

標準的な健診・保健指導プログラム新旧対照表

◎標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）（案）

改正後	改正前
<p>目次</p> <p>標準的な健診・保健指導プログラム</p> <p>第1編 標準的な健診・保健指導プログラムの考え方</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>1-2 特定健診・特定保健指導制度とは</p> <p>1-3 標準的な健診・保健指導プログラムの位置づけ</p> <p>1-4 健診・保健指導の基本的な考え方</p> <p>1-5 健診・保健指導の外部委託</p> <p>第2章 健診・保健指導の進め方（流れ）</p> <p>2-1 年次計画の作成</p> <p>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）</p> <p>2-3 保健指導対象者の選定・階層化と保健指導</p> <p>2-4 評価</p> <p>第3章 健診・保健指導事業に関わる者に求められる能力</p> <p>3-1 事業のマネジメントを担う者に求められる能力</p> <p>3-2 健診・保健指導実施者に求められる能力</p> <p>【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</p> <p>【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1</p>	<p>目次</p> <p>標準的な健診・保健指導プログラム</p> <p>第1編 標準的な健診・保健指導プログラムの考え方</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>1-2 特定健診・特定保健指導制度とは</p> <p>1-3 標準的な健診・保健指導プログラムの位置づけ</p> <p>1-4 健診・保健指導の基本的な考え方</p> <p>1-5 健診・保健指導の外部委託</p> <p>第2章 健診・保健指導の進め方（流れ）</p> <p>2-1 年次計画の作成</p> <p>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）</p> <p>2-3 保健指導対象者の選定・階層化と保健指導</p> <p>2-4 評価</p> <p>第3章 健診・保健指導事業に関わる者に求められる能力</p> <p>3-1 事業のマネジメントを担う者に求められる能力</p> <p>3-2 健診・保健指導実施者に求められる能力</p> <p>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</p> <p>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</p>

<p>7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</p> <p>第2編 健診</p> <p>第1章 メタボリックシンドロームに着目する意義</p> <p>第2章 健診の内容</p> <p>2-1 健診項目（検査項目及び質問項目）</p> <p>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</p> <p>第3章 保健指導対象者の選定と階層化</p> <p>第4章 健診における各機関の役割</p> <p>第5章 健診データ等の電子化</p> <p>5-1 健診データ提出の電子的標準様式</p> <p>5-2 健診項目の標準コードの設定</p> <p>5-3 健診機関・保健指導機関コードの設定</p> <p>5-4 健診結果の保存と活用について</p> <p>第6章 年齢層を考慮した健診・保健指導について</p> <p>6-1 高齢者に対する健診・保健指導</p> <p>6-2 40歳未満の者に対する健診・保健指導</p> <p>【別紙1】 <u>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</u></p> <p>【別紙2】 「詳細な健診」項目について</p> <p>【別紙3】 <u>標準的な質問票・標準的な質問票解説と留意事項</u></p> <p>【別紙4】 健診の検査実施方法及び留意事項</p> <p>【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</p> <p>【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</p>	<p>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</p> <p>第2編 健診</p> <p>第1章 メタボリックシンドロームに着目する意義</p> <p>第2章 健診の内容</p> <p>2-1 健診項目（検査項目及び質問項目）</p> <p>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</p> <p>第3章 保健指導対象者の選定と階層化</p> <p>第4章 健診における各機関の役割</p> <p>第5章 健診データ等の電子化</p> <p>5-1 健診データ提出の電子的標準様式</p> <p>5-2 健診項目の標準コードの設定</p> <p>5-3 健診機関・保健指導機関コードの設定</p> <p>5-4 健診結果の保存と活用について</p> <p>第6章 年齢層を考慮した健診・保健指導について</p> <p>6-1 高齢者に対する健診・保健指導</p> <p>6-2 40歳未満の者に対する健診・保健指導</p> <p>別紙1 <u>特定健診と労働安全衛生法・学校保健安全法との比較</u></p> <p>別紙2 「詳細な健診」項目について</p> <p>別紙3 標準的な質問票</p> <p>別紙4 健診の検査実施方法及び留意事項</p> <p>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</p>
---	---

<p>集)</p> <p>【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)</p> <p>【別紙7-1】 健診結果・質問票情報</p> <p>【別紙7-2】 保健指導情報</p> <p>【別紙7-3】 データ範囲のチェック</p> <p>第3編 保健指導</p> <p>第1章 保健指導の基本的考え方</p> <p>第2章 保健事業（保健指導）計画の作成</p> <p>2-1 保健事業（保健指導）計画作成の進め方</p> <p>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</p> <p>2-3 保健事業（保健指導）の目標設定</p> <p>2-4 保健事業（保健指導）計画の作成</p> <p>第3章 保健指導の実施</p> <p>3-1 基本的事項</p> <p>3-2 保健指導のプロセスと必要な保健指導技術</p> <p>【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</p> <p>3-3 ICTを活用した保健指導とその留意事項</p> <p>3-4 保健指導の未実施者及び中断者への支援</p> <p>3-5 「無関心期」、「関心期」にある対象者への支援</p> <p>3-6 2回目以降の対象者への支援</p> <p>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</p> <p>【様式2】 特定保健指導支援計画及び実施報告書の例</p>	<p>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</p> <p>別紙7-1 健診結果・質問票情報</p> <p>別紙7-1 保健指導情報</p> <p>別紙7-3 データ範囲のチェック</p> <p>【別添】 健診結果とそのほか必要な情報の提供（フィードバック文例集）</p> <p>第3編 保健指導</p> <p>第1章 保健指導の基本的考え方</p> <p>第2章 保健事業（保健指導）計画の作成</p> <p>2-1 保健事業（保健指導）計画作成の進め方</p> <p>2-2 保健事業（保健指導）計画作成にあたっての現状分析と分析結果の整理</p> <p>2-3 保健事業（保健指導）の目標設定</p> <p>2-4 保健事業（保健指導）計画の作成</p> <p>第3章 保健指導の実施</p> <p>3-1 基本的事項</p> <p>3-2 保健指導における情報提供</p> <p>3-3 情報提供・保健指導の実施内容</p> <p>3-4 望ましい保健指導</p> <p>3-5 保健指導のプロセスと必要な保健指導技術</p> <p>3-6 保健指導の未実施者及び積極的支援の中断者への支援</p> <p>3-7 「無関心期」、「関心期」にある対象者への支援</p> <p>3-8 2回目以降の対象者への支援</p>
---	--

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

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

第4章 保健指導の評価

第5章 地域・職域における保健指導

5-1 地域保健と職域保健の保健指導の特徴

5-2 地域・職域連携による効果

(削除)

(削除)

(削除)

(削除)

第4編 体制・基盤整備、総合評価

第1章 人材育成体制の整備

第2章 最新の知見を反映した健診・保健指導内容の見直しのための体制整備

第3章 健診・保健指導の実施・評価のためのデータ分析とデータ管理

3-1 健診・保健指導の実施・評価のための指標・項目

3-2 保険者における健診・保健指導の実施・評価

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

3-4 個人情報の保護とデータの利用に関する方針

【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着目した生活習慣病予防～

3-9 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

3-10 宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラム

第4章 保健指導の評価

第5章 地域・職域における保健指導

5-1 地域保健と職域保健の保健指導の特徴

5-2 地域・職域連携による効果

【別添1】保健指導のための禁煙支援簡易マニュアル

【別添2】保健指導におけるアルコール使用障害スクリーニング（AUDIT）とその評価結果に基づく減酒支援（ブリーフインターベンション）の手引き

【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

【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

第4編 体制・基盤整備、総合評価

第1章 人材育成体制の整備

第2章 最新の知見を反映した健診・保健指導内容の見直しのための体制整備

第3章 健診・保健指導の実施・評価のためのデータ分析とデータ管理

3-1 健診・保健指導の実施・評価のための指標・項目

3-2 保険者における健診・保健指導の実施・評価

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

3-4 個人情報の保護とデータの利用に関する方針

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

<p>【別紙2】 個人情報保護に関する法律 (削除) 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</p>	<p>別紙2 個人情報保護に関する法律 参考；様式集 (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 <u>(平成30年4月版)</u></p>
<p>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<u>開始</u>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<u>更に積極的に推進</u>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<u>確認等</u>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。</p>	<p>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<u>策定</u>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・<u>疾病予防をさらに積極的に推進</u>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、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<u>確認</u>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。</p>

(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、

(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から健康日本21(第二次)への展開

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

最終評価の結果を反映し、平成25年4月から健康日本21(第二次)を開始することとなり、健康寿命の延伸や健康格差の縮小をはじめ、生活習慣、社会環境の改善等に関し、計53項目にわたる具体的な目標項目が設定された。これをもとに、平成34年度までの10年の期間で、地方公共団体をはじめ、関

健康寿命の延伸を目指し、51項目の目標項目を設定する予定であるが、特定健診・特定保健指導に関連する目標項目についても継続して設定される予定である（表2）。

このように、特定健診・特定保健指導の実施率の向上を図りつつ、分析に基づく取組を実施していくことは、国民健康づくり運動においても重要であり、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつなぐるといえる。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

表2

図1

1-2 特定健診・特定保健指導制度とは

(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

係団体や企業等と連携しながら、取組を進めている。

図1に示す通り、特定健診・特定保健指導の実施率の向上を図りつつ、分析に基づく取組を実施していくことは、健康日本21（第二次）を着実に推進し、ひいては社会保障制度を持続可能なものとするために重要である。特に、データの分析を行うことで、個人や各地域・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、健康格差の縮小（高血圧の改善、糖尿病有病者の増加の抑制や脂質異常症の減少、さらに虚血性心疾患・脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少、糖尿病性腎症による新規透析導入患者数の減少等）に結びつけていくことも可能となる。なお、特に関連する目標項目を表1に示す。

図1

表1

1-2 特定健診・特定保健指導制度とは

(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

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、健康日本21（第二次）における生活習慣に起因する疾病としては主としてがん、循環器疾患、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患であるが、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

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。

なお、健康日本21（第二次）における生活習慣に起因する疾病としては主としてがん、循環器疾患、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患であるが、本プログラムにおいては、身体活動・食生活・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、動脈硬化症から起こる虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等とした。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）、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

(略)

1 - 3 標準的な健診・保健指導プログラムの位置づけ

係

成人の健康の維持向上・回復を目的とした保健指導（栄養指導を含む。以下同じ。）は、医師法（昭和 22 年法律第 201 号）、保健師助産師看護師法（昭和 23 年法律第 203 号）、栄養士法（昭和 22 年法律第 245 号）、高確法、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。

なお、健診・保健指導と特定健診・特定保健指導の関係について 図 2 に示す。

図 2

(略)

1 - 3 標準的な健診・保健指導プログラムの位置づけ

(略)

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

(略)

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の観点で意義があった。一方で、健康診査の受診者に対し、結果に基づく的確な保健指導を行う等の一人一人の状態に対するフォローアップのための仕組みが十分に確立されていなかったことや、事業の評価では、事業の実施回数や参加人数等の事業量が中心となり、事業の結果、どのような効果が得られたか等のアウトカム評価が十分に行われていなかった。

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¹⁾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

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。

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

また、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¹⁾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、及び優先すべき課題を明確化しながら PDCA (計画 (Plan) ⇒実施 (Do) ⇒評価 (Check) ⇒改善 (Action)) サイクル (図3に示す) を意識した保健事業を展開していくことが必要である。

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

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
(略)

(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ことを重要である。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

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
(略)

(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、疾病予防や早期受診に効果的につながることを重要である。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、医療機関と連携した上で保健指導を行うことが望ましい。

また、保険者は、自らが管理する健診・保健指導やレセプトデータ等の利活用により保健指導の実施状況や受診勧奨を行った者の治療継続状況を確認し、受診勧奨されたにも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

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、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や治療中断防止の観点から、かかりつけ医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・保健指導データやレセプトデータ等の利活用により保健指導の実施状況や受診勧奨を行った者の治療継続状況を確認し、受診勧奨されたにも関わらず受診していなかったり、治療を中断している者等を把握することができることから、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。

②内容

保健指導は、主にメタボリックシンドロームに着目し、対象者の個別性を重視して、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を理解し、生活習慣改善の必要性を理解した上で、代謝等の身体のメカニズムと生活習慣（食生活や身体活動、喫煙習慣、飲酒習慣等）との関係を理解し、生活習慣の改善を自ら選択し、さらにその結果が健診データの改善に結びつくように支援することが重要である。

③方法

<p>情報提供は、<u>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。</u>さらに、<u>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。</u></p> <p>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、<u>社会資源の活用だけでなく、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。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p>c <u>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。</u></p> <p>(5) 健診・保健指導の評価</p> <p>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、<u>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。</u></p> <p>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</p>	<p>情報提供は、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、<u>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。</u></p> <p>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、<u>社会資源の活用やポピュレーションアプローチによる支援を行う。</u></p> <p>c <u>平成35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。</u></p> <p>(5) 健診・保健指導の評価</p> <p>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、<u>健康課題を明確にした戦略的な取組を実施することができる。</u></p> <p>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</p>
---	---

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。

（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。

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）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。

（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、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。

なお、内臓脂肪の蓄積に着目した生活習慣病予防のための健診・保健指導の基本的な考え方について[図4](#)にまとめた。

図 4
(略)

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

図 4
(略)

1-5 健診・保健指導の外部委託

① 外部委託の考え方

外部委託を活用し、利用者の利便性に配慮した健診や保健指導を実施する（例えば、土日・祝日に行う等が考えられる）等、対象者のニーズを踏まえた対応をすることで、健診や保健指導の実施率向上を図ることが期待される。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危惧されるため、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ことが不可欠である。

② 外部委託先の選定と評価

健診や保健指導の実施を委託する場合には、委託基準を作成し、本プログラムに定める内容の健診や保健指導を適切に実施できる事業者を選定する必要がある。なお、健診・保健指導の事業の企画及び評価については、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自らが行う必要があるため、以下③、④にもある通り、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

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に理念・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)

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。

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。その際、委託する業務はどのような理念に基づき、その目的は何かを明確にし、それを委託先の事業者に伝えることが重要である。

○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また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

に評価し、必要に応じて委託事業者と共に改善策を検討することが望ましい。

①については、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専門職の目を通して確認する。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、事業者に対して保健指導の質の改善を促したり、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。

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。

○委託した業務と生活習慣病対策全体の連携

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。

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、また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編第3章に規定しているとおり、「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

○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編第3章に規定している通り、「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ⁱ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。

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

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。

<p>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）</p> <p>健診対象者に対して、健診の受診を促す。<u>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。</u>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。<u>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。</u></p> <p>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。<u>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。</u>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。</p> <p>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。</p> <p>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。<u>その際、個人によっては体質や生活環境の影響も上げていることから、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。</u>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</p>	<p>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）</p> <p>健診対象者に対して、健診の受診を促す。その際、望ましい条件下（空腹時採血等）で健診を受診するよう、事前の情報提供を行う。</p> <p>健診の実施に際しては、プライバシーに配慮した検査環境を整えた上で、適切な検査手技に基づき検査を実施する。また、医師が詳細な検査を要すると判断した者については、受診者本人に丁寧にその必要性を説明した上で、円滑に当該検査を受けられるよう配慮する。</p> <p>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。</p> <p>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。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。</p>
--	--

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ことが必要である。詳細は〇〇を参照されたい。

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

（略）

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

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に応じ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。この際、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。

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ことが必要である。

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5にまとめた。

図5

（略）

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

<p>行う能力が求められる。</p> <p>また、保健指導実施者は、対象者の身体の<u>状態や生活状況</u>、<u>価値観等に配慮しつつ、行動変容に確実に<u>つなげられる</u></u>よう、以下の能力が求められる。</p> <p>3-1 事業のマネジメントを担う者に求められる能力</p> <p>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<u>ことが求められる。</u></p> <p>(1) データを分析し、優先課題を見極める能力</p> <p>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¹が求められる。</p> <p>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、<u>国保データベースシステム（以下「KDBシステム」という。）</u>を活用して分析、対象者の抽出ができる能力が<u>求められる。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p>(2) 健診・保健指導の企画・調整能力</p> <p>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</p>	<p>行う能力が求められる。</p> <p>また、保健指導実施者は、対象者の身体の<u>状態や生活背景</u>、<u>価値観等に配慮しつつ、行動変容に確実に<u>つながる</u></u>よう、以下の能力が求められる。</p> <p>3-1 事業のマネジメントを担う者に求められる能力</p> <p>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<u>必要がある。</u></p> <p>(1) データを分析し、優先課題を見極める能力</p> <p>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¹が求められる。</p> <p>たとえば、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、<u>国保データベース（KDB）</u>を活用して分析、対象者の抽出ができる能力が<u>必要となる。</u></p> <p><u>また、データの電子化に伴い、突合分析においては適切に電子データを処理する技術が必要である。</u></p> <p>(2) 健診・保健指導の企画・調整能力</p> <p>積極的支援の対象者が多い場合、効率的に健診・保健指導を実施し、生活習</p>
---	---

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

慣病の有病者や予備群を減少させるために、過去の健診結果等も十分に加味し、発症・重症化するおそれの特に高い対象者を、優先的に抽出していく能力も必要となる。

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。

対象集団の特性を踏まえた健診項目の選定や、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

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の評価し、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

を明確にした上で、費用対効果が高く、保健指導効果を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必要である。

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、対象者に必要な保健指導が実施されたか等の評価し、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

<p>(略)</p> <p>(6) 健診・保健指導プログラムを開発する能力</p> <p>(略)</p> <p><u>(7) ICT を管理する能力</u></p> <p><u>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。</u></p> <p>j 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。</p> <p>3-2 健診・保健指導実施者に求められる能力</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>(略)</p> <p>(6) 健診・保健指導プログラムを開発する能力</p> <p>(略)</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>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。</p> <p>3-2 健診・保健指導実施者に求められる能力</p> <p>保健指導実施者として以下のような能力の習得が必要である。</p> <p>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。</p>
--	---

<p>(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。</p> <p>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。</p> <p>(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。</p> <p>(3) 個人の生活と環境を総合的にアセスメント^l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</p>	<p>(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、喫煙習慣、飲酒習慣等の問題による代謝の変化（血糖高値、脂質異常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）になるという、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必要である^j。</p> <p>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、常に研鑽を続けることが必要である^k。</p> <p>(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必要である。</p> <p>(3) 個人の生活と環境を総合的にアセスメント^l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</p>
--	--

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

アセスメントできる能力が必要である。そのためには、健診データを経年的に見て、データの異常値をメタボリックシンドロームや対象者の生活習慣と関連付けて考えられる能力が求められる。また、対象者の行動変容のステージや健康に対する価値観を把握し、対象者の状態にあった保健指導方法を判断できる能力が求められる。

(4) 安全性を確保した対応を考えることができる能力

健診の検査結果や問診結果、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医と連携を図る等、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医に相談し、保健指導への参加の可否や、実際に保健指導を行う際の留意点等を確認すること等に努めることが望ましい。なお、かかりつけ医に相談する場合には、保健指導の目的や具体的な実施方法を記した書面を提示し、かかりつけ医が参加の可否等を判断しやすいようにすることが望ましい。

(5) 相談・支援技術

① カウンセリング^㉑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^㉒の手法^㉓、コーチング^㉔の手法^㉕、ティーチング^㉖の手法^㉗、健康行動理論^㉘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

① カウンセリング^㉑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^㉒の手法^㉓、コーチング^㉔の手法^㉕、ティーチング^㉖の手法^㉗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。

③ 個々の生活習慣の改善のための具体的な技術

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

(6) 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

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。

(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²において、いわゆるソーシャル・キャピタル³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

とその目標を提案できる能力が必要である。その際には、対象者の置かれた環境を踏まえた支援の提案や、国や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必要である。

また、個々の生活習慣は互いに関連しているため、対象者が置かれた状況を総合的に判断し、生活習慣改善支援をバランス良く行うことが求められる。詳細は第3編第3章3-3(4)、健診・保健指導の研修ガイドラインを参照されたい。

(7) 学習教材を開発する能力

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

具体的には、本プログラムを活用しつつ、他機関の教材に関する情報や、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²において、いわゆるソーシャル・キャピタル³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

<p>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<u>求められる</u>。</p> <p><u>(9) ICT を活用する能力</u></p> <p><u>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。</u></p> <p>k <u>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げられることが望ましい。</u></p> <p>l <u>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。</u></p> <p>m <u>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。</u></p>	<p>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<u>必要である</u>。</p> <p>(新設)</p> <p>j <u>たとえば高血糖状態等、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。</u></p> <p>k <u>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。</u></p> <p>l <u>アセスメント：対象者の身体状況や生活習慣、生活環境、健康に関する意識、家族の状況、仕事の状況等について情報を収集し、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。</u></p>
--	---

<p>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。</p> <p>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<u>疾病管理</u>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> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>r <u>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、ヘルスビリー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。</u></p> <p>s 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）</p> <p>t 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。</p>	<p>m 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。</p> <p>n 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<u>症状管理</u>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> <p>o 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。</p> <p>p 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。</p> <p>q 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）</p> <p>r 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。</p>
--	---

<p>別紙 1—1 (略)</p> <p>別紙 1—2 (略)</p> <p>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</p> <p>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。</p> <p>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、<u>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等の発症リスクが高くなる</u>ことがわかっている。一方、内臓脂肪を減少させることで、<u>それらの発症リスクを低減することができる</u>。</p> <p>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、<u>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</u>という考え方である。</p> <p>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</p>	<p>別紙 1—1 (略)</p> <p>別紙 1—2 (略)</p> <p>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</p> <p>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。</p> <p>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、血糖高値、脂質異常、血圧高値を呈する病態であり、<u>それぞれが重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高く、内臓脂肪を減少させることでそれらの発症リスクの低減が図られる</u>という考え方を基本としている。</p> <p>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り、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、<u>心筋梗塞等の虚血性心疾患、脳梗塞等の脳血管疾患、人工透析を必要とする腎不全等への進展や重症化を予防することが可能である</u>という考え方である。</p> <p>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</p>
---	---

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、以下のとおりとする。

血管を損傷して動脈硬化を引き起こすことにより、虚血性心疾患、脳血管疾患、腎不全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。

○標準的な質問項目は、①生活習慣病リスクの評価、②保健指導の階層化、③健診結果を通知する際の「情報提供」の内容の決定に際し、活用するものであるという考え方に基づくものとする。

○対象集団の特性（地域や職場の特性）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は可能である。

（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、以下の通りとする。

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))、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。

(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

①特定健診の基本的な項目 (別紙1参照)

質問項目、身体計測(身長、体重、BMI、腹囲(内臓脂肪面積))、理学的所見(身体診察)、血圧測定、脂質検査(中性脂肪、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^{a)})、肝機能検査(AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GT(γ -GTP))、血糖検査^b(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 (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^dによる腎機能の評価を含む)のうち、一定の基準(別紙2参照)の下、医師が必要と判断した場合に選択的に実施する。なお、健診機関は、別紙2の基準を機械的に適用するのではなく、詳細な健診を行う必要性を個別に医師が判断することとし、その判断理由等を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。

(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 2

票を 別紙 3 とする。この質問項目は、従来の国民健康・栄養調査や労働安全衛生法における質問を踏まえて設定されたものである。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必要である。

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

（４）測定方法とその標準化

○保険者は、複数の健診機関で実施された受診者の健診結果のデータを一元的に管理し、予防効果が大きく期待できる者から優先的に保健指導を実施していくことが必要である。そのため、共通した健診判定値の設定や検査項目毎の測定値の標準化が必要となる。

○健診機関は検査の標準化により、保健指導判定値及び受診勧奨判定値の信頼性を確保する。

○健診機関は、採血時間、検体の保存・運搬等に関して適切な配慮を行う。

○健診の検査実施方法及び留意事項については 別紙 4 を参照。

○具体的な健診項目ごとの標準的な測定方法、判定値については 別紙 5 を参照。

（５）測定値の精度管理

○健診機関は、検査測定値について十分な精度管理を行うことが必要である。

○内部精度管理、外部精度管理について、健診実施者は、「健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針」（平成 16 年厚生労働省告示第 242

42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

号) (別紙6参照)における精度管理に関する事項に準拠して、精度管理を行うものとする。

①内部精度管理 (健診機関内で同じ測定値が得られるようにすること)

健診機関内において、健診の実施における検体の採取・輸送・保存、測定、検査結果等について、管理者の配置等管理体制、実施手順、安全性の確保等の措置を講じるように努め、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1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。

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。

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あつては、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

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。

a 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。

b 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 ヶ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あつては、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

<p>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。</p> <p>e H b A 1 c 検査については、平成 25 年度からはNG S P 値で表記している。それ以前の検査値は J D S 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、J D S 値とNG S P 値は、以下の式で相互に正式な換算が可能である。</p> <p>J D S 値 (%) = 0.980 × NG S P 値 (%) - 0.245%</p> <p>NG S P 値 (%) = 1.02 × J D S 値 (%) + 0.25%</p> <p>f e G F R (mL/分/1.73 m²) = 194 × Cr - 1.094 × 年齢 (歳) - 0.287 (女性は × 0.739)</p> <p>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</p> <p>(1) 基本的な考え方</p> <p>○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. ○○第 2 編別添資料・フィードバック文例集参照)。その際には、<u>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。</u></p> <p>○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<u>新規受診や継続治療が必要な対象者の受診継続</u>、や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</p>	<p>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。</p> <p>cH b A 1 c 検査については、平成 25 年度からはNG S P 値で表記している。それ以前の検査値は J D S 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、J D S 値とNG S P 値は、以下の式で相互に正式な換算が可能である。</p> <p>J D S 値 (%) = 0.980 × NG S P 値 (%) - 0.245%</p> <p>NG S P 値 (%) = 1.02 × J D S 値 (%) + 0.25%</p> <p>d e G F R (mL/分/1.73 m²) = 194 × Cr - 1.094 × 年齢 (歳) - 0.287 (女性は × 0.739)</p> <p>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</p> <p>(1) 基本的な考え方</p> <p>○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。<u>また、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。</u></p> <p>○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、医療機関への受診や継続治療が必要な対象者の受診や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</p>
---	---

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.○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

り込まれることが望ましい。また、こうしたフィードバックの効果を高めるためには、健診実施から結果通知、及び保健指導までの期間を可能な限り短くすることが望ましい。

○特に、特定健診の結果、医療機関を受診する必要があると判断された者については、医療機関への受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、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。

○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、検査項目ごとに解説をした上で、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、別添資料の文例集 (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

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対面で個別に説明することで、より大きな効果が上がることが期待される。

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

① 確実な医療機関受診を要する場合

検査結果に基づき、すぐ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、かかりつけ医のいない対象者にとって、かかりつけ医を見つける機会にもなる。

治療中断中の場合、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、受け止め方を確認、治療に抵抗する要因を考慮したうえ、認識を修正する働きかけが必要になる。また、「いつまでに」受診するかといった約束をすることや、受診した結果を連絡してほしいと伝えることで、対象者の中で受診に対する意識が高まり、受診につながることもある。

② 生活習慣の改善を優先する場合

上記①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⁹。

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

上記①ほど緊急性はないものの、検査データで異常値が認められ、生活習慣を改善する余地のある者には、特定保健指導の対象者・非対象者のいずれも含まれ得る。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⁹。

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、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。

(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。

g 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、

発症リスクの高さ等に言及した上で、生活習慣の改善を促すことが望ましい。

(3) 情報提供の際の留意事項

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

(4) 受診勧奨後のフォローアップ

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。

°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通りが考えられる。また、脂質異常症においても、一次予防（虚血性心疾患未発症者）ではまず3～6か月の生活習慣改善が必要であるとしている。特定保健指導の対象となった者については、各学会のガイドラインを踏まえ、健診

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。

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 85 cm以上、女性 90 cm以上 →(1)
- ・腹囲 (1)以外かつ BMI ≥ 25 kg/m² →(2)

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。

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、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 85 cm以上、女性 90 cm以上→(1)
- ・腹囲(1)以外かつBMI ≥ 25 kg/m²→(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未満

- 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、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

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。

○①～③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喫煙歴については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。

- 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 a 中性脂肪 150mg/dl以上又は

b HDLコレステロール 40mg/dl未満

- ③血糖高値 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質問票喫煙歴あり

⑤質問票①、②又は③の治療に係る薬剤を服用している

ステップ3（保健指導レベルの分類）

ステップ1、2の結果を踏まえて、保健指導レベルをグループ分けする。なお、前述の通り、④喫煙歴については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

<p>0の対象者は情報提供レベルとする。</p> <p>(2) の場合</p> <p>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。</p> <p>ステップ4（特定保健指導における例外的対応等）</p> <p>○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。</p> <p>○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、<u>医療機関</u>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<u>医療機関</u>に情報提供することが望ましい。</p> <p>【参考】 特定保健指導の対象者（階層化）</p>	<p>0の対象者は情報提供レベルとする。</p> <p>(2) の場合</p> <p>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。</p> <p><u>ステップ4</u>（特定保健指導における例外的対応等）</p> <p>○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。</p> <p>○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、<u>かかりつけ医</u>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<u>かかりつけ医</u>に情報提供することが望ましい。</p> <p><u>（表新設）</u></p>
---	--

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¹、口腔機能低下及び低栄養や認知機能低下²、フレイル³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。

(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虚血性心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¹、口腔機能低下及び低栄養や認知機能低下²、フレイル³等の予防に留意し、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。

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 時間未満とする。

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あつては、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 時間未満とする。

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。

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

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

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

f 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 ヶ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あつては、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 時間未満とする。

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。

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

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

g 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

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

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）

h 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(改訂版:平成24年3月厚生労働省老健局)

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

i 「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文書や電話等の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。更に、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。

○未受診者対策としては、年度途中で健診未受診者へ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、メリハリをつけた対策が必要で

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、P D C A サイクルを意識した保健事業を行う。

ある。

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。

○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必要がある。

○レセプトデータ等に基づき、受診勧奨を行った者が実際に医療機関を受診しているかどうか、フォローアップを行うべきである。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、治療開始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の原因を分析する等して、健診や保健指導の実施率向上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・レセプトデータを分析することにより、P D C A サイクルを回した保健事業を行う。

<p>【参照】 ※参照に当たっては最新版を参照されたい。</p> <p>「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</p> <p>「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</p> <p>○健診データについては、<u>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。</u></p> <p>○<u>外部委託を行う場合</u>、保険者は、委託元の責任として、検査の標準化や精度管理、個人情報の保護等について、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。</p> <p>（2）市町村の役割</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p>	<p><参照></p> <p>「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</p> <p>「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</p> <p>○健診データについては、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必要である。また、被保険者・被扶養者が保険者間を異動した際には、<u>本人の同意を得た上で保険者間で健診データを適切に移行させる等、生涯を通じた健診情報のデータ管理を行うことができるようなシステムを構築することが望ましい。</u></p> <p>○保険者は、委託元の責任として、検査の標準化や精度管理、個人情報の保護等について、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。</p> <p>（2）市町村の役割</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p>
--	---

<ul style="list-style-type: none"> ・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、<u>禁煙支援や減酒支援</u>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、<u>内蔵脂肪蓄積のリスク判定</u>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（<u>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</u>）。 ・特定保健指導の対象者に対しても、<u>地域等で行われている健康教室等</u>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、<u>医療機関等と連携し、健診データやレセプトデータ等</u>に基づいて、保健指導等を行う。 <p>○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。</p> <p>○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</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・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、<u>禁煙支援や適正飲酒</u>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、<u>腹囲基準</u>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。 ・特定保健指導の対象者に対しても、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、<u>かかりつけ医や保険者と連携し、健診データ、レセプトデータ等</u>に基づいて、保健指導等を行う。 <p>○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。</p> <p>○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</p>
---	--

