

**標準的な健診・保健指導
プログラム
【改訂版】**

平成25年4月

厚生労働省 健康局

標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】 (目次)

第1編 標準的な健診・保健指導プログラムの考え方

第1章	生活習慣病対策のための標準的な健診・保健指導の方向性	1
第2章	健診・保健指導の進め方(流れ)	14
第3章	健診・保健指導事業に関わる者が有すべき資質	17

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	25
第2章	健診の内容	26
第3章	保健指導対象者の選定と階層化	32
第4章	健診における各機関の役割	36
第5章	健診データ等の電子化	38
第6章	健診の実施に関するアウトソーシング(外部委託)	43
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	45

別紙1	特定健診と労働安全衛生法・学校保健安全法との比較	47
別紙2	「詳細な健診」項目について	48
別紙3	標準的な質問票	49
別紙4	健診の検査実施方法および留意事項	55
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	58
別紙6	健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針	59
別紙7	市町村(一般衛生部門)が特定健診の健診データ等を用いて保健指導等を行う場合におけるこれら健診データの取扱い	64
別紙8-1	健診結果・質問票情報	67
別紙8-2	保健指導情報	71
別紙8-3	データ範囲のチェック	74
別紙9-1	特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第16条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者	75
別紙9-2	特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第17条の規定に基づき厚生労働大臣が定める特定健康診査及び特定保健指導の実施に係る施設、運営、記録の保存等に関する基準	79

【別添】	健診結果とその他必要な情報の提供(フィードバック文例集)	83
------	------------------------------	----

第3編 保健指導

第1章	保健指導の基本的考え方	103
第2章	保健事業（保健指導）計画の作成	107
第3章	保健指導の実施	117
第4章	保健指導の評価	149
第5章	地域・職域における保健指導	154
第6章	保健指導の実施に関するアウトソーシング	159

【別添1】	保健指導のための禁煙支援簡易マニュアル	167
-------	---------------------	-----

【別添2】	保健指導におけるアルコール使用障害スクリーニング（AUDIT）とその評価結果に基づく減酒支援（ブリーフインターベンション）の手引き	176
-------	---	-----

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	185
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	188
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	190

別紙1	生活習慣病の発症予防・重症化予防対策の分析・評価指標	196
------------	----------------------------	-----

参考；様式集	197
--------	-----

（添付資料）

○	メタボリックシンドロームの定義と診断基準	237
○	各学会のガイドライン等 参照 URL	247
○	健診・保健指導の研修ガイドライン（改訂版）	

第1編 標準的な健診・保健指導 プログラムの考え方

第1章 生活習慣病対策のための標準的な健診・保健指導の方向性

1-1 特定健診・特定保健指導の導入の経緯と生活習慣病対策

の今後の方向性

(1) 国民健康づくり運動の流れ

国は、昭和53年からの「第一次国民健康づくり対策」及び昭和63年からの「第二次国民健康づくり対策」を経て、平成12年からは「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」を策定し、生活習慣病に関する一次予防・二次予防に重点を置いて数値目標を設けた健康づくり施策を推進してきた。

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・特定保健指導」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・特定保健指導の実施率の向上を図りつつ、分析に基づく取組を実施していくことは、健康日本 21（第二次）を着実に推進し、ひいては社会保障制度を持続可能なものとするために重要である。特に、データの分析を行うことで、個々人や各地域・職場において、解決すべき課題や取組が明確となり、それぞれにメリットが生じる。こうしたメリットを活かした具体的取組を実施することで、高血圧の改善、糖尿病有病者の増加の抑制や脂質異常症の減少、さらに虚血性心疾患・脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少、糖尿病腎症による新規透析導入の減少に結びつけていくことも可能となり、さらには、未受診者への受診勧奨などを通じ、健康格差の縮小に寄与することも可能となる。なお、特に関連する目標項目を表 1 に示す。

