

特定健康診査・特定保健指導 について

平成25年6月3日

厚生労働省健康局がん対策・健康増進課
保健指導室長 尾田 進

1

本日のお話

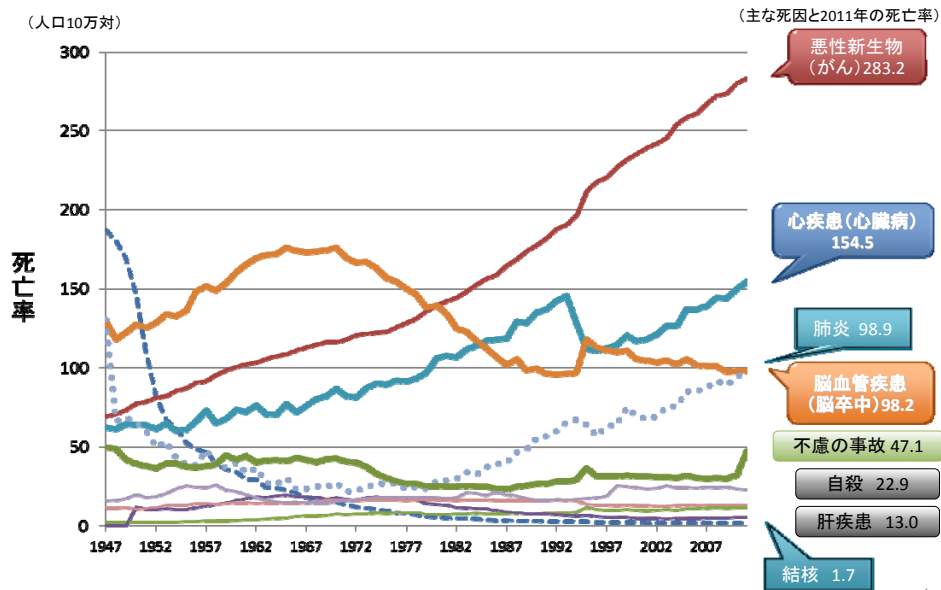
- 生活習慣病対策(メタボリックシンドローム対策)としての
特定健康診査・特定保健指導について
 - (1)生活習慣病の現状
 - (2)特定健康診査・特定保健指導導入の背景
 - (3)生活習慣病対策と健康日本21(第二次)
- 特定健診・特定保健指導の実際
 - (1)標準的な健診・保健指導プログラムについて
 - (2)特定健康診査・特定保健指導の実施の流れ
 - (3)特定健診の実施
 - (4)保健指導対象者の選定と階層化
 - (5)特定保健指導
 - ①特定保健指導実施者
 - ②特定保健指導の実施
 - ③保健指導の評価
- 保健指導の特徴とねらい
- 健診・保健指導事業に関わる者に求められるもの
- ポピュレーションアプローチとの連動
- 標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版)について

2

生活習慣病対策(メタボリックシンドローム対策)としての特定健康診査・特定保健指導について

(1)生活習慣病の現状

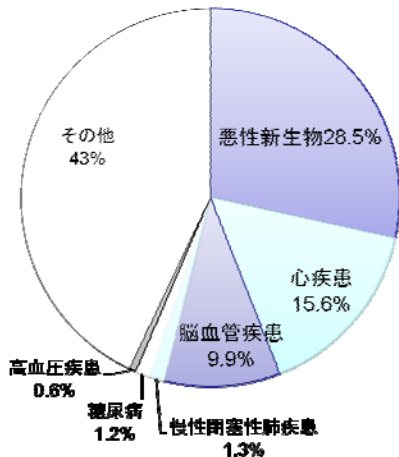
我が国における死亡率の推移(主な死因別)



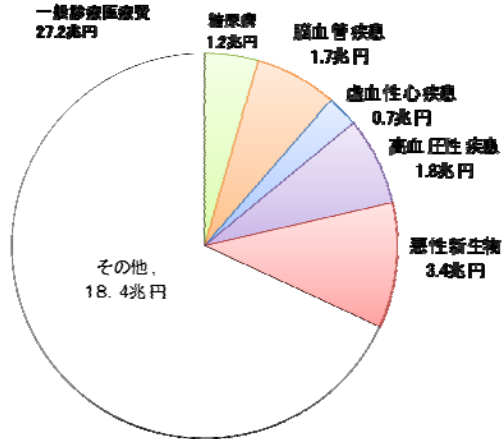
生活習慣病と医療

生活習慣病は、死亡数割合では約6割を占め、一般診療医療費の約3割を占める。

死因別死亡割合(平成23年)
生活習慣病...57%



一般診療医療費(平成22年度)
生活習慣病... 8.8兆円



出典:人口動態統計(平成23年)

出典:国民医療費(平成22年度)

5

NCDと生活習慣との関連

—これらの疾患の多くは予防可能—

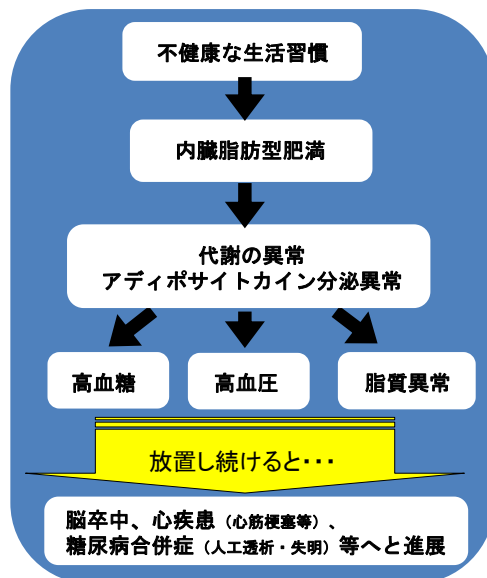
	禁煙	健康な食事	身体活動の増加	リスクを高める飲酒の減少
がん	○	○	○	○
循環器疾患	○	○	○	○
糖尿病	○	○	○	○
COPD	○			

(2) 特定健康診査・特定保健指導 導入の背景

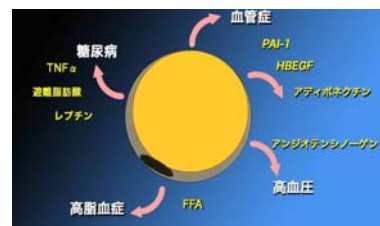
7

メタボリックシンドロームの疾患概念の確立

～ 脳卒中や心疾患の発症を予防するカギとなる考え方が提唱されている ～

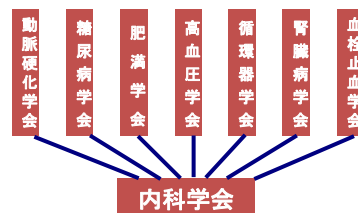


○脂肪細胞から多彩な生理活性物質が分泌される



○8学会が合同で疾患概念と診断基準を策定した
(平成17年4月 日本内科学会総会で公表)

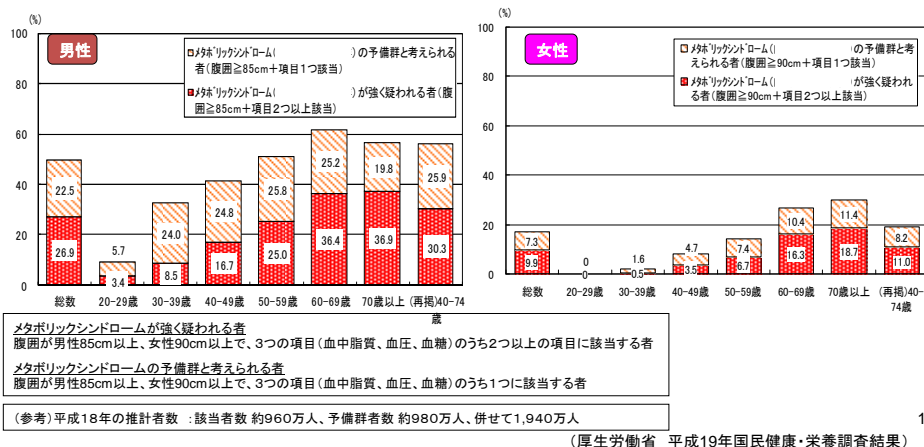
メタボリックシンドローム診断基準検討委員会



8

メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況

40～74歳でみると、男性の2人に1人、女性の5人に1人が、メタボリックシンドロームが強く疑われる者（該当者）又は予備群と考えられる者であり、**該当者数 約1,070万人**、**予備群者数 約940万人**併せて **約2,010万人** と推定された。



11

特定健診・特定保健指導の必要性

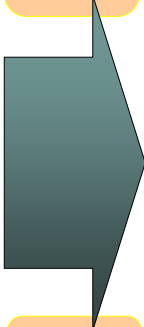
- 日本国民の生命予後改善、国民医療費の構造の健全化のためには、生活習慣病対策が必須
- 心血管系の生活習慣病における前段階としてのメタボリック・シンドロームの重要性
- メタボリック・シンドロームはある程度の予防・進行抑制が可能

→メタボリック・シンドローム、あるいはそれに近い病態にある人をターゲットとし、進行を抑えることが必要！

→特定健康診査・特定保健指導制度(H20.4～)

12

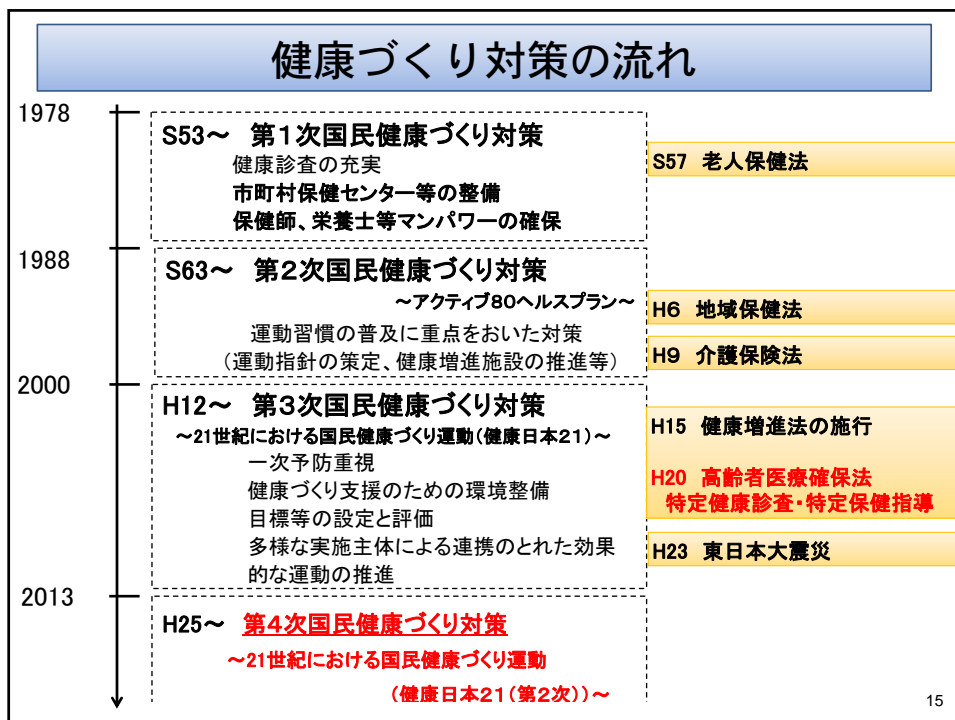
内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための健診・保健指導
標準プログラム【改訂版】P.13

	これまでの健診・保健指導	最新の科学的知識と、課題抽出のための分析	これからの健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導		内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	プロセス(過程)重視の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪型肥満に着目した早期介入・行動変容 リスクの重症がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、行動変容につながる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択と行動変容 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、行動変容につなげる
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者		健診受診者全員に対し、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」を行う
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個々人の健診結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数		アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
実施主体	市町村	医療保険者	

13

(3) 生活習慣病対策と 健康日本21(第二次)

14



健康日本21(2000～2012年)

