

ワーキンググループにおける 検討状況

被扶養者の特定健診の実施形態

代行機関について

特定健診・特定保健指導の受診券・利用券の様式

事務フローの中で決済に失敗した場合の取り扱いルール

加入する医療保険者が変わった場合の健診データの保険者間移動

健診機関等から保険者へ送付され、保険者で保存されるデータの形態

特定保健指導の実施者の供給見通し(報告事項)

健診結果の説明等の法律上の位置付け(報告事項)

特定健診・特定保健指導の内容及び残された論点(報告事項)

被扶養者の特定健診の実施形態について

被用者保険の被扶養者が利便良く地元で受診できるよう、被用者保険は、次の(A)(B)いずれかの方法で被扶養者の健診機関(健診機会)を確保することが可能

<p>(A) 健診機関の全国組織(全国労働衛生団体連合会(全衛連)、日本人間ドック学会、結核予防会等)と契約</p>	<p>代表保険者を定めるか、あるいは健保連等全国団体が代表して契約することにより、契約事務を簡素化</p>
<p>(B) 被扶養者が居住する市町村の国保が当該国保の被保険者に対して用意する特定健診の枠組みを利用させてもらう契約を結ぶ</p>	<p>当該市町村国保が、直診施設等で直接特定健診を行う場合には、被用者保険は、直診施設等に委託契約を申し込むことになる。 市町村国保が地区医師会等に委託して特定健診を実施する場合は、市町村国保への委託、そして再委託という手順をとるのではなく、市町村国保と医師会の契約と同じ条件(単価・内容)で、被用者保険と医師会が契約できるよう、市町村が必要な支援(情報提供・取り次ぎ等)を行う。</p>

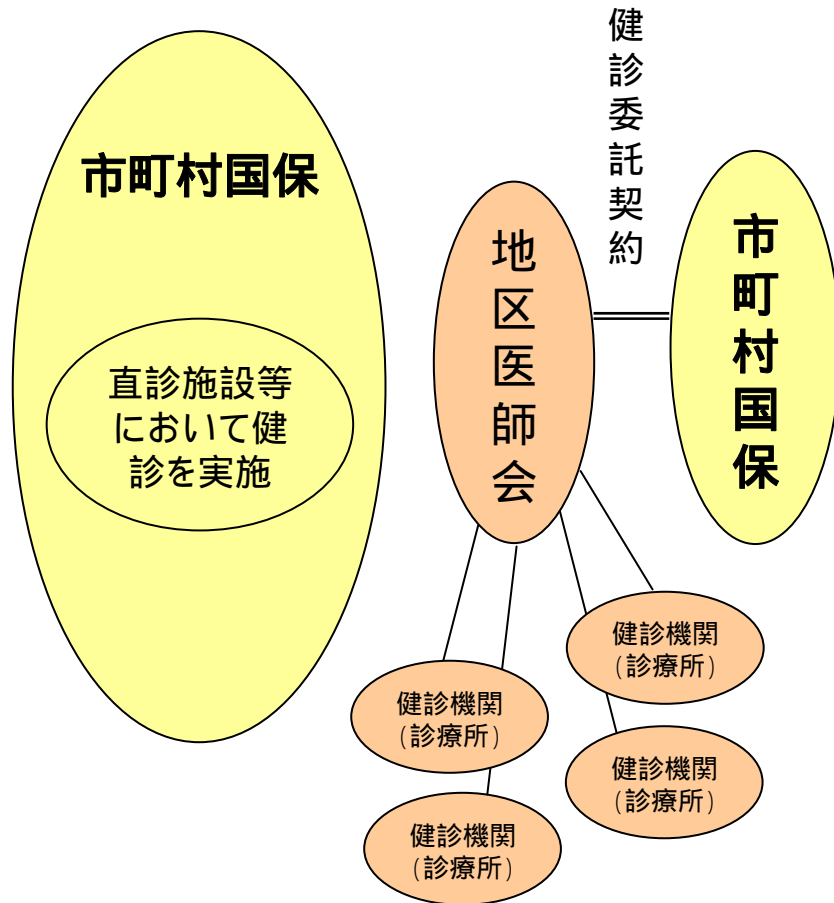
- 「代表保険者」については、保険者間で互選することになるが、協議の場合は、都道府県ごとの保険者協議会が考えられる。また、各市町村はそれぞれどのような特定健診の実施形態(医師会との契約内容含む)をとるかの情報を保険者協議会に提供する。
- 直診施設等と契約(B)を結びたい、又は市町村国保と同条件での契約(B)を結びたい保険者は、例えば2月末までに市町村あてに手を挙げ、代表保険者を窓口とした契約書に名を連ね、年度当初に契約を結ぶという段取りが考えられる(標準的な契約書のひな型を、国において作成)。
- なお、都道府県(あるいは市町村)医師会が都道府県内全体をとりまとめようという地域においては、都道府県(市町村)医師会が、健診機関側の契約窓口になることも考えられる。その場合、契約事務は大幅に簡素化されると考えられる。
- こうした集合契約の枠組みを使用する場合は、受診券(利用券)を発行すること、代行機関を利用することを原則とする。

(参考)

