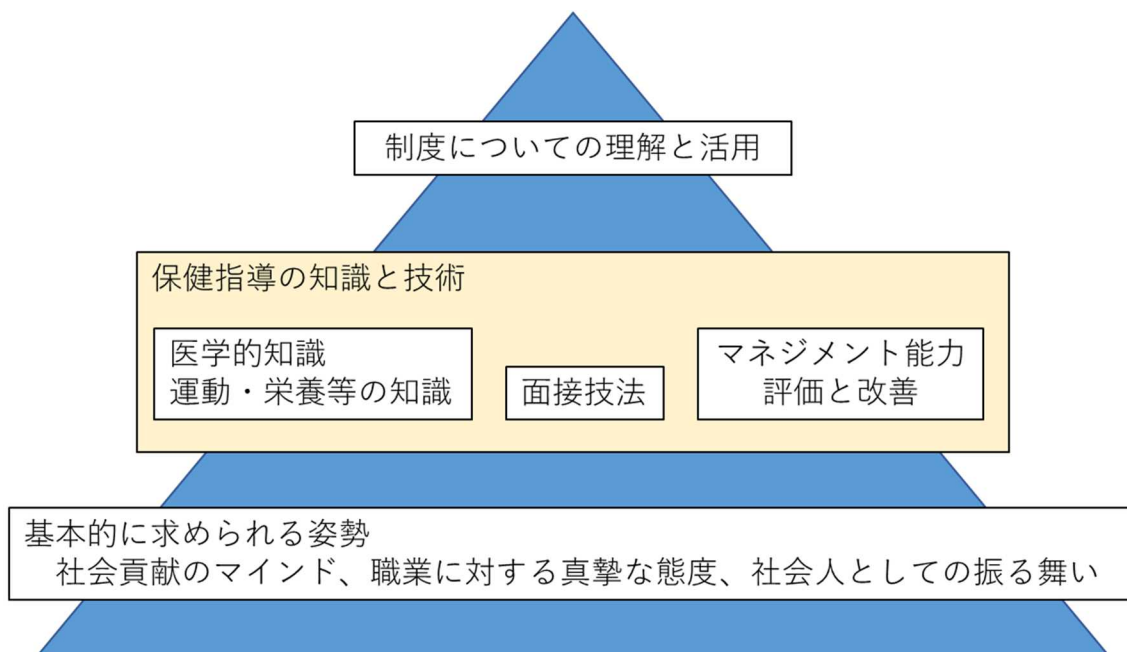


図2. 保健指導実施者に必要とされるスキル（概念図）

（標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）及び健康づくりのための身体活動基準 2013 に基づく保健事業の研修手法と評価に関する研究（研究代表者 津下 一代）資料より）



特定保健指導実施者は医師・保健師・管理栄養士等、多彩なバックグラウンドを持ち、経験年数も様々である。そのような中でよりよい効果を引き出すためには、保健指導実施者自身の学習や職場における教育も重要であるが、外部の研修等に参加して、最新の医学的知識や体系立てた保健指導に関する知識を学ぶこと、事例検討を通して課題分析能力や面接技法を学ぶこと、ほかの保健指導実践事例から学ぶこと等の力量向上プロセスが重要である。

一方、特定保健指導の流れ（保険者と保健指導実施者の連携、対象者の選定、連絡、スケジュール管理等）に問題があると、対象者のモチベーションの向上につながらず、結果的に十分な保健指導効果を得られないことになる。効果的な保健指導のためには、保健指導技術のみならず、特定保健指導制度の仕組みをよく理解して、保健指導チームとして成果を上げていく姿勢や、スムーズに運営できる業務遂行能力も重要である。この点では保健指導実施者だけでなく、運営にかかわる事務職等も本制度の意義と運営方法を十分理解していることが求められる。さらに、近年、ICTが様々な生活活動に浸透していることから、保健指導にもビデオ通話システムやアプリケーションソフトウェア（スマートフォンやWebベースのものも含む。以下「アプリケーション等」という。）等のICTを活

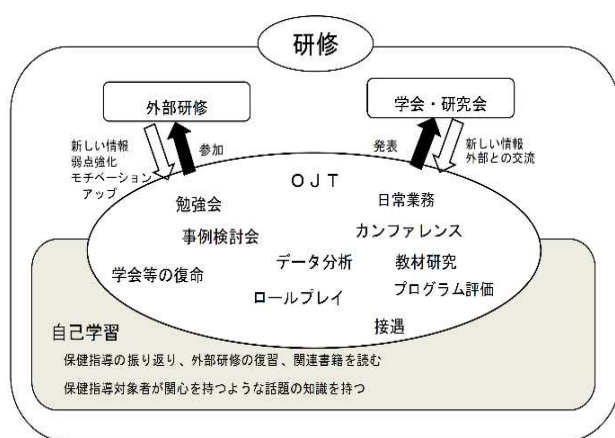
用し、対象者が保健指導を受けやすい指導体制や環境整備を行えるように、ICTの推進に関する研修内容も盛り込む必要がある。

特定保健指導に関する研修会等の企画に当たっては、受講者の知識・スキルの現状とニーズ、社会からの要請を考慮し、保健指導の実践場面で役立つ内容とすることが求められる。全国の多数の保健指導実施者に質の高い研修の機会を提供するため、更には研修会運営のための費用や受講者の交通費・時間等の効率化の面を考慮すると、都道府県ごとに実施する等、保健指導実施者に身近な場での研修の充実が求められる。また、知識伝達型など研修の内容によっては、ビデオ通話システムを用いたオンライン研修による効率化も考えられる

外部の研修の機会だけでは知識・技術を共に育成することは困難なため、自己学習の意欲を高めたり、職場内教育（OJT）につながる研修を意識して企画することが必要である（図3）。

図3. 外部研修とOJT、自己学習

（標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）及び健康づくりのための身体活動基準 2013 に基づく保健事業の研修手法と評価に関する研究（研究代表者 津下 一代）資料より一部改変）



外部への研修参加はよい刺激にはなるがこれだけで能力の向上は困難である。職場での日常業務を通じた学習や勉強会等のOJTや自己学習が重要である。外部研修はOJTや自己学習の支援としての役割を持つ。学会等への積極的な発表により、保健指導を客観的に振り返ることができる。

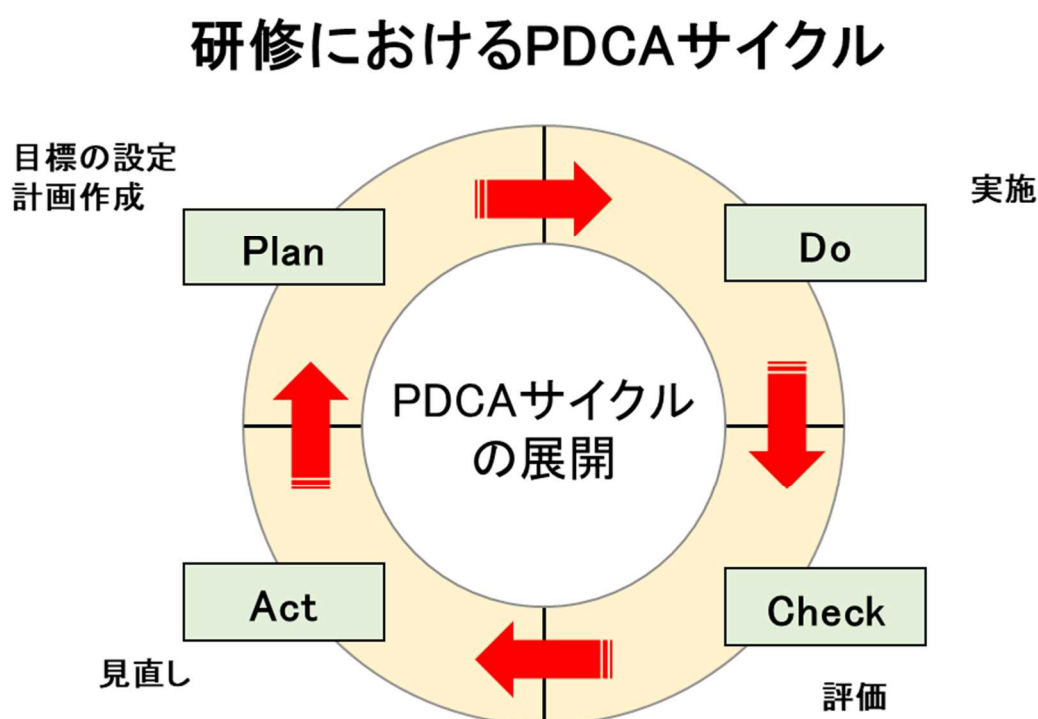
研修を企画（Plan）するに当たっては、その目的を十分に考慮して主要なテーマを定めること、受講者が研修会参加によって獲得しうる具体的な目標を考えることが重要である。受講者のスキルのレベルやニーズに合わせて学習課題を明確にし、それを達成できるような内容を考えていく。受講者同士がコミュニケーションをとれる機会、相談や助言をできる時間を設けることも重要である。

研修実施（Do）時には受講者が主体的な姿勢で取り組めるよう、段取りやファシリテーション等に留意する。研修内容は、実際に参加した受講者に合わせた微調整を行う。研修終了時には、目標をどの程度達成できたかを確認する。とく

に保健指導実践の上でこれまで困難であったことを解決する能力が高まったかを確認することが必要である（評価・Check）。

受講者を対象にアンケート調査を行うと共に、ヒアリング等のフォローアップ調査を行うことで、研修の課題を明確にし、次の研修の企画に活かしていく（見直し・Act）。このようなPDCA サイクルを回した研修を行うことで、より実践に役立つ内容に改善していくことが可能となる。

図4. 研修におけるPDCA サイクル
（国立保健医療科学院資料より、一部改変）



2) 受講者ニーズに合わせた研修の必要性

～スキル評価票、職務別業務遂行能力チェックリストの活用

これまでの研究等で、保健指導実施者においては初任者と経験者での違いや専門職種別に強みと弱みがあり、異なる研修ニーズがあることが分かった。また、保健指導チームのリーダー的立場にある専門職は自己の保健指導スキルの向上だけでなく、チームとして結果を出していくための方策やプログラム評価等について関心が高いこと、特定保健指導業務の運営責任者が保健指導実施者の力量向上に関心を持っているのか、スムーズな運営を意識しているのかの差が、保健指導実施者のモチベーションや保健指導効果にも反映していることが分かっており、適切な情報提供の機会が必要なことが明らかになった。さらに、研修会

を企画・運営する役割を担う者においては、企画・立案の方法、研修評価の方法について学習する機会が限られており、業務内容や立場によって学びたい内容（研修ニーズ）の違いがみられている。

そこで、本研修ガイドラインでは、保健指導実施者の業務内容や立場によって、保健指導実施者（初任者、経験者）、保健指導チームのリーダー的立場にある専門職、特定保健指導事業の運営責任者（事務職等）、更には人材育成・研修会の運営担当者に層別化し、各層において必要とされる能力を業務遂行能力チェックリストとして整理した。

ただし、層別化した受講者に対する研修内容を全て一度に実施しなければならないわけではなく、たとえば、以下の活用をイメージしている。

- 自己学習、OJTで実施すべきことと、外部研修で実施することの整理をした上で、外部研修での優先順位を考慮してテーマを設定する

- 研修実施機関（都道府県・保険者・学会・民間企業等）別に、重点化すべき受講者層を意識した研修を企画する。受講者募集の際にこれらの点を明らかにし、目的にあった受講者の参加を求める

- 数年度にわたる研修計画の中で、制度や保健事業の実態、受講者のニーズにあったテーマを取り上げる

- 各受講者層に共通の研修テーマを設定し、広く受講者を募集し情報提供を行う研修を企画する

- 受講者に対し、必要に応じてほかの研修等を紹介する

3) 様々な研修方法の組み合わせ

保健指導のためのスキル^aやコンピテンシー^bを高めるには、自己学習やOJT、外部研修、外部への発表等様々な方法があり、これらを組み合わせることで考えることが重要である。

① 自己学習

専門職に必要とされる知識を得るのに有用である。漫然と解説書を読むだけでなく、まとめる、自分なりの教材を作成してみる、保健指導の時にうまく対応

^a スキル (skill) : 訓練や経験等によって身につけた技能・技術

^b コンピテンシー (competency) : 高業績者の行動特性、複雑な需要に対応する総合的な能力を具体的な行動現象形態で表したものを示す

(説明)できなかつたことを振り返って学習する、外部研修の復習をする、等を行う。保健指導の専門書を読むだけでなく、社会で問題になっている話題や保健指導対象年代層が関心を持っているような事柄の情報を得ておくことも個人のコンピテンシーを高めるのに役立つ。

保健指導対象者が関心を持つような話題の知識を持つことが、対象者とのコミュニケーションを円滑にすることも多い。

② OJT

保健指導の実践場面を活用した職場内トレーニングのことであり、コンピテンシー形成には重要な役割を持つ。保健指導実施者が抱える不全感あるいは達成感等を、保健指導実践直後の感覚が新鮮なうちに、短時間でもいいので数人で共有し、改善策を検討することの積み重ねは不可欠である。これにより自分が経験していない場面を疑似体験できるため、現状以上の思考や対応の広がりを持つことができる。

また、定期的にミーティングを持ち、テーマを決めて学習する、困難事例について検討する、保健指導の効果を分析する、外部研修で学んだことを内部で紹介する、等の方法がある。ロールプレイ場面のビデオ撮影をし、振り返ることで保健指導の癖・弱点を可視化できる。保健指導効果とスキルの関連を検討することにより、強化すべきポイントも明確にできる。また、職場内研修に時々外部専門家の参加を求めることで、質を高めることが可能となる。

学会・研究会・研修会において積極的に発表することにより、仕事をまとめる能力も高まり、外部の意見に接することにより更に向上心が高まることが期待される。経験年数を考慮し、計画的に発表の機会を持つことが望ましい。

③ 外部研修

研修実施機関に与えられた目的に合わせ、受講者層を意識したテーマ設定が必要である。最新知識や制度に関する講義・事例紹介等の座学、事例検討やロールプレイ、保健指導プログラムの作成演習、課題解決に向けたグループワーク等の演習を組み合わせる。

a. 研修会の前に実施すべきこと

○ 申込書に、①保健指導の実施において課題に思っていること、②研修会で特に聞きたいと思っていること、③講師への質問事項、等の記載欄を設ける。これを研修企画者は講師と情報共有し、受講者のニーズに合った研修企画を行う。

- 申込時に事前課題を提供することにより受講者自身が課題意識を持って研修会に参加できるようにする。

- b. 講義時に実施すべきこと（受講者の主体的な姿勢につなげるために）
 - 研修当日の研修開始前に、受講者に保健指導スキルを自己評価してもらう。そのことにより、受講者は問題意識を持って研修に参加することができる。また、研修前後で実施することにより、今後の自己学習の課題を把握できる。研修企画者にとっても前後比較により習得度の変化を把握できる。保健指導のスキルの自己評価の参考例として、「保健指導スキル評価表」を表1に示す。

表 1.保健指導スキル評価表（自己評価、研修ニーズ把握、研修の効果検証に活用してください。）

保健指導スキル評価票

（研修会名： 開催日時： 年 月 日）

（ ）内に該当数字をご記入ください。

性別：1.男性 2.女性

年齢：（ ）歳代

所属：1.市町村 2.健診機関 3.医療機関 4.保健所 5.健康保険組合 6.企業 7.その他

職種：1.医師 2.保健師 3.看護師 4.管理栄養士 5.栄養士 6.健康運動指導士

7.臨床検査技師 8.薬剤師 9.事務職 10.その他（ ）

*複数の資格をお持ちの方は複数回答してください。

勤務形態：1.常勤 2.非常勤

保健指導経験年数：（ ）年

*特定保健に限らず、健診後の生活習慣改善指導等も経験年数に含みます。

保健指導の従事頻度：1.週に1日以上 2.週に1日未満

下記項目に対し保健指導技術の習得度を4段階で評価し、該当数字一つに○をつけて下さい。

no.	項目	習得度			
		低			高
1	対象者との対話から行動変容ステージや生活上の課題を整理できる	1	2	3	4
2	対象者の生活状況を踏まえて何から改善することが可能か対象者とともに考えることができる	1	2	3	4
3	食行動と食事をアセスメントし、食習慣改善の必要性を判断できる	1	2	3	4
4	対象者の健康課題と生活習慣に合わせて、食生活の多様な取組の具体策を提案することができる	1	2	3	4
5	設定した食行動の目標を実行すれば、どの程度の減量効果を期待できるか、エネルギー量に換算して示すことができる	1	2	3	4
6	身体活動・運動量をアセスメントし運動習慣改善の必要性を判断できる	1	2	3	4
7	対象者の健康課題と生活習慣に合わせて、身体活動の多様な取組の具体策を提案することができる	1	2	3	4
8	設定した身体活動・運動の目標を実行すれば、どの程度の減量効果を期待できるか、エネルギー量に換算して示すことができる	1	2	3	4
9	健診結果や病歴から運動実施上の注意事項を説明できる	1	2	3	4
10	喫煙習慣や禁煙に対する行動変容ステージをアセスメントできる	1	2	3	4
11	行動変容ステージに合わせた禁煙支援ができる	1	2	3	4
12	問題飲酒のアセスメントができる	1	2	3	4
13	行動変容ステージに合わせた適正飲酒の支援ができる	1	2	3	4
14	グループ支援ができる	1	2	3	4
15	面接や電話、メール等を活用して継続的な支援ができる	1	2	3	4
16	保健指導において ICT（ビデオ通話システムやアプリケーション等）を活用できる	1	2	3	4
17	対象者が生活習慣改善を実践するための社会資源（イベント・教室・自主グループ、運動施設・環境、禁煙外来等）を紹介できる	1	2	3	4
18	対象者を取り巻く環境（家庭・職場など）が原因で生活習慣改善の実践が困難である人に対して、困難さを軽減させて自己決定を促す支援ができる	1	2	3	4
19	行動変容ステージが無関心期の人に対して、適切な対応ができる（本人の思いを整理したり、本人のできることに目を向けることができる）	1	2	3	4
20	高齢の対象者に対し年齢に配慮した保健指導ができる（ロコモティブシンドローム、フレイル等）	1	2	3	4
21	2年連続して特定保健指導の対象となった者に対して、指導方法や内容を見直して支援できる	1	2	3	4
22	自らの保健指導を評価し保健指導方法を改善できる	1	2	3	4

- 受講者が主体的に参加できるようにするため、講義方法を工夫する。
 - 講義の中で受講者同士が短時間でグループディスカッションを行い、講義内容を整理し理解を深める時間をとる
 - 受講者の実践活動場面に即した内容（計算、シミュレーション等）を準備する
 - 質問の時間をとる（質問カードを配り、まとめて返答する等）
 - 講義とグループワークを連動させる等

- 外部講師には保健指導プログラムの流れや研修のねらい、受講者層とそのニーズについて事前に情報提供することが重要である。研修会全体の中での担当講義の位置付け・役割が明らかになると、講師の資料等の準備にも役立つ。

- 外部研修の意義として、単に知識の提供だけでなく、保健指導実施者のモチベーションを高める点も忘れてはならない。エビデンスに触れること、講師の熱意や経験談等から受講者が学ぶことは多い。逆に持論を展開するだけで研修ニーズに合わない講義、準備不足の講義、ネガティブな発言等には受講者が落胆する。研修会企画者は受講者の立場に立って講師の選定を行うことが大切である。

- c. 演習時に実施すべきこと（実践にすぐに役立つ演習企画のために）
 - 演習においては、ほかの受講者の様々な意見を聞いて保健指導を多角的に考えられること、その後の全体のまとめを通じて知識・経験を整理できることが望ましい。知識としては知っているはずのことであっても、実際の保健指導の場において活用できていないことに気付き、「知識を活用できる状態にすること」の重要性を体験することができる。

 - 個人ワーク、グループワーク、全体討議のステップで進め、全員が主体的に参加できるよう配慮する。個人の考えをまとめる時間がないまま、いきなりグループでの話し合いに入ると、発言者に偏りが出て議論が深まらないことが多い。研修企画者はファシリテーターを配し、進行や適切な時間配分に配慮する。（演習に割り当てる時間に応じ、テーマ設定と段取りを考えること）

 - 演習で学習したことを定着させるために、研修終了後OJT として、演習の内容を復習することを受講者に促す。
 - 【参考：特定保健指導の演習例】
 - 個別事例検討：事例から検査データの解釈、生活習慣・背景の整理、対象者

に質問したい内容、保健指導のポイントを話し合う。事例については、困難事例を取り上げる傾向も見られるが、まずは「よくある事例」を取り上げて丁寧に（事例）検討を行うことが重要である。

- ロールプレイ：保健指導の場面を3～4人のチームで実施。保健指導実施者役、対象者役、観察者役を立て、どのような流れであったのか、対象者の気持ちや動いた働きかけは何か、改善した方がよいポイントは何かなどについて検討する。
- ビデオ演習：面接場面を撮影したビデオを活用し、良いポイント、修正した方がよいところ等を話し合う。各段階で知識を確認しながら進められる。
- 保健指導プログラム作成演習：対象者の条件に合わせ、積極的支援プログラムを作成する。たとえば、被用者保険被保険者本人・男性、被扶養者・女性、国民健康保険・高齢者等の対象者の条件を設定、個別面接かグループ支援かどちらの方が適しているか、継続支援では電話、面接、電子メールのどの方法がアクセスしやすいのか、ICTリテラシーやICT環境が適切かなどを具体的に検討していく。対象者の立場に立って、ソーシャル・マーケティングの4P（Product、Price、Place、Promotion）の視点も入れて、対象者が受け入れやすいプログラムを検討することで企画力を醸成する。
- 課題検討：実施率を高めるには何をすべきか、繰り返し保健指導の対象となる者にはどのような保健指導の工夫が考えられるかなど具体的なテーマについて課題を整理し、解決法を議論する。個人の能力向上だけでなく組織的な対応の必要性を発見する等、具体的かつ前向きな解決法を考えられるよう、ファシリテートすることが大切である。
- 評価演習：データを用いて保健指導の効果を分析し、課題を抽出する手法を学習する。

以上のように、保健指導の流れに沿って実施すると臨場感のある演習が可能となる。研修実施者は、演習のまとめを作成し、受講者に後日フィードバックすることが望ましい。

- ④ e-ラーニングやSNS（Social Networking Service）などICTの活用等：最近ではe-ラーニングやホームページを使った学習形態も普及し、個人のペースで効率的な学習が可能になってきた。研修企画者は、学習内容や効果を十分吟味した上で、受講者の特性に応じてこれらの学習方法を準備することも、保健指導の効率化の一つの方法である。

4) 研修実施機関別の主たる受講者

特定保健指導に関する研修実施機関としては、国（国立保健医療科学院）、全

国レベルの組織（保険者中央組織（国民健康保険中央会、健康保険組合連合会、全国健康保険協会等）、職能団体中央組織、学会等）、都道府県レベルの組織（都道府県、保険者協議会、国民健康保険団体連合会、全国健康保険協会や職域団体等の支部等）、民間団体等がある。