✦目的: 壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸及び生活の質の向上を実現すること
 ✦平成22年度を目途とした具体的な目標を提示
 ✦健康に関連する全ての関係機関・団体等を始めとして、国民が一体となった健康づくり運動を総合的かつ効果的に推進し、国民各層の自由な意思決定に基づく健康づくりに関する意識の向上及び取組を促そうとするもの

9分野からなる具体的な目標を設定

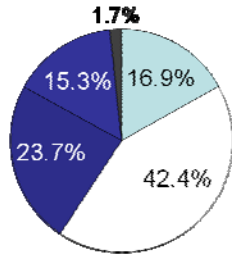
- ①栄養・食生活
- ②身体活動・運動
- ③休養・こころの健康づくり
- ④たばこ
- ⑤アルコール
- ⑥歯の健康
- ⑦糖尿病
- ⑧循環器病(脳卒中を含む)
- ⑨がん

<例>

- 20～60歳代男性で、肥満者を15%以下にする
- 20歳代女性で、やせの者を15%以下にする
- 野菜の1日当たり平均摂取量を350g以上にする
- 多量に飲酒する男性の割合を3.2%以下にする
- 朝食を食べない20歳代男性を15%以下にする
- 男性の歩数を1日9,200歩以上にする
- 公共の場では分煙を100%実施する

健康日本21の最終評価(2011年10月)

「目標値に達した」と「目標値に達していないが改善傾向にある」を合わせ、全体の約6割で一定の改善がみられた。



- A 目標値に達した
- B 目標値に達していないが改善傾向
- C 変わらない
- D 悪化している
- E 評価困難

【主な項目】

A(目標値に達した)

- ・メタボリックシンドロームを認知している国民の割合の増加
- ・高齢者で外出について積極的態度をもつ人の増加
- ・80歳で20歯以上、60歳で24歯以上の自分の歯を有する人の増加

B(目標値に達していないが改善傾向)

- ・食塩摂取量の減少
- ・意識的に運動を心がけている人の増加
- ・喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及

C(変わらない)

- ・自殺者の減少
- ・多量飲酒者の減少
- ・高脂血症の減少

D(悪化している)

- ・日常生活における歩数の増加
- ・糖尿病合併症の減少

E(評価困難)

- ・特定健康診査・特定保健指導の受診者数の向上

17

健康日本21(第2次)の「基本的な方向」について

これまでの健康日本21と課題

壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸、生活の質の向上を目的として健康づくりを推進。

＜課題＞非正規雇用の増加など雇用基盤の変化、家族形態・地域の変化等がある中で、今後、健康における地域格差縮小の実現が重要。

健康を増進し発病を予防する一次予防を重視。

＜課題＞今後は、高齢化社会の中で、重症化を予防する観点や、年代に応じた健康づくりを行うことにより社会生活機能を維持する観点が重要。

健康づくりに取り組もうとする個人を社会全体で支援していくことを重視。

＜課題＞今後は、健康の意識はありながら生活に追われて健康が守れない者や、健康に関心が持てない者も含めた対策も必要。

健康日本21(第2次)

「健康寿命の延伸」に加えて、「健康格差の縮小」を実現することを「基本的方向」に明記。

引き続き一次予防に重点を置くとともに、合併症の発症や症状進展などの重症化予防を重視。

高齢期における日常生活の自立を目指した身体機能の強化・維持、子どもの頃から健康づくり、働く世代のこころの健康対策等を推進。

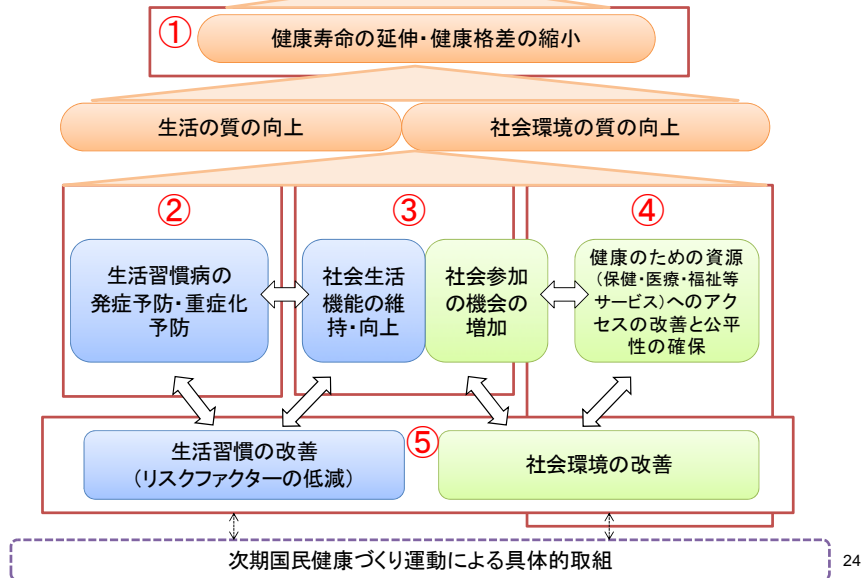
時間的にゆとりのない者や、健康づくりに無関心な者も含め、社会全体として健康を守る環境の整備を重視。

国民の健康増進を形成する基本要素となる食生活等の生活習慣の改善とともに、社会環境の改善を通じた働きかけも推進。

18

健康日本21(第2次)の概念図

全ての国民が共に支え合い、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会の実現



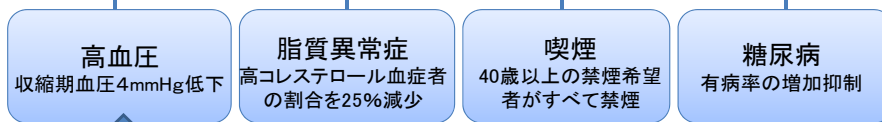
健康日本21(第2次)における循環器疾患の目標設定の考え方

〈循環器疾患の予防〉

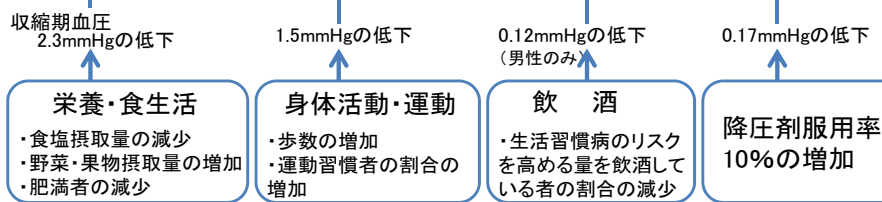


〈危険因子の低減〉

4つの危険因子の目標を達成した場合



4つの生活習慣等の改善を達成した場合



〈生活習慣等の改善〉

健康日本21(第2次)の具体的な目標の例とその考え方①

◎健康日本21(第2次)における特定健診・特定保健指導に関連した数値目標

項目	現状	目標
①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)	脳血管疾患 男性49.5、女性26.9 虚血性心疾患 男性36.9、女性15.3 (平成22年)	脳血管疾患 男性41.6、女性24.7 虚血性心疾患 男性31.8、女性13.7 (平成34年度)
②高血圧の改善(収縮期血圧の平均値の低下)	男性138mmHg 女性133mmHg (平成22年)	男性134mmHg 女性129mmHg (平成34年度)
③脂質異常症の減少	総コレステロール240mg/dl以上の者の割合 男性13.8%、女性22.0% LDLコレステロール160 mg/dl以上の者の割合 男性8.3%、女性11.7% (平成22年)	総コレステロール240 mg/dl以上の者の割合 男性10%、女性17% LDLコレステロール160 mg/dl以上の者の割合 男性6.2%、女性8.8% (平成34年度)
④成人の喫煙率の減少	19.5%	12%
⑤糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数の減少	16,247人 (平成22年)	15,000人 (平成34年度)

21

健康日本21(第2次)の具体的な目標の例とその考え方②

◎健康日本21(第2次)における特定健診・特定保健指導に関連した数値目標

項目	現状	目標
⑥糖尿病治療継続者の割合の増加	63.7% (平成22年)	75% (平成34年度)
⑦血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少(HbA1cがJDS値8.0%(NGSP値8.4%)以上の者の割合の減少)	1.2% (平成21年度)	1.0% (平成34年度)
⑧糖尿病有病者の増加の抑制	890万人(平成19年)	1,000万人(平成34年度)
⑨メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	1,400万人 (平成20年度)	平成20年度と比べて25%減少 (平成27年度)
⑩特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	特定健康診査の実施率 41.3% 特定保健指導の実施率 12.3% (平成21年度)	平成25年度から開始する第二期医療費適正化計画に合わせて設定 (平成29年度)

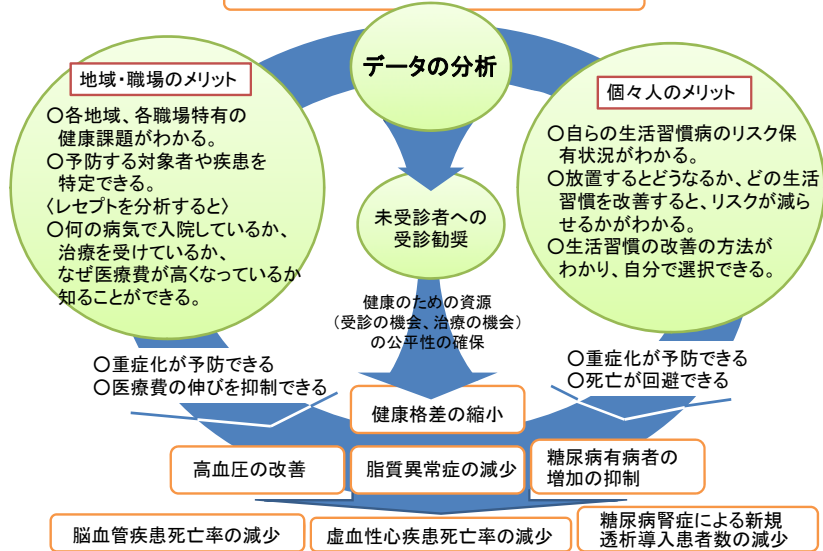
22

特定健診・特定保健指導と健康日本21(第二次) 標準プログラム【改訂版】P.3

特定健診・特定保健指導と健康日本21(第二次)

—特定健診・保健指導のメリットを活かし、健康日本21(第2次)を着実に推進—

特定健診・特定保健指導の実施率の向上



特定健診・特定保健指導の実際

(1) 標準的な健診・保健指導プログラムについて

25

「標準的な健診・保健指導プログラム」とは？

標準プログラム【改訂版】P.7

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

(標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】 第1編第1章
1-3「標準的な健診・保健指導プログラムの位置づけ」より)

26

健診・保健指導と特定健診・特定保健指導の関係

標準プログラム【改訂版】P.6

健診・保健指導

- 高齢者医療確保法
- 健康増進法
- 労働安全衛生法
- 健康保険法
- 学校保健安全法
- などにに基づき実施

特定健診・特定保健指導

- 高齢者医療確保法に基づく医療保険者の義務
- 40歳から74歳までの被保険者・被扶養者が対象

〈健診・保健指導実施者向け〉

標準的な健診・保健指導プログラム
(健康局作成)

医療保険者の
義務ではない
健診・保健指導

〈医療保険者向け〉

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
(保険局作成)

特定健診・特定保健指導
(医療保険者に義務付け)