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

等)を行い、健康増進計画の推進に資することが望ましい。

(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、かかりつけ医等と連携した生活習慣病の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¹に取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、個人情報の保護等について、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。

ために、健康経営¹に取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。

○医療費分析や人口動態統計（死亡指標）に加え、生活習慣病の発生状況や受診状況等の把握の推進に努め、生活習慣病対策全体の評価を行うと共に、医療費適正化計画や医療計画を踏まえた効果的な対策の提案を行う。

○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かかる課題の効果的な解決を促す。

（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、個人情報の保護等について、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、健診受診者に分かりやすくフィードバックする。

○受診勧奨判定値を超える検査測定値があれば、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

○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^{h)}）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。

(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

際、対象者の重症度等に応じて受診勧奨方法を工夫する。

(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^{k)}）等の未治療者・治療中断者が見いだされた場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症予防のために治療の継続が必要であることを分かりやすく説明し、治療開始・治療再開を促すことが重要である。

(新設)

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。

n 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。

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

j 事業所やその事業主が労働者の健康に配慮することにより、労働者の健康の維持・増進や、その結果として組織の活性化や生産性の向上が期待される。日本再興戦略 2016 の取組の一つである。

k 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。

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

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、社会保険診療報酬支払基金

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

(2) 留意事項

- 健診データ等の授受の際には、個人情報の保護に十分に留意する。
- 今後、人間ドック等ほかの健診データ等も、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、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 (J L A C 1 0 1 7 桁コードを使用)

健診項目	検査方法	J L A C 1 0 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。

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 (J L A C 1 0 1 7 桁コードを使用)

健診項目	検査方法	J L A C 1 0 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。

○生活習慣病有病者・予備群を確実に減らすためには、事業の評価及び健診データ等の十分な分析を行うことが必要であるため、健診機関・保健指導機関毎のデータ比較が可能となるよう、各健診機関、保健指導機関コードの設定が必要である。

○なお、医療機関の場合は、既にある保険医療機関コードを活用しており、健診機関コードについても下記のルールで設定が行われているため、別途独自にコードを設定しないようにする必要がある。

（参考） 健診機関・保健指導機関コード設定の考え方

※詳細は特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（厚生労働省保険局<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000172888.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。

・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。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、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必要である。また、被保険者・被扶養者が保険者間を異動した際には、本人の同意を得た上で、保険者間で健診データを適切に移行させる等、生涯を通じた健診情報のデータ管理を行うことができるようなシステムを構築することが望ましい。

○ただし、個人情報の保護に十分配慮する必要がある。

(2) 具体的な保存年限

○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

○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、たとえば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。

(新設)

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 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。

(参考)

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

○既存の保険者番号（法別番号と都道府県番号を含んだ8桁の数字）と一意性のある個人の固有番号（例：現在被保険者・被扶養者が使用している被保険者の記号・番号、職員番号、健診整理番号など）を用いる。

○固有番号は、一度個人に発行した後は、その同じ番号を別の個人に再発行しないことが必要である。たとえば、被保険者番号の場合は発行年度の西暦の下2桁を追加することで一意性を保つことができると考えられる。

○被保険者証の記号・番号が個人毎の番号となっていない場合もあるため、生年月日やカタカナ名等、他の項目と組み合わせて個人を識別するか、枝番号を追加することで対応することが考えられる。

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

○高齢者は、健康状態や生活背景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⁹。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。

○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、たと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、高齢福祉担当課等が主体となって介護関連事業や高齢者の特性を踏まえた保健事業を実施し、高齢者の健康確保と生活機能の維持・向上に努めていることから、データ等の相互提供等により地域支援事業と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

○特定保健指導対象者の階層化の結果によると¹⁾、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。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。

○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、運動すること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。

<p>○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、<u>咀嚼状態</u>にも配慮した指導が必要である。</p> <p>○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。</p> <p>(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</p> <p><u>○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。</u></p> <p>○75歳以上の者についても、(2)の65歳以上75歳未満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<u>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。</u></p> <p><u>○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。</u></p> <p>○医療機関に通院していない<u>高齢者については、健診等の機会を活用して、</u>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。</p> <p>○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</p>	<p>○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、嗜好や入手方法にも配慮した指導が必要である。</p> <p>○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。</p> <p>(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</p> <p>○75歳以上の者についても、(2)の65歳以上75歳未満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。</p> <p>○医療機関に通院していない<u>場合、健診等の機会を活用し、</u>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。</p> <p><u>○75歳以上の者の8割以上が、かかりつけ医を受診していることを鑑みると、かかりつけ医と連携した取組を推進する必要がある。</u></p> <p>○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</p>
---	--

本的には75歳未満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。

○「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）

6-2 40歳未満の者に対する健診・保健指導

本的には75歳未満と同様の項目とする。ただ、腹囲については、医師の判断等によって実施する項目とすることが適当である。

○医師の判断により実施する詳細な健診の項目（心電図等）については、健診機関の医師が、これらの検査の必要性を含めて、受診勧奨とするか否かを判断し、受診勧奨と判断された者については、医療機関において、必要な診察を実施する。

○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、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に伴う疾病の予防・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。

○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。

1「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）

6-2 40歳未満の者に対する健診・保健指導

○平成26年度の特定健診受診者において「20歳から10kg以上体重が増加し

<p>○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¹⁹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。</p> <p>○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。</p> <p>○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、<u>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。</u></p> <p>○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</p>	<p>た者」は、健診受診者全体では男性で35.5%、女性で20.9%であるが、40～50歳代の「特定保健指導対象者」は男女とも80%程度である。</p> <p>○このように、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²⁰ことから、特定保健指導該当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。</p> <p>○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。</p> <p>○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（たとえば、節目健診として30歳、35歳の時）に健診を行い、生活習慣の改善が特に必要と認められる者に対して保健指導を実施することは、<u>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。</u></p> <p>○平成26年度の特定健診受診者においては、40～44歳の喫煙率が男性41.1%、女性14.2%とそれ以上の年齢よりも高かった。また、同年齢層の積極的支援該当者における喫煙率は男性で6割、女性で4割を超えており、喫煙習慣のために積極的支援該当となっている者が多い。</p> <p>○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</p>
---	---

<p>援により肥満、喫煙の防止を図ることが重要である。</p> <p>○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。<u>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。</u></p> <p>p 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。<u>(Nanri A, Mizoue T, Takahashi Y, et al. J Epidemiol Community Health doi: 10.1136/jech. 2009.097964, 2011)</u></p> <p>別紙1</p> <p>別紙2</p> <p>別紙3</p> <p>別紙4</p> <p>別紙5</p> <p><u>別添資料</u></p> <p>別紙6</p>	<p>援により肥満、喫煙の防止を図ることが重要である。</p> <p>○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。</p> <p>m たとえば、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。<u>(NanriA, MizoueT, TakahashiY, et al. J Epidemiol Community Health doi:10.1136/jech. 2009.097964, 2011)</u></p> <p>別紙1</p> <p>別紙2</p> <p>別紙3</p> <p>別紙4</p> <p>別紙5</p> <p>別紙6</p>
--	---

別紙 7 - 1

別紙 7 - 2

別紙 7 - 3

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付き、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付き、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

別紙 7 - 1

別紙 7-2

別紙 7-3

別添資料

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付き、自らの意志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付き、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。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。

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付くことが難しく、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。その気付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

(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付くことが難しく、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。更に、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。その気付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、持たせ、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・

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（準備状態）が無関心期^aにある場合の保健指導

行動変容のステージ（準備状態）が無関心期にある場合は、対象者の疾病に対する認識を確認し、リスクと病気の発症や障害を持つ可能性との関係の説明に加えて、対象者にとって問題となることが何かを考えられるように対応することが必要である。

② 生活習慣の改善により発症の予防や疾病のコントロールが可能であるこ

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、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

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、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大事である。

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、対象者に合わせて決して押しつけずに支援を行い、生活習慣を変えることが本人にとって快適であることを実感でき、楽しめるようなプログラムを提示する等、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。

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づき、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²¹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はなく、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

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づき、行動目標を決定することを支援する技術、⑥健診データ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、たとえば、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²¹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、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はなく、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。

(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
(略)

(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

なお、具体的な保健指導技術については、第 3 編第 3 章 3-5 を参照されたい。

(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
(略)

(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方向で支援が行われるものであるが、個人の生活は家庭、職場、地域で営まれており、生活習慣は生活環境、風習、職業等の社会的要因に規定されることも大きい。このため、様々な生活の場が健康的な生活への行動変容を支え、又は維持できる環境となっていることが必要である。

具体的には、地域や職域において、①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[△]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

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[△]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。

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NPO等のグループ等と協働し、対象者を支援することが重要である。

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性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。

<p>a <u>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.)</u></p> <p>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きけるように支援することが必要である。</p> <p>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</p> <p>c 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。</p> <p>d 保健行動：健康の回復、保持、増進に係る全ての行動。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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</p>	<p>(新設)</p> <p>a 行動変容に対する準備状態のことで、次の5つのステージに分けられる。面接等においてステージを把握し、ステージごとに支援方法を変え、ステージが改善していきけるように支援する。</p> <p>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</p> <p>b 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。</p> <p>c 保健行動：健康の回復、保持、増進に係る全ての行動。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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</p>
--	---

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
(略)

2-2 保健事業（保健指導）計画作成にあ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）計画を作成するためには、まず、現状を正確に把握し分析することが重要である。

第一の理由としては、対象者の所属する地域・職域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

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、各種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
(略)

2-2 保健事業（保健指導）計画作成にあ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）計画を作成するためには、まず、現状を正確に把握し分析することが重要である。

第一の理由としては、対象者の所属する地域・職域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、P D C A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

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

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

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）の効果を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～

るための項目、②保健事業（保健指導）対象者把握のための項目、③保健事業（保健指導）の効果を把握するための項目等が挙げられる。

平成20年度以降は特定健診データの蓄積、更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したりすることにより、保健事業の目標設定や修正、進捗管理を行うことが可能となっている。

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

（3）分析の方法と保健事業（保健指導）計画への活用

現状分析に当たっては、基準の統一、比較可能性等に留意して行う必要がある。

また、分析結果については、医療費、対象の属性、環境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」（様式1－1、1－2、2－1、2－2、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」（様式1－1、

<p>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)</p> <p>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。</p> <p>③ 「属性ごとの分析」</p> <p>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。</p> <p>④ 「環境（地域・職域）ごとの分析」</p> <p>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はなく、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。</p> <p>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」</p> <p>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、またはほかの影響する要因について分析する（第3編第4章参照）。</p> <p>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、<u>KDBシステム</u>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合同し</p>	<p>1-2、2-1、2-2、3-1~6)</p> <p>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。</p> <p>③ 「属性ごとの分析」</p> <p>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。</p> <p>④ 「環境（地域・職域）ごとの分析」</p> <p>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はなく、たとえば夜勤従事者等、勤務形態や業務内容に応じた分析も考慮に入れる。</p> <p>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」</p> <p>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、<u>更</u>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。</p> <p>不十分な場合には保健事業の見直し、またはほかの影響する要因について分析する（第3編第4章参照）。</p> <p>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、たとえば、<u>国保データベース（KDB）</u>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</p>
---	--

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
(略)

表 2
(略)

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

データを合同して分析・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
(略)

表 2
(略)

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問題の特徴を健診データ、レセプトデータ、介護保険データ等に基づく現状分析から明らかにし、その課題のうち、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、条件別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

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、たとえば「糖尿病の有病者を〇%（*ポイント減少）となる」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毎の目標設定

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、特定保健指導にかかる事業全体のボリュームを把握し、対象者数の目標を設定する。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について、前年度の健診結果を判定基準に投入、各保健指導レベル別の対象人数の概数を算出する。なお、治療中の者について、かかりつけ医又は産業医からの紹介がある場合は、かかりつけ医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。

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。なお、数値目標は、健診結果の変化、アンケート調査等に基づき、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、条件別に設定するものとする。

① 「動機付け支援レベル」の対象者

<p>○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、または悪化しない。</p> <p>○腹囲及び体重の減少をめざす。</p> <p>○保健指導レベルが改善する者を○%とする。</p> <p>○特定保健指導実施率が○%（*ポイント向上）となる。</p> <p>② 「積極的支援レベル」の対象者</p> <p>○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、または悪化しない。</p> <p>○腹囲 <u>2cm</u> かつ体重 <u>2kg</u> の減少をめざす。</p> <p>○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○%とする。</p> <p>○禁煙指導後の禁煙達成率を○%とする。</p> <p>○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。</p> <p>○保健指導レベルが改善する者を○%とする。</p> <p>○「医療機関への受診勧奨」レベルへの移行率を○%以下とする。</p> <p>○特定保健指導実施率が○%（*ポイント向上）となる。</p> <p>③ 特定保健指導非対象者</p> <p>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。</p> <p>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、<u>健康寿命の延伸</u>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</p>	<p>○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、または悪化しない。</p> <p>○腹囲及び体重の減少をめざす。</p> <p>○保健指導レベルが改善する者を○%とする。</p> <p>○翌年度の健診結果にて、<u>動機付け支援</u>となる者が○%（*ポイント減少）となる。</p> <p>○特定保健指導実施率が○%（*ポイント向上）となる。</p> <p>② 「積極的支援レベル」の対象者</p> <p>○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、または悪化しない。</p> <p>○腹囲及び体重減少、<u>危険因子の軽減</u>をめざす。</p> <p>○検査結果の異常1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。</p> <p>○保健指導レベルが改善する者を○%とする。</p> <p>○「医療機関への受診勧奨」レベルへの移行率を○%以下とする。</p> <p>○翌年度の健診結果にて、<u>積極的支援</u>となる者が○%（*ポイント減少）となる。</p> <p>○特定保健指導実施率が○%（*ポイント向上）となる。</p> <p>③ 特定保健指導非対象者</p> <p>階層化の結果、特定保健指導の対象とならない者は、<u>表3</u>のア～エに分類することができる。</p> <p>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、<u>メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少</u>や医療費適正化に資するた</p>
--	---

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
(略)

(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。

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
(略)

(3) 特定保健指導の対象者の優先順位にかかる基本的な考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、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。たとえば、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特に重要であり、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。

(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。更に、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する等、対象者の負担を軽減し、参加しやすくなる方法を計画する。

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

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、媒体、支援材料、記録や個人情報の管理方法等を徹底する。健診から保健指導までの作業工程を検討し、健診実施日から保健指導までの期間を短縮することに努力すべきである。

外部講師や外部機関と連携して事業を実施するときには、事業の目的と評価方法、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、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。更に、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

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し、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

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し、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3章に記載する内容を踏まえ、個別に計画を作成する。

(3) 評価計画

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

(1) 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・保健指導と望ましい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

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から3-6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から3-9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。

(変更のうえ、第3編第3章3-7(1)へ移動)

(変更のうえ、第3編第3章3-7(2)へ移動)

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。

(2) 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化した上で、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、対象者の特性に合わせて常に改善に努めることが必要である。

(3) 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、平成 35 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^d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、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^e、運動指導に関する専門的知識及び技術を有する者^f（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が効果的であり、その場合は、地域内の種々の関係者の協力を得ることが重要である。

保健指導において、禁煙支援を行う場合には、禁煙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。

更に、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の研修を修了していることが望ましい。

d 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

	<p><u>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。</u></p> <p><u>(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。</u></p> <p><u>e 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、</u></p> <p><u>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</u></p> <p><u>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</u></p>
--	--

<p>(変更のうえ、第3編第3章3-7(6)へ移動)</p>	<p>f 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、</p> <p>①看護師、栄養士、歯科医師、薬剤師、助産師、准看護師、理学療法士であつて、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</p> <p>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、T H P 指針に基づく運動指導担当者であつて告示に定める追加研修を受講した者</p> <p>(4) 「動機付け支援」、「積極的支援」に必要な詳細な質問項目</p>
<p>(削除)</p>	<p>「動機付け支援」、「積極的支援」の実施に当たっては、保健指導対象者の生活習慣及び行動変容ステージ(準備状態)を把握し、どのような生活習慣の改善が必要なのかをアセスメントする必要があることから、詳細な質問項目を使用することが望ましい。</p> <p>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4で示した項目が考えられる。</p> <p>表4</p>
<p>(変更のうえ、第3編第3章3-2(5)へ移動)</p>	<p>(5) 保健指導の際に活用する資料(学習教材集・保健指導事例集)</p>

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常に最新の知見、情報に基づいたものにしていくことが重要であり、常に改善が必要である。

また、支援のための資料等は、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。更に、それぞれ支援のための資料等は何を指して使用するのかということをはっきりとすることと、地域の実情や職域の状況に応じた工夫をしていくことが重要となる。

①アセスメントに関する資料

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

②行動目標設定のための資料

行動目標を設定し、評価をしていくための資料である。

③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。

④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。

⑤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。

⑥保健指導実施者用の資料

(変更のうえ、第3編第3章3-2(9)へ移動)

個別支援やグループ支援の実施方法や実施状況、支援内容の記録等に関する資料である。

(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 (検査データ、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「支援者」に期待していることの記録も必要である。

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

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、具体的な保存年限は、特定健診と同様である（第2編第5章5-4参照）。

なお、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継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。

(変更のうえ、第3編第3章3-2(10)へ移動)

(7) 留意事項

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

○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。

○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。

○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

<p>3-2 <u>保健指導のプロセスと必要な保健指導技術</u></p> <p>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。<u>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。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>(1) 保健指導の準備</u></p> <p><u>① 保健指導の環境整備</u></p> <p><u>○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。</u></p> <p><u>○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。</u></p> <p><u>○実現可能な1人あたりの時間を設定する。</u></p> <p><u>② 資料の確認</u></p> <p>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^o等）、前回までの保健指</p>	<p><u>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。</u></p> <p><u>○いくつかの支援手段（メニュー）を組み入れ、対象者の状況や要望に応じてメニューを選択できる等、柔軟な仕組みとすることを考える。</u></p> <p><u>○対象者によっては、個人情報に留意しつつ、携帯電話やパソコン等の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。</u></p> <p>3-2 <u>保健指導における情報提供</u></p> <p>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。「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、生活習慣を改善又は維持していくことの利点を感じ、<u>対象者の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。</u></p> <p><u>(変更のうえ、第3編第3章3-5から移動)</u></p>
---	---

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。

(2) 対象者との信頼関係の構築

① 自己紹介

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

② 話しやすい雰囲気づくり

○非言語的アプローチを含め、ねぎらいと感謝で迎える等の雰囲気づくりをする。

○対象者の話すスピードや理解の度合いを把握し、そのペースを大切にする。

○対象者の緊張感等にも配慮しながら、必要に応じてユーモアを入れたり、具体的例示等を盛り込む等、話しやすい環境づくりに努める。

○対象者の生活背景や価値観に配慮する。

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

(3) アセスメント (情報収集・判断)

(変更のうえ、第3編第3章3-5から移動)

(変更のうえ、第3編第3章3-5から移動)

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。

○ほか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

(変更のうえ、第3編第3章3-5から移動)

○グループワークの場合はグループダイナミクスを利用して、気づきが自分の生活状況の表現のきっかけになるようにする。

○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常に最新の知見、情報に基づいたものにしていくことが重要であり、常に改善が必要である。

また、支援のための資料等は、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明らかにすることと、地域の実情や職域の状況に応じた工夫をしていくことが重要となる。

○アセスメントに関する資料

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

○行動目標設定のための資料

達成目標を実現するための行動目標を設定し、評価をしていくための資料である。

○社会資源に関する資料

(変更のうえ、第3編第3章3-5から移動)

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

○知識の提供・生活習慣改善のための資料（学習教材）

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

○自己実践を支援するための資料（特に継続的に支援するための資料）

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

○保健指導実施者用の資料

個別支援やグループ支援の実施方法や実施状況、支援内容の記録等に関する資料である。

② 対象者の行動変容を促すことができるような教材の選定

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

○対象者が体に起こっている変化を実感し、現在の健康状態を理解できるような教材であるか。

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

○これまでの生活習慣について、何をどう変えたらよいか、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（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）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。

○現在の生活習慣における問題点への気づきが見られた際には、自らがその問題点について改善が必要であると自覚できるように、その問題点に関する加齢の影響等を含めて専門的な支援を行う。

○教材等の効果を確認しながら、必要に応じて教材等の改善につなげていく。

（6）目標設定

① 数値目標の具体化

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

（変更のうえ、第3編第3章3-5から移動）

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。

○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2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、話してもらえよう関係

(変更のうえ、第3編第3章3-5から移動)

づくりをしておく。

○目標に対する到達点を対象者にも評価してもらう。

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

○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 (3～6 か月後)

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。

(変更のうえ、第3編第3章3－5から移動)

<p><u>(9) 適切な記録とデータ管理</u></p> <p><u>○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。</u></p>	<p><u>(変更のうえ、第3編第3章3-5から移動)</u></p>
<p><u>(10) 参加を促す工夫</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>○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。</u></p> <p><u>○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。</u></p> <p><u>○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。</u></p> <p><u>○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。</u></p> <p><u>○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。</u></p> <p><u>○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。</u></p>	<p><u>(変更のうえ、第3編第3章3-5から移動)</u></p>
<p><u>【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</u></p>	<p><u>(変更のうえ、第3編第3章3-1(4)から移動)</u></p>

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

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

総エネルギー	コーヒー・紅茶に砂糖やミルクを入れないようにしている。
	甘い清涼飲料水を飲まないようにしている。
	間食（菓子類・アイスクリーム）を食べないようにしている。
	毎食のご飯は茶碗1杯までにしている。
	パン食の時は菓子パン以外のものになっている。
	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。

	<u>煮物（しょうゆ味）を減らしている。</u>	
	<u>味付けに酢・ゆず・レモンを使うようにしている。</u>	
	<u>スパイスで上手に味付けをしている。</u>	
	<u>毎日果物を食べるようにしている。</u>	
LDLコレステロール	<u>朝食は和食にしている。</u>	
	<u>魚を多くとるようにしている。</u>	
	<u>ベーコンやソーセージは食べないようにしている。</u>	
	<u>バター、チーズを食べないようにしている。</u>	
	<u>バターやラードをやめ、サラダ油を使っている。</u>	
	<u>菓子パン、洋菓子、スナック菓子をやめ、和菓子にしている。</u>	
	<u>大豆製品（豆腐、油揚げ、など）をとるようにしている。</u>	
	<u>インスタントラーメンは食べないようにしている。</u>	
	<u>牛乳やアイスクリームは低脂肪のものにしている。</u>	
身体活動	<u>歩数計を身につけるようにしている</u>	
	<u>1日の活動量の目標を1万歩にしている。</u>	
	<u>食後のウォーキングをしている。</u>	
	<u>通勤や買い物は出来るだけ徒歩にしている。</u>	
	<u>エレベーターを使わないで階段を上っている。</u>	
	<u>週2回は何か運動やスポーツをしている。</u>	
飲酒	<u>お酒は1日1合（ビールなら中瓶1本）までにしている。</u>	
	<u>週1日以上、飲まない日を作っている。</u>	
肥満	<u>毎日体重計で体重をチェックしている。</u>	
	<u>1か月1キロの減量を目指している（肥満である人）。</u>	

(変更のうえ、第3編第3章3-7へ移動)

(変更のうえ、第3編第3章3-7(3)へ移動)

3-3 情報提供・保健指導の実施内容

(1) 「情報提供」

①目的（目指すところ）

対象者が健診結果から、自らの身体状況を認識すると共に、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。

③支援期間・頻度

年1回（健診結果の通知と同時に実施）あるいはそれ以上

④支援内容

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

○対象者に対して、健診結果に基づいた生活習慣の改善について意識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

	<p>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ことが必要である。</p> <p>○健診結果や質問票から特に問題とされない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に伝える。</p> <p>○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。</p> <p>○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。「<u>第2編別添</u>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）」を参照されたい。</p> <p>a 健診結果</p> <p>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。</p> <p>b 生活習慣</p> <p>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。</p> <p>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</p>
--	---

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のバランス、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。

⑤ 支援形態

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。

⑥ 特定保健指導非対象者について

階層化の結果、特定保健指導の対象には該当しなかった対象者については、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

<p>(変更のうえ、第3編第3章3-7(4)へ移動)</p>	<p>の生活習慣等に問題があり、今後の悪化が懸念される者</p> <p>○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</p> <p>○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</p> <p>○服薬中であるがコントロール不良の者</p> <p>⑦ICT等を活用した分かりやすい情報提供の推進</p> <p>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）」</p> <p>(http://www.mhlw.go.jp/file/04Houdouhappyou-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000124571.pdf)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1つに位置付けられている。</p> <p>(2)「動機付け支援」</p> <p>①目的（目指すところ）</p> <p>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を認識し、生活習慣変容のための行動目標を設定でき、保健指導後、対象者がすぐに実践（行動）に移り、その生活が継続できることを目指す。</p> <p>②対象者</p> <p>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、</p>
--------------------------------	---

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か月以上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、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、たとえば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

面接や詳細な質問項目[※]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、身体に起きている変化の理解を促す。そして、対象者の健康に関する考えを受け止め、対象者が、自分の生活習慣の改善点・継続すべき行動等に気付き、自ら目標を設定し、行動に移すことができる内容とする。

特に、食生活については、栄養素の代謝メカニズムを理解し、食事や食材料の栄養的特性を踏まえた上で、実際の食べ方について具体的に指導を行うことが重要である。その際、対象者の関心や理解度、ライフスタイル等に応じて教材等（食事バランスガイドや料理や食品のエネルギー量等）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

	<p><u>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。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>§「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3-1（4）参照。</u></p> <p><u>a 面接による支援</u></p> <p><u>○生活習慣と健診結果との関係の理解、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識の習得、生活習慣の振り返り等から、対象者が生活習慣改善の必要性に気付き、自分のこととして重要であることを認識できるように支援する。</u></p> <p><u>○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。</u></p> <p><u>○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。</u></p> <p><u>○体重・腹囲の計測方法について説明する。</u></p> <p><u>○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。</u></p> <p><u>○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。</u></p> <p><u>b 行動計画の実績評価</u></p> <p><u>○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。</u></p> <p><u>○設定した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。</u></p>
--	--

<p>(変更のうえ、第3編第3章3-7(5)へ移動)</p>	<p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○次年度にも継続して健診を受診するよう勧める。</p> <p>⑤支援形態</p> <p>a 面接による支援</p> <p>○1人20分以上の個別支援(情報通信技術を活用した遠隔面接は30分以上)、又は1グループおおむね80分以上のグループ支援(1グループはおおむね8名以下とする)。</p> <p>b 行動計画の実績評価</p> <p>○行動計画の実績評価は、面接あるいは通信等を利用して行う。</p> <p>○行動計画の実績評価の実施者は、初回面接を行った者と同じの者とする。これを原則とするが、同一機関内であって、組織として統一的な実施計画及び報告書を用いる等、保健指導実施者間で十分な情報共有がなされている場合は、初回面接を行った者以外の者が評価を実施しても差し支えない。また、保険者と保健指導の外部委託先との間で適切に対象者の情報が共有され、保険者が当該対象者に対する保健指導全体の統括・管理を行う場合は、初回面接実施者と実績評価を行う者が同一機関であることを要しない。</p> <p>(3) 「積極的支援」</p> <p>特定保健指導では、第三期(平成30年度)から、従来の積極的支援に加えて、</p>
--------------------------------	--

保険者の判断により、2年連続して積極的支援に該当した者への2年目の特定保健指導の弾力化と積極的支援対象者に対する柔軟な運用による特定保健指導のモデル実施を行えるようになる。運用の詳細については、「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（厚生労働省保険局）」を参照。

①目的（目指すところ）

「動機付け支援」に加えて、定期的・継続的な支援により、対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣を振り返り、自分のこととして重要であることを認識し、生活習慣変容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

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、たとえば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

動機付け支援に加えて行動変容の必要性を実感できるような働きかけを行い、実践可能な具体的な行動目標について、優先順位をつけながら一緒に考え、対象者が選択できるように支援する。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

	<p>合はその理由の確認や目標の見直し等を行う。</p> <p>a 初回時の面接による支援</p> <p>○動機付け支援と同様の支援</p> <p>b 3か月以上の継続的な支援</p> <p>○3か月以上の継続的な支援については、支援A（積極的関与タイプ）及び支援B（励ましタイプ）によるポイント制とし、支援Aのみで180ポイント以上、又は支援A（最低160ポイント以上）と支援Bの合計で180ポイント以上の支援を実施するものとする。</p> <p>支援A（積極的関与タイプ）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・行動計画の実施状況の確認を行い、食生活・身体活動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導を行う。 ・中間評価として、取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。 <p>支援B（励ましタイプ）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・行動計画の実施状況の確認と行動計画に掲げた行動や取組を維持するために賞賛や励ましを行う。 <p>c 行動計画の実績評価</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p>
--	--

	<p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○次年度にも継続して健診を受診するよう勧める。</p> <p>○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。</p> <p>○中間評価や行動計画の実績評価の実施者は、初回面接を行った者と同一の者とするを原則とするが、統一的な実施計画及び報告書を用いる等、保健指導実施者間で十分な情報共有がなされている場合は、初回面接を行った者以外の者が評価を実施しても差し支えない。また、保険者と保健指導の外部委託先との間で適切に対象者の情報が共有され、保険者が当該対象者に対する保健指導全体の総括・管理を行う場合は、初回面接実施者、中間評価実施者、実績評価を行う者が同一機関であることを要しない。</p> <p>② 支援形態</p> <p>a 初回時の面接による支援</p> <p>○動機付け支援と同様の支援</p> <p>b 3か月以上の継続的な支援</p> <p>支援A（積極的関与タイプ）</p> <p>○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。</p> <p>○個別支援A、グループ支援A、電話支援A、電子メール支援A（電子メール、FAX、手紙等）から選択して支援する。</p> <p>支援B（励ましタイプ）</p>
--	---

- 支援計画の実施状況の確認と励ましや賞賛をする支援をいう。
- 個別支援B、電話支援B、電子メール支援B（電子メール、FAX、手紙等）から選択して支援する。
- c 行動計画の実績評価
- 行動計画の実績評価は、面接又は通信等を利用して行う。
- ③ 支援ポイント
- 積極的支援における支援方法と支援ポイントを表5に示す。

表5

⑦留意点

（支援ポイントについて）

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

	<p>(支援の継続について)</p> <p>○行動変容ステージ(準備状態)が無関心期、関心期の場合は行動変容のための動機付けを継続することもある。</p> <p>⑧積極的支援の例(表6～表9)</p> <p>積極的支援パターンの例を表6～表9に示す。対象者の状況に応じて、支援パターンを選択し、保健指導の利用の継続を促す。</p> <p>表6 支援パターン1(継続的な支援において支援Aの個別支援と電話支援を組み合わせた例)</p> <p>表7 支援パターン2(継続的な支援において個別支援を中心とした例)</p> <p>表8 支援パターン3(継続的な支援において個別支援と電話支援を組み合わせた例)</p> <p>表9 支援パターン4(継続的な支援において電話支援、電子メール支援を中心とした例)</p> <p>⑨特定保健指導支援計画及び実施報告書の例</p> <p>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。</p>
<p>(削除)</p>	<p>表6</p>
<p>(表5-1及び表5-2に変更のうえ、第3編第3章3-7(7)へ移動)</p>	<p>表7</p>
<p>(削除)</p>	<p>表8</p>
<p>(削除)</p>	<p>表9</p>

様式 1

(略)

(変更のうえ、第 3 編第 3 章 3-7 (7) へ移動)

様式 1

(略)

(4) 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に努め、対象者が安心して自分のことを話せるような環境を整える。

