

標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）

修正案

```

...
...
<健診項目 名称="既往歴 3(腎不全・人工透析)" JLAG10="" 基準下限="" 基準上限="" 単位="" データタイプ
="コード" データコメント="" 検査手法="標準" 方法コメント="" 値="1" 判定コード="" ></健診項目>
</記録>
</健康診査記録>

<!-- 特定健診 2人目 -->
<健康診査記録 番号="2">
...
...
...
</健康診査記録>
</記録部>
</健診データファイル>
<!-- ファイル終了 -->

```

```

<!-- 入力日 (西暦) -->
<time value="20060826" />
- <assignedEntity>
  <id nullFlavor="NI" />
- <representedOrganization>
  <id nullFlavor="NI" />
  <name>入力業者名</name>
</representedOrganization>
</assignedEntity>
</dataEnterer>
- <!-- データ送付元情報 元のデータの管理者 -->
- <custodian>
- <assignedCustodian>
- <representedCustodianOrganization>
  <id extension="1234567890123456" root="1.2.392.200119.6.102" />
  <name>機関名称</name>
</representedCustodianOrganization>
</assignedCustodian>
</custodian>

=== 途中部分省略 ===

=== 検査結果本体(叙述形式部分)の抜粋 ===

- <component>
- <component>
- <section>
  <code code="01010" displayName="検査結果セクション" />
  <title>検査結果セクション</title>
- <text>
- <list>
  <item>身長 176.6 cm</item>
  <item>体重 77.5 kg</item>
  <item>BMI 25.5 kg/m2</item>
  <item>腹囲 85cm</item>
  <item>理学的検査(身体診察) 特になし</item>
  <item>血圧(収縮期) 90mmHg</item>
  <item>血圧(拡張期) 130 mmHg</item>
  <item>中性脂肪 100 mg/dl</item>
  <item>HDL コレステロール 50 mg/dl</item>
  <item>LDL コレステロール 80 mg/dl</item>
  <item>AST(GOT) 15 IU/L(37C)</item>
  <item>ALT(GPT) 12 IU/L(37C)</item>
  <item>γ-GTP 30 IU/L(37C)</item>
  <item>空腹時血糖 90 mg/dl</item>
  <item>HbA1c 5.0 %</item>
  <item>血清尿酸 4.0 mg/dl</item>
  <item>血清クレアチニン 1.0 mg/dl</item>
  <item>ヘマトクリット値 48.0 %</item>
  <item>色素(ヘモグロビン) 15.0 g/dl</item>
  <item>赤血球数 500 万/mm3</item>
  <item>尿糖 マイナス</item>
  <item>尿蛋白 マイナス</item>
  <item>尿潜血 マイナス</item>
  <item>心電図 所見なし</item>
  <item>眼底検査 所見なし</item>
</list>
</text>
- <author>
  <time value="20060727" />
- <assignedAuthor>
  <id nullFlavor="NI" />