市町村国保における健診体制

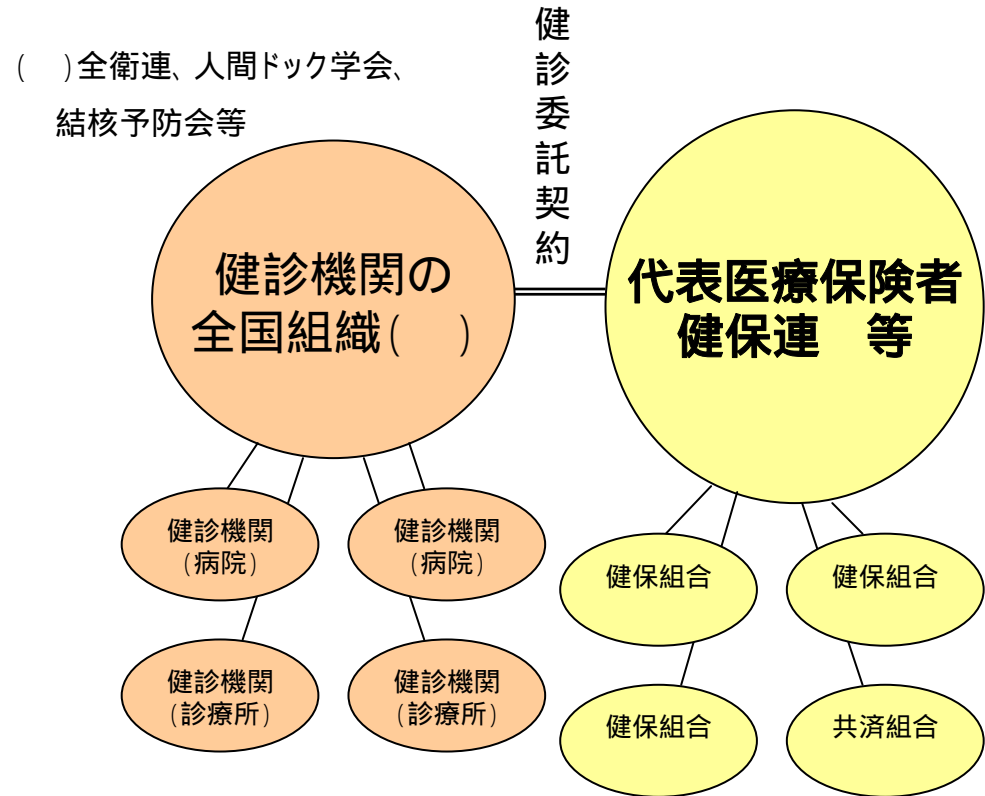
【パターン】

【パターン】



被用者保険における健診体制(被扶養者分)

【パターン(A)】

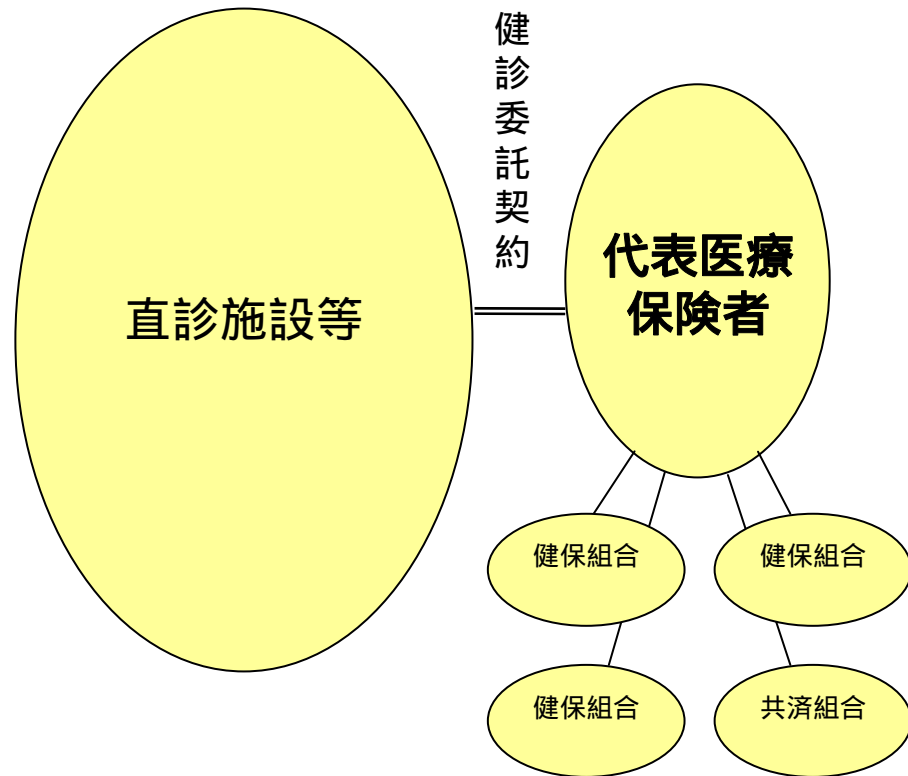


健保組合等の被扶養者は、契約健診機関で、健診を受けることができる。

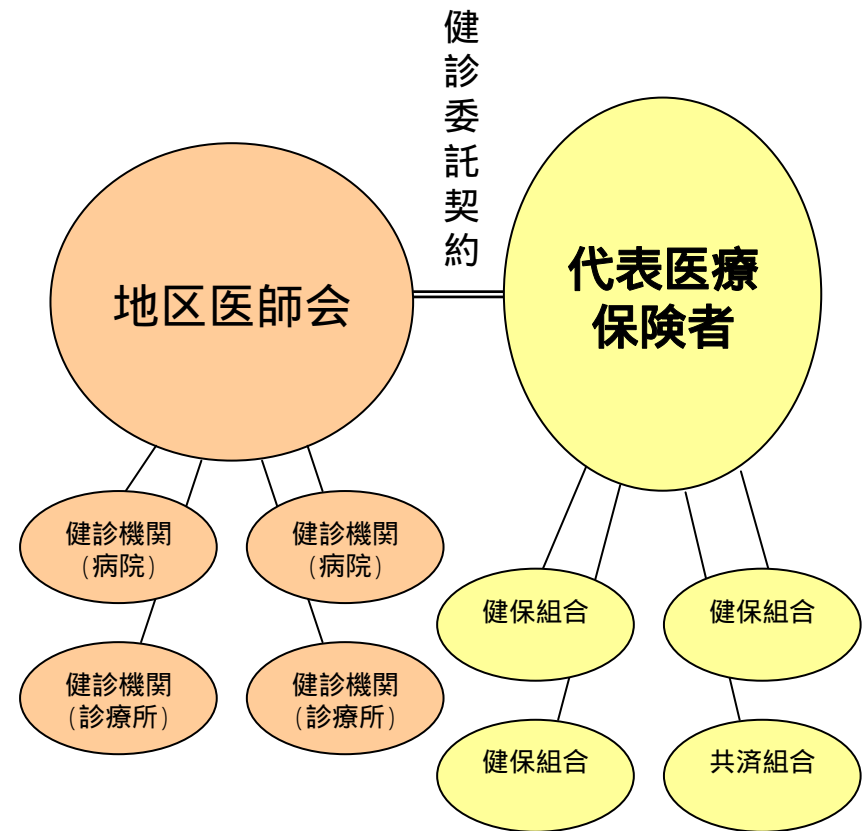
被用者保険における健診体制(被扶養者分)

(被用者保険が、被扶養者健診について、市町村における枠組みを活用する場合)

