

令和5年3月7日	資料2-1
第2回 標準的な健診・保健指導プログラム改訂に関する ワーキング・グループ	

標準的な健診・保健指導 プログラム (令和6年度版)

令和6年4月
厚生労働省 健康局

目次

標準的な健診・保健指導プログラム.....	1
第1編 標準的な健診・保健指導プログラムの考え方.....	2
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.....	2
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.....	2
1-2 特定健診・特定保健指導制度とは.....	6
1-3 標準的な健診・保健指導プログラムの位置づけ.....	8
1-4 健診・保健指導の基本的な考え方.....	9
1-5 健診・保健指導の外部委託.....	15
第2章 健診・保健指導の進め方（流れ）.....	18
2-1 年次計画の作成.....	18
2-2 健診の実施と健診結果やそのほか必要な情報の提供（フィードバック）.....	19
2-3 保健指導対象者の選定・階層化と保健指導.....	20
2-4 評価.....	20
第3章 健診・保健指導事業に関わる者に求められる能力.....	22
3-1 事業のマネジメントを担う者に求められる能力.....	22
3-2 健診・保健指導実施者に求められる能力.....	25
別紙1-1.....	30
別紙1-2.....	31
第2編 健診.....	33
第1章 メタボリックシンドロームに着目する意義.....	33
第2章 健診の内容.....	34
2-1 健診項目（検査項目及び質問項目）.....	34
2-2 健診結果やそのほか必要な情報の提供（フィードバック）について.....	38
第3章 保健指導対象者の選定と階層化.....	42
第4章 健診における各機関の役割.....	46
第5章 健診データ等の電子化.....	52
5-1 健診データ提出の電子的標準様式.....	52
5-2 健診項目の標準コードの設定.....	53
5-3 健診機関・保健指導機関コードの設定.....	54
5-4 健診結果の保存と活用について.....	55
第6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.....	57
6-1 高齢者に対する健診・保健指導.....	57
6-2 40歳未満の者に対する健診・保健指導.....	60

別紙1	61
別紙2	63
別紙3	65
別紙4	112
別紙5	116
別添資料	118
別紙6	163
別紙7-1	173
別紙7-2	185
別紙7-3	195
第3編 保健指導	198
第1章 保健指導の基本的考え方	198
第2章 保健事業（保健指導）計画の作成	206
2-1 保健事業（保健指導）計画作成の進め方	206
2-2 保健事業（保健指導）計画作成にあたっての現状分析と分析結果の整理	208
2-3 保健事業（保健指導）の目標設定	215
2-4 保健事業（保健指導）計画の作成	220
第3章 保健指導の実施	222
3-1 基本的事項	222
様式1	235
3-3 ICTを活用した保健指導とその留意事項	236
3-4 保健指導の未実施者及び中断者への支援	243
3-5 「無関心期」、「関心期」にある対象者への支援	244
3-6 2回目以降の対象者への支援	245
3-7 特定保健指導における情報提供・保健指導の実施内容	246
様式2	286
3-8 特定保健指導の対象とならない非肥満の脳・心血管疾患危険因子保有者に対する生活習慣の改善指導	289
3-9 宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラム	292
第4章 保健指導の評価	294
第5章 地域・職域における保健指導	302
5-1 地域保健と職域保健の保健指導の特徴	302
5-2 地域・職域連携による効果	306
第4編 体制・基盤整備、総合評価	310
第1章 人材育成体制の整備	310
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	313

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...	316
3-1 健診・保健指導の実施・評価のための指標・項目	316
3-2 保険者における健診・保健指導の実施・評価.....	319
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	323
3-4 個人情報の保護とデータの利用に関する方針.....	324
別紙1	326
別紙2	327
添付資料.....	328
メタボリックシンドロームの定義と診断基準	328
各学会のガイドライン等 参照URL	344
健診・保健指導の研修ガイドライン	345

第1編 標準的な健診・保健指導 プログラムの考え方

第1編 標準的な健診・保健指導プログラムの考え方

第1章 生活習慣病対策のための標準的な健診・保健指導の方向性

1-1 特定健診・特定保健指導の導入の経緯と生活習慣病対策の今後の方向性

(1) 国民健康づくり運動の流れ

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

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

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

(2) 生活習慣病対策への提言

「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 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会）において、

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

等が生活習慣病対策を推進していく上での課題として挙げられた。このような課題を解決するためには新たな視点で生活習慣病対策を充実・強化することが必要であるとの考え方が共有され、平成20年4月より特定健康診査・特定保健指導（以下「特定健診・特定保健指導」という。）が導入された。

（3）健康日本21から健康日本21（第二次）への展開

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

最終評価の結果を反映し、平成25年4月から健康日本21（第二次）を開始することとなり、健康寿命の延伸や健康格差の縮小をはじめ、生活習慣、社会環境の改善等に関し、計53項目にわたる具体的な目標項目が設定された。これをもとに、平成34年度までの10年の期間で、地方公共団体をはじめ、関係団体や企業等と連携しながら、取組を進めている。

図1に示す通り、特定健診・特定保健指導の実施率の向上を図りつつ、分析に基づく取組を実施していくことは、健康日本21（第二次）を着実に推進し、ひいては社会保障制度を持続可能なものとするために重要である。特に、データの分析を行うことで、個人や各地域・職域において、解決すべき課題や取組が明確となり、それぞれにメリットが生じる。得られたメリットを活かし、医療機関への未受診者に対する受診勧奨等を行うことで、健康格差の縮小（高血圧の改善、糖尿病有病者の増加の抑制や脂質異常症の減少、さらに虚血性心疾患・脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少、糖尿病性腎症による新規透析導入患者数の減少等）に結びつけていくことも可能となる。なお、特に関連する目標項目を表1に示す。

☒ 1

表1

1-2 特定健診・特定保健指導とは

(1) 高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健診・特定保健指導

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

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

本プログラムは6年(第1期及び第2期は5年)毎に見直し、実施状況や課題を踏まえた改訂を加えてきた。平成25年度の改定では特定保健指導に係るポイント制の要件緩和等の運用見直し等、平成30年度の改定では検査項目に「血清クレアチニン検査」を追加等の運用見直しや特定保健指導のモデル実施の導入等がなされた。今回は令和6年度からの第4期に向けて本プログラムを改訂するものである。

なお、健康日本21(第二次)における生活習慣に起因する疾病としては主としてがん、循環器疾患、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患であるが、本プログラムにおいては、食生活・身体活動・喫煙等に関する不適切な生活習慣が引き金となり、肥満、血糖高値、血圧高値、脂質異常、動脈硬化症に起因する虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等とした。さらに、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としている。

(2) 健康増進法等に基づく健診・保健指導と特定健診・特定保健指導との関係

成人の健康の維持向上・回復を目的とした保健指導(栄養指導を含む。以下同じ。)は、医師法(昭和22年法律第201号)、歯科医師法(昭和23年法律第202号)、保健師助産師看護師法(昭和23年法律第203号)、栄養士法(昭和22年法律第245号)、高確法、健康増進法(平成14年法律第103号)、労働安全衛生法(昭和47年法律第57号)、健康保険法(大正11年法律第70号)、学校保健安全法(昭和33年法律第56号)等にその法律上の根拠を有する。また、健康増進事業実施者は、健康教育、健康相談のほか国民の

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

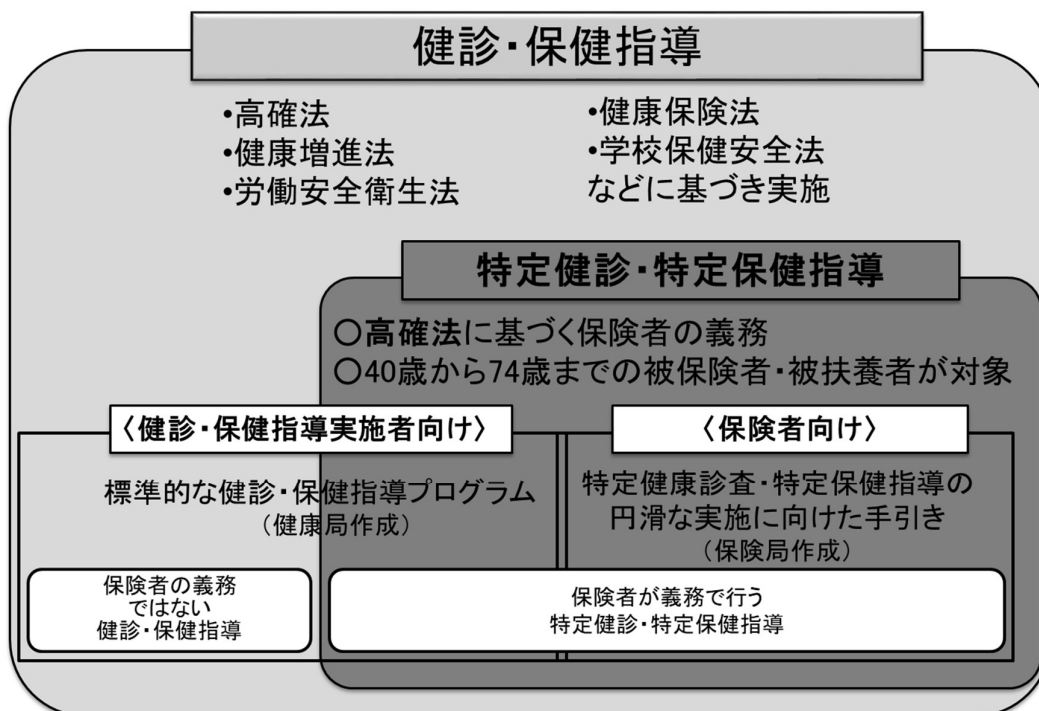
特定健診・特定保健指導は、こうした保健事業のうち、高確法に基づき保険者の義務を明確にしたものであるということに留意されたい。

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

なお、健診・保健指導と特定健診・特定保健指導の関係について図2に示す。

図2

健診・保健指導と特定健診・特定保健指導の関係



1-3 標準的な健診・保健指導プログラムの位置づけ

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

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

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

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

1-4 健診・保健指導の基本的な考え方

(1) 生活習慣病の予防に関する重点の変化

かつて、市町村で実施されていた老人保健事業は、「健康教育」、「健康相談」が主として一次予防、「健康診査」が主として二次予防、「機能訓練」、「訪問指導」が主として三次予防としての役割を担い、それらの連携を促す「健康手帳」の交付が行われ、予防活動の体系化の推進が行われていた。

生活習慣病予備群に対する生活習慣への介入効果についての科学的根拠が国際的に蓄積され、我が国においても国保ヘルスアップ事業をはじめとして生活習慣病予備群に対する効果的な介入プログラムが開発されてきた。さらに、日本内科学会等の内科系8学会合同でメタボリックシンドロームの診断基準が示され、内臓脂肪の蓄積に着目した保健指導の重要性が明確化された。こうした状況を踏まえ、現在の健診・保健指導は、内臓脂肪の蓄積に着目した上で、生活習慣病の危険因子の数に応じて階層化された保健指導対象者に対し、個々の生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を重視するものとなっている。

なお、内臓脂肪の蓄積に着目した保健指導を行うのは、生活習慣病予防に効果的・効率的であるとの知見があるためであるが、こうした保健指導の考え方によって非肥満者に対する保健指導の重要性が低下するわけではないことに留意されたい。

（２）健診・保健指導の目的

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

健診・保健指導の実施にあたっては、対象者個人のリスクを分析し、対象者に応じて効果的・効率的に実施する。

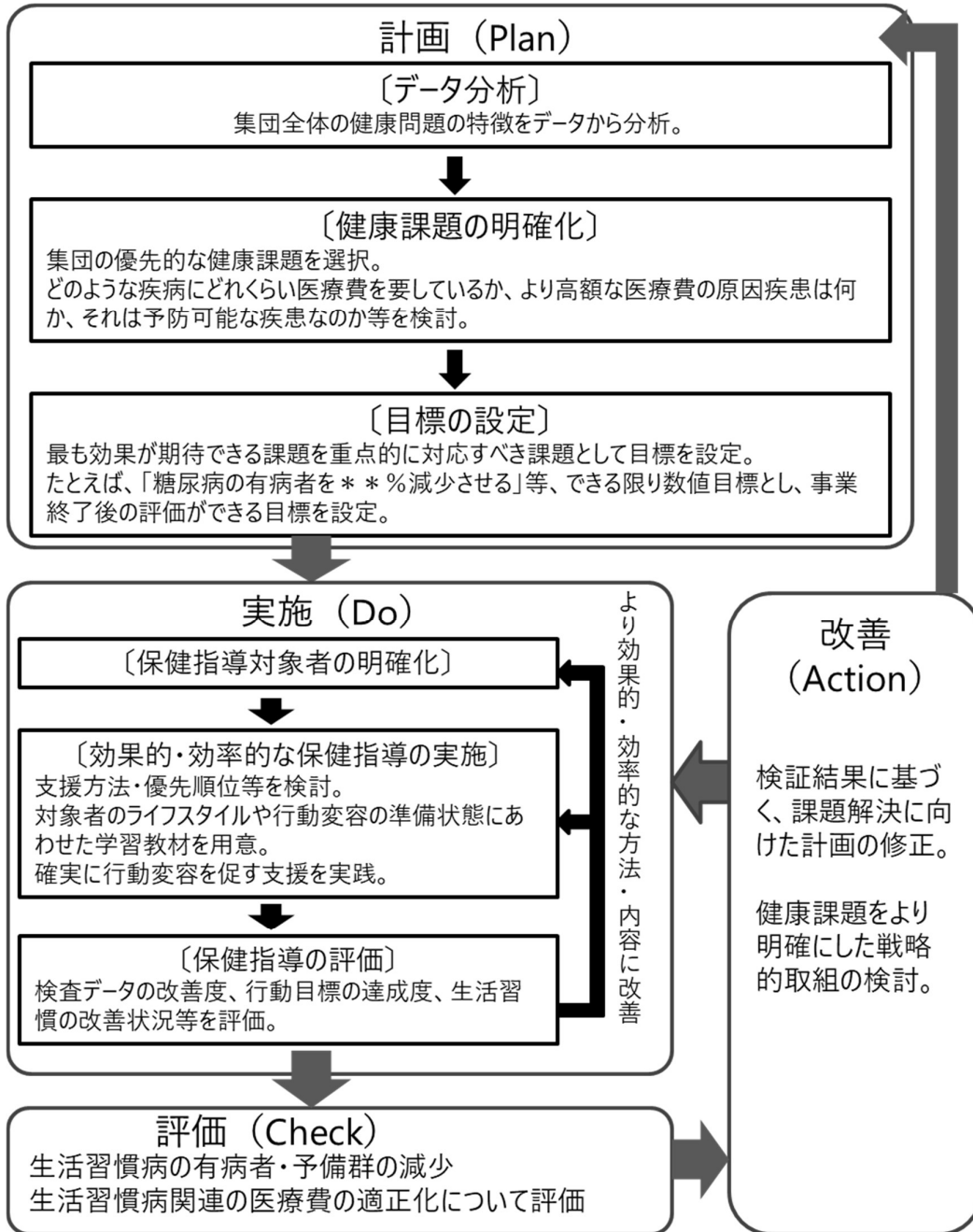
また、生活習慣病の有病者や予備群の減少を目的として、健診データをはじめ、レセプト^bデータや介護保険データ、そのほか統計資料等に基づいて健康課題を分析し、対象となる集団全体においてどのような生活習慣病対策に焦点をあてるかということ、及びその中で優先すべき健康課題を明確化しながらPDCA（計画（Plan）⇒実施（Do）⇒評価（Check）⇒改善（Action））サイクル（図3に示す）を意識した保健事業を展開していくことが必要である。レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）には、レセプト情報及び特定健診・特定保健指導情報が収集されており、分析等に利用可能である。

第4期からは個人の受診者の行動変容につながり、成果が出たことを評価する方針に沿い、特定保健指導の評価方法にアウトカム評価が導入された。こうした特定保健指導の実施率を向上させていくことで、成果を重視した保健指導をより多くの者が享受できるようにしていくべきである。

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

図 3

保健事業（健診・保健指導）のPDCA サイクル



(3) 健診

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

健診では、適切な条件で所定の検査を実施した上で、健診結果を速やかに対象者に通知する。その際、対象者自身が生活習慣等の問題点を発見し、意識化することで、生活習慣の改善や早期の医療機関への受診等の行動変容に効果的につながるということが重要である。そのためには、健診結果の経年変化やどのような疾患のリスクが高まるのかを分かりやすく表記し、生活習慣の具体的な改善方法を解説する等、対象者本人に対して健診結果やそのほか必要な情報の提供（フィードバック）を工夫して行うことが求められる。

また、健診の結果、医療機関において専門的な治療を速やかに開始すべき者が見いだされる場合がある。そうした場合には特に、対象者がその健診結果を十分に理解できるよう支援し、確実な医療機関への受診勧奨を行うと共に、実際に受診に至ったかどうかの確認を行うことも必要である。

詳細は第2編第2章を参照されたい。

(4) 情報提供・保健指導

① 対象者

健診受診者全員に対して情報提供を行うほか、健診結果から生活習慣病のリスクに応じて階層化し、必要な保健指導を行う。具体的には、腹囲等を第一基準として、血圧・脂質・血糖・喫煙のリスクが重複している者を保健指導の対象とし、特定保健指導として「動機付け支援」、「積極的支援」を行う。服薬中の者については、保険者が保健指導を行うことは義務ではないが、きめ細かな生活習慣改善支援の観点からや、医療機関と連携した上で保健指導を行うことが望ましい。

また、保険者は、自らが管理する健診・保健指導やレセプトデータ等の利活用により保健指導の実施状況や受診勧奨を行った者の治療継続状況を確認し、受診勧奨されたにも関わらず受診していなかったり、治療を中断していたりする者等を把握することができることから、これらのデータを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。

なお、過年度の健診結果を参照し、継続して状態が悪い場合も重点的な保健指導の対象となり得る。

② 内容

特定保健指導は、主にメタボリックシンドロームに着目し、対象者の個別性を重視して、生活習慣の改善に重点を置いた指導を行うものである。具体的には、保健指導が必要な者に対しては、医師、保健師、管理栄養士等[°]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だけでなく、生活習慣改善の必要性を理解した上で、代謝等のメカニズムと生活習慣（食生活や身体活動、喫煙習慣、飲酒習慣等）との関係性を理解し、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及び、セルフケアに結びつくように支援することが重要である。

③ 方法

情報提供は、個々の健診結果を理解し、生活習慣の振り返りとなるため、専門職による対面や通知等により健診受診者全員に対して行う。さらに、階層化の結果を踏まえ、特定保健指導として、「動機付け支援」又は「積極的支援」のいずれかを行う。

保健指導が終了した後も、対象者が健康的な生活習慣を維持し、更なる改善に取り組めるよう、社会資源の活用だけではなく、対象者に応じてアプリケーションソフトウェア（スマートフォンや Web ベースのものも含む。以下、アプリケーション等）等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。

なお、情報提供にあたっては、ICT（Information and Communication Technology :以下、ICT）の活用等も含めて多様な方法を用い、幅広い年齢層の対象者に確実に情報が届くよう努める必要がある。

[°] 平成35年度末まで、一定の実務経験がある看護師についても特定保健指導を行うことができる。「一定の実務経験」とは、平成20年4月現在において、1年以上、保険者が保健事業として実施する生活習慣病予防に関する相談及び教育の業務又は事業主が労働者に対して実施する生活習慣病予防に関する相談及び教育の業務に従事した経験を指す。

（５）健診・保健指導の評価

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

（６）実施体制

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

市町村は国保部門・衛生部門・介護保険部門間の連携強化を図ると共に、医師会や委託事業者、地域の住民組織や団体等と協働した体制づくり等が考えられる。

職域では、産業医や保健師等の専門職を中心とした体制の構築や、健診機関や適切な事業者への委託等が考えられる。

特に職域においては、事業主の協力により労働安全衛生法に基づき事業者が行う健康診断の結果データの受領や保健指導が実施しやすくなると共に、対象者が生活改善に取り組みやすい職場の環境づくりが整備され、保健指導の効果が上がることが期待される。したがって、健診や保健指導の推進に当たって、保険者は積極的に事業者の協力を得ることが望まれる。

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

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

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

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

1-5 健診・保健指導の外部委託

① 外部委託の考え方

保険者は、健診・保健指導の計画の企画・立案、事業の進行管理、評価までを主体的に行う。その一つの方法として、外部委託を活用し、利用者の利便性やニーズに配慮した健診や保健指導を実施する（たとえば、土曜日・日曜日・祝日・夜間の実施）ことで、健診や保健指導の実施率向上を図ることが期待される。特に、保健指導においては ICT の活用等や実施方法の工夫を行うことにより、実施率・効果を高めることが求められる。一方で、精度管理や評価が適切に行われない等、健診や保健指導の質が考慮されないことも懸念されるため、適切な委託基準を仕様書に盛り込む等、委託先における健診や保健指導の質を確保すると共に、保険者による定期的な評価を行うことが重要である。

② 外部委託先の選定と評価

健診や保健指導の実施を事業者へ委託する場合には、委託基準に基づき、健診や保健指導の実施機関を選定していくことが必要となる。

なお、健診・保健指導の事業の企画及び評価については、外部委託する場合であっても、事業の実施主体である保険者が行う必要がある。以下③、④にもあるとおり、外部委託する業務の範囲については留意すること。

③ 具体的な基準

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

④ 外部委託する際の留意事項

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

また、保険者は事業所や健康診査対象者、保健指導対象者に対して特定保健指導の必要性を十分に説明することや、保険者と事業所のやりとりが円滑に進むよう配慮することが求められる。また、保健師・管理栄養士等の専門職の活用についても留意することが望ましい。

以下に具体的な留意事項を示す。

- 委託する業務の目的の明確化

業務を委託する前に、健診・保健指導業務全体の目的、理念を明確にし、実施体制を考え、その中からどのような業務を委託するかを決めていく。その上で、委託する業務について委託先の事業者理念・目的を明確に伝えることが重要である。

○ 委託した業務の質の確保

委託契約期間中には、健診・保健指導が適切に実施されているかについて確認を行うことが重要である。

健診の委託に際しては、委託された事業者は、健診の実施機関ごとに測定値及びその判定等が異ならないよう、健診の精度管理を適切に行う必要がある。なお、巡回型・移動型で健診を行う場合も、事業者の施設で行う基準と同じとする必要がある。

また、保健指導の委託に際しては、保健指導の質を確保するため、①事業者の選定に際して保健指導の質を確認する、②保健指導業務の終了後に評価を行うことが必要である。さらに、定期的（月ごとあるいは、委託期間の中間時）に評価し、必要に応じて委託事業者と共に利用率だけでなく対象者支援の好事例の共有や困難事例の支援に関する改善策等を検討することが望ましい。

①については、定期的な研修の実施や外部研修の利用を積極的に促すといった機会の提供がどの程度されているか等も含め、保健指導実施者の保健指導技術の程度を保険者に所属する保健師等専門職の帯同などで確認する。②については、対象者の生活習慣の改善度や保健指導の効果等から、それらが不十分と考えられる場合には事業者に対して保健指導の質の改善を促し、その後も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。実際に実施したかの確認を含め、保健指導を行った対象者のうち一部を無作為に抽出して調査をする等も検討する。

保険者と保健指導の委託先との間で適切に特定保健指導対象者の情報が共有され、一連の特定保健指導（行動計画を適切に作成し、行動計画に基づく一貫した特定保健指導を提供し、実績評価を行うこと）が滞りなく行われることが必要である。

保険者が、医療機関、開業保健師等を含む中小規模または個人事業主へ外部委託をする場合も、基本的に同様の質の担保を行う。

なお、健診・保健指導どちらについても、各都道府県に設置されている保険者協議会等を活用して、事業者の資質に関する情報交換等を行い、保険者の目を通した評価を行うことが重要である。

○ 健診・保健指導機関との連携の必要性

健診と保健指導機関の委託先が異なる状況もあるため、健診から保健指導へスムーズな連携が行えるような配慮することが重要である。

また、健診や保健指導を外部委託した場合であっても、その業務は生活習慣病対策の一部であり、ポピュレーションアプローチを含めた対策全体といかに連携させていくかが重要である。保険者には、常に生活習慣病対策全体を視野に入れて、事業の運営に当たることが求められる。その際、保健指導の経過で得られた課題やポピュレーションアプローチとして対処すべき事項について、委託事業者からのフィードバックを得ることが望ましい。

○ 保険者に所属する専門職の保健指導技術の向上

保険者に所属する保健師、管理栄養士等の役割は、外部委託を含めた保健指導プログラムの企画や実施機関間の調整、そして委託した事業者の保健指導の質を評価することである。これらの業務を行うためには、自らの保健指導に関する技術を向上させることが前提であり、外部委託した場合であっても、保険者に所属する保健師、管理栄養士等が、保健指導業務に直接従事する、または従事できる体制を整備しておくことが必要である。

○ 外部委託する場合の個人情報の取扱い

保険者は、健診・保健指導で得られる医療・健康情報の取扱いの全部又は一部を外部委託する場合においても、第4編第3章に規定している通り、「個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）」及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス（平成29年4月14日個人情報保護委員会 厚生労働省）」等を踏まえた対応を行うことが必要である。

第2章 健診・保健指導の進め方（流れ）

2-1 年次計画の作成

データヘルス計画に照らし合わせ、健診・保健指導計画作成のために、各種データ^hの分析を行い、集団の特性（地域や職域の特性）や健康課題を把握し、具体的な目標を定めた年次計画を策定する。

健診項目としては、集団の特性や健康課題に応じて項目を設定することとなるが、特定健診については基本的な項目の実施が必須となっていることに留意する。特定保健指導の対象とならない受診勧奨判定値を超えるレベルの受診者に対する対応についても、計画に盛り込むことが望ましい。また、保健指導についても、生活習慣病予防・重症化予防等の観点からどのような者を優先して実施すべきか、集団の特性や健康課題に応じて設定する。特定健診・特定保健指導においては、保険者は上記を踏まえて各期の特定健診等実施計画を策定する必要がある。

また、健診未受診者、保健指導の未利用者等に対する支援方法についても、集団特性に合わせ、ナッジⁱ等を活用しながら創意工夫をし、受診率向上のための具体策（実施方法、案内方法の工夫、評価など）を計画の中に盛り込むことが重要である。

受診率向上や保健指導の実施に関する計画の策定には、関係する事業者や職能団体等への連携についても検討すること。また、全体の計画策定には公衆衛生の専門家や保健師等の専門職の意見も参考にしつつ、具体策を検討することが望ましい。

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

ⁱ ナッジ（nudge：そっと後押しする）：行動科学の知見の活用により、人々が自分自身にとってより良い選択を自発的に取れるように手助けする手法。人々が選択し、意思を決定する際の環境をデザインし、それにより行動をデザインするものであり、選択の自由を残しつつ、費用対効果が高いことを特徴とする。

2-2 健診の実施と健診結果やそのほか必要な情報の提供（フィードバック）

健診対象者に対して、健診の受診を促す。情報を最小限として何をすればよいのかシンプルにした受診勧奨用紙など、ナッジ等を活用し工夫をする。その際、望ましい条件下（空腹時採血等）で健診を受診するよう、事前の情報提供を行う。また、社会のデジタル化を踏まえ、ICT を活用した情報提供の方法等も検討する。

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。随時採血の結果を用いる場合にも、適切な条件になっているか、判定が適切に実施されているのかについて留意する必要がある。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ほか必要な情報の提供（フィードバック）を行う。生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行することから、検査結果が示唆する健康状態の解説を含めて、分かりやすくフィードバックするために、結果の通知様式やその方法について工夫することが求められる。その際、個人によっては体質や生活環境の影響もうけていることから、生活習慣が悪いから病気になったという先入観・偏見を持たないこと、配慮に欠けた言語表現を用いないなど、適切な対応が求められる。受診勧奨判定値を超える検査値を有する者に対しては、医療機関を受診する必要性を通知し、受診勧奨を行う。その際、社会のデジタル化を踏まえ、ICT を活用した情報提供の方法等も検討する。また、特に、専門的な治療を開始する必要がある者に対しては、その必要性を十分に理解できるよう支援した上で、確実に受診勧奨を行う。詳細は第2編第2章を参照されたい。

2-3 保健指導対象者の選定・階層化と保健指導

生活習慣病の危険因子の数等、科学的根拠に基づいて保健指導対象者の階層化を行い、個別に適切な保健指導を実施する。その際、特定保健指導（「動機付け支援」及び「積極的支援」）の対象とならない者に対しても、個々のリスク等の状況に応じ、必要な情報提供や保健指導を行うことが重要である。とくに「すぐに医療機関を受診する必要がある者」に対し、確実に対応することが必要である。

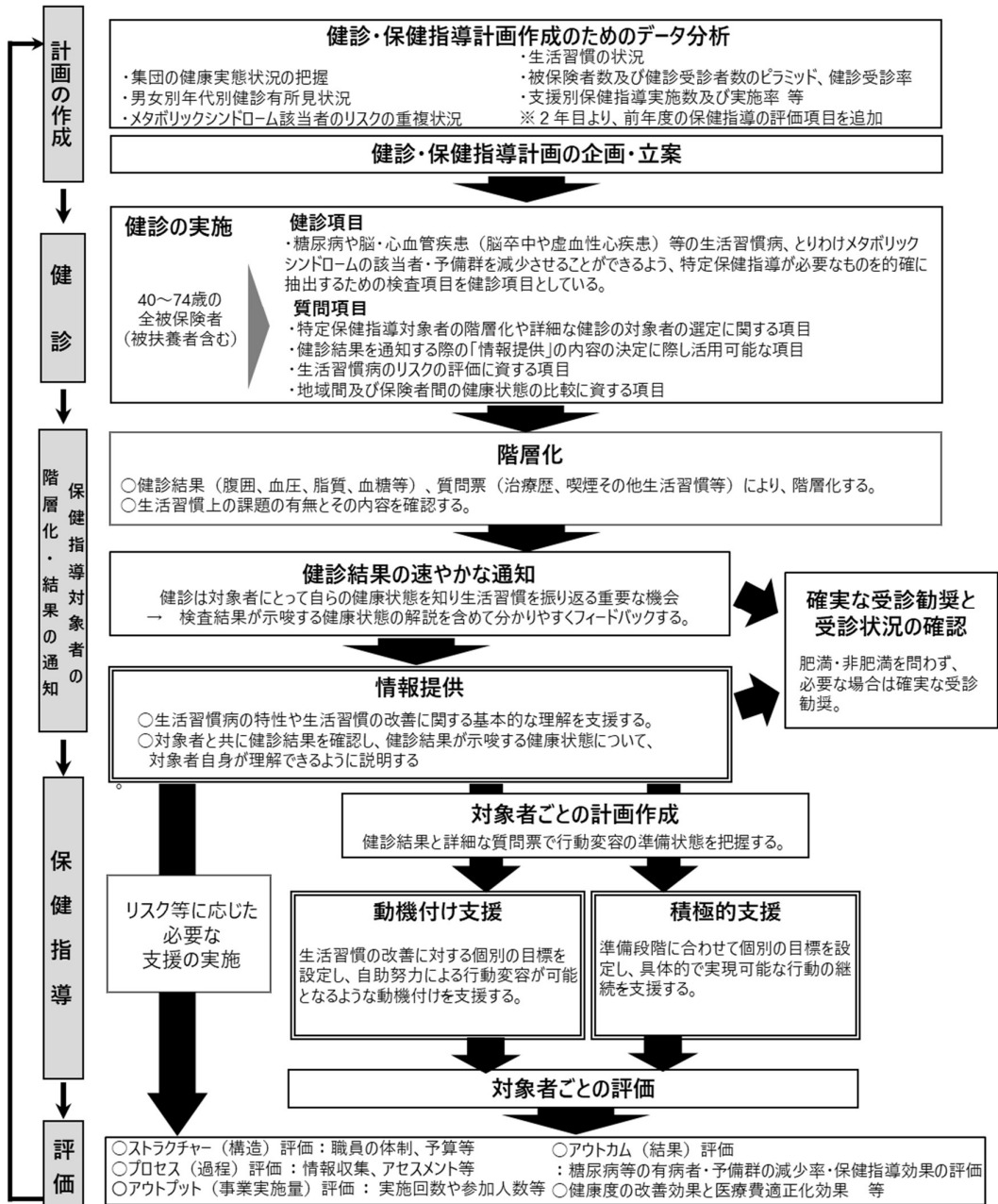
2-4 評価

健診・保健指導の結果やレセプトデータ等を用いて予め設定した評価指標・評価方法を基に、ストラクチャー評価、プロセス評価、アウトプット評価、アウトカム評価を含めた総合的な評価を行い、次年度の健診・保健指導計画の見直しにつなげることが必要である。詳細は〇〇を参照されたい。

以上、生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ（イメージ）を、図4にまとめた。

図4

生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ（イメージ）



第3章 健診・保健指導事業に関わる者に求められる能力

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

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

3-1 事業のマネジメントを担う者に求められる能力

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

(1) データを分析し、優先課題を見極める能力

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

たとえば、データヘルス計画における分析から、その対象集団に比較的多い疾病の発症予防や重症化予防のために効果的・効率的な対策を考えることや、どのような疾病にどのくらい医療費を要しているか、より高額な医療費がかかる原因疾患は何か、それは予防可能な疾患なのか、また、市町村においては、国保データベース（KDB）を活用して分析、対象者の抽出ができる能力が求められる。

データの分析や仮説の検証、その結果に基づいた目標設定と設定した目標の妥当性の検討等については、専門機関や専門家に照会することも考えられる。

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

(2) 健診・保健指導の企画・調整能力

積極的支援の対象者が多い場合は、より一層効率的に健診・保健指導を実施し、生活習慣病の有病者や予備群を減少させることが求められる。

また、健診受診率や保健指導実施率向上のための効果的な方策の企画能力も求められる。たとえば、ナッジ等を活用して、受診勧奨や教室開催等の通知を工夫することや、保健指導を対象者の興味・関心を引くテーマと結び付けて行うこと等の工夫が考えられる。なお、ナッジを使う上では、ナッジを受けた人が納得できなかったり不快に感じたりしないように配慮が重要であるため、適切な設計・使用が求められる。

医療機関へ受診勧奨した者が確実に医療機関を受診したかどうかの確認を行う体制を含め、効果的に健診・保健指導を行う体制を整備することが必要である。そのためには、保健指導に関係する既存の社会資源を効率的に活用すると共に、健診等業務を受託する事業者等を含めた保健指導の連携・協力体制を構築する能力が求められる。

また、個人に着目した保健指導を行うのみでなく、地域・職域にある様々な保健活動や関連するサービスと有機的に連動させた保健指導体制を構築することが求められる。そのため、地域・職域連携推進協議会や保険者協議会を活用し、保険者・関係機関・行政・NPO等との密接な連携を図り、協力体制をつくることや、地域に必要な社会資源を開発する等、多くの関係者間の調整できる能力が求められる。

(3) 健診・保健指導の委託に関する能力

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

具体的には、保健指導を委託する際には、委託する業務の目的、目標や範囲を明確にした上で、費用対効果が高く、健診当日に保健指導を実施できる等、効果的な保健指導が期待できる事業者を選択し、健診・保健指導の継続的な質の管理を行う能力が求められる。

また、保健指導の質を確保するためには、外部委託する業務の範囲を明確化した上で、適切な委託基準を仕様書に盛り込む等、適切な委託を行うための能力も必要である。

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

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

(4) 事業の事後評価を行う能力

健診・保健指導の成果をあげるために、健診・保健指導の結果を基に、アウトカム（結果）評価等各種評価を行い、次年度の企画・立案につなげることができると求められる。

健診・保健指導の効果の実行可能な評価計画を立て、その結果を分析して課題を明確にし、現行の健診・保健指導システムの改善について具体的に提案できる能力が求められる。

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

(5) 健診・保健指導の質を確保できる能力

保健指導の質を保ち、効果的な保健指導が行われるよう、保健指導場面への立ち会いや対象者の満足度や成果が出ているか等、保健指導者の技能を評価する必要がある。また、保健指導の質の向上のために、保健指導実施者自らが保健指導の方法や対象疾患の知識等について学習する環境づくりや事例検討の実施等、人材育成に取り組む能力も求められる。

(6) 健診・保健指導プログラムを開発する能力

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

(7) ICT を管理する能力

遠隔面接および遠隔支援（以下「遠隔面接等」という。）の実施に必要な環境・体制を整備するとともに、実施状況を評価し改善する能力が求められる。遠隔面接等の実施に際しての留意点の詳細は、第3編3-3ならびに「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」を参照のこと。また、事業をマネジメントする者は、遠隔面接等の実施にあたって、個人情報の保護に十分配慮するとともに、「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）に準拠した情報管理など、個人情報保護に必要な措置を講じることが求められる。

3-2 健診・保健指導実施者に求められる能力

保健指導実施者として以下のような能力の習得が必要であり、個々の能力の習得を目的とした研修会等に積極的に参加することが望ましい。

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

(1) 健診結果と生活習慣の関連を説明でき行動変容に結びつけられる能力

食生活、身体活動、喫煙、飲酒等の生活習慣問題による代謝の変化（血糖高値、脂質異常等の変化で可逆的なもの）が血管の変化（動脈硬化等の不可逆的なもの）につながるという、発症や重症化のメカニズムを十分理解し、健診結果から現在の健康状態を把握した上で、対象者が納得できるよう説明する能力が求められる^k。こうした説明を分かりやすく行い、対象者が自らの健康状態を認識し行動変容につなげられるよう、最新の知識や技術を習得し、蓄積された健診結果やレセプト等の集団のデータを分析・考察することを通じて、常に研鑽を続ける能力が求められる^l。

^k たとえば高血糖状態等、糖尿病になる前の段階で早期に介入し、保健指導により行動変容につなげていくことで、疾病の発症予防を行うべきである。また、糖尿病になり合併症を発症した場合でも、医療機関と連携し、保健指導を継続することで更なる重症化予防の支援を行うべきである。予防段階での介入では、フィードバック文例集を活用するとともに、受診勧奨をした者が医療機関で経過観察になった場合などは、可能な限り経過観察と保健指導を継続し、状態が悪化した場合に速やかに医療機関に繋がることが望ましい。

^l 実際に重症化した人等の治療状況や生活習慣等を把握することにより、なぜ疾病の発症、重症化が予防できなかったのか考える必要がある。なぜ予防できなかったかを検証することにより、医療機関との連携や保健指導において対象者の行動変容を促す支援技術の向上につながる。

(2) 対象者との信頼関係を構築できる能力

保健指導においては、対象者が自らの健康問題に気づき、自分自身で解決方法を見出していく過程を支援することにより、対象者が自らの状態に向かい合い、それに対する考えや気持ちを表現することでセルフケア（自己管理）能力が強化されると考えられる。この過程の支援は、初回面接において対象者と保健指導実施者との信頼関係を構築することが基盤となることから、受容的な態度で対象者に接すること、またその後の支援においては、適度な距離を保ちつつ継続的に支援できる能力が求められる。

(3) 個人の生活と環境を総合的にアセスメント^mする能力

健診結果から対象者の身体状況と生活習慣の関連を判断し、対象者の年齢や性格、現在までの生活習慣、家庭環境、職場環境、行動変容のステージ（準備状態）、健康に対する価値観等から、対象者の健康課題について、総合的にアセスメントできる能力が求められる。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付けて考えられる能力が求められる。また、対象者の行動変容のステージや健康に対する価値観を把握し、対象者の状態にあった保健指導方針を判断できる能力が求められる。

(4) 安全性を確保した対応を考えることができる能力

健診の検査結果や問診結果、健診時の医師の判断、レセプト等を基に病態を適切に判断し、医療機関への受診勧奨、保健指導そのほかの対応について適切に判断できる能力が求められる。

特に、検査結果で異常値が認められた対象者や整形外科的疾患等のある者については、保健指導対象者となった場合に身体活動や運動の強度等について考慮する必要があるため、「健康づくりのための身体活動基準2013（平成25年3月運動基準・運動指針の改定に関する検討会）」、「健康づくりのための身体活動指針（アクティブガイド）」を参照すると共に、禁忌情報や留意事項を共有することでかかりつけ医と連携を図る等、適切に対応する。

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

^m アセスメント：対象者の身体状況、健康に関する意識、生活習慣、家庭や仕事等の社会的背景等について情報を収集し、生活習慣を改善する上での課題や改善に役立つ情報等を評価・査定すること。情報やデータの収集、分析、判断のプロセスが含まれる。

(5) 健康行動に関する手法や理論を保健指導に適用する能力

① カウンセリング^㉑的要素を取り入れた支援

セルフケアでは、対象者自身が行動目標や目標達成のための方法を決めることが前提となる。したがって、一方的に目標や方法を提示するのではなく、カウンセリング的要素を取り入れることが必要である。さらに、対象者のこれまでの日常生活を振り返り、行動変容できたことについて前向きなとらえ方をするよう心がけ、それを言語化することで対象者が自己肯定感を持って生活習慣改善に取組めるような関わりを行うことが望まれる。

② 認知行動療法^㉒の手法^㉓、コーチング^㉔の手法^㉕、ティーチング^㉖の手法^㉗、健康行動理論^㉘等を取り入れた支援

対象者が長い年月をかけて形成してきた生活習慣を変えることは、容易なことではない。対象者の認識や価値観への働きかけを行うためには、保健指導実施者は、認知行動療法やコーチング、ティーチング、健康行動理論等に係る手法についても学習し、対象者に合った保健指導の方法やポピュレーションアプローチを活用する能力が求められる。また、これらの手法の基礎となっている理論についても、一定の知識を得た上で継続的に研鑽を積む必要がある。

③ 個々の生活習慣の改善のための具体的な技術

不健康な食生活、身体活動の不足、喫煙や飲酒等、生活習慣に課題がある場合は、改善のための支援が必要である。そのためには、まず対象者の知識や関心に対応した適切な支援方法を判断し実践することや、対象者の学習への準備状態を判断し、適切な食教育教材や身体活動教材を選択又は作成して用いることができる能力が求められ、また、対象者の学習過程に応じた支援が求められる。

^㉑ カウンセリング（技術）：相談者の抱える問題や相談事等に対し、対象者を主体とする基本姿勢に基づき、専門的な知識や技術を用いて行われる相談援助の技術。

^㉒ 認知行動療法^㉓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つけ、自律的に健康維持あるいは疾病管理を行っていくこと（セルフコントロール）ができるように動機付けると共に、生活改善につなげていくことが可能。

^㉔ コーチング^㉕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。

^㉖ ティーチング^㉗の手法：知識や技術の少ない者に対し、相談者に対して具体的な指示や助言を与え、知識や技術の獲得を促す技術方法を活用することが必要である。また、これらの手法の基礎となっている理論についても、一定の知識を得た上で継続的に研鑽を積む必要がある。

^㉘ 健康行動理論^㉙の手法：人が健康によい行動を行う可能性を高めるための様々なアプローチ方法のこと。代表的なものとして、ヘルスビリーフモデルやプロチャスカの行動変容理論、ナッジ等がある。

(6) 生活習慣に関する専門知識を持ち行動変容を支援できる能力

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求められる。その際には、対象者の置かれた環境を踏まえた支援の提案や、国や地方公共団体の事業や計画に関して情報提供できる能力が求められる。

また、個々の生活習慣は互いに関連しているため、対象者が置かれた状況を総合的に判断し、生活習慣改善支援をバランス良く行うことが求められる。詳細は第3編第3章3-7(7)、健診・保健指導の研修ガイドラインを参照されたい。

(7) 学習教材を開発する能力

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

具体的には、本プログラムを活用しつつ、他機関の教材に関する情報や、実際に健診・保健指導を実施した対象者の具体的事例に基づく事例検討会等を基に検討し、地域や職域の実情に応じて保健指導の学習教材等を工夫、作成する能力が求められる。

(8) 必要な社会資源を活用する能力

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

[§] 地域保健対策の推進に関する基本的な指針の一部改正について（平成24年7月31日付け健発0731第8号厚生労働省健康局長通知）

[†] 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。

(9) ICT を活用する能力

ICT を活用した保健指導は、対面での保健指導が困難であった対象者（在宅勤務者や遠隔地の対象者等）へのアプローチを広げる有効な手段である。一方で、個人情報の保護に必要な措置を講じたり、効果的・効率的に ICT を活用した保健指導を実施・評価したり、対象者の ICT 環境に合わせた保健指導を実施するためにも、保健指導者側の ICT を活用する能力が求められる。

別紙 1 - 1

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

別紙 1－2

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

第2編 健診

第2編 健診

第1章 メタボリックシンドロームに着目する意義

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

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積を共通の要因として、代謝性危険因子である血糖高値、脂質異常、血圧高値を呈する病態であり、重複数が多いほど、虚血性心疾患等の心血管疾患や脳梗塞等の脳血管疾患等の発症リスクが高くなることがわかっている。一方、内臓脂肪を減少させることで、それらの発症リスクを低減することができる。

すなわち、内臓脂肪の蓄積に起因する糖尿病、脂質異常症、高血圧症は、生活習慣の改善により予防可能である。また、発症してしまった後でも、LDLコレステロールと同時に、血糖、血圧等をコントロールすることにより、虚血性心疾患や脳卒中等の脳・心血管疾患の発症や人工透析を必要とする腎不全等への進展・重症化を予防することが可能であるという考え方である。

メタボリックシンドロームの概念を導入することにより、内臓脂肪の蓄積や体重増加が、血糖や中性脂肪、血圧等の上昇をもたらすことや、様々な形で血管を損傷して動脈硬化を引き起こすことにより、心血管疾患、脳血管疾患、腎不全等に至る原因となることを詳細に示すことができる。そのため、健診受診者にとって、生活習慣と健診結果、疾病発症との関係が理解しやすく、実施者にとっても生活習慣の改善に向けての明確な動機付けがしやすい。

第2章 健診の内容

2-1 健診項目（検査項目及び質問項目）

（1）基本的考え方

- 糖尿病や脳・心血管疾患（脳卒中や虚血性心疾患等）等の生活習慣病、とりわけメタボリックシンドロームの該当者・予備群を減少させることができるよう、保健指導が必要な者を的確に抽出するための検査項目を健診項目とする。
- これに加えて、標準的な質問項目については、下記に際して、活用するものであるという基本的な考え方に基づくものとする。
 - ① 特定保健指導対象者の階層化や詳細な健診の対象者の選定に関する項目
 - ② 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可能な項目
 - ③ 生活習慣病のリスクの評価に資する項目
 - ④ 地域間及び保険者間の健康状態の比較に資する項目
- 上記④に関連して、対象集団（地域や職場等）の特性等を踏まえ、ほかの検査項目・質問項目も必要に応じて追加することが可能である。

（2）具体的な健診項目

特定健診の項目として健診対象者全員が受ける「基本的な項目」や医師が必要と判断した場合に選択的に受ける「詳細な健診の項目」等については、以下の通りとする。

① 特定健診の基本的な項目（P.〇〇別紙1参照）

質問項目、身体計測（身長、体重、BMI、腹囲（内臓脂肪面積））、理学的所見（身体診察）、血圧測定、脂質検査^a（空腹時中性脂肪、やむを得ない場合には随時中性脂肪（空腹時（絶食10時間以上）以外に採血を行う場合は、食直後（食事開始時から3.5時間未満）を除く）により脂質検査を行うことを可とする。）を除き随時中性脂肪により脂質検査を行うことを可とする。）、HDLコレステロール、LDLコレステロール又はNon-HDLコレステロール^b）、肝機能検査（AST（GOT）、ALT（GPT）、 γ -GT（ γ -GTP））、血

