

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・保健指導のプログラムの考え方】

標準的な健診・保健指導プログラム(確定版) (平成19年4月)	改訂案
第1編 健診・保健指導の理念の転換 【目次】 第1章 <u>新たな健診・保健指導の方向性</u> 第2章 <u>新たな健診・保健指導の進め方（流れ）</u> 第3章 <u>保健指導実施者が有すべき資質</u>	第1編 標準的な健診・保健指導プログラムの考え方 【目次】 第1章 <u>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</u> 第2章 健診・保健指導の進め方（流れ） 第3章 健診・保健指導事業に関わる者が有すべき資質

【本資料の留意事項】（資料2-1～4共通）

- ・加筆修正している部分には下線を引いている。
- ・内容の面から新規と考えられる部分には網掛けしている。
- ・移動した部分や削除した部分についてはその旨コメントを付記している。

第 1 章 新たな健診・保健指導の方向性

（１）これまでの健診・保健指導の現状と課題

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「21 世紀における国民健康づくり運動（健康日本 21）」として、健康づくり施策を推進してきた。

それとともに、健康診断、健康診査（健診）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、労働安全衛生法に基づき事業者が行う健診、老人保健法に基づき市町村が行う健診として実施されてきた。

これまで、生活習慣病に関する一次予防、二次予防施策を推進してきたが、「健康日本 21」の中間評価における暫定直近実績値からは、糖尿病有病者・予備群の増加、肥満者の増加（20～60 歳代男性）や野菜摂取量の不足、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見られない、もしくは悪化している現状がある。

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

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

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ており、このような課題を解決するために、これまでの活動成果を踏まえ、新たな視点で生活習慣病対策を充実・強化することになったのである。

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・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。

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。

（２）生活習慣病対策への提言

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

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

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・保健指導」という）が導入される契機となった。

（３）健康日本 21 から健康日本 21（第二次）への展開

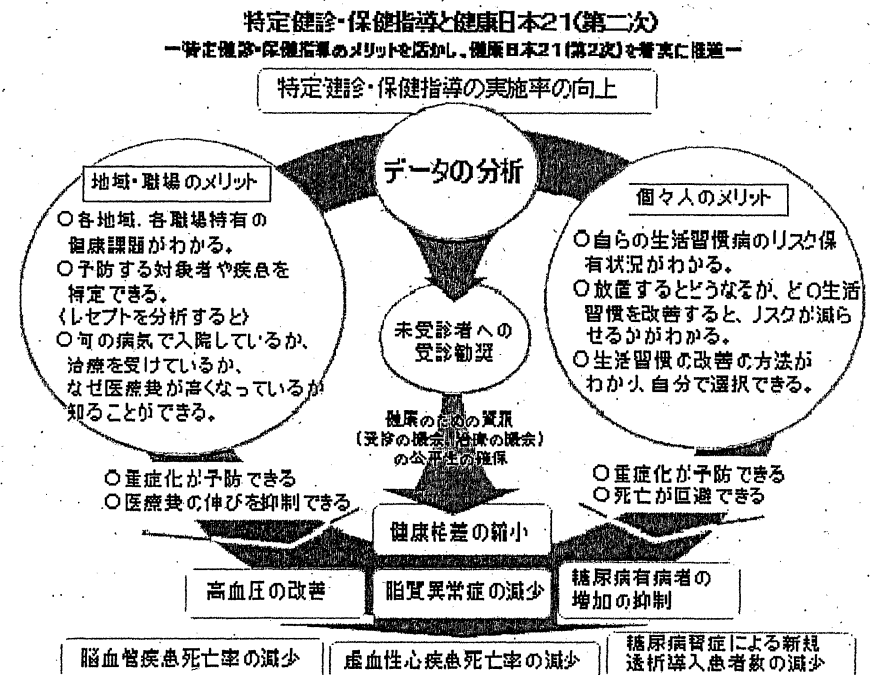
平成 23 年 10 月の健康日本 21 最終評価においては、メタボリックシンドロームを認知している国民の割合の増加や 80 歳で 20 歯以上の自分の歯を有する人の増加等、目標に達した項目もあった。一方で、中間評価と同様に、糖尿病有病者・予備群の増加、20～60 歳代男性における肥満者の増加、野菜摂取量の不足、日常生活における歩数の減少のように、健康状態及び生活習慣の改善が認められない、もしくは悪化している項目があり、今後一層の生活習慣病対策の充実が必要との指摘がなされた。

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・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。

図 1 特定健診・保健指導と健康日本 21（第二次）



標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成 19 年 4 月）

改訂案

表 1 健康日本 21（第二次）における特定健診・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）
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）
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）
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）
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）
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）
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）

（2）これからどのように変わるのか

今般の「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）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により、医療保険者に対して、糖尿病等の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。）の実施を義務づけることとされた。また、「医療制度改革大綱」における政策目標は、平成27年度には平成20年と比較して糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群を25%減少させることとしており、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ことから、標準的な健診・保健指導プログラム、健診・保健指導データの管理方策、健診・保健指導の委託基準等の在り方を整理することが重要である。また、健診項目や保健指導の標準化により事業の評価が可能となるよう見直しを行うことも必要である。さらに、医療保険者が特定健診・特定保健指導の結果に関するデータを管理することにより、生涯を通じた健康管理が実施できるようになることも必要である。

1-2 特定健診・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・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ことから、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2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、糖尿病合併症等で、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）健康増進法に基づく健診・保健指導と特定健診・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）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・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。

（3）標準的な健診・保健指導プログラムの特徴

糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の減少という観点から、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の概念を導入した標準的な健診・保健指導プログラムの構築が必要である。具体的には、科学的根拠に基づき健診項目の見直しを行うとともに、生活習慣病の発症・重症化の危険因子（リスクファクター）の保有状況により対象者を階層化し、適切な保健指導（「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」）を実施するための標準的な判定の基準を導入することとしており、健診により把握された保健指導の対象者に対し、個々人の生活習慣の改善に主眼をおいた保健指導が重点的に行われることとなる。

標準的な健診・保健指導プログラムでは、健診結果及び質問項目により、対象者を生活習慣病のリスク要因の数に応じて階層化し、リスク要因が少ない者に対しては、生活習慣の改善に関する動機づけを行うこととし、リスク要因が多い者に対しては、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ことをめざす。そして、対象者が健診結果に基づき自らの健康状態を認識した上で、代謝等の身体のメカニズムと生活習慣（食習慣や運動習慣等）との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、行動変容に結びつけられるようにするものである。さらに、現在リスクがない者等に対しても、適切な生活習慣あるいは健康の維持・増進につながる必要な情報提供を行う。

保健指導を行う際には、対象者のライフスタイルや行動変容のステージ（準備状態）を把握した上で、対象者自らが実行可能な行動目標を立てることを支援することが必要である。

また、健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導や個々人の健診結果を読み解き、ライフスタイルを考慮した保健指導を行うための具体的な学習教材等についても検討を行った。

さらに、医療保険者においては、各種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するとともに、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群減少のアウトカム¹（結果）評価が可能なデータ分析の手法について検討した。

¹ アウトカム：成果・評価。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。

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及び特定保健指導（以下、「特定健診・保健指導」という。）の対象者である40歳から74歳を主たる対象としてとりまとめられたものである。このうち、65歳から74歳の高齢者については、地域支援事業（介護予防）の対象ともなっていることから、その連携方策について示した。なお、75歳以上の後期高齢者についても、健診・保健指導の在り方、地域支援事業（介護予防）との連携方策についても検討を行った。

記載重複
→ 削除

第1編 1-4(4)②へ移動

第2編 2-2(2)③へ移動

記載重複のため削除

過去の状況に関する記載のため削除

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・保健指導を中心に、健康増進法に基づき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^{*1}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・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」（平成〇年〇月厚生労働省保険局）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・保健指導の対象年齢である40歳から74歳までの者を主たる対象として記載している。65歳以上の高齢者については、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。

（４）今後の健診・保健指導

1) 健診・保健指導の重点の変化

老人保健事業では、健診の受診率を上げ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きらいがある。また、職域保健では、健診は行われていたが一部の事業所を除いて十分な保健指導が行われていなかった。

しかしながら、最近では、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してきており、我が国においても国保ヘルスアップ事業等において生活習慣病予備群に対する効果的なプログラムが開発されてきた。さらに、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らかになったところである。このため、今後の健診・保健指導は、“保健指導”に重点を置いたものとなる。

2) 健診・保健指導の目的

これまでの健診・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おり、そのため、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を行ってきた。

今後の健診・保健指導は、内臓脂肪型肥満に着目し、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を行い、糖尿病等の有病者・予備群を減少させることが目的となる。

※1：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。

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

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。

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。

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。

（２）健診・保健指導の目的

過去の状況に関する記載のため削除

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危険因子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。

また、集団全体については、データに基づいて健康課題を明確化しながら PDCA（計画（Plan）⇒実施（Do）⇒評価（Check）⇒改善（Action））サイクルを意識した保健事業を展開していくことで、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。

生活習慣病は自覚症状がないまま進行するため、健診は個人が生活習慣を振り返る絶好の機会と位置づけ、行動変容につながる保健指導を行う。

3) 保健指導の対象者

市町村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るが、参加できない住民も多く、一部の「要指導」者に対してのみ保健指導が行われていた。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確認する手段が限られていたことから、これらの者の把握が困難であった。

今後は、医療保険者が健診・保健指導を行うことから、健診受診者全員に対して、必要性に応じた保健指導が行われることになる。具体的には、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階層化し、「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」の保健指導を行う。

第2編 第3章2)から移動

また、医療保険者は、保健指導の実施状況や、「要治療」や「要精検」となった者の治療状況が把握できることから、保健指導が必要な対象者を把握することは容易になる。

(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、健診結果を速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、療養及び疾病予防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説明したり、生活習慣の具体的な改善方法を解説したりするなど、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速やかに開始すべき者が見いだされる場合がある。そうしたケースでは特に、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。

(4) 保健指導

①対象者

過去の状況に関する記載のため削除

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、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。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成 19 年 4 月）

4) 保健指導の内容

これまで、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が行われていた。

今後、健診後の保健指導は、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）に着目した生活習慣の改善に重点を置いた指導を行う。具体的には、健診結果から本人が身体状況を理解し、生活習慣改善の必要性を認識でき、行動目標を自らが設定し実行できるよう、個人の行動変容をめざした保健指導を行う。保健指導は、対象者の考えや行動変容のステージ（準備状態）を考慮し、個別性を重視した保健指導が行われることになる。

第1編第1章（3）から移動

5) 保健指導の方法

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、職場保健では、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。

現在、個人の行動変容に着目した生活習慣病予防プログラムの開発が先進的な地域や職場で行われていることから、今後は、これを基にした保健指導プログラムの標準化を図り、全ての医療保険者において行動変容を促す保健指導が行われることになる。

健診受診者全員に対して、生活習慣改善の必要性に応じた保健指導の階層化を行い、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」、3ヶ月から6ヶ月程度の支援プログラムの「積極的支援」を行う。

そして、保健指導が終了した後も対象者が継続して健康的な生活習慣が維持できるように、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が行われる。

改訂案

②内容

過去の状況に関する記載のため削除

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、危険因子が多い者に対しては、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、健診結果に基づき自らの健康状態を認識した上で、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、実行可能な行動目標を立てて、行動変容に結びつくようにする。

③方法

過去の状況に関する記載のため削除

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、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ヶ月から6ヶ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、社会資源を活用したポピュレーションアプローチによる支援を行う。

6) 健診・保健指導の評価

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、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²（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。

今後、健診や保健指導の結果は医療保険者が管理することになることから、アウトプット（事業実施量）評価に加え、アウトカム（結果）評価やプロセス³（過程）評価を含めた総合的な評価が行われることになる。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をつくることができ、また、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り組みが可能となる。

7) 実施体制

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いなかったことから、実施体制は事業所間の格差が大きい状況であった。

今後、健診・保健指導は、標準化されたプログラムに基づき、医療保険者が実施することになるが、特定保健指導の対象者は少なくないことが予測されていることから、保健指導についても事業者への委託が進むことが想定されている。

市町村では国保部門が衛生部門との連携の下に、健診・保健指導を実施することになり、対象者の多い地域では事業者と協働した体制で保健指導が行われることが予想される。

また、専門職がない事業所においては、保健指導を充実させるために事業者への委託が進むものと思われる。

(5) 健診・保健指導の評価

過去の状況に関する記載のため削除

健診・保健指導の結果は、対象集団の健康課題を分析するための重要な情報源である。健診・保健指導のデータを医療保険者が管理することで、アウトプット^{※1}（事業実施量）評価に加え、アウトカム^{※2}（結果）評価やプロセス^{※3}（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り組みを実施することができる。

※1 アウトプット：事業実施量。実施された事業におけるサービスの実施状況や業務量。

※2 アウトカム：成果・評価。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。

※3 プロセス：過程。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）。

(6) 実施体制

過去の状況に関する記載のため削除

医療保険者は、特定健診・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。

地域では、健診・保健指導の効率的な実施等のため、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、対象者の多い地域では医師会やアウトソーシング事業者と協働した体制づくりなどが考えられる。

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

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

そして、ポピュレーションアプローチの展開による環境整備や、ITを活用した機器や支援ツールの開発、種々の施設などの社会資源を有効に活用した体制が整備されることになる。

2 アウトプット：事業実施量。実施された事業におけるサービスの実施状況や業務量。

3 プロセス：過程。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）。

改訂案

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。

記載重複のため削除

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

旧

	これまでの健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導
特徴	プロセス(過程)重視の保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療
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
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
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
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数
実施主体	市町村

最新の科学的知識と、課題抽出のための分析

行動変容を促す手法

	これからの健診・保健指導
	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
	結果を出す保健指導
	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
	自己選択と行動変容 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、行動変容につなげる
	健診受診者全員に対し、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
	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
	アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
	医療保険者

標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)(平成19年4月)

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

新

	かつての健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導
特徴	プロセス(過程)重視の保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療
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
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
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
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数
実施主体	市町村

最新の科学的知識と、課題抽出のための分析

行動変容を促す手法

	現在の健診・保健指導
	内臓脂肪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
	結果を出す保健指導
	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
	自己選択と行動変容 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、行動変容につなげる
	健診受診者全員に対し、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
	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
	アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
	医療保険者

改訂版

第2章 新たな健診・保健指導の進め方（流れ）

(1) 計画の作成

健診・保健指導計画作成のために、各種データ分析（男女別・年代別の健診結果、有所見状況、内臓脂肪症候群（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）を行い、集団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していくことが必要である。

また、未受診者等に対する支援方法についても、集団特性に併せ、創意工夫をし、計画の中に盛り込んでいくことが必要である。

2) 健診の実施、保健指導対象者の選定・階層化

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・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。

※1 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、速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、病状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。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成 19 年 4 月）

健診結果及び質問項目を基に保健指導対象者の選定・階層化を行うことが必要である。保健指導の対象者は、健診受診者すべてであるが、保健指導の必要性の度合いによって階層化を行う。階層化は、①「情報提供」のみを行う、②「情報提供」に加え「動機づけ支援」を行う、③「情報提供」に加え「積極的支援」を行う、の3段階に区分して、保健指導を実施する。

（3）保健指導

健診結果及び質問項目により階層化された対象者に、適切な保健指導（「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」）を行うことが必要である。

（4）評価

健診・保健指導の結果を基に、ストラクチャー¹（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。

¹ ストラクチャー：構造。健診・保健指導を実施する際の構成因子。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）。

改訂案

2-3 保健指導対象者の選定・階層化と保健指導

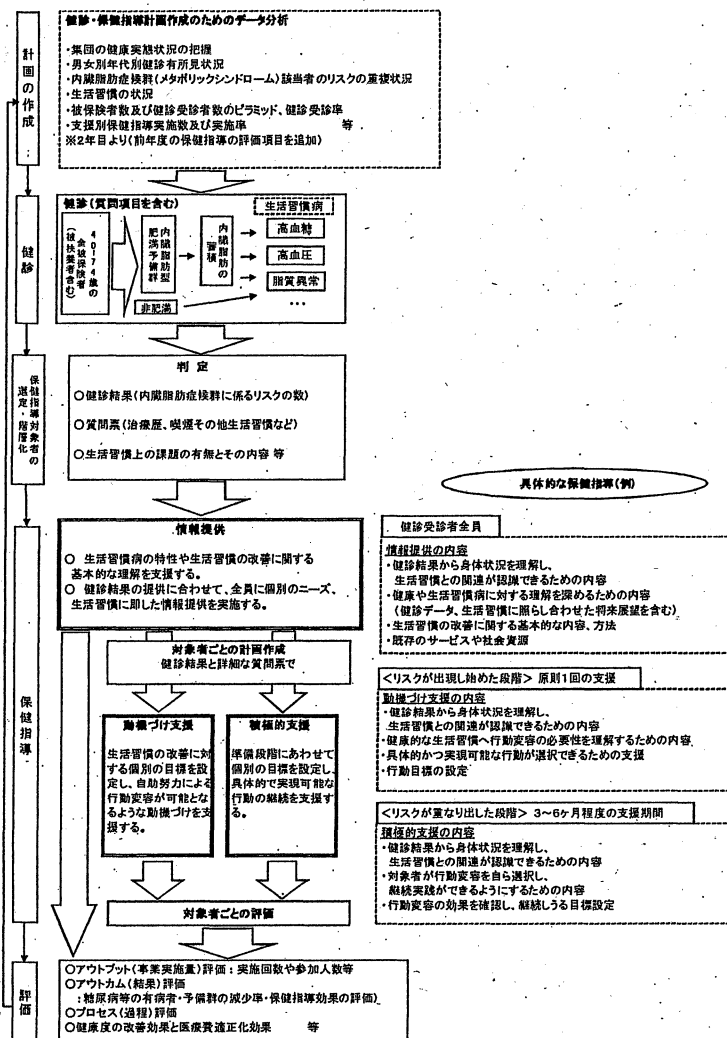
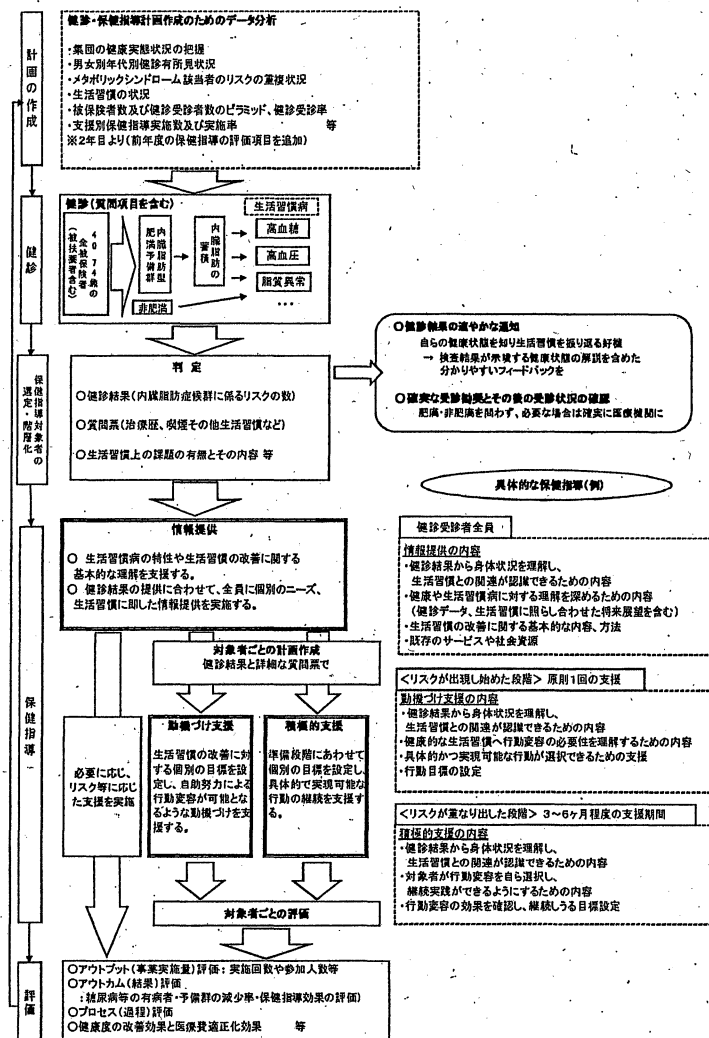
所定の基準に基づき階層化を行い、保健指導の必要性の度合いに応じて、すなわち生活習慣病の危険因子の数に応じた保健指導対象者の選定・階層化を行う。その結果、対象者は、①「情報提供」のみを行うレベル、②「情報提供」及び「動機づけ支援」を行うレベル、③「情報提供」及び「積極的支援」を行うレベル、の3種類に区分される。このうち、医療保険者の義務である特定保健指導の対象者は、上記②、③のレベルの対象者から服薬中の者を除いた者である。

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。

2-4 評価

健診・保健指導の結果を基に、ストラクチャー[※]（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。

[※] ストラクチャー：構造。健診・保健指導を実施する際の構成因子。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）。

内臓脂肪型肥満に着目した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）内臓脂肪型肥満に着目した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）

第3章 保健指導実施者が有すべき資質

医療保険者が「健診・保健指導」事業を実施することとなり、本事業に関わる医師・保健師・管理栄養士等は新たな能力を開発することが求められる。それは、効果的・効率的な事業の企画・立案ができ、そして事業の評価ができる能力である。

また、保健指導に当たっては対象者の身体の状態に配慮しつつ行動変容に確実につながる支援ができる能力を獲得する必要がある。

(1)「健診・保健指導」事業の企画・立案・評価

医療保険者に所属している医師・保健師・管理栄養士等は、「健診・保健指導」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。

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（レセプト等）、要介護度データ、地区活動等から知り得た対象者の情報などから地域特性、集団特性を抽出し、集団の優先的な健康課題を設定できる能力が求められる。

具体的には、医療費データ（レセプト等）と健診データの突合分析から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、より高額にかかる医療費の原因は何か、それは予防可能な疾患なのか等を調べ、対策を考えることが必要である。

※ レセプト分析をすることにより、糖尿病やその合併症がいかに多いか、医療費が多くかかっているか等が明らかになることにより、医療費適正化のための疾病予防の重要性を認識し、確実な保健指導に結びつけることが必要である。

※ 対象者の生活習慣を把握することで、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。

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、個別の保健指導の実施者は、対象者の身体及び精神状態、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。

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。

(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（レセプト等^{※1}）、要介護度データ、地区活動等から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 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。

2) 健診・保健指導の企画・調整能力

保健指導の対象者の増加が予測される中、「動機づけ支援」及び「積極的支援」を行う体制を整備することが必要であり、既存の保健指導に係る社会資源を効率的に活用するとともに、事業者等を含めた保健指導の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できるような保健指導体制の構築を行っていくことが求められることから、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、多くの関係機関とのコーディネートが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・重症化する恐れのある人を、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) 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・保健指導を実施する機関を選定していくこととなるが、その際には、費用対効果が高く、結果の出る事業者を選択し、医療保険者として健診・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、医療保険者は委託する業務の目的、目標や範囲を明確にし、これらに合致した事業者の状況を確認した上で、選定する必要がある。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、金額のみで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、委託後、適切に業務が行われているかモニタリング¹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。

¹ 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。

（2）健診・保健指導の企画・調整能力

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、保健指導に係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。

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。

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¹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

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。

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・保健指導の質の管理を継続的に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、委託後、適切に業務が行われているかモニタリング[※]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。

※ 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。

4) 評価能力

これからの保健指導は、成果を確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。

評価の方法等は第 3 編に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るような実行可能な評価計画を立て、その結果を分析解釈して課題を明確にし、現在のシステム改善について具体的に提案できる能力が求められる。

また、健診結果及び質問項目による対象者の選定が正しかったか、対象者に必要な保健指導が実施されたか等を評価し、保健指導の技術を向上させていくことが必要である。

5) 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、対象者の評価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に対する研修の企画や事例検討の実施など人材育成を行う能力も求められる。

6) 保健指導プログラムを開発する能力

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、また実際の保健指導場面での対象者の反応や保健指導の評価に基づいて、定期的に保健指導プログラムを見直し、常に有効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。

(4) 事業の事後評価を行う能力

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。

評価の方法等は第 3 編に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、現在の健診・保健指導システムの改善について具体的に提案できる能力が求められる。

また、健診結果及び質問項目による対象者の選定が正しかったか、対象者に必要な保健指導が実施されたか等を評価し、保健指導の技術を向上させていくことが必要である。

(5) 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に対する研修の企画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。

(6) 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。

（２）対象者に対する健診・保健指導

健診後の保健指導は、医療保険者に所属する医師、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ことになる。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ことから、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、研修プログラムを組む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、食事・運動などの問題（摂取エネルギー過剰、運動不足）による代謝の変化（高血糖、中性脂肪高値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）になるという進行段階をしっかりと押さえ、健診結果の内容を十分に理解し、納得できる説明を実施する能力が必要である。

内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）、糖尿病、高脂血症、動脈硬化等の機序・病態と健診データを本人の生活習慣と結びつけて対象者に分かりやすく説明し、行動変容を促すことができる最新の知識・技術を習得し、さらに研鑽し続けることが必要である。

※ 高血糖状態など、糖尿病等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り、また、糖尿病等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。

※ 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の技術の向上につながる。

２）対象者との信頼関係の構築

保健指導は、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、受容的な態度を身につけること、また継続的な支援においては、適度な距離をもって支援できる能力が必要である。

３－２ 健診・保健指導実施者が有すべき資質

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。

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。

（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と押さえ、対象者が納得できるよう説明する能力が必要である※１。

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、集団のデータを分析・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。

※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。

※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。

（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。

3) アセスメント

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、また、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、そして行動変容の準備状態や、健康に対する価値観などから、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、内臓脂肪症候群（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新たに求められている。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、その状態にあった保健指導方法が判断できる能力が求められる。

4) 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）のためには、対象者自身が行動の目標や方法を定めることが前提となる。このためには、一方向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で、対象者自身が気づき決定できるようなかかわりを行う能力が必要である。

②行動療法、コーチング²等の手法を取り入れた支援

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、容易なことではなく、また、対象者の認識や価値観への働きかけを行うためには、行動療法、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おく必要がある。

² コーチング：相手の本来持っている能力、強み、個性を引き出し、目標実現や問題解消する

(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、対象者の健康課題を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。

(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。

特に、検査結果が著しく不良な対象者や整形外科的疾患等で治療中の者等については、保健指導対象者となった場合であっても、運動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【P】を参照するとともに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。

(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定めることが前提となる。したがって、一方向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で、対象者自身が気づき決定できるようなかかわりを行う能力が必要である。

②認知行動療法、コーチング^{*1}等の手法を取り入れた支援

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。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

ために自発的行動を促すコミュニケーション技術。

③食生活や身体活動・運動習慣支援のための具体的な技術

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、対象者に対応した適切なコミュニケーション能力（表現力）が求められる。

第1編第3章(2) 5)、6)にあった内容の総論として記載。

5) 栄養・食生活についての専門知識

対象者の栄養状態や習慣的な食物摂取状況をアセスメントし、健診結果と代謝、食事内容との関係を栄養学等の科学的根拠に基づき、対象者にわかりやすく説明できる能力が必要である。その上で、食事摂取基準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、対象者にとって改善しやすい食行動の具体的な内容を提案できる能力が必要である。その際には、対象者の食物入手のしやすさや食に関する情報入手のしやすさ、周囲の人々からのサポートの得られやすさなど、対象者の食環境の状況を踏まえた支援を提案できる能力が必要である。

6) 身体活動・運動習慣についての専門知識

運動生理学、スポーツ医学、体力測定・評価に関する基礎知識を踏まえ、身体活動や運動の習慣と生活習慣病発症との関連において科学的根拠を活用し、対象者にわかりやすく説明できる能力が必要である。

特に、身体活動や運動の量、強度、種類に関する知識、運動のやり過ぎに伴う傷害に関する知識、そして対象者にどのように身体活動や運動習慣を獲得させるかを

改訂案

※1 コーチング：相手の本来持っている能力、強み、個性を引き出し、目標実現や問題解消するために自発的行動を促すコミュニケーション技術。

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、対象者に対応した適切なコミュニケーション能力（表現力）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な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、対象者がおかれた状況を総合的に判断し、バランスを考慮した適切なアプローチを行うことが求められる。

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

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が必要である。

特に、身体活動や運動の量、強度、種類に関する知識や、誤った身体活動・運

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成 19 年 4 月）

工夫できる能力が求められる。

さらに、対象者の身体活動や運動の量を適切に把握し、体力の水準を簡便に評価する方法を身につけ、運動基準や運動指針に基づいた、個々人にあった支援を提供できる能力も必要である。

7) 学習教材の開発

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り、対象者のライフスタイルや行動変容の準備状態にあわせて適切に活用できる学習教材の開発が必要である。また、学習教材は科学的根拠に基づき作成することは当然であり、常に最新のものに更新していくことが必要である。