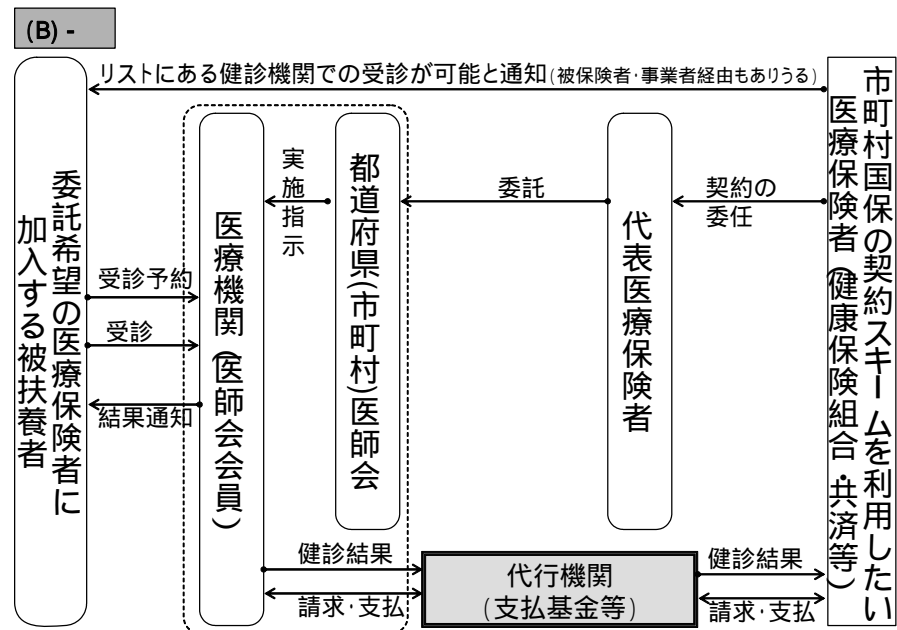
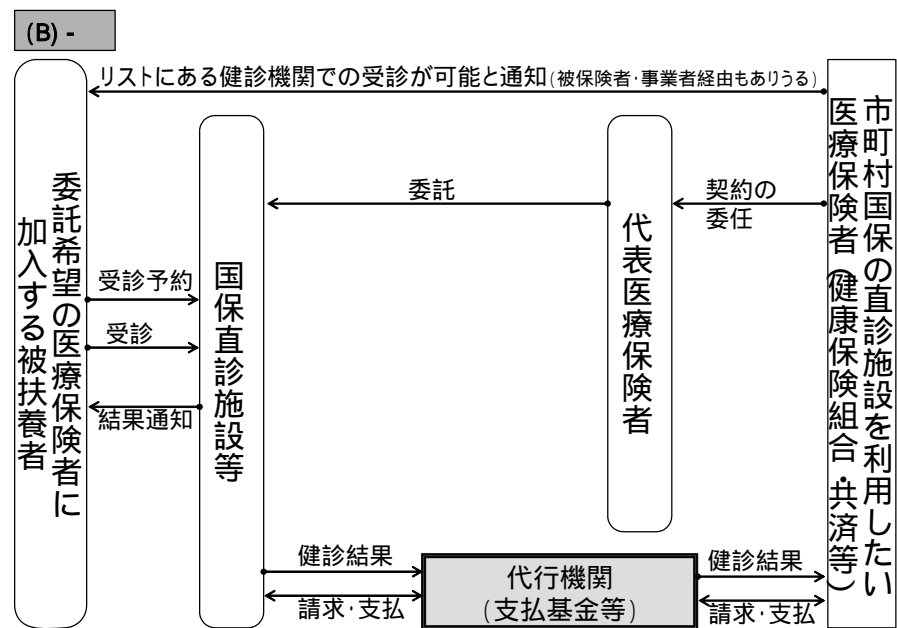
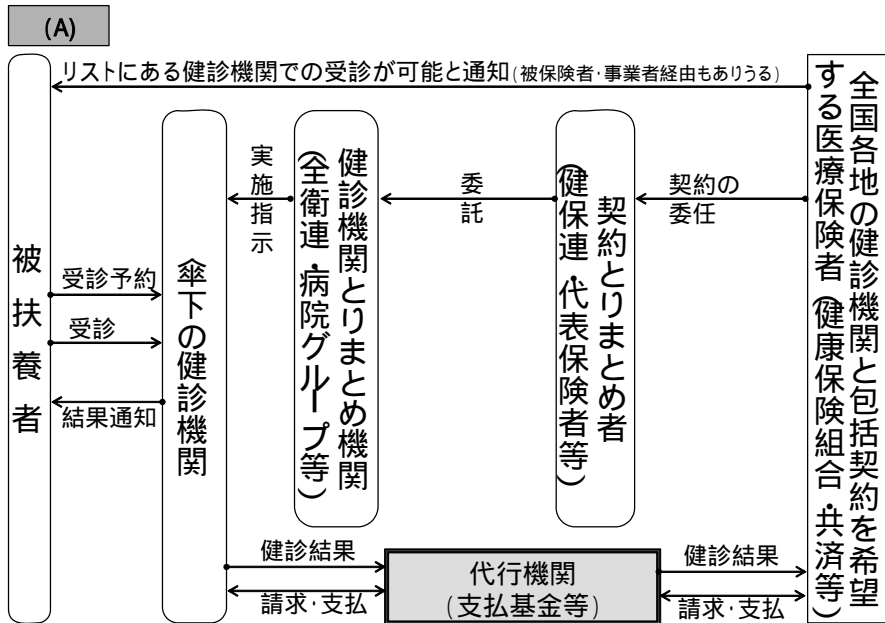
【パターン(B) - 1】