^a 特定健康診査においては、空腹時中性脂肪は絶食10時間以上、随時中性脂肪は食事開始から3.5時間以上絶食10時間未満に採血が実施されたものとする。

^b 中性脂肪が400mg/dl以上である場合又は食後採血の場合には、LDLコレステロールに代えてNon-HDLコレステロール（総コレステロールからHDLコレステロールを除いたもの）でもよい。

糖検査^{cd}（空腹時血糖又はHbA1c^e検査、やむを得ない場合には随時血糖）、尿検査（尿糖、尿蛋白）。

② 特定健診の詳細な健診の項目（P.〇〇別紙2参照）

生活習慣病の重症化の進展を早期にチェックするため、詳細な健診として、心電図検査、眼底検査、貧血検査（赤血球数、ヘモグロビン値、ヘマトクリット値）、血清クレアチニン検査（eGFR^fによる腎機能の評価を含む）のうち、一定の基準（P.〇〇別紙2参照）の下、医師が必要と判断した場合に選択的に実施する。なお、健診機関は、P.〇〇別紙2の基準を機械的に適用するのではなく、詳細な健診を行う必要性を個別に医師が判断することとし、その判断理由等を保険者に通知すると共に、受診者に説明する必要がある。

③ そのほかの健診項目

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

^c 特定健康診査においては、空腹時血糖は絶食10時間以上、随時血糖は食事開始時から3.5時間以上絶食10時間未満に採血が実施されたものとする。

^d 血糖検査については、HbA1c検査は、過去1～2か月の血糖値を反映した血糖値のコントロールの指標であるため、健診受診者の状態を評価するという点で、保健指導を行う上で有効である。ただし保健指導後の評価指標として用いる際には、当日の状態ではなく、1ヶ月以上前の状態を反映していることに留意すべきである。また、絶食による健診受診を事前に通知していたとしても、対象者が食事を摂取した上で健診を受診する場合があります。必ずしも空腹時における採血が行えないことがあるため、空腹時血糖とHbA1c検査の両者を実施することが望ましい。特に、糖尿病が課題となっている保険者にとっては、HbA1cを必ず行うことが望ましい。なお、空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合は、空腹時血糖の結果を用いて、階層化を行う。

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

^e HbA1c検査については、平成25年度からはNGSP値で表記している。それ以前の検査値はJDS値で記載されているため、比較する場合には注意が必要である。なお、JDS値とNGSP値は、以下の式で相互に正式な換算が可能である。

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

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

^f eGFR (mL/分/1.73m²) = 194 × Cr - 1.094 × 年齢 (歳) - 0.287 (女性は×0.739)

(3) 質問項目

特定健診の基本的な健診の項目に含まれる質問項目を含めた標準的な質問票をP.〇〇別紙3とする。この質問項目は、従来の国民健康・栄養調査や労働安全衛生法における質問を踏まえて設定されたものである。階層化に必要とされる質問項目1～3（服薬状況）、8（喫煙習慣）は、特定健診における必須項目である。労働安全衛生法における健診結果等、ほかの健診結果を活用する場合、必須項目を確実に取得することが求められる。

なお、必須項目も含め、この質問項目への回答は、いずれも特定保健指導の際の重要な情報となる。

(4) 測定方法とその標準化

- 保険者は、複数の健診機関で実施された受診者の健診結果のデータを一元的に管理し、予防効果が大きく期待できる者から優先的に保健指導を実施していくことが必要である。そのため、共通した健診判定値の設定や検査項目毎の測定値の標準化が必要となる。
- 健診機関は検査の標準化により、保健指導判定値及び受診勧奨判定値の信頼性を確保する。
- 健診機関は、採血時間、検体の保存・運搬等に関して適切な配慮を行う。
- 健診の検査実施方法及び留意事項についてはP.〇〇別紙4を参照。測定方法の標準化が重要である。
- 具体的な健診項目ごとの標準的な測定方法、判定値についてはP.〇〇別紙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）（P.〇〇別紙6参照）における精度管理に関する事項に準拠して、精度管理を行うものとする。

① 内部精度管理（健診機関内で同じ測定値が得られるようにすること）

健診機関内において、健診の実施における検体の採取・輸送・保存、測定、検査結果等について、管理者の配置等管理体制、実施手順、安全性の

確保等の措置を講じるように努め、検査測定値の精度管理を行う。

② 外部精度管理（健診機関間でも同じ測定値が得られるようにすること）

日本医師会、日本臨床衛生検査技師会、全国労働衛生団体連合会等が実施する外部精度管理調査を少なくともいずれか1つ定期的に受け、検査測定値の第三者による精度管理が行われるようにする。

（6）健診項目の判定値

- 各健診項目における保健指導判定値及び受診勧奨判定値はP.〇〇別紙5参照。
- これらの判定値は、関係学会のガイドラインとの整合性を確保する必要がある。
- 国は、学会との連携の下、厚生労働科学研究費補助金による研究班等を活用して、最新の知見に基づく判定基準値とするよう定期的に検討する必要がある。

（7）健診項目の定期的な見直し

効果的な健診・保健指導を実施するために、国は、従来の健診項目を踏襲するのではなく、生活習慣病の発症予防・重症化予防の効果等を踏まえ、厚生労働科学研究費補助金による研究班等を活用して、最新の科学的知見に基づき健診項目の有用性・必要性を定期的に見直すことが望ましい。新しい検査項目を導入する際だけでなく、既存の検査項目についても、その有効性、必要性について費用対効果を含め、対象集団の特性を踏まえて定期的に検証し、必要に応じて見直しを検討する必要がある。

2-2 健診結果やそのほか必要な情報の提供（フィードバック）について

（1）基本的な考え方

- 生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行することが多い。健診の検査データを対象者が確認することは、自分自身の健康課題を認識して生活習慣の改善に取り組む貴重な機会である。こうした効果を最大化するためには、階層化に用いられるか否かに関わらず、個々の検査データに関する重症度の評価を含めた健診結果やそのほか必要な情報について、健診受診後速やかに全ての対象者に分かりやすく情報提供する（フィードバックする）ことが重要である（P.〇〇第2編別添資料・フィードバック文例集参照）。その際には、個々の検査データに関する評価だけでなく、それらの個々の検査データを統合した総合的な重症度の評価を行うことが望ましい。
- こうした情報提供は、生活習慣を改善又は維持していくことの利点を感じ、対象者の行動変容を促す動機付けを目的として行うべきである。その上で、医療機関への新規受診や継続治療が必要な対象者の受診継続、や服薬が重要であることや、健診受診者全員が継続的に健診を受診する必要があること等の情報が盛り込まれることが望ましい。また、こうしたフィードバックの効果を高めるためには、健診実施から結果通知、及び保健指導までの期間を可能な限り短くすることに加え、ナッジ等の行動科学の理論を活用することが望ましい。検査結果がすべて揃わない場合であっても、健診実施機関等が主体となり、健診当日にフィードバックすることが推奨される。
- また、非肥満でも危険因子（血糖高値・脂質異常・血圧高値）が重複する場合には将来の脳・心血管疾患発症リスクが高まるため、特定保健指導の対象とならない非肥満かつ危険因子を保有する対象者への対応も重要である（P.〇〇第3編第3章3-7⑤、3-8参照）。
- 特に、特定健診の結果、医療機関を受診する必要があると判断された者については、医療機関への受診に確実に結びつくようなフィードバックが必要である。具体的には、通知等の送付だけにとどめず、面接等により確実に医療機関を受診するよう促し、受診状況の確認も含めて継続的に支援することが重要である。また、必要な情報が確実に伝わるよう、内容を分かりやすく説明する工夫も必要である。さらに、重症度に応じて受診勧奨方法を変更する等の工夫も必要である。健診当日に、健診実施機関等が主体となって受診勧奨が実施できるような工夫も重要である。医療機関の受診に際しては、健診

受診者の状態に応じて、受診する医療機関を適切に選択することが重要である。

- 保険者はデータヘルス計画等において、分かりやすい情報提供や疾患の発症予防・重症化予防のための保健事業の計画を作成する際、本プログラムの内容を参照されることが望ましい。

(2) 具体的なフィードバックの内容

フィードバックは全ての健診受診者に対して行われるべきであるが、個々の健診結果によって伝える内容はそれぞれ異なる。そこで、検査項目毎に解説をした上で、経年変化も踏まえた総合判断の結果を通知することが望ましい。特に健康上の課題が大きい対象者については、健診受診後速やかに保健指導実施者等が個別に説明することで、より大きな効果が上がることが期待される。

具体的には、別添資料の文例集（〇〇ページ）を参考に、対象者個人のリスクの程度に応じて、可能な限りきめ細かく対応することが望ましい。

① 確実な医療機関受診を要する場合

検査結果に基づき、直ちに医療機関の受診をすべき段階であると判断された対象者については、確実な医療機関の受診を勧奨する。特に、各健診項目において、早急に医療管理下におくことが必要な者は、特定保健指導の対象となる者であっても早急に受診勧奨を行う。服薬中でなければ特定保健指導の対象者にはなり得るが、緊急性を優先して判断する必要がある。

なお、このことは、かかりつけの医療機関がない対象者にとっては、自身の健康状態を継続的に診てもらい医療機関を見つける機会にもなる。

治療中断中の場合、又は受診に前向きな姿勢ではない場合には、必要性の説明に終始するのではなく、本人の考え方や受け止め方を確認、治療に抵抗する要因を考慮したうえ、受診の優先順位が高まるような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、受診につながる可能性がある。

また、レセプト等を活用し、対象者が確実に受診したかを確認する等その後の状況を把握することが望まれる。

② 生活習慣の改善を優先する場合

上記①の場合のような緊急性はないものの、検査データで異常値が認められ、生活習慣を改善する余地のある者には、特定保健指導の対象者・非対象者のいずれも含まれ得る。こうした者に対するフィードバックに当たっては、どのようなリスクがどの程度高まる状態なのか、また、自らの生活習慣に関して具体的にどの点をどう改善するとよいのかといったポイントを適宜盛り込むことが望ましい。個別の対応としては、健診で認められた危険因子の重複状況や重症度を含めて対象者本人が自らの健康状態を認識できるよう支援し、医師等とも相談した上で、まずは保健指導を行って生活習慣の改善を支援し、十分な改善がみられないようなら医療機関への受診を促すというきめ細かな方法も考えられる⁸。

なお、血圧及び喫煙については、健診当日でも状態の把握が可能であるため、当日を含め、速やかに面接での対応を強化することが求められる。特に喫煙者に対しては、禁煙支援及び積極的な禁煙外来の利用を促すことが望ましい。

③ 健診データ上では明らかな問題がない場合

健診データ上、特段の問題が認められない者に対しては、その旨をフィードバックすると共に、今後起こり得るリスクを説明し、以降も継続して健診を受診することが重要であることを伝えることが望ましい。もし、健診データが基準範囲内であったものの徐々に数値が悪化している場合には、注意喚起することが望ましい。健診データが改善している場合には、本人の生活改善の努力を評価し、次年度も引き続き健康な状態で健診を受けるよう促す等、前向きな対応が望まれる。

一方、検査データの異常はないが、喫煙者や多量飲酒者である等、生活習慣の改善の余地がある対象者に対しては、喫煙や多量飲酒等による生活習慣病発症リスクの高さ等に言及した上で、生活習慣の改善を促すことが望ましい。

⁸ 受診勧奨判定値を超えた場合でも、I度高血圧（収縮期血圧 140～159mmHg、拡張期血圧 90～99mmHg）等であれば、服薬治療よりも、3か月間は生活習慣の改善を優先して行うことが一般的である。このとき、健診結果の通知でフィードバックされた内容を踏まえて生活習慣の改善に自ら取り組むという方法と、生活習慣の改善指導等必要な支援を保健指導として行う方法の2通りが考えられる。また、脂質異常症においても、一次予防（虚血性心疾患未発症者）ではまず3～6か月の生活習慣改善が必要であるとしている。特定保健指導の対象となった者については、各学会のガイドラインを踏まえ、健診機関の医師の判断により、保健指導を優先して行い、効果が認められなかった場合に、必要に応じて受診勧奨を行うことが望ましい。

(3) 情報提供の際の留意事項

血圧については、白衣高血圧等の問題が生じる場合もあり、再測定が重要であること、血糖や中性脂肪については直前の食事摂取や前日の飲酒の影響を大きく受けること等を考慮した上でフィードバックを行うことが求められる。

(4) 受診勧奨後のフォローアップ

検査結果に基づき、すぐに医療機関を受診すべきと判断された対象者については、実際に受診したかどうかをレセプト等を用いて確認し、未受診の場合には受診を確実に勧めることが望ましい。

医療機関を受診し薬物療法が開始された者については、その後も治療中断に至らないよう、フォローアップを行うことが望ましい。

治療中断者に対しては、再度受診をするように受療勧奨等を行うことが望まれる。これらは重症化予防の一環としても行われるものである。

第3章 保健指導対象者の選定と階層化

(1) 基本的考え方

- 内臓脂肪の蓄積により、血圧高値・脂質異常・血糖高値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、特定保健指導対象者の階層化を行う。
- 生活習慣病の予防を期待できるメタボリックシンドロームに着目した階層化や、生活習慣病の有病者・予備群を適切に減少させることができたかといった保健事業のアウトカムを評価するために、保健指導対象者の階層化に用いる標準的な数値基準が必要となる。
- 若い時期に生活習慣の改善を行った方が予防効果を期待できると考えられるため、年齢に応じた保健指導レベルの設定を行う。
- 特定健診に相当する健診結果を提出した者に対しても、特定健診を受診した者と同様に、階層化を行い、特定保健指導を実施する。

(2) 具体的な階層化の方法

ステップ1 (内臓脂肪蓄積のリスク判定)

- 腹囲とBMIで内臓脂肪蓄積のリスクを判定する。
 - ・ 腹囲 男性85cm以上、女性90cm以上 →(1)
 - ・ 腹囲 (1)以外 かつ BMI $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ →(2)

ステップ2 (追加リスクの数の判定と特定保健指導の対象者の選定)

- 検査結果及び質問票より追加リスクをカウントする。
- ①～③はメタボリックシンドロームの判定項目、④はそのほかの関連リスクとし、④喫煙については①から③までのリスクが1つ以上の場合にのみカウントする。
- ⑤に該当する者は特定保健指導の対象にならない。
- ① 血圧高
 - a 収縮期血圧 130mmHg以上 又は
 - b 拡張期血圧 85mmHg以上
- ② 脂質異常^h
 - a 空腹時中性脂肪 150mg/dl以上 又は
(やむを得ない場合は随時中性脂肪 175mg/dl以上)
 - b HDLコレステロール 40mg/dl未滿
- ③ 血糖高値ⁱ
 - a 空腹時血糖 (やむを得ない場合は随時血糖)
100mg/dl以上 又は

^h やむを得ず空腹時以外に採血を行う場合は、食直後を除き随時中性脂肪により脂質検査を行うことを可とする。なお、空腹時とは絶食10時間以上、食直後とは食事開始時から3.5時間未滿とする。

ⁱ 血糖検査については、HbA1c検査は、過去1～2か月の血糖値を反映した血糖値のコントロールの指標であるため、健診受診者の状態を評価するという点で、保健指導を行う上で有効である。ただし保健指導後の評価指標として用いる際には、当日の状態ではなく、1ヶ月以上前の状態を反映していることに留意すべきである。なお、絶食による健診受診を事前に通知していたとしても、対象者が食事を摂取した上で健診を受診する場合があります、必ずしも空腹時における採血が行えないことがあるため、空腹時血糖とHbA1c検査の両者を実施することが望ましい。特に、糖尿病が課題となっている保険者にとっては、HbA1c検査を必ず行うことが望ましい。なお、特定健診・特定保健指導の階層化において、空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合は、空腹時血糖の結果を優先し判定に用いる。

やむを得ず空腹時以外において採血を行い、HbA1cを測定しない場合は、食直後を除き随時血糖により血糖検査を行うことを可とする。なお、空腹時とは絶食10時間以上、食直後とは食事開始時から3.5時間未滿とする。HbA1c検査については、平成25年度からはNGSP値で表記している。それ以前の検査値はJDS値で記載されているため、比較する場合には注意が必要である。なお、JDS値とNGSP値は、以下の式で相互に正式な換算が可能である。

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

- b HbA1c (NGSP) 5.6%以上
- ④ 質問票 喫煙歴あり
 - ⑤ 質問票 ①、②又は③の治療に係る薬剤を服用している

ステップ3 (保健指導レベルの分類)

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

(1) の場合

①～④のリスクのうち

追加リスクが2以上の対象者は積極的支援レベル

1の対象者は動機付け支援レベル

0の対象者は情報提供レベルとする。

(2) の場合

①～④のリスクのうち

追加リスクが3以上の対象者は積極的支援レベル

1又は2の対象者は動機付け支援レベル

0の対象者は情報提供レベルとする。

ステップ4 (特定保健指導における例外的対応等)

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

腹囲	追加リスク		④喫煙	対象	
	①血圧	②脂質		③血糖	40-64歳
≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2つ以上該当		あり なし	積極的 支援	動機付け 支援
	1つ該当				
上記以外で BMI≥25	3つ該当		あり なし	積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当				
	1つ該当				

※前期高齢者（65歳以上75歳未満）については、積極的支援の対象となった場合でも動機付け支援とする。
※服薬中の者は特定保健指導の対象としない

（3）留意事項

- 保険者や市町村等の判断により、動機付け支援、積極的支援の対象者以外の者に対しても、必要に応じて保健指導実施の検討をすることが望ましい。特に、腹囲計測によって腹囲基準に満たさない場合にも、血圧高値・脂質異常・血糖高値・喫煙等のリスクが1つ以上存在している者では心血管疾患や脳血管疾患等の発症リスクが上昇することが分かっており、個別の生活習慣病のリスクを判定することが望ましい。
- 65歳以上の者に保健指導を行う場合は、ロコモティブシンドロームⁱ、口腔機能低下及び低栄養や認知機能低下^k、フレイル^l等の予防にも留意し、対象者の状況に応じた保健指導を行うことが望ましい。
- 特定保健指導の対象者のうち「積極的支援」が非常に多い場合は、健診結果や質問票等によって、生活習慣の改善により予防効果が大きく期待できる者を明確にし、優先順位をつけ保健指導を実施すべきである（第3編参照）。
- 今後は、特定健診・特定保健指導の実績や新たな科学的知見に基づき、必要に応じて保健指導対象者の階層化に関する基準についても見直す必要がある。

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

^k 栄養改善（血清アルブミン値の維持等）、口腔機能の維持向上、認知機能低下予防（特に軽度認知障害の高齢者に対する脳の活性化を含む身体活動の積極的取り入れ）等は、いずれも有効性が確認されている。

【参考】介護予防マニュアル 第4版(令和4年3月)

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_25277.html

^l 「フレイル」については、学術的な定義がまだ確定していない。「後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究」報告書では、「加齢と共に、心身の活力（運動機能や認知機能等）が低下し、複数の慢性疾患の併存等の影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱化が出現した状態であるが、一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像」と定義している。（平成27年度厚生労働科学特別研究事業「後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究」（班長：鈴木隆雄）報告書より引用）

第4章 健診における各機関の役割

(1) 保険者に期待される役割

① 健診の適切な実施

- 保険者は、40歳以上74歳以下の被保険者・被扶養者に対し、保険者の義務として特定健診を実施する。その際、受診率向上のために従来の方法に加えてICTやナッジ等を活用した個別受診勧奨の取組を被扶養者も含めて行う。また、健診受診に向けての集団の意識形成を促すような広報活動等も重要である。更に、健診実施を外委託する際は、適切な健診機関を選定する。

- 健診未受診者対策としては、年度途中での未受診者への追加の受診勧奨や複数年未受診の者に対して働きかけを強化する等、メリハリのある効果的な取組の実施が必要である。レセプト分析にて、治療歴のある者が受診中断・健診未実施となっている場合には、個別に状況を確認し、健診の受診や医療機関への受診勧奨をすることが考えられる。継続的に医療機関を受診している者については、医療機関受診時の結果を健診結果として用いることも可能であり、医療機関への健診受診勧奨や被保険者・被扶養者本人を通じた情報提供についての依頼をすることも重要であると考えられる。

③ 健診受診者へのフィードバック

- 健診結果が示唆する健康課題等について、健診受診者に分かりやすくフィードバックする。詳しくは第2編〇〇フィードバック文例集を参照されたい。
- 受診勧奨判定値を超える検査値があれば、その程度、年齢等を考慮した上で、医療機関を受診する必要性について受診者に通知する。特に、医療機関受診が必要であると判断された者に対しては確実な受診勧奨を行う。その際、対象者の重症度等に応じて受診勧奨方法を工夫する。
- 服薬中の者に対しても、健診データ・レセプトデータ等に基づき、必要に応じて、保健指導等を検討する。
- レセプトデータ等に基づき、受診勧奨を行った者が実際に医療機関を受診しているかどうか、フォローアップを行う。適切に受診していない場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症予防のために治療の継続が必要であることを分かりやすく説明し、医療機関の受診を促すことが重要である。

③ データを活用した健診・保健指導

- 健診や保健指導の実施率の格差を認める場合、その原因を分析する等して、

健診や保健指導の実施率向上や効果的な保健指導実施のための工夫を行う。

- データヘルス計画の一環として、健診データ・レセプトデータ等を分析することにより、PDCAサイクルを意識した保健事業を行う。

【参照】※参照にあたっては最新版を参照されたい。

「データヘルス計画作成の手引き（改訂版）」（平成29年9月）

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

「保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き」（平成29年9月）

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000176779.html>

- 健診データについては、オンライン資格確認等システムを活用し、被保険者・被扶養者が保険者間を異動した場合においても、特定健診情報の医療保険者間での引継が可能となったこと等を踏まえ、個人毎に整理して蓄積し、経年変化を確認できるようにすることが重要である。
- 外部委託を行う場合、保険者は、委託元の責任として、検査の標準化や精度管理、個人情報の保護等について、本プログラムに記載された内容を遵守して適切に健康診査を行うことができる健診機関を選定し、委託を行う。

（2）市町村の役割

- 市町村の衛生部門においては、加入している医療保険の種別を問わず、全ての住民が健診を受けられるように体制整備を行う。特に、被用者保険の被扶養者が身近な地域で健診が受けられるよう国保部門との調整を行う。また、福祉事務所と連携して生活保護受給者に対して健診の機会を確保し、受診勧奨を行う。
- 特定健診の効果を最大化するためには、保険者が行う特定保健指導だけでなく、健診結果に基づいて、受診勧奨や健康教育、健康相談等を行うことが必要である。このため、市町村の衛生部門は、国保部門や介護保険部門、生活保護担当部門等と連携し、以下の介入を誰がどのタイミングで行うのかを明らかにしておくことが望ましい。
 - 健診結果がいずれも基準範囲内であっても、喫煙や多量飲酒等、生活習慣の改善が必要な者に対して、禁煙支援や減酒支援を促す保健指導の対象とすることが望ましい。
 - 健診結果が保健指導判定値を超えるが、内蔵脂肪蓄積のリスク判定を満たさず、特定保健指導の対象とならない非肥満者に対しては、健康教育

や健康相談の対象とする（3-8 特定保健指導の対象とならない非肥満の脳・心血管疾患危険因子保有者に対する生活習慣の改善指導 参照）

- 特定保健指導の対象者に対しても、地域等で行われている健康教室等への参加を促し、自主グループ化を図る等、生活習慣の改善やその習慣化を支援することが望ましい。
 - 医療機関を受診する必要があるにもかかわらず、医療機関を受診していない者（治療中断者を含む）に対する受診勧奨を行うと共に、勧奨後の受診状況をレセプトデータ等に基づいて確認する。
 - 生活習慣病で服薬中の者に対しても、コントロールが不良な場合等、医療機関等と連携し、健診データやレセプトデータ等に基づいて、保健指導等を行う。
- なお、市町村が、保険者の保有する個人の健診データやレセプトデータ、市町村の介護保険部門が保有する介護保険データに基づき当該市町村内の住民に対する保健指導や健康相談等を行おうとする場合、これらの情報は、特に適正な取扱いの厳格な実施を確保する必要がある医療分野に関する情報である。このため、保険者や市町村の介護保険部門と連携し、適切な取扱いを行う必要がある。なお、個人情報保護については、第4編第3章3-4 個人情報の保護とデータの利用に関する方針を参照されたい。
- 市町村は、国保のみならず各保険者や後期高齢者医療担当、介護保険部門、生活保護部門等の有する健診・問診のマクロデータ分析（性・年代別、地域別等）を行い、健康増進計画の推進に資することが望ましい。
- 高齢者を対象とした健診・保健指導等を実施する際には、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版」及び「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版補足版」を参照されたい。また、後期高齢者を対象とした「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」との連携を円滑に行う。
※参照にあたっては最新版を参照されたい。

（3）都道府県の役割

- 特定健診の各項目について、精度よく検査が実施されていることが不可欠であることから、健診実施機関における内部精度管理及び外部精度管理の状況を確認すると共に、必要に応じて助言等を行う。

- 各保険者による特定健診及び特定保健指導の実施状況を把握し、特定保健指導の質の評価を支援すると共に、保健指導実施者を対象とした研修会を開催する等、そのスキルアップを図る。
- 特定健診・特定保健指導の実施状況や受診勧奨対象者の医療機関受診状況、かかりつけ医等と連携した生活習慣病予防・重症化予防に向けた取組の状況等、各保険者によるデータヘルス計画の進捗状況の確認とその推進に向けた支援を行う。
- 市町村において、非肥満のリスク者に対する健康相談・健康教育の実施状況や特定保健指導対象者の各種健康教室等の利用状況、65歳以上に対する地域支援事業と連携した健康教育・健康相談の実施状況等、国保・後期高齢者医療部門と衛生部門、介護保険部門との連携状況を確認し、必要に応じて連携を促す。
- 地域・職域連携推進協議会等を通じて、職域における効果的な特定健診・特定保健指導の実施を支援すると共に、働き盛り世代の健康づくりを推進するために、健康経営^mに取組む事業所を公表する等の支援により、健康経営を推進し、職域における生活習慣病対策の強化を図る。特に、地域産業保健センター等の活用や保険者との連携を促すと共に、市町村との連携により、健康教育や健康相談等の活用を促す。
- これらの取組の実施に際しては、県庁内の部局間連携を推進すると共に、保険者協議会や各種専門職団体と連携し、各保険者による特定健診・特定保健指導の実施にかかる課題の効果的な解決を促す。また、健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法（平成30年法律第105号）に基づき策定された都道府県循環器病対策推進基本計画との整合性を保つと共に、都道府県循環器病対策推進協議会との連携を行うことが望ましい。

（４）健診機関の役割

- 保険者より委託された健診機関は、検査の標準化や精度管理、個人情報保護等について、本プログラムに記載された内容を遵守して、適切に特定健診を実施する。

^m 事業所やその事業主が労働者の健康に配慮することにより、労働者の健康の維持・増進や、その結果として組織の活性化や生産性の向上が期待される。日本再興戦略 2016 の取組の一つである。

- 健診結果が示唆する健康課題等について、健診受診者に将来の疾患発症リスクを示すことや、疾病予防の重要性等を分かりやすくフィードバックする。第2編〇〇フィードバック文例集を参照されたい。
- 受診勧奨判定値を超える検査測定値があれば、その程度、年齢等を考慮した上で、医療機関を受診する必要性について受診者に通知する。特に、医療機関受診が必要であると判断された者に対しては積極的な受診勧奨を行う。
- その際、対象者の特性等に応じてナッジ等を活用した受診勧奨方法を工夫する。
- 健診後、早期に特定保健指導の初回面接をすることが推奨されており、保健指導対象者には保健指導を実施できる体制を整えることが望ましい。

(5) 医療機関の役割

- 医療機関においては、健診の結果を踏まえて受診した者に対し、必要な医療を提供すると共に、栄養・食生活、身体活動等を含めた必要な生活習慣改善支援も継続的に行う。その場合、診療報酬で定める各種要件を満たせば、生活習慣病管理料、管理栄養士による外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料等を算定できる。
- 自施設にて栄養・食生活、身体活動、減酒支援、禁煙等の保健指導の実施が困難な場合には、市町村等や専門病院と連携した指導を行うことも推奨される。
- 糖尿病、高血圧症、脂質異常症（高LDLコレステロール血症を含むⁿ⁾）等の未治療者・治療中断者が医療機関を受診した際には、心血管疾患、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。

(6) 事業所の役割

- 職域においては、保険者と事業者が積極的に連携して加入者の予防・健康づくりを効率的・効果的に実施する、いわゆるコラボヘルスの実施が推奨される。

ⁿ⁾ 特定保健指導対象者の選定にLDLコレステロール値は用いられていないが、勿論留意する。

- コラボヘルスを推進する上で、事業者は健康診断の結果を保険者に提供する必要がある。特に、保険者から安衛法に基づく労働者の健康診断の結果を求められた場合には、事業者が当該結果を保険者に提供することは、高確法等に基づく義務であるため、第三者提供に係る本人同意は不要となっている。
- 保険者と連携して事業場内外の複数の集団間のデータを比較し、健康保持増進に係る取組の決定等に活用することが望ましい。
- 健診結果に基づく健康保持増進対策の実施においては、「職場における心とからだの健康づくりのための手引き」にある事例も参照されたい。

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・特定保健指導においては、高確法に基づき、次のように健診データ等の授受がなされ得る。

<健診データ等>

- ① 健診実施機関・保健指導実施機関→保険者
- ② (被扶養者の健診を行った) 保険者→(被扶養者所属の) 保険者
- ③ (異動元の) 保険者→(異動先の) 保険者
- ④ 労働安全衛生法に基づく健診を実施した事業者→(当該労働者所属の保険者)
- ⑤ ほかの健診等を受けた被保険者・被扶養者→保険者

<特定健診・特定保健指導の実施状況等>

- ⑥ 保険者→国

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

(2) 留意事項

- 健診データ等の授受の際には、個人情報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されることが望ましい。
- 保険者においては、被保険者の求めがあれば、健診結果を電子的に提供することが望ましい。

(3) 具体的な様式

- データの提出様式については、第2編別紙7-1・別紙7-2・別紙7-3のとおりとする。

5-2 健診項目の標準コードの設定

(1) 基本的考え方

- 特定健診においては、電子化された膨大な健診データ等が継続的に取り扱われることになる。その際に、健診項目や質問項目についても、標準的な表記方法で皆が統一的使用しなければ、同一の検査等であるかどうかについて、電子的に判断できない。そのため、標準的な表記方法として健診項目や質問項目ごとに標準コードを設定する必要がある。

(2) 具体的な標準コード

- 健診データは全て、日本臨床検査医学会が作成した JLAC10 コード又はこのコード体系に準じて設定された 17 桁のコードを使用する。
- 今後新たに項目が追加される場合についても、JLAC10 コードに準じたコードを、日本臨床検査医学会と協議の上で設定する。

※ 標準コード表については、ホームページ

(<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000165280.html>)

より入手可能。

【参考】

基本的な健診項目の標準コードの例（JLAC10 17桁コードを使用）

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

5-3 健診機関・保健指導機関コードの設定

(1) 基本的考え方

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

(参考) 健診機関・保健指導機関コード設定の考え方

※詳細は特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（厚生労働省保険局 <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000172888.html>）参照

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

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

5-4 健診結果の保存と活用について

(1) 基本的考え方

- 保険者は、蓄積された健診データを使用することにより、効果的・効率的な健診・保健指導を実施することが可能となる。そのためにも、健診項目の取得については必須項目だけでなく全ての項目も含めて取得し、保存することが求められる。また、被保険者・被扶養者は、生涯を通じた自己の健康管理の観点から、継続的な健診データの保存が望まれる。
- 健診データを保有すべき期間は5年間であるが、保険者や被保険者・被扶養者は、できる限り長期間、健診データを保存し参照できるようにすることが望ましい。
- 健診データについては、オンライン資格確認等システムを活用し、被保険者・被扶養者が保険者間を異動した場合においても、特定健診情報の医療保険者間での引継が可能となったこと等を踏まえ、個人毎に整理して蓄積し、経年変化を確認できるようにすることが重要である。
- また健診データは、データヘルス計画の一環として集団の分析にも用いられ、集団特性や経年変化等の分析により、効果的・効率的な保健事業の実施を図るための施策に活用される。
- ただし、個人情報の保護に十分配慮する必要がある。

(2) 具体的な保存年限

- 保険者は、特定健診の結果を、次のうちいずれか短い期間保存しなければならない。
 - ① 記録の作成日の属する年度の翌年度から5年間を経過するまでの期間
 - ② 被保険者・被扶養者がほかの保険者に加入した日の属する年度の翌年度末までの期間
- 但し、上記(1)の観点から、40歳から74歳までの被保険者・被扶養者が加入者となっている限りは、当該保険者が健診データを保存することが望ましい。

(3) 留意事項

- 被保険者でなくなった時以降は、空白期間ができるだけ生じないよう、次の

保険者に引き継がれるまでか、たとえば 1 年程度の一定期間が経過するまで保存する必要がある。

- 被保険者が希望する場合には、40歳以降の全データを次の保険者へ引き継ぐ必要がある。
- 本人が継続的に健診データを把握し、自ら健康管理に活用できるように、経年的にデータを蓄積できる仕組みの構築を検討し、そうした経年的データを保健指導に積極的に生かしていくことが望ましい。このことは集団の健康状態に関する分析、経年変化の分析等により、予防戦略の立案に資する。

(4) 具体的な活用方法

- 特定健診・特定保健指導の情報については、これらの業務改善における利活用だけでなく、National Data Base (NDB) 等へ蓄積され、保健医療分野のビッグデータとして、疫学研究を含む医学研究等において、公益性を確保しつつ広く利活用されることが期待される。

【参考】

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

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

第6章 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

6-1 高齢者に対する健診・保健指導

(1) 基本的な考え方について

- 高齢者では健康状態や生活状況の個人差が大きくなるため、それらを踏まえた情報提供、保健指導が必要である。
- 若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながる。栄養・食生活や身体活動等についての保健指導や、たとえば糖尿病性腎症重症化予防事業等を活用し、定期的な医療機関への受診につながっていない者に対する受診勧奨等を行うことが重要である。
- 市町村においては、健康増進を担当する課、医療保険を担当する課、高齢者福祉を担当する課等が高齢者の特性を踏まえた保健事業と介護予防を一体的に実施し、高齢者の健康の保持増進と生活機能の維持・向上に努めている。従ってデータ等の相互提供等により各課が連携を図りながら実施することが望ましい。

(2) 65歳以上74歳以下の者に対する健診・保健指導の在り方について

- 65歳以上では、BMIは基準を超えないが腹囲が基準値以上であるケースが増えるとの報告もある[○]。これは筋肉量が減少する一方で、内臓脂肪量が蓄積するためであると考えられている。
- 高齢者への健診・保健指導では、メタボリックシンドローム対策に重点を置いた生活習慣病対策から、体重や筋肉量の減少、低栄養等によるロコモティブシンドロームやフレイル等の予防・改善に着目した対策に徐々に転換することも必要である。
- そのため、高齢者への保健指導では、体重変化や易疲労感及び活力の低下、握力低下や歩行速度低下、身体活動量の減少の有無を確認することが望ましい。その上で、筋肉量の維持に留意し、食事・運動の重要性を伝える必要がある。筋肉量を維持することは、生活機能を維持することにもつながり、介

[○]「健康日本21（第二次）地方計画推進のために地方自治体による効果的な健康施策展開のための既存データ（特定健診データ等）活用の手引き」（平成22-24年度厚生労働科学研究費補助金循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「生活習慣病予防活動・疾病管理による健康指標に及ぼす影響と医療費適正化効果に関する研究」（研究代表者：津下一代）

護予防にもつながる。退職や家族構成の変化等のライフイベントをきっかけに、社会参加が低下していることがあるため、生活の変化などについても確認することが重要である。

- 高齢者においては、内臓脂肪の蓄積が考えられる場合においても、食事制限による低栄養、筋肉量低下を防ぐため、急激な減量を避けるように注意する。食事内容については、全体量だけでなく栄養のバランスに留意し、嗜好や入手方法、咀嚼状態にも配慮した指導が必要である。
- 一般的に、年齢と共に血圧、血糖の平均値及び有病率が上昇する。保健指導判定値の場合、検査値が安定していれば経過観察が可能な場合もある。受診勧奨判定値以上に該当する場合や検査値が悪化した場合は、医療機関への受診や保健指導につなげることが重要である。

(3) 75歳以上の者に対する健診・保健指導の在り方について

- 高齢者の保健事業を実施する際には、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版」等を参照し、実施すること。
- 75歳以上の者についても、(2)の65歳以上75歳未満の者と基本的には同様のことが言える。これに加えて、75歳以上の者は加齢に伴う虚弱な状態（フレイル）がより顕著に進行し、複数の慢性疾患とフレイル等を要因とする老年症候群の症状が混在するため、包括的な疾病管理がより重要である。
- 個人ごとの健康状態の差が大きくなり多様性がさらに高まることや、75歳以上の多くの者が、医療機関を受診していることを勘案すると、医療機関と連携した取組を推進する必要がある。
- 医療機関に通院していない高齢者については、健診等の機会を活用して、高血圧、糖尿病等の生活習慣病を軽症のうちに発見し、医療につなげ、重症化を予防することが重要である。
- 生活習慣病に着目した健診項目については、75歳以上の者についても、基本的には75歳未満と同様の項目とする。ただし、腹囲については、医師の判断等によって実施する項目とすることが適当である。
- 医師の判断により実施する詳細な健診の項目（心電図等）については、健診機関の医師が、これらの検査の必要性を含めて、受診勧奨とするか否かを判

断し、受診勧奨と判断された者については、医療機関において、必要な診察を実施する。

- 75歳以上の者への保健指導については、生活習慣病等の慢性疾患の重症化予防に加え、後期高齢者の質問票等を活用し、フレイル等に関連する老年症候群（低栄養、転倒・骨折、誤嚥性肺炎等）等の心身機能の低下とそれに起因する疾病の予防に着目し、実施する必要がある。
- 本人の残存能力を落とさないこと、QOLの確保等が重要であるが、身体状況、日常生活能力、運動能力等については個人差が大きい。そのため、行動変容のための保健指導を一律に行うのではなく、健診結果を踏まえ、生活の上で「できること」に着目し、本人の自信や前向きな姿勢を育むという観点から目標を設定し、保健指導を行うことが望まれる。本人の求めに応じて、健康相談や保健指導の機会を利用できる体制が確保されていることが重要である。

6-2 40歳未満の者に対する健診・保健指導

- 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^パことから、特定保健指導対象者を減らすためには、40歳以上になってからの特定健診・保健指導の実施率を上げるだけでなく、若年期から適正な体重の維持に向けた保健指導、啓発を行う等、40歳未満の肥満対策が重要である。
- また、40歳未満の肥満では、血圧、血糖の有所見率が低い一方で、肝機能、脂質代謝の有所見率は高い。リスクの数が少ない、メタボリックシンドロームに移行する前の段階で、働きかけを行うことが必要である。
- 保険者においては、普及啓発等に加えて、特定健診・特定保健指導の対象となる以前（たとえば、節目健診として30歳、35歳の時）に健診を行い、生活習慣の改善が特に必要と認められる者に対して保健指導を実施することや、地域（市町村などの行政機関）や職域（産業保健分野）と連携した対策の推進は、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。保険者は40歳未満の健診データを事業主から提供を受けることができるので、事業主健診情報（40歳未満）を活用する保険者は、被保険者の理解を促すとともに、効果的な取組を実施する観点から、データヘルス計画においてそれを明示していく。
- 40歳未満の者について、健診時等に肥満や喫煙と将来の疾病発症についての情報を分かりやすく提示することや、適切なインセンティブ、環境的な支援により肥満、喫煙の防止を図ることが重要である。
- 職場においても、医療・健康情報の発信や社員食堂での健康に配慮した食事（ヘルシーメニュー等）の提供を行う等、産業保健と連携した取組が求められる。保険者は、事業主との連携（コラボヘルス）により、職場における予防・健康づくりを推進していくことが重要である。

^パ たとえば、20歳からの約30年間で5kg以上体重が増えた人は、体重増加が5kg未満の人に比べて、男性では2.61倍、女性では2.56倍、糖尿病を発症しやすかったことが、日本人を対象とした研究で示されている。（Nanri A, Mizoue T, Takahashi Y, et al. J Epidemiol Community Health doi: 10.1136/jech.2009.097964, 2011）

別紙1

特定健診（高齢者医療確保法）の項目と労働安全衛生法・学校保健安全法との比較

		特定健診	労働安全衛生法	学校保健安全法
診察	既往歴	○	○	注11
	うち服薬歴	○	※	
	うち喫煙歴	○	※	
	業務歴		○	
	自覚症状	○	○	注11
	他覚症状	○	○	注11
身体計測	身長	○	○注5	○注5
	体重	○	○	○
	腹囲	○	○注6	○注6
	BMI	○	○注7	○注7
血圧	血圧	○	○	○
肝機能検査	AST (GOT)	○	○	○
	ALT (GPT)	○	○	○
	γ-GT (γ-GTP)	○	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●注1	●	●
	随時中性脂肪	●注1・注2	●	●
	HDL コレステロール	○	○	○
	LDL コレステロール			○
	(Non-HDL コレステロール)	○注3	○注3	
血糖検査	空腹時血糖	●	●	●
	HbA1c	●	●	●
	随時血糖	●注4	●注8	●
尿検査	尿糖	○	○	○
	尿蛋白	○	○	○
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	□		
	血色素量	□	○	○
	赤血球数	□	○	○
心電図		□	○	○
眼底検査		□		
血清 クレアチニン検査 (eGFR)		□	□注9	
視力			○	○
聴力			○	○
胸部エックス線検査			○	○
喀痰検査			○注10	□注12
胃の疾病及び異常の有無				○注13
医師の判断	医師の診断(判定)	○	○	○
	医師の意見		○	○

○…必須項目

□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目

●…いずれかの項目の実施でも可

※…必須ではないが、聴取の実施について協力依頼

（「定期健康診断等及び特定健康診査等の実施に関する協力依頼について」（令和2年12月23日付け基発1223第5号・保発1223第1号））

注：労働安全衛生法及び学校保健安全法の定期健康診断は、40歳以上における取扱いについて記載している。また学校保健安全法の定期健康診断は、学校の職員を対象とする。

注1) 血清トリグリセライド（中性脂肪）の判定のため、採血時間（食後）の情報は必須入力項目とする。

注2) やむを得ず空腹時以外に採血を行った場合は、食直後（食事開始時から3.5時間未満）を除き随時中性脂肪により検査を行うことを可とする。

注3) 血清トリグリセライド（中性脂肪）が400mg/dl以上又は食後採血の場合は、LDLコレステロールに代えて Non-HDLコレステロール（総コレステロールから HDLコレステロールを除いたもの）で評価を行うことができる。

注4) やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1c（NGSP 値）を測定しない場合は、食直後（食事開始時から3.5時間未満）を除き随時血糖により血糖検査を行うことを可とする。

注5) 医師が必要でないと認めるときは省略可。

注6) 以下の者については医師が必要でないと認めるときは省略可。

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

2 BMI（次の算式により算出したものをいう。以下同じ。）が20未満である者

$$\text{BMI} = \text{体重}(\text{kg}) / \text{身長}(\text{m})^2$$

3 自ら腹囲を測定し、その値を申告した者（BMIが22未満の者に限る。）

注7) 算出可。

注8) 食直後（食事開始時から3.5時間未満）の採血は避けることが必要。また、食事開始時から何時間後に採血したか、健康診断結果として記載することが必要。

注9) 医師が必要と認めた場合には実施することが望ましい項目。

注10) 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判断された者について医師が必要でないと認めるときは省略可。

注11) 必須項目ではないが、その他の疾病及び異常の有無の発見や診断項目の省略に際して、問診等を行うことが想定される。

注12) 胸部エックス線検査により、病変の発見されたもの、及びその疑いのある者、結核患者並びに結核発病の恐れがあると診断されている者に対しては、胸部エックス線検査及び喀痰検査を行い、さらに必要に応じ聴診、打診、その他必要な検査を行う。

注13) 妊娠中の女性職員については検査項目から除くものとし、妊娠可能年齢にある女性職員については、問診等を行った上で、医師が検査対象とするか否かを決定する。

「詳細な健診」項目について

以下の判定基準に該当する者のうち、医師が必要と認める者については、詳細な健診を実施する（基準に該当した者全てに対して当該健診を実施することは適当ではなく、受診者の性別、年齢等を踏まえ、医師が個別に判断する必要がある）。その際、健診機関の医師は、当該健診を必要と判断した理由を保険者へ示すと共に、受診者に説明すること。

なお、ほかの医療機関において実施された最近の検査結果が明らかで、再度検査を行う必要がないと判断される者、現に糖尿病、高血圧症、脂質異常症、虚血性心疾患、脳血管疾患等の疾患により医療機関において管理されている者については、必ずしも詳細な健診を行う必要はなく、現在の症状等を踏まえ、医師が個別に判断する必要がある。また、健康診査の結果から、直ちに医療機関を受診する必要があると判断された者については、確実な受診勧奨を行い、医療機関において、診療報酬により必要な検査を実施する。

（1）12 誘導心電図

- 当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が140mmHg 以上若しくは拡張期血圧が90mmHg 以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者

（2）眼底検査

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

① 血圧	a 収縮期血圧	140mmHg 以上
	b 拡張期血圧	90mmHg 以上
② 血糖	a 空腹時血糖	126mg/dl 以上
	b HbA1c (NGSP)	6.5%以上
	c 随時血糖	126mg/dl 以上

（3）貧血検査

- 貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者

* 眼底検査は、当該年度の特定健康診査の結果等のうち、（2）①のうち a、b のいずれの血圧の基準にも該当せず、かつ当該年度の血糖検査の結果を確認することができない場合においては、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の結果が（2）②のうち a、b、c のいずれかの基準に該当した者も含む。

(4) 血清クレアチニン検査

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

① 血圧	a 収縮期血圧	130mmHg以上
	b 拡張期血圧	85mmHg以上
② 血糖	a 空腹時血糖	100mg/dl以上
	b HbA1c (NGSP)	5.6%以上
	c 随時血糖	100mg/dl以上

別紙3

標準的な質問票

	質問項目	回答
1-3	現在、a から c の薬の使用の有無 ^a	
1	a. 血圧を下げる薬	① はい ② いいえ
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	① はい ② いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	① はい ② いいえ
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	① はい ② いいえ
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	① はい ② いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けていますか。	① はい ② いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがある。	① はい ② いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 （※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1：最近1ヶ月間吸っている 条件2：生涯で6ヶ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている）	① はい（条件1と条件2を両方満たす） ② 以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない（条件2のみ満たす） ③ いいえ（①②以外）
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	① はい ② いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施。	① はい ② いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施。	① はい ② いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	① はい ② いいえ
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	① 何でもかんで食べることができる ② 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある ③ ほとんどかめない

^a 医師の診断・治療のもとで服薬中のものを指す。

	質問項目	回答
14	人と比較して食べる速度が速い。	① 速い ② ふうつう ③ 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	① はい ② いいえ
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	① 毎日 ② 時々 ③ ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	① はい ② いいえ
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか。（※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者）	① 毎日 ② 週5～6日 ③ 週3～4日 ④ 週1～2日 ⑤ 月に1～3日 ⑥ 月に1日未満 ⑦ やめた ⑧ 飲まない（飲めない）
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合（アルコール度数15度・180ml）の目安： ビール（同5度・500ml）、 焼酎（同25度・約110ml）、 ワイン（同14度・約180ml）、 ウイスキー（同43度・60ml）、 缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml）	① 1合未満 ② 1～2合未満 ③ 2～3合未満 ④ 3～5合未満 ⑤ 5合以上
20	睡眠で休養が十分とれている。	① はい ② いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。	① 改善するつもりはない ② 改善するつもりである（概ね6か月以内） ③ 近いうちに（概ね1か月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている ④ 既に改善に取り組んでいる（6か月未満） ⑤ 既に改善に取り組んでいる（6か月以上）
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	① はい ② いいえ

標準的な質問票の解説と留意事項

1・2・3	現在、aからcの薬の使用の有無 (a：血圧を下げる薬、b：血糖を下げる薬又はインスリン注射、c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬)
選択肢	① はい ② いいえ
目的	保健指導対象者の選定と階層化のために必要な質問。
解説	<ul style="list-style-type: none"> 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。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ため、保険者による特定保健指導を義務とはしない。ただし、服薬していると回答した場合であってもコントロールが不良な場合は、飲み忘れ等がないか、正しく服薬できているかについて確認する^{1,2}。 血圧や血糖、脂質の値が高いにも関わらず服薬をしておらず、かつ医療機関を受診していない場合は、受診を促す。
聞き取りポイント	「いいえ」と回答した場合には、処方薬の飲み忘れや、自己判断による中断の可能性が含まれることに留意する。
声かけの例	<p><u>「はい」と回答した場合</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 「定期的に通院していますか」 「毎日忘れずに薬を飲んでいますか」 「指示通りに薬をのんでいますか」 <p><u>「いいえ」と回答した場合</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 「これまでに医療機関を受診したことがありますか」 「自分の判断で薬をのむのを止めていませんか」 「処方された薬を飲み忘れていませんか」
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病や高血圧と比べて、脂質異常症については、処方されていることを本人が自覚していない場合が多いという指摘があることに留意する。 一般的に脂質異常症の治療は高LDL血症の改善を目的として行われており、次いで中性脂肪の管理を考える。なおHDLコレステロールを上昇させる薬剤は限られており、LDLコレステロールや中性脂肪が正常範囲の場合は治療対象としないことが多い。

対応方法	<ul style="list-style-type: none"> • 服薬中の場合は指導の対象外となるが、きめ細かな生活習慣改善支援の観点から、かかりつけの医師と連携した上で保健指導を行うことも可能である。生活習慣の改善は、服薬者における血圧や血糖、脂質のコントロールにも有効であることが多い。 • 非服薬者において、検査値が異常値を示している場合は医療機関の受診を促す。医療機関を受診しても医師の判断によって治療が開始されない場合があることを事前に説明しておくなど、受診勧奨に対して対象者が不信感を持たないように配慮すると良い。
------	---

1. 宮川尚子ら. レセプト情報・特定健診等情報データベースを利用した滋賀県における循環器疾患危険因子の有病率、治療率、コントロール率. 日本公衛誌. 2014; 61:333-341.
2. 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会編. 高血圧治療ガイドライン 2019.

