

LDL コレステロール	
情報提供	120mg/dl 未満
保健指導	120mg/dl 以上 140mg/dl 未満
受診勧奨	140mg/dl 以上
血清尿酸	
情報提供	7.0mg/dl 未満
保健指導	7.0mg/dl 以上 8.0mg/dl 未満
受診勧奨	8.0mg/dl 以上

## 3) 質問票による階層区分の変更

健診結果による階層化を行った後、生活習慣の状況に関する質問票により、保健指導の対象者区分の変更を行う。

## 4) 対象者が治療中の場合

対象者が現在医療機関において治療を行っている場合の保健指導については、事例毎の特性を踏まえた上で、主治医との連携の下に行うことが望ましい。

なお、現在治療を行っている医療機関は、診療報酬における生活習慣病管理料や管理栄養士による外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料等を積極的に活用することが望まれる。

また、医療保険者は、生活習慣指導料等の情報を積極的に活用することが望まれる。

## [具体的な事例]

- 1) 医療機関受診中だが、糖尿病等の生活習慣病については治療を行っていない事例
- 2) 医療機関で生活習慣病について治療を行っているが、健診で動機づけ支援、積極的支援の保健指導の対象となったリスクに関連する生活習慣病については治療を行っていない事例（高血圧の治療は行っているが、HbA1cが5.5%以上6.1%未満の場合）
- 3) 医療機関で生活習慣病について治療中であり、健診で動機づけ支援、積極的支援の保健指導の対象となったリスクに関連する生活習慣病についても治療を行っている事例
- 4) 医療機関で生活習慣病について治療を行っているが、さらに生活習慣改善等の保健指導を行う必要がある事例

## (2) 保健指導対象者の選定と階層化の方法

## 1) 基本的考え方

- 内臓脂肪の蓄積により、心疾患等のリスク要因（高血圧、高血糖、脂質異常等）が増え、リスク要因が増加するほど心疾患等が発症しやすくなる。このため、保健指導対象者の選定は、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因の数に着目することが重要となる。
- このため、内臓脂肪の蓄積を基本とし、リスク要因の数によって保健指導レベルを設定していく。
- なお、内臓脂肪蓄積の寄与が比較的少ないと考えられる高血圧症、糖尿病等については、減量等を中心とした生活習慣改善をメニューとする保健指導とは異なる手法の保健指導となる。

## 2) 具体的な選定・階層化の方法

## ステップ1

- 腹囲とBMIで内臓脂肪蓄積のリスクを判定する
  - ・腹囲 M $\geq$ 85cm、F $\geq$ 90cm →(1)
  - ・腹囲 M<85cm、F<90cm かつ BMI $\geq$ 25 →(2)
  - ・(1)、(2)以外 →(3)

## ステップ2

- 検査結果、質問票より追加リスクをカウントする。
- ①～③は内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の判定項目、④～⑥はその他の関連リスクとし、④～⑥については①～③のリスクが1つ以上の場合にのみカウントする。

①血糖	a 空腹時血糖	110mg/dl 以上 又は
	(但し、(1)の動機づけ支援レベル判定及び(2)、(3)の場合には 100mg/dl)	
	b 随時血糖の場合	140mg/dl 以上 又は
②脂質	c HbA1c	5.5% 以上 又は
	d 薬剤治療を受けている場合（質問票より）	
	a 中性脂肪	150mg/dl 以上 又は
	b HDL コレステロール	40mg/dl 未満 又は
③血圧	c 薬剤治療を受けている場合（質問票より）	
	a 収縮期	130mmHg 以上 又は
	b 拡張期	85mmHg 以上 又は
	c 薬剤治療を受けている場合（質問票より）	
④LDL コレステロール		120mg/dl 以上
⑤質問票		喫煙歴あり
⑥血清尿酸		7.0mg/dl 以上

## (2) 保健指導対象者の選定と階層化の方法

## 1) 基本的考え方

- 内臓脂肪の蓄積により、心疾患等のリスク要因（高血圧、高血糖、脂質異常等）が増え、リスク要因が増加するほど心疾患等が発症しやすくなる。このため、保健指導対象者の選定は、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因の数に着目することが重要となる。
- 内臓脂肪の蓄積を基本とし、リスク要因の数によって保健指導レベルを設定していくとともに、比較的若い時期（65歳未満）に生活習慣の改善を行った方が予防効果が期待できると考えられるため、年齢に応じた保健指導レベルの設定をしていく。
- その際、効果的・効率的に保健指導を実施していくためには、予防効果が大きく期待できる者を明確にし、保健指導対象者を選定する。
- 特定健診に相当する健診結果を提出した者に対しても、特定健診を受診した者と同様に、特定保健指導を実施する。

