

令和5年3月7日	資料2-2
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	

第3章 保健指導の実施

3-1 基本的事項

標準的な保健指導プログラムについて

本プログラムでは特定保健指導を中心に、それ以外の情報提供や保健指導についても対応する内容について、現段階で考え得る最低限実施すべき情報提供・保健指導について要件を記載する。なお、これらの要件については、保健指導実施機関による多種多様な保健指導の実績・成果を蓄積・分析することで、継続して再評価・整理される必要がある。

また、保健指導実施機関の創意工夫によって、より有効な保健指導の内容や実施形態等が明らかとなり、提供される情報提供・保健指導にそれらが反映されることが期待される。

このため、本プログラムについても、情報提供・保健指導の実施状況を踏まえ、今後も必要に応じて見直しを検討する。

3-2 保健指導のプロセスと必要な保健指導技術

健診受診者全員に対して、必要な情報提供を行うことは重要である。特定健康診査・保健指導において「情報提供」は、高確法第24条に基づく特定保健指導には該当しないが、同法第23条により保険者が健診結果の通知を行う際には、対象者が生活習慣を改善又は維持していくことの利点を感じ、行動変容やセルフケア（自己管理）を目的として行うべきである。

一般的な保健指導におけるプロセスに沿った効果的な保健指導技術の展開例を示す。

（1）保健指導の準備

① 保健指導の環境整備

- 対象者のプライバシーの確保、話しやすい環境設定を心がけて、場を設定する。
- 対象者にとって都合の良い時間帯に設定できるよう配慮する。
- 実現可能な1人あたりの時間を設定する。

② 資料の確認

健診結果（経年分が望ましい）、質問票（健診時の標準的な質問票や、「動機付け支援」、「積極的支援」に必要な詳細な質問項目[°]等）、前回までの保健指導記録等の内容を確認する。

③ 対象者に活用できる資源のリストの準備

- 教材、支援媒体、社会資源等のリストを準備する。

④ 保健指導実施者間の事前カンファレンス

- 担当者単独の判断による保健指導を避けるために、必要に応じて支援内容を複数の担当者間で確認しておく。
- 保健指導の流れや概要を示した資料を作成し、保健指導実施者の説明内容と方法を統一する。

[°] 第3編第3章3-7（6）「動機付け支援」、「積極的支援」に必要な詳細な質問項目を用い、対象者に事前に記入を求め、保健指導の際、対象者と内容を確認しながらアセスメントすることも効果的である。

(2) 対象者との信頼関係の構築

① 自己紹介

- 自己紹介の後、対象者の氏名を確認し、保健指導実施者としての立場や役割、目的、タイムスケジュール等を説明し、面接を実施することの本人の同意を確認する。

② 話しやすい雰囲気づくり

- 非言語的アプローチを含め、ねぎらいと感謝で迎える等の雰囲気づくりをする。
- 対象者の話すスピードや理解の度合いを把握し、そのペースを大切にする。
- 対象者の緊張感等にも配慮しながら、必要に応じてユーモアを入れたり、具体的例示等を盛り込む等、話しやすい環境づくりに努める。
- 対象者の生活背景や価値観に配慮する。

なお、ICTを活用した際の保健指導におけるこれらの留意事項は、第3編第3章3-3を参照のこと。

(3) アセスメント（情報収集・判断）

① 対象者の準備段階や理解力、意欲の確認

- 対象者が面接目的を理解しているかを確認する。
- 今回の健診結果とこれまでの健診結果の推移を確認する。
- 家族歴や家族の状況を確認する等、疾病や健康に対する価値観や関心を探りながら話す。
- 健診結果の持つ意味を対象者と一緒に確認し、データと病態との関連が自分のこととして認識できるよう支援する。その際、対象者の関心の度合いや理解度を考慮し、教材を選択し、絵を描く等してイメージを持てるように工夫する。
- ほかの検査結果とも関連づけながら、予防や改善に向けての関心や注意を促す。
- 対象者の行動変容のステージ（準備状態）の段階を理解する。

- ② 生活習慣についての振り返りと現状の確認
- 対象者とこれまでの生活習慣を振り返り、生活習慣と健康や検査結果との関連について理解しているか、対象者の関心の有無等を把握する。
- 現在の生活習慣や健康状態の確認を行う。
- 対象者の日常の努力や取組を確認し、評価する。
- 対象者が考える現在の行動変容のステージ（準備状態）について尋ね、関心のあるところから話を始めていく。
- 生活に即した目標設定のために、「動機付け支援」、「積極的支援」に必要な詳細な質問項目等を活用して、習慣的な食事時間や量、間食習慣、喫煙習慣、飲酒習慣等についても確認する。職業や居住形態だけでなく、生活状況や生活環境等も確認する。また、食生活や身体活動等の生活習慣、喫煙・飲酒習慣は、その量や内容だけでなく、本人の思いや周囲の協力の有無等についても確認する。特に、喫煙・飲酒習慣については、問診票の内容を参考にしつつ、改善の必要があれば実行可能なことはないか確認する。

（４）気付きの促し

- ① これまでの生活習慣とその改善の必要性についての理解の促し
- 健診結果が変化した時期の生活を確認する。
- 対象者の身近な集団の生活習慣の特徴を示し、関心を促す。
- 健診結果やこれまでの振り返りの中から、生活習慣の背景にある対象者の思いや考えに配慮しつつ、生活習慣の改善の必要性を実感できるよう導く。
- 対象者の食生活に合わせ、自分の食行動や食事量と改善目標とする食行動や食事量（たとえば、間食や飲酒量等）との違いを確認できるように促す。
- ② 生活習慣を改善することで得られるメリットと、現在の生活習慣を続けることのデメリットの理解の促し
- 生活習慣の改善により、睡眠の質の改善や便秘の解消等といった、副次的効果も期待できることを伝える。
- 毎日実施することが難しそうな場合は、週に何回か実施することでもメリットがあることを説明する。

- 無関心期の者には、日常生活に目を向けられるように促し、特定保健指導の場合、メタボリックシンドロームの病態や予後についての意識付けを行う。
 - 好ましくない生活習慣を続けることのデメリットについて理解を促し、行動変容への自信を高める（対象者の身近な人に起こった出来事等から、対象者が気になっている生活習慣病やその病態、関連する保健行動について、対象者の知識・認識を確認しつつ、好ましくない保健行動を継続することによるデメリットを伝える。また、望ましい保健行動を継続したことで健診結果が改善した人の感想を伝え、対象者にも実行可能であることの認識を促す）。
- ③ グループワークの活用
- グループワークの場合はグループダイナミクスを利用して、気づきが自分の生活状況の表現のきっかけになるようにする。
 - グループワークでお互い共有できる部分があることを知ることにより、仲間と共に具体的な生活改善に取り組もうとする意欲を促す。
 - グループ内の他者の生活状況等から、対象者自身の生活習慣を振り返るきっかけになるよう支援する。

(5) 科学的根拠に基づく健康行動の理解促進及び教材の選定

① 保健指導の際に活用する資料

保健指導の実施に当たっては、支援のための資料や学習教材等を整備することが必要であるが、これらは、各学会のガイドライン等を踏まえた常に最新の知見、情報に基づいたものにしていくことが重要であり、常に改善が必要である。

また、支援のための資料等は、対象者に対するもののみでなく、保健指導実施者に対する資料も必要となる。さらに、それぞれ支援のための資料等は何を目指して使用するのかということをはっきりとすることと、地域の実情や職域の状況に応じた工夫をしていくことが重要となる。

○ アセスメントに関する資料

対象者の課題を明確化するために、身体状況、健康に関する意識、生活習慣、生活環境、家庭や仕事等の社会的背景等についてアセスメントを行うための資料である。

○ 行動目標設定のための資料

達成目標を実現するための行動目標を設定し、評価をしていくための資料である。

○ 社会資源に関する資料

対象者の行動目標の設定や、目標達成のために必要な社会資源の情報や活用方法等を提供するための資料である。

○ 知識の提供・生活習慣改善のための資料（学習教材）

生活習慣病やメタボリックシンドロームのような疾患に関する知識、生活習慣に係る意識啓発や実際に生活習慣を改善するための具体的な方法を提供するための資料である。

○ 自己実践を支援するための資料（特に継続的に支援するための資料）

対象者が設定した行動目標の達成のために活用する実践状況の記録、通信による支援等のための資料である。これらには、体重変化や食事内容、活動量等を対象者自身がモニタリングできるようなアプリケーション等ICTを活用したものも含まれる。

○ 保健指導実施者用の資料

個別支援やグループ支援の実施方法や実施状況、支援内容の記録等に関する資料である。

② 対象者の行動変容を促すことができるような教材の選定

教材等を選定するに当たっては、対象者の関心度や理解度、生活環境等にあったものであるか等について、十分に吟味する。たとえば、以下の点について検討する。

- 対象者が体に起こっている変化を実感し、現在の健康状態を理解できるような教材であるか。
 - 身体活動・運動によるエネルギー消費量と、よく食べる料理・菓子・アルコール等の摂取エネルギー量を一緒に見ながら考えることができるような教材であるか。
 - これまでの生活習慣について、何をどう変えたらよいか、そしてこれならできそうだと実感できるために、1日あたりの生活に換算して示せるような教材であるか。
 - 習慣化している料理や食品等から、エネルギーの過剰摂取改善に寄与し、かつ対象者が生活習慣の改善として受け入れやすい教材等であるか。たとえば、調理法（揚げ物等）、菓子・嗜好飲料（ジュース、缶コーヒー、アルコール等）の量とエネルギー等との関係等の内容が掲載されているか。
- ③ 教材等の活用について
- 教材等と一緒に見ながら、疾患のメカニズムや生活習慣との関係について説明（例えば、特定保健指導の場合、生活習慣病に関する代謝のメカニズムや内臓脂肪と食事（エネルギーや栄養素等）の内容や身体活動との関係について説明）する。
 - 効果的な食生活・身体活動の根拠について説明する。
例）学会等の治療ガイドライン、日本人の食事摂取基準、食事バランスガイド、健康づくりのための身体活動基準2013、健康づくりのための身体活動指針（アクティブガイド）等。
 - 現在の生活習慣における問題点への気づきがみられた際には、自らがその問題点について改善が必要であると自覚できるように、その問題点に関する加齢の影響等を含めて専門的な支援を行う。
 - 教材等の効果を確認しながら、必要に応じて教材等の改善につなげていく。

(6) 目標設定

① 数値目標の具体化

- メタボリックシンドローム改善の場合、6か月で体重の3～5%減量することで効果が期待できること、いったん体重を減量した後は、その維持が大切であることを説明する。また、その後の効果の継続のためには、初期の体重減少の実感が大事である。

② 自己決定の促し

- 日々の生活の中で実行でき、また継続できるよう、より具体的な行動計画を設定できるよう促す。
- 対象者が考え、自己表現できる時間を大切にす。
- 対象者が取り組むべき行動目標を選択する際には、「目標設定に利用できる健康行動の実施状況の把握（●ページ）」を参考にしてもよい。

③ 行動化への意識付け

- 目標達成に対する自信を確認し、達成のために障害となる場合を想定した対処法を対象者と共に考える。
- 設定した目標を見やすい場所に明示しておく等、行動化への意識付けを促す。
- 設定した目標や行動計画を家族や仲間に宣言することを促す。
- セルフモニタリングの意味と効用を説明する。その際に活用できる行動計画実施状況把握のためのチェックリストの具体的な例を様式2に示す。
- 行動目標を設定する際、対象者の行動継続を支援してくれるような身近な支援者（ソーシャルサポート）を設定し、サポートを得るための具体的な方法について助言する。

④ 社会資源・媒体等の紹介

- 具体的な支援媒体、記録表、歩数計等（ICTを利用したものを含む）を紹介し、可能であれば提供する。
- 健康増進施設や地域のスポーツクラブ、教室等のプログラムを紹介する。
- 地域の散歩コース等を消費エネルギーが分かるように距離・アップダウンを含めて提示する。

- 地域や職域の教室や自主グループ等を紹介する。
- 地域や職域の中で栄養表示やヘルシーメニューを提供している飲食店等が分かるような情報があれば提供する。

(7) 保健指導期間中の継続フォロー

- ① 継続フォローの重要性の説明と了解
 - 継続したフォローを実施することで、対象者の状況を把握し、適切な行動変容を行う上で何か問題があれば、その都度解決等を図ることも可能であることを説明する。
 - 対象者の負担とならない程度のフォロー頻度をあらかじめ確認し、設定しておく。
 - 目標達成ができなかった場合でも、あらためて目標達成に向けて取り組むことは可能であることを伝える。
 - これからも支援していくという姿勢・保健指導実施者の思いを伝える。
- ② 支援形態の確認
 - 個別面接（対面、オンライン）、グループ面接（対面、オンライン）、電話、電子メール等（電子メール、FAX、手紙、チャット等）の形態やアプリケーション等の活用の有無による対象者の希望に添った具体的な支援方法を確認する。
 - 対象者の事情、ICTリテラシーに応じて、途中でも支援形態は変更可能であることが望ましい。
- ③ 目標の再確認
 - 努力していること、達成感を得ていることを言語化してもらう。
 - 1回設定した目標の達成度と実行に当たって障害がなかったかを確認する。
 - 目標以外に実行したことを確認する。
 - 中間評価の時に自分の目標到達状況について、話してもらえようような関係作りをしていく。

- 目標に対する到達点を対象者にも評価してもらう。
- 対象者が成果を目に見える形で感じられるよう、数値や体調、気持ちの変化への気付きを促す。
- 対象者の努力を評価する。
- 目標が達成できなかった場合は、今後どうしていきたいか対象者の意向を確認してから、現実に合わせて実行できる目標に修正していく。

(8) 評価（3～6か月後）

① 目標達成の確認

- これまでの努力を対象者と共に評価し、目標達成状況、取組の満足度等を確認する。
- 期間中の保健指導が、対象者の生活にとってどのような効果をもたらしたかを確認できるようにする。
- 具体的に身についた知識やスキルを確認し、今後の具体的な目標の提示を促す。
- 今後、セルフケアを行っていくことへの意思を確認する。
- 減量した場合、リバウンドの予測と対応について助言する。
- 支援形態に合わせて、適切な方法で本人へ成果を提示する。
- 取組の評価や今後のアドバイス等に関する手紙やメール等を送付する。
- 今後の予定を説明する。

② 個人の健診結果の評価

- 毎年、必ず健診を受診するよう促し、次回の健診結果等を活用して、客観的な評価を行う。

(9) 適切な記録とデータ管理

- 適切な記録とデータ管理については、第3編第4章（6）を参考のこと。

(10) 参加を促す工夫

対象者の保健行動が定着するよう一定の期間、継続して支援を行うため、対象者が参加しやすい条件を整えることが必要である。

- 個別支援のみでなく、グループ支援により、対象者同士の交流を図り、グループダイナミクスを活用して対象者の行動変容への意識を高めることも必要である。
- グループ支援への参加推奨については、通知等の郵送だけではなく、電話や家庭訪問を組み合わせる等、参加者の参加をより一層促す方法を工夫することも重要である。
- プログラムには、食生活や身体活動等の実習・講習会等を取り入れ、対象者が自分の生活習慣を変容する上で必要な知識やスキルを習得する機会を設けることも重要である。
- 対象者が、自身の生活習慣や価値観について否定されたり、一方的に理想的な生活習慣を押しつけられるのではなく、保健指導実施者に受け入れられ、自らが生活習慣について改善すべきことや価値観の転換の必要性に気付くという過程を大切にする。
- いくつかの支援手段（メニュー）を組み入れ、対象者の状況や要望に応じて対象者がメニューを選択できる等、柔軟な仕組みとすることを考える。
- 個人情報に留意しつつ、対象者によっては、遠隔面接やアプリケーション等のICTを活用する等、効率的な支援方法を選択することが望ましい。

【参考】：目標設定に利用できる健康行動の実施状況の把握

これらの質問は、対象者が取り組むことができる行動を洗い出し、「まだしていない」あるいは「はじめた」行動から行動変容の目標を選択する目的で使用する。目標とする項目は対象者が自己決定し、支援者は効果的で実行可能な項目を選ぶ手助けをする。選択肢はいずれの項目も「している」、「はじめた」、「していない」の3択で使用する。ただし、「していない」には、全く意志がない場合と、意志はあるが実施出来ていない場合とが含まれることに留意し、「している」、「はじめた」、「頑張ればできそう」、「しようとも思わない」の4択を採用しても良い。

目標とする行動は多くなりすぎないように留意し、また記録してセルフモニタリングすることが望ましい。

総エネルギー	コーヒー・紅茶に砂糖やミルクを入れないようにしている。
	甘い清涼飲料水を飲まないようにしている。
	間食（菓子類・アイスクリーム）を食べないようにしている。
	毎食のご飯は茶碗1杯までにしている。
	パン食の時は菓子パン以外のものにしている。
	丼もの（カツ丼、天丼など）は食べないようにしている。
	野菜（いも類以外）はたっぷり食べるようにしている。
	肉は脂身（あぶらみ）の少ないものにしている。
	炭水化物を組み合わせた食事（ラーメンとライス、スパゲッティとご飯等）はやめるようにしている。
食塩	漬け物・梅干しや佃煮を減らしている。
	食卓でおかずに塩をかけないようにしている。
	食卓でおかずにしょう油をかけないようにしている。
	塩蔵魚（塩じゃけ・干物類）を減らしている。
	肉加工食品（ハム・ソーセージ）を減らしている。
	魚加工食品（かまぼこ・ちくわ）を減らしている。
	みそ汁をあまり飲まないようにしている。
	麺類（うどん・ラーメンなど）の汁を飲まないようにしている。
	煮物（しょうゆ味）を減らしている。
	味付けに酢・ゆず・レモンを使うようにしている。
	スパイスで上手に味付けをしている。
毎日果物を食べるようにしている。	
「G」コレステロール	朝食は和食にしている。
	魚を多くとるようにしている。
	ベーコンやソーセージは食べないようにしている。
	バター、チーズを食べないようにしている。
	バターやラードをやめ、サラダ油を使っている。
	菓子パン、洋菓子、スナック菓子をやめ、和菓子にしている。
	大豆製品（豆腐、油揚げ、など）をとるようにしている。
	インスタントラーメンは食べないようにしている。
牛乳やアイスクリームは低脂肪のものにしている。	

身体活動	歩数計を身につけるようにしている
	1日の活動量の目標を1万歩にしている。
	食後のウォーキングをしている。
	通勤や買い物は出来るだけ徒歩にしている。
	エレベーターを使わないで階段を上っている。
	週2回は何か運動やスポーツをしている。
飲酒	お酒は1日1合（ビールなら中瓶1本）までにしている。
	週1日以上、飲まない日を作っている。
肥満	毎日体重計で体重をチェックしている。
	1か月1キロの減量为目标にしている（肥満である人）。

様式 1

行動計画実施状況把握のためのチェックリストの具体的な例

【様式1】行動計画実施状況把握のためのチェックリストの具体的な例

* 対象者の行動目標・行動計画に合わせてチェック項目を作成してください

		日(月)	日(火)	日(水)	日(木)	日(金)	日(土)	日(日)
天気		晴 ☐ 曇 ☐ 雨 ☐ 雪 ☐	晴 ☐ 曇 ☐ 雨 ☐ 雪 ☐	晴 ☐ 曇 ☐ 雨 ☐ 雪 ☐	晴 ☐ 曇 ☐ 雨 ☐ 雪 ☐	晴 ☐ 曇 ☐ 雨 ☐ 雪 ☐	晴 ☐ 曇 ☐ 雨 ☐ 雪 ☐	晴 ☐ 曇 ☐ 雨 ☐ 雪 ☐
氏名								
身体チェック								
● 体重計測 (毎朝 計測)	計測した (計測時間 :) 計測しなかった	計測した (計測時間 :) 計測しなかった	計測した (計測時間 :) 計測しなかった	計測した (計測時間 :) 計測しなかった	計測した (計測時間 :) 計測しなかった	計測した (計測時間 :) 計測しなかった	計測した (計測時間 :) 計測しなかった	計測した (計測時間 :) 計測しなかった
● 今日の体重	() kg 計測しなかった	() kg 計測しなかった	() kg 計測しなかった	() kg 計測しなかった	() kg 計測しなかった	() kg 計測しなかった	() kg 計測しなかった	() kg 計測しなかった
● 腹囲計測 (毎週に1回計測)	() cm 計測しなかった	() cm 計測しなかった	() cm 計測しなかった	() cm 計測しなかった	() cm 計測しなかった	() cm 計測しなかった	() cm 計測しなかった	() cm 計測しなかった
身体活動チェック 目標: 60Kcal/日 消費量アップ 目安→普通歩行(10分間)約40Kcal								
● 普通歩行 10分	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった
● エレベーターではなく階段を使う	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった
● スポーツ() 上履2回)	できた() できなかった()	できた() できなかった()	できた() できなかった()	できた() できなかった()	できた() できなかった()	できた() できなかった()	できた() できなかった()	できた() できなかった()
● 今日の歩数	() 歩	() 歩	() 歩	() 歩	() 歩	() 歩	() 歩	() 歩
食事チェック 目標: 140Kcal/日 摂取ダウン 目安→ご飯(1杯)約300Kcal ざるそば(普通盛り1人前)約300Kcal								
● 甘い清涼飲料水(は飲まない 1本(500ml)約200Kcal)	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった
● コーヒーは無糖にする。 砂糖、ミルク入り缶コーヒー(185ml) 70kcal	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった
● 揚げ物・炒め物は1日料理まで	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった
● 毎食のご飯は茶碗1杯まで ご飯(1杯)約300Kcal	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった
● 3食以外の夜食は食べない ご飯(1杯)約300Kcal	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった
● ゆっくりよく噛む	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった	できた できなかった
総合チェック								
● 今日はよく頑張った!	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No
● 気分よい1日だった	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No

3-3 ICT を活用した保健指導とその留意事項

ICT を活用した保健指導の実施に当たっては下記事項について留意すること。

(1) 遠隔面接による保健指導の留意点

遠隔面接（情報通信技術を活用した面接をいう）は、ビデオ通話システムを使うことにより、顔が見えるだけでなく画面上で資料の提示も可能なため、対面に近いかたちで面接ができる。このため、対面での保健指導が困難であった対象者へのアプローチを広げる有効な手段である。

遠隔面接の実施にあたっては、実施体制、機器・通信環境を整備するとともに、資料・教材・器具等、対象者との情報共有、本人確認の方法について確立しておく必要がある。

また、遠隔面接等の実施時に交換される個人情報外部に漏えいすることがないように、保健指導実施者は、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。

遠隔面接を実施する際に、保健指導実施者が留意すべき事項について、下記に示す。なお、保健指導実施者が、自宅等勤務先以外で遠隔面接を行う場合も、これらの事項に留意しなければならない。

① 実施体制

- 個人情報の保護が可能であり、通信環境の整った面接室と機器を確保する。
- 面接室の確保が困難な場合は、カメラに映る背景をバーチャル背景に変える等の配慮し、対象者の音声が漏れないようヘッドセット等を準備する。
- ビデオ通話システムの操作を保健指導実施者以外の人が行う場合は、保健指導の内容についての守秘義務を課す等個人情報保護を踏まえた対応を行うこと。
- グループ支援において個別支援を行う場合には、個人情報保護のためビデオ通話システム上で空間を分けるなど、第三者のいない空間で支援を行う。その際、ビデオ通話システムでの操作や個別支援の担当者を決めておく。
- 遠隔面接の実施中に通信や技術的障害等によって、遠隔面接の実施が困難になった場合、実施者は対象者の同意を得た上で、遠隔面接を実施する機会を改めて設定する。

② 機器・通信環境

- ビデオ通話が円滑に実施可能な通信環境（映像と音声の送受信が常時安定し、円滑な状態^f、カメラや音声機能を含むビデオ通話機器を準備する。

- ビデオ通話システムのアプリケーション等のダウンロードにあたっては、使用するアプリケーション等の制作元やアプリケーション等のプライバシーポリシー、権限、利用条件、データの所在、脆弱性等を確認してから、使用の可否を判断する。その際、アプリケーション等は機器メーカー等の公式サイトからダウンロードするようにし、信頼できない提供サイトからのダウンロードは避ける^g。

- ビデオ通話システムの操作方法を修得しておく。

- ビデオ通話接続のための ID とパスワードは、保健指導ごとに毎回作成し、セキュリティを確保する。

- 保健指導の対象者の通信機器（スマートフォン、パソコン、タブレット端末）やインターネット環境などを事前に確認し、カメラ・マイク機能が使えるよう準備しておいてもらう。

- 保健指導の対象者から自宅以外の場所で保健指導を受けたいと申し出があった場合、個人情報が出れないよう、適切な場所を選んでもらう。

- 保健指導の対象者に、公共の無料 Wi-Fi は不正アクセスのリスクがあるため避けるよう伝える。

- 保健指導開始時には、ビデオ通話システムの接続状況（映像、音声など）を確認してから保健指導を実施する。

- 実施者と保健指導対象者とが相互に表情、声、しぐさ等が確認できるように環境を調整する。

- 遠隔面接の際は、内容が聞き取りやすいよう、普段より少し大きめの声でゆっくり話す。

^f 平成 30～令和 2 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）「循環器疾患・糖尿病等生活習慣病を予防するための情報通信技術を活用した保健指導プログラム及びその実践のための手引きの作成と検証」（研究代表者：春山早苗）

^g 独立行政法人情報処理推進機構「Web 会議サービスを使用する際のセキュリティ上の注意事項」を参照

- 遠隔面接の際は、カメラ越しでも表情や反応を読み取りやすくなるよう、表情を豊かに、お辞儀やうなずきを大きくする。
- 遠隔面接の際は、画面上の顔が見やすくなるよう採光や照明に注意する。
- ③ 資料・教材・器具等、対象者との情報共有
 - 対象者とカメラ越しに会話をしたり、必要に応じてスライドや文書、動画などの教材を提示できるようにしておく。
 - ビデオ通話システム上では、健診結果など個人情報画面上で提示することで起きうるリスク（予期せぬ第三者による覗き見など）を踏まえた対策を講じること。
 - ビデオ通話システムの画面上で提示する資料は、あらかじめルールを定めておくことが望ましい。
 - 健診結果の確認を行い、必要な教材を準備する。セキュリティの観点から画面上で提示できない資料や画面上での提示に適さない資料（物理的に見えにくい資料等）は面接日までに対象者に送付する等工夫する。
 - 教材は、ビデオ通話で提示や提供可能な形態であるか確認し、必要に応じて作成・改訂する。
 - 保健指導実施者は、対面指導と同等の質を維持できるよう基本的な面接技術を修得しておく（「3-2 保健指導のプロセスと必要な保健指導技術」参照）。
- ④ 本人確認
 - 保健指導開始前に遠隔面接の実施者および対象者の本人確認を的確に行う。
 - 実施者は、氏名及び所属を示す書類等を対象者に提示する。
 - 対象者の本人確認は、氏名、生年月日及び被保険者証記号番号等対象者であることがわかる番号を用いて照合する。

（２）アプリケーション等を用いた効果的な特定保健指導の工夫

特定保健指導にアプリケーション等を導入することにより、これまで紙媒体の教材により行っていた情報提供やセルフモニタリング記録などを、アプリケーション等を用いて行うことができ、対象者の行動変容の一助となることが期待される。

一方、アプリケーション等の活用による生活習慣改善の効果が指摘されているが、すべての人にとって効果的というわけではない。対象者のアプリケーション等の利用の意向や ICT リテラシーを確認し、アプリケーション等の利用が行動変容に効果的な対象者を見極めて導入することが重要である。

特定保健指導において活用が可能なアプリケーション等の機能とアプリケーション等を導入する際の工夫点について下記に列挙する。

① 効果的なアプリケーション等の機能

肥満者の体重変化を目的とした研究をまとめると、「情報提供」、「不特定なソーシャルサポート」、「アウトカムの目標設定」、「行動目標の設定」、「アウトカム（行動変容）のセルフモニタリング」の要素が減量に効果的であることが示唆されている^h。

- アプリケーション等を通じた手軽な情報提供やインターネットを介して同じ健康課題をもつユーザー同士の交流により、グループへの参加が困難な労働者層などに対するソーシャルサポートが強化され、行動変容への動機づけを高める効果が期待される。
- 保健指導では対象者自身が行動目標や行動計画、評価時期を設定できるよう支援していくため、アプリケーション等の「アウトカムの目標設定」や「行動目標の設定」の機能を活用することにより、目標の絞り込みが容易になる場合がある。
- アプリケーション等によるアウトカム（行動変容）のモニタリングにより、対象者と支援者の両者が進捗状況を共有することが容易になる。
- アプリケーション等には特定の生活習慣の改善や健康問題の解決を目的にしたものがある。
- アプリケーション等の利用を継続することにより効果が高まるため、対象者が普段よく使うインターネット利用機器を確認して導入する。

② アプリケーション等の活用方法の工夫

アプリケーション等を活用した保健指導では、初回面接時に対象者に適したアプリケーション等を導入する等の支援を行うことで、アプリケーション等の利用頻度が高まることが指摘されているⁱ。さらに、アプリケーション等の利用頻度が高いほどアウトカム（3か月後の食生活改善）の達成度が高いことも指摘されている^j。保健指導実施者は対象者がアプリケーション等の利用頻度を高める等、生活習慣を改善する効果が出るような工夫することが重要である。下記に

^h 令和2-4年度 国立研究開発法人日本医療研究開発機構「壮年期就労者を対象とした生活習慣病予防のための動機付け支援の技術開発に関する研究」（研究代表者：津下一代）

ⁱ 令和2-4年度 国立研究開発法人日本医療研究開発機構「壮年期就労者を対象とした生活習慣病予防のための動機付け支援の技術開発に関する研究」（研究代表者：津下一代）

^j 令和2-4年度 国立研究開発法人日本医療研究開発機構「壮年期就労者を対象とした生活習慣病予防のための動機付け支援の技術開発に関する研究」（研究代表者：津下一代）

アプリケーション等を活用してもらうための導入支援・活用支援の例を提示する。

a. 事前準備

- アプリケーション等の導入支援を行うため、面接の形態に関わらずインターネットを使える環境を整備し、また、利用者にはスマートフォン等のインターネット利用機器を持参するよう対象者に周知する。
- 保健指導実施者は、アプリケーション等の特徴、操作方法、機能などについて習熟しておく。支援の幅を広げるため、保険者が導入しているアプリケーション等だけでなく、対象者の経験談や評価から各アプリケーション等のメリット・デメリットについて情報収集するように努める。
- アプリケーション等の利用に必要な情報（ID やパスワードなど）やインストールのための情報を資料として準備しておく（面接時にインストールしない場合にも活用できるようにしておく）。

b. 初回面接におけるアプリケーション等の導入のための支援内容

- 対象者のインターネット利用機器や利用しているアプリケーション等の種類などを把握し、対象者に合ったアプリケーション等の選択や活用方法を提案する。
- 目標設定とセルフモニタリングの意義、アプリケーション等を利用してこれらを行うメリットを説明する。
- 保険者が提供可能なアプリケーション等の特徴・機能について、説明書を用いたり、実際にアプリケーション等の画面を見せたりして説明する（費用負担が生じる場合は必ず説明しておく）。
- アプリケーション等の選択にあたっては、対象者の意図する生活習慣の改善が見込まれる機能が含まれているか確認する。また、アプリケーション等で利用する機能は、対象者の生活スタイル、関心、ICT リテラシー等に応じて取舍選択することも考慮する。
- 対象者のアプリケーション等への関心や使用希望の有無、実行可能性をアセスメント・判断し、対象者の行動目標に合わせて使用するアプリケーション等を決定できるよう対象者の自己決定を支援する（対象者がすでに使用しているアプリケーション等を継続する場合も含む）。

- アプリケーション等の導入にあたっては、使用するアプリケーション等の制作元やアプリケーション等のプライバシーポリシー、権限、利用条件等を確認する^k。
 - アプリケーション等は携帯電話会社や OS・機器メーカー等の公式サイトからダウンロードするようにし、信頼できないアプリケーション等の提供サイトからのダウンロードは避ける^l。
 - ICT リテラシーに応じてインストールを支援し、操作方法を確認する。
 - アプリケーション等の利用開始時期を決定できるよう支援する。
 - アプリケーション等のセルフモニタリング機能を使用する場合、その共有方法を決める。
 - アプリケーション等の操作や不具合などのトラブルに対応する窓口を紹介する。
- d. 初回面接後の支援内容
- 対象者に合わせた情報提供（個別性のある情報提供や進捗に応じた情報提供等）や専門家からの助言がアプリケーション等による生活習慣改善の効果を高めることから^m、保健指導と組み合わせてアプリケーション等を活用することが望ましい。
 - アプリケーション等の利用状況を定期的に確認し、アプリケーション等の利用継続を促すとともに、生活改善の継続を支援する。
 - アプリケーション等の利用が継続できなかった場合はアプリケーション等の利用にこだわらず、保健指導自体の中断とならないよう行動目標への取り組みを支援する。

^k 総務省 国民のための情報セキュリティサイトより「携帯電話・スマートフォン・タブレット端末の注意点」を参照

^l 総務省 国民のための情報セキュリティサイトより「携帯電話・スマートフォン・タブレット端末の注意点」を参照

^m 令和2-4年度 国立研究開発法人日本医療研究開発機構「壮年期就労者を対象とした生活習慣病予防のための動機付け支援の技術開発に関する研究」（研究代表者：津下一代）

3-4 保健指導の未実施者及び中断者への支援

保健指導の効果を高めるためには、保健指導実施者や保険者が連携し、全ての対象者が確実に保健指導を受けるように努力することが必要である。

何らかの理由により支援の対象者の中に、保健指導を受けない者や中断者が発生している場合には、たとえば次のような支援を行うことが考えられる。

- 保健指導実施者は、対象者が保健指導を受けなかった場合、電話、電子メール等により実施予定日から1週間以内に連絡し、保健指導を受けるように促す。
- 初回時において、連絡したにもかかわらず対象者が保健指導を受けない場合は、情報提供は必ず実施することが必要である。
- 支援内容や方法、日時等について保健指導の計画を作成する際に対象者と十分な話し合いを行い、計画について対象者が十分に納得することにより、保健指導の終了まで継続的に支援できるように工夫する。
- 最終的に保健指導が未実施となった者、中断した者については、次回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。
- 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。
- 職域においては、事業主と連携し、未実施者が支援を受けやすく、支援を中断しにくい体制として、例えば、就業時間内での支援の実施等を検討することが必要である。

3-5 「無関心期」、「関心期」にある対象者への支援

行動変容のステージ（準備状態）が「無関心期」、「関心期」にある対象者については、保健指導に加えて行動変容につながりやすい環境整備を考慮する。

「無関心期」にある者でも、何かがきっかけとなって行動変容への意欲が向上することがある。そのため、ポピュレーションアプローチ（職域では、事業主と連携して）による、健康的な環境づくり（単に情報を提供するだけでなく、環境を整えて健康的な選択を誘導する等の取組み）が重要である。

3-6 2回目以降の対象者への支援

支援を実施しても、保健指導レベルが改善せず、繰り返し保健指導対象者となる場合がある。また、健診結果や生活習慣（行動変容ステージ）が改善したにも関わらず、連続して保健指導対象者になる場合もある。これらを踏まえ、2回目以降の対象者に対する支援としては、次の点に留意する。

- 保健指導実施者が同じ説明を繰り返すことに対して否定的な感情を持つ場合も少なくないことから、まずはこれまでの支援で対象者がどんな知識を得たのか、またどのような目標を立てて行動したのかを共に確認する。
- 対象者が「頑張ったけれど続かなかったこと」、「最初は減量できたのに、リバウンドしてしまった」等、自らの行動や体重変化を意識している分、これまでの支援よりも具体性、実践可能性を持った目標設定ができることから、対象者がより主体的に目標設定に参画できるよう促す。
- 減量等の目標を設定するに当たっては、前回までの目標値の達成状況を勘案して、無理のない目標設定を行う。なお、目標の再設定にあたり、目標の下方修正が生じる場合があるが、モチベーション低下を招かないよう配慮することが必要である。
- 同じ保健指導実施機関で実施する場合には、これまでの目標や達成状況、検査データの変化、前回の保健指導終了後からの取組状況、2回以上続けての保健指導利用に対する期待や不安等を確認することが望ましい。
- 年齢や支援開始時の状況等により、1回の支援だけでは結果（成果）が表れにくい場合があることについて理解を促し、長期的な健康管理を継続して支援しているという信頼関係が得られるよう、保健指導の機会を活用することが重要である。さらに、前回とは異なる支援資料が活用できるようにしておく等、マンネリ化を防ぐための工夫をすることが望ましい。
- 特に高齢者は、保健指導判定値を下回るほどの大幅な改善は難しいことから、繰り返し保健指導対象者になった場合であっても、現状維持をしていれば良好であると、前向きに考えることができるような支援を行うことが望ましい。
- 個別支援とグループ支援、講義（話）や身体活動、食生活の実技を取り入れる等、支援内容についても対象者にとってより興味が持て、効果が期待できる内容に変更する等の工夫をする。

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

本項では、特定保健指導に特化した内容を示す。よって、本項における健康診査は特定健診を、保健指導は特定保健指導のことをいう。なお、特定健診・保健指導の枠組以外においてもメタボリックシンドロームに関する保健指導についても活用が可能であるため、留意されたい。

なお、特定保健指導の運用の詳細は、「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」を参照すること。

(1) 対象者ごとの保健指導プログラムについて

本プログラムは、対象者の保健指導の必要性の度合いに応じて、「動機付け支援」、「積極的支援」に区分されるが、各保健指導プログラムの目標を明確にした上で、サービスを提供する必要がある。

なお、支援に当たっては、既存の保健事業や社会資源を活用し、地域や職域で行われている健康づくりのためのポピュレーションアプローチとも関連づけていくことが重要である。また、同じ対象者に対する支援は、毎年同じ内容を繰り返すことなく、対象者の特性や過去の指導内容を踏まえて常に改善に努めることが必要である。

(2) 保健指導実施者

保健指導は、医師、保健師、管理栄養士が中心となって担うこととする。「動機付け支援」及び「積極的支援」において、①初回の面接、②対象者の行動目標・支援計画の作成、③保健指導の評価は、医師、保健師、管理栄養士が行うこと。ただし、これまで保険者や事業者において看護師による保健事業がなされてきた実態を踏まえ、令和11年度末まで、引き続き、保健指導に関する一定の実務経験のある看護師ⁿが行うことも可能とする。

ⁿ 保健指導に関する一定の実務経験のある看護師について

- (1) 特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（平成19年厚生労働省令第157号）附則第2条中「保健指導に関する一定の実務の経験を有する看護師」とあるのは、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年間である必要はない。）、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。
- (2) 特定保健指導を受託する機関は、当該「保健指導に関する一定の実務経験を有すると認められる看護師」が受託業務に従事する予定がある場合には、委託元の保険者に対し、保険者や事業主等が作成した1年以上実務を経験したことを証明する文書（「実務経験証明書」という。）を提出すること。

「動機付け支援」及び「積極的支援」のプログラムのうち、食生活・身体活動に関する対象者の支援計画に基づく実践的指導は、医師、保健師、管理栄養士、そのほか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者^o、運動指導に関する専門的知識及び技術を有する者^p（公益財団法人健康・体力づくり事業財団が認定する健康運動指導士や事業場における労働者の健康保持増進のための指針に基づく運動指導、産業栄養指導、産業保健指導担当者等）が実施する。

^o 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者：「実践的指導実施者告示」（平成20年厚生労働省告示第10号）、「平成30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」（平成29年10月30日付け健発1030第1号・保発1030第6号）によると、

- ① 歯科医師又は、看護師、栄養士、薬剤師、助産師、准看護師、歯科衛生士であって内容が告示に定めるもの以上の食生活改善指導担当者研修を受講した者
- ② 事業場における労働者の健康保持増進のための指針（昭和63年9月1日健康保持増進のための指針公示第1号。以下「THP指針」という。）に基づく産業栄養指導担当者であって、告示に定める追加研修を受講した者又はTHP指針に基づく産業保健指導担当者であって、告示に定める追加研修を受講した者

^p 運動指導に関する専門的知識及び技術を有する者：「実践的指導実施者告示」（平成20年厚生労働省告示第10号）、「平成30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」（平成29年10月30日付け健発1030第1号・保発1030第6号）によると、

- ① 看護師、栄養士、歯科医師、薬剤師、助産師、准看護師、理学療法士であって、内容が告示に定めるもの以上の運動指導担当者研修を受講した者
- ② 公益財団法人健康・体力づくり事業財団が認定する健康運動指導士又は、THP指針に基づく運動指導担当者であって告示に定める追加研修を受講した者

また、それらの実践的指導においては、グループ支援を合わせて用いることも効果的であり、その場合は、地域内や職域の種々の関係者の協力を得ることが重要である。

保健指導において、禁煙支援を行う場合には、禁煙補助薬の活用が有効であることから、医師、薬剤師と連携する等、保健指導の内容や対象者の心身等を考慮し、他職種との連携を図ることが望ましい。

なお、医師に関しては、公益財団法人日本医師会認定健康スポーツ医等と連携することが望ましい。

さらに、保健指導実施者は、健診・保健指導の研修ガイドラインに記載されている研修を修了していることが望ましい。

(3) 「情報提供」

① 目的

対象者が健診結果から、自らの身体状況を認識すると共に、生活習慣を見直すきっかけとする。また、健診結果とあいまって、医療機関への受診や継続治療が必要な対象者に受診や服薬の重要性を認識してもらうと共に、健診受診者全員に対し継続的に健診を受診する必要性を認識してもらう。

② 対象者

健診受診者全員を対象とする。

③ 支援期間・頻度

年1回（健診結果の通知と同時に実施）あるいはそれ以上とする。

④ 支援内容及び支援形態

情報提供の支援内容として、下記の点に留意する。

- 全員に画一的な情報を提供するのではなく、健診結果や健診時の質問票から対象者個人に合わせた情報を提供する必要がある。
- 対象者に対して、健診結果に基づいた生活習慣の改善について意識付けを行うことが重要である。なお、自分の健康リスクを適切に認識できることや対象者のやる気を引き出すことができるよう、また、保健指導を拒否することや、医療機関を受診せずに放置する者を減らせるように、工夫することが重要である。そのためには、健診結果に基づき、健診受診者全員に自らの病気のリスクを自分自身の問題として認識してもらえよう、きめ細かな情報提供を行う。