具体的には、実際に健診・保健指導を実施した対象者の具体的事例をもとに事例検討会などを実施することが必要であり、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。

改訂案

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や運動習慣を獲得するための工夫を提案できる能力が求められる。

さらに、対象者の身体活動や運動の量を適切に把握し、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【P】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

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り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、〇年〇月にはその改訂版が公表される（P）ので、参考資料として活用されたい。第3編第3章3-4（4）⑥も参照されたい。

④アルコールについての専門知識

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。特に、生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている場合は、対象者の自発性を尊重しながら、科学的根拠に基づいた適正飲酒の具体策を提案できる能力が求められる。また、アルコール依存症が疑われる場合には、専門医療機関の受診の必要性を繰り返し説明し、受診に結び付けていく粘り強さが必要である。第3編第3章3-4（4）⑦も参照されたい。

(7) 学習教材を開発する能力

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

具体的には、本プログラムを活用しつつ、他機関の教材に関する情報、実際に特定健診・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

8) 社会資源の活用

行動変容のためには、個別で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活用を組み合わせることで、より効果が期待されることも多い。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。

れている。

（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^{※1}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。

※1 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。

標準的な健診・保健指導プログラム 新旧対照表

【第2編 健診】

標準的な健診・保健指導プログラム(確定版) (平成19年4月)	改訂案
第2編 健診 第1章 <u>内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)に 着目する意義</u> 第2章 健診の内容 第3章 保健指導対象者の選定と階層化 第4章 健診の精度管理 第5章 健診データ等の電子化 第6章 健診の実施に関するアウトソーシング 第7章 <u>後期高齢者等に対する健診・保健指導の在り方</u> 第8章 <u>健診項目及び保健指導対象者の選定方法の見直し</u>	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2章 健診の内容 第3章 保健指導対象者の選定と階層化 第4章 健診における各機関の役割 第5章 健診データ等の電子化 第6章 健診の実施に関するアウトソーシング 第7章 <u>75歳以上の者および40歳未満の者に対する 健診・保健指導の在り方</u>

第1章 内臓脂肪症候群（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。

これは、内臓脂肪型肥満を共通の要因として、高血糖、脂質異常、高血圧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、高脂血症、高血圧は予防可能であり、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、心筋梗塞等の心血管疾患、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。

内臓脂肪症候群（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、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、動脈硬化を引き起こし、心血管疾患、脳血管疾患、人工透析の必要な腎不全などに至る原因となることを詳細にデータで示すことができるため、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と考える。

第2章 健診の内容

(1) 健診項目（検査項目及び質問項目）

1) 基本的考え方

- 今後の新たな健診においては、糖尿病等の生活習慣病、とりわけ内臓脂肪症候群（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ため、保健指導を必要とする者を的確に抽出するための健診項目とする。
- また、質問項目は、①生活習慣病のリスクを評価するためのものであること、②保健指導の階層化と健診結果を通知する際の「情報提供」の内容を決定する際に活用するものであることという考え方に基づくものとする。
- なお、過去の健診項目との比較や健診実施体制の確保の容易性から、既に実施されている他の健康診断・健康診査等（介護保険法に基づく地域支援事業を含む）との関係について整理することが必要である。

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。

これは、内臓脂肪型肥満を共通の要因として、高血糖、脂質異常症、高血圧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。

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。

第2章 健診の内容

2-1 健診項目（検査項目及び質問項目）

(1) 基本的考え方

- 糖尿病等の生活習慣病、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ため、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）を踏まえ、他の検査項目も必要に応じて追加することが望ましい。
- 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。

過去の状況に関する記載のため削除

2) 具体的な健診項目

特定健康診査の項目のうち、「健診対象者の全員が受ける基本的な健診」と「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」の項目を以下のとおりとする（別紙1参照）。

① 基本的な健診の項目

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）

※ 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、保健指導を行う上で有効であるとともに、絶食による健診受診を受診者に対して、事前に通知していたとしても、食事を摂取した上で健診を受診することにより、必ずしも空腹時における採血が行えないことから、空腹時血糖とHbA1c検査の両者を実施することが望ましい。特に、糖尿病が課題となっている保険者にとっては、HbA1cを必ず行うことが望ましい。

② 詳細な健診の項目

心電図検査、眼底検査、貧血検査（赤血球数、血色素量〔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）の下、医師が必要と判断したものを選択。

第2編第3章(2) 4)から移動

③ その他の健診項目

40～74歳を対象とする健康診査においては、それぞれの法令の趣旨、目的、制度に基づき、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、血清クレアチニン検査、HbA1c等については、必要に応じ実施することが望ましい。

3) 質問項目

基本的な健診の項目に含まれる質問項目を別紙3とする。

第2編第1章(1) 4) (参考)の内容をまとめて記載

(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（別紙1参照）。

① 特定健診の基本的な項目

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）

※ 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ます。必ずしも空腹時における採血が行えないことがあるため、空腹時血糖とHbA1c検査の両者を実施することが望ましい。特に、糖尿病が課題となっている医療保険者にとっては、HbA1cを必ず行うことが望ましい。なお、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、NGSP値とJDS値は、以下の式で相互に正式な換算が可能である。

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

② 特定健診の詳細な健診の項目

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）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。

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）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) 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、この質問項目への回答は、保健指導の際の重要な情報となる。

第2編第2章(2)の1)～2)を
まとめて記載

第2編第4章(1)～(3)を
まとめて記載

第2編第3章(1)の2)③から移動

第2編第2章(2)の3)～4)から移動

4) 項目の定期的な見直し

健診項目等の見直しを定期的に検討するシステムについては、厚生労働科学研究費補助金による研究班等を活用して、各学会の最新の知見に基づく、健診項目とするような体制の在り方について検討する。

第2編第8章(1)から移動

(4) 測定方法とその標準化

- 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管理し、リスクの高い者から優先的に保健指導を実施していくことが必要である。
そのため、共通した健診判定値の設定や検査項目毎の測定値の標準化が必要となる。
- 健診機関は検査の標準化により、保健指導判定値及び受診勧奨判定値の信頼性を確保する。
- 健診機関は、採血時間、検体の保存・運搬等に関して適切な配慮を行う。
- 血圧測定、腹囲計測の手技については、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、判定基準については別紙5を参照。

(5) 測定値の精度管理

- 健診機関は、検査測定値について十分な精度管理を行うことが必要である。
- 内部精度管理、外部精度管理について、健診実施者は、「健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針」（平成16年厚生労働省告示第242号）（別紙●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。

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事業を少なくとも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。

(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。
- 国は、学会との連携の下、厚生労働科学研究費補助金による研究班等を活用して、最新の知見に基づく判定基準値とするよう定期的に検討する必要がある。

(7) 健診項目の定期的な見直し

効果的な健診・保健指導を実施するために、国は、従来の健診項目を踏襲するのではなく、生活習慣病の発症予防・重症化予防の効果等を踏まえ、厚生労働科学研究費補助金による研究班等を活用して、最新の科学的知見に基づき健診項目の有用性・必要性を定期的に見直すことが望ましい。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。

（参考）現在の質問項目等について

① 老人保健法による保健事業における基本健康診査の質問項目（現在の症状、既往歴、家族歴、嗜好、過去の健康診査受診状況等）— 具体的項目なし（※）

※ 65 歳以上の者に対しては、介護予防のための生活機能評価に関する基本チェックリスト（25 項目）が定められている。

② 老人保健法による保健事業における生活習慣病予防に関する健康度評価のための質問票

③ 労働安全衛生法における事業者健診における質問項目（業務歴、既往歴、自覚症状、他覚症状）— 具体的項目なし

など、制度ごとに様々である。さらに、国民健康・栄養調査なども含め他の調査においても、質問内容が異なっている。

例えば、喫煙歴についての質問内容の違いは以下のとおり。

喫煙についての質問内容

（1）老人保健法による保健事業・健康度評価のための質問内容

- 1 現在の喫煙について ☐ 吸っている ☐ 過去に吸っていた ☐ 吸わない
- 2 吸い始めた年齢は () 歳
- 3 たばこをやめた年齢は () 歳
- 4 1 日の喫煙本数は () 本

（2）多くの事業所等で使用されている質問内容（国民栄養調査（～H14）と同様）

「喫煙について」

- ① 以前から（ほとんど）吸わない
- ② 以前は吸っていたが今は吸わない
- ③ 現在喫煙している
- ④ ②、③に回答した場合→平均〇〇本（一日あたり）・喫煙歴〇〇年

※ 留意事項（「第 5 次循環器疾患基礎調査」より）

「以前から（ほとんど）吸わない」には、以前一時的に吸った経験があっても現在吸っていない者も含める。

「以前は吸っていたが今は吸わない」とは、以前一定期間以上（1 年以上）吸っていた経験があり、現在吸わない者をいう。

（3）国民健康・栄養調査（H15～）の質問内容

・「あなたは、これまでにたばこを吸ったことがありますか。」

- 1 合計 100 本以上、又は 6 ヶ月以上吸っている（吸っていた）
- 2 吸ったことはあるが合計 100 本未満で 6 ヶ月未満である
- 3 まったく吸ったことがない

・「現在（この 1 ヶ月間）、あなたはたばこを吸っていますか。あてはまる番号を 1 つ選んで○印をつけてください。」

- 1 毎日吸う
- 2 ときどき吸っている
- 3 今は（この 1 ヶ月間）吸っていない

※ 「現在習慣的に喫煙をしている者」の定義は、「合計 100 本以上、又は 6 ヶ月以上吸っている者」のうち、現在（この 1 ヶ月間）「毎日吸う」又は「ときどき吸っている」者である。

まとめて第2編2-1(3)に移動

（2）健診項目の測定値等の標準化

1）基本的考え方

- 現行の健診では、健診の実施機関ごとに検査法、検査機器や試薬等の違いにより基準値、検査測定値や健診判定値が異なることもあり、異なる健診機関の間で一律に比較を行うことは困難である。
- 一方、今後の新たな健診では、医療保険者は複数の健診機関で実施された被保険者の健診結果のデータを一元的に管理し、リスクの高いものから優先的に保健指導をしていくことが必要となるため、共通の健診判定値の設定や健診検査項目毎の検査測定値の標準化が必要である。
- また、健診項目の判定基準値については、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）、糖尿病、高血圧症、高脂血症等の関係する学会のガイドラインとの整合性を確保することが必要であり、定められた判定基準値についても、学会との連携の下、定期的に見直しを行うシステムが必要である。

2）具体的な標準化の内容

①血液検査

- 特定健診の血液検査8項目（下記）については、独立行政法人産業技術総合研究所等の協力を得て（※）、可能な限り、平成19年度末までに標準物質の開発を行い、検査の標準化を行うことができるようにする。
- ※ 標準物質は、測定値の精確さの基準となるもので、基準となる測定法を用いて、精確な測定値が表示されている。この標準物質を用いて試薬キットの測定値の精確さを合わせる。健診施設で行う検査は、このような試薬キットを用いて健診者の測定値を出す。その結果、同一の健診者は、どこかの健診施設で検査をしても同じ測定値が得られる。
- ※ 現在、特定非営利活動法人日本臨床検査標準協議会（JCCLS）、独立行政法人産業技術総合研究所等が連携し、臨床検査用の標準物質の開発を実施している。

【血液検査8項目】

脂質（①中性脂肪、②HDLコレステロール、③LDLコレステロール）
肝機能（④AST（GOT）、⑤ALT（GPT）、⑥γ-GT（γ-GTP））
その他（⑦空腹時血糖、⑧HbA1c）

- 健診機関は、標準化により、保健指導の必要性などの判断に用いる判定値である「健診判定値」の信頼性を確保することができる（例えば、HbA1cであれば、保健指導判定値5.2%及び受診勧奨判定値6.1%）。
- 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。

②血圧測定、腹囲計測

血圧測定、腹囲計測については、測定方法を統一するため、これまでの国民健康・栄養調査等で行われてきた測定手法をもとに検討を進めていく（別紙4）。

まとめて第2編第2章 2-1(4)へ移動

3) 学会ガイドラインとの整合性

内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）、糖尿病、高血圧症、高脂血症等の判定基準値については、これらに関する学会のガイドラインと整合性がとれたものとする。

4) 基準値等の定期的な見直し

健診判定基準値等の見直しを定期的に検討するシステムについては、厚生労働科学研究費補助金による研究班等を活用して、各学会の最新の知見に基づく判定基準値とするような体制の在り方について検討する。

※ 具体的な健診項目ごとの標準的な測定方法、判定基準については別紙5参照。

まとめて第2編第2章2-1(6)へ移動

元は第2編第3章(2)の
4)「その他」に記載あり

2-2 健診結果やその他必要な情報の提供（フィードバック）について

(1) 基本的な考え方

○生活習慣病は自覚症状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。

○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までに期間を可能な限り短くすることが望ましい。

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

(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、別紙●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、医療機関において速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。

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もある。

第2編第3章(2)の4)から移動

第1編第1章(3)より移動

第2編第3章(2)の4)から移動

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い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。

(※) 受診勧奨判定値を超えた場合でも、1度高血圧（収縮期血圧140～159 mmHg、拡張期血圧90～99 mmHg）等であれば、服薬治療よりも、3か月間は生活習慣の改善を優先して行うことが一般的である。このとき、健診結果の通知でフィードバックされた内容を踏まえて生活習慣の改善に自ら取り組むという方法と、生活習慣の改善指導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。

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。

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。

(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。

第3章 保健指導対象者の選定と階層化

(1) 保健指導対象者の選定と階層化の基準

1) 基本的考え方

生活習慣病の予防を期待できる内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の選定及び階層化や、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を的確に評価するために、保健指導対象者の選定及び階層化の標準的な数値基準が必要となる。

2) 具体的な選定・階層化の基準

①内臓脂肪型肥満を伴う場合の選定

内臓脂肪蓄積の程度を判定するため、その基準として腹囲を用いるとともに、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の判定基準となる高血糖、高血圧等のリスクを評価する健診項目（血糖や血圧等の測定）を用いる。

②内臓脂肪型肥満を伴わない場合の選定

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、高血糖、高血圧等のリスクを評価する健診項目（血糖や血圧等の測定）を基本的な健診として実施することにより、内臓脂肪型肥満を伴わない糖尿病、高血圧症等の個別の生活習慣病を判定することができるようにする。

③健診項目の判定基準

「健診項目の基準値等の標準化」については別紙5参照。

(2) 保健指導対象者の選定と階層化の方法

1) 基本的考え方

○ 内臓脂肪の蓄積により、心疾患等のリスク要因（高血圧、高血糖、脂質異常等）が増え、リスク要因が増加するほど心疾患等が発症しやすくなる。このため、保健指導対象者の選定は、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因の数に着目することが重要となる。

第2編第3章(1)の1)から移動

第2編第3章(1)の1)から移動

○ 内臓脂肪の蓄積を基本とし、リスク要因の数によって保健指導レベルを設定していくとともに、比較的若い時期（65歳未満）に生活習慣の改善を行った方が予防効果が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していく。

第3章 保健指導対象者の選定と階層化

第2編第3章(1)へ移動

重複した記載のため削除

第2編第3章(3)へ移動

第2編第2章2-1(6)へ移動

(1) 基本的考え方

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

○ 生活習慣病の予防を期待できるメタボリックシンドロームに着目した階層化や、生活習慣病の有病者・予備群を適切に減少させることができたかといった保健事業のアウトカムを評価するために、保健指導対象者の階層化に用いる標準的な数値基準が必要となる。

○ 比較的若い時期（65歳未満）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。

○ その際、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し、保健指導対象者を選定する。

○ 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、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

○ 腹囲とBMIで内臓脂肪蓄積のリスクを判定する

- ・腹囲 $M \geq 85\text{cm}$ 、 $F \geq 90\text{cm}$ →(1)
- ・腹囲 $M < 85\text{cm}$ 、 $F < 90\text{cm}$ かつ $\text{BMI} \geq 25$ →(2)

※(1)、(2)以外の者への対応については、3)留意事項参照

ステップ2

○ 検査結果、質問票より追加リスクをカウントする。

○ ①～③は内臓脂肪症候群（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のリスクが1つ以上場合にのみをカウントする。

- | | |
|------|---|
| ①血糖※ | a 空腹時血糖 100mg/dl 以上 又は
b HbA1c の場合 5.2% 以上 又は
c 薬剤治療を受けている場合（質問票より） |
| ②脂質 | 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） |
| ③血圧 | a 収縮期 130mmHg 以上 又は
b 拡張期 85mmHg 以上 又は
c 薬剤治療を受けている場合（質問票より） |
| ④質問票 | 喫煙歴あり |

※ 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、保健指導を行う上で有効であるとともに、絶食による健診受診者に対して、事前に通知していたとしても、食事を摂取した上で健診を受診することにより、必ずしも空腹時における採血が行えないことから、空腹時血糖とHbA1c 検査の両者を実施することが望ましいが、空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合には、メタボリックシンドロームの診断基準として用いられている空腹時血糖を使用する。

第2編第3章(1)へ移動

○ 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。

(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）

○ 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 $\text{BMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$ →(2)

ステップ2（追加リスクの数の判定）

○ 検査結果及び質問票より追加リスクをカウントする。

○ ①～③はメタボリックシンドロームの判定項目、④はその他の関連リスクとし、④喫煙歴については①から③までのリスクが1つ以上の場合にのみカウントする。

- | | |
|-------|--|
| ①血糖高値 | a 空腹時血糖 100mg/dL 以上 又は
b HbA1c の場合 5.6% (NGSP 値) 以上 又は
c 薬剤治療を受けている場合（質問票より） |
| 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） |
| 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） |
| ④質問票 | 喫煙歴あり |

重複した記載のため削除

ステップ3

ステップ1、2から保健指導レベルをグループ分け

(1)の場合

①～④のリスクのうち

追加リスクが	2以上の対象者は	積極的支援レベル	
	1の対象者は	動機づけ支援レベル	
	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。

ステップ4

○ 前期高齢者（65歳以上75歳未満）については、①予防効果が多く期待できる65歳までに、特定保健指導が既に行われてきていると考えられること、②日常生活動作能力、運動機能等を踏まえ、QOL（Quality of Life）の低下に配慮した生活習慣の改善が重要であること等の理由から、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。

○ 血圧降下剤等を服薬中の者（質問票等において把握）については、継続的に医療機関を受診しており、栄養、運動等を含めた必要な保健指導については、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ため、医療保険者による特定保健指導の対象としない。

○ 市町村の一般衛生部門においては、主治医の依頼又は、了解の下に、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。

○ 医療機関においては、生活習慣病指導管理料、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活用することが望ましい。

なお、特定保健指導とは別に、医療保険者が、生活習慣病の有病者・予備群を減少させるために、必要と判断した場合には、主治医の依頼又は了解の下に、保健指導等を行うことができる。

ステップ3（保健指導レベルの分類）

ステップ1、2の結果を踏まえて、保健指導レベルをグループ分けする。なお、前述のとおり、④喫煙歴については①から③のリスクが1つ以上の場合にのみカウントする。

(1)の場合

①～④のリスクのうち

追加リスクが	2以上の対象者は	積極的支援レベル	
	1の対象者は	動機づけ支援レベル	
	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。

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。

○ 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。

第2編第4章(3)へ移動

第2編第4章(4)へ移動

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、保健指導等を実施することができる。

第2編第3章(1)の
2)②から移動

- 市町村の一般衛生部門においては、医療保険者と連携し、血糖値が受診勧奨判定値を超えているなど、健診結果等から、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を行うべきである。

- 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、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）。

第2編第8章(2)から移動

- 保健指導を実施する際に、健診機関の医師が直ちに医療機関を受診する必要があると判断しているにもかかわらず、保健指導対象者が、医療機関を受診していない場合は、心血管病の進行予防（心疾患、脳卒中等の重症化予防）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。

- また、健診データ・レセプトデータ等に基づき、治療中断者を把握し、心血管病の進行予防（心疾患、脳卒中等の重症化予防）のために治療の継続が必要であることを指導することが重要である。

- 市町村の一般衛生部門が、市町村国保等の医療保険者が保有する健診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（以下別紙6において「保健指導等」という。）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ことから、市町村の一般衛生部門は、医療保険者と連携し、別紙6に定める取扱いを行う必要がある。

(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、保健指導等を実施することができる。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ることで、内臓脂肪型肥満を伴わない糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の個別の生活習慣病のリスクを判定する。

第2編第4章(3)へ移動

- 65歳以上の者に保健指導を行う場合は、低栄養やロコモティブシンドローム、さらには認知機能低下の予防に留意し*、各々に適した保健指導を行うことが望ましい。

※低栄養予防に関しては血清アルブミン値および口腔機能の維持向上、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、認知機能低下予防には脳の活性化を含む運動・身体活動の積極的取り入れが大切であり、いずれも科学的根拠に基づいたプログラムの有効性が確認されている。

- 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・保健指導の実績や新たな科学的知見に基づき、必要に応じて保健指導対象者の選定・階層化基準についても見直す必要がある。

第2編第4章(3)へ移動

第2編第4章(1)へ移動

第2編第4章(3)へ移動

4) その他

健診結果の通知

医療保険者は、健診結果について、異常値を示している項目、異常値の程度、異常値が持つ意義等について、わかりやすく受診者に通知する必要がある。

その際、健診機関は、別紙5に示す判定基準に、機械的に受診者の健診結果を判定値に当てはめるのではなく、検査結果の持つ意義（例：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、直前の食事摂取に影響を受けること、血糖値については、受診勧奨判定値を超えていれば、直ちに医療機関を受診する必要があること）、異常値の程度、年齢等を考慮した上で、医療機関を受診する必要性を個別に医師が判断し、受診者に通知することが重要である。

また、受診勧奨判定値を超えた場合でも、軽度の高血圧（収縮期血圧140～159mmHg、拡張期血圧90～99mmHg）等であれば、服薬治療よりも、生活習慣の改善を優先して行うことが一般的である。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。

詳細な健診

判断基準を踏まえた一定の基準の下、重症化の進展を早期にチェックするため、医師が必要と判断した場合は、詳細な健診として、眼底検査、心電図等のうちから選択的に行うこととする。

なお、健診機関は、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、受診者に説明することとする。

肝機能検査等の取扱い

LDLコレステロール、AST、ALT、 γ -GT等の階層化に用いられない検査結果についても、保健指導判定値を超えている場合には、特定保健指導の際に、検査結果に応じて、その病態、生活習慣の改善する上での留意点等をわかりやすく説明する必要がある。

第2編第2章 2-2と第4章(1)へ移動

第2編第2章2-2(3)へ移動

第2編第2章2-2(2)①へ移動

第2編第2章2-2(2)②へ移動

第2編第2章2-1(2)②へ移動

第2編第2章2-2(1)に趣旨を反映

第4章 健診の精度管理

内部精度管理と外部精度管理の実施

（1）基本的考え方

精度管理とは、健診の精度を保つため、その健診全体について適切に管理することである。

内部精度管理とは、健診機関内で同じ測定値が得られるようにすることであり、外部精度管理とは、健診機関間でも同じ測定値が得られるようにすることである。

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」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。

（2）内部精度管理

健診機関内では、検体の採取・輸送・保存、測定、検査結果の管理、安全、管理者の配置等について常に管理し、検査値の精度を保証する。

そのためには、トレーサビリティも含めた十分な内部精度管理が定期的に行われることが必要である。

※ トレーサビリティ：健診判定値について、測定の基準となる標準物質あるいは基準となる測定方法の結果に合わせられることである。

（3）外部精度管理

現在実施されている外部精度管理事業（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など）を少なくとも一つは定期的に受け、検査値の精度が保証された結果であることが必要である。

（参考）「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）（抄）

第二 健康診査の実施に関する事項

二 健康診査の精度管理

1 健康増進事業実施者は、健康診査の精度管理（健康診査の精度を適正に保つことをいう。以下同じ。）が生涯にわたる個人の健康管理の基盤として重要であることにかんがみ、健康診査における検査結果の正確性を確保するとともに、検査を実施する者や精度管理を実施する者が異なる場合においても、受診者が検査結果を正確に比較できるようにすること。また、必要のない再検査及び精密検査を減らす等必要な措置を講ずることにより健康診査の質の向上を図ること。

2 健康増進事業実施者は、健康診査を実施する際には、この指針に定める内部精度管理（健康診査を行う者が自身で行う精度管理をいう。以下同じ。）及び外部精度管理（健康診査を行う者以外の者が

まとめて第2編第2章2-1(5)へ移動

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

行う精度管理をいう。以下同じ。）を適切に実施するよう努めること。また、当該精度管理の実施状況を当該健康増進事業の対象者に周知するよう努めること。

3 健康増進事業実施者は、健康診査の実施に関する内部精度管理として、次に掲げる事項を考慮した規程を作成する等適切な措置を講じるよう努めること。

(一) 健康診査の実施の管理者の配置等管理体制に関する事項

(二) 健康診査の実施の手順に関する事項

(三) 健康診査の安全性の確保に関する事項

(四) 検査方法、検査結果の基準値、判定基準等検査結果の取扱いに関する事項

(五) 検体の採取条件、検体の保存条件、検体の提出条件等検査の実施に関する事項

(六) 検査用機械器具、試薬、標準物質等の管理について記録すること及びその記録を保存することに関する事項

(七) 検査結果の保存及び管理に関する事項

4 健康増進事業実施者は、健康診査に関する外部精度管理として、全国規模で実施される外部精度管理調査を定期的に受けること、複数の異なる外部精度管理調査を受けること等により、自ら実施する健康診査について必要な外部精度管理を実施するよう努めること。

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

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

第2編第3章(2)の4)から移動

改訂案

まとめて第2編第2章2-1(5)へ移動

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

○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章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。

○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。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）	改訂案
受診勧奨後のフォローアップ以外は、第2編第4章(1)の「医療保険者に期待される役割」と同内容。 第2編第3章(2)3から移動 第2編第3章 2)ステップ4から移動 第2編第3章(2)3から移動 第2編第3章 2)ステップ4から移動 第2編第3章(2)3から移動	(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。 (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（以下別紙6において「保健指導等」という。）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、医療保険者と連携し、別紙6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。 ○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行うべきである。 ○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。 (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。 ○糖尿病、高血圧、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。

第5章 健診データ等の電子化

(1) 健診データ提出の電子的標準様式

(健診機関等→医療保険者、医療保険者→医療保険者)

1) 基本的考え方

○ 今後の新たな健診における、健診データの流れとして以下の場面が考えられる。
(別紙7 参照)

- ① 健康診査実施機関・保健指導実施機関→医療保険者〔法第 28 条〕
- 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〔法第 26 条〕
- ③ (異動元の) 医療保険者→(異動先の) 医療保険者〔法第 27 条〕
- 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〔法第 27 条〕

また、健康診査等の実施状況などについては、以下の流れが考えられる。

⑥ 医療保険者→国、都道府県〔法第 15 条・第 16 条〕、支払基金〔法第 142 条〕

※〔 〕内の法とは、「高齢者の医療の確保に関する法律」。

○ 今回の新たな健診において、医療保険者には、被保険者の健診を実施する様々な健診機関や、被扶養者の健診を実施する他の医療保険者、さらには労働安全衛生法に基づく健診を実施する事業者などから、健診データが送付されてくることとなり、複数の経路で複雑に情報のやりとりが行われる。このことから、データの互換性を確保し、継続的に多くのデータを蓄積していくためには、国が電子的な標準様式を設定することが望ましいと考えられる。

○ さらに、医療保険者ごとに健診・保健指導の実績を評価する際にも、膨大なデータを取り扱うことから、電子的標準様式が設定されることが必要と考えられる。

○ また、電子的標準様式は、将来的に健診項目の変更、追加、削除、順番の変更等があっても対応が容易となるよう定めることが必要である。

○ 個人情報の保護には十分に留意する。

○ 人間ドック等他の健診のデータも、この電子的標準様式で収集できるようにする。

○ 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。

第5章 健診データ等の電子化

5-1 健診データ提出の電子的標準様式

(1) 基本的考え方

○ 特定健診・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。
(別紙7 削除)

<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

<特定健診・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

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

(2) 留意事項

○ 健診データ等の授受の際には、個人情報の保護に十分に留意する。

○ 今後、人間ドック等他の健診データ等も、この電子的標準様式を基本とした形式で収集できるようにすることが望ましい。

○ 収集された電子的情報はバックアップのために、安全性の確保された複数の場所に保存することが望ましい。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成 19 年 4 月）

- 医療保険者においては、被保険者の求めに応じて、健診結果を電子的に提供することが望ましい。

2) 具体的な様式

- 前ページ①「健診機関等→医療保険者」の提出様式は、以下の要件を満たす「別添の様式」（別紙8、別紙9）とする。

- ・ 特定のメーカーのハード、ソフトに依存しない形式にすること
- ・ 将来、システム変更があった場合でも対応が可能な形式にすること
- ・ 健診機関、医療保険者等の関係者が対応できる方式とすること