【パターン(B) - 2】



健保組合等の被扶養者は、地元の健診機関で、健診を受けることができる。



市町村は、住民である被扶養者の健康の保持の観点から、代表医療保険者が都道府県(あるいは市町村)医師会と円滑に委託契約できるよう保険者協議会を通じて助言を行う。

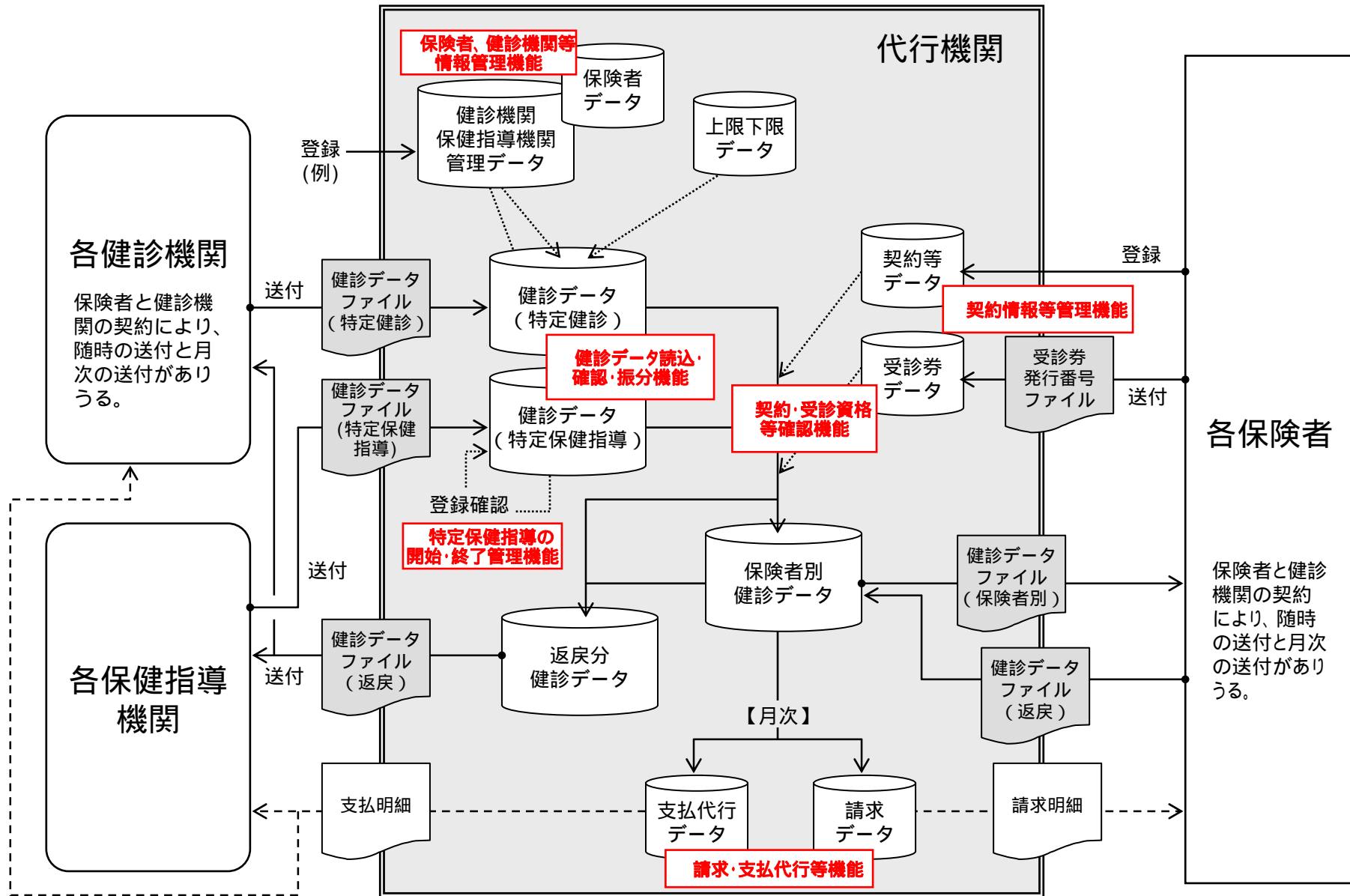
代行機関について

- 代行機関のサービス機能としては多様なものが考えられるが、主に以下の機能が必要であり、これらの機能を実現するために必要な費用(構築費及び運用費)を算定することが必要である。

支払代行や請求等の事務のために健診機関・保健指導機関及び保険者の情報を管理する機能
簡単な事務点検のために契約情報・受診券(利用券)情報を管理する機能
健診機関等から送付された健診データを読み込み、確認し、保険者に振り分ける機能
その際に契約と合っているか、受診資格があるか等を確認する機能
特定保健指導の開始と終了を管理する機能
請求、支払代行等の機能

- そして、必要な費用の算定、及び取扱件数の見込みをもとに、健診データ1件あたりの事務手数料を求め、保険者自らが各健診・保健指導機関からデータの送信を受けたり、個別機関に費用の振り込みを行ったりする場合と比較して妥当な額となるかどうかを、予め検証しておくことが必要であり、関係機関において引き続き検討を行う。
- 代行機関は、各健診機関・保健指導機関及び各保険者を電子的ネットワークにより接続する位置付けになるものであるが、厳格な取り扱いが求められる個人情報である健診データを扱うことを踏まえ、「レセプトのオンライン請求に係るセキュリティに関するガイドライン」に沿った安全対策を講じる必要がある。
- また、新規参入が可能な仕組みとし、保険者が代行機関を選択できるようにすることにより、支払代行及び簡単な事務点検機能の高度化や事務手数料の適正化が期待できることとなると考えられる。

代行機関における事務点検の全体イメージ(標準的な一例)



特定健診・特定保健指導の受診券・利用券の様式

保険者名・番号、加入者名・番号、委託している特定健診や特定保健指導の内容(契約内容)、自己負担すべき額、請求及びデータ送付先(代行機関)、契約とりまとめ機関、使用上の注意、その他保険者自由記入欄といった必須情報を適切に配置した標準様式を、厚生労働省において定める。現在の案は次のとおり。

(表面)

特定健康診査受診券

平成 年 月 日交付

受診券整理番号

被保険者証の記号及び番号 -

受診者の氏名

性別

生年月日

有効期限 平成 年 月 日

健診内容

- ・ 特定健康診査
- ・ その他 ()

窓口での自己負担

- ・ なし
- ・ 定額 (円)
- ・ あり (費用の 割に相当する額)
- ・ あり (費用のうち、 円を超える額)

保険者所在地

保険者番号・名称

印

契約とりまとめ機関名

支払代行機関名

(裏面)

注意事項

1. この券の交付を受けたときは、すぐに住所欄に住所を自署してください。(特定健康診査受診結果の送付に用います。)
2. 特定健康診査を受診するときには、この券と被保険者証を窓口へ提出してください。どちらか一方だけでは受診できません。
3. 特定健康診査はこの券に記載してある有効期限内に受診してください。
4. 特定健康診査受診結果は、受診者本人に対して通知するとともに、保険者において保存します。
5. 被保険者の資格が無くなったときは、5日以内にこの券を保険者に返してください。
6. 不正にこの券を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。
7. この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者に差し出して訂正を受けてください。

住所

(備考)