27

(2) 特定健康診査・特定保健指導の 実施の流れ

28

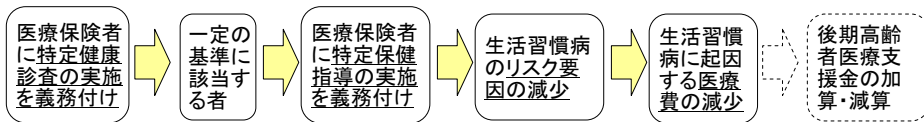
特定健康診査・特定保健指導の概要

基本的な考え方

- メタボリックシンドロームに着目した健診及び保健指導を医療保険者の義務とすることにより、生活習慣病の予防及び医療費の適正化を目指す。

主な内容

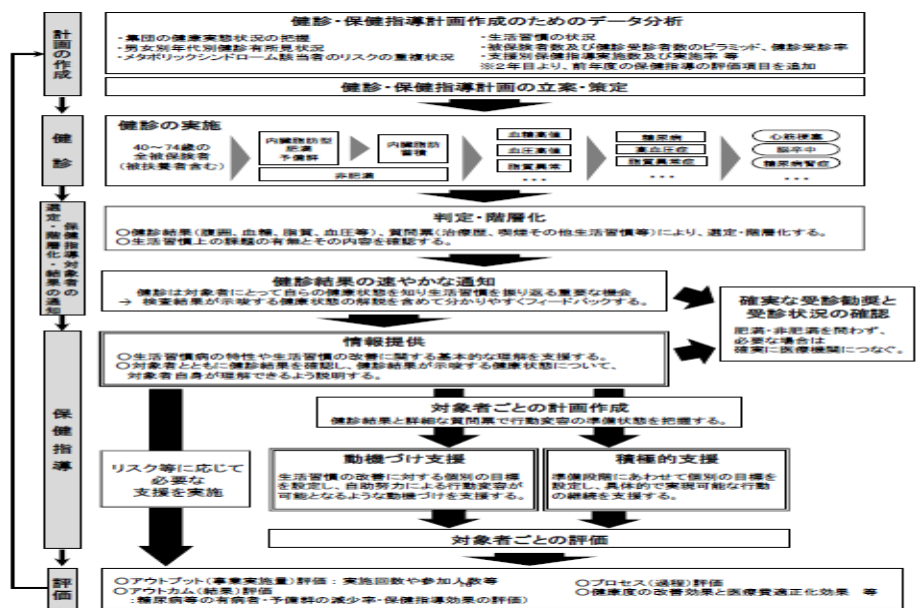
- 医療保険者は、40歳以上74歳以下の被保険者・被扶養者に対して特定健診を実施。
- 健診の結果、一定の基準に当てはまる者に対して特定保健指導を実施。
【一定の基準】
腹囲が基準以上(男性85cm、女性90cm)でかつ、血糖・血圧・脂質の検査値が基準に当てはまる者
 (注)リスクの程度によって指導内容が変化(喫煙者は一部の指導レベルが上昇する)



40~74歳の医療保険加入者＝約5,600万人

29

標準的な健診・保健指導プログラムの流れ 標準プログラム【改訂版】P.14~16



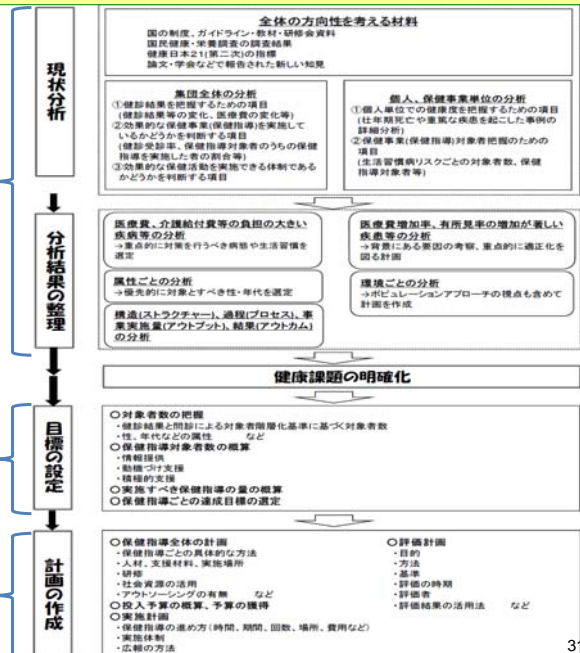
30

保健事業(保健指導)計画作成の進め方 標準プログラム【改訂版】P.107、108

① 各種データから集団全体の分析と個人、保健事業の単位の分析を行い、その集団における優先すべき健康課題を明確にする。

② ①において明らかになった健康課題を解決するために、優先順位を考慮した上で、保健指導目標として、達成すべき目標や数値目標を設定する。

③ ②において設定した目標を具体的に達成するために、方法、実施、評価について計画を作成する。



保健事業(保健指導)の現状分析

標準プログラム【改訂版】P.109～112

① 分析が必要な理由

- 集団全体の健康課題の分析
 - ・どのような生活習慣病対策に焦点を当てるのか。
 - ・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。
 - ・生活習慣病の有病者及び予備群の割合、医療費分析による医療費増大の要因の解明
 - ・要介護状態に至る要因の解明
- 対象者の的確な把握
 - ・対象者に合った効果的・効率的な保健事業(保健指導)の実施。
 - ・投入する人的資源や予算計画
 - ・効率的に保健指導を行う計画

② 分析すべき項目

集団全体の分析

- ①健康課題を把握するための項目
 - 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
- ②効果的な保健事業(保健指導)が実施できているか評価するための項目
 - 健診実施率、保健指導終了率 等
- ③実施体制を評価するための項目
 - 保健・医療提供体制、研修体制、研修実施状況 等

個人、保健事業単位の分析

- ①個人単位で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

③ 分析の方法と保健事業(保健指導)計画への活用

分析に当たっては、基準の統一、比較可能性に留意して行う。

分析結果を、医療費、対象の属性、環境などの観点からさらに解析し、その結果を整理する。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を明らかに、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。

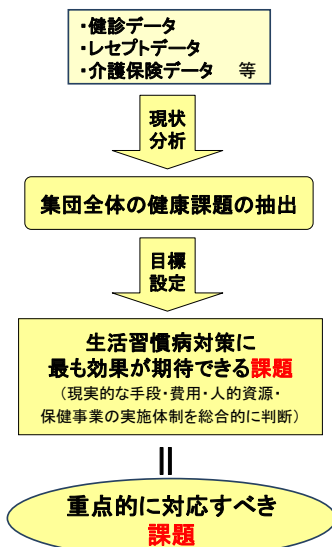
- ① 医療費などの負担の大きい疾病等の分析
- ② 医療費増加率・有所見率の増加が著しい疾病等の分析
- ③ 属性(性別・年齢)ごとの分析
- ④ 環境(地域・職場)ごとの分析
- ⑤ ストラクチャー(構造)・プロセス(過程)・アウトプット(事業実施量)・アウトカム(結果)間の関連性について分析

33

保健事業(保健指導)の目標設定

標準プログラム【改訂版】P.113、114

1. 保健事業全体の目標設定



2. 保健指導レベル毎の目標設定

- ①「情報提供」のみの対象者
 - ・健診結果を正常範囲のまま維持し、悪化しない
 - ・「動機づけ支援」「積極的支援」対象者への移行率を△%以下とする
- ②「動機づけ支援」の対象者
 - ・健診結果が改善するか、または悪化しない
 - ・メタボリックシンドローム予備群では腹囲の減少を目指す
- ③「積極的支援」の対象者
 - ・健診結果が改善する
 - ・メタボリックシンドロームでは、腹囲・危険因子の減少を目指す など

34

(3) 特定健診の実施

35

健診項目（検査項目及び質問項目）

標準プログラム【改訂版】P.26、27

保健指導を必要とする者を的確に抽出するための健診へ

○基本的考え方

・特定健診においては、糖尿病等の生活習慣病、とりわけメタボリックシンドロームの該当者・予備群を減少させるため、保健指導を必要とする者を的確に抽出するための健診項目としている。

具体的な健診項目は次ページ参照

○質問項目

・質問項目は、①生活習慣病のリスクを評価するためのものであること、②保健指導の階層化と健診結果を通知する際の「情報提供」の内容を決定する際に活用するものであることという考え方に基づくものとする。

・基本的な健診の項目に含まれる質問項目については「標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】」49ページ標準的な質問票を参照。

36

具体的な健診項目

標準プログラム【改訂版】P.26

対象者	<p>実施年度中に40-75歳に達する加入者(被保険者・被扶養者) 実施年度を通じて加入している(年度途中に加入・脱退がない)者 除外規定(妊産婦・刑務所服役中・長期入院・海外在住等)に該当しない者</p> <p>※年度途中に75歳に達する加入者は、75歳に到達するまでの間が対象</p>
基本的な健診の項目	<ul style="list-style-type: none"> ○ 質問票(服薬歴、喫煙歴 等) ○ 身体計測(身長、体重、BMI、腹囲) ○ 理学的検査(身体診察) ○ 血圧測定 ○ 血液検査 <ul style="list-style-type: none"> ・ 脂質検査(中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール) ・ 血糖検査(空腹時血糖又はHbA1c) 注) 摂食時はHbA1c ・ 肝機能検査(AST、ALT、γ-GT) ○ 検尿(尿糖、尿蛋白)
詳細な健診の項目	<ul style="list-style-type: none"> ○ 心電図検査 ○ 眼底検査 ○ 貧血検査(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値) <p>注)一定の基準の下、医師が必要と認めた場合に実施</p>



37

詳細な健診の項目(医師の判断による追加項目)

標準プログラム【改訂版】P.27、48

追加項目	実施できる条件(判断基準)								
貧血検査(ヘマトクリット値、血色素量及び赤血球数の測定)	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								
心電図検査(12誘導心電図) 眼底検査	<p>前年度の特定健康診査の結果等において、血糖、脂質、血圧及び腹囲等の全てについて、次の基準に該当した者</p> <table border="1"> <tr> <td>血糖</td> <td>空腹時血糖値が100mg/dl以上、またはHbA1cが5.6%(NGSP値)以上</td> </tr> <tr> <td>脂質</td> <td>中性脂肪150mg/dl以上、またはHDLコレステロール40mg/dl未満</td> </tr> <tr> <td>血圧</td> <td>収縮期130mmHg以上、または拡張期85mmHg以上</td> </tr> <tr> <td>腹囲等</td> <td>腹囲が85cm以上(男性)・90cm以上(女性)の者(内臓脂肪面積の測定ができる場合には内臓脂肪面積が100cm²以上)、またはBMIが25以上の者</td> </tr> </table>	血糖	空腹時血糖値が100mg/dl以上、またはHbA1cが5.6%(NGSP値)以上	脂質	中性脂肪150mg/dl以上、またはHDLコレステロール40mg/dl未満	血圧	収縮期130mmHg以上、または拡張期85mmHg以上	腹囲等	腹囲が85cm以上(男性)・90cm以上(女性)の者(内臓脂肪面積の測定ができる場合には内臓脂肪面積が100cm ² 以上)、またはBMIが25以上の者
血糖	空腹時血糖値が100mg/dl以上、またはHbA1cが5.6%(NGSP値)以上								
脂質	中性脂肪150mg/dl以上、またはHDLコレステロール40mg/dl未満								
血圧	収縮期130mmHg以上、または拡張期85mmHg以上								
腹囲等	腹囲が85cm以上(男性)・90cm以上(女性)の者(内臓脂肪面積の測定ができる場合には内臓脂肪面積が100cm ² 以上)、またはBMIが25以上の者								

38

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 ^{※1}	
1 a. 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ
2 b. インスリン注射又は血糖を下げる薬	①はい ②いいえ
3 c. コレステロール ^{※2} 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、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
7 医師から、貧血といわれたことがある。	①はい ②いいえ
8 現在、たばこを習慣的に吸っている。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者)	①はい ②いいえ
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〜汗かく運動を週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5速い。	①はい ②いいえ
13 この1年間で体重の増減が±3kg以上あった。	①はい ②いいえ
14 人と比較して食べる速度が速い。	①速い ②ふつう ③遅い
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 夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ
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(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	①毎日 ②時々 ③ほとんど飲まない(飲めない)
19 飲酒日の1日当たりの飲酒量 清酒1合(180ml)の目安、ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎35度(80ml)、ウイスキーダブル一杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	①1合未満 ②1〜2合未満 ③2〜3合未満 ④3合以上
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せんか。	①改善するつもりはない ②改善するつもりである(概ね1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保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	①はい ②いいえ