図 1

特定健診・特定保健指導と健康日本 21（第二次）

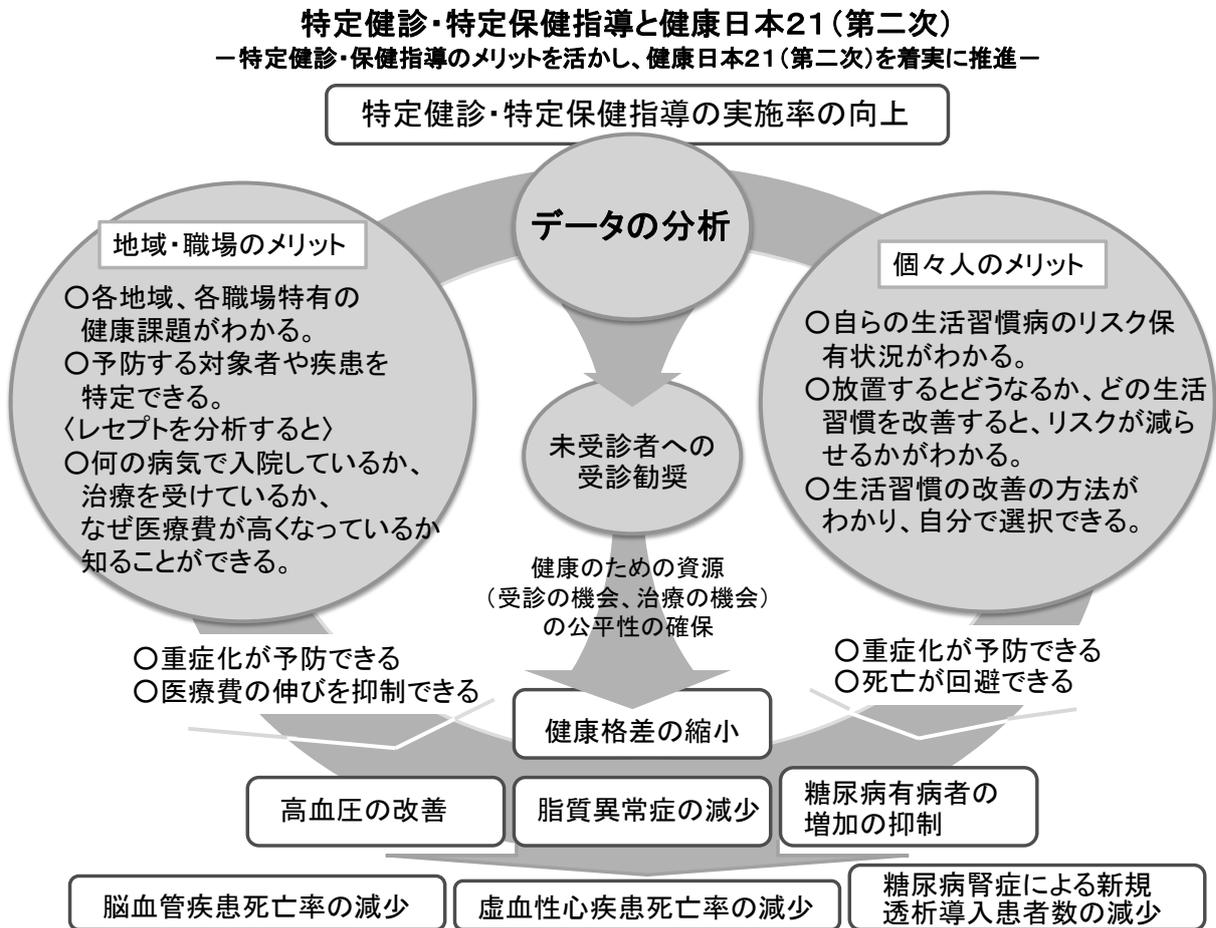


表 1

健康日本 21（第二次）における特定健診・特定保健指導に関連した数値目標

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

1-2 特定健診・特定保健指導とは

(1) 高齢者医療確保法に基づく特定健診・特定保健指導

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

この政策目標を達成するためには、医療保険者が効果的・効率的な健診・保健指導を実施する必要があることから、健診・保健指導の標準化による事業評価が可能となるよう標準的な健診・保健指導プログラムが作成された。

なお、健康日本 21(第二次)における生活習慣に起因する疾病としては主としてがん、循環器疾患、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患であるが、この「標準的な健診・保健指導プログラム」においては、運動・食事・喫煙などに関する不適切な生活習慣が引き金となり、肥満、血糖高値、血圧高値、動脈硬化症から起こる虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等で、保健指導により発症や重症化が予防でき、保健指導の成果を健診データなどの客観的指標を用いて評価できるものを主な対象にしている。

(2) 健康増進法等に基づく健診・保健指導と特定健診・特定保健指導との関係

成人の健康の維持向上・回復を目的とした保健指導(栄養指導を含む。以下同じ。)は、医師法(昭和 22 年法律第 201 号)、保健師助産師看護師法(昭和 23 年法律第 203 号)、栄養士法(昭和 22 年法律第 245 号)、高齢者医療確保法、健康増進法(平成 14 年法律第 103 号)、労働安全衛生法(昭和 47 年法律第 57 号)、健康保険法(大正 11 年法律第 70 号)、学校保健安全法(昭和 33 年法律第 56 号)等にその法律上の根拠を有する。また、健康増進事業実施者は、健康教育、健康相談その他国民の健康の増進のために必要な事業を積極的に推進するよう努めなければならないことが健康増進法第 4 条に定められている。これらの規定により、医療保険者も、被保険者や被扶養者に対する健診・保健指導を含めた保健事業にも積極的に取り組むことが求められていると言える。