4・5・6	<p>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> <p>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> <p>医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けていますか。</p>
選択肢	① はい ② いいえ
目的	既往・現病を把握する。
解説	<ul style="list-style-type: none"> これらの既往・現病については、特定健康診査がターゲットとしているメタボリックシンドロームにより発症する者も多いが、高血圧や脂質異常症では肥満の有無にかかわらず脳卒中や心臓病の発症リスクが高いこと、また健診で測定できる項目とは関係ない病態が原因となっているものもあるので（例；川崎病、もやもや病、ループス腎炎等）留意すること。 これらの病気は基本的に重症化予防や再発予防のため医療管理下に置くべきである。無症候性の脳梗塞などでは患者自身が病態を理解していないこともあり、不適切な受療行動、治療の中断などが発生していることもあるので留意する。また、病態等により管理目標値が異なること、必要な栄養指導や運動指導等の保健指導の内容が変わってくるので主治医と連携したうえで実施すること。
エビデンス	<ul style="list-style-type: none"> 脳卒中の既往例では、既往がない者と比べて、健診所見の検査値が同程度であっても、脳卒中の再発や虚血性心疾患の発症リスクが高い。 心筋梗塞等の虚血性心疾患の既往例では、既往がない者と比べて、健診所見の検査値が同程度であっても、虚血性心疾患の再発や心不全の発症リスクが高まる。 不整脈のうち、心房細動では脳卒中の発症リスクが高まる¹。 慢性腎臓病では、心筋梗塞や心不全、脳卒中の発症率が高くなる²。
聞き取りポイント	<ul style="list-style-type: none"> 脳卒中、心臓病、慢性腎臓病については、無症状だが人間ドック等での有所見の指摘、精密検査を受けて経過観察中、予防的な内服投与中、有症状で再発予防等のために内服投与など、幅広い病態が存在する。 したがって、これらの疾患については、「診断を受けた内容」「過去・現在にわたる主治医からの治療の要否」まで確認することが必要であるが、基本的には治療中であることが基本であり、医師の指示で終診になっていない限り、受診中断の可能性を考慮する必要がある。 心臓病では、動脈硬化疾患のみならず不整脈、特に心房細動の既往についても留意する。

声かけの例	<ul style="list-style-type: none"> • 「診断された医療機関はどこですか」 • 「具体的な病名はわかりますか」 • 「継続的な受診が必要であるといわれましたか」 • 「主治医の先生は治療が必要といっていましたか、また投薬を受けたことがありますか？」
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> • 慢性腎臓病（CKD）とは、腎臓の障害（蛋白尿等）、もしくは糸球体濾過量（GFR）が60ml/分/1.73m²未満の腎機能低下が一定期間持続した状態をいう。 • 推定GFR（eGFR）は、血清クレアチニン値、年齢、性から推算できる³。
対応方法	<ul style="list-style-type: none"> • 本来的には主治医によるフォローアップが望ましいので健康診査や保健指導で完結しようとしすぎないようにすることが重要である • 脳卒中、心臓病、慢性腎障害がある場合には単独で保健指導を行わず、主治医と連携の上実施する、虚血性心疾患では食事・運動療法によるメタボリックシンドロームの管理が十分であれば、再発等を予防する効果がある^{4,5}。 • 例えば慢性腎不全者は蛋白制限が必要な場合があるなど、健常者と同じ指導をすることでむしろ病態が悪化する可能性があることを留意する。 • 治療が必要であるにもかかわらず未治療になっている受診者には健診時に確実な受診継続をするよう勧める。 • 喫煙により脳卒中・心筋梗塞の発症リスクが増大するため禁煙をすすめる^{6,7}。

参考資料

1. Goldstein LB, et al. Primary prevention of ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council: cosponsored by the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease Interdisciplinary Working Group; Cardiovascular Nursing Council; Clinical Cardiology Council; Nutrition, Physical Activity, and Metabolism Council; and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group: the American Academy of Neurology affirms the value of this guideline. *Stroke*. 2006; 37:1583-1633.
2. Go AS, et al. Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization. *N Engl J Med*. 2004; 351:1296-1305.
3. 腎機能測定ツール. 一般社団法人日本腎臓学会. <https://jsn.or.jp/general/check/>
4. Bittner V, et al. Comprehensive cardiovascular risk factor control improves survival: The BARI 2D Trial. *J Am Coll Cardiol*. 2015; 66:765-773.
5. Pagidipati NJ, et al. Secondary prevention of cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes mellitus: international insights from the TECOS Trial (Trial Evaluating Cardiovascular Outcomes With Sitagliptin). *Circulation*. 2017; 136:1193-1203.

6. Iso H, et al. Smoking cessation and mortality from cardiovascular disease among Japanese men and women: the JACC Study. *Am J Epidemiol.* 2005; 161:170-179.
7. Hackshaw A, et al. Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports. 2018; 360:j5855.

7	医師から、貧血といわれたことがある。
選択肢	① はい ② いいえ
目的	詳細健診（貧血検査）の必要性を判定するために必要な質問。
解説	<p>ここでいう「貧血」は、ヘモグロビンなどの低下や異常によって酸素を運ぶ能力が低下した状態を意味しており、検査としては赤血球数、ヘモグロビン値（血色素量）、ヘマトクリットを示す。またこれらを組み合わせて計算される指標もある。なおこの中では採血してから（例えば施設外での健診など）検査室に移送するまでの間の安定性が高いため、ヘモグロビン値（血色素量）が疫学研究などでよく用いられてきた。貧血検査は、特定健診の法律、政令の記載からは検査に含めるのが適当かどうか議論があるが、多くはないが非患者集団でも総死亡や循環器疾患死亡と関連するというエビデンスがある（下記）。</p>
エビデンス	<p>特定健診の目的に照らして、国内で行われたコホート研究で非患者集団における貧血と長期的予後（脳・心血管疾患・糖尿病・腎機能の低下）について検討している論文を、厚生労働科学研究（健康診査・保健指導における健診項目等の必要性、妥当性の検証、及び地域における健診実施体制の検討のための研究：研究代表者 岡村智教（19FA0801））で検索した。研究班で設定した検索式から41件の論文が抽出されたが、ほとんどは入院患者、心不全患者、末期腎不全患者、透析患者、手術患者等を対象とした研究であり、選定条件に合致するものは1件のみであった。この研究では6万人の地域住民（特定健診受診者）を5年間追跡していた。貧血（ヘモグロビン値：男性13.0 g/dL未満、女性12.0 g/dL未満）は総死亡のリスク上昇と有意に関連しており、この関連はeGFR（推定糸球体ろ過量）とは無関係に認められた¹。また全国から層化無作為抽出した7,339人を25年の長期間にわたって追跡した研究では、慢性腎臓病（CKD：eGFR 60未満または尿蛋白1+以上）および貧血（文献1と同じ定義）の有無で4つのカテゴリーに分けて、循環器疾患死亡のハザード比（HR）を算出している。CKDのみ、貧血のみ、両方を持つ者における循環器疾患死亡のHRは、男性でそれぞれ1.27、1.59、2.60（95%信頼区間 [CI] 1.06~1.53, 1.34~1.90, および 1.80~3.76）, 女性で1.42, 1.08, 2.00（95% CI 1.19~1.69, 0.99~1.18, および 1.54~2.60）であり、貧血を伴うCKDは、日本の一般集団の循環器疾患死亡のリスク上昇と関連していた²。まとめとして、貧血は短期的には総死亡のリスク上昇と関係していたが、これは健診時に隠れている病気（血液疾患や悪性腫瘍）が影響している可能性もある。一方、長期的にはCKDの重症化の指標として貧血を捉えることが可能であり、貧血を伴うCKDは循環器疾患の危険因子と考えられた。</p>

<p>聞き取りポイント</p>	<p>貧血という用語は一般化しているため、所謂、脳貧血（迷走 神経反射による立ちくらみ等）を貧血として回答している者も多いので注意すること。貧血のうち頻度が高いのは鉄欠乏性貧血であり、通常は何年も継続していることが多く、鉄やたんぱく質の適量摂取など食事指導が必要な場合がある。また貧血の背後に子宮筋腫や子宮内膜症などの疾患が隠れている場合がある。さらに急に出現した貧血は、血液の病気や結腸がんなど消化管の悪性腫瘍などが原因となっているものもあり、出血傾向や腹部症状なども聞き取った方がよい。問診の正確性を期すため質問文では「医師から」と記載があるが、これは現在受診しているか、治療しているかは考慮していない。したがって診療状況についても確認した方がよい。</p>
<p>声かけの例</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 「貧血にチェックが付いていますが何か症状はありますか。いつ指摘されましたか。」 • 「現在、治療はしていますか」 • 「最後に受診したのはいつですか。治療は不要と言われましたか。」 <p><u>検査結果が健診時に見られる場合：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 「治療が必要なレベルの貧血です。以前から続いているようですのでかかりつけの先生に相談してください」 • 「昨年は問題ないのに急に貧血の判定が出ています。何か自覚症状はありますか。」 • 「貧血の原因になる病気がないか〇〇科を受診してください」、〇〇の例：血液内科、消化器内科など。 • 上記、紹介先の診療科の〇〇の部分は、当然、「かかりつけの医師」でも問題ない。地域の実情に合わせて考えること。
<p>留意事項</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 通常、特定健診では、貧血検査を実施するかどうかを視診とこの質問票で把握することになる。ただし視診等でわかる貧血は重症なことが多いと考えられ、他の疾患を原因として急に出てきた貧血である可能性を考慮する必要がある。 • 問診では、脳貧血を除外する。 • 既往歴の聴取における「医師から」は、かかりつけの医師だけでなく、健診医の指摘なども含めて漏れのないように幅広く聴取する。 • なお労働安全衛生法の定期健康診断では貧血検査は必須項目であるため、被用者保険の本人の健診ではすべての人に貧血検査が実施されている。そのため貧血検査が全員に実施されている前提で対応を考える。

対応方法	<ul style="list-style-type: none"> • 鉄欠乏性貧血の場合は現在の治療状況を確認し、治療を継続しているようであれば、食事や身体活動・運動についてかかりつけの医師と連携して支援する。 • 鉄欠乏性貧血治療の必要性があるにも関わらず、自己判断で治療を中断している場合には、医療機関での再治療を促す。 • 慢性腎臓病と合併している場合は、循環器疾患のリスクが高いことを伝えて、貧血の検査結果と合わせて医療機関へ紹介する。 • 前年度の検査結果が正常域や軽度の貧血であるにも関わらず、重度の貧血が急に出現した場合などは、出血傾向や腹部症状などの随伴症状がないかを聞き取り、貧血検査の結果と合わせて医療機関での精査を促す。
------	---

参考資料

1. Sato Y, et al. Anemia as a risk factor for all-cause mortality: obscure synergic effect of chronic kidney disease. *Clin Exp Nephrol* 2018; 22:388-394.
2. Kubo K, et al. Effect of chronic kidney disease or anemia or both on cardiovascular mortality in a 25-year follow-up study of Japanese general population (from NIPPON DATA90). *Am J Cardiol* 2022; 184:1-6.

8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。
選択肢	① はい ② 以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない ③ いいえ
目的	保健指導対象者の選定と階層化に必要な質問。
解説	第3期特定健診まで、この質問の選択肢は「はい」「いいえ」の2択であった。階層化に必要な情報は喫煙の有無のみであるが、選択肢が2択の場合、「いいえ」と回答した者の中には過去に喫煙歴のない“生涯非喫煙者”と、過去に喫煙していたが現在喫煙していない“禁煙者”が含まれることになる。禁煙者は生涯非喫煙者に比して疾患リスクが高いことや、再喫煙のリスクがあることなど、非喫煙者と異なる保健指導が必要なことから、選択肢が変更された。
エビデンス	喫煙は、様々な疾患のリスクを高める確実なエビデンスがある。動脈硬化や脳卒中死亡(男性の1日1箱以内の喫煙で約1.5倍、1日2箱以上で2.2倍)、虚血性心疾患死亡(同1.5倍、4.2倍) ¹ 、2型糖尿病(1日1箱以上の喫煙で発症リスクが男性で1.4倍、女性で3.0倍) ² のリスク因子である。また、中性脂肪やLDLコレステロールの増加、HDLコレステロールの減少とも関連する ^{3,4} 。喫煙とメタボリックシンドロームの重積は、動脈硬化を更に亢進させ、いずれも該当しない者と比べて脳梗塞や心筋梗塞の発症リスクが4~5倍高まる ⁵ 。非喫煙者と比較して喫煙者の全がんリスクは約1.5倍、肺がんは男性で約4.4倍、女性で2.8倍になる ^{6,7} 。喫煙により上昇した疾患リスクは禁煙により下げることができる。非喫煙者と同等まで下げるために必要な禁煙期間は心血管疾患死亡リスクでは約10年、がん罹患では男性で21年、女性で11年とされる ^{8,9} 。
聞き取りポイント	<ul style="list-style-type: none"> • 現喫煙者及び過去喫煙者については、喫煙量(本数・年数)の評価も重要である。喫煙量の評価のための標準的な質問は以下のとおりである。 本数:1日に何本吸っていますか(吸っていましたか) 1日()本 年数:通算で何年吸っていますか(吸っていましたか) 通算()年間 • ここでの喫煙は、紙巻きたばこだけでなく加熱式たばこも含むことに留意すること。加熱式たばこという一般名称の知名度が高くないため、商品名でないと通じないことがある。 • 人によっては加熱式たばこの使用は喫煙ではないと認識している場合がある。 • 過去喫煙者には禁煙年数も確認することで、現在のリスクを推定できる。 喫煙は歯周病や歯の喪失とも関係する。口腔機能の状態(質問13)によっては食事指導を実施できない場合もあることに留意し、必要に応じて歯科医療機関を紹介する。

声かけの例	<ul style="list-style-type: none"> 禁煙に関心がない場合、禁煙の重要性を高めるアドバイスを行う。 （健診で異常がある、気になる病気がある場合）「〇〇（病気）は喫煙がリスクですので、是非禁煙することをお勧めします。」 （健診で問題が無い場合）「特に異常なく、健康なようですね。これからもこの状態を維持するための課題は喫煙ですね。」 禁煙に関心がある場合、禁煙のための解決策の提案を中心に助言する。 「ストレス解消に喫煙しているんですね。喫煙しているとニコチンが切れるとイライラするなどストレスの原因になりますが、禁煙するとストレスが減ることが分かっていますよ。」 「禁煙に自信がなければ、禁煙外来を受診してみてもいいですか？」
留意事項	<p>従来の紙巻きたばこ以外に新型たばこ製品として加熱式たばこが2013年頃から発売されている。発売されてからの期間が短いため、現時点では加熱式たばこによる長期的な健康リスクは不明である。同様に、紙巻きたばこから加熱式たばこに変更することによる健康被害の軽減(harm reduction)のエビデンスもない。紙巻きたばこ使用に準じた疾病リスクを考える必要がある。</p> <p>人によっては加熱式たばこの使用は喫煙ではないと認識している場合がある。また加熱式たばこという一般名の知名度が高くないため、アイコスなどの商品名でないと通じないこともある。喫煙状況の聞き取りの際に注意する必要がある。</p>
対応方法	<ul style="list-style-type: none"> 禁煙支援簡易マニュアル¹⁰に健診・保健指導の際の支援方法の解説と具体例が掲載されている。 全ての喫煙者に対して禁煙を助言する。助言は本人の禁煙に対する関心に応じて行う。 非喫煙者については受動喫煙を避けるよう情報提供する。 禁煙したいという意向があるが実行が困難な場合、禁煙外来の受診や禁煙補助薬の使用について紹介する。 過去喫煙者であることが把握できた場合は、禁煙達成を賞賛し、さらに継続するよう励ます。 禁煙したきっかけを尋ねることで既往歴、家族歴等を聞き取ることができる場合がある。また本人の健康への関心、病気への不安、職場の禁煙対策、家族の希望等の情報を得ることができる。 禁煙後再喫煙してしまった場合はこれまでの禁煙継続を賞賛し、禁煙できた経験を活かして再度禁煙ができるよう促す。（再喫煙はどのような状況で起きたかを確認し、それを回避する指導を加えるとよい。）

参考資料

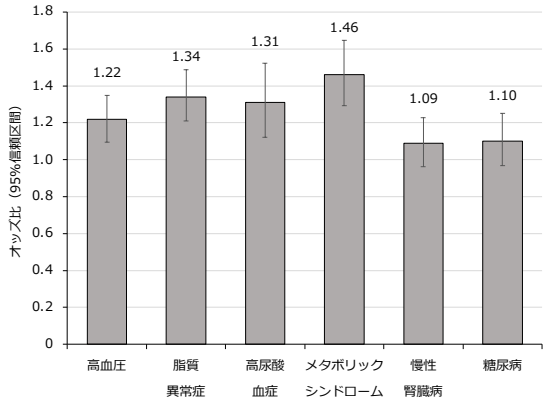
1. Ueshima H, et al. Cigarette smoking as a risk factor for stroke death in Japan: NIPPON DATA80. Stroke. 2004; 35:1836-1841.
2. Waki K, et al. Alcohol consumption and other risk factors for self-reported

- diabetes among middle-aged Japanese: a population-based prospective study in the JPHC study cohort I. *Diabet Med.* 2005; 22:323-331.
3. Willi C, et al. Active smoking and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA.* 2007; 298:2654-2664.
 4. Craig WY, et al. Cigarette smoking and serum lipid and lipoprotein concentrations: an analysis of published data. *BMJ.* 1989; 298:784-788.
 5. Higashiyama A, et al. Risk of smoking and metabolic syndrome for incidence of cardiovascular disease-comparison of relative contribution in urban Japanese population: the Suita study. *Circ J.* 2009; 73:2258-2263.
 6. Inoue M, et al. Evaluation based on systematic review of epidemiological evidence among Japanese populations: tobacco smoking and total cancer risk. *Jpn J Clin Oncol.* 2005; 35:404-411.
 7. Wakai K, et al. Tobacco smoking and lung cancer risk: an evaluation based on a systematic review of epidemiological evidence among the Japanese population. *Jpn J Clin Oncol.* 2006; 36:309-324.
 8. Iso H, et al. Smoking cessation and mortality from cardiovascular disease among Japanese men and women: the JACC Study. *Am J Epidemiol.* 2005; 161:170-179.
 9. Saito E, et al. Smoking cessation and subsequent risk of cancer: A pooled analysis of eight population-based cohort studies in Japan. *Cancer Epidemiol.* 2017; 51:98-108.
 - 10.厚生労働省 禁煙支援マニュアル（第二版）増補改訂版

9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。
選択肢	①はい ②いいえ
目的	エネルギー収支バランス（エネルギーの摂取と消費のバランス）を把握する。
解説	体重の増加は摂取エネルギーが消費エネルギーを上回っていることを意味している。生活習慣の変化に起因するエネルギー過多を把握することができる。現在のメタボリックシンドロームやそのリスク要因の保有状況、生活習慣の乱れについて把握しやすい項目である。
エビデンス	20歳の時の体重から10kg以上増えていた方は、増えていなかった方に比べて、 <ul style="list-style-type: none"> メタボリックシンドローム、高血圧・脂質異常症などの生活習慣病を有していた。また、運動、食事、睡眠、喫煙などの好ましくない生活習慣を有していた。¹ 糖尿病発症のハザード比が3.09であった。² 心筋梗塞・狭心症・脳卒中の発症が1.10倍であった。³ 現在、非肥満の方でも、メタボリックシンドロームのリスク要因を多く有していた。⁴
聞き取りポイント	<ul style="list-style-type: none"> 体重の変化に加え、BMI・腹囲・採血等の健診項目や運動・食事・睡眠などの生活習慣に関わる質問項目と併せて確認をする。 体重増加の時期や増加量（少しずつ増えてきたのか、最近急に増えたのかなど）、生活の変化 並びに本人の捉え方等についても確認をする。
声かけの例	<p>「はい」の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> 「いつ頃から体重が増え始めましたか？」 「この一年間の体重の変化はいかがですか？」 「体重が増え始めた頃、何か生活の変化はありましたか？」 <p>「いいえ」の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> 「体重が増えすぎないように工夫していらっしゃるんですね」 「今までに、体重が大きく変化したことはありませんか？」
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> 20歳の時の体重からの減少にも留意が必要（特にBMIが18.5kg/m²未満の方など）。 継続して痩身傾向にある場合にも留意すること。 体重増加の要因として、生活習慣の他にも、家庭環境や社会経済的状況なども念頭に置いた対応が望ましい。
対応方法	<p><u>20歳の時の体重から10kg以上増えている場合</u></p> <p>① 長期的に増加している場合 ⇒ 本人の認識を確認し、生活習慣改善に向けた情報提供・助言を行う。</p> <p>② 最近は一定の場合 ⇒ 体重維持を支持しつつ、現在のBMIを考慮したうえで、体重維持・生活習慣改善に向けた情報提供・助言を行う。</p> <p>③ 最近、大幅に増加した場合</p>

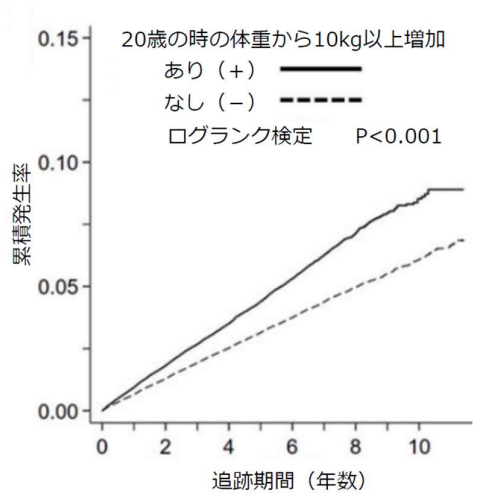
⇒ 体重増加のきっかけを振り返り、疾患や生活の変化等原因と考えられる事に
 応じた助言を行う。
 ※治療状況（質問1,2,3）や行動変容ステージ（質問21）を確認の上で、適
 切な情報提供・助言を行う。また、定期的な体重測定・記録の勧奨（アプリ
 等の活用を含む）や地域の健康教室・運動施設・グループなどについて情報
 提供を行う。
20歳の時の体重から大幅な体重減少や、20歳の時からやせがみられる場
 合
 ⇒疾患や生活上の悩み・ストレスなど、要因に応じた情報提供・助言を行
 う。

参考資料



40歳以上の地域住民7,202名のうち、20歳の時の体重から10kg以上増加していた方は、増加していない方に比べて、健診時に各生活習慣病を有している方が多かった（文献1の表及び本文より作成）。

図1：20歳の時の体重から10kg以上の増加と各生活習慣病の保有状況¹



複数の職域の20歳以上の1,558,774名のうち、20歳の時の体重から10kg以上増加した方は、増加しなかった方に比べ、心筋梗塞・狭心症・脳卒中のハザード比が1.10であった（追跡期間 平均値1105日、標準偏差840日）。（文献3より引用・一部改変）

図2：20歳の時の体重から10kg以上の増加と心筋梗塞・狭心症・脳卒中の発症³

1. Takebe N, et al. Weight gain after 20 years of age is associated with unfavorable lifestyle and increased prevalence of metabolic disorders.

- Diabetes Metab Syndr Obes. 2021; 14:2065-2075.
2. Kaneto C, et al. Long-term weight change in adulthood and incident diabetes mellitus: MY Health Up Study. *Diabetes Res Clin Pract.* 2013; 102:138-146.
 3. Kaneko H, et al. Association of body weight gain with subsequent cardiovascular event in non-obese general population without overt cardiovascular disease. *Atherosclerosis.* 2020; 308:39-44.
 4. Kikuchi A, et al. Risk factors for multiple metabolic syndrome components in obese and non-obese Japanese individuals. *Prev Med.* 2021; 153:106855.

10・11・12	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 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 ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。
選択肢	① はい ② いいえ
目的	身体活動・運動の量を把握する。
解説	身体活動・運動の量が多いほど、生活習慣病の発症やそれらによる死亡のリスクが低いことが多くの疫学研究で示されている。また、身体活動・運動の量はエネルギー消費量の多寡と密接に関連しており、肥満の改善に当たっては身体活動の増加、運動習慣の確立によるエネルギー消費量の増加は欠かすことができない。
エビデンス	<p>質問 10 の運動とは、余暇時間に目的を持って行う身体活動（スポーツや体力づくり等）のことを指し、運動を習慣的に実施しているか否かを把握することを目的としている。</p> <ul style="list-style-type: none"> 週末1回だけの運動やスポーツの実施（Weekend Warrior）でも、生活習慣病や一部のがんの発症のリスクが低いことが示唆された^{1,2}。 健康日本 21（第二次）の最終評価では、「運動習慣者の割合の増加」に関する総合評価を「C 変わらない」と判定した³。 <p>質問11では、家事、就労、移動等の日常生活での歩行や身体活動の時間を把握することを目的としている。</p> <ul style="list-style-type: none"> 60分の歩行や身体活動は歩数に換算するとおよそ8000～10000歩に相当する⁴。 コホート研究を統合したメタ解析では、1日8000～10000歩までは、「+10（プラステン）」に相当する1日1000歩あたり10%程度総死亡や循環器死亡のリスクが低いことが示唆された^{5,6}。 <p>質問12では、普段の歩行速度を把握すること、ひいては身体活動の強度の把握を目的としている。前向きコホート研究で、歩行速度と死亡リスクとの間に有意な負の関係があることが示唆されている。</p> <ul style="list-style-type: none"> コホート研究を統合したメタ解析により、歩行速度が0.1m/秒遅いと、早期死亡のリスクが12%高く、循環器疾患発症リスクが8%高いことが示唆された⁷。
聞き取りポイント	<ul style="list-style-type: none"> 質問10ではスポーツや体力づくり等を目的とした運動の“習慣”の有無を、質問11では就労、家事、移動等生活に関わる身体活動実施時間を、質問12では歩行の速度から、身体活動の強度とその決定要因である体力を把握することを目的としている。
声かけの例	<ul style="list-style-type: none"> 時間を増やすだけが身体活動・運動を増やす方法ではない。強度を高くする、具体的には「いつもより速く歩きましょう」、「掃除や洗濯の際にはサッサと、キビキビとこなしましょう」というアドバイスでも身体活動量を増やすことができる。

	<ul style="list-style-type: none"> 身体活動や運動そのものを増やすためのアドバイスよりも、「土曜日の6時半から近くの公園でラジオ体操をやっていますよ」「公民館でヨガ教室に参加できますよ」といった情報の提供が効果的である。
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> 身体活動・運動は、減量ならびに生活習慣病の改善の効果が認められる一方で、誤った実施により、足腰の痛みや思わぬ事故につながる可能性がある。これらを予防し、安全に運動・身体活動を指導するための具体的な判断・対応の手順については、最新の「健康づくりのための身体活動基準2013」を参照すること。 3項目のうち「いいえ」の回答となった項目が改善すべき点と言えるが、一方で、その項目は対象者の生活環境により達成が困難な項目とも言える。例えば仕事や家事が忙しく余暇時間がない場合、質問10が「いいえ」と回答される場合が多いが、その対象者に「余暇時間に運動しましょう」と指導しても、その達成は困難と言わざるを得ない。逆に「はい」と回答された項目をより一層増やして頂くという指導法も検討すべきである。
対応方法	<ul style="list-style-type: none"> 身体活動・運動の量や歩行速度と生活習慣病の発症や死亡リスクとの間には負の量反応関係が存在している。保健指導の際には、質問票の回答が「いいえ」から「はい」に変化しなくても、現状よりも少しでも増やす、速くするといった実現可能な目標の設定が可能である。 「健康づくりのための身体活動基準2013」や「健康づくりのための身体活動指針（アクティブガイド）」でも、「+10（プラステン）」（今よりも10分多く体を動かす）という敷居の低いメッセージを用いて、身体活動の増加を推奨している。 留意事項での身体活動。運動に伴う傷害予防のために、身体活動・運動増やして頂く際には、1）体を動かす時間は少しずつ増やす（+10（プラステン）くらいから）、2）体調が悪い時は無理しない、3）病気や痛みがある場合は、医療機関に相談を、の3点を初回支援の際に指導することが安全対策として必須である。

参考資料

これら3つの質問は、「健康づくりのための身体活動基準2013」及び「健康づくりのための身体活動指針（アクティブガイド）」に準じている。それぞれの質問に対する回答から、対象者が①気づく（体を動かす機会の認知）、②始める（身体活動の開始）、③達成する（年齢に応じた目標運動量の達成）、④つながる（他者との身体活動習慣の共有）のいずれの行動変容ステージにあるかを判断することができ、ステージに応じた指導を行う際に有用である。

ステージの判断基準

⑪ 1日1時間以上の身体活動	はい			いいえ		
⑩ 運動習慣がある	はい	いいえ		はい	いいえ	
⑫ 歩く速度が速い		はい	いいえ		はい	いいえ

ステージ	つながる	達成する	始める	気づく
------	------	------	-----	-----

※「健康づくりのための身体活動指針（アクティブガイド）」については最新のものを参照ください。

1. O'Donovan G, et al. Association of “Weekend Warrior” and other leisure time physical activity patterns with risks for all-cause, cardiovascular disease, and cancer mortality. *JAMA Intern Med.* 2017; 177:335-342.
2. Shiroma EJ, et al. Physical activity patterns and mortality: the weekend warrior and activity routs. *Med Sci Sports Exerc.* 2019; 51:35-40.
3. 健康日本 21（第二次）最終評価報告書. <https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/001000512.pdf> p.278-279
4. 村上晴香ら. 健康づくりのための運動基準2006における身体活動量の基準値週23メッツ・時と1日あたりの歩数との関連. *体力科学.* 2012; 61:183-191.
5. Hall KS, et al. Systematic review of the prospective association of daily step counts with risk of mortality, cardiovascular disease, and dysglycemia. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2020; 17:78.
6. Paluch AE, et al. Daily steps and all-cause mortality: a meta-analysis of 15 international cohorts. *Lancet Public Health.* 2022; 7:e219-e228.
7. Veronese N, et al. Association between gait speed with mortality, cardiovascular disease and cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *J Am Med Dir Assoc.* 2018; 19:981-988.e7.

13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。
選択肢	① 何でもかんで食べることができる ② 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある ③ ほとんどかめない
目的	口腔機能のうち、食生活や生活習慣病に大きく関係する咀嚼の状況を把握する。
解説	う蝕（むし歯）、歯周病、歯の喪失やそれ以外の歯・口腔に関わる疾患等により咀嚼機能が低下すると、野菜の摂取は減少するとともに、生活習慣病のリスクが高まることが指摘されている ^{1,2} 。
エビデンス	<ul style="list-style-type: none"> よく噛めない野菜・肉類等の摂取が少なくなるとともに、低栄養のリスクが高くなることが報告されている^{3,4}。 生活習慣病と歯科疾患は共通のリスク因子（喫煙や砂糖摂取など）を有しており、生活習慣病対策と歯科疾患予防対策を同時に進めることは有効である⁵。
聞き取りポイント	<ul style="list-style-type: none"> 歯科治療により臼歯部（奥歯）のかみ合わせが改善されることによって、咀嚼能力が大きく改善されることが多いので、かかりつけ歯科医をもっているかどうかを確認する。 半年前に比べて固い物が食べにくくなったかどうかを確認する。 歯周病の重症化は歯の動揺をもたらし、咀嚼能力を下げる要因となるので、過去に歯周病であると言われたことがあるかどうかを確認する。
声かけの例	<p><u>①の場合</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 「なんでもよくかんで、美味しく食事がとれていますね。」 「症状がなくても年1回程度はかかりつけの歯科の先生等にお口の中の状態をみてもらっては如何ですか。」 <p><u>②又は③と回答した者</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 「歯科医療機関への早期受診をお勧めします。」 「左右両方の奥歯でしっかり噛みしめることができますか。」
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> 前期高齢者では、現在歯数が20歯未満となる割合が約31%と高くなることを踏まえ、それ以前の年代における歯・口腔の管理が非常に重要である。 歯の喪失等により咀嚼に支障が生じ、固い食物を噛めない状態では、食生活に関する指導の実践に支障が出る。 歯科治療による臼歯部の咬合状態の改善に加えて、食事指導を行うことにより、野菜摂取量等が有意に増加することが報告されているので、歯科治療後に食事指導を組み合わせる^{6,7}。

対応方法	<ul style="list-style-type: none"> • ②又は③と回答した者のうち、血糖を下げる薬又はインスリン注射（問2）で加療中の場合は、歯周病の治療等を行うことで糖尿病の重症化を予防することが期待される。 • ②又は③と回答した者の多くは、歯科治療を受けることで改善することが期待されるため、歯科医療機関の受診を勧奨する。 • ②と回答した者の一部、及び③と回答した場合には、早期に歯科専門職による対応が必要となることが多い。う蝕等に対する修復治療、歯周病に対する治療・定期管理、歯の喪失に対する補綴治療又は口腔機能低下に対する治療等により咀嚼力の回復や口腔機能の向上を図ることができることを説明し、現在治療を受けていない場合には歯科受診を勧める。
------	---

参考資料

1. Tada A, et al. Association of mastication and factors affecting masticatory function with obesity in adults: a systematic review. BMC Oral Health 2018; 18:76.
2. Tada A, et al. The relationship between tooth loss and hypertension: a systematic review and meta-analysis. Sci Rep 2022; 12:13311.
3. Zelig R, et al. Tooth loss and nutritional status in older adults: a systematic review and meta-analysis. JDR Clinical & Translational Research 2022; 7:4-15.
4. Motokawa K, et al. Relationship between chewing ability and nutritional status in Japanese older adults: a cross-sectional study. Int J Environ Res Public Health 2021; 18:1216.
5. Watt RG. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. Bull World Health Organ 2005; 83:711-8.
6. Iwasaki M, et al. The association of oral function with dietary intake and nutritional status among older adults: Latest evidence from epidemiological studies. Jpn Dent Sci Rev 2021; 57:128-137.
7. Bradbury J, et al. Nutrition counseling increases fruit and vegetable intake in the edentulous. J Dent Res 2006; 85:463-468.

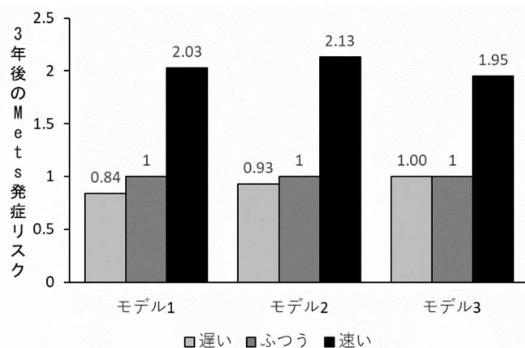
14	人と比較して食べる速度が速い。
選択肢	① 速い ② ふつう ③ 遅い
目的	メタボリックシンドロームのリスクに関わる食べ方を把握する。
解説	食べる速度が「速い」ことと、肥満や肥満傾向の研究結果が複数報告されていることから、食べる速度を確認する。非肥満であっても、食べる速度が「速い」と、メタボリックシンドロームのリスクを高める可能性も報告されていることから、非肥満者に対する指導を行う機会があれば、エビデンスを説明し、以下を参考に食べる速度に関するアドバイスを行う。
エビデンス	<ul style="list-style-type: none"> 日本人成人勤労者では、食べる速さが速い人は、速さがふつうの人と比較して3年後のメタボリックシンドローム発症リスクが約2倍であった¹ (図1-1)。 食べる速度が速い者は、遅い者と比べて将来の糖尿病発症のリスクは40歳代男性で約1.6倍、50歳代男性で約1.4倍であった² (図1-2)。 40-64歳の非肥満者、肥満者どちらにおいても、食べる速さが速い人は、遅い人と比較して、メタボリックシンドローム診断基準であるリスク要因が1つから2つ以上に増加するリスクが約1.2倍であった³ (図2)。 咀嚼によって感知した口腔内固有感覚は、三叉神経中脳路感覚核に伝えられ、脳内の神経ヒスタミンが量産される。この信号が満腹中枢では食事終了の信号として働く。また、咀嚼により賦活化されたヒスタミン神経系は、食欲抑制、末梢での脂肪分解、熱産生・放散をそれぞれ亢進させるため、体脂肪を燃して体重を減らす⁴。
聞き取りポイント	<ul style="list-style-type: none"> 食べる速度は、咀嚼回数との関連が深い。「よく噛んで食べているか」もあわせて聞き、食べ方の情報を得ると助言に、活用できる。 食べる速度は、主観的に聞かざるを得ないため、「人と比較して」の言葉が含まれている。したがって、この比較する「人」によって、回答が変わる可能性がある。食べ方は、日頃一緒に食べる人（家族や同僚など）に似ることがある。よって、日常での食事以外の場面も思い出して、聞き取る必要がある。
声かけの例	<p><u>「速い」と回答した場合</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 「いつも、よく噛んで食べていますか。それとも、あまり噛まずに食べていますか」とたずね、食べ方の詳細を確認する。 <p><u>「ふつう」「遅い」と回答した場合</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 「いつも一緒にお食事をされる人以外と比較しても、食べる速さは、同じあるいは遅いですか」とたずね、食べる速度を再確認する。それでも、「ふつう」「遅い」の場合は、噛み合わせなど口腔の問題がなければ、ゆっくり食べることはよいことなので、今後も継続するよう、アドバイスする。

留意事項	<p>食べる速度が「速い」要因には、幼い頃からの習慣以外に、現在の生活状況も影響している。たとえば、昼休みの時間が十分確保できない職場環境があげられる。そのような状況を確認せず、「ゆっくり食べてください」とアドバイスすると、「自分のことを理解してくれない」と考え、行動変容の支援が難しくなる可能性がある。アドバイスをする前に、食べる速度が速くなる背景を聞き、共感し、改善方法を一緒に考えることが求められる。</p>
対応方法	<p>以下の方法を参考に、少しでも改善できる方法を一緒に探す。</p> <ul style="list-style-type: none"> 野菜料理等の噛みごたえのあるものにする 一口の量を減らす 一口10回噛む（10回は例。回数は現在の回数を把握して決める） 一口ごとに箸を置く 食べることに集中し、食事を味わって食べる 一緒に食べる人より、遅く食べ終わると決め、食べる

参考資料

食べる速さとメタボリックシンドロームや糖尿病発症との関連^{1,2}

日本人 19-68 歳の勤労者 1,018 名（男性 900 名, 女性 118 名）を対象とした 3 年間のフォローアップ研究の結果、食べる速度が速い人は、普通の人と比較して 3 年後のメタボリックシンドローム発症リスクが約 2 倍であった（図 1-1）。また、日本人 40-64 歳の男性 15,474 名を対象とした後ろ向きコホート研究の結果、食べる速度が速い人は、そうでない人と比較して 5 年後の糖尿病発症リスクは 40 歳代と 50 歳代で有意に上昇していた（図 1-2）。



Trend P-value:

モデル 1 p=0.008,

モデル2 p=0.009,

モデル3 p=0.040

❖ 文献 1 Table2 から作図

❖ モデル 1 は年齢、性別、勤務する工場調整、モデル 2 はモデル 1 に加え、勤務形態、喫煙状況、飲酒状況、身体活動、総エネルギー摂取量で調整、モデル 3 はモデル 2 に加え、BMI とベースラインからの BMI の変化を調整したオッズ比

図 1-1. 3 年後のメタボリックシンドローム発症リスク

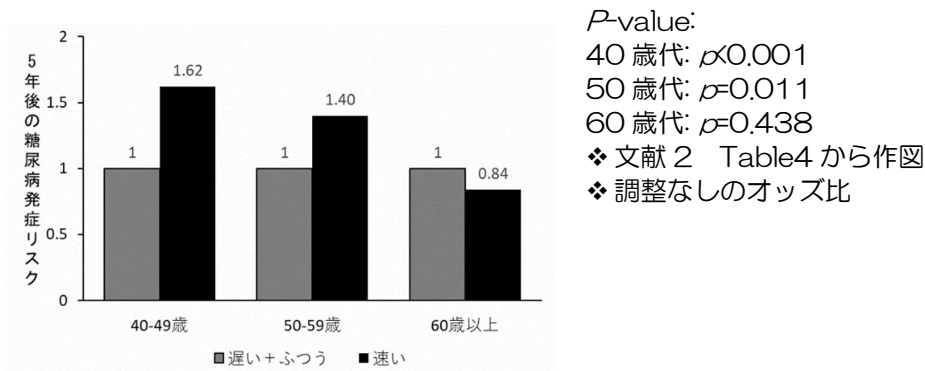


図1-2. 糖尿病の新規発症リスク

非肥満者及び肥満者における食べる速さとメタボリックシンドロームリスク要因との関連³
 日本人40-64歳47,172名を対象とした横断研究の結果、非肥満者、肥満者どちらにおいても、食べる速さが速い人は、遅い人と比較してメタボリックシンドロームの診断基準であるリスク要因が1つから2つ以上に増加するリスクが約1.2倍であった。

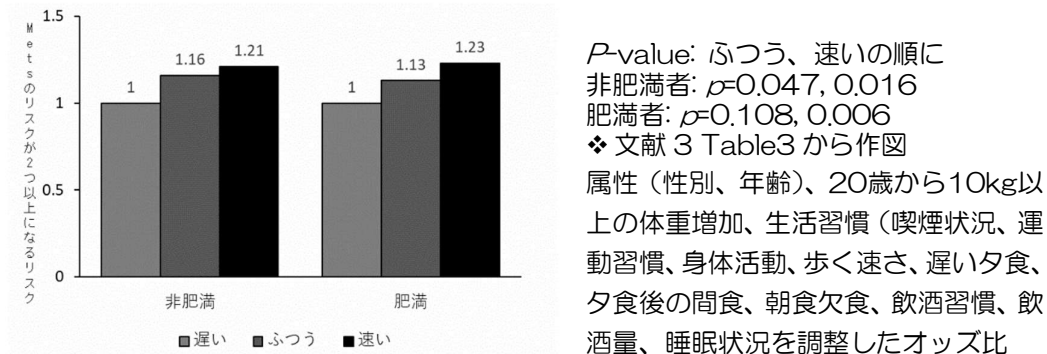


図2. メタボリックシンドローム診断基準のリスク要因が1つから2つ以上に増加するリスク

1. Nanri A, et al. Eating speed and risk of metabolic syndrome among Japanese workers: The Furukawa Nutrition and Health Study. Nutrition. 2020; 78:110962.
2. Ishihara R, et al. Impact of income and eating speed on new-onset diabetes among men: a retrospective cohort study. BMJ Open. 2021; 11:e048855.
3. Kikuchi A, et al. Risk factors for multiple metabolic syndrome components in obese and non-obese Japanese individuals. Prev Med. 2021; 153:106855.
4. 坂田利家. 肥満症防止と治療における咀嚼の臨床的意義. 日本味と匂学会誌. 2006:149-156.