※ 研究班等で作成したフリーソフトを配布する。

- 前ページ②、③、④の提出様式についても、同様の標準様式で対応することを考慮する。

- 前ページ⑤の提出様式のうち、国、都道府県が、全国医療費適正化計画及び都道府県医療費適正化計画の進捗状況や実績の評価のために、各医療保険者から収集する健診・保健指導実施状況については、各医療保険者から支払基金への報告様式を利用することが考えられる。

改訂案

- 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。

2) 具体的な様式

- データの提出様式については、別紙●とする。

(別紙8-1①②③④削除)

(別紙9削除)

（２）健診項目の標準コードの設定**１）基本的考え方**

○ 今後の新たな健診において、電子化された膨大な健診データが継続的に取り扱われることになる。その際に、健診項目についても、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ごとに標準コードを設定することが必要となる。

○ 血液検査データの標準コードは日本臨床検査医学会が作成した J L A C 10（ジェラクテン）を標準的なものとする。

○ 質問票についても、標準的な質問項目の設定とその標準コードの設定が必要である。

２）具体的な標準コード

○ 血液検査データについては、既存の J L A C 10 コード（１７桁コード）を使用する。

○ 質問項目、身長等の J L A C 10 コードのない項目については、J L A C 10 の１７桁コード体系に準じたコードを検討し、標準コードとして設定する。

※ 標準コード表については、ホームページ（<http://tokuteikenshin.jp>）より入手可能。

（参考）

基本的な健診項目の標準コードの例（J L A C 17 桁コードを使用）。

健診項目	検査方法	J L A C 10 コード
中性脂肪	可視吸光度法（酵素比色法・グリセロール消去）	3F015000002327101
	紫外吸光度法（酵素比色法・グリセロール消去）	3F015000002327201

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 J L A C 10 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、J L A C 10 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（[\[P\]](#)）より入手可能。

（参考）

基本的な健診項目の標準コードの例（J L A C 17 桁コードを使用）

健診項目	検査方法	J L A C 10 コード
中性脂肪	可視吸光度法（酵素比色法・グリセロール消去）	3F015000002327101
	紫外吸光度法（酵素比色法・グリセロール消去）	3F015000002327201

（3）健診機関・保健指導機関コードの設定**1) 基本的考え方**

○ 医療保険者が被保険者の健診データを管理するためには、健診機関ごとのデータを一括で管理することになる。特に、被保険者の医療保険者間異動があった場合、医療保険者毎に異なった健診機関、保健指導機関のコードを設定しては、十分な分析と評価が出来ない恐れがある。

○ 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、事業の評価を行うため、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、健診機関、保健指導機関コードの設定が必要と考えられる。

○ 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することが考えられるが、二重に発番がなされていないことを確認する必要がある。

2) 具体的なコードの設定

都道府県や国が健診機関コード、保健指導機関コードを設定することは事務的に困難と考えられるため、既存の保険医療機関番号の活用を中心に、保険医療機関として登録がなされていない健診機関や保健指導機関については、第三者機関が別途、新たに発行する方法が適当である。

○具体的な健診機関コードの設定手順

- ・ 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、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

社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険団体連合会等の特定健診・保健指導の支払いを代行する機関において、上記の手順に従ったコード設定を行い、健診機関コード情報を一元的に収集・整理すると共に関係者間で共有していくことが考えられる。

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。

○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

- ・ 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、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

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。

（４）生涯を通じた健診情報のデータ管理を行う場合の留意点**1) 基本的考え方**

- 医療保険者は、被保険者・被扶養者ごとに健診データを整理するため、一意性を保つことができる個人の固有番号を利用することが考えられる。なお、この場合は、個人情報保護に十分配慮して行う必要がある。

2) 個人の固有番号等を利用する場合の考え方

- 既存の保険者番号（法別番号と都道府県番号を含んだ 8 桁の数字）と一意性のある個人の固有番号（例：現在被保険者・被扶養者が使用している被保険者の記号・番号、職員番号、健診整理番号など）を用いる。
- 固有番号は、一度個人に発行した後は、その同じ番号を別の個人に再発行しないことが必要である。例えば、被保険者番号の場合は発行年度の西暦の下 2 桁を追加することで一意性を保つことができると考えられる。
- 被保険者証の記号・番号が個人毎の番号となっていない場合もあるため、生年月日やカタカナ名等、他の項目と組み合わせて個人を識別するか、枝番号を追加することで対応することが考えられる。
- 医療保険者間を異動した場合は、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記号・番号を、異動した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可能となる。

第2編第5章5-4(3)参考に移動

第2編第5章5-4(3)に移動

（5）特定健診における健診結果の保存年限の考え方

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と考える。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が必要である。

○ 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。

第2編 第5章(4)より移動

2）具体的な保存年限

① 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保存することが望ましい。

第2編 第5章(4) 2)より移動

② 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。

③ 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。

5-4 健診結果の保存について

（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。

○ 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。

○ 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も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。

（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

○ 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。

（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。

○ 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。

④ 他法令の健康診断結果等の保存年限等を参考とした上で、関係機関（医療保険者団体等）の意見を踏まえ、具体的な保存年限を設定していく必要がある。

〔参考〕他制度における保存年限

・老人保健法（老健事業）

基本健康診査 特段の規定なし

がん検診 3 年間（通知）

・労働安全衛生法（事業者健診）

一般定期健康診断 5 年間（規則）

特殊健診 5 年、7 年（じん肺）、30 年（放射線、特定化学物質の一部）、40 年（石綿）

※じん肺 5 年→7 年（S53）

理由：少なくとも前 2 回分の記録（3 年以内毎の健診）が必要であるから。

・政管健保 生活習慣病予防検診 5 年を目途

・診療録（カルテ） 5 年間（医師法第 24 条）

・レセプト（診療報酬明細書等） 5 年間（政府管掌健康保険、国民健康保険）
（健康保険組合は、組合毎に適当な保存期間を設定できる）

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、心筋梗塞等の重症化した者は、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2編第5章(4)から移動

過去の状況に関する記載のため削除

〔参考〕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。

〔参考〕

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

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

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

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

第6章 健診の実施に関するアウトソーシング

(1) 基本的考え方

- 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・祝日に行くなど）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、質の低下に繋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。

○ 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。

- 医療保険者が事業者¹へ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、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。

○ 委託先の事業者は、健診の実施機関ごとに測定値及びその判定等が異なるよう、健診の精度管理を適切に行う必要がある。

- 医療保険者は、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、委託先の事業者は次ページ（2）④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。

○ 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。

- なお、巡回型・移動型で健診を行う場合も、委託先の事業者の施設で行う基準と同じとする必要がある。

※ 医療保険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。

1 医療保険者から健診業務の委託を受けて健診を実施する事業者をいう。

過去の状況に関する記載のため削除

第6章 健診の実施に関するアウトソーシング（外部委託）

(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・祝日に行くなど）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、質の低下に繋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・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、委託先の事業者は次頁（2）④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。

④受託側の事業者求められる事項

▼ 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るよう、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

①人員に関する基準

- a 本プログラムに定める内容の健診を適切に実施するために必要な医師、看護師等が質的・量的に確保されていること。
- b 常勤の管理者が置かれていること。ただし、管理上支障がない場合は、健康診断機関の他の職務に従事し、又は同一の敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。

②施設又は設備等に関する基準

- a 本プログラムに定める内容の健診を適切に実施するために、必要な施設及び設備を有していること。
- b 検査や診察を行う際、受診者のプライバシーが十分に保護される施設（部屋）が確保されていること。
- c 救急時における応急処置のための体制を整えていること。
- d 健康増進法第 25 条に定める受動喫煙の防止措置が講じられていること（医療機関においては、患者の特性に配慮すること）。

③精度管理に関する基準

- a 本プログラムにおいて定める検査項目では、標準物質による内部精度管理が定期的に行われ、検査値の精度が保証されていること。
- b 現在実施されている種々の外部精度管理調査（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など）を定期的に受け、検査値の精度が保証されている結果であること。
- c 健診の精度管理上の問題点があった場合に、適切な対応策が講じられること。
- d 検査を外部から委託する場合にあたっては、委託を受けた事業者において a-c の措置が講じられていること。

④健診結果等の情報の取扱いに関する基準

- a 本プログラムにおいて定める電子的標準様式により、医療保険者に対して健診結果を安全かつ速やかに CD-R 等の電磁的方式により提出すること。
- b 健診の受診者本人への通知に関しては、国が定める標準的な様式に準拠して行われるようにすること。
- c 受診者の健診結果等が適切に保存・管理されていること。
- d 正当な理由がなく、その業務上知り得た健診受診者の情報を漏らしてはならない。
- e 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（「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ドライン」（平成 16 年 12 月 24 日厚生労働省）、「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 日厚生労働省）、「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安全管理に関するガイドライン」（平成 17 年 3 月厚生労働省）を遵守すること。

（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 20 年厚生労働省告示第 11 号（外部委託基準）及び第 142 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。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

f 医療保険者の委託を受けて健診結果を保存する場合には、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（平成17年3月厚生労働省）を遵守すること。

g 健診結果の分析等を行うため、医療保険者の委託を受けて健診結果を外部に提供する場合、本来必要とされる情報の範囲に限って提供すべきであり、個人情報をマスキングすることや個人が特定できない番号を付すことなどにより、当該個人情報を匿名化すること。

⑥運営等に関する基準

a 対象者にとって受診が容易になるよう、利用者の利便性に配慮した健診（例えば、土日・祝日・夜間に行うなど）を実施するなど受診率を上げるよう取り組むこと。

b 医療保険者の求めに応じ、医療保険者が適切な健診の実施状況を確認する上で必要な資料の提出等を速やかに行うこと。

c 健診実施者に必要な研修を定期的に行うこと等により、当該健診実施者の資質の向上に努めていること。

d 本プログラムに定める内容の健診を適切かつ継続的に実施することができる財務基盤を有すること。

e 医療保険者から受託した業務の一部の再委託が行われる場合には、医療保険者が委託先と委託契約を締結するに当たり、当該委託契約において、再委託先との契約において本基準に掲げる事項を遵守することを明記すること。

f 次に掲げる事項の運営についての重要事項に関する規程を定め、当該規程の概要を、医療保険者及び受診者が前もって確認できる方法（ホームページ上での掲載等）により、幅広く周知すること。

一 事業の目的及び運営の方針

二 従業者の職種、員数及び職務の内容

三 健康診査の実施日及び実施時間

四 健康診査の内容及び価格その他の費用の額

五 通常の事業の実施地域

六 緊急時における対応

七 その他運営に関する重要事項

g 健診実施者に身分を証する書類を携行させ、健診受診者から求められたときは、これを提示すること。

h 健康診断実施者の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行うとともに、健診機関の設備及び備品等について、衛生的な管理を行うこと。

i 健診機関について、虚偽又は誇大な広告を行わないこと。

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

k 従業者及び会計に関する諸記録を整備すること。

改訂案

まとめて前ページの記述に替える

第7章 後期高齢者等に対する健診・保健指導の在り方

(1) 後期高齢者に対する健診・保健指導の在り方

①基本的な考え方について

- 75歳以上の者（後期高齢者）については、必要な場合には、75歳となる前までに、特定保健指導が行われてきていると考えられる。
- 後期高齢者については、生活習慣の改善による疾病の予防効果が、75歳未満の者よりも大きくないと考えられるとともに、生活習慣の改善が困難な場合も多く、QOLの確保が重要になってきている。
- また、生活習慣の改善による疾病の予防というよりも、QOLを確保し、本人の残存能力をできるだけ落とさないようにするための介護予防が重要となってきたと考えられる。
- その一方で、糖尿病等の生活習慣病を早期発見するための健康診査は重要である。

②健康診査について

- 後期高齢者についても、糖尿病等の生活習慣病を早期発見するための健康診査は重要である。
- 75歳未満の者に対する健診項目は、糖尿病等の生活習慣病に着目したものであるため、後期高齢者の健診項目については、基本的には、75歳未満と同様の項目とする。
- ただし、積極的な減量等を一律に行わないのであれば、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。
- また、心電図等の医師の判断により実施する項目については、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、必要な検査を実施する。
- 後期高齢者に対する健康診査の主な目的が、生活習慣病を早期に発見して、必要に応じて、医療につなげていくことであるならば、糖尿病等の生活習慣病についてかかりつけ医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。

③保健指導について

- 後期高齢者については、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、運動能力等が異なっている場合が多いため、40～74歳と同様に一律に行動変容のための保健指導を行うのではなく、本人の求めに応じて、健康相談、指導の機会を提供できる体制が確保されていることが重要である。

④地域支援事業との関係について

- 市町村においては、受診者の負担を軽減するため、後期高齢者に対する健康診査と地域支援事業における生活機能評価を共同で実施することが望ましい。
- 同様の観点から、前期高齢者に対する特定健診についても地域支援事業における生活機能評価と共同で実施することが望ましい。

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

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

- 75歳以上の者については、生活習慣の改善による疾病の予防効果が75歳未満の者よりも大きくないと考えられるとともに、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。
- また、生活習慣の改善による疾病の予防というよりも、QOLを確保し、本人の残存能力をできるだけ落とさないようにするための介護予防が重要となってくる。さらに、内臓脂肪型肥満よりも、低栄養、ロコモティブシンドローム、認知機能低下に対する予防対策が求められる。
- その一方で、75歳以上の高齢者についても、特に医療機関に通院していない場合、糖尿病等の生活習慣病を早期発見し、医療につなげていくことも重要である。

(2) 健診について

- 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。
- 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。
- 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。
- なお、糖尿病等の生活習慣病についてかかりつけ医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。

(3) 保健指導について

- 75歳以上の高齢者については、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、健康相談、保健指導の機会を提供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

- 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・向上に努めているところであることから、高齢者の健診については、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。

（2）40歳未満の者に対する健診・保健指導の在り方

- 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・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。

7-2 40歳未満の者に対する健診・保健指導の在り方

- 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・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。

- 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。

※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。

第8章 健康診査項目及び保健指導対象者の選定方法の見直し

（１）健康診査項目の見直し

特定健診の項目については、老人保健事業における基本健康診査の項目を踏まえ、検討を行った結果、腹囲及びLDLコレステロールの追加（総コレステロールの削除）、血清クレアチニンの削除等を行うこととした。

今後は、特定健診・保健指導の実施に伴い、集積された知見に基づき、健診項目の有効性・必要性を定期的に見直す必要がある。特に、尿検査、肝機能検査等の保健指導対象者の選定に用いられない項目については、生活習慣病の予防効果、重症化の防止効果等を踏まえ、その有効性・必要性について、費用対効果を含め、検証を行うとともに、今回、導入が見送られた項目（尿酸、血清クレアチニン等）を含め、実施すべき健診項目について、知見を集積し、必要に応じて見直しを行う必要がある。

（２）保健指導対象者の選定方法の見直し

特定保健指導の対象者の選定方法については、メタボリックシンドロームに着目して検討を行った結果、腹囲等が基準値以上で、脳・心臓疾患のリスクが重複している者を特定保健指導の対象とした。

今後は、特定健診・保健指導の実施に伴い、集積された知見に基づき、必要に応じて、保健指導対象者の選定方法についても見直す必要がある。

第2編第2章2-1(7)に移動

第2編第3章3-1(3)に移動

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

別紙1

特定健康診査と基本健康診査の健診項目の比較

		特定健康診査	老人保健事業	特定健康診査と老健事業との比較	備考
			基本健康診査		
診察	質問(問診)	○	○		
	計測				
	身長	○	○		
	体重	○	○		
	BMI	○	○		
	腹囲	○		新規追加	メタリックシンδροーム判定基準の項目であるため。
	視覚的所見(身体診察)	○	○		
	血圧	○	○		
	総コレステロール定量		○	廃止	
	中性脂肪	○	○		
脂質	HDL-コレステロール	○	○		
	LDL-コレステロール	○		新規追加	独立した心血管危険因子の判定指標として有用であるため。
	AST(GOT)	○	○		
肝機能	ALT(GPT)	○	○		
	γ-GT(γ-GTP)	○	○		
代謝系	空腹時血糖	■	○		ヘモグロビンA1c検査を実施した場合には、必ずしも、空腹時血糖を実施する必要がないため。
	原糖(半定量)	○	○		
血液一般	ヘモグロビンA1c	■	□		
	ヘマトクリット値	□	□		
尿	尿蛋白(半定量)	○	○		
	尿潜血		○	廃止	尿蛋白検査を実施した場合には、必ずしも、尿潜血を実施する必要がないため。
腎臓検査	血清クレアチニン		○	廃止	腎臓病発生の発生リスクは、尿蛋白検査、血糖検査、血圧測定等により把握可能である。血清クレアチニン検査については、医療機関において必要に応じて実施。
	12誘導心電図	□	□		

○… 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

改訂案

	特定健康診査	労働安全衛生法	学校保健法
診察	質問項目(問診)	○	○ ※1
	身長	○	●1
	体重	○	○
	BMI	○	△
	腹囲	○	4 ●3
	視覚的所見(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	◎	◎
血液一般	尿糖(半定量)	○	○
	ヘマトクリット値	△	
尿腎機能	血色素量	△	●2
	赤血球数	△	●2
尿	尿蛋白(半定量)	○	○
	尿潜血		
腎臓検査	血清クレアチニン		
	12誘導心電図	△	○
眼底検査	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	上部消化管エックス線検査		
	喀痰検査		△ ※2

○… 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(35歳を除く)の者については医師の判断に基づき省略可

●3 40歳未満(20歳、25歳、30歳及び35歳を除く)者のうち、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 喫煙歴及び脂質代謝については、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 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は医師の判断に基づき省略可

「詳細な健診」項目の選定について

以下の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行った最近の結果が明らかで、再度検査を行う必要がないと判断される者、現に高血圧、心臓病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、詳細な健診を行う必要はない。また、健康診査の結果から、医療機関として直ちに受診する必要がある者については、受診を勧奨を行い、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) 心電図検査

○前年の健診結果等において、①血圧、②脂質、③血糖、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

○前年の健診結果等において、①血圧、②脂質、③血糖、④肥満の全ての項目について、以下の基準に該当した者

(3) 貧血検査

○貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者

【判定基準】

①血糖	a 空腹時血糖	100mg/dl 以上	又は
	b HbA1c の場合	5.2% 以上	
②脂質	a 中性脂肪	150mg/dl 以上	又は
	b HDL コレステロール	40mg/dl 未満	
③血圧	a 収縮期	130mmHg 以上	又は
	b 拡張期	85mmHg 以上	
④肥満	a 腹囲 M≥85cm、F≥90cm		又は
	b BMI≥25		

「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、脳卒中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

○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

○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

(3) 貧血検査

○貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者

【判定基準】

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	
②脂質異常	a 中性脂肪	150mg/dL 以上	又は
	b HDL コレステロール	40mg/dL 未満	
③血圧高値	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		

標準的な質問票

別紙3

質問項目	回答	リソース
1-3 現在、aからcの薬の使用の有無		国民健康・栄養調査（H16）の間診項目に準拠
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	糖尿病実態調査（H14）の間診項目に準拠
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	糖尿病実態調査（H14）の間診項目に準拠
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	糖尿病実態調査（H14）の間診項目に準拠
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	国民健康・栄養調査（H16）の間診項目に準拠
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	保健指導分科会
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	保健指導分科会
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	保健指導分科会
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	保健指導分科会
13 この1年間で体重の増減が±3kg以上あった。	①はい ②いいえ	保健指導分科会
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	保健指導分科会
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	保健指導分科会
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	保健指導分科会
17 朝食を抜くことが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ	保健指導分科会
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）	保健指導分科会
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	保健指導分科会
20 睡眠で休養が十分とれている。	①はい ②いいえ	保健指導分科会
21 運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	①改善するつもりはない ②改善するつもりである（概ね6か月以内） ③近いうちに（概ね1か月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている ④既に改善に取り組んでいる（6か月未満） ⑤既に改善に取り組んでいる（6か月以上）	保健指導分科会
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	保健指導分科会

標準的な質問票

別紙3

質問項目	回答	リソース
1-3 現在、aからcの薬の使用の有無		国民健康・栄養調査（H16）の間診項目に準拠
1 d. 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ	
2 e. インスリン注射又は血糖を下げる薬	①はい ②いいえ	
3 f. コレステロール*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	糖尿病実態調査（H14）の間診項目に準拠
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	糖尿病実態調査（H14）の間診項目に準拠
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	糖尿病実態調査（H14）の間診項目に準拠
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	国民健康・栄養調査（H16）の間診項目に準拠
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	保健指導分科会
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	保健指導分科会
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	保健指導分科会
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	保健指導分科会
13 この1年間で体重の増減が±3kg以上あった。	①はい ②いいえ	保健指導分科会
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	保健指導分科会
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	保健指導分科会
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	保健指導分科会
17 朝食を抜くことが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ	保健指導分科会
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）	保健指導分科会
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	保健指導分科会
20 睡眠で休養が十分とれている。	①はい ②いいえ	保健指導分科会
21 運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	①改善するつもりはない ②改善するつもりである（概ね6か月以内） ③近いうちに（概ね1か月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている ④既に改善に取り組んでいる（6か月未満） ⑤既に改善に取り組んでいる（6か月以上）	保健指導分科会
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	保健指導分科会

※中性脂肪を下げる薬も同様に取扱う。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

別紙3（参考）

	質問項目	参考
7	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。内臓脂肪症候群と喫煙により相乗的に心血管疾患の発症が増加する。
8	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	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）。体重増加量が大きいほど糖尿病・高血圧の有病率が高い。
9	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	運動強度3METs以上の活動を習慣的に4METs・時／週以上実施することにより生活習慣病の発症及び死亡リスクを減少することが示唆されている。 3METs以上の運動強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ている。（エクササイズガイド2006参照のこと）
10	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	生活習慣病発症予防及び死亡リスクの低下に効果のある身体活動量の下限値は19METs・時／週以上から26METs・時／週の間に分布していることから、この値に相当する週当たりの身体活動時間は、3METsの強度（普通歩行）で1日当たり54～74分である。3METsの強度の身体活動を、日常的な歩行や身体活動で表したものである。（エクササイズガイド2006参照のこと）
11	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い	対象者の体力を評価する目的の項目である。
13	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（Sasaki et al. Int J Obese 2003, 27:1405-10, Otsuka et al. J. Epidemiol 2006, 16, 3:117-124）
15	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。	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（平成9年国民栄養調査）

改訂案

別紙3（参考）

	質問項目	参考
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	〔P〕
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	〔P〕
6	医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析）を受けたことがありますか。	〔P〕
7	医師から、貧血といわれたことがある。	〔P〕
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。 （※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者）	〔P〕
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	〔P〕
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施	〔P〕
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施	〔P〕
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	〔P〕
14	人と比較して食べる速度が速い。	〔P〕
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	〔P〕
16	夕食後に間食（3食以外の夜食）をとることが週に3回以上ある。	〔P〕

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）	

改訂案		
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	[P]
18	お酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度	[P]
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量	
20	睡眠で休養が十分とれている。	[P]
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	[P]
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	[P]

血圧測定、腹囲計測等の手順（測定時の留意点）

血圧測定、腹囲計測等については、これまで老人保健法による健康診査及び国民健康・栄養調査等で行われてきた測定手法に準じ、以下のように実施すること。

（１）血圧測定

血圧測定については、「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）を参考とする。

なお、測定回数は原則 2 回とし、その 2 回の測定値の平均値をもって、提出データとすること。現場の実施状況に応じて、1 回測定についても可とする。

（２）腹囲計測

メタボリックシンドロームの診断基準に基づき、立位、軽呼吸時、臍レベルで測定する。脂肪蓄積が著明で臍が下方に偏位している場合は肋骨下縁と前上腸骨棘の midpoint の高さで測定する。より詳細については、平成 16 年国民健康・栄養調査必携（厚生労働省）を参考とする（「標準的な健診・保健指導プログラム」添付資料の学習教材集に掲載）。

なお、具体的な測定方法の映像については、独立行政法人国立健康・栄養研究所のホームページ（<http://www.nih.go.jp/eiken/>）に掲載。

（３）検尿

測定手技及び判定については、「循環器病予防ハンドブック」等を参考とする。

（４）眼底検査

手技については、「循環器病予防ハンドブック」等を参考とする。

血圧及び腹囲の測定における留意事項

血圧測定、腹囲計測等については以下のように実施すること。

（１）血圧測定

血圧測定については、「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）を参考とする。

なお、測定回数は原則 2 回とし、その 2 回の測定値の平均値をもって、提出データとすること。現場の実施状況に応じて、1 回測定についても可とする。

（２）腹囲計測

内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の判定基準に基づき、立位、軽呼吸時、臍レベルで測定する。脂肪蓄積が著明で臍が下方に偏位している場合は肋骨下縁と前上腸骨棘の midpoint の高さで測定する。

なお、具体的な測定方法の映像については、独立行政法人国立健康・栄養研究所のホームページ（<http://www.nih.go.jp/eiken/info/kokuchou.html>）に掲載。

（３）検尿

測定手技及び判定については、「循環器病予防ハンドブック」等を参考とする。

（４）眼底検査

手技については、「循環器病予防ハンドブック」等を参考とする。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

別紙5

健診検査項目の健診判定値

番号	項目コード (JLAC10)	項目名	データ基準		データタイプ	単位	検査方法	備考
			保健指導判定値	受診勧奨判定値				
1		血圧(収縮期)	130	140	数値	mmHg		
2		血圧(拡張期)	85	90	数値	mmHg		
3	3F015000002327101 3F015000002327201	中性脂肪	150	300	数値	mg/dl	1:可視分光光度法 (薄層比色法・グリセロール濁濁)	空腹時の測定を原則とした判定値
4	3F070000002327101 3F070000002327201	HDLコレステロール	39	34	数値	mg/dl	1:可視分光光度法 (薄層比色法・グリセロール濁濁)	空腹時の測定を原則とした判定値
5	3F077000002327101 3F077000002327201	LDLコレステロール	120	140	数値	mg/dl	1:可視分光光度法 (薄層比色法・グリセロール濁濁)	
6	3D010000002228101 3F077000002327101 3F077000002327201	空腹時血糖	100	126	数値	mg/dl	1:電位測定法 (ブドウ糖酸化還元法)	
7	3D045000001808202 3D045000001820402	HbA1c	5.2	6.1	数値	%	1:ラッセウス法 (免疫学的方法)	小数点以下1桁
8	3B035000002327201	AST(GOT)	31	61	数値	U/l	1:分光光度法 (JSCC標準化対照法)	小数点以下1桁
9	3B090000002327201	ALT(GPT)	31	61	数値	U/l	1:分光光度法 (JSCC標準化対照法)	
10	3B045000002327101	γ-GT(γ-GTP)	51	101	数値	U/l	1:分光光度法 (JSCC標準化対照法)	
11	2A030000001830101	血色素 [ヘモグロビン]	13.0(男性) 12.0(女性)	12.0(男性) 11.0(女性)	数値	g/dl	自動血球算定装置	小数点以下1桁(血色素の上限値については、健診判定値、受診勧奨判定値とも男性18.0、女性18.0とすることを検討する。)

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

※3～5のデータ基準については日本動脈硬化学会「動脈硬化性疾患診療ガイドライン」及び「老人保健法による健康診査マニュアル」に基づく。

※6～7については日本糖尿病学会「糖尿病診療ガイドライン」等の各判定基準に基づく。

※8～10のデータ基準については日本消化器学会肝臓病研究委員会に基づく。

※11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。

改訂案

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		収縮期血圧	130	140	数値	mmHg		
2		拡張期血圧	85	90	数値	mmHg		
3	3F015000002327101 3F015000002327201	中性脂肪	150	300	数値	mg/dl	1:可視分光光度法 (薄層比色法・グリセロール濁濁)	空腹時の測定を原則とした判定値
4	3F070000002327101 3F070000002327201	HDLコレステロール	39	34	数値	mg/dl	1:可視分光光度法 (薄層比色法・グリセロール濁濁)	空腹時の測定を原則とした判定値
5	3F077000002327101 3F077000002327201	LDLコレステロール	120	140	数値	mg/dl	1:可視分光光度法 (薄層比色法・グリセロール濁濁)	
6	3D010000002228101 3F077000002327101 3F077000002327201	空腹時血糖	100	126	数値	mg/dl	1:電位測定法 (ブドウ糖酸化還元法)	3. その他 空腹時血糖を行い、HbA1cと合わせて、 Filedowns法を用いて算出する場合等
7	3D045000001808202 3D045000001820402	HbA1c(NGSP)	5.6	6.5	数値	%	1:ラッセウス法 (免疫学的方法)	小数点以下1桁
8	3B035000002327201	AST(GOT)	31	61	数値	U/l	1:分光光度法 (JSCC標準化対照法)	小数点以下1桁
9	3B090000002327201	ALT(GPT)	31	61	数値	U/l	1:分光光度法 (JSCC標準化対照法)	
10	3B045000002327101	γ-GT(γ-GTP)	51	101	数値	U/l	1:分光光度法 (JSCC標準化対照法)	
11	2A030000001830101	血色素 [ヘモグロビン]	13.0(男性) 12.0(女性)	12.0(男性) 11.0(女性)	数値	g/dl	自動血球算定装置	

