

標準的な健診・保健指導 プログラム（案）

平成 30 年〇月

厚生労働省 健康局

標準的な健診・保健指導プログラム（案） （目次）

第1編 標準的な健診・保健指導プログラムの考え方

第1章	生活習慣病対策のための標準的な健診・保健指導の方向性	1-1
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	1-1
1-2	特定健診・特定保健指導制度とは	1-5
1-3	標準的な健診・保健指導プログラムの位置づけ	1-7
1-4	健診・保健指導の基本的な考え方	1-8
1-5	健診・保健指導の外部委託	1-14
第2章	健診・保健指導の進め方（流れ）	1-16
2-1	年次計画の作成	1-16
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）	1-16
2-3	保健指導対象者の選定・階層化と保健指導	1-17
2-4	評価	1-17
第3章	健診・保健指導事業に関わる者に求められる能力	1-19
3-1	事業のマネジメントを担う者に求められる能力	1-19
3-2	健診・保健指導実施者に求められる能力	1-21
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	1-25
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	1-32

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	2-1
第2章	健診の内容	2-2
2-1	健診項目（検査項目及び質問項目）	2-2
2-2	健診結果やその他必要な情報の提供（フィードバック）について	2-6
第3章	保健指導対象者の選定と階層化	2-9
第4章	健診における各機関の役割	2-13
第5章	健診データ等の電子化	2-17
5-1	健診データ提出の電子的標準様式	2-17
5-2	健診項目の標準コードの設定	2-18
5-3	健診機関・保健指導機関コードの設定	2-19
5-4	健診結果の保存と活用について	2-20
第6章	年齢層を考慮した健診・保健指導について	2-22
6-1	高齢者に対する健診・保健指導について	2-22
6-2	40歳未満の者に対する健診・保健指導の在り方	2-24
別紙1	特定健診と労働安全衛生法・学校保健安全法との比較	2-25

別紙2	「詳細な健診」項目について・・・・・・・・・・・・・・・・	2-26
別紙3	標準的な質問票・・・・・・・・・・・・・・・・	2-28
別紙4	健診の検査実施方法及び留意事項・・・・・・・・	2-47
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・・・・・・・・	2-51
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・・・・・・・・	2-52
別紙7-1	健診結果・質問票情報・・・・・・・・	2-59
別紙7-2	保健指導情報・・・・・・・・	2-63
別紙7-3	データ範囲のチェック・・・・・・・・	2-67
【別添】	健診結果とその他必要な情報の提供（フィードバック文例集）	2-68

第3編 保健指導

第1章	保健指導の基本的考え方	3-1
第2章	保健事業（保健指導）計画の作成	3-6
2-1	保健事業（保健指導）計画作成の進め方	3-6
2-2	現状分析	3-8
2-3	保健事業（保健指導）の目標設定	3-13
2-4	保健事業（保健指導）計画作成	3-15
第3章	保健指導の実施	3-18
3-1	基本的事項	3-18
3-2	保健指導における情報提供	3-34
3-3	情報提供・保健指導の実施内容	3-34
3-4	望ましい保健指導	3-53
3-5	保健指導のプロセスと必要な保健指導技術	3-56
3-6	保健指導の未実施者及び積極的支援中断者への支援	3-63
3-7	「無関心期」「関心期」にある対象者への支援	3-64
3-8	2回目以降の対象者への支援	3-64
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	3-65
3-10	宿泊型保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラム	3-67
第4章	保健指導の評価	3-69
第5章	地域・職域における保健指導	3-74
5-1	地域保健と職域保健の保健指導の特徴	3-74
5-2	地域・職域連携による効果	3-76
【別添1】	保健指導のための禁煙支援簡易マニュアル	3-79
【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	3-93
【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	3-101
【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	3-112

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	4-1
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	4-4
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	4-6
3-1	健診・保健指導の実施・評価のために指標・項目	4-6
3-2	保険者における健診・保健指導の実施・評価	4-8
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	4-10
3-4	個人情報の保護とデータの利用に関する方針	4-10
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	4-12
別紙2	個人情報の保護に関する法律	4-13
	参考；様式集	4-15

(添付資料)

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

第1編 標準的な健診・保健指導 プログラムの考え方

第1編 標準的な健診・保健指導プログラムの考え方

第1章 生活習慣病対策のための標準的な健診・保健指導の方向性

1-1 特定健診・特定保健指導の導入の経緯と生活習慣病対策の今後の方向性

(1) 国民健康づくり運動の流れ

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

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・疾病予防をさらに積極的に推進するため、健康増進法（平成14年法律第103号）が公布・施行され、同法に基づき実施される国民健康・栄養調査等を活用し、健康日本21の達成状況の確認を行っている。

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

(2) 生活習慣病対策への提言

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

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

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 に示すとおり、特定健診・特定保健指導の実施率の向上を図りつつ、分析に基づく取組を実施していくことは、健康日本 21 (第二次) を着実に推進し、ひいては社会保障制度を持続可能なものとするために重要である。特に、データの分析を行うことで、個人や各地域・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

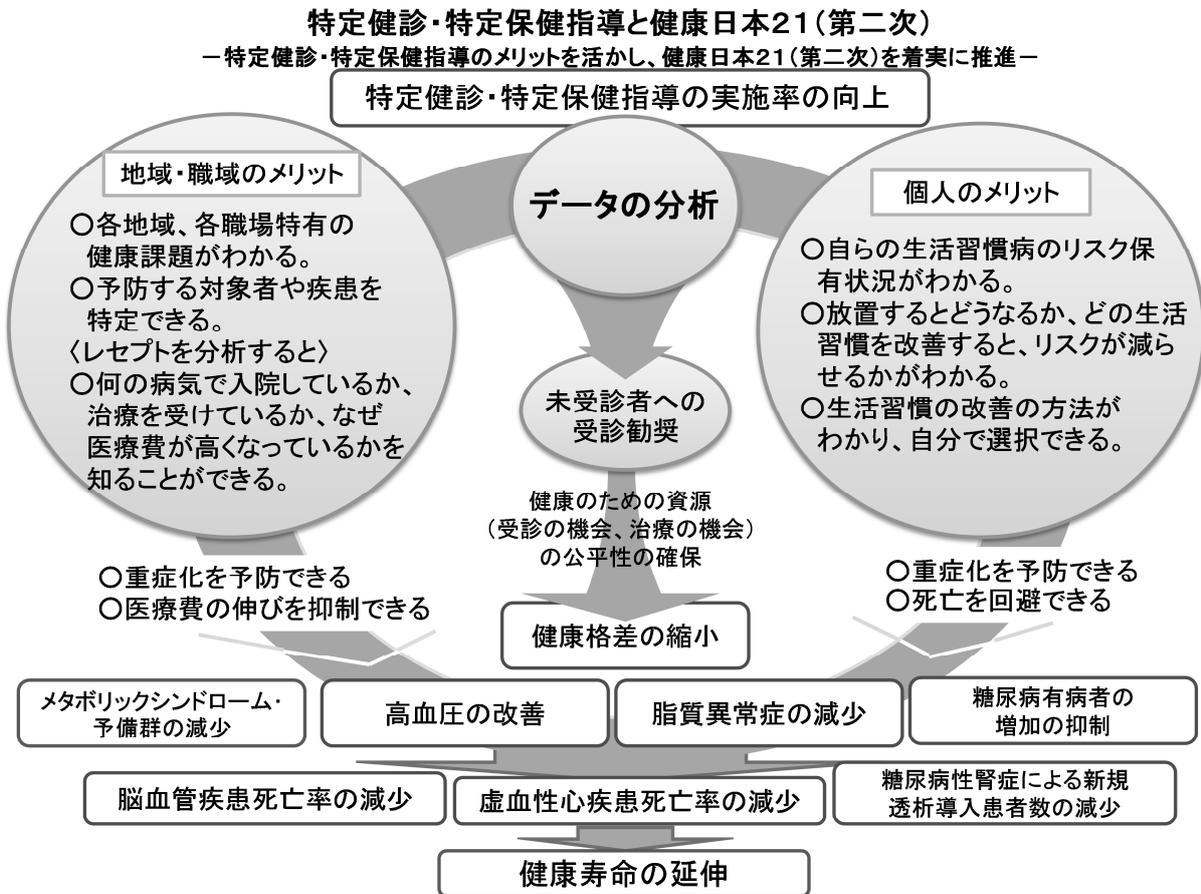


表 1

健康日本 21（第二次）における特定健診・特定保健指導に関連した数値目標

項目	策定時の現状	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27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 160mg/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10.4%、女性20.9% LDLコレステロール 160mg/dl以上の者の割合 男性8.3%、女性12.7% (平成27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 160mg/dl以上の者の割合 男性6.2%、女性8.8% (平成34年度)
④糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少	16,247人 (平成22年)	16,072人 (平成27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)	64.9% (平成27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)	1.2% (平成22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）	950万人（平成24年）	1,000万人（平成34年度）
⑧メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	1,400万人 (平成20年度)	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 48.6% 特定保健指導の実施率 17.8% (平成26年度)	特定健康診査の実施率 70% 特定保健指導の実施率 45% (平成29年度)

1-2 特定健診・特定保健指導制度とは

(1) 高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健診・特定保健指導

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

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

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

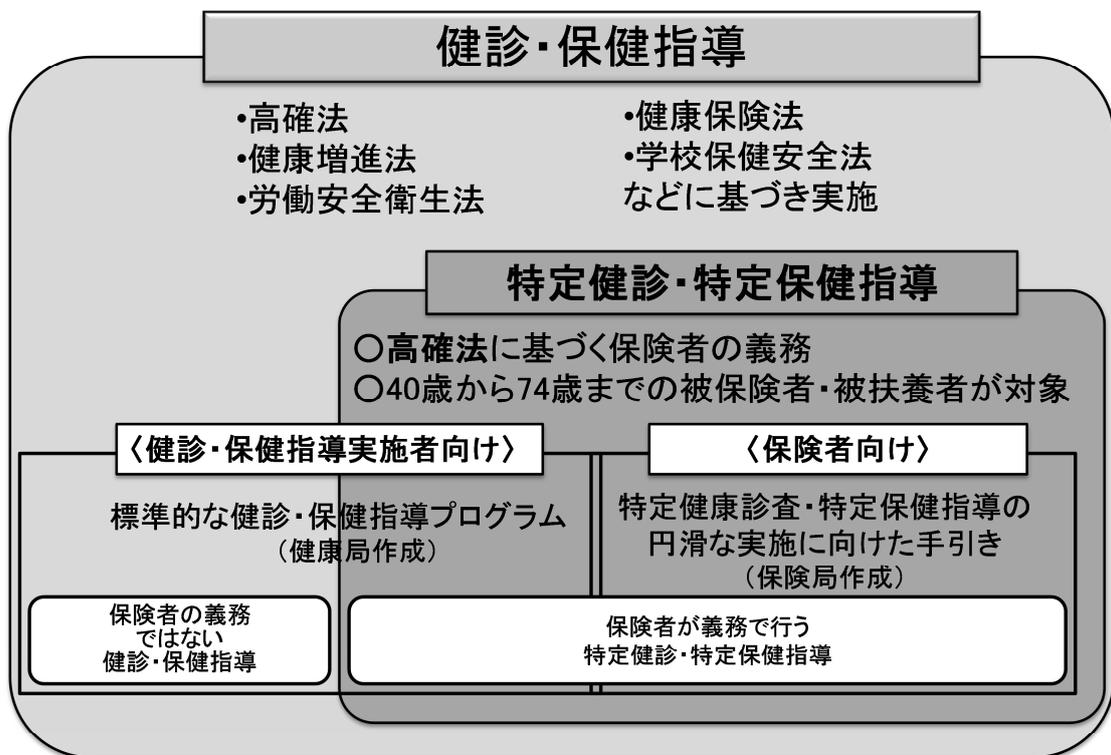
特定健診・特定保健指導は、こうした保健事業のうち、高確法に基づき保険者の義務を明確にしたものであるということに留意されたい。

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

なお、健診・保健指導と特定健診・特定保健指導の関係について図2に示す。

図2

健診・保健指導と特定健診・特定保健指導の関係



1-3 標準的な健診・保健指導プログラムの位置づけ

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

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

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

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

1-4 健診・保健指導の基本的な考え方

(1) 生活習慣病の予防に関する重点の変化

かつて、市町村で実施されていた老人保健事業は、「健康教育」、「健康相談」が主として一次予防、「健康診査」が主として二次予防、「機能訓練」、「訪問指導」が主として三次予防としての役割を担い、それらの連携を促す「健康手帳」の交付が行われ、予防活動の体系化の推進の観点で意義があった。一方で、健康診査の受診者に対し、結果に基づいた確か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。

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。

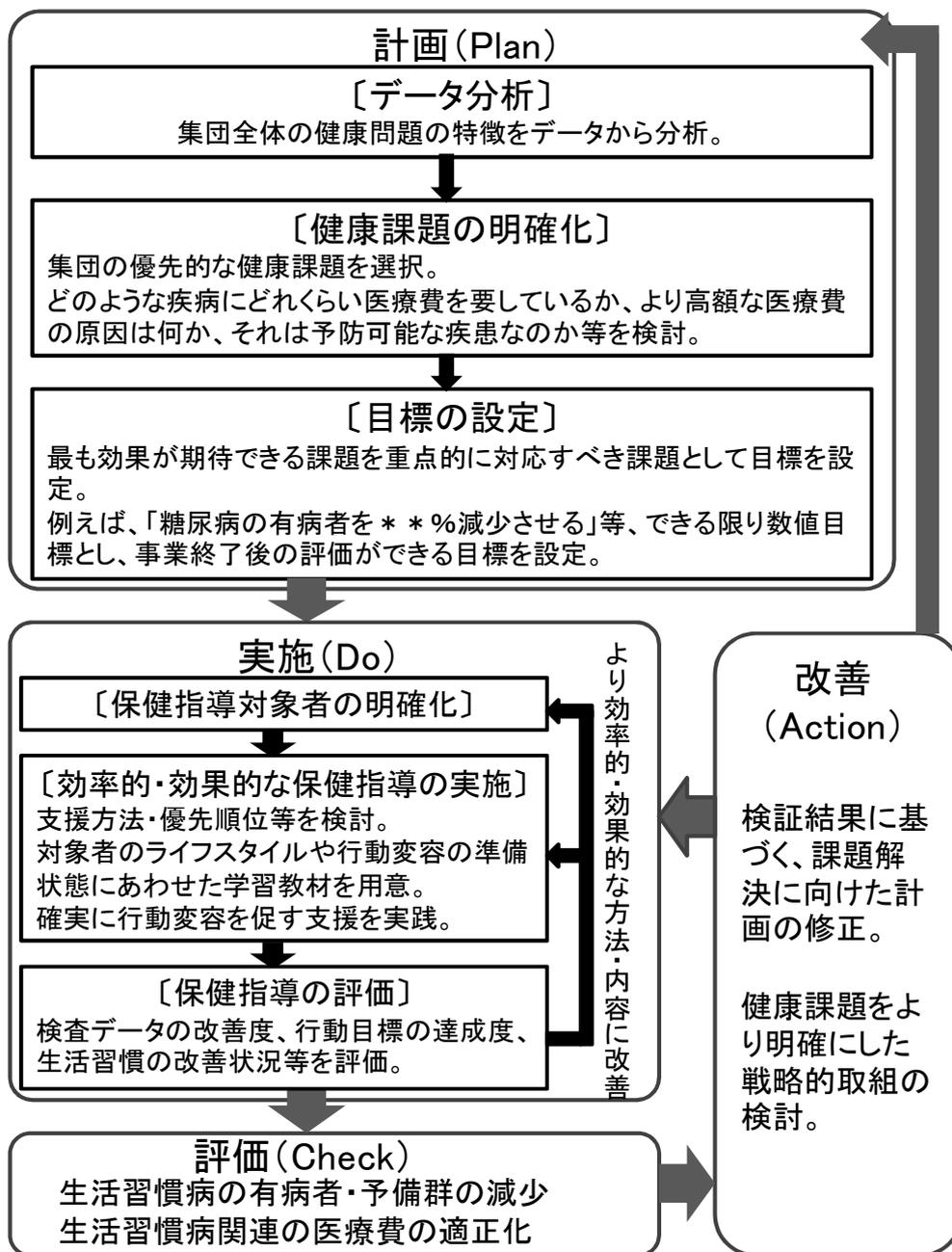
また、生活習慣病の有病者や予備群の減少を目的として、健診データをはじめ、レセプト^bデータや介護保険データ、そのほか統計資料等に基づ

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

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。

図3

保健事業（健診・保健指導）のPDCAサイクル



(3) 健診

生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診は対象者個人が自らの健康状態を理解して生活習慣を振り返る絶好の機会と位置づけることができる。

健診では、適切な条件で所定の検査を実施した上で、健診結果をすみ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も重要である。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すみやかに開始すべき者が見いだされる場合がある。そうした場合には特に、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、血糖・血圧・脂質・喫煙のリスクが重複している者を保健指導の対象とし、保健指導として「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^c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

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、特定保健指導として、「動機付け支援」又は「積極的支援」のいずれかを行う。

保健指導が終了した後も、対象者が健康的な生活習慣を維持し、さらなる改善に取り組めるよう、社会資源の活用やポピュレーションアプローチによる支援を行う。

（5）健診・保健指導の評価

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

（6）実施体制

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

^c 平成 35 年度末まで暫定的に、一定の実務経験がある看護師についても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。

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

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

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

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

市町村は国保部門・衛生部門・介護部門間の連携強化を図ると共に、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  にまとめた。

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

健診・保健指導の関係	かつての健診・保健指導
特徴	健診に付加した保健指導
目的	プロセス(過程)重視の保健指導
内容	個別疾患の早期発見・早期治療 健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘された者
方法	主に健診結果に基づく保健指導 画一的な保健指導
評価	アウトプット(事業実施量)評価を重視
実施主体	市町村

最新の科学的知識と、課題抽出のための分析

行動変容を促す手法

現在の健診・保健指導
内臓脂肪の蓄積に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
結果を出す保健指導
内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容リスクの重層がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につながる保健指導を行う
自己選択と行動変容 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、行動変容につなげる
健診受診者全員に対し情報提供、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「動機付け支援」「積極的支援」を行う
健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個人の健診結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
アウトプット評価に加え、アウトカム評価やプロセス評価、ストラクチャー評価を含めた総合的な評価
保険者

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（たとえば、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、下記③④にもあるとおり、外部委託する業務の範囲については留意すること。

③ 具体的な基準

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

④ 外部委託する際の留意事項

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

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如何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。

○ 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章に規定しているとおり、「個人情報の保護に関する法律」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」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。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。

2-2 健診の実施と健診結果やそのほか必要な情報の提供（フィードバック）

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

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

各種検査値の測定に当たっては、検査の精度管理及び検体管理を適切に行う。健診実施後は、全ての健診受診者に対し、すみやかに健診結果やその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。

^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。

2-3 保健指導対象者の選定・階層化と保健指導

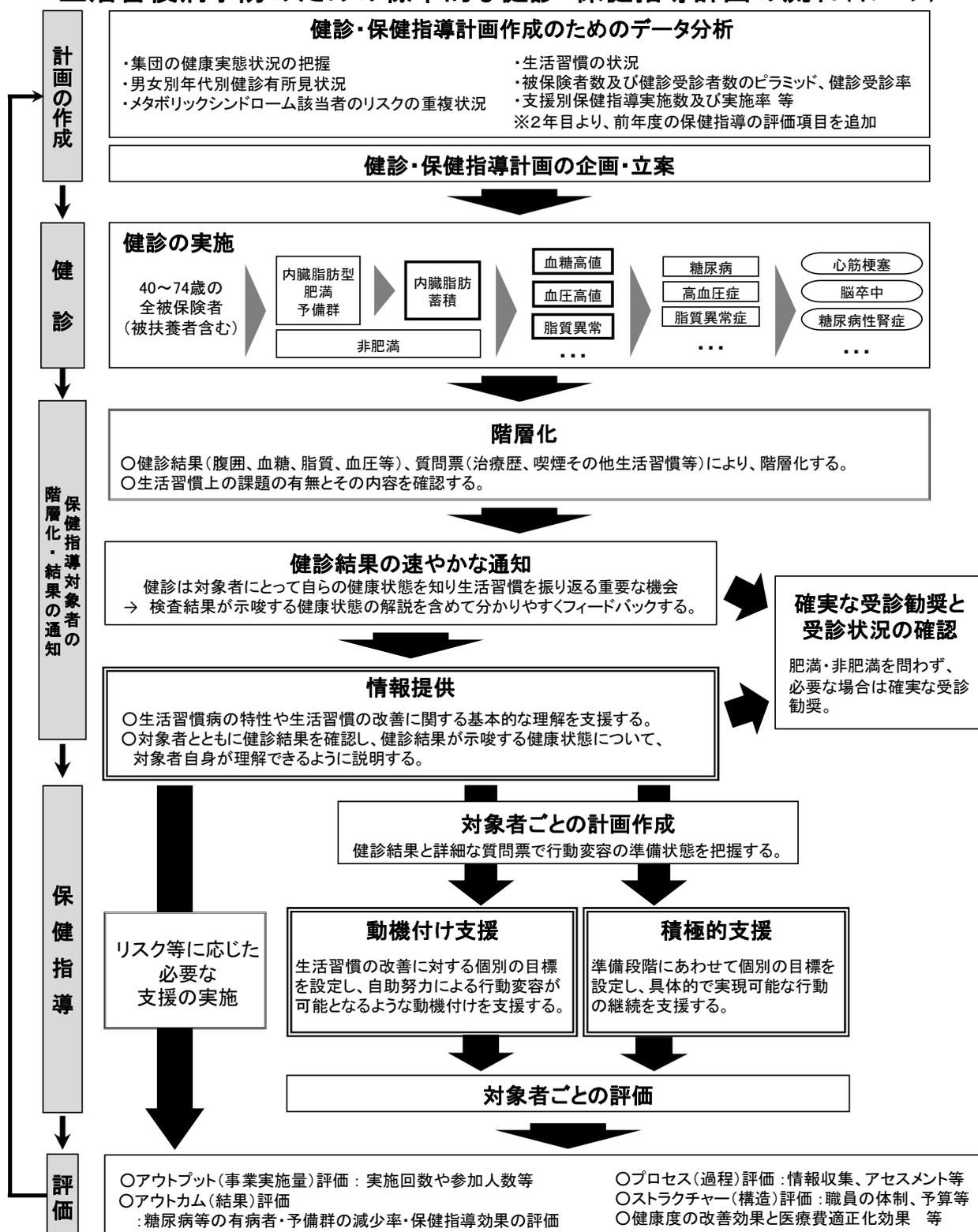
生活習慣病の危険因子の数に応じて保健指導対象者の階層化を行い、個別に適切な保健指導を実施する。この際、特定保健指導（「動機付け支援」及び「積極的支援」）の対象とならない者に対しても、個々のリスク等の状況に応じ、必要な情報提供や保健指導を行うことが重要である。

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必要がある。

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、にまとめた。

生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(イメージ)



第3章 健診・保健指導事業に関わる者に求められる能力

効果的・効率的な健診・保健指導事業を実施するために、当該事業に関わる者は、事業の企画・立案から事業の実施、評価に至るまでの一連のプロセスを行う能力が求められる。

また、保健指導実施者は、対象者の身体の状態や生活背景、価値観等に配慮しつつ、行動変容に確実につながるよう、以下の能力が求められる。

3-1 事業のマネジメントを担う者に求められる能力

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

(1) データを分析し、優先課題を見極める能力

健診・保健指導計画の企画・立案に当たっては、まず健診データ、医療費データ（レセプト等）、要介護度データ、地区活動等により知り得た情報等から、対象集団の特性（地域や職域の特性）を抽出し、対象集団の優先的な健康課題を設定できる能力が求められる。

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、国保データベース（KDB）を活用して分析、対象者の抽出ができる能力が必要となる。

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

(2) 健診・保健指導の企画・調整能力

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

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

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。

られる。そのため、地域・職域連携推進協議会や保険者協議会を活用し、保険者・関係機関・行政・NPO等との密接な連携を図り、協力体制をつくることや、地域に必要な社会資源を開発する等、多くの関係者間の調整できる能力が求められる。

(3) 健診・保健指導の委託に関する能力

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

具体的には、保健指導を委託する際には、委託する業務の目的、目標や範囲を明確にした上で、費用対効果が高く、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を評価し、保健指導の技術を向上させていくことが必要である。

(5) 健診・保健指導の質を確保できる能力

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

(6) 健診・保健指導プログラムを開発する能力

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

求められる。

3-2 健診・保健指導実施者に求められる能力

保健指導実施者として以下のような能力の習得が必要である。

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

(1) 健診結果と生活習慣の関連を説明でき行動変容に結びつけられる能力

食生活、身体活動、喫煙習慣、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。

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がられるよう、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。

(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。

(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

^j 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。

^k 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。

^l 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。

ポリックシンドロームや対象者の生活習慣と関連づけて考えられる能力が求められる。また、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、レセプト等をもと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・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^m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定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 認知行動療法の手法ⁿ、コーチングの手法^o、ティーチングの手法^p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

^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。

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付け、自律的に健康維持あるいは症状管理を行っていくこと（セルフコントロール）ができるように動機付けると共に、生活改善につなげていくことが可能。

^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 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

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もち活用できる能力

科学的根拠に基づき、対象者にとって改善しやすい生活習慣の具体的内容とその目標を提案できる能力が必要である。その際には、対象者の置かれた環境を踏まえた支援の提案や、国や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もとに検討し、地域の実情に応じて保健指導の学習教材等を工夫、作成する能力が求められる。

(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⁹において、いわゆるソーシャル・キャピタル¹⁰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、

⁹ 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 厚生労働省健康局長通知)

¹⁰ 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。

より効果が上がることが期待される。そのため、日頃から、活用可能な社会資源の種類や、活用のための条件等について十分な情報収集を行い、社会資源を効果的に活用した支援ができる能力が必要である。

「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準の一部
を改正する省令案」については、今後、改正予定であり、
現在パブリックコメント中である。

○厚生労働省告示第92号

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

特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（平成19年厚生労働
省令第157号。以下「実施基準」という。）第16条第1項の規定に基づき
厚生労働大臣が定める者は、特定健康診査（高齢者の医療の確保に関する法
律（昭和57年法律第80号。以下「法」という。）第18条第1項に規定
する特定健康診査をいう。以下同じ。）の実施を委託する場合にあっては、
第1に掲げる基準を満たす者とし、特定保健指導（同項に規定する特定保健
指導をいう。以下同じ。）の実施を委託する場合にあっては、第2に掲げる
基準を満たす者とする。なお、平成30年3月31日までの間は、第2の1
の(3)及び(4)中「又は管理栄養士」とあるのは「、管理栄養士又は保健指導
に関する一定の実務の経験を有する看護師」と、第2の1の(5)及び(6)中「保
健師、管理栄養士」とあるのは「保健師、管理栄養士、保健指導に関する一
定の実務の経験を有する看護師」とする。

第1 特定健康診査の外部委託に関する基準

1 人員に関する基準

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

2 施設、設備等に関する基準

- (1) 特定健康診査を適切に実施するために必要な施設及び設備等を有
していること。
- (2) 検査や診察を行う際に、受診者のプライバシーが十分に保護される
施設及び設備等が確保されていること。
- (3) 救急時における応急処置のための体制が整っていること。
- (4) 健康増進法（平成14年法律第103号）第25条に規定する受動

喫煙の防止措置が講じられていること（医療機関においては、患者の特性に配慮すること。）。

3 精度管理に関する基準

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

4 特定健康診査の結果等の情報の取扱いに関する基準

- (1) 特定健康診査に関する記録を電磁的方法（電子的方式、磁気的方式その他人の知覚によっては認識することができない方式をいう。以下同じ。）により作成し、保険者に対して当該記録を安全かつ速やかに提出すること。
- (2) 特定健康診査の結果の受診者への通知に関しては、当該受診者における特定健康診査の結果の経年管理に資する形式により行われるようにすること。
- (3) 特定健康診査に関する記録の保存及び管理が適切になされていること。
- (4) 法第30条に規定する秘密保持義務を遵守すること。
- (5) 個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）及びこれに基づくガイドライン等を遵守すること。
- (6) 保険者の委託を受けて特定健康診査の結果を保存する場合には、医療情報の安全管理（組織的、物理的、技術的、人的な安全対策等）を徹底すること。
- (7) 特定健康診査の結果の分析等を行うため、保険者の委託を受けて特定健康診査の結果に係る情報を外部に提供する場合には、分析等に当たり必要とされる情報の範囲に限って提供するとともに、提供に当たっては、個人情報のマスキングや個人が特定できない番号の付与等により、当該個人情報を匿名化すること。

5 運営等に関する基準

- (1) 特定健康診査の受診が容易になるよう、土日若しくは祝日又は夜間に特定健康診査を実施するなど、受診者の利便性に配慮し、特定健康診査の受診率を上げるよう取り組むこと。
- (2) 保険者の求めに応じ、保険者が特定健康診査の実施状況を確認する上で必要な資料の提出等を速やかに行うこと。
- (3) 特定健康診査の実施者に必要な研修を定期的に行うこと等により、当該実施者の資質の向上に努めること。
- (4) 特定健康診査を適切かつ継続的に実施することができる財務基盤

を有すること。

- (5) 保険者から受託した業務の一部を再委託する場合には、保険者との委託契約に、再委託先との契約においてこの告示で定める基準に掲げる事項を遵守することを明記すること。
- (6) 運営についての重要事項として次に掲げる事項を記した規程を定め、当該規程の概要を、保険者及び特定健康診査の受診者が容易に確認できる方法（ホームページ上での掲載等）により、幅広く周知すること。
 - ア 事業の目的及び運営の方針
 - イ 従業者の職種、員数及び職務の内容
 - ウ 特定健康診査の実施日及び実施時間
 - エ 特定健康診査の内容及び価格その他の費用の額
 - オ 事業の実施地域
 - カ 緊急時における対応
 - キ その他運営に関する重要事項
- (7) 特定健康診査の実施者に身分を証する書類を携行させ、特定健康診査の受診者等から求められたときは、これを提示すること。
- (8) 特定健康診査の実施者の清潔の保持及び健康状態について必要な管理を行うとともに、特定健康診査を行う施設の設備及び備品等について衛生的な管理を行うこと。
- (9) 虚偽又は誇大な広告を行わないこと。
- (10) 特定健康診査の受診者等からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じるとともに、苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録すること。
- (11) 従業者及び会計に関する諸記録を整備すること。

第2 特定保健指導の外部委託に関する基準

1 人員に関する基準

- (1) 特定保健指導の業務を統括する者（特定保健指導を実施する施設において、動機付け支援（実施基準第7条第1項に規定する動機付け支援をいう。以下同じ。）及び積極的支援（実施基準第8条第1項に規定する積極的支援をいう。以下同じ。）の実施その他の特定保健指導に係る業務全般を統括管理する者をいい、以下「統括者」という。）が、常勤の医師、保健師又は管理栄養士であること。
- (2) 常勤の管理者（特定保健指導を実施する施設において、特定保健指導に係る業務に付随する事務の管理を行う者をいう。以下この(2)において同じ。）が置かれていること。ただし、事務の管理上支障がない場合は、当該常勤の管理者は、特定保健指導を行う施設の他の職務に従事し、又は同一の敷地内にある他の事業所、施設等における職務に従事することができるものとする。
- (3) 動機付け支援又は積極的支援において、初回の面接、特定保健指導の対象者の行動目標及び行動計画の作成並びに当該行動計画の実績評価（行動計画の策定の日から6月以上経過後に行う評価をいう。）を行う者は、医師、保健師又は管理栄養士であること。

- (4) 積極的支援において、積極的支援対象者（実施基準第8条第2項に規定する積極的支援対象者をいう。以下同じ。）ごとに、特定保健指導支援計画の実施（特定保健指導の対象者の特定保健指導支援計画の作成、特定保健指導の対象者の生活習慣や行動の変化の状況の把握及びその評価、当該評価に基づいた特定保健指導支援計画の変更等を行うことをいう。）について統括的な責任を持つ医師、保健師又は管理栄養士が決められていること。
 - (5) 動機付け支援又は積極的支援のプログラムのうち、動機付け支援対象者（実施基準第7条第2項に規定する動機付け支援対象者をいう。以下同じ。）又は積極的支援対象者に対する食生活に関する実践的指導は、医師、保健師、管理栄養士又は特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第7条第1項第2号及び第8条第1項第2号の規定に基づき厚生労働大臣が定める食生活の改善指導又は運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者（平成20年厚生労働省告示第10号。以下「実践的指導実施者基準」という。）第1に規定する食生活の改善指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者により提供されること。また、食生活に関する実践的指導を自ら提供する場合には、管理栄養士その他の食生活の改善指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者を必要数確保していることが望ましいこと。
 - (6) 動機付け支援又は積極的支援のプログラムのうち、動機付け支援対象者又は積極的支援対象者に対する運動に関する実践的指導は、医師、保健師、管理栄養士又は実践的指導実施者基準第2に規定する運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者により提供されること。また、運動に関する実践的指導を自ら提供する場合には、運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者を必要数確保していることが望ましいこと。
 - (7) 動機付け支援又は積極的支援のプログラムの内容に応じて、事業の再委託先や他の健康増進施設等と必要な連携を図ること。
 - (8) 特定保健指導実施者（実施基準第7条第1項第2号の規定に基づき、動機付け支援対象者に対し、生活習慣の改善のための取組に係る動機付けに関する支援を行う者又は実施基準第8条第1項第2号の規定に基づき、積極的支援対象者に対し、生活習慣の改善のための取組に資する働きかけを相当な期間継続して行う者をいう。以下同じ。）は、国、地方公共団体、医療保険者、日本医師会、日本看護協会、日本栄養士会等が実施する一定の研修を修了していることが望ましいこと。
 - (9) 特定保健指導の対象者が治療中の場合には、(4)に規定する統括的な責任を持つ者が必要に応じて当該対象者の主治医と連携を図ること。
- 2 施設、設備等に関する基準
- (1) 特定保健指導を適切に実施するために必要な施設及び設備等を有していること。
 - (2) 個別支援を行う際に、対象者のプライバシーが十分に保護される施

設及び設備等が確保されていること。

- (3) 運動に関する実践的指導を行う場合には、救急時における応急処置のための体制が整っていること。
- (4) 健康増進法第 25 条に規定する受動喫煙の防止措置が講じられていること（医療機関においては、患者の特性に配慮すること。）。

3 特定保健指導の内容に関する基準

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

4 特定保健指導の記録等の情報の取扱いに関する基準

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

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

イ インターネット上で特定保健指導の対象者が入手できる情報の性質に応じて、パスワードを複数設けること（例えば、特定健康診

査の結果（労働安全衛生法（昭和 47 年法律第 57 号）その他の法令に基づき行われる特定健康診査に相当する健康診断を含む。この(6)において同じ。）のデータを含まないページにアクセスする場合には英数字のパスワードとし、特定健康診査の結果のデータを含むページにアクセスする場合には本人にしか知り得ない質問形式のパスワードとすること等）。

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

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

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

5 運営等に関する基準

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

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

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

(4) 特定保健指導実施者に必要な研修を定期的に行うこと等により、当該実施者の資質の向上に努めること。

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

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

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

ア 事業の目的及び運営の方針

イ 統括者の氏名及び職種

ウ 従業者の職種、員数及び職務の内容

エ 特定保健指導の実施日及び実施時間

オ 特定保健指導の内容及び価格その他の費用の額

- カ 事業の実施地域
- キ 緊急時における対応
- ク その他運営に関する重要事項

- (8) 特定保健指導実施者に身分を証する書類を携行させ、特定保健指導の利用者等から求められたときは、これを提示すること。
- (9) 特定保健指導実施者の清潔の保持及び健康状態について必要な管理を行うとともに、特定保健指導を行う施設の設備及び備品等について衛生的な管理を行うこと。
- (10) 虚偽又は誇大な広告を行わないこと。
- (11) 特定保健指導の利用者等からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じるとともに、苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録すること。
- (12) 従業者及び会計に関する諸記録を整備すること。
- (13) 保険者から受託した業務の一部を再委託する場合には、以下の事項を遵守すること。
 - ア 委託を受けた業務の全部又は主たる部分を再委託してはならないこと。
 - イ 保険者との委託契約に、再委託先との契約においてこの告示で定める基準に掲げる事項を遵守することを明記すること。
 - ウ 保険者への特定保健指導の結果報告等に当たっては、再委託した分も含めて一括して行うこと。
 - エ 再委託先及び再委託する業務の内容を(7)に規定する規程に明記するとともに、(7)に規定する規程の概要にも明記すること。
 - オ 再委託先に対する必要かつ適切な監督を行うとともに、保険者に対し、再委託する業務の責任を負うこと。

「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準の一部を改正する省令案」については、今後、改正予定であり、
現在パブリックコメント中である。

○厚生労働省告示第 93 号

◆特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準◆第十七条の規定に基づき厚生労働大臣が定める特定健康診査及び特定保健指導の実施に係る施設、運営、記録の保存等に関する基準

(平成二十五年三月二十九日)

(厚生労働省告示第九十三号)

◆特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準◆(平成十九年厚生労働省令第百五十七号)第十七条の規定に基づき、◆特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準◆第十七条の規定に基づき厚生労働大臣が定める特定健康診査及び特定保健指導の実施に係る施設、運営、記録の保存等に関する基準を次のように定め、平成二十五年四月一日から適用し、◆特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準◆第十七条の規定に基づき厚生労働大臣が定める特定健康診査及び特定保健指導の実施に係る施設、運営、記録の保存等に関する基準(平成二十年厚生労働省告示第百四十二号)は平成二十五年三月三十一日限り廃止する。

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

◆特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準◆(平成 19 年厚生労働省令第 157 号。以下「実施基準」という。)第 17 条の規定に基づき厚生労働大臣が定める特定健康診査及び特定保健指導の実施に係る施設、運営、記録の保存等に関する基準は、特定健康診査(高齢者の医療の確保に関する法律(昭和 57 年法律第 80 号。以下「法」という。)第 18 条第 1 項に規定する特定健康診査をいう。以下同じ。)の実施については、第 1 に掲げる基準とし、特定保健指導(同項に規定する特定保健指導をいう。以下同じ。)の実施については、第 2 に掲げる基準とする。なお、平成 30 年 3 月 31 日までの間は、第 2 の 1 の(3)及び(4)中「又は管理栄養士」とあるのは「管理栄養士又は保健指導に関する一定の実務の経験を有する看護師」と、第 2 の 1 の(5)及び(6)中「保健師、管理栄養士」とあるのは「保健師、管理栄養士、保健指導に関する一定の実務の経

験を有する看護師」とする。

第1 特定健康診査の実施に係る施設、運営、記録の保存等に関する基準

1 人員に関する基準

(1) 特定健康診査を適切に実施するために必要な医師、看護師等が質的及び量的に確保されていること。

(2) 常勤の管理者(特定健康診査を実施する施設において、特定健康診査に係る業務に付随する事務の管理を行う者をいう。以下この(2)において同じ。)が置かれていること。ただし、事務の管理上支障がない場合は、当該常勤の管理者は、特定健康診査を実施する施設の他の職務に従事し、又は同一の敷地内にある他の事業所、施設等における職務に従事することができるものとする。

2 施設、設備等に関する基準

(1) 特定健康診査を適切に実施するために必要な施設及び設備等を有していること。

(2) 検査や診察を行う際に、受診者のプライバシーが十分に保護される施設及び設備等が確保されていること。

(3) 救急時における応急処置のための体制が整っていること。

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

3 精度管理に関する基準

(1) 特定健康診査の項目について内部精度管理(特定健康診査を行う者が自ら行う精度管理(特定健康診査の精度を適正に保つことをいう。以下同じ。)をいう。)が定期的に行われ、検査値の精度が保証されていること。

(2) 外部精度管理(特定健康診査を行う者以外の者が行う精度管理をいう。)を定期的な受け、検査値の精度が保証されていること。

(3) 特定健康診査の精度管理上の問題点があった場合に、適切な対応策が講じられるよう必要な体制が整備されていること。

(4) 実施基準第1条第1項各号に掲げる項目のうち、検査の全部又は一部を外部に委託する場合には、委託を受けた事業者において(1)から(3)までの措置が講じられるよう適切な管理を行うこと。

4 特定健康診査の結果等の情報の取扱いに関する基準

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

(2) 特定健康診査の結果の受診者への通知に関しては、当該受診者における特定健康診査の結果の経年管理に資する形式により行われるようにすること。

(3) 特定健康診査に関する記録の保存及び管理が適切になされていること。

- (4) 法第 30 条に規定する秘密保持義務を遵守すること。
- (5) 個人情報の保護に関する法律(平成 15 年法律第 57 号)及びこれに基づくガイドライン等を遵守すること。
- (6) 特定健康診査の結果を保存する場合には、医療情報の安全管理(組織的、物理的、技術的、人的な安全対策等)を徹底すること。
- (7) 特定健康診査の結果の分析等を行うため、特定健康診査の結果に係る情報を外部に提供する場合には、分析等に当たり必要とされる情報の範囲に限り提供するとともに、提供に当たっては、個人情報のマスクングや個人が特定できない番号の付与等により、当該個人情報を匿名化すること。

5 運営等に関する基準

- (1) 特定健康診査の受診が容易になるよう、土日若しくは祝日又は夜間に特定健康診査を実施するなど、受診者の利便性に配慮し、特定健康診査の受診率を上げるよう取り組むこと。
- (2) 特定健康診査の実施者に必要な研修を定期的に行うこと等により、当該実施者の資質の向上に努めること。
- (3) 特定健康診査を適切かつ継続的に実施することができる財務基盤を有すること。
- (4) 業務の一部を委託する場合には、委託先との契約に、この告示で定める基準に掲げる事項を遵守することを明記すること。
- (5) 運営についての重要事項として次に掲げる事項を記した規程を定め、当該規程の概要を、特定健康診査の受診者が容易に確認できる方法(ホームページ上での掲載等)により、幅広く周知すること。

ア 事業の目的及び運営の方針

イ 従業員の職種、員数及び職務の内容

ウ 特定健康診査の実施日及び実施時間

エ 特定健康診査の内容及び価格その他の費用の額

オ 事業の実施地域

カ 緊急時における対応

キ その他運営に関する重要事項

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

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

(10) 従業者及び会計に関する諸記録を整備すること。

第2 特定保健指導の実施に係る施設、運営、記録の保存等に関する基準

1 人員に関する基準

(1) 特定保健指導の業務を統括する者(特定保健指導を実施する施設において、動機付け支援(実施基準第7条第1項に規定する動機付け支援をいう。以下同じ。)及び積極的支援(実施基準第8条第1項に規定する積極的支援をいう。以下同じ。)の実施その他の特定保健指導に係る業務全般を統括管理する者をいい、以下「統括者」という。)が、常勤の医師、保健師又は管理栄養士であること。

(2) 常勤の管理者(特定保健指導を実施する施設において、特定保健指導に係る業務に付随する事務の管理を行う者をいう。以下この(2)において同じ。)が置かれていること。ただし、事務の管理上支障がない場合は、当該常勤の管理者は、特定保健指導を行う施設の他の職務に従事し、又は同一の敷地内にある他の事業所、施設等における職務に従事することができるものとする。

(3) 動機付け支援又は積極的支援において、初回の面接、特定保健指導の対象者の行動目標及び行動計画の作成並びに当該行動計画の実績評価(行動計画の策定の日から6月以上経過後に行う評価をいう。)を行う者は、医師、保健師又は管理栄養士であること。

(4) 積極的支援において、積極的支援対象者(実施基準第8条第2項に規定する積極的支援対象者をいう。以下同じ。)ごとに、特定保健指導支援計画の実施(特定保健指導の対象者の特定保健指導支援計画の作成、特定保健指導の対象者の生活習慣や行動の変化の状況の把握及びその評価、当該評価に基づいた特定保健指導支援計画の変更等を行うことをいう。)について統括的な責任を持つ医師、保健師又は管理栄養士が決められていること。

(5) 動機付け支援又は積極的支援のプログラムのうち、動機付け支援対象者(実施基準第7条第2項に規定する動機付け支援対象者をいう。以下同じ。)又は積極的支援対象者に対する食生活に関する実践的指導は、医師、保健師、管理栄養士又は◆特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準◆第7条第1項第2号及び第8条第1項第2号の規定に基づき厚生労働大臣が定める食生活の改善指導又は運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者(平成20年厚生労働省告示第10号。以下「実践的指導実施者基準」という。)第1に規定する食生活の改善指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者により提供されること。また、食生活に関する実践的指導を自ら提供する場合には、管理栄養士その他の食生活の改善指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者を必要数確保していることが望ましいこと。

(6) 動機付け支援又は積極的支援のプログラムのうち、動機付け支援対象者又は積極的支援対象者に対する運動に関する実践的指導は、医師、保健師、管理栄養士又は実践的指導実施者基準第 2 に規定する運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者により提供されること。また、運動に関する実践的指導を自ら提供する場合には、運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者を必要数確保していることが望ましいこと。

(7) 動機付け支援又は積極的支援のプログラムの内容に応じて、事業の委託先や他の健康増進施設等と必要な連携を図ること。

(8) 特定保健指導実施者(実施基準第 7 条第 1 項第 2 号の規定に基づき、動機付け支援対象者に対し、生活習慣の改善のための取組に係る動機付けに関する支援を行う者又は実施基準第 8 条第 1 項第 2 号の規定に基づき、積極的支援対象者に対し、生活習慣の改善のための取組に資する働きかけを相当な期間継続して行う者をいう。以下同じ。)は、国、地方公共団体、保険者、日本医師会、日本看護協会、日本栄養士会等が実施する一定の研修を修了していることが望ましいこと。

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

2 施設、設備等に関する基準

(1) 特定保健指導を適切に実施するために必要な施設及び設備等を有していること。

(2) 個別支援を行う際に、対象者のプライバシーが十分に保護される施設及び設備等が確保されていること。

(3) 運動に関する実践的指導を行う場合には、救急時における応急処置のための体制が整っていること。

(4) 健康増進法第 25 条に規定する受動喫煙の防止措置が講じられていること。

3 特定保健指導の内容に関する基準

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

(2) 最新の知見及び情報に基づいた支援のための材料、学習教材等を用いるよう取り組むこと。

(3) 個別支援を行う場合は、特定保健指導の対象者のプライバシーが十分に保護される場所で行われること。

(4) 特定保健指導を実施する年度中に、特定保健指導を行った対象者から当該特定保健指導の内容について相談があった場合は、相談に応じること。

(5) 特定保健指導の対象者のうち特定保健指導を受けなかった者又は特定保健指導を中断した者に対しては、特定保健指導の対象者本人の意思に基づいた適切かつ積極的な対応を図ること。

4 特定保健指導の記録等の情報の取扱いに関する基準

(1) 特定保健指導に関する記録を電磁的方法により作成すること。

(2) 特定保健指導に用いた詳細な質問票、アセスメント、具体的な指導の内容、フォローの状況等を保存する場合には、これらを適切に保存し、管理すること。

(3) 法第30条に規定する秘密保持義務を遵守すること。

(4) 個人情報の保護に関する法律及びこれに基づくガイドライン等を遵守すること。

(5) 特定保健指導の結果を保存する場合には、医療情報の安全管理(組織的、物理的、技術的、人的な安全対策等)を徹底すること。

(6) インターネットを利用した支援を行う場合には、医療情報の安全管理(組織的、物理的、技術的、人的な安全対策等)を徹底し、次に掲げる措置等を講じることにより、外部への情報漏洩^{えい}、不正アクセス、コンピュータ・ウイルスの侵入等を防止すること。

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

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

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

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

(7) 特定保健指導の結果の分析等を行うため、特定保健指導の結果に係る情報を外部に提供する場合には、分析等に当たり必要とされる情報の範囲に限り提供するとともに、提供に当たっては、個人情報のマスキングや個人が特定で

きない番号の付与等により、当該個人情報を匿名化すること。

5 運営等に関する基準

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

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

(3) 特定保健指導実施者に必要な研修を定期的に行うこと等により、当該実施者の資質の向上に努めること。

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

(5) 業務の一部を委託する場合には、委託先との契約に、この告示で定める基準に掲げる事項を遵守することを明記すること。

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

ア 事業の目的及び運営の方針

イ 統括者の氏名及び職種

ウ 従業者の職種、員数及び職務の内容

エ 特定保健指導の実施日及び実施時間

オ 特定保健指導の内容及び価格その他の費用の額

カ 事業の実施地域

キ 緊急時における対応

ク その他運営に関する重要事項

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

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

(9) 虚偽又は誇大な広告を行わないこと。

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

(11) 従業者及び会計に関する諸記録を整備すること。

第2編 健診

第2編 健診

第1章 メタボリックシンドロームに着目する意義

平成17年4月に、日本内科学会等内科系8学会が合同でメタボリックシンドロームの疾患概念と診断基準を示した。虚血性心疾患等の動脈硬化性疾患の主たる危険因子は高LDLコレステロール血症であるが、メタボリックシンドロームは、高LDLコレステロール血症とは独立したハイリスク状態として登場した。

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、それぞれが重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高く、内臓脂肪を減少させることでそれらの発症リスクの低減が図られるという考え方を基本としている。

すなわち、内臓脂肪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、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という考え方である。

メタボリックシンドロームの概念を導入することにより、内臓脂肪の蓄積や体重増加が、血糖や中性脂肪、血圧等の上昇をもたらすことや、様々な形で血管を損傷して動脈硬化を引き起こすことにより、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、以下のとおりとする。

① 特定健診の基本的な項目（別紙1参照）

質問項目、身体計測（身長、体重、BMI、腹囲（内臓脂肪面積））、理学的所見（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

^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とっては、HbA1cを必ず行うことが望ましい。なお、空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合は、空腹時血糖の結果を用いて、階層化を行う。

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

又はHbA1c^c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 その他の健診項目

特定健診以外の健康診査においては、それぞれの法令・制度の趣旨・目的や対象となる集団の特性(地域や職場の特性)やそこから見出された健康課題を踏まえ、必要に応じて①の基本的な健診項目以外の項目を実施する。

(3) 質問項目

特定健診の基本的な健診の項目に含まれる質問項目を含めた標準的な質問票を別紙3とする。この質問項目は、従来の国民健康・栄養調査や労働安全衛生法における質問を踏まえて設定されたものである。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。

^c 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。

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

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

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

- 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 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。

2-2 健診結果やその他必要な情報の提供（フィードバック）について

(1) 基本的な考え方

- 生活習慣病は自覚症状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他必要な情報について、健診受診後すみやかに全ての対象者に分かりやすく情報提供する（フィードバックする）ことが重要である。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。
- 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、わ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、検査項目毎に解説をした上で、経年変化も踏まえた総合判断の結果を通知することが望ましい。特に健康上の課題が大きい対象者については、健診受診後すみやかに保健指導実施者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^d。

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。

^d 受診勧奨判定値を超えた場合でも、I度高血圧（収縮期血圧140～159 mmHg、拡張期血圧90～99 mmHg）等であれば、服薬治療よりも、3か月間は生活習慣の改善を優先して行うことが一般的である。このとき、健診結果の通知でフィードバックされた内容を踏まえて生活習慣の改善に自ら取り組むという方法と、生活習慣の改善指導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、健診機関の医師の判断により、保健指導を優先して行い、効果が認められなかった場合に、必要に応じて受診勧奨を行うことが望ましい。

③ 健診データ上では明らかな問題がない場合

健診データ上、特段の問題が認められない者に対しては、その旨をフィードバックすると共に、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、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。

第3章 保健指導対象者の選定と階層化

(1) 基本的考え方

- 内臓脂肪の蓄積により、血圧高値・血糖高値・脂質異常等の危険因子が増え、リスク要因が増加するほど虚血性心疾患や脳血管疾患等を発症しやすくなる。効果的・効率的に保健指導を実施していくためには、予防効果が大きく期待できる者を明確にする必要があることから、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因の数に着目し、保健指導対象者の階層化を行う。

- 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。
- ①～③はメタボリックシンドロームの判定項目、④はその他の関連リスクとし、④喫煙歴については①から③までのリスクが1つ以上の場合にのみカウントする。
- ⑤に該当する者は特定保健指導の対象にならない。

① 血糖高値 ^o	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) の場合	5.6%以上
② 血圧高値	a 収縮期血圧	130mmHg 以上 又は
	b 拡張期血圧	85mmHg 以上
③ 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

^o 血糖検査については、HbA1c検査は、過去1～3か月の血糖値を反映した血糖値のコントロールの指標であるため、健診受診者の状態を評価するという点で、保健指導を行う上で有効である。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とっては、HbA1c検査を必ず行うことが望ましい。なお、特定健診・特定保健指導の階層化において、空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合は、空腹時血糖の結果を優先し判定に用いる。

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

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。

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

- | | | |
|---|------|-----------------------|
| 〔 | 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、前述のとおり、④喫煙歴については①から③のリスクが1つ以上の場合にのみカウントする。

(1) の場合

①～④のリスクのうち

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

(2) の場合

①～④のリスクのうち

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

ステップ4 (特定保健指導における例外的対応等)

- 65歳以上75歳未満の者については、日常生活動作能力、運動機能等を踏まえ、QOL (Quality of Life) の低下予防に配慮した生活習慣の改善が重要である等から、「積極的支援」の対象となった場合でも「動機付け支援」とする。
- 降圧薬等を服薬中の者については、継続的に医療機関を受診しているはずなので、生活習慣の改善支援については、医療機関において継続的な医学的管理の一環として行われることが適当である。そのため、保険者による特定保健指導を義務とはしない。しかしながら、きめ細かな生活習慣改善支援や治療中断防止の観点から、かかりつけ医と連携した上で保健指導を行うことも可能である。また、健診結果において、医療管理されている疾病以外の項目が保健指導判定値を超えている場合は、本人を通じてかかりつけ医に情報提供することが望ましい。

(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、血糖高値・血圧高値・脂質異常・喫煙等のリスクが1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^f、口腔機能低下及び低栄養や認知機能低下^g、フレイル^h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。

^f ロコモティブシンドローム（運動器症候群）は運動器の障害のために自立度が低下し、介護が必要となる危険性の高い状態。（健康日本21（第二次）の推進に関する参考資料より引用）

^g 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、いずれもプログラムの有効性が確認されている。

【参考】介護予防マニュアル(改訂版:平成24年3月 厚生労働省老健局)

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

^h 「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」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。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。
- 未受診者対策としては、年度途中での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、PDCAサイクルを回した保健事業を行う。

<参照>

「データヘルス計画作成の手引き」【今後改訂予定】

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

「保健事業の実施計画（データヘルス計画）作成の手引きについて」（平成26年6月12日付け 厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室 厚生労働省保険局国民健康保険課事務連絡）

- 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。
- 保険者は、委託元の責任として、検査の標準化や精度管理、個人情報保護等について、本プログラムに記載された内容を遵守して適切に健康診査を行うことができる健診機関を選定し、委託を行う。

（2）市町村の役割

- 市町村の衛生部門においては、加入している医療保険の種別を問わず、全ての住民が健診を受けられるように体制整備を行う。特に、被用者保険の被扶養者が身近な地域で健診が受けられるよう国保部門との調整を行う。また、福祉事務所と連携して生活保護受給者に対して健診の機会を確保し、受診勧奨を行う。
- 特定健診の効果を最大化するためには、保険者が行う特定保健指導だけでなく、健診結果に基づいて、受診勧奨や健康教育、健康相談等を行うことが必要である。このため、市町村の衛生部門は、国保部門や介護保険部門、生活保護担当部門等と連携し、以下の介入を誰がどのタイミングで行うのかを明らかにしておくことが望ましい。
 - ・ 健診結果がいずれも基準範囲内であっても、喫煙や多量飲酒等、生活習慣の改善が必要な者に対して、禁煙支援や適正飲酒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、腹囲基準を満たさず、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、かかりつけ医や保険者と連携し、健診データ、レセプトデータ等に基づいて、保健指導等を行う。
- なお、市町村が、保険者の保有する個人の健診データやレセプトデータ、市町村の介護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部門と連携し、適切な取扱いを行う必要がある。なお、個人情報の保護については、第4編第3章3-4個人情報の保護とデータの利用に関する方針を参照されたい。
- 市町村は、国保のみならず各保険者や後期高齢者医療担当、介護部門、生活保護部門等の有する健診・問診のマクロデータ分析（性・年代別、地域別等）を行い、健康増進計画の推進に資することが望ましい

(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、「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。その際、対象者の重症度等に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ⁱ）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。

ⁱ 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、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:10080/bunya/shakaihosho/iryouseido01/info02i.html>) より入手可能。

(参考)

基本的な健診項目の標準コードの例（JLAC10 17桁コードを使用）

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

5-3 健診機関・保健指導機関コードの設定

(1) 基本的考え方

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

(参考) 健診機関・保健指導機関コード設定の考え方

※ 詳細は特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（厚生労働省保険局）参照。

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

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

5-4 健診結果の保存と活用について

(1) 基本的考え方

- 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、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。

(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。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、ほかの項目と組み合わせて個人を識別するか、枝番号を追加することで対応することが考えられる。

第6章 年齢層を考慮した健診・保健指導について

6-1 高齢者に対する健診・保健指導

(1) 基本的な考え方について

- 高齢者は、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、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^j、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。

^j 『「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」（追加研究）

- 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。
- 一般的に、年齢と共に血圧、血糖の平均値及び有病率が上昇する。保健指導判定値の場合、検査値が安定していれば経過観察が可能な場合もある。受診勧奨判定値以上に該当する場合や検査値が悪化した場合は、医療機関への受診や保健指導につなげることが重要である。

(3) 75歳以上の者に対する健診・保健指導の在り方について

- 75歳以上の者についても、(2)の65歳以上74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。
- 医療機関に通院していない場合、健診等の機会を活用し、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。
- 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。
- 生活習慣病に着目した健診項目については、75歳以上の者についても、基本的には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。

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 10 kg 以上体重が増加した者」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。
- 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^k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。
- また、40 歳未満の肥満では、血圧、血糖の有所見率が低い一方で、肝機能、脂質代謝の有所見率は高い。リスクの数が少ない、メタボリックシンドロームに移行する前の段階で、働きかけを行うことが必要である。
- 保険者においては、普及啓発等に加えて、特定健診・特定保健指導の対象となる以前（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、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。
- 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。
- 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わかりやすく提示することや、適切なインセンティブ、環境的な支援により肥満、喫煙の防止を図ることが重要である。

^k 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。（Nanri A, Mizoue T, Takahashi Y, et al. J Epidemiol Community Health doi: 10.1136/jech.2009.097964, 2011）

- 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。

特定健診と労働安全衛生法・学校保健安全法との比較

別紙1

		特定健診	労働安全衛生法	学校保健安全法*
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	○	○注1	○注2
	体重	○	○	○
	腹囲	○	○注3	○注3
	BMI	○	○注4	○
血圧等	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	○注5	○注5	○
血糖検査	空腹時血糖	◎	◎	◎
	HbA1c	◎	△注6	◎
	随時血糖	◎注7	◎注8	◎注8
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	△	○	○
	赤血球数	△	○	○
心電図		△	○	○
眼底検査		△		
血清クレアチニン検査(eGFR)		△	△注6	
視力			○	○
聴力			○	○
胸部エックス線検査			○	○
喀痰検査			○注9	△注10
上部消化管エックス線検査				

○…必須項目

△…医師の判断に基づき選択的に実施する項目

◎…いずれかの項目の実施でも可

※…必須ではないが、聴取の実施について協力依頼

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

注:労働安全衛生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。

注1)医師が必要でないと認めるときは省略可

注2)二十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3)以下の者については医師が必要でないと認めるときは省略可

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

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4)算出可

注5)中性脂肪(血清トリグリセライド)が400mg/dl以上又は食後採血の場合は、non-HDLコレステロールにて評価することがある。

注6)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7)食直後は除く

注8)検査値を特定健康診査に活用する場合には、食直後の採血は避けることが必要

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診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)胸部エックス線検査によって病変の発見されたもの及びその疑いのある者、結核患者並びに結核発病の恐れはあると診断されている者に対しては喀痰検査を行う必要がある。

* 教職員を対象とする

「詳細な健診」項目について

以下の判定基準に該当する者のうち、医師が必要と認める者については、詳細な健診を実施する（基準に該当した者すべてに対して当該健診を実施することは適当ではなく、受診者の性別、年齢等を踏まえ、医師が個別に判断する必要がある）。その際、健診機関の医師は、当該健診を必要と判断した理由を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 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧が 90mmHg 以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者

(2) 眼底検査

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

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

^a 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。

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

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. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	①はい ②いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	①はい ②いいえ
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか。	①はい ②いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがある。	①はい ②いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。 (※「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	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	① 何でもかんで食べることができる ② 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある ③ ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速い。	①速い ②ふつう 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	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	① 毎日 ②時々 ③ ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	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 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
20	睡眠で休養が十分とれている。	①はい ②いいえ

¹ 医師の判断・治療のもとで服薬中のもとを指す。

21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。	<ul style="list-style-type: none"> 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

標準的な質問票の解説と留意事項

	現在、a から c の薬の使用の有無	
1	a : 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ
2	b : 血糖を下げる薬又はインスリン注射	①はい ②いいえ
3	c : コレステロールや中性脂肪を下げる薬	①はい ②いいえ

解 説

保健指導対象者の選定と階層化に必要な質問である。降圧薬等を服薬中の者については、継続的に医療機関を受診しているため、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。

留意事項

- “いいえ” と回答した場合には、処方薬の飲み忘れや、自己判断による中断の可能性が含まれることに留意する。
- 「コレステロールや中性脂肪を下げる薬」とは、「脂質異常症の薬」を平易に表現したものである。糖尿病や高血圧と比べて、脂質異常症については、処方されていることを本人が自覚していない場合が多いという指摘があることに留意する。また一般的に脂質異常症の治療は高LDL血症の改善を目的として行われており、次いで中性脂肪の管理を考える。なおHDLコレステロールを上昇させる薬剤は限られており、LDLコレステロールや中性脂肪が正常範囲の場合は治療対象としないことが多い。
- 服薬中場合は指導の対象外となるが、きめ細かな生活習慣改善支援の観点から、かかりつけ医と連携した上で保健指導を行うことも可能である。

4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けていますか。	①はい ②いいえ

解 説

- 脳卒中や心臓病については、既往歴を自己申告した場合でも、勘違い等で実際には発症していない場合もあるので、具体的な症状や治療の内容を確認したほうがよい。特に心臓病に関しては心電図検査の「所見あり正常」等の所見を既往歴として認識している場合も多く注意が必要である。
- これらの既往・現病がある場合は、食事や身体活動・運動についての支援を行う際に、配慮が必要となる場合がある。支援に当たっては、かかりつけ医と連携すること。

- 慢性腎臓病（CKD）とは、腎臓の障害（蛋白尿等）、もしくは糸球体濾過量（GFR）が60ml/分/1.73m²未満の腎機能低下が一定期間持続した状態をいう*1。推定GFR（eGFR）は、血清クレアチニン値から推算できる。

留意事項

- 脳卒中の既往例では、脳卒中の再発や虚血性心疾患の発症リスクが高まる*2ことに留意する。
- 心筋梗塞等の虚血性心疾患の既往例では、虚血性心疾患の再発や心不全の発症リスクが高まることに留意する。
- 慢性腎臓病では、心筋梗塞や心不全、脳卒中の発症率が高まることに留意する。

7	医師から、貧血といわれたことがある。	①はい ②いいえ
---	--------------------	----------

解 説

詳細健診（貧血検査）の必要性を判定するために必要な質問である。脳貧血（迷走神経反射による立ちくらみ等）であるのか、鉄欠乏性貧血等で治療歴があるのかを区別する目的で、質問文では「医師から」と限定している。

留意事項

- 鉄欠乏性貧血の場合は現在の治療状況を確認し、治療を継続しているようであれば、食事や身体活動・運動についてかかりつけ医と連携して支援する。
- 治療の必要性があるにも関わらず、自己判断で治療を中断している場合には、医療機関での精査を促す。

8	現在、たばこを習慣的に吸っている。	①はい ②いいえ
---	-------------------	----------

解 説

保健指導対象者の選定と階層化に必要な質問である。階層化に必要な情報は現在の喫煙の有無のみであるが、「いいえ」と回答した者の中には、過去に喫煙歴のない“生涯非喫煙者”と、過去に喫煙していたが現在喫煙していない“禁煙者”が含まれる。保健指導においては「過去喫煙（やめた）」についても把握することが望ましい。なお、この質問の「たばこ」には、いわゆる加熱式たばこや電子たばこを含む。（詳細は「第3編【別添1】保健指導のための禁煙支援簡易マニュアル」を参照。）また、現喫煙者及び過去喫煙者については、喫煙量（本数・年数）の評価も重要である。喫煙量の評価のための標準的な質問は以下の通りである。

本数：1日に何本吸っていますか（吸っていましたか）1日（ ）本
 年数：通算で何年吸っていますか（吸っていましたか）通算（ ）年間

留意事項

- 喫煙は、動脈硬化や脳卒中死亡（男性の1日1箱以内の喫煙で約1.5倍、1日2箱以上で2.2倍）、虚血性心疾患死亡（同1.5倍、4.2倍）^{*3}、2型糖尿病（1日1箱以上の喫煙で発症リスクが男性で1.4倍、女性で3.0倍）^{*4}のリスク因子である。また、中性脂肪やLDLコレステロールの増加、HDLコレステロールの減少とも関連する^{*5*6}。
- 喫煙とメタボリックシンドロームの重積は、動脈硬化をさらに亢進させ、いずれも該当しない者と比べて脳梗塞や心筋梗塞の発症リスクが4～5倍高まる^{*7}。
- 喫煙者に対しては、本人の意向を踏まえ上で、禁煙を助言し、禁煙に必要な情報の提供を行う。禁煙外来を実施している医療機関のリストを提示するのもよい。
- 過去喫煙者であることが把握できた場合は、禁煙を継続するように励ます。
- 喫煙は歯周病や歯の喪失とも関係する。口腔機能の状態（質問13）によっては食事指導を実施できない場合もあることに留意し、必要に応じて歯科医療機関を紹介する。

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
---	--------------------------	----------

解 説

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ことを意味しており、10kgの体重増加はおよそ70,000kcalに相当する。生活習慣の乱れに起因するエネルギー収支の乱れを認識することができる。

留意事項

- 現在の体重とは別に体重増加量が多いほど糖尿病・高血圧の有病率が高い。
- 20歳からの30年間で5kg以上体重が増えた者は、そうでない者に比べて、糖尿病を発症が男性で2.61倍、女性で2.56倍高かった^{*8}。
- 40～69歳の地域住民約9万人を対象とした検討において、BMIが21.7kg/m²未満の群では、20歳時からの体重増加が10kg以上である場合は、±5kgの場合に比して冠動脈疾患の発症リスクが2.1倍であった^{*9}。
- 男性勤務者約2,600人を対象とした検討において、脂質異常症に対する体重増加のリスクは、5～15%の増加が1.97倍、15%以上の増加が2.68倍であった^{*10}。

