平成 29 年６月６日	資料２
第 10 回 特定健診・特定保健指導の在り方に関する検討会	

標準的な健診・保健指導プログラム
新旧対照表（案）

平成 30 年○月

【本資料の留意事項】
・加筆修正している部分は下線で表示。

標準的な健診・保健指導プログラム （平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案） （平成 30 年〇月）
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	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　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
１－２　特定健診・特定保健指導制度とは	１－２　特定健診・特定保健指導制度とは
１－３　標準的な健診・保健指導プログラムの位置づけ	１－３　標準的な健診・保健指導プログラムの位置づけ
１－４　健診・保健指導の基本的な考え方	１－４　健診・保健指導の基本的な考え方
（新設）	１－５　健診・保健指導の外部委託
第２章　健診・保健指導の進め方（流れ）・・・・・・・・・・・・・・・・1-17	第２章　健診・保健指導の進め方（流れ）・・・・・・・・・・・・・・・・1-16
２－１　計画の作成	２－１　年次計画の作成
２－２　健診の実施と健診結果やその他必要な情報の提供（フィードバック）	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）
２－３　保健指導対象者の選定・階層化と保健指導	２－３　保健指導対象者の選定・階層化と保健指導
２－４　評価	２－４　評価
第３章　健診・保健指導事業に関わる者が有すべき資質　・・・・・・・・・1-20	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　事業の企画・立案・評価を担う者が有すべき資質	３－１　事業のマネジメントを担う者に求められる能力
３－２　健診・保健指導実施者が有すべき能力	３－２　健診・保健指導実施者に求められる能力
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・・・・・・・・・・・2-1	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	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）	２－１　健診項目（検査項目及び質問項目）
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	２－２　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
第３章　保健指導対象者の選定と階層化・・・・・・・・・・・・・・・・2-8	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・・・・・・・・・・・・・・・・・・2-12	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・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2-16	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	５－１　健診データ提出の電子的標準様式

５－２　健診項目の標準コードの設定 ５－３　健診機関・保健指導機関コードの設定 ５－４　健診結果の保存と活用について 第６章　健診の実施に関するアウトソーシング（外部委託）・・・・・・2-20 第７章　７５歳以上の者及び４０歳未満の者に対する 健診・保健指導の在り方・・・2-22 ７－１　７５歳以上の者に対する健診・保健指導の在り方 ７－２　４０歳未満の者に対する健診・保健指導の在り方	５－２　健診項目の標準コードの設定 ５－３　健診機関・保健指導機関コードの設定 ５－４　健診結果の保存と活用について （第１編第１章１－５へ移動） 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 ６－２　４０歳未満の者に対する健診・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・・・・・・・・・・・・・・・・・・・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 ２－２　現状分析 ２－３　保健事業（保健指導）の目標設定 ２－４　保健事業（保健指導）計画作成 第３章　保健指導の実施　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・3-17 ３－１　基本的事項 ３－２　「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」の区分について ３－３　支援の際の留意事項 ３－４　保健指導の実施内容 ３－５　望ましい保健指導 ３－６　保健指導のプロセスと必要な保健指導技術 ３－７　保健指導の未実施者及び積極的支援の中断者への支援 ３－８　「無関心期」「関心期」にある対象者への支援 ３－９　２回目以降の対象者への支援 （新設） 第４章　保健指導の評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・3-74	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 ２－２　現状分析 ２－３　保健事業（保健指導）の目標設定 ２－４　保健事業（保健指導）計画作成 第３章　保健指導の実施 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・3-18 ３－１　基本的事項 ３－２　保健指導における情報提供 ３－３　情報提供・保健指導の実施内容 ３－４　望ましい保健指導 ３－５　保健指導のプロセスと必要な保健指導技術 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 ３－７　「無関心期」「関心期」にある対象者への支援 ３－８　２回目以降の対象者への支援 ３－９　特定保健指導の対象とならない 非肥満の脳・心血管疾患危険因子保有者に対する生活習慣の改善指導 ３－10　宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラム 第４章　保健指導の評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・3-69

第５章　地域・職域における保健指導・・・・・・・・・・・・・・・・・・3-79 ５－１　地域保健と職域保健の保健指導の特徴 ５－２　地域・職域連携による効果 第６章　保健指導の実施に関するアウトソーシング・・・・・・・・・・・3-84 ６－１　基本的事項 ６－２　アウトソーシングの対象となる保健指導業務 ６－３　保健指導アウトソーシングの留意事項 ６－４　委託基準 ６－５　国、都道府県、市町村、医療保険者の役割	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 ５－２　地域・職域連携による効果 （第１編第１章１－５へ移動）
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・・・・4-3 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・・4-4 ３－１　健診・保健指導の実施・評価のための指標・項目 ３－２　医療保険者における健診・保健指導の実施・評価 ３－３　健診・保健指導計画作成及び評価のためのデータ管理 ３－４　個人情報の保護とデータの利用に関する方針	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・評価のための指標・項目 ３－２　保険者における健診・保健指導の実施・評価 ３－３　健診・保健指導計画作成及び評価のためのデータ管理 ３－４　個人情報の保護とデータの利用に関する方針

標準的な健診・保健指導プログラム　新旧対照表

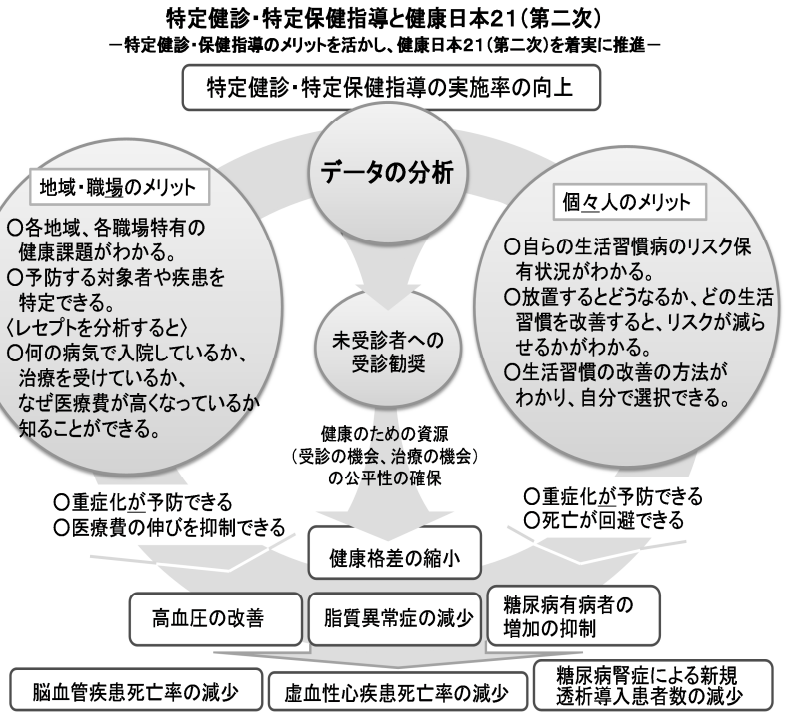
第１編　標準的な健診・保健指導プログラムの考え方

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
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	第１章　生活習慣病対策のための標準的な健診・保健指導の方向性
１－１　特定健診・特定保健指導の導入の経緯と生活習慣病対策の今後の方向性 （１）国民健康づくり運動の流れ 国は、昭和 53 年からの「第一次国民健康づくり対策」及び昭和 63 年からの「第二次国民健康づくり対策」を経て、平成 12 年からは「21 世紀における国民健康づくり運動（健康日本 21）」を策定し、生活習慣病に関する一次予防・二次予防に重点を置いて数値目標を設けた健康づくり施策を推進してきた。	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医療保険者が行う一般健診や、労働安全衛生法（昭和 47 年法律第 57 号）に基づき事業者が行う定期健診等、老人保健法（昭和 57 年法律第 80 号）に基づき市町村が行う健診などが実施されてきた。 一方で、健康日本 21 中間報告書（平成 19 年４月）において、糖尿病有病者・予備群の増加、20～60 歳代男性における肥満者の増加、野菜摂取量の不足、日常生活における歩数の減少など、健康状態及び生活習慣の改善が認められない、もしくは悪化しているといった実態が明らかとなった。	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、 〇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 〇科学的根拠に基づく健診・保健指導の徹底が必要 〇健診・保健指導の質の更なる向上が必要 〇国としての具体的な戦略やプログラムの提示が不十分 〇現状把握・施策評価のためのデータの整備が不十分 などが生活習慣病対策を推進していく上での課題として挙げられた。このような課題を解決するためには新たな視点で生活習慣病対策を充実・強化することが必要であるとの考え方が共有され、平成 20 年４月より特定健康診査・特定保健指導（以下「特定健診・特定保健指導」という）が導入される契機となった。	（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、 〇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 〇科学的根拠に基づく健診・保健指導の徹底が必要 〇健診・保健指導の質の更なる向上が必要 〇国としての具体的な戦略やプログラムの提示が不十分 〇現状把握・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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
（３）健康日本 21 から健康日本 21（第二次）への展開 平成 23 年 10 月の健康日本 21 最終評価においては、メタボリックシンドロームを認知している国民の割合の増加や 80 歳で 20 歯以上の自分の歯を有する人の増加等、目標に達した項目もあった。一方で、中間評価と同様に、糖尿病有病者・予備群の増加、20～60 歳代男性における肥満者の増加、野菜摂取量の不足、日常生活における歩数の減少のように、健康状態及び生活習慣の改善が認められない、もしくは悪化している項目があり、今後一層の生活習慣病対策の充実が必要との指摘がなされた。 さらに、国民健康づくり運動については、平成 25 年４月から新たに健康日本 21（第二次）を開始することとなり、健康寿命の延伸や健康格差の縮小をはじめ、生活習慣の改善や社会環境の整備などに関し、計 53 項目にわたる具体的な目標項目が設定された。これをもとに、平成 34 年度までの 10 年の期間で、地方自治体をはじめ、関係団体や企業などと連携しながら、取組を進めていくこととしている。 図１に示すとおり、特定健診・特定保健指導の実施率の向上を図りつつ、分析に基づく取組を実施していくことは、健康日本 21（第二次）を着実に推進し、ひいては社会保障制度を持続可能なものとするために重要である。特に、データの分析を行うことで、個々人や各地域・職場において、解決すべき課題や取組が明確となり、それぞれにメリットが生じる。こうしたメリットを活かした具体的取組を実施することで、高血圧の改善、糖尿病有病者の増加の抑制や脂質異常症の減少、さらに虚血性心疾患・脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少、糖尿病腎症による新規透析導入の減少に結びつけていくことも可能となり、さらには、未受診者への受診勧奨などを通じ、健康格差の縮小に寄与することも可能となる。なお、特に関連する目標項目を表１に示す。	（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。

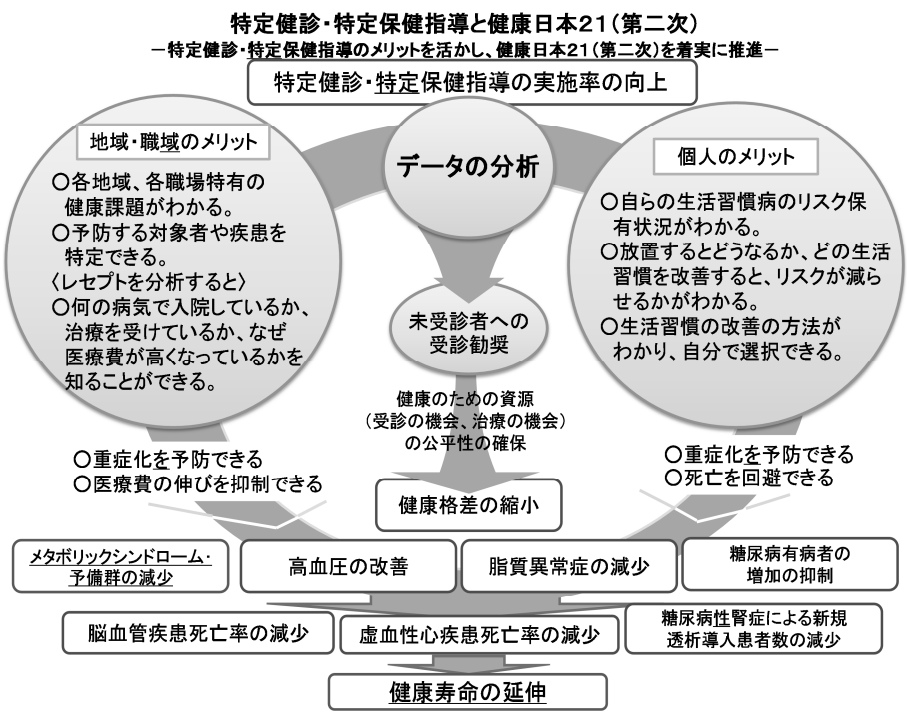
標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）

図１



標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年○月）

図１



標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）

表１　健康日本 21（第二次）における特定健診・特定保健指導に関連した数値目標

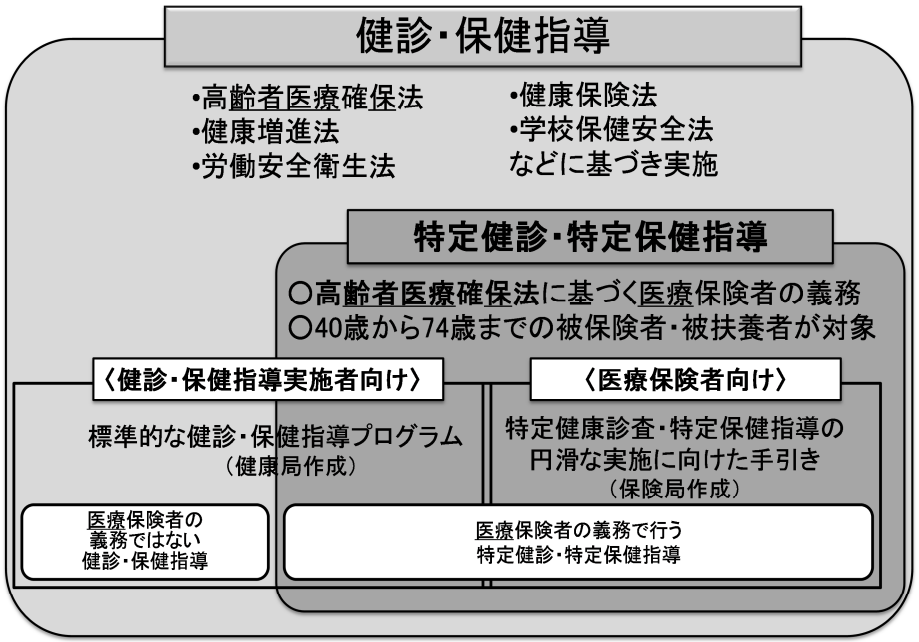
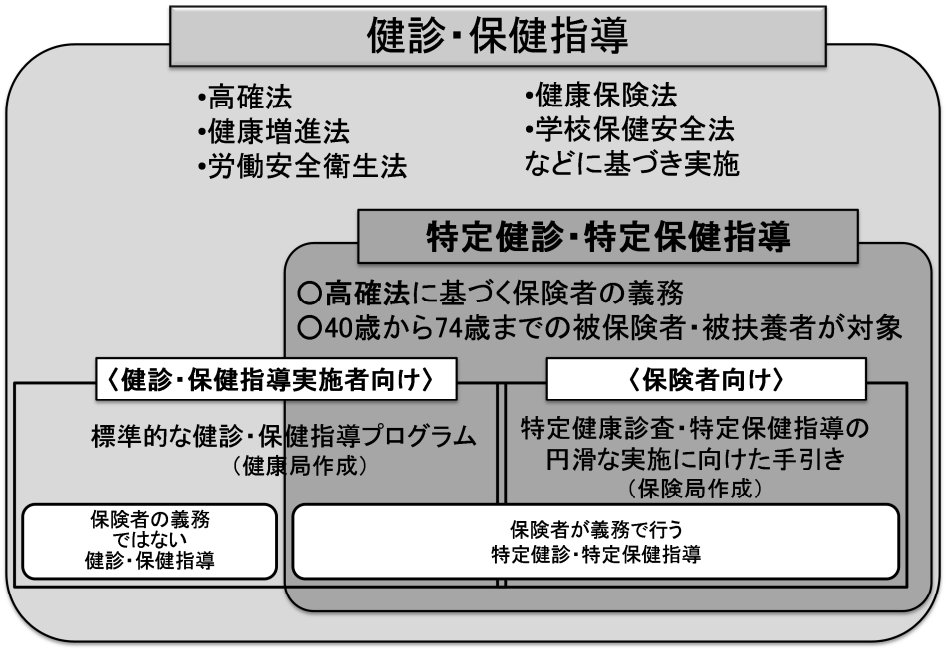
項目	現状	目標
①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10 万人当たり）	脳血管疾患 男性 49.5、女性 26.9 虚血性心疾患 男性 36.9、女性 15.3 （平成 22 年）	脳血管疾患 男性 41.6、女性 24.7 虚血性心疾患 男性 31.8、女性 13.7 （平成 34 年度）
②高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下）	男性 138mmHg 女性 133mmHg （平成 22 年）	男性 134mmHg 女性 129mmHg （平成 34 年度）
③脂質異常症の減少	総コレステロール 240mg/dl 以上の者の割合 男性 13.8%、女性 22.0% ＬＤＬコレステロール 160 mg/dl 以上の者の割合 男性 8.3%、女性 11.7% （平成 22 年）	総コレステロール 240 mg/dl 以上の者の割合 男性 10%、女性 17% ＬＤＬコレステロール 160 mg/dl 以上の者の割合 男性 6.2%、女性 8.8% （平成 34 年度）
④糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数の減少	16,247 人 （平成 22 年）	15,000 人 （平成 34 年度）
⑤糖尿病治療継続者の割合の増加	63.7% （平成 22 年）	75% （平成 34 年度）
⑥血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少（HbA1c が JDS 値 8.0％(NGSP 値 8.4%)以上の者の割合の減少）	1.2% （平成 21 年度）	1.0% （平成 34 年度）
⑦糖尿病有病者の増加の抑制	890 万人 （平成 19 年）	1,000 万人 （平成 34 年度）
⑧メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	1,400 万人 （平成 20 年度）	平成 20 年度と比べて 25%減少（平成 27 年度）
⑨特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	特定健康診査の実施率 41.3% 特定保健指導の実施率 12.3% （平成 21 年度）	平成 25 年度から開始する第二期医療費適正化計画に合わせて設定 （平成 29 年度）

標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

表１　（削除）

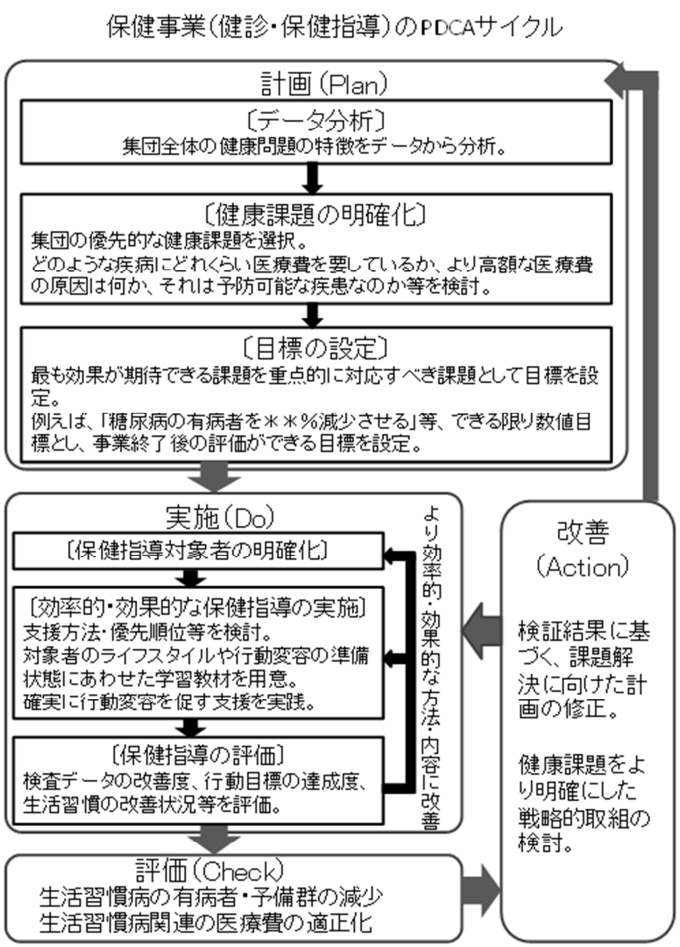
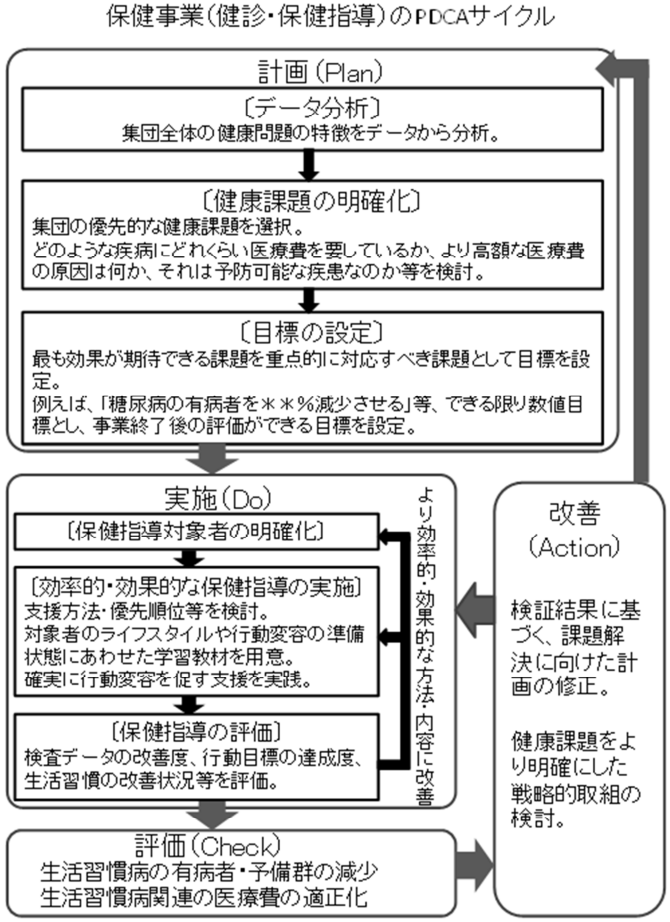
項目	策定時の現状	現状値	目標
①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）	脳血管疾患 男性49.5、女性26.9 虚血性心疾患 男性36.9、女性15.3 （平成22年）	脳血管疾患 男性37.8、女性21.0 虚血性心疾患 男性31.3、女性11.7 （平成27年）	脳血管疾患 男性41.6、女性24.7 虚血性心疾患 男性31.8、女性13.7 （平成34年度）
②高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下）	男性　138mmHg 女性　133mmHg （平成22年）	男性136mmHg 女性130mmHg （平成27年）	男性134mmHg 女性129mmHg （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 160 ｍｇ/ｄｌ以上の者の割合 男性8.3%、女性11.7% （平成22年）	総コレステロール 240ｍｇ/ｄｌ以上の者の割合 男性10.4%、女性20.9% ＬＤＬコレステロール 160 ｍｇ/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 240 ｍｇ/ｄｌ以上の者の割合 男性10%、女性17% ＬＤＬコレステロール 160 ｍｇ/ｄｌ以上の者の割合 男性6.2%、女性8.8% （平成34年度）
④糖尿病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糖尿病性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）

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
１－２　特定健診・特定保健指導制度とは （１）高齢者医療確保法に基づく特定健診・特定保健指導 「医療制度改革大綱」（平成 17 年 12 月１日　政府・与党医療改革協議会）において、平成 27 年度には平成 20 年度と比較して糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群を 25%減少させることが政策目標として掲げられ、中長期的な医療費の伸びの適正化を図ることとされた。この考え方を踏まえ、生活習慣病予防の徹底を図るため、平成 20 年４月から、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号。以下「高齢者医療確保法」という。）により、医療保険者に対して、内臓脂肪の蓄積等に着目した生活習慣病に関する健康診査（以下「特定健診」という。）及び特定健診の結果により健康の保持に努める必要がある者に対する保健指導（以下、「特定保健指導」という。）の実施が義務づけられた。 この政策目標を達成するためには、医療保険者が効果的・効率的な健診・保健指導を実施する必要があることから、健診・保健指導の標準化による事業評価が可能となるよう標準的な健診・保健指導プログラムが作成された。 なお、健康日本 21（第二次）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、この「標準的な健診・保健指導プログラム」においては、運動・食事・喫煙などに関する不適切な生活習慣が引き金となり、肥満、血糖高値、血圧高値、動脈硬化症から起こる虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等で、保健指導により発症や重症化が予防でき、保健指導の成果を健診データなどの客観的指標を用いて評価できるものを主な対象にしている。 （２）健康増進法等に基づく健診・保健指導と特定健診・特定保健指導との関係 成人の健康の維持向上・回復を目的とした保健指導（栄養指導を含む。以下同じ。）は、医師法（昭和 22 年法律第 201 号）、保健師助産師看護師法（昭和 23 年法律第 203 号）、栄養士法（昭和 22 年法律第 245 号）、高齢者医療確保法、健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）、労働安全衛生法（昭和 47 年法律第 57 号）、健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）、学校保健安全法（昭和 33 年法律第 56 号）等にその法律上の根拠を有する。また、健康増進事業実施者は、健康教育、健康相談その他国民の健康の増進のために必要な事業を積極的に推進するよう努めなければならないことが健康増進法第４条に定められている。これらの規定により、医療保険者も、被保険者や被扶養者に対する健診・保健指導を含めた保健事業にも積極的に取り組むことが求められていると言える。 特定健診・特定保健指導は、こうした保健事業のうち、高齢者医療確保法に基づき医療保険者の義務を明確にしたものであるということに留意されたい。 なお、健診・保健指導の実施に当たっては、高齢者医療確保法以外の関係各法に規定する健診や事業の活用を考慮するとともに、市町村、事業主、医療保険者においては、健康課題の分析結果に基づき、利用可能な社会資源を活用した積極的な保健事業の展開が望まれる。	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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
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。	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	図２　（削除）
	
１－３　標準的な健診・保健指導プログラムの位置づけ 本プログラムは、高齢者医療確保法に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導※１を実施するにあたり、健診・保健指導に関わる医師、保健師、管理栄養士等※２や事務担当者を含めた当該事業に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものである。 なお、特定健診・特定保健指導を実施する際に医療保険者（あるいは委託先となる健診・保健指導機関）として留意すべき点については、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」を参照されたい。 また、本プログラムは、医療保険者が義務として実施する特定健診・特定保健指導の	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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
対象年齢である 40 歳から 74 歳までの者を主たる対象として記載している。65 歳以上の高齢者については、地域支援事業（介護予防）の対象者でもあることに留意されたい。	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。
※１：健康増進法第１９条の２に基づき市町村が実施する生活保護受給者等を対象とした健診・保健指導を含む。	[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
※２：平成 29 年度末まで暫定的に、一定の実務経験がある看護師についても保健指導を行うことができる。「一定の実務経験」とは、平成 20 年４月現在において、１年以上、医療保険者が保健事業として実施する生活習慣病予防に関する相談及び教育の業務又は事業主が労働者に対して実施する生活習慣病予防に関する相談及び教育の業務に従事した経験を指す。	（第１編第１章１－４（４）②　へ移動）
１－４　健診・保健指導の基本的な考え方	１－４　健診・保健指導の基本的な考え方
（１）保健指導への重点の変化	（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では、健診のアウトプット（参加人数、実施回数など）を充実することに重点が置かれ、健診後の保健指導を実施しているところでも、保健指導は付加的な役割に留まっていた。また、事業の評価につながる分析が十分にはなされていなかったとの指摘がある。	かつて、市町村で実施されていた老人保健事業は、「健康教育」、「健康相談」が主として一次予防、「健康診査」が主として二次予防、「機能訓練」、「訪問指導」が主として三次予防としての役割を担い、それらの連携を促す「健康手帳」の交付が行われ、予防活動の体系化の推進の観点で意義があった。一方で、健康診査の受診者に対し、結果に基づく的確な保健指導を行う等の一人一人の状態に対するフォローアップのための仕組みが十分に確立されていなかったことや、事業の評価では、事業の実施回数や参加人数等の事業量が中心となり、事業の結果、どのような効果が得られたか等のアウトカム評価が十分に行われていなかった。
近年、生活習慣病予備群に対する生活習慣への介入効果についての科学的根拠が国際的に蓄積され、我が国においても国保ヘルスアップ事業をはじめとして生活習慣病予備群に対する効果的な介入プログラムが開発されてきた。さらに、日本内科学会等の内科系８学会合同でメタボリックシンドロームの診断基準が示され、内臓脂肪型肥満に着目した保健指導の重要性が明確化された。こうした状況を踏まえ、現在の健診・保健指導は、内臓脂肪型肥満に着目した上で、生活習慣病の危険因子の数に応じて階層化された保健指導対象者に対し、個々の生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を重視するものとなっている。	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、内臓脂肪型肥満に着目した保健指導を行うのは、標準化された保健指導を一律に実施する際には内臓脂肪型肥満に着目することが効果的かつ効率的であるとの知見があるためであるが、こうした保健指導の考え方によって非肥満者に対する保健指導の重要性が低下するわけではないことに留意されたい。	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	（２）健診・保健指導の目的
現在の健診・保健指導は、主として内臓脂肪型肥満に着目し、健診によって保健指導対象者を抽出して対象者のもつリスクの数に応じた個別の保健指導を行うことで、その要因となっている生活習慣を改善し、生活習慣病予防を行うことを目的としている。	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	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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
ある。 　また、集団全体については、健診データをはじめ、レセプト[1]データ、介護保険データ、その他統計資料等に基づいて健康課題を分析し、その集団においてどのような生活習慣病対策に焦点をあてるかということ、及び優先すべき課題を明確化しながらPDCA（計画（Plan）⇒実施（Do）⇒評価（Check）⇒改善（Action））サイクル（図３に示す）を意識した保健事業を展開していくことで、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群を減少させることを目的としている。	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。
[1]レセプト：診療報酬請求明細書。病院や診療所が医療費の保険負担分の支払いを医療保険者に請求するために発行する。	[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。
（参考）老人保健事業当時の状況 　かつての老人保健事業での健診・保健指導は、個別疾病の早期発見、早期治療が目的となっていたため、健診後の保健指導は「要精検」や「要治療」となった者に対する受診勧奨を行うこと、また、高血圧、高脂血症、糖尿病、肝臓病などの疾患を中心とした保健指導であった。	（削除）

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
図３  	図３ 
（３）健診 生活習慣病は自覚症状がないまま進行するため、健診は対象者個人が自らの健康状態を理解して生活習慣を振り返る絶好の機会と位置づけることができる。 健診では、適切な条件で所定の検査を実施した上で、健診結果をすみやかに対象者に通知する。その際、対象者に自らの生活習慣等の問題点を発見・意識させ疾病予防及び早期受診に効果的につながるよう、経年変化を分かりやすく表示したり、どのような疾患のリスクが高まるのかを分かりやすく表記したり、生活習慣の具体的な改善方法を解	（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が重要である。そのためには、健診結果の経年変化やどのような疾患のリスクが高まるのかを分かりやすく表記し、生活習慣の具体

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
説したりするなど、対象者本人に対して健診結果やその他必要な情報の提供（フィードバック）を工夫して行うことが求められる。 　また、健診を受診した結果、医療機関において専門的な治療をすみやかに開始すべき者が見いだされる場合がある。そうしたケースでは特に、対象者がその健診結果を十分に理解できるよう支援し、確実な受診勧奨を行うとともに、実際に医療機関での受診に至ったかどうかの確認を行うことも必要である。 　詳細は第２編第２章を参照されたい。	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。そうした場合では特に、対象者がその健診結果を十分に理解できるよう支援し、確実な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）保健指導 ①　対象者 　健診・保健指導については、健診受診者全員に対して情報提供を行うほか、健診結果及び質問項目から生活習慣病のリスクに応じて選定・階層化し、必要性に応じた保健指導が行われる。具体的には、腹囲等を第一基準として、血糖・血圧・脂質・喫煙のリスクが重複している者を保健指導の対象とし、保健指導として「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」を行う。服薬中の者については、医療保険者が保健指導を行うことは義務ではないが、きめ細かな生活習慣改善支援や治療中断防止の観点から、主治医と連携した上で保健指導を行うことができる。 　また、医療保険者は、自らが管理する健診・保健指導データやレセプトデータ等により保健指導の実施状況や受診勧奨を行った者の治療継続状況を確認し、検査結果の異常の程度が著しいために受診勧奨されたにも関わらず受診していなかったり、治療を中断していたりする者等を把握することができる。こうしたデータの利活用により、重点的な保健指導対象者の選定に役立てることが望ましい。	（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。
（参考）老人保健事業当時の状況 かつての老人保健事業では、健診の事後指導として健康相談や健康教育が行われていたが、参加できない住民も多かった。また、事業所では健診後の保健指導は一部の大企業では全員を対象として行われていたが、多くの中小企業では要指導者のみ又はほとんど指導が行われていないという状況であった。また、「要治療」や「要精検」となった者の治療状況についての把握も困難であった。	（削除）
②　内容 　保健指導は、主にメタボリックシンドロームに着目し、対象者の個別性を重視して、生活習慣の改善に重点を置いた指導を行う。具体的には、保健指導が必要な者に対しては、医師、保健師、管理栄養士等が積極的に介入し、確実に行動変容を促す。その結果、対象者が、健診結果から身体状況を理解し、生活習慣改善の必要性を認識した上で、代謝等の身体のメカニズムと生活習慣（食生活や運動習慣、喫煙習慣、飲酒習慣等）との関係を理解し、生活習慣の改善を自ら選択し、さらにその結果が健診データの改善に結びつくように支援することが重要である。	②　内容 　保健指導は、主にメタボリックシンドロームに着目し、対象者の個別性を重視して、生活習慣の改善に重点を置いた指導を行うものである。具体的には、保健指導が必要な者に対しては、医師、保健師、管理栄養士等[9]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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
	[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。
（参考）老人保健事業当時の状況 かつての健診後の保健指導は、健診結果を通知しパンフレットなどを使用して一般的な情報提供をする保健指導や、高血圧、糖尿病等の病態別の保健指導だけしか行われていなかった。	（削除）
③　方法 健診受診者全員に対して、生活習慣改善の必要性の度合いに応じて、すなわち、検査データの程度や危険因子の数に基づいて階層化を行い、保健指導としては、「情報提供」のみ、個別面接を含んだ「動機づけ支援」又は３か月から６か月程度の支援プログラムの「積極的支援」のいずれかを行う。特定保健指導としては、このうち「動機づけ支援」又は「積極的支援」のいずれかを行う。 保健指導が終了した後も、対象者が健康的な生活習慣を維持し、さらなる改善に取り組めるよう、社会資源の活用やポピュレーションアプローチによる支援を行う。	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、さらなる改善に取組めるよう、社会資源の活用やポピュレーションアプローチによる支援を行う。
（参考）老人保健事業当時の状況 かつての地域保健では、老人保健事業として病態ごとの健康教育や健康相談において、集団及び個人に対する相談・指導が行われていたが、疾患の理解とその予防方法を指導する傾向が強かった。老人保健事業第４次計画からは個別健康教育が導入され、個人の行動変容を促す事業が開始されたが、この事業は「要指導」者のごく一部の対象者に実施されていたものであった。 また、職域保健では、産業医や保健師等による健康支援が行われ、個人の行動変容を促す取り組みが行われていたが、このような保健指導の実施は大企業などのごく一部の事業所に留まっていた。	（削除）
（５）健診・保健指導の評価 アウトプット[2]（事業実施量）評価に加え、アウトカム[3]（結果）評価やプロセス[4]（過程）評価を含めた総合的な評価を行うことができる。このような評価により、健診・保健指導の事業全体を改善する仕組みづくりや健診・保健指導のデータとレセプトとの突合が可能になることから、健康課題を明確にした戦略的な取組みを実施することができる。	（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みを実施することができる。
[2]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	[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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
す。	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。
[3]アウトカム：成果・評価。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。	[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。
[4]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）及び対象者の活動（サービス・事業に対する満足度、継続率、完遂等）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。
（参考）老人保健事業当時の状況 健診結果は健康課題を分析するための重要な情報源であるが、かつて積極的な活用が十分にされず、保健事業の実施回数や参加人数によって評価されてきた。このため、健診や保健指導の成果や医療費に対する影響などのアウトカム（結果）評価ではなく、アウトプット （事業実施量）評価であったため、保健事業の改善につながりにくかった。	（削除）
（６）実施体制 医療保険者は、特定健診・特定保健指導を含めた保健事業の質や量を確保する必要があるが、各医療保険者の規模や置かれている状況は様々であり、適切なアウトソーシングの活用も含め、それぞれにあった実施体制を構築し、取り組みを進めることが有効である。	（６）実施体制 保険者は、特定健診・特定保健指導を含めた保健事業の質や量を確保する必要があるが、各保険者の規模や置かれている状況は様々であり、適切な外部委託の活用も含め、それぞれにあった実施体制を構築し、取組を進めることが必要である。
市町村は国保部門・衛生部門・介護部門間の連携強化を図るとともに、医師会やアウトソーシング事業者、地域の住民組織や団体等と協働した体制づくりなどが考えられる。	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、事業所や医療保険者に所属する産業医や保健師等の専門職を中心とした体制の構築や、健診機関や適切なアウトソーシング事業者への委託などが考えられる。 特に職域においては、事業主の協力により保健指導が受けやすくなるとともに、保健指導の効果が上がることが予想される。そこで医療保険者は保健指導の推進に当たって、積極的に事業者の協力を得ることが望まれる。	職域では、産業医や保健師等の専門職を中心とした体制の構築や、健診機関や適切な事業者への委託等が考えられる。 特に職域においては、事業主の協力により労働安全衛生法に基づき事業者が行う健康診断の結果データの受領や保健指導が実施しやすくなると共に、保健指導の効果が上がることが期待される。したがって、健診や保健指導の推進に当たって、保険者は積極的に事業者の協力を得ることが望まれる。 なお、内臓脂肪の蓄積に着目した生活習慣病予防のための健診・保健指導の基本的な考え方について図４にまとめた。
（参考）老人保健事業当時の状況 かつて地域保健では、老人保健法に基づき市町村の衛生部門が保健事業を実施しており、健診は都市部においては医療機関に委託されている場合が多いが、保健指導はほとんど市町村において、市町村保健師、管理栄養士等が関係者の協力を得て直接実施して	（削除）

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
きた。 　職域では健診は委託されている場合が多いが、保健指導は一定規模以上の事業所では、事業所や健康保険組合に所属する産業医や保健師等が行い、また、専門職がいない事業所の場合は、総合健保組合や社会保険健康事業財団、地域産業保健センター等が実施してきたが、すべての事業所において実施されてこなかったことから、実施体制は事業所間の格差が大きい状況であった。	

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

	かつての健診・保健指導		現在の健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導	最新の科学的知識と、課題抽出のための分析	内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特　徴	プロセス（過程）重視の保健指導		結果を出す保健指導
目　的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪型肥満に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、行動変容につながる保健指導を行う
内　容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供		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
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者		健診受診者全員に対し、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」を行う
方　法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導	行動変容を促す手法	健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個々人の健診結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評　価	アウトプット（事業実施量）評価 実施回数や参加人数		アウトカム（結果）評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
実施主体	市町村		医療保険者

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

	かつての健診・保健指導		現在の健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導	最新の科学的知識と、課題抽出のための分析	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
特　徴	プロセス（過程）重視の保健指導		結果を出す保健指導
目　的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につながる保健指導を行う
内　容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供		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
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘された者		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
方　法	主に健診結果に基づく保健指導 画一的な保健指導	行動変容を促す手法	健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個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
評　価	アウトプット（事業実施量）評価を重視		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
実施主体	市町村		保険者

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
（第２編第５章、第３編第６章　から移動）	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。 〇　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。 〇　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

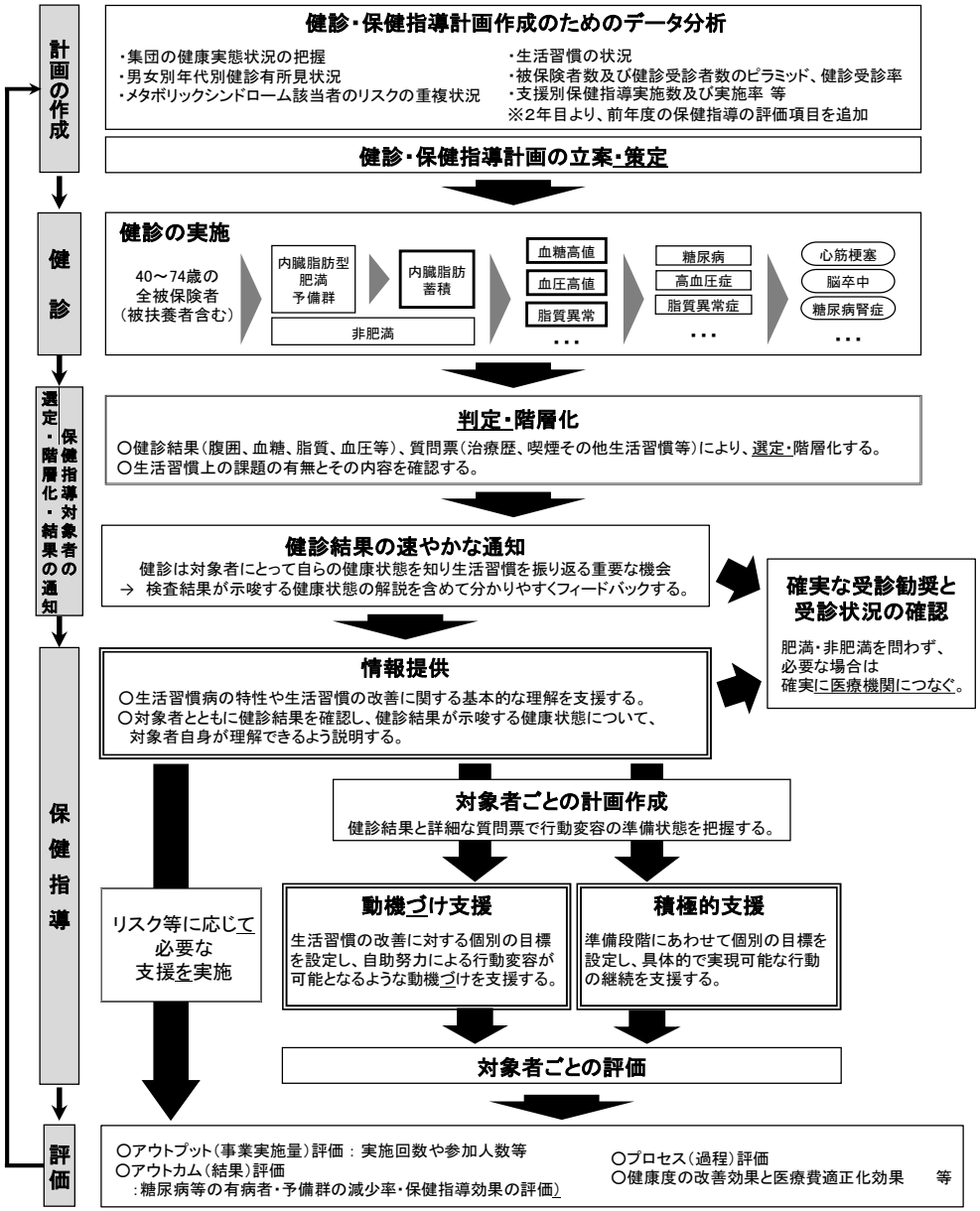
標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
	ことが重要である。 健診の委託に際しては、委託された事業者は、健診の実施機関ごとに測定値及びその判定等が異ならないよう、健診の精度管理を適切に行う必要がある。なお、巡回型・移動型で健診を行う場合も、事業者の施設で行う基準と同じとする必要がある。 また、保健指導の委託に際しては、保健指導の質を確保するため、①事業者の選定に際して保健指導の質を確認する、②保健指導業務の終了後に評価を行うことが必要である。さらに、定期的（月ごとあるいは、委託期間の中間時）に評価し、必要に応じて委託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。 〇　委託した業務と生活習慣病対策全体の連携 健診や保健指導を外部委託した場合であっても、その業務は生活習慣病対策の一部であり、ポピュレーションアプローチを含めた対策全体といかに連携させていくかが重要である。保険者には、常に生活習慣病対策全体を視野に入れて、事業の運営に当たることが求められる。 〇　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。 〇　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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
第２章　健診・保健指導の進め方（流れ）	第２章　健診・保健指導の進め方（流れ）
２－１　計画の作成 健診・保健指導計画作成のために、各種データ[1]の分析を行い、集団の特性（地域や職場の特性）や健康課題を把握し、具体的な目標を定めた年次計画を策定し、毎年の健診・保健指導事業を実施する。 健診項目としては、集団の特性や健康課題に応じて健診検査項目を設定することとなるが、特定健診については基本的な健診の項目の実施が必須となっていることに留意する。また、保健指導についても、どのような者に優先すべきか、集団の特性や健康課題に応じて設定する。特定健診・特定保健指導においては、医療保険者はこうしたことを踏まえて各期の特定健診等実施計画を策定する必要がある。 また、健診未受診者等に対する支援方法についても、集団特性に合わせ、創意工夫をし、受診率向上のための具体策を計画の中に盛り込むことが重要である。	２－１　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。
[1]各種データ：男女別・年代別の健診結果、有所見状況、メタボリックシンドローム該当者・予備群数及びリスクの重複状況、対象となる被保険者数・被扶養者数及び過去の健診受診者数・未受診者数等の把握、医療費データ（レセプト等）、要介護度データ等。	[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。
２－２　健診の実施と健診結果やその他必要な情報の提供（フィードバック） 健診対象者に対して、健診の受診を促す。その際、望ましい条件下（空腹時採血等）で健診が受診されるよう、事前の情報提供を行う。 健診の実施に際しては、プライバシーに配慮した検査環境を整えた上で、適切な検査手技に基づき検査を実施する。また、医師が詳細な検査を要すると判断した者については、受診者本人に丁寧にその必要性を説明した上で、円滑に当該検査を受けられるよう配慮する。 各種検査値の測定に当たっては、検査の精度管理及び検体管理を適切に行う。 健診実施後は、全ての健診受診者に対し、すみやかに健診結果やその他必要な情報の提供（フィードバック）を行う。生活習慣病は自覚症状を伴うことなく進行することから、検査結果が示唆する自らの健康状態を全ての健診受診者が理解できるよう、通知の様式や通知方法を工夫してフィードバックを行うことが求められる。特に、専門的な治療を開始する必要がある者に対しては、その必要性を十分に理解できるよう支援した上で、確実に受診勧奨を行う。詳細は第２編第２章を参照されたい。	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。
２－３　保健指導対象者の選定・階層化と保健指導 所定の基準に基づき階層化を行い、保健指導の必要性の度合いに応じて、すなわち生活習慣病の危険因子の数に応じた保健指導対象者の選定・階層化を行う。その結果、対	２－３　保健指導対象者の階層化と保健指導 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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
象者は、①「情報提供」のみを行うレベル、②「情報提供」及び「動機づけ支援」を行うレベル、③「情報提供」及び「積極的支援」を行うレベル、の３種類に区分される。このうち、医療保険者の義務である特定保健指導の対象者は、上記②、③のレベルの対象者から降圧薬等を服薬中の者[2]を除いた者である。 階層化された保健指導対象者に対し、個別に適切な保健指導を行う。この際、特定保健指導（「動機づけ支援」及び「積極的支援」）の対象とならない者に対しても、個々のリスク等の状況に応じ、必要な支援を行うことが重要である。	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[3]（構造）評価（実施体制、施設・設備の状況）、プロセス（過程）評価（健診・保健指導実施者の研修等）、アウトプット（事業実施量）評価（実施回数、参加人数等）、アウトカム（結果）評価（糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群の減少数、健診データの改善、健康度の改善効果、医療費の適正化効果等）を行い、次年度の健診・保健指導計画につなげることが必要である。	２－４　評価 健診・保健指導の結果やレセプトデータ等を用いて予め設定した評価指標・評価方法を基に、ストラクチャー評価、プロセス評価、アウトプット評価、アウトカム評価、を含めた総合的な評価を行い、次年度の健診・保健指導計画の見直しにつなげることが必要である。 以上、生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ（イメージ）を、図５にまとめた。
[2]医師の指示のもとで服薬中の者を指す。 [3]ストラクチャー：構造。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。	（削除） （第１章第１編１－４（５）へ移動）

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）

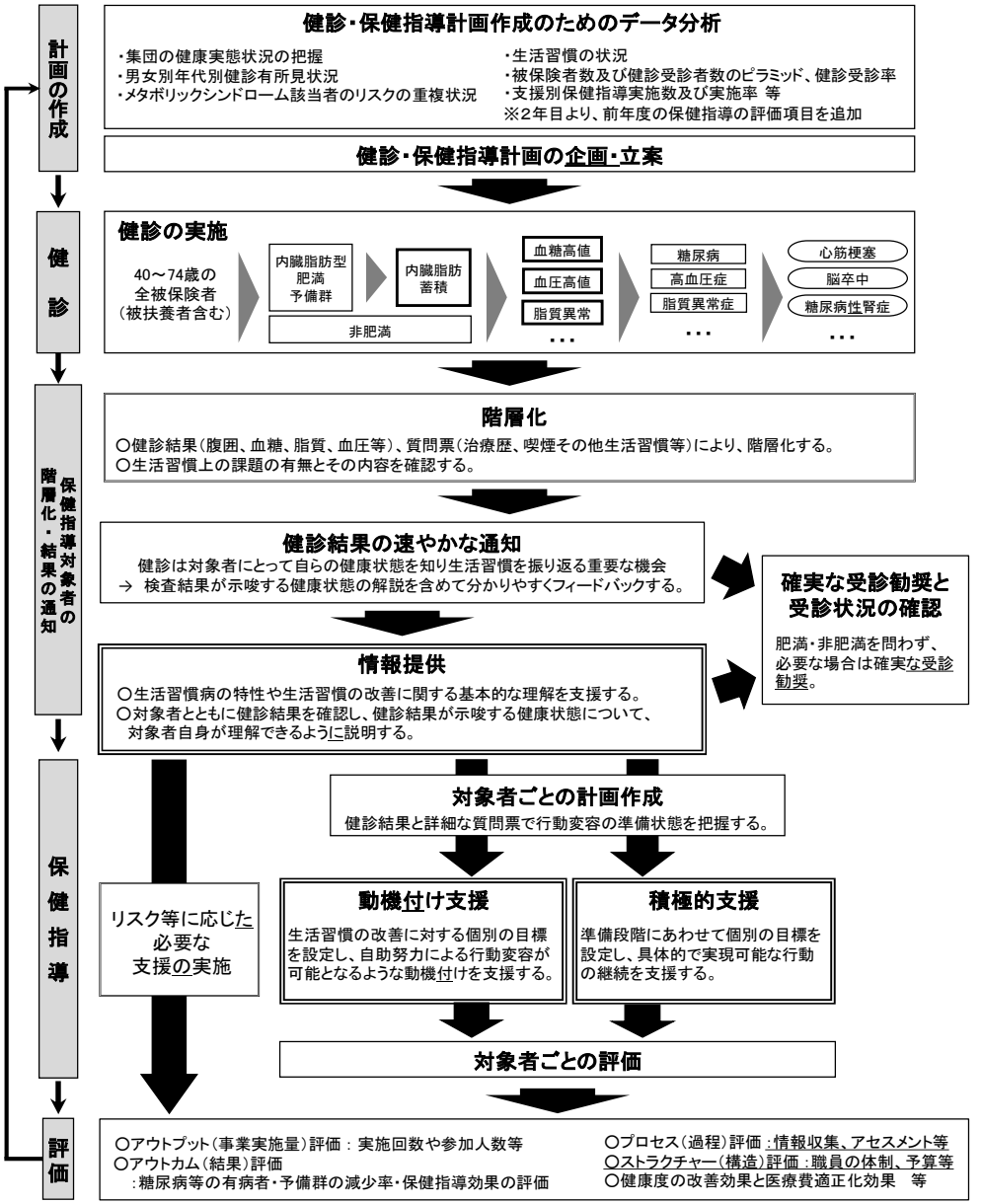
生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導プログラムの流れ（イメージ）



標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年○月）

図５

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）



標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
第３章　健診・保健指導事業に関わる者が有すべき資質 効果的・効率的な健診・保健指導事業を実施するために、医師、保健師、管理栄養士等や事務担当者を含めた当該事業に関わる者は、事業の企画・立案から事業の実施、評価に至るまでの一連のプロセスを行う能力が求められる。 また、保健指導の実施者は、対象者の身体の状態、背景、価値観等に配慮しつつ、行動変容に確実につながるような支援ができる能力を獲得する必要がある。	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　事業の企画・立案・評価を担う者が有すべき資質 医療保険者に所属している医師、保健師、管理栄養士等や事務担当者を含めた健診・保健指導事業に関わる者は、その事業の企画・立案や評価を行い、効果的な事業を実施する役割があることから、以下のような能力を習得する必要がある。	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・保健指導を計画的に実施するためには、まず健診データ、医療費データ（レセプト[1]等）、要介護度データ、地区活動等により知り得た対象者の情報などから、対象集団の特性（地域や職場の特性）を抽出し、対象集団の優先的な健康課題を設定できる能力[2]が求められる。 例えば、医療費データ（レセプト等）と健診データの突合分析から、その対象集団に比較的多い疾病の発症予防や重症化予防のために効果的・効率的な対策を考えることや、どのような疾病にどのくらい医療費を要しているか、より高額な医療費がかかる原因疾患は何か、それは予防可能な疾患なのか、また、介護保険データからは高齢期の要介護状態と生活習慣病との関連等を調べ、対策を考える能力が必要となる。 また、データの電子化に伴い、突合分析においては適切に電子データを処理する技術が必要である。	（１）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[i]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。
[1]レセプト分析をすることにより、糖尿病等の生活習慣病やその合併症である脳卒中や心筋梗塞、糖尿病腎症ほか糖尿病合併症などがいかに多いか、医療費がいかに多くかかっているか等を明らかにできる。それにより、医療費適正化のための疾病予防の重要性を認識し、的確な保健指導に結びつけることができる。 [2]対象集団の検査データの傾向や生活習慣上の課題を把握することで、集団に関する目標達成に向けて何が解決すべき課題で、どこに優先的な予防介入が必要であるかという戦略を立てることが重要である。	（削除） [i] 対象集団の検査データの傾向や生活習慣上の課題を把握することで、集団に関する目標達成に向けて何が解決すべき課題で、どこに優先的な予防介入が必要であるかという戦略を立てることが重要である。
（２）健診・保健指導の企画・調整能力	（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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
	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（地域や職場の特性）を踏まえた健診項目の選定や、受診勧奨した者が確実に受診したかどうかの確認を行う体制を含め、効果的に健診・保健指導を行う体制を整備することが必要である。そのためには、保健指導に関係する既存の社会資源を効率的に活用するとともに、健診等業務を受託する事業者等を含めた保健指導の連携・協力体制を構築する能力が求められる。	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の構築を行っていくことが求められる。そのため、地域・職域連携推進協議会や保険者協議会を活用し、医療保険者・関係機関・行政・ＮＰＯ等との密接な連携を図り、協力体制をつくることや、地域に必要な社会資源を開発するなど、多くの関係者間のコーディネートができる能力が求められる。	また、個人に着目した保健指導を行うのみでなく、地域・職域にある様々な保健活動や関連するサービスと有機的に連動させた保健指導体制を構築することが求められる。そのため、地域・職域連携推進協議会や保険者協議会を活用し、保険者・関係機関・行政・ＮＰＯ等との密接な連携を図り、協力体制をつくることや、地域に必要な社会資源を開発する等、多くの関係者間の調整できる能力が求められる。
一方、積極的支援の対象者が多い場合、効率的に健診・保健指導を実施し、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群減少の目標を達成するために、過去の健診結果等も十分に加味し、発症・重症化する恐れの特に高い対象者を、優先的に抽出していく能力も必要となる。	
健診受診率、保健指導実施率向上のための効果的な方策の企画能力も求められる。	
（３）健診・保健指導の委託に関する能力	（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。	健診・保健指導を事業者へ委託する場合は、委託基準に基づき健診・保健指導の実施機関を選定していくこととなる。
具体的には、保健指導を委託する際には、委託する業務の目的、目標や範囲を明確にした上で、費用対効果が高く、結果の出る事業者を選択し、健診・保健指導の継続的な質の管理を行う能力が求められる。	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、委託基準や詳細な仕様書を作成する必要があり、実際の委託契約においては、金額のみの観点から契約が行われることがないよう、費用対効果を念頭に置いて保健指導の内容を評価し、契約にその意見を反映させるなど、適切な委託を行うための能力も必要である。	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、アウトソーシング先の保健指導方法をしっかり把握し、適切に進行管理できるよう、一定の知識を身につけることが必要である。	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モニタリング[3]し、想定外の問題がないか情報収集を行い、問題がある場合にはできるだけ早急に対応する能力も求められる。	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。
3 モニタリング：変化を見逃さないよう、続けて測定、監視すること。	（削除）
（４）事業の事後評価を行う能力	（４）事業の事後評価を行う能力

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
保健指導は、成果を着実にあげることが求められることから、健診・保健指導の結果を基に、アウトカム（結果）評価など各種評価を行い、次年度の企画・立案につなげることができる能力が必要である。	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。
評価の方法等は第３編で詳述しているのでここでは触れないが、保健指導の効果の評価ができ実行可能な評価計画を立て、その結果を分析して課題を明確にし、現行の健診・保健指導システムの改善について具体的に提案できる能力が求められる。	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。	また、健診結果及び質問項目による対象者の選定が正しかったか、対象者に必要な保健指導が実施されたか等を評価し、保健指導の技術を向上させていくことが必要である。
（５）保健指導の質を確保できる能力	（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ともに、質の向上のための保健指導実施者自らが保健指導の方法や対象疾患の知識等について学習する環境づくりや事例検討の実施など、人材育成に取り組む能力も求められる。	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）保健指導プログラムを開発する能力	（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。	保健指導に係る新しい知見や支援方法に関する情報を収集し、また実際の指導場面での対象者の反応や保健指導実施者に対する評価に基づいて、定期的に保健指導プログラムを見直し、常により効果的な保健指導プログラムを開発していく能力が求められる。
３－２　健診・保健指導実施者が有すべき能力	３－２　健診・保健指導実施者に求められる能力
保健指導は、医療保険者等に所属する医師、保健師、管理栄養士等が実施するのみではなく、アウトソーシング先の事業者も実施する。いずれも効果的な保健指導を実施することが求められるため、その所属を問わず、保健指導実施者として以下のような能力の習得が必要である。	保健指導実施者として以下のような能力の習得が必要である。
なお、医師、保健師、管理栄養士等は、それぞれの養成課程における教育内容が異なり、新たに習得すべき能力に差があることから、研修プログラムを構成する際にはこの点を考慮する必要がある。	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	（１）健診結果と生活習慣の関連を説明でき行動変容に結びつけられる能力
健診結果から現在の健康状態を把握した上で、対象者に対し、摂取エネルギー過剰、運動不足などの食習慣・運動習慣・喫煙習慣・飲酒習慣等の問題による代謝の変化（血糖高値、脂質異常などの変化で可逆的なもの）が血管の変化（動脈硬化等の不可逆的なもの）になるという発症や重症化のメカニズムをしっかり押さえ、対象者が納得できるよう説明する能力が必要である※１。	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[1]。
こうした説明を分かりやすく行い、対象者が自らの健康状態を認識し行動変容につなげられるよう、最新の知識・技術を習得し、蓄積された健診結果やレセプト等の集団の	こうした説明を分かりやすく行い、対象者が自らの健康状態を認識し行動変容につなげられるよう、最新の知識や技術を習得し、蓄積された健診結果やレセプト等の集団の

