

1 新たな保健指導の方向性～これまでの保健指導と今後の保健指導～

生活習慣病対策としての健診・保健指導は、地域保健では老人保健法に基づき主として40歳以上の住民を対象とした健診、健康相談、健康教育等が行われ、また職域保健では労働安全衛生法、健康保険法等に基づき生活習慣病の健診・保健指導が行われてきた。

特に地域保健では、すべて市町村において老人保健事業が行われ、生活習慣病対策の実施は市町村の保健事業として定着し、約20数年間にわたって保健活動の蓄積が行われてきた。このような活動の成果を踏まえ、新たな視点で生活習慣病対策を充実・強化することになったのである。

今後の生活習慣病予防は、内臓脂肪症候群の概念を取り入れた健診・保健指導が実施されることになり、これにより、健診により把握された糖尿病等の予備群に対し、個々人の生活習慣の改善に主眼をおいた保健指導が重点的に行われることとなる。このため、健診・保健指導は今までとは異なった理念、考え方の下に実施する必要があることから、現在までの健診・保健指導が今後どのように変わるのかについて、新たな保健指導の方向性としてまとめた。なお、医療制度改革により、健診・保健指導の実施者は医療保険者になることから、このような実施体制を想定した今後の保健指導のあり方を整理した。

(1) 健診・保健指導の重点の変化

老人保健事業では、健診の受診率を上げることに重点が置かれ、健診後の保健指導を実施しているところでも、保健指導は付加的な役割に留まっていたきらいがある。また、職域保健では、健診は行われていたが一部の事業所を除いて十分な保健指導が行われていなかった。

最近では、また、国際的に生活習慣病予備群に対する生活習慣の介入に対する効果について、エビデンスが蓄積してきており、わが国においても国保ヘルスアップ事業等において生活習慣病予備群に対する効果的なプログラムが開発されてきた。そして、メタボリックシンドロームの診断基準が示され、内臓脂肪型肥満に着目した保健指導の重要性が明らかになったことから、今後は、医療保険者が実施する健診・保健指導は、“保健指導”に重点を置いたものとなる。

(2) 健診・保健指導の目的

これまでの健診・保健指導は、個別疾病の早期発見、早期治療が目的となっており、そのため、健診後の保健指導は「要精検」や「要医療」となった者に対する受診勧奨を行うこと、また、高血圧、高脂血症、糖尿病、肝臓病などの疾患を中心とした保健指導を行ってきた。

今後の健診・保健指導の目的は、内臓脂肪型肥満に着目し、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を行い、糖尿病等の有病者・予備群を減少させることが目的となる。生活習慣病は自覚症状がないまま進行するた

め、健診は個人が生活習慣を振り返る絶好の機会と位置づけ、行動変容につながる保健指導を行う。

(3) 保健指導の対象者

市町村では健診の事後指導として健康相談や健康教育が行われているが、参加できない住民も多く、一部の「要指導」者に対する保健指導が行われていた。また、事業所では健診後の保健指導は一部の大企業では全員を対象として行われていたが、多くの中小企業では要指導者のみ又は殆ど指導が行われていないという状況であった。また、「要治療」や「要精検」となった者の治療状況について確認する手段が限られていたことから、これらの者の把握が困難であった。

今後は、医療保険者が健診・保健指導を行うことから、健診受診者全員に対して、必要性に応じた保健指導が行われることになる。具体的には、健診結果及び問診から生活習慣病のリスクに応じて階層化し、「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」の保健指導を行う。また、医療保険者は、保健指導の実施状況や、「要治療」や「要精検」となった者の治療状況が把握できることから、保健指導が必要な対象者を把握することは容易になる。

(4) 保健指導の内容

健診後の保健指導は、健診結果を伝達しパンフレットなどを使用して一般的な情報提供をする保健指導や、高血圧、糖尿病等の病態別の保健指導が行われていた。

今後、健診後の保健指導は、内臓脂肪症候群に着目した生活習慣の改善に重点を置いた指導を行う。具体的には、健診結果から本人が身体状況を理解し、生活習慣改善の必要性を認識でき、行動目標を自らが設定し実行できるよう、個人の行動変容をめざした保健指導を行う。保健指導は、対象者の考えや行動変容のステージを考慮し、個別性を重視した保健指導が行われることになる。