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

解 説

- 身体活動・運動の量が多いほど、生活習慣病の発症やそれらによる死亡のリスクが低いことが多くの疫学研究で示されている。また、身体活動・運動の量はエネルギー消費量の多寡と密接に関連しており、肥満の改善に当たっては身体活動の増加、運動習慣の確立によるエネルギー消費量の増加は欠かすことができない。
- 質問10ではスポーツや体力づくり等を目的とした運動の“習慣”の有無を、質問11では就労、家事、移動等生活に関わる身体活動実施時間を、質問12では歩行の速度から、身体活動の強度とその決定要因である体力を把握することを目的としている。
- 質問10の運動とは、余暇時間に目的を持って行う身体活動（スポーツや体力づくり等）のことを指し、運動を習慣的に実施しているか否かを把握することを目的としている。日本人を対象とした前向きコホート研究で、中強度以上（歩行もしくは同等以上）の運動量と生活習慣病や一部のがんの発症との間に有意な負の関係があることを示唆されている^{*11, 12}。
- 質問11では、家事、就労、移動等の日常生活での歩行や身体活動の時間を把握することを目的としている。日本人を対象とした前向きコホート研究で、中強度以上（歩行もしくは同等以上）の身体活動量と生活習慣病や一部のがんの発症との間に有意な負の関係があることを示唆されている^{*12, 13, 14}。
- 質問12では、普段の歩行速度を把握すること、ひいては身体活動の強度の把握を目的としている。前向きコホート研究で、歩行速度と死亡リスクとの間に有意な負の関係があることを示唆されている^{*15, 16}。
- これら3つの質問は、いずれも「健康づくりのための身体活動基準2013（アクティブガイド）」に準じている。それぞれの質問に対する回答から、対象者が①気づく（体を動かす機会の認知）、②始める（身体活動の開始）、③達成する（年齢に応じた目標運動量の達成）、④つながる（他者との身体活動習慣の共有）のいずれの行動変容ステージにあるかを判断することができ、ステージに応じた指導を行う際に有用である。

ステージの判断基準

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

留意事項

- 身体活動・運動は減量ならびに生活習慣病の改善の効果が認められる一方で、誤った実施により、足腰の痛みや思わぬ事故につながる可能性がある。これらを予防し、安全に運動・身体活動を指導するための具体的な判断・対応の手順については、アクティブガイドを参照すること。
- 身体活動・運動の量や歩行速度と生活習慣病の発症や死亡リスクとの間には負の量反応関係が存在している。したがって、保健指導の際には、質問票の回答が“いいえ”から“はい”に変化しなくても、現状よりも少しでも増やす、速くするといった実現可能な目標の設定が可能である。身体活動基準2013やアクティブ

ガイドでも、+10（今よりも10分多く体を動かす）という敷居の低いメッセージを用いて、身体活動の増加を推奨している。

13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	①何でもかんで食べることができる ②歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある ③ほとんどかめない
----	----------------------------	---

解 説

- 第三期特定健康診査から追加された質問である。う蝕（虫歯）、歯周病、歯の喪失やそれ以外の歯・口腔に関わる疾患等により咀嚼機能や口腔機能が低下すると、野菜の摂取は減少し、脂質やエネルギー摂取が増加することで、生活習慣病のリスクが高まることが指摘されている。
- 何でもかんで食べられると、バランスよく食事をとることができるだけでなく、唾液の分泌量が増加するため、消化吸収の促進、味覚の増進等にも有効。
- 歯科保健行動は、口腔衛生用品の選択やよくかむことの習慣づけを通じた早食いの改善等、比較的、導入しやすい取組みも多い。
- ②又は③と回答した者のうち、血糖を下げる薬又はインスリン注射（問2）で治療中の場合は、歯周病の治療等を行うことで糖尿病の重症化を予防することが期待される。
- ②又は③と回答した者の多くは、歯科治療を受けることで改善することが期待されるため、歯科医療機関の受診を勧奨する。

留意事項

- よく噛めないと野菜等の摂取が少なくなる一方、脂質や総エネルギーの摂取量は増え、肥満につながる事が報告されている^{*17}。また、歯の喪失等により咀嚼に支障が生じ、硬い食物を噛めない状態では、食生活に関する指導内容の実践に支障が出る。
- 前期高齢者では現在歯数が20歯未満となる割合が25%と高くなることも踏まえ、それ以前の年齢における歯や口腔の管理が非常に重要なことに留意する。
- ②と回答した者の一部、及び③と回答した場合には、早期に歯科専門職による対応が必要となることが多い。う蝕等に対する修復治療、歯周病に対する治療・定期管理、歯の喪失に対する補綴治療又は口腔機能低下に対する治療等により咀嚼力の回復や口腔機能の向上を図ることができることを説明し、現在治療を受けていない場合には歯科受診を勧める。
- 生活習慣病のリスク因子（肥満、高血圧、高血糖）を有し、口腔内状態が悪く、口腔衛生の習慣が身につけていない者では、保健指導等による介入によってリスク因子が有意に改善したことが報告されている^{*18}。

14	人と比較して食べる速度が速い。	①速い ②普通 ③遅い
----	-----------------	-------------

解 説

“速い”と回答し、かつ肥満傾向がある場合は、仕事や家庭のやむを得ない事情等を確認・共感した上で、少しでも改善できるようにするための工夫を共に考える等の支援を行う。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」等の方法がある。

留意事項

- 日本人を対象とした研究で、食べる速さと肥満度（BMI）との間に関連がある^{*19*20}。
- やせ（ $BMI < 18.5 \text{ kg/m}^2$ ）、及び普通体重（ $18.5 \text{ kg/m}^2 \leq BMI < 25.0 \text{ kg/m}^2$ ）に比べて、肥満（ $BMI \geq 25.0 \text{ kg/m}^2$ ）で食べる速度が速い者の割合が多い^{*21}。
- 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倍になる^{*22}。
- ゆっくりとよく噛む食習慣の実践により、生活習慣病を改善できる可能性が示されている^{*23}。
- 先行研究（23件）のメタ解析から、食べる速度が速い者は、遅い者と比べて肥満のリスクが約2倍であることが示された^{*24}。

15	就寝前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
----	----------------------------	----------

解 説

“はい”と回答し、かつ肥満傾向がある場合は、仕事や家庭のやむを得ない事情等を確認・共感した上で、少しでも改善できるようにするための工夫を共に考える等の支援を行う。対処法として、就寝時間を遅らせるのではなく、たとえば早めの時間に食事をする工夫をしたり、間食等を工夫して就寝前のエネルギー、糖質等の摂取を控える等の方法がある。

留意事項

- 1年後の健診で、「就寝前の2時間以内に夕食を取ることが週に3回以上ある。」ことが改善した者では、腹囲が減少し、HDLコレステロールが増加した^{*25}。

16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	①毎日 ②時々 ③ほとんど摂取しない
----	-----------------------------	-----------------------

解 説

“はい”と回答し、かつ肥満傾向がある場合は、仕事や家庭のやむを得ない事情等を確認・共感した上で、少しでも改善できるような工夫を共に考える等の支援を行う。たとえば、間食の時間・内容等を記録し、間食回数を自覚することで修正を促すような行動科学的なアプローチがある。

留意事項

- 肥満者は普通体重の者に比べて、夕食後に間食をすることが多い^{*26}。
- 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」ことがなくなった者は、体重が減少したという報告がある^{*25}。
- 世界保健機関（WHO）では、成人や子どもにおける肥満や虫歯等の非感染性疾患（NCD）を減らす目的で、遊離糖類（Free Sugars）の摂取量を、総エネルギー摂取量の10%未満とすること強く推奨した^{*27}。なお、遊離糖類とは、グルコースやフルクトース等の単糖類、スクロースや砂糖等の二糖類等食品や飲料の加工調理で加えられるもの、並びに蜂蜜、シロップ、果汁、濃縮果汁等に自然に存在する糖類のことをいう。このガイドラインは、生の果実の摂取を制限するものではないことに留意されたい。
- 果物に関しては、菓子類の間食とは分けて考える必要がある。成人における果物摂取と肥満との関連を調べたシステマティックレビューでは、果物摂取と長期的な体重増加抑制との関連性が示された^{*28}。また、ほかの生活習慣の改善とあわせて果物や野菜の摂取量を増やすことは、肥満や過体重の成人において、肥満が改善されることも示されている^{*29}。ただし、果物は皮をむいて食べることが多く食物繊維の摂取が少なくなること、果物の品種の改良により糖分の多いものが多いことを考慮して、摂取総量には十分に注意を払うように心がける^{*30}。
- 果物の摂取は糖尿病の発症率を低下させるが、過剰摂取は血中の中性脂肪や体重の増加をきたす懸念があるとし、糖尿病診療ガイドライン2016では摂取量を1単位程度としている^{*31}。1単位（80 kcal）とは、みかんなら2個程度に相当する^{*32}。したがって、単純糖質の摂取は控えることが望ましいが、果糖を含む果物は適量摂取が勧められる。
- 11～15歳の小児を対象とした検討において、摂取エネルギーに対する砂糖類の割合や間食（菓子類・果物等）の頻度が高まるほど、虫歯（う蝕）や口腔機能低下のリスクが高まることが報告されている^{*33}。

17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ
----	-------------------	----------

解 説

“はい”と回答した場合は、仕事や家庭のやむを得ない事情等を確認・共感した上で、少しでも改善できるようにするための工夫を共に考える等の支援を行う。朝食

だけに着目するのではなく、就寝時間、夕食（その後の間食）の状況にも留意し、「朝ごはんを食べたくなる」状況を作ることが大切である。たとえば、朝食については、量・バランス等を考慮したものが望ましいが、本人の負担感を軽減できる簡便な方法を紹介する等の方法がある。

留意事項

- 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では、LDLコレステロール値が低下した^{*25}。
- 35～66歳の勤労者約4,600名を対象とした検討において、毎日朝食を摂取する群を基準とした場合の糖尿病の発症リスクは、週に3～5回の摂取が2.1倍、週に1～2回の摂取が1.4倍、完全な欠食が2.1倍であった^{*34}。
- 1995～1997年の国民栄養調査受診者約12,000名（20～60歳未満）を対象とした検討において、欠食群では男女ともエネルギー、カルシウム摂取量が低く、女性ではビタミンDや鉄の摂取量が少なかった。男性では欠食群で収縮期血圧が高い傾向があり、女性では総コレステロールが高い傾向が見られた。欠食群では男女とも喫煙者が多かった。また、女性では飲酒率が高く運動習慣が少なかった。欠食は若年ほど高頻度であった^{*35}。
- 45～74歳の男女、約82,000名を対象としたコホート研究（約13年間の追跡）において、朝食を毎日摂取する群を基準とした場合の脳出血の発症リスクは、週に5～6回の摂取が1.10倍、週3～4回の摂取が1.22倍、週0～2回の摂取が1.36倍と段階的に高くなり、週0～2回の摂取で統計的に有意に高かった^{*36}。

18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度。	①毎日 ②時々 ③ほとんど飲まない（飲めない）
19	飲酒日1日当たりの飲酒量 日本酒1合（180ml）の目安：ビール500ml、焼酎（25度）110ml、ウイスキーダブル1杯（60ml）、ワイン2杯（240ml）	①1合未満 ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3合以上

解 説

がん、高血圧、脳出血、脂質異常症等の飲酒に関連する多くの健康問題のリスクは、1日平均飲酒量と共にほぼ直線的に上昇することが示されている。一方で、全死亡、脳梗塞及び虚血性心疾患については、飲酒量との関係は直線的であるとは言えないが、一定の量を超えるとリスクが高まることが分かっている。

- 飲酒頻度について“毎日”もしくは“時々”と回答し、飲酒量が1～2合以上（②、③、④）である場合は、健康日本21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、飲酒状況の評価（AUDIT）を行った上で、必要であれば減酒支援（ブリーフインターベンション）を行うことが望ましい。
- AUDIT（Alcohol Use Disorders Identification Test）とは、WHOが作成したアルコールスクリーニングテストであり、アルコール依存症やアルコール問題を有する者を抽出するために国際的に広く使われている。

- AUDITは10問からなる質問票（0～40点）であり、8～14点を酒害教育と節酒指導の対象とし、15点以上を断酒指導と専門医療の対象とすることが一般的である。ただし、このカットオフ値は、対象者の特性（AUDITを使用する目的や、対象集団における飲酒文化等）に応じて変動させることができるため、集団間での比較には注意が必要である。
- AUDITは自記式であるため、対象者が故意に飲酒を否認し、過小申告することが考えられる。そのため採点がカットオフ値以下であっても、アルコール問題が大きいと感じられた場合には断酒に向けて介入を行う等、柔軟な対応が必要である。
- AUDITの具体的な質問や採点方法、ブリーフインターベンションについては、第3編（保健指導）を参照のこと。

留意事項

- “ほとんど飲まない（飲めない）”と回答した者には「禁酒者」も含まれている。最も多い禁酒の理由は健康障害（何らかの病気のために禁酒した）であり、コホート研究では禁酒者で死亡リスクが非常に高いことが指摘されている^{*37}。“飲まない”と回答した場合は禁酒者でないか追加の質問で把握することが望ましく、禁酒して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。
- 酒類（日本酒、焼酎、ビール、洋酒等）ごとのリスクの違いについては様々な意見がある。しかし、エビデンスとして合意された見解はなく、摂取するエタノール量の総量と同じであれば酒類によって健康影響に差はない。基本的には、飲酒量×エタノール濃度の大きさを評価すべきである^{*38}。
- 過度の飲酒が歯周病や歯の喪失と関係することが指摘されているため^{*39}、多量飲酒者では口腔機能の悪化に留意する（問13）。

20	睡眠で休養が十分とれている。	①はい ②いいえ
----	----------------	----------

解 説

“いいえ”と答えた者は、睡眠の「量」又は「質」に問題がある可能性がある。量すなわち睡眠時間が不足している場合は、仕事や家庭のやむを得ない事情等を確認し共感した上で、睡眠時間を確保できるよう支援する。特に5時間未満の短時間睡眠では体や心の健康によくないことを説明する。睡眠の質に問題がある場合は、「健康づくりのための睡眠指針2014」12か条^{*40}を参照して支援を行う。

留意事項

- 肥満、高血圧、糖尿病、心房細動、心疾患、脳卒中後等では「睡眠時無呼吸症候群（SAS）」を合併していることが多い^{*41}。昼間の眠気、充足感のない睡眠、いびき、夜間のあえぎ、窒息感等の状況を確認する。SASでは減量が有効なことから、減量への動機付けにつなげることができる。たとえば体重の10%の減量で睡眠時無呼吸は約30%減少すること^{*42}等を説明する。必要に応じて減量や、マウスピース、CPAP等の治療法、医療機関の受診についても情報を提供する^{*43}。
- この質問に“いいえ”と回答した場合、睡眠で重要な事は量と質であることを説

明し、まずは睡眠時間を7時間以上確保するように説明する。5時間未満の睡眠は生活習慣病につながり、心の健康にもよくないことを伝える。不眠症も心と体の健康を害することがあることを説明する。十分な睡眠時間を確保しても睡眠で休養が取れない場合、睡眠時無呼吸、不眠等の頻度の高い睡眠障害について説明し、医療機関の受診についても情報提供する。

- “いいえ”と回答した場合、食生活・運動習慣等の改善意欲が低下しやすいことに留意し、減量目標の設定を急ぐのではなく、睡眠の質と量を確保できるような支援を行う。

21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。	① 改善するつもりはない ② 改善するつもりである (概ね6か月以内) ③ 近いうちに(概ね1か月以内)に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)
----	-----------------------------	--

解 説

保健指導の際に、対象者がどのような行動変容ステージ（準備段階）にあるかを確認するものである。プロチャスカの行動変容理論に基づき、準備段階を踏まえた支援を行う上で活用できる。

留意事項

- 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。
- 改善意欲が低いと回答しても、面接によって意欲が高まることもあるので、保健指導対象として除外する場合は慎重さが求められる。
- すでに取り組んでいる場合（④実行期、⑤維持期）、どのような取り組みをいつから開始しているのか、その効果をどのように感じているのかを確認・賞賛すると共に、取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、目標の見直し等について指導する。
- 準備期（③）では、実行しやすい目標を設定し、適切なタイミングでツールを提供する等して励ますことが有効である。
- 関心期・熟考期（②）では、生活習慣改善のメリットを伝えると共に、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こと^{*44}を伝える等の方法がある。
- 無関心期・前熟考期（①）では、現在の生活習慣が疾病につながることを伝える。ただし、“改善するつもりはない”と回答している者の中には、たとえば、既に良い生活習慣を行っているのにこれ以上の改善はできない等、別の意図で回答している場合もあるので、本人の意識と行動を改めて確認する。その際、たとえば、現在健康のために意識してやっていること等を話してもらうとよい。また、行動

変容が困難感を抱く対象者の心情に共感し、行動変容を阻害している要因や環境を対象者と共に考え、気づきを促すことが必要である。

- この質問では、生活習慣に対する行動変容ステージをまとめて聞いているが、実際には運動、食べ過ぎ、減塩、節酒、禁煙等、それぞれの行動ごとにステージが異なることが一般的であるので、それぞれについて行動変容ステージを問う追加の質問を行うことが望ましい。

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
----	----------------------------------	----------

解 説

“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、等の理由があると考えられる。「いいえ」と回答して積極的ではないと思われる対象者であっても、健診結果をみてから気持ちに変化が生じることもあるため、健診結果や本人の準備状態を十分に配慮しつつ支援を行う。

留意事項

- 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^{*45}。積極的支援のサポートティブな姿勢が、従来の「指導」イメージとは異なることを理解してもらうことが大切である。

文献

1. 日本腎臓学会編. CKD診療ガイド2012
2. 日本動脈硬化学会編. 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012
3. Ueshima H, Choudhury SR, Okayama A, Hayakawa T, Kita Y, Kadowaki T, Okamura T, Minowa M, Iimura O. Cigarette smoking as a risk factor for stroke death in Japan: NIPPON DATA80. *Stroke*. 2004; 35:1836-41.
4. Waki K, Noda M, Sasaki S, Matsumura Y, Takahashi Y, Isogawa A, Ohashi Y, Kadowaki T, Tsugane S; JPHC Study Group. Alcohol consumption and other risk factors for self-reported diabetes among middle-aged Japanese: a population-based prospective study in the JPHC study cohort I. *Diabet Med*. 2005; 22:323-31.
5. Willi C, Bodenmann P, Ghali WA, Faris PD, Cornuz J. Active smoking and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2007; 298:2654-64.
6. Craig WY, Palomaki GE, Haddow JE. Cigarette smoking and serum lipid and lipoprotein concentrations: an analysis of published data. *BMJ*. 1989; 298:784-8.
7. Higashiyama A, Okamura T, Ono Y, Watanabe M, Kokubo Y, Okayama A. Risk of smoking and metabolic syndrome for incidence of cardiovascular disease—comparison of relative contribution in urban Japanese population: the Suita study. *Circ J*. 2009; 73:2258-63.
8. Nanri A, Mizoue T, Takahashi Y, Matsushita Y, Noda M, Inoue M, Tsugane S; Japan Public Health Center-based Prospective Study Group. Association of weight change in different periods of adulthood with risk of type 2 diabetes in Japanese men and women: the Japan Public Health Center-Based Prospective Study. *J Epidemiol Community Health*. 2011; 65:1104-10.
9. Chei CL, Iso H, Yamagishi K, Inoue M, Tsugane S. Body mass index and weight change since 20 years of age and risk of coronary heart disease among Japanese: the Japan Public Health Center-Based Study. *Int J Obes*. 2008; 32:144-51.
10. Sogabe N, Sawada SS, Lee IM, Kawakami R, Ishikawa-Takata K, Nakata Y, Mitomi M, Noguchi J, Tsukamoto K, Miyachi M, Blair SN. Weight change after 20 years of age and the incidence of dyslipidemia: a cohort study of Japanese male workers. *J Public Health*. 2016; 38:e77-83.
11. Hayashi T, Tsumura K, Suematsu C, Okada K, Fujii S, Endo G. Walking to work and the risk for hypertension in men: the Osaka Health Survey. *Ann Intern Med*. 1999; 131:21-26.
12. Suzuki S, Kojima M, Tokudome S, Mori M, Sakauchi F, Fujino Y, Wakai K, Lin Y, Kikuchi S, Tamakoshi K, Yatsuya H, Tamakoshi A. Effect of physical activity on breast cancer risk: findings of the Japan collaborative cohort study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2008; 17:3396-3401.
13. Khan MM, Mori M, Sakauchi F, Matsuo K, Ozasa K, Tamakoshi A. Risk

- factors for multiple myeloma: evidence from the Japan Collaborative Cohort (JACC) study. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2006; 7:575-581.
14. Takahashi H, Kuriyama S, Tsubono Y, Nakaya N, Fujita K, Nishino Y, Shibuya D, Tsuji I. Time spent walking and risk of colorectal cancer in Japan: the Miyagi Cohort study. *Eur J Cancer Prev.* 2007; 16:403-408.
 15. Liu B, Hu X, Zhang Q, Fan Y, Li J, Zou R, Zhang M, Wang X, Wang J. Usual walking speed and all-cause mortality risk in older people: A systematic review and meta-analysis. *Gait Posture.* 2016; 44:172-177.
 16. Nofuji Y, Shinkai S, Taniguchi Y, Amano H, Nishi M, Murayama H, Fujiwara Y, Suzuki T. Associations of walking speed, grip strength, and standing balance with total and cause-specific mortality in a general population of Japanese elders. *J Am Med Dir Assoc.* 2016; 17:184.e1-7.
 17. -メタボリックシンドローム（肥満・脂質異常症・高血圧・糖尿病）-健康長寿社会に寄与する歯科医療・口腔保健のエビデンス2015. p118-128. <https://www.jda.or.jp/pdf/ebm2015Ja.pdf>
 18. 平成27年度厚生労働省歯科保健サービスの効果実証事業「生活習慣病の発症予防に係る歯科保健サービスの効果検証」
 19. Sasaki S, Katagiri A, Tsuji T, Shimoda T, Amano K. Self-reported rate of eating correlates with body mass index in 18-y-old Japanese women. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2003; 27:1405-10.
 20. Otsuka R, Tamakoshi K, Yatsuya H, Murata C, Sekiya A, Wada K, Zhang HM, Matsushita K, Sugiura K, Takefuji S, OuYang P, Nagasawa N, Kondo T, Sasaki S, Toyoshima H. Eating fast leads to obesity: findings based on self-administered questionnaires among middle-aged Japanese men and women. *J Epidemiol.* 2006; 16:117-24.
 21. 平成21年度国民健康・栄養調査
 22. 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; 61:1566-71.
 23. 安藤雄一、花田信弘、柳澤繁孝。「ゆっくりとよく噛んで食べること」は肥満予防につながるか？ヘルスサイエンス・ヘルスケア。2008; 8: 54-63.
 24. Ohkuma T, Hirakawa Y, Nakamura U, Kiyohara Y, Kitazono T, Ninomiya T. Association between eating rate and obesity: a systematic review and meta-analysis. *Int J Obes.* 2015; 39:1589-1596.
 25. 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）
 26. 平成9年度国民栄養調査.
 27. Guideline Sugars intake for adults and children WHO 2015. http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sugars_intake/en/
 28. Hebden L, O'Leary F, Rangan A, Singgih Lie E, Hirani V, Allman-Farinelli M. Fruit Consumption and Adiposity Status in Adults: A

- Systematic Review of Current Evidence. *Crit Rev Food Sci Nutr*. 2015 Jun 26:0.
29. Ledoux TA, Hingle MD, Baranowski T. Relationship of fruit and vegetable intake with adiposity: a systematic review. *Obes Rev*. 2011; 12: e143-150.
 30. 日本糖尿病学会編. 科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン2013.
 31. 日本糖尿病学会編著. 糖尿病診療ガイドライン2016.
 32. 文部科学省. 日本食品標準成分表2015 (七訂) .
 33. Burt BA, Eklund SA, Morgan KJ, Larkin FE, Guire KE, Brown LO, Weintraub JA. The effects of sugars intake and frequency of ingestion on dental caries increment in a three-year longitudinal study. *J Dent Res* 1988; 67:1422-9.
 34. Uemura M, Yatsuya H, Hilawe EH, Li Y, Wang C, Chiang C, Otsuka R, Toyoshima H, Tamakoshi K, Aoyama A. Breakfast Skipping is Positively Associated With Incidence of Type 2 Diabetes Mellitus: Evidence From the Aichi Workers' Cohort Study. *J Epidemiol*. 2015; 25:351-8.
 35. 坂田清美、松村康弘、吉村典子、玉置淳子、橋本勉、小栗重統、岡山明、柳川洋. 国民栄養調査を用いた朝食欠食と循環器疾患危険因子に関する研究. *日本公衆衛生雑誌*. 2001; 48:837-841.
 36. Kubota Y, Iso H, Sawada N, Tsugane S; JPHC Study Group. Association of breakfast intake with Incident stroke and coronary heart disease: The Japan Public Health Center-Based Study. *Stroke*. 2016;47:477-81.
 37. Tsubono Y, Yamada S, Nishino Y, Tsuji I, Hisamichi S. Choice of comparison group in assessing the health effects of moderate alcohol consumption. *JAMA*. 2001; 286:1177-8.
 38. Rimm EB, Stampfer MJ. Wine, beer, and spirits: are they really horses of a different color? *Circulation* 2002; 105: 2806-7.
 39. -NCDsのリスクファクター（喫煙、過度の飲酒、運動不足、食習慣）と口腔保健-健康長寿社会に寄与する歯科医療・口腔保健のエビデンス 2015. p130-144. <https://www.jda.or.jp/pdf/ebm2015Ja.pdf>.
 40. 健康づくりのための睡眠指針 2014. <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujuhou-10900000-Kenkoukyoku/0000047221.pdf>
 41. International classification of sleep disorders, 3rd ed. American Academy of Sleep Medicine. Darien IL, 2014.
 42. Peppard PE, Young T, Palta M, Dempsey J, Skatrud J. Longitudinal study of moderate weight change and sleep-disordered breathing. *JAMA*. 284:3015-3021, 2000.
 43. Consensus Conference Panel, Watson NF et al. Joint Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society on the Recommended Amount of Sleep for a Healthy Adult: Methodology and Discussion. *Sleep* 2015;38:1161-83.
 44. 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）.
 45. 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).

独自に追加する場合に有用と考えられる質問項目

A	食塩(塩分)摂取を控えるようにしていますか。	①はい ②いいえ
B	毎日1回以上魚を食べていますか。	①はい ②いいえ
C	野菜をどの程度食べていますか。	①ほぼ毎食 ②1日1~2回 ③1日1回未満 ④ほとんど食べない
D	1日1回は果物を食べていますか。	①はい ②いいえ
E	ふだん自宅で体重を測っていますか。	①はい ②いいえ
F	ふだん自宅で血圧を測っていますか。	①はい ②いいえ

解 説

標準的な質問票では、肥満と関連する生活習慣についての質問が多く含まれているが、高血圧、脂質異常症、糖尿病に関連するそのほかの生活習慣にも重要なものがある。また集団全体におけるこれらの生活習慣の把握は、保健事業を計画・評価するときにも重要となるため、上記の質問項目を必要に応じて追加することが望ましい(必須ではない)。

- A. 血圧高値の者では、ほぼ全ての人で減塩が必要であるが、簡単な質問で食塩摂取量を把握することはできない。しかし、減塩を実践している人の割合を把握することは重要であり、また実践していない人には減塩の知識や技術の支援が必要である。
- B. 魚介類に多く含まれるn-3系脂肪酸(EPA及びDHA)には、冠動脈疾患予防や血圧低下の効果があることが報告されており、また、食事バランスの点からも、魚の摂取が少ない人では魚摂取の増加を指導すべきである。
- C. 野菜摂取は1日350グラムが推奨されているが、わが国の摂取量は未だ不十分である。野菜に多く含まれるカリウムや食物繊維には血圧低下、血糖値低下、血清脂質改善の効果があることが報告されており、ほぼ全ての対象者で必要な指導項目である。小鉢1皿で野菜約70gが摂取できるので1日小鉢5皿分が目安であり、毎食野菜を摂取することが望ましい。
- D. 果物に含まれるカリウムには血圧低下作用があるため、血圧高値の者では果物の摂取が重要である。1日200g程度(リンゴなら1個、大きめのミカンなら2個)の摂取が適当であるため、1日少なくとも1回の果物摂取が勧められる。
- E. 肥満者における体重管理においては、日常的な体重測定によるセルフモニタリングが重要である。体重測定が習慣になっていない者では、習慣とするよう支援す

る。

F. 近年は家庭血圧計が普及しているため、血圧高値者における血圧管理においては、日常的な血圧測定によるセルフモニタリングが重要である。血圧測定が習慣になっていない者では、習慣とするよう支援する。

留意事項

- 「減塩している」と答えた人では、していない人に比べて1日1-2g食塩摂取量が低いと報告されている^{*1, 2}。
- 食事バランスガイド（農林水産省・厚生労働省）では、成人において1日350g以上の野菜摂取と1日200g程度の果物摂取が推奨されており、健康日本21でも1日350g以上の野菜摂取が目標とされている。日本高血圧学会による高血圧治療ガイドラインでは、高血圧者における生活習慣修正項目として野菜・果物の積極的摂取と魚（魚油）の積極的摂取をあげている^{*3}。
- 腎臓病があつてカリウム制限が必要な者では、野菜と果物の適切な摂取量について医師及び栄養士の指示に従う。
- 果物には糖分も多いため、血糖高値や肥満がある者では、全体の摂取エネルギーを考慮して果物摂取の推奨を行う。
- 家庭血圧の測定方法については、日本高血圧学会による家庭血圧測定の指針に従う^{*4}。

文献

1. 常松典子、上島弘嗣、奥田奈賀子、由田克士、岡山明、斎藤重幸、坂田清美、岡村智教、ソヘル・レザ・チュウドリ、門脇崇、喜多義邦、中川秀昭、INTERMAP日本研究班. 減塩食実施者は通常の食生活の人に比べ食塩摂取量がどの程度少ないか? ~INTERMAP日本より~. 日本循環器病予防学会誌. 2004; 39: 149-156.
2. Okuda N, Stamler J, Brown IJ, Ueshima H, Miura K, Okayama A, Saitoh S, Nakagawa H, Sakata K, Yoshita K, Zhao L, Elliott P; INTERMAP Research Group. Individual efforts to reduce salt intake in China, Japan, UK, USA: what did people achieve? The INTERMAP Population Study. J Hypertens. 2014; 32:2385-92. 34.
3. 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.
4. 日本高血圧学会編. 家庭血圧測定の指針（第2版）. 2011年.

健診の検査実施方法及び留意事項

健診の検査実施方法について下記のとおりとすることが望ましい。

(1) 検査前の食事の摂取、運動について

- ア アルコールの摂取や激しい運動は、健診の前日より控える。
- イ 午前中に健診を実施する場合は、空腹時血糖、中性脂肪等の検査結果に影響を及ぼすため、健診前10時間以上は、水以外の飲食物を摂取しない。
- ウ 午後に健診を実施する場合は、HbA1c 検査を実施する場合であっても、軽めの朝食とするとともに、他の検査結果への影響を軽減するため、健診まで水以外の飲食物を摂取しないことが望ましい。
- 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、軽呼吸時において、臍の高さで測定する。
- イ 脂肪の蓄積が著明で臍が下方に変位している場合は、肋骨下縁と上前腸骨棘の 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://www0.nih.go.jp/eiken/info/kokuchou.html>) において示されているので、参考とされたい。

(3) 血圧の測定

- ア 測定回数は原則2回とし、その2回の測定値の平均値を用いる。ただし、実施状況に応じて、1回の測定についても可とする。
- イ その他、測定方法については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック第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、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）及びnon-HDLは、次式により計算する：

Friedewald 式によるLDL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) - 中性脂肪(mg/dl) / 5

non-HDLコレステロール値(mg/dl) = 総コレステロール値(mg/dl) - HDLコレステロール値(mg/dl)

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

(5) 血糖検査

次のア又はイのいずれかの方法により行う。

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。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。

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時間以内とする。

② 原則として、フッ化ナトリウム入り採血管（血糖検査用採血管）を用いる。

③ 採血後、採血管を5～6回静かに転倒・混和する。

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

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

⑥ 測定方法については、電位差法、可視吸光光度法、紫外吸光光度法等による。

イ HbA1c検査

① フッ化ナトリウム入り採血管（血糖検査用採血管）又はエチレンジアミン四酢酸（EDTA）入り採血管を用いる。

② 採血後、採血管を5～6回静かに転倒・混和する。

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

(6) 尿中の糖及び蛋白の検査

- ア 原則として、中間尿を採尿する。
- イ 採取後、4時間以内に試験紙法で測定することが望ましいが、困難な場合には、尿検体を専用の容器に移して密栓し、室温で保存する場合は 24 時間以内、冷蔵で保存する場合は 48 時間以内に測定する。
- ウ その他、測定方法及び判定方法については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック第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

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。

eGFRについては次式により計算する：

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

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

③心電図検査

- ア 安静時の標準 12 誘導心電図を記録する。
- イ その他、検査方法及び判定基準については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック第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」（社団法人日本循環器管理研究協議会編）や「手にとるようにわかる健診のための眼底検査」（大阪府立健康科学センター編著）等）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>）及び財団法人大阪府保健医療財団大阪がん循環器病予防センターのホームページ（<http://www.osaka-ganjun.jp/effort/cvd/gantei/>）においても示されているのでこれを参考とされたい。

健診検査項目の保健指導判定値及び受診勧奨判定値

番号	項目コード (JLAC10)	項目名	保健指導判定値	受診勧奨判定値	データタイプ	単位	検査方法	備考
1	9A75500000000001 9A75200000000001 9A75100000000001	収縮期血圧	130	140	数字	mmHg	3:その他 2:2回目 1:1回目	平均値等、「1回目」、「2回目」以外の値の最も確かな値を記入する
2	9A76500000000001 9A76200000000001 9A76100000000001	拡張期血圧	85	90	数字	mmHg	3:その他 2:2回目 1:1回目	平均値等、「1回目」、「2回目」以外の値の最も確かな値を記入する
3	3F015000002327101 3F015000002327201 3F015000002399901	中性脂肪	150	300	数字	mg/dl	1:可視吸光度法 (酵素比色法・グリセロール消去) 2:紫外吸光度法 (酵素比色法・グリセロール消去) 3:その他	空腹時の測定を原則とした判定値 空腹時の測定を原則とした判定値
4	3F070000002327101 3F070000002327201 3F070000002399901	HDLコレステロール	39	34	数字	mg/dl	1:可視吸光度法 (直接法(非沈殿法)) 2:紫外吸光度法 (直接法(非沈殿法)) 3:その他	
5	3F077000002327101 3F077000002327201 3F077000002399901 3F077000002391901	LDLコレステロール	120	140	数字	mg/dl	1:可視吸光度法 (直接法(非沈殿法)) 2:紫外吸光度法 (直接法(非沈殿法)) 3. その他 4. 計算法	空腹時採血を行い総コレステロール値を測定した上で、Friedewald式を用いて算出する場合
6	3F069000002391901	non-HDLコレステロール	150	170	数字	mg/dl		non-HDLコレステロール値=総コレステロール値-HDLコレステロール値
7	3D010000002226101 3D010000002227201 3D010000001927201 3D010000001999901	空腹時血糖	100	126	数字	mg/dl	1:電位差法 (ブドウ糖酸化酵素電極法) 2:可視吸光度法 (ブドウ糖酸化酵素法) 3:紫外吸光度法(ヘキシナーゼ法、グルコキナーゼ法、ブドウ糖脱水素酵素法) 4:その他	
8	3D046000001906202 3D046000001920402 3D046000001927102 3D046000001999902	HbA1c (NGSP)	5.6	6.5	数字	%	1:ラテックス凝集比濁法 (免疫学的方法) 2:HPLC (不安定分画除去HPLC法) 3:酵素法 4:その他	小数点以下1桁 小数点以下1桁 小数点以下1桁 小数点以下1桁
9	3D010129901926101 3D010129902227101 3D010129901927201 3D010129901999901	随時血糖	100	126	数字	mg/dl	1:電位差法 (ブドウ糖酸化酵素電極法) 2:可視吸光度法 (ブドウ糖酸化酵素法) 3:紫外吸光度法(ヘキシナーゼ法、グルコキナーゼ法、ブドウ糖脱水素酵素法) 4:その他	
10	3B035000002327201 3B035000002399901	AST(GOT)	31	51	数字	U/L	紫外吸光度法 (JSCC標準化対応法) 2:その他	
11	3B045000002327201 3B045000002399901	ALT(GPT)	31	51	数字	U/L	紫外吸光度法 (JSCC標準化対応法) 2:その他	
12	3B090000002327101 3B090000002399901	γ-GT(γ-GTP)	51	101	数字	U/L	可視吸光度法 (IFCC(JSCC)標準化対応法) 2:その他	
13	8A065000002391901	eGFR	60	45	数字	ml/分 /1.73m ²		男性:eGFR(ml/分/1.73m ²)=194×血清クレアチニン値 ^{-1.094} ×年齢 ^{-0.287} 女性:eGFR(ml/分/1.73m ²)=194×血清クレアチニン値 ^{-1.094} ×年齢 ^{-0.287} ×0.739
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)	数字	g/dl	児童血球算定装置	

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

※3～6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。

※7～8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。

※9～11のデータ基準については日本消化器病学会肝機能研究班意見書に基づく。

※12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。

※13のデータ基準については、WHOの貧血の判定基準、人間ドック学会作成の「人間ドック成績判定及び事後指導に関するガイドライン」のデータ等に基づく。

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

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

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保護について必ずしも十分でない。

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

このため、この指針においては、各健康増進事業実施者により適切な健康増進事業が実施されるよう、健康診査の実施、健康診査の結果の通知、その結果を踏まえた栄養指導その他の保健指導の実施等、健康手帳等による健康診査の結果等に関する情報の継続の在り方及び個人情報の取扱いについて、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、個人情報保護等について最大限に配慮するとともに、以下に定める事項を基本的な方向として、国民の健康増進に向けた自主的な取組を進めるよう努めるものとする。

なお、この指針は、必要に応じ、適宜見直すものとする。

第二 健康診査の実施に関する事項

一 健康診査の在り方

1 健康増進事業実施者は、健康診査の対象者に対して、その目的、意義及び実施内容について十分な周知を図り、加齢による心身の特性の変化などライフステージや性差に応じた健康診査の実施等により対象者が自らの健康状態を把握し、もって生涯にわたる健康の増進に資するように努め、未受診者に対して受診を促すよう特に配慮すること。例えば、壮年期においては、内臓脂肪の蓄積を共通の要因として、糖代謝異常、脂質代謝異常、高血圧の状態が重複した場合に、心血管疾患等の発症可能性が高まることから、これらの発症及び重症化の予防に資するものとする。また、その際は、身長、体重及び腹囲の検査、血圧の測定、高比重リポ蛋白コレステロール(HDLコレステロール)及び血清トリグリセライドの量の検査並びに血糖検査を健康診査における検査項目に含むものとする。

2 健康増進事業実施者は、生涯にわたる健康の増進の観点等から、健康診査の実施について、加齢による心身の特性の変化などライフステージや性差に応じた健康課題に対して配慮しつつ、他の制度で健康診査が実施された場合の対応等、各制度間及び制度内の整合性を取るために必要な相互の連携を図ること。

3 健康増進事業実施者は、関係法令を踏まえ、健康診査における検査項目及び検査方法に関し、科学的知見の蓄積等を踏まえて、必要な見直しを行うこと。

4 健康増進事業実施者は、各制度の目的を踏まえつつ、健康診査における検査項目及び検査方法を設定又は見直す場合、加齢による心身の特性の変化などライフステージや性差に応じた健康課題に対して配慮するとともに、科学的知見の蓄積等を踏まえて、疾病の予防及び発見に係る有効性等について検討すること。

5 健康増進事業実施者は、健康診査の検査項目について受診者にあらかじめ周知するとともに、法令上の実施義務が課されている検査項目を除き、受診者が希望しない検査項目がある場合、その意思を尊重すること。また、法令上の実施義務が課されている検査項目を除き、特に個人情報の保護等について最大限に配慮することが望ましい検査項目があるときには、あらかじめ当該検査項目の実施等につき受診者の同意を得ること。

二 健康診査の精度管理

1 健康増進事業実施者は、健康診査の精度管理(健康診査の精度を適正に保つことをいう。以下同じ。)が生涯にわたる個人の健康管理の基盤として重要であることにかんがみ、健康診査における検査結果の正確性を確保するとともに、検査を実施する者や精度管理を実施する者が異なる場合においても、受診者が検査結果を正確に比較できるようにすること。また、

必要のない再検査及び精密検査を減らす等必要な措置を講じることにより健康診査の質の向上を図ること。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

康の保持その他の生活習慣の改善を含む健康増進に関する事項、疾病を理解するための情報の提供を含むこと。

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

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

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

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

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

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

点から、地域単位(保健所の所管区域等)においても関係機関等から構成される協議会等を設置するよう努めること。なお、関係機関等から構成される協議会等が既に設置されている場合は、その活用を行うこと。

協議会等の事業については、参考として次に掲げるものが考えられる。

(一) 都道府県単位

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

(二) 地域単位

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

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

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

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

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

- (一) 健診結果等情報を継続して健康管理に役立たせていくように本人に働きかけること。
- (二) 職場、住所等を異動する際において、本人が希望する場合には、異動元の健康増進事業実施者が一定期間保存及び管理している健康診査の結果を本人に提供するとともに異動先の健康増進事業実施者に同情報を提供するように本人に対し勧奨し、又は、個人情報保護法令により必要な場合には本人の同意を得た上で、異動先の健康増進事業実施者に健診結果等情報を直接提供する等健診結果等情報を継続するために必要な工夫を図ること。

第五 健康診査の結果等に関する個人情報の取扱いに関する事項

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

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

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

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

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

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

第六 施行期日

この指針は、健康増進法第九条の施行の日から施行するものとする。

(施行の日＝平成一六年八月一日)

改正 (平成一九年一〇月二九日厚生労働省告示第三四九号)

平成二十年四月一日から適用する。

項目	項目コード	項目名	データ基準		データ値	単位	データコメント	検査の実施	検査方法	備考
			下限値	上限値						
身体計測	○	9N001000000000001	身長			数字	cm			小数点以下1桁
	○	9N006000000000001	体重			数字	kg			小数点以下1桁
	○	9N011000000000001	BMI			数字	kg/m ²			小数点以下1桁
	○	9N021000000000001	内臓脂肪面積			数字	cm ²			小数点以下1桁
	○	9N016160100000001	腹囲(実測)			数字	cm		1: 実測	小数点以下1桁
	○	9N016160200000001	腹囲(自己判定)			数字	cm		2: 自己測定	小数点以下1桁
	○	9N016160300000001	腹囲(自己申告)			数字	cm		3: 自己申告	小数点以下1桁 BMIが22未満である者に限る
	9N026000000000002	肥満度			数字	%				小数点以下1桁
	9N051000000000049	業務歴				漢字				
診察	○	9N056000000000011	既往歴			コード				1: 特記すべきことあり、2: 特記すべきことなし
	○	9N056160400000049	(具体的な既往歴)			漢字				特記すべきことありの場合に記載
	○	9N061000000000011	自覚症状			コード				1: 特記すべきことあり、2: 特記すべきことなし
	○	9N061160800000049	(所見)			漢字				特記すべきことありの場合に記載
	○	9N066000000000011	他覚症状			コード				1: 特記すべきことあり、2: 特記すべきことなし
	○	9N066160800000049	(所見)			漢字				特記すべきことありの場合に記載
		9N071000000000049	その他(家族歴等)			漢字				
		9N076000000000049	視診(口腔内含む)			漢字				
		9N081000000000049	打聴診			漢字				
		9N086000000000049	触診(関節可動域含む)			漢字				
		9N091000000000001	反復唾液嚥下テスト			数字	回			
血圧等	○	9A755000000000001	収縮期血圧(その他)			数字	mmHg		3: その他	平均値等、「1回目」、「2回目」以外の値の最も確かな値を記入する
	○	9A752000000000001	収縮期血圧(2回目)			数字	mmHg		2: 2回目	
	○	9A751000000000001	収縮期血圧(1回目)			数字	mmHg		1: 1回目	
	○	9A765000000000001	拡張期血圧(その他)			数字	mmHg		3: その他	平均値等、「1回目」、「2回目」以外の値の最も確かな値を記入する
	○	9A762000000000001	拡張期血圧(2回目)			数字	mmHg		2: 2回目	
	○	9A761000000000001	拡張期血圧(1回目)			数字	mmHg		1: 1回目	
○	9N121000000000001	心拍数			数字	拍/分				
☆	9N141000000000011	採血時間(食後)				コード				1: 食後10時間未満、2: 食後10時間以上、3: 食後3.5時間以上10時間未満、4: 食後3.5時間未満
生化学検査		3F05000002327101	総コレステロール			数字	mg/dl		1: 可視吸光度法(コレステロール酸化酵素法)	
		3F05000002327201				数字	mg/dl		2: 紫外吸光度法(コレステロール脱水素酵素法)	
		3F05000002399901				数字	mg/dl		3: その他	
	○	3F015000002327101	中性脂肪(トリグリセリド)			数字	mg/dl		1: 可視吸光度法(酵素比色法・グリセロール消去)	
		3F015000002327201				数字	mg/dl		2: 紫外吸光度法(酵素比色法・グリセロール消去)	
		3F015000002399901				数字	mg/dl		3: その他	
	○	3F07000002327101	HDLコレステロール			数字	mg/dl		1: 可視吸光度法(直接法(非沈殿法))	
		3F07000002327201				数字	mg/dl		2: 紫外吸光度法(直接法(非沈殿法))	
		3F07000002399901				数字	mg/dl		3: その他	
	○	3F077000002327101	LDLコレステロール			数字	mg/dl		1: 可視吸光度法(直接法(非沈殿法))	
		3F077000002327201				数字	mg/dl		2: 紫外吸光度法(直接法(非沈殿法))	
		3F077000002399901				数字	mg/dl		3: その他	
		3F077000002391901				数字	mg/dl		4: 計算法	
		3F069000002391901	non-HDLコレステロール			数字	mg/dl			
	○	3J010000002327101	総ビリルビン			数字	mg/dl		1: 可視吸光度法(化学酸化法、酵素法、ジブゾ法)	小数点以下1桁
		3J010000002399901				数字	mg/dl		2: その他	小数点以下1桁
	○	3B035000002327201	GOT(AST)			数字	U/l		1: 紫外吸光度法(JSCC標準化対応法)	
		3B035000002399901				数字	U/l		2: その他	
	○	3B045000002327201	GPT(ALT)			数字	U/l		1: 紫外吸光度法(JSCC標準化対応法)	
		3B045000002399901				数字	U/l		2: その他	
	○	3B090000002327101	γ-GT(γ-GTP)			数字	U/l		1: 可視吸光度法(JSCC標準化対応法)	
		3B090000002399901				数字	U/l		2: その他	
	○	3B070000002327101	ALP			数字	U/l		1: 可視吸光度法(JSCC標準化対応法)	
		3B070000002399901				数字	U/l		2: その他	
□	3C015000002327101	血清クレアチニン			数字	mg/dl		1: 可視吸光度法(酵素法)	小数点以下2桁	
	3C015000002399901				数字	mg/dl		2: その他	小数点以下2桁	
□	8A065000002391901	eGFR			数字	ml/min/1.73m ²			少数点以下1桁	
□	3C015161602399911	血清クレアチニン(対象者)				コード				1: 検査結果による血清クレアチニン検査対象者 ※詳細な健診の項目として実施しない場合で、値を出現させるときは0(ゼロ)を入力する
□	3C015161002399949	血清クレアチニン(実施理由)				漢字				詳細な健診の項目として血清クレアチニン検査を実施した場合は必須
	3C020000002327101	血清尿酸			数字	mg/dl		1: 可視吸光度法(ウリカーゼ・ベルオキシターゼ法)	小数点以下1桁	
	3C020000002399901				数字	mg/dl		2: その他	小数点以下1桁	
	3A010000002327101	総蛋白			数字	g/dl		1: 可視吸光度法(ビウレット法)	小数点以下1桁	
	3A010000002399901				数字	g/dl		2: その他	小数点以下1桁	
	3A015000002327101	アルブミン			数字	g/dl		1: 可視吸光度法(BCG法、BCP改良法)	小数点以下1桁	
	3A015000002399901				数字	g/dl		2: その他	小数点以下1桁	
	3A016000002327102	A/G			数字				計算値	
	5C095000002302301	血清フェリチン			数字	ng/ml		1: エンザイム免疫アッセイ(EIA)	小数点以下1桁	
	5C095000002399901				数字	ng/ml		2: その他	小数点以下1桁	
血糖検査	●	3D010000001926101	空腹時血糖			数字	mg/dl		1: 電位差法(ブドウ糖酸化酵素電極法)	特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは2(10時間以上)でなければならない
		3D010000002227101				数字	mg/dl		2: 可視吸光度法(ブドウ糖酸化酵素法)	特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは2(10時間以上)でなければならない
		3D010000001927201				数字	mg/dl		3: 紫外吸光度法(ヘキソキナーゼ法、グルコキナーゼ法、ブドウ糖脱水素酵素法)	特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは2(10時間以上)でなければならない
		3D010000001999901				数字	mg/dl		4: その他	特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは2(10時間以上)でなければならない
	●	3D010129901926101	随時血糖			数字	mg/dl		1: 電位差法(ブドウ糖酸化酵素電極法)	特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは3(3.5時間以上10時間未満)でなければならない
		3D010129902227101				数字	mg/dl		2: 可視吸光度法(ブドウ糖酸化酵素法)	特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは3(3.5時間以上10時間未満)でなければならない
		3D010129901927201				数字	mg/dl		3: 紫外吸光度法(ヘキソキナーゼ法、グルコキナーゼ法、ブドウ糖脱水素酵素法)	特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは3(3.5時間以上10時間未満)でなければならない
		3D010129901999901				数字	mg/dl		4: その他	特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは3(3.5時間以上10時間未満)でなければならない
	●	3D046000001906202	HbA _{1c} (NGSP値)			数字	%		1: 免疫学的方法(ラテックス凝集比濁法等)	小数点以下1桁
		3D046000001920402				数字	%		2: HPLC(不安定分画除去HPLC法)	小数点以下1桁
	3D046000001927102				数字	%		3: 酵素法	小数点以下1桁	
	3D046000001999902				数字	%		4: その他	小数点以下1桁	
尿検査	○	1A02000000191111	尿糖			コード			1: 試験紙法(機械読み取り)	1: -, 2: ±, 3: +, 4: ++, 5: +++
		1A02000000190111				コード			2: 試験紙法(目視法)	1: -, 2: ±, 3: +, 4: ++, 5: +++
	○	1A01000000191111	尿蛋白			コード			1: 試験紙法(機械読み取り)	1: -, 2: ±, 3: +, 4: ++, 5: +++
		1A01000000190111				コード			2: 試験紙法(目視法)	1: -, 2: ±, 3: +, 4: ++, 5: +++
		1A10000000191111	尿潜血			コード			1: 試験紙法(機械読み取り)	1: -, 2: ±, 3: +, 4: ++, 5: +++
		1A10000000190111				コード			2: 試験紙法(目視法)	1: -, 2: ±, 3: +, 4: ++, 5: +++
	1A105160700166211	尿沈渣(所見の有無)			コード					1: 所見あり、2: 所見なし
	1A105160800166249	尿沈渣(所見)			漢字					所見ありの場合に記載
	1A03000000190301	比重			数字			1: 屈折計法		小数点以下3桁

	1A03000000199901				数字			2:その他	小数点以下3桁
	3A015000000106101				数字	mg/L		1:免疫比濁法(TIA)(尿)	少数点以下1桁
	3A015000000199901	尿中アルブミン定量			数字	mg/L		2:その他(尿)	少数点以下1桁
	3A015000000406101				数字	mg/L		3:免疫比濁法(TIA)(蓄尿)	少数点以下1桁
	3A015000000499901				数字	mg/L		4:その他(蓄尿)	少数点以下1桁
	3A015000000106128				数字	mg/g・C _R		1:免疫比濁法(TIA)	少数点以下1桁
	3A015000000199928	尿中アルブミンクレアチニン補正値/アルブミン指数			数字	mg/g・C _R		2:その他	少数点以下1桁
	3A015000000406126	尿中アルブミン一日量			数字	mg/day		1:免疫比濁法(TIA)	少数点以下1桁
	3A015000000499926				数字	mg/day		2:その他	少数点以下1桁
血液検査	<input type="checkbox"/>	2A040000001930102	ヘマトクリット値		数字	%		自動血球算定装置	小数点以下1桁
	<input type="checkbox"/>	2A030000001930101	血色素量[ヘモグロビン値]		数字	g/dl		自動血球算定装置	小数点以下1桁
	<input type="checkbox"/>	2A020000001930101	赤血球数		数字	万/mm ³		自動血球算定装置	
	<input type="checkbox"/>	2A020161001930149	貧血検査(実施理由)		漢字				詳細な健診の項目として貧血検査を実施した場合は必須
		2A060000001930101	MCV		数字	f1		自動血球算定装置	小数点以下1桁
		2A070000001930101	MCH		数字	pg		自動血球算定装置	小数点以下1桁
		2A080000001930101	MCHC		数字	%		自動血球算定装置	小数点以下1桁
		2A010000001930101	白血球数		数字	/mm ³		自動血球算定装置	
		2A050000001930101	血小板数		数字	万/mm ³		自動血球算定装置	
	<input type="checkbox"/>	9A110160700000011	心電図(所見の有無)			コード			1:所見あり、2:所見なし
<input type="checkbox"/>	9A110160800000049	心電図(所見)			漢字			所見ありの場合に記載	
<input type="checkbox"/>	9A110161600000011	心電図(対象者)			コード			1:検査結果による心電図検査対象者 2:不整脈による心電図検査対象者 ※詳細な健診の項目として実施しない場合で、値を出現させるときは0(ゼロ)を入力する	
<input type="checkbox"/>	9A110161000000049	心電図(実施理由)			漢字			詳細な健診の項目として心電図検査を実施した場合は必須	
	9N201000000000011	胸部エックス線検査(がん:直接撮影)			コード		1:直接撮影	1:A、2:B、3:C、4:D、5:E	
	9N206160700000011	胸部エックス線検査(一般:直接撮影)(所見の有無)			コード		1:直接撮影	1:所見あり、2:所見なし、3:要再撮影	
	9N206160800000049	胸部エックス線検査(一般:直接撮影)(所見)			漢字		1:直接撮影	所見ありの場合に記載	
	9N211161100000049	胸部エックス線検査(直接撮影)(撮影年月日)			年月日		1:直接撮影	yyyymmdd	
	9N211161200000049	胸部エックス線検査(直接撮影)(フィルム番号)			漢字		1:直接撮影		
	9N216000000000011	胸部エックス線検査(がん:間接撮影)			コード		2:間接撮影	1:A、2:B、3:C、4:D、5:E	
	9N221160700000011	胸部エックス線検査(一般:間接撮影)(所見の有無)			コード		2:間接撮影	1:所見あり、2:所見なし、3:要再撮影	
	9N221160800000049	胸部エックス線検査(一般:間接撮影)(所見)			漢字		2:間接撮影	所見ありの場合に記載	
	9N226161100000049	胸部エックス線検査(間接撮影)(撮影年月日)			年月日		2:間接撮影	yyyymmdd	
	9N226161200000049	胸部エックス線検査(間接撮影)(フィルム番号)			漢字		2:間接撮影		
	6A010160706170411	喀痰検査(塗抹鏡検 一般細菌)(所見の有無)			コード			1:所見あり、2:所見なし	
	6A010160806170449	喀痰検査(塗抹鏡検 一般細菌)(所見)			漢字			所見ありの場合に記載	
	6A205000006171711	喀痰検査(塗抹鏡検 抗酸菌)			コード			1:-、2:±、3:+、4:2+、5:3+	
	6A205165606171711	喀痰検査(ガフキー号数)			コード			1:0号、2:1号、3:2号、4:3号、5:4号、6:5号、7:6号、8:7号、9:8号、10:9号、11:10号	
	7A010000006143311	喀痰細胞診検査			コード			1:A、2:B、3:C、4:D、5:E	
	9N251000000000011	胸部CT検査(がん)			コード			1:A、2:B、3:C、4:D、5:E	
	9N251160700000011	胸部CT検査(所見の有無)			コード			1:所見あり、2:所見なし	
	9N251160800000049	胸部CT検査(所見)			漢字			所見ありの場合に記載	
	9N251161100000049	胸部CT検査(撮影年月日)			年月日			yyyymmdd	
	9N251161200000049	胸部CT検査(フィルム番号)			漢字				
	9N256160700000011	上部消化管エックス線(直接撮影)(所見の有無)			コード			1:所見あり、2:所見なし、3:要再撮影	
	9N256160800000049	上部消化管エックス線(直接撮影)(所見)			漢字			所見ありの場合に記載	
	9N256161100000049	上部消化管エックス線(直接撮影)(撮影年月日)			年月日			yyyymmdd	
	9N256161200000049	上部消化管エックス線(直接撮影)(フィルム番号)			漢字				
	9N261160700000011	上部消化管エックス線(間接撮影)(所見の有無)			コード			1:所見あり、2:所見なし、3:要再撮影	
	9N261160800000049	上部消化管エックス線(間接撮影)(所見)			漢字			所見ありの場合に記載	
	9N261161100000049	上部消化管エックス線(間接撮影)(撮影年月日)			年月日			yyyymmdd	
	9N261161200000049	上部消化管エックス線(間接撮影)(フィルム番号)			漢字				
	9N266160700000011	上部消化管内視鏡検査(所見の有無)			コード			1:所見あり、2:所見なし	
	9N266160800000049	上部消化管内視鏡検査(所見)			漢字			所見ありの場合に記載	
	3B339000002399811	ペプシノゲン			コード		方法問わず	1:陽性、2:陰性	
	9F130160700000011	腹部超音波(所見の有無)			コード			1:所見あり、2:所見なし	
	9F130160800000049	腹部超音波(所見)			漢字			所見ありの場合に記載	
	9N271160700000011	婦人科診察(所見の有無)			コード			1:所見あり、2:所見なし	
	9N271160800000049	婦人科診察(所見)			漢字			所見ありの場合に記載	
	9N276160700000011	乳房視触診(所見の有無)			コード			1:所見あり、2:所見なし	
	9N276160800000049	乳房視触診(所見)			漢字			所見ありの場合に記載	
	9N281160700000011	乳房画像診断(マンモグラフィ)(所見の有無)			コード			1:所見あり、2:所見なし、3:要再撮影、4:マンモグラフィ不適	
	9N281160800000049	乳房画像診断(マンモグラフィ)(所見)			漢字			所見ありの場合に記載	
	9F140160700000011	乳房超音波検査(所見の有無)			コード			1:所見あり、2:所見なし	
	9F140160800000049	乳房超音波検査(所見)			漢字			所見ありの場合に記載	
	9N291160700000011	子宮頸部視診(所見の有無)			コード			1:所見あり、2:所見なし	
	9N291160800000049	子宮頸部視診(所見)			漢字			所見ありの場合に記載	
	9N296160700000011	子宮内診(所見の有無)			コード			1:所見あり、2:所見なし	
	9N296160800000049	子宮内診(所見)			漢字			所見ありの場合に記載	
	7A021165008543311	子宮頸部細胞診(細胞診婦人科材料)(日母分類)			コード			1:class I、2:class II、3:class IIIa、4:class IIIb、5:class IV、6:class V、7:検体不良	
	7A021165208543311	子宮頸部細胞診(細胞診婦人科材料)(ベセスダシステム2001)			コード			1:NILM、2:ASC-US、3:ASC-H、4:LSIL、5:HSIL、6:SCC、7:AGC、8:AIS、9:Adenocarcinoma、10:other	
	7A022000008543311	子宮体部細胞診(細胞診婦人科材料)			コード			1:陽性、2:疑陽性、3:陰性、4:検体不良	
	9Z771160700000011	直腸肛門機能(2項目以上)(所見の有無)			コード			1:所見あり、2:所見なし	
	9Z771160800000049	直腸肛門機能(2項目以上)(所見)			漢字			所見ありの場合に記載	
	9Z770160700000011	直腸肛門機能(1項目)(所見の有無)			コード			1:所見あり、2:所見なし	
	9Z770160800000049	直腸肛門機能(1項目)(所見)			漢字			所見ありの場合に記載	
	1B030000001599811	便潜血			コード		方法問わず	1:陽性、2:陰性	
	5D305000002399811	PSA(前立腺特異抗原)			コード		方法問わず	1:陽性、2:陰性	
	9C310000000000001	肺機能検査(努力肺活量)			数字	l		小数点以下1桁	
	9C320000000000001	肺機能検査(1秒量)			数字	l		小数点以下1桁	
	9C330000000000002	肺機能検査(1秒率)			数字	%		小数点以下1桁	
	9C380000000000002	肺機能検査(%VC)			数字	%		小数点以下1桁	
	9E160162100000001	視力(右)			数字			小数点以下2桁	
	9E160162500000001	視力(右:矯正)			数字			小数点以下2桁	
	9E160162200000001	視力(左)			数字			小数点以下2桁	
	9E160162600000001	視力(左:矯正)			数字			小数点以下2桁	
	9D100163100000011	聴力(右、1000Hz)			コード			1:所見あり、2:所見なし	

	9D100163200000011	聴力(右、4000Hz)				コード					1: 所見あり、2: 所見なし
	9D100163500000011	聴力(左、1000Hz)				コード					1: 所見あり、2: 所見なし
	9D100163600000011	聴力(左、4000Hz)				コード					1: 所見あり、2: 所見なし
	9D100164000000011	聴力(検査方法)				コード					1: オーディオメトリー、2: その他
	9D100160900000049	聴力(その他の所見)				漢字					
□	9E100166000000011	眼底検査(キースワグナー分類)				コード					1: 0、2: I、3: IIa、4: IIb、5: III、6: IV
□	9E100166100000011	眼底検査(シェイエ分類: H)				コード					1: 0、2: 1、3: 2、4: 3、5: 4
□	9E100166200000011	眼底検査(シェイエ分類: S)				コード					1: 0、2: 1、3: 2、4: 3、5: 4
□	9E100166300000011	眼底検査(SCOTT分類)				コード					1: I (a)、2: I (b)、3: II、4: III (a)、5: III (b)、6: IV、7: V (a)、8: V (b)、9: VI
□	9E100166600000011	眼底検査 (Wong-Mitchell分類)				コード					1: 所見なし、2: 軽度、3: 中等度、4: 重度
□	9E100166500000011	眼底検査 (改変Davis分類)				コード					1: 網膜症なし、2: 単純網膜症、3: 増殖前網膜症、4: 増殖網膜症 その他の所見の判定方法を用いている場合については、本欄に所見を記載すること。また、SCOTT分類を用いている場合で異常がない場合においては、その旨を記載すること。
□	9E100160900000049	眼底検査(その他の所見)				漢字					1: 検査結果による眼底検査対象者 ※詳細な健診の項目として実施しない場合で、値を出現させるときは0(ゼロ)を入力する
□	9E100161600000011	眼底検査(対象者)				コード					詳細な健診の項目として眼底検査を実施した場合は必須 前年度の検査結果(血糖検査の値)に基づき対象者を選定した場合は、「前年度」と記載する
	9E105162100000001	眼圧検査(右)				数字	mmHg				
	9E105162200000001	眼圧検査(左)				数字	mmHg				
その他医療保険者等が任意に行う検査	5C070000002306201	CRP				数字	mg/dl			1: 可視吸光度法(ラテックス凝集比濁法)	小数点以下1桁
	5C070000002306301					数字	mg/dl			2: 可視吸光度法(免疫比濁法)	
	5C070000002399901					数字	mg/dl			3: その他	
	5H010000001910111	血液型(ABO)				コード				1: 試験管法 カラム凝集法	1: A、2: B、3: AB、4: 0
	5H010000001999911					コード				2: その他	1: A、2: B、3: AB、4: 0
	5H020000001910111	血液型(Rh)				コード				1: 試験管法 カラム凝集法	1: +、2: -
	5H020000001999911					コード				2: その他	1: +、2: -
	5E071000002399811	梅毒反応				コード				方法問わず	1: 陽性、2: 陰性
	5F016141002399811	HBs抗原				コード				方法問わず	1: 陽性、2: 陰性
	5F360149502399811	HCV抗体				コード				方法問わず	1: 陽性、2: 陰性
	5F360149702399811	HCV抗体(力価)				コード				方法問わず	1: 陰性、2: 低力価、3: 中力価、4: 高力価
	5F360150002399811	HCV抗原検査				コード				方法問わず	1: 陽性、2: 陰性
	5F360145002399811	HCV核酸増幅検査				コード				方法問わず	1: 陽性、2: 陰性
	9N401000000000011	C型肝炎ウイルス検診の判定				コード					1: 現在、C型肝炎ウイルスに感染していない可能性が極めて高い、2: 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が極めて高い
		9N406000000000049	その他の法定特殊健康診断				漢字				
	9N411000000000049	その他の法定検査				漢字					
	9N416000000000049	その他の検査				漢字					
医師の判断	○ 9N501000000000011	メタボリックシンドローム判定				コード					1: 基準該当、2: 予備群該当、3: 非該当、4: 判定不能
	○ 9N506000000000011	保健指導レベル				コード					1: 積極的支援、2: 動機付け支援、3: なし、4: 判定不能
	○ 9N511000000000049	医師の診断(判定)				漢字					
	○ 9N516000000000049	健康診断を実施した医師の氏名				漢字					
	○ 9N521000000000049	医師の意見				漢字					
	○ 9N526000000000049	意見を述べた医師の氏名				漢字					
	○ 9N531000000000049	歯科医師による健康診断				漢字					
	○ 9N536000000000049	歯科医師による健康診断を実施した歯科医師の氏名				漢字					
	○ 9N541000000000049	歯科医師の意見				漢字					
	○ 9N546000000000049	意見を述べた歯科医師の氏名				漢字					
	○ 9N551000000000049	備考				漢字					
	○ 9N556000000000011	生活機能評価の結果1				コード					1: 介護予防事業の利用が望ましい、2: 医学的な理由により次の介護予防の利用は不適當、3: 生活機能の低下なし
	○ 9N561000000000011	生活機能評価の結果2				コード					1: すべて、2: 運動器の機能向上、3: 栄養改善、4: 口腔機能の向上、5その他(上記で2を選択したときに記載)
	○ 9N566000000000049	生活機能評価の結果3				漢字					上記でその他を記載したとき記載
	質問票	○ 9N571000000000049	医師の診断(判定)(生活機能評価)				漢字				
○ 9N576000000000049		診断をした医師の氏名(生活機能評価)				漢字					
○ 9N581161300000011		医師の診断(肺がん検診)(コード)				コード					1: 精密検査必要、2: 精密検査不要
○ 9N581161400000049		医師の診断(肺がん検診)(自由記載)				漢字					
○ 9N586000000000049		診断をした医師の氏名(肺がん検診)				漢字					
○ 9N591161300000011		医師の診断(胃がん検診)(コード)				コード					1: 精密検査必要、2: 精密検査不要
○ 9N591161400000049		医師の診断(胃がん検診)(自由記載)				漢字					
○ 9N596000000000049		診断をした医師の氏名(胃がん検診)				漢字					
○ 9N601161300000011		医師の診断(乳がん検診)(コード)				コード					1: 精密検査必要、2: 精密検査不要
○ 9N601161400000049		医師の診断(乳がん検診)(自由記載)				漢字					
○ 9N606000000000049		診断をした医師の氏名(乳がん検診)				漢字					
○ 9N611161300000011		医師の診断(子宮がん検診)(コード)				コード					1: 精密検査必要、2: 精密検査不要
○ 9N611161400000049		医師の診断(子宮がん検診)(自由記載)				漢字					
○ 9N616000000000049		診断をした医師の氏名(子宮がん検診)				漢字					
○ 9N621161300000011		医師の診断(大腸がん検診)(コード)				コード					1: 精密検査必要、2: 精密検査不要
○ 9N621161400000049		医師の診断(大腸がん検診)(自由記載)				漢字					
○ 9N626000000000049		診断をした医師の氏名				漢字					
○ 9N631161300000011		医師の診断(前立腺がん検診)(コード)				コード					1: 精密検査必要、2: 精密検査不要
○ 9N631161400000049		医師の診断(前立腺がん検診)(自由記載)				漢字					
○ 9N636000000000049		診断をした医師の氏名(前立腺がん検診)				漢字					
○ 9N641000000000049	医師の診断(その他)				漢字						
○ 9N646000000000049	診断をした医師の氏名(その他)				漢字						
○ 9N701000000000011	服薬1(血圧)				コード						1: 服薬あり、2: 服薬なし
☆ 9N701167000000049	服薬1(血圧)(薬剤)				漢字						
☆ 9N701167100000049	服薬1(血圧)(服薬理由)				漢字						
○ 9N706000000000011	服薬2(血糖)				コード						1: 服薬あり、2: 服薬なし
☆ 9N706167000000049	服薬2(血糖)(薬剤)				漢字						
☆ 9N706167100000049	服薬2(血糖)(服薬理由)				漢字						
○ 9N711000000000011	服薬3(脂質)				コード						1: 服薬あり、2: 服薬なし
☆ 9N711167000000049	服薬3(脂質)(薬剤)				漢字						
☆ 9N711167100000049	服薬3(脂質)(服薬理由)				漢字						
☆ 9N716000000000011	既往歴1(脳血管)				コード						1: はい、2: いいえ
☆ 9N721000000000011	既往歴2(心臓)				コード						1: はい、2: いいえ
☆ 9N726000000000011	既往歴3(腎不全・人工透析)				コード						1: はい、2: いいえ
☆ 9N731000000000011	貧血				コード						1: はい、2: いいえ
○ 9N736000000000011	喫煙				コード						1: はい、2: いいえ
☆ 9N741000000000011	20歳からの体重変化				コード						1: はい、2: いいえ
☆ 9N746000000000011	30分以上の運動習慣				コード						1: はい、2: いいえ
☆ 9N751000000000011	歩行又は身体活動				コード						1: はい、2: いいえ
☆ 9N756000000000011	歩行速度				コード						1: はい、2: いいえ
☆ 9N872000000000011	咀嚼				コード						1: 何でも、2: かみにくい、3: ほとんどかめない
☆ 9N766000000000011	食べ方1(早食い等)				コード						1: 速い、2: ふつう、3: 遅い
☆ 9N771000000000011	食べ方2(就寝前)				コード						1: はい、2: いいえ
☆ 9N782000000000011	食べ方3(間食)				コード						1: 毎日、2: 時々、3: ほとんど摂取しない
☆ 9N781000000000011	食習慣				コード						1: はい、2: いいえ
☆ 9N786000000000011	飲酒				コード						1: 毎日、2: 時々、3: ほとんど飲まない
☆ 9N791000000000011	飲酒量				コード						1: 1合未満、2: 1~2合未満、3: 2~3合未満、4: 3合以上
☆ 9N796000000000011	睡眠				コード						1: はい、2: いいえ