② 個人情報保護について

健診データ・保健指導記録は個人情報であるため、それらの管理方法は個人情報保護法、各ガイドライン等に基づき、適切に扱う。

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 積極的支援における保健指導実施者について

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

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

⑤ 保健指導の対象者について

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

⑥服薬中の対象者や医療機関への受診勧奨レベルの対象者への保健指導について

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

また、医療機関への受診勧奨判定値を超えた場合でも、軽度の高血圧症等により、健診機関の医師の判断で服薬治療よりも生活習慣の改善を優先して特定保健指導の対象者となった場合は、各学会のガイドライン等を踏まえた保健指導を行い、効果が認められなかった場合は、必要に応じて、医療機関への受診勧奨を行うことが望ましい。

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、血液中的中性脂肪や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。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ならび

に受動喫煙の情報提供を行う重要性は高い。

具体的には、第3編別添1も活用しつつ、特に、禁煙支援を行う場合には、健診の受診が禁煙の動機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。

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^h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ⁱ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^j。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。更に、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、日本酒換算で1～2合以上のアルコールを「毎日」又は「時々」飲むと答えた者には、第3編別添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」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。

^h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。

ⁱ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。

^jたとえば、男性で週450g以上の純アルコール(日本酒換算で1日平均3合程度)を摂取する者の全脳血管性障害(脳出血+脳梗塞)の罹患率は、機会飲酒者の約1.6倍に上昇する。

【出典】 IsoHetal. Alcoholconsumptionandriskofstrokeamongmiddle-agedmen. 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

<p>e 第3編第3章3-7(6)「動機付け支援」、「積極的支援」に必要な詳細な質問項目を用い、対象者に事前に記入を求め、保健指導の際、対象者と内容を確認しながらアセスメントすることも効果的である。</p> <p><u>3-3 ICTを活用した保健指導とその留意事項</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>(1) 遠隔面接による保健指導の留意点</u></p> <p><u>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、対面に近いかたちで面接ができる。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。</u></p> <p><u>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</u></p>	<p><u>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、第三期(平成30年度)から、特定健康診査受診当日に、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可能となる。運用の詳細については、「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(厚生労働省保険局)」を参照。</u></p> <p><u>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3-9「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、実施に当たっては参考にしていきたい。</u></p> <p><u>(新設)</u></p>
---	---

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、対象者の音声は漏れないようヘッドセット等を準備する。なお、保健指導実施中は、保健指導実施者のカメラはオンにしておくことが望ましい。

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

○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。
- 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を画面上で提示することで起きうるリスク（予期せぬ第三者による覗き見など）を踏まえた対策を講じること。

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

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

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

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

④ 本人確認

○保健指導開始前に遠隔面接の実施者及び対象者の本人確認を的確に行う。

○実施者は、氏名及び所属を示す書類等を対象者に提示する。

○対象者の本人確認は、氏名、生年月日及び被保険者証記号番号等対象者であることが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。

○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^j。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。支援の幅を広げるため、保険者が導入しているアプリケーション等だけでなく、対象者の経験談や評価から各アプリケーション等のメリット・デメリットについて情報収集するように努める。

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

b. 初回面接におけるアプリケーション等の導入のための支援内容

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

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

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

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

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

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

○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¹。

○ICTリテラシーに応じてインストールを支援し、操作方法を確認する。

○アプリケーション等の利用開始時期を決定できるよう支援する。

○アプリケーション等のセルフモニタリング機能を使用する場合、その共有

方法を決める。

○アプリケーション等の操作や不具合などのトラブルに対応する窓口を紹介する。

c. 初回面接後の支援内容

○対象者に合わせた情報提供（個別性のある情報提供や進捗に応じた情報提供等）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⁸、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。

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」を参照

hi jm 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）

k1 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

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。

(削除)

(変更のうえ、第3編第3章3-6から移動)

3-4 望ましい保健指導

前項は、効果的な保健指導を実施するに当たって、最低限実施すべき支援を整理したものであるが、参考例として、これまでの事例等から「積極的支援」

<p>(変更のうえ、第3編第3章3-2(1)へ移動)</p>	<p>として望ましいと考えられるパターンを以下に示す。</p> <p><u>(1) 「積極的支援」</u></p> <p><u>①支援期間</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>6 か月間の実施</u> <p><u>②支援形態</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>初回面接</u> ・ <u>対面による中間評価</u> ・ <u>対面による6 か月後の評価</u> ・ <u>6 か月後の評価まで、電話、電子メール等を利用した月1回以上の支援</u> <p><u>③支援内容</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>生活習慣の振り返り</u> ・ <u>行動目標及び行動計画、支援計画の作成</u> ・ <u>生活習慣改善状況の確認</u> ・ <u>食生活及び身体活動に関して体験を通した支援</u> ・ <u>歩数計等のツールを使用した支援</u> <p><u>④望ましい積極的支援の例</u></p> <p><u>表 10</u> 1) <u>6 か月にわたる継続した頻回な支援の例</u></p> <p><u>表 11</u> 2) <u>健康増進施設(例：水中運動、ジム等)を活用した例</u></p> <p><u>表 10</u></p> <p><u>表 11</u></p> <p>3-5 保健指導のプロセスと必要な保健指導技術</p>
--------------------------------	--

<p>(変更のうえ、第3編第3章3-2(2)へ移動)</p>	<p>保健指導のプロセスに沿った効果的な保健指導技術の展開例を示す。</p> <p><u>①保健指導の準備</u></p> <p>1) 保健指導の環境整備</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○実現可能な1人あたりの時間を設定する。</p> <p>2) 資料の確認</p> <p>○健診データ(可能であれば経年分)、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^k等)、前回までの保健指導記録等の内容を確認する。</p> <p>3) 対象者に活用できる資源のリストの準備</p> <p>○教材、支援媒体、社会資源等のリストを準備する。</p> <p>4) 保健指導実施者間の事前カンファレンス</p> <p>○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。</p> <p>^k第3編第3章3-1(4)「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。</p> <p><u>②対象者との信頼関係の構築</u></p> <p>1) 自己紹介</p> <p>○さわやかな挨拶をし、対象者の名前を確認する。</p> <p>○保健指導実施者としての立場や役割、目的、タイムスケジュール等を説明す</p>
--------------------------------	--

(変更のうえ、第3編第3章3-2(3)へ移動)

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。

○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。

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等を確認し、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。

○ほか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。

(変更のうえ、第3編第3章3-2(4)へ移動)

- 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
 - 検査データが悪化した時期の生活を確認する。
 - 健診結果やこれまでの話の中から、生活習慣の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（たとえば、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、すぐに得られる副次的効果が期待できることを伝える。
 - 毎日実施することが難しそうな場合は、週に何回か実施することでもメリットがあることを説明する。
 - 無関心期の者には、たとえ目標設定まで至らなくても、日常生活に目を向けられるように促し、メタボリックシンドロームの病態や予後についての意識

<p>(変更のうえ、第3編第3章3-2(5)へ移動)</p>	<p>付けを行う。</p> <p>○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データ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。)</p> <p>3) <u>グループワークの活用</u></p> <p>○グループワークの場合はグループダイナミクスを利用して、気づきが自分の生活状況の表現のきっかけになるようにする。</p> <p>○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改善に取り組もうとする意欲を促す。</p> <p>○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。</p> <p>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</p> <p>1) <u>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</u></p> <p>教材を選定するに当たっては、対象者の関心度や理解度、生活環境等にあったものであるか等について、十分に吟味する。たとえば、以下の点について検討する。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○これまでの生活習慣について、何をどう変えたらよいか、そしてこれなら</p>
--------------------------------	---

<p>(変更のうえ、第3編第3章3-2(6)へ移動)</p>	<p>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。</p> <p>○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であるか。たとえば、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。</p> <p>2)教材を一緒に見ながら、生活習慣病に関する代謝のメカニズムや内臓脂肪と食事(エネルギーや栄養素等)の内容や身体活動との関係について説明する。</p> <p>3)効果的な食生活・身体活動の根拠について説明する。</p> <p>例)学会等の治療ガイドライン、日本人のための食事摂取基準、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。</p> <p>4)現在の生活習慣における問題点への気づきがみられた際には、自らがその問題点について改善が必要であると自覚できるように、その問題点に関する加齢の影響等を含めて専門的な支援を行う。</p> <p>5)教材の効果を確認しながら、必要に応じて教材の改善につなげていく。</p> <p>⑥目標設定</p> <p>1)減量の数値目標の具体化</p> <p>○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。</p> <p>2)自己決定の促し</p> <p>○日々の生活の中で実行でき、また継続できるよう、より具体的な目標を設定</p>
--------------------------------	---

<p>(変更のうえ、第3編第3章3-2(7)へ移動)</p>	<p>できるよう促す。</p> <p>○対象者が考え、自己表現できる時間を大切にする。</p> <p>3) 行動化への意識付け</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○設定した目標を家族や仲間に宣言することを促す。</p> <p>○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例を様式2に示す。</p> <p>4) 社会資源・媒体等の紹介</p> <p>○具体的な支援媒体、記録表、歩数計等を紹介し、可能であれば提供する。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○地域の教室や自主グループ等を紹介する。</p> <p>○地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。</p> <p>⑦保健指導期間中の継続フォロー</p> <p>1) 継続フォローの重要性の説明と了解</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p>
--------------------------------	--

<p>(変更のうえ、第3編第3章3-2(8)へ移動)</p>	<p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>2) 支援形態の確認</p> <p>○面接、電話、電子メール、FAX等の具体的な方法を確認する。</p> <p>3) 目標の再確認</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○目標以外に実行したことを確認する。</p> <p>○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作りをしておく。</p> <p>○目標に対する到達点を対象者にも評価してもらう。</p> <p>○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。</p> <p>○対象者の努力を評価する。</p> <p>○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。</p> <p>⑧評価(3～6か月後)</p> <p>1) 目標達成の確認</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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</p>
--------------------------------	---

<p><u>(変更のうえ、第3編第3章3-7の最後へ移動)</u></p>	<p><u>促す。</u></p> <p><u>○今後、セルフケアを行っていくことへの意思を確認する。</u></p> <p><u>○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。</u></p> <p><u>○手紙を送付する。</u></p> <p><u>○今後の予定を説明する。</u></p> <p><u>2) 個人の健診データの評価</u></p> <p><u>○毎年、必ず健診を受診するよう促し、次回の健診データ等を活用して、客観的な評価を行う。</u></p>
<p><u>(変更のうえ、第3編第3章3-4へ移動)</u></p>	<p><u>様式2</u></p> <p><u>3-6 保健指導の未実施者及び積極的支援の中断者への支援</u></p> <p><u>保健指導の効果を高めるためには、保険者及び保健指導実施者が連携し、全ての対象者が確実に保健指導を受けるように努力することが必要である。</u></p> <p><u>何らかの理由により動機付け支援又は積極的支援の対象者の中に、保健指導を受けない者や中断者が発生している場合には、たとえば次のような支援を行うことが考えられる。</u></p> <p><u>○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、FAX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。</u></p> <p><u>○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。</u></p> <p><u>○動機付け支援及び積極的支援の初回時において、連絡したにもかかわらず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。</u></p>

<p>3-5 「無関心期」、「関心期」にある対象者への支援</p> <p>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、<u>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。</u></p> <p>「無関心期」にある者でも、何か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。</p>	<p>○積極的支援においては、支援内容や方法、日時等について保健指導の計画を作成する際に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ことが必要である。</p> <p>○最終的に動機付け支援や積極的支援において保健指導が未実施となった者、中断した者については、次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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○職域においては、事業主と連携し、未利用者が支援を受けやすく、積極的支援を中断しにくい体制を検討することが必要である。</p> <p>3-7 「無関心期」、「関心期」にある対象者への支援</p> <p>行動変容のステージ（準備状態）が「無関心期」、「関心期」にある対象者については、個別面接を中心とした支援を継続して行い、行動変容に対する意識の変化をめざす。行動目標の設定を行い、健診結果と健康状態との関連の理解・関心への促し、日常生活の振り返りへの支援を確実に行う等、対象者に合わせた支援を行う。</p> <p>「無関心期」にある者でも、何か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やきめ細かな健診結果の通知、そのほかの情報提供を心がけることが重要である。</p>
--	--

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

3-8 2回目以降の対象者への支援

動機付け支援や積極的支援を実施しても、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。更に、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（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。

(変更のうえ、第3編第3章3-8へ移動)

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（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。

○なお、特定保健指導では、第三期（平成30年度）から、従来の積極的支援に加えて、保険者の判断により、2年連続して積極的支援に該当した者への2年目の特定保健指導の弾力化を行えるようになる。運用の詳細については、「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（厚生労働省保険局）」を参照。

3-9 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）においても、高血圧、脂質異常症、糖尿病、喫煙習慣は脳・心血管疾患の発症の危険因子であり、国民全体における脳・心血管疾患の発症予防を効果的に推進するためには、非肥満者においても脳・心血管疾患危険因子を有する者への対策が必

要である。

食生活、身体活動、喫煙習慣といった生活習慣に対する保健指導が、これらの生活習慣病の予防や進行の抑制に効果があることが報告されている。また、わが国の地域・職域における無作為化比較試験（RCT）を対象に、肥満の有無別に、血圧、脂質異常、血糖、及び喫煙に対する非薬物療法の効果を検討した結果、いずれの脳・心血管疾患危険因子でも、非肥満者における生活習慣への介入効果がみられた¹。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通り、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12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、も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12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。更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、かかりつけ医の指示に従って、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。

○家族性高脂血症や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場合があるため、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 1 2

第 3 編別添 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」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。

¹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）」

3-10 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

(変更のうえ、第 3 編第 3 章 3-9 へ移動)

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通りである。

○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。

<p>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</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>(1) 対象者ごとの保健指導プログラムについて</p> <p>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。</p> <p>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</p>	<p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>宿泊型新保健指導プログラムそのものを実施できない場合には、グループ学習や運動体験、食事体験等、本プログラムの一部分を日帰り体験といった保健指導に取り入れて実施することも考えられる。詳細は、第3編別添4「宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラム」を参照されたい。</p> <p>(変更のうえ、第3編第3章3-3から移動)</p> <p>(変更のうえ、第3編第3章3-1(2)から移動)</p>
--	---

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常に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¹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、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²、運動指導に関する専門的知識及び技術を有する者³（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。

(変更のうえ、第3編第3章3-1(3)から移動)

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おうと共に、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おう。

② 対象者

健診受診者全員を対象とする。

③ 支援期間・頻度

年1回（健診結果の通知と同時に実施）あるいはそれ以上とする。

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

(変更のうえ、第3編第3章3-3(1)から移動)

の見方や、健康の保持増進に役立つ内容の情報を提供する。あわせて、毎年の継続的な健診受診の重要性について、生活習慣の変化と健診結果の変化の関係を理解してもらい、年1回、健診結果を確認して、生活習慣改善を行う意義や合理性について納得してもらえるように伝える。

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

○医療機関への受診や継続治療が必要な対象者へは、受診や服薬の重要性を認識してもらえよう工夫する。「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く、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

(変更のうえ、第3編第3章3-3(2)から移動)

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付き、自ら目標を設定し、行動に移すことができる内容とする。

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

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

度が高く、取組やすい情報について、ポイントを絞って提供することが望ましい。

a 面接による支援

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

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

○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

(変更のうえ、第3編第3章3-3(3)から移動)

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、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、その内容をとりまとめた特定保健指導支援計画（様式2参照）を初回面接において作成する必要がある。

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

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

○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、体重や腹囲が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。

積極的支援の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。

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 2 cm・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 180p に到達した例】（図2）

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

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

○パターンD【追加支援を含めた継続的支援のプロセス評価により 180p に到

<p><u>達した例】(図 5)</u></p> <p><u>⑧ 特定保健指導支援計画及び実施報告書の例</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>表 4</u></p> <p><u>図 2</u></p> <p><u>図 3</u></p> <p><u>図 4</u></p> <p><u>図 5</u></p> <p><u>(6) 「動機付け支援」、「積極的支援」に必要な詳細な質問項目</u></p> <p><u>「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。</u></p> <p><u>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</u></p>	<p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(変更のうえ、第 3 編第 3 章 3-1 (4) から移動)</u></p>
--	--

<p><u>項目を取捨選択することも可能である。</u></p>	
<p><u>表 5 - 1</u></p>	<p><u>(変更のうえ、第 3 編第 3 章 3 - 3 (2) 表 7 から移動)</u></p>
<p><u>表 5 - 2</u></p>	<p><u>(変更のうえ、第 3 編第 3 章 3 - 3 (2) 表 7 から移動)</u></p>
<p><u>表 6</u></p>	<p><u>(新設)</u></p>
<p><u>(7) 実施に当たっての留意事項</u></p>	<p><u>(変更のうえ、第 3 編第 3 章 3 - 3 (2) から移動)</u></p>
<p><u>① プライバシーの保護について</u></p>	
<p><u>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。</u></p>	
<p><u>② 個人情報保護について</u></p>	
<p><u>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。</u></p>	
<p><u>③ 支援終了後のフォローアップについて</u></p>	
<p><u>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。</u></p>	
<p><u>④ 保健指導実施者について</u></p>	
<p><u>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。</u></p>	
<p><u>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</u></p>	

にも、対象者の状況について保健指導実施者全員が共有できる仕組みを整えることも重要である。

⑤ 保健指導の対象者について

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

⑥ 服薬中の対象者や医療機関への受診勧奨レベルの対象者への保健指導について

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

また、医療機関への受診勧奨判定値を超えた場合でも、軽度の高血圧症等により、健診機関の医師の判断で服薬治療よりも生活習慣の改善を優先して特定保健指導の対象者となった場合は、各学会のガイドライン等を踏まえた保健指導を行い、効果が認められなかった場合は、必要に応じて、医療機関への受診勧奨を行うことが望ましい。また、フィードバック文例集P●●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りやすい。喫煙とメタボリックシンドロームが重なり、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。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。

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。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。

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、特定健康診査受診日から1週間以内^v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。

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。

o 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

p 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

q 「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

v 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

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

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

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

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

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

(変更のうえ、第3編第3章3-5から移動)

(変更のうえ、第3編第3章3-9から移動)

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。

W 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)」

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

(変更のうえ、第3編第3章3-10から移動)

健師、管理栄養士、健康運動指導士等の多職種が連携して提供する保健指導プログラムである。

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

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

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

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

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

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

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

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がる

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

このような「健診・保健指導」事業の最終評価は、生活習慣病の有病者や予備群の数、生活習慣病関連の医療費の推移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、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。

この評価方法としては3つの側面が考えられる。1点目は、「個人」を対象とした評価方法である。対象者個人を単位とした評価は、肥満度や検査データの改善度、また、行動目標の達成度、生活習慣の改善状況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がる

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

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等、事業のプロセス（過程）を評価することができる。このことにより、効果的、効率的な事業が行われているかの判断が可能となり、改善につなげることができる。

このように保健指導の評価は、「個人」、「集団」、「事業」、「最終評価」を対象として行うものであるが、それぞれについて評価を行うと共に、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）評価は数値であるため、データを取るためには数年間かかることから、アウトプット（事業実施量）の観点から評価を行うこともある。

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

① ストラクチャー（構造）

ストラクチャー（構造）評価は、保健事業を実施するための仕組みや体制を評価するものである。具体的な評価指標としては、保健指導に従事する職員の

体制（職種・職員数・職員の資質等）、保健指導の実施に係る予算、施設・設備の状況、他機関との連携体制、社会資源の活用状況、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）や活動状況进行评估するものである。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

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）や活動状況进行评估するものである。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、指導手段（コミュニケーション、教材を含む）、保健指導実施者の態度、記録状況等がある。

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、肥満度や血液検査等の健診結果の変化、生活習慣病の有病者や予備群、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、以下の通りであるが、評価指標、評価手段、評価時期等については、参考までに表13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

<p>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<u>支援レベル</u>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。</p> <p>詳細な内容については、第4編第3章を参照されたい。</p> <p>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。</p> <p><u>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。</u></p> <p>② 「集団」に対する保健指導の評価</p> <p>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<u>保健指導歴の有無やプログラムごとに</u>区分して、生活習慣に関する行動変容の<u>改善状況</u>、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。</p> <p>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。<u>例えば特定保健指導の場合は、生活習慣</u>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。</p> <p>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。</p> <p>③ 「事業」に対する保健指導の評価</p>	<p>プロセス（過程）評価）、その結果、生活習慣に関して行動変容が認められたか、また健診結果に改善がみられたか（アウトカム（結果）評価）といった観点から行う。詳細な内容については、第4編第3章を参照されたい。</p> <p>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。</p> <p>② 「集団」に対する保健指導の評価</p> <p>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、それぞれに区分して、生活習慣に関する行動変容の状況、健診結果の改善度、また、生活習慣病関連の医療費の評価も行う。</p> <p>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。<u>標準的な質問票の項目の変化を</u>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。</p> <p>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。</p> <p>③ 「事業」に対する保健指導の評価</p> <p><u>保険者が行う</u>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</p>
---	--

<p>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。<u>したがって</u>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・適切な資源を活用していたか、<u>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</u>（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） <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>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。</p> <p>（４）評価の実施責任者</p> <p><u>特定保健指導の場合、評価の実施責任者は、保険者である。</u>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。</p> <p>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</p>	<p>の改善を意図している。<u>そのため</u>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・望ましい結果を出していたか（アウトカム（結果）評価） ・対象者を適切に選定し、適切な健診・保健指導等の方法を用いていたか（プロセス（過程）評価） ・適切な資源を活用していたか（ストラクチャー（構造）評価） ・事業評価が適正に実施されているか <p>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。</p> <p>保健指導を委託している保険者<u>であっても</u>、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。</p> <p>（４）評価の実施責任者</p> <p>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。</p> <p>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</p>
---	--

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と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る、「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。

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と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る、事業の評価は保険者にとって重要である。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、また標準的な質問票・健診データやレセプトデータ等である。それらの資料等が必要時、確実に取り出せ、評価のための資料として活用できるように、システム等によるデータ入力及び管理の体制を整えておく必要がある。なお、保健指導の評価の根拠となる資料はいずれも個人情報であるため、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、実施責任者である保険者が取り決め、管理する必要がある。

(変更のうえ、第3編第3章3-1(6)から移動)

(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

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

表 13

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

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

活習慣にその端を発していることが多い。

そのため、生活と労働の視点を併せた保健指導を展開していくことが必要である。

（２）組織体制に応じた保健指導

地域保健では、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

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性がある。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

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性がある。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、場所等を考慮する必要がある。そのため、確実に保健指導につなげていくために、保健指導に來ない理由を把握したり、家族等の協力を得たりすることも重要である。

また、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、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、更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。更に、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。

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。

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り、対象者の状況を把握し、その状況に応じてアクセス方法等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出現してきている。今後、連携の一層の推進が期待される。

(5) ポピュレーションアプローチと社会資源の活用による支援

(5) ポピュレーションアプローチと社会資源の活用による支援

保健指導をより効果的に行うためには、地域における健康課題に応じて支援することはもちろん、ポピュレーションアプローチを併用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に限られることや、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、

保健指導をより効果的に行うためには、地域における健康課題に応じて支援することはもちろん、ポピュレーションアプローチを併用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に限られることや、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。しかし、今後は保健指導に利用できる資源を地域と職域が共有することにより、利用できるサービスの選択肢を増大させることも必要である。具体的には、それぞれの有する保健指導のための教材、フォローアップのための健康教育プログラムや施設、更には地域、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。

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。

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・効果的な保健事業が進められており、今後は、保険者協議会を活用して保険者間で健康課題を共有し対策を進めていくことが求められている。保険者間で特定健診等データの移動が促進されると、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。したがって、今後は地域と職域が連携し、健診データを適切に引き継ぐことを促進することが期待される。

(2) 健診・保健指導における地域・職域連携のための方策

今後は、健診・保健指導において有機的な連携が必要となる。地域と職域それぞれが健診・保健指導に関して、対象となる集団の生活習慣病予防に関する課題を明確にし、活動計画を立案する。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。

(3) 地域・職域連携推進協議会と保険者協議会との連携

<p><u>(削除)</u></p>	<p><u>特定健診・特定保健指導では、メタボリックシンドロームに着目したハイリスクアプローチが被保険者・被扶養者に提供されている。この保険者によるハイリスクアプローチと、地域・職域連携推進協議会が地域・職域全体で取り組むポピュレーションアプローチとを一体的に提供していくことが期待される。</u></p> <p><u>地域・職域連携推進協議会と保険者協議会の主な役割は、図 2の通りである。地域・職域連携推進協議会においては、保険者協議会における医療費等の分析や特定健診・特定保健指導に関する実施体制、結果等から得られた現状や課題について情報提供を受け、地域全体として取り組む健康課題を明らかにする。そして、保健医療資源を相互に活用、又は保健事業を共同で実施することにより、地域・職域連携推進事業を進めていくことが望まれる。</u></p>
<p><u>(削除)</u></p>	<p><u>図 2</u></p>
<p><u>(削除)</u></p>	<p><u>別添 1</u></p>
<p><u>(削除)</u></p>	<p><u>別添 2</u></p>
<p><u>(削除)</u></p>	<p><u>別添 3</u></p>
<p><u>(削除)</u></p>	<p><u>別添 4</u></p>
<p><u>(削除)</u></p> <p>【参考】 <u>地域・職域連携推進事業の意義</u> 厚生労働省 <u>地域・職域連携推進ガイドライン</u> (令和元年 9 月)</p>	<p><u>(新設)</u></p>



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

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

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の指導者（健診・保健指導に関する研修を企画立案する者）等に対する研修を行う。

(3) 都道府県の役割

都道府県は、国が示す「健診・保健指導の研修ガイドライン」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。

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

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。

更に、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。

更に、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

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。

(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

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。

(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、団体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。更に、保険者は、委託先の保健指導機関も含めた人材育成を行っていくことが求められる。

(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、積極的に研修会を行うことが求められる。研修会の実施に際しては、複数の医療関係団体が協力し、共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

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を実施したり、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。

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。

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

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。

(新設)

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。

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る、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。

保険者の生活習慣病予防が図られるのかを評価するため、各保険者は、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、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。更に、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。

更に、国は、最新の知見を反映した健診・保健指導を効果的に行うために、医師、保健師、管理栄養士等の基礎教育において、必要な知識・技術を習得させる必要がある、これらの養成カリキュラムの見直しの検討を行うことも必要である。

(3) 関係学会の役割

関係学会は、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。

(3) 関係学会の役割

関係学会は、国が行う健診・保健指導データの分析・評価について協力し、学会における最新の知見等の議論を踏まえ、健診・保健指導プログラムの見直しを行う必要性や、その内容について国に対し協力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。

(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、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。

<p>(6) 保険者の役割</p> <p>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。</p>	<p>(新設)</p>
<p>(7) 保険者中央団体の役割</p> <p>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。</p>	<p>(新設)</p>
<p>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</p> <p>3-1 健診・保健指導の実施・評価のための指標・項目</p> <p>(1) 基本的考え方</p> <p>○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）。</p> <p>○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</p>	<p>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</p> <p>3-1 健診・保健指導の実施・評価のための指標・項目</p> <p>(1) 基本的考え方</p> <p>○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、更に重症化・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）。</p> <p>○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」となった者の受診状況の確認をすることが可能</p>

<p>とが可能となる。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。<u>さらに</u>、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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>（2）健診・保健指導を評価するための具体的な指標・項目</p> <p>① 個人の評価のための指標・項目</p> <p>○<u>保健指導実施以降の健診の指標・項目</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関への受診状況 	<p>となる。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。たとえば、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。<u>更に</u>、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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>（2）健診・保健指導を評価するための具体的な指標・項目</p> <p>① 個人の評価のための指標・項目</p> <p>○<u>健診の指標・項目（当該年度）</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関への受診状況
--	---

<ul style="list-style-type: none"> ・健診受診状況 ・各健診項目（測定値） ・各健診項目判定結果 ○<u>保健指導実施以降の保健指導の指標・項目</u> <ul style="list-style-type: none"> ・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 ○<u>保健指導実施以降のレセプト</u> <ul style="list-style-type: none"> ・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 ○<u>保健指導実施以降の健診の指標・項目</u> <ul style="list-style-type: none"> ・健診受診者数、内訳 ・各健診項目判定結果 ○<u>保健指導実施以降の保健指導の指標・項目</u> <ul style="list-style-type: none"> ・保健指導階層化判定 ・生活習慣改善状況 ○<u>保健指導実施以降のレセプト</u> <ul style="list-style-type: none"> ・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 ○<u>保健指導実施以降の健診の指標・項目</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ・健診受診状況 ・各健診項目（測定値） ・各健診項目判定結果 ○<u>保健指導の指標・項目（当該年度）</u> <ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣改善状況 ・行動変容ステージ（準備状態）の変化 ・介護保険の利用状況 ○レセプト <ul style="list-style-type: none"> ・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 ○<u>健診の指標・項目（当該年度）</u> <ul style="list-style-type: none"> ・健診受診者数、内訳 ・各健診項目判定結果 ○<u>保健指導の指標・項目（当該年度）</u> <ul style="list-style-type: none"> ・保健指導階層化判定 ・生活習慣改善状況 ○レセプト <ul style="list-style-type: none"> ・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 ○<u>健診の指標・項目（当該年度）</u>
---	--

<p>○<u>保健指導実施以降の保健指導の指標・項目</u></p> <p>○<u>保健指導実施以降のレセプト</u></p> <p>○事業を評価するための関連情報</p> <p>3-2 保険者における健診・保健指導の実施・評価</p> <p>(1) 基本的考え方</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○分析スキルに長けた人材との連携も重要である。</p> <p>○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。</p> <p>○<u>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。</u></p>	<p>○<u>保健指導の指標・項目</u>（当該年度）</p> <p>○レセプト</p> <p>○事業を評価するための関連情報</p> <p>3-2 保険者における健診・保健指導の実施・評価</p> <p>(1) 基本的考え方</p> <p>○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、<u>ICD-10^bに基づいて分類される疾病の受診状況について</u>、レセプトの活用等により評価を行う。</p> <p>○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。</p> <p>○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<u>国保データベース（KDB）</u>を活用して分析、対象者の抽出等が可能となっている。</p> <p>○分析スキルに長けた人材との連携も重要である。</p> <p>○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。</p> <p>○<u>データヘルス計画との連動をはかる。</u></p>
---	--

<p>○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<u>図る</u>。</p> <p>○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り組む必要がある。</p> <p>(2) 具体的な健診・保健指導の実施・評価の手順 (例)</p> <p>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。</p> <p>[評価手順の一例^り]</p> <p>① 利用するレセプトの抽出</p> <p>○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。</p> <p>○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。<u>さらに</u>、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。</p> <p>○病名コードは、ICD分類に基づくものとする。</p> <p>② 集団の疾患特徴の把握</p> <p>※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</p> <p>○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)。</p>	<p>○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<u>図り、効果的・効率的な健診・保健指導実施計画を策定し、事業を実施すべきである</u>。</p> <p>○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り組む必要がある。</p> <p>(2) 具体的な健診・保健指導の実施・評価の手順 (例)</p> <p>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。</p> <p>[評価手順の一例^り]</p> <p>①利用するレセプトの抽出</p> <p>○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。</p> <p>○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。<u>更に</u>、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。</p> <p>○病名コードは、ICD分類に基づくものとする。</p> <p>②集団の疾患特徴の把握</p> <p>※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</p> <p>○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 (<u>様式1-1、2</u>) 。</p>
---	--

○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）。

○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活医療費の削減効果が比較できる仕組みが必要である。

○高額なレセプトだけでなく、長期に治療が継続することにより結果的に医療費が高額になる疾患についても調べ、どの疾患の予防を優先的な保健指導の対象とするかについても考える（様式2-1～3）。

○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毎に分析を行う（様式3-1～7）。

○全国又は都道府県のデータと比較することにより、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（様式4～5）。