## 2) 具体的な選定・階層化の方法

## ステップ1

- 腹囲とBMIで内臓脂肪蓄積のリスクを判定する
    - ・腹囲 M $\geq$ 85cm、F $\geq$ 90cm →(1)
    - ・腹囲 M<85cm、F<90cm かつ BMI $\geq$ 25 →(2)
- ※(1)、(2)以外の者への対応については、3) 留意事項参照

## ステップ2

- 検査結果、質問票より追加リスクをカウントする。
- ①～③は内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の判定項目、④はその他の関連リスクとし、④喫煙歴については①から③のリスクが1つ以上場合にのみをカウントする。

①血糖※	a 空腹時血糖	100mg/dl 以上 又は
	b HbA1cの場合	5.2% 以上 又は
	c 薬剤治療を受けている場合（質問票より）	
②脂質	a 中性脂肪	150mg/dl 以上 又は
	b HDL コレステロール	40mg/dl 未満 又は
	c 薬剤治療を受けている場合（質問票より）	
	a 収縮期	130mmHg 以上 又は
③血圧	b 拡張期	85mmHg 以上 又は
	c 薬剤治療を受けている場合（質問票より）	

④質問票 喫煙歴あり

※ 空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合には、空腹時血糖のみを使用。

**ステップ3**

ステップ1、2から保健指導レベルをグループ分け

(1)の場合

①～⑥のリスクのうち

追加リスクが 2以上の対象者（内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）  
基準適合者）は 積極的支援レベル  
0又は1の対象者は 動機づけ支援レベル とする。

(2)の場合

①～⑥のリスクのうち

追加リスクが 3以上の対象者は 積極的支援レベル  
1又は2の対象者は 動機づけ支援レベル  
0の対象者は 情報提供レベル とする。

(3)の場合

①～⑥のリスクのうち

追加リスクが 4以上の対象者は 積極的支援レベル  
1から3の対象者は 動機づけ支援レベル  
0の対象者は 情報提供レベル とする。

（注）（3）の場合の支援法は、「内臓脂肪減少」を目的としたプログラムではなく、個人個人の病態に応じた対応が必要。

**ステップ4**

同時に実施する質問票<sup>\*1</sup>を用い、生活習慣改善の必要性を判定し、健診結果の保健指導レベルと、質問結果の生活習慣改善の必要性との関係<sup>\*2</sup>から、追加的に保健指導のレベルを決定する。

※1 生活習慣改善の必要性を判断するための質問票

質問項目	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. たばこを吸っている	はい(1点)	いいえ(0点)	1点
合計			*点

なお、本質問票は自記式を想定しており、回答の際の目安については、別途Q&Aを作成し、提示していく。

**ステップ3**

ステップ1、2から保健指導レベルをグループ分け

(1)の場合

①～④のリスクのうち

追加リスクが 2以上の対象者は 積極的支援レベル  
1の対象者は 動機づけ支援レベル  
0の対象者は 情報提供レベル とする。

(2)の場合




①～④のリスクのうち

追加リスクが 3以上の対象者は 積極的支援レベル  
1又は2の対象者は 動機づけ支援レベル  
0の対象者は 情報提供レベル とする。

標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）

修正案

※2 健診結果の保健指導レベルと質問項目の合計点数による保健指導の判定

		健診結果の保健指導レベル			
		情報提供 レベル	動機づけ支援 レベル	積極的支援 レベル	
質問項目の 合計点数	3点				 積極的支援  動機づけ支援  情報提供
	2点				
	1点				
	0点				

※ 印の該当者については、状況を確認の上、医療機関受診を検討する。

対象者が医療機関で治療中の場合も、医療機関と連携を図り、医療機関で保健指導が十分できない場合等には、主治医の指示の下、必要な保健指導が確保されるよう調整を行うことが望ましい。

なお、現在治療を行っている医療機関は、診療報酬上の生活習慣病管理料や管理栄養士による外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料等を積極的に活用することが望まれる。