```

```
- <representedOrganization>
  <id extension="1234567890123456" root="1.2.392.200119.6.102" />
  <name>健診機関名称</name>
</representedOrganization>
</assignedAuthor>
</author>
- <entry>
- <observation classCode="OBS" moodCode="EVN" negationInd="false">
  <code code="9M01100000000001" displayName="身長" />
  <statusCode code="completed" />
  <value xsi:type="PQ" value="176.6" unit="cm" />
</observation>
</entry>
- <entry>
- <observation classCode="OBS" moodCode="EVN" negationInd="false">
  <code code="9M02100000000001" displayName="体重" />
  <statusCode code="completed" />
  <value xsi:type="PQ" value="75.0" unit="kg" />
</observation>
</entry>
- <entry>
- <observation classCode="OBS" moodCode="EVN" negationInd="false">
  <code code="9M03100000000001" displayName="BMI" />
  <statusCode code="completed" />
  <value xsi:type="PQ" value="25.5" unit="kg/m2" />
  <interpretationCode code="N" />
</observation>
</entry>
- <entry>
- <observation classCode="OBS" moodCode="EVN" negationInd="false">
  <code code="9M04100000000001" displayName="腹囲" />
  <statusCode code="completed" />
  <value xsi:type="PQ" value="85.5" unit="cm" />
</observation>
</entry>
- <entry>
- <observation classCode="OBS" moodCode="EVN" negationInd="false">
  <code code="O10100035" displayName="身体診察所見" />
  <statusCode code="completed" />
  <value xsi:type="CE" code="001" displayName="異常所見なし" />
  <interpretationCode code="N" />
</observation>
</entry>
- <entry>
- <observation classCode="OBS" moodCode="EVN" negationInd="false">
  <code code="9A75100000000001" displayName="血圧(収縮期)" />
  <statusCode code="completed" />
  <value xsi:type="PQ" value="90" unit="mmHg" />
  <interpretationCode code="N" />
  <referenceRange>
- <observationRange classCode="OBS" moodCode="EVN.CRT">
  <code code="000" displayName="別なし" />
- <value xsi:type="IVL_PQ">
  <low value="1" unit="mmHg" />
  <high value="1" unit="mmHg" />
  </value>
</observationRange>
</referenceRange>
</observation>
</entry>
- <entry>
- <observation classCode="OBS" moodCode="EVN" negationInd="false">
  <code code="9A76100000000001" displayName="血圧(拡張期)" />
  <statusCode code="completed" />
  <value xsi:type="PQ" value="130" unit="mmHg" />
```

```
<interpretationCode code="N" />
- <referenceRange>
- <observationRange classCode="OBS" moodCode="EVN.CRT">
  <code code="000" displayName="別なし" />
- <value xsi:type="IVL_PQ">
  <low value="1" unit="mmHg" />
  <high value="1" unit="mmHg" />
</value>
</observationRange>
</referenceRange>
</observation>
</entry>
- <entry>
- <observation classCode="OBS" moodCode="EVN" negationInd="false">
  <code code="3F015000002327101" displayName="中性脂肪" />
  <statusCode code="completed" />
  <value xsi:type="PQ" value="100" unit="mg/dl" />
  <interpretationCode code="N" />
  <methodCode code="271" displayName="可視吸光度法" />
- <referenceRange>
- <observationRange classCode="OBS" moodCode="EVN.CRT">
  <code code="000" displayName="別なし" />
- <value xsi:type="IVL_PQ">
  <low value="50" unit="mg/dl" />
  <high value="150" unit="mg/dl" />
</value>
</observationRange>
</referenceRange>
</observation>
</entry>
- == 以下省略 ==
```

第3編 保健指導

第1章 保健指導の基本的考え方

(1) 保健指導の目的

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とともに、自らが実践できるよう支援し、そのことにより対象者が自分の健康に関するセルフケア（自己管理）ができるようになることを目的としている。

(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) 生活習慣改善につなげる保健指導の特徴

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

すなわち、健診によって生活習慣病発症のリスクを発見し、自覚症状はないが発症のリスクがあることや、生活習慣の改善によってリスクを少なくすることが可能であることをわかりやすく説明することが特に重要である。しかし、生活習慣は個人が長年築いてきたものであるため、改善すべき生活習慣に自ら気づくことが難しく、また、対象者は、行動変容は難しいことであると認識している場合が多いことを念頭に置いて、対象者への支援を行う必要がある。

対象者は、保健指導の際の個別面接や小集団のグループワーク等において、保健指導実施者やグループメンバー等と対話することにより、客観的に自己の生活習慣を振り返ることで改善すべき生活習慣を認識できる。その気づきが行動変容のきっかけとなる。保健指導実施者は、それを軸にして、どのような生活習慣を身につけることが必要であるか、また課題や優先順位を対象者と共に考え、実行可能な行動目標を対象者が自ら立てられるよう支援することが重要である。

対象者が行動目標に沿って新たな生活習慣を確立し、維持することは容易

第1章 保健指導の基本的考え方

(1) 保健指導の目的

糖尿病等の生活習慣病の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とともに、自らが実践できるよう支援し、そのことにより対象者が自分の健康に関するセルフケア（自己管理）ができるようになることを目的としている。

(2) 保健指導とは

糖尿病等の生活習慣病の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) 生活習慣改善につなげる保健指導の特徴