特定健診・特定保健指導は、こうした保健事業のうち、高齢者医療確保法に基づき医療保険者の義務を明確にしたものであるということに留意

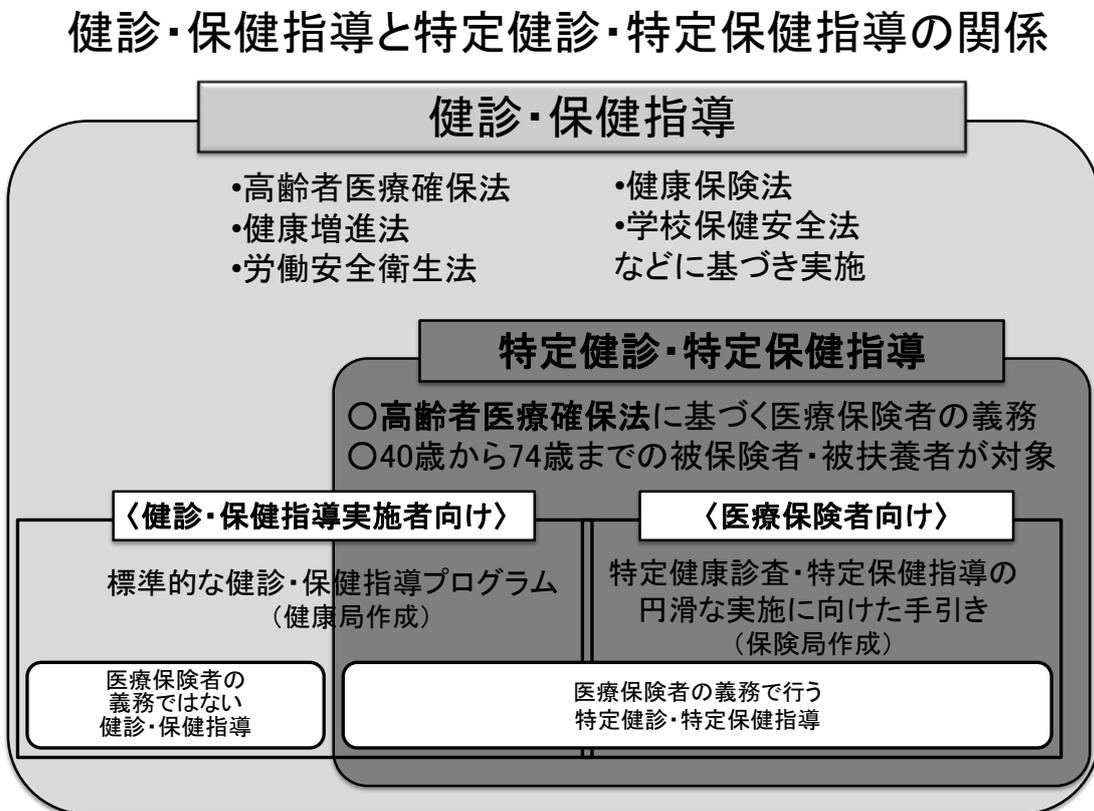
されたい。

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

なお、健診・保健指導と特定健診・特定保健指導の関係について図2に示す。

図2

健診・保健指導と特定健診・特定保健指導の関係



1-3 標準的な健診・保健指導プログラムの位置づけ

本プログラムは、高齢者医療確保法に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導^{※1}を実施するにあたり、健診・保健指導に関わる医師、保健師、管理栄養士等^{※2}や事務担当者を含めた当該事業に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものである。

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

また、本プログラムは、医療保険者が義務として実施する特定健診・特定保健指導の対象年齢である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。

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

※2：平成29年度末まで暫定的に、一定の実務経験がある看護師についても保健指導を行うことができる。「一定の実務経験」とは、平成20年4月現在において、1年以上、医療保険者が保健事業として実施する生活習慣病予防に関する相談及び教育の業務又は事業主が労働者に対して実施する生活習慣病予防に関する相談及び教育の業務に従事した経験を指す。

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

現在の健診・保健指導は、主として内臓脂肪型肥満に着目し、健診によって保健指導対象者を抽出して対象者のもつリスクの数に応じた個別の保健指導を行うことで、その要因となっている生活習慣を改善し、生活習慣病予防を行うことを目的としている。

対象者個人のリスクを分析し、対象者に応じた効果的・効率的な保健事業を行う必要がある。

また、集団全体については、健診データをはじめ、レセプト¹データ、介護保険データ、その他統計資料等に基づいて健康課題を分析し、その集団においてどのような生活習慣病対策に焦点をあてるかということ、及び優先すべき課題を明確化しながらPDCA（計画（Plan）⇒実施（Do）⇒評価（Check）⇒改善（Action））サイクル（に示す）を意識した保健事業を展開していくことで、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群を