○健診・保健指導の効果を評価するため、レセプト分析により、保健指導による重症化予防、合併症予防の成果を確認する（様式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を用いて分析する（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（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・保健指導の費用と医療費の削減効果が比較できる仕組みが必要である。

<p>○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。</p> <p>⑤ 健診受診者個人の評価</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○動機付け支援、積極的支援の対象者については、<u>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）</u>の達成状況についても評価すべきである。</p> <p>○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。</p> <p>(削除)</p> <p>b 詳細な手順等については、<u>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」</u>（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。</p> <p>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</p> <p>(1) 基本的考え方</p> <p>○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。</p>	<p>○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。</p> <p>⑤ 健診受診者個人の評価</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○動機付け支援、積極的支援の対象者については、<u>生活習慣（食生活、身体活動、喫煙等）の変化、行動変容のステージ（準備状態）の変化、設定目標の達成状況</u>についても評価すべきである。</p> <p><u>b International Classification of Diseases：国際疾病分類。疾病の国際比較を可能にするためWHO（世界保健機関）が作成。</u></p> <p>c 詳細な手順等については、<u>平成 18 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」</u>（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。</p> <p>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</p> <p>(1) 基本的考え方</p> <p>○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。</p>
---	--

○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。

c 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

○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。

d 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）及び同法第6条及び第8条の規定に基づく「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

<p>のガイドンス」(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ドンス」(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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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)。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>別紙1</p> <p>別紙2</p>	<p>のガイドンス」(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ドンス」(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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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)。</p> <p>○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。</p> <p>○国により都道府県毎に分類され、都道府県へ提供された健診・保健指導に係るデータについては、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。</p> <p>別紙1</p> <p>別紙2</p>
--	---

<u>参考様式 1 - 1</u>	<u>様式 1 - 1</u>
<u>参考様式 1 - 2</u>	<u>様式 1 - 2</u>
<u>参考様式 2 - 1</u>	<u>様式 2 - 1</u>
<u>参考様式 2 - 2</u>	<u>様式 2 - 2</u>
<u>参考様式 2 - 3</u>	<u>様式 2 - 3</u>
<u>参考様式 3 - 1</u>	<u>様式 3 - 1</u>
<u>参考様式 3 - 2</u>	<u>様式 3 - 2</u>
<u>参考様式 3 - 3</u>	<u>様式 3 - 3</u>
<u>参考様式 3 - 4</u>	<u>様式 3 - 4</u>
<u>参考様式 3 - 5</u>	<u>様式 3 - 5</u>
<u>参考様式 3 - 6</u>	<u>様式 3 - 6</u>
<u>参考様式 3 - 7</u>	<u>様式 3 - 7</u>
<u>参考様式 4 - 1 ~ 4</u>	<u>様式 4 - 1 ~ 4</u>

参考様式 4-5~8

参考様式 4-9~12

参考様式 4-13、14

参考様式 5-1

参考様式 5-2

参考様式 5-3

参考様式 5-4

参考様式 5-5

参考様式 5-6

参考様式 6

都道府県における分析例 1・2

(添付資料)

○メタボリックシンドロームの定義と診断基準

様式 4-5~8

様式 4-9~12

様式 4-13、14

様式 5-1

様式 5-2

様式 5-3

様式 5-4

様式 5-5

様式 5-6

様式 6

都道府県における分析例 1・2

(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)

○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 (平成30年4月版)

標準的な健診・保健指導プログラム新旧対照表 図表・別添・別紙版

◎ 標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）（案）

改正後					改正前				
第1編 1-1					第1編 1-1				
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					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	策定の現状	中間評価	最終評価	評価	目標	項目	策定の現状	現状値	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）	①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）	脳血管疾患 男性49.5、女性26.9 虚血性心疾患 男性36.9、女性15.3 （平成22年）	脳血管疾患 男性37.8、女性21.0 虚血性心疾患 男性31.3、女性11.7 （平成27年）	脳血管疾患 男性41.6、女性24.7 虚血性心疾患 男性31.8、女性13.7 （平成34年度）
②高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下）	男性 138mmHg 女性 133mmHg （平成22年）	男性 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）	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134mmHg 女性129mmHg （平成34年度）
③脂質異常症の減少	総コレステロール 240mg/dl以上の者の割合 男性13.8%、女性22.0% LDLコレステロール 100mg/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 100mg/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 100mg/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 240mg/dl以上の者の割合 男性10%、女性17% LDLコレステロール 100mg/dl以上の者の割合 男性6.2%、女性8.8% （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 100mg/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 100mg/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10%、女性17% LDLコレステロール 100mg/dl以上の者の割合 男性6.2%、女性8.8% （平成34年度）
④糖尿病合併症（糖尿病腎症による年間新発透析導入患者数）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）	④糖尿病合併症（糖尿病腎症による年間新発透析導入患者数）の減少	16,247人 （平成22年）	16,103人 （平成28年）	15,000人 （平成34年度）
⑤糖尿病治療継続者の割合の増加	63.7% （平成22年）	66.7% （平成28年）	67.6% （令和元年）	C	75% （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）	64.3% （平成28年）	75% （平成34年度）
⑥血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少（HbA1cがJDS値8.0%（NGSP値8.4%）以上の者の割合の減少）	1.2% （平成21年度）	0.96% （平成26年度）	0.94% （令和元年度）	A	1.0% （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）	1.0% （平成25年度）	1.0% （平成34年度）
⑦糖尿病有病者の増加の抑制	890万人（平成19年）	1,000万人（平成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）	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）	1,000万人（平成34年度）
⑧メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	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）	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1,410万人 （平成26年度）	平成20年度と比べて25%減少 （平成27年度）
⑨特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	特定健康診査の実施率 41.3% 特定保健指導の実施率 12.3% （平成21年度）	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 （平成5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 70%以上 特定保健指導の実施率 45%以上 （平成29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）

（新設）

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
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

図 1

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 —

特定健診・特定保健指導の実施率の向上

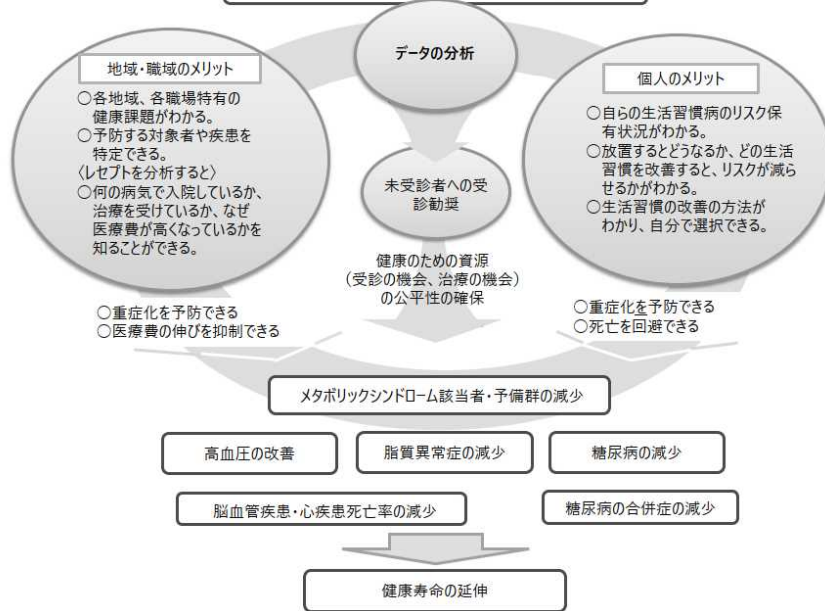
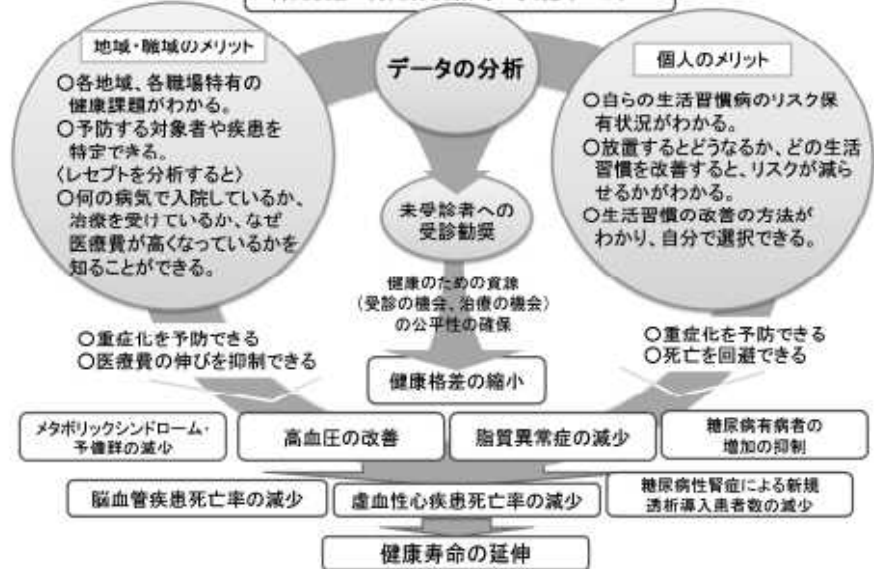


図 1

特定健診・特定保健指導と健康日本21(第二次)

— 特定健診・特定保健指導のメリットを活かし、健康日本21(第二次)を着実に推進 —

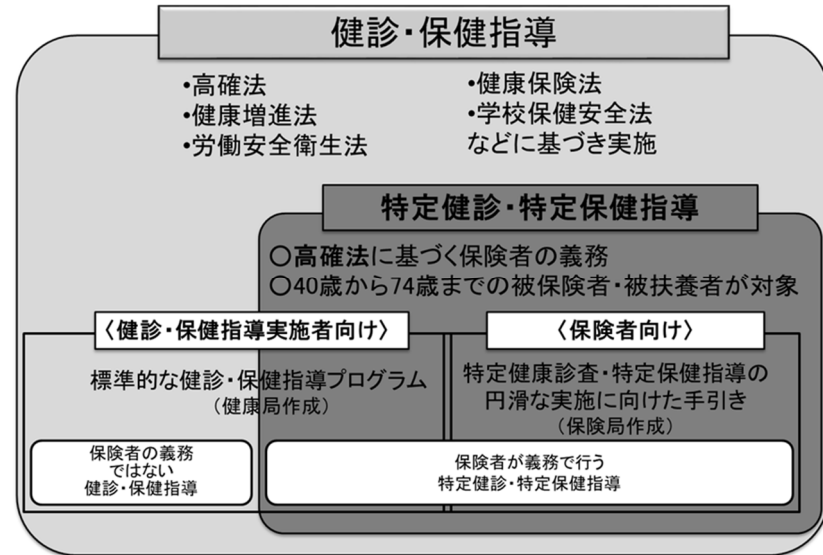
特定健診・特定保健指導の実施率の向上



第1編

1-2

図2 健診・保健指導と特定健診・特定保健指導の関係



第1編

1-2

図2 健診・保健指導と特定健診・特定保健指導の関係

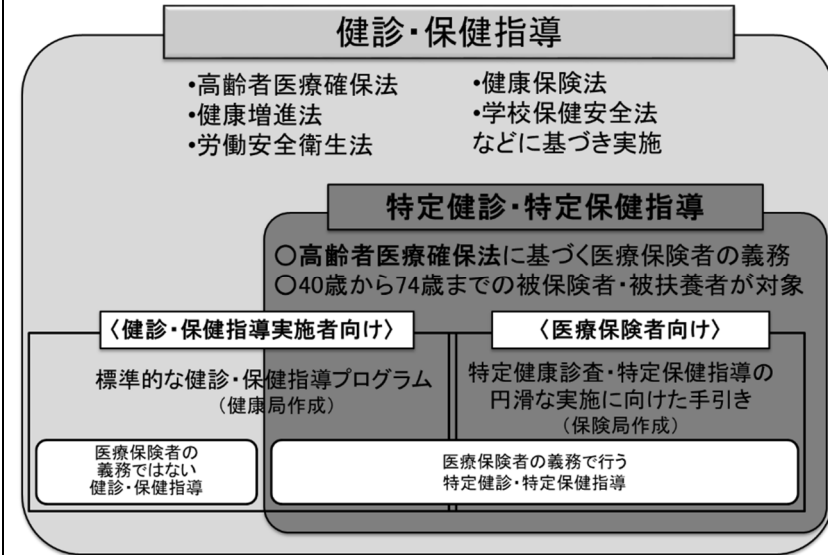


図3 保健事業（健診・保健指導）のPDCA サイクル

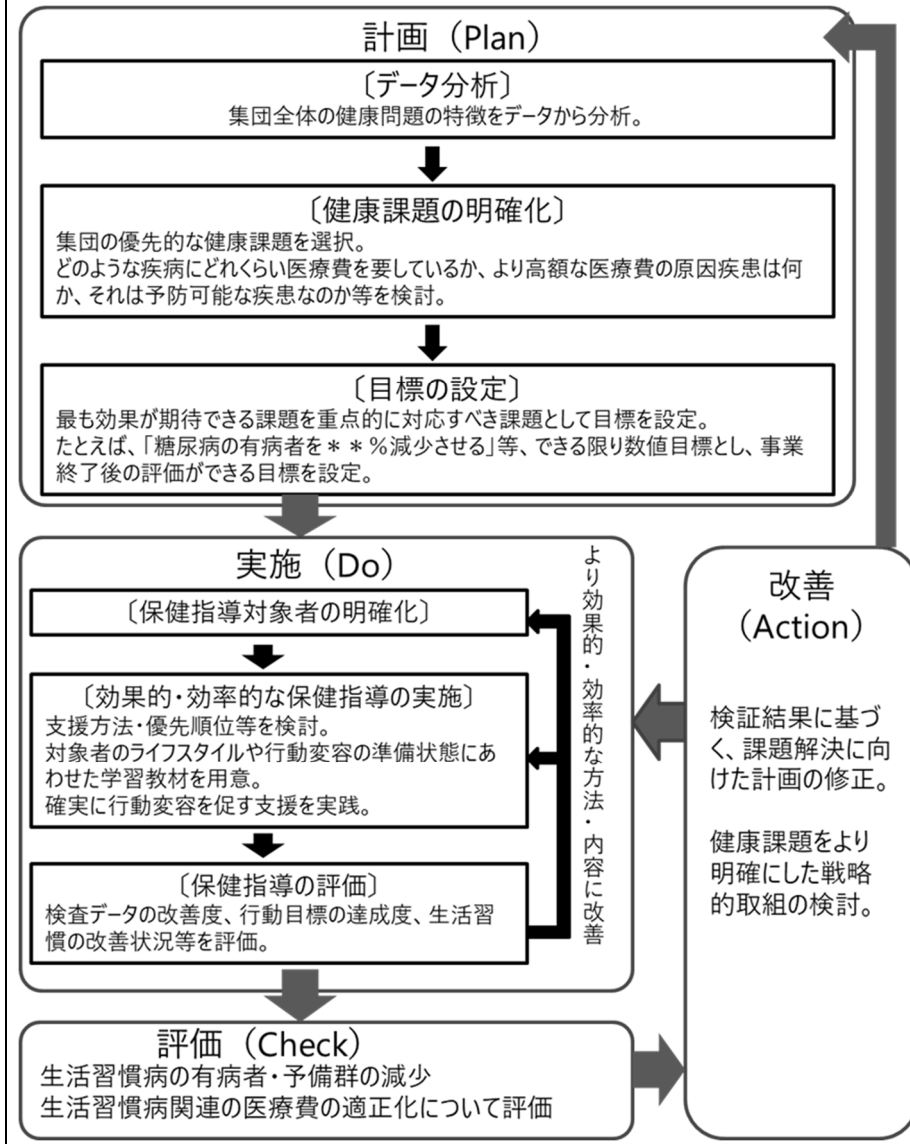
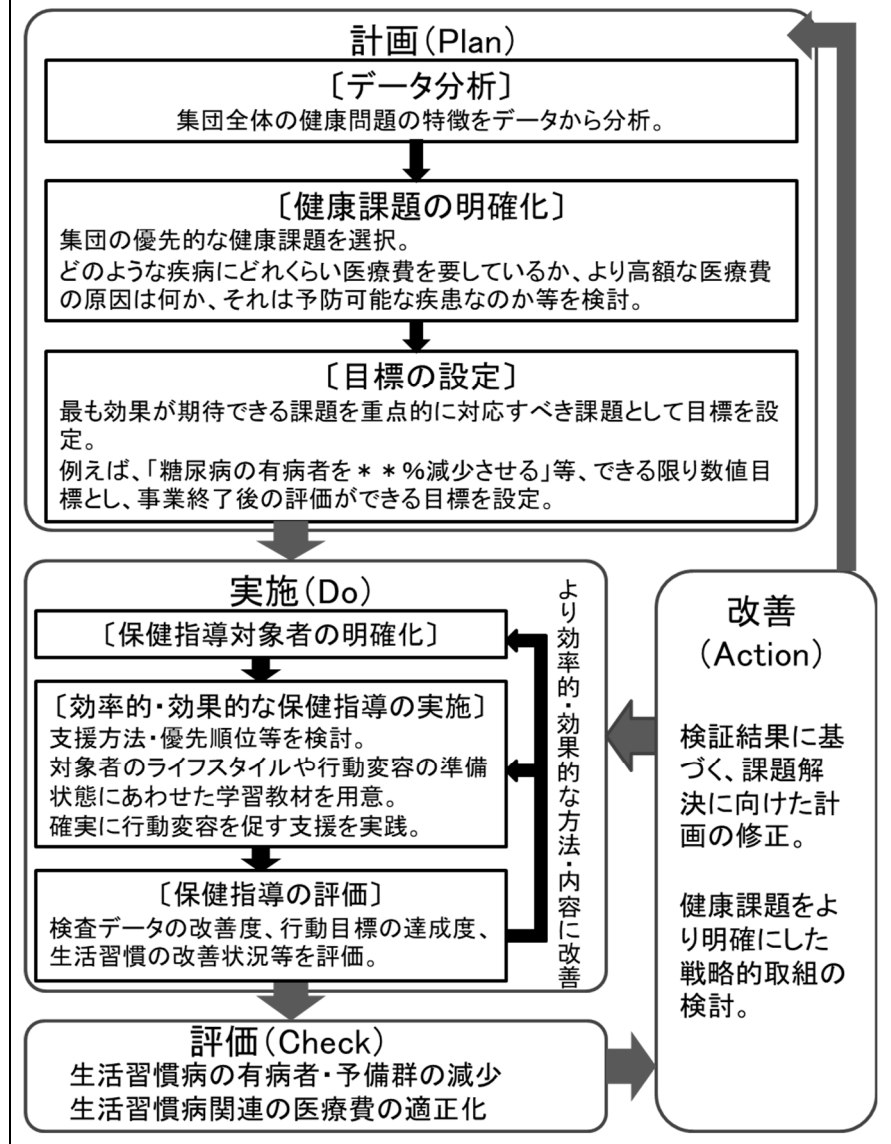
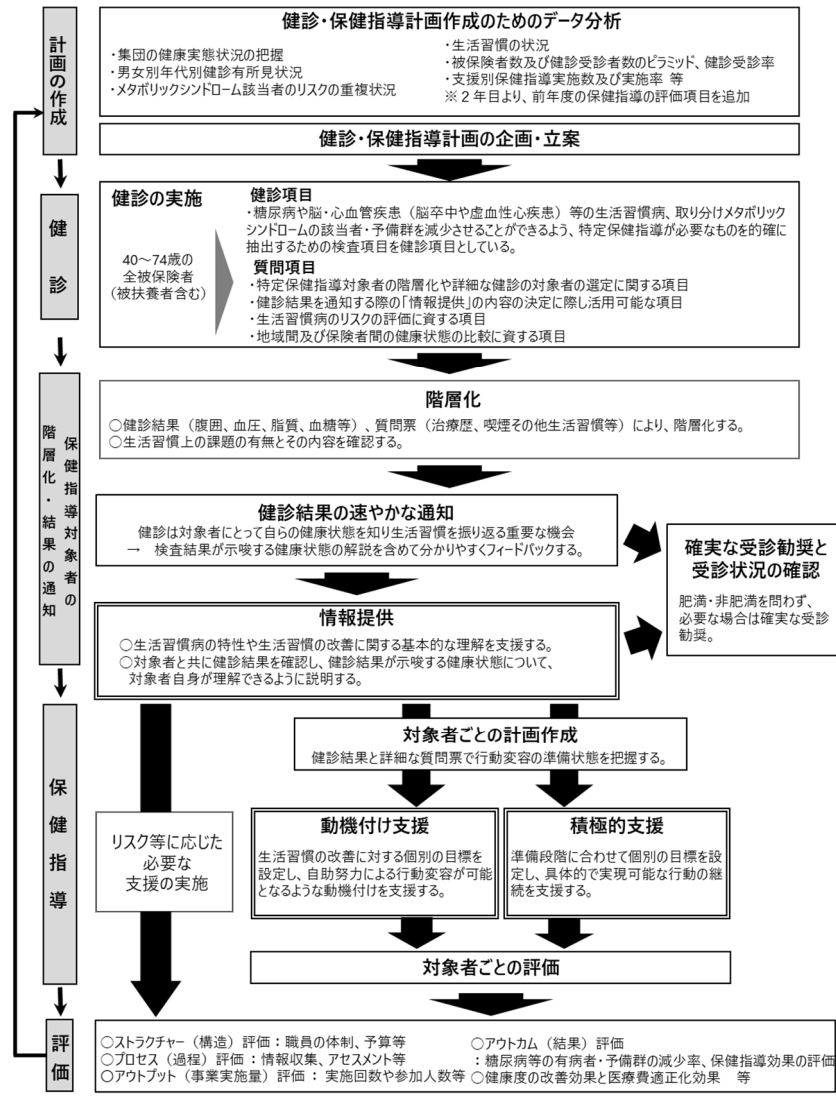


図3 保健事業（健診・保健指導）のPDCA サイクル



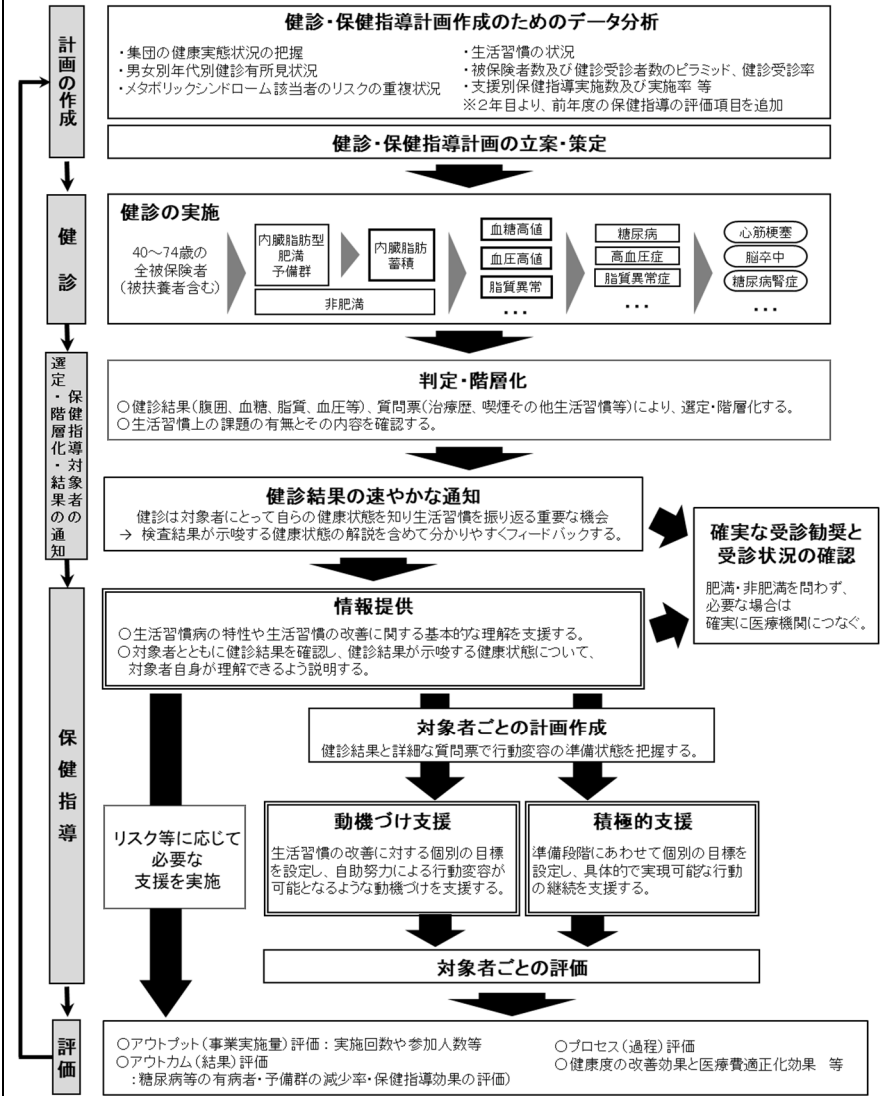
第2章 2-4

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)



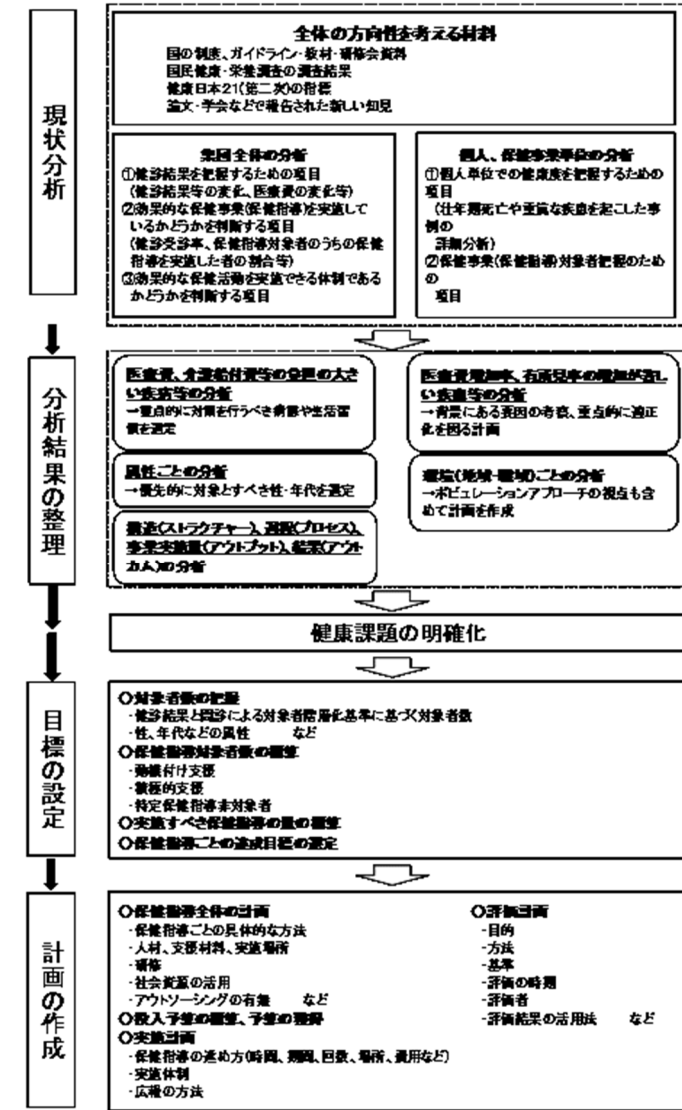
第2章 2-4

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)



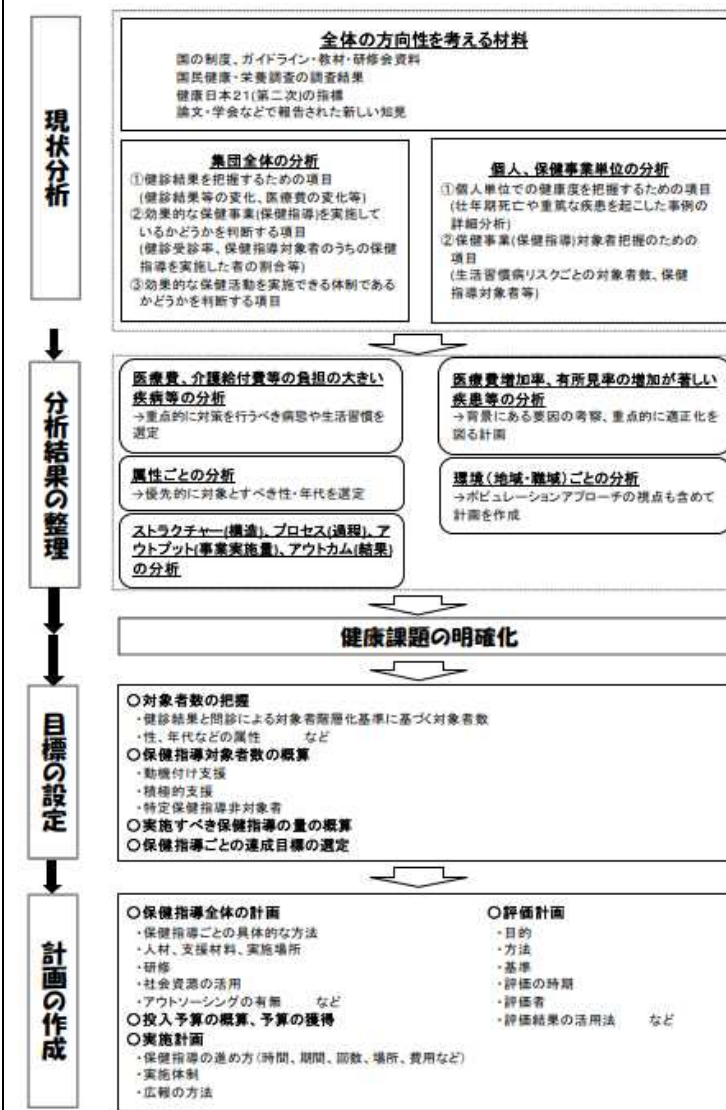
第3編第2章

図1 保健事業（保健指導）計画作成の進め方



第3編第2章

図1 保健事業（保健指導）計画作成の進め方



第2章

2-2

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

第2章

2-4

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・介護保険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

第2章

2-2

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	(○)	○	
其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」)	(○)	○	
其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	(○)		
其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	○		
其他分析に必要な項目			

第2章

2-4

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	(○)	○	
其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」)	(○)	○	
其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	(○)		
其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	○		
其他分析に必要な項目			

第2章

2-2

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）。

第2章

2-4

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）。

第3編

第3章

様式2 特定保健指導支援計画及び実施報告書の例

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
 担務保健指導機関名 保健指導機関番号 保健指導責任者名(職種)

4 支援レベル
 助機付け支援 継続的支援 助機付け支援相当

5 保健指導コース名
 6 健診実施年月日

7 継続的支援期間
 支援予定期間 週
 開始(初回面接実施)年月日 終了年月日 週

8 初回面接の支援形態・実施する者の職種

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

9 継続的な支援の支援形態・ポイント(計画)

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

10 実施体制表(委託事業者)

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

第3編

第3章

様式1 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 保健指導機関名(番号)・保健指導責任者名
 担務保健指導機関名 保健指導機関番号 保健指導責任者名(職種)