(5) 保健指導の方法

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

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

今後、個人の行動変容に着目をした生活習慣病予防プログラムの開発が先進的な地域や職域で行われていることから、これを基にした保健指導プログラムの標準化を図り、全ての医療保険者において行動変容を促す保健指導が行われることになる。

健診受診者全員に対して、生活習慣改善の必要性に応じて保健指導の階層化を行い、保健指導としては、「情報提供」のみ、個別面接を含んだ「動機づけ支援」、3ヶ月から6ヶ月程度の支援プログラムの「積極的支援」を行う。そして、保健指導が終了した後も対象者が継続して健康的な生活習慣が維持できるように、社会資源の活用やポピュレーションアプローチによる支援が行われる。

(6) 健診・保健指導の評価

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

今後、健診や保健指導の結果は医療保険者が管理することになることから、アウトプット評価に加え、アウトカム評価やプロセス評価を含めた総合的な評価が行われることになる。このような評価により、健診・保健指導の事業全体を改善する仕組みをつくることができ、また、健診・保健指導のデータとレセプトデータの突合が可能になることから、健康課題を明確にした戦略的な取り組みが可能となる。

(7) 実施体制

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

職域では健診は委託されている場合が多いが、保健指導は一定規模以上の事業所では、事業所や健康保険組合に所属する産業医や保健師等が行い、また、専門職がない事業所の場合は、総合健保組合や社会保険健康事業財団、地域産業保健センター等が実施してきたが、すべての事業所において実施されてこなかったことから、実施体制は事業所間の格差が大きい状況であった。

今後、健診・保健指導は、標準化されたプログラムに基づき、医療保険者が実施することになるが、保健指導の対象者は非常に多くなることが予測され、保健指導についても民間事業者への委託が進むことが想定されている。市町村では国保部門が衛生部門との連携の下に、健診・保健指導を実施することになり、対象者の多い地域では民間事業者と協働した体制で保健指導が行われることが予想される。また、専門職がない事業所においては、保健指導を充実させるために民間事業者への委託が進むものと思われる。

そして、ポピュレーションアプローチの展開による環境整備や、IT技術を活用した機器や支援ツールの開発、種々の施設などの社会資源を有効に活用した体制が整備されることになる。

2 保健指導の基本的考え方

(1) 保健指導の目的

生活習慣病予備群に対する保健指導の第一の目的は、生活習慣病に移行させないことである。そのための保健指導では、対象者自身が健診結果を理解して体の変化に気づき、自らの生活習慣を振り返り、生活習慣を改善するための行動目標を設定することができるよう支援し、そのことにより、対象者が自分の健康に関するセルフケア（自己管理）ができるようになることを目的としている。

(2) 保健指導とは

生活習慣病予備群に対する保健指導とは、対象者の生活を基盤とし、対象者が自らの生活習慣における課題に気づき、健康的な行動変容の方向性を自らが導き出せるように支援することである。保健指導の重要な点は、対象者に必要な行動変容に関する情報を提示し、自己決定できるように支援することであり、そのことによって、対象者が健康的な生活を維持できるよう支援することである。

(3) 必要とされる保健指導技術

保健指導を行うための技術としては、保健指導に必要な情報（健診結果、ライフスタイル、価値観、行動変容のステージ等）を収集するためのコミュニケーション、それに基づいて支援方策を判断する技術（アセスメント）、そして対象者が自らの生活行動の課題に気づき自らの行動目標を決定することを支援する技術がある。これらの保健指導技術に活用できるものは、カウンセリング技術、アセスメントに関する技術、コミュニケーション技術（コーチング、ヘルスコミュニケーション等）、自己効力感を高める技術などがあり、また、集団（グループワーク）を支援する技術としては、グループダイナミクスに関する技術などがある。これらの技術は、行動変容等に関する様々な理論から導き出されたもので、保健指導の実施者はこれらの技術を統合させて、実践に用いることが求められている。

保健指導の実施者は、これらの理論や技術を理解した上で、保健指導としての技術を身につけ、実際の保健指導に応用することが必要である。このためには、保健指導実施者を対象とした研修会の参加や、身近な機関でOJTを受けることが必要である。そして、保健指導技術を高めるには、実際の指導事例について、対象者が適切な行動目標を立てることができたか、行動変容がみられたか等をていねいに振り返り、指導技術を高めていくことが大切である。