- 健診結果や質問票から特に問題とされることがない対象者へは、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。あわせて、毎年の継続的な健診受診の重要性について、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。
- 医療機関への受診の必要性はないが、検査値に異常が見られる対象者へは、上記に加え、検査値を改善するための個人の状態に応じた生活習慣のアドバイスを提供する。
- 医療機関への受診や継続治療が必要な対象者へは、受診や服薬の重要性を認識してもらえるよう工夫する。「第2編別添健診結果とそのほか必要な情報の提供（フィードバック文例集）（●ページ）」を参照されたい。

a 健診結果

健診の意義（自分自身の健康状態を認識できる機会、日頃の生活習慣が健診結果に表れてくる等）や健診結果の見方（データの表す意味を自分の身体で起きていることと関連づけられる内容、疾病リスクとの関係で検査数値の持つ意味についての説明）を情報提供する。また、健診結果の経年変化をグラフ等により分かりやすく示し、対象者が経年的な身体の変化を理解できるよう工夫する。

b 生活習慣

メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する基本的な知識と、対象者の行っているどのような生活習慣が生活習慣病を引き起こすかという情報提供をする。

食事バランスガイドや「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）」等に基づいた食生活・身体活動等の生活習慣、料理や食品のエネルギー量、身体活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合わせて具体的な改善方法の例示等を伝える。

c 社会資源

対象者にとって身近で活用できる健康増進施設、地域のスポーツクラブや運動教室、健康に配慮した飲食店や社員食堂に関する社会資源の情報等も提供する。

情報提供の支援形態では、対象者や保険者の特性に合わせ、支援手段を選択する。主な手段としては、次のようなものが考えられる。

- 情報提供用の資料を用いて、個別に説明する。

- 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。

⑤ 特定保健指導非対象者について

階層化の結果、保健指導の対象には該当しなかった者については、情報提供することが、健康に関して動機付けとなる貴重な機会になることや、非肥満でも危険因子が重複すると、肥満者と同様に脳卒中等の脳・心血管疾患の発症リスクが高まること等に留意する。特に以下の者に対しては、生活習慣の改善や確実な医療機関への受診勧奨、生活習慣病のコントロールの重要性等について、必要な支援を直接行うことが望ましい。

- 腹囲や検査データ等は現在正常の範囲であるが、喫煙や食生活・身体活動等の生活習慣等に問題があり、今後の悪化が懸念される者
- 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
- 受診勧奨がなされているにも関わらず、医療機関を受診していない者
- 服薬中であるがコントロール不良の者

⑥ ICT等を活用した分かりやすい情報提供の推進

情報提供に当たっては、個人の健康の「気付き」につながるよう、ICT等も活用しながら分かりやすく健診結果等を提供すると共に、情報の内容も本人にとっての付加価値を高めるといった工夫が必要である。詳細については、「個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブを提供する取組に係るガイドライン（厚生労働省）」（<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000124579.html>）も参照されたい。なお、ICT等を活用して本人に分かりやすく健診結果の情報提供を行うこと等は、保険者における予防・健康づくり等のインセンティブにおいて、保険者種別に関わりなく共通的に取組む指標の1つに位置付けられている。

（４）「動機付け支援」

① 目的

対象者への個別支援又はグループ支援により、対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣を振り返り、自分のこととして重要であることの認識を促すことが重要である。その後、自身の生活習慣の改善点・伸ばすべき行動に気づき、生活習慣改善のための行動目標を自ら設定でき、保健指導後、対象者がすぐに実践（行動）・継続できるような動機付けとなることを目指す。

② 対象者

健診結果・標準的な質問票から、生活習慣の改善が必要と判断された者で、生活習慣の変容を促すに当たって、行動目標の設定やその評価に支援が必要な者を対象とする。

③ 支援期間・頻度

原則1回の支援を行い、3か月経過後に評価を行う。ただし、保険者の判断で、対象者の状況等に応じ、6か月経過後に評価を実施することや、3か月後の実績評価終了後にさらに独自のフォローアップ等を行うこともできる。実績評価後に、たとえばICTを活用して生活習慣の改善の実践状況をフォローする等、対象者の個別性や保険者の人的・財政的支援に応じた効果的・効率的な取組が期待される。

④ 支援内容及び支援形態

動機付け支援の支援内容及び支援形態については、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の「動機付け支援」を参照のこと。以下には、保健指導に必要な支援内容の具体を記す。

面接や詳細な質問項目⁹により対象者の生活習慣や行動変容ステージ（準備状態）を把握し、健診結果やその経年変化等から、対象者に対し、身体に起こっている変化の理解を促す。そして、対象者の健康に関する考えを受け止め、対象者が、自分の生活習慣の改善点・継続すべき行動等に気づき、自ら目標を設定し、行動に移すことができる内容とする。

特に、食生活については、栄養素の代謝メカニズムを理解し、食事や食材料の栄養的特性を踏まえた上で、実際の食べ方について具体的に指導を行うことが重要である。その際、対象者の関心や理解度、ライフスタイル等に応じて教材等を工夫して活用することが望ましい。

身体活動については、対象者の身体活動量や運動習慣、行動変容ステージ、生活・就労環境を把握した上で、それらの状況に応じた支援が必要である。また、身体活動の増加により、不慮の事故や運動器の傷害をきたす可能性が想定され

⁹ 「動機付け支援」、「積極的支援」に必要な詳細な質問項目 第3編第3章3-7(6)参照。

るため、安全に対する配慮が不可欠である。健康づくりのための身体活動基準2013、健康づくりのための身体活動指針（アクティブガイド）は、上述の身体活動増加のポイントが分かりやすく示されており、支援ツールとして活用できる。これらを踏まえて、対象者個人の健康状態や生活習慣から、重要度が高く、取組やすい情報について、ポイントを絞って提供することが望ましい。

a 面接による支援

- 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、対象者が生活習慣改善の必要性に気づき、自分のこととして重要であることを認識できるように支援する。
- 健康診査の受診後早期に初回面接を行うことは、健康意識が高まっている時に受診者に生活習慣の改善の必要性を理解させることにつながるため、重要である。
- 対象者が、生活習慣を改善するメリットと現在の生活習慣を続けるデメリットについて理解できるように支援する。
- 対象者の生活習慣の振り返り、行動目標や行動計画、評価時期の設定について話し合い、それらの設定や策定が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。
- 食生活・身体活動等の生活習慣の改善に必要な実践的な支援をする。
- 必要な社会資源を紹介し、対象者が有効に活用できるように支援する。
- 初回面接の分割実施の詳細については、「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」を参照のこと。

b 行動計画の実績評価

- 行動計画の実績評価は、対象者の行動変容の成果を把握すると共に、保健指導の質を評価するものである。
- 体重や腹囲の達成目標や設定した個人の行動目標が達成されているか、身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて評価を行う。

- 必要に応じて評価時期を設定して、対象者が自ら評価すると共に、3か月以上経過後に保健指導実施者による評価を行い、評価結果を対象者に提供する。
- 評価項目は対象者自身が自己評価できるように設定するが、体重及び腹囲は必須である。
- 今後、どのようにしていきたいか確認し、取組がうまく進まない場合や状態の改善が見られなかったり、悪化が想定される場面についての対応策を助言する。
- 次年度にも継続して健診を受診するよう勧める。

(5) 「積極的支援」

① 目的

「動機付け支援」に加えて、定期的・継続的な支援により、生活習慣の改善のための行動目標を設定し、目標達成に向けた実践（行動）に取り組ながら、保健指導終了後には、その生活習慣が継続できることを目指す。

② 対象者

健診結果・質問票から、生活習慣の改善が必要と判断された者で、そのために保健指導実施者によるきめ細やかな継続的支援が必要な者。

③ 支援期間・頻度

初回面接による支援を行い、その後、3か月以上の継続的な支援を行う。また、当該3か月以上の継続的な支援後に評価を行う。ただし、保険者の判断で、対象者の状況等に応じ、従前どおり6か月経過後に評価を実施することや、3か月経過後の実績評価の終了後にさらに独自のフォローアップ等を行うこともできる。実績評価後に、たとえばICTを活用して生活習慣の改善の実践状況をフォローする等、対象者の個別性や保険者の人的・財政的状况に応じた効果的・効率的な取組が期待される。

④ 支援内容及び支援形態

積極的支援の支援内容及び支援形態については、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の「積極的支援」を参照のこと。以下には、保健指導に必要な支援内容の具体を記す。

積極的支援では、動機付け支援に加えて以下の内容に留意する。

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、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、行動が継続できるように定期的・継続的に支援し、取組の工夫の確認や強化、また、継続ができていない場合はその理由の確認や目標の見直し等を行う。

a 初回時の面接による支援

- 動機付け支援と同様の支援とする（●ページ「第3編3-7（4）動機付け支援」④ a 面接による支援参照）。ただし、積極的支援においては、対象者が行動目標を達成するために必要な計画を立てるとともに、その内容を取りまとめた特定保健指導支援計画（様式1参照）を初回面接においてを作成する必要がある。
- 対象者の健康に関する考え方を受け止め、対象者が考える将来の生活像を明確にした上で、行動変容の必要性を実感できるような働きかけを行い、具体的に実践可能な行動目標を対象者が選択できるように支援する。
- 実践可能な行動目標について、優先順位を付けながら、対象者と一緒に考え、対象者自身が選択できるように支援する。
- 支援の結果として一定のアウトカムが得られるように、必要なプロセスを積み上げること。

b 3か月以上の継続的な支援

- 初回面接支援の際に作成した特定保健指導支援計画や実施報告書、支援計画の実施状況を確認するため、対象者の行動計画への取組とその評価等について記載したものの提出を求め、それらの記載に基づいた支援を行う。
- 継続的な支援の方法については、対象者の希望を踏まえて、必要に応じて決定していく。
- 保健指導は、個人又は集団を対象として行う方法があり、さらに各々について対面及びICTを活用した方法がある。支援の際は、それぞれの特性を踏まえ、適切に組み合わせて実施する。
- 生活習慣の改善に必要な事項について実践的な指導をする。

- 取組んでいる実践と結果についての評価と再アセスメント、生活習慣の振り返りを行い、必要があると認めるときは、行動目標や計画の再設定を行う。
- 行動計画の実績評価
- 行動計画の実績評価は、個別の対象者に対する保健指導の効果に関するものである。
- 体重や腹囲の達成目標や設定した個人の行動目標が達成されているか、身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて評価を行う。
- 必要に応じて評価時期を設定して、対象者が自ら評価すると共に、3か月以上の継続的な支援終了後に保健指導実施者による評価を行い、評価結果を対象者に提供する。
- 評価項目は対象者自身が自己評価できるように設定するが、体重及び腹囲は必須である。
- 今後、どのようにしていきたいか確認し、取組がうまく進まない場合や状態の改善が見られなかったり、悪化が想定される場面についての対応策を助言する。
- 実績評価時に、対象者が実践している取組内容及びその結果についての評価を行い、体重や腹囲が2cm以上かつ2kg減の達成目標に至らなかった場合は、中間評価として実施し、取組んでいる実践と結果についての評価と再アセスメント、生活習慣の振り返りを行い、必要があると認めるときは、行動目標や計画の修正を行う。
- 次年度にも継続して健診を受診するよう勧めるとともに、対象者が生活習慣の改善が図られた後の行動を継続するよう意識付けを行う。
- 継続的な支援の最終回と一体的に実施しても差し支えない。

積極的支援の支援形態については、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「積極的支援」を参照のこと。

⑤ 支援ポイント

- アウトカム評価とプロセス評価を合計し、180p以上の支援を実施することを保健指導終了の条件とする。

- 腹囲2cm以上かつ体重2kg以上減少又は体重が当該年度の特定健康診査の体重の値に0.024を乗じて得た値（kg）以上かつ腹囲が当該値（cm）以上減少したと認められた場合は180pと設定する。

- 腹囲2cm以上かつ体重2kg以上減に達していない場合においても、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲2cm以上かつ体重2kg以上減の過程である腹囲1cmかつ体重1kg減についても20pとして評価する。

- 生活習慣病予防につながる行動変容をアウトカム評価として用いる際は、初回面接や中間評価において、目標や評価方法、達成条件について必ず対象者と共有しておく。事前に設定した行動変容の目標以外の行動変容については、ポイントに算定することはできない。

- 積極的支援における評価方法と各支援のポイント構成について表4に示す。

- 2年連続して積極的支援となった対象者のうち、1年目に比べ2年目の状態が改善している者については、2年目の保健指導は、動機付け支援相当の支援（面接による支援のみの原則1回の支援）を実施した場合でも保健指導を実施したこととなる。

⑥ 留意点

a. アウトカム評価の支援ポイントについて

- アウトカム評価の評価時期は、初回面接から3か月以上経過後の実績評価時とする。

- アウトカム評価の評価項目のうち腹囲と体重については、実績評価の時点で当該年度の健康診査の結果に比べた増減を確認する。

- 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）については、実績

評価の時点で生活習慣の改善が2ヶ月以上継続している場合に評価する。

- 行動変容の目標を立てる際は、「標準的な質問票」(○ページ)や「動機付け支援」、「積極的支援」に必要な詳細な質問項目(○ページ)を活用する等して対象者の生活習慣をアセスメントし、対象者の特性や課題に応じた具体的な目標を設定する。
 - 特定保健指導において目標設定及び評価を行うための行動変容例を表6に示す。
 - 設定した目標は、保健指導終了後も継続することが重要なため、行動変容の達成を通して、対象者が自己効力感を高め、セルフケア能力を向上させるような保健指導を実施すること。
- b. 継続的な取組について
- 腹囲2cm、体重2kg減の達成は、今後の励みとなる保健指導の成果の目安と言えるが、血圧、血糖、脂質への効果には個人差があること、そして継続が大切であることをしっかりと対象者に説明すること。
 - 腹囲2cm・体重2kg減の達成状況によらず、翌年の階層化において再び支援の対象になり得る者には、その可能性を予め説明し、来年の健診までの生活習慣改善の取り組みについて確認していくこと。
- c. その他
- 保健指導実施者が連絡したにも関わらず、対象者が保健指導を受けない場合には、保険者に連絡し、保険者からも保健指導を受けるように促す。
 - 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、次回以降の保健指導につなげることが必要である。
 - その他、特定保健指導の未実施者及び中断者への支援については、3-4を参照のこと。
 - 特定保健指導における2回目以降の対象者への支援については、3-6を参考にすること。
- ⑦ 積極的支援における支援ポイント達成の例(図2~図4)
積極的支援における支援ポイント達成の例を表5に示す。

- パターンA【腹囲2cm以上かつ体重2kg以上減の目標の達成によるアウトカム評価で180pに到達した例】
- パターンB【腹囲2cm以上かつ体重2kg以上減の目標達成には至らず、その後修正した行動変容の目標達成によるアウトカム評価と継続的支援のプロセス評価を合わせて180pに到達した例】
- パターンC【行動変容の目標達成によるアウトカム評価と継続的支援のプロセス評価とを合わせて180pに到達した例】
- パターンD【追加支援を含めた継続的支援のプロセス評価により180pに到達した例】

⑧ 特定保健指導支援計画及び実施報告書の例

特定保健指導支援計画及び実施報告書の例を様式1に示す。本様式の項目を記載することで、保健指導プログラムを評価できる情報をまとめることにつながる。

表 4 積極的支援における評価方法と各支援のポイント構成

アウトカム評価	2cm・2kg	180p
	1cm・1kg	20p
	食習慣の改善	20p
	運動習慣の改善	20p
	喫煙習慣の改善（禁煙）	30p
	休養習慣の改善	20p
	その他の生活習慣の改善	20p
プロセス評価	個別支援*	・支援 1 回当たり70p ・支援 1 回当たり最低10分間以上
	グループ支援*	・支援 1 回当たり70p ・支援 1 回当たり最低40分間以上
	電話支援	・支援 1 回当たり30p ・支援 1 回当たり最低5分間以上
	電子メール・チャット等支援	・1 往復当たり30p
	健診当日の初回面談	20p
	健診後1週間以内の初回面談	10p

*情報通信技術を活用した面談を含む

図2 パターンA（腹囲 2cm 以上かつ体重 2kg 以上減の目標達成によるアウトカム評価で 180p に到達した例）






支援の種類	時期	支援形態	支援内容
<p>(概要) 腹囲 2 cm・体重 2 kg 減を達成目標に設定し、生活習慣改善の行動計画を立案。 継続的支援の際に進捗を確認し、3 か月以降経過後に 2 cm・2 kg 減の達成を確認。</p>			
初回面接	健診当日	個別支援	健診結果と生活習慣の問診票を活用し、生活習慣それぞれの特徴と対象者の行動姿勢ステージを捉える。 生活習慣についての気づきを促し、改善の可能性を探る。 3か月後の腹囲 2 cm かつ体重 2 kg 減を達成目標に、腹囲と体重のセルフモニタリングの方法を確認する。 3か月以降の継続的支援の内容と方法を一緒に確認する。
継続的支援	1 か月後	電子メール	現在の腹囲と体重を確認するとともに、自己効力感の向上につながる支援を実施。
	3 か月以降	電子メール	実績評価と一体的に実施。電子メールにて腹囲 2 cm かつ体重 2 kg 減以上となっていることを確認。 目標を達成したことを賞賛し、支援を終了する。 次年度に向けた行動目標の継続と次年度の健診を勧奨する。
達成プロセスのイメージ			
目標	継続的支援と実績評価		
2 cm・2 kg 減を目標に設定し、生活習慣改善の計画を立案。	支援計画	 20p	 30p
	プロセス評価		
	アウトカム評価		
初回面接から 3 か月経過			

図3 パターンB（腹囲2cm以上かつ体重2kg以上減の目標は達成できなかったものの、継続的支援と行動変容のアウトカム評価を合わせて180pに到達した例）

支援の種類	時期	支援形態	支援内容
<p>(概要) 腹囲2cm・体重2kg減を達成目標に設定し、生活習慣改善の行動計画を立案。 3か月以降経過後に腹囲と体重に変化がなく、運動習慣の行動変容の目標を修正。 その2か月以降経過後、運動習慣の行動変容を確認。</p>			
初回面接	健診 1週間以降	個別支援 (遠隔)	健診結果を事前に送付し、ビデオ通話システムを用いて生活習慣についての気づきを促し、改善の可能性を探る。 3か月後の腹囲2cmかつ体重2kg減を達成目標を設定する。 セルフモニタリングの方法を確認するとともに、継続的支援の内容と方法を一緒に確認する。
継続的支援	1か月後	個別支援	現在の腹囲、体重を確認。 腹囲と体重の変化は確認できなかったため、引き続き腹囲2cm・体重2kg減を目指して、行動変容の意識を高める支援を実施。
	3か月以降	個別支援	当初の計画では実績評価の予定であったが、腹囲、体重ともに変化していません。そのため、中間評価として実施。 対象者との話し合いを通して、新たな運動習慣の行動変容の目標を設定。
	5か月以降	電話	実績評価と一体的に実施。体重と腹囲は変化なかったが2ヶ月以上継続できた新たな運動習慣の行動変容を確認し、支援を終了とする。 継続的な取組と次年度の健診を勧奨する。
達成プロセスのイメージ			
目標	初回面接	継続的支援と実績評価	
2cm・2kg減を目標に設定し、生活習慣改善の評価を立案。	支援計画	健診 1週間 以降	個別 支援
	プロセス評価		70p
	アウトカム評価		70p
		個別 支援	個別 支援
		アウトカム達成に至らず、 180p到達しなかったため 中間評価として実施	実績評価 電話
			30p
			20p
			運動習慣改善 20p

初回面接から3か月経過

図4 パターンC（行動変容の目標達成によるアウトカム評価と継続的支援のプロセス評価とを合わせて180pに到達した例）

支援の種類	時期	支援形態	支援内容
初回面接	健診 1週間以内	グループ 支援	健診結果と生活習慣の関連についての説明を実施。 達成可能な行動変容の目標の立て方と具体的な実践方法について支援を実施。
			2か月以降の喫煙習慣と食習慣の改善を目標に設定する。 セルフモニタリングの方法を確認するとともに、継続的支援の内容と方法を一緒に確認する。
			オンラインでのデイスカッションを通して、行動変容を継続するための障壁への対処の工夫について学びを深める支援を実施。
継続的支援	1か月後	グループ 支援 (遠隔)	生活習慣の改善状況について確認し、ここまでの取組状況を称賛し、自己効力感を高める支援を実施。
	2か月後	電子メール	実績評価と一体的に実施。
	2か月以降	電話	この時点で、初回面接の際に設定した喫煙習慣と食習慣の改善が2か月以上継続できていることを確認し、支援を終了する。 継続的な取組と次年度の健診も勧奨する。
達成プロセスのイメージ			
目標	初回面接	継続的支援と実績評価	
行動変容を目標に設定し、生活習慣改善の計画を立案、計画通り喫煙習慣と食習慣の行動変容の達成を確認。	支援計画	健診1週間以内	実績評価
	プロセス評価	グループ支援	電子メール
	アウトカム評価	10p	70p
			30p
			喫煙習慣改善 30p
			食習慣改善 20p
			初回面接から3か月経過

図5 パターンD (追加支援を含めた継続的支援のプロセス評価により180pに到達した例)

支援の種類	時期	支援形態	支援内容	
初回面接	健診 1週間以降	個別支援	生活習慣の特徴と対象者の行動変容ステージを捉える。 生活習慣についての気づきを促し、改善の可能性を探る。 運動習慣、休養習慣の行動目標を設定する。 セルフトラッキングの方法を確認するとともに、継続的支援の内容と方法を一緒に確認する。	
継続的支援	1か月後	個別支援	運動習慣、休養習慣の行動目標の実施状況について確認し、目標達成に向けた工夫点を話し合う。	
	2か月後	電話	運動習慣、休養習慣の行動目標の実施状況について確認。 継続した行動変容につながらないため、現在の障壁とその対処方法について支援。	
	3か月後	電話	設定した行動目標の継続が困難であったことを確認。 食習慣、運動習慣の行動目標の修正を行う。	
	5か月以降	個別支援	修正した運動習慣と休養習慣の行動目標は、いずれも2か月間の継続が困難であったことを確認する。 次年度の健診受診に向けて、継続的な取組の必要性を説明する。	
達成プロセスのイメージ				
目標	初回面接		継続的支援と実績評価	
	支援計画	初回面接 1週間以降	電話 電話	実績評価 個別支援
	プロセス評価	70p	30p	70p
アウトカム評価				未達成 0p

初回面接から3か月経過

(6) 「動機付け支援」、「積極的支援」に必要な詳細な質問項目

「動機付け支援」、「積極的支援」の実施に当たっては、詳細な質問項目を積極的に活用することで保健指導対象者の生活習慣及び行動変容ステージ（準備状態）を把握し、どのような生活習慣の改善が必要なのかをアセスメントする必要がある。

詳細な質問項目は、対象者自身が自分の生活習慣を振り返るきっかけとするほか、対象者の生活習慣の変化が把握できることから、生活習慣改善の評価にも活用できる。詳細な質問項目の例としては、表7で示した項目が考えられる。対象者の特性や、健診・保健指導の実施体制等に応じて質問項目を取捨選択することも可能である。

表5-1 「動機付け支援」、「積極的支援」に必要な詳細な質問項

本質問項目は、特定保健指導の対象者について、保健行動の特徴を把握することを目的に、保健指導で使用することが望ましい質問項目を例示したものである。具体的には、初回の保健指導において、実施者と対象者とが回答内容を共に確認しながら改善すべき課題を明確化し、目標設定や継続支援での変化の確認に活用することを意図している。また、本質問項目に回答することで、対象者が自ら望ましい保健行動をイメージし、行動変容を意識することも期待している。

事業者健診結果を特定健診結果とみなす場合など、標準的な質問票の回答内容を保健指導時に入手できない場合があるため、それらの項目のうち重要なものは、本質問項目にも含めている。備考欄を設けており、1日の生活パターンや時間帯（起床、食事、仕事、身体活動、就寝等）の記入を求めるなど、指導時に対象者と共に工夫できそうな生活習慣を見つけることに活用できる。

1. 健康意識・認識		
1-1	現在の自分の健康状態についてどのように感じていますか。直感的に回答してください。	①よい ②まあよい ③ふつう ④あまりよくない ⑤よくない
1-2	自分の健康のために、食生活、運動などの生活習慣で、特に気を付けていることはありますか。	①はい ②いいえ
1-3	これまでに減量に取り組んだ経験はありますか。	①はい ②いいえ
1-4	体重を定期的に測定していますか。	①はい ②いいえ
1-5	血圧を定期的に測定していますか。	①はい ②いいえ
1-6	特定健康診査あるいは人間ドックなどの健康診断を昨年度、受けましたか。	①はい ②いいえ
1-7	年に1回以上、歯科の健診を受けていますか。	①はい ②いいえ
2. 食生活習慣		
2-1	1日の食事時間はだいたい決まっていますか。	①はい②いいえ
2-2	朝食を抜くことがありますか。	①はい ②いいえ
2-3	寝る前2時間以内に何か食べることがありますか。	①はい ②いいえ
2-4	食事はよく噛んでゆっくり食べていますか。	①はい ②いいえ
2-5	バランスの良い食事（ごはん・麺などの主食、肉・魚などの主菜、おひたし・サラダなどの副菜を組み合わせた食事）を毎日食べていますか。	①はい ②いいえ
2-6	糖分の入った飲み物を習慣的に飲みますか。	①飲まない ②飲む
2-7	習慣的に間食をしますか。	①する ②しない
2-8	食塩の多い食材（麺類、佃煮、漬物、梅干し、干物、練製品等）や濃い味付けのものを毎日食べていますか。	①食べる ②食べない
2-9	外食、惣菜、市販の弁当を習慣的に食べますか。	①食べる ②食べない

2-10	食事は主に、誰が作ったり買ったりしますか。	①自分 ②自分以外
3. 運動・身体活動状況		
3-1	1週間の中で運動する時間を設けていますか。	①はい ②いいえ
3-2	エレベーターより階段を使うなど意識的に体を動かしていますか。	①はい ②いいえ
3-3	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	①はい ②いいえ
3-4	1日のうちで座っている時間は少ないですか。	①はい ②いいえ
3-5	膝、腰、手、足、首などに痛みや違和感がありますか。	①はい ②いいえ
4. 既往・現病歴・家族歴		
4-1	現在、身体活動・運動や食事等の生活習慣に関して、かかりつけの医療機関にて指導を受けていますか。	①指導あり ②指導なし
4-2	健診後、生活習慣病（高血圧、糖尿病、脂質異常症など）で受診しましたか。	①受診して内服している ②受診したが薬は処方されなかった ③受診していない
4-3	両親やきょうだいではまる病気があれば○をつけて下さい（複数回答可）	高血圧/糖尿病/脂質異常（高脂血症）/痛風/脳卒中（脳梗塞・脳出血）/心臓病（心筋梗塞・狭心症）/腎臓病
5. 喫煙		
5-1	職場や家庭などにおいて、受動喫煙（自分以外の人が吸っていたらこの煙を吸う）の機会がありましたか。	①ほぼ毎日 ②週に数回程度 ③週に1回程度 ④月に1回程度 ⑤全くなかった ⑥行かなかった
5-2	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 （※「現在、習慣的に吸っている者」とは、条件1と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）
5-3	1日に平均して何本のたばこを吸っていますか（吸っていましたか。）	1日（ ）本
5-4	習慣的にたばこを吸うようになってから、何年間たばこを吸っていますか（吸っていましたか。）	（ ）年間
5-5	今までたばこをやめたことがありますか。	①はい ②いいえ ③吸ったことはない
6. 飲酒		
6-1	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）
6-2	飲酒日1日当りの飲酒量はどの程度ですか。 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・約60ml）、缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml）	①1合未満 ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3～5合未満 ⑤5合以上

6-3	1度に、ビール中瓶3本か日本酒3合、あるいは焼酎（25度）1.7合以上を飲むことがどのくらいの頻度でありますか。	①ない ②月に1度未満 ③月に1度 ④週に1度 ⑤ほとんど毎日
-----	--	---------------------------------------

7. 睡眠・休養		
7-1	休養は充分にとれていると思いますか。	①はい ②いいえ
7-2	日中に倦怠感や眠気を感じることがありますか。	①はい ②いいえ
8. 家族・社会参加		
8-1	生活習慣を改善するうえでサポートをしてくれる人はいますか（複数選択可）。	①配偶者（パートナー） ②子ども ③孫 ④親 ⑤祖父母 ⑥きょうだい ⑦友人・知人 ⑧その他
9. 仕事・労働衛生		
9-1	1週間の労働時間はおよそ何時間ですか。	①就労していない ②40時間未満 ③40～48時間 ④49～54時間 ⑤55時間以上
9-2	交代勤務制の仕事に従事していますか。	①はい ②いいえ
10. 生活習慣改善への取組		
10-1	改善したい生活習慣に○をつけてください（複数選択可）。	①喫煙 ②食生活 ③運動・身体活動 ④飲酒 ⑤睡眠 ⑥休養 ⑦その他
10-2	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
備考		

表5-2 「動機付け支援」「積極的支援」に必要な詳細な質問項目 解説と追加質問

動機付け支援・積極的支援に必要な詳細な質問項目の解説と、保健指導で活用することを想定した追加質問と選択肢、ならびにその解説文を示している。追加質問は、対象者の保健行動や生活習慣について、より具体的にアセスメントするための項目である。対象者の特性や状況に応じて必要な質問を選択し、活用することが望ましい。

1. 健康意識・認識		
<p>解説：対象者が本質問項目に記入することで、自分自身の生活習慣を振り返り、望ましい生活習慣を意識できることを意図している。対象者自身の健康状態の認識、生活習慣の改善に関する経験、特定健康診査や人間ドックなどの健康診断の継続受診、健診後の生活習慣の改善への取り組みの有無を確認する。保健指導では、各項目について対象者と確認しながら、対象者自身の健康への関心度や生活習慣の改善への意欲を把握し、対象者との関係性を構築していくことに活用する。</p>		
1-1	現在の自分の健康状態についてどのように感じていますか。直感的に回答してください。	①よい ②まあよい ③ふつう ④あまりよくない ⑤よくない
<p>解説：本人が自己評価する健康観（感）は、主観的健康観（感）と呼ばれ、死亡率と強い関連がある^{注1}。保健指導では、健康意識として主観的健康観（感）を把握したうえで、計画作成の際に活用する。</p>		
1-2	自分の健康のために、食生活、運動などの生活習慣で特に気を付けていることはありますか。	①はい ②いいえ
<p>解説：対象者自身が、まずは食生活、身体活動等の生活習慣全体を振り返ることを促し、以下の質問項目への導入とする。保健指導では、生活習慣の改善に対する対象者の取り組み状況を把握し、質問項目を活用してのアセスメント後の目標の立案に活用していく。なお、「はい/いいえ」よりも踏み込んだ質問は、「2. 食生活習慣」以降の項目で具体的に確認するようにする。特定健診後、特定保健指導を受けるまでの日数が空いている場合は、その間に開始した保健行動の有無を尋ねることで指導の糸口とする。</p>		
1-3	これまでに減量に取り組んだ経験はありますか。	①はい ②いいえ
<p>解説：減量への取り組み経験の有無を尋ね、減量への意欲や準備状況を確認する。保健指導の場面では、今までの取り組みの具体的な内容と結果、及び減量に対するイメージを捉え、目標立案の際のアプローチ方法に活用する。</p>		
1-4	体重を定期的に測定していますか。	①はい ②いいえ
1-5	血圧を定期的に測定していますか。	①はい ②いいえ
<p>解説：定期的に体重や血圧を測定しているか尋ねることで、自分で健康状態を管理するという望ましい生活習慣の意識化を促す。保健指導では、体重や血圧を測定している場合は測定の継続を促し、測定していない場合はその理由を確認して、定期的な測定に向けた具体的な行動を促す。</p>		
1-6	特定健康診査あるいは人間ドックなどの健康診断を昨年度、受けましたか。	①はい ②いいえ
<p>解説：毎年特定健診の受診の必要性の認識を促す。特定健診の結果から経年受診を確認できる場合もあるが、社会保険から国民健康保険へ異動したといった医療保険の異動も考えられることから、毎年受診を確認するものである。なお、「毎年」と尋ねるより、直近の昨年度の受診を問うことで、確かな回答</p>		

を得ることを想定している。保健指導では、毎年の受診を勧奨し、生活習慣の見直しに保健指導を活用してほしいことを伝える。		
1-7	年に1回以上、歯科の健診を受けていますか。	①はい ②いいえ
<p>解説：年に1回以上の歯科健診の必要性を啓発・勧奨する項目である。健康に対する興味や認識の低い者にとって、鏡を見ることによって自分の健康状態、変化等を直接的に観察することができる歯・口腔は、生活習慣改善のきっかけとして有効である。また、質問項目2-4「食事はよく噛んでゆっくり食べるようにしていますか」で「②いいえ」、2-6「糖分の入った飲み物を習慣的に飲みますか」で「②飲む」、4-1「現在、身体活動・運動や食事等の生活習慣に関して主治医より指導を受けていますか」で「②指導あり」、5-2「現在、たばこを習慣的に吸っていますか」で「①はい」、10-1「改善したい生活習慣」で「①喫煙、②食生活」を選択した者は、歯科保健指導を実施することによって、生活習慣等の改善に弾みをつけることが期待される。なお、保健指導においては、「標準的な質問票の解説と留意事項」（質問13）の内容を参考として実施する。</p>		
2. 食生活習慣		
2-1	1日の食事時間はだいたい決まっていますか。	①はい ②いいえ
<p>解説：生活リズムの中でも重要な要素である食事時間の規則性を尋ねる項目である。保健指導では、「②いいえ」と回答した対象者の不規則的な食事時間となっている理由を把握し、以下の食生活に関する質問項目も考慮し、食生活の工夫点を対象者と共に見つけていく。</p>		
2-2	朝食を抜くことがありますか。	①はい ②いいえ
<p>解説：「標準的な質問票の解説と留意事項」を参照（質問17）</p>		
2-3	寝る前2時間以内に何か食べることがありますか。	①はい ②いいえ
2-4	食事はよく噛んでゆっくり食べていますか。	①はい ②いいえ
<p>解説：「標準的な質問票の解説と留意事項」を参照（質問14・15）</p>		
2-5	バランスの良い食事（ごはん・麺などの主食、肉・魚などの主菜、おひたし・サラダなどの副菜を組み合わせた食事）を毎日食べていますか。	①はい ②いいえ
追加	1日2回以上、主食・主菜・副菜を揃えて食べるのは週何日ですか ^{注6} 。	①ほぼ毎日 ②週4～5日 ③週2～3日 ④ほとんどない
<p>解説：“毎日”と回答した者を基準とした場合、日数が少ない者ほど栄養素の偏りが懸念される。具体的には、炭水化物、たんぱく質、及び野菜の摂取状況が食事摂取基準等の目標量に合致する者の割合が少ない^{注7}。逆に、主食、主菜、副菜、牛乳・乳製品、果物を適量食べることを推奨する食事バランスガイドに添った食事をしている者ほど、循環器疾患等の死亡リスクが低いことが示されている^{注8}。したがって、食事内容の概要を聞き取り、必要に応じて管理栄養士等が詳細に聞き取った上で、総エネルギー量を踏まえつつ食事パターンを適正化するように指導を行う。多くの場合、主菜が多く副菜が欠けているので、主菜を減らし不足しがちな野菜・果物・乳製品等を一品加えるように指導する。ただし、高齢者では、たんぱく質の摂取量が不足しないように配慮する。</p>		
追加	1回の食事で主食（ごはん・めん類・パン）同士を組み合わせる場合がありますか ^{注9} 。	①毎日 ②週5～6回 ③週3～4回 ④ほとんどない
<p>解説：1回の食事で主食同士を組み合わせる頻度が多いと一般に総エネルギー量が多くなるので、ほかの質問の回答を考慮しながら、主食に偏らないようにして、副菜を取り入れるよう指導する。</p>		

追加	毎日、乳製品（牛乳、ヨーグルト、チーズなど）をとっていますか。	①はい ②いいえ
<p>解説：乳製品は、日本人で不足しやすい代表的な主要栄養素であるカルシウムの効率的な摂取源である。一方、血中総コレステロール、LDLコレステロールが高い者に対しては、乳製品中の飽和脂肪酸の摂取を制限するため、低脂肪や無脂肪の乳製品の選択を指導する。また、牛乳の良さを過信して1日に500～1,000ml近く摂取している場合もあるため、多量摂取者に対する指導も必要である。</p>		
2-6	糖分の入った飲み物を習慣的に飲みますか。	①飲む ②飲まない
<p>解説：飲み物に入っている砂糖の摂取量を問う質問である。「①飲まない」と回答した者の中には、スポーツドリンクや微糖飲料などのように、実際には砂糖が含まれているが、そのことを正しく認識できていない者も含まれている場合もある。保健指導では、普段、どのような飲み物を良く飲んでいるか聞き取り、必要に応じて主な飲料に含まれている砂糖の量を示す教材等を用いるなど、砂糖の摂取量の自覚を促す工夫が必要である。</p>		
2-7	習慣的に間食をしますか。	①する ②しない
<p>解説：「標準的な質問票の解説と留意事項」を参照（質問16）</p>		
2-8	食塩の多い食材（麺類、佃煮、漬物、梅干し、干物、練製品等）や濃い味付けのものを毎日食べていますか。	①食べる ②食べない
追加	味付けをしたおかずに、さらにしょうゆ、ソース、塩などをかけますか。	①かけない ②味をみてかけたり、かけなかったりする ③味をみずにかける
追加	減塩のための工夫をいつもしていますか。	①はい ②いいえ
追加	味付けは濃いほうですか。	①はい ②いいえ
追加	丼もの、カレーライスやめん類を食べる頻度はどのくらいですか。	①毎日 ②週5～6回 ③週3～4回 ④ほとんどない
追加	めん類を食べる時、汁を飲みますか。	①ほとんど全部飲む ②半分位飲む ③ほとんど飲まない
<p>解説：食塩の摂取状況に関する質問である。日本人成人の食塩摂取量（2019年）は1日男性10.5g、女性9.0gであり^{注6}、食事摂取基準2020年版で示されている値（男性7.5g未満、女性6.5g未満）や、高血圧予防のための摂取目標量である6g未満、WHOの目標量の5g未満に比べてはるかに多い。食塩の過剰摂取は、高血圧や脳卒中の確立されたリスク因子であることから^{注10}、過剰摂取が疑われる場合は、前項の食事パターンや外食・持ち帰りの弁当・惣菜の質問の回答も考慮して、食品の選択、味付け、調理の工夫に関する指導を行う。その際、減塩に関心のある者に対しては、個人の嗜好や習慣に合わせた様々な減塩食^{注11-12}を紹介することが有用である。減塩のための工夫をしていると答えても、必ずしも減塩につながっていない場合があるので、食事内容を聞き取り、主要な食塩摂取源を推定することが大切である。管理栄養士による詳細な食事調査が行えればなお良い。味付けが濃いと答えた者には、出汁や香辛料等を上手に使い、素材の味を活かすことを提案する。丼もの、カレーライスやめん類を食べる頻度が多いと一般に食塩摂取量が多くなるので、ほかの質問の回答を考慮しながら、頻度を減らすよう指導する。また、外食・持ち帰りの弁当・惣菜の利用が多い者には、栄養成分表示の食塩相当量の表示を利用し、より低塩のものを選択する、弁当等に添えられた調味料の使用を減らすなど、具体的な工夫を行動目標として設定するよう支援する。</p>		
2-9	外食、惣菜、市販の弁当を習慣的に食べますか。	①食べる ②食べない

追加	外食の頻度はどのくらいですか。	①1日2回以上 ②1日1回 ③週に2~6回 ④週1回以下
追加	スーパーやコンビニの惣菜や弁当を利用する頻度はどのくらいですか。	①1日2回以上 ②1日1回 ③週に2~6回 ④週1回以下
<p>解説：外食、持ち帰りの弁当・惣菜の利用に関する質問である。外食・持ち帰りの弁当・惣菜そのものが問題ではないが、回数が多い者（週2回以上利用）では、主食・主菜・副菜を揃えて食べる頻度が少ないことが報告されている^{注4}。したがって、利用頻度の高い者では、偏った食品・栄養素の摂取（炭水化物、食塩あるいは脂肪の過剰、たんぱく質やビタミンの不足等）の可能性が高いことを念頭に置く。特に外食の頻度が1日1回以上の場合は、食事の概要を聞き取り（必要に応じて管理栄養士等が詳細に聞き取り）、指導を行う。具体的には、持ち帰りの弁当・惣菜に関しては、食塩の摂りすぎにつながりやすい丼物、麺類に偏るのを避け、主食・主菜・副菜が組み合わされている弁当や、不足しがちな野菜・果物・乳製品等を一品（別に購入して）摂るように指導する。スーパーやコンビニで惣菜や弁当を週2回以上利用する者に対しては、どのような惣菜や弁当を購入するかを聞き、栄養成分表示（特にエネルギー量、食塩相当量）を参照する習慣の大切さ、食品や栄養差のバランスを摂るための惣菜や弁当の選択、組み合わせの重要性を理解し、料理や商品の選択を行うように指導する。</p>		
2-10	食事は主に、誰が作ったり買ったりしますか。	①自分 ②自分以外
追加	あなたの家族はあなたの生活習慣の改善に協力的ですか。	①協力的 ②やや協力的 ③あまり協力的ではない ④協力的ではない ⑤一人暮らし
<p>解説：食生活に関する指導において、調理担当者や生活を共にする家族の協力（ソーシャルサポート）は重要である。これらの情報を把握した上で、家庭の状況にあった指導を行う。主な調理担当者が本人であれば、本人に指導することとなる。その際、家族の生活習慣改善への協力に関する質問で、“協力的”以外に回答した者（一人暮らし以外）には、家族の嗜好のみに合わせていないかも問う。家族、そのほかの者が主な調理担当者である場合は、保健指導の際にできるだけ同席してもらい、協力を強化する。それが難しい場合には、家族への協力依頼の伝え方を一緒に考え、練習をするのも1つの方法である（ソーシャルスキルトレーニング）。また、家族の協力が得られない者でも、食行動変容に成功した事例などを伝えてやる気を高める支援を行う。</p>		
追加	フライや天ぷらを好んで食べますか。	①はい ②いいえ
追加	肉の脂身を好んで食べますか。	①はい ②いいえ
<p>解説：油脂の摂取に関する質問である。脂肪の摂取は、量と質に留意が必要である。肉の脂身、ラードを用いたフライや炒め物などには血中の総コレステロール、LDLコレステロールの上昇に働く飽和脂肪酸が多く含まれている。そのため、こうした食物を好んで食べる者で、血中の総コレステロール、LDLコレステロールの高い者や高めの者に対しては、それらの摂取を控える指導が必要である。天ぷらに関しては一般に植物性油を使用しているため、血中の総コレステロール、LDLコレステロールの上昇には大きな影響はない（エネルギーの過剰な摂取がなければむしろ低下に働く）。しかし、天ぷらを好む者は、一般に油脂の摂取が多いためにカロリー摂取が過剰となり、身体活動量の不足が重なる場合には肥満につながる。フライ、肉の脂身を好んで食べる者についても同様である。そのため、肥満、メタボリックシンドロームを有する者に対しては、これらの好みに対して、当該食品の摂取の量や頻度を少なくすること、肉の脂身は調理の際にできるだけ取り除くこと、外食の場合には、肉の脂身を食べずに残すようにするよう指導する。</p>		
3. 運動・身体活動状況		
3-1	1週間の中で運動する時間を設けていますか。	①はい ②いいえ
追加	現在、月に1回以上行うスポーツや運動はありますか。	運動の内容、実施時間（月回数、1回あたりの実施時間）を問う。