※①医師の診断・治療のもとで服薬中の者を指す。 ※②中性脂肪も同様に取扱う。

「情報提供」に活用するための質問票

標準プログラム【改訂版】P.49

たばこ

身体活動・運動

食生活

アルコール

39

「標準的な質問票」の解説と回答の活用例

標準プログラム【改訂版】P.52

例) 質問項目 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。



改訂版で追加

- ☞ 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。」ことがなくなった(改善した)者は、腹囲が減少し、HDLコレステロールが増加したという報告がある。
- ☞ この質問に「はい」と答えた者で、肥満傾向がある場合は、仕事や家庭のやむを得ない事情などを確認し共感した上で、少しでも改善できるようにするための工夫をとも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とる工夫をしたり、間食などを工夫して、就寝前のエネルギー、糖質等の摂取を控えるなどの方法がある。

40

(4) 保健指導対象者の選定と階層化

保健指導対象者の選定と階層化 標準プログラム【改訂版】P.33

1. 検査値により、保健指導判定値を超えている場合、以下の分類により、必要となる保健指導の種類が自動的に判定される。
2. 但し、必ずしも、自動判定の通りとなるのではなく、医師が全ての検査項目の結果から総合的に判断し、保健指導とすべきか、医療機関への受療とすべきかを判定する。
3. その上で、保健指導対象者となった者のリストから、医療保険者にて、リスト全員に実施するのか、優先順位をつけ(重点化)絞り込むかを判断し、最終決定した対象者に保健指導の案内(利用券の送付等)を行う。

<保健指導判定値>

- ①**血糖** a 空腹時血糖100mg/dL以上又は b HbA1c (NGSP)の場合5.6% 以上 又は c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
- ②**脂質** a 中性脂肪150mg/dL以上 又は b HDLコレステロール40mg/dL未満 又は c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
- ③**血圧** a 収縮期血圧130mmHg以上 又は b 拡張期血圧85mmHg以上 又は c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
- ④**質問票** 喫煙歴あり (①から③のリスクが1つ以上の場合にのみカウント)

腹囲	追加リスク			④喫煙歴	対象	
	①血糖	②脂質	③血圧		40-64歳	65-74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					

※1 服薬中の者については、医療保険者による特定保健指導の対象としない。

※2 前中高齢者(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づけ支援とする。

(注) 斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する。

保健指導対象者の優先順位の基本的考え方

標準プログラム【改訂版】P.114、115

- ・年齢が比較的若い対象者
- ・健診結果の保健指導レベルが上がる
(情報提供⇒動機づけ支援、動機づけ支援⇒積極的支援)
など、健診結果が前年度に比較して悪化し、より緻密な保健指導が必要な者
- ・標準的な質問票8～20より、生活習慣改善の必要性が高い者
- ・前年度、積極的支援及び動機づけ支援の対象者であったにもかかわらず、保健指導を受けていない者

43

糖尿病・高血圧症・脂質異常症以外の疾病等で 医療機関を受療中の方など・・・

- 糖尿病・高血圧症・脂質異常症以外の疾病の人は特定保健指導の対象となる。
- 糖尿病・高血圧症・脂質異常症であっても医師の指示の下での服薬を行っていない者(服薬の有無は健診時の問診票で把握可能)についても特定保健指導の対象となる。

【特定保健指導利用券】に「医療機関にて受療中の場合には、特定保健指導の実施の可否を主治医と確認すること」と明示がある。

- ➡ 主治医であれば、特定保健指導の実施可否を対象者から確認されることがある。
- ・特定保健指導実施後には、保健指導内容についての情報提供を受けるなど、医療保険者との連携体制をもつことになる。

44

特定健診実施後 あるいは 特定保健指導開始後に内服開始した方

○特定健診時には内服していない人で、特定保健指導対象となった人が、**その後内服**。

➡ この場合、医療保険者は主治医と連携のもと服薬継続か、特定保健指導かを検討。

○特定保健指導の**開始後**に内服となった場合も服薬継続か、特定保健指導かを医療保険者との連携のもと、検討して判断。

45

(5) 特定保健指導

46

①特定保健指導実施者

47

特定保健指導実施者

標準プログラム【改訂版】P.119

		保健指導事業の統括者	動機づけ支援 初回面接、計画作成、評価	積極的支援 3か月以上の継続的な支援
専門的知識及び技術を有する者	医師	◎常勤	◎	◎
	保健師	◎常勤	◎	◎
	管理栄養士	◎常勤	◎	◎
	看護師(一定の保健指導の実務経験のある者) ※平成29年まで		◎	◎
専門的知識及び技術を有すると認められる者 ※告示、通知で規定				◎

- ・禁煙指導を提供する場合には、医師、薬剤師と連携するなど、保健指導の内容や対象者の心身などを考慮し、他職種との連携を図ることが望ましい。
- ・医師に関しては、日本医師会認定健康スポーツ医等と連携することが望ましい。
- ・保健指導を実施する者は、保健指導のための一定の研修を修了していることが望ましい。

48

保健指導に関する専門的知識及び技術を有する者

医師

保健師

管理栄養士

* 保健指導に関する一定の実務経験を有する看護師(平成29年度末まで)も含む。



※本暫定措置は、このたび5年間延長された。

* 平成20年4月現在において1年以上(必ずしも継続した1年である必要はない。)、医療保険者が保健事業として実施する生活習慣病予防に関する相談及び教育の業務又は事業主が労働者に対して実施する生活習慣病予防に関する相談及び教育の業務に従事した経験を有する看護師と解するものとする。なお、業務に従事とは、反復継続して当該業務に専ら携わっていることを意味するものであること。

49

食生活の改善指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者

- ◎看護師、栄養士、歯科医師、薬剤師、助産師、准看護師、歯科衛生士であって、食生活改善指導担当者研修(30時間)を受講した者
- ◎THP指針に基づく産業栄養指導担当者であって、追加研修(12時間)を受講した者
- ◎THP指針に基づく産業保健指導担当者であって、追加研修(12時間)を受講した者

運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者

- 看護師、栄養士、歯科医師、薬剤師、助産師、准看護師、理学療法士であって、運動指導担当者研修(147時間)を受講した者
- (財)健康・体力づくり事業財団が認定する健康運動指導士
- THP指針に基づく運動指導担当者であって、追加研修(24時間)を受講した者

* 平成20年3月31日までに、当該担当者研修を修了した者については、各追加研修を受講する必要はない。

* 食生活の改善指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者については、3メッツ以下の運動についての支援を併せて実施することができる。

50

食生活改善指導担当者及び運動指導担当者の役割

特定保健指導において、**初回面接を実施して支援計画を立案し、最終的な評価**までを行うことができるのは、**医師・保健師・管理栄養士**である。

食生活の改善指導担当者及び運動指導担当者は、医師・保健師・管理栄養士が作成した支援計画に基づき、これらの者の統括の下で、支援を実施することとなる。

支援の際には、特に下記の点に留意する。

- ・ 支援計画を見直し、修正等を行うことができるのは、医師・保健師・管理栄養士であること。
- ・ 支援を実施する際には、支援計画の内容や具体的方法等につき、当該支援計画を作成した医師・保健師・管理栄養士にあらかじめ確認すること。
- ・ 支援の実施後には、その内容をもれなく当該支援計画を作成した医師・保健師・管理栄養士へ報告すること。
- ・ その他、当該支援計画を作成した医師・保健師・管理栄養士に適宜連絡、相談を行い支援を実施すること。

(平成19年度厚生労働科学特別研究事業「特定保健指導の実践的指導実施者育成プログラムの開発」報告書より) 51

②特定保健指導の実施

対象者に応じた保健指導プログラムについて

標準プログラム【改訂版】P.117～

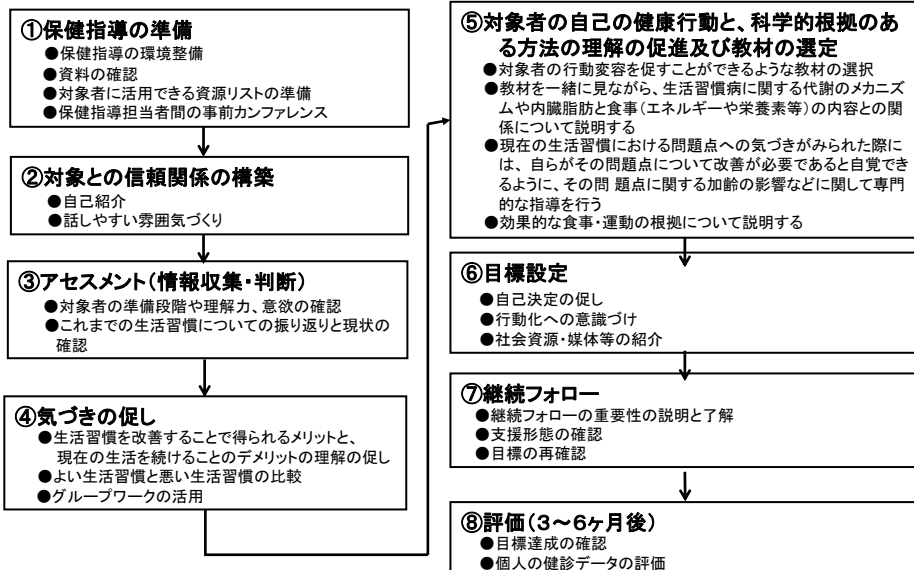
- 対象者の生活を基盤とし、対象者が自らの生活習慣における課題に気づき、健康的な行動変容の方向性を自らが導き出せるように支援すること。
- 対象者に必要な行動変容に関する情報を提示し、自己決定できるように支援すること、そして、そのことによって、対象者が健康的な生活を維持できるよう支援することが重要。
- 保健指導の必要性の度合いに応じて、各保健指導プログラムの目標を明確化した上で、サービスを提供する必要がある。

情報提供	自らの身体状況を認識するとともに、健康な生活習慣の重要性に対する理解と関心を深め、生活習慣を見直すきっかけとなるよう、健診結果の提供にあわせて、個人の生活習慣やその改善に関する基本的な情報を提供することをいう。
動機づけ支援	対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善のための自主的な取組みを継続的に行うことができるようになることを目的とし、医師等の面接・指導のもとに行動計画を策定し、生活習慣の改善のための取組みに係る動機づけ支援を行うとともに、計画の実績評価を行う保健指導をいう。
積極的支援	対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善のための自主的な取組みを継続的に行うことができるようになることを目的とし、医師等の面接・指導のもとに行動計画を策定し、 <u>生活習慣の改善のための、対象者による主体的な取組に資する適切な働きかけを</u> 相当な期間継続して行うとともに、計画の進捗状況評価と計画の実績評価(計画策定の日から6ヶ月以上経過後に行う評価をいう。)を行う。

53

保健指導のプロセスと必要な保健指導技術

* 保健指導のプロセスに沿った効果的な保健指導技術の展開例



54

<h2 style="text-align: center;">「情報提供」の内容</h2> <p style="text-align: right;">※下線部は「改訂版」で追記・変更された部分 標準プログラム【改訂版】P.124</p>	
支援形態	<ul style="list-style-type: none"> ● <u>情報提供用の資料を用いて、個別に説明する。</u> ● 健診結果を通知する際に情報提供用の資料を合わせて提供する。 ● 職域等で日常的にICT等が活用されていれば、個人用情報提供画面を利用する。 ● 結果説明会で情報提供用の資料を配布する。
支援内容	<p>〈個別支援〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 健診結果や健診時の質問票から対象者個人に合わせた情報を提供する。 ● <u>対象者に対して、健診結果に基づいた生活習慣の改善について意識づけを行う。</u> ● 特に問題とされることがない者に対しては、健診結果の見方や健康の保持増進に役立つ内容の情報を提供する。 ● 毎年の継続的な健診受診の重要性について、<u>生活習慣の変化と健診結果の変化の関係を理解してもらい、年1回、健診結果を確認して生活習慣改善を行う意義や合理性について納得してもらえるように伝える。</u> ● 健診の意義や健診結果の見方を説明する。また、健診結果の経年変化をグラフでわかりやすく示す。 ● メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する基本的な知識と、対象者の行っているどのような生活習慣が生活習慣病を引き起こすかということや、食事バランスガイドや運動指針等に基づいた食生活と運動習慣のバランス、料理や食品のエネルギー量や生活活動や運動によるエネルギー消費量等について、質問票から得られた対象者の状況にあわせて具体的な改善方法の例示などを情報提供する。 ● 身近で活用できる社会資源(地域のスポーツクラブや運動教室等)の情報も掲載する。 ● <u>医療機関への受診や継続治療が必要な対象者については、受診や服薬の重要性を認識してもらえるよう工夫する。</u>