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
データを分析・考察することを通じて常に研鑽し続けることが必要である※２。	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]。
※１：例えば高血糖状態など、糖尿病になる前の段階で早期に介入し、保健指導により行動変容につなげていくことで、疾病の発症予防を行うべきである。また、糖尿病になり合併症を発症した場合でも、医療機関と連携し、保健指導を継続することで更なる重症化予防の支援を行うべきである。	[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。
※２：実際に重症化した人などの治療状況や生活習慣等を把握することにより、なぜ疾病の発症、重症化が予防できなかったのか考える必要がある。なぜ予防できなかったかを検証することにより、医療機関との連携や保健指導において対象者の行動変容を促す支援技術の向上につながる。	[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。
（２）対象者との信頼関係を構築できる能力 保健指導においては、対象者が自らの健康問題に気づき、自分自身で解決方法を見出していく過程を支援することにより、対象者が自らの状態に正面から向かい合い、それに対する考えや気持ちをありのままに表現することでセルフケア（自己管理）能力が強化されると考えられる。この過程の支援は、初回面接において対象者と支援者との信頼関係を構築することが基盤となることから、受容的な態度で対象者に接すること、またその後の支援においては、適度な距離を保ちつつ継続的に支援できる能力が必要である。	（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付き、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する能力 健診結果から対象者の身体状況と生活習慣の関連を判断し、対象者の年齢、性格、現在までの生活習慣、家庭環境、職場環境等の把握、行動変容の準備状態、健康に対する価値観などから、対象者の健康課題について、各学会ガイドライン等を踏まえ保健指導を立案し、総合的にアセスメントできる能力が必要である。そのためには、健診データを経年的に見て、データの異常値をメタボリックシンドロームや対象者の生活習慣と関連づけて考えられる能力が求められる。また、行動変容のステージ（準備状態）や健康に対する価値観を把握し、対象者の状態にあった保健指導方法を判断できる能力が求められる。	（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ボリックシンドロームや対象者の生活習慣と関連づけて考えられる能力が求められる。また、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。
（新設）	[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。
（４）安全性を確保した対応を考えることができる能力 健診の検査結果、問診結果、健診時の医師の判断、レセプト等をもとに病態を適切に判断し、受診勧奨、保健指導その他の方策について適切に判断できる能力が求められる。	（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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
特に、検査結果が不良な対象者や整形外科的疾患等のある者については、保健指導対象者となった場合に身体活動や運動の強度等について考慮する必要があるため、健康づくりのための身体活動基準 2013 を参照するとともに、禁忌情報や留意事項を共有することで主治医と連携を図る等、適切に対応する。 また、精神疾患等で治療中であることが判明した場合には、対象者の了解を得た上で必要に応じて主治医に相談し、保健指導への参加の可否や、実際に保健指導を行う際の留意点等を確認すること等により、保健指導から脱落しないように努めることが望ましい。なお、主治医に相談する場合には、保健指導の目的や具体的な実施方法を記した書面を提示し、医師が参加の可否等を判断しやすいようにすることが望ましい。	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　カウンセリング的要素を取り入れた支援 セルフケア（自己管理）では、対象者自身が行動目標や目標達成のための方法を決めることが前提となる。したがって、一方的に目標や方法を提示するのではなく、カウンセリング的要素を取り入れることが必要である。さらに、対象者のこれまでの日常生活を振り返り、行動変容できたことについてポジティブなとらえ方をするよう心がけ、それを言語化することで対象者が自己肯定感を持って生活習慣改善に取り組めるような関わりを行うことが望まれる。 （新設）	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決めることが前提となる。したがって、一方的に目標や方法を提示するのではなく、カウンセリング的要素を取り入れることが必要である。さらに、対象者のこれまでの日常生活を振り返り、行動変容できたことについて前向きなとらえ方をするよう心がけ、それを言語化することで対象者が自己肯定感を持って生活習慣改善に取組めるような関わりを行うことが望まれる。 [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。
②　認知行動療法の手法[4]、コーチング[5]の手法 等を取り入れた支援 対象者が長い年月をかけて形成してきた生活習慣を変えることは、容易なことではない。対象者の認識や価値観への働きかけを行うためには、認知行動療法やコーチング等に係る手法についても学習を行い、対象者や支援者に合った保健指導の方法を活用することが必要である。また、これらの手法の基礎となっている理論についても、一定の知識を得て継続的に研鑽を積む必要がある。	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。
[4]認知行動療法の手法：認知行動療法とは、人間の思考・行動・感情の関係性に焦点をあてて、思考・行動様式を修正し、症状や問題を解決していく治療法である。保健指導の場面でも、認知行動療法の諸技法を取り入れた支援を行うことにより、対象者が健康行動を身に付け、自律的に健康維持あるいは症状管理を行っていくこと（セルフコントロール）ができるように動機づけるとともに、生活改善につなげていくことが可能。 [5]コーチングの手法：相手の本来持っている能力、強み、個性を引き出し、目標実現や問題解決するために自発的行動を促すコミュニケーション技術。	[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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
	[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
③　個々の生活習慣の改善のための具体的な技術 栄養・食習慣や身体活動・運動習慣における課題、喫煙習慣・多量飲酒の習慣などについては、改善のための支援が必要である。そのためには、まず対象者の知識や関心に対応した適切な支援方法を判断し実践することや、対象者の学習への準備状態を判断し、適切な食教育教材や身体活動・運動教材を選択又は作成して用いることができる能力が必要であり、また、対象者の学習過程に応じた支援が求められる。	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、国や自治体の事業や計画に関して情報提供できる能力が必要である。 また、個々の生活習慣は互いに関連しているため、対象者が置かれた状況を総合的に判断し、生活習慣改善支援をバランス良く行うことが求められる。	（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。
①　栄養・食習慣についての専門知識 対象者の栄養状態や習慣的な食物摂取状況をアセスメントし、健診結果と代謝、食事内容との関係を栄養学等の科学的根拠に基づき、対象者にわかりやすく説明できる能力が必要である。その上で、「日本人の食事摂取基準」「食生活指針」「食事バランスガイド」や食事療法の各種学会ガイドライン等の科学的根拠を踏まえ、エネルギーバランス（食事によるエネルギー摂取量と身体活動・運動による消費量）も考慮し、対象者にとって改善しやすい食行動の具体的内容を提案できる能力が必要である。その際には、対象者の食物の入手のしやすさや食に関する情報の入手のしやすさ、周囲の人々からのサポートの得られやすさなど、対象者の置かれた食環境の状況を踏まえた支援の提案や、国の健康日本 21（第二次）や自治体の健康増進計画に基づく栄養・食生活に関する目標について情報提供できる能力が必要である。また、②の身体活動・運動についての専門知識と合わせて、対象者により良い支援を提案できる能力が必要である。	（別添　健診・保健指導の研修ガイドライン　へ移動）
②　身体活動・運動についての専門知識 運動生理学、スポーツ医科学、体力測定・評価に関する基礎知識を踏まえ、身体活動・運動や運動習慣と生活習慣病発症との関連において科学的根拠を活用し、対象者に分かりやすく説明できる能力、さらに正しい身体活動・運動フォームや実施方法を実演する能力が必要である。 特に、身体活動・運動の量、強度、種類に関する知識や、誤った身体活動・運動の実施に伴う傷害に関する知識が求められるほか、対象者に応じた身体活動・運動の習慣を	（別添　健診・保健指導の研修ガイドライン　へ移動）

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
獲得するための工夫を提案できる能力が求められる。 　さらに、対象者の身体活動・運動の量やそれに伴うエネルギー消費量の増加を適切に把握し、体力の水準を簡便に評価する方法を身につけ、健康づくりのための身体活動基準 2013 に基づく、個々人に応じた支援の提供や、国の健康日本 21（第二次）や自治体の健康増進計画に基づく身体活動・運動に関する目標について情報提供できる能力も必要である。また、①の栄養・食習慣についての専門知識と合わせて、対象者により良い支援を提案できる能力が必要である。	
③　たばこについての専門知識 　喫煙は、動脈硬化の独立した危険因子である。喫煙すると、血糖の増加、血液中の中性脂肪や LDL コレステロールの増加、HDL コレステロールの減少等の検査異常がおこりやすい。喫煙とメタボリックシンドロームが重なると動脈硬化がさらに進んで、いずれも該当しない人と比べて、約４～５倍、脳梗塞や心筋梗塞にかかりやすくなる。喫煙によって年間 12-13 万人が死亡していると推定されており、この値は年間の全死亡者数の約１割に相当する。たばこによる健康被害は、国内外の多数の科学的知見により因果関係が確立しており、健診・保健指導の機会に禁煙支援を行う重要性は高い。 　対象者の喫煙状況や禁煙の意志をアセスメントし、喫煙が健康に及ぼす影響、禁煙が健康にもたらす効果、禁煙方法等について、９学会による禁煙ガイドライン（2010 年改訂版）等の科学的根拠に基づき、対象者の特性に合わせて分かりやすく説明し、禁煙を支援できる能力が必要である。喫煙が健康に及ぼす影響については、喫煙が独立した循環器疾患や糖尿病のリスク因子であるとともに、メタボリックシンドロームやその他の生活習慣病に喫煙が重なると虚血性心疾患や脳血管疾患のリスクが著しく高まることを説明する必要がある。なお、厚生労働省では平成１８年５月に禁煙支援マニュアルを公表しており、平成２５年にはその改訂版が公表されるので参照されたい。また、第３編第３章３－４（４）⑦や第３編別添資料も参照されたい。	（別添　健診・保健指導の研修ガイドライン、第３編第３章 3-３（４）　へ移動）
④　アルコールについての専門知識 　健康日本 21（第二次）では、生活習慣病のリスクを高める飲酒量を「純アルコール摂取量で男性 40g/日以上、女性 20g/日以上」と定義した。これは、がん、高血圧、脳出血、脂質異常症等のリスクが１日平均飲酒量とともにほぼ直線的に上昇すること、また、全死亡、脳梗塞及び虚血性心疾患についても概ねこの飲酒量を超えるとリスクが上昇することによる※。したがって、生活習慣病予防のアプローチとして減酒支援は重要である。また、純アルコール 1g は 7kcal に相当し、体重コントロールの観点からも、減酒支援は栄養・運動指導を補完する新たな切り口となり得る。さらに、保健指導は、アルコール依存症患者が見出された場合に、専門医療機関での治療につなげる貴重な機会となり得る。 　これらを踏まえ、保健指導実施者は、アルコールによる身体的・精神的及び社会的な影響に関する知識を持ち、対象者が抱える困難に共感しつつ、問題点を分かりやすく説	（別添　健診・保健指導の研修ガイドライン、第３編第３章 3-４（４）　へ移動）

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
明し、行動変容へと結びつける姿勢が求められる。具体的な支援方法は、第３編第３章３－４（４）⑧や第３編別添２を参照されたい。 ※　例えば、男性で週 450g 以上の純アルコール(日本酒換算で１日平均３合程度)を摂取する者の全脳血管性障害(脳出血+脳梗塞)の罹患率は、機会飲酒者の約 1.6 倍に上昇する。 【出典】Iso H et al. Alcohol consumption and risk of stroke among middle-aged men.　Stroke.　2004.	
（７）学習教材を開発する能力 生活習慣の改善を支援するためには、保健指導の実施に際して、効果的な学習教材が必要である。そのため、対象者のライフスタイルに合わせて適切に活用できる学習教材を開発する能力が求められる。なお、このような学習教材は科学的根拠に基づき作成することが求められ、常に最新のものに更新することが望ましい。 具体的には、本プログラムを活用しつつ、他機関の教材に関する情報、実際に特定健診・特定保健指導を実施した対象者の具体的事例に基づく事例検討会などをもとに検討し、地域の実情に応じて保健指導の学習教材等を工夫、作成する能力が求められている。	（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）活用可能な社会資源に関する情報収集を行う能力 平成２４年７月に改正された地域保健対策の推進に関する基本的な指針において、いわゆるソーシャル・キャピタル[6]の健康づくり等における重要性が示された。対象者の行動変容を支援する際にも、個別の保健指導だけでなく、健康教室のような集団での教育や、身近な健康増進施設、地域の自主グループ等の社会資源の活用を組み合わせることで、より効果が上がることが期待される。そのため、日頃から、活用可能な社会資源の種類や、活用のための条件等について十分な情報収集を行い、地域・職域の資源を効果的に活用した支援ができる能力が必要である。	（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[q]において、いわゆるソーシャル・キャピタル[r]を活用した健康づくり等の重要性が示されている。対象者の行動変容を支援する際にも、個別の保健指導だけでなく、健康教室のような集団での教育や、身近な健康増進施設、地域の自主グループ等の社会資源の活用を組み合わせることで、より効果が上がることが期待される。そのため、日頃から、活用可能な社会資源の種類や、活用のための条件等について十分な情報収集を行い、社会資源を効果的に活用した支援ができる能力が必要である。
[6] ソーシャル・キャピタル･･･地域に根ざした信頼や社会規範、ネットワークといった社会関係資本。「人と人との絆」、「人と人との支え合い」に潜在する価値を意味している。	[q] 地域保健対策の推進に関する基本的な指針の一部改正について（平成 24 年７月 31 日 厚生労働省健康局長通知） [r] ソーシャル・キャピタル：地域に根ざした信頼や社会規範、ネットワークといった社会関係資本。「人と人との絆」、「人と人との支え合い」に潜在する価値を意味している。
（第２編別紙 9-1　から移動）	別紙１－１ 〇厚生労働省告示第　　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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
	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。
（第２編別紙９-２　から移動）	別紙１－２ 〇厚生労働省告示第　　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 「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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
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	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。	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。
これは、内臓脂肪型肥満を共通の要因として、血糖高値、脂質異常、血圧高値を呈する病態であり、それぞれが重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高く、内臓脂肪を減少させることでそれらの発症リスクの低減が図られるという考え方を基本としている。	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、内臓脂肪型肥満に起因する糖尿病、脂質異常症、高血圧症は生活習慣の改善により予防可能であり、また、発症してしまった後でも、血糖、血圧等をコントロールすることにより、心筋梗塞等の虚血性心疾患、脳梗塞等の脳血管疾患、人工透析を必要とする腎不全などへの進展や重症化を予防することは可能であるという考え方である。	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、血圧などの上昇をもたらすとともに、様々な形で血管を損傷して動脈硬化を引き起こすことにより、虚血性心疾患、脳血管疾患、腎不全などに至る原因となることを詳細に示すことができる。そのため、健診受診者にとって、生活習慣と健診結果、疾病発症との関係が理解しやすく、生活習慣の改善に向けての明確な動機づけができるようになる。	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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
第２章　健診の内容	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 〇　糖尿病等の生活習慣病、とりわけメタボリックシンドロームの該当者・予備群を減少させることができるよう、保健指導が必要な者を的確に抽出するための検査項目を健診項目とする。対象集団の特性（地域や職場の特性）やそこから見出された健康課題を踏まえ、血清クレアチニンなどの他の検査項目も必要に応じて追加することが望ましい。	２－１　健診項目（検査項目及び質問項目） （１）基本的考え方 〇　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。
〇　標準的な質問項目は、①生活習慣病リスクの評価、②保健指導の階層化、③健診結果を通知する際の「情報提供」の内容の決定に際し、活用するものであるという考え方に基づくものとする。対象集団の特性等を踏まえ、他の質問項目も必要に応じて追加することが望ましい。	〇　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。 〇　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の全員が受ける「基本的な項目」や医師が必要と判断した場合に選択的に受ける「詳細な健診の項目」等については、以下のとおりとする。	（２）具体的な健診項目 特定健診の項目として健診対象者の全員が受ける「基本的な項目」や医師が必要と判断した場合に選択的に受ける「詳細な健診の項目」等については、以下のとおりとする。
①　特定健診の基本的な項目（別紙１参照） 質問項目、身体計測（身長、体重、ＢＭＩ、腹囲（内臓脂肪面積））、理学的検査（身体診察）、血圧測定、血液化学検査（中性脂肪、ＨＤＬコレステロール、ＬＤＬコレステロール）、肝機能検査（ＡＳＴ（ＧＯＴ）、ＡＬＴ（ＧＰＴ）、γ-ＧＴ（γ-ＧＴＰ））、血糖検査（空腹時血糖又はＨbA1ｃ検査）、尿検査（尿糖、尿蛋白）	①　特定健診の基本的な項目（別紙１参照） 質問項目、身体計測（身長、体重、ＢＭＩ、腹囲（内臓脂肪面積））、理学的所見（身体診察）、血圧測定、脂質検査（中性脂肪、ＨＤＬコレステロール、ＬＤＬコレステロール又は non-HDL コレステロール[a]）、肝機能検査（ＡＳＴ（ＧＯＴ）、ＡＬＴ（ＧＰＴ）、γ-ＧＴ（γ-ＧＴＰ））、血糖検査[b]（空腹時血糖又は HbA1ｃ[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）
※ 血糖検査については、HbA1c 検査は、過去１～３か月の血糖値を反映した血糖値のコントロールの指標であるため、健診受診者の状態を評価するという点で、保健指導を行う上で有効である。また、絶食による健診受診を事前に通知していたとしても、対象者が食事を摂取した上で健診を受診する場合があり、必ずしも空腹時における採血が行えないことがあるため、空腹時血糖と HbA1c 検査の両者を実施することが望ましい。特に、糖尿病が課題となっている医療保険者にあっては、HbA1c を必ず行うことが望ましい。なお、特定健診・特定保健指導の階層化において、空腹時血糖と HbA1c の両方を測定している場合は、空腹時血糖の結果を優	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、必ずしも空腹時における採血が行えないことがあるため、空腹時血糖と HbA1c 検査の両者を実施することが望ましい。特に、糖尿病が課題となっている保険者にあっては、HbA1c を必ず行うことが望まし

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
先し判定に用いる。	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。
※ 平成２５年度からは従来のＪＤＳ値ではなく、ＮＧＳＰ値で表記する。また、JDS 値と NGSP 値は、以下の式で相互に正式な換算が可能である。 JDS 値（%）＝0.980×NGSP 値（%）－0.245% NGSP 値（%）＝1.02×JDS 値（%）＋0.25%	[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。 JDS 値（%）＝0.980×NGSP 値（%）－0.245% NGSP 値（%）＝1.02×JDS 値（%）＋0.25% [d] ｅＧＦＲ（mL/分/1.73 ㎡）＝$194\times Cr^{-1.094}\times$年齢（歳）$^{-0.287}$　（女性は×0.739）
②　特定健診の詳細な健診の項目（別紙２参照） 生活習慣病の重症化の進展を早期にチェックするため、詳細な健診として、心電図検査、眼底検査、貧血検査（赤血球数、ヘモグロビン値、ヘマトクリット値）のうち、一定の基準（別紙２参照）の下、医師が必要と判断した場合に選択的に実施する。なお、健診機関は、別紙２の基準を機械的に適用するのではなく、詳細な健診を行う必要性を個別に医師が判断することとし、その判断理由等を医療保険者に通知するとともに、受診者に説明する必要がある。	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 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。中でも、血清尿酸や血清クレアチニン等については検査を実施することが望ましい。	③　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。選定・階層化に必要とされる質問項目１～３（服薬状況）、４～６（既往歴、現病歴）、８（喫煙習慣）は、特定健診における必須項目である。労働安全衛生法における健診結果等、他の健診結果を活用する場合、必須項目を確実に取得することが必要である。 なお、必須項目も含め、この質問項目への回答は、いずれも保健指導の際の重要な情報となる。	（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 〇　医療保険者は、複数の健診機関で実施された受診者の健診結果のデータを一元的に	（４）測定方法とその標準化 〇　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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
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。	し、予防効果が大きく期待できる者から優先的に保健指導を実施していくことが必要である。そのため、共通した健診判定値の設定や検査項目毎の測定値の標準化が必要となる。
○　健診機関は検査の標準化により、保健指導判定値及び受診勧奨判定値の信頼性を確保する。	○　健診機関は検査の標準化により、保健指導判定値及び受診勧奨判定値の信頼性を確保する。
○　健診機関は、採血時間、検体の保存・運搬等に関して適切な配慮を行う。	○　健診機関は、採血時間、検体の保存・運搬等に関して適切な配慮を行う。
○　健診の検査実施方法および留意事項については 別紙４を参照 。	○　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。	○　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。	（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。	○　内部精度管理、外部精度管理について、健診実施者は、「健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針」（平成 16 年厚生労働省告示第 242 号）（別紙６参照）における精度管理に関する事項に準拠して、精度管理を行うものとする。
①　内部精度管理（健診機関内で同じ測定値が得られるようにすること） 健診機関内において、健診の実施における検体の採取・輸送・保存、測定、検査結果等について、管理者の配置等管理体制、実施手順、安全性の確保等の措置を講じるように務め、検査値の精度を管理する。	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、日本臨床検査技師会、全国労働衛生団体連合会等が実施している外部精度管理調査を少なくとも１つは定期的に受け、検査値の精度が第三者によって管理されているようにする。	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。	（６）健診項目の判定値 ○　各健診項目における保健指導判定値及び受診勧奨判定値は別紙５参照。
○　これらの判定値は、メタボリックシンドローム、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の関係学会のガイドラインとの整合性を確保する必要がある。	○　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。	○　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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
（７）健診項目の定期的な見直し 効果的な健診・保健指導を実施するために、国は、従来の健診項目を踏襲するのではなく、生活習慣病の発症予防・重症化予防の効果等を踏まえ、厚生労働科学研究費補助金による研究班等を活用して、最新の科学的知見に基づき健診項目の有用性・必要性を定期的に見直すことが望ましい。尿検査や肝機能検査等、保健指導対象者の選定に用いられない項目や、導入が見送られている血清尿酸や血清クレアチニンなどの項目についても、その有効性、必要性について費用対効果を含め、対象集団の特性を踏まえて検証し、必要に応じて見直しを検討する必要がある。	（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 〇　生活習慣病は自覚症状を伴うことなく進行することが多い。健診における検査データは、対象者が自分自身の健康課題を認識して生活習慣の改善に取り組む貴重な機会である。こうした効果を最大化するためには、選定・階層化に用いられるか否かに関わらず、個々の検査データに関する重症度の評価を含めた健診結果やその他必要な情報について、健診受診後すみやかに全ての対象者に分かりやすく提供する（フィードバックする）ことが重要である。	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 〇　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。
〇　こうした情報提供は、生活習慣を改善または維持していくことの利点を感じ、対象者の行動変容を促す動機づけを目的として行うべきである。その上で、医療機関への受診や継続治療が必要な対象者には受診や服薬の重要性を認識させること、健診受診者全員に対し継続的に健診を受診する必要性を認識させることなどの情報が盛り込まれることが望ましい。また、こうしたフィードバックの効果を高めるためには、健診実施から結果通知、及び保健指導までの期間を可能な限り短くすることが望ましい。	〇　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。
〇　特に、特定健診の結果、医療機関を受診する必要があると判断された者については、医療機関への受療行動に確実に結びつくようなフィードバックが必要である。具体的には、通知等の送付だけにとどめず、面接等により確実に医療機関を受診するよう促し、確実に医療につないだ上で、実際の受診状況の確認も含めて継続的に支援することが重要である。	〇　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。
	〇　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 フィードバックはすべての健診受診者に対して行われるべきであるが、個々の健診結	（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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
果によって伝える内容はそれぞれ異なる。そこで、検査項目毎に解説をした上で、経年変化も踏まえた総合判断の結果を通知することが望ましい。特に健康上の課題が大きい対象者については、健診受診後すみやかに保健指導実施者が対面で個別に説明することで、より大きな効果が上がることが期待される。 　具体的には、別添資料の文例集を参考に、対象者個々人のリスクの程度に応じて、可能な限りきめ細かく対応することが望ましい。	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　確実に医療機関受診を要する場合 　検査結果に基づき、医療機関においてすみやかに治療を開始すべき段階であると判断された対象者については、確実に医療機関を受診し治療を開始することを支援する。特に、各健診項目において、早急に医療管理下におくことが必要な者は、特定保健指導の対象となる者であっても早急に受診勧奨を行う。服薬中でなければ特定保健指導の対象者にはなり得るが、緊急性を優先して判断する必要がある。 　なお、このことはかかりつけ医のいない対象者にとってかかりつけ医を見つける機会にもなる。 　治療中断中の場合、または受診に前向きな姿勢ではない場合には、必要性の説明に終わるのではなく、本人の考え方、受け止め方を確認、受療に抵抗する要因を考慮したうえ、認知を修正する働きかけが必要になる。また、「いつまでに」受診するかといった約束をすることや、受診した結果を連絡してほしいと伝えることで、対象者の中で受診に対する意識が高まり、受診につながることがある。	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がある。
②　生活習慣の改善を優先する場合 　上記①ほど緊急性はないものの、検査データで異常値が認められ、生活習慣を改善する余地のある者には、特定保健指導の対象者・非対象者のいずれもが含まれ得る。こうした者へのフィードバックでは、どのようなリスクがどの程度高まる状態なのか、また、自らの生活習慣に関して具体的にどの点をどう改善するとよいのかといったポイントを適宜盛り込むことが望ましい。個別の対応としては、健診で認められた危険因子の重複状況や重症度を含めて対象者本人が自らの健康状態を認識できるよう支援し、医師等とも相談した上で、まずは保健指導を行って生活習慣の改善を支援し、十分な改善がみられないようなら医療機関での受療を促すというきめ細かな方法も考えられる※。 　なお、血圧及び喫煙については、虚血性心疾患や脳血管疾患の発症リスクとして重視すべき項目であるため、健診当日を含め、面接での対応を強化することが求められる。特に喫煙者に対しては、禁煙支援および積極的な禁煙外来の利用を促すことが望ましい。	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。
※　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	[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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
て生活習慣の改善に自ら取り組むという方法と、生活習慣の改善指導など必要な支援を保健指導として行う方法の２通りが考えられる。また、脂質異常症においても、一次予防（虚血性心疾患未発症者）ではまず３～６か月の生活習慣改善が必要であるとしている。特定保健指導の対象となった者については、各学会のガイドラインを踏まえ、健診機関の医師の判断により、保健指導を優先して行い、効果が認められなかった場合に、必要に応じて受診勧奨を行うことが望ましい。	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ともに、今後起こり得るリスクを説明し、以降も継続して健診を受診することが重要であることを伝えることが望ましい。健診データが改善している場合には、本人の生活改善の努力を評価し、次年度も引き続き健康な状態で健診を受けるよう促すなど、ポジティブな対応が望まれる。	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、喫煙者である等、生活習慣の改善の余地がある対象者に対しては、喫煙等による生活習慣病発症リスクの高さ等に言及した上で、生活習慣の改善を促すことが望ましい。	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。	（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 医療機関を受診し薬物療法が開始された者について、その後も治療中断に至らないよう、フォローアップを行うことが望ましい。	（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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
第３章　保健指導対象者の選定と階層化	第３章　保健指導対象者の選定と階層化
（１）基本的考え方 〇　内臓脂肪の蓄積により、血圧高値・血糖高値・脂質異常等の危険因子が増え、リスク要因が増加するほど虚血性心疾患や脳血管疾患等を発症しやすくなる。効果的・効率的に保健指導を実施していくためには、予防効果が大きく期待できる者を明確にする必要があることから、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因の数に着目し、保健指導対象者の選定を行う。	（１）基本的考え方 〇　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。
〇　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。	〇　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。
〇　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。	〇　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。
〇　特定健診に相当する健診結果を提出した者に対しても、特定健診を受診した者と同様に、選定・階層化を行い、特定保健指導を実施する。	〇　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）具体的な選定・階層化の方法 ステップ１（内臓脂肪蓄積のリスク判定） 〇 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）	（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） 〇 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/m^2 →（2）
ステップ２（追加リスクの数の判定） 〇 検査結果及び質問票より追加リスクをカウントする。 〇 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。	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） 〇 検査結果及び質問票より追加リスクをカウントする。 〇 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。 〇 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　a 空腹時血糖　100mg/dL 以上　又は b HbA1c（NGSP）の場合　5.6%以上　又は c 薬剤治療を受けている場合（質問票より）	①　血糖高値[e]　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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
②　脂質異常　a 中性脂肪　150mg/dL 以上　又は b HDL コレステロール　40mg/dL 未満　又は c 薬剤治療を受けている場合（質問票より）	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　血圧高値　a 収縮期血圧　130mmHg 以上　又は b 拡張期血圧　85mmHg 以上　又は c 薬剤治療を受けている場合（質問票より）	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
④　質問票　喫煙歴あり	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
※ 血糖検査については、HbA1c 検査は、過去１～３か月の血糖値を反映した血糖値のコントロールの指標であるため、健診受診者の状態を評価するという点で、保健指導を行う上で有効である。また、絶食による健診受診を事前に通知していたとしても、対象者が食事を摂取した上で健診を受診する場合があり、必ずしも空腹時における採血が行えないことがあるため、空腹時血糖と HbA1c 検査の両者を実施することが望ましい。特に、糖尿病が課題となっている医療保険者にあっては、HbA1c を必ず行うことが望ましい。なお、特定健診・特定保健指導の階層化において、空腹時血糖と HbA1c の両方を測定している場合は、空腹時血糖の結果を優先し判定に用いる。	[e] 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。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、必ずしも空腹時における採血が行えないことがあるため、空腹時血糖と HbA1c 検査の両者を実施することが望ましい。特に、糖尿病が課題となっている保険者にあっては、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。
※ 平成２５年度からは従来のＪＤＳ値ではなく、ＮＧＳＰ値で表記する。また、JDS 値と NGSP 値は、以下の式で相互に正式な換算が可能である。 JDS 値（%）＝0.980×NGSP 値（%）－0.245% NGSP 値（%）＝1.02×JDS 値（%）＋0.25%	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。 JDS 値（%）＝0.980×NGSP 値（%）－0.245% NGSP 値（%）＝1.02×JDS 値（%）＋0.25%
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	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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
追加リスクが　２以上の対象者は　積極的支援レベル １の対象者は　動機づけ支援レベル ０の対象者は　情報提供レベル　とする。 （2）の場合 ①～④のリスクのうち 追加リスクが　３以上の対象者は　積極的支援レベル １又は２の対象者は　動機づけ支援レベル ０の対象者は　情報提供レベル　とする。	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「動機づけ支援」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ので、生活習慣の改善支援については、医療機関において継続的な医学的管理の一環として行われることが適当である。そのため、医療保険者による特定保健指導を義務とはしない。しかしながら、きめ細かな生活習慣改善支援や治療中断防止の観点から、主治医と連携した上で保健指導を行うことも可能である。また、健診結果において、医療管理されている疾病以外の項目が保健指導判定値を超えている場合は、本人を通じて主治医に情報提供することが望ましい。	○　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 ○　医療保険者の判断により、動機づけ支援、積極的支援の対象者以外の者に対しても、必要に応じて保健指導の実施を検討することが望ましい。特に、腹囲計測によって内臓脂肪型肥満と判定されない場合にも、血糖高値・血圧高値・脂質異常等のリスクを評価する健診項目を用い、個別の生活習慣病のリスクを判定する。	（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[1]、口腔機能低下及び低栄養や認知機能低下の予防等に留意し[2]、対象者の状況に応じた保健指導を行うことが望ましい。	○　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）。	○　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	○　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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
て保健指導対象者の選定・階層化基準についても見直す必要がある。	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。
[1] ロコモティブシンドローム（運動器症候群）は、運動器の障害のために自立度が低下し、介護が必要となる危険性の高い状態と定義される。ロコモティブシンドローム予防には歩行能力の維持向上が大切である。【参考】ロコモティブシンドローム診療ガイド 2010（日本整形学会編）	[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）
[2]栄養改善（血清アルブミン値の維持など）、口腔機能の維持向上、認知機能低下予防（特に軽度認知障害の高齢者に対する脳の活性化を含む運動・身体活動の積極的取り入れ）等は、いずれもプログラムの有効性が確認されている。 【参考】介護予防マニュアル(改訂版:平成 24 年３月　厚生労働省老健局) http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/tp0501-1.html	[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）

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
第４章　健診における各機関の役割	第４章　健診における各機関の役割
（１）医療保険者に期待される役割	（１）保険者に期待される役割
	①　健診の適切な実施
○　医療保険者は、40 歳以上 74 歳以下の被保険者・被扶養者に対し、保険者の義務として特定健診を実施する。その際、受診率向上のために文書や電話等の受診勧奨の取り組みを被扶養者も含めて行う。また、委託する際は、適切な健診機関を選定する。	○　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。	○　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。	○　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。	○　服薬中の者に対しても、健診データ、レセプトデータ等に基づき、必要に応じて、保健指導等を検討する必要がある。
○　レセプトデータ等に基づき、受診勧奨を行った者が実際に医療機関を受診しているかどうか、フォローアップを行う。適切に受療していない場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症予防のために治療の継続が必要であることを分かりやすく説明し、治療開始を促すことが重要である。	○　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」【今後改正予定】

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
	http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061273.html 「保健事業の実施計画（データヘルス計画）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、個人情報の保護等について、本プログラムに記載された内容を遵守して適切に健康診査を行うことができる健診機関を選定し、委託を行う。
（２）健診機関の役割 ○　医療保険者より委託された健診機関は、適切に特定健診を実施する。 ○　健診結果が示唆する健康課題等について、健診受診者に分かりやすくフィードバックする。 ○　受診勧奨判定値を超える検査値があれば、その程度、年齢等を考慮した上で、医療機関を受診する必要性について受診者に通知する。特に、医療機関受診が必要であると判断された者に対しては積極的な受診勧奨を行う。	（第２編第４章（４）　へ移動）
（３）市町村の一般衛生部門の役割 ○　市町村の一般衛生部門が、医療保険者の保有する健診データやレセプトデータ、市町村の介護部門が保有する介護保険データに基づき当該市町村内の住民に対する保健指導や健康相談などを行おうとする場合には、これらの情報が特に適正な取扱いの厳格な実施を確保する必要がある医療分野に関する情報であるため、医療保険者や市町村の介護部門と連携し、別紙７に定める取扱いを行う必要がある。 ○　上記を踏まえた上で、市町村の一般衛生部門においては、主治医や医療保険者と連携し、健診データ、レセプトデータ等に基づき、必要に応じて、服薬中の者に対する保健指導等を行うべきである。	（２）市町村の役割 ○　市町村における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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
	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に対する対策、特定保健指導対象者以外の者に対する保健指導等について、医療保険者と連携してレセプトデータの受療情報等により行うべきである。	・　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。
○　保健指導を実施する際に、医療機関を受診する必要があると判断されているにもかかわらず対象者が医療機関を受診していない場合は、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症予防のために治療が必要であることを指導することが重要である。	○　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。
（新設）	（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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
	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。
（新設）	（４）健診機関の役割 ○　保険者より委託された健診機関は、検査の標準化や精度管理、個人情報の保護等について、本プログラムに記載された内容を遵守して、適切に特定健診を実施する。
	○　健診結果が示唆する健康課題等について、健診受診者に分かりやすくフィードバックする。
	○　受診勧奨判定値を超える検査測定値があれば、その程度、年齢等を考慮した上で、医療機関を受診する必要性について受診者に通知する。特に、医療機関受診が必要であると判断された者に対しては積極的な受診勧奨を行う。その際、対象者の重症度等に応じて受診勧奨方法を工夫する。
（４）医療機関の役割 ○　医療機関においては、健診の結果を踏まえて受診した者に対し、必要な医療を提供するとともに、栄養・運動等を含めた必要な生活習慣改善支援も継続的に行う。その場合、診療報酬で定める各種要件を満たせば、生活習慣病管理料、管理栄養士による外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料等を算定できる。	（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。	○　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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
第５章　健診データ等の電子化	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 〇　特定健診・特定保健指導においては、高齢者医療確保法に基づき、次のように健診データ等の授受がなされ得る。	５－１　健診データ提出の電子的標準様式 （１）基本的考え方 〇　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→医療保険者 ②　（被扶養者の健診を行った）医療保険者→（被扶養者所属の）医療保険者 ③　（異動元の）医療保険者→（異動先の）医療保険者 ④　労働安全衛生法に基づく健診を実施した事業者→（当該労働者所属の）医療保険者 ⑤　他の健診等を受けた被保険者・被扶養者→医療保険者	＜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医療保険者→国、社会保険診療報酬支払基金	＜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
〇　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。	〇　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 〇　健診データ等の授受の際には、個人情報の保護に十分に留意する。	（２）留意事項 〇　健診データ等の授受の際には、個人情報の保護に十分に留意する。
〇　今後、人間ドック等他の健診データ等も、この電子的標準様式を基本とした形式で収集できるようにすることが望ましい。	〇　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。
〇　収集された電子的情報はバックアップのために、安全性の確保された複数の場所に保存することが望ましい。	〇　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。
〇　医療保険者においては、被保険者の求めがあれば、健診結果を電子的に提供することが望ましい。	〇　保険者においては、被保険者の求めがあれば、健診結果を電子的に提供することが望ましい。
（３）具体的な様式 データの提出様式については、別紙８－１、別紙８－２、別紙８－３とする。	（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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）

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に使用しなければ、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/info0i.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 桁のコードを使用）

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

５－３　健診機関・保健指導機関コードの設定

（１）基本的考え方

○　医療保険者が管理する健診データ等は、健診機関ごとに特定のコードが収載されている。

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

標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年○月）

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に使用しなければ、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 桁のコードを使用）

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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
○　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。	○　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	（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。	○　健診機関コード情報の収集・台帳の整理に際しては、社会保険診療報酬支払基金において発番されている 10 桁のコードを使用する必要がある。
５－４　健診結果の保存と活用について （１）基本的考え方 ○　医療保険者は、蓄積された健診データを使用することにより、効果的・効率的な健診・保健指導を実施することが可能となる。また、被保険者・被扶養者は、生涯を通じた自己の健康管理の観点から、継続的な健診データの保存が望まれる。	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。
○　このため、医療保険者や被保険者・被扶養者は、できる限り長期間、健診データを保存し参照できるようにすることが望ましい。	○　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。
○　さらに、医療保険者は、個人ごとに健診データ等を整理し、生涯を通じた健診情報のデータ管理を行うことができるようなシステム構築を検討することが望ましい。 ○　また、被保険者・被扶養者が医療保険者間を異動した際には、本人の同意を得た上	○　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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
で、医療保険者間で健診データ等を適切に移行させることが望ましい。	
○　ただし、個人情報の保護に十分配慮する必要がある。	○　ただし、個人情報の保護に十分配慮する必要がある。
（２）具体的な保存年限 ○　医療保険者は、特定健診の結果を、次のうちいずれか短い期間保存しなければならない。 ①　記録の作成日の属する年度の翌年度から５年間を経過するまでの期間 ②　被保険者・被扶養者が他の医療保険者に加入した日の属する年度の翌年度末までの期間	（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、当該医療保険者が健診データを保存することが望ましい。	○　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 ○　医療保険者間を異動した場合のデータの授受の方法としては、前に所属していた医療保険者において、健診データ管理に用いられていた記号・番号を、異動後の医療保険者において新しい被保険者番号等を発行し、差し替えることで、異動後の医療保険者は被保険者の健診データを管理することが考えられる。	（３）留意事項
○　医療保険者の被保険者でなくなった時以降は、次の医療保険者に引き継がれるまでか、空白期間ができるだけ生じないよう、例えば１年程度の一定期間が経過するまで保存する必要がある。	○　被保険者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、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医療保険者へ引き継ぐ必要がある。	○　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。	○　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。	（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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
○　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。	○　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。	○　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。
（例）兵庫県尼崎市役所においては、職員の健診記録は原則として、在籍している限り保存することとなっている。この長期保存データを遡って見た場合、心筋梗塞等が重症化した者は、10 年以上前から肥満があり、中性脂肪も併せて高いことなどが確認され、早期の段階で介入すれば予防することができたのではないかという評価が可能となり、さらに、今後同様の状況にある者に対して、優先的に介入するなどの戦略を立てることができる。	
第６章　健診の実施に関するアウトソーシング（外部委託）	（第１編第１章（７）　へ移動）
（１）基本的考え方 ①　アウトソーシングを推進する意義 アウトソーシングを推進することにより、利用者の利便性に配慮した健診（例えば、土日・祝日に行うなど）を実施するなど対象者のニーズを踏まえた対応が可能となり、健診の受診率の向上が図られる。一方で、精度管理が適切に行われないなど健診の質が考慮されない価格競争となることも危惧されるため、質の低下につながることがないよう委託先における健診の質を確保することが不可欠である。 ②　外部委託の具体的方法 健診の実施を委託する場合には、委託基準を作成し、本プログラムに定める内容の健診が適切に実施される事業者を選定する必要がある。なお、特定健診・特定保健指導の事業の企画及び評価については医療保険者自らが行う。 ③　委託側の健康増進事業実施者に求められる事項 委託契約期間中には、健診が適切に実施されているかについてモニタリングを行うことが重要である。 個人情報については、その性格と重要性を十分認識し、適切に取り扱わなければならない。特に、医療分野は、「個人情報の保護に関する基本方針」（平成１６年４月２日閣議決定）等において、個人情報の性質や利用方法等から、特に適正な取扱いの厳格な実施を確保する必要がある分野の一つとされていることから、委託先の事業者は個人情	

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
報を適切に取り扱わなければならない。 　なお、健診結果等の情報を取り扱う業務のみを委託する場合にも、委託先の事業者は平成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）に定める健診結果等の情報の取扱いに関する基準を遵守することが求められる。（別紙９－１、別紙９－２参照） ④受託側の事業者に求められる事項 　受託側の事業者は、健診の実施機関ごとに測定値及びその判定等が異ならないよう、健診の精度管理を適切に行う必要がある。 　なお、巡回型・移動型で健診を行う場合も、受託側の事業者の施設で行う基準と同じとする必要がある。 　健診機関は、敷地内禁煙にするなど、健康増進に関する取組みを積極的に行う必要がある。 　また、健康増進事業実施者自らが実施する場合も本基準と同じ基準を満たす必要がある。 （２）具体的な基準 　特定健診で外部委託を行う際に求められる基準に関しては、平成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９－１、別紙９－２参照）	

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
第７章　７５歳以上の者及び４０歳未満の者に対する健診・保健指導の在り方	第６章　年齢層を考慮した健診・保健指導について
７－１　７５歳以上の者に対する健診・保健指導の在り方 （１）基本的な考え方について 〇　７５歳以上の者については、医療機関に通院していない場合、健診等の機会を活用し、糖尿病等の生活習慣病を軽症のうちに発見し、医療につなげ、重症化を予防することが重要である。 〇 ７５歳以上の者の生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果は、７５歳未満の者よりも大きくないと考えられ、それ以前の年齢層の者に比べて生活習慣の改善が困難な場合も多い。さらに、体重減少や低栄養のリスクが増すことから、ＱＯＬを確保し、自立した日常生活を営むために生活機能低下の予防が重要となってくる。 〇 したがって、７５歳以上の者については、身体状況等の個人差が大きいことに留意し、生活習慣病の予防に加え、７５歳以上で増加するロコモティブシンドローム、口腔機能低下及び低栄養や認知機能低下を予防するため、個人の状態をアセスメントした上でその対象者の状況に応じた生活習慣改善支援を行うことが重要である。 （２）健診について 〇　糖尿病等の生活習慣病に着目した健診項目は、７５歳以上の者についても、基本的には７５歳未満と同様の項目とする。 〇　健診項目は、基本的には、生活習慣病に着目した特定健診の必須項目と同様の項目とするが、腹囲については、医師の判断等によって実施する項目とすることが適当である。 〇　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。 〇　なお、糖尿病等の生活習慣病についてかかりつけ医等の医療機関を受診している者については、必ずしも健康診査を実施する必要はないと考えられる。	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 〇　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。 〇　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。 〇　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 〇　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。 〇　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。 〇　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。 〇　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。 〇　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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
	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。
	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））
（３）保健指導について	（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。
○　７５歳以上の者については、本人の残存能力を落とさないこと、ＱＯＬの確保等が重要であるとともに、個々の身体状況、日常生活能力、運動能力等が相当程度異なっている場合が多い。そのため、４０～７４歳と同様に行動変容のための保健指導を一律に行うのではなく、本人の求めに応じて、健診結果を踏まえ、健康相談や保健指導	○　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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
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。	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。
（４）介護との連携について 〇　市町村においては、高齢福祉担当課が主体となって介護関連事業を実施し、高齢者の健康確保と生活機能の維持・向上に努めていることから、高齢者の健診・保健指導については、データ等の相互提供等により介護関連事業と連携を図りながら実施することが望ましい。	（第２編第６章６－１（１）　へ移動）
７－２　４０歳未満の者に対する健診・保健指導の在り方 〇　メタボリックシンドロームの該当者・予備群は、３０歳代以前と比較して、４０歳代から増加する。４０歳未満の者については、正しい生活習慣及び生活習慣病予防の重要性に関する普及啓発等を通じて、生活習慣病の予防を行うことが重要である。一方、普及啓発等に加えて、医療保険者においては、特定健診・特定保健指導の対象となる以前（例えば、節目健診として３０歳、３５歳の時）に健診を行い、生活習慣の改善が特に必要と認められる者に対して保健指導を実施することは、特定保健指導対象者を減少させる上で有効であると考えられる。	６－２　40 歳未満の者に対する健診・保健指導 〇　平成 26 年度の特定健診受診者において「20 歳から 10 ㎏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。
〇　また、20 歳以降の体重増加と生活習慣病の発症との関連が明らかであることから、若年期から適正な体重の維持に向けた保健指導、啓発が重要である。	〇　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。 〇　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。 〇　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。 〇　平成 26 年度の特定健診受診者に分析においては、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。 〇　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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
	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。 〇　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。
※例えば、20 歳からの平均約 30 年間で 5kg 以上体重が増えた人は、体重増加が 5kg 未満の人に比べて、男性では 2.61 倍、女性では 2.56 倍、糖尿病を発症しやすかったことが日本人を対象とした研究で示されている。（Nanri A, Mizoue T, Takahashi Y, et al. J Epidemiol Community Health doi: 10.1136/jech. 2009. 097964, 2011）	[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）

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）

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

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

○…必須項目

△…医師の判断に基づき選択的に実施する項目

◎…いずれかの項目の実施でも可

●1：　20歳以上の者については医師の判断に基づき省略可

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

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

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

※2　以下の者については医師が必要でないと認めるものについては省略可
1. 40歳未満の者(35歳の者を除く。)
2. 妊娠中の女性その他の者であって、その腹囲が内臓脂肪の蓄積を反映していないと診断されたもの
3. BMIが20未満である者　　BMI[kg/m^2]＝体重[kg]／（身長[m]）^{2}
4. 自ら腹囲を測定し、その値を申告した者(BMIが22未満である者に限る。)

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

※4　教職員を対象とする

標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年○月）

別紙１　（削除）

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ため、non-HDLコレステロールにて評価する場合がある。

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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
別紙２　「詳細な健診」項目について 以下の判定基準に該当する者のうち、医師が必要と認める者については、詳細な健診を実施する（基準に該当した者すべてに対して当該健診を実施することは適当ではなく、受診者の性別、年齢等を踏まえ、医師が個別に判断する必要がある）。その際、健診機関の医師は、当該健診を必要と判断した理由を医療保険者へ示すとともに、受診者に説明すること。 なお、他の医療機関において実施された最近の検査結果が明らかで、再度検査を行う必要がないと判断される者、現に糖尿病、高血圧症、脂質異常症、虚血性心疾患、脳血管疾患等の疾患により医療機関において管理されている者については、必ずしも詳細な健診を行う必要はなく、現在の症状等を踏まえ、医師が個別に判断する必要がある。また、健康診査の結果から、直ちに医療機関を受診する必要があると判断された者については、確実な受診勧奨を行い、医療機関において、診療報酬により必要な検査を実施する。	別紙２　「詳細な健診」項目について 以下の判定基準に該当する者のうち、医師が必要と認める者については、詳細な健診を実施する（基準に該当した者すべてに対して当該健診を実施することは適当ではなく、受診者の性別、年齢等を踏まえ、医師が個別に判断する必要がある）。その際、健診機関の医師は、当該健診を必要と判断した理由を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 〇　前年の健診結果等において、①血糖高値、②脂質異常、③血圧高値、④肥満の全ての項目について、以下の基準に該当した者	（１）12 誘導心電図 〇　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 〇　前年の健診結果等において、①血糖高値、②脂質異常、③血圧高値、④肥満の全ての項目について、以下の基準に該当した者	（２）眼底検査 〇　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 〇　貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者 【判定基準】 ①血糖高値　ａ 空腹時血糖　100mg/dL 以上　又は ｂ HbA1ｃ（NGSP）　5.6％以上 ②脂質異常　ａ 中性脂肪　150mg/dL 以上　又は ｂ HDL コレステロール　40mg/dL 未満	（３）貧血検査 〇　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 〇　当該年度の健診結果等において、①血圧が以下のａ、ｂのうちいずれかの基準又は②血糖の値がａ、ｂ、ｃのうちいずれかの基準に該当した者 ①血圧　ａ 収縮期血圧　130mmＨｇ以上 ｂ 拡張期血圧　85mmＨｇ以上

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
③血圧高値　a 収縮期血圧　130mmHg 以上　又は b 拡張期血圧　85mmHg 以上 ④肥満　a 腹囲　男性 85cm 以上、女性 90cm 以上　又は b BMI≧25kg/m^2	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 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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）

別紙３　標準的な質問票

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

標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

別紙３　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 l	
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
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。	①改善するつもりはない ②改善するつもりである（概ね6か月以内） ③近いうちに（概ね1か月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている ④既に改善に取り組んでいる（6か月未満） ⑤既に改善に取り組んでいる（6か月以上）
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	①はい ②いいえ

l　医師の判断・治療のもとで服薬中のもとを指す。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）

別紙３（参考）

	質問項目	解説 と 回答の活用例
1 2 3	現在、a からcの薬の使用の有無 a. 血圧を下げる薬 b. インスリン注射又は血糖を下げる薬 c. コレステロールを下げる薬	○高血圧症、糖尿病又は脂質異常症について既に医療機関で治療を受けており服薬中である者については、当該医療機関で生活習慣の改善支援も行われていると考えられることから、特定保健指導の対象とならない。この質問はそれを確認するものである。 ○ただし、この質問で「いいえ」と答えた場合に、飲み忘れ（医療機関で治療を受けている）や治療中断の場合が含まれることに留意を要する。 ○「コレステロールを下げる薬」の項は、「脂質異常症の薬」を一般の方々にわかりやすく表現したものであり、中性脂肪を下げる作用のある薬もこれに含める。 ○糖尿病、高血圧の薬と比較して、脂質異常症の薬については本人が自覚していない場合が多いとの指摘があることに留意する。 ○特定保健指導開始後に、実際には服薬中であることが判明した場合は、特定保健指導の対象者から除外となるが、きめ細かな生活習慣改善支援の観点から、主治医と連携した上で保健指導を行うことも可能である。

標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年○月）

別紙３（参考）　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。

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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）

4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	○脳卒中既往例では脳卒中や虚血性心疾患の発症リスクが高まる※1。 ○こうした既往がある場合には、食事や身体活動・運動について支援する際に主治医と連携する。
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	○心筋梗塞などの虚血性心疾患既往例では虚血性心疾患や心不全の再発リスクが高まる※1。 ○こうした既往がある場合には、食事や身体活動・運動について支援する際に主治医と連携する。
6	医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析）を受けたことがありますか。	○慢性腎不全では、心筋梗塞、心不全および脳卒中の発症率が高くなる※2。 ○こうした既往がある場合には、食事や身体活動・運動について支援する際に主治医と連携する。

標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年○月）

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/1.73m^{2}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くなることに留意する。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）			標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）	
7	医師から、貧血といわれたことがある。	○この質問に「はい」と答えた者には、いわゆる脳貧血（迷走神経反射による立ちくらみ等）のことか、鉄欠乏性貧血等で治療を行ったことがあるのかどうかを確認する必要がある（そこで本質問には「医師から」という文言を入れている）。 ○後者の場合は、現在の治療状況を確認し、現在も治療を継続しているようであれば食事や身体活動・運動について支援する際に主治医と連携する。一方、治療の必要性があるにも関わらず治療を自己中断している場合には医療機関での精査を促す。	**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。 （※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計 100 本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近１ヶ月間も吸っている者）	○喫煙は、動脈硬化の独立した危険因子である。 ○喫煙すると、血糖の増加、血液中の中性脂肪やLDLコレステロールの増加、HDLコレステロールの減少等の検査異常がおこりやすい※3、※4。 ○JPHC スタディによると現在１日 20 本以上を喫煙している者は、非喫煙者に比べて男性では 1.4 倍、女性では 3.0 倍、2型糖尿病になりやすかった※5。 ○NIPPON DATA80 の 14 年間の追跡によると、吸わない男性の脳卒中死亡リスクを１とすると、１日１箱以内の喫煙男性では約 1.5 倍、１日２箱以上では 2.2 倍高かった。また、吸わない男性の虚血性心疾患死亡リスクを１とすると、１日１箱以内の喫煙者では約 1.5 倍、2 箱以上では 4.2 倍高かった※6。 ○喫煙とメタボリックシンドロームが重なると動脈硬化がさらに進んで、いずれも該当しない人と比べて、約 4～5 倍、脳梗塞や心筋梗塞にかかりやすくなる※7。 ○この質問に「①はい」と答えた者（現在、習慣的にたばこを吸っている者）に対しては、健診当日ならびに健診後の保健指導等の機会を活用して、対象者の禁煙意向を踏まえて、禁煙の助言や情報提供を行う。禁煙希望者には禁煙外来を実施している医療機関のリスト等を提示するのもよい。 ○「②いいえ」と答えた者のうち、質問票の工夫や追加問診等により、過去または最近禁煙した者が把握できる場合は、禁煙者に対して、禁煙したことを賞賛し、今後も禁煙を続けるよう励ます。	**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、

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）			標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）		
			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。	○生活習慣の乱れによる体重の増加は、摂取エネルギーが消費エネルギーよりも大きい状態であることを示す（10kg増加＝70,000kcal）。エネルギー収支の乱れを認識することができる。 ○体重増加量が大きいほど糖尿病・高血圧の有病率が高い。 ○20 歳からの平均 30 年間で 5kg 以上体重が増えた人は、体重増加が 5kg 未満の人に比べて、男性では 2.61 倍、女性では 2.56 倍、糖尿病を発症しやすかったことが日本人を対象とした研究で示されている[※8]。	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大きいほど糖尿病・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/m^2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]。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）

10	1 回 30 分以上の軽く汗をかく運動を週 2 日以上、1 年以上実施	○速歩、体操、ジョギング、ランニング、水泳、球技（運動強度3メッツ以上の活動）等の軽く汗をかく運動を、習慣的・継続的に、4メッツ・時/週以上（週 60 分以上）実施することで、生活習慣病の発症及び死亡リスクが 12%減少することが示唆されている※9。 ○3メッツ以上の強度（概ね4メッツ程度）の運動に限定するために、質問に汗をかくという主観的感覚を加えた質問となっている。 ○この質問に「いいえ」と答えた者には、その取組状況やリスクを確認した上で、着手可能なものから取り組むよう支援する※9。 ○運動中の循環器疾患の事故や傷害を予防するために、保健指導の初期には、6メッツ未満の運動、主観的に「きつい」と感じない程度の運動を提案する。
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を 1 日 1 時間以上実施	○強度が3メッツ以上の身体活動を 23 メッツ・時／週行うことが身体活動量の基準として示されている※9。具体的には、仕事、家事、移動、運動などで良いので、歩行又はそれと同等以上の強度の身体活動を、こま切れでも良いので毎日合計 60 分以上行うことに相当する。 ○身体活動を 1 日 10 分増やすことで、生活習慣病のリスクを約3%減らすことができることが示唆されている。※9 ○この質問に「いいえ」と答えた者には、その取組状況やリスクを確認した上で、着手可能なものから取り組むよう支援する※9。
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	○対象者の体力や身体活動の強度を評価するための項目である。 ○「同年代の同性と比較して体力があるか？」という質問で体力を評価した研究では、優れていると回答した者と比較して劣ると回答した者は将来の循環器病発症並びに循環器病による死亡のリスクが3～4倍高いことが示されている。 ○性・年齢別の体力（最大酸素摂取量）のほぼ平均値以上を有する人は、将来の生活習慣病発症並びに生活習慣病による死亡のリスクが低いことが示されている。 ○日常の歩行速度は最大酸素摂取量と関連があることに加えて、日常の歩行速度が速いほど将来の生活習慣病発症並びに生活習慣病による死亡のリスクが 20～30%低いことが示唆されている。 ○この質問に「いいえ」と答えた者の中には、単に体力が低いというだけでなく、足腰に痛みがある、運動器の機能が低下しているなどの問題を抱えている者が含まれる場合があるので、身体活動・運動への取組状況やリスクを確認した上で、注意深く支援を提供する。

標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年○月）

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の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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

（新設）

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	いいえ
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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）			標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
		○この質問に「速い」と答えた者で、肥満傾向がある場合は、仕事や家庭のやむを得ない事情などを確認し共感した上で、少しでも改善できるようにするための工夫をともに考える等の支援を行う。 ○工夫としては、たとえば「よく噛むことを意識する」、「会話しながら食事する」、「汁物で流し込むような食べ方をやめる」、「野菜を増やす」などの方法がある。	● 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）で加療中の場合は、歯周病の治療等を行うことで糖尿病の重症化を予防することが期待される。 ● ②又は③と回答した者の多くは、歯科治療を受けることで改善することが期待されるため、歯科医療機関の受診を勧奨する。 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、肥満につながることが報告されている[*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いていない者では、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。	○日本人を対象とした研究で食べる速さと肥満度（BMI）との間には関連がみられるという報告がある[※10]。 ○食べる速度が速い者の割合は、やせ（BMI＜18.5 kg/m^2）及びふつう（18.5 kg/m^2≦BMI＜25.0 kg/m^2）の者に比べて、肥満者（BMI≧25.0 kg/m^2）で多いという調査結果がある。[※11]。 ○また、食べる速度が速い者は，遅い者と比べて，将来の糖尿病発症の危険が約2倍である，という研究がある．[※12] ○この質問に「速い」と答えた者で、肥満傾向がある場合は、仕事や家庭のやむを得ない事情などを確認し共感した上で、少しでも改善できるようにするための工夫をともに考える等の支援を行う。 ○工夫としては、たとえば「よく噛むことを意識する」、「会話しながら食事する」、「汁物で流し込むような食べ方をやめる」、「野菜を増やす」などの方法がある。	**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]。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）			標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）		
			● やせ（ＢＭＩ＜18.5ｋｇ/ｍ²）、及び普通体重（18.5ｋｇ/ｍ²≦ＢＭＩ＜25.0ｋｇ/ｍ²）に比べて、肥満（ＢＭＩ≧25.0ｋｇ/ｍ²）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	就寝前の 2 時間以内に夕食をとることが週に 3 回以上ある。	〇1 年後の健診で、「就寝前の 2 時間以内に夕食を取ることが週に 3 回以上ある。」ことがなくなった(改善した)者は、腹囲が減少し、HDL コレステロールが増加したという報告がある[※13]。 〇この質問に「はい」と答えた者で、肥満傾向がある場合は、仕事や家庭のやむを得ない事情などを確認し共感した上で、少しでも改善できるようにするための工夫をともに考える等の支援を行う。 〇対処法として、就寝時間を遅らせるのではなく、たとえば早めの時間に食事をとる工夫をしたり、間食などを工夫して、就寝前のエネルギー、糖質等の摂取を控えるなどの方法がある。	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とる工夫をしたり、間食等を工夫して就寝前のエネルギー、糖質等の摂取を控える等の方法がある。		
			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	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。	〇肥満者は、普通体重の者に比べ、夕食後に間食をすることが多いという調査結果がある[※14]。 〇1 年後の健診で、「夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが週に3回以上ある。」ことがなくなった(改善した)者は、体重が減少したという報告がある[※13]。 〇この質問に「はい」と答えた者で、肥満傾向がある場合は、仕事や家庭のやむを得ない事情などを確認し共感した上で、少しでも改善できるようにするための工夫をともに考える等の支援を行う。 〇支援の方法としては、たとえば、間食の時間、内容等の記録をつけてもらい、とっている回数を自覚して修正するなどの行動科学的なアプローチを行うなどの方法がある。	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]。		

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）		
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	○1 年後の健診でも、朝食を抜くことが週に 3 回以上ないことを維持している者は、LDL コレステロール値が低下したという報告がある※13。 ○この質問に「はい」と答えた者には、仕事や家庭のやむを得ない事情などを確認し共感した上で、少しでも改善できるようにするための工夫をともに考える等の支援を行う。 ○朝食だけに着目するのではなく、就寝時間、夕食(その後の間食)の状況にも留意し、「朝ごはんを食べたくなる」状況を作ることが大切である。 ○たとえば、朝食については、量・バランス等を考慮したものが望ましいが、本人の負担感を軽減できる簡便な方法を紹介するなどの方法がある。

標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年○月）		
		● 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（80ｋｃａｌ）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、

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）			標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）		
			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（清酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度	〇がん、高血圧、脳出血、脂質異常症などの飲酒に関連する多くの健康問題のリスクは、1日平均飲酒量とともにほぼ直線的に上昇することが示されている。一方で、全死亡、脳梗塞及び虚血性心疾患については、飲酒量との関係は直線的であるとは言えないが、一定の量を超えるとリスクが高まることが分かっている。 〇問 18 と問 19 の回答を組み合わせることで、アルコールの摂取状況を定量化できる。 〇問18で①「毎日」若しくは②「時々」と答え、さらに問19で②以上（1～2合以上）であると答えた者は、健康日本 21（第二次）で示す「生活習慣病のリスクを高める飲酒（1 日の平均純アルコール摂取量が男性で 40g、女性で 20g 以上）」に該当している可能性が高い。こうした対象者には、可能であれば、本プログラム第3編別添資料を参照し、改めて飲酒状況の評価（AUDIT*）を行った上で、減酒支援（ブリーフインターベンション**）を行う。 ＊ AUDIT（アルコール使用障害スクリーニング）：自記式の質問票を用いて飲酒状況を確認し、スコア化する。8～14 点で減酒支援（ブリーフインターベンション）の対象となる。 ** 減酒支援（ブリーフインターベンション）：1回目の面接で、現在の飲酒量をともに確認した上で、飲酒による健康問題の理解を促し、具体的な減酒目標及び減酒方法について検討した上で「飲酒日記」をつけるよう促す。概ね2～4週間後（期間は任意）の保健指導の機会に「飲酒日記」を持参を求め、ともに振り返る。 〇問 18 で③ほとんど飲まない（飲めない）と答えた者の中には「禁酒した者」も含まれている。禁酒の理由として最も多いのは健康上の理由（何らかの病気のために禁酒した）であり、コホート研究で禁酒者の死亡リスクは非常に高いことが指摘されている※15。したがって③と答えた者の中に禁酒者がいないか留意し、いた場合はその理由に応じて健康相談等の機会を設けるようにする。	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		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		

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

20	睡眠で休養が十分とれている。	〇この質問に「いいえ」と答えた者は、睡眠の「量」又は「質」に問題がある可能性がある。 〇量すなわち睡眠時間の不足の時は、仕事や家庭のやむを得ない事情などを確認し共感した上で、睡眠時間を確保する工夫ができるよう支援する。 〇睡眠の質に問題がある場合は、健康づくりのための睡眠指針「快適な睡眠のための7箇条」参照して支援を行う。 〇肥満者等では「睡眠時無呼吸症候群（SAS）」を合併していることがある。昼間の眠気、いびき、コーヒーの多飲などの状況を確認する。SASでは減量が有効なことから、減量への動機づけにつなげることができる。必要に応じて減量、マウスピース、CPAPなどの治療法や医療機関受診についても情報提供する。 〇この質問に「いいえ」と回答した場合、食生活・運動習慣等の改善意欲が低下しやすいことに留意、減量目標の設定を急ぐのではなく、睡眠不足や不眠症がうつ病や生活習慣病などにつながることを伝え、睡眠の質と量を確保できるような支援を行う。

