

特集：令和6年度から始まる厚生労働省の施策

<解説>

第4期特定健康診査・特定保健指導

中山健夫

京都大学大学院医学研究科 社会健康医学系専攻健康情報学分野

The Fourth Phase of Specific Health Checkups and Specific Health Guidance

NAKAYAMA Takeo

Department of Health Informatics, School of Public Health, Kyoto University

抄録

特定健診・特定保健指導はメタボリック症候群にフォーカスして生活習慣病予防を進めるために2008年度から始まった。2024年度から2029年度まで実施される第4期では、喫煙や飲酒に関する設問が改訂され、リスクをより正確に把握するため、より詳細な選択肢が追加された。また、特定保健指導の受診歴を確認する設問が改訂された。特定保健指導の主な達成目標は腹囲2cm、体重2kg減とされ、生活習慣病の予防につながる行動変容（食習慣、運動習慣、喫煙習慣、休養習慣などの生活習慣の改善）に重点が置かれた。本稿では、日本における生活習慣病予防の歴史を振り返るとともに、本制度の概要と第4期で重視された点について解説する。

キーワード：特定健診、特定保健指導、生活習慣病、メタボリック症候群

Abstract

The Specific Health Examination and Specific Health Guidance Program began in FY2008 to promote prevention of lifestyle-related diseases with a focus on metabolic syndrome. In the fourth phase (FY2024–FY2029), questions on smoking and alcohol consumption were revised, and more detailed options were added to identify risk more accurately. In addition, the question regarding checking the history of receiving specific health guidance was revised. The main achievement goals of the specific health guidance were set at a two cm abdominal circumference and two kg reduction in body weight. Emphasis was placed on behavioral changes (improvement in lifestyle habits such as eating, exercise, smoking, and rest habits) that lead to the prevention of lifestyle-related diseases. This study reviews the history of prevention of lifestyle-related diseases in Japan and provides an overview of the above system and points emphasized in the fourth phase.

keywords: specific health checkups, specific health guidance, metabolic syndrome, lifestyle-related disease
(accepted for publication, April 8, 2024)

連絡先：中山健夫
〒606-8501 京都府京都市左京区吉田近衛町
Yoshidakonoecho, Sakyo Ward, Kyoto, 606-8303, Japan.
Tel: 075-753-4488 Fax: 075-753-4497
E-mail: nakayama.takeo.4a@kyoto-u.ac.jp
[令和6年4月8日受理]

I. はじめに

平成20(2008)年度から開始された特定健康診査(特定健診)・特定保健指導は、第1期(～平成24[2012]年度)、第2期(平成25[2013]年度～平成29[2017]年度)、第3期(平成30[2018]年度～令和5[2023]年度)を経て、第4期が令和6(2024)年度から令和11(2029)年度にかけて実施される。筆者は厚生労働省の「第4期特定健診・特定保健指導の見直しに関する検討会」の座長として第4期計画の策定に携わった。本稿では、厚生労働省による「標準的な健診・保健指導プログラム令和6年度版(健康・生活衛生局)」[1]と「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4.1版」[2](保険局医療介護連携政策課医療費適正化対策推進室)に基づき、特定健診・特定保健指導の制度に至るわが国の生活習慣病対策の歴史を概観し、本制度の概要と第4期で強調された点について解説する。

II. 生活習慣病対策と健診・保健指導

1. 国民健康づくり対策の概略

国は、昭和53(1978)年からの「第一次国民健康づくり対策」、昭和63(1988)年からの「第二次国民健康づくり対策」を経て、平成12(2000)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)」を開始した。平成14(2002)年には、健康日本21を中核とする国民の健康づくりを更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・施行された。また、健康診断や健康診査(健診)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。