(4) 効果的な保健指導方法の開発

健診・保健指導を受けた者については、健診結果、問診、保健指導内容が医療保険者によってデータとして管理されることになる。また、医療保険者はレセプトデータを有していることから、これらのデータを個人別又は集団として分析することが可能となる。このため、これらのデータ解析から保健指導の成果に関する評価を行い、より効果的な保健指導方法を開発することが必要である。

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

(5) ポピュレーションアプローチの活用

保健指導は、健診結果及び問診に基づき、個人の生活習慣を改善する方向で支援が行われるものであるが、個人の生活は家庭、職場、地域で営まれており、生活習慣は生活環境、風習、職業などの社会的要因に規定されることも大きい。このため、生活の場が健康的な生活への行動変容を支え、又は維持できる環境となっていることが必要である。

具体的には、地域や職域において、健康に配慮した食事（ヘルシーメニュー）を提供する飲食店、安全なウォーキングロードや運動施設、分煙している施設、ピアグループなどの仲間づくり、日常的な健康情報の提供などが整備される必要があり、健診後の保健指導においても、このような社会資源を積極的に活用することや、そのための体制づくりが重要である。

(6) 保健指導プログラムの標準化とは

生活習慣病予備群に対する保健指導は、個人の生活行動、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る。そのため、保健指導は対象者に合わせた支援方法を面接しながら選択し、対象者に合った指導を行う能力が求められる。このため、保健指導の実践過程は個々人に応じて千差万別であり、この部分を標準化することは困難であるが、保健指導技術として概念化が図られてきている部分については、今後、一定の整理が可能になると思われる。

そこで、保健指導として標準化ができる部分は、保健指導プログラムのプロセス、保健指導として行うべき内容、保健指導の頻度や方法、体制などで、ここでは効果があったと考えられる保健指導の事例を基にして、保健指導プログラムの標準化を図ることとした。

保健指導は、ベースとなる医学や公衆衛生学の発展により変化するものであり、また、指導方法は行動科学、看護学、栄養学、運動科学、教育学等の研究成果によっても変化するものである。このため、保健指導プログラムの標準化については、常に関連する学問の研究成果を確認しつつ改訂していくことが求められる。

3 保健指導計画の作成

(1) 現状分析

1) 分析が必要な理由

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

第一の理由としては、対象者の所属する地域・職域などの集団全体の健康課題を分析することにより、その集団においてどのような生活習慣病対策に焦点を当てるのかということと、優先すべき健康課題を把握し、保健事業全体の目標を設定するためである。このことは、ハイリスクアプローチとポピュレーション・アプローチ全てを含んだ生活習慣病対策の全体像を把握し、社会資源を有効に活用しながら保健事業を組み立てていくことにつながる。また、今回の医療制度改革においては、医療費を適正化することが求められているため、生活習慣病有病者・予備群の割合や、医療費を分析することによりその増大の原因を明らかにすることが重要となる。

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

2) 分析すべき項目

現状分析は、集団全体の分析と個人、保健事業の単位の分析の双方から実施する。集団全体の分析と個人、保健事業の単位の分析は密接な関係があるため、計画作成に当たっては情報の共有化を図らなければならない。

集団全体の分析項目としては、健診結果等の変化、生活習慣病の有病率、医療費の変化、死亡率等の健康課題を把握するための項目、健診受診率、保健指導対象者のうちの保健指導を実施した者の割合等の効果的な保健事業(保健指導)を実施しているかどうかを判断する項目、保健・医療提供体制、保健指導実施者に対する研修体制と研修実施状況等の効果的な保健活動を実施できる体制にあるかどうかを判断するための項目が挙げられる。

個人、保健事業の単位の分析項目としては、個人単位での健康度を把握するための項目と保健事業(保健指導)の効果を把握するための項目が挙げられる。

なお、分析項目については、保健事業(保健指導)計画作成の段階から把握することが可能な項目もあれば、新たな健診・保健指導にかかる事業を進める上で新しく設定すべき分析項目もあるため、保健事業(保健指導)実施後に把握することが可能な項目もある。すなわち、ベースライン値となるデータの把握時点が異なることから、保健事業(保健指導)計画作成の際に、すべての分析項目が把握することができないため、計画を作成することができないというものではないが、保健事業(保健指導)を進めながら、分析項目を整備して