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

※3～5のデータ基準については日本動脈硬化学会「動脈硬化性疾患診療ガイドライン」及び「老人保健法による健康診査マニュアル」に基づく。

※6～7については日本糖尿病学会「糖尿病診療ガイドライン」等の各判定基準に基づく。

※8～10のデータ基準については日本消化器学会肝臓病研究委員会に基づく。

※11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。

※HbA1cについて、平成25年度からは従来のJDS値ではなく、NGSP値で表記する。なお、NGSP値とJDS値は、以下の式で相互に正しく換算が可能である。

$$\text{NGSP値}(\%) = 1.02 \times \text{JDS値}(\%) + 0.25 \quad \text{JDS値}(\%) = 0.98 \times \text{NGSP値}(\%) - 0.25$$

市町村（一般衛生部門）が特定健診の健診データを用いて保健指導等を行う場合における健診データの取扱い

健診データは、「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）において特に適正な取扱いの厳格な実施を確保する必要があるとされている医療分野に関する情報である。また、これらの情報は市町村国保等の医療保険者が医療保険事業に必要な範囲で扱う情報である。

このため、市町村（一般衛生部門）は、保健指導等に活用する目的で、これらの情報提供を受けようとする場合には、各市町村の個人情報の保護に関する条例の内容を踏まえた上で、例えば、医療保険者に対し、被保険者等に特定健診の受診案内を送付する際に、当該送付状に以下のような注意事項を記載し、本人が希望しない場合には、当該本人が識別される個人データの情報提供を停止することとするように依頼しておくこと。

（例）

〇〇市国民健康保険〔〇〇健康保険組合〕 健康診査について

（注意事項）

健康診査の結果は、〇〇市市民生活部保険年金課〔〇〇健康保険組合〕において適正に管理いたしますが、地域住民の健康増進を図る観点から〇〇市健康福祉部健康づくり推進課において保健指導や健康相談を実施する目的で情報提供の依頼を受けた場合には、健康づくり推進課へ、健康診査の結果を紙媒体又は電子媒体により提供（*）いたします。なお、このような健診結果の扱いを希望されない場合には、その旨を以下の担当又は健康診査の会場の受付の者までご連絡ください。ご連絡いただいた場合には、〇〇市市民生活部保険年金課〔〇〇健康保険組合〕から〇〇市健康福祉部健康づくり推進課への健診結果の情報の提供をいたしません。

* 提供した情報は、〇〇市健康福祉部健康づくり推進課において保健指導や健康相談を実施する以外の目的に使用されることはありません。

（担当）

〇〇市市民生活部保険年金課国保係 担当〇〇 TEL〇〇-〇〇〇〇
〔〇〇健康保険組合〇〇 担当〇〇 TEL〇〇-〇〇〇〇〕

市町村（一般衛生部門）が特定健診の健診データを用いて保健指導等を行う場合における健診データの取扱い

健診データは、「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）において特に適正な取扱いの厳格な実施を確保する必要があるとされている医療分野に関する情報である。また、これらの情報は市町村国保等の医療保険者が医療保険事業に必要な範囲で扱う情報である。

このため、市町村（一般衛生部門）は、保健指導等に活用する目的で、これらの情報提供を受けようとする場合には、各市町村の個人情報の保護に関する条例の内容を踏まえた上で、例えば、医療保険者に対し、被保険者等に特定健診の受診案内を送付する際に、当該送付状に以下のような注意事項を記載し、本人が希望しない場合には、当該本人が識別される個人データの情報提供を停止することとするように依頼しておくこと。

（例）

〇〇市国民健康保険〔〇〇健康保険組合〕 健康診査について

（注意事項）

健康診査の結果は、〇〇市市民生活部保険年金課〔〇〇健康保険組合〕において適正に管理いたしますが、地域住民の健康増進を図る観点から〇〇市健康福祉部健康づくり推進課において保健指導や健康相談を実施する目的で情報提供の依頼を受けた場合には、健康づくり推進課へ、健康診査の結果を紙媒体又は電子媒体により提供（*）いたします。なお、このような健診結果の扱いを希望されない場合には、その旨を以下の担当又は健康診査の会場の受付の者までご連絡ください。ご連絡いただいた場合には、〇〇市市民生活部保険年金課〔〇〇健康保険組合〕から〇〇市健康福祉部健康づくり推進課への健診結果の情報の提供をいたしません。

* 提供した情報は、〇〇市健康福祉部健康づくり推進課において保健指導や健康相談を実施する以外の目的に使用されることはありません。

（担当）

〇〇市市民生活部保険年金課国保係 担当〇〇 TEL〇〇-〇〇〇〇
〔〇〇健康保険組合〇〇 担当〇〇 TEL〇〇-〇〇〇〇〕

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成 19 年 4 月）

（参考）

○個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）（抄）

（定義）

第二条 この法律において「個人情報」とは、生存する個人に関する情報であつて、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）

第十一条 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）

第二十三条 （略）

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

- 一 第三者への提供を利用目的とすること。
- 二 第三者に提供される個人データの項目
- 三 第三者への提供の手段又は方法

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

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

○「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）（抄）

2 国が講ずべき個人情報の保護のための措置に関する事項

(3) 分野ごとの個人情報の保護の推進に関する方針

② 特に適正な取扱いを確保すべき個別分野において講ずべき施策

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については、各省庁において、個人情報を保護するための格別の措置を各分野（医療、金融・信用、情報通信等）ごとに早急に検討し、法の全面施行までに、一定の結論を得るものとする。

3 地方公共団体が講ずべき個人情報の保護のための措置に関する基本的な事項

(1) 地方公共団体の保有する個人情報の保護の推進

改訂案

（参考）

○個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）（抄）

（定義）

第二条 この法律において「個人情報」とは、生存する個人に関する情報であつて、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）

第十一条 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）

第二十三条 （略）

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

- 一 第三者への提供を利用目的とすること。
- 二 第三者に提供される個人データの項目
- 三 第三者への提供の手段又は方法

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

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

○「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）（抄）

2 国が講ずべき個人情報の保護のための措置に関する事項

(3) 分野ごとの個人情報の保護の推進に関する方針

② 特に適正な取扱いを確保すべき個別分野において講ずべき施策

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については、各省庁において、個人情報を保護するための格別の措置を各分野（医療、金融・信用、情報通信等）ごとに早急に検討し、法の全面施行までに、一定の結論を得るものとする。

3 地方公共団体が講ずべき個人情報の保護のための措置に関する基本的な事項

(1) 地方公共団体の保有する個人情報の保護の推進

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

地方公共団体の保有する個人情報の保護対策については、法第11条第1項の趣旨を踏まえ、個人情報の保護に関する条例の制定に早急に取り組む必要がある。また、既に条例を制定している団体であっても所要の見直しを行うことが求められる。

条例の制定又は見直しに当たっては、法及び行政機関個人情報保護法等の内容を踏まえるとともに、特に、いわゆるマニュアル処理に係る個人情報を保護対象とすること、行政機関個人情報保護法を参考としつつ、事務の特性に配慮した対象機関のあり方、自己情報の開示・訂正・利用停止等の本人関与の仕組みの充実、適切な苦情処理や不服申立て制度等の救済措置の整備、外部委託に係る個人情報の保護措置の整備、個人情報の漏えい等に対する罰則の検討、いわゆる「オンライン禁止規定」の見直し等の事項について留意することが求められる。

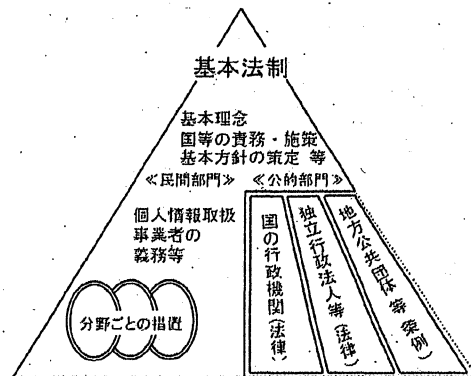
(2) 広報・啓発等住民・事業者等への支援

② 地方公共団体の部局間の相互連携

地方公共団体は、法の施行に関し、自ら保有する個人情報の保護、その区域内の事業者等への支援、苦情の処理のあっせん等、さらには、法第51条及び令第11条の規定により主務大臣の権限を行使することまで、広範で多様な施策の実施が求められている。地方公共団体においては、こうした多様な施策は、個人情報の保護に関する条例の所管部局、住民からの苦情の相談を担う部局、各事業・事業者の振興・支援を担う部局等相当数の部局にまたがるものと見込まれるが、個人情報に関する住民の権利利益の保護の実効性を確保するためには、広範な施策が一体的・総合的に講じられるよう、関係部局が相互に十分な連携を図る必要がある。

また、事業者からの相談や住民からの苦情等の相談の利便性の観点から、連携体制の確保に併せて、関係部局間の役割分担と窓口を明らかにして、これを公表すること等により周知することが望まれる。

2. 個人情報保護法制の体系イメージ



(出典) 内閣府 HP

改訂案

地方公共団体の保有する個人情報の保護対策については、法第11条第1項の趣旨を踏まえ、個人情報の保護に関する条例の制定に早急に取り組む必要がある。また、既に条例を制定している団体であっても所要の見直しを行うことが求められる。

条例の制定又は見直しに当たっては、法及び行政機関個人情報保護法等の内容を踏まえるとともに、特に、いわゆるマニュアル処理に係る個人情報を保護対象とすること、行政機関個人情報保護法を参考としつつ、事務の特性に配慮した対象機関のあり方、自己情報の開示・訂正・利用停止等の本人関与の仕組みの充実、適切な苦情処理や不服申立て制度等の救済措置の整備、外部委託に係る個人情報の保護措置の整備、個人情報の漏えい等に対する罰則の検討、いわゆる「オンライン禁止規定」の見直し等の事項について留意することが求められる。

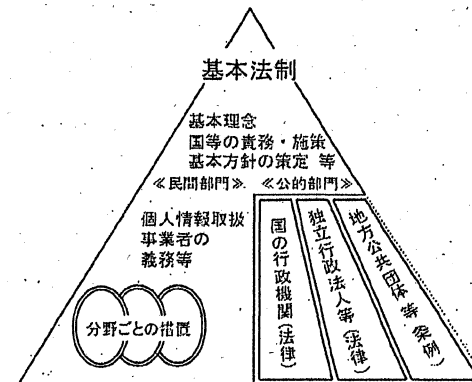
(2) 広報・啓発等住民・事業者等への支援

② 地方公共団体の部局間の相互連携

地方公共団体は、法の施行に関し、自ら保有する個人情報の保護、その区域内の事業者等への支援、苦情の処理のあっせん等、さらには、法第51条及び令第11条の規定により主務大臣の権限を行使することまで、広範で多様な施策の実施が求められている。地方公共団体においては、こうした多様な施策は、個人情報の保護に関する条例の所管部局、住民からの苦情の相談を担う部局、各事業・事業者の振興・支援を担う部局等相当数の部局にまたがるものと見込まれるが、個人情報に関する住民の権利利益の保護の実効性を確保するためには、広範な施策が一体的・総合的に講じられるよう、関係部局が相互に十分な連携を図る必要がある。

また、事業者からの相談や住民からの苦情等の相談の利便性の観点から、連携体制の確保に併せて、関係部局間の役割分担と窓口を明らかにして、これを公表すること等により周知することが望まれる。

2. 個人情報保護法制の体系イメージ



(出典) 内閣府 HP

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

別紙8-2

データ範囲のチェック

番号	項目名	データタイプ	入力最小値	入力最大値	少数点以下の桁数	単位	基準範囲外※1	検査の実施※2	備考
1	身長	数値	100.0	250.0	1	cm			
2	体重	数値	20.0	250.0	1	kg			
3	BMI	数値	10.0	100.0	1	kg/m ²			
4	腕囲	数値	40.0	250.0	1	cm			
6	血圧(収縮期)	数値	60	300	0	mmHg			
7	血圧(拡張期)	数値	30	150	0	mmHg			
8	中性脂肪	数値	10	2000	0	mg/dl			
9	HDLコレステロール	数値	10	500	0	mg/dl			
10	LDLコレステロール	数値	20	1000	0	mg/dl			
11	AST(GOT)	数値	0	1000	0	IU/l 37℃			
12	ALT(GPT)	数値	0	1000	0	IU/l 37℃			
13	γ-GT(γ-GTP)	数値	0	1000	0	IU/l 37℃			
14	空腹時血糖	数値	20	600	0	mg/dl			
15	HbA1c	数値	3.0	20.0	1	%			
18	ヘマトクリット値	数値	0.0	100.0	1	%			
19	血色素量[ヘモグロビン値]	数値	0.0	30.0	1	g/dl			
20	赤血球数	数値	0	1000	0	万/mm ³			
1002	実施度(コンプライアンス)	数値	0	100	0	%			
1003	効果1(腕囲)	数値			1	cm			
1004	効果2(体重)	数値			1	kg			

（※の説明）

※1 基準範囲外：数値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。

※2 検査の実施：数値データが入力で検査未実施の場合は「未実施」を入力する。

改訂案

別紙8-2

データ範囲のチェック

番号	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
1	身長	数値	100.0	250.0	1	cm
2	体重	数値	20.0	250.0	1	kg
3	BMI	数値	10.0	100.0	1	kg/m ²
4	腕囲	数値	40.0	250.0	1	cm
6	血圧(収縮期)	数値	60	300	0	mmHg
7	血圧(拡張期)	数値	30	150	0	mmHg
8	中性脂肪	数値	10	2000	0	mg/dl
9	HDLコレステロール	数値	10	500	0	mg/dl
10	LDLコレステロール	数値	20	1000	0	mg/dl
11	AST(GOT)	数値	0	1000	0	IU/l 37℃
12	ALT(GPT)	数値	0	1000	0	IU/l 37℃
13	γ-GT(γ-GTP)	数値	0	1000	0	IU/l 37℃
14	空腹時血糖	数値	20	600	0	mg/dl
15	HbA1c	数値	3.0	20.0	1	%
18	ヘマトクリット値	数値	0.0	100.0	1	%
19	血色素量[ヘモグロビン値]	数値	0.0	30.0	1	g/dl
20	赤血球数	数値	0	1000	0	万/mm ³
1002	実施度(コンプライアンス)	数値	0	100	0	%
1003	効果1(腕囲)	数値			1	cm
1004	効果2(体重)	数値			1	kg

※1 基準範囲外：数値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年度以降は実施度も併せて入力する。

（注）この「H」「L」は、不必要なデータベ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、入力値のチェック（30と300と入れてしまふ等）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、各検査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：数値データが入力で検査未実施の場合は「未実施」を入力する。

健診結果・質問票情報

別紙8-1⑤

旧

番号	条件 ※1	項目コード ※5	項目名	データ基準※2			データタイプ	単位	データ値コメント		検査方法	備考
				データ値	下限値	上限値			基準範囲外 ※3	検査の実施 ※4		
1	○		身長				数値	cm				小数点以下1桁
2	○		体重				数値	kg				小数点以下1桁
3	○		BMI				数値	kg/m ²				小数点以下1桁
4	○		腹囲				数値	cm				小数点以下1桁
5	○		理学的検査(身体診察) (所見)				コード					1: 異常所見なし、2: 異常所見あり
6	○		血圧(収縮期)				数値	mmHg				
7	○		血圧(拡張期)				数値	mmHg				
8	○	3F015000002327101 3F015000002327201	中性脂肪				数値	mg/dl			1: 可視分光光度法 (酵素比色法-グリト ロール測定) 2: 紫外分光光度法 (酵素比色法-グリト ロール測定)	
9	○	3F070000002327101 3F070000002327201	HDLコレステロール				数値	mg/dl			1: 可視分光光度法 (重縮法(非加熱法)) 2: 紫外分光光度法 (重縮法(非加熱法))	
10	○	3F077000002327101 3F077000002327201	LDLコレステロール				数値	mg/dl			1: 可視分光光度法 (重縮法(非加熱法)) 2: 紫外分光光度法 (重縮法(非加熱法))	
11	○	3D010000002226101	AST (GOT)				数値	U/l			1: 電位差法 (フドウ酸化還元法) 2: 紫外分光光度法 (フドウ酸化還元法)	
12	○	3F077000002327101	ALT (GPT)				数値	U/l			1: 電位差法 (フドウ酸化還元法) 2: 紫外分光光度法 (フドウ酸化還元法)	
13	○	3F077000002327201	γ-GT (γ-GTP)				数値	U/l			3: 紫外分光光度法(ヘキサキナーゼ法、グルコキナーゼ法、アミノ酸法) 1: ラテックス凝集比濁法 (免疫学的方法) 2: HPLC (不安定分離除去HPLC法) 紫外分光光度法 (JSCC標準化対応法)	
14	●	3D045000001906202 3D045000001920402 3B035000002327201	空腹血糖				数値	mg/dl			1: 可視分光光度法 (JSCC標準化対応法) 2: 紫外分光光度法 (JSCC標準化対応法)	
15	●	3B0900000002327101 3B045000002327101	HbA1c				数値	%			1: 可視分光光度法 (JSCC標準化対応法) 2: 紫外分光光度法 (JSCC標準化対応法)	小数点以下1桁
16	○		尿糖				コード				1: 試験紙法(簡便読み取り) 2: 試験紙法(目視法)	1: -, 2: ±, 3: +, 4: ++, 5: +++
17	○		尿蛋白				コード				1: 試験紙法(簡便読み取り) 2: 試験紙法(目視法)	1: -, 2: ±, 3: +, 4: ++, 5: +++
18	□		ヘマトクリット値				数値	%			自動血球算定装置	小数点以下1桁
19	□		血色素量[ヘモグロビン]値				数値	g/dl			自動血球算定装置	小数点以下1桁
20	□		赤血球数				数値	万/mm ³			自動血球算定装置	
21	□		心電図 (所見)				コード					1: 異常所見なし、2: 異常所見あり
22	□		眼底検査(キースワグナー分類) (シェイエ分類: H) (シェイエ分類: S)				コード					1: 0, 2: 1, 3: IIa, 4: IIb, 5: III, 6: IV 1: 0, 2: 1, 3: 2, 4: 3, 5: 4 1: 0, 2: 1, 3: 2, 4: 3, 5: 4
23			メタボリックシンドローム判定				コード					1: 基準該当、2: 予備該当、3: 非該当
24			医師の判断				漢字					①検査結果の異常を認めた医師の所見 ②医師の判断に基づき部分的に実施する項目を実施した場合の理由
25			判断した医師の氏名				漢字					
26			保健指導レベル				コード					1: 積極的支援、2: 積極的支援、3: なし
101			脈調1(血圧)				コード					1: はい、2: いいえ
102			脈調2(血圧)				コード					1: はい、2: いいえ
103			脈調3(血圧)				コード					1: はい、2: いいえ
104			脈調1(脈動)				コード					1: はい、2: いいえ
105			脈調2(脈動)				コード					1: はい、2: いいえ
106			脈調3(脈動)				コード					1: はい、2: いいえ
107			脈調1(脈動)				コード					1: はい、2: いいえ
108			脈調2(脈動)				コード					1: はい、2: いいえ
109			20歳からの体重変化				コード					1: はい、2: いいえ
110			30分以上の運動習慣				コード					1: はい、2: いいえ
111			歩行又は身体活動				コード					1: はい、2: いいえ
112			歩行速度				コード					1: はい、2: いいえ
113			1年間の体重変化				コード					1: はい、2: いいえ
114			食べ方1(早食い等)				コード					1: はい、2: はい、3: はい
115			食べ方2(朝食前)				コード					1: はい、2: はい
116			食べ方3(夜食/間食)				コード					1: はい、2: はい
117			食習慣				コード					1: はい、2: はい
118			飲酒				コード					1: はい、2: はい
119			飲酒量				コード					1: 毎日、2: 時々、3: ほとんど飲まない
120			睡眠				コード					1: はい、2: はい
121			生活習慣の改善				コード					1: 実施なし、2: 実施あり(6か月以内)、3: 実施あり(6か月以上) 4: 数回実施(6ヶ月未満)、5: 数回実施(6ヶ月以上)
122			保健指導の希望				コード					1: はい、2: はい

(表の説明)

※1 条件: ○…必須項目、□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目、●…いずれかの項目の実施で可

※2 データ基準下限値、上限値: 使用する検査機器、試薬等が異なるため検査機関ごとに設定した値を入力する。

※3 基準範囲外: 健診データが測定できる入力最小値以下の場合「以下」、入力最大値以上の場合「以上」を入力する。

※4 検査の実施: 健診データが未入力でも検査実施の場合は「未実施」を入力する。

※5 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(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)。

保健指導情報

18

番号	条件	項目コード	項目名	データ基準値※1			データタイプ	単位	基準範囲外※3	検査の実施※4	備考
				データ値	下限値	上限値					
1001			支援レベル				コード				1:積極的支援、2:動機づけ支援(健診結果に基づき階層化された区分)
1002			行動変容ステージ				コード				1:意志なし、2:意志あり(6か月以内)、3:意志あり(近いうち)、4:取組済み(6ヶ月未満)、5:取組済み(6ヶ月以上)
1003			保健指導コース名				漢字				
1004			初回面談の実施日付				年月日				
1005			初回面談による支援の支援形態				コード				1:個別支援、2:グループ支援
1006			初回面談の実施時間				数字	分			
1007			初回面談の実施者				コード				1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1008			継続的支援予定期間				数字	週			
1009			目標腰圍				数字	cm			
1010			目標体重				数字	kg			
1011			目標収縮期血圧				数字	mmHg			
1012			目標拡張期血圧				数字	mmHg			
1013			一日の削減目標エネルギー量				数字	kcal			
1014			一日の運動による目標エネルギー量				数字	kcal			
1015			一日の食事による目標エネルギー量				数字	kcal			
1016			中間評価の実施日付				年月日				
1017			中間評価の支援形態				コード				1:個別支援A、2:グループ支援、3:電話A、4:e-mailA
1018			中間評価の実施時間				数字	分			
1019			中間評価の実施ポイント				数字				自動計算
1020			中間評価の実施者				コード				1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1021			中間評価時の腰圍				数字	cm			
1022			中間評価時の体重				数字	kg			
1023			中間評価時の収縮期血圧				数字	mmHg			
1024			中間評価時の拡張期血圧				数字	mmHg			
1025			中間評価時の生活習慣の改善(栄養・食生活)				コード				0:変化なし、1:改善、2:悪化
1026			中間評価時の生活習慣の改善(身体活動)				コード				0:変化なし、1:改善、2:悪化
1027			中間評価時の生活習慣の改善(喫煙)				コード				1:禁煙継続、2:非継続、3:非喫煙、4:禁煙の意志なし
1028			支援A①の実施日付				年月日				
1029			支援A①の支援形態				コード				1:個別支援A、2:グループ支援、3:電話A、4:e-mailA
1030			支援A①の実施時間				数字	分			
1031			支援A①の実施ポイント				数字				自動計算
1032			支援A①の実施者				コード				1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1033			支援A②の実施日付				年月日				
1034			支援A②の支援形態				コード				1:個別支援A、2:グループ支援、3:電話A、4:e-mailA
1035			支援A②の実施時間				数字	分			
1036			支援A②の実施ポイント				数字				自動計算
1037			支援A②の実施者				コード				1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1038			支援B①の実施日付				年月日				
1039			支援B①の支援形態				コード				1:個別支援B、2:電話B、3:e-mailB
1040			支援B①の実施時間				数字	分			
1041			支援B①の実施ポイント				数字				自動計算
1042			支援B①の実施者				コード				1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1043			支援B②の実施日付				年月日				
1044			支援B②の支援形態				コード				1:個別支援B、2:電話B、3:e-mailB
1045			支援B②の実施時間				数字	分			
1046			支援B②の実施ポイント				数字				自動計算
1047			支援B②の実施者				コード				1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1048			支援B③の実施日付				年月日				
1049			支援B③の支援形態				コード				1:個別支援B、2:電話B、3:e-mailB
1050			支援B③の実施時間				数字	分			
1051			支援B③の実施ポイント				数字				自動計算
1052			支援B③の実施者				コード				1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他

番号	条件	項目コード	項目名	データ値	データ基準値※1		データタイプ	単位	基準範囲外 ※3	検査の実施 ※4	備考
					下限値	上限値					
1053			支援B④の実施日付				年月日				
1054			支援B④の支援形態				コード				1:個別支援B、2:電話B、3:e-mailB
1055			支援B④の実施時間				数字	分			
1056			支援B④の実施ポイント				数字				自動計算
1057			支援B④の実施者				コード				1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1058			6か月後の評価の実施日付				年月日				
1059			6か月後の評価の支援形態又は確認方法				コード				1:個別支援、2:グループ支援、3:電話、4:e-mail
1060			6か月後の評価の実施者				コード				1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1061			6か月後の評価ができない場合の確認回数				数字	回			確認方法に基づき、評価実施者が行った確認の回数
1062			6か月後の評価時の脈拍				数字	cm			
1063			6か月後の評価時の体重				数字	kg			
1064			6か月後の評価時の収縮期血圧				数字	mmHg			
1065			6か月後の評価時の拡張期血圧				数字	mmHg			
1066			6か月後の評価時の保健指導による生活習慣の改善(栄養・食生活)				コード				0:変化なし、1:改善、2:悪化
1067			6か月後の評価時の保健指導による生活習慣の改善(身体活動)				コード				0:変化なし、1:改善、2:悪化
1068			6か月後の評価時の保健指導による生活習慣の改善(喫煙)				コード				1:禁煙継続、2:非継続、3:非喫煙、4:禁煙の意志なし
1069			計画上の継続的な支援の実施回数				数字	回			
1070			計画上の継続的な支援の実施回数(個別支援)				数字	回			
1071			計画上の継続的な支援の合計実施時間(個別支援)				数字	分			
1072			計画上の継続的な支援の実施回数(グループ支援)				数字	回			
1073			計画上の継続的な支援の合計実施時間(グループ支援)				数字	分			
1074			計画上の継続的な支援の実施回数(電話Aによる支援)				数字	回			
1075			計画上の継続的な支援の合計実施時間(電話Aによる支援)				数字	分			
1076			計画上の継続的な支援の実施回数(e-mailAによる支援)				数字	回			
1077			計画上の継続的な支援の実施回数(電話Bによる支援)				数字	回			
1078			計画上の継続的な支援の合計実施時間(電話Bによる支援)				数字	分			
1079			計画上の継続的な支援の実施回数(e-mailBによる支援)				数字	回			
1080			計画上の継続的な支援によるポイント(支援A)				数字				
1081			計画上の継続的な支援によるポイント(支援B)				数字				
1082			計画上の継続的な支援によるポイント(合計)				数字				自動計算
1083			実施上の継続的な支援の実施回数				数字	回			自動計算
1084			実施上の継続的な支援の実施回数(個別支援)				数字	回			
1085			実施上の継続的な支援の合計実施時間(個別支援)				数字	分			
1086			実施上の継続的な支援の実施回数(グループ支援)				数字	回			
1087			実施上の継続的な支援の合計実施時間(グループ支援)				数字	分			
1088			実施上の継続的な支援の実施回数(電話Aによる支援)				数字	回			
1089			実施上の継続的な支援の合計実施時間(電話Aによる支援)				数字	分			
1090			実施上の継続的な支援の実施回数(e-mailAによる支援)				数字	回			
1091			実施上の継続的な支援の実施回数(電話Bによる支援)				数字	回			
1092			実施上の継続的な支援の合計実施時間(電話Bによる支援)				数字	分			
1093			実施上の継続的な支援の実施回数(e-mailBによる支援)				数字	回			
1094			継続的な支援によるポイント(支援A)				数字				自動計算
1095			継続的な支援によるポイント(支援B)				数字				自動計算
1096			継続的な支援によるポイント(合計)				数字				自動計算
1097			禁煙指導の実施回数				数字	回			
1098			委託事業社保健指導機関番号(1)				数字				
1099			委託事業社名(1)				漢字				
1100			主対応内容(1)				コード				1:個別支援、2:グループ支援、3:電話、4:e-mail
1101			委託事業社保健指導機関番号(2)				数字				
1102			委託事業社名(2)				漢字				
1103			主対応内容(2)				コード				1:個別支援、2:グループ支援、3:電話、4:e-mail

(表の説明)