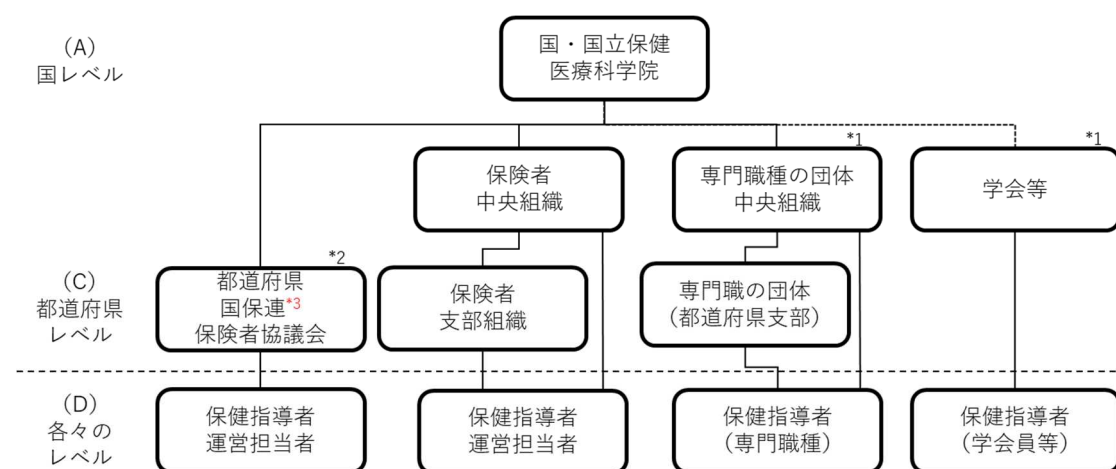
研修内容としては、制度の根拠や規則等の改正点等のほか、保健指導スキルやコンピテンシーを高める内容、保健事業のマネジメント、先駆的事業の紹介等の内容が含まれる。対象としては、保健指導実施者向け、組織の管理職など向け（制度についての理解）、運営担当者向けがある。

現時点の特定保健指導に係る研修体系を整理すると図5の通りとなる。また、研修実施機関と主な受講者を整理すると、表2のようにまとめられる。

研修実施機関によって受講者と研修目的が異なるが、いずれの研修においても、一定以上の質が保たれていることや、受講者が学びたいという意欲を引き出す研修が求められる。

図5. 研修の体系図

標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版)及び健康づくりのための身体活動基準2013に基づく保健事業の研修手法と評価に関する研究(研究代表者 津下 一代)資料より



*1 専門的知識に関する講習は全国レベルの研修を受講しなくてもよいが、制度、事業評価等に関する研修企画者は上位の研修に参加することが望ましい。

*2 都道府県における研修には、市町村のほか当該地区の医療機関・保健指導機関等で保健指導を実施する者が参加できるように配慮すること。

*3 国保連合会は保険者中央組織としての位置づけもある。

表2. 研修実施機関別の研修目的と主たる受講者

研修会 主催者	レベル	主たる 研修目的	参加 機関	都道府県・中 央組織等*3		保険者、特定保健指導保健指導機関 職能団体・学会等			
				研修企画者	保健指導実施者			運営 担当者	
					初任者	経験者	リー ダー		
国・保健 医療科学院	(A) 国	研修企画・ 運営・評価		◎	○				
保険者中央 組織*1	(B) 全国	知識・技術			◎	◎	◎	◎	
		事業運営			◎		○	◎	◎
		研修企画			◎			○	○
職能団体*2	(B) 全国	知識・技術				◎	◎	◎	
		研修企画			◎			○	
学会		知識・技術				◎	◎	◎	
都道府県・ 保険者協議 会・国保連	(C) 都道府 県	知識・技術				◎	◎	○	○
		事業運営					○	◎	◎
職能支部		知識・技術				◎	◎	○	
民間研修 機関	(D) 各々	知識・技術				◎	◎		
		事業運営					○	◎	◎
保健指導 機関 (OJT)	職場	知識・技術				◎	◎	◎	
		事業運営					○	◎	◎

◎主たる受講者（積極的な参加）、○参加可能な受講者

*1：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、共済組合連合会

*2：医師、保健師、管理栄養士等の専門職種の団体

*3：国保連合会、保険者協議会を含む。

- ① 国（国立保健医療科学院）が行う研修
- 国は国立保健医療科学院において、都道府県、保健所設置市及び特別区、保険者中央組織及び都道府県支部、保険者協議会、職能団体（全国レベル）、学会等の研修企画者を対象に、政策目標に合致し、受講者ニーズに合わせた、研修を企画・運営・評価できるようにするための研修を実施する。
 - 国の研修（図5、A レベル）受講者は、都道府県等における実務者研修（図5、B・C レベルの研修）を主催、もしくは積極的に関わることが求められる。
 - 上記受講者のほか、都道府県、保険者協議会及び国保連合会が大学等の学術・研究機関と協働で研修を企画・運営している場合、必要に応じてこれら機関の専門家等が国の研修を聴講できるよう配慮する。
 - 本研修の企画にあたり、受講者（研修企画者）が直面している問題の解決に役立つような研修を企画することが求められる。
 - 研修の内容としては、生活習慣病対策に関する国の動向や学会等の最新情報のほか、現場のニーズ等を踏まえ、研修内容（講義や演習等のテーマ）を毎年評価し、必要に応じて見直しを行う。
 - 研修の効果を高めるためには、事前課題を提示し、能動的な学習を促す工夫も必要となる。たとえば、制度等に関する知識については事前に資料を読み込んだりビデオ教材で学習してきてもらい、これまでとの相違の理解や疑問点を確認できる場を設定したり、自機関が実施してきた研修会のアンケート調査結果を振り返り、研修企画に関する課題を事前に整理することを促したりする等の方法がある。こうした事前課題を、研修中に実施するグループワークと連動させ、受講者の課題解決能力の強化につなげるよう工夫することが望ましい。
 - 国が行う研修に参加することの利点の一つに、異なる地域・職域・組織の経験を受講者間で共有できることがある。この利点を活かせるよう、研修の企画に当たっては、経験を共有するための場や機会を工夫することが必要である。

② 全国レベルの研修

- 保険者中央組織、職能団体中央組織等（図5、B レベル）が、全国から受講者を募集して特定保健指導に関する研修会を開催する場合、研修企画者は国が実施する特定保健指導に関する研修を受講することが望ましい。一方、学会等が開催する、生活習慣病に関する病態や行動変容スキルについての講習等専門職の技術力向上を主たる内容とする研修会では、開催にあたり前述の研修の受講は求めないが、公開されている国の研修の情報や資料を収集する等して、その内容を踏まえた研修を実施することが望ましい。

- 研修の内容としては、特定保健指導についての内容のほか、データヘルス計画、医療費適正化等に関連した情報、健康医療制度の見直し等に関する動き等、国の動向についての情報や保健指導に役立つ新しい知見についての情報提供を行う。また、支部組織や保健指導機関においてリーダー的な役割を果たす人材の育成も重要であり、専門的な知識や技術に関する講義や事業運営に関わる演習等の工夫も必要である。

- 国民健康保険中央会、全国健康保険協会、健康保険組合連合会、職能団体（全国レベル）（図5、B レベル）は、支部組織（図5、C レベル）を対象とした研修会を企画している場合には、研修企画力向上のための研修を行うだけでなく、必要に応じて、支部組織が研修を企画する際の支援を行い、都道府県や保険者協議会と連携するよう助言する。

- 健康保険組合連合会、全国健康保険協会では、産業保健分野との連携、ほかの被用者保険との共同実施等を視野に入れた研修を企画することも必要である。

- 学会は当該分野の専門家で構成されているので、その専門とする領域を中心に研修を組み立てることができる。受講者ニーズとしては詳細な専門知識だけでなく、その知識等を活用して保健指導をどのように効果的に行うかが重要であることに留意する。たとえば、保健指導教材の科学的根拠の解説や、保健指導と医療との関連等について情報提供を行う等が考えられる。学会外部から受講者を募集する場合には、①研修の目的と達成目標、②研修内容、③研修受講者の範囲、を明らかにし、受講者がより選択しやすくなるような情報提供が求められる。

③ 都道府県レベルの研修

地域における保健指導を担う人材育成の場として、初任者や保健指導実施者に対する実践的な研修、事業運営に関する具体的な手順・評価に関する研修が求められている。

- 都道府県等において研修企画を行う者は、国が実施する特定保健指導に関する研修を受講することが望ましい。

- 都道府県における研修の企画に当たっては、市町村の国保担当部門や衛生部門だけでなく、被用者保険と研修を共同実施することを視野に入れて、研修の内容や時期等について健康保険組合、全国健康保険協会等の保険者や保健指導機関等の意見を取り入れることも重要である。受講者が、地域における研修の機会を有効活用できるように、研修企画者は、ほかの研修内容を確認し、必要な事項を重複なく実施できるよう調整することが必要である。

- 都道府県は健康増進計画の推進等と併せ、個人に対する生活習慣改善についての働きかけの重要性と共に、健康な環境づくり、保健サービスへのアクセスの改善等に視点を置いた研修を行うことが大切である。市町村における生活習慣病対策の推進においては、健康づくり担当部門と特定保健指導担当部門の連携がとれていることが重要であり、研修の機会を通して共通の目標を意識することや共通に活用できる社会資源・関係者についての情報共有を行う。
 - 保健指導初任者に対する基礎研修は都道府県の役割として重要であり、都道府県には基礎知識を提供する場を作ることが求められている。都道府県は少なくとも年1回は特定保健指導に関する研修を行うことが望ましい。
 - 研修を実施するためには、様々な関係機関との調整が重要である。国保連合会等との連携だけでなく、地域の大学や研究所等、研修企画に対する専門的な立場からの助言や、研修の講師派遣、研修後の市町村等の支援に協力してくれる可能性がある機関と日ごろから情報交換を行い、関係づくりを行う必要がある。既存の関連する協議会等を活用し、研修の実施及び評価に関する課題を整理したり、関係者間の役割分担について整理することで、広域的な研修の実施及び評価体制を構築することが必要である。受講者募集に当たっては、これらの機関と協力して実施することが望ましい。
 - コアスライド（研究班教材<https://ktsushita.com/index.php/healthguidance/#trainingmaterials>）や演習ビデオを活用することにより、研修の標準化を図ることができる。また、地元大学等と連携して実施することで、費用低減を図ることができる。

- 研修企画者が受講者ニーズに合わせたきめ細かな対応ができるよう、国の研修会に参加し研修企画について学ぶことが重要である。また、前述の協議会の活用や有識者の助言を受けられるようにすること等が考えられる。次年度の予算化の時期には、過去の研修評価を反映した企画を提案し、絶えず受講者ニーズや制度を取り巻く状況等を捉えた研修企画につなげていく必要がある。
- 職能団体（医師会、看護協会、栄養士会等）は専門的な知識・技術の研鑽の場として研修を企画することが多い。研修内容が、一部の専門分野に偏らないよう、研修内容の工夫が必要である。
- 特定保健指導の円滑な実施に当たっては、契約等の事務手続きの円滑化、外部委託機関との協力体制、個人情報取り扱い、事業評価、人材確保についての知識が不可欠である。
- 保険者の事業運営担当者では、健診・レセプト等各種データの活用や保険者機能、データヘルス計画等との関連も重要である。
- ④ そのほかの実施主体
 - 民間研修機関は、研修の委託を受けて実施する場合、委託元との綿密な打ち合わせにより現状、課題、ニーズ把握を行い、受講者のニーズにマッチした研修になるよう留意すべきである。
 - 保健指導機関においては、計画的なOJTを職場内の責務として計画的に実施する必要がある。業務を遂行するうえで必要な手順の確認、所属保健指導機関で用いる指導教材への習熟、保健指導内容の振り返り、保健指導スキル評価、保健指導の効果の評価、困難事例の研究・カンファレンスは日常管理において必須である。よりよい保健指導プログラムへの改善のためには、勉強会の実施や学会・研究会における発表、外部研修受講者が職場内に持ち帰り情報共有を行う場の設定等を、指導的立場の保健指導実施者を育成する上で実施することが望ましい。また、自己学習を積極的に勧める。
 - 学会等が認定する生活習慣病予防に関する資格の習得や、保健指導の効果を高めるスキルアップ研修への参加を通じて、生活習慣病予防の役割を担う専門職として、キャリアアップを図ることができる。外部研修への参加では、多機関からの受講者や講師等との交流を通じて、よりよい保健指導へのモチ

バージョンを高めることも重要である。

5) 研修の評価（共通的な事項）

特定保健指導に関する継続的な研修会を企画する上で、講師や受講者へのフィードバックや、次の研修に課題や改善点を活かすためにも評価が重要である。

本研修ガイドラインでは、研修の評価項目について、全ての研修に共通する内容と各分野で該当する項目に分類して示す。

（全ての研修に共通する評価項目）

ア. 研修実施体制（ストラクチャー評価）

- 研修実施機関の中で、主たる担当者を中心としてチーム形成ができたか
- 組織外の関係者と連携・調整し、当該研修の果たすべき役割を明確化できたか
- 目的達成のために必要な予算、機材等を得られたか

イ. 準備過程の評価（プロセス評価）

- 社会情勢や受講者層のニーズを把握できたか
- ニーズにあった企画ができたか
- スキルや業務遂行能力を高めるために、自己学習、OJTと外部研修等の方法を組み合わせて考えることができたか
- 研修の目的を明確にし、受講者数等の目標を適正にたてられたか
- 目的にあったプログラム構成となったか
- 講師との調整はうまくいったか。講師からの積極的な提案を得ることができたか
- 演習は、受講者の実践ニーズに対応していたか
- 演習の流れ・時間配分について、受講者に分かりやすい手順を示しているか
- 演習のシミュレーションを実施したか
- 研修効果を把握するためのアンケート等の評価項目は適切だったか
- 予算、収支を考慮した企画であったか

ウ. 研修会参加状況の評価（アウトプット評価）

- 地域、職種、経験年数別の参加状況等、詳細な分析により、目的とした受講者層が参加したか
- 受講者は積極的に受講したか
- 受講者は積極的に演習に参加したか

- 受講者からの技術的な質問に対し、適切に対応できたか
- 研修会の運営はスムーズであったか

工. 研修会后評価

- 受講者の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）
- 受講者からの苦情や研修に対する意見への対応を行えたか
- 受講者の意欲・知識・技術の変化がみられたか
- 受講者の意欲・知識・技術の変化が定着しているか（フォローアップ調査）
- 研修の課題を明確にし、次回の研修会に活かせるか

オ. アウトカム評価

- 受講者の保健指導スキル、業務遂行能力等、必要とされる能力が高まったか
- 研修会の満足度が高く、人材育成、研修会の必要性が認識され、次回以降の受講者が増えたか
- 研修会の企画・運営を通じ、地域の生活習慣病予防における連携体制が強化されたか

Ⅱ. 職務・経験別の受講者ニーズに対応した研修を実施する

1) 保健指導実施者

① 求められる能力

保健指導の実践現場で必要とされることは、以下の内容が考えられる。

- 特定保健指導の制度と仕組みを理解し、対象者に説明できること
- 健診データや問診から病態を整理し、健康課題を明確にできること
- 上記について、対象者に対して分かりやすく説明できること
- 対象者の生活背景やすでに実施している健康行動を把握した上で、何ができるかを一緒に考え、目標設定を促すこと
- アウトカム評価を意識した主要達成目標・行動目標の実現に向けて継続的な支援ができること
- 上記のために、対象者の検査データの改善度、行動目標の達成度、生活習慣の改善状況等を評価して、より効果的な保健指導の方法・内容に改善できること
- 保健指導の経過を振り返り、よりよい保健指導のために研鑽を積むこと
- 社会人としてのコミュニケーションがとれること

【経験に応じて求められる能力】

研修を企画するに当たっては、受講者の経験年数により、内容と研修形式を配慮する必要があるため、本研修ガイドラインでは初任者、経験者に分けて記載する。

a. 初任者（保健指導経験年数1～2年目）

初任者であっても、保健指導実施者として対象者に指導を行う以上、一定以上の知識と対応力が必要である。保健指導実施者は医師、保健師、管理栄養士等の異なった職種であるため、学んできた専門知識や実践経験は大いに異なる。研修の目標はメタボリックシンドローム改善のために行う保健指導に必要な知識と技術の習得であるので、研修会ではその差異をできるだけ縮める内容とし、受講者もその努力が必要である。基本的には、基礎的な内容については職種を問わず同一にするが、職種により強化すべき内容を別プログラムで実施する等の方法が考えられる。

この段階での学習では、OJTと自己学習が中心となる。先輩等の保健指導の観察により保健指導の流れを理解することや事例カンファレンスで主体的に考えていくこと、知識を整理していくこと等が求められる。職場では、ロールプレイ等を実施し、保健指導実施者が必要なスキルを習得していることを確認の上、実務を担当させることが適切である。保健指導実施者が、必要なスキルを習得しているかを確認する一つの方法として、業務遂行能力チェックリスト【初任者（保健指導経験年数1～2年目）対象】を表3に示す。自己評価、上司等による客観評価を受け、一定水準以上と判断された場合に保健指導の実施が許可されるべきである。

保健指導実施者は専門分野以外の内容については十分に自信を持つことができない傾向があるため、意識的に補強する必要がある。各職能団体における研修では、弱点克服に向けた内容を取り入れることが望ましい。

OJT が十分できない職場では、積極的に外部研修に参加させるようにする。

表3. 業務遂行能力チェックリスト【初任者（保健指導経験年数1～2年目）対象】

	獲得目標	習得が求められる知識や指導技術	
事前準備及び実施に関する内容	保健指導全般に関わる能力	1 特定健診・保健指導の理念・目的を理解している	
		2 保健指導対象者の選定と階層化の手法を説明できる	
		3 保健指導プログラムの具体的な内容についてわかりやすく説明できる	
		4 保健指導技術向上につながる自己学習（知識習得・情報収集）に努めている	
		5 保健指導に関する研修会等に参加している	
		6 社会人として必要とされるコミュニケーション能力を有している	
		保健指導の運営に関する能力	
		7 健診データ等の個人情報を適切に管理できる	
		8 プライバシー等に配慮した会場の設置ができる	
		9 対処の難しい事例を担当する場合、1人で解決しようとせず、上司や先輩に相談できる（場合によっては、保険者に相談できる）	
		10 グループ支援の進行、説明等ができる	
		11 対象者の目標達成状況や保健指導への参加状況に応じた継続支援の方法や頻度を判断することができる	
		12 保健指導の参加率や効果の向上につながるよう初回面接や継続支援に ICT（ビデオ通話システムやアプリケーション等）を組み込むことができる	
		対象者を理解する能力	
		13 健診データや問診から、身体状況や保有するリスクを把握できる	
		14 健診結果からただちに医療機関の受診を要するか否かの判断ができる	
		15 メタボリックシンドロームに着目して検査結果の説明や今後起きうる生活習慣病への影響を説明できる	
		16 対象者との対話から生活背景及び性格特性等をアセスメントし、行動変容ステージや生活上の課題が整理できる	
		17 対象者の健康状態改善に向けて、効果が期待できる生活習慣改善法をリストアップできる	
		対象者の生活背景をふまえ、前向きな自己決定を促す能力	
		18 対象者の生活状況を踏まえて、何から改善することが可能か対象者とともに考えることができる	
		19 減量や生活習慣の改善により、健康状態や検査数値にどのような効果を与えるかを説明できる	
		20 継続的支援のためのツール（体重計・歩数計・スマホ、ウェアラブル端末等）の活用ができる	
21 生活習慣、健診データ、関心度や行動変容ステージに合わせた教材の活用ができる			
22 記録表から目標に対する実践状況、行動変容ステージを読み取ることができる			
23 実践状況・行動変容ステージを意識して、フィードバック（励まし、賞賛、目標の見直し等）ができる			
個々の生活習慣に関して指導できる能力	食生活に関する指導技術		
	24 食行動と食事をアセスメントし、食習慣改善の必要性を判断できる		
	25 食事と生活習慣病の関連や、代謝の調整とエネルギー、栄養素、食品との関連について説明できる		
	26 対象者の健康課題と生活習慣に合わせて、食生活の多様な取り組みの具体策を提案することができる		
	27 設定した食行動の目標を実行すれば、どの程度の減量効果を期待できるか、エネルギー量に換算して示すことができる		
	身体活動・運動に関する指導技術		
	28 身体活動量・運動量をアセスメントし、運動習慣改善の必要性を判断できる		
	29 対象者の健康課題と生活習慣に合わせて、身体活動の多様な取り組みの具体策を提案することができる		
	30 設定した身体活動の目標を実行すれば、どの程度の減量効果を期待できるか、エネルギー量に換算して示すことができる		
	31 健診結果や病歴から運動実施上の注意事項を説明できる		
	たばこに関する指導技術		
32 喫煙者に対して、禁煙の重要性を高めるアドバイスができる			
33 喫煙者に対して、禁煙のための解決策の提案を行うことができる			
アルコールに関する指導技術			
34 質問票における飲酒量の回答等から、問題飲酒のアセスメントの対象者が判断できる			
35 問題飲酒のある対象者に対して、減酒を提案し、具体的な減酒目標を立てることができる			
評価	評価に関する能力	36 対象者の意欲・行動変容ステージ、生活習慣、検査値の変化を評価して、保健指導方法を改善できる	
		37 自らの保健指導を評価し、自身の保健指導方法を改善できる	
		38 対象者のアウトカム評価を適切に行うことができる	

b. 経験者（保健指導経験年数3年以上）

初任者の時には、パターン化した説明を行うのに精一杯であるが、経験者の時期には説明の科学的根拠や背景を詳しく知ること、保健指導の効果を知ることにより、保健指導スキルを格段に高めることができる。

この時期に適切な教育や意欲を高めるきっかけがないと、保健指導にも慣れてきてマンネリ化やパターン化しやすい。いつも通りこなしている、という感覚で保健指導を行っている、効果も上がりにくくなる場合がある。また、保健指導に対する自信から、自己研鑽がおろそかになる場合がある。対象者の将来の生活を思い、よりよい保健指導を行いたいという意欲を高めることや偏りがちな指導法を振り返り、困難事例にも対処できる力をつけることが大切である。

初任者と同様に、経験者においても保健指導に関する業務遂行能力を確認し、資質の向上を図ることが求められる。業務遂行能力を確認する一つの方法として、業務遂行能力チェックリスト【経験者（保健指導経験年数3年以上）対象】を表4に示す。また、個人の保健指導スキルだけでなく、保健指導機関が組織として成果を出せるような意識を持つことや、よりよい保健指導の方法についての提案力を持つこと、評価の構造を理解し、保健指導を改善できる力も身につけ、更には社会資源にも配慮し、保健指導終了後もよい生活習慣が継続できるような支援を行えるようになることが望ましい。また、初任者を育成することも求められ、初任者を評価する場合、できていることに注目して強化していくことや、課題についてもこれからの成長を促すようなフィードバックができることが求められる。

【個々の生活習慣に関する専門知識を持ち活用できる能力】

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。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、生活習慣の改善に向けた支援をバランスよく行うことが求められる。また、対象者の意欲・行動変容ステージ、生活習慣、検査値の変化を評価して、保健指導方法を改善していくことも必要である。

i) 食生活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、対象者に分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等、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(第三次)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、ii)の身体活動についての専門知識と合わせて、対象者によりよい支援を提案できる能力が必要である。

ii) 身体活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、更に正しい身体活動・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、身体活動の量、強度(メッツ)、種類に関する知識や、誤った身体活動の実施に伴う障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。更に、対象者の身体活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・アクティブガイドに基づく、個々人に応じた支援の提供や、国の健康日本21(第三次)や自治体の健康増進計画に基づく身体活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、i)の食生活についての専門知識と合わせて、対象者によりよい支援を提案できる能力が必要である。

iii) 喫煙についての専門知識

対象者の喫煙状況や禁煙の意思をアセスメントし、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、「喫煙と健康喫煙の健康影響に関する検討会報告書(平成28年8月 喫煙の健康影響に関する検討会編)」、禁煙ガイドライン(2010年改訂版)(9学会:日本口腔衛生学会、日本口腔外科学会、日本公衆衛生学会、日本呼吸器学会、日本産婦人科学会、日本循環器学会、日本小児学会、日本心臓病学会、日本肺癌学会)、禁煙支援マニュアル第二版(2017年増補改訂版)(厚生労働省健康局健康課)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共に、メタボリックシンドロームやそのほか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。また、標準的な健診・保健指導プログラム第3編第3