<p>解説：余暇時間に何らかの目的を持って積極的に身体を動かす習慣を尋ねる項目である。保健指導では、5分ほどのこまめな運動でも、普段の生活の隙間で意識して行うことができないか、対象者と一緒に工夫点を探す。</p>		
3-2	エレベーターより階段を使うなど意識的に体を動かしていますか。	①はい ②いいえ
追加	外出の際（通勤含む）に良く使う移動手段は何ですか。	①乗用車やバイク ②公共交通機関 ③自転車 ④徒歩 ⑤その他
<p>解説：普段の生活の中で移動する時など、身体を動かす機会を捉え、身体を動かそうという意識・行動を問う項目である。保健指導では、移動する時など身体を動かすタイミングを見つけ、実行できそうな身体活動方法を対象者と共に見つけていく。</p>		
3-3	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	①はい ②いいえ
<p>解説：「標準的な質問票の解説と留意事項」を参照（質問12）</p>		
3-4	1日のうちで座っている時間は少ないですか。	①はい ②いいえ
追加	睡眠以外で座ったり横になったりする時間が1日のうち何時間ですか。	①3時間未満 ②5時間未満 ③7時間未満 ④9時間未満 ⑤9時間以上
<p>解説：身体活動とは独立して疾患や肥満発症のリスクであることが指摘されている座位行動について把握する項目である。保健指導では、仕事の都合から1日の中で座っていることが多い場合、立ち上がる、あるいは簡単なストレッチをするなど、座位を中断しリフレッシュする習慣を対象者と共に検討する。</p>		
3-5	膝、腰、手、足、首などに痛みや違和感がありますか。	①はい ②いいえ
追加	運動中や運動後に体の不調を感じることがありますか。	①はい ②いいえ 関節や筋肉などの痛み/動悸・息切れ・めまい・ふらつき/強い疲労/その他
追加	運動や体を動かすことが困難な理由がありますか。	①はい ②いいえ 時間がない・忙しい/めんどろ/面白くない/疾患・疲労・痛み/仲間や施設がない/効果を感じない/その他
<p>解説：身体に痛みや違和感があると何らかの整形外科的疾患を有している可能性が考えられる。保健指導では、運動や身体活動量を上げるべきか判断する際に必ず対象者に確認し、状態によっては医療機関の受診を勧め、医師との連携のもと、身体活動や運動に関する目標を設定していく。痛みがひどく受診が必要な水準であれば食事のみによる減量を優先することを考慮してもよい。</p>		
<p>4. 既往・現病歴・家族歴</p>		
4-1	現在、身体活動・運動や食事等の生活習慣に関して、医療機関にて指導を受けていますか。	①指導あり ②指導なし
<p>解説：身体活動や食事に関し、すでに主治医がおり、生活習慣病以外で何らかの生活習慣に関する指導を受けていることが考えられる。保健指導では、主治医から受けている指導内容を確認し、その上で工夫できそうな点を対象者とともに見つけていく。必要によっては、主治医と連絡をとることも考えられる。</p>		
4-2	健診後、生活習慣病（高血圧、糖尿病、脂質異常症など）で新たに受診しましたか。	①受診して内服している ②受診したが薬は処方されなかった ③受診していない

<p>解説：健診後にすでに医療機関を受診し、内服治療が開始されていることも考えられるので、保健指導の際は、必ず確認する。薬を処方されている場合は内服状況についても確認する。内服しないために重症化したり、繰り返し保健指導の対象になるケースが多い。医療機関を受診していたら、必ず、医師からの指導内容を確認し、保健指導内容との整合性を考慮しながら、可能な工夫点を対象者と共に見つける。</p>		
追加	不整脈（心房細動）などで血液がサラサラになる薬（血液を固まりにくくする薬）を飲んでいますか。	①はい ②いいえ ③薬を飲んでいるが種類はわからない
<p>解説：心房細動があると脳塞栓の発症リスクが非常に高くなり、予防のためには抗凝固剤を持続的に飲む必要がある。治療を中断するとリスクが急増するため、「はい」と回答した場合は定期的な受診と継続的な服薬を確認した上で、保健指導を開始する。</p>		
追加	関節リウマチやその他の膠原病、喘息、皮膚などのアレルギー性疾患の治療を受けていますか。	①はい ②いいえ ③わからない
<p>解説：膠原病やアレルギー性疾患などでステロイド剤を服用している場合、代謝系や脂質系の検査値が異常値を示しやすいため、「はい」と回答した場合は病状や治療内容をよく確認する。あくまでも原疾患の治療が優先されるため、保健指導の対象者とするかどうかを含めて必ず主治医と相談する。</p>		
4-3	両親やきょうだいであてはまる病気があれば○をつけて下さい（複数回答可）。	高血圧/糖尿病/脂質代謝異常（高脂血症）/痛風/脳卒中（脳梗塞・脳出血）/心臓病（心筋梗塞・狭心症）/腎臓病
<p>解説：血縁者の既往・現病歴を尋ねる項目である。保健指導では、家族歴と健診結果から、自分自身の生活習慣を振り返る上で、貴重な情報（遺伝的要因・環境的要因等）となり、対象者の自覚を促すように支援する。</p>		
<p>5. 喫煙</p>		
5-1	職場や家庭などにおいて、受動喫煙（自分以外の人が吸っていたたばこの煙を吸う）の機会はありましたか。	①ほぼ毎日 ②週に数回程度 ③週に1回程度 ④月に1回程度 ⑤全くなかった ⑥行かなかった
<p>解説：受動喫煙は、喫煙と同様に肺がん、心筋梗塞、脳卒中などのリスクを高める^{注13}。一方、受動喫煙を防ぐことで、これらの疾患が減少することが報告されている^{注14}。職場での受動喫煙については、労働安全衛生法および健康増進法で事業者が努力義務が課されているため、受動喫煙を受けている場合は、事業者が改善を申し出ることができる。建物内禁煙や敷地内禁煙が望ましいが、喫煙室を設置する場合は受動喫煙を防止するため、一定の要件^{注15}を満たす喫煙室の設置が望ましい。</p>		
5-2	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 （※「現在、習慣的に吸っている者」とは、条件1と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）
5-3	1日に平均して何本のたばこを吸っていますか（吸っていましたか）。	1日（ ）本
5-4	習慣的にたばこを吸うようになってから、何年間、たばこを吸っていますか（吸っていましたか）。	（ ）年間
追加	たばこを吸い始めたのは何歳ですか。 *喫煙歴がある場合	（ ）歳
追加	たばこをやめたのは何歳ですか。 *禁煙している場合。	（ ）歳 禁煙を繰り返している場合に注意する
<p>解説：「標準的な質問票の解説と留意事項」を参照。喫煙本数と年数から累積喫煙量（プリンクマン指数ともいう）を評価することができる。累積喫煙量は心血管系疾患のみならず、各種疾患のリスク因子と</p>		

なる。		
5-5	今までたばこをやめたことがありますか。	①はい ②いいえ ③吸ったことはない
<p>解説：禁煙経験の有無を確認する項目である。保健指導では、過去に禁煙しようと思ったきっかけや時期、禁煙期間といった成功体験や、その後、禁煙が継続できなかった理由を把握し、喫煙者の全対象者が禁煙に取組めるよう、禁煙支援につなげる。</p>		
追加	朝、目が覚めてからどのくらいの時間で最初のたばこを吸いますか	①5分以内 ②6～30分 ③31～60分 ④61分以上
<p>解説：1日の喫煙本数と朝目覚めてから最初の1本を吸うまでの時間は、唾液中のニコチン濃度や呼気中の一酸化炭素濃度との相関が強く、これら2項目でニコチン依存度を簡易に判定することができる^{注16}。また、これら2項目は、禁煙試行後の少なくとも1カ月間以上の禁煙継続率を予測する独立した要因であることが報告されている^{注17}。1日喫煙本数が多いほど、また朝目覚めてから最初のたばこを吸う時間が短いほど、ニコチン依存度が高く、禁煙が困難になる。そのため保健指導や禁煙外来への誘導を行う上で参考となる。</p>		
6. 飲酒		
6-1	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）
6-2	飲酒日1日当たりの飲酒量はどの程度ですか。 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・約60ml）、缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml）	①1合未満 ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3～5合未満 ⑤5合以上
6-3	1度にビール中瓶3本か日本酒3合、あるいは焼酎（25度）1.7合以上を飲むことがどのくらいの頻度でありますか。	①ない ②月に1度未満 ③月に1度 ④週に1度 ⑤ほとんど毎日
<p>解説：「標準的な質問票の解説と留意事項」を参照（質問18・19）。6-1から6-3の質問は、アルコール使用障害スクリーニング（AUDIT）の問1から3に相当する。必要に応じて残りの項目（問4から10）について質問することで、AUDITによる判定が行える。</p>		
追加	現在、ビールコップ1杯程度の少量の飲酒で、すぐ顔が赤くなる体質がありますか？	①はい ②いいえ ③わからない
追加	飲酒を始めた頃の1～2年間は、ビールコップ1杯程度の少量の飲酒で、すぐ顔が赤くなる体質がありましたか？	①はい ②いいえ ③わからない
<p>解説：アセトアルデヒド代謝に関する体質（フラッシング）を簡易に評価できる。2つの質問のいずれかの回答が”はい”である場合は、アルデヒド脱水素酵素がヘテロ欠損型である可能性が極めて高く^{注18}、ヘテロ欠損型では飲酒によって喉頭癌・咽頭癌・食道癌などのリスクが高まる可能性があるため、適度な飲酒を心がけるように指導する。</p>		
7. 睡眠・休養		
7-1	休養は充分にとれていると思いますか。	①はい ②いいえ
<p>解説：睡眠と休養を分けた質問項目とした。保健指導では、休養によりリフレッシュできる時間を設けているか、ストレスを解消できるよう工夫する生活習慣をとっているか、確認していく。</p>		

7-2	日中に倦怠感や眠気を感じることがありますか。	①はい ②いいえ
追加	起床時刻・就寝時刻は平均して何時頃ですか。	起床（ ）時頃 就寝（ ）時頃
追加	実際の睡眠時間は何時間くらいでしたか？これは、あなたが寢床の中にいた時間とは異なる場合があるかもしれません。	①5時間未満 ②5～6時間 ③6～7時間 ④7～8時間 ⑤8～9時間 ⑥9時間以上
追加	眠気で日中の生活に支障が出ることはありませんか。	①はい ②いいえ
追加	過去1ヶ月間において、眠るために薬を服用しましたか（医師から処方された薬あるいは薬局で購入した薬）	①はい ②いいえ
追加	睡眠薬がわりに寝酒を飲むことがありますか。	①はい ②いいえ
追加	就寝前に喫煙をしたり、カフェインを摂ることがありますか。	①はい ②いいえ
追加	（特に休日に）夜更かしをすることがありますか。	①はい ②いいえ
追加	実際に眠っている時間以外に、寢床でだらだらと長時間過ごすことはありますか。	①はい ②いいえ
<p>解説：日中に眠気を来す最大の原因は睡眠不足である。交代勤務などの背景因子にも注意しつつ、規則正しい起床・睡眠を維持するように指導する。勤務形態も多様化しているため、睡眠時間も聞く。規則正しい睡眠を指導する上で、①就寝前の喫煙、寝酒は生活習慣病のリスクを高めるだけでなく、睡眠の質を悪化し睡眠時無呼吸を起こしやすくすること、②同様に喫煙、カフェインの摂取は不眠のリスクを高めること、③頻繁な夜更かしは生体リズム（体内時計）を崩し、睡眠時間帯の不規則化や夜型化を招く可能性があることは、重要なポイントである。寢床に入ってから携帯電話、メールやゲームなどを行わないように指導することも、規則正しい睡眠を維持する上で重要である。また、就寝時刻と起床時刻を見直し、寢床で過ごす時間を適正化することも大切である。長時間眠るために寢床で過ごす時間を必要以上に長くすると、かえって睡眠が浅くなり夜中に覚醒するなど、結果として熟睡感が得られない場合があることも指導する。睡眠薬は医師の指導の下での使用を指導する。</p>		
追加	睡眠中の窒息感やあえぐような呼吸を自覚したり、いびきや無呼吸などを家族などから指摘されたことはありますか。	①はい ②いいえ
追加	最近体重が増えたことで激しいいびきをするようになりましたか。	①はい ②いいえ
<p>解説：睡眠時無呼吸の頻度は高く、肥満、男性、高齢が3大要因であるが、閉経後の女性でも頻度が増える。激しいいびきは睡眠時無呼吸でよく観察される症状であるが、本人は気づかずに家族や周囲の者が見つけることも多い。家族等を通じて状態を把握する場合は、大きないびきに加えて、いびきの間に静かになり息が止まっているか（睡眠時無呼吸の有無）にも注意する。睡眠中の窒息感や、あえぐような呼吸も睡眠時無呼吸によくみられる症状である。日中の過度の眠気や熟睡感の欠如も、睡眠時無呼吸を発見するきっかけとなる。睡眠時無呼吸が疑われる場合は、まずは減量を試みて、症状やいびきの改善を家族の協力も得て観察する。睡眠時無呼吸が肥満を助長する場合があるので、減量が困難でいびきが増えたり大きくなり、症状もひどくなるようなら医療機関の受診も考慮する。</p>		
8. 家族・社会参加		
8-1	生活習慣を改善するうえでサポートをしてくれる人はいますか（複数選択可）。	①配偶者（パートナー） ②こども ③孫 ④親 ⑤祖父母 ⑥きょうだい ⑦友人・知人 ⑧その他

<p>解説：生活習慣の建て直しを考える上で同居家族は重要な要因となる。生活習慣改善に同居家族のサポートが得られないか、もしくは家族から受けている負の影響を減らすためにはどうしたらいいかを一緒に考え、工夫・改善点を見つけるようにする。</p>		
追加	あなたは趣味やスポーツ、学習・教養などのグループやクラブにどのくらいの頻度で参加していますか	①週4回以上 ②週2～3回 ③週1回 ④月1～3回 ⑤年に数回 ⑥参加していない
<p>解説：ソーシャルキャピタル^{注19}のうち、社会的ネットワークを把握する質問である。社会資源の活用、地域・職域におけるグループ等との協働を視野に入れた指導計画の作成に活用する。</p>		
<p>9. 仕事・労働衛生</p>		
9-1	1週間の労働時間はおおよそ何時間ですか。	①就労していない ②40時間未満 ③40～48時間 ④49～54時間 ⑤55時間以上
<p>解説：長時間の残業は、食生活の乱れ、身体活動不足、睡眠時間の短縮につながり、生活習慣病の原因となる。長時間労働が長期間続くと、冠動脈疾患が増加するという報告もある^{注20}。保健指導によって労働時間を適正化することは難しい場合が多いが、不必要な残業を行っている場合など、可能な範囲で業務時間を短縮するように検討を促す。長時間労働であっても食事時間を定期的に保ち、できるだけ睡眠時間を確保するよう指導する。なお、主婦で定期的な仕事に従事していない場合は「就労していない」を選択する。</p>		
9-2	交代勤務制の仕事に従事していますか。	①はい ②いいえ
<p>解説：交代勤務者では食事や睡眠の習慣が乱れやすく、また概日リズムの乱れも生活習慣病の原因となるため、様々な慢性疾患のリスクが高まる^{注21}。職場の事情や賃金などの理由で交代勤務から外れることは難しいことが多いため、保健指導では慢性疾患のリスクが高まることを理解してもらい、代替手段として食事（減塩、過食等）に気を付け、運動習慣を身につけるように指導する。交代勤務者への睡眠衛生指導ではできるだけ概日リズムを崩さないような配慮が求められる。夜勤時に休憩時間がある場合は仮眠を取るよう合わせて指導する。</p>		
追加	労働における身体的負荷はどの程度ですか。	①低い（座位） ②中程度（立ち作業） ③強い（激しく動く）
<p>解説：身体活動は余暇のみでなく業務によっては仕事にも負荷されることを説明する。業務中の身体活動が、心拍数があまり上がらない程度（BORG指数11～13程度）であれば、冠動脈疾患のリスクが低下するが、高強度の身体負荷業務では冠動脈疾患が発生しやすいことが報告されている^{注22}。デスクワークや運転業務などで身体活動が少ない場合は、休み時間や余暇に積極的に運動することを提案する。運動が仕事に影響することを懸念している場合は、休息中の軽い運動は疲労を軽減し生産性を高める（アクティブレスト）ことを説明する。</p>		
追加	仕事のストレスをどの程度感じていますか。	①ほとんどない ②あまりない ③多少ある ④大いにある
<p>解説：仕事でのストレスはメンタルヘルス不調のみならず、高血圧、過食、不眠などの生活習慣の乱れの原因となり、ストレスを感じている場合は冠動脈疾患のリスクが高まるという報告がある^{注23}。ストレスが生活習慣悪化の一因であれば、まずはストレス源を知り可能であれば排除する、排除できなければ本人なりの対処法を模索する方向に話をするとよい。50人以上の企業であれば、通常健康診断とは別にストレスチェックによる心の健康状態の確認があり、申し出れば産業医等との面談が可能であることを伝える。</p>		
追加	出張の多い仕事ですか。	①はい ②いいえ

<p>解説：出張が多いと生活リズムが乱れ、睡眠時間が減り、仕事に対するストレスが強まるなど、慢性疾患のリスクを高める。外食が多くなることによる過食、生活環境が異なることによる身体活動不足のリスクも高まる。出張を減らすことは困難であるため、該当者には食事時間が不規則にならないこと、食事内容（減塩、過食等）に気を付けること、歩きやすい靴で出張に出かけるなど、身体活動を増やすことを促す。</p>		
追加	単身赴任ですか。	①はい ②いいえ
<p>解説：単身赴任者では生活リズムが乱れ、睡眠時間が短く、仕事に対するストレスが強い傾向があり、有配偶と同居している場合と比べて精神的に不安定で、血中脂質が高いという報告がある^{注24}。単身赴任そのものを解決することは困難であるため、自炊できない場合は適切な外食やお弁当の選び方など、食事内容（減塩、過食等）に気を付けること、家事などを積極的に行って身体活動量を上げること、運動習慣を身につけることなどを促す。</p>		
追加	必要な時に病院へ受診する時間は確保できますか。	①できる ②やや難しいと感じる ③難しいと感じる
<p>解説：医療機関の受診に対して難色を示す対象者に対する質問である。受診を拒む理由に仕事や私生活の多忙を挙げる場合があるが、その中には本当に時間的余裕がない場合と、実際は余裕があるにも関わらず受診を拒否する理由として挙げている場合とが混在していることに留意する。いずれの場合においても、受診・治療の重要性を理解してもらうことで、受診時間の確保と実際の受診とを促す。</p>		
追加	あなたの職種は次のうちどれが一番近いですか。	管理的職業/専門的・技術的職業/事務的職業/販売の職業/サービスの職業/保安の職業/農林漁業の職業/生産工程の職業/輸送・機械運転の職業/建設・採掘の職業/運搬・清掃・包装等の職業
<p>解説：選択肢は厚生労働省編職業分類（平成23年改定）。保健指導では、職種によって提案できる生活改善の方法が大きく異なるため、必要に応じて対象者の職種を知ることは重要である。職種を知ること、対象者の指向性を知ると共に、実現可能な保健指導につなげる。</p>		
<p>10. 生活習慣改善の取組</p>		
10-1	改善したい生活習慣に○をつけてください（複数選択可）。	①喫煙 ②食生活 ③運動・身体活動 ④飲酒 ⑤睡眠 ⑥休養 ⑦その他
<p>解説：対象者の行動変容への意欲を確認する項目である。保健指導では、○がついている項目は積極的に目標設定に活用し、○がついていなくても、対象者の行動変容への意欲の変化を捉え、目標設定につなげていく。</p>		
追加	禁煙しようと思いますか。	①改善するつもりはない ②改善するつもり（概ね6ヶ月以内） ③1ヶ月以内に改善するつもり ④既に実施している（6ヶ月未満） ⑤6ヶ月以上継続して実施している
追加	食べ過ぎについて改善しようと思いますか。	
追加	脂肪摂取について改善しようと思いますか。	
追加	食塩摂取について改善しようと思いますか。	
追加	野菜摂取について改善しようと思いますか。	
追加	食事の内容や食べ方について改善しようと思いますか（上記4問を統合した場合）。	

追加	体を動かすことや運動することについて、改善しようと思いますか。	
追加	飲酒について改善しようと思いますか。	
追加	計測・記録（血圧や体重）について改善しようと思いますか。	
追加	計測・記録（歩数など）について改善しようと思いますか。	
<p>解説：生活習慣の行動変容ステージを把握するための質問である。行動変容ステージとは、行動変容に対する準備段階を指し、5つのステージに分けることができる。新しい生活習慣を確立するまでには多くの困難を伴うため、行動変容ステージに応じた声かけや目標設定をする。生活習慣に関連する生活環境の把握、行動変容理論に基づく指導、行動変容を阻害する要因の把握などを前提として、指導対象者の現状に則した行動目標を設定することが望ましい。</p> <p>無関心期 6ヶ月以内に行動変容を起こす意思がない時期 関心期 6ヶ月以内に行動変容を起こす意思がある時期 準備期 1ヶ月以内に行動変容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、その継続がまだ6ヶ月未満である時期 維持期 明確な行動変容が観察され、その期間が6ヶ月以上続いている時期</p>		
10-2	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
<p>解説：「標準的な質問票の解説と留意事項」を参照（質問22）。特定保健指導の利用歴を尋ねることで、保健指導内容の工夫に繋げる。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。特定保健指導を実施しても、保健指導レベルが改善せず、繰り返し保健指導対象者となる場合、支援に当たって留意する（3-6「2回目以降の対象者への支援」参照）。</p>		

- 注1 Idler EL, et al. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. J Health Soc Behav. 1997; 38:21-37.
- 注2 Watanabe Y, et al. Skipping Breakfast is Correlated with Obesity. J Rural Med. 2014; 9:51-58.
- 注3 坂田清美ら. 国民栄養調査を用いた朝食欠食と循環器疾患危険因子に関する研究. 日本公衆衛生雑誌 2001; 48: 837-841.
- 注4 Uemura M, Yatsuya H, Hilawe EH, Li Y, Wang C, Chiang C, Otsuka R, Toyoshima H, Tamakoshi K, Aoyama A. Breakfast Skipping is Positively Associated With Incidence of Type 2 Diabetes Mellitus: Evidence From the Aichi Workers' Cohort Study. J Epidemiol. 2015; 25:351-358.
- 注5 平成 27 年内閣府：食育に関する意識調査。
- 注6 主食：ご飯・パン・麺など。主菜：肉・魚・卵・大豆製品の料理。副菜：野菜・いも・きのこ・海藻の料理。平成 27 年国民健康・栄養調査と共通の質問。
- 注7 平成 27 年国民健康・栄養調査結果。
- 注8 Oba S, et al. Diet based on the Japanese Food Guide Spinning Top and subsequent mortality among men and women in a general Japanese population. J Am Diet Assoc. 2009; 109:1540-7. Kurotani K, et al. Quality of diet and mortality among Japanese men and women: Japan Public Health Center based prospective study. BMJ. 2016; 352:i1209. (2-5 解

説 ～示されている)

- 注9 おにぎりとかップめん、うどんといなりずしなど。
- 注10 Kondo K, et al. Cardiovascular Risk Assessment Chart by Dietary Factors in Japan - NIPPON DATA80. *Circ J*. 2019; 83:1254-1260.
- 注11 日本高血圧学会減塩委員会編 [高血圧患者さんのための減塩食レシピ] 日本高血圧学会
- 注12 日本高血圧学会減塩委員会編 [減塩のすべて：理論から実践まで] 日本高血圧学会
- 注13 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.
- 注14 Tan CE, et al: Association between smoke-free legislation and hospitalizations for cardiac, cerebrovascular, and respiratory diseases: a meta-analysis. *Circulation* 2012; 126: 2177-2183.
- 注15 厚生労働省：職場における受動喫煙防止のためのガイドライン,2019.
- 注16 Heatherton TF, et al. Measuring the heaviness of smoking: using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. *Br J Addict*. 1989; 84(7):791-9.
- 注17 Borland R, et al. The reliability and predictive validity of the Heaviness of Smoking Index and its two components: findings from the International Tobacco Control Four Country study. *Nicotine Tob Res*. 2010;12 Suppl:S45-50.
- 注18 Yokoyama T, et al. Alcohol flushing, alcohol and aldehyde dehydrogenase genotypes, and risk for esophageal squamous cell carcinoma in Japanese men. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2003; 12:1227-33.
- 注19 人々の協調行動を活発にすることによって、社会の効率性を高めることのできる、「信頼」「規範」「ネットワーク」といった社会組織の特徴はソーシャルキャピタル(社会資源)と呼ばれ、健康の維持・向上においても重要な因子である。
- 注20 Kivimäki M, et al. Long working hours and risk of coronary heart disease and stroke: a systematic review and meta-analysis of published and unpublished data for 603,838 individuals. *Lancet*. 2015; 386:1739-46.
- 注21 Nicholson PJ, et al. Shift work and chronic disease: the epidemiological evidence. *Occup Med*. 2011; 61:443-4.
- 注22 Li J, et al. Physical activity and risk of cardiovascular disease--a meta-analysis of prospective cohort studies. *Int J Environ Res Public Health*. 2012; 9:391-407.
- 注23 Kivimäki M, et al. Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. *Lancet*. 2012; 380:1491-7.
- 注24 森山葉子、豊川智之、小林廉毅、井上和男、須山靖男、杉本七七子、三好裕司. 単身赴任者と家族同居者における生活習慣、ストレス状況および健診結果の比較～Myヘルスアップ研究から～. *産業衛生学雑誌*. 2012; 54: 22-8.

表6 特定保健指導において目標設定及び評価を行うための行動変容の例

表6に、特定保健指導における行動変容の目標（例）を示す。
これらの例を用いる等して、対象者が2か月間、行動変容を継続することにより、腹囲 1.0cm 以上かつ体重 1.0kg 以上の減少と同程度の効果が期待されるよう目標を設定する必要がある。

なお、目標設定に当たっては、初回面接において、
・ 「標準的な質問票」
・ 「動機付け支援」、「積極的支援」に必要な詳細な質問項目」
等を活用し、対象者の生活習慣をアセスメントした上で、対象者にとって実践可能であり、かつ、保健指導実施者によって評価可能なものとするのが重要である。

その他、目標設定やその評価に当たっての留意点を、「特定健診・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」の「2-5 積極的支援」に示しているところ、参照されたい。

生活習慣	目標（例）			
食習慣	総エネルギー摂取量を減らす	1日の間食は、適量（〇kcal以内）にする（又は週に〇回に減らす） 甘い飲み物（清涼飲料水、加糖コーヒー等）を飲まない（又は〇回に減らす） 毎食のご飯は適量（〇g以内）にする 丼もの（カツ丼、天丼など）は月（又は週）〇回に減らす 主食同士を組合わせた食事（ラーメンとライス、スパゲティとご飯等）は月（又は週）〇回に減らす パン食の時には、揚げパン、菓子パン以外のものにする 1日〇以上、野菜を食べる（必要に応じて、主食や主菜の量を減らし、野菜の摂取を促す）		
	脂質の多い食品や血中LDLコレステロールの上昇に関連する食品を減らす	肉料理は、週〇回に減らす 魚介類の料理を週〇回摂取する（肉類摂取回数が多い場合） 大豆製品の料理を週〇回摂取する（肉類摂取回数が多い場合） 揚げ物の料理は、週〇回に減らす バター、チーズ、ラードを減らす（又はやめる） 菓子パン、洋菓子、スナック菓子をやめる（又は〇回に減らす、別の食品に変える） インスタントラーメンは食べない（又は〇回に減らす） 牛乳やアイスは低脂肪のものにする 肉加工品（ハム・ソーセージ）は、月〇回に減らす		
		運動・生活活動の時間を増やす	軽く汗をかく運動を週〇日に増やす 軽く汗をかく運動をする時間を1回あたり〇分に増やす 掃除機をかける日数を週〇日に増やす 日常生活における歩行時間を今より〇分増やす 1日の歩数を〇歩増やす	
			運動・生活活動の強度を上げる・強度の高い活動に置き換える	電車（又は車）での移動時間のうち、〇分を徒歩での移動にする 〇分以内の移動であれば、徒歩や自転車で移動する エレベーターでの上下移動のうち、1日〇回以上階段を使用する 歩行による移動時間を今より〇分短くする（より速い速度で歩く）
				喫煙習慣	たばこを吸わない
			休養習慣	毎日、〇時間以上睡眠をとる 毎日、〇時まで、寝る
		その他の生活習慣		毎日体重を測り、結果を記録する 毎日血圧を測り、結果を記録する 1日の飲酒量は適量（1合以内）にする 週に〇日以上休肝日にする

（参考：腹囲 1.0cm（脂肪 1.0kg）を減らすには、約 7000kcal 減らすことが必要である。）

(7) 実施に当たっての留意事項

① プライバシーの保護について

保健指導の実施に当たっては、プライバシーの保護を徹底し、対象者が安心して自分のことを話せるような環境を整える。ICTを利用する場合の留意事項は第3編第3章3-3を参照すること。

② 個人情報保護について

健診結果・保健指導記録は個人情報であるため、それらの管理方法は個人情報保護法、各ガイドライン等に基づき、適切に扱う。ICTを利用する場合の留意事項は第3編第3章3-3を参照すること。

③ 支援終了後のフォローアップについて

支援終了後にも、対象者からの相談に応じられる仕組みを作る。

④ 保健指導実施者について

生活習慣病予防に対する保健指導は、個人の生活習慣、行動の背景にある健康に対する認識、そして価値観に働きかける行為であり、保健指導実施者と保健指導の対象者との十分な信頼関係が必要であることから、同職種が数回に分けて行う場合は、できる限り同じ者が実施することが望ましい。

なお、複数の保健指導実施者が関わる場合には、保健指導の質の向上のためにも、対象者の状況について保健指導実施者全員が共有できる仕組みを整えることも重要である。

⑤ 保健指導の対象者について

生活習慣病予防に対する保健指導は、対象者の行動変容とセルフケア（自己管理）ができるようになることを目的とするものであり、保健指導を実施する際には、家族等代理者ではなく、対象者に直接行うこととする。

⑥ 服薬中の対象者や医療機関への受診勧奨レベルの対象者への保健指導について

降圧薬等を服薬中の者（標準的な質問票等において把握）については、特定保健指導の対象とはならないが、特定保健指導とは別に保健指導を実施する場合には、医療機関等との適切な連携の下に行う必要がある。

また、医療機関への受診勧奨判定値を超えた場合でも、軽度の高血圧症等により、健診機関の医師の判断で服薬治療よりも生活習慣の改善を優先して特定保健指

導の対象者となった場合は、各学会のガイドライン等を踏まえた保健指導を行い、効果が認められなかった場合は、必要に応じて、医療機関への受診勧奨を行うことが望ましい。また、フィードバック文例集P●●参照のこと。

⑦ 血圧、喫煙のリスクに着目した保健指導について

血圧、喫煙については、独立した循環器疾患の発症リスクとしても重要であることから、「動機付け支援」、「積極的支援」のいずれにおいても、血圧や喫煙のリスクに着目した保健指導を行うことが望ましい。また、対象者の行動変容をもたらすためには、早期に実施することが重要であり、これらの結果が分かる健診当日に実施することがより効果的である。

喫煙は、動脈硬化の独立した危険因子である。喫煙すると、血糖の増加、血液中の中性脂肪やLDLコレステロールの増加、HDLコレステロールの減少等の検査異常が起こりやすい。喫煙とメタボリックシンドロームが重なると動脈硬化が更に進んで、いずれも該当しない者と比べて、約4～5倍、脳梗塞や心筋梗塞にかかりやすくなる。喫煙によって年間12～13万人が死亡していると推定されており、この値は年間の全死亡者数の約1割に相当する。また受動喫煙により、脳卒中、虚血性心疾患、肺がん等で年間1万5千人が死亡していると推計されている^a。喫煙による健康被害は、国内外の多数の科学的知見により因果関係が確立しており、健診・保健指導の機会に禁煙支援ならびに受動喫煙の情報提供を行う重要性は高い。

具体的には、保健指導のための禁煙支援簡易マニュアル（URL）3も活用しつつ、特に、禁煙支援を行う場合には、健診の受診が禁煙の動機付けの機会となるよう、対象者の禁煙意向を踏まえ、全ての喫煙者に禁煙の助言や情報提供を行い、禁煙したい喫煙者には禁煙外来、地域・職域で実施される禁煙支援、禁煙補助薬の活用をすすめる等、喫煙者に禁煙の助言や情報提供を行うことが望ましい。なお、血圧や喫煙等の個々の危険因子と生活習慣改善の方法については、第3編第3章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」にも記載があるので、保健指導の実施に当たっては留意すること。

^a 喫煙と健康 喫煙の健康影響に関する検討会報告書（平成28年）

⑧ アルコールのリスクに着目した保健指導について

アルコールは、生活に豊かさと潤いを与えるものであるが、不適切な飲酒はアルコール健康障害^bの原因となるばかりでなく、飲酒運転や暴力、虐待、自殺等の様々な社会問題の発生に関連していることが指摘されている。これらのアルコール健康障害やアルコール関連問題^cへの対策を総合的かつ計画的に推進するために、平成25年にアルコール健康障害対策基本法が制定され、アルコール健康障害対策の実施に当たっては、アルコール関連問題に関する施策と連携することとされている。健康日本21（第二次）では、生活習慣病のリスクを高める飲酒量を「純アルコール摂取量で男性40g/日以上、女性20g/日以上」と定義した。これは、がん、高血圧、脳出血、脂質異常症等のリスクが1日平均飲酒量と共にほぼ直線的に上昇すること、また、全死亡、脳梗塞及び虚血性心疾患についてもおおむねこの飲酒量を超えるとリスクが上昇することによる^d。したがって、生活習慣病予防のアプローチとして減酒支援は重要である。また、純アルコール1gは7kcalに相当し、体重コントロールの観点からも、減酒支援は食生活・運動指導を補完する新たな切り口となり得る。さらに、保健指導は、アルコール依存症患者が見出された場合に、専門医療機関での治療につなげる貴重な機会となり得る。

以上のことから、健康診断や保健指導の機会において、アルコールのリスクに着目した情報提供や保健指導を積極的に行うことが求められる。

保健指導実施者は、アルコールによる身体的・精神的及び社会的な影響に関する知識を持ち、対象者が抱える困難に共感しつつ、問題点を分かりやすく説明し、行動変容へと結びつける姿勢が求められる。

具体的には、AST/ALT等の肝機能検査の結果から直ちに医療機関への受診を要する状況でないことを確認した上で、標準的な質問票における飲酒量の回答等から飲酒量を判断する。標準的な質問票で、1合をエタノール量22gと換算し、1日の平均純アルコール摂取量が男性で40g以上、女性で20g以上に該当する者には、「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

^b アルコール健康障害：アルコール依存症そのほかの多量の飲酒、未成年者の飲酒、妊婦の飲酒等の不適切な飲酒の影響による心身の健康障害。

^c アルコール健康障害やこれに関連して生じる飲酒運転、暴力、虐待、自殺等の問題のこと。

^d たとえば、男性で週450g以上の純アルコール（日本酒換算で1日平均3合程度）を摂取する者の全脳血管性障害（脳出血+脳梗塞）の罹患率は、機会飲酒者の約1.6倍に上昇する。（Iso H et al. Alcohol consumption and risk of stroke among middle-aged men. Stroke. 2004.）

引き」(URL)のAUDIT(アルコール使用障害同定テスト)を実施する。AUDITの判定結果によって、該当者に対して積極的に保健指導として減酒支援(ブリーフインターベンション)を実施する。

⑨ 健診当日の保健指導の実施について

人間ドック健診等、全ての健診結果が健診当日に判明している場合には、健診当日に初回面接としての対面での健診結果の説明、生活習慣の振り返りと共に過去の健診結果も活用しながら、行動目標・行動計画の策定をしてもよい。また、特定健康診査受診当日から1週間以内で、腹囲・体重、血圧、喫煙歴等の状況から特定保健指導の対象と見込まれる者に対して、把握できる情報をもとに初回面接を行い、行動計画を暫定的に作成し、後日、全ての項目の結果から、医師が総合的な判断を行い、当該行動計画を完成する方法もある。

なお、血圧や喫煙等の個々の危険因子と生活習慣改善の方法については、第3編第3章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」にも記載があるので、実施に当たっては参考にしていきたい。

様式2

特定保健指導支援計画及び実施報告書の例

様式2 特定保健指導支援計画及び実施報告書の例

1 保健指導対象者名	利用券番号	2 保険者名	保険者番号			
3 保健指導機関名(番号)・保健指導責任者名						
総務保健指導機関名		保健指導機関番号	保健指導責任者名(職種)			
			()			
4 支援レベル		5 保健指導コース名				
<table border="1"> <tr><td>動機付け支援</td></tr> <tr><td>積極的支援</td></tr> <tr><td>動機付け支援相当</td></tr> </table>		動機付け支援	積極的支援	動機付け支援相当		
動機付け支援						
積極的支援						
動機付け支援相当						
		6 健診実施年月日				
7 継続的支援期間						
支援予定期間		週				
開始(初回面接実施)年月日						
終了年月日		週				
8 初回面接の支援形態・実施する者の職種						
実績						
支援形態	個別支援(対面)・ 個別支援(遠隔) ・グループ支援(対面)・グループ支援(遠隔)					
支援形態(分割実施の場合)	個別支援(対面)・個別支援(遠隔)・グループ支援(対面)・グループ支援(遠隔)・電話・電子メール等					
健診後早期の初回面接	実施なし ・当日・1週間以内(当日は除く)					
実施者の氏名						
実施者の職種	医師・ 保健師 ・管理栄養士・その他					
9 継続的な支援の支援形態・ポイント(計画)						
支援形態	回数(回)	実施時間(分)	ポイント(p)			
個別支援(対面)	0	0	0			
個別支援(遠隔)	0	0	0			
グループ支援(対面)	1	60	70			
グループ支援(遠隔)	0	0	0			
電話	1	15	30			
電子メール等	2		60			
合計			160			
10 実施体制表(委託事業者)						
	個別支援(対面)	個別支援(遠隔)	グループ支援(対面)	グループ支援(遠隔)	電話	電子メール等
A (機関番号)	○		○		○	
B (機関番号)		○		○		○
C (機関番号)						
D (機関番号)						

11 保健指導の評価

1) 中間評価

	実施年月日	支援形態	実施者の氏名	実施者の職種
計画				
実施				

2) 行動計画の実績評価

	実施年月日	支援形態	実施者の氏名	実施者の職種
計画				
実施				

12 行動目標・行動計画

設定日時	令和6年 4月 3日	令和6年 7月 30日(中間評価)	令和6年 9月 23日
(設定した目標)	6か月後に腹囲2cmと体重2kgを減らす 腹囲 103cm(cm減) 体重 96kg(kg減) 収縮期血圧 130mmHg 拡張期血圧 80mmHg 一日の削減目標エネルギー量 260kcal 一日の運動による目標エネルギー量 180kcal 一日の食事による目標エネルギー量 80kcal 行動目標(食習慣の改善) 1日の間食は、80kcal以内にする 行動目標(運動習慣の改善) 週2回15分のジョギングをする 行動目標(喫煙習慣の改善) たばこを吸わない 行動目標(休養習慣の改善) - 行動目標(その他の生活習慣の改善) 1日の飲酒量はビール1本(350ml)まで	6か月後に腹囲2cmと体重2kgを減らす 腹囲 103cm(cm減) 体重 96kg(kg減) 収縮期血圧 130mmHg 拡張期血圧 80mmHg 一日の削減目標エネルギー量 260kcal 一日の運動による目標エネルギー量 180kcal 一日の食事による目標エネルギー量 80kcal 行動目標(食習慣の改善) 1日の間食は、80kcal以内にする 行動目標(運動習慣の改善) 週2回15分のジョギングをする 行動目標(喫煙習慣の改善) たばこを吸わない 行動目標(休養習慣の改善) - 行動目標(その他の生活習慣の改善) 1日の飲酒量はビール1本(350ml)まで	6か月後に腹囲2cmと体重2kgを減らす 腹囲 103cm(2cm減) 体重 96kg(2kg減) 収縮期血圧 130mmHg 拡張期血圧 80mmHg 一日の削減目標エネルギー量 260kcal 一日の運動による目標エネルギー量 180kcal 一日の食事による目標エネルギー量 80kcal 行動目標(食習慣の改善) 1日の間食は、80kcal以内にする 行動目標(運動習慣の改善) 週2回15分のジョギングをする 行動目標(喫煙習慣の改善) たばこを吸わない 行動目標(休養習慣の改善) - 行動目標(その他の生活習慣の改善) 1日の飲酒量はビール1本(350ml)まで
(設定した計画)	計画なし・1cm・1kg・2cm・2kg 【計画あり】・計画なし (1日の間食は、80kcal以内にする) 【計画あり】・計画なし (週2回15分のジョギングをする) 【計画あり】・計画なし (たばこを吸わない) 【計画あり】・【計画なし】 ()	未達成・1cm・1kg・2cm・2kg 【変化なし】・改善・悪化 【変化なし】・改善・悪化 【禁煙継続】・非継続・非喫煙・禁煙の意思なし 変化なし・改善・悪化	未達成・1cm・1kg・2cm・2kg 変化なし・【改善】・悪化 【変化なし】・改善・悪化 【禁煙継続】・非継続・非喫煙・禁煙の意思なし 変化なし・改善・悪化
(変更理由)			
計画上のポイント(アウトカム評価の合計)	P	P	P