また、医療保険者は、生活習慣病管理料等の情報を積極的に活用することが望まれる。

（例：高血圧の治療中であっても、血糖にリスクがある場合は、糖尿病予防のための保健指導が必要であり、医療機関と連携した上で、必要な保健指導が確保されるよう調整することが重要。）

詳細な健診（精密健診）

現行の老人保健事業での基本健康診査における判断基準を踏まえた一定の基準の下、重症化の進展を早期にチェックするため、医師が必要と判断した場合は、詳細な健診（精密健診）として、眼底検査、心電図等のうちから選択的に行うこととする。

受診勧奨

検査結果が、

①血糖	a 空腹時血糖	126mg/dl 以上	又は
	b 随時血糖の場合	180mg/dl 以上	又は
	c HbA1c	6.1% 以上	
②脂質	a 中性脂肪	150mg/dl 以上	又は
	b HDL コレステロール	40mg/dl 未満	
③血圧	a 収縮期	140mmHg 以上	又は
	b 拡張期	90mmHg 以上	
④血清尿酸		8.0mg/dl 以上	
⑤LDL コレステロール		140mg/dl 以上	

の場合で、治療が行われていない場合は、心血管病の進行予防（心疾患、脳卒中等の重症化予防）のために治療が必要であることを指導し、治療の中断による重症化が起きないように保健指導を継続することが重要である。

なお、治療中であっても重症化を予防するためには生活習慣の改善が重要であることから、現在治療を行っている医療機関は、診療報酬における生活習慣病管理料や管理栄養士による外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料等を積極的に活用することが望ま

ステップ4

○ 前期高齢者（65歳以上75歳未満）については、①予防効果が多く期待できる65歳までに、特定保健指導が既に行われてきていると考えられること、②日常生活動作能力、運動機能等を踏まえ、QOL（Quality of Life）の低下に配慮した生活習慣の改善が重要であること等の理由から、積極的支援の対象となった場合でも動機づけ支援とする。

○ 血圧降下剤等を服薬中の者（質問票等において把握）については、継続的に医療機関を受診しており、栄養、運動等を含めた必要な保健指導については、医療機関において継続的な医学的管理の一環として行われることが適当であるため、医療保険者による特定保健指導の対象としない。

○ 市町村の一般衛生部門においては、主治医の依頼又は、了解の下に、医療保険者と連携し、健診データ・レセプトデータ等に基づき、必要に応じて、服薬中の者に対する保健指導等を行うべきである。

○ 医療機関においては、生活習慣病指導管理料、管理栄養士による外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料等を活用することが望ましい。

なお、特定保健指導とは別に、医療保険者が、生活習慣病の有病者・予備群を減少させるために、必要と判断した場合には、主治医の依頼又は了解の下に、保健指導を行うことができる。

3) 留意事項

○ 医療保険者の判断により、動機づけ支援、積極的支援の対象者以外の者に対しても、保健指導を実施することができる。

○ 市町村の一般衛生部門においては、医療保険者と連携し、健診結果等から、医療機関を受診する必要があるにもかかわらず、医療機関を受診していない者に対する対策、特定保健指導対象者以外の者に対する保健指導等を行うべきである。

○ 特定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、質問票等によって、生活習慣の改善により予防効果が大きく期待できる者を明確にし、優先順位をつけ保健指導を実施すべきである（第3編参照）。

○ 保健指導を実施する際に、健診機関の医師が直ちに医療機関を受診する必要があると判断しているにもかかわらず、保健指導対象者が、医療機関を受診していない場合は、心血管病の進行予防（心疾患、脳卒中等の重症化予防）のために治療が必要であることを指導することが重要である。

○ また、健診データ・レセプトデータ等に基づき、治療中断者を把握し、心血管病の進行予防（心疾患、脳卒中等の重症化予防）のために治療の継続が必要であることを指導することが重要である。

## 標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）

れる。医療機関で保健指導が十分できない場合等には、保健指導が確実に確保されるよう、医療機関と調整することが望ましい。  
また、医療保険者は、生活習慣病管理料等の情報を積極的に活用することが望まれる。

## 3) 留意事項

- 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。
- 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。