¹ レセプト：診療報酬請求明細書。病院や診療所が医療費の保険負担分の支払いを医療保険者に請求するために発行する。

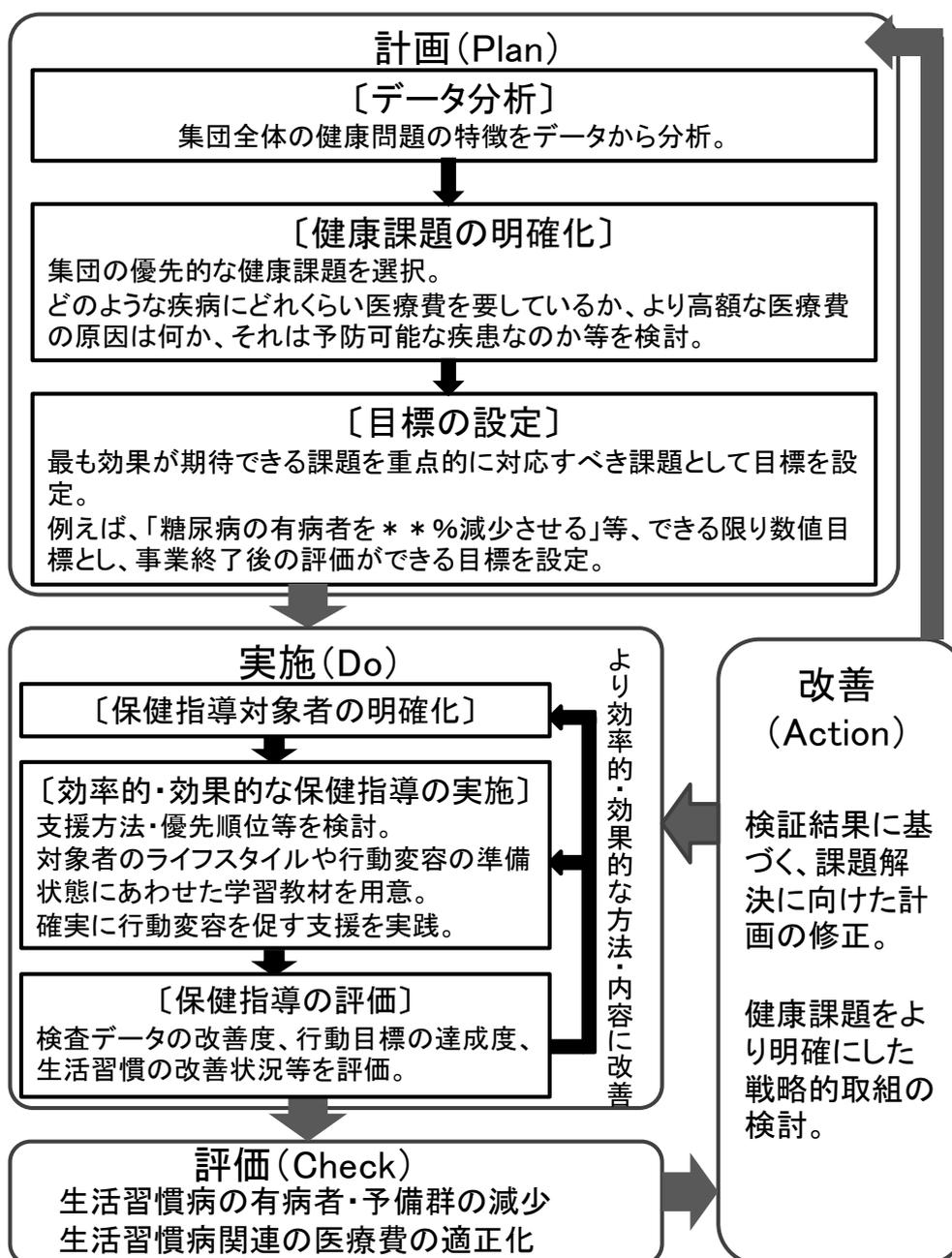
減少させることを目的としている。

(参考) 老人保健事業当時の状況

かつての老人保健事業での健診・保健指導は、個別疾病の早期発見、早期治療が目的となっていたため、健診後の保健指導は「要精検」や「要治療」となった者に対する受診勧奨を行うこと、また、高血圧、高脂血症、糖尿病、肝臓病などの疾患を中心とした保健指導であった。

図 3

保健事業(健診・保健指導)のPDCAサイクル



(3) 健診

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

健診では、適切な条件で所定の検査を実施した上で、健診結果をすみやかに対象者に通知する。その際、対象者に自らの生活習慣等の問題点を発見・意識させ疾病予防及び早期受診に効果的につながるよう、経年変化を分かりやすく表示したり、どのような疾患のリスクが高まるのかを分かりやすく表記したり、生活習慣の具体的な改善方法を解説したりするなど、対象者本人に対して健診結果やその他必要な情報の提供（フィードバック）を工夫して行うことが求められる。

また、健診を受診した結果、医療機関において専門的な治療をすみやかに開始すべき者が見いだされる場合がある。そうしたケースでは特に、対象者がその健診結果を十分に理解できるよう支援し、確実な受診勧奨を行うとともに、実際に医療機関での受診に至ったかどうかの確認を行うことも必要である。

詳細は第2編第2章を参照されたい。

(4) 保健指導

①対象者

健診・保健指導については、健診受診者全員に対して情報提供を行うほか、健診結果及び質問項目から生活習慣病のリスクに応じて選定・階層化し、必要性に応じた保健指導が行われる。具体的には、腹囲等を第一基準として、血糖・血圧・脂質・喫煙のリスクが重複している者を保健指導の対象とし、保健指導として「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」を行う。服薬中の者については、医療保険者が保健指導を行うことは義務ではないが、きめ細かな生活習慣改善支援や治療中断防止の観点から、主治医と連携した上で保健指導を行うことができる。

また、医療保険者は、自らが管理する健診・保健指導データやレセプトデータ等により保健指導の実施状況や受診勧奨を行った者の治療継続状況を確認し、検査結果の異常の程度が著しいために受診勧奨されたにも関わらず受診していなかったり、治療を中断していたりする者等を把握することができる。こうしたデータの利活用により、重点的な保健指導対象者の選定に役立てることが望ましい。

(参考) 老人保健事業当時の状況

かつての老人保健事業では、健診の事後指導として健康相談や健康教育が行われていたが、参加できない住民も多かった。また、事業所では健診後の保健指導は一部の大企業では全員を対象として行われていたが、多くの中小企業では要指導者のみ又はほとんど指導が行われていないという状況であった。また、「要治療」や「要精検」となった者の治療状況についての把握も困難であった。

②内容

保健指導は、主にメタボリックシンドロームに着目し、対象者の個性を重視して、生活習慣の改善に重点を置いた指導を行う。具体的には、保健指導が必要な者に対しては、医師、保健師、管理栄養士等が積極的に介入し、確実に行動変容を促す。その結果、対象者が、健診結果から身体状況を理解し、生活習慣改善の必要性を認識した上で、代謝等の身体のメカニズムと生活習慣（食生活や運動習慣、喫煙習慣、飲酒習慣等）との関係を理解し、生活習慣の改善を自ら選択し、さらにその結果が健診データの改善に結びつくように支援することが重要である。

（参考）老人保健事業当時の状況

かつての健診後の保健指導は、健診結果を通知しパンフレットなどを使用して一般的な情報提供をする保健指導や、高血圧、糖尿病等の病態別の保健指導だけしか行われていなかった。

③方法

健診受診者全員に対して、生活習慣改善の必要性の度合いに応じて、すなわち、検査データの程度や危険因子の数に基づいて階層化を行い、保健指導としては、「情報提供」のみ、個別面接を含んだ「動機づけ支援」又は3か月から6か月程度の支援プログラムの「積極的支援」のいずれかを行う。特定保健指導としては、このうち「動機づけ支援」又は「積極的支援」のいずれかを行う。

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

（参考）老人保健事業当時の状況

かつての地域保健では、老人保健事業として病態ごとの健康教育や健康相談において、集団及び個人に対する相談・指導が行われていたが、疾患の理解とその予防方法を指導する傾向が強かった。老人保健事業第4次計画からは個別健康教育が導入され、個人の行動変容を促す事業が開始されたが、この事業は「要指導」者のごく一部の対象者に実施されていたものであった。

また、職域保健では、産業医や保健師等による健康支援が行われ、個人の行動変容を促す取り組みが行われていたが、このような保健指導の実施は大企業などのごく一部の事業所に留まっていた。