13 保健指導の実施状況

1) 初回面接による支援

	実施年月日	実施時間	腹囲	体重	収縮期血圧	拡張期血圧	保健指導実施内容
初回	2024/4/15	45分	105cm	98kg	140mmHg	92mmHg	健診結果と生活習慣の特徴と対象者の行動変容ステージを確認 生活習慣についての気づきを促し、改善の可能性を探る 継続可能な行動目標の設定を促す セルフモニタリングの方法を確認 継続的支援の必要性と方法を確認
	行動変容ステージ <input type="checkbox"/> 意識なし <input type="checkbox"/> 意識あり(6か月以内) <input checked="" type="checkbox"/> 意識あり(近いうち) <input type="checkbox"/> 取得済み(6か月未満) <input type="checkbox"/> 取得済み(6か月以上)						
2回目 (分期実施の場合)							

2) 継続的な支援(プロセス評価)

	実施者	実施年月日	腹囲	体重	収縮期血圧	拡張期血圧	指導の種類	支援形態	支援ポイント	累計ポイント	コメント(任意)
2回目 □中間 □終了 □実績	医師 保健師 管理栄養士 その他	2024/6/30	105cm (0cm減)	98kg (0kg減)	128mmHg (12mmHg減)	90mmHg (2mmHg減)	<input checked="" type="checkbox"/> 食習慣の改善 <input checked="" type="checkbox"/> 運動習慣の改善 <input checked="" type="checkbox"/> 喫煙習慣の改善 <input type="checkbox"/> 休養習慣の改善 <input checked="" type="checkbox"/> その他の生活習慣の改善	個別支援(対面) (分) 個別支援(遠隔) (60分) グループ支援(対面) (分) グループ支援(遠隔) (分) 電話 (分) 電子メール等 (1往復)	70	70	
3回目 □中間 □終了 □実績	医師 保健師 管理栄養士 その他	2024/7/14	105cm (0cm減)	98kg (0kg減)	124mmHg (14mmHg減)	90mmHg (2mmHg減)	<input checked="" type="checkbox"/> 食習慣の改善 <input checked="" type="checkbox"/> 運動習慣の改善 <input checked="" type="checkbox"/> 喫煙習慣の改善 <input type="checkbox"/> 休養習慣の改善 <input checked="" type="checkbox"/> その他の生活習慣の改善	個別支援(対面) (分) 個別支援(遠隔) (分) グループ支援(対面) (分) グループ支援(遠隔) (分) 電話 (分) 電子メール等 (1往復)	30	100	
4回目 □中間 □終了 □実績	医師 保健師 管理栄養士 その他	2024/7/30	105cm (0cm減)	98kg (0kg減)	124mmHg (14mmHg減)	86mmHg (6mmHg減)	<input checked="" type="checkbox"/> 食習慣の改善 <input checked="" type="checkbox"/> 運動習慣の改善 <input checked="" type="checkbox"/> 喫煙習慣の改善 <input type="checkbox"/> 休養習慣の改善 <input checked="" type="checkbox"/> その他の生活習慣の改善	個別支援(対面) (分) 個別支援(遠隔) (分) グループ支援(対面) (分) グループ支援(遠隔) (分) 電話 (15分) 電子メール等 (往復)	30	130	
5回目 □中間 □終了 □実績	医師 保健師 管理栄養士 その他	2024/8/18	104cm (1cm減)	98kg (0kg減)	132mmHg (8mmHg減)	88mmHg (4mmHg減)	<input checked="" type="checkbox"/> 食習慣の改善 <input checked="" type="checkbox"/> 運動習慣の改善 <input checked="" type="checkbox"/> 喫煙習慣の改善 <input type="checkbox"/> 休養習慣の改善 <input checked="" type="checkbox"/> その他の生活習慣の改善	個別支援(対面) (分) 個別支援(遠隔) (分) グループ支援(対面) (分) グループ支援(遠隔) (分) 電話 (分) 電子メール等 (2往復)	30	160	

14 行動計画の実績評価(アウトカム評価)

	実施者	実施年月日	腹囲	体重	収縮期血圧	拡張期血圧	指導の種類と改善	支援形態	ポイント(合計)	コメント(任意)
実績評価	医師 保健師 管理栄養士 その他	2024/9/23	104cm (1cm減)	98kg (0kg減)	132mmHg (8mmHg減)	88mmHg (4mmHg減)	腹囲・体重の改善 (1cm・1kg 20p/2cm・2kg 180p) 未達成 1cm・1kg・2cm・2kg 食習慣の改善(20p) 変化なし ・改善・悪化 運動習慣の改善(20p) 変化なし ・改善・悪化 喫煙習慣の改善(30p) 既達目標 ・非継続・非喫煙・禁煙の意思なし 休養習慣の改善(20p) 変化なし・改善・悪化 その他の生活習慣の改善(20p) 変化なし・改善・ 悪化	個別支援(対面) (分) 個別支援(遠隔) (分) グループ支援(対面) (分) グループ支援(遠隔) (分) 電話 (分) 電子メール等 (往復)	30	

15 評価合計ポイント(プロセス評価・アウトカム評価)

プロセス評価	アウトカム評価		合計
初回面接	継続的な支援	実績評価	
0	160	30	190

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

平成20年4月より生活習慣病予防施策として、特定健康診査・特定保健指導が実施されているが、特定保健指導の対象者は、内臓脂肪蓄積による肥満がある者に限定されている。

しかし、脳・心血管疾患に対する、高血圧、脂質異常症、糖尿病等の影響は、肥満と独立していることが国内外の多くの疫学研究で明らかとなっている。すなわち、特定保健指導の対象とならなかった者（以下、非肥満者）においても、高血圧、脂質異常症、糖尿病、喫煙習慣は脳・心血管疾患の発症の危険因子であり、国民全体における脳・心血管疾患の発症予防を効果的に推進するためには、非肥満者においても脳・心血管疾患危険因子を有する者への対策が必要である。

食生活、身体活動、喫煙習慣といった生活習慣に対する保健指導が、これらの生活習慣病の予防や進行の抑制に効果があることが報告されている。また、わが国の地域・職域における無作為比較試験(RCT)を対象に、肥満の有無別に、血圧、脂質異常、血糖、及び喫煙に対する非薬物療法の効果を検討した結果、いずれの脳・心血管疾患危険因子でも、非肥満者における生活習慣への介入効果がみられた⁶。

これらの介入研究で用いられている指導内容は、各学会がガイドラインで推奨する生活習慣改善の方法と方針は同じであり、肥満、非肥満に関わらず、危険因子を改善するための有効な方法は、基本的には共通である。しかし、減量や生活習慣に関する保健指導において、対象者が肥満であることを前提とした指導方法を、非肥満者に対してそのままでは適応できない部分がある点に、留意する必要がある。

各学会のガイドラインに示されている通り、エビデンスの確立された生活習慣への介入による、様々な脳・心血管疾患危険因子の改善方法がある。表12に、危険因子ごとの具体的な生活習慣改善方法を、効果と必要性からみた優先順位と共に示す。保健指導の場では、優先順位が高い生活習慣の改善方法であっても、対象者にとって実行が困難、もしくは優先順位が低くなる場合もある。保健指導実施者は、表7を参考にしながらも、対象者自身が自己決定することを原則に、対象者にとって実行性が高い方法を選び、場合によっては対象者自身に選んで

⁶ 平成27年度厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究「非肥満者に対する保健指導方法の開発に関する研究（研究代表者 宮本恵宏）」

もらうことから始めることで、対象者が生活習慣を確実に改善できるように支援することが重要である。また保健指導実施者には、一度に多くの目標を立てず、対象者が一つでも目標を達成できれば賞賛し、少しずつでも健康的な生活習慣が対象者に根付くよう、支援することが求められる。さらに禁煙等については、保健指導実施者から提案することも必要である。

なお、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を行うに当たっては、以下の点に留意すべきである。

- 特定健診の結果で要医療に該当する場合には、まず医療機関への受診勧奨を行い、医師等の指示に従って、生活習慣を改善するよう指導する。
- 危険因子の原因として、生活習慣以外に加齢や遺伝等、変えることのできない要因があることに留意する。
- 心房細動や家族性高コレステロール血症、非肥満のインスリン分泌低下型では、早期の薬物療法が必要なため、保健指導の実施に当たっては医師と相談する。
- 非肥満者の中には体重を自らコントロールしている者（すでに減量した者、体重が増加しないように注意している者）が一定数含まれていることを認識した上で保健指導を実施する。
- 高齢者では保健指導判定値レベルで循環器リスクが高まるかどうかを個別にリスク判断し、医師と相談の上、対応の優先順位を誤らないようにする。

表 7

危険因子と生活習慣改善の方法

※優先度が高い順に◎→○→△

	減塩	カリウム 摂取 *1	食物 繊維 摂取	カル シウム 摂取	総エネ ルギー 減	糖質減	脂質 の調 整	過量 飲酒 の改 善	禁 煙	身 体 活 動	食 行 動 の 改 善	適正体 重の維 持 (減 量) *2
血圧	◎	◎	○	○	△ ¹⁾	△ ¹⁾		◎	◎	◎		○
血糖			○		◎	◎			○	◎	○ ²⁾	○
HDL-C					△	△			◎	◎		○
TG			○		◎	◎ ³⁾		◎	○	◎		○
LDL-C			○				◎ ⁴⁾		○	△		△
喫煙									◎			

*1 要医療レベルの腎機能異常がある場合には受診勧奨を行う。

*2 やせの場合を除く

1)過去の経過で体重増加が明らかな場合

2)よく噛み食事を楽しむ、食べる順番、朝食をとる、やけ食い・無茶食いをしない、食事の時間・間食回数

3)シヨ糖等の単純糖質を減らす

4)飽和脂肪酸の摂取を減らす、コレステロールの摂取を減らす、多価不飽和脂肪酸の摂取を減らす

「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」(URL)に危険因子ごと、生活習慣ごとの生活習慣改善の要点を示す。

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

従来の保健指導では十分に効果が得られなかった者や健康への関心が低い者に対する保健指導の新たな選択肢として、宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラムがある。これは、体験学習や相談の機会が増加すること、グループダイナミクスの相乗効果等により、困難事例に対する指導法として推奨される。非肥満の糖尿病予備群あるいは服薬中のため特定保健指導対象外となる者に対しても、効果が確認されており、より効果性が高く重点的な保健指導プログラムとして、保健指導対象者の健康課題や保険者等の実情に応じて、利活用することができる。

本プログラムの実践を通して、保健指導実施者と宿泊施設等の地域資源との連携が深まることにより、従来の枠組みを越えた多様な地域連携の強化と資源発掘、人材育成を促進し、これらが波及することによって健康な地域づくり推進に貢献することができる。宿泊型新保健指導プログラムの概要は以下の通りである。

- 宿泊施設（ホテル、旅館、保養所等）や地元観光資源等を活用し、医師、保健師、管理栄養士、健康運動指導士等の多職種が連携して提供する保健指導プログラムである。
- 旅の持つ楽しさ・快適さの中で、健康の大切さを実感できるような働きかけを行う。
- 十分な時間があることを活かし、座学のみならずグループ学習、食生活や身体活動に関する体験学習、個別面談等により、生活習慣改善の必要性について理解を促し、具体的かつ実行可能な行動計画を立てる。
- 運動実践に当たっては、参加者の健康状態や気候状況に応じたリスクマネジメントを行う。地域の自然環境やスポーツ施設等を活用したプログラムを実践する。
- 食生活指導においては、宿泊施設と連携して主食、主菜、副菜を組み合わせた食事の体験やバイキング実習の活用等が効果的である。
- グループダイナミクスが醸成されるよう、参加者同士が健康感や体験談を話

しあう、励ましあう等のグループワークを複数回設けることが望ましい。

- 宿泊時に立てた行動計画を実現できるよう、継続的な支援を行うことが望ましい。特定保健指導対象者では、継続的支援のポイントを満たすように支援計画を立てる。

宿泊型新保健指導プログラムそのものを実施できない場合には、グループ学習や運動体験、食事体験等、本プログラム的一部分を日帰り体験といった保健指導に取り入れて実施することも考えられる。詳細は、「宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラム」（URL）を参照されたい。

第4章 保健指導の評価

(1) 保健指導における評価の意義

保健指導の評価は、「健診・保健指導」事業の成果について評価を行うことであり、本事業の最終目的である生活習慣病の有病者や予備群の減少状況等の観点から評価を行っていくことになる。

このような「健診・保健指導」事業の最終評価は、生活習慣病の有病者や予備群の数、生活習慣病関連の医療費の推移等で評価されるものであるが、その成果が数値データとして現れるのは数年後になることが想定される。そこで、最終評価のみではなく、翌年以降の健診結果や生活習慣の改善状況等の短期間で評価ができる事項についても、評価を行っていくことが必要である。また、保健指導においてアプリケーション等を活用した場合は、アプリケーション等を評価できるような情報（利用者の満足度、利用回数等）も収集していくことが望ましい。

この評価方法としては3つの側面が考えられる。

1点目は、「個人」を対象とした評価方法である。対象者個人を単位とした評価は、肥満度や検査データの改善度、また、行動目標の達成度、生活習慣の改善状況、階層化支援レベル、受診状況等から評価が可能である。この個人を単位とした評価は、保健指導方法をより効果的なものに改善することや、保健指導の質を向上させることに活用できる。

2点目は、事業所単位や地域単位で、「集団」として評価する方法である。これは、健診結果の改善度や、禁煙や身体活動等の生活習慣に関する改善度、階層化支援レベルや平均体重の変化量、受診状況や要受診レベルの割合を、集団として評価することである。このような評価により、集団間の比較ができ、また、対象特性（年齢別等）ごとに分析することにより、健診・保健指導の成果があがっている集団が判断でき、保健指導方法や事業の改善につなげることが可能となる。

3点目は、健診・保健指導の「事業」としての評価である。事業であるので、費用対効果や、対象者の満足度、対象者選定が適切であったか、プログラムの組み方は効果的であったか、医療機関への受診勧奨された者の受診率や保健指導の継続性、保健指導の質向上の仕組み等、事業ストラクチャー（構造）やのプロセス（過程）を評価することができる。このことにより、効果的、効率的な事業が行われているかの判断が可能となり、改善につなげることができる。

このように保健指導の評価は、「個人」、「集団」、「事業」、「最終評価」を対象として行うものであるが、それぞれについて評価を行うと共に、事業全体を総合的に評価することも重要である。

(2) 評価の観点

評価は、一般的に、ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果）の観点から行う。健診・保健指導の最終的な評価はアウトカム（結果）で評価されることになるが、結果のみでは問題点が明らかにできず、改善方策が見出せない場合が多い。そこで、結果に至る過程を評価し、事業の基盤である構造について評価することが必要となる。また、最終目標のアウトカム（結果）評価は指標によっては評価に数年間かかるものもあることから、アウトプット（事業実施量）の観点から評価を行うこともある。

いずれも評価指標、評価手段、評価時期、評価基準について、明確にしておくことが必要である。

① ストラクチャー（構造）

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

② プロセス（過程）

プロセス（過程）評価は、事業の目的や目標の達成に向けた過程（手順）や活動状況の評価するものである。具体的な評価指標としては、保健指導の実施過程として、情報収集、アセスメント、問題の分析、目標の設定、方法（支援形態、教材、アプリケーション等の利用状況等）保健指導実施者の態度、記録状況等がある。

③ アウトプット（事業実施量）

アウトプット（事業実施量）評価は、目的・目標の達成のために行われる事業の結果を評価するものである。具体的な評価指標としては、健診受診率、保健指導実施率、保健指導の継続率等がある。

④ アウトカム（結果）

アウトカム（結果）評価は、対象者の行動（態度、記録、満足度）、事業の目的・目標の達成度、また、成果の数値目標を評価するものである。具体的な評価指標としては、個別のアウトカムとして肥満度や血液検査等の健診結果の変化、

集団でのアウトカムとして生活習慣病有病者や予備群、死亡率、要介護率、医療費の変化等がある。また、職域では休業日数、長期休業率等がある。

(3) 具体的な評価方法

評価の対象ごとに区分した保健指導の評価方法は、以下の通りであるが、評価指標、評価手段、評価時期等については、参考までに表 13 に整理している。

① 「個人」に対する保健指導の評価

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

詳細な内容については、第4編第3章を参照されたい。

保健指導の効果に関する評価は、対象者個人に対する評価であると共に、保健指導実施者の指導技術に対する評価にもなるため、結果を整理して指導方法の改善につなげることが大切である。

特定保健指導についてはその「見える化」を推進し、対象者の行動変容に係る情報等を収集して、保険者等がアウトカムの達成状況等を把握し、達成に至る要因の検討等を行って、対象者の特性に応じた質の高い保健指導を対象者に還元していく仕組みを構築していくことが重要である。

② 「集団」に対する保健指導の評価

個人への保健指導の成果を、集団として集積して評価することにより、保健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、年齢や性別等が考えられ、それぞれに保健指導歴の有無やプログラム毎に区分して、生活習慣に関する行動変容の改善状況、健診結果の改善度、また、生活習慣病関連の医療費の評価も行う。

保健指導を受けたグループと受けなかったグループの比較により、保健指導の効果を確認することができる。例えば特定保健指導の場合は、生活習慣の変化をみることにより、性・年代別に改善しやすい項目に着目した行動目標を設定し、保健指導の方法（教材）等に活用することができる。

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

③ 「事業」に対する保健指導の評価

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。したがって保険者は、事業全体について評価を行う。事業の評価は、対象者把握、実施、評価の一連の過程について以下の観点から評価する。

- 適切な資源を活用していたか、事業の目的遂行のために適切な人員体制・配置ができていたか（ストラクチャー（構造）評価）
- 対象者を適切に選定し、適切な健診・保健指導等の方法を用いていたか（プロセス（過程）評価）
- 対象者のうち何人に保健指導を実施したか（アウトプット（事業実施量）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。保健指導を委託している保険者は、評価に必要なデータを委託先等より入手した上で、この事業としての評価を上記のような観点から丁寧に行い、効果的な保健指導の実施につなげていくことが重要である。

（４）評価の実施責任者

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

集団に対する保健指導の評価は、保健指導を受けた個人を集団として集積し、全体の特徴を評価するため、保健指導実施者（委託先を含む）及び保険者が、評価の実施責任者となる。保健指導実施者に対する研修を行っている者もこの評価に対する責務を持つことになる。

事業としての保健指導の評価は、「健診・保健指導」事業を企画する立場にある保険者がその評価の責任を持つ。特に保健指導を委託する場合には、委託先が行う保健指導の質を評価する必要があり、「特定保健指導調整責任者」の役割が重要である（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」を参照されたい）。保険者として事業評価を行うことにより、保健指導の運営体制の在り方や予算の見直し等、体制面への改善にも評価結果を活かすことが必要である。

最終評価については、健診・保健指導の成果として、対象者全体における生活習慣病対策の評価（有病率、医療費等）を委託先等と情報共有し、今後に向けた効果的な事業展開につなげる。

なお、保険者が保健事業の結果を自己評価する以外に、より客観的に評価するために、第三者による評価を行うことも有効である。

（５）評価の根拠となる資料

保健指導の評価を根拠に基づいて、適切に行うためには、保健指導計画の作成段階で評価指標を決めておき、評価の根拠となる資料を、保健指導の実施過程で作成する必要がある。その資料は、保健指導の記録であり、健診データやレセプトデータ等である。それらの資料等が必要時、確実に取り出せ、評価のための資料として活用できるように、システム等によるデータ入力及び管理の体制を整えておく必要がある。なお、保健指導の評価の根拠となる資料はいずれも個人情報であるため、個人情報保護法並びに各ガイドライン等に基づき、その管理体制については、実施責任者（特定保健指導の場合は保険者）が取り決め、管理する必要がある。

(6) 記録とデータ管理

保健指導の記録の意義として、次の4点があげられる。

- a 対象者の状況を経時的に把握できること
- b 経時的な結果から保健指導の評価ができること
- c ほかの保健指導実施者と情報を共有できること（担当者が変更となっても継続的な支援が可能）
- d 対象者の求めに応じて閲覧可能であること

内容は、対象者ごとに目標、モニタリングすべき指標（健診結果、具体的な行動等）、個別支援やグループ支援等で提供したサービスと対象者の状況等に加えて、行動変容に対する対象者の意欲（可能であれば本人の言葉で記録する）、対象者が保健指導に期待していることの記録も必要である。

なお、これらの内容には、定量的に記録する内容と定性的に記録する内容があるが、両者とも必要な内容である。定性的な記録の内容については、簡潔にかつ明確に記載していくことが重要となる。また、保健指導の内容や相手の語ったエピソード等を記録して、対象者への次回以降の断続的な保健指導や保健指導内容の改善に役立てるよう事例を蓄積していくことが重要である。

保健指導の記録は、保健指導の実施期間中だけでなく、翌年以降の保健指導や対象者選定にも活用されるものであり、特に、前年の評価者と次回の初回面接者が異なる場合は、前回の評価内容を踏まえた上で次回の初回面接に活かすことができるよう、経年的な管理体制を整えることが望ましい。なお、途中で保健指導の担当者が変更になる場合は、支援に携わった者全員が対象者の最終的な状況を確認できるような体制を整えることが望ましい。保健指導実施機関には対象者の個人情報適切に管理する責務があるが、保健指導の外部委託の状況によっては、個人の保健指導の情報が複数の実施機関の間でやりとりされることも想定される。そのため個々の対象者に対しては、ほかの関連する実施機関との間で必要なデータを共有することの了解を得ることや、共有する具体的な項目について明記する等、データの共有及び受け渡しに関する事項についての取り決めを行うことも必要である。

保健指導を外部委託している場合も含め、健診結果及び保健指導の記録の管理に当たっては、管理すべきデータ、整理すべきデータを決定し、可能な限り、データベースを作成して経年的に管理することが望ましい。特定保健指導における保健指導結果の保存年限の基本的考え方、具体的な保存年限、留意事項は、特定健診と同様である（第2編第5章5-4参照）。

表 8

保健指導の評価方法（例）

対象	評価項目 (S) ストラクチャー (P) プロセス (OP) アウトプット (OC) アウトカム	評価指標	評価手段 (根拠資料)	評価時期	評価責任者
個人	(P) 知識の獲得 (P) 自己効力感	生活習慣改善状況 行動変容ステージ(準備 状態)の変化	標準的な質 問票、観察、 自己管理シ ート、指導 記録	3か月後、 6か月後、 1年後	保健指 導実施 者(委 託先を 含む)
	(OC) 意欲向上 (OC) 運動・食事・喫 煙・飲酒等の行動 変容				
	(OC) 健診データの改 善	肥満度(腹囲・体重・BMI など)、血液検査(血糖・ 脂質)、メタリックドーム のリスク個数、禁煙	健診データ	1年後、積 極的支援で は計画した 経過観察時 (3～6か 月後)	
集団	(OC) 運動・食事・喫 煙・飲酒等の行動 変容	生活習慣改善状況	標準的な質 問票、観察 自己管理シ ート	1年後、3 年後	保健指 導実施 者(委 託先を 含む) 及び保 険者
	(OC) 対象者の健康状 態の改善	肥満度(腹囲・体重・BMI など)、血液検査(血糖・ 脂質)、メタリックドーム の有病者・予備群の割 合、禁煙、(職域)休業日 数・長期休業率	健診デー タ、疾病統 計	1年後、3 年後、5年 後	
	(OC) 対象者の生活習 慣病関連医療費	医療費	レセプト	3年後、5 年後	
事業	(P) 保健指導のスキ ル (P) 保健指導に用い た支援材料 (P) 保健指導の記録	生活習慣改善状況、保健 指導実施者の態度、保健 指導の実施過程、指導手 段、記録状況	指導過程 (記録)の 振り返り、 カンファレ ンスピアレ ビュー	指導終了後 にカンファ レンスを持 つなどする	保健指 導実施 者(委 託先を 含む)
	(S) 社会資源を有効に 効率的に活用し て、実施したか(委 託の場合、委託先 が提供する資源が 適切であったか)	社会資源(施設・人材・ 財源等)の活用状況、委 託件数、委託率、他機関 との連携体制	社会資源の 活用状況、 委託状況	1年後	保険者

	(P) 対象者の選定は適切であったか (P) 対象者に対する支援方法の選択は適切であったか (P) 委託先は適切であったか	受診者に対する保健指導対象者の割合、指導手段、目標達成率、満足度、保健指導実施者の態度	質問票、観察、アンケート	1年後	
	(OP) 各対象者に対する行動目標は適切に設定されたか、積極的に健診・保健指導を受けているか	目標達成率、健診受診率、保健指導実施率	質問票、観察、アンケート	1年後	
最終評価	(OC) 全体の健康状態の改善	死亡率、要介護率、生活習慣病の有病者・予備群、有所見率など	死亡、疾病統計、健診データ	毎年、5年後、10年後	保険者
	(OC) 医療費適正化効果	生活習慣病関連医療費	レセプト		

第5章 地域・職域における保健指導

5-1 地域保健と職域保健の保健指導の特徴

(1) 対象の生活の場に応じた保健指導

地域保健においては、地域住民を対象とした保健指導を展開している。地域の対象者の健康は、地域特性のある食生活や運動習慣等の生活環境や社会的要因等の影響を受けており、そのことに配慮した保健指導が求められる。

一方、職域保健では労働者を対象とした保健指導を展開している。職域保健の主な対象者である労働者の多くは、一日の大半を職場で過ごしているため、労働者の健康は配置や作業状況等、職場の環境に影響を受ける。そのため、対象者の健康問題と職場の環境や職場の健康課題を関連付けた保健指導が展開されている。

しかし、地域保健の対象の中には労働に従事している者もいることや、また労働者も職場を離れば地域の生活者でもある。退職後には地域住民として国保対象者となるが、高齢期に発症する生活習慣病は、就労年齢層における生活習慣にその端を発していることが多い。また、雇用延長、高齢者の就労促進により、これまで地域保健の「高齢者の健康づくり」の対象者となっている対象者が職域保健に移行している。一方、高齢就労者においては正規雇用よりもパートタイム雇用が増えるため、地域と職域が協力して健康づくり支援にあたることも効果的である。

さらに、在宅勤務の普及に伴い、運動不足、体重増加、メンタル不調などの新たな健康状態の問題を生じている者も少なくなく、地域における健康づくり事業（運動教室や栄養教室等）につなげることも重要である。そのため、生活と労働の視点を併せた保健指導を展開していくことが必要である。

（２）組織体制に応じた保健指導

地域保健では、それぞれの市町村における財政状況や人的資源、社会資源等が異なっているため、提供できるサービスやその方法は異なり、保健指導はそれぞれの体制、方法で展開している。市町村では、健診・保健指導を効果的に実施するためには、国保部門と衛生部門が十分な連携を取って互いに協力しながら保健指導等を展開することが非常に重要である。また、高齢期の要介護状態と生活習慣病との関連も深く、介護保険部門との連携により健康課題の明確化と、住民への訴求性を高めることができる。

一方、職域保健では、財政状況や人的資源、社会資源等が異なるため、保健指導はそれぞれの体制、方法で展開されており、加えて、事業主によりその展開は異なり、職域ごとの保健指導の実施体制を考慮した効果的な保健指導を行う必要がある。

効果的な生活習慣病予防対策は、事業所の活性化、企業のCSR（corporate social responsibility）にも関係するものである。保健指導の展開には、事業者（人事労務担当者、職場管理職等）が労働者の健康を価値あるものと考えることが重要であり、それらの者と連携し、健康経営の視点も考慮しながら、職場における健康支援の意義や就業時間内の実施等への理解を得る必要性がある。また、業種・職種による特徴的な健康課題にも配慮することが重要である。

（３）対象者に対するアクセス

（１）及び（１）に示した内容を踏まえ、対象者が保健指導に参加しやすい時間、場所、方法等を考慮する必要がある。そのため、確実に保健指導につなげていくために、保健指導を利用しない理由を把握したり、家族や事業者（人事労務担当者、職場管理職）等の協力を得たりすることも重要である。

また、健診未受診者については、地域保健では、職域保健と比較して対応が困難な場合が多い。地域保健では、健診未受診者に対する家庭訪問は、最も効果的と考えられる方法であることから、可能な限り行っていくことが望ましい。

一方、職域保健では対象者が職場に存在する場合もあるが、業種によっては、一定の場所に集まっているわけではなく、また、業務に従事しているため保健指導を受けにくい状況もある。健診・保健指導の実施前から質問票を配布し、健診当日に的確な保健指導、さらには健康教育につなげることができる場合もある。しかし、全ての労働者に保健指導を実施できない場合もあり、状況に応じて複数年度での対応や未受診者への対応等、職域ごとの保健指導の実施体制を考慮した効果的な保健指導を行う必要がある。さらに、データを経年的に管理し、過去の推移を考慮した保健指導を展開することや、健診前に質問票を配布・回収し、

より個別的で具体的な保健指導を実施できるよう工夫すれば、効果的な保健指導を展開していくことが可能である。

また、複数年にわたって健診を受診していない者や、保健指導レベルに該当しても利用につながらなかった対象者を特定し、重点的にアプローチする等の方法が考えられる。

なお、職域保健においては、被扶養者へのアプローチも重要である。コラボヘルスの観点から保険者と事業主が協力して被扶養者に働きかけを行うことや、保険者と地域が連携して被扶養者が地域の医療・保健指導実施機関等で保健指導を受けやすい体制を構築するなど、被扶養者の状況を把握し、その状況に応じたアプローチ方法を工夫することが必要である。

(4) 保健指導の評価

地域では、国保部門だけでなく、衛生部門等の他部門も関係し、保健指導が実施されている。保険者が地域住民の健康課題を的確に分析・評価するためには、国保部門・衛生部門・介護保険部門等の連携が重要である。

一方、職域が実施する保健指導は、就労上の配慮等に重点が置かれている。しかし、職場と住居地域が異なることも考えられ、地域における生活習慣病予防に関する健康課題を捉え、地域特性を含めて評価する視点を持ちにくい。今まで以上に、保険者協議会や地域・職域連携推進協議会の活動を深め、県単位、地域単位での評価を行う必要がある。

地域・職域連携推進協議会や保険者協議会等で、地域・職域のデータを共同分析して全国や地域別データと比較しながら評価を行ったり、協議会に実務担当者を含めることや、人材育成や良好な外部委託先についての情報交換を行う等、ストラクチャー（構造）の改善に努めている事例も増えている。今後、連携の一層の推進が期待される。

(5) ポピュレーションアプローチと社会資源の活用による支援

保健指導をより効果的に行うためには、地域における健康課題に応じて支援することはもちろん、ポピュレーションアプローチを併用し複合的に行うことや、地域の医師会や看護協会、栄養士会等の団体とも連携し、社会資源を効果的に活用することが必要である。

職域では、主な対象者である労働者が職場に存在することからポピュレーションアプローチの取組が比較的容易な場合もある一方で、労働者の健康に対する事業主の考え方や職場内の活用できる資源が限られることや、職種や業種による時間的制限等から、効果的な実施が困難な場合もある。保健指導後のフォローアップが必要であるが、それぞれの事業所での社会資源が不十分な場合には、対象者が生活している地域の社会資源の活用も考慮する必要がある。しかし、労働者の就業時間等の観点からは、地域の社会資源が現実的に活用しにくいことも多い。地域と有機的な連携を取りながら社会資源を効率的に活用していくことが重要である。

5-2 地域・職域連携による効果

(1) 健診・保健指導における地域・職域連携の効果

地域と職域はそれぞれの資源の範囲の中で保健指導を展開してきた。一方、近年、地域と職域が保健指導に利用できる資源を共有することにより、利用できるサービスの選択肢を増大させている事例が増えている。具体的には、それぞれの有する保健指導のための教材、フォローアップのための健康教育プログラムや施設、さらには地域、職域それぞれで展開されてきた保健指導の知識と技術を有する人材の活用や、研修の合同開催等の人材育成の効率化等が考えられる。これらは、対象者がサービスを主体的に選択し、行動変容とそれを維持する可能性を高めるものとして期待できる。また、地域、職域とも費用、人的資源の効率的な運用が期待される。

これまで、地域と職域は退職や転職・転居等を区切りにそれぞれの場で保健指導が展開されてきた。こうした中、平成26年度には、都道府県単位で設置されている保険者協議会が法定化され、また平成27年度からは特定健診等データやレセプトデータを活用した効果的・効率的な保健事業が進められており、保険者との連携事業を推進している自治体も増加している。また、オンライン資格確認等システムを活用し、保険者間で特定健診等データの引継ぎが促進されると、保険者のみならず、対象者にとっても、過去の特定健診等の結果や病歴等の特性に応じた保健事業や保健指導を受けることが可能になる等の利点が期待される。なお、地域・職域連携の基本的理念や連携の在り方、具体的な取組実施のために必要な事項、地域・職域連携推進協議会の効果的な運営方策等については、

「地域・職域連携推進ガイドライン」(URL：<https://www.mhlw.go.jp/content/000962558.pdf>) 及び「地域・職域連携推進事業の進め方 地域特性に応じた効果的な展開のために」(URL：<https://www.mhlw.go.jp/content/000962558.pdf>) を参照されたい。(図2)

（２）健診・保健指導における地域・職域連携のための方策

今後は、健診・保健指導において有機的な連携が必要となる。地域と職域それぞれが健診・保健指導に関して、対象となる集団の生活習慣病予防に関する課題を明確にし、活動計画を立案する。その上で、実際の展開で共有できる部分と協力できる部分、独自で行うことがよい部分について情報交換の機会をもち、進めていくことが必要である。そのためには、保険者協議会、都道府県や二次医療圏の地域・職域連携推進協議会を活用することも有効である。

【参考】地域・職域連携推進事業の意義
厚生労働省 地域・職域連携推進ガイドライン（令和元年9月）



第4編 体制・基盤整備、総合評価

第4編 体制・基盤整備、総合評価

第1章 人材育成体制の整備

(1) 基本的考え方

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

- 国、都道府県、市町村、保険者、医療関係団体等は、健診・保健指導事業の企画立案・実施・評価の業務を行う者に対し、最新の科学的知見に基づいた効果的な保健指導の知識・技術を修得するための研修や、具体的な保健指導の事例の情報提供等人材育成の機会を提供する必要がある。

(2) 国の役割

国は、全国で一定レベル以上の人材の質が確保されるよう、健診・保健指導に関する人材育成の体系や研修に関するガイドラインを作成し、都道府県等に示すと共に、都道府県等が研修を行う際に使用することができる学習教材等を作成・提供する。

また、国は、国立保健医療科学院において、都道府県等で指導的立場にあり健診・保健指導に関する研修を企画立案する者等に対する研修を行う。

(3) 都道府県の役割

都道府県は、国が示す「健診・保健指導の研修ガイドライン」を踏まえ、健診・保健指導事業の企画立案・実施・評価の業務を行う者を対象に、①企画立案・評価に関する知識・技術、②最新の科学的知見に基づいた効果的な保健指導の知識・技術、③ポピュレーションアプローチとの効果的な組み合わせ等に関する研修を実施する。このほか、保健指導の質の向上のために、標準的な質問票や健診等のデータを用いた評価方法についても研修を行うことが求められる。その際、市町村や保険者の評価に用いられる死亡統計等の都道府県内のデータをまとめて提供する。

また、これらの研修を実施するため、都道府県は、地域の医療関係団体、教育機関等の協力を得て、研修を行う講師等を確保すると共に、都道府県が実施する研修会と医療関係団体等が実施する研修の開催日時が重なったり、同じ内容となったりしないよう、都道府県が中心となって、研修を行う団体間の調整を行う。

加えて、健診・保健指導事業者が抱える個別具体的な課題について支援する仕組みを整えることが望ましい。

なお、保険者や委託機関を対象とした研修等を実施する際には、もれなく周知できるような体制整備が必要である。

さらに、都道府県は、当該都道府県内において健診・保健指導を行う人材の確保が困難な地域が発生しないように、市町村の求めに応じて、当該市町村に研修を行う講師等を派遣し研修を実施する等、各都道府県内で研修の実施体制が確保できるよう配慮する。

(4) 市町村の役割

市町村は、保健事業に従事する医師、保健師、管理栄養士、事務職等に対して、市町村自らが研修を行うことに加え、都道府県、医療関係団体等が実施する研修を受けさせることが必要である。

また、国保部門と衛生部門のジョブローテーション^aにより、健診・保健指導とポピュレーションアプローチとの効果的な組み合わせを企画立案できる人材の育成を行うことや、健診・保健指導の経験を有する者を、都道府県等が実施する研修の講師とする等の協力を行うことも必要である。

今後、我が国の人口構造が一層高齢化していくことが見込まれている中、国保、衛生、介護の各部門が共通認識を持って、保健事業を的確かつ効果的に実施していくことが必要である。このため、各市町村レベルでこの三部門が連携して、住民や地域の実態やニーズに即した保健事業等を運営できる、技能・知識を有する人材を育成していくことが重要である。

さらに、市町村は、これまで健康づくりに関するボランティア等を育成してきたが、ボランティア等による活動は、健診受診率の向上や住民自らの生活習慣の改善に有効である。これらのボランティアによる活動をポピュレーションアプローチの重要な手法と位置付け、地域で自主的に健康づくりを推進するボランティア等育成のための研修を実施することが必要である。また、健康は、社会経済環境の影響を受けるため、個人の取組だけで解決するには限界がある。よって、地域において個人の健康を支え、守るための社会環境整備が求められていることから、地域のつながりを強化し、家庭・自治組織・企業・学校・ボランティア等が一体となった健康づくりを推進することが必要である。

^a ジョブローテーション：資質向上のため、人材育成計画に基づいて、職務の異動を行うこと。

(5) 保険者の役割

保険者は、健診・保健指導事業の企画立案・実施・評価の業務を行う者に対して、保険者自らが研修を行うことに加え、都道府県、医療関係団体等が実施する研修を受けさせることが必要である。

また、保険者の中央団体は、最新の科学的知見に基づいた効果的な健診・保健指導が実施されるよう、医療関係団体、教育機関等の協力を得て、資質の向上が継続的に図られるよう、支部組織所属の保険者に対し、保険者が研修を行う際に使用することができる学習教材等を作成・提供することや、各保険者団体が自ら人材育成研修を企画・立案・実施できるよう支援していくことが必要である。

(6) 医療関係団体の役割

公益社団法人日本医師会、公益社団法人日本看護協会、公益社団法人日本栄養士会等の医療関係団体及び当該団体の都道府県組織は、保健指導を実施する者の資質の向上を図るため、科学的な知見を踏まえ最新の情報をもとにした研修会を積極的に行うことが求められる。研修会の実施に際しては、複数の医療関係団体が協力し、共同で実施することや、公益社団法人日本歯科医師会や公益社団法人日本薬剤師会等の各医療関係団体及び、当該団体の都道府県組織から講師を紹介してもらうこと等、複数の職種で構成されるチームによる保健指導に繋がるような配慮も必要である。

また、保健指導に従事する医師、保健師、管理栄養士等については、メタボリックシンドロームの概念を導入した保健指導に関する知識・技術を有することが必須である。関係団体、学会等が保健指導に関連し、特に認定する既存の資格（公益社団法人日本医師会認定健康スポーツ医等）の養成課程においても、そのような観点からの研修内容が盛り込まれることが求められる。

(7) 健診実施機関・保健指導実施機関の役割

健診実施機関および保健指導実施機関は、国の動向や最新の知見を踏まえて、効果的・効率的な健診、保健指導の実施を目指した、人材育成事業を企画・立案・実施し、健診、保健指導の質の担保に努める。

また、医療関係団体、教育機関等の協力を得て、資質の向上が継続的に図られるよう定期的に研修を実施したり、より効果的な保健指導となるようデータ収集や分析を行うように努める。

第2章 最新の知見を反映した健診・保健指導内容の見直しのための

体制整備

(1) 基本的考え方

- どのような健診項目等を設定し保健指導を実施すれば、効果的・効率的に被保険者・被扶養者の生活習慣病予防が図られるのかを評価するため、各保険者は、健診・保健指導に関するデータを継続的に蓄積することが必要となる。
- 各保険者が蓄積したデータについては、個人情報の保護に十分留意しつつ、国において分析・評価し、その結果を健診・保健指導プログラムに反映することが必要である。

(2) 国の役割

国は、健診・保健指導データの評価を踏まえ、保健指導に用いる学習教材等の作成を行う。このような学習教材の作成に際しては、厚生労働科学研究等の活用や、国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所における、研究成果や調査結果の活用について協力を得ながら、国立保健医療科学院が中心となり、学習教材を作成していくことが必要となる。さらに、国立保健医療科学院においては、保健指導を行う際の支援材料、学習教材等をホームページで公開する。

また、国は研究等により健診・保健指導に関する科学的根拠の蓄積に努めることとし、国立保健医療科学院においては、健診・保健指導内容の科学的根拠を継続的に収集し、評価するため、健診・保健指導データ等を分析する機能・役割が必要となる。

さらに、国は、最新の知見を反映した健診・保健指導を効果的・効率的に行うために、医師、保健師、管理栄養士等の基礎教育において、必要な知識・技術を習得させる必要があり、これらの養成カリキュラムの見直しの検討を行うことも必要である。

加えて、健診・保健指導のデータ活用について、学術研究者等への公開等を含む積極的な利活用の促進に務める。

(3) 関係学会の役割

関係学会は、学会における最新の知見等の議論を踏まえ、国が行う健診・保健指導データの分析・評価について協力することが望まれる。また、最新の知見を反映した健診・保健指導を効果的・効率的に行うために、医師、保健師、管理栄養士等にむけて、必要な知識・技術の習得を促す研修等を実施することが望まれる。

(4) 都道府県の役割

都道府県においては、保険者や地域の大学・研究機関等の協力を得て、健診・保健指導データを統計的に処理・分析し、評価を行うことにより、都道府県における健康づくり施策や都道府県が実施する研修内容へ反映させると共に、保険者協議会や各地域の地域・職域連携推進協議会等に対し、健診・保健指導の効果の評価、研修内容の相互評価、委託先の事業者のサービスの質の相互評価を図る場を提供することが必要である。また、ポピュレーションアプローチ・ハイリスクアプローチを推進しやすくするための環境整備を進めることも必要である。

(5) 市町村の役割

市町村においては、保健事業を総合的に実施するため、健診データ、レセプトデータ、介護保険データ等を活用することにより地域ごとの課題を見出し、課題の優先順位を考慮し、ポピュレーションアプローチ等も取り入れながら、科学的根拠に基づいて健診・保健指導プログラムを効果的・効率的に実施していくことが必要である。また、効果的・効率的なプログラムを実施するためには、事業評価を行い、常に事業を改善できる体制が求められる。

(6) 保険者の役割

保険者においては、「データヘルス計画」に基づき健診データ、レセプトデータ等を用いることにより保険者ごとの健康課題を見出し、課題の優先順位を考慮し、ポピュレーションアプローチ等も取り入れながら、科学的根拠に基づいて健診・保健指導プログラムを効果的・効率的に実施していくことが必要である。また、効果的・効率的なプログラムを実施するためには、事業評価を行い、常に事業を改善できる体制が求められる。