くことが必要となる。

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

3) 分析の方法と保健事業（保健指導）計画への活用

分析に当たっては、基準の統一、比較可能性等に留意して行う必要がある。また、分析結果については、医療費、対象の属性、環境などの観点からさらに解析を行い、その結果を整理し、健康課題を明らかにして、その課題解決に向けた保健指導計画を策定するための基礎資料を作成する。

基礎資料には、次のような分析結果を整理することが考えられる。

①「医療費、介護給付費などの負担の大きい疾病等の分析」

重点的に対策を行うべき病態や生活習慣を選定する。

②「医療費増加率、有所見率の増加が著しい疾患等の分析」

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

③「属性ごとの分析」

優先的に対象とすべき性・年代を選定し、対象となる属性（働き盛り層、育児中の主婦、管理職、営業職など）に受け入れやすい保健事業を計画する。

④「環境（地域・職場）ごとの分析」

重点的に対策を行うべき対象を選定し、その地域・職場の共通の生活習慣上の問題についてはポピュレーション・アプローチの視点も含めて計画を作成する。

⑤「プロセス、アウトプット、アウトカム分析」

プロセス指標とアウトプット指標、アウトカム指標との関係について分析する。保健事業の投入により、健康課題に改善が図られているかどうかを検討する。不十分な場合には保健事業の見直し、または他の影響する要因について分析する。（「6 保健指導の評価」を参照）

(2) 保健事業（保健指導）の目標設定

生活習慣病有病者・予備群を少なくとも25%減少させることが大目標であるが、必要な対象者に必要な保健指導を行い、確実に効果をあげていくためには、対象者の正確な把握、効果的な保健事業の実施とその評価が必須である。

対象者の正確な把握するために、保険者は、40歳から74歳までの全対象者のうち、生活習慣病予備群は、「健診結果等による対象者階層化基準」に基づき、「生活習慣病健診・保健指導」対象者として分類し、各基準に該当する人数を求める。保健指導の支援レベル別対象者数の概数を算出し、保健指導にかかる事業全体のボリュームを調査し、対象者数の目標を設定する。（全対象者から「生活習慣病受療者」を除いた対象について、前年度の健診結果を判定基準に投入、各支援レベル別の対象人数の概数を算出する。）なお、生活習慣病の治療中の者について、主治医からの紹介がある場合は、主治医と連携を図り、その指導のもとに保健指導を実施する。また、治療を中断している者については、受診勧奨を行う。

保健指導対象者の保健指導実施率は100%をめざす。対象者の事情等により、例えば、本来「積極的支援」を行うべき対象者であったが、「動機づけ支援」のみ実施した場合などには、その割合も把握する。

各保健指導である「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」については、下記のような指導目標を設定し、数値目標は、健診結果の変化、アンケート調査等に基づくものとする。

① 「情報提供」

- ・ 健診結果を正常範囲のまま維持し、悪化させない。
- ・ 「動機づけ支援」対象への移行率を 〇%以下とする。（この数値は性・年代別に各保険者で設定）

② 「動機づけ支援」

- ・ 健診結果を改善、または悪化させない。
- ・ 内臓脂肪症候群予備群では腹囲の減少をめざす。
- ・ 積極的支援対象への移行率を △%以下とする。（この数値は性・年代別に各保険者で設定）

③ 「積極的支援」

- ・ 健診結果を改善させる。
- ・ 内臓脂肪症候群では腹囲、体重の減量、危険因子の減少。
- ・ 保健指導対象者の5割以上の人において、判定の改善をめざす。
- ・ 「要医療」への移行率を ◇%以下とする。

(3) 保健事業（保健指導）計画作成

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

1) 保健指導全体の計画

「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」別の具体的な方法、保健指導のための人材、支援材料、記録方法、実施場所、保健指導担当者の研修などを検討する。これらの状況や既存の社会資源等を総合的に判断して、アウトソーシングの検討を行う。

また、前年度までの評価（実施状況・効果・問題点など）を踏まえ、より効果的な内容となるようこころがける。さらに、保健指導全体の計画にあたっては、毎回よりよいものを作成することをめざす。