1. この券の大きさは、縦140ミリメートル横90ミリメートルとする
2. この券は、対象者ごとにこれを作成すること。
3. 「健診内容」欄は、複数に該当する場合には、全て記載すること。追加の健診項目がある場合には、その他の欄に記載すること。また、追加の健診項目が無い場合は、その他の欄は抹消すること。
4. 「窓口での自己負担」欄は、複数に該当する場合には、全て記載すること。また、該当しない事項は抹消すること。
5. 「契約とりまとめ機関名」及び「支払代行機関名」は、該当しない場合は抹消すること
6. 必要があるときは、健診内容、窓口での自己負担、注意事項その他の記載内容について、所要の変更又は調整を加えることができる。

(表面)

特定保健指導利用券	
	平成 年 月 日交付
利用券整理番号	
特定健康診査受診番号	
被保険者証の記号及び番号	-
受診者の氏名	
性別	
生年月日	
有効期限	平成 年 月 日
特定保健指導区分	・ 動機付け支援 ・ 積極的支援
窓口での自己負担	・ なし ・ 定額 (円) ・ あり (費用の 割に相当する額) ・ あり (費用のうち、 円を超える額)
保険者所在地	
保険者番号・名称	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">印</div>
契約とりまとめ機関名	
支払代行機関名	

(裏面)

注意事項
1. 特定保健指導を利用するときには、この券と被保険者証を窓口へ提出してください。どちらか一方だけでは利用できません。
2. 特定保健指導はこの券に記載してある有効期限内に利用してください。
3. 特定保健指導の実施結果は保険者において保存します。
4. 被保険者の資格が無くなったときは、5日以内にこの券を保険者に返してください。
5. 不正にこの券を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。
6. この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者に差し出して訂正を受けてください。

(備考)

1. この券の大きさは、縦140ミリメートル横90ミリメートルとする
2. この券は、対象者ごとにこれを作成すること。
3. 「特定保健指導区分」欄は、該当しない事項は抹消すること。
4. 「窓口での自己負担」欄は、複数に該当する場合には、全て記載すること。また、該当しない事項は抹消すること。
5. 「契約とりまとめ機関名」及び「支払代行機関名」は、該当しない場合は抹消すること
6. 必要があるときは、保健指導内容、窓口での自己負担、注意事項その他の記載内容について、所要の変更又は調整を加えることができる。

【 ～ について】

このような被扶養者健診の契約形態及び事務形態を想定して、各関係者の理解と協力の下、各保険者が必ず使える共通基盤となる仕組みを構築する(この仕組みとは別に、保険者と健診機関等とが個別契約を結んで事業を実施することは可能)ことで、更に具体的な検討を進めることとしていいか。

事務フローの中で決済に失敗した場合の取り扱いルール

- 多くの保険者及び健診機関・保健指導機関が契約に関与し、また、代行機関を活用するであろう集合契約の場合について、契約対象外の者が受診した場合等の取り扱いについては、統一ルールを定め、これを契約上明らかにしておく(基本となる契約書に付属する協定書等に明記)必要がある。
- 具体的には、受診(利用)時の基本的なルールとして、「保険者が受診券(利用券)を発行し、受診者(利用者)はこれを揃えて持参し、健診機関・保健指導機関が、被保険者証と合わせて受診券(利用券)を確認することを基本」とする。

想定されるケース	取り扱い
健診機関・保健指導機関において、受診券(利用券)と被保険者証を確認しなかった場合(加入者が受診券又は被保険者証を忘れてきた場合において、当該機関の判断で受診を認めた場合等)	当該機関の責任・負担とし、保険者からは支払わない(機関は全額を受診者(利用者)に請求)。
健診機関・保健指導機関において、受診券(利用券)と被保険者証を確認したものの、そのいずれかが不正なものであった場合(資格喪失していたものの保険者が回収していなかった場合や、精巧に偽造又はコピーされたものであった場合等)	保険者の責任・負担とし、保険者は定められた費用を機関に支払い、保険者が受診者(利用者)に請求。
健診機関・保健指導機関において、受診券等に記載された内容と異なる検査・請求を行った場合(記載されていない上乘せ検査を行い、その費用の一部を請求した場合等)	当該機関の責任・負担とし、保険者からは支払わない(機関は全額を受診者(利用者)に請求)。

- なお、実施回数が複数回となり、一定の実施期間を必要とする特定保健指導(積極的支援)については、初回面接時に初回登録料的な費用を支払い、最後の評価面接終了後に、残額(契約条件に従った額なので、実施分の費用や成果契約等さまざまな形態が考えられる)を支払うイメージとなる(2回払い)。

<p>特定保健指導の期間(3～6か月)中に、被保険者資格を喪失した場合</p>	<p>資格喪失時点で利用停止とすることとし、保険者は、資格喪失を把握した時点で、保健指導機関にその旨を連絡するとともに、そこまでの特定保健指導の実施実績に応じた費用の支払いを行う。</p>
<p>期間の途中から参加しなくなった(脱落した)場合</p>	<p>(再開の案内・意思確認をし、再開を促した上で)そこまでの特定保健指導の実施実績に応じた費用の支払いを行う。</p>

【 について】

このような取り扱いを基本的なルールとしていいか。

加入する医療保険者が変わった場合の 健診データの保険者間移動について

- 健診データは、いわゆるセンシティブ情報に当たるものであり、その厳格な取り扱いが求められている。退職・転居等に伴い加入する医療保険者が変わった場合、過去の、個人の健診データを新保険者に移動することについては、慎重に検討する必要がある。
- もとより、本人が主体的に、健康手帳等の方法で健診データ等を生涯にわたり継続し、健康管理を行っていくことは望ましいことであるし、本人の同意のもとで、旧保険者から新保険者にデータの提供が行われ、新保険者で全体的なデータ管理がなされることは否定されるべきものではない。
- しかしながら、以下の条件が揃う場合のみデータ移動が発生することから、保険者間でのデータ移動は原則ではなく例外として行うことができるという位置付けと整理したい。
 - ◆ 新保険者が、旧保険者でのデータも含め全体的なデータ管理を行う意向が強い場合
 - ◆ かつ、本人が新保険者のデータ管理に対する意向に同意・賛同するものの、本人から提供できない(散逸等により)ために新保険者が旧保険者から提供を受けることに本人が同意する場合
 - ◆ さらに、旧保険者が最低保管年限を超えて本人に代わりデータを長期保管している場合
- 高齢者医療確保法第27条は、新保険者は、旧保険者に記録の写しを求めることができ、求めがあった場合は、旧保険者はこれを提供しなければならない、と定めているが、この条文は、上記の例外的にデータ移動する場合における根拠規定と解釈するものとする。
- なお、提供に当たってのデータ抽出作業や媒体の送料等の諸費用については、一義的には提供を希望する新保険者が負担すべきものである。(当事者で別段の取り決めは可能)