章3-7(7)や保健指導のための禁煙支援簡易マニュアル(URL)も参照されたい。

iv) アルコールについての専門知識

アルコールと生活習慣病との関連や、アルコールによる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する姿勢が求められる。また、問題点を分かりやすく説明し、目安となる飲酒量(適正飲酒量)の理解を図り、行動変容へと結びつける能力が求められる。また、標準的な健診・保健指導プログラム第3編第3章3-7(7)や「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」(URL)も参照されたい。

②研修方法

基礎的なメタボリックシンドロームに関する病態や基本的な生活習慣改善に関する知識の提供にとどまらず、web学習やe-ラーニング、ビデオ教材による動画の活用、具体的な事例を用いた演習等を通じて、保健指導スキルの向上に資するように努める。経験年数に応じた段階的な研修の実施が望ましい。

【具体的な研修内容】

講義形式：

i) 保健指導全体

- 特定保健指導の理念、制度・仕組み(階層化、支援方法)とその評価
- 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
- 生活習慣病予防に関連した最新の知見
- 行動変容に関する基本的知識・技術、信頼関係の構築
- 行動変容ステージを把握した上での適切な支援
- 対象者の生活環境や働く環境に基づいた支援やアドバイス
- アセスメントの種類と具体的な方法
- 実現可能な目標設定
- 意欲・行動変容ステージ、生活習慣、検査値の変化の評価
- 個人情報保護とデータの取扱い

ii) 食生活

- 食生活と生活習慣病の関連(疫学調査、介入研究)
- 実際の食行動や食事量と目標とする食行動や食事量との違いについて

気付きを促す

- 食事の量と内容を改善するための具体的な指導（対象者特性に合わせる）
- 食事摂取基準や関連学会ガイドラインの食事療法についての理解

iii) 身体活動

- 身体活動の強度（メッツ）の考え方、身体活動のエビデンス
- 健康づくりのための身体活動基準2013・アクティブガイドの理解
- 対象者に応じたリスクマネジメント（運動実施上の注意事項、医療との連携）

iv) 喫煙

- 喫煙と生活習慣病の関連
- 禁煙支援の具体的な方法（短時間支援、標準的支援）

v) アルコール

- アルコールと生活習慣病の関連（循環器疾患だけでなく、がん等との関連も）
- 目安となる飲酒量（適正飲酒量）の理解を図る
- 問題飲酒者の把握と減酒支援の具体的な方法

演習形式：

ロールプレイ、グループワーク、デモンストレーション、ピアレビュー等の方法の中で、受講者の経験年数や講義のレベルに合わせた演習を企画する。また、演習の運営やファシリテーター等の状況に応じて、無理なく実施できる方法を検討することが大切である。下記にその例を示す。

- 初回面接の場面設定をしたロールプレイ
 - ・ 対象者への接し方、健診結果等の分かりやすい説明の仕方
 - ・ 対象者の行動変容ステージやライフスタイル等の把握
 - ・ 対象者と共に行動目標を作る等

- 事例検討
 - ・ 健診結果と問診による病態の理解
 - ・ 更に質問したい事項
 - ・ 本人に提供すべき情報（具体的な生活習慣改善方法の提案、対象者が身近に活用できる社会資源の提案等）等

- 継続的支援の電子メールや手紙の書き方、電話での対応法、ビデオ通話システムやアプリケーション等のICTの活用法

- 保健指導記録の書き方

- ビデオ映像を用いた初回支援の保健指導方法の検討

- アルコール、禁煙支援等カウンセリング動画の視聴と検討

- 問題解決カウンセリング演習

- 食生活アセスメント演習

- 身体活動プログラムの指導体験等

③研修の評価

i) 研修プログラム自体の評価

ア. 評価の視点

- 研修内容と研修形式は受講者の経験年数（初任者、経験者）に応じた適切なものであったか
- 職種別の得意・不得意項目を把握した上での研修であったか
- 受講者の不安の軽減（弱点克服）や自信を向上させる研修であったか
- 受講者が何から取り組むべきかの具体的な提案ができたか
- 他機関や他職種との人間関係構築につながられたか
- 保健指導スキルの向上のため、web学習やe-ラーニング、ビデオ教材による動画の活用、具体的な事例を用いた演習等を活用できたか

イ. 評価の時期

- 研修実施中から実施後に行う

ウ. 評価方法の例

a. 受講者による評価

- 研修前後の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

b. 主催者による評価

- 研修項目ごとに研修内容の適切さ、受講者の反応、講師からの意見及び教材の質等

c. 全体的な運営等の評価

ii) 受講者の能力評価（到達度・実践指導実績評価）

ア. 評価の視点

- 受講者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
- 受講者の所属機関にとって研修に参加させて有益であったか
- 受講者が職場でほかの職員に研修内容の伝達及びOJTを行っているか

イ. 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

ウ. 評価方法の例

- 受講者の知識・技術の向上：同じ評価票等を用いて経時的に評価する（研修受講前、研修受講直後、3か月後、等）
- 実績評価：当該受講者が行った保健指導対象者の行動変容や腹囲・体重等の主要達成目標の状況等について評価
- 受講者及び所属機関に対して、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研修内容を活用したOJTを実施したかを評価する（6か月又は1年後）

表4. 業務遂行能力チェックリスト【中級以上（保健指導経験年数3年以上）対象】

	獲得目標	習得が求められる知識や指導技術
事前準備及び実施に関する内容	保健指導全般に関わる能力	よりよい保健指導を行うために必要な知識や最新情報の習得
		1 これまでの指導経験やエビデンスをもとに、積極的支援、動機づけ支援の効果を説明できる
		2 糖尿病等生活習慣病の予防・治療に関連した知識・最新情報を収集している
		3 データヘルス計画についての最新情報を収集している
		4 特定健診のすべての検査項目・オプション検査（貧血・眼底検査・心電図）についてわかりやすく説明できる
		対象者の病態をより深く理解し、支援できる能力
		5 対象者の病態、安全性に配慮した保健指導ができる
		6 高度な検査値異常や重複リスク保有者などのハイリスク者を治療につなげることができる
		7 治療中の者に対しては継続受診の必要性を説明できる
		前向きな自己決定、継続にむけた取り組みを促すための支援
		8 グループ支援において、参加者の主体性を引き出す支援ができる
		9 認知行動療法の手法、コーチング手法等を取り入れた支援ができる
		10 対象者が健康情報に関心を持てるよう、また、正しい情報を見極められるような支援ができる
		11 対象者が生活習慣改善を実践するための社会資源（イベント・教室・自主グループ、運動施設・環境、禁煙外来等）を紹介できる
		応用・困難事例に対する対応能力
		12 行動変容ステージが無関心期の人に対して適切な対応ができる（*本人の思いを整理したり、本人のできることに目を向けることができる）
		13 対象者を取り巻く環境（家庭・職場など）のために生活習慣改善が困難である人に対しても、「できること」に着目した支援ができる
		14 行動目標を継続して実施しているが、結果につながらない対象者への対応ができる
		15 2年連続して特定保健指導の対象になった者に対して、指導方法や内容を見直して支援できる
		16 高齢の対象者に対し、年齢に配慮した保健指導ができる（ロコモティブシンドローム・フレイル等）
		チームとして結果を出すための能力
		17 経験年数が少ない指導者の知識・経験が不足している部分をフォローできる
		18 保健指導に役立つツール（ビデオ通話システムやアプリケーション等の活用等、ICTを含む）の選択・活用ができる
		19 自己学習教材（Web学習、e-learning等）や、参考となる文献や事例を必要に応じてチームに提供できる
		20 科学的根拠に基づいた適切な保健指導教材の開発・改善について提案ができる
保健指導の運営に関する能力		
21 組織的な対応が必要となった場合には、指導的立場（運営責任者やチーフの職責にある者）へつなげることができる		
22 特定保健指導の脱落率を把握し、その理由・傾向について探索している		
23 脱落を防ぎ、継続させる有効な支援を実施するための技術や工夫ができる		
24 保健指導レベルごと（情報提供、動機づけ支援、積極的支援）のチーム・集団としての目標設定ができる		
25 保健指導時のトラブルや苦情に対応できる		
個々の生活習慣に関して指導できる能力	食生活に関する指導技術	
	26 栄養学の知識をもとに、食事摂取基準及び関連学会ガイドラインの食事療法の策定根拠を理解し、対象者に応じて活用できる	
	27 職場や自治体において、食環境改善についての提案ができる	
	身体活動・運動に関する指導技術	
	28 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	
	29 健康づくりのための身体活動基準2013を理解し、アクティブガイドを活用した身体活動・運動に関する支援ができる	
	30 職場や自治体において、身体活動を増やす取り組み・環境づくりについて提案できる	
	たばこに関する指導技術	
	31 準備期の喫煙者を対象に、禁煙治療のための医療機関等を紹介できる	
	32 一定の時間をかけて継続的に禁煙に向けた支援ができる	
33 禁煙治療の適応を理解している		
アルコールに関する指導技術		
34 問題飲酒のある対象者に対して、飲酒日記を活用するなど継続的な減酒支援ができる		
35 問題飲酒のある対象者に対して、必要に応じて（支援を開始しても酒量が減らないか、むしろ増えた場合など）、専門医療機関での治療につなぐことができる		
評価	評価に関する能力	36 対象集団について、アウトプット評価（参加率・終了率）、アウトカム評価（満足度、行動変容ステージ、生活習慣、検査値等の変化）ができる
		37 評価結果に基づき、チームで改善策を検討、マニュアル・教材等の改善、研修等の対策を提案できる

2) 保健指導チームのリーダー的立場にある専門職

① 求められる能力

保健指導において一定の経験年数を有し、保健指導実施者を統括する立場として位置づけられる。健康日本21（第三次）やデータヘルス計画等生活習慣病対策の全体像を理解しつつ、よりよい保健指導を実施すべくチームをまとめていく能力が期待される。また運営担当の事務職等と密に連携し、保健事業をマネジメントする力が必要である。

保健指導チームのリーダー的立場にある者は、個人の資質向上の努力に加え、チームとして結果を出すことを重視して、以下の点を強化すべきである。

- 幅広い健康政策の知識、保健事業の位置付けの理解
- プログラム実施に係る業務マネジメント
- チームビルディングのための能力（OJTの企画運営）
- 外部機関との連携：保険者と保健指導実施機関、保険者と医療機関、
- 地域・職域連携、外部委託機関等
- 事業評価と改善の能力
- プレゼンテーション能力
- 学会・研究会参加による専門家とのネットワーク形成、地域の研修会等への貢献

② 研修方法

受講者による事例発表、情報交換等、知識の整理ができる内容が望ましい。

講義形式：

i) 事業計画立案

- PDCAサイクルで保健指導プログラムの企画立案・評価・改善を行う基礎的な知識・方法
- 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）
- 有効なICTツール（ビデオ通話システムやアプリケーション等）の選定（対象の利用意向、ICTリテラシー、生活スタイル、関心等に基づいた選定）
- 学習教材の選定、開発
（科学的根拠に基づいた学習教材の選定、対象者に合わせた工夫）
- 円滑な指導体制が構築できるようなビデオ通話システムやアプリケーション等のICT環境の整備
- 社会資源との調整や、民間事業者との契約及び連携方策 等

ii) 事業評価と活用

- 個別事例、集団、事業についての具体的な評価方法
- 目的に合わせた評価方法(事業改善、上司・委託先への報告、学会発表等)
- データ分析方法と解釈、事業改善
- 個人情報保護の取扱い

表5. 業務遂行能力チェックリスト【保健指導チームのリーダー的立場にある専門職】

	獲得目標	習得が求められる知識や指導技術		
事前準備及び実施に関する内容	保健事業の企画・運営のために必要な能力	よりよい保健指導を行うために必要な情報の整理と計画		
		1 日本再興戦略、健康日本 21（第三次）、日本健康会議等、生活習慣病対策に関する最新情報を習得している		
		2 保険者のデータヘルス計画を把握し、特定保健指導、重症化予防等保健事業の位置づけを理解している		
		3 特定保健指導の実施率や改善率について、目標と現状を把握している		
		4 他保険者・機関等の実施報告等の情報を収集し、よりよい方法についてチームで検討している		
		5 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を考えられる		
		プログラム実施に係る業務マネジメント		
		6 運営担当者とともに、本年度（もしくは3年間等）の保健事業達成目標を明確にできる		
		7 対象集団の特性に合わせた保健指導プログラムが作成できる（初回・継続支援の方法、ポイント）		
		8 上記プログラムの実施に係る人材、教材・ツール（ICT含む）・会場、通信機器・環境等を運営担当者に伝え、必要に応じて調整できる		
		9 最新の保健指導ツール（ICT含む）についての情報を積極的に収集・活用している		
		10 事業全体のスケジュール管理ができる		
		11 ねらいとする保健指導対象者を効率的に募集する方法を提案し、募集のための体制づくりができる		
		12 医療機関との連携がスムーズにいこう、顔の見える関係を築いている		
		評価	保健事業の評価と、その結果を今後の運営につなげる能力	チームビルディングのための能力
				13 保健指導実施者の技能を実際の指導場面等から評価することができる
14 所属内で指導技術の維持・向上に向けたOJTと外部研修参加を計画できる				
15 事例カンファレンスを定期的に開催している				
16 医師・専門家に相談できる体制を作っている				
他機関との連携・体制づくり				
17 自機関だけで達成できないことを明らかにし、他機関等（アウトソーシング機関等）との連携を行っている				
18 他機関との連携の際、それぞれの役割と責任、必要な個人情報の種類等について運営担当者と相談し、契約に盛り込むことができる				
19 対象集団について、アウトプット評価（参加率・終了率）、アウトカム評価（満足度、行動変容ステージ、生活習慣、検査値等の変化）ができる				
20 評価結果に基づき、チームで改善策を検討し、マニュアル・教材等の改善、人材養成・配置につなげることができる				
21 保健指導実施者間で対象者へのアウトカム評価が適切に実施されているのかについて検討し、評価者間のバラつきを少なくするための工夫を提案できる				
22 評価結果をビジュアル化し、成果を報告できる。また課題を明らかにし、改善策を提案できる（プレゼン能力）				
23 費用対効果の観点から、外部機関と連携・活用するなどより効率的な方法を提案できる				
24 保健指導非参加群のデータ分析をおこない、保健指導実施群との比較ができる				
25 効果分析をデータヘルス計画の評価へと還元することができる				
26 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狙う事業等のモニタリングとその結果を踏まえた事業改善ができる				

演習形式：

i) 課題解決型演習：事業評価の標準的な手法（ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカム等）に基づき、保健事業の課題をリストアップ、その原因を考え、実行可能な対策を検討する（保健指導実施率の向上、脱落率の低下、困難事例への対処、等）

ii) 企画型研修：条件設定（対象者、活用できるツール、社会資源等）の上、効果と対象者の利便性を考慮して、積極的支援プログラムを具体的に考える

iii) 先進事例から学ぶ：発表を聞いて、自機関に取り入れられることを検討する

iv) データ分析手法の演習：健診データ、レセプトデータ等から健康課題を検討する

v) プレゼンテーション演習：効果的なプレゼンテーション手法を学ぶ等

③研修の評価

i) 研修プログラム自体の評価

ア. 評価の視点：研修プログラムの内容に対応して評価する

- ・ 受講者は最新の情報を習得できたか
- ・ 受講者は所属機関の特徴（長所や短所）に気付くことができたか
- ・ 保健事業のマネジメントに対する受講者の意欲が向上したか
- ・ 職場に持ち帰ってOJTに活用可能な内容や教材を盛り込んだか
- ・ 受講者は講師やほかの受講者とコミュニケーションが取れたか
- ・ 受講者は演習に主体的に参加できたか
- ・ 演習では目的通りの成果が得られたか

イ. 評価の時期とプログラムの改善

- ・ 研修実施中から実施後に行う
- ・ 評価結果に基づいて、次回の研修プログラムの改善を行う

ウ. 評価方法の例

a. 受講者による評価：研修前後のアンケートにより、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

b. 主催者による評価：研修項目ごとに、研修内容の適切さ、受講者の反応、講師からの意見及び教材の質

c.全体的な運営等の評価 等

d.上記に基づき、必要に応じて次回の研修内容、講師、教材等を見直す

ii) 受講者の能力評価（到達度・実践指導実績評価）

ア. 評価の視点

- 研修で学んだ内容を実践に役立てているか
- 受講者の所属機関にとって研修に参加させて有益であったか
- 受講者が職場でほかの職員に研修内容の伝達及びOJT を行っているか

イ. 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

ウ. 評価方法の例

- 受講者及び所属機関に対して、研修実施後にアンケート、ヒアリングを実施する。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OJT の実施の有無、内容を評価する（6か月又は1年後）

3) 特定保健指導事業の運営責任者（事務担当者等）

① 求められる能力

これまで事務担当者に対する特定保健指導についての研修の機会は少なかったが、制度を適切に運営するための知識や技術の向上は重要である。特に、運営責任者は、プログラム管理者からのプログラムに関する報告・連絡・相談を受け、保健事業全体の進捗管理、契約等の事務処理、保健事業全体の評価、事業の報告を行うことが求められる。保健指導のねらいや事業の流れを理解し、制度の求める事務手続きを適正に行い、特定保健指導事業を円滑に進めることが必要である。保健指導実施者に対して適切な研修の機会を確保したり、必要な教材やツールのための予算を獲得し、効率よく仕事を進められる体制を作ることが重要である。

特定保健指導の運営責任者は、保健指導の理念、目的を十分に理解した上で、保健事業運営能力や事務処理能力、情報管理能力、PDCA サイクルを回した事業展開能力等を育成・強化するための研修を積極的に受講することが求められる。保険者側と保健指導機関側は、保健指導の委託元と委託先であり、立場が異なるため、求められる能力の項目も一部異なるが、双方が共通の目的を意識して、よりよい保健指導につなげていく必要がある。

② 研修方法

講義形式：

- 保健事業の目的、制度、仕組み、データヘルス計画と保健事業
- 全体の進捗管理の方法、PDCAサイクルを回した企画立案・評価・改善を行う方法
- 社会資源との調整や、保険者一事業者間契約及び連携方策
- 保健指導の質の向上に関する仕組み：人材確保、OJT、ツール、モニタリング、通信機器・環境等
- 個人情報取扱い等

演習形式：

- データヘルス計画等の目的に沿った事業か、保健指導実施目標数を達成している内容であるかを検討するグループワーク
- 改善すべき課題に対するグループワーク等

③ 研修の評価

i) 研修プログラム自体の評価

ア. 評価の視点

- 受講者は保健事業に関する事務や情報管理を適正に行う方法を理解できたか
- 受講者は保健指導実施者と協力し、PDCAサイクルを回した事業展開の必要性を理解できたか
- 効果的に活用できる運営マニュアルの作成につながれたか
- 受講者はアウトソーシングに関する知識を習得し、適正に契約する方法を学べたか
- 受講者は所属機関の特徴（長所や短所）や改善すべき課題を明確にできたか

イ. 評価の時期とプログラムの改善

- 研修実施中から実施後に行う
- 評価結果に基づいて、次回の研修プログラムの改善を行う

ウ. 評価方法の例

a. 受講者による評価

研修前後の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

b. 主催者による評価

研修項目ごとに、研修内容の適切さ、受講者の反応、講師からの意見及び教材の質等を評価

c.全体的な運営等の評価

d.上記に基づき、必要に応じて次回の研修内容、講師、教材等を見直す

表6. 業務遂行能力チェックリスト【特定保健指導事業の運営責任者（事務職等）】

	獲得目標	習得が求められる知識や指導技術	
事前準備及び実施に関する内容	特定健診・特定保健指導制度の理解	1 特定健診・保健指導の理念・目的を理解している	
		2 保健指導対象者の選定基準を説明できる	
		3 保健指導プログラムの具体的な内容についてわかりやすく説明できる	
		4 他保険者・機関等の実施報告等の情報を収集している（ベンチマーク）	
		5 保険者のデータヘルス計画を理解し、必要な保健事業を提案できる	
		6 専門用語の理解に努め、専門職種とのコミュニケーションが取れる	
	保健事業運営能力	保健指導プログラム実施に関すること	
		7	プログラムに関する報告・連絡・相談の対応等、プログラムを統括している立場の者と相談する機会を設けている
		8	事業の実施状況を上層部・幹部に報告できる（自治体であれば、首長や議員、国保運営委員会等に適切なプレゼンテーションができる）
		9	必要な予算を確保できる、もしくは予算の範囲でできることを明確にできる
		10	必要な保健指導者を確保できる（スキル、人員、職種の割合等）
		11	保健指導を効率化するようなツール（ビデオ通話システムやアプリケーション等のICTの活用を含む）についての情報を収集している
		12	安全性を確保した運営ができる（リスクマネジメント）
		13	苦情等に対する対応マニュアルを作成し、適切に対応できる（保健指導者に個人的な負担がかからない体制づくり）
		14	保健指導プログラムもしくは指導者の研修にあたり、医師・専門家の指導を受けられる体制をついている
		他機関との連携に関すること	
		15	医療保険者との調整ができる（実施可能人数・事務手続きの方法・保険加入・契約・データ取得に関する合意形成・個人情報の取扱規程・データ管理の指定）
		16	保健指導の推進にあたって外部事業者等と連携できる
		17	医療機関との連携ができる（医師会、専門医等）
		保健指導アウトソーシングに関する知識	
		【保険者側】	
		18	全面委託・部分委託のメリット・デメリットを理解している
		19	委託する業務を明確化し、部分委託の範囲を決定できる（責任範囲の明確化）
	20	委託基準の作成及び委託方法の透明化ができる	
	21	委託先の保健指導の質を評価している（現地調査、ヒアリング、書面調査等）	
	【保健指導機関側】		
	22	保険者のニーズにあった、魅力的な保健指導の提案ができる	
	23	適正な価格設定ができる	
	24	効率的な運営ができる（ビデオ通話システムやアプリケーション等のICTの活用を含む指導方法、時間の決定）	
	事務処理能力	25	事業に係る予算執行・概算要求立案ができる
		26	契約等の事務手続きを適正に実施できる
27		保健指導全体のスケジュール管理ができる	
28		保健指導の結果（効果）を委託元に報告書として提出できる	
29		脱落しそうな事例については委託元へ報告し、その後の支援方法について検討できる	
情報管理能力	30	個人情報を適切に管理できる	
	31	情報開示要求への対応ができる	
評価	PDCAを回した事業展開能力	32	事業評価構造（ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカム）と具体的な方法を理解している
		33	保健事業報告書、事業結果の取りまとめを作成できる
		34	事業評価から、運営体制の在り方や予算の見直し等、体制面への改善につなげることができる
		35	評価を基に、健診・保健指導の事業全体を改善する仕組みづくりを提案できる

4) 人材育成・研修会の企画・運営担当者

① 求められる能力

特定健診・特定保健指導に関する研修の企画者は、受講者に求められる知識や演習の機会を提供し、受講者のモチベーションを高める役割を担う。

都道府県や保険者、学会、民間団体等で保健指導に関する研修を企画する立場では、生活習慣病対策に関する国の動向や学会の最新状況及び現場のニーズを踏まえ、研修会に含めるべき内容について根拠を持って提案できること、研修の目的や目標を踏まえ研修方法（講義と演習のバランス等）を決定できること、外部講師を依頼する場合も、全てを講師に委ねるのではなく、企画者が講師に対して研修全体のねらい等を適切に説明し、講師の果たすべき役割を理解してもらうよう調整すること等が必要である。