## 4) その他

## 健診結果の通知

医療保険者は、健診結果について、異常値を示している項目、異常値の程度、異常値が持つ意義等について、わかりやすく受診者に通知する必要がある。

その際、健診機関は、別紙5に示す判定基準に、機械的に受診者の健診結果を判定値に当てはめるのではなく、検査結果の持つ意義（例：血圧については、白衣高血圧等の問題があり、再測定が重要であること、中性脂肪については、直前の食事摂取に影響を受けること、血糖値については、受診勤奨判定値を超えていれば、直ちに医療機関を受診する必要があること）、異常値の程度、年齢等を考慮した上で、医療機関を受診する必要性を個別に医師が判断し、受診者に通知することが重要である。

また、受診勤奨判定値を超えた場合でも、軽度の高血圧（収縮期血圧140～159 mmHg、拡張期血圧90～99 mmHg）等であれば、服薬治療よりも、生活習慣の改善を優先して行うことが一般的である。特定保健指導の対象となった者については、各学会のガイドラインを踏まえ、健診機関の医師の判断により、保健指導を優先して行い、効果が認められなかった場合に、必要に応じて、受診勤奨を行うことが望ましい。

## 詳細な健診

判断基準を踏まえた一定の基準の下、重症化の進展を早期にチェックするため、医師が必要と判断した場合は、詳細な健診として、眼底検査、心電図等のうちから選択的に行うこととする。

なお、健診機関は、基準を機械的に適用するのではなく、詳細な健診を行う必要性を個別に医師が判断することとし、その判断理由等を医療保険者に通知するとともに、受診者に説明することとする。

## 肝機能検査等の取扱い

LDLコレステロール、AST、ALT、 $\gamma$ -GT等の階層化に用いられない検査結果についても、保健指導判定値を超えている場合には、特定保健指導の際に、検査結果に応じて、その病態、生活習慣の改善する上での留意点等をわかりやすく説明する必要がある。

## 第4章 健診の精度管理

## 内部精度管理と外部精度管理の実施

## (1) 基本的考え方

内部精度管理、外部精度管理について、健診実施者は、「健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針」における精度管理に関する事項に準拠して、精度管理を行うものとする。

## (2) 内部精度管理

内部精度管理については、原則として、特定非営利活動法人日本臨床検査標準協議会（JCCLS）、独立行政法人産業技術研究所が開発した標準物質を使用し、トレーサビリティも含めた十分な内部精度管理が定期的に行われ、検査値の精度が保証されていることが必要である。

## (3) 外部精度管理

外部精度管理については、現在実施されている種々の外部精度管理事業（日本医師会、日本臨床検査技師会、全国労働衛生団体連合会など）を定期的を受け、検査値の精度が保証された結果であることが必要である。

## 第4章 健診の精度管理

## 内部精度管理と外部精度管理の実施

## (1) 基本的考え方

精度管理とは、健康診査の精度を保つため、その診査全体について適切に管理することである。

内部精度管理とは、健診機関内で同じ測定値が得られるようにすることであり、外部精度管理とは、健診機関間でも同じ測定値が得られるようにすることである。

内部精度管理、外部精度管理について、健診実施者は、「健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針」における精度管理に関する事項に準拠して、精度管理を行うものとする。

## (2) 内部精度管理

健診機関内では、検体の採取・輸送・保存、測定、検査結果の管理、安全、管理者の配置等について常に管理し、検査値の精度を保証する。

そのためには、トレーサビリティも含めた十分な内部精度管理が定期的に行われることが必要である。

※ トレーサビリティ：健診判定値について、測定の基準となる標準物質あるいは基準となる測定方法の結果に合わせられることである。

## (3) 外部精度管理

現在実施されている外部精度管理事業（日本医師会、日本臨床検査技師会、全国労働衛生団体連合会など）を少なくとも一つは定期的を受け、検査値の精度が保証された結果であることが必要である。

標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）

（参考）「健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針」  
（平成16年厚生労働省告示第242号）（抄）

