

標準的な健診・保健指導の在り方に関する検討会

第2回 健診分科会

日時：平成18年5月26日（金）

14：45～16：45

場所：日本教育会館8階

第1会議室

次 第

議 題

- 1 標準的な健診プログラムの内容について
- 2 その他

健診分科会作業グループ（WG）の構成

1. 保健指導階層化基準WG

- 津下一代・あいち健康の森健康科学総合センター副センター所長兼健康開発部長
- 水嶋春朔・国立保健医療科学院人材育成部長
- 渡辺清明・国際医療福祉大学教授
- 門脇 孝・東京大学大学院医学系研究科糖尿病・代謝内科教授
- 島本和明・札幌医科大学附属病院長
- 松澤佑次・財団法人住友病院長

2. 健診データの電子的管理WG

- ◎大江和彦・東京大学大学院医学系研究科医療情報経済学分野教授
 - 窪寺 健・保健医療福祉情報システム工業会健康支援システム委員会
 - 酒巻哲夫・群馬大学医学部附属病院医療情報部教授
 - 松田晋哉・産業医科大学公衆衛生学教授
 - 渡辺清明・国際医療福祉大学教授
 - 奥 真也・東京大学健診情報学講座助教授
 - 小林祐一・HOYA株式会社HOYAグループ総括産業医
 - 吉田勝美・聖マリアンナ医科大学教授
- (◎はWG座長、○は本検討会構成員)

3. 検査値標準化WG

- ◎渡辺清明・国際医療福祉大学教授
 - 窪寺 健・保健医療福祉情報システム工業会健康支援システム委員会
 - 小林祐一・HOYA株式会社HOYAグループ総括産業医
 - 高木 康・昭和大学医学部教授
 - 寺本民生・帝京大学医学部教授
 - 富永真琴・山形大学医学部教授
 - 細谷龍男・慈恵会医科大学教授(尿酸)
 - 山門 実・三井記念病院総合健診センター所長(精度管理)
 - 吉田勝美・聖マリアンナ医科大学教授(標準コード)
- (◎はWG座長、○は本検討会構成員)

標準的な健診・保健指導プログラム(暫定版)
(構成案)

第1編 健診・保健指導の理念の転換

- 第1章 新たな健診・保健指導の方向性
- 第2章 新たな健診・保健指導の進め方(フロー)
- 第3章 保健指導従事者が有すべき資質

第2編 健診

本日も検討をいただきたい内容



第1章	<u>内臓脂肪症候群に着目する意義</u>
第2章	<u>健診の内容</u>
第3章	<u>保健指導対象者の選定と階層化の基準</u>
第4章	<u>健診の精度管理</u>
第5章	<u>健診データ等の電子化</u>

- ※ 第6章 健診の実施に関するアウトソーシング

第3編 保健指導

- 第1章 保健指導の基本的考え方
- 第2章 保健指導計画の作成
- 第3章 保健指導の対象者
- 第4章 保健指導の実施
- 第5章 保健指導の評価
- 第6章 地域・職域における保健指導
- ※ 第7章 保健指導の実施に関するアウトソーシング

第4編 体制・基盤整備・総合評価

- 第1章 人材育成体制の整備
- 第2章 最新の知見を反映した健診・保健指導内容の見直しのための体制整備
- ※ 第3章 健診・保健指導計画作成及び評価のためのデータ分析とデータ管理

(添付資料)

- 保健指導における学習教材の具体例
- 関係学会におけるガイドラインの抜粋 など

※の項目については、次回以降の親検討会における主要検討項目とする。

第2編 健診

第1章 内臓脂肪症候群に着目する意義

平成17年4月に、日本内科学会等内科系学会8学会合同でメタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の疾患概念と診断基準が示された。

これは、内臓脂肪型肥満を共通の要因として、高血糖、脂質異常、高血圧を呈する病態であり、それぞれが重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高く、内臓脂肪を減少させることでそれらの発症リスクの低減が図られるという考え方を基本としている。