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。
選択肢	① はい ② いいえ
目的	夕食の摂取状況を把握する。
解説	「はい」と回答し、かつ健診結果で肥満傾向、高血糖、糖尿病、高トリグリセライド血症、低HDL血症がある場合は、仕事や家庭のやむを得ない事情等を確認・共感した上で、少しでも改善できるようにするための工夫を共に考える等の支援を行う。対処法として、就寝時間を遅らせるのではなく、たとえば早めの時間に食事をする工夫をしたり、間食等を工夫して就寝前のエネルギー、糖質等の摂取を控える等の方法がある。
エビデンス	<ul style="list-style-type: none"> • 特定保健指導を受けた2239人を対象とした研究では、1年後の健診で、「就寝前の2時間以内に夕食を取ることが週に3回以上ある」ことが改善した者では、改善しなかった者に比べて、腹囲が有意に減少し、HDLコレステロールが有意に増加したことが報告されている¹。 • 40-74歳の女性19687人を対象とした横断研究で、「就寝前の2時間以内に夕食を取ることが週に3回以上ある」ことと、肥満との関連が報告されている²。また、0-74歳の男女1906人を対象とした横断研究で、「就寝前の2時間以内に夕食を取ることが週に3回以上ある」ことと、肥満、中心性肥満との関連が報告されている³。 • 30-79歳の男女766人を対象とした横断研究では、就寝前の3時間以内に夕食をとる群では、就寝の3時間以上前に夕食をとる群に比べて、BMIと腹囲が有意に高値であったとする報告がある⁴。 • 一方で、20-49歳の男性45524人を対象とした横断研究では、「就寝前の2時間以内に夕食を取ることが週に3回以上ある」ことと肥満との関連はなかったと報告されている⁵。また、製造業5社の健康保険組合に所属する40-64歳の47172人を対象とした横断研究でも、「就寝前の2時間以内に夕食を取ることが週に3回以上ある」こととメタボリックシンドロームとの関連はなかったことが報告されている⁶。さらに、糖尿病を発症していない40-74歳の197825人を対象とした後ろ向きコホート研究で、「就寝前の2時間以内に夕食を取ることが週に3回以上ある。」ことと糖尿病発症との関連はなかったとの報告がある⁷。40-55歳の8153人を対象とした横断研究では、「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」ことも「夕食後に間食することが週に3回以上ある」こともない群と、「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」群のメタボリックシンドロームのオッズ比に有意差はなかったと報告されている⁸。

聞き取りポイント	<ul style="list-style-type: none"> 質問17の朝食、質問20の睡眠による休養も活用し、夕食の食事内容もあわせて確認する。 「はい」と回答した場合、その人の生活パターンを詳細に聴取し、仕事や家庭の事情などの原因に応じて、本人とともに改善点を探る。「毎日早めに夕食を」と指導しても効果が上がらない場合があるので、毎日が難しい場合は、まずは「週に1回」、「2日に1回」など、段階的に目標を立てる。
声かけの例	「寝る前に食事をすると、肥満や高血糖、脂質の異常につながります。早めの時間に夕食をとる工夫を考えてみましょう。夕食の時間が遅くなる場合は、夕方に軽食をとって、夜は控えめにすることも一つの方法です。」
留意事項	<p>早めの時間に夕食を終えていても、夕食後に間食をしている場合がある。この場合も、寝る前の食事習慣が健康に与える影響を理解してもらい、改善点を探る。</p> <p>なお、就寝前2時間以内の夜遅い食事を避けるために、早い時間帯に間食を摂る場合には、食事の代わりになる食品・料理を選ぶように促す。</p>
対応方法	<ul style="list-style-type: none"> 1日に必要十分な栄養素など、健康的な食事に関する基礎知識を平易な言葉で伝える。 理解が進んだら、遅い夕食の原因と習慣を変える方法を一緒に考える。 遅い夕食の習慣が罹っている疾患に影響すると思われる場合は、医師に相談するよう勧める。

参考資料

1. 平成22年度厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）「特定健診・保健指導開始後の実態を踏まえた新たな課題の整理と保健指導困難事例や若年肥満者も含めた新たな保健指導プログラムの提案に関する研究」（研究代表者 横山徹爾）
2. Okada C, et al. The association of having a late dinner or bedtime snack and skipping breakfast with overweight in Japanese women. *J Obes.* 2019; 2019:2439571.
3. Ishida Y, et al. Influence of the accumulation of unhealthy eating habits on obesity in a general Japanese population: The Hisayama Study. *Nutrients.* 2020; 12:3160.
4. Watanabe Y, et al. Skipping breakfast is correlated with obesity. *J Rural Med.* 2014; 9:51-58.
5. Kito K, et al. Impacts of skipping breakfast and late dinner on the incidence of being overweight: a 3-year retrospective cohort study of men aged 20-49 years. *J Hum Nutr Diet.* 2019; 32:349-355.
6. Kikuchi A, et al. Risk factors for multiple metabolic syndrome components in obese and non-obese Japanese individuals. *Prev Med.* 2021; 153:106855.
7. Kudo A, et al. Fast eating is a strong risk factor for new-onset diabetes

- among the Japanese general population. *Sci Rep.* 2019; 9:8210.
8. Yoshida J, et al. Association of night eating habits with metabolic syndrome and its components: a longitudinal study. *BMC Public Health.* 2018; 18:1366.

16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。
選択肢	① 毎日 ② 時々 ③ ほとんど摂取しない
目的	間食や甘い飲み物の摂取状況を把握する。
解説	「毎日」と回答し、かつ健診結果で肥満傾向、高血糖、高トリグリセライド血症がある場合は、仕事や家庭のやむを得ない事情等を確認・共感した上で、少しでも改善できるような工夫を共に考える等の支援を行う。
エビデンス	<ul style="list-style-type: none"> 20代男性を対象とした調査では、肥満者は普通体重の者に比べて、夕食後に間食をすることが多い¹。 特定保健指導を受けた2239人を対象とした研究では、1年後の健診で、「夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが週に3回以上ある」ことが改善した者は、改善した者に比べて、体重が有意に減少したという報告がある²。 40-74歳の男女1906人を対象とした横断研究で、間食と、肥満、中心性肥満との関連が報告されている³。 一方で、40-55歳の8153人を対象とした横断研究では、「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」ことも「夕食後に間食することが週に3回以上ある」こともない群と、「夕食後に間食することが週に3回以上ある」群のメタボリックシンドロームのオッズ比に有意差はなかったと報告されている⁴。
聞き取りポイント	間食をする人にはいくつかのパターンがある。例えば、いわゆる「お菓子好きの人」、仕事で朝が早いために昼間に間食をする人、さらに夕食後にテレビなどを見ながら間食をする人等が挙げられる。その人の間食の背景や状況を聴取し、改善点を探る。さらに、間食の内容も聞き取り、内容に応じて量や頻度、代替案などを提案するようにする。
声かけの例	「間食の種類や量(菓子や甘い飲み物など)によっては、エネルギーの摂りすぎにつながります。お菓子の買いだめをしないようにして、間食する習慣を見直しましょう。また、甘い飲み物をやめて、水やお茶にしましょう。」

留意事項	<ul style="list-style-type: none"> • 果物に関しては、菓子類の間食とは分けて考える必要がある。成人における果物摂取と肥満との関連を調べたシステマティックレビューでは、果物摂取と長期的な体重増加抑制との関連性が示された⁵。また、ほかの生活習慣の改善とあわせて果物や野菜の摂取量を増やすことは、肥満や過体重の成人において、肥満が改善されることも示されている⁶。食事バランスガイドでは、1日200g程度の目安が示されている⁷。 • 果物の過剰摂取は血中の中性脂肪や体重の増加をきたす懸念があるが、一定量の摂取は糖尿病の発症率を低下させる。糖尿病の管理において、糖尿病診療ガイドライン2019では1単位程度の摂取は促してよいとしている⁸。1単位（80kcal）とは、みかんなら2個程度に相当する⁹。単純糖質の摂取は控えることが望ましいが、果糖を含む果物は適量摂取が勧められている。 • 果物にはカリウムが多く含まれている。カリウムには血圧を下げる効果があり¹⁰、循環器病のリスクを低下させる効果も期待される¹¹。 • WHOのガイドライン¹²では、成人や子どもにおける肥満や虫歯等の非感染性疾患を減らす目的で、遊離糖類の摂取量を、総エネルギー摂取量の10%未満とすることを強く推奨した。このガイドラインでいう「遊離糖類」とは、単糖類及び二糖類のことで、人が食品・飲料に添加する糖類のほか、蜂蜜・シロップ・果汁・濃縮果汁中に天然に存在しているものであり、生鮮果実の摂取を制限するものではないことに留意されたい。
対応方法	<ul style="list-style-type: none"> • 1日に必要十分な栄養素など、健康的な食事に関する基礎知識を平易な言葉で伝える。 • 理解が進んだら、間食の原因と習慣を変える方法を一緒に考える。 • 間食の習慣が罹っている疾患に影響すると思われる場合は、医師に相談するよう勧める。 • 栄養成分表示の見方を説明し、菓子や糖分入り飲料を減らすことで節約できるエネルギー量を確認できるよう指導する。

参考資料

1. 厚生省. 平成9年国民栄養調査. https://www.mhlw.go.jp/toukei/kouhyo/indexkk_14_4.html
2. 平成22年度厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）「特定健診・保健指導開始後の実態を踏まえた新たな課題の整理と保健指導困難事例や若年肥満者も含めた新たな保健指導プログラムの提案に関する研究」（研究代表者 横山徹爾）.
3. Ishida Y, et al. Influence of the accumulation of unhealthy eating habits on obesity in a general Japanese population: the Hisayama study. *Nutrients*. 2020; 12:3160.
4. Yoshida J, et al. Association of night eating habits with metabolic syndrome and its components: a longitudinal study. *BMC Public Health*. 2018; 18:1366.

5. Hebden L, et al. Fruit consumption and adiposity status in adults: A systematic review of current evidence. *Crit Rev Food Sci Nutr.* 2017; 57:2526-2540.
6. Ledoux TA, et al. Relationship of fruit and vegetable intake with adiposity: a systematic review. *Obes Rev.* 2011; 12:e143-50.
7. 厚生労働省, 農林水産省. 食事バランスガイド. <https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyou-syokuji.html>.
8. 日本糖尿病学会編著. 糖尿病診療ガイドライン2019. 東京: 南江堂 2019.
9. 日本糖尿病学会. 糖尿病食事療法のための食品交換表.
10. Thi Minh Nguyen T, et al. Association of blood pressure with estimates of 24-h urinary sodium and potassium excretion from repeated single-spot urine samples. *Hypertens Res.* 2019; 42:411-418.
11. Aburto NJ, et al. Effect of increased potassium intake on cardiovascular risk factors and disease: systematic review and meta-analyses. *BMJ.* 2013; 346:f1378.
12. Guideline: Sugars intake for adults and children. Geneva: World Health Organization 2015.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549028>

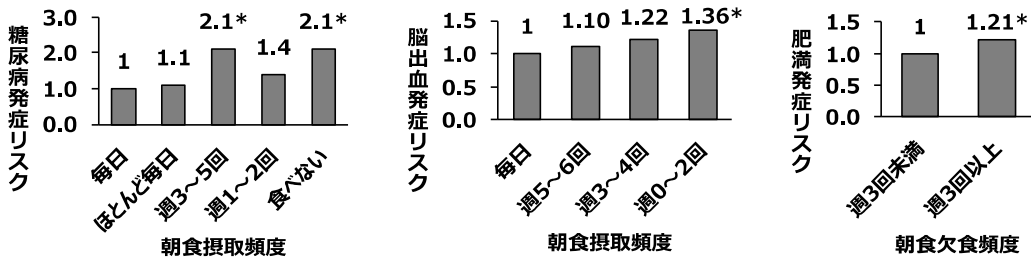
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。
選択肢	① はい ② いいえ
目的	朝食の摂取状況を把握する。
解説	朝食欠食は糖尿病、脳出血、肥満の発症リスクとの関連が報告されていることから、朝食の摂取状況を確認する。朝食を欠食している場合は、エビデンスを説明し、以下を参考に朝食摂取に関するアドバイスを行う。
エビデンス	<ul style="list-style-type: none"> 35～66歳の日本人勤労者約4,600名を対象としたコホート研究（約9年間の追跡）において、毎日朝食を摂取する群を基準とした場合の糖尿病の発症リスクは、週に3～5回の摂取が2.1倍、完全な欠食が2.1倍であった¹（図1）。 45～74歳の日本の男女、約82,000名を対象としたコホート研究（約13年間の追跡）において、朝食を毎日摂取する群を基準とした場合の脳出血の発症リスクは、週0～2回の摂取が1.36倍であった²（図1）。 日本人123,182名を対象としたコホート研究（約5年間の追跡）において、朝食を週に3回以上欠食する者の肥満の発症リスクは、1.21倍であった³（図1）。 日本人の女子大学生33名を対象とした介入研究で、一律500kcalの食事を7時、13時、19時に食べさせた朝型の生活パターンでは食事誘発性熱産生が7時で最も高く、13時、19時、1時に食べさせた夜型の生活パターンでは、1時で最も低かった。3食合わせた合計の食事誘発性熱産生は、夜型よりも朝型で有意に高かった⁴（図2）
聞き取りポイント	<p>質問15の就寝前の食事、質問20の睡眠による休養と併せて確認する。</p> <ul style="list-style-type: none"> 欠食がある場合はその理由を確認する。その際、質問15の就寝前の食事、質問20の睡眠による休養も活用し、夕食の食事内容、就寝時間、起床時間を確認する。 仕事や家庭のやむを得ない事情等を確認・共感した上で、少しでも改善できるようにするための工夫を共に考える等の支援を行う。 朝食を食べるために必要なこととして回答者の30%以上の者が選んだことは、「朝、食欲があること」、「朝早く起きられること」、「自分で朝食を用意する時間があること」、「自分で朝食を用意する手間がかからないこと」、「朝食を食べる習慣があること」であった⁵（図3）ので、朝食を食べたいか、食べたくないか、食べたくても時間がないか等を考慮する。
声かけの例	<p>「はい」の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> 「朝食を抜いてしまうのはどんな時ですか？」 「朝食を食べる時はどんなものを食べますか？」 「朝食はどなたが用意されていますか？」 「朝食を抜くと、午前中に元気が出なかったり、眠くなったりしませんか？」

	<p>か？」</p> <ul style="list-style-type: none"> 「夕食の時間や量はいかがですか？」 <p>「いいえ」の場合：週1～2回でも朝食を抜くことがないか、朝食には何を食べているかを確認する。</p> <ul style="list-style-type: none"> 「毎日朝食を食べられていますか？」 「朝食には何を食えることが多いですか？」
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> 朝食を食べていると答えても、菓子パンのみなどの食事内容が偏っている場合もあるため、「いいえ」の場合も内容の確認を行い、主食・主菜・副菜がそろった栄養バランスのよい朝食の実現を目指す。 朝食だけでなく、就寝時間や睡眠、他の食事などの1日の生活リズムを意識する。
対応方法	<ul style="list-style-type: none"> 簡単に用意できる朝食の献立を紹介する。 コンビニエンスストア等で購入できるバランスのよい朝食の組み合わせを紹介する。

参考資料

図1 朝食摂取または欠食頻度別の糖尿病¹・脳出血²・肥満³の発症リスク

毎日朝食を摂取する群を基準とした場合の約9年後の糖尿病の発症リスクは、完全な欠食で2.1倍¹、13年後の脳出血の発症リスクは、週0～2回の摂取で1.36倍だった²。朝食を週に3回以上欠食しない者を基準とした場合の週に3回以上欠食する者の約5年後の肥満の発症リスクは1.21倍であった³。



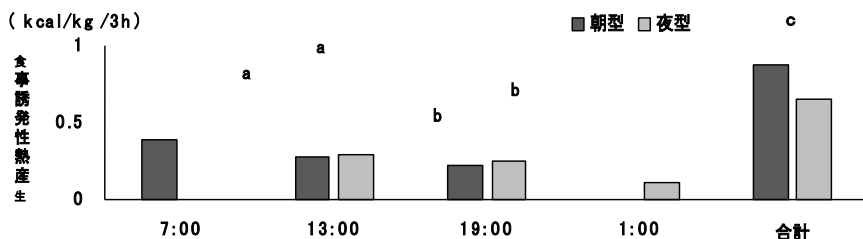
文献1のTable2より作成 *P<0.05

文献2のTable2より作成 *P<0.05

文献3のTable2より作成 *P<0.05

図2 生活型別の食事開始から3時間の食事誘発性熱産生⁴

食事時間が7:00、13:00、19:00の朝型と13:00、19:00、1:00の夜型の3食合わせた食事誘発性熱産生は、夜型よりも朝型で有意に高かった。



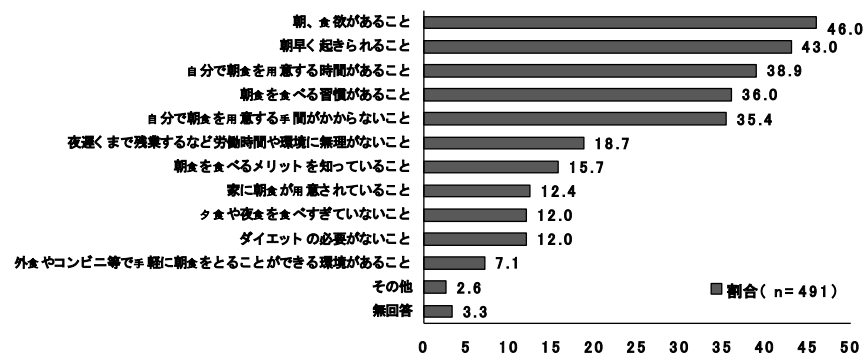
文献4の図3より作成

a: 朝型の3食間の多重比較 (Tukeyの検定), p<0.05

c: 朝型と夜型の合計の比較 (対応のあるt検定), p<0.01

図3 朝食を食べるために必要なこと⁵

「朝食を食べるためには、どのようなことが必要だと思いますか」という問いに対し、「朝食欲があること」を選択した者が最も多く46.0%だった。



文献5の図2-5より作成

1. Uemura M, et al. Breakfast skipping is positively associated with incidence of type 2 diabetes mellitus. J Epidemiol. 2015; 25:351-358.
2. Kubota Y, et al. Association of breakfast intake with incident stroke and coronary heart disease: the Japan Public Health Center-based study. Stroke. 2016; 47:477-481.
3. Seki T, et al. Eating and drinking habits and its association with obesity in Japanese healthy adults. Br J Nutr. 2021; 126:1585-1591.
4. 関野由香ら. 食事時刻の変化が若年女子の食事誘発性熱産生に及ぼす影響. 日本栄養・食料学会誌. 2010; 63:101-110.
5. 農林水産省. 令和3年度食育に関する意識調査報告書. https://www.maff.go.jp/j/syokuiku/ishiki/r04/pdf/houkoku_2_2.pdf

18・19	<p>質問18 お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか。</p> <p>質問19 飲酒日の1日当たりの飲酒量</p>
選択肢	<p>質問18 ①毎日 ②週5～6日 ③週3～4日 ④週1～2日 ⑤月に1～3日 ⑥月に1日未満 ⑦やめた ⑧飲まない（飲めない）</p> <p>質問19 ①1合未満 ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3～5合未満 ⑤5合以上</p>
目的	<p>飲酒頻度と飲酒量を把握し、生活習慣病のリスクを高める飲酒習慣がある者を特定する。</p>
解説	<p>がん、高血圧、脳出血、脂質異常症等の飲酒に関連する多くの健康問題のリスクは、1日平均飲酒量と共にほぼ直線的に上昇することが示されている。一方で、全死亡、脳梗塞及び虚血性心疾患については、飲酒量との関係は直線的であるとは言えないが、一定の量を超えるとリスクが高まることが分かっている^{1,2}。</p> <p>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定めており、これを適切に把握することができる³。</p>
エビデンス	<ul style="list-style-type: none"> 多量飲酒は生活習慣病や死亡のリスクを高める 禁酒者に区分される人は、非飲酒者より死亡リスクが高いことが知られている⁴。これは禁酒が何らかの重篤な疾患等が契機になることが多いためと考えられている。 WHOでは「heavy episodic drink, Binge drink（大量機会飲酒）」を、「1回60グラム以上を30日に1回以上する飲酒」と定義されており、月1～3日でも飲酒量が④⑤に該当する場合は飲酒による健康リスクが高まる。 「月に1日未満」の者については、大量機会飲酒のリスクがある者と区別することが可能である。
聞き取りポイント	<ul style="list-style-type: none"> 酒類（日本酒、焼酎、ビール、洋酒等）ごとのリスクの違いについては様々な意見がある。しかし、エビデンスとして合意された見解はなく、摂取するエタノール量の総量が同じであれば酒の種類による健康影響は大きく変わらない。基本的には、飲酒頻度量×エタノール濃度の大きさを評価すべきである。
声かけの例	<ul style="list-style-type: none"> 「毎日」「週5-6日」の場合、「アルコールについて医療機関に相談されたことがありますか」、「お酒を飲まないで寝つけないことが多いですか」 「やめた」場合は、禁酒のきっかけを聴取する必要がある。 それ以外の場合、「アルコールやお酒の飲み方について体調管理の面で困りになったことはありませんか」 「5合以上」の場合、「アルコールやお酒に関連して体調を崩されたことはありませんか」

	<ul style="list-style-type: none"> • 「3合以上」の場合、「アルコールについて健診や医療機関で指摘されたことがありますか」 • それ以外の場合、「アルコールを飲みすぎたことはありませんか」
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> • 禁酒していた場合はその理由に応じた健康相談が必要な場合があり得る。 • 過度の飲酒が歯周病や歯の喪失と関係することが指摘されているため、多量飲酒者では口腔機能の悪化に留意する（問13参照）。 • 飲酒量を日本酒量換算にするため、計算の際には間違いのないよう気をつける。 • 飲酒により影響を受ける疾患の有無や、薬剤（向精神薬や睡眠薬等）の使用の有無について留意が必要である。
対応方法	<ul style="list-style-type: none"> • 主治医をもつ場合は、主治医と飲酒との付き合い方について相談するよう促す • 主治医がない場合は、健康相談や健診機関など医療者へつなげるように促す。 • 1合をエタノール量22gとして換算し、健康日本21（第二次）で示す「生活習慣病のリスクを高める飲酒」（1日の平均純アルコール摂取量が男性で40g、女性で20g以上）に該当する場合は飲酒状況の評価（AUDIT）を行い、必要であれば減酒支援（ブリーフインターベンション）を行うことが望ましい⁵。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ AUDIT（Alcohol Use Disorders Identification Test）とは、WHOが作成したアルコールスクリーニングテストであり、アルコール依存症やアルコール問題を有する者を抽出するために国際的に広く使われている。 ➢ AUDITは10問からなる質問票（0～40点）であり、8～14点を酒害教育と節酒指導の対象とし、15点以上を断酒指導と専門医療の対象とすることが一般的である。ただし、このカットオフ値は、対象者の特性（AUDITを使用する目的や、対象集団における飲酒文化等）に応じて変動させることができるため、集団間での比較には注意が必要である。 ➢ AUDITは自記式であるため、対象者が故意に飲酒を否認し、過小申告することが考えられる。そのため採点がカットオフ値以下であっても、アルコール問題が大きいと感じられた場合には断酒に向けて介入を行う等、柔軟な対応が必要である。 ➢ AUDITの具体的な質問や採点方法、ブリーフインターベンションについては、第3編（保健指導）を参照のこと。

参考資料

飲酒に係るリスクの評価

(男性)	1合未満	1～2合未満	2～3合未満	3～5合未満	5合以上
毎日			生活習慣病のリスクを高める 量を飲酒している者		
週5～6日					
週3～4日					
週1～2日					
月1～3日					

(女性)	1合未満	1～2合未満	2～3合未満	3～5合未満	5合以上
毎日		生活習慣病のリスクを高める量を 飲酒している者			
週5～6日					
週3～4日					
週1～2日					
月1～3日					

(健康日本21(第二次)及びWHOのガイドラインで規定されている飲酒による生活習慣病等のリスク評価)

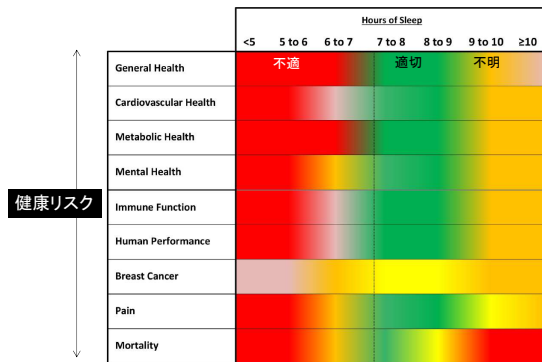
1. Inoue M, et al. Impact of alcohol drinking on total cancer risk: data from a large-scale population-based cohort study in Japan. Br J Cancer. 2005; 92:182-187.
2. Ikehara S, et al. Alcohol consumption and risks of hypertension and cardiovascular disease in Japanese men and women. Hypertens Res. 2020; 43:477-481.
3. Saito E, et al. Impact of Alcohol intake and drinking patterns on mortality from all causes and major causes of death in a Japanese population. J Epidemiol. 2018; 28:140-148.
4. Lin Y, et al. Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly Japanese men and women. Ann Epidemiol. 2005; 15: 590-7.
5. 樋口進、中秀紀(編): WHO世界戦略を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合的研究 改訂版アルコール保健指導マニュアル.新興医学出版社.2016.

20	睡眠で休養が十分とれている。
選択肢	①はい ②いいえ
目的	作業能力の低下や事故の原因になるばかりでなく、循環器疾患、代謝障害などのリスク因子である睡眠の量や質、睡眠呼吸障害の可能性を評価する。
解説	「いいえ」と答えた者は、睡眠の「量」又は「質」に問題がある可能性がある。量すなわち睡眠時間が不足している場合は、仕事や家庭のやむを得ない事情等を確認し共感した上で睡眠時間を確保できるよう支援する。特に6時間未満の短時間睡 ¹ は体や心の健康によくないことを説明する。睡眠の質に問題がある場合は、「健康づくりのための睡眠指針2014」12か条 ² 等を参照して支援を行う。
エビデンス	睡眠時間が6時間未満の場合は、一般的な健康状態（general health）が損なわれ、心血管障害、代謝障害のリスク度が高まる。また、心の健康にも影響するほか、免疫力が低下し、作業能力も低下する。体脂肪率も増加する ¹ 。
聞き取りポイント	<ul style="list-style-type: none"> 肥満、高血圧、糖尿病、心房細動、心疾患、脳卒中後等では「睡眠時無呼吸症候群（SAS）」を合併していることが多い。昼間の眠気、充足感のない睡眠、いびき、夜間のあえぎ、窒息感等の状況を確認する。
声かけの例	<p>「<u>いいえ</u>」の場合</p> <p>「何時間（何時から何時）寝ていますか？」「寝付けないことが多いですか？」</p> <ul style="list-style-type: none"> 睡眠で重要な事は量と質であることを説明し、まずは睡眠時間を6時間以上確保するように説明する。 6時間未満の睡眠は生活習慣病につながり、心の健康にもよくないことを伝える。
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> 肥満、高血圧、糖尿病、心房細動、心疾患、脳卒中後等では「睡眠時無呼吸症候群（SAS）」を合併していることが多い³。昼間の眠気、充足感のない睡眠、いびき、夜間のあえぎ、窒息感等の状況を確認する。SASの内90%以上を占める通常いびきを伴う閉塞性SASでは、3大要因は肥満、加齢、男性であり、減量が有効なことから、減量への動機付けにつなげることができる。たとえば体重の10%の減量で睡眠時無呼吸は約30%減少すること⁴等を説明する。必要に応じて減量や、SAS治療用のマウスピース、CPAP等の治療法、医療機関の受診についても情報を提供する⁵。 この質問に「いいえ」と回答した場合、睡眠で重要な事は量と質であることを説明し、まずは睡眠時間を6時間以上確保するように説明する。6時間未満の睡眠は生活習慣病につながり、心の健康にもよくないことを伝える。不眠症も心と体の健康を害することがあることを説

	<p>明する。十分な睡眠時間を確保しても睡眠で 休養が取れない場合、睡眠時無呼吸、不眠等の頻度の高い睡眠障害について説明し、医療機関の受診についても情報提供する。</p> <ul style="list-style-type: none"> 「いいえ」と回答した場合、規則正しい睡眠・食事習慣を指導しつつ⁶、食生活・運動習慣等の改善意欲が低下しやすいことに留意し、減量目標の設定を急ぐのではなく、睡眠の質と量を確保できるような支援を行う。
対応方法	<ul style="list-style-type: none"> 「いいえ」と回答した場合、食生活・運動習慣等の改善意欲が低下しやすいことに留意し、減量目標などの設定を急ぐのではなく、睡眠の質と量を確保できるような支援を行う。 睡眠の質に問題がある場合は、「健康づくりのための睡眠指針2014」12か条を参照して支援を行う。 十分な睡眠時間を確保しても睡眠で休養が取れない場合、睡眠時無呼吸、不眠等の頻度の高い睡眠障害について説明し、医療機関の受診についても情報提供する。 睡眠時無呼吸症候群では減量が有効なことから、減量への動機付けにつなげることができる。たとえば体重の10%の減量で睡眠時無呼吸は約30%減少すること等を説明する。 必要に応じて減量やマウスピース・CPAP等の治療、医療機関の受診について情報提供する。

参考資料

睡眠時間と健康リスク



米国睡眠学会 成人の睡眠時間に関する合意声明 Sleep 2015;38:1161-1183

1. Consensus Conference Panel. Joint consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society on the recommended amount of sleep for a healthy adult: methodology and discussion. Sleep. 2015; 38:1161-1183.
2. 健康づくりのための睡眠指針2014. <http://www.mhlw.go.jp/file/06->

Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000047221.pdf

3. International classification of sleep disorders, 3rd ed. American Academy of Sleep Medicine. Darien IL, 2014.
4. Peppard PE, et al. Longitudinal study of moderate weight change and sleep-disordered breathing. JAMA. 200; 284:3015-3021.
5. 睡眠時無呼吸症候群(SAS)の診療ガイドライン2020. 日本呼吸器学会. 厚生労働科学研究費補助金「難治性疾患・肺高血圧症に関する調査研究」班 (監修)、睡眠時無呼吸症候群(SAS)の診療ガイドライン作成委員会編、南江堂、東京、2020.
6. Matsumoto T, et al. Combined association of clinical and lifestyle factors with non-restorative sleep: The Nagahama Study. PLoS One. 2017; 12:e0171849.

21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。
選択肢	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）
目的	運動や食生活等の生活習慣の改善に対して対象者がどのような行動変容ステージ（準備段階）にあるかを確認することで、対象者の準備段階に応じた適切な保健指導となるようにする。
解説	保健指導の際に生活習慣の改善について、対象者がどのような行動変容ステージ（準備段階）にあるかを確認するものである。プロチャスカの行動変容理論に基づき、準備段階を踏まえた保健指導を行う上で活用していく。なお、健診や人間ドックを受けてから保健指導を利用するまで、あるいは保健指導を実施している中でも、対象者の行動変容ステージは変化していくことが想定できるので、保健指導実施者は、常に、対象者の行動変容ステージに着目していく。また、生活習慣は、食生活、運動・身体活動、喫煙、飲酒、睡眠・休養等、多岐にわたるので、いずれの生活習慣に対しての行動変容ステージなのかについても留意する。
聞き取りポイント	<ul style="list-style-type: none"> 保健指導を実施する際、健診時の回答から対象者の気持ちに変化が生じることも多いため、健診結果を理解したあとに、保健指導の場面で再度行動変容ステージを確認することが大切である³。 この質問項目では、生活習慣に対する行動変容ステージをまとめて聞いているが、実際には食生活、運動・身体活動、喫煙、飲酒、睡眠・休養等、それぞれの行動ごとにステージが異なることが一般的であるので、保健指導の場面では、それぞれについての行動変容ステージを問う追加の質問を行うことが望ましい⁴。 生活習慣に関する行動変容に対して困難感を抱く対象者の心情に共感し、行動変容を阻害している要因や環境を対象者と共に考え、気づきを促すことが必要である。 生活習慣に関する行動変容への取組みは、まずは、対象者本人が自覚することが重要であるが、変更した生活習慣の継続には、サポートしてくれる人の存在は大きい。継続できる条件を対象者ととも考えることも重要である。

声かけの例	<ul style="list-style-type: none"> • すでに取組んでいる場合（4 実行期、5 維持期）、どのような取組みをいつから開始しているのか、その効果をどのように感じているのかを確認・賞賛すると共に、取組みを続けることの重要性を伝える。ただし、無理な方法を実施していたり、続けることが困難と感じていたりする場合には、目標の見直し等について指導する。 • 準備期(3)では、実行しやすい目標を設定し、適切なタイミングでツールを提供する等により実行できるという自信につながるよう励ますことが有効である。 • 関心期・熟考期(2)では、生活習慣改善のメリットを伝えると共に、無理のない方法で効果が上がることを伝える。たとえば約 3%の減量でも検査値の改善効果が得られる⁵ことを伝える等の方法がある。セルフ管理につながるようなツールを提示し、継続できることをイメージしてもらうことも重要である。 • 無関心期・前熟考期(1)では、現在の生活習慣が疾病につながることを伝える。ただし、「改善するつもりはない」と回答している者の中には、たとえば、既によい生活習慣を行っているのでこれ以上の改善はできない等、別の意図で回答している場合もあるので、本人の意識と行動を改めて確認する。その際、たとえば、現在健康のために意識してやっていること等を話してもらうとよい。
留意事項	<p>「改善するつもりはない」と回答しても、特定保健指導の基準に該当すれば、利用を勧められることになることの理解を得ておくことが必要である。改善意欲が低いと回答しても、面接によって意欲が高まることもあるので、保健指導の対象者となったことの理解を促し、保健指導の利用を勧める。保健指導の対象者として除外する場合は慎重さが求められる。</p>
対応方法	<ul style="list-style-type: none"> • 生活習慣の改善を考えるうえで、行動変容への準備状況が重要であることからこの質問項目を設けていることの理解を促す。 • この質問項目への回答によらず、特定保健指導の基準に該当すれば、利用を勧められることになることの理解を得る。 • 生活習慣は、食生活、運動・身体活動、喫煙、飲酒、睡眠・休養等、多岐にわたるが、全体を捉えての回答でよいことを説明する。

参考資料

1. Prochaska JO, et al. The transtheoretical model and stages of change, Health Behavior Theory, Research, and Practice. 5th ed. Glanz K, et al., P125-136, Jossey -Bass, 2015.
2. 松永里香ら. 特定保健指導における行動変容ステージ別アプローチ方法. 保健師ジャーナル. 2012; 68: 50-56.
3. 林芙美ら. 特定保健指導の初回面接直後における職域男性の減量への取り組みに対する態度と体重減少との関係. 栄養学雑誌 2012; 70: 294-304.
4. 溝下万里恵ら. 生活習慣変容ステージは健康行動の実施と一致しているか—特定健康診査における標準的な質問票を用いた検討—. 栄養学雑誌 2011; 69: 318-325.

5. Muramoto A, et al. Three percent weight reduction is the minimum requirement to improve health hazards in obese and overweight people in Japan. *Obes Res Clin Pract.* 2014; 8: e466-75.

22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。
選択肢	①はい ②いいえ
目的	特定健診を受診することだけを目的とせず、健診結果に応じて、その後の特定保健指導を受け利用し、生活習慣の改善の必要性があることの自覚を促す。また、これまでの特定保健指導の利用歴を想起することで、自分自身の生活習慣を振り返ることにもつなげていく。
解説	特定保健指導は、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が多く期待できる方に対して、専門スタッフ（保健師、管理栄養士など）が生活習慣を見直すサポートをすることである。主体は対象者本人であり、特定健診を受診するだけでなく、特定保健指導の対象者条件に当てはまる状態、つまり、階層化により特定保健指導の対象者となったら、特定保健指導を利用して、自らの生活習慣を改善していこうと前向きな気持ちになるよう、特定健診の受診時からの自覚を促すことが大切である。保険者が対象者の特定保健指導の利用歴を保有していることが多いと想定されるが、保健指導の現場ではその情報を見られないことも多い。また健康保険組合から国民健康保険へ移動するなど、保険者間を移動した場合、それまでの特定保健指導の利用歴が継続されない可能性が考えられる。そのため、本質問項目で、特定保健指導の利用歴を確認する。
聞き取りポイント	<ul style="list-style-type: none"> 前年度だけでなく、これまでの特定保健指導の利用歴について回答してもらおうが、対象者がどの程度覚えているか、個人差があると思われる、できる範囲で聞き取る。 保険者間を移動したことが想定される場合、以前の保険者での特定保健指導の利用歴も含めて、回答してもらおう。
声かけの例	<p><u>保険者間を移動したことが想定される場合</u> 「これまでに特定健診を受け、その後に、特定保健指導を利用したかについてお聞きしています。以前、いずれかで働いていて、その時に特定保健指導を利用していたら、そのことも含めて、回答してください」</p> <p><u>特定保健指導を利用したかが不確かな場合</u> 「特定健診の結果を受け取った後、保健師や管理栄養士などと、食事や運動などの生活習慣についての相談を利用したことはありますか。」 「特定健診の結果を受け取る際、体重や腹囲を減らすことを目的とした保健指導を受けましたか？」</p>

留意事項	<p>第三期までの質問項目、「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。」は、健診結果に基づき基準を満たす場合には、特定保健指導の対象となることが理解されていないことが指摘されていた。具体的には、特定保健指導の利用について、「②いいえ」と回答した者に対して、保健指導実施者が特定保健指導を勧める、あるいは始める際、「自分は特定保健指導を希望していない」等、誤解を招き、トラブルにつながるものが指摘されていた。このような誤解を回避するとともに、特定保健指導の利用歴を確認する質問に変更することで、対象者との会話のきっかけとなり、健診だけでなくその後の保健指導を利用して生活習慣を見直すという対象者の認識に働きかけることにつながる。また転職等のために保険者が変わり、新しい保険者が過去の特定保健指導の利用歴にかかるデータを保有していない場合であっても、この質問項目への回答から利用歴を把握できる。これにより、特定保健指導の利用歴を考慮した対応へと保健指導の内容を工夫することが可能となる。</p>
対応方法	<ul style="list-style-type: none"> • 転職や退職により保険者が変わり、新しい保険者のもと、特定健診を受診しているかについて、まず確認する。そのうえでこの質問項目への回答は、これまでの特定保健指導の利用歴を尋ねていることの理解を促し、正確な回答となるよう説明する。 • 特定健診の結果に基づき、基準を満たす場合には特定保健指導の対象となることの理解を促す。 • 特定健診でのこの質問項目への回答結果を、特定保健指導実施者が把握できるようにし、対象者の特定保健指導の利用歴に応じた特定保健指導の実施につなげる。 • 以前に特定保健指導を利用した後、立案した行動目標の内容、達成状況や継続状況など、生活習慣の改善に関してうまく行った点、行かなかった点を聞き取って、今回の保健指導の方針を立てる際の参考にする。

独自に追加する場合に有用と考えられる質問項目

	<ol style="list-style-type: none"> 1. 食塩（塩分）摂取を控えるようにしていますか。 2. 毎日1回以上魚を食べていますか。 3. 野菜をどの程度食べていますか。 4. 1日1回は果物を食べていますか。
選択肢	<ol style="list-style-type: none"> 1. ①はい ②いいえ 2. ①はい ②いいえ 3. ①ほぼ毎食 ②1日1~2回 ③1日1回未満 ④ほとんど食べない 4. ①はい ②いいえ
目的	循環器疾患発症予防のために重要な食習慣の現状を把握する。
解説	標準的な質問票では、肥満と関連する生活習慣についての質問が多く含まれているが、循環器疾患発症予防のためにはそのほかにも重要な生活習慣がある。特に食習慣の改善は、保健指導の中心となる場合が多く、健診時に主要な食習慣を把握することで指導に生かすことができる。ここでは、重要な4つの食事因子を挙げた。集団全体におけるこれらの食習慣の把握は、保健事業を計画・評価するときにも重要となるため、上記の質問項目を必要に応じて追加することが望ましい。
エビデンス	<ul style="list-style-type: none"> • 食塩摂取量が多いほど血圧が高く¹、減塩により血圧が低下する^{2,3}。また、「減塩している」と答えた者では、していない者に比べて1日1~2g食塩摂取量が少ないと報告されている^{4,5}。 • 魚および及び魚に多く含まれるn-3系多価不飽和脂肪酸（EPA、DHA）は循環器予防効果があることが報告されている^{6,7,8}。 • 野菜や果物が多い食事⁹あるいは野菜・果物に多く含まれるカリウム¹⁰には血圧低下効果があることが報告されている。また、野菜に多く含まれる食物繊維には糖・脂質代謝改善^{11,12}の効果があることが報告されている。野菜、果物摂取により循環器疾患リスクが低下することが報告されている^{6,13}。 • 野菜、果物、魚、食塩摂取量は各々独立して循環器疾患リスクと関連するとともに、4つの食事因子の組み合わせにより循環器疾患死亡リスクは相乗的に低下することが示されている⁶。
聞き取りポイント	<ul style="list-style-type: none"> • 食塩の摂取源は、調味料（醤油、味噌など）、汁物（味噌汁、スープ）、めん類、加工肉（ハム・ソーセージ）、練り製品（ちくわ、かまぼこ）などが挙げられる。これらの食品を控えている場合、問1は「①はい」となる。 • 魚については、食事バランスガイド¹⁴で示されている2サービング相当である1切れ（約80g）を目安として聞き取る。 • 野菜については、小鉢1皿で約70g相当である。1日の推奨量は5皿分（350g）となり、毎食1-2皿食べる必要があるため、1日の摂取頻度を聞き取る。 • 果物については、1回の目安量は100g（りんご半分、バナナ1本ある

	<p>いはみかん1個)として聞き取る。1日の推奨量は200g程度である¹⁴。</p> <ul style="list-style-type: none"> 市販の野菜・果物(果汁100%)ジュースについては半分量を「野菜」「果物」として数える。例えば、紙パックの果物ジュース1本(200ml)は果物1回の目安量となる。ただし、ジュースによる果物や野菜の摂取を推奨しているわけではなく、あくまでも補助的なものとして考える¹⁴。
声かけの例	「普段の食事を振り返って、平均的な食習慣について教えてください」
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> 腎臓病のためカリウム制限が必要な場合は、野菜と果物の適切な摂取量について医師及び管理栄養士の指示に従う。 糖尿病や肥満を有する場合でも、果物の摂取を勧めてよいが、全体の摂取エネルギー量を考慮した上で個別に推奨を行う。
対応方法	<ul style="list-style-type: none"> わが国においてはほぼ全ての成人で減塩が必要であるが、簡単な質問で食塩摂取量を把握することは困難である。しかし、減塩を実践している者の割合を把握することは重要であり、また実践していない者には減塩の知識や技術の支援が必要である。 特に循環器疾患危険因子を有する者では、循環器疾患予防のために魚の摂取を推奨する。また、食事バランスの点からも、魚摂取が少ない者では魚摂取の増加を指導すべきである。 野菜は1日350gの摂取が推奨されているが、わが国の摂取量は未だ不十分である。1日小鉢5皿分が目安であり、毎食1-2皿の野菜を摂取することが望ましい。 果物に含まれるカリウムには血圧低下作用があり、血圧高値の者では果物の摂取が推奨される。食事バランスガイドでは1日200g程度を摂取の目安としており、1日少なくとも1回の果物摂取が勧められる。

参考資料

- Intersalt Cooperative Research Group. Intersalt: an international study of electrolyte excretion and blood pressure. Results for 24 hour urinary sodium and potassium excretion. *BMJ*. 1988; 297:319-328.
- Mozaffarian D, et al. Global sodium consumption and death from cardiovascular causes. *N Engl J Med*. 2014; 371:624-634.
- Sacks FM, et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. *N Engl J Med*. 2001; 344:3-10.
- 常松典子ら. 減塩食実施者は通常の食生活の人に比べ食塩摂取量がどの程度少ないか? ~INTERMAP日本より~. *日本循環器病予防学会誌*. 2004; 39:149-156.
- Okuda N, et al. Individual efforts to reduce salt intake in China, Japan, UK, USA: what did people achieve? The INTERMAP Population Study. *J Hypertens*. 2014; 32: 2385-2392.
- Kondo K, et al. Cardiovascular Risk Assessment Chart by Dietary Factors in

- Japan - NIPPON DATA80. *Circ J*. 2019; 83:1254-1260.
7. Iso H, et al. Intake of fish and n3 fatty acids and risk of coronary heart disease among Japanese: The Japan Public Health Center-Based (JPHC) Study Cohort I. *Circulation*. 2006; 113:195-202.
 8. Miyagawa N, et al. Long-chain n-3 polyunsaturated fatty acids intake and cardiovascular disease mortality risk in Japanese: a 24-year follow-up of NIPPON DATA80. *Atherosclerosis*. 2014; 232:384-389.
 9. Appel LJ, et al. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. DASH Collaborative Research Group. *N Engl J Med*. 1997; 336:1117-1124.
 10. Aburto NJ, et al. Effect of increased potassium intake on cardiovascular risk factors and disease: systematic review and meta-analyses. *BMJ*. 2013; 346:f1378.
 11. Reynolds A, et al. Carbohydrate quality and human health: a series of systematic reviews and meta-analyses. *Lancet* 2019; 393:434-445.
 12. Post RE, et al. Dietary fiber for the treatment of type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis. *J Am Board Fam Med*. 2012; 25:16-23.
 13. Okuda N, et al. Fruit and vegetable intake and mortality from cardiovascular disease in Japan: A 24-year follow-up of the NIPPON DATA80 Study. *Eur J Clin Nutr*. 2015; 69: 482-488.
 14. 厚生労働省, 農林水産省. 食事バランスガイド.
[https:// www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyou-syokuji.html](https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyou-syokuji.html)

別紙4

健診の検査実施方法および留意事項

健診の検査実施方法について下記のとおりとすることが望ましい。

(1) 検査前の食事の摂取、運動について

- ア アルコールの摂取や激しい運動は、健診の前日より控える。
- イ 午前中に健診を実施する場合は、空腹時血糖、中性脂肪等の検査結果に影響を及ぼすため、健診前10時間以上は、水以外の飲食物を摂取しない。
- ウ 午後に健診を実施する場合は、HbA1c検査を実施する場合であっても、軽めの朝食とすると共に、ほかの検査結果への影響を軽減するため、健診まで水以外の飲食物を摂取しないことが望ましい。
- エ やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1cを測定しない場合には、食後3時間半以降に採血を行う。

(2) 腹囲の検査

- ア 立位、軽呼気時において、臍の高さで測定する。
- イ 脂肪の蓄積が著明で臍が下方に変位している場合は、肋骨下縁と上前腸骨棘の midpoint の高さで測定する。
- ウ より詳細については、国立研究開発法人医療基盤・健康・栄養研究所のホームページ(<http://www.nih.go.jp/eiken/info/kokuchou.html>)において示されているので、参考とされたい。

(3) 血圧の測定

- ア 測定回数は原則2回とし、その2回の測定値の平均値を用いる。ただし、実施状況に応じて、1回の測定についても可とする。
- イ そのほか、測定方法については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック第7版」（一般社団法人日本循環器病予防学会編）等）が示されており、概要については一般社団法人日本循環器病予防学会のホームページ(<http://www.jacd.info/method/index.html>)において示されているので、これを参考とされたい。

(4) 血中脂質検査、肝機能検査

- ア 原則として、分離剤入りプレイン採血管を用いる。
- イ 採血後、原則として早急に遠心分離し、24時間以内に測定するのが望ましい。

なお、これが困難な場合は、採血後に採血管は冷蔵又は室温で保存し、12時間以内に遠心分離する。

ウ 血清は、測定まで冷蔵で保存し、採血から72時間以内に測定する。

エ 血中脂質検査の測定方法については、可視吸光光度法、紫外吸光光度法等による。

LDL コレステロールは、トリグリセライド 400mg/dl 以上や食後採血の場合を除き、Friedewald 式で計算する。トリグリセライド 400mg/dl 以上や食後採血の場合は、Non-HDL コレステロール値を用いて評価する。ただし、LDL コレステロールの直接測定法も可。

LDL コレステロール (Friedewald 式) および Non-HDL は、次式により計算する：

Friedewald 式によるLDL コレステロール(mg/dl)

$$= \text{総コレステロール(mg/dl)} - \text{HDL コレステロール(mg/dl)} - \text{中性脂肪(mg/dl)} / 5$$

Non-HDLコレステロール値(mg/dl)

$$= \text{総コレステロール値(mg/dl)} - \text{HDLコレステロール値(mg/dl)}$$

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

(5) 血糖検査

次のア又はイのいずれかの方法により行う。

ア 空腹時血糖検査（やむを得ない場合には随時血糖検査）

① 空腹時血糖であることを明らかにする。なお、10時間以上食事をしていない場合を空腹時血糖とする。

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

② 原則として、フッ化ナトリウム入り採血管（血糖検査用採血管）を用いる。

③ 採血後、採血管を5～6回静かに転倒・混和する。

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

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

⑥ 測定方法については、電位差法、可視吸光光度法、紫外吸光光度法等

による。

イ HbA1c 検査

- ① フッ化ナトリウム入り採血管（血糖検査用採血管）又はエチレンジアミン四酢酸（EDTA）入り採血管を用いる。
- ② 採血後、採血管を5～6回静かに転倒・混和する。
- ③ 混和後、採血管は、冷蔵で保管する。
- ④ 採血後、48時間以内に測定する。
- ⑤ 測定方法については、免疫学的方法、高速液体クロマトグラフィー（HPLC）法、酵素法等による。