第二 健康診査の実施に関する事項

二 健康診査の精度管理

- 1 健康増進事業実施者は、健康診査の精度管理（健康診査の精度を適正に保つことをいう。以下同じ。）が生涯にわたる個人の健康管理の基盤として重要であることにかんがみ、健康診査における検査結果の正確性を確保するとともに、検査を実施する者や精度管理を実施する者が異なる場合においても、受診者が検査結果を正確に比較できるようにすること。また、必要のない再検査及び精密検査を減らす等必要な措置を講じることにより健康診査の質の向上を図ること。
- 2 健康増進事業実施者は、健康診査を実施する際には、この指針に定める内部精度管理（健康診査を行う者が自身で行う精度管理をいう。以下同じ。）及び外部精度管理（健康診査を行う者以外の者が行う精度管理をいう。以下同じ。）を適切に実施するよう努めること。また、当該精度管理の実施状況を当該健康増進事業の対象者に周知するよう努めること。
- 3 健康増進事業実施者は、健康診査の実施に関する内部精度管理として、次に掲げる事項を考慮した規程を作成する等適切な措置を講じるよう努めること。
  - （一）健康診査の実施の管理者の配置等管理体制に関する事項
  - （二）健康診査の実施の手順に関する事項
  - （三）健康診査の安全性の確保に関する事項
  - （四）検査方法、検査結果の基準値、判定基準等検査結果の取扱いに関する事項
  - （五）検体の採取条件、検体の保存条件、検体の提出条件等検査の実施に関する事項
  - （六）検査用機械器具、試薬、標準物質等の管理について記録すること及びその記録を保存することに関する事項
  - （七）検査結果の保存及び管理に関する事項
- 4 健康増進事業実施者は、健康診査に関する外部精度管理として、全国規模で実施される外部精度管理調査を定期的に受けること、複数の異なる外部精度管理調査を受けること等により、自ら実施する健康診査について必要な外部精度管理を実施するよう努めること。
- 5 健康増進事業実施者は、健康診査の実施の全部又は一部を委託する場合は、委託先に対して前二号に規定する内部精度管理及び外部精度管理を適切に実施するよう要請するとともに、当該内部精度管理及び外部精度管理を適切に実施しているかについての報告を求める等健康診査の実施につき委託先に対して適切な管理を行うこと。
- 6 健康増進事業実施者は、研修の実施等により健康診査を実施する者の知識及び技能の向上を図るよう努めること。

修正案

（参考）「健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針」  
（平成16年厚生労働省告示第242号）（抄）

第二 健康診査の実施に関する事項

二 健康診査の精度管理

- 1 健康増進事業実施者は、健康診査の精度管理（健康診査の精度を適正に保つことをいう。以下同じ。）が生涯にわたる個人の健康管理の基盤として重要であることにかんがみ、健康診査における検査結果の正確性を確保するとともに、検査を実施する者や精度管理を実施する者が異なる場合においても、受診者が検査結果を正確に比較できるようにすること。また、必要のない再検査及び精密検査を減らす等必要な措置を講じることにより健康診査の質の向上を図ること。
- 2 健康増進事業実施者は、健康診査を実施する際には、この指針に定める内部精度管理（健康診査を行う者が自身で行う精度管理をいう。以下同じ。）及び外部精度管理（健康診査を行う者以外の者が行う精度管理をいう。以下同じ。）を適切に実施するよう努めること。また、当該精度管理の実施状況を当該健康増進事業の対象者に周知するよう努めること。
- 3 健康増進事業実施者は、健康診査の実施に関する内部精度管理として、次に掲げる事項を考慮した規程を作成する等適切な措置を講じるよう努めること。
  - （一）健康診査の実施の管理者の配置等管理体制に関する事項
  - （二）健康診査の実施の手順に関する事項
  - （三）健康診査の安全性の確保に関する事項
  - （四）検査方法、検査結果の基準値、判定基準等検査結果の取扱いに関する事項
  - （五）検体の採取条件、検体の保存条件、検体の提出条件等検査の実施に関する事項
  - （六）検査用機械器具、試薬、標準物質等の管理について記録すること及びその記録を保存することに関する事項
  - （七）検査結果の保存及び管理に関する事項
- 4 健康増進事業実施者は、健康診査に関する外部精度管理として、全国規模で実施される外部精度管理調査を定期的に受けること、複数の異なる外部精度管理調査を受けること等により、自ら実施する健康診査について必要な外部精度管理を実施するよう努めること。
- 5 健康増進事業実施者は、健康診査の実施の全部又は一部を委託する場合は、委託先に対して前二号に規定する内部精度管理及び外部精度管理を適切に実施するよう要請するとともに、当該内部精度管理及び外部精度管理を適切に実施しているかについての報告を求める等健康診査の実施につき委託先に対して適切な管理を行うこと。
- 6 健康増進事業実施者は、研修の実施等により健康診査を実施する者の知識及び技能の向上を図るよう努めること。

## 第5章 健診データ等の電子化

## (1) 健診データ提出の電子的標準様式

(健診機関等→医療保険者、医療保険者→医療保険者)