(7) 保険者中央団体の役割

保険者の中央団体及び支部組織は、団体所属の保険者の健診・保健指導等のデータを蓄積・分析する体制を充実させ、大学・研究機関等の協力を得つつ、各保

険者がデータを活用しながら健診・保健指導プログラムを効果的・効率的に実施していくための支援・研修を行うことが重要である。

第3章 健診・保健指導の実施・評価のためのデータ分析とデータ管理

3-1 健診・保健指導の実施・評価のための指標・項目

(1) 基本的考え方

- 生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、さらに重症化・合併症へと悪化する者を減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群、更には健康な状態へ改善する者を増加させることが必要である（別紙1）。
- 保険者には、健診・保健指導データとレセプトが集まることになるため、電子化された健診・保健指導データとレセプトを突合したデータの分析を行う。この分析結果を基にして、前年度の保健指導による予防の効果を評価することや、健診結果が「受診勧奨」となった者の医療機関受診状況の確認をすることが可能となる。
- 突合データを用いて、個人や対象集団ごとに、健診・保健指導プログラムの評価を客観的に行うためには、どのような健診・保健指導の指標・項目等を抽出すれば良いか整理する必要がある。
- 保険者に所属する医師、保健師、管理栄養士等は健診・保健指導データとレセプトから、どの部分に焦点を絞って、疾病予防・重症化予防を行うのが効果的かを検討することが必要である。
- また、医療保険を所掌している部門に医師、保健師、管理栄養士等が所属していない場合には、地域・職域の医師、保健師、管理栄養士等の協力を受けて評価する必要がある。たとえば、市町村国保においては衛生部門、健保等では職域の産業医、保健師等の協力を得ることが想定される。さらに、小規模な健保等については、保健所・衛生研究所等の協力を得ることも想定される。
- 健診・保健指導の実施・評価の際には、対象集団の母集団となる行政単位の人口動態統計（死因統計）、患者調査、国民生活基礎調査、国民健康・栄養

調査（県民健康・栄養調査）、医療費データ、介護保険データ等から確認しうる地域集団の健康課題の特徴を把握すると共に、対象集団の健診結果や生活習慣の知識・態度・行動に影響を及ぼす要因を把握することが必要である。

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

（２）健診・保健指導を評価するための具体的な指標・項目

① 個人の評価のための指標・項目

○ 保健指導実施以降の健診の指標・項目

- ・ 医療機関への受診状況
- ・ 健診受診状況
- ・ 各健診項目（測定値）
- ・ 各健診項目判定結果

○ 保健指導実施以降の保健指導の指標・項目

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

○ 保健指導実施以降のレセプト

- ・ 医療機関の受診状況の有無（健診の結果、「受診勧奨」となったにもかかわらず受診がなされていないのではないか、糖尿病等で受診中断がないのか等の確認ができる。）

② 集団の評価のための指標・項目

○ 保健指導実施以降の健診の指標・項目

- ・ 健診受診者数、内訳
- ・ 各健診項目判定結果

○ 保健指導実施以降の保健指導の指標・項目

- ・ 保健指導階層化判定
- ・ 生活習慣改善状況

- 保健指導実施以降のレセプト
 - 医療機関の受診状況の有無
 - 医療費

- ③ 事業評価のための指標・項目
 - ※母集団（対象集団）の生活習慣（知識・態度・行動）に影響を及ぼす要因を把握するための具体的な指標・項目

- 保健指導実施以降の健診の指標・項目

- 保健指導実施以降の保健指導の指標・項目

- 保健指導実施以降のレセプト

- 事業を評価するための関連情報

3-2 保険者における健診・保健指導の実施・評価

(1) 基本的考え方

- 保険者は、全ての40歳から74歳の被保険者に対し、健診の受診を促すと共に、健診結果やレセプト等のデータを有効に活用し、必要な保健指導（動機付け支援・積極的支援）対象者を確実に階層化し、被保険者の生活習慣改善の取組を支援する。また、対象集団における健診・保健指導プログラムが有効であったかどうかについて、レセプトの活用等により評価を行う。
- 保険者は、レセプトを活用した分析を実施し、健診・保健指導の計画、評価を行い、保健指導内容の改善、委託先の選定の参考とする等、健診・保健指導事業の改善を行うことが可能である。
- なるべく手作業を避け、効率よく分析することが重要である。市町村においては国保データベース（KDB）を活用して分析、対象者の抽出等が可能となっている。
- 分析スキルに長けた人材との連携も重要である。
- 分析を委託する場合には、委託先に保険者の問題意識や保健指導等で把握した実態を伝えて分析させる等、委託先に分析全てを任せることがないようにする。分析結果をどのように保健事業に活用していくかの視点が重要である。
- 特定健康診査等実施計画を策定する場合はデータヘルス計画との連動を図る。
- 保険者は、委託先の事業者から健診データが円滑に移行されるよう、事業者との連携を密に図る。
- 保険者は、健診・保健指導の実施状況や、レセプトデータの状況、保険者における、評価・改善に関する知見の集積状況や習熟度等の動向を踏まえ、健診・保健指導の評価に取組む必要がある。

(2) 具体的な健診・保健指導の実施・評価の手順（例）

保険者は、健診・保健指導関連データとレセプトを突合したデータを用いて、健診・保健指導の評価を行うために、生活習慣病は予防可能であることを理解し、予防するために何が必要かを考えることが重要である。また、予防ができなかったケースのデータから、なぜ予防できなかったのかについて分析し、次の事業に反映させることも重要である。

〔評価手順の一例^{b)}〕

① 利用するレセプトの抽出

- 利用するレセプトは、生活習慣病に関係する病名により抽出する。
- レセプトの病名は主傷病と副傷病に分かれているが、両方とも拾う。さらに、生活習慣病に関係する病名が主傷病か副傷病かを分類するため、主傷病が分かるようにデータを抽出する。
- 病名コードは、ICD分類に基づくものとする。

② 集団の疾患特徴の把握

※高額レセプト、長期レセプト、重複疾病の抽出による突合分析

- 高額なレセプト（例：1か月200万円以上等）を分析することにより、どのような疾患が高額になっているかを調べ、どの疾患の予防を優先的な保健指導の対象とするか考える（参考様式1-1、2）。
- 高額なレセプトだけでなく、長期に治療が継続することにより結果的に医療費が高額になる疾患についても調べ、どの疾患の予防を優先的な保健指導の対象とするかについても考える（参考様式2-1～3）。
- 対象集団の特徴や健康課題を把握するため、複数の生活習慣病の罹患状況を調べ、糖尿病、高血圧症、脂質異常症、虚血性心疾患、脳卒中、人工透析を要する慢性腎不全等の疾病毎に分析を行う（参考様式3-1～7）。

^{b)} 詳細な手順等については、平成17年度厚生労働科学研究費補助金「地域保健における健康診査の効率的なプロトコールに関する研究」（主任研究者：水嶋 春朔）において「健診データ・レセプト分析から見る生活習慣病管理」が取りまとめられている。

- 全国又は都道府県のデータと比較することにより、対象集団の疾患分布等の特徴を把握するための資料を収集・作成する（参考様式4～5）。
 - 健診・保健指導の効果を評価するため、レセプト分析により、保健指導による重症化予防、合併症予防の成果を確認する（参考様式4-1～14）。
- ③ 集団の健康状況の把握（健診・保健指導結果による経年的なアウトカム評価）
- 対象集団全体の健康状況を把握するため、健診有所見者状況、メタボリックシンドロームのリスクの重複状況、健診受診率、支援別保健指導実施率等の健診・保健指導実施結果の特徴を、年代別、性別の経年的データについて分析する（参考様式5-1～6）
- ④ 健診・保健指導の総合的評価に関するデータ
- 健診・保健指導の評価を行う上では、メタボリックシンドローム、糖尿病等の生活習慣病の増減等を評価する必要がある（参考様式6）。
 - 毎年の健診・保健指導事業の評価を行うためには生活習慣病の有病者や予備群への移行者数の減少以外にも、補足的な評価項目が必要である。
 - 補足的な評価項目としては、有病者又は予備群のままであったとしても、リスク数の減少等が想定される。
 - 健診・保健指導の費用と国保データベースシステム等を活用しての医療費の削減効果が比較できる仕組みが必要である。
 - 保険者は、被保険者に対して健診・保健指導の総合的評価を情報提供することが必要である。
- ⑤ 健診受診者個人の評価
- 健診受診者ごとの腹囲、体重、血圧等の改善も評価すべきである。
 - 腹囲の増加、体重の増加等が認められないこと、追加リスクがないこと（現状維持）も評価すべきである。また、追加リスクがある場合であっても腹囲等が減少したことを評価すべきである。

- 動機付け支援、積極的支援の対象者については、体重・腹囲・血圧・翌年度の健診結果（喫煙・食生活・身体活動の変化、行動変容ステージの変化、設定目標の達成状況、翌年の保健指導レベルの変化）の達成状況についても評価すべきである。
- 参考様式については、（<http://URL> を記載）にてダウンロードが可能となっている。

3-3 健診・保健指導計画作成及び評価のためのデータ管理

(1) 基本的考え方

- 健診・保健指導のデータは個人の医療・健康情報が入っているので、あらかじめ保険者により定められた責任者において、管理することが望ましい。
- また、健診・保健指導のデータ管理を外部委託する場合は、平成25年厚生労働省告示第92号及び第93号に定める基準を遵守する必要がある。
- 保険者は被保険者の健診・保健指導結果を適切に管理すると共に、その情報を各個人が保存しやすい形[○]で提供することが必要である。

○ 健診結果の様式の考え方：

- ・特定健診の基本的な健診項目全てについて、検査値及び結果とその判定について記載されていること。
- ・できる限り、経年的な結果、データを視覚的に表現し、受診者が理解しやすい体裁を有すること

3-4 個人情報の保護とデータの利用に関する方針

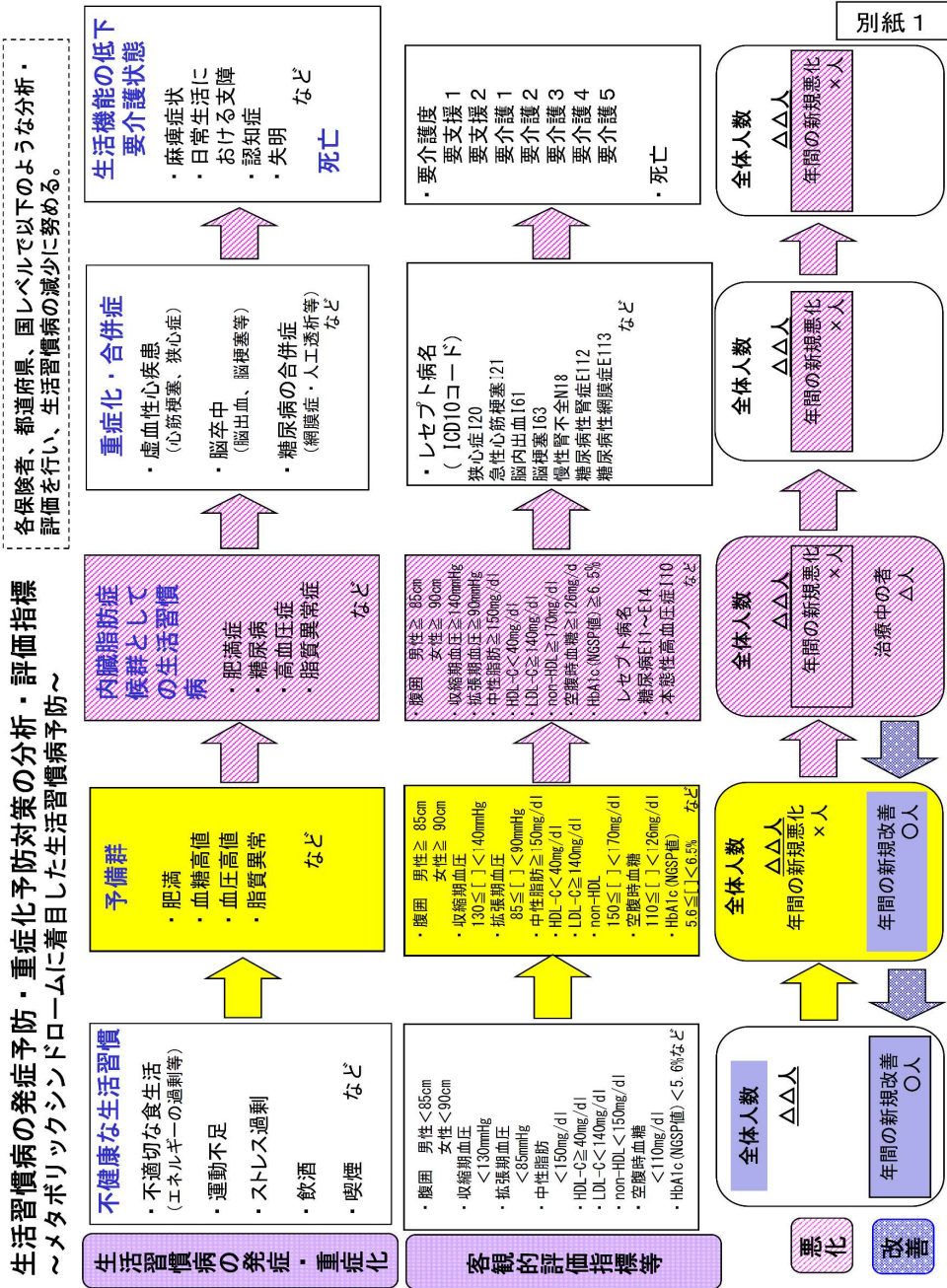
(1) 基本的考え方

保険者は、健診・保健指導で得られる医療・健康情報の取扱いについては、「個人情報の保護に関する法律」（平成15年法律第57号）別紙2及び同法第6条及び第8条の規定に基づく「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。その際には、受診者の利益を最大限に保証するため個人情報の保護に十分に配慮しつつ、効果的・効率的な健診・保健指導を実施する立場から、収集された個人情報を有効に利用することが必要である。

(2) 具体的な個人情報の保護とデータの利活用の方法

- 個人情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律及びこれに基づくガイドライン、「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（個人情報保護委員会 厚生労働省）、「国民健康保険組合における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（個人情報保護委員会 厚生労働省）等の最新版を遵守すること。
- 個人データを第三者に提供する場合には、原則として本人の同意を取得することが義務付けられており、その同意を得る際には、第三者提供に関する具体的な事例等について、利用者が理解できるように示すこと。
- 健診・保健指導データの電子媒体による保存等については、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（厚生労働省）の最新版を遵守すること。
- 保険者は、健診・保健指導データを都道府県や保険者協議会に提出する場合には、健診・保健指導データのうち、氏名等の情報を削除し、何らかの整理番号を付番する等により、匿名化されたデータを作成すること（第2編第6章）。
- 上記の個人情報の保護に係る一定のルールを満たした上で、収集・蓄積された健診・保健指導に係るデータについては、健診・保健指導の実施に係る者が、国あるいは都道府県別レベルで利用することができるような、仕組みを整備することが望ましい。

- 国により都道府県毎に分類され、都道府県へ提供された健診・保健指導に係るデータについては、保険者による医療費適正化のみならず、保険者協議会や地域職域連携推進会議等の場において、生活習慣病対策の企画立案・評価のために利活用されることが望ましい。



別紙2

個人情報の保護に関する法律

メタボリックシンドロームの定義と診断基準

メタボリックシンドロームの定義と診断基準

メタボリックシンドローム診断基準検討委員会

序

メタボリックシンドロームはインスリン抵抗性、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、血圧高値を個人に合併する心血管病易発症状態である。高コレステロール血症に対する対策がほぼ確立された現在、心血管病の重要な予防ターゲットとなっていることに加え、ライフスタイルが関与する多くの病態を含むことから、多数の分野から注目されている。海外ではNational Cholesterol Education Program (NCEP) のAdult Treatment Panel III (ATP III) による基準、World Health Organization (WHO) の基準など複数の診断基準が発表されており若干混乱が生じていたがNCEPとInternational Diabetes Federation (IDF) の両コミテーターのコンセンサスカンファレンスが開かれ統一見解が開も無く出される予定である。わが国としてはグローバルな見解を視野に入れながら、病態を正しく認識し、日本人に即した診断基準を作成することが日本人の心血管病の予防医学上重要であるばかりでなく、世界に向けたエビデンスに基づいた発信にもなる。このような経緯を基盤として、メタボリックシンドローム診断基準検討委員会が立ち上げられた。メタボリックシンドロームという名称はすでに一般的であり、誤解をさけるため、メタボリック症候群や代謝異常症候群、代謝症候群という表記は本診断基準では用いない。いわゆるマルチプルリスクファクター症候群であるが、偶然にリスクが集まったのではなく、またそれらも代謝異常のみを基盤としているわけではない。上流に共通の発症基盤をもつ一つの疾

病単位として捉えているのである。

診断基準設定の背景

WHOは2002年のWorld Health Reportにおいて新たなグローバルな健康政策として心血管病予防対策を重視する宣言を行った¹⁾。これまでWHOが重点を置いてきた平均寿命の短い発展途上国に対する栄養補給や感染対策を続けるものの、先進国はもちろんのこと、平均寿命が比較的長いアジア、とくに中国などで、過栄養と運動不足を背景に増加の一途をたどっている心血管病をターゲットにした健康政策を行うことが世界の人々の寿命をさらに延ばすことになると判断したのであった。わが国の厚生労働省の発表の死因統計でも脳血管障害、心血管病が全死亡の約30%を占め痛と匹敵するものである。しかも働き盛りに突然発症することが多く、社会的にも極めて損失が大きいいうえに、死亡から免れたとして、多数が後遺症で苦しむケースが多いことから病よりも深刻であるともいえる。

動脈硬化性心血管病の予防対策を強化するために従来最も大きなリスクファクターとして取り上げられてきたのは高コレステロール血症であることは周知の事実である。血清コレステロール高値、高low density lipoprotein (LDL) コレステロール血症が動脈硬化の強いリスクファクターになることは、世界的なコンセンサスであり、LDL、酸化LDLをめぐる動脈硬化の成因は、分子レベルで解明され、さらに治療もHMGCoA還元酵素阻害薬(スタチン)の開発によって確立されてきた。しかし、動脈硬化性疾患の発症は必ずしも高コレステロール血症で全てが決め

られているのではないことは多くの実地医家も経験してきたことである。そこで、beyond cholesterolの概念で1980年代の後半から注目されてきたのは、一個人に複数のリスクが集積した状態、つまりマルチブルリスクファクター症候群という病態である。わが国で1995年から3年間かけて動脈硬化性疾患発症要因について勤労者を対象にした労働省（現厚生労働省）の研究が行われたが²⁾、これで明らかになったことは確かに高コレステロール血症もリスクになってはいるが、それよりも高トリグリセリド血症、耐糖能異常、高血圧、肥満のうち3個以上合併した場合の危険率がコントロールの30倍以上にも達するという事実であった。つまりわが国においても一個人に多くのリスクが集積する病態、マルチブルリスクファクター症候群が動脈硬化性疾患の背景として大きな位置を占めることが確認されたのである。なお、これを受けて厚生省と日本医師会は労災二次給付事業として、この様なマルチブルリスクファクター症候群を心血管疾患の重点的予防対策対象にし「死の四重奏」という病名で心血管病の二次検診や健康指導、食事指導、運動指導に給付が受けられる制度を2001年からスタートしている³⁾。このようなマルチブルリスクファクター症候群の重要性は、コレステロール重視の傾向が強い欧米でも1980年代終わり頃から認識されてきたが、急速に世界の関心が拡大したのはWHO、National Cholesterol Education Program (NCEP)などがメタボリックシンドロームという疾患名で診断基準を発表してからであろう⁴⁾。

まず1980年代の後半には、beyond cholesterolの概念で、スタンフォード大学のReavenによってシンドロームX⁵⁾、テキサス大学のKaplanによって死の四重奏⁶⁾という心血管疾患に対するハイリスクな病態が症候群として提唱された。これらは耐糖能異常、高トリグリセリド血症、高血圧が一個人に集積する病態で、それまで重要視されていた高コレステロール血症という単独

のリスクファクターを持った病態とは全く違ったコンセプトで取り上げられた。死の四重奏では上半身肥満を4つの主要症候の一つに取り上げ内臓脂肪の重要性を示したが、その後テキサス大学のDeFronzoが同様の病態をインスリン抵抗性症候群と名付けたこともあって、これらのリスクの集積や動脈硬化の発症要因としてインスリン抵抗性の役割が大きく取り上げられた⁸⁾。しかし必ずしもインスリン抵抗性が何故起こっているのか、インスリン抵抗性によるマルチブルリスクや動脈硬化の発症メカニズムは何なのかについて明確な説明は出来ていなかった。一方肥満における病態の研究から、肥満の程度よりも、脂肪蓄積の部位が多様な病態の発症を規定するということが明らかになり、腹腔内臓脂肪の蓄積が糖尿病、高脂血症、高血圧さらには動脈硬化性疾患の発症基盤として重要な意味を持つことが明らかにされてきた。脂肪分布と病態の関係を最初に提唱したのがマルセイユ大学のVagueで、彼は大腿部より上腕に脂肪が蓄積したタイプを男性型 (android type) 肥満と称し、その逆の女性型 (gynoid type) に比べて糖尿病の発症頻度の高いハイリスク肥満であることを既に1947年に発表している⁹⁾。このandroid obesityの概念は今日の内臓脂肪型肥満とは異なるものの脂肪分布が病態に関連することを最初に提唱したことは画期的であった。その後1980年代にはウエスト/ヒップ比を指標に上半身肥満を提唱したKissebahや中心性肥満という概念を示したBjörntorpらが、内臓脂肪を想定したハイリスク肥満の重要性を示した^{10,11)}。わが国の大阪大学松澤らが提唱した内臓脂肪症候群は、CTスキャンによる脂肪組織分析法で判定した腹腔内の内臓脂肪過剰蓄積をキーファクターとしてその下流に糖尿病、高脂血症、高血圧を引き起こし、最終的に動脈硬化を発症しやすい病態を指す。この症候群は原則的にはシンドロームXや死の四重奏に相当する症候群であるが、その中のインスリン抵抗性は糖尿病の基盤になるとしてもキー

プレイヤーとなっているのはむしろその上流に存在する内臓脂肪の蓄積であることを強調したものである^{13,14)}。

このように内臓脂肪蓄積を上流因子とするマルチプルリスクファクター症候群の概念はNCEPのメタボリックシンドロームの考え方に取り入れられ、またインスリン抵抗性を上流因子とするインスリン抵抗性症候群の概念は、WHOの概念の基盤となっており、お互いが共通する概念であることは認めながら必ずしもその本態についてのコンセンサスが得られないまま経過してきたのである。現在この二つのコミティーメンバーが参加して診断基準の摺り合わせを行っており間もなく発表になる予定である。

このような背景を基にわが国でも、そのメタボリックシンドロームの基本原則についてはグローバルの考え方と協調しながら、基準値については、日本人のエビデンスに基づいた診断基準を設定する必要性に迫られてきた。そこで、2004年より、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、日本血栓止血学会そして日本内科学会が合同でメタボリックシンドローム診断基準検討委員会を構成し、委員会を重ねて今回の診断基準の設定に至ったものである。

なお、本症候群が、動脈硬化性疾患の発症要因として、飽食と運動不足の現在社会のなかで急速に大きな位置を占めつつある過栄養を基盤としたマルチプルリスクファクター症候群であるという定義と診断基準の基本概念は世界的に共通のものである。それぞれのコンポーネントの基準値についてはわが国独自のエビデンスを基にして決めていくものである。それらは現時点のコンセンサスであって、今後新しいエビデンスが出てくれば随時改正していくことも考えている。

診断基準

メタボリックシンドロームを疾患概念として確立する目的は、飽食と運動不足によって生じる過栄養を基盤に益々増加してきた心血管病に対して効率の良い予防対策を確立することである。従ってメタボリックシンドロームの第1の臨床的帰結 (Clinical Outcome) は心血管病であり、診断は心血管病予防のためにおこなう。このことはNCEP基準、WHO基準にも述べられている。ただしメタボリックシンドロームを呈する多くの人々はインスリン抵抗性をもち、2型糖尿病の発症リスクも高い¹⁰⁾。このようにして発症した糖尿病は特に心血管疾患の基盤としての認識が必要である。

NCEPの診断基準では、腹部脂肪蓄積(ウエスト径増大であらわされる)が第1の診断項目としてあげられ、メタボリックシンドロームの成立に最も関与度が高いことを反映している。明確なインスリン抵抗性の存在は診断には必要としないがNCEP基準をみたす人々の多くはインスリン抵抗性を有していると考えられる。一方WHO基準はインスリン抵抗性を必須項目とし、2型糖尿病、空腹時血糖異常、耐糖能異常または高インスリン正常血糖クランプで対照の4分の1未満の糖取り込みをしめすもののいずれかを有するとしている。WHO基準が不便な点は、メタボリックシンドロームを診断するためには日常臨床検査のレベルを超えた検査が必要となることである。

内臓脂肪蓄積はしばしばインスリン抵抗性を伴い、両者は併存する機会が多い。いずれが上流に存在するかについては、検討がなされ、現在、本シンドロームで見られるのは内臓脂肪蓄積によって生じるインスリン抵抗性状態であると考え、この点で意見の一致を見ている。原発性のインスリン抵抗性症候群であるインスリン受容体異常症、脂肪萎縮性糖尿病や、その他の内臓脂肪蓄積を伴わないインスリン抵抗性症候群

が、メタボリックシンドロームの各病態を併せ持つか、または心血管病を多発するかについては、症例も稀であることもあり、エビデンスに乏しく、メタボリックシンドロームの範疇には入れていない。

今回、過栄養と運動不足を背景に増加してきた心血管病の予防医学のために確立された疾病概念であることを考えると、糖代謝異常、脂質代謝異常、高血圧の上流に位置し、またそれ自体が心血管病のリスクでもあるという成因論的検討に加え、予防医学上、多くの人が用いることができ、また疫学調査にも利用しうるような基準作成について検討がなされ、診断基準検討委員会は、メタボリックシンドロームを内臓脂肪蓄積（ウエスト周囲径の増大で示される）+2つ以上のco-morbidityと定義することで合意が得られた（表1）。

病態と基準値

メタボリックシンドロームの病態として下記があげられている。

- 1) 内臓脂肪（腹腔内脂肪）蓄積
- 2) インスリン抵抗性±耐糖能異常
- 3) 動脈硬化惹起性リポ蛋白異常
- 4) 血圧高値
- 5) その他の病態

1) 内臓脂肪（腹腔内脂肪）蓄積

内臓脂肪蓄積はメタボリックシンドロームにおいて主要な役割を担っており、本診断基準では必須項目となっている。内臓脂肪蓄積は高血圧、高トリグリセライド血症、低HDLコレステロール血症、高血糖を生じそれぞれが心血管疾患のリスク上昇に繋がる。またリスクファクターの悪化や直接心血管疾患に繋がる様々な生理活性物質、アディポサイトカインの分泌異常をきたすことにより心血管病のハイリスク状態となる¹⁵⁻¹⁷⁾。これには遊離脂肪酸、PAI (Plasmino-

表1. メタボリックシンドロームの診断基準

ウエスト周囲径	男性≥ 85 cm 女性≥ 90 cm (内臓脂肪面積 男女とも ≥ 100 cm ² に相当)
高トリグリセライド血症 かつ/または 低HDLコレステロール血症	≥ 150 mg/dl < 40 mg/dl 男女とも
収縮期血圧 かつ/または 拡張期血圧	≥ 130mmHg ≥ 85 mmHg
空腹時高血糖	≥ 110 mg/dl

* CT スキャンなどで内臓脂肪量測定を行うことが望ましい。

* ウエスト径は立位、軽呼吸時、臍レベルで測定する。脂肪蓄積が著明で臍が下方に陥位している場合は肋骨下縁と前上腸骨棘の中点の高さで測定する。

* メタボリックシンドロームと診断された場合、糖負荷試験が薦められるが診断には必須ではない。

* 高TG血症、低HDL-C血症、高血圧、糖尿病に対する薬物治療をうけている場合は、それぞれの項目に含める。

* 糖尿病、高コレステロール血症の存在はメタボリックシンドロームの診断から除外されない。

gen Activator Inhibitor)-1, アディポネクチンや種々のサイトカインなどが含まれる。腹腔内脂肪に由来する遊離脂肪酸は門脈を介し肝臓へと流入し、リポ蛋白合成を盛んにする。遊離脂肪酸の増加は筋肉や肝臓の脂肪蓄積を招きインスリン抵抗性を増大させる。高C-Reactive Protein (CRP)血症はサイトカイン過剰状態、易炎症性状態を示している可能性がある。高PAI-1血症は易血栓性状態をもたらす。一方で低アディポネクチン血症は心血管疾患の増加と関連している。

内臓脂肪蓄積はメタボリックシンドロームの各コンポーネントと深いかわりがあり¹⁸⁾、腹腔内脂肪量が増加すると男女とも同様に過栄養による健康障害数が増加する（図1）ことが国内外の臨床研究によって実証されている。わが国では肥満症診断基準に示されているごとく、臍高

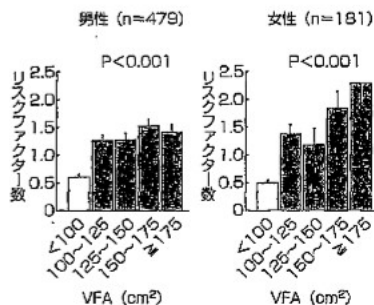


図1. 内臓脂肪面積とリスクファクター保有数の関係
内臓脂肪面積 (VFA) と今回の診断基準によるリスクファクター数. Kruskal-Wallis検定 (Mean±SE) (投標準備中)

レベル腹部CTスキャンによって判定した腹腔内脂肪面積 100cm²以上が男女共通した内臓脂肪蓄積のカットオフ値である²⁰。それに対応するウエスト周囲径が、男性 85cm、女性 90cmと設定された(図2)。この基準値は日本肥満学会が設定した内臓脂肪型肥満の一次スクリーニングのウエスト周囲径と一致するものである。本委員会ではメタボリックシンドロームの診断基準を一般臨床や健康診断の場で用いることが可能なように、現時点では内臓脂肪蓄積の指標として、ウエスト周囲径を基準として用いることとしたが、メタボリックシンドロームを診断する過程では可能な限りCTスキャンなどによる腹腔内脂肪量測定を行うことが望ましいと思われる。将来的に検診など多数例を対象に用いることが可能なように、腹部インピーダンスを用いた内臓脂肪量測定装置も開発がすすめられている²⁰。ウエスト径は立位、軽呼吸時、臍レベルで測定する。脂肪蓄積が著明で臍が下方に偏位している場合は肋骨下縁と前上腸骨棘の midpointの高さで測定する。NCEP基準では、ウエスト周囲径、男性 102cm、女性 88cmをカットオフ値としているが、す

で世界的な基準を定める上では民族性、特に東および南アジアにおいては地域にあったカットオフが必要であることが述べられている^{21,22}。さらにこの基準値はBody Mass Index (BMI) 30に相当するウエスト平均値、男性 40 inch、女性 35 inchであり、健康障害、心血管疾患予防の観点からは医学的根拠が充分とはいえない。NCEP基準ではメタボリックシンドロームの頻度に男女差がほとんど見られず、男女差がある心血管疾患の予防のために対象を絞り込む基準として男女それぞれの平均値を用いることは妥当とはいえないのではないかと議論がなされた。WHO基準ではウエスト/ヒップ比が用いられているが、ウエスト周囲径はこれを簡便化したものであり、最近の疫学研究でも健康障害や心血管疾患の指標としてより有用であることがしめされてきている²³⁻²⁵。ヒップ径測定を必要としないことは、一般臨床や健康診断の場でより用いやすいと考えられる。WHO基準ではBMIが診断基準の一部に含まれており、NCEP基準はウエスト周囲径のみでBMIは含まれていない。本委員会でもBMIを基準に含めるか否かで議論が行われたが、心血管疾患予防の観点からBMI 25未満でもウエスト径増大のみられる例がありマルチプルリスクを伴うこと、またウエスト径測定を一般臨床や健康診断の場に普及するためにも、BMIは基準に含めないこととなった。できる限り簡便でかつ病態を反映しており、保健指導に用いることによって、過栄養により生じる複数の病態を効率良く予防し、ひいては心血管疾患予防に繋げることが、今回の診断基準設定の大きな目標である。

2) インスリン抵抗性

インスリン抵抗性はメタボリックシンドロームの多くの症例にみられ主要コンポーネントと考えられる。他のリスクと相関性をもつ上、単独でも動脈硬化性疾患のリスクとされており、インスリン抵抗性をメタボリックシンドローム

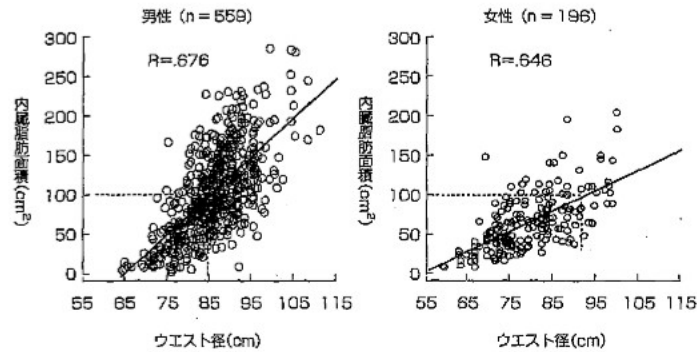


図2. 内臓脂肪面積とウエスト径の関係

の上流因子として本症候群をインスリン抵抗性症候群と捉える考え方が存在する。しかしインスリン抵抗性と心血管疾患を結ぶ分子メカニズムは未だ明らかでなく、インスリン作用不全と反応性高インスリン血症のいずれが心血管疾患の成立に重要かは明らかではない。さらに大きな問題点は簡便にインスリン抵抗性を診断する指標がないことである。

血糖値に関する診断基準として、WHO基準では経口糖負荷試験による耐糖能異常を含んでいる。NCEP基準は臨床上の煩雑さを考慮し、空腹時血糖値のみを基準に加えている。日本糖尿病学会は早朝空腹時血糖110mg/dl未満かつ75gOGTTで2時間値140mg/dl未満を正常型としている^{26,27}。また糖負荷後2時間血糖値が動脈硬化性疾患のリスクとなることが報告されている^{28,29}。したがって空腹時血糖値に加え負荷後2時間血糖値も基準に加えることが提案された。しかし初期の目的である健康診断などの大きな集団でメタボリックシンドロームの診断が可能とするために、本診断基準では空腹時血糖値のみを診断基準に加えた。委員会は本診断基準においてメタボリックシンドロームと診断された場合は、空腹時血糖値が正常域であっても臨床

医の判断によって糖負荷試験を追加し耐糖能異常の有無を判定することを薦めている。耐糖能異常はインスリン分泌が低下する糖尿病への移行期、あるいは糖尿病の治療過程でもおこりうる状態であって、そのみでインスリン抵抗性を示すものではない。しかし負荷後2時間血糖値の心血管疾患予測値も考慮し利点があると考えられる。さらに空腹時血糖のみでは見過ごされていた糖尿病が診断される可能性がある。

NCEP、WHO基準と同様、本診断基準においても糖尿病の存在はメタボリックシンドロームの診断から除外されない。糖尿病の中で、ウエスト径増大(内臓脂肪蓄積)に加え、血圧高値、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常の一つ以上を伴う場合、メタボリックシンドロームと診断される。このようなタイプは心血管疾患のリスクが著しく高いと考えられる³⁰。わが国のJapan Diabetes Complication Study (JDACS)においても高血圧や高脂血症の合併が心血管疾患のリスクを上昇させていることが明らかにされており、リスクの総合的評価の重要性が確認されている。糖尿病における心血管疾患の予防対策は未だ十分に確立されていないが³¹、メタボリックシンドロームの病態を呈する糖尿病では、血糖値を適切に

コントロールしてガイドラインに示されたヘモグロビンA1cレベルを保つこと²⁸⁾に加え、ウエスト径を指標としてライフスタイル改善を指導し、高血圧、リポ蛋白異常を総合的に管理することによって心血管疾患を予防する可能性がある。

本診断基準はインスリン抵抗性それ自体がメタボリックシンドロームの成因において意義のある役割を担っていないというのではない。インスリン抵抗性とは血中インスリン濃度に見合ったインスリン作用が得られない状態をさし、血糖恒常性に対するインスリン抵抗性の基準として用いられている方法はグルコースクランプ法である。日本糖尿病学会の糖尿病治療ガイドでは、簡便なインスリン抵抗性指標の一つとして早期空腹時の血中インスリン値と血糖値から計算されるHOMA-Rをあげている²⁹⁾。空腹時血糖値が140mg/dl以下の場合、他の方法で求めたインスリン抵抗性の値と良く相関する。

3) 動脈硬化惹起性リポ蛋白異常

動脈硬化惹起性リポ蛋白異常は日常臨床検査では高トリグリセライド血症、低HDLコレステロール血症を示す。高トリグリセライド血症、低HDLコレステロール血症はともに複数の成因からなり、メタボリックシンドロームにみられる高トリグリセライド血症はレムナントリポ蛋白の増加、アポB増加、小粒子LDLなどを伴っていると考えられる。蓄積した腹腔内脂肪に由来する遊離脂肪酸の肝臓内流入増加や高インスリン血症による超低比重リポ蛋白 (Very Low Density Lipoprotein, VLDL) の合成増加、インスリン抵抗性によるリポ蛋白リパーゼ活性低下が成因として考えられている。トリグリセライドに富むリポ蛋白がリポ蛋白リパーゼにより異化を受けるとき、その表面組成物からHDLが生成される。リポ蛋白リパーゼ活性低下がおこるとHDL生成減少がおこる。

メタボリックシンドロームに伴う高脂血症として日常診療ではIV型高脂血症以外に高コレス

テロール血症も伴うIIb型高脂血症も一般的である。高コレステロール血症の存在はメタボリックシンドロームの診断から除外されるものではない。しかし高コレステロール血症の動脈硬化性疾患予防の意義は確立されており、高コレステロール血症に高血圧や糖尿病など他のリスクを伴う場合についてはすでに日本動脈硬化学会から発表されている動脈硬化性疾患診療ガイドラインを参照されたい³⁰⁾。本診断基準では、日本動脈硬化学会による「動脈硬化性疾患の予防と治療の必要な対象を集団からスクリーニングするための血清脂質値」に従い、高トリグリセライド血症を150mg/dl以上、低HDLコレステロール血症を男女とも40mg/dl未満とした。

動脈硬化性疾患診療ガイドラインでは、血清トリグリセリド値150mg/dl以上において3.7倍の冠動脈疾患発症がみられたとする宇和島社会保険病院の前向き調査³¹⁾や、約1万人の日本人を15年間観察し随時採血の血清トリグリセリド値84mg/dl未満群に比し、116~167mg/dl群で冠動脈疾患のリスクが2倍、167mg/dlより高い群で2.86倍になるIsoらの報告³²⁾をあげているが、従来のガイドラインにならい150mg/dl以上とするが、引き続き検討課題とするとしている。低HDLコレステロール血症については、1997年の高脂血症診療ガイドライン^{33,34)}において、わが国においては大規模な調査は十分ではないとしながらも、HDLコレステロール値の75パーセントイル、すなわちHDLコレステロールが64.2mg/dl以上の人に比べて、56.1~63.8mg/dlで1.80、48.0~55.7mg/dlで1.61、48mg/dl未満で4.17と低HDLコレステロール血症では冠動脈疾患のリスクが高かったとする大阪成人病センターの北村らの長期にわたるprospectiveな成績³⁵⁾や、わが国の冠動脈疾患患者をretrospectiveに観察した報告においてもHDLコレステロールの平均値は低下しており、男性のHDLコレステロールの平均値は40mg/dl以下であると報告が紹介されている。高トリグリセライド血症、低HDL

コレステロール血症ともに複数の成因からなっており、単独の危険因子としての分析のみでなく、メタボリックシンドロームに伴う動脈硬化惹起性リポ蛋白異常としての解析が必要と思われる。

NCEP基準では、トリグリセリドについては男女差がないが、HDLコレステロールについては男女差をもたせ、女性については50mg/dlと男性より10mg/dl高く設定している。WHO基準でも男性35mg/dl未満、女性39mg/dl未満と男女差をつけている。しかし、これはあくまで平均値が女性では高いことが根拠となっており、冠動脈疾患との関連ではない。冠動脈疾患との関連で調査をしているFramingham studyでは女性でも40mg/dl未満で急に冠動脈疾患の頻度が増加しており、Lipid Research Clinics Prevalence Mortality Follow up Studyではさらに40mg/dlで境界が引けるように思われる。Framingham studyにおけるリスクスコアでもHDLコレステロールについては、男女関係なく40mg/dl未満に2点を与えている。残念ながら現時点ではわが国で動脈硬化性疾患を対象とした、男女のHDLコレステロールのリスクについての検討はなく、十分なエビデンスはないが、現時点では、男女差をつける根拠はないものと考えられる。

高トリグリセリド血症と低HDLコレステロール血症を1項目とするか2項目として扱うかについては、NCEP基準とWHO基準の大きく異なるところであり、本委員会でも議論がかわされた。基本的に、メタボリックシンドロームが内臓脂肪蓄積やそれに伴うインスリン抵抗性を基盤にして生じてくることを考えると、それに伴う脂質異常として、高頻度に見られるのが高トリグリセリド血症と低HDLコレステロール血症である。これは、リポ蛋白リパーゼ作用の不足に基づく脂質異常であることから共通基盤で起こっているものと考えられる。また糖尿病症例でHDLコレステロール値と血清トリグリセリド値との関連性をみた検討では血清トリグリセ

リド値が150mg/dlをこえると低HDLコレステロール血症を呈する患者の割合が急激に増加する。したがって、耐糖能異常を有する場合は、脂質異常の一方が起こっていても何らかの形で、他方にも影響を与えているものと考えられる。このような観点に立つと、この両者を独立して診断基準に加えることには問題があると思われる。むしろ、両者が揃う必要はないが、一方が認められた場合は、メタボリックシンドロームの可能性を考えて診療に当たるという意味で、この両者を1項目として扱うのが妥当であると考える。

メタボリックシンドロームには、レムナントやsmall dense LDLなどの動脈硬化惹起性リポ蛋白の出現が伴うことが知られている³⁹。レムナントリポ蛋白（レムナント粒子あるいは単にレムナントとも呼ばれる）はアポBに富むリポ蛋白であり、家族性III型高脂血症にみられるように動脈硬化惹起性リポ蛋白として知られている。小型で高比重のLDL (small dense LDL) は動脈壁内膜に侵入しやすく、また酸化されやすい性質からマクロファージに取り込まれやすく、これも動脈硬化性惹起性リポ蛋白の一つとして考えられている。このようなことから、レムナントリポ蛋白、small dense LDL、アポBの測定はメタボリックシンドロームにおける動脈硬化惹起性リポ蛋白異常を診断する一助となるが、よりの確なマーカーについても今後検討する必要があるものと思われる。