これまでは経験則で行われていたことであっても、研修運営の具体的な手順を確認しておくことが重要である。研修会当日の突発事項に対しては冷静かつ適切に対応できるよう準備を整えておくことや、当日の研修担当チームでの協力体制と役割分担も重要である。

研修の評価・改善能力を高めるために、企画段階から研修のねらいに合わせた評価項目を設定すると共に、評価結果について報告書にまとめ、次回（次年度）に活かすことができなければならない。

そのほかの研修企画者に求められる能力は、表7のチェックリストの通りであるが、以下の点に留意する必要がある。

- 国（国立保健医療科学院）の都道府県等向けの研修について
 - ・ 国が実施する都道府県及び国保連合会等に対する研修では、その受講者は各保険者が行う事業の実績及び保健指導実施者等のニーズを把握した上で、研修の立案・運営・評価プロセスに沿って、学習を進める
- 保健指導に関する知識・技術の向上を目的とした研修企画者に対する研修
 - ・ 保健指導実施者の実態把握や、関係者からの聞き取り等により、研修のニーズに関する情報収集を積極的に行う
 - ・ 実践で必要とされる能力（受講者の業務遂行能力）を特定し、それを高める研修内容を企画できる
 - ・ 研修を実施する立場、受講者の果たすべき役割、職種特性等に合わせ、受講者の意欲を高めるような研修を企画できる
- 特定健診・特定保健指導の事業運営に関する研修企画者に対する研修
 - ・ 事務職や専門職のリーダーに対して、それぞれの立場で必要とされる知識や

ニーズを踏まえた研修を企画できる

- 保健指導等の事業の実際の段取りを明確にし、各段階で必要とされる業務遂行能力を高められるよう、演習を含めた研修を企画できる
- 保健事業の課題について情報交換の場をつくと共に、前向きに行動していく姿勢を醸成できる
- 事業評価の標準的な手法（ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカム等）の方法を理解し、活用できるような講義や演習を組み立てられる

② 研修方法

講義形式：

（共通）

- 生活習慣病対策等の国や学会等の最新情報
- 生活習慣病対策及び健診・保健指導事業の評価の考え方と進め方
- 学習のプロセス、研修会企画の基礎
- 研修会の具体的な運営方法、評価の方法と事例
- 個人情報保護とデータ利活用の方法 等

（保健指導実施者向けの研修企画者対象）

- 保健指導実施者に必要とされる業務遂行能力
- 特定保健指導の質の管理と評価 等

（特定保健指導のリーダー及び運営責任者向けの研修企画者対象）

- 保健事業評価の基本的な考え方と具体的な方法
- 特定保健指導の質の管理と評価、人材確保と教育（OJT）
- 特定健診・特定保健指導事業の委託先の質の担保等

演習形式：

（共通）

- 受講者別の目標設定と具体的なカリキュラム作成
- アンケート作成、評価指標の検討
- 研修企画者間の情報交換、課題や工夫の情報共有

（都道府県等による市町村保健指導実施者向けの研修）

- 生活習慣病対策及び健診・保健指導事業の評価のためのデータ分析
- 生活習慣病対策及び健診・保健指導事業の評価の支援の実際
- 特定健診・特定保健指導の事業評価の支援計画の立案

③ 研修の評価

i) ストラクチャー

- 講師及びそのほか運営に携わる職員間の役割分担、数等に過不足はなかつ

たか等

ii) プロセス

- 研修のニーズ、受講者の要件、研修内容、評価方法に一貫性はあったか
- 演習は主体的に参加できる内容であったか
- 研修の評価を的確に行えたか。その結果は次年度に活用できるか 等

iii) アウトプット

- 定員に対し、十分な応募があったか
(定員数を満たしたか、新たな団体や自治体からの応募があったか)
- 資格要件を満たした受講者が参加していたか
(意欲がある、次年度の研修を計画している等) 等

iv) アウトカム：

- 受講者の研修立案・運営・評価能力が高まったか
- 都道府県・ブロック等において、研修が広く実施されたか
- 受講者が企画した研修は地域・対象者等のニーズに応え、目的を達成したか
- 受講者が研修会を実施する過程において、地域の関係者とのネットワークを構築できたか。その結果、市町村等支援の役割を効果的に果たせるようになったか
- 受講者は意欲的に参加できたか 等

表7. 業務遂行能力チェックリスト【人材育成・研修会の企画・運営担当者】

	獲得目標	習得が求められる知識や指導技術
企画・立案に関する能力	国の動向、他地域等の状況の把握、研修に求められていることの整理	1 研修企画者自身が、健診・保健指導事業の理念・目的・内容について説明できる 2 研修企画者自身が、保健指導対象者の選定と階層化の手法を説明できる 3 研修企画者自身が、保健指導の仕組み、具体的な指導プログラムの内容について説明できる 4 生活習慣病対策に関する国の動向を説明できる 5 他県・地域・保険者等の効果的な保健事業の状況、研修の状況の情報収集をしている
	研修参加者のニーズ把握・状況把握	6 保健指導者の指導能力の実態を把握できる（調査、観察、チェックリストの活用、等） 7 保健指導の関係者から研修ニーズを聞き取ることができる（ヒアリング等の実施） 8 参加者の能力の現状（職種、業務経験など）を踏まえて、基礎・専門・制度のバランスを意識し研修計画を立案できる 9 これまでの研修の評価結果（改善すべきポイント）を踏まえた研修計画を立案できる
	研修計画の立案	10 研修実施機関の使命・役割、研修参加者の特性を考慮し、優先して習得すべき内容を整理できる 11 他の研修実施機関の情報収集、情報交換し、当該機関が実施すべき対象者、内容について調整できる（重複を避ける、効率化できる） 12 研修を実施するうえで必要な実施体制を構築するために、組織外関係機関と調整することができる（県、保健所、連合会、保険者協議会など） 13 研修に必要な予算を獲得できる（不十分な場合は、既存の事業の調整、あるいは研修の必要性・妥当性を上層部に説明し事業化する、等） 14 年間の研修計画を立案できる
	カリキュラムの決定	15 年間計画をもとに、当該研修会の目的と主な研修対象者のセグメントについて検討できる 16 受講者のニーズに基づき研修の目的、目標を設定し、適切に表現できる（〇〇が、△できるようにするための研修、等） 17 主要テーマを達成するために必要な、具体的な内容をリストアップできる 18 上記の内容の中から、OJT や自己学習ではなく、外部の研修会としての価値の高い内容を選択できる。 19 研修目的・目標を達成が可能で、予算の範囲内で実施できる適切な研修方法（講義、演習など）を選定できる 20 研修目的・目標を達成するうえで適切な講師を選定できる（講師選定の条件を列挙できる）。
	研修会準備に関すること	21 研修を実施するうえで必要な組織内部の実施体制を構築できる（担当者の選定・役割分担の決定等） 22 研修の規模やカリキュラムに考慮した会場・機材・教材等を確保できる 23 講師等に対し研修の目的、対象者の準備性や能力の現状を説明し、内容の調整ができる 24 演習の目的を明確にし、実施方法を検討できる（テーマの設定、進行方法、事例の準備、等） 25 演習のねらい、組み立て、進行について、ファシリテーターと共有し、方向性を統一しておくことができる 26 質問時間の確保やグループワークの取入れなど、研修参加者が主体的に参加できる工夫ができる 27 必要に応じて事前学習を準備できる 28 評価方法に必要な手段（アンケート、事後フォロー、等）を準備できる 29 研修の目的に合わせ、参加者募集を適切に行うことができる（関係機関との連携を含め） 30 参加者の状況を講師、運営チームと情報共有し、当日に向けた微調整を行う
	事業実施	31 研修当日の運営メンバーの役割分担やスケジュールを調整することができる 32 研修当日の運営にあたり、時間配分を適切に管理（調整）できる 33 トラブル対応（天候、遅刻、突然の講師変更等）に対する対応ができる 34 外部講師等への対応がスムーズにできる 35 研修企画者も自ら、外部講師から最新の知見を入手するように努めている 36 演習を効果的にファシリテートできる（グループダイナミクスを促進できる、主体性を引き出せるなど） 37 研修参加者の苦情・意見等に対応できる体制を整備している
	評価	38 研修の評価をストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの総合的な観点から評価し、まとめることができる 39 評価結果を、次回（次年度）の研修の改善に活用するための具体策を報告書等にとりまとめることができる 40 研修会評価を講師へフィードバックできる 41 評価結果から、新たな研修ニーズを発掘できる

Ⅲ 職務・経験別の具体的なプログラム例

1) 保健指導実施者

a. 初任者（保健指導経験年数 1～2 年目）

研修方法	習得能力	学習内容	時間(分)
講義	保健指導全般に関する能力	特定健診・特定保健指導の理念・制度・仕組み 特定保健指導の流れ 生活習慣病やメタボリックシンドロームに関する知識	90
	個々の生活習慣に関して指導できる能力	エネルギー収支を改善するための保健指導 (食生活、身体活動に関する保健指導の実際)	90
		喫煙・飲酒習慣者への保健指導 (喫煙、アルコールに関する保健指導の実際)	30
演習	よりよい保健指導を行うための能力	○初回面接 ※継続支援の電子メール、手紙の書き方 ※保健指導記録の書き方 ※栄養アセスメント演習 ※身体活動プログラムの体験 ※遠隔面接等の ICT を活用した支援の方法 (遠隔面接の方法と留意点、アプリケーション等を活用する場合の支援方法と留意点)	120
まとめ	質疑応答	全体のまとめ(質疑・応答)	30
	情報提供	自己学習に向けたヒント(情報提供)	
合計時間			360

演習：初回面接は必須。「※」は選択事項として、初回面接と組み合わせて実施する。

例)「継続率を高める支援方法」…初回面接＋継続支援メールの書き方

b. 経験者（保健指導経験年数 3 年以上）

研修方法	習得能力	学習内容	時間(分)
講義	保健指導全般に関する能力	○特定健診・特定保健指導、生活習慣病予防に関する最新情報 ○行動変容に関する理論と実践	90
	個々の生活習慣に関して指導できる能力（選択）	※検査値の見方、食生活、身体活動、喫煙、アルコールの強化プログラム（科学的根拠や最新知見） ※環境、地域資源を踏まえた保健指導（ポピュレーションアプローチとの連動）等	60
演習	よりよい保健指導を行うための能力（選択）	※グループ支援の方法～展開とファシリテーション ※※保健指導方法の研究 （ビデオ映像を用いた保健指導法の検討、等） ※ICT（ビデオ通話システムやアプリケーション等）を活用した保健指導方法の検討 （対面支援とICTを活用した支援を組み合わせた保健指導の立案・評価） ※困難事例の検討 （ハイリスク者、無関心期、繰り返し特定保健指導の対象となる者、高齢者、トラブル対応）	120
		○評価 （保健指導の効果分析、保健指導方法の見直しと改善）	60
質疑応答		全体のまとめ（質疑・応答）	30
合計時間			360

○は必須項目、※は選択項目を表す。

演習：単一実施もしくは、組み合わせて実施

例)「過量飲酒者への対応」保健指導場面の検討（アルコール指導動画）＋難事例の検討

2) 保健指導チームのリーダー的立場にある専門職

研修方法	習得能力	学習内容	時間(分)
講義	事業計画立案	※PDCA サイクルを活用した保健指導プログラムの企画立案 ※保健指導の質の向上に関する仕組み (OJT 体制、学習教材の選定、開発指導内容の評価等) ※社会資源との調整や、民間事業者との契約及び連携方策	90
	事業評価と改善方法	※個別事例、集団、事業についての具体的な評価方法 ※データ分析方法と解釈、事業改善	90
演習	チームをまとめ、保健指導事業をマネジメントする能力	※課題解決型演習 (保健指導実施率の向上、脱落率の低下、困難事例への対処) ※保健指導事業企画研修 ※先進事例の報告 ※データ分析手法の演習 (健診データ、レセプトデータ等からみえる健康課題) ○プレゼンテーション	150
質疑 応答		全体のまとめ(質疑・応答)	30
合計時間			360

○は必須項目、※は選択項目を表す。

3) 人材育成・研修会の企画・運営担当者

研修方法	習得能力	学習内容	時間(分)
講義	①研修会の企画・立案能力	健診・保健指導等に関する制度、国の動向、研修企画者に求められること	60
	②研修会の運営能力	保健指導に必要とされる能力と研修ニーズ	60
		研修会の実施体制、運営方法	60
		研修の評価と改善（PDCA サイクルを回した研修のために）	60
演習	①研修会の企画・立案能力	GW:研修会についての課題の整理とそれに対する対策	60
	②研修会の評価能力	GW:研修計画の立案：研修受講者別の目標設定、具体的なカリキュラム作成、社会資源等に応じた研修計画及び評価計画の作成（評価指標の検討、評価用アンケート作成）	150
質疑応答		全体のまとめ（質疑・応答）	30
合計時間			480

別添1

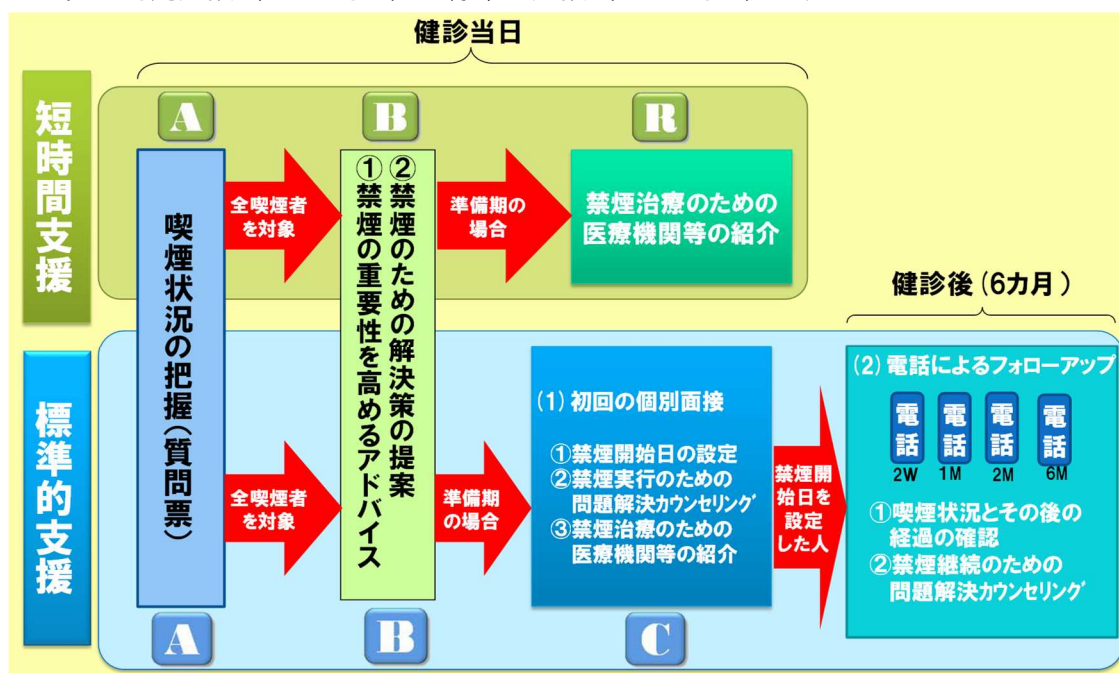
保健指導のための禁煙支援簡易マニュアル

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、健診当日を含め、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、禁煙支援の時間が十分に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。短時間支援については、できるだけ多くの喫煙者に働きかけを行うため、健診当日に行うことを原則とします。喫煙に関するフィードバック文例集を参考に喫煙者に働きかけましょう（「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」を参照）。短時間支援と標準的支援の流れを図1に示します。

図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、質問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 ヶ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、1ヵ月後、2ヵ月後、6ヵ月後です。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、その解決策と一緒に検討する) を行います。

短時間支援 (ABR 方式) と標準的支援 (ABC 方式) の特徴を表 1^aに示します。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。

表 1. 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

^a ここに記載した所要時間は、個別面接や電話フォローアップにかかる時間の目安です。

禁煙支援の際に喫煙者に配布する教材を2種類作成しています。短時間支援（ABR方式）では「喫煙者用リーフレット」、標準的支援（ABC方式）では「喫煙者用ワークシート」をご活用ください。

2. 受動喫煙に関する情報提供

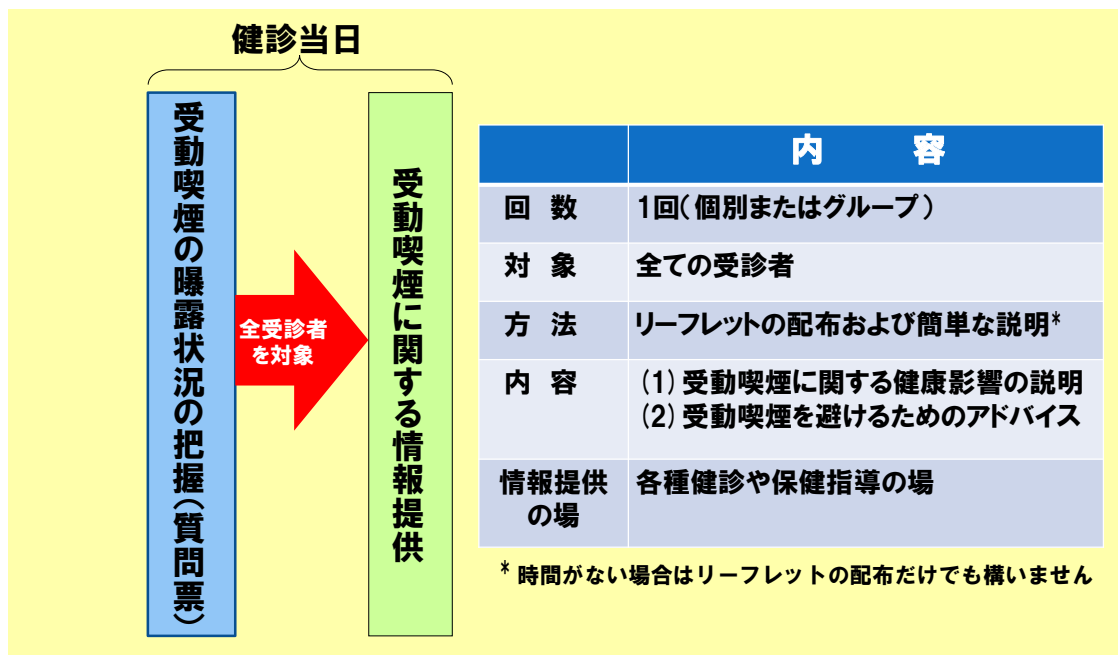
禁煙支援に加えて、喫煙状況に関わらず、受診者全員に対して受動喫煙に関する情報提供を行います。前述した禁煙の短時間支援と同様、多くの受診者に情報提供ができるよう、健診当日に行うことを原則とします。情報提供の内容は、(1)受動喫煙による健康影響の説明と(2)受動喫煙を避けるためのアドバイス、を行います。図2に受動喫煙に関する情報提供の流れと内容を示します。

喫煙に関するフィードバック文例集を参考に受診者全員に働きかけましょう。同文例集には、喫煙状況別の働きかけの文例を掲載しています。家庭や職場で受動喫煙の曝露を受けている非喫煙者に対しては、それを改善するために、家庭や職場で相談するように伝えましょう。

非喫煙者だけでなく、喫煙者に対しても情報提供を行うのは、受動喫煙の害に関する正しい知識を喫煙者にも伝える必要があるからです。受動喫煙を防ぐためには、禁煙することが最善の解決策ですが、それができない場合は、たばこの煙を周囲の人に吸わせないように、原則屋外で喫煙するよう呼びかけることが必要です。

受動喫煙に関する情報提供の際に受診者に配布する「受動喫煙に関するリーフレット」を作成しています。時間がない場合はリーフレットの配布だけでも構いません。

図2. 受動喫煙に関する情報提供の流れとその内容



3. 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。特定健診の「標準的な質問票」を用いて喫煙状況を確認します。

質問8で「現在、たばこを習慣的に吸っている」に対して「はい」と回答した人が短時間支援の対象者となります。

ここでいう「習慣的に喫煙している者」とは、「これまでに合計100本以上、または6ヵ月以上吸っている者」であり、最近1ヵ月間も吸っている者です。

加熱式たばこや電子たばこなどの新型たばこの使用者も喫煙者として扱います（「新型たばこに関する情報提供について」を参照）。

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、禁煙の関心度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行います。その内容は、(1)禁煙の重要性を高めるアドバイス（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）、(2)禁煙のための解決策の提案（禁煙には効果的な禁煙方法があること）です。

禁煙に対して気持ちが高まっている喫煙者に対しては、禁煙の重要性を高めるアドバイスよりも、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（慢性閉塞性肺疾患）、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^b（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

^b 喫煙の血清脂質への影響のうち、HDL コレステロールについては喫煙で低下、禁煙で増加することが認められ、両者の関係は明らかです。また、中性脂肪やLDL コレステロールへの影響についても下記のメタアナリシス研究やここ2010年の米国公衆衛生総監報告書において、喫煙との関係が指摘されています。

- Craig WY, et al. BMJ 1989; 298: 784-788.
- U.S. Department of Health and Human Services. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General, 2010.

で、苦しまずに楽にやめることができる^{cd}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保健指導実施者が受けとめ、「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ることが多くなります。

<新型たばこに関する情報提供について>

新型たばことして、大きく2種類の製品が国際的に流行しています。一つが、たばこの葉を加熱して吸引する加熱式たばこ（heat-not-burn tobacco）です。もう一つは、ニコチンを含んだ溶液を加熱吸引する電子たばこ（e-cigarette）です。

加熱式たばこは、たばこ事業法の下でのたばこ製品のひとつです。大手たばこ会社によって製品が開発され、わが国において先行発売されたため、急速に流行し始めています。一方、ニコチンを含んだ電子たばこは、英米等の諸外国で流行していますが、わが国においては、医薬品医療機器等法の承認を得ずに発売することが禁止されているため、主に個人輸入の形で入手したものが使用されています。ニコチンを含まない電子たばこについては、規制する法律がなく、わが国で広く販売されています。

これらの新型たばこの長期使用に伴う健康影響については、まだ使用が開始されてからの年月が短いため、明らかではありません。しかし有害成分の分析結果から、加熱式たばこから発生する化学物質の種類は、紙巻たばこと比べほぼ変わらないものの、ニコチン以外の化学物質の量は少ないという学会報告^eがあります。一方、電子たばこについては、紙巻たばこ比較して、一部の有害成分が多く含まれるとの報告^fがありますが、ニコチン以外の化学物質の量は

^c 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.

^d 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.

^e 稲葉, ほか. 新型タバコの成分分析. 第 26 回日本禁煙推進医師歯科医師連盟学術総会抄録集 2017; 26.

^f 太田, ほか. ハイドロキノンと 2,4-ジニトロフェニルヒドラジンを含浸させた二連シリカカートリッジを用いる電子タバコから発生するカルボニル化合物の分析. 分析化学 2011; 60: 791-797.