※2 データ基準下限値、上限値:使用する検査機器、試薬等が異なるため検査機関ごとに設定した値を入力する。

※3 基準範囲外:データが別途定める入力最小値以下の場合は「以下」、入力最大値以上の場合は「以上」を入力する。

※4 検査の実施: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。

※5 検査項目コードについては、固有のコードを別途定める。

44

保健指導情報

別紙8-1⑥

新

番号	記載区分(注1)			項目コード	項目名	データ種	データタイプ	単位	備考
	1回目 の請求 時	2回目 の請求 時	国への 実績報告 時						
1001	○		○	102000001	支援レベル		コード		1:個別支援、2:グループ支援(支援結果に基づき層別化された区分)
1002	△		△	102000002	行動実習ステージ		コード		1:意志なし、2:意志あり(6ヶ月以内)、3:意志あり(6ヶ月以上)、4:取組済み(6ヶ月未満)、5:取組済み(6ヶ月以上)
1003	★			102000003	保健指導コース名		漢字		
1004	○		○	1022000011	初回面談の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1005	○		○	1022000012	初回面談による支援の支援形態		コード		1:個別支援、2:グループ支援
1006	○		○	1022000013	初回面談の実施時間		数字	分	
1007	○		○	1022000015	初回面談の実施者		コード		1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1008	●		●	1021000020	継続的支援予定期間		数字	週	
1009	★			1021001031	目標腹囲		数字	cm	
1010	★			1021001032	目標体重		数字	kg	
1011	□			1021001033	目標収縮期血圧		数字	mmHg	
1012	□			1021001034	目標拡張期血圧		数字	mmHg	
1013	★			1021001050	一日の消費エネルギー量		数字	kcal	
1014	★			1021001051	一日の運動によるエネルギー量		数字	kcal	
1015	★			1021001052	一日の食事によるエネルギー量		数字	kcal	
1016		★		1032000011	中間評価の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1017		★		1032000012	中間評価の支援形態		コード		1:個別支援A、3:グループ支援、4:電話A、6:電子メール支援A
1018		★		1032000013	中間評価の実施時間		数字	分	
1019		★		1032000014	中間評価の実施ポイント		数字		自動計算
1020		★		1032000015	中間評価の実施者		コード		1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1021		★		1032001031	中間評価時の腹囲		数字	cm	YYYYMMDD
1022		★		1032001032	中間評価時の体重		数字	kg	
1023		▲		1032001033	中間評価時の収縮期血圧		数字	mmHg	
1024		▲		1032001034	中間評価時の拡張期血圧		数字	mmHg	
1025		★		1032001042	中間評価時の生活習慣の改善(栄養・食生活)		コード		0:変化なし、1:改善、2:悪化
1026		★		1032001041	中間評価時の生活習慣の改善(身体活動)		コード		0:変化なし、1:改善、2:悪化
1027		▲		1032001043	中間評価時の生活習慣の改善(喫煙)		コード		1:禁煙継続、2:非継続、3:非喫煙、4:禁煙の意志なし
1028		★		1032100011	支援A①の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1029		★		1032100012	支援A①の支援形態		コード		1:個別支援A、3:グループ支援、4:電話A、6:電子メール支援A
1030		★		1032100013	支援A①の実施時間		数字	分	
1031		★		1032100014	支援A①の実施ポイント		数字		自動計算
1032		★		1032100015	支援A①の実施者		コード		1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1033		★		支援A①の対応する コードと同一	支援A②の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1034		★		支援A①の対応する コードと同一	支援A②の支援形態		コード		1:個別支援A、3:グループ支援、4:電話A、6:電子メール支援A
1035		★		支援A①の対応する コードと同一	支援A②の実施時間		数字	分	
1036		★		支援A①の対応する コードと同一	支援A②の実施ポイント		数字		自動計算
1037		★		支援A①の対応する コードと同一	支援A②の実施者		コード		1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1038		★		支援A①の対応する コードと同一	支援A③の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1039		★		支援A①の対応する コードと同一	支援A③の支援形態		コード		1:個別支援A、3:グループ支援、4:電話A、6:電子メール支援A
1040		★		支援A①の対応する コードと同一	支援A③の実施時間		数字	分	
1041		★		支援A①の対応する コードと同一	支援A③の実施ポイント		数字		自動計算
1042		★		支援A①の対応する コードと同一	支援A③の実施者		コード		1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1043		★		支援A①の対応する コードと同一	支援A④の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1044		★		支援A①の対応する コードと同一	支援A④の支援形態		コード		1:個別支援A、3:グループ支援、4:電話A、6:電子メール支援A
1045		★		支援A①の対応する コードと同一	支援A④の実施時間		数字	分	
1046		★		支援A①の対応する コードと同一	支援A④の実施ポイント		数字		自動計算
1047		★		支援A①の対応する コードと同一	支援A④の実施者		コード		1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1048		★		1032200011	支援B①の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1049		★		1032200012	支援B①の支援形態		コード		2:個別支援B、5:電話B、7:電子メール支援B
1050		★		1032200013	支援B①の実施時間		数字	分	
1051		★		1032200014	支援B①の実施ポイント		数字		自動計算
1052		★		1032200015	支援B①の実施者		コード		1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1053		★		支援B①の対応する コードと同一	支援B②の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1054		★		支援B①の対応する コードと同一	支援B②の支援形態		コード		2:個別支援B、5:電話B、7:電子メール支援B
1055		★		支援B①の対応する コードと同一	支援B②の実施時間		数字	分	
1056		★		支援B①の対応する コードと同一	支援B②の実施ポイント		数字		自動計算
1057		★		支援B①の対応する コードと同一	支援B②の実施者		コード		1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1058		★		支援B①の対応する コードと同一	支援B③の実施日付		年月日		
1059		★		支援B①の対応する コードと同一	支援B③の支援形態		コード		2:個別支援B、5:電話B、7:電子メール支援B
1060		★		支援B①の対応する コードと同一	支援B③の実施時間		数字	分	
1061		★		支援B①の対応する コードと同一	支援B③の実施ポイント		数字		自動計算
1062		★		支援B①の対応する コードと同一	支援B③の実施者		コード		1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1063		★		支援B①の対応する コードと同一	支援B④の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1064		★		支援B①の対応する コードと同一	支援B④の支援形態		コード		2:個別支援B、5:電話B、7:電子メール支援B
1065		★		支援B①の対応する コードと同一	支援B④の実施時間		数字	分	

番号	記録区分(注1)			項目コード	項目名	データ種	データタイプ	単位	備考
	1回目の請求 日時	2回目の請求 日時	国への 実績報告 日時						
1066		★		支援B④の対応する コードと同一	支援B④の実施ポイント		数字	自動計算	
1067		★		支援B④の対応する コードと同一	支援B④の実施者		コード		1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1068		○	○	1042000011	6ヶ月後の評価の実施日付		年月日	YYYYMMDD	
1069		○	○	1042000012	6ヶ月後の評価の支援形態又は施設方法		コード		1:個別支援、2:グループ支援、3:電話、4:電子メール支援
1070		○	○	1042000015	6ヶ月後の評価の実施者		コード		1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
1071		○	○	1042000016	6ヶ月後の評価ができない場合の施設回数		数字	回	施設方法に基づき、評価実施者が行った施設回数の回答
1072		○	○	1042001031	6ヶ月後の評価時の体重		数字	cm	
1073		○	○	1042001032	6ヶ月後の評価時の体重		数字	kg	
1074		△	△	1042001033	6ヶ月後の評価時の収縮期血圧		数字	mmHg	
1075		△	△	1042001034	6ヶ月後の評価時の拡張期血圧		数字	mmHg	
1076		○	○	1042001042	6ヶ月後の評価時の保健指導による生活習慣の改善(栄養・ 食生活)		コード		0:変化なし、1:改善、2:悪化
1077		○	○	1042001041	6ヶ月後の評価時の保健指導による生活習慣の改善(身体 活動)		コード		0:変化なし、1:改善、2:悪化
1078		△	△	1042001043	6ヶ月後の評価時の保健指導による生活習慣の改善(喫煙)		コード		1:禁煙継続、2:非継続、3:非喫煙、4:禁煙の意思なし
1079	●		●	1041800117	計画上の継続的な支援の実施回数		数字	回	
1080	●		●	1041101117	計画上の継続的な支援の実施回数(個別支援A)		数字	回	
1081	●		●	1041101113	計画上の継続的な支援の合計実施時間(個別支援A)		数字	分	
1082	●		●	1041201117	計画上の継続的な支援の実施回数(個別支援B)		数字	回	
1083	●		●	1041201113	計画上の継続的な支援の合計実施時間(個別支援B)		数字	分	
1084	●		●	1041302117	計画上の継続的な支援の実施回数(グループ支援)		数字	回	
1085	●		●	1041302113	計画上の継続的な支援の合計実施時間(グループ支援)		数字	分	
1086	●		●	1041103117	計画上の継続的な支援の実施回数(電話Aによる支援)		数字	回	
1087	●		●	1041103113	計画上の継続的な支援の合計実施時間(電話Aによる支 援)		数字	分	
1088	●		●	1041104117	計画上の継続的な支援の実施回数(e-mailAによる支援)		数字	回	
1089	●		●	1041203117	計画上の継続的な支援の実施回数(電話Bによる支援)		数字	回	
1090	●		●	1041203113	計画上の継続的な支援の合計実施時間(電話Bによる支 援)		数字	分	
1091	●		●	1041204117	計画上の継続的な支援の実施回数(e-mailBによる支援)		数字	回	
1092	●		●	1041100114	計画上の継続的な支援によるポイント(支援A)		数字		
1093	●		●	1041200114	計画上の継続的な支援によるポイント(支援B)		数字		
1094	●		●	1041800114	計画上の継続的な支援によるポイント(合計)		数字		自動計算
1095	●		●	1042800117	実施上の継続的な支援の実施回数		数字	回	自動計算
1096	●		●	1042101117	実施上の継続的な支援の実施回数(個別支援A)		数字	回	
1097	●		●	1042101113	実施上の継続的な支援の合計実施時間(個別支援A)		数字	分	
1098	●		●	1042201117	実施上の継続的な支援の実施回数(個別支援B)		数字	回	
1099	●		●	1042201113	実施上の継続的な支援の合計実施時間(個別支援B)		数字	分	
1100	●		●	1042302117	実施上の継続的な支援の実施回数(グループ支援)		数字	回	
1101	●		●	1042302113	実施上の継続的な支援の合計実施時間(グループ支援)		数字	分	
1102	●		●	1042103117	実施上の継続的な支援の実施回数(電話Aによる支援)		数字	回	
1103	●		●	1042103113	実施上の継続的な支援の合計実施時間(電話Aによる支 援)		数字	分	
1104	●		●	1042104117	実施上の継続的な支援の実施回数(e-mailAによる支援)		数字	回	
1105	●		●	1042203117	実施上の継続的な支援の実施回数(電話Bによる支援)		数字	回	
1106	●		●	1042203113	実施上の継続的な支援の合計実施時間(電話Bによる支 援)		数字	分	
1107	●		●	1042204117	実施上の継続的な支援の実施回数(e-mailBによる支援)		数字	回	
1108	●		●	1042100114	継続的な支援によるポイント(支援A)		数字		自動計算
1109	●		●	1042200114	継続的な支援によるポイント(支援B)		数字		自動計算
1110	●		●	1042800114	継続的な支援によるポイント(合計)		数字		自動計算
1111	▲	▲	▲	1042800118	継続指導の実施回数		数字	回	
1112	●		●	1042000022	実施上の継続的な支援の終了日		年月日	YYYYMMDD	
1113	★	★	★	1042000081	委託先保健指導機関番号(1)		数字		
1114	★	★	★	1042000082	委託先保健指導機関名(1)		漢字		
1115	★	★	★	1042000085	主対応内容(1)		コード		1:個別支援、2:グループ支援、3:電話、4:電子メール支援
1116	★	★	★	委託先保健指導機 関番号(1)と同じ	委託先保健指導機関番号(2)		数字		
1117	★	★	★	委託先保健指導機 関名(1)と同じ	委託先保健指導機関名(2)		漢字		
1118	★	★	★	主対応内容(1)と同じ	主対応内容(2)		コード		1:個別支援、2:グループ支援、3:電話、4:電子メール支援
1119	★	★	★	委託先保健指導機 関番号(1)と同じ	委託先保健指導機関番号(3)		数字		
1120	★	★	★	委託先保健指導機 関名(1)と同じ	委託先保健指導機関名(3)		漢字		
1121	★	★	★	主対応内容(1)と同じ	主対応内容(3)		コード		1:個別支援、2:グループ支援、3:電話、4:電子メール支援
1122	★	★	★	委託先保健指導機 関番号(1)と同じ	委託先保健指導機関番号(4)		数字		
1123	★	★	★	委託先保健指導機 関名(1)と同じ	委託先保健指導機関名(4)		漢字		
1124	★	★	★	主対応内容(1)と同じ	主対応内容(4)		コード		1:個別支援、2:グループ支援、3:電話、4:電子メール支援

注1 1回目の請求時一切面談終了後、2回目の請求時6ヶ月後の実績評価継続後。

条件:○一必須入力項目、★一少なくとも保険者が委託により実施した場合は必須入力項目、▲一情報を入力した場合にのみ入力、□一計画において目標値を定めた場合についてのみの入力。

●一必須入力項目(継続的支援の場合のみ)、▲一少なくとも保険者が委託により実施した場合は必須入力項目(継続的支援の場合のみ)、▲一情報を入力した場合にのみ入力(継続的支援の場合のみ)とするが、

継続的支援の場合において、保険者との契約により継続的な支援の実施及びその報告が求められている場合についてのみの入力とする(継続的支援に準じた継続的支援を実施する場合のみ)。

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

注3 2回目以降の報告は、それまでデータに連続した書き込み(取り取り)のみの入力とする。

注4 ○は代行機関等がチェックする項目を示したものであり、各項目のデータを入力する項目を示したものである。

注5 項目1113～1124については、当該保健指導を実施している保険者(又は保健指導機関)が継続的支援の一部を委託(又は再委託)している場合に入力する。

別紙●

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【案】

【利用上の留意事項】

- 健診受診者に対して健診結果を通知いただく際、情報提供いただきたい内容を文例で示しました。
- 必要に応じて、適宜改変して使用してください。
- フィードバックに当たっては、各検査項目の経年変化を確認し、悪化傾向なのか、改善傾向なのかといったことを踏まえた対応をすることが大切です。
- この文例集では、血糖・血圧・脂質などのリスクをそれぞれ個別に説明していますが、複数の項目に問題がある場合等は、対象者に対する注意喚起がいっそう重要になりますので、注意してください。

【出典】平成 24 年度厚生労働科学研究

「特定健診・保健指導における地域診断と保健指導実施効果の包括的な
評価および今後の適切な制度運営に向けた課題克服に関する研究班」

（研究代表者：今井博久 国立保健医療科学院統括研究官）

血圧高値に関するフィードバック文例集（案）

各検査項目			肥満者の場合	非肥満者の場合
異常 ↑ 正常	受診勧奨 判定値を 超えるレベル	収縮期血圧 ≥ 160 mmHg 又は 拡張期血圧 ≥ 100 mmHg	① 収縮期血圧 ≥ 160 mmHg、拡張期血圧 ≥ 100 mmHgの場合	
		140mmHg $\leq$ 収縮期血圧 < 160 mmHg 又は 90mmHg $\leq$ 拡張期血圧 < 100 mmHg	② 生活習慣を改善する努力をした上で、改善しないなら医療機関の受診を	
	特定保健指導 判定値を 超えるレベル	130mmHg $\leq$ 収縮期血圧 < 140 mmHg 又は 85mmHg $\leq$ 拡張期血圧 < 90 mmHg	③ 特定保健指導の積極的な活用と生活習慣の改善を	④ 生活習慣の改善を
	基準範囲内	収縮期血圧 < 130 mmHg かつ 拡張期血圧 < 85 mmHg	⑤ 今後も継続して健診受診を	

①収縮期血圧 ≥ 160 mmHg 又は拡張期血圧 ≥ 100 mmHg の場合

→ 今回、血圧が非常に高くなっていました。望ましい血圧レベル（最大血圧 120 mmHg 未満かつ最小血圧 80 未満）の人と比べて、約5倍、脳卒中や心臓病にかかりやすいことがわかっています。この健診結果を持って、至急かかりつけの医療機関を受診してください。

②140mmHg $\leq$ 収縮期血圧 < 160 mmHg、90mmHg $\leq$ 収縮期血圧 < 100 mmHg の場合

→ 今回の血圧値から高血圧が疑われます。この状態が続くと、望ましい血圧レベル（最大血圧 120 mmHg 未満かつ最小血圧 80mmHg 未満）の人と比べて、約3倍、脳卒中や心臓病にかかりやすいことがわかっています。血圧を下げるためには、減量（太っている人や以前より体重が増えた人）、適度な運動、お酒を減らす、減塩、野菜や果物を多く食べるなど、生活習慣の改善が必要です。ご自身で生活習慣の改善に取り組まれる方法と、保健指導を活用する方法の2通りがあります。これらを実行した上で、1ヶ月から3ヶ月後にかかりつけの医療機関で再検査を受けてください。

③130mmHg $\leq$ 収縮期血圧 < 140 mmHg 又は 85mmHg $\leq$ 収縮期血圧 < 90 mmHg の場合（肥満者）

→ 今回の血圧値は、正常範囲内ですがその中では高いです。この状態が続くと、望ましい血圧レベル（最大血圧 120 mmHg 未満かつ最小血圧 80mmHg 未満）の人と比べて、約1.5~2倍、脳卒中や心臓病にかかりやすいことがわかっています。特定保健指導を受けましょう。なお減量以外に、お酒を減らす、減塩、野菜や果物を多く食べるなど、血圧を上げやすい生活習慣の改善も必要となります。

**④130mmHg $\leq$ 収縮期血圧<140mmHg 又は 85mmHg $\leq$ 収縮期血圧<90mmHg の場合
(非肥満者)**

→ 今回の血圧値は、正常範囲内ですがその中では高いです。この状態が続くと、望ましい血圧レベル(最大血圧 120 mmHg 未満かつ最小血圧 80mmHg 未満)の人と比べて、約 1.5~2 倍、脳卒中や心臓病にかかりやすいことがわかっています。血圧を下げるためには、減量(以前より体重が増えた人)、適度な運動、お酒を減らす、減塩、野菜や果物を多く食べるなど、生活習慣の改善が必要です。

⑤収縮期血圧<130mmHg かつ拡張期血圧<85mmHg の場合

→ 今回の健診では、血圧値に異常はありませんでした。引き続き、毎年健診を受診し、血圧の推移を確認してください。また、現在の良い状態を維持するためにも、もし喫煙していれば禁煙しましょう。

<参考文献>

1. Okayama A, Kadowaki T, Okamura T, Hayakawa T, Ueshima H; The NIPPON DATA80 Research Group: Age-specific effects of systolic and diastolic blood pressure on mortality due to cardiovascular disease among Japanese men (NIPPON DATA80). J Hypertens 24(3): 459-62, 2006.
2. Kokubo Y, Kamide K, Okamura T, Watanabe M, Higashiyama A, Kawanishi K, Okayama A, Kawano Y. Impact of high-normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease in a Japanese urban cohort: the Suita study. Hypertension; 52(4): 652-9, 2008.
3. Fujiyoshi A, Ohkubo T, Miura K, Murakami Y, Nagasawa SY, Okamura T, Ueshima H. Blood pressure categories and long-term risk of cardiovascular disease according to age group in Japanese men and women. Hypertens Res 35(9): 947-953, 2012.

脂質異常に関するフィードバック文例集（案）

各検査項目			肥満者の場合	非肥満者の場合
異常 ↑ 正常	受診勧奨 判定値を 超えるレベル	LDL $\geq$ 180mg/dL 又は TG $\geq$ 1,000mg/dL	① すぐに医療機関を受診を	
		140mg/dL $\leq$ LDL<180mg/dL 又は 300mg/dL $\leq$ TG<1,000mg/dL	② 生活習慣を改善する努力をした上で、 改善しないなら医療機関を受診を	
	特定保健指導 判定値を 超えるレベル	120mg/dL $\leq$ LDL<140mg/dL 又は 150mg/dL $\leq$ TG<300mg/dL 又は HDL<40mg/dL	④ 特定保健指導の 積極的な活用と 生活習慣の改善を	③ 生活習慣の 改善を
	基準範囲内	LDL<120mg/dL かつ TG<150mg/dL かつ HDL $\geq$ 40 mg/dL	⑤ 今後も継続して健診受診を	

①の場合

LDL $\geq$ 180mg/dL

→ 脂質検査の結果、悪玉コレステロールが非常に高いことがわかりました。100 未満の人と比べて3～4倍心筋梗塞にかかりやすいことがわかっています。この健診結果を持って、至急かかりつけの医療機関を受診してください。

TG $\geq$ 1,000 mg/dL

→ 血液中の脂肪がとて多く、このままだと急性膵炎になる危険性があります。至急かかりつけの先生に相談して、専門の医療機関を紹介してもらいましょう。

②の場合

140mg/dL $\leq$ LDL<180mg/dL

→ 脂質検査の結果、悪玉コレステロールが高いことがわかりました。100 未満の人と比べて 1.5 倍～2 倍心筋梗塞になりやすいということがわかっています。飽和脂肪が多い動物性の脂肪を控え、多価不飽和脂肪が多い植物油や魚を食べるようにしましょう。また、卵などコレステロールの多い食品も控え目にしましょう。3～6 ヶ月後にかかりつけの医療機関で再検査を受けてください。

もしあなたが、糖尿病や腎臓病であったり、過去に脳梗塞や末梢動脈閉塞と言われたりしたことがある場合は、動脈硬化が進行している可能性が高く、いっそう心筋梗塞になりやすい状態と考えられますので、ぜひ医療機関で再検査を受けてください。

300mg/dL $\leq$ TG<1,000mg/dL

→ 脂質検査の結果、中性脂肪が高いことがわかりました。150 未満の人と比べて 2 倍心臓病にかかりやすいことがわかっています。糖分やアルコールを控え、肥満がある人は減量しましょう。精密検査をおこなう必要性が高い状態ですので、できれば一度、医療機関を受診することをお勧めします。少なくとも、3～6 ヶ月後にかかりつけの医療機関で再検査を受けてください。

③の場合（非肥満者）

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

- 脂質検査の結果、悪玉コレステロールが境界域（高い人と正常の人の間）でした。これ以上高くないよう飽和脂肪が多い動物性の脂肪を控え、多価不飽和脂肪が多い植物油や魚を食べるようにしましょう。また、卵などコレステロールを多い食品も控えめにしましょう。

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

- 脂質検査の結果、中性脂肪が高いことがわかりました。糖分やアルコールを控え、若い時に比べて体重が増えた人は減量しましょう。

$\text{HDL} < 40\text{mg/dL}$

- 善玉コレステロールが低くなっています。もし喫煙していれば、禁煙しましょう。運動不足にならないように体を動かしましょう。

④の場合（肥満者）

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

- 脂質検査の結果、悪玉コレステロールが境界域（高い人と正常の人の間）でした。これ以上高くないよう飽和脂肪が多い動物性の脂肪を控え、多価不飽和脂肪が多い植物油や魚を食べるようにしましょう。また、卵などコレステロールの多い食品も控え目にしましょう。減量も必要です。

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

- 脂質検査の結果、中性脂肪が高いことがわかりました。まず減量が必要です。糖分やアルコールを控えましょう。特定保健指導のご案内を同封しておりますので、ぜひ活用してください。

$\text{HDL} < 40\text{mg/dL}$

- 善玉コレステロールが低くなっています。まず減量が必要です。運動不足にならないように体を動かしましょう。もし喫煙していれば、禁煙も必要です。特定保健指導のご案内を同封しておりますので、ぜひご活用してください。

⑤の場合

$\text{LDL} < 120\text{mg/dL}$ かつ $\text{TG} < 150\text{mg/dL}$ かつ $\text{HDL} \geq 40\text{mg/dL}$

- 今回の健診では、脂質検査値に異常はありませんでした。引き続き、毎年健診を受診し、血圧の推移を確認してください。また、現在の良い状態を維持するためにも、もし喫煙していれば禁煙しましょう。

<参考文献:コレステロール>

1. Okamura T, Tanaka H, Miyamatsu N, Hayakawa T, Kadowaki T, Kita Y, Nakamura Y, Okayama A, Ueshima H, for the NIPPON DATA80 Research group: The relationship between serum total cholesterol and all-cause or cause-specific mortality in a 17.3-year study of a Japanese cohort. *Atherosclerosis* 190(1): 216-223, 2007.
2. Imano H, Noda H, Kitamura A, Sato S, Kiyama M, Sankai T, Ohira T, Nakamura M, Yamagishi K, Ikeda A, Shimamoto T, Iso H. Low-density lipoprotein cholesterol and risk of coronary heart disease among Japanese men and women: the Circulatory Risk in Communities Study (CIRCS). *Prev Med.* 2011 May;52(5):381-6.
3. Nagasawa SY, Okamura T, Iso H, Tamakoshi A, Yamada M, Watanabe M, Murakami Y, Miura K, Ueshima H, for the Evidence for Cardiovascular Prevention from Observational Cohorts in Japan (EPOCH-JAPAN) Research Group. Relation Between Serum Total Cholesterol Level and Cardiovascular Disease Stratified by Sex and Age Group: A Pooled Analysis of 65 594 Individuals From 10 Cohort Studies in Japan *J Am Heart Assoc*; 1: e001974, 2012.

