

「健診・保健指導の在り方に関する検討会」 中間とりまとめへの対応

平成24年6月18日
厚生労働省保険局総務課

「健診・保健指導の在り方に関する検討会」中間とりまとめ

＜「健診・保健指導の在り方に関する検討会」の中間とりまとめについて＞

- 特定健診・保健指導については、平成20年度に制度が導入されてからの実績を踏まえ、保険者の視点から、昨年4月より、この「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」において議論を行ってきた。
- また、専門的な見地からの検討が必要な事項について、別途、健康局において開催した「健診・保健指導の在り方に関する検討会」において検討が行われた。
- 本年4月13日に、上記「健診・保健指導の在り方に関する検討会」の中間とりまとめが公表され、当面の対応として特定健診・保健指導についての提言がまとめられた。
- 保険者による本検討会においても、この提言を踏まえ、25年度からの第2期医療費適正化計画の期間における特定健診・保健指導の方向性を検討する必要がある。

【「健診・保健指導の在り方に関する検討会」中間とりまとめにおいて「当面の対応」についての提言がまとめられた事項】

- ①現在の特定健診・保健指導の枠組み及び腹囲の基準について
- ②特定保健指導非対象者への対応について
- ③情報提供の在り方について
- ④受診勧奨の徹底について
- ⑤健診項目の見直しについて
- ⑥特定保健指導のポイント制について
- ⑦特定保健指導の初回面接と6ヶ月後に評価を行う者との同一性について
- ⑧血圧・喫煙のリスクに着目した初回面接の在り方について

(参考)健診・保健指導の在り方に関する検討会

1 目的

すべての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会とするため、平成12年に「健康日本21」を策定し、国民が主体的に取り組むことのできる健康づくり運動を推進してきたところである。この運動期間が平成24年度をもって終了することから、現在、健康日本21の評価結果を踏まえて次期の国民健康づくり運動のプランの策定に向けた作業が進められているが、国民を対象として実施されている健康診査等の内容等についても、次期国民健康づくり運動の目標達成に資するため、必要な見直しの要否について検討を行う必要がある。

また、生活習慣病予防の徹底を図る観点から、40歳以上の医療保険加入者等に対して実施している特定健診・保健指導については、平成20年の開始以来定着してきているが、その効率的・効果的实施を図るため、これまでの制度の運営状況や、制度創設後に蓄積された知見を踏まえ、その実施内容や実施手法等について検討を行う必要がある。

このような状況を踏まえ、今後の健診・保健指導の在り方について厚生労働省健康局長の下、有識者の参集を求め、所要の検討を行う。

2 検討事項

- (1) 今後の健康増進対策として必要な健診・保健指導について
- (2) 特定健診・保健指導の実施上の課題について
- (3) 今後の健診・保健指導の在り方について

○構成員

荒木田 美香子	国際医療福祉大学大学院 保健医療学専攻看護学分野地域看護学領域教授	野口 緑	尼崎市環境市民局市民サービス室 健康支援推進担当課長
井伊 久美子	公益社団法人日本看護協会常任理事	林 謙治	国立保健医療科学院長
大井田 隆	日本大学医学部教授	保坂 シゲリ	社団法人日本医師会常任理事
大江 和彦	東京大学大学院 医学系研究科 医療情報経済学分野教授	松岡 幸代	国立病院機構京都医療センター・ 臨床研究センター予防医学研究室研究員
門脇 孝	東京大学大学院 医学系研究科糖尿病・代謝内科教授	三浦 宏子	国立保健医療科学院 地域医療システム研究分野統括研究官
迫 和子	社団法人日本栄養士会専務理事	宮崎 美砂子	千葉大学大学院 看護学研究科 地域看護学教育研究分野教授
佐藤 保	社団法人日本歯科医師会常任理事	宮澤 幸久	帝京大学 医療技術学部教授
島本 和明	札幌医科大学長	宮地 元彦	独立行政法人国立健康・栄養研究所 健康増進研究部長
竹村 克二	医療法人寿慶会竹村クリニック院長	山門 實	三井記念病院総合健診センター所長
津下一代	あいち健康の森健康科学総合センター長	吉池 信男	青森県立保健大学 健康科学部栄養学科教授
鳥羽 研二	国立長寿医療研究センター病院長		
永井 良三	東京大学大学院 医学系研究科教授		