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が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で評価すべきである[*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、

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

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。	〇この質問は、保健指導を受ける際にどのような行動変容ステージ（準備段階）にあるかを確認するものである。Prochaska の行動変容理論に基づき、対象者の準備段階を踏まえた支援を行うために活用できる。 〇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。 〇本質問で改善意欲が低いと回答しても、面接によって意欲が高まることがあるので、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。 〇すでに取り組んでいる場合（④実行期、⑤維持期）、どのような取り組みをいつから始めているのか、その効果をどのように感じているのかを確認、賞賛するとともに取り組みを続けることの重要性を伝える。ただし、無理な方法をとっていたり、続けることが困難と感じている場合には、目標の見直しなどの方法をとること。 〇準備期（③）では実行しやすい目標を設定し、適切なタイミングでツールを提供するなどして励ますことが有効である。 〇関心期・熟考期（②）では、生活習慣改善のメリットを伝えるとともに、無理のない方法で効果が上がることを伝える。たとえば3～4%程度の軽度な減量でも検査値の改善効果が得られる※16ことを伝えるなどの方法がある。 〇無関心期・前熟考期（①）では、現在の生活習慣が疾病につながることを伝える。ただし、「改善するつもりはない」と回答しているものの中には、例えば、「すでによい生活習慣を行っているので、これ以上の改善はできないと思っている」等、別の意図で回答している場合もあるので、本人の意識を改めて確認する。その際、例えば「現在、健康のために意識してやっていること」等を話してもらうとよい。 　また、行動変容が困難感を抱く対象者の心情に共感し、行動変容を阻害している要因や環境を対象者とともに考え、気づきを促すことが必要である。

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があるので、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。
- すでに取組んでいる場合（④実行期、⑤維持期）、どのような取組みをいつから開始

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
	しているのか、その効果をどのように感じているのかを確認・賞賛すると共に、取組みを続けることの重要性を伝える。ただし、無理な方法をとっていたり、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でこれ以上の改善はできない等、別の意図で回答している場合もあるので、本人の意識と行動を改めて確認する。その際、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。 〇この質問に「いいえ」と答えた者には、あれこれと「指導」を受けたくない、自分なりにやっている、今までに指導を受けたことがある、時間が取れない、などの理由があると考えられる。 〇「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。 〇この回答が「いいえ」であっても、積極的支援の効果は「はい」と変わらなかった[※17]。積極的支援のサポーティブな姿勢が、従来の「指導」イメージは異なることを理解してもらうことが大切である。	**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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
【参考文献】 ※１　日本動脈硬化学会「動脈硬化性疾患予防ガイドライン」2012 ※２　「CKD 診療ガイド 2012」日本腎臓学会 ※３　Willi C., et al.JAMA 2007; 298: 2654-2664 ※４　Craig WY, et al. BMJ 1989; 298: 784-788 ※５　Waki K, Noda M, Sasaki S, et al. Diabetic Med 2005; 22: 323-331 ※６　Ueshima H, et al. Stroke. 2004; 35: 1836-1841 ※７　Higashiyama A, et al. Circ J 2009; 73: 2258-2263 ※８　Nanri A, Mizoue T, Takahashi Y, et al. J Epidemiol Community Healthdoi: 10.1136/jech. 2009. 097964, 2011 ※９　「健康づくりのための身体活動基準 2013」 ※１０　Sasaki et al.Int J Obese 2003,27:1405-10, Otsuka et al.J.Epidemiol 2006,16,3:　117-124 ※１１　平成 21 年国民健康・栄養調査 ※１２　Sakurai M, Nakamura K, Miura K, Takamura T, Yoshita K, Nagasawa SY, Morikawa Y, Ishizaki M, Kido T, Naruse Y, Suwazono Y, Sasaki S, Nakagawa H. Self-reported speed of eating and 7-year risk of type 2 diabetes mellitus in middle-aged Japanese men. Metabolism. 2012 Nov;61(11):1566- 71. ※１３　平成 22 年厚生労働科学研究費補助金循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「特定健診・保健指導開始後の実態を踏まえた新たな課題の整理と保健指導困難事例や若年肥満者も含めた新たな保健指導プログラムの提案に関する研究」（研究代表者　横山徹爾） ※１４　平成９年国民栄養調査 ※１５　Tsubono Y. JAMA. 2001;28: 1177-1178 ※１６　平成 23 年厚生労働科学研究費補助金循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「生活習慣病予防活動・疾病管理による健康指標に及ぼす影響と医療費適正化効果に関する研究」（研究代表者　津下一代） ※１７　平成 24 年厚生労働科学研究費補助金循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「生活習慣病予防活動・疾病管理による健康指標に及ぼす影響と医療費適正化効果に関する研究」（研究代表者　津下一代）	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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
	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」

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
	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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

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-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000047221.pdf
41. International classification of sleep disorders, 3rd ed. American Academy

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
	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）
（新設）	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**

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
	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]。 ● 腎臓病があっ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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
	● 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.
別紙４　健診の検査実施方法および留意事項 健診の検査実施方法について下記のとおりとすることが望ましい。	別紙４　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、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。	**(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、軽呼気時において、臍の高さで測定する。 イ　脂肪の蓄積が著明で臍が下方に変位している場合は、肋骨下縁と上前腸骨棘の中点の高さで測定する。 ウ　より詳細については、独立行政法人国立健康・栄養研究所のホームページ（http://www0.nih.go.jp/eiken/info/kokucho.html）において示されているので、参考とされたい。	**(2)　腹囲の検査** ア　立位、軽呼気時において、臍の高さで測定する。 イ　脂肪の蓄積が著明で臍が下方に変位している場合は、肋骨下縁と上前腸骨棘の中点の高さで測定する。 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/kokucho.html）において示されているので、参考とされたい。
(3)　血圧の測定	**(3)　血圧の測定**

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
ア　測定回数は原則２回とし、その２回の測定値の平均値を用いる。ただし、実施状況に応じて、１回の測定についても可とする。 イ　その他、測定方法については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック」（社団法人日本循環器管理研究協議会編）等）が示されており、概要については社団法人日本循環器管理研究協議会のホームページ(http://www.jacd.info/method/index.html)において示されているので、これを参考とされたい。	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)　血中脂質検査及び肝機能検査 ア　原則として、分離剤入りプレイン採血管を用いる。 イ　採血後、原則として早急に遠心分離し、24時間以内に測定するのが望ましい。 なお、これが困難な場合は、採血後に採血管は冷蔵又は室温で保存し、12時間以内に遠心分離する。 ウ　血清は、測定まで冷蔵で保存し、採血から７２時間以内に測定する。 エ　血中脂質検査の測定方法については、可視吸光光度法、紫外吸光光度法等による。ただし空腹時採血を行い総コレステロール値を測定した上であれば、中性脂肪が400mg/dL以下の場合に限り、Friedewald式を用いてＬＤＬコレステロールを算出することができる。	**(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。	オ　肝機能検査の測定方法については、ＡＳＴ（ＧＯＴ）及びＡＬＴ（ＧＰＴ）検査については、紫外吸光光度法等によるとともに、γ－GT（γ－ＧＴＰ）検査については、可視吸光光度法等による。
(5)　血糖検査 次のア又はイのいずれかの方法により行う。なお、空腹時に採血が行えなかった場合には、HbA1ｃ検査を実施する。 ア　空腹時血糖検査	**(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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
①　空腹時血糖であることを明らかにする。なお、１０時間以上食事をしていない場合を空腹時血糖とする。 ②　原則として、フッ化ナトリウム入り採血管（血糖検査用採血管）を用いる。 ③　採血後、採血管を5～6回静かに転倒・混和する。 ④　混和後、採血管は冷蔵で保管し、採血から６時間以内に遠心分離して測定することが望ましいが、困難な場合には、採血から１２時間以内に遠心分離し測定する。 ⑤　遠心分離で得られた血漿は、測定まで冷蔵で保存し、採血から７２時間以内に測定する。 ⑥　測定方法については、電位差法、可視吸光光度法、紫外吸光光度法等による。	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。	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。
⑹　尿中の糖及び蛋白の検査 ア　原則として、中間尿を採尿する。 イ　採取後、4時間以内に試験紙法で測定することが望ましいが、困難な場合には、尿検体を専用の容器に移して密栓し、室温で保存する場合は２４時間以内、冷蔵で保存する場合は４８時間以内に測定する。 ウ　その他、測定方法及び判定方法については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック」（社団法人日本循環器管理研究協議会編）等）が示されており、概要については社団法人日本循環器管理研究協議会のホームページ（http://www.jacd.info/method/index.html）において示されているので、これを参考とされたい。	**⑹　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。
⑺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。	**⑺　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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
	法）による。 ｅＧＦＲについては次式により計算する： 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
②心電図検査 ア　安静時の標準１２誘導心電図を記録する。 イ　その他、検査方法及び判定基準については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック」（社団法人日本循環器管理研究協議会編）等）が示されており、概要については社団法人日本循環器管理研究協議会のホームページ（http://www.jacd.info/method/index.html）において示されているので、これを参考とされたい。	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。
③眼底検査 ア　手持式、額帯式、固定式等の電気検眼鏡又は眼底カメラ撮影により実施する。 イ　その他、検査方法及び判定基準については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック」（社団法人日本循環器管理研究協議会編）や「手にとるようにわかる健診のための眼底検査」（大阪府立健康科学センター編著）等）が示されており、概要については社団法人日本循環器管理研究協議会のホームページ（http://www.jacd.info/method/index.html）や財団法人大阪府保健医療財団大阪がん循環器病予防センターのホームページ（http://www.osaka-ganjun.jp/effort/cvd/gantei/）においても示されているのでこれを参考とされたい。	④眼底検査 ア　手持式、額帯式、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。
別紙５　健診検査項目の保健指導判定値及び受診勧奨判定値 （別紙参照）	別紙５　健診検査項目の保健指導判定値及び受診勧奨判定値 （別紙参照）
別紙６　健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針	別紙６　健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針
別紙７　市町村（一般衛生部門）が特定健診の健診データ等を用いて保健指導等を行う場合におけるこれら健診データの取扱い	（削除）
別紙８－１　健診結果・質問票情報	別紙７－１　健診結果・質問票情報

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
別紙８－２　保健指導情報	別紙７－２　保健指導情報
別紙８－３　データ範囲のチェック	別紙７－３　データ範囲のチェック （別紙参照）
別紙９－１　厚生労働省告示第９２号	（第１編別紙 1-1　へ移動）
別紙９－２　厚生労働省告示第９３号	（第１編別紙 1-2　へ移動）
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	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 （別添参照）

標準的な健診・保健指導プログラム（平成25年４月）

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

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	9A7550000000000001 9A7520000000000001 9A7510000000000001	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」以外の値の最も近かな値を記入する
2	9A7650000000000001 9A7620000000000001 9A7610000000000001	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」以外の値の最も近かな値を記入する
3	3F0150000002327101	中性脂肪	150	300	数字	mg/dL	1:可視吸光光度法（酵素比色法・グリセロール消去） 2:紫外吸光光度法（酵素比色法・グリセロール消去） 3:その他	空腹時の測定を原則とした判定値 空腹時の測定を原則とした判定値
4	3F0700000002327101	HDLコレステロール	39	34	数字	mg/dL	1:可視吸光光度法（直接法（非沈殿法）） 2:紫外吸光光度法（直接法（非沈殿法）） 3:その他	
5	3F0770000002327101 3F0770000002399901	LDLコレステロール	120	140	数字	mg/dL	1:可視吸光光度法（直接法（非沈殿法）） 2:紫外吸光光度法（直接法（非沈殿法）） 3. 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		non-HDLコレステロール	150	170	数字	mg/dL	総コレステロール： 1:可視吸光光度法（コレステロール酸化酵素法） 2:紫外吸光光度法（コレステロール脱水素酵素法） HDLコレステロール：上記参照	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	3D0100000002226101 3D0100000002227201	空腹時血糖又は随時血糖	100	126	数字	mg/dL	1:電位差法（ブドウ糖酸化酵素電極法） 2:可視吸光光度法（ブドウ糖酸化酵素法） 3:紫外吸光光度法（ヘキソキナーゼ法、グルコキナーゼ法、ブドウ糖脱水素酵素法） 4:その他	
8	3D0460000001906202 3D0460000001920402 3D0460000001927102	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	3B035000002327201	AST(GOT)	31	51	数字	U/L	紫外吸光光度法（JSCC標準化対応法） 2:その他	
10	3B045000002327201	ALT(GPT)	31	51	数字	U/L	紫外吸光光度法（JSCC標準化対応法） 2:その他	
11	3B090000002327101	γ-GT(γ-GTP)	51	101	数字	U/L	可視吸光光度法（IFCC(JSCC)標準化対応法） 2:その他	
12	3C015000002327101 8A065000002391901	eGFR	60	45	数字	ml/分/1.73m²	クレアチニン：可視吸光光度法（酵素法）	男性 eGFR(mL/分/1.73m²)＝194×血清クレアチニン値－1.094×年齢－0.287 女性 eGFR(mL/分/1.73m²)＝194×血清クレアチニン値－1.094×年齢－0.287×0.739
13	2A990000001930953	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	標準法	

※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。
※3～8のデータ基準については日本動脈硬化学会「動脈硬化性疾患予防ガイドライン」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見解に基づく。
※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。

標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成30年○月）

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

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	BA7550000000000001 BA7520000000000001 BA7510000000000001	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」以外の値の最も近かな値を記入する
2	BA7650000000000001 BA7620000000000001 BA7610000000000001	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」以外の値の最も近かな値を記入する
3	3F0150000002327101 3F0150000002327201 3F0150000002399901	中性脂肪	150	300	数字	mg/dL	1:可視吸光光度法（酵素比色法・グリセロール消去） 2:紫外吸光光度法、（酵素比色法・グリセロール消去） 3:その他	空腹時の測定を原則とした判定値 空腹時の測定を原則とした判定値
4	3F0700000002327101 3F0700000002327201 3F0700000002399901	HDLコレステロール	39	34	数字	mg/dL	1:可視吸光光度法（直接法（非沈殿法）） 2:紫外吸光光度法（直接法（非沈殿法）） 3:その他	
5	3F0770000002327101 3F0770000002327201 3F0770000002399901 3F0770000002391901	LDLコレステロール	120	140	数字	mg/dL	1:可視吸光光度法（直接法（非沈殿法）） 2:紫外吸光光度法（直接法（非沈殿法）） 3. その他 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	3F0890000002391901	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	3D0100000002226101 3D0100000002227201 3D0100000001927201 3D0100000001999901	空腹時血糖	100	126	数字	mg/dL	1:電位差法（ブドウ糖酸化酵素電極法） 2:可視吸光光度法（ブドウ糖酸化酵素法） 3:紫外吸光光度法（ヘキソキナーゼ法、グルコキナーゼ法、ブドウ糖脱水素酵素法） 4:その他	
8	3D0460000001906202 3D0460000001920402 3D0460000001927102 3D0460000001999902	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	3D0101299001926101 3D0101299002227101 3D0101299001927201 3D0101299001999901	随時血糖	100	126	数字	mg/dL	1:電位差法（ブドウ糖酸化酵素膜電極法） 2:可視吸光光度法（ブドウ糖酸化酵素法） 3:紫外吸光光度法（ヘキソキナーゼ法、グルコキナーゼ法、ブドウ糖脱水素酵素法） 4:その他	
10	3B035000002327201 3B035000002399901	AST(GOT)	31	51	数字	U/L	紫外吸光光度法（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/1.73m²		男性 eGFR(mL/分/1.73m²)＝194×血清クレアチニン値－1.094×年齢－0.287 女性 eGFR(mL/分/1.73m²)＝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	標準血液測定装置	

※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。
※3～8のデータ基準については日本動脈硬化学会「動脈硬化性疾患予防ガイドライン」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見解に基づく。
※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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成25年４月）

別紙8-3

データ範囲のチェック

項目コード	項目名	データタイプ	入力最小値（L）	入力最大値（H）	少数点以下の桁数	単位
9N001000000000001	身長	数字	100.0	250.0	1	cm
9N006000000000001	体重	数字	20.0	250.0	1	kg
9N011000000000001	BMI	数字	10.0	100.0	1	kg/m^2
9N016160100000001 9N016160200000001 9N016160300000001	腹囲	数字	40.0	250.0	1	cm
9A755000000000001 9A752000000000001 9A751000000000001	血圧（収縮期）	数字	60	300	0	mmHg
9A765000000000001 9A762000000000001 9A761000000000001	血圧（拡張期）	数字	30	150	0	mmHg
3F015000002327101 3F015000002327201 3F015000002399901	中性脂肪	数字	10	2000	0	mg/dL
3F070000002327101 3F070000002327201 3F070000002399901	HDLコレステロール	数字	10	500	0	mg/dL
3F077000002327101 3F077000002327201 3F077000002399901	LDLコレステロール	数字	20	1000	0	mg/dL
3B035000002327201 3B035000002399901	AST（GOT）	数字	0	1000	0	IU/L37℃
3B045000002327201 3B045000002399901	ALT（GPT）	数字	0	1000	0	IU/L37℃
3B090000002327101 3B090000002399901	γ−GT（γ−GTP）	数字	0	1000	0	IU/L37℃
3D010000001926101 3D010000002227101 3D010000001927201 3D010000001999901	空腹時血糖	数字	20	600	0	mg/dL
3D046000001906202 3D046000001920402 3D046000001927102 3D046000001999902	HbA1c（NGSP）	数字	3.0	20.0	1	%
2A040000001930102	ヘマトクリット値	数字	0.0	100.0	1	%
2A030000001930101	血色素量［ヘモグロビン値］	数字	0.0	30.0	1	g/Dl
2A020000001930101	赤血球数	数字	0	1000	0	万/mm^3

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

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

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

標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成30年○月）

別紙7-3

データ範囲のチェック

項目コード	項目名	データタイプ	入力最小値（L）	入力最大値（H）	少数点以下の桁数	単位
9N001000000000001	身長	数字	100.0	250.0	1	cm
9N006000000000001	体重	数字	20.0	250.0	1	kg
9N011000000000001	BMI	数字	10.0	100.0	1	kg/m^2
9N016160100000001 9N016160200000001 9N016160300000001	腹囲	数字	40.0	250.0	1	cm
9A755000000000001 9A752000000000001 9A751000000000001	血圧（収縮期）	数字	60	300	0	mmHg
9A765000000000001 9A762000000000001 9A761000000000001	血圧（拡張期）	数字	30	150	0	mmHg
3F015000002327101 3F015000002327201 3F015000002399901	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℃
3B045000002327201 3B045000002399901	ALT（GPT）	数字	0	1000	0	IU/L37℃
3B090000002327101 3B090000002399901	γ−GT（γ−GTP）	数字	0	1000	0	IU/L37℃
3D010000001926101 3D010000002227101 3D010000001927201 3D010000001999901	空腹時血糖	数字	20	600	0	mg/dL
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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
第３編　保健指導 第１章　保健指導の基本的考え方 （１）保健指導の目的 糖尿病等の生活習慣病の予備群に対する保健指導の第一の目的は、生活習慣病に移行させないことである。そのための保健指導では、対象者自身が健診結果を理解して体の変化に気づき、自らの生活習慣を振り返り、生活習慣を改善するための行動目標を設定するとともに、自らが実践できるよう支援し、そのことにより対象者が自分の健康に関するセルフケア（自己管理）ができるようになることを目的としている。なお、生活習慣病有病者に対し、重症化や合併症発症を予防するための保健指導を行うことも重要である。 （２）保健指導とは 糖尿病等の生活習慣病の予備群に対する保健指導とは、対象者の生活を基盤とし、対象者が自らの生活習慣における課題に気づき、健康的な行動変容の方向性を自らが導き出せるように支援することである。保健指導の重要な点は、対象者に必要な行動変容に関する情報を提示し、自己決定できるように支援することであり、そのことによって、対象者が健康的な生活を維持できるよう支援することである。 （３）生活習慣改善につなげる保健指導の特徴 生活習慣病は、①自覚症状がないまま進行すること、②長年の生活習慣に起因すること、③疾患発症の予測が可能なことを特徴とすることから、これらを踏まえた保健指導を行う必要がある。 すなわち、健診によって生活習慣病の発症リスクを発見し、自覚症状はないが発症のリスクがあることや、生活習慣の改善によってリスクを少なくすることが可能であること等をわかりやすく説明することが特に重要である。しかし、生活習慣は個人が長年築いてきたものであるので、改善すべき生活習慣に自ら気づくことが難しく、また、対象者は、行動変容は難しいことであると認識している場合が多いことを念頭に置いて、対象者への支援を行う必要がある。 対象者は、保健指導の際の個別面接やグループ面接等において、保健指導実施者やグループメンバー等と対話をすることにより、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	第３編　保健指導 第１章　保健指導の基本的考え方 （１）保健指導とは 生活習慣病予防のための保健指導とは、対象者が自らの生活習慣における課題に気付き、自らの意志による行動変容によって健康課題を改善し、健康的な生活を維持できるよう、必要な情報の提示と助言等の支援を行うことである。 （２）保健指導の目的 生活習慣病予防に対する保健指導の第一の目的は、生活習慣病に移行しないことである。そのための保健指導では、対象者自身が健診結果を理解して体の変化に気付き、自らの生活習慣を振り返り、生活習慣を改善するための行動目標を設定・実践でき、そのことにより対象者が自分の健康に関するセルフケア（自己管理）ができるようになることを目的とする。なお、生活習慣病有病者に対し、重症化や合併症の発症を予防するための保健指導を行うことも重要である。 （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ので、改善すべき生活習慣に自ら気付くことが難しく、また、対象者は、行動変容は難しいと認識している場合が多い。さらに、行動変容に抵抗を示す場合もあることを念頭に置いて、対象者への支援を行う必要がある。なお、生活習慣の改善を促す支援に当たっては、心身の状態や現在の生活習慣が構築された背景要因（家庭・職場環境や経済状況等）にも留意し、必要に応じ、社会資源の活用等により、背景要因も考慮した支援が必要な場合もあることに留意する。 〇　保健指導を実施する際の要点 対象者は、保健指導の際の個別面接やグループ面接等において、保健指導実施者やグループメンバー等と対話をすることにより、客観的に自己の生活習慣を振り返ることで改善すべき生活習慣を認識できる。その気付きが行動変容のきっかけとな

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
的に助言・支援することや同じ課題に取り組むグループへの参加の勧奨など、対象者が現在の状況を客観的に把握できる機会を提供するとともに、実行していることに対しては、励ましや賞賛するなど自己効力感を高めるフォローアップが重要となる。行動変容を可能にするためには、このフォローアップが特に重要である。 　なお、注意しなければならないこととして、病気の発症や障害を持つ可能性についての説明においては、対象者に恐怖心を抱かせないよう配慮すること、生活習慣の改善によってリスクを少なくすることが可能であるということを理解してもらえることが大事である。また、行動変容のステージ（準備状態）が無関心期にある場合は、対象者の疾病に対する認識を確認し、リスクと病気の発症や障害を持つ可能性との関係の説明に加えて、対象者にとって問題となることが何かを考えられるように対応することが必要である。 　生活習慣の改善につなげるためには、対象者に合わせて決して押しつけずに支援を行い、生活習慣を変えることが本人にとり快適であることを実感でき、楽しめるようなプログラムを提示するなど様々な働きかけが必要である。	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。 〇　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、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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
（４）必要とされる保健指導技術 保健指導を行うための技術には、健診データ、レセプトデータやその変化等から合併症等のリスクを適切に判断し、生活習慣との関連を説明する能力、必要な情報（ライフスタイル、価値観、行動変容のステージ（準備状態）等）を収集するためのコミュニケーション技術、それに基づき支援方策を判断する技術、そして対象者が自らの生活行動の課題に気づき自らの行動目標を決定することを支援する技術等があり、具体的には、カウンセリング技術、アセスメント技術、コーチング技術、ティーチング技術、自己効力感を高める支援技術、グループワークを支援する技術などがある。これらの技術は、行動変容等に関する様々なモデルや理論から導き出されたものであり、例えば、グループワークを支援するためには、グループダイナミクス[1]について理解することが重要である。保健指導実施者はこれらの技術を統合させ、実践に活かすことが求められている。 保健指導実施者は、これらの理論や技術を理解した上で、保健指導としての技術を身につけ、実際の保健指導に適用することが必要である。このためには、保健指導実施者を対象とした研修会への参加等により研鑽を図ることが必要である。また、実際の指導事例について、対象者が適切な行動目標を立てることができたか、行動変容がみられたか等を分析し、保健指導実施機関で指導技術を評価し、保健指導技術の向上に努めていくことが大切である。 なお、具体的な保健指導技術については、第３章３－１を参照されたい。 [1]グループダイナミクス：集団力学。集団の中に働く力であり、グループに参加する個々のメンバーの行動を変化させる作用がある。	（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付き、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はなく、介護や福祉分野等の知識も有効であり、保健指導実施者は、これらの知識についても積極的に習得することが望ましい。 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。 [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。
（５）健康課題分析と評価による効果的な保健指導方法の開発 医療保険者は、健診・保健指導を受けた者の検査結果、質問票、保健指導内容をデータとして管理することになる。また、医療保険者はレセプトを有していることから、これらのデータを個人別又は集団として分析することが可能となる。このため、これらのデータ解析から保健指導の成果に関する評価を行い、より効果的な保健指導方法を開発することが必要である。 このような保健指導の評価は、保健指導実施者個人及び組織として行い、その改善に努めること、また、保健指導実施者の研修に活かすことが必要であり、保健指導実施者は、常に自己研鑽に努めることが求められる。	（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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
（６）ポピュレーションアプローチや社会資源の活用 保健指導は、健診結果及び質問票に基づき、個人の生活習慣を改善する方向で支援が行われるものであるが、個人の生活は家庭、職場、地域で営まれており、生活習慣は生活環境、風習、職業などの社会的要因に規定されることも大きい。このため、様々な生活の場が健康的な生活への行動変容を支え、又は維持できる環境となっていることが必要である。 具体的には、地域や職域において、①飲食店や社員食堂での健康に配慮した食事（ヘルシーメニュー）の提供や栄養表示の実施、②安全なウォーキングロードや運動施設、それらを拠点とした総合型地域スポーツクラブなどの身近に運動に親しむことができる環境、③敷地内禁煙を行っている施設、④同じ健康課題を持つ者の仲間づくり、⑤日常的な健康情報の提供などが整備される必要がある。国や地方公共団体においても、これらの取組みが推進されるよう環境整備に積極的に関与することが求められる。また、これらのポピュレーションアプローチによる健康的な環境づくりとともに、健診後の保健指導においても、地域の住民組織や団体、健康増進施設や労働者健康保持増進サービス機関などの健康づくりに資する社会資源を積極的に活用することが望ましい。	（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 糖尿病等の生活習慣病の予備群に対する保健指導とは、対象者が自らの生活習慣における課題を認識し、対象者が主体的に健康に向けて行動変容できるよう支援することである。特に、糖尿病等の生活習慣病の予備群に対する保健指導は、生活環境、労働環境等と関連づけて実施することが必要である。 地域・職域には、生活習慣病に関する自助グループや健康づくり推進員等の組織化されたグループが存在する場合があり、このようなグループの把握や育成に努め、健診や保健指導の機会に周知することが重要である。 グループに所属する地域住民・労働者は、保健指導対象者と同じ、あるいは類似した生活環境や労働環境にある。 そのため、対象者の行動変容への課題を共有化し、課題解決のための行動について共に考え、保健行動[2]の継続について支援できる環境となりうる。また、これらのグループは、地域・職域の集団の健康課題を解決するためのポピュレーションアプローチに寄与する活動を展開している例も多い。 これまで地域・職域においては、健康づくりのためにボランティアを育成し、ボランティアも参加した活動を実施した結果、健診受診率の向上や地域住民や事業者の行動変容に寄与してきた経緯がある。 このため、地域の保健指導実施者は、糖尿病等の生活習慣病の予備群に対する保健指導においても、地域のソーシャルキャピタルを活用し、地域の組織化されたＮＰＯなどのグループ等と協働し、対象者を支援することが重要である。	（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、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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
また、職域においては、事業主や上司が職場の健康づくりの推進に熱心な場合には、取組みが促進されて保健指導の成果も現れやすいため、事業主及び職制などのラインを活用して保健指導の効果を上げることも必要である。	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。
[2]保健行動：健康の回復、保持、増進に係る全ての行動。	[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 糖尿病等の生活習慣病の予備群に対する保健指導は、個人の生活行動、行動の背景にある健康に対する認識、そして価値観に働きかける行為である。そのため、保健指導実施者には、対象者に合わせた支援方法を面接しながら選択し実践する能力が求められる。このため、保健指導の実践過程は個々人に応じて千差万別であり、この部分を標準化することは困難であるが、保健指導技術として概念化が図られてきている部分については、一定の整理が可能である。	（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、体制などについて、効果があったと考えられる保健指導の事例を基にして、保健指導プログラムの標準化を図ることとした。 保健指導は、基礎学問である医学や公衆衛生学の発展により変化するものであり、また、指導方法は行動科学、看護学、栄養学、運動科学、疫学・生物統計学、教育学等の研究成果によっても変化するものである。このため、保健指導プログラムの標準化については、常に関連する学問の研究成果を確認しつつ改訂していくことが求められる。	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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
第２章　保健事業（保健指導）計画の作成 ２－１　保健事業（保健指導）計画作成の進め方 保健事業（保健指導）計画の作成は、次のような流れで行う。 ①　各種データから集団全体の分析と個人、保健事業の単位の分析を行い、その集団における優先すべき健康課題を明確にする。 ②　①において明らかになった健康課題を解決するために、優先順位を考慮した上で、保健指導目標として達成すべき目標や数値目標を設定する。 ③　②において設定した目標を具体的に達成するために、保健事業（保健指導）の方法、実施、評価について計画を作成する。 ※　図１の保健事業（保健指導）計画作成の進め方を参照。	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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
図１　保健事業（保健指導）計画作成の進め方	図１　保健事業（保健指導）計画作成の進め方

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）

現状分析

全体の方向性を考える材料
国の制度、ガイドライン・教材・研修会資料
国民健康・栄養調査の調査結果
健康日本21(第二次)の指標
論文・学会などで報告された新しい知見

集団全体の分析
①健診結果を把握するための項目
(健診結果等の変化、医療費の変化等)
②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
(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)
③効果的な保健活動を実施できる体制であるかどうかを判断する項目

個人、保健事業単位の分析
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の詳細分析)
②保健事業(保健指導)対象者把握のための項目
(生活習慣病リスクごとの対象者数、保健指導対象者等)

分析結果の整理

医療費、介護給付費等の負担の大きい疾病等の分析
→重点的に対策を行うべき病態や生活習慣を選定

医療費増加率、有所見率の増加が著しい疾患等の分析
→背景にある要因の考察、重点的に適正化を図る計画

属性ごとの分析
→優先的に対象とすべき性・年代を選定

環境ごとの分析
→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

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

健康課題の明確化

目標の設定

○対象者数の把握
・健診結果と問診による対象者階層化基準に基づく対象者数
・性、年代などの属性　　など
○保健指導対象者数の概算
・情報提供
・動機づけ支援
・積極的支援
○実施すべき保健指導の量の概算
○保健指導ごとの達成目標の選定

計画の作成

○保健指導全体の計画
・保健指導ごとの具体的な方法
・人材、支援材料、実施場所
・研修
・社会資源の活用
・アウトソーシングの有無　　など
○投入予算の概算、予算の獲得
○実施計画
・保健指導の進め方（時間、期間、回数、場所、費用など）
・実施体制
・広報の方法

○評価計画
・目的
・方法
・基準
・評価の時期
・評価者
・評価結果の活用法　　など

標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

現状分析

全体の方向性を考える材料
国の制度、ガイドライン・教材・研修会資料
国民健康・栄養調査の調査結果
健康日本21(第二次)の指標
論文・学会などで報告された新しい知見

集団全体の分析
①健診結果を把握するための項目
(健診結果等の変化、医療費の変化等)
②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
(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)
③効果的な保健活動を実施できる体制であるかどうかを判断する項目

個人、保健事業単位の分析
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の詳細分析)
②保健事業(保健指導)対象者把握のための項目
(生活習慣病リスクごとの対象者数、保健指導対象者等)

分析結果の整理

医療費、介護給付費等の負担の大きい疾病等の分析
→重点的に対策を行うべき病態や生活習慣を選定

医療費増加率、有所見率の増加が著しい疾患等の分析
→背景にある要因の考察、重点的に適正化を図る計画

属性ごとの分析
→優先的に対象とすべき性・年代を選定

環境（地域・職域）ごとの分析
→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

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

健康課題の明確化

目標の設定

○対象者数の把握
・健診結果と問診による対象者階層化基準に基づく対象者数
・性、年代などの属性　　など
○保健指導対象者数の概算
・動機付け支援
・積極的支援
・特定保健指導非対象者
○実施すべき保健指導の量の概算
○保健指導ごとの達成目標の選定

計画の作成

○保健指導全体の計画
・保健指導ごとの具体的な方法
・人材、支援材料、実施場所
・研修
・社会資源の活用
・アウトソーシングの有無　　など
○投入予算の概算、予算の獲得
○実施計画
・保健指導の進め方（時間、期間、回数、場所、費用など）
・実施体制
・広報の方法

○評価計画
・目的
・方法
・基準
・評価の時期
・評価者
・評価結果の活用法　　など

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
２－２　現状分析 （１）分析が必要な理由 保健事業（保健指導）計画を作成するためには、まず、現状を正確に把握し分析することが重要である。 第一の理由としては、対象者の所属する地域・職域などの集団全体の健康課題を分析することにより、その集団においてどのような生活習慣病対策に焦点を当てるのかということと、優先すべき健康課題を把握し、保健事業全体の目標を設定するためである。このことは、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチ全てを含んだ生活習慣病予防対策の全体像を見据え、社会資源を有効に活用しながら保健事業を組み立てていくことにつながる。また、社会保障制度が持続可能となるよう、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の割合や、医療費を分析することにより医療費の増大の原因を明らかにしたり、健診データやレセプトデータと介護保険データ（要介護度データ等）との突合を行うことにより要介護状態に至る要因を解明したりすることが重要となる。 第二の理由として、対象者の的確な把握を行うことにより、対象者に合った効果的・効率的な保健事業（保健指導）を行うことが挙げられる。さらに、保健指導対象者数を概算することができるため、投入する人的資源や予算を計画することができる。また、反対に、決められた予算の中で効率的に保健指導を行う計画（支援方法、優先順位などの検討）を作成することができる。	２－２　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のかどうかを判断するための項目が挙げられる。 個人、保健事業の単位の分析項目としては、①個人単位での健康度を把握するための項目、②保健事業（保健指導）対象者把握のための項目、③保健事業（保健指導）の効果を把握するための項目が挙げられる。 平成 20 年度以降は特定健診データの蓄積、さらにはレセプトデータの電子化等の推進もあって、健康課題の分析や集団としての保健事業評価が実施しやすくなってきている。国や都道府県、国保中央会等の公表する全国・県別、市町村別データと、各保険者等におけるデータの比較等により集団の特性を明らかにしたり、数値の経年変化を追跡したりす	（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の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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
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。	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。	なお、表１「集団全体の分析項目」と表２「個人、保健事業の単位の分析項目」を参考として例示する。
（３）分析の方法と保健事業（保健指導）計画への活用 現状分析に当たっては、基準の統一、比較可能性等に留意して行う必要がある。また、分析結果については、医療費、対象の属性、環境などの観点からさらに解析を行い、その結果を整理する。そして、対象集団の健康課題、保健指導の効果が期待される対象者集団及び方法等を明らかにして、その課題解決に向けた保健事業（保健指導）計画を策定するための基礎資料を作成する。 基礎資料には、次のような分析結果を整理することが考えられる（第４編第３章参照）。	（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　「医療費などの負担の大きい疾病等の分析」（様式１－１、１－２、２－１、２－２、３－１～７） 重点的に対策を行うべき病態や生活習慣を選定する。他に、透析導入原因疾患等の分析も健康課題の抽出に役立つ。	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、３－１～７） 背景にある要因（生活習慣、環境の変化など）を考察し、重点的に適正化を図るための計画を立案する。	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）、育児中の親など）に受け入れやすい保健事業を計画する。	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・職場）ごとの分析」 重点的に対策を行うべき対象を選定し、その地域・職場の共通の生活習慣に関連する問題についてはポピュレーションアプローチの視点も含めて計画を作成する。	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）間の関連性について分析する。保健事業の実施により、健康課題の改善が図られているかどうかを検討する。不十分な場合には保健事業の見直し、または他の影響する要因について分析する（第４章参照）。	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、要介護原因疾患（性別・年齢別）等について、国保部門・衛	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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）

生部門•介護部門の担当が合同して保有している各種データを分析•評価することにより、保健事業全体を俯瞰した戦略の検討及び体制整備に資することができる。

表１　集団全体の分析項目（例）

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

標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年○月）

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			

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）

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

表２　個人、保健事業の単位の分析項目（例）

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

２－３　保健事業（保健指導）の目標設定

（１）保健事業全体の目標設定

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

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

標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年○月）

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

表２　個人、保健事業の単位の分析項目（例）

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

２－３　保健事業（保健指導）の目標設定

（１）保健事業全体の目標設定

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

優先課題は生活習慣病の有病者や予備群を減少させることに寄与するものであることは前提であるが、保険者としての集団全体の健康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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
て目標に掲げる必要がある。 優先課題のうち目標として掲げる内容の選定は、目標を達成するための現実的な手段が明らかであることや、そのための費用、人的資源、施設の保健事業の実施体制が可能であるかなど、総合的に判断し、目標を設定することが必要である。 平成２０年度に特定健診・特定保健指導制度が開始されてから収集・蓄積された健診や保健指導のデータの分析結果を踏まえ、保健事業全体の目標を変えていくことも必要である。 また、目標は抽象的な内容ではなく、例えば「糖尿病の有病者を＊＊%減少させる」など、できる限り数値目標とし、事業終了後の評価ができる目標を設定することが必要である。	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）保健指導レベル毎の目標設定 対象者を正確に把握するために、医療保険者は、４０歳から７４歳までの全対象者のうち、糖尿病等の生活習慣病の予備群は、対象者の選定・階層化を行い、保健指導レベル別対象者数の概数を算出することで、保健指導にかかる事業全体のボリュームを把握し、対象者数の目標を設定する（全対象者から生活習慣病による受療者を除いた対象について、前年度の健診結果を判定基準に投入、各保健指導レベル別の対象人数の概数を算出する）。なお、治療中の者について、主治医又は産業医からの紹介がある場合は、主治医又は産業医と連携を図り、その指導のもとに保健指導を実施する。また、治療を中断している者については、受診勧奨を行う必要がある。 保健指導を実施する際には、「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」の各保健指導レベルについては、例えば下記を参考に指導目標を設定する必要がある。なお、数値目標は、健診結果の変化、アンケート調査等に基づくものとする。	（２）特定保健指導レベル毎の目標設定 保険者は、40 歳から 74 歳までの全対象者のうち、特定保健指導対象者の階層化を行い、保健指導レベル別対象者数の概数を算出して、特定保健指導にかかる事業全体のボリュームを把握し、対象者数の目標を設定する。具体的には、全対象者から生活習慣病による服薬中の者を除いた対象について、前年度の健診結果を判定基準に投入、各保健指導レベル別の対象人数の概数を算出する。なお、治療中の者について、かかりつけ医又は産業医からの紹介がある場合は、かかりつけ医又は産業医と連携を図り、その指導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。 （第３編第２章　２－３（２）③へ移動）
①　「情報提供」のみの対象者 特定保健指導対象者の階層化の結果、「情報提供」のみの対象者は、以下のア～エに分類することができる。 ア　検査データの異常がほとんどなく、生活習慣も問題がない者 イ　検査データの異常はほとんどないが、喫煙習慣、食事習慣・運動習慣などの生活習慣の問題がある者 ウ　検査データでは保健指導判定値以上であるが、肥満がないため特定保健指導の対象とはならない者 エ　服薬中であるために、特定保健指導の対象とはならない者 「情報提供」のみの対象者に対する保健指導については、医療保険者が行う法定報告の義務はないが、メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少や医療費適正化に資するため、市町村等の各医療保険者等は下記の指標を参考にして目標を設定することが望まし	

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
い。 対象アについては、 ・健診結果を正常範囲のまま維持し、悪化しない。 ・「動機づけ支援」「積極的支援」対象への移行率を〇%以下とする。 （この数値は性別・年代別に各医療保険者で設定） 対象イについては、 ・健診結果が悪化しない。 ・生活習慣の問題点を自覚し、生活習慣が一つでも改善する。 対象ウについては、 ・健診結果が改善する。 ・保健指導実施率が向上する。 対象エについては、 ・コントロール状況が良好である。 ・受診が継続する。	
②　「動機づけ支援」の対象者 ・健診結果が改善するか、または悪化しない。 ・メタボリックシンドローム予備群では腹囲の減少をめざす。 ・「積極的支援」対象への移行率を〇%以下とする。 （この数値は性別・年齢別に各医療保険者で設定）	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。
③　「積極的支援」の対象者 ・健診結果が改善する。 ・メタボリックシンドロームでは腹囲、危険因子の減少をめざす。 ・保健指導対象者の〇割以上の人において、判定の改善をめざす。 ・「受診勧奨」レベルへの移行率を〇%以下とする。	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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
	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への目標設定（例） 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 ・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 ・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 ・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 ・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）保健指導の対象者の優先順位にかかる基本的な考え方 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群を減少させるためには、効果的・効率的な保健指導の実施が必要である。そのため、健診データやレセプトデータ等も参考に保健指導対象者に優先順位をつけて、最も必要な、そして予防効果が大きく期待できる対象を選定して保健指導を行う必要がある。例えば、保健指導の対象者の優先順位のつけ方としては、下記の方法が考えられる。 〇　年齢が比較的若い対象者 〇　健診結果に基づく保健指導レベルが情報提供レベルから動機づけ支援レベル、動機づけ支援レベルから積極的支援レベルに移行するなど、健診結果が前年度と比較して悪化し、より緻密な保健指導が必要になった対象者 〇　第２編第２章別紙３の質問項目（標準的な質問票８～２０番）の回答により、生活習慣改善の必要性が高いと認められる対象者 〇　前年度、積極的支援及び動機づけ支援の対象者であったにもかかわらず保健指導を受けなかった対象者	（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。 〇　年齢が比較的若い対象者 〇　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 〇　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 〇　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。	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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
（１）保健指導全体の計画 「情報提供」、「動機づけ支援」及び「積極的支援」別の具体的な方法、保健指導実施者、支援材料、記録方法、実施場所、保健指導実施者研修などを検討する。これらの状況や既存の社会資源等を総合的に判断して、アウトソーシングの必要性について検討する。 また、前年度までの評価（実施状況・効果・問題点など）を踏まえ、より効果的で波及性、継続性のある内容となるよう心がける。さらに、保健指導全体の計画にあたっては、これまでの計画を踏襲するのではなく、毎回、よりよいものを作成することをめざす。	（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　保健指導の進め方 「情報提供」及び「動機づけ支援」並びに「積極的支援」の初回面接は、健診結果の返却時にあわせて実施するなど、参加者の負担を軽減し、参加しやすくなる方法を計画する。 特に、「動機づけ支援」や「積極的支援」の初回面接については、対象者の性別・年代・職業、生活環境等の社会背景を考慮し、参加しやすい時間帯、場所等を設定することや対象者が関心を持つような方法を考慮する。	（２）実施体制に関する計画 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、効果・効率を考え、最適な実施体制を検討する。 保健指導に関わる関係者会議を行い、支援方法の標準化、安全管理、媒体、支援材料、記録や個人情報の管理方法などを徹底する。健診から保健指導までの作業工程を検討し、健診実施日から保健指導までの期間を短縮することに努力すべきである。 外部講師や外部機関と連携して事業を実施するときには、事業の目的と評価法、対象者の状況などを十分に理解してもらうよう、事前の調整を十分に行う。また、実際の参加者の情報についても共有化しておくことが重要である。 保健指導のアウトソーシングを行う場合は、委託業務の範囲や責任を詳細にわたって明確にしておく。	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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
	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、地域住民や職員全員に十分周知しておく。また、地域住民や職員への周知がポピュレーションアプローチとしての意味合いも持つことを考慮して効果的に行う。さらに、保健指導対象者が積極的に参加できるよう、対象者の属性に合わせた実施方法を検討する。特に被扶養者については、周知が徹底されるように配慮することが望ましい。	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、事業所における労働者の健康づくりに対する意識によって保健指導への取組みの差が大きいため、保健指導の実施について事業所の協力を得ることが有効である。	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。	なお、個々の対象者に対する計画については、第３編第３章に記載する内容を踏まえ、個別に計画を作成する。
（３）評価計画 糖尿病等の生活習慣病の予備群等に対する保健指導の効果を明確に示していくためには、保健指導をＰＤＣＡサイクルで計画から見直し・改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが期待できる。	（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。また、評価計画については、企画部門及び保健事業部門の両者で作成・共有化し、評価結果のうち、公表するものを明確にしておく。	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。
アウトソーシングをする場合は、委託先にも評価計画を明示する。	

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
第３章　保健指導の実施 ３－１　基本的事項 （１）標準的な保健指導プログラムについて 糖尿病等の生活習慣病の予備群等に対する保健指導とは、対象者の生活を基盤とし、対象者が自らの生活習慣における課題に気づき、健康的な行動変容の方向性を自らが導き出せるように支援することである。保健指導の重要な点は、対象者に必要な行動変容に関する情報を提示し、自己決定できるように支援することであり、そのことによって、対象者が健康的な生活を維持できるよう支援することである。 本プログラムでは、現段階で考えられる、最低限実施すべき保健指導と望ましい保健指導について記載する。 保健指導の要件については、引き続き、保健指導実施機関による多種多様な保健指導の実績・成果を蓄積・分析する中で、最低限実施すべき要件の評価を行うとともに、有効な保健指導の要件を整理していく。 また、保健指導を実施する機関の創意工夫により、より有効な保健指導の内容や実施形態等が明らかとなり、提供される保健指導にそれらが反映されることが期待される。 このため、本プログラムについても、保健指導の実施状況を踏まえ、今後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 保健指導プログラムは、対象者の保健指導の必要性の度合いに応じて、「情報提供」のみ、「動機づけ支援」、「積極的支援」に区分されるが、各保健指導プログラムの目標を明確化した上で、サービスを提供する必要がある。 「情報提供」とは、対象者が生活習慣病や健診結果から自らの身体状況を認識するとともに、健康な生活習慣の重要性に対する理解と関心を深め、生活習慣を見直すきっかけとなるよう、健診結果の提供にあわせて、個人の生活習慣やその改善に関する基本的な情報を提供することをいう。情報提供には、医療機関への受診や継続治療が必要な対象者に受診や服薬の重要性を認識させること、健診受診者全員に対し継続的に健診を受診する必要性を認識させることなどの情報が盛り込まれることが望ましい（第２編第２章２－２参照）。また、対象者の状況に応じて、重症化防止の観点から、後日改めて対面等により直接支援を行うことも考えられる。 「動機づけ支援」とは、対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善のための自主的な取組みを継続的に行うことができるようになることを目的として、医師、保健師又は管理栄養士の面接・指導のもとに、対象者が行動計画を策定し、医師、保健師、管理栄養士又は栄養指導若しくは運動指導に関する専門的知識及び技術を有する者※１※２が生活習慣の改善のための取組みに係る動機づけに関する支援を行うとともに、計画の策定を指導した者が、計画の実績評価（計画策定の日から６か月以上経過後に行う評価をいう。）を行う保健指導をいう。	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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
「積極的支援」とは、対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善のための自主的な取組みを継続的に行うことができるようになることを目的として、医師、保健師又は管理栄養士の面接・指導のもとに行動計画を策定し、医師、保健師、管理栄養士又は栄養指導若しくは運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者が生活習慣の改善のための、対象者による主体的な取組みに資する適切な働きかけを相当な期間継続して行うとともに、計画の策定を指導した者が、計画の進捗状況評価（中間評価）と計画の実績評価を行う。なお、計画の中間評価や実績評価を行う者は、同一機関内であって、組織として統一的な実施計画及び報告書を用いるなど、保健指導実施者間で十分な情報共有がなされているならば、初回面接で計画の策定を行った者以外の者が実施しても差し支えない。 「積極的支援」の実施に関しては、対象者の保健指導の必要性に応じてさまざまな手段や内容を組み合わせながら支援プログラムを展開し、多職種・他機関が支援を行う場合には、適宜、保健指導実施者間で関係者会議を開催し、対象者の課題や目標を共有して支援を行う必要がある。 また、支援プログラムの提供に際しては、既存の保健事業との組み合わせや社会資源の活用、地域又は職域で行われている健康づくりのためのポピュレーションアプローチとも関連づけていくことが重要である。	
なお、支援プログラムは、同じ対象者に毎年同じ内容を繰り返すのではなく、対象者の特性に合わせ、また有効な手法の抽出・適用・強化等により、常に改善に努めることが必要である。	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。 （第３編第３章３－１（３）保健指導の実施者へ移動）
※１　栄養指導に関する専門的知識及び技術を有する者【平成 19 年厚生労働省告示第 10 号、平成 20 年３月 10 日付け健発第 0310007 号・保発第 0310001 号)】 ①　看護師、栄養士、歯科医師、薬剤師、助産師、准看護師、歯科衛生士であって、告示に定める内容の食生活改善指導担当者研修を受講した者 ②　事業場における労働者の健康保持増進のための指針（昭和 63 年９月１日健康保持増進のための指針公示第１号。以下「ＴＨＰ指針」という。）に基づく産業栄養指導担当者であって追加研修を受講した者又はＴＨＰ指針に基づく産業保健指導担当者であって追加研修を受講した者	
※２　運動指導に関する専門的知識及び技術を有する者【平成 19 年厚生労働省告示第 10 号、平成 20 年３月 10 日付け健発第 0310007 号・保発第 0310001 号)】 ①　看護師、栄養士、歯科医師、薬剤師、助産師、准看護師、理学療法士であって、告示に定める内容の運動指導担当者研修を受講した者 ②　財団法人健康・体力づくり事業財団が認定する健康運動指導士又は、ＴＨＰ指針に基づく運動指導担当者であって追加研修を受講した者	（第３編第３章３－１（３）保健指導の実施者へ移動）
（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。	（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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
「動機づけ支援」及び「積極的支援」において、①初回の面接、②対象者の行動目標・支援計画の作成、③保健指導の評価に関する業務を行う者は、医師、保健師、管理栄養士であること。ただし、これまで医療保険者や事業者において看護師による保健事業がなされてきた実態を踏まえ、平成２５年度からの５年間においても、引き続き、一定の保健指導の実務経験のある看護師が行うことも可能とする。 「動機づけ支援」及び「積極的支援」のプログラムのうち、食生活・運動に関する対象者の支援計画に基づく実践的指導は、医師、保健師、管理栄養士、その他食生活の改善、運動指導に関する専門的知識及び技術を有する者（健康・体力づくり事業財団が認定する健康運動指導士や事業場における労働者の健康保持増進のための指針に基づく運動指導、産業栄養指導、産業保健指導担当者等）が実施する。また、それらの実践的指導においては、グループ支援をあわせて用いることが効果的であり、その場合は、地域内の種々の関係者の協力を得ることが重要である。 保健指導において、禁煙支援を行う場合には、禁煙支援には、禁煙補助剤の活用が有効であることから医師、薬剤師と連携するなど、保健指導の内容や対象者の心身などを考慮し、他職種との連携を図ることが望ましい。 なお、医師に関しては、日本医師会認定健康スポーツ医等と連携することが望ましい。 さらに、保健指導を実施する者は、保健指導のための一定の研修（「健診・保健指導の研修ガイドライン」Ⅴ 実践者育成研修プログラム）を修了していることが望ましい。 （新設）	「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。 「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。 [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こと。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。 [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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
	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
（４）「情報提供」に活用するための質問票 健診時に行う生活習慣に関する質問票は、「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」の保健指導を実施する際に活用することができる。 「情報提供」の内容を判断するための質問票としては、個別に食生活、運動習慣等の情報を提供するために必要な項目（例えば、第２編第２章別紙３標準的な質問票８番～２０番）が考えられる。 なお、健診時の質問票は受診者全員に行うことから、できる限り科学的根拠のある項目数に絞り、また、簡潔な表現としている。	（削除）
（５）「動機づけ支援」「積極的支援」に必要な詳細な質問票の項目 「動機づけ支援」、「積極的支援」の実施に当たっては、保健指導対象者の生活習慣及び行動変容のステージ（準備状態）を把握し、どのような生活習慣の改善が必要なのかをアセスメントする必要があることから、詳細な質問票を使用することが望ましい。 詳細な質問票は、対象者自身が自分の生活習慣を振り返るきっかけとするほか、対象者の生活習慣の変化が把握できることから、生活習慣改善の評価にも活用できる。詳細な質問票の例としては、次のような項目が考えられる。	（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。
①　食生活習慣 食事の時間帯、回数、内容、量及び間食や外食の習慣、よく噛(か)む習慣（咀嚼(そしゃく)回数や噛みごたえのある食品の摂取状況等）、主たる調理者などを把握する。 ②　身体活動状況 身体活動の種類、強度、時間、回数等を把握する。 ③　運動習慣 日常的に実施している運動の種類、頻度、１日当たりの実施時間等、運動習慣の有無と程度に関する情報を把握する。 ④　休養・睡眠 休養の取り方、睡眠の質、睡眠時間などの状況を把握する。	（削除）

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
⑤　飲酒状況 飲酒量、頻度など飲酒の状況を把握する。 ⑥　喫煙状況 現在及び過去の喫煙や禁煙状況等を把握する。 ⑦　健康意識・知識 対象者の健康観や健康管理に関する知識（自らの健康の保持・増進のために取り入れている食事や運動習慣等のもとになる知識）などを把握する。 ⑧　生活習慣改善に関する行動変容のステージ（準備状態） 生活習慣に関する行動変容のステージ（準備状態）を把握する。 ⑨　過去にとった保健行動 健康のために、過去に何か実施したことがあるか把握する。 ⑩　治療中の疾病等 標準的な質問票等で把握できない生活習慣病等の疾病や妊娠糖尿病、妊娠高血圧症候群（以前の「妊娠中毒症」）※などの既往の有無及び医師からの生活習慣に関する指示や制限を把握する。 ⑪　その他 仕事の内容、勤務時間、家族の状況、ストレスの有無や対処方法などについて把握する。	
※　妊娠糖尿病や妊娠高血圧症候群と診断された女性は、出産後、一旦は検査値が基準範囲内に戻っても、数年を経た後に糖尿病や高血圧を発症しやすいことが分かっている。したがって、これらの啓発について市町村の母子保健部門と連携を行うことも有効である。 〇　妊娠糖尿病だった場合、正常血糖の妊婦に比べて 7.4 倍、糖尿病になるリスクが高いことが国際的なメタアナリシスで報告されている。【出典】Bellamy. et al. , Lancet. 373: 1773-9. 2009 〇　妊娠中に、妊娠糖尿病を来した場合、妊娠糖尿病と診断された女性は、出産後５年で約 20%が、出産後 10 年で約 30%が糖尿病と診断されている。また、出産５年後の高血圧有病率をみると、妊娠時に正常血圧だった人の高血圧有病率が 35 人に 1 人だったのに対し、妊娠中に妊娠高血圧症候群と診断された人では５～６人に１人であった。【出典】平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金「女性における生活習慣病戦略の確立―妊娠中のイベントにより生活習慣病ハイリスク群をいかに効果的に選定し予防するか（研究代表者：北川道弘）」平成 23 年度総括・分担研究報告書	（削除）
※　行動変容ステージとは、行動変容に対する準備段階のことで、次の 5 つのステージに分けられる。面接等においてステージを把握し、ステージごとに支援方法を変え、ステージが改善していけるように支援する。 無関心期：６か月以内に行動変容に向けた行動を起こす意思がない時期 関 心 期：６か月以内に行動変容に向けた行動を起こす意思がある時期 準 備 期：１か月以内に行動変容に向けた行動を起こす意思がある時期 実 行 期：明確な行動変容が観察されるが、その持続がまだ６か月未満である時期 維 持 期：明確な行動変容が観察され、その期間が６か月以上続いている時期	[f] 行動変容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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
（新設）	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、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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）		
	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はありますか。	①いいえ ②はい
	4. 既往・現病歴・家族歴		
	4-1	現在、身体活動・運動や食事等の生活習慣に関して、主治医より指導を受けていますか。	①指導なし ②指導あり
	4-2	健診後、生活習慣病（高血圧、糖尿病、脂質異常症など）で受診しましたか。	①はい ②いいえ
	4-3	両親やきょうだいであてはまる病気があれば〇をつけて下さい（複数回答可）	高血圧/糖尿病/脂質代謝異常（高脂血症）/痛風/脳卒中（脳梗塞・脳出血）/心臓病（心筋梗塞・狭心症）/腎臓病
	5. 喫煙		
	5-1	職場において、この１ヶ月間に、自分以外の人が吸っていたたばこの煙を吸う機会がありましたか。	①ほぼ毎日　②週に数回程度　③週に1回程度　④月に1回程度　⑤全くなかった　⑥行かなかった
	5-2	家庭において、この１ヶ月間に、自分以外の人が吸っていたたばこの煙を吸う機会がありましたか。	①ほぼ毎日　②週に数回程度　③週に1回程度　④月に1回程度　⑤全くなかった

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）		
	5-3	現在、たばこ（いわゆる加熱式たばこ、電子たばこを含む）を習慣的に吸っていますか。	①もともと吸わない　②やめた　③吸う
	5-4	1日に平均して何本のたばこを吸っていますか（吸っていましたか）。	１日（　　）本
	5-5	習慣的にたばこを吸うようになってから、何年間たばこを吸っていますか（吸っていましたか）。	（　　）年間
	5-6	今までたばこをやめたことがありますか。	① はい ②いいえ
	6. 飲酒		
	6-1	どの程度の頻度でお酒を飲みますか。	①飲まない ②やめた ③月1度以下 ④月2～4度 ⑤週2～3度 ⑥週4度以上
	6-2	飲酒日1日当りの飲酒量はどの程度ですか。 日本酒1合（180ml）の目安：ビール500ml、焼酎（25度）110ml、ウイスキーダブル1杯（60ml）、ワイン2杯（240ml）。	①1合未満 ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3合以上
	6-3	1度に、ビール中瓶3本か日本酒3合、あるいは焼酎（25度）1.7合以上を飲むことがどのくらいの頻度でありますか。	①ない ②月に1度未満 ③月に1度 ④週に1度 ⑤ほとんど毎日
	7. 睡眠・休養		
	7-1	休養は充分にとれていると思いますか。	①はい ②いいえ
	7-2	睡眠は足りていますか。	①はい ②いいえ
	8. 家族・社会参加		
	8-1	同居家族すべてに〇をつけてください。	①配偶者（パートナー） ②こども ③孫 ④親 ⑤祖父母 ⑥きょうだい ⑦一人暮らし
	9. 仕事・労働衛生		
	9-1	1週間の労働時間はおおよそ何時間ですか。	①就労していない ②40時間未満 ③40～48時間 ④49～54時間 ⑤55時間以上
	9-2	交代勤務制の仕事に従事していますか。	①はい ②いいえ
	10. 行動変容ステージ		
	10-1	改善したい生活習慣に〇をつけてください（複数選択可）。	①食生活 ②運動・身体活動 ③喫煙 ④飲酒 ⑤睡眠 ⑥休養 ⑦その他
	備考		

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

「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、今までの取り組みの具体的内容と結果、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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

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：定期的な体重測定の習慣を尋ねることで、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：毎年の特定健診の受診の必要性の認識を促す。特定健診の結果から経年受診を確認できる場合もあるが、社会保険から国民健康保険へ異動したといった医療保険の異動も考えられることから、毎年受診を確認するものである。なお、「毎年」と尋ねるより、直近の昨年度の受診を問うことで、確かな回答を得ることを想定している。保健指導では、毎年の受診を勧奨し、生活習慣の見直しに保健指導を活用してほしいことを伝える。		
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
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。		
2-2	朝食をほぼ毎日とりますか。	①はい　②いいえ
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		

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

無理な場合は、まずご飯、パンなどの主食から始めて、順次、主菜や牛乳・乳製品、副菜、果物などを加えるよう支援する。次の質問と関連するが、和食、洋食、それらの折衷でも、主食・主菜・副菜を揃えて食べることに目標を置く。朝食欠食の理由では、「朝は食欲がない」「早く起きられない」「自分で用意する手間がかけられない」などの理由[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、表現こそは異なるが「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。

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

解説：「標準的な質問票の解説と留意事項」を参照（質問14・15）

2-5	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

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。

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

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。

2-7	習慣的に間食をしますか。	①食べない　②食べる

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

解説：「標準的な質問票の解説と留意事項」を参照（質問16）

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）同士を組み合わせて食べることがありますか[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 ①　ほとんどない

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日当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て食べる頻度や、丼もの、カレーライスやめん類を食べる頻度が多いと一般に食塩摂取量が多くなるので、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。

2-9	外食、惣菜、市販の弁当を習慣的に食べますか。	①食べない　②食べる
追加	外食の頻度はどのくらいですか。	①1日2回以上　②1日1回 ③週に2～6回　④週１回以下
追加	スーパーやコンビニの惣菜や弁当を利用する頻度はどのくらいですか。	①1日2回以上　②1日1回 ②　週に2～6回　④週１回以下

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

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。

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

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。

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

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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

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、肉の脂身を食べずに残すようにするよう指導する。

追加	毎日、乳製品（牛乳、ヨーグルト、チーズなど）をとっていますか。	① はい　②いいえ

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。

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。

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。

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

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。

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

解説：「標準的な質問票の解説と留意事項」を参照（質問12）

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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）			
	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	
	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。			
	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/めんどう/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
	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。			
	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。	
	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。			
	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	
	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			

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

は、主治医と連絡をとることも考えられる。

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

解説：健診後にすでに受診し、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。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。

追加	不整脈（心房細動）などで血液がサラサラになる薬（血液を固まりにくくする薬）を飲んでいますか。	①はい　②いいえ ③薬を飲んでいるが種類はわからない

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。

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

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。

4-3	両親やきょうだいであてはまる病気があれば〇をつけて下さい（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

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。

5. 喫煙

5-1	職場において、この１ヶ月間に、自分以外の人が吸っていたたばこの煙を吸う機会がありましたか。	①ほぼ毎日　②週に数回程度　③週に1回程度　④月に1回程度　⑤全くなかった　⑥行かなかった
5-2	家庭において、この１ヶ月間に、自分以外の人が吸っていたたばこの煙を吸う機会がありましたか。	①ほぼ毎日　②週に数回程度　③週に1回程度　④月に1回程度　⑤全くなかった

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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）		
	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
	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。		
	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
	解説：禁煙経験の有無を確認する項目である。保健指導では、過去に禁煙しようと思ったきっかけや時期、禁煙期間といった成功体験や、その後、禁煙が継続できなかった理由を把握し、喫煙者の全対象者が禁煙に取組めるよう、禁煙支援につなげる。		
	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
	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。		
	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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

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。

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

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。

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

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。

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がありますか。	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

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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

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。

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

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、大きないびきに加えて、いびきの間に静かになり息が止まっていないか（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。

8. 家族・社会参加

8-1	同居家族すべてに〇をつけてください。	①配偶者（パートナー）　②こども　③孫　④親　⑤祖父母　⑥きょうだい　⑦一人暮らし

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。

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

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。

9. 仕事・労働衛生

9-1	1週間の労働時間はおおよそ何時間ですか。	①就労していない　②40時間未満　③40～48時間　④49～54時間　⑤55時間

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

		以上
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。		
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
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。		
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）
解説：身体活動は余暇のみでなく業務によっては仕事中にも負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。		
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
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、通常の健康診断とは別にストレスチェックによる心の健康状態の確認があり、申し出れば産業医等との面談が可能であることを伝える。		
追加	出張の多い仕事ですか。	①はい　②いいえ

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

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。

追加	単身赴任ですか。	①はい　②いいえ

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。

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

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。

追加	あなたの職種は次のうちどれに一番近いですか。	管理的職業/専門的・技術的職業/事務的職業/販売の職業/サービスの職業/保安の職業/農林漁業の職業/生産工程の職業/輸送・機械運転の職業/建設・採掘の職業/運搬・清掃・包装等の職業

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は重要である。職種を知ることで、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。

10. 行動変容ステージ

10-1	改善したい生活習慣に〇をつけてください（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

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、〇がついている項目は積極的に目標設定に活用し、〇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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）		
	追加	食べ過ぎについて改善しようと思いますか。	①改善するつもりはない ②改善するつもり（概ね6か月以内） ③１か月以内に改善するつもり ④既に実施している（6か月未満） ⑤6ヶ月以上継続して実施している **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。 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
	追加	脂肪摂取について改善しようと思いますか。	
	追加	食塩摂取について改善しようと思いますか。	
	追加	野菜摂取について改善しようと思いますか。	
	追加	食事の内容や食べ方について改善しようと思いますか（上記４問を統合した場合）。	
	追加	禁煙しようと思いますか。	
	追加	飲酒について改善しようと思いますか。	
	追加	計測・記録（血圧や体重）について改善しようと思いますか。	
	追加	計測・記録（歩数など）について改善しようと思いますか。	

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　おにぎりとカップめん、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「百万石減塩レシピー石川県内 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 CE, et al: Association between smoke-free legislation and hospitalizations for cardiac, cerebrovascular, and respiratory diseases: a meta-analysis. Circulation 2012; 126: 2177-2183.
注 10　厚生労働省：職場における喫煙対策のためのガイドライン,2003.
注 11　Heatherton TF, et al. Measuring the heaviness of smoking: using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. Br J Addict. 1989; 84(7):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　人々の協調行動を活発にすることによって、社会の効率性を高めることのできる、「信頼」「規範」「ネットワーク」といった社会組織の特徴はソーシャルキャピタル（社会資源）と呼ばれ、健康の維持・向上においても重要な因子である。
注 15　Kivimäki M, et al. Long working hours and risk of coronary heart disease and stroke: a systematic reciew and meta-analysis of puboished 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.