すなわち、内臓脂肪型肥満に起因する糖尿病、高脂血症、高血圧は予防可能であり、また、発症してしまった後でも、血糖、血圧等をコントロールすることにより、心筋梗塞等の心血管疾患、脳梗塞等の脳血管疾患、人工透析を必要とする腎不全などへの進展や重症化を予防することは可能であるという考え方である。

内臓脂肪症候群の概念を導入することにより、内臓脂肪の蓄積、体重増加が血糖や中性脂肪、血圧などの上昇をもたらすとともに、様々な形で血管を損傷し、動脈硬化を引き起こし、心血管疾患、脳血管疾患、人工透析の必要な腎不全などに至る原因となることを詳細にデータで示すことができるため、健診受診者にとって、生活習慣と健診結果、疾病発症との関係が理解しやすく、生活習慣の改善に向けての明確な動機づけができるようになると思う。

第2章 健診の内容

(1) 健診項目（検査項目及び質問項目）

1) 基本的考え方

- 今後の新たな健診においては、糖尿病等の生活習慣病、とりわけ内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の有病者・予備群を減少させるため、保健指導を必要とする者を的確に抽出するための健診項目とする。
- また、質問項目は、①生活習慣病のリスクを評価するためのものであること、②保健指導の階層化と健診結果を通知する際の「情報提供」の内容を決定する際に活用するものであることという考え方に基づくものとする。
- なお、過去の健診項目との比較や健診実施体制の確保の容易性から、既に実施されてきている他の健康診断・健康診査等（介護保険法に基づく地域支援事業を含む）との関係について整理することが必要ではないか。

2) 具体的な健診項目

「健診対象者の全員が受ける基本的な健診」と「医師が必要と判断した場合に選択的に受ける詳細な健診（精密健診）」の項目を以下のとおりとする（別紙1参照）。

なお、現行の健康診断・健康診査等で行われていない新たな項目については、その実施方策等について検討を行うことが必要である。

① 基本的な健診の項目

質問項目、身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）、理学的検査（身体診察）、血圧測定、血液化学検査（中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール）、肝機能検査（GOT（AST）、GPT（ALT）、 γ -GTP）、腎機能検査（クレアチニン）、血糖検査（空腹時又は随時）、ヘモグロビンA1c検査、尿酸検査

② 詳細な健診（精密健診）の項目

心電図検査、眼底検査、検尿（尿糖、尿蛋白、尿潜血）、貧血検査（赤血球数、血色素量〔ヘモグロビン値〕、ヘマトクリット値）のうち、現行の老人保健事業・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、医師が必要と判断したものを選択

3) 質問項目

基本的な健診の項目に含まれる質問項目を別紙2としてどうか。

4) 項目の定期的な見直し

健診項目等の見直しを定期的に検討するシステムについては、厚生労働科学研究費補助金による研究班等を活用して、各学会の最新の知見に基づく、健診項目とするような体制の在り方について検討する。

(参考) 現在の問診等について

- ① 老人保健法による保健事業における基本健康診査の問診（現在の症状、既往歴、家族歴、嗜好、過去の健康診査受診状況等）--具体的項目なし（※）

※ 65歳以上の者に対しては、介護予防のための生活機能評価に関する基本チェックリスト(25項目)が定められている。

- ② 老人保健法による保健事業における生活習慣病予防に関する健康度評価のための質問票

- ③ 労働安全衛生法における事業者健診における問診（業務歴、既往歴、自覚症状、他覚症状）--具体的項目なし

など、制度ごとに様々である。さらに、国民健康・栄養調査なども含め他の調査においても、質問内容が異なっている。

例えば、喫煙歴についての質問内容の違いは以下のとおり。

喫煙についての質問内容

(1) 老人保健法による保健事業・健康度評価のための質問内容

- 1 現在の喫煙について 吸っている 過去に吸っていた 吸わない
- 2 吸い始めた年齢は () 歳
- 3 たばこをやめた年齢は () 歳
- 4 1日の喫煙本数は () 本

(2) 多くの事業所等で使用されている質問内容（国民栄養調査（～H14）と同様）

「喫煙について」

- ① 以前から（ほとんど）吸わない
- ② 以前は吸っていたが今は吸わない
- ③ 現在喫煙している
- ④ ②、③に回答した場合→平均〇〇本（一日あたり）・喫煙歴〇〇年