※ 構成員は、第1回開催時点(平成23年12月7日)。

特定健診の腹囲基準等について

<当検討会での議論>

- 本検討会においても、現在、男性:85cm、女性:90cmとなっている特定保健指導対象者の階層化基準について、関係学会から参考人を招き議論。主な内容としては、①現行の腹囲基準についての考え方(特に女性の腹囲基準について)、②腹囲基準に該当しない(非肥満の)リスク保有者に対する対策、について議論を行った。
- 絶対的リスク数(リスク数の平均が1を超える)で見た場合に現行の腹囲基準は、リスク数の絶対値に着目した場合(絶対的リスク)、女性の腹囲は現行基準の90センチ近辺となるが、リスク数が相対的に急激に増える部分をとらえようとする場合(相対的リスク)女性の腹囲基準は80センチ近辺となる、との議論があった。
- 一方で、法的な義務を負った事業としてメタボ対策を考えると第一スクリーニングである腹囲は堅持していくべき、といった意見があった。

<健診・保健指導の在り方に関する検討会 中間とりまとめ>

3 当面の対応

(1)現在の特定健診・保健指導の枠組み及び腹囲の基準について

- これまでの研究から、内臓脂肪型肥満に着目した現行制度の下、腹囲を第一基準とした階層化によって選別された対象者への特定保健指導が生活習慣改善の効果をあげている可能性があることが分かった。
- 一方で①循環器疾患の発症リスク、②健診受診率の向上、③国際的な動向といった観点から、現在の特定健診・保健指導の枠組み、特に、腹囲を特定保健指導対象者を選別するための第一基準として用いていることに関し、早急な見直しを求める意見も含めて様々な意見が出された。
- しかしながら、知見やデータの蓄積等の状況が、内臓脂肪型肥満に着目した特定健診・保健指導制度の枠組みを方向変換するといった明瞭な結論づけを行うには不十分であることから、今後、腹囲基準を含めた制度の在り方について、国際的な動向も踏まえた上で、客観的なデータや明確な知見に基づいた議論が行えるよう、データの蓄積を進めるとともに、計画的に研究・調査を行う必要がある。

<平成25年度～29年度(第2期特定健診等実施計画の期間)における対応>

- 腹囲を特定保健指導対象者を選定するための第一基準とすることについては、別途、科学的な見地からの検討を待つこととして、保険者の取組みとしては、生活習慣病の上流概念としての内臓脂肪症候群に着目した現行の階層化基準を維持する。

特定保健指導非対象者への対応

<当検討会での議論>

- 非肥満でリスクを保有している者への保健指導として、高血圧、高血糖、脂質異常の態様に応じて保健指導を行う必要や特に非肥満の受診勧奨値以上の者に健診結果を適切に返す情報提供の重要性をしっかりと意識するべき、といった意見があった。
- 現行、特定保健指導の対象となっていない非肥満のリスク保有者に対しても保健指導などの対応が必要との意見があった。また、その場合には、決められたプログラムの策定が必要との意見もあった。

<健診・保健指導の在り方に関する検討会 中間とりまとめ>

3 当面の対応

(2) 特定保健指導非対象者への対応について(別添1)

- 現在特定保健指導の対象となっていない者への個々のリスク(血圧、血糖、脂質、喫煙)に着目した対応の必要性について検討会で共通認識が得られたことを踏まえ、当面の方策として、対応すべきリスクを放置してはならないとの認識の下、特定保健指導の非対象者への対応が一定の考え方に沿って適切に行われるよう、できる限りの定型化を図った上で、これを指針として標準プログラムに示す。
- 具体的には、各学会のガイドライン等に基づいて、健診結果に基づくリスクの大きさも勘案して整理した表を参考として盛り込むとともに、次のような考え方を示す。
 - ・ 医療保険者、事業者、市町村等は、特定保健指導の対象とならない者についても、各ガイドラインや別表を参考にして、保健指導の実施や医療機関に確実に受診させるなど、健診で明らかとなった対応すべきリスクの程度に応じて、きめ細かく適切な対応を行う。
- なお、表については、別途有識者による検討を行うものとする。