2) 実施体制に関する計画

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

① 保健指導の進め方

「情報提供」、「動機づけ支援」は健診結果の返却時にあわせて実施するなど、参加者の負担を軽減する方法を計画する。

「積極的支援」については、対象者の性・年代・職業等、社会背景を考慮し、参加しやすい時間帯や場所の設定することや対象者が関心を持つような方法を考慮する。

② 実施体制

保健指導の実施にあたっては、効果・効率を考え、最適な実施体制を検討する。

保健指導に関わるスタッフのミーティングを行い、支援方法の標準化、媒体、支援材料や記録の方法などを徹底する。

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

保健指導のアウトソーシングを行う場合は、医療保険者との役割分担、責任を詳細にわたって明確にしておく。

③ 広報の方法

健診・保健指導のあり方や保健指導の目的、内容、効果等について、地域住民や職員全員に十分広報しておく。保健指導対象者が積極的に参加できるように、地域・職域別に方法を検討する。

なお、個々の対象者に対する計画については、「5 保健指導の実施」に記載する内容を踏まえ、個別に計画を作成する。

3) 評価計画

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

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用法について、計画の段階から明確にしておく。また、評価計画については、企画部門及び保健事業部門の両者で作成し、共有化し、評価結果のうち、公表するものを明確にしておく。

アウトソーシングをする場合は、委託先にも評価計画を明示する。

(4) 保健事業（保健指導）計画作成のフロー

これまで述べてきたように、保健事業（保健指導）計画の作成においては、概ね次のような流れがある。

- ① 各種データから集団全体の分析と個人、保健事業の単位の分析を行い、その集団における優先すべき健康課題を明確にする。
- ② ①において明らかになった健康課題を解決するために、保健指導目標として達成すべき目標や数値目標を設定する。
- ③ ②において設定した目標を具体的に達成するために、方法、実施、評価について計画を作成する。

文末に、保健事業（保健指導）計画作成のフロー図（概略）としてまとめた（図1）。

表1 集団全体の分析項目（例）

	把握の時期		
	計画作成時から把握可能	事業実施後に把握可能	事業の最終的な評価で把握可能
①健康課題把握のための項目			
死亡率	○		
死亡率の変化			○
標準化死亡比	○		
標準化死亡比の変化			○
要介護者等の割合	○		
要介護者等の割合の変化			○
要介護状態の原因疾患	○	(○)	○
レセプト情報 (特に生活習慣病関連医療費・疾患名)	○	○	
医療費の変化	○		
生活習慣病の患者数	(○)	○	
健診結果等の変化	(○)	○	
生活習慣の状況			○
生活習慣の変化			
その他分析に必要な項目			
②効果的な保健事業（保健指導）の実施状況を判断するための項目			
保健指導対象者のうち、「動機づけ支援」、「積極的支援」を実施した者の割合		○	
保健指導を実施した者のうち、行動変容のステージが改善した者の割合		○	
「要医療」対象者のうち、保健指導 また治療を受けた者の割合	(○)	○	
生活習慣病の治療中断者の割合	(○)	○	
効果的で常に運営可能な内容の提供 状況		○	
生活習慣改善指導を希望する者の効果的な保健事業にアクセス状況		○	
その他分析に必要な項目			
③効果的な保健事業（保健指導）を			

