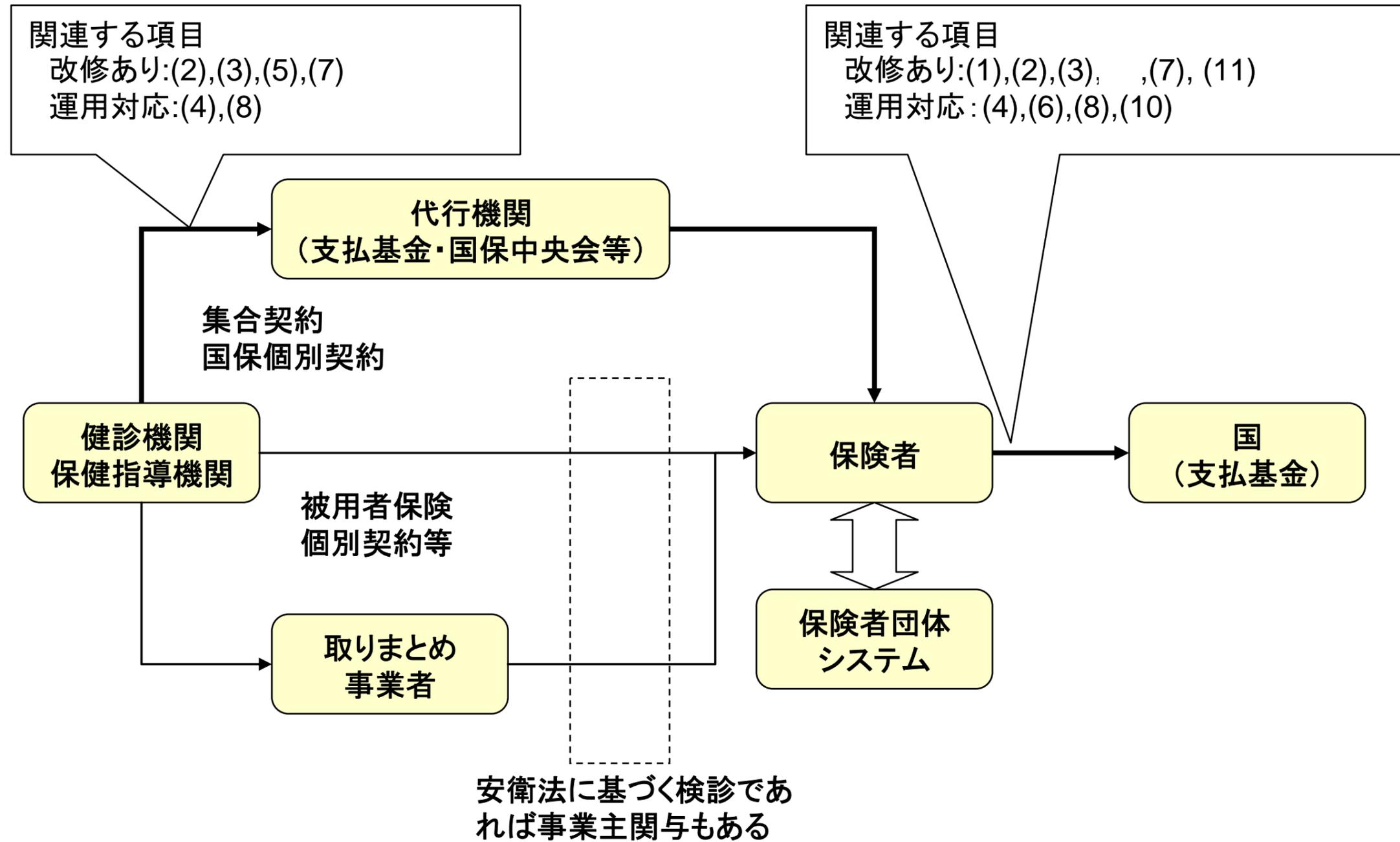


個別項目実装・チェックルール(案)

対象確認のための全体像



各改修項目採用の是非については次回 WG において決着を得るものとし、本準備会では採用される場合において考えられる返戻ルールについて合意形成することを目的とする。

改修項目	改修方針(案)	検討における留意点・備考等	返戻ルール(案) (チェックルールのたたき台等)	対応する修正箇所 (資料名、具体的ページや項目番号等を記載予定)			
				仕様解説書	スキーマ	手引き	通知等
(1) 健診受診者・ 保健指導利 用者の被保 険者本人又 は被扶養者 の別を明らか にする	<p><b>対象:様式変更</b> <b>保険者→国</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>集計情報ファイルでの報告は求めず、</li> <li>個票情報ファイルに、被用者・被扶養者の区分を設ける。</li> <li>制度属性情報(強制、特例退職、任意継続)の区分を設ける必要があるか。</li> <li>上記の区分を設ける場合には、任意継続保険者、特例退職者について、法律上の被扶養者か、運用上の被扶養者かの明確化する。</li> </ul> <p>国保側システムにおいても改修を行う</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人属性(被保険者本人または、被扶養者)の区分を設ける必要がある。</li> <li>制度属性情報を設ける必要があるか。</li> <li>受診時と報告時で、属性が変化している場合は、健診は受診日、保健指導は初回面接日とする。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>具体的な改修方法(案) <ul style="list-style-type: none"> <li>各個票において、「本人属性」(仮称)が出現していること</li> <li>「本人属性」は、以下の何れかの値をとること <ul style="list-style-type: none"> <li>1:被保険者本人、2:被扶養者</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>※ 制度属性情報の区分が必要な場合。 <ul style="list-style-type: none"> <li>「制度属性」は、以下の何れかの値をとること <ul style="list-style-type: none"> <li>1:強制、2:任意継続、3、特例退職者</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>出現場所 <ul style="list-style-type: none"> <li>「ヘッダ部」-「健診管理情報」-「受診者情報」内</li> <li>/ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/id <ul style="list-style-type: none"> <li>@extension 別途定義するコード値をセットする(半角数値)</li> <li>@root 「本人属性」「制度属性」を意味するOIDを設定する</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>返戻条件 <ul style="list-style-type: none"> <li>「本人属性」が出現していない</li> <li>「制度属性」が出現していない(制度属性情報採用時)</li> <li>各属性に、所定の値以外が設定されている</li> </ul> </li> <li>備考 <ul style="list-style-type: none"> <li>「本人属性」「制度属性」のポキャブラリを定義すること。</li> <li>「本人属性」「制度属性」のOIDを定義すること</li> <li>被用者保険で用いられることが中心のため、出現を必須とるのは、被用者保険に限定してはどうか。この場合、国保側での影響を最小限とすることが可能になると考えられる。</li> <li>両属性をまとめ、一つのOIDで管理する方法も考えられる。 <ul style="list-style-type: none"> <li>1. 強制被保険者</li> <li>2. 強制被扶養者</li> <li>3. 特例退職被保険者</li> <li>4. 特例退職被扶養者</li> <li>5. 任意継続被保険者</li> <li>6. 任意継続被扶養者</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>				