55

<h2 style="text-align: center;">「動機づけ支援」の内容</h2> <p style="text-align: right;">※下線部は「改訂版」で追記・変更された部分 標準プログラム【改訂版】P.125</p>	
支援形態	<p>〈面接による支援〉次のいずれか</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 1人20分以上の個別支援 ● 1グループ(8名以下)80分以上のグループ支援 <p>〈6か月後の評価〉次のいずれか</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 個別支援 ● グループ支援 ● 電話 ● e-mail 等
支援内容	<p>〈個別支援〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 生活習慣と健診結果との関係の理解、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識の習得、生活習慣の振り返り等から、生活習慣改善の必要性に<u>気づき、自分のこととして重要であることを理解できるように支援する。</u> ● 生活習慣を改善するメリットと現在の生活を続けるデメリットについて<u>理解できるように支援する。</u> ● 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な支援をする。 ● 対象者の行動目標や評価時期の設定を支援する。必要な社会資源を紹介し、有効に活用できるように支援する。 ● 体重・腹囲の計測方法について説明する。 ● 生活習慣の振り返り、行動目標や評価時期について対象者と話し合う。 ● <u>対象者が行動目標・行動計画を策定できるよう支援する。</u> <p>〈6か月後の評価〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて確認する。

56

「積極的支援」の内容 ※下線部は「改訂版」で追記・変更された部分 標準プログラム【改訂版】P.127

- 初回時の面接による支援は、動機づけ支援における面接による支援と同様。
- 3ヶ月以上の継続的な支援

支援形態	●個別支援 ●グループ支援 ●電話 ●e-mail ※継続的な支援に要する時間は、ポイント数の合計が180ポイント以上とする。
支援内容	支援A(積極的関与タイプ) ●生活習慣の振り返りを行い、行動計画の実施状況の確認や必要に応じた支援をする。 ●栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導をする。 〈中間評価〉 ●取り組んでいる実践と結果についての評価と再アセスメント、必要時、行動目標・計画の設定を行う。 支援B(励ましタイプ) ●行動計画の実施状況の確認と確立された行動を維持するために賞賛や励ましを行う。
支援ポイント	合計180ポイント以上とする 内訳: 支援A(積極的関与タイプ): 個別支援A、グループ支援、電話A、e-mail ※Aで160ポイント以上必要だが、Aのみで180ポイント以上でも可 支援B(励ましタイプ): 電話B、e-mail ※Bは必須ではない

○6ヶ月後の評価

支援形態	●個別支援 ●グループ支援 ●電話 ●e-mail 等
支援内容	●身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて確認する。

※中間評価や6ヶ月後の評価の実施者は、初回面接を行った者と同一の者とするを原則とするが、同一機関内であって、組織として統一的な実施計画及び報告書を用いるなど、保健指導実施者間で十分な情報共有がなされているならば、初回面接を行った者以外の者が評価を実施しても差し支えない。

57

「積極的支援」における支援形態別のポイント数

○支援形態ごとのポイント数

標準プログラム【改訂版】P.129

	基本的なポイント	最低限の介入量	ポイントの上限
個別支援A	5分20ポイント	10分	1回30分以上実施した場合でも120ポイントまで
個別支援B	5分10ポイント	5分	1回10分以上実施した場合でも20ポイントまで
グループ支援	10分10ポイント	40分	1回120分以上実施した場合でも120ポイントまで
電話A； e-mail、FAX、手紙等により、初回面接支援の際に作成した行動計画の実施状況について記載したものの提出を受け、それらの記載に基づいた支援	5分15ポイント	5分	1回20分以上実施した場合でも60ポイントまで
電話B； 行動計画の実施状況の確認と励ましや出来ていることには賞賛をする支援	5分10ポイント	5分	1回10分以上実施した場合でも20ポイントまで
e-mailA(e-mail、FAX、手紙等)； e-mail、FAX、手紙等により、初回面接支援の際に作成した行動計画の実施状況について記載したものの提出を受け、それらの記載に基づいた支援	1往復40ポイント	1往復	/
e-mailB(e-mail、FAX、手紙等)； 行動計画の実施状況の確認と励ましや賞賛をする支援	1往復5ポイント	1往復	

58

支援ポイントについての留意点

標準プログラム【改訂版】P.129

○1日に1回の支援のみカウントする。

同日に複数回支援を行った場合、最もポイントの高い支援形態のもののみカウントする。

○保健指導と直接関係のない情報のやりとり（保健指導に関する専門的知識・技術の必要ない情報：次回の約束や雑談等）は含まない。

○電話又はe-mailによる支援においては、双方向による情報のやりとり（一方的な情報の提供（ゲームやメーリングリストによる情報提供）は含まない）をカウントする。

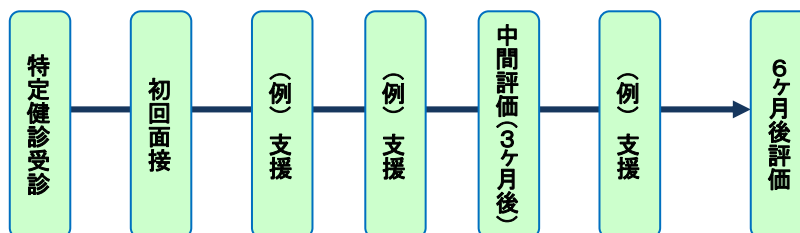
○電話又はe-mailのみで継続的な支援を行う場合には、e-mail、FAX、手紙等により、初回面接支援の際に作成した行動計画の実施状況について記載したものの提出を受けること。なお、当該行動計画表の提出や、作成を依頼するための電話又はe-mail等によるやり取りは、継続的な支援としてカウントしない。

59

動機づけ支援



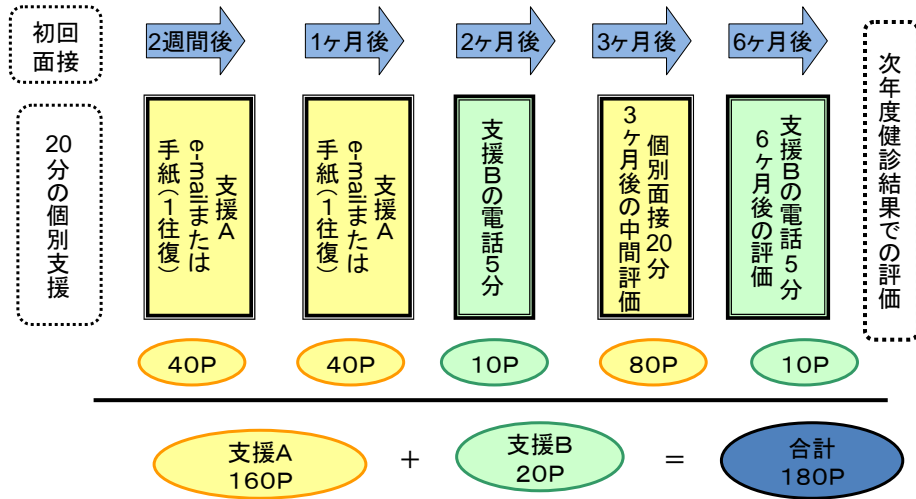
積極的支援



60

個別支援(積極的支援)例

面接・電話・手紙等を組み合わせたパターン例



61

望ましい積極的支援の例 (1)6か月にわたる継続した頻回な支援の例

標準プログラム【改訂版】P.141

支援の種類	回数	時期	支援形態	支援時間(分)	獲得ポイント	合計ポイント		支援内容
						支援Aポイント	支援Bポイント	
初回面接	1	0	個別支援	30				① 健診結果と生活習慣の関係の理解。 ② 自らの生活習慣を振り返り、改善の必要性を理解。 ③ 体重・腹囲・血圧、歩数等のセルフモニタリング。 ④ 3か月の目標、行動目標を立てる。 ⑤ 運動実施計画をたて、健康増進施設と連携を図る。
継続的な支援	2	2週間後	電話B	10	20		20	① 生活習慣の振り返りを行い、行動計画の実施状況の確認や必要に応じた支援をする。 ② 中間評価を行う。 ③ 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導をする。 ④ 行動計画の実施状況の確認と確立された行動を維持するために賞賛や励ましを行う。
	3	1か月後	個別支援A	30	120	120		
	4	2か月後	e-mail A	1	40	160		
	5	3か月後	グループ支援	90	90	250		
	6	4か月後	e-mail A	1	40	290		
	7	5か月後	e-mail B	1	5		25	
評価	8	6か月後	個別支援	30				① 身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて確認する。

62

保健指導未実施者及び積極的支援の中断者への支援

標準プログラム【改訂版】P.147

- 最終的に動機づけ支援や積極的支援において保健指導が未実施になった者、中断した者については、次年度の保健指導実施時に、保健指導を優先的に実施することが望ましい。
- 医療保険者は、保健指導の未実施者及び中断者からその理由を聞くことや、保健指導実施者と医療保険者が話し合いをすること等により、保健指導を受けない理由を明確にし、次年度以降の保健指導につなげることが必要である。
- 保健指導の実施においては、ポピュレーションアプローチや社会資源を有効に活用する必要がある。

63

保健指導未実施者及び積極的支援の中断者への支援

標準プログラム【改訂版】P.147

- 保健指導実施者は、電話、e-mail、FAXなどにより実施予定日から1週間以内に連絡し、指導を受けるよう促す。
 - ※保健指導の最終利用日から2ヶ月を経過した時点で、保健指導機関から医療保険者及び対象者に脱落(者)としての認定する(脱落認定)を通知する。通知を受け取った医療保険者は、必要に応じて対象者に再開・継続について勧奨する等の脱落防止に向けた一定の努力を行うことが望ましい。
 - ※脱落認定の通知後、2週間以内に対象者から再開依頼がない限り、自動的に脱落・終了と確定する。
- 動機づけ支援及び積極的支援の初回時において、連絡したにも関わらず保健指導対象者が保健指導を受けない場合には、「情報提供」支援は必ず実施することが必要である。

64

保健指導の実施に関するアウトソーシング

標準プログラム【改訂版】P.159

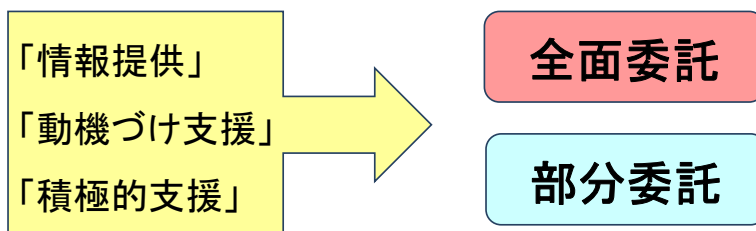
【目的】

メタボリックシンドロームのリスクを有する者に対して、個人のニーズに基づいた生活習慣の改善を支援する**保健指導の提供体制を整備**すること



保健指導の量が確保されることによる保健指導の質の向上及び効率的かつ質の高い保健指導を実現する体制を目指している。

【対象となる保健指導業務】



※どのような範囲の業務委託であっても、健診・保健指導の事業の企画及び評価については医療保険者自らが行う。

65

保健指導の実施に関するアウトソーシング

標準プログラム【改訂版】P.161

【留意事項】

1) 委託する業務の目的の明確化

- ・委託する業務の理念、目的を明確にし、委託先の事業者伝える。

2) 保健指導の質の評価

- ・事業者の選定に際し、保健指導の質を基準とする。
- ・保健指導業務の終了後に、評価を行う。
- ・委託業務に関する情報交換と情報公開を行う。

3) 委託した業務と生活習慣病対策全体の連動

- ・ポピュレーションアプローチを含めた対策全体といたに連動させていくかが重要。
- ・事業者が地域や事業所で行われているポピュレーションアプローチを理解し、このような社会資源を個々の対象者に対する保健指導に活用することについて、委託業務の中に位置づける。

