

健診検査項目の健診判定値（案）

番号	項目コード (JACFD)	項目名	データ基準		データタイプ	単位	検査方法	備考
			尿検査基準判定値	血清検査判定値				
1	303610	トリグリセライド	150	150	数字	mg/dl	1:酵素比色法・グリセロール測定法	
					数字	mg/dl	2:酵素UV法・グリセロール測定法	
2	303850	HDLコレステロール	40	40	数字	mg/dl	直接法(非沈澱法)	
3	303890	LDLコレステロール	120	140	数字	mg/dl	直接法(非沈澱法)	実測値あるいは計算値かを入力
					数字	mg/dl	2:コレステロール脱水素酵素法	
4	302700	空腹時血糖	100	126	数字	mg/dl	1:ヘキソキナーゼ・UV法	
					数字	mg/dl	2:ブドウ糖酸化酵素電極法	
					数字	mg/dl	3:ブドウ糖脱水素酵素法	
	302710	随時血糖	140	(180)	数字	mg/dl	1:ヘキソキナーゼ・UV法	食後時間「hh:mm(時・分表記)」
					数字	mg/dl	2:ブドウ糖酸化酵素電極法	食後時間「hh:mm(時・分表記)」
					数字	mg/dl	3:ブドウ糖脱水素酵素法	食後時間「hh:mm(時・分表記)」
5	302160	血清尿酸	7.0	8.0	数字	mg/dl	1:ウリカーゼ・ベルオキシダーゼ法	小数点以下1桁
					数字	mg/dl	2:ウリカーゼ・UV法	小数点以下1桁
6	302880	HbA1c	5.5	6.1	数字	%	1:不安定分層除去HPLC法	小数点以下1桁
					数字	%	2:免疫学的方法	小数点以下1桁
7	300340	GOT(AST)	46	50	数字	U/l 37℃	JSCC標準化対応法	
8	300390	GPT(ALT)	40	50	数字	U/l 37℃	JSCC標準化対応法	
9	300690	γ-GTP	80	100	数字	U/l 37℃	IFCC(JSCC)標準化対応法	
10	302110	血清クレアチニン	1.2(男性) 1.0(女性)	1.4(男性) 1.1(女性)	数字	mg/dl	1:酵素法	小数点以下1桁
					数字	mg/dl	2:Jaffe直接レート法	小数点以下1桁
					数字	mg/dl	3:ドライケミストリ法	小数点以下1桁
11	200080	ヘマトクリット値	37.9(男性) 33.9(女性)	34.9(男性) 30.9(女性)	数字	%	自動血球算定装置	
12	200060	血色素測定	12.9(男性) 11.3(女性)	11.9(男性) 10.7(女性)	数字	g/dl	自動血球算定装置	
13	200030	赤血球数	399(男性) 359(女性)	359(男性) 329(女性)	数字	万/mm <sup>3</sup>	自動血球算定装置	