(6) 尿中の糖及び蛋白の検査

ア 原則として、中間尿を採尿する。

イ 採取後、4時間以内に試験紙法で測定することが望ましいが、困難な場合には、尿検体を専用の容器に移して密栓し、室温で保存する場合は24時間以内、冷蔵で保存する場合は48時間以内に測定する。

ウ そのほか、測定方法及び判定方法については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック第7版」（一般社団法人日本循環器病予防学会編）等）が示されており、概要については一般社団法人日本循環器病予防学会のホームページ（<http://www.jacd.info/method/index.html>）において示されているので、これを参考とされたい。

(7) 詳細な検査

①貧血検査

ア エチレンジアミン四酢酸（EDTA）入り採血管を用いる。

イ 採血後、採血管内のエチレンジアミン四酢酸（EDTA）を速やかに溶かす。

ウ 混和後、室温に保管し、12時間以内に測定する。

②血清クレアチニン検査

腎機能検査の測定方法については、血清クレアチニンの検査は可視吸光度法（酵素法）による。

eGFRについては次式により計算する：

男性：eGFR (ml/分/1.73m²)

$$=194 \times \text{血清クレアチニン値}^{-1.094} \times \text{年齢}^{-0.287}$$

女性：eGFR (ml/分/1.73m²)

$$=194 \times \text{血清クレアチニン値}^{-1.094} \times \text{年齢}^{-0.287} \times 0.739$$

③心電図検査

ア 安静時の標準12誘導心電図を記録する。

イ そのほか、検査方法及び判定基準については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック第7版」（一般社団法人日本循環器病予防学会編）等）が示されており、概要については一般社団法人日本循環器病予防学会のホームページ（<http://www.jacd.info/method/index.html>）において示されているので、これを参考とされたい。

④眼底検査

ア 手持式、額带式、固定式等の電気検眼鏡又は眼底カメラ撮影により実施する。

イ 高血糖者に対しては 原則、両眼の眼底撮影を行う。その上で、所見の判定がより重症な側の所見を記載する。

ウ そのほか、検査方法及び判定基準については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック第7版」（一般社団法人日本循環器病予防学会編）や「手にとるようにわかる健診のための眼底検査」（大阪府立健康科学センター編著）等）に示されており、概要については一般社団法人日本循環器病予防学会のホームページ（<http://www.jacd.info/method/index.html>）及び財団法人大阪府保健医療財団大阪がん循環器病予防センターのホームページ（<http://www.osaka-ganjun.jp/effort/cvd/gantei/>）においても示されているのでこれを参考とされたい。

※詳細は通知「令和 年度以降における特定健康診査及び特定保健指導の実施並びに健診実施機関等により作成された記録の取扱いについて（令和 年 月 日）（健発 第 号）（保発 第 号）」参照のこと。

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

項目コード (JLAC10)	項目名	保健指導判定値	受診勧奨判定値(注) (判定値を超えるレベルの場合、再検査 や生活習慣改善指導等を含め医療機関 での管理が必要な場合がある。)	単位
9A75500000000001 9A75200000000001 9A75100000000001	収縮期血圧	≧130	≧140	mmHg
9A76500000000001 9A76200000000001 9A76100000000001	拡張期血圧	≧85	≧90	mmHg
3F01500002327101 3F01500002327201 3F01500002399901	空腹時中性脂肪	≧150	≧300	mg/dl
3F015129902327101 3F015129902327201 3F015129902399901	随時中性脂肪	≧175	≧300	mg/dl
3F07000002327101 3F07000002327201 3F07000002399901	HDLコレステロール	<40	—	mg/dl
3F07700002327101 3F07700002327201 3F07700002399901 3F07700002391901	LDLコレステロール	≧120	≧140	mg/dl
3F06900002391901	Non-HDLコレステロール	≧150	≧170	mg/dl
3D01000002226101 3D01000002227201 3D01000001927201 3D01000001999901	空腹時血糖	≧100	≧126	mg/dl
3D04600001906202 3D04600001920402 3D04600001927102 3D04600001999902	HbA1c (NGSP)	≧5.6	≧6.5	%
3D010129901926101 3D010129902227101 3D010129901927201 3D010129901999901	随時血糖	≧100	≧126	mg/dl
3B03500002327201 3B03500002399901	AST(GOT)	≧31	≧51	U/L
3B04500002327201 3B04500002399901	ALT(GPT)	≧31	≧51	U/L
3B09000002327101 3B09000002399901	γ-GT (γ-GTP)	≧51	≧101	U/L
8A06500002391901	eGFR	≧60*	≧45*	ml/min/ 1.73m ²
2A03000001930101	血色素量 [ヘモグロビン値]	≧13.0(男性) ≧12.0(女性)	≧12.0(男性) ≧11.0(女性)	g/dl

(注)受診勧奨判定値を超えるレベルの場合、健診受診者本人に健診結果を通知する等の対応の際には、
フィードバック文例集を参照・活用下さい。

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

※3～6のデータ基準については日本動脈硬化学会「動脈硬化性疾患診療ガイドライン」及び「老人保健法による健康診査マニュアル」(※旧老人保健法関係)に基づく。

※7～9については日本糖尿病学会「糖尿病治療ガイド」等の各判定基準に基づく。

※10～12のデータ基準については日本消化器病学会肝機能研究班意見書に基づく。

※13のデータ基準については日本腎臓学会「CKD診療ガイド」等に基づく。

※14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。

⇒血圧については0ページを参照

健診判定		対応	
		肥満者の場合	非肥満者の場合
異常 ↑	受診勧奨判定値を超えるレベル	収縮期血圧 ≥ 160 mmHg 又は 拡張期血圧 ≥ 100 mmHg	①すぐに医療機関の受診を
		140mmHg \leq 収縮期血圧 < 160 mmHg 又は 90mmHg \leq 拡張期血圧 < 100 mmHg	②生活習慣を改善する努力をした上で、数値が改善しないなら医療機関の受診を
正常 ↓	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
	保健指導判定値未達のレベル	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

⇒脂質については0ページを参照

健診判定		対応	
		肥満者の場合	非肥満者の場合
異常 ↑	受診勧奨判定値を超えるレベル	LDL-C ≥ 180 mg/dL 又は TG ≥ 500 mg/dL (※空腹時、随時を問わない)	① 早期に医療機関の受診を
		140mg/dL \leq LDL-C < 180 mg/dL 又は 300mg/dL \leq TG < 500 mg/dL (※空腹時、随時を問わない)	②生活習慣を改善する努力をした上で、医療機関の受診を
正常 ↓	保健指導判定値を超えるレベル	120mg/dL \leq LDL-C < 140 mg/dL 又は 空腹時 150mg/dL (随時 175mg/dL) \leq TG < 300 mg/dL 又は HDL-C < 40 mg/dL	③特定保健指導の積極的な活用と生活習慣の改善を ④生活習慣の改善を
	基準範囲内	LDL-C < 120 mg/dL かつ TG $<$ 空腹時 150mg/dL (随時 175mg/dL) かつ HDL-C ≥ 40 mg/dL	⑤今後も継続して健診受診を

⇒血糖については0ページを参照

健診判定			対応				
			肥満者の場合		非肥満者の場合		
	血糖 (mg/dL)	HbA1c (NGSP) (%)	糖尿病治療中*	糖尿病未治療*	糖尿病治療中*	糖尿病未治療*	
異常 ↑	受診勧奨判定値を超えるレベル	126~	6.5~	①受診継続、血糖マネジメントについて確認・相談を	②定期的に医療機関を受診していただければすぐに医療機関受診を	③受診継続、血糖マネジメントについて確認・相談を	④定期的に医療機関を受診していただければすぐに医療機関受診を
	保健指導判定値を超えるレベル	110~125	6.0~6.4	④受診継続	⑤特定保健指導の積極的な活用と生活習慣の改善を、また、精密検査を推奨	⑥受診継続	⑦生活習慣の改善をぜひ精密検査を
100~109		5.6~5.9		⑧生活習慣の改善をリスクの重複等あれば精密検査を			
正常 ↓	基準範囲内	~99	~5.5	⑨肥満改善と健診継続を		⑩今後も継続して健診受診を	

*「標準的な質問票」の「2 b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射の使用の有無」に対する回答による。

健診結果とその他必要な情報の提供 (フィードバック文例集)

【利用上の留意事項】

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

血圧高値に関するフィードバック文例集

【健診判定と対応の分類】

健診判定		対応		
		肥満者の場合	非肥満者の場合	
異常 ↑	受診勧奨判定値を超えるレベル	収縮期血圧 ≥ 160 mmHg 又は 拡張期血圧 ≥ 100 mmHg	①すぐに医療機関を受診を	
		140mmHg \leq 収縮期血圧 < 160mmHg 又は 90mmHg \leq 拡張期血圧 < 100mmHg	②生活習慣を改善する努力をした上で、数値が改善しないなら医療機関を受診を	
↓	保健指導判定値を超えるレベル	130mmHg \leq 収縮期血圧 < 140mmHg 又は 85mmHg \leq 拡張期血圧 < 90mmHg	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
		保健指導判定値未満のレベル	収縮期血圧 < 130mmHg かつ 拡張期血圧 < 85mmHg	⑤今後も継続して健診受診を
正常				

【対象者への説明文例】

①の場合（肥満者・非肥満者）

収縮期血圧 ≥ 160 mmHg 又は拡張期血圧 ≥ 100 mmHg

今回、あなたの血圧はⅡ度以上の高血圧になっていました。この血圧レベルの人は、望ましい血圧レベル（収縮期血圧120mmHg 未満かつ拡張期血圧80mmHg 未満）の人と比べて、約5倍、脳卒中や心臓病にかかりやすいことがわかっています。正確な血圧の診断のうえで、治療が必要となる血圧レベルです。

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。

②の場合（肥満者・非肥満者）

140mmHg \leq 収縮期血圧 < 160mmHg 又は 90mmHg \leq 拡張期血圧 < 100mmHg

（脳心血管病（脳血管や心臓の病気）、心房細動、慢性腎臓病、糖尿病、危険因子の集積※がない場合）

今回、あなたの血圧はⅠ度高血圧になっていました。この血圧レベルの人は、望ましい血圧レベル（収縮期血圧120mmHg 未満かつ拡張期血圧80mmHg 未満）の人と比べて、約3倍、脳卒中や心臓病にかかりやすいことが分かっています。正確な血圧の診断のうえで、治療が必要となる血圧レベルです。

血圧を下げるためには、減量（太っている人や以前より体重が増えた人）、適度な運動、お酒を減らす、減塩、野菜を多くして果物も適度に食べるなど、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、特定保健指導を活用する方法、保健センター等で健康相談や保健指導を受ける方法等があります。これらを実行した上で、おおむね1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。

（脳心血管病（脳血管や心臓の病気）、心房細動、慢性腎臓病、糖尿病、危険因子の集積*がある場合）

今回、あなたの血圧はI度高血圧になっていました。血圧以外の検査でも脳卒中や心筋梗塞を起こしやすい状態になっている可能性があります。正確な血圧の診断のうえで、治療が必要となる血圧レベルです。至急かかりつけの医療機関を受診してください。

③の場合（肥満者）

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

今回、あなたの血圧値はやや高め（高値血圧）でした。この血圧レベルの人は、望ましい血圧レベル（収縮期血圧 120 mmHg 未満かつ拡張期血圧 80mmHg 未満）の人と比べて、約 1.5～2 倍、脳卒中や心臓病にかかりやすいことが分かっています。血圧を下げるためには、減量、適度な運動、お酒を減らす、減塩、野菜を多くして果物も適度に食べるなど、生活習慣の改善が必要となります。

特定保健指導の対象となった方にはご案内を同封しておりますので、ぜひ活用してください。

また、脳心血管病（脳血管や心臓の病気）、心房細動、慢性腎臓病、糖尿病、危険因子の集積*があれば薬物療法が必要になる場合がありますので、医療機関で相談してください。

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

④の場合（非肥満者）

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

今回、あなたの血圧値はやや高め（高値血圧）でした。この血圧レベルの人は、望ましい血圧レベル（収縮期血圧 120 mmHg 未満かつ拡張期血圧 80mmHg 未満）の人と比べて、約 1.5～2 倍、脳卒中や心臓病にかかりやすいことが分かっています。

血圧を下げるためには、減量（以前より体重が増えた人）、適度な運動、お酒を減らす、減塩、野菜を多くして果物も適度に食べるなど、生活習慣の改善が必要です。

また、脳心血管病（脳血管や心臓の病気）、心房細動、慢性腎臓病、糖尿病、危険因子の集積*があれば薬物療法が必要になる場合がありますので、医療機関で相談してください。

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

⑤の場合（肥満者・非肥満者）

収縮期血圧<130mmHg かつ拡張期血圧<85mmHg

今回、あなたの血圧値は保健指導判定値未満でした。収縮期血圧 120 mmHg 未満かつ拡張期血圧 80mmHg 未満であれば望ましい血圧レベルです（正常血圧）。

ご自身の身体の状態を確認するために、これからも健診を受診しましょう。

【保険者および健診担当医、保健指導従事者への補足説明】

1) 高血圧治療ガイドライン 2019 では、「危険因子の集積^{*}」を、下記の危険因子が3つ以上ある場合としている。健診結果の通知の際に参考にすることが望ましい。

※「危険因子の集積」とは、以下の脳心血管病の危険因子が3つ以上ある場合を指す。

- 高齢（65 歳以上）
- 男性
- 喫煙
- 脂質異常症（HDL コレステロール<40mg/dL、LDL コレステロール \geq 140mg/dL、TG \geq 150mg/dL）
- 肥満（BMI \geq 25）（特に内臓脂肪型肥満）

2) 高血圧治療ガイドライン 2019 では、診察室血圧の血圧値分類を表1の通りとしている。特定健診における保健指導判定値（収縮期血圧 130mmHg 以上、拡張期血圧 85mmHg 以上）と高値血圧の基準値（収縮期血圧 130-139mmHg、拡張期血圧 80-89mmHg）が異なることに留意する。

3) 高血圧治療ガイドライン 2019 における、診察室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化を表2に、初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画を表3に示す。高値血圧（収縮期血圧 130-139mmHg、拡張期血圧 80-89mmHg）の範囲であっても高リスクに分類される場合（脳心血管病、心房細動、慢性腎臓病、糖尿病、危険因子の集積^{*}がある場合）には薬物療法の適応になることがある。

4) 血圧値が高血圧の範囲になくても、高血圧の薬物治療中であれば、医療機関で相談の上、治療を継続することを推奨する。

5) 高血圧治療ガイドライン 2019 では、健診や保健指導を行う場合には、測定血圧値に加えて家庭血圧値も参考にして判断することを推奨している。受診勧奨の際に「家庭用の血圧計をお持ちの方は、起床後と就寝前に1週間程度測定し、その記録を合わせてご持参ください。」のようなコメントを追記しておく、かかりつけ医等での診療上有益である。

6)「肥満者の場合」とは基本的に特定保健指導の対象となる腹囲基準等を満たした場合を示す。

表1. 成人における血圧値の分類

分類	診察室血圧 (mmHg)			家庭血圧 (mmHg)		
	収縮期血圧		拡張期血圧	収縮期血圧		拡張期血圧
正常血圧	<120	かつ	<80	<115	かつ	<75
正常高値血圧	120-129	かつ	<80	115-124	かつ	<75
高値血圧	130-139	かつ/または	80-89	125-134	かつ/または	75-84
I 度高血圧	140-159	かつ/または	90-99	135-144	かつ/または	85-89
II 度高血圧	160-179	かつ/または	100-109	145-159	かつ/または	90-99
III 度高血圧	≥180	かつ/または	≥110	≥160	かつ/または	≥100
(孤立性)収縮期高血圧	≥140	かつ	<90	≥135	かつ	<85

(日本高血圧学会：高血圧治療ガイドライン 2019)

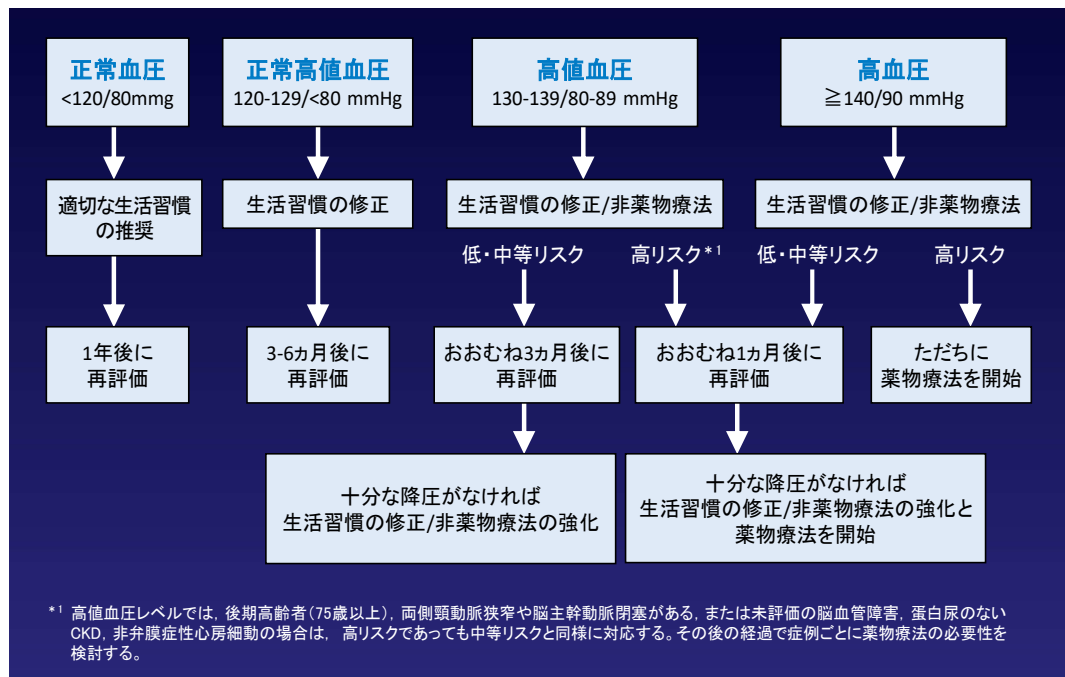
表2. 診察室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化

血圧分類 \ リスク層	高値血圧 130-139/80-89 mmHg	I 度高血圧 140-159/90-99 mmHg	II 度高血圧 160-179/100-109 mmHg	III 度高血圧 ≥180/≥110 mmHg
リスク第一層 予後影響因子がない	低リスク	低リスク	中等リスク	高リスク
リスク第二層 年齢 (65歳以上), 男性, 脂質異常症, 喫煙 のいずれかがある	中等リスク	中等リスク	高リスク	高リスク
リスク第三層 脳心血管病既往, 非弁膜 症性心房細動, 糖尿病, 蛋白尿のあるCKD のいずれか, または, リスク第二層の危険因子 が3つ以上ある	高リスク	高リスク	高リスク	高リスク

JALSスコアと久山スコアより得られる絶対リスクを参考に、予後影響因子の組合せによる脳心血管病リスク層別化を行った。
層別化で用いられている予後影響因子は、血圧、年齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙、脳心血管病(脳出血、脳梗塞、心筋梗塞)の既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のあるCKDである。

(日本高血圧学会：高血圧治療ガイドライン 2019)

表 3. 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画



(日本高血圧学会：高血圧治療ガイドライン 2019)

【参考文献】

1. 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会編：高血圧治療ガイドライン 2019, ライフサイエンス出版, 東京, 2019.
2. Okayama A, Kadowaki T, Okamura T, Hayakawa T, Ueshima H; The NIPPON DATA80 Research Group: Age-specific effects of systolic and diastolic blood pressure on mortality due to cardiovascular disease among Japanese men (NIPPON DATA80). J Hypertens 24: 459-62, 2006.
3. Kokubo Y, Kamide K, Okamura T, Watanabe M, Higashiyama A, Kawanishi K, Okayama A, Kawano Y. Impact of high-normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease in a Japanese urban cohort: the Suita study. Hypertension; 52(4): 652-9, 2008.
4. Fujiyoshi A, Ohkubo T, Miura K, Murakami Y, Nagasawa SY, Okamura T, Ueshima H. Blood pressure categories and long-term risk of cardiovascular disease according to age group in Japanese men and women. Hypertens Res 35: 947-953, 2012.
5. Harada A, Ueshima H, Kinoshita Y, Miura K, Ohkubo T, Asayama K, Ohashi Y; the Japan Arteriosclerosis Longitudinal Study Group. Absolute risk score for stroke, myocardial infarction, and all cardiovascular disease: Japan Arteriosclerosis Longitudinal Study. Hypertens Res 42: 567-579, 2019.

脂質異常に関するフィードバック文例集

【健診判定と対応の分類】

健診判定		対応		
		肥満者の場合	非肥満者の場合	
異常 ↑	受診勧奨 判定値を 超えるレベル	LDL-C \geq 180mg/dL 又は TG \geq 500mg/dL (空腹時、随時を問わない)	①早期に医療機関の受診を	
		140mg/dL \leq LDL-C $<$ 180mg/dL 又は 300mg/dL \leq TG $<$ 500mg/dL (空腹時、随時を問わない)	②生活習慣を改善する努力をした上で、医療機関の受診を	
	保健指導 判定値を 超えるレベル	120mg/dL \leq LDL-C $<$ 140mg/dL 又は 空腹時 150mg/dL (随時 175mg/dL) \leq TG $<$ 300mg/dL 又は HDL-C $<$ 40mg/dL	③特定保健指導の積極的な活用と生活習慣の改善を	④生活習慣の改善を
正常 ↓	基準範囲内	LDL-C $<$ 120mg/dL かつ TG $<$ 空腹時 150mg/dL (随時 175mg/dL) かつ HDL-C \geq 40mg/dL	⑤今後も継続して健診受診を	

【対象者への説明文例】

①の場合（肥満者・非肥満者共通）

LDL-C \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分かりました。この値は、一般的に LDL-C 100mg/dL 未満の人と比べて、約 3~4 倍、心筋梗塞や狭心症になりやすいとされています。この健診結果を持って、できるだけ早めに医療機関を受診してください。

TG \geq 500mg/dL（空腹時採血、随時採血を問わない）

血液中の脂肪が多く、この状態を放置しておくと急性膵炎になる可能性があります。急性膵炎は命に関わるリスクもある疾患です。できるだけ早めに医療機関を受診してください。

②の場合（肥満者・非肥満者共通）

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

脂質検査の結果、悪玉コレステロールが高いことが分かりました。この値は、一般的

に LDL-C100mg/dL 未満の人と比べて、約 1.5 倍～2 倍、心筋梗塞や狭心症になりやすいとされています。

飽和脂肪酸が多い動物性の脂肪を控え、多価不飽和脂肪酸が多い植物系の食品や魚をよく食べるように心がけてください。またコレステロールの多い食品も控えたほうがいいでしょう。ご自身で生活習慣の改善に取り組まれる方法、保健センター等で健康相談や保健指導を受ける方法等があります。3～6 ヶ月後にかかりつけの医療機関で再検査を受けるようにしてください。

もしあなたが医師から糖尿病、慢性腎臓病、心血管病（心筋梗塞・狭心症、脳梗塞、血管の病気）、高血圧等を指摘されている場合やすでに治療中、喫煙者の場合は、動脈硬化が進行しやすく、さらに心筋梗塞や狭心症になりやすい状態にあると考えられます。できるだけ早めにかかりつけの医師に相談、または、医療機関で再検査を受けてください。

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

300mg/dL \leq TG<500mg/dL（空腹時採血、随時採血を問わない）

脂質検査の結果、中性脂肪が高いことがわかりました。この値は、一般的に 150mg/dL 未満の人と比べて、約 2 倍、心筋梗塞や狭心症になりやすいとされています。

総エネルギー摂取量を適正とし、身体活動量の増加や運動習慣を意識して、アルコールの過剰摂取を控えてください。内臓脂肪型肥満が疑われ特定保健指導の対象となった方にはご案内を同封しておりますので、ぜひ活用してください。またご自身で生活習慣の改善に取り組まれる方法、保健センター等で健康相談や保健指導を受ける方法もあります。3～6 ヶ月以内に医療機関で再検査を受けることをお奨めします。

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

③の場合（肥満者）

120mg/dL \leq LDL-C<140mg/dL

脂質検査の結果、悪玉コレステロールがやや高く境界域（高い人と正常の人の間）の範囲でした。

LDL-C が高くなるようにするために、飽和脂肪酸が多い動物性の脂肪を控え、多価不飽和脂肪酸が多い植物系の食品や魚をよく食べるように心がけてください。また食物繊維の多い野菜・未精製穀物・豆類等の摂取を増やし、コレステロールの多い食品は控えた方がいいでしょう。身体活動量の増加や運動習慣を意識して、減量も心がけてください。ご自身で生活習慣の改善に取り組まれる方法、保健センター等で健康相談や保健指導を受ける方法があります。

もしあなたが医師に糖尿病、慢性腎臓病、心血管病（心筋梗塞・狭心症、脳梗塞、血管の病気）、高血圧等を指摘されている場合やすでに治療中、喫煙者の場合は、動脈硬化が進行しやすく、さらに心筋梗塞や狭心症になりやすい状態にあると考えられます。

できるだけ早めにかかりつけ医に相談、または、医療機関での再検査をお勧めします。
引き続きご自身の身体の状態を確認するためにこれからも健診を受診しましょう。

150mg/dL \leq TG<300mg/dL（空腹時採血）

175mg/dL \leq TG<300mg/dL（随時採血）

脂質検査の結果、中性脂肪が高いことが分かりました。

総エネルギー摂取量を適正とし、身体活動量の増加や運動習慣を意識して、アルコールの過剰摂取を控えてください。特定保健指導の対象となった方にはご案内を同封しておりますので、ぜひ活用してください。またご自身で生活習慣の改善に取り組まれる方法、保健センター等で健康相談や保健指導を受ける方法もあります。

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

HDL-C<40mg/dL

善玉コレステロールが低くなっています。

身体活動量の増加や運動習慣を意識して、減量を心がけてください。喫煙している人は禁煙をしましょう。

特定保健指導の対象となった方にはご案内を同封しておりますので、ぜひ活用してください。またご自身で生活習慣の改善に取り組まれる方法、保健センター等で健康相談や保健指導を受ける方法もあります。

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

④の場合（非肥満者）

120mg/dL \leq LDL-C<140mg/dL

脂質検査の結果、悪玉コレステロールがやや高く境界域（高い人と正常の人の間）の範囲でした。

LDL-Cが高くなるようにするために、飽和脂肪酸が多い動物性の脂肪を控え、多価不飽和脂肪酸が多い植物系の食品や魚をよく食べるように心がけてください。また食物繊維の多い野菜・未精製穀物・豆類等の摂取を増やし、コレステロールの多い食品は控えたほうがいいでしょう。ご自身で生活習慣の改善に取り組まれる方法、保健センター等で健康相談や保健指導を受ける方法があります。

もしあなたが医師に糖尿病、慢性腎臓病、心血管病（心筋梗塞・狭心症、脳梗塞、血管の病気）、高血圧等を指摘されている場合やすでに治療中、喫煙者の場合は、動脈硬化が進行しやすく、さらに心筋梗塞や狭心症、脳梗塞になりやすい状態にあると考えられます。できるだけ早めに主治医に相談、または、医療機関での再検査をお勧めします。

引き続きご自身の身体の状態を確認するためにこれからも健診を受診しましょう。

150mg/dL \leq TG<300mg/dL（空腹時採血）

175mg/dL \leq TG<300mg/dL（随時採血）

脂質検査の結果、中性脂肪が高いことが分かりました。

総エネルギー摂取量を適正とし、身体活動量の増加や運動習慣を意識して、アルコールの過剰摂取を控えてください。また、身体活動量の増加や運動習慣を意識しましょう。ご自身で生活習慣の改善に取り組まれる方法、保健センター等で健康相談や保健指導を受ける方法があります。

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

HDL-C<40mg/dL

善玉コレステロールが低くなっています。

身体活動量の増加や運動習慣を意識しましょう。喫煙している人は禁煙をしましょう。ご自身で生活習慣の改善に取り組まれる方法、保健センター等で健康相談や保健指導を受ける方法があります。

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

⑤の場合（肥満者・非肥満者）

今回の健診では、脂質検査値に異常はありませんでした。

現在の生活習慣を継続するとともに、引き続きご自身の身体の状態を確認するために、これからも健診を受診しましょう。

【保険者および健診担当医、保健指導従事者への補足説明】

1)「肥満者の場合」とは基本的に特定保健指導の対象となる腹囲基準等を満たした場合を示す。

2) HDL-Cだけが低く、TGやLDL-C(Non-HDL-C、総コレステロール)の上昇を伴わない場合は心筋梗塞等の動脈硬化性疾患のリスクは高くならないという報告もある。また、HDL-C上昇を主な目的とした薬物療法による動脈硬化性疾患の予防効果は確認されていない。

3) 脂質異常症において最優先で管理すべき指標はLDL-Cである。LDL-Cの高値は冠動脈疾患（心筋梗塞や狭心症）の発症リスクを上げる。なお脳梗塞は、アテローム血栓性梗塞、ラクナ梗塞、心原性塞栓の3タイプに大別されるが（わが国ではこの3つのタイプの脳梗塞はほぼ同数の発症数である）、LDL-Cによって発症リスクが上昇するのはアテローム血栓性梗塞である。ラクナ梗塞は高血圧、心原性塞栓は心房細動の影響が大きい。

4) 何らかの理由でLDLではなくNon-HDLを用いる場合は、LDL-Cの値にプラス30したものが基準値となる（例：LDL-C180 → Non-HDL-C 210、LDL-C 140 → Non-HDL-C 170）。文例はLDL-Cのものを準用し、LDL-Cと記載があるところを

Non-HDL-Cと置き換えること。なお空腹時採血で総コレステロールを測定し、計算式でLDL-Cを求めた場合は、LDL-CとNon-HDL-Cの両方の値があることになるが、その場合はまずLDL-Cへの対応を優先する。LDL-Cが正常でNon-HDL-Cが高い場合は、TGが高い場合やHDL-Cが低い場合が多い。

5) TGが高い場合、その背景に糖尿病があることも多いので、血糖値等も見て総合的なリスクの判定を行うこと。

略号

LDL-C : LDL コレステロール (Low density lipoprotein コレステロール)

Non-HDL-C : Non-HDL コレステロール

(Non-high density lipoprotein コレステロール)

- 総コレステロール - HDL コレステロールで計算され、悪玉系のコレステロールの総量を示す。LDL、IDL (intermediate density lipoprotein) とVLDL (very low density lipoprotein) に含まれるコレステロールの合計。

TG : トリグリセリド

HDL-C : HDL コレステロール (High density lipoprotein コレステロール)

【参考文献】

1. 日本動脈硬化学会. 動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版 (LDL コレステロール)
2. Okamura T, Kokubo Y, Watanabe M, Higashiyama A, Miyamoto Y, Yoshimasa Y, Okayama A. Low-density lipoprotein cholesterol and non-high-density lipoprotein cholesterol and the incidence of cardiovascular disease in an urban Japanese cohort study: The Suita study. *Atherosclerosis*. 2009; 203: 587-92.
3. Imano H, Noda H, Kitamura A, Sato S, Kiyama M, Sankai T, Ohira T, Nakamura M, Yamagishi K, Ikeda A, Shimamoto T, Iso H. Low-density lipoprotein cholesterol and risk of coronary heart disease among Japanese men and women: the Circulatory Risk in Communities Study (CIRCS). *Prev Med*. 2011; 52: 381-6.

(HDL-C)

4. Kitamura A, Iso H, Naito Y, Iida M, Konishi M, Folsom AR, Sato S, Kiyama M, Nakamura M, Sankai T, et al. High-density lipoprotein cholesterol and premature coronary heart disease in urban Japanese men. *Circulation*. 1994; 89: 2533-9.
- 5 Hirata T, Sugiyama D, Nagasawa SY, Murakami Y, Saitoh S, Okayama A, Iso H, Irie F, Sairenchi T, Miyamoto Y, Yamada M, Ishikawa S, Miura K, Ueshima H, Okamura T; Evidence for Cardiovascular Prevention from Observational Cohorts in Japan (EPOCH-JAPAN) Research Group. A pooled analysis of the association of isolated low levels of high-density lipoprotein cholesterol with cardiovascular mortality in Japan. *Eur J Epidemiol*. 2017; 32: 547-557.

(トリグリセリド)

6. Matsuzaki M, Kita T, Mabuchi H, Matsuzawa Y, Nakaya N, Oikawa S, Saito Y, Sasaki J, Shimamoto K, Itakura H: J-LIT Study Group. Japan Lipid Intervention Trial. Large scale cohort study of the relationship between serum cholesterol concentration and coronary events with low-dose simvastatin therapy in Japanese patients with hypercholesterolemia. *Circ J* 2002; 66: 1087-95.
7. Higashiyama A, Wakabayashi I, Okamura T, Kokubo Y, Watanabe M, Takegami M, Honda-Kohmo K, Okayama A, Miyamoto Y. The Risk of Fasting Triglycerides and its Related Indices for Ischemic Cardiovascular Diseases in Japanese Community Dwellers: the Suita Study. *J Atheroscler Thromb*. 2021; 28: 1275-1288.
8. Hirata A, Okamura T, Hirata T, Sugiyama D, Ohkubo T, Okuda N, Kita Y, Hayakawa T, Kadota A, Kondo K, Miura K, Okayama A, Ueshima H. Relationship Between Non-fasting Triglycerides and Cardiovascular Disease Mortality in a 20-year Follow-up Study of a Japanese General Population: NIPPON DATA90. *J Epidemiol*. 2022; 32: 303-313.
9. 脂質異常症治療ガイド 2018年版（日本動脈硬化学会編）.
(Non-HDL-C)
8. Kitamura A, Noda H, Nakamura M, Kiyama M, Okada T, Imano H, Ohira T, Sato S, Yamagishi K, Iso H. Association between non-high-density lipoprotein cholesterol levels and the incidence of coronary heart disease among Japanese: the Circulatory Risk in Communities Study (CIRCS). *J Atheroscler Thromb*. 2011;18: 454-63.
9. Imamura T, Doi Y, Ninomiya T, Hata J, Nagata M, Ikeda F, Mukai N, Hirakawa Y, Yoshida D, Fukuhara M, Kitazono T, Kiyohara Y. Non-high-density lipoprotein cholesterol and the development of coronary heart disease and stroke subtypes in a general Japanese population: the Hisayama Study. *Atherosclerosis*. 2014; 233: 343-8.
10. Ito T, Arima H, Fujiyoshi A, Miura K, Takashima N, Ohkubo T, Kadota A, Hayakawa T, Kita Y, Miyagawa N, Okayama A, Okamura T, Ueshima H: NIPPON DATA90 Research Group.. Relationship between non-high-density lipoprotein cholesterol and the long-term mortality of cardiovascular diseases: NIPPON DATA 90. *Int J Cardiol*. 2016; 220: 262-7.

血糖高値に関するフィードバック文例集

【健診判定と対応の分類】

健診判定				対応			
		空腹時血糖	HbA1c	肥満者の場合		非肥満者の場合	
		随時血糖 (mg/dL)	(NGSP) (%)	糖尿病 治療中*	糖尿病 未治療*	糖尿病 治療中*	糖尿病 未治療*
異常 ↑ ↓ 正常	受診勧奨 判定値を 超える レベル	126~	6.5~	①受診継続、血糖マネジメントについて確認・相談を	②定期的に医療機関を受診していなければすぐに医療機関受診を	③受診継続、血糖マネジメントについて確認・相談を	②定期的に医療機関を受診していなければすぐに医療機関受診を
	保健指導 判定値を 超える レベル	110 ~125	6.0 ~6.4	④受診継続	⑤特定保健指導の積極的な活用と生活習慣の改善をまた、精密検査を推奨	⑥受診継続	⑦生活習慣の改善をぜひ精密検査を
		100 ~109	5.6 ~5.9				⑧生活習慣の改善をリスクの重複等あれば精密検査を
基準 範囲内	~99	~5.5		⑨肥満改善と健診継続を		⑩今後も継続して健診受診を	

*「標準的な質問票」の「2 b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射の使用の有無」に対する回答による。

【対象者への説明文例】

① の場合（肥満者・糖尿病治療中・HbA1c 等受診勧奨判定値以上）

HbA1cは血糖の1～2か月の平均的な高さを示す指標ですが、この値が正常域を超えて高いほど、網膜症や腎症、神経障害に加えて心筋梗塞や脳梗塞等の糖尿病の合併症を発症・悪化させることが分かっています。

糖尿病の合併症予防のためには、治療を継続することがとても重要です。

一般的に肥満の方は体重を減量することによりインスリン（血糖を下げるホルモン）の働きが改善します。またウォーキング等の有酸素運動やスクワットなどのレジスタンス運動によりインスリンの働き（効き目）が改善しますので、医師の指示のもと食事療法や運動療法に取り組むことが重要です。飲酒や喫煙は血糖値への悪影響のほか、糖尿病の合併症を進行させることが報告されています。

ふるえ、動悸、イライラ感等の低血糖の症状はないでしょうか。もしあればかかりつけの医師と相談してください。

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

② の場合（糖尿病未治療者・受診勧奨判定値以上）

空腹時血糖、HbA1cが、受診勧奨判定値（糖尿病の診断基準）を超えています。定期的に医療機関を受診していないのであればすぐに受診してください。

HbA1cは血糖の1～2か月の平均的な高さを示す指標ですが、この値が正常域を超えて高いほど、網膜症や腎症、神経障害に加えて心筋梗塞や脳梗塞等の糖尿病の合併症を発症・悪化させることが分かっています。高血糖のほかに脂質異常症や高血圧、喫煙等の要因が重なるほど、心筋梗塞や脳梗塞を起こしやすくなることが知られています。

また、網膜症の状態を確認するための眼底検査、腎臓の機能を判断するための血液検査・尿検査を行う必要があります。

③ の場合（非肥満者・糖尿病治療中・受診勧奨判定値以上）

HbA1cは血糖の1～2か月の平均的な高さを示す指標ですが、この値が基準値を超えて高いほど、網膜症や腎症、神経障害に加えて心筋梗塞や脳梗塞等の糖尿病の合併症を発症・悪化させることが分かっています。

糖尿病の合併症予防のためには、治療を継続することがとても重要です。

一般的に、食事療法と運動療法、薬物療法を組み合わせ、最適な血糖マネジメントをすることにより、合併症の予防、進行防止につながる事が報告されています。飲酒や喫煙は血糖値への悪影響のほか、糖尿病の合併症を進行させることが報告されています。

ふるえ、動悸、イライラ感等の低血糖の症状はないでしょうか。もしあればかかりつけの医師と相談してください。

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

④ の場合（肥満者・糖尿病治療中・正常域～保健指導判定値）

糖尿病の治療を受け、血糖マネジメントが良好な状態にあると考えられます。今後も良好な状態を保つためには、定期的な受診を継続すると共に、医師の指示のもと、食事療法・運動療法により体重を減量することが大切です。飲酒や喫煙は血糖値への悪影響のほか、糖尿病の合併症を進行させることが報告されています。

ふるえ、動悸、イライラ感等の低血糖の症状はないでしょうか。もしあればかかりつけの医師と相談してください。

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

⑤ の場合（肥満者・特定保健指導対象者）

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

体重の減量等、生活習慣の改善が重要です。特定保健指導のご案内を同封しております。食事・運動療法で糖尿病を予防するよい機会ですので、積極的にご活用ください。

⑥ の場合（非肥満者・糖尿病治療中・正常域～保健指導判定値）

糖尿病の治療を受け、血糖マネジメントが良好な状態にあると考えられます。今後も良好な状態を保つためには、定期的な受診を継続すると共に、医師の指示のもと、食事療法・運動療法を行うことが大切です。飲酒や喫煙は血糖値への悪影響のほか、糖尿病の合併症を進行させることが報告されています。

ふるえ、動悸、イライラ感等の低血糖の症状はないでしょうか。もしあればかかりつけの医師と相談してください。

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

⑦ の場合（非肥満者・未治療者・保健指導判定値）

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

糖尿病にならないためにも、食事の改善や運動に取り組むことをお勧めします。保健センター等でもご相談を受け付けています。来年度の健診で血糖値の変化を確認することも大切です。

⑧ の場合（非肥満者・未治療者・正常高値）

空腹時血糖やHbA1cが正常よりやや高い状態です。糖尿病にならないためにも、食事の改善や運動に取り組むことが大切です。食事や運動療法について不明の点があれば、保健センター等でもご相談を受け付けています。来年度の健診で、血糖値の変化を確認

することが大切です。

もし、あなたが高血圧や脂質異常症等ほかのリスクを持っていたり、血縁者に糖尿病の人がいる場合は、医療機関等でブドウ糖負荷試験等の精密検査について相談することをお勧めします。

⑨ の場合（肥満者・正常域内）

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

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

⑩ の場合（非肥満者・正常域内）

今回の健診では、糖尿病の検査に異常はありませんでした。

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

【保険者および健診担当医、保健指導従事者への補足説明】

1) 「肥満者の場合」とは基本的に特定保健指導の対象となる腹囲基準等を満たした場合を示す。

2) 随時血糖での判定の場合

「今回は食後採血時の血糖値に基づく判定です。正確には10時間以上絶食ののちに採血する「空腹時血糖」もしくは「HbA1c」に基づいて判定する必要があります。正常域を超えている場合には医療機関において正確な測定をしていただくことを推奨します」と付記するべきである。

3) 治療中・未治療に関わらず、肥満者は肥満の改善、食事療法、運動療法は重要であり、継続して取り組むことが勧められる。

4) 治療中の場合、低血糖症状の有無に注意する必要がある。

5) 既に治療中の場合や治療を開始した後も、健診の受診を継続させる。

【参考：高齢者に対するフィードバックについて】

- 高齢者における糖尿病の血糖マネジメントにおいては、低血糖の危険性、合併症や併存症、認知機能や ADL を考慮して、下表のように目標が示されていることに留意する。健診の結果説明の際には、かかりつけ医の治療方針を確認しつつ、混乱を招かないように留意する必要がある。
- 低血糖は認知症や心血管イベントの発症リスクを高めるため、回避することが重要である。高齢者においては低血糖症状（ふるえなどの交感神経症状）が乏しいことや、低栄養状態の合併、一人暮らしによる発見の遅れなどにより、低血糖が遷延する危険が高まる。低血糖が危惧される薬物治療の場合には下限値を設定し、低くなりすぎないようにマネジメントを行うべき、とされている。
- 高齢者においては、糖尿病によりサルコペニアのリスクが高くなるため、身体活動量の維持やレジスタンス運動が重要である。
- 加齢にともない口腔機能の低下などの理由から、エネルギー摂取量が低下していることがある。また、糖尿病のために節制していることが低栄養状態につながることもあるため、エネルギーや栄養素が不足しないよう、食生活の現状を把握し、適切な助言を行うことが重要である。

高齢者糖尿病の血糖コントロール目標(HbA1c値)

患者の特徴・健康状態		カテゴリーI		カテゴリーII		カテゴリーIII	
		① 認知機能正常 かつ ② ADL自立		① 軽度認知障害～軽度認知症 または ② 手段的ADL低下、基本的ADL自立		① 中等度以上の認知症 または ② 基本的ADL低下 または ③ 多くの併存疾患や機能障害	
重症低血糖が危惧される薬剤(インスリン製剤, SU薬, グリコド薬など)の使用	なし	7.0%未満		7.0%未満		8.0%未満	
	あり	65歳以上 75歳未満	75歳以上	8.0%未満 (下限7.0%)		8.5%未満 (下限7.5%)	
		7.5%未満 (下限6.5%)	8.0%未満 (下限7.0%)				

治療目標は、年齢、罹病期間、低血糖の危険性、サポート体制などに加え、高齢者では認知機能や基本的ADL、手段的ADL、併存疾患なども考慮して個別に設定する。ただし、加齢に伴って重症低血糖の危険性が高くなることに十分注意する。

*日本糖尿病学会「糖尿病診療ガイドライン 2019」、「糖尿病治療ガイド 2022-2023」準拠。ただし、特定健診の保健指導判定値、受診勧奨判定値と整合性をとった。

喫煙に関するフィードバック文例集

※下記の1. と2. と3. の情報提供を組み合わせ使用してください。

1. 禁煙の重要性を高めるための情報提供

*ここでの喫煙は、紙巻きたばこだけでなく加熱式たばこも含まれます。

① 血圧高値の場合

喫煙と高血圧は日本人が命を落とす二大原因であることがわかっています。喫煙と高血圧が重なると、いずれも該当しない人と比べて、約4倍、脳卒中や心臓病で命を落とす危険が高まります。また、高血圧があると、高血圧がない場合と比べて喫煙の影響が強くなりやすく、脳卒中や脳梗塞になる確率がより高くなります。この健診を機会に禁煙されることをお勧めします。

② 脂質異常の場合

喫煙すると、血液中の善玉（HDL）コレステロールが減少したり、中性脂肪や悪玉（LDL）コレステロールが増加することがわかっています。また、喫煙と脂質異常が重なると、動脈硬化がさらに進んで、いずれも該当しない人と比べて、約4倍心筋梗塞で死亡する確率が高くなります。この健診を機会に禁煙されることをお勧めします。

③ 血糖高値の場合

喫煙すると、血糖値が上昇したり、糖尿病に約1.4倍かかりやすくなります。その理由は、喫煙によって交感神経の緊張が高まって血糖値があがることと、膵臓から分泌されるインスリンというホルモンの効き具合が悪くなるためです。また、喫煙と糖尿病が重なると、喫煙しない場合と比べて、動脈硬化がさらに進んで、約1.5～3倍、脳梗塞や心筋梗塞で命を落とすやすくなります。さらに、腎臓の機能もより低下しやすいたことが報告されています。この健診を機会に禁煙されることをお勧めします。

④ メタボリックシンドロームの場合

喫煙すると、血液中の善玉（HDL）コレステロールが減少したり、中性脂肪や血糖値が増加するため、メタボリックシンドロームになりやすいたことがわかっています。また、喫煙とメタボリックシンドロームが重なると動脈硬化が更に進んで、いずれも該当しない人と比べて、約4～5倍、脳梗塞や心筋梗塞にかかりやすくなります。この健診を機会に禁煙されることをお勧めします。

⑤ 上記いずれもない場合

喫煙を続けていると、肺がん等のがん、脳梗塞や心筋梗塞、糖尿病、COPD（慢性閉塞性肺疾患）等種々の病気にかかりやすいたため、現在の良い状態を維持できなくなってしまう可能性があります。この健診を機会に禁煙されることをお勧めします。

2. 禁煙のための効果的な解決策の提案

禁煙は自力でも可能ですが、禁煙外来や禁煙補助薬を利用すると、ニコチン切れの症状を抑えることができるので比較的楽に、しかも自力に比べて3~4倍禁煙に成功しやすくなることが分かっています。健康保険の適用基準を満たしている場合、1日20本のたばこ代に比べて1/3~1/2の安い費用で医療機関での禁煙治療を受けることができます。

*健康保険による禁煙治療を受けるための条件

- ① 35歳以上の者については、1日喫煙本数 × 喫煙年数 が200以上であること
- ② いますぐに禁煙したいと考えており、禁煙治療を受けることを文書により同意していること
- ③ ニコチン依存症のスクリーニングテスト（TDS, Tobacco Dependence Screener）でニコチン依存症と診断された者であること