4) 医療保険者に所属する専門職の技術の維持・向上

- ・保健指導プログラムの企画や実施機関間の調整、委託事業者の保健指導の質の評価を行うために、業務委託した場合であっても、医療保険者の専門職が保健指導業務に直接従事できる体制を整備し、自らの保健指導技術を維持・向上することが大切。

5) モニタリング及び苦情処理

- ・医療保険者は事業の実施責任者として、委託事業者が適切な保健指導を行っているかモニタリングを行い、対象者から出される不満や苦情の窓口を設置し、早期に適切に対処する。

66

保健指導の実施に関するアウトソーシング

【留意事項】

標準プログラム【改訂版】P.161

6) 委託先を選定する際の保健指導の価格の設定

- ・必要以上の価格競争によって保健指導業務全体の質が低下しないよう、保健指導のアウトソーシングにあたっては、サービスの質の評価等を勘案した価格設定や、医療保険者が保健指導の成果を評価し、価格に反映させていくことが必要。

7) 委託基準の作成、委託方法の透明化

- ・委託基準の作成にあたり、委託する保健指導業務の目的を明確に示し、保健指導の質が判断できる項目を設定する。
- ・事業者を選定する際は、選定の手順を透明化し、委託契約にあたっては、保健指導の質を担保するために、詳細な仕様書を作成する。

8) 個人情報の管理

- ・事業者が個人情報の漏洩を防止し、適切かつ安全に利用及び監視しているか、保険者の責任のもとで、情報の管理状況を定期的に確認する。

9) 収益事業との区分の明確化

- ・収益事業との区別を明確にし、保健指導と同時に行うことがないよう、委託基準に明記する。
- ・保健指導を行う地位を利用して推奨・販売してはならない。

★外部委託に関する具体的な基準は、平成25年厚生労働省告示第92号(外部委託基準)及び93号(施設等に関する基準)参照

67

地域・職域における保健指導

標準プログラム【改訂版】P.154

地域と職域における保健指導の特徴

	対象者	保健指導実施者	特徴
地域保健	地域住民	市町村の衛生部門・国保部門	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者の健康は、地域特性のある食生活や運動習慣などの生活環境や社会的要因などの影響を受ける。 ・労働従事者もあり、未受診者への対応が困難。 ・市町村(衛生部門・介護部門)と医療保険者の連携が重要となる。 ・地域の社会資源を、比較的容易に保健指導に活用できる。
職域保健	労働者	事業主	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者の健康は、配置や作業状況などの職場環境の影響を受ける。 ・業務に従事しているため、保健指導が受けにくい。 ・就労上の配慮等に重点が置かれており、職住地域が異なるため、地域における生活習慣病予防に関する健康課題を意識し、地域特性を含めて評価する視点を持ちにくい。 ・労働者の健康に対する事業主の考え方、職場内の活用できる資源の有無、職種や業種による時間的制限等により、効果的な保健指導の実施が困難な場合がある。

68

地域・職域における保健指導

標準プログラム【改訂版】P.156

地域・職域連携による効果

- 保健指導に利用できる資源（教材、健康教育プログラム、施設、人材等）を地域と職域が共有することにより、利用できるサービスの選択肢が増大し、対象者の行動変容の可能性が高まる。
- 費用、人的資源の効率的な運用ができる。
- 健診データの適切な引き継ぎにより、対象者は退職前後の経年的な変化を理解しながら、一貫した保健指導を受けることができる。

地域・職域連携推進協議会と保険者協議会との連携

- 医療保険者によるハイリスクアプローチと、地域・職域連携推進協議会が地域・職域全体で取り組むポピュレーションアプローチとを一体的に提供していくことが期待される。
- 地域・職域連携推進協議会においては、保険者協議会における医療費等の分析や特定健診・特定保健指導に関する実施体制、結果等から得られた現状や課題について情報提供を受け、地域全体として取り組む健康課題を明らかにし、保健医療資源を相互に活用、又は保健事業を共同で実施することにより連携を進めていくことが望まれる。

69

③保健指導の評価

70

評価の観点

標準プログラム【改訂版】P.149、150

①ストラクチャー(構造)

保健事業を実施するための仕組みや体制の評価

②プロセス(過程)

事業の目的・目標の達成に向けた過程(手順)や活動状況の評価

③アウトプット(事業実施量)

目的・目標の達成のために行われる事業の結果に対する評価

④アウトカム(結果)

事業の目的・目標の達成度、成果の数値目標に対する評価

71

具体的な評価方法

標準プログラム【改訂版】P.150、151

1)「個人」に対する保健指導の評価

対象者個人の評価は、適切な手段を用いて保健指導が提供されているか(プロセス(過程)評価)、その結果、生活習慣に関して行動変容がみられたか、また健診結果に改善がみられたか(アウトカム(結果)評価)といった観点から行う。

2)「集団」に対する保健指導の評価

個人への保健指導の成果を、集団として集積して評価することにより、指導を受けた対象者全体に対する成果が確認できる。集団の単位としては、地域や事業所単位、また、年齢や性別などが考えられ、それぞれに区分して、生活習慣に関する行動変容の状況、健診結果の改善度、また、生活習慣病関連の医療費の評価も行う。

集団としての評価結果は、保健指導プログラムの改善や保健指導実施者の資質向上のための研修などにも活用する。

具体的な評価方法 標準プログラム【改訂版】P.150、151

3)「事業」に対する保健指導の評価

医療保険者が行う保健指導は、個人への保健指導を通して、集団全体の健康状態の改善を意図している。そのため医療保険者は、事業全体について評価を行う。事業の評価は、対象者把握、実施、評価の一連の過程について以下の4点から評価する。

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

これらの評価は、保健指導プログラムごとに行い、問題点を明確にした上で改善を図っていく。

特に、保健指導を委託して実施している場合には、この事業としての評価は医療保険者にとって重要である。

評価の実施責任者 標準プログラム【改訂版】P.151

個人に対する保健指導の評価

保健指導実施者
(委託事業者含む)

集団に対する保健指導の評価

保健指導実施者
(委託事業者含む)
及び医療保険者

事業としての保健指導の評価

医療保険者

最終評価

医療保険者

保健指導の基本的考え方①

標準プログラム【改訂版】P.103

○保健指導の目的

・対象者自身が健診結果を理解して体の変化に気づき、自らの生活習慣を振り返り、生活習慣を改善するための行動目標を設定するとともに、自らが実践できるよう支援し、そのことにより**対象者が自分の健康に関するセルフケア(自己管理)ができるようになる**ことを目的とする。

○生活習慣改善につなげる保健指導の特徴

・健診によって**生活習慣病発症のリスクを発見**し、自覚症状はないが発症のリスクがあることや、生活習慣の改善によってリスクを少なくすることが可能であることをわかりやすく説明することが特に重要。
・対象者は、保健指導の際の個別面接や小集団のグループワーク等において、保健指導実施者やグループメンバー等と対話をすることにより、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、その気づきが**行動変容**のきっかけとなる。
・対象者が現在の状況を客観的に把握できる機会を提供するとともに、実行していることに対しては励ましや賞賛するなど**自己効力感を高める**フォローアップが重要。

77

保健指導の基本的考え方②

標準プログラム【改訂版】P.104、105

○必要とされる保健指導技術

・保健指導の技術として、カウンセリング技術、アセスメント技術、コーチング技術、ティーチング技術、自己効力感を高める技術、グループワークを支援する技術などがあり、これらは行動変容等に関する様々な理論から導き出されたもの。
・保健指導ではこれらの技術を統合させて、実践に生かすことが求められる。

○ポピュレーションアプローチや社会資源の活用

・生活習慣は生活環境、風習、職業などの社会的要因に規定されることが大きいことから、生活の場が健康的な生活への行動変容を支え、または維持できる環境であることが必要。
・保健指導においても、ヘルシーメニューを提供する飲食店、ウォーキングロード、運動施設、分煙している施設、健康に関する仲間づくりや情報提供などのポピュレーションアプローチの環境づくりとともに、健康づくりに資する社会資源を積極的に活用することが重要。

78

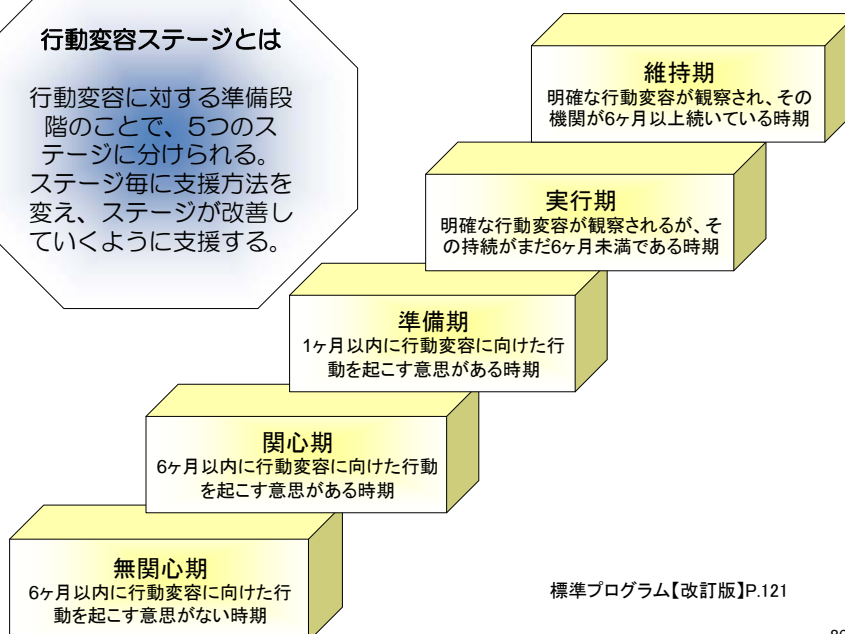
特定保健指導は・・・

対象者の生活を基盤とし、対象者が自らの生活習慣における課題に気づき、健康的な行動変容の方向性を自らが導き出せるように支援することである。

79

行動変容ステージとは

行動変容に対する準備段階のことで、5つのステージに分けられる。ステージ毎に支援方法を変え、ステージが改善していくように支援する。



標準プログラム【改訂版】P.121

80

行動変容を促すためには？

- ・健診結果から今自分の体に起こっている変化や生活習慣との関係を伝える
- ・**対象者の状況のアセスメント**が大切。
現在の生活習慣は？保健指導の受け入れ状況、行動変容ステージ(準備段階)は？健康に対する考えは？(身体活動・運動、食生活、たばこ、アルコールなど)
- ・**実現できる行動目標を共に考える**ことができる
- ・行動目標の実行と継続を支援する
- ・評価結果をいかして、行動変容の継続を高めることができる

81

「動機づけ支援」「積極的支援」に必要な 詳細な質問票の項目(例)