	☆	9N801000000000011	生活習慣の改善					コード												1: 意志なし、2: 意志あり(6か月以内)、3: 意志あり(近いうち)、4: 取組済み(6ヶ月未満)、5: 取組済み(6ヶ月以上)
	☆	9N806000000000011	保健指導の希望					コード												1: はい、2: いいえ
情報提供	☆	9N950000000000011	情報提供の方法					コード												1: 付加価値の高い情報提供、2: 専門職による対面説明、3: 1と2両方実施 1~3に当てはまらない場合は出現させない
初回面接	☆	9N807000000000011	初回面接実施					コード												1: 健診当日に初回面接実施 1に当てはまらない場合は出現させない
基本 チェック リスト		9N811000000000011	1. バスや電車で1人で外出していますか					コード												0: はい、1: いいえ
		9N816000000000011	2. 日用品の買物をしていますか					コード												0: はい、1: いいえ
		9N821000000000011	3. 預貯金の出し入れをしていますか					コード												0: はい、1: いいえ
		9N826000000000011	4. 友人の家を訪ねていますか					コード												0: はい、1: いいえ
		9N831000000000011	5. 家族や友人の相談にのっていますか					コード												0: はい、1: いいえ
		9N836000000000011	6. 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか					コード												0: はい、1: いいえ
		9N841000000000011	7. 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか					コード												0: はい、1: いいえ
		9N846000000000011	8. 15分位続けて歩いていますか					コード												0: はい、1: いいえ
		9N851000000000011	9. この1年間に転んだことがありますか					コード												1: はい、0: いいえ
		9N856000000000011	10. 転倒に対する不安は大きいですか					コード												1: はい、0: いいえ
		9N861000000000011	11. 6ヵ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか					コード												1: はい、0: いいえ
		9N866000000000011	12. 身長 cm 体重 kg (BMI=)					数字	kg/m ²											身長と体重から計算されるBMIを記載すること。小数点以下1桁
		9N871000000000011	13. 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか					コード												1: はい、0: いいえ
		9N876000000000011	14. お茶や汗物等でむせることがありますか					コード												1: はい、0: いいえ
		9N881000000000011	15. 口の渇きが気になりますか					コード												1: はい、0: いいえ
		9N886000000000011	16. 週に1回以上は外出していますか					コード												0: はい、1: いいえ
		9N891000000000011	17. 昨年と比べて外出の回数が減っていますか					コード												1: はい、0: いいえ
		9N896000000000011	18. 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると云われますか					コード												1: はい、0: いいえ
		9N901000000000011	19. 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか					コード												0: はい、1: いいえ
		9N906000000000011	20. 今日が何月何日かわからない時がありますか					コード												1: はい、0: いいえ
		9N911000000000011	21. (ここ2週間)毎日の生活に充実感がない					コード												1: はい、0: いいえ
		9N916000000000011	22. (ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった					コード												1: はい、0: いいえ
		9N921000000000011	23. (ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる					コード												1: はい、0: いいえ
		9N926000000000011	24. (ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない					コード												1: はい、0: いいえ
		9N931000000000011	25. (ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする					コード												1: はい、0: いいえ

(表の説明)
注1) ○…必須項目、□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目、▲…医療保険者に報告する必要はないが、受診者に対して健診結果を通知する項目、●…いずれかの項目の実施で可、☆…情報を入手した場合に限り、医療保険者に報告する項目
注2) 医療保険者は、特定健診以外の項目について、健診機関等における対応の可否を踏まえ、本表に示す項目以外の項目をも含め、任意に特定健診以外の項目の実施や、当該項目の入力方法の変更等を行うことができる。

番号	記載区分(注1)			項目コード	項目名	データ値	データタイプ	単位	備考
	1回目の請求時	2回目の請求時	国への実績報告時						
1101	○		○	1020000001	保健指導区分		コード		1: 積極的支援、2: 動機づけ支援、3: 動機付け支援相当、4: モデル実施
1102	△		△	1020000002	行動変容ステージ		コード		1: 意志なし、2: 意志あり(6ヶ月以内)、3: 意志あり(近いうち)、4: 取組済み(6ヶ月未満)、5: 取組済み(6ヶ月以上)
1103	☆			1020000003	保健指導コース名		漢字		
1301	○		○	1022000011	初回面接の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1302	○		○	1022000012	初回面接による支援の支援形態		コード		1: 個別支援、2: グループ支援、5: 遠隔面接 ※初回面接を分割して実施した場合における2回目(初回面接②)は、支援形態により「3: 電話」又は「4: 電子メール支援」を記載してもよい。
1303	○		○	1022000013	初回面接の実施時間		数字	分	
1304	○		○	1022000015	初回面接の実施者		コード		1: 医師、2: 保健師、3: 管理栄養士、4: その他
1305	△			1022000090	初回面接情報		漢字		
1306	●		●	1021000020	継続的支援予定期間		数字	週	
1307	☆			1021001031	目標腹囲		数字	cm	
1308	☆			1021001032	目標体重		数字	kg	
1309	□			1021001033	目標収縮期血圧		数字	mmHg	
1310	□			1021001034	目標拡張期血圧		数字	mmHg	
1311	☆			1021001050	一日の削減目標エネルギー量		数字	kcal	
1312	☆			1021001051	一日の運動による目標エネルギー量		数字	kcal	
1313	☆			1021001052	一日の食事による目標エネルギー量		数字	kcal	
1501		▲*		1032000011	中間評価の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1502		▲*		1032000012	中間評価の支援形態		コード		1: 個別支援A、3: グループ支援、4: 電話A、6: 電子メール支援A
1503		▲*		1032000013	中間評価の実施時間		数字	分	
1504		▲*		1032000014	中間評価の実施ポイント		数字		自動計算
1505		▲*		1032000015	中間評価の実施者		コード		1: 医師、2: 保健師、3: 管理栄養士、4: その他
1506		▲*		1032001031	中間評価時の腹囲		数字	cm	YYYYMMDD
1507		▲*		1032001032	中間評価時の体重		数字	kg	
1508		▲		1032001033	中間評価時の収縮期血圧		数字	mmHg	
1509		▲		1032001034	中間評価時の拡張期血圧		数字	mmHg	
1510		▲*		1032001042	中間評価時の生活習慣の改善(栄養・食生活)		コード		0: 変化なし、1: 改善、2: 悪化
1511		▲*		1032001041	中間評価時の生活習慣の改善(身体活動)		コード		0: 変化なし、1: 改善、2: 悪化
1512		▲		1032001043	中間評価時の生活習慣の改善(喫煙)		コード		1: 禁煙継続、2: 非継続、3: 非喫煙、4: 禁煙の意志なし
1513		▲		1032001090	中間評価情報		漢字		
1411		★		1032100011	支援A①の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1412		★		1032100012	支援A①の支援形態		コード		1: 個別支援A、3: グループ支援、4: 電話A、6: 電子メール支援A
1413		★		1032100013	支援A①の実施時間		数字	分	
1414		★		1032100014	支援A①の実施ポイント		数字		自動計算
1415		★		1032100015	支援A①の実施者		コード		1: 医師、2: 保健師、3: 管理栄養士、4: その他
1416		▲		1032100090	支援A①情報		漢字		
1421		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A②の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1422		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A②の支援形態		コード		1: 個別支援A、3: グループ支援、4: 電話A、6: 電子メール支援A
1423		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A②の実施時間		数字	分	
1424		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A②の実施ポイント		数字		自動計算
1425		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A②の実施者		コード		1: 医師、2: 保健師、3: 管理栄養士、4: その他
1426		▲		支援A①の対応するコードと同一	支援A②情報		漢字		
1431		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A③の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1432		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A③の支援形態		コード		1: 個別支援A、3: グループ支援、4: 電話A、6: 電子メール支援A
1433		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A③の実施時間		数字	分	
1434		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A③の実施ポイント		数字		自動計算
1435		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A③の実施者		コード		1: 医師、2: 保健師、3: 管理栄養士、4: その他
1436		▲		支援A①の対応するコードと同一	支援A③情報		漢字		
1441		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A④の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1442		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A④の支援形態		コード		1: 個別支援A、3: グループ支援、4: 電話A、6: 電子メール支援A
1443		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A④の実施時間		数字	分	
1444		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A④の実施ポイント		数字		自動計算
1445		★		支援A①の対応するコードと同一	支援A④の実施者		コード		1: 医師、2: 保健師、3: 管理栄養士、4: その他
1446		▲		支援A①の対応するコードと同一	支援A④情報		漢字		
1451		★		1032200011	支援B①の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1452		★		1032200012	支援B①の支援形態		コード		2: 個別支援B、5: 電話B、7: 電子メール支援B
1453		★		1032200013	支援B①の実施時間		数字	分	
1454		★		1032200014	支援B①の実施ポイント		数字		自動計算
1455		★		1032200015	支援B①の実施者		コード		1: 医師、2: 保健師、3: 管理栄養士、4: その他
1456		▲		1032200090	支援B①情報		漢字		
1461		★		支援B①の対応するコードと同一	支援B②の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1462		★		支援B①の対応するコードと同一	支援B②の支援形態		コード		2: 個別支援B、5: 電話B、7: 電子メール支援B

1463	★		ドと同一	支援B①の対応するコードと同一	支援B②の実施時間	数字	分	
1464	★		ドと同一	支援B①の対応するコードと同一	支援B②の実施ポイント	数字		自動計算
1465	★		ドと同一	支援B①の対応するコードと同一	支援B②の実施者	コード		1：医師、2：保健師、3：管理栄養士、4：その他
1466	▲		ドと同一	支援B①の対応するコードと同一	支援B②情報	漢字		
1471	★		ドと同一	支援B①の対応するコードと同一	支援B③の実施日付	年月日		
1472	★		ドと同一	支援B①の対応するコードと同一	支援B③の支援形態	コード		2：個別支援B、5：電話B、7：電子メール支援B
1473	★		ドと同一	支援B①の対応するコードと同一	支援B③の実施時間	数字	分	
1474	★		ドと同一	支援B①の対応するコードと同一	支援B③の実施ポイント	数字		自動計算
1475	★		ドと同一	支援B①の対応するコードと同一	支援B③の実施者	コード		1：医師、2：保健師、3：管理栄養士、4：その他
1476	▲		ドと同一	支援B①の対応するコードと同一	支援B③情報	漢字		
1481	★		ドと同一	支援B①の対応するコードと同一	支援B④の実施日付	年月日		YYYYMMDD
1482	★		ドと同一	支援B①の対応するコードと同一	支援B④の支援形態	コード		2：個別支援B、5：電話B、7：電子メール支援B
1483	★		ドと同一	支援B①の対応するコードと同一	支援B④の実施時間	数字	分	
1484	★		ドと同一	支援B①の対応するコードと同一	支援B④の実施ポイント	数字		自動計算
1485	★		ドと同一	支援B①の対応するコードと同一	支援B④の実施者	コード		1：医師、2：保健師、3：管理栄養士、4：その他
1486	▲		ドと同一	支援B①の対応するコードと同一	支援B④情報	漢字		
1601	○	○		1042000011	3ヶ月後の評価の実施日付	年月日		YYYYMMDD
1602	○	○		1042000012	3ヶ月後の評価の支援形態又は確認方法	コード		1：個別支援、2：グループ支援、3：電話、4：電子メール支援
1603	○	○		1042000015	3ヶ月後の評価の実施者	コード		1：医師、2：保健師、3：管理栄養士、4：その他
1604	○	○		1042000116	3ヶ月後の評価ができない場合の確認回数	数字	回	確認方法に基づき、評価実施者が行った確認の回数
1605	○	○		1042001031	3ヶ月後の評価時の腹囲	数字	cm	
1606	○	○		1042001032	3ヶ月後の評価時の体重	数字	kg	
1607	△	△		1042001033	3ヶ月後の評価時の収縮期血圧	数字	mmHg	
1608	△	△		1042001034	3ヶ月後の評価時の拡張期血圧	数字	mmHg	
1609	○	○		1042001042	3ヶ月後の評価時の保健指導による生活習慣の改善(栄養・食生活)	コード		0：変化なし、1：改善、2：悪化
1610	○	○		1042001041	3ヶ月後の評価時の保健指導による生活習慣の改善(身体活動)	コード		0：変化なし、1：改善、2：悪化
1611	△	△		1042001043	3ヶ月後の評価時の保健指導による生活習慣の改善(喫煙)	コード		1：禁煙継続、2：非継続、3：非喫煙、4：禁煙の意志なし
1612	△	△		1042001090	実績評価情報	漢字		
1701	●	●		1041800117	計画上の継続的な支援の実施回数	数字	回	
1702	●	●		1041101117	計画上の継続的な支援の実施回数(個別支援A)	数字	回	
1703	●	●		1041101113	計画上の継続的な支援の合計実施時間(個別支援A)	数字	分	
1704	▲	▲		1041201117	計画上の継続的な支援の実施回数(個別支援B)	数字	回	
1705	▲	▲		1041201113	計画上の継続的な支援の合計実施時間(個別支援B)	数字	分	
1706	●	●		1041302117	計画上の継続的な支援の実施回数(グループ支援)	数字	回	
1707	●	●		1041302113	計画上の継続的な支援の合計実施時間(グループ支援)	数字	分	
1708	●	●		1041103117	計画上の継続的な支援の実施回数(電話Aによる支援)	数字	回	
1709	●	●		1041103113	計画上の継続的な支援の合計実施時間(電話Aによる支援)	数字	分	
1710	●	●		1041104117	計画上の継続的な支援の実施回数(e-mailAによる支援)	数字	回	
1711	▲	▲		1041203117	計画上の継続的な支援の実施回数(電話Bによる支援)	数字	回	
1712	▲	▲		1041203113	計画上の継続的な支援の合計実施時間(電話Bによる支援)	数字	分	
1713	▲	▲		1041204117	計画上の継続的な支援の実施回数(e-mailBによる支援)	数字	回	
1714	●	●		1041100114	計画上の継続的な支援によるポイント(支援A)	数字		
1715	▲	▲		1041200114	計画上の継続的な支援によるポイント(支援B)	数字		
1716	●	●		1041800114	計画上の継続的な支援によるポイント(合計)	数字		自動計算
1731	●	●		1042800117	実施上の継続的な支援の実施回数	数字	回	自動計算
1732	●	●		1042101117	実施上の継続的な支援の実施回数(個別支援A)	数字	回	
1733	●	●		1042101113	実施上の継続的な支援の合計実施時間(個別支援A)	数字	分	
1734	▲	▲		1042201117	実施上の継続的な支援の実施回数(個別	数字	回	

					支援B)					
1735		▲	▲	1042201113	実施上の継続的な支援の合計実施時間(個別支援B)	数字	分			
1736		●	●	1042302117	実施上の継続的な支援の実施回数(グループ支援)	数字	回			
1737		●	●	1042302113	実施上の継続的な支援の合計実施時間(グループ支援)	数字	分			
1738		●	●	1042103117	実施上の継続的な支援の実施回数(電話Aによる支援)	数字	回			
1739		●	●	1042103113	実施上の継続的な支援の合計実施時間(電話Aによる支援)	数字	分			
1740		●	●	1042104117	実施上の継続的な支援の実施回数(e-mailAによる支援)	数字	回			
1741		▲	▲	1042203117	実施上の継続的な支援の実施回数(電話Bによる支援)	数字	回			
1742		▲	▲	1042203113	実施上の継続的な支援の合計実施時間(電話Bによる支援)	数字	分			
1743		▲	▲	1042204117	実施上の継続的な支援の実施回数(e-mailBによる支援)	数字	回			
1744		●	●	1042100114	継続的な支援によるポイント(支援A)	数字				自動計算
1745		▲	▲	1042200114	継続的な支援によるポイント(支援B)	数字				自動計算
1746		●	●	1042800114	継続的な支援によるポイント(合計)	数字				自動計算
1747		▲	▲	1042800118	禁煙指導の実施回数	数字	回			
1748		●	●	1042000022	実施上の継続的な支援の終了日	年月日				YYYYMMDD
1811			○	1042000081	保健指導機関番号(1)	数字				
1812			○	1042000082	保健指導機関名(1)	漢字				
1813			○	1042000085	主対応内容(1)	コード				1: 個別支援、2: グループ支援、3: 電話、4: 電子メール支援、5: 遠隔面接
1814			○	1042000086	実施内容(1)	コード				1: 初回面接(分割実施以外)、2: 初回面接①、3: 初回面接②、4: 中間評価、5: 継続的支援、6: 実績評価
1821			○	保健指導機関番号(1)と同じ	保健指導機関番号(2)	数字				
1822			○	保健指導機関名(1)と同じ	保健指導機関名(2)	漢字				
1823			○	主対応内容(1)と同じ	主対応内容(2)	コード				1: 個別支援、2: グループ支援、3: 電話、4: 電子メール支援、5: 遠隔面接
1824			○	実施内容(1)と同じ	実施内容(2)	コード				1: 初回面接(分割実施以外)、2: 初回面接①、3: 初回面接②、4: 中間評価、5: 継続的支援、6: 実績評価
1831			○	保健指導機関番号(1)と同じ	保健指導機関番号(3)	数字				
1832			○	保健指導機関名(1)と同じ	保健指導機関名(3)	漢字				
1833			○	主対応内容(1)と同じ	主対応内容(3)	コード				1: 初回面接①、2: 初回面接②、3: 継続的支援、4: 実績評価、5: 遠隔面接
1834			○	実施内容(1)と同じ	実施内容(3)	コード				1: 初回面接(分割実施以外)、2: 初回面接①、3: 初回面接②、4: 中間評価、5: 継続的支援、6: 実績評価
1841			○	保健指導機関番号(1)と同じ	保健指導機関番号(4)	数字				
1842			○	保健指導機関名(1)と同じ	保健指導機関名(4)	漢字				
1843			○	主対応内容(1)と同じ	主対応内容(4)	コード				1: 個別支援、2: グループ支援、3: 電話、4: 電子メール支援、5: 遠隔面接
1844			○	実施内容(1)と同じ	実施内容(4)	コード				1: 初回面接(分割実施以外)、2: 初回面接①、3: 初回面接②、4: 中間評価、5: 継続的支援、6: 実績評価
1851			○	保健指導機関番号(1)と同じ	保健指導機関番号(5)	数字				
1852			○	保健指導機関名(1)と同じ	保健指導機関名(5)	漢字				
1853			○	主対応内容(1)と同じ	主対応内容(5)	コード				1: 個別支援、2: グループ支援、3: 電話、4: 電子メール支援、5: 遠隔面接
1854			○	実施内容(1)と同じ	実施内容(5)	コード				1: 初回面接(分割実施以外)、2: 初回面接①、3: 初回面接②、4: 中間評価、5: 継続的支援、6: 実績評価
1861			○	保健指導機関番号(1)と同じ	保健指導機関番号(6)	数字				
1862			○	保健指導機関名(1)と同じ	保健指導機関名(6)	漢字				
1863			○	主対応内容(1)と同じ	主対応内容(6)	コード				1: 個別支援、2: グループ支援、3: 電話、4: 電子メール支援、5: 遠隔面接
1864			○	実施内容(1)と同じ	実施内容(6)	コード				1: 初回面接(分割実施以外)、2: 初回面接①、3: 初回面接②、4: 中間評価、5: 継続的支援、6: 実績評価
1871			○	保健指導機関番号(1)と同じ	保健指導機関番号(7)	数字				
1872			○	保健指導機関名(1)と同じ	保健指導機関名(7)	漢字				
1873			○	主対応内容(1)と同じ	主対応内容(7)	コード				1: 初回面接①、2: 初回面接②、3: 継続的支援、4: 実績評価、5: 遠隔面接
1874			○	実施内容(1)と同じ	実施内容(7)	コード				1: 初回面接(分割実施以外)、2: 初回面接①、3: 初回面接②、4: 中間評価、5: 継続的支援、6: 実績評価
1881			○	保健指導機関番号(1)と同じ	保健指導機関番号(8)	数字				

1882		○	保健指導機 関名(1)と 同じ	保健指導機関名(8)		漢字	
1883		○	主対応内容 (1)と同じ	主対応内容(8)		コード	1: 個別支援、2: グループ支援、3: 電話、4: 電子メール支援、5: 遠隔面接
1884		○	実施内容 (1)と同じ	実施内容(8)		コード	1: 初回面接(分割実施以外)、2: 初回面接①、3: 初回面接②、4: 中間評価、5: 継続的支援、6: 実績評価

注1 1回目の請求時=初回面接終了後、2回目の請求時=6ヶ月後の実績評価終了後。

条件：○…必須入力項目、☆…少なくとも保険者が委託により実施した場合は必須入力項目、△…情報を入手した場合に入力、□…計画において目標値を定めた場合についてのみのみ入力。

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

注2 必須でなくとも全項目電子化し保管することも可。また電子化しない場合でも紙での記録(対象者一人ひとりの「特定保健指導支援計画及び実施報告書」)は委託・直営に関わらず必須

注3 2回目以降の報告は、それまでのデータに追加(上書き)しやり取りするものとする。

注4 ○☆は代行機関等でチェックすべき項目を示したものであり、各回の送付ファイルに入れるべき項目を示したのではない。

注5 項目1811~1884については、初回面接(分割して実施した場合は初回面接①と初回面接②それぞれ)、中間評価(実施した場合のみ)、継続的支援(実施した場合のみ)、実績評価それぞれについて、保険者が直営で実施した場合も含めて入力する。

データ範囲のチェック

項目コード	項目名	データタイプ	入力最小値 (L)	入力最大値 (H)	少数点以下の桁数	単位
9N00100000000001	身長	数字	100.0	250.0	1	cm
9N00600000000001	体重	数字	20.0	250.0	1	kg
9N01100000000001	BMI	数字	10.0	100.0	1	kg/m ²
9N01616010000001 9N01616020000001 9N01616030000001	腹囲	数字	40.0	250.0	1	cm
9A75500000000001 9A75200000000001 9A75100000000001	血圧(収縮期)	数字	60	300	0	mmHg
9A76500000000001 9A76200000000001 9A76100000000001	血圧(拡張期)	数字	30	150	0	mmHg
3F015000002327101 3F015000002327201 3F015000002399901	中性脂肪	数字	10	2000	0	mg/dl
3F070000002327101 3F070000002327201 3F070000002399901	HDLコレステロール	数字	10	500	0	mg/dl
3F077000002327101 3F077000002327201 3F077000002399901	LDLコレステロール	数字	20	1000	0	mg/dl
3F069000002391901	non-HDLコレステロール	数字	20	1000	0	mg/dl
3B035000002327201 3B035000002399901	AST(GOT)	数字	0	1000	0	IU/L37°C
3B045000002327201 3B045000002399901	ALT(GPT)	数字	0	1000	0	IU/L37°C
3B090000002327101 3B090000002399901	γ-GT(γ-GTP)	数字	0	1000	0	IU/L37°C
3D010000001926101 3D010000002227101 3D010000001927201 3D010000001999901	空腹時血糖	数字	20	600	0	mg/dl
3D010129901926101 3D010129902227101 3D010129901927201 3D010129901999901	随時血糖	数字	20	1000	0	mg/dl
3D046000001906202 3D046000001920402 3D046000001927102 3D046000001999902	HbA1c (NGSP)	数字	3.0	20.0	1	%
3C015000002327101 3C015000002399901	血清クレアチニン	数字	0.10	20.00	2	mg/dl
8A065000002391901	eGFR	数字	1.0	500.0	1	ml/min/ 1.73m ²
2A040000001930102	ヘマトクリット値	数字	0.0	100.0	1	%
2A030000001930101	血色素量[ヘモグロビン値]	数字	0.0	30.0	1	g/Dl
2A020000001930101	赤血球数	数字	0	1000	0	万/mm ³

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

(注)この「H」「L」は、不必要なデータスペースを確保することによるシステムの負担を軽減すること、誤入力のチェック(30を300と入れてしまう等)の観点から設定している。「H」以上や「L」以下の値はおおよそ正確な検査データとしては考えにくい値であって、検体の取扱いや測定機器上の問題を疑うべき値であり、各疾患の基準範囲からはかけ離れている。

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

第2編 健診 別添資料

健診結果とその他必要な情報の提供 (フィードバック文例集)

【利用上の留意事項】

- 健診受診者ご本人に対して健診結果を通知する際、情報提供いただきたい内容を文例で示しました。医療機関への受診勧奨や生活習慣の改善支援等に活用ください。
- 必要に応じて、適宜改変して使用してください。
- フィードバックに当たっては、各検査項目の経年変化を確認し、悪化傾向なのか、改善傾向なのかといったことを踏まえた対応をすることが大切です。
- この文例集では、血圧・脂質・血糖等のリスクをそれぞれ個別に説明していますが、複数の項目に問題がある場合等は、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て重複を除いて、わかりやすく説明する等工夫してください。
- 文中で保健センター等と記載されている部分は、各保険者や地域の実態に合わせて適切な機関名（組織名）に変更してください。
- あくまでも文例なので記載方法の変更は自由ですが、記載されている科学的根拠から大きく逸脱しないように注意してください。

血圧高値に関するフィードバック文例集

【健診判定と対応の分類】

健診判定			対応	
			肥満者の場合	非肥満者の場合
異常 ↑ ↓ 正常	受診勧奨判定値を超えるレベル	収縮期血圧 ≥ 160 mmHg 又は 拡張期血圧 ≥ 100 mmHg	①すぐに医療機関の受診を	
		140mmHg \leq 収縮期血圧 < 160 mmHg 又は 90mmHg \leq 拡張期血圧 < 100 mmHg	②生活習慣を改善する努力をした上で、数値が改善しないなら医療機関の受診を	
	保健指導判定値を超えるレベル	130mmHg \leq 収縮期血圧 < 140 mmHg 又は 85mmHg \leq 拡張期血圧 < 90 mmHg	③特定保健指導の積極的な活用と生活習慣の改善を	④生活習慣の改善を
	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 120mmHg 未満かつ拡張期血圧 80mmHg 未満）の人と比べて、約5倍、脳卒中や心臓病にかかりやすいことがわかっています。

この健診結果を持って、至急かかりつけの医療機関を受診してください。

成人における血圧値の分類 (mmHg)

		分類	収縮期血圧	かつ	拡張期血圧
正常域血圧	至適血圧		< 120		< 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 \leq 収縮期血圧<160mmHg 又は 90mmHg \leq 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 120mmHg 未満かつ拡張期血圧 80mmHg 未満）の人と比べて、約 3 倍、脳卒中や心臓病にかかりやすいことがわかっています。

血圧を下げるためには、減量（太っている人や以前より体重が増えた人）、適度な運動、お酒を減らす、減塩、野菜を多くして果物も適度に食べる等、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、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 \leq 収縮期血圧<140mmHg 又は 85mmHg \leq 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わかっています。

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等、生活習慣の改善が必要となります。

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

④の場合（非肥満者）

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

今回、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 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わかっています。

血圧を下げるためには、減量（以前より体重が増えた人）、適度な運動、お酒を減らす、減塩、野菜を多くして果物も適度に食べる等、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。

【保険者及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。

※「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

【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2014，ライフサイエンス出版，東京，2014.
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 risk of cardiovascular disease in a Japanese urban cohort: the Suita study. Hypertension; 52(4): 652-9, 2008.
4. Fujiyoshi A, Ohkubo T, Miura K, Murakami Y, Nagasawa SY, Okamura T, Ueshima H. Blood pressure categories and long-term risk of cardiovascular disease according to age group in Japanese men and women. Hypertens Res 35: 947-953, 2012.

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 ≥ 180 mg/dl (又は non-HDL ≥ 210 mg/dl) 又は TG ≥ 500 mg/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 ≥ 40 mg/dl	⑤今後も継続して健診受診を	

【対象者への説明文例】

①の場合 (肥満者・非肥満者)

LDL ≥ 180 mg/dl

脂質検査の結果、悪玉コレステロールが非常に高いことがわかりました。このくらいの値だと、一般的に LDL 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。

(LDLではなく non-HDLを測定した場合)

non-HDL ≥ 210 mg/dl

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-HDL 130mg/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ことがわかっています。この健診結果を持って、至急かかりつけの医療機関を受診してください。

TG ≥ 500 mg/dl

血液中の脂肪が多く、この状態を放置しておくとな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。

②の場合（肥満者・非肥満者）

$140\text{mg/d l} \leq \text{LDL} < 180\text{mg/d l}$

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/d l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わかっています。

飽和脂肪酸が多い動物性の脂肪を控え、多価不飽和脂肪酸が多い植物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。

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）

$170\text{mg/d l} \leq \text{non-HDL} < 210\text{mg/d l}$

脂質検査の結果、悪玉系の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non-HDL130mg/d l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。

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。

$300\text{mg/d l} \leq \text{TG} < 500\text{mg/d l}$

脂質検査の結果、中性脂肪が高いことがわかりました。これくらいの値だと、一般的に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わかっています。

糖分やアルコールを控え、肥満がある人は減量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）

$120\text{mg/d l} \leq \text{LDL} < 140\text{mg/d l}$

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。

（LDLではなく non-HDL を測定した場合）

$150\text{mg/d l} \leq \text{non-HDL} < 170\text{mg/d l}$

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。

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

脂質検査の結果、中性脂肪が高いことがわかりました。

まず減量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。

$\text{HDL} < 40\text{mg/d l}$

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。身体活動・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）

$120\text{mg/d l} \leq \text{LDL} < 140\text{mg/d l}$

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。

（LDLではなく non-HDL を測定した場合）

$150\text{mg/d l} \leq \text{non-HDL} < 170\text{mg/d l}$

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。

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

脂質検査の結果、中性脂肪が高いことがわかりました。

糖分やアルコールを控え目にしたほうが望ましいと考えられます。ご自身で生活習慣の改善に取り組まれる方法、保健センター等で健康相談や保健指導を受ける方法があります。

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

$\text{HDL} < 40\text{mg/d l}$

善玉コレステロールが低くなっています。

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

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

⑤の場合（肥満者・非肥満者）

今回の健診では、脂質検査値に異常はありませんでした。

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

【保険者及び健診担当医への補足説明】

- 1) 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等のリスクは高くないという報告もある。
- 2) non-HDLが高い時は高TG血症を伴うことが多い。
- 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：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 analysis of the association of isolated low levels of high-density lipoprotein cholesterol with cardiovascular mortality in Japan. *Eur J Epidemiol*. 2016 Oct 5. [Epub ahead of print]

(トリグリセリド)

6. Matsuzaki M, Kita T, Mabuchi H, Matsuzawa Y, Nakaya N, Oikawa S, Saito Y, Sasaki J, Shimamoto K, Itakura H; J-LIT Study Group. Japan Lipid Intervention Trial. Large scale cohort study of the relationship between serum cholesterol concentration and coronary events with low-dose simvastatin therapy in Japanese patients with hypercholesterolemia. *Circ J* 2002; 66: 1087-95.
7. 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)

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). *J Atheroscler Thromb*. 2011;18: 454-63.

9. 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.
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.

血糖高値に関するフィードバック文例集

【健診判定と対応の分類】

健診判定				対応			
		空腹時血糖 随時血糖 ¹⁾ (mg/dl)	HbA1c (NGSP) (%)	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 ↑ ↓ 正常	受診勧奨 判定値を 超えるレベル	126～	6.5～	①受診継続、血 糖コントロールに 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。	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。

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。

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、低血糖症状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）の働きが改善します。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。

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。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、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ことを報告されています。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、眼科にも受診してください。

④ の場合（肥満者・糖尿病治療中・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ともに、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（糖尿病予備群に相当）、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良い機会ですので、積極的にご活用ください。

⑥ の場合（非肥満者・糖尿病治療中・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ともに、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の医師と相談してください。

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

⑦ の場合（非肥満者・未治療者・保健指導判定値）

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

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、医療機関等でブドウ糖負荷試験等の精密検査について相談することをお勧めします。

⑨ の場合（肥満者・正常域内）

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

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

⑩ の場合（非肥満者・正常域内）

今回の健診では、糖尿病の検査に異常はありませんでした。

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

【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。

高齢者糖尿病の血糖コントロール目標(HbA1c値)

患者の特徴・健康状態	カテゴリーI		カテゴリーII	カテゴリーIII	
	① 認知機能正常 かつ ② ADL自立		① 軽度認知障害～軽度認知症 または ② 手段的ADL低下、 基本的ADL自立	① 中等度以上の認知症 または ② 基本的ADL低下 または ③ 多くの併存疾患や 機能障害	
重症低血糖が危惧される薬剤（インスリン製剤、SU薬、グリニド薬など）の使用	なし	7.0%未満		7.0%未満	8.0%未満
	あり	65歳以上 75歳未満 7.5%未満 (下限6.5%)	75歳以上 8.0%未満 (下限7.0%)	8.0%未満 (下限7.0%)	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 2016-2017」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なりやすく、脳卒中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くなることがわかっています。また、喫煙とメタボリックシンドロームが重なると動脈硬化がさらに進んで、いずれも該当しない人と比べて、約4～5倍、脳梗塞や心筋梗塞にかかりやすくなります。この健診を機会に禁煙されることをお勧めします。

⑤ 上記いずれもない場合

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ふ可能性があります。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わかっています。健康保険の適用基準を満たしている場合、1日20本のたばこ代に比べて1/3～1/2の安い費用で医療機関での禁煙治療を受けることができます。

*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、あなたが家庭又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。

【参考文献】

1. Ikeda N., et al. Adult mortality attributable to preventable risk factors for non-communicable diseases and injuries in Japan: a comparative risk assessment. *PLoS Med* 2012; 9: e1001160.
2. Hozawa A., et al. Joint impact of smoking and hypertension on cardiovascular disease and all-cause mortality in Japan: NIPPON DATA80, a 19-year follow-up. *Hypertens Res* 2007; 30: 1169-1175.
3. Yamagishi K., et al. Smoking raises the risk of total and ischemic strokes in hypertensive men. *Hypertens Res* 2003; 26: 209-217.
4. Craig WY., et al. Cigarette smoking and serum lipid and lipoprotein concentrations: an analysis of published data. *Br Med J.* 1989; 298: 784-788.
5. U.S. Department of Health and Human Services. *How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General*, 2010.
6. Nakamura K., et al. Influence of smoking combined with another risk factor on the risk of mortality from coronary heart disease and stroke: pooled analysis of 10 Japanese cohort studies. *Cerebrovasc Dis.* 2012; 33: 480-491.
7. Willi C., et al. Active smoking and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2007; 298: 2654-2664.
8. Cryer PE., et al. Norepinephrine and epinephrine release and adrenergic mediation of smoking-associated hemodynamic and metabolic events. *N Engl J Med* 1976; 295: 573-577.
9. Chiolero A., et al. Consequences of smoking for body weight, body fat distribution, and insulin resistance. *Am J Clin Nutr* 2008; 87: 801-809.
10. 佐々木陽 ほか. 15年にわたるインスリン非依存糖尿病(NIDDM)の追跡調査. *糖尿病* 1996; 39: 503-509.
11. Al-Delaimy WK., et al. Smoking and mortality among women with type 2 diabetes: The Nurses' Health Study cohort. *Diabetes Care.* 2001; 24: 2043-2048.
12. De Cosmo S., et al. Cigarette smoking is associated with low glomerular filtration rate in male patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2006; 29: 2467-2470.
13. Nakanishi N., et al. Cigarette smoking and the risk of the metabolic syndrome in middle-aged Japanese male office workers. *Ind Health* 2005; 43: 295-301.
14. Higashiyama A., et al. Risk of smoking and metabolic syndrome for incidence of cardiovascular disease-comparison of relative contribution in urban Japanese population: the Suita study. *Circ J* 2009; 73: 2258-2263.
15. Kasza KA, et al. Effectiveness of stop-smoking medications: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Addiction*, 2013; 108: 193-202.
16. 日本循環器学会, 日本肺癌学会, 日本癌学会, 日本呼吸器学会. *禁煙治療のための標準手順書* 第6版. 2014
17. 厚生労働省. *喫煙の健康影響に関する検討会編「喫煙と健康」喫煙の健康影響に関する検討会報告書*. 2016
18. 厚生労働省. *受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会報告書*. 2009
19. 岡本光樹 ほか. *Fact SheetB 民法・刑法からみた受動喫煙による他者危害性*. 厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「たばこ規制枠組み条約を踏まえたたばこ対策に係る総合的研究」平成27年度総括・分担研究報告書(研究代表者 中村正和). 2016.

尿蛋白に関するフィードバック文例集

※血清クレアチンを測定していない場合に使用してください。

【健診判定と対応の分類】

健診判定		対応
異常 ↑↓ 正常	尿蛋白 陽性(1+/2+/3+)	① 医療機関の受診を
	尿蛋白 弱陽性(±)	② 生活習慣の改善を
	尿蛋白 陰性(-)	③ 今後も継続して健診受診を

慢性腎臓病(CKD)とは？

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、そのほか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・心筋梗塞や脳卒中等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。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。蛋白の量が多かったり、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ので、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。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）の適正な管理が重要です。

また、慢性腎臓病の進行に関係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）をしっかりと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。

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、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、そのほか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・心筋梗塞や脳卒中等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及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。

【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ので、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。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係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。慢性腎臓病の進行に関係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。

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。

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)をしっかりと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、食生活の改善に取組、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.
- 2.Matsuo, S. et al. Revised equations for estimated GFR from serum creatinine in Japan. Am J Kidney Dis 2009; 53: 982-992.
- 3.Levey, AS. et al. The definition, classification, and prognosis of chronic kidney disease: a KDIGO Controversies Conference report. Kidney Int. 2011; 80: 17-28.
- 4.Nagai K, et al. Relationship between estimated glomerular filtration rate and cardiovascular mortality in a Japanese cohort with long-term follow-up. PLoS One. 2016 6;11(6):e0156792.
- 5.Sato H, et al. Comparison of the predictive ability of albuminuria and dipstick proteinuria for mortality in the Japanese population: the Yamagata (Takahata) study. Clin Exp Nephrol. 2016;20(6):904-909.
- 6.Wakasugi M, et al. Association between overall lifestyle changes and incidence of proteinuria: a population-based, cohort study. Intern. Med. (in press)
- 7.Yamagata K, et al. Risk factors for chronic kidney disease in a community-based population: a 10-year follow-up study. Kidney Int. 2007 71(2):159-66.
- 8.Yamagata K, et al. Effect of behavior modification on outcome in early- to moderate-stage chronic kidney disease: A cluster-randomized trial. PLoS One. 2016 21;11(3):
- 9.日本腎臓学会編:CKD 診療ガイド 2012、東京医学社、2012
- 10.「CKD 進展予防のための保健指導教材」厚生労働科学研究費補助金腎疾患対策研究事業(CKD 進展予防のための特定健診と特定保健指導のあり方に関する研究)、2012

心電図検査に関するフィードバック文例集

【健診判定と対応の分類】

健診判定		対応
異常 ↑ ↓ 正常	心房細動が疑われる場合 *1	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	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	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。さらに詳しい検査や治療が必要と思われますので、すぐに医療機関を受診してください。この不整脈があると心臓の中に血のかたまりができやすくなり、それがはがれて脳の血管につまると脳梗塞の原因になります。一般的にこの不整脈がある人は、ない人と比べて、脳梗塞になる危険性が約5倍、心臓からとんだ血のかたまりが詰まるタイプの脳梗塞だと10倍以上になることが報告されています。

② その他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。

④ 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（脳梗塞や心筋梗塞）を発症しやすいと考えられています。ただし実際に左室肥大があるかどうかを健診の心電図だけで判定するのは困難です。医療機関を受診して血圧や左室肥大について相談してください。

④ 上記以外の場合

今回の心電図検査の結果では医療機関の受診をお勧めするような異常は見つかりませんでした。引き続きご自身の身体の状態を確認するために、これからも健診を受診しましょう。

【保険者及び健診担当医への補足説明】

1) 健診の判定について

①心房細動が疑われる場合

心房細動：心電図上、持続的又は間欠的な心房細動（鑑別がつきにくい場合もあるため心房粗動を含める）を認める者（ミネソタコードでは、8-3-1から8-3-4でコードされるもの）。又は期外収縮で心房細動と鑑別が付きにくい者等（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その他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又は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) $RV5+S V1 \geq 35mm$ 又は2) $R1+S3 \geq 25mm$ 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①②のいずれか）

- ① 収縮期血圧 140mmHg以上 かつ／又は 拡張期血圧 90mmHg以上
- ② 健診時に医師の診察（聴診）や問診で不整脈（特に心房細動）の既往や現病が疑われる者

不整脈の既往や現病が疑われる者を選び出す際の医師の判断の補助としての問診例

不整脈に関する問診票(例)

1. 今までに心房細動を指摘されたことがありますか。

(1. はい 2. いいえ 3. わからない)

→はいに○をされた方に質問します。

何歳ごろ指摘されましたか (歳ごろ)

2. その他の不整脈を指摘されたことがありますか。

(1. はい 2. いいえ 3. わからない)

→はいに○をされた方に質問します。

何歳ごろ指摘されましたか (歳ごろ)

3. 以下の自覚症状があれば☑をつけてください。

動悸 (普段は自覚しない心臓の鼓動を不快なものとして感じる)

息切れ 脈のリズムの乱れ 胸部の不快感 失神 めまい

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

【参考文献】

1. Tanizaki Y, Kiyohara Y, Kato I, Iwamoto H, Nakayama K, Shinohara N, Arima H, Tanaka K, Ibayashi S, Fujishima M. Incidence and risk factors for subtypes of cerebral infarction in a general population: the Hisayama study. *Stroke* 31: 2616-22, 2000.
2. Ohsawa M, Okamura T, Ogasawara K, Ogawa A, Fujioka T, Tanno K, Yonekura Y, Omama S, Turin TC, Itai K, Ishibashi Y, Morino Y, Itoh T, Miyamatsu Nonoda T, Kuribayashi T, Makita S, Yoshida Y, Nakamura M, Tanaka F, Ohta M, Sakata K, Okayama A. Relative and absolute risks of all-cause and cause-specific deaths attributable to atrial fibrillation in middle-aged and elderly community dwellers. *Int J Cardiol* 184: 692-8, 2015.
3. Nakamura K, Okamura T, Hayakawa T, Kadowaki T, Kita Y, Okayama A, Ueshima H. NIPPON DATA90 Research Group. Electrocardiogram screening for left high R-wave predicts cardiovascular death in a Japanese community-based population: NIPPON DATA90. *Hypertens Res*; 29: 353-60, 2006.
4. Ishikawa J, Ishikawa S, Kabutoya T, Gotoh T, Kayaba K, Schwartz JE, Pickering TG, Shimada K, Kario K; Jichi Medical School Cohort Study Investigators Group. Cornell product left ventricular hypertrophy in electrocardiogram and the risk of stroke in a general population. *Hypertension* 53: 28-34, 2009.
5. Rumana N, Turin TC, Miura K, Nakamura Y, Kita Y, Hayakawa T, Choudhury SR, Kadota A, Nagasawa SY, Fujioshi A, Takashima N, Okamura T, Okayama A, Ueshima H. Prognostic value of ST-T abnormalities and left high R waves with cardiovascular mortality in Japanese (24-year follow-up of NIPPON DATA80). *Am J Cardiol* 107:1718-24, 2011.
6. 橋木晶子、豊嶋英明. 胸写・心電図. 循環器病予防ハンドブック第7版. 日本循環器病予防学会編. 保健同人社, 2014.
7. 豊嶋英明、宇佐見隆廣、橋木晶子、堀部 博. 「日循協心電図コード2005 (1982版ミネソタコード準拠)」の開発とその経緯. *日循予防誌* 40: 138-154, 2005.
8. 日常的な健康度を指標とした都市コホート研究: 神戸トライアル. 追跡3問診票. 先端医療センター研究所, 2016.

眼底検査（高血圧性変化）に関するフィードバック文例集

【健診判定と対応の分類】

健診判定		対応
異常 ↑ ↓ 正常	Scheie 分類 H3 以上、 Keith-Wegener 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-Wegener 分類 I-IIa、 Wong-Mitchell 分類 軽度	②高血圧、その他の危険因子の予防と管理の徹底を
	Scheie 分類 H0、S0、 Keith-Wegener 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-Wegener 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（眼底出血等）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。

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又は管理することが重要ですので、医療機関（内科）にてご相談下さい。また、喫煙習慣がある人はできるだけ早く禁煙することが必要です。

③ HO, SO, KW O、WM所見なしの場合

今回の眼底検査の結果、あなたの網膜の血管の状態は異常ありませんでした。

引き続きご自身の身体の状態を確認するために、これからも健診を受診しましょう。又、高血圧、脂質異常症、糖尿病等の循環器病危険因子をしっかりと予防又は管理することが重要です。また、喫煙習慣がある人はできるだけ早く禁煙することが必要です。

【参考文献】

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

眼底検査（糖尿病網膜症）に関するフィードバック文例集

【健診判定と対応の分類】

糖尿病（高血糖）の者に対する対応

健診判定		主な所見	対応
異常 ↑ ↓ 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等の自覚症状がない場合がほとんどです。

視力障害等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。ただちに

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、網膜剥離等視力障害がおこる一歩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。このまま放置すると、眼底出血等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、定期的な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わかっています。

【参考文献】

- 1.日本糖尿病学会「科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン 2013」
- 2.日本糖尿病学会「糖尿病診療ガイドライン 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)

第 3 編 保健指導

第3編 保健指導

第1章 保健指導の基本的考え方

(1) 保健指導とは

生活習慣病予防のための保健指導とは、対象者が自らの生活習慣における課題に気づき、自らの意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づき、自らの生活習慣を振り返り、生活習慣を改善するための行動目標を設定・実践でき、そのことにより対象者が自分の健康に関するセルフケア（自己管理）ができるようになることを目的とする。なお、生活習慣病有病者に対し、重症化や合併症の発症を予防するための保健指導を行うことも重要である。

(3) 生活習慣の改善につなげる保健指導の特徴

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

すなわち、健診によって生活習慣病の発症リスクを発見し、自覚症状はほとんどないが発症のリスクがあることや、生活習慣の改善によってリスクを少なくすることが可能であること等をわかりやすく説明することが特に重要である。しかし、生活習慣は個人が長年築いてきたものであるため、改善すべき生活習慣に自ら気づくことが難しく、また、対象者は、行動変容は難しいと認識している場合が多い。さらに、行動変容に抵抗を示す場合もあることを念頭に置いて、対象者への支援を行う必要がある。なお、生活習慣の改善を促す支援に当たっては、心身の状態や現在の生活習慣が構築された背景要因（家庭・職場環境や経済状況等）にも留意し、必要に応じ、社会資源の活用等により、背景要因も考慮した支援が必要な場合もあることに留意する。

○ 保健指導を実施する際の要点

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

対象者がより良い生活習慣に向けた行動目標に沿って新たな生活習慣を確立

し、維持することは容易ではない。保健指導実施者は、対象者の新たな行動を継続できるよう、定期的に助言・支援することや同じ課題に取り組むグループへの参加の勧奨等、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とをわかりやすく説明

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

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。

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・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票の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^a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。

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

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

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

なお、具体的な保健指導の評価については、第3編第4章を参照されたい。

(6) ポピュレーションアプローチや社会資源の活用

保健指導は、健診結果及び質問票に基づき、個人の生活習慣を改善する方向で支援が行われるものであるが、個人の生活は家庭、職場、地域で営まれており、生活習慣は生活環境、風習、職業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

^a 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。

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^b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。

^b 保健行動：健康の回復、保持、増進に係る全ての行動。

(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。

第2章 保健事業（保健指導）計画の作成

2-1 保健事業（保健指導）計画作成の進め方

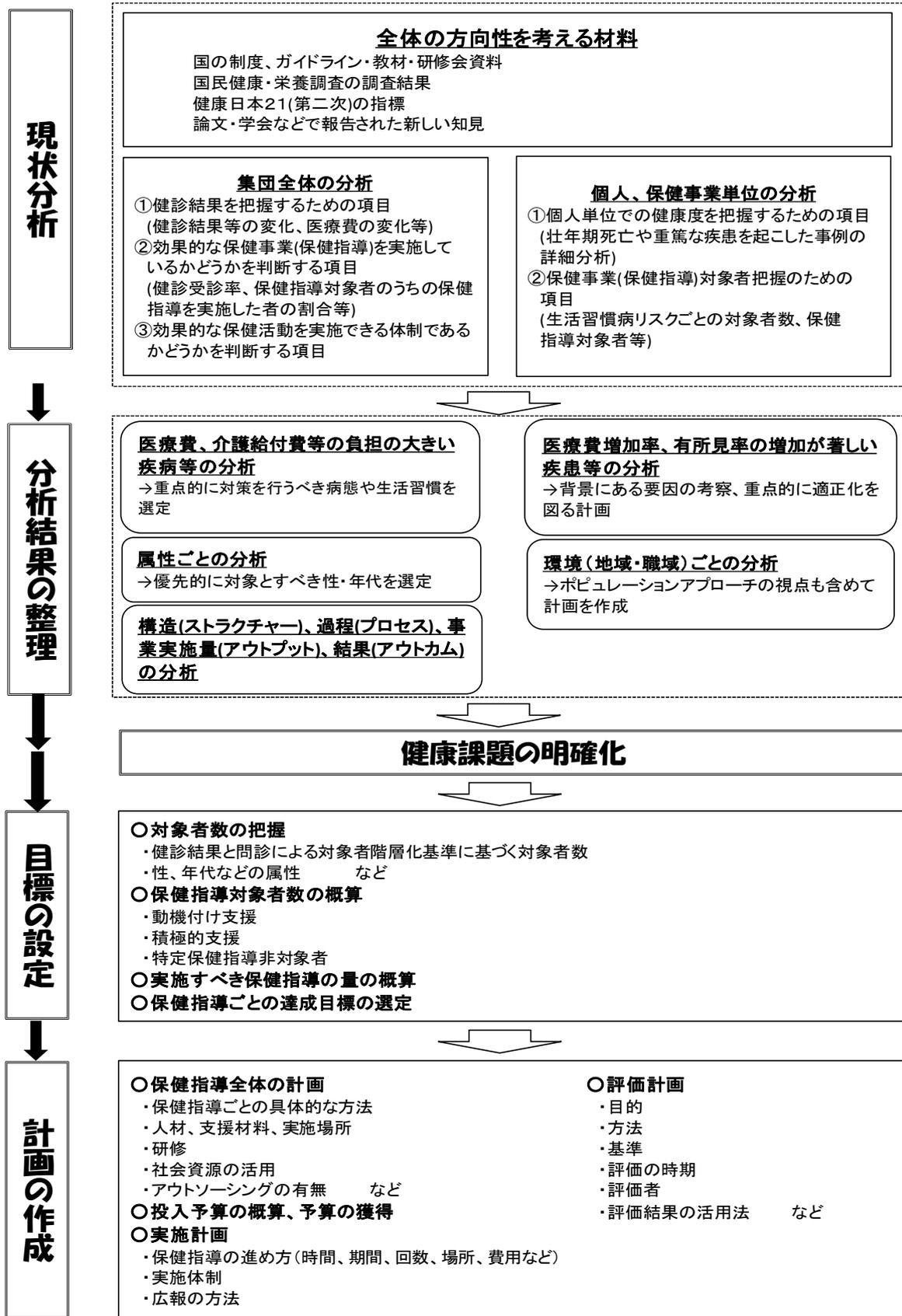
保健事業（保健指導）計画の作成は、次のような流れで行う。

- ① 国の制度、ガイドライン、国民健康・栄養調査の調査結果等から保健事業を進めるうえで、全体の方向性を考える。
- ② 各種データから集団全体の分析と個人、保健事業の単位の分析を行い、その集団における優先すべき健康課題を明確にする。
- ③ ②において明らかになった健康課題を解決するために、優先順位を考慮した上で、保健事業（保健指導）目標として達成すべき目標や数値目標を設定する。
- ④ ③において設定した目標を具体的に達成するために、保健事業（保健指導）の方法、実施、評価について計画を作成する。

※ここでいう保健事業計画とは、各地方公共団体、保険者において、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 保健事業（保健指導）計画作成の進め方



2-2 現状分析

(1) 分析が必要な理由

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

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

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

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

(2) 分析すべき項目

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

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

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

平成20年度以降は特定健診データの蓄積、さらにはレセプトデータの電子化等の推進もあり、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、環境等の観点からさらに解析を行い、その結果を整理する。そして、対象集団の健康課題、保健指導の効果が期待される対象者集団及び方法等を明らかにして、その課題解決に向けた保健事業（保健指導）計画を策定するための基礎資料を作成する。

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

- ① 「医療費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、1-2、2-1、2-2、3-1～6）
背景にある要因（生活習慣、環境の変化等）を考察し、重点的に適正化を図るための計画を立案する。
- ③ 「属性ごとの分析」
優先的に対象とすべき性別・年代を選定し、対象となるそれぞれの属性（働き盛り（管理職、営業職等）、育児中の親等）に受け入れやすい保健事業を計画する。
- ④ 「環境（地域・職域）ごとの分析」
重点的に対策を行うべき対象を選定し、その地域・職場の共通の生活習慣に関連する問題についてはポピュレーションアプローチの視点も含めて計画を作成する。なお、職域の分析に当たっては、職場全体の分析だけではなく、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。
- ⑤ 「ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果）の分析」
ストラクチャー（構造）・プロセス（過程）・アウトプット（事業実施量）・アウトカム（結果）のそれぞれについて分析し、さらに関連性について分析する。保健事業の実施により、健康課題の改善が図られているかどうかを検討する。

不十分な場合には保健事業の見直し、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）。

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・介護部門の担当が保有している各種データ、たとえば、国保データベース（KDB）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て分析・評価することにより、保健事業全体を俯瞰した戦略の検討及び体制整備に資することができる。

表1 集団全体の分析項目（例）

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

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

表2 個人、保健事業の単位の分析項目（例）

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

2-3 保健事業（保健指導）の目標設定

（1）保健事業全体の目標設定

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

優先課題は生活習慣病の有病者や予備群を減少させることに寄与するものであることは前提であるが、保険者としての集団全体の健康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、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者について、前年度の健診結果を判定基準に投入、各保健指導レベル別の対象人数の概数を算出する。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、その指導のもとに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、たと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
- ・ 特定保健指導を利用した人の翌年度の健診結果が改善するか、または悪化しない。
 - ・ 腹囲及び体重の減少をめざす。
 - ・ 保健指導レベルが改善する人を〇%とする。
 - ・ 翌年度の健診結果にて、動機付け支援となる人が〇%（*ポイント減少）となる。
 - ・ 特定保健指導実施率が〇%（*ポイント向上）となる。
- ② 「積極的支援レベル」の対象者
- ・ 特定保健指導を利用した人の翌年度の健診結果が改善するか、または悪化しない。
 - ・ 腹囲及び体重減少、危険因子の軽減をめざす。
 - ・ 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。
 - ・ 保健指導レベルが改善する人を〇%とする。
 - ・ 「医療機関への受診勧奨」レベルへの移行率を〇%以下とする。
 - ・ 翌年度の健診結果にて、積極的支援となる人が〇%（*ポイント減少）となる。
 - ・ 特定保健指導実施率が〇%（*ポイント向上）となる。
- ③ 特定保健指導非対象者

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

特定保健指導非対象者については、保険者が行う法定報告の義務はないが、メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少や医療費適正化に資するため、各保険者等は下記の指標を参考にして目標を設定することが望ましい。

表3 特定保健指導非対象者の目標設定（例）

	分類	目標設定の指標（参考）
ア	検査データの異常がほとんどなく、生活習慣も問題がない者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健診結果を正常範囲のまま維持し、悪化しない。 ・ 「動機付け支援」「積極的支援」対象への移行率を〇%以下とする。
イ	検査データの異常はほとんどないが、喫煙、食生活・身体活動などの生活習慣の問題がある者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健診結果が悪化しない。 ・ 生活習慣の問題点を自覚し、生活習慣が一つでも改善する。
ウ	検査データでは保健指導判定値以上であるが、肥満がないため特定保健指導の対象とはならない者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 〇%の健診結果が改善する。 ・ 特定保健指導実施率が〇%向上する。
エ	服薬中であるために、特定保健指導の対象とはならない者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 喫煙習慣などの生活習慣の問題が改善する。 ・ 治療が継続している。 ・ 生活習慣病のコントロールが良好である者の増加（又はコントロール不良者の割合の減少）

(3) 特定保健指導の対象者の優先順位に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、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。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、健康な労働者が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していく。

(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) 保健指導の実施者

保健指導は、医師、保健師、管理栄養士が中心となって担うこととする。

「動機付け支援」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、管理栄養士であること。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^cが行うことも可能とする。

^c 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。

「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、その他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^d、運動指導に関する専門的知識及び技術を有する者^e（健康・体力づくり事業財団が認定する健康運動指導士や事業場における労働者の健康保持増進のための指針に基づく運動指導、産業栄養指導、産業保健指導担当者等）が実施する。

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

保健指導において、禁煙支援を行う場合には、禁煙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、日本医師会認定健康スポーツ医等と連携することが望ましい。

さらに、保健指導の実施者は、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。

（４）「動機付け支援」「積極的支援」に必要な詳細な質問項目

「動機付け支援」、「積極的支援」の実施に当たっては、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）^f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。

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。

^d 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【平成20年厚生労働省告示第10号、平成20年3月10日付け健発第0310007号・保発第0310001号】

① 歯科医師及び看護師、栄養士、薬剤師、助産師、准看護師、歯科衛生士であって、告示に定める内容の食生活改善指導担当者研修を受講した者
② 事業場における労働者の健康保持増進のための指針（昭和63年9月1日健康保持増進のための指針公示第1号。以下「THP指針」という。）に基づく産業栄養指導担当者であって追加研修を受講した者又はTHP指針に基づく産業保健指導担当者であって追加研修を受講した者

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

① 看護師、栄養士、歯科医師、薬剤師、助産師、准看護師、理学療法士であって、告示に定める内容の運動指導担当者研修を受講した者
② 財団法人健康・体力づくり事業財団が認定する健康運動指導士又は、THP指針に基づく運動指導担当者であって追加研修を受講した者

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

無関心期：6か月以内に行動変容に向けた行動を起こす意思がない時期

関心期：6か月以内に行動変容に向けた行動を起こす意思がある時期

準備期：1か月以内に行動変容に向けた行動を起こす意思がある時期

実行期：明確な行動変容が観察されるが、その持続がまだ6か月未満である時期

維持期：明確な行動変容が観察され、その期間が6か月以上続いている時期

表4 「動機付け支援」「積極的支援」に必要な詳細な質問項目

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

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に、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みつけることに活用できる。

1. 健康意識・認識		
1-1	現在の自分の健康状態についてどのように感じていますか。	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
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
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タバコ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タバコ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、タバコ（いわゆる加熱式タバコ、電子タバコを含む）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タバコを吸っていますか（吸っていましたか）。	1日（ ）本
5-5	習慣的にタバコを吸うようになってから、何年間タバコを吸っていますか（吸っていましたか）。	（ ）年間
5-6	今までタバコ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

「動機付け支援」「積極的支援」に必要な詳細な質問項目 解説と追加質問

動機付け支援・積極的支援に必要な詳細な質問項目の解説と、保健指導で活用することを想定した追加質問と選択肢、ならびにその解説文を示している。追加質問は、対象者の特性や状況に応じて選択的に活用することができる。

1. 健康意識・認識

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。

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
-----	-----------------------------	----------------------------------

解説：本人が自己評価する健康観（感）は、主観的健康観（感）と呼ばれ、死亡率と強い関連がある^{注1}。保健指導では、健康意識として主観的健康観（感）を把握したうえで、計画作成の際に活用する。

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
-----	---	----------

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。

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
-----	------------------------	----------

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、これまでの取り組みの具体的な内容と結果、およ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。

1-4	体重を定期的に測定していますか。	①はい ②いいえ
-----	------------------	----------

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。

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
-----	------------------------------------	----------

解説：毎年の特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。

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
-----	-----------------------	----------

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」、5-1「現在、たばこ（加熱式たばこ、電子たばこを含む）を習慣的に吸っていますか」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、「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、一遍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からない」などの理由^{注2}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ふ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 ^{注4} 。	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、および野菜の摂取状況が食事摂取基準等の目標量に合致する者の割合が少ない^{注4}。逆に、主食、主菜、副菜、牛乳・乳製品、果物を適量食べることを推奨する食事バランスガイドに添った食事をしている者ほど、循環器疾患等の死亡リスクが低いことが示されている^{注5}。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
<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。“飲まない”と回答した者の中には、スポーツドリンクや微糖飲料などのように、実際には砂糖が含まれているが、そのことを正しく認識できていない者も含まれている場合もある。保健指導では、普段、どのような飲み物を良く飲んでいるか聞き取り、必要に応じて主な飲料に含まれている砂糖の量を示す教材等を用いるなど、砂糖の摂取量の自覚を促す工夫が必要である。</p>		
2-7	習慣的に間食をしますか。	①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	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）同士を組み合わせる場合がありますか ^{注6} 。	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、健常者の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、過剰摂取が疑われる場合は、前項の食事パターンや外食・持ち帰りの弁当・惣菜の質問の回答も考慮して、食品の選択、味付け、調理の工夫に関する指導を行う。その際、減塩に関心のある人に対しては、個人の嗜好や習慣に合わせた様々な減塩食^{注7}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、その人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人には、出汁や香辛料等を上手に使い、素材の味を生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、他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・惣菜の利用が多い人には、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。	① 1日2回以上 ② 1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。	① 1日2回以上 ② 1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、回数が多い人（週2回以上利用）では、主食・主菜・副菜を揃えて食べる頻度が少ないことが報告されている^{注3}。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、タンパク質やビタミンの不足等）の可能性が高いことを念頭に置く。特に外食の頻度が1日1回以上の場合は、食事の概要を聞き取り（必要に応じて管理栄養士等が詳細に聞き取り）、指導を行う。具体的には、持ち帰りの弁当・惣菜に関しては、食塩の摂りすぎにつながりやすい丼物、麺類に偏るのを避け、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回以上利用する人に対しては、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、食品や栄養のバランスを摂るための惣菜や弁当の選択、組みあ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”以外に回答した人（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、その他の人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人でも、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人で、血中の総コレステロール、LDLコレステロールの高い人や高めの人に対しては、それらの摂取を控える指導が必要である。天ぷらに関しては一般に植物性油を使用しているため、血中の総コレステロール、LDLコレステロールの上昇には大きな影響はない（カロリーの過剰摂取が無ければむしろ低下に働くが）。しかし、天ぷらを好む人は、一般に油脂の摂取が多いために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人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人に対しては、これらの好みに対して、当該食品の摂取の量や頻度を少なくすること、肉の脂身は調理の際にできるだけ取り除くこと、外食の場合には、肉の脂身を食わずに残すようにするよう指導する。</p>		
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人には、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人に対しては、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>		
3. 運動・身体活動状況		
3-1	1週間の中で運動する時間を設けていますか。	①はい ②いいえ
追加	現在、月に1回以上行うスポーツや運動はありますか。	運動の内容、実施時間（月回数、1回あたりの実施時間）を問う。
<p>解説：余暇時間に何らかの目的を持って積極的に身体を動かす習慣を尋ねる項目である。保健指導では、5分ほどのこまめな運動でも、普段の生活の隙間で意識して行うことができないか、対象者と一緒に工夫点を探す。</p>		
3-2	エレベーターより階段を使うなど意識的に体を動かしていますか。	①はい ②いいえ
追加	外出の際（通勤含む）に良く使う移動手段は何ですか。	①乗用車やバイク ②公共交通機関 ③自転車 ④徒歩 ⑤その他
<p>解説：普段の生活の中で移動する時など、身体を動かす機会を捉え、身体を動かそうという意識・行動を問う項目である。保健指導では、移動する時など身体を動かすタイミングを見つけ、実行できそうな身体活動方法を対象者と共に見つけていく。</p>		
3-3	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	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はありますか。	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：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>			
追加	体を動かすこ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>			
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	
<p>解説：身体活動や食事に関し、すでに主治医がおり、生活習慣病以外で何らかの生活習慣に関する指導を受けていることが考えられる。保健指導では、主治医から受けている指導内容を確認し、その上で工夫できそうな点を対象者とともに見つけていく。必要によっては、主治医と連絡をとることも考えられる。</p>			
4-2	健診後、生活習慣病（高血圧、糖尿病、脂質異常症など）で新たに受診しましたか。	① 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）を飲んでますか。	① はい ② いいえ ③薬を飲んでいますが種類はわからない	
<p>解説：心房細動があると脳塞栓の発症リスクが非常に高くなり、予防のためには抗凝固剤を持続的に飲む必要がある。治療を中断するとリスクが急増するため、「はい」と回答した場合は定期的な受診と継続的な服薬を確認した上で、保健指導を開始する。</p>			
追加	関節リウマチやその他の膠原病、喘息、皮膚などのアレルギー性疾患の治療を受けていますか。	① はい ② いいえ ③わからない	
<p>解説：膠原病やアレルギー性疾患などでステロイド剤を服用している場合、代謝系や脂質系の検査値が異常値を示しやすいため、「はい」と回答した場合は病状や治療内容をよく確認する。あくまでも原疾患の治療が優先されるため、保健指導の対象者とするかどうかを含めて必ず主治医と相談する。</p>			
4-3	両親やきょうだいではまる病気があれば○をつけて下さい（複数回答可）。	高血圧/糖尿病/脂質代謝異常（高脂血症）/痛風/脳卒中（脳梗塞・脳出血）/心臓病（心筋梗塞・狭心症）/腎臓病	
<p>解説：血縁者の既往・現病歴を尋ねる項目である。保健指導では、家族歴と健診結果から、自分自身の生活習慣を振り返る上で、貴重な情報（遺伝的要因・環境的要因等）となり、対象者の自覚を促すように支援する。</p>			
5. 喫煙			
5-1	職場において、この1ヶ月間に、自分以外の人が吸っていたら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ら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^{注8}。一方、受動喫煙を防ぐことで、これらの疾患が減少することが報告されている^{注9}。職場での受動喫煙については、労働安全衛生法で事業者者に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^{注10}を満たす喫煙室の設置が望ましい。</p>		
5-3	現在、たばこ（加熱式たばこ、電子たばこを含む）を習慣的に吸っていますか。	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
追加	タバコを吸い始めたのは何歳ですか。 *喫煙歴がある場合	（ ）歳
追加	タバコ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。喫煙本数と年数とから累積喫煙量（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^{注11}。また、これら2項目は、禁煙試行後の少なくとも1カ月間以上の禁煙継続率を予測する独立した要因であることが報告されている^{注12}。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>		
<p>6. 飲酒</p>		
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（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
<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^{注13}、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>		
<p>7. 睡眠・休養</p>		

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: 睡眠と休養をわ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	睡眠薬がわりに寝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: 日中に眠気を来す最大の原因は睡眠不足である。交代勤務などの背景因子にも注意しつつ、規則正しい起床・睡眠を維持するように指導する。規則正しい睡眠を指導する上で、①就寝前の喫煙、寝酒は生活習慣病のリスクを高めるだけでなく、睡眠の質を悪化し睡眠時無呼吸を起こしやすくすること、②同様に喫煙、カフェインの摂取は不眠のリスクを高めること、③頻繁な夜更かしは生体リズム(体内時計)を崩し、睡眠時間帯の不規則化や夜型化を招く可能性があることは、重要なポイントである。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人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、大きいいびきに加えて、いびきの間に静かになり息が止まっていないか(睡眠時無呼吸の有無)にも注意する。睡眠中の窒息感や、あえぐような呼吸も睡眠時無呼吸によくみられる症状である。日中の過度の眠気や熟睡感の欠如も、睡眠時無呼吸を発見するきっかけとなる。睡眠時無呼吸が疑われる場合は、まずは減量を試みて、症状やいびきの改善を家族の協力も得て観察する。睡眠時無呼吸が肥満を助長する場合があるので、減量が困難でいびきがますます大きくなり、症状もひどくなるようなら医療機関の受診も考慮する。</p>		
<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^{注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・職域におけるグループ等との協働を視野に入れた指導計画の作成に活用する。</p>		

9. 仕事・労働衛生		
9-1	1週間の労働時間はおよそ何時間ですか。	①就労していない ②40時間未満 ③40～48時間 ④49～54時間 ⑤55時間以上
<p>解説：長時間の残業は、食生活の乱れ、身体活動不足、睡眠時間の短縮につながり、生活習慣病の原因となる。長時間労働が長期間続くと、冠動脈疾患が増加するという報告もある^{注15}。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、主婦で定期的な仕事に従事していない場合は「就労していない」を選択する。</p>		
9-2	交代勤務制の仕事に従事していますか。	①はい ②いいえ
<p>解説：交代勤務者では食事や睡眠の習慣が乱れやすく、また概日リズムの乱れも生活習慣病の原因となるため、様々な慢性疾患のリスクが高まる^{注16}。職場の事情や賃金などの理由で交代勤務から外れることは難しいことが多いため、保健指導では慢性疾患のリスクが高まることを理解してもらい、代替手段として食事（減塩、過食等）に気を付け、運動習慣を身に付けるように指導する。交代勤務者への睡眠衛生指導ではできるだけ概日リズムを崩さないような配慮が求められる。夜勤時に休憩時間がある場合は仮眠を取るよう合わせて指導する。</p>		
追加	労働における身体的負荷はどの程度ですか。	①低い（座位） ②中程度（立ち作業） ③強い（激しく動く）
<p>解説：身体活動は余暇のみでなく業務によっては仕事にも負荷されることを説明する。業務中の身体活動が、心拍数があまり上がらない程度（BORG指数11～13程度）であれば、冠動脈疾患のリスクが低下するが、高強度の身体負荷業務では冠動脈疾患が発生しやすいことが報告されている^{注17}。デスクワークや運転業務などで身体活動が少ない場合は、休み時間や余暇に積極的に運動することを提案する。運動が仕事に影響することを懸念している場合は、休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^{注18}。ストレスが生活習慣悪化の一因であれば、まずはストレス源を知り可能であれば排除する、排除できなければ本人なりの対処法を模索する方向に話をするとよい。50人以上の企業であれば、通常健康診断とは別にストレスチェックによる心の健康状態の確認があり、申し出れば産業医等との面談が可能であることを伝える。</p>		
追加	出張の多い仕事ですか。	①はい ②いいえ
<p>解説：出張が多いと生活リズムが乱れ、睡眠時間が減り、仕事に対するストレスが強まるなど、慢性疾患のリスクを高める。外食が多くなることによる過食、生活環境が異なることによる身体活動不足のリスクも高まる。出張を減らすことは困難であるため、該当者には食事時間が不規則にならないこと、食事内容（減塩、過食等）に気を付けること、歩きやすい靴で出張に出かけるなど、身体活動を増やすことを促す。</p>		
追加	単身赴任ですか。	①はい ②いいえ
<p>解説：単身赴任者では生活リズムが乱れ、睡眠時間が短く、仕事に対するストレスが強い傾向があり、有配偶と同居している場合と比べて精神的に不安定で、血中脂質が高いという報告がある^{注19}。単身赴任そのものを解決することは困難であるため、自炊できない場合は適切な外食やお弁当の選び方など、食事内容（減塩、過食等）に気を付けること、家事などを積極的に行って身体活動量を上げること、運動習慣を身につけることなどを促す。</p>		
追加	必要な時に病院へ受診する時間は確保できますか。	①できる ②やや難しいと感じる ③難しいと感じる
<p>解説：医療機関の受診に対して難色を示す対象者に対する質問である。受診を拒む理由に仕事や私生活の多忙を挙げる場合があるが、その中には本当に時間的余裕がない場合と、実際は余裕があるにも関わらず受診を拒否する理由として挙げている場合とが混在していることに留意する。いずれの場合においても、受診・治療の重要性を理解してもらうことで、受診時間の確保と実際の受診とを促す。</p>		

追加	あなたの職種は次のうちどれが一番近いですか。	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編職業分類（平成23年改定）。保健指導では、職種によって提案できる生活改善の方法が大きく異なるため、必要に応じて対象者の職種を知ることが重要である。職種を知ることによって、対象者の指向性を知るとともに、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。	<p>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ヶ月以上継続して実施している</p> <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>
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）。	
追加	禁煙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。	

- 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 年内閣府：食育に関する意識調査。
- 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・栄養調査と共通の質問。
- 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 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.
- 注6 おにぎりとかップめん、うどんといなりずしなど。
- 注7 日本高血圧協会石川県支部、石川県栄養士会監修「百万石減塩レシピ石川県内 36 病院の管理栄養士が贈る決定版」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 GE, 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):791-9.
- 注12 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 人々の協同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15 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; 9:391-407.
- 注18 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19 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.