<p>(2) 「標準的な健診・保健指導プログラム」での特定健診項目のデータ範囲のチェック</p>	<p><b>対象:様式変更</b> <b>実施機関→保険者</b> <b>保険者→国</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 実測値を必須化し、H、L、の場合も実測値を記入することとする。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 本来であれば、H Lの基準となる範囲の妥当性についても再確認が必要となるが、実測値を入力可能とすることを優先事項とする。</li> <li>● <u>現行テーブルでの桁数等の制約は変更しないこととする。</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 具体的な改修方法(案) <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 入力範囲を超えた場合の記述においては、仕様解説書表 19に示すように @xsi:type にCDを設定し例外処理を行うことを止める。</li> <li>➢ @xsi:type をPQの状態を維持し、11.12.2 に入力最小値、最大値を超えた値であっても記述する。 <ul style="list-style-type: none"> <li>◇ この場合、現在定められている有効桁数内で表記可能な範囲内で記載すること。</li> <li>◇ 表現可能範囲を超える場合は、全桁を9で埋めることとする。</li> </ul> </li> <li>➢ また、入力可能範囲を超えている場合は 11.11.5-11.11.8 の各属性値を追加出現させる。</li> </ul> </li> <li>● 出現場所 <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 現状に同じ</li> </ul> </li> <li>● 返戻条件 <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 入力可能範囲を超えた値を記載している場合において、 <ul style="list-style-type: none"> <li>◇ @xsi:type が PQ になっていない。</li> <li>◇ 11.11.5-11.11.8 の各属性値を追加出現していない。(要議論)</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>● 備考 <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 入力最大値、最小値を超えており、かつ各施設の基準値を超えている場合は、11.11.5(入力下限上限)および11.12.1(結果解釈コード)の二か所に [H][L]が出現することになる。</li> <li>➢ 入力範囲を超えているという解釈(11.11.5-11.11.8)の記述必要性については、今後検討が必要</li> </ul> </li> </ul>				
--	--	---	---	--	--	--	--

<p>(3) ヘモグロビン A1c 検査の検査結果について、NGSP 値によるデータの受け入れを可能とする。</p>	<p><b>対象:ルール・マスタ修正</b>  <b>実施機関→保険者</b>  <b>保険者→国</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>新たな JLAC10 コードを付した NGSP 値の項目を追加。</li> <li>NGSP 値と JDS 値を同時に出現することとした場合には、各保険者が受け取り後に検算を行った際に、示されている変換値と合致しない場合、データの適正性について、疑義が生じる可能性がある。</li> <li>平成 25 年度実施分の健診データからは、NGSP 値のみを受け入れるとした場合には、健診実施日を基準に健診項目コードチェックを行う。(平成 24 年度以前分については JDS 値での報告を受け入れる。)</li> <li>国への報告様式については、平成 26 年 11 月報告〆切り分より NGSP の受け入れを開始する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 返戻ルールの明確化必要 <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 平成 25 年度実施分の健診データは NGSP 値のみとした場合の JDS 値報告がなされた場合の取扱い</li> <li>➢ 平成 24 年度実施分が平成 25 年度に入ってから請求される可能性も留意した構造とする。</li> </ul> </li> <li>● 健診実施施設等における NGSP 値への出力変更の完了状況、平成 25 年度開始時点での見通しについて、何らかの現状把握を行う必要がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 具体的な改修方法案 <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 次回WGで決定される方式は、NGSP値単記、または、NGSP値とJDS値の併記のいずれかであることを前提とする。