

標準的な質問票

| | 質問項目 | 回答 |
|-----|--|--|
| 1-3 | 現在、a からcの薬の使用の有無※① | |
| 1 | a. 血圧を下げる薬 | ①はい ②いいえ |
| 2 | b. インスリン注射又は血糖を下げる薬 | ①はい ②いいえ |
| 3 | c. コレステロール※②を下げる薬 | ①はい ②いいえ |
| 4 | 医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。 | ①はい ②いいえ |
| 5 | 医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。 | ①はい ②いいえ |
| 6 | 医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか。 | ①はい ②いいえ |
| 7 | 医師から、貧血といわれたことがある。 | ①はい ②いいえ |
| 8 | 現在、たばこを習慣的に吸っている。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計 100 本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近 1ヶ月間も吸っている者) | ①はい ②いいえ |
| 9 | 20歳の時の体重から 10kg 以上増加している。 | ①はい ②いいえ |
| 10 | 1回 30分以上の軽く汗をかく運動を週 2日以上、1年以上実施 | ①はい ②いいえ |
| 11 | 日常生活において歩行又は同等の身体活動を 1日 1時間以上実施 | ①はい ②いいえ |
| 12 | ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。 | ①はい ②いいえ |
| 13 | この 1年間で体重の増減が±3 kg以上あった。 | ①はい ②いいえ |
| 14 | 人と比較して食べる速度が速い。 | ①速い ②ふつう ③遅い |
| 15 | 就寝前の 2時間以内に夕食をとることが週に 3回以上ある。 | ①はい ②いいえ |
| 16 | 夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが週に 3回以上ある。 | ①はい ②いいえ |
| 17 | 朝食を抜くことが週に 3回以上ある。 | ①はい ②いいえ |
| 18 | お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度 | ①毎日 ②時々③ほとんど飲まない(飲めない) |
| 19 | 飲酒日の 1日当たりの飲酒量 清酒1合(180ml)の目安:ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎35度(80ml)、ウイスキーダブル一杯(60ml)、ワイン2杯(240ml) | ①1合未満 ②1~2合未満 ③2~3合未満 ④3合以上 |
| 20 | 睡眠で休養が十分とれている。 | ①はい ②いいえ |
| 21 | 運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。 | ①改善するつもりはない ②改善するつもりである (概ね6か月以内) ③近いうちに(概ね1か月以内) 改善するつもりであり、少し ずつ始めている ④既に改善に取り組んでいる (6か月未満) ⑤既に改善に取り組んでいる (6か月以上) |
| 22 | 生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。 | ①はい ②いいえ |

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

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

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

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

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

【参考文献】

- ※1 日本動脈硬化学会「動脈硬化性疾患予防ガイドライン」2012
- ※2 「CKD 診療ガイド 2012」日本腎臓学会
- ※3 Willi C., et al.JAMA 2007; 298: 2654-2664
- ※4 Craig WY, et al. BMJ 1989; 298: 784-788
- ※5 Waki K, Noda M, Sasaki S, et al. Diabetic Med 2005; 22: 323-331
- ※6 Ueshima H, et al. Stroke. 2004; 35: 1836-1841
- ※7 Higashiyama A, et al. Circ J 2009; 73: 2258-2263
- ※8 Nanri A, Mizoue T, Takahashi Y, et al. J Epidemiol Community Health doi: 10.1136/jech.2009.097964, 2011
- ※9 「健康づくりのための身体活動基準 2013」
- ※10 Sasaki et al.Int J Obese 2003,27:1405-10, Otsuka et al.J.Epidemiol 2006,16,3: 117-124
- ※11 平成 21 年国民健康・栄養調査
- ※12 Sakurai M, Nakamura K, Miura K, Takamura T, Yoshita K, Nagasawa SY, Morikawa Y, Ishizaki M, Kido T, Naruse Y, Suwazono Y, Sasaki S, Nakagawa H. Self-reported speed of eating and 7-year risk of type 2 diabetes mellitus in middle-aged Japanese men. Metabolism. 2012 Nov;61(11):1566- 71.
- ※13 平成 22 年厚生労働科学研究費補助金循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「特定健診・保健指導開始後の実態を踏まえた新たな課題の整理と保健指導困難事例や若年肥満者も含めた新たな保健指導プログラムの提案に関する研究」(研究代表者 横山徹爾)
- ※14 平成9年国民栄養調査
- ※15 Tsubono Y. JAMA. 2001;28: 1177-1178
- ※16 平成 23 年厚生労働科学研究費補助金循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「生活習慣病予防活動・疾病管理による健康指標に及ぼす影響と医療費適正化効果に関する研究」(研究代表者 津下一代)
- ※17 平成 24 年厚生労働科学研究費補助金循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「生活習慣病予防活動・疾病管理による健康指標に及ぼす影響と医療費適正化効果に関する研究」(研究代表者 津下一代)