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

すなわち、健診によって生活習慣病発症のリスクを発見し、自覚症状はないが発症のリスクがあることや、生活習慣の改善によってリスクを少なくすることが可能であることをわかりやすく説明することが特に重要である。しかし、生活習慣は個人が長年築いてきたものであるため、改善すべき生活習慣に自ら気づくことが難しく、また、対象者は、行動変容は難しいことであると認識している場合が多いことを念頭に置いて、対象者への支援を行う必要がある。

対象者は、保健指導の際の個別面接やグループ面接等において、保健指導実施者やグループメンバー等と対話することにより、客観的に自己の生活習慣を振り返ることで改善すべき生活習慣を認識できる。その気づきが行動変容のきっかけとなる。保健指導実施者は、それを軸にして、どのような生活習慣を身につけることが必要であるか、また課題や優先順位を対象者と共に考え、実行可能な行動目標を対象者が自ら立てられるよう支援することが重要である。

対象者が行動目標に沿って新たな生活習慣を確立し、維持することは容易

標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）
<p>ではない。保健指導実施者は、対象者の新たな行動を継続できるよう、定期的に助言・支援することや同じ課題に取り組むグループワークへの参加の勧奨など、対象者が現在の状況を客観的に把握できる機会を提供するとともに、実行していることに対しては励ましや賞賛するなど自己効力感を高めるフォローアップが重要となる。行動変容を可能にするためには、このフォローアップが特に重要である。</p> <p>なお、注意しなければならないことは、病気の発症や障害を持つ可能性についての説明が脅しにならないよう配慮すること、また、行動変容へのステージ（準備状態）が無関心期にある場合は、対象者の疾病に対する認識や信念に合わせた個別の対応を行う必要がある。</p> <p>生活習慣の改善につなげる保健指導は、決して押しつけず、対象者に合わせた支援を行い、生活習慣を変えることが本人にとって快適であることを実感でき、楽しめるようなプログラムを提示するなど、様々な働きかけが必要である。</p>
<p>（４）必要とされる保健指導技術</p> <p>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（準備状態）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。<u>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（コーチング等）、自己効力感を高める技術などがあり、また、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²に関する技術などがある。</u>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。</p> <p>保健指導実施者は、これらの理論や技術を理解した上で、保健指導としての技術を身につけ、実際の保健指導に適用することが必要である。このためには、保健指導実施者を対象とした研修会への参加や、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<u>ていねいに振り返り、指導技術を高めていくことが大切</u>である。</p> <p><small>2 グループダイナミクス：集団力学。集団の中に働く力であり、グループに参加する個々のメンバーの行動を変化させる作用がある。</small></p>

修正案
<p>ではない。保健指導実施者は、対象者の新たな行動を継続できるよう、定期的に助言・支援することや同じ課題に取り組むグループへの参加の勧奨など、対象者が現在の状況を客観的に把握できる機会を提供するとともに、実行していることに対しては励ましや賞賛するなど自己効力感を高めるフォローアップが重要となる。行動変容を可能にするためには、このフォローアップが特に重要である。</p> <p>なお、注意しなければならないこととして、病気の発症や障害を持つ可能性についての説明においては、<u>対象者に恐怖心を抱かせないよう配慮すること、また、行動変容へのステージ（準備状態）が無関心期にある場合は、対象者の疾病に対する認識や信念に合わせた対応を行うことが必要である。</u></p> <p>生活習慣の改善につなげる保健指導は、決して押しつけず、対象者に合わせた支援を行い、生活習慣を変えることが本人にとって快適であることを実感でき、楽しめるようなプログラムを提示するなど、様々な働きかけが必要である。</p>
<p>（４）必要とされる保健指導技術</p> <p>保健指導を行うための技術には、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（準備状態）等）を収集するためのコミュニケーション技術、それに基づいて支援方策を判断する技術、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等がある。これらは具体的には、<u>カウンセリング技術、アセスメント技術、コミュニケーション技術（コーチング等）、自己効力感を高める技術、グループワークを支援する技術などがある。</u>これらの技術は、行動変容等に関する様々なモデルや理論から導き出されたものに、例えば、<u>グループワークを支援するためには、グループダイナミクス¹について理解することが重要である。</u>保健指導の実施者はこれらの技術を統合させて、実践に生かすことが求められている。</p> <p>保健指導実施者は、これらの理論や技術を理解した上で、保健指導としての技術を身につけ、実際の保健指導に適用することが必要である。このためには、保健指導実施者を対象とした研修会への参加や、身近な機関でOJTを受けることが必要である。<u>また、実際の指導事例について、対象者が適切な行動目標を立てることができたか、行動変容がみられたか等を分析し、指導技術を評価していくことも大切である。</u></p> <p>なお、<u>具体的な保健指導技術については、第3章保健指導の実施（1）基本的事項を参照されたい。</u></p> <p><small>1 グループダイナミクス：集団力学。集団の中に働く力であり、グループに参加する個々のメンバーの行動を変化させる作用がある。</small></p>