【参考】：目標設定に利用できる健康行動の実施状況の把握

これらの質問は、対象者が取り組むことができる行動を洗い出し、「まだしていない」あるいは「はじめた」行動から行動変容の目標を選択する目的で使用される。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。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している。
	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）の少ないものにしている。
	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	漬物・梅干しや佃煮を減らしている。
	食卓でおかずに塩をかけないようにしている。
	食卓でおかずにしょう油をかけないようにしている。
	塩蔵魚（塩じゃけ・干物類）を減らしている。
	肉加工食品（ハム・ソーセージ）を減らしている。
	魚加工食品（かまぼこ・ちくわ）を減らしている。
	みそ汁をあまり飲まないようにしている。
	麺類（うどん・ラーメンなど）の汁を飲まないようにしている。
	煮物（しょうゆ味）を減らしている。
	味付けに酢・ゆず・レモンを使うようにしている。
	スパイスで上手に味付けをしている。
毎日果物を食べるようにしている。	
LDLコレステロール	朝食は和食にしている。
	魚を多くとるようにしている。
	ベーコンやソーセージは食べないようにしている。
	バター、チーズを食べないようにしている。
	バターやラードをやめ、サラダ油を使っている。
	菓子パン、洋菓子、スナック菓子をやめ、和菓子にしている。
	大豆製品（豆腐、油揚げ、など）をとるようにしている。
	インスタントラーメンは食べないようにしている。
牛乳やアイスクリームは低脂肪のものにしている。	
身体活動	歩数計を身につけるようにしている。
	1日の活動量の目標を1万歩にしている。
	食後のウォーキングをしている。
	通勤や買い物は出来るだけ徒歩にしている。
	エレベーターを使わないで階段を上っている。
	週2回は何か運動やスポーツをしている。
飲酒	お酒は1日1合（ビールなら中瓶1本）までにしている。
	週1日以上、飲まない日を作っている。
肥満	毎日体重計で体重をチェックしている。
	1ヶ月1キロの減量を目標にしている（肥満である人）。

(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)

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

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 対象者の要求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。

（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、自らが生活習慣について改善すべきことや価値観の転換の必要性に気付くという過程を大切にする。
- いくつかの支援手段（メニュー）を組み入れ、対象者の状況や要望に応じて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。
- 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。

3-2 保健指導における情報提供

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、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。

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づ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人を減らせるように、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ことが必要である。

- 健診結果や質問票から特に問題とされることがない対象者へは、健診結果の見方や、健康の保持増進に役立つ内容の情報を提供する。あわせて、毎年の継続的な健診受診の重要性について、生活習慣の変化と健診結果の変化の関係を理解してもらい、年1回、健診結果を確認して、生活習慣改善を行う意義や合理性について納得してもらえようように伝える。
- 医療機関への受診の必要性はないが、検査値に異常が見られる対象者へは、上記に加え、検査値を改善するための個人の状態に応じた生活習慣のアドバイスを提供する。
- 医療機関への受診や継続治療が必要な対象者へは、受診や服薬の重要性を認識してもらえよう工夫する。「第2編別添健診結果とその他必要な情報の提供（フィードバック文例集）」を参照されたい。

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わかりやすく示し、対象者が経年的な身体の変化を理解できるよう工夫する。

b 生活習慣

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

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・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あ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

⑦ 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

(<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-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り組む指標の1つに位置づけられている。

(2) 「動機付け支援」

① 目的（目指すところ）

対象者への個別支援又はグループ支援により、対象者が自らの健康状態を自覚し、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。

② 対象者

健診結果・質問票から、生活習慣の改善が必要と判断された者で、生活習慣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さら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⁸において対象者の生活習慣や行動変容ステージ（準備状態）を把握し、健診結果やその経年変化等から、対象者に対し、身体に起こっている変化の理解を促す。そして、対象者の健康に関する考えを受け止め、対象者が、自分の生活習慣の改善点・継続すべき行動等に気づき、自ら目標を設定し、行動に移すことができる内容とする。

特に、食生活については、栄養素の代謝メカニズムを理解し、食事や食材料の栄養的特性を踏まえた上で、実際の食べ方について具体的に指導を行うことが重要である。その際、対象者の関心や理解度、ライフスタイル等に応じて教材等（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・アクティブガイドは、上述の身体活動増加のポイントがわ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

⁸ 「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。

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。

- 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。
- 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。
- 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。
- なお、評価項目は対象者自身が自己評価できるように設定するが、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 支援形態

a 面接による支援

- 1人20分以上の個別支援、又は1グループおおむね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）。

b 行動計画の実績評価

- 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。
- 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ならば、初回面接を行った者以外の者が評価を実施しても差し支えない。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。

(3)「積極的支援」

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」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。

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

b 3か月以上の継続的な支援

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

支援A（積極的関与タイプ）

- 行動計画の実施状況の確認を行い、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、取り組んでいる実践と結果についての評価と再アセスメント、生活習慣の振り返りを行い、必要があると認めるときは、行動目標や計画の再設定を行う。

支援B（励ましタイプ）

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

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。
- 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。
- なお、評価項目は対象者自身が自己評価できるように設定するが、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。
- 継続的な支援の最終回と一体的に実施しても差し支えない。
- 中間評価や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ならば、初回面接を行った者以外の者が評価を実施しても差し支えない。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。

⑤ 支援形態

a 初回時の面接による支援

- 動機付け支援と同様の支援

b 3か月以上の継続的な支援

支援A（積極的関与タイプ）

- 初回面接支援の際に作成した特定保健指導支援計画や実施報告書、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。
- 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。

支援B（励ましタイプ）

- 支援計画の実施状況の確認と励ましや賞賛をする支援をいう。
- 個別支援B、電話支援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。

⑥ 支援ポイント

積極的支援における支援内容と支援ポイントを**表5**に示す。

表5 積極的支援における支援方法と支援ポイント

	基本的なポイント	最低限の介入量	ポイントの上限
個別支援 A	5分 20ポイント	10分	1回30分以上実施した場合でも120ポイントまで
個別支援 B	5分 10ポイント	5分	1回10分以上実施した場合でも20ポイントまで
グループ支援	10分 10ポイント	40分	1回120分以上実施した場合でも120ポイントまで
電話支援 A	5分 15ポイント	5分	1回20分以上実施した場合でも60ポイントまで
電話支援 B	5分 10ポイント	5分	1回10分以上実施した場合でも20ポイントまで
電子メール支援 A (電子メール、FAX、手紙等)	1往復 40ポイント	1往復	
電子メール支援 B (電子メール、FAX、手紙等)	1往復 5ポイント	1往復	

⑦ 留意点

(支援ポイントについて)

- 1日に1回の支援のみカウントすることとし、同日に複数の支援形態による支援を行った場合は、最もポイントの高い支援形態のもののみをカウントする。
- 保健指導と直接関係のない情報（保健指導に関する専門的知識・技術の必要ない情報：次回の約束や雑談等）のやりとりは支援時間に含まない。
- 電話又は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（一方的な情報の提供（ゲームやゲーミ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。

(支援の継続について)

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

⑧ 積極的支援の例（表6～表9）

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。

表6 支援パターン1（支援Aの個別支援と電話支援を組み合わせた例）

表7 支援パターン2（個別支援を中心とした例）

表8 支援パターン3（個別支援と電話支援を組み合わせた例）

表9 支援パターン4（電話支援と電子メール支援を中心とした例）

⑨ 特定保健指導支援計画及び実施報告書の例

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

表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）

支援の種類	回数	時期	支援形態	支援時間 (分)	獲得 ポイント	合計ポイント		支援内容
						支援A ポイント	支援B ポイント	
初回 面接	1	0	個別支援	20				① 生活習慣と健診結果の関係の理解、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識の習得、生活習慣の振り返り等から、対象者本人が生活習慣改善の必要性に気づき、自分自身のこととしてその重要性を理解できるよう支援する。
								② 対象者本人が、生活習慣を改善するメリットと現在の生活を続けるデメリットについて理解できるように支援する。
								③ 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。
								④ 対象者の行動目標や評価時期の設定を支援する。必要な社会資源を紹介し、対象者が有効に活用できるように支援する。
								⑤ 体重・腹囲の計測方法について説明する。
								⑥ 生活習慣の振り返り、行動目標や評価時期について対象者と話し合う。
								⑦ 対象者とともに行動目標・支援計画を作成する。
継続的 な支援	2	2週間後	電話支援A	10	30	30		① 生活習慣の振り返りを行い、必要があると認める場合は、行動目標・行動計画の再設定を行う（中間評価）。
	3	1か月後	電子メール支援A	1	40	70		② 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。
	4	2か月後	個別支援A (中間評価)	10	40	110		
	5		電子メール支援A	1	40	150		
	6	3か月後	電話支援A	10	30	180		
	7	6か月後						① 行動計画の実施状況および行動目標の達成状況を確認する。 ② 体重や腹囲の変動状況を確認し、身体状況や生活習慣に変化が見られたかについても確認する。

※評価時期は継続的な支援終了以降、任意の時期に実施することが可能である。評価の時期を6か月後より前にする場合は、評価実施後、生活習慣の改善が維持されているか等について、定期的に確認することが望ましい。

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）

支援の種類	回数	時期	支援形態	支援時間 (分)	獲得 ポイント	合計ポイント		支援内容
						支援A ポイント	支援B ポイント	
初回 面接	1	0	個別支援	20				① 生活習慣と健診結果の関係の理解、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識の習得、生活習慣の振り返り等から、対象者本人が生活習慣改善の必要性に気づき、自分自身のこととしてその重要性を理解できるように支援する。 ② 対象者本人が、生活習慣を改善するメリットと現在の生活を続けるデメリットについて理解できるように支援する。 ③ 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。 ④ 対象者の行動目標や評価時期の設定を支援する。必要な社会資源を紹介し、対象者が有効に活用できるように支援する。 ⑤ 体重・腹囲の計測方法について説明する。 ⑥ 生活習慣の振り返り、行動目標や評価時期について対象者と話し合う。 ⑦ 対象者とともに行動目標・支援計画を作成する。
継続的 な支援	3	1か月後	個別支援A (中間評価)	20	80	80		① 生活習慣の振り返りを行い、必要があると認める場合は、行動目標・行動計画の再設定を行う（中間評価）。 ② 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。 ③ 行動計画の実施状況の確認と行動計画に掲げた行動や取り組みを維持するために賞賛や励ましを行う。 ④ 行動計画の実施状況および行動目標の達成状況を確認する。 ⑤ 体重や腹囲の変動状況を確認し、身体状況や生活習慣に変化が見られたかについても確認する。
	4		電子メール支援B	1	5	15		
	5	2か月後	個別支援A	20	80	160		
	6	3か月後	電子メール支援B	1	5	20		
評価	7	6か月後						

※評価時期は継続的な支援終了以降、任意の時期に実施することが可能である。評価の時期を6か月後よりも前にすることも可能である。評価実施後、生活習慣の改善が維持されているか等について、定期的に確認することが望ましい。

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）

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

※評価時期は継続的な支援終了以降、任意の時期に実施することが可能である。評価の時期を6か月後よりも前にする場合は、評価実施後、生活習慣の改善が維持されているか等について、定期的に確認することが望ましい。

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）

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

支援の種類	回数	時期	支援形態	支援時間 (分)	獲得ポイント	合計ポイント		支援内容			
						支援A ポイント	支援B ポイント				
初回 面接	1	0	個別支援	20	5			① 生活習慣と健診結果の関係の理解、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識の習得、生活習慣の振り返り等から、対象者本人が生活習慣改善の必要性に気づき、自分自身のこととしてその重要性を理解できるよう支援する。 ② 対象者本人が、生活習慣を改善するメリットと現在の生活を続けるデメリットについて理解できるよう支援する。 ③ 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。 ④ 対象者の行動目標や評価時期の設定を支援する。必要な社会資源を紹介し、対象者が有効に活用できるように支援する。 ⑤ 体重・腹囲の計測方法について説明する。 ⑥ 生活習慣の振り返り、行動目標や評価時期について対象者と話し合う。 ⑦ 対象者とともに行動目標・支援計画を作成する。			
						2	2週間後		電子メール支援B	1	5
						3	1か月後		電話支援A (中間評価)	20	60
						4			電子メール支援 B	1	5
						5	2か月後		電子メール支援A	1	40
						6			電話支援B	5	10
						7	3か月後		電話支援A	20	60
						8	6か月後				

※評価時期は継続的な支援終了以降、任意の時期に実施することが可能である。評価の時期を6か月後よりも前にする場合は、評価実施後、生活習慣の改善が維持されているか等について、定期的に確認することが望ましい。

様式1 特定保健指導支援計画及び実施報告書の例

⑨特定保健指導支援計画及び実施報告書の例

1 保健指導対象者名 2017/7/9 利用券番号 2 保険者名 保険者番号

--	--

3 保健指導機関名(番号)・保健指導責任者名

総轄保健指導機関名	保健指導機関番号	保健指導責任者名(職種)

4 保健指導区分

<input type="radio"/> 動機付け支援	5 保健指導コース名
<input type="checkbox"/> 積極的支援	
<input type="checkbox"/> 動機付け支援相当	
<input type="checkbox"/> モデル実施	

6 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

7 初回面接による支援の支援形態・実施する者の職種

	実績
支援形態	個別・グループ・遠隔面接
実施する者の氏名	
実施する者の職種	

8 継続的な支援の支援形態・ポイント

計画	支援形態	回数	実施時間	ポイント
	個別A	2 (回)	(分)	160 (P)
個別B	0 (回)	(分)	0 (P)	
グループ	0 (回)	(分)	0 (P)	
電話A	0 (回)	(分)	0 (P)	
電話B	1 (回)	(分)	10 (P)	
電子メールA	0 (回)	(分)	0 (P)	
電子メールB	2 (回)	(分)	10 (P)	
合計	5 (回)	(分)	180 (P)	
ポイント内訳		(A) 160	(B) 20	

9 実施体制表(委託事業者)

	個別A	個別B	グループ	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)							

10 保健指導の評価

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29年9月10日	個別支援		
実施	平成29年9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30年1月9日	個別支援		
実施	平成30年1月9日	個別支援		

11 行動目標・行動計画

行動目標・計画の設定及び変更	設定日時	平成29年7月9日	平成29年9月10日(中間評価)	○年○月○日
	目標値		cm kg mmHg mmHg kcal kcal kcal	
	行動目標		6ヶ月後に体重を3kg減少する	6ヶ月後に体重を3kg減少する
	行動計画		①1日30分歩く ②体重を毎日測定する	①1日30分歩く ②体重を毎日測定する ③夜食の回数を週7回から週3回に減らす
変更理由				

12 保健指導の実施状況

1) 初回面接による支援

	(保健指導者・番号) (職種)	実施年月日	実施時間	腹囲 (増減数) ()	体重 (増減数) ()	収縮期血圧 (増減数) ()	拡張期血圧 (増減数) ()	行動変容ステージ	保健指導実施内容	保健指導支援形態 1. 個別 2. グループ (実施時間)	コメント (任意)
初回	△△ △△ 〇〇 〇〇 (保健師)	平成29年7月9日	20分	cm	kg	mmHg	mmHg	(1)無関心期 (2)関心期 (3)準備期 (4)実行期 (5)維持期	・生活習慣と健診結果の関係について ・標準的な食事量、運動量の目安の提示 ・生活習慣の振り返り ・行動目標および計画の策定	① 個別 (20分) 2. グループ () 5. 遠隔面接 ()	
(初回面接を分割実施した場合は2回目)	△△ △△ 〇〇 〇〇 (保健師)	平成29年7月20日	分	/	/	/	/	/	/	1. 個別 () 2. グループ () 3. 電話 () 4. 電子メール () 5. 遠隔面接 ()	

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

(1) 個別・グループ・電話A・電子メールAによる支援 (支援A)

	(保健指導者・番号) (職種)	実施年月日	実施時間	腹囲 (増減数) ()	体重 (増減数) ()	収縮期血圧 (増減数) ()	拡張期血圧 (増減数) ()	生活習慣の改善状況	指導の種類	保健指導支援形態 1. 個別 2. グループ 3. 電話A 4. 電子メールA (実施時間)	支援実施ポイント	合計ポイント	コメント (任意)
2 回目	□ 中間 □ 終了 □ 実績評価 (保健師)	平成29年7月9日	20分	cm	kg	mmHg	mmHg	{ 栄養・食生活 } 0. 変化なし ①改善 2. 悪化 { 身体活動 } ②変化なし 1. 改善 2. 悪化 { 喫煙 } 1. 禁煙継続 2. 非継続 ③非喫煙 4. 禁煙の意思なし	食事 □ 運動 □ 禁煙 □	① 個別 (20分) 2. グループ () 3. 電話A () 4. 電子メールA ()	80		
3 回目	□ 中間 □ 終了 □ 実績評価 (保健師・運動指導士)	平成29年9月10日	20分	cm	kg	mmHg	mmHg	{ 栄養・食生活 } ①変化なし 1. 改善 2. 悪化 { 身体活動 } 0. 変化なし ①改善 2. 悪化 { 喫煙 } ②禁煙継続 2. 非継続 ③非喫煙 4. 禁煙の意思なし	食事 □ 運動 □ 禁煙 □	① 個別 (20分) 2. グループ () 3. 電話A () 4. 電子メールA ()	80		
4 回目	□ 中間 □ 終了 □ 実績評価			cm	kg	mmHg	mmHg	{ 栄養・食生活 } 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 { 身体活動 } 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 { 喫煙 } 1. 禁煙継続 2. 非継続 3. 非喫煙 4. 禁煙の意思なし	食事 □ 運動 □ 禁煙 □	1. 個別 (20分) 2. グループ () 3. 電話A () 4. 電子メールA ()		160	
5 回目	□ 中間 □ 終了 □ 実績評価			cm	kg	mmHg	mmHg	{ 食習慣 } 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 { 運動習慣 } 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 { 喫煙 } 1. 禁煙継続 2. 非継続 3. 非喫煙 4. 禁煙の意思なし	食事 □ 運動 □ 禁煙 □	1. 個別 (20分) 2. グループ () 3. 電話A () 4. 電子メールA ()			

(2) 電話Bによる支援（支援B）

	保健指導機関名	番号	保健指導者名	職種	実施年月日	実施時間	支援ポイント	合計ポイント	コメント (任意)
1					平成29年7月23日	5分	10	10	
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									

(3) 電子メールBによる支援（支援B）

	保健指導機関名	番号	保健指導者名	職種	実施年月日	実施回数	支援ポイント	合計ポイント	コメント (任意)
1					平成29年8月23日	1往復	5	10	
2					平成29年10月9日	1往復	5		
3									
4									
5									
6									
7									
8									

行動計画の実績評価（ただし、腹囲、体重は必須で、血圧は情報を入力していない場合は記載の必要はない）

	保健指導 機関名 （職種・指 導者・番 名・番号）	実施 年月日	腹 囲 （増 減 数）	体 重 （増 減 数）	収 縮 期 血 圧 （増 減 数）	拡 張 期 血 圧 （増 減 数）	生活習慣改善の状況	保健指導 支援形態 1. 個別 2. グループ 3. 電話A 4. 電子メールA	コメント (任意)
行動計画の実績評価	△△ △△ ○○ ○○ (保健師)	平成30年1月9日	()	()	()	()	栄養・食生活 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 身体活動 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 喫煙 1. 禁煙継続 2. 非継続 3. 非喫煙 4. 禁煙の意思なし	① 個別 (20分) 2. グループ (分) 3. 電話A (分) 4. 電子メールA (分)	

(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対象者との十分な信頼関係が必要であることから、同職種が数回にわたって行う場合は、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（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、血液中の中性脂肪やLDLコレステロールの増加、HDLコレステロールの減少等の検査異常がおこりやすい。喫煙とメタボリックシンドロームが重なると動脈硬化がさらに進んで、いずれも該当しない人と比べて、約4～5倍、脳梗塞や心筋梗塞にかかりやすくなる。喫煙によって年間12～13万人が死亡していると推定されており、この値は年間の全死亡者数の約1割に相当する。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、**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。さらに、保健指導は、アルコール依存症

^h アルコール健康障害：アルコール依存症その他の多量の飲酒、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】Iso H et al. Alcohol consumption and risk of stroke among middle-aged men. Stroke. 2004.

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」飲むと答えた人には、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。

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、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」参照。

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。

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」として望ましいと考えられるパターンを以下に示す。

(1) 「積極的支援」

① 支援期間

- ・ 6か月間の実施

② 支援形態

- ・ 初回面接
- ・ 対面による中間評価
- ・ 対面による6か月後の評価
- ・ 6か月後の評価まで、電話、電子メール等を利用した月1回以上の支援

③ 支援内容

- ・ 生活習慣の振り返り
- ・ 行動目標及び行動計画、支援計画の作成
- ・ 生活習慣改善状況の確認
- ・ 食生活及び身体活動に関して体験を通じた支援
- ・ 歩数計等のツールを使用した支援

④ 望ましい積極的支援の例

表 10 6か月にわたる継続した頻回な支援の例

表 11 健康増進施設(例：水中運動、ジム等)を活用した例

表 10

1) 6か月にわたる継続した頻回な支援の例

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

※評価時期は継続的な支援終了以降、任意の時期に実施することが可能である。評価の時期を6か月後より前にする場合は、評価実施後、生活習慣の改善が維持されているか等について、定期的に確認することが望ましい。

2) 健康増進施設 (例：水中運動、ジム等) を活用した例

*運動実践時間は保健指導時間に含めていない

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

※評価時期は継続的な支援終了以降、任意の時期に実施することが可能である。評価の時期を6か月後よりも前にする場合は、評価実施後、生活習慣の改善が維持されているか等について、定期的に確認することが望ましい。

3-5 保健指導のプロセスと必要な保健指導技術

保健指導のプロセスに沿った効果的な保健指導技術の展開例を示す。

① 保健指導の準備

1) 保健指導の環境整備

- ・ 対象者のプライバシーの確保、話しやすい環境設定を心がけて、場を設定する。
- ・ 対象者にとって都合の良い時間帯に設定できるよう配慮する。
- ・ 実現可能な1人あたりの時間を設定する。

2) 資料の確認

- ・ 健診データ（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。

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。

② 対象者との信頼関係の構築

1) 自己紹介

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

2) 話しやすい雰囲気づくり

- ・ 非言語的アプローチを含め、ねぎらいと感謝で迎える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。

^k 第3編第3章3-1（5）「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。

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。
- 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。
- 対象者の食生活にあわせ、自分の食行動や食事量と改善目標とする食行動や食事量（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。
- 無関心期の人には、たとえ目標設定まで至らなくても、日常生活に目を向けられるように促し、メタボリックシンドロームの病態や予後についての意識づけを行う。
- 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。(自分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、自分にも実行可能であることの認識を促す。)

3) グループワークの活用

- グループワークの場合はグループダイナミクスを利用して、気づきが自分の生活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) 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。

- 対象者が体に起こっている変化を実感し、現在の健康状態を理解できるような教材であるか。
- 身体活動・運動によるエネルギー消費量と、よく食べる料理・菓子・アルコール等の摂取エネルギー量を一緒に見ながら考えることができるような教材であるか。
- これまでの生活習慣について、何をどう変えたらよいのか、そしてこれならできそうだと実感できるために、1日あたりの生活に換算して示せるような教材であるか。

- 習慣化している料理や食品等から、エネルギーの過剰摂取改善に寄与し、かつ対象者が生活習慣の改善として受け入れやすい教材であるか。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。
- 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。
 - 3) 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・アクティブガイド等。
 - 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。
 - 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。

⑥ 目標設定

1) 減量の数値目標の具体化

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

2) 自己決定の促し

- 日々の生活の中で実行でき、また継続できるよう、より具体的な目標を設定できるよう促す。
- 対象者が考え、自己表現できる時間を大切にする。

3) 行動化への意識づけ

- 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、行動化への意識づけを促す。
- 設定した目標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例を様式2に示す。

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わかるように距離・アップダウンを含めて提示する。
- ・ 地域の教室や自主グループ等を紹介する。
- ・ 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わ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

- ・ 面接、電話、電子メール、FAX等の具体的な方法を確認する。

3) 目標の再確認

- ・ 努力していること、達成感を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、話してもらえようような関係作りをしておく。
- ・ 目標に対する到達点を対象者にも評価してもらう。
- ・ 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、現実にあわせた実行できる目標に修正していく。

⑧ 評価（3～6か月後）

1) 目標達成の確認

- これまでの努力を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。
- 手紙を送付する。
- 今後の予定を説明する。

2) 個人の健診データの評価

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

行動計画実施状況把握のためのチェックリストの具体的な例

様式2

*対象者の行動目標・行動計画に合わせてチェック項目を作成してください

氏名

月	日(月)	日(火)	日(水)	日(木)	日(金)	日(土)	日(日)
天気	<input type="checkbox"/> 晴 <input type="checkbox"/> 曇 <input type="checkbox"/> 雨 <input type="checkbox"/> 雪	<input type="checkbox"/> 晴 <input type="checkbox"/> 曇 <input type="checkbox"/> 雨 <input type="checkbox"/> 雪	<input type="checkbox"/> 晴 <input type="checkbox"/> 曇 <input type="checkbox"/> 雨 <input type="checkbox"/> 雪	<input type="checkbox"/> 晴 <input type="checkbox"/> 曇 <input type="checkbox"/> 雨 <input type="checkbox"/> 雪	<input type="checkbox"/> 晴 <input type="checkbox"/> 曇 <input type="checkbox"/> 雨 <input type="checkbox"/> 雪	<input type="checkbox"/> 晴 <input type="checkbox"/> 曇 <input type="checkbox"/> 雨 <input type="checkbox"/> 雪	<input type="checkbox"/> 晴 <input type="checkbox"/> 曇 <input type="checkbox"/> 雨 <input type="checkbox"/> 雪

身体チェック

● 体重計測 (毎朝 計測)	<input type="checkbox"/> 計測した (計測時間 :) <input type="checkbox"/> 計測しなかった						
● 今日の体重	()Kg ()Kg						
● 腹囲計測 (毎週に1回計測)	<input type="checkbox"/> 計測した()cm <input type="checkbox"/> 計測しなかった						

身体活動子エック 目標: 60Kcal/日 消費量アップ 目安→普通歩行(10分間)約40Kcal

● 普通歩行 10分	<input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> できなかった						
● エレベーターではなく階段を使う 5分	<input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> できなかった						
● スポーツ() (週2回)	<input type="checkbox"/> できた() <input type="checkbox"/> できなかった						
● 今日の歩数	()歩						

食事子エック 目標: 140Kcal/日 摂取ダウン 目安→ご飯(1杯)約300Kcal ざるそば(普通盛り1人前)約300Kcal

● 甘い清涼飲料水は飲まない 1本(500ml)約200Kcal	<input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> できなかった						
● コーヒーの砂糖は甘味料(エネルギー 量の低いものとする。 スティックユガー(1本)約12Kcal 甘味料(1本)約2Kcal	<input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> できなかった						
● 揚げ物・炒め物は1日1料理まで	<input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> できなかった						
● 毎食のご飯は茶碗1杯まで ご飯(1杯)約300Kcal	<input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> できなかった						
● 3食以外の夜食は食べない ご飯(1杯)約300Kcal	<input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> できなかった						
● ゆっくりよく噛む	<input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> できなかった						

総合子エック

● 今日はいくつ頑張った!	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No						
● 気分よい1日だった	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No						

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

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。

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。

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

3-7 「無関心期」「関心期」にある対象者への支援

行動変容のステージ（準備状態）が「無関心期」「関心期」にある対象者については、個別面接を中心とした支援を継続して行い、行動変容に対する意識の変化をめざす。行動目標の設定を行い、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、対象者にあわせた支援を行う。

「無関心期」にある者でも、何かがきっかけとなって行動変容への意欲が向上することがある。そのため、ポピュレーションアプローチ（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、その他の情報提供を心がけることが重要である。

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、実践可能性をも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こと。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。さらに、前回とは異なる支援資料が活用できるようにしておく等、マンネリ化を防ぐための工夫をすることが望ましい。

- 特に高齢者は、保健指導判定値を下回るほどの大幅な改善は難しいことから、繰り返し保健指導対象者になった場合であっても、現状維持をしていれば良好であると、前向きに考えることができるような支援を行うことが望ましい。
- 個別支援とグループ支援、講義（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」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、糖尿病、脂質異常症等の影響は、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、糖尿病、脂質異常症、喫煙習慣は脳・心血管疾患の発症の危険因子であり、国民全体における脳・心血管疾患の発症予防を効果的に推進するためには、非肥満者においても脳・心血管疾患危険因子を有する者への対策が必要である。

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

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

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称賛し、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、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 12 危険因子と生活習慣改善の方法 (優先度が高い順に◎→○→△)

	減塩	カリウム 摂取 *1	食物 繊維 摂取	カルシ ウム 摂取	総エネ ルギー 減	糖質 減	脂質 の調 整	過量 飲酒 の改 善	禁煙	身体 活動	食行 動の 改善	適正体 重の 維持 (減量) *2
血圧	◎	◎	○	○	△ ¹⁾	△ ¹⁾		◎		◎		○
血糖			○		◎	◎			○	◎	○ ²⁾	○
HDL-C					△	△			◎	◎		○
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

別添3に、危険因子ごと、生活習慣ごとの生活習慣改善の要点を示す。

3-10 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、各保健指導実施者の健康課題や実情に応じて、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。
- グループダイナミクスが醸成されるよう、参加者同士が健康感や体験談を話しあう、励ましあう等のグループワークを複数回設けることが望ましい。
- 宿泊時に立てた行動計画を実現できるよう、継続的な支援を行うことが望ましい。特定保健指導対象者では、継続的支援のポイントを満たすように支援計画を立てる。

宿泊型新保健指導プログラムそのものを実施できない場合には、グループ学習や運動体験、食事体験等、本プログラム的一部分を日帰り体験といった保健指導に取り入れて実施することも考えられる。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。

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、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、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げることが可能となる。

3点目は、健診・保健指導の「事業」としての評価である。事業であるので、費用対効果や、対象者の満足度、対象者選定が適切であったか、プログラムの組み方は効果的であったか、医療機関への受診勧奨された者の受診率や保健指導の継続性等、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等がある。

② プロセス（過程）

プロセス（過程）評価は、事業の目的や目標の達成に向けた過程（手順）や活動状況を評価するものである。具体的な評価指標としては、保健指導の実施過程として、情報収集、アセスメント、問題の分析、目標の設定、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 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。

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。

② 「集団」に対する保健指導の評価

個人への保健指導の成果を、集団として集積して評価することにより、保健指

導を受けた対象者全体に対する成果が確認できる。集団の単位としては、地域や事業所単位、また、年齢や性別等が考えられ、それぞれに区分して、生活習慣に関する行動変容の状況、健診結果の改善度、また、生活習慣病関連の医療費の評価も行う。

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

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

③ 「事業」に対する保健指導の評価

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

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

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

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

（４）評価の実施責任者

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

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

事業としての保健指導の評価は、「健診・保健指導」事業を企画する立場にある保険者がその評価の責任を持つ。特に保健指導を委託する場合には、委託先が行う保健指導の質を評価する必要があり、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。

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	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）、喫煙・リッ クット・ロムのリク個数 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	(O) 運動・食事・喫煙・ 飲食等の行動変容	生活習慣改善状況	質問票、観察 自己管理シート	1年後、3年後	保健指導実 施者（委託 先を含む） 及び保険者
	(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）、喫煙・リッ クット・ロムの有病者・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 カンファレンスビ アレビュー	指導終了後に カンファレン スをもつなど する	保健指導実 施者（委託 先を含む）
	(S) 社会資源を有効に効 率的に活用して、実施 したか（委託の場合、 委託先が提供する資 源が適切であったか）	社会資源（施設・人 材・財源等）の活用 状況 委託件数、委託率 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	保険者
	(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	
最終 評価	(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	保険者
	(O) 医療費適正化効果	生活習慣病関連医療 費	レセプト		

第5章 地域・職域における保健指導

5-1 地域保健と職域保健の保健指導の特徴

(1) 対象の生活の場に応じた保健指導

地域保健においては、地域住民を対象とした保健指導を展開している。地域の対象者の健康は、地域特性のある食生活や運動習慣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づけた保健指導が展開されている。

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

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、介護部門との連携により健康課題の明確化と、住民への訴求性を高めることができる。

一方、職域保健では、財政状況や人的資源、社会資源等が異なるため、保健指導はそれぞれの体制、方法で展開されており、加えて、事業主によりその展開は異なり、職域ごとの保健指導の実施体制を考慮した効果的な保健指導を行う必要がある。

効果的な生活習慣病予防対策は、事業所の活性化、企業のCSR（corporate social responsibility）にも関係するものである。保健指導の展開には、事業者（人事労務担当者、職場管理職等）が労働者の健康を価値あるものと考えることが重要であり、それらの者と連携し、健康経営の視点も考慮しながら、職場における健康支援の意義や就業時間内の実施等への理解を得る必要がある。また、業種・職種による特徴的な健康課題にも配慮することが重要である。

(3) 対象者に対するアクセス

(1)及び(2)に示した内容を踏まえ、対象者が保健指導に参加しやすい時間、場所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、保健指導に出来ない理由を把握したり、家族等の協力を得たりすることも重要である。

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、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、すべての労働者に保健指導を実施できない場合もあり、状況に応じて複数年度での対応や未受診者への対応等、職域ごとの保健指導の実施体制を考慮した効果的な保健指導を行う必要がある。さらに、データを経年的に管理し、過去の推移を考慮した保健指導を展開することや、健診前に質問票を配布・回収し、より個別的で具体的な保健指導を実施できるよう工夫すれば、効果的な保健指導を展開していくことが可能である。

また、複数年にわたって健診を受診していない者や、保健指導レベルに該当しても利用につながらなかった対象者を特定し、重点的にアプローチする等の方法が考えられる。

なお、職域保健においては、被扶養者へのアプローチも重要であり、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

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

5-2 地域・職域連携による効果

(1) 健診・保健指導における地域・職域連携の効果

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

これまで、地域と職域は退職や転職・転居等を区切りにそれぞれの場で保健指導が展開されてきた。こうした中、平成26年度には、都道府県単位で設置されている保険者協議会が法定化され、また平成27年度からは特定健診等データやレセプトデータを活用した効率的・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

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・職域全体で取組むポピュレーションアプローチとを一体的に提供していくことが期待される。

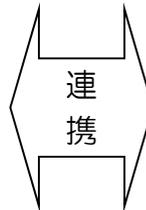
地域・職域連携推進協議会と保険者協議会の主な役割は、[図2](#)のとおりである。

地域・職域連携推進協議会においては、保険者協議会における医療費等の分析や特定健診・特定保健指導に関する実施体制、結果等から得られた現状や課題について情報提供を受け、地域全体として取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。

図2：地域・職域連携推進協議会と保険者協議会の主な具体的役割

都道府県協議会の主な具体的役割

- 各関係者（医療保険者・市町村衛生部門・事業者、関係団体等）の実施している保健事業等の情報交換、分析及び第三者評価
- 都道府県における健康課題の明確化
- 都道府県健康増進計画や特定健康診査等実施計画等に位置づける目標の策定、評価、連携推進方策等の協議
- 各関係者が行う各種事業の連携促進の協議及び共同実施
 - ・ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの連携方策
 - ・生活習慣病予防対策と介護予防施策、メンタルヘルス、自殺予防、性差に着目した対策等、他の施策との連携方策
 - ・科学的根拠に基づく健康情報の発信に関する連携方策
 - ・研修会の共同実施、各種施設等の共同利用
- 事業者等の協力の下、特定健診・特定保健指導等の総合的推進方策の検討
 - ・特定健診・特定保健指導等の従事者などの育成方策
 - ・特定健診・特定保健指導等のアウトソーシング先となる事業者等の育成方策
 - ・被扶養者に対する施策に関する情報交換、推進方策
- 協議会の取組みの広報、啓発



保険者協議会の主な具体的役割

- ① 保険者やその他関係者間における連絡調整
- ② 保険者に対する必要な助言又は援助
- ③ 各都道府県ごとの医療費の調査、分析
- ④ 医療計画及び医療費適正化計画の策定・変更に関する意見提出等

具体的には次のような役割が求められる。

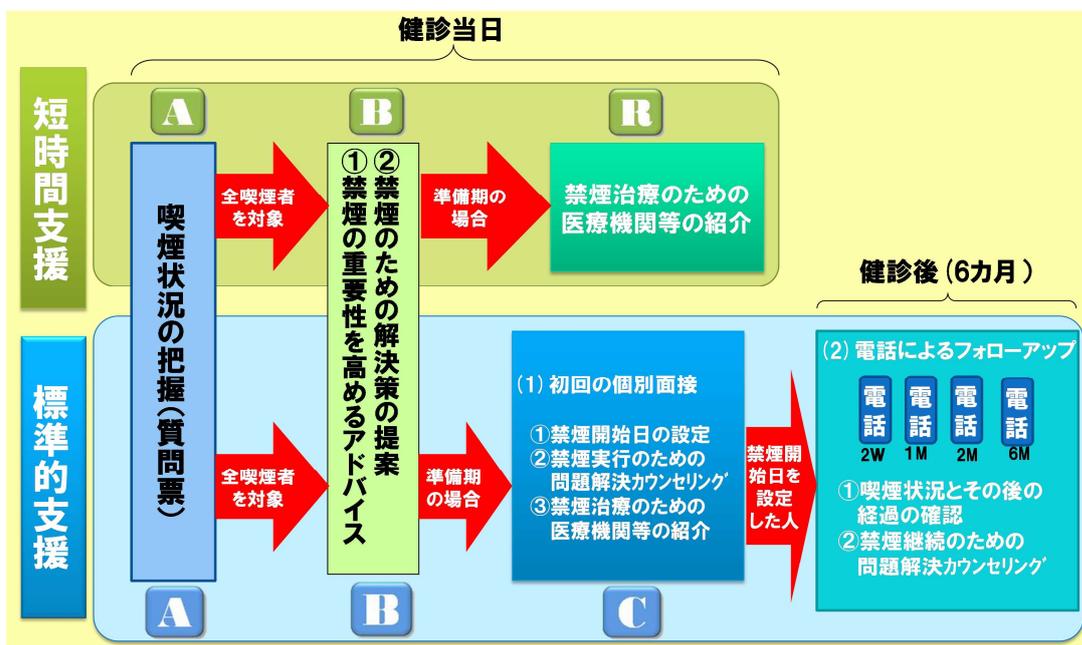
- 被保険者に対する教育や普及啓発等をはじめとする保健事業、保健事業の実施者の育成・研修等の共同実施
- 各保険者の独自の保健事業や、運営等についての情報交換
- 物的・人的資源のデータベース化及び共同活用
- 特定健診・特定保健指導等の実施体制の確保
 - ・集合契約等に関する各種調整、情報共有等
- 特定健診・特定保健指導等のアウトソーシング先の民間事業者の評価
 - ・事業者等に関する情報の収集や提供
 - ・事業者の評価手法の検討、評価の実施
 - ・評価結果の決定（契約更新の適否、機関番号停止等の判断等）、共有
- データヘルスの推進等に係る事業

1. 健診・保健指導での禁煙支援の取り組み方

健診・保健指導の場での禁煙支援は、メタボリックシンドロームの有無やリスクの大小に関わらず、健診当日を含め、全ての喫煙者を対象として行うことが重要です。

特定健診やがん検診の場等、禁煙支援の時間が十分に確保できない場合は「短時間支援」、事後指導の場等、禁煙支援の時間が確保できる場合は「標準的支援」を行います。短時間支援については、できるだけ多くの喫煙者に働きかけを行うため、健診当日に行うことを原則とします。喫煙に関するフィードバック文例集を参考に喫煙者に働きかけましょう（P.2-70 「第2編健診別添資料 健診結果とその他必要な情報の提供(フィードバック) 文例集」を参照）。短時間支援と標準的支援の流れを図1に示します。

図1. 短時間支援（ABR方式）と標準的支援（ABC方式）の流れ



- 短時間支援は、「ABR方式」で個別面接の形式で実施します。A (Ask) では、質問票を用いて喫煙状況を把握します。B (Brief advice) では、喫煙者全員を対象に (1) 禁煙の重要性を高めるアドバイスと (2) 禁煙のための解決策の提案を行います。R (Refer) では、準備期 (1カ月以内に禁煙しようと考えている) の喫煙者を対象に、禁煙治療のための医療機関等の紹介を行います。
- 標準的支援は、「ABC方式」で (1) 初回の個別面接と (2) 電話によるフォローアップの組合せで実施します。A (Ask) と B (Brief advice) の内容は、短時間支援と同様です。C (Cessation support) では、(1) 初回の個別面接で、準備期の喫煙者を対象に、①禁煙開始日の設定、②禁煙実行のための問題解決カウンセリング、③禁煙治療のための医療機関等の紹介、を行います。

禁煙開始日を設定した喫煙者には、初回面接後に禁煙実行・継続を支援するための (2) 電話によるフォローアップを行います。電話フォローアップを行う時期の目安は、初回の個別面接から2週間後、1カ月後、2カ月後、6カ月後です。フォ

ローアップでは、①喫煙状況とその後の経過の確認、②禁煙継続のための問題解決カウンセリング（困難な状況をあらかじめ予想し、その解決策を一緒に検討する）を行います。

短時間支援（ABR方式）と標準的支援（ABC方式）の特徴を表1^aに示します。どのくらい時間が確保できるかによって、いずれの方式を採用するかを決めるとよいでしょう。

表1. 短時間支援（ABR方式）と標準的支援（ABC方式）の内容

	短時間支援(ABR方式)	標準的支援(ABC方式)
回数	個別面接1回	個別面接1回と電話フォローアップ4回
時間	1~3分	初回面接10分、フォローアップ5分
内容	A sk（喫煙状況の把握） B rief advice（短時間の禁煙アドバイス） ①禁煙の重要性を高めるアドバイス ②禁煙のための解決策の提案 R efer（医療機関等の紹介）☆準備期のみ	A sk、 B rief adviceは左記と同様 C essation support（禁煙実行・継続の支援） (1) 初回の個別面接☆準備期のみ ①禁煙開始日の設定 ②禁煙実行のための問題解決カウンセリング ③禁煙治療のための医療機関等の紹介 (2) 電話によるフォローアップ☆禁煙開始日設定者のみ ①喫煙状況とその後の経過の確認 ※禁煙に対する賞賛と励まし ②禁煙継続のための問題解決カウンセリング
支援の場	各種健診(特定健診やがん検診など)	特定保健指導や事後指導等の各種保健事業

禁煙支援の際に喫煙者に配布する教材を2種類作成しています。短時間支援（ABR方式）では「喫煙者用リーフレット」、標準的支援（ABC方式）では「喫煙者用ワークシート」をご活用ください。これらについては、「禁煙支援マニュアル（第二版）」の2017年増補改訂版に掲載しているので、使い方も含めて参照してください。

禁煙支援マニュアル（第二版）

<http://www.mhlw.go.jp/topics/tobacco/kin-en-sien/>

^a ここに記載した所要時間は、個別面接や電話フォローアップにかかる時間の目安です。

2. 受動喫煙に関する情報提供

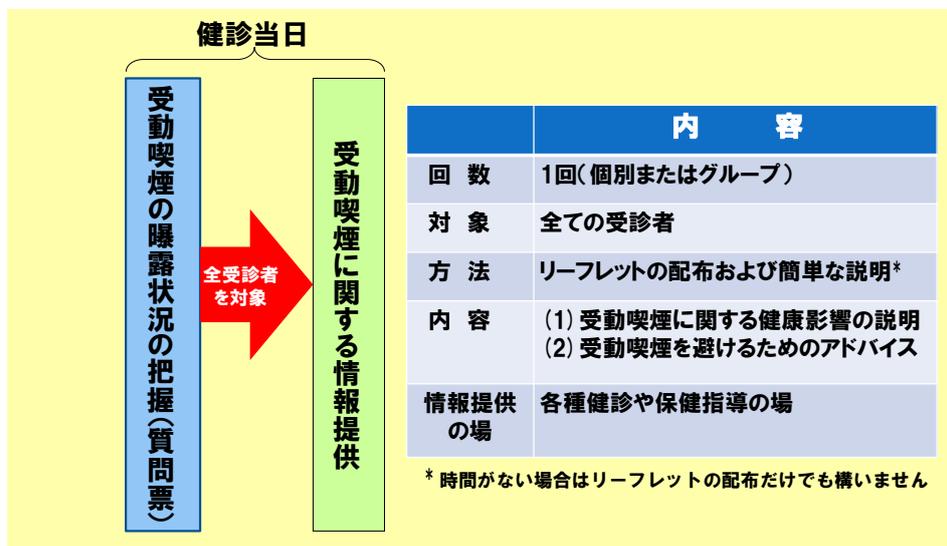
禁煙支援に加えて、喫煙状況に関わらず、受診者全員に対して受動喫煙に関する情報提供を行います。前述した禁煙の短時間支援と同様、多くの受診者に情報提供ができるよう、健診当日に行うことを原則とします。情報提供の内容は、(1) 受動喫煙による健康影響の説明と(2) 受動喫煙を避けるためのアドバイス、を行います。図2に受動喫煙に関する情報提供の流れと内容を示します。

喫煙に関するフィードバック文例集を参考に受診者全員に働きかけましょう。同文例集には、喫煙状況別の働きかけの文例を掲載しています。家庭や職場で受動喫煙の曝露を受けている非喫煙者に対しては、それを改善するために、家庭や職場で相談するように伝えましょう。

非喫煙者だけでなく、喫煙者に対しても情報提供を行うのは、受動喫煙の害に関する正しい知識を喫煙者にも伝える必要があるからです。受動喫煙を防ぐためには、禁煙することが最善の解決策ですが、それができない場合は、たばこの煙を周囲の人に吸わせないように、原則屋外で喫煙するよう呼びかける必要があります。

受動喫煙に関する情報提供の際に受診者に配布する「受動喫煙に関するリーフレット」を作成しています。時間がない場合はリーフレットの配布だけでも構いません。受動喫煙に関する情報提供用のリーフレットの内容や使い方については、「禁煙支援マニュアル（第二版）」の2017年増補改訂版を参照してください。

図2. 受動喫煙に関する情報提供の流れとその内容



3. 禁煙支援の実際—短時間支援（A B R方式）

短時間支援のA B R方式のA（A s k）、B（B r i e f a d v i c e）、R（R e f e r）を解説します。

A 喫煙状況の把握（A s k）

まず、短時間支援（A B R方式）のA（A s k）にあたる「喫煙状況の把握」の具体的方法について解説します。特定健診の「標準的な質問票」を用いて喫煙状況を確認します。

質問8で「現在、たばこを習慣的に吸っている」に対して「はい」と回答した人が短時間支援の対象者となります。

ここでいう「習慣的に喫煙している者」とは、「これまでに合計100本以上、または6カ月以上吸っている者」であり、最近1カ月間も吸っている者です。

いわゆる加熱式たばこや電子たばこ等の新型たばこの使用者も喫煙者として扱います（**別**

添1「3. 禁煙支援の実際—短時間支援（A B R方式）**B**短時間支援の禁煙アドバイス（Brief advice）（2）禁煙のための解決策の提案〈新型たばこに関する情報提供について〉」を参照）。

B 短時間の禁煙アドバイス（B r i e f a d v i c e）

短時間支援（A B R方式）の中のB（B r i e f a d v i c e）にあたる「短時間の禁煙アドバイス」の具体的方法について解説します。

ここでは、禁煙の関心度や健診結果にかかわらず、全喫煙者を対象に短時間の禁煙アドバイスをを行います。その内容は、（1）禁煙の重要性を高めるアドバイス（病歴や検査値、自覚症状、本人の関心事等を切り口に禁煙が重要であること）、（2）禁煙のための解決策の提案（禁煙には効果的な禁煙方法があること）です。

禁煙に対して気持ちが高まっている喫煙者に対しては、禁煙の重要性を高めるアドバイスよりも、禁煙のための解決策の提案にウエイトを置くことが一般に有用です。一方、まだ禁煙しようと考えていない喫煙者に対しては、個々人の喫煙者に合った情報提供で禁煙の重要性を高めることが大切です。しかし、禁煙しようと考えていない喫煙者においても、禁煙のための解決策の提案を行うことで、禁煙に対する動機が高まることも少なくないので、忘れずに情報提供しましょう。

（1）禁煙の重要性を高めるアドバイス

質問票で喫煙状況を把握した喫煙者に対して、診察や問診、保健指導の場を活用して禁煙の重要性を伝えます。複数の保健医療関係者が連携をとりながら声をかけることが効果的です。

まず、「禁煙する必要があること」をはっきりと伝え、さらに、「禁煙が優先順位の高い健康課題であること」を伝えます。

喫煙者に病歴や検査値の異常、自覚症状がある場合は、それらと喫煙との関係を結びつけて、喫煙の影響や禁煙の効果について説明します。喫煙関連疾患としては、がん、虚血性心疾患（異型狭心症を含む）、脳血管障害（脳梗塞、くも膜下出血）、糖尿病、COPD（慢性閉塞性肺疾患）、消化性潰瘍等があります。喫煙に関連した検査値の異常としては、

脂質異常^b（HDLコレステロールの低下、LDLコレステロールやトリグリセライド（中性脂肪）の上昇）、糖代謝異常（血糖値やHbA1cの上昇、インスリン感受性の低下）、血球異常（多血症、白血球増多）等があります。

病歴や検査値に問題がない喫煙者に対しては、異常がないことを賞賛した上で、喫煙が取り組むべき重要な健康課題であることを伝えて禁煙を促しましょう。また、喫煙者本人の関心事や家族状況、生活背景等が把握できている場合は、それらを切り口として禁煙の重要性を高めるアドバイスをするとさらに効果が高まります。

ここでの働きかけは、喫煙者全員に対して行いますが、特に禁煙に対して気持ちが高まっていない喫煙者に対しては、禁煙の重要性を高めることが大切です。個々人にあったメッセージで喫煙者の気持ちが禁煙に対して高まるようアドバイスしましょう。

（２）禁煙のための解決策の提案

次に、禁煙治療を受ければ「比較的楽に」「より確実に」「あまりお金もかけずに」禁煙できることを伝えます。喫煙者の多くは、「禁煙は自分の力で解決しなければならない」「禁煙はつらく苦しい」と思い込んでいる傾向があります。禁煙は、治療を受けて薬を使うことで、苦しまずに楽にやめることができる^{1,2}ことを伝えます。これまでに何度も禁煙を失敗する等、禁煙に自信がない喫煙者に対して、禁煙のための効果的な解決策を情報提供することは、禁煙に対する自信を高めることにつながり、有効です。

禁煙に関心のない人に、いきなり禁煙の効果的な解決策について説明しても抵抗や反発を招くだけです。このような人に対しては、現在禁煙する気持ちがないことを保健指導実施者が受けとめ、「今後の禁煙のために覚えておかれるといいですよ」と前置きした上で情報提供するとよいでしょう。前置きをすることで相手は抵抗感なく耳を傾けてくれることが多くなります。

<新型たばこに関する情報提供について>

新型たばことして、大きく２種類の製品が国際的に流行しています。一つが、たばこの葉を加熱して吸引する加熱式たばこ（heat-not-burn tobacco）です。もう一つは、ニコチンを含んだ溶液を加熱吸引する電子たばこ（e-cigarette）です。

加熱式たばこは、たばこ事業法の下でのたばこ製品の１つです。大手たばこ会社によって製品が開発され、わが国において先行発売されたため、急速に流行し始めています。一方、ニコチンを含んだ電子たばこは、英米等の諸外国で流行していますが、わが国においては、医薬品医療機器等法の承認を得ずに発売することが禁止されているため、主に個人輸入の形で入手したものが使用されています。ニコチンを含まない電子たばこについては、規制する法律がなく、わが国で広く販売されています。

これらの新型たばこの長期使用に伴う健康影響については、まだ使用が開始されてからの年月が短いため、明らかではありません。しかし有害成分の分析結果から、加熱式たばこから発生する化学物質の種類は、紙巻たばこと比べほぼ変わらないものの、ニコチン以外の化学物質の量は少ないという学会報告³があります。一方、電子たばこについては、紙

^b 喫煙の血清脂質への影響のうち、HDLコレステロールについては喫煙で低下、禁煙で増加することが認められ、両者の関係は明らかです。また、中性脂肪やLDLコレステロールへの影響についても下記のメタアナリシス研究や2010年の米国公衆衛生総監報告書において、喫煙との関係が指摘されています。

・ Craig WY, et al. BMJ 1989; 298: 784-788.

・ U.S. Department of Health and Human Services. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General, 2010.