<参考論文:トリグリセリド>

1. Matsuzaki M, Kita T, Mabuchi H, Matsuzawa Y, Nakaya N, Oikawa S, Saito Y, Sasaki J, Shimamoto K, Itakura H; J-LIT Study Group. Japan Lipid Intervention Trial. Large scale cohort study of the relationship between serum cholesterol concentration and coronary events with low-dose simvastatin therapy in Japanese patients with hypercholesterolemia. *Circ J* 2002; 66: 1087-95.
2. 脂質異常症治療ガイド 2008 年版(日本動脈硬化学会編). 専門医への紹介. P.62

血糖高値に関するフィードバック文例集（案）

健診判定				対応			
		空腹時血糖 (mg/dL)	HbA1c (NGSP) (%)	肥満者の場合		非肥満者の場合	
				糖尿病治療(+)	糖尿病治療(-)	糖尿病治療(+)	糖尿病治療(-)
異常 ↑ ↓ 正常	受診勧奨 判定値を超 えるレベル	126～	6.5～	①肥満の改善 ど、血糖コント ールの改善が必 要	②至急、糖尿病 の専門治療を 受診する	③血糖コント ールの改善が 必要	④至急、糖尿病 の専門治療を 受診する
	特定保健指 導判定値 を超える レベル	110～125	6.0～6.4	④血糖コント ールは良好だ が、肥満を改善 する必要あり	⑤特定保健指 導の積極的な 活用と生活習 慣の改善を	⑥血糖コント ールは良好、 現在のコント ール継続	⑦運動／食生 活等の改善 を、ぜひ精密 検査を
		100～109	5.6～5.9				⑧生活習慣の 改善を、リスク の重複等あれ ば精密検査を
	基準範囲内	～99	～5.5	⑨肥満改善と 健診継続を		⑩健診継続を	

① → 今回の健診の HbA1c は () %で、糖尿病の血糖コントロールは良好ではない状態です。糖尿病の合併症を予防するためにも、血糖コントロールの状態を改善することが大切です。かかりつけの医師とよくご相談されるか、必要に応じて糖尿病の専門治療が受けられる医療機関にご相談され、治療を継続してください。また、少しでも減量することが大切です。

② → 今回の健診の HbA1c は () %で、糖尿病が強く疑われます。至急、糖尿病の専門治療が受けられる医療機関を受診してください。

※空腹時血糖 ≥ 126 mg/dL かつ HbA1c ≥ 6.5 %であった場合

今回の健診では、空腹時血糖が () mg/dL、HbA1c が () %であり、これはあなたが糖尿病であることを示す値です。至急、糖尿病の専門治療が受けられる医療機関を受診し、治療を開始してください。

③ → 今回の健診の HbA1c は () %で、糖尿病の血糖コントロールは良好ではない状態です。糖尿病の合併症を予防するためにも、血糖コントロールの状態を改善することが大切です。かかりつけの医師とよくご相談されるか、必要に応じて糖尿病の専門治療が受けられる医療機関にご相談され、治療を継続してください。

④ → 今回の健診の HbA1c は () %で、糖尿病はほぼ良好な状態にあります。今後も良好な状態を保つためには、減量が必要です。

- ⑤ → 今回の健診の HbA1c は () %で、糖尿病の可能性も否定できません。本格的な糖尿病にならないためにも、体重の減量が重要です。特定保健指導のご案内を同封しております。脱メタボで糖尿病を予防する良い機会ですので、積極的にご活用ください。
- ⑥ → 今回の健診の HbA1c は () %で、糖尿病はほぼ良好な状態にあります。今後も食事、運動などにも留意され、健康生活を継続してください。
- ⑦ → 今回の健診の HbA1c は () %で、糖尿病の可能性も否定できません。本格的な糖尿病にならないためにも、食事・運動療法を始められることをお勧めします。食事や運動療法について不明の点があれば、保健センターでもご相談を受け付けております。また、今後の方針をたてていくために、ブドウ糖負荷試験という精密検査をぜひ受けてください。この地域では〇〇病院／医院で予約できます（医療機関のリストを紹介する等）。
- ⑧ → 今回の健診の HbA1c は () %で、糖尿病の可能性も否定できません。本格的な糖尿病にならないためにも、食事・運動療法を始められることをお勧めします。食事や運動療法について不明の点があれば、保健センターでもご相談を受け付けております。もし、あなたが高血圧や脂質異常症など他のリスクを持っていたり、血縁者に糖尿病の人がおられたりする場合は、今後の方針をたてていくために、ブドウ糖負荷試験という精密検査をおこなうことをお勧めします。この地域では〇〇病院／医院で予約できます（医療機関のリストを紹介する等）。さらに、来年度の健診で、経過を確認することが大切です。
- ⑨ → 今回の健診では、糖尿病の検査に異常はありませんでした。しかし、肥満状態が続くと糖尿病を引き起こしますので、少しでも減量されることをお勧めします。また、現在の良い状態を維持するためにも、もし喫煙していれば禁煙しましょう。引き続き、健診を毎年受診し、血糖値の推移を確認してください。
- ⑩ → 今回の健診では、糖尿病の検査に異常はありませんでした。引き続き、健診を毎年受診し、血糖値の推移を確認してください。また、現在の良い状態を維持するためにも、もし喫煙していれば禁煙しましょう。

* 「科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン 2010」、「糖尿病治療ガイド 2012-2013」準拠
ただし、特定健診の保健指導判定値、受診勧奨判定値と整合性をとった。

標準的な健診・保健指導プログラム 新旧対照表

【第3編 保健指導】

標準的な健診・保健指導プログラム(確定版) (平成19年4月)	改訂案
第3編 保健指導 第1章 保健指導の基本的考え方 第2章 保健事業（保健指導）計画の作成 第3章 保健指導の実施 第4章 保健指導の評価 第5章 地域・職域における保健指導 第6章 健診の実施に関するアウトソーシング	第3編 保健指導 第1章 保健指導の基本的考え方 第2章 保健事業（保健指導）計画の作成 第3章 保健指導の実施 第4章 保健指導の評価 第5章 地域・職域における保健指導 第6章 健診の実施に関するアウトソーシング

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。

（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発症のリスクを発見し、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をわかりやすく説明することが特に重要である。しかし、生活習慣は個人が長年築いてきたものであるため、改善すべき生活習慣に自ら気づくことが難しく、また、対象者は、行動変容は難しい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など、対象者が現在の状

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。

（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を等々わかりやすく説明することが特に重要である。しかし、生活習慣は個人が長年築いてきたものであるため、改善すべき生活習慣に自ら気づくことが難しく、また、対象者は、行動変容は難しい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することにより、客観的に自己の生活習慣を振り返ることで改善すべき生活習慣を認識できる。その気づきが行動変容のきっかけとなる。保健指導実施者は、それを軸にして、どのような生活習慣を身につけることが必要であるか、また課題や優先順位を対象者と共に考え、実行可能な行動目標を対象者が自ら立てられるよう支援することが重要である。

対象者がより良い生活習慣に向けた行動目標に沿って新たな生活習慣を確立し、維持することは容易ではない。保健指導実施者は、対象者の新たな行動を継続できるよう、定期的に助言・支援することや同じ課題に取り組むグループへの参加の勧

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

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に配慮すること、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。

（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、必要な情報（健診結果、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、グループダイナミックス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、実践に生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や、身近な機関でOJTを受け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、指導技術を評価していくことも大切である。

なお、具体的な保健指導技術については、第3章保健指導の実施（1）基本的事項を参照されたい。

¹グループダイナミックス：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。

改訂案

奨励など、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に配慮すること、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。

（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、グループダイナミックス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、実践に生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グループダイナミックス：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。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

（5）効果的な保健指導方法の開発

健診・保健指導を受けた者については、健診結果、質問票、保健指導内容が医療保険者によってデータとして管理されることになる。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。

（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、地域や職場において、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受動喫煙の防止対策を行っている施設、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。また、これらのポピュレーションアプローチの環境づくりとともに、健診後の保健指導においても、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。

（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ます、このようなグループを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である。

そのため、類似の体験をしていることも多いことから、対象者の行動変容への課

改訂案

（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。

（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、地域や職場において、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。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、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。

（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ます、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である。

そのため、類似の体験をしていることも多いことから、対象者の行動変容への課

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

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、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。

（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、保健指導は対象者に合わせた支援方法を面接しながら選択し、対象者に合った指導を行う能力が求められる。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、今後、一定の整理が可能になると思われる。

そこで、保健指導として標準化ができる部分は、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、体制などで、ここでは効果があつ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、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。

² 保健行動：健康の回復、保持、増進に係る全ての行動。

改訂案

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。

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。

（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。

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、効果があつ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。

² 保健行動：健康の回復、保持、増進に係る全ての行動。

第 2 章 保健事業（保健指導）計画の作成

※ 第 2 章の最後から移動

第 3 編第 2 章（4）から移動

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。

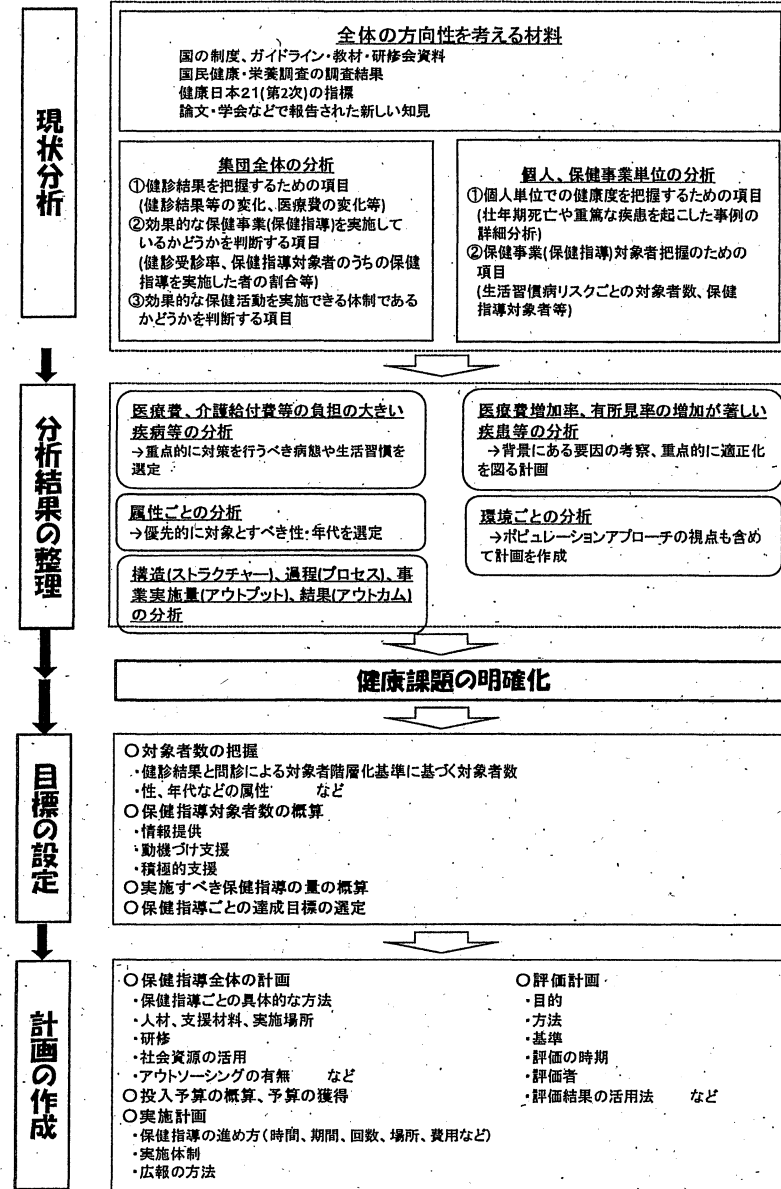
標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成 19 年 4 月）

※ 第 2 章の最後から移動

第 3 編第 2 章（4）の最後から移動

改訂案

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（確定版）（平成19年4月）

(1) 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把握し、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、今回の医療制度構造改革においては、医療費を適正化することが求められているため、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その増大の原因を明らかに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）を行うことができるためである。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) 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、死亡率等の健康課題を把握するための項目、②健診受診率、保健指導対象者のうちの保健指導を実施した者の割合等の効果的な保健事業（保健指導）を実施しているかどうかを判断する項目、③保健・医療提供体制、保健指導実施者に対する研修体制と研修実施状況等の効果的な保健活動を実施できる体制にあるかどうかを判断するための項目が挙げられる。

個人、保健事業の単位の分析項目としては、①個人単位での健康度を把握するための項目と②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。

なお、分析項目については、平成20年度においては、老人保健事業等これまでの保健事業で既に把握されているデータを活用することにより、保健事業（保健指導）計画作成の段階から把握することが可能な項目もあるが、新たな健診・保健指導にかかる事業を進める上で新しく設定すべき分析項目もあるため、保健事業（保健指導）実施後に把握することが可能な項目もある。したがって、基準値となるデータの把握時点が異なることから、保健事業（保健指導）計画作成の際に、すべての分析項目を把握することができないため、保健事業（保健指導）を進めながら、分析項目を整備していくことが必要となる。

改訂案

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）を行うことが望まれる。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) 分析すべき項目

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

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

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

平成20年度以降は特定健診データの蓄積、さらにはレセプトデータの電子化等の推進もあって、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。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

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」を参考として例示した。

③ 分析の方法と保健事業（保健指導）計画への活用

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。そして健康課題、保健指導の効果が期待される対象者集団及び効果が期待される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。

① 「医療費など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」

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。

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、対象となる属性（働き盛り（管理職、営業職）、育児中の親など）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。

⑤ 「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」

プロセス（過程）指標とアウトプット（事業実施量）指標、アウトカム（結果）指標との関係について分析する。保健事業の投入により、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3編第4章を参照）。

改訂案

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）。

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。

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。

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。

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。

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）。

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・衛生部門・介護部門の担当が合同して分析・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。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

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		○	
「要医療」対象者のうち、保健指導又は治療を受けた者の割合	(○)	○	
生活習慣病の治療中断者の割合	(○)	○	
効果的で常に運営可能な内容の提供状況	(○)	○	
生活習慣改善指導を希望する者の効果的な保健事業へのアクセス状況		○	
その他分析に必要な項目			
③効果的な保健事業（保健指導）を実施できる体制であるかどうかを判断するための項目			
保健・医療提供体制（人的資源、施設等）	(○)	○	
保健指導実施者に対する研修体制と研修実施状況	(○)	○	
保健指導のための支援材料等の開発	(○)	○	
活用可能な社会資源の状況	(○)	○	
その他分析に必要な項目			

(*)：市町村国保では分析することが望ましい項目

改訂案

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			

(*)：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

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

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			

改訂案

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			

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

（2）保健事業（保健指導）の目標設定

平成27年度までに、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群を少なくとも25%減少させるという目標に向け、必要な対象者に必要な保健指導を行い、確実に効果をあげていくためには、対象者の正確な把握、効果的な保健事業の実施とその評価が必須である。

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現状分析から明らかにし、その課題のうち、最も効果が期待できる課題を重点的に対応すべき課題として目標に掲げる必要がある。

優先課題のうち目標として掲げる内容の選定は、目標を達成するための現実的な手段が明らかであることや、そのための費用、人的資源、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。

保健事業を開始した当初は、分析すべきデータが十分に整備されない中で目標を設定することになるが、年次を追って健診や保健指導のデータが収集されることから、これらのデータ分析を加え、適宜、保健事業全体の目標を変えていく必要もある。

また、目標は抽象的な内容ではなく、例えば「糖尿病の新規治療者を**%に減少させる」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。

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、「健診結果等による対象者階層化基準」に基づき、「糖尿病等の生活習慣病保健指導」対象者として分類し、各基準に該当する人数を求める。保健指導レベル別対象者数の概数を算出し、保健指導にかかる事業全体のボリュームを調査し、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、主治医からの紹介がある場合は、主治医と連携を図り、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。

保健指導対象者の保健指導実施率は100%に高めていくことが望ましい。

なお、対象者の事情等により、例えば、本来「積極的支援」を行うべき対象者であったが、「動機づけ支援」のみ実施した場合などには、可能な範囲でその割合も把握しておくことが望ましい。

改訂案

2-2 保健事業（保健指導）の目標設定

重複した記載のため削除

（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・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「糖尿病の新規治療者を**%に減少させる」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。

（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。

現実を反映した記載になっていないため削除

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

各保健指導である「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」については、例えば下記のような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。

①「情報提供」のみの対象者

- ・ 健診結果を正常範囲のまま維持し、悪化させない。
- ・ 「動機づけ支援」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）

②「動機づけ支援」の対象者

- ・ 健診結果を改善、または悪化させない。
- ・ 内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）予備軍では腹囲の減少をめざす。
- ・ 「積極的支援」対象への移行率を△%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）

③「積極的支援」の対象者

- ・ 健診結果を改善させる。
- ・ 内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）では腹囲、体重の減量、危険因

改訂案

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。

①「情報提供」のみの対象者

特定保健指導対象者の階層化において、「情報提供」のみの対象者は、以下のア～エに分類される。

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もの

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、肥満ではないため特定保健指導の対象とはならないもの

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もの

「情報提供」レベルの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・予備群の減少率や医療費適正化に資する事業であるため、市町村等の各医療保険者等は下記の指標を参考にし、指導目標を設定することが望ましい。

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」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、

- ・ 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。
- ・ 検査データが保健指導判定値を超えない。

対象ウについては、

- ・ 保健指導判定値を超えている検査データが基準値に近づく。
- ・ 保健指導実施率が向上する。

対象エについては、

- ・ コントロール状況の確認及び評価を行う
- ・ 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軍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）

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。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

子の減少をめざす。

- ・保健指導対象者の○割以上の人において、判定の改善をめざす。
- ・「要治療」への移行率を◇%以下とする。

3) 保健指導の対象者の優先順位の付け方の基本的な考え方

今後は、保健指導対象者の増加が予測されること、さらに糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%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、保健指導対象者に優先順位をつけて、最も必要な、そして効果のあが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。

- 年齢が比較的若い対象者
- 健診結果の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
- 第2編第2章3) 質問項目（標準的な質問票7～19番）の回答により、生活習慣改善の必要性が高い対象者
- 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

改訂案

- ・保健指導対象者の○割以上の人において、判定の改善をめざす。
- ・「要治療」への移行率を○%以下とする。

（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、保健指導対象者に優先順位をつけて、最も必要な、そして効果のあが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。

- 年齢が比較的若い対象者
- 健診結果の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
- 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対象者
- 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

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

（3）保健事業（保健指導）計画作成

目標を達成するために、保健指導全体、実施、評価について具体的な計画を作成することが望ましい。

1) 保健指導全体の計画

「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」別の具体的な方法、保健指導のための人材、支援材料、記録方法、実施場所、保健指導担当者の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検討を行う。

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、より効果的な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、毎回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、確定した予算にあわせ、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」、「動機づけ支援」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する方法を計画する。

「動機づけ支援」、「積極的支援」については、対象者の性別・年代・職業等、社会背景を考慮し、参加しやすい時間帯や場所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

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、媒体、支援材料や記録の方法などを徹底する。

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、医療保険者との役割分担、責任を詳細にわたって明確にしておく。

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

改訂案

2-3 保健事業（保健指導）計画作成

目標を達成するために、保健指導全体、実施、評価について具体的な計画を作成することが望ましい。

（1）保健指導全体の計画

「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、より効果的な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。

（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、確定した予算にあわせ、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」、「動機づけ支援」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」、「積極的支援」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

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、媒体、支援材料や記録の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。

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

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

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、地域・職域別に方法を検討する。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。

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（計画（Plan）⇒実施（Do）⇒評価（Check）⇒改善（Action））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。

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。

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。

（4）保健事業（保健指導）計画作成の進め方

これまで述べてきたように、保健事業（保健指導）計画の作成においては、概ね次のような流れがある。

- 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、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。

改訂案

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。

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。

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。

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。

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。

第3編第2章2-1へ移動

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

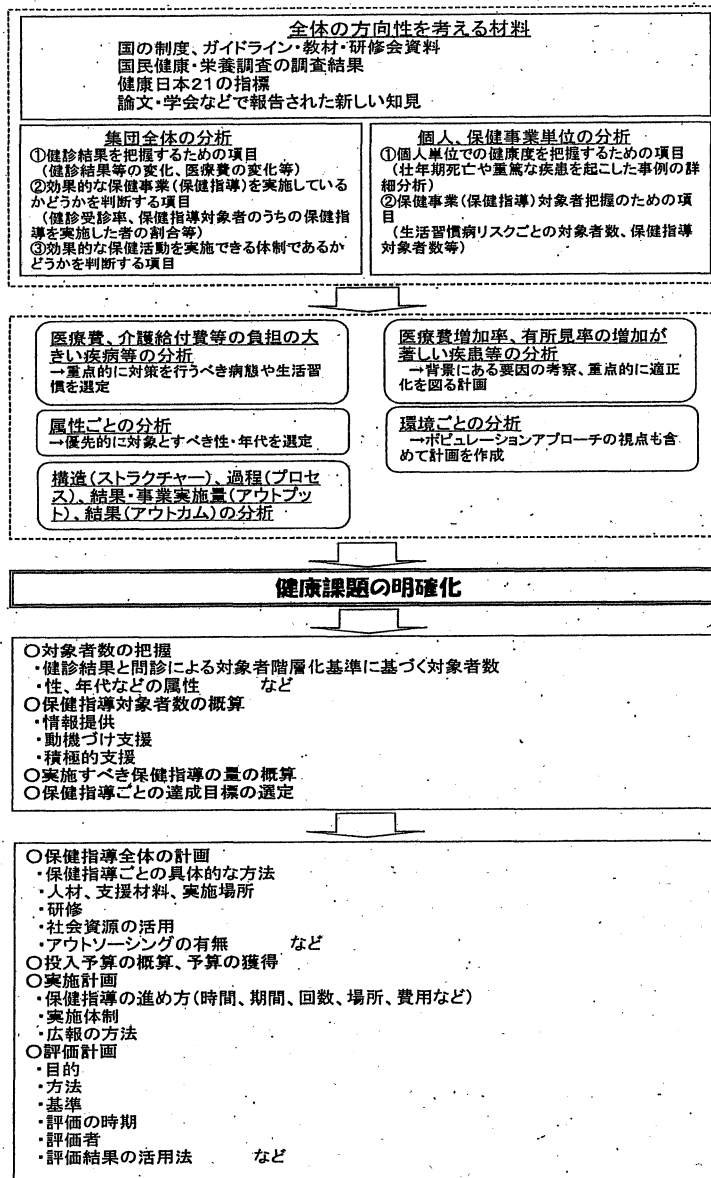
図1 保健事業（保健指導）計画作成の進め方

現状分析

分析結果の整理

目標の設定

計画の作成



改訂案

第3編第2章2-1の下へ移動

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成 19 年 4 月）

第3章 保健指導の実施

(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。

保健指導の効果に関する研究は、エビデンスとして蓄積されつつあるものの、現時点では、保健指導の技術開発や基盤整備が期待される分野である。そのため、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。

これら保健指導の要件については、高齢者医療確保法の施行後において、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こととする。

また、今後は保健指導を実施する機関が創意工夫することにより、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。

なお、本プログラムは、保健指導の実施状況を踏まえ、必要に応じて見直しを検討することとする。

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ごとに「情報提供」、「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という。

「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

改訂案

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、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に応じて、「情報提供」、「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という。通常、健診の結果通知と同時に行うが、重症化防止の観点から、後日改めて対面等により保健指導として実施することもある。

「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

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

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取組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。

「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と計画の実績評価（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。

「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等により、常に改善に努めることが必要である。

改訂案

関する専門的知識及び技術を有すると認められる者※1※2が生活習慣の改善のための取組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。

「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と計画の実績評価（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。

「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。

※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

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

3) 保健指導の実施者

保健指導は、医師、保健師、管理栄養士が中心となって担うこととする。

「動機づけ支援」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いる現状を踏まえ、医師、保健師、管理栄養士の配置が進むことが期待される高齢者医療確保法の施行後5年間に限り、一定の保健指導の実務経験のある看護師も行うことができる。

「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、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、禁煙指導を提供する場合には、禁煙指導には、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を修了していることが望ましい。

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3）標準的な質問票7～19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、簡潔な表現とした。

5) 「動機づけ支援」「積極的支援」に必要な詳細な質問票

「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、詳細な質問票を実施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

改訂案

(3) 保健指導の実施者

保健指導は、医師、保健師、管理栄養士が中心となって担うこととする。

「動機づけ支援」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年間に際しても、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、禁煙指導を提供する場合には、禁煙指導には、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。

(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。

(5) 「動機づけ支援」「積極的支援」に必要な詳細な質問票

「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、詳細な質問票を実施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

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成 19 年 4 月）

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。

①食生活習慣

食事の内容、量及び間食や外食の習慣などを把握する。

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、睡眠時間などの状況を把握する。

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

過去の喫煙や禁煙状況を把握する。

⑦健康意識

対象者の健康観を把握する。

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その他

ストレスの有無や対処方法などについて把握する。

※ 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。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 ヶ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 ヶ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 ヶ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 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

改訂案

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。

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、噛む習慣などを把握する。

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。

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を把握する。

⑦ 健康意識

対象者の健康観を把握する。

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

標準的な質問票等で把握できない疾病の有無（既往歴含む）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、家族関係、ストレスの有無や対処方法などについて把握する。

※ 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。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 ヶ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 ヶ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 ヶ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 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

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

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、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めざ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、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）

生活習慣病や内臓脂肪症候群（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。

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。

7) 記録とデータ管理

保健指導の記録の利点として、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が中心となるが、以上に加えて、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な

改訂案

(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。

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。

(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。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

とも記録することが望ましい。

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。

保健指導の実施機関には対象者の個人情報適切に管理する責務があるが、保健指導の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・やり取りに関する事項を記録することも必要である。

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、特定健診と同様とする。

改訂案

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。

保健指導の実施機関には対象者の個人情報適切に管理する責務があるが、保健指導の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・やり取りに関する事項についての取り決める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）参照）。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成 19 年 4 月）

（2）「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」の内容

保健指導は健診受診者全員に対して行うが、健診結果の結果を判定し、保健指導の必要性（生活習慣病リスク）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準備状況等から、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 条の特定保健指導ではないが、同法第 23 条により保険者が結果通知を行う際に、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とする。

（3）支援の際の留意点

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。

●対象者によっては、ITなどを活用し、効率的な支援を工夫すると良い。

●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。

●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。

●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はかり、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。

改訂案

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、健診の検査結果及び質問項目から生活習慣病のリスクに応じて階層化し、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」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。

3-3 支援の際の留意事項

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。

○ 対象者によっては、ICTなどを活用し、効率的な支援を工夫すると良い。

○ 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。

○ 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。

○ 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。

（４）保健指導の実施要件

1) 「情報提供」

①目的（めざすところ）

対象者が健診結果から、自らの進退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。

②対象者

健診受診者全員を対象とする。

③支援頻度・期間

年 1 回、健診結果と同時に実施する。

④支援内容

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

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、健診結果の見方や健康の保持増進に役立つ内容の情報を提供する。

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）を説明する。また、健診結果の経年変化をグラフでわかりやすく示す。

b 生活習慣

内臓脂肪症候群（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運動指針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や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。対象者個人の健康状態や生活習慣から、重要度の高い情報を的確に提供することが望ましい。

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。

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する。

④ 支援内容

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

○ 対象者に対して、健診結果に基づいた生活習慣の改善について意識づけを行うことが重要である。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。

○ 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、対象者のモチベーションを上げるように工夫しながら伝える。

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）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運動指針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や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。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

c 社会資源

対象者の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情報なども掲載する。

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、次のようなものが考えられる。

- a 健診結果の送付に合わせて情報提供用紙を送付する。
- b 職域等で日常的に「IT」が活用されていれば、個人情報提供画面を利用する。
- c 結果説明会で情報提供用紙を配布する。

2) 「動機づけ支援」

① 目的（めざすところ）

対象者への個別対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めざす。

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。

③ 支援期間・頻度

原則 1 回の支援とする。

④ 内容

改訂案

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。

○ 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させるよう工夫する。

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、次のようなものが考えられる。

- a 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。
- b 職域等で日常的に「ICT」等が活用されていれば、個人情報提供画面を利用する。
- c 結果説明会で情報提供用の資料を配布する。
- d 情報提供用の資料を用いて、個別に説明する。

⑥ 特定保健指導非対象者について

階層化において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、特に以下の場合には、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。

- a 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もの
- b 検査データでは保健指導判定値以上であるが、肥満ではないため特定保健指導の対象とはならないもの
- c 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もの
- d 服薬中であるがコントロール不良のもの

(2) 「動機づけ支援」

① 目的（めざすところ）

対象者への個別対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 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。

③ 支援期間・頻度

原則 1 回の支援とする。

④ 内容

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

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。

a 面接による支援

●生活習慣と健診結果の理解や生活習慣の振り返り、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識と対象者本人の生活が及ぼす影響、生活習慣の振り返り等から生活習慣改善の必要性を説明する。

●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説明する。

●栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導をする。

●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、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。

●対象者とともに行動目標・行動計画を作成する。

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な設問を置く。

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、通信等を利用して行う。

3)「積極的支援」

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。

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

改訂案

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。

a 面接による支援

●生活習慣と健診結果との理解、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。

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。

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。

(3)「積極的支援」

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。

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

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

職による継続的できめ細やかな支援が必要な者。

③支援期間・頻度

3ヶ月以上継続的に支援する。

④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は何か（対象者にできること）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。

〈初回時の面接による支援〉

- 動機づけ支援と同様の支援

〈3か月以上の継続的な支援〉

3か月以上の継続的な支援については、ポイント制を導入し、支援Aで160ポイント以上、支援Bで20ポイント以上での合計180ポイント以上の支援を実施することを必須とする。

この場合、支援Aを支援Bに、あるいは支援Bを支援Aに代えることはできないものとする。

支援A（積極的関与タイプ）

- 生活習慣の振り返りを行い、行動計画の実施状況の確認に基づき、必要な支援を行う。
- 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導をする。
- 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、必要時、行動目標・計画の設定を行う。（中間評価）

支援B（励ましタイプ）

- 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。

〈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

改訂案

職による継続的できめ細やかな支援が必要な者。

③ 支援期間・頻度

3ヶ月以上継続的に支援する。

④ 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。

〈初回時の面接による支援〉

- 動機づけ支援と同様の支援

〈3か月以上の継続的な支援〉

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

支援A（積極的関与タイプ）

- 行動計画の実施状況の確認を行い、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・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。

〈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

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成 19 年 4 月）

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。
- 継続的な支援の最終回と一体的に実施しても構わない。

⑤支援形態

〈初回時の面接による支援形態〉

- 動機づけ支援と同様の支援

〈3か月以上の継続的な支援〉

支援 A（積極的関与タイプ）

- 個別支援 A、グループ支援、電話 A、e-mail A から選択して支援することとする（電話 A、e-mail A とは、e-mail、FAX、手紙等により、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いう）。

支援 B（励ましタイプ）

- 個別支援 B、電話 B、e-mail B から選択して支援することとする（電話 B、e-mail B とは、e-mail、FAX、手紙等により、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）。

〈6か月後の評価〉

- 6か月後の評価は、通信等を利用して行う。
- 継続的な支援の最終回と一体的に実施しても構わない。

⑥支援ポイント

- 個別支援 A

基本的なポイント：5分 20 ポイント

最低限の介入量：10 分

ポイントの上限：1 回 30 分以上実施した場合でも 120 ポイントまでのカウントとする。

- 個別支援 B

基本的なポイント：5分 10 ポイント

最低限の介入量：5 分

ポイントの上限：1 回 10 分以上実施した場合でも 20 ポイントまで

改訂案

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。
- 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

〈初回時の面接による支援〉

- 動機づけ支援と同様の支援

〈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-mail A（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-mail B（e-mail、FAX、手紙等）から選択して支援する。

〈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

個別支援 A

基本的なポイント：5分 20 ポイント

最低限の介入量：10 分

ポイントの上限：1 回 30 分以上実施した場合でも 120 ポイントまでのカウントとする。

個別支援 B

基本的なポイント：5分 10 ポイント

最低限の介入量：5 分

ポイントの上限：1 回 10 分以上実施した場合でも 20 ポイントまでのカウントとする。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成 19 年 4 月）

のカウントとする。

●グループ支援

基本的なポイント；10 分 10 ポイント

最低限の介入量；40 分

ポイントの上限；1 回 120 分以上実施した場合でも 120 ポイントまでのカウントとする。

●電話 A

基本的なポイント；5 分 15 ポイント

最低限の介入量；5 分

ポイントの上限；1 回 20 分以上実施した場合でも 60 ポイントまでのカウントとする。

●電話 B

基本的なポイント；5 分 10 ポイント

最低限の介入量；5 分

ポイントの上限；1 回 10 分以上実施した場合でも 20 ポイントまでのカウントとする。

●e-mail A

基本的なポイント；1 往復 40 ポイント

最低限の介入量；1 往復

●e-mail B

基本的なポイント；1 往復 5 ポイント

最低限の介入量；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。同日に複数の支援を行った場合、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のやりとり（保健指導に関する専門的知識・技術の必要ない情報：次の約束や雑談等）は含まない。