## 1) 基本的考え方

- 今後の新たな健診における、健診データの流れとして以下の場面が考えられる。  
( 別紙6 参照)

- ① 健康診査実施機関・保健指導実施機関→医療保険者〔法第28条〕
- ② (被扶養者の健診を行った) 医療保険者  
→ (被扶養者所属の) 医療保険者〔法第26条〕
- ③ (異動元の) 医療保険者→(異動先の) 医療保険者〔法第27条〕
- ④ 労働安全衛生法に基づく健診を実施した事業者  
→ (当該労働者所属の) 医療保険者〔法第27条〕

また、健康診査等の実施状況などについては、以下の流れが考えられる。

- ⑤ 医療保険者→国、都道府県〔法第15条〕、支払基金〔法第142条〕

※〔 〕内の法とは、「高齢者の医療の確保に関する法律」。

- 今回の新たな健診において、医療保険者には、被保険者の健診を実施する様々な健診機関や、被扶養者の健診を実施する他の医療保険者、さらには労働安全衛生法に基づく健診を実施する事業者などから、健診データが送付されてくることとなり、複数の経路で複雑に情報のやりとりが行われる。このことから、データの互換性を確保し、継続的に多くのデータを蓄積していくためには、国が電子的な標準様式を設定することが望ましいと考えられる。
- さらに、医療保険者ごとに健診・保健指導の実績を評価する際にも、膨大なデータを取り扱うことから、電子的標準様式が設定されることが必要と考えられる。
- また、電子的標準様式は、将来的に健診項目の変更、追加、削除、順番の変更等があっても対応が容易となるよう定めることが必要である。
- 個人情報の保護には十分に留意する。
- 人間ドック等他の健診のデータも、この電子的標準様式で収集できるようにする。
- 収集された電子的情報はバックアップのために、複数の場所に保存する。

## 第5章 健診データ等の電子化

## (1) 健診データ提出の電子的標準様式

(健診機関等→医療保険者、医療保険者→医療保険者)

## 1) 基本的考え方

- 今後の新たな健診における、健診データの流れとして以下の場面が考えられる。  
( 別紙6 参照)

- ① 健康診査実施機関・保健指導実施機関→医療保険者〔法第28条〕
- ② (被扶養者の健診を行った) 医療保険者  
→ (被扶養者所属の) 医療保険者〔法第26条〕
- ③ (異動元の) 医療保険者→(異動先の) 医療保険者〔法第27条〕
- ④ 労働安全衛生法に基づく健診を実施した事業者  
→ (当該労働者所属の) 医療保険者〔法第27条〕

また、健康診査等の実施状況などについては、以下の流れが考えられる。

- ⑤ 医療保険者→国、都道府県〔法第15条・第16条〕、支払基金〔法第142条〕

※〔 〕内の法とは、「高齢者の医療の確保に関する法律」。

- 今回の新たな健診において、医療保険者には、被保険者の健診を実施する様々な健診機関や、被扶養者の健診を実施する他の医療保険者、さらには労働安全衛生法に基づく健診を実施する事業者などから、健診データが送付されてくることとなり、複数の経路で複雑に情報のやりとりが行われる。このことから、データの互換性を確保し、継続的に多くのデータを蓄積していくためには、国が電子的な標準様式を設定することが望ましいと考えられる。
- さらに、医療保険者ごとに健診・保健指導の実績を評価する際にも、膨大なデータを取り扱うことから、電子的標準様式が設定されることが必要と考えられる。
- また、電子的標準様式は、将来的に健診項目の変更、追加、削除、順番の変更等があっても対応が容易となるよう定めることが必要である。
- 個人情報の保護には十分に留意する。
- 人間ドック等他の健診のデータも、この電子的標準様式で収集できるようにする。
- 収集された電子的情報はバックアップのために、安全性の確保された複数の場所に保存することが望ましい。
- 医療保険者においては、被保険者の求めに応じて、健診結果を電子的に提供することが望ましい。



標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）

修正案

2) 具体的な様式

- 前ページ①「健診機関等→医療保険者」の提出様式は、以下の要件を満たす「別添の様式」（別紙7、別紙8）とする。
  - ・ 特定のメーカーのハード、ソフトに依存しない形式にすること
  - ・ 将来、システム変更があった場合でも対応が可能な形式にすること
  - ・ 健診機関、医療保険者等の関係者が対応できる方式とすること
 ※ 研究班等で作成したフリーソフトを配布する。
- 前ページ②、③、④の提出様式についても、同様の標準様式であることを考慮する。
- 前ページ⑤の提出様式については、国、都道府県においては、「健康日本21」及び都道府県健康増進計画の見直し及び進捗状況の把握のために、各医療保険者から健診・保健指導実施状況報告が必要であり、そのための標準様式も必要である。