標準プログラム【改訂版】P.119、120

- | | |
|---|---|
| <p>①食生活習慣
食事の内容、回数、量及び間食や外食の習慣、噛む習慣(咀嚼回数や噛みごたえの食品の摂取状況等)、主たる調理者などを把握する。</p> <p>②身体活動状況
身体活動の種類・強度・時間・回数等を把握する。</p> <p>③運動習慣
日常的に実施している運動の種類・頻度・1日当たりの実施時間等、運動習慣の有無と程度に関する情報を把握する。</p> <p>④休養・睡眠
休養の取り方、睡眠の質、睡眠時間などの状況を把握する。</p> <p>⑤飲酒状況
飲酒量、頻度など飲酒の状況を把握する。</p> <p>⑥喫煙状況
現在及び過去の喫煙や禁煙状況等を把握する。</p> | <p>⑦健康意識・知識
対象者の健康観や健康管理に関する知識などを把握する。</p> <p>⑧生活習慣改善に関する行動変容のステージ(準備状態)
生活習慣に関する行動変容のステージ(準備状態)を把握する。</p> <p>⑨過去にとつた保健行動
健康のために、過去に何か実施したことがあるか把握する。</p> <p>⑩治療中の疾病等
標準的な質問票等で把握できない生活習慣病等の疾病や妊娠糖尿病、妊娠高血圧症候群(以前の「妊娠中毒症」)*などの既往の有無及び医師からの生活習慣に関する指示や制限を把握する。</p> <p>⑪その他
仕事の内容、勤務時間、家族の状況、ストレスの有無や対処方法などについて把握する。</p> |
|---|---|

82

(別冊)保健指導における学習教材集

本教材集は、国立保健医療科学院ホームページ上にデータベースとして掲載し、保健指導実施者が必要に応じて教材をダウンロードできるとともに、さらに自由に改変して使用できるようにしている。

※URL <http://www.niph.go.jp/entrance/index1.html>

対象者が自分の生活や身体の状態について現状を知るための教材例

代謝等身体メカニズムに関する知識を伝えるための教材例

行動変容のために具体的に何をどうすればよいかを選択できるための教材例

83

健診・保健指導事業に関わる者に
求められるもの

84

事業の企画・立案・評価を担う者が有すべき資質

標準プログラム【改訂版】P.17～19

1) データを分析し、優先課題を見極める能力

- 医療関連データ等を分析し、対象集団の健康課題を抽出し、優先課題を設定できる。

2) 健診・保健指導の企画調整能力

- 優先課題の目標設定ができ、事業計画を立てることができる。地域や職域の様々な関係機関等との協力体制の構築や地域に必要な社会資源の開発など多くの関係者間のコーディネートができる。健診受診率、保健指導実施率向上のための効果的な方策を企画できる。

3) 健診・保健指導の委託に関する能力

- 健診・保健指導を委託する場合、費用対効果が高く、業務の目的、目標や範囲を明確にし、これらに合致した事業者の状況を確認した上で事業者の選択と適切なモニタリングや評価ができる。

85

事業の企画・立案・評価を担う者が有すべき資質

4) 事業の事後評価を行う能力

- データ分析から、事業の効果を評価でき、評価結果を次年度の企画立案につなげることができる。

5) 保健指導の質を確保できる能力

- 質の向上のための保健指導実施者自らが保健指導の方法や対象疾患の知識等について学習する環境づくりや研修の実施など、人材育成に取り組むことができる

6) 保健指導プログラムを開発する能力

- 新しい知見や支援方法に関する情報収集を行い、実際の支援場面での対象者の反応や保健指導者に対する評価に基づいて、より効果的な保健指導プログラムの開発や現行の保健指導プログラムの定期的な見直しができる。

86

健診・保健指導実施者が有すべき能力

標準プログラム【改訂版】P.20～24

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

- 摂取エネルギー過剰、運動不足などの食習慣・運動習慣・喫煙習慣・飲酒習慣等の問題による代謝の変化（血糖高値、脂質異常などの変化で可逆的なもの）が血管の変化（動脈硬化等の不可逆的なもの）になるという発症や重症化のメカニズムをしっかりと押さえ、対象者が納得できるよう説明できる。

2) 対象者との信頼関係を構築できる能力

- 対象者の健康観を尊重しつつ、前向きな自己決定を促すため、具体的な方策を対象者ととともに考え、行動変容につながる支援ができる

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健康課題を総合的にアセスメントができる。

4) 安全性を確保した対応を考えることができる能力

※新規

- 健診の検査結果等から、病態を適切に判断し、受診勧奨、保健指導その他の方策について適切に判断できる

87

健診・保健指導実施者が有すべき能力

5) 相談・支援技術

- 対象者への支援に合わせて、生活習慣の改善や行動変容の評価・分析を行い、その結果からさらに効果的な保健指導方法を創意工夫できる。

6) 個々の生活習慣に関する専門知識をもち活用できる能力

- 栄養、身体活動、たばこ、アルコールなどについて、対象者の置かれた環境を踏まえた支援の提案や、国や自治体の事業や計画に関して情報提供できる。

7) 学習教材を開発する能力

- 科学的根拠に基づいた適切な学習教材の開発ができ、地域の実情に応じて保健指導の学習教材等を工夫、作成できる。

8) 活用可能な社会資源に関する情報収集を行う能力

- 日頃から、活用可能な社会資源の種類や、活用のための条件等について十分な情報収集を行い、地域・職域の資源を効果的に活用した支援ができる。

88

ポピュレーションアプローチとの連動

89

ポピュレーションアプローチとは

- 多くの人々が少しずつリスクを軽減することで、集団全体としては多大な恩恵をもたらすことに注目し、集団全体を良い方向にシフトさせること。

(平成18年度ポピュレーションアプローチに関する先駆的活動検討委員会、
参考文献;水嶋春期, 地域診断のすすめ方-根拠に基づく健康施策の基盤, 医学書院, 2000)

- 対象を一部に限定しない、集団全体に対する予防法
(あるいは戦略)

(健康日本21実践の手引き、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの効果的な融合に向けて より)

90

多くの人々が少しずつリスクを軽減させることで、集団全体には多大な恩恵をもたらすことに注目し、集団全体の分布をシフトさせる手法である。

これは、ハイリスクのみならず境界域・正常高値の人々がそれぞれのリスクの減少も期待するという考え方。

生活習慣病におけるポピュレーションアプローチとしては、「健康づくりの国民運動化」「全住民を対象とした活動」として、メタボリックシンドロームの概念の定着や具体的な施策プログラムの提示などをおこない、また、産業界も巻き込んだ戦略的展開等が挙げられている。

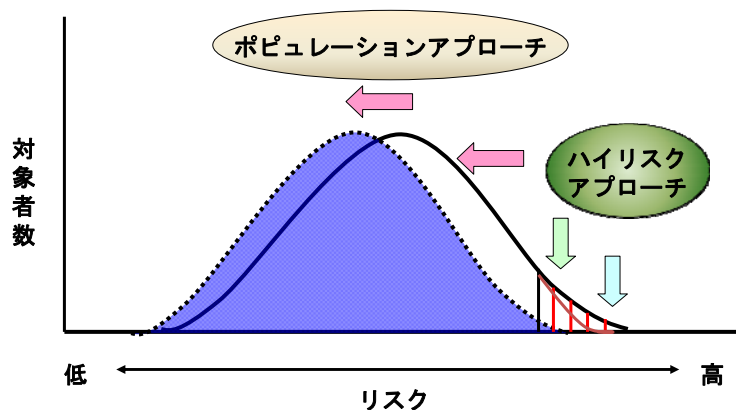
平成18年度先駆的保健活動交流推進事業「やってみよう！ポピュレーションアプローチ」より

91

予防のアプローチ

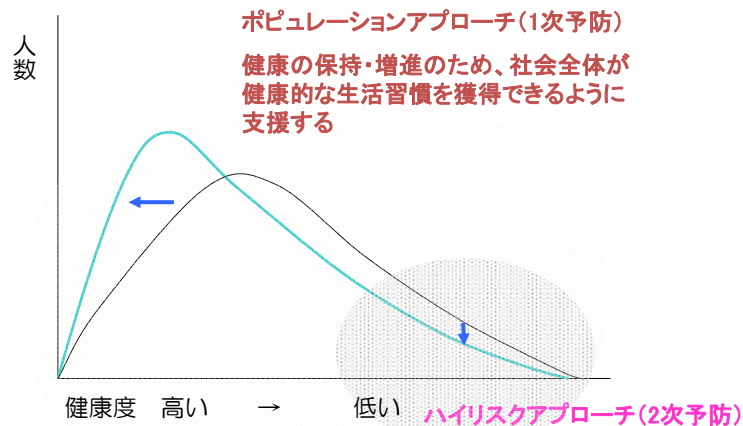
ハイリスク・アプローチ: より高い危険度(リスク)を有する者に対して、そのリスクを削減することによって疾病を予防する方法

ポピュレーション・アプローチ: 集団全体で危険因子を下げる方法。
(健康日本21企画検討会・計画策定検討会報告書より)



92

ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチ



※ ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチを効果的に行うことで、**健康度の高い人の割合が増加するとともに、健康度の低い人の割合が減少し、社会全体の健康度が上がる**

93

ポピュレーションアプローチの具体的な取り組み例

項目	具体的な取り組み内容例
健康づくりに関する意識啓発	健康づくりに関する各種啓発資料の配付、健康づくりキャンペーンやウォーキング大会等のイベント開催による意識啓発、学校・職場等における健康教育の推進
地域ぐるみの健康づくり活動の推進	地域単位のウォーキング運動の推進、ウォーキングコースの設定等
地域キーパーソンの養成	地域で健康づくり活動を進めるボランティア等の養成、ボランティア活動への支援
自主グループ活動への支援	健康づくりに関する自主グループの組織化への支援、自主グループ活動への側面的支援(活動の場、器材、情報等の提供)

市町村における特定健診・保健指導実施にむけた関係者研修会～効果的な事業運営のポイント～ 福島県立医科大学医学部 公衆衛生学講座 安村誠司 講演.pptより 2007, 2, 15

94

ソーシャル・キャピタルという考え方

ソーシャル・キャピタル(社会関係資本)とは・・・

「社会的つながり」「社会全体の人間関係の豊かさ」を意味する

ソーシャル・キャピタルの豊かな地域とは・・・

その地域内に市民参加のネットワークが多様に活動していて、住民同士の信頼感が高く、「お互いさま」の規範が根付いている地域です。

健康づくり = 地域づくり = **ソーシャル・キャピタルの醸成**
行政目標

95


健康日本21(第二次)でのソーシャルキャピタルの位置付け

第一 国民の健康の増進の推進に関する基本的な方向

四 健康を支え、守るための社会環境の整備

個人の健康は、家庭、学校、地域、職場等の社会環境の影響を受けることから、社会全体として、個人の健康を支え、守る環境づくりに努めていくことが重要であり、行政機関のみならず、広く国民の健康づくりを支援する企業、民間団体等の積極的な参加協力を得るなど、国民が主体的に行う健康づくりの取組を総合的に支援する環境を整備する。

また、地域や世代間の相互扶助など、地域や社会の絆、職場の支援等が機能することにより、時間的又は精神的にゆとりのある生活の確保が困難な者や、健康づくりに関心のない者等も含めて、社会全体が相互に支え合いながら、国民の健康を守る環境を整備する。

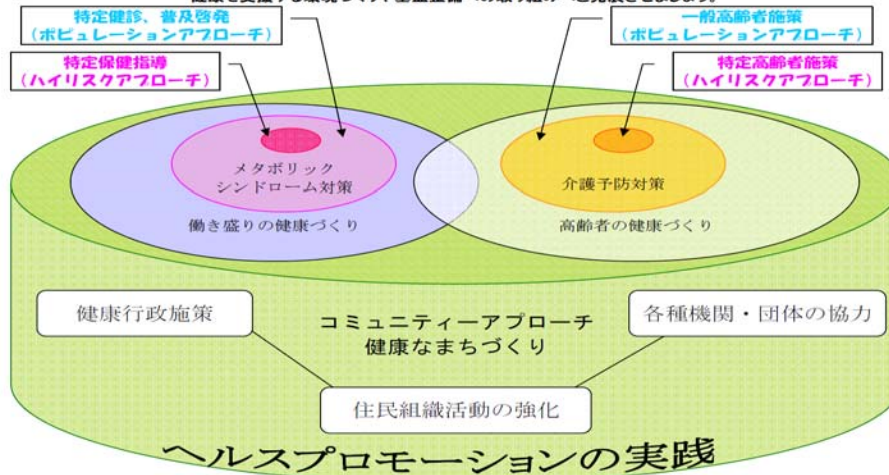


項目	現状	目標
① 地域のつながりの強化(居住地域で互いに助け合っていると思う国民の割合の増加)	(参考値)自分と地域のつながりが強い方だと思う割合 45.7% (平成19年)	65% (平成34年度)