（5）健診・保健指導の評価

アウトプット²（事業実施量）評価に加え、アウトカム³（結果）評価や

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

³ アウトカム：成果・評価。ここでは対象者の健康状態への効果、知識の普及、健康行動、保健医療サービス満足度等を指す。

プロセス⁴（過程）評価を含めた総合的な評価を行うことができる。このような評価により、健診・保健指導の事業全体を改善する仕組みづくりや健診・保健指導のデータとレセプトとの突合が可能になることから、健康課題を明確にした戦略的な取り組みを実施することができる。

（参考）老人保健事業当時の状況

健診結果は健康課題を分析するための重要な情報源であるが、かつて積極的な活用が十分にされず、保健事業の実施回数や参加人数によって評価されてきた。このため、健診や保健指導の成果や医療費に対する影響などのアウトカム（結果）評価ではなく、アウトプット（事業実施量）評価であったため、保健事業の改善につながりにくかった。

（6）実施体制

医療保険者は、特定健診・特定保健指導を含めた保健事業の質や量を確保する必要があるが、各医療保険者の規模や置かれている状況は様々であり、適切なアウトソーシングの活用も含め、それぞれにあった実施体制を構築し、取り組みを進めることが有効である。

市町村は国保部門・衛生部門・介護部門間の連携強化を図るとともに、医師会やアウトソーシング事業者、地域の住民組織や団体等と協働した体制づくりなどが考えられる。

職域では、事業所や医療保険者に所属する産業医や保健師等の専門職を中心とした体制の構築や、健診機関や適切なアウトソーシング事業者への委託などが考えられる。特に職域においては、事業主の協力により保健指導が受けやすくなるとともに、保健指導の効果が上がることが予想される。そこで医療保険者は保健指導の推進に当たって、積極的に事業者の協力を得ることが望まれる。

（参考）老人保健事業当時の状況

かつて地域保健では、老人保健法に基づき市町村の衛生部門が保健事業を実施しており、健診は都市部においては医療機関に委託されている場合が多いが、保健指導はほとんど市町村において、市町村保健師、管理栄養士等が関係者の協力を得て直接実施してきた。

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こなかったことから、実施体制は事業所間の格差が大きい状況であった。

⁴ プロセス：過程。ここでは保健医療従事者の活動（情報収集、問題分析、目標設定、事業の実施状況等）及び対象者の活動（サービス・事業に対する満足度、継続率、完遂等）を指す。

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

健診・保健指導の関係	かつての健診・保健指導
特徴	健診に付加した保健指導 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 リスクに基づき優先順位をつけ、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 糖尿病等の有病患者・予備群の25%減少 医療保険者
------------	--

第2章 健診・保健指導の進め方（流れ）

2-1 計画の作成

健診・保健指導計画作成のために、各種データ¹の分析を行い、集団の特性（地域や職場の特性）や健康課題を把握し、具体的な目標を定めた年次計画を策定し、毎年の健診・保健指導事業を実施する。

健診項目としては、集団の特性や健康課題に応じて健診検査項目を設定することとなるが、特定健診については基本的な健診の項目の実施が必須となっていることに留意する。また、保健指導についても、どのような者に優先すべきか、集団の特性や健康課題に応じて設定する。特定健診・特定保健指導においては、医療保険者はこうしたことを踏まえて各期の特定健診等実施計画を策定する必要がある。

また、健診未受診者等に対する支援方法についても、集団特性に合わせ、創意工夫をし、受診率向上のための具体策を計画の中に盛り込むことが重要である。

2-2 健診の実施と健診結果やその他必要な情報の提供（フィードバック）

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

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

各種検査値の測定に当たっては、検査の精度管理及び検体管理を適切に行う。

健診実施後は、全ての健診受診者に対し、すみやかに健診結果やその他必要な情報の提供（フィードバック）を行う。生活習慣病は自覚症状を伴うことなく進行することから、検査結果が示唆する自らの健康状態を全ての健診受診者が理解できるよう、通知の様式や通知方法を工夫してフィードバックを行うことが求められる。特に、専門的な治療を開始する必要がある者に対しては、その必要性を十分に理解できるよう支援した上で、確実に受診勧奨を行う。詳細は第2編第2章を参照されたい。

¹ 各種データ：男女別・年代別の健診結果、有所見状況、メタボリックシンドローム該当者・予備群数及びリスクの重複状況、対象となる被保険者数・被扶養者数及び過去の健診受診者数・未受診者数等の把握、医療費データ（レセプト等）、要介護度データ等。

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降圧薬等を服薬中の者²を除いた者である。

階層化された保健指導対象者に対し、個別に適切な保健指導を行う。この際、特定保健指導（「動機づけ支援」及び「積極的支援」）の対象とならない者に対しても、個々のリスク等の状況に応じ、必要な支援を行うことが重要である。