- 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。

改訂案

グループ支援

基本的なポイント；10 分 10 ポイント

最低限の介入量；40 分

ポイントの上限；1 回 120 分以上実施した場合でも 120 ポイントまでのカウントとする。

電話 A

基本的なポイント；5 分 15 ポイント

最低限の介入量；5 分

ポイントの上限；1 回 20 分以上実施した場合でも 60 ポイントまでのカウントとする。

電話 B

基本的なポイント；5 分 10 ポイント

最低限の介入量；5 分

ポイントの上限；1 回 10 分以上実施した場合でも 20 ポイントまでのカウントとする。

e-mail A (e-mail、FAX、手紙等)

基本的なポイント；1 往復 40 ポイント

最低限の介入量；1 往復

e-mail B (e-mail、FAX、手紙等)

基本的なポイント；1 往復 5 ポイント

最低限の介入量；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。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成 19 年 4 月）

（支援の継続について）

- 行動変容ステージが無関心期、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。

⑧積極的支援の例

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

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

改訂案

（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。

⑧ 積極的支援の例

- 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）（表3－4）
- b 支援パターン2（個別支援を中心とした例）（表3－5）
- c 支援パターン3（個別支援と電話を組み合わせた例）（表3－6）
- d 支援パターン4（電話、e-mail を中心とした例）（表3－7）

⑨ 特定保健指導支援計画及び実施報告書（表3－8）

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3－9）

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)

表3-4

支援の種類	回数	時期	支援形態	支援時間(分)	獲得ポイント	合計ポイント		支援内容
						支援Aポイント	支援Bポイント	
初回面接	1	0	個別支援	20				① 生活習慣と健康結果の関係の理解。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質的な支援をする。 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質的な支援をする。
	3	1か月後	e-mail A	1	40	70		
	4	2か月後	個別支援A (仲間評価)	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。

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）

表3-5

支援の種類	回数	時期	支援形態	支援時間(分)	獲得ポイント	合計ポイント		支援内容
						支援Aポイント	支援Bポイント	
初回面接	1	0	個別支援	20				① 生活習慣と健診結果の関係の理解、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識の習得、生活習慣の振り返り等から、対象者本人が生活習慣改善の必要性に気づき、自分自身のこととしてその重要性を理解できるよう支援する。 ② 対象者本人が、生活習慣を改善するメリットと現在の生活を続けるデメリットについて理解できるよう支援する。 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、必要があると認められる場合は、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	個別支援A（中間評価）	20	80	80		③ 行動計画の実施状況の確認と行動計画に掲げた行動や取り組みを維持するために賞賛や励ましを行う。
	4		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。

⑧ 積極的支援の例

a 支援パターン1（継続的な支援において個別支援を中心とした例）

表3-4

支援の種類	回数	時期	支援形態	支援時間(分)	獲得ポイント	合計ポイント		支援内容
						支援Aポイント	支援Bポイント	
初回面接	1	0	個別支援	20				① 生活習慣と健診結果の関係の理解や生活習慣の振り返り、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識と対象者本人の生活が及ぼす影響、生活習慣の振り返り等から生活習慣改善の必要性を説明する。 ② 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説明する。 ③ 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導をする。 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、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、行動計画の実施状況の確認や必要に応じた支援をする。
	3	1か月後	個別支援（中間評価）	20	80	80		② 中間評価を行う。
	4		e-mail B	1	5		15	③ 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導をする。
	5	2か月後	個別支援A	20	80	160		④ 行動計画の実施状況の確認と確立された行動を維持するために賞賛や励ましを行う。
	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)

表3-6

支援の種類	回数	時期	支援形態	支援時間(分)	獲得ポイント	合計ポイント		支援内容
						支援Aポイント	支援Bポイント	
初回面接	1	0	グループ支援	80				① 生活習慣と健診結果の理解、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。

b 支援パターン2 (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)

表3-5

支援の種類	回数	時期	支援形態	支援時間(分)	獲得ポイント	合計ポイント		支援内容
						支援Aポイント	支援Bポイント	
初回面接	1	0	グループ支援	80				① 生活習慣と健診結果の理解や生活習慣の振り返り、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識と対象者本人の生活が及ぼす影響、生活習慣の振り返り等から生活習慣改善の必要性を説明する。 ② 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説明する。 ③ 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導をする。 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、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、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指導をする。 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	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。

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）

表3-7

○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		支援内容
						支援Aポイント	支援Bポイント	
初回面接	1	0	個別支援	20				① 生活習慣と健康結果の理解、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	1か月後	電話A (中間評価)	20	60	60		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		e-mail B	1	5		10	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。
	5	2か月後	e-mail A	1	40	100		
	6	3か月後	電話B	5	10		20	
	7		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。

c 支援パターン3（継続的な支援において電話、e-mailを中心とした例）

表3-6

○受診勧奨者は、保健指導を優先することから、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できない。

支援の種類	回数	時期	支援形態	支援時間(分)	獲得ポイント	合計ポイント		支援内容
						支援Aポイント	支援Bポイント	
初回面接	1	0	個別支援	20				① 生活習慣と健康結果の理解や生活習慣の振り返り、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識と対象者本人の生活が及ぼす影響、生活習慣の振り返り等から生活習慣改善の必要性を説明する。 ② 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説明する。 ③ 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導をする。 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、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。
	3	1か月後	電話A (中間評価)	20	60	60		② 中間評価を行う。
	4		e-mail B	1	5		10	③ 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導をする。
	5	2か月後	e-mail A	1	40	100		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。
	6	3か月後	電話B	5	10		20	
	7		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（確定版）（平成19年4月）

12 保健指導の実施状況

1) 初回面談による支援

保健指導による支援							行動実習ステージ	保健指導実施内容	保健指導 支援対象 1. 個別 2. グループ （実施時間）
保健指導 支援対象 （氏名・性別・年齢）	実施年月日	実施時間	身長 （増減数）	体重 （増減数）	収縮期 血圧 （増減数）	拡張期 血圧 （増減数）			
初回 （氏名） △△ △△ 〇〇 〇〇 平成19年1月10日		20分	cm	kg	mmHg	mmHg	(1)無関心期 (2)関心期 (3)指導期 (4)実行期 (5)維持期	・生活習慣と健康状態の関係について ・健康的な食事量、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（体重、体圧、血圧については中間評価時は必須、しかし、他の項目については実施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-mailによる支援（支援A）

保健指導 支援対象 （氏名・性別・年齢）	実施年月日	実施時間	指導 （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	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 （氏名）	△△ △△ 〇〇 〇〇	平成19年1月10日	20分	cm	kg	mmHg	mmHg	食事 □ 運動 □ 禁煙 □	① 個別 （20分） 2. グループ （分） 3. 電話A （分） 4. E-mail （分）	80
3 回目 □ 中間 □ 終了 □ 6ヶ月評価 （氏名・運動指導士）	△△ △△ 〇〇 〇〇	平成19年1月10日	20分	cm	kg	mmHg	mmHg	食事 □ 運動 □ 禁煙 □	① 個別 （20分） 2. グループ （分） 3. 電話A （分） 4. E-mail （分）	80
4 回目 □ 中間 □ 終了 □ 6ヶ月評価	△△ △△ 〇〇 〇〇	平成19年1月10日	20分	cm	kg	mmHg	mmHg	食事 □ 運動 □ 禁煙 □	① 個別 （20分） 2. グループ （分） 3. 電話A （分） 4. E-mail （分）	100

5 回目 □ 中間 □ 終了 □ 6ヶ月評価	△△ △△ 〇〇 〇〇	平成19年1月10日	20分	cm	kg	mmHg	mmHg	食事 □ 運動 □ 禁煙 □	① 個別 （20分） 2. グループ （分） 3. 電話A （分） 4. E-mail （分）	
---------------------------------	----------------	------------	-----	----	----	------	------	----------------------	--	--

改訂案

12 保健指導の実施状況

1) 初回面談による支援

初回面談による支援										
	保健指導 支援対象 （氏名・性別・ 年齢）	実施 年月日	実施 時間	身長 （身長）	体重 （体重）	収縮期 血圧 （増減数）	拡張期 血圧 （増減数）	行動実習ステージ	保健指導実施内容	保健指導 支援対象 1. 個別 2. グループ （実施時間）
初回 （保健師）	△△ △△ 〇〇 〇〇 （氏名）	平成19年1月10日	20分	cm （ ）	kg （ ）	mmHg （ ）	mmHg （ ）	(1) 無関心期 (2) 関心期 (3) 指導期 (4) 実行期 (5) 維持期	・生活習慣と健康状態の関係について ・健康的な食事量、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（体重、体圧、血圧については中間評価時は必須、しかし、他の項目については実施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-mailによる支援（支援A）

個別・グループ・電話A・e-mailによる支援（支援A）											
(1)	保健指導 支援対象 （氏名・性別・年齢）	実施 年月日	実施 時間	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	留意事項・備考等	保健指導 実施回数 1. 個別 2. グループ 3. 電話A 4. E-mail （実施時間）	支援 実施 ポイント
2 回目	□ 中間 □ 終了 □ 6ヶ月評価 （氏名）	△△ △△ 〇〇 〇〇	平成19年1月10日 20分	cm （ ）	kg （ ）	mmHg （ ）	食事・食生活 ① 食化なし ② 改善 2. 悪化 ③ 食化なし 1. 改善 2. 悪化 身体活動 ④ 食化なし 1. 改善 2. 悪化 喫煙 ⑤ 禁煙継続 2. 非継続 ⑥ 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-mail （分）	80
3 回目	□ 中間 □ 終了 □ 6ヶ月評価 （氏名・運動指導士）	△△ △△ 〇〇 〇〇	平成19年1月10日 20分	cm （ ）	kg （ ）	mmHg （ ）	食事・食生活 ① 食化なし 1. 改善 2. 悪化 ② 食化なし ③ 改善 2. 悪化 身体活動 ④ 食化なし ⑤ 改善 2. 悪化 喫煙 ⑤ 禁煙継続 2. 非継続 ⑥ 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-mail （分）	80
4 回目	□ 中間 □ 終了 □ 6ヶ月評価	△△ △△ 〇〇 〇〇	平成19年1月10日 20分	cm （ ）	kg （ ）	mmHg （ ）	食事・食生活 ① 食化なし 1. 改善 2. 悪化 ② 食化なし ③ 改善 2. 悪化 身体活動 ④ 食化なし ⑤ 改善 2. 悪化 喫煙 ⑤ 禁煙継続 2. 非継続 ⑥ 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-mail （分）	
5 回目	□ 中間 □ 終了 □ 6ヶ月評価	△△ △△ 〇〇 〇〇	平成19年1月10日 20分	cm （ ）	kg （ ）	mmHg （ ）	食事・食生活 ① 食化なし 1. 改善 2. 悪化 ② 食化なし ③ 改善 2. 悪化 身体活動 ④ 食化なし ⑤ 改善 2. 悪化 喫煙 ⑤ 禁煙継続 2. 非継続 ⑥ 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-mail （分）	

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

⑨特定保健指導支援計画及び実施報告書

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	保健指導機関番号	保健指導責任者名(職種)					
4 支援レベル	5 保健指導コース名						
○ 積極的支援							
6 継続的支援期間	7 初回面談による支援の支援形態・実施する者の職種						
支援期間 12 週	<table border="1"> <tr> <td>開始年月日</td> <td>平成18年7月9日</td> </tr> <tr> <td>終了年月日</td> <td></td> </tr> </table>			開始年月日	平成18年7月9日	終了年月日	
開始年月日	平成18年7月9日						
終了年月日							
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					
個別A	2 (回)	100 (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)	120 (P)					
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)							
ポイント内訳	(A) 100	(B) 20					
9 実施体制表(委託事業社)							
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)							
ポイント内訳	(A) 100	(B) 20					
10 保健指導の評価							
1) 中間評価							
実施年月日	支援形態	実施する者の職種					
計画 平成18年9月10日	個別支援						
実施 平成18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	実施する者の職種					
計画 平成19年1月9日	個別支援						
実施 平成19年1月9日	個別支援						
11 行動目標・行動計画							
設定日時	平成18年7月9日	平成18年9月10日(中間評価)	〇年〇月〇日				
目標値	cm kg mmHg mmHg 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投薬の回数を通7回から週3回に減らす					
変更理由							

改訂案

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	保健指導機関番号	保健指導責任者名(職種)					
4 支援レベル	5 保健指導コース名						
○ 積極的支援							
6 継続的支援期間	7 初回面談による支援の支援形態・実施する者の職種						
支援期間 12 週	<table border="1"> <tr> <td>開始年月日</td> <td>平成18年7月9日</td> </tr> <tr> <td>終了年月日</td> <td></td> </tr> </table>			開始年月日	平成18年7月9日	終了年月日	
開始年月日	平成18年7月9日						
終了年月日							
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					
個別A	2 (回)	100 (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)	120 (P)					
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)							
ポイント内訳	(A) 100	(B) 20					
9 実施体制表(委託事業社)							
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)							
ポイント内訳	(A) 100	(B) 20					
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28年1月9日	個別支援						
実施 平成28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)	〇年〇月〇日				
目標値	cm kg mmHg mmHg 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投薬の回数を週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（確定版）（平成19年4月）

(2) 電話による支援（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18年7月23日	8分	10	10
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

(3) e-mail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18年8月23日	1往復	5	10
2				平成18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、血圧を実施していない場合は記載の必要はない）

保健指導機関名・番号等	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	保健指導支援効果 1. 腹囲 2. グループ 3. 収縮期血圧 4. 拡張期血圧
△△△△ 〇〇〇〇 (保健師)	2006/10/10	cm ()	kg ()	mmHg ()	mmHg ()	栄養・食生活 〇. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 身体活動 〇. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 喫煙 1. 禁煙継続 2. 禁煙後 3. 禁煙前 4. 禁煙の意思なし	① 腹囲 2. グループ 3. 収縮期血圧 4. 拡張期血圧 (分)

改訂案

(2) 電話による支援（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	8分	10	10
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

(3) e-mail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、血圧は値を入力していない場合は記載の必要はない）

保健指導機関名・番号等	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	留意事項・備考等	保健指導支援効果 1. 腹囲 2. グループ 3. 収縮期血圧 4. 拡張期血圧
△△△△ 〇〇〇〇 (保健師)	2006/10/10	cm ()	kg ()	mmHg ()	mmHg ()	栄養・食生活 〇. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 身体活動 〇. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 喫煙 1. 禁煙継続 2. 禁煙後 3. 禁煙前 4. 禁煙の意思なし		① 腹囲 2. グループ 3. 収縮期血圧 4. 拡張期血圧 (分)

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

*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(普通盛り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

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: 60 kcal/日 消費量アップ 目安→普通歩行(10分間)約25kcal 速歩(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: 140 kcal/日 摂取量ダウン 目安→クリームパン/ジャムパン(各1個)約300kcal ざるそば(普通盛り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
総合チェック							
●今日は頑張った!	□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（確定版）（平成19年4月）

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

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。

改訂案

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

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。

⑥ 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、単一の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い。

具体的には、別添の〇〇【血圧に関する資料】、◇◇【喫煙に関する資料】も活用しつつ、特に、禁煙指導を行う場合には、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、禁煙したい喫煙者には禁煙外来、地域・職場で実施される禁煙指導等を紹介する等、喫煙者に禁煙の助言や情報提供を行うことが望ましい。

⑦ アルコールのリスクに着目した保健指導について

アルコールについては、過剰摂取が全身の様々な部分に悪影響を及ぼす可能性があることから、「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」のいずれにおいても、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、別添のアルコールに関する資料も活用しつつ、特にアルコール依存症が疑われる場合には、専門医療機関の受診の必要性を繰り返し説明し、受診に結び付けていくことが重要である。

⑧ 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

（５）望ましい保健指導

前項は、効果的な保健指導の要件を今後整理していくにあたって、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 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

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
- 2) 健康増進施設(例：水中運動、ジム等)を活用した例

する。

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

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3－10）
- 2) 健康増進施設(例：水中運動、ジム等)を活用した例（表3－11）

1) 6か月にわたる継続した頻回な支援の例

支援の種類	回数	時期	支援形態	支援時間(分)	獲得ポイント	合計ポイント		支援内容
						支援Aポイント	支援Bポイント	
初回面接	1	0	個別支援	30				① 健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	1か月後	個別支援A	30	120	120		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。
	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。 ① 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。
	7	5か月後	e-mail B	1	5		25	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。
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。

(1) 6か月にわたる継続した頻回な支援の例

支援の種類	回数	時期	支援形態	支援時間(分)	獲得ポイント	合計ポイント		支援内容
						支援Aポイント	支援Bポイント	
初回面接	1	0	個別支援A	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する。 ② 中間評価を行う。
	3	1か月後	個別支援A	30	120	120		③ 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導をする。 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。
	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		② 栄養・運動等に関する講義・実習。 ③ 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する。 ② 中間評価を行う。
	7	5か月後	e-mail B	1	5		25	③ 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導をする。 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。
評価	8	6か月後	個別支援A	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。

2) 健康増進施設 (例: 水中運動、ジム等) を活用した例

* 運動実践時間は保健指導時間に含めていない

支援の種類	回数	時期	支援形態	支援時間 (分)	獲得 ポイント	合計ポイント		支援内容
						支援A ポイント	支援B ポイント	
初回 面接	1	0	個別支援	30				① 健診結果と生活習慣の関係の理解。 ② 自らの生活習慣を振り返り、改善の必要性を理解する。 ③ 体重・腹囲・血圧、歩数等のセルフモニタリング。 ④ 3か月の目標、行動目標を立てる。 ⑤ 運動実施計画をたて、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。

(2) 健康増進施設 (例: 水中運動、ジム等) を活用した例

* 運動実践時間は保健指導時間に含めていない

支援の種類	回数	時期	支援形態	支援時間 (分)	獲得 ポイント	合計ポイント		支援内容
						支援A ポイント	支援B ポイント	
初回 面接	1	0	個別支援A	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		③ 運動メニューの作成、運動実施方法の説明。 ④ 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		③ 食事に関する講義・実習。 ④ 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	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。

（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て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**●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。

●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を読む。

●対象者に活用できる資源のリストの準備

- ・教材、指導媒体、社会資源等のリストを準備する。

●保健指導担当者間の事前カンファレンス

- ・担当者個人の判断による指導を避けるために、必要に応じて指導内容を担当者間で確認しておく。

②対象との信頼関係の構築**●自己紹介**

- ・さわやかな挨拶をする。
- ・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。

●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
- ・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で、話しやすい環境に近づける。

③アセスメント（情報収集・判断）**●対象者の準備段階や理解力、意欲の確認**

- ・今回の健診結果とその推移を確認する。
- ・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。
- ・健診結果を活用し、データと病態との関連が理解出来るよう説明する。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

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、指導媒体、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

- ・担当者個人の判断による指導を避けるために、必要に応じて支援内容を複数の担当者間で確認しておく。

② 対象との信頼関係の構築**1) 自己紹介**

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

2) 話しやすい雰囲気づくり

- ・非言語的アプローチを含め、ねぎらいと感謝で迎えるなど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。
- ・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で、話しやすい環境に近づける。
- ・対象者の生活背景や価値観に配慮した言葉かけを行う。

③ アセスメント（情報収集・判断）**1) 対象者の準備段階や理解力、意欲の確認**

- ・対象者が面接目的を理解しているかを確認する。
- ・今回の健診結果とその推移を確認する。
- ・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。
- ・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

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

描くなどしてイメージを持たせる。

- ・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。

●これまでの生活習慣についての振り返りと現状の確認

- ・対象者とこれまでの生活習慣を振り返り、生活習慣と健康や検査結果との関連について理解しているか、対象者の関心の有無等を把握する。
- ・現在の生活習慣や健康状態の確認を行う。

- ・対象者の行動変容のステージの段階を理解する。

- ・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以外の日常の運動量を確認する。また、習慣的な食事量や間食、飲酒等についても確認する。

④気づきの促し

●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

- ・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。

- ・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、例えば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、メタボリックの病態や予後についての意識づけを行う。

●よい生活習慣と悪い生活習慣の比較

- ・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。

●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ックスを利用して、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、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。

改訂案

を選択し、絵を描くなどしてイメージを持たせる。

- ・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。

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

- ・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。
- ・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。

- ・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。

④ 気づきの促し

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

- ・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、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、例えば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。

2) よい生活習慣と悪い生活習慣の比較

- ・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。

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ックスを利用して、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、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

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

⑤対象者の自己の健康行動と、科学的根拠のある方法の理解の促進及び教材の選定

●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み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。

●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。

●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指導を行う。

●効果的な食事・運動の根拠について説明する。

⑥目標設定

●自己決定の促し

- ・日々の生活の中で実行出来、また継続出来るよう、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。

●行動化への意識づけ

- ・立て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。
- ・立てた目標を家族や仲間に宣言する機会をつくる。

●社会資源・媒体等の紹介

改訂案

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み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。

⑥ 目標設定

1) 減量の数値目標の具体化

- ・メタボリックシンドローム改善の場合、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。

2) 自己決定の促し

- ・日々の生活の中で実行出来、また継続出来るよう、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。

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。

4) 社会資源・媒体等の紹介

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

- ・ 具体的な指導媒体、記録表、歩数計などを紹介・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を紹介する。

⑦ 継続フォロー

● 継続フォローの重要性の説明と了解

- ・ 失敗したとしても、やり直せることを伝える。
- ・ これからも支援していくという姿勢・こちらの思いを伝える。

● 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。

● 目標の再確認

- ・ 1回設定した目標の達成度を確認する。
- ・ 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に気づかせる。

⑧ 評価（3～6ヶ月後）

● 目標達成の確認

- ・ これまでの目標達成状況、取り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うだったかを確認できるようにする。
- ・ 今後の目標の提示を促す。

改訂案

- ・ 具体的な指導媒体、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。

⑦ 継続フォロー

1) 継続フォローの重要性の説明と了解

- ・ 継続したフォローを実施することで、対象者の状況を把握し、適切な行動変容を行う上で何か問題があれば、その都度解決等を図ることも可能であることを説明する。
- ・ 対象者の負担とならない程度のフォロー頻度をあらかじめ確認し、設定しておく。
- ・ うまくいかない場合があっても、やり直せることを伝える。
- ・ これからも支援していくという姿勢・こちらの思いを伝える。

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。

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。
- ・ 本人の努力を評価し、ほめる。
- ・ 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。

⑧ 評価（3～6ヶ月後）

1) 目標達成の確認

- ・ これまでの努力を労い、目標達成状況、取り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

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成 19 年 4 月）

- ・ 支援レターを送付する。
- ・ 今後の予定を説明する。

●個人の健診データの評価

- ・ 次回の健診データ等を活用して、客観的な評価を行う。

【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、教材の改善に繋げていく。

*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。

改訂案

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。

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。

【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。

（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

保健指導実施率は高めることが望ましいことから、医療保険者及び保健指導実施者は連携し、全ての対象者が保健指導を受けられるように努力することが必要となる。

しかしながら、何らかの理由により動機づけ支援の対象者、積極的支援の対象者の中に、保健指導を受けない者・中断者がいることも想定される。その際には、例えば次のような支援が必要になると考えられる。

- 保健指導実施者は、対象者が保健指導を受けなかった場合、電話、e-mail、FAX などにより実施予定日から1週間以内に連絡し、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、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。
- 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。
- 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。
- 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。

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。

- 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、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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

（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。行動目標を設定はするが、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、対象者に合わせたフォローアップを行う。

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。行動目標を設定はするが、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、対象者に合わせたフォローアップを行う。

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り組み状況、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。

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

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、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、「要医療」となっ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。

改訂案

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。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

（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、データを探るためには数年間かかることから、アウトプット（事業実施量）の観点から評価を行うこともある。

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

①ストラクチャー（構造）

ストラクチャー（構造）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。

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。

③アウトプット（事業実施量）

目的・目標の達成のために行われる事業の結果に対する評価で、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。

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、成果の数値目標に対する評価である。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。

改訂案

（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、データを探るためには数年間かかることから、アウトプット（事業実施量）の観点から評価を行うこともある。

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

①ストラクチャー（構造）

ストラクチャー（構造）評価は、保健事業を実施するための仕組みや体制を評価するものである。具体的な評価指標としては、保健指導に従事する職員の体制（職種・職員数・職員の資質等）、保健指導の実施に係る予算、施設・設備の状況、他機関との連携体制、社会資源の活用状況などがある。

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、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。

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。

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。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

（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5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みられたか、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編第3章を参照されたい。

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、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。

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。

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4点から評価する。

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

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場合には、この事業としての評価は、医

改訂案

（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10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、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。

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、この事業としての評価を

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

療保険者にとって重要である。

（４）評価の実施責任者

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

集団に対する保健指導の評価は、保健指導を受けた個人を集団として集積し、全体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。

（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、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。

改訂案

丁寧に行い、効果的な保健指導の実施につなげていくことが重要である。

（４）評価の実施責任者

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

集団に対する保健指導の評価は、保健指導を受けた個人を集団として集積し、全体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。

（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、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。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

表5 保健指導の評価方法（例）

対象	評価項目 (S) ストラクチャー (P) プロセス (O) アウトカム	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ヶ月後、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 (糖・脂質)、メタリック スコアのリスク個数 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ヶ 月後）	
集団	(P) 運動・食事・喫煙・ 飲食等の行動変容	生活習慣改善度	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 (糖・脂質)、メタリック スコアの有病者・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	生活習慣改善度	指導過程（記録） の振り返り カンファレンスビ アレビュー	指導終了後に カンファレンス をもつなどする	保健指導 実施者(委 託先を含 む) 医療保険 者
	(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	
	(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	
	(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	
最 終 評価	(O) 医療費適正化効果	生活習慣病関連医療 費	レセプト		医療保険 者

改訂案

表10 保健指導の評価方法（例）

対象	評価項目 (S) ストラクチャー (P) プロセス (O) アウトカム	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ヶ月後、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 (糖・脂質)、メタリック スコアのリスク個数 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ヶ 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 (糖・脂質)、メタリック スコアの有病者・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 カンファレンスビ アレビュー	指導終了後に カンファレンス をもつなどする	保健指導 実施者(委 託先を含 む) 医療保険 者
	(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	
	(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	
	(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	
最 終 評価	(O) 医療費適正化効果	生活習慣病関連医療 費	レセプト		医療保険 者

第5章 地域・職域における保健指導

（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ば地域の生活者でもある。

そのため、生活と労働の視点を併せた保健指導を展開していくことが必要である。

2) 組織体制に応じた保健指導

地域では、それぞれの市町村が、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保健指導を展開する必要がある。

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、方法で展開している。加えて、職域では特に労働者の健康について、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の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。

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。

（２）組織体制に応じた保健指導

地域では、それぞれの市町村が、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（企業の社会的責任）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。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

3) 対象者に対するアクセス

地域では、健診後の保健指導については、対象が地域住民であるが、労働に従事している者もあり、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。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。

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。

今後、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は容易になるが、地域・職域いずれにおいてもアクセスの問題が残ることになる。

4) 保健指導の評価

地域では、地域住民全体を対象として評価を行ってきたが、今後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することとなる。このことにより、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とのつながりが持ちにくく、地域特性を含めて評価する視点に欠けることもある。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。

改訂案

(3) 対象者に対するアクセス

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あり、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、保健指導にこない理由を把握したり、家族等の協力を得たりしながら、確実に保健指導につなげる。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。

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。

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。

(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。

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。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4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、先に述べた地域特性との関連で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。

職場では、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り組みは容易であるが、職場内の活用できる資源が限られることから、効果的な実施が困難な場合もある。近年、保健指導後のフォローアップが必要であり、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されるようになってきている。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。今後は、地域と有機的な連携をとりながら社会資源を効率的に活用していくことが必要である。

改訂案

(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。

職場では、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り組み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。今後は、地域と有機的な連携をと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。

（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図られる。

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、連携することにより、対象者は退職後にも経年的な変化を理解してもらい、一貫した保健指導を受けることができる。

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。

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

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。

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、地域と職域が健診データを共有し、連携することにより、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。

（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。

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

地域・職域連携推進協議会と保険者協議会の主な役割は、図〇〇のとおりである。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。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

図：地域・職域連携推進協議会と保険者協議会の主な具体的役割

<都道府県協議会の主な具体的役割>

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

改訂案

図○：地域・職域連携推進協議会と保険者協議会の主な具体的役割

<都道府県協議会の主な具体的役割>

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

第6章 保健指導の実施に関するアウトソーシング

(1) 基本的事項

1) 保健指導アウトソーシングの必要性

これまでの健診・保健指導は、健診の受診率を上げることに重点が置かれ、健診後の保健指導は付加的なサービスという位置づけであったが、今後は内臓脂肪症候群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予測される。