平成17(2005)年に厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会は以下の提言を行っている。

- 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た。

2. 高齢者の医療の確保に関する法律によるメタボリック症候群対策へ

かつて、老人保健法(昭和57[1982]年制定)に基づ

き市町村が実施していた老人保健事業は、「健康教育」、「健康相談」が主として1次予防、「健康診査」が主として2次予防、「機能訓練」、「訪問指導」が主として3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」が交付され、予防活動の体系化が進められていた。平成8(1996)年、厚生省(当時)は当時、成人病とされていた疾患群を、生活習慣病と名称を変更した。平成17(2005)年、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。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始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。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り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の発症リスクが高くなることが分かっている。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。

「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(2015)年度には平成20(2008)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。また老人保健法は平成18(2006)年の全面改正の際に高齢者の医療の確保に関する法律((昭和57年法律第80号。「高確法」)に名称変更され、平成20(2008)年施行された。高確法により保険者は、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(特定健診)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(特定保健指導)の実施が義務づけられた。

政策目標達成に向けた特定健診・特定保健指導の適切な実施のため、標準的な健診・保健指導プログラム(以

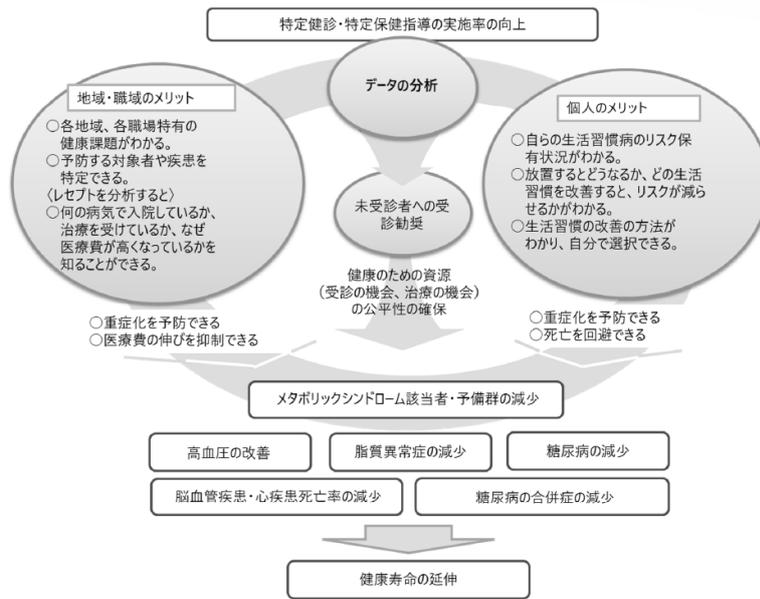


図1 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

下、本プログラム）が作成され、6年（第1期・第2期は5年）ごとの見直し、実施状況や課題を踏まえた改訂が行われてきた。平成25（2013）年度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、保険者別の実施率の公表等、平成30（2018）年度は、質問票に「かんで食べる時の状態」、検査項目に「血清クレアチニン検査」の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。

令和4（2022）年から、健康日本21（第2次）の最終評価等を踏まえて、第4期計画が策定され、令和6（2024）年度より開始された。健康日本21（第3次）においては、「生活習慣病（NCDs）の発症予防・重症化予防」に関連してがん、循環器病、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患に関して目標が設定された。健康日本21（第二次）と同様に、健康寿命の延伸を目指し、51項目の目標項目が設定されており、特定健診・特定保健指導に関連する目標項目も継続されている。本プログラムでは、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、保健指導により発症や重症化が予防可能で、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、糖尿病等を主な対象としている。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いる（65歳以上は介護保険法）に基づく地域支援事業の対象者でもある。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、国民健康づくり運動においても重要であり、健康寿命の延伸については社会保障制度を持続可能なものとするにつな

る（図1）。

3. 他の法律に基づく健診・保健指導との関係

成人の健康の維持向上・回復を目的とした保健指導（栄養指導含む）は、医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法、栄養士法、高確法、健康増進法、労働安全衛生法、健康保険法、学校保健安全法等で法的に裏付けられている。また、健康増進事業実施者は、健康教育、健康相談そ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ることが健康増進法第4条に定められている。以上から、保険者も、被保険者や被扶養者に対する健診・保健指導を含めた保健事業にも積極的に取組むことが求められている。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ている。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