（５）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、質問票、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。

（６）ポピュレーションアプローチの活用

保健指導は、健診結果及び質問票に基づき、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、同じ健康課題を持つ者の仲間づくり、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。

（７）地域・職域におけるグループ、ボランティア等との協働

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

地域・職域には、生活習慣病に関する自助グループや健康づくり推進員等の組織化されたグループが存在する場合があります。このようなグループを健診や保健指導の機会に周知することが重要である。グループに所属する地域住民・労働者は、保健指導対象者と同じ、あるいは類似した生活環境や労働環境である。そのため、類似した体験をしていることも多いことから、対象者の行動変容への課題を共有化し、課題解決のための行動について共に考え、健康行動の継続について支援できる環境となりうる。また、これらのグループは、地域・職域の集団の健康課題を解決するためのポピュレーションアプローチに寄与する活動を展開している例も多い。保健指導実施者は、生活習慣

（５）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、質問票、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。

（６）ポピュレーションアプローチや社会資源の活用

保健指導は、健診結果及び質問票に基づき、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、様々な生活の場が健康的な生活への行動変容を支え、又は維持できる環境となっていることが必要である。

具体的には、地域や職域において、①飲食店や社員食堂での健康に配慮した食事（ヘルシーメニュー）の提供や栄養表示の実施、②安全なウォーキングロードや運動施設、それらを拠点とした総合型地域スポーツクラブなどの身近に運動に親しむことができる環境、③受動喫煙の防止対策を行っている施設、④同じ健康課題を持つ者の仲間づくり、⑤日常的な健康情報の提供などが整備される必要がある。また、これらのポピュレーションアプローチの環境づくりとともに、健診後の保健指導においても、健康増進施設や労働者健康保持増進サービス機関などの健康づくりに資する社会資源を積極的に活用することが望ましい。

（７）地域・職域におけるグループ等との協働

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

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

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

病予備群に対する保健指導においても、地域・職域の組織化されたグループ等と協働し、対象者を支援することが重要である。

（８）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人に依りて千差万別であり、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、基礎学問である医学や公衆衛生学の発展により変化するものであり、また、指導方法は行動科学、看護学、栄養学、運動科学、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。

そのため、類似の体験をしていることも多いことから、対象者の行動変容への課題を共有化し、課題解決のための行動について共に考え、保健行動²の継続について支援できる環境となりうる。また、これらのグループは、地域・職域の集団の健康課題を解決するためのポピュレーションアプローチに寄与する活動を展開している例も多い。

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

このため、保健指導実施者は、糖尿病等の生活習慣病の予備群に対する保健指導においても、地域の組織化されたNPOなどのグループ等と協働し、対象者を支援することが重要である。

（８）保健指導プログラムの標準化とは

糖尿病等の生活習慣病の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人に依りて千差万別であり、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、基礎学問である医学や公衆衛生学の発展により変化するものであり、また、指導方法は行動科学、看護学、栄養学、運動科学、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。

²保健行動：健康の回復、保持、増進に係る全ての行動。

第2章 保健事業（保健指導）計画の作成

(1) 現状分析

1) 分析が必要な理由

保健事業（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、今回の医療制度構造改革においては、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ためである。さらに、保健指導対象者数を概算することができるため、投入する人的資源や予算を計画することができる。また、反対に、決められた予算の中で効率的に保健指導を行う計画（支援方法、優先順位などの検討）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、①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、②健診受診率、保健指導対象者のうちの保健指導を実施した者の割合等の効果的な保健事業（保健指導）を実施しているかどうかを判断する項目、③保健・医療提供体制、保健指導実施者に対する研修体制と研修実施状況等の効果的な保健活動を実施できる体制にあるの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、①個人単位での健康度を把握するための項目と②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