<平成25年度～29年度(第2期特定健診等実施計画の期間)における対応>

- 特定保健指導対象とならないがリスク(血圧、血糖、脂質、喫煙)を保有する者への対応としては、保健指導の実施や医療機関への受診勧奨などの望ましい措置について記載される見込みである標準プログラムの内容の関係者への周知に努める。

〔表〕肥満、血糖、血圧、脂質の測定値および喫煙に応じた対応(案)

リスクの 大きさ	危険因子(肥満・血糖・血圧・脂質・喫煙)を評価する		
	肥満あり(※1)		肥満なし(※1、2)
	+リスク2つ以上(※2)	+リスク1つまで	——
Aゾーン		肥満改善、生活習慣病予防に関する 情報提供	一般的な健康づくり情報の 情報提供
Bゾーン	特定保健指導 ＜積極的支援＞	特定保健指導 ＜動機付け支援＞	当該疾患についての 情報提供
Cゾーン	特定保健指導 ＜積極的支援＞ (6ヶ月評価時に該当項目について再確認が望ましい)	特定保健指導 ＜動機づけ支援＞ (6ヶ月評価時に該当項目について再確認が望ましい)	当該疾患に関する生活習慣改善指導(面接)、医療機関受診
Dゾーン	すぐに受診 または、医師と連携して特定保健指導＜積極的支援＞を実施後医療機関管理	確実な受診勧奨 または、医師の判断で積極的支援相当の保健指導をすることも可	確実な受診勧奨、 受診の確認、医療機関管理

Aゾーン: 今のところ異常なし

Bゾーン: 血糖正常高値・境界型、血圧正常高値。保健指導を実施する。
また、リスクが単独ではなく重積する場合など、より積極的な保健指導が必要とされる場合は、必要に応じてCゾーンと同様の対応を行う。

なお、以下の＜学会基準等に基づく検査値分類＞B'ゾーンはCゾーンと同様の対応を行う。

Cゾーン: 学会診断基準では「疾患」と判定されるが、比較的軽症であり、薬物療法よりも生活習慣改善を優先するもの。保健指導を積極的に行うべきである。

【方法①】 面接を伴う保健指導を3～6ヶ月実施したあと、該当項目について検査を行う。この評価で十分な改善が認められない場合、又は保健指導が実施できない場合には、医療機関による管理(受診勧奨)とする。

【方法②】 医療機関においては、生活習慣管理料、外来栄養食事指導料、集団栄養指導料を活用して、保険診療として生活習慣改善指導をする。

Dゾーン: 医療管理下におくことが必須なもの。

食事・運動療法も大切ではあるが、薬物治療を要すると考えられる状態。

原則として保険診療対象者であり、生活習慣管理料、外来栄養食事指導料、集団栄養指導料を活用する医師との連携のもと、保健指導機関において積極的支援を併用することが可能である。(ただし薬物治療中の場合には「特定保健指導」に該当しない。)

※1 腹囲が男性85cm、女性90cm未満の場合でも、BMIが25以上であれば肥満と判定される。この場合は、リスク3つ以上が表中の「腹囲+リスク2以上」、リスク1又は2が「腹囲+リスク1つまで」と同等の扱いになる。

※2 喫煙は独立した循環器疾患のリスク因子であるので、上記の表にかかわらず、禁煙指導については、別途保健指導を行うことが必要である。特定保健指導では、血圧、血糖、脂質のリスクの1つ以上ある場合にのみ、喫煙歴がカウントされる。

＜学会基準等に基づく検査値分類＞

1. 血圧

収縮期 拡張期	～129	130～ 139	140～ 159	160～
～84	A	B	C	D
85～89	B	B	C	D
90～99	C	C	C	D
100～	D	D	D	D

2. 血糖、HbA1c

	A	B	B'	C	D
FPG	～99	100～ 109	110～ 125		126～
HbA1c (%)	～5.1	5.2～5.5	5.6～6.0		6.1～

3. 脂質

	A	B	C	D
トリグリセライド	<150		150～299	≥300
LDL	120		140	(≥180)

※ あわせて、市町村、医療保険者、事業者等が特定保健指導非対象者への対応に取り組む場合に、根拠となる条文を参考として示す。

情報提供の在り方について

<当検討会での議論>

- 「特定健診・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」の中で、情報提供のあり方を加筆してもらいたい、非肥満のリスク保有者に対しても情報提供をきめ細かく行うことは非常にありがたいが、その際には腹囲基準が何だったのかと受診者に混乱を招かないようにしてほしい、といった意見があった。
- また、今後のマイナンバー制度等の検討も踏まえた、より積極的な国民への情報提供の在り方を検討する必要があるといった意見があった。