3. 受動喫煙に関する情報提供

○ 非喫煙者・禁煙者用への情報提供

わが国では、受動喫煙により、脳卒中、虚血性心疾患、肺がん等で年間約1万5千人が死亡していると推計されています。受動喫煙は他人の健康に影響を与えることが明らかとなっています。受動喫煙を防止するため、社会として屋内を禁煙とする対策が進んでいますが、他人のたばこの煙を吸わないように注意することも大切です。

もし、あなたが家庭または職場で受動喫煙を受けている場合は、それを改善するため、家庭や職場で相談してみましよう。

○ 喫煙者への情報提供

わが国では、受動喫煙により、脳卒中、虚血性心疾患、肺がん等で年間約1万5千人が死亡していると推計されています。受動喫煙は他人の健康に影響を与えることが明らかとなっています。受動喫煙を防止するため、社会として屋内を禁煙とする対策が進んでいきます。あなたの家族をはじめ、周囲の人にたばこの煙を吸わせないように注意してください。

【保険者および健診担当医への補足説明】

加熱式たばこは、たばこ葉やたばこ葉を加工したものを電氣的に加熱し、エアロゾル（霧状）化したニコチンと加熱によって発生した化学物質を吸入するタイプのたばこ製品です。加熱式たばこの化学成分を分析した結果からは、加熱式たばこの主流煙には、多くの種類の有害化学物質が含まれることが知られています。紙巻きたばこを加熱式たばこに替えて健康被害が減ったという明らかな根拠はこれまでのところ見当たりません。たばこ煙にさらされることについては安全なレベルというものがなく、喫煙者と受動喫煙者の健康に悪影響を及ぼす可能性が否定できないと考えられています。

加熱式たばこは、紙巻きたばこと同様に、健康増進法で禁煙場所での使用が禁じられ

ています。また、加熱式たばこ使用者も健康保険による禁煙治療の対象として認められています。

【参考文献】

1. Ikeda N., et al. Adult mortality attributable to preventable risk factors for non-communicable diseases and injuries in Japan: a comparative risk assessment. *PLoS Med* 2012; 9: e1001160.
2. Hozawa A., et al. Joint impact of smoking and hypertension on cardiovascular disease and all-cause mortality in Japan: NIPPON DATA80, a 19-year follow-up. *Hypertens Res* 2007; 30: 1169-1175.
3. Yamagishi K., et al. Smoking raises the risk of total and ischemic strokes in hypertensive men. *Hypertens Res* 2003; 26: 209-217.
4. Craig WY., et al. Cigarette smoking and serum lipid and lipoprotein concentrations: an analysis of published data. *Br Med J*. 1989; 298: 784-788.
5. U.S. Department of Health and Human Services. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General, 2010.
6. Nakamura K., et al. Influence of smoking combined with another risk factor on the risk of mortality from coronary heart disease and stroke: pooled analysis of 10 Japanese cohort studies. *Cerebrovasc Dis*. 2012; 33: 480-491.
7. Willi C., et al. Active smoking and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2007; 298: 2654-2664.
8. Cryer PE., et al. Norepinephrine and epinephrine release and adrenergic mediation of smoking-associated hemodynamic and metabolic events. *N Engl J Med* 1976; 295: 573-577.
9. Chioloro A., et al. Consequences of smoking for body weight, body fat distribution, and insulin resistance. *Am J Clin Nutr* 2008; 87: 801-809.
10. 佐々木陽 ほか. 15年にわたるインスリン非依存糖尿病 (NIDDM) の追跡調査. *糖尿病* 1996; 39: 503-509.
11. Al-Delaimy WK., et al. Smoking and mortality among women with type 2 diabetes: The Nurses' Health Study cohort. *Diabetes Care*. 2001; 24: 2043-2048.
12. De Cosmo S., et al. Cigarette smoking is associated with low glomerular filtration rate in male patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2006; 29: 2467-2470.
13. Nakanishi N., et al. Cigarette smoking and the risk of the metabolic syndrome in middle-aged Japanese male office workers. *Ind Health* 2005; 43: 295-301.
14. Higashiyama A., et al. Risk of smoking and metabolic syndrome for incidence of cardiovascular disease-comparison of relative contribution in urban Japanese population: the Suita study. *Circ J* 2009; 73: 2258-2263.
15. Kasza KA, et al. Effectiveness of stop-smoking medications: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Addiction*, 2013; 108: 193-202.
16. 日本循環器学会, 日本肺癌学会, 日本癌学会, 日本呼吸器学会. 禁煙治療のための標準手順書 第6版. 2014

- 17.厚生労働省 喫煙の健康影響に関する検討会編 「喫煙と健康」喫煙の健康影響に関する検討会報告書. 2016
- 18.厚生労働省. 受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会報告書. 2009
- 19.岡本光樹 ほか. Fact SheetB 民法・刑法からみた受動喫煙による他者危害性. 厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「たばこ規制枠組み条約を踏まえたたばこ対策に係る総合的研究」平成 27 年度総括・分担研究報告書（研究代表者 中村正和）. 2016.
- 20.中村正和ら.加熱式たばこ製品加熱式たばこ製品の使用実態、健康影響、たばこ規制への影響とそれを踏まえた政策提言.日本公衆衛生雑誌, 2020; 67(1): 3-14,.
- 21.Imura Y. , et al. Exposure to secondhand heated-tobacco-product aerosol may cause similar incidence of asthma attack and chest pain to secondhand cigarette exposure: The JASTIS 2019 study. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(4):1766.
- 22.厚生労働省.改正健康増進法の体系.厚生労働省 HP
[URL:https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000744289.pdf](https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000744289.pdf) 2023年1月12日アクセス確認

肝機能検査に関するフィードバック文例集

【健診判定と対応の分類】

健診判定		AST (U/L)	ALT (U/L)	γ -GT (U/L)	対応
異常 ↑ ↓	受診勧奨判定値 を超えるレベル	51~	51~	101~	① 医療機関の受診を
	保健指導判定値 を超えるレベル	31 ~50	31 ~50	51 ~100	② 生活習慣の改善を
正常	基準範囲内	~30	~30	~50	③ 今後も継続して健診受診を

ここでは特定健診の肝機能検査を活用して、メタボリックシンドロームに着目した特定健診や特定保健指導において有用な情報提供や保健指導を行うための文例を紹介する。生活習慣に関連して肝機能検査値が上昇する状態には、アルコール性肝障害や非アルコール性脂肪性肝疾患（NAFLD/NASH）がある。生活習慣に起因するもの以外で肝機能異常を呈するものには、ウイルス性肝炎や薬剤性肝障害、自己免疫性肝炎などがあげられる。これらの肝臓疾患の予防や治療の詳細については日本消化器病学会、日本肝臓学会等のガイドライン等を参照されたい。

【対象者への説明文例】

① の場合（AST, ALT, γ -GT のいずれかが受診勧奨判定値以上）

検査の結果、肝機能検査の数値が高いことがわかりました。この健診結果を持参して、医療機関を受診してください。

② の場合

検査の結果、肝機能検査の数値が基準範囲よりも高いことがわかりました。

γ -GT 高値かつ飲酒習慣がある場合（AST, ALT 軽度上昇を伴うこともある）

アルコール性肝障害の疑いがあります。1日あたりの飲酒量（アルコール摂取量）が多いほど高血圧や脳出血、がん等にかかりやすくなり、アルコール摂取量が男性40g/日以上、女性20g/日以上を超えると脳梗塞や心筋梗塞にかかる確率が高くなります。この機会に減酒されることをお勧めします。

ALT 高値（ALT > AST）かつ飲酒量が一定未満*の場合（ γ -GT 軽度上昇を伴うこともある）

非アルコール性脂肪性肝疾患（NAFLD）の疑いがあります。NAFLDの多くは、肥

満が原因となり糖尿病や高血圧、脂質異常症を伴っています。一方、これらの合併を伴わない場合でも、NAFLDがあると、将来、糖尿病や高血圧になる確率が高くなります。食事は過剰な糖分や脂質（特に飽和脂肪酸、コレステロール）の摂取を控え、適度な運動を心がけましょう。

*NAFLDは、一日当たりの飲酒量がエタノール換算で男性 30g/日未満、女性 20g/日未満と定義されています。

③ の場合（AST, ALT, γ -GT のいずれも基準範囲内）

今回の健診の結果、肝機能検査に異常を認めませんでした。引き続きご自身の身体の状態を確認するために、これからも健診を受診しましょう。

【保険者および健診担当医への補足説明】

厚生労働科学研究（健康診査・保健指導における健診項目等の必要性、妥当性の検証、及び地域における健診実施体制の検討のための研究：研究代表者 岡村智教（19FA0801））で肝機能検査と糖尿病、脳・心血管疾患などの生活習慣病との関連についての文献レビューをおこなった。 γ -GT 上昇は、将来の脳・心血管疾患や糖尿病発症との関連が複数の前向き研究で確認され、飲酒習慣の有無にかかわらずこれらの関連が認められた。ALT 上昇と糖尿病発症との関連も複数の研究で報告されている。

NAFLD はインスリン抵抗性を基盤として糖尿病や高血圧発症と関連することや、NAFLD を有する集団では脳・心血管疾患発症のリスクが高くなることがわかっている。Fatty liver index (FLI) は、特定健診項目（ γ -GT、トリグリセライド、BMI、腹囲）の基本項目のみを用いて算出できる脂肪肝の指標であり、特定健診受診者において FLI の値が高いほど将来の糖尿病や高血圧の発症リスクが高まることが報告されている。FLI はエクセル等で計算可能である。

FLI は下記の式で算出される

$$FLI = \frac{e^{0.953 \cdot \log_e \text{トリグリセライド} + 0.139 \cdot \text{BMI} + 0.718 \cdot \log_e \gamma\text{-GT} + .053 \cdot \text{腹囲} - 15.745}}{1 + e^{0.953 \cdot \log_e \text{トリグリセライド} + 0.139 \cdot \text{BMI} + 0.718 \cdot \log_e \gamma\text{-GT} + .053 \cdot \text{腹囲} - 1.745}} * 100$$

略号

AST : aspartate aminotransferase

ALT : alanine aminotransferase

γ -GT : γ -glutamyl transferase

NAFLD : nonalcoholic fatty liver disease

NASH : nonalcoholic steatohepatitis

【参考文献】

1. 日本消化器病学会・日本肝臓学会 NAFLD/NASH 診療ガイドライン 2020

2. 日本肝臓学会 アルコール性肝障害(アルコール関連肝疾患)診療ガイド 2022
3. 令和元年度厚生労働省科学研究費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業総括研究報告書「健康診査・保健指導における健診項目等の必要性、妥当性の検証、及び地域における健診実施体制の検討のための研究」
4. Targher G, Byrne CD, Lonardo A, Zoppini G, Barbui C. Non-alcoholic fatty liver disease and risk of incident cardiovascular disease: A meta-analysis. *J Hepatol*. 2016 Sep;65(3):589-600.
5. Bedogni G, Bellentani S, Miglioli L, Masutti F, Passalacqua M, Castiglione A, Tiribelli C. The Fatty Liver Index: a simple and accurate predictor of hepatic steatosis in the general population. *BMC Gastroenterol*. 2006 Nov 2;6:33. doi: 10.1186/1471-230X-6-33.
6. Wu D, Hirata A, Hirata T, Imai Y, Kuwabara K, Funamoto M, Sugiyama D, Okamura T. Fatty liver index predicts the development of hypertension in a Japanese general population with and without dysglycemia. *Hypertens Res*. 2023 Jan 11. doi: 10.1038/s41440-022-01161-2. Online ahead of print.
7. Hirata A, Sugiyama D, Kuwabara K, Hirata T, Tsutatani H, Funamoto M, Watanabe K, Miyamatsu N, Okamura T. Fatty liver index predicts incident diabetes in a Japanese general population with and without impaired fasting glucose. *Hepatol Res*. 2018 Aug;48(9):708-716.

尿蛋白に関するフィードバック文例集

※血清クレアチンを測定していない場合に使用してください。

【健診判定と対応の分類】

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

慢性腎臓病 (CKD) とは？

慢性腎臓病は、腎臓に障害があるか、又は腎臓の働き（腎機能）の低下が3か月以上続いている状態です。通常、尿蛋白陽性・アルブミン尿異常等の尿検査の異常、または腎機能低下（血液検査の血清クレアチニン（Cr）から推定される糸球体濾過量が60 mL/分/1.73m²未満）が3ヶ月以上続くことで診断します。慢性腎臓病の原因（病因）としては糖尿病、慢性糸球体腎炎、高血圧が代表的ですが、そのほかにも様々な腎疾患が含まれます。慢性腎臓病が重症化すると透析が必要な末期腎不全に進行したり、脳卒中や心臓病が発症する危険性が高くなります。一方、慢性腎臓病は、生活習慣の改善や糖尿病・高血圧の治療によって発症を予防することが可能です。慢性腎臓病は一般に自覚症状が乏しいですが、健診により早期発見が可能です。慢性腎臓病が疑われる場合には、医療機関を受診して、詳しい検査を実施し、しっかりと治療することが重要です。

【対象者への説明文例】

① 尿蛋白 (1+/2+/3+)：陽性の場合

今回の健診の結果、尿蛋白が陽性であることがわかりました。尿の異常(尿蛋白陽性)は慢性腎臓病の存在を示す重要なサインです。あなたは、慢性腎臓病であると疑われるため医療機関を受診して下さい。

腎臓が障害されると、通常尿中に出ない蛋白が尿中に出てきます。尿中の蛋白の量が多い状態が続いている場合は、慢性腎臓病です。また蛋白尿は多いほど、慢性腎臓病が悪化する可能性が高くなります。

一般に腎臓の病気は自覚症状が乏しいため、病気に気付くことが困難です。しかし健診を受けることにより、早い段階で病気を発見することができます。

慢性腎臓病の人では、そうでない人に比べて、透析治療が必要な状況に10倍以上なりやすく、脳卒中や心臓病の発症やそれによる死亡の危険が2倍以上になることが分かっています。しかし、これらの危険は、適切な治療により軽減することが可能です。忙

しいからと慢性腎臓病を放置することなく、医療機関を受診して、早い段階で治療を始めることが重要です。

② 尿蛋白（±）：弱陽性の場合

今回の健診の結果、尿蛋白が弱陽性であることがわかりました。尿蛋白弱陽性は、確定的ではありませんが、慢性腎臓病の存在を示唆するサインです。あなたは慢性腎臓病の可能性がありますが、尿蛋白は少ないため、医療機関を受診する必要はありません。尿蛋白が陽性になる原因には悪い生活習慣が関わっている可能性があります。まずは生活習慣の改善に取り組んでください。

高血圧や糖尿病、脂質異常症等生活習慣病の存在は慢性腎臓病の危険因子です。このため生活習慣病の合併がある場合には、尿蛋白が±であっても医療機関を受診して詳しい検査を受けてください。慢性腎臓病を発症したり、これ以上悪化させないために、生活習慣病（高血圧、糖尿病、脂質異常症等）がある場合には、しっかりと治療することが大切です。

慢性腎臓病の発症や悪化に関係する生活習慣としては、食塩の過剰摂取、喫煙、不規則な生活などがあります。尿蛋白が±ですから、医療機関を受診しない場合でも、生活習慣の改善に取り組んでください。喫煙者ではぜひ禁煙しましょう。またメタボリックシンドロームやその予備群、肥満がある場合は、その改善が必要です。適正体重を維持する、または目指すためにも、総エネルギー摂取量を適正にし、運動して下さい。

慢性腎臓病の人では、そうでない人に比べて、透析治療が必要な状況に10倍以上なりやすく、脳卒中や心臓病の発症やそれによる死亡の危険が2倍以上になることが分かっています。しかし、これらの危険は、適切な治療により軽減することが可能です。

そして慢性腎臓病を早期発見するためにも来年も健診を受けましょう。

③ 尿蛋白（－）：陰性の場合

今回の健診の結果、尿蛋白は陰性であることがわかりました。今回の結果では、慢性腎臓病を疑う尿の異常（尿蛋白）はありませんでした。引き続きご自身の身体の状態を確認するために、これからも健診を受診しましょう。

ただし、下記（※）の慢性腎臓病の危険因子を有する場合は、一般的に、慢性腎臓病の発症予防が必要であると考えられます。

（※）慢性腎臓病の危険因子：

肥満、メタボリックシンドローム、喫煙、高血圧、糖尿病、脂質異常症、治療中あるいは治療が必要な高尿酸血症、慢性腎臓病の家族歴、過去の健診での尿異常（尿蛋白陽性）、高齢（65歳以上）

これらの危険因子は、血管に負担をかけ、動脈硬化を進行させるため、多くの血管が集まっている腎臓も障害されます。

生活習慣病（高血圧、糖尿病、脂質異常症等）は慢性腎臓病の危険因子ですから、し

っかり治療して、慢性腎臓病の発症を予防することが重要です。

また、慢性腎臓病を発症する危険因子を軽減するために、食生活の改善に取り組み、肥満があれば解消することが必要です。減塩や適度なエネルギー摂取などの食生活の改善に取り組み、禁煙することはとても大切です。メタボリックシンドロームやその予備群である場合は、運動するなどして、その改善に取り組んでください。

そして慢性腎臓病を早期発見するためにも来年も健診を受けましょう。

尿蛋白及び血清クレアチニンに関するフィードバック文例集

※血清クレアチニンを測定している場合に使用してください。

【健診判定と対応の分類】

健診判定 (eGFRの単位: ml/min/1.73m ²)		尿蛋白(－)	尿蛋白(±)	尿蛋白(1+)以上
異常 ↑ ↓ 正常	eGFR<45	① すぐに医療機関の受診を		
	45≤eGFR<60	② 生活習慣の改善を	② 生活習慣の改善を	
	60≤eGFR	③ 今後も継続して健診受診を		

慢性腎臓病 (CKD) とは？

慢性腎臓病は、腎臓に障害があるか、又は腎臓の働き（腎機能）の低下が3か月以上続いている状態です。通常、尿蛋白陽性・アルブミン尿異常等の尿検査の異常、又は腎機能低下（血液検査の血清クレアチニン（Cr）から推定される糸球体濾過量（eGFR）が60 mL/分/1.73m²未満）が3ヶ月以上続くことで診断します。慢性腎臓病の原因（病因）としては糖尿病、慢性糸球体腎炎、高血圧が代表的ですが、そのほか様々な腎疾患が含まれます。慢性腎臓病が重症化すると透析が必要な末期腎不全に進行したり、脳卒中や心臓病がが発症する危険性が高くなります。一方、慢性腎臓病は、生活習慣の改善や糖尿病・高血圧の治療によって発症を予防することが可能です。慢性腎臓病は一般に自覚症状が乏しいですが、健診により早期発見が可能です。慢性腎臓病が疑われる場合には、医療機関を受診して、しっかりと治療することが重要です。

腎臓の働き（推算糸球体濾過量、eGFR）はどのように評価するのでしょうか？

血清クレアチニンと年齢及び性別から推算糸球体濾過量（eGFR）を計算します。eGFR が低くなるほど腎臓の働きが低下しています。eGFR は健康な場合はおよそ100 mL/分/1.73m²ですから、eGFR の数値は健康な人に比した腎臓の働きの百分率（%）と考えると分かり易いでしょう。

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

【対象者への説明文例】

① eGFRが45未満、又は、尿蛋白（1+）以上の場合

今回の健診の結果、腎臓の働きが低下している、又は尿蛋白が陽性であることがわかりました。腎機能低下と尿蛋白陽性は慢性腎臓病の存在を示す重要なサインです。あなたは、慢性腎臓病であると疑われるため医療機関を受診して下さい。

慢性腎臓病は、一般に自覚症状が乏しいため、気づいたときには病気が進行している場合が多くみられます。しかし慢性腎臓病は健診で早期に発見できます。そして慢性腎臓病を早期から治療することで、重症化を防ぐことができます。

慢性腎臓病の人では、そうでない人に比べて、透析治療が必要な状況に10倍以上なりやすく、脳卒中や心臓病の発症やそれによる死亡の危険が2倍以上になることが分かっています。しかし、これらの危険は、適切な治療により軽減することが可能です。忙しいからと慢性腎臓病を放置することなく、医療機関を受診して、早い段階で治療を始めることが重要です。

② eGFRが45以上、かつ、尿蛋白弱陽性（±）の場合

今回の健診の結果、尿蛋白が弱陽性であることがわかりました。eGFRが60以上、かつ尿蛋白弱陽性は、確定的ではありませんが、慢性腎臓病の存在を示唆するサインです。また、eGFRが45以上60未満の場合は、腎機能の軽度の低下があり、それだけで軽症の慢性腎臓病の存在を示すサインです。あなたは慢性腎臓病の可能性がありますが、まだ医療機関を受診する必要はありません。腎機能や尿蛋白の推移に注意することが大切ですから来年も健診を受けましょう。

腎機能の軽度の低下や尿蛋白が弱陽性になる原因には、悪い生活習慣が関わっている可能性があります。まずは、生活習慣の改善に取り組んでください。

高血圧や糖尿病、脂質異常症の存在は慢性腎臓病の危険因子です。慢性腎臓病を発症したり、これ以上悪化させないために、生活習慣病（高血圧、糖尿病、脂質異常症等）がある場合には、しっかりと治療することが大切です。そして高血圧や糖尿病、脂質異常症等の危険因子がある場合には、eGFRが45以上であったり、尿蛋白が±であっても、医療機関を受診して詳しい検査を受けてください。

慢性腎臓病の発症や悪化に関係する生活習慣としては、食塩の過剰摂取、喫煙、不規則な生活などがあります。尿蛋白が±ですから、医療機関を受診しない場合でも、生活習慣の改善に取り組んでください。喫煙者ではぜひ禁煙しましょう。またメタボリックシンドロームやその予備群、肥満がある場合は、その改善が必要です。適正体重を維持する、または目指すためにも、総エネルギー摂取量を適正にし、運動して下さい。

慢性腎臓病の人では、そうでない人に比べて、透析治療が必要な状況に10倍以上なりやすく、脳卒中や心臓病の発症やそれによる死亡の危険が2倍以上になることが分かっています。しかし、これらの危険は、適切な治療により軽減することが可能です。

そして慢性腎臓病を早期発見するためにも来年も健診を受けましょう。

③ eGFRが45以上60未満、かつ、尿蛋白（一）の場合

今回の健診の結果、腎機能の軽度の低下があり、尿蛋白が陰性であることがわかりました。eGFRが45以上60未満の場合は、それだけで軽症の慢性腎臓病の存在を示すサインです。あなたは慢性腎臓病の可能性がありますが、まだ医療機関を受診する必要はありません。腎機能や尿蛋白の推移に注意することが大切ですから来年も健診を受けましょう。

高血圧や糖尿病、脂質異常症等の存在は慢性腎臓病の危険因子です。慢性腎臓病を発症したり、これ以上悪化させないために、生活習慣病（高血圧、糖尿病、脂質異常症等）がある場合には、しっかりと治療することが大切です。高血圧や糖尿病、脂質異常症等の危険因子がある場合には、腎機能が軽度の低下であっても、医療機関を受診して詳しい検査を受けてください。

腎機能が軽度に低下する原因には、悪い生活習慣が関わっている可能性があります。まずは生活習慣の改善に取り組んでください。

慢性腎臓病の発症や悪化に関係する生活習慣としては、食塩の過剰摂取、喫煙、不規則な生活などがあります。腎機能が軽度に低下している可能性がありますから、医療機関を受診しない場合でも、生活習慣の改善に取り組んでください。喫煙者ではぜひ禁煙しましょう。メタボリックシンドロームやその予備群、肥満がある場合は、その改善が必要です。適正体重を維持する、または目指すためにも、総エネルギー摂取量を適正にし、運動して下さい。

注) もしあなたが40歳未満なら、同年齢の人に比べて腎臓の機能が低下している可能性がありますので、医療機関を受診してください。

④ eGFRが60以上、かつ、尿蛋白（一）の場合

今回の健診の結果、腎臓の働きの低下はなく、尿蛋白が陰性であることがわかりました。引き続きご自身の身体の状態を確認するために、これからも健診を受診しましょう。

ただし、下記（※）の慢性腎臓病の危険因子を有する場合は、慢性腎臓病の発症予防が必要であると考えられます。

（※）慢性腎臓病の危険因子：

肥満、メタボリックシンドローム、喫煙、高血圧、糖尿病、脂質異常症、治療中あるいは治療が必要な高尿酸血症、慢性腎臓病の家族歴、過去の健診での尿異常（尿蛋白陽性）、高齢（65歳以上）

これらの危険因子は、血管に負担をかけ、動脈硬化を進行させるため、多くの血管が集まっている腎臓も障害されます。

生活習慣病（高血圧、糖尿病、脂質異常症等）は慢性腎臓病の危険因子ですから、しっかりと治療して、慢性腎臓病の発症を予防することが重要です。

また、慢性腎臓病を発症する危険因子を軽減するために、食生活の改善に取り組み、

肥満があれば解消することが必要です。減塩や適度なエネルギー摂取などの食生活の改善に取り組み、禁煙することはとても大切です。メタボリックシンドロームやその予備群である場合は、運動するなどして、その改善に取り組んでください。

そして慢性腎臓病を早期発見するためにも来年も健診を受けましょう。

【参考文献】

1. Imai, E. et al. Prevalence of chronic kidney disease (CKD) in the Japanese general population predicted by the MDRD equation modified by a Japanese coefficient. *Clin Exp Nephrol* 2007; 11: 156-163.
2. Matsuo, S. et al. Revised equations for estimated GFR from serum creatinine in Japan. *Am J Kidney Dis* 2009; 53: 982-992.
3. Levey, AS. et al. The definition, classification, and prognosis of chronic kidney disease: a KDIGO Controversies Conference report. *Kidney Int.* 2011; 80: 17-28.
4. Nagai K, et al. Relationship between estimated glomerular filtration rate and cardiovascular mortality in a Japanese cohort with long-term follow-up. *PLoS One.* 2016 6;11 (6):e0156792.
5. Sato H, et al. Comparison of the predictive ability of albuminuria and dipstick proteinuria for mortality in the Japanese population: the Yamagata (Takahata) study. *Clin Exp Nephrol.* 2016;20(6):904-909.
6. Wakasugi M, et al. Association between overall lifestyle changes and incidence of proteinuria: a population-based, cohort study. *Intern. Med.* 2017;56(12):1475-148
7. Yamagata K, et al. Risk factors for chronic kidney disease in a community-based population: a 10-year follow-up study. *Kidney Int.* 2007 71 (2):159-66.
8. Yamagata K, et al. Effect of behavior modification on outcome in early- to moderate-stage chronic kidney disease: A cluster-randomized trial. *PLoS One.* 2016 21;11 (3):
9. 日本腎臓学会編：CKD 診療ガイド 2012、東京医学社、2012
10. 「CKD 進展予防のための保健指導教材」厚生労働科学研究費補助金腎疾患対策研究事業（CKD 進展予防のための特定健診と特定保健指導のあり方に関する研究）、2012

心電図検査に関するフィードバック文例集

【健診判定と対応の分類】

健診判定		対応
異常 ↑ ↓ 正常	心房細動が疑われる場合	① すぐに医療機関の受診を
	その他の不整脈が疑われる場合	② 医療機関の受診を
	高血圧があり心電図で左室肥大等が疑われる場合	③ 医療機関の受診を
	上記以外の場合	④ 今後も継続して健診受診を

【対象者への説明文例】

① 心房細動が疑われる場合

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

② そのほかの不整脈等が疑われる場合

今回の心電図検査の結果、不整脈が疑われました。医療機関の受診をお勧めします。自覚症状がある場合は早めの受診をお勧めします。

③ 高血圧があり、心電図で左室肥大が疑われる場合

今回の心電図検査の結果、左室肥大が疑われました。一般的に左室肥大の原因は高血圧と考えられており、左室肥大を伴う高血圧のほうが、伴わない場合よりも循環器疾患（脳卒中や心筋梗塞）を発症しやすいと考えられています。ただし実際に左室肥大があるかどうかを健診の心電図だけで判定するのは困難です。医療機関を受診して血圧や左室肥大について相談してください。

④ 上記以外の場合

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

【保険者および健診担当医への補足説明】

1) 健診の判定について

① 心房細動が疑われる場合

心房細動：心電図上、持続的又は間欠的な心房細動（鑑別がつきにくい場合もあるため心房粗動を含める）を認める者（ミネソタコードでは、8-3-1 から8-3-4 でコードされるもの）。又は期外収縮で心房細動と鑑別がつきにくい者等（ミネソタコードでは、8-1-1 から8-1-5 とコードされるものの一部）。又は問診や聴診から心房細動が強く疑われるものの健診時の心電図検査でははっきりとした所見が得られなかった者。

② そのほかの不整脈等が疑われる場合

心房細動（心房粗動）以外で、医師が、再検査が必要と判断した不整脈がある場合。症状を伴う期外収縮（ミネソタコードでは、8-1-1 から8-1-5 または8-9-1-1、8-9-1-2 とコードされるものの一部）や上室性調律（8-4-1、8-4-2）、原因不明の洞性頻脈（8-7 の一部）等。また不整脈以外でも偶然、再検査等が必要な所見が心電図で見つかった場合もここに分類する。

③ 左室肥大が疑われる場合

ミネソタコードでは、3-1 又は 3-3 を示す者。Sokolow-Lyon 基準で、1) $RV_5+SV_1 > 35\text{mm}$ 又は 2) $RV_6+SV_1 > 35\text{mm}$ を示す者等。これらにST-T変化（ミネソタコードで4-1 から4-3、5-1 から5-3 等）が加わった場合は単独の場合よりも脳・心血管疾患の死亡リスクが高くなるという報告がある。

ミネソタコードは、「日循協心電図コード 2005（1982 版ミネソタコード準拠）」に基づいている。なお上記の基準はあくまで参考であり、最終的な判断は健診の担当医が決定する。

2) 健診対象者の選定について

特定健診では、血圧が受診勧奨判定値以上の者又は問診等で不整脈が疑われる者のうち、医師が必要と認める者が詳細な健診項目としての心電図検査の対象となる。既に高血圧や不整脈で治療中の場合は医療機関で検査するのが原則であるが、現在の症状等を踏まえ、医師が個別に判断する必要がある。

（詳細な健診項目としての心電図検査の対象者：以下の（i）（ii）のいずれか）

（i）収縮期血圧 140mmHg 以上 かつ/又は 拡張期血圧 90mmHg 以上

- (ii) 健診時に医師の診察（聴診）や問診で不整脈（特に心房細動）の既往や現病が疑われる者

不整脈の既往や現病が疑われる者を選び出す際の医師の判断の補助としての問診例
不整脈に関する問診票(例)

1. 今までに心房細動を指摘されたことがありますか。

(1. はい 2. いいえ 3.わからない)

→はいに○をされた方に質問します。

何歳ごろ指摘されましたか (歳ごろ)

2. その他の不整脈を指摘されたことがありますか。

(1. はい 2. いいえ 3.わからない)

→はいに○をされた方に質問します。

何歳ごろ指摘されましたか (歳ごろ)

3. 以下の自覚症状があれば☑をつけてください。

動悸（普段は自覚しない心臓の鼓動を不快なものとして感じる）

息切れ 脈のリズムの乱れ 胸部の不快感 失神 めまい

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

【参考文献】

1. Tanizaki Y, Kiyohara Y, Kato I, Iwamoto H, Nakayama K, Shinohara N, Arima H, Tanaka K, Ibayashi S, Fujishima M. Incidence and risk factors for subtypes of cerebral infarction in a general population: the Hisayama study. Stroke 31: 2616-22, 2000.
2. Ohsawa M, Okamura T, Ogasawara K, Ogawa A, Fujioka T, Tanno K, Yonekura Y, Omama S, Turin TC, Itai K, Ishibashi Y, Morino Y, Itoh T, Miyamatsu N, Onoda T, Kuribayashi T, Makita S, Yoshida Y, Nakamura M, Tanaka F, Ohta M, Sakata K, Okayama A. Relative and absolute risks of all-cause and cause-specific deaths attributable to atrial fibrillation in middle-aged and elderly community dwellers. Int J Cardiol 184: 692-8, 2015.
3. Nakamura K, Okamura T, Hayakawa T, Kadowaki T, Kita Y, Okayama A, Ueshima H. NIPPON DATA90 Research Group. Electrocardiogram screening for

- left high R-wave predicts cardiovascular death in a Japanese community-based population: NIPPON DATA90. *Hypertens Res*; 29: 353-60, 2006.
4. Ishikawa J, Ishikawa S, Kabutoya T, Gotoh T, Kayaba K, Schwartz JE, Pickering TG, Shimada K, Kario K; Jichi Medical School Cohort Study Investigators Group. Cornell product left ventricular hypertrophy in electrocardiogram and the risk of stroke in a general population. *Hypertension* 53: 28-34, 2009.
 5. Rumana N, Turin TC, Miura K, Nakamura Y, Kita Y, Hayakawa T, Choudhury SR, Kadota A, Nagasawa SY, Fujioshi A, Takashima N, Okamura T, Okayama A, Ueshima H. Prognostic value of ST-T abnormalities and left high R waves with cardiovascular mortality in Japanese (24-year follow-up of NIPPON DATA80). *Am J Cardiol* 107:1718-24, 2011.
 6. 樗木晶子、豊嶋英明. 胸写・心電図. 循環器病予防ハンドブック第7版. 日本循環器病予防学会編. 保健同人社, 2014.
 7. 豊嶋英明、宇佐見隆廣、樗木晶子、堀部 博. 「日循協心電図コード2005（1982版ミネソタコード準拠）」の開発とその経緯. *日循予防誌* 40: 138-154, 2005.
 8. 日常的な健康度を指標とした都市コホート研究：神戸トライアル. 追跡3問診票. 先端医療センター研究所, 2016.

眼底検査（高血圧性変化）に関するフィードバック文例集

【健診判定と対応の分類】

健診判定		対応
異常 ↑ ↓	Scheie 分類 H3 以上、 Keith-Wagener 分類 IIb 以上、 Wong-Mitchell 分類 中等度以上	① すぐに医療機関の受診を
	Scheie 分類 H1-2、S1-4、 Keith-Wagener 分類 IIa、 Wong-Mitchell 分類 軽度	② 高血圧、その他の危険因子の予防と管理の徹底を
正常	Scheie 分類 H0、S0、 Keith-Wagener 分類 0、 Wong-Mitchell 分類 所見なし	③ 今後も継続して健診受診を

眼底検査所見について

Scheie 分類において、H（0～4 度）は高血圧性変化を、S（0～4 度）は動脈硬化性変化を指します。Keith-Wagener 分類（慶大）変法（KW）も高血圧性変化の分類で、0 群から IV 群までに分類されます。

Wong-Mitchell 分類（WM）は循環器病のリスク評価の観点から所見なし、軽度、中等度、重度 4 段階に分類されます。

【対象者への説明文例】

① H3 以上、KW IIb 以上、WM 中等度以上の場合

今回の眼底検査の結果、網膜に高血圧の影響と考えられる強い変化（眼底出血など）がありました。早急に高血圧の治療が受けられる医療機関（内科）を受診した上で、担当医に眼科受診についても相談してください。

この眼底変化がある人は、ない人に比べて、脳卒中を含む循環器病になる危険が2倍以上高くなることが報告されています。高血圧はもちろん、脂質異常症や糖尿病などの循環器病危険因子をしっかりと予防又は管理することが重要です。また、喫煙習慣がある人はできるだけ早く禁煙することが必要です。

② H1-2, S1-4, KW I-IIa, WM 軽度の場合

今回の眼底検査の結果、網膜に高血圧又は動脈硬化の影響と考えられる変化がありました。

この眼底変化がある人は、ない人に比べて、脳卒中を含む循環器病になる危険が最大2倍程度まで高くなることが報告されています。高血圧のほか、脂質異常症や糖尿病等の循環器病危険因子をしっかりと予防または管理することが重要ですので、医療機関

(内科)にてご相談下さい。また、喫煙習慣がある人はできるだけ早く禁煙することが必要です。

③ HO, SO, KW O、WM 所見なしの場合

今回の眼底検査の結果、あなたの網膜の血管の状態は異常ありませんでした。

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

【参考文献】

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

眼底検査（糖尿病網膜症）に関するフィードバック文例集

【健診判定と対応の分類】

糖尿病（高血糖）の者に対する対応

健診判定		主な所見	対応
異常 ↑	増殖網膜症	新生血管、硝子体出血、網膜剥離等	① すぐに医療機関（眼科も含む）の受診を（緊急）
	増殖前網膜症 （重症非増殖網膜症）	軟性白斑、高度の静脈変化、網膜内細小血管異常等	② すぐに医療機関（眼科も含む）の受診を（至急）
	単純網膜症 （軽症～ 中等症非増殖網膜症）	毛細血管瘤、点状出血、硬性白斑等	③ すぐに医療機関（眼科も含む）の受診を
正常 ↓	異常なし	見える範囲に異常なし	④ 年に1度は眼科受診を

「糖尿病網膜症」とは？

- 高血糖状態が長く継続すると、網膜の血管に障害が起こり、出血や新生血管（出血しやすいもろい血管）の発生、網膜剥離等を引きおこし、最悪の場合失明につながる病気です。
- 網膜症があっても初期～中期においては視力障害などの自覚症状がない場合がほとんどです。

視力障害などの症状が出てからの治療では、失明につながる場合があることから、定期的な眼底検査と適切な治療が必要です。

- 日本人 2 型糖尿病における網膜症の発症予防・悪化防止のためには、血糖、血圧、体重のコントロールが重要であることがわかっています。脂質異常症の改善も進展防止につながるとの報告があります。

健診における眼底検査の有用性と限界

- 高血糖者に対しては 両眼の眼底撮影を行う必要があります。
- 健診での眼底検査では、通常無散瞳眼底カメラで撮影された写真を医師が判定することが多いです。

無散瞳の場合には網膜周辺部の所見が得られないことや、眼底写真で検出可能な網膜症の発症以前でも網膜の血管密度や神経機能に異常が見られることがありますので注意が必要です。健診では眼科専門医以外が判定する場合も多いことを鑑みて、我が国で用いられることの多い簡便な分類法として改変 Davis 法とエビデンスに基づく重症化のリスクに応じて定められた国際分類（括弧内）を併記しています。

- 眼底カメラで所見がないとされた場合にも、眼科医による詳細な検査で網膜症が発見されることもあるので、糖尿病と診断されている者には毎年眼科を受診し、網膜症の検査を受けることを勧めることが大切です。

【対象者への説明文例】

① の場合 （増殖網膜症）

糖尿病網膜症が非常に進行しており、このままでは失明の危険性が高い状態と考えられます。すぐに眼科で治療を受けることで失明を防ぐことができる可能性が高まります。同時にかかりつけの医療機関等で糖尿病の管理もしっかり行ってください。

② の場合 （増殖前網膜症・重症非増殖網膜症）

糖尿病網膜症が進行し、大出血、網膜剥離など視力障害がおこる一步手前の可能性があります。眼科で適切な治療を受けることで視力を維持し、失明を防ぐ可能性が高まります。合わせて糖尿病の管理もかかりつけの医療機関等でしっかり行ってください。

③ の場合 （単純網膜症・軽症～中等症非増殖網膜症）

糖尿病網膜症が始まっている可能性があります。このまま放置すると、眼底出血などにより視力を低下させる危険性が高まります。血糖や血圧の管理により血管障害を進ませないこと、年一回の眼科で精密な眼底検査を受けて進行状態を詳しく把握することが必要です。同時にかかりつけの医療機関等で糖尿病の管理もしっかり行ってください。

④ の場合 （異常なし）

今回の検査では明らかな糖尿病網膜症の病変は認めませんでした。高血糖に伴い血管の密度や神経機能の異常が出ることもあります。より詳しい診断のために、年に一度は眼科で眼底をよく診てもらう必要があります。かかりつけの医療機関等を受診し、血糖値の改善に努めること、血圧を正常に保つことにより、網膜症の発症や悪化を予防できることがわかっています。

【参考文献】

- 1.日本糖尿病学会「科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン 2013」
- 2.日本糖尿病学会「糖尿病診療ガイドライン 2019」
- 3.循環器予防ハンドブック 第7版 眼底検査
- 4.日本人間ドック学会 眼底健診判定マニュアル
- 5.健診・人間ドックハンドブック（中外医学社）
- 6.日本糖尿病眼学会・日本眼科学会「糖尿病網膜症診療ガイドライン」

【利用上の留意事項】

- 健診受診者ご本人に対して健診結果を通知する際に同封できる用紙を作成しました。こちらの用紙は 1 項目だけを知らせる簡便な例です。実際に使用する場合は、イラストを入れたり、受診者が該当する表中の箇所に丸をつける等、より理解が進むように適宜工夫して使用してください。
- 健診受診者ご本人及び医療関係者が、受診目的等を共有することが可能となるとともに、医療関係者への周知・啓発につながることを期待されます。
- あくまでも文例なので記載方法の変更は自由ですが、記載されている科学的根拠から逸脱しないように注意してください。

特定健康診査で血圧高値のため医療機関の受診を勧められています。

※医療機関受診時に、この用紙をご持参ください。

収縮期血圧（ ） mmHg

拡張期血圧（ ） mmHg

厚生労働省健康局の策定した「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」

P.00

フィードバック文例集では、以下のように医療機関での対応をお勧めしています。

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

特定健康診査で血糖高値のため医療機関の受診を勧められています。

※医療機関受診時に、この用紙をご持参ください。

空腹時血糖（ ） mg/dl

随時血糖（ ） mg/dl

HbA1c（ ） % (NGSP)

※ やむを得ず空腹時以外において採血を行い、HbA1cを測定しない場合は、食直後を除き随時血糖により血糖検査を行うことを可とする。なお、空腹時とは絶食 10 時間以上、食直後とは食事開始時から 3.5 時間未満とする。
 （特定健診・保健指導プログラム（令和6年度版））

厚生労働省健康局の策定した「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」
 P.00フィードバック文例集では、以下のように医療機関での対応をお勧めしています。

		健診判定		対応			
		空腹時血糖 随時血糖 (mg/dL)	HbA1c (NGSP) (%)	肥満者の場合		非肥満者の場合	
				糖尿病 治療中 *	糖尿病 未治療 *	糖尿病 治療中 *	糖尿病 未治療 *
異常 ↑	受診勧奨 判定値を 超えるレ ベル	126~	6.5~	①受診継続、血 糖マネジメント について確認・ 相談を	②定期的に医 療機関を受診 していなければ すぐに医療 機関受診を	③受診継続、 血糖マネジメ ントについて 確認・相談を	④定期的に医 療機関を受診 していなければ すぐに医療 機関受診を
	保健指導 判定値を 超えるレ ベル	110 ~ 125	6.0 ~ 6.4	④受診継続	⑤特定保健指 導の積極的な 活用と生活習 慣の改善を また、精密検 査を推奨	⑥受診継続	⑦生活習慣の 改善を ぜひ 精密検査を
		100 ~ 109	5.6 ~ 5.9				⑧生活習慣の 改善を リス クの重複等あ れば精密検査 を
正常 ↓	基準範囲内	~99	~5.5	⑨肥満改善と 健診継続を	⑩今後も継続 して健診受診 を		

特定健康診査で脂質異常のため医療機関の受診を勧められています。

※医療機関受診時に、この用紙をご持参ください。

LDL コレステロール () mg/dl

空腹時中性脂肪 (TG) () mg/dl

随時中性脂肪 (TG) () mg/dl

※ 特定健康診査においては、空腹時中性脂肪は絶食10時間以上、随時中性脂肪は食事開始から3.5時間以上絶食10時間未満に採血が実施されたものとする。

(特定健診・保健指導プログラム(令和6年度版))

厚生労働省健康局の策定した「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」
P.00フィードバック文例集では、以下のように医療機関での対応をお勧めしています。

健診判定		対応		
		肥満者の場合	非肥満者の場合	
異常 ↑	受診勧奨判定値を超えるレベル	LDL-C \geq 180mg/dL 又は TG \geq 500mg/dL (空腹時、随時を問わない)	①早期に医療機関の受診を	
		140mg/dL \leq LDL-C < 180mg/dL 又は 300mg/dL \leq TG < 500mg/dL (空腹時、随時を問わない)	②生活習慣を改善する努力をした上で、医療機関の受診を	
	保健指導判定値を超えるレベル	120mg/dL \leq LDL-C < 140mg/dL 又は 空腹時 150mg/dL (随時 175mg/dL) \leq TG < 300mg/dL 又は HDL-C < 40mg/dL	③特定保健指導の積極的な活用と生活習慣の改善を	④生活習慣の改善を
正常 ↓	基準範囲内	LDL-C < 120mg/dL かつ TG < 空腹時 150mg/dL (随時 175mg/dL) かつ HDL-C \geq 40 mg/dL	④ 今後も継続して健診受診を	

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

(平成十六年六月十四日)

(厚生労働省告示第二百四十二号)

改正 平成一九年一〇月二九日厚生労働省告示第三四九号

令和 二年 二月一二日同 第 三七号

同 四年 三月二五日同 第 九二号

健康増進法(平成十四年法律第百三号)第九条第一項の規定に基づき、健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針を次のように定めたので、同法第九条第三項の規定に基づき公表する。

健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針

第一 基本的な考え方

健康診査は、疾病を早期に発見し、早期治療につなげること、健康診査の結果を踏まえた栄養指導その他の保健指導(運動指導等生活習慣の改善のための指導を含む。以下同じ。)等を行うことにより、疾病の発症及び重症化の予防並びに生涯にわたる健康の増進に向けた自主的な努力を促進する観点から実施するものである。

なお、健康診査は、大きく「健診」と「検診」に分けられる。健診は、必ずしも特定の疾患自体を確認するものではないが、健康づくりの観点から経時的に値を把握することが望ましい検査群であり、健診の結果、異常がないとしても行動変容につなげる狙いがある。検診は、主に特定の疾患自体を確認するための検査群であり、検診の結果、異常がなければ次の検診まで経過観察を行うことが多いものである。

現在、健康診査、その結果を踏まえた栄養指導その他の保健指導等は、健康増進法第六条に掲げる各法律に基づいた制度において各健康増進事業実施者により行われているが、次のような現状にある。

- 1 制度間で健康診査における検査項目、検査方法等が異なる場合がある。
- 2 精度管理が適切に行われていないため、検査結果の比較が困難である。
- 3 健康診査の結果が、受診者に対する栄養指導その他の保健指導、必要な者に対する再検査、精密検査及び治療のための受診並びに健康の自己管理に必ずしもつながっていない。
- 4 健康診査の結果を踏まえた集団に対する健康課題の明確化及びそれに基づく栄養指導その他の保健指導が十分でない。

- 5 健康診査の結果等(栄養指導その他の保健指導の内容を含む。以下同じ。)が各健康増進事業実施者間で継続されず、有効に活用されていない。
- 6 健康診査の結果等に関する個人情報の保護について必ずしも十分でない。

また、このような状況の中、平成十七年四月に、メタボリックシンドロームの我が国における定義及び診断基準が日本動脈硬化学会、日本糖尿病学会、日本高血圧学会、日本肥満学会、日本循環器学会、日本腎臓病学会、日本血栓止血学会及び日本内科学会から構成されるメタボリックシンドローム診断基準検討委員会において策定された。この定義及び診断基準においては、内臓脂肪の蓄積に着目し、健康診査の結果を踏まえた効果的な栄養指導その他の保健指導を行うことにより、過栄養により生じる複数の病態を効率良く予防し、心血管疾患等の発症予防につなげることが大きな目標とされた。平成二十年四月からは、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和五十七年法律第八十号)により、保険者に対して内臓脂肪の蓄積に起因した生活習慣病に関する特定健康診査及び特定健康診査の結果による健康の保持に努める必要がある者に対する保健指導の実施が義務付けられたところである。