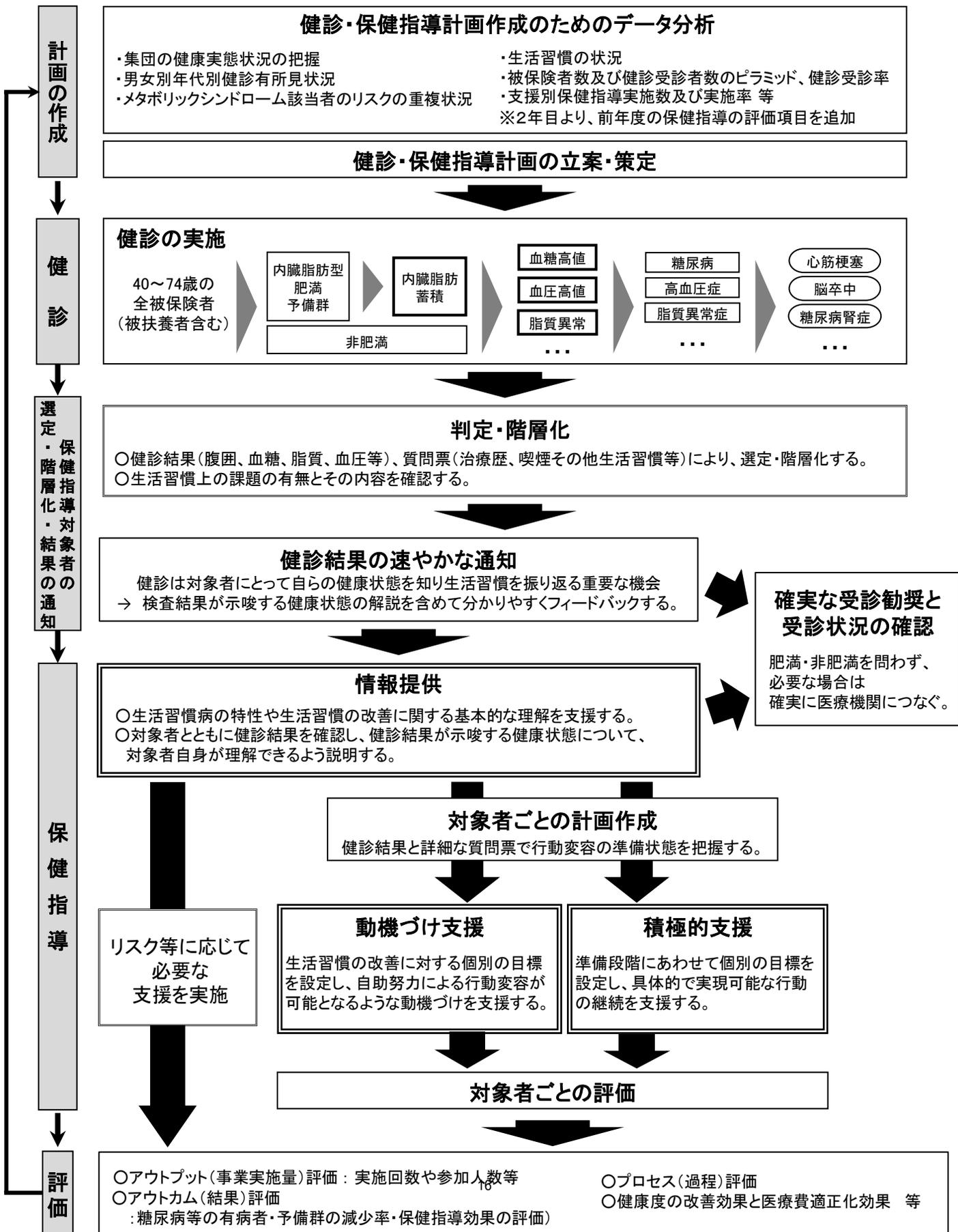
2-4 評価

健診・保健指導の結果やレセプトデータ等を用いて予め設定した評価指標・評価方法を基に、ストラクチャー³（構造）評価（実施体制、施設・設備の状況）、プロセス（過程）評価（健診・保健指導実施者の研修等）、アウトプット（事業実施量）評価（実施回数、参加人数等）、アウトカム（結果）評価（糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群の減少数、健診データの改善、健康度の改善効果、医療費の適正化効果等）を行い、次年度の健診・保健指導計画につなげることが必要である。

² 医師の指示のもとで服薬中の者を指す。

³ ストラクチャー：構造。ここでは健診・保健指導を実施する際の構成因子を指す。物的資源（施設、設備、資金等）、人的資源（職員数、職員の資質等）、組織的資源（スタッフ組織、相互検討の仕組み、償還制度等）等がある。

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 健診・保健指導事業に関わる者が有すべき資質

効果的・効率的な健診・保健指導事業を実施するために、医師、保健師、管理栄養士等や事務担当者を含めた当該事業に関わる者は、事業の企画・立案から事業の実施、評価に至るまでの一連のプロセスを行う能力が求められる。

また、保健指導の実施者は、対象者の身体の状態、背景、価値観等に配慮しつつ、行動変容に確実につながるような支援ができる能力を獲得する必要がある。

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¹等）、要介護度データ、地区活動等により知り得た対象者の情報などから、対象集団の特性（地域や職場の特性）を抽出し、対象集団の優先的な健康課題を設定できる能力²が求められる。

例えば、医療費データ（レセプト等）と健診データの突合分析から、その対象集団に比較的多い疾病の発症予防や重症化予防のために効果的・効率的な対策を考えることや、どのような疾病にどのくらい医療費を要しているか、より高額な医療費がかかる原因疾患は何か、それは予防可能な疾患なのか、また、介護保険データからは高齢期の要介護状態と生活習慣病との関連等を調べ、対策を考える能力が必要となる。

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

¹ レセプト分析をすることにより、糖尿病等の生活習慣病やその合併症である脳卒中や心筋梗塞、糖尿病腎症ほか糖尿病合併症などがいかに多いか、医療費がいかに多くかかっているか等を明らかにできる。それにより、医療費適正化のための疾病予防の重要性を認識し、的確な保健指導に結びつけることができる。

² 対象集団の検査データの傾向や生活習慣上の課題を把握することで、集団に関する目標達成に向けて何が解決すべき課題で、どこに優先的な予防介入が必要であるかという戦略を立てることが重要である。

(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、保健指導に関係する既存の社会資源を効率的に活用するとともに、健診等業務を受託する事業者等を含めた保健指導の連携・協力体制を構築する能力が求められる。

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。

具体的には、保健指導を委託する際には、委託する業務の目的、目標や範囲を明確にした上で、費用対効果が高く、結果の出る事業者を選択し、健診・保健指導の継続的な質の管理を行う能力が求められる。