3 保健指導コース名

4 継続的支援期間
 支援予定期間 週
 開始(初回面接実施)年月日 終了年月日 週

5 継続的支援期間
 支援形態 個別・グループ・遠隔連携
 実施する者の氏名
 実施する者の職種

6 継続的な支援の支援形態・ポイント

支援形態	回数	実施時間	ポイント
個別A	2 (計)	120 (計)	140 (計)
個別B	3 (計)	150 (計)	60 (計)
グループA	3 (計)	180 (計)	60 (計)
グループB	3 (計)	180 (計)	60 (計)
電話A	3 (計)	45 (計)	30 (計)
電話B	3 (計)	45 (計)	30 (計)
電子メールA	3 (計)		60 (計)
電子メールB	3 (計)		60 (計)
合計	3 (計)	180 (計)	300 (計)

7 実施体制表(委託事業者)

	個別A	個別B	グループA	グループB	電話A	電話B	電子メールA	電子メールB
A(機関番号)	○				○	○		
B(機関番号)		○					○	
C(機関番号)								○
D(機関番号)								

8 実施計画の計画

1) 中間評価

	実施年月日	支援形態	実施する者の氏名	実施する者の職種
計画	平成28年3月10日	個別支援		
実施	平成28年3月10日	個別支援		

2) 行動計画の実績評価

	実施年月日	支援形態	実施する者の氏名	実施する者の職種
計画	平成28年1月8日	個別支援		
実施	平成28年1月8日	個別支援		

9 行動目標・計画の達成及び実定

	設定目標	平成28年1月6日(中間評価)〇年〇月〇日	平成28年3月10日(中間評価)〇年〇月〇日	〇年〇月〇日
行動目標・計画の達成及び実定	目標 体重 血圧 脂質 一日の歩数 一日の運動による消費エネルギー 一日の喫煙による消費エネルギー	〇ヶ月間に体重を3kg減少する	〇ヶ月間に体重を3kg減少する	
	行動計画	1) 1日30分散歩 2) 体重を毎日測定する	1) 1日30分散歩 2) 体重を毎日測定する 3) 喫煙の回数を週7回から週5回に減らす	
実施理由				

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 30日(中間評価)	令和6年 9月 23日
(設定した目標)	6か月後に腹囲2cmと体重2kgを減らす	6か月後に腹囲2cmと体重2kgを減らす	6か月後に腹囲2cmと体重2kgを減らす
腹囲	103cm(cm減)	103cm(cm減)	103cm(2cm減)
体重	96kg(kg減)	96kg(kg減)	96kg(2kg減)
収縮期血圧	130mmHg	130mmHg	130mmHg
拡張期血圧	80mmHg	80mmHg	80mmHg
一日の削減目標エネルギー量	260kcal	260kcal	260kcal
一日の運動による目標エネルギー量	180kcal	180kcal	180kcal
一日の食事による目標エネルギー量	80kcal	80kcal	80kcal
行動目標(食習慣の改善)	1日の開食は、80kcal以内にする	1日の開食は、80kcal以内にする	1日の開食は、80kcal以内にする
行動目標(運動習慣の改善)	週2回15分のジョギングをする	週2回15分のジョギングをする	週2回15分のジョギングをする
行動目標(喫煙習慣の改善)	たばこを吸わない	たばこを吸わない	たばこを吸わない
行動目標(休養習慣の改善)	-	-	-
行動目標(その他の生活習慣の改善)	1日の飲酒量はビール1本(350ml)まで	1日の飲酒量はビール1本(350ml)まで	1日の飲酒量はビール1本(350ml)まで
(設定した計画)			
腹囲・体重	計画なし・1cm・1kg・2cm・2kg	未達成・1cm・1kg・2cm・2kg	未達成・1cm・1kg・2cm・2kg
行動計画(食習慣の改善)	計画あり・計画なし (1日の開食は、80kcal以内にする)	変化なし・改善・悪化	変化なし・改善・悪化
行動計画(運動習慣の改善)	計画あり・計画なし (週2回15分のジョギングをする)	変化なし・改善・悪化	変化なし・改善・悪化
行動目標(喫煙習慣の改善)	計画あり・計画なし (たばこを吸わない)	禁煙継続・非継続・ 非喫煙・禁煙の意思なし	禁煙継続・非継続・ 非喫煙・禁煙の意思なし
行動計画(休養習慣の改善)	計画あり・計画なし	変化なし・改善・悪化	変化なし・改善・悪化
行動計画(その他の生活習慣の改善)	計画あり・計画なし (1日の飲酒量はビール1本(350ml)まで)	変化なし・改善・悪化	変化なし・改善・悪化
(変更理由)			
計画上のポイント(アウトカム評価の会計)	P	P	P

13 保健指導の実績評価

1) 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	実施内容	評価	備考
令和6年 4月 3日	個別指導	山田 太郎	保健師	初診時からの指導	計画通り	指導内容 1. 腹囲 2. ウェイト 3. エネルギー 削減目標
令和6年 7月 30日	個別指導	山田 太郎	保健師	1. 腹囲の測定 2. 腹囲の測定 3. ウェイトの測定 4. エネルギー削減目標 5. 運動習慣	計画通り	指導内容 1. 腹囲 2. ウェイト 3. エネルギー削減目標 4. 運動習慣
令和6年 9月 23日	個別指導	山田 太郎	保健師	1. 腹囲の測定 2. 腹囲の測定 3. ウェイトの測定 4. エネルギー削減目標 5. 運動習慣	計画通り	指導内容 1. 腹囲 2. ウェイト 3. エネルギー削減目標 4. 運動習慣

2) 継続的改善 (目標、計画、実施)については中間評価が必要とし、実施計画については実施計画を達成していない場合は継続的改善が必要

実施年月日	支援形態	実施者の氏名	実施者の職種	実施内容	評価	備考
令和6年 4月 3日	個別指導	山田 太郎	保健師	初診時からの指導	計画通り	指導内容 1. 腹囲 2. ウェイト 3. エネルギー削減目標
令和6年 7月 30日	個別指導	山田 太郎	保健師	1. 腹囲の測定 2. 腹囲の測定 3. ウェイトの測定 4. エネルギー削減目標 5. 運動習慣	計画通り	指導内容 1. 腹囲 2. ウェイト 3. エネルギー削減目標 4. 運動習慣
令和6年 9月 23日	個別指導	山田 太郎	保健師	1. 腹囲の測定 2. 腹囲の測定 3. ウェイトの測定 4. エネルギー削減目標 5. 運動習慣	計画通り	指導内容 1. 腹囲 2. ウェイト 3. エネルギー削減目標 4. 運動習慣

(2) 電話による支援（支援回）

	保険指導機関名	番号	保険指導者名	職種	実施年月日	実施時間	支援ポイント	合計ポイント	コメント (任意)
1					平成28年7月22日	20分	10	10	
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									

(3) 電子メールによる支援（支援回）

	保険指導機関名	番号	保険指導者名	職種	実施年月日	実施時間	支援ポイント	合計ポイント	コメント (任意)
1					平成28年5月12日	1時間	5	10	
2					平成28年10月9日	1時間	5		
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									

13 行動計画の継続評価（ただし、継続、改善は必須で、内容は情報を入力していない場合は評価の必要はない）

	介護指導機関 種別 番号	実施 年月 日	指導 者 氏 名 (姓 名 漢 字)	職 種 氏 名 (姓 名 漢 字)	職 種 氏 名 (姓 名 漢 字)	職 種 氏 名 (姓 名 漢 字)	介護指導者の状況	継続改善 実施状況	コメント (任意)
計 画 策 定 評 価	△△△△							<ul style="list-style-type: none"> 1. 継続 2. 改善 3. 変更 4. 電子メール 	
(継続)							<ul style="list-style-type: none"> 1. 継続 2. 改善 3. 変更 4. 電子メール 	<ul style="list-style-type: none"> 1. 継続 2. 改善 3. 変更 4. 電子メール 5. 評価 	

第3編

第3章

表7

危険因子と生活習慣改善の方法

※優先度が高い順に◎→○→△

※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					△	△			◎	◎		○
中性脂肪			○		◎	◎ 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

第3編

第3章

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					△	△			◎	◎		○
中性脂肪			○		◎	◎ 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医療機関への受診勧奨を行う

※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
- 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増やす

第3編
第4章
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・飲食等の行動 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)、 <i>メタリック</i> のリスク 個数、禁煙	健診データ	1年後、積 極的支援で は計画した 経過観察時 (3~6か 月後)	
集団	(OC) 運動・食事・喫 煙・飲食等の行動 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)、 <i>メタリック</i> 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、 カンファレンスピア 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

第3編
第4章
表8

表13 保健指導の評価方法（例）

対象	評価項目 (S) ストラクチャー (P) プロセス (O) アウトプット またはアウトカム	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	行動変容ステージ (準備状態)の変化 生活習慣改善状況	標準的な質問票、 観察 自己管理シート	6か月後、1 年後	保健指導実施者(委託先を含む)
	(O) 意欲向上 (O) 運動・食事・喫煙・ 飲食等の行動変容				
	(O) 健診データの改善	肥満度(腹囲・BMI など)、血液検査(血糖・ 脂質)、 <i>メタリック</i> のリスク 個数、禁煙	健診データ	1年後 継続的支援で は計画した 経過観察時(3~ 6か月後)	
集団	(O) 運動・食事・喫煙・ 飲食等の行動変容	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
	(O) 対象者の健康状態の改善	肥満度(腹囲・BMI など)、血液検査(血糖・ 脂質)、 <i>メタリック</i> の 有病者・予備群の割合、 禁煙(職域)休業日数・長期 休業率	健診データ 疾病統計	1年後、3 年後、5 年後	
	(O) 対象者の生活習慣病 関連医療費	医療費	レセプト	3年後、5 年後	
事業	(P) 保健指導のスキル (P) 保健指導に用いた 支援材料 (P) 保健指導の記録	生活習慣改善状況 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 ピアレビュー	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	
最終 評価	(O) 各対象者に対する行動 目標は適切に設定 されたか、積極的に健 診・保健指導を受けて 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	保険者
	(O) 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 所見率など	死亡、疾病統計、 健診データ	毎年 5年後、 10年後	
	(O) 医療費適正化効果	生活習慣病関連医療 費	レセプト		

	<p>(P) 対象者の選定は適切であったか</p> <p>(P) 対象者に対する支援方法の選択は適切であったか</p> <p>(P) 委託先は適切であったか</p>	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、有所見率など	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1編

第3章

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

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

第1編

第3章

別紙1-1

別紙1-2

第2編

第6章

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

		特定健診	労働安全衛生法	学校保健安全法
診察	既往歴	○	○	※1
	うち服薬歴	○	※	
	うち喫煙歴	○	※	
	業務歴		○	
	自覚症状 他覚症状	○ ○	○ ○	※1 ※1
身体計測	身長	○	○※2	○※2
	体重	○	○	○
	腹囲	○	○※2	○※2
BMI	BMI	○	○※2	○※2
	血圧	○	○	○
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	●※1	●	●
	随時中性脂肪	●※1,※2	●	●
	HDLコレステロール	○	○	○
	LDLコレステロール (Non-HDLコレステロール)	○※2	○※2	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●	●
	HbA1c	●	●	●
	随時血糖	●※2	●※2	●
尿検査	尿糖	○	○	○
	尿蛋白	○	○	○

第2編

第6章

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

		特定健診	労働安全衛生法	学校保健安全法※1
診察	既往歴	○	○	
	うち服薬歴	○	※	
	うち喫煙歴	○	※	
	業務歴		○	
	自覚症状 他覚症状	○ ○	○ ○	
身体計測	身長	○	○※2	○※2
	体重	○	○	○
	腹囲	○	○※2	○※2
BMI	BMI	○	○※2	○※2
	血圧	○	○	○
肝機能検査	AST (GOT)	○	○	○
	ALT (GPT)	○	○	○
	γ-GT (γ-GTP)	○	○	○
血中脂質検査	中性脂肪	○	○	○
	HDLコレステロール	○	○	○
	LDLコレステロール (Non-HDLコレステロール)	○※2	○※2	○
	空腹時血糖	◎	◎	◎
血糖検査	HbA1c	◎	△※7	◎
	随時血糖	◎※2	◎※2	◎
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]		□	○	○
その他	赤血球数		□	○	○
	心電図		□	○	○
	眼底検査		□		
	血清クレアチニン (eGFR)		□	□注6)	
	視力			○	○
	聴力			○	○
	胸部エックス線検査			○	○
	喀痰検査		□注5)		□注11)
	胃の疾病及び異常の有無				○注12)
	医師の判断		○	○	○
	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) 妊婦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 2) BMI(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検査項目の検出に際して、聴診等を行うことと決定される。

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おそ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) 妊婦中の女性職員については検査項目から除くものとし、妊婦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>)

血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値		△		
	血色素量		△	○	○
心電図	赤血球数		△	○	○
	心電図		△	○	○
眼底検査			△		
血清クレアチニン検査(eGFR)			△	△注7)	
視力				○	○
聴力				○	○
胸部エックス線検査				○	○
喀痰検査				○注10)	△注11)
胃の疾病及び異常の有無					○注12)

注1) 学校の職員を対象とする。

注2) 医師が必要でないと認めるときは省略可。

注3) 20歳以上の職員については検査の項目から除くことができる。

注4) 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) 妊婦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診断されたもの

2) BMI(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5) 算出可。

注6) 中性脂肪(血清トリグリセライド)が400mg/dl以上である場合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7) 医師が必要と認めるときは実施することが望ましい項目。

注8) 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(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9) 検査値を特定健康診査に活用する場合には、食直後(食事開始時から3.5時間未満)の採血は避ける必要がある。

注10) 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11) 胸部エックス線検査によって病変の発見された者及びその疑いのある者、結核患者並びに結核発病のおそ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、更に必要に応じ聴診、打診その他必要な検査を行う。

注12) 妊婦中の女性職員については検査項目から除くものとし、妊婦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。

別紙 2

「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 1 4 0mmHg 以上若しくは拡張期血圧が 9 0 mmHg 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 1 4 0mmHg 以上
- b 拡張期血圧 9 0 mmHg 以上
- ② 血糖 a 空腹時血糖 1 2 6 mg/dl 以上
- b HbA1c (NGSP) 6.5%以上
- c 随時血糖 1 2 6 mg/dl 以上

(3) 貧血検査

別紙 2

「詳細な健診」項目について

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

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

(1) 12 誘導心電図

○当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が 1 4 0mmHg 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脂血糖の値が a、b、c のうちいずれかの基準に該当したもの・

- 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。

○ 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 (HGSP) 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。

<p>別紙 3 標準的な質問票</p>	<p>別紙 3 標準的な質問票</p>
<p>別紙 4 健診の検査実施方法及び留意事項</p> <p>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。</p> <p><u>第一 特定健康診査</u></p> <p><u>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</u> 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。</p> <p><u>(1) 特定健康診査の意義</u> 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。</p> <p><u>(2) 検査前の食事の摂取、運動について</u></p> <p>ア アルコールの摂取や激しい運動は、<u>特定健康診査</u>の前日は控えること。</p> <p>イ 午前中に<u>特定健康診査</u>を実施する場合は、空腹時血糖、<u>空腹時中性脂肪</u>等の検査結果に影響を及ぼすため、<u>特定健康診査</u>前 10 時間以上は、水以外の飲食物を摂取しないこと。</p> <p>ウ 午後に<u>特定健康診査</u>を実施する場合は、<u>ヘモグロビン A1c 検査</u>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、<u>特定健康診査</u>まで水以外の飲食物を摂取しないことが望ましいこと。</p>	<p>別紙 4 健診の検査実施方法および留意事項</p> <p>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。</p> <p>(1) 検査前の食事の摂取、運動について</p> <p>ア アルコールの摂取や激しい運動は、<u>健診</u>の前日より控える。</p> <p>イ 午前中に<u>健診</u>を実施する場合は、空腹時血糖、<u>中性脂肪</u>等の検査結果に影響を及ぼすため、<u>健診</u>前 10 時間以上は、水以外の飲食物を摂取しない。</p> <p>ウ 午後に<u>健診</u>を実施する場合は、<u>HbA1c 検査</u>を実施する場合であっても、軽めの朝食とすると共に、ほかの検査結果への影響を軽減するため、<u>健診</u>まで水以外の飲食物を摂取しないことが望ましい。</p>

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、軽呼気時において、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。

エ やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1c を測定しない場合には、食後 3 時間半以降に採血を行う。

(2) 腹囲の検査

ア 立位、軽呼気時において、臍の高さで測定する。

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

ウ より詳細については、国立研究開発法人医療基盤・健康・栄養研究所のホームページ (<http://www.nih.go.jp/eiken/info/kokucho.html>)において示されているので、参考とされたい。

(3) 血圧の測定

ア 測定回数は原則 2 回とし、その 2 回の測定値の平均値を用いる。ただし、実施状況に応じて、1 回の測定についても可とする。

イ そのほか、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）等）が示されており、概要については一般社団法人日本循環器病予防学会のホームページ (<http://www.jacd.info/method/index.html>) において示されているので、これを参考とされたい。

(4) 血中脂質検査及び肝機能検査

ア 原則として、分離剤入りプレ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、測定の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。

$$\textcircled{1} \text{ LDL コレステロール (フリードワルド式) (mg/dl) = 総コレステロール (mg/dl) - HDL コレステロール (mg/dl) - 空腹時中性脂肪 (mg/dl) / 5}$$

$$\textcircled{2} \text{ Non-HDL コレステロール (mg/dl) = 総コレステロール (mg/dl) - HDL コレステロール (mg/dl)}$$

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

(4) 血中脂質検査、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。

イ 採血後、原則として早急に遠心分離し、24 時間以内に測定するのが望ましい。

なお、これが困難な場合は、採血後に採血管は冷蔵又は室温で保存し、12 時間以内に遠心分離する。

ウ 血清は、測定まで冷蔵で保存し、採血から 72 時間以内に測定する。

エ 血中脂質検査の測定方法については、可視吸光光度法、紫外吸光光度法等による。

LDL コレステロールは、トリグリセライド 400mg/dl 以上や食後採血の場合を除き、Friedewald 式で計算する。トリグリセライド 400mg/dl 以上や食後採血の場合は、Non-HDL コレステロール値を用いて評価する。ただし、LDL コレステロールの直接測定法も可。

LDL コレステロール（Friedewald 式）および Non-HDL は、次式により計算する：

$$\text{Friedewald 式による LDL コレステロール (mg/dl)} \\ = \text{総コレステロール (mg/dl) - HDL コレステロール (mg/dl) - 中性脂肪 (mg/dl) / 5}$$

$$\text{Non-HDL コレステロール値 (mg/dl)} \\ = \text{総コレステロール値 (mg/dl) - HDL コレステロール値 (mg/dl)}$$

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、トレーサビリティー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、トレーサビリティー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

オ 肝機能検査の測定方法については、AST (GOT) 及びALT (GPT) 検査については、紫外吸光光度法等によると共に、 γ -GT (γ -GTP) 検査については、可視吸光光度法等による。

(5) 血糖検査

次のア又はイのいずれかの方法により行う。

ア 空腹時血糖検査（やむを得ない場合には随時血糖検査）

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、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。

③ 採血後、採血管を 5～6 回静かに転倒・混和する。

④ 混和後、採血管は冷蔵で保管し、採血から 6 時間以内に遠心分離して測定することが望ましいが、困難な場合には、採血から 12 時間以内に遠心分離し測定する。

⑤ 遠心分離で得られた血漿は、測定まで冷蔵で保存し、採血から 72 時間以内に測定する。

⑥ 測定方法については、電位差法、可視吸光光度法、紫外吸光光度法等による。

イ HbA1c 検査

① フッ化ナトリウム入り採血管（血糖検査用採血管）又はエチレンジアミン

四酢酸（EDTA）入り採血管を用いること。

- 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。

四酢酸（EDTA）入り採血管を用いる。

- ② 採血後、採血管を5～6回静かに転倒・混和する。
- ③ 混和後、採血管は、冷蔵で保管する。
- ④ 採血後、48時間以内に測定する。
- ⑤ 測定方法については、免疫学的方法、高速液体クロマトグラフィー（HPLC）法、酵素法等による。

(6) 尿中の糖及び蛋白の検査

- ア 原則として、中間尿を採尿する。
- イ 採取後、4時間以内に試験紙法で測定することが望ましいが、困難な場合には、尿検体を専用の容器に移して密栓し、室温で保存する場合は24時間以内、冷蔵で保存する場合は48時間以内に測定する。
- ウ そのほか、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」（一般社団法人日本循環器病予防学会編）等）が示されており、概要については一般社団法人日本循環器病予防学会のホームページ(<http://www.jacd.info/method/index.html>)において示されているので、これを参考とされたい。

(7) 詳細な検査

- ①貧血検査
- ア エチレンジアミン四酢酸（EDTA）入り採血管を用いる。
- イ 採血後、採血管内のエチレンジアミン四酢酸（EDTA）を速やかに溶かす。
- ウ 混和後、室温に保管し、12時間以内に測定する。

②血清クレアチニン検査

<p>(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。</p> <p>(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。</p>	<p>腎機能検査の測定方法については、血清クレアチニンの検査は可視吸光光度法（酵素法）による。</p> <p>e G F Rについては次式により計算する：</p> <p>男性： e G F R (m l /分/1.73m²) =194×血清クレアチニン値-1.094×年齢-0.287</p> <p>女性： e G F R (m l /分/1.73m²) =194×血清クレアチニン値-1.094×年齢-0.287×0.739</p> <p>③心電図検査 ア 安静時の標準 1 2 誘導心電図を記録する。 イ そのほか、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」（一般社団法人日本循環器病予防学会編）等）が示されており、概要については一般社団法人日本循環器病予防学会のホームページ(http://www.jacd.info/method/index.html)において示されているので、これを参考とされたい。</p> <p>④眼底検査 ア 手持式、額带式、固定式等の電気検眼鏡又は眼底カメラ撮影により実施する。 イ 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。 ウ そのほか、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」（一般社団法人日本循環器病予防学会編）や「手にとるようにわかる健診のための眼底検査」（大阪府立健康科学センター編著）等）に示されており、概要については一般社団法人日本循環器病予防学会のホームページ(http://www.jacd.info/method/index.html)及び財団法人</p>
--	--

(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。

男性：eGFR (ml/分/1.73 m²) =194×血清クレアチニン値-1.094×年齢-0.287

女性：eGFR (ml/分/1.73 m²) =194×血清クレアチニン値-1.094×年齢-0.287×0.739

(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。

大阪府保健医療財団大阪がん循環器病予防センターのホームページ（<http://www.osaka-ganjun.jp/effort/cvd/gantei/>）においても示されているのでこれを参考とされたい。

※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 9A7550000000000001 9A7520000000000001 9A7510000000000001	収縮期血圧	≥130	≥140	mmHg
2 9A7650000000000001 9A7620000000000001 9A7610000000000001	拡張期血圧	≥85	≥90	mmHg
3 3F015000002327201 3F015000002327201 3F015000002327201	空腹時中性脂肪	≥150	≥300	mg/dl
4 3F015129902327101 3F015129902327101 3F015129902327101	随時中性脂肪	≥175	≥300	mg/dl
5 3F070000002327101 3F070000002327101 3F070000002327101	HDL コレステロール	<40	—	mg/dl
6 3F077000002327101 3F077000002327101 3F077000002327101 3F077000002327101	LDL コレステロール	≥120	≥140	mg/dl
7 3F069000002327101	Non-HDL コレステロール	≥150	≥170	mg/dl
8 3D010000002226101 3D010000002227201 3D010000001927201 3D010000001927201	空腹時血糖	≥100	≥126	mg/dl
9 3D046000001906202 3D046000001920402 3D046000001927102 3D046000001927102	HbA1c (NGSP)	≥5.6	≥6.5	%
10 3D010129901926101 3D010129902227101 3D010129901927201 3D010129901927201	随時血糖	≥100	≥126	mg/dl
11 3B035000002327201 3B035000002327201	AST (GOT)	≥31	≥51	U/L
12 3B045000002327201 3B045000002327201	ALT (GPT)	≥31	≥51	U/L
13 3B030000002327101 3B030000002327101	γ-GT (γ-GTP)	≥51	≥101	U/L
14 8A065000002327101	eGFR	<60*	<45*	ml/min/1.73 m 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。

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

健診検査項目の保健指導判定値及び受診勧奨判定値

番号	項目コード (JLAC10)	項目名	保健指導判定値	受診勧奨判定値	アプローチ	単位	検査方法	備考
1	9A7550000000000001 9A7520000000000001 9A7510000000000001	収縮期血圧	130	140	警告	mmHg	1:その他 2:聴診 3:聴診	平均値。「1回測」「2回測」以外の値の最も高値から値を記入する。
2	9A7650000000000001 9A7620000000000001 9A7610000000000001	拡張期血圧	85	90	警告	mmHg	1:その他 2:聴診 3:聴診	平均値。「1回測」「2回測」以外の値の最も高値から値を記入する。
3	3F015000002327201 3F015000002327201 3F015000002327201	空腹時中性脂肪	150	300	警告	mg/dl	1:空腹時血清法 (酵素法:アミノロース法) 2:空腹時血清法 (酵素法:アミノロース法) 3:その他	健診時の測定値と原則とも判定値
4	3F070000002327101 3F070000002327101 3F070000002327101	HDLコレステロール	39	34	警告	mg/dl	1:空腹時血清法 (酵素法:非直接法) 2:空腹時血清法 (酵素法:非直接法) 3:その他	健診時の測定値と原則とも判定値
5	3F077000002327101 3F077000002327101 3F077000002327101 3F077000002327101	LDLコレステロール	120	140	警告	mg/dl	1:空腹時血清法 (酵素法:非直接法) 2:空腹時血清法 (酵素法:非直接法) 3:その他	健診時の測定値と原則とも判定値
6	3F069000002327101	Non-HDLコレステロール	150	170	警告	mg/dl	1:空腹時血清法 (酵素法:非直接法) 2:空腹時血清法 (酵素法:非直接法) 3:その他	健診時の測定値と原則とも判定値
7	3D010000002226101 3D010000002227201 3D010000001927201 3D010000001927201	空腹時血糖	100	126	警告	mg/dl	1:電位法 2:フラスコ法(酵素法) 3:フラスコ法(酵素法) 4:その他	
8	3D046000001906202 3D046000001920402 3D046000001927102 3D046000001927102	HbA1c (NGSP)	5.6	6.5	警告	%	1:ラフック法(酵素法) (高度分析的方法) 2:ラフック法 (不安定な結果を示すPLC法) 3:酵素法 4:その他	中値以下1割
9	3D010129901926101 3D010129902227101 3D010129901927201 3D010129901927201	随時血糖	100	126	警告	mg/dl	1:電位法 2:フラスコ法(酵素法) 3:フラスコ法(酵素法) 4:その他	中値以下1割
10	3B035000002327201 3B035000002327201	AST (GOT)	31	51	警告	U/L	1:電位法 2:フラスコ法(酵素法) 3:フラスコ法(酵素法) 4:その他	中値以下1割
11	3B045000002327201 3B045000002327201	ALT (GPT)	31	51	警告	U/L	1:電位法 2:フラスコ法(酵素法) 3:フラスコ法(酵素法) 4:その他	中値以下1割
12	3B030000002327101 3B030000002327101	γ-GT (γ-GTP)	51	101	警告	U/L	1:電位法 2:フラスコ法(酵素法) 3:フラスコ法(酵素法) 4:その他	中値以下1割
13	8A065000002327101	eGFR	60*	45*	警告	ml/min/1.73 m ²	1:電位法 2:フラスコ法(酵素法) 3:フラスコ法(酵素法) 4:その他	男性:eGFR ml/min/1.73m ² = 124.4 女性:eGFR ml/min/1.73m ² = 114.4 ※15歳未満の子どもは、年齢別の基準値を参照する。
14	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)	警告	g/dl	1:電位法 2:フラスコ法(酵素法) 3:フラスコ法(酵素法) 4:その他	男性:eGFR ml/min/1.73m ² = 124.4 女性:eGFR ml/min/1.73m ² = 114.4 ※15歳未満の子どもは、年齢別の基準値を参照する。

- ※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。

⇒血圧については〇ページを参照

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すぐに医療機関を受診を
	保健指導判定値を超えるレベル	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を受診を
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	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

⇒脂質については〇ページを参照

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早期に医療機関を受診を
	保健指導判定値を超えるレベル	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、医療機関を受診を
正常 ↓	基準範囲内	LDL-C < 120 mg/dL かつ TG $<$ 空腹時 150mg/dL (随時 175mg/dL) かつ 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 ⑤今後も継続して健診受診を

⇒血糖については〇ページを参照

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いならばすぐに医療機関を受診を	③受診継続、血糖マネジメントについて確認・相談を	④定期的に医療機関を受診していないならばすぐに医療機関を受診を
	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
正常 ↓	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。

(新設)

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)

(移動)

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

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
(平成十六年六月十四日)(厚生労働省告示第二百四十二号)

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

健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針

第一 基本的な考え方

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

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

- 1 制度間で健康診査における検査項目、検査方法等が異なる場合があ

る。

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

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

る。

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

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

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。

このため、この指針においては、各健康増進事業実施者により適切な健康増進事業が実施されるよう、健康診査の実施、健康診査の結果の通知、その結果を踏まえた栄養指導その他の保健指導の実施等、健康手帳等による健康診査の結果等に関する情報の継続の在り方及び個人情報の取扱いについて、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。例えば、壮年期においては、内臓脂肪の蓄積を共通の要因として、糖代謝異常、脂質代謝異常、高血圧の状態が重複した場合に、心血管疾患等の発症可能性が高まることから、これらの発症及び重症化の予防に資するものとする。また、その際は、身長、体重及び腹囲の検査、血圧の測定、高比重リポ蛋白コレステロール(HDL コレステロール)

<p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(七) 検査を実施可能な体制が整備されていること。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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</p>	<p>及び血清トリグリセライドの量の検査並びに血糖検査を健康診査における検査項目に含むものとする。</p>
---	---

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。

2～5 (略)

二 健康診査の精度管理

1～4 (略)

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(昭和三十二年厚生省令第五十号)第九條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、同令第九條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

2～5 (略)

二 健康診査の精度管理

1～4 (略)

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

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 (略)

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

1～6 (略)

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

6 (略)

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

1～6 (略)

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

<p>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</p> <p>(二) 地域単位</p> <p>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</p> <p><u>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。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p>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</p> <p>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</p>	<p>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</p> <p>(二) 地域単位</p> <p>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</p> <p>(新設)</p> <p>第四 <u>健康手帳等による健康診査の結果等に関する情報の継続の在り方に関する事項</u></p> <p>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</p>
---	---

ら重要であり、生涯にわたる健康の増進に重要な役割を果たすことを認識し、健康増進事業の実施に当たっては、個人情報の保護に関する法律(平成十五年法律第五十七号)、地方公共団体において個人情報の保護に関する法律第十二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行う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

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

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

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

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

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)・(二) (略)

(三) 健康診査の実施の全部又は一部を委託する場合には、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 (略)

(削除)

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

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

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

(一)・(二) (略)

(新設)

(新設)

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 (略)

2 取り扱う個人情報の量等により個人情報保護法令の規制対象となってい

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り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。

ない健康増進事業実施者においても、健康診査の結果等に関する個人情報については特に厳格に取扱われるべき性質のものであることから、個人情報保護法令の目的に沿うよう努めること。

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

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

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

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

第六 施行期日

この指針は、健康増進法第九条の施行の日から施行するものとする。

(施行の日＝平成一六年八月一日)

改正(平成一九年一〇月二九日厚生労働省告示第三四九号)

平成二十年四月一日から適用する。

別紙 7-1 健診結果・質問票情報	別紙 7-1 健診結果・質問票情報
別紙 7-2 保健指導情報	別紙 7-2 保健指導情報
別紙 7-3 データ範囲のチェック	別紙 7-3 データ範囲のチェック
(移動)	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)

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

(新設)