</li> </ul> </li> <li>● 出現場所 <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 現在の出現場所に同じ</li> </ul> </li> <li>● 返戻条件(HbA1cを検査項目として出現させる場合) <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ NGSP値単記の場合 <ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 平成 25 年度以降に受け取るデータについて、JDS値が出現してはならない。</li> <li>◇ 以下は、空腹時血糖値が報告データに含まれておらず、HbA1c を血糖リスク評価に使用する場合において適用される。 <ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 健診受診日が、平成 24 年度中 <ul style="list-style-type: none"> <li>● NGSP 値:即返戻</li> <li>● JDS 値:特定健診データとして受け入れ、階層化に使用する。</li> </ul> </li> <li>◇ 健診受診日が、平成 25 年度以降 <ul style="list-style-type: none"> <li>● NGSP 値:特定健診項目として受け入れる</li> <li>● JDS 値:即返戻</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> </li> <li>➢ NGSP値とJDS値の併記の場合 <ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 平成 25 年度以降に受け取るデータについて、NGSP値、JDS値のいずれか一方が出現していない。</li> <li>◇ 以下は、空腹時血糖値が報告データに含まれておらず、HbA1c を血糖リスク評価に使用する場合において適用される。 <ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 健診受診日が、平成 24 年度中 <ul style="list-style-type: none"> <li>● NGSP 値: 即返戻</li> <li>● JDS 値:特定健診データとして受け入れ、階層化に使用する。</li> </ul> </li> <li>◇ 健診受診日が、平成 25 年度以降 <ul style="list-style-type: none"> <li>● NGSP 値:特定健診項目として受け入れる (←こちらを利用)</li> <li>● JDS 値:その他健診項目として受け入れる</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> </li> <li>● 備考 <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 原則として、血糖リスク評価は、空腹時血糖を優先して評価する。</li> <li>➢ JDS 値、NGSP 値間での整合性を代行機関において確認しない場合は、保険者等において確認が行われ、返戻や疑義照会が行われることがある。</li> <li>➢ JDS 値単独でしか計測困難な施設において、JDS 値単独での報告を認めるのか、JDS 値から NGSP(相当)値を算出して報告するののかについては要議論。</li> </ul> </li> </ul> </li></ul>				
--	--	---	---	--	--	--	--

<p>(4) 特定健康診 査結果データ ファイルとそ の健診に基づ く特定保健指 導ファイルの 紐付け</p>	<p>対象:様式変更 実施機関→保険者 保険者→国</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>利用券番号を必須化した上で付番方法を徹底する。</li> <li>現行ルール:年度(西暦下2桁)+種別*1(1桁:積極的支援の場合は「2」、動機付け支援の場合は「3」)+個人番号(8桁:自由に設定。但し連番での設定を遵守)の11桁</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 具体的な改修方法案 <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 保険者→国時において各個票において、「利用券情報」の出現を必須とする。</li> <li>➢ /ClinicalDocument/participant[functionCode/@code="2"]/の多重度を1..1とする。</li> <li>➢ <b>利用券を用いていない場合は、保険者において記入するのではなく、委託時に利用券番号に埋めるべき情報を保険者が指定し、実施機関がその指定値を設定する運用としてはどうか。</b></li> <li>➢ <b>上位3桁は現行ルールに従うこととし、下部8ケタについては所定の固定値を埋めることとする。