第2章 保健事業（保健指導）計画の作成

(1) 現状分析

1) 分析が必要な理由

保健事業（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、今回の医療制度構造改革においては、医療費を適正化することが求められているため、糖尿病等の生活習慣病の有病者・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ためである。さらに、保健指導対象者数を概算することができるため、投入する人的資源や予算を計画することができる。また、反対に、決められた予算の中で効率的に保健指導を行う計画（支援方法、優先順位などの検討）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、①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、②健診受診率、保健指導対象者のうちの保健指導を実施した者の割合等の効果的な保健事業（保健指導）を実施しているかどうかを判断する項目、③保健・医療提供体制、保健指導実施者に対する研修体制と研修実施状況等の効果的な保健活動を実施できる体制にあるの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、①個人単位での健康度を把握するための項目と②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、平成20年度においては、老人保健事業等これまでの保健事業で既に把握されているデータを活用することにより、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るが、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

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、基準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おくことが必要となる。

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

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、保健指導の効果が期待される対象者集団及び効果が期待される方法等を明らかにして、その課題解決に向けた保健事業（保健指導）計画を策定するための基礎資料を作成する。

基礎資料には、次のような分析結果を整理することが考えられる。

- 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病等の分析」
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別・年代を選定し、対象となる属性（働き盛り層（管理職、営業職）、育児中の主婦など）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（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果）の分析」
プロセス（過程）指標とアウトプット（事業実施量）指標、アウトカム（結果）指標との関係について分析する。保健事業の投入により、健康課題の改善が図られているかどうかを検討する。不十分な場合には保健事業の見直し、または他の影響する要因について分析する（第3編第4章を参照）。

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。したがって、基準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、保健事業（保健指導）を進めながら、分析項目を整備しておくことが必要となる。

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

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、保健指導の効果が期待される対象者集団及び効果が期待される方法等を明らかにして、その課題解決に向けた保健事業（保健指導）計画を策定するための基礎資料を作成する。

基礎資料には、次のような分析結果を整理することが考えられる。

- ①「医療費、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病等の分析」
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別・年代を選定し、対象となる属性（働き盛り（管理職、営業職）、育児中の親など）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（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果）の分析」
プロセス（過程）指標とアウトプット（事業実施量）指標、アウトカム（結果）指標との関係について分析する。保健事業の投入により、健康課題の改善が図られているかどうかを検討する。不十分な場合には保健事業の見直し、または他の影響する要因について分析する（第3編第4章を参照）。

標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）

表1 集団全体の分析項目（例）

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

修正案

表1 集団全体の分析項目（例）

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

(*)：市町村国保では分析することが望ましい

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	(○) (○) (○) (○) ○	 ○ (○)	 ○ ○

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	(○) (○) (○) (○) ○	 ○ (○)	 ○ ○

(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。

1) 保健事業全体の目標設定

保健事業の目標設定は、前節の現状分析に基づき優先課題を掲げるものであるが、医療保険者の保健事業に対する考え方を示すという意味もあり、どのような目標を掲げるかは、重要な判断を要するものである。優先課題は、生活習慣病有病者及び予備群を減少させることに寄与するものであることは前提であるが、医療保険者としての集団全体の健康問題の特徴を現状分析から明らかにし、その課題のうち、最も効果が期待できる課題を重点的に対応すべき課題として目標に掲げる必要がある。

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

保健事業を開始した当初は、分析すべきデータが十分に整備されない中で目標を設定することになるが、年次を追って健診や保健指導のデータが収集されることから、これらのデータ分析を加え、保健事業全体の目標を変えていく必要もある。

また、目標は抽象的な内容ではなく、糖尿病の新規治療者を**%に減少するなど、できる限り数値目標とし、事業終了後の評価ができる目標を設定することが必要である。

2) 保健指導レベル毎の目標設定

対象者の正確な把握するために、医療保険者は、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、保健指導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、各保健指導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