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

（新設）

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、小林廉毅、井上和男、須山靖男、杉本七七子、三好裕司. 単身赴任者と家族同居者における生活習慣、ストレス状況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「はじめた」行動から行動変容の目標を選択する目的で使用する。目標とする項目は対象者が自己決定し、支援者は効果的で実行可能な項目を選ぶ手助けをする。選択肢はいずれの項目も「している」「はじめた」「していない」の３択で使用する。ただし、「していない」には、全く意志がない場合と、意志はあるが実施出来ていない場合とが含まれることに留意し、「している」「はじめた」「頑張ればできそう」「しようとも思わない」の４択を採用しても良い。目標とする行動は多くなりすぎないように留意し、また記録してセルフモニタリングすることが望ましい。

総エネルギー	コーヒー・紅茶に砂糖やミルクを入れないようにしている。
	甘い清涼飲料水を飲まないようにしている。
	間食（菓子類・アイスクリーム）を食べないようにしている。
	毎食のご飯は茶碗１杯までにしている。
	パン食の時は菓子パン以外のものにしている。
	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	漬け物・梅干しや佃煮を減らしている。
	食卓でおかずに塩をかけないようにしている。
	食卓でおかずにしょう油をかけないようにしている。
	塩蔵魚（塩じゃけ・干物類）を減らしている。
	肉加工食品（ハム・ソーセージ）を減らしている。
	魚加工食品（かまぼこ・ちくわ）を減らしている。
	みそ汁をあまり飲まないようにしている。
	麺類（うどん・ラーメンなど）の汁を飲まないようにしている。
	煮物（しょうゆ味）を減らしている。
	味付けに酢・ゆず・レモンを使うようにしている。
	スパイスで上手に味付けをしている。
	毎日果物を食べるようにしている。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

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）。

（６）保健指導の際に活用する支援材料(学習教材集・保健指導事例集)

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

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

①　アセスメントに関する支援材料

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

②　行動目標設定のための支援材料

行動目標を設定し、評価をしていくための材料である。

③　知識の提供・生活習慣改善のための支援材料（学習教材）

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

（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明らかにすることと、地域の実情や職域の状況に応じた工夫をしていくことが重要となる。

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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
④　自己実践を支援するための支援材料（特に継続的に支援するための材料） 対象者が設定した行動目標の達成のために活用する実践状況の記録、通信による支援等のための材料である。 ⑤　保健指導実施者用の材料 保健指導を担当する職員間で支援内容、実施内容、個別相談や集団教室の実施方法や実施状況の記録等に関する材料である。	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。
（７）記録とデータ管理 保健指導の記録の意義として、次の４点があげられる。 ａ　対象者の状況が経時的に把握ができること ｂ　経時的な結果から保健指導の評価ができること ｃ　他の保健指導を担当する者と情報を共有できること（担当者が変更となっても継続的な支援が可能） ｄ　対象者本人の要求があれば閲覧可能とすること 内容は、個々の対象者ごとに目標、モニタリングすべき指標（検査データ、具体的な行動など）、個別支援やグループ支援等で提供したサービスと対象者の状況等に加えて、行動変容に対する本人の意欲（可能であれば本人の言葉で記録する）、本人が「支援者」に期待していることの記録も必要である。 なお、これらの内容には、定量的に記録する内容と定性的に記録する内容があるが、両者とも必要な内容であるため、定性的な記録の内容については、簡潔にかつ明確に記載していくことが重要となる。 また、これらの記録は、保健指導の支援期間中だけでなく、翌年以降の保健指導や対象者選定にも活用されるものであり、経年的な管理体制を整えることが望ましい。	（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。
保健指導の実施機関には対象者の個人情報を適切に管理する責務があるが、保健指導のアウトソーシングの状況によっては、個人の保健指導の情報が複数の実施機関の間でやりとりされることも想定される。そのため個々の対象者に対しては、他の関連する実施機関との間で必要なデータを共有することの了解を取ることや、共有する具体的な項目について明記する等、データの共有及びやり取りに関する事項についての取り決めを行うことも必要である。 健診結果及び保健指導の記録の管理にあたっては、管理すべきデータ、整理すべきデータを決定し、可能な限り、データベースを作成して管理することが望ましい。特定保健指	保健指導機関には対象者の個人情報を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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
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）。	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。
（第３編第３章３－３支援の際の留意事項　から一部追記し移動）	（７）留意事項 対象者の保健行動が定着するよう一定の期間、継続して支援を行うため、対象者が参加しやすい条件を整えることが必要である。 〇　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。 〇　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。 〇　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。 〇　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。 〇　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　「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」の区分について 保健指導は健診受診者全員に対して行うが、健診結果及び質問項目から生活習慣病のリスクの数に基づいて階層化し、保健指導の必要性の度合いに応じて「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」に区分して実施する。（※） これらの保健指導がめざすところは、対象者の行動変容とセルフケア（自己管理）ができるようになることであるが、それぞれの保健指導では、生活習慣改善の必要性や行動変容のステージ（準備状態）等から、具体的な支援内容や方法・頻度等が異なっている。 ※　「情報提供」は、高齢者医療確保法第 24 条に基づく特定保健指導には該当しないが、同法第２３条により保険者が健診結果の通知を行う際に、生活習慣を改善又は維持していくことの利点を感じ、対象者の行動変容を促す動機づけを目的として行うべきである。その上で、医療機関への受診や継続治療が必要な対象者には受診や服薬の重要性を認識させること、健診受診者全員に対し継続的に健診を受診する必要性を認識させることなどの情報が盛り込まれることが望ましい。	３－２　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　支援の際の留意事項	（第３編第３章３－１（７）留意事項へ移動）

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
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。 〇　対象者によっては、携帯電話やパソコン等のＩＣＴなどを活用し、効率的な支援を工夫すると良い。 〇　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。 〇　プログラムには、食生活や運動などの実習・講習会などを取り入れ、対象者が自分の生活習慣に気づき、改善できるものが有効である。 〇　また、個別支援のみでなく、グループ支援により、参加者同士の交流を図り、グループダイナミクスを活用して対象者の自己効力感を高めることも重要である。	
３－４　保健指導の実施内容 （１）「情報提供」 ①　目的（めざすところ） 対象者が健診結果から、自らの身体状況を認識するとともに、生活習慣を見直すきっかけとする。また、健診結果とあいまって、医療機関への受診や継続治療が必要な対象者に受診や服薬の重要性を認識してもらうとともに、健診受診者全員に対し継続的に健診を受診する必要性を認識してもらう。	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。	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	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 〇　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。	④　支援内容 〇　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。
〇　対象者に対して、健診結果に基づいた生活習慣の改善について意識づけを行うことが重要である。なお、健診結果に基づき、健診受診者全員に自らの病気のリスクを自分自身の問題として理解してもらうためのきめ細かな情報提供を行うことによって、自分の健康リスクを適切に認識している者の増加や、保健指導を拒否する者や医療機関を受診せずに放置する者の減少等、対象者のやる気を起こすことができたという研究結果が出ている。	〇　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るよう、きめ細かな情報提供を行うことが必要である。
〇　健診結果や質問票から、特に問題とされることがない者に対しては、健診結果の見	〇　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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
方や健康の保持増進に役立つ内容の情報を提供するとともに、毎年の継続的な健診受診の重要性について、生活習慣の変化と健診結果の変化の関係を理解してもらい、年１回、健診結果を確認して生活習慣改善を行う意義や合理性について納得してもらえるように伝える。	方や、健康の保持増進に役立つ内容の情報を提供する。あわせて、毎年の継続的な健診受診の重要性について、生活習慣の変化と健診結果の変化の関係を理解してもらい、年１回、健診結果を確認して、生活習慣改善を行う意義や合理性について納得してもらえるように伝える。
	〇　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。
	〇　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るよう工夫する。「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）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。	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ことや、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 等に基づいた食生活と運動習慣のバランス、料理や食品のエネルギー量、生活活動や運動によるエネルギー消費量等について、質問票から得られた対象者の状況にあわせて具体的な改善方法の例示などを情報提供する。一方で、対象者個人の健康状態や生活習慣から、重要度が高く、取り組みやすい情報について、ポイントを絞って提供することが望ましい。	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なども提供する。	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。
〇　医療機関への受診や継続治療が必要な対象者については、受診や服薬の重要性を認識してもらえるよう工夫する。	
⑤　支援形態 対象者や医療保険者の特性に合わせ、支援手段を選択する。主な手段としては、次の	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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
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。	ようなものが考えられる。 ・情報提供用の資料を用いて、個別に説明する。 ・健診結果を通知する際に情報提供用の資料を合わせて提供する。 ・職域等で日常的にＩＣＴ 等が活用されていれば、個人用情報提供画面を利用する。 ・結果説明会で情報提供用の資料を配布する。
⑥　特定保健指導非対象者について 階層化の結果、特定保健指導の対象には該当せず、「情報提供」のみとなった対象者については、この機会が健康に関して動機づけを行いうる貴重な機会になることや、非肥満でも危険因子が重複すると肥満者と同様に脳卒中の発症リスクが高まること等に留意し、特に以下の者に対しては、生活習慣の改善指導など、必要な支援を直接行うことが望ましい。 ・検査データの異常はほとんどないが、喫煙や食事・運動習慣などに問題があり、体重が増加しつつある者 ・検査データでは保健指導判定値以上であるが、肥満がないため特定保健指導の対象とはならない者 ・受診勧奨がなされているにも関わらず、医療機関受診をしていない者 ・服薬中であるがコントロール不良の者	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
（新設）	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）「動機づけ支援」 ①　目的（めざすところ） 対象者への個別支援又はグループ支援により、対象者が自らの生活習慣を振り返り、行動目標を立てることができるとともに、保健指導終了後、対象者がすぐに実践（行動）に移り、その生活が継続できることを目指す。	（２）「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、

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
	その生活が継続できることを目指す。
②　対象者 健診結果・質問票から、生活習慣の改善が必要と判断された者で、生活習慣を変えるに当たって、意思決定の支援が必要な者を対象とする。	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 対象者本人が、自分の生活習慣の改善点・伸ばすべき行動等に気づき、自ら目標を設定し行動に移すことができる内容とする。 詳細な質問票において対象者の生活習慣や行動変容のステージ(準備状態)を把握し、対象者の生活習慣改善を動機づけるために次に示す支援を行う。	④　支援内容 面接や詳細な質問項目[g]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付き、自ら目標を設定し、行動に移すことができる内容とする。 特に、食生活については、栄養素の代謝メカニズムを理解し、食事や食材料の栄養的特性を踏まえた上で、実際の食べ方について具体的に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。 [g]「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。
ａ　面接による支援 ●　生活習慣と健診結果との関係の理解、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識の習得、生活習慣の振り返り等から、対象者本人が生活習慣改善の必要性に気づき、自分のこととして重要であることを理解できるように支援する。 ●　対象者本人が、生活習慣を改善するメリットと現在の生活を続けるデメリット	ａ　面接による支援 ●　生活習慣と健診結果との関係の理解、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識の習得、生活習慣の振り返り等から、対象者が生活習慣改善の必要性に気付き、自分のこととして重要であることを認識できるように支援する。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
について理解できるように支援する。 ● 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な支援をする。 ● 対象者の行動目標や評価時期の設定を支援する。必要な社会資源を紹介し、対象者が有効に活用できるように支援する。 ● 体重・腹囲の計測方法について説明する。 ● 生活習慣の振り返り、行動目標や評価時期について話し合う。 ● 対象者が行動目標・行動計画を策定できるように支援する。	● 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　６か月後の評価 ● ６か月後の評価は、個別の対象者に対する保健指導の効果に関するものである。 ● 設定した個人の行動目標が達成されているか、身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて評価を行う。 ● 必要に応じてより早期に評価時期を設定し、対象者が自ら評価するとともに、保健指導実施者による評価を行う。 ● なお、評価項目は対象者自身が自己評価できるように設定する。	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。 （削除） ● 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 80 分以上のグループ支援（１グループは８名以下とする）。 b　６か月後の評価 ● ６か月後の評価は、面接あるいは通信等を利用して行う。 ● ６か月後の評価の実施者は、初回面接を行った者と同一の者とすることを原則とするが、同一機関内であって、組織として統一的な実施計画及び報告書を用いるなど、保健指導実施者間で十分な情報共有がなされているならば、初回面接を行った者以外の者が評価を実施しても差し支えない。	⑤　支援形態 ａ　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一の者とすることを原則とするが、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総括・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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
（３）「積極的支援」	（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（めざすところ） 「動機づけ支援」に加えて、定期的・継続的な支援により、対象者が自らの生活習慣を振り返り、行動目標を設定し、目標達成に向けた実践（行動）に取り組みながら、支援プログラム終了後には、その生活が継続できることをめざす。	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な者で、そのために専門職による継続的できめ細やかな支援が必要な者。	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か月以上継続的に支援する。	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 詳細な質問票において対象者の生活習慣や行動変容のステージ(準備状態)を把握し、健診結果やその経年変化等から、対象者自らが自分の身体に起こっている変化への理解を促すとともに、対象者の健康に関する考えを受け止め、対象者が考える将来の生活像を明確にする。その上で、行動変容の必要性を実感できるような働きかけを行い、具体的に実践可能な行動目標を対象者が選択できるように支援する。具体的に達成可能な行動目標（対象者にできること）は何かについて優先順位をつけながら一緒に考え、対象者自身が選択できるように支援する。 支援者は対象者の行動目標を達成するために必要な支援計画をたて、行動が継続できるように定期的・継続的に介入する。 積極的支援期間を終了するときには、対象者が改善した行動を継続するように意識づけを行う必要がある。	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 ●　動機づけ支援と同様の支援	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	ｂ　３か月以上の継続的な支援

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
●　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。	●　３か月以上の継続的な支援については、支援Ａ（積極的関与）及び支援Ｂ（励まし）によるポイント制とし、支援Ａのみで 180 ポイント以上、又は支援Ａ（最低 160 ポイント以上）と支援Ｂの合計で 180 ポイント以上の支援を実施するものとする。
支援Ａ（積極的関与タイプ） ・行動計画の実施状況の確認を行い、栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導を行う。 ・中間評価として、取り組んでいる実践と結果についての評価と再アセスメント、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り組みを維持するために賞賛や励ましを行う。	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　６か月後の評価 ●　６か月後の評価は、個別の対象者に対する保健指導の効果に関するものである。 ●　設定した個人の行動目標が達成されているか、身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて評価を行う。 ●　必要に応じてより早期に評価時期を設定し、対象者が自ら評価するとともに、保健指導実施者による評価を行う。	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６か月後の評価の実施者は、初回面接を行った者と同一の者とすることを原則とするが、同一機関内であって、組織として統一的な実施計画及び報告書を用いるなど、保健指導実施者間で十分な情報共有がなされているならば、初回面接を行った者以外の者が評価を実施しても差し支えない。	●　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ことを原則とするが、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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
⑤　支援形態 ａ　初回時の面接による支援 ●　動機づけ支援と同様の支援 ｂ　３か月以上の継続的な支援 支援Ａ（積極的関与タイプ） ・初回面接支援の際に作成した特定保健指導支援計画及び実施報告書の実施状況について記載したものの提出を受け、それらの記載に基づいた支援を行う。 ・個別支援Ａ、グループ支援、電話Ａ、e-mailＡ（e-mail、FAX、手紙等）から選択して支援する。 支援Ｂ（励ましタイプ） ・支援計画の実施状況の確認と励ましや賞賛をする支援をいう。 ・個別支援Ｂ、電話Ｂ、e-mailＢ（e-mail、FAX、手紙等）から選択して支援する。 ｃ　６か月後の評価 ●　６か月後の評価は、面接又は通信等を利用して行う。 ⑥　支援ポイント	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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）

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

⑦　留意点

（支援ポイントについて）

・１日に１回の支援のみカウントすることとし、同日に複数の支援形態による支援を行った場合は、最もポイントの高い支援形態のもののみをカウントする。

・保健指導と直接関係のない情報（保健指導に関する専門的知識・技術の必要ない情報：次回の約束や雑談等）のやりとりは支援時間に含まない。

・電話又は e-mail による支援においては、双方向による情報のやり取り（一方的な情報の提供（ゲームやメーリングリストによる情報提供）は含まない）をカウントする。

・電話又は e-mail のみで継続的な支援を行う場合には、e-mail、ＦＡＸ、手紙等により、初回面接支援の際に作成した行動計画の実施状況について記載したものの提出を受けること。なお、当該行動計画表の提出や、作成を依頼するための電話又は e-mail 等によるやり取りは、継続的な支援としてカウントしない。

（支援の継続について）

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

標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

	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（ゲームやメーリングリスト等による情報提供）は含まない）をカウントする。

・電話又は電子メールのみで継続的な支援を行う場合には、電子メール、ＦＡＸ、手紙等により、初回面接支援の際に作成した行動計画の実施状況について記載したものの提出を受けること。なお、当該行動計画表の提出や、作成を依頼するための電話又は電子メール等によるやり取りは、継続的な支援としてカウントしない。

（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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）

⑧　積極的支援の例（表３）

ａ　支援パターン１（支援Ａの個別支援と電話を組み合わせた例）
ｂ　支援パターン２（個別支援を中心とした例）
ｃ　支援パターン３（個別支援と電話を組み合わせた例）
ｄ　支援パターン４（電話、e-mail を中心とした例）

⑨　特定保健指導支援計画及び実施報告書の例

⑩　行動計画実施状況把握のためのチェックリストの具体的な例

表３　⑧　積極的支援の例
支援パターン１（継続的な支援において支援Ａの個別支援と電話を組み合わせた例）

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

標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

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。

（第３編第３章　３－５　保健指導のプロセスと必要な保健指導技術　⑥目標設定へ移動）

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Aポイント	合計ポイント 支援Bポイント	支援内容
初回面接	1	0	個別支援	20				① 生活習慣と健診結果の関係の理解、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識の習得、生活習慣の振り返り等から、対象者本人が生活習慣改善の必要性に気づき、自分自身のこととしてその重要性を理解できるよう支援する。 ② 対象者本人が、生活習慣を改善するメリットと現在の生活を続けるデメリットについて理解できるよう支援する。 ③ 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）。 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	1か月後	電子メール支援 A	1	40	70		
	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		
評価	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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）

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

支援パターン３（継続的な支援において個別支援と電話を組み合わせた例）

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

標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

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Aポイント	合計ポイント 支援Bポイント	支援内容
初回面接	1	0	個別支援	20				① 生活習慣と健診結果の関係の理解、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識の習得、生活習慣の振り返り等から、対象者本人が生活習慣改善の必要性に気づき、自分自身のこととしてその重要性を理解できるよう支援する。 ② 対象者本人が、生活習慣を改善するメリットと現在の生活を続けるデメリットについて理解できるよう支援する。 ③ 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B	5	10		10	① 生活習慣の振り返りを行い、必要があると認める場合は、行動目標・行動計画の再設定を行う（中間評価）。 ② 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。
	3	1か月後	個別支援A（中間評価）	20	80	80		
	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						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。

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Aポイント	合計ポイント 支援Bポイント	支援内容
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。 ⑤ 体重・腹囲の計測方法について説明する。 ⑥ 生活習慣の振り返り、行動目標や評価時期についてグループメンバーと話し合う。 ⑦ 対象者とともに１人ずつ行動目標・支援計画を作成する。
継続的な支援	2	2週間後	電話支援B	5	10		10	① 生活習慣の振り返りを行い、必要があると認める場合は、行動目標・行動計画の再設定を行う（中間評価）。 ② 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。
	3	1か月後	電話支援A	20	60	60		
	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	3か月後	電子メール支援B	1	5		20	
	7		個別支援A	10	40	160		
評価	8	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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）

支援パターン４（継続的な支援において電話、e-mail を中心とした例）

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

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

標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年○月）

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Aポイント	合計ポイント 支援Bポイント	支援内容
初回面接	1	0	個別支援	20				① 生活習慣と健診結果の関係の理解、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識の習得、生活習慣の振り返り等から、対象者本人が生活習慣改善の必要性に気づき、自分自身のこととしてその重要性を理解できるよう支援する。 ② 対象者本人が、生活習慣を改善するメリットと現在の生活を続けるデメリットについて理解できるよう支援する。 ③ 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	電子メール支援B	1	5		5	① 生活習慣の振り返りを行い、行動計画の実施状況の確認や必要に応じた支援をする。 ② 中間評価を行う。 ③ 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 行動計画の実施状況の確認と確立された行動を維持するために賞賛や励ましを行う。
	3	1か月後	電話支援A（中間評価）	20	60	60		
	4		電子メール支援B	1	5		10	
	5	2か月後	電子メール支援A	1	40	100		
	6		電話支援B	5	10		20	
	7	3か月後	電話支援A	20	60	160		
評価	8	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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）

⑨特定保健指導支援計画及び実施報告書の例

1 保健指導対象者名　　利用券番号　　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

総括保健指導機関名　　保健指導機関番号　　保健指導責任者名（職種）

4 支援レベル

	動機づけ支援
○	積極的支援

5 保健指導コース名

6 継続的支援期間

	予定			
支援期間		開始年月日		
		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
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

	支援形態	回数		ポイント		ポイント内訳	
計画	個別A	2	（回）	160	（P）		
	個別B	0	（回）	0	（P）		
	グループ	0	（回）	0	（P）		
	電話A	0	（回）	0	（P）		
	電話B	1	（回）	10	（P）		
	e-mailA	0	（回）	0	（P）		
	e-mailB	2	（回）	10	（P）		
合計		5	（回）	180	（P）	（A）160	（B）20

9 実施体制表（委託事業社）

	個別A	個別B	グループ	電話A	電話B	e-mailA	e-mailB
A社（機関番号）		○		○	○		
B社（機関番号）	○					○	
C社（機関番号）			○				○
D社（機関番号）							

10 保健指導の評価

1）中間評価

	実施年月日	支援形態	実施する者の氏名	実施する者の職種
計画	平成24年9月10日	個別支援		
実施	平成24年9月10日	個別支援		

2）6か月後の評価

	実施年月日	支援形態	実施する者の氏名	実施する者の職種
計画	平成25年1月9日	個別支援		
実施	平成25年1月9日	個別支援		

11 行動目標・行動計画

	設定日時	平成24年7月9日	平成24年9月10日（中間評価）	○年○月○日
行動目標・計画の設定及び変更	目標値 腹囲 体重 収縮期血圧 拡張期血圧 一日の削減目標エネルギー量 一日の運動による目標エネルギー量 一日の食事による目標エネルギー量	 cm kg mmHg mmHg kcal kcal kcal		
	行動目標	6ヶ月後に体重を3kg減少する	6ヶ月後に体重を3kg減少する	
	行動計画	①1日30分間歩く ②体重を毎日測定する	①1日30分間歩く ②体重を毎日測定する ③夜食の回数を週7回から週3回に減らす	
	変更理由			

標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年○月）

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

総括保健指導機関名　　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

○	動機付け支援
	積極的支援
	動機付け支援相当
	モデル実施

5 保健指導コース名

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

	支援形態	回数		実施時間		ポイント	
計画	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）			0	（P）
	電子メールB	2	（回）			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

	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
行動目標・計画の設定及び変更	目標値 腹囲 体重 収縮期血圧 拡張期血圧 一日の削減目標エネルギー量 一日の運動による目標エネルギー量 一日の食事による目標エネルギー量	 cm kg mmHg mmHg kcal kcal kcal		
	行動目標	6ヶ月後に体重を3kg減少する	6ヶ月後に体重を3kg減少する	
	行動計画	①1日30分間歩く ②体重を毎日測定する	①1日30分間歩く ②体重を毎日測定する ③夜食の回数を週7回から週3回に減らす	
	変更理由			

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）

12 保健指導の実施状況

1）初回面接による支援

	機関名・指導者番号（保健指導職種）	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）
初回	△△ △△ ○○ ○○ （保健師）	平成24年7月3日	20分	cm （ ）	kg （ ）	mmHg （ ）	mmHg （ ）	（1）無関心期 （2）関心期 （3）準備期 （4）実行期 （5）維持期	・生活習慣と健診結果の関係について ・標準的な食事量、運動量の目安の提示 ・生活習慣の振り返り ・行動目標および計画の策定	①個別（ 20分） 2. グループ（ 分）

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

（1）　個別・グループ・電話A・e-mailAによる支援 （支援A）

	機関名・指導者番号（保健指導職種）	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. E-mailA（実施時間）	支援実施ポイント	合計ポイント
2回目 □中間 □終了 □6ヶ月評価	△△ △△ ○○ ○○ （保健師）	平成24年7月3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 ①変化なし 1. 改善 2. 悪化 喫煙 1. 禁煙継続 ②非喫煙 4. 禁煙の意思なし	食事 □ 運動 □ 禁煙 □	①個別（ 20分） 2. グループ（ 分） 3. 電話A（ 分） 4. E-mailA（ 分）	80	160
3回目 □中間 □終了 □6ヶ月評価	○○ ○○ ○ ○○○ （保健師・運動指導士）	平成24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 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（ 分） 3. 電話A（ 分） 4. E-mailA（ 分）	80	
4回目 □中間 □終了 □6ヶ月評価				cm （ ）	kg （ ）	mmHg （ ）	mmHg （ ）	栄養・食生活 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（ 分） 3. 電話A（ 分） 4. E-mailA（ 分）		
5回目 □中間 □終了 □6ヶ月評価				cm （ ）	kg （ ）	mmHg （ ）	mmHg （ ）	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（ 分） 3. 電話A（ 分） 4. E-mailA（ 分）		

標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

12 保健指導の実施状況

1）初回面接による支援

	機関名・指導者番号（保健指導職種）	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	△△ △△ ○○ ○○ （保健師）	平成29年7月5日	20分	cm （ ）	kg （ ）	mmHg （ ）	mmHg （ ）	（1）無関心期 （2）関心期 （3）準備期 （4）実行期 （5）維持期	・生活習慣と健診結果の関係について ・標準的な食事量、運動量の目安の提示 ・生活習慣の振り返り ・行動目標および計画の策定	①個別（ 20分） 2. グループ（ 分） 5. 遠隔面接（ 分）	
「初回面接より分割実施した場合の2回目」	△△ △△ ○○ ○○ （保健師）	平成30年7月30日	分							1. 個別（ 分） 2. グループ（ 分） 3. 電話（ 分） 4. 電子メール（ 分） 5. 遠隔面接（ 分）	

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

（1）　個別・グループ・電話A・電子メールAによる支援 （支援A）

	機関名・指導者番号（保健指導職種）	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5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 ①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（ 分） 3. 電話A（ 分） 4. 電子メールA（ 分）	80	160	
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 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（ 分） 3. 電話A（ 分） 4. 電子メールA（ 分）	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（ 分） 3. 電話A（ 分） 4. 電子メールA（ 分）			
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（ 分） 3. 電話A（ 分） 4. 電子メールA（ 分）			

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）

（2） 電話Bによる支援（支援B）

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

（3） e－mailBによる支援（支援B）

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

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

	保健指導機関名・指導者番号（職種）	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. E-mailA
6ヶ月後の評価	△△ △△ 〇〇 〇〇 （保健師）	平成25年1月9日	cm （ ）	kg （ ）	mmHg （ ）	mmHg （ ）	栄養・食生活 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 身体活動 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 喫煙 1. 禁煙継続 2.非継続 3.非喫煙 4. 禁煙の意思なし	①個別 （ 20分） 2. グループ （ 分） 3. 電話A （ 分） 4. E-mailA （ 分）

標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

（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、血圧は情報を入手していない場合は記載の必要はない）

	保健指導機関名・指導者番号（職種）	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	△△ △△ 〇〇 〇〇 （保健師）	平成30年1月9日	cm （ ）	kg （ ）	mmHg （ ）	mmHg （ ）	栄養・食生活 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 身体活動 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 喫煙 1. 禁煙継続 2.非継続 3.非喫煙 4. 禁煙の意思なし	①個別 （ 20分） 2. グループ （ 分） 3. 電話A （ 分） 4. 電子メール-A （ 分）	

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）

⑩行動計画実施状況把握のためのチェックリストの具体的な例

＊対象者の行動目標・行動計画に合わせてチェック項目を作成すること

月	日(月)	日(火)	日(水)	日(木)	日(金)	日(土)	日(日)
天気	□晴 □曇 □雨 □雪	□晴 □曇 □雨 □雪	□晴 □曇 □雨 □雪	□晴 □曇 □雨 □雪	□晴 □曇 □雨 □雪	□晴 □曇 □雨 □雪	□晴 □曇 □雨 □雪
身体チェック							
●体重計測 （毎朝 計測）	□計測した (計測時間 :) □計測しなかった	□計測した (計測時間 :) □計測しなかった	□計測した (計測時間 :) □計測しなかった	□計測した (計測時間 :) □計測しなかった	□計測した (計測時間 :) □計測しなかった	□計測した (計測時間 :) □計測しなかった	□計測した (計測時間 :) □計測しなかった
●今日の体重	( )Kg	( )Kg	( )Kg	( )Kg	( )Kg	( )Kg	( )Kg
●腹囲計測 (毎週に1回計測)	□計測した( )cm □計測しなかった	□計測した( )cm □計測しなかった	□計測した( )cm □計測しなかった	□計測した( )cm □計測しなかった	□計測した( )cm □計測しなかった	□計測した( )cm □計測しなかった	□計測した( )cm □計測しなかった
運動チェック　目標：60Kcal/日 消費量アップ　目安→普通歩行(10分間)約40Kcal							
●普通歩行10分	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった
●速歩 10分 速歩10分 約1,000歩	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった
●腹筋	□できた( )回 □できなかった	□できた( )回 □できなかった	□できた( )回 □できなかった	□できた( )回 □できなかった	□できた( )回 □できなかった	□できた( )回 □できなかった	□できた( )回 □できなかった
●今日の歩数	( )歩	( )歩	( )歩	( )歩	( )歩	( )歩	( )歩
食事チェック　目標：140Kcal/日 摂取ダウン　目安→クリームパン/ジャムパン(各1個)約300Kcal　ざるそば(普通盛1人前)約300Kcal							
●甘い炭酸飲料は飲まない 1本(500ml)約200Kcal	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった
●コーヒーの砂糖は甘味料(エネルギー量の低いもの)とする。 スティックシュガー(1本)約12Kcal 甘味料(1本)約2Kcal	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった
●揚げ物・炒め物は1日1料理まで	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった
●菓子は2日に1回、1個まで クリームパン/ジャムパン (各1個)約300Kcal	□菓子を食べなかった □1個食べた □2個以上食べた	□菓子を食べなかった □1個食べた □2個以上食べた	□菓子を食べなかった □1個食べた □2個以上食べた	□菓子を食べなかった □1個食べた □2個以上食べた	□菓子を食べなかった □1個食べた □2個以上食べた	□菓子を食べなかった □1個食べた □2個以上食べた	□菓子を食べなかった □1個食べた □2個以上食べた
●3食以外の夜食は食べない ご飯(1杯)約300Kcal	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった
●ゆっくりよく噛む	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった
総合チェック							
●今日はよく頑張った！	□Yes □No	□Yes □No	□Yes □No	□Yes □No	□Yes □No	□Yes □No	□Yes □No
●気分よい1日だった	□Yes □No	□Yes □No	□Yes □No	□Yes □No	□Yes □No	□Yes □No	□Yes □No

（４）実施にあたっての留意事項

①　プライバシーの保護について

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

②　個人情報保護について

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

③　フォローアップについて

支援終了後にも、対象者からの相談に応じられる仕組みをつくること。

④　積極的支援における保健指導実施者について

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

標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

（第３編第３章　３－５　保健指導のプロセスと必要な保健指導技術　⑥目標設定へ移動）

（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、同職種が数回にわけて行う場合は、できる限り同じ者が実施することが望ましい。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
	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 糖尿病等の生活習慣病の予備群に対する保健指導は、対象者の行動変容とセルフケア（自己管理）ができるようになることを目的とするものであり、保健指導を実施する際には、家族等代理者ではなく、対象者に直接行うこととする。	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　服薬中の対象者や受診勧奨レベルの対象者への保健指導について 降圧薬等を服薬中の者（質問票等において把握）については、特定保健指導の対象とはならないが、特定保健指導とは別に保健指導を実施する場合には、医療機関等との適切な連携の下に行う必要がある。 また、受診勧奨判定値を超えた場合でも、軽度の高血圧症等により、健診機関の医師の判断で服薬治療よりも生活習慣の改善を優先して特定保健指導の対象者となった場合は、各学会のガイドライン等を踏まえた保健指導を行い、効果が認められなかった場合は、必要に応じて、受診勧奨を行うことが望ましい。	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、「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」のいずれにおいても、血圧や喫煙のリスクに着目した保健指導を行うことが望ましい。また、対象者の行動変容をもたらすためには、早期に機会を捉えて実施することが望ましく、これらの結果が分かる健診当日に実施することがより効果的である。	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づけの機会となるよう、対象者の禁煙意向を踏まえ、喫煙者に禁煙の助言や情報提供を行い、禁煙したい喫煙者には禁煙外来、地域・職域で実施される禁煙支援、禁煙補助剤の活用をすすめる等、喫煙者に禁煙の助言や情報提供を行うことが望まし	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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
い。	を行うことが望ましい。
⑧　アルコールのリスクに着目した保健指導について 脳梗塞及び虚血性心疾患等については、飲酒量との関係は直線的とは言えないものの、一定の量を超えるとリスクが高まることから、「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」のいずれにおいても、アルコールのリスクに着目した保健指導を行うことが望ましい。 具体的には、AST/ALT 等の肝機能検査の結果から直ちに受診を要する状況でないことを確認した上で、質問票における飲酒量の回答等から飲酒量を判断する。別添２の AUDIT（アルコール使用障害同定テスト）の判定結果によって、該当者に対して可能であれば保健指導として減酒支援（ブリーフインターベンション）を実施する。第１編第３章３－２（６）④も参照されたい。	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。
（新設）	[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.

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
⑨　健診当日の保健指導の実施について 人間ドック健診等、全ての健診結果が健診当日に判明している場合には、健診当日に初回面接としての対面での健診結果の説明、生活習慣の振り返りとともに過去の健診結果も活用しながら、行動目標・行動計画の策定をしてもよいこととする。	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ものに対して、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指導」にも記載があるので、実施に当たっては参考にしていただきたい。
３－５　望ましい保健指導 前項は、効果的な保健指導を実施するにあたって、最低限実施すべき支援を整理したものであるが、参考例として、これまでの事例等から「積極的支援」として望ましいと考えられるパターンを以下に示す。 （１）「積極的支援」 ①　支援期間 ・６か月間の実施 ②　支援形態 ・初回面接 ・対面による中間評価 ・対面による６か月後の評価 ・６か月後の評価まで、電話、e-mail 等を利用した月１回以上の支援 ③　支援内容 ・生活習慣の振り返り ・行動目標及び支援計画の作成 ・生活習慣改善状況の確認 ・食生活及び運動に関して体験を通した支援 ・歩数計などのツールを使用した支援	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した支援 ・歩数計等のツールを使用した支援

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）

④　望ましい積極的支援の例

１）６か月にわたる継続した頻回な支援の例（表４）

２）健康増進施設（例：水中運動、ジム等）を活用した例（表５）

表４　１）６か月にわたる継続した頻回な支援の例

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

表５　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

標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

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Aポイント	合計ポイント 支援Bポイント	支援内容
初回面接	1	0	個別支援	30				①　健診結果と生活習慣の関係の理解。 ②　自らの生活習慣を振り返り、改善の必要性を理解する。 ③　体重・腹囲・血圧、歩数等のセルフモニタリング。 ④　3か月の目標、行動目標を立てる。 ⑤　運動実施計画をたて、健康増進施設との連携を図る。
継続的な支援	2	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　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。
	3	1か月後	個別支援A	30	120	120		
	4	2か月後	電子メール支援A	1	40	160		
	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。 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。
	7	5か月後	電子メール支援B	1	5		25	
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 11　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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）

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

３－６　保健指導のプロセスと必要な保健指導技術

保健指導のプロセスに沿った効果的な保健指導技術の展開例を示す。

①　保健指導の準備

１）保健指導の環境整備

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

２）資料の確認

- 健診データ、質問票、前回までの保健指導記録等の内容を確認する。

３）対象者に活用できる資源のリストの準備

- 教材、支援媒体、社会資源等のリストを準備する。

４）保健指導担当者間の事前カンファレンス

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

（新設）

標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

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

[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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
	ことも効果的である。
②　対象との信頼関係の構築	②　対象者との信頼関係の構築
１）自己紹介	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。	・　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。	・　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	２）話しやすい雰囲気づくり
・　非言語的アプローチを含め、ねぎらいと感謝で迎えるなどの雰囲気づくりをする。	・　非言語的アプローチを含め、ねぎらいと感謝で迎える等の雰囲気づくりをする。
・　対象者の話すスピードや理解の度合いを把握し、そのペースを大切にする。	・　対象者の話すスピードや理解の度合いを把握し、そのペースを大切にする。
・　緊張感等にも配慮しながら、必要に応じてユーモアを入れたり、具体的例示等を盛り込んだりして、話しやすい環境に近づける。	・　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。	・　対象者の生活背景や価値観に配慮する。
③　アセスメント（情報収集・判断）	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	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。	・　対象者が面接目的を理解しているかを確認する。
・　今回の健診結果とその推移を確認する。	・　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。
・　健診結果のもつ意味を本人と一緒に確認する。	
・　家族歴や家族の状況等を確認し、疾病や健康に対する関心を探りながら話す。	・　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。
・　健診結果を活用し、データと病態との関連が自分のこととして理解出来るよう支援する。その際、対象者の関心の度合いや理解度を考慮し、教材を選択し、絵を描くなどしてイメージを持たせる。	・　健診結果の持つ意味を対象者と一緒に確認し、データと病態との関連が自分のこととして認識できるよう支援する。その際、対象者の関心の度合いや理解度を考慮し、教材を選択し、絵を描く等してイメージを持てるように工夫する。
・　他の検査結果とも関連づけながら、予防に向けての関心や注意を促す。	・　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）これまでの生活習慣についての振り返りと現状の確認	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。	・　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。	・　現在の生活習慣や健康状態の確認を行う。
・　本人の日常の努力や取り組みを確認し、評価する。	・　対象者の日常の努力や取組を確認し、評価する。
・　対象者の行動変容のステージ（準備状態）の段階を理解する。	
・　対象者が考える現在の行動変容のステージ（準備状態）について尋ね、関心のあるところから話を始めていく。	・　対象者が考える現在の行動変容のステージ（準備状態）について尋ね、関心のあるところから話を始めていく。
・　生活に即した目標設定のために、職業だけでなく、職場と家庭との距離や職業	・　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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
以外の日常の運動量を確認する。また、習慣的な食事時間や量、間食習慣、喫煙習慣、飲酒習慣等についても確認する。	な詳細な質問項目[k]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　気づきの促し	④　気付きの促し
１）生活習慣を改善することで得られるメリットと、現在の生活を続けることのデメリットの理解の促し	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、生活習慣の改善の必要性を実感できるよう導く。 ・　対象者の食習慣にあわせ、自分の食行動や食事量と改善目標とする食行動や食事量（例えば、間食や飲酒量など）との違いを確認できるように促す。 ・　生活習慣の改善により、睡眠の質の改善や便秘の解消などといったすぐに得られる副次的効果が期待できることを伝える。 ・　毎日実施することが難しそうな場合は、週に何回か実施することでもメリットがあることを説明する。 ・　無関心期の人には、たとえ目標設定まで至らなくても、日常生活に目を向けられるように促し、メタボリックシンドロームの病態や予後についての意識づけを行う。	・　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）良い生活習慣と悪い生活習慣の比較	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
・　自分の身近な人での出来事など本人の気になる健康習慣や病態を伝える。 ・　健康でいることの大事さを教えてくれた人の例を話す。	・　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。）

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
３）グループワークの活用 ・　グループワークの場合はグループダイナミクスを利用して、気づきが自分の生活状況の表現のきっかけになるようにする。 ・　対象者が、グループワークでお互い共有できる部分があることを知ることで、仲間とともに具体的な生活改善に取り組もうとする意欲を促す。 ・　グループ内の他者の生活状況等から、対象者自身の生活習慣を振り返るきっかけになるよう支援する。	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、気付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択 ・　対象者が体に起こっている変化を実感し、現在の健康状態を理解出来るような教材。 ・　運動によるエネルギー消費量と、よく食べる料理・菓子・アルコール等のエネルギー量を一緒に見ながら考えることが出来るような教材。 ・　これまでの生活習慣について、何をどう変えたらよいのか、そしてこれなら出来そうだと実感できるために、１日あたりの生活に換算して示せるような教材。 ・　習慣化している料理や食品などから、エネルギーの過剰摂取に寄与し、かつ対象者が生活習慣の改善として受け入れやすい教材。例えば、調理法（揚げ物等）、菓子・嗜好飲料（ジュース、缶コーヒー、アルコール等）の量とエネルギー等との関係など。 ２）教材を一緒に見ながら、生活習慣病に関する代謝のメカニズムや内臓脂肪と食事（エネルギーや栄養素等）の内容との関係について説明する。 ３）現在の生活習慣における問題点への気づきがみられた際には、自らがその問題点について改善が必要であると自覚できるように、その問題点に関する加齢の影響などに関して専門的な支援を行う。 ４）効果的な食事・運動の根拠について説明する。	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を十分に吟味する。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付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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
⑥　目標設定	⑥　目標設定
１）減量の数値目標の具体化	１）減量の数値目標の具体化
・　メタボリックシンドローム改善の場合、体重の４～５％の減量で効果が期待できること、いったん体重を減量した後は、その維持が大切であることを説明する。	・　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	２）自己決定の促し
・　日々の生活の中で実行出来、また継続できるよう、より具体的な目標を設定できるよう促す。 ・　本人が考え、自己表現出来る時間を大切にする。	・　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	３）行動化への意識づけ
・　目標達成の自信を確認し、達成のために障害となる場合を想定した対処法を対象者とともに考える。 ・　設定した目標を見やすい場所に明示しておくなど、行動化への意識づけを促す。 ・　設定した目標を家族や仲間に宣言する機会をつくる。 ・　セルフモニタリングの意味と効用を説明する。	・　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	４）社会資源・媒体等の紹介
・　具体的な支援媒体、記録表、歩数計などを紹介し、可能であれば提供する。 ・　健康増進施設や地域のスポーツクラブ、教室等のプログラムを紹介する。 ・　地域の散歩コースなどを消費エネルギーがわかるように距離・アップダウンを含めて提示する。 ・　地域の教室や自主グループなどを紹介する。	・　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　継続フォロー	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	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	・　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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
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。	ことは可能であることを伝える。 ・　これからも支援していくという姿勢・保健指導実施者の思いを伝える。
２）支援形態の確認 ・　面接、電話、e-mail、FAX などの具体的な方法を確認する。	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、達成感を感じていることを言語化してもらう。 ・　１回設定した目標の達成度と、実行に当たって障害がなかったかを確認する。 ・　目標以外に実行したことを確認する。 ・　中間評価の時に自分の目標のところまで到達したことを話してもらえるような関係作りをしておく。 ・　目標に対する到達点を対象者にも評価してもらう。 ・　成果を目に見える形で対象者が感じられるよう、数値や体調、気持ちの変化に気づかせる。 ・　本人の努力を評価する。 ・　目標が達成できなかった場合は、現実にあわせた実行できる目標に修正していく。	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、話してもらえる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付きを促す。 ・　対象者の努力を評価する。 ・　目標が達成できなかった場合は、今後どうしていきたいか対象者の意向を確認してから、現実にあわせた実行できる目標に修正していく。
⑧　評価（３～６か月後） １）目標達成の確認 ・　これまでの努力を本人と共に評価し、目標達成状況、取組みの満足度などを確認する。 ・　期間中の保健指導が、対象者の生活にとってどのような効果をもたらしたかを確認できるようにする。 ・　具体的に身についた知識やスキルを確認し、今後の具体的な目標の提示を促す。 ・　今後、セルフケア（自己管理）を行っていくことへの意思を確認する。 ・　減量した場合、リバウンドの予測と対応について助言する。 ・　支援レターを送付する。 ・　今後の予定を説明する。	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。	２）個人の健診データの評価 ・　毎年、必ず健診を受診するよう促し、次回の健診データ等を活用して、客観的な評価を行う。
【保健指導実施における留意点】 ＊教材を使用する場合、その効果を確認しながら、必要に応じて教材の改善につなげてい	（削除）

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
く。 ＊保健指導の内容や相手の語ったエピソードなどを記録して次回の保健指導に役立てるよう、事例を蓄積する。 （第３編第３章　３－４　保健指導の実施内容から移動）	様式２　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
３－７　保健指導の未実施者及び積極的支援の中断者への支援 保健指導実施率を高めるためには、医療保険者及び保健指導実施者が連携し、全ての対象者が確実に保健指導を受けるように努力することが必要である。 何らかの理由により動機づけ支援又は積極的支援の対象者の中に、保健指導を受けない者や中断者が発生している場合には、例えば次のような支援を行うことが考えられる。	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。

行動計画実施状況把握のためのチェックリストの具体的な例

＊対象者の行動目標・行動計画に合わせてチェック項目を作成してください

氏名

月	日(月)	日(火)	日(水)	日(木)	日(金)	日(土)	日(日)
天気	□晴 □曇 □雨 □雪	□晴 □曇 □雨 □雪	□晴 □曇 □雨 □雪	□晴 □曇 □雨 □雪	□晴 □曇 □雨 □雪	□晴 □曇 □雨 □雪	□晴 □曇 □雨 □雪
身体チェック							
●体重計測 （毎朝 計測）	□計測した (計測時間　：　) □計測しなかった	□計測した (計測時間　：　) □計測しなかった	□計測した (計測時間　：　) □計測しなかった	□計測した (計測時間　：　) □計測しなかった	□計測した (計測時間　：　) □計測しなかった	□計測した (計測時間　：　) □計測しなかった	□計測した (計測時間　：　) □計測しなかった
●今日の体重	(　　)Kg	(　　)Kg	(　　)Kg	(　　)Kg	(　　)Kg	(　　)Kg	(　　)Kg
●腹囲計測 (毎週に1回計測)	□計測した(　　)cm □計測しなかった	□計測した(　　)cm □計測しなかった	□計測した(　　)cm □計測しなかった	□計測した(　　)cm □計測しなかった	□計測した(　　)cm □計測しなかった	□計測した(　　)cm □計測しなかった	□計測した(　　)cm □計測しなかった
身体活動チェック　目標：60Kcal/日 消費量アップ　目安→普通歩行(10分間)約40Kcal							
●普通歩行 10分	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった
●エレベーターではなく階段を使う 5分	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった
●スポーツ(　　) （週2回）	□できた(　　) □できなかった	□できた(　　) □できなかった	□できた(　　) □できなかった	□できた(　　) □できなかった	□できた(　　) □できなかった	□できた(　　) □できなかった	□できた(　　) □できなかった
●今日の歩数	(　　)歩	(　　)歩	(　　)歩	(　　)歩	(　　)歩	(　　)歩	(　　)歩
食事チェック　目標：140Kcal/日 摂取ダウン　目安→ご飯(1杯)約300Kcal　ざるそば(普通盛1人前)約300Kcal							
●甘い清涼飲料水は飲まない 1本(500ml)約200Kcal	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった
●コーヒーの砂糖は甘味料(エネルギー量の低いもの)とする。 スティックシュガー(1本)約12Kcal 甘味料(1本)約2Kcal	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった
●揚げ物・炒め物は1日1料理まで	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった
●毎食のご飯は茶碗1杯まで ご飯(1杯)約300Kcal	□できた □できなかった(　　)	□できた □できなかった(　　)	□できた □できなかった(　　)	□できた □できなかった(　　)	□できた □できなかった(　　)	□できた □できなかった(　　)	□できた □できなかった(　　)
●3食以外の夜食は食べない ご飯(1杯)約300Kcal	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった
●ゆっくりよく噛む	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった	□できた □できなかった
総合チェック							
●今日はよく頑張った！	□Yes □No	□Yes □No	□Yes □No	□Yes □No	□Yes □No	□Yes □No	□Yes □No
●気分よい1日だった	□Yes □No	□Yes □No	□Yes □No	□Yes □No	□Yes □No	□Yes □No	□Yes □No

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
○　保健指導実施者は、対象者が保健指導を受けなかった場合、電話、e-mail、FAX などにより実施予定日から１週間以内に連絡し、保健指導を受けるように促す。	○　保健指導実施者は、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、医療保険者に連絡し、医療保険者からも保健指導を受けるように促す。	○　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。
○　動機づけ支援及び積極的支援の初回時において、連絡したにもかかわらず保健指導対象者が保健指導を受けない場合は、情報提供支援は必ず実施することが必要である。	○　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。	○　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。
○　最終的に動機づけ支援や積極的支援において保健指導が未実施となった者、中断した者については、次年度の保健指導実施時に、保健指導を優先的に実施することが望ましい。	○　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。
○　医療保険者は、保健指導の未実施者及び中断者からその理由を聞くことや、保健指導実施者と医療保険者が話し合いをすること等により、保健指導を受けない理由を明確にし、次年度以降の保健指導につなげることが必要である。	○　保険者は、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。	○　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。
３－８　「無関心期」「関心期」にある対象者への支援 行動変容のステージ（準備状態）が「無関心期」「関心期」にある対象者については、個別面接を中心とした支援を継続して行い、行動変容に対する意識の変化をめざす。行動目標の設定を行うが、健診結果と健康状態との関連の理解・関心への促しや、日常生活の振り返りへの支援を確実に行い、対象者にあわせたフォローアップを行う。 「無関心期」にある者でも、何かがきっかけとなって行動変容への意欲が向上することがある。そのため、ポピュレーションアプローチによる健康的な環境づくりやきめ細かな健診結果の通知その他の情報提供を心がけることが重要である	３－７　「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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
	けることが重要である。
３－９　２回目以降の対象者への支援 動機づけ支援や積極的支援を実施しても、保健指導の支援レベルが改善せず、保健指導対象者から離脱できない場合がある。同じ保健指導機関で実施する場合には、前年度の目標や達成状況、前年度からの検査データの変化、前年度の保健指導終了後からの取組み状況、２回続けての保健指導利用に対する期待や不安などを確認することが望ましい。 ２回目以降の対象者に対する支援としては、次の点に留意する。	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１回目の支援で本人がどんな知識を得たのか、またどのような目標を立てて行動したのかを共に確認すること。	○　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」など、自らの行動や体重変化を意識している分、１回目の支援よりも具体性、実践可能性をもった目標設定ができることから、本人がより主体的に目標設定に参画できるよう促すこと。	○　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。	○　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。
○　特に高齢者は、保健指導判定値を下回るほどの大幅な改善は難しいことから、保健指導判定値レベルで安定していれば良好と考える必要がある。	○　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。
○　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。	○　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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
	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。 〇　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。
（新設）	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化比較試験（ＲＣＴ）を対象に、肥満の有無別に、血圧、脂質異常、血糖、及び喫煙に対する非薬物療法の効果を検討した結果、いずれの脳・心血管疾患危険因子でも、非肥満者における生活習慣への介入効果がみられた[1]。これらの介入研究で用いられている指導内容は、各学会がガイドラインで推奨する生活習慣改善の方法と方針は同じであり、肥満、非肥満に関わらず、危険因子を改善するための有効な方法は、基本的には共通である。しかし、減量や生活習慣に関する保健指導において、対象者が肥満であることを前提とした指導方法を、非肥満者に対してそのままでは適応できない部分がある点に留意する必要がある。 各学会のガイドラインに示されている通り、エビデンスの確立された生活習慣への介入による、様々な脳・心血管疾患危険因子の改善方法がある。表 12 に、危険因子ごとの具体的な生活習慣改善方法を、効果と必要性からみた優先順位と共に示す。保健指導の場では、優先順位が高い生活習慣の改善方法であっても、対象者にとって実行が困難、もしくは優先順位が低くなる場合もある。保健指導実施者は、表 12 を参考にしながらも、対象者自身が自己決定することを原則に、対象者にとって実行性が高い方法を選び、場合によっては対象者自身に選んでもらうことから始めることで、対象者が生活習慣を確実に改善できるように支援することが重要である。また保健指導実施者には、一度に多くの目標を立てず、対象者が一つでも目標を達成できれば称

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
	賛し、少しずつでも健康的な生活習慣が対象者の生活に根付くよう、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。 〇　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。 〇　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。 〇　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。 〇　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。 〇　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。 [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 表 12　危険因子と生活習慣改善の方法　（優先度が高い順に◎→〇→△）

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

（新設）

	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、危険因子ごとの、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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
	〇　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。 〇　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。 〇　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。 〇　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。 〇　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。 〇　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。 〇　宿泊時に立てた行動計画を実現できるよう、継続的な支援を行うことが望ましい。特定保健指導対象者では、継続的支援のポイントを満たすように支援計画を立てる。 宿泊型新保健指導プログラムそのものを実施できない場合には、グループ学習や運動体験、食事体験等、本プログラムの一部分を日帰り体験といった保健指導に取り入れて実施することも考えられる。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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
第４章　保健指導の評価	第４章　保健指導の評価
（１）保健指導における評価の意義 保健指導の評価は、医療保険者が行った「健診・保健指導」事業の成果について評価を行うことであり、本事業の最終目的である糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の減少状況、また、医療費適正化の観点から評価を行っていくことになる。 このような「健診・保健指導」事業の最終評価は、生活習慣病の有病者や予備群の数、生活習慣病関連の医療費の推移などで評価されるものであるが、その成果が数値データとして現れるのは数年後になることが想定される。そこで、最終評価のみではなく、健診結果や生活習慣の改善状況などの短期間で評価ができる事項についても評価を行っていくことが必要である。 この評価方法としては３つの側面が考えられる。１点目は、「個人」を対象とした評価方法である。対象者個人を単位とした評価は、肥満度や検査データの改善度、また、行動目標の達成度、生活習慣の改善状況などから評価が可能である。この個人を単位とした評価は、保健指導方法をより効果的なものに改善することや保健指導の質を向上させることに活用できる。 ２点目は、事業所単位や地域単位で、「集団」として評価する方法である。これは、健診結果の改善度や、禁煙や運動習慣などの生活習慣に関する改善度を集団として評価することである。このような評価により、集団間の比較ができ、また、対象特性（年齢別など）ごとに分析することにより、健診・保健指導の成果があがっている集団が判断でき、保健指導方法や事業の改善につなげることが可能となる。 ３点目は、健診・保健指導の「事業」としての評価である。事業であるので、費用対効果や、対象者の満足度、対象者選定が適切であったか、プログラムの組み方は効果的であったか、受診勧奨された者の受診率や保健指導の継続性など、事業のプロセス（過程）を評価することができる。このことにより、効果的、効率的な事業が行われているかの判断が可能となり、改善につなげることができる。 このように保健指導の評価は、「個人」「集団」「事業」「最終評価」を対象として行うものであるが、それぞれについて評価を行うとともに、事業全体を総合的に評価することも重要である。	（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糖尿病等の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）、アウトカム（結果）の観点から行う。健診・保健指導の最終的な評価はアウトカム（結果）で評価されることになるが、結果のみでは問題点が明らかにできず、改善方策が見出せない場合が多い。そこで、結果に至る過程を評価し、事業の基盤である構造について評価することが必要となる。また、最終目標のアウトカム（結果）評価は数値であるため、データを採るためには数年間かかることから、アウトプット（事業実施量）の観点から評価を行うこともある。	（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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
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。	ット（事業実施量）の観点から評価を行うこともある。 このような観点から評価を行うが、それぞれの評価を行うためには、評価指標、評価手段、評価時期、評価基準について、明確にしておくことが必要である。
①　ストラクチャー（構造） ストラクチャー（構造）評価は、保健事業を実施するための仕組みや体制を評価するものである。具体的な評価指標としては、保健指導に従事する職員の体制（職種・職員数・職員の資質等）、保健指導の実施に係る予算、施設・設備の状況、他機関との連携体制、社会資源の活用状況などがある。	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、すなわち情報収集、アセスメント、問題の分析、目標の設定、指導手段（コミュニケーション、教材を含む）、保健指導実施者の態度、記録状況、対象者の満足度などがある。	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、保健指導の継続率などがある。	③　アウトプット（事業実施量） アウトプット（事業実施量）評価は、目的・目標の達成のために行われる事業の結果を評価するものである。具体的な評価指標としては、健診受診率、保健指導実施率、保健指導の継続率等がある。
④　アウトカム（結果） アウトカム（結果）評価は、事業の目的・目標の達成度、また、成果の数値目標を評価するものである。具体的な評価指標としては、肥満度や血液検査などの健診結果の変化、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群、死亡率、要介護率、医療費の変化などがある。また、職域では休業日数、長期休業率などがある。	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６に整理している。 ①　「個人」に対する保健指導の評価 対象者個人の評価は、適切な手段を用いて保健指導が提供されているか（プロセス（過程）評価）、その結果、生活習慣に関して行動変容が認められたか、また健診結果に改善がみられたか（アウトカム（結果）評価）といった観点から行う。詳細な内容については、第３章を参照されたい。 保健指導の効果に関する評価は、対象者個人に対する評価であるとともに、保健指導実施者の指導技術に対する評価にもなるため、結果を整理して指導方法の改善につなげ	（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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
ることが大切である。	つなげることが大切である。
②　「集団」に対する保健指導の評価 個人への保健指導の成果を、集団として集積して評価することにより、保健指導を受けた対象者全体に対する成果が確認できる。集団の単位としては、地域や事業所単位、また、年齢や性別などが考えられ、それぞれに区分して、生活習慣に関する行動変容の状況、健診結果の改善度、また、生活習慣病関連の医療費の評価も行う。 保健指導を受けたグループと受けなかったグループの比較により、保健指導の効果を確認することができる。標準的な質問票の項目の変化をみることにより、性・年代別に改善しやすい項目に着目した行動目標を設定し、保健指導の方法（教材）等に活用することができる。 集団としての評価結果は、保健指導プログラムの改善や保健指導実施者の資質向上のための研修などにも活用する。	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 医療保険者が行う保健指導は、個人への保健指導を通して、集団全体の健康状態の改善を意図している。そのため医療保険者は、事業全体について評価を行う。事業の評価は、対象者把握、実施、評価の一連の過程について以下の観点から評価する。 ・　望ましい結果を出していたか（アウトカム（結果）評価） ・　対象者を適切に選定し、適切な健診・保健指導等の方法を用いていたか（プロセス（過程）評価） ・　適切な資源を活用していたか（ストラクチャー（構造）評価） ・　事業評価が適正に実施されているか これらの評価は、保健指導プログラムごとに行い、問題点を明確にした上で改善を図っていく。 特に、保健指導を委託して実施している医療保険者は、評価に必要なデータを委託先等より入手した上で、この事業としての評価を上記のような観点から丁寧に行い、効果的な保健指導の実施につなげていくことが重要である。	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い出し、内容の充実を図ることを目的としているため、保健指導実施者（委託事業者を含む）が実施責任者となる。 集団に対する保健指導の評価は、保健指導を受けた個人を集団として集積し、全体の特徴を評価するため、保健指導実施者（委託先を含む）及び医療保険者が、評価の実施責任者となる。保健指導実施者に対する研修を行っている者もこの評価に対する責務を持つことになる。 事業としての保健指導の評価は、「健診・保健指導」事業を企画する立場にある医療保	（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、全体の特徴を評価するため、保健指導実施者（委託先を含む）及び保険者が、評価の実施責任者となる。保健指導実施者に対する研修を行っている者もこの評価に対する責務を持つことになる。 事業としての保健指導の評価は、「健診・保健指導」事業を企画する立場にある保