4) 高血圧

高血圧症もまた複数の成因からなる病態である。血圧値は内臓脂肪蓄積やそれに伴うインスリン抵抗性と強く関連して高血圧自体が動脈硬化性疾患のリスクとなり、本委員会でも高血圧をメタボリックシンドロームの診断基準に含めた。日本高血圧学会の高血圧治療ガイドラインにおいては、120/80mmHg未満を至適血圧、120～129/80～84mmHgを正常血圧、130～139/

85~89mmHgを正常高値血圧, 140/90mmHg以上を高血圧としている³⁹⁾。メタボリックシンドロームに関するWHO基準では140/90mmHg以上を用いているが, NCEP基準では130/85mmHg以上の正常高値血圧以上としている。本邦の端野・社警町研究において, 血圧値を140/90mmHg以上とした場合と130/85mmHg以上とした場合を比較すると, 40歳以上の男性一般住民の808名における血圧高値の頻度は140/90mmHg以上は38%, 130/85mmHg以上は59%であった。5年間の前向き疫学調査の結集では, ウェスト周径増大を必須基準とし, 血圧基準に140/90mmHg以上を用いた場合, 心イベントの発症率は非メタボリックシンドロームに比べて2.1倍, 130/85mmHg以上を用いた場合は1.8倍高値であった。以上より, メタボリックシンドロームの血圧基準は, 正常高値である130/85mmHg以上でも140/90mmHg以上と同様の危険因子となっており, 130/85mmHg以上を用いるのが妥当とした。食塩感受性高血圧患者⁴⁰⁾ではインスリン抵抗性を伴ない, メタボリックシンドロームを呈することが多く⁴¹⁾, また食塩負荷にてインスリン抵抗性が増強する⁴²⁾。

5) その他の病態

(1) 易炎症性状態と易血栓性状態

易炎症性状態と易血栓性状態は互いに関連しており, メタボリックシンドロームにしばしばみられる。ともに心血管疾患発症のリスクと考えられている⁴³⁻⁴⁵⁾。臨床検査としては高感度CRPの上昇, 血中PAI-1レベルの増加があげられる。複数のメカニズムがCRPやPAI-1の上昇に関与する。実験的にはインスリン, グルコース, VLDLトリグリセライドが血管内皮細胞におけるPAI-1産生を増加することが知られている。また脂肪組織に由来するTNF- α やIL-6などの炎症性サイトカインがCRP上昇に関与したり, 脂肪組織から直接成分分泌されるPAI-1が易血栓性状態に関与する可能性もある。

(2) 微量アルブミン尿

微量アルブミン尿はメタボリックシンドロームにしばしば出現する徴候である。そのメカニズムは不明な点が多いが, 現時点では肥満に伴う糸球体毛細管圧上昇によるリークのみでなく, 全身の血管内皮細胞障害による血管浸透性の亢進により出現し, 血管内皮細胞障害を反映すると考えられている。NCEP基準には含まれていないが, WHO基準に含まれている。治療介入によるリスク減少のエビデンスは充分でないが, 心血管疾患の予測因子の一つとして注目されており, ハイリスク群を抽出するための意義があると考えられる^{46,47)}。糖尿病と診断された場合には腎障害の予知因子として重要である。ADA (American Diabetes Association) では早朝尿あるいは随時尿を用いて30~300mg/g・Crを微量アルブミン尿と定義しており, 日本糖尿病学会と日本腎臓学会の合同委員会でも同様の基準を推奨している⁴⁸⁾。

(3) 高尿酸血症

高尿酸血症もメタボリックシンドロームによく見られる検査値異常である。特に高トリグリセライド血症としばしば合併する。内臓脂肪蓄積時には尿酸合成が亢進しているという報告がある。肝臓における脂肪合成亢進時に消費されたNADPHを回復するためにペントースリン酸経路が活性化されプリン体生成が亢進することが想定されているが充分明らかではない。心血管疾患の予測因子の一つとしての報告が多数ある^{49,50)}もの, 直接的なリスクファクターとしてのエビデンスに乏しく, また高尿酸血症の治療介入によるリスク減少のエビデンスは充分でない。痛風や尿路結石症の成因として重要である高尿酸血症の管理については痛風の治療ガイドラインが日本痛風・核酸代謝学会からだされているので参照されたい⁵¹⁾。従って, 高尿酸血症については, メタボリックシンドロームのリスクマーカーとして扱い, 高尿酸血症を有する症例については, メタボリックシンドロームの診断

基準に則ってその有無を検討すべきである。

(4) アディポサイトカイン

脂肪細胞から分泌されるアディポサイトカインとして、PAI-1, アディポネクチン, TNE- α , レプチン, レジスチンなどがあげられている。内臓脂肪蓄積や肥満により、これらアディポサイトカイン分泌異常がおこるので、「その他の病態」として区別されるものではないが、今後病態把握の手段として臨床検査として用いられる可能性がある。血漿PAI-1値の測定はアディポサイトカインとしてのみでなく、メタボリックシンドロームにおける易血栓性状態の評価として意味をもつ⁶⁰。アディポネクチンは基礎研究、臨床研究成果から抗動脈硬化因子としての意義に将来性がある^{15,60-62}。とくに、内臓脂肪蓄積に伴う低アディポネクチン血症が、糖尿病、高脂血症、高血圧に加えて心血管病にも直接関連することから、今後、メタボリックシンドロームの全てのコンポーネントを結ぶ臨床マーカーとなりうる可能性がある。

臨床的意義

メタボリックシンドロームの臨床的帰結は心血管病である。本来、心血管病のリスクの重なりは、リスクが単独で存在するより危険度が増すことは当然である。高コレステロール血症に他のリスクが合併する場合の危険度についてはすでに動脈硬化性疾患診療ガイドラインに述べられており、ガイドラインを参考に診療されることが望まれる。NCEP, WHO基準によるメタボリックシンドロームの心血管疾患死亡予測の意義についていくつかの報告がおこなわれている。

6,255人を平均13年間追跡した米国The Second National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES II) の調査研究ではウエスト周囲径のデータがないためBMI 30以上を用いたNCEP基準を用いているが、メタボリックシ

ンドローム群はメタボリックシンドロームのない群に比べ、年齢、性別を補正した冠動脈疾患死亡のハザード比は2.02, 心血管疾患死亡のハザード比は1.82, 総死亡のハザード比も1.4と高値であった⁶⁰。糖尿病症例を除いてもメタボリックシンドローム群は冠動脈疾患死亡のハザード比は1.65, 心血管疾患死亡のハザード比は1.56と高かった。ウエスト径を測定し糖負荷試験を大規模におこなったSan Antonio Heart Study (SAHS) (2,815人, 平均追跡期間12.7年)では、NCEP, WHOの両基準で調査され、NCEP基準のメタボリックシンドローム群では総死亡1.47, 心血管疾患死亡2.53のハザード比が、WHO基準では総死亡1.27, 心血管疾患死亡1.63のハザード比が得られており、両基準とも全体として心血管死亡の予知に有用であったが、簡便なNCEP基準の方がベースに糖尿病や心血管疾患の既往のない低リスク群においても有用な傾向にあったとしている⁶¹。フィンランド、スウェーデンにおけるBotnia Study⁶²、フィンランドにおけるKuopio Ischemic Heart Study⁶³では、WHO基準を用いメタボリックシンドロームの診断が心血管疾患発症予測に有用であるとしている。

わが国においても複合リスクの心血管疾患に対する危険性が示されている。厚生労働省作業関連疾患総合対策研究班の企業従事者12万人を対象にした調査では、3年間で冠動脈疾患を発症した94例について、企業での検診結果が10年前まで遡り調べられた²⁾。発症群は性別、年齢、部署をあわせた非発症群に比べ、BMI, 血圧、空腹時血糖値、血清コレステロール値、血清トリグリセライド値、血清尿酸値のいずれもが、正常よりやや高値の範囲であるが有意に高く、10年間持続していることが確認された。BMI 26.4以上の肥満、140/90以上の高血圧、220mg/dl以上の高コレステロール血症、110mg/dl以上の高血糖の4項目のうち3つ以上を有すると、これらのリスクの4つとも有しないものに比べ、重回帰分析により31.34の高いオッズ比を示した。

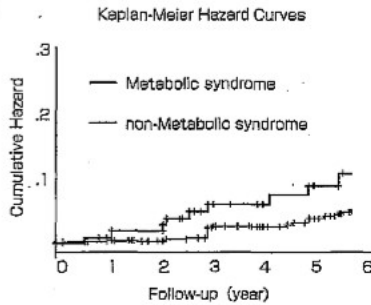
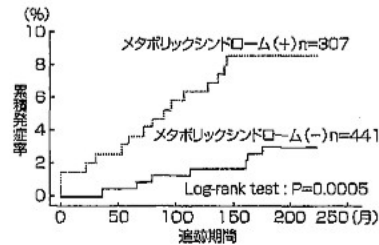


図3. 端野・壮瞥町研究におけるメタボリックシンドロームの有無と心血管のイベント

40歳以上の男性808名における、8年間の心血管イベントをエンドポイントとしたKaplan-Meier法による解析。メタボリックシンドロームの診断は今回の基準を用いた。メタボリックシンドローム群は非メタボリックシンドローム群に対し、1.8倍の危険度を示した。(投稿準備中)

高コレステロール血症を高トリグリセリド血症におきかえると、2因子保有者5.76に比し、3因子以上では35.8とオッズ比が著しく増加した。この解析はメタボリックシンドロームの診断基準とは異なるが、わが国における複合リスクの重要性を示している。久山町研究においても虚血性心疾患に対する複合リスクの重要性が示されている。

わが国の疫学研究である端野・壮瞥町研究⁶⁰⁻⁶²⁾から、今回の基準であるウエスト径を必須条件としたメタボリックシンドロームの心血管イベントに関する成績が委員会において紹介された。40歳以上の男性808名において、新基準を用いたメタボリックシンドロームの頻度は21%であった。8年間の心血管イベントをエンドポイントとしたKaplan-Meier法による解析では、メタボリックシンドローム群は非メタボリックシンドローム群に対し、1.8倍の危険度を示した(図3)。日本人におけるメタボリックシンドロームの心血管疾患予測として重要な資料である。一次予防のみでなくすでに冠動脈疾患を発症した症例に



心臓死：心筋梗塞、心不全、突然死(不整脈など)による死亡

図4. 冠動脈形成術後患者におけるメタボリックシンドロームの有無による心臓死の累積

メタボリックシンドロームの診断基準は、NCEP基準の改変(腹囲ではなく、男女ともBMI25以上)を用いた。(投稿準備中)

においても、冠動脈インターベンションを受けた748例の長期予後においてメタボリックシンドロームは心臓死の独立した予後予測因子であることも報告され(図4)、このリスクがわが国の冠動脈疾患患者においても重要な危険因子として位置づけられるべきである。循環器疾患の1次予防、2次予防のいずれにおいてもこのリスクに対する積極的な介入が必要であり、改定される循環器学会のガイドラインにも介入すべきリスクとしてメタボリックシンドロームの項目が新しく作成される予定である。

さてこのように、リスクファクターの集積した群が動脈硬化の強いリスクであることは、国内外の多数の疫学研究で実証されているが、メタボリックシンドロームの動脈硬化易発症性については、そのような重積によるリスクの増強というより、本疾患では、内臓脂肪蓄積というキープレイヤーが他のリスクの発症要因としてだけでなく、心血管病の発症に直接影響するから、動脈硬化を発症しやすいという考え方が重要である。

今後さらにこの診断基準を用い、わが国においてメタボリックシンドロームの脳血管障害に対する意義、女性の心血管疾患における意義が

検討されることが望まれる。糖尿病発症予防や糖尿病における心血管疾患予防に対しても検討が必要と考えられる。

治療介入

本診断基準では、内臓脂肪蓄積を必須項目とし、過剰栄養摂取の制限や身体活動度の増加などのライフスタイル改善をメタボリックシンドローム介入、心血管疾患予防の第一の目標とした。これによって、腹腔内脂肪を減少させ、インスリン抵抗性、耐糖能異常、動脈硬化惹起性リポ蛋白異常、高血圧などのマルチプルリスクを総合的に軽減し、CRP上昇やPAI-1増加などの易炎症性状態や易血栓性状態を改善することを目標とする。リスクそれぞれの治療のみ集中することによりいたずらに多数の薬剤を投与することは避けなければならない。

一般診療や健康診断において単一のリスクをみた場合、一つのリスクの改善のみでなく、まずリスクを総合的に評価することが重要である。一つのリスクを放置して他方のリスクをより強くコントロールすればよいというのではない。内臓脂肪蓄積の指標としてウエスト周囲径を測定することは、日本肥満学会の新しい肥満症診断基準の発表にもかかわらず未だ一般的とはなっていないが、本診断基準の設定により、より一般に普及することが望まれる。肥満度が欧米のように著しくなくとも軽度の過栄養状態で多くの健康障害をともないやすい日本人において、ウエスト径の測定と、これを指標にした保健指導は重要と考えられる。実地診療において臨床効果のあるライフスタイル改善をもたらすことは容易ではないが、NCEPのレポートにおいても「これを施行することはチャレンジである。—Implementation is the challenge—」と述べられている。体重を理想体重にまで減少させることは困難であるが、ウエスト周囲径をわずかも減少させることにより、リスクが一つでも減少する

ということを数値によって実感し、医療を行う側と受ける側がともに認識することが望まれる。なお内臓脂肪蓄積を含めこれらのリスクは連続的に危険度を上昇するもので、基準値以上が危険で未満であれば全く安全というものではない。たとえウエスト周囲径が基準を満たさない症例でも、他のメタボリックシンドロームのコンポーネントが複数存在する場合には、メタボリックシンドロームに準じた管理が必要である。また、メタボリックシンドローム治療過程で新たなリスクが出現してくることも充分考えられ、境界域も含めて長期的に注意を払う必要がある。

内臓脂肪蓄積以外のメタボリックシンドロームの各コンポーネント（リポ蛋白代謝異常、インスリン抵抗性、高血圧）は、原則的には内臓脂肪蓄積を減少させることにより改善するが、それぞれの病態は独自の遺伝的、後天的要因によっても調節されており、内臓脂肪が上流にあるとしても、各コンポーネントの表現型としては異なることもある。それに応じて個々の保健指導も考慮することが望ましい場合もある。例えば高血圧が顕著な場合は食塩制限や、カリウムに富む野菜の摂取が^{60,62}、高トリグリセリド血症に過度のアルコール摂取が深く関与すると考えられる症例にはアルコール制限が、高コレステロール血症も伴うものにはコレステロール摂取制限や食物繊維摂取の推奨がすすめられる⁶³。食塩感受性高血圧患者では心血管合併症の頻度が高いことが報告されている^{64,65}。糖尿病家族歴をもつ症例では将来的にインスリン分泌不全をきたし糖尿病を招来する可能性があるため、十分な栄養指導が必要である。糖尿病の発症はさらに心血管疾患の発症率を高める。ライフスタイルの改善はCRP上昇やPAI-1増加などの易炎症性状態や易血栓性状態の改善ももたらすことが報告されている^{66,67}。個々のリスクに対する保健指導、薬物療法については各学会のガイドラインを参考にすすめられるべきであるが、常にリスクを総合的に評価して診療にあた

るべきである。インスリン抵抗性を改善させるとされている薬剤としてメトフォルミンとチアゾリジン誘導体があげられる。メトフォルミンは肥満糖尿病患者において心血管疾患発症率を抑制することが報告されている⁶⁰⁾。メトフォルミンとチアゾリジン誘導体とも、メタボリックシンドロームの心血管疾患抑制に関する報告は未だないが、現在いくつかの臨床研究が進行している。フィブラートは脂肪酸代謝を活性化し高トリグリセライド血症、低HDLコレステロール血症を改善させ、メタボリックシンドロームの心血管疾患リスクを減少させることが示唆されているが、さらに充分なエビデンスが望まれる。スタチンはアポB含有リポ蛋白を減少させ⁶⁰⁾、サブ解析においてメタボリックシンドロームにおける心血管疾患リスクを減少させることが報告されている^{64,70)}。降圧剤についてはいずれかの降圧剤がメタボリックシンドローム治療に特別な効果を有するかは定まっていない。メタボリックシンドロームを伴う高血圧患者における降圧薬の選択においてインスリン抵抗性への影響を配慮することがガイドラインにおいて述べられている(高血圧治療)。実際、高用量の利尿薬、β遮断薬はインスリン抵抗性に対して悪影響がある^{74,75)}。一方、レニン・アンジオテンシン系(RA系)抑制薬やα遮断薬は改善させることが報告されている⁷³⁻⁷⁶⁾。更に、最近RA系抑制薬の投与にて高感度CRPの低下や尿中微量アルブミン排泄の減少を生じたと報告されている⁷⁷⁻⁸⁰⁾。またRA系抑制薬やある種のスタチンでは治療経過中の新規糖尿病発症が抑えられたとする報告がある⁸¹⁻⁸³⁾。

これらの薬剤治療に関しては長期の安全性に充分配慮する必要がある。リスクの評価と副作用のチェックのために、一般には最初の3カ月間は毎月、その後は3カ月ごとに血算、肝機能、腎機能、CKを含めた検査が望まれる。多剤併用される可能性も高く、薬剤相互作用についても配慮すべきである。スタチンとフィブラートの

併用で稀に横紋筋融解症をきたすことがあり、そのうち半数以上が腎障害を伴っていたとされている。

結論

委員会メンバーはメタボリックシンドロームの第1の臨床的帰結を心血管疾患とし、そのハイリスクグループを絞り込んで効率的な予防を行うために、多数の人が用いることができ、かつ日本人に即した診断基準を作成することを試みた。その中で成因における重要性に加え、過栄養、運動不足というライフスタイル改善の重要性も考慮され、内臓脂肪蓄積を必須項目とすることで合意を得た。メタボリックシンドロームは2型糖尿病発症のリスクも高いとされており、本診断基準を用いた保健指導が現在我が国で急増している2型糖尿病予防さらには糖尿病性大血管症の予防にも適用しうれば望ましい。

文 献

- 1) Reducing Risks, Promoting Health Life: The World Health Report. World Health Organization, 2002.
- 2) Nakanura T, et al: Magnitude of sustained multiple risk factors for ischemic heart disease in Japanese employees: a case-control study. *Circ J* 65 (1): 11-17, 2001.
- 3) 二次健康診断項目と特定保健指導のガイドライン: 労災二次健康診断等給付事業について. 日本医師会(監). 2001.
- 4) World Health Organization. Definition, diagnosis and classification of diabetes and its complications: report of a WHO Consultation, Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1999. Available at: http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_NCD_99.2.pdf. Accessed December 12, 2003.
- 5) Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). Final report. *Circulation* 106(25): 3143-3421, 2002.
- 6) Reaven GM: Banting lecture 1988. Role of insulin resistance in human disease. *Diabetes* 37(12): 1595-1607, 1988.
- 7) Kaplan NM: The deadly quartet: Upper-body obesity, glucose intolerance, hypertriglyceridemia, and hypertension. *Arch Intern Med* 149 (7): 1514-1520, 1989.

- 8) DeFronzo RA, Ferrannini E: Insulin resistance. A multifaceted syndrome responsible for NIDDM, obesity, hypertension, dyslipidemia, and atherosclerotic cardiovascular disease. *Diabetes Care* 14 (3): 173-194, 1991.
- 9) Vague P: La différentiation sexuelle facteur déterminant des formes de l'obésité. *Presse Med* 30: 339-340, 1947.
- 10) Kissbah AH, et al: Relation of body fat distribution to metabolic complication of obesity. *J Clin Endocrinol Metab* 54 (2): 254-260, 1982.
- 11) Björntorp P: Obesity and the risk of cardiovascular disease. *Ann Intern Med* 17: 3-9, 1985.
- 12) Fujioka S, et al: Contribution of intra-abdominal fat accumulation to the impairment of glucose and lipid metabolism in human obesity. *Metabolism* 36 (1): 54-59, 1987.
- 13) Matsuzawa Y, et al: Classification of obesity with respect to morbidity. *Proc Soc Exp Biol Med* 200(2): 197-20, 1992.
- 14) Laaksonen DE, et al: Metabolic syndrome and development of diabetes mellitus: application and validation of recently suggested definitions of the metabolic syndrome in a prospective cohort study. *Am J Epidemiol* 156 (11): 1070-1077, 2002.
- 15) Funahashi T, et al: Role of adipocytokines on the pathogenesis of atherosclerosis in visceral obesity. *Intern Med* 38 (2): 202-206, 1999.
- 16) Matsuzawa Y, et al: Adiponectin and Metabolic Syndrome. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 24(1): 29-33, 2004.
- 17) Matsuzawa Y, et al: Molecular mechanism of metabolic syndrome X: contribution of adipocytokines adipocyte-derived bioactive substances. *Ann N Y Acad Sci* 892:146-154, 1999.
- 18) Carr DB, et al: Intra-abdominal fat is a major determinant of the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III criteria for the metabolic syndrome. *Diabetes* 53 (8): 2087-2094, 2004.
- 19) Examination Committee of Criteria for 'Obesity Disease' in Japan; Japan Society for the Study of Obesity: New criteria for 'obesity disease' in Japan. *Circ J* 66 (11): 987-992, 2002.
- 20) Ryo M, et al: A new simple method for the measurement of visceral fat accumulation by bioelectrical impedance. *Diabetes Care* 28 (2): 451-453, 2005.
- 21) Grundy SM, et al; American Heart Association; National Heart, Lung, and Blood Institute: Definition of metabolic syndrome: Report of the National Heart, Lung, and Blood Institute/American Heart Association conference on scientific issues related to definition. *Circulation* 109 (3): 433-438, 2004.
- 22) Tan CK, et al: Can we apply the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel definition of the metabolic syndrome to Asians? *Diabetes Care* 27 (5): 1182-1186, 2004.
- 23) Lean ME, et al: Impairment of health and quality of life in people with large waist circumference. *Lancet* 351 (9106): 853-856, 1998.
- 24) Poullet MC, et al: Waist circumference and abdominal sagittal diameter: best simple anthropometric indexes of abdominal visceral adipose tissue accumulation and related cardiovascular risk in men and women. *Am J Cardiol* 73 (7): 460-468, 1994.
- 25) Han TS, et al: Waist circumference as a screening tool for cardiovascular risk factors: evaluation of receiver operating characteristics (ROC). *Obes Res* 4 (6): 533-547, 1996.
- 26) 糖尿病治療ガイド 2004-2005. 日本糖尿病学会編. 2004.
- 27) 糖尿病の分類と診断基準に関する委員会報告. 糖尿病 42 (5): 385-401, 1999.
- 28) DECODE Study Group, the European Diabetes Epidemiology Group: Glucose tolerance and cardiovascular mortality: comparison of fasting and 2-hour diagnostic criteria. *Arch Intern Med* 161 (3): 397-405, 2001.
- 29) Tomiyama M, et al: Impaired glucose tolerance is a risk factor for cardiovascular disease, but not impaired-fasting glucose. The Funagata Diabetes Study. *Diabetes Care* 22 (6): 920-4, 1999.
- 30) Alexander CM, et al: Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III): National Cholesterol Education Program (NCEP): NCEP-defined metabolic syndrome, diabetes, and prevalence of coronary heart disease among NHANES III participants age 50 years and older. *Diabetes* 52 (5): 1210-1214, 2003.
- 31) Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. *Lancet* 352 (9131): 837-853, 1998.
- 32) 動脈硬化性疾患診療ガイドライン 2002 年版. 日本動脈硬化学会編. 2002.
- 33) 蒸田仁志, 日和田邦男: 冠動脈硬化症の夜学における高トリグリセライド血症の意義. *Therapeutic Research* 14: 531-558, 1993.
- 34) Iso H, et al: Serum triglycerides and risk of coronary heart disease among Japanese men and women. *Am J Epidemiol* 153 (5): 490-499, 2001.
- 35) 高脂血症診療ガイドライン: 日本動脈硬化学会編 1997.
- 36) Hata Y, et al; Working Committee on JAS Guideline for Diagnosis and Treatment of Hyperlipidemias: Report of the Japan Atherosclerosis Society (JAS) Guideline for Diagnosis and Treatment of Hyperlipidemia in Japanese adults. *J Atheroscler Thromb* 9 (1): 1-27, 2002.
- 37) Kitamura A, et al: High-density lipoprotein cholesterol and premature coronary heart disease in urban Japanese men. *Circulation* 89 (6): 2533-2539, 1994.
- 38) Maruyama C, et al: Assessment of LDL particle size by triglyceride/HDL-cholesterol ratio in non-diabetic, healthy subjects without prominent hyperlipidemia. *J Atheroscler Thromb* 10 (3): 186-191, 2003.

- 39) 高血圧治療ガイドライン2004:日本高血圧学会発行 2004.
- 40) Fujita T, et al: Factors influencing blood pressure in salt-sensitive patients with hypertension. *Am J Med* 69 (3): 334-344, 1980.
- 41) Gaboury CL, et al: Metabolic derangements in nonmodulating hypertension. *Am J Hypertension* 8: 870-895, 1995.
- 42) Ogiwara T, et al: Contribution of salt intake to insulin resistance associated with hypertension. *Life Sci* 73: 509-523, 2003.
- 43) Ridker PM, et al: C-reactive protein, the metabolic syndrome, and risk of incident cardiovascular events: an 8-year follow-up of 14 719 initially healthy American women. *Circulation* 107 (3): 391-397, 2003.
- 44) Sattar N, et al: Metabolic syndrome with and without C-reactive protein as a predictor of coronary heart disease and diabetes in the West of Scotland Coronary Prevention Study. *Circulation* 108 (4): 414-419, 2003.
- 45) Anand SS, et al: Study of Health Assessment and Risk in Ethnic Groups; Study of Health Assessment and Risk Evaluation in Aboriginal Peoples Investigators: Relationship of metabolic syndrome and fibrinolytic dysfunction to cardiovascular disease. *Circulation* 108 (4): 420-425, 2003.
- 46) Gerstein HC, et al: Albuminuria and risk of cardiovascular events, death, and heart failure in diabetic and nondiabetic individuals. *JAMA* 285 (4): 421-426, 2001.
- 47) Mann JF, et al: Development of renal disease in people at high cardiovascular risk: results of the HOPE randomized study. *J Am Soc Nephrol* 14 (3): 641-647, 2003.
- 48) 糖尿病性腎症に関する合同委員会報告. *糖尿病* 44: 623, 2001.
- 49) Cullerton BF, et al: Serum uric acid and risk for cardiovascular disease and death: the Framingham Heart Study. *Ann Intern Med* 131 (1): 7-13, 1999.
- 50) Fang J, Alderman MH: Serum uric acid and cardiovascular mortality the NHANES I epidemiologic follow-up study, 1971-1992. National Health and Nutrition Examination Survey. *JAMA* 283 (18): 2404-2410, 2000.
- 51) 高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン 日本痛風・核酸代謝学会.
- 52) Shimomura I, et al: Enhanced expression of PAI-1 in visceral fat: possible contributor to vascular disease in obesity. *Nat Med* 2 (7): 800-803, 1996.
- 53) Pischon T, et al: Plasma adiponectin levels and risk of myocardial infarction in men. *JAMA* 291(14): 1730-1737, 2004.
- 54) Ryo M, et al: Adiponectin as a biomarker of the metabolic syndrome. *Circ J* 68 (11): 975-981, 2004.
- 55) Kumada M, et al: Osaka CAD Study Group: Coronary artery disease: Association of hypoadiponectinemia with coronary artery disease in men. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 23 (1): 85-89, 2003.
- 56) Malik S, et al: Impact of the metabolic syndrome on mortality from coronary heart disease, cardiovascular disease, and all causes in United States adults. *Circulation* 110 (10): 1245-1250, 2004.
- 57) Hunt KJ, et al: San Antonio Heart Study: National Cholesterol Education Program versus World Health Organization metabolic syndrome in relation to all-cause and cardiovascular mortality in the San Antonio Heart Study. *Circulation* 110 (10): 1251-1257, 2004.
- 58) Isomaa B, et al: Cardiovascular morbidity and mortality associated with the metabolic syndrome. *Diabetes Care* 24 (4): 683-689, 2001.
- 59) Lakka HM, et al: The metabolic syndrome and total and cardiovascular disease mortality in middle-aged men. *JAMA* 288 (21): 2709-2716, 2002.
- 60) Ohnishi H, et al: Incidence of insulin resistance in obese subjects in a rural Japanese population: the Tanno and Sobetsu study. *Diabetes Obes Metab* 7 (1): 83-87, 2005.
- 61) 竹内 宏, 他: 日本人におけるMetabolic Syndromeとインスリン抵抗性の検討—端野・社管町研究一. *糖尿病* 46 (9): 739-744, 2003.
- 62) 竹内 宏, 他: 日本人の新診断基準によるメタボリックシンドロームの頻度と予後の検討—端野・社管町研究—(投稿準備中)
- 63) Teramoto T: Impact of lifestyle changes on plasma lipid levels and ischemic disease. *Curr Atheroscler Rep* 3(1): 1-2, 2001.
- 64) Morimoto A, et al: Sodium sensitivity and cardiovascular events in patients with essential hypertension. *Lancet* 350 (9093): 1734-1737, 1997.
- 65) Fujita T, et al: Systemic and regional hemodynamics in patients with salt-sensitive hypertension. *Hypertension* 16 (3): 235-244, 1990.
- 66) Arvidsson E, et al: Effects of different hypocaloric diets on protein secretion from adipose tissue of obese women. *Diabetes* 53 (8): 1966-1971, 2004.
- 67) Esposito K, et al: Effect of weight loss and lifestyle changes on vascular inflammatory markers in obese women: a randomized trial. *JAMA* 289 (14): 1799-1804, 2003.
- 68) UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). *Lancet* 352 (9131): 854-865, 1998.
- 69) Sone H, et al: HMG-CoA reductase inhibitor decreases small dense low-density lipoprotein and remnant-like particle cholesterol in patients with type-2 diabetes. *Life Sci* 71 (20): 2403-2412, 2002.
- 70) Pyörälä K, et al: Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S): Reduction of cardiovascular events by simvastatin in nondiabetic coronary heart disease patients with and without the metabolic syndrome: subgroup analyses of the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Diabetes Care* 27 (7): 1735-1740, 2004.

- 71) ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group: The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial: Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic: The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). *JAMA* 288 (23): 2981-2997, 2002.
- 72) Gress TW, et al: Hypertension and antihypertensive therapy as risk factors for type 2 diabetes mellitus. *Atherosclerosis Risk in Communities Study*. *N Engl J Med* 342 (13): 905-912, 2000.
- 73) Julius S, et al: VALUE trial group: Outcomes in hypertensive patients at high cardiovascular risk treated with regimens based on valsartan or amlodipine: the VALUE randomised trial. *Lancet* 363 (9426): 2022-2031, 2004.
- 74) Miyazaki Y, et al: Effects of the angiotensin converting enzyme inhibitor temocapril on insulin sensitivity and its effects on renal sodium handling and the pressor system in essential hypertensive patients. *Am J Hypertens* 11 (8 Pt 1): 962-970, 1998.
- 75) Andersson PE, Lithell H: Metabolic effects of doxazosin and enalapril in hypertiglyceridemic, hypertensive men. Relationship to changes in skeletal muscle blood flow. *Am J Hypertens* 9 (4 Pt 1): 323-333, 1996.
- 76) Courtney CH, et al: Effect of the alpha-adrenergic blocker, doxazosin, on endothelial function and insulin action. *Metabolism* 52 (9): 1147-1152, 2003.
- 77) Fibner D, et al: European Trial on Olmesartan and Pravastatin in Inflammation and Atherosclerosis (BUTOPIA) Investigators: Antiinflammatory effects of angiotensin II subtype 1 receptor blockade in hypertensive patients with microinflammation. *Circulation* 110 (9): 1103-1107, 2004.
- 78) Viberti G, Wheeldon NM; MicroAlbuminuria Reduction With Valsartan (MARVAL) Study Investigators: Microalbuminuria reduction with valsartan in patients with type 2 diabetes mellitus: a blood pressure-independent effect. *Circulation* 106 (6): 672-678, 2002.
- 79) Parving HH, et al: Irbesartan in Patients with Type 2 Diabetes and Microalbuminuria Study Group: The effect of irbesartan on the development of diabetic nephropathy in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 345 (12): 870-878, 2001.
- 80) Brenner BM, et al: RENAAL Study Investigators: Effects of losartan on renal and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes and nephropathy. *N Engl J Med* 345 (12): 861-869, 2001.
- 81) Yusuf S, et al; HOPE Study Investigators: Ramipril and the development of diabetes. *JAMA* 286 (15): 1882-1885, 2001.
- 82) Lindholm LH, et al; For the LIFE study group: Risk of new-onset diabetes in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study. *J Hypertens* 20 (9): 1879-1886, 2002.
- 83) Freeman DJ, et al: Pravastatin and the development of diabetes mellitus: evidence for a protective treatment effect in the West of Scotland Coronary Prevention Study. *Circulation* 103 (3): 357-362, 2001.

メタボリックシンドローム診断基準検討委員会

委員長	松澤 佑次	代田 浩之	日本循環器学会
委員	池田 康夫	寺本 民生	日本動脈硬化学会
	片山 茂裕	中尾 一和	日本肥満学会
	北 徹	横野 博史	日本腎臓学会
	久木山清貴	宮崎 滋	日本肥満学会
	齋藤 康	山田 信博	日本糖尿病学会
	高本 和明	オブザーバー 藤田 敏郎	日本内科学会
	清野 裕	事務局 中村 正	
		船橋 徹	

各学会のガイドライン等 参照URL

○糖尿病：日本糖尿病学会HP

<http://www.jds.or.jp/>

○高血圧症：日本高血圧学会HP

<http://www.jpnsnsh.jp/>

○脂質異常症：日本動脈硬化学会HP

<http://www.j-athero.org/>

○慢性腎臓病（CKD）：日本腎臓学会HP

<https://www.jsn.or.jp/>

○肥満症：日本肥満学会HP

<http://www.jasso.or.jp/>

○心電図：日本不整脈心電学会HP

<http://new.jhrs.or.jp/>

○測定手技・循環器病予防：日本循環器病予防学会

<http://www.jacd.info/>

健診・保健指導の研修ガイドライン

健診・保健指導の研修ガイドライン
(令和 6 年度版)

健診・保健指導の研修ガイドライン

(令和6年度版)

目次

はじめに	.....
I. 研修を体系化する	
1) 「特定保健指導実施者のための研修」に求められるもの	.....
2) 受講者ニーズに合わせた研修の必要性 ～スキル評価票、職務別業務遂行能力チェックリストの活用	.....
3) 様々な研修方法の組み合わせ	.....
4) 研修実施機関別の主たる受講者	.....
5) 研修の評価（共通的な事項）	.....
II. 職務・経験別の受講者ニーズに対応した研修を実施する	
1) 保健指導実施者	.....
a. 初任者（保健指導経験年数1～2年目）	.....
b. 経験者（保健指導経験年数3年以上）	.....
2) 保健指導チームのリーダー的立場にある専門職	.....
3) 特定保健指導事業の運営責任者（事務担当者等）	.....
4) 人材育成・研修会の企画・運営担当者	.....
III. 職務・経験別の具体的なプログラム例	
1) 保健指導実施者	.....
a. 初任者（保健指導経験年数1～2年目）	.....
b. 経験者（保健指導経験年数3年以上）	.....
2) 保健指導チームのリーダー的立場にある専門職	.....
3) 特定保健指導事業の運営責任者（事務担当者等）	.....
4) 人材育成・研修会の企画・運営担当者	.....

はじめに

平成20年度に開始された特定健康診査・特定保健指導（以下「特定健診・特定保健指導」）制度では、その効果的な制度運用を図るために、特定健診・特定保健指導に従事する者を対象とした「研修ガイドライン」を定め、国立保健医療科学院、都道府県、保険者協議会、学会、そのほか各団体等による研修が実施されてきた。その結果、特定健診受診者数や特定保健指導実施人数は年々増加し、令和2年度には、全国で2,890万人が特定健診を受診し、うち120万人に対し特定保健指導を提供するに至った。特定健診・特定保健指導の効果分析においても非常に多くの研究報告がなされると共に、ナショナル・データ・ベースを用いた分析により、特定保健指導を受けた者の方が検査値、医療費共に未実施群よりも良好であったことが示された。

一方では令和2年度の特定健診実施率は53.4%、特定保健指導実施率がいまだ23.0%にとどまることや、実施率・メタボ改善率において保険者間の格差や保健指導機関の格差、特定健診・特定保健指導に従事する者の指導力の差が指摘されている。制度開始後15年が経過し、保健指導の成果を重視し、対象者の状態の改善や行動変容を評価することがより一層求められており、研修ニーズが多様化している。

本研修ガイドラインでは、受講者のニーズにあった具体的な研修の在り方を示すために、下記のポイントを重視して作成しているが、下記の内容に限定して研修を実施するのではなく、特定健診・特定保健指導全体のことを学習することができるよう配慮する必要がある。

- 各研修機関の行う研修の目的・受講者層を明確にすること
- 特定健診・特定保健指導に従事する者等が各職務で必要とするスキル、業務遂行能力を明確にすること
- 受講者が主体的に学習する仕組みをつくること
- 自己学習、On-the-Job Training（OJT）と外部研修を組み合わせること
- スキル評価票等を活用することにより、研修ニーズの把握や研修の評価を行い、研修プログラムに反映させること
- 研修企画者が具体的に取り組むべきことを提示すること

- 研修で学習すべき具体的内容の例として、学習教材を示すこと
- 特定健診・特定保健指導研修に限らず、ほかの研修での応用可能性を考慮すること

なお、本研修ガイドラインは「国立研究開発法人日本医療研究開発機構委託研究開発費 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業 標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）及び健康づくりのための身体活動基準2013 に基づく保健事業の研修手法と評価に関する研究 研究代表者 津下一代」に基づき作成した「健診・保健指導の研修ガイドライン（平成30年4月版）」を改訂したものである。文中に記載のある学習教材については、当研究班のホームページ（<http://tokutei-kensyu.tsushitahan.jp/>）を参照されたい。

本研修ガイドラインを特定健診・特定保健指導に関する研修の企画・運営に活用されたい。

I. 研修を体系化する

1) 「特定保健指導実施者のための研修」に求められるもの

保健指導実施者は決められた時間の面接、電話や電子メール等により、対象者の健康に関する関心を高め、健康行動を引き出す役割が期待されている。そのため保健指導実施者は病態や食生活・身体活動・喫煙・アルコール等の生活習慣改善のための知識と技術を動員し、対象者の思いや生活背景を考慮しつつ、行動変容を促していく（図1）。保健指導実施者には知識・技術・応用力等多彩な能力が求められる（図2）。

図1. 保健指導のプロセス

（標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）及び健康づくりのための身体活動基準 2013 に基づく保健事業の研修手法と評価に関する研究（研究代表者 津下 一代）資料より）

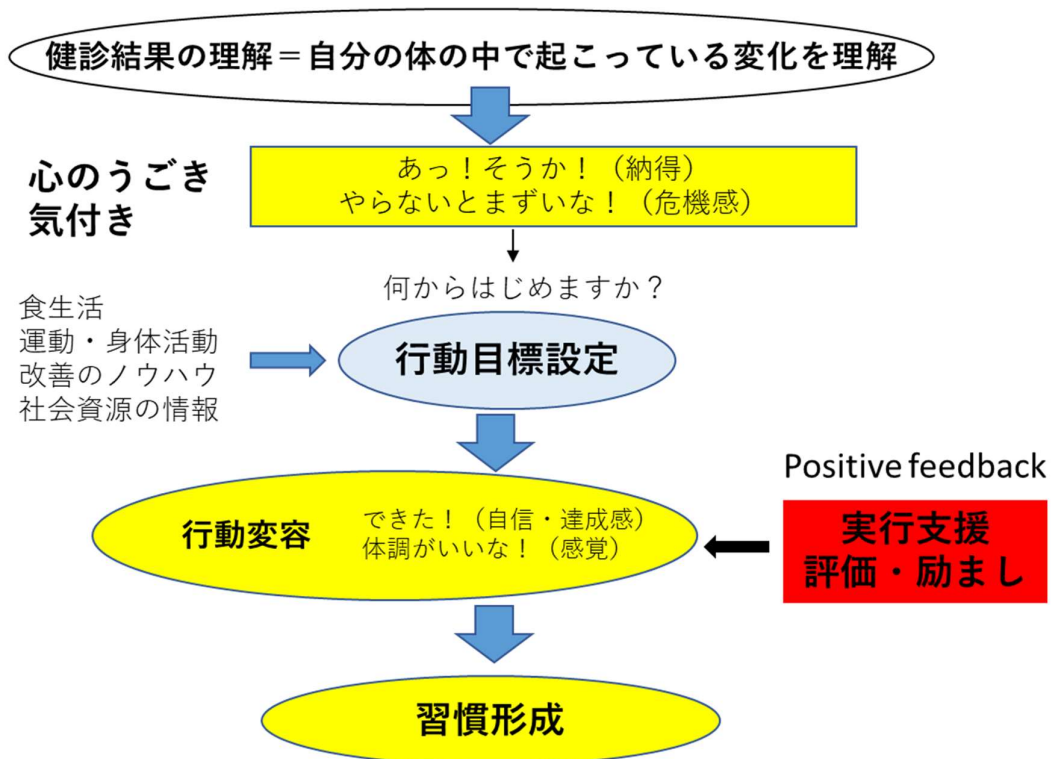
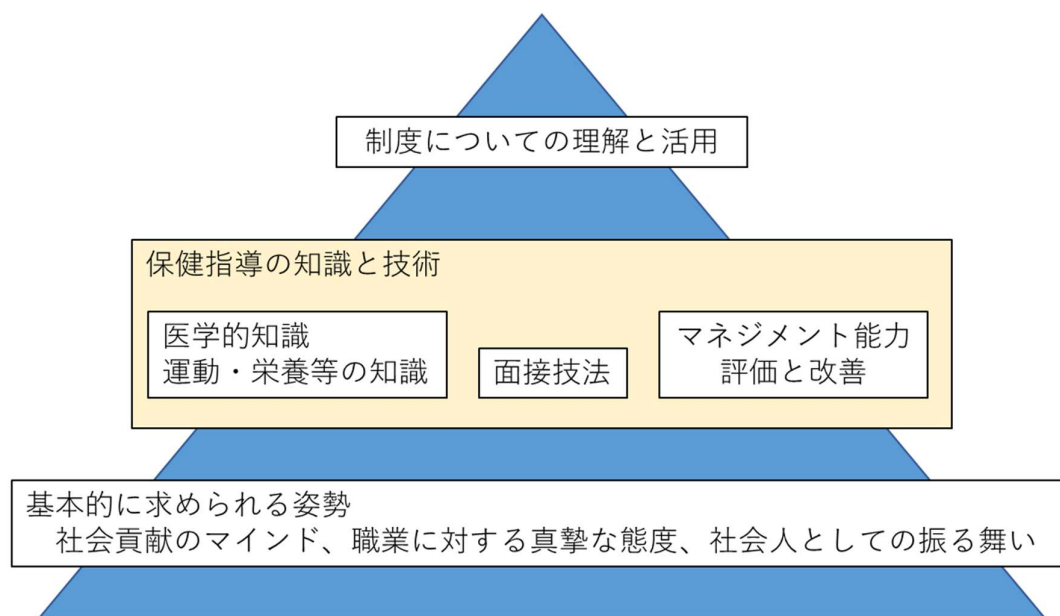