</b></li> </ul> </li> <li>● 出現場所 <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 「ヘッダ部」-「保健指導管理情報」-「受診券・利用券情報」</li> <li>➢ /ClinicalDocument/participant[functionCode/@code="2"]/associatedEntity/id/@extension</li> </ul> </li> <li>● 返戻条件 <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 「利用券情報」が出現していない</li> <li>➢ <b>本来は利用券整理番号の年度は、報告年度及びその前年度のいずれかとなることが想定されているが、それ以外の値を示している場合の取扱いについては議論要。</b></li> </ul> </li> <li>● 備考 <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 同一の利用券整理番号が、出現してもエラーとしないこと。</li> </ul> </li> </ul>				
<p>(5) 血清クレアチ ニン検査結果 の小数点以下 2桁まで表示</p>	<p>対象:様式変更 実施機関→保険者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>小数点以下2桁まで表示できるようにする。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 必須項目ではなく、その他の健診(人間ドック、追加健診)における受け入れ項目の一環として取り扱う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 具体的な改修方法案 <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 表○中の有効桁数を、少数点2桁までとする。(テーブル定義の変更)</li> </ul> </li> <li>● 出現場所 <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 現在と同じ</li> </ul> </li> <li>● 返戻条件 <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 特になし</li> </ul> </li> <li>● 備考 <ul style="list-style-type: none"> <li>➢</li> </ul> </li> </ul>				

<p>(6) 【P】 実施形態を 明確化する。</p>	<p>対象:様式変更 保険者→国</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>各保険者において、 国への報告データ作成時に受診券・利用券情報の出現部に、 別 OID を持つコードを 出現させることで記載 を可能とする。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>保険者が契約形態 把握の事務負担に 耐えられることを前提とする。</li> <li>この実施形態情報の 出現を被用者保険 において必須化する かについては、 要議論</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>具体的な改修法案 <ul style="list-style-type: none"> <li>主として、集合契約 A,B と個別契約の把握等が目的となることから、被用者保険者において、様式に追記を行う方法が適当と思われる。</li> <li>受診券情報 <ul style="list-style-type: none"> <li>/ClinicalDocument/participant/associatedEtinity/id の多重度を 1..2 に改めるとともに、@root の多重度を 0..1 に変更する。</li> <li>そのうえで、@extension に新たに定める実施形態コードを、@root に新たに定める OID を設定することとしてはどうか。</li> </ul> </li> <li>利用券情報 <ul style="list-style-type: none"> <li>9.6 associatedEtinity/id の多重度を 1..2 に改めるとともに、@root の多重度を 0..1 に変更する。</li> <li>そのうえで、@extension に新たに定める実施形態コードを、@root に新たに定める OID を設定することとしてはどうか。</li> </ul> </li> <li>市町村国保においては、この情報を設定する必要は無い</li> </ul> </li> <li>返戻条件 <ul style="list-style-type: none"> <li>本情報を出現させる場合において、OID や実施形態を示すコードが、所定のものではない。</li> </ul> </li> <li>備考 <ul style="list-style-type: none"> <li>現行では、受診券番号、利用券番号記載部において、9.6.2 @root の出現が多重度0で定義されている。これは、各事業者からデータ入手する時点では記載されているものであり、保険者側での削除を求められているものである。この削除を取りやめ、9.6.2 の出現を必須化させる選択肢もあるが、この場合、市町村国保保険者においてもシステム修正が必須になってしまう。これを防ぐため改修案では、9.6.2 の多重度を 0..1 とした。これにより、スキーマファイルの差し替えのみで、実質的な対応が可能になると思われる。</li> </ul> </li> </ul>				