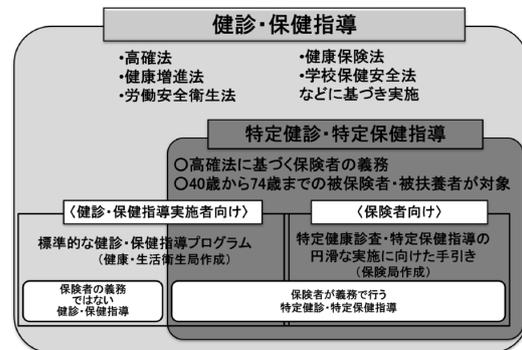


図2 健診・保健指導と特定健診・特定保健指導の関係

業の活用を考慮するとともに、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。健診・保健指導と特定健診・特定保健指導の関係を図2に示す。

III. 特定健診・特定保健指導の制度

1. 基本的な考え方

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。厚生労働省は、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を「標準的な健診・保健指導プログラム令和6年度版」「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」にまとめている。

健診・保健指導の実施に当たっては、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、健診データを始め、レセプト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、そして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）を意識した保健事業を展開していく必要がある。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。

2. 生活習慣病の特性と健診の意義

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付けることができる。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げることが重要である。そのためには、健診結果の経年変化やどのような疾患のリスクが高まるのかを分かりやすく表記し、生活習慣の具体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ともに、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。

3. 情報提供・保健指導

健診受診者全員に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、医療機関と連携した上で保健指導を行う。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かか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。

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

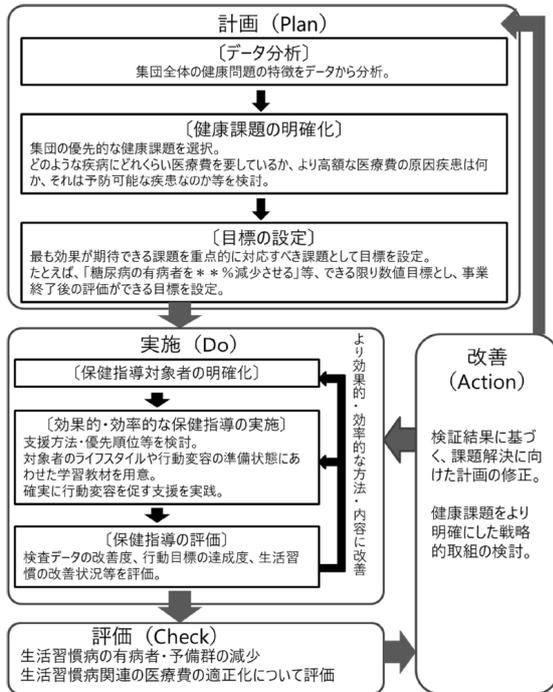


図3 保健事業（健診・保健指導）のPDCAサイクル

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、更には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。

情報提供は、個々の健診結果を理解し、生活習慣を振り返ることにつながるため、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等の活用や、個人ではなく集団全体を対象としたポピュレーションアプローチによる支援を行う。なお、情報提供に当たっては、ICT（Information and Communication Technology）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。

4. 健診・保健指導の評価

ストラクチャー（構造：健診・保健指導を実施する際の構成因子、物的資源[施設、設備、資金等]、人的資源[職

員数、職員の資質等]、組織的資源[スタッフ組織、相互検討の仕組み、償還制度等]）、プロセス（過程：保健医療従事者の活動[情報収集、問題分析、目標設定、事業の実施状況等]）、アウトプット（事業実施量：実施された事業におけるサービスの実施状況や業務量）、アウトカム（結果：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）を含めた総合的な評価を行ない、健康課題を明確化し、俯瞰的な取組を実施する。

5. 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、取組を進める必要がある。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ともに、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