巻たばこと比較して、一部の有害成分が多く含まれるとの報告⁴がありますが、ニコチン以外の化学物質の量ははるかに少なく、周囲への有害物質の曝露も同様に小さいことが報告^{5,6}されています。

英国公衆衛生庁や英国王立内科学会は、電子たばこの使用は紙巻たばこと比べて約 95% 害が少なく、紙巻たばこの使用を中止する効果があることから、紙巻たばこをやめたい、又はその健康影響を減らしたい喫煙者にむけて、禁煙補助薬と並んで積極的な電子たばこの使用を勧めています^{7,8}。しかし、加熱式たばこについては、たばこ会社からの報告はあるものの、国際的なエビデンスが少なく、電子たばこと同様の効果があるのかどうか明らかではないのが現状です。

わが国において加熱式たばこを中心に流行している背景には、紙巻たばこに比べて害が少なく、周囲への受動喫煙を低減できるという喫煙者の期待があると考えられます。しかし、たばこに含まれる有害物質の曝露に安全域がないこと、紙巻たばこと併用した場合には健康影響の十分な低減を期待できないことから、新型たばこを単独で使用している場合であっても、それをゴールとするのではなく、最終的にはその使用も中止するよう、情報提供や支援を行うことが重要です。

禁煙治療のための医療機関等の紹介 (Refer)

短時間支援 (ABR方式) 中の R (Refer) にあたる「禁煙治療のための医療機関等の紹介」の具体的方法について解説します。

禁煙に関心がある喫煙者や、短時間の禁煙アドバイスの結果、禁煙の動機が高まった喫煙者に対しては、禁煙治療の利用を勧め、禁煙治療が健康保険で受けられる医療機関を紹介します。禁煙治療を勧める理由は、自力に頼る方法に比べて禁煙を成功する可能性が高い⁹からです。

2016 年 4 月から健康保険による禁煙治療の条件が変わり、若年者のニコチン依存症患者にも健康保険が適用されることになりました。具体的な保険適用の条件⁹は、1) 35 歳以上の者については、1 日喫煙本数×喫煙年数が 200 以上であること、2) いますぐに禁煙したいと考えており、禁煙治療を受けることを文書により同意していること、3) ニコチン依存症のスクリーニングテスト (TDS)^dでニコチン依存症と診断された者であること、です。

条件を満たさない場合や医療機関を受診する時間が取れない場合は、禁煙後の離脱症状を軽くするために、薬局・薬店で OTC 薬^eのニコチンパッチやニコチンガムを購入して禁煙する方法を紹介しましょう。ニコチンパッチの OTC 薬は医療用医薬品のニコチンパッチと比べて有効成分が高用量の剤形がないため、ニコチンの補充が不十分となる場合があります。OTC 薬で禁煙できなければ医療機関での禁煙治療を勧めます。また、健康保険を利用できる条件を満たさない場合でも、自由診療で禁煙治療を受けることができることを伝えましょう。特に喫煙本数が多く、OTC 薬では離脱症状が十分抑えられないヘビースモーカー、精神疾患等、医学的管理の必要性が高い合併症を有する喫煙者に対しては、医療機関での治療につなげるように支援しましょう。

^c 平成 29 年 2 月末現在。

^d Tobacco Dependence Screener の略。精神医学的な見地からニコチン依存症を診断することを目的として開発された指標で、ニコチン依存症治療の保険適用の対象患者を抽出するために用いられている。

^e Over the counter の略で、一般用医薬品のこと。薬局・薬店・ドラッグストアで処方箋を必要とせず、市販されている医薬品。

禁煙治療が健康保険で受けられる医療機関は、日本禁煙学会のホームページから検索することができます。近隣の医療機関のリストを準備し、喫煙者に渡せるようにしておきましょう。

健康保険で禁煙治療が受けられる医療機関の検索サイト
日本禁煙学会 <http://www.nosmoke55.jp/nicotine/clinic.html>

4. 禁煙支援の実際－標準的支援（ABC方式）

標準的支援（ABC方式）のA（Ask：喫煙状況の把握）、B（Brief advice：短時間の禁煙アドバイス）、C（Cessation support）について解説します。

B（Brief advice：短時間の禁煙アドバイス）は、前述した短時間支援（ABR方式）と同様です。ここでは、A（Ask：喫煙状況の把握）とC（Cessation support）にあたる「禁煙実行・継続の支援」の具体的方法について解説します。

喫煙状況の把握（Ask）

まず、標準的支援（ABC方式）のA（Ask）にあたる「喫煙状況の把握」の具体的方法について解説します。質問票を用いて喫煙状況や健康保険による禁煙治療の患者要件を満たしているかどうかを確認します。質問票を表2に示します。

● Q1：喫煙者の把握

喫煙者を特定するための質問項目です。

「喫煙している」と回答した全ての人に次のステップで示す短時間の禁煙アドバイスを行いましょう。また、禁煙していると回答した人には、禁煙していることを賞賛し、禁煙を継続するよう伝えましょう。なお、禁煙して1年以内の人に対しては、再喫煙防止のためのフォローアップを行いましょう。

● Q2, 3：受動喫煙の曝露状況の把握

受動喫煙に関する曝露状況を調べるための質問項目です。職場や家庭におけるたばこの煙の曝露状況を把握します。前述の「2. 受動喫煙に関する情報提供」を参考に受診者全員に受動喫煙に関する情報提供を行いましょう。

● Q4, 5, 7, 8：健康保険による禁煙治療の受診条件の確認

健康保険による禁煙治療の要件を満たしていることを確認します。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">① 35歳以上の者については、1日喫煙本数 × 喫煙年数が200以上であること② いますぐに禁煙したいと考えており、禁煙治療を受けることを文書により同意していること③ ニコチン依存症のスクリーニングテスト（TDS）でニコチン依存症と診断された者であること |
|---|

条件①は、Q4とQ5の回答結果から計算します。たとえば、喫煙本数が1日10本で30年間喫煙している人は、 $10 \times 30 = 300$ となり、200を超えているので条件を満たしていることとなります。ただし、35歳未満の喫煙者には、この条件は適用されません。

条件②は、Q7の喫煙のステージに関する質問の回答結果から確認します。Q7の「直ちに（1ヵ月以内に）禁煙しようと考えている」に回答していること（準備期の喫煙者）が条件になります。

条件③は、Q8の10項目の質問のうち、「はい」と回答した項目が5項目以上あれば、ニコチン依存症と診断されるための条件を満たしていることとなります。

● Q4, 6 : ニコチン依存度の把握

1日の喫煙本数と朝目覚めてから最初の1本を吸うまでの時間は、唾液中のニコチン濃度や呼気中の一酸化炭素濃度との相関が強く¹⁰、これら2項目でニコチン依存度を簡易に判定することができます。また、これら2項目は、禁煙試行後の少なくとも1カ月間以上の禁煙継続率を予測する独立した要因¹¹であることが報告されています。1日喫煙本数が多いほど、また朝目覚めてから最初のたばこを吸う時間が短いほど、ニコチン依存度が高いと判定され¹⁰、禁煙外来への誘導を行う上で参考となります。ニコチン依存度が高いと判断する目安¹⁰として、1日喫煙本数が21本以上（特に31本以上）、朝目覚めてから最初の1本を吸うまでの時間が30分以内（特に5分以内）があげられます。

● Q9 : 禁煙経験の把握

禁煙経験の有無とこれまで最も長い禁煙期間を把握します。禁煙経験がある人には、過去に用いた禁煙方法や出現した離脱症状の強さ、再喫煙のきっかけ等について確認しておきましょう。今回の禁煙支援に役立つ情報を得ることができます。

● Q10 : 禁煙に対する自信

禁煙に対する自信を0から100%の数値で把握します。「全く自信がない」を0%とし、「非常に自信がある」を100%とした場合の自信の程度を明らかにします。禁煙の自信が低い人には、禁煙治療や禁煙補助薬についての情報提供のほか、後述する問題解決カウンセリングにより禁煙の自信を高めます。

表2. 喫煙・受動喫煙に関する質問票

喫煙・受動喫煙に関する質問票

- Q1. 現在、たばこ（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？
 「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「これまでに合計100本以上、または6ヵ月以上吸っている者」であり、最近1ヵ月間も吸っている者
 吸う やめた（ 年 前 / 月 前） もともと吸わない
- Q2. 職場において、この1ヵ月間に、自分以外の方が吸っていたたばこの煙を吸う機会がありましたか？
 ほぼ毎日 週に数回程度 週に1回程度 月に1回程度 全くなかった 行かなかった
- Q3. 家庭において、この1ヵ月間に、自分以外の方が吸っていたたばこの煙を吸う機会がありましたか？
 ほぼ毎日 週に数回程度 週に1回程度 月に1回程度 全くなかった

以下の質問は、吸うと回答した人のみお答え下さい。

- Q4. 1日に平均して何本たばこを吸いますか？ 1日（ ）本
- Q5. 習慣的にたばこを吸うようになってから何年間たばこを吸っていますか？（ ）年間
- Q6. 朝、目が覚めてからどのくらいの時間で最初のたばこを吸いますか？
 5分以内 6～30分 31～60分 61分以上
- Q7. あなたは禁煙することにどのくらい関心がありますか？
 関心がない
 関心はあるが、今後6ヵ月以内に禁煙しようとは考えていない
 今後6ヵ月以内に禁煙しようと考えているが、直ちに(1ヵ月以内に)禁煙する考えはない
 直ちに(1ヵ月以内に)禁煙しようと考えている
- Q8. 下記の質問を読んであてはまる項目に✓を入れてください。該当しない項目は「いいえ」とお答え下さい。

設問内容	はい 1点	いいえ 0点
問1. 自分が吸うつもりよりも、ずっと多くたばこを吸ってしまうことがありましたか。		
問2. 禁煙や本数を減らそうと試みて、できなかったことがありましたか。		
問3. 禁煙したり本数を減らそうとしたときに、たばこがほしくてほしくてたまらなくなることがありましたか。		
問4. 禁煙したり本数を減らしたときに、次のどれかがありましたか。(イライラ、神経質、落ちつかない、集中しにくい、ゆううつ、頭痛、眠気、胃のむかつき、脈が遅い、手のふるえ、食欲または体重増加)		
問5. 問4でうかがった症状を消すために、またたばこを吸い始めることがありましたか。		
問6. 重い病気にかかったときに、たばこはよくないとわかっているのに吸うことがありましたか。		
問7. たばこのために自分に健康問題が起きているとわかっているのに、吸うことがありましたか。		
問8. たばこのために自分に精神的問題 ^(注) が起きているとわかっているのに、吸うことがありましたか。		
問9. 自分はたばこに依存していると感じることがありましたか。		
問10. たばこが吸えないような仕事やつきあいを避けることが何度ありましたか。		
合計		

(注)禁煙や本数を減らした時に出現する離脱症状(いわゆる禁断症状)ではなく、喫煙することによって神経質になったり、不安や抑うつなどの症状が出現している状態。

- Q9. 今までたばこをやめたことがありますか？
 はい（ 回、最長 年間 / 月 日間） なし
- Q10. たばこをやめることについてどの程度自信をもっていますか？「全く自信がない」を0%、「大いに自信がある」を100%として、0～100%の間であてはまる数字をお書きください。（ ）%

氏名 _____ 年齢（ ） 記入日 _____ 年 月 日

禁煙実行・継続の支援 (Cessation support)

禁煙実行・継続の支援 (Cessation support) は、(1) 初回の個別面接と (2) 電話によるフォローアップの2つから成ります。対象となる喫煙者は、質問票で直ちに (1 ヶ月以内に) 禁煙しようと考えていると答えた喫煙者や、短時間の禁煙アドバイスの結果、禁煙の動機が高まった喫煙者です。目安として 10 分程度の時間をかけて面接を行い、禁煙に踏み出せるように支援します。面接の結果、禁煙開始日を設定した喫煙者には、禁煙の実行の確認と継続の支援を行うために、(2) 電話によるフォローアップを行います。

(1) 初回の個別面接

初回の個別面接では、①禁煙開始日の設定、②禁煙実行のための問題解決カウンセリング、③禁煙治療のための医療機関等の紹介、を行います。

① 禁煙開始日の設定

禁煙を開始する日は、喫煙者と話しあって具体的に決めます。禁煙開始日が決まったら、それまでに禁煙治療を利用するように伝えましょう。時間があれば禁煙宣言書を喫煙者と保健指導実施者の間で取り交わしておく、本人の禁煙の決意を固めたり、保健指導実施者としてフォローアップを行う上で有用です。

初回面接で禁煙開始日を設定した人には、6 ヶ月間にわたり計 4 回のフォローアップを行います。フォローアップは、原則電話で行います。フォローアップの電話が通じやすい連絡先 (携帯があれば携帯電話の番号) を確認し、電話に出やすい時間帯を把握しておきましょう。

② 禁煙実行のための問題解決カウンセリング

禁煙実行のための問題解決カウンセリングの内容は、禁煙に当たって喫煙者が不安に思っていることや心配していることを聞き出し、その解決策を喫煙者が保健指導実施者と共に考えることです。

仕事をしている喫煙者では「禁煙するとイライラして仕事が手につかなくなるのでは」とか、「禁煙しても仕事の付き合いでお酒を飲む機会が多いのですぐに吸ってしまうのではないかと」といった心配をする場合があります。その場合、本人が心配していることを受けとめ、イライラ等の禁煙後の離脱症状はおおむね 2～4 週間で治まること、禁煙補助薬を使えば離脱症状が軽減できることを伝えます。また、禁煙してしばらくの間は、お酒を飲みに行くことを控えたり、外でお酒を飲む場合は、できるだけたばこを吸わない人の隣の席に座る、周囲に禁煙宣言をする等具体的な対処法を本人と話しあって決めておきましょう。

③ 禁煙治療のための医療機関等の紹介

禁煙に関心がある喫煙者や、短時間の禁煙アドバイスの結果、禁煙の動機が高まった喫煙者に対しては、禁煙治療の利用を勧め、禁煙治療が健康保険で受けられる医療機関を紹介します。詳細は、別添 1 「3. 禁煙支援の実際－短時間支援 (ABR 方式)」禁煙治療のための医療機関等の紹介 (Refer)」の項目を参照してください。特に「喫煙・受動喫煙に関する質問票」の Q4 と Q6 の回答結果から、ニコチ

ン依存度が高いと判定された喫煙者には、禁煙治療を勧めましょう。詳しくは「Q4, 6 : ニコチン依存度の把握」を参照してください。

(2) 電話によるフォローアップ

初回の個別面接で禁煙開始日を設定した喫煙者には、禁煙が継続できるように電話によるフォローアップを行います。電話によるフォローアップの時期の目安は、初回面接日から2週間後、1ヵ月後、2ヵ月後、6ヵ月後の計4回です。フォローアップに要する時間は、5分程度です。

電話によるフォローアップの内容や時間については、OTC薬を使って禁煙している場合や自力で禁煙している場合は、カウンセリングを十分受けていないことが多いため、少し時間をかけて行います。一方、禁煙治療を利用している喫煙者は、医療機関で禁煙のためのカウンセリングやアドバイスを受けているため、特に問題がなければ禁煙の経過を確認し、禁煙が継続していることを賞賛したり、励ましたりする程度の内容となり、あまり時間をかけずにフォローアップを行うことができます。

フォローアップの主な内容は、①喫煙状況とその後の経過の確認、②禁煙継続のための問題解決カウンセリングです。

① 喫煙状況とその後の経過の確認

フォローアップではまず喫煙状況とその後の経過の確認を行います。初回の個別面接から2週間後にあたる1回目のフォローアップでは、本人が選択した禁煙の方法と禁煙開始日を確認しておきます。禁煙治療を利用した場合は、禁煙ができると自己判断で禁煙治療を中断してしまうこともあるので、12週間の治療を完了した方が禁煙成功率が高いこと¹²を伝え、禁煙治療を完了するようにアドバイスします。

OTC薬を使っている場合には、離脱症状を十分に抑えられているかどうかを確認します。ニコチンガムは噛み方が間違っていると効果が低下するので、ニコチンガムを使っても効果を実感できていない場合には、まずは噛み方の確認と指導を行うことが重要です。喫煙本数が多い喫煙者の場合には、OTC薬では離脱症状が十分に抑えられない可能性があります。その場合は、禁煙治療を受けるようにアドバイスします。

禁煙ができている場合には「よくがんばりましたね」と禁煙に踏み出せたことや禁煙できていることについて賞賛します。この言葉は、喫煙者にとって何よりの励みとなります。

禁煙して1ヵ月が経過すると禁煙がある程度安定してきますが、吸いたい気持ちはまだしばらく残ります。アルコール、過労や仕事上のストレス、気分の落ち込み等、ちょっとしたきっかけで喫煙は再開しやすいので、注意するように声をかけましょう。

2回目以降の電話でのフォローアップでは、本人が実感する禁煙の効果について聞き出しておきましょう。身体面の効果だけでなく、精神面や日常生活面においても禁煙の効果を確認し、禁煙継続の励みにしてもらいましょう。

② 禁煙継続のための問題解決カウンセリング

禁煙継続に当たって心配していることや不安に思っている点を聞き出し、禁煙が

継続できるよう支援します。たとえば、禁煙してそれほど時間がたっていない人では「たばこが吸いたいので、吸ってしまうのではないか」と心配することがあります。まず、本人が心配していることを受けとめます。次に、離脱症状が改善しても吸いたい気持ちはしばらく残ること、しかし時間の経過と共に吸いたい気持ちが治まっていくことを伝えます。たばこを吸いたくなったら、深呼吸をしたり、水を飲んだりする等の対処法を身につけることが有用であると伝え、禁煙を続ける自信が高まるよう話し合いを行います。禁煙できた日が増えていくにつれて、禁煙の自信は高まっていきます。「今日1日禁煙しよう」という気持ちで禁煙を続けるよう支援しましょう。

禁煙を継続できている場合は、禁煙後の体重増加の有無を確認しておきます。禁煙後の体重増加は、禁煙した人の約8割に見られますが、平均2～3kg程度¹³といわれています。喫煙本数が多い人ほど体重が増加しやすいといわれています。体重をできるだけ増やしたくない場合は、禁煙補助薬の使用と、禁煙後比較的早い時期から運動に取り組むのがよいでしょう。運動としては、中等度の強度の運動（速歩、ジョギング、水泳等）¹⁴がお勧めです。食事については、禁煙直後からの過度な食事制限は、喫煙欲求を高める可能性がある¹⁴ので、禁煙が安定するのを待ちましょう。禁煙が安定してきたら、食生活の改善として、食べ過ぎを改善する、肉類や油料理等の高エネルギーの食事や間食を減らして、代わりに野菜や果物を増やす、飲酒量を減らすこと等を勧めましょう。

<禁煙に踏み出せなかった場合や再喫煙した場合の対応>

電話でのフォローアップで注意すべきことは、禁煙に踏み出せなかった場合や再喫煙した場合の対応です。禁煙に踏み出せなかった場合には、その理由を聞き出し、話し合しましょう。できれば再度禁煙開始日を設定して禁煙に踏み出せるように支援しましょう。禁煙の自信が低い喫煙者には、禁煙治療を勧めましょう。

一旦禁煙したが再びたばこを吸い始めた喫煙者に対しては、再喫煙のきっかけや禁煙の問題点を明らかにし、再挑戦を勧めるようにしましょう。喫煙を再開した者では、喫煙を再開したこと自体を問題にしてくじけたり、自己嫌悪に陥ったりする場合があります。禁煙した人が再喫煙することはよくあることであり、もう一度チャレンジする気持ちが重要であることを伝えましょう。

文 献

- 1) Royal College of Physicians. Nicotine addiction in Britain. A report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians, London: Royal College of Physicians, 2000.
- 2) Nakamura, M., et al. Efficacy and tolerability of varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, in a 12-week, randomized, placebo-controlled, dose-response study with 40-week follow-up for smoking cessation in Japanese smokers. *Clin Ther*, 2007; 29: 1040-1056.
- 3) 稲葉洋平, 他. 新型タバコの成分分析. 第26回日本禁煙推進医師歯科医師連盟学術総会抄録集 2017; 26.
- 4) 太田和司, 他. ハイドロキノンと 2,4-ジニトロフェニルヒドラジンを含む浸させた二連シリカカートリッジを用いる電子タバコから発生するカルボニル化合物の分析. *分析化学* 2011; 60: 791-797.
- 5) Goniewicz ML, et al. Levels of selected carcinogens and toxicants in vapour from electronic cigarettes. *Tob Control* 2014; 23: 133-139.
- 6) Czogala J, et al. Secondhand exposure to vapors from electronic cigarettes. *Nicotine Tob Res* 2014; 16: 655-662.
- 7) McNeill A, et al. E-cigarettes: an evidence update. A report commissioned by Public Health England. Public Health England, 2015.
- 8) Royal College of Physicians. Nicotine without smoke: Tobacco harm reduction. 2016.
- 9) Kasza KA, et al. Effectiveness of stop-smoking medications: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Addiction*, 2013; 108: 193-202.
- 10) Heatherton TF, et al. Measuring the heaviness of smoking: using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. *Br J Addict*, 1989; 84: 791-799.
- 11) Borland R, et al. The reliability and predictive validity of the Heaviness of Smoking Index and its two components: findings from the International Tobacco Control Four Country study. *Nicotine Tob Res*, 2010; 12: S45-50.
- 12) 厚生労働省中央社会保険医療協議会総会: 診療報酬改定結果検証に係る特別調査(平成21年度調査)ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査報告書. 平成22年6月2日
- 13) U.S. Department of Health and Human Services. The Health Benefits of Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1990.
- 14) Fiore MC, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical Practice Guideline. Rockville: US Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2008.

保健指導における アルコール使用障害スクリーニング(AUDIT)^{“オーディット”}と その評価結果に基づく 減酒支援(ブリーフインターベンション)の手引き

「危険な飲酒や有害な飲酒に対するスクリーニングおよびブリーフインターベンション」は、WHOが2010年に採択した「アルコールの有害な使用を低減するための世界戦略」において推奨されています。

スクリーニング

Q) アルコール使用障害同定テスト(AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test)とは？

A) アルコール問題のスクリーニングの一つ。WHOが問題飲酒を早期に発見する目的で作成したもので、世界で最もよく使われています。

ブリーフインターベンション

Q) 減酒支援(Brief Intervention)とは？

A) 対象者の飲酒問題を改善する手法として、現在最も推奨されている介入技法です。短時間の簡易な介入である点が特徴です。

【作成】厚労省科学研究費補助金

「わが国における飲酒の実態把握およびアルコールに関連する生活習慣病とその対策に関する総合研究」
(研究代表者: 樋口 進 国立病院機構久里浜医療センター病院長)

要 約

手引きの内容を簡単に言うと？

- 対象者のアルコール問題の程度を評価して、問題の程度にふさわしい適切な対応をとるために活用できます。

この手引きの「利用者」とは？

- 医師、保健師、管理栄養士等の保健指導実施者に、任意で活用いただくものです。

この手引きの「対象者」とは？

- 特定健診における「標準的な質問票」で、日本酒換算で1～2合以上のアルコールを「毎日」又は「時々」飲むと答えた人に活用することをお勧めします。これらの方々には、生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている可能性が高いためです。

アルコール問題の程度を定量的に評価できるの？

- AUDITという、10の質問から構成されるスクリーニングテストを用います。
- 対象者が自ら答えを記載し、保健指導実施者がスコア化することをお勧めします。

AUDITの結果		判定	対応
0～7点	問題飲酒ではないと思われる		介入不要
8～14点	問題飲酒ではあるが、アルコール依存症までは至っていない		減酒支援を行う (ブリーフインターベンション)
15～40点	アルコール依存症が疑われる		専門医療機関の 受診につなげる

AUDIT(アルコール使用障害スクリーニング)①

質問1

あなたはアルコール含有飲料(お酒)をどのくらいの頻度で飲みますか？

0点	飲まない
1点	1ヶ月に1度以下
2点	1ヶ月に2~4度
3点	週に2~3度
4点	週に4度以上

質問2

飲酒するときには通常どのくらいの量を飲みますか？

(注)
 ○「ドリンク」は純アルコール換算の単位で、1ドリンクは純アルコール換算で10グラムです。
 ○1ドリンクは、ビール中ビン半分(250ml)、日本酒0.5合、焼酎(25度)50mLに相当します。

0点	0~2ドリンク*
1点	3~4ドリンク
2点	5~6ドリンク
3点	7~9ドリンク
4点	10ドリンク以上

*通常のAUDITは「1~2ドリンク」ですが、すべてを分類できるように、本手引きでは敢えて「0」の場合を含めています。

質問3

1度に6ドリンク以上飲酒することがどのくらいの頻度でありますか？

(注)
 ○「6ドリンク」とは、ビールだと中ビン3本、日本酒だと3合、焼酎(25度)だと1.7合(300mL)に相当します。

0点	ない
1点	月に1度未満
2点	月に1度
3点	週に1度
4点	毎日あるいはほとんど毎日

AUDIT(アルコール使用障害スクリーニング)②

質問4

過去1年間に、飲み始めると止められなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？

0点	ない
1点	月に1度未満
2点	月に1度
3点	週に1度
4点	毎日あるいはほとんど毎日

質問5

過去1年間に、普通だと思えることを飲酒していたためにできなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？

0点	ない
1点	月に1度未満
2点	月に1度
3点	週に1度
4点	毎日あるいはほとんど毎日

質問6

過去1年間に、深酒の後体調を整えるために、朝迎え酒をしなければならなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？

0点	ない
1点	月に1度未満
2点	月に1度
3点	週に1度
4点	毎日あるいはほとんど毎日

AUDIT(アルコール使用障害スクリーニング) ③

質問7

過去1年間に、飲酒後罪悪感や自責の念にかられたことが、どのくらいの頻度でありましたか？

0点	ない
1点	月に1度未満
2点	月に1度
3点	週に1度
4点	毎日あるいはほとんど毎日

質問8

過去1年間に、飲酒のため前夜の出来事を思い出せなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？

0点	ない
1点	月に1度未満
2点	月に1度
3点	週に1度
4点	毎日あるいはほとんど毎日

質問9

あなたの飲酒のために、あなた自身か他の誰かがけがをしたことがありますか？

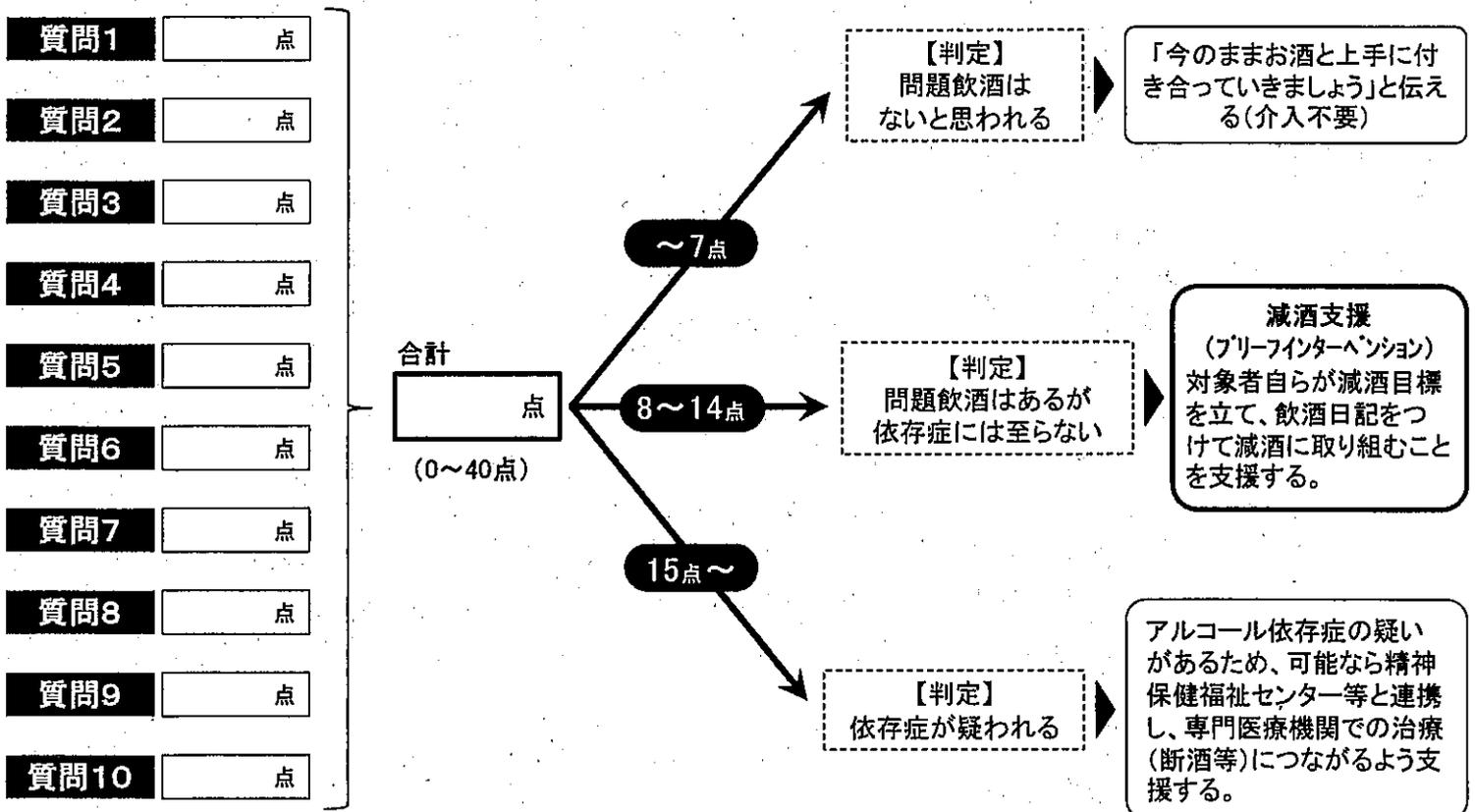
0点	ない
2点	あるが、過去1年にはなし
4点	過去1年間にあり

質問10

肉親や親戚、友人、医師、あるいは他の健康管理にたずさわる人が、あなたの飲酒について心配したり、飲酒量を減らすように勧めたりしたことがありますか？

0点	ない
2点	あるが、過去1年にはなし
4点	過去1年間にあり

AUDITの判定方法



AUDITの解説

① 日本酒(15度)1合のドリンク数は、
 $180\text{mL}(1\text{合}) \times 0.15 \times 0.8 = 21.6\text{g}(=2.2\text{ドリンク})$
 ② ビール(5度)350mL缶を2本の場合は、
 $350\text{mL} \times 2 \times 0.05 \times 0.8 = 28\text{g}(=2.8\text{ドリンク})$
 日本酒+ビールの場合は、それぞれのドリンク数を求め、足してください。

(1) 質問に対する回答は、最も近い選択肢を選んでください。

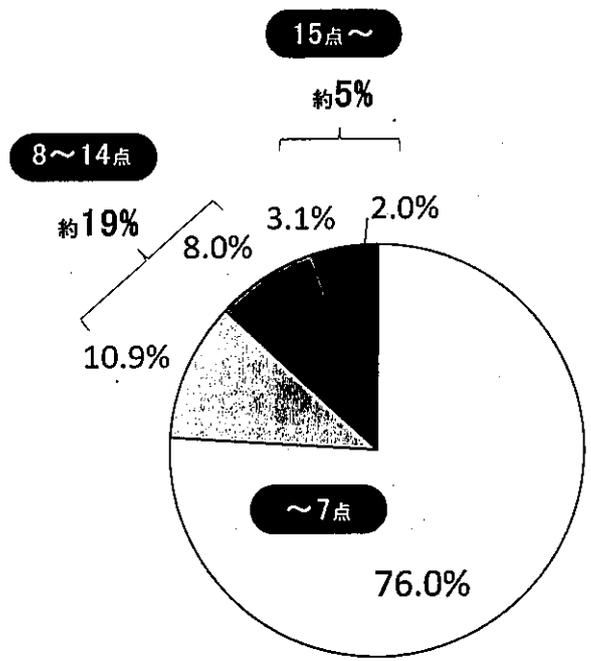
(2) 「ドリンク」数の計算には次の式を用います。
 純アルコール量(g) = 飲んだ酒の量(mL) × 酒の濃度(度数/100) × 0.8
 ドリンク数 = 純アルコール量(g) ÷ 10

(3) AUDITの結果が15点以上の場合、アルコール依存症も疑われます。
 対象者の気づきを促しつつ、必要なら精神保健福祉センター等と連携して、アルコール依存症の専門医療機関での治療につながるように支援してください。対象者を治療につなげることが困難な場合は、決して一人で背負いこまず、関係機関と情報を共有し、適切な連携の構築に努めてください。

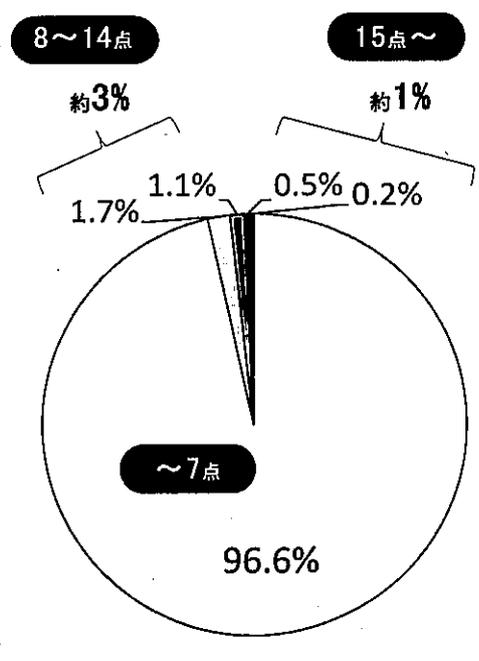
(4) ここでは15点以上でアルコール依存症を疑うこととしていますが、AUDITの点数はあくまでも判断材料の一つであり、アルコール依存症の診断は医師が総合的に判断します。
 また、対象者が問題を隠して正直な申告をしなければ、AUDITのスコアは低くなります。点数に関わらず深刻な問題があれば、専門医療機関で相談することを勧めてください。
 例えば、
 ・酩酊時の暴言・暴力や迷惑行為がある場合
 ・肝臓障害、肺炎、低栄養状態、うつ病など、飲酒と関連する深刻な併存疾患がある場合
 ・飲酒が原因の深刻な家庭問題や社会的な問題(暴力・暴言、養育拒否、虐待等)がある場合 等

(5) AUDITは全10問からなりますが、第1～3問目までの短縮版は「AUDIT-C」と呼ばれ、この3問だけでも飲酒に問題がある群とない群を鑑別することができ、カットオフポイントは、男性:4点、女性:3点とされています。一方で、飲酒に問題がある群を多量飲酒群と依存症疑い群に分けるためには、AUDIT全10問が必要となります。最初の3問でカットオフポイント以上の場合のみ、残りの7問を施行するという使い方ができます。

【参考】一般住民におけるAUDITの点数別分布



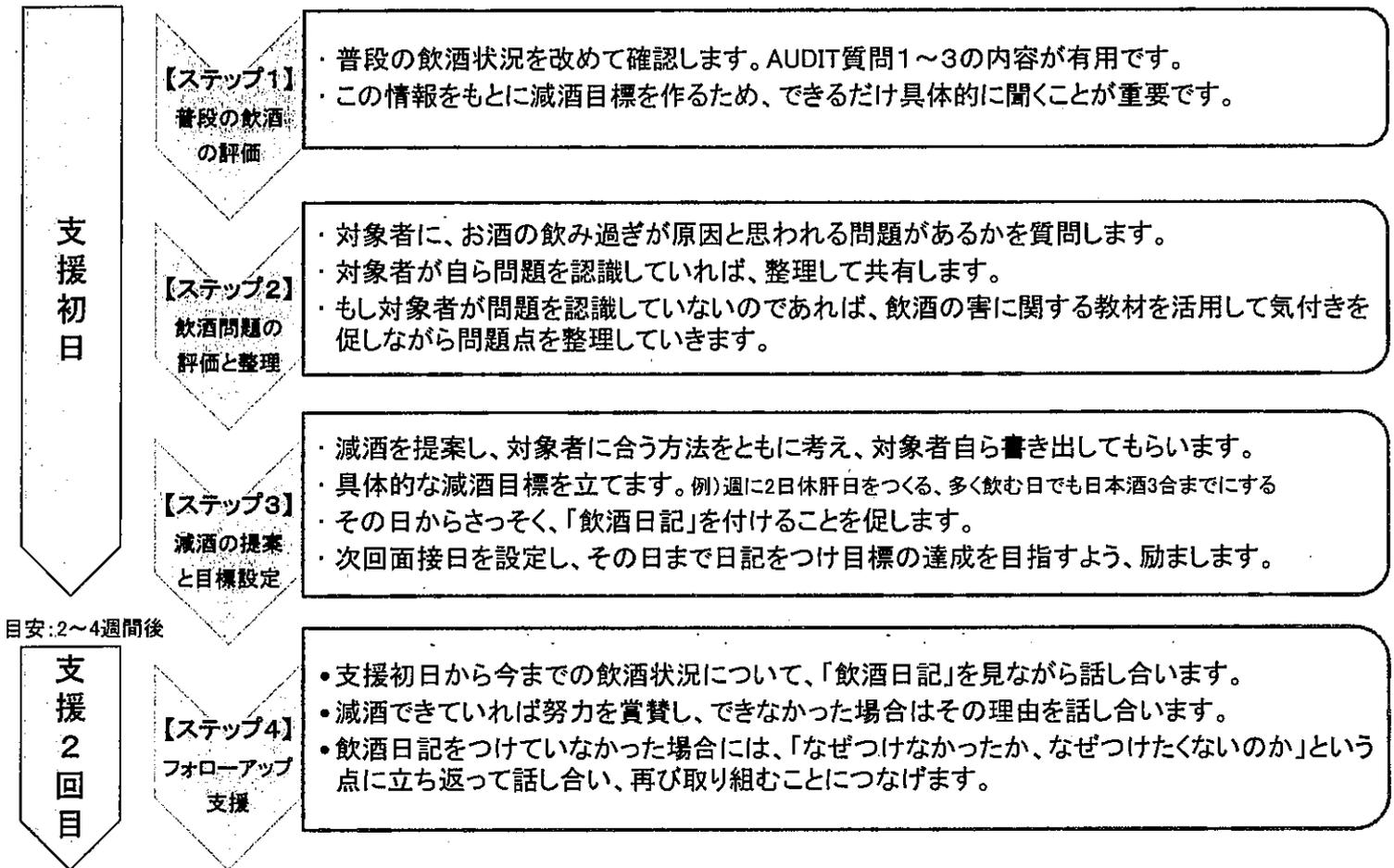
男性
(n=1,869人)



女性
(n=2,284人)

出典: 厚生労働科学研究 WHO世界戦略を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合的研究(研究代表者 樋口進(2013年))

減酒支援(ブリーフインターベンション)の具体的な手順



減酒支援(ブリーフインターベンション)のポイント

○「何らかの形で始める」ことが重要です。評価のための聞き取りだけでも、酒量が減ることが多くみられますので、支援内容の細部にこだわり過ぎず、とにかく始めてみましょう。

○共感することが重要です。飲酒習慣を変えることの困難さ、背景にあるかもしれない日常生活における苦勞を受け止めて共感する姿勢を示すと、介入効果も高まります。

○減酒目標は達成可能なものにし、押しつけることなく対象者が自ら設定することを支援しましょう。

○1回目の支援を行ってから2回目の支援(フォローアップ支援)を行うまでの期間は、2～4週間程度としましょう。ただ、これはあくまで目安ですので、保健指導の流れに合わせて柔軟に対応してください。また、基本は2回ですが、可能であれば、必要に応じてその後の継続的な介入をご検討ください。

○フォローアップ時に飲酒量が減っていなくとも、再度チャレンジしてみるよう促しましょう。目標が高すぎると思われた場合には、フォローアップ支援時に目標を見直すことも可能です。

○このような簡単な支援によって酒量は減り、その効果は比較的長く続くことが多くの研究によって示されています。しかし、アルコール依存症である対象者にこの減酒支援を実施した場合は、効果はあまり期待できません。この点も踏まえ、支援を開始して4～6週間たっても効果がみられず、アルコール依存症が疑われる場合(飲酒のコントロールができない、社会的な問題がある等)は、精神保健福祉センター等と連携して専門医療機関での治療につなげることをご検討ください。また、医学的な緊急性がある場合は、速やかな受診につなげてください。

酒類のドリンク換算表、アルコールと健康に関する資料、飲酒方法を減らす具体的な方法のリスト、飲酒日記の様式等の各種教材については、下記から入手できます。

＜久里浜医療センターウェブサイト、トップページ＞ ツール・教材・動画＞

URL http://www.kurihama-med.jp/kaijo_tool/index.html

飲酒日記

飲酒日記の付け方

1. お酒を飲んだ日は、まず「飲んだ種類と量」を記入して下さい。できるだけ具体的に書いてください。2種類以上のお酒を飲んだ場合には、それぞれを書いてください。次に、「飲んだ状況」も記入します。
2. お酒を飲まないで済んだ日には、その理由や飲まないためにあなたが使った方法を「飲んだ状況」に記入してください。
3. 「飲酒目標達成」には、全く飲まなかった場合「◎」、飲んだが飲酒目標以下であった場合「○」、飲酒目標を超えてしまった場合「×」を記入して下さい。

私の今週の飲酒目標は、 です。

()週目	飲んだ種類と量	飲んだ状況	飲酒目標達成
月 日()			

私の今週の飲酒目標は、 です。

()週目	飲んだ種類と量	飲んだ状況	飲酒目標達成
月 日()			

- まずはご自身のお酒の記録をつけてみましょう！
- 飲み過ぎたときこそ正直に記録してください。「なぜうまくいかなかったか？」を振り返ることが成功への近道です。正直に記入して怒られることは決してありません！
- 保健指導が終わった後も、このような記録を継続してみてください。きっとお役にたちます！

AUDIT オーディット

(アルコール使用障害同定テスト)

1. あなたはアルコール含有飲料をどのくらいの頻度で飲みますか？	0. 飲まない	1. 1ヶ月に1度以下	2. 1ヶ月に2～4度
	3. 1週に2～3度	4. 1週に4度以上	
2. 飲酒するときには通常どのくらいの量を飲みますか？ → 量の換算は裏面の表を参照してください (以後同じ)。	0. 0～2ドリンク	1. 3～4ドリンク	2. 5～6ドリンク
	3. 7～9ドリンク	4. 10ドリンク以上	
3. 1度に6ドリンク以上飲酒することがどのくらいの頻度でありますか？	0. ない	1. 1ヶ月に1度未満	2. 1ヶ月に1度
	3. 1週に1度	4. 毎日あるいはほとんど毎日	
4. 過去1年間に、飲み始めると止められなかった事が、どのくらいの頻度でありましたか？	0. ない	1. 1ヶ月に1度未満	2. 1ヶ月に1度
	3. 1週に1度	4. 毎日あるいはほとんど毎日	
5. 過去1年間に、普通だと思えることを飲酒していたためにできなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？	0. ない	1. 1ヶ月に1度未満	2. 1ヶ月に1度
	3. 1週に1度	4. 毎日あるいはほとんど毎日	
6. 過去1年間に、深酒の後体調を整えるために、朝迎え酒をせねばならなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？	0. ない	1. 1ヶ月に1度未満	2. 1ヶ月に1度
	3. 1週に1度	4. 毎日あるいはほとんど毎日	
7. 過去1年間に、飲酒後罪悪感や自責の念にかられたことが、どのくらいの頻度でありましたか？	0. ない	1. 1ヶ月に1度未満	2. 1ヶ月に1度
	3. 1週に1度	4. 毎日あるいはほとんど毎日	
8. 過去1年間に、飲酒のため前夜の出来事を思い出せなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？	0. ない	1. 1ヶ月に1度未満	2. 1ヶ月に1度
	3. 1週に1度	4. 毎日あるいはほとんど毎日	
9. あなたの飲酒のために、あなた自身か他の誰かがけがをしたことがありますか？	0. ない	2. あるが、過去1年 はなし	4. 過去1年間にあり
10. 肉親や親戚、友人、医師、あるいは他の健康管理にたずさわる人が、あなたの飲酒について心配したり、飲酒量を減らすように勧めたりしたことがありますか？	0. ない	2. あるが、過去1年 はなし	4. 過去1年間にあり

酒類のドリンク換算表

種類	量	ドリンク数
(1) ビール (5%)・発泡酒	コップ(180mL) 1杯	0.7
	小ビンまたは 350mL 缶 1本	1.4
	中ビンまたは 500mL 缶 1本	2.0
	大ビンまたは 633mL 缶 1本	2.5
	中ジョッキ (320mL) 1杯	1.3
	大ジョッキ (600mL) 1杯	2.4
(2) 日本酒 (15%)	1合 (180mL)	2.2
	お猪口 (30mL) 1杯	0.4
(3) 焼酎・泡盛 (20%)	ストレートで1合 (180mL)	2.9
	焼酎・泡盛 (25%)	3.6
	焼酎・泡盛 (30%)	4.3
	焼酎・泡盛 (40%)	5.8
(4) 酎ハイ (7%)	コップ1杯 (180mL)	1.0
	350mL 缶酎ハイ 1本	2.0
	500mL 缶酎ハイ	2.8
	中ジョッキ (320mL) 1杯	1.8
	大ジョッキ (600mL) 1杯	3.4
(5) カクテル類 (5%) (果実味などを含んだ 甘い酒)	コップ(180mL) 1杯	0.7
	350mL 缶 1本	1.4
	500mL 缶 1本	2.0
	中ジョッキ (320mL) 1杯	1.3
(6) ワイン(12%)	ワイングラス (120mL) 1杯	1.2
	ハーフボトル (375mL) 1本	3.6
	フルボトル (750mL) 1本	7.2
(7) ウイスキー、ブランデー、ジン、ウォッカ、ラムなど (40%)	シングル水割り 1杯 (原酒で 30mL)	1.0
	ダブル水割り 1杯 (原酒で 60mL)	2.0
	ショットグラス (30mL) 1杯	1.0
	ポケットビン (180mL) 1本	5.8
	ボトル半分 (360mL)	11.5
(8) 梅酒 (15%)	1合 (180mL)	2.2
	お猪口 (30mL)	0.4

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

●危険因子ごとの生活習慣改善の要点

1. 血圧

血圧を低下させるための生活習慣改善方法は、減塩、身体活動の増加、過量飲酒の改善、野菜・果物によるカリウム摂取、適正体重の維持であり、これらの生活習慣改善と降圧の関連には、多くのエビデンスがある¹⁾。

食塩の過剰摂取と血圧上昇の関連は、INTERSALT等の観察研究により指摘されており²⁾、わが国のコホート研究でも、食塩過剰摂取者（男性9.0g/日、女性7.5g/日以上）は適量摂取者と比較し、高血圧の発症リスクが高いことや³⁾、BMI 25未満の者で、塩分摂取量を反映する尿中塩分濃度が高いほど、観察期間中の血圧上昇が大きいことが示されている⁴⁾。わが国の成人では、平均食塩摂取量が男性11.0g/日、女性9.2g/日であり、高血圧の人を対象とした高血圧治療ガイドライン2014の目標値（6g/日未満）を大きく上回っている。非肥満で血圧が高い者でも、6g/日未満を達成できている者は少ないと考えられる⁵⁾。

有酸素運動の降圧効果は確立されている。血圧を改善するためには、速歩等の有酸素運動を、自覚的に「ややきつい」程度の強度で、可能であれば少なくとも10分以上継続し、合計30分以上毎日行うことを目標とする¹⁾。また生活活動と高血圧発症との関連も報告されており⁶⁾⁷⁾、意識的な運動だけでなく日常の生活活動を増加させることも有効である⁸⁾。

大量の飲酒は、高血圧に加え、脳卒中や心不全、肝臓病、がん等の原因にもなる¹⁾。1回の飲酒により血圧が数時間低下するが、長期に飲酒を繰り返すとかえって血圧は上昇する¹⁾ため、血圧を改善するには過量飲酒を改める必要がある。日本酒換算で男性1合、女性0.5合を超えるアルコールを摂取し、かつ血圧が高い者には、節酒が推奨される。

そのほか、カリウムは食塩過剰摂取の血圧上昇作用に対する拮抗作用が顕著で、減塩と並行してカリウム摂取を促すのが効果的である。カリウムや食物繊維をとるために、野菜や果物の摂取を促す。ただし要医療レベルの腎機能障害がある場合は、カリウム摂取を促さず、まず医療機関の受診を勧奨する必要がある。

特定保健指導の対象とならない非肥満者においても、過去に明らかな体重増加がある場合や、エネルギーや糖質の摂取が明らかに多い場合は、総エネルギー

一摂取量や糖質摂取量を減らすことが減量につながり、降圧効果も期待できる。このため、対象者の体重推移等を過去の健診データや保健指導記録で確認、あるいは聴取した上で、炭水化物が総エネルギー摂取量の50~65%となるように、摂取するエネルギーや糖質を減らすよう指導する。

2. 血糖

特定保健指導の対象とならない非肥満者においても、危険因子がなかった頃の体重を、適正体重と考え維持することが望ましいという観点から、適正体重に近づけることを目標に、摂取エネルギーを調整する。また食物繊維の摂取を増やし、望ましい食行動を促すと共に、身体活動量を現状より増やし⁹⁾、喫煙者は禁煙することが重要である¹⁰⁾。

必要なエネルギー摂取量は、標準体重(身長(m))²×22に身体活動量(kcal/kg標準体重)を乗じ算出する⁹⁾。自分に必要なエネルギー量を知り、食事のエネルギー量(カロリー)に関心をもってもらうことがまず重要である。近年、食料品店や外食産業等でも、食品のエネルギー表示を行うところが増えているが、食事を選ぶ際にエネルギー表示を見ることが、自らの健康に関心を持つきっかけになり、生活習慣改善の第一歩となりうる。

総エネルギー摂取量の内訳は、炭水化物50~60%程度、たんぱく質20%以下、残りを脂質とすることが推奨されている⁹⁾。とくに炭水化物ではショ糖を含んだ甘味やジュースの摂取は、糖尿病とメタボリックシンドロームのリスクを増加させるため¹¹⁾、避ける必要がある。果糖は果物を摂取することを前提に、1日1単位(80kcal)程度の摂取は促してよい⁹⁾。たんぱく質は、動物性のみには偏らないようにすると共に、植物性たんぱくも含めて総エネルギーの20%以下とする⁹⁾。脂質では飽和脂肪酸の摂取が増加すると、糖尿病の発症リスクが上昇するため、7%以下におさえる⁹⁾。飽和脂肪酸が多く含まれる油脂は、バターやラード、コーヒー用クリーム、パームヤシ油、カカオ油脂である。飽和脂肪酸を多く含む油脂は融点が高いことが多く、冷蔵庫内で固まる。このことは日常生活の中で、飽和脂肪酸を多く含む油脂を見分ける上での一助となる¹²⁾。また食物繊維は、その摂取を増やすと血糖値の低下が期待できるため、20g/日以上を目標とする⁹⁾。

飲酒については、BMI 22kg/m²以下の非肥満者では、糖尿病予防のためには飲酒しないことが望ましく、飲酒する場合でも飲酒量は日本酒換算で1日1合(週7合)を超えるべきではないことが研究より示唆されている。

食行動では、野菜や根菜類を先に食べる¹³⁾、よく噛んで食べる、遅い時間の夕食や就寝前の夜食を避ける、朝食を抜かない等の点が推奨される。

有酸素運動は、血糖値やインスリン抵抗性の改善に有用である。筋力トレーニングも、有酸素運動と共に血糖改善に有効であり、この二つを併用するとさらに効果が高いとされているが、効果を得るのに最低限必要な強度と量がまだ明らかではない。従って、運動療法として一般に勧められるのは、少なくとも3～5回/週、中等度の強度（自覚的には「ややきつい」程度）の有酸素運動を20～60分間（必ずしも継続した時間で行う必要はない）行うことである。運動はいつ行ってもよいが食後1～2時間で行うと食後高血糖を抑える効果がある⁹⁾。ただしインスリン注射や経口血糖降下薬を使用している糖尿病、冠動脈疾患等がある者へ保健指導を実施する場合には、必ずかかりつけ医と運動を行う時間や時間帯、種類、量について相談してから運動療法を開始する。準備運動は、運動による傷害や心血管事故等の発生を予防する効果があり、運動終了前の整理運動と共に各5分間行う¹⁴⁾。また意識的な運動でない日常生活における身体活動量の増加も血糖値の改善には有効である。

また、わが国のコホート研究で、喫煙が糖尿病の発症リスクを上昇させることが報告されている¹⁰⁾。特定保健指導の対象とならない非肥満者でも高血糖がある場合、禁煙は重要である。

3. 脂質異常症

脂質異常症は、高中性脂肪血症、低HDLコレステロール血症、高LDLコレステロール血症の3つに区分される。特に高LDLコレステロール血症、高中性脂肪血症と低HDLコレステロール血症は異常を来す原因が異なるため、指導の際には、どちらが問題となっているのかを把握して、指導を行うことが重要である。

(1) 高中性脂肪血症及び低HDLコレステロール血症

高中性脂肪血症及び低HDLコレステロール血症は、一般に肥満度が高いほど有所見率が高く、体重減少や運動により改善が期待できるが、非肥満者においても飲酒量や糖質摂取量の減少、禁煙、運動等で改善が期待できる。

高中性脂肪血症は過量飲酒との関連が強く、中性脂肪値が非常に高値の場合には過量飲酒が背景にある場合がある¹⁵⁾。空腹時の中性脂肪は、総エネルギー摂取が多いほど高い¹⁵⁾。またショ糖等の単純糖質の摂取により中性脂肪値が上

昇し、単純糖質の制限により改善が期待される¹⁶⁾。またn-3系多価不飽和脂肪酸が多い魚類、特に青魚を摂ることで血清中性脂肪は低下する¹⁷⁾。

喫煙は中性脂肪の上昇を引き起こすことが明らかにされている¹⁸⁾。そのメカニズムとしては、喫煙による脂肪組織のリポ蛋白分解酵素の低下等が考えられている¹⁹⁾。

低HDLコレステロール血症については、喫煙者でHDLコレステロール値が低く、禁煙者では非喫煙者と同等であることから、禁煙により改善が期待される²⁰⁾。また運動習慣がある者ほど中性脂肪は低く、HDLコレステロールが高いことが報告されており²¹⁾、中性脂肪の低下やHDLコレステロールの上昇には運動が効果的である。なお一般的に中性脂肪が上昇するとHDLコレステロールは低くなる傾向があり、中性脂肪を下げる保健指導はHDLコレステロールの増加につながる。しかし飲酒量が多いほどHDLコレステロール値は高くなる現象もよく見られるため²¹⁾、相互の関連は複雑で個人差が見られる。なおHDLコレステロールを増やす目的で飲酒を勧めることは推奨されないので、基本的に中性脂肪が高ければ節酒を指導することになる。

(2) 高LDLコレステロール血症

動脈硬化巣は必ずコレステロールを核として形成され、LDLコレステロールを低下させて冠動脈疾患等の動脈硬化性疾患を減少させるという治療法については、多くの臨床試験による根拠があり、中性脂肪の低下やHDLコレステロールの上昇と比べて、はるかに確立したエビデンスを有している。

血液中のコレステロールの由来の大部分は、肝臓で合成されるコレステロールであり、食品由来のものは5分の1程度である。血清コレステロール値の制御には、飽和脂肪酸や多価不飽和脂肪酸が総合的に作用しており、飽和脂肪酸の摂取量が多いとコレステロール合成は最も促進され、多価不飽和脂肪酸が多いとむしろ抑制される²²⁾。また食材中のコレステロールも血中コレステロールを上昇させるが、その作用は飽和脂肪酸より弱い。

従って、LDLコレステロール値を下げる第一の方法は、飽和脂肪酸の摂取を減らすことである。多価不飽和脂肪酸の摂取を減らさずに、飽和脂肪酸の摂取を減らすと効果が大きい。飽和脂肪酸を多く含む食品は、獣肉の脂身や乳製品のほか、パームヤシやカカオの油脂等であり、インスタントラーメン等の加工食品にも多く用いられる。飽和脂肪酸の多い油脂と多価不飽和脂肪酸の多い油脂では、融点が異なるので、冷蔵庫に入った状態の油脂が固体かどうかで区

別ができる¹²⁾。冷蔵庫では固体になっているのが飽和脂肪酸の多い油脂であり、冷蔵庫に入れても液体の状態を保つサラダ油や魚油等は、多価不飽和脂肪を多く含む油脂の代表である。飽和脂肪酸と多価不飽和脂肪酸の摂取量は、食品の選択や調理の工夫により変化する¹²⁾。たとえば鶏もも肉の皮を外すだけで、飽和脂肪酸の摂取量を1.7g減らせる。従って保健指導の際には、食品中の多価不飽和脂肪酸と飽和脂肪酸に着目し指導するとよい。多価不飽和脂肪酸と飽和脂肪酸の比（P S比）を1:1くらいに保つと、飽和脂肪酸の血清コレステロール値を上げる作用はあまり大きくなり、多価不飽和脂肪酸が少ない場合は、飽和脂肪酸の摂取量を減らし、P S比を1に近づけることが目標となる。

LDLコレステロール値を下げる第二の方法は、食品中のコレステロール量を減らすことである。しかし食品中のコレステロール量は、血中LDLコレステロール値に対する寄与が相対的に小さく、またコレステロールの吸収量に個人差があるため、摂取を厳密にコントロールしても大幅な改善を期待することは難しいこともある。従って、P S比を適切に保つ指導がより有効である。

なお、喫煙はLDLコレステロールを増加させるほか¹⁸⁾、酸化ストレスにより血清脂質の変性と浸潤が起こることが知られている。そのため、特定保健指導の対象とならない非肥満者でも、喫煙者の禁煙は重要である。

●生活習慣ごとの改善の要点

1. 減塩

- 高血圧のある者では食塩相当量で1日6g未満、全ての成人において男性で1日8g未満、女性で1日7g未満を目標として減塩の指導を行う。
- 目標設定あるいは食生活改善の動機付けのために食塩摂取量の評価を行う。食塩摂取量の評価は食事調査や、可能な場合は尿中ナトリウム測定によって行う。
- 主な食塩摂取源や問題のある食塩摂取行動を見いだした上で、行動面での目標を対象者と共に設定する。
- ナトリウム（食塩相当量）を多く含む食品やメニューに関する基礎知識を持ってもらう。またナトリウムの多い食品や外食メニューを見分けるために、食品表示（栄養表示）における食塩相当量や外食メニューの食塩量をチェックし、ナトリウムの多い食品を避けるよう指導する。低ナトリウムの食品を選んだ場合でも、過量摂取にならないよう指導する。

- 食塩摂取の行動面での目標達成状況を対象者に継続的に記録してもらい、保健指導実施者はこれを観察して行動変容を促す。また、適宜、食塩摂取量の評価を行い、行動変容の動機付けに活用する。

2. 野菜・果物（カリウム・食物繊維）、カルシウムの摂取

- 高血圧（正常高値を含む）の保健指導の第一選択は減塩であるが、並行してカリウム（野菜・果物・大豆製品）の摂取を勧める。減塩が困難な対象者にはカリウム摂取が特に勧められる。
- カルシウムにも血圧を下げる効果があり推奨される。特にカルシウムの吸収率の良い牛乳、乳製品からの摂取が勧められる。
- 脂質異常者や高血糖者への保健指導としては、食物繊維（野菜・果物・キノコ類・海藻・根菜類）の摂取が勧められる。
- これらの栄養指導は非肥満者だけでなく、肥満者にも減量と並行して勧める。
- ただし、腎機能異常ではカリウム摂取の制限が必要な場合があるため、かかりつけ医への相談（かかりつけ医がいない場合は受診勧奨）を勧める。

3. 総エネルギー減・糖質減・適正体重の維持（減量）

- 非肥満者でも肥満者と同様に、内臓脂肪蓄積に起因する生活習慣病を合併した集団が存在し、それらの患者は脳・心血管疾患の発症リスクが高い。
- 非肥満者でも体重増加が明らかな集団では、エネルギー制限、減量が生活習慣病の改善に有効である。
- 内臓脂肪蓄積の少ない非肥満者においては、高血圧、脂質異常症等個別の脳・心血管疾患危険因子の管理を行う。
- 生活習慣病の発症と低栄養の予防（特に高齢者）を主目的として、BMIの目標下限を18歳から49歳までは、 18.5 kg/m^2 、50歳から69歳までは、 20.0 kg/m^2 、70歳以上は 21.5 kg/m^2 に設定し、減量目標は減量前後の脳・心血管疾患危険因子の変化（改善）を確認した上で個別に設定する。
- 非肥満者の炭水化物の摂取量は総エネルギー摂取量の50-65%を推奨する。ただし、糖尿病や耐糖能異常を認める場合は60%を上限とする。
- ショ糖を添加したジュース類の摂取は糖尿病や高血圧、メタボリックシンドロームの発症リスクを高めるため、非肥満者においても摂取を控える。

4. 脂質

- わが国では全穀類の消費量が減少し、牛乳や乳製品、肉類の消費量が増加する、食の欧米化が認められる。伝統的な日本食は脂肪酸のバランスがよく、脳・心血管疾患の予防のためには、塩分を減らした日本食が望ましい。
- 具体的には、飽和脂肪と多価不飽和脂肪の比が高い肉の脂身や高脂肪乳製品を避け、n-3系多価不飽和脂肪酸を含む魚類の摂取を増やす。
- 血中LDLコレステロール値は、摂取する食品中コレステロール量と関連するが、飽和脂肪酸や多価不飽和脂肪酸の摂取量ほど寄与は大きくない。

5. 過量飲酒の改善

<血圧が高い者に対する節酒指導>

- 肥満度にかかわらず、1日のエタノール摂取量が、日本酒換算にて、男性で1合、女性で0.5合を超え、かつ血圧が高い者には節酒が推奨される。
- 血圧が高い者に対する節酒の達成度はエタノール量で評価する。エタノールの昇圧作用は、量が同じならどのアルコール飲料から摂っても大きな差はなく、対象者が酒に強い体質（飲酒で顔面紅潮しないタイプ）であっても弱い体質であっても差はない。
- 血圧が高い者に対する節酒指導は、通常の高リスクな飲酒に対する保健指導であるAUDITに基づくブリーフインターベンションに準じて実施すべきである。

<そのほかの高リスク者に対する節酒指導>

- 高中性脂肪血症、 γ -GTP高値、高尿酸血症も、節酒が推奨されるべき病態である。

6. 禁煙

- わが国の観察研究では、肥満の有無に関わらず喫煙は脳・心血管疾患の危険因子とされている。健診や保健指導の場での、「保健指導のための禁煙支援簡易マニュアル」に従い、禁煙への動機が高まる情報提供や禁煙支援の実施が重要である。
- 肥満の有無にかかわらず、高血圧や糖尿病がある場合、喫煙者では特に脳・心血管疾患のリスクが高くなるため、禁煙支援は重要である。また、喫煙単独の健康影響が大きいことから、高血圧や糖尿病のリスクを有していない喫煙者についても禁煙は重要である。

- 喫煙は糖尿病の危険因子であり、喫煙者では低HDLコレステロール血症、高LDLコレステロール血症、高中性脂肪血症がみられ、禁煙によりHDLコレステロールは増加する。特に非肥満者で血糖異常又は脂質代謝異常がある喫煙者に対しては、代謝異常改善のためにも、禁煙は有効な介入手段となりうる。
- 禁煙後に体重が増加する主な理由は、ニコチン離脱症状として中枢性の食欲亢進が起きるためである。禁煙開始4週間前後のニコチン離脱症状が治まる頃から、日常生活で身体活動量をあげ、食生活を見直す等、禁煙以外の生活習慣改善も行い肥満の予防に努める。禁煙補助薬を使用すると服薬中の体重増加を遅らせるほか、離脱症状が緩和されるため、早期から運動や食事の改善に取り組やすくなる。

7. 身体活動の増加・適正体重の維持（減量）

- 身体活動量の増加は非肥満者においても生活習慣病の予防・改善に役立つ。
- わが国では「健康づくりのための身体活動基準 2013」が策定されており、非肥満者においてもこれに則って、身体活動量の増加を働きかけることが望ましい。
- 日常生活においては「歩行又はそれと同等以上の強度の身体活動を毎日60分行う」ことを勧める。
- 運動としては、「息が弾み汗をかく程度の運動を毎週60分行う」ことを勧める。
- 現在の身体活動量が少ない者には、まず日頃の身体活動量を少しでも増やす（例として、今より毎日10分ずつ長く歩く）という、現実的かつ実行可能な指導から開始する。

8. 食行動の改善

- 肥満や糖尿病、循環器疾患リスクの予防と関係のある食行動は、①よく噛んで食事を楽しむこと、②野菜・海藻類を先に食べること¹³⁾、③朝食を食べること、④ストレスを解消するためのやけ食いや無茶食いを避けること、⑤間食を控え、夜食を摂らないこと、の5つである。
- 食行動を評価する尺度には、坂田式食行動尺度や日本語版 Dutch Eating Behavior Questionnaire 等様々なものがあり、目的に応じ使用する。
- 保健指導に当たっては、対象者本人が自分自身の食行動を振り返り、生活習

慣・食行動・ストレス対処等と検査結果の関係性を理解したうえで、実施可能かつ、リスク低減につながる食行動を目標に設定する必要がある。

- 食行動の改善は行動療法や認知行動療法等を活用し、実践可能で具体的な目標を設定し、成果が目に見えるような工夫を行いながら進めていく。

なお、本資料の詳細は、「厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策政策研究「非肥満者に対する保健指導方法の開発に関する研究 平成 27 年度 研究代表者 宮本恵宏」の「特定保健指導の対象とならない非肥満の心血管疾患危険因子保有者に対する生活習慣改善指導ガイドライン」を参照されたい。

文 献

- 1) 日本高血圧学会. 高血圧治療ガイドライン 2014.
- 2) Intersalt Cooperative Research Group. Intersalt:an international study of electrolyte and blood pressure. Results for 24 hour urinary sodium and potassium excretion. *BMJ*. 1988;297:319-328.
- 3) Takase H, Sugiura T, Kimura G, Ohte N, Dohi Y. Dietary Sodium Consumption Predicts Future Blood Pressure and Incident Hypertension in the Japanese Normotensive General Population. *J Am Heart Assoc*. 2015;4:e001959
- 4) Umesawa M, et al. The relationship between sodium concentrations in spot urine and blood pressure increases:a prospective study of Japanese general population:the Circulatory Risk in Communities Study (CIRCS). *BMC Cardiovasc Disord*. 2016;16:55.
- 5) 厚生労働省. 平成 27 年 国民健康・栄養調査.
- 6) Hayashi T, Tsumura K, Suematsu C, et al. Walking to Work and the Risk for Hypertension in Men:The Osaka Health Survey. *Ann Intern Med*. 1999;131:21-26.
- 7) Nakanishi N, Suzuki K. Daily Life Activity and the Risk of Developing Hypertension in Middle-aged Japanese Men. *Arch Intern Med*. 2005;165:214-220.
- 8) 健康づくりのための身体活動基準 2013.
- 9) 日本糖尿病学会. 糖尿病診療ガイドライン 2016.
- 10) Hayahino Y, Fukuhara S, Okamura T, et al. A Prospective Study of Passive Smoking and Risk of Diabetes in a Cohort of Workers. *Diabetes Care* 2008 ;31:732-734.
- 11) Vasanti S Malik, Barry M Porkin, George A Bray, et al. Sugar-Sweetened Beverages and Risk of Metabolic Syndrome and Type 2 Doabetes. *Diabetes Care* 2010;33:2477-2483.
- 12) 岡山明 編著. 健康教育マニュアル. 2014 年. 日本家族計画協会.
- 13) 川崎美也子, 捧園子, 橋本通子, ほか. 料理の食べる順番と血糖値の違いについての検討. *日本未病システム学会雑誌*. 2016 ; 22 (1) :64-67.
- 14) 厚生労働省. 健康づくりのための身体活動基準 2013.
- 15) M. VRABLIK, R. GESKA. Treatment of Hypertriglyceridemia:a Review of Current Options. *PHYSIOLOGICAL RESEARCH*. 2015;64:S331-S340.
- 16) Susan K Fried, Salome P Pro. Sugars,hypertriglyceridemia, and cardiovascular disease. *Am J Clin Nutr*;2003;78:873S-880S.
- 17) Guy D. Eslick, Peter R. C. Howe, Caroline Smith, et al. Benefits of fish oil supplementation in hyperlipidemia:a systematic review and meta-analysis. *Int J Cardiol*. 2009;136:4-16.
- 18) Wendy Y Craig, Glenn E Palomaki, James E Haddow. Cigarette smoking and serum lipid and lipoprotein concentrations:an analsis of published date. *Br Med J*. 1989; 298: 784-788.
- 19) Centers for Disease Control and Prevention(US), National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion(US), Office on Smoking and Health(US). How Tobacco Smoke Causes Disease:The Biology and

- Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease. A Report of the Surgeon General. 2010; 6. Cardiovascular disease: Lipid Abnormalities
- 20) R. Curtis Ellison, Yuqing Zhang, Muhammad Mustafa Qureshi, et al. Lifestyle determinants of high-density lipoprotein cholesterol: the National Heart, Lung, and Blood Institute Family Heart Study. *Am Heart J.* 2004;147:529-535.
 - 21) Hata Y, Nakajima K. Life-style and serum lipids and lipoproteins. *J Atheroscler Thromb.* 2000;7:177-197.
 - 22) Keys A, Anderson JT, Grande F. Serum cholesterol response to changes in the diet: IV. Particular saturated fatty acids in the diet. *Metabolism.* 1965;14:776-787.