るかに少なく、周囲への有害物質の曝露も同様に小さいことが報告^{g)}されています。

英国公衆衛生庁や英国王立内科学会は、電子たばこの使用は紙巻たばこと比べて約95%害が少なく、紙巻たばこの使用を中止する効果があることから、紙巻たばこをやめたい、またはその健康影響を減らしたい喫煙者にむけて、禁煙補助薬と並んで積極的な電子たばこの使用を勧めていますⁱ⁾。しかし、加熱式たばこについては、たばこ会社からの報告はあるものの、国際的なエビデンスが少なく、電子たばこと同様の効果があるのかどうか明らかではないのが現状です。

わが国において加熱式たばこを中心に流行している背景には、紙巻たばこに比べて害が少なく、周囲への受動喫煙を低減できるという喫煙者の期待があると考えられます。しかし、たばこに含まれる有害物質の曝露に安全域がないこと、紙巻たばこと併用した場合には健康影響の十分な低減を期待できないことから、新型たばこを単独で使用している場合であっても、それをゴールとするのではなく、最終的にはその使用も中止するよう、情報提供や支援を行うことが重要です。

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。

禁煙に関心がある喫煙者や、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^{k)}からです。

2016年4月から健康保険による禁煙治療の条件が変わり、若年者のニコチン依存症患者

^{g)} Goniewicz ML, et al. Levels of selected carcinogens and toxicants in vapour from electronic cigarettes. *Tob Control* 2014; 23: 133-139.

^{h)} Czogala J, et al. Secondhand exposure to vapors from electronic cigarettes. *Nicotine Tob Res* 2014; 16: 655-662.

ⁱ⁾ McNeill A, et al. E-cigarettes: an evidence update. A report commissioned by Public Health England. Public Health England, 2015.

^{j)} Royal College of Physicians. Nicotine without smoke: Tobacco harm reduction. 2016.

^{k)} Kasza KA, et al. Effectiveness of stop-smoking medications: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Addiction* 2013; 108: 193-202.

者にも健康保険が適用されることになりました。具体的な保険適用の条件^lは、1) 35 歳以上の者については、1 日喫煙本数×喫煙年数が 200 以上であること、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) ニコチン依存症のスクリーニングテスト (TDS)^mでニコチン依存症と診断された者であること、です。

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ⁿ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。ニコチンパッチの OTC 薬は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。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、精神疾患など、医学的管理の必要性が高い合併症を有する喫煙患者に対しては、医療機関での治療につなげるように支援しましょう。

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。近隣の医療機関のリストを準備し、喫煙者に渡せるようにしておきましょう。

● 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>

^l 平成 30 年 2 月末現在。

^m Tobacco Dependence Screener の略。精神医学的な見地からニコチン依存症を診断することを目的として開発された指標で、ニコチン依存症治療の保険適用の対象患者を抽出するために用いられている。

ⁿ Over the counter の略で、一般用医薬品のこと。薬局・薬店・ドラッグストアで処方箋を必要とせず、市販されている医薬品。

4. 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）、B（Brief advice：短時間の禁煙アドバイス）、C（Cessation support）について解説します。

B（Brief advice：短時間の禁煙アドバイス）は、前述した短時間支援（ABR方式）と同様です。ここでは、A（Ask：喫煙状況の把握）と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。

A 喫煙状況の把握（Ask）

まず、標準的支援（ABC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。質問票を表2に示します。

● Q1：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。

● Q2,3：受動喫煙の曝露状況の把握

受動喫煙に関する曝露状況を調べるための質問項目です。職場や家庭におけるたばこの煙の曝露状況を把握します。前述の「2. 受動喫煙に関する情報提供」を参考に受診者全員に受動喫煙に関する情報提供を行いましょう。

● Q4,5,7,8：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の要件を満たしていることを確認します。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">① 35歳以上の者については、1日喫煙本数 × 喫煙年数が200以上であること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 ニコチン依存症のスクリーニングテスト（TDS）でニコチン依存症と診断された者であること |
|---|

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となります。ただし、35歳未満の喫煙者には、この条件は適用されません。

条件②は、Q7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。Q7の「直ちに(1ヵ月以内に)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、Q8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。

● Q4,6：ニコチン依存度の把握

1日の喫煙本数と朝目覚めてから最初の1本を吸うまでの時間は、唾液中のコチニン濃度や呼気中の一酸化炭素濃度との相関が強く[○]、これら2項目でニコチン依存度を簡易に判定することができます。また、これら2項目は、禁煙試行後の少なくとも1カ月間以上の禁煙継続率を予測する独立した要因[Ⓟ]であることが報告されています。1日喫煙本数が多いほど、また朝目覚めてから最初のたばこを吸う時間が短いほど、ニコチン依存度が高いと判定され[○]、禁煙外来への誘導を行う上で参考となります。ニコチン依存度が高いと判断する目安[○]として、1日喫煙本数が21本以上(特に31本以上)、朝目覚めてから最初の1本を吸うまでの時間が30分以内(特に5分以内)があげられます。

● Q9：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。

● Q10：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薬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。

[○] Heatherton TF, et al. Measuring the heaviness of smoking: using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. Br J Addict 1989; 84: 791-799.

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

表 2. 喫煙・受動喫煙に関する質問票

喫煙・受動喫煙に関する質問票

Q1. 現在、たばこ（加熱式たばこ、電子たばこを含む）を習慣的に吸っていますか？
 「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「これまでに合計100本以上、または6ヵ月以上吸っている者」であり、最近1ヵ月間も吸っている者
 吸う やめた（ 年 前 / 月 前） もともと吸わない

Q2. 職場において、この1ヵ月間に、自分以外の人が吸っていたたばこの煙を吸う機会がありましたか？
 ほぼ毎日 週に数回程度 週に1回程度 月に1回程度 全くなかった 行かなかった

Q3. 家庭において、この1ヵ月間に、自分以外の人が吸っていたたばこの煙を吸う機会がありましたか？
 ほぼ毎日 週に数回程度 週に1回程度 月に1回程度 全くなかった

以下の質問は、吸うと回答した人のみお答え下さい。

Q4. 1日に平均して何本たばこを吸いますか？ 1日（ ）本

Q5. 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

Q6. 朝、目が覚めてからどのくらいの時間で最初のたばこを吸いますか？
 5分以下 6～30分 31～60分 61分以上

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ヵ月以内に禁煙しようとは考えていない
 今後6ヵ月以内に禁煙しようと考えているが、直ちに(1ヵ月以内に)禁煙する考えはない
 直ちに(1ヵ月以内に)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うことがありましたか。		
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はありませんか。		
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。		
(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、不安や抑うつなどの症状が出現している状態。	合 計	

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 / 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 _____ 年 齢 () 記 入 日 _____ 年 月 日

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 ヶ月以内に）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。

(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保健指導実施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、保健指導実施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 ヶ月間にわたり計 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、禁煙に当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保健指導実施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、禁煙補助薬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 禁煙治療のための医療機関等の紹介

禁煙に関心がある喫煙者や、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。詳細は、「禁煙治療のための医療機関等の紹介(Refer)」の項目を参照してください。特に「喫煙・受動喫煙に関する質問票」の Q4 と Q6 の回答結果から、ニコチン依存度が高いと判定された喫煙者には、禁煙治療を勧めましょう。詳しくは「Q4,6：ニコチン依存度の把握」を参照してください。

(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ヵ月後、2ヵ月後、6ヵ月後の計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⁹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励みとなります。

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で、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治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、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と伝え、禁煙を続ける自

⁹ 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

信が高まるよう話し合いを行います。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。喫煙本数が多い人ほど体重が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、禁煙補助薬の使用と、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、中等度の強度の運動（速歩、ジョギング、水泳など）[‡]がお勧めです。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[§]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、禁煙に踏み出せなかった場合や再喫煙した場合の対応です。禁煙に踏み出せなかった場合には、その理由を聞き出し、話し合いましょう。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。

[†] 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.

[‡] 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.

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

AUDIT とは、WHO が作成した問題飲酒者のスクリーニングテストです。飲酒問題の早期発見・早期介入のため、アルコール関連問題の重症度の測定を行うツールで、過去 1 年間の飲酒に関する 10 の質問で構成されています。

AUDIT の結果に基づき、飲酒行動の問題の程度を評価し、結果に応じて 6 ページ以降に記載の減酒支援（ブリーフインターベンション）を行います。

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

「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2010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) 対象者の飲酒問題を改善する手法として、現在最も推奨されている介入技法です。短時間の簡易な介入である点が特徴です。

【作成】厚労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、本手引では敢えて「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、普通だで行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

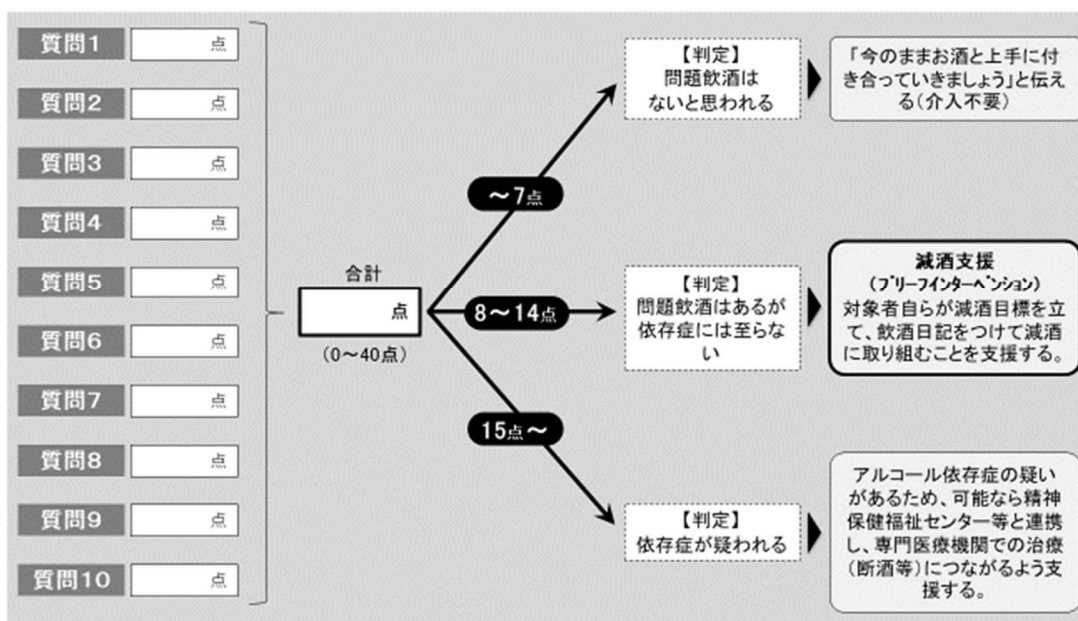
質問6 過去1年間に、深酒の後体調を整えるために、朝迎え酒をしなければならなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？

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) 質問に対する回答については、最も近い選択肢を選んでください。

(2) 「ドリンク」数の計算には次の式を用います。

$$\text{純アルコール量 (g)} = \text{飲んだ酒の量 (mL)} \times \text{酒の濃度 (度数/100)} \times 0.8$$

$$\text{ドリンク数} = \text{純アルコール量 (g)} \div 10$$

- ① 日本酒(15度)1合のドリンク数は、
 $180\text{mL}(1\text{合}) \times 0.15 \times 0.8 = 21.6\text{g}(\approx 2.2\text{ドリンク})$
 ② ビール(5度)350mLカンを2本の場合は、
 $350\text{mL} \times 2 \times 0.05 \times 0.8 = 28\text{g}(\approx 2.8\text{ドリンク})$
 日本酒+ビールの場合は、それぞれのドリンク数を求め、足してください。

(3) AUDITの結果が15点以上の場合、アルコール依存症も疑われます。

対象者の気づきを促しつつ、必要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。対象者を治療につなげることが困難な場合は、決して一人で背負いこまず、関係機関と情報を共有し、適切な連携の構築に努めてください。

(4) ここでは15点以上でアルコール依存症を疑うこととしていますが、AUDITの点数はあくまでも判断材料の一つであり、アルコール依存症の診断は医師が総合的に判断します。

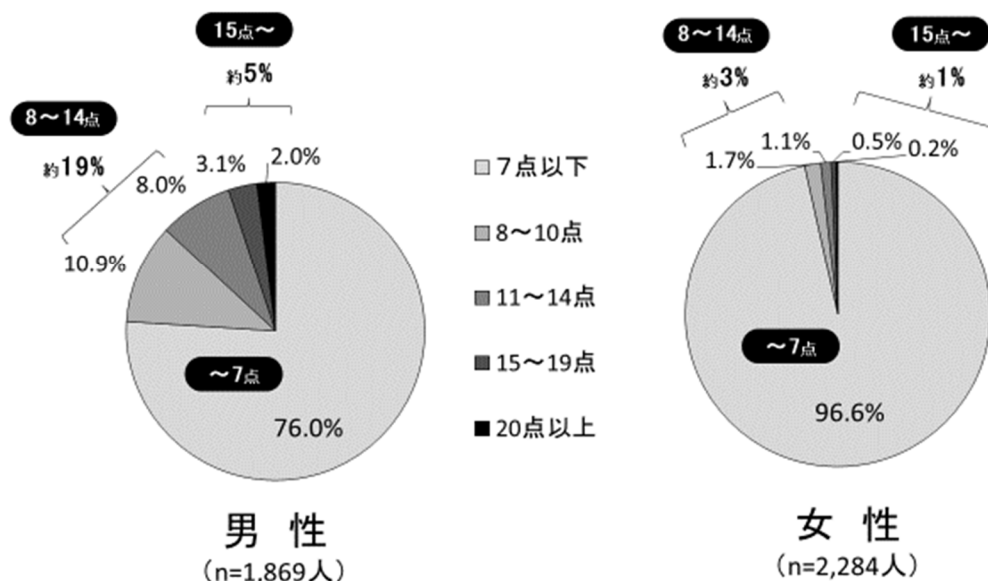
また、対象者が問題を隠して正直な申告をしなければ、AUDITのスコアは低くなります。点数に関わらず深刻な問題があれば、専門医療機関で相談することを勧めてください。

例えば、

- ・酩酊時の暴言・暴力や迷惑行為がある場合
- ・肝臓障害、膵炎、低栄養状態、うつ病など、飲酒と関連する深刻な併存疾患がある場合
- ・飲酒が原因の深刻な家庭問題や社会的な問題(暴力・暴言、養育拒否、虐待等)がある場合 等

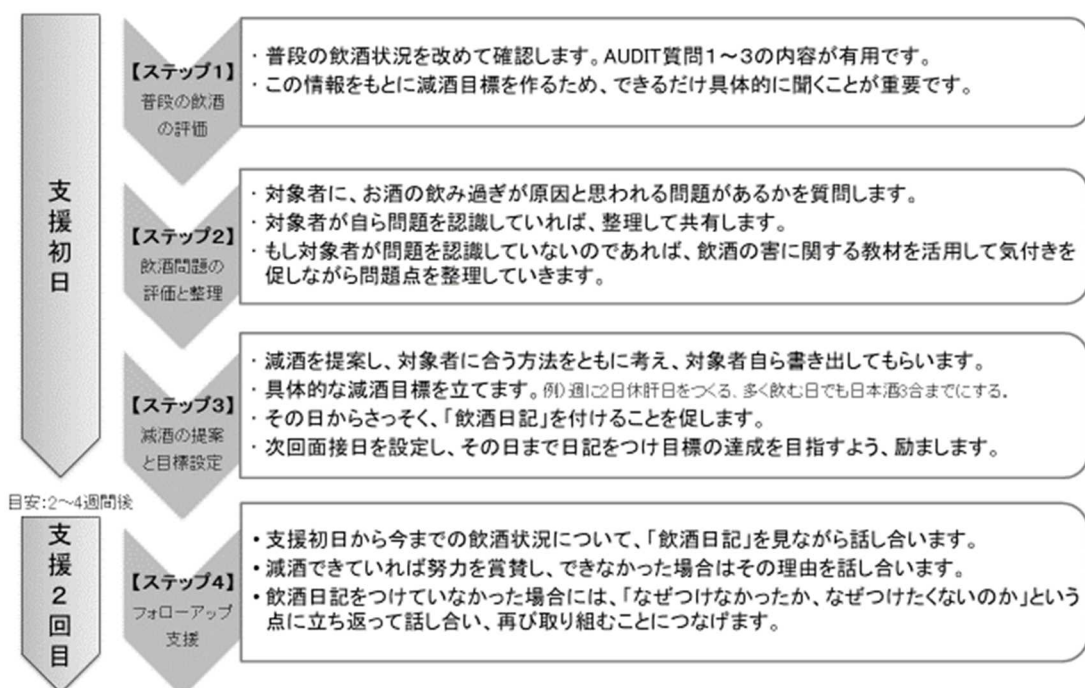
(5) AUDITは全10問からなりますが、第1～3問目までの短縮版は「AUDIT-C」と呼ばれ、この3問だけでも飲酒に問題がある群とない群を鑑別することができ、カットオフポイントは、男性:4点、女性:3点とされています。一方で、飲酒に問題がある群を多量飲酒群と依存症疑い群に分けるためには、AUDIT全10問が必要となります。最初の3問でカットオフポイント以上の場合のみ、残りの7問を施行するという使い方ができます。

【参考】一般住民におけるAUDITの点数別分布



出典:厚生労働科学研究 WHO世界戦略を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合的研究(研究代表者 樋口進(2013年))

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ください。また、基本は2回ですが、可能であれば、必要に応じてその後の継続的な介入をご検討ください。
- フォローアップ時に飲酒量が減っていないくとも、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、効果はあまり期待できません。この点も踏まえ、支援を開始して4～6週間たっても効果がみられず、アルコール依存症が疑われる場合(飲酒のコントロールができない、社会的な問題がある等)は、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ことをご検討ください。また、医学的な緊急性がある場合は、速やかな受診につなげてください。

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。

<久里浜医療センターウェブサイト、トップページ> ツール・教材・動画 >

URL: ●●●

飲酒日記

飲酒日記の付け方

1. お酒を飲んだ日は、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。次に、「飲んだ状況」も記入します。
2. 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。
3. 「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。

私の今週の飲酒目標は、 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()			

私の今週の飲酒目標は、 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()			

- まずはご自身のお酒の記録をつけてみましょう！
- 飲み過ぎたときこそ正直に記録してください。「なぜうまくいかなかったか？」を振り返ることが成功への近道です。正直に記入して怒られることは決してありません！
- 保健指導が終わった後も、このような記録を継続してみてください。きっとお役にたちます！

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、普通だで行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) 1杯	0.4

別添3

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

●危険因子ごとの生活習慣改善の要点

1. 血圧

血圧を低下させるための生活習慣改善方法は、減塩、身体活動の増加、過量飲酒の改善、野菜・果物によるカリウム摂取、適正体重の維持、禁煙であり、これらの生活習慣改善と降圧の関連には、多くのエビデンスがある¹⁾。

食塩の過剰摂取と血圧上昇の関連は、INTERSALT 等の観察研究により指摘されており²⁾、わが国のコホート研究でも、食塩過剰摂取者（男性 9.0 g/日、女性 7.5 g/日以上）は適量摂取者と比較し、高血圧の発症リスクが高いことや³⁾、BMI 25未満の者で、塩分摂取量を反映する尿中塩分濃度が高いほど、観察期間中の血圧上昇が大きいことが示されている⁴⁾。わが国の成人では、平均食塩摂取量が男性 10.9 g/日、女性 9.3 g/日であり、高血圧の人を対象とした高血圧治療ガイドライン2019の目標値（6 g/日未満）を大きく上回っている。非肥満で血圧が高い者でも、6 g/日未満を達成できている者は少ないと考えられる⁵⁾。

有酸素運動の降圧効果は確立されている。血圧を改善するためには、速歩等の有酸素運動を、自覚的に「ややきつい」程度の強度で、可能であれば少なくとも10分以上継続し、合計30分以上毎日行うことを目標とする¹⁾。また生活活動と高血圧発症との関連も報告されており⁶⁾⁷⁾、意識的な運動だけでなく日常の生活活動を増加させることも有効である⁸⁾。

大量の飲酒は、高血圧に加え、脳卒中や心不全、肝臓病、がん等の原因にもなる¹⁾。1回の飲酒により血圧が数時間低下するが、長期に飲酒を繰り返すとかえって血圧は上昇する¹⁾ため、血圧を改善するには過量飲酒を改める必要がある。

日本酒換算で男性 1 合、女性 0.5 合を超えるアルコールを摂取し、かつ血圧が高い者には、節酒が推奨される。

そのほか、カリウムは食塩過剰摂取の血圧上昇作用に対する拮抗作用が顕著で、減塩と並行してカリウム摂取を促すのが効果的である。カリウムや食物繊維

をとるために、野菜や果物の摂取を促す。ただし要医療レベルの腎機能障害がある場合は、カリウム摂取を促さず、まず医療機関の受診を勧奨する必要がある。

特定保健指導の対象とならない非肥満者においても、過去に明らかな体重増加がある場合や、エネルギーや糖質の摂取が明らかに多い場合は、総エネルギー摂取量や糖質摂取量を減らすことが減量につながり、降圧効果も期待できる。

このため、対象者の体重推移等を過去の健診データや保健指導記録で確認、あるいは聴取した上で、炭水化物が総エネルギー摂取量の50%~65%となるように、摂取するエネルギーや糖質を減らすよう指導する。

喫煙は脳心血管疾患の発症リスクを増大することから、禁煙をすることが重要である。ただし、禁煙後の血圧管理においては、体重増加をきたさないように注意しなければいけない。

2. 血糖

特定保健指導の対象とならない非肥満者においても、危険因子がなかった頃の体重を、適正体重と考え維持することが望ましいという観点から、適正体重に近づけることを目標に、摂取エネルギーを調整する。また食物繊維の摂取を増やし、望ましい食行動を促すと共に、身体活動量を現状より増やし⁹⁾、喫煙者は禁煙することが重要である¹⁰⁾。

必要なエネルギー摂取量は、年齢を考慮に入れた目標体重(65歳未満：(身長(m))²×22、65歳以上：(身長(m))²×22~25、75歳以上は現体重に基づきフレイル、ADL低下、合併症、体組成、身長短縮、摂取状況、代謝状況の評価を踏まえて判断する)に身体活動量(kcal/kg標準体重)を乗じ算出する⁹⁾。自分に必要なエネルギー量を知り、食事のエネルギー量(カロリー)に関心をもってもらうことがまず重要である。近年、食料品店や外食産業等でも、食品のエネルギー表示を行うところが増えているが、食事を選ぶ際にエネルギー表示を見ることが、自らの健康に関心を持つきっかけになり、生活習慣改善の第一歩となりうる。

総エネルギー摂取量の内訳は、炭水化物50%~60%程度、たんぱく質20%以下、残りを脂質とすることが推奨されている⁹⁾。とくに炭水化物ではショ糖を含んだ甘味やジュースの摂取は、糖尿病とメタボリックシンドロームのリスクを増加させるため¹¹⁾、避ける必要がある。果糖は果物を摂取することを前

提に、1日1単位（80kcal）程度の摂取は促してよい⁹⁾。たんぱく質は、動物性のみに偏らないようにすると共に、植物性たんぱくも含めて総エネルギーの20%以下とする⁹⁾。脂質では飽和脂肪酸の摂取が増加すると、糖尿病の発症リスクが上昇するため、7%以下におさえる⁹⁾。飽和脂肪酸が多く含まれる油脂は、バターやラード、コーヒー用クリーム、パームヤシ油、カカオ油脂である。飽和脂肪酸を多く含む油脂は融点が高いことが多く、冷蔵庫内で固まる。このことは日常生活の中で、飽和脂肪酸を多く含む油脂を見分ける上での一助となる¹²⁾。また食物繊維は、その摂取を増やすと血糖値の低下が期待できるため、20g/日以上を目標とする⁹⁾。

飲酒については、BMI22kg/m²以下の非肥満者では、糖尿病予防のためには飲酒しないことが望ましく、飲酒する場合でも飲酒量は日本酒換算で1日1合（週7合）を超えるべきではないことが研究より示唆されている。