<健診・保健指導の在り方に関する検討会 中間とりまとめ>

3 当面の対応

(3)情報提供の在り方について

- 健診受診者に対する、いわゆる「情報提供」の実施方法や支援内容については、現在も標準プログラムで考え方が示されているものの、保険者によっては画一的な健診結果の提供のみに終わっているものもあるとの指摘も踏まえ、標準プログラムにおいて情報提供の重要性を強調するとともに、医療保険者等に具体的な取組みの例を示す。
- すなわち、情報提供については、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の意識づけを行うこと、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目的を有することを再認識させると共に、これらを満たす内容であるべきことを示す。

<平成25年度～29年度(第2期特定健診等実施計画の期間)における対応>

- 健診受診者全体に対する情報提供について、保険者における好事例を調査するとともに、その知見を他の保険者も共有できるようにするため、手引きの見直しを行い、その周知に努める等の取組みを進める。

受診勧奨の徹底について

<当検討会での議論>

- 非肥満のリスク保有者への対応の議論の中で、受診勧奨値以上の者への適切な情報提供の必要性について意見があった。

<健診・保健指導の在り方に関する検討会 中間とりまとめ>

3 当面の対応

(4) 受診勧奨の徹底について

- 標準プログラムでは、医療機関への未受診者や治療中断者に対して受診や治療継続の必要性を指導することの重要性について示しているが、さらに、受診勧奨後の医療機関への受診状況の確認を含めて指導を徹底し、必要な対象者を確実に医療につなぐことが重要であることを示す。
- 特に、現在特定保健指導の対象とならない者のうち、受診勧奨レベルにある者に対しては、医療機関への受療行動に確実に結びつくような情報提供が必要であることから、通知等の送付だけにとどめるのではなく、面接等により受診を促すこと、またその後の受診確認を行い、必要に応じて継続的に支援することが重要であることの実施方針も示す。



<平成25年度～29年度(第2期特定健診等実施計画の期間)における対応>

- 標準プログラムに記されることとなる受診勧奨の考え方などを踏まえ、手引き等を見直した上で、関係者への周知に努める。

健診項目の見直しについて

<当検討会での議論>

- 血清クレアチニン検査は、将来の心疾患、脳血管疾患の予防にとって極めて重要な指標であるとの意見があった。
- 一方で、血清クレアチニン検査を特定健診の健診項目に追加することについては、これがメタボリックシンドロームに直接関係があるか、保健指導で改善させることができるか、定期健康診断として事業主が認める項目となるか、の3点が必須との意見があった。

<健診・保健指導の在り方に関する検討会 中間とりまとめ>

3 当面の対応

(5) 健診項目の見直しについて

- 特定健診の健診項目として、血清クレアチニン検査を追加することが望ましいとの結論に至ったことを踏まえ、どのような対応が可能か、今後、国において、特定健診の実施主体たる保険者などとの協議調整に努めることを求めるものとする。
- また、あわせて、尿蛋白に加えて血清クレアチニン検査を行うことによる心血管イベント抑制・人工透析低減・国民医療費抑制等の効果、血清クレアチニン検査における保健指導判定値、受診勧奨値、保健指導を行う上での留意点等、尿蛋白検査に係る受診勧奨値・保健指導値の設定の要否等についても更に検討していく。

<平成25年度～29年度(第2期特定健診等実施計画の期間)における対応>

- CKD(慢性腎臓病)の病期の状況把握といった医学的な見地からなされた検討の結果は、血清クレアチニン検査を、健診項目として追加することが望ましいとの内容であった。
- 一方で、保険者の事業としての観点からは、メタボリックシンドロームとの関連性や保健指導による改善可能性、事業主健診に盛り込まれるか否か、といった点が課題として提示された。
- これらを踏まえ、血清クレアチニン検査の有用性については、手引き等で周知を図るとともに、特定健診の項目に加えるか否かについては、上記の課題への対応状況を踏まえ、将来、改めて検討する。