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。

このため、事務担当者を含めた当該事業に関わる者は、アウトソーシング先の保健指導方法をしっかり把握し、適切に進行管理できるよう、一定の知識を身につけることが必要である。

また、委託後、適切に業務が行われているかモニタリング³し、想定外の問題がないか情報収集を行い、問題がある場合にはできるだけ早急に対応する能力も求められる。

³ モニタリング：変化を見逃さないよう、続けて測定、監視すること。

(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編で詳述しているのでここでは触れないが、保健指導の効果の評価ができ実行可能な評価計画を立て、その結果を分析して課題を明確にし、現行の健診・保健指導システムの改善について具体的に提案できる能力が求められる。

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自らが保健指導の方法や対象疾患の知識等について学習する環境づくりや事例検討の実施など、人材育成に取り組む能力も求められる。

(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。

3-2 健診・保健指導実施者が有すべき能力

保健指導は、医療保険者等に所属する医師、保健師、管理栄養士等が実施するのみではなく、アウトソーシング先の事業者も実施する。いずれも効果的な保健指導を実施することが求められるため、その所属を問わず、保健指導実施者として以下のような能力の習得が必要である。

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、蓄積された健診結果やレセプト等の集団のデータを分析・考察することを通じて常に研鑽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) 個人の生活と環境を総合的にアセスメントする能力

健診結果から対象者の身体状況と生活習慣の関連を判断し、対象者の年齢、性格、現在までの生活習慣、家庭環境、職場環境等の把握、行動変容の準備状態、健康に対する価値観などから、対象者の健康課題について、各学会ガイドライン等を踏まえ保健指導を立案し、総合的にアセスメントできる能力が必要である。そのためには、健診データを経年的に見て、データの異常値をメタボリックシンドロームや対象者の生活習慣と関連づけて考えられる能力が求められる。また、行動変容のステージ（準備状態）や健康に対する価値観を把握し、対象者の状態にあった保健指導方法を判断できる能力が求められる。

(4) 安全性を確保した対応を考えることができる能力

健診の検査結果、問診結果、健診時の医師の判断、レセプト等をもとに病態を適切に判断し、受診勧奨、保健指導その他の方策について適切に判断できる能力が求められる。

特に、検査結果が不良な対象者や整形外科的疾患等のある者については、保健指導対象者となった場合に身体活動や運動の強度等について考慮する必要があるため、健康づくりのための身体活動基準 2013 を参照するとともに、禁忌情報や留意事項を共有することで主治医と連携を図る等、適切に対応する。

また、精神疾患等で治療中であることが判明した場合には、対象者の了解を得た上で必要に応じて主治医に相談し、保健指導への参加の可否や、実際に保健指導を行う際の留意点等を確認すること等により、保健指導から脱落しないように努めることが望ましい。なお、主治医に相談する場合には、保健指導の目的や具体的な実施方法を記した書面を提示し、医師が参加の可否等を判断しやすいようにすることが望ましい。

(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、一方的に目標や方法を提示するのではなく、カウンセリング的要素を取り入れることが必要である。さらに、対象者のこれまでの日常生活を振り返り、行動変容できたことについてポジティブなとらえ方をするよう心がけ、それを言語化することで対象者が自己肯定感を持って生活習慣改善に取り組めるような関わりを行うことが望まれる。

②認知行動療法の手法⁴、コーチングの手法⁵等を取り入れた支援

対象者が長い年月をかけて形成してきた生活習慣を変えることは、容易なことではない。対象者の認識や価値観への働きかけを行うためには、認知行動療法やコーチング等に係る手法についても学習を行い、対象者や支援者に合った保健指導の方法を活用することが必要である。また、これらの手法の基礎となっている理論についても、一定の知識を得て継続的に研鑽を積む必要がある。

③個々の生活習慣の改善のための具体的な技術

栄養・食習慣や身体活動・運動習慣における課題、喫煙習慣・多量飲酒の習慣などについては、改善のための支援が必要である。そのためには、まず対象者の知識や関心に対応した適切な支援方法を判断し実践することや、対象者の学習への準備状態を判断し、適切な食教育教材や身体活動・運動教材を選択又は作成して用いることができる能力が必要であり、また、対象者の学習過程に応じた支援が求められる。

(6) 個々の生活習慣に関する専門知識をもち活用できる能力

科学的根拠に基づき、対象者にとって改善しやすい生活習慣の具体的内容とその目標を提案できる能力が必要である。その際には、対象者の置かれた環境を踏まえた支援の提案や、国や自治体の事業や計画に関して情報提供できる能力が必要である。

また、個々の生活習慣は互いに関連しているため、対象者が置かれた状況を総合的に判断し、生活習慣改善支援をバランス良く行うことが求められる。

①栄養・食習慣についての専門知識

対象者の栄養状態や習慣的な食物摂取状況をアセスメントし、健診結果と代謝、食事内容との関係を栄養学等の科学的根拠に基づき、対象者にわかりやすく説明できる能力が必要である。その上で、「日本人の食事摂取基準」「食生活指針」「食事バランスガイド」や食事療法の各種学会ガイドライン等の科学的根拠を踏まえ、エネルギーバランス（食事によるエネルギー摂取量と身体活動・運動による消費量）も考慮し、対象者にとって改善しやすい食行動の具体的内容を提案できる能力が必要である。その際には、対象者の食物の入手のしやすさや食に関する情報の入手のしやすさ、周囲の人々からのサポートの得られやすさなど、対象者の置かれた食環境の状況を踏まえた支援の提案や、国の健康日本 21（第二次）や自治体の健康増進