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のが重要である。
 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日の総食は、適量(○kcal以内)にする(又は週に○回に減らす)
		甘い飲み物(清涼飲料水、砂糖コーヒー等)を飲まない(又は○回に減らす)
		毎食のご飯は適量(○g以内)にする
		卵もの(かつ丼、天丼など)は月(又は週)○回に減らす
		主食同士を合わせた食事(ラーメンとライス、スパゲッティとご飯等)は月(又は週)○回に減らす
	脂質の多い食品や食中LDLコレステロールの上昇に関連する食品を減らす	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○回以上、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)
		肉料理は、週○回に減らす
		魚介類の料理を週○回摂取する(肉類摂取回数が多い場合) 大豆製品の料理を週○回摂取する(肉類摂取回数が多い場合)
		揚げ物の料理は、週○回に減らす
運動習慣	運動・生活活動の時間を増やす	バター、チーズ、ラードを減らす(又はやめる)
		菓子パン、洋菓子、スナック菓子をやめる(又は○回に減らす、別の食品に変える)
		インスタントラーメンは食べない(又は○回に減らす)
		牛乳やアイスは低脂肪のものにする
		肉加工品(ハム・ソーセージ)は、月○回に減らす
	運動・生活活動の強度を上げる・強度の高い活動に置き換える	軽く汗をかく運動を週○日に増やす
		軽く汗をかく運動をする時間を1回あたり○分に増やす
		掃除機をかける日数を週○日に増やす
		日常生活における歩行時間を今より○分増やす
		1日の歩数を○歩増やす
喫煙習慣	たばこを吸わない	
休養習慣	毎日、○時間以上睡眠をとる	
	毎日、○時まで、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○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。)

第4編第3章

別紙2 個人情報の保護に関する法律

- 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

第4編第3章

別紙2 個人情報の保護に関する法律

- 個人情報の保護に関する法律（平成15年5月30日法律第57号）

最終改正：平成28年5月27日法律第51号

（定義）

第2条 この法律において「個人情報」とは、生存する個人に関する情報であつて、当該情報に含まれる氏名、生年月日その他の記述等により特定の個人を識別することができるもの（他の情報と容易に照合することができ、それにより特定の個人を識別することができることとなるものを含む。）をいう。

2 （略）

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

3 この法律において「個人情報取扱事業者」とは、個人情報データベース等を事業の用に供

している者をいう。ただし、次に掲げる者を除く。

- 一 国の機関
- 二 地方公共団体
- 三～五 (略)
- 4～6 (略)

(地方公共団体等が保有する個人情報の保護)

第11条 地方公共団体は、その保有する個人情報の性質、当該個人情報を保有する目的等を勘案し、その保有する個人情報の適正な取扱いが確保されるよう必要な措置を講ずることに努めなければならない。

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

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

(第三者提供の制限)

第23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。

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、本人の求めに応じて当該本人が識別される個人データの第三者への提供を停止することとしている場合であって、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

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

一 第三者への提供を利用目的とすること。

二 第三者に提供される個人データの項目

三 第三者への提供の手段又は方法

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

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っ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)

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

4～5 (略)

◎ 標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）（案）

改正後	改正前
<p>第3編第3章 3-7 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</p> <p>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、<u>目標設定や継続支援での変化の確認に活用</u>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。</p> <p><u>事業者健診結果を特定健診結果とみなす場合など、標準的な質問票の回答内容を保健指導時に入手できない場合があるため、それらの項目のうち重要なものは、本質問項目にも含めている。備考欄を設けており、1日の生活パターンや時間帯（起床、食事、仕事、身体活動、就寝等）の記入を求めるなど、指導時に対象者と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。</u></p>	<p>第3編第3章 3-1 表4</p> <p>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、保健指導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、<u>目標設定に活用</u>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。</p> <p><u>本質問項目では、望ましい保健行動の実施状況について問う投げかけ調の文体に統一し、指導時に短時間で対象者の保健行動を把握できるよう、選択肢は望ましい回答が同列になるように配慮した。労働安全衛生法に基づき事業者が行う健康診断の結果を特定健診結果とみなす場合など、標準的な質問票の回答内容を保健指導時に入手できない場合があるため、それらの項目のうち重要なものは、本質問項目にも含めている。備考欄を設けており、1日の生活パターンや時間帯（起床、食事、仕事、身体活動、就寝等）の記入を求めるなど、指導時に対象者と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。</u></p>

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

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。	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、その他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	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
1-6	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	朝食をほぼ毎日とりますか。	①はい ②いいえ
2-3	寝る前2時間は何も食べないようにしていますか。	①はい ②いいえ
2-4	食事はよく噛んでゆっくり食べるようにしていますか。	①はい ②いいえ
2-5	食事のバランス（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）を考えて食べていますか。	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食べない ②食べる
2-8	塩分の多い食材（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食べない ②食べる
2-9	外食、惣菜、市販の弁当を習慣的に食べますか。	①食べない ②食べる
2-10	食事は主に、誰が作りますか。	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

2-8	食塩の多い食材（麺類、佃煮、漬物、梅干し、干物、練乳品等）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ヶ月間吸っている。 条件2：生涯で6ヶ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている）	①はい（条件1と条件2を両方満たす） ②以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない（条件2のみ満たす） ③いいえ（①②以外）
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・	①1合未満 ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3～5合未満 ⑤5合以上

3-3	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が遅いですか。	①はい ②いいえ
3-4	1日の中で座っている時間は少ないですか。	①少ない ②多い
3-5	膝、腰、手、足、首などに痛みや違和感がありますか。	①いいえ ②はい
4. 既往・現病歴・家族歴		
4-1	現在、身体活動・運動や食事等の生活習慣に関して、主治医より指導を受けていますか。	①指導なし ②指導あり
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はい ②いいえ
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
5. 喫煙		
5-1	職場において、この1ヶ月間に、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。	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	家庭において、この1ヶ月間に、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。	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
5-3	現在、たばこ（いわゆる加熱式たばこ、電子たばこを含む）を習慣的に吸っていますか。	①もともと吸わない ②やめた ③吸う
5-4	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
5-5	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
5-6	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
6. 飲酒		
6-1	どの程度の頻度でお酒を飲みますか。	①飲まない ②やめた ③月1度以下 ④月2～4度 ⑤週2～3度 ⑥週4度以上
6-2	飲酒日1日当りの飲酒量はどの程度ですか。 日本酒1合（180ml）の目安：ビール500ml、焼酎（25度）110ml、ウイスキーダブル1杯（60ml）、ワイン2杯（240ml）。	①1合未満 ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3合以上
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	休養は充分にとれていると思いますか。	①はい ②いいえ
7-2	睡眠は足りていますか。	①はい ②いいえ
8. 家族・社会参加		
8-1	同居家族すべてに○をつけてください。	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 ⑦一人暮らし
9. 仕事・労働衛生		
9-1	1週間の労働時間はおおよそ何時間ですか。	①就労していない ②40時間未満 ③40～48時間 ④49～54時間 ⑤55時間以上
9-2	交代勤務制の仕事に従事していますか。	①はい ②いいえ
10. 行動変容ステージ		
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食生活 ②運動・身体活動 ③喫煙 ④飲酒 ⑤睡眠 ⑥休養 ⑦その他
備考		

	約60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)	
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	休養は充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はありませんか。	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うえ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

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	<p>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。</p> <p>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>
<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³¹。保健指導では、健康意識として主観的健康観（感）を把握したうえで、計画作成の際に活用する。</p>	
1-2	<p>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。</p> <p>①はい ②いいえ</p>
<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	<p>これまでに減量に取り組んだ経験はありますか。</p> <p>①はい ②いいえ</p>
<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	<p>体重を定期的に測定していますか。</p> <p>①はい ②いいえ</p>
1-5	<p>血圧を定期的に測定していますか。</p> <p>①はい ②いいえ</p>
<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	<p>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。</p> <p>①はい ②いいえ</p>
<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</p>	

「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

あるが、社会保険から国民健康保険へ異動したといった医療保険の異動も考えられることから、毎年受診を確認するものである。なお、「毎年」と尋ねるより、直近の昨年度の受診を問うことで、確かな回答を得ることを想定している。保健指導では、毎年の受診を勧奨し、生活習慣の見直しに保健指導を活用してほしいことを伝える。		
1-7	年に1回以上、歯科の健診を受けていますか。	①はい ②いいえ
<p>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。</p>		
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
<p>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。</p>		
2-2	朝食を抜くことがありますか。	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17）</p>		
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
<p>解説：「標準的な質問票の解説と留意事項」を参照（質問14・15）</p>		
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 ²² 。	①ほぼ毎日 ②週4～5日 ③週2～3日 ④ほとんどない
<p>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²²。逆に、主食、主菜、副菜、牛乳・乳製品、果物を適量食べることが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、糖尿病併発等の死亡リスクが低いことが示されている²³。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。</p>		
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ことがありますか ²⁴ 。	①毎日 ②週5～6回 ③週3～4回 ④ほとんどない
<p>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。</p>		

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。	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²⁵。保健指導では、健康意識として主観的健康観（感）を把握したうえで、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、その他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できるようにする。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
<p>解説：定期的な体重測定を促すことで、自分で体重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、体重測定をしている場合、体重測定の継続を促し、測定していない場合、その理由を確認し、定期的な体重測定に向けた具体的な行動を促す。</p>		
1-5	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>		
1-6	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
<p>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」、5-3「現在、たばこ（いわゆる加熱式たばこ、電子たばこを含む）を習慣的に吸っていますか」で「③吸う」、10-1「改善したい生活習慣」で「①食生活、③喫煙」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</p>		

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、牛乳の良さを通信して1日に500～1,000ml近く摂取している場合もあるため、多量摂取に対する指導も必要である。</p>		
2-6	糖質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機能飲料などのように、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、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¹⁵⁾、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¹⁶⁾、過剰摂取が軽減される場合は、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^{17)~19)}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。味付けが濃いと言えた者には、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、原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

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
<p>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。</p>		
2-2	朝食をほぼ毎日とりますか。	①はい ②いいえ
<p>解説：食事パターンに関する質問である。朝食の欠食は高血圧（朝方の血圧上昇）や脳出血のリスク因子であることから、朝食を摂るよう指導する。朝方の血圧上昇抑制には300キロカロリー程度が必要であると報告されていることから、一週にバランスの良い朝食が無理な場合は、まずご飯、パンなどの主食から始めて、順次、主菜や牛乳・乳製品、副菜、果物などを加えるよう支援する。次の質問と関連するが、和食、洋食、それらの折衷でも、主食・主菜・副菜を揃えて食べることに目標を置く。朝食欠食の理由では、「朝は食欲がない」、「早く起きられない」、「自分で用意する手間がかけられない」などの理由²⁰⁾が多いので、夕食時刻や就寝時刻、起床時刻など、仕事や生活リズム全般を踏まえた指導が必要である。また、手軽に食べるための工夫（前日に準備する・買っておく、通勤途中で食べる等）についても、ライフスタイルに合わせた支援を行う。多くの国で古来より、表現こそ異なるが「朝食を豊かにとり、夕食はとりすぎないことが健康の秘訣である」と謳われており、現代はその科学的エビデンスが明らかになりつつある。</p>		
2-3	寝る前2時間は何も食べないようにしていますか。	①はい ②いいえ
2-4	食事はよく噛んでゆっくり食べるようにしていますか。	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14・15）</p>		
2-5	食事のバランス（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）を考えて食べていますか。	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 ²¹⁾ 。	①ほぼ毎日 ②週4～5日 ③週2～3日 ④ほとんどない
<p>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²²⁾。逆に、主食、主菜、副菜、牛乳・乳製品、果物を適量食べることが推奨する食事バランスガイドに添った食事をしていく者ほど、循環器疾患等の死亡リスクが低いことが示されている²³⁾。したがって、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った上で、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。</p>		
2-6	糖質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
<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機能飲料などのように、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食べない ②食べる
<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	塩分の多い食材（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食べない ②食べる
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	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¹²⁾。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、種類に偏るのを避け、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、食塩相当量）を参照する習慣の大切さ、食品や栄養素のバランスを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1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の者に対しては、それらの摂取を控える指導が必要である。天ぷらに関しては一般に植物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、外食の場合は、肉の脂身を食わずに残すように指導する。</p>		
<p>3. 運動・身体活動状況</p>		
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回以上行な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。

追加	味付けは濃いほうですか。	①はい ②いいえ
追加	1回の食事で主食（ごはん・めん類・パン）同士を組み合わせて食べることがありますか ¹³⁾ 。	①毎日 ②週5～6回 ③週3～4回 ④ほとんどない
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
<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（2016年）は1日男性11g、女性9gであり、健康者の1日あたりの摂取目標量である男性8g未満、女性7g未満に比べて多く、高血圧予防のための摂取目標量である6gや、WHOの目標量の5g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、過剰摂取が続く場合は、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¹⁴⁾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、その者の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。1回の食事で主食同士を組み合わせて食べる頻度や、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、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。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食べない ②食べる
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¹²⁾。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、種類に偏るのを避け、副菜として、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（特に食塩相当量）を参照する習慣の大切さ、食品や栄養素のバランスを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、食事や商品の選択を行うように指導する。</p>		
2-10	食事は主に、誰が作りますか。	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1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。脂肪の摂取に関しては、脂肪の量と質に留意が必要である。肉の脂身やラードで揚げたフライ、ラードを使った中華の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</p>		

<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>		
<p>4. 既往・現病歴・家族歴</p>		
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、生活習慣費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>ール、LDLコレステロールの高い者や高めの者に対しては、それらの摂取を控える指導が必要である。天ぷらに関しては一般に植物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（カロリーの過剰摂取が避けられればむしろ低下に働くが）。しかし、天ぷら愛好者は、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、肉の脂身を調理の際にできるだけ取り除くこと、外食の場合には、肉の脂身を食べずに残すようにするよう指導する。</p>		
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（カルシウムの小腸からの吸収率は乳製品で約50%と最も高く、野菜、小魚、小エビ、豆類等の吸収率は乳製品の半分以下となる）。カルシウムの1日摂取推奨量は40歳以上男性で650~700mg、女性650mgであるが、2015年の平均摂取量は男女とも推奨量よりも100mg~200mg少ない。カルシウム摂取不足は、女性の骨粗鬆症のみならず、男女を問わず脳卒中のリスク因子となることが知られており、推奨量の摂取を心がけるように指導する。乳製品を毎日取っていない者には、乳製品の摂取を勧める。ただし、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。逆に、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、注意が必要である。</p>		
<p>3. 運動・身体活動状況</p>		
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ですか。	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少ない ②多い
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いいえ ②はい
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いいえ ②はい 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いいえ ②はい 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：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産化したり、繰り返して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増加するため、「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>		
<p>5. 喫煙</p>		
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
<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²⁹。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^{31,9}。職場での受動喫煙については、労働安全衛生法およ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、事業者に改善を申し出ることができる。建物内禁煙や敷地内禁煙が望ましいが、喫煙室を設置する場合は受動喫煙を防止するため、一定の要件³¹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ヶ月間吸っている 条件2：生涯で6ヶ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている）	①はい（条件1と条件2を両方満たす） ②以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない（条件2のみ満たす） ③いいえ（①②以外）
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</p>		

<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増やす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を受診を勧め、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>		
追加	体を動かすことと運動することに対し、どのようなお考えですか。	現在、運動をしておらず、これから先もするつもりはない/現在、運動をしていないが近い将来（6か月以内）に始めようとは思っている/現在、運動をしているが定期的ではない/現在、定期的に運動をしているが、始めてから6か月以内である/現在、定期的に運動をしており6か月以上継続している。
<p>解説：身体活動・運動に対する行動変容ステージを把握するための質問である。身体活動を増やし、運動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。体を動かすことに関連する生活環境の把握、行動変容理論に基づく指導、身体活動や運動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身体活動・運動の行動目標を設定することが望ましい。</p>		
<p>4. 既往・現病歴・家族歴</p>		
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。	①指導なし ②指導あり
<p>解説：身体活動や食事に関し、すでに主治医があり、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共に見つけていく。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はい ②いいえ
<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。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増加するため、「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>		
<p>5. 喫煙</p>		
5-1	職場において、この1ヶ月間に、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。	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	家庭において、この1ヶ月間に、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。	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
<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²⁹。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²⁹。職場での受動喫煙については、労働安全衛生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、事業者に改善を申し出ることができる。建物内禁煙や敷地内禁煙が望ましいが、喫煙室を設置する場合は受動喫煙を防止するため、一定の要件³⁰を満たす喫煙室の設置が望ましい。</p>		

スク因子となる。		
5-5	今までたばこをやめたことがありますか。	①はい ②いいえ ③吸ったことはない
<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り組めるよう、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²¹。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^{21,3}。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。2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²¹、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	休養は充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な工夫する生活習慣をとっているか、確認していく。</p>		

5-3	現在、たばこ（いわゆる加熱式たばこ、電子たばこを含む）を習慣的に吸っていますか。	①もともと吸わない ②やめた ③吸う
5-4	1日に平均して何本のたばこを吸っていますか（吸っていましたが）。	1日（ ）本
5-5	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（吸っていましたが）。	（ ）年間
追加	どの種類のたばこを習慣的に吸っていますか。当てはまるもの全てに○をつけてください（複数回答可） *喫煙歴がある場合	①紙巻きたばこ ②いわゆる加熱式たばこ ③電子たばこ（ニコチン入り） ④電子たばこ（ニコチン無し、または不明） ⑤その他（ ）
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」を参照。喫煙本数と年数から累積喫煙量（ブリンクマン指数ともいう）を評価することができる。累積喫煙量は心血管系疾患のみならず、各種疾患のリスク因子となる。</p>		
5-6	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
<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り組めるよう、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²¹。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^{21,3}。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る。</p>		
6. 飲酒		
6-1	どの程度の頻度でお酒を飲みますか。	①飲まない ②やめた ③月1度以下 ④月2～4度 ⑤週2～3度 ⑥週4度以上
6-2	飲酒日1日当たりの飲酒量はどの程度ですか。 日本酒1合（180ml）の目安：ビール500ml、焼酎（25度）110ml、ウイスキーダブル1杯（80ml）、ワイン2杯（740ml）。	①1合未満 ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3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いいえ ②はい 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いいえ ②はい 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。2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²¹、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		
<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な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がありますか。	①はい ②いいえ
追加	起床時刻・就寝時刻は平均して何時頃ですか。	起床()時頃 就寝()時頃
追加	実際の睡眠時間は何時間くらいでしたか？これは、あなたが寝床の中に入っ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せんか。	①はい ②いいえ
追加	過去1ヶ月間において、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	睡眠薬がわりに薬酒を飲むことがありますか。	①はい ②いいえ
追加	就寝前に喫煙をしたり、カフェインを摂ることがありますか。	①はい ②いいえ
追加	（特に休日に）夜更かしをすることがありますか。	①はい ②いいえ
追加	実際に眠っている時間以外に、寝床でだらだらと長時間過ごすことはありますか。	①はい ②いいえ
<p>解説：日中に眠気や倦怠感を感じる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、薬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なること、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、睡眠時間等の不規則化や夜型化を招く可能性があることは、重要なポイントである。寝床に入ってから携帯電話、メールやゲームなどを行わないように指導することも、規則正しい睡眠を維持する上で重要である。また、就寝時刻と起床時刻を見直し、寝床で過ごす時間を適正化することも大切である。長時間眠るために寝床で過ごす時間を必要以上に長くすると、かえって睡眠が浅くなり夜中に覚醒するなど、結果として熟睡感が得られない場合があることも指導する。</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せんか。	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る場合は、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>		
<p>8. 家族・社会参加</p>		
8-1	生活習慣を改善するうえでサポートをしてくれる人はいませんか（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

7-1	休養は充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	睡眠は足りていますか。	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	日中に倦怠感や眠気を感じることがありますか。	①いいえ ②はい
追加	眠気で日中の生活に支障が出ることはありませんか。	①いいえ ②はい
追加	睡眠薬がわりに薬酒を飲むことがありますか。	①いいえ ②はい
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いいえ ②はい
追加	（特に休日に）夜更かしをすることがありますか。	①いいえ ②はい
追加	実際に眠っている時間以外に、寝床でだらだらと長時間過ごすことはありますか。	①いいえ ②はい
<p>解説：日中に眠気や倦怠感を感じる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。規則正しい睡眠を指導する上で、①就寝前の喫煙、薬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なること、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、睡眠時間等の不規則化や夜型化を招く可能性があることは、重要なポイントである。寝床に入ってから携帯電話、メールやゲームなどを行わないように指導することも、規則正しい睡眠を維持する上で重要である。また、就寝時刻と起床時刻を見直し、寝床で過ごす時間を適正化することも大切である。長時間眠るために寝床で過ごす時間を必要以上に長くすると、かえって睡眠が浅くなり夜中に覚醒するなど、結果として熟睡感が得られない場合があることも指導する。</p>		
追加	睡眠中の窒息感やあえぐような呼吸を自覚することはありますか。	①いいえ ②はい
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いいえ ②はい
<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る場合は、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>		
<p>8. 家族・社会参加</p>		
8-1	同居家族すべてに○をつけてください。	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 ⑦一人暮らし
<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、も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¹⁴⁾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・職場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>		

<p>解説：生活習慣の遅延を考慮の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、も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³¹⁵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・領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>		
<p>9. 仕事・労働衛生</p>		
9-1	1週間の労働時間はおおよそ何時間ですか。	①就労していない ②40時間未満 ③40～48時間 ④49～54時間 ⑤55時間以上
<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。長時間労働が長期継続くと、冠動脈疾患が増加するという報告もある³²⁰。保健指導によって労働時間を適正化することは難しい場合が多いが、不必要な残業を行っている場合など、可能な範囲で業務時間を短縮するように検討を促す。長時間労働であっても食事時間を規則的に保ち、できるだけ睡眠時間を確保するよう指導する。なお、主働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³²¹。職場の事情や資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担はどの程度ですか。	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中にも負担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、高強度の身体活動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³²²。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。運動が仕事に影響している場合は、休息中の軽い運動は疲労を軽減し生産性を高める（アクティブレスト）ことを説明する。</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³²³。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構築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³²⁴。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、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が一番近いですか。	管理的職/専門的・技術的職/事務的職/ 販売の職/サービスの職/保安の職/農

<p>9. 仕事・労働衛生</p>		
9-1	1週間の労働時間はおおよそ何時間ですか。	①就労していない ②40時間未満 ③40～48時間 ④49～54時間 ⑤55時間以上
<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。長時間労働が長期継続くと、冠動脈疾患が増加するという報告もある³²⁵。保健指導によって労働時間を適正化することは難しい場合が多いが、不必要な残業を行っている場合など、可能な範囲で業務時間を短縮するように検討を促す。長時間労働であっても食事時間を規則的に保ち、できるだけ睡眠時間を確保するよう指導する。なお、主働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³²⁶。職場の事情や資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担はどの程度ですか。	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中にも負担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、高強度の身体活動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³²⁷。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。運動が仕事に影響している場合は、休息中の軽い運動は疲労を軽減し生産性を高める（アクティブレスト）ことを説明する。</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³²⁸。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構築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³²⁹。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、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が一番近いですか。	管理的職/専門的・技術的職/事務的職/ 販売の職/サービスの職/保安の職/農

<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、育肥傾向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^{15,24}。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を促す。</p>	
追加	あなたの職種は次のうちどれが一番近いですか。 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。職種を知ることによって、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>	
<p>10. 生活習慣改善の取組</p>	
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せんか。
追加	食べ過ぎについて改善しようと思いませんか。
追加	脂肪摂取について改善しようと思いませんか。
追加	食塩摂取について改善しようと思いませんか。
追加	野菜摂取について改善しようと思いませんか。
追加	食事の内容や食べ方について改善しようと思いませんか（上記4問を統合した場合）。

		林業業の職業/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。職種を知ることによって、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>		
<p>10. 行動変容ステージ</p>		
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食生活 ②運動・身体活動 ③喫煙 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	食べ過ぎについて改善しようと思いませんか。	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	脂肪摂取について改善しようと思いませんか。	<p>解説: 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、次の5つのステージに分けることができる。食事や身体活動など、それぞれの行動について対象者のステージを把握し、それが改善されるようにステージに応じた指導を行う。</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か月以上継続している時期</p>
追加	食塩摂取について改善しようと思いませんか。	
追加	野菜摂取について改善しようと思いませんか。	
追加	食事の内容や食べ方について改善しようと思いませんか（上記4問を統合した場合）。	
追加	飲酒について改善しようと思いませんか。	
追加	針測・記録（血圧や体重）について改善しようと思いませんか。	維持期
追加	針測・記録（歩数など）について改善しようと思いませんか。	維持期

注1 Isler 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年内閣府「食育に関する基礎調査」.
 注3 主食：ご飯・パン・麺など。主菜：肉・魚・卵・大豆製品の料理。副菜：野菜・いも・きのこ・海藻の料理。平成27年国民健康・栄養調査と共通の分類。
 注4 平成27年国民健康・栄養調査結果。
 注5 Oba S, et al. Diet based on the Japanese Food Guide Steering 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.
 注6 おにぎりとかっぱめん、うどんといなりずしなど。
 注7 日本高血圧協会石川原支館。石川原栄養士会監修「百万石減塩レシピ-石川県内36病院の管理栄養士が監修決定版」北國新聞社出版局
 注8 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。
 注9 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10 厚生労働省「職場における喫煙対策のためのガイドライン」2003。
 注11 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): 391-9.
 注12 Sorjland 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:54S-50.
 注13 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14 人々の協賛行動を促進することによって、社会の効率性を高めることのできる、「保健」「規範」「ネットワーク」といった社会規範の特徴はソーシャルキャピタル（社会資本）と呼ばれ、健康の増進・向上においても重要な因子である。
 注15 Kivimaki 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; 386:1729-46.
 注16 Nicholson PJ, et al. Shift work and chronic disease: the epidemiological evidence. Occup Med. 2011; 61:443-4.
 注17 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; 9:381-407.
 注18 Kivimaki M, et al. Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. Lancet. 2012; 380:1401-7.
 注19 森山菜子、豊川智之、小林康徳、井上和男、徳山慎男、赤木七世子、三好裕司。単身赴任者と家族同居者における生活習慣、ストレス状況および健康結果の比較—神戸ヘルスアップ研究から—。産業衛生学雑誌。2012; 54: 22-8

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せんか。	
追加	飲酒について改善しようと思いませんか。	
追加	計測・記録（血圧や体重）について改善しようと思いませんか。	
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、5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ヶ月以内に行動変容を起こす意思がない時期 関心期 6ヶ月以内に行動変容を起こす意思がある時期 準備期 1ヶ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ヶ月未満である時期 維持期 明確な行動変容が観察され、その期間が6ヶ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>		

- 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、うどんといなりすしなど。
- 注5. 令和元年国民健康・栄養調査結果。
- 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. 人々の協賛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、小林康毅、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、ストレス状況および健診結果の比較～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

(新設)

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のが重要である。
 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日の総食は、適量(○kcal以内)にする(又は週に○回に減らす)
		甘い飲み物(清涼飲料水、砂糖コーヒー等)を飲まない(又は○回に減らす)
		毎食のご飯は適量(○g以内)にする
		卵もの(かつ丼、天丼など)は月(又は週)○回に減らす
		主食同士を合わせた食事(ラーメンとライス、スパゲッティとご飯等)は月(又は週)○回に減らす
	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	パン食の時には、揚げパン、菓子パン以外のものにする
		1日○以上、野菜を食べる(必要に応じて、主食や主菜の量を減らし、野菜の摂取を促す)
		肉料理は、週○回に減らす
		魚介類の料理を週○回摂取する(肉類摂取回数が多い場合) 大豆製品の料理を週○回摂取する(肉類摂取回数が多い場合)
		揚げ物の料理は、週○回に減らす
運動習慣	運動・生活活動の時間を増やす	バター、チーズ、ラードを減らす(又はやめる)
		菓子パン、洋菓子、スナック菓子をやめる(又は○回に減らす、別の食品に変える)
		インスタントラーメンは食べない(又は○回に減らす)
		牛乳やアイスは低脂肪のものにする
		肉加工品(ハム・ソーセージ)は、月○回に減らす
	運動・生活活動の強度を上げる・強度の高い活動に置き換える	軽く汗をかく運動を週○日に増やす
		軽く汗をかく運動をする時間を1回あたり○分に増やす
		掃除機をかける日数を週○日に増やす
		日常生活における歩行時間を今より○分増やす
		1日の歩数を○歩増やす
喫煙習慣	たばこを吸わない	
休養習慣	毎日、○時間以上睡眠をとる	
	毎日、○時まで、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○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。)

◎ 標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）（案）

改正後	改正前
<p>【利用上の留意事項】</p> <p>○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。</p> <p>○必要に応じて、適宜改変して使用してください。</p> <p>○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。</p> <p>○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る重複を除いて、分かりやすく説明する等工夫してください。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p>	<p>【利用上の留意事項】</p> <p>○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。</p> <p>○必要に応じて、適宜改変して使用してください。</p> <p>○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。</p> <p>○この文例集では、血圧・脂質・血糖などのリスクをそれぞれ個別に説明していますが、複数の項目に問題がある場合等は、対象者に対する注意喚起がいっそう重要になりますので、注意してください。個々の文例を組み合わせる重複を除いて、わかりやすく説明するなど工夫してください。</p> <p>○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。</p> <p>○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大きく逸脱しないように注意してください。</p>

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 ↑	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
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

【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 120 mmHg 未満かつ拡張期血圧 80mmHg 未満）の人と比べて、約5倍、脳卒中や心臓病にかかりやすいことがわかっています。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 ↑	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 ↓	正常域	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度以上の高血圧の範囲になっていました。この血圧レベルの人は、望ましい血圧レベル（収縮期血圧 120 mmHg 未満かつ拡張期血圧 80 mmHg 未満）の人と比べて、約5倍、脳卒中や心臓病にかかりやすいことがわかっています。

この健診結果を持って、至急かかりつけの医療機関を受診してください。

(削除)

②の場合（肥満者・非肥満者）

140mmHg ≤ 収縮期血圧 < 160mmHg 又は 90mmHg ≤ 拡張期血圧 < 100mmHg

（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 120 mmHg 未満かつ拡張期血圧 80mmHg 未満）の人と比べて、約 3 倍、脳卒中や心臓病にかかりやすいことが分かっています。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

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。

表2-5 成人における血圧値の分類 (mmHg)

	分類	収縮期血圧		拡張期血圧
正常域血圧	至適血圧	< 120	かつ	< 80
	正常血圧	120-129	かつ/または	80-84
	正常高値血圧	130-139	かつ/または	85-89
高血圧	I 度高血圧	140-159	かつ/または	90-99
	II 度高血圧	160-179	かつ/または	100-109
	III 度高血圧	≥ 180	かつ/または	≥ 110
	(孤立性) 収縮期高血圧	≥ 140	かつ	< 90

(日本高血圧学会：高血圧治療ガイドライン 2014)

②の場合（肥満者・非肥満者）

140mmHg ≤ 収縮期血圧 < 160mmHg 又は 90mmHg ≤ 拡張期血圧 < 100mmHg

（糖尿病、慢性腎臓病、心血管病（心臓や血管の病気）、危険因子の集積※がない場合）

今回、あなたの血圧は I 度高血圧の範囲になっていました。この血圧レベルの人は、望ましい血圧レベル（収縮期血圧 120 mmHg 未満かつ拡張期血圧 80mmHg 未満）の人と比べて、約 3 倍、脳卒中や心臓病にかかりやすいことが分かっています。

血圧を下げるためには、減量（太っている人や以前より体重が増えた人）、適度な運動、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ヶ月後にかかりつけの医療機関で再検査を受けてください。