また、健康診査の項目や保健指導対象者の基準等については、科学的根拠を踏まえて、定期的な見直しが必要である。

その他、健康診査の結果等を含む医療情報に関しては、医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律(平成二十九年法律第二十八号。以下「次世代医療基盤法」という。)が平成三十年五月から施行されている。

以上を踏まえ、この指針においては、各健康増進事業実施者により適切な健康増進事業が実施されるよう、健康診査の実施、健康診査の結果の通知、その結果を踏まえた栄養指導その他の保健指導の実施等、健康手帳等による健康診査の結果等に関する情報の継続の在り方及び個人情報の取扱いについて、各制度に共通する基本的な事項を定めることとする。

各健康増進事業実施者は、健康診査の実施等に当たり、個人情報の保護等について最大限に配慮するとともに、以下に定める事項を基本的な方向として、国民の健康増進に向けた自主的な取組を進めるよう努めるものとする。

なお、この指針は、必要に応じ、適宜見直すものとする。

第二 健康診査の実施に関する事項

一 健康診査の在り方

- 1 健康増進事業実施者は、健康診査の対象者に対して、その目的、意義及び実施内容について十分な周知を図り、加齢による心身の特性の変化などライフステージや性差に応じた健康診査の実施等により対象者が自らの健康状態を把握し、もって生涯

にわたる健康の増進に資するように努め、未受診者に対して受診を促すよう特に配慮すること。なお、健康診査については、次に掲げる要件を満たすべきものであることから、新たな健康診査の項目等の導入又は見直しに当たっては、これを考慮すること。

- (一) 対象とする健康に関連する事象(以下「健康事象」という。)が公衆衛生上重要な課題であること。
- (二) 対象とする健康事象の機序及び経過が理解されており、当該健康事象が発生する危険性が高い期間が存在し、検出可能な危険因子及びその指標が存在すること。
- (三) 対象とする健康事象又は検出可能な危険因子に対して適切な検査及び診断法が存在し、かつ、科学的知見に基づいた効果的な治療及び介入を早期に実施することにより、より良好な予後をもたらすことを示す科学的根拠があること。
- (四) 対象となる健康事象について原則として無症状であること。
- (五) 検査の目的と対象集団が明確であり、社会的に妥当な検査であること。
- (六) 検査が簡便かつ安全であり、精度及び有効性が明らかで、適切な基準値が設定されていること。
- (七) 検査を実施可能な体制が整備されていること。
- (八) 事後措置(健康診査の結果等を踏まえた精密検査、保健指導等をいう。以下同じ。)の対象者の選定及び当該措置の実施方法の設定が科学的根拠に基づきなされていること。
- (九) 事後措置を実施可能な保健医療体制が整備されていること。
- (十) 健診及び検診に関するプログラム(以下「健診・検診プログラム」という。)は、教育、検査診断及び事後措置を包括し、臨床的、社会的及び倫理的に許容されるものであること。
- (十一) 健診・検診プログラムは、危険性を最小限にするための質の保証がなされており、起こり得る身体的及び精神的不利益を上回る利益があること。
- (十二) 健診・検診プログラムの適切な運用(モニタリング、精度管理等を含む。)を実施する体制が整備されていること。
- (十三) 健診・検診プログラムの公平性及びアクセスが対象集団全員に対して保証されていること。
- (十四) 健診・検診プログラムを継続して実施可能な人材及び組織体制が確保されていること。
- (十五) 健診・検診プログラムの対象者に対し、検査結果及び事後措置に関する科学的根拠に基づく情報が提供され、当該情報を得た上での自己選択及び自律性への

配慮がなされていること。

(十六) 健診・検診プログラムを実施することによる死亡率又は有病率の減少効果に関して質の高い科学的根拠があること。

(十七) 健診・検診プログラムに要する費用が社会的に妥当であること。

(十八) 健診・検診プログラムに関し、実施頻度、検査感度等に影響を与える検査手法の変更をする場合には、科学的根拠に基づき決定を行うこと。

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

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

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

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

二 健康診査の精度管理

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

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

よう努めること。

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

(一) 健康診査の実施の管理者の配置等管理体制に関する事項

(二) 健康診査の実施の手順に関する事項

(三) 健康診査の安全性の確保に関する事項

(四) 検査方法、検査結果の基準値、判定基準等検査結果の取扱いに関する事項

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

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

(七) 検査結果の保存及び管理に関する事項

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

5 健康増進事業実施者は、健康診査の実施の全部又は一部を委託する場合は、委託先に対して前二号に規定する内部精度管理及び外部精度管理を適切に実施するよう要請するとともに、当該内部精度管理及び外部精度管理を適切に実施しているか並びに医療法施行規則(昭和三十二年厚生省令第五十号)第九条の七に定める検査業務の精度の確保に係る基準に適合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。また、委託先が検体検査の業務を衛生検査所等に再委託する場合には、同令第九条の八に定める受託業務及び臨床検査技師等に関する法律施行規則(昭和三十二年厚生省令第二十四号)第十一条に定める衛生検査所の検査業務の精度の確保に係る基準に適合する者に再委託しなければならないことを踏まえ、健康増進事業実施者が委託先に適切な措置を講じさせること。なお、この場合に委託先は、再委託先の行為について責任を負うこと。

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

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

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

- 2 健康増進事業実施者は、健康診査の結果を本人に通知することにとどまらず、その結果に基づき、必要な者には、再検査、精密検査及び治療のための受診の勧奨を行うとともに、疾病の発症及び重症化の予防又は生活習慣の改善のために栄養指導その他の保健指導を実施すること。栄養指導その他の保健指導の内容には、食生活、運動、休養、飲酒、喫煙、歯の健康の保持その他の生活習慣の改善を含む健康増進に関する事項、疾病を理解するための情報の提供を含むこと。
- 3 健康増進事業実施者は、栄養指導その他の保健指導の実施に当たっては、健康診査の結果(過去のものを含む)、健康診査の受診者の発育・発達の状況、生活状況、就労状況、生活習慣等を十分に把握し、生活習慣の改善に向けての行動変容の方法を本人が選択できるよう配慮するとともに、加齢による心身の特性の変化などライフステージや性差に応じた内容とすること。例えば、壮年期においては、内臓脂肪の蓄積を共通の要因として、糖代謝異常、脂質代謝異常、高血圧の状態が重複した場合に、心血管疾患等の発症可能性が高まることから、これらの発症及び重症化の予防の効果を高めるため、栄養指導その他の保健指導は、健康診査の結果から対象者本人が身体状況を理解し、生活習慣の改善の必要性を認識し、行動目標を自らが設定し実行できるよう、個人の行動変容を促すものとする。また、栄養指導その他の保健指導は、個人又は集団を対象として行う方法があり、それぞれの特性を踏まえ、適切に組み合わせ実施すること。個人に対して、栄養指導その他の保健指導を行う際は、その内容の記録を本人へ提供するよう努めること。また、健康診査の受診者の勤務形態に配慮した上で栄養指導その他の保健指導の時間を確保する等栄養指導その他の保健指導を受けやすい環境づくりに配慮すること。
- 4 健康増進事業実施者は、健康診査の結果を通知する際に適切な栄養指導その他の保健指導ができるように、その実施体制の整備を図ること。さらに受診者の求めに応じ、検査項目に関する情報、健康診査の結果、専門的知識に基づく助言その他の健康の増進に向けて必要な情報について提供又は受診者の相談に応じることができるよう必要な措置を講じること。
- 5 健康増進事業実施者は、栄養指導その他の保健指導に従事する者に対する研修の実施、栄養指導その他の保健指導の評価に努めること等により栄養指導その他の保健指導の質の向上を図ること。
- 6 健康増進事業実施者は、栄養指導その他の保健指導の実施の全部又は一部を委託する場合は、委託先が栄養指導その他の保健指導を適切に行っているかについて、報告を求める等委託先に対して適切な管理を行うこと。
- 7 地方公共団体、健康増進事業実施者、医療機関その他の関係者は、健康診査の結果

の通知等の実施に関し、健康づくり対策、介護予防及び産業保健等の各分野における対策並びに医療保険の保険者が実施する対策を講じるために、相互の連携(以下「地域・職域の連携」という。)を図ること。

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

協議会等の事業については、参考として次に掲げるものが考えられる。

(一) 都道府県単位

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

(二) 地域単位

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

なお、協議会等の開催に当たっては、「地域・職域連携推進ガイドライン」(令和元年九月これからの地域・職域連携推進の在り方に関する検討会取りまとめ)を活用すること。

- 8 健康増進事業実施者は、事前及び事後措置も含めた健診・検診プログラム全体としての評価を行うことが望ましい。また、評価を行う場合には、各々の健診及び検診事

業に応じ、ストラクチャー評価(実施するための仕組みや実施体制の評価)、プロセス評価(目的の達成に向けた過程の評価)、アウトプット評価(目的達成のために行われる事業の結果の評価)及びアウトカム評価(目的の達成状況の評価)に分類の上、行うことが必要である。

第四 健康診査の結果等に関する情報の継続の在り方に関する事項

- 1 健康増進事業実施者においては、健診結果等情報を継続させていくことが受診者の健康の自己管理に役立ち、疾病の発症及び重症化の予防の観点から重要であり、生涯にわたる健康の増進に重要な役割を果たすことを認識し、健康増進事業の実施に当たっては、個人情報の保護に関する法律(平成十五年法律第五十七号)、地方公共団体において個人情報の保護に関する法律第十二条第一項の趣旨を踏まえて制定される条例等(以下「個人情報保護法令」という。)を遵守しつつ、生涯を通じた継続的な自己の健康管理の観点から、健診結果等情報を継続させるために必要な措置を講じることが望ましいこと。健康診査等の結果の写しの提供が予定されている場合には、原則として、各健診及び検診において、その結果等を、別途定める標準的な電磁的記録の形式により提供するよう努めること、又は、健康診査の実施の全部又は一部を委託する場合には、原則として、委託先に対して、当該形式による健康診査の結果等の提出を要請するよう努めること。
- 2 生涯にわたり継続されていくことが望ましい健診結果等情報は、健康診査の結果、栄養指導その他の保健指導の内容、既往歴(アレルギー歴を含む。)、主要な服薬歴、予防接種の種類、接種時期等の記録、輸血歴等であること。なお、生涯を通じた継続的な自己の健康管理の観点から、できる限り長期間、本人等が健診結果等情報を参照できるようにすることが望ましいこと。
- 3 健診結果等情報の継続は、電磁的な健康手帳等を活用することにより、健康の自己管理の観点から本人が主体となっていくことを原則とすること。この場合、統一された生涯にわたる健康手帳の交付等により、健診結果等情報を継続することが望まれる。一方、各制度の下で交付されている既存の健康手帳等はその目的、記載項目等が異なり、また、健康手帳等に本人以外の個人情報が含まれる場合等があるなど、既存の健康手帳等を統一し生涯にわたる健康手帳等とする場合に留意しなければならない事項があることから、まずは健康増進事業実施者が各制度の下において既に交付し又は今後交付する健康手帳等を活用することにより、健診結果等情報の継続を図っていくこととすること。
- 4 生涯にわたり健診結果等情報を継続させるための健康手帳等は、ライフステージ及

び性差に応じた健康課題に対して配慮しつつ、その内容として、健康診査の結果の記録に係る項目、生活習慣に関する記録に係る項目、健康の増進に向けた自主的な取組に係る項目、受診した医療機関等の記録に係る項目、健康の増進に向けて必要な情報及び知識に係る項目等が含まれることが望ましいこと。また、その様式等としては、記載が容易であること、保管性及び携帯性に優れていること等について工夫されたものであり、将来的には電磁的な様式に統一されることが強く望まれること。

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

(一) 健診結果等情報を継続して健康管理に役立たせていくように本人に働きかけること。

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

(三) 健康診査の実施の全部又は一部を委託する場合においては、当該委託契約の中で、委託先である健康診査の実施機関が健康診査の結果を有している場合には、健康診査の受診者本人の請求に基づき、健康診査の実施機関から直接開示を行うことが可能となることを明記する等必要な工夫を図ること。

6 健康増進事業実施者は、次世代医療基盤法に基づく次世代医療基盤法第九条第一項に定める認定匿名加工医療情報作成事業者に対する健診結果等情報の提供について、任意ではあるが、自らの医療情報の提供が、匿名加工医療情報の利活用による医療分野の研究開発の促進を通じ、国民に提供される医療の進歩に資することを踏まえ、協力を検討すること。

第五 健康診査の結果等に関する個人情報の取扱いに関する事項

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

2 健康増進事業実施者は、その取り扱う個人情報の漏えい、滅失又はき損の防止その他の個人情報の安全管理のために必要かつ適切な措置として、守秘義務規程の整備、個人情報の保護及び管理を行う責任者の設置、従業者への教育研修の実施、苦情受付

窓口の設置、不正な情報入手の防止等の措置を講じるよう努めること。

- 3 健康増進事業実施者は、個人情報の取扱いの全部又は一部を委託する場合は、その取扱いを委託された個人情報の安全管理が図られるよう、委託を受けた者に対する必要かつ適切な監督として、委託契約の内容に記載する等により、委託を受けた者に前号に規定する措置を講じさせること。
- 4 健康増進事業実施者は、前号までに掲げた内容を含む個人情報の取扱いに係る方針を策定、公表及び実施し、必要に応じ見直し及び改善を行っていくよう努めること。
- 5 健康増進事業実施者が、個人情報保護法令に従いその取扱う個人情報を公衆衛生の向上を目的として行う疫学研究のために研究者等に提供する場合、あらかじめ当該研究者等に対して、関係する指針を遵守する等適切な対応をすることを確認すること。

第六 施行期日

この指針は、健康増進法第九条の施行の日から施行するものとする。

(施行の日＝平成一六年八月一日)

改正文（平成一九年一〇月二九日厚生労働省告示第三四九号）抄

平成二十年四月一日から適用する。

改正文（令和四年三月二五日厚生労働省告示第九二号）抄

令和四年四月一日から適用する。

別紙7-1

健診結果・質問票情報

項目	項目コード	項目名	データ標準		データタイプ	単位	データコメント		検査方法	備考
			下限値	上限値			基準範囲外	検査の実施		
身体計測	○ 9N001000 000000001	身長			数字	cm				小数点以下1桁
	○ 9N006000 000000001	体重			数字	kg				小数点以下1桁
	○ 9N011000 000000001	BMI			数字	kg / m ²				小数点以下1桁
	9N021000 000000001	内臓脂肪面積			数字	cm ²				小数点以下1桁
	○ 9N016160 100000001	腹囲(実測)			数字	cm			1: 実測	小数点以下1桁
	9N016160 200000001	腹囲(自己判定)			数字	cm			2: 自己測定	小数点以下1桁
	9N016160 300000001	腹囲(自己申告)			数字	cm			3: 自己申告	小数点以下1桁 BMIが22未満である者に限る
9N026000 000000002	肥満度			数字	%				小数点以下1桁	
診察	9N051000 000000049	業務歴			漢字					
	○ 9N056000 000000011	既往歴			コード					1: 特記すべきことあり、2: 特記すべきことなし
	○ 9N056160 400000049	(具体的な既往歴)			漢字					特記すべきことありの場合に記載
	○ 9N061000 000000011	自覚症状			コード					1: 特記すべきことあり、2: 特記すべきことなし
	○ 9N061160 800000049	(所見)			漢字					特記すべきことありの場合に記載
	○ 9N066000 000000011	他覚症状			コード					1: 特記すべきことあり、2: 特記すべきことなし
	○ 9N066160 800000049	(所見)			漢字					特記すべきことありの場合に記載
	9N071000 000000049	その他(家族歴等)			漢字					
	9N076000 000000049	視診(口腔内含む)			漢字					
	9N081000 000000049	打聴診			漢字					
9N086000 000000049	触診(関節可動域含む)			漢字						
9N091000 000000001	反復唾液嚥下テスト			数字	回					
血圧等	9A755000 000000001	収縮期血圧(その他)			数字	mmHg			3: その他	平均値等、「1回目」、「2回目」以外の値の最も確かな値を記入する
	○ 9A752000 000000001	収縮期血圧(2回目)			数字	mmHg			2: 2回目	
	9A751000 000000001	収縮期血圧(1回目)			数字	mmHg			1: 1回目	
	○ 9A765000 000000001	拡張期血圧(その他)			数字	mmHg			3: その他	平均値等、「1回目」、「2回目」以外の値の最も確かな値を記入する

	9A762000 00000001	拡張期血圧(2回 目)			数字	m m Hg			2: 2回目	
	9A761000 00000001	拡張期血圧(1回 目)			数字	m m Hg			1: 1回目	
	9N121000 00000001	心拍数			数字	拍 /分				
	☆9N141000 00000011	採血時間(食後)			コード					1:食後10時間未満、2: 食後10時間 以上、3: 食後3.5時間以上10時間未 満、4: 食後3.5時間未満
生化学検査	3F0500000 02327101	総コレステロー ル			数字	m g /dl			1:可視吸光光度法(コ レステロール酸化酵 素法)	
					数字	m g /dl			2:紫外吸光光度法(コ レステロール脱水素 酵素法)	
					数字	m g /dl			3:その他	
	○3F0150000 02327101	中性脂肪(トリグ セリド)			数字	m g /dl			1:可視吸光光度法(酵 素比色法・グリセロ ール消去)	
					数字	m g /dl			2:紫外吸光光度法(酵 素比色法・グリセロ ール消去)	
					数字	m g /dl			3:その他	
	○3F0700000 02327101	HDLコレステロ ール			数字	m g /dl			1:可視吸光光度法(直 接法(非沈殿法))	
					数字	m g /dl			2:紫外吸光光度法(直 接法(非沈殿法))	
					数字	m g /dl			3:その他	
	○3F0770000 02327101	LDLコレステロ ール			数字	m g /dl			1:可視吸光光度法(直 接法(非沈殿法))	
					数字	m g /dl			2:紫外吸光光度法(直 接法(非沈殿法))	
					数字	m g /dl			3:その他	
					数字	m g /dl			4: 計算法	
					数字	m g /dl				
	○3F0690000 02391901	non-HDLコレス テロール			数字	m g /dl				
					数字	m g /dl				
	○3J0100000 02327101	総ビリルビン			数字	m g /dl			1:可視吸光光度法(化 学酸化法、酵素法、ジ アゾ法)	小数点以下1桁
					数字	m g /dl			2: その他	小数点以下1桁
	○3B0350000 002327201	GOT(AST)			数字	U /l			1:紫外吸光光度法(JS CC標準化対応法)	
					数字	U /l			2: その他	
○3B0450000 002327201	GPT(ALT)			数字	U /l			1:紫外吸光光度法(JS CC標準化対応法)		
				数字	U /l			2: その他		
○3B0900000 002327101	γ-GT(γ-GTP)			数字	U /l			1:可視吸光光度法(JS CC標準化対応法)		
				数字	U /l			2: その他		
3B0700000 002327101	ALP			数字	U /l			1:可視吸光光度法(JS CC標準化対応法)		
				数字	U /l			2: その他		

	3C015000 002327101	血清クレアチニン			数字	mg/dl	1:可視吸光度法(酵素法)	小数点以下2桁
	3C015000 002399901				数字	mg/dl	2:その他	小数点以下2桁
	8A065000 002391901	eGFR			数字	ml/min/1.73m ²		小数点以下1桁
	3C015161 602399911	血清クレアチニン(対象者)			コード			1:検査結果による血清クレアチニン検査対象者 ※詳細な健診の項目として実施しない場合で、値を出現させるときは0(ゼロ)を入力する
	3C015161 002399949	血清クレアチニン(実施理由)			漢字			詳細な健診の項目として血清クレアチニン検査を実施した場合は必須
	3C020000 002327101	血清尿酸			数字	mg/dl	1:可視吸光度法(ウリカーゼ・ベルオキシターゼ法)	小数点以下1桁
	3C020000 002399901				数字	mg/dl	2:その他	小数点以下1桁
	3A010000 002327101	総蛋白			数字	g/dl	1:可視吸光度法(ビウレット法)	小数点以下1桁
	3A010000 002399901				数字	g/dl	2:その他	小数点以下1桁
	3A015000 002327101	アルブミン			数字	g/dl	1:可視吸光度法(BCG法、BCP改良法)	小数点以下1桁
	3A015000 002399901				数字	g/dl	2:その他	小数点以下1桁
	3A016000 002327102	A/G			数字			計算値
	5C095000 002302301	血清フェリチン			数字	ng/ml	1:エンザイムイムノアッセイ(EIA)	小数点以下1桁
	5C095000 002399901				数字	ng/ml	2:その他	小数点以下1桁
血糖検査	3D010000 001926101	空腹時血糖			数字	mg/dl	1:電位差法(ブドウ糖酸化酵素電極法)	特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは2(10時間以上)でなければならない
	3D010000 002227101				数字	mg/dl	2:可視吸光度法(ブドウ糖酸化酵素法)	特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは2(10時間以上)でなければならない
	3D010000 001927201				数字	mg/dl	3:紫外吸光度法(ヘキソキナーゼ法、グルコキナーゼ法、ブドウ糖脱水素酵素法)	特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは2(10時間以上)でなければならない
	3D010000 001999901				数字	mg/dl	4:その他	特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは2(10時間以上)でなければならない
	3D010129 901926101	随時血糖			数字	mg/dl	1:電位差法(ブドウ糖酸化酵素電極法)	特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは3(3.5時間以上10時間未満)でなければならない
	3D010129 902227101				数字	mg/dl	2:可視吸光度法(ブドウ糖酸化酵素法)	特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは3(3.5時間以上10時間未満)でなければならない
	3D010129 901927201				数字	mg/dl	3:紫外吸光度法(ヘキソキナーゼ法、グルコキナーゼ法、ブドウ糖脱水素酵素法)	特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは3(3.5時間以上10時間未満)でなければならない
	3D010129 901999901				数字	mg/dl	4:その他	特定健康診査においては、この項目を使用する場合には、採血時間(食後)のコードは3(3.5時間以上10時間未満)でなければならない

	3D046000 001906202	HbA1c(NGSP値)			数字	%		1:免疫学的方法(フデックス凝集比濁法等)	小数点以下1桁
	3D046000 001920402				数字	%		2:HPLC(不安定分画除去HPLC法)	小数点以下1桁
	3D046000 001927102				数字	%		3:酵素法	小数点以下1桁
	3D046000 001999902				数字	%		4:その他	小数点以下1桁
尿検査	1A020000 000191111	尿糖			コード			1:試験紙法(機械読み取り)	1:-、2:±、3:+、4:++、5:+++
	1A020000 000190111				コード		2:試験紙法(目視法)	1:-、2:±、3:+、4:++、5:+++	
	1A010000 000191111	尿蛋白			コード			1:試験紙法(機械読み取り)	1:-、2:±、3:+、4:++、5:+++
	1A010000 000190111				コード		2:試験紙法(目視法)	1:-、2:±、3:+、4:++、5:+++	
	1A100000 000191111	尿潜血			コード			1:試験紙法(機械読み取り)	1:-、2:±、3:+、4:++、5:+++
	1A100000 000190111				コード		2:試験紙法(目視法)	1:-、2:±、3:+、4:++、5:+++	
	1A105160 700166211	尿沈渣(所見の有無)			コード				1:所見あり、2:所見なし
	1A105160 800166249	尿沈渣(所見)			漢字				所見ありの場合に記載
	1A030000 000190301	比重			数字			1:屈折計法	小数点以下3桁
	1A030000 000199901				数字			2:その他	小数点以下3桁
	3A015000 000106101	尿中アルブミン 定量			数字	mg/L		1:免疫比濁法(TIA)(尿)	小数点以下1桁
	3A015000 000199901				数字	mg/L		2:その他(尿)	小数点以下1桁
	3A015000 000406101				数字	mg/L		3:免疫比濁法(TIA)(蓄尿)	小数点以下1桁
	3A015000 000499901				数字	mg/L		4:その他(蓄尿)	小数点以下1桁
3A015000 000106128	尿中アルブミン クレアチニン補 正值/アルブミン 指数			数字	mg/g・CR		1:免疫比濁法(TIA)	小数点以下1桁	
3A015000 000199928				数字	mg/g・CR		2:その他	小数点以下1桁	
3A015000 000406126	尿中アルブミン 一日量			数字	mg/day		1:免疫比濁法(TIA)	小数点以下1桁	
3A015000 000499926				数字	mg/day		2:その他	小数点以下1桁	
血液像検査	2A040000 001930102	ヘマトクリット 値			数字	%		自動血球算定装置	小数点以下1桁
	2A030000 001930101	血色素量[ヘモグ ロビン値]			数字	g/dl		自動血球算定装置	小数点以下1桁
	2A020000 001930101	赤血球数			数字	万/m ³		自動血球算定装置	
	2A020161 001930149	貧血検査(実施理 由)			漢字				詳細な健診の項目として貧血検査を実施した場合は必須
	2A060000 001930101	MCV			数字	fL		自動血球算定装置	小数点以下1桁
	2A070000 001930101	MCH			数字	pg		自動血球算定装置	小数点以下1桁
	2A080000 001930101	MCHC			数字	%		自動血球算定装置	小数点以下1桁
2A010000 001930101	白血球数			数字	万/m ³		自動血球算定装置		

	2A050000 001930101	血小板数			万 数字 /m ³ m ³		自動血球算定装置	
がん 検診・ 生体検査等	<input type="checkbox"/>	9A110160 700000011	心電図(所見の有無)		コード			1: 所見あり、2: 所見なし
	<input type="checkbox"/>	9A110160 800000049	心電図(所見)		漢字			所見ありの場合に記載
	<input type="checkbox"/>	9A110161 600000011	心電図(対象者)		コード			1: 検査結果による心電図検査対象者 2: 不整脈による心電図検査対象者 ※詳細な健診の項目として実施しない場合で、値を出現させるときは0(ゼロ)を入力する
	<input type="checkbox"/>	9A110161 000000049	心電図(実施理由)		漢字			詳細な健診の項目として心電図検査を実施した場合は必須
		9N201000 000000011	胸部エックス線検査(がん:直接撮影)		コード		1: 直接撮影	1: A、2: B、3: C、4: D、5: E
		9N206160 700000011	胸部エックス線検査(一般:直接撮影)(所見の有無)		コード		1: 直接撮影	1: 所見あり、2: 所見なし、3: 要再撮影
		9N206160 800000049	胸部エックス線検査(一般:直接撮影)(所見)		漢字		1: 直接撮影	所見ありの場合に記載
		9N211161 100000049	胸部エックス線検査(直接撮影)(撮影年月日)		年月日		1: 直接撮影	yyyymmdd
		9N211161 200000049	胸部エックス線検査(直接撮影)(フィルム番号)		漢字		1: 直接撮影	
		9N216000 000000011	胸部エックス線検査(がん:間接撮影)		コード		2: 間接撮影	1: A、2: B、3: C、4: D、5: E
		9N221160 700000011	胸部エックス線検査(一般:間接撮影)(所見の有無)		コード		2: 間接撮影	1: 所見あり、2: 所見なし、3: 要再撮影
		9N221160 800000049	胸部エックス線検査(一般:間接撮影)(所見)		漢字		2: 間接撮影	所見ありの場合に記載
		9N226161 100000049	胸部エックス線検査(間接撮影)(撮影年月日)		年月日		2: 間接撮影	yyyymmdd
		9N226161 200000049	胸部エックス線検査(間接撮影)(フィルム番号)		漢字		2: 間接撮影	
		6A010160 706170411	喀痰検査(塗抹鏡検 一般細菌)(所見の有無)		コード			1: 所見あり、2: 所見なし
		6A010160 806170449	喀痰検査(塗抹鏡検 一般細菌)(所見)		漢字			所見ありの場合に記載
		6A205000 006171711	喀痰検査(塗抹鏡検 抗酸菌)		コード			1: -, 2: ±, 3: +, 4: 2+, 5: 3+
		6A205165 606171711	喀痰検査(ガフキ一号数)		コード			1: 0号、2: 1号、3: 2号、4: 3号、5: 4号、6: 5号、7: 6号、8: 7号、9: 8号、10: 9号、11: 10号
		7A010000 006143311	喀痰細胞診検査		コード			1: A、2: B、3: C、4: D、5: E
		9N251000 000000011	胸部CT検査(がん)		コード			1: A、2: B、3: C、4: D、5: E
		9N251160 700000011	胸部CT検査(所見の有無)		コード			1: 所見あり、2: 所見なし
		9N251160 800000049	胸部CT検査(所見)		漢字			所見ありの場合に記載
		9N251161 100000049	胸部CT検査(撮影年月日)		年月日			yyyymmdd

9N251161 200000049	胸部CT検査(フ ィルム番号)			漢 字					
9N256160 700000011	上部消化管エッ クス線(直接撮 影)(所見の有無)			コ ー ド					1:所見あり、2:所見なし、3:要再 撮影
9N256160 800000049	上部消化管エッ クス線(直接撮 影)(所見)			漢 字					所見ありの場合に記載
9N256161 100000049	上部消化管エッ クス線(直接撮 影)(撮影年月日)			年 月 日					yyyymmdd
9N256161 200000049	上部消化管エッ クス線(直接撮 影)(フィルム番 号)			漢 字					
9N261160 700000011	上部消化管エッ クス線(間接撮 影)(所見の有無)			コ ー ド					1:所見あり、2:所見なし、3:要再 撮影
9N261160 800000049	上部消化管エッ クス線(間接撮 影)(所見)			漢 字					所見ありの場合に記載
9N261161 100000049	上部消化管エッ クス線(間接撮 影)(撮影年月日)			年 月 日					yyyymmdd
9N261161 200000049	上部消化管エッ クス線(間接撮 影)(フィルム番 号)			漢 字					
9N266160 700000011	上部消化管内視 鏡検査(所見の有 無)			コ ー ド					1:所見あり、2:所見なし
9N266160 800000049	上部消化管内視 鏡検査(所見)			漢 字					所見ありの場合に記載
3B339000 002399811	ペブシノゲン			コ ー ド			方 法 問 わ ず		1:陽性、2:陰性
9F1301607 000000011	腹部超音波(所見 の有無)			コ ー ド					1:所見あり、2:所見なし
9F1301608 000000049	腹部超音波(所 見)			漢 字					所見ありの場合に記載
9N271160 700000011	婦人科診察(所見 の有無)			コ ー ド					1:所見あり、2:所見なし
9N271160 800000049	婦人科診察(所 見)			漢 字					所見ありの場合に記載
9N276160 700000011	乳房視触診(所見 の有無)			コ ー ド					1:所見あり、2:所見なし
9N276160 800000049	乳房視触診(所 見)			漢 字					所見ありの場合に記載
9N281160 700000011	乳房画像診断(マ ンモグラフィー (所見の有無)			コ ー ド					1:所見あり、2:所見なし、3:要再 撮影、4:マンモグラフィー不適
9N281160 800000049	乳房画像診断(マ ンモグラフィー (所見)			漢 字					所見ありの場合に記載
9F1401607 000000011	乳房超音波検査 (所見の有無)			コ ー ド					1:所見あり、2:所見なし
9F1401608 000000049	乳房超音波検査 (所見)			漢 字					所見ありの場合に記載
9N291160 700000011	子宮頸部視診(所 見の有無)			コ ー ド					1:所見あり、2:所見なし
9N291160 800000049	子宮頸部視診(所 見)			漢 字					所見ありの場合に記載
9N296160 700000011	子宮内診(所見の 有無)			コ ー ド					1:所見あり、2:所見なし
9N296160 800000049	子宮内診(所見)			漢 字					所見ありの場合に記載
7A021165 008543311	子宮頸部細胞診 (細胞診婦人科材 料)(日母分類)			コ ー ド					1: classI、2: classII、3: classIIIa、 4: classIIIb、5: classIV、6: classV、 7: 検体不良

7A021165 208543311	子宮頸部細胞診 (細胞診婦人科材 料)(ベセスダシ ステム2001)				コード						1: NILM、2: ASC-US、3: ASC-H、 4: LSIL、5: HSIL、6: SCC、7: AGC、8: AIS、9: Adenocarcinom a、10: other
7A022000 008543311	子宮体部細胞診 (細胞診婦人科材 料)				コード						1: 陽性、2: 疑陽性、3: 陰性、4: 検体不良
9Z771160 700000011	直腸肛門機能(2 項目以上)(所見 の有無)				コード						1: 所見あり、2: 所見なし
9Z771160 800000049	直腸肛門機能(2 項目以上)(所見)				漢字						所見ありの場合に記載
9Z770160 700000011	直腸肛門機能(1 項目)(所見の有 無)				コード						1: 所見あり、2: 所見なし
9Z770160 800000049	直腸肛門機能(1 項目)(所見)				漢字						所見ありの場合に記載
1B030000 001599811	便潜血				コード				方法問わず		1: 陽性、2: 陰性
5D305000 002399811	PSA(前立腺特異 抗原)				コード				方法問わず		1: 陽性、2: 陰性
9C310000 000000001	肺機能検査(努力 肺活量)				数字	1					小数点以下1桁
9C320000 000000001	肺機能検査(1秒 量)				数字	1					小数点以下1桁
9C330000 000000002	肺機能検査(1秒 率)				数字	%					小数点以下1桁
9C380000 000000002	肺機能検査(%V C)				数字	%					小数点以下1桁
9E160162 100000001	視力(右)				数字						小数点以下2桁
9E160162 500000001	視力(右: 矯正)				数字						小数点以下2桁
9E160162 200000001	視力(左)				数字						小数点以下2桁
9E160162 600000001	視力(左: 矯正)				数字						小数点以下2桁
9D100163 100000011	聴力(右、1000H z)				コード						1: 所見あり、2: 所見なし
9D100163 200000011	聴力(右、4000H z)				コード						1: 所見あり、2: 所見なし
9D100163 500000011	聴力(左、1000H z)				コード						1: 所見あり、2: 所見なし
9D100163 600000011	聴力(左、4000H z)				コード						1: 所見あり、2: 所見なし
9D100164 000000011	聴力(検査方法)				コード						1: オージオメトリー、2: その他
9D100160 900000049	聴力(その他の所 見)				漢字						
□ 9E100166 000000011	眼底検査(キース ワグナー分類)				コード						1: 0、2: I、3: IIa、4: IIb、5: III、6: IV
□ 9E100166 100000011	眼底検査(シエイ エ分類: H)				コード						1: 0、2: 1、3: 2、4: 3、5: 4
□ 9E100166 200000011	眼底検査(シエイ エ分類: S)				コード						1: 0、2: 1、3: 2、4: 3、5: 4
□ 9E100166 300000011	眼底検査(SCOT T分類)				コード						1: I(a)、2: I(b)、3: II、4: III (a)、5: III(b)、6: IV、7: V(a)、 8: V(b)、9: VI
□ 9E100166 600000011	眼底検査(Wong- Mitchell分類)				コード						1: 所見なし、2: 軽度、3: 中等度、 4: 重度
□ 9E100166 500000011	眼底検査(改変D avis分類)				コード						1: 網膜症なし、2: 単純網膜症、3: 増殖前網膜症、4: 増殖網膜症

	<input type="checkbox"/>	9E100160 900000049	眼底検査(その他の所見)			漢字			その他の所見の判定方法を用いている場合については、本欄に所見を記載すること。また、SCOTT分類を用いている場合で異常がない場合においては、その旨を記載すること。	
	<input type="checkbox"/>	9E100161 600000011	眼底検査(対象者)			コード			1:検査結果による眼底検査対象者 ※詳細な健診の項目として実施しない場合で、値を出現させるときは0(
	<input type="checkbox"/>	9E100161 000000049	眼底検査(実施理由)			漢字			詳細な健診の項目として眼底検査を実施した場合は必須 前年度の検査結果(血糖検査の値)に基づき対象者を選定した場合は、「前年度」と記載する	
		9E105162 100000001	眼圧検査(右)			数字	m m Hg			
		9E105162 200000001	眼圧検査(左)			数字	m m Hg			
その他医療保険者等が任意に行う検査		5C070000 002306201	CRP			数字	mg /dl		1:可視吸光光度法(ラテックス凝集比濁法)	小数点以下1桁
		5C070000 002306301				数字	mg /dl		2:可視吸光光度法(免役比濁法)	
		5C070000 002399901				数字	mg /dl		3:その他	
		5H010000 001910111	血液型(ABO)			コード			1:試験管法 カラム凝集法	1:A、2:B、3:AB、4:O
		5H010000 001999911				コード			2:その他	1:A、2:B、3:AB、4:O
		5H020000 001910111	血液型(Rh)			コード			1:試験管法 カラム凝集法	1:+、2:-
		5H020000 001999911				コード			2:その他	1:+、2:-
		5E071000 002399811	梅毒反応			コード			方法問わず	1:陽性、2:陰性
		5F0161410 02399811	HBs抗原			コード			方法問わず	1:陽性、2:陰性
		5F3601495 02399811	HCV抗体			コード			方法問わず	1:陽性、2:陰性
		5F3601497 02399811	HCV抗体(力価)			コード			方法問わず	1:陰性、2:低力価、3:中力価、4:高力価
		5F3601500 02399811	HCV抗原検査			コード			方法問わず	1:陽性、2:陰性
		5F3601450 02399811	HCV核酸増幅検査			コード			方法問わず	1:陽性、2:陰性
		9N401000 000000011	C型肝炎ウイルス検診の判定			コード				1:現在、C型肝炎ウイルスに感染していない可能性が極めて高い、2:現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が極めて高い
		9N406000 000000049	その他の法定特殊健康診断			漢字				
	9N411000 000000049	その他の法定検査			漢字					
	9N416000 000000049	その他の検査			漢字					
医師の判断	<input type="radio"/>	9N501000 000000011	メタボリックシンドローム判定			コード			1:基準該当、2:予備群該当、3:非該当、4:判定不能	

○	9N506000 000000011	保健指導レベル				コード						1:積極的支援、2:動機付け支援、 3:なし、4:判定不能
○	9N511000 000000049	医師の診断(判定)				漢字						
○	9N516000 000000049	健康診断を実施した医師の氏名				漢字						
	9N521000 000000049	医師の意見				漢字						
	9N526000 000000049	意見を述べた医師の氏名				漢字						
	9N531000 000000049	歯科医師による健康診断				漢字						
	9N536000 000000049	歯科医師による健康診断を実施した歯科医師の氏名				漢字						
	9N541000 000000049	歯科医師の意見				漢字						
	9N546000 000000049	意見を述べた歯科医師の氏名				漢字						
	9N551000 000000049	備考				漢字						
	9N556000 000000011	生活機能評価の結果1				コード						1:介護予防事業の利用が望ましい、 2:医学的な理由により次の介護予防の利用は不適当、3:生活機能の低下なし
	9N561000 000000011	生活機能評価の結果2				コード						1:すべて、2:運動器の機能向上、 3:栄養改善、4:口腔機能の向上、 5その他(上記で2を選択したときに記載)
	9N566000 000000049	生活機能評価の結果3				漢字						上記でその他を記載したとき記載
	9N571000 000000049	医師の診断(判定)(生活機能評価)				漢字						
	9N576000 000000049	診断をした医師の氏名(生活機能評価)				漢字						
	9N581161 300000011	医師の診断(肺がん検診)(コード)				コード						1:精密検査必要、2:精密検査不要
	9N581161 400000049	医師の診断(肺がん検診)(自由記載)				漢字						
	9N586000 000000049	診断をした医師の氏名(肺がん検診)				漢字						
	9N591161 300000011	医師の診断(胃がん検診)(コード)				コード						1:精密検査必要、2:精密検査不要
	9N591161 400000049	医師の診断(胃がん検診)(自由記載)				漢字						
	9N596000 000000049	診断をした医師の氏名(胃がん検診)				漢字						
	9N601161 300000011	医師の診断(乳がん検診)(コード)				コード						1:精密検査必要、2:精密検査不要
	9N601161 400000049	医師の診断(乳がん検診)(自由記載)				漢字						
	9N606000 000000049	診断をした医師の氏名(乳がん検診)				漢字						
	9N611161 300000011	医師の診断(子宮がん検診)(コード)				コード						1:精密検査必要、2:精密検査不要
	9N611161 400000049	医師の診断(子宮がん検診)(自由記載)				漢字						
	9N616000 000000049	診断をした医師の氏名(子宮がん検診)				漢字						

	9N621161 300000011	医師の診断(大腸がん検診)(コード)				コード												1:精密検査必要、2:精密検査不要		
	9N621161 400000049	医師の診断(大腸がん検診)(自由記載)				漢字														
	9N626000 000000049	診断をした医師の氏名				漢字														
	9N631161 300000011	医師の診断(前立腺がん検診)(コード)				コード												1:精密検査必要、2:精密検査不要		
	9N631161 400000049	医師の診断(前立腺がん検診)(自由記載)				漢字														
	9N636000 000000049	診断をした医師の氏名(前立腺がん検診)				漢字														
	9N641000 000000049	医師の診断(その他)				漢字														
	9N646000 000000049	診断をした医師の氏名(その他)				漢字														
質問票	○	9N701000 000000011	服薬1(血圧)				コード												1:服薬あり、2:服薬なし	
	☆	9N701167 000000049	服薬1(血圧)(薬剤)				漢字													
	☆	9N701167 100000049	服薬1(血圧)(服薬理由)				漢字													
	○	9N706000 000000011	服薬2(血糖)				コード												1:服薬あり、2:服薬なし	
	☆	9N706167 000000049	服薬2(血糖)(薬剤)				漢字													
	☆	9N706167 100000049	服薬2(血糖)(服薬理由)				漢字													
	○	9N711000 000000011	服薬3(脂質)				コード													1:服薬あり、2:服薬なし
	☆	9N711167 000000049	服薬3(脂質)(薬剤)				漢字													
	☆	9N711167 100000049	服薬3(脂質)(服薬理由)				漢字													
	☆	9N716000 000000011	既往歴1(脳血管)				コード													1:はい、2:いいえ
	☆	9N721000 000000011	既往歴2(心血管)				コード													1:はい、2:いいえ
	☆	9N726000 000000011	既往歴3(腎不全・人工透析)				コード													1:はい、2:いいえ
	☆	9N731000 000000011	貧血				コード													1:はい、2:いいえ
	○	9N736000 000000011	喫煙				コード													1:はい、2:いいえ
	☆	9N741000 000000011	20歳からの体重変化				コード													1:はい、2:いいえ
	☆	9N746000 000000011	30分以上の運動習慣				コード													1:はい、2:いいえ
	☆	9N751000 000000011	歩行又は身体活動				コード													1:はい、2:いいえ
	☆	9N756000 000000011	歩行速度				コード													1:はい、2:いいえ
	☆	9N872000 000000011	咀嚼				コード													1:何でも、2:かみにくい、3:ほとんどかめない
	☆						コード													

	☆	9N766000 000000011	食べ方1(早食い等)																1: 速い、2: ふつう、3: 遅い	
	☆	9N771000 000000011	食べ方2(就寝前)																1: はい、2: いいえ	
	☆	9N782000 000000011	食べ方3(間食)																1: 毎日、2: 時々、3: ほとんど摂取しない	
	☆	9N781000 000000011	食習慣																1: はい、2: いいえ	
	☆	9N781000 000000011	飲酒																1: 毎日、2: 時々、3: ほとんど飲まない	
	☆	9N791000 000000011	飲酒量																1: 1合未満、2: 1~2合未満、3: 2~3合未満、4: 3合以上	
	☆	9N796000 000000011	睡眠																1: はい、2: いいえ	
	☆	9N801000 000000011	生活習慣の改善																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)	
	☆	9N806000 000000011	保健指導の希望																1: はい、2: いいえ	
情報提供	☆	9N950000 000000011	情報提供の方法																1: 付加価値の高い情報提供、2: 専門職による対面説明、3: 1と2両方実施 1~3に当てはまらない場合は出現させない	
初回面接	☆	9N807000 000000011	初回面接実施																1: 健診当日に初回面接実施 1に当てはまらない場合は出現させない	
基本チェックリスト		9N811000 000000011	1. バスや電車で1人で外出していますか																0: はい、1: いいえ	
		9N816000 000000011	2. 日用品の買物をしていますか																	0: はい、1: いいえ
		9N821000 000000011	3. 預貯金の出し入れをしていますか																	0: はい、1: いいえ
		9N826000 000000011	4. 友人の家を訪ねていますか																	0: はい、1: いいえ
		9N831000 000000011	5. 家族や友人の相談にのっていますか																	0: はい、1: いいえ
		9N836000 000000011	6. 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか																	0: はい、1: いいえ
		9N841000 000000011	7. 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか																	0: はい、1: いいえ
		9N846000 000000011	8. 15分位続けて歩いていますか																	0: はい、1: いいえ
		9N851000 000000011	9. この1年間に転んだことがありますか																	1: はい、0: いいえ
		9N856000 000000011	10. 転倒に対する不安は大きいですか																	1: はい、0: いいえ

9N861000 000000011	11.6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか							コード												1：はい、0：いいえ
9N866000 000000001	12. 身長 cm 体重 kg(BMI= MI=)							数字	$\frac{kg}{m^2}$											身長と体重から計算されるBMIを記載すること。小数点以下1桁
9N871000 000000011	13. 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか							コード												1：はい、0：いいえ
9N876000 000000011	14. お茶や汁物等でむせることがありますか							コード												1：はい、0：いいえ
9N881000 000000011	15. 口の渇きが気になりますか							コード												1：はい、0：いいえ
9N886000 000000011	16. 週に1回以上は外出していますか							コード												0：はい、1：いいえ
9N891000 000000011	17. 昨年と比べて外出の回数が減っていますか							コード												1：はい、0：いいえ
9N896000 000000011	18. 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか							コード												1：はい、0：いいえ
9N901000 000000011	19. 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか							コード												0：はい、1：いいえ
9N906000 000000011	20. 今日が何月何日かわからない時がありますか							コード												1：はい、0：いいえ
9N911000 000000011	21. (ここ2週間)毎日の生活に充実感がない							コード												1：はい、0：いいえ
9N916000 000000011	22. (ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった							コード												1：はい、0：いいえ
9N921000 000000011	23. (ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる							コード												1：はい、0：いいえ
9N926000 000000011	24. (ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない							コード												1：はい、0：いいえ
9N931000 000000011	25. (ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする							コード												1：はい、0：いいえ

(表の説明)

注1) ○…必須項目、□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目、▲…医療保険者に報告する必要はないが、受診者に対して健診結果を通知する項目、●…いずれかの項目の実施で可、☆…情報を入手した場合に限り、医療保険者に報告する項目

注2) 医療保険者は、特定健診以外の項目について、健診機関等における対応の可否を踏まえ、本表に示す項目以外の項目をも含め、任意に特定健診以外の項目の実施や、当該項目の入力方法の変更等を行うことができる。