<p>(7) 積極的支援 における支援 B の必須解除</p>	<p>対象:ルール徹底 実施機関→保険者 保険者→国</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>支援 B の最低実施ポイントである 20 ポイントのチェックを無くし、支援 A160 ポイント以上、合計 180 ポイント以上となっていない場合にチェックするルールとする。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>具体的な改修法案 <ul style="list-style-type: none"> <li>支援 B 必須チェックの解除を行う。</li> </ul> </li> <li>出現場所 <ul style="list-style-type: none"> <li>現在に同じ</li> </ul> </li> <li>返戻条件 <ul style="list-style-type: none"> <li>積極的支援において、合計ポイントが 180 ポイント未満 または、支援 A ポイントが 160 ポイント未満である。</li> </ul> </li> <li>備考</li> </ul>	不要	不要		

<p>(8) 健診結果について、事業主健診の結果を取得したのか、その他健診の結果を取得したのかを明確化</p>	<p>対象:ルール徹底 実施機関→保険者 保険者→国</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>運用ルールの徹底と、保険者判断による上書きを認めることで、問題の解消を図る。</li> <li>システムとしての改修は不要としてはどうか。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>プログラムコードについては、健診機関からの出力値をそのまま使い、受取り側で使用しないとなっていることから、健診機関でのセットを保険者で確認し、場合によっては、再入力することが必要。→ <u>これを前提に記載する</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>具体的な改修法案 <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 現在、安衛法健診データを特定健診に用いる場合、この健診プログラムコードに特定健診がセットされることが多く、安衛法経由でのデータ入手率が把握困難という問題が生まれている。</li> <li>➢ 強制的なシステム変更よりも、健診実施機関において健診プログラムコードに埋めるべきコードを委託契約締結時に保険者が指定し、健診機関がその指定値を設定する運用としてはどうか。</li> <li>➢ その際、保険者で健診プログラムコードを確認行い、誤ったコードが設定されていると判断した場合は、保険者において、健診プログラムコードを適切と思われる値に、更新してもよい。</li> </ul> </li> <li>出現場所 <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 「報告区分コード」 <ul style="list-style-type: none"> <li>◇ /ClinicalDocument/code @code</li> </ul> </li> <li>➢ 「健診プログラムサービスコード」 <ul style="list-style-type: none"> <li>◇ /ClinicalDocument/documentationOf/serviceEvent/code @code</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>返戻条件 <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 「健診プログラムサービスコード」が未定義のコードとなっている。</li> </ul> </li> <li>備考 <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 「報告区分コード」は、国への報告時は、10または40で固定される。</li> <li>➢ 複数の健診を兼ねている場合でも、事業主健診とみなされるデータについては、事業主健診を意味するコードを上書きしてもよい。</li> <li>➢ 被扶養者がパート勤務先等で事業主健診を受け、その結果を保険者が入手した場合は、事業主健診として処理する。</li> </ul> </li> </ul>	<p>(確認中)</p>	<p>不要</p>		