(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 未満かつ拡張期血圧 80mmHg 未満) の人と比べて、約 1.5~2 倍、脳卒中や心臓病にかかりやすいことが分かっています。

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)

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、1ヶ月から3ヶ月後にかかりつけの医療機関で再検査を受けてください。

(糖尿病、慢性腎臓病、心血管病 (心臓や血管の病気)、危険因子の集積※がある場合)

今回、あなたの血圧はI度高血圧の範囲になっていました。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。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、あなたの血圧値は正常ですがその中では高め (正常高値) の範囲でした。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 未満かつ拡張期血圧 80mmHg 未満) の人と比べて、約 1.5~2 倍、脳卒中や心臓病にかかりやすいことが分かっています。

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。

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 120 mmHg 未満かつ拡張期血圧 80mmHg 未満）の人と比べて、約 1.5～2 倍、脳卒中や心臓病にかかりやすいことが分かっています。

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 120 mmHg 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。

【保険者および健診担当医、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 3 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。

130mmHg ≤ 収縮期血圧 < 140mmHg 又は 85mmHg ≤ 拡張期血圧 < 90mmHg

今回、あなたの血圧値は正常域ですがその中では高め（正常高値）の範囲でした。この血圧レベルの人は、望ましい血圧レベル（収縮期血圧 120 mmHg 未満かつ拡張期血圧 80mmHg 未満）の人と比べて、約 1.5～2 倍、脳卒中や心臓病にかかりやすいことが分かっています。

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。

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、あなたの血圧値は正常域の範囲にありました。

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。

【保険者および健診担当医への補足説明】

高血圧治療ガイドライン 2014 では、②の場合の「危険因子の集積※」を、下記の危険因子を 3 つ以上持っている場合としている。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3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）

- 若年（50歳未満）発症の心血管病の家族歴

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 の通りとしている。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

※「他の危険因子」とは、以下の心血管病の危険因子を指します。

- 高齢（65歳以上）
- 喫煙
- 脂質異常症（HDL 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）（特に腹部肥満）
- メタボリックシンドローム
- 若年（50歳未満）発症の心血管病の家族歴

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		拡張期血圧	収縮期血圧		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)

(新設)

表2. 診察室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化

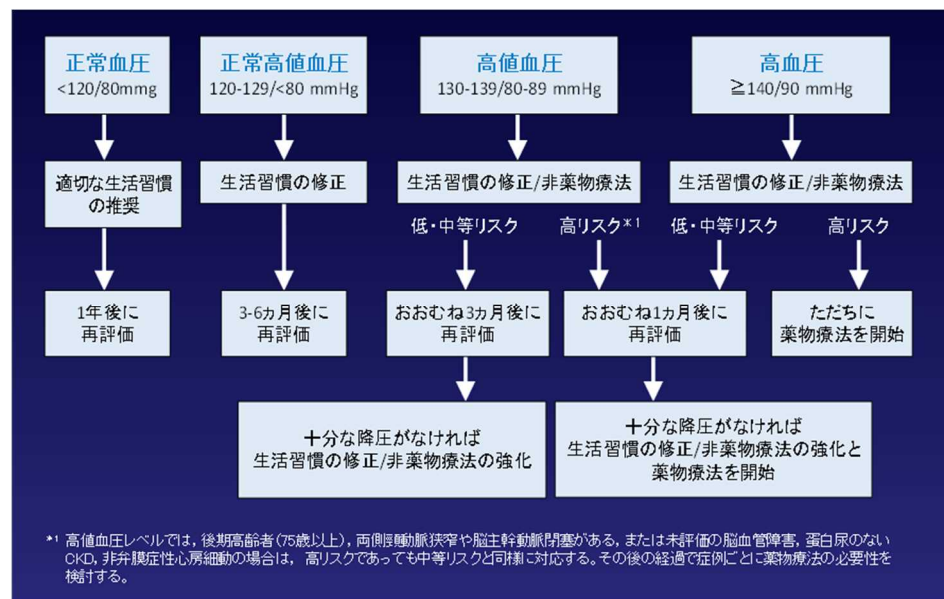
(新設)

血圧分類	高血圧 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

(新設)

【参考文献】

1. 日本高血圧学会：高血圧治療ガイドライン 2014
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

<p>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.</p> <p>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.</p> <p>5. Harada A, Ueshima H, Kinoshita Y, Miura K, Ohkubo T, Asayama K, Ohashi Y; the Japan Arteriosclerosis Longitudinal Study Group. <u>Absolute risk score for stroke, myocardial infarction, and all cardiovascular disease: Japan Arteriosclerosis Longitudinal Study.</u> Hypertens Res 42: 567-579, 2019.</p>	<p>risk of cardiovascular disease in a Japanese urban cohort: the Suita study. Hypertension; 52(4): 652-9, 2008.</p> <p>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.</p>
--	---

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 ↑	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
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 40mg/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。

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 ↑	受診勧奨判定値を超えるレベル	LDL \geq 180 mg/dl (又は Non-HDL \geq 210mg/dl) 又は TG \geq 500mg/dl	①すぐに医療機関の受診を
		140mg/dl \leq LDL $<$ 180mg/dl (又は 170mg/dl \leq Non-HDL $<$ 210mg/dl) 又は 300mg/dl \leq TG $<$ 500mg/dl	②生活習慣を改善する努力をした上で、数値が改善しないなら医療機関の受診を
	保健指導判定値を超えるレベル	120mg/dl \leq LDL $<$ 140mg/dl (又は 150mg/dl \leq Non-HDL $<$ 170mg/dl) 又は 150mg/dl \leq TG $<$ 300mg/dl 又は HDL $<$ 40mg/dl	③特定保健指導の積極的な活用と生活習慣の改善を ④生活習慣の改善を
正常 ↓	正常域	LDL $<$ 120mg/dl (又は Non-HDL $<$ 150mg/dl) かつ TG $<$ 150mg/dl かつ HDL \geq 40 mg/dl	⑤今後も継続して健診受診を

【対象者への説明文例】

①の場合 (肥満者・非肥満者共通)

LDL \geq 180mg/dL

脂質検査の結果、悪玉コレステロールが非常に高いことが分かりました。このくらいの値だと、一般的に LDL100 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ことがわかっています。この健診結果を持って、至急かかりつけの医療機関を受診してください。

<p>TG\geq500mg/dL (空腹時採血、随時採血を問わない)</p> <p>血液中の脂肪が多く、この状態を放置しておくとう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。</p> <p>②の場合 (肥満者・非肥満者共通)</p> <p>140mg/dL\leqLDL-C<180mg/dL</p> <p>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-C100mg/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。</p> <p>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 ヶ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。</p> <p>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</p>	<p>(LDL ではなく Non-HDL を測定した場合)</p> <p>Non-HDL\geq210mg/dl</p> <p>脂質検査の結果、悪玉系のコレステロールが非常に高いことがわかりました。このくらいの値だと、一般的に Non-HDL130 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ことが分かっています。この健診結果を持って、至急かかりつけの医療機関を受診してください。</p> <p>TG\geq500mg/dL</p> <p>血液中の脂肪が多く、この状態を放置しておくとう急性膵炎になる可能性があることが分かっています。至急かかりつけの医療機関を受診してください。</p> <p>②の場合 (肥満者・非肥満者)</p> <p>140mg/dL\leqLDL<180mg/dL</p> <p>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。このくらいの値だと、一般的に LDL100mg/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ことが分かっています。</p> <p>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。できれば3～6 ヶ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。</p> <p>なお、もしあなたが医師から糖尿病、慢性腎臓病、心血管病 (心臓や血管の病気)、高血圧等を指摘されている場合や喫煙者の場合は、動脈硬化が進行しやすく、心筋梗塞や狭心症になりやすい状態になっている可能性も考えられ</p>
---	---

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、又は、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分かりました。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ヶ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。

ます。この場合は早めに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。

(LDLではなく Non-HDL を測定した場合)

170mg/dL ≤ Non-HDL < 210mg/dL

脂質検査の結果、悪玉系のコレステロールが高いことが分かりました。このくらいの値だと、一般的に Non-HDL 130 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ことが分かっています。

飽和脂肪酸が多い動物性の脂肪を控え、多価不飽和脂肪酸が多い植物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などがあります。できれば3～6ヶ月後にかかりつけの医療機関で再検査を受けけるようにしてください。

なお、もしあなたが医師から糖尿病、慢性腎臓病、心血管病(心臓や血管の病気)、高血圧などを指摘されている場合や喫煙者の場合は、動脈硬化が進行しやすく、心筋梗塞や狭心症になりやすい状態になっている可能性も考えられます。この場合は早めに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

脂質検査の結果、中性脂肪が高いことが分かりました。これくらいの値だ

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も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

と、一般的 150 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ことが分かっています。

糖分やアルコールを控え、肥満がある人は減量するように心がけてください。内臓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。できれば 3～6 ヶ月後にかかりつけの医療機関で再検査を受けたほうが望ましいです。

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

③の場合（肥満者）

120mg/dL ≤ LDL < 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 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。またコレステロールの多い食品も控えた方がいいでしょう。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。

なお、もしあなたが医師に糖尿病や腎臓病を指摘されている場合は、動脈硬化が進行している可能性が高く、心筋梗塞や狭心症になりやすい状態になっている可能性も考えられますので、医療機関での再検査をお勧めします。

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、又は、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 ≤ TG < 300mg/dL (空腹時採血)

175mg/dL ≤ 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

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。

(LDL ではなく Non-HDL を測定した場合)

150mg/dL ≤ Non-HDL < 170mg/dL

脂質検査の結果、悪玉系の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。

Non-HDL が高く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。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。

なお、もしあなたが医師に糖尿病や腎臓病を指摘されている場合は、動脈硬化が進行している可能性が高く、心筋梗塞や狭心症になりやすい状態になっている可能性も考えられますので、医療機関での再検査をお勧めします。

引き続きご自身の身体の状態を確認するためにこれからも健診を受診しましょう。

150mg/dL ≤ TG < 300mg/dL

脂質検査の結果、中性脂肪が高いことが分かりました。

まず減量を心がけてください。糖分やアルコールを控え目にしたほうが望ましいと考えられます。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。またご自身で生活習慣の改善に取り

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 ≤ 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良いでしょう。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。

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 < 40mg/dL

善玉コレステロールが低くなっています。

まず減量を心がけてください。運動不足にならないように体を動かすことをお勧めします。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 ≤ LDL < 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 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。またコレステロールの多い食品も控えたほうが良いでしょう。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、又は、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。

$150\text{mg/dL} \leq \text{TG} < 300\text{mg/dL}$ (空腹時採血)

$175\text{mg/dL} \leq \text{TG} < 300\text{mg/dL}$ (随時採血)

なお、もしあなたが医師に糖尿病や腎臓病を指摘されている場合は、動脈硬化が進行している可能性が高く、心筋梗塞や狭心症になりやすい状態になっている可能性も考えられますので、医療機関での再検査をお勧めします。

引き続きご自身の身体の状態を確認するためにこれからも健診を受診しましょう。

(LDL ではなく Non-HDL を測定した場合)

$150\text{mg/dL} \leq \text{Non-HDL} < 170\text{mg/dL}$

脂質検査の結果、悪玉系の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。

Non-HDL が高く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があります。

なお、もしあなたが医師に糖尿病や腎臓病を指摘されている場合は、動脈硬化が進行している可能性が高く、心筋梗塞や狭心症になりやすい状態になっている可能性も考えられますので、医療機関での再検査をお勧めします。

引き続きご自身の身体の状態を確認するためにこれからも健診を受診しましょう。

$150\text{mg/dL} \leq \text{TG} < 300\text{mg/dL}$

<p>脂質検査の結果、中性脂肪が高いことが分かりました。</p> <p><u>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。</u>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。</p> <p>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。</p> <p>HDL-C < 40mg/dL</p> <p>善玉コレステロールが低くなっています。</p> <p><u>身体活動量の増加や運動習慣を意識しましょう。</u>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。</p> <p>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。</p> <p>⑤の場合（肥満者・非肥満者）</p> <p>今回の健診では、脂質検査値に異常はありませんでした。</p> <p><u>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。</u></p> <p>【保険者および健診担当医、保健指導従事者への補足説明】</p> <p>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。</p> <p>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</p>	<p>脂質検査の結果、中性脂肪が高いことが分かりました。</p> <p><u>糖分やアルコールを控え目にしたほうが望ましいと考えられます。</u>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。</p> <p>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。</p> <p>HDL < 40mg/dL</p> <p>善玉コレステロールが低くなっています。</p> <p><u>運動不足にならないように体を動かすことをお勧めします。</u>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。</p> <p>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。</p> <p>⑤の場合（肥満者・非肥満者）</p> <p>今回の健診では、脂質検査値に異常はありませんでした。</p> <p>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。</p> <p>【保険者および健診担当医への補足説明】</p> <p>1) HDL を上昇させる有効な薬剤はあまりない。また HDL だけが低く TG や LDL (Non-HDL、総コレステロール) の上昇を伴わない場合は心筋梗塞などのリスクは高くない。</p> <p>2) Non-HDL が高い時は高 TG 血症を伴うことが多い。</p>
---	---

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 3 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。

3) 脂質異常症において最優先で管理すべき指標は LDL である。

略号

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

Non-HDL：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

TG : トリグリセライド

HDL: 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 2012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

<p>analysis of the association of isolated low levels of high-density lipoprotein cholesterol with cardiovascular mortality in Japan. <u>Eur J Epidemiol. 2017; 32: 547-557.</u> (トリグリセリド)</p> <p>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. <u>Circ J 2002; 66: 1087-95.</u></p> <p>7. Higashiyama A, Wakabayashi I, Okamura T, Kokubo Y, Watanabe M, Takegami M, Honda-Kohmo K, Okayama A, Miyamoto Y. <u>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.</u></p> <p>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. <u>J Epidemiol. 2022; 32: 303-313.</u></p> <p>9. <u>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)</u></p>	<p>analysis of the association of isolated low levels of high-density lipoprotein cholesterol with cardiovascular mortality in Japan. <u>Eur J Epidemiol. 2016 Oct 5. [Epub ahead of print]</u> (トリグリセリド)</p> <p>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. <u>Circ J 2002; 66: 1087-95.</u></p> <p>7. <u>脂質異常症治療ガイド 2013年版 (日本動脈硬化学会編) . 専門医への紹介. P.83 (Non-HDL-C)</u></p> <p>8. 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). <u>J Atheroscler Thromb. 2011;18: 454-63.</u></p> <p>9. <u>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.</u></p>
--	---

<p>10. <u>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.</u></p> <p>11. <u>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.</u></p> <p>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.</p>	<p>10. 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.</p>
--	--

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		空腹時血糖 随時血糖 (mg/dL)	HbA1c (NGSP) (%)	対応			
				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 ↑	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	④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

*「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

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		空腹時血糖 随時血糖 ¹⁾ (mg/dl)	HbA1c (NGSP) (%)	対応			
				肥満者の場合		非肥満者の場合	
				糖尿病治療中 ²⁾	糖尿病未治療 ²⁾	糖尿病治療中 ²⁾	糖尿病未治療 ²⁾
異常 ↑	受診勧奨 判定値を 超えるレベル	126~	6.5~	①受診継続、血糖コントロールについて確認・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、血糖コントロールについて確認・相談を。	④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 ↓	正常域	~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。

1) 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時間以上絶食のうちに採血する「空腹時血糖」もしくは「HbA1c」に基づいて判定する必要があります。基準値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。

2) 「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。

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

いずれの場合も下記に留意する。

- 治療中・未治療に関わらず、肥満者は肥満の改善が必要である。
- 治療中・未治療に関わらず食事療法、運動療法は重要であり、継続して取り組むことを勧める。
- 治療中の場合、低血糖症上の有無に注意する必要がある。
- 既に治療中の場合や治療を開始した後も、健診の受診を継続する。

【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、網膜症や腎症等の糖尿病の合併症を発症したり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）の働きが改善するので、食事療法が重要です。またウォーキング等の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。

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、最適な血糖管理をすることにより、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、血糖管理が良好な状態にあると考えられま

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、この値が基準値を超えて高いほど、網膜症や腎症等の糖尿病の合併症を発症したり悪化させたりします。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をおこなう必要があります。

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、網膜症や腎症等の糖尿病の合併症を発症したり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、最適な血糖管理をすることにより、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。

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、血糖コントロール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、積極的にご活用ください。

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

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、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医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。

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、積極的にご活用ください。

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、糖尿病の血糖コントロールは良好な状態にあると考えられます。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、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医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

の上、眼科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。

本格的な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。本格的な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おられたりする場合は、今後の方針を立てていくために、ブドウ糖負荷試験という精密検査を一度受けることをお勧めします。

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

ましよう。

【保険者および健診担当医、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」もしくは「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

ましよう。

(新設)

【参考】

○ 高齢者における糖尿病の血糖コントロール目標（HbA1c値）として下表が日本糖尿病学会ガイドラインで示されていることに留意する。

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 ②ADL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	7.0%未満	7.0%未満	8.0%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%)	8.5%未満 (下限7.5%)

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。

1

* 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

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 ②ADL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	7.0%未満	7.0%未満	8.0%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%)	8.5%未満 (下限7.5%)

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。

1

(日本糖尿病学会：糖尿病治療ガイド 2016-2017)

* 日本糖尿病学会「糖尿病診療ガイドライン 2016」、「糖尿病治療ガイド 2016-

とった。

2017」 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で使用してください。

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出やすく、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、動脈硬化が更に進んで、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効き具合が悪くなるためです。また、喫煙と糖尿病が重なると、喫煙しない場合と比べて、動脈硬化がさらに進んで、約1.5～3倍、脳梗塞や心筋梗塞で命を落とすやすくなりま

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で使用してください。

1. 禁煙の重要性を高めるための情報提供

① 血圧高値の場合

喫煙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出やすく、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効き具合が悪くなるためです。また、喫煙と糖尿病が重なると、喫煙しない場合と比べて、動脈硬化がさらに進んで、約1.5～3倍、脳梗塞や心筋梗塞で命を落とすやすくなりま

す。さらに、腎臓の機能もより低下しやすいことが報告されています。この健診を機会に禁煙されることをお勧めします。

④ メタボリックシンドロームの場合

喫煙すると、血液中の善玉（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

す。さらに、腎臓の機能もより低下しやすいことが報告されています。この健診を機会に禁煙されることをお勧めします。

④メタボリックシンドロームの場合

喫煙すると、血液中の善玉（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きていますが、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ょう。

○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きています。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。

【保険者およ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气的に加熱し、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

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きていますが、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ょう。

○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きています。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。

（新設）

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

【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

<p>factor on the risk of mortality from coronary heart disease and stroke: pooled analysis of 10 Japanese cohort studies. <i>Cerebrovasc Dis.</i> 2012; 33: 480-491.</p> <p>7. Willi C., et al. Active smoking and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. <i>JAMA</i> 2007; 298: 2654-2664.</p> <p>8. Cryer PE., et al. Norepinephrine and epinephrine release and adrenergic mediation of smoking-associated hemodynamic and metabolic events. <i>N Engl J Med</i> 1976; 295: 573-577.</p> <p>9. Chioloro A., et al. Consequences of smoking for body weight, body fat distribution, and insulin resistance. <i>Am J Clin Nutr</i> 2008; 87: 801-809.</p> <p>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. <i>糖尿病</i> 1996; 39: 503-509.</p> <p>11. Al-Delaimy WK., et al. Smoking and mortality among women with type 2 diabetes: The Nurses' Health Study cohort. <i>Diabetes Care.</i> 2001; 24: 2043-2048.</p> <p>12. De Cosmo S., et al. Cigarette smoking is associated with low glomerular filtration rate in male patients with type 2 diabetes. <i>Diabetes Care.</i> 2006; 29: 2467- 2470.</p> <p>13. Nakanishi N., et al. Cigarette smoking and the risk of the metabolic syndrome in middle-aged Japanese male office workers. <i>Ind Health</i> 2005; 43: 295-301.</p> <p>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. <i>Circ J</i></p>	<p>risk factor on the risk of mortality from coronary heart disease and stroke: pooled analysis of 10 Japanese cohort studies. <i>Cerebrovasc Dis.</i> 2012; 33: 480-491.</p> <p>7) Willi C., et al. Active smoking and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. <i>JAMA</i> 2007; 298: 2654-2664.</p> <p>8) Cryer PE., et al. Norepinephrine and epinephrine release and adrenergic mediation of smoking-associated hemodynamic and metabolic events. <i>N Engl J Med</i> 1976; 295: 573-577.</p> <p>9) Chioloro A., et al. Consequences of smoking for body weight, body fat distribution, and insulin resistance. <i>Am J Clin Nutr</i> 2008; 87: 801-809.</p> <p>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. <i>糖尿病</i> 1996; 39: 503-509.</p> <p>11) Al-Delaimy WK., et al. Smoking and mortality among women with type 2 diabetes: The Nurses' Health Study cohort. <i>Diabetes Care.</i> 2001; 24: 2043-2048.</p> <p>12) De Cosmo S., et al. Cigarette smoking is associated with low glomerular filtration rate in male patients with type 2 diabetes. <i>Diabetes Care.</i> 2006; 29: 2467- 2470.</p> <p>13) Nakanishi N., et al. Cigarette smoking and the risk of the metabolic syndrome in middle-aged Japanese male office workers. <i>Ind Health</i> 2005; 43: 295-301.</p> <p>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. <i>Circ J</i></p>
--	---

<p>2009; 73: 2258-2263.</p> <p>15. Kasza KA, et al. Effectiveness of stop-smoking medications: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. <i>Addiction</i>, 2013; 108: 193-202.</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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.</p> <p>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. <i>日本公衆衛生雑誌</i>, 2020; 67(1): 3-14, .</p> <p>21. Imura Y. , et al. <u>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.</u> <i>Int J Environ Res Public Health</i>. 2021;18(4):1766. .</p> <p>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</p>	<p>2009; 73: 2258-2263.</p> <p>15) Kasza KA, et al. Effectiveness of stop-smoking medications: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. <i>Addiction</i>, 2013; 108: 193-202.</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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.</p>
---	---

肝機能検査に関するフィードバック文例集

(新設)

【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 ↑ ↓ 正常	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
	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。

【保険者およ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

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

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, Tsutatani 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

※血清クレアチニンを測定していない場合に使用してください。

【健診判定と対応の分類】

健診判定		対応
異常 ↑↓ 正常	尿蛋白 陽性 (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ヶ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、その他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。

尿蛋白に関するフィードバック文例集

※血清クレアチニンを測定していない場合に使用してください。

【健診判定と対応の分類】

健診判定		対応
異常 ↑↓ 正常	尿蛋白 陽性(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？

腎臓に障害があるか、または腎臓の働き(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・アルブミン尿異常などの尿検査の異常、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/min/1.73m²未満)が3ヶ月以上続くことで診断します。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、その他様々な腎疾患が含まれる総称です。慢性腎臓病が存在すると透析が必要な末期腎不全に進行したり、狭心症・心筋梗塞や脳卒中などの血管病の発症する危険性が高くなります。一方、慢性腎臓病は、生活習慣改善や糖尿病・高血圧治療によって発症を予防することが可能です。また、早期発見・早期治療によって治療可能ですが、初期は自覚症状が乏しいため、そのためには健診と地域の医療施設の連携が重要です。

【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。

【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。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。蛋白の量が多かたり、陽性の検査結果が続いている場合は、慢性腎臓病が進行する可能性が高くなります。

腎臓の病気は自覚症状が現れにくいので放置してしまいがちですが、はやい段階で病気を発見するためにも、医療機関で精密検査をすることが必要です。

慢性腎臓病の人では、そうでない人に比べて、末期腎不全により透析治療が必要な状況に10倍以上なりやすく、脳卒中・狭心症・心筋梗塞といった心血管疾患の発症やそれによる死亡の危険が2倍以上になることが分かっています。しかし、これらの危険は、適切な治療により軽減することが可能です。で、忙しいからと放置することなく、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。生活習慣の改善が必要です。

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、又は目指すためにも、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

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。生活習慣病の合併があり、尿蛋白±が続く場合は、より慢性腎臓病の可能性が高いので、医療機関で詳しい検査について相談してください。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）の適正な管理が重要です。

また、慢性腎臓病の進行に関する生活習慣である、食塩の過剰摂取、過度の飲酒の改善、禁煙への取り組みが大切です。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。日常生活の改善につとめて下さい。

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

<p>尿異常（尿蛋白陽性）、高齢（65歳以上）</p> <p>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、<u>多くの血管が集まっている腎臓も障害されます。</u></p> <p><u>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、しっかり治療して、慢性腎臓病の発症を予防することが重要です。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>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。</u></p>	<p>尿異常（尿蛋白陽性）、高齢（65歳以上）</p> <p>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、<u>毛細血管が集まっている腎臓も障害されます。</u></p> <p><u>そのため、生活習慣病（高血圧、糖尿病、脂質異常症等）をしっかり治療することは慢性腎臓病の発症予防に重要です。</u></p> <p><u>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。高血圧があれば、減塩に努めましょう。禁煙も大切です。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。</u></p>
--	---

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ヶ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。

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	③ 生活習慣の改善を	② 生活習慣の改善を	
	60≤eGFR	④ 今後も継続して健診受診を		

慢性腎臓病(CKD)とは？

腎臓に障害があるか、または腎臓の働き(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・アルブミン尿異常などの尿検査の異常、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/min/1.73m²未満)が3ヶ月以上続くことで診断します。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、その他様々な腎疾患が含まれる総称です。慢性腎臓病が存在すると透析が必要な末期腎不全に進行したり、狭心症・心筋梗塞や脳卒中などの血管病の発症する危険性が高くなります。一方、慢性腎臓病は、生活習慣改善や糖尿病・高血圧治療によって発症を予防することが可能です。また、早期発見・早期治療によって治療可能ですが、初期は自覚症状が乏しいため、そのためには健診と地域の医療施設の連携が重要です。

腎臓の働き(推定糸球体濾過量、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および性別から推算糸球体濾過量(eGFR)を計算します。正常はおおよそ100 ml/min/1.73m²です。この数値が低くなると腎臓の働きが低下していることになります。

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 (mL/分/1.73 m²) = 194 × Cr - 1.094 × 年齢 (歳) - 0.287 (女性は × 0.739)

【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。

【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。すぐに医療機関を受診して下さい。

慢性腎臓病は、初期の段階では自覚症状が現れず、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ることから、早期に発見し、治療することが重要になります。

慢性腎臓病の人では、そうでない人に比べて、末期腎不全により透析治療が必要な状況に 10 倍以上なりやすく、脳卒中・狭心症・心筋梗塞といった心血管疾患の発症やそれによる死亡の危険が 2 倍以上になることが分かっています。しかし、これらの危険は、適切な治療により軽減することが可能です。で、忙しいからと放置することなく、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 以上であつたり、尿蛋白が±であっても、医療機関を受診して詳しい検査を受けてください。

慢性腎臓病の発症や悪化に関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、又は目指すためにも、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

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。これらの場合、生活習慣の改善が必要です。

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）の適正な管理が重要です。高血圧や糖尿病、脂質異常症等の危険因子があり、尿蛋白±が続く場合は、医療機関で詳しい検査について相談してください。

また、慢性腎臓病の進行に関する生活習慣である、食塩の過剰摂取、過度の飲酒の改善、禁煙への取り組みが大切です。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。日常生活の改善につとめて下さい。

なお、慢性腎臓病の人では、そうでない人に比べて、末期腎不全により透析治療が必要な状況に 10 倍以上なりやすく、脳卒中・狭心症・心筋梗塞といった

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から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、又は目指すためにも、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。

心血管疾患の発症やそれによる死亡の危険が 2 倍以上になることが分かっています。しかし、これらの危険は、適切な治療により軽減することが可能ですので、早期発見・早期治療が重要です。

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。腎機能や尿蛋白の推移に注意することが大切です。また、生活習慣の改善が必要です。

また、生活習慣病（高血圧、糖尿病、脂質異常症）の適正な管理が重要です。生活習慣病の合併がある場合は、医療機関で詳しい検査について相談してください。

また、慢性腎臓病の進行に関する生活習慣である、食塩の過剰摂取、過度の飲酒の改善、禁煙への取り組みが大切です。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。日常生活の改善につとめて下さい。

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。慢性の腎臓の病気

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む、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む、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.

である可能性があります。

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、毛細血管が集まっている腎臓も障害されます。

そのため、生活習慣病（高血圧、糖尿病、脂質異常症等）をしっかり治療することは慢性腎臓病の発症予防に重要です。

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む、肥満があれば解消することが必要です。高血圧があれば、減塩に努めましょう。禁煙も大切です。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。

【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.

<p>2. Matsuo, S. et al. Revised equations for estimated GFR from serum creatinine in Japan. Am J Kidney Dis 2009; 53: 982-992.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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</p> <p>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.</p> <p>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):</p> <p>9. 日本腎臓学会編：CKD診療ガイド2012、東京医学社、2012</p> <p>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</p>	<p>2. Matsuo, S. et al. Revised equations for estimated GFR from serum creatinine in Japan. Am J Kidney Dis 2009; 53: 982-992.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>6. Wakasugi M, et al. Association between overall lifestyle changes and incidence of proteinuria: a population-based, cohort study. Intern. Med. (in press)</p> <p>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.</p> <p>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):</p> <p>9. 日本腎臓学会編：CKD診療ガイド2012、東京医学社、2012</p> <p>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</p>
---	---

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 ↑ ↓ 正常	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
	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るので、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。

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 ↑ ↓ 正常	心房細動が疑われる場合	① すぐに医療機関の受診を
	そのほか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
	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るので、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。

【保険者およ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）、

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。

【保険者およ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、持続的また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そのほかの不整脈などが疑われる場合

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>35mm 又は 2) RV6+SV1 >35mm 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。

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 または 3-3 を示す者。Sokolow-Lyon 基準で、1) RV5+SV1>35mm 又は 2) RV6+SV1 >35mm 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 など）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 140 mmHg 以上 かつ／又は拡張期血圧 90 mmHg 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。

<p>(1. はい 2. いいえ 3.わからない) 何歳ごろ指摘されましたか (歳ごろ)</p> <p>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) 何歳ごろ指摘されましたか (歳ごろ)</p> <p>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。</p> <p>【参考文献】</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>(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)</p> <p>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)</p> <p>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。</p> <p>【参考文献】</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
--	--

<p>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. <i>Hypertens Res</i>; 29: 353-60, 2006.</p> <p>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. <i>Hypertension</i> 53: 28-34, 2009.</p> <p>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). <i>Am J Cardiol</i> 107:1718-24, 2011.</p> <p>6. 樗木晶子、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.</p> <p>7. 豊嶋英明、宇佐見隆廣、樗木晶子、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. <i>日循予防誌</i> 40: 138-154, 2005.</p> <p>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.</p>	<p>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. <i>Hypertens Res</i>; 29: 353-60, 2006.</p> <p>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. <i>Hypertension</i> 53: 28-34, 2009.</p> <p>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). <i>Am J Cardiol</i> 107:1718-24, 2011.</p> <p>6. 樗木晶子、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.</p> <p>7. 豊嶋英明、宇佐見隆廣、樗木晶子、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. <i>日循予防誌</i> 40: 138-154, 2005.</p> <p>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.</p>
--	--

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 ↑ ↓ 正常	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-Ia、 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
	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

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 ↑ ↓ 正常	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、そのほかの危険因子の予防と管理の徹底を
	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、重度の 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 H0, S0, KW 0, 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.

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、網膜に高血圧また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 H0, S0, KW 0, 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また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.