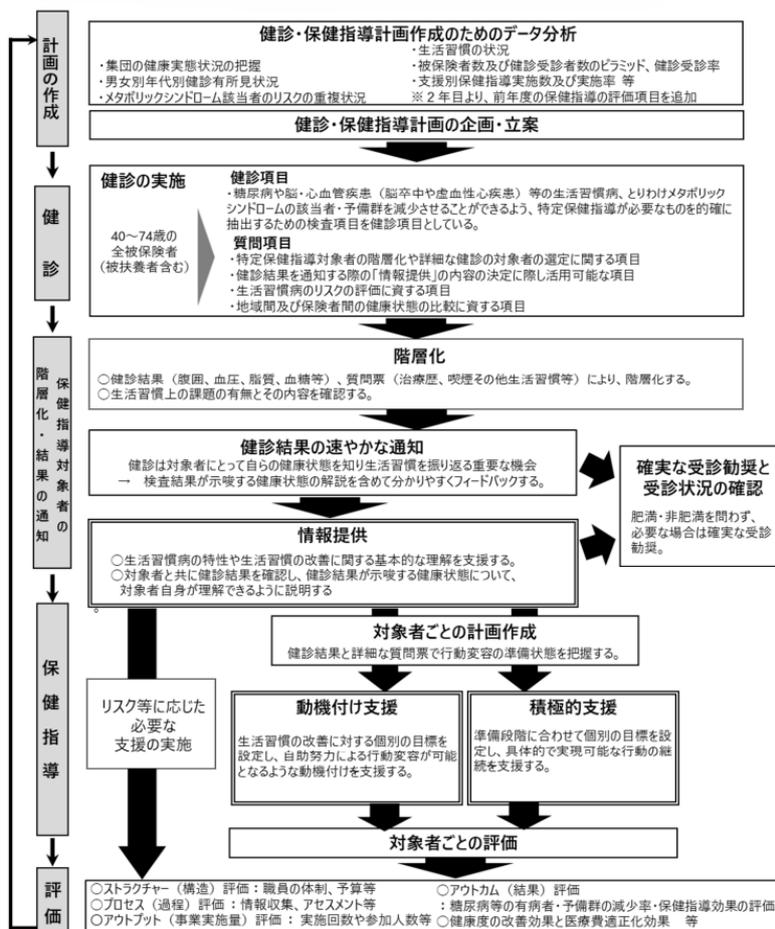


図4 生活習慣予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ（イメージ）

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ともに、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。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。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を図4に示す。

IV. 特定健診の内容

1. 基本的な考え方

糖尿病や脳・心血管疾患等の生活習慣病、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、標準的な質問項目は、下記に際して活用する。

- 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. 健診項目

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」等を次に示す。

特定健診の基本的な項目…質問項目（標準的な質問票22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（空腹時中性脂肪、やむを得ない場合には随時中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール又はNon-HDLコレステロール）、肝機能検査（AST（GOT）、ALT（GPT）、 γ -GT（ γ -GTP））、血糖検査（空腹時血糖又はHbA1c検査、やむを得ない場合には随時血糖）、尿検査（尿糖、尿蛋白）。

特定健診の詳細な健診の項目…生活習慣病の重症化の進展を早期にチェックするため、詳細な健診として、心電図検査、眼底検査、貧血検査（赤血球数、ヘモグロビン値、ヘマトクリット値）、血清クレアチニン検査（eGFRによる腎機能の評価を含む）のうち、一定の基準の下、医師が必要と判断した場合に選択的に実施。

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）やそこから見いだされた健康課題を踏まえ、必要に応じて①の基本的な健診項目以外の項目を実施する。

3. 健診結果やそのほか必要な情報の提供

基本的な考え方は次の通りである。

- (1) 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、階層化にかかわらず、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（フィードバック）することが重要である。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。
- (2) 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。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、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（行動科学・行動経済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、費用対効果が高いとされる）等の行動科学の理論を活用することが望ましい。検査結果が全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。
- (3) 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。
- (4) 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な説明の工夫、重症度に応じて受診勧奨方法を変更する等の工夫、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。
- (5) 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することが望ましい。