(2) 保健事業（保健指導）の目標設定

平成27年度までに、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群を少なくとも25%減少させるという目標に向け、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。

1) 保健事業全体の目標設定

保健事業の目標設定は、前節の現状分析に基づき優先課題を掲げるものであるが、医療保険者の保健事業に対する考え方を示すという意味もあり、どのような目標を掲げるかは、重要な判断を要するものである。優先課題は、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群を減少させることに寄与するものであることは前提であるが、医療保険者としての集団全体の健康問題の特徴を現状分析から明らかにし、その課題のうち、最も効果が期待できる課題を重点的に対応すべき課題として目標に掲げる必要がある。

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

保健事業を開始した当初は、分析すべきデータが十分に整備されない中で目標を設定することになるが、年次を追って健診や保健指導のデータが収集されることから、これらのデータ分析を加え、適宜、保健事業全体の目標を変えていく必要もある。

また、目標は抽象的な内容ではなく、例えば「糖尿病の新規治療者を**%に減少させる」など、できる限り数値目標とし、事業終了後の評価ができる目標を設定することが必要である。

2) 保健指導レベル毎の目標設定

対象者を正確に把握するために、医療保険者は、40歳から74歳までの全対象者のうち、糖尿病等の生活習慣病の予備群は、「健診結果等による対象者階層化基準」に基づき、「糖尿病等の生活習慣病保健指導」対象者として分類し、各基準に該当する人数を求め、保健指導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による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、各保健指導レベル別の対象人数の概数を算出する）。なお、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、受診勧奨を行う必要がある。

保健指導対象者の保健指導実施率は100%に高めていくことが望ましい。なお、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、可能な範囲

標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）	修正案
<p>支援」のみ実施した場合などには、その割合も把握する。</p> <p>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。</p> <p>①「情報提供」のみの対象者</p> <ul style="list-style-type: none">・ 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・年代別に各医療保険者で設定） <p>②「動機づけ支援」</p> <ul style="list-style-type: none">・ 健診結果を改善、または悪化させない。・ 内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）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・年代別に各医療保険者で設定） <p>③「積極的支援」</p> <ul style="list-style-type: none">・ 健診結果を改善させる。・ 内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）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。・ 「要治療」への移行率を ◇%以下とする。	<p>でその割合も把握しておくことが望ましい。</p> <p>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、例えば下記のような指導目標を設定する必要がある。なお、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。</p> <p>①「情報提供」のみの対象者</p> <ul style="list-style-type: none">・ 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。 （この数値は性別・年代別に各医療保険者で設定） <p>②「動機づけ支援」の対象者</p> <ul style="list-style-type: none">・ 健診結果を改善、または悪化させない。・ 内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）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。 （この数値は性別・年代別に各医療保険者で設定） <p>③「積極的支援」の対象者</p> <ul style="list-style-type: none">・ 健診結果を改善させる。・ 内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）では腹囲、体重の減量、危険因子の減少。・ 保健指導対象者の〇割以上の人において、判定の改善をめざす。・ 「要治療」への移行率を ◇%以下とする。 <p>3) 保健指導の対象者の優先順位の付け方の基本的な考え方</p> <p>今後は、保健指導対象者の増加が予測されること、さらに糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%を減少させるためには、効果的・効率的な保健指導の実施が必要である。そのため、保健指導対象者に優先順位をつけて、最も必要な、そして効果のあがる対象を選定して保健指導を行う必要がある。例えば、保健指導の対象者の優先順位のつけ方としては、下記の方法が考えられる。</p> <ul style="list-style-type: none">○年齢が比較的若い対象者○健診結果の保健指導レベルが情報提供レベルから動機づけ支援レベル、動機づけ支援レベルから積極的支援レベルに移行するなど、健診結果が前年度と比較して悪化し、保健指導レベルでより緻密な保健指導が必要になった対象者○第2編第2章3) 質問項目（標準的な質問票7～19番）の回答により、生活習慣改善の必要性が高い対象者○前年度、積極的支援及び動機づけ支援の対象者であったにもかかわらず保健指導を受けなかった対象者 <p>などが考えられる。</p>