特定保健指導の在り方について-ポイント制について-

<当検討会での議論>

- 職域等で既にいろいろな健康づくり活動等の環境整備がなされている、記録等の負担が重く、また、現場での専門職としての力量発揮を妨げている、ポイント制については自由度をかなり高めるべきといった意見があった。
- ポイント制は、投入量を明らかにするために導入された仕組みである。直営は場を通じたポピュレーションアプローチや会社ぐるみのサポートが可能であり、委託と同じ投入量が必要かどうか、またポイントの切り下げの是非は、エビデンスに基づいて判断すべき、ポイント制のおかげもあって6か月継続できた人もあった、といった意見やフォローアップの回数が多いほど達成数が高いことが明らかになっており、対面を重視した仕組みとすべきといった意見もあった。

<健診・保健指導の在り方に関する検討会 中間とりまとめ>

3 当面の対応

(6) 特定保健指導の在り方について

① ポイント制について

- 積極的支援における3ヶ月以上の継続的な支援について、特定保健指導の実施状況を評価するために導入しているポイント制については、維持する。
- ただし、保健指導の柔軟性を高めるために、支援A(160ポイント以上)、支援B(20ポイント以上)を必須とし合計180ポイント以上としている取扱いについては、支援Bは励ましや共感として重要な支援であることを踏まえつつ、支援Bを必須条件から外し、支援Aのみで180ポイントを達成してもよいこととする。
- また、保健指導のさまざまな手法について、事例集や研修を通して周知を図るとともに、今後も引き続き、特定保健指導とポイント制の効果についての検証を行い、ポピュレーションアプローチの効果を含めたアウトカム評価の可能性などについて検討を行うこととする。

<平成25年度～29年度(第2期特定健診等実施計画の期間)における対応>

- 保険者の事業としては、積極的支援について、支援Aのみで180ポイントを達成してもよいこととするが、現行の180ポイントのポイント制は維持することとし、今後、保健指導の効果についてエビデンスを蓄積した上で、アウトカム評価の可能性も含め、将来的な在り方を検討していく。

初回面接と6ヶ月後に評価を行う者との同一性について

<当検討会での議論>

- 健診の実施場所において健診結果の通知と同時に初回面接を行うことが実施率の向上に有効との意見があるため、健診機関において初回面接までを実施し、その後、保健指導の実施機関に引き継ぐ方法が考えられるが、初回面接者と評価者を同一にしなければならない、という規定のために、このような取扱いが困難となっている。
- また、特定保健指導は、健診結果を階層化し対象者を選定した後に行うこととなっていることから、そもそも健診実施日に階層化を行っていない場合、規定上、初回面接ができないこととなっている。
- こうしたことから、**①十分な保健指導の情報共有が図られることを前提に、初回面接と6ヶ月後の評価の実施者を同一人物としなくてよいこととする**とともに、**②面接の後に階層化処理をした場合でも、当該面接を特定保健指導の初回面接とすることができる**、といった方向性について了承が得られた。

<健診・保健指導の在り方に関する検討会 中間とりまとめ>

② 初回面接と6ヶ月後に評価を行う者との同一性について

- 対象者との信頼関係の形成や保健指導のプロセス評価等の観点から、初回面接と6ヶ月後の評価は同一者とするを原則とする考えを示した上で、保健指導実施者間で十分に情報共有ができ、チーム・組織としての統一的な評価方法が構築されているなどの環境が整備されている場合には、初回面接を行った者以外の者が評価を行ってもよいこととする。

<平成25年度～29年度(第2期特定健診等実施計画の期間)における対応>

- 上記の議論を踏まえ、チーム・組織としての統一的な評価方法が構築されている環境として、基本的には同一機関内において、十分な情報共有が行われているなどの一定の要件の下に、初回面接と6ヶ月後の評価は同一者でなくてもよいこととする。
- 情報共有の方法等については、今後、実務担当者によるワーキンググループで検討を行うこととする。

健診受診日に初回面接を開始するための方策

<当検討会での議論>(再掲)

- 健診の実施場所において健診結果の通知と同時に初回面接を行うことが実施率の向上に有効との意見があるため、健診機関において初回面接までを実施し、その後、保健指導の実施機関に引き継ぐ方法が考えられるが、初回面接者と評価者を同一にしなければならない、という規定のために、このような取扱いが困難となっている。
- また、特定保健指導は、健診結果を階層化し対象者を選定した後に行うこととなっていることから、そもそも健診実施日に階層化を行っていない場合、規定上、初回面接ができないこととなっている。
- こうしたことから、①十分な保健指導の情報共有が図られることを前提に、初回面接と6ヶ月後の評価の実施者を同一人物としなくてよいこととするとともに、②面接の後に階層化処理をした場合でも、当該面接を特定保健指導の初回面接とすることができる、といった方向性について了承が得られた。