4. 第4期における変更点

第4期〔令和6(2024)年度～令和11(2029)年度〕に向けた見直しの議論は、2021年12月から2023年3月まで「第4期特定健診・特定保健指導の見直しに関する検討会」で行われた。同検討会のもとには、効率的・効果的な実施方法等に関するWG、健康増進に係る科学的な知見を踏まえた技術的事項に関するWG、標準的な健診・保健指導プログラム改訂に関するWG、システム改修に関するWGの4つのワーキンググループと3つの作業班が置かれ、厚生労働科学研究班（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〔代表：岡村智教〕、健康診査・保健指導における効果的な実施に資する研究〔代表：岡村智教〕、特定健康診査および特定保健指導における問診項目の妥当性検証と新たな問診項目の開発研究〔代表：中山健夫〕とも連携して検討・作業が行われた。

第4期における変更点の概要は次の通りである。

(1) 特定健康診査の見直し

- ①基本的な健診の項目 血中脂質検査における中性脂肪において、やむを得ず空腹時以外で中性脂肪を測定する場合は、随時中性脂肪による血中脂質検査を可とした。
- ②標準的な質問票 喫煙や飲酒に係る質問項目については、より正確にリスクを把握できるように詳細な選択肢へ修正した（生涯非喫煙者と以前喫煙をしていた禁煙者の区別、生涯非飲酒者と以前飲酒をしていた禁酒者の区別、大量飲酒を含む項目の追加）。特定保健指導の受診歴を確認する質問項目に修正した。

(2) 特定保健指導の見直し

- ①評価体系の見直し 特定保健指導の実績評価にアウトカム評価を導入し、主要達成目標を腹囲2cm・体重2kg減とし、生活習慣病予防につながる行動変容（食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善）や腹囲1cm・体重1kg減をその他目標として設定した。プロセス評価は、介入方法により個別支援、グループ支援、電話、電子メール等とし、時間に比例したポイント設定ではなく、介入1回ごとの評価とした。また、ICTを活用した場合も同水準の評価とした。特定健康診査実施後の特定保健指導の早期実施を新たに評価することとした。支援Aと支援Bの区別、モデル実施は廃止。
- ②特定保健指導の初回面接の分割実施の条件緩和 特定健康診査実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施として取り扱えるよう条件を緩和するこ

ととした。

糖尿病等の生活習慣病に係る服薬を開始した場合の実施率の考え方 特定健康診査実施後又は特定保健指導開始後に服薬を開始した者については、実施率の計算で、特定保健指導の対象者として分母に含めないことを可能とした。

糖尿病等の生活習慣病に係る服薬中の者に対する服薬状況の確認及び特定保健指導対象者からの除外 服薬中の者の特定保健指導対象者からの除外に当たっては、確認する医薬品の種類、確認の手順等を保険者があらかじめ定めている場合は、専門職以外であっても、対象者本人への事実関係の再確認と同意の取得を行えることとした。

その他の運用の改善 看護師が特定保健指導を行える暫定期間を第4期においても延長する。

V. 保健指導対象者の選定と階層化

1. 基本的な考え方

保健指導対象者の選定と階層化の基本的な考え方は次の通りである。

- 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. 階層化の方法

(1) 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 25kg/m² →(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血圧高値 収縮期血圧130mmHg以上 又は 拡張期血圧85mmHg以上

②脂質異常 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)

HDLコレステロール 40mg/dl未満

③血糖高値 空腹時血糖（やむを得ない場合は随時血糖）100mg/dl以上 又はHbA1c（NGSP）5.6%以上

④質問票 喫煙あり

⑤質問票 ①、②又は③の治療に係る薬剤を服用している

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までのリスクが一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。

(3) 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。④喫煙については①から③のリスクが一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。

(4) 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り、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。

VI. 保健指導

1. 基本的な考え方

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を基本とする。

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、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、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。