食行動では、野菜や根菜類を先に食べる、よく噛んで食べる、遅い時間の夕食や就寝前の夜食を避ける、朝食を抜かない等の点が推奨される。

有酸素運動は、血糖値やインスリン抵抗性の改善に有用である。筋力トレーニングも、有酸素運動と共に血糖改善に有効であり、この二つを併用するとさらに効果が高いとされているが、効果を得るのに最低限必要な強度と量がまだ明らかではない。従って、運動療法として一般に勧められるのは、少なくとも3～5回/週、中等度の強度（自覚的には「ややきつい」程度）の有酸素運動を20～60分間（必ずしも継続した時間で行う必要はない）行うことである。運動はいつ行ってもよいが食後1～2時間で行うと食後高血糖を抑える効果がある⁹⁾。ただしインスリン注射や経口血糖降下薬を使用している糖尿病、冠動脈疾患等がある者へ保健指導を実施する場合には、必ずかかりつけ医と運動を行う時間や時間帯、種類、量について相談してから運動療法を開始する。準備運動は、運動による傷害や心血管事故等の発生を予防する効果があり、運動終了前の整理運動と共に各5分間行う⁸⁾。また意識的な運動でない日常生活における身体活動量の増加も血糖値の改善には有効である。

また、わが国のコホート研究で、喫煙が糖尿病の発症リスクを上昇させることが報告されている¹⁰⁾。特定保健指導の対象とならない非肥満者でも高血糖がある場合、禁煙は重要である。

3. 脂質異常症

脂質異常症は、高中性脂肪血症、低 HDL コレステロール血症、高 LDL コレステロール血症の3つに区分される。特に高 LDL コレステロール血症、高中性脂肪血症と低 HDL コレステロール血症は異常を来す原因が異なるため、指導の際には、どちらが問題となっているのかを把握して、指導を行うことが重要である。

(1) 高中性脂肪血症および低 HDL コレステロール血症

高中性脂肪血症及び低 HDL コレステロール血症は、一般に肥満度が高いほど有所見率が高く、体重減少や運動により改善が期待できるが、非肥満者においても飲酒量や糖質摂取量の減少、禁煙、運動等で改善が期待できる。特に低 HDL コレステロール血症は単独では薬物治療の対象とはならず有効な薬剤もないため、特に生活習慣の改善が有効である。

高中性脂肪血症は過量飲酒との関連が強く、中性脂肪値が非常に高値の場合には過量飲酒が背景にある場合がある¹³⁾。空腹時の中性脂肪は、総エネルギー摂取が多いほど高い¹³⁾。またショ糖等の単純糖質の摂取により中性脂肪値が上昇し、単純糖質の制限により改善が期待される¹⁴⁾。またn-3系多価不飽和脂肪酸が多い魚類、特に青魚を摂ることでも血清中性脂肪は低下する¹⁵⁾。喫煙は中性脂肪の上昇を引き起こすことが明らかにされている¹⁶⁾。そのメカニズムとしては、喫煙による脂肪組織のリポ蛋白分解酵素の低下等が考えられている¹⁷⁾。

低 HDL コレステロール血症については、喫煙者で HDL コレステロール値が低く、禁煙者では非喫煙者と同等であることから、禁煙により改善が期待される¹⁸⁾。また運動習慣がある者ほど中性脂肪は低く、HDL コレステロールが高いことが報告されており¹⁹⁾、中性脂肪の低下や HDL コレステロールの上昇には運動が効果的である。なお一般的に中性脂肪が上昇すると HDL コレステロールは低くなる傾向があり、中性脂肪を下げる保健指導は HDL コレステロールの増加につながる。しかし飲酒量が多いほど HDL コレステロール値は高くなる現象もよく見られるため²⁰⁾、相互の関連は複雑で個人差が見られる。なお HDL コレステロールを増やす目的で飲酒を勧めることは推奨されないので、基本的に中性脂肪が高ければ節酒を指導することになる。

なお中性脂肪の値は、空腹時と非空腹時で異なり、動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版（日本動脈硬化学会）の基準値は、空腹時150mg/dL以上、非空腹時175mg/dL以上であるが、いずれが高い場合でも動脈硬化性疾患の発症リスクが高い²⁰⁾。

(2)高LDL コレステロール血症

動脈硬化は必ずコレステロールを核として形成され、LDL コレステロールを低下させて冠動脈疾患等の動脈硬化性疾患を減少させるという治療法については、多くの臨床試験による根拠があり、中性脂肪の低下やHDL コレステロールの上昇と比べて、はるかに確立したエビデンスを有している。特にスタチン系の薬剤はLDL コレステロール低下治療の中核を担っている。²⁰⁾

血液中のコレステロールの由来の大部分は、肝臓で合成されるコレステロールであり、食品由来のものは5分の1程度である。血清コレステロール値の制御には、飽和脂肪酸や多価不飽和脂肪酸が総合的に作用しており、飽和脂肪酸の摂取量が多いとコレステロール合成は最も促進され、多価不飽和脂肪酸が多いとむしろ抑制される¹²⁾。また食材中のコレステロールも血中コレステロールを上昇させるが、その作用は飽和脂肪酸より弱い。

従って、LDL コレステロール値を下げる第一の方法は、飽和脂肪酸の摂取を減らすことである。多価不飽和脂肪酸の摂取を減らさずに、飽和脂肪酸の摂取を減らすと効果大きい。飽和脂肪酸を多く含む食品は、獣肉の脂身や乳製品のほか、パームヤシやカカオの油脂等であり、インスタントラーメン等の加工食品にも多く用いられる。飽和脂肪酸の多い油脂と多価不飽和脂肪酸の多い油脂では、融点が異なるので、冷蔵庫に入った状態の油脂が固体かどうかで区別ができる¹²⁾。冷蔵庫では固体になっているのが飽和脂肪酸の多い油脂であり、冷蔵庫に入れても液体の状態を保つサラダ油や魚油等は、多価不飽和脂肪酸を多く含む油脂の代表である。飽和脂肪酸と多価不飽和脂肪酸の摂取量は、食品の選択や調理の工夫により変化する¹²⁾。たとえば鶏もも肉の皮を外すだけで、飽和脂肪酸の摂取量を1.7g減らせる。従って保健指導の際には、食品中の多価不飽和脂肪酸と飽和脂肪酸に着目し指導するとよい。多価不飽和脂肪酸と飽和脂肪酸の比（PS比）を1:1くらいに保つと、飽和脂肪酸の血清コレステロール値を上げ

る作用はあまり大きくなり、多価不飽和脂肪酸が少ない場合は、飽和脂肪酸の摂取量を減らし、PS 比を1に近づけることが目標となる。

LDL コレステロール値を下げる第二の方法は、食品中のコレステロール量を減らすことである。しかし食品中のコレステロール量は、血中LDLコレステロール値に対する寄与が相対的に小さく、またコレステロールの吸収量に個人差があるため、摂取を厳密にコントロールしても大幅な改善を期待することは難しいこともある。従って、PS 比を適切に保つ指導がより有効である。

喫煙は LDL コレステロールを増加させるほか¹⁸⁾、酸化ストレスにより血清脂質の変性と浸潤が起こることが知られている。そのため、特定保健指導の対象とならない非肥満者でも、喫煙者の禁煙は重要である。

なお家族性高コレステロール血症は、LDL コレステロールの著しい高値、結節性黄色腫（アキレス腱肥厚など）、早発性冠動脈疾患の家族歴（親や兄弟姉妹で男性55歳未満、女性65歳未満での発症）などを特徴とする遺伝性疾患であり、その重症度は基本的に肥満の有無とは関係しない。また一般集団の200～300人に1人くらいの頻度で存在する日本人で最も頻度の高い遺伝性疾患である。すなわち数百人規模の事業所等であれば必ず患者が存在している可能性があり、特定健診・特定保健指導に従事する専門職は知っておくべき疾患である。若いうちから冠動脈疾患の発症リスクが非常に高いため、早めに LDL コレステロールを下げる治療が必要である。²⁰⁾

【参考文献】

- 1) 日本高血圧学会.高血圧治療ガイドライン 2019.
- 2) BMJ 1988;297:319-328.
- 3) J Am Heart Assoc 2015;4:e001959.
- 4) BMC Cardiovasc Disord 2016;16:55.
- 5) 厚生労働省. 平成 27 年 国民健康・栄養調査.
- 6) Ann Intern Med 1999;131:21-26.
- 7) Arch Intern Med 2005;165:214-220.
- 8) 健康づくりのための身体活動基準 2013.
- 9) 日本糖尿病学会.糖尿病診療ガイドライン 2019.
- 10) Diabetes Care 2008 ;31:732-734.
- 11) Diabetes Care 2010;33:2477-2483.
- 12) 岡山明 奥田奈加子 共編. 健康教育マニュアル. 2019 年. 日本家族計画協会.
- 13) Physiol. Res 2015;64:S331-S340.
- 14) Am J Clin Nutr 2003;78:873S-880S.
- 15) Int J Cardiol 2009;136:4-16.

- 16) Br Med J. 1989; 298: 784-788.
- 17) How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General, 2010.
- 18) Am Heart J 2004;147:529-535.
- 19) J Atheroscler Thromb 2000;7:177-197.
- 20) Metabolism 1965;14:776-787. 20) 日本動脈硬化学会. 動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版.

●生活習慣ごとの改善の要点

1. 減塩

- 高血圧のある者では食塩相当量で 1 日 6g 未満、全ての成人において男性で 1 日 8g 未満、女性で 1 日 7g 未満を目標として減塩の指導を行う。
- 目標設定あるいは食生活改善の動機付けのために食塩摂取量の評価を行う。食塩摂取量の評価は食事調査や、可能な場合は尿中ナトリウム測定によって行う（詳細は「特定保健指導の対象とならない非肥満の心血管疾患危険因子保有者に対する生活習慣改善指導ガイドライン」参照）。
- 主な食塩摂取源や問題のある食塩摂取行動を見いだした上で、行動面での目標を対象者と共に設定する。
- ナトリウム（食塩相当量）を多く含む食品やメニューに関する基礎知識を持ってもらう。またナトリウムの多い食品や外食メニューを見分けるために、食品表示（栄養表示）における食塩相当量や外食メニューの食塩量をチェックし、ナトリウムの多い食品を避けるよう指導する。低ナトリウムの食品を選んだ場合でも、過量摂取にならないよう指導する。
- 食塩摂取の行動面での目標達成状況を対象者に継続的に記録してもらい、保健指導実施者はこれを観察して行動変容を促す。また、適宜、食塩摂取量の評価を行い、行動変容の動機付けに活用する。

2. 野菜・果物（カリウム・食物繊維）、カルシウム

- 高血圧（正常高値を含む）の保健指導の第一選択は減塩であるが、並行してカリウム（野菜・果物・大豆製品）の摂取を勧める。減塩が困難な対象者にはカリウム摂取が特に勧められる。
- カルシウムにも血圧を下げる効果があり推奨される。特にカルシウムの吸収率の良い牛乳、乳製品からの摂取が勧められる。
- 脂質異常者や高血糖者への保健指導としては、食物繊維（野菜・果物・キノコ類・海藻・根菜類）の摂取が勧められる。
- これらの栄養指導は非肥満者だけでなく、肥満者にも減量と並行して勧める。
- ただし、腎機能異常ではカリウム摂取の制限が必要な場合があるため、主治医への相談（主治医がいない場合は受診勧奨）を勧める。

3. 総エネルギー減・糖質減・適正体重の維持（減量）

- 非肥満者でも肥満者と同様に内臓脂肪蓄積に起因する生活習慣病を併せた集団が存在し、それらの患者は心血管疾患の発症リスクが高い。
- 非肥満者でも体重増加が明らかな集団では、エネルギー制限、減量が生活習慣病の改善に有効である。
- 内臓脂肪蓄積の少ない非肥満者においては、高血圧、脂質異常症など個別の心血管疾患危険因子の管理を行う。
- 生活習慣病の発症と低栄養の予防（特に高齢者）を主目的として、BMIの目標下限を18歳から49歳までは、 $18.5\text{kg}/\text{m}^2$ 、50歳から69歳までは、 $20.0\text{kg}/\text{m}^2$ 、70歳以上は $21.5\text{kg}/\text{m}^2$ に設定し、減量目標は減量前後の心血管疾患危険因子の変化（改善）を確認した上で個別に設定する。
- 非肥満者の炭水化物の摂取量は総エネルギー摂取量の50%-65%を推奨する。
- ショ糖を添加したジュース類の摂取は糖尿病や高血圧、メタボリックシンドロームの発症リスクを高めるため、非肥満者においても摂取を控える。

4. 脂質

- わが国では全穀類の消費量が減少し、牛乳や乳製品、肉類の消費量が増加する、食の欧米化が認められる。伝統的な日本食は脂肪酸のバランスがよく、心血管疾患の予防のためには塩分を減らした日本食が望ましい。
- 具体的には、飽和脂肪と多価不飽和脂肪の比が高い肉の脂身や高脂肪乳製品を避け、n-3系多価不飽和脂肪酸を含む魚類の摂取を増やす。
- 血中LDLコレステロール値は摂取する食品中コレステロール量と関連するが、飽和脂肪酸や多価不飽和脂肪酸の摂取量ほど寄与は大きくない。

5. 過量飲酒の改善

（血圧が高い者に対する節酒指導）

- 肥満度にかかわらず、1日のエタノール摂取量が、日本酒換算して男性で1合、女性で0.5合を超えていてかつ血圧が高い者には節酒が推奨される。
- 血圧が高い者に対する節酒の達成度はエタノール量で評価する。エタノールの昇圧作用は量が同じならどのアルコール飲料からとっていても大きな差

はなく、対象者がお酒に強い体質（飲酒で顔面紅潮しないタイプ）であっても弱い体質であっても差はない。

- 血圧が高い者に対する節酒指導は、通常の危険な飲酒に対する保健指導である AUDIT に基づくブリーフインターベンションに準じて実施すべきである。（その他のハイリスク者に対する節酒指導）
- 高中性脂肪血症、 γ -GTP 高値、高尿酸血症も、節酒が推奨されるべき病態である。

6. 禁煙

- わが国の観察研究では、肥満の有無に関わらず喫煙は心血管疾患の危険因子である。健診や保健指導の場での、「保健指導のための禁煙支援簡易マニュアル」に従い、禁煙への動機が高まる情報提供や禁煙支援の実施が重要である。
- 肥満の有無にかかわらず、高血圧や糖尿病がある場合、喫煙者ではとくに心血管疾患のリスクが高くなるため、禁煙支援は重要である。また、喫煙単独の健康影響が大きいことから、高血圧や糖尿病のリスクを有していない喫煙者についても禁煙は重要である。
- 喫煙は糖尿病の危険因子であり、喫煙者では低 HDL コレステロール血症、高 LDL コレステロール血症、高中性脂肪血症がみられ、禁煙により HDL コレステロールは増加する。とくに非肥満者で血糖異常または脂質代謝異常がある喫煙者では、代謝異常改善のためにも、禁煙は有効な介入手段となりうる。
- 禁煙後に体重が増加する主な理由は、ニコチン離脱症状として中枢性の食欲亢進が起きるためである。禁煙開始 4 週間前後のニコチン離脱症状が治まる頃から、日常生活で身体活動量をあげ、食生活を見直すなど、禁煙以外の生活習慣改善も行い肥満の予防に努める。禁煙補助薬を使用すると服薬中の体重増加を遅らせるほか、離脱症状が緩和されるため、早期から運動や食事の改善に取り組みやすくなる。

7. 身体活動の増加・適正体重の維持（減量）

- 身体活動量の増加は非肥満者においても生活習慣病の予防・改善に役立つ。
- わが国では「健康づくりのための身体活動基準 2013」が策定されており、

非肥満者においてもこれに則って身体活動量の増加を働きかけることが望ましい。

- 日常生活においては「歩行又はそれと同等以上の強度の身体活動を毎日60分行う」ことを勧める。
- 運動としては「息が弾み汗をかく程度の運動を毎週60分行う」ことを勧める。
- 現在の身体活動量が少ない者には、まず現在の身体活動量を少しでも増やす（例：今より毎日10分ずつ長く歩く）という現実的な指導から開始する。

8. 食行動の改善

- 肥満や糖尿病、循環器疾患リスクの予防と関係のある食行動は、①よく噛んで食事を楽しむこと、②野菜・海藻類を先に食べること、③朝食を食べること、④ストレス解消するためのやけ食いや無茶食いを避けること⑤間食を控え、夜食を摂らないこと、の5つである。
- 食行動を評価する尺度には、坂田式食行動尺度や日本語版 Dutch Eating Behavior Questionnaire など様々なものがあり、目的に応じ使用する。
- 保健指導にあたっては、対象者本人が自分自身の食行動を振り返り、生活習慣・食行動・ストレス対処などと検査結果の関係性を理解したうえで、実施可能かつリスク低減につながる食行動を目標に設定する必要がある。
- 食行動の改善は行動療法や認知行動療法などを活用し、実践可能な、かつ具体的な目標を設定し、成果が目に見えるような工夫を行いながら進めていく。

なお、本指導ガイドライン（短縮版）の詳細は、「厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究「非肥満者に対する保健指導方法の開発に関する研究 平成27年度 代表研究者 宮本恵宏」「特定保健指導の対象とならない非肥満の心血管疾患危険因子保有者に対する生活習慣改善指導ガイドライン」を参照されたい。

別添4

宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラム

1. 背景

- わが国では健康寿命延伸のため、特定保健指導などにより生活習慣病の予防に取り組んでいるが、さらに効果的かつ実現可能性の高い保健指導プログラムの実施により、多くの国民が生活習慣病予防に取り組むことが必要である。
- 「日本再興戦略」改訂2014～未来への挑戦～のアクションプランの一つである戦略市場創造プランにおける、ヘルスケア産業を担う民間事業者等が創意工夫を発揮できる市場環境の整備として、「糖尿病が疑われる者等を対象として、ホテル、旅館などの宿泊施設や地元観光資源等を活用して行う宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラムを開発し、その普及促進を図る」とされた。本プログラムは厚生労働科学研究および国立研究開発法人日本医療研究開発機構委託研究「生活習慣病予防のための宿泊を伴う効果的な保健指導プログラムの開発に関する研究」により作成し、試行事業を経たうえで開発されたものである。

2. 宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラムのねらい

- 宿泊を伴う保健指導を行うことにより、従来の保健指導よりもさらに効果的な保健指導を目指す。
- 旅の持つ楽しさ・快適さの中で、体験学習を通じて糖尿病等の生活習慣病について本人の理解を深め、具体的かつ実現可能な行動計画を立てる。
- 特に、これまでの保健指導で効果が出にくかった者や、健康への関心が低い者に対して提供する重点的な保健指導プログラムの新たな選択肢とする。
- 地域の社会資源（人材、施設、環境）を活用した多機関・多職種連携により、健康分野に限らず、地元産業や観光分野への波及効果を期待できる。

3. 宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラムとは

（1）対象

特定保健指導対象者及び糖尿病予備群の者等を対象とする。

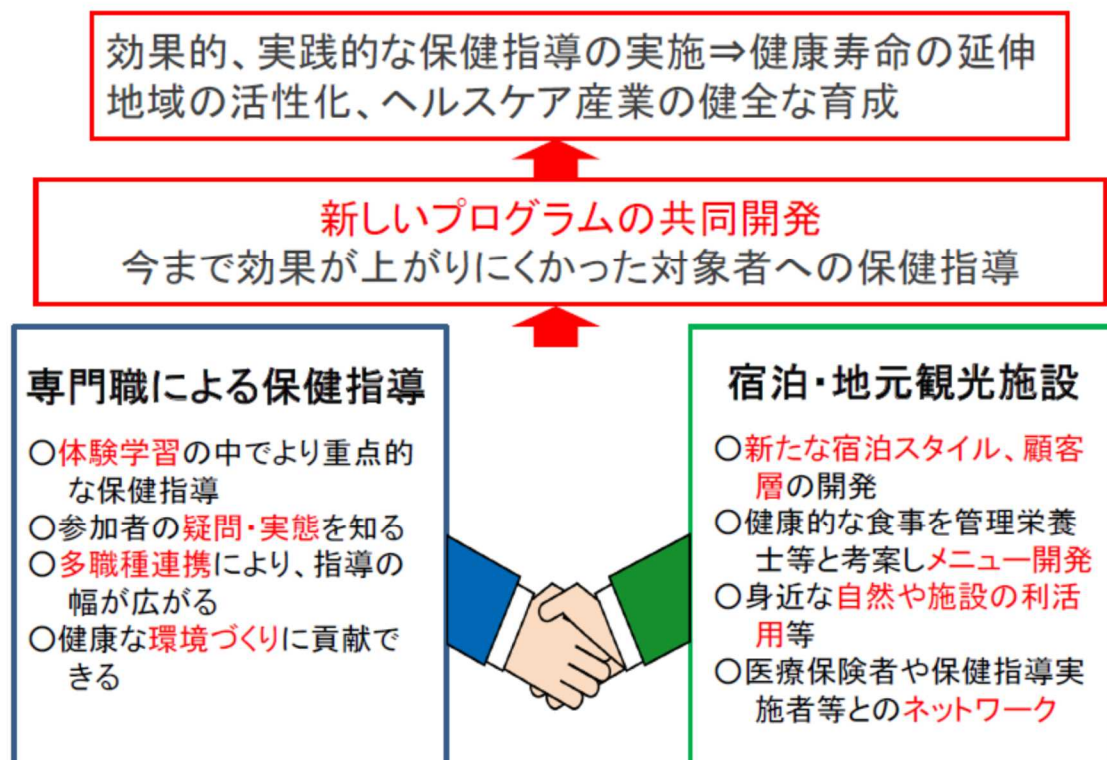
＜推奨する対象者例＞

- ①健診結果から選定された糖尿病予備群（非肥満者※を含む）

※非肥満者：特定保健指導階層化基準非該当者

- ②特定保健指導を実施したが、十分な効果が出なかった者
- ③生活習慣病治療中の者

(2) 多機関・多職種連携



- 宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラムは、糖尿病が疑われる者等を対象として、ホテル、旅館などの宿泊施設や地元観光資源等を活用して、医師、保健師、管理栄養士、健康運動指導士等の多職種が連携して提供する新たな保健指導プログラムである。
- 十分な保健指導実績を持つ複数の専門職種が宿泊地にて、特定保健指導対象者及び糖尿病予備群等に対して保健指導を行う。
- プログラムの実施を通して、保健指導実施者と宿泊施設等の連携が深まることにより、従来の枠組みを越えた多様な地域連携の強化と資源発掘、人材育成等を通して、健康な地域づくり推進に貢献することができる。
- 初期開発に要する準備時間や投資費用については、事業が継続され定常的に実施する体制が整うことで準備時間等を減らし、コストダウンすることが可能である。