一方、内臓肥満症候群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・管理栄養士等には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たところである。

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、内臓肥満症候群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当面の目的であるが、将来的には、保健指導の量が確保されることにより保健指導の質の向上につながっていくことが期待され、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。

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、保健指導の量が確保されることにより保健指導の質の向上につながっていくことが期待され、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。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

（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。

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でる可能性もある。

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である。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。

改訂案

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。

（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でる可能性もある。

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面接指導を委託する場合や、公民館等に動機づけ支援の対象者に集まってもらって面接指導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、1回の支援のうち運動指導の部分のみを委託する場合や、電話やメールで6ヶ月後の評価を行う部分のみを委託する場合が考えられる。

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ため、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ヶ月後の評価の一連の業務を委託することになる。

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、評価のみ医療保険者が行い、支援の計画作成から実施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（準備段階）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ため、このような対象者は医療保険者の保健師、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。

（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、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。このような状況であるため、委託元となる医療保険者、特に市町村国保、そして委託先となる民間事業者は手探りの中でアウトソーシングを進め、関係性を築いていくことになる。そこで、民間事業者への委託が進んでいる分野の事例を参考として、アウトソーシングにあたっての留意事項を整理した。

（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指導を委託する場合や、公民館等に動機づけ支援の対象者に集まってもらって面接指導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ため、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。

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ため、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。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

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、委託後に事業者と事業の目的を共有することができ、このことで協働する関係が構築でき、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、サービス提供者の技術と熱意が関係することから、選定時にサービス提供者の技術の程度（資格及び研修体制、マニュアルの有無、指導成果の実績等）を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。

2つめは、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、対象者の満足度調査を行う、次年度の健診結果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、契約を更新するかについて検討する必要がある。

3つめは、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ろう。

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を、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

改訂案

(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。

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ろう。

(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

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

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) 医療保険者の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、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、医療保険者の保健師・管理栄養士等が、業務を委託した場合であっても、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に実施することなどが考えられる。

5) モニター³、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・管理栄養士等のサービス提供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) 保健指導の価格の設定

健診後の保健指導業務は、付加的な存在であったことから、現状では価格が設定されていないことが多いが、今後、保健指導業務をアウトソーシングしていく際には、前述した事業者の選定方法を参考に、価格が決まってしまうと思われる。しかし、保健指導は、外形的には1対1で面接をしている場面が主であり、面接による支援は対象者に合わせて行うものであることから、対象者からはサービスを受けたという受益を感じる事が難しい場合もある。このため、医療保険者、対象者ともに、保健指導の価値がわかりにくく、保健指導内容の良し悪しの判断は難しいものである。このことは、医療サービスも同様である。

このため、保健指導の質の評価を十分行えない状態で価格競争が始まると、必要以上に安価な価格となり、保健指導業務全体の質の低下につながる事が懸念される。

改訂案

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に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。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

※モニター：現状把握及び対象者の意見、要望、批評等を収集すること。

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を抱き合わせ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、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る。

8) 個人情報の管理

保健指導は対象者の生活そのものを把握することになり、その情報は個人として知られたくない情報であることもある。このため、保健指導を行った場合の記録の漏洩防止や、保健指導実施者に守秘義務をかけるなど、個人情報の管理が重要である。アウトソーシングを行う場合は、事業者がこのような規定を有しているか確認をするとともに、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しておくことが必要である。また、保健指導を行う地位を利用した不当な推奨・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）等を行わないことが必要である。

改訂案

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しておくことが必要である。また、保健指導を行う地位を利用した不当な推奨・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）等を行ってはならない。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成 19 年 4 月）

(4) 委託基準

1) 基本的考え方

- 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。
- 医療保険者が事業者⁴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。
- 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。
- 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。
- 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ない。特に、医療分野は、「個人情報の保護に関する基本方針」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) ④に定め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。
- 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。
- なお、巡回型・移動型で保健指導を行う場合も、委託先の事業者の施設で行う基準と同じとする必要がある。

改訂案

6-4 委託基準

(1) 基本的考え方

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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④に定め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。
- 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。
- 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。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成 19 年 4 月）

※事業者：医療保険者から保健指導業務の委託を受けて保健指導を実施する事業者をいう。

- 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。
- 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。
- 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、小規模事業場の労働者等に対して、特定保健指導を実施できるようにすることが望まれる。
- 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

①人員に関する基準

- a 保健指導の業務を統括する者は、常勤の医師、保健師、管理栄養士であること。
また、常勤の管理者が置かれていること。ただし、管理上支障が無い場合は、保健指導機関の他の職務に従事し、又は同一の敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。
- b 「動機づけ支援」や「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。ただし高齢者医療確保法施行後5年間に限り、一定の保健指導の実務経験のある看護師も行うことができる。
- c 対象者ごとに支援計画（対象者の保健指導計画の作成、対象者の行動変容の状況の把握、評価、評価に基づいた計画の変更等）の実施について統括的な責任を持つ医師、保健師、管理栄養士が決められていること。
- d 「動機づけ支援」、「積極的支援」のプログラムのうち、対象者の支援計画に基づく食生活に関する実践的指導は、管理栄養士その他の食生活に関する専門的知識及び技術を有する者（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産業栄養指導担当者、産業保健指導担当者等）により提供されるこ

改訂案

- 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。
- 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。
- 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。
- 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 20 年厚生労働省告示第 11 号（外部委託基準）及び 142 号（施設等に関する基準）を参照すること。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（確定版）（平成 19 年 4 月）

と。

また、食生活に関する保健指導を自ら提供する場合には、管理栄養士その他の食生活に関する専門的知識及び技術を有する者を必要数雇用していることが望ましい。

- e 「動機づけ支援」、「積極的支援」のプログラムのうち、対象者の支援計画に基づく運動に関する実践的指導は、運動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担当者、産業保健指導担当者等）により提供されること。

また、運動に関する保健指導を自ら提供する場合には運動に関する専門的知識及び技術を有する者を必要数雇用していることが望ましい。

- f 保健指導プログラムに応じて、再委託先や他の健康増進施設等と必要な連携を図ること。

- g 保健指導実施者は、国、地方公共団体、医療保険者、日本医師会、日本看護協会、日本栄養士会等が実施する一定の研修を修了していることが望ましい。

- h 保健指導対象者が治療中の場合には、cに掲げる者が必要に応じて当該保健指導対象者の主治医と連携を図ること。

②施設又は設備等に関する基準

- a 本プログラムに定める内容の保健指導を適切に実施するために必要な施設及び設備を有していること。
- b 個別指導を行う際、対象者のプライバシーが十分に保護される施設（部屋）が確保されていること。
- c 運動の実践指導を行う場合には、救急時における応急処置のための設備を有していること。
- d 健康増進法第 25 条に定める受動喫煙の防止措置が講じられていること（医療機関については、患者の特性に配慮すること）。

③保健指導の内容に関する基準

- a 本プログラムに準拠したものであり、科学的根拠に基づくとともに、対象者や地域、職域の特性を考慮したものであること。
- b 具体的な保健指導のプログラム（支援のための材料、学習教材等を含む）は、医療保険者に提示され、医療保険者の了解が得られたものであること。
- c 最新の知見、情報に基づいた支援のための材料、学習教材等を用いるよう取り組むこと。
- d 個別指導を行う場合はプライバシーが保護される場で行われること。
- e 契約期間中に、保健指導を行った対象者から指導内容について相談があった

改訂案

まとめて前ページの記述に替える

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

場合は、事業者は相談に応じること。

- f 保健指導対象者のうち保健指導を受けなかった者又は保健指導を中断した者への対応については、対象者本人の意思に基づいた適切かつ積極的な対応を図ること。

④保健指導の記録等の情報の取扱いに関する基準

- a 本プログラムにおいて定める電子的標準様式により、医療保険者に対して保健指導対象者の保健指導レベル、効果（腹囲、体重）等を安全かつ速やかにCD-R等の電磁的方式により提出すること。
- b 保健指導に用いた詳細な質問票、アセスメント、具体的な指導の内容、フォローの状況等を記載したものが、適切に保存・管理されていること。
- c 正当な理由がなく、その業務上知り得た保健指導対象者の情報を漏らしてはならない。
- d 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（「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」、「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」等）等を遵守すること。
- e 医療保険者の委託を受けて健診結果や保健指導結果を保存する場合には、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守すること。
- f インターネットを利用した保健指導を行う場合には、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の6.9 外部と個人情報を含む医療情報を交換する場合の安全管理に規定されているとおり、①秘匿性の確保のための適切な暗号化、②通信の起点・終点識別のための認証、③リモートログイン制限機能により安全管理を行うこと。さらに、①インターネット上で保健指導対象者が入手できる情報の性質に応じて、パスワードを複数設けること（例えば、健診データを含まないページにアクセスする場合には英数字のパスワードとし、健診データを含むページにアクセスする場合には本人にしか知りえない質問形式のパスワードとする等）、②インターネット上で健診データを入手できるサービスを受けることについて必ず本人の同意を得ること、③当該同意を得られない者の健診データは、当該サービスを受ける者の健診データとは別の保存場所とし、外部から物理的にアクセスできないようにすること等により、外部への情報漏洩、不正アクセス及びコンピュータ・ウイルスの侵入等の防止のための安全管理を徹底すること。
- g 保健指導結果の分析等を行うため、医療保険者の委託を受けて保健指導結果を外部に提供する場合は、本来必要とされる情報の範囲に限り提供すべきであり、個人情報をマスキングすることや個人が特定できない番号を付すことなどにより、当該個人情報を匿名化すること。

改訂案

まとめて前ページの記述に替える

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成 19 年 4 月）

⑤運営等に関する基準

- a 対象者にとって保健指導が受けやすくなるよう、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）を実施するなど保健指導の実施率を上げるよう取り組むこと。
- b 医療保険者の求めに応じ、医療保険者が適切な保健指導の実施状況を確認する上で必要な資料の提出等を速やかに行うこと。
- c 保健指導を行う際に商品等の勧誘・販売等を行わないこととともに、保健指導を行う地位を利用した不当な推奨・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）等を行わないこと。
- d 保健指導実施者に必要な研修を定期的に行うこと等により、当該保健指導実施者の資質の向上に努めていること。
- e 本プログラムに定める内容の保健指導を適切かつ継続的に実施することができる財務基盤を有すること。
- f 医療保険者から受託した業務の一部の再委託が行われる場合には、医療保険者が委託先と委託契約を締結するに当たり、当該委託契約において、再委託先との契約において本基準に掲げる事項を遵守することを明記すること。
- g 次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程を定め、医療保険者及び受診者が前もって確認できる方法（ホームページ上での掲載等）を通じて、幅広く周知すること。
 - 一 事業の目的及び運営の方針
 - 二 統括者の氏名及び職種
 - 三 従業者の職種及び員数
 - 四 保健指導実施日及び実施時間
 - 五 保健指導の内容及び価格その他費用の額
 - 六 通常の事業の実施地域
 - 七 緊急時における対応
 - 八 その他運営に関する重要事項
- h 保健指導実施者に身分を証する書類を携行させ、保健指導対象者から求められたときは、これを提示すること。
- i 保健指導実施者の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行うとともに、保健指導機関の設備及び備品について、衛生的な管理を行うこと。
- j 保健指導機関について、虚偽または誇大な広告を行わないこと。
- k 保健指導対象者等からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じるとともに、苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録すること。
- l 従業者及び会計に関する諸記録を整備すること。

改訂案

まとめて前ページの記述に替える

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月）

(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、市町村や医療保険者に提供し、事業者の選定に資する。

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

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

改訂案

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

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成 19 年 4 月）

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、対象者から直接的な評価、また、費用対効果を評価し、効率的でかつ質の高い保健指導の実施に努める。

改訂案

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 新旧対照表

【第4編 体制・基盤整備、総合評価】

標準的な健診・保健指導プログラム(確定版) (平成19年4月)	改訂案
第4編 体制・基盤整備、総合評価 第1章 人材育成体制の整備 第2章 最新の知見を反映した健診・保健指導内容の 見直しのための体制整備 第3章 健診・保健指導の実施・評価のためのデータ分析 とデータ管理	第4編 体制・基盤整備、総合評価 第1章 人材育成体制の整備 第2章 最新の知見を反映した健診・保健指導内容の 見直しのための体制整備 第3章 健診・保健指導の実施・評価のためのデータ分析 とデータ管理

第1章 人材育成体制の整備

(1) 基本的考え方

- 健診・保健指導事業の企画立案・実施・評価が本プログラムに基づき適切に実施されるよう、これらの業務を行う者は、都道府県等が実施する研修に積極的に参加するとともに、常に自己研鑽に努める必要がある。
- 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。

(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。

(3) 都道府県の役割

都道府県は、国が示した健診・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。

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。

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。

第1章 人材育成体制の整備

(1) 基本的考え方

- 健診・保健指導事業の企画立案・実施・評価が本プログラムに基づき適切に実施されるよう、これらの業務を行う者は、都道府県等が実施する研修に積極的に参加するとともに、常に自己研鑽に努める必要がある。
- 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。

(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。

(3) 都道府県の役割

都道府県は、国が示した健診・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。

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。

（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、医療保険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。

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を育成してきたところであるが、生活習慣病対策の充実・強化を図る観点から、引き続き健康づくりを推進するボランティア育成のための研修を実施することが必要である。

（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。

（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支部は、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支部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等については、内臓脂肪症候群（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

（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。

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、個人の取り組みだけで解決するには限界がある。よって、地域において個人の健康を支え、守るための社会環境整備が求められていることから、地域のつながりを強化し、家庭・自治組織・企業・学校・ボランティア等が一体となった健康づくりを推進することが必要である。

（５）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。

（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支部は、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支部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

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成 19 年 4 月）

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の見直しの検討が求められる。

資質向上のため、人材育成計画に基づいて、職務の異動を行うこと。

第2章 最新の知見を反映した 健診・保健指導内容の見直しのための体制整備

（1）基本的考え方

- どのような健診項目等を設定し、保健指導を実施すれば、効果的・効率的に被保険者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。
- 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。

（2）国の役割

国は、医療保険者の協力を得て、健診・保健指導データを統計的に処理・分析するために収集し、関係学会等の協力を得て評価を行う。その評価結果を踏まえ、医療保険者による効果的・効率的な健診・保健指導の実施のために必要な場合には、健診項目、保健指導の内容等を見直していく必要がある。なお、政府の「IT 新改革戦略」においては、「個人が生涯を通じて健康情報を活用できる基盤づくり」*をめざし、個人情報の保護に十分留意しつつ、健診結果を電子データとして継続的に収集し、適切に管理するための仕組みや、疾病予防の推進のため、健康情報を収集、活用する方策を確立することとされている。

また、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べきである。

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・保健指導を確実に行うために、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。

改訂案

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の見直しの検討が求められる。

資質向上のため、人材育成計画に基づいて、職務の異動を行うこと。

第2章 最新の知見を反映した 健診・保健指導内容の見直しのための体制整備

（1）基本的考え方

- どのような健診項目等を設定し、保健指導を実施すれば、効果的・効率的に被保険者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。
- 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。

（2）国の役割

過去の状況に関する
記述のため削除

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。

※ IT 新改革戦略（平成 18 年 1 月 19 日、IT 戦略本部〔本部長 内閣総理大臣〕）
（P 13より抜粋）

（個人が生涯を通じて健康情報を活用できる基盤づくり）

1. 生涯にわたる健診結果を電子データとして継続的に収集し、適切に管理するための仕組み（収集すべき健診項目、標準的なデータ形式、管理運営方法等）を 2007 年度までに確立する。
2. 電子データとして収集される健診結果等の健康情報を個人、保険者等が活用するための基盤（健康情報を管理するデータベース、IC カードを活用した個人による自らの健康情報への参照機能等）の整備を 2008 年度までに開始し、2010 年度までにその普及を推進する。
3. 疾病予防の推進等に向け、収集された健康情報の活用方策を 2010 年度までに確立する。

（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。

（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、各地域の保険者協議会と地域・職域連携推進協議会間との健診・保健指導の効果の評価、研修内容の相互評価、委託先の事業者のサービスの質の相互評価を図る場を提供することが必要である。

（５）市町村の役割

市町村においては、保健事業（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、衛生部門の医師、保健師、管理栄養士等がレセプトや保健指導データ等を活用（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。

（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・評価を行うための第三者評価の仕組みが必要となると考えられるため、都道府県地域・職域連携協議会の活用等を含め、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。

過去の状況に関する
記述のため削除

（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。

（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。

（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、衛生部門や介護部門の医師、保健師、管理栄養士等がレセプトや保健指導データ等を活用（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。

（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。

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

(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

- 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）。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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と、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・健康科学センター等の協力を得ることも想定される。
- 健診・保健指導の実施・評価の際には、対象集団の母集団となる行政単位の人口動態統計（死因統計）、患者調査、国民生活基礎調査、国民健康・栄養調査（県民健康・栄養調査）、医療費データ、介護保険データ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。

第3章 健診・保健指導の実施・評価のためのデータ分析とデータ管理

3-1 健診・保健指導の実施・評価のための指標・項目

(1) 基本的考え方

- 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）。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成 19 年 4 月）

- 都道府県が策定する医療計画、都道府県介護保険事業支援計画、都道府県健康増進計画、都道府県医療費適正化計画等の基礎資料としても有益な指標・項目であることが必要である。

2) 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

○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

○保健指導の指標・項目（当該年度）

- ・生活習慣改善状況
- ・行動変容ステージの変化
- ・介護保険の利用状況

○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 集団の評価のための指標・項目

○健診の指標・項目（当該年度）

- ・健診受診者数、内訳
- ・各健診項目判定結果

○保健指導の指標・項目（当該年度）

- ・保健指導階層化判定
- ・生活習慣改善状況

○レセプト

- ・受療状況の有無
- ・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。

○健診の指標・項目（当該年度）

○保健指導の指標・項目（当該年度）

○レセプト

○事業を評価するための関連情報

改訂案

- 都道府県が策定する医療計画、都道府県介護保険事業支援計画、都道府県健康増進計画、都道府県医療費適正化計画等の基礎資料としても有益な指標・項目であることが必要である。

(2) 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

○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

○保健指導の指標・項目（当該年度）

- ・生活習慣改善状況
- ・行動変容ステージ（準備状態）の変化
- ・介護保険の利用状況

○レセプト

- ・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 集団の評価のための指標・項目

○健診の指標・項目（当該年度）

- ・健診受診者数、内訳
- ・各健診項目判定結果

○保健指導の指標・項目（当該年度）

- ・保健指導階層化判定
- ・生活習慣改善状況

○レセプト

- ・受療状況の有無
- ・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。

○健診の指標・項目（当該年度）

○保健指導の指標・項目（当該年度）

○レセプト

○事業を評価するための関連情報

（2）医療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

- 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）を受ける者を確実に選定し、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（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-10¹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などを活用するなどの方法により評価を行う。
- 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。
- 医療保険者は、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。
- 医療保険者は、特定健診・保健指導の実施状況や、レセプトのオンライン化の進展状況、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。

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することも重要である。

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。

3-2 医療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

- 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-10¹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などを活用するなどの方法により評価を行う。
- 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。
- 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。
- 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。

（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。

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。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成 19 年 4 月）

〔評価手順の一例〕

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（別紙2）。
- 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。
- 病名コードは、ICD 分類に基づくものとする。

②集団の疾患特徴の把握

（高額レセプト、長期レセプト、重複疾病の抽出による突合分析）

- 高額なレセプト（例：1ヶ月200万円以上など）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、高脂血症、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）。
- 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）。

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、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）のリスクの重複状況、健診受診率、支援別保健指導実施率等の健診・保健指導実施結果の特徴を、経年的データを用いて分析する（様式6-1～11）。

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、内臓脂肪症候群、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）。
- 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。
- 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

改訂案

〔評価手順の一例〕

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（別紙2）。
- 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。
- 病名コードは、ICD 分類に基づくものとする。

②集団の疾患特徴の把握

（高額レセプト、長期レセプト、重複疾病の抽出による突合分析）

- 高額なレセプト（例：1ヶ月200万円以上など）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）。
- 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）。
- 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）。

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）。

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）。
- 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。
- 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

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成 19 年 4 月）

スク数の減少などが想定される。

- 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。
- 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。

⑤健診受診者個人の評価

- 健診受診者ごとの腹囲、体重、血圧等の改善も評価すべきである。
- 腹囲の増加、体重の増加等が認められないこと、追加リスクがないこと（現状維持）も評価すべきである。また、追加リスクがある場合であっても腹囲等が減少したことを評価すべきである。
- 動機づけ支援、積極的支援の対象者については、生活習慣の変化（食事、運動、喫煙等）、行動変容の準備段階（ステージ）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」が取りまとめられる予定。

改訂案

スク数の減少などが想定される。

- 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。
- 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。

⑤健診受診者個人の評価

- 健診受診者ごとの腹囲、体重、血圧等の改善も評価すべきである。
- 腹囲の増加、体重の増加等が認められないこと、追加リスクがないこと（現状維持）も評価すべきである。また、追加リスクがある場合であっても腹囲等が減少したことを評価すべきである。
- 動機づけ支援、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。

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。

（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) 基本的な考え方

- 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において管理することが望ましい。
- また、健診・保健指導のデータ管理を外部委託する場合は、本プログラム第２編第６章（２）④及び第３編第６章（４）２）④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に対して、健診・保健指導結果を管理するとともに、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。
- ・特定健診の標準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。

なお、具体的なイメージ案は、別紙 4参照。

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）基本的な考え方

- 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において管理することが望ましい。
- また、健診・保健指導のデータ管理を外部委託する場合は、本プログラム第２編第６章（２）の④及び第３編第６章（４）２）の④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に対して、健診・保健指導結果を管理するとともに、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。
- ・特定健診の標準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。

なお、具体的なイメージ案は、別紙 3参照。

（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及びこれに基づくガイドライン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（「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」、「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」等）等を遵守すること。
- 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」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・保健指導データのうち、氏名等の情報はすし、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。
- 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・都道府県レベルで利用することができるような仕組みが望ましい。
- 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。

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

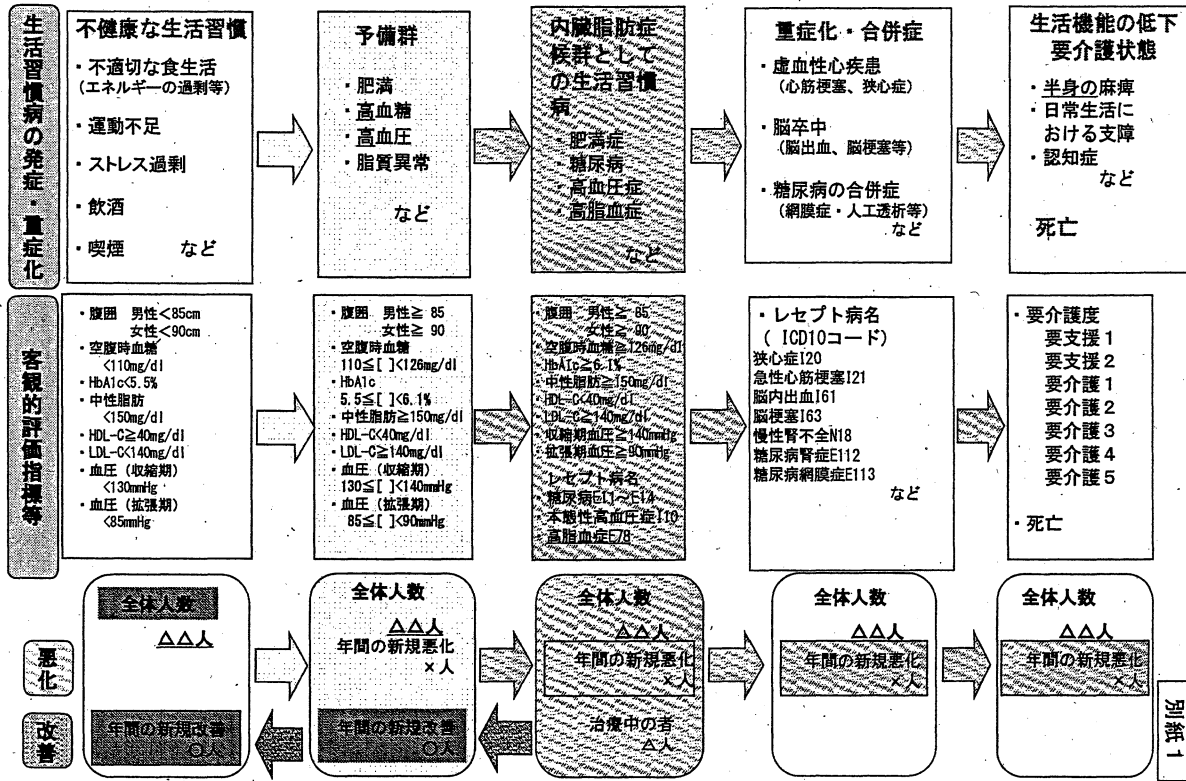
医療保険者は、健診・保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律及びこれに基づくガイドライン等を踏まえた対応を行う。その際には、受診者の利益を最大限に保証するため個人情報の保護に十分に配慮しつつ、効果的・効率的な健診・保健指導を実施する立場から、収集された個人情報を有効に利用することが必要である。

（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（平成 15 年法律第 57 号）及びこれに基づくガイドライン（「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ドライン」（平成 16 年 12 月 24 日厚生労働省）、「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 日厚生労働省）、「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）等を遵守すること。
- 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・保健指導データのうち、氏名等の情報はすし、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・都道府県レベルで利用することができるような仕組みが望ましい。
- 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。

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～

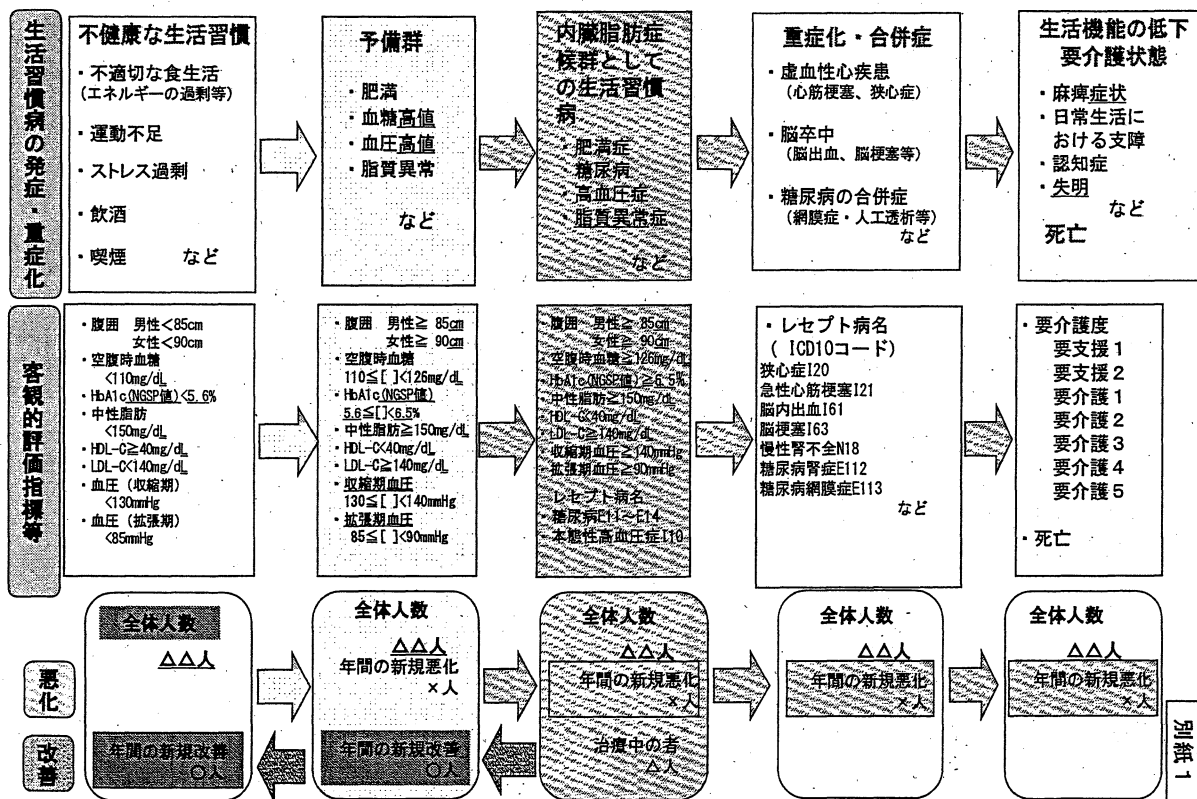
各医療保険者、都道府県、国レベルで以下のような分析・評価を行い、生活習慣病の減少に努める。



標準的な健康・保健指導プログラム (確定版) (平成19年4月)

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。



改訂案