宿泊型新保健指導

(スマート・ライフ・ステイ) プログラム

1. 背景

- わが国では健康寿命延伸のため、特定保健指導等により生活習慣病予防に取り組んでいるが、さらに効果的かつ実現可能性の高い保健指導プログラムの実施により、多くの国民が生活習慣病予防に取り組むことが必要である。
- 「日本再興戦略」改訂 2014～未来への挑戦～のアクションプランの一つである戦略市場創造プランにおける、ヘルスケア産業を担う民間事業者等が創意工夫を発揮できる市場環境の整備として、「糖尿病が疑われる者等を対象として、ホテル、旅館等の宿泊施設や地元観光資源等を活用して行う宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラムを開発し、その普及促進を図る」とされた。本プログラムは厚生労働科学研究及び国立研究開発法人日本医療研究開発機構委託研究「生活習慣病予防のための宿泊を伴う効果的な保健指導プログラムの開発に関する研究」により作成し、試行事業を経たうえで開発されたものである。

2. 宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラムのねらい

- 宿泊を伴う保健指導を行うことにより、従来の保健指導よりもさらに効果的な保健指導を目指す。
- 旅の持つ楽しさ・快適さの中で、体験学習を通じて糖尿病等の生活習慣病について本人の理解を深め、具体的かつ実現可能な行動計画を立てる。
- 特に、これまでの保健指導で効果が出にくかった者や、健康への関心が低い者に対して提供する重点的な保健指導プログラムの新たな選択肢とする。
- 地域の社会資源（人材、施設、環境）を活用した多機関・多職種連携により、健康分野に限らず、地元産業や観光分野への波及効果を期待できる。

3. 宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラムとは

（1）対象

特定保健指導対象者及び糖尿病予備群の者等を対象とする。

<推奨する対象者例>

- ①健診結果から選定された糖尿病予備群（非肥満者^aを含む）
- ②特定保健指導を実施したが、十分な効果が出なかった者

^a 非肥満者：特定保健指導階層化基準非該当者

③生活習慣病治療中の者

(2) 多機関・多職種連携

○宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラムは、糖尿病が疑われる者等を対象として、ホテル、旅館等の宿泊施設や地元観光資源等を活用して、医師、保健師、管理栄養士、健康運動指導士等の多職種が連携して提供する新たな保健指導プログラムである（図1）。

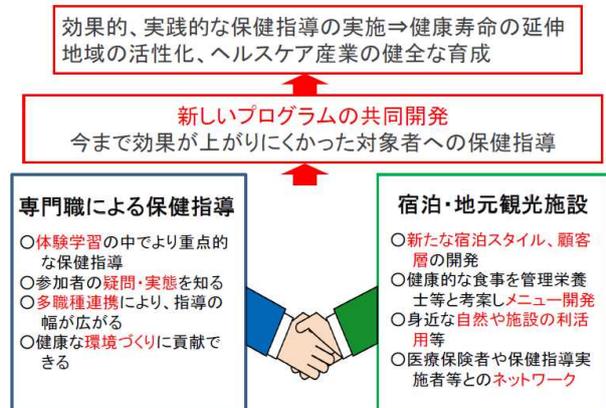


図1 多機関・多職種連携ですすめる宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラム

- 十分な保健指導実績を持つ複数の専門職種が宿泊地にて、特定保健指導対象者及び糖尿病予備群等に対して保健指導を行う。
- プログラムの実施を通して、保健指導実施者と宿泊施設等の連携が深まることにより、従来の枠組みを越えた多様な地域連携の強化と資源発掘、人材育成等を通して、健康な地域づくり推進に貢献することができる。
- 初期開発に要する準備時間や投資費用については、事業が継続され定常的に実施する体制が整うことで準備時間等を減らし、コストダウンすることが可能である。

(3) 体験を通じたグループ学習・個別対応の充実

- 座学だけではなく、グループ学習や体験学習を盛り込むことで効果を高める（図2）。
- 食事や運動の体験学習によって、普段の食生活との違いに気付き、日常生活における身体活動の維持について知識を習得すると共に、宿泊時の体験を通して動機付けし、具体的かつ実現可能な行動計画を立てる。

< 宿泊時のプログラム例 >

1日目		2日目	3日目
現地着	集合 駅	起床	起床
昼	昼食	体重・当日体調確認 食前・自己血糖測定	体重・当日体調確認
	ブレインストーミング グループワーク 個別面談	朝	朝食 ご飯の計量体験
	<運動実技>	午前	<運動講義>
午後	ティータイム	食後、自己血糖測定	<運動実技>
	<健診結果の見方>	<運動実技> ウォーキング実習	更衣、チェックアウト
	<食事指導>自分の得意を知る	運動後、自己血糖測定	3日間の振り返り 行動目標の見直し 継続支援スケジュール確認
	<目標設定>	着替え・移動	現地着
	チェックイン	午後	解散
夜	夕食<食事指導>	<アクティビティ> ①そば打ち体験 昼食 ↓ ②地元の新鮮野菜試食 ↓ ③寺参拝 ↓ ↓ 2日目の振り返り	
	星空・夜景ツアー	夜	
		夕食	

図2 宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラム 宿泊時のプログラム例

- グループ学習の一方で、個別面談時間を確保することにより、理解度・行動変容ステージ・生活背景に合わせた個別支援を行う。
- 治療の必要性が高いと考えられる人には、治療のイメージや想定される効果等の説明をおこない、確実な受診行動につなげる。

4. 宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラムの具体的な進め方（「資料1進捗管理シート」参照）

（1）プログラム全体の流れ（図3）

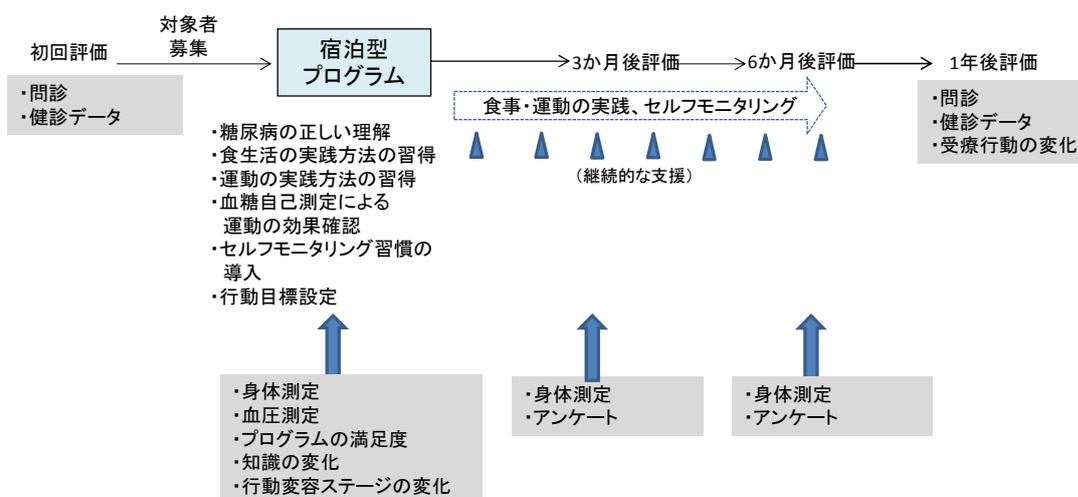


図3 宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラムの流れ

（2）体制づくり

1) 実施主体

実施主体は、保険者、民間団体^b又は地方公共団体（以下、保険者等という）とする。

実施主体は、保険者等の健康課題を踏まえ、多機関・多職種による連携により、保険者等の実情に応じたプログラムの開発及び実施、評価ができる体制を構築する。

なお、実施主体が直接保健指導を行わない場合は、保健指導機関等と連携し、共同で実施する体制を整えることが必要である。

実施主体が宿泊施設を保有しない場合には、本事業の趣旨を理解した宿泊施設、観光事業者等と連携して実施する体制を整えることが必要である。

2) 役割の明確化（資料2表「役割分担表」参照）

①運営責任者：事業全体の進行管理、事業全体の分析・評価を行う事業

^b 民間団体は、法人格を有する団体及び民間企業とする。

運営面での責任者であり、プログラム管理者からプログラムに関する報告・連絡・相談を受ける立場にある。

- ②プログラム管理者：プログラムの評価、必要に応じたプログラムの修正、トラブル等の対応が可能な者で、保健指導実施者の統括者として十分な経験を有する者（医師、保健師、管理栄養士等）である。運営責任者とプログラム管理者は同一者でないこと、プログラム管理者と保健指導実施者は同一者でないことが望ましい。特定保健指導におけるマネジメント経験者が望ましい。
- ③保健指導実施者：医師、保健師、管理栄養士等の多職種が複数連携して保健指導を行う。

（３）対象者選定、募集方法の決定

- 保険者の健康課題を踏まえ、本プログラムの対象者選定基準を決定する。その際、医師等の専門家の助言を得ることが望ましい。
- 保険者は特定保健指導やデータヘルス計画における保健事業の選択肢として本プログラムを活用することが可能である。
- 観光協会や旅行会社等の観光分野から対象者募集の協力を得ることで、参加意欲を引き出すことにつながり得る。
- 対象者の特性やニーズに応じて募集方法（チラシ、HP、電話等による参加勧奨）を検討し、参加しやすい体制を整える。
- 配偶者等対象者の家族のプログラム参加は、対象者への理解と実際の生活におけるサポートにおいても有用であるため、検討することが望ましい。

（４）プログラムの企画

１）オリエンテーション

本プログラムの目的、達成目標を確認する。

２）生活習慣病、特に糖尿病の発症・重症化予防に向けた生活習慣改善の重要性についての講話、検査値の見方

糖尿病関連の検査値の見方を中心に、禁煙の情報提供も行う。合併症の怖さだけでなく、HbA1cを改善することの価値を説明する。肥満者には体重減量により改善可能な検査項目等を説明する。座学だけでなく、体験学習、個人相談、グループワーク等を組み入れ、対象者の改善意欲を高め、理解を深めることが必要である。

3) 食事

宿泊中の食事を活用して、保健指導につなげる。特定保健指導における減量指導の方法、糖尿病療養指導の方法等を参照しつつ、適切な食事のとり方を指導する。食事の提供は、健康と食の関係、食の大切さを伝える格好の機会である。地元の食材を使い、旅ならではの食の楽しみの満足度を高めながら、進めることが望ましい。アルコール提供は禁止はしないが、積極的な促しは控える。保健指導の中で適正飲酒について解説しておく。その際、多量飲酒者の保健指導として、アルコール使用障害スクリーニング(AUDIT)を活用する。

<参考例>

- ・「健康な食事^c」に関する情報提供を行い、エネルギーやバランス、塩分等を考慮した食事を体験する。
- ・メニューの栄養成分を知らせ、エネルギーコントロール法を学習する。
- ・食事提供では、野菜めやす量、エネルギー量、バランス調整のめやすと共に、食べる順番や速さを体験する機会であることを指導する。
- ・料理長等より、塩分を控えた調理法のコツや旬の食材をうまく盛り込むコツ等、食生活の大切さを感じさせる話を提供してもらえると理想的である。
- ・ご飯計量体験により適正な主食量を確認する。
- ・朝食バイキング等の機会に食事の選択学習をする。盛りつけ例の提示やプレートに工夫を加える等、学習的要素を組み込む。
- ・血糖自己測定を組み合わせ、血糖変動を確認する。

4) 運動

糖尿病予防・改善と運動・身体活動、座位行動の関連について、資料等を用いて科学的根拠を説明する。宿泊時に、宿泊施設の運動施設や周辺の公園等を活用した、身近な運動やアクティビティのプログラムを提供し、体験を通して運動・身体活動の具体的かつ実現可能な行動計画を立てる。

簡単な体力テスト^dや運動の効果を実感できるような工夫を入れることが望ましい。血糖コントロール状態や合併症チェックの有無等にも留意し、対象者の体力や健康状態に合わせて運動強度を設定できること、当日の体調に合わせて運動強度・内容を調整できること等の配慮が必要と

^c 一食が主食、主菜（魚介類、肉類、卵類、大豆・大豆製品を主材料とする）、副菜（緑黄色野菜を含む2種類以上の野菜を使用）で構成される。

^d 標準的な値を示すことのできる体力テスト項目の例：椅子の立ち座り（30秒）、長座位体前屈、閉眼片足立ち（年齢により開眼）、握力、6分間歩行、2ステップテスト、立ち上がりテスト等。

なる。

余暇時間も強度を考慮したアクティビティとする。

<参考例>

- ・周辺観光を兼ねたウォーキング、自然の中でのハイキング等。運動施設（プール、ジム）を保有している施設ではその活用も推奨される。
- ・アクティビティ中に活動量計やスマートフォンのアプリ等を用いて、活動量や消費エネルギーの評価を行う等、運動・身体活動の保健指導と内容の連続性があり、日常生活にも継続性をもたせられることが望ましい。

5) 観光、アクティビティ

地域の豊かな自然や文化に触れ、保養、楽しみ、学び、自己開発を促す観光要素に加えて、健康の大切さ、健康への気付きにつながる体験型、交流型の観光、アクティビティ体験を提供することが必要である。地域の資源としては、温泉、森林、海洋環境、食、伝統文化、歴史遺産等のみならず、これまで気付かれていなかった地域固有の資源を掘り起こし、新たに活用することで、地場産業の振興、新たな観光産業の創出等地域活性に繋がる。

観光プログラムの進行等は、観光協会等の専門家や地元詳しい地域のボランティア等と連携してプログラムを実施できると良い。

6) セルフモニタリング

歩数計あるいは活動量計を準備し、セルフモニタリングの習慣づけを行う^o。体重、血圧、腹囲を自己測定、記録のつけ方を実習する。

7) ブレインストーミング・グループワーク

○宿泊当日の導入は、自己紹介やブレインストーミング等で、これから始まるプログラムへの意欲が高まるような雰囲気づくりに努める。

○対象者の理解度や疑問を把握しつつ、グループダイナミクスを活用し、本音を引き出すと共に意欲を高める内容とする。

○グループワークは、最終段階で一括するより「振り返り」として随所に組みこむ方が効果的である。

○終了後のコミュニティ・グループ（つながり）の形成支援も行うこと

^o 歩数計、活動量計：持参又は携帯を活用する。どの機種にも対応できるよう準備する。可能であれば、本プログラム参加前より装着し、普段の活動量を認識することが望ましい。

が望ましい。

8) 行動目標、行動計画設定

宿泊の最終日に、行動目標設定の時間を設ける。受講者が70~80%くらい実施可能な目標とし、毎日評価できる内容が望ましい。実現可能性が低いと回答した場合には、実行しやすい改善事項はないか、さらに話し合う。

9) 継続的な支援

- 継続的な支援は特定保健指導の標準的なプログラムに準じて行う。(特定保健指導支援Aに相当するメール、電話、面談等)
- セルフモニタリングのツールを紹介し、継続支援の方法とスケジュールを確認する。連絡のつきやすい方法やルール(時間帯、伝言等)を確認する。
- 継続支援に使用するモニタリングツールは、手書き記録用紙、エクセルデータ、スマホのアプリ等、対象者の最も継続しやすい方法を選択できることが望ましい。IoTを活用した保健指導等を積極的に取り入れ、対象者の継続意欲につながる保健指導方法を工夫することが必要である。
- 特定保健指導積極的支援該当者については、特定保健指導の標準的なプログラムに準じたポイント換算を行い、必要ポイントを達成できる計画をたてる。
- 宿泊時に立てた行動計画を継続的に支援する体制を整え、健康状態の改善を目指す。
- 医療機関への受診勧奨を行った対象者については、受診状況の有無、薬物治療の状況等を確認する。
- 行動変容継続のために、地域資源(たとえばほかの保健事業等)へのつながりや情報提供を実施する。

<1泊2日の例>

	1日目		2日目	
午前	健康チェック等	問診確認 体重測定等	健康チェック等	体組成・血圧・血糖測定
	講義	オリエンテーション 健診結果の見方 講話 「糖尿病について」	食事	ごはん計量・朝食
			運動講話 運動実技	講話 「血糖値と運動」
		アクティビティ	国会議事堂見学	
午後	食事講講話 食事体験 グループワーク	昼食 講話 「血糖値と食事のお話」 個別栄養相談	昼食 グループワーク 目標設定	行動目標立案と発表 継続支援について 修了式
	講義 グループワーク	講話 「口腔ケア・フットケア・禁煙について」		
	アクティビティ	ビール記念館訪問 適正飲酒プチ講話		
夜	夕食 食事講話	ヘルシー献立 講話 「バランスの良い食事」		

<2泊3日の例>

	1日目		2日目		3日目	
午前		オリエンテーション	健康チェック等	セルフモニタリング	健康チェック等	セルフモニタリング
	健康チェック等	健康チェック 体重測定、腹囲測定	運動	朝日を浴びて早朝ウォーキング	運動	朝日を浴びて早朝ウォーキング
		自己紹介・アイスブレイク	健康チェック等	血液検査	食事	朝食
	アクティビティ	武家屋敷通りの散策	食事	朝食		個別面談
午後			運動	気候性地形療法を活用したクア オルト健康ウォーキング ・頑張らないで楽しく運動効果を 高める ・ウォーキング前後で唾液検査で ストレスチェック	アクティビティ	オーロラ、ワインブドウ収穫体験 ワインラベル製作体験
	食事講座 食事体験	寺子屋講座(武家屋敷) ・600kcal/バランス弁当 ・体と心が喜ぶ食生活	昼食	600kcalクアオルト膳	食事	こんにゃく懐石料理
	運動実習	旅館の中で運動実習				
	グループワーク 目標設定	行動計画の立案	アクティビティ	フリータイムで自由選択 ・高原でのリラクゼーション ・木工教室 ・温泉観光	グループワーク 目標設定	行動計画の立案
	温泉入浴 フリータイム			修了式		
夜	夕食	600kcalクアオルト膳 ・料理長解説 ・管理栄養士アドバイス	夕食	旬産旬消、山形の食を満喫 食事指導		
	運動	リラクゼーション ヨガ	アクティビティ	花笠踊り交流会		
	健康チェック等	セルフモニタリング	健康チェック等	セルフモニタリング		

(5) プログラムの実施

- プログラムが予定通りに進行しているかを確認する。
- 天候や対象者の状態に応じて、修正や変更を行いながら、効果的かつ安全に実施する。
- アンケートの結果等を評価し、内容に応じて次回プログラムに反映する。

(6) 実施に関する留意事項

1) 宿泊地に求められる条件

①実施意欲の高い宿泊施設の選定

- ・プログラムの目的を十分に理解し、宿泊環境の整備、食事の提供、運動環境の確保に協力的な施設であることが必要である。
- ・継続的に取り組む意欲のある施設であることが望ましい。

②宿泊環境の整備

- ・禁煙室を積極的に利用できることが望ましい。
- ・受動喫煙防止対策が整備されていることが望ましい。
- ・会議室や座敷等、集団指導が可能なスペースがあると良い。
- ・個室希望等に対応できることが望ましい。

③食事の提供

- ・食事は、食事に関する保健指導の内容と連動して提供でき、管理栄養士等が栄養価計算を行うためのレシピの提供等に協力できると良い。
- ・地元の食材や料理長の技・アイデアを十分に生かしつつ、エネルギーやバランス等を考慮した「健康な食事³」を1日1食程度は確保ができると良い。

④運動環境

- ・運動・身体活動に関する保健指導の内容と連動し、身体活動を増やせるよう保健指導実施者と連携しながら場所の確保をすることが望ましい。
- ・戸外での運動指導を想定している場合においては、天候が悪い場合に屋内への変更ができることが必要である。

2) リスクマネジメント体制

リスクマネジメントの観点から、プログラム実施前又は実施中は以下の体制を整える必要がある。

- 必要に応じて、事前に合併症のチェック（眼底、心電図、クレアチニン検査等）を済ませること。

- 「参加前アンケート^f」、「身体活動のリスクに関するスクリーニングシート^g」及び「運動開始前のセルフチェックリスト^g」を実施し、各対象者の状態を確認することが必要である。
- プログラムの運動やアクティビティの運動強度や特徴を事前に把握し、受講者の疾病状況や現在の身体活動状況をふまえ、対応することが重要である。
- 治療中の者については、かかりつけ医と連携し、服薬内容、食事・運動等の指示を確認することが望ましい（日本糖尿病協会編「糖尿病連携手帳」、「お薬手帳」等の活用等）。
- 宿泊施設の日常の救急体制、事故対応の方法（連絡先やAED等の設置場所等）を宿泊施設、プログラム管理者、保健指導実施者が事前に共有することが必要である。
- 運動やフリータイムにおける緊急時への対応が可能な体制を構築する。
- 救急体制を検討し、緊急連絡先等を定めておくことが必要である。
- 緊急時への対応については、地域の医療機関等と連携を行うことが望ましい。
- 保険の加入について、プログラム参加中の事故等に対応できるよう、旅行業者賠償責任保険、レクリエーション保険等の傷害保険に加入する必要がある。

（7）評価

保健指導を定量的・定性的に評価する仕組みを導入し、PDCAを回す保健事業とする。事業評価は下記を参考に行うことが望ましい。

1) 評価項目

- ①身体状況、検査データ
プログラム開始時、3か月後、6か月後の身体状況、検査データ、体力測定結果⁴を評価する。
- ②行動変容ステージ、生活習慣、自己効力感、医療機関への受診状況・服薬情報、旅の満足度等プログラム参加前、終了時、3か月後、6か月後にアンケートを実施する。
- ③プログラム内容に関すること
保健指導実施者の職種、体力測定実施の有無、フリータイムアクティビティの種類、継続支援の方法・回数・ポイント数等。
- ④上記の項目のほか、各プログラム内容についてのアンケート調査、

^f 研究班HP掲載 (<http://tokutei-kensyu.tsushitahan.jp/sls/>)

^g 健康づくりのための身体活動基準 2013

体力、栄養摂取量調査、1人あたり経費（ほかの保険者等や特定保健指導等との比較も含む）等、実施主体が独自の視点で評価を実施する。

2) 次年度以降の評価

- ①翌年度の標準的な質問票^h、健診データを用いて、生活習慣、身体状況、検査データを宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラムの参加前後で比較する。
- ②受診行動の変化

^h 特定健診以外の健診においては、「標準的な質問票」に類似するものを活用する。

参考資料

資料 1 「進捗管理シート」

プログラム事業評価シート		プログラム名称() 宿泊地() (泊 日)																													
実施主体 機関名() 運営責任者()		プログラム管理者()																													
実施時期																															
項目	事業企画・立案										実施事業						評価														
	全体企画案作成				宿泊プログラム作成 各種作業手順書作成				宿泊プログラム 運営準備		宿泊プログラム 保健指導準備		宿泊プログラム 実施中		宿泊 終了時		継続 支援		中間 支援		終了 支援		事業評価								
No	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
実施内容	<p>各責任者を設定し、チーム形成を行っている。</p> <p>プログラム管理者と実施方法の相談をしている。</p> <p>宿泊施設・観光施設との調整をしている。</p> <p>保険者との調整をしている。</p> <p>データの取り扱いについて取り決めている。</p> <p>関係者と調整してスケジュールを立てている。</p> <p>事業に必要な予算の取り決め、契約を交わしている。</p> <p>観光プログラムを立案している。</p> <p>宿泊型の保健指導プログラムを立案している。</p> <p>継続支援の方法を確認している。</p> <p>各種マニュアルを作成・用意し、理解の上運用ができる。</p> <p>評価方法を確立している。</p> <p>計画に基づいた参加者の募集をしている。</p> <p>関係機関と連携調整の上、実施体制を構築している。</p> <p>具体的な実施手順を明らかにし、関係機関で情報を共有している。</p> <p>保険加入をしている。</p> <p>保健指導教材の準備・作成をしている。</p> <p>参加者の情報収集を行っている。</p> <p>事前カンファレンスを実施している。</p> <p>各機関で作成した「宿泊型新保健指導プログラムの作業手順書」に準じて、支援を行っている。</p> <p>安全管理に留意している。</p> <p>個人情報情報を適切に管理している。</p> <p>事後カンファレンスを実施している。</p> <p>宿泊プログラム内容の見直しを行っている。</p> <p>標準的な健診・保健指導プログラム」(出典：厚生労働省健康局)に準じて、継続支援を行っている。</p> <p>標準的な健診・保健指導プログラム」(出典：厚生労働省健康局)に準じて、中間支援・評価を行っている。</p> <p>標準的な健診・保健指導プログラム」(出典：厚生労働省健康局)に準じて、最終支援・事業評価を実施している。</p>																一年後の評価を実施している。														
進捗確認																															

資料 2 「役割分担表」

役割	具体的内容	共通する内容
運営責任者	<ul style="list-style-type: none"> 多機関の連絡、調整等の統括責任を担う。 契約等の事務手続を行う。 プログラム管理者と実施方法について相談し、宿泊地等の確保、保健指導実施者の確保、その他全体スケジュール管理等を行う。 宿泊施設、観光施設の予約等の事務的な手続きを行う。 対象者を抽出する医療保険者と、契約・保険・健診データ等の取扱いに対する合意形成のもと、事務的な手続きを行う。 特に、個人情報の取扱いに関しては、運営責任者はデータ管理者を指定し、情報を適正に管理することが望ましい。 	<ul style="list-style-type: none"> プログラムの実施にあたり、宿泊施設や保険者等の関係機関と緊密な連携をとることが求められる。 対象者選定基準やプログラム内容について、医師などの専門家に相談し、助言を求めることが望ましい。
プログラム管理者	<ul style="list-style-type: none"> プログラム管理者は、特定保健指導におけるマネジメント経験がある者が担うことが望ましい。 宿泊地あるいは周辺の観光資源について、事前に視察・情報収集を行い、安全かつ効果的なプログラム内容について検討する。 チーム形成された多機関の担当者と打合せを行い、参加者に提供する食事や運動プログラム、アクティビティ内容を具体化する。 トラブル発生、救急時の対応策について話し合い、連絡先一覧等のマニュアルを策定する。 対象者選定基準の決定、保健指導内容の確定、保健指導教材の決定等を行う。 プログラム作成にあたり、厚生労働省の標準プログラムやSLS研究班(※)の提供する資料や教材、関連学会のガイドラインを参考にすることが望ましい。 「平成27年度厚生労働省宿泊型新保健指導試行事業」において、先行実施した機関より情報収集したり、相談することが望ましい。 プログラム全体の流れや留意事項が把握できる「運営マニュアル」を作成し、スタッフ間で共有する。 保健指導実施者の統括として、研修会の開催、直接的指導、保健指導実施者の評価を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 円滑な運営のために、プログラムの進捗状況を把握、管理することが重要である。その際は、SLS研究班作成の「進捗管理ソフト」を参考・活用されたい。 プログラム全体の結果について、適正に分析・評価する必要があり、複数回実施の場合は、次回に修正点が反映されることが望ましい。
保健指導実施者	<ul style="list-style-type: none"> 宿泊当日あるいは継続的な支援において、対象者に対する直接的担当を担う。 「糖尿病等の生活習慣病への理解」「食事」「運動」等、各種指導教材、保健指導マニュアルを作成する。 保健指導実施者研修を通じて、各保健指導マニュアルを共有し、一貫性のある指導を心がけることが大切である。 こまめなカンファレンスを行い(事前・宿泊当日・宿泊終了・継続支援時)、プログラム管理者へ報告、必要時プログラムの修正・改善に努める。 対象者の健康状態に合わせ、必要時、個別対応等の配慮ができることが望ましい。 	<ul style="list-style-type: none"> 保健指導記録を多職種間で共有し、連携した保健指導が行える体制が重要である。

上記資料のほか、教材や厚生労働省の試行事業に関することは研究班HP参照。
[\(http://tokutei-kensyu.tsushitahan.jp/sls/\)](http://tokutei-kensyu.tsushitahan.jp/sls/)

第4編 体制・基盤整備、総合評価

第4編 体制・基盤整備、総合評価

第1章 人材育成体制の整備

(1) 基本的考え方

- 健診・保健指導事業の企画立案・実施・評価が本プログラムに基づき適切に実施されるよう、これらの業務を行う者は、都道府県等が実施する研修に積極的に参加すると共に、常に自己研鑽に努める必要がある。
- 国、都道府県、市町村、保険者、医療関係団体等は、健診・保健指導事業の企画立案・実施・評価の業務を行う者に対し、最新の科学的知見に基づいた効果的な保健指導の知識・技術を修得するための研修や、具体的な保健指導の事例の情報提供等人材育成の機会を提供する必要がある。

(2) 国の役割

国は、全国で一定レベル以上の人材の質が確保されるよう、健診・保健指導に関する人材育成の体系や研修に関するガイドラインを作成し、都道府県等に示すと共に、都道府県等が研修を行う際に使用することができる学習教材等を作成・提供する。

また、国は、国立保健医療科学院において都道府県の指導者（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合せ等に関する研修を実施する。このほか、保健指導の質の向上のために、標準的な質問票や健診等のデータを用いた評価方法についても研修を行うことが求められる。その際、市町村や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。

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、効果的な組合せを企画立案できる人材の育成を行うことや、健診・保健指導の経験を有する者を、都道府県等が実施する研修の講師とする等の協力を行うことも必要である。

今後、我が国の人口構造が一層高齢化していくことが見込まれている中、国保、衛生、介護の各部門が共通認識を持って、保健事業を的確かつ効果的に実施していくことが必要である。このため、各市町村レベルでこの三部門が連携して、住民や地域の実態やニーズに即した保健事業等を運営できる、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づけ、地域で自主的に健康づくりを推進するボランティア等育成のための研修を実施することが必要である。また、健康は、社会経済環境の影響を受けるため、個人の取組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。さらに、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

日本医師会、日本看護協会、日本栄養士会等の医療関係団体及び当該団体の都道府県組織は、保健指導を実施する者の資質の向上を図るため、積極的に研修会を行

^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。

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、日本歯科医師会や日本薬剤師会等の各医療関係団体及び、当該団体の都道府県組織から講師を紹介してもらうこと等、複数の職種で構成されるチームによる保健指導に繋がるような配慮も必要である。

また、保健指導に従事する医師、保健師、管理栄養士等については、メタボリックシンドロームの概念を導入した、保健指導に関する知識・技術を有することが必須である。関係団体、学会等が保健指導に関連し、特に認定する既存の資格（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。

第2章 最新の知見を反映した健診・保健指導内容の見直しのための体制整備

(1) 基本的考え方

- どのような健診項目等を設定し保健指導を実施すれば、効果的・効率的に被保険者の生活習慣病予防が図られるのかを評価するため、各保険者は、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。さらに、国立保健医療科学院においては、保健指導を行う際の支援材料、学習教材等をインターネットで公開する。

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

(3) 関係学会の役割

関係学会は、国が行う健診・保健指導データの分析・評価について協力し、学会における最新の知見等の議論を踏まえ、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。

第3章 健診・保健指導の実施・評価のためのデータ分析とデータ管理

3-1 健診・保健指導の実施・評価のための指標・項目

(1) 基本的考え方

- 生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、さらに重症化・合併症へと悪化する者を減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群、さらには健康な状態へ改善する者を増加させることが必要である（別紙1）。
- 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となる。
- 突合データを用いて、個人や対象集団ごとに、健診・保健指導プログラムの評価を客観的に行うためには、どのような健診・保健指導の指標・項目等を抽出すれば良いか整理する必要がある。
- 保険者に所属する医師、保健師、管理栄養士等は健診・保健指導データとレセプトから、どの部分に焦点を絞って、疾病予防・重症化予防を行うのが効果的かを検討することが必要である。
- また、医療保険を所掌している部門に医師、保健師、管理栄養士等が所属していない場合には、地域・職域の医師、保健師、管理栄養士等の協力を受けて評価する必要がある。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。さらに、小規模な健保等については、保健所・衛生研究所等の協力を得ることも想定される。
- 健診・保健指導の実施・評価の際には、対象集団の母集団となる行政単位の人口動態統計（死因統計）、患者調査、国民生活基礎調査、国民健康・栄養調査（県民健康・栄養調査）、医療費データ、介護保険データ等から確認しうる地域集団の健康課題の特徴を把握すると共に、対象集団の健診結果や生活習慣の知識・態度・行動に影響を及ぼす要因を把握することが必要である。
- 都道府県が策定する医療計画、都道府県介護保険事業支援計画、都道府県健康増進計画、都道府県医療費適正化計画等の基礎資料としても有益な指標・項目であることが必要である。

(2) 健診・保健指導を評価するための具体的な指標・項目

- ① 個人の評価のための指標・項目
 - 健診の指標・項目（当該年度）
 - ・ 医療機関への受診状況
 - ・ 健診受診状況
 - ・ 各健診項目（測定値）
 - ・ 各健診項目判定結果

- 保健指導の指標・項目（当該年度）
 - ・ 生活習慣改善状況
 - ・ 行動変容ステージ（準備状態）の変化
 - ・ 介護保険の利用状況
 - レセプト
 - ・ 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
- 健診の指標・項目（当該年度）
 - ・ 健診受診者数、内訳
 - ・ 各健診項目判定結果
 - 保健指導の指標・項目（当該年度）
 - ・ 保健指導階層化判定
 - ・ 生活習慣改善状況
 - レセプト
 - ・ 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
- 健診の指標・項目（当該年度）
 - 保健指導の指標・項目（当該年度）
 - レセプト
 - 事業を評価するための関連情報

3-2 保険者における健診・保健指導の実施・評価

(1) 基本的考え方

- 保険者は、全ての40歳から74歳の被保険者に対し、健診の受診を促すと共に、健診結果やレセプト等のデータを有効に活用し、必要な保健指導（動機付け支援・積極的支援）対象者を確実に階層化し、被保険者の生活習慣改善の取組を支援する。また、対象集団における健診・保健指導プログラムが有効であったかどうかについて、ICD-10^bに基づいて分類される疾病の受診状況について、レセプトの活用等により評価を行う。
- 保険者は、レセプトを活用した分析を実施し、健診・保健指導の計画、評価を行い、保健指導内容の改善、委託先の選定の参考とする等、健診・保健指導事業の改善を行うことが可能である。
- なるべく手作業を避け、効率よく分析することが重要である。市町村においては国保データベース（KDB）を活用して分析、対象者の抽出等が可能となっている。
- 分析スキルに長けた人材との連携も重要。
- 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。
- データヘルス計画との連動をはかる。
- 保険者は、委託先の事業者から健診データが円滑に移行されるよう、事業者との連携を密に図り、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。
- 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。

(2) 具体的な健診・保健指導の実施・評価の手順（例）

保険者は、健診・保健指導関連データとレセプトを突合したデータを用いて、健診・保健指導の評価を行うために、生活習慣病は予防可能であることを理解し、予防するために何が必要かを考えることが重要である。また、予防ができなかったケースのデータから、なぜ予防できなかったのかについて分析し、次の事業に反映させることも重要である。

^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。

〔評価手順の一例^c〕

① 利用するレセプトの抽出

- 利用するレセプトは、生活習慣病に関係する病名により抽出する。
- レセプトの病名は主傷病と副傷病に分かれているが、両方とも拾う。さらに、生活習慣病に関係する病名が主傷病か副傷病かを分類するため、主傷病が分かるようにデータを抽出する。
- 病名コードは、ICD分類に基づくものとする。

② 集団の疾患特徴の把握

※ 高額レセプト、長期レセプト、重複疾病の抽出による突合分析

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

^c 詳細な手順等については、厚生労働科学研究費補助金による研究事業において、「健診データ・レセプト分析から見る生活習慣病管理」（平成 18 年度）が取りまとめられている。

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。
- 保険者は、被保険者に対して健診・保健指導の総合的評価を情報提供することが必要である。

⑤ 健診受診者個人の評価

- 健診受診者ごとの腹囲、体重、血圧等の改善も評価すべきである。
- 腹囲の増加、体重の増加等が認められないこと、追加リスクがないこと（現状維持）も評価すべきである。また、追加リスクがある場合であっても腹囲等が減少したことを評価すべきである。
- 動機付け支援、積極的支援の対象者については、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についても評価すべきである。

3-3 健診・保健指導計画作成及び評価のためのデータ管理

(1) 基本的考え方

- 健診・保健指導のデータは個人の医療・健康情報が入っているので、あらかじめ保険者により定められた責任者をおいて、管理することが望ましい。
- また、健診・保健指導のデータ管理を外部委託する場合は、平成 25 年厚生労働省告示第 92 号及び第 93 号に定める基準を遵守する必要がある。
- 保険者は被保険者の健診・保健指導結果を適切に管理すると共に、その情報を各個人が保存しやすい形^dで提供することが必要である。

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

^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。

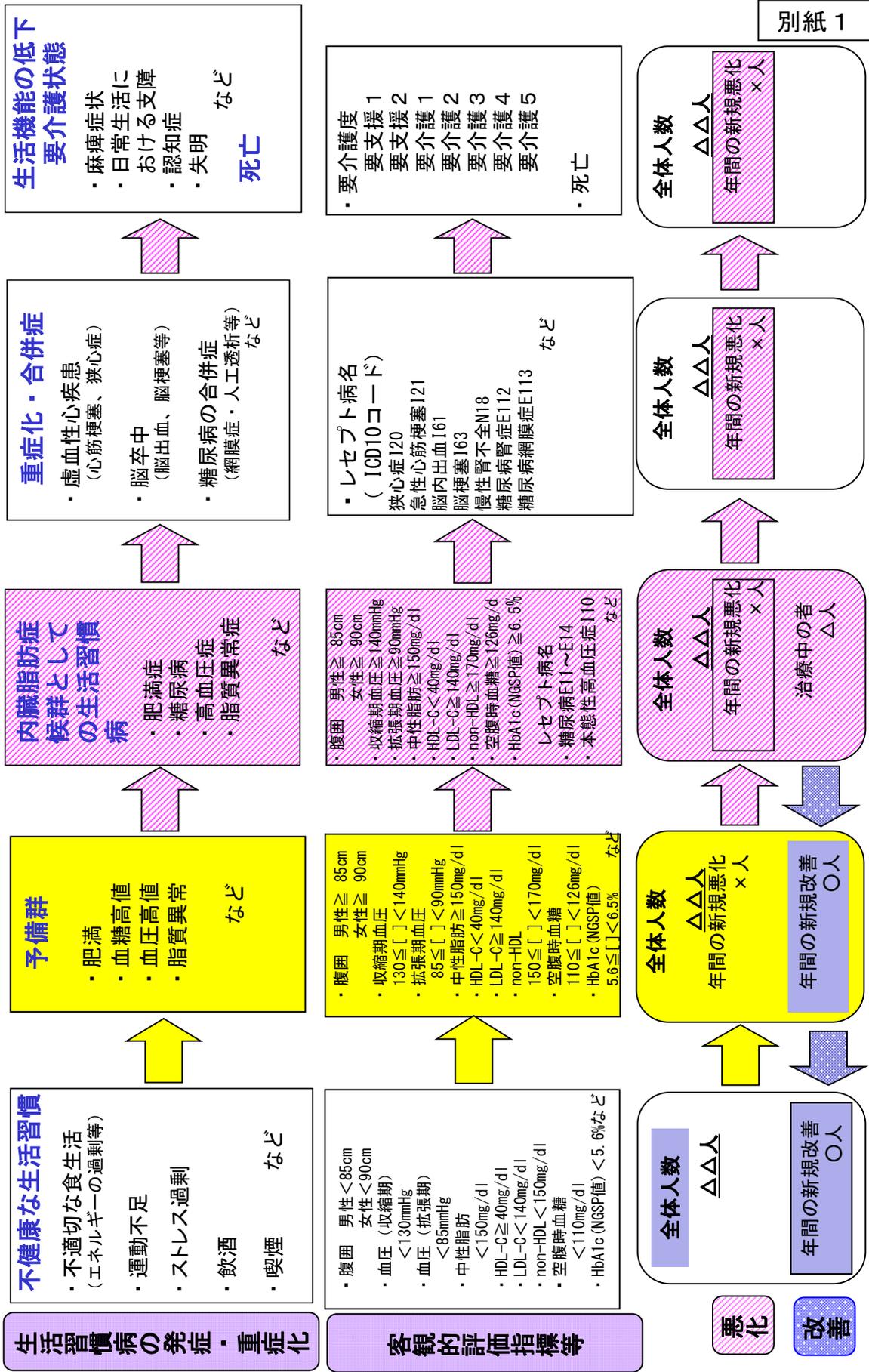
個人情報をも有効に利用することが必要である。

(2) 具体的な個人情報の保護とデータの利活用の方法

- 個人情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律及びこれに基づくガイドライン、「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、「国民健康保険組合における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」等の最新版を遵守すること。
- 個人情報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が望ましい。
- 健診・保健指導データの電子媒体による保存等については、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（厚生労働省）の最新版を遵守すること。
- 保険者は、健診・保健指導データを都道府県や保険者協議会に提出する場合には、健診・保健指導データのうち、氏名等の情報はせずし、何らかの整理番号を付番する等により、匿名化されたデータを作成すること（第2編第6章）。
- 上記の個人情報の保護に係る一定のルールを満たした上で、収集・蓄積された健診・保健指導に係るデータについては、健診・保健指導の実施に係る者が、国あるいは都道府県別レベルで利用することができるような、仕組みを整備することが望ましい。
- 国により都道府県毎に分類され、都道府県へ提供された健診・保健指導に係るデータについては、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・評価のために活用されることが望ましい。

生活習慣病の発症予防・重症化予防対策の分析・評価指標
 ～メタボリックシンドロームに着目した生活習慣病予防～

各保険者、都道府県、国レベルで以下のような分析・評価を行い、生活習慣病の減少に努める。



○ 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）

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。

（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つて、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つて、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つて、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。

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

いているときは、前項の規定にかかわらず、当該個人データを第三者に提供することができる。

- 一 第三者への提供を利用目的とすること。
 - 二 第三者に提供される個人データの項目
 - 三 第三者への提供の手段又は方法
 - 四 本人の求めに応じて当該本人が識別される個人データの第三者への提供を停止すること。
- 3 個人情報取扱事業者は、前項第二号又は第三号に掲げる事項を変更する場合は、変更する内容について、あらかじめ、本人に通知し、又は本人が容易に知り得る状態に置かなければならない。
- 4～5 (略)

様式1-1 200万円以上となった個別レセプト一覧(医療費の高い順)

番号	被保険者番号	性別	年齢	入院・外来	費用額	基礎疾患				循環器疾患				その他	主病名	2番目に高い傷病名	3番目に高い傷病名	4番目に高い傷病名	5番目に高い傷病名
						高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症	虚血性心疾患	(再)バイパス・ステント手術	大動脈疾患	脳血管疾患						
1		男		入院		●				●	●								
2		男		入院		●	●			●	●								
3		男		入院		●						●							
4		女		入院			●						●						
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			
26	▲				▲														

再計		他疾患の合併(基礎疾患及び疾病の進展)																
		件数計(割合)	入院件数計(割合)	費用額合計	1件あたり費用額	基礎疾患				循環器疾患				その他				
						高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症	虚血性心疾患	大動脈疾患	脳血管疾患	動脈閉塞性疾患					
						計(割合)	計(割合)	計(割合)	計(割合)	計(割合)	計(割合)	計(割合)	計(割合)					
虚血性心疾患																		
大動脈疾患																		
脳血管疾患																		

様式1-2 200万円以上となったレセプト基礎疾患(費用額別・疾患別)

	循環器疾患								その他		総合計	
	虚血性心疾患		大動脈疾患		脳血管疾患		動脈閉塞性疾患					
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
1000万円以上												
900万円台												
800万円台												
700万円台												
600万円台												
500万円台												
400万円台												
420万円以上小計	血管に関する疾患											
	件数				割合							
300万円台												
200万円台												
合計	(再)血管病に関する疾患											
	件数				割合							

審査基準、高額レセプト

より高額なものが血管病であることを知るため

様式2-1 6ヶ月以上入院しているレセプトの一覧(1年間の全レセプト)

(参考の医療費)

番号	被保険者 番号	性別	年齢	入院時 年齢	入院年 月日	入院 月数	主傷病名	傷病名2	傷病名3	傷病名4	傷病名5	(再計)生活習慣病 該当するところに●							総費用額 (直近レセプト費用額 ×入院月数)	
												高血圧症	糖尿病	脂質異常 症	高尿酸血 症	虚血性心 疾患	脳血管疾 患	動脈閉塞 性疾患		
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
												計(割合)	計(割合)	計(割合)	計(割合)	計(割合)	計(割合)	計(割合)		
												再掲	虚血性心 疾患							
													脳血管疾 患							
													動脈閉塞 性疾患							

様式2-2 人工透析をしている患者さんのレセプト一覧(1年間の全レセプト)

番号	被保険者番号	性別	年齢	透析開始年月日	訪問・面接により聞き取る					該当に○をつける								直近月レセプトの費用額×透析月数					
					再掲今年新規に○	透析実施月数	直近月レセプトの費用額	主傷病名	傷病名2	傷病名3	傷病名4	傷病名5	糖尿病	糖尿病の再掲			動脈閉塞性疾患		高血圧症	高尿酸血症	虚血性疾患	脳血管疾患	
														インスリン療法	糖尿病性神経障害	糖尿病性網膜症							
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							

※人工透析は特定疾病のため、「マル長」02番と区分されるため、それを拾う。

様式2-2

様式2-3 前年度新規に透析を開始した患者さんのレセプトと健診データ一覧

→必ず訪問指導しよう！！

被保険者 番号				新規透析 患者名				透析開始 年月日	
その他の疾病の状況(レセプトから該当するものに○)									
基礎疾患の有無					その他の合併症				
高血圧症	糖尿病	高脂血症	その他(病 名記載)	糖尿病性 網膜症	糖尿病性 神経障害	動脈閉塞 性疾患	虚血性心 疾患	脳血管疾 患	
原因疾患に気づいた時期									
原因疾患に気づいたきっかけ (健診・自覚症状・その他)									
健診受診状況	平成 年	平成 年	平成 年	平成 年	平成 年	平成 年	平成 年	平成 年	平成 年
年齢									
BMI									
腹囲									
中性脂肪									
HDLコレステロール									
血糖									
HbA1c									
血圧									
LDLコレステロール									
non-HDLコレステロール									
血清クレアチニン									
eGFR									
心電図									
眼底検査									
保健指導の有無 ・内容									
治療の経過									

様式3-2 糖尿病の分析〔レセプト分析(〇月診療分)〕

男性

年代	被保険者数	1ヶ月のレセプト件数	糖尿病		(再掲)糖尿病合併症								脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症	
					インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害													
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
20歳代以下																								
30歳代																								
40歳代																								
50歳代																								
60～64歳																								
65～69歳																								
70～74歳																								
合計																								
(再掲)40～74歳																								
(再掲)65～74歳																								

女性

年代	被保険者数	1ヶ月のレセプト件数	糖尿病		(再掲)糖尿病合併症								脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症	
					インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害													
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
20歳代以下																								
30歳代																								
40歳代																								
50歳代																								
60～64歳																								
65～69歳																								
70～74歳																								
合計																								
(再掲)40～74歳																								
(再掲)65～74歳																								

総数

年代	被保険者数	1ヶ月のレセプト件数	糖尿病		(再掲)糖尿病合併症								脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症	
					インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害													
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
20歳代以下																								
30歳代																								
40歳代																								
50歳代																								
60～64歳																								
65～69歳																								
70～74歳																								
合計																								
(再掲)40～74歳																								
(再掲)65～74歳																								

様式3-3 高血圧の分析〔レセプト分析(〇月診療分)〕

男性

年代	被保険者数	1ヶ月のレセプト件数	高血圧症		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症				高尿酸血症		脂質異常症					
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		数	割合	数	割合
													数	割合	数	割合	数	割合	数	割合				
20歳代以下																								
30歳代																								
40歳代																								
50歳代																								
60～64歳																								
65～69歳																								
70～74歳																								
合計																								
(再掲)40～74歳																								
(再掲)65～74歳																								

女性

年代	被保険者数	1ヶ月のレセプト件数	高血圧症		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症				高尿酸血症		脂質異常症					
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		数	割合	数	割合
													数	割合	数	割合	数	割合	数	割合				
20歳代以下																								
30歳代																								
40歳代																								
50歳代																								
60～64歳																								
65～69歳																								
70～74歳																								
合計																								
(再掲)40～74歳																								
(再掲)65～74歳																								

総数

年代	被保険者数	1ヶ月のレセプト件数	高血圧症		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症				高尿酸血症		脂質異常症					
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		数	割合	数	割合
													数	割合	数	割合	数	割合	数	割合				
20歳代以下																								
30歳代																								
40歳代																								
50歳代																								
60～64歳																								
65～69歳																								
70～74歳																								
合計																								
(再掲)40～74歳																								
(再掲)65～74歳																								

様式3-4 高脂血症の分析〔レセプト分析(〇月診療分)〕

男性

年代	被保険者数	1ヶ月のレセプト件数	脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症				高尿酸血症		高血圧症								
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		数	割合	数	割合			
													数	割合	数	割合	数	割合	数	割合					数	割合	数
20歳代以下																											
30歳代																											
40歳代																											
50歳代																											
60～64歳																											
65～69歳																											
70～74歳																											
合計																											
(再掲)40～74歳																											
(再掲)65～74歳																											

女性

年代	被保険者数	1ヶ月のレセプト件数	脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症				高尿酸血症		高血圧症								
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		数	割合	数	割合			
													数	割合	数	割合	数	割合	数	割合					数	割合	数
20歳代以下																											
30歳代																											
40歳代																											
50歳代																											
60～64歳																											
65～69歳																											
70～74歳																											
合計																											
(再掲)40～74歳																											
(再掲)65～74歳																											

総数

年代	被保険者数	1ヶ月のレセプト件数	脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症				高尿酸血症		高血圧症								
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害		数	割合	数	割合			
													数	割合	数	割合	数	割合	数	割合					数	割合	
20歳代以下																											
30歳代																											
40歳代																											
50歳代																											
60～64歳																											
65～69歳																											
70～74歳																											
合計																											
(再掲)40～74歳																											
(再掲)65～74歳																											

様式3-5 虚血性心疾患の分析〔レセプト分析(〇月診療分)〕

男性

年代	被保険者数	1ヶ月のレセプト件数	虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症				高尿酸血症		高血圧症		脂質異常症		
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	インスリン療法				数	割合	数	割合	数	割合	
											数	割合	数	割合							数
20歳代以下																					
30歳代																					
40歳代																					
50歳代																					
60～64歳																					
65～69歳																					
70～74歳																					
合計																					
(再掲)40～74歳																					
(再掲)65～74歳																					

女性

年代	被保険者数	1ヶ月のレセプト件数	虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症				高尿酸血症		高血圧症		脂質異常症		
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	インスリン療法				数	割合	数	割合	数	割合	
											数	割合	数	割合							数
20歳代以下																					
30歳代																					
40歳代																					
50歳代																					
60～64歳																					
65～69歳																					
70～74歳																					
合計																					
(再掲)40～74歳																					
(再掲)65～74歳																					

総数

年代	被保険者数	1ヶ月のレセプト件数	虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症				高尿酸血症		高血圧症		脂質異常症		
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	インスリン療法				数	割合	数	割合	数	割合	
											数	割合	数	割合							数
20歳代以下																					
30歳代																					
40歳代																					
50歳代																					
60～64歳																					
65～69歳																					
70～74歳																					
合計																					
(再掲)40～74歳																					
(再掲)65～74歳																					

様式3-6 脳梗塞・脳出血の分析〔レセプト分析(〇月診療分)〕

男性

年代	被保険者数	1ヶ月のレセプト件数	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症				高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症		
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	インスリン療法		糖尿病性腎症	糖尿病性網膜症	糖尿病性神経障害	数	割合	数	割合	数	割合
											数	割合	数	割合	数						
20歳代以下																					
30歳代																					
40歳代																					
50歳代																					
60～64歳																					
65～69歳																					
70～74歳																					
合計																					
(再掲)40～74歳																					
(再掲)65～74歳																					

女性

年代	被保険者数	1ヶ月のレセプト件数	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症				高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症		
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	インスリン療法		糖尿病性腎症	糖尿病性網膜症	糖尿病性神経障害	数	割合	数	割合	数	割合
											数	割合	数	割合							
20歳代以下																					
30歳代																					
40歳代																					
50歳代																					
60～64歳																					
65～69歳																					
70～74歳																					
合計																					
(再掲)40～74歳																					
(再掲)65～74歳																					

総数

年代	被保険者数	1ヶ月のレセプト件数	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症				高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症		
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	インスリン療法		糖尿病性腎症	糖尿病性網膜症	糖尿病性神経障害	数	割合	数	割合	数	割合
											数	割合									
20歳代以下																					
30歳代																					
40歳代																					
50歳代																					
60～64歳																					
65～69歳																					
70～74歳																					
合計																					
(再掲)40～74歳																					
(再掲)65～74歳																					

様式3-7 人工透析の分析〔レセプト分析(〇月診療分)〕

男性

年代	被保険者数	1ヶ月のレセプト件数	人工透析		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症								高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症		脳血管疾患		虚血性心疾患			
							インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害													
							数	割合	数	割合	数	割合	数	割合											数	割合
20歳代以下																										
30歳代																										
40歳代																										
50歳代																										
60～64歳																										
65～69歳																										
70～74歳																										
合計																										
(再掲)40～74歳																										
(再掲)65～74歳																										

女性

年代	被保険者数	1ヶ月のレセプト件数	人工透析		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症								高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症		脳血管疾患		虚血性心疾患			
							インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害													
							数	割合	数	割合	数	割合	数	割合											数	割合
20歳代以下																										
30歳代																										
40歳代																										
50歳代																										
60～64歳																										
65～69歳																										
70～74歳																										
合計																										
(再掲)40～74歳																										
(再掲)65～74歳																										

総数

年代	被保険者数	1ヶ月のレセプト件数	人工透析		糖尿病		(再掲)糖尿病合併症								高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症		脳血管疾患		虚血性心疾患			
							インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害													
							数	割合	数	割合	数	割合	数	割合											数	割合
20歳代以下																										
30歳代																										
40歳代																										
50歳代																										
60～64歳																										
65～69歳																										
70～74歳																										
合計																										
(再掲)40～74歳																										
(再掲)65～74歳																										

健診・保健指導の効果を評価するレセプト分析(〇月診療分)
 保健指導による重症化予防、合併症予防の成果を確認する

様式4-1~4

様式4-1 透析患者の推移(患者数、医療費)

	昨年	今年	増減数	増減率
透析を受けている患者数				
患者医療費(年間)				
1年間の新規透析患者数				
患者医療費(年間)				

様式4-2 新規透析患者と健診・保健指導の関係

		生活習慣病の原因疾患を持つ人の数	(再掲)				
			糖尿病	高血圧症	脂質異常症	高尿酸血症	その他
1年間の新規透析患者数	今年						
	昨年						
	健診受診者+保健指導	今年					
		昨年					
	健診のみ	今年					
		昨年					
	未受診	今年					
		昨年					

様式4-3 虚血性心疾患の推移(患者数、医療費)

	昨年	今年	増減数	増減率
虚血性心疾患患者数				
患者医療費(年間)				
1年間の新規虚血性心疾患患者数				
患者医療費(年間)				

様式4-4 新規虚血性心疾患と健診・保健指導の関係

		生活習慣病の原因疾患を持つ人の数	(再掲)				
			糖尿病	高血圧症	脂質異常症	高尿酸血症	その他
1年間の新規虚血性心疾患患者数	今年						
	昨年						
	健診受診者+保健指導	今年					
		昨年					
	健診のみ	今年					
		昨年					
	未受診	今年					
		昨年					

様式4-5 脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)の推移(患者数、医療費)

	昨年	今年	増減数	増減率
脳血管疾患患者数				
患者医療費(年間)				
1年間の新規脳血管疾患患者数				
患者医療費(年間)				

様式4-6 新規脳血管疾患(脳出血・脳梗塞)患者数と健診・保健指導の関係

		生活習慣病の原因疾患を持つ人の数	(再掲)				
			糖尿病	高血圧症	脂質異常症	高尿酸血症	その他
1年間の新規脳血管疾患患者数	今年						
	昨年						
	健診受診者+保健指導	今年					
		昨年					
	健診のみ	今年					
		昨年					
	未受診	今年					
		昨年					

様式4-7 一昨年・昨年・今年生活習慣病と診断された患者の重症化

	一昨年	昨年	今年	増減数(昨年と今年の比)	増減率(昨年と今年の比較)
生活習慣病患者数(総数)					
糖尿病					
高血圧症					
脂質異常症					
高尿酸血症					

様式4-8 一昨年・昨年生活習慣病と診断された人の健診・保健指導の状況
保健指導で合併症が出なかったことを確認しよう!

		計	合併症を有する人の数	(再掲)						
				人工透析	糖尿病性網膜症	糖尿病性神経障害	動脈閉塞性疾患	大動脈疾患	虚血性心疾患	脳血管疾患
一昨年・昨年生活習慣病と診断された患者数	昨年									
	一昨年									
	健診受診者+保健指導	昨年								
		一昨年								
	健診のみ	昨年								
		一昨年								
	未受診	昨年								
		一昨年								

様式4-9 一昨年・昨年糖尿病と指摘された人の健診・保健指導の状況

	計	合併症を有する人の数	(再掲)							
			人工透析	糖尿病性網膜症	糖尿病性神経障害	動脈閉塞性疾患	大動脈疾患	虚血性心疾患	脳血管疾患	
一昨年・昨年糖尿病と診断された患者数	昨年 一昨年									
健診受診者 +保健指導	昨年 一昨年									
健診のみ	昨年 一昨年									
未受診	昨年 一昨年									

様式4-10 一昨年・昨年高血圧症と指摘された人の健診・保健指導の状況

	計	合併症を有する人の数	(再掲)							
			人工透析	糖尿病性網膜症	糖尿病性神経障害	動脈閉塞性疾患	大動脈疾患	虚血性心疾患	脳血管疾患	
一昨年・昨年高血圧症と診断された患者数	昨年 一昨年									
健診受診者 +保健指導	昨年 一昨年									
健診のみ	昨年 一昨年									
未受診	昨年 一昨年									

様式4-11 一昨年・昨年脂質異常症と指摘された人の健診・保健指導の状況

	計	合併症を有する人の数	(再掲)							
			人工透析	糖尿病性網膜症	糖尿病性神経障害	動脈閉塞性疾患	大動脈疾患	虚血性心疾患	脳血管疾患	
一昨年・昨年高脂血症と診断された患者数	昨年 一昨年									
健診受診者 +保健指導	昨年 一昨年									
健診のみ	昨年 一昨年									
未受診	昨年 一昨年									

様式4-12 一昨年・昨年高尿酸血症と指摘された人の健診・保健指導の状況

	計	合併症を有する人の数	(再掲)							
			人工透析	糖尿病性網膜症	糖尿病性神経障害	動脈閉塞性疾患	大動脈疾患	虚血性心疾患	脳血管疾患	
一昨年・昨年高尿酸血症と診断された患者数	昨年 一昨年									
健診受診者 +保健指導	昨年 一昨年									
健診のみ	昨年 一昨年									
未受診	昨年 一昨年									

様式4-13 今年、生活習慣病と指摘された人の健診・保健指導の状況
 健診・保健指導の成果を確認しよう！

		有所見を持つ 人の数	(再掲)				
			腹囲	糖尿病	高血圧症	脂質異常症	高尿酸血症
1年間の新規生活習慣病患者数	今年						
	昨年						
健診受診者 +保健指導	動機付け支 援実施者	今年					
		昨年					
	積極的支援 実施者	今年					
		昨年					
	医療管理によ る支援	今年					
		昨年					
健診のみ		今年					
		昨年					
未受診		今年					
		昨年					

様式4-14 昨年、生活習慣病予備群と指摘された人の治療状況
 健診・保健指導の成果を確認しよう！

		治療を行って いる人の数	(再掲)						
			糖尿病	高血圧症	脂質異常症	高尿酸血症	脳血管疾患	虚血性心疾患	その他
一昨年・昨年生活習慣病予備群と 指摘された人の数	昨年								
	一昨年								
健診受診者 +保健指導	動機付け支 援	昨年							
		一昨年							
	積極的支援	昨年							
		一昨年							
	医療管理によ る支援	昨年							
		一昨年							
健診のみ		昨年							
		一昨年							
未受診		昨年							
		一昨年							

様式5-1 健診・保健指導計画作成のためのアセスメント表

保険者の特徴を考えてみましょう～対象者の優先順位を考えるために～

ねらい 健診・保健指導計画を立てる際、被保険者集団の健康課題を明確化し、健診結果の特徴や課題を分析するために作成する

平成 年度		全 国			県			保険者		
被保険者総数										
40～74歳被保険者数／割合(%)										
65～74歳被保険者数／割合(%)										
死亡の状況	順位	原因	10万対	65歳未満比率	原因	10万対	65歳未満比率	原因	10万対	65歳未満比率
	第1位									
	第2位									
	第3位									
	第4位									
	第5位									
障害の状況	介護保険第2号被保険者(65歳未満者)の原因疾患	原因	要介護1、2、3の割合	要介護4、5の割合	原因	要介護1、2、3の割合	要介護4、5の割合	原因	要介護1、2、3の割合	要介護4、5の割合
	第1位									
	第2位									
	第3位									
	第4位									
	第5位									
医療の状況 ○年○月診療分 レセプト		治療者数	全治療者に占める割合	総人数に対する割合	治療者数	全治療者に占める割合	総人数に対する割合	治療者数	全治療者に占める割合	総人数に対する割合
	虚心性心疾患									
	脳血管疾患									
	糖尿病									
	高血圧症									
健診・保健指導の 状況	40～74歳受診者数／ 受診率(%)									
	有所見順位	有所見項目	人数	割合	有所見項目	人数	割合	有所見項目	人数	割合
	第1位									
	第2位									
	第3位									
	第4位									
	第5位									
	第6位									
	第7位									
	第8位									
	第9位									
	第10位									
		対象者数	実施者数(実施率)		対象者数	実施者数(実施率)		対象者数	実施者数(実施率)	
	動機付け支援									
積極的支援										

様式5-3 メタボリックシンドローム該当者・予備群(40-74歳)

男性				40-74歳			40歳代			50歳代			60歳代			70-74歳			(再)65-74歳		
				人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②
被保険者数(40-74歳)																					
健診受診者数(受診率%)																					
腹囲85cm以上の者																					
(再) 有所見 の重複 状況		高血糖	高血圧	高脂血																	
	腹囲のみ																				
	予備群	●																			
			●																		
				●																	
	該当者	●	●	●																	
		●	●	●																	
●		●	●																		
メタボ予備群																					
メタボ該当者																					

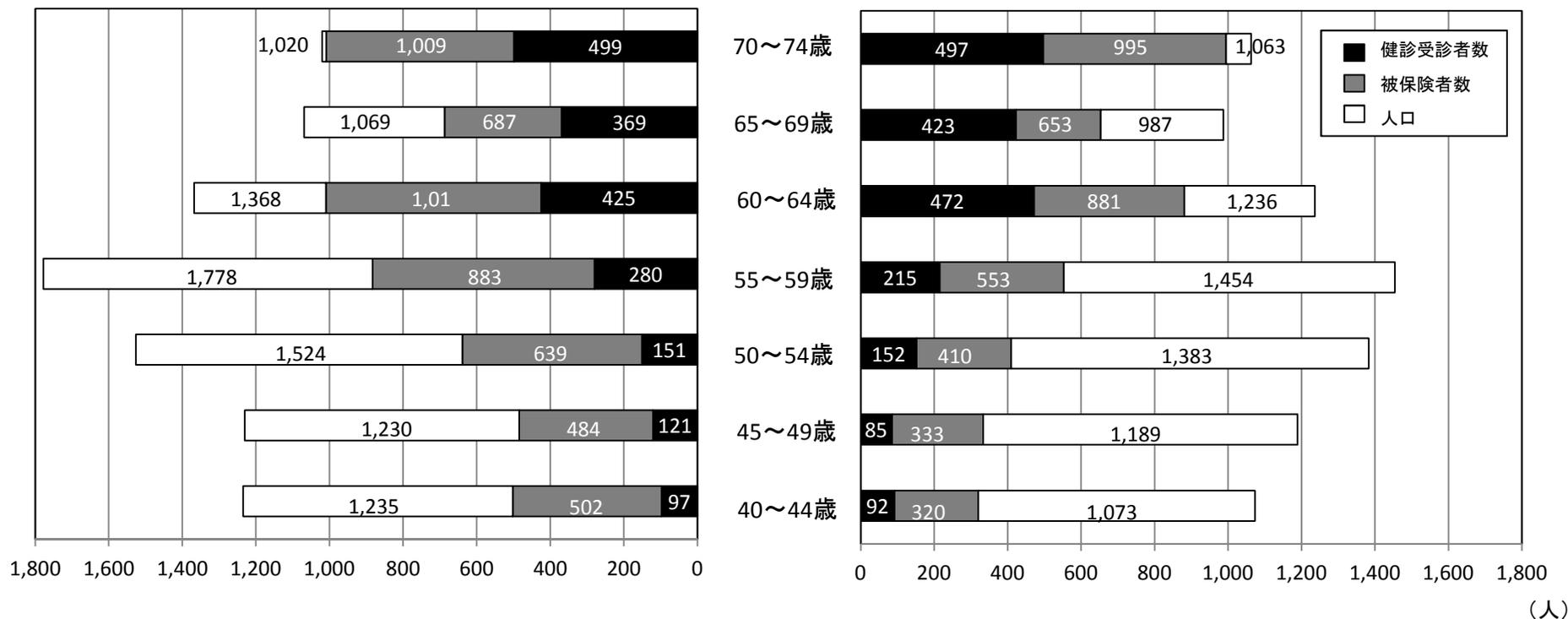
女性				40-74歳			40歳代			50歳代			60歳代			70-74歳			(再)65-74歳		
				人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②
被保険者数(40-74歳)																					
健診受診者数(受診率%)																					
腹囲90cm以上の者																					
(再) 有所見 の重複 状況		高血糖	高血圧	高脂血																	
	腹囲のみ																				
	予備群	●																			
			●																		
				●																	
	該当者	●	●	●																	
		●	●	●																	
●		●	●																		
メタボ予備群																					
メタボ該当者																					

注)割合①の分母は健診受診者、割合②の分母は腹囲85cm以上または90cm以上

様式5-4 健診受診状況(被保険者数及び健診受診者のピラミッド)

〇〇市総人口のうちの被保険者数・健診受診者数(平成〇〇年度)

4-34

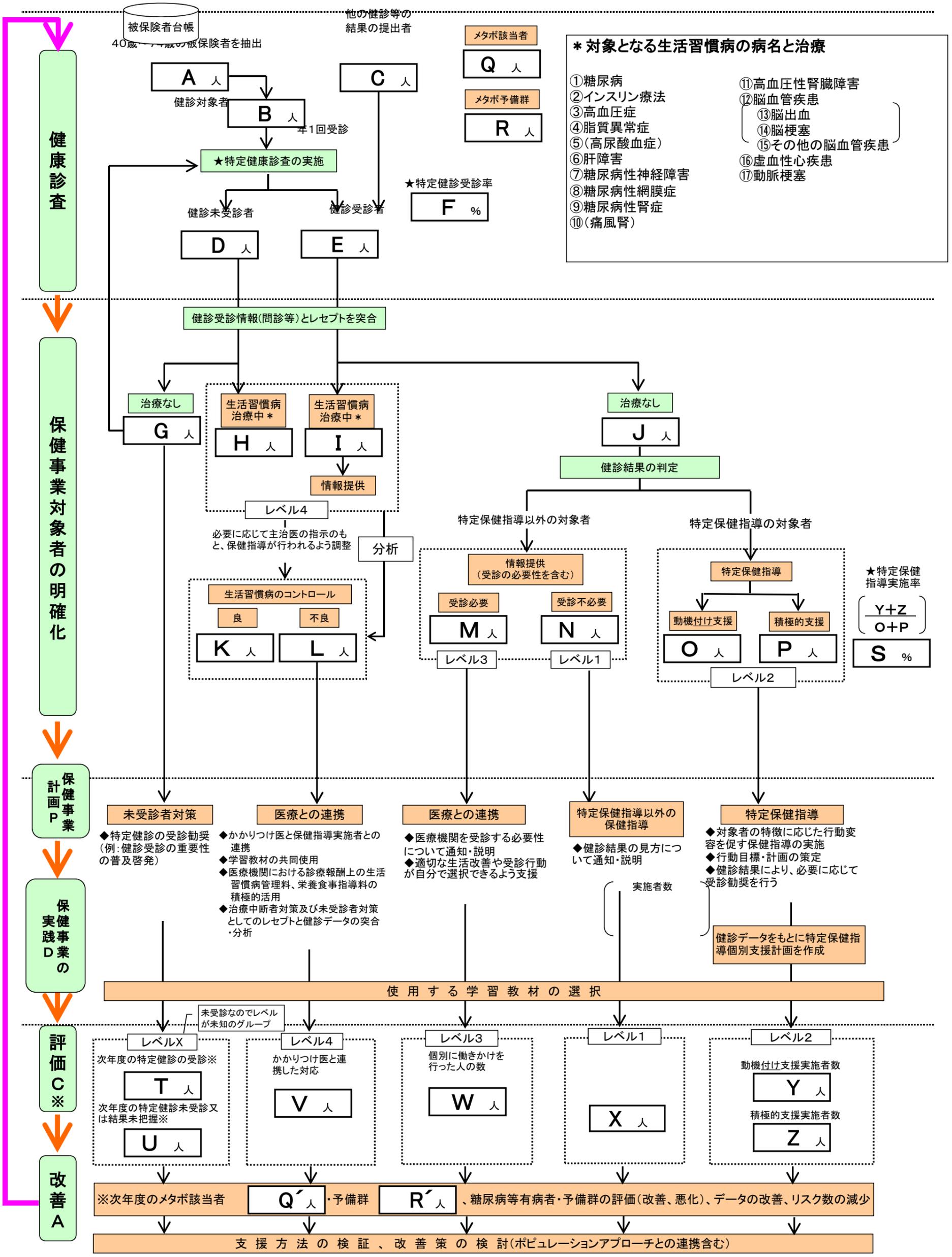


男性	40~74歳	健診受診者	1,942	37.2%
		被保険者数	5,214	

女性	40~74歳	健診受診者	1,936	46.7%
		被保険者数	4,145	

様式5-4

健診から保健指導実施へのフローチャート



様式5-6 性・年齢階級別特定保健指導実施率又は結果把握率

様式5-6

前年度の保健指導数及び実施率を把握して、当該年度の健診・保健指導計画を立てましよう。

※A～Zについては様式5-5参照

平成 年度		男性												女性											
		40-74歳		40歳代		50歳代		60歳代		70-74歳		(再)65-74歳		40-74歳		40歳代		50歳代		60歳代		70-74歳		(再)65-74歳	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
健診受診者総数	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
40-74歳の被保険者 A人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
健診対象者 B人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
他の健診等の結果の提出者C人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
健診未受診者 D人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
健診受診者 E人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
特定健診受診率 F%																									
健診未受診者中治療なしの者 G人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
健診未受診者中生活習慣病治療中の者 H人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
健診受診者中生活習慣病治療中の者 I人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
健診受診者中治療なしの者 J人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
生活習慣病治療中で生活習慣病のコントロール良の者 K人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
生活習慣病治療中で生活習慣病のコントロール不良の者 L人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
情報提供(受診必要)対象者数 M人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
情報提供(受診不要)対象者数 N人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
動機付け支援対象者数 O人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
積極的支援対象者数 P人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
メタボ該当者 Q人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
メタボ予備群 R人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
特定保健指導実施率 S%																									
次年度の特定健診の受診 T人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
次年度の特定健診未受診又は結果未把握 U人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
かかりつけ医と連携した対応 V人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
個別に働きかけを行った人の数 W人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
特定保健指導以外の保健指導実施者数 X人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
動機付け支援実施者数 Y人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
積極的支援実施者数 Z人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
次年度のメタボ該当者 Q'人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
次年度のメタボ予備群 R'人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								

保険者における健診・保健指導の評価方法

〇～〇歳

男性 ※性別、各年代(40～74 歳まで5歳刻み)に作成

		今年度	昨年度	増減	備考
1	健診対象者数(40-74 歳)				
2	健診受診者数(人)				
3	健診受診率(%)				= 2 / 1 * 100
4	評価対象者数(人)				
メタボリックシンドローム					
5	メタボリックシンドローム該当者数(人)				
6	メタボリックシンドローム該当者割合(%)				= 5 / 4 * 100
7	メタボリックシンドローム予備群者数(人)				
8	メタボリックシンドローム予備群者割合(%)				= 7 / 4 * 100
肥 満					
9	肥満者の数(人)				
10	肥満者の割合(%)				= 9 / 4 * 100
11	腹囲のみ基準値以上の者の数(人)				
12	腹囲のみ基準値以上の者の割合(%)				= 11 / 4 * 100
13	腹囲基準値以上かつBMI25以上の者の数(人)				
14	腹囲基準値以上かつBMI25以上の者の割合(%)				= 13 / 4 * 100
15	BMIのみ25以上の者の数(人)				
16	BMIのみ25以上の者の割合(%)				= 15 / 4 * 100
高血圧					
17	血圧を下げる薬服用者の数(人)				
18	血圧を下げる薬服用者の割合(%)				= 17 / 4 * 100
19	正常高値血圧の者の数(人)				
20	正常高値血圧の者の割合(%)				= 19 / 4 * 100
21	高血圧症有病者の数(人)				
22	高血圧症有病者の割合(%)				= 21 / 4 * 100

		今年度	昨年度	増減	備考
高脂血症					
23	コレステロールを下げる薬服用者の数(人)				
24	コレステロールを下げる薬服用者の割合(%)				= 23 / 4 * 100
25	高脂血症有病者の数(人)				
26	高脂血症有病者の割合(%)				= 25 / 4 * 100
27	中性脂肪 150mg/dl以上の者の数(人)				
28	中性脂肪 150mg/dl以上の者の割合(%)				= 27 / 4 * 100
29	HDL-コレステロール 40mg/dl未満の者の数(人)				
30	HDL-コレステロール 40mg/dl未満の者の割合(%)				= 29 / 4 * 100
31	LDL-コレステロール 140mg/dl以上の者の数(人)				
32	LDL-コレステロール 140mg/dl以上の者の割合(%)				= 31 / 4 * 100
糖尿病					
33	インスリン使用・血糖を下げる服用者の数(人)				
34	インスリン使用・血糖を下げる服用者の割合(%)				= 33 / 4 * 100
35	糖尿病予備群の数(人)				
36	糖尿病予備群の割合(%)				= 35 / 4 * 100
37	糖尿病有病者の数(人)				
38	糖尿病有病者の割合(%)				= 37 / 4 * 100
39	空腹時血糖の測定している者の数(人)				
40	空腹時血糖 110mg/dl以上の者の数(人)				
41	空腹時血糖 110mg/dl以上の者の割合(%)				= 40 / 39 * 100
42	空腹時血糖 126mg/dl以上の者の数(人)				
43	空腹時血糖 126mg/dl以上の者の割合(%)				= 42 / 39 * 100
44	HbA1c(NGSP)を測定している者の数(人)				
45	HbA1c(NGSP)6.0%以上の者の数(人)				
46	HbA1c(NGSP)6.0%以上の者の割合(%)				= 45 / 44 * 100
47	HbA1c(NGSP)6.5%以上の者の数(人)				
48	HbA1c(NGSP)6.5%以上の者の割合(%)				= 47 / 44 * 100