2) 具体的な様式

- 前ページ①「健診機関等→医療保険者」の提出様式は、以下の要件を満たす「別添の様式」（別紙7、別紙8）とする。
  - ・ 特定のメーカーのハード、ソフトに依存しない形式にすること
  - ・ 将来、システム変更があった場合でも対応が可能な形式にすること
  - ・ 健診機関、医療保険者等の関係者が対応できる方式とすること
 ※ 研究班等で作成したフリーソフトを配布する。
- 前ページ②、③、④の提出様式についても、同様の標準様式で対応することを考慮する。
- 前ページ⑤の提出様式のうち、国、都道府県が、全国医療費適正化計画及び都道府県医療費適正化計画の進捗状況や実績の評価のために、各医療保険者から収集する健診・保健指導実施状況については、各医療保険者から支払基金への報告様式を利用することが考えられる。

## (2) 健診項目の標準コードの設定

## 1) 基本的考え方

- 今後の新たな健診において、電子化された膨大な健診データが継続的に取り扱われることになる。その際に、健診項目についても、標準的な表記方法で皆が統一的に使用しなければ、同一の検査であるかどうかについて、電子的に判断できない。そのため、標準的な表記方法として健診項目ごとに標準コードを設定することが必要となる。
- 血液検査データの標準コードは日本臨床検査医学会が作成した JLAC10（ジェイラックテン）を標準的なものとする。
- 質問票についても、標準的な質問項目の設定とその標準コードの設定が必要である。

## 2) 具体的な標準コード

- 血液検査データについては、既存の JLAC10 コード（運用コード）を使用する。
- 質問項目、身長等の JLAC10 コードのない項目については、JLAC10 のコード体系に準じたコードを検討し、標準コードとして設定する。

※ なお、国がフォーマットを定め、上記標準コードはタグの“名称”が決定していることから、標準コード不要論もあるが、今後の拡張性を考慮し、利用する。

## (参考)

標準コードの例。(JLAC10 の運用コード〔6桁〕を使用)

303610 トリグリセライド  
 303850 HDL コレステロール  
 303890 LDL コレステロール  
 300340 AST (GOT)  
 300390 ALT (GPT)  
 300690  $\gamma$ -GT ( $\gamma$ -GTP)  
 302110 クレアチニン(血清)  
 302700 空腹時血糖  
 302710 随時血糖  
 302880 HbA1c  
 302180 尿酸(血清)

## (2) 健診項目の標準コードの設定

## 1) 基本的考え方

- 今後の新たな健診において、電子化された膨大な健診データが継続的に取り扱われることになる。その際に、健診項目についても、標準的な表記方法で皆が統一的に使用しなければ、同一の検査であるかどうかについて、電子的に判断できない。そのため、標準的な表記方法として健診項目ごとに標準コードを設定することが必要となる。
- 血液検査データの標準コードは日本臨床検査医学会が作成した JLAC10（ジェイラックテン）を標準的なものとする。
- 質問票についても、標準的な質問項目の設定とその標準コードの設定が必要である。

## 2) 具体的な標準コード

- 血液検査データについては、既存の JLAC10 コード（17桁コード）を使用する。
- 質問項目、身長等の JLAC10 コードのない項目については、JLAC10 の 17桁コード 体系に準じたコードを検討し、標準コードとして設定する。

※ 標準コード表については、ホームページ (<http://tokuteikenshin.jp>) より入手可能。

## (参考)

基本的な健診項目の標準コードの例 (JLAC17桁コードを使用)。

健診項目	検査方法	JLAC10コード
中性脂肪	可視吸光光度法（酵素比色法・グリセロール除去）	3F01500000232710 1
	紫外吸光光度法（酵素比色法・グリセロール除去）	3F01500000232720 1