別紙7-2

保健指導情報

番号	記載区分 (注1)			項目コード	項目名	データ値	データタイプ	単位	備考
	1 回目 の 請求 時	2 回目 の 請求 時	国 への 実績 報告 時						
1101	○		○	1020000001	保健指導区分		コード		1: 積極的支援、2: 動機づけ支援、 3: 動機付け支援相当、4: モデル実施
1102	△		△	1020000002	行動変容ステージ		コード		1: 意志なし、2: 意志あり(6ヶ月以内)、 3: 意志あり(近いうち)、4: 取組済み (6ヶ月未満)、5: 取組済み(6ヶ月以上)
1103	☆			1020000003	保健指導コース名		漢字		
1301	○		○	1022000011	初回面接の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1302	○		○	1022000012	初回面接による支援の支援形態		コード		1: 個別支援、2: グループ支援、5: 遠隔面接 ※初回面接を分割して実施した場合における2回目(初回面接②)は、支援形態により「3: 電話」又は「4: 電子メール支援」を記載してもよい。
1303	○		○	1022000013	初回面接の実施時間		数字	分	
1304	○		○	1022000015	初回面接の実施者		コード		1: 医師、2: 保健師、3: 管理栄養士、 4: その他
1305	△			1022000090	初回面接情報		漢字		
1306	●		●	1021000020	継続的支援予定期間		数字	週	
1307	☆			1021001031	目標腹囲		数字	cm	
1308	☆			1021001032	目標体重		数字	kg	
1309	□			1021001033	目標収縮期血圧		数字	mmHg	
1310	□			1021001034	目標拡張期血圧		数字	mmHg	
1311	☆			1021001050	一日の削減目標エネルギー量		数字	kcal	
1312	☆			1021001051	一日の運動による目標エネルギー量		数字	kcal	
1313	☆			1021001052	一日の食事による目標エネルギー量		数字	kcal	
1501		▲*		1032000011	中間評価の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1502		▲		1032000012	中間評価の支援形態		コード		1: 個別支援 A、3: グループ支援、4: 電話 A、6: 電子メール支援 A

1503	▲*	1032000013	中間評価の実施時間		数字	分	
1504	▲*	1032000014	中間評価の実施ポイント		数字		自動計算
1505	▲*	1032000015	中間評価の実施者		コード		1：医師、2：保健師、3：管理栄養士、4：その他
1506	▲*	1032001031	中間評価時の腹囲		数字	cm	YYYYMMDD
1507	▲*	1032001032	中間評価時の体重		数字	kg	
1508	▲*	1032001033	中間評価時の収縮期血圧		数字	mmHg	
1509	▲*	1032001034	中間評価時の拡張期血圧		数字	mmHg	
1510	▲*	1032001042	中間評価時の生活習慣の改善(栄養・食生活)		コード		0：変化なし、1：改善、2：悪化
1511	▲*	1032001041	中間評価時の生活習慣の改善(身体活動)		コード		0：変化なし、1：改善、2：悪化
1512	▲	1032001043	中間評価時の生活習慣の改善(喫煙)		コード		1：禁煙継続、2：非継続、3：非喫煙、4：禁煙の意志なし
1513	▲	1032001090	中間評価情報		漢字		
1411	★	1032100011	支援 A①の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1412	★	1032100012	支援 A①の支援形態		コード		1：個別支援 A、3：グループ支援、4：電話 A、6：電子メール支援 A
1413	★	1032100013	支援 A①の実施時間		数字	分	
1414	★	1032100014	支援 A①の実施ポイント		数字		自動計算
1415	★	1032100015	支援 A①の実施者		コード		1：医師、2：保健師、3：管理栄養士、4：その他
1416	▲	1032100090	支援 A①情報		漢字		
1421	★	支援 A①の 対応するコードと同一	支援 A②の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1422	★	支援 A①の 対応するコードと同一	支援 A②の支援形態		コード		1：個別支援 A、3：グループ支援、4：電話 A、6：電子メール支援 A
1423	★	支援 A①の 対応するコードと同一	支援 A②の実施時間		数字	分	
1424	★	支援 A①の 対応するコードと同一	支援 A②の実施ポイント		数字		自動計算
1425	★	支援 A①の 対応するコードと同一	支援 A②の実施者		コード		1：医師、2：保健師、3：管理栄養士、4：その他
1426	▲	支援 A①の 対応するコードと同一	支援 A②情報		漢字		
1431	★	支援 A①の 対応するコードと同一	支援 A③の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1432	★	支援 A①の 対応するコードと同一	支援 A③の支援形態		コード		1：個別支援 A、3：グループ支援、4：電話 A、6：電子メール支援 A
1433	★	支援 A①の 対応するコードと同一	支援 A③の実施時間		数字	分	
1434	★	支援 A①の 対応するコードと同一	支援 A③の実施ポイント		数字		自動計算
1435	★	支援 A①の	支援 A③の実施者		コ		1：医師、2：保健師、3：管理栄養士、

			対応するコードと同一		ド		4：その他
1436	▲		支援 A①の対応するコードと同一	支援 A③情報	漢字		
1441	★		支援 A①の対応するコードと同一	支援 A④の実施日付	年月日		YYYYMMDD
1442	★		支援 A①の対応するコードと同一	支援 A④の支援形態	コード		1：個別支援 A、3：グループ支援、4：電話 A、6：電子メール支援 A
1443	★		支援 A①の対応するコードと同一	支援 A④の実施時間	数字	分	
1444	★		支援 A①の対応するコードと同一	支援 A④の実施ポイント	数字		自動計算
1445	★		支援 A①の対応するコードと同一	支援 A④の実施者	コード		1：医師、2：保健師、3：管理栄養士、4：その他
1446	▲		支援 A①の対応するコードと同一	支援 A④情報	漢字		
1451	★		1032200011	支援 B①の実施日付	年月日		YYYYMMDD
1452	★		1032200012	支援 B①の支援形態	コード		2：個別支援 B、5：電話 B、7：電子メール支援 B
1453	★		1032200013	支援 B①の実施時間	数字	分	
1454	★		1032200014	支援 B①の実施ポイント	数字		自動計算
1455	★		1032200015	支援 B①の実施者	コード		1：医師、2：保健師、3：管理栄養士、4：その他
1456	▲		1032200090	支援 B①情報	漢字		
1461	★		支援 B①の対応するコードと同一	支援 B②の実施日付	年月日		YYYYMMDD
1462	★		支援 B①の対応するコードと同一	支援 B②の支援形態	コード		2：個別支援 B、5：電話 B、7：電子メール支援 B
1463	★		支援 B①の対応するコードと同一	支援 B②の実施時間	数字	分	
1464	★		支援 B①の対応するコードと同一	支援 B②の実施ポイント	数字		自動計算
1465	★		支援 B①の対応するコードと同一	支援 B②の実施者	コード		1：医師、2：保健師、3：管理栄養士、4：その他
1466	▲		支援 B①の対応するコードと同一	支援 B②情報	漢字		
1471	★		支援 B①の対応するコードと同一	支援 B③の実施日付	年月日		
1472	★		支援 B①の対応するコードと同一	支援 B③の支援形態	コード		2：個別支援 B、5：電話 B、7：電子メール支援 B
1473	★		支援 B①の対応するコードと同一	支援 B③の実施時間	数字	分	
1474	★		支援 B①の対応するコードと同一	支援 B③の実施ポイント	数字		自動計算
1475	★		支援 B①の対応するコードと同一	支援 B③の実施者	コード		1：医師、2：保健師、3：管理栄養士、4：その他
1476	▲		支援 B①の	支援 B③情報	漢		

			対応するコードと同一			字		
1481	★		支援 B①の対応するコードと同一	支援 B④の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1482	★		支援 B①の対応するコードと同一	支援 B④の支援形態		コード		2: 個別支援 B、5: 電話 B、7: 電子メール支援 B
1483	★		支援 B①の対応するコードと同一	支援 B④の実施時間		数字	分	
1484	★		支援 B①の対応するコードと同一	支援 B④の実施ポイント		数字		自動計算
1485	★		支援 B①の対応するコードと同一	支援 B④の実施者		コード		1: 医師、2: 保健師、3: 管理栄養士、4: その他
1486	▲		支援 B①の対応するコードと同一	支援 B④情報		漢字		
1601	○	○	1042000011	3 ヶ月後の評価の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1602	○	○	1042000012	3 ヶ月後の評価の支援形態 又は確認方法		コード		1: 個別支援、2: グループ支援、3: 電話、4: 電子メール支援
1603	○	○	1042000015	3 ヶ月後の評価の実施者		コード		1: 医師、2: 保健師、3: 管理栄養士、4: その他
1604	○	○	1042000116	3 ヶ月後の評価ができない 場合の確認回数		数字	回	確認方法に基づき、評価実施者が行った確認の回数
1605	○	○	1042001031	3 ヶ月後の評価時の腹囲		数字	cm	
1606	○	○	1042001032	3 ヶ月後の評価時の体重		数字	kg	
1607	△	△	1042001033	3 ヶ月後の評価時の収縮期 血圧		数字	mmHg	
1608	△	△	1042001034	3 ヶ月後の評価時の拡張期 血圧		数字	mmHg	
1609	○	○	1042001042	3 ヶ月後の評価時の保健指 導による生活習慣の改善 (栄養・食生活)		コード		0: 変化なし、1: 改善、2: 悪化
1610	○	○	1042001041	3 ヶ月後の評価時の保健指 導による生活習慣の改善 (身体活動)		コード		0: 変化なし、1: 改善、2: 悪化
1611	△	△	1042001043	3 ヶ月後の評価時の保健指		コ		1: 禁煙継続、2: 非継続、3: 非喫煙、

				導による生活習慣の改善 (喫煙)	一 ド		4: 禁煙の意志なし
1612		△	1042001090	実績評価情報	漢 字		
1701	●		●	1041800117	計画上の継続的な支援の実 施回数	数 字	回
1702	●		●	1041101117	計画上の継続的な支援の実 施回数(個別支援 A)	数 字	回
1703	●		●	1041101113	計画上の継続的な支援の合 計実施時間(個別支援 A)	数 字	分
1704	▲		▲	1041201117	計画上の継続的な支援の実 施回数(個別支援 B)	数 字	回
1705	▲		▲	1041201113	計画上の継続的な支援の合 計実施時間(個別支援 B)	数 字	分
1706	●		●	1041302117	計画上の継続的な支援の実 施回数(グループ支援)	数 字	回
1707	●		●	1041302113	計画上の継続的な支援の合 計実施時間(グループ支援)	数 字	分
1708	●		●	1041103117	計画上の継続的な支援の実 施回数(電話 A による支援)	数 字	回
1709	●		●	1041103113	計画上の継続的な支援の合 計実施時間(電話 A による 支援)	数 字	分
1710	●		●	1041104117	計画上の継続的な支援の実 施回数(e-mailA による支 援)	数 字	回
1711	▲		▲	1041203117	計画上の継続的な支援の実 施回数(電話 B による支援)	数 字	回
1712	▲		▲	1041203113	計画上の継続的な支援の合 計実施時間(電話 B による 支援)	数 字	分
1713	▲		▲	1041204117	計画上の継続的な支援の実 施回数(e-mailB による支 援)	数 字	回
1714	●		●	1041100114	計画上の継続的な支援によ るポイント(支援 A)	数 字	
1715	▲		▲	1041200114	計画上の継続的な支援によ るポイント(支援 B)	数 字	

1716	●		●	1041800114	計画上の継続的な支援によるポイント(合計)		数字		自動計算
1731		●	●	1042800117	実施上の継続的な支援の実施回数		数字	回	自動計算
1732		●	●	1042101117	実施上の継続的な支援の実施回数(個別支援 A)		数字	回	
1733		●	●	1042101113	実施上の継続的な支援の合計実施時間(個別支援 A)		数字	分	
1734		▲	▲	1042201117	実施上の継続的な支援の実施回数(個別支援 B)		数字	回	
1735		▲	▲	1042201113	実施上の継続的な支援の合計実施時間(個別支援 B)		数字	分	
1736		●	●	1042302117	実施上の継続的な支援の実施回数(グループ支援)		数字	回	
1737		●	●	1042302113	実施上の継続的な支援の合計実施時間(グループ支援)		数字	分	
1738		●	●	1042103117	実施上の継続的な支援の実施回数(電話 A による支援)		数字	回	
1739		●	●	1042103113	実施上の継続的な支援の合計実施時間(電話 A による支援)		数字	分	
1740		●	●	1042104117	実施上の継続的な支援の実施回数(e-mailA による支援)		数字	回	
1741		▲	▲	1042203117	実施上の継続的な支援の実施回数(電話 B による支援)		数字	回	
1742		▲	▲	1042203113	実施上の継続的な支援の合計実施時間(電話 B による支援)		数字	分	
1743		▲	▲	1042204117	実施上の継続的な支援の実施回数(e-mailB による支援)		数字	回	
1744		●	●	1042100114	継続的な支援によるポイント(支援 A)		数字		自動計算
1745		▲	▲	1042200114	継続的な支援によるポイント(支援 B)		数字		自動計算
1746		●	●	1042800114	継続的な支援によるポイント(合計)		数字		自動計算

1747		▲	▲	1042800118	禁煙指導の実施回数		数字	回	
1748		●	●	1042000022	実施上の継続的な支援の終了日		年月日		YYYYMMDD
1811				○	1042000081	保健指導機関番号(1)		数字	
1812				○	1042000082	保健指導機関名(1)		漢字	
1813				○	1042000085	主対応内容(1)		コード	1：個別支援、2：グループ支援、3：電話、4：電子メール支援、5：遠隔面接
1814				○	1042000086	実施内容(1)		コード	1：初回面接（分割実施以外）、2：初回面接①、3：初回面接②、4：中間評価、5：継続的支援、6：実績評価
1821				○	保健指導機関番号(1)と同じ	保健指導機関番号(2)		数字	
1822				○	保健指導機関名(1)と同じ	保健指導機関名(2)		漢字	
1823				○	主対応内容(1)と同じ	主対応内容(2)		コード	1：個別支援、2：グループ支援、3：電話、4：電子メール支援、5：遠隔面接
1824				○	実施内容(1)と同じ	実施内容(2)		コード	1：初回面接（分割実施以外）、2：初回面接①、3：初回面接②、4：中間評価、5：継続的支援、6：実績評価
1831				○	保健指導機関番号(1)と同じ	保健指導機関番号(3)		数字	
1832				○	保健指導機関名(1)と同じ	保健指導機関名(3)		漢字	
1833				○	主対応内容(1)と同じ	主対応内容(3)		コード	1：初回面接①、2：初回面接②、3：継続的支援、4：実績評価、5：遠隔面接

1834			○ 実施内容(1) と同じ	実施内容(3)		コ ー ド	1: 初回面接 (分割実施以外)、2: 初回面接①、3: 初回面接②、4: 中間評価、5: 継続的支援、6: 実績評価
1841			○ 保健指導機 関番号(1)と 同じ	保健指導機関番号(4)		数 字	
1842			○ 保健指導機 関名(1)と同 じ	保健指導機関名(4)		漢 字	
1843			○ 主対応内容 (1)と同じ	主対応内容(4)		コ ー ド	1: 個別支援、2: グループ支援、3: 電話、4: 電子メール支援、5: 遠隔面接
1844			○ 実施内容(1) と同じ	実施内容(4)		コ ー ド	1: 初回面接 (分割実施以外)、2: 初回面接①、3: 初回面接②、4: 中間評価、5: 継続的支援、6: 実績評価
1851			○ 保健指導機 関番号(1)と 同じ	保健指導機関番号(5)		数 字	
1852			○ 保健指導機 関名(1)と同 じ	保健指導機関名(5)		漢 字	
1853			○ 主対応内容 (1)と同じ	主対応内容(5)		コ ー ド	1: 個別支援、2: グループ支援、3: 電話、4: 電子メール支援、5: 遠隔面接
1854			○ 実施内容(1) と同じ	実施内容(5)		コ ー ド	1: 初回面接 (分割実施以外)、2: 初回面接①、3: 初回面接②、4: 中間評価、5: 継続的支援、6: 実績評価
1861			○ 保健指導機 関番号(1)と 同じ	保健指導機関番号(6)		数 字	
1862			○ 保健指導機 関名(1)と同 じ	保健指導機関名(6)		漢 字	
1863			○ 主対応内容 (1)と同じ	主対応内容(6)		コ ー ド	1: 個別支援、2: グループ支援、3: 電話、4: 電子メール支援、5: 遠隔面接

1864			○	実施内容(1)と同じ	実施内容(6)		コード	1: 初回面接 (分割実施以外)、2: 初回面接①、3: 初回面接②、4: 中間評価、5: 継続的支援、6: 実績評価
1871			○	保健指導機関番号(1)と同じ	保健指導機関番号(7)		数字	
1872			○	保健指導機関名(1)と同じ	保健指導機関名(7)		漢字	
1873			○	主対応内容(1)と同じ	主対応内容(7)		コード	1: 初回面接①、2: 初回面接②、3: 継続的支援、4: 実績評価、5: 遠隔面接
1874			○	実施内容(1)と同じ	実施内容(7)		コード	1: 初回面接 (分割実施以外)、2: 初回面接①、3: 初回面接②、4: 中間評価、5: 継続的支援、6: 実績評価
1881			○	保健指導機関番号(1)と同じ	保健指導機関番号(8)		数字	
1882			○	保健指導機関名(1)と同じ	保健指導機関名(8)		漢字	
1883			○	主対応内容(1)と同じ	主対応内容(8)		コード	1: 個別支援、2: グループ支援、3: 電話、4: 電子メール支援、5: 遠隔面接
1884			○	実施内容(1)と同じ	実施内容(8)		コード	1: 初回面接 (分割実施以外)、2: 初回面接①、3: 初回面接②、4: 中間評価、5: 継続的支援、6: 実績評価

注1 1回目の請求時=初回面接終了後、2回目の請求時=3ヶ月後の実績評価終了後。

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

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

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

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

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

注5 項目 1811~1884 については、初回面接 (分割して実施した場合は初回面接①と初回面接②それぞれ)、中間評価

(実施した場合のみ)、実績評価それぞれについて、保険者が直営で実施した場合も含めて入力する。

別紙7-3

データ範囲のチェック

項目コード	項目名	データタイプ	入力最小値(L)	入力最大値(H)	少数点以下の桁数	単位
9N0010000000000001	身長	数字	100.0	250.0	1	cm
9N0060000000000001	体重	数字	20.0	250.0	1	kg
9N0110000000000001	BMI	数字	10.0	99.9	1	kg/m ²
9N0161601000000001	腹囲	数字	40.0	250.0	1	cm
9N0161602000000001						
9N0161603000000001						
9A7550000000000001 9A7520000000000001 9A7510000000000001	血圧 (収縮期)	数字	60	300	0	mmHg
9A7650000000000001 9A7620000000000001 9A7610000000000001	血圧 (拡張期)	数字	30	150	0	mmHg
3F015000002327101 3F015000002327201 3F015000002399901	空腹時 中性脂肪	数字	10	2000	0	mg/dl
3F015129902327101 3F015129902327201 3F015129902399901	随時 中性脂肪	数字	10	2000	0	mg/dl
3F070000002327101 3F070000002327201 3F070000002399901	HDL コレステロール	数字	10	500	0	mg/dl
3F077000002327101 3F077000002327201 3F077000002399901	LDL コレステロール	数字	20	1000	0	mg/dl
3F069000002391901	Non-HDL コレステロール	数字	20	1000	0	mg/dl
3B035000002327201 3B035000002399901	AST (GOT)	数字	0	1000	0	U/L
3B045000002327201 3B045000002399901	ALT (GPT)	数字	0	1000	0	U/L
3B090000002327101 3B090000002399901	γ-GT (γ-GTP)	数字	0	1000	0	U/L
3D010000001926101 3D010000002227101 3D010000001927201 3D010000001999901	空腹時血糖	数字	20	600	0	mg/dl
3D010129901926101 3D010129902227101 3D010129901927201 3D010129901999901	随時血糖	数字	20	1000	0	mg/dl
3D046000001906202 3D046000001920402 3D046000001927102 3D046000001999902	HbA1c (NGSP)	数字	3.0	20.0	1	%
3C015000002327101 3C015000002399901	血清 クレアチニン	数字	0.10	20.00	2	mg/dl
8A065000002391901	eGFR	数字	1.0	500.0	1	ml/min/ 1.73m ²

項目コード	項目名	データ タイプ	入力 最小値 (L)	入力 最大値 (H)	少数点 以下 の桁数	単位
2A040000001930102	ヘマトクリット 値	数字	0.0	99.9	1	%
2A030000001930101	血色素量 [ヘモグロビン 値]	数字	0.0	30.0	1	g/dl
2A020000001930101	赤血球数	数字	0	1000	0	万/mm ³

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

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

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

第3編 保健指導

第3編 保健指導

第1章 保健指導の基本的考え方

(1) 保健指導とは

生活習慣病予防のための保健指導とは、対象者が自らの生活習慣における課題に気づき、自らの意思による行動変容によって健康課題を改善し、健康的な生活を維持できるよう、必要な情報の提示と助言等の支援を行うことである。

(2) 保健指導の目的

生活習慣病予防に対する保健指導の第一の目的は、生活習慣病に移行しないことである。そのための保健指導では、対象者自身が健診結果を理解して体の変化に気づき、自らの生活習慣を振り返り、生活習慣を改善するための行動目標を設定・実践でき、そのことにより対象者が自分の健康に関するセルフケア（自己管理）ができるようになることを目的とする。また、保健指導の結果として、健診結果が改善する等の成果につながるような効果的な保健指導を行うことが期待される。なお、生活習慣病有病者に対し、重症化や合併症の発症を予防するための保健指導を行うことも重要である。

(3) 生活習慣の改善につなげる保健指導の特徴

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

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

○ 保健指導を実施する際の要点

対象者は、保健指導の際の個別面接やグループ面接等において、保健指導実施者やグループメンバー等と対話することにより、客観的に自己の生活習慣を振り返ることで改善すべき生活習慣を認識できる。その気づきが行動変容のき

っかけとなる。保健指導実施者は、それを軸にして、どのような生活習慣を身につけることが必要であるか、また課題や優先順位を対象者と共に考え、実行可能な行動目標を対象者が自ら立てられるよう支援することが重要である。

対象者がよりよ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、対象者が新たな行動を継続できるよう、定期的に助言・支援することや同じ課題に取り組むグループへの参加の勧奨等、対象者が現在の状況を客観的に把握できる機会を提供する。そして、実行していることに対しては、励ましや賞賛する等、自己効力感を高める支援が重要となる。行動変容を可能にするためには、この支援が特に重要である。

○ 保健指導を実施する際の留意事項^a

① 行動変容ステージ^bが無関心期にある場合は、行動変容の必要性を正しく理解し、関心をもってもらうことが必要である。そのためには、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重要である。

関心期にある場合は、健康的な行動への動機を高めるために、不健康な行動に対するネガティブな感情や健康的な行動に対するポジティブな感情を高めるように対応する。

準備期にある場合は、対象者に目標と方法を決めてもらい、行動計画を立ててもらい。例えば、行動を変えることを周囲に宣言させる等して実行に向けた具体的な行動を促すようにする。

実行期や維持期にある場合は、行動変容を継続していくことが重要である。「自分は変わる」という自信を持たせたり、持たせ、他の人から得られる精神的・物理的サポートを確立したり、不健康な行動の代わりに健康的な行動を学ぶ機会を提供したり、進歩を自分自身や周囲の人に認めてもらう機会を提供するようにする。

^a 健康行動学 - その理論、研究、実践の最新動向 - (原著: Prochaska JO, et al.: The transtheoretical model and stages of change, Health Behavior Theory, Research, and Practice, 5th ed.)

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

無関心期：6か月以内に行動変容に向けた行動を起こす意思がない時期

関心期：6か月以内に行動変容に向けた行動を起こす意思がある時期

準備期：1か月以内に行動変容に向けた行動を起こす意思がある時期

実行期：明確な行動変容が観察されるが、その持続がまだ6か月未満である時期

維持期：明確な行動変容が観察され、その期間が6か月以上続いている時期

② 対象者自身が健診結果と生活習慣との関係を理解し、生活習慣病の予防・重症化予防が可能であることを分かりやすく説明

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

③ 生活習慣の改善につながる様々な働きかけの必要性

生活習慣の改善につなげるためには、対象者に合わせて決して押しつけずに支援を行い、生活習慣を変えることが本人にとって快適であることを実感でき、楽しめるようなプログラムを提示する等、様々な働きかけが必要である。

また、毎年、特定健康診査を継続して受診することの必要性を対象者が納得できるように支援することも重要である。

④ 健康づくりの取組の継続と継続を促す環境づくり

国民一人ひとりが健康づくりの取組を実践し、継続していくためには、ポピュレーションアプローチとして様々なインセンティブの提供や、ICT や民間の創意工夫も活用した多様な選択肢（健康プログラム）を提供することが考えられる。個人が日常生活の大部分を過ごす職場や地域社会の中で、個人が無理なく健康づくりを行える環境づくりや、共に取組を進めることができる新たなコミュニティの構築等も、併せて進めていくことが必要である。

(4) 必要とされる保健指導技術

保健指導を行うためには、①健診結果等から合併症等のリスクを適切に判断する能力、②リスクの評価や保健指導を行う上で把握すべき必要な情報（ライフスタイル、価値観、行動変容のステージ等）を選択する能力、③それらの情報を、「動機付け支援」、「積極的支援」に必要な詳細な質問項目等（ページが確定したら記載）を活用して収集する能力、④収集した情報に基づいて支援策を立案する能力、⑤把握した情報と生活習慣病との関連を明確に説明し、対象者が自らの生活習慣の課題に気づき、行動目標を決定することを支援する技術、⑥健診結果に基づき最優先で保健指導が必要な者を抽出し、確実に保健指導や医療機関への受診勧奨につなげる能力等が必要である。

以上の能力の基盤として、コミュニケーション技術、カウンセリング技術、アセスメント技術、コーチング技術、ティーチング技術、自己効力感を高める支援技術、グループワークを支援する技術等がある。これらの技術は、行動変容等に関する様々なモデルや理論から導き出されたものであり、たとえば、グループワークを支援するためには、グループダイナミクス^{c)}について理解することが重要である。保健指導実施者はこれらの技術を統合させ、実践に活かすことが求められている。

保健指導実施者は、これらの理論や技術を理解した上で、保健指導の技術を身につけ、実際の保健指導に適用することが必要である。このためには、保健指導実施者を対象とした研修会への参加等により研鑽を図ることが必要である。また、生活習慣病予防に関する最新のエビデンスを日々情報収集することが望ましい。実際の指導事例について、対象者が適切な行動目標を立てることができたか、行動変容がみられたか等を分析し、保健指導実施機関で指導技術を評価し、保健指導技術の向上に努めていくことが大切である。また、より効果的な保健指導のためには、医療や保健分野の知識だけでなく、介護や福祉分野等の知識も有効であり、保健指導実施者は、これらの知識についても積極的に習得することが望ましい。

さらに、現在は ICT を活用した遠隔面接等の保健指導のニーズが高まっており、保健指導実施者にとって ICT を効果的に活用する知識・技術も必要となっている。具体的には、遠隔面接におけるビデオ通話システムの操作技術や面接技術、アプリケーションソフトウェア（スマートフォンや Web ベースのものも含む。以下、アプリケーション等）を導入する際の知識や支援技術、ICT 全般のセキュリティ対策に関する知識などが求められる。ICT を活用した保健指導は従来の対面による保健指導と比べて新しい方法であるため、そのプロセスや対象

^{c)} グループダイナミクス：集団力学。集団の中に働く力であり、グループに参加する個々のメンバーの行動を変化させる作用がある。

者の生活習慣の改善効果を評価し、保健指導内容の改善に結び付ける技術も求められる。

なお、ICT を活用した保健指導とその留意事項については、第3編第3章3-3を参照されたい。

(5) 健康課題分析と評価による効果的な保健指導方法の企画・立案

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

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

なお、具体的な保健指導の評価については、第3編第4章を参照されたい。

(6) ポピュレーションアプローチや社会資源の活用

保健指導は、健診結果及び標準的な質問票等に基づき、個人の生活習慣を改善するための支援が行われるものであるが、個人の生活は家庭、職場、地域で営まれており、生活習慣は生活環境、風習、職業等の社会的要因や経済的要因に規定されることも大きい。このため、様々な生活の場が健康的な生活への行動変容を支え、又は維持できる環境となっていることが必要である。

具体的には、地域や職域において、①スーパーマーケットやコンビニエンスストア、飲食店や社員食堂での健康に配慮した食事（ヘルシーメニュー等）の提供や栄養表示の実施、②安全なウォーキングロードや運動施設、それらを拠点とした総合型地域スポーツクラブ等の身近に身体活動に親しむことができる環境、③敷地内禁煙を行っている施設、④同じ健康課題を持つ者の仲間づくり、⑤日常的な正しい医療・健康情報の提供等が整備される必要がある。国や地方公共団体、事業所等においても、これらの取組が推進されるよう積極的に関与することが求められる。また、これらのポピュレーションアプローチによる健康的な環境づくりと共に、健診後の保健指導においても、地域の住民組織や団体、健康増進施設や労働者健康保持増進サービス機関等の健康づくりに関する社会資源を積極的に活用することが望ましい。

(7) 地域・職域におけるグループ等との協働

生活習慣病予防に対する保健指導とは、対象者が自らの生活習慣における課題を認識し、対象者が主体的に健康に向けて行動変容できるよう支援することであり、特に、生活環境、労働環境等と関連付けて実施することが必要である。

地域・職域には、生活習慣病に関する自助グループや健康づくり推進員等の組織化されたグループが存在する場合があります、地域の実情に応じて、このようなグループの把握や育成に努め、健診や保健指導の機会に周知することが重要である。

グループに所属する地域住民・労働者は、保健指導対象者と同じ、あるいは類似した生活環境や労働環境にある。

そのため、対象者の行動変容への課題を共有化し、課題解決のための行動について共に考え、保健行動^dの継続について支援できる環境となりうる。また、これらのグループは、地域・職域の集団の健康課題を解決するためのポピュレーションアプローチに寄与する活動を展開している例も多い。

これまで地域においては、健康づくりのためにボランティアを育成し、ボランティアも参加した活動を実施した結果、健診受診率の向上や地域住民や事業者の行動変容に寄与してきた経緯がある。

このため、地域の保健指導実施者は、生活習慣病予防に対する保健指導においても、地域のソーシャル・キャピタルを活用し、地域の組織化された住民と協働し、対象者を支援することが重要である。

職域においては、積極的に健康テーマを扱ったり健康について情報提供することで、生活習慣改善のきっかけづくりや継続につなげることが重要である。また、労働安全衛生法においては、保健指導は努力義務とされており、前述のグループとの連携も効果的である。

具体的な地域・職域における保健指導の実施や連携方法については、第3編第5章を参照されたい。

^d 保健行動：健康の回復、保持、増進に係る全ての行動。

(8) 保健指導プログラムの標準化とは

保健指導の実践過程は、保健指導実施者の専門分野による多様性もあり、また、対象者個々人に応じて千差万別であり、この部分を標準化することは困難であるが、保健指導技術として概念化が図られてきている部分については、一定の整理が可能である。

そこで、保健指導プログラムのプロセス、保健指導として行うべき内容、保健指導の頻度や方法、体制等について、これまでの実績を踏まえ、効果があったと考えられる保健指導の事例等を基にして、本プログラムは示されている。保健指導は、基礎学問である医学や公衆衛生学の発展により変化するものであり、また、指導方法は行動科学、看護学、栄養学、運動科学、疫学・生物統計学、教育学等の研究成果によっても変化するものである。このため、保健指導プログラムについては、常に関連する学問の研究成果を確認しつつ改訂していくことが求められる。

第2章 保健事業（保健指導）計画の作成

2-1 保健事業（保健指導）計画作成の進め方

保健事業（保健指導）計画の作成は、次のような流れで行う。

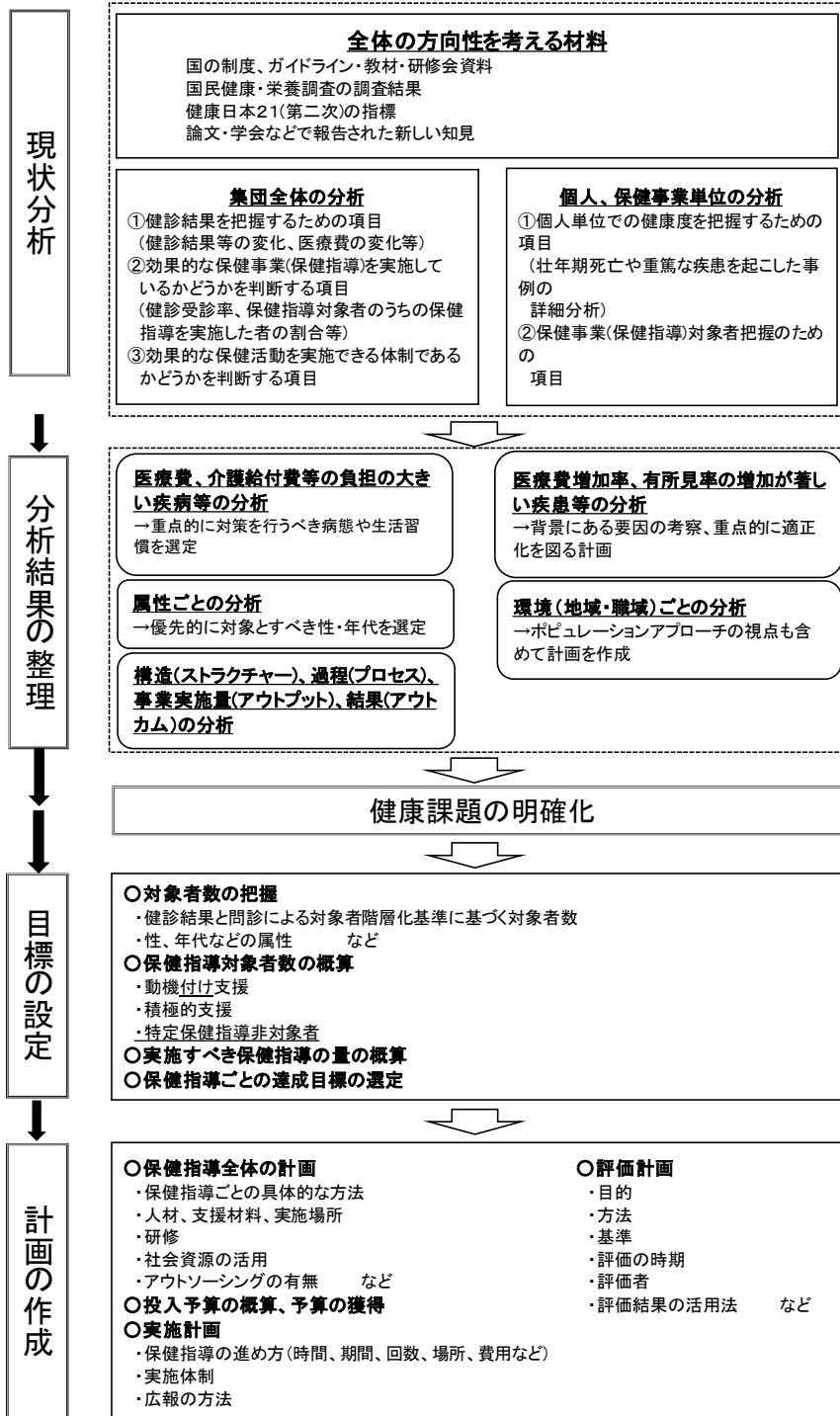
- ① 国の制度、ガイドライン、国民健康・栄養調査の調査結果等から保健事業を進める上で、全体の方向性を考える。
- ② 各種データから集団全体の分析と個人、保健事業の単位の分析を行い、その集団における優先すべき健康課題を明確にする。
- ③ ②において明らかになった健康課題を解決するために、優先順位を考慮した上で、保健事業（保健指導）目標として達成すべき目標や数値目標を設定する。
- ④ ③において設定した目標を具体的に達成するために、保健事業（保健指導）の方法、実施、評価について計画を作成する。

※ ここでいう保健事業計画とは、各地方公共団体、保険者において、関連する法律に基づいた保健事業全般における計画を想定している。なお、特定健康診査等実施計画、データヘルス計画等の作成においても参考にされたい。

※ 図1の保健事業（保健指導）計画作成の進め方を参照。

図1

保健事業（保健指導）計画作成の進め方



2-2 保健事業（保健指導）計画作成にあたっての現状分析と分析

結果の整理

（1）分析が必要な理由

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

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

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

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

(2) 分析すべき項目

現状分析は、実施している保健事業全体の効果を把握するための「集団全体の分析」と保健指導を受けた一人一人の効果を把握するための「個人単位の分析」、様々に実施している保健指導から各保健指導の効果を把握する「保健事業の単位の分析」から実施する。「集団全体の分析」、「個人単位の分析」、「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等が挙げられる。

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等が挙げられる。

平成 20 年度以降は特定健診データの蓄積、さらにはレセプトデータの電子化等の推進もあり、健康課題の分析や集団としての保健事業評価が実施しやすくなってきている。国や都道府県、国保中央会等の公表する全国・都道府県別、市町村別データと、各保険者等におけるデータの比較等により、集団の特性を明らかにしたり、数値の経年変化を追跡することにより、保健事業の目標設定や修正、進捗管理を行うことが可能となっている。

なお、表 1「集団全体の分析項目」と表 2「個人、保健事業の単位の分析項目」を参考として例示する。

(3) 分析の方法と保健事業（保健指導）計画への活用

現状分析に当たっては、基準の統一、比較可能性等に留意して行う必要がある。

また、分析結果については、医療費、対象の属性、環境等の観点からさらに解析を行い、その結果を整理する。そして、対象集団の健康課題、保健指導の効果が期待される対象者集団及び方法等を明らかにして、その課題解決に向けた保健事業（保健指導）計画を策定するための基礎資料を作成する。

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

① 「医療費等の負担の大きい疾病等の分析」（参考様式1～2、参考様式1-2、参考様式2-1、参考様式2-2、参考様式3-1～6）

重点的に対策を行うべき病態や生活習慣を選定する。ほかに、人工透析導入原因疾患等の分析も健康課題の抽出に役立つ。

② 「医療費増加率、有所見率の増加が著しい疾病等の分析」（参考様式1～2、参考様式1-2、参考様式2-1、参考様式2-2、参考様式3-1～6）

背景にある要因（生活習慣、環境の変化等）を考察し、重点的に適正化を図るための計画を立案する。

③ 「属性ごとの分析」

優先的に対象とすべき性別・年代を選定し、対象となるそれぞれの属性（働き盛り（管理職、営業職等）、育児中の親等）に受け入れやすい保健事業を計画する。

④ 「環境（地域・職域）ごとの分析」

重点的に対策を行うべき対象を選定し、その地域・職場の共通の生活習慣に関連する問題についてはポピュレーションアプローチの視点も含めて計画を作成する。なお、職域の分析に当たっては、職場全体の分析だけでなく、たとえば夜勤従事者や在宅勤務者等、勤務形態や業務内容に応じた分析も考慮に入れる。

⑤ 「ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果）の分析」

ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果）のそれぞれについて分析し、さらに関連性について分析する。保健事業の実施により、健康課題の改善が図られているかどうかを検討する。不十分な場合には保健事業の見直し、またはほかの影響する要因について分析する（第3編第4章参照）。

なお、市町村においては、死因、平均寿命、健康寿命や要介護原因疾患（性別・年齢別）等について、国保部門・衛生部門・介護保険部門の担当が保有している各種データ、たとえば、国保データベース（KDB）の活用は、自地域の状況把握や他自治体との比較が可能となる。このように各部門が所有するデータを合同して分析・評価することにより、保健事業全体を俯瞰した戦略の検討及び体制整備に資することができる。

表1

集団全体の分析項目（例）

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

(*)：市町村においては、要介護原因疾患（性別・年齢別）等について、国保部門・衛生部門・

介護部門の担当が合同して分析・評価することが望ましい項目

表2

個人、保健事業の単位の分析項目（例）

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

2-3 保健事業（保健指導）の目標設定

（1）保健事業全体の目標設定

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

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

優先課題のうち目標として掲げる内容の選定は、目標を達成するための現実的な手段が明らかであることや、そのための費用、人的資源、組織の保健事業の実施体制が可能であるか等、総合的に判断し、目標を設定することが必要である。

平成20年度に特定健診・特定保健指導制度が開始されてから収集・蓄積された健診や保健指導のデータの分析結果を踏まえ、保健事業全体の目標を変えていくことも必要である。

また、目標は抽象的な内容ではなく、たとえば「糖尿病の有病者を0%（※ポイント減少）とする」等、できる限り数値目標とし、事業終了後の評価ができる目標を設定することが必要である。

以下（2）、（3）に特定保健指導における例を示す。

(2) 特定保健指導レベル毎の目標設定

保険者は、40歳から74歳までの全対象者のうち、特定保健指導対象者の階層化を行い、保健指導レベル別対象者数の概数を算出して、特定保健指導にかかる事業全体のボリュームを把握し、対象者数の目標を設定する。具体的には、全対象者から生活習慣病による服薬中の者を除いた対象者について、前年度の健診結果を判定基準に投入、各保健指導レベル別の対象人数の概数を算出する。

特定保健指導を実施するにあたり、「動機付け支援」、「積極的支援」、「特定保健指導の非対象者」の各保健指導レベルについては、たとえば下記を参考に目標を設定する必要がある。数値目標は、健診結果の変化、アンケート調査等に基づき、保険者ごとに全体の数値目標を設定すると共に、性別・年代別等、条件別に設定するものとする。なお、治療中の者について、医療機関又は産業医からの紹介がある場合は、かかりつけ医又は産業医と連携を図り、その指導を踏まえて特定保健指導を実施する。また、治療を中断している者については、医療機関への受診勧奨を行う必要がある。

① 「動機付け支援レベル」の対象者

- 特定保健指導を利用した者の翌年度の健診結果が改善するか、または悪化しない。
- 腹囲及び体重の減少をめざす。
- 保健指導レベルが改善する者を○%とする。
- 翌年度の健診結果にて、動機付け支援となる者が○%（*ポイント減少）となる。
- 特定保健指導実施率が○%（*ポイント向上）となる。

② 「積極的支援レベル」の対象者

- 特定保健指導を利用した者の翌年度の健診結果が改善するか、または悪化しない。
- 腹囲 2cm かつ体重 2kg の減少をめざす。
- 設定した行動変容の目標 1 つ以上を 2 ヶ月以上継続する者を○%とする。
- 禁煙指導後の禁煙達成率を○%とする。

- 検査結果の異常1つと喫煙がリスクとなっている者に対しては、禁煙支援を強化し、禁煙につなげる。
- 設定した行動変容の目標を1つ以上2ヶ月以上継続する者を〇%とする
- 保健指導レベルが改善する者を〇%とする。
- 「医療機関への受診勧奨」レベルへの移行率を〇%以下とする。
- 翌年度の健診結果にて、積極的支援となる者が〇%（*ポイント減少）となる。
- 特定保健指導実施率が〇%（*ポイント向上）となる。

③ 特定保健指導非対象者

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

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

表3

特定保健指導非対象者の目標設定（例）

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

(3) 特定保健指導の対象者の優先順位に係る基本的な考え方

特定保健指導は、基本的には階層化によって対象者になった全員を対象に実施する。一方で生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、効果的・効率的な保健指導の実施が必要である。そのため、健診データやレセプトデータを分析し、介入できる対象を選定して優先順位をつけることも必要である。たとえば、特定保健指導の対象者の優先順位のつけ方としては、以下の方法が考えられる。

- 年齢が比較的若い対象者
- 健診結果に基づく保健指導レベルが動機付け支援レベルから積極的支援レベルに移行する等、健診結果が前年度と比較して悪化し、より綿密な保健指導が必要になった対象者
- 第2編第2章別紙3の標準的な質問票（8～20番）の回答により、生活習慣改善の必要性が高いと認められる対象者
- これまでに、積極的支援及び動機付け支援の対象者であったにもかかわらず保健指導を受けなかった対象者

2-4 保健事業（保健指導）計画の作成

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

（1）保健指導全体の計画

保健指導レベル別の具体的な方法、保健指導実施者、支援材料、記録方法、実施場所、保健指導実施者への研修等を検討する。これらの状況や既存の社会資源等を総合的に判断して、外部委託の必要性について検討する。

また、前年度までの評価（実施状況・効果・問題点等）を踏まえ、より効果的で波及性、継続性のある内容となるよう心がける。さらに、保健指導全体の計画に当たっては、これまでの計画を踏襲するのではなく、評価結果を反映し、よりよいものを作成することをめざす。

（2）実施体制に関する計画

実施の計画については、健診から保健指導まで円滑に実施できるように保健指導の進め方、実施体制、広報の方法等に留意して作成することが必要である。また、実施計画に合わせて予算を計上し、確定した予算に合わせ、実施計画の見直し、対象者の選定方法の見直しを行う。

① 情報提供・保健指導の進め方

「情報提供」、「動機付け支援」及び「積極的支援」の初回面接は、健診結果の返却時にあわせて実施したり、健診受診から初回面接までの期間を短縮するように努める等、対象者の負担を軽減し、モチベーションを維持しながら参加しやすくなる方法を計画する。

特に、「動機付け支援」や「積極的支援」の初回面接については、健診当日または健診後から1週間以内の早期介入が特に重要であり、対象者の性別・年代・職業、生活環境等の社会背景を考慮し、参加しやすい時間帯、場所等を設定することや対象者が関心を持つような方法を考慮する。また、職域においては事業所の協力が不可欠であるため、事業所の協力を得られるよう普段から関係づくりを意識する。

② 実施体制

保健指導の実施に当たっては、多様なニーズに応じ、効果・効率を考え、最適な実施体制を検討する。

保健指導に関わる関係者会議を定期的に行い、支援方法の標準化、安全管理、媒体、支援材料、記録や個人情報の管理方法等を徹底する。特定保健指導の早期介入が対象者の行動変容を促す上で重要であるため、健診から保健指導までの

作業工程を検討し、健診実施日から保健指導までの期間を短縮することに努力すべきである。

外部講師や外部機関と連携して事業を実施するときには、事業の目的と評価方法、対象者の状況等を十分に理解してもらうよう、事前の調整を十分に行う。また、実際の対象者の情報についても共有化しておくことが重要である。

職域では、保健指導を実施する上で、事業主の協力や事業主との連携（コラボヘルス）が重要になることから、実施体制を整える際には、健康管理推進委員会等を活用し、分析データ等を用いて事業主の理解を求め、コラボヘルスの第一歩として望ましい措置として、例えば就業時間内に保健指導を実施する等、保健指導を受けやすい職場環境を整備することが求められる。

③ 周知方法

健診・保健指導の在り方や保健指導の目的、内容、効果等について、健診・保健指導対象者に十分周知しておく。また、地域住民や職員等被保険者全員への周知がポピュレーションアプローチとしての意味合いも持つことを考慮して効果的に行う。さらに、保健指導対象者が積極的に参加できるよう、対象者の属性に合わせた実施方法を検討する。特に被扶養者については、直接被扶養者へ情報提供する等、周知が徹底されるように配慮することが望ましい。

また、職域では、事業所の協力を得ることが有効であるため、経済・労働分野等の行政及び団体等と連携し、事業主が労働者の健康づくりに積極的に取り組むことは、労働者の生産性の向上の寄与や組織の活性化等をもたらす、結果的に経営に寄与する等の例を示して健診や保健指導の重要性の理解を促す。

なお、個々の対象者に対する計画については、第3編第2章に記載する内容を踏まえ、個別に計画を作成する。

（3）評価計画

生活習慣病予備群等に対する保健指導の効果を明確に示していくためには、保健指導をPDCAサイクルとして捉え、計画から見直し・改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが期待できる。

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用法について、計画の段階から明確にしておく。ストラクチャー（構造）やプロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）やアウトカム（結果）の目標を設定し、より具体的に作成する。また、評価計画については、企画部門及び保健事業部門の両者で作成・共有し、評価結果のうち、公表するものを明確にしておく。