		今年度	昨年度	増減	備考
新規発症者数※1					
49	4のうち、昨年度も健診を受診し、評価対象者だった者の数(人)				
50	49のうち、昨年度メタボリックシンドローム該当者・予備群でなかった者の数(人)				
51	50のうち、今年度メタボリックシンドローム予備群の数(人)				
52	50のうち、今年度メタボリックシンドローム予備群の割合(%)				= 51 / 50 * 100
53	50のうち、今年度メタボリックシンドローム該当者の数(人)				
54	50のうち、今年度メタボリックシンドローム該当者の割合(%)				= 53 / 50 * 100
55	49のうち、昨年度メタボリックシンドローム予備群の数(人)				
56	55のうち、今年度メタボリックシンドローム該当者の数(人)				
57	55のうち、今年度メタボリックシンドローム該当者の割合(%)				= 56 / 55 * 100
58	49のうち、昨年度メタボリックシンドローム該当者でなかった者の数(人)				
59	メタボリックシンドローム該当者の発生率(%)				=(53+56)/58*100
メタボリックシンドローム該当者の減少率※2					
60	49のうち、昨年度メタボリックシンドローム該当者の数(人)				
61	60のうち、今年度メタボリックシンドローム予備群の数(人)				
62	60のうち、今年度メタボリックシンドローム予備群の割合(%)				= 61 / 60 * 100
63	60のうち、今年度メタボリックシンドローム該当者・予備群でなかった者の数(人)				
64	60のうち、今年度メタボリックシンドローム該当者・予備群でなかった者の割合(%)				= 63 / 60 : 100
65	メタボリックシンドローム該当者の減少率				=(61+63)/60*100
メタボリックシンドローム予備群の減少率					
66	55のうち、今年度メタボリックシンドローム該当者・予備群でなかった者の数(人)				
67	55のうち、今年度メタボリックシンドローム該当者・予備群でなかった者の割合(%)				= 66 / 55 * 100
保健指導対象者の減少率					
68	49のうち、昨年度特定保健指導の対象者数(人)				
69	68のうち、今年度特定保健指導対象でなかった者の数(人)※3				
70	特定保健指導対象者の減少率(%)				= 69 / 68 * 100
71	49のうち、特定保健指導受診者の数(人)				
72	71のうち、今年度特定保健指導対象でなかった者の数(人)※3				
73	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(%)				= 72 / 71 * 100

※1 メタボリックシンドロームだけでなく、肥満、糖尿病、高血圧、高脂血症についても同様の評価を実施。

※2 動機付け支援の受診者、積極的支援の受診者、すべての健診受診者ごとに、集計。

※3 検査結果の改善により、特定保健指導の対象から外れた者のみをカウントする(服薬中の者となることにより、特定保健指導の対象から外れた者を除く)。

		今年度	昨年度	増減	備考
特定保健指導					
74	特定保健指導対象者数(積極的支援)(人)				
75	特定保健指導対象者の割合(積極的支援)(%)				= 74 / 4 * 100
76	服薬中のため積極的支援の対象者から除外した者の数(人)※4				
77	特定保健指導受診者数(積極的支援)(人)				
78	特定保健指導受診者の割合(積極的支援)(%)				= 77 / 74 * 100
79	特定保健指導終了者数(積極的支援)(人)				
80	特定保健指導終了者の割合(積極的支援)(%)				= 79 / 74 * 100
81	77のうち、健診時に腹囲が基準値以上だった者の数(人)※5				
82	77のうち、特定保健指導後腹囲が3cm以上減少した者の数(人)				
83	77のうち、特定保健指導後腹囲が3cm以上減少した者の割合(%)				= 82 / 81 * 100
84	特定保健指導対象者数(動機付け支援)(人)				
85	特定保健指導対象者の割合(動機付け支援)(%)				= 84 / 4 * 100
86	服薬中のため動機付け支援の対象者から除外した者の数(人)※4				
87	特定保健指導受診者数(動機付け支援)(人)				
88	特定保健指導受診者の割合(動機付け支援)(%)				= 87 / 84 * 100
89	特定保健指導終了者数(動機付け支援)(人)				
90	特定保健指導終了者の割合(動機付け支援)(%)				= 89 / 84 * 100
91	84のうち、健診時に腹囲が基準値以上だった者の数(人)※5				
92	84のうち、特定保健指導後腹囲が3cm以上減少した者の数(人)				
93	84のうち、特定保健指導後腹囲が3cm以上減少した者の割合(%)				= 92 / 91 * 100
94	特定保健指導対象者数(小計)(人)				= 74 + 84
95	特定保健指導終了者数(小計)(人)				= 79 + 89
96	特定保健指導終了者の割合(小計)(%)				= 95 / 94 * 100
特定保健指導以外の保健事業※6					
97	2のうち、医療機関受診の必要があると考えられる者の数(人)				
98	97のうち、個別に働きかけを行った者の数(人)				
99	2のうち、医療機関受診の必要がないと考えられる者の数(人)				
100	99のうち、何らかの保健指導を行った者の数(人)				
101	生活習慣病のコントロールが良好であると考えられる者の数(人)				
102	生活習慣病のコントロールが不良であると考えられる者の数(人)				

103	102のうち、かかりつけ医と連携して対応した者の数(人)				
104	健診未受診者の数(人)				= 1 - 2
105	104のうち、医療機関を受診していない者の数(人)				
106	105のうち、次年度、特定健診を受診した者の数(人)				

※4 ステップ3までは、特定保健指導の対象であったが、服薬中のために、対象者から除外された者の数

※5 特定保健指導終了時に腹囲を計測した者のみを抽出。

※6 様式5-5参照

～ 都道府県における分析例 1 ～

糖尿病等有病者・予備群の動向(人数)

例：今年度と前年度のHbA1cのデータを用いて、改善、現状維持、悪化の人数を評価。

HbA1c(NGSP)	今年度健診情報					
前年度健診情報	～5.6	5.6～6.5	6.5～	未受診者数	対象外	合計
～5.6						
5.6～6.5						
6.5～						
未受診者数						
対象外 ※						
合計						

※ 前年度受診していても今年度異動した場合や前年度は別の医療保険者で今年度異動で対象となった場合

- 同様に血圧、脂質等の健診結果で動向を分析する(様式を同様に作成)
- 同様に保健指導対象者についても動向を分析する(様式を同様に作成)

糖尿病等患者の動向(人数等)

例：今年度と前年度の糖尿病関連のレセプトデータを用いて、改善、現状維持、悪化の人数(レセプト枚数、レセプト：点数など)を評価。

糖尿病	今年度レセプト情報					
前年度レセプト情報	外来のみ	入院のみ	外来・入院	なし	対象外	合計
外来レセプトのみ						
入院レセプトのみ						
外来・入院レセプト 両方						
なし						
対象外						
合計						

- ※ レセプト枚数又は患者数に着目する場合
- ※ レセプト点数に着目する場合
- ※ レセプト診療日数に着目する場合 に分けて解析。

- 同様に、高血圧症、脂質異常症、虚血性心疾患、脳卒中等について作成
- 同様に、メタボリックシンドローム該当者・予備群についても作成

～ 都道府県における分析例 2 ～

メタボリックシンドロームはリスク相互の関連が大きく、年を経るうちにリスク数が増えてくる。ひとつひとつの要因の増加を見るだけではなく、各個人への要因の集積度がどのように変化していくかも健診・保健指導の成果として重要と考える。そこで、腹囲、血糖、HbA1c、血圧、脂質等について、基準値を超えたもののリスク数について、これらの年度毎の推移を分析する。

腹囲、血糖、HbA1c、血圧、脂質などのリスク数		今年度健診情報						合計
		～1	2～3	4～	データ欠損あり	未受診者数	対象外	
前年度健診情報	～1							
	2～3							
	4～							
	データ欠損あり							
	未受診者数							
	対象外							
	合計							

レセプト病名で抽出された生活習慣病者の前年度の健診情報で、腹囲、血糖、HbA1c、血圧、脂質等の基準値を超えたもののリスク数との関係を分析する。

腹囲、血糖、HbA1c、血圧、脂質などのリスク数		今年度レセプト情報								
		糖尿病	高血圧	脂質異常症	虚血性心疾患	脳卒中	左記のいずれもなし	対象外	単純集計	重複を除外した数
前年度健診情報	～1									
	2～3									
	4～									
	データ欠損あり									
	未受診者数									
	対象外									
	合計									

(添 付 資 料)

○メタボリックシンドロームの定義と
診断基準

○各学会のガイドライン等 参照 URL

○健診・保健指導の研修ガイドライン
(平成 30 年〇月版)

メタボリックシンドロームの定義と診断基準

メタボリックシンドローム診断基準検討委員会

序

メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を個人に合併する心血管病易発症状態である。高コレステロール血症に対する対策がほぼ確立された現在、心血管病の重要な予防ターゲットとなっていることに加え、ライフスタイルが関与する多くの病態を含むことから、多数の分野から注目されている。海外ではNational Cholesterol Education Program (NCEP) のAdult Treatment Panel III (ATP III) による基準、World Health Organization (WHO) の基準など複数の診断基準が発表されており若干混乱が生じていたがNCEPとInternational Diabetes Federation (IDF) の両コミティーのコンセンサスカンファレンスが開かれ統一見解が間もなく出される予定である。わが国としてはグローバルな見解を視野に入れながら、病態を正しく認識し、日本人に即した診断基準を作成することが日本人の心血管病の予防医学上重要であるばかりでなく、世界に向けたエビデンスに基づいた発信にもなる。このような経緯を基盤として、メタボリックシンドローム診断基準検討委員会が立ち上げられた。メタボリックシンドロームという名称はすでに一般的であり、誤解をさけるため、メタボリック症候群や代謝異常症候群、代謝症候群という表記は本診断基準では用いない。いわゆるマルチプルリスクファクター症候群であるが、偶然にリスクが集まったのではなく、またそれらも代謝異常のみを基盤としているわけではない。上流に共通の発症基盤をもつ一つの疾

病単位として捉えているのである。

診断基準設定の背景

WHOは2002年のWorld Health Reportにおいて新たなグローバルな健康政策として心血管病予防対策を重視する宣言を行った¹⁾。これまでWHOが重点を置いてきた平均寿命の短い発展途上国に対する栄養補給や感染対策を続けるものの、先進国はもちろんのこと、平均寿命が比較的長いアジア、とくに中国などで、過栄養と運動不足を背景に増加の一途をたどっている心血管病をターゲットにした健康政策を行うことが世界の人々の寿命をさらに延ばすことになると判断したのであった。わが国の厚生労働省の発表の死因統計でも脳血管障害、心血管病が全死亡の約30%を占め癌と匹敵するものである。しかも働き盛りに突然発症することが多く、社会的にも極めて損失が大きいというえに、死亡から免れたとして、多数が後遺症で苦しむケースが多いことから癌よりも深刻であるともいえる。

動脈硬化性心血管病の予防対策を強化するために従来最も大きなリスクファクターとして取り上げられてきたのは高コレステロール血症であることは周知の事実である。血清コレステロール高値、高low density lipoprotein (LDL) コレステロール血症が動脈硬化の強いリスクファクターになることは、世界的なコンセンサスであり、LDL、酸化LDLをめぐる動脈硬化の成因は、分子レベルで解明され、さらに治療もHMGCoA還元酵素阻害薬(スタチン)の開発によって確立されてきた。しかし、動脈硬化性疾患の発症は必ずしも高コレステロール血症で全てが決め

られているのではないことは多くの実地医家も経験してきたことである。そこで, beyond cholesterolの概念で1980年代の後半から注目されてきたのは, 一個人に複数のリスクが集積した状態, つまりマルチプルリスクファクター症候群という病態である。わが国で1995年から3年間かけて動脈硬化性疾患発症要因について勤労者を対象にした労働省(現厚生労働省)の研究が行われたが²⁾, これでも明らかになったことは確かに高コレステロール血症もリスクになってはいるが, それよりも高トリグリセリド血症, 耐糖能異常, 高血圧, 肥満のうち3個以上合併した場合の危険率がコントロールの30倍以上にも達するという事実であった。つまりわが国においても一個人に多くのリスクが集積する病態, マルチプルリスクファクター症候群が動脈硬化性疾患の背景として大きな位置を占めることが確認されたのである。なお, これを受けて厚労省と日本医師会は労災二次給付事業として, この様なマルチプルリスクファクター症候群を心血管疾患の重点的予防対策対象にし「死の四重奏」という病名で心血管病の二次検診や健康指導, 食事指導, 運動指導に給付が受けられる制度を2001年からスタートしている³⁾。このようなマルチプルリスクファクター症候群の重要性は, コレステロール重視の傾向が強い欧米でも1980年代終わり頃から認識されてきたが, 急速に世界の関心が拡大したのはWHO, National Cholesterol Education Program (NCEP)などがメタボリックシンドロームという疾患名で診断基準を発表してからであろう^{4,5)}。

まず1980年代の後半には, beyond cholesterolの概念で, スタンフォード大学のReavenによってシンドロームX⁶⁾, テキサス大学のKaplanによって死の四重奏⁷⁾という心血管疾患に対するハイリスクな病態が症候群として提唱された。これらは耐糖能異常, 高トリグリセリド血症, 高血圧が一個人に集積する病態で, それまで重要視されていた高コレステロール血症という単独

のリスクファクターを持った病態とは全く違ったコンセプトで取り上げられた。死の四重奏では上半身肥満を4つの主要症候の一つに取り上げ内臓脂肪の重要性を示したが, その後テキサス大学のDeFronzoが同様の病態をインスリン抵抗性症候群と名付けたこともあって, これらのリスクの集積や動脈硬化の発症要因としてインスリン抵抗性の役割が大きく取り上げられた⁸⁾。しかし必ずしもインスリン抵抗性が何故起こっているのか, インスリン抵抗性によるマルチプルリスクや動脈硬化の発症メカニズムは何なのかについて明確な説明は出来ていなかった。一方肥満における病態の研究から, 肥満の程度よりも, 脂肪蓄積の部位が多彩な病態の発症を規定するということが明らかになり, 腹腔内臓脂肪の蓄積が糖尿病, 高脂血症, 高血圧さらには動脈硬化性疾患の発症基盤として重要な意味を持つことが明らかにされてきた。脂肪分布と病態の関係を最初に提唱したのがマルセイユ大学のVagueで, 彼は大腿部より上腕に脂肪が蓄積したタイプを男性型(android type)肥満と称しその逆の女性型(gynoid type)に比べて糖尿病の発症頻度の高いハイリスク肥満であることを既に1947年に発表している⁹⁾。このandroid obesityの概念は今日の内臓脂肪型肥満とは異なるものの脂肪分布が病態に関連することを最初に提唱したことは画期的であった。その後1980年代にはウエスト/ヒップ比を指標に上半身肥満を提唱したKissebahや中心性肥満という概念を示したBjörntorpらが, 内臓脂肪を想定したハイリスク肥満の重要性を示した^{10,11)}。わが国の大阪大学松澤らが提唱した内臓脂肪症候群は, CTスキャンによる脂肪組織分析法で判定した腹腔内の内臓脂肪過剰蓄積をキーファクターとしてその下流に糖尿病, 高脂血症, 高血圧を引き起こし, 最終的に動脈硬化を発症しやすい病態を指す。この症候群は原則的にはシンドロームXや死の四重奏に相当する症候群であるが, その中のインスリン抵抗性は糖尿病の基盤になるとしてもキー

プレイヤーとなっているのはむしろその上流に存在する内臓脂肪の蓄積であることを強調したものである^{12,13)}。

このように内臓脂肪蓄積を上流因子とするマルチプルリスクファクター症候群の概念はNCEPのメタボリックシンドロームの考え方に取り入れられ、またインスリン抵抗性を上流因子とするインスリン抵抗性症候群の概念は、WHOの概念の基盤となっており、お互いが共通する概念であることは認めながら必ずしもその本態についてのコンセンサスが得られないまま経過してきたのである。現在この二つのコミティーメンバーが参加して診断基準の摺り合わせを行っており間もなく発表になる予定である。

このような背景を基にわが国でも、そのメタボリックシンドロームの基本原則についてはグローバルの考え方と協調しながら、基準値については、日本人のエビデンスに基づいた診断基準を設定する必要性に迫られてきた。そこで、2004年より、日本動脈硬化学会、日本糖尿病学会、日本高血圧学会、日本肥満学会、日本循環器学会、日本腎臓病学会、日本血栓止血学会そして日本内科学会が合同でメタボリックシンドローム診断基準検討委員会を構成し、委員会を重ねて今回の診断基準の設定に至ったものである。

なお、本症候群が、動脈硬化性疾患の発症要因として、飽食と運動不足の現在社会のなかで急速に大きな位置を占めつつある過栄養を基盤としたマルチプルリスクファクター症候群であるという定義と診断基準の基本概念は世界的に共通のものである。それぞれのコンポーネントの基準値についてはわが国独自のエビデンスを基にして決めていくものである。それらは現時点のコンセンサスであって、今後新しいエビデンスが出てくれば随時改正していくことも考えている。

診断基準

メタボリックシンドロームを疾患概念として確立する目的は、飽食と運動不足によって生じる過栄養を基盤に益々増加してきた心血管病に対して効率の良い予防対策を確立することである。従ってメタボリックシンドロームの第1の臨床的帰結 (Clinical Outcome) は心血管病であり、診断は心血管病予防のためにおこなう。このことはNCEP基準、WHO基準にも述べられている。ただしメタボリックシンドロームを呈する多くの人々はインスリン抵抗性をもち、2型糖尿病の発症リスクも高い¹⁴⁾。このようにして発症した糖尿病は特に心血管疾患の基盤としての認識が必要である。

NCEPの診断基準では、腹部脂肪蓄積(ウエスト径増大であらわされる)が第1の診断項目としてあげられ、メタボリックシンドロームの成立に最も関与度が高いことを反映している。明確なインスリン抵抗性の存在は診断には必要としないがNCEP基準をみたす人々の多くはインスリン抵抗性を有していると考えられる。一方WHO基準はインスリン抵抗性を必須項目とし、2型糖尿病、空腹時血糖異常、耐糖能異常または高インスリン正常血糖クランプで対照の4分の1未満の糖取り込みをしめすもののいずれかを有するとしている。WHO基準が不便な点は、メタボリックシンドロームを診断するためには日常臨床検査のレベルを超えた検査が必要となることである。

内臓脂肪蓄積はしばしばインスリン抵抗性を伴い、両者は併存する場合が多い。いずれが上流に存在するかについては、検討がなされ、現在、本シンドロームで見られるのは内臓脂肪蓄積によって生じるインスリン抵抗性状態であると考え、意見の一致を見ている。原発性のインスリン抵抗性症候群であるインスリン受容体異常症、脂肪萎縮性糖尿病や、その他の内臓脂肪蓄積を伴わないインスリン抵抗性症候群

が、メタボリックシンドロームの各病態を併せ持つか、または心血管病を多発するかについては、症例も稀であることもあり、エビデンスに乏しく、メタボリックシンドロームの範疇には入れていない。

今回、過栄養と運動不足を背景に増加してきた心血管病の予防医学のために確立された疾病概念であることを考えると、糖代謝異常、脂質代謝異常、高血圧の上流に位置し、またそれ自体が心血管病のリスクでもあるという成因論的検討に加え、予防医学上、多くの人が用いることができ、また疫学調査にも利用しうるような基準作成について検討がなされ、診断基準検討委員会は、メタボリックシンドロームを内臓脂肪蓄積（ウエスト周囲径の増大で示される）+2つ以上のco-morbidityと定義することで合意が得られた（表1）。

病態と基準値

メタボリックシンドロームの病態として下記があげられている。

- 1) 内臓脂肪（腹腔内脂肪）蓄積
- 2) インスリン抵抗性±耐糖能異常
- 3) 動脈硬化惹起性リポ蛋白異常
- 4) 血圧高値
- 5) その他の病態

1) 内臓脂肪（腹腔内脂肪）蓄積

内臓脂肪蓄積はメタボリックシンドロームにおいて主要な役割を担っており、本診断基準では必須項目となっている。内臓脂肪蓄積は高血圧、高トリグリセライド血症、低HDLコレステロール血症、高血糖を生じそれぞれが心血管疾患のリスク上昇に繋がる。またリスクファクターの悪化や直接心血管疾患に繋がる様々な生理活性物質、アディポサイトカインの分泌異常をきたすことにより心血管病のハイリスク状態となる¹⁵⁻¹⁷⁾。これには遊離脂肪酸、PAI (Plasmino-

表1. メタボリックシンドロームの診断基準

内臓脂肪（腹腔内脂肪）蓄積	
ウエスト周囲径	男性 ≥ 85 cm 女性 ≥ 90 cm
(内臓脂肪面積 男女とも ≥ 100 cm ² に相当)	
上記のいずれかのうち2項目以上	
高トリグリセライド血症 かつ/または	≥ 150 mg/dl
低HDLコレステロール血症	< 40 mg/dl 男女とも
収縮期血圧 かつ/または	≥ 130 mmHg
拡張期血圧	≥ 85 mmHg
空腹時高血糖	≥ 110 mg/dl

* CTスキャンなどで内臓脂肪量測定を行うことが望ましい。

* ウエスト径は立位、軽呼気時、臍レベルで測定する。脂肪蓄積が著明で臍が下方に偏位している場合は肋骨下縁と前上腸骨棘の midpoint の高さで測定する。

* メタボリックシンドロームと診断された場合、糖負荷試験が薦められるが診断には必須ではない。

* 高TG血症、低HDL-C血症、高血圧、糖尿病に対する薬剤治療をうけている場合は、それぞれの項目に含める。

* 糖尿病、高コレステロール血症の存在はメタボリックシンドロームの診断から除外されない。

gen Activator Inhibitor)-1, アディポネクチンや種々のサイトカインなどが含まれる。腹腔内脂肪に由来する遊離脂肪酸は門脈を介し肝臓へと流入し、リポ蛋白合成を盛んにする。遊離脂肪酸の増加は筋肉や肝臓の脂肪蓄積を招きインスリン抵抗性を増大させる。高C-Reactive Protein (CRP)血症はサイトカイン過剰状態、易炎症性状態を示している可能性がある。高PAI-1血症は易血栓性状態をもたらす。一方で低アディポネクチン血症は心血管疾患の増加と関連している。

内臓脂肪蓄積はメタボリックシンドロームの各コンポーネントと深いかわりがあり¹⁸⁾、腹腔内脂肪量が増加すると男女とも同様に過栄養による健康障害数が増加する(図1)ことが国内外の臨床研究によって実証されている。わが国では肥満症診断基準に示されているごとく、臍高

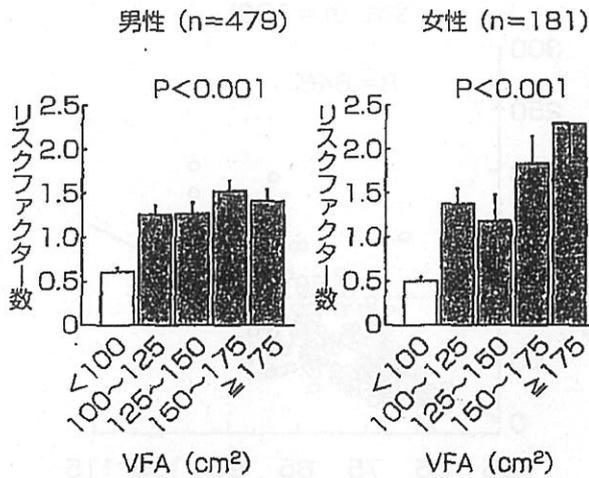


図1. 内臓脂肪面積とリスクファクター保有数の関係

内臓脂肪面積 (VFA) と今回の診断基準によるリスクファクター数. Kruskal-Wallis検定 (Mean±SE) (投稿準備中)

レベル腹部CTスキャンによって判定した腹腔内脂肪面積 100cm²以上が男女共通した内臓脂肪蓄積のカットオフ値である¹⁹⁾。それに対応するウエスト周囲径が、男性 559名、女性 196名において検討され、男性 85cm、女性 90cmと設定された(図2)。この基準値は日本肥満学会が設定した内臓脂肪型肥満の一次スクリーニングのウエスト周囲径と一致するものである。本委員会ではメタボリックシンドロームの診断基準を一般臨床や健康診断の場で用いることが可能なように、現時点では内臓脂肪蓄積の指標として、ウエスト周囲径を基準として用いることとしたが、メタボリックシンドロームを診断する過程では可能な限りCTスキャンなどによる腹腔内脂肪量測定を行うことが望ましいと思われる。将来的に検診など多数例を対象に用いることが可能なように、腹部インピーダンスを用いた内臓脂肪量測定装置も開発がすすめられている²⁰⁾。ウエスト径は立位、軽呼吸時、臍レベルで測定する。脂肪蓄積が著明で臍が下方に偏位している場合は肋骨下縁と前上腸骨棘の midpointの高さで測定する。NCEP基準では、ウエスト周囲径、男性 102cm、女性 88cmをカットオフ値としているが、す

で世界的な基準を定める上では民族性、特に東および南アジアにおいては地域にあったカットオフが必要であることが述べられている^{21,22)}。さらにこの基準値はBody Mass Index (BMI) 30に相当するウエスト平均値、男性 40 inch、女性 35 inchであり、健康障害、心血管疾患予防の観点からは医学的根拠が充分とはいえない。NCEP基準ではメタボリックシンドロームの頻度に男女差がほとんど見られず、男女差がある心血管疾患の予防のために対象を絞り込む基準として男女それぞれの平均値を用いることは妥当とはいえないのではないかと議論がなされた。WHO基準ではウエスト/ヒップ比が用いられているが、ウエスト周囲径はこれを簡便化したものであり、最近の疫学研究でも健康障害や心血管疾患の指標としてより有用であることがしめされてきている²³⁻²⁵⁾。ヒップ径測定を必要としないことは、一般臨床や健康診断の場でより用いやすいと考えられる。WHO基準ではBMIが診断基準の一部に含まれており、NCEP基準はウエスト周囲径のみでBMIは含まれていない。本委員会でもBMIを基準に含めるか否かで議論が行われたが、心血管疾患予防の観点からBMI 25未満でもウエスト径増大のみられる例がありマルチプルリスクを伴うこと、またウエスト径測定を一般臨床や健康診断の場に普及するためにも、BMIは基準に含めないこととなった。できる限り簡便でかつ病態を反映しており、保健指導に用いることによって、過栄養により生じる複数の病態を効率良く予防し、ひいては心血管疾患予防に繋げることが、今回の診断基準設定の大きな目標である。

2) インスリン抵抗性

インスリン抵抗性はメタボリックシンドロームの多くの症例にみられ主要コンポーネントと考えられる。他のリスクと相関性をもつ上、単独でも動脈硬化性疾患のリスクとされており、インスリン抵抗性をメタボリックシンドローム

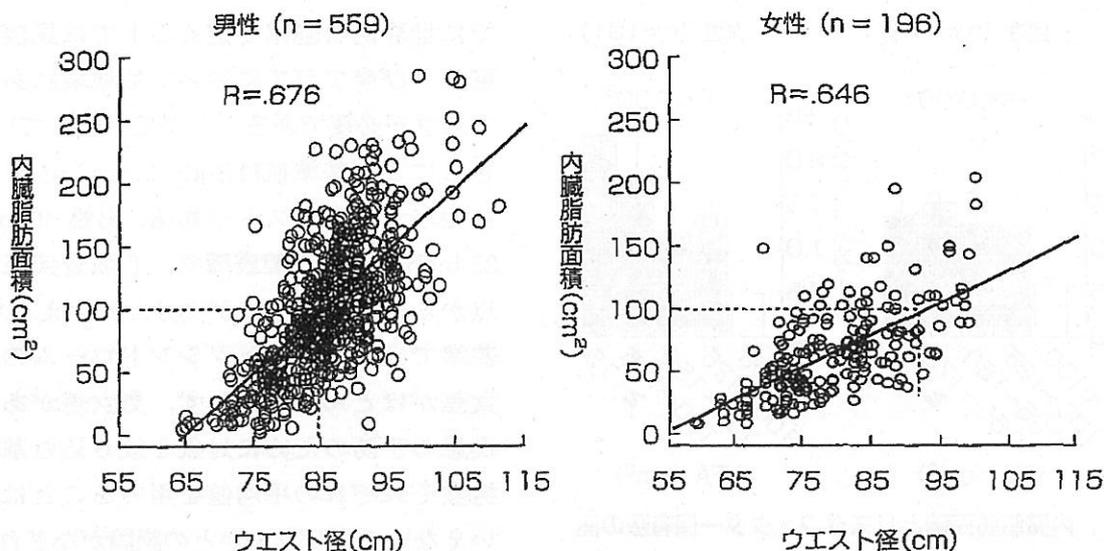


図2. 内臓脂肪面積とウエスト径の関係

の上流因子として本症候群をインスリン抵抗性症候群と捉える考え方が存在する。しかしインスリン抵抗性と心血管疾患を結ぶ分子メカニズムは未だ明らかでなく、インスリン作用不全と反応性高インスリン血症のいずれが心血管疾患の成立に重要かは明らかではない。さらに大きな問題点は簡便にインスリン抵抗性を診断する指標がないことである。

血糖値に関する診断基準として、WHO基準では経口糖負荷試験による耐糖能異常を含んでいる。NCEP基準は臨床上の煩雑さを考慮し、空腹時血糖値のみを基準に加えている。日本糖尿病学会は早朝空腹時血糖110mg/dl未満かつ75gOGTTで2時間値140mg/dl未満を正常型としている^{26,27}。また糖負荷後2時間血糖値が動脈硬化性疾患のリスクとなることが報告されている^{28,29}。したがって空腹時血糖値に加え負荷後2時間血糖値も基準に加えることが提案された。しかし初期の目的である健康診断などの大きな集団でメタボリックシンドロームの診断が可能とするために、本診断基準では空腹時血糖値のみを診断基準に加えた。委員会は本診断基準においてメタボリックシンドロームと診断された場合は、空腹時血糖値が正常域であっても臨床

医の判断によって糖負荷試験を追加し耐糖能異常の有無を判定することを薦めている。耐糖能異常はインスリン分泌が低下する糖尿病への移行期、あるいは糖尿病の治療過程でも起こりうる状態であって、そのみでインスリン抵抗性を示すものではない。しかし負荷後2時間血糖値の心血管疾患予測値も考慮し利点があると考えられる。さらに空腹時血糖のみでは見過ごされていた糖尿病が診断される可能性がある。

NCEP, WHO基準と同様、本診断基準においても糖尿病の存在はメタボリックシンドロームの診断から除外されない。糖尿病の中で、ウエスト径増大(内臓脂肪蓄積)に加え、血圧高値、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常の一つ以上を伴う場合、メタボリックシンドロームと診断される。このようなタイプは心血管疾患のリスクが著しく高いと考えられる³⁰。わが国のJapan Diabetes Complication Study (JDACS)においても高血圧や高脂血症の合併が心血管疾患のリスクを上昇させていることが明らかにされており、リスクの総合的評価の重要性が確認されている。糖尿病における心血管疾患の予防対策は未だ十分に確立されていないが³¹、メタボリックシンドロームの病態を呈する糖尿病では、血糖値を適切に

コントロールしてガイドラインに示されたヘモグロビンA1cレベルを保つこと²⁶⁾に加え、ウエスト径を指標としてライフスタイル改善を指導し、高血圧、リポ蛋白異常を総合的に管理することによって心血管疾患を予防しうる可能性がある。

本診断基準はインスリン抵抗性それ自体がメタボリックシンドロームの成因において意義のある役割を担っていないというのではない。インスリン抵抗性とは血中インスリン濃度に見合ったインスリン作用が得られない状態をさし、血糖恒常性に対するインスリン抵抗性の基準として用いられている方法はグルコースクランプ法である。日本糖尿病学会の糖尿病治療ガイドでは、簡便なインスリン抵抗性指標の一つとして早朝空腹時の血中インスリン値と血糖値から計算されるHOMA-Rをあげている²⁶⁾。空腹時血糖値が140mg/dl以下の場合、他の方法で求めたインスリン抵抗性の値と良く相関する。

3) 動脈硬化惹起性リポ蛋白異常

動脈硬化惹起性リポ蛋白異常は日常臨床検査では高トリグリセライド血症、低HDLコレステロール血症を示す。高トリグリセライド血症、低HDLコレステロール血症はともに複数の成因からなり、メタボリックシンドロームにみられる高トリグリセライド血症はレムナントリポ蛋白の増加、アポB増加、小粒子LDLなどを伴っているとされる。蓄積した腹腔内脂肪に由来する遊離脂肪酸の肝臓内流入増加や高インスリン血症による超低比重リポ蛋白 (Very Low Density Lipoprotein, VLDL) の合成増加、インスリン抵抗性によるリポ蛋白リパーゼ活性低下が成因として考えられている。トリグリセライドに富むリポ蛋白がリポ蛋白リパーゼにより異化を受けると、その表面組成物からHDLが生成される。リポ蛋白リパーゼ活性低下がおこるとHDL生成減少がおこる。

メタボリックシンドロームに伴う高脂血症として日常診療ではIV型高脂血症以外に高コレス

テロール血症も伴うIIb型高脂血症も一般的である。高コレステロール血症の存在はメタボリックシンドロームの診断から除外されるものではない。しかし高コレステロール血症の動脈硬化性疾患予防の意義は確立されており、高コレステロール血症に高血圧や糖尿病など他のリスクを伴う場合についてはすでに日本動脈硬化学会から発表されている動脈硬化性疾患診療ガイドラインを参照されたい³²⁾。本診断基準では、日本動脈硬化学会による「動脈硬化性疾患の予防と治療の必要な対象を集団からスクリーニングするための血清脂質値」に従い、高トリグリセライド血症を150mg/dl以上、低HDLコレステロール血症を男女とも40mg/dl未満とした。

動脈硬化性疾患診療ガイドラインでは、血清トリグリセリド値150mg/dl以上において3.7倍の冠動脈疾患発症がみられたとする宇和島社会保険病院の前向き調査³³⁾や、約1万人の日本人を15年間観察し随時採血の血清トリグリセリド値84mg/dl未満群に比し、116~167mg/dl群で冠動脈疾患のリスクが2倍、167mg/dlより高い群で2.86倍になるIsoらの報告³⁴⁾をあげているが、従来のガイドラインにならぬ150mg/dl以上とするが、引き続き検討課題とするとしている。低HDLコレステロール血症については、1997年の高脂血症診療ガイドライン^{35,36)}において、わが国においては大規模な調査は十分ではないとしながらも、HDLコレステロール値の75パーセントイル、すなわちHDLコレステロールが64.2mg/dl以上の人に比べて、56.1~63.8mg/dlで1.80、48.0~55.7mg/dlで1.61、48mg/dl未満で4.17と低HDLコレステロール血症では冠動脈疾患のリスクが高かったとする大阪成人病センターの北村らの長期にわたるprospectiveな成績³⁷⁾や、わが国の冠動脈疾患患者をretrospectiveに観察した報告においてもHDLコレステロールの平均値は低下しており、男性のHDLコレステロールの平均値は40mg/dl以下であると報告が紹介されている。高トリグリセライド血症、低HDL

コレステロール血症ともに複数の成因からなっており、単独の危険因子としての分析のみでなく、メタボリックシンドロームに伴う動脈硬化惹起性リポ蛋白異常としての解析が必要と思われる。

NCEP基準では、トリグリセリドについては男女差がないが、HDLコレステロールについては男女差をもたせ、女性については50mg/dlと男性より10mg/dl高く設定している。WHO基準でも男性35mg/dl未満、女性39mg/dl未満と男女差をつけている。しかし、これはあくまで平均値が女性では高いことが根拠となっており、冠動脈疾患との関連ではない。冠動脈疾患との関連で調査をしているFramingham studyでは女性でも40mg/dl未満で急に冠動脈疾患の頻度が増加しており、Lipid Research Clinics Prevalence Mortality Follow up Studyではさらに40mg/dlで境界が引けるように思われる。Framingham studyにおけるリスクスコアでもHDLコレステロールについては、男女関係なく40mg/dl未満に2点を与えている。残念ながら現時点ではわが国で動脈硬化性疾患を対象とした、男女のHDLコレステロールのリスクについての検討はなく、十分なエビデンスはないが、現時点では、男女差をつける根拠はないものと考ええる。

高トリグリセリド血症と低HDLコレステロール血症を1項目とするか2項目として扱うかについては、NCEP基準とWHO基準の大きく異なるところであり、本委員会でも議論がかわされた。基本的に、メタボリックシンドロームが内臓脂肪蓄積やそれに伴うインスリン抵抗性を基盤にして生じてくることを考えると、それに伴う脂質異常として、高頻度に見られるのが高トリグリセリド血症と低HDLコレステロール血症である。これは、リポ蛋白リパーゼ作用の不足に基づく脂質異常であることから共通基盤で起こっているものと考えられる。また糖尿病症例でHDLコレステロール値と血清トリグリセリド値との関連性をみた検討では血清トリグリセ

リド値が150mg/dlをこえると低HDLコレステロール血症を呈する患者の割合が急激に増加する。したがって、耐糖能異常を有する場合は、脂質異常の一方が起こっていても何らかの形で、他方にも影響を与えているものと考えられる。このような観点に立つと、この両者を独立して診断基準に加えることには問題があると思われる。むしろ、両者が揃う必要はないが、一方が認められた場合は、メタボリックシンドロームの可能性を考えて診療に当たるという意味で、この両者を1項目として扱うのが妥当であると考ええる。

メタボリックシンドロームには、レムナントやsmall dense LDLなどの動脈硬化惹起性リポ蛋白の出現が伴うことが知られている³⁸⁾。レムナントリポ蛋白(レムナント粒子あるいは単にレムナントとも呼ばれる)はアポEに富むリポ蛋白であり、家族性III型高脂血症にみられるように動脈硬化惹起性リポ蛋白として知られている。小型で高比重のLDL (small dense LDL) は動脈壁内膜に侵入しやすく、また酸化されやすい性質からマクロファージに取り込まれやすく、これも動脈硬化性惹起性リポ蛋白の一つとして考えられている。このようなことから、レムナントリポ蛋白、small dense LDL、アポBの測定はメタボリックシンドロームにおける動脈硬化惹起性リポ蛋白異常を診断する一助となるが、よりの確なマーカーについても今後検討する必要があるものと思われる。

4) 高血圧

高血圧症もまた複数の成因からなる病態である。血圧値は内臓脂肪蓄積やそれに伴うインスリン抵抗性と強く関連して高血圧自体が動脈硬化性疾患のリスクとなり、本委員会でも高血圧をメタボリックシンドロームの診断基準に含めた。日本高血圧学会の高血圧治療ガイドラインにおいては、120/80mmHg未満を至適血圧、120~129/80~84mmHgを正常血圧、130~139/

85~89mmHgを正常高値血圧, 140/90mmHg以上を高血圧としている³⁹⁾。メタボリックシンドロームに関するWHO基準では140/90mmHg以上を用いているが, NCEP基準では130/85mmHg以上の正常高値血圧以上としている。本邦の端野・壮瞥町研究において, 血圧値を140/90mmHg以上とした場合と130/85mmHg以上とした場合を比較すると, 40歳以上の男性一般住民の808名における血圧高値の頻度は140/90mmHg以上は38%, 130/85mmHg以上は59%であった。5年間の前向き疫学調査の結集では, ウエスト周囲径増大を必須基準とし, 血圧基準に140/90mmHg以上を用いた場合, 心イベントの発症率は非メタボリックシンドロームに比べて2.1倍, 130/85mmHg以上を用いた場合は1.8倍高値であった。以上より, メタボリックシンドロームの血圧基準は, 正常高値である130/85mmHg以上でも140/90mmHg以上と同様の危険因子となっており, 130/85mmHg以上を用いるのが妥当とした。食塩感受性高血圧患者⁴⁰⁾ではインスリン抵抗性を伴ない, メタボリックシンドロームを呈することが多く⁴¹⁾, また食塩負荷にてインスリン抵抗性が増強する⁴²⁾。

5) その他の病態

(1) 易炎症性状態と易血栓性状態

易炎症性状態と易血栓性状態は互いに関連しており, メタボリックシンドロームにしばしばみられる。ともに心血管疾患発症のリスクと考えられている^{43~45)}。臨床検査としては高感度CRPの上昇, 血中PAI-1レベルの増加があげられる。複数のメカニズムがCRPやPAI-1の上昇に関与する。実験的にはインスリン, グルコース, VLDLトリグリセライドが血管内皮細胞におけるPAI-1産生を増加することが知られている。また脂肪組織に由来するTNF- α やIL-6などの炎症性サイトカインがCRP上昇に関与したり, 脂肪組織から直接合成分泌されるPAI-1が易血栓性状態に関与する可能性もある。

(2) 微量アルブミン尿

微量アルブミン尿はメタボリックシンドロームにしばしば出現する徴候である。そのメカニズムは不明な点が多いが, 現時点では肥満に伴う糸球体毛細管圧上昇によるリークのみでなく, 全身の血管内皮細胞障害による血管浸透性の亢進により出現し, 血管内皮細胞障害を反映すると考えられている。NCEP基準には含まれていないが, WHO基準に含まれている。治療介入によるリスク減少のエビデンスは充分でないが, 心血管疾患の予測因子の一つとして注目されており, ハイリスク群を抽出するための意義があると考えられる^{46,47)}。糖尿病と診断された場合には腎障害の予知因子として重要である。ADA (American Diabetes Association) では早朝尿あるいは随時尿を用いて30~300mg/g・Crを微量アルブミン尿と定義しており, 日本糖尿病学会と日本腎臓学会の合同委員会でも同様の基準を推奨している⁴⁸⁾。

(3) 高尿酸血症

高尿酸血症もメタボリックシンドロームによく見られる検査値異常である。特に高トリグリセライド血症としばしば合併する。内臓脂肪蓄積時には尿酸合成が亢進しているという報告がある。肝臓における脂肪合成亢進時に消費されたNADPHを回復するためにペントースリン酸経路が活性化されプリン体生成が亢進することが想定されているが充分明らかではない。心血管疾患の予測因子の一つとしての報告が多数ある^{49,50)}ものの, 直接的なリスクファクターとしてのエビデンスに乏しく, また高尿酸血症の治療介入によるリスク減少のエビデンスは充分でない。痛風や尿路結石症の成因として重要である高尿酸血症の管理については痛風の治療ガイドラインが日本痛風・核酸代謝学会からだされているので参照されたい⁵¹⁾。従って, 高尿酸血症については, メタボリックシンドロームのリスクマーカーとして扱い, 高尿酸血症を有する症例については, メタボリックシンドロームの診断

基準に則ってその有無を検討すべきである。

(4) アディポサイトカイン

脂肪細胞から分泌されるアディポサイトカインとして、PAI-1, アディポネクチン, TNF- α , レプチン, レジスチンなどがあげられている。内臓脂肪蓄積や肥満により, これらアディポサイトカイン分泌異常がおこるので, 「その他の病態」として区別されるものではないが, 今後病態把握の手段として臨床検査として用いられる可能性がある。血漿PAI-1 値の測定はアディポサイトカインとしてのみでなく, メタボリックシンドロームにおける易血栓性状態の評価として意味をもつ⁵²⁾。アディポネクチンは基礎研究, 臨床研究成果から抗動脈硬化因子としての意義に将来性がある^{16, 53-55)}。とくに, 内臓脂肪蓄積に伴う低アディポネクチン血症が, 糖尿病, 高脂血症, 高血圧に加えて心血管病にも直接関連することから, 今後, メタボリックシンドロームの全てのコンポーネントを結ぶ臨床マーカーとなりうる可能性がある。

臨床的意義

メタボリックシンドロームの臨床的帰結は心血管病である。本来, 心血管病のリスクの重なりは, リスクが単独で存在するより危険度が増すことは当然である。高コレステロール血症に他のリスクが合併する場合の危険度についてはすでに動脈硬化性疾患診療ガイドラインに述べられており, ガイドラインを参考に診療されることが望まれる。NCEP, WHO基準によるメタボリックシンドロームの心血管疾患死亡予測の意義についていくつかの報告がおこなわれている。

6,255 人を平均 13 年間追跡した米国 The Second National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES II) の調査研究ではウエスト周囲径のデータがないため BMI 30 以上を用いた NCEP 基準を用いているが, メタボリックシ

ンドローム群はメタボリックシンドロームのない群に比べ, 年齢, 性別を補正した冠動脈疾患死亡のハザード比は 2.02, 心血管疾患死亡のハザード比は 1.82, 総死亡のハザード比も 1.4 と高値であった⁵⁶⁾。糖尿病症例を除いてもメタボリックシンドローム群は冠動脈疾患死亡のハザード比は 1.65, 心血管疾患死亡のハザード比は 1.56 と高かった。ウエスト径を測定し糖負荷試験を大規模におこなった San Antonio Heart Study (SAHS) (2,815 人, 平均追跡期間 12.7 年) では, NCEP, WHO の両基準で調査され, NCEP 基準のメタボリックシンドローム群では総死亡 1.47, 心血管疾患死亡 2.53 のハザード比が, WHO 基準では総死亡 1.27, 心血管疾患死亡 1.63 のハザード比が得られており, 両基準とも全体として心血管死亡の予知に有用であったが, 簡便な NCEP 基準の方がベースに糖尿病や心血管疾患の既往のない低リスク群においても有用な傾向にあったとしている⁵⁷⁾。フィンランド, スウェーデンにおける Botnia Study⁵⁸⁾, フィンランドにおける Kuopio Ischemic Heart Study⁵⁹⁾ では, WHO 基準を用いメタボリックシンドロームの診断が心血管疾患発症予測に有用であるとしている。

わが国においても複合リスクの心血管疾患に対する危険性が示されている。厚生労働省作業関連疾患総合対策研究班の企業従事者 12 万人を対象にした調査では, 3 年間で冠動脈疾患を発症した 94 例について, 企業での検診結果が 10 年前まで遡り調べられた²⁾。発症群は性別, 年齢, 部署をあわせた非発症群に比べ, BMI, 血圧, 空腹時血糖値, 血清コレステロール値, 血清トリグリセライド値, 血清尿酸値のいずれもが, 正常よりやや高値の範囲であるが有意に高く, 10 年間持続していることが確認された。BMI 26.4 以上の肥満, 140/90 以上の高血圧, 220mg/dl 以上の高コレステロール血症, 110mg/dl 以上の高血糖の 4 項目のうち 3 つ以上を有すると, これらのリスクの 4 つとも有しないものに比べ, 重回帰分析により 31.34 の高いオッズ比を示した。

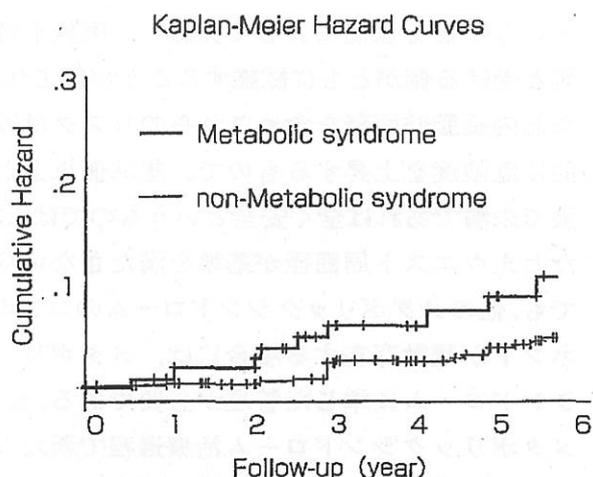
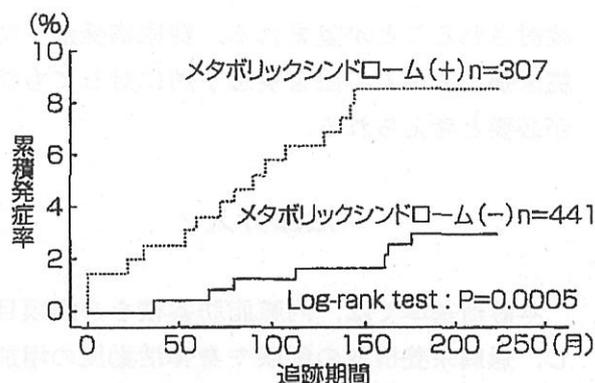


図3. 端野・壮瞥町研究におけるメタボリックシンドロームの有無と心血管のイベント

40歳以上の男性808名における、8年間の心血管イベントをエンドポイントとしたKaplan-Meier法による解析。メタボリックシンドロームの診断は今回の基準を用いた。メタボリックシンドローム群は非メタボリックシンドローム群に対し、1.8倍の危険度を示した。(投稿準備中)

高コレステロール血症を高トリグリセライド血症におきかえると、2因子保有者5.76に比し、3因子以上では35.8とオッズ比が著しく増加した。この解析はメタボリックシンドロームの診断基準とは異なるが、わが国における複合リスクの重要性を示している。久山町研究においても虚血性心疾患に対する複合リスクの重要性が示されている。

わが国の疫学研究である端野・壮瞥町研究^{60~62)}から、今回の基準であるウエスト径を必須条件としたメタボリックシンドロームの心血管イベントに関する成績が委員会において紹介された。40歳以上の男性808名において、新基準を用いたメタボリックシンドロームの頻度は21%であった。8年間の心血管イベントをエンドポイントとしたKaplan-Meier法による解析では、メタボリックシンドローム群は非メタボリックシンドローム群に対し、1.8倍の危険度を示した(図3)。日本人におけるメタボリックシンドロームの心血管疾患予測として重要な資料である。一次予防のみでなくすでに冠動脈疾患を発症した症例に



心臓死：心筋梗塞，心不全，突然死(不整脈など)による死亡

図4. 冠動脈形成術後患者におけるメタボリックシンドロームの有無による心臓死の累積

メタボリックシンドロームの診断基準は、NCEP基準の改変(腹囲ではなく、男女ともBMI25以上)を用いた。(投稿準備中)

においても、冠動脈インターベンションを受けた748例の長期予後においてメタボリックシンドロームは心臓死の独立した予後予測因子であることも報告され(図4)、このリスクがわが国の冠動脈疾患患者においても重要な危険因子として位置づけられるべきである。循環器疾患の1次予防、2次予防のいずれにおいてもこのリスクに対する積極的な介入が必要であり、改定される循環器学会のガイドラインにも介入すべきリスクとしてメタボリックシンドロームの項目が新しく作成される予定である。

さてこのように、リスクファクターの集積した群が動脈硬化の強いリスクであることは、国内外の多数の疫学研究で実証されているが、メタボリックシンドロームの動脈硬化易発症性については、そのような重積によるリスクの増強というより、本疾患では、内臓脂肪蓄積というキープレイヤーが他のリスクの発症要因としてだけでなく、心血管病の発症に直接影響するから、動脈硬化を発症しやすいという考え方が重要である。

今後さらにこの診断基準を用い、わが国においてメタボリックシンドロームの脳血管障害に対する意義、女性の心血管疾患における意義が

検討されることが望まれる。糖尿病発症予防や糖尿病における心血管疾患予防に対しても検討が必要と考えられる。

治療介入

本診断基準では、内臓脂肪蓄積を必須項目とし、過剰栄養摂取の制限や身体活動度の増加などのライフスタイル改善をメタボリックシンドローム介入、心血管疾患予防の第一の目標とした。これによって、腹腔内脂肪を減少させ、インスリン抵抗性、耐糖能異常、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、高血圧などのマルチプルリスクを総合的に軽減し、CRP上昇やPAI-1増加などの易炎症性状態や易血栓性状態を改善することを目標とする。リスクそれぞれの治療にのみ集中することによりいたずらに多数の薬剤を投与することは避けなければならない。

一般診療や健康診断において単一のリスクをみた場合、一つのリスクの改善のみでなく、まずリスクを総合的に評価することが重要である。一つのリスクを放置して他方のリスクをより強くコントロールすればよいというのではない。内臓脂肪蓄積の指標としてウエスト周囲径を測定することは、日本肥満学会の新しい肥満症診断基準の発表にもかかわらず未だ一般的とはなっていないが、本診断基準の設定により、より一般に普及することが望まれる。肥満度が欧米のように著しくなくとも軽度の過栄養状態で多くの健康障害をとめないやすい日本人において、ウエスト径の測定と、これを指標にした保健指導は重要と考えられる。実地診療において臨床効果のあるライフスタイル改善をもたらすことは容易ではないが、NCEPのレポートにおいても「これを施行することはチャレンジである。—Implementation is the challenge—」と述べられている。体重を理想体重にまで減少させることは困難であるが、ウエスト周囲径をわずかでも減少させることにより、リスクが一つでも減少する

ということによって実感し、医療を行う側と受ける側がともに認識することが望まれる。なお内臓脂肪蓄積を含めこれらのリスクは連続的に危険度を上昇するもので、基準値以上が危険で未満であれば全く安全というものではない。たとえウエスト周囲径が基準を満たさない症例でも、他のメタボリックシンドロームのコンポーネントが複数存在する場合には、メタボリックシンドロームに準じた管理が必要である。また、メタボリックシンドローム治療過程で新たなリスクが出現してくることも充分考えられ、境界域も含めて長期的に注意をはらう必要がある。

内臓脂肪蓄積以外のメタボリックシンドロームの各コンポーネント（リポ蛋白代謝異常、インスリン抵抗性、高血圧）は、原則的には内臓脂肪蓄積を減少させることにより改善するが、それぞれの病態は独自の遺伝的、後天的要因によっても調節されており、内臓脂肪が上流にあるとしても、各コンポーネントの表現型としては異なることもある。それに応じて個々の保健指導も考慮することが望ましい場合もある。例えば高血圧が顕著な場合は食塩制限や、カリウムに富む野菜の摂取が^{40,42)}、高トリグリセライド血症に過度のアルコール摂取が深く関与すると考えられる症例にはアルコール制限が、高コレステロール血症も伴うものにはコレステロール摂取制限や食物繊維摂取の推奨がすすめられる⁶³⁾。食塩感受性高血圧患者では心血管合併症の頻度が高いことが報告されている^{40,64,65)}。糖尿病家族歴をもつ症例では将来的にインスリン分泌不全をきたし糖尿病を招来する可能性があるため、十分な栄養指導が必要である。糖尿病の発症はさらに心血管疾患の発症率を高める。ライフスタイルの改善はCRP上昇やPAI-1増加などの易炎症性状態や易血栓性状態の改善ももたらすことが報告されている^{66,67)}。個々のリスクに対する保健指導、薬物療法については各学会のガイドラインを参考にしてすすめられるべきであるが、常にリスクを総合的に評価して診療にあた

るべきである。インスリン抵抗性を改善させるとされている薬剤としてメトフォルミンとチアゾリジン誘導体があげられる。メトフォルミンは肥満糖尿病患者において心血管疾患発症率を抑制することが報告されている⁶⁸⁾。メトフォルミンとチアゾリジン誘導体とも、メタボリックシンドロームの心血管疾患抑制に関する報告は未だないが、現在いくつかの臨床研究が進行している。フィブラートは脂肪酸代謝を活性化し高トリグリセライド血症、低HDLコレステロール血症を改善させ、メタボリックシンドロームの心血管疾患リスクを減少させることが示唆されているが、さらに十分なエビデンスが望まれる。スタチンはアポB含有リポ蛋白を減少させ⁶⁹⁾、サブ解析においてメタボリックシンドロームにおける心血管疾患リスクを減少させることが報告されている^{44,70)}。降圧剤についてはいずれかの降圧剤がメタボリックシンドローム治療に特別な効果を有するかは定まっていない。メタボリックシンドロームを伴う高血圧患者における降圧薬の選択においてインスリン抵抗性への影響を配慮することがガイドラインにおいて述べられている(高血圧治療)。実際、高用量の利尿薬、 β 遮断薬はインスリン抵抗性に対して悪影響がある^{71,72)}。一方、レニン・アンジオテンシン系(RA系)抑制薬や α 遮断薬は改善させることが報告されている⁷³⁻⁷⁶⁾。更に、最近RA系抑制薬の投与にて高感度CRPの低下や尿中微量アルブミン排泄の減少を生じたと報告されている⁷⁷⁻⁸⁰⁾。またRA系抑制薬やある種のスタチンでは治療経過中の新規糖尿病発症が抑えられたとする報告がある⁸¹⁻⁸³⁾。

これらの薬剤治療に関しては長期の安全性に充分配慮する必要がある。リスクの評価と副作用のチェックのために、一般には最初の3カ月間は毎月、その後は3カ月ごとに血算、肝機能、腎機能、CKを含めた検査が望まれる。多剤併用される可能性も高く、薬剤相互作用についても配慮すべきである。スタチンとフィブラートの

併用で稀に横紋筋融解症をきたすことがあり、そのうち半数以上が腎障害を伴っていたとされている。

結論

委員会メンバーはメタボリックシンドロームの第1の臨床的帰結を心血管疾患とし、そのハイリスクグループを絞り込んで効率的な予防を行うために、多数の人が用いることができ、かつ日本人に即した診断基準を作成することを試みた。その中で成因における重要性に加え、過栄養、運動不足というライフスタイル改善の重要性も考慮され、内臓脂肪蓄積を必須項目とすることで合意を得た。メタボリックシンドロームは2型糖尿病発症のリスクも高いとされており、本診断基準を用いた保健指導が現在我が国で急増している2型糖尿病予防さらには糖尿病性大血管症の予防にも適用しうれば望ましい。

文 献

- 1) Reducing Risks, Promoting Health Life: The World Health Report. World Health Organization, 2002.
- 2) Nakamura T, et al: Magnitude of sustained multiple risk factors for ischemic heart disease in Japanese employees: a case-control study. *Circ J* 65 (1): 11-17, 2001.
- 3) 二次健康診断項目と特定保健指導のガイドライン: 労災二次健康診断等給付事業について. 日本医師会(監). 2001.
- 4) World Health Organization. Definition, diagnosis and classification of diabetes and its complications: report of a WHO Consultation. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1999. Available at: http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_NCD_99.2.pdf. Accessed December 12, 2003
- 5) Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). Final report. *Circulation* 106 (25): 3143-3421, 2002.
- 6) Reaven GM: Banting lecture 1988. Role of insulin resistance in human disease. *Diabetes* 37 (12): 1595-1607, 1988.
- 7) Kaplan NM: The deadly quartet. Upper-body obesity, glucose intolerance, hypertriglyceridemia, and hypertension. *Arch Intern Med* 149 (7): 1514-1520, 1989.

- 8) DeFronzo RA, Ferrannini E: Insulin resistance. A multifaceted syndrome responsible for NIDDM, obesity, hypertension, dyslipidemia, and atherosclerotic cardiovascular disease. *Diabetes Care* 14 (3) : 173-194, 1991.
- 9) Vague J: La différentiation sexuelle facteur déterminant des formes de l'obésité. *Presse Med* 30 : 339-340, 1947.
- 10) Kissebah AH, et al: Relation of body fat distribution to metabolic complication of obesity. *J Clin Endocrinol Metab* 54 (2) : 254-260, 1982.
- 11) Björntorp P: Obesity and the risk of cardiovascular disease. *Ann Intern Med* 17 : 3-9, 1985.
- 12) Fujioka S, et al: Contribution of intra-abdominal fat accumulation to the impairment of glucose and lipid metabolism in human obesity. *Metabolism* 36 (1) : 54-59, 1987.
- 13) Matsuzawa Y, et al: Classification of obesity with respect to morbidity. *Proc Soc Exp Biol Med* 200(2) : 197-20, 1992.
- 14) Laaksonen DE, et al: Metabolic syndrome and development of diabetes mellitus: application and validation of recently suggested definitions of the metabolic syndrome in a prospective cohort study. *Am J Epidemiol* 156 (11) : 1070-1077, 2002.
- 15) Funahashi T, et al: Role of adipocytokines on the pathogenesis of atherosclerosis in visceral obesity. *Intern Med* 38 (2) : 202-206, 1999.
- 16) Matsuzawa Y, et al: Adiponectin and Metabolic Syndrome. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 24(1) : 29-33, 2004.
- 17) Matsuzawa Y, et al: Molecular mechanism of metabolic syndrome X: contribution of adipocytokines adipocyte-derived bioactive substances. *Ann N Y Acad Sci* 892:146-154, 1999.
- 18) Carr DB, et al: Intra-abdominal fat is a major determinant of the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III criteria for the metabolic syndrome. *Diabetes* 53 (8) : 2087-2094, 2004.
- 19) Examination Committee of Criteria for 'Obesity Disease' in Japan; Japan Society for the Study of Obesity: New criteria for 'obesity disease' in Japan. *Circ J* 66 (11) : 987-992, 2002.
- 20) Ryo M, et al: A new simple method for the measurement of visceral fat accumulation by bioelectrical impedance. *Diabetes Care* 28 (2) : 451-453, 2005.
- 21) Grundy SM, et al; American Heart Association; National Heart, Lung, and Blood Institute: Definition of metabolic syndrome: Report of the National Heart, Lung, and Blood Institute/American Heart Association conference on scientific issues related to definition. *Circulation* 109 (3) : 433-438, 2004.
- 22) Tan CE, et al: Can we apply the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel definition of the metabolic syndrome to Asians? *Diabetes Care* 27 (5) : 1182-1186, 2004.
- 23) Lean ME, et al: Impairment of health and quality of life in people with large waist circumference. *Lancet* 351 (9106) : 853-856, 1998.
- 24) Poulit MC, et al: Waist circumference and abdominal sagittal diameter: best simple anthropometric indexes of abdominal visceral adipose tissue accumulation and related cardiovascular risk in men and women. *Am J Cardiol* 73 (7) : 460-468, 1994.
- 25) Han TS, et al: Waist circumference as a screening tool for cardiovascular risk factors: evaluation of receiver operating characteristics (ROC). *Obes Res* 4 (6) : 533-547, 1996.
- 26) 糖尿病治療ガイド 2004-2005. 日本糖尿病学会編. 2004.
- 27) 糖尿病の分類と診断基準に関する委員会報告. *糖尿病* 42 (5) : 385-401, 1999.
- 28) DECODE Study Group, the European Diabetes Epidemiology Group: Glucose tolerance and cardiovascular mortality: comparison of fasting and 2-hour diagnostic criteria. *Arch Intern Med* 161 (3) : 397-405, 2001.
- 29) Tominaga M, et al: Impaired glucose tolerance is a risk factor for cardiovascular disease, but not impaired fasting glucose. The Funagata Diabetes Study. *Diabetes Care* 22 (6) : 920-4, 1999.
- 30) Alexander CM, et al; Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III); National Cholesterol Education Program (NCEP): NCEP-defined metabolic syndrome, diabetes, and prevalence of coronary heart disease among NHANES III participants age 50 years and older. *Diabetes* 52 (5) : 1210-1214, 2003.
- 31) Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. *Lancet* 352 (9131) : 837-853, 1998.
- 32) 動脈硬化性疾患診療ガイドライン 2002 年版. 日本動脈硬化学会編. 2002.
- 33) 基田仁志, 日和田邦男: 冠動脈硬化症の疫学における高トリグリセライド血症の意義. *Therapeutic Research* 14: 531-558, 1993.
- 34) Iso H, et al: Serum triglycerides and risk of coronary heart disease among Japanese men and women. *Am J Epidemiol* 153 (5) : 490-499, 2001.
- 35) 高脂血症診療ガイドライン: 日本動脈硬化学会編 1997.
- 36) Hata Y, et al; Working Committee on JAS Guideline for Diagnosis and Treatment of Hyperlipidemias: Report of the Japan Atherosclerosis Society (JAS) Guideline for Diagnosis and Treatment of Hyperlipidemia in Japanese adults. *J Atheroscler Thromb* 9 (1) : 1-27, 2002.
- 37) Kitamura A, et al: High-density lipoprotein cholesterol and premature coronary heart disease in urban Japanese men. *Circulation* 89 (6) : 2533-2539, 1994.
- 38) Maruyama C, et al: Assessment of LDL particle size by triglyceride/HDL-cholesterol ratio in non-diabetic, healthy subjects without prominent hyperlipidemia. *J Atheroscler Thromb* 10 (3) : 186-191, 2003.

- 39) 高血圧治療ガイドライン 2004 : 日本高血圧学会発行 2004.
- 40) Fujita T, et al : Factors influencing blood pressure in salt-sensitive patients with hypertension. *Am J Med* 69 (3) : 334-344, 1980.
- 41) Gaboury CL, et al : Metabolic derangements in nonmodulating hypertension. *Am J Hypertension* 8 : 870-895, 1995
- 42) Ogihara T, et al : Contribution of salt intake to insulin resistance associated with hypertension. *Life Sci* 73 : 509-523, 2003
- 43) Ridker PM, et al : C-reactive protein, the metabolic syndrome, and risk of incident cardiovascular events : an 8-year follow-up of 14 719 initially healthy American women. *Circulation* 107 (3) : 391-397, 2003.
- 44) Sattar N, et al : Metabolic syndrome with and without C-reactive protein as a predictor of coronary heart disease and diabetes in the West of Scotland Coronary Prevention Study. *Circulation* 108 (4) : 414-419, 2003.
- 45) Anand SS, et al : Study of Health Assessment and Risk in Ethnic Groups ; Study of Health Assessment and Risk Evaluation in Aboriginal Peoples Investigators: Relationship of metabolic syndrome and fibrinolytic dysfunction to cardiovascular disease. *Circulation* 108 (4) : 420-425, 2003.
- 46) Gerstein HC, et al : Albuminuria and risk of cardiovascular events, death, and heart failure in diabetic and nondiabetic individuals. *JAMA* 286 (4) : 421-426, 2001.
- 47) Mann JF, et al : Development of renal disease in people at high cardiovascular risk : results of the HOPE randomized study. *J Am Soc Nephrol* 14 (3) : 641-647, 2003.
- 48) 糖尿病性腎症に関する合同委員会報告. *糖尿病* 44 : 623, 2001.
- 49) Culleton BF, et al : Serum uric acid and risk for cardiovascular disease and death : the Framingham Heart Study. *Ann Intern Med* 131 (1) : 7-13, 1999.
- 50) Fang J, Alderman MH : Serum uric acid and cardiovascular mortality the NHANES I epidemiologic follow-up study, 1971-1992. *National Health and Nutrition Examination Survey. JAMA* 283 (18) : 2404-2410, 2000.
- 51) 高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン 日本痛風・核酸代謝学会.
- 52) Shimomura I, et al : Enhanced expression of PAI-1 in visceral fat : possible contributor to vascular disease in obesity. *Nat Med* 2 (7) : 800-803, 1996.
- 53) Pischon T, et al : Plasma adiponectin levels and risk of myocardial infarction in men. *JAMA* 291 (14) : 1730-1737, 2004.
- 54) Ryo M, et al : Adiponectin as a biomarker of the metabolic syndrome. *Circ J* 68 (11) : 975-981, 2004.
- 55) Kumada M, et al ; Osaka CAD Study Group : Coronary artery disease : Association of hypoadiponectinemia with coronary artery disease in men. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 23 (1) : 85-89, 2003.
- 56) Malik S, et al : Impact of the metabolic syndrome on mortality from coronary heart disease, cardiovascular disease, and all causes in United States adults. *Circulation* 110 (10) : 1245-1250, 2004.
- 57) Hunt KJ, et al ; San Antonio Heart Study : National Cholesterol Education Program versus World Health Organization metabolic syndrome in relation to all-cause and cardiovascular mortality in the San Antonio Heart Study. *Circulation* 110 (10) : 1251-1257, 2004.
- 58) Isomaa B, et al : Cardiovascular morbidity and mortality associated with the metabolic syndrome. *Diabetes Care* 24 (4) : 683-689, 2001.
- 59) Lakka HM, et al : The metabolic syndrome and total and cardiovascular disease mortality in middle-aged men. *JAMA* 288 (21) : 2709-2716, 2002.
- 60) Ohnishi H, et al : Incidence of insulin resistance in obese subjects in a rural Japanese population : the Tanno and Sobetsu study. *Diabetes Obes Metab* 7 (1) : 83-87, 2005.
- 61) 竹内 宏, 他 : 日本人におけるMetabolic Syndromeとインスリン抵抗性の検討—端野・壮瞥町研究—. *糖尿病* 46 (9) : 739-744, 2003.
- 62) 竹内 宏, 他 : 日本人の新診断基準によるメタボリックシンドロームの頻度と予後の検討—端野・壮瞥町研究— (投稿準備中)
- 63) Teramoto T : Impact of lifestyle changes on plasma lipid levels and ischemic disease. *Curr Atheroscler Rep* 3(1) : 1-2, 2001.
- 64) Morimoto A, et al : Sodium sensitivity and cardiovascular events in patients with essential hypertension. *Lancet* 350 (9093) : 1734-1737, 1997.
- 65) Fujita T, et al : Systemic and regional hemodynamics in patients with salt-sensitive hypertension. *Hypertension* 16 (3) : 235-244, 1990.
- 66) Arvidsson E, et al : Effects of different hypocaloric diets on protein secretion from adipose tissue of obese women. *Diabetes* 53 (8) : 1966-1971, 2004.
- 67) Esposito K, et al : Effect of weight loss and lifestyle changes on vascular inflammatory markers in obese women : a randomized trial. *JAMA* 289 (14) : 1799-1804, 2003.
- 68) UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). *Lancet* 352 (9131) : 854-865, 1998.
- 69) Sone H, et al : HMG-CoA reductase inhibitor decreases small dense low-density lipoprotein and remnant-like particle cholesterol in patients with type-2 diabetes. *Life Sci* 71 (20) : 2403-2412, 2002.
- 70) Pyorala K, et al ; Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S) : Reduction of cardiovascular events by simvastatin in nondiabetic coronary heart disease patients with and without the metabolic syndrome : subgroup analyses of the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Diabetes Care* 27 (7) : 1735-1740, 2004.