健診機関等から保険者へ送付され、 保険者で保存されるデータの形態

- 特定健診・特定保健指導に関する記録については、記録データの互換性を確保し、継続的に多くの記録データを蓄積していくために、国において電子的標準様式を設定し、健診・保健指導機関等の関係者が対応できる方式のフリーソフトを国が開発し配付することとしており、電子データによる記録の効率的な保存・やりとりを可能とする準備が進められている。(フリーソフトの構造については、当ワーキンググループでも議論し、健診・保健指導機関及び保険者の意向を反映したソフトとなるよう努めているところ。)
- 保険者において特定健診の結果をもとに階層化を行ったり、特定健診・特定保健指導の実績等を社会保険診療報酬支払基金に報告(報告様式については、現在検討中)したりする場合にも、データが電子化されていることが必要である。
- このことから、平成20年度の制度スタート時点から、電子データのみでの送信及び保険者での保存ということで整理することとする。
- 保険者におけるデータ保存期間については、40歳以上の期間の全データを保有する観点から、「加入者である間は全期間、他の保険者に移動する等加入者でなくなった後は1年程度(例えば翌年度末まで)保存する」、との案もあるが、厳格な管理が必要な大量の健診データの長期保管を義務づけることの保険者の負担や、また、10～20年前のデータを使用した特定保健指導は一般的には非現実的(必要な場合は本人から取得)であることを考慮し、カルテの保管期間など他の多くの例に倣い、義務づけとしては5年分(加入者でなくなった場合は翌年度末まで)とすることが妥当と考えられる。

【 について】

それぞれに記述している考え方に基づき検討を進めることとしていいか。

特定保健指導の実施者の供給見通し

- 特定保健指導の実施者(指導者)は、医師・保健師・管理栄養士が中心となって担うこととされているが、これらの職にある者が、平成20年度以降、全国各地にて特定保健指導の対象者数に見合う数が確保されなければならない。
- 特定保健指導の利用予定者数を、平成20年度時点で約236.4万人と仮定した場合、必要となる実施者数は少なくとも1,341人となる見込みである。

H20年度 40-74歳 人口	特定健診 受診者数 (受診率を60%と 仮定した場合)	特定保健指導利用予定者数 (対象者 の20%が利用すると仮定した場合)			特定保健指導実施者数		
		総数	動機づけ支 援	積極的支援	総数	動機づけ支 援	積極的支援
57,446千人	34,468千人	2,364千人	1,227千人	1,137千人	1,341人	355人	986人

日本の将来推計人口
(国立社会保障・人口問
題研究所)

対象者数 = 健診受診者数の17.8%が動機
づけ支援、16.5%が積極的支援の対象にな
ると仮定(平成16年国民健康・栄養調査より)

- 実施者(医師・保健師・管理栄養士)は現状で右表のような数となっている。
- 以下の点を考慮すると、実施者の確保は可能と考えられる。
 - ◆ 潜在(在宅)の者や毎年の新規登録者の数
 - ◆ 現在市町村にて老健事業に従事する保健師の一部が、特定保健指導へシフト可能であること

	医師	保健師	管理栄養士
市町村		22,313人	1,542人
病院・診療所	256,668人	9,826人	17,754人
事業所	690人	2,415人	1,715人
潜在(在宅)	2,059人	19,712人	5,772人
新規登録者	7,568人	7,425人	7,637人

行政機関に所属している医師が1,849人おり、その一部が市町村に在籍していると思われる

参考 -1: 特定保健指導の実施者数 (実施率等を下のように仮定した場合の粗い試算)

前提となる対象者数を次のように仮定

	40～74歳 人口(1)	健診 実施率	健診 受診者	保健指導対象者(2)			保健指導 実施率	保健指導利用予定者		
				総数	動機づけ	積極的		総数	動機づけ	積極的
20年度	57,446	60%	34,468	11,822	6,135	5,687	20%	2,364	1,227	1,137
21年度	57,660	65%	37,479	12,855	6,671	6,184	25%	3,214	1,668	1,546
22年度	57,852	65%	37,604	12,899	6,694	6,205	30%	3,870	2,008	1,862
23年度	58,051	70%	40,636	13,938	7,233	6,705	35%	4,879	2,532	2,347
24年度	58,309	70%	40,816	14,000	7,265	6,735	45%	6,300	3,269	3,031
25年度	58,659	75%	43,994	15,090	7,831	7,259	50%	7,546	3,916	3,630
26年度	59,067	75%	44,300	15,195	7,885	7,310	55%	8,358	4,337	4,021
27年度	59,212	80%	47,370	16,248	8,432	7,816	60%	9,749	5,059	4,690

(千人)

(千人)

(千人)

(千人)

- 1: 日本の将来推計人口
(国立社会保障・人口問題研究所)
- 2: 平成16年国民健康・栄養調査より、動機づけ
支援(17.8%)、積極的支援(16.5%)と仮定



平成16年国民健康・栄養調査による、メタボリック
クシンドローム有病者約940万人、予備群約1,020
万人(40-70歳人口約5,700万人中)をそれぞれ積
極的支援、動機づけ支援対象者と仮定。

特定保健指導実施による、生活習慣病有病者・
予備群の減少効果は見込んでいない。

1 全て集団面接により実施した場合

対象者12名以下に対して保健指導実施者2名配置することから、保健指導実施者1人あたり6名対応することとし、1日3グループ(1グループあたり80分)実施する。

なお、積極的支援は3回実施するものと仮定する。

動機づけ支援

	対象者	実施率	準備	稼働率	実施者数
20年度	1,227	1/18	1.15	1/221	355
21年度	1,668	1/18	1.15	1/221	482
22年度	2,008	1/18	1.15	1/221	580
23年度	2,532	1/18	1.15	1/221	732
24年度	3,269	1/18	1.15	1/221	945
25年度	3,916	1/18	1.15	1/221	1,132
26年度	4,337	1/18	1.15	1/221	1,254
27年度	5,059	1/18	1.15	1/221	1,463

(千人)

(人)

積極的支援

	対象者	実施率	準備	稼働率	頻度	実施者数
20年度	1,137	1/18	1.15	1/221	3	986
21年度	1,546	1/18	1.15	1/221	3	1,341
22年度	1,862	1/18	1.15	1/221	3	1,615
23年度	2,347	1/18	1.15	1/221	3	2,035
24年度	3,031	1/18	1.15	1/221	3	2,629
25年度	3,630	1/18	1.15	1/221	3	3,148
26年度	4,021	1/18	1.15	1/221	3	3,487
27年度	4,690	1/18	1.15	1/221	3	4,067