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
険者がその評価の責任を持つ。特に保健指導を委託する場合には、委託先が行う保健指導の質を評価する必要があり、事業の評価は医療保険者にとって重要である。医療保険者として事業評価を行うことにより、保健指導の運営体制の在り方や予算の見直しなど、体制面への改善にも評価結果を活かすことが必要である。 最終評価については、健診・保健指導の成果として、対象者全体における生活習慣病対策の評価（有病率、医療費等）を行うものであるから、医療保険者が実施責任者となる。 なお、今後に向けて効果的な事業展開につなげていくためには、医療保険者が保健事業の結果を自己評価する以外に、より客観的に評価するために、第三者による評価を行うことも有効である。	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、その管理体制については、医療保険者が取り決め、責任をもって管理する必要がある。	（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６　保健指導の評価方法（例）	表 13　保健指導の評価方法（例）

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）

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

標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

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 （O）意欲向上 （O）運動・食事・喫煙・飲食等の行動変容	行動変容ステージ（準備状態）の変化 生活習慣改善状況	質問票、観察 自己管理シート	６か月後、１年後	保健指導実施者（委託先を含む）
	（O）健診データの改善	肥満度（腹囲・BMI など）、血液検査(血糖・脂質)、ﾒﾀﾎﾞﾘｯｸｼﾝﾄﾞﾛｰﾑのﾘｽｸ個数 禁煙	健診データ	１年後 積極的支援では計画した経過観察時（３～６か月後）	
集団	（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)、ﾒﾀﾎﾞﾘｯｸｼﾝﾄﾞﾛｰﾑの有病者・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 カンファレンスピアレビュー	指導終了後にカンファレンスをもつなどする	保健指導実施者（委託先を含む）
	（S）社会資源を有効に効率的に活用して、実施したか（委託の場合、委託先が提供する資源が適切であったか）	社会資源（施設・人材・財源等）の活用状況 委託件数、委託率 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	
	（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		

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
第５章　地域・職域における保健指導	第５章　地域・職域における保健指導
５－１　地域保健と職域保健の保健指導の特徴 （１）対象の生活の場に応じた保健指導 地域保健においては、地域住民を対象とした保健指導を展開している。地域の対象者の健康は、地域特性のある食生活や運動習慣などの生活環境や社会的要因などの影響を受けており、そのことに配慮した保健指導が求められる。 一方、職域保健では労働者を対象とした保健指導を展開している。職域では、対象者は一日の大半を職場で過ごしているため、対象者の健康は配置や作業状況など職場の環境に影響を受ける。そのため、対象者の健康問題と職場の環境や職場の健康課題を関連づけた保健指導が展開されている。 しかし、地域の対象の中には労働に従事している者もいることや、また労働者も職場を離れれば地域の生活者でもある。退職後には地域住民として国保対象者となっていくが、高齢期に発症する生活習慣病は、就労年齢層における生活習慣にその端を発していることが多い。 そのため、生活と労働の視点を併せた保健指導を展開していくことが必要である。	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 地域では、それぞれの市町村における財政状況や人的資源、社会資源などが異なっているため、提供できるサービスやその方法は異なり、保健指導はそれぞれの体制、方法で展開している。市町村では、ポピュレーションアプローチは衛生部門で行うことになることから、健診・保健指導を効果的に実施するためには、国保部門と衛生部門が十分な連携を取って互いに協力しながら保健指導等を展開することが非常に重要である。また、高齢期の要介護状態と生活習慣病との関連も深く、介護部門との連携により健康課題の明確化と住民への訴求性を高めることができる。 一方、職域でも財政状況や人的資源、社会資源などが異なるため、保健指導はそれぞれの体制、方法で展開されており、加えて、事業主によりその展開は異なる。効果的な生活習慣病予防対策は、事業所の活性化、企業のＣＳＲ[1]（corporate social responsibility）にも関係するものである。保健指導の展開には、事業者（人事労務担当者、職場管理職等）が労働者の健康を価値あるものと考えることが重要であり、それらの者と連携し、職場における健康支援の意義や就業時間内の実施等への理解を得る必要性がある。	（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性がある。また、業種・職種による特徴的な健康課題にも配慮することが重要である。 （削除）
[1] ＣＳＲ：企業の社会的責任。企業が社会や環境と共存し、持続可能な成長を図るため、その活動の影響について責任をとる企業行動。	
（３）対象者に対するアクセス	（３）対象者に対するアクセス

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
地域では、健診後の保健指導については、対象は地域住民であるが、労働に従事している者もおり、健診とは別の機会に健診の結果説明会を計画しても、保健指導が必要な対象者が集まりにくく、時間、場所などを考慮する必要がある。そのため、保健指導に来ない理由を把握したり、家族等の協力を得たりすることで、確実に保健指導につなげていくことが重要である。また、未受診者については、職域と比較して対応が困難な場合が多い。地域では、未受診者に対する確実な対応として最も効果的と考えられる家庭訪問は、人的資源の観点から訪問できる対象者が限られ、また効率性の問題もあり、未受診者に十分な対応が行われにくいという特徴がある。	（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が受けにくい状況もある。健診・保健指導の実施前から質問票を配布し、健診当日に的確な保健指導、さらには健康教育につなげることができる場合もあるが、すべての労働者に保健指導が実施できない場合もあり、状況に応じて複数年度での対応や未受診者への対応など、職域ごとの保健指導の実施体制を考慮した効果的な保健指導を行う必要がある。さらに、データを経年的に管理し、過去の推移を考慮した保健指導を展開することや、健診前に質問票を配布・回収し、より個別的で具体的な保健指導を展開することを工夫すれば、効果的な保健指導を展開していくことが可能である。	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。
医療保険者が健診・保健指導を行うことから、未受診者や保健指導を受けない者の把握をした上で、複数年にわたって健診を受診していない者や、保健指導レベルに該当しても利用につながらなかった対象者を特定し、重点的にアプローチするなどの戦略が考えられる。	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、医療保険者が健診・保健指導を実施し、データも医療保険者が管理していることから、市町村単位で地域住民の健康課題を分析・評価するためには、市町村（衛生部門・介護部門）と医療保険者の連携が重要となる。 一方、職域が実施する保健指導は、就労上の配慮等に重点が置かれており、かつ職住地域が異なるため、地域における生活習慣病予防に関する健康課題を意識し、地域特性を含めて評価する視点を持ちにくい。今後は、保険者協議会や地域・職域連携推進協議会の活動を進め、県単位、地域単位での評価を行う必要がある。	（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、保険者協議会等で、地域・職域のデータを共同分析して全国や地域別データと比較しながら評価を行ったり、人材育成や良好なアウトソーシング先についての情報交換を行ったりなど、ストラクチャー（構造）の改善に努めている事例も出現してきている。今後、連携の一層の推進が期待される。	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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
（５）ポピュレーションアプローチと社会資源の活用による支援 保健指導をより効果的に行うためには、地域における健康課題に応じて支援することはもちろん、ポピュレーションアプローチを併用させ複合的に行うことや、社会資源を医師、保健師、管理栄養士等の地域の団体とも連携し、効果的に活用することが必要であり、地域では比較的容易に併用、または活用することができる。 職域では、対象者が職場に存在することからポピュレーションアプローチの取組が比較的容易な場合もある一方で、労働者の健康に対する事業主の考え方や職場内の活用できる資源が限られること、職種や業種による時間的制限等から、効果的な実施が困難な場合もある。保健指導後のフォローアップが必要であるが、それぞれの事業所での社会資源が不十分な場合には、対象者が生活している地域の社会資源の活用も考慮する必要がある。しかし、労働者の就業時間などの観点からは、地域の社会資源が現実的に活用しにくいことも多い。地域と有機的な連携を取りながら社会資源を効率的に活用していくことが重要である。	（５）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などが考えられる。これらは、対象者がサービスを主体的に選択し、行動変容とそれを維持する可能性を高めるものとして期待できる。また、地域、職域とも費用、人的資源の効率的な運用が期待される。 これまで、地域と職域は定年を区切りにそれぞれが展開してきた。しかし、地域と職域が連携し、健診データを適切に引き継ぐことにより、対象者は退職前後の経年的な変化を理解しながら、一貫した保健指導を受けることができる。	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、活動計画を立案した上で、実際の展開で共有できる部分と協力できる部分、独自で行うことが	（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、

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
よい部分について情報交換の機会をもち、進めていくことが必要であり、保険者協議会、都道府県や二次医療圏の地域・職域連携推進協議会を活用することも有効である。	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 平成２０年度から特定健診・特定保健指導が医療保険者に義務づけられ、メタボリックシンドロームに着目したハイリスクアプローチが被保険者・被扶養者に提供されている。この医療保険者によるハイリスクアプローチと、地域・職域連携推進協議会が地域・職域全体で取組むポピュレーションアプローチとを一体的に提供していくことが期待される。 地域・職域連携推進協議会と保険者協議会の主な役割は、図１のとおりである。地域・職域連携推進協議会においては、保険者協議会における医療費等の分析や特定健診・特定保健指導に関する実施体制、結果等から得られた現状や課題について情報提供を受け、地域全体として取り組む健康課題を明らかにし、保健医療資源を相互に活用、又は保健事業を共同で実施することにより、地域・職域連携推進事業を進めていくことが望まれる。	（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１：地域・職域連携推進協議会と保険者協議会の主な具体的役割	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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）

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

連携

保険者協議会の主な具体的役割

○　保険者間における意見調整
○　各都道府県ごとの医療費の調査、分析、評価
○　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

標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年○月）

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

連携

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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
第６章　保健指導の実施に関するアウトソーシング ６－１　基本的事項 （１）保健指導アウトソーシングの必要性 平成 20 年度以降は、メタボリックシンドロームのリスクを有する者に対する保健指導、すなわち個人の生活習慣の改善を支援する保健指導の実施が重要となっている。このような保健指導は、老人保健事業の個別健康教育や国保ヘルスアップ事業で実施されてきたところであるが、これらの事業には人的資源が相当必要であることが明らかとなっている。また、健診・保健指導は医療保険者が実施することから、保健指導が必要な対象者が確実に把握され、実際に保健指導を受ける者がかなり多くなることも考えられる。 一方、メタボリックシンドロームのリスクを有する者に生活習慣の改善を促すためには、保健師・管理栄養士等に対する高い専門性が求められ、保健指導の実績を積み重ね、研鑽を重ねて保健指導の技術を高度化していくことが求められる。また、ＩＴ産業などが開発する生活習慣改善支援機器を活用した保健指導方法の導入や、対象者のニーズを踏まえた多様な保健指導の実施体制が求められている。 市町村や事業所・健保組合などで健診後の保健指導に従事している現在の保健師、管理栄養士等の実施体制のみでは、増大する保健指導業務に十分に対応できないことが想定され、また、これらの機関で大幅な増員をすることが困難であることから、健診後の保健指導を行う事業者を育成し、このような需要に対応できる保健師、管理栄養士等を確保し、保健指導のアウトソーシングを行っていく方向性が示されている。 医療保険者は、アウトソーシングに当たって、健診・保健指導業務全体の目的を明確にし、事業計画を立案、そして評価し、質の担保を行うことが重要である。 （２）アウトソーシングの目的 保健指導のアウトソーシングは、メタボリックシンドロームのリスクを有する者に対して、個人のニーズに基づいた生活習慣の改善を支援する保健指導の提供体制を整備することが目的であり、保健指導の量が確保されることによる保健指導の質の向上及び効率的かつ質の高い保健指導を実現する体制をめざすものである。 ６－２　アウトソーシングの対象となる保健指導業務 保健指導業務の範囲を健診後の保健指導、すなわち「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」に限定して考えると、アウトソーシングができる業務は、それぞれの保健指導の一部の業務を事業者へ委託すること（部分委託）や、保健指導業務をそれぞれ又はすべてを一括して委託すること（全面委託）が考えられる。また、どのような範囲の業務委託であっても、健診・保健指導の事業の企画及び評価については医療保険者自らが行うものである。 なお、純然たる保健指導業務以外の健診受診者のデータ処理、保健指導対象者の選定、保健指導結果の処理などについては、ここでは触れないこととする。	（第１編第１章（７）へ移動）

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
（１）全面委託、部分委託のメリット、デメリット 保健指導業務の委託の考え方として、全面委託をする場合は、事業者の裁量が増え様々な工夫や効率化が図られることになるが、一方で、保健指導業務の評価には年数がかかることから、成果の出る保健指導が行われているかの判断が遅れるというリスクを医療保険者は抱えることになる。また、医療保険者に所属する医師、保健師、管理栄養士等の保健指導技術の低下が危惧され、事業の企画及び評価の実施に問題が生じる可能性もある。 他方、部分委託の場合は、委託された業務の効率化はあまり望めないが、医療保険者に業務の実施が残ることから、ここに所属する保健師・管理栄養士等の技術の向上や生活習慣病対策への熱意を維持することが期待できる。また、医療保険者の医師、保健師、管理栄養士等が直接、対象者の保健指導を行うことで、対象者の問題や課題を早期に把握でき、改善に向けた事業の企画が可能になる。 （２）「情報提供」のアウトソーシング 「情報提供」については、健診結果と質問票の内容に基づき、対象者全員に個別に行うことから、委託をする場合は、健診機関から直接データをもらい、結果表を作成し対象者に提供するという業務となる。全面委託は、これら一連の業務を事業者が行うことになり、医療保険者は情報提供を行ったという結果が事業者から連絡される。 一方、部分委託の例としては、健診結果と質問票の内容について結果表作成までを委託し、対象者に提供する役割は医療保険者自身が行う方法等がある。健診結果を渡す時を保健指導の重要な機会と捉え、健診結果と生活習慣に関する情報を保健師・管理栄養士等が直接説明をする方式をとる場合は、このような部分委託となる。 いずれの場合にも、事業目的の共有化や、対象者の選定方法と保健指導内容の整合性を保つこと、情報提供の結果を評価すること等、委託元が事業全体を管理することが必要である。 （３）「動機づけ支援」のアウトソーシング 「動機づけ支援」については、どのような保健指導の方法を採用するかによって異なるが、たとえば個別面接や、グループ面接を組む場合には、このような支援全体を委託する場合は全面委託となる。動機づけ支援の対象者の職場を訪ねて行う面接による支援を委託する場合や、公民館等に動機づけ支援の対象者に集まってもらい面接により支援する業務をすべて委託するような場合も、これに該当する。 一方、部分委託の例としては、動機づけ支援の効果を高めるために、経過中に付加的な支援を計画して運動指導の部分のみを委託する場合などが考えられる。 （４）「積極的支援」のアウトソーシング 「積極的支援」については、３ヶ月から６ヶ月程度の支援プログラムを組んで行うものであるので、全面委託の場合は、初回面接から継続支援の実施、中間評価、６ヶ月後の評価、事業全体の評価等の一連の業務を委託することになる。	

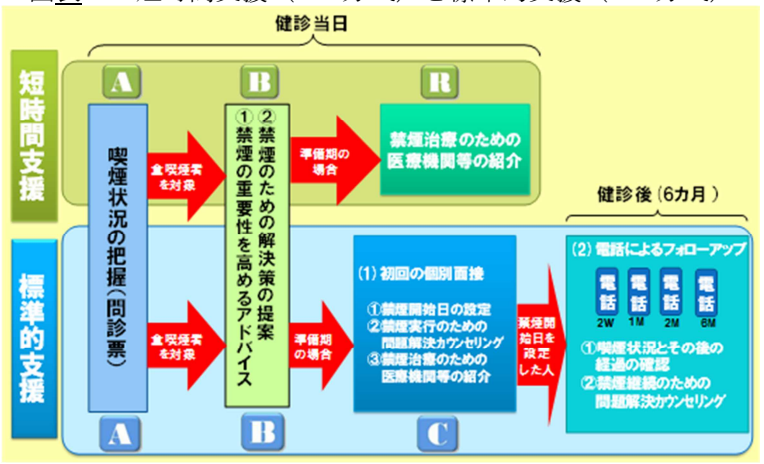
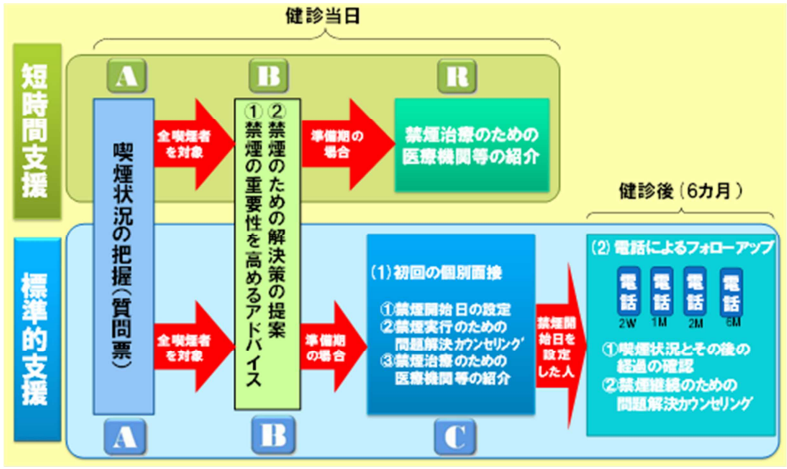
標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
一方、部分委託は、多くの例が考えられる。例えば、初回面接から支援計画の作成、中間評価、６ヶ月後の評価などは医療保険者の医師、保健師、管理栄養士等が行い、施設を使って行う食生活指導や運動指導のような対象者が自ら実践するような事業については委託する場合や、事業評価のみ医療保険者が行い、支援の計画作成から実施、個人の６ヶ月後評価までを委託する場合も考えられる。 また、詳細な質問票から行動変容のステージ（準備状態）を把握することが可能となるが、無関心期の対象者に対する保健指導は画一的な支援プログラムで支援することは困難であるので、このような対象者は医療保険者の医師、保健師、管理栄養士等が支援することも考えられる。 どのような保健指導業務を委託するのかの判断は、保健指導の目的とする生活習慣の改善が図られる体制の在り方をまず考え、医療保険者が有する人的資源、委託できる事業者の有無等から総合的に判断し、委託の範囲を決めるべきであろう。 ６－３　保健指導アウトソーシングの留意事項 健診後の保健指導は、過去においては付加的なサービスという位置づけであったことに加え、特に地域においては、保健活動は公共サービスの一つとして行政が直接実施してきた歴史があることから、この分野において、民間事業者の参入はほとんど行われてこなかった。このため、保健指導のアウトソーシングは、民間事業者の育成を図りつつ実施されていくことになる。以下に、アウトソーシングにあたっての留意事項を整理した。 （１）委託する業務の目的の明確化 医療保険者は、業務を委託する前に、健診・保健指導業務全体の目的、理念を明確にし、実施体制を考え、その中からどのような業務を委託するかを決めていくが、委託する業務はどのような理念に基づき、その目的は何かを明確にし、それを委託先の事業者に伝えることが重要である。 具体的には、委託に際して作成する基準などに理念や目的が表現されることになるが、このことによって、適切な事業者を選定することができる。また、医療保険者は委託後に事業者と事業の目的を共有し、事業を協働する関係を構築することで、効果的、効率的な事業の実施につながる。 （２）保健指導の質の評価 委託に当たって、保健指導の質を確保する仕組みを導入することが必要である。 １つ目は、事業者の選定に際して、保健指導の質を基準とすることである。保健指導の質は、保健指導実施者の保健指導技術の程度を資格及び研修体制、研修実績、マニュアルの有無、質の評価システムの策定及び過去の実績・成果（支援実施規模、初回面接実施者の継続状況、６ヶ月後の体重・腹囲の減少状況等）により、医療保険者に所属する専門職の目を通して確認することが重要である。	

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
２つ目は、保健指導業務の終了後に、その評価を行うことである。例えば、対象者の保健指導利用率、初回面接実施者の継続率、６ヶ月後の体重・腹囲の減少率、満足度、次年度の健診結果における保健指導レベルの改善率や対象者の生活習慣の改善度をみる、そして健診結果とレセプトの突合による保健指導の効果をみるなどの方法が考えられる。その結果により、事業者に対して保健指導の質の改善を促すことや、改善の見込みがない場合には、契約を更新するかどうか検討する必要がある。 ３つ目は、委託業務に関する情報交換と情報公開である。これは、各都道府県に設置されている保険者協議会などを活用して、事業者の資質に関する情報交換等を行い、他の医療保険者の目を通した評価を行うことも必要である。 （３）委託した業務と生活習慣病対策全体の連動 保健指導業務の委託には、前述したように様々な委託方法があるが、どのような委託を行ってもその業務は生活習慣病対策の一部であり、ポピュレーションアプローチを含めた対策全体といかに連動させていくかが重要である。 事業者が地域や事業所で行われているポピュレーションアプローチを理解し、このような社会資源を個々の対象者に対する保健指導に活用することについて、委託業務の中に位置づけることが必要である。このためには、医療保険者は、事業者と十分な情報交換を行うとともに、地域や事業で行われているポピュレーションアプローチに関する活動を提示することが必要となる。そして、医療保険者は、常に生活習慣病対策全体を視野に入れて、事業の運営に当たることが重要である。 （４）医療保険者に所属する専門職の技術の維持・向上 医療保険者に所属する保健師、管理栄養士等の役割は、事業者へのアウトソーシングを含めた保健指導プログラムの企画や実施機関間の調整、そして委託した事業者の保健指導の質を評価することである。これらの業務を行うためには、自らの保健指導に関する技術を維持・向上させることが前提となる。このためには、業務を委託した場合であっても、医療保険者の保健師、管理栄養士等が、保健指導業務に直接従事できる体制を整備しておくことを考慮する必要がある。例えば、対象者に対する保健指導業務の一部（個別面接、指導計画作成、評価）を医療保険者の医師、保健師、管理栄養士等の業務とすることや、支援プログラムに乗りにくい「無関心期」の対象者の保健指導を医療保険者が直接実施することなどが考えられる。 （５）モニタリング及び苦情処理 医療保険者は事業の実施責任者として、委託した業務の実績や支援プログラムの進行状況、保健指導を受けない者に対する対処状況、事業所の保健師、管理栄養士等の保健指導実施者の変更や研修の状況など、適切な保健指導が行われているのかについて、適宜報告を求めることが必要である。 そして、対象者から出される保健指導サービスに対する不満や苦情を受け止める窓口を	

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
設置するとともに、これらの情報に対して、早期に適切に対処することが求められる。 （６）保健指導のアウトソーシング先を選定する際の留意事項 　保健指導のアウトソーシングにあたり、保健指導の質を問うことなく、価格を主な判断指標として事業者が選定されることとなると、必要以上に価格競争が促進され、保健指導業務全体の質の低下が進むことが懸念される。 　このため、保健指導のアウトソーシングに当たっては、サービスの質の評価等を勘案した価格の設定を行うことや、医療保険者が保健指導の成果を評価し、それを価格に反映させていくことが必要である。 （７）委託基準の作成及び委託方法の透明化 　保健指導のアウトソーシングに際して、医療保険者は委託基準を作成することになるが、この場合、委託する保健指導業務の目的を明確に示すこと、また、保健指導の質が判断できる項目を設定することが重要である。 　そして、事業者の選定に当たっては、選定の手順を透明化することが重要であり、委託契約に当たっては、保健指導の質を担保するために、詳細な仕様書を作成する必要がある。 （８）個人情報の管理 　保健指導は、対象者の身体状況や生活習慣等に関する重要な個人情報を取り扱う業務であり、事業実施にあたっては、万全の安全管理体制が求められる。アウトソーシングを行う場合は、事業者が個人情報の漏洩を防止し、適切かつ安全に利用及び管理が行われているか、保険者の責任のもと、情報の管理状況を定期的に確認する必要がある。 （９）収益事業との区分の明確化 　事業者の中には、収益事業を行っている者も想定され、様々な健康に関する商品（健康食品、器具等）の販売を保健指導業務の委託と合わせて行う事業者に対しては、収益事業との区別を明確にし、保健指導と同時に行うことがないよう、医療保険者の委託基準に明記する。また、保健指導を行う地位を利用して推奨・販売（例えば、商品等を保健指導対象者の誤解を招く方法で勧めること）を行ってはならない。 ６－４　委託基準 （１）基本的考え方 〇　アウトソーシングを推進することにより、利用者の利便性に配慮した保健指導（例えば、土日祝日・夜間に行うなど）を実施するなど対象者のニーズを踏まえた対応が可能となるなど、多様な事業者による競争により保健指導のサービスの質の向上が図られる。一方で、効果的な保健指導が行われないなど保健指導の質が考慮されない価格競争	

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
となり、質の低下に繋がることがないよう委託先における保健指導の質の確保は不可欠である。 〇　医療保険者が事業者等へ保健指導の実施を委託する場合には、当該医療保険者との役割分担、責任が詳細にわたって明確にされた上で、委託基準を作成し、本プログラムに定める内容の保健指導が適切に実施される事業者を選定する必要がある。なお、健診・保健指導の事業の企画及び評価については医療保険者自らが行う。 〇　医療保険者は、委託契約期間中には、保健指導が適切に実施されているかについてモニタリングを行うことが重要である。 〇　委託契約の終了時には、保健指導の成果について外部の人間も含め複数の観点から評価を行うことが重要である。その際には、保健指導の専門的知識を有する者の意見を聴くことが重要である。 〇　個人情報については、その性格と重要性を十分認識し、適切に取り扱われなければならず、特に、医療分野は、「個人情報の保護に関する基本方針」（平成 16 年４月２日閣議決定）等において、個人情報の性質や利用方法等から、特に適正な取扱いの厳格な実施を確保する必要がある分野の一つとされており、委託先の事業者は個人情報を適切に取り扱わなければならない。なお、保健指導の記録等の情報を取り扱う業務のみを委託する場合にも、委託先の事業者は（２）の告示に記載されている保健指導の記録等の情報の取扱いに関する基準を遵守することが求められる。 〇　医療保険者が基準を満たしている委託先を選定しやすいようにするため、保険者協議会等においてホームページを作成し、事業者の申告に基づき、事業者の各種情報を掲載するなどの方策を検討する必要がある。 〇　なお、巡回型・移動型で保健指導を行う場合も、施設内で行う場合と同じ基準とする必要がある。 〇　医療保険者自らが実施する場合も同じ基準を満たす必要がある。 〇　保健指導対象者が勤務する事業者に保健指導業務を委託する場合は、その事業者の産業医が中心的な役割を担い保健指導を実施することが考えられる。 〇　また、産業医の選任義務のない小規模事業場の労働者に対しては、日頃から、地域産業保健センターに登録された産業医等が中心的に産業保健サービスを提供していることから、こうした産業医が勤務する医療機関等が、特定保健指導を実施できるようにすることが望まれる。 〇　保健指導として運動を提供する施設については、日本医師会認定健康スポーツ医を配置、あるいは勤務する医療機関と連携するなど、安全の確保に努めることが必要である。 （２）具体的な基準 特定保健指導で外部委託を行う際に求められる基準に関しては、平成 25 年厚生労働省告示第 92 号（外部委託基準）及び 93 号（施設等に関する基準）を参照すること。（第２編別紙９－１及び別紙９－２参照）なお、特定保健指導以外の保健指導について外部委託する場合も、この告示に準じることが望ましい。	

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
６－５　国、都道府県、市町村、医療保険者の役割 （１）国の役割 国は、保健指導の標準的なプログラムを示すとともに、これを基にした保健指導の委託基準を示す。 また、都道府県において、事業者の指導ができるよう、保健指導に関する情報を都道府県に報告する規定を設けるなど、情報の公開に努める。 （２）都道府県の役割 地域・職域連携推進協議会を活用して、生活習慣病対策に取り組む関係者間（事業者を含む）の総合調整を行い、体制整備を行う。 また、保険者協議会などを活用して、委託する事業者に関する情報交換を行い、適切な委託契約が行えるよう支援する。 市町村、医療保険者、事業者が行う保健指導の質を向上させることができるよう、保健師、管理栄養士等に対する研修等を行い、質の高い事業者を育成する。また、保健指導に関するデータの収集及び分析を行い、事業者の選定に資するようその結果を市町村や医療保険者に提供する。 また、医療保険者の違いによる保健指導の実施に格差が生じた場合には、都道府県の地域・職域連携協議会等を通じて、その調整を行う。 （３）市町村（一般行政）の役割 市町村全体の健康課題の分析と対策を立案・実施する。 ２１世紀における国民健康づくり運動（健康日本 21（第二次））と特定保健指導との調和的推進、ポピュレーションアプローチの推進、特定保健指導対象者以外の保健指導、高齢者においては介護予防との連動など、組織横断的な対策の調整と効率的な事業運営を工夫する。地域住民からの健診・保健指導に関する様々な相談に応じる体制をつくる。 （４）医療保険者の役割 保健指導に関する計画を策定し、効果的な保健指導が提供できるよう、予算の確保、実施体制の整備を行う。 その中で、地域・職域の特性を考慮に入れた保健指導の理念と生活習慣病対策全体における保健指導の位置づけを明確にするとともに、アウトソーシングする業務の範囲や考え方を定め、質の高い事業者を選定する。 アウトソーシングの目的に合致した委託基準を作成し、適切な事業者を選定するとともに、契約内容についてモニタリングを行い、問題がある場合には適宜改善を求める。 また、委託した事業者から提出された事業の結果報告以外に、対象者からの直接的な評価や費用対効果の評価等により、効率的でかつ質の高い保健指導の実施に努める。	

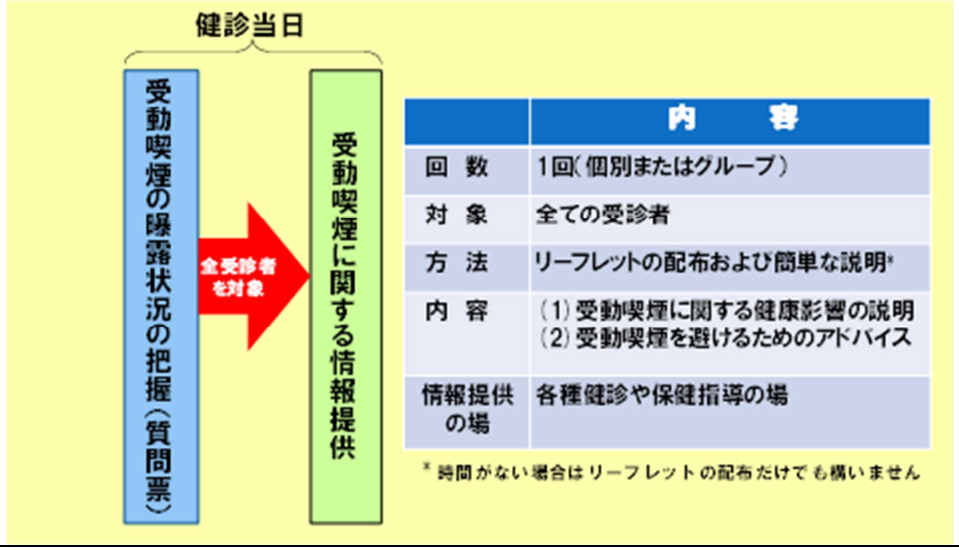
標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）	（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年〇月）
別添１　保健指導のための禁煙支援簡易マニュアル １．健診・保健指導での禁煙支援の取り組み方 健診・保健指導の場での禁煙支援は、メタボリックシンドロームの有無やリスクの大小に関わらず、全ての喫煙者を対象として行うことが重要です。 特定健診やがん検診の場など、禁煙支援の時間が確保できない場合は「短時間支援」、事後指導の場など禁煙支援の時間が確保できる場合は「標準的支援」を行います。短時間支援と標準的支援の流れを図表１に示します。	別添１　保健指導のための禁煙支援簡易マニュアル １．健診・保健指導での禁煙支援の取り組み方 健診・保健指導の場での禁煙支援は、メタボリックシンドロームの有無やリスクの大小に関わらず、健診当日を含め、全ての喫煙者を対象として行うことが重要です。 特定健診やがん検診の場等、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。
図表１．短時間支援（ABR 方式）と標準的支援（ABC 方式）の流れ	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、問診票を用いて喫煙状況を把握します。B（Brief advice）では、喫煙者全員を対象に(1)禁煙の重要性を高めるアドバイスと(2)禁煙のための解決策の提案を行います。R（Refer）では、準備期（1 ヵ月以内に禁煙しようと考えている）の喫煙者を対象に、禁煙治療のための医療機関等の紹介を行います。 ●　標準的支援は、「ABC 方式」で(1)初回の個別面接と(2)電話によるフォローアップの組合せで実施します。A（Ask）と B（Brief advice）の内容は、短時間支援と同様です。C（Cessation support）では、(1)初回の個別面接で、準備期の喫煙者を対象に、①禁煙開始日の設定、②禁煙実行のための問題解決カウンセリング、③禁煙治療のための医療機関等の紹介、を行います。 禁煙開始日を設定した喫煙者には、初回面接後に禁煙実行・継続を支援するための(2)	●　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 ヵ月以内に禁煙しようと考えている）の喫煙者を対象に、禁煙治療のための医療機関等の紹介を行います。 ●　標準的支援は、「ABC 方式」で(1)初回の個別面接と(2)電話によるフォローアップの組合せで実施します。A（Ask）と B（Brief advice）の内容は、短時間支援と同様です。C（Cessation support）では、(1)初回の個別面接で、準備期の喫煙者を対象に、①禁煙開始日の設定、②禁煙実行のための問題解決カウンセリング、③禁煙治療のための医療機関等の紹介、を行います。 禁煙開始日を設定した喫煙者には、初回面接後に禁煙実行・継続を支援するための

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）	（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年〇月）
電話によるフォローアップを行います。電話フォローアップを行う時期の目安は、初回の個別面接から 2 週間後(2W)、1 ヵ月後(1M)、2 ヵ月後(2M)、6 ヵ月後(6M)です。フォローアップでは、①喫煙状況とその後の経過の確認、②禁煙継続のための問題解決カウンセリング（困難な状況をあらかじめ予想し、その解決策を一緒に検討する）を行います。 短時間支援（ABR 方式）と標準的支援（ABC 方式）の特徴を図表２に整理しました。どのくらい時間が確保できるかによって、いずれの方式を採用するかを決めるとよいでしょう。[1] [1]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。質問紙の記載には時間を必要とする人もいます。A（Ask）で問診票を用いて喫煙状況を把握する前に、事前に質問紙を配付して記載してもらうことで、効率的に禁煙支援を進めるようにしましょう。	(2)電話によるフォローアップを行います。電話フォローアップを行う時期の目安は、初回の個別面接から 2 週間後、1 ヵ月後、2 ヵ月後、6 ヵ月後です。フォローアップでは、①喫煙状況とその後の経過の確認、②禁煙継続のための問題解決カウンセリング（困難な状況をあらかじめ予想し、その解決策を一緒に検討する）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。 [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。
図表２．短時間支援（ABR 方式）と標準的支援（ABC 方式）の内容	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	Ask（喫煙状況の把握） Brief 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 Refer（医療機関等の紹介）☆準備期のみ	Ask、Brief adviceは左記と同様 Cessation 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

	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	Ask（喫煙状況の把握） Brief 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 Refer（医療機関等の紹介）☆準備期のみ	Ask、Brief adviceは左記と同様 Cessation support（禁煙実行・継続の支援） (1)初回の個別面接☆準備期のみ ①禁煙開始日の設定 ②禁煙実行のための問題解決カウンセリング ③禁煙治療のための医療機関等の紹介 (2)電話によるフォローアップ☆禁煙開始日設定者のみ ①喫煙状況とその後の経過の確認 ※禁煙に対する賞賛と励まし ②禁煙継続のための問題解決カウンセリング
支援の場	各種健診(特定健診やがん検診など)	特定保健指導や事後指導等の各種保健事業

なお、喫煙者が 1 人で喫煙や禁煙などについて理解できる自記式ワークシート「たばこを卒業するために」を作成しました。効果的かつ効率的に禁煙支援を行うために、短時間支援（ABR 方式）や標準的支援（ABC 方式）と組み合わせてご活用ください。	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/

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）	（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年〇月）
（新設）	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、原則屋外で喫煙するよう呼びかけることが必要です。 受動喫煙に関する情報提供の際に受診者に配布する「受動喫煙に関するリーフレット」を作成しています。時間がない場合はリーフレットの配布だけでも構いません。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 

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）	（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年〇月）
２．禁煙支援の実際－短時間支援（ABR 方式） 短時間支援の ABR 方式の A（Ask）、B（Brief advice）、R（Refer）を解説します。 A 喫煙状況の把握（Ask） まず、短時間支援（ABR 方式）の A（Ask）にあたる「喫煙状況の把握」の具体的方法について解説します。質問票を用いて喫煙状況や健康保険による禁煙治療の患者要件を満たしているかどうかを確認します。質問票を図表３に示します。 ● Q1～Q4：喫煙者の把握 喫煙者を特定するための質問項目です。 喫煙していると回答した全ての人に次のステップで示す短時間の禁煙アドバイスを行いましょう。また、禁煙していると回答した人には、禁煙していることを賞賛し、禁煙を継続するよう伝えましょう。なお、禁煙して 1 年以内の人に対しては、再喫煙防止のためのフォローアップを行いましょう。 Q1～Q4 の 4 項目を用いて特定健診で定義された喫煙者を把握することが可能です。特定健診の標準的な質問票では「現在、習慣的に喫煙している者」の定義として、「合計 100 本以上、又は 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」と定めています。従って、Q1 で「吸う」と回答し、かつ Q4 で最近 1 ヵ月間たばこを吸っているに「はい」と回答した人で、さらに Q2 のこれまでの喫煙総本数が 100 本以上の喫煙に「はい」と回答するか、または Q3 のこれまで 6 ヵ月以上の喫煙に「はい」と回答した人が特定健診では喫煙者と定義されます。しかし、保健指導では喫煙者の定義に関わらず、Q1 で「吸う」と回答した喫煙者全員に短時間の禁煙アドバイスを行いましょう。 ● Q5～Q8：健康保険による禁煙治療の受診条件の確認 健康保険による禁煙治療を受けるためには、下記の 3 つの条件を全て満たす必要があります。 ①1 日喫煙本数　×　喫煙年数　が 200 を超えること ②いますぐに禁煙したいと考えており、禁煙治療を受けることを文書により同意していること ③TDS のスクリーニングテストでニコチン依存症と診断されていること 条件①は、Q5 と Q6 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	３．禁煙支援の実際－短時間支援（ABR 方式） 短時間支援の ABR 方式の A（Ask）、B（Brief advice）、R（Refer）を解説します。 A 喫煙状況の把握（Ask） まず、短時間支援（ABR 方式）の A（Ask）にあたる「喫煙状況の把握」の具体的方法について解説します。特定健診の「標準的な質問票」を用いて喫煙状況を確認します。 質問８で「現在、たばこを習慣的に吸っている」に対して「はい」と回答した人が短時間支援の対象者となります。 ここでいう「習慣的に喫煙している者」とは、「これまでに合計 100 本以上、または 6 ヵ月以上吸っている者」であり、最近 1 ヵ月間も吸っている者です。 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（ＡＢＲ方式）B 短時間の禁煙アドバイス（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）。 （「別添１「４．禁煙支援の実際―標準的支援（ＡＢＣ方式）」A 喫煙状況の把握（Ａｓｋ）」へ移動）

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）	（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年〇月）
年間喫煙している人は、10×30＝300 となり、200 を超えているので条件を満たしていることになります。 　条件②は、Q7 の喫煙のステージに関する質問の回答結果から確認します。Q7 の「直ちに（1 ヵ月以内に）禁煙しようと考えている」に回答していること（準備期の喫煙者）が条件になります。 　条件③は、Q8 の 10 項目の質問のうち、「はい」と回答した項目が 5 項目以上あれば、ニコチン依存症と診断されるための条件を満たしていることになります。 ●　Q9：禁煙経験の把握 　禁煙経験の有無とこれまで最も長い禁煙期間を把握します。禁煙経験がある人には、過去に用いた禁煙方法や出現した離脱症状の強さ、再喫煙のきっかけなどについて確認しておきましょう。今回の禁煙支援に役立つ情報を得ることができます。 ●　Q10：禁煙に対する自信 　禁煙に対する自信を 0 から 100%の数値で把握します。「全く自信がない」を 0%とし、「非常に自信がある」を 100%とした場合の自信の程度を明らかにします。禁煙の自信が低い人には、禁煙治療や禁煙補助剤についての情報提供のほか、後述する問題解決カウンセリングにより禁煙の自信を高めます。 図表３．喫煙に関する質問票	

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）	（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年〇月）

喫煙に関する質問票

Q1. 現在、たばこを吸っていますか？

□吸う　□やめた（　年前／　ヵ月前）　□もともと吸わない

以下の質問は、吸うと回答した人のみお答え下さい。

Q2. 吸い始めてから現在までの総本数は 100 本以上ですか？　□はい　□いいえ

Q3. これまで 6 ヵ月以上吸っていますか？　□はい　□いいえ

Q4. 最近 1 ヵ月間、たばこを吸っていますか？　□はい　□いいえ

Q5. 1 日に平均して何本たばこを吸いますか？　1 日（　）本

Q6. 習慣的にたばこを吸うようになってから何年間たばこを吸っていますか？（　）年間

Q7. あなたは禁煙することにどのくらい関心がありますか？

□関心がない
□関心はあるが、今後 6 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、脈が速い、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ても、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ても、吸うことがありましたか。 問9.　自分はたばこに依存していると感じることがありましたか。	
問10.　たばこが吸えないような仕事やつきあいを避けることが何度かありましたか。 注：禁煙や本数を減らした時に出現する離脱症状（いわゆる禁断症状）ではなく、喫煙することによって神経質になったり、不安や抑うつなどの症状が出現している状態。　合　計	

Q9. 今までたばこをやめたことがありますか？

□はい　（　回、最長　年間／　ヵ月　日間）　□なし

Q10. たばこをやめることについてどの程度自信をもっていますか？「全く自信がない」を 0%、「大いに自信がある」を 100%として、0～100%の間であてはまる数字をお書きください。　（　）%

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　**記入日**＿＿＿＿**年**＿＿**月**＿＿**日**

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）	（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年〇月）
B 短時間の禁煙アドバイス（Brief advice） 短時間支援（ABR 方式）の中の B（Brief advice）にあたる「短時間の禁煙アドバイス」の具体的方法について解説します。 ここでは、喫煙のステージや健診結果にかかわらず、全喫煙者を対象に短時間の禁煙アドバイスを行います。短時間の禁煙アドバイスでは、１）病歴や検査値、自覚症状、本人の関心事などを切り口に禁煙が重要であること（①禁煙の重要性を高めるアドバイス）、２）禁煙には効果的な禁煙方法があること（②禁煙のための解決策の提案）を伝えます。 禁煙に対して気持ちが高まっている喫煙者に対しては、①禁煙の重要性を高めるアドバイスよりも②禁煙のための解決策の提案にウエイトを置くことが一般に有用です。一方、まだ禁煙しようと考えていない喫煙者に対しては、個々人の喫煙者に合った情報提供で禁煙の重要性を高めることが大切です。しかし、禁煙しようと考えていない喫煙者においても、禁煙のための解決策の提案を行うことで、禁煙に対する動機が高まることも少なくないので、忘れずに情報提供しましょう。 （１）　禁煙の重要性を高めるアドバイス 質問票で喫煙状況を把握した喫煙者に対して、診察や問診、保健指導の場を活用して禁煙の重要性を伝えます。複数の保健医療関係者が連携をとりながら声をかけることが効果的です。 まず、「禁煙する必要があること」をはっきりと伝え、さらに、「禁煙が優先順位の高い健康課題であること」を伝えます。 喫煙者に病歴や検査値の異常、自覚症状がある場合は、それらと喫煙との関係を結びつけて、喫煙の影響や禁煙の効果について説明します。喫煙関連疾患としては、がん、虚血性心疾患（異型狭心症を含む）、脳血管障害（脳梗塞、くも膜下出血）、糖尿病、COPD（慢性閉塞性肺疾患）、消化性潰瘍などがあります。喫煙に関連した検査値の異常としては、脂質異常[3]（HDL コレステロールの低下、LDL コレステロールやトリグリセライド（中性脂肪）の上昇）、糖代謝異常（血糖値や HbA1c の上昇、インスリン感受性の低下）、血球異常（多血症、白血球増多）などがあります。 病歴や検査値に問題がない喫煙者に対しては、異常がないことを賞賛した上で、喫煙が取り組むべき重要な健康課題であることを伝えて禁煙を促しましょう。また、喫煙者本人の関心事や家族状況、生活背景などが把握できている場合は、それらを切り口として禁煙の重要性を高めるアドバイスをするとさらに効果が高まります。 ここでの働きかけは、喫煙者全員に対して行いますが、特に禁煙に対して気持ちが高まっていない喫煙者に対しては、禁煙の重要性を高めることが大切です。個々人にあったメッセージで喫煙者の気持ちが禁煙に対して高まるようアドバイスしましょう。	B 短時間の禁煙アドバイス（Brief advice） 短時間支援（ABR 方式）の中の B（Brief advice）にあたる「短時間の禁煙アドバイス」の具体的方法について解説します。 ここでは、禁煙の関心度や健診結果にかかわらず、全喫煙者を対象に短時間の禁煙アドバイスを行います。その内容は、（１）禁煙の重要性を高めるアドバイス（病歴や検査値、自覚症状、本人の関心事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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）	（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年〇月）
	[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。 ・CraigWY,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.
（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[4,5] ことを伝えます。これまでに何度も禁煙を失敗するなど、禁煙に自信がない喫煙者に対して、禁煙のための効果的な解決策を情報提供することは、禁煙に対する自信を高めることにつながり、有効です。	（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。	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。
（新設）	＜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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）	（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年〇月）
	たばこについては、紙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。
R禁煙治療のための医療機関等の紹介（Refer） 短時間支援（ABR 方式）の中の R（Refer）にあたる「禁煙治療のための医療機関等の紹介」の具体的方法について解説します。 質問票で直ちに（1 ヵ月以内に）禁煙しようと考えていると答えた喫煙者や、短時間の禁煙アドバイスの結果、禁煙の動機が高まった喫煙者に対しては、禁煙治療の利用を勧め、禁煙治療が健康保険で受けられる医療機関を紹介します。禁煙治療を勧める理由は、自力に頼る方法に比べて禁煙を成功する可能性が高い[6]からです。健康保険による禁煙治療の条件を満たさない場合や医療機関を受診する時間が取れない場合は、禁煙後の離脱症状を軽くするために、薬局・薬店で OTC 薬のニコチンパッチやニコチンガムを購入して禁煙する方法を紹介しましょう。また、健康保険を利用できる条件を満たさない場合でも、自由診療で禁煙治療を受けることができることを伝えましょう。特に喫煙本数が多く、OTC 薬では離脱症状が十分抑えられないヘビースモーカーや、精神疾患など、医学的管理の必要性が高い合併症を有する喫煙患者[7]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。	R禁煙治療のための医療機関等の紹介（Refer） 短時間支援（ABR 方式）の中の R（Refer）にあたる「禁煙治療のための医療機関等の紹介」の具体的方法について解説します。 禁煙に関心がある喫煙者や、短時間の禁煙アドバイスの結果、禁煙の動機が高まった喫煙者に対しては、禁煙治療の利用を勧め、禁煙治療が健康保険で受けられる医療機関を紹介します。禁煙治療を勧める理由は、自力に頼る方法に比べて禁煙を成功する可能性が高い[9]からです。
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。喫煙者に渡す近隣の医療機関のリストを準備しておきましょう。 ●健康保険で禁煙治療が受けられる医療機関の検索サイト 日本禁煙学会　http://www.nosmoke55.jp/nicotine/clinic.html	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[c]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。
ただし、健康保険を利用して禁煙治療を受けるためには条件があります。条件は、前述の質問票（図表３）の Q5～Q8 の項目の回答で確認できます。健診の場など時間が限られ	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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）	（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年〇月）
ている場合には、喫煙者が後で確認できるように Q5～Q8 の質問を自己チェック用のリーフレットとして作成し、渡せるように準備しておきましょう。	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患者に対しては、医療機関での治療につなげるように支援しましょう。 禁煙治療が健康保険で受けられる医療機関は、日本禁煙学会のホームページから検索することができます。近隣の医療機関のリストを準備し、喫煙者に渡せるようにしておきましょう。 健康保険で禁煙治療が受けられる医療機関の検索サイト 日本禁煙学会　　http://www.nosmoke55.jp/nicotine/clinic.html
[4]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. [5]Nakamura, M., et al. Efficacy and tolerability of varenicline, an α4β2 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. [6]Kasza KA, et al. Effectiveness of stop-smoking medications: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. Addiction, 2013; 108: 193-202. [7]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	[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。
３．禁煙支援の実際－標準的支援（ABC 方式） 標準的支援（ABC 方式）の A（Ask：喫煙状況の把握）と B（Brief advice：短時間の禁煙アドバイス）については、前述した短時間支援（ABR 方式）と同様です。ここでは、C（Cessation support）にあたる「禁煙実行・継続の支援」の具体的方法について解説します。 （「２．禁煙支援の実際－短時間支援（ABR 方式）」の A 喫煙状況の把握（Ask）で前述）	**４．禁煙支援の実際－標準的支援（ABC 方式）** 標準的支援（ABC 方式）の A（Ask：喫煙状況の把握）、B（Brief advice：短時間の禁煙アドバイス）、C（Cessation support）について解説します。 B（Brief advice：短時間の禁煙アドバイス）は、前述した短時間支援（ABR 方式）と同様です。ここでは、A（Ask：喫煙状況の把握）と C（Cessation support）にあたる「禁煙実行・継続の支援」の具体的方法について解説します。 A 喫煙状況の把握（Ask） まず、標準的支援（ABC 方式）の A（Ask）にあたる「喫煙状況の把握」の具体的方法について解説します。質問票を用いて喫煙状況や健康保険による禁煙治療の患者要件を満たしているかどうかを確認します。質問票を表２に示します。 ●Q1：喫煙者の把握

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）	（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年〇月）
	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。 ①35 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、10×30＝300 となり、200 を超えているので条件を満たしていることになります。ただし、35 歳未満の喫煙者には、この条件は適用されません。 条件②は、Q7 の喫煙のステージに関する質問の回答結果から確認します。Q7 の「直ちに（1 ヵ月以内に）禁煙しようと考えている」に回答していること（準備期の喫煙者）が条件になります。 条件③は、Q8 の 10 項目の質問のうち、「はい」と回答した項目が 5 項目以上あれば、ニコチン依存症と診断されるための条件を満たしていることになります。 ● Q4,6：ニコチン依存度の把握 1 日の喫煙本数と朝目覚めてから最初の 1 本を吸うまでの時間は、唾液中のコチニン濃度や呼気中の一酸化炭素濃度との相関が強く [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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）	（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年〇月）
	● 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**

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）

（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年〇月）

喫煙・受動喫煙に関する質問票

Q1. 現在、たばこ（加熱式たばこ、電子たばこを含む）を習慣的に吸っていますか？
「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「これまでに合計 100 本以上、または 6 ヵ月以上吸っている者」であり、最近 1 ヵ月間も吸っている者
□吸う　□やめた（　　年前／　　ヵ月前）　□もともと吸わない

Q2. 職場において、この 1 ヵ月間に、自分以外の人が吸っていたたばこの煙を吸う機会がありましたか？
□ほぼ毎日　□週に数回程度　□週に 1 回程度　□月に 1 回程度　□全くなかった　□行かなかった

Q3. 家庭において、この 1 ヵ月間に、自分以外の人が吸っていたたばこの煙を吸う機会がありましたか？
□ほぼ毎日　□週に数回程度　□週に 1 回程度　□月に 1 回程度　□全くなかった

以下の質問は、吸うと回答した人のみお答え下さい。

Q4. 1 日に平均して何本たばこを吸いますか？　1 日（　　）本

Q5. 習慣的にたばこを吸うようになってから何年間たばこを吸っていますか？（　　）年間

Q6. 朝、目が覚めてからどのくらいの時間で最初のたばこを吸いますか？
□5 分以下　□6～30 分　□31～60 分　□61 分以上

Q7. あなたは禁煙することにどのくらい関心がありますか？
□関心がない
□関心はあるが、今後 6 ヵ月以内に禁煙しようとは考えていない
□今後 6 ヵ月以内に禁煙しようと考えているが、直ちに(1 ヵ月以内に)禁煙する考えはない
□直ちに(1 ヵ月以内に)禁煙しようと考えている

Q8. 下記の質問を読んであてはまる項目に✓を入れてください。該当しない項目は「いいえ」とお答え下さい。

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

(注)禁煙や本数を減らした時に出現する離脱症状(いわゆる禁断症状)ではなく、喫煙することによって神経質になったり、不安や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／　　ヵ月　　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**

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）	（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年〇月）
C禁煙実行・継続の支援（Cessation support） 禁煙実行・継続の支援（Cessation support）は、(1)初回の個別面接と(2)電話によるフォローアップの２つから成ります。対象となる喫煙者は、質問票で直ちに（1 ヵ月以内に）禁煙しようと考えていると答えた喫煙者や、短時間の禁煙アドバイスの結果、禁煙の動機が高まった喫煙者です。目安として 10 分程度の時間をかけて面接を行い、禁煙に踏み出せるように支援します。面接の結果、禁煙開始日を設定した喫煙者には、禁煙の実行の確認と継続の支援を行うために、(2)電話によるフォローアップを行いましょう。 （１）初回の個別面接 初回の個別面接では、①禁煙開始日の設定、②禁煙実行のための問題解決カウンセリング、③禁煙治療のための医療機関等の紹介、を行います。 ①禁煙開始日の設定 禁煙を開始する日は、喫煙者と話しあって具体的に決めます。禁煙開始日が決まったら、それまでに禁煙治療を利用するように伝えましょう。時間があれば禁煙宣言書を喫煙者と保健指導実施者の間で取り交わしておくと、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 ヵ月間にわたり計 4 回のフォローアップを行います。フォローアップは、原則電話で行います。フォローアップの電話が通じやすい連絡先（携帯があれば携帯電話の番号）を確認し、電話に出やすい時間帯を把握しておきましょう。 ②禁煙実行のための問題解決カウンセリング 禁煙実行のための問題解決カウンセリングの内容は、禁煙にあたって喫煙者が不安に思っていることや心配していることを聞き出し、その解決策を喫煙者が保健指導実施者と共に考えることです。 仕事をしている喫煙者では「禁煙するとイライラして仕事が手につかなくなるのでは」とか、「禁煙しても仕事の付き合いでお酒を飲む機会が多いのですぐに吸ってしまうのではないか」といった心配をする場合があります。その場合、本人が心配していることを受けとめ、イライラなどの禁煙後の離脱症状は概ね 2～4 週間で治まること、禁煙補助剤を使えば離脱症状が軽減できることを伝えます。また、禁煙してしばらくの間は、お酒を飲みに行くことを控えたり、外でお酒を飲む場合は、できるだけたばこを吸わない人の隣の席に座る、周囲に禁煙宣言をするなど具体的な対処法を本人と話しあって決めておきましょう。	C禁煙実行・継続の支援（Cessation support） 禁煙実行・継続の支援（Cessation support）は、（１）初回の個別面接と（２）電話によるフォローアップの２つから成ります。対象となる喫煙者は、質問票で直ちに（1 ヵ月以内に）禁煙しようと考えていると答えた喫煙者や、短時間の禁煙アドバイスの結果、禁煙の動機が高まった喫煙者です。目安として 10 分程度の時間をかけて面接を行い、禁煙に踏み出せるように支援します。面接の結果、禁煙開始日を設定した喫煙者には、禁煙の実行の確認と継続の支援を行うために、（２）電話によるフォローアップを行いましょう。 （１）初回の個別面接 初回の個別面接では、①禁煙開始日の設定、②禁煙実行のための問題解決カウンセリング、③禁煙治療のための医療機関等の紹介、を行います。 ①　禁煙開始日の設定 禁煙を開始する日は、喫煙者と話しあって具体的に決めます。禁煙開始日が決まったら、それまでに禁煙治療を利用するように伝えましょう。時間があれば禁煙宣言書を喫煙者と保健指導実施者の間で取り交わしておくと、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 ヵ月間にわたり計 4 回のフォローアップを行います。フォローアップは、原則電話で行います。フォローアップの電話が通じやすい連絡先（携帯があれば携帯電話の番号）を確認し、電話に出やすい時間帯を把握しておきましょう。 ②　禁煙実行のための問題解決カウンセリング 禁煙実行のための問題解決カウンセリングの内容は、禁煙に当たって喫煙者が不安に思っていることや心配していることを聞き出し、その解決策を喫煙者が保健指導実施者と共に考えることです。 仕事をしている喫煙者では「禁煙するとイライラして仕事が手につかなくなるのでは」とか、「禁煙しても仕事の付き合いでお酒を飲む機会が多いのですぐに吸ってしまうのではないか」といった心配をする場合があります。その場合、本人が心配していることを受けとめ、イライラ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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）	（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年〇月）
③禁煙治療が受けられる医療機関等の紹介 より確実に禁煙ができる禁煙治療の利用を勧めます。健康保険で禁煙治療が受けられる医療機関は、日本禁煙学会のホームページで検索できます。近隣の医療機関のリストを準備しておき、喫煙者に渡せるようにしておきます。 ●健康保険で禁煙治療が受けられる医療機関の検索サイト 日本禁煙学会　http://www.nosmoke55.jp/nicotine/clinic.html ただし、健康保険を利用して禁煙治療を受けるためには条件があります。条件は、前述した質問票（図表３）の Q5～Q8 の項目の回答でチェックしておきましょう。 健康保険による禁煙治療の条件を満たさない場合や医療機関を受診する時間が取れない場合は、禁煙後の離脱症状を軽くするために、薬局・薬店で OTC 薬のニコチンパッチやニコチンガムを購入して禁煙する方法を紹介しましょう。現在、ニコチンパッチの OTC 薬は 3 社から発売されていますが、いずれも医療用医薬品のニコチンパッチと比べて有効成分が高用量の剤形がないため、ニコチンの補充が不十分となる場合があります。OTC 薬で禁煙できなければ医療機関での禁煙治療を勧めます。 健康保険を利用できる条件を満たさない場合でも、自由診療で禁煙治療を受けることができることを伝えましょう。特に喫煙本数が多く、OTC 薬では離脱症状が十分抑えられないヘビースモーカーや、精神疾患など、医学的管理の必要性が高い合併症を有する喫煙患者に対しては、医療機関での治療につなげるように支援しましょう。	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、「３．禁煙支援の実際―短時間支援（ＡＢＲ方式）B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。	（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	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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）	（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年〇月）
法と禁煙開始日を確認しておきます。禁煙治療を利用した場合は、禁煙ができると自己判断で禁煙治療を中断してしまうこともあるので、12 週間の治療を完了した方が禁煙成功率が高いことを伝え、禁煙治療を完了するようにアドバイスします。	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い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。	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い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。	禁煙ができている場合には「よくがんばりましたね」と禁煙に踏み出せたことや禁煙できていることについて賞賛します。この言葉は、喫煙者にとって何よりの励みとなります。
禁煙して 1 ヵ月が経過すると禁煙がある程度安定してきますが、吸いたい気持ちはまだしばらく残ります。アルコール、過労や仕事上のストレス、気分の落ち込みなど、ちょっとしたきっかけで喫煙は再開しやすいので、注意するように声をかけましょう。	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 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	②　禁煙継続のための問題解決カウンセリング
禁煙継続にあたって心配していることや不安に思っている点を聞き出し、禁煙が継続できるよう支援します。たとえば、禁煙してそれほど時間がたっていない人では「たばこが吸いたいので、吸ってしまうのではないか」と心配することがあります。まず、本人が心配していることを受けとめます。次に、離脱症状が改善しても吸いたい気持ちはしばらく残ること、しかし時間の経過とともに吸いたい気持ちがおさまっていくことを伝えます。たばこを吸いたくなったら、深呼吸をしたり、お水を飲んだりするなどの対処法を身につけることが有用であることを伝え、禁煙を続ける自信が高まるよう話しあいを行います。禁煙できた日が増えていくにつれて、禁煙の自信は高まっていきます。「今日 1 日禁煙しよう」という気持ちで禁煙を続けるよう支援しましょう。	禁煙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 程度といわれています。[8] 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	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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）	（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年〇月）
できるだけ増やしたくない場合は、禁煙補助剤の使用と、禁煙後比較的早い時期から運動に取り組むのがよいでしょう。運動としては、中等度の身体活動強度の運動（速歩、ジョギング、水泳など）がお勧めです。[9] 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[9]ので、禁煙が安定するのを待ちましょう。禁煙が安定してきたら、食生活の改善として、食べ過ぎを改善する、肉類や油料理などの高エネルギーの食事や間食を減らして、代わりに野菜や果物を増やす、飲酒量を減らすことなどを行うことを勧めましょう。	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、禁煙に踏み切れなかった場合や再喫煙した場合の対応です。禁煙に踏み切れなかった場合には、その理由を聞き出し、話しあいましょう。できれば再度禁煙開始日を設定して禁煙に踏み出せるように支援しましょう。禁煙の自信が低い喫煙者には、禁煙治療を勧めましょう。 一旦禁煙したが再びたばこを吸い始めた喫煙者に対しては、再喫煙のきっかけや禁煙の問題点を明らかにし、再挑戦を勧めるようにしましょう。喫煙を再開した者では、喫煙を再開したこと自体を問題にしてくじけたり、自己嫌悪に陥ったりする場合があります。禁煙した人が再喫煙することはよくあることであり、もう一度チャレンジする気持ちが重要であることを伝えましょう。	＜禁煙に踏み出せなかった場合や再喫煙した場合の対応＞ 電話でのフォローアップで注意すべきことは、禁煙に踏み出せなかった場合や再喫煙した場合の対応です。禁煙に踏み出せなかった場合には、その理由を聞き出し、話し合いましょう。できれば再度禁煙開始日を設定して禁煙に踏み出せるように支援しましょう。禁煙の自信が低い喫煙者には、禁煙治療を勧めましょう。 一旦禁煙したが再びたばこを吸い始めた喫煙者に対しては、再喫煙のきっかけや禁煙の問題点を明らかにし、再挑戦を勧めるようにしましょう。喫煙を再開した者では、喫煙を再開したこと自体を問題にしてくじけたり、自己嫌悪に陥ったりする場合があります。禁煙した人が再喫煙することはよくあることであり、もう一度チャレンジする気持ちが重要であることを伝えましょう。
[8] 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. [9] Fiore MC, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical Practice Guideline. Rockville: US Department ofHealth and Human Services. Public Health Service; 2008.	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 α4β2 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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）	（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年〇月）
	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 ofHealth and Human Services. Public Health Service; 2008.