⁴ 認知行動療法の手法：認知行動療法とは、人間の思考・行動・感情の関係性に焦点をあてて、思考・行動様式を修正し、症状や問題を解決していく治療法である。保健指導の場面でも、認知行動療法の諸技法を取り入れた支援を行うことにより、対象者が健康行動を身に付け、自律的に健康維持あるいは症状管理を行っていくこと（セルフコントロール）ができるように動機づけるとともに、生活改善につなげていくことが可能。

⁵ コーチングの手法：相手の本来持っている能力、強み、個性を引き出し、目標実現や問題解決するために自発的行動を促すコミュニケーション技術。

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、スポーツ医科学、体力測定・評価に関する基礎知識を踏まえ、身体活動・運動や運動習慣と生活習慣病発症との関連において科学的根拠を活用し、対象者に分かりやすく説明できる能力、さらに正しい身体活動・運動フォームや実施方法を実演する能力が必要である。

特に、身体活動・運動の量、強度、種類に関する知識や、誤った身体活動・運動の実施に伴う傷害に関する知識が求められるほか、対象者に応じた身体活動・運動の習慣を獲得するための工夫を提案できる能力が求められる。

さらに、対象者の身体活動・運動の量やそれに伴うエネルギー消費量の増加を適切に把握し、体力の水準を簡便に評価する方法を身につけ、健康づくりのための身体活動基準 2013 に基づく、個々人に応じた支援の提供や、国の健康日本 21（第二次）や自治体の健康増進計画に基づく身体活動・運動に関する目標について情報提供できる能力も必要である。また、①の栄養・食習慣についての専門知識と合わせて、対象者により良い支援を提案できる能力が必要である。

③たばこについての専門知識

喫煙は、動脈硬化の独立した危険因子である。喫煙すると、血糖の増加、血液中の中性脂肪やLDL コレステロールの増加、HDL コレステロールの減少等の検査異常がおこりやすい。喫煙とメタボリックシンドロームが重なると動脈硬化がさらに進んで、いずれも該当しない人と比べて、約 4～5 倍、脳梗塞や心筋梗塞にかかりやすくなる。喫煙によって年間 12-13 万人が死亡していると推定されており、この値は年間の全死亡者数の約 1 割に相当する。たばこによる健康被害は、国内外の多数の科学的知見により因果関係が確立しており、健診・保健指導の機会に禁煙支援を行う重要性は高い。

対象者の喫煙状況や禁煙の意志をアセスメントし、喫煙が健康に及ぼす影響、禁煙が健康にもたらす効果、禁煙方法等について、9 学会による禁煙ガイドライン（2010 年改訂版）等の科学的根拠に基づき、対象者の特性に合わせて分かりやすく説明し、禁煙を支援できる能力が必要である。喫煙が健康に及ぼす影響については、喫煙が独立した循環器疾患や糖尿病のリスク因子であるとともに、メタボリックシンドロームやその他の生活習慣病に喫煙が重なると虚血性心疾患や脳血管疾患のリスクが著しく高まることを説明する必要がある。なお、厚生労働省では平成 18 年 5 月に禁煙支援マニュアルを公表しており、平成 25 年にはその改訂版が公表されるので参照されたい。また、第 3 編第 3 章 3-4（4）⑦や第 3 編別添資料も参照されたい。

④アルコールについての専門知識

健康日本 21（第二次）では、生活習慣病のリスクを高める飲酒量を「純アルコール摂取量で男性 40g/日以上、女性 20g/日以上」と定義した。これは、がん、高血圧、脳出血、脂質異常症等のリスクが1日平均飲酒量とともにほぼ直線的に上昇すること、また、全死亡、脳梗塞及び虚血性心疾患についても概ねこの飲酒量を超えるとリスクが上昇することによる[※]。したがって、生活習慣病予防のアプローチとして減酒支援は重要である。また、純アルコール 1g は 7kcal に相当し、体重コントロールの観点からも、減酒支援は栄養・運動指導を補完する新たな切り口となり得る。さらに、保健指導は、アルコール依存症患者が見出された場合に、専門医療機関での治療につなげる貴重な機会となり得る。

これらを踏まえ、保健指導実施者は、アルコールによる身体的・精神的及び社会的な影響に関する知識を持ち、対象者が抱える困難に共感しつつ、問題点を分かりやすく説明し、行動変容へと結びつける姿勢が求められる。具体的な支援方法は、第3編第3章3-4（4）⑧や第3編別添2を参照されたい。

※ 例えば、男性で週 450g 以上の純アルコール(日本酒換算で 1 日平均 3 合程度)を摂取する者の全脳血管性障害(脳出血+脳梗塞)の罹患率は、機会飲酒者の約 1.6 倍に上昇する。

【出典】 Iso H et al. Alcohol consumption and risk of stroke among middle-aged men. Stroke. 2004.

(7) 学習教材を開発する能力

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

具体的には、本プログラムを活用しつつ、他機関の教材に関する情報、実際に特定健診・特定保健指導を実施した対象者の具体的事例に基づく事例検討会などをもとに検討し、地域の実情に応じて保健指導の学習教材等を工夫、作成する能力が求められている。

(8) 活用可能な社会資源に関する情報収集を行う能力

平成24年7月に改正された地域保健対策の推進に関する基本的な指針において、いわゆるソーシャル・キャピタル⁶の健康づくり等における重要性が示された。対象者の行動変容を支援する際にも、個別の保健指導だけでなく、健康教室のような集団での教育や、身近な健康増進施設、地域の自主グループ等の社会資源の活用を組み合わせることで、より効果が上がることが期待される。そのため、日頃から、活用可能な社会資源の種類や、活用のための条件等について十分な情報収集を行い、地域・職域の資源を効果的に活用した支援ができる能力が必要である。

⁶ ソーシャル・キャピタル…地域に根ざした信頼や社会規範、ネットワークといった社会関係資本。「人と人との絆」、「人と人との支え合い」に潜在する価値を意味している。