- 71) ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial: Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic: The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). *JAMA* 288 (23): 2981-2997, 2002.
- 72) Gress TW, et al: Hypertension and antihypertensive therapy as risk factors for type 2 diabetes mellitus. Atherosclerosis Risk in Communities Study. *N Engl J Med* 342 (13): 905-912, 2000.
- 73) Julius S, et al; VALUE trial group: Outcomes in hypertensive patients at high cardiovascular risk treated with regimens based on valsartan or amlodipine: the VALUE randomised trial. *Lancet* 363 (9426): 2022-2031, 2004.
- 74) Miyazaki Y, et al: Effects of the angiotensin converting enzyme inhibitor temocapril on insulin sensitivity and its effects on renal sodium handling and the pressor system in essential hypertensive patients. *Am J Hypertens* 11 (8 Pt 1): 962-970, 1998.
- 75) Andersson PE, Lithell H: Metabolic effects of doxazosin and enalapril in hypertriglyceridemic, hypertensive men. Relationship to changes in skeletal muscle blood flow. *Am J Hypertens* 9(4 Pt 1): 323-333, 1996.
- 76) Courtney CH, et al: Effect of the alpha-adrenergic blocker, doxazosin, on endothelial function and insulin action. *Metabolism* 52 (9): 1147-1152, 2003.
- 77) Fliser D, et al; European Trial on Olmesartan and Pravastatin in Inflammation and Atherosclerosis (EUTOPIA) Investigators: Antiinflammatory effects of angiotensin II subtype 1 receptor blockade in hypertensive patients with microinflammation. *Circulation* 110 (9): 1103-1107, 2004.
- 78) Viberti G, Wheeldon NM; MicroAlbuminuria Reduction With VALsartan (MARVAL) Study Investigators: Microalbuminuria reduction with valsartan in patients with type 2 diabetes mellitus: a blood pressure-independent effect. *Circulation* 106 (6): 672-678, 2002.
- 79) Parving HH, et al; Irbesartan in Patients with Type 2 Diabetes and Microalbuminuria Study Group: The effect of irbesartan on the development of diabetic nephropathy in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 345 (12): 870-878, 2001.
- 80) Brenner BM, et al; RENAAL Study Investigators: Effects of losartan on renal and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes and nephropathy. *N Engl J Med* 345 (12): 861-869, 2001.
- 81) Yusuf S, et al; HOPE Study Investigators: Ramipril and the development of diabetes. *JAMA* 286(15): 1882-1885, 2001.
- 82) Lindholm LH, et al; For the LIFE study group: Risk of new-onset diabetes in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study. *J Hypertens* 20 (9): 1879-1886, 2002.
- 83) Freeman DJ, et al: Pravastatin and the development of diabetes mellitus: evidence for a protective treatment effect in the West of Scotland Coronary Prevention Study. *Circulation* 103 (3): 357-362, 2001.

メタボリックシンドローム診断基準検討委員会

委員長	松澤 佑次		代田 浩之	日本循環器学会
委員	池田 康夫	日本血栓止血学会	寺本 民生	日本動脈硬化学会
	片山 茂裕	日本高血圧学会	中尾 一和	日本肥満学会
	北 徹	日本動脈硬化学会	榎野 博史	日本腎臓学会
	久木山清貴	日本循環器学会	宮崎 滋	日本肥満学会
	齋藤 康	日本動脈硬化学会	山田 信博	日本糖尿病学会
	島本 和明	日本高血圧学会	オブザーバー 藤田 敏郎	日本内科学会
	清野 裕	日本糖尿病学会	事務局 中村 正	
			船橋 徹	

各学会のガイドライン等 参照URL

○糖尿病：日本糖尿病学会HP

http://www.jds.or.jp/modules/education/index.php?content_id=11

○高血圧症：日本高血圧学会HP

<http://jpnsh.jp/>

○脂質異常症：日本動脈硬化学会HP

<http://www.j-athero.org/>

○慢性腎臓病（CKD）：日本腎臓学会HP

<http://www.jsn.or.jp/guideline/guideline.php>

○高尿酸血症・痛風：日本痛風・核酸代謝学会HP

<http://www.tukaku.jp/>

○肥満症：日本肥満学会HP

<http://www.jasso.or.jp/>

健診・保健指導の研修ガイドライン

(平成 30 年〇月版)

目次

はじめに	6-1
I. 研修を体系化する	
1) 「特定保健指導実施者のための研修」に求められるもの	6-2
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	6-4
3) さまざまな研修方法の組み合わせ	6-5
4) 研修実施機関別の主たる受講者	6-9
5) 研修の評価（共通的な事項）	6-15
II. 職務・経験別の受講者ニーズに対応した研修を実施する	
1) 保健指導実施者	6-17
a. 初任者（保健指導経験年数 1～2 年目）	6-17
b. 経験者（保健指導経験年数 3 年以上）	6-19
2) 保健指導チームのリーダー的立場にある専門職	6-26
3) 特定保健指導事業の運営責任者（事務担当者等）	6-28
4) 人材育成・研修会の企画・運営担当者	6-31
III. 職務・経験別の受講者別の研修の具体的な内容	
1) 保健指導実施者	6-35
a. 初任者（保健指導経験年数 1～2 年目）	6-35
b. 経験者（保健指導経験年数 3 年以上）	6-36
2) 保健指導チームのリーダー的立場にある専門職	6-37
3) 特定保健指導事業の運営責任者（事務担当者等）	6-38
4) 人材育成・研修会の企画・運営担当者	6-39

はじめに

平成 20 年度に開始された特定健康診査・特定保健指導（以下「特定健診・特定保健指導」）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、その他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、平成 26 年度には、全国で 2,616 万人が特定健診を受診し、うち 78.3 万人に対し保健指導を提供するに至った。特定健診・特定保健指導の効果分析においても数百本以上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人の方が検査値、医療費共に未実施群よりも良好であったことが示された。

一方では平成 26 年度の特定健診受診率は 48.6%、特定保健指導実施率がいまだ 17.8% 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 10 年が経過し、研修ニーズの多様化が課題となっている。

本研修ガイドラインでは、受講者のニーズにあった具体的な研修の在り方を示すために、下記のポイントを重視して作成しているが、下記の内容に限定して研修を実施するのではなく、特定健診・特定保健指導全体のことを学習することができるよう配慮する必要がある。

○各研修機関の行う研修の目的・受講者層を明確にすること

○特定健診・特定保健指導に従事する者等が各職務で必要とするスキル、業務遂行能力を明確にすること

○受講者が主体的に学習する仕組みをつくること

○自己学習、On-the-Job Training (OJT) と外部研修を組み合わせること

○スキル評価票等を活用することにより、研修ニーズの把握や研修の評価を行い、研修プログラムに反映させること

○研修企画者が具体的に取り組むべきことを提示すること

○研修で学習すべき具体的内容の例として、学習教材を示すこと

○特定健診・特定保健指導研修に限らず、ほかの研修での応用可能性を考慮すること

なお、本研修ガイドラインは「国立研究開発法人日本医療研究開発機構委託研究開発費 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業 標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）及び健康づくりのための身体活動基準 2013 に基づく保健事業の研修手法と評価に関する研究 研究代表者 津下一代」の開発により作成した。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。

本研修ガイドラインを保健指導に関する研修の企画・運営に活用されたい。

I. 研修を体系化する

1) 「特定保健指導実施者のための研修」に求められるもの

保健指導実施者は決められた時間の面接、電話や電子メール等により、対象者の健康に関する関心を高め、健康行動を引き出す役割が期待されている。そのため保健指導実施者は病態や食生活・身体活動・喫煙・アルコール等の生活習慣改善のための知識と技術を動員し、対象者の思いや生活背景を考慮しつつ、行動変容を促していく（図1）。保健指導実施者には知識・技術・応用力等多彩な能力が求められる（図2）。

図1. 保健指導のプロセス

（標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）及び健康づくりのための身体活動基準 2013 に基づく保健事業の研修手法と評価に関する研究（研究代表 津下 一代）資料より）

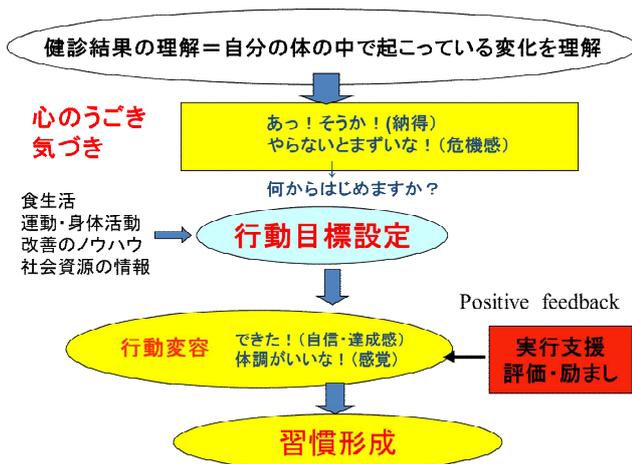
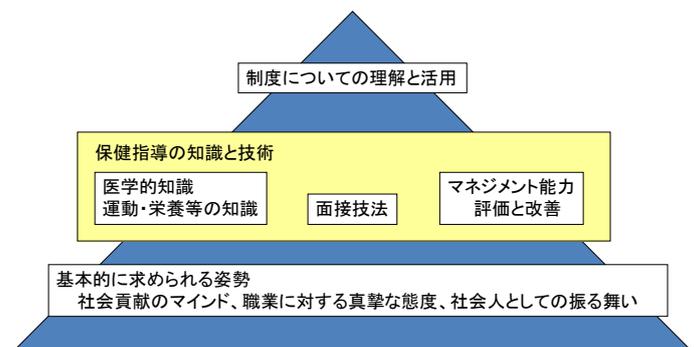


図2. 保健指導実施者に必要とされるスキル（概念図）

（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 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、経験年数もさまざまである。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しくみをよく理解して、保健指導チームとして成

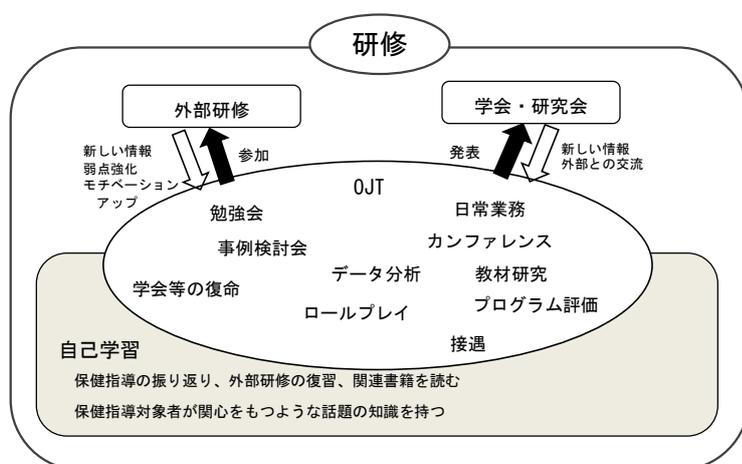
果を上げていく姿勢や、スムーズに運営できる業務遂行能力も重要である。この点では保健指導実施者だけでなく、運営にかかわる事務職等も本制度の意義と運営方法を十分理解していることが求められる。

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、さら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
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 津下 一代）資料より一部改変）



外部への研修参加はよい刺激にはなるがこれだけで能力の向上は困難である。職場での日常業務を通じた学習や勉強会等のOJTや自己学習が重要である。外部研修はOJTや自己学習の支援としての役割を持つ。学会等への積極的な発表により、保健指導を客観的に振り返ることができる。

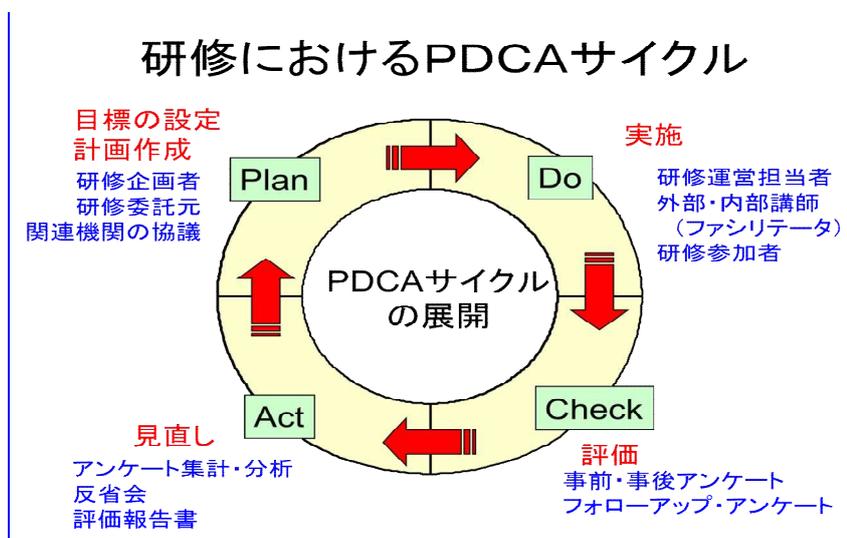
研修を企画（Plan）するに当たっては、その目的を十分に考慮して主要なテーマを定めること、受講者が研修会参加によって獲得しうる具体的な目標を考えることが重要である。受講者のスキルのレベルやニーズに合わせて学習課題を明確にし、それを達成できるような内容を考えていく。受講者同士がコミュニケーションをとれる機会、相談や助言をできる時間を設けることも重要である。

研修実施（Do）時には受講者が主体的な姿勢で取り組めるよう、段取りやファシリテーション等に留意する。研修内容は、実際に参加した受講者にあわせた微調整を行う。研修

終了時には、目標をどの程度達成できたかを確認する。とくに保健指導実践の上でこれまで困難であったことを解決する能力が高まったかを確認することが必要である（評価・Check）。

受講者を対象にアンケート調査を行うと共に、ヒアリング等のフォローアップ調査を行うことで、研修の課題を明確にし、次の研修の企画に活かしていく（見直し・Act）。このような PDCA サイクルを回した研修を行うことで、より実践に役立つ内容に改善していくことが可能となる。

図4. 研修におけるPDCAサイクル （国立保健医療科学院資料より、一部改変）



2) 受講者ニーズに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わかった。また、保健指導チームのリーダー的立場にある専門職は自己の保健指導スキルの向上だけでなく、チームとして結果を出していくための方策やプログラム評価等について関心が高いこと、特定保健指導業務の運営責任者が保健指導実施者の力量向上に関心をもっているのか、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わかっており、適切な情報提供の機会が必要なことが明らかになった。さらに、研修会を企画・運営する役割を担う者においては、企画・立案の方法、研修評価の方法について学習する機会がなく、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。

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）、さらには人材育成・研修会の運営担当者に層別化し、各層において必要とされる能力を業務遂行能力チェックリストとして整理した。

ただし、層別化した受講者に対する研修内容を全て一度に実施しなければならないわけではなく、たとえば、以下の活用をイメージしている。

- 自己学習、OJT で実施すべきことと、外部研修で実施することの整理をした上で、外部研修での優先順位を考慮してテーマを設定する
- 研修実施機関（都道府県・保険者・学会・民間企業等）別に、重点化すべき受講者層を意識した研修を企画する。受講者募集の際にこれらの点を明らかにし、目的にあった受講者の参加を求める
- 数年度にわたる研修計画のなかで、制度や保健事業の実態、受講者のニーズにあったテーマを取り上げる
- 各受講者層に共通の研修テーマを設定し、広く受講者を募集し情報提供を行う研修を企画する
- 受講者に対し、必要に応じてほかの研修等を紹介する

3) さまざまな学習方法の組み合わせ

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、外部研修、外部への発表等様々な方法があり、これらを組み合わせる考えることが重要である。

*スキル：訓練や経験等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、コンピテンシー形成には重要な役割をもつ。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さら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もつことが望ましい。

③ 外部研修：研修実施機関に与えられた目的にあわせ、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、受講者のニーズにあ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表					
(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(_____) <small>*複数の資格をお持ちの方は複数回答してください。</small> 勤務形態: 1. 常勤 2. 非常勤 保健指導経験年数: (_____)年 <small>*特定保健指導に限らず、健診後の生活習慣改善支援等も経験年数に含まれます。</small> 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、 <u>該当数字1つに○をつけて下さい。</u>					
no.	項目	習得度			
		低			高
1	対象者との対話から行動変容ステージや生活上の課題を整理できる	1	2	3	4
2	対象者の生活状況を踏まえて何から改善することが可能か対象者とともに考えることができる	1	2	3	4
3	食行動と食事をアセスメントし、食習慣改善の必要性を判断できる	1	2	3	4
4	対象者の健康課題と生活習慣に合わせて、食生活の多様な取り組み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	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り組み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	面談や電話、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て支援できる	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づき、「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、対象者の気持ちが変わった働きかけ

は何か、改善した方がよいポイントは何か等について検討する。

- 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、修正したほう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：対象者の条件にあわせ、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醸成する。
- 課題検討：実施率を高めるには何をすべきか、繰り返し保健指導の対象となる者にはどのような保健指導の工夫が考えられるか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。

以上のように、保健指導の流れに沿って実施すると臨場感のある演習が可能となる。

研修実施者は、演習のまとめを作成し、受講者に後日フィードバックすることが望ましい。

- ④ e-ラーニングや SNS（Social Networking Service）の活用等:最近では e-ラーニングや web を使った学習形態も普及し、個人のペースで効率的な学習が可能になってきた。研修企画者は、学習内容や効果を十分吟味した上で、受講者の特性に応じてこれらの学習方法を準備することも、保健指導の効率化の一つの方法である。

4) 研修実施機関別の主たる受講者

特定保健指導に関する研修実施機関としては、国（国立保健医療科学院）、全国レベルの組織（保険者中央組織（国民健康保険中央会、健康保険組合連合会、全国健康保険協会等）、職能団体中央組織、学会等）、地域レベルの組織（都道府県、保険者協議会、国民健康保健団体連合会、全国健康保険協会や職域団体等の支部等）、民間団体等がある。研修内容としては、制度の根拠や規則等の改正点等のほか、保健指導スキルやコンピテンシーを高める内容、保健事業のマネジメント、先駆的事業の紹介等の内容が含まれる。対象としては、保健指導実施者向け、組織の長向け（制度についての理解）、運営担当者向けがある。

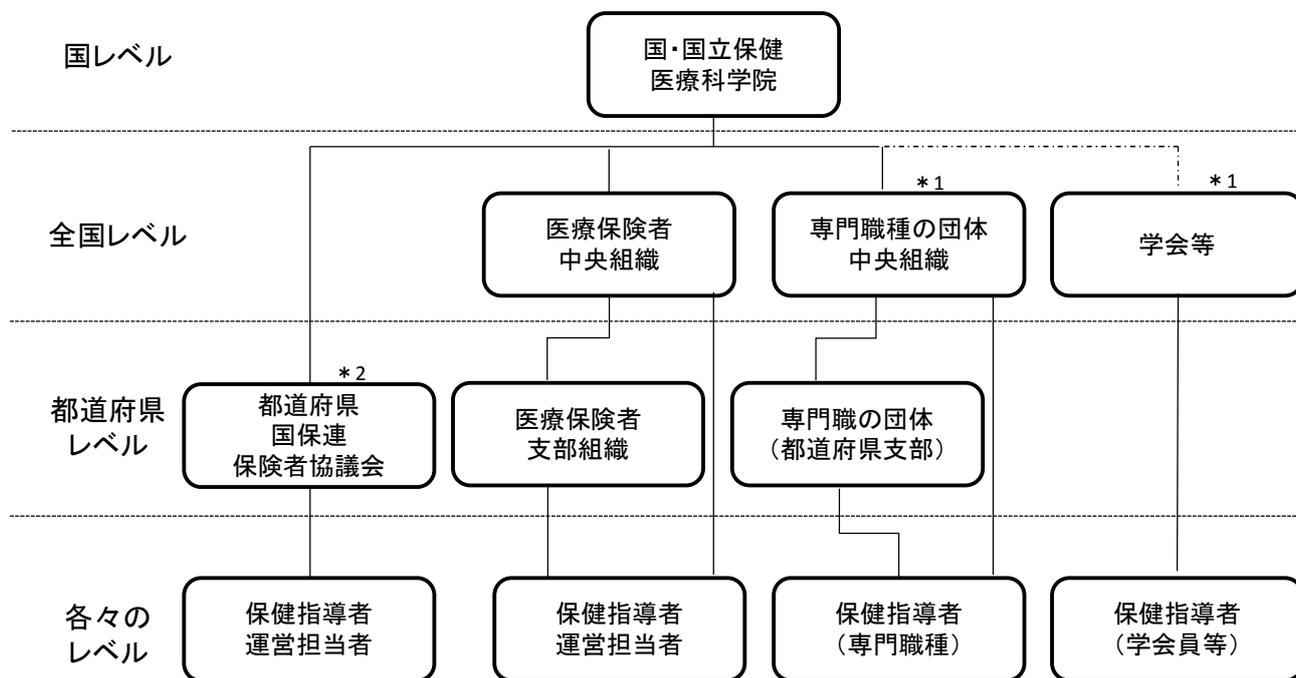
現時点の特定保健指導に係る研修体系を整理すると図5の通りとなる。また、研修実施

機関と主な受講者を整理すると、表2のようにまとめられる。

研修実施機関によって受講者と研修目的が異なるが、いずれの研修においても、一定以上の質が保たれていることや、受講者が学びたいという意欲を引き出す研修が求められる。

図5. 研修の体系図

標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版)及び健康づくりのための
身体活動基準2013に基づく保健事業の研修手法と評価に関する研究
(研究代表 津下 一代)資料より



- *1 専門的知識に関する講習は全国レベルの研修を受講しなくてもよいが、制度、事業評価等に関する研修企画者は上位の研修に参加することが望ましい。
- *2 都道府県における研修には、市町村のほか当該地区の医療機関・保健指導機関等で保健指導を実施する者が参加できるように配慮すること。

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 (B)	支部組織 (C)	保険者、特定保健指導保健指導機関 職能団体・学会等 (D)					
						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	国	研修企画・ 運営・評価		◎	○						
保険者中央 組織*1	全 国	知識・技術				◎	◎	◎			
		事業運営					○	◎	◎	◎	
		研修企画			◎				○	○	
職能団体*2		知識・技術				◎	◎	◎			
		研修企画			◎				○		
学会		知識・技術				◎	◎	◎			
都道府県・ 保険者協議 会・国保連	都道府県・ ブロック	知識・技術				◎	◎	○		○	
		事業運営						○	◎	◎	
職能支部		知識・技術				◎	◎	○			
民間研修 機関	各々	知識・技術				◎	◎				
		事業運営						○	◎	◎	
保健指導機 関 (OJT)	職 場	知識・技術				◎	◎	◎			
		事業運営						○	◎	◎	

◎主たる受講者（積極的な参加）、○参加可能な受講者

* 1：国民健康保険中央会、健康保険組合連合会、全国健康保険協会、共済組合連合会

* 2：医師、保健師、管理栄養士等の専門職種の団体

① 国（国立保健医療科学院）が行う研修

○国は国立保健医療科学院において、都道府県、保健所設置市及び特別区、保険者中央組織及び都道府県支部、保険者協議会、職能団体（全国レベル）、学会等の研修企画者を対象に、政策目標に合致し、受講者ニーズに合わせた、研修を企画・運営・評価できるようにするための研修を実施する。

- 国の研修（図5、Aレベル）受講者は、都道府県等における実務者研修（図5、B・Cレベルの研修）を主催、もしくは積極的に関わることが求められる。
- 上記受講者のほか、都道府県、保険者協議会及び国保連合会が大学等の学術・研究機関と協働で研修を企画・運営している場合、必要に応じてこれら機関の専門家等が国の研修を聴講できるよう配慮する。
- 本研修の企画にあたり、受講者（研修企画者）が直面している問題の解決に役立つような研修を企画することが求められる。
- 研修の内容としては、生活習慣病対策に関する国の動向や学会等の最新情報のほか、現場のニーズ等を踏まえ、研修内容（講義や演習等のテーマ）を毎年評価し、必要に応じて見直しを行う。
- 研修の効果を高めるためには、事前課題を提示し、能動的な学習を促す工夫も必要となる。たとえば、制度等に関する知識については事前に資料を読み込んできてもらい、これまでとの相違の理解や疑問点を確認できる場を設定したり、自機関が実施してきた研修会のアンケート調査結果を振り返り、研修企画に関する課題を事前に整理することを促したりする等の方法がある。こうした事前課題を、研修中に実施するグループワークと連動させ、受講者の課題解決能力の強化につなげるよう工夫することが望ましい。
- 国が行う研修に参加することの利点の一つに、異なる地域・職域・組織の経験を受講者間で共有できることがある。この利点を活かせるよう、研修の企画に当たっては、経験を共有するための場や機会を工夫することが必要である。

② 全国レベルの研修

- 保険者中央組織、職能団体中央組織等（図5、Bレベル）が、全国から受講者を募集して特定保健指導に関する研修会を開催する場合、研修企画者は国が実施する特定保健指導に関する研修を受講することが望ましい。一方、学会等が開催する、生活習慣病に関する病態や行動変容スキルについての講習等専門職の技術力向上を主たる内容とする研修会では、開催にあたり前述の研修の受講は求めないが、公開されている国の研修の情報や資料を収集する等して、その内容を踏まえた研修を実施することが望ましい。
- 研修の内容としては、特定保健指導についての内容のほか、データヘルス計画、医療費適正化等に関連した情報、健康医療制度の見直し等に関する動き等、国の動向についての情報や保健指導に役立つ新しい知見についての情報提供を行う。また、支部組織や保健指導機関においてリーダー的な役割を果たす人材の育成も重要であり、専門的な知識や技術に関する講義や事業運営に関わる演習等の工夫も必要である。
- 国民健康保険中央会、全国健康保険協会、健康保険組合連合会、職能団体（全国レベル）（図5、Bレベル）は、支部組織（図5、Cレベル）を対象とした研修会を企画している

場合には、研修企画力向上のための研修を行うだけでなく、必要に応じて、支部組織が研修を企画する際の支援を行い、都道府県と連携するよう助言する。

○健康保険組合連合会、全国健康保険協会では、産業保健分野との連携、ほかの被用者保険との共同実施等を視野に入れた研修を企画することも必要である。

○学会は当該分野の専門家で構成されているので、その専門とする領域を中心に研修を組み立てることができる。受講者ニーズとしては詳細な専門知識だけでなく、その知識等を活用して保健指導をどのように効果的に行うかが重要であることに留意する。たとえば、保健指導教材の科学的根拠の解説や、保健指導と医療との関連等について情報提供を行う等が考えられる。学会外部から受講者を募集する場合には、①研修の目的と達成目標、②研修内容、③研修受講者の範囲、を明らかにし、受講者がより選択しやすくなるような情報提供が求められる。

③ 都道府県等地域レベルの研修

地域における保健指導を担う人材育成の場として、初任者や保健指導実施者に対する実践的な研修、事業運営に関する具体的な手順・評価に関する研修が求められている。

○都道府県等において研修企画を行う者は、国が実施する特定保健指導に関する研修を受講することが望ましい。

○都道府県における研修の企画に当たっては、市町村の国保担当部門や衛生部門だけでなく、被用者保険と研修を共同実施することを視野に入れて、研修の内容や時期等について健康保険組合、全国健康保険協会等の保険者や保健指導機関等の意見を取り入れることも重要である。受講者が、地域における研修の機会を有効活用できるように、研修企画者は、ほかの研修内容を確認し、必要な事項を重複なく実施できるよう調整することが必要である。

○都道府県は健康増進計画の推進等と併せ、個人に対する生活習慣改善についての働きかけの重要性と共に、健康な環境づくり、保健サービスへのアクセスの改善等に視点を置いた研修を行うことが大切である。市町村における生活習慣病対策の推進においては、健康づくり担当部門と特定保健指導担当部門の連携がとれていることが重要であり、研修の機会を通して共通の目標を意識することや共通に活用できる社会資源・関係者についての情報共有を行う。

- 保健指導初任者に対する基礎研修は都道府県の役割として重要であり、都道府県には基礎知識を提供する場を作ることが求められている。都道府県は少なくとも年1回は特定保健指導に関する研修を行うことが望ましい。

- 研修を実施するためには、様々な関係機関との調整が重要である。国保連合会等との連携だけでなく、地域の大学や研究所等、研修企画に対する専門的な立場からの助言や、

研修の講師派遣、研修後の市町村等の支援に協力してくれる可能性がある機関と日ごろから情報交換を行い、関係づくりを行う必要がある。既存の関連する協議会等を活用し、研修の実施及び評価に関する課題を整理したり、関係者間の役割分担について整理したりすることで、広域的な研修の実施及び評価体制を構築することが必要である。受講者募集に当たっては、これらの機関と協力して実施することが望ましい。

- コアスライド（研究班教材 <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。
- 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、また、前述の協議会の活用や有識者の助言を受けられるようにすること等が考えられる。次年度の予算化の時期には、過去の研修評価を反映した企画を提案し、絶えず受講者ニーズや制度を取り巻く状況等を捉えた研修企画につなげていく必要がある。

○ 職能団体（医師会、看護協会、栄養士会等）は専門的な知識・技術の研鑽の場として研修を企画することが多い。研修内容が、一部の専門分野に偏らないよう、研修内容の工夫が必要である。

○ 特定保健指導の円滑な実施に当たっては、契約等の事務手続きの円滑化、外部委託機関との協力体制、個人情報取り扱い、事業評価、人材確保についての知識が不可欠である。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。

④ その他の実施主体

○ 民間研修機関は、研修の委託を受けて実施する場合、委託元との綿密な打ち合わせにより現状、課題、ニーズ把握を行い、受講者のニーズにマッチした研修になるよう留意すべきである。

○ 保健指導機関においては、計画的な OJT を職場内の責務として計画的に実施する必要がある。業務を遂行するうえで必要な手順の確認、所属保健指導機関で用いる指導教材への習熟、保健指導内容の振り返り、保健指導スキル評価、困難事例の研究・カンファレンスは日常管理において必須である。よりよい保健指導プログラムへの改善のためには、勉強会の実施や学会・研究会における発表、外部研修受講者が職場内に持ち帰り情報共有を行う場の設定等を、指導的立場の保健指導者実施者を育成するうえで実施することが望ましい。また、自己学習を積極的に勧める。

○ 学会等が認定する生活習慣病予防に関する資格の習得や、保健指導の効果を高めるスキ

ルアップ研修への参加を通じて、生活習慣病予防の役割を担う専門職として、キャリアアップを図ることができる。外部研修への参加では、多機関からの受講者や講師等との交流を通じて、よりよい保健指導へのモチベーションを高めることも重要である。

5) 研修の評価（共通的な事項）

特定保健指導に関する継続的な研修会を企画する上で、講師や受講者へのフィードバックや、次の研修に課題や改善点を活かすためにも評価が重要である。

本研修ガイドラインでは、研修の評価項目について、全ての研修に共通する内容と各分野で該当する項目に分類して示す。

（全ての研修に共通する評価項目）

ア. 研修実施体制（ストラクチャー評価）

- 研修実施機関の中で、主たる担当者を中心としてチーム形成ができたか
- 組織外の関係者と連携・調整し、当該研修の果たすべき役割を明確化できたか
- 目的達成のために必要な予算、機材等を得られたか

イ. 準備過程の評価（プロセス評価）

- 社会情勢や受講者層のニーズを把握できたか
- ニーズにあった企画ができたか
- スキルや業務遂行能力を高めるために、自己学習、OJT と外部研修等の方法を組み合わせて考えることができたか
- 研修の目的を明確にし、受講者数等の目標を適正にたてられたか
- 目的にあったプログラム構成となったか
- 講師との調整はうまくいったか。講師からの積極的な提案を得ることができたか
- 演習は、受講者の実践ニーズに対応していたか
- 演習の流れ・時間配分について、受講者にわかりやすい手順を示しているか
- 演習のシミュレーションを実施したか
- 研修効果を把握するためのアンケート等の評価項目は適切だったか
- 予算、収支を考慮した企画であったか

ウ. 研修会参加状況の評価（アウトプット評価）

- 地域、職種、経験年数別の参加状況等、詳細な分析により、目的とした受講者層が参加したか
- 受講者は積極的に受講したか
- 受講者は積極的に演習に参加したか
- 受講者からの技術的な質問に対し、適切に対応できたか
- 研修会の運営はスムーズであったか

エ. 研修会後評価

- 受講者のニーズに応える研修であったか

- 目的に合った研修の内容であったか（講師選定、教材等）
- 受講者からの苦情や研修に対する意見への対応を行えたか
- 受講者の意欲・知識・技術の変化がみられたか
- 受講者の意欲・知識・技術の変化が定着しているか（フォローアップ調査）
- 研修の課題を明確にし、次回の研修会に活かせるか

オ. アウトカム評価

- 受講者の保健指導スキル、業務遂行能力等、必要とされる能力が高まったか
- 研修会の満足度が高く、人材育成、研修会の必要性が認識され、次回以降の受講者が増えたか
- 研修会の企画・運営を通じ、地域の生活習慣病予防における連携体制が強化されたか

Ⅱ. 職務・経験別の受講者ニーズに対応した研修を実施する

1) 保健指導実施者

①求められる能力

保健指導の実践現場で必要とされることは、以下の内容が考えられる。

- 特定保健指導の制度としくみを理解し、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、対象者に対してわ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
- 行動目標の実現に向けて継続的な支援ができること
- 保健指導の経過を振り返り、よりよい保健指導のために研鑽を積むこと
- 社会人としてのコミュニケーションがとれること

【経験に応じて求められる能力】

研修を企画するに当たっては、受講者の経験年数により、内容と研修形式を配慮する必要があるため、本研修ガイドラインでは初任者、経験者に分けて記載する。

a. 初任者（保健指導経験年数 1～2 年目）

初任者であっても、保健指導実施者として対象者に指導を行う以上、一定以上の知識と対応力が必要である。保健指導実施者は医師、保健師、管理栄養士等の異なった職種であるため、学んできた専門知識や実践経験は大いに異なる。研修の目標はメタボリックシンドローム改善のために行う保健指導に必要な知識と技術の習得であるので、研修会ではその差異をできるだけ縮める内容とし、受講者もその努力が必要である。基本的には、基礎的な内容については職種を問わず同一にするが、職種により強化すべき内容を別プログラムで実施する等の方法が考えられる。

この段階での学習では、OJT と自己学習が中心となる。先輩等の保健指導の観察により保健指導の流れを理解することや事例カンファレンスで主体的に考えていくこと、知識を整理していくこと等が求められる。職場では、ロールプレイ等を実施し、保健指導実施者が必要なスキルを習得していることを確認の上、実務を担当させることが適切である。保健指導実施者が、必要なスキルを習得しているかを確認する一つの方法として、業務遂行能力チェックリスト【初任者（保健指導経験年数 1～2 年目）対象】を表3に示す。自己評価、上司等による客観評価を受け、一定水準以上と判断された場合に保健指導の実施が許可されるべきである。

保健指導実施者は専門分野以外の内容については十分に自信をも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】

表3. 業務遂行能力チェックリスト[初任者(保健指導経験年数1～2年目)対象]	
獲得目標	習得が求められる知識や指導技術
事前準備および実施に関する内容	1 特定健診・保健指導の理念・目的を理解している
	2 保健指導対象者の選定と階層化の手法を説明できる
	3 保健指導プログラムの具体的な内容についてわかりやすく説明できる
	4 保健指導技術向上につながる自己学習(知識習得・情報収集)に努めている
	5 保健指導に関する研修会等に参加している
	6 社会人として必要とされるコミュニケーション能力を有している
	保健指導の運営に関する能力
	7 健診データ等の個人情報を適切に管理できる
	8 プライバシー等に配慮した会場の設置ができる
	9 対処の難しい事例を担当する場合、1人で解決しようとせずに、上司や先輩に相談できる (場合によっては、保険者に相談できる)
	10 グループ支援の進行、説明等ができる
	11 面談や電話、メール等を活用して継続的な支援ができる
	対象者を理解する能力
	12 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
	13 健診結果からただちに受診を要するか否か、の判断ができる
	14 メタボリックシンドロームに着目して検査結果の説明や今後起きうる生活習慣病への影響を説明できる
	15 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
	16 対象者の健康状態改善に向けて、効果が期待できる生活習慣改善法をリストアップできる
	対象者の生活背景をふまえ、前向きな自己決定を促すための支援
	17 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
	18 減量や生活習慣の改善により、健康状態や検査数値にどのような効果を与えるかを説明できる
	19 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
20 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	
21 記録表から目標に対する実践状況、行動変容ステージを読み取ることができる	
22 実践状況・行動変容ステージを意識して、フィードバック(励まし、賞賛、目標の見直し等)ができる	
個々の生活習慣に関して指導できる能力	食生活に関する指導技術
	23 食行動と食事をアセスメントし、食習慣改善の必要性を判断できる
	24 食事と生活習慣病の関連や、代謝の調整とエネルギー、栄養素、食品との関連について説明できる
	25 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
	26 設定した食行動の目標を実行すれば、どの程度の減量効果を期待できるか、エネルギー量に換算して示すことができる
	身体活動・運動に関する指導技術
	27 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
	28 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
	29 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
	30 健診結果や病歴から運動実施上の注意事項を説明できる
	たばこに関する指導技術
	31 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
	32 喫煙者に対して、禁煙のための解決策の提案を行うことができる
	アルコールに関する指導技術
33 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	
34 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
	35 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できる
	36 自らの保健指導を評価し、保健指導方法を改善できる

b. 経験者（保健指導経験年数3年以上）

初任者の時には、パターン化した説明を行うのに精一杯であるが、経験者の時期には説明の科学的根拠や背景を詳しく知ること、保健指導の効果を知ることにより、保健指導スキル

を格段に高めることができる。

この時期に適切な教育や意欲を高めるきっかけがないと、保健指導にも慣れてきてマンネリ化やパターン化しやすい。いつも通りこなしている、という感覚で保健指導を行っている、効果も上がりにくくなる場合がある。また、保健指導に対する自信から、自己研鑽がおろそかになる場合がある。対象者の将来の生活を思い、よりよい保健指導を行いたいという意欲を高めることや偏りがちな指導法を振り返り、困難事例にも対処できる力をつけることが大切である。

初任者と同様に、経験者においても保健指導に関する業務遂行能力を確認し、資質の向上を図ることが求められる。業務遂行能力を確認する一つの方法として、業務遂行能力チェックリスト【経験者（保健指導経験年数 3 年以上）対象】を表 4 に示す。また、個人の保健指導スキルだけでなく、保健指導機関が組織として成果を出せるような意識を持つことや、よりよい保健指導の方法についての提案力を持つこと、評価の構造を理解し、保健指導を改善できる力も身につけ、さらには社会資源にも配慮し、保健指導終了後もよい生活習慣が継続できるような支援を行えるようになることが望ましい。また、初任者を育成することも求められ、初任者を評価する場合、できていることに注目して強化していくことや、課題についてもこれからの成長を促すようなフィードバックができることが求められる。

【個々の生活習慣に関する専門知識をもち活用できる能力】

科学的根拠に基づき、対象者にとって改善しやすい生活習慣の具体的内容とその目標を提案できる能力が必要である。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、対象者にわかりやすく説明できる能力が必要である。その上で、「日本人の食事摂取基準」「食生活指針」「食事バランスガイド」や食事療法の各種学会ガイドライン等の科学的根拠を踏まえ、エネルギーバランス（食事によるエネルギー摂取量と身体活動による消費量）も考慮し、対象者にとって改善しやすい食行動の具体的内容を提案できる能力が必要である。その際には、対象者の食物の入手のしやすさや食に関する情報の入手のしやすさ、周囲の人々からのサポートの得られやすさ等、対象者の置かれた食環境の状況を踏まえた支援の提案や、国の健康日本 21（第二次）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、対象者にわかりやすく説明できる能力、さらに正しい身体活動・運動フォームや実施方法を実演する能力が必要である。

特に、身体活動の量、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。

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、9学会による禁煙ガイドライン（2010年改訂版）、禁煙支援マニュアル第二版（2017年増補改訂版）等の科学的根拠に基づき、対象者の特性に合わせて分かりやすく説明し、禁煙を支援できる能力が必要である。喫煙が健康に及ぼす影響については、喫煙が独立した循環器疾患や糖尿病のリスク因子であると共に、メタボリックシンドロームやその他の生活習慣病に喫煙が重なると虚血性心疾患や脳血管疾患のリスクが著しく高まることを説明する必要がある。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。

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・しくみ（階層化、支援方法）とその評価
- ・ メタボリックシンドロームに関する知識、健診データや生活習慣との関連
- ・ 生活習慣病予防に関連した最新の知見

- 行動変容に関する基本的知識・技術、信頼関係の構築
 - 行動変容ステージを把握した上での適切な支援
 - 対象者の生活環境や働く環境に基づいた支援やアドバイス
 - アセスメントの種類と具体的な方法
 - 実現可能な目標設定
 - 個人情報保護とデータの取扱い
- ii) 食生活
- 食生活と生活習慣病の関連（疫学調査、介入研究）
 - 実際の食行動や食事量と目標とする食行動や食事量との違いについて気づきを促す
 - 食事の量と内容を改善するための具体的な指導（対象者特性にあわせる）
 - 食事摂取基準や関連学会ガイドラインの食事療法についての理解
- iii) 身体活動
- 身体活動の強度（メッツ）の考え方、身体活動のエビデンス
 - 健康づくりのための身体活動基準 2013・アクティブガイドの理解
 - 対象者に応じたりスクマネジメント（運動実施上の注意事項、医療との連携）
- iv) 喫煙
- 喫煙と生活習慣病の関連
 - 禁煙支援の具体的な方法（短時間支援、標準的支援）
- v) アルコール
- アルコールと生活習慣病の関連（循環器疾患だけでなく、がん等との関連も）
 - 目安となる飲酒量（適正飲酒量）の理解を図る
 - 問題飲酒者の把握と減酒支援の具体的な方法

演習形式：

ロールプレイ、グループワーク、デモンストレーション、ピアレビュー等の方法の中で、受講者の経験年数や講義のレベルにあ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等の状況に応じて、無理なく実施できる方法を検討することが大切である。下記にその例を示す。

○初回面接の場面設定をしたロールプレイ

- 対象者への接し方、健診結果等のわかりやすい説明の仕方
- 対象者の行動変容ステージやライフスタイル等の把握
- 対象者と共に行動目標を作る 等

○事例検討

- 健診結果と問診による病態の理解
- さらに質問したい事項
- 本人に提供すべき情報（具体的な生活習慣改善方法の提案、対象者が身近に活用できる社会資源の提案等） 等

- 継続的支援の電子メールや手紙の書き方、電話での対応法
- 保健指導記録の書き方
- ビデオ映像を用いた初回支援の保健指導法の検討
- アルコール、禁煙支援等カウンセリング動画の視聴と検討
- 問題解決カウンセリング演習
- 食生活アセスメント演習
- 身体活動プログラムの指導体験 等

③研修の評価

i) 研修プログラム自体の評価

ア. 評価の視点

- ・研修内容と研修形式は受講者の経験年数（初任者、経験者）に応じた適切なものであったか
- ・職種別の得意・不得意項目を把握した上での研修であったか
- ・受講者の不安の軽減（弱点克服）や自信を向上させる研修であったか
- ・受講者が何から取り組むべきかの具体的な提案ができたか
- ・他機関や他職種との人間関係構築につながられたか
- ・保健指導スキルの向上のため、web 学習や e-ラーニング、ビデオ教材による動画の活用、具体的な事例を用いた演習等を活用できたか

イ. 評価の時期

- ・研修実施中から実施後に行う

ウ. 評価方法の例

a. 受講者による評価

- ・研修前後のアンケート等により、研修内容の適切さ、自覚的理解度、実践への活用度、講師、教材の質及び運営等を評価

b. 主催者による評価

- ・研修項目ごとに研修内容の適切さ、受講者の反応、講師からの意見及び教材の質等

c. 全体的な運営等の評価

ii) 受講者の能力評価（到達度・実践指導実績評価）

ア. 評価の視点

- ・受講者の実践能力が向上したか（研修主催者が設定した獲得目標に対する到達度等）
- ・研修で学んだ内容を実践に役立てているか
- ・受講者の所属機関にとって研修に参加させて有益であったか
- ・受講者が職場でほかの職員に研修内容の伝達及び OJT を行っているか

イ. 評価の時期

- ・研修実施前、研修実施直後及び研修実施後一定期間を経た後に行う

ウ. 評価方法の例

- ・受講者の知識・技術の向上：同じ評価票等を用いて経時的に評価する

（研修受講前、研修受講直後、3か月後、等）

- 実績評価：当該受講者が行った保健指導対象者の行動変容の状況等について評価
- 受講者及び所属機関に対して、研修実施後にアンケートを実施。研修が実践に与えた影響や効果、研修内容の職場内の普及度及び研修内容を活用した OJT を実施したかを評価する（6か月又は1年後）

表4. 業務遂行能力チェックリスト【経験者（保健指導経験年数3年以上）対象】

表4. 業務遂行能力チェックリスト【中級以上（保健指導経験年数3年以上）対象】	
獲得目標	習得が求められる知識や指導技術
事前準備および実施に関する内容	よりよい保健指導を行うために必要な知識や最新情報の習得
	1 これまでの指導経験やエビデンスをもとに、積極的支援、動機づけ支援の効果を説明できる
	2 糖尿病等生活習慣病の予防・治療に関連した知識・最新情報を収集している
	3 データヘルス計画についての最新情報を収集している
	4 特定健診のすべての検査項目・オプション検査（貧血・眼底検査・心電図）についてわかりやすく説明できる
	対象者の病態をより深く理解し、支援できる能力
	5 対象者の病態、安全性に配慮した保健指導ができる
	6 高度な検査値異常や重複リスク保有者などのハイリスク者を治療につなげることができる
	7 治療中の者に対しては継続受診の必要性を説明できる
	前向きな自己決定、継続にむけた取り組みを促すための支援
	8 グループ支援において、参加者の主体性を引き出す支援ができる
	9 認知行動療法の手法、コーチング手法等を取り入れた支援ができる
	10 対象者が健康情報に関心を持てるよう、また、正しい情報を見極められるような支援ができる
	11 対象者が生活習慣改善を実践するための社会資源（イベント・教室・自主グループ、運動施設・環境、禁煙外来等）を紹介できる
	応用・困難事例に対する対応能力
	12 行動変容ステージが無関心期の人に対して適切な対応ができる（※本人の思いを整理したり、本人のできることに目を向けることができる）
	13 対象者を取り巻く環境（家庭・職場など）のために生活習慣改善が困難である人に対しても、「できること」に着目した支援ができる
	14 行動目標を継続して実施しているが、結果につながらない対象者への対応ができる
	15 2年連続して特定保健指導の対象になった者に対して、指導方法や内容を見直して支援できる
	16 高齢の対象者に対し、年齢に配慮した保健指導ができる（ロコモティブシンドローム・フレイル等）
	チームとして結果を出すための能力
	17 経験年数が少ない指導者の知識・経験が不足している部分をフォローできる
	18 保健指導に役立つツール（スマホの活用等、ICTを含む）の選択・活用ができる
	19 自己学習教材（Web学習、e-learning等）や、参考となる文献や事例を必要に応じてチームに提供できる
	20 科学的根拠に基づいた適切な保健指導教材の開発・改善について提案ができる
保健指導の運営に関する能力	
21 組織的な対応が必要となった場合には、指導的立場（運営責任者やチーフの職責にある者）へつなげることができる	
22 特定保健指導の脱落率を把握し、その理由・傾向について探索している	
23 脱落を防ぎ、継続させる有効な支援を実施するための技術や工夫ができる	
24 保健指導レベル毎（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を紹介できる
	32 一定の時間をかけて継続的に禁煙に向けた支援ができる
33 禁煙治療の適応を理解している	
アルコールに関する指導技術	
34 問題飲酒のある対象者に対して、飲酒日記を活用するなど継続的な減酒支援ができる	
35 問題飲酒のある対象者に対して、必要に応じて（支援を開始しても酒量が減らないか、むしろ増えた場合など）、専門医療機関での治療につなげることが出来る	
評価	評価に関する能力
	36 対象集団について、アウトプット評価（参加率・終了率）、アウトカム評価（満足度、行動変容ステージ、生活習慣、検査値等の変化）ができる
	37 評価結果に基づき、チームで改善策を検討、マニュアル・教材等の改善、研修等の対策を提案できる

2) 保健指導チームのリーダー的立場にある専門職

①求められる能力

保健指導において一定の経験年数を有し、保健指導実施者を統括する立場として位置づけられる。健康日本21やデータヘルス計画等生活習慣病対策の全体像を理解しつつ、よりよい保健指導を実施すべくチームをまとめていく能力が期待される。また運営担当の事務職等と密に連携し、保健事業をマネジメントする力が必要である。

保健指導チームのリーダー的立場にある者は、個人の資質向上の努力に加え、チームとして結果を出すことを重視して、以下の点を強化すべきである。

- 幅広い健康政策の知識、保健事業の位置づけの理解
- 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

②研修方法

受講者による事例発表、情報交換等、知識の整理ができる内容が望ましい。

講義形式：

i) 事業計画立案

- PDCAサイクルで保健指導プログラムの企画立案・評価を行う基礎的な知識・方法
- 保健指導の質の向上に関する仕組み
(OJT体制、指導内容の評価、アウトソーシングのモニタリング等)
- 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

ii) 事業評価と活用

- 個別事例、集団、事業についての具体的な評価方法
- 目的に合わせた評価方法（事業改善、上司・委託先への報告、学会発表等）
- データ分析方法と解釈、事業改善
- 個人情報保護の取扱い

表5. 業務遂行能力チェックリスト【保健指導チームのリーダー的立場にある専門職対象】

表5. 業務遂行能力チェックリスト【保健指導チームのリーダー的立場にある専門職】	
獲得目標	習得が求められる知識や指導技術
事前準備および実施に関する内容	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	
評価	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おこない、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う事業等のモニタリングとその結果を踏まえた事業改善ができる

演習形式：

- i) 課題解決型演習：保健事業の課題をリストアップ、その原因を考え、実行可能な対策を検討する(保健指導実施率の向上、脱落率の低下、困難事例への対処、等)
- ii) 企画型研修：条件設定(対象者、活用できるツール、社会資源等)の上、効果と対象者の利便性を考慮して、積極的支援プログラムを具体的に考える
- iii) 先進事例から学ぶ：発表を聞いて、自機関に取り入れられることを検討する
- iv) データ分析手法の演習：健診データ、レセプトデータから健康課題を検討する
- v) プレゼンテーション演習：効果的なプレゼンテーション手法を学ぶ 等

③研修の評価

i) 研修プログラム自体の評価

ア. 評価の視点：研修プログラムの内容に対応して評価する

- 受講者は最新の情報を習得できたか
- 受講者は所属機関の特徴（長所や短所）に気づくことができたか
- 保健事業のマネジメントに対する受講者の意欲が向上したか
- 職場に持ち帰って OJT に活用可能な内容や教材を盛り込んだか
- 受講者は講師やほかの受講者とコミュニケーションが取れたか
- 受講者は演習に主体的に参加できたか
- 演習では目的どおりの成果が得られたか

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により、研修内容の適切さ、自覚的理解度、実践への活用度、講師、教材の質及び運営等を評価
- b. 主催者による評価：研修項目ごとに、研修内容の適切さ、受講者の反応、講師からの意見及び教材の質
- c. 全体的な運営等の評価 等

ii) 受講者の能力評価（到達度・実践指導実績評価）

ア. 評価の視点

- 研修で学んだ内容を実践に役立てているか
- 受講者の所属機関にとって研修に参加させて有益であったか
- 受講者が職場でほかの職員に研修内容の伝達及び OJT を行っているか

イ. 評価の時期

- 研修実施前、研修実施直後及び研修実施後一定期間を経た後に行う

ウ. 評価方法の例

- 受講者及び所属機関に対して、研修実施後にアンケート、ヒアリングを実施する。研修が実践に与えた影響や効果、研修内容の職場内の普及度及び OJT の実施の有無、内容を評価する（6 か月又は 1 年後）

3) 特定保健指導事業の運営責任者（事務担当者等）

①求められる能力

これまで事務担当者に対する特定保健指導についての研修の機会は少なかったが、制度を適切に運営するための知識や技術の向上は重要である。とくに、運営責任者は、プログラム管理者からのプログラムに関する報告・連絡・相談を受け、保健事業全体の進捗管理、契約等の事務処理、保健事業全体の評価、事業の報告を行うことが求められる。保健指導のねらいや事業の流れを理解し、制度の求める事務手続きを適正に行い、特定保健指導事業を円滑に進めることが必要である。保健指導実施者に対して適切な研修の機会を確保したり、必要な教材やツールのための予算を獲得し、効率よく仕事を進められる体制を作ることが重要である。

特定保健指導の運営責任者は、保健指導の理念、目的を十分に理解した上で、保健事

業運営能力や事務処理能力、情報管理能力、PDCA サイクルを回した事業展開能力等を育成・強化するための研修を積極的に受講することが求められる。保険者側と保健指導機関側は、保健指導の委託元と委託先であり立場が異なるため、求められる能力の項目も一部異なるが、双方が共通の目的を意識して、よりよい保健指導につなげていく必要がある。

②研修方法

講義形式：

- ・保健事業の目的、制度、しくみ、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
- ・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

演習形式：

- ・データヘルス計画等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

③ 研修の評価

i) 研修プログラム自体の評価

ア. 評価の視点

- ・受講者は保健事業に関する事務や情報管理を適正に行う方法を理解できたか
- ・受講者は保健指導実施者と協力し、PDCA サイクルを回した事業展開の必要性を理解できたか
- ・効果的に活用できる運営マニュアルの作成につながられたか
- ・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

イ. 評価の時期

- ・研修実施中から実施後に行う

ウ. 評価方法の例

a. 受講者による評価

研修前後のアンケート等により、研修内容の適切さ、自覚的理解度、実践への活用度、講師、教材の質及び運営等を評価

b. 主催者による評価

研修項目ごとに、研修内容の適切さ、受講者の反応、講師からの意見及び教材の質等を評価

c. 全体的な運営等の評価

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）対象】

表6. 業務遂行能力チェックリスト【特定保健指導事業の運営責任者（事務職等）】			
獲得目標	習得が求められる知識や指導技術		
事前準備および実施に関する内容	特定健診・特定保健指導制度の理解	1 特定健診・保健指導の理念・目的を理解している 2 保健指導対象者の選定基準を説明できる 3 保健指導プログラムの具体的な内容についてわかりやすく説明できる 4 他保険者・機関等の実施報告等の情報を収集している（ベンチマーク） 5 保険者のデータヘルス計画を理解し、必要な保健事業を提案できる 6 専門用語の理解に努め、専門職種とのコミュニケーションが取れる	
	保健事業運営能力	保健指導プログラム実施に関すること 7 プログラムに関する報告・連絡・相談の対応等、プログラムを統括している立場の者と相談する機会を設けている 8 事業の実施状況を上層部・幹部に報告できる（自治体であれば、首長や議員、国保運営委員会等に適切なプレゼンテーションができる） 9 必要な予算を確保できる、もしくは予算の範囲でできることを明確にできる 10 必要な保健指導者を確保できる（スキル、人員、職種の割合等） 11 保健指導を効率化するようなツール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（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	PDCAを回した事業展開能力	32 事業評価構造（ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカム）と具体的な方法を理解している
			33 保健事業報告書、事業結果の取りまとめを作成できる
			34 事業評価から、運営体制の在り方や予算の見直し等、体制面への改善につなげることができる
			35 評価を基に、健診・保健指導の事業全体を改善する仕組みづくりを提案できる

4) 人材育成・研修会の企画・運営担当者

①求められる能力

特定健診・特定保健指導に関する研修の企画者は、受講者に求められる知識や演習の機会を提供し、受講者のモチベーションを高める役割を担う。

都道府県や保険者、学会、民間団体等で保健指導に関する研修を企画する立場では、生活習慣病対策に関する国の動向や学会の最新状況及び現場のニーズを踏まえ、研修会に含めるべき内容について根拠を持って提案できること、研修の目的や目標を踏まえ研修方法（講義と演習のバランス等）を決定できること、外部講師を依頼する場合も、全てを講師に委ねるのではなく、企画者が講師に対して研修全体のねらい等を適切に説明し、講師の果たすべき役割を理解してもらうよう調整すること等が望まれる。

これまでは経験則で行われていたことであっても、研修運営の具体的な手順を確認しておくことが重要である。研修会当日の突発事項に対しては冷静かつ適切に対応できるよう準備を整えておくことや、当日の研修担当チームでの協力体制と役割分担も重要である。

研修の評価・改善能力を高めるために、企画段階から研修のねらいに合わせた評価項目を設定すると共に、評価結果について報告書にまとめ、次回（次年度）に活かすことができなければならない。

その他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とおりであるが、以下の点に留意する必要がある。

○国（国立保健医療科学院）の都道府県向けの研修について

- ・国が実施する都道府県及び国保連合会等に対する研修では、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。

○保健指導に関する知識・技術の向上を目的とした研修企画者に対する研修

- ・保健指導実施者の実態把握や、関係者からの聞き取り等により、研修のニーズに関する情報収集を積極的に行う
- ・実践で必要とされる能力（受講者の業務遂行能力）を特定し、それを高める研修内容を企画できる
- ・研修を実施する立場、受講者の果たすべき役割、職種特性等にあわせ、受講者の意欲を高めるような研修を企画できる

○特定健診・特定保健指導の事業運営に関する研修企画者に対する研修

- ・事務職や専門職のリーダーに対して、それぞれの立場で必要とされる知識やニーズを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能力を高められるよう、演習を含めた研修を企画できる
- ・保健事業の課題について情報交換の場をつくと共に、前向きに行動していく姿勢を醸成できる

- ・事業評価の標準的な手法（ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカム等）の方法を理解し、活用できるような講義や演習を組み立てられる

②研修方法

講義形式：

（共通）

- ・生活習慣病対策等の国や学会等の最新情報
- ・生活習慣病対策及び健診・保健指導事業の評価の考え方と進め方
- ・学習のプロセス、研修会企画の基礎
- ・研修会の具体的な運営方法、評価の方法と事例
- ・個人情報保護とデータ利活用の方法 等

（保健指導実施者向けの研修企画者対象）

- ・保健指導実施者に必要とされる業務遂行能力
- ・特定保健指導の質の管理と評価 等

（特定保健指導のリーダー及び運営責任者向けの研修企画者対象）

- ・保健事業評価の基本的な考え方と具体的な方法
- ・特定保健指導の質の管理と評価、人材確保と教育（OJT）
- ・特定健診・特定保健指導事業の委託先の質の担保 等

演習形式：

（共通）

- ・受講者別の目標設定と具体的なカリキュラム作成
- ・アンケート作成、評価指標の検討
- ・研修企画者間の情報交換、課題や工夫の情報共有

（都道府県等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) プロセス

- ・研修のニーズ、受講者の要件、研修内容、評価方法に一貫性はあったか
- ・演習は主体的に参加できる内容であったか
- ・研修の評価を的確に行えたか。その結果は次年度に活用できるか 等

ii) ストラクチャー

- ・講師及びその他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

iii) アウトプット

- 定員に対し、十分な応募があったか
(定員数を満たしたか、新たな団体や自治体からの応募があったか)
- 資格要件を満たした受講者が参加していたか
(意欲がある、次年度の研修を計画している等) 等

iv) アウトカム：

- 受講者の研修立案・運営・評価能力が高まったか
- 都道府県・ブロック等において、研修が広く実施されたか
- 受講者が企画した研修は地域・対象者等のニーズにこたえ、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・運営担当者対象】

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】			
	習得が求められる知識や指導技術		
企画・立案に関する事	国の動向、他地域等の状況の把握、研修に求められていることの整理	1 研修企画者自身が、健診・保健指導事業の理念・目的・内容について説明できる 2 研修企画者自身が、保健指導対象者の選定と階層化の手法を説明できる 3 研修企画者自身が、保健指導の仕組み、具体的な指導プログラムの内容について説明できる 4 生活習慣病対策に関する国の動向を説明できる 5 他県・地域・保険者等の効果的な保健事業の状況、研修の状況の情報収集をしている	
	研修参加者のニーズ把握・状況把握	6 保健指導者の指導能力の実態を把握できる(調査、観察、チェックリストの活用、等) 7 保健指導の関係者から研修ニーズを聞き取ることができる(ヒアリング等の実施) 8 参加者の能力の現状(職種、業務経験など)を踏まえて、基礎・専門・制度のバランスを意識し研修計画を立案できる 9 これまでの研修の評価結果(改善すべきポイント)を踏まえた研修計画を立案できる	
	研修計画の立案	10 研修実施機関の使命・役割、研修参加者の特性を考慮し 優先して習得すべき内容を整理できる 11 他の研修実施機関の情報収集、情報交換し、当該機関が実施すべき対象者、内容について調整できる(重複を避ける、効率化できる) 12 研修を実施するうえで必要な実施体制を構築するために、組織外関係機関と調整することができる(県、保健所、連合会、保険者協議会など) 13 研修に必要な予算を獲得できる(不十分な場合は、既存の事業の調整、あるいは研修の必要性・妥当性を上層部に説明し事業化する、等) 14 年間の研修計画を立案できる	
	カリキュラムの決定	15 年間計画をもとに、当該研修会の目的と主な研修対象者のセグメントについて検討できる 16 受講者のニーズに基づき研修の目的、目標を設定し、適切に表現できる(〇〇が、△できるようにするための研修、等) 17 主要テーマを達成するために必要な、具体的な内容をリストアップできる 18 上記の内容の中から、OJTや自己学習ではなく、外部の研修会としての価値の高い内容を選択できる。 19 研修目的・目標を達成が可能で 予算の範囲内で実施できる適切な研修方法(講義、演習など)を選定できる 20 研修目的・目標を達成するうえで適切な講師を選定できる(講師選定の条件を列挙できる)。	
	研修会準備に関する事	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、ファシリテータと共有し、方向性を統一しておくことができる 26 質問時間の確保やグループワークの取入れなど、研修参加者が主体的に参加できる工夫ができる 27 必要に応じて事前学習を準備できる 28 評価方法に必要な手段(アンケート、事後フォロー、等)を準備できる 29 研修の目的に合わせ、参加者募集を適切に行うことができる(関係機関との連携を含め) 30 参加者の状況を講師、運営チームと情報共有し、当日に向けた微調整を行う	
	事業実施	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
		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掘できる

Ⅲ. 職務・経験別の具体的なプログラム例

1) 保健指導実施者

a. 初任者（保健指導経験年数 1～2 年目）

研修方法	習得能力	学習内容	時間(分)
講義	保健指導全般に関する能力	特定健診・特定保健指導の理念・制度・仕組み 特定保健指導の流れ 生活習慣病やメタボリックシンドロームに関する知識	90
	個々の生活習慣に関して指導できる能力	エネルギー収支を改善するための保健指導 (食生活、身体活動に関する保健指導の実際)	90
		喫煙・飲酒習慣者への保健指導 (喫煙、アルコールに関する保健指導の実際)	30
演習	よりよい保健指導を行うための能力	○初回面接 ※継続支援の電子メール、手紙の書き方 ※保健指導記録の書き方 ※栄養アセスメント演習 ※身体活動プログラムの体験	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) ※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)+困難事例の検討

2) 保健指導チームのリーダー的立場にある専門職

研修方法	習得能力	学習内容	時間(分)
講義	事業計画立案	※PDCA サイクルを活用した保健指導プログラムの企画立案 ※保健指導の質の向上に関する仕組み (OJT 体制、学習教材の選定、開発指導内容の評価等) ※社会資源との調整や、民間事業者との契約及び連携方策	90
	事業評価と改善方法	※個別事例、集団、事業についての具体的な評価方法 ※データ分析方法と解釈、事業改善	90
演習	チームをまとめ、保健指導事業をマネジメントする能力	※課題解決型演習 (保健指導実施率の向上、脱落率の低下、困難事例への対処) ※保健指導事業企画研修 ※先進事例の報告 ※データ分析手法の演習 (健診データ、レセプトデータ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

3) 特定保健指導事業の運営責任者（事務担当者等）

研修方法	習得能力	学習内容	時間(分)
講義	特定保健指導 制度の理解	○保健事業の目的、制度、しくみ * データヘルス計画と保健事業	120
	保健指導事業 運営能力	○保健指導体制の構築 ○PDCA サイクルで企画立案・評価を行う方法	
	外部機関との 調整能力	* アウトソーシング機関との調整、契約 * その他の社会資源との連携方策	
	保健指導の質の向上 に関する仕組み	○人材確保、保健指導実施者研修体制、ツール ○モニタリング、評価	
	その他	○個人情報の取扱い	
演習	よりよい 保健指導事業を 運営するための能力	テーマディスカッション * 保健指導を円滑に進めるための体制づくり * アウトソーシング、他機関と信頼できる契約を結ぶために * 評価結果から事業を改善する仕組みの検討	120
質疑 応答		全体のまとめ(質疑・応答)	
合計時間			240

* 委託元（保険者）、委託先(保健指導機関)により一部内容は調整する。

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)
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
		研修会の実施体制、運営方法	60
		研修の評価と改善(PDCA サイクルを回した研修のために)	60
演習	①研修会の企画・立案能力 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
		GW: 研修計画の立案: 研修受講者別の目標設定、具体的なカリキュラム作成、社会資源等に応じた研修計画及び評価計画の作成(評価指標の検討、評価用アンケート作成)	150
質疑 応答		全体のまとめ(質疑・応答)	30
合計時間			480