(3) 体験を通じたグループ学習・個別対応の充実

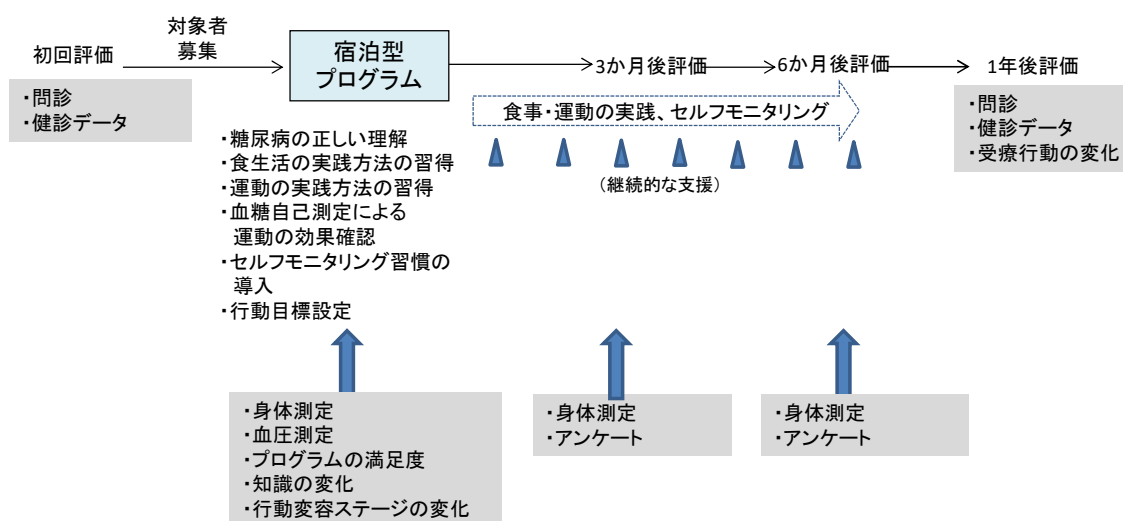
<宿泊時のプログラム例>

1日目		2日目		3日目	
現地着	集合：駅	起床	体重・当日体調確認 食前：自己血糖測定	起床	体重・当日体調確認
昼	昼食	朝	朝食 ご飯の計量体験	朝	朝食 ご飯の計量体験
午後	ブレインストーミング グループワーク 個別面談	午前	<運動講義> 食後：自己血糖測定	午前	<運動実技>
	<運動実技>		<運動実技> ウォーキング実習		更衣、チェックアウト
	ティータイム		運動後：自己血糖測定		3日間の振り返り 行動目標の見直し 継続支援スケジュール確認
	<健診結果の見方>		着替え・移動		
	<食事講義>自分の適量を知る		午後		
<目標設定>	2日目の振り返り				
チェックイン	夜	夕食	現地発	解散	
夜	夕食<食事指導>				
	星空・夜景ツアー				

- 座学だけではなく、グループ学習や体験学習を盛り込むことで効果を高める。
- 食事や運動の体験学習によって、普段の食生活との違いに気づき、日常生活における身体活動の維持について知識を習得するとともに、宿泊時の体験を通して動機付けし、具体的かつ実現可能な行動計画を立てる。
- グループ学習の一方で、個別面談時間を確保することにより、理解度・行動変容ステージ・生活背景に合わせた個別支援を行う。
- 治療の必要性が高いと考えられる人には、治療のイメージや想定される効果などの説明をおこない、確実な受療行動につなげる。

4. 宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラムの具体的な進め方（※「進捗管理シート」参照）

(1) プログラム全体の流れ



(2) 体制づくり

1) 実施主体

実施主体は、医療保険者、民間団体（※）又は自治体（以下、医療保険者等という）とする。

なお、実施主体が直接保健指導を行わない場合は、保健指導機関等と連携し、共同で実施する体制を整えることが必要である。

実施主体が宿泊施設を保有しない場合には、本事業の趣旨を理解した宿泊施設、観光事業者等と連携して実施する体制を整えることが必要である。

※民間団体は、法人格を有する団体及び民間企業とする。

2) 役割の明確化（※表「役割分担表」参照）

①運営責任者：事業全体の進行管理、事業全体の分析・評価を行う事業運営面での責任者であり、プログラム管理者からプログラムに関する報告・連絡・相談を受ける立場にある。

②プログラム管理者：プログラムの評価、必要に応じたプログラムの修正、トラブル等の対応が可能で、保健指導実施者の統括者として十分な経験を有する者（医師、保健師、管理栄養士等）である。運営責任者とプログラム管理者は同一者でないこと、プログラム管理者と保健指導実施者は同一者でないことが望ましい。特定保健指導におけるマネジメント経験者が望ましい。

③保健指導実施者：医師、保健師、管理栄養士等の多職種が複数連携して保健指導を行う。

(3) 対象者選定、募集方法の決定

- 医療保険者の健康課題を踏まえ、本プログラムの対象者選定基準を決定する。その際、医師等の専門家の助言を得ることが望ましい。
- 医療保険者は特定保健指導やデータヘルス計画における保健事業の選択肢として本プログラムを活用することが可能である。
- 観光協会や旅行会社等の観光分野から対象者募集の協力を得ることで、参加意欲を引き出すことにつながり得る。
- 対象者の特性やニーズに応じて募集方法（チラシ、HP、電話等による参加勧奨）を検討し、参加しやすい体制を整える。
- 配偶者等対象者の家族のプログラム参加は、対象者への理解と実際の生活におけるサポートにおいても有用であるため、検討することが望ましい。

(4) プログラムの企画

<1泊2日の例>

	1日目	2日目
午前	健康チェック等 問診確認 体重測定等	健康チェック等 体組成・血圧・血糖測定
	講義 オリエンテーション 健診結果の見方 講話 「糖尿病について」	食事 ごはん計量・朝食 運動講話 講話 「血糖値と運動」 運動実技 国会議事堂見学
	食事講話 食事体験 グループワーク	昼食 講話 「血糖値と食事のお話」 個別栄養相談
午後	講義 グループワーク	昼食 グループワーク 目標設定
	アクティビティ	行動目標立案と発表 継続支援について 修了式
夜	夕食 食事講話	ビール記念館訪問 適正飲酒プチ講話 ヘルシー献立 講話 「バランスの良い食事」

<2泊3日の例>

	1日目	2日目	3日目
午前	オリエンテーション	健康チェック等 セルフモニタリング	健康チェック等 セルフモニタリング
	健康チェック等 健康チェック 体重測定、数値測定 自己紹介・アイスブレイク	運動 朝日を浴びて早朝ウォーキング 血液検査	運動 朝日を浴びて早朝ウォーキング 朝食
	アクティビティ 武家屋敷通りの散策	食事 朝食 気候性地形療法を活用したクア ルト健康ウォーキング ・晴後らないで楽しく運動効果を 高める ・ウォーキング前後で唾液検査 で ストレスチェック	食事 個別相談 アクティビティ オーロラ、ワインブドウ収穫体験 ワインラベル製作体験
	食事講座 食事体験	寺子屋講座(武家屋敷) ・600kcalバランス弁当 ・体と心が喜ぶ食生活	昼食 600kcalクアオルト膳 食事 こんにゃく焼石料理
午後	運動実習 グループワーク 目標設定	旅館の中で運動実習	グループワーク 目標設定 修了式
	グループワーク 目標設定 温泉入浴 フリータイム	行動計画の立案 アクティビティ	フリータイムで自由選択 ・高原でのリラクゼーション ・木工教室 ・温泉観光
夜	夕食 600kcalクアオルト膳 ・料理長解説 ・管理栄養士アドバイス	夕食 旬産旬漬、山形の食を満喫 食事指導	
	運動 健康チェック等	リラクゼーション ヨガ セルフモニタリング	アクティビティ 花笠踊り交流会 セルフモニタリング

1) オリエンテーション

本プログラムの目的、達成目標を確認する。

2) 生活習慣病、特に糖尿病の発症・重症化予防に向けた生活習慣改善の重要性についての講話、検査値の見方

糖尿病関連の検査値の見方を中心に、禁煙の情報提供も行う。合併症の怖さだけでなく、HbA1cを改善することの価値を説明する。肥満者には体重減量により改善可能な検査項目などを説明する。座学だけでなく、体験学習、個人相談、グループワーク等を組み合わせ、対象者の改善意欲を高め、理解を深めることが必要である。

3) 食事

宿泊中の食事を活用して、保健指導につなげる。特定保健指導における減量指導の方法、糖尿病療養指導の方法などを参照しつつ、適切な食事のとり方を指導する。食事の提供は、健康と食の関係、食の大切さを伝える格好の機会である。地元の食材を使い、旅ならではの食の楽しみの満足度を高めながら、進めることが望ましい。アルコール提供は禁止はしないが、積極的な促しは控える。保健指導の中で適正飲酒について解説しておく。その際、多量飲酒者の保健指導として、アルコール使用障害スクリーニング(AUDIT)を活用する。

<参考例>

- 「健康な食事(※)」に関する情報提供を行い、エネルギーやバランス、塩分等を考慮した食事を体験する。
※一食が主食、主菜(魚介類、肉類、卵類、大豆・大豆製品を主材料とする)、副菜(緑黄色野菜を含む2種類以上の野菜を使用)で構成される。
- メニューの栄養成分を知らせ、エネルギーコントロール法を学習する。
- 食事提供では、野菜めやす量、エネルギー量、バランス調整のめやすと共に、食べる順番や速さを体験する機会であることを指導する。
- 料理長等より、塩分を控えた調理法のコツや旬の食材をうまく盛り込むコツなど、食生活の大切さを感じさせる話を提供してもらえると理想的である。
- ご飯計量体験により適正な主食量を確認する。
- 朝食バイキングなどの機会に食事の選択学習をする。盛りつけ例の提示やプレートに工夫を加える等、学習的要素を組み込む。
- 血糖自己測定を組み合わせ、血糖変動を確認する。

4) 運動

糖尿病予防・改善と運動・身体活動、座位行動の関連について、資料等を用いて科学的根拠を説明する。宿泊時に、宿泊施設の運動施設や周辺の公園等を活用した、身近な運動やアクティビティのプログラムを提供し、体験を通して運動・身体活動の具体的かつ実現可能な行動計画を立てる。

簡単な体力テスト(※)や運動の効果を実感できるような工夫を入れる

ことが望ましい。血糖コントロール状態や合併症チェックの有無等にも留意し、対象者の体力や健康状態に合わせて運動強度を設定できること、当日の体調に合わせて運動強度・内容を調整できること等の配慮が必要となる。余暇時間も強度を考慮したアクティビティとする。

※標準的な値を示すことのできる体力テスト項目の例：椅子の立ち座り（30秒）、長座位体前屈、閉眼片足立ち（年齢により開眼）、握力、6分間歩行、2ステップテスト、立ち上がりテスト等。

<参考例>

- 周辺観光を兼ねたウォーキング、自然の中でのハイキングなど。運動施設（プール、ジム）を保有している施設ではその活用も推奨される。
- アクティビティ中に活動量計やスマートフォンのアプリ等を用いて、活動量や消費エネルギーの評価を行うなど、運動・身体活動の保健指導と内容の連続性があり、日常生活にも継続性をもたせられることが望ましい。

5) 観光、アクティビティ

地域の豊かな自然や文化に触れ、保養、楽しみ、学び、自己開発を促す観光要素に加えて、健康の大切さ、健康への気づきにつながる体験型、交流型の観光、アクティビティ体験を提供することが必要である。地域の資源としては、温泉、森林、海洋環境、食、伝統文化、歴史遺産等のみならず、これまで気付かれていなかった地域固有の資源を掘り起こし、新たに活用することで、地場産業の振興、新たな観光産業の創出など地域活性に繋がる。

観光プログラムの進行等は、観光協会等の専門家や地元詳しい地域のボランティアなどと連携してプログラムを実施できると良い。

6) セルフモニタリング

歩数計あるいは活動量計を準備し、セルフモニタリングの習慣づけを行う（※）。体重、血圧、腹囲を自己測定、記録のつけ方を実習する。

※歩数計、活動量計：持参または携帯を活用する。どの機種にも対応できるよう準備する。可能であれば、本プログラム参加前より装着し、普段の活動量を認識することが望ましい。

7)ブレインストーミング・グループワーク

- 宿泊当日の導入は、自己紹介やブレインストーミング等で、これから始まるプログラムへの意欲が高まるような雰囲気づくりに努める。
- 対象者の理解度や疑問を把握しつつ、グループダイナミクスを活用し、本音を引き出すと共に意欲を高める内容とする。
- グループワークは、最終段階で一括するより「振り返り」として随所に組みこむ方が効果的である。
- 終了後のコミュニティ・グループ（つながり）の形成支援も行うことが望ましい。

8) 行動目標、行動計画設定

宿泊の最終日に、行動目標設定の時間を設ける。参加者が70～80%くらい実施可能な目標とし、毎日評価できる内容が望ましい。実現可能性が低いと回答した場合には、実行しやすい改善事項はないか、さらに話し合う。

9) 継続的な支援

- 継続的な支援は特定保健指導の標準的なプログラムに準じて行う。(特定保健指導支援Aに相当するメール、電話、面談等)
- セルフモニタリングのツールを紹介し、継続支援の方法とスケジュールを確認する。連絡のつきやすい方法やルール(時間帯、伝言等)を確認する。
- 継続支援に使用するモニタリングツールは、手書き記録用紙、エクセルデータ、スマホのアプリ等、対象者の最も継続しやすい方法を選択できることが望ましい。IoTを活用した保健指導等を積極的に取り入れ、対象者の継続意欲につながる保健指導方法を工夫することが必要である。
- 特定保健指導積極的支援該当者については、特定保健指導の標準的なプログラムに準じたポイント換算を行い、必要ポイントを達成できる計画をたてる。
- 宿泊時に立てた行動計画を継続的に支援する体制を整え、健康状態の改善を目指す。
- 受療勧奨を行った対象者については、受療の有無、薬物治療の状況等を確認する。
- 行動変容継続のために、地域資源(例えば他の保健事業等)へのつなぎ

や情報提供を実施する。

(5) プログラムの実施

- プログラムが予定通りに進行しているかを確認する。
- 天候や対象者の状態に応じて、修正や変更を行いながら、効果的かつ安全に実施する。
- アンケートの結果などを評価し、内容に応じて次回プログラムに反映する。

(6) 実施に関する留意事項

1) 宿泊地に求められる条件

①実施意欲の高い宿泊施設の選定

- ・プログラムの目的を十分に理解し、宿泊環境の整備、食事の提供、運動環境の確保に協力的な施設であることが必要である。
- ・継続的に取り組む意欲のある施設であることが望ましい。

②宿泊環境の整備

- ・禁煙室を積極的に利用できることが望ましい。
- ・受動喫煙防止対策が整備されていることが望ましい。
- ・会議室や座敷など、集団指導が可能なスペースがあると良い。
- ・個室希望などに対応できることが望ましい。

③食事の提供

- ・食事は、食事に関する保健指導の内容と連動して提供でき、管理栄養士等が栄養価計算を行うためのレシピの提供などに協力できると良い。
- ・地元の食材や料理長の技・アイデアを十分に生かしつつ、エネルギーやバランス等を考慮した「健康な食事(※)」を1日1食程度は確保できると良い。(※4.(4)3)参照)

④運動環境

- ・運動・身体活動に関する保健指導の内容と連動し、身体活動を増やせるよう保健指導実施者と連携しながら場所の確保をすることが望ましい。
- ・戸外での運動指導を想定している場合においては、天候が悪い場合に屋内への変更ができることが必要である。

2) リスクマネジメント体制

リスクマネジメントの観点から、プログラム実施前又は実施中は以下の体制を整える必要がある。

- 必要に応じて、事前に合併症のチェック（眼底、心電図、クレアチニン検査等）を済ませること。
- 「参加前アンケート（※1）」、「身体活動のリスクに関するスクリーニングシート（※2）」及び「運動開始前のセルフチェックリスト（※3）」を実施し、各対象者の状態を確認することが必要である。
- プログラムの運動やアクティビティの運動強度や特徴を事前に把握し、参加者の疾病状況や現在の身体活動状況をふまえ、対応することが重要である。
- 治療中の者については、かかりつけ医と連携し、服薬内容、食事・運動等の指示を確認することが望ましい（日本糖尿病協会編「糖尿病連携手帳」、「お薬手帳」等の活用等）。
- 宿泊施設の日常の救急体制、事故対応の方法（連絡先や AED 等の設置場所等）を宿泊施設、プログラム管理者、保健指導実施者が事前に共有することが必要である。
- 運動やフリータイムにおける緊急時への対応が可能な体制を構築する。
- 救急体制を検討し、緊急連絡先等を定めておくことが必要である。
- 緊急時への対応については、地域の医療機関等と連携を行うことが望ましい。
- 保険の加入について、プログラム参加中の事故等に対応できるよう、旅行業者賠償責任保険、レクリエーション保険等の傷害保険に加入する必要がある。

※1：研究班HP掲載

(<https://ktsushita.com/index.php/healthguidance/#accommodationtype>)

※2、※3：健康づくりのための身体活動基準 2013

（7）評価

保健指導を定量的・定性的に評価する仕組みを導入し、PDCA を回す保健事業とする。事業評価は下記を参考に行うことが望ましい。

1) 評価項目

①身体状況、検査データ

プログラム開始時、3か月後、6か月後の身体状況、検査データ、体力測定結果を評価する。（※4.（4）4）参照）

②行動変容ステージ、生活習慣、自己効力感、受療・服薬情報、旅の満足度等プログラム参加前、終了時、3か月後、6か月後にアンケートを実施する。

③プログラム内容に関すること

保健指導実施者の職種、体力測定実施の有無、フリータイムアクティビティの種類、継続支援の方法・回数・ポイント数等。

④上記の項目のほか、各プログラム内容についてのアンケート調査、体力、栄養摂取量調査等、実施主体が独自の視点で評価を実施する。

2) 次年度以降の評価

①翌年度の標準的な質問票（※）、健診データを用いて、生活習慣、身体状況、検査データを宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラムの参加前後で比較する。

※特定健診以外の健診においては、「標準的な質問票」に類似するものを活用する。

②受療行動の変化

＜参考資料＞

・「進捗管理シート」

プログラム事業評価シート		プログラム名称() 宿泊地() (泊 日)																														
実施主体 機関名()		運営責任者() プログラム管理者()																														
実施時期	項目	事業企画・立案															実施事業					評価										
		全体企画案作成							宿泊プログラム作成 各種作業手順書作成			宿泊プログラム 運営準備			宿泊プログラム 保健指導準備		宿泊プログラム 実施中		宿泊 終了時	継続 支援	中間 支援	終了 支援	事業評価		進捗							
No	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24		25	26	27	28	29	30	31
実施内容	各責任者を設定し、チーム形成を行っている。	プログラム管理者と実施方法の相談をしている。	宿泊施設・観光施設との調整をしている。	保険者との調整をしている。	データの取り扱いについて取り決めをしている。	関係者と調整してスケジュールを立てている。	事業に必要な予算の取り決め、契約を交わしている。	宿泊型の保健指導プログラムを立案している。	観光プログラムを立案している。	継続支援の方法を確認している。	評価方法を確立している。	各種マニュアルを作成し、理解の上運用ができる。	宿泊型新保健指導プログラムの作業手順書を作成している。	計画に基づいた参加者の募集を行っている。	関係機関と連携調整の上、実施体制を構築している。	具体的な実施手順を明らかにし、関係機関で情報を共有している。	保険加入をしている。	保健指導教材の準備・作成をしている。	参加者の情報収集を行っている。	事前カンファレンスを実施している。	各機関で作成した『宿泊型新保健指導プログラムの作業手順書』に準じて、支援を行っている。	安全管理に留意している。	個人情報保護に留意している。	事後カンファレンスを実施している。	宿泊プログラム内容の見直しを行っている。	標準的な健診・保健指導プログラム（出典：厚生労働省健康局）に準じて、継続支援を行っている。	標準的な健診・保健指導プログラム（出典：厚生労働省健康局）に準じて、中間支援を行っている。	標準的な健診・保健指導プログラム（出典：厚生労働省健康局）に準じて、最終支援を行っている。	事業評価を実施している。	事業結果をとりまとめている。	次年度計画等に向けた改善点を明確にしている。	一年後の評価を実施している。
	進捗確認																															

・「役割分担表」

役割	具体的内容	共通する内容
運営責任者	<ul style="list-style-type: none"> 多機関の連絡、調整等の統括責任を担う。 契約等の事務手続を行う。 プログラム管理者と実施方法について相談し、宿泊地等の確保、保健指導実施者の確保、その他全体スケジュール管理等を行う。 宿泊施設、観光施設の予約等の事務的な手続を行う。 対象者を抽出する医療保険者と、契約・保険・健診データ等の取扱いに対する合意形成のもと、事務的な手続を行う。 特に、個人情報の取扱いに関しては、運営責任者はデータ管理者を指定し、情報を適正に管理することが望ましい。 	<ul style="list-style-type: none"> プログラムの実施にあたり、宿泊施設や保険者等の関係機関と緊密な連携をとることが求められる。 対象者選定基準やプログラム内容について、医師などの専門家に相談し、助言を求めることが望ましい。
プログラム管理者	<ul style="list-style-type: none"> プログラム管理者は、特定保健指導におけるマネジメント経験がある者が担うことが望ましい。 宿泊地あるいは周辺の観光資源について、事前に視察・情報収集を行い、安全かつ効果的なプログラム内容について検討する。 チーム形成された多機関の担当者とは打合せを行い、参加者に提供する食事や運動プログラム、アクティビティ内容を具体化する。 トラブル発生、救急時の対応策について話し合い、連絡先一覧等のマニュアルを策定する。 対象者選定基準の決定、保健指導内容の確定、保健指導教材の決定等を行う。 プログラム作成にあたり、厚生労働省の標準プログラムやSLS研究班(※)の提供する資料や教材、関連学会のガイドラインを参考にすることが望ましい。 「平成27年度厚生労働省宿泊型新保健指導試行事業」において、先行実施した機関より情報収集したり、相談することが望ましい。 プログラム全体の流れや留意事項が把握できる「運営マニュアル」を作成し、スタッフ間で共有する。 保健指導実施者の統括として、研修会の開催、直接的指導、保健指導実施者の評価を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 円滑な運営のために、プログラムの進捗状況を把握、管理することが重要である。その際は、SLS研究班作成の「進捗管理ソフト」を参考・活用された。 プログラム全体の結果について、適正に分析・評価する必要がある。複数回実施の場合は、次回に修正点や反映されることが望ましい。
保健指導実施者	<ul style="list-style-type: none"> 宿泊当日あるいは継続的な支援において、対象者に対する直接的担当を担う。 「糖尿病等の生活習慣病への理解」「食事」「運動」等、各種指導教材、保健指導マニュアルを作成する。 保健指導実施者研修を通じて、各保健指導マニュアルを共有し、一貫性のある指導を心がけることが大切である。 こまめなカンファレンスを行い(事前・宿泊当日・宿泊終了・継続支援時)、プログラム管理者へ報告、必要時プログラムの修正・改善に努める。 対象者の健康状態に合わせ、必要時、個別対応等の配慮ができることが望ましい。 	<ul style="list-style-type: none"> 保健指導記録を多職種間で共有し、連携した保健指導が行える体制が重要である。

上記資料の他、教材や厚生労働省の試行事業に関することは研究班 HP 参照。

(<https://ktsushita.com/index.php/healthguidance/#accommodationtype>)

参考様式集

参考様式1-1 200万円以上となった個別レプトー一覧（医療費の高い順）

番号	保険者番号	性別	生年	入院、外注	費用額	基礎疾患					増強疾患					その他	主病名	2番目に 重い疾患 名	3番目に 重い疾患 名	4番目に 重い疾患 名	5番目に 重い疾患 名
						高血圧症	糖尿病	高脂血症	虚血性心疾患	(再)ハ イパス、 スプリント 手術	大動脈 疾患	起血性疾 患	動脈硬化 性疾患	高血圧症	糖尿病						
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	性別計 (割合)	入院件数 計(割合)	費用額 合計	1はあとの費用額									
				高血圧症	糖尿病	高脂血症	虚血性心 疾患	大動脈 疾患	起血性疾 患	動脈硬化 性疾患	その他		
再計				高血圧症	糖尿病	高脂血症	虚血性心 疾患	大動脈 疾患	起血性疾 患	動脈硬化 性疾患	その他	計(割合)計(割合)計(割合)計(割合)計(割合)計(割合)計(割合)計(割合)	