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】

健診判定		主な所見	対応
異常 ↑ ↓ 正常	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
	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

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】

健診判定		主な所見	対応
異常 ↑ ↓ 正常	増殖網膜症	新生血管、硝子体出血、網膜剥離等	① すぐに医療機関の受診を（緊急）
	増殖前網膜症	軟性白斑、高度の静脈変化、網膜内細小血管異常等	② すぐに医療機関の受診を（至急）
	単純網膜症	毛細血管瘤、点状出血、硬性白斑等	③ すぐに医療機関の受診を
正常	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

「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、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、本文例集では、簡便な分類法を掲載しています（改変 Davis 法）。
 - 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步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。そのまま放置すると、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分かっています。

【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」

態と考えられます。すぐに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。直ちに内科と眼科を受診してください。

② の場合 (増殖前網膜症)

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步手前の可能性があります。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。すぐに内科と眼科を受診してください。

③ の場合 (単純網膜症)

糖尿病網膜症が始まっている可能性があります。そのまま放置すると、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、年一回の精密な眼底検査で進行状態を詳しく把握することが必要です。

内科(糖尿病)と眼科を受診し、糖尿病の管理をしっかりと行うことが、網膜症進行の予防につながります。

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ありませんでしたが、より詳しい診断のために、年に一度は眼科医に眼底をよく診てもらう必要があります。内科を受診し、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分かっています。

【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 2016」

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」

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)

<p>【利用上の留意事項】</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p>	<p>(新設)</p>
--	-------------

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.〇〇

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。

(新設)

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	

<p><u>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。</u></p> <p><u>※医療機関受診時に、この用紙をご持参ください。</u></p> <p><u>空腹時血糖（ ） mg/dl</u></p> <p><u>随時血糖（ ） mg/dl</u></p> <p><u>HbA1c（ ） % (NGSP)</u></p> <p><u>※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))</u></p> <p><u>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.〇〇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。</u></p>	<p>(新設)</p>
---	-------------

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 ↑	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.〇〇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
↓ 正常	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	④ 今後も継続して健診受診を

(新設)

◎ 標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）（案）

改正後	改正前
<p>はじめに</p> <p>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、<u>令和2年度</u>には、全国で <u>2,890万人</u>が特定健診を受診し、うち <u>120万人</u>に対し<u>特定保健指導</u>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<u>非常に多く</u>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。</p> <p>一方では<u>令和2年度</u>の特定健診実施率は<u>53.4%</u>、特定保健指導実施率がいまだ <u>23.0%</u>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 <u>15年</u>が経過し、<u>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。</u></p> <p>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。</p> <p>○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</p>	<p>はじめに</p> <p>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」）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、<u>平成27年度</u>には、全国で <u>2,706万人</u>が特定健診を受診し、うち <u>79.3万人</u>に対し<u>保健指導</u>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<u>数百本以上</u>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。</p> <p>一方では<u>平成27年度</u>の特定健診受診率は <u>50.1%</u>、特定保健指導実施率がいまだ <u>17.5%</u>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 <u>10年</u>が経過し、研修ニーズの多様化が課題となっている。</p> <p>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。</p> <p>○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</p>

<p>○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</p> <p>○受講者が主体的に学習する仕組みをつくること</p> <p>○自己学習、On-the-Job Training (OJT) と外部研修を組み合わせること</p> <p>○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</p> <p>○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</p> <p>○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</p> <p>○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</p> <p>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「<u>健診・保健指導の研修ガイドライン(平成30年4月版)</u>」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。</p> <p>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。</p>	<p>○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</p> <p>○受講者が主体的に学習する仕組みをつくること</p> <p>○自己学習、On-the-Job Training (OJT) と外部研修を組み合わせること</p> <p>○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</p> <p>○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</p> <p>○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</p> <p>○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</p> <p>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。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 (http://tokutei-kensyu.tsushitahan.jp/) を参照されたい。</p> <p>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。</p>
--	---

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）。

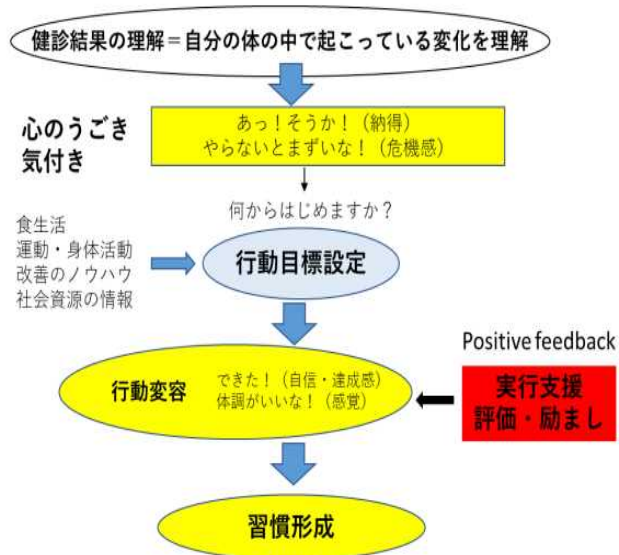


図1. 保健指導のプロセス

（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）

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）。

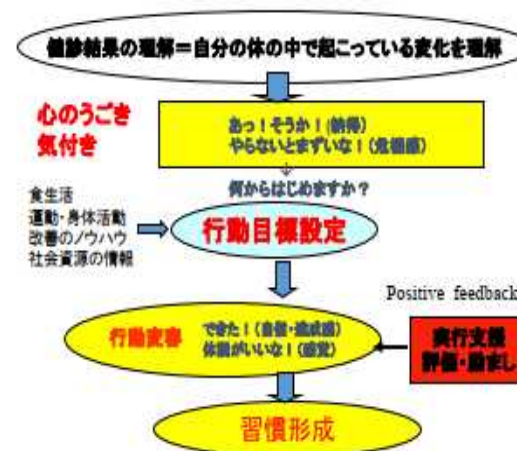


図1. 保健指導のプロセス

（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）

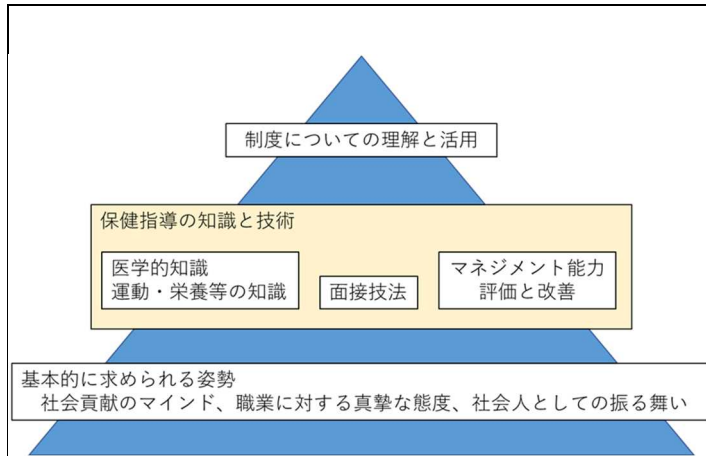


図 2. 保健指導実施者に必要とされるスキル (概念図)

(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

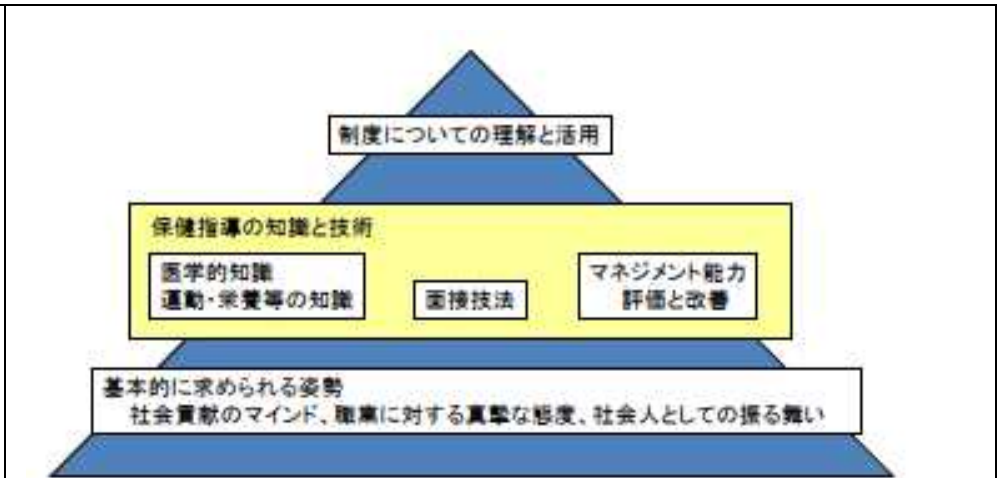


図 2. 保健指導実施者に必要とされるスキル (概念図)

(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)

特定保健指導の実施者は医師・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）。

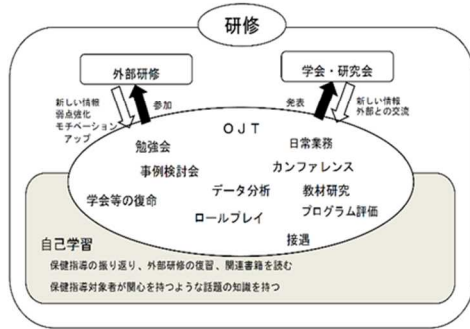
な保健指導のためには、保健指導技術のみならず、特定保健指導制度の仕組みをよく理解して、保健指導チームとして成果を上げていく姿勢や、スムーズに運営できる業務遂行能力も重要である。この点では保健指導実施者だけでなく、運営にかかわる事務職等も本制度の意義と運営方法を十分理解していることが求められる。

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。

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。

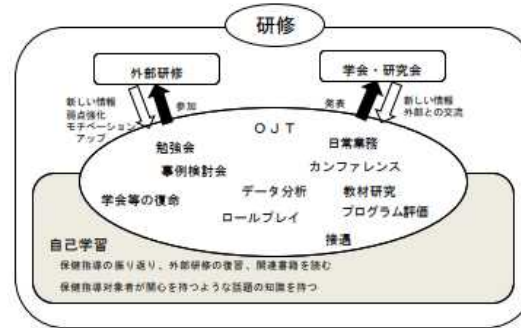
研修を企画(Plan)するにあたっては、その目的を十分に考慮して主要なテーマを定めること、受講者が研修会参加によって獲得しうる具体的な目標を考えることが重要である。受講者のスキルのレベルやニーズに合わせて学習課題を明確にし、それを達成できるような内容を考えていく。受講者同士がコミュニケーションをとれる機会、相談や助言をできる時間を設けることも重要である。

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

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)するにあたっては、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)。

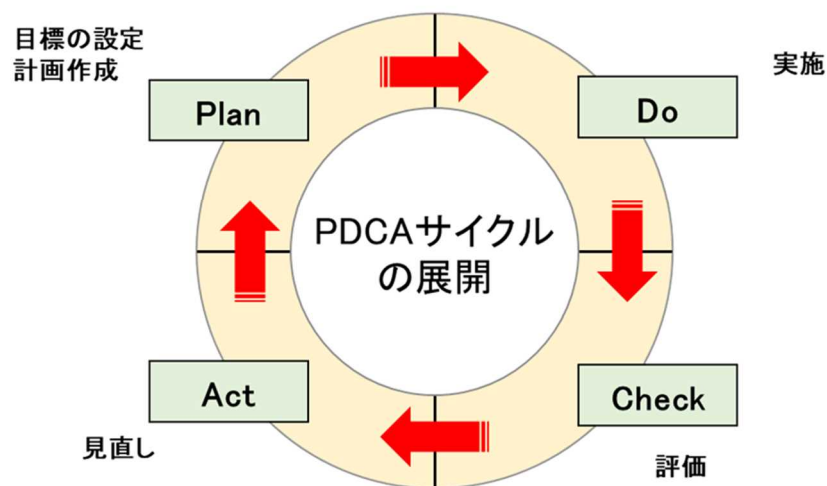
受講者を対象にアンケート調査を行うと共に、ヒアリング等のフォローアップ調査を行うことで、研修の課題を明確にし、次の研修の企画に活かしていく(見直し・Act)。このようなPDCAサイクルを回した研修を行うことで、よ

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)

研修におけるPDCAサイクル

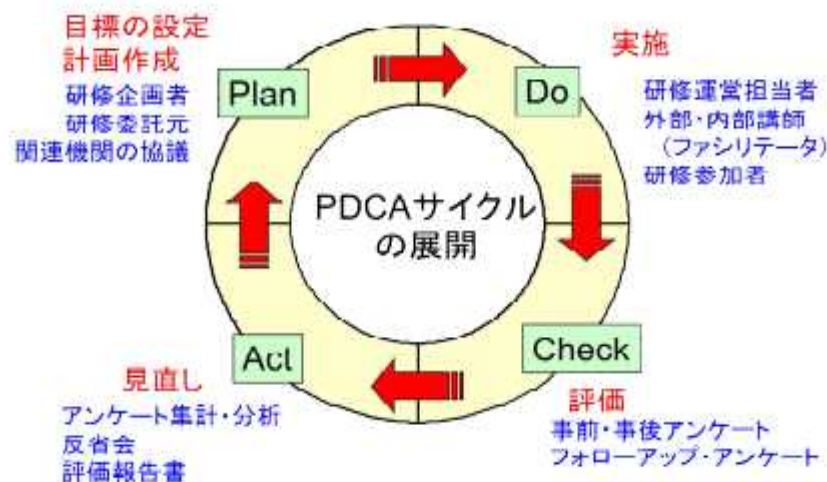


り実践に役立つ内容に改善していくことが可能となる。

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)

研修におけるPDCAサイクル



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

2) 受講者ニーズにあ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など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

<p>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。<u>さらに</u>、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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○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<u>中</u>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<u>ほか</u>の研修等を紹介する 	<p>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。<u>更に</u>、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なく、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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○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<u>なか</u>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<u>他</u>の研修等を紹介する
<p>3) 様々な研修方法の組み合わせ</p> <p>保健指導のためのスキル やコンピテンシーを高めるには、自己学習やOJT、</p>	<p>3) 様々な研修方法の組み合わせ</p> <p>保健指導のためのスキルやコンピテンシーを高めるには、自己学習やOJT、</p>

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て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（説明）できなかっ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

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て考えることが重要である。

*スキル (skill) : 訓練や経験などによって身につけた技能・技術

*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あらわしたもの

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（説明）できなかっ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。

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
*特定保健に際し、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1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	食行動と食事量をアセスメントし、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

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
*特定保健指導に際し、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1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	食行動と食事量をアセスメントし、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	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
17	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
18	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
19	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
20	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支援できる	1 2 3 4
21	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

○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必要である。研修会全体の中での担当講義の位置づけ・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環境が適切か等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

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等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

<p>ラムを検討することで企画力を醸成する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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等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、<u>課題を抽出</u>する手法を学習する。 <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>醸成する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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等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する手法を学習する。 <p>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。</p> <p>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。</p> <p>④ eラーニングや SNS (Social Networking Service) 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。</p>
<p>4) 研修実施機関別の主たる受講者</p> <p>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。</p> <p>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</p>	<p>4) 研修実施機関別の主たる受講者</p> <p>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</p>

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	支部組織	保険者、特定保健指導保健指導機関 職能団体・学会等					
						受講者	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				◎			○	○			
知識・技術					◎	◎	◎				
職能団体*2		研修企画			◎			○			
		知識・技術				◎	◎	◎			
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					○	◎	◎		
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

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	支部組織	保険者、特定保健指導保健指導機関 職能団体・学会等					
						受講者	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(国立保健医療科学院)	(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					◎			○	○		
知識・技術						◎	◎	◎			
職能団体*2		研修企画							○		
		知識・技術						◎	◎	◎	
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						○	◎	◎	
知識・技術						◎	◎	○			
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

<p>* 2 : 医師、保健師、管理栄養士等の専門職種の団体</p> <p>* 3 : 国保連合会、保険者協議会を含む。</p>	<p>* 2 : 医師、保健師、管理栄養士等の専門職種の団体</p>
<p>① 国（国立保健医療科学院）が行う研修</p> <p>○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。</p> <p>○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与することが求められる。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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</p>	<p>① 国（国立保健医療科学院）が行う研修</p> <p>○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て、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。</p> <p>○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与することが求められる。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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</p>

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。

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。

<p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>③ 都道府県レベルの研修</p> <p>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。</p> <p>○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。</p>	<p>○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、都道府県と連携するよう助言する。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>③ 都道府県レベルの研修</p> <p>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。</p> <p>○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。</p>
--	---

○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。

○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。

<p>・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。</p> <p>・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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○<u>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。</u></p> <p>④ そのほかの実施主体</p> <p>○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。</p> <p>○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</p>	<p>・コアスライド（研究班教材 http://tokutei-kensyu.tsushitahan.jp/参照）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。</p> <p>・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。</p> <p>○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。</p> <p>○特定保健指導の円滑な実施にあたっては、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、個人情報の取り扱い、事業評価、人材確保についての知識が不可欠である。<u>また、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。</u></p> <p>④ そのほかの実施主体</p> <p>○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。</p> <p>○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</p>
--	---

<p>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、<u>保健指導の効果の評価</u>、<u>困難事例の研究・カンファレンス</u>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。</p> <p>○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ベーションを高めることも重要である。</p>	<p>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、<u>困難事例の研究・カンファレンス</u>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。</p> <p>○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ベーションを高めることも重要である。</p>
<p>5) 研修の評価（共通的な事項）</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>（全ての研修に共通する評価項目）</p> <p>ア. 研修実施体制（ストラクチャー評価）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 	<p>5) 研修の評価（共通的な事項）</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>（全ての研修に共通する評価項目）</p> <p>ア. 研修実施体制（ストラクチャー評価）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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

<p>イ. 準備過程の評価（プロセス評価）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 <p>ウ. 研修会参加状況の評価（アウトプット評価）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 <p>エ. 研修会后評価</p>	<p>イ. 準備過程の評価（プロセス評価）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 <p>ウ. 研修会参加状況の評価（アウトプット評価）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 <p>エ. 研修会后評価</p>
--	--

<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 <p>オ. アウトカム評価</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 <p>オ. アウトカム評価</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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
<p>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</p> <p>1) 保健指導実施者</p> <p>① 求められる能力</p> <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○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 	<p>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</p> <p>1) 保健指導実施者</p> <p>①求められる能力</p> <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○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

<p>○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</p> <p>○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</p> <p>○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</p> <p>○社会人としてのコミュニケーションがとれること</p> <p>【経験に応じて求められる能力】</p> <p>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。</p> <p>a. 初任者（保健指導経験年数1～2年目）</p> <p>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。</p> <p>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</p>	<p>○行動目標の実現に向けて継続的な支援ができること</p> <p>○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</p> <p>○社会人としてのコミュニケーションがとれること</p> <p>【経験に応じて求められる能力】</p> <p>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。</p> <p>a. 初任者（保健指導経験年数1～2年目）</p> <p>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。</p> <p>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</p>
---	---

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】

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】

	習得目標	習得が求められる知識や指導技術		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	<ol style="list-style-type: none"> 特定健診・保健指導の理念・目的を理解している 保健指導対象者の選定と階層化の手法を説明できる 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 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 保健指導に関する研修会等に参加している 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 <p>保健指導の運営に関する能力</p> <ol style="list-style-type: none"> 健診データ等の個人情報を適切に管理できる プライバシー等に配慮した会場の設置ができる 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） グループ支援の進行、説明等ができる 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 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 <p>対象者を理解する能力</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 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 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こる生活習慣病への影響を説明できる 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 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 <p>対象者の生活背景を把握し、前向きな自己決定を促す能力</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 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もたらすかを説明できる 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 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 記録表から目標に対する進捗状況、行動変容ステージを読み取ることができる 進捗状況・行動変容ステージを整理して、フィードバック（励まし、賞賛、目標の見直し等）ができる 	事前準備及び実施に関する内容	<ol style="list-style-type: none"> 特定健診・保健指導の理念・目的を理解している 保健指導対象者の選定と階層化の手法を説明できる 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 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 保健指導に関する研修会等に参加している 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 <p>保健指導の運営に関する能力</p> <ol style="list-style-type: none"> 健診データ等の個人情報を適切に管理できる プライバシー等に配慮した会場の設置ができる 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） グループ支援の進行、説明等ができる 面談や電話、メール等を活用して継続的な支援ができる <p>対象者を理解する能力</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 健診結果から直ちに受診を要するか否かの判断ができる 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こる生活習慣病への影響を説明できる 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 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 <p>対象者の生活背景を把握し、前向きな自己決定を促すための支援</p> <ol style="list-style-type: none"> 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共に考えることができる 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もたらすかを説明できる 継続的支援のためのツール（体重計・歩数計・スマホ等）の活用ができる 生活習慣、健診データ、関心度やステージに合わせた教材の活用ができる 記録表から目標に対する進捗状況、行動変容ステージを読み取ることができる 進捗状況・行動変容ステージを整理して、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	<p>食生活に関する指導技術</p> <ol style="list-style-type: none"> 食行動と食事をアセスメントし、食事改善の必要性を判断できる 食事と生活習慣との関連や、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 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 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 <p>身体活動・運動に関する指導技術</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 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 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 健診結果や問診から運動実施上の注意事項を説明できる <p>たばこに関する指導技術</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 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 <p>アルコールに関する指導技術</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 問題飲酒のある対象者に対して、減量を提案し、具体的な減酒目標を立てることができる 		個々の生活習慣に関して指導できる能力	<p>食生活に関する指導技術</p> <ol style="list-style-type: none"> 食行動と食事をアセスメントし、食事改善の必要性を判断できる 食事と生活習慣との関連や、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 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 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 <p>身体活動・運動に関する指導技術</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 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 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 健診結果や問診から運動実施上の注意事項を説明できる <p>たばこに関する指導技術</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 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 <p>アルコールに関する指導技術</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 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	<ol style="list-style-type: none"> 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 対象者のアウトカム評価を適切に行うことができる 	評価		評価に関する能力

<p>b. 経験者（保健指導経験年数3年以上）</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>【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】</p> <p>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</p>	<p>b. 経験者（保健指導経験年数3年以上）</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>【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】</p> <p>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</p>
---	---

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な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。

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。

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な内容を提案できる能力が必要である。その際には、対象者の食物の入手のしやすさや食に関する情報の入手のしやすさ、周囲の人々からのサポートの得られやすさなど、対象者の置かれた食環境の状況を踏まえた支援の提案や、国の健康日本 21（第二次）や自治体の健康増進計画に基づく栄養・食生活に関する目標について情報提供できる能力が必要である。また、ii)の身体活動についての専門知識と合わせて、対象者により良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。

さらに、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

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傷害に関する知識が求められるほか、対象者に応じた身体活動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（第二次）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、対象者により良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志をアセスメントし、喫煙が健康に及ぼす影響、禁煙が健康にもたらす効果、禁煙方法等について、「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3-4(4)や第3編別添資料も参照されたい。

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

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3-4 (4)や第3編別添資料も参照されたい。

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

<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・<u>意欲・行動変容ステージ、生活習慣、検査値の変化の評価</u> ・個人情報保護とデータの取扱い <p>ii) 食生活</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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づきを促す ・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 <p>iii) 身体活動</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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） <p>iv) 喫煙</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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） <p>v) アルコール</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・個人情報保護とデータの取扱い <p>ii) 食生活</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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づきを促す ・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 <p>iii) 身体活動</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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） <p>iv) 喫煙</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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） <p>v) アルコール</p>
--	--

<ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>演習形式：</p> <p>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。</p> <p>○初回面接の場面設定をしたロールプレイ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>○事例検討</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>○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、<u>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</u></p> <p>○保健指導記録の書き方</p> <p>○ビデオ映像を用いた初回支援の保健指導方法の検討</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>演習形式：</p> <p>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。</p> <p>○初回面接の場面設定をしたロールプレイ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>○事例検討</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>○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</p> <p>○保健指導記録の書き方</p> <p>○ビデオ映像を用いた初回支援の保健指導法の検討</p>
--	---

- 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の評価

b. 主催者による評価

- 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などを活用できたか

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の評価

b. 主催者による評価

<p>・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</p> <p>c. 全体的な運営等の評価</p> <p>ii) 受講者の能力評価（到達度・実践指導実績評価）</p> <p>ア. 評価の視点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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っているか ・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 <p>イ. 評価の時期</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>ウ. 評価方法の例</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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） 	<p>・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</p> <p>c. 全体的な運営等の評価</p> <p>ii) 受講者の能力評価（到達度・実践指導実績評価）</p> <p>ア. 評価の視点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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っているか ・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 <p>イ. 評価の時期</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>ウ. 評価方法の例</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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か月または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
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
	動向を自己決定、継続に向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. 認知行動療法的手法、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って、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施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、「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（運営責任者やチームの職員にある者）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. 保健指導レベル毎（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、食事摂取基準およ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いた支援ができる
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出来る	
評価	評価に関する能力
	36. 対象集団について、アウトカム評価（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	

表4. 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】

獲得目標	習得が求められる知識や指導技術
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
	動向を自己決定、継続に向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. 認知行動療法的手法、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って、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施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、「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（運営責任者やチームの職員にある者）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. 保健指導レベル毎（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、食事摂取基準およ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いた支援ができる
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出来る	
評価	評価に関する能力
	36. 対象集団について、アウトカム評価（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	

<p>2) 保健指導チームのリーダー的立場にある専門職</p> <p>① 求められる能力</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>② 研修方法</p> <p>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。</p> <p>講義形式：</p> <p>i) 事業計画立案</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 	<p>2) 保健指導チームのリーダー的立場にある専門職</p> <p>①求められる能力</p> <p>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 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。</p> <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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－保健指導・医療機関、地域・職域連携、外部委託機関等 ・事業評価の能力 ・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 <p>②研修方法</p> <p>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。</p> <p>講義形式：</p> <p>i) 事業計画立案</p> <ul style="list-style-type: none"> ・PDCA サイクルで保健指導プログラムの企画立案・評価を行う基礎的な知識・
--	--

<p>な知識・方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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) ・<u>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</u> (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) ・<u>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</u> ・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 <p>ii) 事業評価と活用</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 	<p>方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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) ・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) ・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 <p>ii) 事業評価と活用</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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
事業遂行及び実施に関する能力	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くよう、顔の見える関係を築いている	
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った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	

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対象】

獲得目標	習得が求められる知識や指導技術
事業遂行及び実施に関する能力	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、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 運営担当者と共に、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かかる人材、教材・ツール・会場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くよう、顔の見える関係を築いている	
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 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）	
22 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	
23 保健指導非参加群のデータ分析を行い、保健指導実施群との比較ができる	
24 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	
25 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った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	

<p>演習形式：</p> <p>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）</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>③研修の評価</p> <p>i) 研修プログラム自体の評価</p> <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 	<p>演習形式：</p> <p>i) 課題解決型演習：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）</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>iv) データ分析手法の演習：健診データ、レセプトデータから健康課題を検討する</p> <p>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</p> <p>③研修の評価</p> <p>i) 研修プログラム自体の評価</p> <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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
--	---

<ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>イ. 評価の時期とプログラムの改善</p> <ul style="list-style-type: none"> ・研修実施中から実施後に行う ・<u>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</u> <p>ウ. 評価方法の例</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>c. 全体的な運営等の評価 等</p> <p>d. <u>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</u></p> <p>ii) 受講者の能力評価（到達度・実践指導実績評価）</p> <p>ア. 評価の視点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>イ. 評価の時期</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>ウ. 評価方法の例</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>イ. 評価の時期</p> <ul style="list-style-type: none"> ・研修実施中から実施後に行う <p>ウ. 評価方法の例</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>c. 全体的な運営等の評価 等</p> <p>ii) 受講者の能力評価（到達度・実践指導実績評価）</p> <p>ア. 評価の視点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>イ. 評価の時期</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>ウ. 評価方法の例</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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
--	--

<p>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）</p>	<p>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か月または1年後）</p>
<p>3) 特定保健指導事業の運営責任者（事務担当者等）</p> <p>① 求められる能力</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>② 研修方法</p> <p>講義形式：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 	<p>3) 特定保健指導事業の運営責任者（事務担当者等）</p> <p>①求められる能力</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>② 研修方法</p> <p>講義形式：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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サイクルで企画立案・評価を行う方法

<ul style="list-style-type: none"> ・社会資源との調整や、保険者—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、<u>通信機器・環境</u>等 ・個人情報の取扱い 等 <p>演習形式：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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う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 <p>③ 研修の評価</p> <p>i) 研修プログラム自体の評価</p> <p>ア. 評価の視点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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られたか ・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 <p>イ. 評価の時期とプログラムの改善</p> <ul style="list-style-type: none"> ・研修実施中から実施後に行う ・<u>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</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ・社会資源との調整や、保険者—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、モニタリング等 ・個人情報の取扱い 等 <p>演習形式：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・データヘルス計画の目的に沿った事業か、目標数を達成しう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 <p>③ 研修の評価</p> <p>i) 研修プログラム自体の評価</p> <p>ア. 評価の視点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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られたか ・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 <p>イ. 評価の時期</p> <ul style="list-style-type: none"> ・研修実施中から実施後に行う
--	---

<p>ウ. 評価方法の例</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>c. 全体的な運営等の評価</p> <p>d. <u>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</u></p> <p>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）】</p>	<p>ウ. 評価方法の例</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>c. 全体的な運営等の評価</p> <p>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（事務担当者等）対象】</p>
--	---

獲得目標	習得が求められる知識や指導技術
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内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くっている
	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. 委託基準の作成およ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. 事業にかかる予算執行・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	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

獲得目標	習得が求められる知識や指導技術
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内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くっている
	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（指導方法、時間の決定）	
事務処理能力	25. 事業にかかる予算執行・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	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

<p>4) 人材育成・研修会の企画・運営担当者</p> <p>① 求められる能力</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>○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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 	<p>4) 人材育成・研修会の企画・運営担当者</p> <p>①求められる能力</p> <p>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。</p> <p>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望まれる。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>○国（国立保健医療科学院）の都道府県向けの研修について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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、都道府県等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
--	---

<p>○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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>○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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>② 研修方法</p> <p>講義形式：</p> <p>（共通）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 	<p>○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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>○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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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ふ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力高められるよう、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 <p>②研修方法</p> <p>講義形式：</p> <p>（共通）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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ったか等

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

- ・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
(都道府県等市町村支援者向けの研修)
- ・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ったか等

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

<ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>iii) アウトプット</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>iv) アウトカム：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>iii) アウトプット</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>iv) アウトカム：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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・立案に関すること	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
	研修参加者のニーズ把握・状況把握	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
		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案定できる
		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、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り入れなど、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	研修会の運営能力	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	研修の評価・改善能力	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見できる

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・運営担当者対象】

	獲得目標	習得が求められる知識や指導技術
企画・立案に関すること	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、業務経験等)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
		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
	研修計画の立案	11. ほか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、保険者協議会等)
		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
		15. 年間計画を基に、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
	カリキュラムの決定	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、演習等)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り入れ等、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	研修会の運営能力	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等)
		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	研修の評価・改善能力	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見できる

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

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	120
まとめ	質疑応答 情報提供	全体のまとめ(質疑・応答)	30
		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

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方法の検討、等） ※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

○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、困難事例への対応) ※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。

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サイクルを回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、困難事例への対応) ※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。

(削除)				3) 特定保健指導事業の運営責任者（事務担当者等）			
3) 人材育成・研修会の企画・運営担当者				4) 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)	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 ②研修会の運営能力	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	講義	①研修会の企画・立案能力 ②研修会の運営能力	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
		保健指導に必要とされる能力と研修ニーズ	60			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			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 ②研修会の評価能力	GW:研修会についての課題の整理とそれに対する対策	60	演習	①研修会の企画・立案能力 ②研修会の評価能力	グループワーク:研修会についての課題の整理とそれに対する対策	60
		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			グループワーク: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	質疑応答		全体のまとめ（質疑・応答）	30
合計時間			480	合計時間			480