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）

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（オーディッド））と その評価結果に基づく 減酒支援（ブリーフインターベンション）の手引き

「危険な飲酒や有害な飲酒に対する**スクリーニング**および**ブリーフインターベンション**」は、WHOが2011年に採択した「アルコールの有害な使用を低減するための世界戦略」において推奨されています。

スクリーニング

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

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

ブリーフインターベンション

Q）減酒支援（Brief Intervention）とは？

A） 対象者の特定の行動（この場合は飲酒行動）に変化をもたらすことを目的とした短時間のカウンセリング。海外では活発に用いられています。

【作成】厚生労働省科学研究費補助金　循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業
「わが国における飲酒の実態把握およびアルコールに関連する生活習慣病とその対策に関する総合研究」
（研究代表者：樋口 進　国立病院機構久里浜医療センター病院長）

要　約

手引きの内容を簡単に言うと？

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

この手引きの「利用者」とは？

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

この手引きの「対象者」とは？

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

アルコール問題の程度を定量的に評価できるの？

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

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

（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年〇月）

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（“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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）

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

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

質問6　過去１年間に、深酒の後体調を整えるために、朝迎え酒をしなければならなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？

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

（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年○月）

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

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

質問6　過去１年間に、深酒の後体調を整えるために、朝迎え酒をしなければならなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？

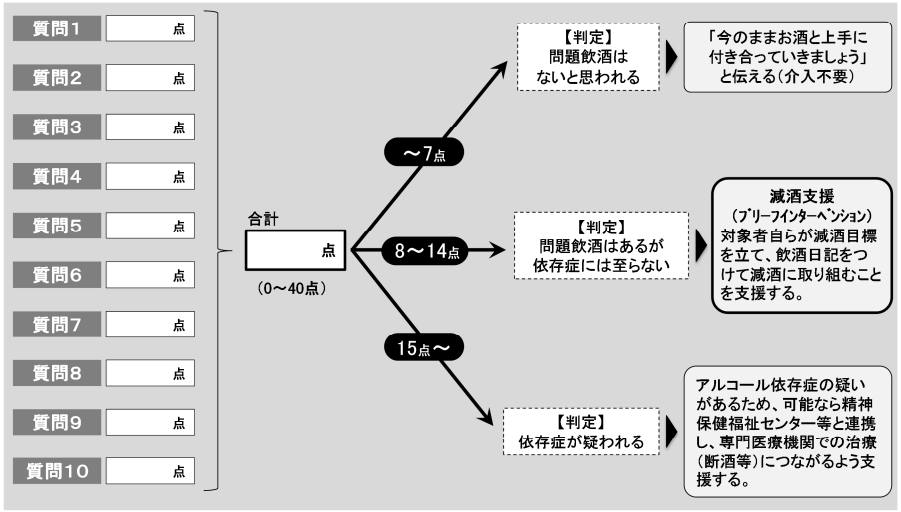
0 点	ない
1 点	月に1度未満
2 点	月に1度
3 点	週に1度
4 点	毎日あるいはほとんど毎日

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）

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

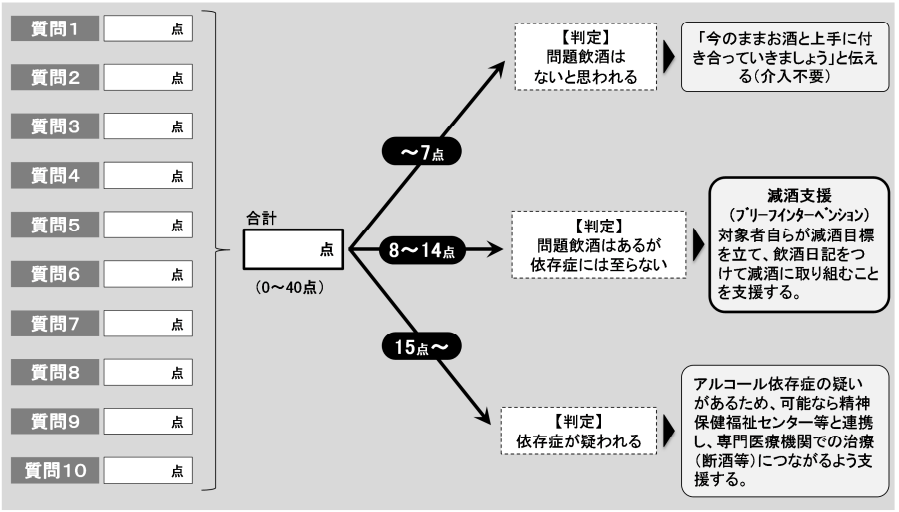


（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年〇月）

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



標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）

AUDITの解説

（1）「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

【計算例】
① 日本酒（15度）1合のドリンク数は？
180mL（1合）× 0.15 × 0.8 ＝ 21.6g（≒2.2ドリンク）
② さらに、ビール（5度）350mLカンを2本飲めば、
350mL × 2 × 0.05 × 0.8 ＝ 28g（= 2.8ドリンク）
③ ①と②の合計で5.0ドリンク

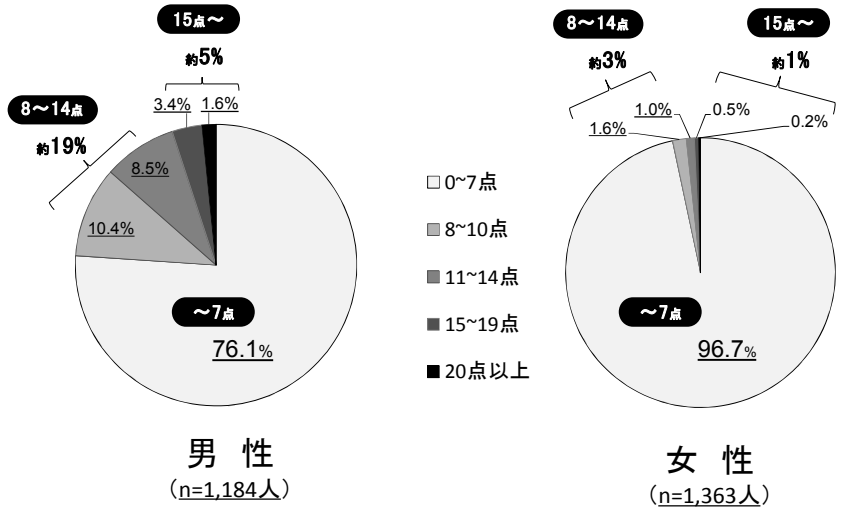
（2）質問2～8については、対象者には、
より近いと思われる項目を選ぶよう伝えてください。

（3）ここではアルコール依存症を疑う境界を14点と15点の間に置いていますが、AUDITの点数はあくまでも判断材料の一つであり、アルコール依存症か否かに関しては医師が総合的に診断します。

（4）対象者が問題を隠していれば、依存症に分類されるべき人がこの減酒指導群に入ってしまいます。
点数は14点以下であっても、深刻な問題点があれば、専門医療機関で相談することを勧めてください。
この場合の深刻な飲酒問題とは、次のようなものを指します。
・飲酒すると、大声を出したり、暴力的になったりして、周囲に迷惑をかける場合。
・肝臓障害、膵炎、低栄養状態、うつ病など、飲酒が原因の深刻な健康問題が併存している場合。
・飲酒が原因の深刻な家族問題、社会的問題がある場合（暴力・暴言、養育拒否、虐待等）。

（5）AUDITの結果が15点以上の場合は、アルコール依存症の疑いが強いケースです。
専門的な治療が必要になりますので、対象者の気づきを促しつつ、可能なら精神保健福祉センター等と連携して、アルコール依存症の専門医療機関での治療につながるよう、支援してください。
対象者が治療を受けようとしなかったり、家族からの協力も得られない等、対象者を治療につなげることが困難なケースもあります。その場合は、決して一人で背負いこまないようにし、チームの仲間と情報を共有し、仲間からの協力を得るようにしてください。

【参考】一般住民におけるAUDITの点数別分布



男　性
（n=1,184人）

女　性
（n=1,363人）

出典：成人の飲酒実態調査（2003年）　樋口ら

（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年〇月）

AUDITの解説

① 日本酒（15度）1合のドリンク数は、
180mL（1合）× 0.15 × 0.8 ＝ 21.6g（≒2.2ドリンク）
② ビール（5度）350mL缶を2本の場合は、
350mL × 2 × 0.05 × 0.8 ＝ 28g（= 2.8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。

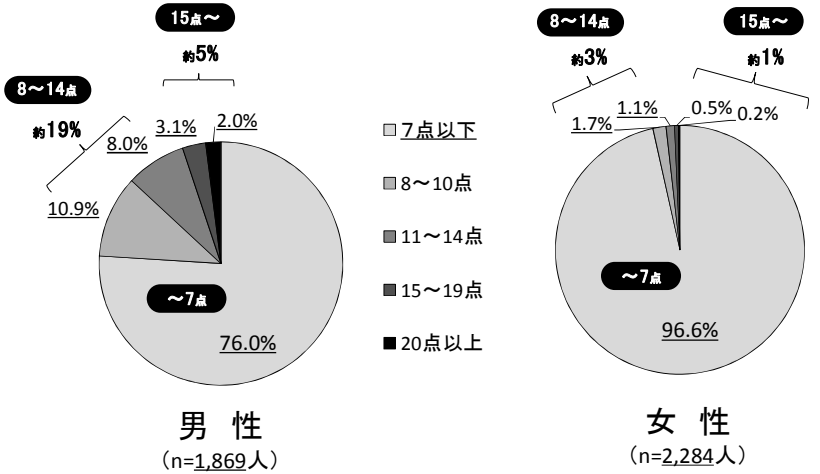
（2）「ドリンク」数の計算には次の式を用います。
純アルコール量（g）＝ 飲んだ酒の量（mL）× 酒の濃度（度数/100）× 0.8
ドリンク数 ＝ 純アルコール量（g）÷ 10

（3）AUDITの結果が15点以上の場合は、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、膵炎、低栄養状態、うつ病など、飲酒と関連する深刻な併存疾患がある場合
・飲酒が原因の深刻な家庭問題や社会的な問題（暴力・暴言、養育拒否、虐待等）がある場合　等

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

【参考】一般住民におけるAUDITの点数別分布



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）

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）

減酒支援（ブリーフインターベンション）の具体的な手順

支援初日

【ステップ1】普段の飲酒の評価
- 普段の飲酒状況を改めて確認します。AUDIT質問１～３の内容が有用です。
- この情報をもとに減酒目標を作るため、できるだけ具体的に聞くことが重要です。

【ステップ2】飲酒問題の評価と整理
- 対象者に、お酒の飲み過ぎが原因と思われる問題があるかを質問します。
- 対象者が自ら問題を認識していれば、整理して共有します。
- もし対象者が問題を認識していないのであれば、飲酒の害に関する教材を活用して気付きを促しながら問題点を整理していきます。

【ステップ3】減酒の提案と目標設定
- 減酒を提案し、対象者に合う方法をともに考え、対象者自ら書き出してもらいます。
- 具体的な減酒目標を立てます。例）週に2日休肝日をつくる、多く飲む日でも日本酒3合までにする
- その日からさっそく、「飲酒日記」を付けることを促します。
- 次回面接日を設定し、その日まで日記をつけ目標の達成を目指すよう、励まします。

目安：2～4週間後

支援２回目

【ステップ4】フォローアップ支援
- 支援初日から今までの飲酒状況について、「飲酒日記」を見ながら話し合います。
- 減酒できていれば努力を賞賛し、できなかった場合はその理由を話し合います。
- 飲酒日記をつけていなかった場合には、「なぜつけなかったか、なぜつけたくないのか」という点に立ち返って話し合い、再び取り組むことにつなげます。

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労を受け止めて共感する姿勢を示すと、介入効果も高まります。

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

○1回目の支援を行ってから2回目の支援（フォローアップ支援）を行うまでの期間は、２～４週間程度としましょう。ただ、これはあくまで目安ですので、保健指導の流れに合わせて柔軟に対応していただくことが可能です。また、基本は2回ですが、必要に応じて3回、4回と続けます。

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

○このような簡単な支援によって酒量は減り、その効果は比較的長く続くことが多くの研究によって示されています。しかし、アルコール依存症である対象者にこの減酒支援を実施した場合は、この効果はあまり期待できません。この点も踏まえ、飲酒量の多い対象者であって、支援を開始して4～6週間たっても酒量が減らないか、むしろ増えた場合には、可能なら精神保健福祉センター等と連携して専門医療機関での治療につなげるようにしましょう。

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

（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年○月）

減酒支援（ブリーフインターベンション）の具体的な手順

支援初日

【ステップ1】普段の飲酒の評価
- 普段の飲酒状況を改めて確認します。AUDIT質問１～３の内容が有用です。
- この情報をもとに減酒目標を作るため、できるだけ具体的に聞くことが重要です。

【ステップ2】飲酒問題の評価と整理
- 対象者に、お酒の飲み過ぎが原因と思われる問題があるかを質問します。
- 対象者が自ら問題を認識していれば、整理して共有します。
- もし対象者が問題を認識していないのであれば、飲酒の害に関する教材を活用して気付きを促しながら問題点を整理していきます。

【ステップ3】減酒の提案と目標設定
- 減酒を提案し、対象者に合う方法をともに考え、対象者自ら書き出してもらいます。
- 具体的な減酒目標を立てます。例）週に2日休肝日をつくる、多く飲む日でも日本酒3合までにする
- その日からさっそく、「飲酒日記」を付けることを促します。
- 次回面接日を設定し、その日まで日記をつけ目標の達成を目指すよう、励まします。

目安：2～4週間後

支援２回目

【ステップ4】フォローアップ支援
- 支援初日から今までの飲酒状況について、「飲酒日記」を見ながら話し合います。
- 減酒できていれば努力を賞賛し、できなかった場合はその理由を話し合います。
- 飲酒日記をつけていなかった場合には、「なぜつけなかったか、なぜつけたくないのか」という点に立ち返って話し合い、再び取り組むことにつなげます。

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労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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）

飲酒日記

・自分の飲酒習慣を変えたいと思っている方は、毎日の飲酒を正直に記録していくことが手助けになります。
・自分が立てた目標を記録することで、少しずつ目標に向かっていることが確認でき、励みにもなります。
・ここでまず、あなたが立てた飲酒目標を確認しましょう。

私の飲酒目標は［　　］。

（　）週目	飲んだ種類と量	飲んだ状況	飲酒目標達成
月　日（ ）			
月　日（ ）			
月　日（ ）			
月　日（ ）			
月　日（ ）			
月　日（ ）			
月　日（ ）			

私の飲酒目標は［　　］。

（　）週目	飲んだ種類と量	飲んだ状況	飲酒目標達成
月　日（ ）			
月　日（ ）			
月　日（ ）			
月　日（ ）			
月　日（ ）			
月　日（ ）			
月　日（ ）			

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

（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年○月）

飲　酒　日　記

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

私の今週の飲酒目標は、［　　］です。

（　）週目	飲んだ種類と量	飲んだ状況	飲酒目標達成
月　日（ ）			
月　日（ ）			
月　日（ ）			
月　日（ ）			
月　日（ ）			
月　日（ ）			
月　日（ ）			

私の今週の飲酒目標は、［　　］です。

（　）週目	飲んだ種類と量	飲んだ状況	飲酒目標達成
月　日（ ）			
月　日（ ）			
月　日（ ）			
月　日（ ）			
月　日（ ）			
月　日（ ）			
月　日（ ）			

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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）

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，普通だと行えることを飲酒していたためにできなかったことが，どのくらいの頻度でありましたか？
   0. ない　1. １ヶ月に１度未満　2. １ヶ月に１度
   3. １週に１度　4. 毎日あるいはほとんど毎日
6. 過去１年間に，深酒の後体調を整えるために，朝迎え酒をせねばならなかったことが，どのくいらいの頻度でありましたか？
   0. ない　1. １ヶ月に１度未満　2. １ヶ月に１度
   3. １週に１度　4. 毎日あるいはほとんど毎日
7. 過去１年間に，飲酒後罪悪感や自責の念にかられたことが，どのくらいの頻度でありましたか？
   0. ない　1. １ヶ月に１度未満　2. １ヶ月に１度
   3. １週に１度　4. 毎日あるいはほとんど毎日
8. 過去１年間に，飲酒のため前夜の出来事を思い出せなかったことが，どのくらいの頻度でありましたか？
   0. ない　1. １ヶ月に１度未満　2. １ヶ月に１度
   3. １週に１度　4. 毎日あるいはほとんど毎日
9. あなたの飲酒のために，あなた自身か他の誰かがけがをしたことがありますか？
   0. ない　2. あるが，過去１年にはなし　4. 過去１年間にあり
10. 肉親や親戚，友人，医師，あるいは他の健康管理にたずさわる人が，あなたの飲酒について心配したり，飲酒量を減らすように勧めたりしたことがありますか？
   0. ない　2. あるが，過去１年にはなし　4. 過去１年間にあり

（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年〇月）

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，普通だと行えることを飲酒していたためにできなかったことが，どのくらいの頻度でありましたか？
   0. ない　1. １ヶ月に１度未満　2. １ヶ月に１度
   3. １週に１度　4. 毎日あるいはほとんど毎日
6. 過去１年間に，深酒の後体調を整えるために，朝迎え酒をせねばならなかったことが，どのくいらいの頻度でありましたか？
   0. ない　1. １ヶ月に１度未満　2. １ヶ月に１度
   3. １週に１度　4. 毎日あるいはほとんど毎日
7. 過去１年間に，飲酒後罪悪感や自責の念にかられたことが，どのくらいの頻度でありましたか？
   0. ない　1. １ヶ月に１度未満　2. １ヶ月に１度
   3. １週に１度　4. 毎日あるいはほとんど毎日
8. 過去１年間に，飲酒のため前夜の出来事を思い出せなかったことが，どのくらいの頻度でありましたか？
   0. ない　1. １ヶ月に１度未満　2. １ヶ月に１度
   3. １週に１度　4. 毎日あるいはほとんど毎日
9. あなたの飲酒のために，あなた自身か他の誰かがけがをしたことがありますか？
   0. ない　2. あるが，過去１年にはなし　4. 過去１年間にあり
10. 肉親や親戚，友人，医師，あるいは他の健康管理にたずさわる人が，あなたの飲酒について心配したり，飲酒量を減らすように勧めたりしたことがありますか？
   0. ない　2. あるが，過去１年にはなし　4. 過去１年間にあり

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）

酒類のドリンク換算表

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

（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年〇月）

酒類のドリンク換算表

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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）	（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年〇月）
	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 ●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)]、BMI25 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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）	（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年〇月）
	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/m^2 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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）	（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年〇月）
	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も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、

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）	（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年〇月）
	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（PS 比）を 1:1 くらいに保つと、飽和脂肪酸の血清コレステロール値を上げる作用はあまり大きくならず、多価不飽和脂肪酸が少ない場合は、飽和脂肪酸の摂取量を減らし、PS 比を１に近づけることが目標となる。 　LDL コレステロール値を下げる第二の方法は、食品中のコレステロール量を減らすことである。しかし食品中のコレステロール量は、血中 LDL コレステロール値に対する寄与が相対的に小さく、またコレステロールの吸収量に個人差があるため、摂取を厳密にコントロールしても大幅な改善を期待することは難しいこともある。従って、PS 比を適切に保つ指導がより有効である。 　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湿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 ６ ｇ 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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）	（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年〇月）
	○ 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

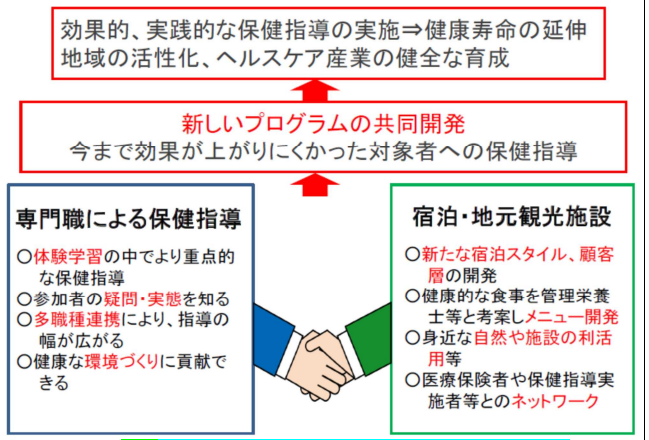
標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）	（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年〇月）
	○ わが国では全穀類の消費量が減少し、牛乳や乳製品、肉類の消費量が増加する、食の欧米化が認められる。伝統的な日本食は脂肪酸のバランスがよく、脳・心血管疾患の予防のためには、塩分を減らした日本食が望ましい。 ○ 具体的には、飽和脂肪と多価不飽和脂肪の比が高い肉の脂身や高脂肪乳製品を避け、n-3 系多価不飽和脂肪酸を含む魚類の摂取を増やす。 ○ 血中 LDL コレステロール値は、摂取する食品中コレステロール量と関連するが、飽和脂肪酸や多価不飽和脂肪酸の摂取量ほど寄与は大きくない。 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、通常の危険な飲酒に対する保健指導である AUDIT に基づくブリーフインターベンションに準じて実施すべきである。 ＜そのほかのハイリスク者に対する節酒指導＞ ○ 高中性脂肪血症、γ-GTP 高値、高尿酸血症も、節酒が推奨されるべき病態である。 ６．禁煙 ○ わが国の観察研究では、肥満の有無に関わらず喫煙は脳・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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）	（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年〇月）
	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組やすくなる。 7．身体活動の増加・適正体重の維持（減量） 〇　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。 〇　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。 〇　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。 〇　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。 〇　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 〇　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。 〇　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。 〇　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。 〇　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　代表研究者　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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）	（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年〇月）
	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.CESKA. 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 analisis 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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）	（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年〇月）
	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.

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）	（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年〇月）
	別添４　宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラム １．背景 〇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組むことが必要である。 〇「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 〇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。 〇旅の持つ楽しさ・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。 〇特に、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。 〇地域の社会資源（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 ③生活習慣病治療中の者 [a] 非肥満者：特定保健指導階層化基準非該当者

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）	（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年〇月）
	（２）多機関・多職種連携 〇宿泊型新保健指導（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 〇十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。 〇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。 〇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 〇座学だけではなく、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）。 〇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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）	（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年〇月）
	〇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。 〇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。

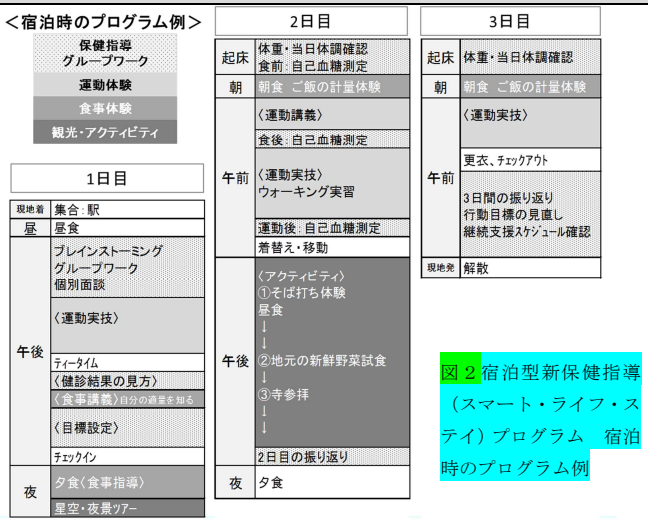


図２宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラム　宿泊時のプログラム例

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）

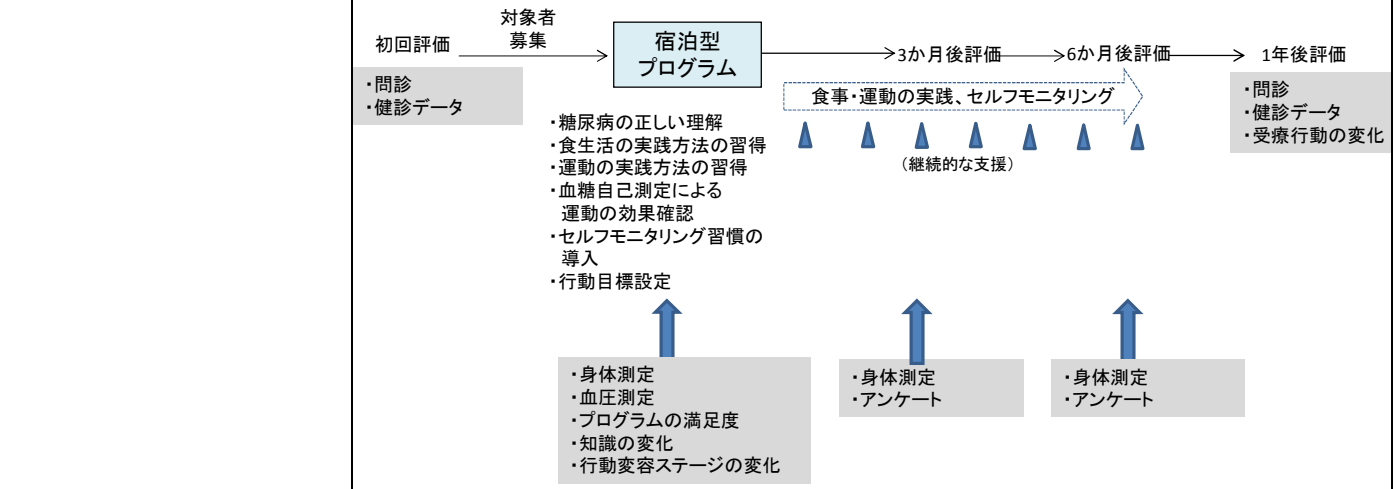


図３　宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラムの流れ

（２）体制づくり

１）実施主体

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）	（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年〇月）
	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。 [b] 民間団体は、法人格を有する団体及び民間企業とする。 ２）役割の明確化（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 〇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。 〇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。 〇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。 〇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。 〇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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）	（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年〇月）
	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て、血糖変動を確認する。 [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。 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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）	（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年〇月）
	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。 [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。 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に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[e]。体重、血圧、腹囲を自己測定、記録のつけ方を実習する。 [e] 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。 ７）ブレインストーミング・グループワーク 〇宿泊当日の導入は、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。 〇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。 〇グループワークは、最終段階で一括するより「振り返り」として随所に組み

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）	（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年〇月）
	こむ方が効果的である。 〇終了後のコミュニティ・グループ（つながり）の形成支援も行うことが望ましい。 ８）行動目標、行動計画設定 宿泊の最終日に、行動目標設定の時間を設ける。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 〇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） 〇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。 〇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。 〇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。 〇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。 〇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。 〇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）へのつなぎや情報提供を実施する。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）

（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年〇月）

＜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
			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
午後	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 ・高原でのリラクセーション ・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	リラクセーション　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		

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）	（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年〇月）
	（５）プログラムの実施 〇プログラムが予定通りに進行しているかを確認する。 〇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。 〇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。 〇必要に応じて、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。 〇「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。 〇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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）	（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年〇月）
	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。 〇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）。 〇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。 〇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。 〇救急体制を検討し、緊急連絡先等を定めておくことが必要である。 〇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。 〇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。 [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 （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[d]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、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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年 4 月）

（改訂案）標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年〇月）

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（　　）

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

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	・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。	・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。 ・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。
プログラム管理者	・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。	
保健指導実施者	・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。	

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/）

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
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	第１章　人材育成体制の整備
（１）基本的考え方 〇　健診・保健指導事業の企画立案・実施・評価が本プログラムに基づき適切に実施されるよう、これらの業務を行う者は、都道府県等が実施する研修に積極的に参加するとともに、常に自己研鑽に努める必要がある。 〇　国、都道府県、市町村、医療保険者、医療関係団体等は、健診・保健指導事業の企画立案・実施・評価の業務を行う者に対し、最新の科学的知見に基づいた効果的な保健指導の知識・技術を修得するための研修や、具体的な保健指導の事例の情報提供など人材育成の機会を提供する必要がある。	（１）基本的考え方 〇　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。 〇　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、全国において一定レベル以上の人材の質が確保されるよう、健診・保健指導に関する人材育成の体系や研修に関するガイドラインを作成し、都道府県等に示すとともに、都道府県等が研修を行う際に使用することができる学習教材等を作成・提供する。 また、国は、国立保健医療科学院において都道府県の指導者（健診・保健指導に関する研修を企画立案する者）等に対する研修を行う。	（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・保健指導の研修に関するガイドライン」を踏まえ、健診・保健指導事業の企画立案・実施・評価の業務を行う者を対象に、①企画立案・評価に関する知識・技術、②最新の科学的知見に基づいた効果的な保健指導の知識・技術、③ポピュレーションアプローチとの効果的な組合せ等に関する研修を実施する。このほか、保健指導の質の向上のために、標準的な質問票や健診等のデータを用いた評価方法についても研修を行うことが求められる。その際、市町村や医療保険者の評価に用いられる死亡統計などの都道府県のデータをまとめて提供する。 また、これらの研修を実施するため、都道府県は、地域の医療関係団体、教育機関等の協力を得て、研修を行う講師等を確保するとともに、都道府県が実施する研修会と医療関係団体等が実施する研修の開催日時が重なったり、同じ内容となったりしないよう、都道府県が中心となって、研修を行う団体間の調整を行う。 なお、医療保険者やアウトソーシング機関を対象とした研修等を実施する際にはもれなく周知できるような体制整備が必要である。 さらに、都道府県は、当該都道府県内において健診・保健指導を行う人材の確保が困難な地域が発生しないように、市町村の求めに応じて、当該市町村に研修を行う講師等を派遣し、研修を実施するなど各都道府県内で研修の実施体制が確保できるよう配慮する。	（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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
（４）市町村の役割 市町村は、保健事業（①医療保険者としての健診・保健指導、②住民に対する生活習慣病予防のためのポピュレーションアプローチ）に従事する医師、保健師、管理栄養士等に対して、市町村自らが研修を行うことに加え、都道府県、医療関係団体等が実施する研修を受けさせることが必要である。 また、国保部門と衛生部門のジョブローテーション[1]により、健診・保健指導とポピュレーションアプローチとの効果的な組合せを企画立案できる人材の育成を行うことや、健診・保健指導の経験を有する者を都道府県等が実施する研修の講師とする等の協力を行うことも必要である。 今後、我が国の人口構造が一層高齢化していくことが見込まれている中、国保、衛生、介護の各部門が共通認識を持って保健事業を的確かつ効果的に実施していくことが必要である。このため、各市町村レベルでこの三部門が連携して、住民や地域の実態やニーズに即した保健事業などを運営できる技能・知識を有する人材を育成していくことが重要である。 さらに、市町村は、これまで健康づくりに関するボランティア等を育成してきたところであるが、これらのボランティア等による活動は、健診受診率の向上や住民自らの生活習慣の改善に有効であることから、これらの活動をポピュレーションアプローチの重要な手法と位置づけ、地域で自主的に健康づくりを推進するボランティア等育成のための研修を実施することが必要である。また、健康は、社会経済環境の影響を受けるため、個人の取組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。 [1]資質向上のため、人材育成計画に基づいて、職務の異動を行うこと。	（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。 [a] ジョブローテーション：資質向上のため、人材育成計画に基づいて、職務の異動を行うこと。
（５）医療保険者の役割 医療保険者は、健診・保健指導事業の企画立案・実施・評価の業務を行う者に対して、医療保険者自らが研修を行うことに加え、都道府県、医療関係団体等が実施する研修を受けさせることが必要である。 また、医療保険者の中央団体は、最新の科学的知見に基づいた効果的な健診・保健指導が実施されるよう、医療関係団体、教育機関等の協力を得て、資質の向上を継続的に図られるよう団体所属の医療保険者に対し、医療保険者が研修を行う際に使用することができる学習教材等を作成・提供することや、医療保険者団体自ら研修を実施するなど医療保険者が行う人材育成を支援していくことが必要である。	（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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
（６）医療関係団体の役割 日本医師会、日本看護協会、日本栄養士会等の医療関係団体及び当該団体の都道府県組織は、保健指導を実施する者の資質の向上を図るため、積極的に研修会を行うことが求められる。研修会の実施に際しては、複数の医療関係団体が協力し、共同で実施することや、日本歯科医師会や日本薬剤師会等の医療関係団体及び当該団体の都道府県組織から講師を紹介してもらうことなど、複数の職種で構成されるチームによる保健指導に繋がるような配慮も必要である。 また、保健指導に従事する医師、保健師、管理栄養士等については、メタボリックシンドロームの概念を導入した保健指導に関する知識・技術を有することが必須であることから、関係団体、学会等が保健指導に関連し、特に認定する既存の資格（日本医師会認定健康スポーツ医など）の養成課程においても、そのような観点からの研修内容が盛り込まれることが求められる。	（６）医療関係団体の役割 日本医師会、日本看護協会、日本栄養士会等の医療関係団体及び当該団体の都道府県組織は、保健指導を実施する者の資質の向上を図るため、積極的に研修会を行うことが求められる。研修会の実施に際しては、複数の医療関係団体が協力し、共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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
第２章　最新の知見を反映した健診・保健指導内容の見直しのための体制整備	第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 〇　どのような健診項目等を設定し、保健指導を実施すれば、効果的・効率的に被保険者の生活習慣病予防が図られるのかを評価するため、各医療保険者は、健診・保健指導に関するデータを継続的に蓄積することが必要となる。 〇　各医療保険者が蓄積したデータについては、個人情報の保護に十分留意しつつ、国において分析・評価し、その結果を健診・保健指導プログラムに反映することが必要である。	（１）基本的考え方 〇 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。 〇 各保険者が蓄積したデータについては、個人情報の保護に十分留意しつつ、国において分析・評価し、その結果を健診・保健指導プログラムに反映することが必要である。
（２）国の役割 国は、健診・保健指導データの評価を踏まえ、保健指導に用いる学習教材等の作成を行う。このような学習教材の作成に際しては、独立行政法人国立健康・栄養研究所における研究成果や調査結果の活用について協力を得ながら、国立保健医療科学院が中心となり、学習教材を作成していくことが必要となる。さらに、国立保健医療科学院においては、保健指導を行う際の支援材料、学習教材等をインターネットで公開し、自由にダウンロードできるシステムを構築する。 また、国立保健医療科学院においては、健診・保健指導内容の科学的根拠を継続的に収集し、評価するため、健診・保健指導データ等を分析する機能・役割が必要となる。 さらに、国は、最新の知見を反映した健診・保健指導を効果的に行うために、医師、保健師、管理栄養士等の基礎教育において必要な知識・技術を習得させる必要があり、これらの養成カリキュラムの見直しの検討を行うことも必要である。	（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などの議論を踏まえ、健診・保健指導プログラムの見直しを行う必要性やその内容について国に対し協力を行うことが望まれる。	（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、医療保険者や地域の大学・研究機関等の協力を得て、健診・保健指導データを統計的に処理・分析し、評価を行うことにより、都道府県における健康づくり施策や都道府県が実施する研修内容へ反映させるとともに、保険者協議会や各地域の地域・職域連携推進協議会等に対し、健診・保健指導の効果の評価、研修内容の相互評価、委託先の事業者のサービスの質の相互評価を図る場を提供することが必要である。	（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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
（５）市町村の役割 市町村においては、保健事業（①医療保険者としての健診・保健指導、②住民に対する生活習慣病予防のためのポピュレーションアプローチ）を総合的に実施するため、医師、保健師、管理栄養士等が健診データ、レセプトデータ、介護保険データ等を活用（医療保険者としての個人情報保護に抵触しない方法での利用が前提）することにより地域ごとの課題を明確にした上で、ポピュレーションアプローチを効果的・効率的に実施していくことが必要である。	（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。
（６）その他 今後、健診・保健指導データの蓄積が進むにつれ、医療保険者自らが実施する場合も含め、健診・保健指導の質の管理・評価を行うための仕組みが必要となると考えられるため、第三者機能評価の在り方について検討を進める必要がある。	（削除）

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
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	第３章　健診・保健指導の実施・評価のためのデータ分析とデータ管理
３－１　健診・保健指導の実施・評価のための指標・項目	３－１　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 〇　国の目標（平成２７年度に平成 20 年と比べて糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群を２５％減少させる）の達成のためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展さらに重症化・合併症へと悪化する者を減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群さらには健康な状態へ改善する者を増加させることが必要である（別紙１）。	（１）基本的考え方 〇　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）。
〇　医療保険者には、健診・保健指導データとレセプトが集まることになるため、電子化された健診・保健指導データとレセプトを突合したデータの分析を行うことにより、この分析結果を基にして、前年度の保健指導による予防の効果を評価することや、健診結果が「受診勧奨」となった者の受療状況の確認をすることが可能となる。	〇　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。
〇　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。	〇　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。
〇　医療保険者に所属する医師、保健師、管理栄養士等は健診・保健指導データとレセプトから、どの部分に焦点を絞って、疾病予防・重症化予防を行うのが効果的かを検討することが必要である。	〇　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。
〇　また、医療保険者に医師、保健師、管理栄養士等が所属していない場合には、地域・職域の医師、保健師、管理栄養士等の協力を受けて評価する必要がある。例えば、市町村国保においては衛生部門、健保等では職域の産業医、保健師等の協力を得ることが想定される。さらに、小規模な健保等については、保健所・衛生研究所・健康科学センター等の協力を得ることも想定される。	〇　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。
〇　健診・保健指導の実施・評価の際には、対象集団の母集団となる行政単位の人口動態統計（死因統計）、患者調査、国民生活基礎調査、国民健康・栄養調査（県民健康・栄養調査）、医療費データ、介護保険データなどから確認しうる地域集団の健康課題の特徴を把握するとともに、対象集団の健診結果や生活習慣の知識・態度・行動に影響を及ぼす要因を把握することが必要である。	〇　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。
〇　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	〇　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

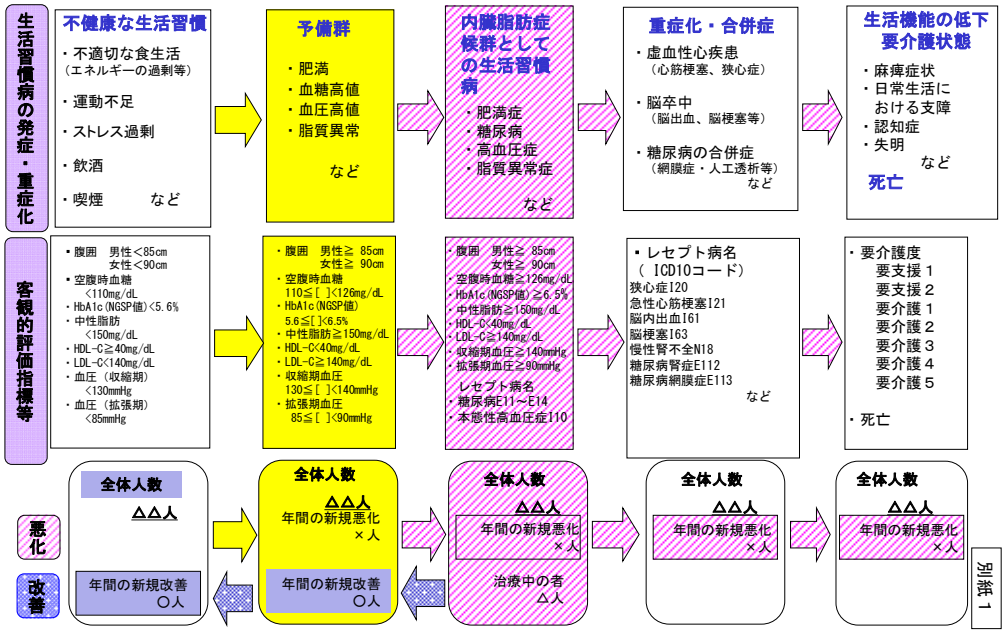
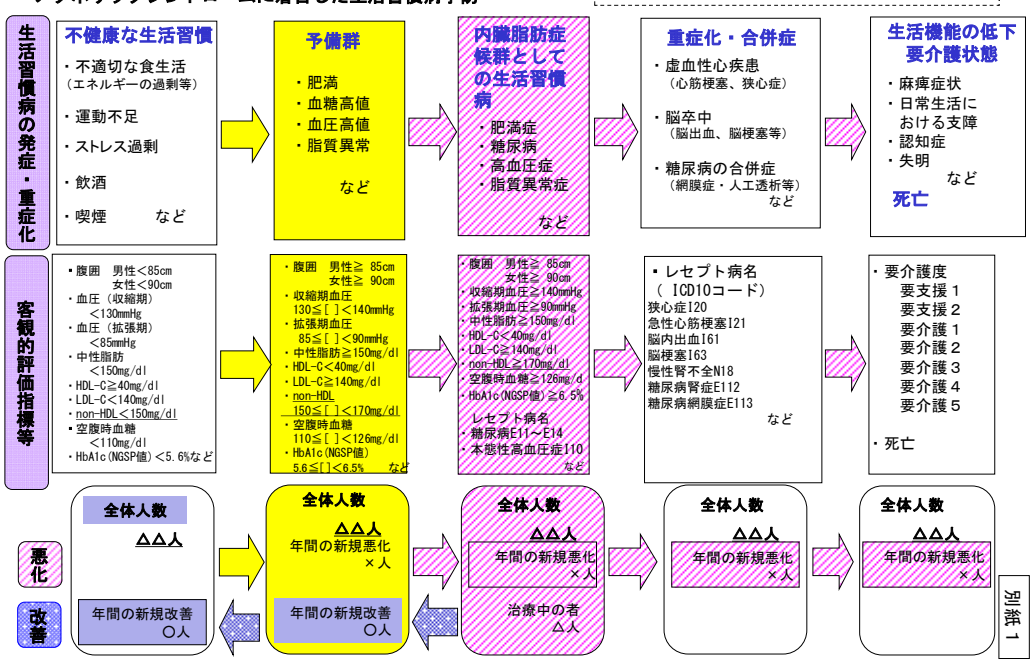
標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
計画、都道府県医療費適正化計画等の基礎資料としても有益な指標・項目であることが必要である。	計画、都道府県医療費適正化計画等の基礎資料としても有益な指標・項目であることが必要である。
（２）具体的な健診・保健指導を評価するための指標・項目 ①　個人の評価のための指標・項目 〇　健診の指標・項目（当該年度） ・受療状況 ・健診受診状況 ・各健診項目（測定値） ・各健診項目判定結果 〇　保健指導の指標・項目（当該年度） ・生活習慣改善状況 ・行動変容ステージ（準備状態）の変化 ・介護保険の利用状況 〇　レセプト ・受療状況の有無 （健診の結果、「受診勧奨」となったにもかかわらず、受診がなされていないのではないか、糖尿病で受診中断がないのか等の確認ができる。）	（２）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 〇　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 〇　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 〇　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 〇　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 〇　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 〇　レセプト ・受療状況の有無 ・医療費	②　集団の評価のための指標・項目 〇　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 〇　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 〇 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）の把握が重要である。 〇　健診の指標・項目（当該年度） 〇　保健指導の指標・項目（当該年度） 〇　レセプト 〇　事業を評価するための関連情報	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 〇　健診の指標・項目（当該年度） 〇　保健指導の指標・項目（当該年度） 〇　レセプト 〇　事業を評価するための関連情報

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
３－２　医療保険者における健診・保健指導の実施・評価	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 〇　医療保険者は、全ての 40 歳から 74 歳の被保険者に対し、健診の受診を促すとともに、健診結果やレセプト等のデータを有効に活用し、必要な保健指導（情報提供・動機づけ支援・積極的支援）対象者を確実に選定し、被保険者の生活習慣改善の取組みを支援する。また、対象集団（医療保険者）における健診・保健指導プログラムが有効であったかどうかについて、ICD-10[1]に基づいて分類される疾病の受療状況についてレセプトの活用などにより評価を行う。	（１）基本的考え方 〇　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。
〇　医療保険者は、レセプトを活用した分析を実施し、健診・保健指導の計画、評価を行い、保健指導内容の改善、アウトソーシング先の選定の参考とするなど、健診・保健指導事業の改善を行うことが可能である。	〇　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。
（新設）	〇　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。 〇　分析スキルに長けた人材との連携も重要。 〇　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。 〇　データヘルス計画との連動をはかる。
〇　医療保険者は、委託先の事業者から健診データが円滑に移行されるよう、事業者との連携を密に図り、効果的・効率的な健診・保健指導実施計画を策定し、事業を実施すべきである。 〇　医療保険者は、特定健診・保健指導の実施状況や、レセプトデータの状況、医療保険者における評価・改善に関する知見の集積状況や習熟度等の動向を踏まえ、健診・保健指導の評価に取組む必要がある。	〇　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。 〇　保険者は、健診・保健指導の実施状況や、レセプトデータの状況、保険者における、評価・改善に関する知見の集積状況や習熟度等の動向を踏まえ、健診・保健指導の評価に取組む必要がある。
[1]International Classification of Diseases 国際疾病分類。疾病の国際比較を可能にするためWHO（世界保健機関）が作成。	[b] ＩＣＤ-10：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。
（２）具体的な健診・保健指導の実施・評価の手順（例） 医療保険者において、健診・保健指導関連データとレセプトを突合したデータを用いて健診・保健指導の評価を行うため、医師、保健師、管理栄養士等は、生活習慣病は予	（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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
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。	めに何が必要かを考えることが重要である。また、予防ができなかったケースのデータから、なぜ予防できなかったのかについて分析し、次の事業に反映させることも重要である。
〔評価手順の一例〕	〔評価手順の一例〕
①　利用するレセプトの抽出	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。	○　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。	○　レセプトの病名は主傷病と副傷病に分かれているが、両方とも拾う。さらに、生活習慣病に関係する病名が主傷病か副傷病かを分類するため、主傷病が分かるようにデータを抽出する。
○　将来的にレセプトがオンライン化されれば電子データからの変換が可能となるが、それまでは、健診データにレセプト病名コードを追加することにより対応する。	（削除）
○　病名コードは、ICD 分類に基づくものとする。	○　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	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	※　高額レセプト、長期レセプト、重複疾病の抽出による突合分析
○　高額なレセプト（例：１ヶ月２００万円以上など）を分析することにより、どのような疾患が高額になっているかを調べ、どの疾患の予防を優先的な保健指導の対象とするか考える（ 様式１－1、２ ）。	○　高額なレセプト（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 ）。	○　高額なレセプトだけでなく、長期に治療が継続することにより結果的に医療費が高額になる疾患についても調べ、どの疾患の予防を優先的な保健指導の対象とするかについても考える（ 様式２－１～３ ）。
○　被保険者集団の特徴や健康課題を把握するため、複数の生活習慣病の罹患状況を調べ、糖尿病、高血圧症、脂質異常症、虚血性心疾患、脳卒中、人工透析を要する慢性腎不全等の疾病毎に分析を行う（ 様式３－１～７ ）。	○　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、被保険者集団の疾患分布等の特徴を把握するための資料を収集・作成する（ 様式４－１～６ ）。	○　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５－１～１４ ）。	○　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）	③　集団の健康状況の把握（健診・保健指導結果による経年的なアウトカム評価）
○　被保険者集団全体の健康状況を把握するため、健診有所見者状況、メタボリック	○　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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年○月）
シンドロームのリスクの重複状況、健診受診率、支援別保健指導実施率等の健診・保健指導実施結果の特徴を、経年的データを用いて分析する（様式６―１～１１ ）。	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	④　健診・保健指導の総合的評価に関するデータ
○　健診・保健指導の評価を行う上では、メタボリックシンドローム、糖尿病等の生活習慣病の増減等を評価する必要がある（ 様式７ ）。	○　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・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。	○　毎年の健診・保健指導事業の評価を行うためには生活習慣病の有病者や予備群への移行者数の減少以外にも、補足的な評価項目が必要である。
○　補足的な評価項目としては、有病者又は予備群のままであったとしても、リスク数の減少などが想定される。	○　補足的な評価項目としては、有病者又は予備群のままであったとしても、リスク数の減少等が想定される。
○　健診・保健指導の費用と医療費の削減効果が比較できる仕組みが必要である。	○　健診・保健指導の費用と医療費の削減効果が比較できる仕組みが必要である。
○　医療保険者は、被保険者に対して健診・保健指導の総合的評価を情報提供することが必要である。	○　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	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。	○　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。	○　腹囲の増加、体重の増加等が認められないこと、追加リスクがないこと（現状維持）も評価すべきである。また、追加リスクがある場合であっても腹囲等が減少したことを評価すべきである。
○　動機づけ支援、積極的支援の対象者については、生活習慣（食事、運動、喫煙等）の変化、行動変容のステージ（準備状態）の変化、設定目標の達成状況についても評価すべきである。	○　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。
注）詳細な手順等については、厚生労働科学研究費補助金による研究事業において、「健診データ・レセプト分析から見る生活習慣病管理」（平成 18 年度）が取りまとめられている。	○ 詳細な手順等については、厚生労働科学研究費補助金による研究事業において、「健診データ・レセプト分析から見る生活習慣病管理」（平成 18 年度）が取りまとめられている。
３－３　健診・保健指導計画作成及び評価のためのデータ管理	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	（１）基本的考え方
○　健診・保健指導のデータは個人の健康情報が入っているので、あらかじめ医療保険者により定められた責任者をおいて管理することが望ましい。	○　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。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
○　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。	○　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。
○　医療保険者は被保険者の健診・保健指導結果を適切に管理するとともに、その情報を各個人が保存しやすい形※で提供することが必要である。 ※　健診結果の様式の考え方 ・日本工業規格 A4 型１枚に収納される様式であること。 ・特定健診の基本的な健診項目全てについて検査値及び結果とその判定について記載されていること。 ・できる限り、経年的な結果、データを視覚的に表現し、受診者が理解しやすい体裁を有すること。	○　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。 [d] 健診結果の様式の考え方：・特定健診の基本的な健診項目全てについて、検査値及び結果とその判定について記載されていること。 ・できる限り、経年的な結果、データを視覚的に表現し、受診者が理解しやすい体裁を有すること。
３－４　個人情報の保護とデータの利用に関する方針	３－４　個人情報の保護とデータの利用に関する方針
（１）基本的考え方 医療保険者は、健診・保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）及びこれに基づくガイドライン（平成 16 年 12 月 24 日厚生労働省）等を踏まえた対応を行う。その際には、受診者の利益を最大限に保証するため個人情報の保護に十分に配慮しつつ、効果的・効率的な健診・保健指導を実施する立場から、収集された個人情報を有効に利用することが必要である。	（１）基本的考え方 保険者は、健診・保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、「個人情報の保護に関する法律」（平成 15 年法律第 57 号）（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、収集された個人情報を有効に利用することが必要である。
（２）具体的な個人情報の保護とデータの利活用の方法 ○　個人情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律及びこれに基づくガイドライン、「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成 16 年 12 月 27 厚生労働省）、「国民健康保険組合における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成 17 年４月１日厚生労働省）等を遵守すること。	（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。
（新設）	○　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。	○　健診・保健指導データの電子媒体による保存等については、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（厚生労働省）の最新版を遵守すること。
○　医療保険者は、健診・保健指導データを都道府県に提出する場合には、健診・保健	○　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、

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
指導データのうち、氏名等の情報をはずし、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）。	健診・保健指導データのうち、氏名等の情報をはずし、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。	○　上記の個人情報の保護に係る一定のルールを満たした上で、収集・蓄積された健診・保健指導に係るデータについては、健診・保健指導の実施に係る者が、国あるいは都道府県別レベルで利用することができるような、仕組みを整備することが望ましい。
○　国により都道府県毎に分類され、都道府県へ提供された健診・保健指導に係るデータについては、医療保険者による医療費適正化の一環として、保険者協議会等の場において、生活習慣病対策の企画立案・評価のために利活用されることが望ましい。	○　国により都道府県毎に分類され、都道府県へ提供された健診・保健指導に係るデータについては、保険者による医療費適正化のみならず、保険者協議会や地域職域連携推進会議等の場において、生活習慣病対策の企画立案・評価のために利活用されることが望ましい。
別紙１ **生活習慣病の発症予防・重症化予防対策の分析・評価指標** **～メタボリックシンドロームに着目した生活習慣病予防～** **各医療保険者、都道府県、国レベルで以下のような分析・評価を行い、生活習慣病の減少に努める。**  	別紙１ **生活習慣病の発症予防・重症化予防対策の分析・評価指標** **～メタボリックシンドロームに着目した生活習慣病予防～** **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。** 

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
（新設）	別紙２ 〇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って、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って、本人の同意を得ることが困難であるとき。 三　公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。 四　国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき。 ２　個人情報取扱事業者は、第三者に提供される個人データについて、本人の求めに応じて当該本人が識別される個人データの第三者への提供を停止することとしている場合であって、次に掲

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）	標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）
	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	年齢	性別	入院・入院外	費用額	基礎疾患				循環器疾患					その他	傷病名1	傷病名2	傷病名3	傷病名4	傷病名5
						高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症	虚血性心疾患	（再）バイパス・ステント手術	大動脈疾患	脳血管疾患	動脈閉塞						
1			男	入院		●				●	●									
2			男	入院		●	●			●	●									
3			男	入院		●							●							
4			女	入院			●							●						
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
26																				

再計		件数計（割合）	入院件数計（割合）	費用額合計	1件あたり費用額	他疾患の合併（基礎疾患及び疾病の進展）								
						基礎疾患				循環器疾患				その他
						高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症	虚血性心疾患	大動脈疾患	脳血管疾患	動脈閉塞	
						計（割合）	計（割合）	計（割合）	計（割合）	計（割合）	計（割合）	計（割合）	計（割合）	計（割合）
	虚血性心疾患													
	大動脈疾患													
	脳血管疾患													

様式1－1

様式1-1　200万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	動脈閉塞性疾患						
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		件数計（割合）	入院件数計（割合）	費用額合計	1件あたり費用額	他疾患の合併（基礎疾患及び疾病の進展）								
						基礎疾患				循環器疾患				その他
						高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症	虚血性心疾患	大動脈疾患	脳血管疾患	動脈閉塞性疾患	
						計（割合）	計（割合）	計（割合）	計（割合）	計（割合）	計（割合）	計（割合）	計（割合）	計（割合）
	虚血性心疾患													
	大動脈疾患													
	脳血管疾患													

様式1－1

様式１－２　200万円以上となったレセプト基礎疾患（費用額別・疾患別）

	循環器疾患								その他		総合計	
	虚血性心疾患		大動脈疾患		脳血管疾患		動脈閉塞					
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
1000 万円以上												
900 万円台												
800 万円台												
700 万円台												
600 万円台												
500 万円台												
400 万円台												
420万円以上小計	血管に関する疾患											
	件数				割合							
300 万円台												
200 万円台												
合計	（再）血管病に関する疾患											
	件数				割合							

審査基準、高額レセ

より高額なものが血管病であることを知るため

様式１－２

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

より高額なものが血管病であることを知るため

様式１－２

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	傷病名1	傷病名2	傷病名3	傷病名4	傷病名5	（再計）生活習慣病　該当するところに●							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	
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
												計（割合）	計（割合）	計（割合）	計（割合）	計（割合）	計（割合）	計（割合）	
再掲											虚血性心疾患								
											脳血管疾患								
											動脈閉塞								

様式２－１

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２－１

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）

訪問・面接によ

番号	被保険者番号	性別	年齢	透析開始年月日	再掲 今年度新規に○	透析実施月数	1ヶ月の費用額	傷病名1	傷病名2	傷病名3	傷病名4	傷病名5	該当に○をつける 糖尿病	糖尿病の再掲 インスリン療法	糖尿病の再掲 糖尿病性神経障害	糖尿病の再掲 糖尿病性網膜症	動脈閉塞	高血圧症	高尿酸血症	虚血性心疾患	脳血管疾患	（参考総医療費）直近レセプトの費用額×透析月数
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２－２　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）

訪問・面接により聞き取る

番号	被保険者番号	性別	年齢	透析開始年月日	再掲 今年度新規に○	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	該当に○をつける 糖尿病	糖尿病の再掲 インスリン療法	糖尿病の再掲 糖尿病性神経障害	糖尿病の再掲 糖尿病性網膜症	動脈閉塞性疾患	高血圧症	高尿酸血症	虚血性心疾患	脳血管疾患	（参考総医療費）直近月レセプトの費用額×透析月数
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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）

様式2－3

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ー覧

→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〇）								
基礎疾患の有無				その他の合併症				
高血圧症	糖尿病	（高尿酸血症）	その他（病名記載）	糖尿病性網膜症	糖尿病性神経障害	動脈閉塞	虚血性心疾患	脳血管疾患
原因疾患に気づいた時期								
原因疾患に気づいたきっかけ（健診・自覚症状・その他）								

健診受診状況	平成　年	平成　年	平成　年	平成　年	平成　年	平成　年	平成　年
年齢							
腹囲							
中性脂肪							
HDLコレステロール							
血糖							
HbA1c							
血圧							
（尿酸）							
LDLコレステロール							
（血清クレアチニン）							
心電図							
眼底検査							
保健指導の有無・内容							
治療の経過							

標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

様式2－3

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ー覧

→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〇）								
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
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３－１　生活習慣病全体の分析〔レセプト分析（5月診療分のみ）〕

男性

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	生活習慣病		脳血管疾患		虚血性心疾患		糖尿病		（再掲）										高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症	
											インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害							
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
20歳代以下																										
30歳代																										
40歳代																										
50歳代																										
60歳代																										
70～74歳																										
合計																										
（再掲）40～74歳																										
（再掲）65～74歳																										

女性

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	生活習慣病		脳血管疾患		虚血性心疾患		糖尿病		（再掲）										高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症	
											インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害							
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
20歳代以下																										
30歳代																										
40歳代																										
50歳代																										
60歳代																										
70～74歳																										
合計																										
（再掲）40～74歳																										
（再掲）65～74歳																										

総数

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	生活習慣病		脳血管疾患		虚血性心疾患		糖尿病		（再掲）										高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症	
											インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害							
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
20歳代以下																										
30歳代																										
40歳代																										
50歳代																										
60歳代																										
70～74歳																										
合計																										
（再掲）40～74歳																										
（再掲）65～74歳																										

様式３－１

様式３－１　生活習慣病全体の分析〔レセプト分析（〇月診療分）〕

男性

年代	被保険者数	1ヶ月のレセ件数	生活習慣病		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		（再掲）								高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症	
													インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害							
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
20歳代以下																										
30歳代																										
40歳代																										
50歳代																										
60～64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ヶ月のレセ件数	生活習慣病		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		（再掲）								高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症	
													インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害							
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
20歳代以下																										
30歳代																										
40歳代																										
50歳代																										
60～64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ヶ月のレセ件数	生活習慣病		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		糖尿病		（再掲）								高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症	
													インスリン療法		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害							
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
20歳代以下																										
30歳代																										
40歳代																										
50歳代																										
60～64歳																										
65～69歳																										
70～74歳																										
合計																										
（再掲）40～74歳																										
（再掲）65～74歳																										