## (3) 健診機関・保健指導機関コードの設定

## 1) 基本的考え方

- 医療保険者が被保険者の健診データを管理するためには、健診機関ごとのデータを一括で管理することになる。特に、被保険者の医療保険者間異動があった場合、医療保険者毎に異なった健診機関、保健指導機関のコードを設定しては、十分な分析と評価が出来ない恐れがある。
- 糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群を確実に減らすためには、事業の評価を行うため、健診機関、保健指導機関毎のデータ比較が可能となるよう、健診機関、保健指導機関コードの設定が必要と考えられる。
- なお、医療機関の場合は、既にある保険医療機関コードを活用することが考えられるが、二重に発番がなされていないことを確認する必要がある。

## 2) 具体的なコードの設定

都道府県や国が健診機関コード、保健指導機関コードを設定することは事務的に困難と考えられるため、

- ① 健診機関が医療機関の場合は、保険医療機関番号を代用し、保険医療機関として登録がなされていない健診機関や保健指導機関については、例えば、既存の電話番号を利用することで対応する
- ② 第三者機関が別途、新たに発行する等の方法が可能かどうか検討を行う。

## ○具体的な健診機関コードの設定手順

- ・ 保険医療機関である場合、既存の保険医療機関コードを活用して、「都道府県番号（2桁）+000（3桁）+固有番号（7桁）+登録年（2桁）+種別番号（1桁、医科なら1）の計15桁」とする。
- ※ 二重発番の可能性もあるため、制度開始時（2008（平成20）年4月1日）に存在する保険医療機関は、固有番号の後ろに08（2桁）、2008（平成20）年度以降新たに登録された保険医療機関については、発番された年の西暦下2桁を置く。
- ・ 保険医療機関としてのコードを有さない機関については、000（3桁）+固有番号（7桁）の部分、機関の所有する既存の番号（電話番号の下10桁\*）に置き換え、コードとする。
- ※ 以後、電話番号が変更されても最初に登録した電話番号を使い続けることが必要と考える。
- ・ 保健指導のみ実施する機関については、1桁の新たな種別番号を設定する必要がある。

## ○健診機関コード情報の収集・台帳の整理

都道府県毎の保険者協議会等において、上記の手順に従ったコード設定を行い、健診機関コード情報を収集・整理していくこととする。

## (3) 健診機関・保健指導機関コードの設定

## 1) 基本的考え方

- 医療保険者が被保険者の健診データを管理するためには、健診機関ごとのデータを一括で管理することになる。特に、被保険者の医療保険者間異動があった場合、医療保険者毎に異なった健診機関、保健指導機関のコードを設定しては、十分な分析と評価が出来ない恐れがある。
- 糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群を確実に減らすためには、事業の評価を行うため、健診機関、保健指導機関毎のデータ比較が可能となるよう、健診機関、保健指導機関コードの設定が必要と考えられる。
- なお、医療機関の場合は、既にある保険医療機関コードを活用することが考えられるが、二重に発番がなされていないことを確認する必要がある。

## 2) 具体的なコードの設定

都道府県や国が健診機関コード、保健指導機関コードを設定することは事務的に困難と考えられるため、既存の保険医療機関番号の活用を中心に、保険医療機関として登録がなされていない健診機関や保健指導機関については、第三者機関が別途、新たに発行する方法が適当である。

## ○具体的な健診機関コードの設定手順

- ・ 健診機関には既存の保険医療機関コードを持つ医療機関が多く含まれることから、このコード体系を活用することが合理的であり、「都道府県番号（2桁）+機関区分コード（1桁）+機関コード（6桁）+チェックデジット（1桁）の計10桁」とする。
- ※ 二重発番の可能性を排除するため、発番する機関を一箇所とし、廃止番号や空き番号等の一元的な管理を行う必要がある。
- ・ 前項のルールに従い、保険医療機関である場合は、機関コード及びチェックデジットの部分は、既存の保険医療機関コードをそのまま活用（機関区分コードは医科を意味する1となる）。
- ・ 保険医療機関のコードを有さない機関は、機関区分コード（1桁）+機関コード（6桁）の部分、付番・一元管理する機関に申請しコードを付与されるものとする。
- ・ 保険医療機関のコードを有さず、新たに健診・保健指導のみ実施する機関が、新規登録申請を行った場合は、機関区分コードを2とする。

## ○健診機関コード情報の収集・台帳の整理

社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険団体連合会等の特定健診・保健指導の支払いを代行する機関において、上記の手順に従ったコード設定を行い、健診機関コード情報を一元的に収集・整理すると共に関係者間で共有していくことが考えられる。