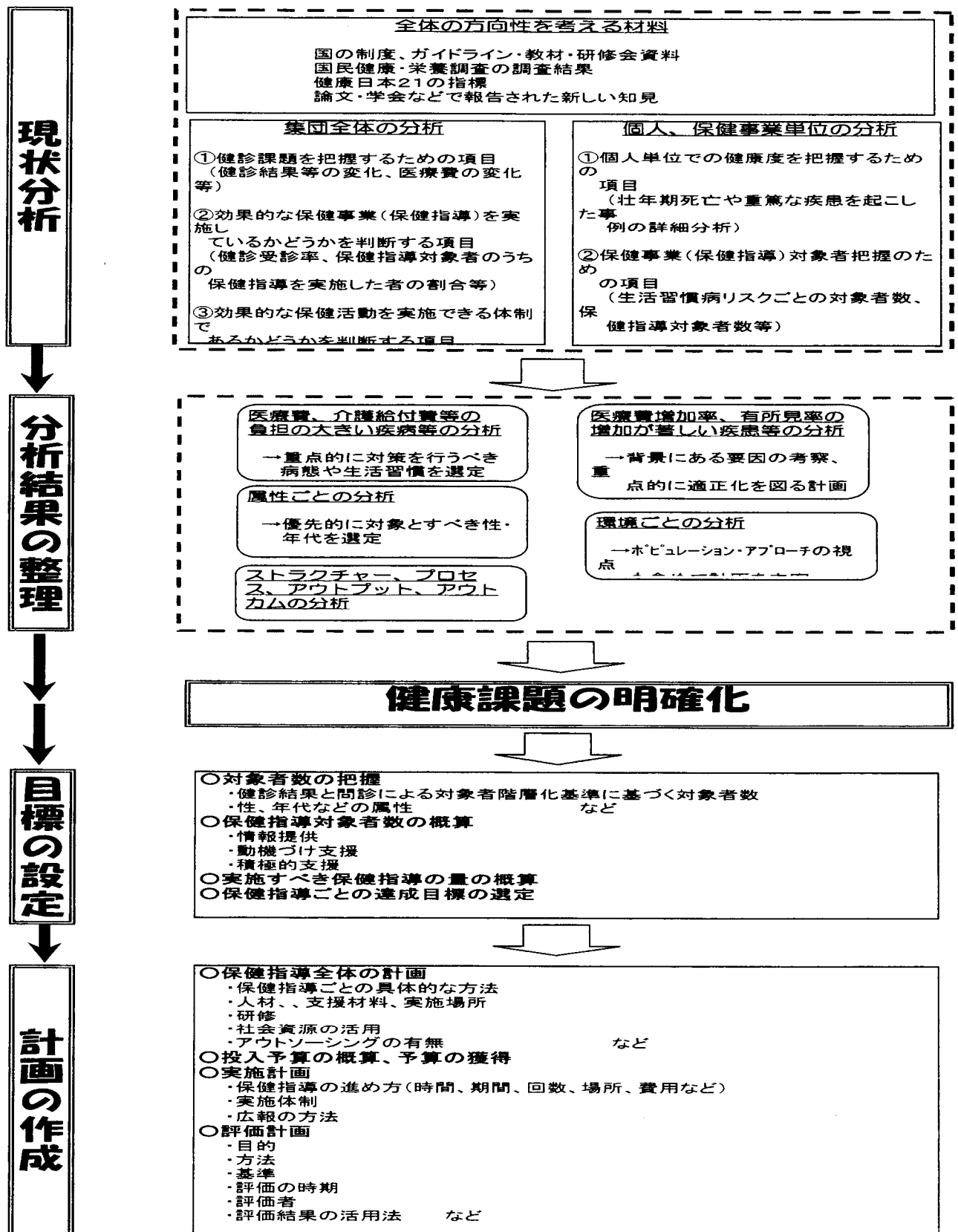
実施できる体制であるかどうかを判断するための項目			
保健・医療提供体制（マンパワー、施設等）	(○)	○	
保健指導実施者に対する研修体制と研修実施状況	(○)	○	
保健指導のための支援材料等の開発	(○)	○	
活用可能な社会資源の状況	(○)	○	
その他分析に必要な項目			