様式３－１

様式３－２　糖尿病の分析〔レセプト分析（5月診療分のみ）〕

男性

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	糖尿病		（再掲）糖尿病合併症										脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症	
					インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害											
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
20歳代以下																								
30歳代																								
40歳代																								
50歳代																								
60歳代																								
70～74歳																								
合計																								
（再掲）40～74歳																								
（再掲）65～74歳																								

女性

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	糖尿病		（再掲）糖尿病合併症										脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症	
					インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害											
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
20歳代以下																								
30歳代																								
40歳代																								
50歳代																								
60歳代																								
70～74歳																								
合計																								
（再掲）40～74歳																								
（再掲）65～74歳																								

総数

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	糖尿病		（再掲）糖尿病合併症										脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧症		高尿酸血症		脂質異常症	
					インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害											
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
20歳代以下																								
30歳代																								
40歳代																								
50歳代																								
60歳代																								
70～74歳																								
合計																								
（再掲）40～74歳																								
（再掲）65～74歳																								

様式３－２

様式３－２　糖尿病の分析〔レセプト分析（<u>〇月診療分</u>）〕

男性

年代	被保険者数	1ヶ月のレセ件数	糖尿病		（再掲）糖尿病合併症										脳血管疾患		虚血性心疾患		<u>人工透析</u>		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	数	割合
20歳代以下																										
30歳代																										
40歳代																										
50歳代																										
<u>60～64歳</u>																										
<u>65～69歳</u>																										
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ヶ月のレセ件数	糖尿病		（再掲）糖尿病合併症										脳血管疾患		虚血性心疾患		<u>人工透析</u>		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	数	割合
20歳代以下																										
30歳代																										
40歳代																										
50歳代																										
<u>60～64歳</u>																										
<u>65～69歳</u>																										
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ヶ月のレセ件数	糖尿病		（再掲）糖尿病合併症										脳血管疾患		虚血性心疾患		<u>人工透析</u>		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	数	割合
20歳代以下																										
30歳代																										
40歳代																										
50歳代																										
<u>60～64歳</u>																										
<u>65～69歳</u>																										
70～74歳																										
合計																										
（再掲）40～74歳																										
（再掲）65～74歳																										

様式３－２

様式３－３　高血圧の分析〔レセプト分析（5月診療分のみ）〕

男性

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	高血圧症		脳血管疾患		虚血性心疾患		糖尿病		（再掲）糖尿病合併症										高尿酸血症		脂質異常症	
											インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害					
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
20歳代以下																								
30歳代																								
40歳代																								
50歳代																								
60歳代																								
70～74歳																								
合計																								
（再掲）40～74歳																								
（再掲）65～74歳																								

女性

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	高血圧症		脳血管疾患		虚血性心疾患		糖尿病		（再掲）糖尿病合併症										高尿酸血症		脂質異常症	
											インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害					
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
20歳代以下																								
30歳代																								
40歳代																								
50歳代																								
60歳代																								
70～74歳																								
合計																								
（再掲）40～74歳																								
（再掲）65～74歳																								

総数

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	高血圧症		脳血管疾患		虚血性心疾患		糖尿病		（再掲）糖尿病合併症										高尿酸血症		脂質異常症	
											インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害					
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
20歳代以下																								
30歳代																								
40歳代																								
50歳代																								
60歳代																								
70～74歳																								
合計																								
（再掲）40～74歳																								
（再掲）65～74歳																								

様式３－３

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	
													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	
													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	
													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

様式３－４　高脂血症の分析[レセプト分析（5月診療分のみ）]

男性

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		糖尿病		（再掲）糖尿病合併症										高尿酸血症		高血圧症	
											インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害					
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
20歳代以下																								
30歳代																								
40歳代																								
50歳代																								
60歳代																								
70～74歳																								
合計																								
（再掲）40～74歳																								
（再掲）65～74歳																								

女性

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		糖尿病		（再掲）糖尿病合併症										高尿酸血症		高血圧症	
											インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害					
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
20歳代以下																								
30歳代																								
40歳代																								
50歳代																								
60歳代																								
70～74歳																								
合計																								
（再掲）40～74歳																								
（再掲）65～74歳																								

総数

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		糖尿病		（再掲）糖尿病合併症										高尿酸血症		高血圧症	
											インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害					
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
20歳代以下																								
30歳代																								
40歳代																								
50歳代																								
60歳代																								
70～74歳																								
合計																								
（再掲）40～74歳																								
（再掲）65～74歳																								

様式３－４

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	
													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	
													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	
													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３－４

様式３－５　虚血性心疾患の分析〔レセプト分析（5月診療分のみ）〕

男性

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	虚血性心疾患		脳血管疾患		糖尿病		（再掲）糖尿病合併症										高尿酸血症		高血圧症		脂質異常症	
									インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害							
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
20歳代以下																								
30歳代																								
40歳代																								
50歳代																								
60歳代																								
70～74歳																								
合計																								
（再掲）40～74歳																								
（再掲）65～74歳																								

女性

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	虚血性心疾患		脳血管疾患		糖尿病		（再掲）糖尿病合併症										高尿酸血症		高血圧症		脂質異常症	
									インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害							
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
20歳代以下																								
30歳代																								
40歳代																								
50歳代																								
60歳代																								
70～74歳																								
合計																								
（再掲）40～74歳																								
（再掲）65～74歳																								

総数

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	虚血性心疾患		脳血管疾患		糖尿病		（再掲）糖尿病合併症										高尿酸血症		高血圧症		脂質異常症	
									インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害							
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
20歳代以下																								
30歳代																								
40歳代																								
50歳代																								
60歳代																								
70～74歳																								
合計																								
（再掲）40～74歳																								
（再掲）65～74歳																								

様式３－５

様式３－５　虚血性心疾患の分析〔レセプト分析（○月診療分）〕

男性

年代	被保険者数	1ヶ月のレセ件数	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	
											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	
											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	
											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３－５

様式３－６　脳梗塞・脳出血の分析〔レセプト分析（5月診療分のみ）〕

男性

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	脳血管疾患		高血圧症		糖尿病		（再掲）糖尿病合併症										虚血性心疾患		高尿酸血症		脂質異常症	
									インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害							
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
20歳代以下																								
30歳代																								
40歳代																								
50歳代																								
60歳代																								
70～74歳																								
合計																								
（再掲）40～74歳																								
（再掲）65～74歳																								

女性

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	脳血管疾患		高血圧症		糖尿病		（再掲）糖尿病合併症										虚血性心疾患		高尿酸血症		脂質異常症	
									インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害							
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
20歳代以下																								
30歳代																								
40歳代																								
50歳代																								
60歳代																								
70～74歳																								
合計																								
（再掲）40～74歳																								
（再掲）65～74歳																								

総数

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	脳血管疾患		高血圧症		糖尿病		（再掲）糖尿病合併症										虚血性心疾患		高尿酸血症		脂質異常症	
									インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害							
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
20歳代以下																								
30歳代																								
40歳代																								
50歳代																								
60歳代																								
70～74歳																								
合計																								
（再掲）40～74歳																								
（再掲）65～74歳																								

様式3－6

様式３－６　脳梗塞・脳出血の分析〔レセプト分析（○月診療分）〕

男性

年代	被保険者数	1ヶ月のレセ件数	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	
											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	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	
											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	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	
											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	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3－6

様式３－７　人工透析の分析〔レセプト分析（5月診療分のみ）〕

男性

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	人工透析		糖尿病		（再掲）糖尿病合併症										高血圧症		高尿酸血症		脳血管疾患		虚血性心疾患		脂質異常症	
							インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害											
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
20歳代以下																										
30歳代																										
40歳代																										
50歳代																										
60歳代																										
70～74歳																										
合計																										
（再掲）40～74歳																										
（再掲）65～74歳																										

女性

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	人工透析		糖尿病		（再掲）糖尿病合併症										高血圧症		高尿酸血症		脳血管疾患		虚血性心疾患		脂質異常症	
							インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害											
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
20歳代以下																										
30歳代																										
40歳代																										
50歳代																										
60歳代																										
70～74歳																										
合計																										
（再掲）40～74歳																										
（再掲）65～74歳																										

総数

年代	被保険者数	1ヶ月の受診実人数	人工透析		糖尿病		（再掲）糖尿病合併症										高血圧症		高尿酸血症		脳血管疾患		虚血性心疾患		脂質異常症	
							インスリン療法		人工透析		糖尿病性腎症		糖尿病性網膜症		糖尿病性神経障害											
			数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
20歳代以下																										
30歳代																										
40歳代																										
50歳代																										
60歳代																										
70～74歳																										
合計																										
（再掲）40～74歳																										
（再掲）65～74歳																										

様式３－７

様式３－７　人工透析の分析〔レセプト分析（○月診療分）〕

男性

年代	被保険者数	1ヶ月のレセ件数	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	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	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	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３－７

様式4-1

（削除）

様式4-1　都道府県の特徴

出典	厚労省 医師・歯科医師・薬剤師調査	医療施設調査	厚生労働省患者調査																社会・人口統計体系 社会生活統計指標 都道府県の指標2012	平成22年度版 国民健康保険の実態				国保実務2717号	出典
年	2010	2010	2008																2009	2009					年
順位	医師数（人口10万対）	一般病床数（人口10万対）	入院受療率(人口10万対)						入院外受療率(人口10万対)										国民健康保険被保険者数（人口千人対）	一般被保険者1人あたり医療費（円）		退職被保険者1人あたり医療費（円）		全体（一般＋退職）被保険者1人あたり医療費（円）		後期高齢者1人あたり医療費（円）		順位
			総数		糖尿病		虚血性心疾患		脳血管疾患		総数		糖尿病		虚血性心疾患		脳血管疾患										
1	徳島	304.0	高知	2,186.3	高知	2,191	山口	40	長崎	32	高知	437	香川	6,548	香川	288	高知	95	愛媛	190	沖縄	369.7	広島	346,827	佐賀	426,851	広島	351,810	福岡	1,107,709	1
2	東京都	303.7	鹿児島	1,606.2	鹿児島	1,964	徳島	39	宮崎	27	山口	294	佐賀	6,516	徳島	252	長崎	89	新潟	179	青森	338.3	島根	346,352	北海道	423,104	山口	349,171	北海道	1,052,948	2
3	京都府	302.3	北海道	1,548.1	長崎	1,860	熊本	37	北海道	26	鹿児島	278	長崎	6,439	長崎	225	島根	83	徳島	175	和歌山	326.7	山口	346,308	福岡	417,737	香川	346,873	高知	1,048,788	3
4	福岡	288.4	熊本	1,539.4	熊本	1,852	大分	35	徳島	25	富山	265	徳島	6,339	島根	222	愛知	73	高知	171	宮崎	314.4	香川	344,473	広島	417,619	島根	346,810	広島	1,016,423	4
5	鳥取	287.6	山口	1,500.3	山口	1,813	宮崎	35	富山	23	北海道	263	広島	6,222	青森	204	和歌山	73	鹿児島	159	茨城	314.2	大分	343,446	石川	402,483	大分	346,638	長崎	1,011,082	5
6	高知	285.6	佐賀	1,479.5	徳島	1,752	北海道	34	高知	23	徳島	262	高知	6,208	和歌山	201	滋賀	72	大分	156	群馬	307.2	徳島	340,588	長崎	399,159	長崎	343,899	大阪	1,000,893	6
7	長崎	284.7	徳島	1,462.0	大分	1,733	石川	34	鹿児島	23	熊本	254	福岡	6,199	大分	191	愛媛	72	宮崎	153	長崎	304.8	長崎	340,581	岡山	398,835	徳島	343,657	鹿児島	985,929	7
8	岡山	282.9	福岡	1,442.7	佐賀	1,726	愛媛	34	香川	23	宮崎	244	愛媛	6,123	岩手	177	大分	71	広島	144	山梨	304.2	佐賀	335,720	大分	396,195	佐賀	340,137	佐賀	972,416	8
9	熊本	271.0	長崎	1,411.7	宮崎	1,687	長崎	34	愛媛	21	佐賀	229	熊本	6,119	宮崎	177	京都	69	和歌山	143	熊本	301.2	鹿児島	332,835	鹿児島	393,878	鹿児島	335,603	沖縄	966,582	9
10	和歌山	270.6	富山	1,394.8	北海道	1,565	福岡	33	熊本	21	長崎	225	鳥取	6,081	愛媛	175	徳島	69	秋田	139	徳島	300.2	高知	331,640	熊本	388,556	高知	334,888	大分	963,842	10
11	石川	267.0	石川	1,366.4	福岡	1,520	鹿児島	33	大分	21	石川	224	和歌山	5,961	広島	174	福井	67	福岡	134	千葉	297.4	北海道	329,851	徳島	387,662	北海道	334,374	熊本	958,596	11
12	香川	266.9	鳥取	1,365.3	愛媛	1,456	佐賀	31	石川	20	鳥取	213	青森	5,926	山梨	170	福岡	67	島根	127	東京都	297.2	岡山	328,206	東京都	387,028	岡山	332,779	山口	958,287	12
13	鳥取	264.8	宮崎	1,360.6	石川	1,445	和歌山	28	滋賀	19	福岡	212	山口	5,907	福岡	170	青森	65	香川	119	大阪府	294.1	石川	327,259	山口	384,738	石川	332,305	石川	946,494	13
14	大阪府	260.7	島根	1,355.0	島根	1,419	福井	27	和歌山	19	秋田	199	宮崎	5,797	石川	165	香川	65	岩手	111	高知	292.4	福岡	319,565	長崎	384,551	福岡	324,439	京都	941,828	14
15	佐賀	256.5	愛媛	1,313.1	富山	1,413	富山	26	山口	19	愛媛	198	山形	5,785	北海道	163	石川	64	山梨	111	徳島	292.2	富山	317,220	福井	383,838	富山	320,351	岡山	918,190	15
16	大分	256.1	香川	1,286.8	香川	1,366	岡山	26	奈良	18	岩手	197	兵庫	5,773	秋田	163	岐阜	64	佐賀	109	岐阜	284.7	愛媛	315,743	高知	380,266	愛媛	318,805	徳島	913,080	16
17	広島	248.6	岡山	1,273.8	秋田	1,332	香川	26	広島	18	大分	196	愛知	5,661	佐賀	162	広島	63	福島	108	静岡	283.7	秋田	312,315	宮崎	377,910	秋田	316,457	兵庫	909,320	17
18	山口	247.1	大分	1,259.2	岡山	1,276	高知	26	福岡	18	沖縄	173	鹿児島	5,655	山形	161	福島	62	鳥取	108	鹿児島	283.1	熊本	309,463	秋田	377,716	熊本	313,463	香川	906,002	18
19	愛媛	244.7	京都府	1,253.6	鳥取	1,272	広島	25	佐賀	18	鳥取	168	岐阜	5,607	富山	161	宮崎	58	宮城	106	岩手	283.0	福井	303,588	岩手	376,997	福井	309,796	愛媛	875,797	19
20	鹿児島	242.3	福井	1,241.7	広島	1,264	青森	24	青森	17	新潟	166	岩手	5,604	岐阜	161	大阪	57	愛知	106	愛媛	281.6	兵庫	302,385	三重	376,997	兵庫	307,106	愛知	875,336	20
21	富山	241.0	和歌山	1,232.6	福井	1,253	京都	23	福井	17	広島	161	大分	5,551	兵庫	158	富山	56	山口	106	★全国	279.7	鳥取	302,350	香川	375,996	大阪府	305,357	★全国	885,839	21
22	福井	238.4	秋田	1,193.1	沖縄	1,246	兵庫	23	沖縄	17	青森	160	大阪	5,493	高知	153	秋田	54	沖縄	102	福島	276.4	大阪府	301,940	大阪府	374,153	鳥取	305,036	宮崎	863,573	22
23	沖縄	235.2	広島	1,175.9	和歌山	1,229	島根	23	京都	16	福井	159	秋田	5,477	熊本	153	群馬	54	東京	95	秋田	273.0	宮崎	298,911	★全国	371,663	宮崎	303,027	奈良	863,414	23
24	宮崎	233.7	青森	1,124.3	岩手	1,220	福島	21	大阪	16	香川	158	岡山	5,406	山口	151	山梨	54	★全国	94	神奈川	273.0	京都府	295,418	青森	370,355	新潟	299,501	滋賀	853,187	24
25	★全国	230.4	沖縄	1,109.3	青森	1,186	三重	21	島根	16	★全国	156	鳥取	5,394	鹿児島	151	奈良	54	福井	94	北海道	271.7	新潟	295,026	岐阜	370,099	京都府	298,681	和歌山	852,958	25
26	北海道	229.0	岩手	1,104.0	福島	1,160	大阪	21	★全国	15	福島	156	★全国	5,378	愛知	150	鹿児島	54	岐阜	94	奈良	271.7	和歌山	293,730	福島	370,038	和歌山	297,339	東京	849,218	26
27	兵庫	226.2	奈良	1,083.7	京都	1,144	★全国	20	山形	15	栃木	155	新潟	5,351	岡山	150	★全国	53	兵庫	93	宮城	270.3	三重	288,539	愛媛	367,349	三重	293,746	福井	847,785	27
28	宮城	222.9	福島	1,079.3	山形	1,120	岩手	20	岐阜	15	岡山	155	栃木	5,334	大阪	149	北海道	53	岡山	93	佐賀	267.9	奈良	287,479	宮城	367,039	★全国	289,865	鳥取	822,542	28
29	山形	221.5	群馬	1,072.8	新潟	1,092	滋賀	19	岡山	15	和歌山	152	京都	5,279	福島	148	山形	53	山形	90	長野	267.1	★全国	285,399	神奈川	366,153	山形	289,058	島根	822,497	29
30	奈良	220.6	大阪府	1,072.0	★全国	1,090	沖縄	19	秋田	14	山形	151	北海道	5,277	★全国	147	三重	50	長崎	90	山梨	265.9	山形	284,073	新潟	364,839	奈良	288,970	富山	816,018	30
31	山梨	218.6	山梨	1,061.2	群馬	1,030	新潟	18	三重	14	山梨	149	静岡	5,273	福井	147	兵庫	50	千葉	88	兵庫	262.4	岩手	283,358	山形	363,445	岩手	288,582	埼玉	809,095	31
32	群馬	216.8	★全国	1,042.9	山梨	1,000	秋田	17	兵庫	13	京都	149	千葉	5,173	静岡	147	岡山	50	石川	87	愛知	262.1	岐阜	279,240	群馬	360,885	岐阜	284,024	神奈川	808,677	32
33	栃木	216.0	新潟	1,030.1	大阪	1,000	群馬	17	岩手	12	群馬	148	兵庫	5,168	京都	147	静岡	48	北海道	84	大分	262.1	福島	278,102	愛知	360,514	福島	283,238	福島	808,601	33
34	兵庫	213.9	山形	1,022.5	兵庫	990	岐阜	16	宮城	12	大阪	140	奈良	5,115	三重	144	鳥取	48	長野	83	福島	261.4	滋賀	277,566	和歌山	357,388	滋賀	282,926	宮城	798,219	34
35	秋田	213.6	長野	1,008.6	長野	969	栃木	15	福島	12	静岡	138	東京	5,044	栃木	141	佐賀	48	茨城	79	鳥取	261.1	宮城	277,051	沖縄	356,705	宮城	281,387	群馬	793,275	35
36	滋賀	211.4	兵庫	969.7	三重	969	長野	15	静岡	12	三重	136	石川	5,044	鳥取	140	熊本	48	富山	79	山口	258.5	青森	267,922	富山	354,277	青森	272,689	岐阜	793,090	36
37	愛知	203.4	茨城	935.1	奈良	961	奈良	15	群馬	11	長野	135	群馬	5,030	新潟	138	神奈川	46	栃木	77	三重	258.0	長野	267,115	京都府	353,769	長野	272,134	秋田	785,496	37
38	三重	198.7	滋賀	930.2	宮城	948	茨城	14	千葉	11	茨城	126	福島	4,949	群馬	131	埼玉	45	三重	77	京都府	256.3	神奈川	266,234	滋賀	353,552	神奈川	270,912	山梨	781,855	38
39	神奈川	195.4	三重	915.0	栃木	918	千葉	14	神奈川	11	兵庫	125	滋賀	4,915	滋賀	131	宮城	42	熊本	76	岐阜	256.1	山梨	265,705	島根	352,026	静岡	269,724	茨城	778,102	39
40	岐阜	194.6	栃木	909.7	滋賀	891	東京	14	愛知	10	奈良	125	福井	4,911	奈良	129	東京	42	奈良	67	香川	250.4	静岡	264,750	静岡	348,669	愛知	269,119	青森	777,994	40
41	岩手	193.7	静岡	899.6	茨城	884	山梨	14	茨城	10	滋賀	123	山梨	4,904	千葉	127	長野	41	静岡	66	石川	247.3	愛知	263,680	埼玉	347,191	山梨	268,288	山形	765,962	41
42	青森	191.9	宮城	895.8	岐阜	881	愛知	14	栃木	10	東京	115	三重	4,900	東京	123	栃木	40	青森	64	岡山	244.9	東京都	260,344	栃木	344,664	東京都	264,810	栃木	764,440	42
43	福島	191.2	東京都	869.8	静岡	852	鳥取	14	埼玉	10	愛知	114	富山	4,878	長野	123	千葉	38	群馬	64	広島	244.9	群馬	257,238	鳥取	342,243	群馬	262,721	三重	763,016	43
44	新潟	191.2	岐阜	826.4	東京	823	宮城	13	東京	10	埼玉	113	宮城	4,718	宮城	116	新潟	36	埼玉	63	徳島	243.8	埼玉	257,153	千葉	337,620	埼玉	261,535	千葉	757,501	44
45	静岡	190.3	愛知	771.0	愛知	800	埼玉	13	長野	10	宮城	112	茨城	4,609	神奈川	116	茨城	35	京都	60	島根	240.4	千葉	253,346	長野	337,475	千葉	257,331	静岡	743,556	45
46	千葉	170.3	千葉	762.8	埼玉	741	神奈川	12	鳥取	10	神奈川	111	埼玉	4,586	埼玉	112	山口	33	神奈川	59	福井	239.3	栃木	250,523	茨城	332,433	栃木	255,746	長野	742,333	46
47	茨城	166.8	埼玉	703.3	千葉	740	静岡	12	新潟	9	岐阜	109	神奈川	4,442	茨城	109	岩手	31	大阪	54	滋賀	235.0	茨城	242,886	山梨	331,911	茨城	247,156	岩手	723,946	47
48	埼玉	148.6	神奈川	685.6	神奈川	705	山形	11	山梨	9	千葉	106	沖縄	3,984	沖縄	99	沖縄	27	滋賀	48	富山	225.9	沖縄	237,934	奈良	313,753	沖縄	240,938	新潟	719,530	48

様式4-2　都道府県別一人あたり老人医療費、後期高齢者医療費の年次推移

介護保険開始

後期高齢者医療制度開始

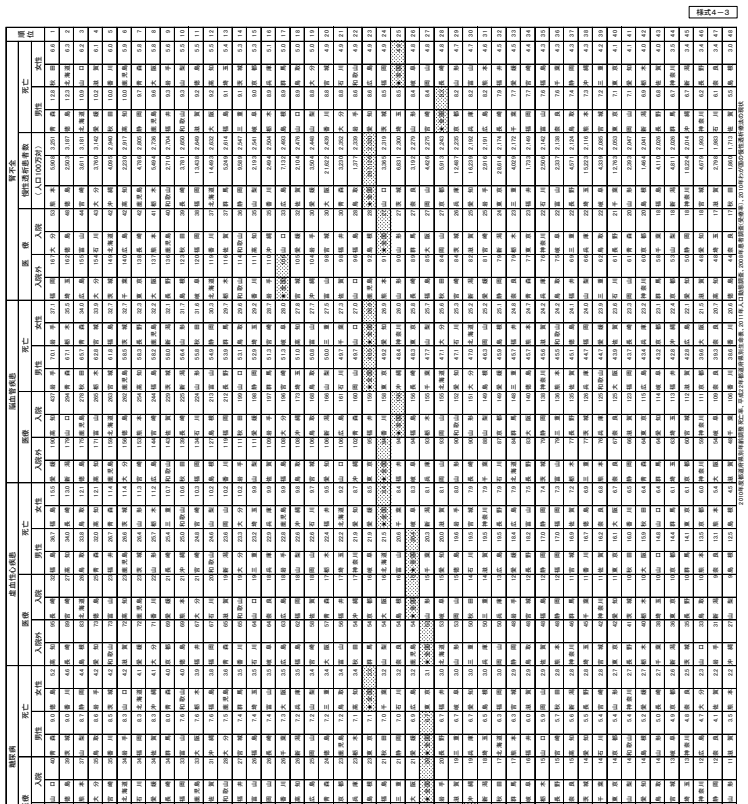
順位	平成11年度		平成12年度		平成13年度		平成14年度		平成15年度		平成16年度		平成17年度		平成18年度		平成19年度		平成20年度		平成21年度		平成22年度		順位
1	福　岡	1,066,548	福　岡	933,886	福　岡	925,770	福　岡	900,986	福　岡	920,375	福　岡	963,396	福　岡	1,018,681	福　岡	1,031,653	福　岡	1,081,506	福　岡	991,711	福　岡	1,113,796	福　岡	1,146,623	1
2	北 海 道	1,045,882	北 海 道	929,617	北 海 道	925,353	北 海 道	895,086	北 海 道	917,871	北 海 道	951,749	北 海 道	999,043	北 海 道	1,006,008	北 海 道	1,038,670	北 海 道	948,274	北 海 道	1,056,490	高　知	1,084,142	2
3	大　阪	987,694	大　阪	914,312	大　阪	899,392	大　阪	867,142	大　阪	886,129	大　阪	918,170	高　知	965,946	高　知	986,713	高　知	1,038,241	高　知	934,910	高　知	1,051,268	北 海 道	1,070,441	3
4	高　知	983,947	長　崎	888,032	長　崎	887,529	長　崎	861,677	長　崎	879,886	長　崎	903,809	大　阪	960,708	大　阪	979,284	大　阪	1,032,122	大　阪	914,908	大　阪	1,031,415	大　阪	1,058,790	4
5	長　崎	980,286	広　島	860,561	広　島	868,697	広　島	848,092	広　島	867,479	高　知	903,478	長　崎	945,844	広　島	958,136	広　島	1,011,693	長　崎	908,107	広　島	1,018,406	広　島	1,045,569	5
6	沖　縄	959,704	石　川	838,338	高　知	836,140	高　知	823,416	高　知	863,145	広　島	898,206	広　島	940,051	沖　縄	951,475	沖　縄	1,004,792	広　島	906,360	長　崎	1,015,122	長　崎	1,041,832	6
7	熊　本	956,682	京　都	830,785	鹿 児 島	829,752	石　川	810,898	石　川	825,135	佐　賀	865,218	沖　縄	931,639	長　崎	951,717	長　崎	993,270	鹿 児 島	877,654	鹿 児 島	988,606	鹿 児 島	1,015,623	7
8	鹿 児 島	948,327	高　知	830,419	京　都	826,347	京　都	806,020	京　都	823,715	沖　縄	860,049	佐　賀	921,726	鹿 児 島	918,499	鹿 児 島	960,914	沖　縄	873,036	佐　賀	972,396	佐　賀	1,012,611	8
9	徳　島	945,238	鹿 児 島	829,432	佐　賀	825,923	鹿 児 島	798,829	佐　賀	821,333	京　都	857,581	京　都	902,299	京　都	913,194	京　都	956,235	佐　賀	866,853	沖　縄	970,455	沖　縄	992,184	9
10	広　島	935,648	熊　本	827,183	石　川	824,885	佐　賀	798,588	沖　縄	814,647	石　川	850,474	鹿 児 島	899,076	佐　賀	910,248	佐　賀	949,915	大　分	859,766	大　分	963,905	大　分	991,247	10
11	石　川	930,434	佐　賀	824,945	熊　本	822,353	熊　本	792,999	鹿 児 島	814,233	熊　本	845,795	熊　本	891,293	熊　本	906,550	大　分	948,215	熊　本	857,779	山　口	959,920	山　口	989,205	11
12	佐　賀	929,823	徳　島	816,203	徳　島	802,207	大　分	784,198	熊　本	812,858	鹿 児 島	844,163	大　分	889,022	大　分	904,078	熊　本	945,468	山　口	853,714	熊　本	958,548	熊　本	988,639	12
13	山　口	911,426	大　分	801,284	大　分	802,145	沖　縄	774,884	大　分	802,987	大　分	838,141	石　川	884,502	山　口	893,628	石　川	938,780	石　川	849,231	京　都	954,323	京　都	979,657	13
14	京　都	903,850	山　口	792,374	香　川	787,603	山　口	770,947	香　川	787,234	山　口	822,652	香　川	869,721	石　川	889,928	山　口	936,590	京　都	846,453	石　川	950,649	石　川	976,573	14
15	富　山	895,419	香　川	791,974	山　口	787,558	香　川	770,152	山　口	785,500	香　川	815,465	山　口	869,254	香　川	879,960	香　川	918,558	岡　山	818,981	岡　山	918,570	兵　庫	945,142	15
16	大　分	883,482	富　山	791,438	富　山	782,535	徳　島	763,471	岡　山	776,648	岡　山	809,392	岡　山	860,450	岡　山	873,417	岡　山	903,725	香　川	818,094	徳　島	916,998	岡　山	940,887	16
17	岡　山	864,351	沖　縄	781,588	沖　縄	779,108	岡　山	757,039	兵　庫	767,638	兵　庫	797,492	兵　庫	839,698	兵　庫	858,086	兵　庫	898,824	兵　庫	812,986	兵　庫	914,737	徳　島	938,358	17
18	香　川	843,526	岡　山	779,614	岡　山	775,311	兵　庫	751,435	徳　島	765,044	★ 全 国	**784,668**	★ 全 国	**820,843**	★ 全 国	**838,860**	徳　島	878,301	徳　島	810,360	香　川	910,746	香　川	935,772	18
19	宮　崎	843,365	東　京	776,797	東　京	774,493	東　京	744,739	★ 全 国	**768,635**	東　京	781,372	徳　島	821,442	和 歌 山	835,868	和 歌 山	877,148	★ 全 国	**785,904**	愛　知	886,633	愛　知	911,995	19
20	愛　媛	837,923	兵　庫	768,531	兵　庫	772,959	愛　知	741,027	愛　知	755,305	徳　島	777,809	愛　媛	816,526	愛　媛	830,780	★ 全 国	**870,888**	愛　知	782,296	★ 全 国	**882,118**	★ 全 国	**904,795**	20
21	★ 全 国	**832,088**	愛　知	767,895	愛　知	764,716	★ 全 国	**740,367**	東　京	751,056	愛　知	777,636	愛　知	816,423	徳　島	826,423	愛　媛	867,342	宮　崎	781,202	愛　媛	875,246	愛　媛	903,376	21
22	愛　知	827,056	愛　媛	755,514	★ 全 国	**782,491**	愛　媛	732,944	愛　媛	747,915	愛　媛	776,542	東　京	816,356	東　京	825,204	宮　崎	865,330	和 歌 山	775,057	奈　良	871,740	奈　良	893,803	22
23	福　井	826,645	福　井	755,035	愛　媛	755,980	福　井	731,723	福　井	746,364	和 歌 山	770,979	和 歌 山	811,449	奈　良	822,144	奈　良	864,978	愛　媛	774,496	宮　崎	868,040	和 歌 山	891,878	23
24	青　森	817,242	和 歌 山	737,322	福　井	750,195	富　山	728,321	和 歌 山	738,216	福　井	766,468	奈　良	806,214	愛　知	821,154	愛　知	859,406	奈　良	770,472	和 歌 山	867,755	滋　賀	889,512	24
25	兵　庫	815,531	★ 全 国	**736,170**	和 歌 山	737,528	和 歌 山	716,475	富　山	736,011	奈　良	760,820	福　井	801,372	宮　崎	820,832	東　京	854,732	東　京	768,680	東　京	863,525	東　京	887,826	25
26	東　京	814,008	宮　崎	730,126	宮　崎	731,467	奈　良	712,186	奈　良	730,744	宮　崎	756,398	宮　崎	799,728	福　井	812,779	滋　賀	851,853	福　井	753,606	滋　賀	854,763	宮　崎	884,568	26
27	和 歌 山	795,503	奈　良	728,181	奈　良	725,941	宮　崎	708,715	宮　崎	729,207	富　山	752,387	滋　賀	788,108	鳥　取	803,616	福　井	844,356	滋　賀	754,126	福　井	849,858	福　井	877,060	27
28	秋　田	772,433	神 奈 川	712,652	埼　玉	716,844	埼　玉	692,566	滋　賀	716,365	滋　賀	746,034	鳥　取	787,024	滋　賀	803,180	埼　玉	827,461	鳥　取	738,586	島　根	822,881	鳥　取	857,088	28
29	奈　良	768,351	青　森	709,807	神 奈 川	713,118	神 奈 川	691,028	埼　玉	709,743	埼　玉	738,631	埼　玉	782,759	埼　玉	792,126	島　根	822,393	島　根	738,560	鳥　取	821,824	島　根	848,788	29
30	岐　阜	763,104	埼　玉	702,489	青　森	706,054	滋　賀	690,837	福　島	709,289	鳥　取	736,145	富　山	781,072	富　山	790,047	鳥　取	821,216	富　山	734,927	富　山	821,596	富　山	845,907	30
31	鳥　取	760,810	秋　田	702,352	滋　賀	704,999	福　島	689,383	秋　田	707,624	秋　田	732,248	宮　城	771,757	神 奈 川	782,017	神 奈 川	817,977	神 奈 川	733,530	神 奈 川	820,437	神 奈 川	839,844	31
32	岩　手	755,616	岐　阜	701,710	福　島	702,512	宮　城	687,350	宮　城	705,004	福　島	728,307	鳥　取	770,520	鳥　取	780,380	岐　阜	813,941	埼　玉	730,083	埼　玉	818,223	埼　玉	836,062	32
33	神 奈 川	749,858	福　島	701,541	宮　城	702,345	青　森	684,695	鳥　取	704,834	島　根	728,001	福　島	765,122	福　島	772,419	福　島	810,591	福　島	725,133	福　島	811,978	福　島	825,625	33
34	福　島	745,942	宮　城	699,702	島　根	699,050	岐　阜	682,503	岐　阜	702,491	岐　阜	726,916	神 奈 川	762,658	宮　城	771,984	宮　城	809,213	宮　城	716,424	岐　阜	801,785	群　馬	820,857	34
35	島　根	743,325	島　根	693,755	岐　阜	697,735	島　根	681,815	神 奈 川	699,149	宮　城	722,270	秋　田	760,864	岐　阜	770,825	宮　城	808,457	岐　阜	710,896	宮　城	801,061	岐　阜	820,854	35
36	埼　玉	742,586	滋　賀	693,624	秋　田	697,422	鳥　取	680,569	島　根	696,534	神 奈 川	720,216	岐　阜	758,732	秋　田	768,646	秋　田	797,955	群　馬	708,833	群　馬	798,059	宮　城	819,140	36
37	宮　城	730,624	鳥　取	688,374	鳥　取	688,599	秋　田	680,049	青　森	692,177	青　森	711,622	青　森	741,124	青　森	755,255	群　馬	797,483	秋　田	704,169	秋　田	787,152	山　梨	810,619	37
38	群　馬	724,139	岩　手	679,397	三　重	669,184	岩　手	654,838	岩　手	668,897	山　梨	688,801	山　梨	738,255	群　馬	755,201	山　梨	785,659	青　森	703,477	山　梨	785,194	茨　城	803,363	38
39	滋　賀	720,136	三　重	667,922	岩　手	669,108	茨　城	649,408	群　馬	666,057	群　馬	687,708	群　馬	737,677	山　梨	751,766	青　森	780,690	山　梨	697,773	青　森	780,602	栃　木	798,162	39
40	三　重	712,790	群　馬	662,670	群　馬	666,083	三　重	648,676	三　重	663,682	岩　手	686,560	三　重	725,439	三　重	734,042	千　葉	768,014	茨　城	694,207	茨　城	779,368	秋　田	795,093	40
41	静　岡	709,349	静　岡	659,654	栃　木	664,826	群　馬	647,823	茨　城	662,590	三　重	684,722	千　葉	724,492	千　葉	732,144	三　重	766,086	千　葉	684,905	栃　木	769,484	青　森	789,354	41
42	栃　木	706,880	栃　木	657,140	茨　城	664,215	栃　木	640,930	山　梨	659,617	千　葉	683,729	茨　城	718,084	茨　城	725,270	茨　城	765,628	栃　木	684,388	山　形	766,760	三　重	783,296	42
43	新　潟	706,629	茨　城	653,554	千　葉	660,186	山　梨	640,768	栃　木	658,885	茨　城	682,938	栃　木	717,293	栃　木	724,838	栃　木	764,013	三　重	680,331	三　重	765,656	山　形	782,384	43
44	茨　城	699,083	千　葉	653,370	静　岡	657,238	千　葉	640,227	千　葉	658,294	栃　木	681,488	静　岡	714,479	静　岡	719,986	静　岡	747,385	山　形	677,975	千　葉	764,559	千　葉	777,734	44
45	千　葉	691,408	新　潟	638,033	山　梨	644,333	静　岡	639,608	静　岡	653,215	静　岡	673,321	岩　手	704,279	山　形	706,983	山　形	742,887	静　岡	666,746	静　岡	748,324	長　野	770,560	45
46	山　梨	676,259	山　梨	635,231	新　潟	635,409	山　形	627,677	新　潟	640,675	山　形	667,770	山　形	702,548	新　潟	706,864	岩　手	733,707	岩　手	655,971	長　野	745,111	静　岡	767,965	46
47	山　形	674,642	山　形	630,054	山　形	635,106	新　潟	624,807	山　形	638,910	新　潟	660,486	新　潟	696,572	岩　手	702,878	新　潟	731,104	長　野	655,268	岩　手	724,909	新　潟	733,880	47
48	長　野	641,410	長　野	598,850	長　野	605,650	長　野	597,140	長　野	614,037	長　野	639,509	長　野	678,531	長　野	692,075	長　野	721,380	新　潟	644,817	新　潟	721,583	岩　手	730,269	48

国民健康保険の実態(国民健康保険中央会)　H20年～後期高齢者医療事業状況報告(厚生労働省)

様式4-2

（削除）

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）



様式4－3

様式4－3 都道府県の特徴 生活習慣病における死亡と医療の状況

標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

（削除）

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）

様式４－４

様式４－４ 都道府県内所在地別生活習慣病関連

	牛乳		チーズ		卵		魚介		肉		豆腐		漬物類		根菜		果物		米		パン		油揚		砂糖		食塩	
	数量	ソバルク	数量	g	数量	g	数量	g	数量	g	数量	丁	数量	g	数量	g	数量	g	数量	kg	数量	g	数量	g	数量	g	数量	g	
1	全国	99.03	札幌市	3,338	鳥取市	38,256	青森市	55,957	大分市	51,830	雄関市	102.31	秋田市	73,954	新潟市	84,169	福島市	118,750	浜松市	104.36	神戸市	63,106	青森市	12,531	和歌山市	9,175	山形市	4,221
2	十勝市	98.92	さいたま市	3,283	姫路市	36,037	鳥取市	45,261	宮崎市	51,249	浜松市	93.26	山形市	73,445	さいたま市	78,159	水戸市	107,563	静岡市	99.15	佐賀市	61,084	盛岡市	11,931	長野市	9,061	福島市	4,016
3	宮若市	98.61	川崎市	3,264	松江市	35,696	広島市	43,272	佐賀市	49,812	釧路市	89.77	千葉市	73,011	札幌市	76,132	新潟市	106,655	熊谷市	98.45	大津市	59,155	秋田市	11,618	松江市	8,835	秋田市	3,997
4	倶知安町	95.31	東京都新宿区	3,218	佐賀市	34,815	秋田市	43,063	秋田市	49,799	青森市	88.59	川崎市	72,634	静岡市	75,922	静岡市	105,980	札幌市	98.45	大津市	54,663	長野市	11,464	静岡市	8,657	静岡市	3,919
5	浜松市	95.24	十勝市	3,180	山口市	34,751	神戸市	42,256	新潟市	47,370	秋田市	87.20	新潟市	72,240	盛岡市	74,672	千葉市	105,812	盛岡市	96.35	大阪市	53,155	長野市	11,360	秋田市	8,144	盛岡市	3,912
6	神戸市	94.64	釧路市	3,177	松江市	34,661	秋田市	41,288	新潟市	48,358	宇都宮市	86.54	さいたま市	72,272	千葉市	74,603	鳥取市	104,542	福井市	94.22	静岡市	51,883	山口市	11,318	静岡市	7,855	福井市	3,852
7	盛岡市	92.34	長野市	3,075	福島市	34,440	静岡市	39,889	秋田市	47,982	静岡市	85.23	静岡市	70,332	横浜市	74,132	千葉市	104,048	山形市	91.39	川崎市	51,203	山形市	10,889	大分市	7,617	長野市	3,847
8	さいたま市	91.77	山形市	3,008	札幌市	33,805	福島市	37,920	札幌市	47,724	福島市	84.54	東京都区部	70,253	川崎市	73,585	秋田市	103,765	大分市	91.19	岡山市	49,990	広島市	10,741	長野市	7,341	秋田市	2,940
9	横浜市	90.92	盛岡市	2,934	松山市	33,666	福井市	37,740	山口市	47,531	岡山市	84.32	盛岡市	69,122	豊橋市	72,285	盛岡市	103,488	横浜市	91.15	岡山市	49,932	大戸市	10,716	札幌市	7,244	札幌市	2,724
10	川崎市	90.13	神戸市	2,891	福井市	33,543	静岡市	37,183	福岡市	47,291	広島市	83.96	静岡市	69,032	宇都宮市	72,053	横浜市	101,284	静岡市	91.00	広島市	49,612	大分市	10,601	浜松市	7,154	盛岡市	2,698
11	釧路市	89.65	倶知安町	2,885	広島市	33,187	倶知安町	36,592	福井市	47,094	福井市	83.56	豊橋市	68,632	札幌市	72,480	静岡市	101,037	浜松市	90.43	広島市	49,448	大分市	10,312	北九州市	7,074	神戸市	2,620
12	広島市	89.23	大津市	2,852	横浜市	32,991	釧路市	36,347	静岡市	46,777	山形市	83.34	札幌市	68,413	東京都区部	71,578	岡山市	99,549	秋田市	90.38	秋田市	49,419	神戸市	10,255	山形市	7,008	倉敷市	2,609
13	仙台市	88.91	静岡市	2,838	静岡市	32,744	北九州市	36,106	北九州市	45,833	山口市	82.48	札幌市	68,196	浜松市	71,429	さいたま市	98,858	神戸市	88.99	福井市	48,389	宇都宮市	10,209	静岡市	6,889	倉敷市	2,509
14	大津市	88.71	宇都宮市	2,793	秋田市	32,438	長崎市	35,977	川崎市	45,762	秋田市	82.43	静岡市	67,186	堺市	70,971	福岡市	98,744	盛岡市	89.71	千葉市	48,397	仙台市	10,096	仙台市	6,788	山口市	2,454
15	新潟市	88.66	静岡市	2,782	倉敷市	32,252	千葉市	35,711	大分市	45,638	大分市	80.75	宇都宮市	66,479	仙台市	70,556	仙台市	96,112	長崎市	89.42	名古屋市	48,281	福島市	10,084	新潟市	6,732	新潟市	2,437
16	宇都宮市	88.01	京都市	2,780	大阪市	32,245	広島市	35,554	和歌山市	45,530	新潟市	79.94	大阪市	66,218	福岡市	69,852	山口市	93,434	和歌山市	89.14	東京都区部	47,922	長崎市	10,044	熊本市	6,731	広島市	2,336
17	名古屋市	85.84	富山市	2,760	津市	32,133	横浜市	35,478	横浜市	45,454	京都市	79.82	京都市	63,837	長野市	69,819	静岡市	91,142	福井市	87.77	浜松市	47,880	秋田市	9,900	水戸市	6,650	水戸市	2,225
18	倉敷市	85.48	福島市	2,748	浜松市	32,116	静岡市	35,353	静岡市	45,178	新潟市	79.32	横浜市	63,837	熊谷市	69,076	釧路市	91,412	岡山市	87.59	岡山市	47,290	札幌市	9,900	静岡市	6,462	静岡市	2,225
19	岡山市	85.30	山形市	2,742	大分市	32,095	大分市	34,383	青森市	44,878	秋田市	79.32	秋田市	62,636	倉敷市	68,729	福島市	91,088	青森市	87.20	さいたま市	46,876	熊本市	9,874	熊谷市	6,461	和歌山市	2,207
20	鳥取市	85.28	新潟市	2,726	京都市	31,695	倉敷市	34,009	大阪市	44,820	横浜市	78.94	盛岡市	62,212	福岡市	68,500	鳥取市	90,643	秋田市	85.08	札幌市	46,775	静岡市	9,852	仙台市	6,317	大分市	2,154
21	東京都区部	84.76	新潟市	2,727	札幌市	31,667	熊谷市	33,674	岡山市	44,570	千葉市	78.78	福島市	61,044	仙台市	68,291	倉敷市	89,875	宇都宮市	84.60	福島市	46,568	松江市	9,850	堺市	6,311	福島市	2,128
22	山口市	83.85	富山市	2,622	富山市	31,549	津市	33,526	神戸市	44,284	堺市	78.42	仙台市	60,978	仙台市	68,216	静岡市	89,063	仙台市	84.74	松江市	46,391	鳥取市	9,812	山口市	6,311	佐賀市	2,114
23	岐阜市	83.81	水戸市	2,606	水戸市	30,429	神戸市	33,346	神戸市	44,208	福井市	78.36	豊橋市	60,668	福岡市	68,020	横浜市	88,938	福島市	84.17	静岡市	46,383	秋田市	9,797	福島市	6,183	津市	2,099
24	長崎市	83.73	松江市	2,600	静岡市	30,365	富山市	33,256	松山市	44,176	さいたま市	78.28	広島市	60,582	名古屋市	67,813	松江市	88,926	北九州市	84.17	長崎市	46,337	松江市	9,780	神戸市	6,148	宇都宮市	2,077
25	福島市	82.84	静岡市	2,573	福島市	30,020	福井市	33,165	秋田市	43,797	熊本市	78.26	名古屋市	60,030	広島市	67,386	札幌市	88,818	名古屋市	84.03	津市	46,022	津市	9,768	津市	6,118	静岡市	2,075
26	岐阜市	81.65	倉敷市	2,553	熊本市	30,005	横浜市	33,009	秋田市	43,587	倉敷市	78.22	名古屋市	60,030	北九州市	66,997	熊本市	88,814	水戸市	83.45	静岡市	45,005	和歌山市	9,560	青森市	6,040	福山市	2,074
27	仙台市	81.74	盛岡市	2,541	高知市	30,007	鳥取市	32,858	鳥取市	43,549	水戸市	78.21	大津市	60,021	大分市	66,450	名古屋市	88,113	大津市	82.94	松山市	45,003	盛岡市	9,566	福山市	5,982	熊本市	2,029
28	長野市	81.43	名古屋市	2,532	盛岡市	30,006	松江市	32,858	松江市	43,102	宮崎市	78.20	倉敷市	60,008	新潟市	66,421	東京都区部	87,855	甲府市	82.91	福岡市	44,942	仙台市	9,551	新潟市	5,975	盛岡市	2,004
29	福井市	81.37	福岡市	2,523	長崎市	30,002	宮崎市	32,571	宮崎市	43,006	高松市	78.21	甲府市	59,641	堺市	66,260	大津市	87,666	高知市	82.72	山口市	44,533	さいたま市	9,469	広島市	5,935	佐賀市	1,946
30	津市	80.65	広島市	2,503	津市	30,429	神戸市	32,285	神戸市	43,073	熊本市	78.14	佐賀市	59,142	大津市	66,191	松山市	87,597	松江市	82.66	津市	44,500	津市	9,473	宇都宮市	5,873	十勝市	1,936
31	大津市	80.54	山口市	2,412	宮崎市	30,403	さいたま市	32,252	さいたま市	42,654	鳥取市	78.05	福井市	59,121	大津市	65,980	倉敷市	86,920	倉敷市	82.60	松江市	44,221	大津市	9,394	松江市	5,863	松江市	1,929
32	松江市	80.23	大分市	2,378	熊本市	30,260	大阪市	32,203	千葉市	42,648	福岡市	77.83	水戸市	59,118	福島市	65,784	鹿児島市	86,697	福島市	81.28	名古屋市	44,078	松江市	9,219	松山市	5,794	松江市	1,893
33	静岡市	79.60	秋田市	2,366	秋田市	30,008	盛岡市	32,160	盛岡市	42,445	秋田市	77.78	神戸市	59,038	福井市	65,570	福井市	86,597	鳥取市	79.60	秋田市	44,023	神戸市	9,137	新潟市	5,795	神戸市	1,893
34	水戸市	79.50	津市	2,347	静岡市	30,027	山口市	32,012	倉沢市	42,200	大津市	73.73	北九州市	58,979	大阪市	65,345	山口市	85,882	松江市	78.93	新潟市	44,171	岡山市	9,100	水戸市	5,745	静岡市	1,889
35	松山市	79.08	大阪市	2,286	北九州市	30,023	福山市	31,758	福井市	41,944	東京都区部	73.70	福岡市	58,436	倉敷市	65,333	倉敷市	85,511	山口市	78.80	山口市	44,071	大阪市	9,071	秋田市	5,671	秋田市	1,878
36	札幌市	78.90	岐阜市	2,274	神戸市	29,923	秋田市	31,546	秋田市	41,930	神戸市	73.63	宮崎市	58,198	津市	64,960	松山市	85,035	秋田市	78.72	秋田市	42,662	倉沢市	9,062	福山市	5,600	福山市	1,850
37	佐賀市	78.87	熊本市	2,270	名古屋市	29,885	宮崎市	31,372	熊本市	41,919	松山市	77.64	岐阜市	58,095	熊本市	64,431	大津市	84,997	高知市	77.66	札幌市	41,416	熊谷市	9,016	熊谷市	5,592	名古屋市	1,842
38	福島市	78.83	鳥取市	2,268	山台市	29,853	鳥取市	31,071	鳥取市	41,142	松江市	77.43	鳥取市	58,005	仙台市	64,416	松江市	84,914	鹿児島市	77.02	鹿児島市	41,333	鳥取市	8,833	大津市	5,511	鳥取市	1,815
39	福島市	78.60	倉敷市	2,221	鳥取市	29,751	鳥取市	31,002	仙台市	40,492	仙台市	77.20	松江市	58,005	仲井市	64,294	鹿児島市	84,668	鳥取市	76.39	鳥取市	40,645	鳥取市	8,831	鳥取市	5,515	松江市	1,803
40	和歌山市	77.00	静岡市	2,198	佐賀市	29,383	新潟市	30,858	鳥取市	40,389	鳥取市	77.00	仙台市	57,805	宮崎市	63,709	仲井市	84,607	仙台市	76.21	仙台市	39,824	仙台市	8,818	仙台市	5,506	鳥取市	1,784
41	甲府市	76.85	鳥取市	2,196	鳥取市	29,315	甲府市	30,759	甲府市	39,974	名古屋市	71.53	鳥取市	57,148	神戸市	62,953	甲府市	83,492	川崎市	76.14	川崎市	39,664	川崎市	8,753	大阪市	5,494	鳥取市	1,776
42	鹿児島市	75.90	佐賀市	2,153	宇都宮市	28,832	東京都区部	30,523	名古屋市	39,965	北九州市	70.69	津市	56,338	鳥取市	62,514	大分市	82,485	広島市	75.89	神戸市	39,217	神戸市	8,730	神戸市	5,487	松山市	1,728
43	熊本市	74.95	北九州市	2,150	大戸市	28,765	松江市	30,517	浜松市	38,981	熊本市	70.50	神戸市	56,138	和歌山市	61,497	鳥取市	81,743	さいたま市	75.41	甲府市	39,177	鳥取市	8,496	松山市	5,446	静岡市	1,712
44	新潟市	73.77	福井市	2,128	川崎市	28,564	松山市	30,466	福島市	38,371	熊本市	69.74	熊本市	56,145	松江市	61,355	北九州市	81,603	神戸市	75.12	松山市	39,085	福山市	8,449	福島市	5,405	東京都区部	1,651
45	大分市	72.91	富山市	2,127	神戸市	28,564	熊本市	30,342	熊本市	37,963	津市	69.38	鳥取市	55,871	鳥取市	61,322	福井市	79,038	千葉市	75.12	熊本市	38,014	千葉市	8,438	津市	5,268	横浜市	1,641
46	北九州市	72.12	津市	2,115	神戸市	28,272	静岡市	30,242	大分市	37,000	鳥取市	69.01	鳥取市	55,311	高松市	60,510	川崎市	78,730	鹿児島市	73.60	千葉市	37,450	福井市	8,088	名古屋市	5,129	福井市	1,629
47	秋田市	72.09	福島市	2,073	横浜市	27,490	福井市	29,670	宇都宮市	36,698	大阪市	68.11	熊本市	55,150	倉敷市	59,865	福岡市	77,127	福岡市	72.69	横浜市	37,092	横浜市	8,081	倉沢市	5,123	福山市	1,610
48	鳥取市	71.48	松江市	2,042	福岡市	27,458	福岡市	29,646	福岡市	36,642	和歌山市	67.78	福岡市	53,278	福岡市	59,863	熊本市	76,776	和歌山市	69.08	福岡市	36,268	福岡市	8,072	さいたま市	5,075	福岡市	1,559
49	長崎市	68.08	宮崎市	1,981	福岡市	27,177	新潟市	29,509	水戸市	36,318	岐阜市	65.90	山口市	52,938	福山市	58,238	鹿児島市	75,578	高松市	67.22	福岡市	34,538	新潟市	8,010	福島市	4,925	川崎市	1,516
50	宮崎市	65.77	松山市	1,856	富山市	27,090	長野市	28,931	富山市	36,276	神戸市	65.18	福山市	52,574	熊本市	56,566	大阪市	73,993	宮崎市	67.07	宮崎市	34,414	福岡市	8,002	福井市	4,921	大津市	1,456
51	高知市	59.41	高知市	1,449	岐阜市	25,851	東京都区部	27,056	長野市	34,979	福島市	63.14	福島市	50,929	山口市	56,553	山口市	73,940	東京都区部	66.60	高知市	34,343	名古屋市	7,856	川崎市	4,627	名古屋市	1,454
52	那覇市	58.41	松山市	1,383	那覇市	25,754	那覇市	20,324	札幌市	32,666	札幌市	57.90	松山市	49,412	那覇市	55,707	那覇市	58,899	松山市	64.43	那覇市	34,206	那覇市	7,253	東京都区部	4,528	札幌市	1,317

都道府県（47）＋札幌市（1）＋東京都区部（1）＝49

標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

（削除）

様式4-5　都道府県別食に関連する指標のデータ一覧

	BMI28以上の者の割合				肥満者の割合				野菜摂取量平均値(g/日)				歩数平均値(歩/日)				子どもの朝食の状況 毎日食べている割合		子どものう食の状況 処置歯数と未処置歯数の合計				子どもの肥満 高度肥満傾向児割合			
	男性		女性		男性		女性		男性 (20歳以上)		女性 (20歳以上)		男性 (20歳以上)		女性 (20歳以上)		小学6年生		12才男児		12才女児		10才男子		10才女子	
1	沖縄	44.5	沖縄	25.4	沖縄	46.7	沖縄	39.4	長野	379	長野	353	兵庫	7,964	兵庫	7,063	岩手	91.6	沖縄	2.3	沖縄	2.8	徳島	3.08	青森	1.30
2	北海道	35.3	青森	21.4	岩手	41.2	福島	38.2	新潟	360	山梨	336	東京都	7,866	神奈川	6,998	新潟	90.0	北海道	2.1	北海道	2.5	大分	2.74	高知	1.29
3	宮城	34.1	福島	20.7	宮崎	37.8	秋田	37.9	山形	352	福井	335	神奈川	7,796	東京都	6,949	長崎	90.0	宮城	1.9	宮城	2.2	北海道	1.88	群馬	1.27
4	茨城	33.9	鹿児島	20.7	北海道	37.5	岩手	37.2	福島	350	山形	334	奈良	7,787	奈良	6,688	長野	89.9	三重	1.9	三重	2.2	愛媛	1.84	山梨	1.26
5	徳島	33.8	宮城	20.6	茨城	36.9	宮城	35.5	福井	349	新潟	327	千葉	7,761	静岡	6,504	岐阜	89.9	熊本	1.8	熊本	2.2	香川	1.71	栃木	1.25
6	福島	33.7	秋田	20.5	徳島	36.3	鹿児島	34.0	山梨	343	島根	321	岡山	7,595	岩手	6,502	島根	89.6	大分	1.8	福井	2.1	沖縄	1.70	宮城	1.05
7	栃木	33.7	茨城	20.4	群馬	35.8	青森	33.4	群馬	329	福島	318	大阪府	7,558	埼玉	6,488	富山	89.5	秋田	1.7	大分	2.1	新潟	1.62	東京	1.05
8	秋田	33.5	徳島	20.1	奈良	35.7	徳島	32.9	宮城	324	群馬	312	埼玉	7,554	愛媛	6,465	秋田	89.4	福井	1.7	秋田	2.0	福井	1.60	秋田	1.00
9	千葉	33.5	愛媛	19.9	鳥取	35.3	山形	32.8	栃木	324	宮城	308	三重	7,541	滋賀	6,442	福井	89.3	宮崎	1.7	宮崎	2.0	岩手	1.53	沖縄	1.00
10	熊本	33.3	宮崎	19.9	高知	34.7	栃木	32.8	島根	324	茨城	305	静岡	7,525	千葉	6,422	山梨	89.3	山梨	1.6	鹿児島	2.0	高知	1.53	佐賀	0.96
11	岩手	33.0	栃木	19.8	大分	34.1	高知	32.0	岩手	321	富山	305	京都府	7,485	長野	6,422	山形	89.1	青森	1.5	青森	1.9	広島	1.50	広島	0.93
12	愛媛	32.9	大分	19.7	栃木	33.4	富山	30.5	茨城	318	栃木	303	宮崎	7,471	愛知	6,421	群馬	89.1	福島	1.5	福島	1.8	奈良	1.44	奈良	0.92
13	青森	32.8	高知	19.5	岡山	32.5	島根	29.0	熊本	316	岩手	301	滋賀	7,436	福島	6,417	青森	88.9	茨城	1.5	石川	1.8	長野	1.41	愛知	0.90
14	大分	32.7	北海道	19.3	富山	31.7	岡山	28.5	岡山	314	愛媛	301	福島	7,385	大阪府	6,366	埼玉	88.9	石川	1.5	山梨	1.8	栃木	1.38	愛媛	0.90
15	鹿児島	32.2	岩手	19.2	京都府	31.6	新潟	28.4	富山	313	埼玉	300	広島	7,310	広島	6,309	石川	88.9	鹿児島	1.5	茨城	1.6	宮城	1.36	茨城	0.87
16	東京都	31.8	熊本	19.2	愛媛	31.5	埼玉	27.8	秋田	311	高知	299	岩手	7,265	京都府	6,291	福島	88.8	福岡	1.4	栃木	1.5	青森	1.28	熊本	0.83
17	宮崎	31.8	千葉	19.1	宮城	30.8	大分	27.7	石川	311	千葉	297	愛知	7,247	★全国	6,287	広島	88.7	栃木	1.3	島根	1.5	茨城	1.27	島根	0.81
18	山形	31.6	山形	18.8	佐賀	30.8	茨城	27.6	埼玉	311	鹿児島	294	★全国	7,225	岐阜	6,278	宮崎	88.7	島根	1.3	徳島	1.5	宮崎	1.26	宮崎	0.79
19	神奈川	31.4	香川	18.7	長野	30.7	★全国	26.6	奈良	309	石川	292	沖縄	7,214	茨城	6,205	栃木	88.5	徳島	1.3	高知	1.5	兵庫	1.19	兵庫	0.78
20	香川	31.2	長崎	18.7	山梨	30.1	福井	26.3	鹿児島	307	東京都	291	長野	7,196	福岡	6,180	静岡	88.4	長崎	1.3	福岡	1.5	群馬	1.17	大分	0.78
21	高知	31.2	佐賀	18.4	熊本	30.1	福岡	26.0	静岡	304	秋田	291	石川	7,114	熊本	6,154	宮城	88.3	群馬	1.2	群馬	1.4	大阪	1.14	福島	0.74
22	★全国	31.1	埼玉	18.2	新潟	30.0	北海道	25.9	高知	303	静岡	287	岐阜	7,063	石川	6,154	茨城	88.0	和歌山	1.2	千葉	1.4	鹿児島	0.96	和歌山	0.72
23	埼玉	30.8	岡山	18.1	和歌山	30.0	愛媛	25.8	広島	302	熊本	287	大分	7,063	宮崎	6,148	愛知	87.8	★全国	1.17	奈良	1.4	山梨	0.94	山形	0.71
24	兵庫	30.7	広島	18.1	青森	29.6	愛知	25.5	三重	301	神奈川	285	福井	7,011	徳島	6,142	東京	87.7	岩手	1.1	長崎	1.4	★全国	0.92	山口	0.62
25	奈良	30.7	群馬	17.8	山形	29.4	佐賀	25.5	★全国	301	★全国	285	栃木	6,996	三重	6,139	佐賀	87.6	山形	1.1	★全国	1.36	福岡	0.88	三重	0.60
26	和歌山	30.7	奈良	17.6	★全国	29.3	山梨	25.3	宮崎	299	岡山	282	富山	6,958	福井	6,122	山口	87.5	千葉	1.1	滋賀	1.3	岐阜	0.81	★全国	0.57
27	山梨	30.6	★全国	17.6	福島	29.2	熊本	25.2	東京都	299	滋賀	280	北海道	6,958	高知	6,110	熊本	87.5	兵庫	1.1	和歌山	1.3	島根	0.81	岩手	0.54
28	福岡	30.6	福岡	17.4	滋賀	29.0	宮崎	25.0	神奈川	298	兵庫	278	山口	6,901	群馬	6,071	鹿児島	87.5	奈良	1.1	愛媛	1.3	佐賀	0.80	福岡	0.51
29	群馬	30.5	鳥取	17.2	兵庫	28.9	長崎	24.9	鳥取	294	岐阜	276	茨城	6,901	富山	6,061	滋賀	87.4	鳥取	1.1	岩手	1.2	石川	0.79	福井	0.44
30	大阪府	30.5	神奈川	17.1	福岡	28.5	三重	24.8	京都府	293	青森	275	徳島	6,899	岡山	6,046	岡山	87.4	愛媛	1.1	山形	1.2	愛知	0.79	鳥取	0.44
31	富山	30.3	和歌山	17.0	広島	28.4	滋賀	24.1	岐阜	293	三重	274	愛媛	6,814	大分	6,016	★全国	87.1	高知	1.1	富山	1.2	長崎	0.73	北海道	0.38
32	長崎	30.1	山口	17.0	愛知	28.1	長野	23.8	青森	292	京都府	272	長崎	6,723	島根	5,960	三重	87.0	東京	1.0	長野	1.2	福島	0.72	埼玉	0.38
33	広島	30.0	島根	16.7	鹿児島	28.0	千葉	23.7	千葉	291	宮崎	272	山梨	6,721	佐賀	5,897	鳥取	87.0	富山	1.0	大阪	1.2	埼玉	0.67	岡山	0.37
34	石川	29.7	兵庫	16.5	秋田	27.7	京都府	23.2	愛媛	288	愛知	271	鹿児島	6,717	山口	5,888	香川	87.0	長野	1.0	兵庫	1.2	神奈川	0.65	岐阜	0.36
35	愛知	29.4	福井	16.4	石川	27.7	山口	23.2	兵庫	287	大分	269	島根	6,716	鹿児島	5,844	千葉	86.9	滋賀	1.0	鳥取	1.2	富山	0.63	静岡	0.35
36	滋賀	29.3	三重	16.4	埼玉	27.4	香川	22.8	愛知	286	奈良	268	熊本	6,710	北海道	5,825	神奈川	86.9	京都	1.0	山口	1.2	山形	0.55	京都	0.32
37	岡山	29.3	山梨	16.2	東京都	27.3	広島	22.3	福岡	284	広島	267	群馬	6,700	沖縄	5,823	兵庫	85.8	大阪	1.0	香川	1.2	秋田	0.51	長崎	0.31
38	三重	29.2	岐阜	16.2	静岡	26.7	群馬	22.2	和歌山	282	北海道	264	香川	6,695	長崎	5,796	京都	85.6	山口	1.0	埼玉	1.1	千葉	0.51	富山	0.22
39	佐賀	29.0	愛知	16.2	神奈川	26.2	鳥取	22.1	滋賀	282	鳥取	263	福岡	6,655	宮城	5,791	高知	85.6	香川	1.0	東京	1.1	三重	0.42	香川	0.22
40	静岡	28.8	滋賀	16.2	岐阜	26.1	和歌山	22.0	大阪府	280	福岡	260	山形	6,490	香川	5,790	福岡	85.5	埼玉	0.9	京都	1.1	鳥取	0.41	神奈川	0.19
41	福井	28.7	富山	16.1	千葉	25.8	岐阜	21.6	山口	280	大阪府	260	宮城	6,479	和歌山	5,716	奈良	85.3	静岡	0.9	新潟	1.0	岡山	0.40	鹿児島	0.19
42	長野	28.5	長野	15.9	山口	25.4	東京都	20.4	長崎	274	山口	259	高知	6,390	青森	5,657	愛媛	85.1	佐賀	0.9	岐阜	1.0	静岡	0.37	千葉	0.18
43	岐阜	27.7	静岡	15.8	福井	25.0	大阪府	19.9	大分	272	長崎	258	佐賀	6,249	新潟	5,630	大分	84.7	神奈川	0.8	静岡	1.0	熊本	0.33	新潟	0.18
44	京都府	27.4	東京都	15.5	香川	25.0	兵庫	19.9	北海道	272	佐賀	253	秋田	6,232	山形	5,618	北海道	84.6	岐阜	0.8	岡山	1.0	東京	0.31	滋賀	0.17
45	山口	27.3	石川	15.5	三重	24.4	神奈川	19.7	佐賀	270	沖縄	249	和歌山	6,178	栃木	5,448	徳島	84.6	愛知	0.8	佐賀	1.0	山口	0.29	徳島	0.16
46	鳥取	27.0	京都府	15.4	大阪府	24.2	奈良	19.3	沖縄	266	和歌山	243	新潟	6,005	鳥取	5,285	和歌山	84.5	岡山	0.8	神奈川	0.9	滋賀	0.26	石川	0.00
47	島根	26.9	新潟	15.2	長崎	22.1	静岡	18.4	香川	266	徳島	241	青森	5,976	秋田	5,174	沖縄	83.4	広島	0.8	愛知	0.9	和歌山	0.14	長野	0.00
48	新潟	26.8	大阪府	15.1	島根	19.6	石川	15.8	徳島	245	香川	229	鳥取	5,634	山梨	5,152	大阪	81.9	新潟	0.7	広島	0.9	京都	0.00	大阪	0.00