96

生活習慣病予防とコミュニティアプローチ

特定のリスクを念頭においた**ハイリスクアプローチ**や**ポピュレーションアプローチ**だけではなく、
 疾病予防にとどまらず、ヘルスプロモーションの理念に基づいたコミュニティアプローチ、健康なまちづくりへの
動きをつくりましょう。そのために、個人、グループ、地域社会の3つの対象へのアプローチを総合的に**みて**、
 住民組織活動を強化し、行政、各種機関・団体等を**つなぎ**、
 健康を支える環境づくりや基盤整備への取り組みへと発展させましょう。



特定のリスクを想定した取り組みと、想定しない、できない取り組みの関係
 「ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの効果的な融合に向けて」ポピュレーションアプローチ推進・評価事業 報告概要冊子から抜粋

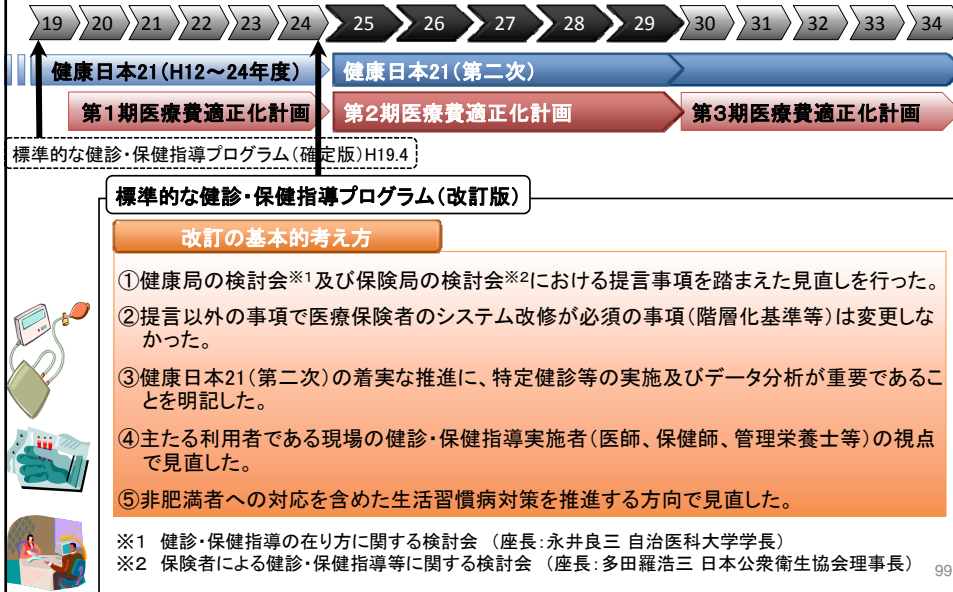
97

標準的な健診・保健指導 プログラム(改訂版)について

98

標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版)について

健康日本21(第二次)や第2期医療費適正化計画の着実な推進に向けて、検討会から提言された非肥満者への対応を含め、生活習慣病対策としての健診・保健指導を推進するため、現場の健診・保健指導実施者を一層支援する方向で見直しを行った。



標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】のポイント

健康日本21(第二次)や第2期医療費適正化計画の着実な推進に向けて、検討会から提言された非肥満者への対応を含め、生活習慣病対策としての健診・保健指導を推進するため、現場の健診・保健指導実施者を一層支援する方向で見直し

① 保健事業のPDCAサイクルの考え方を記載するとともに、健康日本21(第二次)の着実な推進に特定健診等の実施及びデータ分析が重要であることを明記

② 情報提供・受診勧奨の記載の充実と活用しやすい文例集の提示

- ・ 検査の結果、医療機関への受診勧奨レベルにあることや、継続治療が必要なことがあきらかになった者に対しては、受療や服薬の重要性を認識してもらえるよう支援を行うこと、受診勧奨レベルにある者に対しては、医療機関への受療行動に確実に結びつくような情報提供が必要である。
- ・ また、保健指導レベルにない者も含め、検診結果に基づき自らの健康状態や留意点、健診受診の重要性について理解してもらうことが重要である。
- ・ このため、健診結果とともに対象者に示す「フィードバック文例集」を添付し、あわせて面接等により指導を行うことや、医療機関の受診確認等を行うことの重要性を示す。

フィードバック文例集の活用について

標準プログラム【改訂版】P.87

【健診判定と対応の分類】

例：脂質異常に関するフィードバック文例集

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 \geq 180mg/dL 又はTG \geq 1,000mg/dL	①すぐに医療機関の受診を	
		140 \leq LDL $<$ 180mg/dL 又は300 \leq TG $<$ 1,000mg/dL	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	120 \leq LDL $<$ 140mg/dL 又は 150 \leq TG $<$ 300mg/dL 又は HDL $<$ 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 $<$ 120mg/dL かつTG $<$ 150mg/dL かつHDL \geq 40 mg/dL	⑤今後も継続して健診受診を	

④の場合（非肥満者） ●120mg/dL \leq LDL $<$ 140mg/dL

脂質検査の結果、悪玉コレステロールが境界域（高い人と正常の人の間）でした。これ以上高くなならないよう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油や魚をとるようにしましょう。

101

（つづき）

また、卵などコレステロールの多い食品も控え目にし、禁煙しましょう。ただし、もしあなたが糖尿病、慢性腎臓病、心血管病（心臓や血管の病気）などをもっている場合は、動脈硬化が進行している可能性が高く、心筋梗塞などになりやすい状態と考えられますので、医療機関でこれらの病気についての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。

④の場合（非肥満者） ●150mg/dL \leq TG $<$ 300mg/dL

脂質検査の結果、中性脂肪が高いことがわかりました。糖分やアルコールを控え、若い時に比べて体重が増えた人は減量しましょう。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） ●HDL $<$ 40mg/dL

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

102

③ 喫煙、アルコールのリスクに着目した保健指導の強化

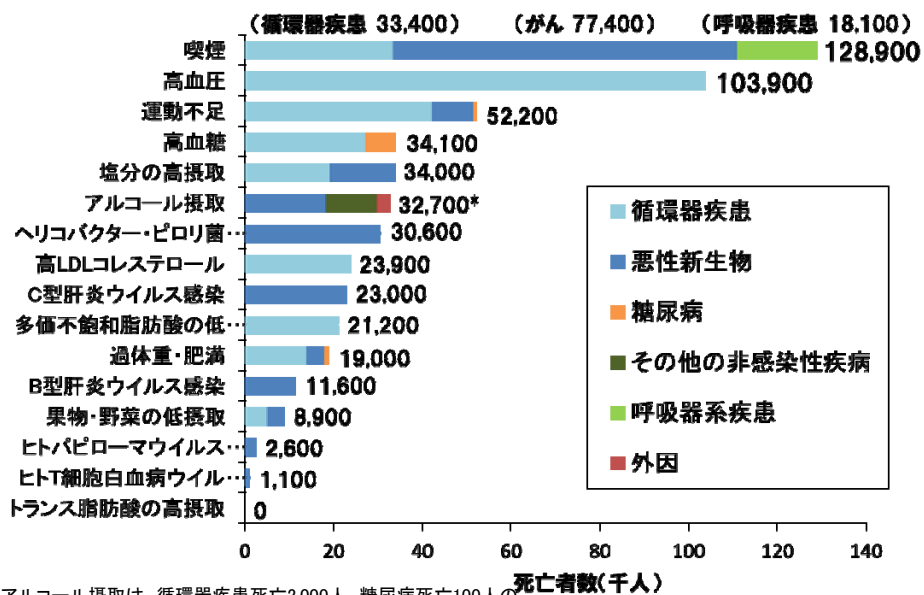
- ・ 喫煙は血圧とともに循環器疾患の発症リスクとして重要である。一方、アルコールも一定の量を超えると循環器疾患のリスクが高まる。
- ・ これらのリスクに着目して健診当日からの保健指導を含め、支援を充実させることが重要であることから、具体的な保健指導ツールを紹介。



103

わが国におけるリスク要因別の関連死亡者数

(男女計、2007年)

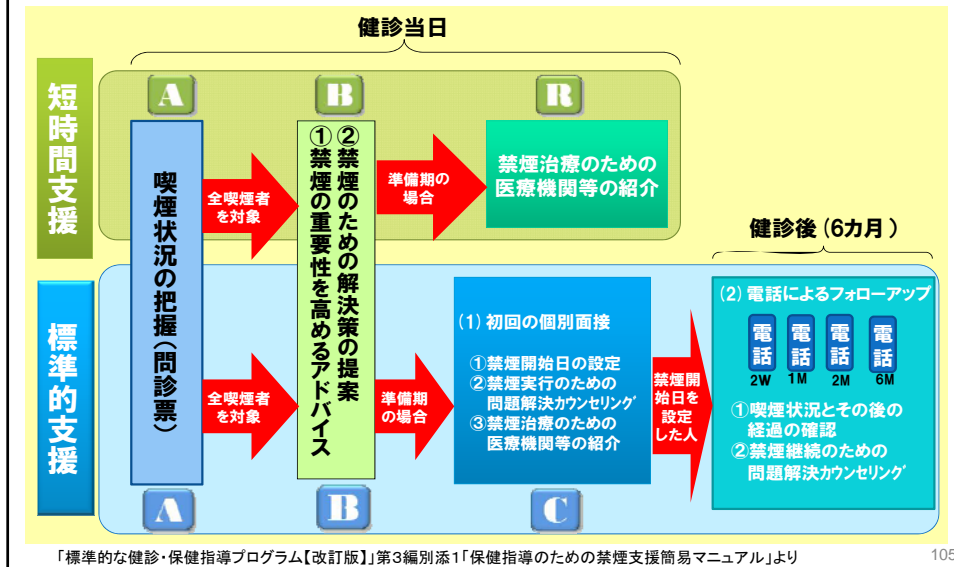


104

健診・保健指導における禁煙支援の内容

標準プログラム【改訂版】P.167～

短時間支援(ABR方式)と標準的支援(ABC方式)の流れ



105

健診・保健指導におけるアルコール使用障害スクリーニング及び減酒支援

標準プログラム【改訂版】P.176～

例：アルコールのリスクに着目した保健指導について
→別添資料でスクリーニングと減酒支援(ブリーフインターベンション)の紹介



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

「危険な飲酒や有害な飲酒に対するスクリーニングおよびブリーフインターベンション」は、WHOが2011年に採択した「アルコールの有害な使用を低減するための世界戦略」において推奨されています。

スクリーニング

Q) アルコール使用障害同定テスト(AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test)とは？

A) アルコール問題のスクリーニングの一つ。WHOが問題飲酒を早期に発見する目的で作成したもので、世界で最もよく使われています。

ブリーフインターベンション

Q) 減酒支援(Brief Intervention)とは？

A) 対象者の特定の行動(この場合は飲酒行動)に変化をもたらすことを目的とした短時間のカウンセリング。海外では活発に用いられています。

【作成】厚労省科学研究費補助金

「わが国における飲酒の実態把握およびアルコールに関連する生活習慣病とその対策に関する総合研究」
(研究代表者: 樋口 進 国立病院機構久里浜医療センター病院長)

106

④ 特定保健指導におけるポイント制の見直し

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

→支援Bは必須でなくなった

⑤ HbA1cの表記をJDS値からNGSP値に変換

- ・ 平成25年度からは従来のJDS値ではなく、NGSP値で表記。
- ・ JDS値とNGSP値は、以下の式で相互に正式な換算が可能。

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

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



107

標準的な健診・保健指導プログラム 改訂に伴い...

PDCAサイクルに基づいて事業展開している自治体や健康保険組合の取り組みを紹介した事例集も、見直しを進めています。



108