表2 個人、保健事業の単位の分析項目（例）

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

苦情・トラブルの件数、対応状況		○	
費用対効果		(○)	○
委託件数	○		
その他分析に必要な項目			

図1 保健事業（保健指導）計画作成のフロー



4 保健指導の対象者

(1) 基本的事項

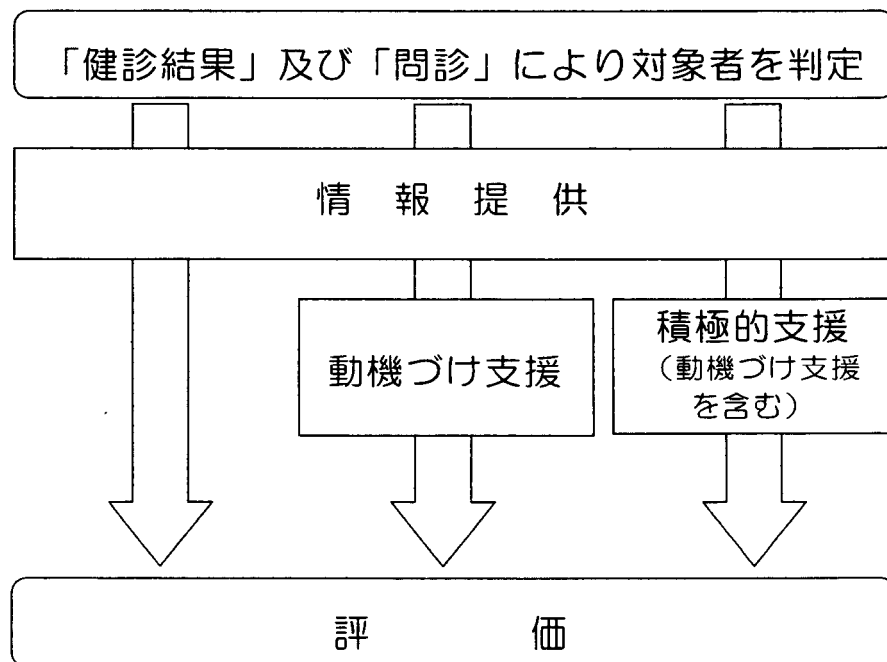
保健指導の対象者は、健診受診者すべてであるが、保健指導の必要性の度合いによって階層化を行う。階層化は、①「情報提供」のみを行う、②「情報提供」に加え「動機づけ支援」を行う、③「情報提供」に加え「積極的支援」を行う、の3段階に区分して、保健指導を実施する。階層化の流れは、図2のとおりである。

保健指導の必要性は、健診結果と問診に基づいて判断する。その考え方は、糖尿病や心血管疾患等の発症の可能性が高いこと、内臓肥満の改善の必要性、そして生活習慣改善の必要性から判断する。

また、保健指導の必要性の判定は、効率性を高めるためコンピュータ処理にて行うことが望ましい。

なお、各階層における保健指導の具体的な内容については、「5 保健指導の実施」に記載している。

図2 保健指導階層化のフロー



(2) 対象者の選定方法

保健指導の対象者は、以下の手順で選定する。

- ① 健診結果から、【健診項目は健診分科会で決定する：エネルギー摂取過剰を示す項目、内臓肥満の程度、インスリン抵抗性、動脈硬化危険因子、血管の状態】支援レベルを決める（健診分科会で決定）
- ② 生活習慣に関する問診（表4）のうち、生活習慣改善の必要性（リスク）を判定する。（1点～3点）
- ③ 健診結果の支援レベルと、問診結果の生活習慣改善の必要性との関係から、図3のように判定する。