様式4-5

【資料出典名】
協会けんぽ　平成21年度都道府県支部別健診データ
H22国 民健康・栄養調査結果の概要
平成19年度厚生労働科学研究「都道府県等の生活習慣病リスク因子の格差及び経年モニタリング手法に関する検討」

【資料出典名】
文 部科学省　H22学校保健統計調査

（削除）

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）

標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

（削除）

様式4-6　人間ドック6項目異常頻度の県別比較　（注）　受診者10，000人以下は　●

	肥満(%)						耐糖能異常(%)						高血圧(%)					
	2008年		2009年		2010年		2008年		2009年		2010年		2008年		2009年		2010年	
1	佐賀	53.5	島根	45.6	沖縄	47.6	大分	42.4	鹿児島	61.7	大分	48.7	佐賀	38.4	大分	43.1	佐賀	40.3
2	沖縄	46.7	沖縄	42.9	島根	47.0	山形	40.6	大分	53.6	山形	45.1	大分	36.5	秋田	30.3	大分	38.7
3	島根	45.8	長野	38.7	熊本	42.5	熊本	39.0	熊本	50.3	熊本	38.9	秋田	31.8	高知	29.3	高知	31.5
4	宮崎	38.1	宮崎	38.5	佐賀	39.5	岩手	32.2	山形	44.6	静岡	38.7	宮崎	31.3	宮崎	29.2	秋田	30.0
5	栃木	35.8	茨城	36.6	長野	38.7	秋田	32	秋田	34.8	秋田	35.1	鹿児島	31.2	島根	28.3	島根	29.5
6	茨城	35.5	栃木	34.9	奈良	36.1	島根	26.2	岩手	30.2	茨城	34.4	和歌山	30.8	鹿児島	28.1	富山	29.3
7	長野	34.7	高知	34.2	茨城	34.5	高知	26.2	静岡	29.1	岩手	32.5	島根	30.1	和歌山	27.5	沖縄	27.8
8	鹿児島	34.7	鹿児島	33.8	高知	34.0	鹿児島	24.7	長野	24.4	鹿児島	31.6	沖縄	29.6	沖縄	27.5	青森	26.9
9	香川	33.9	福岡	32.4	群馬	33.1	佐賀	24.2	石川	24.3	石川	27.6	高知	29.1	青森	27.2	京都	24.8
10	山形	31.5	大分	30.4	岩手	32.4	和歌山	20.9	千葉	22.2	香川	26.3	鳥取	26.5	熊本	26.9	香川	24.6
11	福岡	31.4	福島	29.9	栃木	32.2	新潟	20.7	福島	21.6	福島	24.5	熊本	25.6	鳥取	25.7	長野	24.4
12	福島	30.1	広島	29.6	三重	31.9	香川	20.4	新潟	20.9	千葉	24.0	山梨	25.1	京都	25.5	山梨	24.1
13	千葉	29.6	山形	29.5	福岡	31.5	愛媛	20.4	山梨	20.8	長野	23.9	香川	24.5	山梨	24.5	静岡	24.0
14	和歌山	29.1	新潟	29.3	千葉	31.2	茨城	20.3	栃木	20.6	山口	23.8	新潟	23.7	岩手	22.5	新潟	22.4
15	新潟	28.4	和歌山	29.2	愛媛	30.5	石川	19.7	京都	19.9	富山	23.4	京都	22.0	新潟	22.3	福島	21.7
16	富山	28.4	青森	29.1	香川	30.5	京都	19.7	島根	19.8	福井	23.1	静岡	21.6	富山	22.3	茨城	21.7
17	愛媛	28.2	香川	29.1	福島	29.7	山口	19.0	愛知	19.3	愛知	22.6	福井	21.1	静岡	22.1	鳥取	21.4
18	群馬	27.8	愛媛	29.1	大阪	29.7	栃木	18.8	高知	19.0	栃木	21.9	青森	20.1	長野	21.6	福井	20.8
19	広島	27.5	岩手	29.0	広島	29.5	千葉	18.2	★金曜	18.6	新潟	21.9	愛媛	19.6	福井	21.5	岡山	20.8
20	青森	27.4	群馬	28.7	和歌山	29.3	福島	18	茨城	18.4	山梨	21.4	茨城	19.3	群馬	20.8	和歌山	20.7
21	三重	27.0	富山	28.5	新潟	29.2	山梨	17.5	兵庫	18.4	★金曜	20.3	山形	19.0	岡山	20.5	群馬	20.6
22	大阪	27.0	兵庫	28.5	富山	28.8	兵庫	17.0	愛媛	18.4	大阪	20.1	三重	18.4	福島	20.1	奈良	19.6
23	埼玉	26.8	滋賀	28.4	青森	28.6	福岡	16.9	香川	17.9	宮崎	19.2	福岡	18.4	茨城	20.0	愛媛	19.4
24	石川	26.6	千葉	28.3	山形	28.3	青森	16.5	広島	17.7	京都	18.6	石川	18.2	香川	18.9	宮城	18.9
25	静岡	26.4	三重	28.3	兵庫	28.2	長野	16.5	山口	17.5	佐賀	18.5	★金曜	17.7	愛媛	18.9	熊本	18.9
26	京都	26.4	福井	27.0	大分	28.1	福井	16.5	沖縄	17.5	群馬	18.3	岡山	17.5	長崎	18.9	長崎	18.8
27	★金曜	26.1	静岡	26.5	★金曜	27.7	★金曜	16.2	和歌山	17.3	青森	18.0	福島	17.3	福岡	18.7	★金曜	18.3
28	東京	25.9	★金曜	26.5	長崎	27.5	広島	16.1	青森	17.0	広島	17.6	山口	17.1	山形	18.3	栃木	18.6
29	宮城	25.3	大阪	26.0	埼玉	26.6	三重	15.8	福井	17.0	高知	17.5	栃木	17.0	★金曜	18.2	滋賀	18.5
30	熊本	25.0	鳥取	25.8	福井	26.2	大阪	15.8	福岡	17.0	兵庫	17.4	群馬	17.0	栃木	17.6	埼玉	18.4
31	滋賀	24.9	熊本	25.7	東京	26.1	徳島	15.1	富山	16.7	愛媛	17.1	滋賀	17.0	埼玉	17.5	千葉	18.4
32	岡山	24.3	埼玉	25.6	静岡	25.6	静岡	14.2	大阪	16.3	滋賀	17.0	埼玉	16.9	東京	16.8	福岡	18.3
33	福井	24.2	宮城	25.5	滋賀	25.2	富山	13.9	滋賀	15.6	沖縄	16.9	兵庫	16.9	滋賀	16.8	東京	17.5
34	兵庫	24.2	長崎	25.4	京都	24.8	宮城	13.8	東京	14.8	宮城	16.8	岐阜	16.8	石川	16.7	大阪	17.5
35	岩手	23.4	東京	25.2	神奈川	24.4	東京	13.7	徳島	14.2	島根	16.5	愛知	16.1	大阪	16.6	山口	17.5
36	徳島	23.0	石川	24.1	宮城	23.9	鳥取	13.6	宮城	13.6	福岡	16.1	長崎	16.1	岐阜	16.3	広島	16.4
37	神奈川	22.9	神奈川	23.8	山梨	23.6	愛知	13.3	岡山	13.6	東京	15.9	大阪	15.9	千葉	15.9	山形	15.9
38	鳥取	22.6	愛知	23.1	愛知	23.4	群馬	12.9	群馬	13.4	埼玉	14.8	東京	15.8	広島	15.4	岐阜	15.3
39	秋田	22.1	岡山	22.2	石川	23.1	宮崎	12.3	鳥取	12.8	徳島	14.4	奈良	15.3	愛知	15.2	三重	15.3
40	山梨	21.6	奈良	21.7	岡山	22.2	埼玉	12.1	埼玉	12.2	岡山	14.1	富山	15.2	佐賀	14.7	石川	15.0
41	大分	21.1	岐阜	21.5	岐阜	22.0	神奈川	12.1	三重	12.2	三重	14.0	宮城	15.1	山口	13.8	愛知	14.7
42	愛知	19.9	山梨	21.4	宮崎	21.6	岡山	11.5	神奈川	11.8	長崎	13.6	千葉	15.1	宮城	13.7	北海道	14.5
43	長崎	19.5	佐賀	20.6	鹿児島	20.7	滋賀	11.1	岐阜	11.1	岐阜	12.4	長野	15.1	神奈川	13.6	神奈川	13.9
44	岐阜	18.3	京都	18.9	鳥取	20.5	北海道	10.4	宮崎	11.1	神奈川	12.1	広島	15.0	北海道	13.4	兵庫	11.5
45	山口	18.3	徳島	18.8	山口	18.4	岐阜	9.8	北海道	11.0	北海道	11.8	岩手	13.6	三重	13.4	岩手	11.4
46	奈良	18.1	山口	13.5	北海道	17.6	沖縄	8.8	長崎	8.7	奈良	9.1	北海道	13.3	兵庫	11.8	鹿児島	8.2
47	北海道	13.2	北海道	13.4	徳島	17.0	奈良	8.5	奈良	7.6	鳥取	8.2	神奈川	13.2	奈良	10.9	徳島	6.6
48	高知	9.7	秋田	11.5	秋田	12.6	長崎	6.5	佐賀	2.9	和歌山	6.2	徳島	10.0	徳島	8.2	宮崎	4.8

	高コレステロール(%)						高中性脂肪血(%)						肝機能異常(%)						6項目異常(%)					
	2008年		2009年		2010年		2008年		2009年		2010年		2008年		2009年		2010年		2008年		2009年		2010年	
1	大分	52.9	大分	42.2	三重	40.4	徳島	35.2	高知	35.3	高知	34.6	佐賀	59.6	佐賀	51.0	奈良	52.7	佐賀	35.2	大分	37.8	大分	34.4
2	新潟	40.6	新潟	39.1	大分	37.8	宮崎	34.7	大分	29.4	大分	26.9	奈良	53.6	島根	48.6	島根	52.1	島根	32.9	鹿児島	35.1	島根	33.1
3	奈良	40.6	三重	37.7	新潟	37.7	高知	23.3	鹿児島	29.6	鹿児島	23.3	島根	46.7	奈良	45.8	佐賀	46.2	大分	30.1	熊本	31.7	高知	30.3
4	和歌山	39.6	高知	37.5	静岡	37.1	熊本	23.3	宮崎	25.5	山梨	21.2	岩手	40.8	沖縄	41.8	福井	41.8	和歌山	29.9	島根	31.6	静岡	29.9
5	高知	37.1	奈良	36.5	高知	37.0	群馬	22.6	徳島	25.0	岩手	19.6	和歌山	40.1	富山	40.3	富山	41.2	鹿児島	29.2	高知	29.9	熊本	28.9
6	長崎	35.2	鹿児島	34.9	茨城	36.1	島根	22.0	岩手	24.0	島根	18.9	福井	39.7	福井	40.2	愛媛	38.3	熊本	28.0	沖縄	28.9	佐賀	28.2
7	徳島	34.9	福岡	34.1	長崎	35.7	山形	21.5	熊本	23.8	静岡	18.8	富山	38.9	兵庫	37.6	青森	37.1	沖縄	27.1	岩手	27.1	富山	27.8
8	福岡	32.5	長崎	34.1	福岡	35.0	佐賀	21.2	山梨	21.3	愛媛	18.7	鹿児島	37.9	和歌山	37.1	和歌山	36.6	新潟	26.2	和歌山	25.9	奈良	27.6
9	三重	32.4	栃木	32.1	島根	34.3	山梨	20.5	群馬	19.8	群馬	18.3	山口	37.7	愛媛	36.8	石川	35.2	奈良	25.7	新潟	25.8	長野	26.3
10	愛知	31.6	兵庫	31.7	奈良	33.4	鹿児島	19.1	兵庫	19.0	熊本	18.3	青森	37.4	福岡	35.3	静岡	35.2	高知	25.5	富山	25.6	沖縄	26.2
11	沖縄	30.8	富山	31.3	愛媛	29.9	和歌山	18.9	愛媛	18.1	長崎	17.8	宮城	37.1	熊本	34.2	長野	33.5	宮崎	25.5	静岡	25.6	茨城	25.9
12	栃木	30.2	沖縄	30.9	山梨	29.6	奈良	18.8	北海道	17.4	北海道	17.1	愛媛	35.8	宮城	33.1	沖縄	33.3	秋田	25.4	福岡	25.4	新潟	25.9
13	兵庫	29.7	島根	30.8	大阪	29.6	兵庫	18.4	宮城	16.8	兵庫	17.1	兵庫	32.5	静岡	33.0	北海道	32.9	愛媛	24.8	愛媛	25.3	愛媛	25.7
14	広島	29.7	愛媛	30.2	石川	29.5	長崎	18.4	奈良	16.7	徳島	16.7	千葉	31.7	岩手	31.3	宮城	31.9	山形	24.7	長野	25.1	福岡	24.7
15	愛媛	29.7	秋田	29.9	栃木	29.4	岩手	16.9	島根	16.6	福岡	16.4	静岡	31.7	長野	30.2	兵庫	31.8	岩手	24.3	山形	24.9	香川	24.4
16	山梨	29.3	和歌山	29.6	富山	29.3	沖縄	16.8	埼玉	16.1	埼玉	15.1	福岡	31.6	山口	30.1	福岡	30.6	福岡	24.2	兵庫	24.5	青森	24.3
17	富山	28.8	広島	29.5	千葉	28.5	北海道	16.6	長崎	15.8	富山	15.0	石川	29.8	長崎	29.9	新潟	30.1	茨城	23.7	福井	23.7	岩手	24.3
18	静岡	28.7	熊本	29.4	広島	28.5	茨城	16.2	福岡	14.7	宮城	14.6	沖縄	29.8	北海道	29.6	岩手	29.7	香川	23.7	秋田	23.2	福井	24.3
19	熊本	28.1	静岡	29.1	愛知	28.1	静岡	16.2	福井	14.6	奈良	14.6	香川	29.7	青森	29.5	山口	29.1	福井	23.2	奈良	23.2	千葉	24.0
20	秋田	28.0	山梨	29.0	香川	27.4	三重	15.8	山形	14.4	千葉	14.3	北海道	29.6	千葉	29.4	熊本	28.7	青森	23.1	宮崎	23.2	長崎	23.5
21	鹿児島	27.5	愛知	29.0	★金曜	27.3	山口	15.5	富山	14.4	新潟	14.0	埼玉	29.3	新潟	29.0	広島	28.2	静岡	23.1	青森	23.0	栃木	23.4
22	大阪	27.2	岐阜	27.1	京都	27.2	愛知	15.4	和歌山	14.4	東京	13.8	三重	29.3	埼玉	28.0	東京	27.7	三重	23.1	栃木	23.0	群馬	23.4
23	島根	26.8	大阪	26.7	岐阜	26.7	長野	15.2	新潟	14.2	★金曜	13.8	新潟	29.1	大分	27.8	千葉	27.6	兵庫	23.1	千葉	22.6	石川	23.4
24	大阪	26.8	大阪	26.7	熊本	26.2	栃木	14.9	★金曜	14.0	福井	13.7	高知	27.7	京都	27.6	長崎	27.6	富山	23.0	山梨	22.4	秋田	23.3
25	鹿児島	26.3	香川	26.3	秋田	26.0	愛媛	14.8	千葉	13.7	長野	13.3	熊本	27.2	石川	27.4	★金曜	27.0	栃木	22.7	長崎	22.1	山形	23.3
26	京都	26.3	千葉	25.9	北海道	25.5	埼玉	14.7	長野	13.7	三重	13.2	大阪	27.0	滋賀	27.1	高知	26.9	千葉	22.4	石川	21.9	山梨	22.8
27	青森	26.2	石川	25.8	兵庫	25.1	★金曜	14.3	東京	13.6	神奈川	13.1	茨城	26.6	群馬	26.4	大阪	26.6	京都	21.9	群馬	21.8	大阪	22.5
28	千葉	26.2	徳島	25.6	福島	25.0	新潟	14.4	静岡	13.6	山形	13.0	★金曜	26.2	★金曜	25.8	栃木	26.2	山梨	21.8	★金曜	21.6	★金曜	22.5
29	茨城	24.3	岩手	25.5	群馬	24.5	福岡	14.2	福島	13.3	広島	12.8	群馬	25.9	広島	25.6	大分	26.0	石川	21.7	福島	21.5	三重	22.2
30	東京	23.6	埼玉	25.1	東京	24.4	福井	14.1	石川	13.2	香川	12.5	秋田	25.7	大阪	24.7	群馬	25.4	山口	21.7	広島	21.5	広島	22.2
31	福井	23.6	東京	25.0	長野	23.9	宮城	13.6	神奈川	12.9	秋田	12.1	京都	25.7	岐阜	24.2	神奈川	25.3	徳島	21.4	京都	21.1	福島	21.9
32	岐阜	23.1	京都	23.9	沖縄	23.7	千葉	13.6	沖縄	12.7	京都	12.1	愛知	25.5	東京	23.9	埼玉	25.0	★金曜	21.2	宮城	21.0	京都	21.9
33	香川	22.8	青森	23.6	宮城	23.4	東京	13.5	山口	12.1	青森	12.0	広島	24.3	高知	23.9	香川	25.0	宮城	21.1	埼玉	20.8	兵庫	21.9
34	石川	22.5	宮城	23.5	青森	23.3	神奈川	13.5	愛知	11.8	栃木	11.8	大分	23.9	鹿児島	23.6	愛知	24.2	埼玉	21.0	香川	20.6	宮城	21.6
35	山口	22.5	滋賀	23.4	埼玉	23.3	石川	13.4	栃木	11.6	佐賀	11.8	福島	23.6	愛知	23.5	秋田	23.7	群馬	20.9	滋賀	20.4	東京	20.9
36	福島	22.3	北海道	22.6	山口	22.8	大阪	12.6	青森	11.5	福島	11.4	岐阜	23.4	福島	22.9	京都	23.7	大阪	20.9	愛知	20.3	鹿児島	20.8
37	宮城	21.8	福井	22.1	滋賀	22.4	秋田	12.5	三重	11.5	大阪	11.3	長野	22.8	秋田	22.7	鹿児島	23.0	広島	20.9	大阪	20.2	埼玉	20.5
38	神奈川	21.6	長野	21.9	徳島	22.2	富山	12.5	広島	11.4	滋賀	10.7	東京	22.4	山形	22.6	岐阜	22.4	福島	20.6	茨城	20.0	愛知	20.4
39	北海道	20.8	群馬	21.6	神奈川	21.3	岡山	12.5	滋賀	11.1	石川	10.2	山形	21.3	香川	22.6	宮崎	21.8	愛知	20.3	東京	19.9	山口	20.3
40	岡山	20.8	神奈川	21.4	岩手	20.6	広島	12.5	大阪	10.9	山口	10.6	神奈川	21.1	神奈川	22.2	茨城	19.6	長野	20.0	三重	19.9	北海道	19.9
41	群馬	19.3	福島	21.1	福井	20.4	福島	12.0	佐賀	10.8	岡山	9.7	長崎	20.1	栃木	21.1	福島	19.1	長崎	19.3	佐賀	18.3	和歌山	19.5
42	岩手	18.8	茨城	21.1	山形	19.7	京都	11.3	岡山	10.7	愛知	9.5	岡山	19.6	鳥取	18.9	三重	18.2	東京	19.2	岐阜	18.0	神奈川	18.4
43	宮崎	17.9	岡山	20.7	岡山	19.0	青森	11.2	京都	10.5	茨城	9.3	栃木	19.4	宮崎	18.6	岡山	18.1	岡山	17.7	北海道	17.9	滋賀	17.9
44	滋賀	17.3	山形	20.2	鹿児島	18.1	岐阜	11.0	茨城	10.3	和歌山	8.2	宮崎	18.8	岡山	18.5	山形	18.0	神奈川	17.4	山口	17.9	岐阜	17.5
45	長野	15.5	山口	20.2	和歌山	16.2	香川	10.8	秋田	9.9	沖縄	7.9	滋賀	18.4	山梨	17.3	徳島	17.0	北海道	17.3	岡山	17.7	岡山	17.3
46	佐賀	14.1	宮崎	16.4	宮崎	15.3	滋賀	9.6	香川	8.8	宮崎	7.4	鳥取	18.3	三重	16.5	山梨	16.9	岐阜	17.1	神奈川	17.6	徳島	15.7
47	山形	14.0	佐賀	9.8	佐賀	12.6	大分	3.8	岐阜	7.6	岐阜	6.3	山梨	16.9	茨城	13.5	鳥取	15.7	滋賀	16.4	徳島	17.6	宮崎	15.0
48	鳥取	1.6	鳥取	1.6	鳥取	1.2	鳥取	0.8	鳥取	0.5	鳥取	0.4	徳島	10.0	徳島	13.5	滋賀	13.4	鳥取	13.9	鳥取	14.2	鳥取	11.2

日本人間ドック学会

様式4-6

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）

健診・保健指導の効果を評価するレセプト分析(５月診療分)　様式5－1～4

保健指導による重症化予防、合併症予防の成果を確認する

様式5-1　透析患者の推移(患者数、医療費)

	昨年	今年	増減数	増減率
透析を受けている患者数				
患者医療費(年間)				
1年間の新規透析患者数				
患者医療費(年間)				

様式5-2　新規透析患者と健診・保健指導の関係

				(再掲)				
			生活習慣病の原因疾患を持つ人の数	糖尿病	高血圧症	脂質異常症	高尿酸血症	その他
1年間の新規透析患者数		今年						
		昨年						
	健診受診者＋保健指導	今年						
		昨年						
	健診のみ	今年						
		昨年						
	未受診	今年						
		昨年						

様式5-3　虚血性心疾患の推移(患者数、医療費)

	昨年	今年	増減数	増減率
虚血性心疾患患者数				
患者医療費(年間)				
1年間の新規虚血性心疾患患者数				
患者医療費(年間)				

様式5-4　新規虚血性心疾患と健診・保健指導の関係

				(再掲)				
			生活習慣病の原因疾患を持つ人の数	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						

標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

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)　様式4－1～4

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　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

				(再掲)				
			生活習慣病の原因疾患を持つ人の数	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

				(再掲)				
			生活習慣病の原因疾患を持つ人の数	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						

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）

様式5－5～8

様式5-5　脳血管疾患（脳出血・脳梗塞）の推移（患者数、医療費）

	昨年	今年	増減数	増減率
脳血管疾患患者数				
患者医療費（年間）				
1年間の新規脳血管疾患患者数				
患者医療費（年間）				

様式5-6　新規脳血管疾患（脳出血・脳梗塞）患者数と健診・保健指導の関係

			生活習慣病の原因疾患を持つ人の数	（再掲） 糖尿病	高血圧症	脂質異常症	高尿酸血症	その他
1年間の新規脳血管疾患患者数		今年						
		昨年						
	健診受診者＋保健指導	今年						
		昨年						
	健診のみ	今年						
		昨年						
	未受診	今年						
		昨年						

様式5-7　一昨年・昨年・今年生活習慣病と診断された患者の重症化

	一昨年	昨年	今年	増減数(昨年と今年の比較)	増減率(昨年と今年の比較)
生活習慣病患者数（総数）					
糖尿病					
高血圧症					
脂質異常症					
高尿酸血症					

様式5-8　一昨年・昨年生活習慣病と診断された人の健診・保健指導の状況

保健指導で合併症が出なかったことを確認しよう！

			計	合併症を有する人の数	（再掲） 人工透析	糖尿病性網膜症	糖尿病性神経障害	動脈閉塞	大動脈疾患	虚血性心疾患	脳血管疾患
一昨年・昨年生活習慣病と診断された患者数		昨年									
		一昨年									
	健診受診者＋保健指導	昨年									
		一昨年									
	健診のみ	昨年									
		一昨年									
	未受診	昨年									
		一昨年									

標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

様式4－5～8

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(昨年と今年の比較)	増減率(昨年と今年の比較)
生活習慣病患者数（総数）					
糖尿病					
高血圧症					
脂質異常症					
高尿酸血症					

様式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									

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）

様式5－9～12

様式5-9　一昨年・昨年糖尿病と指摘された人の健診・保健指導の状況

			計	合併症を有する人の数	（再掲） 人工透析	糖尿病性網膜症	糖尿病性神経障害	動脈閉塞	大動脈疾患	虚血性心疾患	脳血管疾患
一昨年・昨年糖尿病と診断された患者数		昨年									
		一昨年									
	健診受診者＋保健指導	昨年									
		一昨年									
	健診のみ	昨年									
		一昨年									
	未受診	昨年									
		一昨年									

様式5-10　一昨年・昨年高血圧症と指摘された人の健診・保健指導の状況

			計	合併症を有する人の数	（再掲） 人工透析	糖尿病性網膜症	糖尿病性神経障害	動脈閉塞	大動脈疾患	虚血性心疾患	脳血管疾患
一昨年・昨年高血圧症と診断された患者数		昨年									
		一昨年									
	健診受診者＋保健指導	昨年									
		一昨年									
	健診のみ	昨年									
		一昨年									
	未受診	昨年									
		一昨年									

様式5-11　一昨年・昨年脂質異常症と指摘された人の健診・保健指導の状況

			計	合併症を有する人の数	（再掲） 人工透析	糖尿病性網膜症	糖尿病性神経障害	動脈閉塞	大動脈疾患	虚血性心疾患	脳血管疾患
一昨年・昨年高脂血症と診断された患者数		昨年									
		一昨年									
	健診受診者＋保健指導	昨年									
		一昨年									
	健診のみ	昨年									
		一昨年									
	未受診	昨年									
		一昨年									

様式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	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									

標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

様式4－9～12

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									

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）

様式5－13、14

様式5－13　今年、生活習慣病と指摘された人の健診・保健指導の状況

健診・保健指導の成果を確認しよう！

				有所見を持つ人の数	（再掲）				
					腹囲	糖尿病	高血圧症	脂質異常症	高尿酸血症
1年間の新規生活習慣病患者数			今年						
			昨年						
	健診受診者＋保健指導	動機づけ支援実施者	今年						
			昨年						
		積極的支援実施者	今年						
			昨年						
		医療管理による支援	今年						
			昨年						
	健診のみ		今年						
			昨年						
	未受診		今年						
			昨年						

様式5－14　昨年、生活習慣病予備群と指摘された人の治療状況

健診・保健指導の成果を確認しよう！

				治療を行っている人の数	（再掲）						
					糖尿病	高血圧症	脂質異常症	高尿酸血症	脳血管疾患	虚血性心疾患	その他
一昨年・昨年生活習慣病予備群と指摘された人の数			昨年								
			一昨年								
	健診受診者＋保健指導	動機づけ支援	昨年								
			一昨年								
		積極的支援	昨年								
			一昨年								
		医療管理による支援	昨年								
			一昨年								
	健診のみ		昨年								
			一昨年								
	未受診		昨年								
			一昨年								

標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

様式4－13、14

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								

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）

様式6－1

様式6－1　健診・保健指導計画作成のためのアセスメント表

保険者の特徴を考えてみましょう～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5月診療分　レセプト		治療者数	全治療者に占める割合	総人数に対する割合	治療者数	全治療者に占める割合	総人数に対する割合	治療者数	全治療者に占める割合	総人数に対する割合
	虚血性心疾患									
	脳血管疾患									
	糖尿病									
	高血圧症									
健診・保健指導の状況	40～74歳受診者数／受診率（%）									
	有所見順位	有所見項目	人数	割合	有所見項目	人数	割合	有所見項目	人数	割合
	第1位									
	第2位									
	第3位									
	第4位									
	第5位									
	第6位									
	第7位									
	第8位									
	第9位									
	第10位									
		対象者数	実施者数(実施率)		対象者数	実施者数(実施率)		対象者数	実施者数(実施率)	
	動機づけ支援									
	積極的支援									

標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

様式5－1

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 〇年〇月診療分　レセプト		治療者数	全治療者に占める割合	総人数に対する割合	治療者数	全治療者に占める割合	総人数に対する割合	治療者数	全治療者に占める割合	総人数に対する割合
	虚血性心疾患									
	脳血管疾患									
	糖尿病									
	高血圧症									
健診・保健指導の状況	40～74歳受診者数／受診率（%）									
	有所見順位	有所見項目	人数	割合	有所見項目	人数	割合	有所見項目	人数	割合
	第1位									
	第2位									
	第3位									
	第4位									
	第5位									
	第6位									
	第7位									
	第8位									
	第9位									
	第10位									
		対象者数	実施者数(実施率)		対象者数	実施者数(実施率)		対象者数	実施者数(実施率)	
	動機付け支援									
	積極的支援									

様式6－2　健診有所見者状況（男女別・年代別）

総数

男性

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける										メタボリックシンドローム以外の動脈硬化要因		臓器障害（※は詳細検査）								
		腹囲＊		中性脂肪		ALT（GPT）		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		（尿酸）		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		尿蛋白		（クレアチニン）		心電図※		眼底検査※	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合			数	割合	数	割合	数	割合
全国																													
都道府県																													
H18年度																													
H17年度																													
H16年度																													
H15年度																													

女性

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける										メタボリックシンドローム以外の動脈硬化要因		臓器障害（※は詳細検査）								
		腹囲＊		中性脂肪		ALT（GPT）		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		（尿酸）		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		尿蛋白		（クレアチニン）		心電図※		眼底検査※	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合			数	割合	数	割合	数	割合
全国																													
都道府県																													
H18年度																													
H17年度																													
H16年度																													
H15年度																													

総数

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける										メタボリックシンドローム以外の動脈硬化要因		臓器障害（※は詳細検査）								
		腹囲＊		中性脂肪		ALT（GPT）		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		（尿酸）		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		尿蛋白		（クレアチニン）		心電図※		眼底検査※	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合			数	割合	数	割合	数	割合
全国																													
都道府県																													
H18年度																													
H17年度																													
H16年度																													
H15年度																													

＊注)腹囲がない場合はBMI≧25

様式6－2

様式5－2　健診有所見者状況（男女別・年代別）

○～○歳　※性別、各年代（40～74歳まで10歳刻み）に作成

男性

	受診者数	摂取エネルギーの過剰										血管を傷つける										メタボリックシンドローム以外の動脈硬化要因		臓器障害（※は詳細検査）									
		BMI		腹囲		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		（尿酸）		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロールもしくはnon-HDLコレステロール		尿蛋白		eGFR※		心電図※		眼底検査※	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合			数	割合	数	割合	数	割合
全国																															
都道府県																															
H28年度																															
H27年度																															
H26年度																															
H25年度																															

女性

	受診者数	摂取エネルギーの過剰										血管を傷つける										メタボリックシンドローム以外の動脈硬化要因		臓器障害（※は詳細検査）									
		BMI		腹囲		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		（尿酸）		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロールもしくはnon-HDLコレステロール		尿蛋白		eGFR※		心電図※		眼底検査※	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合			数	割合	数	割合	数	割合
全国																															
都道府県																															
H28年度																															
H27年度																															
H26年度																															
H25年度																															

総数

	受診者数	摂取エネルギーの過剰										血管を傷つける										メタボリックシンドローム以外の動脈硬化要因		臓器障害（※は詳細検査）									
		BMI		腹囲		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		（尿酸）		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロールもしくはnon-HDLコレステロール		尿蛋白		eGFR※		心電図※		眼底検査※	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合			数	割合	数	割合	数	割合
全国																															
都道府県																															
H28年度																															
H27年度																															
H26年度																															
H25年度																															

様式5－2

様式６－３

様式６－３　健診有所見者状況（男女別・年代別）

40歳代

男性

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける										メタボリックシンドローム以外の動脈硬化要因		臓器障害（※は詳細検査）							
		腹囲＊		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		（尿酸）		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		尿蛋白		（クレアチニン）		心電図※		眼底検査※	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合			数	割合	数	割合	数	割合
全国																													
都道府県																													
H18年度																													
H17年度																													
H16年度																													
H15年度																													

女性

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける										メタボリックシンドローム以外の動脈硬化要因		臓器障害（※は詳細検査）							
		腹囲＊		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		（尿酸）		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		尿蛋白		（クレアチニン）		心電図※		眼底検査※	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合			数	割合	数	割合	数	割合
全国																													
都道府県																													
H18年度																													
H17年度																													
H16年度																													
H15年度																													

総数

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける										メタボリックシンドローム以外の動脈硬化要因		臓器障害（※は詳細検査）							
		腹囲＊		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		（尿酸）		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		尿蛋白		（クレアチニン）		心電図※		眼底検査※	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合			数	割合	数	割合	数	割合
全国																													
都道府県																													
H18年度																													
H17年度																													
H16年度																													
H15年度																													

＊注)腹囲がない場合はBMI≧25

（削除）

様式６－４　健診有所見者状況（男女別・年代別）

50歳代

男性

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける										メタボリックシンドローム以外の動脈硬化要因		臓器障害（※は詳細検査）									
		腹囲＊		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		（尿酸）		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		尿蛋白		（クレアチニン）		心電図※		眼底検査※	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合			数	割合	数	割合	数	割合
全国																													
都道府県																													
H18年度																													
H17年度																													
H16年度																													
H15年度																													

女性

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける										メタボリックシンドローム以外の動脈硬化要因		臓器障害（※は詳細検査）									
		腹囲＊		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		（尿酸）		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		尿蛋白		（クレアチニン）		心電図※		眼底検査※	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合			数	割合	数	割合	数	割合
全国																													
都道府県																													
H18年度																													
H17年度																													
H16年度																													
H15年度																													

総数

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける										メタボリックシンドローム以外の動脈硬化要因		臓器障害（※は詳細検査）									
		腹囲＊		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		（尿酸）		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		尿蛋白		（クレアチニン）		心電図※		眼底検査※	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合			数	割合	数	割合	数	割合
全国																													
都道府県																													
H18年度																													
H17年度																													
H16年度																													
H15年度																													

＊注)腹囲がない場合はBMI≧25

様式６－４

（削除）

様式６－５

様式６－５　健診有所見者状況（男女別・年代別）

60歳代

男性

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける										メタボリックシンドローム以外の動脈硬化要因		臓器障害（※は詳細検査）									
		腹囲＊		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		（尿酸）		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		尿蛋白		（クレアチニン）		心電図※		眼底検査※	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合			数	割合	数	割合	数	割合
全国																													
都道府県																													
H18年度																													
H17年度																													
H16年度																													
H15年度																													

女性

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける										メタボリックシンドローム以外の動脈硬化要因		臓器障害（※は詳細検査）									
		腹囲＊		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		（尿酸）		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		尿蛋白		（クレアチニン）		心電図※		眼底検査※	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合			数	割合	数	割合	数	割合
全国																													
都道府県																													
H18年度																													
H17年度																													
H16年度																													
H15年度																													

総数

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける										メタボリックシンドローム以外の動脈硬化要因		臓器障害（※は詳細検査）									
		腹囲＊		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		（尿酸）		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		尿蛋白		（クレアチニン）		心電図※		眼底検査※	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合			数	割合	数	割合	数	割合
全国																													
都道府県																													
H18年度																													
H17年度																													
H16年度																													
H15年度																													

＊注)腹囲がない場合はBMI≧25

（削除）

様式６－６　健診有所見者状況（男女別・年代別）

70歳代(70-74歳)

男性

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける										メタボリックシンドローム以外の動脈硬化要因		臓器障害（※は詳細検査）							
		腹囲＊		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		（尿酸）		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		尿蛋白		（クレアチニン）		心電図※		眼底検査※	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合			数	割合	数	割合	数	割合
全国																													
都道府県																													
H18年度																													
H17年度																													
H16年度																													
H15年度																													

女性

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける										メタボリックシンドローム以外の動脈硬化要因		臓器障害（※は詳細検査）							
		腹囲＊		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		（尿酸）		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		尿蛋白		（クレアチニン）		心電図※		眼底検査※	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合			数	割合	数	割合	数	割合
全国																													
都道府県																													
H18年度																													
H17年度																													
H16年度																													
H15年度																													

総数

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける										メタボリックシンドローム以外の動脈硬化要因		臓器障害（※は詳細検査）							
		腹囲＊		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		（尿酸）		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		尿蛋白		（クレアチニン）		心電図※		眼底検査※	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合			数	割合	数	割合	数	割合
全国																													
都道府県																													
H18年度																													
H17年度																													
H16年度																													
H15年度																													

＊注)腹囲がない場合はBMI≧25

様式６－６

（削除）

様式６－７

様式６－７　健診有所見者状況（男女別・年代別）

（再）65-74歳

男性

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける										メタボリックシンドローム以外の動脈硬化要因		臓器障害（※は詳細検査）									
		腹囲＊		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		（尿酸）		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		尿蛋白		（クレアチニン）		心電図※		眼底検査※	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合			数	割合	数	割合	数	割合
全国																													
都道府県																													
H18年度																													
H17年度																													
H16年度																													
H15年度																													

女性

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける										メタボリックシンドローム以外の動脈硬化要因		臓器障害（※は詳細検査）									
		腹囲＊		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		（尿酸）		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		尿蛋白		（クレアチニン）		心電図※		眼底検査※	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合			数	割合	数	割合	数	割合
全国																													
都道府県																													
H18年度																													
H17年度																													
H16年度																													
H15年度																													

総数

	受診者数	摂取エネルギーの過剰								血管を傷つける										メタボリックシンドローム以外の動脈硬化要因		臓器障害（※は詳細検査）									
		腹囲＊		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		（尿酸）		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		尿蛋白		（クレアチニン）		心電図※		眼底検査※	
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合			数	割合	数	割合	数	割合
全国																													
都道府県																													
H18年度																													
H17年度																													
H16年度																													
H15年度																													

＊注)腹囲がない場合はBMI≧25

（削除）

様式６－８　メタボリックシンドローム該当者・予備群（40-74歳）

男性					総数			40歳代			50歳代			60歳代			70-74歳			（再）65-74歳		
					人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②
被保険者数（40-74歳）																						
健診受診者数（受診率%）																						
腹囲85cm以上の者																						
		高血糖	高血圧	高脂血																		
（再）有所見の重複状況	腹囲のみ																					
	予備群	●																				
			●																			
				●																		
	該当者	●	●																			
		●		●																		
			●	●																		
		●	●	●																		
メタボ予備群																						
メタボ該当者																						

女性					総数			40歳代			50歳代			60歳代			70-74歳			（再）65-74歳		
					人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②
被保険者数（40-74歳）																						
健診受診者数（受診率%）																						
腹囲90cm以上の者																						
		高血糖	高血圧	高脂血																		
（再）有所見の重複状況	腹囲のみ																					
	予備群	●																				
			●																			
				●																		
	該当者	●	●																			
		●		●																		
			●	●																		
		●	●	●																		
メタボ予備群																						
メタボ該当者																						

様式6－8

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５－３　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																						
		高血糖	高血圧	高脂血																		
（再）有所見の重複状況	腹囲のみ																					
	予備群	●																				
			●																			
				●																		
	該当者	●	●																			
		●		●																		
			●	●																		
		●	●	●																		
メタボ予備群																						
メタボ該当者																						

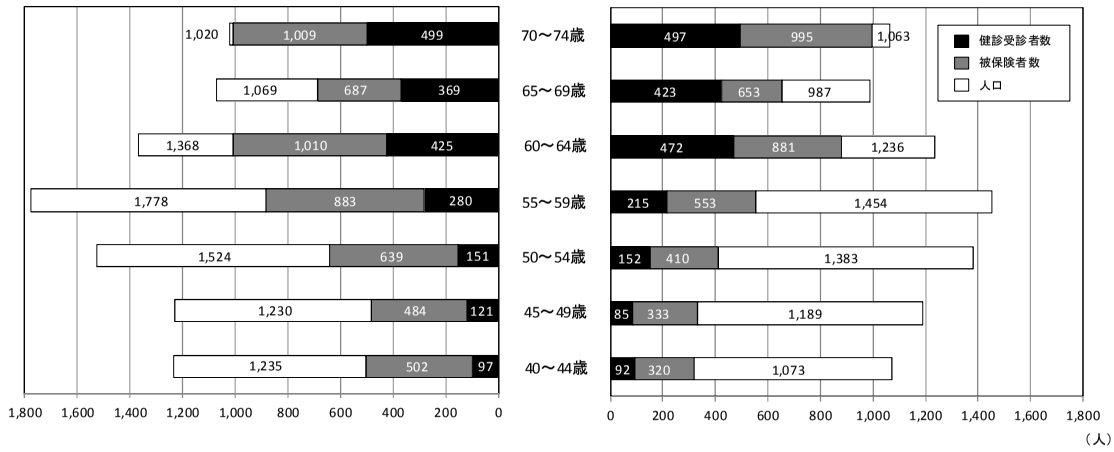
女性					40-74歳			40歳代			50歳代			60歳代			70-74歳			（再）65-74歳		
					人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②	人数	割合①	割合②
被保険者数（40-74歳）																						
健診受診者数（受診率%）																						
腹囲90cm以上の者																						
		高血糖	高血圧	高脂血																		
（再）有所見の重複状況	腹囲のみ																					
	予備群	●																				
			●																			
				●																		
	該当者	●	●																			
		●		●																		
			●	●																		
		●	●	●																		
メタボ予備群																						
メタボ該当者																						

様式5－3

注）割合①の分母は健診受診者、割合②の分母は腹囲85cm以上または90cm以上

様式6-9　健診受診状況（被保険者数及び健診受診者のピラミッド）

〇〇市総人口のうちの被保険者数・健診受診者数（平成〇〇年度）



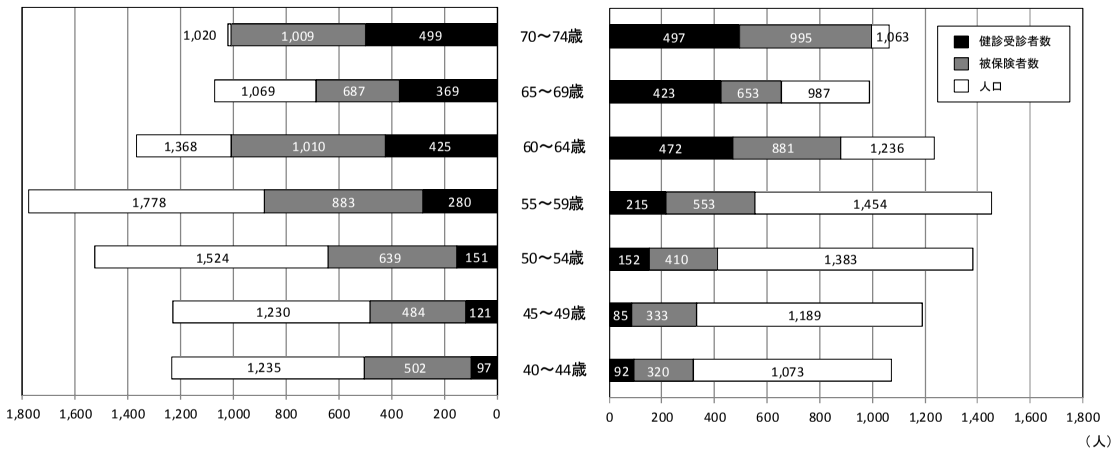
男性	40～74歳	健診受診者	1,942	37.2%
		被保険者数	5,214	

女性	40～74歳	健診受診者	1,936	46.7%
		被保険者数	4,145	

様式6－9

様式5-4　健診受診状況（被保険者数及び健診受診者のピラミッド）

〇〇市総人口のうちの被保険者数・健診受診者数（平成〇〇年度）



男性	40～74歳	健診受診者	1,942	37.2%
		被保険者数	5,214	

女性	40～74歳	健診受診者	1,936	46.7%
		被保険者数	4,145	

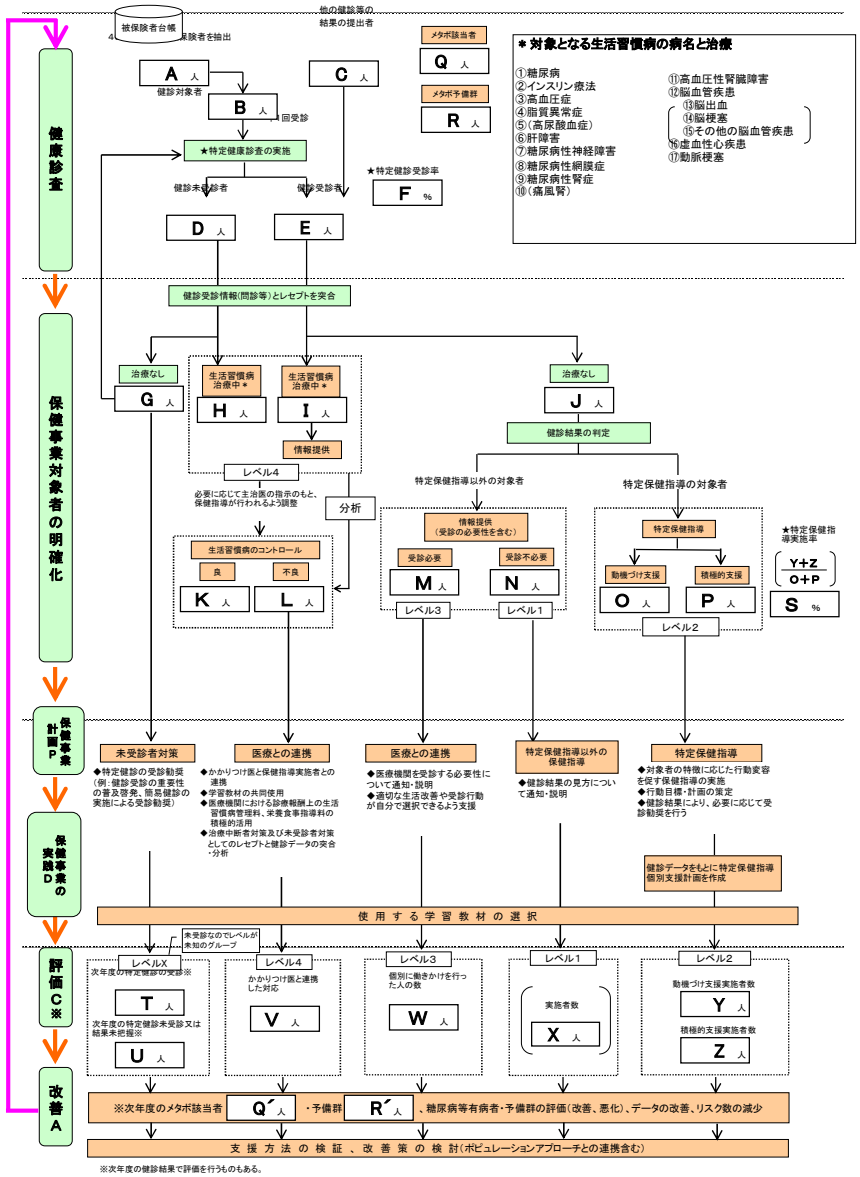
様式5－4

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

様式6－10

健診から保健指導実施へのフローチャート



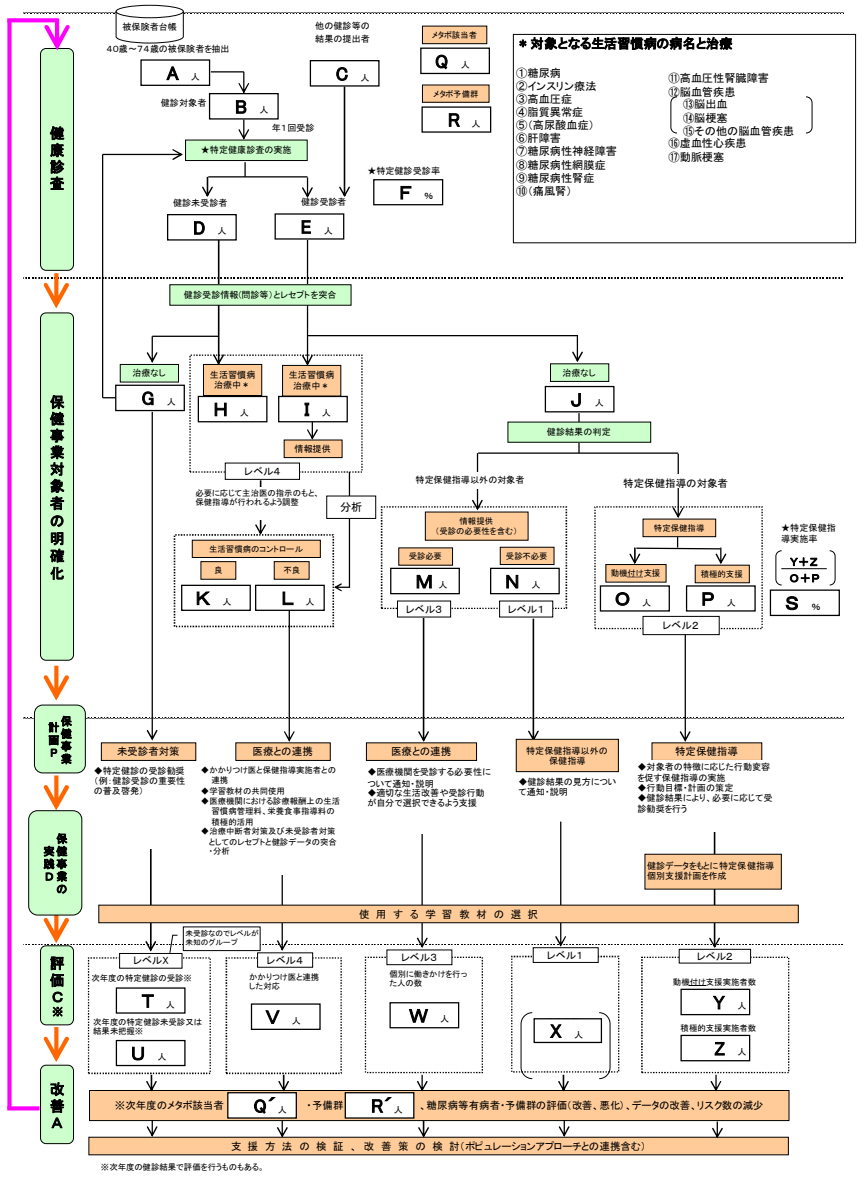
※次年度の健診結果で評価を行うものもある。

標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

様式5－5

健診から保健指導実施へのフローチャート



※次年度の健診結果で評価を行うものもある。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）

様式6－11　性・年齢階級別特定保健指導実施率又は結果把握率

様式6－11

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ょう。

※A～Zについては様式6－10参照

平成　年度		男性												女性											
		総数		40歳代		50歳代		60歳代		70-74歳		(再)65-74歳		総数		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 GA	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 HA	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 IA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 JA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 KA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 LA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 MA人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
情報提供(受診不必要) 対象者数 NA人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
動機づけ支援対象者数 OA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 PA人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
メタボ該当者 QA人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
メタボ予備群 RA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 TA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 UA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 VA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 WA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 XA人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
動機づけ支援実施者数 YA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 ZA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 GA人	対象者数・割合																								
次年度のメタボ予備群 RA人	対象者数・割合																								

標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

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ょう。

※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 AA人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
健診対象者 BA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CA人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
健診未受診者 DA人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
健診受診者 EA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 FA%																									
健診未受診者中治療なしの者 GA	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 HA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 IA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 JA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 KA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 LA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 MA人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
情報提供(受診不必要) 対象者数 NA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 OA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 PA人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
メタボ該当者 QA人	対象者数・割合																								
	保健指導実施者数・実施率																								
メタボ予備群 RA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 SA%																									
次年度の特定健診の受診 TA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 UA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 VA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 WA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 XA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 YA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 ZA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 GA人	対象者数・割合																								
次年度のメタボ予備群 RA人	対象者数・割合																								

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）

様式７

医療保険者における健診・保健指導の評価方法

〇～〇歳

男性　　※性別、各年代（４０～７４歳まで５歳刻み）毎に作成

		今年度	昨年度	増減	備考
1	健診対象者数(40-74 歳)				
2	健診受診者数(人)				
3	健診受診率(%)				= 2 / 1 * 100
4	評価対象者数(人)				
メタボリックシンドローム					
5	メタボリックシンドローム該当者数(人)				
6	メタボリックシンドローム該当者割合(%)				= 5 / 4 * 100
7	メタボリックシンドローム予備群者数(人)				
8	メタボリックシンドローム予備群者割合(%)				= 7 / 4 * 100
肥 満					
9	肥満者の数(人)				
10	肥満者の割合(%)				= 9 / 4 * 100
11	腹囲のみ基準値以上の者の数(人)				
12	腹囲のみ基準値以上の者の割合(%)				= 11 / 4 * 100
13	腹囲基準値以上かつBMI25以上の者の数(人)				
14	腹囲基準値以上かつBMI25以上の者の割合(%)				= 13 / 4 * 100
15	BMIのみ25以上の者の数(人)				
16	BMIのみ25以上の者の割合(%)				= 15 / 4 * 100
高血圧					
17	血圧を下げる薬服用者の数(人)				
18	血圧を下げる薬服用者の割合(%)				= 17 / 4 * 100
19	正常高値血圧の者の数(人)				
20	正常高値血圧の者の割合(%)				= 19 / 4 * 100
21	高血圧症有病者の数(人)				
22	高血圧症有病者の割合(%)				= 21 / 4 * 100

標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

様式６

保険者における健診・保健指導の評価方法

〇～〇歳

男性　　※性別、各年代（４０～７４歳まで５歳刻み）に作成

		今年度	昨年度	増減	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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）

		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

標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

		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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）

		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・予備群でなった者の割合(%)				= 63 / 60 : 100
65	メタボリックシンドローム該当者の減少率				=(61+63)/60*100
メタボリックシンドローム予備群の減少率					
66	55 のうち、今年度メタボリックシンドローム該当者・予備群でなかった者の数(人)				
67	55 のうち、今年度メタボリックシンドローム該当者・予備群でなかった者の割合(%)				= 66 / 55 * 100
保健指導対象者の減少率					
68	49 のうち、昨年度特定保健指導の対象者数（人）				
69	68 のうち、今年度特定保健指導対象でなかった者の数（人）※3				
70	特定保健指導対象者の減少率（%）				= 69 / 68 * 100
71	49 のうち、特定保健指導受診者の数（人）				
72	71 のうち、今年度特定保健指導対象でなかった者の数（人）※3				
73	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率（%）				= 72 / 71 * 100

※1 メタボリックシンドロームだけでなく、肥満、糖尿病、高血圧、高脂血症についても同様の評価を実施。
※2 動機づけ支援の受診者、積極的支援の受診者、すべての健診受診者ごとに、集計。
※3 検査結果の改善により、特定保健指導の対象から外れた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）。

標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

		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）。

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）

		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（動機づけ支援）（人）				
85	特定保健指導対象者の割合（動機づけ支援）（%）				= 84 / 4 * 100
86	服薬中のため動機付け支援の対象者から除外した者の数（人）※4				
87	特定保健指導受診者数（動機づけ支援）（人）				
88	特定保健指導受診者の割合（動機づけ支援）（%）				= 87 / 84 * 100
89	特定保健指導終了者数（動機付け支援）（人）				
90	特定保健指導終了者の割合（動機付け支援）（%）				= 89 / 84 * 100
91	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6－10参照

標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

		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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）

～ 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

標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

～ 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

標準的な健診・保健指導プログラム（平成 25 年４月）

～ 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						
		～1	2～3	4～	データ欠損あり	未受診者数	対象外	合計
前年度健診情報	～1							
	2～3							
	4～							
	データ欠損あり							
	未受診者数							
	対象外							
	合計							

レセプト病名で抽出された生活習慣病者の前年度の健診情報で、腹囲、血糖、HbA1c、血圧、脂質等の基準値を超えたもののリスク数との関係を分析する。

腹囲、血糖、HbA1c、血圧、脂質などのリスク数		今年度レセプト情報								
		糖尿病	高血圧	脂質異常症	虚血性心疾患	脳卒中	左記のいずれもなし	対象外	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									

標準的な健診・保健指導プログラム（案）（平成 30 年〇月）

～ 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						
		～1	2～3	4～	データ欠損あり	未受診者数	対象外	合計
前年度健診情報	～1							
	2～3							
	4～							
	データ欠損あり							
	未受診者数							
	対象外							
	合計							

レセプト病名で抽出された生活習慣病者の前年度の健診情報で、腹囲、血糖、HbA1c、血圧、脂質等の基準値を超えたもののリスク数との関係を分析する。

腹囲、血糖、HbA1c、血圧、脂質などのリスク数		今年度レセプト情報								
		糖尿病	高血圧	脂質異常症	虚血性心疾患	脳卒中	左記のいずれもなし	対象外	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									