参考様式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		動脈閉塞性疾患		その他		総合計					
	件数	割合	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	件数		割合		血管に関する疾患		割合									
300万円台																
200万円台																
合計	件数		割合		(再)血管病に関する疾患		割合									

より高値なものが血管病であることを知る

循環器疾患、高値レセ

参考様式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	主患病名	病名3	病名4	病名5	(再計) 生活習慣病 該当するところに●					計(割 合)	計(割 合)	計(割 合)	計(割 合)	計(割 合)	計(割 合)	総費用額 (直近レセプト費 用額×入院月数)	
											糖尿病	糖尿病 症	脂質異常 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																							
											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	糖尿病	高尿酸血 症	脂質異常 症	糖尿病						

参考様式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	高脂血症	その他（病名記載）	糖尿病性網膜症	糖尿病性神経障害	動脈閉塞性疾患	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
年齢								
BMI								
腰囲								
中性脂肪								
HDLコレステロール								
血糖								
HbA1c								
血圧								
LDLコレステロール								
non-HDLコレステロール								
血清クレアチニン								
eGFR								
心電図								
眼底検査								
保健指導の有無・内容								
治療の経過								

参考様式3-2 糖尿病の分析〔レセプト分析（0月診療分）〕

年代	被保険者数	1ヶ月のレセプト数	糖尿病	(再掲)糖尿病併症										人工透析	高血圧性	糖尿病性	脂質異常性				
				インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		虚血性心疾患	脳血管障害					糖尿病性	高血圧性	糖尿病性	脂質異常性
				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																					
60～64歳																					
65～69歳																					
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ヶ月のレセプト数	糖尿病	(再掲)糖尿病併症										人工透析	高血圧性	糖尿病性	脂質異常性				
				インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		虚血性心疾患	脳血管障害	糖尿病性	高血圧性	糖尿病性	脂質異常性				
				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																					
60～64歳																					
65～69歳																					
70～74歳																					
合計																					
(再掲) 40～74歳																					
(再掲) 65～74歳																					
補数																					
年代	被保険者数	1ヶ月のレセプト数	糖尿病	(再掲)糖尿病併症										人工透析	高血圧性	糖尿病性	脂質異常性				
				インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		虚血性心疾患	脳血管障害	糖尿病性	高血圧性	糖尿病性	脂質異常性				
				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																					
60～64歳																					
65～69歳																					
70～74歳																					
合計																					
(再掲) 40～74歳																					
(再掲) 65～74歳																					

参考様式3-3 高血圧の分析〔レセプト分析（〇月診療分）〕

年代	1ヶ月の レセプト 数	高血圧症 数	脳血管疾患 数	虚血性心疾患 数	人工透析 数	糖尿病		(再掲)糖尿病合併症				糖尿病併発症 数	糖尿病併発症 割合	
						数	割合	インスリン療法 数	割合	数	割合			数
20歳代以下														
30歳代														
40歳代														
50歳代														
60～64歳														
65～69歳														
70～74歳														
合計														
(再掲) 40～74歳														
(再掲) 65～74歳														

女性

年代	1ヶ月の レセプト 数	高血圧症 数	脳血管疾患 数	虚血性心疾患 数	人工透析 数	糖尿病		(再掲)糖尿病合併症				糖尿病併発症 数	糖尿病併発症 割合	
						数	割合	インスリン療法 数	割合	数	割合			数
20歳代以下														
30歳代														
40歳代														
50歳代														
60～64歳														
65～69歳														
70～74歳														
合計														
(再掲) 40～74歳														
(再掲) 65～74歳														

補数

年代	1ヶ月の レセプト 数	高血圧症 数	脳血管疾患 数	虚血性心疾患 数	人工透析 数	糖尿病		(再掲)糖尿病合併症				糖尿病併発症 数	糖尿病併発症 割合	
						数	割合	インスリン療法 数	割合	数	割合			数
20歳代以下														
30歳代														
40歳代														
50歳代														
60～64歳														
65～69歳														
70～74歳														
合計														
(再掲) 40～74歳														
(再掲) 65～74歳														

参考様式3-5 虚血性心疾患の分析〔レセプト分析（O月診療分）〕

年代	総患者数	1ヶ月のレセプト数	虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	糖尿病		(再掲) 糖尿病合併症						高血圧性		
			数	割合	数	割合		数	割合	インスリン療法		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
20歳代以下																		
30歳代																		
40歳代																		
50歳代																		
60～64歳																		
65～69歳																		
70～74歳																		
合計																		
(再掲) 40～74歳																		
(再掲) 65～74歳																		

女性

年代	総患者数	1ヶ月のレセプト数	虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	糖尿病		(再掲) 糖尿病合併症						高血圧性		
			数	割合	数	割合		数	割合	インスリン療法		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
20歳代以下																		
30歳代																		
40歳代																		
50歳代																		
60～64歳																		
65～69歳																		
70～74歳																		
合計																		
(再掲) 40～74歳																		
(再掲) 65～74歳																		

高齢者

年代	総患者数	1ヶ月のレセプト数	虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	糖尿病		(再掲) 糖尿病合併症						高血圧性		
			数	割合	数	割合		数	割合	インスリン療法		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
20歳代以下																		
30歳代																		
40歳代																		
50歳代																		
60～64歳																		
65～69歳																		
70～74歳																		
合計																		
(再掲) 40～74歳																		
(再掲) 65～74歳																		

参考様式3-6 脳梗塞・脳出血の分析〔レセプト分析（〇月診療分）〕

男性

年代	被保険者数	1ヶ月のレセプト数	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症				高血圧症		糖尿病性			
			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																				
60~64歳																				
65~69歳																				
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ヶ月のレセプト数	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症				高血圧症		糖尿病性			
			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																				
60~64歳																				
65~69歳																				
70~74歳																				
合計																				
(再掲) 40~74歳																				
(再掲) 65~74歳																				

補数

年代	被保険者数	1ヶ月のレセプト数	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症				高血圧症		糖尿病性			
			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																				
60~64歳																				
65~69歳																				
70~74歳																				
合計																				
(再掲) 40~74歳																				
(再掲) 65~74歳																				

参考様式3-7 人工透析の分析〔レセプト分析（〇月診療分）〕

男性

年代	被保険者数	1ヶ月のレセプト数	人工透析	糖尿病		(再掲)糖尿病合併症						脳血管疾患	虚血性心疾患			
				数	割合	インスリン療法		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害				糖尿病性腎症	糖尿病性脳血管疾患	糖尿病性心疾患
						数	割合	数	割合	数	割合					
20歳代以下																
30歳代																
40歳代																
50歳代																
60~64歳																
65~69歳																
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ヶ月のレセプト数	人工透析	糖尿病		(再掲)糖尿病合併症						脳血管疾患	虚血性心疾患			
				数	割合	インスリン療法		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害				糖尿病性腎症	糖尿病性脳血管疾患	糖尿病性心疾患
						数	割合	数	割合	数	割合					
20歳代以下																
30歳代																
40歳代																
50歳代																
60~64歳																
65~69歳																
70~74歳																
合計																
(再掲) 40~74歳																
(再掲) 65~74歳																

補数

年代	被保険者数	1ヶ月のレセプト数	人工透析	糖尿病		(再掲)糖尿病合併症						脳血管疾患	虚血性心疾患			
				数	割合	インスリン療法		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害				糖尿病性腎症	糖尿病性脳血管疾患	糖尿病性心疾患
						数	割合	数	割合	数	割合					
20歳代以下																
30歳代																
40歳代																
50歳代																
60~64歳																
65~69歳																
70~74歳																
合計																
(再掲) 40~74歳																
(再掲) 65~74歳																

健診・保健指導の効果を評価するレセプト分析(〇月診療分)

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

参考様式4-1 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)				

参考様式4-2 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						

参考様式4-3 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)				

参考様式4-4 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						

参者様式4-5 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（年額）				
1年間の新規脳血管疾患患者数				
患者医療費（年額）				

参者様式4-6 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						

参者様式4-7 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					

参者様式4-8 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

		計	合算を有する人の数	[再掲]					
				人工透析	糖尿病性網膜症	糖尿病性神経障害	動脈硬化性疾患	大動脈疾患	虚血性心疾患
一昨年・昨年生活習慣病と診断された患者数	今年								
	一昨年								
	健診受診者 +保健指導	今年							
		一昨年							
	健診のみ	今年							
		一昨年							
未受診	今年								
	一昨年								

参観様式4-9 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	(高血)					虚血性心疾患	脳血管疾患
			人工透析	糖尿病性網膜症	糖尿病性神経障害	糖尿病性腎症	大動脈疾患		
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 十保健指導	昨年 一昨年								
	健診のみ	昨年 一昨年							
未受診	昨年 一昨年								

参観様式4-10 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	(高血)					虚血性心疾患	脳血管疾患
			人工透析	糖尿病性網膜症	糖尿病性神経障害	糖尿病性腎症	大動脈疾患		
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 十保健指導	昨年 一昨年								
	健診のみ	昨年 一昨年							
未受診	昨年 一昨年								

参観様式4-11 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	(高血)					虚血性心疾患	脳血管疾患
			人工透析	糖尿病性網膜症	糖尿病性神経障害	糖尿病性腎症	大動脈疾患		
一昨年・昨年脂質異常症と診断された患者数	昨年 一昨年								
健診受診者 十保健指導	昨年 一昨年								
	健診のみ	昨年 一昨年							
未受診	昨年 一昨年								

参観様式4-12 一昨年・昨年高原脂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	(高血)					虚血性心疾患	脳血管疾患
			人工透析	糖尿病性網膜症	糖尿病性神経障害	糖尿病性腎症	大動脈疾患		
一昨年・昨年高原脂血症と診断された患者数	昨年 一昨年								
健診受診者 十保健指導	昨年 一昨年								
	健診のみ	昨年 一昨年							
未受診	昨年 一昨年								

参考様式4-13 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！

		有所見を指摘 つ人の数	(再掲)					
			肥満	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	動機付け支 援実施者	今年					
			昨年					
		積極的支援 実施者	今年					
			昨年					
	健診のみ	今年						
		昨年						
	未受診	今年						
		昨年						

参考様式4-14 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！

		忘れきつ 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	動機付け支 援	昨年							
			一昨年							
		積極的支援	昨年							
			一昨年							
	健診のみ	昨年								
		一昨年								
	未受診	昨年								
		一昨年								

参考様式5-1 健診・保健指導計画作成のためのアセスメント表

保険者の特徴を考慮してみましょう～対象者の優先順位を考慮するために～

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												
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												
医療の状況 〇年〇月診療処方レセプト	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												
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												
	動機付け支援	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)				
	積極的支援												

参考様式5-2 健診有所見者状況（男女別・年代別）

Q~Q歳

※性別、各年代（40~7.4歳まで10歳刻み）に作成

受診者数	摂取エネルギーの過剰						血管を構つける						臓器障害 (※は詳細検査)												
	BMI		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		尿蛋白		αGFR※		心臓※		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	
全数																									
超過所見																									
HQ※																									
HCO※																									
HCO※																									
HCO※																									

受診者数	摂取エネルギーの過剰						血管を構つける						臓器障害 (※は詳細検査)												
	BMI		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		尿蛋白		αGFR※		心臓※		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	
全数																									
超過所見																									
HQ※																									
HCO※																									
HCO※																									
HCO※																									

受診者数	摂取エネルギーの過剰						血管を構つける						臓器障害 (※は詳細検査)												
	BMI		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		尿蛋白		αGFR※		心臓※		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	
全数																									
超過所見																									
HQ※																									
HCO※																									
HCO※																									
HCO※																									

参画様式5-3 メタボリックシンドローム該当者・予備群 (40-74歳)

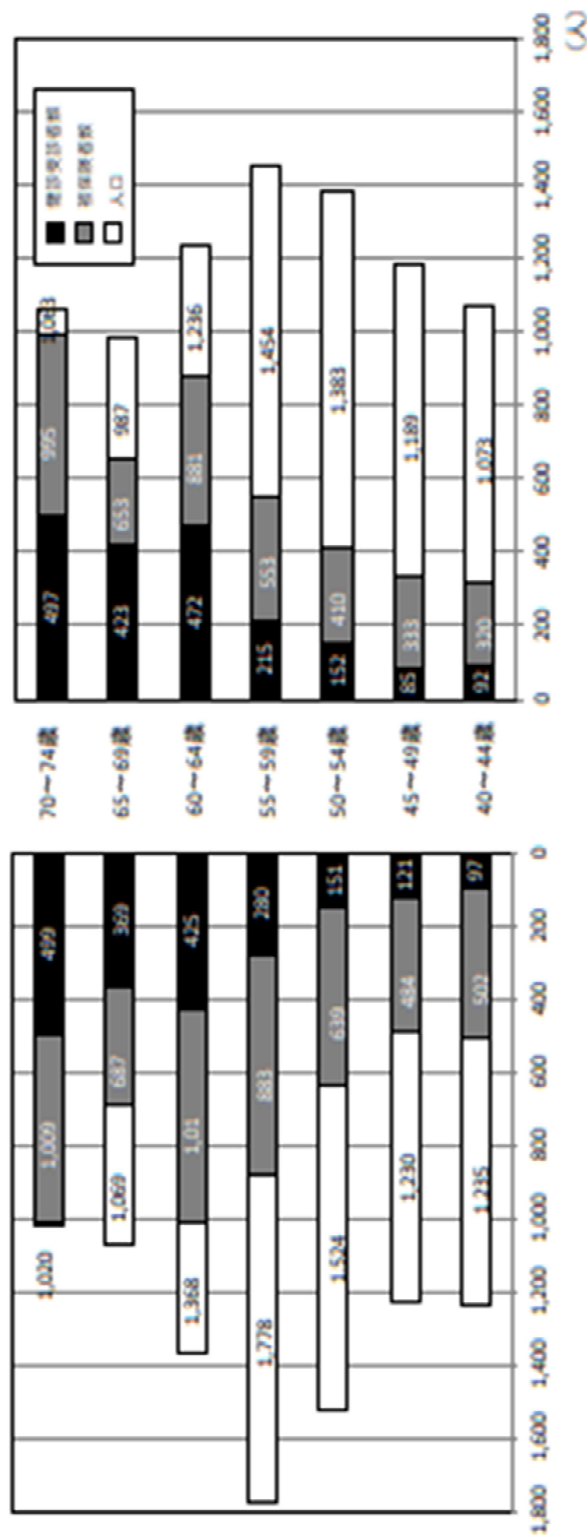
	40-74歳		40歳代		50歳代		60歳代		70-74歳		(再) 65-74歳	
	人数	割合①	人数	割合①	人数	割合①	人数	割合①	人数	割合①	人数	割合①
男性												
被保険者数 (40-74歳)												
健診受診者数 (受診率%)												
現年85cm以上の者												
高血圧												
脂質のみ												
予備群												
該当者												
メタボ予備群												
メタボ該当者												

	40-74歳		40歳代		50歳代		60歳代		70-74歳		(再) 65-74歳	
	人数	割合①	人数	割合①	人数	割合①	人数	割合①	人数	割合①	人数	割合①
女性												
被保険者数 (40-74歳)												
健診受診者数 (受診率%)												
現年90cm以上の者												
高血圧												
脂質のみ												
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の分母は現年85cm以上または90cm以上

参考様式5-4 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）

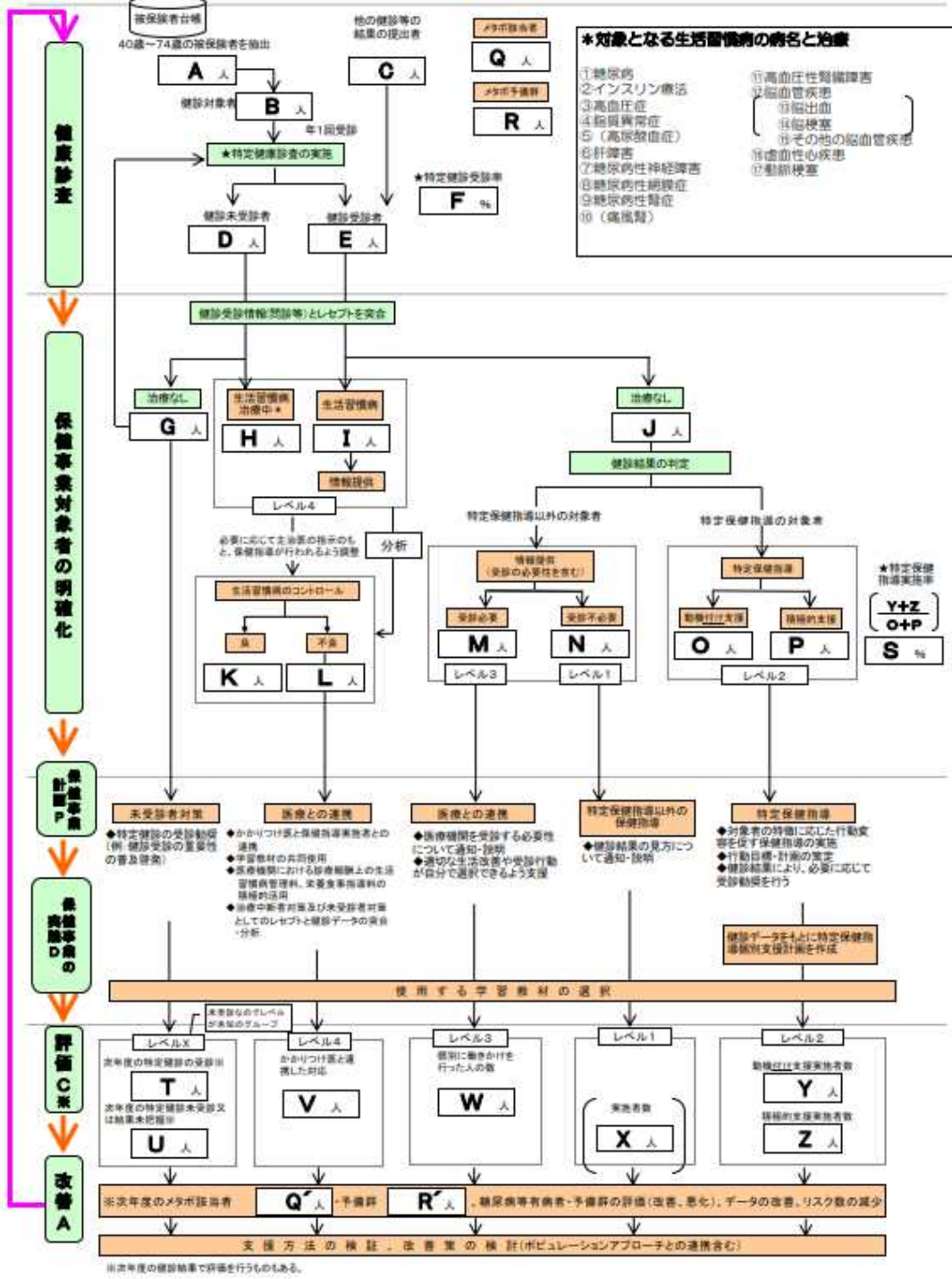


男性	40～74歳	健診受診者	1,942	37.2%
		被保険者数	5,214	

女性	40～74歳	健診受診者	1,936	46.7%
		被保険者数	4,145	

参考様式5-5 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

健診から保健指導実施へのフローチャート



参考様式5-6 性・年齢階級別特定保健指導実施率又は結果把握率

前年度の保健指導及び実施率を把握して、当該年度の健診・保健指導計画を立てましょう。

※A～Zについては参考様式5-1を参照

年度	事項	男性										女性													
		40-74歳		40歳代		50歳代		60歳代		70-74歳		(再)65-74歳		40-74歳		40歳代		50歳代		60歳代		70-74歳		(再)65-74歳	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	健診受診者総数	対象者数・割合																							
	保健指導実施者数・実施率																								
40-74歳の健診受診者 A人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
健診対象者 B人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
他の健診受診者の結果の出発者 C人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
健診未受診者 D人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
健診受診者 E人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
特定健診受診率 F%		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
健診未受診者中治療が必要な者 G人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
健診未受診者中生活習慣病発症中の者 H人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
健診受診者中生活習慣病発症中の者 I人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
健診受診者中治療済みの者 J人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
主治医等健診受診者中生活習慣病発症中のコントロール不良の者 K人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
主治医等健診受診者中生活習慣病発症中のコントロール不良の者 L人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
情報提供（受診勧奨）対象者数 M人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
情報提供（受診勧奨）対象者数 N人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
数値目標は年度対象者数 O人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
構造的支援対象者数 P人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
メタ分析担当者 Q人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
メタ分析担当者 R人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
特定保健指導実施率 S%		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
次年度の特定健診の受診 T人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
次年度の特定健診未受診又は結果未把握 U人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
改善機関と連携した対象 V人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
個別に働きかけを行った人の数 W人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
特定保健指導以外の保健指導実施者数 X人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
数値目標は年度実施者数 Y人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
構造的支援実施者数 Z人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
次年度のメタ分析担当者 Q人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
次年度のメタ分析担当者 R人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								

参考様式6 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）に作成

		今年度	昨年度	増減	割合
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BMI 2.5以上の者の数(人)				
14	腹囲基準値以上かつBMI 2.5以上の者の割合(%)				= 13 / 4 × 100
15	BMIのみ2.5以上の者の数(人)				
16	BMIのみ2.5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
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・血糖を下げる薬用者の数 (人)				
34	インスリン使用・血糖を下げる薬用者の割合 (%)				= 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
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) / 50 × 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（％）				$= 61 / 60 \times 100$
63	60のうち、今年度メタボリックシンドローム該当者・予備群で居なくなった者の数（人）				
64	60のうち、今年度メタボリックシンドローム該当者・予備群でなくなった者の割合（％）				$= 63 / 60 \times 100$
65	メタボリックシンドローム該当者の減少率				$= 64 / 60 \times 100$
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・予備群でなくなった者の数（人）				
67	55のうち、今年度メタボリックシンドローム該当者・予備群でなくなった者の割合（％）				$= 66 / 55 \times 100$
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くなった者の数（人）※3				
70	特定保健指導対象者の減少率（％）				$= 69 / 68 \times 100$
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くなった者の数（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（％）				$= 72 / 71 \times 100$
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）（％）				$= 74 / 4 \times 100$
76	対象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）（％）				$= 77 / 74 \times 100$
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）（％）				$= 79 / 74 \times 100$
81	77のうち、健診時に血圧が基準値以上だった者の数（人）※5				
82	77のうち、特定保健指導後血圧が3cmHg以上減少した者の数（人）				
83	77のうち、特定保健指導後血圧が3cmHg以上減少した者の割合（％）				$= 82 / 81 \times 100$
84	特定保健指導対象者数（動機付け支援）（人）				
85	特定保健指導対象者の割合（動機付け支援）（％）				$= 84 / 4 \times 100$
86	対象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（動機付け支援）（人）				
88	特定保健指導受診者の割合（動機付け支援）（％）				$= 87 / 84 \times 100$
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）（％）				$= 89 / 84 \times 100$
91	84のうち、健診時に血圧が基準値以上だった者の数（人）※5				
92	84のうち、特定保健指導後血圧が3cmHg以上減少した者の数（人）				
93	84のうち、特定保健指導後血圧が3cmHg以上減少した者の割合（％）				$= 92 / 91 \times 100$
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（合計）（%）				$= 95 / 94 + 100$
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十分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）				

- ※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 動機付け支援の受診者、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者のみをカウントする（脱落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者を除く）。
- ※4 ステップ3までは、特定保健指導の対象であったが、脱落中のために、対象者から除外された者の数。
- ※5 特定保健指導終了後に数回を計測した者のみを抽出。
- ※6 参考様式五―五参照