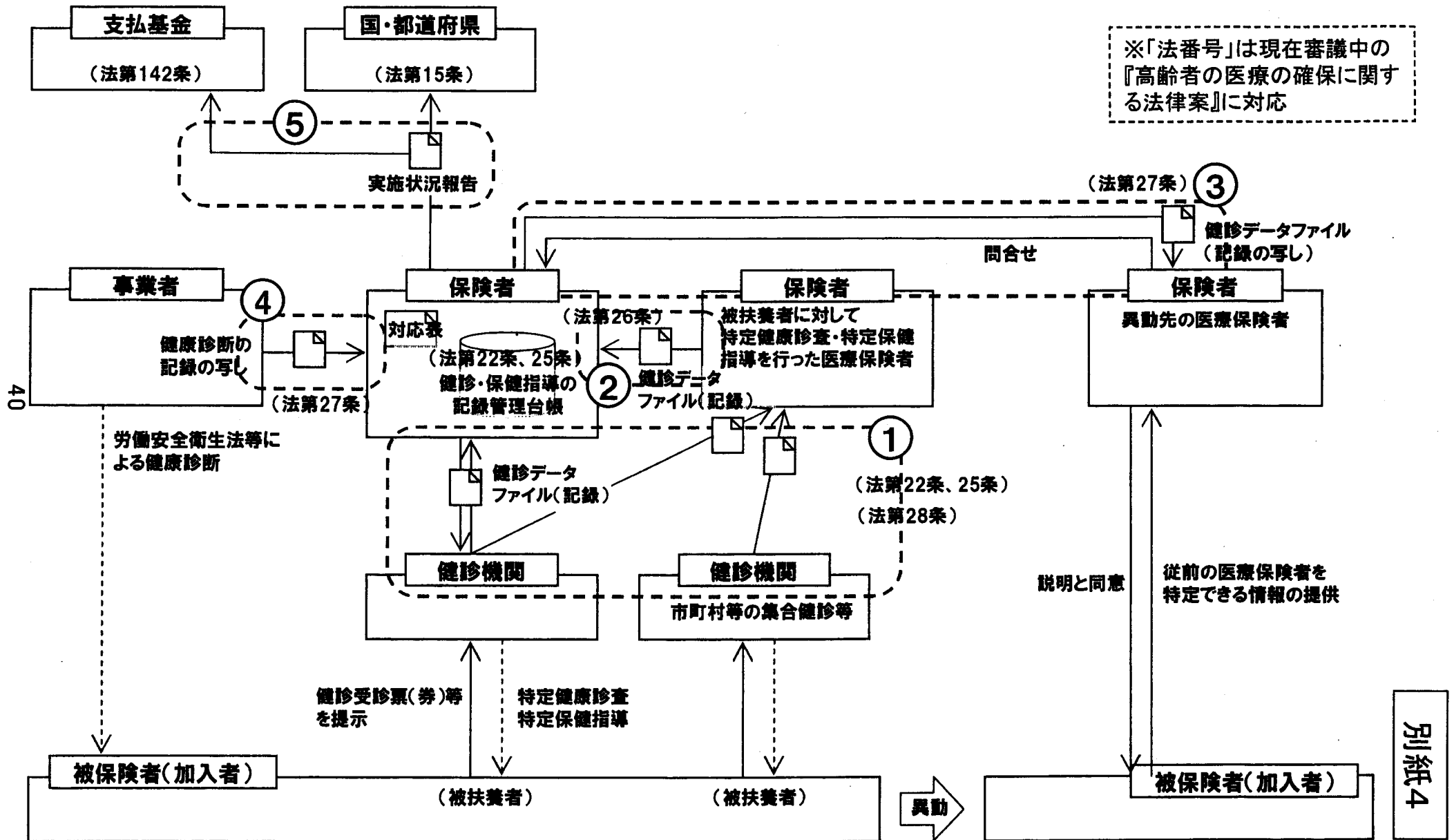
※1~3のデータ基準については日本動脈硬化学会「動脈硬化性疾患診療ガイドライン」、4については日本糖尿病学会「糖尿病治療ガイド」、5については日本糖尿病・検査代謝学会「高尿酸血症・高尿酸の診療ガイドライン」の各判定基準に基づく。

※6のデータ基準については日本糖尿病学会メタボリックシンドローム(予備群)検討委員会の検討結果に基づく。

※7~13のデータ基準については人間ドック学会作成の「人間ドック成績判定及び事後指導に関するガイドライン」に基づく。

※検査方法については、それぞれの検査項目毎に90%以上をカバーするものを記載した。

# 健診データの電子的標準様式が使用される場合



※「法番号」は現在審議中の『高齢者の医療の確保に関する法律案』に対応

40



## データ範囲のチェック (案)

別紙5-2

番号	項目名	データタイプ	入力最小値	入力最大値	少数点以下の桁数	単位	基準範囲外 ※1	検査の実施 ※2	備考
31	身長	数字	100.0	250.0	1	cm			
32	体重	数字	20.0	250.0	1	kg			
33	BMI	数字	10.0	100.0	1	kg/m <sup>2</sup>			
34	腹囲	数字	40.0	250.0	1	cm			
35	血圧(収縮期)	数字	60	300	0	mmHg			
36	血圧(拡張期)	数字	30	150	0	mmHg			
37	トリグリセライド	数字	10	2000	0	mg/dl			
38	HDLコレステロール	数字	10	500	0	mg/dl			
39	LDLコレステロール	数字	20	1000	0	mg/dl			
40	GOT(AST)	数字	0	1000	0	IU/l 37℃			
41	GPT(ALT)	数字	0	1000	0	IU/l 37℃			
42	γ-GTP	数字	0	1000	0	IU/l 37℃			
43	空腹時血糖	数字	20	600	0	mg/dl			
44	随時血糖	数字	20	1000	0	mg/dl			
45	血清尿酸	数字	0.0	20.0	1	mg/dl			
46	HbA1c	数字	3.0	20.0	1	%			
47	血清クレアチニン	数字	0.0	20.0	1	mg/dl			
48	ヘマトクリット値	数字	0	100	0	%			
49	血色素測定	数字	0.0	30	1	g/dl			
50	赤血球数	数字	0	1000	0	万/mm <sup>3</sup>			
1002	実施度(コンプライアンス)	数字	0	100	0	%			
1003	効果1(腹囲)	数字			1	cm			
1004	効果2(体重)	数字			1	kg			