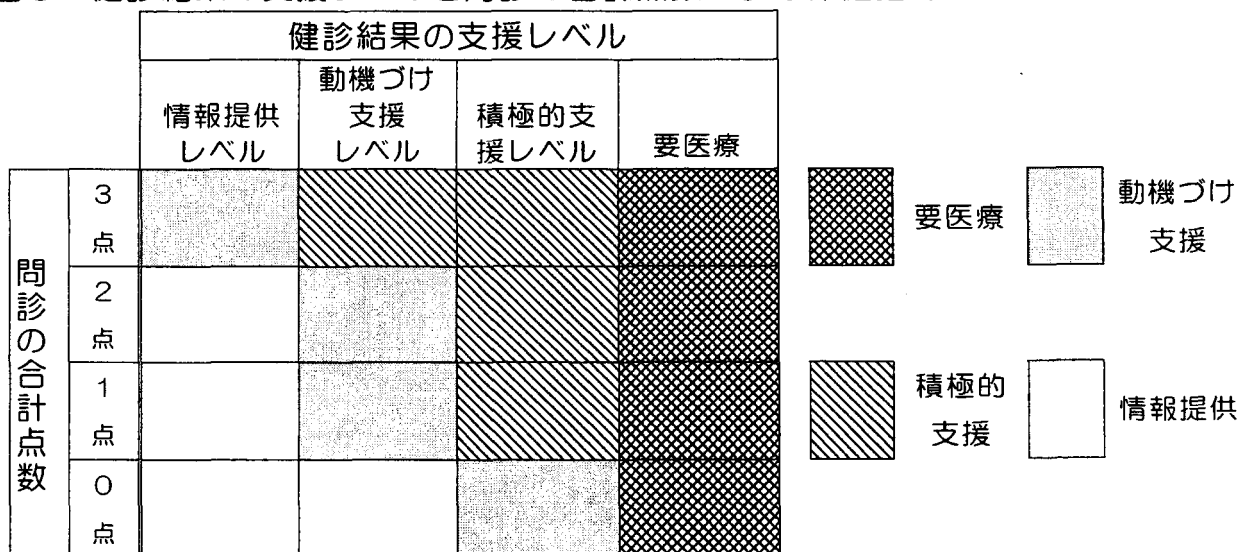
表3 健診結果のリスク分類

（健診分科会で決定する予定）

表4 生活習慣改善の必要性を判断するための問診

問診項目	はい	いいえ	判定
1, 20歳の時の体重から10kg以上増加している	はい(1点)	いいえ(0点)	1点
2, 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施	はい	いいえ	} 全て「いいえ」は1点
3, 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施	はい	いいえ	
4, 同世代の同性と比較して歩く速度が速い	はい	いいえ	
5, タバコを吸っている	はい(1点)	いいえ(0点)	1点
合 計			*点

図3 健診結果の支援レベルと問診の合計点数による保健指導の判定



(3) 留意事項

- ① 単一健保組合や市町村などで、すべての対象者に対して、「動機づけ支援」（個別面接）を行っている場合など、既に濃厚な保健指導を行っている場合は、あえて「情報提供」のみの対象者を選定する必要はない。
- ② 保健指導の対象者のうち「積極的支援」が非常に多い場合は、健診結果によって優先順位をつけ、最も必要な対象者に絞ることも差し支えない。ただし、年次計画を立て、保健指導が必要な対象者に対しては、必ず保健指導が実施されるよう配慮する。
- ③ 健診結果、要治療となった者については、受診勧奨を行うとともに、主治医と連携を図り、その指導のもとに保健指導を行う。

(4) 保健指導対象者の選定方法の修正

当面、保健指導対象者は上記の基準で選定するが、平成18年度に行われる国及び医療保険者等の取り組みにおける成果を踏まえ、事業全体の評価を行った結果、保健指導対象者の区分の変更が必要であると判断される場合は適宜見直し、修正を行う。

(5)「情報提供」に活用するための問診（表5）

健診時に行う生活習慣に関する問診は、前述したように保健指導の区分を判定するために使用することに加え、健診結果を渡す時に同時に行う「情報提供」において、生活習慣の改善が必要な対象者に対して、個別に食生活、運動習慣等の情報を提供するために11項目の問診を行う。これは、表2の問診5項目に6項目を追加したもので、健診結果ではリスクがない者であっても必要な情報が提供されることとなる。

例えば問診項目3が「0点」の対象者には、運動や身体活動の必要性や身近な運動施設の紹介などを、また、問診項目7が「1点」の対象者には食習慣と肥満の関係や健康に及ぼす影響などを健診結果表に情報提供として載せるなど、対象者個々人の生活習慣を見直すきっかけとなるような情報提供を行うこととする。

なお、健診時の問診は受診者全員に行うことから、できる限りエビデンスのある問診項目数に絞り、また、簡潔な表現とした。

表5 「情報提供」の内容を判断する問診

問 診 項 目	はい (1点)	いいえ (0点)	判 定
1. 20歳の時の体重から10kg以上増加している	はい	いいえ	1点
2. 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施	はい	いいえ	0点
3. 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施	はい	いいえ	0点
4. 同世代の同性と比較して歩く速度が速い	はい	いいえ	0点
5. タバコを吸っている	はい	いいえ	1点
6. この1年間で体重の増減が±3kg以上あった	はい	いいえ	1点
7. 早食い・ドカ食い・ながら食が多い	はい	いいえ	1点
8. 夜食や間食が多い	はい	いいえ	1点
9. 朝食を抜くことが多い	はい	いいえ	1点
10. ほぼ毎日アルコール飲料を飲む	はい	いいえ	1点
11. 睡眠で休養が得られている	はい	いいえ	0点

注：情報提供の判断は、判定項目の点数により判断する。