(千人)

(人)

	合計
20年度	1,341
21年度	1,823
22年度	2,195
23年度	2,767
24年度	3,574
25年度	4,280
26年度	4,741
27年度	5,530

(人)

2 全て個別面接により実施した場合

保健指導実施者1人あたり、1日18人(対象者1人あたり20分)対応する。

なお、積極的支援は3回実施するものと仮定する。

動機づけ支援

	対象者	実施率	準備	稼働率	実施者数
20年度	1,227	1/18	1.15	1/221	355
21年度	1,668	1/18	1.15	1/221	482
22年度	2,008	1/18	1.15	1/221	580
23年度	2,532	1/18	1.15	1/221	732
24年度	3,269	1/18	1.15	1/221	945
25年度	3,916	1/18	1.15	1/221	1,132
26年度	4,337	1/18	1.15	1/221	1,254
27年度	5,059	1/18	1.15	1/221	1,463

(千人)

(人)

積極的支援

	対象者	実施率	準備	稼働率	頻度	実施者数
20年度	1,137	1/18	1.15	1/221	3	986
21年度	1,546	1/18	1.15	1/221	3	1,341
22年度	1,862	1/18	1.15	1/221	3	1,615
23年度	2,347	1/18	1.15	1/221	3	2,035
24年度	3,031	1/18	1.15	1/221	3	2,629
25年度	3,630	1/18	1.15	1/221	3	3,148
26年度	4,021	1/18	1.15	1/221	3	3,487
27年度	4,690	1/18	1.15	1/221	3	4,067

(千人)

(人)

	合計
20年度	1,341
21年度	1,823
22年度	2,195
23年度	2,767
24年度	3,574
25年度	4,280
26年度	4,741
27年度	5,530

(人)

参考 -2: 医師・保健師・管理栄養士の数

医師

1. 新規登録者数
7,568人(平成17年12月末現在)

2. 登録者数
460,993人(平成17年12月末現在)

3. 業務種別医師数 (単位:人)

業務	医師
病院	163,683
診療所	92,985
介護老人保健施設	2,668
医育機関の臨床系以外の勤務者又は大学院生	4,049
医育機関以外の教育機関又は研究機関	1,211
行政機関	1,849
産業医	690
保健衛生業務	808
その他	369
無職の者(不詳含む)	2,059
合計	270,371

注) 「医師・歯科医師・薬剤師調査」(平成16年12月現在)

保健師

1. 新規登録者数
7,425人(平成17年12月末現在)

2. 登録者数
132,351人(平成17年12月末現在)

3. 就業場所別保健師数 (単位:人)

就業場所		保健師
地域保健	保健所	7,635 *
	市町村	22,313 *
	小計	29,948
保健師学校・養成所		841 *
介護保険施設等		542 *
訪問看護ステーション		487 *
社会福祉施設		471 *
事業所		2,415 *
その他		1,440 *
病院		2,939
診療所		6,887
潜在保健師		19,712
合計		65,682

注)1 「*」は、「衛生行政業務報告」(平成16年度末現在)

「病院」は、「病院報告」(平成17年10月1日現在)

「診療所」は、「医療施設調査」(平成17年10月1日現在)

2 「潜在保健師」は、保健指導室による推計。

3 保健師数は常勤保健師、非常勤保健師を含む。

4 「介護保険施設等」とは、介護老人保健施設、指定介護老人福祉施設、居宅サービス事業所、居宅介護支援事業所を含む。

管理栄養士・栄養士

1. 新規登録者数
管理栄養士 7,637人(平成17年12月末現在)
栄養士 18,873人(平成17年度末現在)

2. 登録者数
管理栄養士 122,807人(平成17年12月末現在)
栄養士 854,290人(含管理栄養士)(平成17年度末現在)
1, 2は、管理栄養士数:生活習慣病対策室調べ、栄養士数:衛生行政報告(平成17年度末現在)により計上。

3. 就業場所別管理栄養士・栄養士数 (単位:人)

就業場所		管理栄養士	栄養士	計
地域保健	本庁(都道府県、政令市、特別区)	394	60	454
	保健所	1,357	70	1,427
	市町村	1,542	888	2,430
	小計	3,293	1,018	4,311
学校給食施設		6,258	7,257	13,515
病院		17,754	14,937	32,691
介護老人保健施設		3,626	3,478	7,104
老人福祉施設		5,599	7,517	13,116
児童福祉施設		1,856	8,985	10,841
社会福祉施設		1,203	3,168	4,371
事業所		1,715	3,877	5,592
寄宿舎		298	707	1,005
矯正施設		67	18	85
自衛隊		166	78	244
一般給食センター		190	667	857
在宅管理栄養士・栄養士 ^{注2)}		5,772	4,001	9,773
教育研究(栄養士養成施設・研究所等) ^{注2)}		1,930	449	2,379
その他		399	862	1,261
合計		50,126	57,019	107,145

注)1 行政栄養士調査結果(平成17年7月現在) 生活習慣病対策室

2 日本栄養士会職域協議会別会員数(平成17年度末現在) 日本栄養士会

その他の数値については、「衛生行政報告」(平成17年度末現在)