<p>(9) 初回面接者と6ヶ月後評価者が同一者ではない場合</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>改修不要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>標準プログラムや手引き等での記載変更を行うこととする。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>返戻条件 <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ なし</li> <li>➢ 現在報告されている情報では、同一であることを確認する手段が存在しない。</li> </ul> </li> </ul>	<p>不要</p>	<p>不要</p>		
<p>(10) 特定保健指導の2年目の特例(喫煙・高血圧であって、血液検査結果のない者への受診日の初回面接)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>改修不要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>直営事業に限定</li> <li>標準プログラムや手引き等での記載変更を行うこととする。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>出現場所</li> <li>返戻条件 <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 直営事業であり個別事情の熟知していると考えられることから、システムでの自動返戻は発生しないと思われる。</li> <li>➢</li> </ul> </li> <li>備考 <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 国側でのデータ受入れ時に確認行う場合のルールは、別途検討のこと</li> </ul> </li> </ul>	<p>不要</p>	<p>不要</p>		

<p>(11) 保険者において健診実施後に、服薬中であったことが判明した者の取扱い</p>	<p>対象:ルール徹底 保険者→国</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>健診の事後に、保険者等が本人への再確認を行ったという項目を追加してはどうか。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>仮にレセプトから対象者を抽出できたとしても、専門職（医師、保健師、管理栄養士等）による本人への再確認・同意という手順を踏む必要がある。</li> <li>また、上記のことを示す証憑書類作成が保険者において必要。</li> <li>項目を追加しない場合には、個票情報ファイルと集計情報ファイルとの値が一致しないことをどのように扱うか。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>具体的な改修方法案 <ul style="list-style-type: none"> <li>該当者であることが判明したことを検査データの一つと考え、新たに JLAC 10コードを付与した新検査項目として、保険者が国への報告データ作成時に追加する。（本検査項目については、実施機関番号を参照することは意味を持たない）</li> <li>本検査項目は、必須扱いではなく、証憑等が準備可能な保険者が選択的に追加するものと位置付ける。</li> <li>保健指導レベルや服薬問診回答結果等と合わせて確認することが多い項目であり、実運用を考慮すると検査項目として取り扱うことが妥当と考えられることから、本方法案を提案するものである。</li> </ul> </li> <li>出現場所 <ul style="list-style-type: none"> <li>検査項目の現在の出現場所に同じ</li> </ul> </li> <li>返戻条件 <ul style="list-style-type: none"> <li>特になし。</li> <li>保険者は、集計情報ファイルに記載されている内容との整合を確認しておくこと。</li> </ul> </li> <li>備考 <ul style="list-style-type: none"> <li>JLAC10コードを確保すること</li> <li>当該項目は、コード型としたうえで、ポキャブラリ定義を行うこと。 <ul style="list-style-type: none"> <li>考えられるコード例</li> <li>1:非該当、2:レセプト等で発見し本人に確認、3:本人からの申請、4:専門スタッフによる判断、5:その他の理由</li> </ul> </li> <li>本条項に基づく運用が行えるのは、利用券発券までとする。実運用においては、発券前に確認を行い、本条項に基づき項目をデータに追加し、特定保健指導対象者の分母から除外することとする。</li> </ul> </li> </ul>	<p>必要</p>	<p>不要</p>		
---	--	--	--	-----------	-----------	--	--