2. 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付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とも考え、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。

3. 留意事項

(1) 行動変容ステージに応じた対応

行動変容ステージ（無関心期・関心期・準備期・実行期・維持期）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。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。「自分は変えられる」という自信を持たせたり、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なる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。

(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、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、対象者に押しつけることなく、その人に合わせた支援を行い、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させ、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。対象者によっては、体質や生活環境の影響を受けて生活習慣病となっている場合もある。生活習慣が悪いから病気になるという先入観・偏見を持たないことが重要である。また、保健指導者と接する際は、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。

(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、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、とも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。

VII. 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。

1. 事業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。

例えば、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）システムを活用して分析、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。

(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、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など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。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ともに、健診等業務を受託する事業者等を含めた保健指導の連携・協力体制を構築する能力が求められる。また、個人に着目した保健指導を行うのみでなく、地域・職域にある様々な保健活動や関連するサービスと有機的に連動させた保健指導体制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、一定の知識を身に付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、成果の確認等により、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

遠隔面接及び遠隔支援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。また、事業をマネジメントする者は、遠隔面接等の実施に当たって、個人情報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。

2. 健診・保健指導実施者に求められる能力

(1) 健診結果と生活習慣の関連を説明でき行動変容に結びつけられる能力

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）につながるといふ、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。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。

(2) 対象者との信頼関係を構築できる能力

保健指導においては、対象者が自らの健康問題に気付き、自分自身で解決方法を見いだ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。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必要となる。その上で、評価可能かつ対象者が達成可能な目標を対象者が設定できるように、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の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・運動ガイド2023（令和6年1月健康づくりのための身体活動基準・指針の改訂に関する検討会）」を参照するとともに、禁忌情報や留意事項を共有することによりかかりつけの医療機関と連携を図る等、適切に対応する。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の医療機関に相談し、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。かかりつけの医療機関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、かかりつけの医療機関が参加の可否等を判断しやすいようにすることが望ましい。

(5) 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

カウンセリングの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り組めるような関わりを行うことが望まれる。

認知行動療法の手法、コーチングの手法、ティーチングの手法、健康行動理論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。

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。

(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く、かつ、目標が達成されるための生活習慣の具体的な内容とその目標を提案できる能力が求められる。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必要とされる。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。

(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（地域に根ざした信頼や社会規範、ネットワーク等の社会関係資本、「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。

(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環境やICTリテラシー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。

VIII. おわりに

以上、令和6（2024）年度に第4期が開始された特定健診・特定保健指導の概要を紹介した。特定健診・特定保健指導が着実に実施され、国民の健康づくりに資する成果を挙げていくことが期待される。今後、2030年以降の健診・保健指導の在り方について中長期的な展望から議論を進めることも必要であろう。本稿が健診・保健制度の背景と現状を知る一助となることを願い、結びとする。

利益相反

本稿に関して、開示すべき利益相反は無い。

引用文献

- [1] 厚生労働省健康・生活衛生局健康課。標準的な健診・保健指導に関するプログラム令和6年度版。令和6年4月。2024。
Health Service Division, Health Service Bureau, Ministry of Health, Labour and Welfare. [Hyojuntekina kenshin / hoken shido ni kansuru program Reiwa 6 nendoban.] 2024.
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155_00004.html (in Japanese) (accessed 2024-04-05)
- [2] 厚生労働省保険局医療介護連携政策課医療費適正化対策推進室。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第4.1版。令和6年3月。2024。
Iryohi Tekiseika Taisaku Suishinshitsu, Iryo Kaigo Renkei

第4期特定健康診査・特定保健指導

Seisakuka, Health Insurance Bureau, Ministry of Health,
Labour and Welfare. [Tokutei kenko shinsa / tokutei
hoken shido no enkatsuna jisshi ni muketa tebiki dai 4.1

han.] 2024.
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hand-
book_31132.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hand-book_31132.html) (in Japanese) (accessed 2024-04-05)