健診結果の説明等の法律上の位置付け

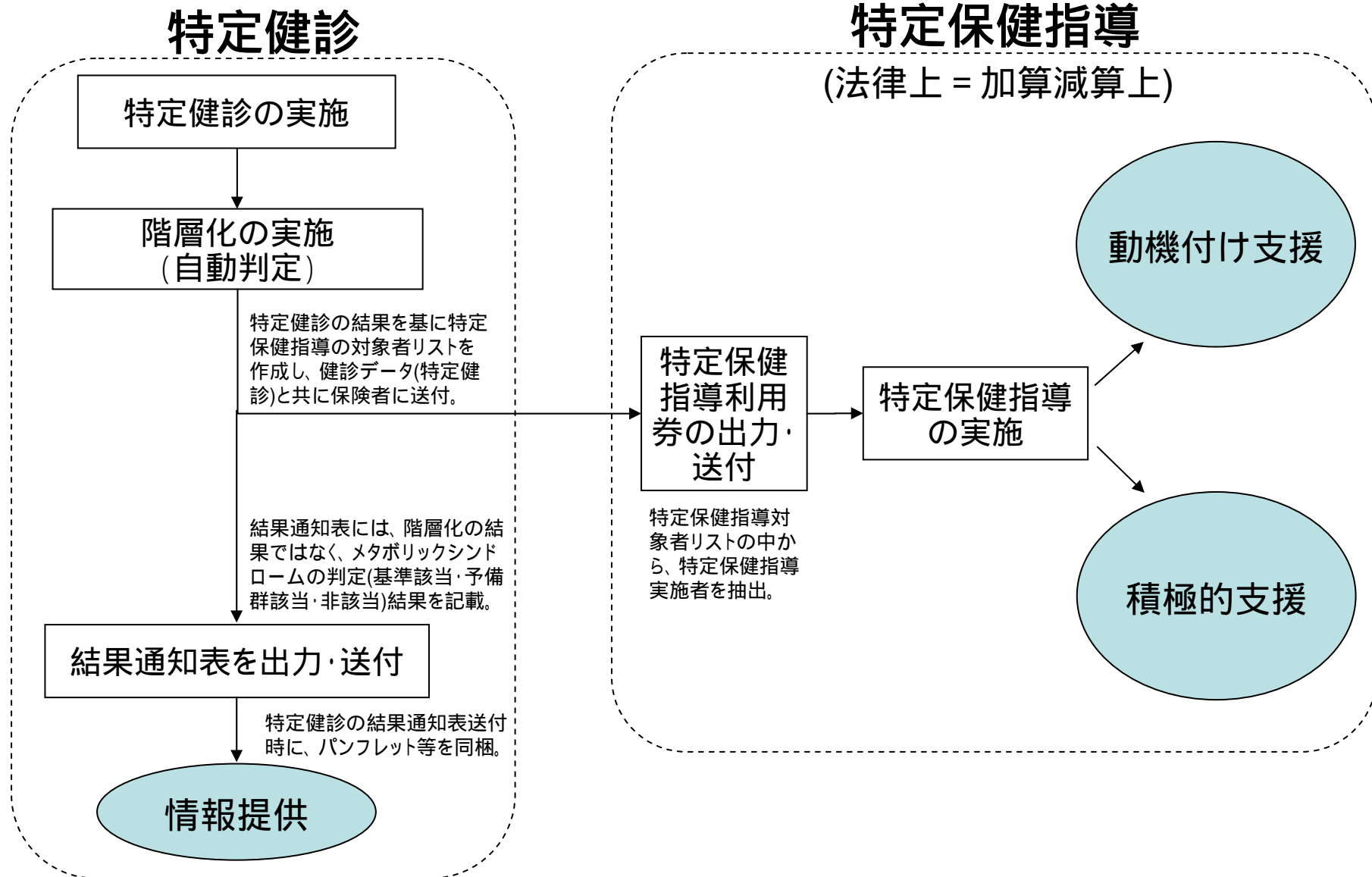
- 「標準的な健診・保健指導プログラム(暫定版)」においては、特定健診の結果を基に階層化を行い、それを基に特定保健指導(情報提供・動機付け支援・積極的支援)を行うこととされているが、

- 加入者に行動変容を促す特定保健指導として保険者に義務づけようとしているのは「動機付け支援」及び「積極的支援」であり、仮に「情報提供」(全員を対象)も特定保健指導の対象とした場合、パンフレットを加入者全員に送れば特定保健指導の実施率が100%となってしまう問題もあること
- 特定健診の結果を基にどの区分に該当するか自体は自動的に判定され、健診機関における健診結果の説明の際には、その情報も受診者に伝えられることが一般的であるとともに、その際に受診者にパンフレットを渡す「情報提供」まで行うことも自然であること

以上から、高齢者医療確保法でいう「特定健診」は、特定健診の実施から結果説明、階層化、情報提供までの範囲を表す用語とし、「特定保健指導」は、動機付け支援及び積極的支援を表す用語と整理することとする。

- この整理に基づき、特定保健指導の実施率とは、動機付け支援及び積極的支援対象者のうちこれらを受けた者、と定義されることになる。

特定健診から特定保健指導への流れ



特定健診・特定保健指導の 内容に関し残された論点

- 「標準的な健診・保健指導プログラム(暫定版)」については、暫定版によるモデル事業の実施結果を踏まえ、確定させることとなっており、保険者による特定健診・特定保健指導は、原則としてそのプログラムを使用することになる。
- プログラムに基づく階層化の結果、対象者のうちどの程度が動機付け支援又は積極的支援に該当することになるか等の実績をみて、同プログラムについて審議している健康局の検討会(標準的な健診・保健指導の在り方に関する検討会)において、検討され、結論が出されることになる。
- 医療を受けている者を特定健診・特定保健指導の対象とするかどうか、も、同検討会の検討課題である。
- また、事業主健診項目との調整、という課題については、できるだけ受診する労働者の負担を減らす方向で検討しているが、一方で、労働安全衛生法に基づく健康診断はどうあるべきか、という議論も必要であり、現在、労働基準局においても検討会(労働安全衛生法における定期健康診断等に関する検討会)を設けて並行して議論を進めているところである。同法による保健指導との関係についても同様。
- 各保険者は、国が定めた特定健康診査等基本指針に即して特定健康診査等実施計画を策定・公表することとされており、同計画には、特定健康診査の実施率等の目標を定めることとされている。保険者間のデータ移動が必ずしも行われないこと(参照)からも、実施率の算定には、年度途中で保険者を移動した者は対象者数にも実施者数にも含めずに算定する取り扱いとしてよいか、という議論も必要。

- 各保険者が社会保険診療報酬支払基金に報告する際の様式については、電子的様式として現在検討中であるが、報告内容は、各保険者が特定健康診査等の実施及びその成果に関する具体的な目標として定めるべき旨を国が定める基本方針において定めた事項についての実績が、根拠とともに報告される(達成状況の評価は、後期高齢者医療支援金の算定に影響)ものとし、その目的のために必要な範囲の情報内容(個人は特定されず、また単年度の特定健診・特定保健指導実績データのみ)とする。
- 各保険者が定める実施計画の目標値については、被用者保険と地域保険とでは、加入者の現在の健診実態及び関係制度による健診のカバー状況が異なることを踏まえた設定を検討することが必要。この他、加入者の居住地の広がり具合や地域性の考慮も検討課題であるが、一方で、目標値の基準が過度に複雑化しないことも必要と考えられる。
- 保険者による特定健診・特定保健指導と直接関係があるわけではないが、75歳以上を対象とする後期高齢者医療制度(実施主体は都道府県単位の広域連合)の保健事業の取り扱いについては、介護保険制度の地域支援事業(いわゆる介護予防事業)と連携をとりつつ行う方向である。