<健診・保健指導の在り方に関する検討会 中間とりまとめ>

③ 血圧・喫煙のリスクに着目した初回面接の在り方について(別添2)

- 血圧、喫煙は循環器疾患の発症リスクとして重要であることから、健診当日からの対応を含め、特定保健指導における取組を強化する。
- また、血圧、喫煙に対する保健指導を充実させることと併せ、保健指導の効果的・効率的な実施の観点から、これまでにすでに特定保健指導を受けた経験がある者の2年目以降の初回面接についての考え方を見直すこととする。

<平成25年度～29年度(第2期特定健診等実施計画の期間)における対応>

- ①通常の初回面接と2年目の特例では、実施に係るコストが異なることなどが保健指導の実施方法や対象者の選定等に影響を及ぼすことを極力避ける観点や、②2年目の特例は1年目の保健指導を行った同一の機関とするとのルール(別添2)からすれば、委託先の選定にも影響を与える可能性があること、を勘案し原則として特定保健指導を保険者が直営で行っている場合について、2年目の特例を実施しても良いこととする。
- 2年目以降の初回面接についての詳細については、実務担当者のワーキンググループにおいて検討を加え、25年度以降の在り方を決定する。

特定健診実施後の高血圧、喫煙者に対する対応について

【考え方】

- 血圧、喫煙のリスクの有無は、通常、特定健康診査での計測及び質問表への記入により、その場で判明する一方、血液検査などその他の健診結果が本人に通知されるまでには期間を要している実態（※）にある。
- ※ 被用者保険では3ヶ月以上4ヶ月未満が最も多く、市町村国保では2ヶ月以上3ヶ月未満が最も多い。（特定健診・保健指導の保険者調査より）
- 血圧及び喫煙のリスクに着目した保健指導は、生活習慣病を予防する観点から重要であり、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い。
- 他方で、初回面接では、対象者が、健診結果によるリスクの保有状況から、代謝等の自身の身体に起こっているメカニズムと生活習慣との関係を理解した上で行動目標・行動計画を策定する必要があるため、原則としてすべての健診結果が判明してから実施する必要がある。
- また、前年度にも特定保健指導を受けた者については、すでに身体のメカニズムと生活習慣との関係や生活習慣改善の必要性等について理解していることから、信頼関係が築けていれば、2年目の初回面接は対面を必須としなくてもよいのではないかという意見もある。

【対処方針】

- 特定保健指導の対象となりうる者に対し、健診当日に血圧や喫煙に着目した保健指導を対面で行った場合であっても、すべての健診結果が判明してから改めて、対面により、健診結果や生活習慣の振り返りを行った上で、行動目標・行動計画を策定することが必要である。
- ただし、健診当日に血圧や喫煙に着目した保健指導を対面で実施した対象者で、前年度に同一の機関から保健指導を受けており、メタボリックシンドロームや生活習慣改善について理解できており、健診の結果、各検査数値が悪化しておらず、行動目標及び行動計画の方向性に大幅な変更を必要としないと判断しうる場合については、健診結果がすべて判明してからの保健指導は、対面によらずともよいこととする。ただし、本人が行動目標、行動計画の変更を望むなど、対面による指導が必要な場合にあってはこの限りではない。
- また、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行動目標・行動計画の策定をしてもよいこととする。
- なお、禁煙指導については、健診の受診が禁煙の動機付けを促す機会となるよう、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、禁煙外来や地域・職域で実施される禁煙指導、薬局・薬店等を紹介するよう努めるべきであることを標準プログラムに記載する。
- さらに、血圧及び喫煙に着目した保健指導は、特定保健指導の対象者となりうるか否かに関わりなく実施すべきものであることについても、標準プログラムに記載する。

特定保健指導の2年目以降の初回面接についての考え方（イメージ）

前年度に特定保健指導を受けて、メタボや生活改善に対して理解できている（体重が減量できている、または増加していない）