図2. 保健指導実施者に必要とされるスキル（概念図）

（標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）及び健康づくりのための身体活動基準 2013 に基づく保健事業の研修手法と評価に関する研究（研究代表者 津下 一代）資料より）



特定保健指導実施者は医師・保健師・管理栄養士等、多彩なバックグラウンドを持ち、経験年数も様々である。そのような中でよりよい効果を引き出すためには、保健指導実施者自身の学習や職場における教育も重要であるが、外部の研修等に参加して、最新の医学的知識や体系立てた保健指導に関する知識を学ぶこと、事例検討を通して課題分析能力や面接技法を学ぶこと、ほかの保健指導実践事例から学ぶこと等の力量向上プロセスが重要である。

一方、特定保健指導の流れ（保険者と保健指導実施者の連携、対象者の選定、連絡、スケジュール管理等）に問題があると、対象者のモチベーションの向上につながらず、結果的に十分な保健指導効果を得られないことになる。効果的な保健指導のためには、保健指導技術のみならず、特定保健指導制度の仕組みをよく理解して、保健指導チームとして成果を上げていく姿勢や、スムーズに運営できる業務遂行能力も重要である。この点では保健指導実施者だけでなく、運営にかかわる事務職等も本制度の意義と運営方法を十分理解していることが求められる。さらに、近年、ICTが様々な生活活動に浸透していることから、保健指導にもビデオ通話システムやアプリケーションソフトウェア（スマートフォンや

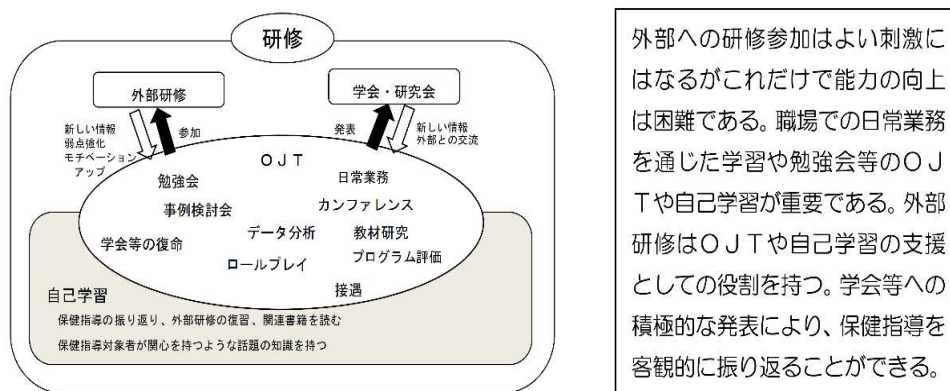
Webベースのものも含む。以下、アプリケーション等)等のICTを活用し、対象者が保健指導を受けやすい指導体制や環境整備を行えるように、ICTの推進に関する研修内容も盛り込む必要がある。

特定保健指導に関する研修会等の企画に当たっては、受講者の知識・スキルの現状とニーズ、社会からの要請を考慮し、保健指導の実践場面で役立つ内容とすることが求められる。全国の多数の保健指導実施者に質の高い研修の機会を提供するため、更には研修会運営のための費用や受講者の交通費・時間等の効率化の面を考慮すると、都道府県ごとに実施する等、保健指導実施者に身近な場での研修の充実が求められる。また、知識伝達型など研修の内容によっては、ビデオ通話システムを用いたオンライン研修による効率化も考えられる

外部の研修の機会だけでは知識・技術を共に育成することは困難なため、自己学習の意欲を高めたり、職場内教育（OJT）につながる研修を意識して企画することが必要である（図3）。

図3. 外部研修とOJT、自己学習

（標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）及び健康づくりのための身体活動基準 2013 に基づく保健事業の研修手法と評価に関する研究
（研究代表者 津下 一代）資料より一部改変）



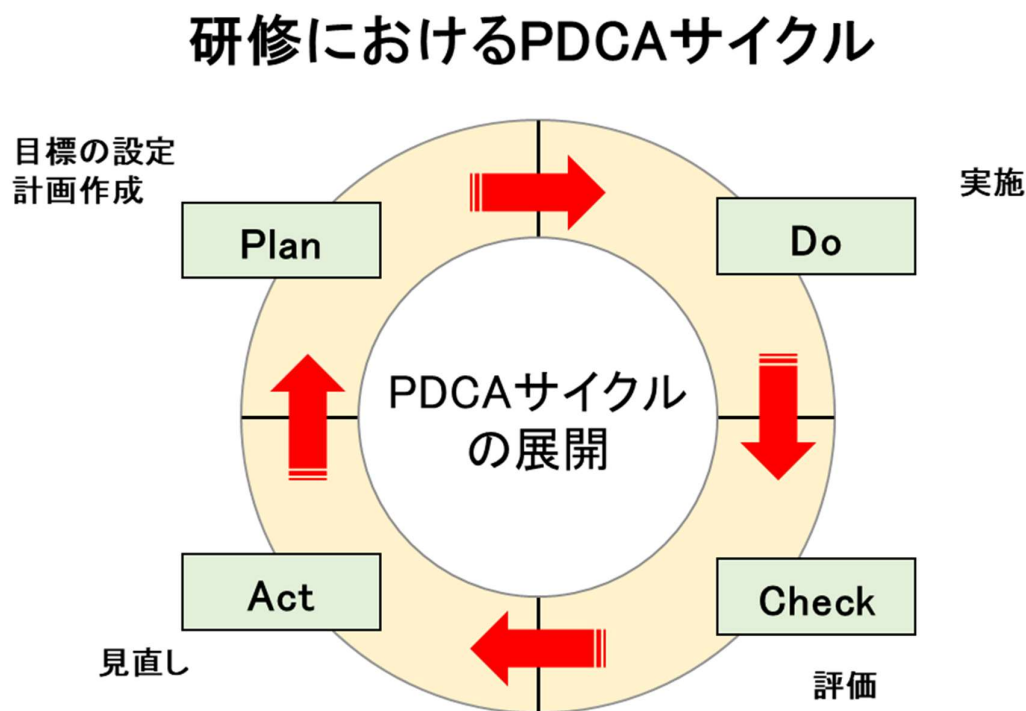
研修を企画（Plan）するに当たっては、その目的を十分に考慮して主要なテーマを定めること、受講者が研修会参加によって獲得しうる具体的な目標を考えることが重要である。受講者のスキルのレベルやニーズに合わせて学習課題を明確にし、それを達成できるような内容を考えていく。受講者同士がコミュニケーションをとれる機会、相談や助言をできる時間を設けることも重要である。

研修実施（Do）時には受講者が主体的な姿勢で取り組めるよう、段取りやファシリテーション等に留意する。研修内容は、実際に参加した受講者に合わせた

微調整を行う。研修終了時には、目標をどの程度達成できたかを確認する。とくに保健指導実践の上でこれまで困難であったことを解決する能力が高まったかを確認することが必要である（評価・Check）。

受講者を対象にアンケート調査を行うと共に、ヒアリング等のフォローアップ調査を行うことで、研修の課題を明確にし、次の研修の企画に活かしていく（見直し・Act）。このようなPDCA サイクルを回した研修を行うことで、より実践に役立つ内容に改善していくことが可能となる。

図4. 研修におけるPDCA サイクル
（国立保健医療科学院資料より、一部改変）



2) 受講者ニーズに合わせた研修の必要性

～スキル評価票、職務別業務遂行能力チェックリストの活用

これまでの研究等で、保健指導実施者においては初任者と経験者での違いや専門職種別に強みと弱みがあり、異なる研修ニーズがあることが分かった。また、保健指導チームのリーダー的立場にある専門職は自己の保健指導スキルの向上だけでなく、チームとして結果を出していくための方策やプログラム評価等について関心が高いこと、特定保健指導業務の運営責任者が保健指導実施者の力

量向上に関心を持っているのか、スムーズな運営を意識しているのかの差が、保健指導実施者のモチベーションや保健指導効果にも反映していることが分かっており、適切な情報提供の機会が必要なことが明らかになった。更に、研修会を企画・運営する役割を担う者においては、企画・立案の方法、研修評価の方法について学習する機会が限られており、業務内容や立場によって学びたい内容（研修ニーズ）の違いがみられている。

そこで、本研修ガイドラインでは、保健指導実施者の業務内容や立場によって、保健指導実施者（初任者、経験者）、保健指導チームのリーダー的立場にある専門職、特定保健指導事業の運営責任者（事務職等）、更には人材育成・研修会の運営担当者に層別化し、各層において必要とされる能力を業務遂行能力チェックリストとして整理した。

ただし、層別化した受講者に対する研修内容を全て一度に実施しなければならないわけではなく、たとえば、以下の活用をイメージしている。

- 自己学習、OJT で実施すべきことと、外部研修で実施することの整理をした上で、外部研修での優先順位を考慮してテーマを設定する
- 研修実施機関（都道府県・保険者・学会・民間企業等）別に、重点化すべき受講者層を意識した研修を企画する。受講者募集の際にこれらの点を明らかにし、目的にあった受講者の参加を求める
- 数年度にわたる研修計画の中で、制度や保健事業の実態、受講者のニーズにあったテーマを取り上げる
- 各受講者層に共通の研修テーマを設定し、広く受講者を募集し情報提供を行う研修を企画する
- 受講者に対し、必要に応じてほかの研修等を紹介する

3) 様々な研修方法の組み合わせ

保健指導のためのスキル^dやコンピテンシー^eを高めるには、自己学習やOJT、外部研修、外部への発表等様々な方法があり、これらを組み合わせる事が重要である。

^d スキル (skill) : 訓練や経験等によって身につけた技能・技術

^e コンピテンシー (competency) : 高業績者の行動特性、複雑な需要に対応する総合的な能力を具体的な行動現象形態で表したもの

① 自己学習

専門職に必要とされる知識を得るのに有用である。漫然と解説書を読むだけでなく、まとめる、自分なりの教材を作成してみる、保健指導の時にうまく対応（説明）できなかったことを振り返って学習する、外部研修の復習をする、等を行う。保健指導の専門書を読むだけでなく、社会で問題になっている話題や保健指導対象年代層が関心を持っているような事柄の情報を得ておくことも個人のコンピテンシーを高めるのに役立つ。

保健指導対象者が関心を持つような話題の知識を持つことが、対象者とのコミュニケーションを円滑にすることも多い。

② OJT

保健指導の実践場面を活用した職場内トレーニングのことであり、コンピテンシー形成には重要な役割を持つ。保健指導実施者が抱える不全感あるいは達成感等を、保健指導実践直後の感覚が新鮮なうちに、短時間でもいいので数人で共有し、改善策を検討することの積み重ねは不可欠である。これにより自分が経験していない場面を疑似体験できるため、現状以上の思考や対応の広がりを持つことができる。

また、定期的にミーティングを持ち、テーマを決めて学習する、困難事例について検討する、保健指導の効果を分析する、外部研修で学んだことを内部で紹介する、等の方法がある。ロールプレイ場面のビデオ撮影をし、振り返ることで保健指導の癖・弱点を可視化できる。保健指導効果とスキルの関連を検討することにより、強化すべきポイントも明確にできる。また、職場内研修に時々外部専門家の参加を求めることで、質を高めることが可能となる。

学会・研究会・研修会において積極的に発表することにより、仕事をまとめる能力も高まり、外部の意見に接することにより更に向上心が高まることが期待される。経験年数を考慮し、計画的に発表の機会を持つことが望ましい。

③ 外部研修

研修実施機関に与えられた目的に合わせ、受講者層を意識したテーマ設定が必要である。最新知識や制度に関する講義・事例紹介等の座学、事例検討やロールプレイ、保健指導プログラムの作成演習、課題解決に向けたグループワーク等の演習を組み合わせる。

a. 研修会の前に実施すべきこと

- 申込書に、①保健指導の実施において課題に思っていること、②研修会で特に聞きたいと思っていること、③講師への質問事項、等の記載欄を設ける。これを研修企画者は講師と情報共有し、受講者のニーズに合った研修企画を行う。

- 申込時に事前課題を提供することにより受講者自身が課題意識を持って研修会に参加できるようにする。

- b. 講義時に実施すべきこと（受講者の主体的な姿勢につなげるために）
 - 研修当日の研修開始前に、受講者に保健指導スキルを自己評価してもらう。そのことにより、受講者は問題意識を持って研修に参加することができる。また、研修前後で実施することにより、今後の自己学習の課題を把握できる。研修企画者にとっても前後比較により習得度の変化を把握できる。保健指導のスキルの自己評価の参考例として、「保健指導スキル評価表」を表1に示す。

表 1.保健指導スキル評価表（自己評価、研修ニーズ把握、研修の効果検証に活用してください。）

保健指導スキル評価票

（研修会名： 開催日時： 年 月 日）

（ ）内に該当数字をご記入ください。

性別：1.男性 2.女性

年齢：（ ）歳代

所属：1.市町村 2.健診機関 3.医療機関 4.保健所 5.健康保険組合 6.企業 7.その他

職種：1.医師 2.保健師 3.看護師 4.管理栄養士 5.栄養士 6.健康運動指導士

7.臨床検査技師 8.薬剤師 9.事務職 10.その他（ ）

*複数の資格をお持ちの方は複数回答してください。

勤務形態：1.常勤 2.非常勤

保健指導経験年数：（ ）年

*特定保健に限らず、健診後の生活習慣改善指導等も経験年数に含まれます。

保健指導の従事頻度： 1.週に1日以上 2.週に1日未満

下記項目に対し保健指導技術の習得度を4段階で評価し、該当数字1つに○をつけて下さい。

no.	項目	習得度			
		低			高
1	対象者との対話から行動変容ステージや生活上の課題を整理できる	1	2	3	4
2	対象者の生活状況を踏まえて何から改善することが可能か対象者とともに考えることができる	1	2	3	4
3	食行動と食事をアセスメントし、食習慣改善の必要性を判断できる	1	2	3	4
4	対象者の健康課題と生活習慣に合わせて、食生活の多様な取組の具体策を提案することができる	1	2	3	4
5	設定した食行動の目標を実行すれば、どの程度の減量効果を期待できるか、エネルギー量に換算して示すことができる	1	2	3	4
6	身体活動・運動量をアセスメントし運動習慣改善の必要性を判断できる	1	2	3	4
7	対象者の健康課題と生活習慣に合わせて、身体活動の多様な取組の具体策を提案することができる	1	2	3	4
8	設定した身体活動・運動の目標を実行すれば、どの程度の減量効果を期待できるか、エネルギー量に換算して示すことができる	1	2	3	4
9	健診結果や病歴から運動実施上の注意事項を説明できる	1	2	3	4
10	喫煙習慣や禁煙に対する行動変容ステージをアセスメントできる	1	2	3	4
11	行動変容ステージに合わせた禁煙支援ができる	1	2	3	4
12	問題飲酒のアセスメントができる	1	2	3	4
13	行動変容ステージに合わせた適正飲酒の支援ができる	1	2	3	4
14	グループ支援ができる	1	2	3	4
15	面接や電話、メール等を活用して継続的な支援ができる	1	2	3	4
16	保健指導において ICT（ビデオ通話システムやアプリケーション等）を活用できる	1	2	3	4
17	対象者が生活習慣改善を実践するための社会資源（イベント・教室・自主グループ、運動施設・環境、禁煙外来等）を紹介できる	1	2	3	4
18	対象者を取り巻く環境（家庭・職場など）が原因で生活習慣改善の実践が困難である人に対して、困難さを軽減させて自己決定を促す支援ができる	1	2	3	4
19	行動変容ステージが無関心期の人に対して、適切な対応ができる（本人の思いを整理したり、本人のできることに目を向けることができる）	1	2	3	4
20	高齢の対象者に対し年齢に配慮した保健指導ができる（ロコモティブシンドローム、フレイル等）	1	2	3	4
21	2年連続して特定保健指導の対象となった者に対して、指導方法や内容を見直して支援できる	1	2	3	4
22	自らの保健指導を評価し保健指導方法を改善できる	1	2	3	4

- 受講者が主体的に参加できるようにするため、講義方法を工夫する。
 - 講義の中で受講者同士が短時間でグループディスカッションを行い、講義内容を整理し理解を深める時間をとる
 - 受講者の実践活動場面に即した内容（計算、シミュレーション等）を準備する
 - 質問の時間をとる（質問カードを配り、まとめて返答する等）
 - 講義とグループワークを連動させる等

- 外部講師には保健指導プログラムの流れや研修のねらい、受講者層とそのニーズについて事前に情報提供することが重要である。研修会全体の中での担当講義の位置付け・役割が明らかになると、講師の資料等の準備にも役立つ。

- 外部研修の意義として、単に知識の提供だけでなく、保健指導実施者のモチベーションを高める点も忘れてはならない。エビデンスに触れること、講師の熱意や経験談等から受講者が学ぶことは多い。逆に持論を展開するだけで研修ニーズに合わない講義、準備不足の講義、ネガティブな発言等には受講者が落胆する。研修会企画者は受講者の立場に立って講師の選定を行うことが大切である。

- c. 演習時に実施すべきこと（実践にすぐに役立つ演習企画のために）
 - 演習においては、ほかの受講者の様々な意見を聞いて保健指導を多角的に考えられること、その後の全体のまとめを通じて知識・経験を整理できることが望ましい。知識としては知っているはずのことであっても、実際の保健指導の場において活用できていないことに気付き、「知識を活用できる状態にすること」の重要性を体験することができる。

 - 個人ワーク、グループワーク、全体討議のステップで進め、全員が主体的に参加できるよう配慮する。個人の考えをまとめる時間がないまま、いきなりグループでの話し合いに入ると、発言者に偏りが出て議論が深まらないことが多い。研修企画者はファシリテーターを配し、進行や適切な時間配分に配慮する。（演習に割り当てる時間に応じ、テーマ設定と段取りを考えること）

 - 演習で学習したことを定着させるために、研修終了後OJT として、演習の内容を復習することを受講者に促す。

【参考：特定保健指導の演習例】

- 個別事例検討：事例から検査データの解釈、生活習慣・背景の整理、対象者に質問したい内容、保健指導のポイントを話し合う。事例については、困難事例を取り上げる傾向も見られるが、まずは「よくある事例」を取り上げて丁寧に（事例）検討を行うことが重要である。
- ロールプレイ：保健指導の場面を3～4人のチームで実施。保健指導実施者役、対象者役、観察者役を立て、どのような流れであったのか、対象者の気持ちが変わった働きかけは何か、改善した方がよいポイントは何かなどについて検討する。
- ビデオ演習：面接場面を撮影したビデオを活用し、良いポイント、修正した方がよいところ等を話し合う。各段階で知識を確認しながら進められる。
- 保健指導プログラム作成演習：対象者の条件に合わせ、積極的支援プログラムを作成する。たとえば、被用者保険被保険者本人・男性、被扶養者・女性、国民健康保険・高齢者等の対象者の条件を設定、個別面接かグループ支援かどちらの方が適しているか、継続支援では電話、面接、電子メールのどの方法がアクセスしやすいのか、ICTリテラシーやICT環境が適切かなどを具体的に検討していく。対象者の立場に立って、ソーシャル・マーケティングの4P（Product、Price、Place、Promotion）の視点も入れて、対象者が受け入れやすいプログラムを検討することで企画力を醸成する。
- 課題検討：実施率を高めるには何をすべきか、繰り返し保健指導の対象となる者にはどのような保健指導の工夫が考えられるかなど具体的なテーマについて課題を整理し、解決法を議論する。個人の能力向上だけでなく組織的な対応の必要性を発見する等、具体的かつ前向きな解決法を考えられるよう、ファシリテートすることが大切である。
- 評価演習：データを用いて保健指導の効果を分析し、課題を抽出する手法を学習する。

以上のように、保健指導の流れに沿って実施すると臨場感のある演習が可能となる。

研修実施者は、演習のまとめを作成し、受講者に後日フィードバックすることが望ましい。

- ④ e-ラーニングやSNS（Social Networking Service）などICTの活用等:最近ではe-ラーニングやホームページを使った学習形態も普及し、個人のペースで

効率的な学習が可能になってきた。研修企画者は、学習内容や効果を十分吟味した上で、受講者の特性に応じてこれらの学習方法を準備することも、保健指導の効率化の一つの方法である。

4) 研修実施機関別の主たる受講者

特定保健指導に関する研修実施機関としては、国（国立保健医療科学院）、全国レベルの組織（保険者中央組織（国民健康保険中央会、健康保険組合連合会、全国健康保険協会等）、職能団体中央組織、学会等）、都道府県レベルの組織（都道府県、保険者協議会、国民健康保健団体連合会、全国健康保険協会や職域団体等の支部等）、民間団体等がある。

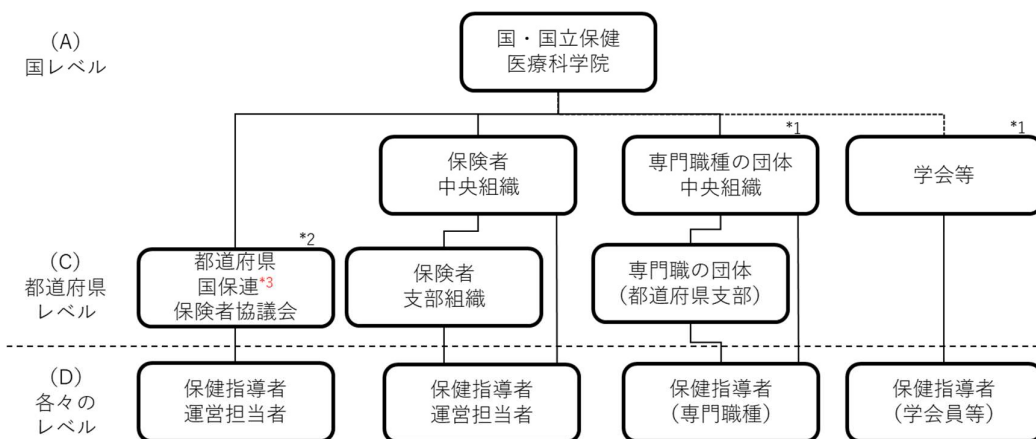
研修内容としては、制度の根拠や規則等の改正点等のほか、保健指導スキルやコンピテンシーを高める内容、保健事業のマネジメント、先駆的事业の紹介等の内容が含まれる。対象としては、保健指導実施者向け、組織の管理職など向け（制度についての理解）、運営担当者向けがある。

現時点の特定保健指導に係る研修体系を整理すると図5の通りとなる。また、研修実施機関と主な受講者を整理すると、表2のようにまとめられる。

研修実施機関によって受講者と研修目的が異なるが、いずれの研修においても、一定以上の質が保たれていることや、受講者が学びたいという意欲を引き出す研修が求められる。

図5. 研修の体系図

標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版)及び健康づくりのための身体活動基準2013に基づく保健事業の研修手法と評価に関する研究(研究代表者 津下 一代)資料より



*1 専門的知識に関する講習は全国レベルの研修を受講しなくてもよいが、制度、事業評価等に関する研

修企画者は上位の研修に参加することが望ましい。

*2 都道府県における研修には、市町村のほか当該地区の医療機関・保健指導機関等で保健指導を実施する者が参加できるように配慮すること。

*3 国保連合会は保険者支部組織に相当する位置づけもある。

表2. 研修実施機関別の研修目的と主たる受講者

研修会 主催者	レベル	主たる 研修目的	参加 機関	都道 府県 ・中 央 組 織 等*3	支 部 組 織	保険者、特定保健指導保健指導機関 職能団体・学会等					
						受講者	研修企画者	保健指導実施者			運 営 担 当 者
								初任者	経験者	リー ダー	
国・保健 医療科学院	(A) 国	研修企画・ 運営・評価		◎	○						
保険者中央 組織*1	(B) 全国	知識・技術			◎	◎	◎				
		事業運営			◎		○	◎	◎		
研修企画				◎			○	○			
職能団体*2		知識・技術					◎	◎	◎		
		研修企画			◎				○		
学会		知識・技術					◎	◎	◎		
都道府県・ 保険者協議 会・国保連	(C) 都道府県	知識・技術					◎	◎	○	○	
		事業運営						○	◎	◎	
知識・技術							◎	◎	○		
民間研修 機関	(D) 各々	知識・技術					◎	◎			
事業運営								○	◎	◎	
保健指導 機関 (OJT)	職場	知識・技術						◎	◎	◎	
		事業運営							○	◎	◎

◎主たる受講者（積極的な参加）、○参加可能な受講者

*1：国民健康保険中央会、健康保険組合連合会、全国健康保険協会、共済組合連合会

*2：医師、保健師、管理栄養士等の専門職種の団体

*3：国保連合会、保険者協議会を含む。

- ① 国（国立保健医療科学院）が行う研修
- 国は国立保健医療科学院において、都道府県、保健所設置市及び特別区、保険者中央組織及び都道府県支部、保険者協議会、職能団体（全国レベル）、学会等の研修企画者を対象に、政策目標に合致し、受講者ニーズに合わせた、研修を企画・運営・評価できるようにするための研修を実施する。
 - 国の研修（図5、Aレベル）受講者は、都道府県等における実務者研修（図5、B・Cレベルの研修）を主催、もしくは積極的に関わることが求められる。
 - 上記受講者のほか、都道府県、保険者協議会及び国保連合会が大学等の学術・研究機関と協働で研修を企画・運営している場合、必要に応じてこれら機関の専門家等が国の研修を聴講できるよう配慮する。
 - 本研修の企画にあたり、受講者（研修企画者）が直面している問題の解決に役立つような研修を企画することが求められる。
 - 研修の内容としては、生活習慣病対策に関する国の動向や学会等の最新情報のほか、現場のニーズ等を踏まえ、研修内容（講義や演習等のテーマ）を毎年評価し、必要に応じて見直しを行う。
 - 研修の効果を高めるためには、事前課題を提示し、能動的な学習を促す工夫も必要となる。たとえば、制度等に関する知識については事前に資料を読み込んだりビデオ教材で学習してきてもらい、これまでとの相違の理解や疑問点を確認できる場を設定したり、自機関が実施してきた研修会のアンケート調査結果を振り返り、研修企画に関する課題を事前に整理することを促したりする等の方法がある。こうした事前課題を、研修中に実施するグループワークと連動させ、受講者の課題解決能力の強化につなげるよう工夫することが望ましい。
 - 国が行う研修に参加することの利点の一つに、異なる地域・職域・組織の経験を受講者間で共有できることがある。この利点を活かせるよう、研修の企画に当たっては、経験を共有するための場や機会を工夫することが必要である。

② 全国レベルの研修

- 保険者中央組織、職能団体中央組織等（図5、B レベル）が、全国から受講者を募集して特定保健指導に関する研修会を開催する場合、研修企画者は国が実施する特定保健指導に関する研修を受講することが望ましい。一方、学会等が開催する、生活習慣病に関する病態や行動変容スキルについての講習等専門職の技術力向上を主たる内容とする研修会では、開催にあたり前述の研修の受講は求めないが、公開されている国の研修の情報や資料を収集する等して、その内容を踏まえた研修を実施することが望ましい。

- 研修の内容としては、特定保健指導についての内容のほか、データヘルス計画、医療費適正化等に関連した情報、健康医療制度の見直し等に関する動き等、国の動向についての情報や保健指導に役立つ新しい知見についての情報提供を行う。また、支部組織や保健指導機関においてリーダー的な役割を果たす人材の育成も重要であり、専門的な知識や技術に関する講義や事業運営に関わる演習等の工夫も必要である。

- 国民健康保険中央会、全国健康保険協会、健康保険組合連合会、職能団体（全国レベル）（図5、B レベル）は、支部組織（図5、C レベル）を対象とした研修会を企画している場合には、研修企画力向上のための研修を行うだけでなく、必要に応じて、支部組織が研修を企画する際の支援を行い、都道府県や保険者協議会と連携するよう助言する。

- 健康保険組合連合会、全国健康保険協会では、産業保健分野との連携、ほかの被用者保険との共同実施等を視野に入れた研修を企画することも必要である。

- 学会は当該分野の専門家で構成されているので、その専門とする領域を中心に研修を組み立てることができる。受講者ニーズとしては詳細な専門知識だけでなく、その知識等を活用して保健指導をどのように効果的に行うかが重要であることに留意する。たとえば、保健指導教材の科学的根拠の解説や、保健指導と医療との関連等について情報提供を行う等が考えられる。学会外部から受講者を募集する場合には、①研修の目的と達成目標、②研修内容、③研修受講者の範囲、を明らかにし、受講者がより選択しやすくなるような情報提供が求められる。

③ 都道府県レベルの研修

地域における保健指導を担う人材育成の場として、初任者や保健指導実施者に対する実践的な研修、事業運営に関する具体的な手順・評価に関する研修が求められている。

- 都道府県等において研修企画を行う者は、国が実施する特定保健指導に関する研修を受講することが望ましい。

- 都道府県における研修の企画に当たっては、市町村の国保担当部門や衛生部門だけでなく、被用者保険と研修を共同実施することを視野に入れて、研修の内容や時期等について健康保険組合、全国健康保険協会等の保険者や保健指導機関等の意見を取り入れることも重要である。受講者が、地域における研修の機会を有効活用できるように、研修企画者は、ほかの研修内容を確認し、必要な事項を重複なく実施できるよう調整することが必要である。

- 都道府県は健康増進計画の推進等と併せ、個人に対する生活習慣改善についての働きかけの重要性と共に、健康な環境づくり、保健サービスへのアクセスの改善等に視点を置いた研修を行うことが大切である。市町村における生活習慣病対策の推進においては、健康づくり担当部門と特定保健指導担当部門の連携がとれていることが重要であり、研修の機会を通して共通の目標を意識することや共通に活用できる社会資源・関係者についての情報共有を行う。
 - 保健指導初任者に対する基礎研修は都道府県の役割として重要であり、都道府県には基礎知識を提供する場を作ることが求められている。都道府県は少なくとも年1回は特定保健指導に関する研修を行うことが望ましい。
 - 研修を実施するためには、様々な関係機関との調整が重要である。国保連合会等との連携だけでなく、地域の大学や研究所等、研修企画に対する専門的な立場からの助言や、研修の講師派遣、研修後の市町村等の支援に協力してくれる可能性がある機関と日ごろから情報交換を行い、関係づくりを行う必要がある。既存の関連する協議会等を活用し、研修の実施及び評価に関する課題を整理したり、関係者間の役割分担について整理することで、広域的な研修の実施及び評価体制を構築することが必要である。受講者募集に当たっては、これらの機関と協力して実施することが望ましい。
 - コアスライド（研究班教材<http://tokutei-kensyu.tsushitahan.jp/>参照）や演習ビデオを活用することにより、研修の標準化を図ることができる。また、地元大学等と連携して実施することで、費用低減を図ることができる。
 - 研修企画者が受講者ニーズに合わせたきめ細かな対応ができるよう、国の研

修会に参加し研修企画について学ぶことが重要である。また、前述の協議会の活用や有識者の助言を受けられるようにすること等が考えられる。次年度の予算化の時期には、過去の研修評価を反映した企画を提案し、絶えず受講者ニーズや制度を取り巻く状況等を捉えた研修企画につなげていく必要がある。

- 職能団体（医師会、看護協会、栄養士会等）は専門的な知識・技術の研鑽の場として研修を企画することが多い。研修内容が、一部の専門分野に偏らないよう、研修内容の工夫が必要である。
 - 特定保健指導の円滑な実施に当たっては、契約等の事務手続きの円滑化、外部委託機関との協力体制、個人情報取扱い、事業評価、人材確保についての知識が不可欠である。
 - 保険者の事業運営担当者では、健診・レセプト等各種データの活用や保険者機能、データヘルス計画等との関連も重要である。
- ④ そのほかの実施主体
- 民間研修機関は、研修の委託を受けて実施する場合、委託元との綿密な打ち合わせにより現状、課題、ニーズ把握を行い、受講者のニーズにマッチした研修になるよう留意すべきである。
 - 保健指導機関においては、計画的なOJTを職場内の責務として計画的に実施する必要がある。業務を遂行するうえで必要な手順の確認、所属保健指導機関で用いる指導教材への習熟、保健指導内容の振り返り、保健指導スキル評価、保健指導の効果の評価、困難事例の研究・カンファレンスは日常管理において必須である。よりよい保健指導プログラムへの改善のためには、勉強会の実施や学会・研究会における発表、外部研修受講者が職場内に持ち帰り情報共有を行う場の設定等を、指導的立場の保健指導実施者を育成する上で実施することが望ましい。また、自己学習を積極的に勧める。
 - 学会等が認定する生活習慣病予防に関する資格の習得や、保健指導の効果を高めるスキルアップ研修への参加を通じて、生活習慣病予防の役割を担う専門職として、キャリアアップを図ることができる。外部研修への参加では、多機関からの受講者や講師等との交流を通じて、よりよい保健指導へのモチ

バージョンを高めることも重要である。

5) 研修の評価（共通的な事項）

特定保健指導に関する継続的な研修会を企画する上で、講師や受講者へのフィードバックや、次の研修に課題や改善点を活かすためにも評価が重要である。

本研修ガイドラインでは、研修の評価項目について、全ての研修に共通する内容と各分野で該当する項目に分類して示す。

（全ての研修に共通する評価項目）

ア. 研修実施体制（ストラクチャー評価）

- 研修実施機関の中で、主たる担当者を中心としてチーム形成ができたか
- 組織外の関係者と連携・調整し、当該研修の果たすべき役割を明確化できたか
- 目的達成のために必要な予算、機材等を得られたか

イ. 準備過程の評価（プロセス評価）

- 社会情勢や受講者層のニーズを把握できたか
- ニーズにあった企画ができたか
- スキルや業務遂行能力を高めるために、自己学習、OJT と外部研修等の方法を組み合わせて考えることができたか
- 研修の目的を明確にし、受講者数等の目標を適正にたてられたか
- 目的にあったプログラム構成となったか
- 講師との調整はうまくいったか。講師からの積極的な提案を得ることができたか
- 演習は、受講者の実践ニーズに対応していたか
- 演習の流れ・時間配分について、受講者に分かりやすい手順を示しているか
- 演習のシミュレーションを実施したか
- 研修効果を把握するためのアンケート等の評価項目は適切だったか
- 予算、収支を考慮した企画であったか

ウ. 研修会参加状況の評価（アウトプット評価）

- 地域、職種、経験年数別の参加状況等、詳細な分析により、目的とした受講者層が参加したか
- 受講者は積極的に受講したか

- 受講者は積極的に演習に参加したか
- 受講者からの技術的な質問に対し、適切に対応できたか
- 研修会の運営はスムーズであったか

工. 研修会后評価

- 受講者のニーズに corres える研修であったか
- 目的に合った研修の内容であったか（講師選定、教材等）
- 受講者からの苦情や研修に対する意見への対応を行えたか
- 受講者の意欲・知識・技術の変化がみられたか
- 受講者の意欲・知識・技術の変化が定着しているか（フォローアップ調査）
- 研修の課題を明確にし、次回の研修会に活かせるか

オ. アウトカム評価

- 受講者の保健指導スキル、業務遂行能力等、必要とされる能力が高まったか
- 研修会の満足度が高く、人材育成、研修会の必要性が認識され、次回以降の受講者が増えたか
- 研修会の企画・運営を通じ、地域の生活習慣病予防における連携体制が強化されたか

Ⅱ. 職務・経験別の受講者ニーズに対応した研修を実施する

1) 保健指導実施者

① 求められる能力

保健指導の実践現場で必要とされることは、以下の内容が考えられる。

- 特定保健指導の制度と仕組みを理解し、対象者に説明できること
- 健診データや問診から病態を整理し、健康課題を明確にできること
- 上記について、対象者に対して分かりやすく説明できること
- 対象者の生活背景やすでに実施している健康行動を把握した上で、何ができるかを一緒に考え、目標設定を促すこと
- アウトカム評価を意識した主要達成目標・行動目標の実現に向けて継続的な支援ができること
- 上記のために、対象者の検査データの改善度、行動目標の達成度、生活習慣の改善状況等を評価して、より効果的な保健指導の方法・内容に改善できること
- 保健指導の経過を振り返り、よりよい保健指導のために研鑽を積むこと
- 社会人としてのコミュニケーションがとれること

【経験に応じて求められる能力】

研修を企画するに当たっては、受講者の経験年数により、内容と研修形式を配慮する必要があるため、本研修ガイドラインでは初任者、経験者に分けて記載する。

a. 初任者（保健指導経験年数1～2年目）

初任者であっても、保健指導実施者として対象者に指導を行う以上、一定以上の知識と対応力が必要である。保健指導実施者は医師、保健師、管理栄養士等の異なった職種であるため、学んできた専門知識や実践経験は大いに異なる。研修の目標はメタボリックシンドローム改善のために行う保健指導に必要な知識と技術の習得であるので、研修会ではその差異をできるだけ縮める内容とし、受講者もその努力が必要である。基本的には、基礎的な内容については職種を問わず同一にするが、職種により強化すべき内容を別プログラムで実施する等の方法が考えられる。

この段階での学習では、OJT と自己学習が中心となる。先輩等の保健指導の観察により保健指導の流れを理解することや事例カンファレンスで主体的に考えていくこと、知識を整理していくこと等が求められる。職場では、ロールプレイ等を実施し、保健指導実施者が必要なスキルを習得していることを確認の上、実務を担当させることが適切である。保健指導実施者が、必要なスキルを習得しているかを確認する一つの方法として、業務遂行能力チェックリスト【初任者（保健指導経験年数1～2年目）対象】を表3に示す。自己評価、上司等による客観評価を受け、一定水準以上と判断された場合に保健指導の実施が許可されるべきである。

保健指導実施者は専門分野以外の内容については十分に自信を持つことができない傾向があるため、意識的に補強する必要がある。各職能団体における研修では、弱点克服に向けた内容を取り入れることが望ましい。

OJT が十分できない職場では、積極的に外部研修に参加させるようにする。

表3. 業務遂行能力チェックリスト【初任者（保健指導経験年数1～2年目）対象】

	獲得目標	習得が求められる知識や指導技術			
事前準備および実施に関する内容	保健指導全般に関わる能力	<ol style="list-style-type: none"> 1 特定健診・保健指導の理念・目的を理解している 2 保健指導対象者の選定と階層化の手法を説明できる 3 保健指導プログラムの具体的な内容についてわかりやすく説明できる 4 保健指導技術向上につながる自己学習（知識習得・情報収集）に努めている 5 保健指導に関する研修会等に参加している 6 社会人として必要とされるコミュニケーション能力を有している 			
		<p>保健指導の運営に関する能力</p> <ol style="list-style-type: none"> 7 健診データ等の個人情報を適切に管理できる 8 プライバシー等に配慮した会場の設置ができる 9 対処の難しい事例を担当する場合、1人で解決しようとせず、上司や先輩に相談できる（場合によっては、保険者に相談できる） 10 グループ支援の進行、説明等ができる 11 対象者の目標達成状況や保健指導への参加状況に応じた継続支援の方法や頻度を判断することができる 12 保健指導の参加率や効果の向上につながるよう初回面接や継続支援に ICT（ビデオ通話システムやアプリケーション等）を組み込むことができる 			
		<p>対象者を理解する能力</p> <ol style="list-style-type: none"> 13 健診データや問診から、身体状況や保有するリスクを把握できる 14 健診結果からただちに医療機関の受診を要するか否かの判断ができる 15 メタボリックシンドロームに着目して検査結果の説明や今後起きうる生活習慣病への影響を説明できる 16 対象者との対話から生活背景及び性格特性等をアセスメントし、行動変容ステージや生活上の課題が整理できる 17 対象者の健康状態改善に向けて、効果が期待できる生活習慣改善法をリストアップできる 			
		<p>対象者の生活背景をらまえ、前向きな自己決定を促す能力</p> <ol style="list-style-type: none"> 18 対象者の生活状況を踏まえて、何から改善することが可能か対象者ととも考えることができる 19 減量や生活習慣の改善により、健康状態や検査数値にどのような効果を与えるかを説明できる 20 継続的支援のためのツール（体重計・歩数計・スマホ、ウェアラブル端末等）の活用ができる 21 生活習慣、健診データ、関心度や行動変容ステージに合わせた教材の活用ができる 22 記録表から目標に対する実践状況、行動変容ステージを読み取ることができる 23 実践状況・行動変容ステージを意識して、フィードバック（励まし、賞賛、目標の見直し等）ができる 			
		個々の生活習慣に関して指導できる能力	<p>食生活に関する指導技術</p> <ol style="list-style-type: none"> 24 食行動と食事をアセスメントし、食習慣改善の必要性を判断できる 25 食事と生活習慣病の関連や、代謝の調整とエネルギー、栄養素、食品との関連について説明できる 26 対象者の健康課題と生活習慣に合わせて、食生活の多様な取り組みの具体策を提案することができる 27 設定した食行動の目標を実行すれば、どの程度の減量効果を期待できるか、エネルギー量に換算して示すことができる 		
			<p>身体活動・運動に関する指導技術</p> <ol style="list-style-type: none"> 28 身体活動量・運動量をアセスメントし、運動習慣改善の必要性を判断できる 29 対象者の健康課題と生活習慣に合わせて、身体活動の多様な取り組みの具体策を提案することができる 30 設定した身体活動の目標を実行すれば、どの程度の減量効果を期待できるか、エネルギー量に換算して示すことができる 31 健診結果や病歴から運動実施上の注意事項を説明できる 		
			<p>たばこに関する指導技術</p> <ol style="list-style-type: none"> 32 喫煙者に対して、禁煙の重要性を高めるアドバイスができる 33 喫煙者に対して、禁煙のための解決策の提案を行うことができる 		
			<p>アルコールに関する指導技術</p> <ol style="list-style-type: none"> 34 質問票における飲酒量の回答等から、問題飲酒のアセスメントの対象者が判断できる 35 問題飲酒のある対象者に対して、減酒を提案し、具体的な減酒目標を立てることができる 		
			評価	評価に関する能力	36 対象者の意欲・行動変容ステージ、生活習慣、検査値の変化を評価して、保健指導方法を改善できる
					37 自らの保健指導を評価し、自身の保健指導方法を改善できる

b. 経験者（保健指導経験年数3年以上）

初任者の時には、パターン化した説明を行うのに精一杯であるが、経験者の時期には説明の科学的根拠や背景を詳しく知ること、保健指導の効果を知ることにより、保健指導スキルを格段に高めることができる。