(表の説明)

※1 基準範囲外: 健診データが入力最小値以下の場合には「L」、入力最大値以上の場合には「H」を入力する。

※2 検査の実施: 健診データが未入力で検査未実施の場合は「未実施」を入力する。

## 健診データ電子的フォーマット(イメージ案)

\* &lt;&gt;内のタグ名等は実際には英語表記の可能性もあり

```

<?xml version="1.0" encoding="Shift_JIS"?>
<健診データファイル>
  <定義部 識別番号="c001" 仕様番号="1.0.0">
    <!-- 送付元 -->
    <送付元種別>1</送付元種別>
    <送付元機関番号>0103123412341</送付元機関番号>
    <送付元機関名称>健診機関A</送付元機関名称>
    <!-- 送付先 -->
    <送付先種別>0</送付先種別>
    <送付先機関番号>06123456</送付先機関番号>
    <送付先機関名称>A健康保険組合</送付先機関名称>
    <!-- ファイル情報 -->
    <ファイル生成日付 年="2008" 月="10" 日="01"/>
    <ファイル更新日付 年="2008" 月="10" 日="01"/>
    <格納記録数>2</格納記録数>
  </定義部>
  <記録部>
    <!-- 特定健診 1人目 -->
    <健康診査記録 番号="1">
      <基本>
        <作成日付 年="2008" 月="07" 日="30"/>
        <健診機関番号>0103123412341</健診機関番号>
        <健診機関名称>健診機関A</健診機関名称>
        <健診区分>03</健診区分>
        <実施日付 年="2008" 月="07" 日="20"/>
        <健診データ登録番号>03123456781234567801</健診データ登録番号>
        <生年月日 年="1958" 月="07" 日="20"/>
        <性別>M</性別>
      </基本>
      <記録>
        <健診項目 名称="身長" JLAC10="" 基準下限="" 基準上限="" 単位="cm" データタイプ="数値" データコメント="" 検査手法="標準" 方法コメント="" 値="174.2" 判定コード=""/>

        <健診項目 名称="体重" JLAC10="" 基準下限="" 基準上限="" 単位="kg" データタイプ="数値" データコメント="" 検査手法="標準" 方法コメント="" 値="69.8" 判定コード=""/>

        <健診項目 名称="BMI" JLAC10="" 基準下限="" 基準上限="" 単位="kg/m2" データタイプ="数値" データコメント="" 検査手法="標準" 方法コメント="" 値="23.0" 判定コード=""/>

        <健診項目 名称="腹囲" JLAC10="" 基準下限="" 基準上限="" 単位="cm" データタイプ="数値" データコメント="" 検査手法="標準" 方法コメント="" 値="78.0" 判定コード=""/>

        <健診項目 名称="収縮期血圧" JLAC10="" 基準下限="" 基準上限="" 単位="mmHg" データタイプ="数値" データコメント="" 検査手法="標準" 方法コメント="" 値="124" 判定コード=""/>

        <健診項目 名称="拡張期血圧" JLAC10="" 基準下限="" 基準上限="" 単位="mmHg" データタイプ="数値" データコメント="" 検査手法="標準" 方法コメント="" 値="70" 判定コード=""/>

        <健診項目 名称="随時血糖" JLAC10="302710" 基準下限="20" 基準上限="1000" 単位="mg/dl" データタイプ="数値" データコメント="食後時間 120 分" 検査手法="標準" 方法コメント="" 値="1650" 判定コード="H"/>

        <健診項目 名称="HbA1C" JLAC10="302880" 基準下限="3.0" 基準上限="20.0" 単位="%" データタイプ="数値" データコメント="" 検査手法="標準" 方法コメント="" 値="5.1" 判定コード=""/>
      </記録>
    </健康診査記録>
  </特定健診>
  ...

```

...  
...

<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 -->

## 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) 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可能性（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、簡単に変えられるものではな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、問診や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、保健指導従事者やグループメンバー等と対話をするにより、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。保健指導従事者は、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ではない。保健指導従事者は、対象者の新たな行動を継続できるよう、定期的にアドバイス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。

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、行動変容への準備状態（ステージ）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。

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提示するなど、様々な働きかけが必要である。

#### （４）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。

#### (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、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。

#### (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。

#### (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セルフヘルプ・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。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、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。保健指導従事者は、生活習慣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。

## 第2章 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