この時期に適切な教育や意欲を高めるきっかけがないと、保健指導にも慣れてきてマンネリ化やパターン化しやすい。いつも通りこなしている、という感覚で保健指導を行っている、効果も上がりにくくなる場合がある。また、保健指導に対する自信から、自己研鑽がおろそかになる場合がある。対象者の将来の生活を思い、よりよい保健指導を行いたいという意欲を高めることや偏りがちな指導法を振り返り、困難事例にも対処できる力をつけることが大切である。

初任者と同様に、経験者においても保健指導に関する業務遂行能力を確認し、資質の向上を図ることが求められる。業務遂行能力を確認する一つの方法として、業務遂行能力チェックリスト【経験者（保健指導経験年数3年以上）対象】を表4に示す。また、個人の保健指導スキルだけでなく、保健指導機関が組織として成果を出せるような意識を持つことや、よりよい保健指導の方法についての提案力を持つこと、評価の構造を理解し、保健指導を改善できる力も身につけ、更には社会資源にも配慮し、保健指導終了後もよい生活習慣が継続できるような支援を行えるようになることが望ましい。また、初任者を育成することも求められ、初任者を評価する場合、できていることに注目して強化していくことや、課題についてもこれからの成長を促すようなフィードバックができることが求められる。

【個々の生活習慣に関する専門知識を持ち活用できる能力】

科学的根拠に基づき、対象者にとって改善しやすい生活習慣の具体的内容とその目標を提案できる能力が必要である。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、生活習慣の改善に向けた支援をバランスよく行うことが求められる。また、対象者の意欲・行動変容ステージ、生活習慣、検査値の変化を評価して、保健指導方法を改善していくことも必要である。

i) 食生活についての専門知識

対象者の栄養状態や習慣的な食物摂取状況をアセスメントし、健診結果と代謝、食事内容との関係を栄養学等の科学的根拠に基づき、対象者に分かりやすく説明できる能力が必要である。その上で、「日本人の食事摂取基準」、「食生活

指針」、「食事バランスガイド」や食事療法の各種学会ガイドライン等の科学的根拠を踏まえ、エネルギーバランス（食事によるエネルギー摂取量と身体活動による消費量）も考慮し、対象者にとって改善しやすい食行動の具体的内容を提案できる能力が必要である。その際には、対象者の食物の入手のしやすさや食に関する情報の入手のしやすさ、周囲の人々からのサポートの得られやすさ等、対象者の置かれた食環境の状況を踏まえた支援の提案や、国の健康日本21（第三次）や自治体の健康増進計画に基づく栄養・食生活に関する目標について情報提供できる能力が必要である。また、ii の身体活動についての専門知識と合わせて、対象者によりよい支援を提案できる能力が必要である。

ii) 身体活動についての専門知識

運動生理学、スポーツ医科学、体力測定・評価に関する基礎知識を踏まえ、身体活動や運動習慣と生活習慣病発症との関連において科学的根拠を活用し、対象者に分かりやすく説明できる能力、更に正しい身体活動・運動フォームや実施方法を実演する能力が必要である。特に、身体活動の量、強度（メッツ）、種類に関する知識や、誤った身体活動の実施に伴う障害に関する知識が求められるほか、対象者に応じた身体活動の習慣を獲得するための工夫を提案できる能力が求められる。更に、対象者の身体活動の量やそれに伴うエネルギー消費量の増加を適切に把握し、体力の水準を簡便に評価する方法を身につけ、健康づくりのための身体活動基準2013・アクティブガイドに基づく、個々人に応じた支援の提供や、国の健康日本21（第三次）や自治体の健康増進計画に基づく身体活動に関する目標について情報提供できる能力も必要である。また、i) の食生活についての専門知識と合わせて、対象者によりよい支援を提案できる能力が必要である。

iii) 喫煙についての専門知識

対象者の喫煙状況や禁煙の意思をアセスメントし、喫煙が健康に及ぼす影響、禁煙が健康にもたらす効果、禁煙方法等について、「喫煙と健康喫煙の健康影響に関する検討会報告書（平成28年8月 喫煙の健康影響に関する検討会編）」、禁煙ガイドライン（2010年改訂版）（9学会：日本口腔衛生学会、日本口腔外科学会、日本公衆衛生学会、日本呼吸器学会、日本産婦人科学会、日本循環器学会、日本小児学会、日本心臓病学会、日本肺癌学会）、禁煙支援マニュアル第二版（2017年増補改訂版）（厚生労働省健康局健康課）等の科学的根拠に基づき、対象者の特性に合わせて分かりやすく説明し、禁煙を支援できる能力が必要である。喫煙が健康に及ぼす影響については、喫煙が独立した循環器疾患や糖

尿病のリスク因子であると共に、メタボリックシンドロームやそのほかの生活習慣病に喫煙が重なると虚血性心疾患や脳血管疾患のリスクが著しく高まることを説明する必要がある。また、標準的な健診・保健指導プログラム第3編第3章3-3(4)や保健指導のための禁煙支援簡易マニュアル (<http://www.●●●...>) も参照されたい。

iv) アルコールについての専門知識

アルコールと生活習慣病との関連や、アルコールによる精神的及び社会的な影響に関する知識を持ち、対象者が抱える困難に共感する姿勢が求められる。また、問題点を分かりやすく説明し、目安となる飲酒量(適正飲酒量)の理解を図り、行動変容へと結びつける能力が求められる。また、標準的な健診・保健指導プログラム第3編第3章3-3(4)や「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」 (<http://www.●●●...>) も参照されたい。

②研修方法

基礎的なメタボリックシンドロームに関する病態や基本的な生活習慣改善に関する知識の提供にとどまらず、web 学習やe-ラーニング、ビデオ教材による動画の活用、具体的な事例を用いた演習等を通じて、保健指導スキルの向上に資するように努める。経験年数に応じた段階的な研修の実施が望ましい。

【具体的な研修内容】

講義形式：

i) 保健指導全体

- 特定保健指導の理念、制度・仕組み(階層化、支援方法)とその評価
- メタボリックシンドロームに関する知識、健診データや生活習慣との関連
- 生活習慣病予防に関連した最新の知見
- 行動変容に関する基本的知識・技術、信頼関係の構築
- 行動変容ステージを把握した上での適切な支援
- 対象者の生活環境や働く環境に基づいた支援やアドバイス
- アセスメントの種類と具体的な方法
- 実現可能な目標設定
- 意欲・行動変容ステージ、生活習慣、検査値の変化の評価
- 個人情報保護とデータの取扱い

ii) 食生活

- 食生活と生活習慣病の関連（疫学調査、介入研究）
- 実際の食行動や食事量と目標とする食行動や食事量との違いについて気付きを促す
- 食事の量と内容を改善するための具体的な指導（対象者特性に合わせる）
- 食事摂取基準や関連学会ガイドラインの食事療法についての理解

iii) 身体活動

- 身体活動の強度（メッツ）の考え方、身体活動のエビデンス
- 健康づくりのための身体活動基準2013・アクティブガイドの理解
- 対象者に応じたリスクマネジメント（運動実施上の注意事項、医療との連携）

iv) 喫煙

- 喫煙と生活習慣病の関連
- 禁煙支援の具体的な方法（短時間支援、標準的支援）

v) アルコール

- アルコールと生活習慣病の関連（循環器疾患だけでなく、がん等との関連も）
- 目安となる飲酒量（適正飲酒量）の理解を図る
- 問題飲酒者の把握と減酒支援の具体的な方法

演習形式：

ロールプレイ、グループワーク、デモンストレーション、ピアレビュー等の方法の中で、受講者の経験年数や講義のレベルに合わせた演習を企画する。また、演習の運営やファシリテーター等の状況に応じて、無理なく実施できる方法を検討することが大切である。下記にその例を示す。

- 初回面接の場面設定をしたロールプレイ
 - ・ 対象者への接し方、健診結果等の分かりやすい説明の仕方
 - ・ 対象者の行動変容ステージやライフスタイル等の把握
 - ・ 対象者と共に行動目標を作る等

- 事例検討
 - ・ 健診結果と問診による病態の理解
 - ・ 更に質問したい事項
 - ・ 本人に提供すべき情報（具体的な生活習慣改善方法の提案、対象者が身近に活用できる社会資源の提案等）等

- 継続的支援の電子メールや手紙の書き方、電話での対応法、ビデオ通話システムやアプリケーション等のICTの活用法

- 保健指導記録の書き方

- ビデオ映像を用いた初回支援の保健指導方法の検討

- アルコール、禁煙支援等カウンセリング動画の視聴と検討

- 問題解決カウンセリング演習

- 食生活アセスメント演習

- 身体活動プログラムの指導体験等

③研修の評価

i) 研修プログラム自体の評価

ア. 評価の視点

- 研修内容と研修形式は受講者の経験年数（初任者、経験者）に応じた適切なものであったか
- 職種別の得意・不得意項目を把握した上での研修であったか
- 受講者の不安の軽減（弱点克服）や自信を向上させる研修であったか
- 受講者が何から取組むべきかの具体的な提案ができたか
- 他機関や他職種との人間関係構築につながられたか
- 保健指導スキルの向上のため、web 学習やeラーニング、ビデオ教材による動画の活用、具体的な事例を用いた演習等を活用できたか

イ. 評価の時期

- 研修実施中から実施後に行う

ウ. 評価方法の例

a. 受講者による評価

- 研修前後のアンケート等により、研修内容の適切さ、自覚的理解度、実践への活用度、講師、教材の質及び運営等を評価

b. 主催者による評価

- 研修項目ごとに研修内容の適切さ、受講者の反応、講師からの意見及び教材の質等

c. 全体的な運営等の評価

ii) 受講者の能力評価（到達度・実践指導実績評価）

ア. 評価の視点

- 受講者の実践能力が向上したか（研修主催者が設定した獲得目標に対する到達度等）
- 研修で学んだ内容を実践に役立てているか
- 受講者の所属機関にとって研修に参加させて有益であったか
- 受講者が職場でほかの職員に研修内容の伝達及びOJT を行っているか

イ. 評価の時期

- 研修実施前、研修実施直後及び研修実施後一定期間を経た後に行う

ウ. 評価方法の例

- 受講者の知識・技術の向上：同じ評価票等を用いて経時的に評価する（研修受講前、研修受講直後、3 か月後、等）
- 実績評価：当該受講者が行った保健指導対象者の行動変容や腹囲・体重等の主要達成目標の状況等について評価
- 受講者及び所属機関に対して、研修実施後にアンケートを実施。研修が実践に与えた影響や効果、研修内容の職場内の普及度及び研修内容を活用したOJT を実施したかを評価する（6 か月又は1 年後）

表4. 業務遂行能力チェックリスト【中級以上（保健指導経験年数3年以上）対象】

	獲得目標	習得が求められる知識や指導技術				
事前準備および実施に関わる能力	保健指導全般に関わる能力	よりよい保健指導を行うために必要な知識や最新情報の習得				
		1 これまでの指導経験やエビデンスをもとに、積極的支援、動機づけ支援の効果を説明できる 2 糖尿病等生活習慣病の予防・治療に関連した知識・最新情報を収集している 3 データヘルス計画についての最新情報を収集している 4 特定健診のすべての検査項目・オプション検査（貧血・眼底検査・心電図）についてわかりやすく説明できる				
		対象者の病態をより深く理解し、支援できる能力				
		5 対象者の病態、安全性に配慮した保健指導ができる 6 高度な検査値異常や重複リスク保有者などのハイリスク者を治療につなげることができる 7 治療中の者に対しては継続受診の必要性を説明できる				
		前向きな自己決定、継続にむけた取り組みを促すための支援				
		8 グループ支援において、参加者の主体性を引き出す支援ができる 9 認知行動療法的手法、コーチング手法等を取り入れた支援ができる 10 対象者が健康情報に関心を持てるよう、また、正しい情報を見極められるような支援ができる 11 対象者が生活習慣改善を実践するための社会資源（イベント・教室・自主グループ、運動施設・環境、禁煙外来等）を紹介できる				
		応用・困難事例に対する対応能力				
		12 行動変容ステージが無関心期の人に対して適切な対応ができる（*本人の思いを整理したり、本人のできることに目を向けることができる） 13 対象者を取り巻く環境（家庭・職場など）のために生活習慣改善が困難である人に対しても、「できること」に着目した支援ができる 14 行動目標を継続して実施しているが、結果につながらない対象者への対応ができる 15 2年連続して特定保健指導の対象になった者に対して、指導方法や内容を見直し支援できる 16 高齢の対象者に対し、年齢に配慮した保健指導ができる（ロコモティブシンドローム・フレイル等）				
		チームとして結果を出すための能力				
		17 経験年数が少ない指導者の知識・経験が不足している部分をフォローできる 18 保健指導に役立つツール（ビデオ電話システムやアプリケーション等の活用等、ICTを含む）の選択・活用ができる 19 自己学習教材（Web学習、e-learning等）や、参考となる文献や事例を必要に応じてチームに提供できる 20 科学的根拠に基づいた適切な保健指導教材の開発・改善について提案ができる				
		保健指導の運営に関する能力				
		21 組織的な対応が必要となった場合には、指導的立場（運営責任者やチーフの職責にある者）へつなげることができる 22 特定保健指導の脱落率を把握し、その理由・傾向について探索している 23 脱落を防ぎ、継続させる有効な支援を実施するための技術や工夫ができる 24 保健指導レベル毎（情報提供、動機づけ支援、積極的支援）のチーム・集団としての目標設定ができる 25 保健指導時のトラブルや苦情に対応できる				
		個々の生活習慣に関して指導できる能力		食生活に関する指導技術		
				26 栄養学の知識をもとに、食事摂取基準および関連学会ガイドラインの食事療法の策定根拠を理解し、対象者に応じて活用できる 27 職場や自治体において、食環境改善についての提案ができる		
				身体活動・運動に関する指導技術		
				28 運動生理学、体力測定・評価等に関する基礎知識を理解している 29 健康づくりのための身体活動基準2013を理解し、アクティブガイドを活用した身体活動・運動に関する支援ができる 30 職場や自治体において、身体活動を増やす取り組み・環境づくりについて提案できる		
				たばこに関する指導技術		
				31 準備期の喫煙者を対象に、禁煙治療のための医療機関等を紹介できる 32 一定の時間をかけて継続的に禁煙に向けた支援ができる 33 禁煙治療の適応を理解している		
				アルコールに関する指導技術		
				34 問題飲酒のある対象者に対して、飲酒日記を活用するなど継続的な減酒支援ができる 35 問題飲酒のある対象者に対して、必要に応じて（支援を開始しても酒量が減らないか、むしろ増えた場合など）、専門医療機関での治療につなぐことができる		
				評価	評価に関する能力	36 対象集団について、アウトカム評価（参加率・終了率）、アウトカム評価（満足度、行動変容ステージ、生活習慣、検査値等の変化）ができる 37 評価結果に基づき、チームで改善策を検討、マニュアル・教材等の改善、研修等の対策を提案できる

2) 保健指導チームのリーダー的立場にある専門職

① 求められる能力

保健指導において一定の経験年数を有し、保健指導実施者を統括する立場として位置づけられる。健康日本21（第三次）やデータヘルス計画等生活習慣病対策の全体像を理解しつつ、よりよい保健指導を実施すべくチームをまとめていく能力が期待される。また運営担当の事務職等と密に連携し、保健事業をマネジメントする力が必要である。

保健指導チームのリーダー的立場にある者は、個人の資質向上の努力に加え、チームとして結果を出すことを重視して、以下の点を強化すべきである。

- 幅広い健康政策の知識、保健事業の位置付けの理解
- プログラム実施に係る業務マネジメント
- チームビルディングのための能力（OJT の企画運営）
- 外部機関との連携：保険者と保健指導実施機関、保険者と医療機関、
- 地域・職域連携、外部委託機関等
- 事業評価と改善の能力
- プレゼンテーション能力
- 学会・研究会参加による専門家とのネットワーク形成、地域の研修会等への貢献

② 研修方法

受講者による事例発表、情報交換等、知識の整理ができる内容が望ましい。

講義形式：

i) 事業計画立案

- PDCA サイクルで保健指導プログラムの企画立案・評価・改善を行う基礎的な知識・方法
- 保健指導の質の向上に関する仕組み
（OJT 体制、指導内容の評価、アウトソーシングのモニタリング等）
- 有効なICTツール（ビデオ通話システムやアプリケーション等）の選定
（対象の利用意向、ICTリテラシー、生活スタイル、関心等に基づいた選定）
- 学習教材の選定、開発
（科学的根拠に基づいた学習教材の選定、対象者に合わせた工夫）
- 円滑な指導体制が構築できるようなビデオ通話システムやアプリケーション等のICT環境の整備

- 社会資源との調整や、民間事業者との契約及び連携方策 等
- ii) 事業評価と活用
- 個別事例、集団、事業についての具体的な評価方法
 - 目的に合わせた評価方法(事業改善、上司・委託先への報告、学会発表等)
 - データ分析方法と解釈、事業改善
 - 個人情報保護の取扱い

表5. 業務遂行能力チェックリスト【保健指導チームのリーダー的立場にある専門職】

	獲得目標	習得が求められる知識や指導技術
事前準備および実施に関する内容	保健事業の企画・運営のために必要な能力	よりよい保健指導を行うために必要な情報の整理と計画
		1 日本再興戦略、健康日本 21（第三次）、日本健康会議等、生活習慣病対策に関する最新情報を習得している
		2 保険者のデータヘルス計画を把握し、特定保健指導、重症化予防等保健事業の位置づけを理解している
		3 特定保健指導の実施率や改善率について、目標と現状を把握している
		4 他保険者・機関等の実施報告等の情報を収集し、よりよい方法についてチームで検討している
		5 ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチの相乗効果をねらった事業計画を考えられる
		プログラム実施に係る業務マネジメント
		6 運営担当者とともに、本年度（もしくは3年間等）の保健事業達成目標を明確にできる
		7 対象集団の特性に合わせた保健指導プログラムが作成できる（初回・継続支援の方法、ポイント）
		8 上記プログラムの実施にかかる人材、教材・ツール（ICT含む）・会場、通信機器・環境等を運営担当者に伝え、必要に応じて調整できる
		9 最新の保健指導ツール（ICT含む）についての情報を積極的に収集・活用している
		10 事業全体のスケジュール管理ができる
11 ねらいとする保健指導対象者を効率的に募集する方法を提案し、募集のための体制づくりができる		
12 医療機関との連携がスムーズにいくよう、顔の見える関係を築いている		
チームビルディングのための能力		13 保健指導実施者の技能を実際の指導場面等から評価することができる
		14 所属内で指導技術の維持・向上に向けたOJTと外部研修参加を計画できる
		15 事例カンファレンスを定期的に開催している
		16 医師・専門家に相談できる体制を作っている
		他機関との連携・体制づくり
		17 自機関だけで達成できないことを明らかにし、他機関等（アウトソーシング機関等）との連携を行っている
18 他機関との連携の際、それぞれの役割と責任、必要な個人情報の種類等について運営担当者と相談し、契約に盛り込むことができる		
評価	保健事業の評価と、その結果を今後の運営につなげる能力	19 対象集団について、アウトプット評価（参加率・終了率）、アウトカム評価（満足度、行動変容ステージ、生活習慣、検査値等の変化）ができる
		20 評価結果に基づき、チームで改善策を検討し、マニュアル・教材等の改善、人材養成・配置につなげることができる
		21 評価結果をビジュアル化し、成果を報告できる。また課題を明らかにし、改善策を提案できる（プレゼン能力）
		22 費用対効果の観点から、外部機関と連携・活用するなどより効率的な方法を提案できる
		23 保健指導非参加群のデータ分析をおこない、保健指導実施群との比較ができる
		24 効果分析をデータヘルス計画の評価へと還元することができる
		25 ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチの相乗効果を狙う事業等のモニタリングとその結果を踏まえた事業改善ができる

演習形式：

i) 課題解決型演習：事業評価の標準的な手法（ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカム等）に基づき、保健事業の課題をリストアップ、その原因を考え、実行可能な対策を検討する（保健指導実施率の向上、脱落率の低下、困難事例への対処、等）

ii) 企画型研修：条件設定（対象者、活用できるツール、社会資源等）の上、効果と対象者の利便性を考慮して、積極的支援プログラムを具体的に考える

iii) 先進事例から学ぶ：発表を聞いて、自機関に取り入れられることを検討する

iv) データ分析手法の演習：健診データ、レセプトデータ等から健康課題を検討する

v) プレゼンテーション演習：効果的なプレゼンテーション手法を学ぶ等

③研修の評価

i) 研修プログラム自体の評価

ア. 評価の視点：研修プログラムの内容に対応して評価する

- 受講者は最新の情報を習得できたか
- 受講者は所属機関の特徴（長所や短所）に気付くことができたか
- 保健事業のマネジメントに対する受講者の意欲が向上したか
- 職場に持ち帰ってOJT に活用可能な内容や教材を盛り込んだか
- 受講者は講師やほかの受講者とコミュニケーションが取れたか
- 受講者は演習に主体的に参加できたか
- 演習では目的通りの成果が得られたか

イ. 評価の時期とプログラムの改善

- 研修実施中から実施後に行う
- 評価結果に基づいて、次回の研修プログラムの改善を行う

ウ. 評価方法の例

a. 受講者による評価：研修前後のアンケートにより、研修内容の適切さ、自覚的理解度、実践への活用度、講師、教材の質及び運営等を評価

b. 主催者による評価：研修項目ごとに、研修内容の適切さ、受講者の反応、講師からの意見及び教材の質

c. 全体的な運営等の評価 等

d. 上記に基づき、必要に応じて次回の研修内容、講師、教材等を見直す

ii) 受講者の能力評価（到達度・実践指導実績評価）

ア. 評価の視点

- 研修で学んだ内容を実践に役立てているか
- 受講者の所属機関にとって研修に参加させて有益であったか
- 受講者が職場でほかの職員に研修内容の伝達及びOJT を行っているか

イ. 評価の時期

- 研修実施前、研修実施直後及び研修実施後一定期間を経た後に行う

ウ. 評価方法の例

- 受講者及び所属機関に対して、研修実施後にアンケート、ヒアリングを実施する。研修が実践に与えた影響や効果、研修内容の職場内の普及度及びOJT の実施の有無、内容の評価する（6 か月又は1 年後）

3) 特定保健指導事業の運営責任者（事務担当者等）

① 求められる能力

これまで事務担当者に対する特定保健指導についての研修の機会は少なかったが、制度を適切に運営するための知識や技術の向上は重要である。特に、運営責任者は、プログラム管理者からのプログラムに関する報告・連絡・相談を受け、保健事業全体の進捗管理、契約等の事務処理、保健事業全体の評価、事業の報告を行うことが求められる。保健指導のねらいや事業の流れを理解し、制度の求める事務手続きを適正に行い、特定保健指導事業を円滑に進めることが必要である。保健指導実施者に対して適切な研修の機会を確保したり、必要な教材やツールのための予算を獲得し、効率よく仕事を進められる体制を作ることが重要である。

特定保健指導の運営責任者は、保健指導の理念、目的を十分に理解した上で、保健事業運営能力や事務処理能力、情報管理能力、PDCA サイクルを回した事業展開能力等を育成・強化するための研修を積極的に受講することが求められる。保険者側と保健指導機関側は、保健指導の委託元と委託先であり、立場が異なるため、求められる能力の項目も一部異なるが、双方が共通の目的を意識して、よりよい保健指導につなげていく必要がある。

② 研修方法

講義形式：

- 保健事業の目的、制度、仕組み、データヘルス計画と保健事業
- 全体の進捗管理の方法、PDCA サイクルを回した企画立案・評価・改善を行う方法

- 社会資源との調整や、保険者—事業者間契約及び連携方策
- 保健指導の質の向上に関する仕組み：人材確保、OJT、ツール、モニタリング、通信機器・環境等
- 個人情報の取扱い 等

演習形式：

- データヘルス計画等の目的に沿った事業か、保健指導実施目標数を達成しうる内容であるかを検討するグループワーク
- 改善すべき課題に対するグループワーク 等

③ 研修の評価

i) 研修プログラム自体の評価

ア. 評価の視点

- 受講者は保健事業に関する事務や情報管理を適正に行う方法を理解できたか
- 受講者は保健指導実施者と協力し、PDCA サイクルを回した事業展開の必要性を理解できたか
- 効果的に活用できる運営マニュアルの作成につながられたか
- 受講者はアウトソーシングに関する知識を習得し、適正に契約する方法を学べたか
- 受講者は所属機関の特徴（長所や短所）や改善すべき課題を明確にできたか

イ. 評価の時期とプログラムの改善

- 研修実施中から実施後に行う
- 評価結果に基づいて、次回の研修プログラムの改善を行う

ウ. 評価方法の例

a. 受講者による評価

研修前後のアンケート等により、研修内容の適切さ、自覚的理解度、実践への活用度、講師、教材の質及び運営等を評価

b. 主催者による評価

研修項目ごとに、研修内容の適切さ、受講者の反応、講師からの意見及び教材の質等を評価

c. 全体的な運営等の評価

d. 上記に基づき、必要に応じて次回の研修内容、講師、教材等を見直す

表6. 業務遂行能力チェックリスト【特定保健指導事業の運営責任者（事務職等）】

	獲得目標	習得が求められる知識や指導技術	
事前準備および実施に関する内容	特定健診・特定保健指導制度の理解	1 特定健診・保健指導の理念・目的を理解している	
		2 保健指導対象者の選定基準を説明できる	
		3 保健指導プログラムの具体的な内容についてわかりやすく説明できる	
		4 他保険者・機関等の実施報告等の情報を収集している（ベンチマーク）	
		5 保険者のデータヘルス計画を理解し、必要な保健事業を提案できる	
		6 専門用語の理解に努め、専門職種とのコミュニケーションが取れる	
	保健事業運営能力	保健指導プログラム実施に関すること	
		7	プログラムに関する報告・連絡・相談の対応等、プログラムを統括している立場の者と相談する機会を設けている
		8	事業の実施状況を上層部・幹部に報告できる（自治体であれば、首長や議員、国保運営委員会等に適切なプレゼンテーションができる）
		9	必要な予算を確保できる、もしくは予算の範囲でできることを明確にできる
		10	必要な保健指導者を確保できる（スキル、人員、職種の割合等）
		11	保健指導を効率化するようなツール（ビデオ通話システムやアプリケーション等のICTの活用を含む）についての情報を収集している
		12	安全性を確保した運営ができる（リスクマネジメント）
		13	苦情等に対する対応マニュアルを作成し、適切に対応できる（保健指導者に個人的な負担がかからない体制づくり）
		14	保健指導プログラムもしくは指導者の研修にあたり、医師・専門家の指導を受けられる体制をついている
		他機関との連携に関すること	
		15	医療保険者との調整ができる（実施可能人数・事務手続きの方法・保険加入・契約・データ取得に関する合意形成・個人情報の取扱規程・データ管理の指定）
		16	保健指導の推進にあたって外部事業者等と連携できる
		17	医療機関との連携ができる（医師会、専門医等）
		保健指導アウトソーシングに関する知識	
	【保険者側】		
	18	全面委託・部分委託のメリット・デメリットを理解している	
	19	委託する業務を明確化し、部分委託の範囲を決定できる（責任範囲の明確化）	
	20	委託基準の作成および委託方法の透明化ができる	
	21	委託先の保健指導の質を評価している（現地調査、ヒアリング、書面調査等）	
	【保健指導機関側】		
	22	保険者のニーズにあった、魅力的な保健指導の提案ができる	
	23	適正な価格設定ができる	
	24	効率的な運営ができる（ビデオ通話システムやアプリケーション等のICTの活用を含む指導方法、時間の決定）	
	事務処理能力	25	事業にかかる予算執行・概算要求立案ができる
		26	契約等の事務手続きを適正に実施できる
27		保健指導全体のスケジュール管理ができる	
28		保健指導の結果（効果）を委託元に報告書として提出できる	
29		脱落しそうな事例については委託元へ報告し、その後の支援方法について検討できる	
情報管理能力	30	個人情報を適切に管理できる	
	31	情報開示要求への対応ができる	
評価	PDCAを回した事業展開能力	32	事業評価構造（ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカム）と具体的な方法を理解している
		33	保健事業報告書、事業結果の取りまとめを作成できる
		34	事業評価から、運営体制の在り方や予算の見直し等、体制面への改善につなげることができる
		35	評価を基に、健診・保健指導の事業全体を改善する仕組みづくりを提案できる

4) 人材育成・研修会の企画・運営担当者

① 求められる能力

特定健診・特定保健指導に関する研修の企画者は、受講者に求められる知識や演習の機会を提供し、受講者のモチベーションを高める役割を担う。

都道府県や保険者、学会、民間団体等で保健指導に関する研修を企画する立場では、生活習慣病対策に関する国の動向や学会の最新状況及び現場のニーズを踏まえ、研修会に含めるべき内容について根拠を持って提案できること、研修の目的や目標を踏まえ研修方法（講義と演習のバランス等）を決定できること、外部講師を依頼する場合も、全てを講師に委ねるのではなく、企画者が講師に対して研修全体のねらい等を適切に説明し、講師の果たすべき役割を理解してもらうよう調整すること等が必要である。

これまでは経験則で行われていたことであっても、研修運営の具体的な手順を確認しておくことが重要である。研修会当日の突発事項に対しては冷静かつ適切に対応できるよう準備を整えておくことや、当日の研修担当チームでの協力体制と役割分担も重要である。

研修の評価・改善能力を高めるために、企画段階から研修のねらいに合わせた評価項目を設定すると共に、評価結果について報告書にまとめ、次回（次年度）に活かすことができなければならない。

そのほかの研修企画者に求められる能力は、表7のチェックリストの通りであるが、以下の点に留意する必要がある。

○ 国（国立保健医療科学院）の都道府県等向けの研修について

- 国が実施する都道府県及び国保連合会等に対する研修では、その受講者は各保険者が行う事業の実績及び保健指導実施者等のニーズを把握した上で、研修の立案・運営・評価プロセスに沿って、学習を進める

○ 保健指導に関する知識・技術の向上を目的とした研修企画者に対する研修

- 保健指導実施者の実態把握や、関係者からの聞き取り等により、研修のニーズに関する情報収集を積極的に行う
- 実践で必要とされる能力（受講者の業務遂行能力）を特定し、それを高める研修内容を企画できる
- 研修を実施する立場、受講者の果たすべき役割、職種特性等に合わせ、受講者の意欲を高めるような研修を企画できる

- 特定健診・特定保健指導の事業運営に関する研修企画者に対する研修
 - 事務職や専門職のリーダーに対して、それぞれの立場で必要とされる知識やニーズを踏まえた研修を企画できる
 - 保健指導等の事業の実際の段取りを明確にし、各段階で必要とされる業務遂行能力を高められるよう、演習を含めた研修を企画できる
 - 保健事業の課題について情報交換の場をつくと共に、前向きに行動していく姿勢を醸成できる
 - 事業評価の標準的な手法（ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカム等）の方法を理解し、活用できるような講義や演習を組み立てられる

② 研修方法

講義形式：

（共通）

- 生活習慣病対策等の国や学会等の最新情報
- 生活習慣病対策及び健診・保健指導事業の評価の考え方と進め方
- 学習のプロセス、研修会企画の基礎
- 研修会の具体的な運営方法、評価の方法と事例
- 個人情報保護とデータ利活用の方法 等

（保健指導実施者向けの研修企画者対象）

- 保健指導実施者に必要とされる業務遂行能力
- 特定保健指導の質の管理と評価 等

（特定保健指導のリーダー及び運営責任者向けの研修企画者対象）

- 保健事業評価の基本的な考え方と具体的な方法
- 特定保健指導の質の管理と評価、人材確保と教育（OJT）
- 特定健診・特定保健指導事業の委託先の質の担保 等

演習形式：

（共通）

- 受講者別の目標設定と具体的なカリキュラム作成
- アンケート作成、評価指標の検討
- 研修企画者間の情報交換、課題や工夫の情報共有

（都道府県等による市町村保健指導実施者向けの研修）

- 生活習慣病対策及び健診・保健指導事業の評価のためのデータ分析
- 生活習慣病対策及び健診・保健指導事業の評価の支援の実際
- 特定健診・特定保健指導の事業評価の支援計画の立案

③ 研修の評価

i) ストラクチャー

- 講師及びそのほか運営に携わる職員間の役割分担、数等に過不足はなかったか等

ii) プロセス

- 研修のニーズ、受講者の要件、研修内容、評価方法に一貫性はあったか
- 演習は主体的に参加できる内容であったか
- 研修の評価を的確に行えたか。その結果は次年度に活用できるか 等

iii) アウトプット

- 定員に対し、十分な応募があったか
(定員数を満たしたか、新たな団体や自治体からの応募があったか)
- 資格要件を満たした受講者が参加していたか
(意欲がある、次年度の研修を計画している等) 等

iv) アウトカム：

- 受講者の研修立案・運営・評価能力が高まったか
- 都道府県・ブロック等において、研修が広く実施されたか
- 受講者が企画した研修は地域・対象者等のニーズに応え、目的を達成したか
- 受講者が研修会を実施する過程において、地域の関係者とのネットワークを構築できたか。その結果、市町村等支援の役割を効果的に果たせるようになったか
- 受講者は意欲的に参加できたか 等

表7. 業務遂行能力チェックリスト【人材育成・研修会の企画・運営担当者】

	獲得目標	習得が求められる知識や指導技術
企画・立案に関するスキル	国の動向、他地域等の状況の把握、研修に求められていることの整理	1 研修企画者自身が、健診・保健指導事業の理念・目的・内容について説明できる
		2 研修企画者自身が、保健指導対象者の選定と階層化の手法を説明できる
		3 研修企画者自身が、保健指導の仕組み、具体的な指導プログラムの内容について説明できる
		4 生活習慣病対策に関する国の動向を説明できる
		5 他県・地域・保険者等の効果的な保健事業の状況、研修の状況の情報収集をしている
	研修参加者のニーズ把握・状況把握	6 保健指導者の指導能力の実態を把握できる（調査、観察、チェックリストの活用、等）
		7 保健指導の関係者から研修ニーズを聞き取ることができる（ヒアリング等の実施）
		8 参加者の能力の現状（職種、業務経験など）を踏まえて、基礎・専門・制度のバランスを意識し研修計画を立案できる
		9 これまでの研修の評価結果（改善すべきポイント）を踏まえた研修計画を立案できる
	研修計画の立案	10 研修実施機関の使命・役割、研修参加者の特性を考慮し、優先して習得すべき内容を整理できる
		11 他の研修実施機関の情報収集、情報交換し、当該機関が実施すべき対象者、内容について調整できる（重複を避ける、効率化できる）
		12 研修を実施するうえで必要な実施体制を構築するために、組織外関係機関と調整することができる（県、保健所、連合会、保険者協議会など）
		13 研修に必要な予算を獲得できる（不十分な場合は、既存の事業の調整、あるいは研修の必要性・妥当性を上層部に説明し事業化する、等）
	カリキュラムの決定	14 年間の研修計画を立案できる
15 年間計画をもとに、当該研修会の目的と主な研修対象者のセグメントについて検討できる		
16 受講者のニーズに基づき研修の目的、目標を設定し、適切に表現できる（〇〇が、△できるようにするための研修、等）		
17 主要テーマを達成するために必要な、具体的な内容をリストアップできる		
18 上記の内容の中から、OJT や自己学習ではなく、外部の研修会としての価値の高い内容を選択できる。		
研修会準備に関すること	19 研修目的・目標を達成が可能で、予算の範囲内で実施できる適切な研修方法（講義、演習など）を選定できる	
	20 研修目的・目標を達成するうえで適切な講師を選定できる（講師選定の条件を列挙できる）。	
	21 研修を実施するうえで必要な組織内部の実施体制を構築できる（担当者の選定・役割分担の決定等）	
	22 研修の規模やカリキュラムに考慮した会場・機材・教材等を確保できる	
	23 講師等に対し研修の目的、対象者の準備性や能力の現状を説明し、内容の調整ができる	
	24 演習の目的を明確にし、実施方法を検討できる（テーマの設定、進行方法、事例の準備、等）	
	25 演習のねらい、組み立て、進行について、ファシリテータと共有し、方向性を統一しておくことができる	
	26 質問時間の確保やグループワークの取入れなど、研修参加者が主体的に参加できる工夫ができる	
	27 必要に応じて事前学習を準備できる	
	28 評価方法に必要な手段（アンケート、事後フォロー、等）を準備できる	
事業実施	研修会の運営能力	29 研修の目的に合わせ、参加者募集を適切に行うことができる（関係機関との連携を含め）
		30 参加者の状況を講師、運営チームと情報共有し、当日に向けた微調整を行う
		31 研修当日の運営メンバーの役割分担やスケジュールを調整することができる
		32 研修当日の運営にあたり、時間配分を適切に管理（調整）できる
		33 トラブル対応（天候、遅刻、突然の講師変更等）に対する対応ができる
		34 外部講師等への対応がスムーズにできる
		35 研修企画者も自ら、外部講師から最新の知見を入手するように努めている
評価	研修の評価・改善能力	36 演習を効果的にファシリテートできる（グループダイナミックスを促進できる、主体性を引き出せるなど）
		37 研修参加者の苦情・意見等に対応できる体制を整備している
		38 研修の評価をストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの総合的な観点から評価し、まとめることができる
		39 評価結果を、次回（次年度）の研修の改善に活用するための具体策を報告書等にとりまとめることができる
		40 研修会評価を講師へフィードバックできる
		41 評価結果から、新たな研修ニーズを発掘できる

Ⅲ 職務・経験別の具体的なプログラム例

1) 保健指導実施者

a. 初任者（保健指導経験年数 1～2 年目）

研修方法	習得能力	学習内容	時間(分)
講義	保健指導全般に関する能力	特定健診・特定保健指導の理念・制度・仕組み 特定保健指導の流れ 生活習慣病やメタボリックシンドロームに関する知識	90
	個々の生活習慣に関して指導できる能力	エネルギー収支を改善するための保健指導 (食生活、身体活動に関する保健指導の実際)	90
		喫煙・飲酒習慣者への保健指導 (喫煙、アルコールに関する保健指導の実際)	30
演習	よりよい保健指導を行うための能力	○初回面接 ※継続支援の電子メール、手紙の書き方 ※保健指導記録の書き方 ※栄養アセスメント演習 ※身体活動プログラムの体験 ※遠隔面接等の ICT を活用した支援の方法 (遠隔面接の方法と留意点、アプリケーション等を活用する場合の支援方法と留意点)	120
まとめ	質疑応答 情報提供	全体のまとめ(質疑・応答)	30
		自己学習に向けたヒント(情報提供)	
合計時間			360

演習：初回面接は必須。「※」は選択事項として、初回面接と組み合わせて実施する。

例)「継続率を高める支援方法」…初回面接+継続支援メールの書き方

b. 経験者（保健指導経験年数 3 年以上）

研修方法	習得能力	学習内容	時間(分)
講義	保健指導全般に関する能力	○特定健診・特定保健指導、生活習慣病予防に関する最新情報 ○行動変容に関する理論と実践	90
	個々の生活習慣に関して指導できる能力（選択）	※検査値の見方、食生活、身体活動、喫煙、アルコールの強化プログラム（科学的根拠や最新知見） ※環境、地域資源を踏まえた保健指導（ポピュレーションアプローチとの連動）等	60
演習	よりよい保健指導を行うための能力（選択）	※グループ支援の方法～展開とファシリテーション ※保健指導方法の研究 （ビデオ映像を用いた保健指導法の検討、等） ※ICT（ビデオ通話システムやアプリケーション等）を活用した保健指導方法の検討 （対面支援とICTを活用した支援を組み合わせた保健指導の立案・評価） ※困難事例の検討 （ハイリスク者、無関心期、繰り返し特定保健指導の対象となる者、高齢者、トラブル対応）	120
		○評価 （保健指導の効果分析、保健指導方法の見直しと改善）	60
質疑応答		全体のまとめ（質疑・応答）	30
合計時間			360

○は必須項目、※は選択項目を表す。

演習：単一実施もしくは、組み合わせて実施

例)「過量飲酒者への対応」保健指導場面の検討（アルコール指導動画）＋難事例の検討

2) 保健指導チームのリーダー的立場にある専門職

研修方法	習得能力	学習内容	時間(分)
講義	事業計画立案	※PDCA サイクルを活用した保健指導プログラムの企画立案 ※保健指導の質の向上に関する仕組み (OJT 体制、学習教材の選定、開発指導内容の評価等) ※社会資源との調整や、民間事業者との契約及び連携方策	90
	事業評価と改善方法	※個別事例、集団、事業についての具体的な評価方法 ※データ分析方法と解釈、事業改善	90
演習	チームをまとめ、保健指導事業をマネジメントする能力	※課題解決型演習 (保健指導実施率の向上、脱落率の低下、困難事例への対処) ※保健指導事業企画研修 ※先進事例の報告 ※データ分析手法の演習 (健診データ、レセプトデータ等からみえる健康課題) ○プレゼンテーション	150
質疑 応答		全体のまとめ(質疑・応答)	30
合計時間			360

○は必須項目、※は選択項目を表す。

4) 人材育成・研修会の企画・運営担当者

研修方法	習得能力	学習内容	時間(分)
講義	①研修会の企画・立案能力 ②研修会の運営能力	健診・保健指導等に関する制度、国の動向、研修企画者に求められること	60
		保健指導に必要とされる能力と研修ニーズ	60
		研修会の実施体制、運営方法	60
		研修の評価と改善（PDCA サイクルを回した研修のために）	60
演習	①研修会の企画・立案能力 ②研修会の評価能力	GW:研修会についての課題の整理とそれに対する対策	60
		GW:研修計画の立案：研修受講者別の目標設定、具体的なカリキュラム作成、社会資源等に応じた研修計画及び評価計画の作成（評価指標の検討、評価用アンケート作成）	150
質疑 応答		全体のまとめ（質疑・応答）	30
合計時間			480