※ 留意事項（「第5次循環器疾患基礎調査」より）

「以前から（ほとんど）吸わない」には、以前一時的に吸った経験があっても現在吸っていない者も含める。

「以前は吸っていたが今は吸わない」とは、以前一定期間以上（1年以上）吸っていた経験があり、現在吸わない者をいう。

(3) 国民健康・栄養調査（H15～）の質問内容

・「あなたは、これまでにたばこを吸ったことがありますか。」

- 1 合計100本以上、または6ヶ月以上吸っている（吸っていた）
- 2 吸ったことはあるが合計100本未満で6ヶ月未満である
- 3 まったく吸ったことがない

・「現在（この1ヶ月間）、あなたはたばこを吸っていますか。あてはまる番号を1つ選んで○印をつけてください。」

- 1 毎日吸う
- 2 ときどき吸っている
- 3 今は（この1ヶ月間）吸っていない

※ 「現在習慣的に喫煙をしている者」の定義は、「合計100本以上、または6ヶ月以上吸っている者」でかつ、現在（この1ヶ月間）「毎日吸う」または「ときどき吸っている」者である。

(2) 健診項目の基準値等の標準化

1) 基本的考え方

- 現行の健診では、健診の実施機関ごとに検査法、検査機器や試薬等の違いにより基準値、検査測定値や健診判定値が異なることもあり、異なる健診機関の間で一律に比較を行うことは困難である。
- 一方、今後の新たな健診では、保険者は複数の健診機関で実施された被保険者の健診結果のデータを一元的に管理し、リスクの高いものから優先的に保健指導をしていくことが必要となるため、共通の健診判定値の設定や健診検査項目毎の検査測定値の標準化が必要である。
- また、健診項目の判定基準値については、内臓脂肪症候群、糖尿病、高血圧症や高脂血症等の関係する学会のガイドラインとの整合性を確保することが必要であり、定められた判定基準値についても、学会との連携の下、定期的に見直しを行うシステムが必要である。

2) 具体的な標準化の内容

①血液検査

- 現在検討されている健診の血液検査 10 項目(下記)については、独立行政法人産業技術総合研究所等の協力を得て(※)、可能な限り、平成 20 年度までに標準物質の開発を行い、検査測定値の標準化を行うことができるようにする。

※ 現在、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総合研究所等が連携し、臨床検査用の標準物質の開発を実施している。

【血液検査 10 項目】

脂質 (①中性脂肪、②HDL コレステロール、③LDL コレステロール)

肝機能 (④GOT (AST)、⑤GPT (ALT)、⑥γ-GTP)

腎機能 (⑦血清クレアチニン)

その他 (⑧血糖、⑨HbA1c、⑩尿酸)

- 血液検査の標準物質については、技術的に可能な範囲で保健指導の必要性などの判断に用いるための判定値である「健診判定値」を持つものとする(例えば、HbA1cであれば、5.5% (境界型の判定) 及び 6.1% (糖尿病型の判定) の標準値)。

血液検査項目のうち、GOT (AST)、GPT (ALT)、γ-GTPについては日本臨床化学会の報告する方法が提示されており、標準法の設定は行われている。さらに、JCCLSにより認証されたJC-ERM (Japan Certified-enzyme reference material) も市販されており、これらを用いた精度管理を行っている施設では十分な互換性は担保されていると考える。

血清クレアチニン、尿酸については平成 19 年度までに標準物質が産業技術総合研究所から提示される予定であり、これらを利用した精度管理が可能になり、また、尿酸についてはすでに JCCLS から標準品が市販されていると聞いている。

- 平成 20 年度において、これら標準物質が市販されている場合には、健診機関は、原則として、これら標準物質を使用し、トレーサビリティも含めた十分な精度管理を行うことが必要である。

②血圧測定、腹囲計測

血圧測定、腹囲計測については、測定方法を統一するため、これまでの国民健康・栄養調査等で行われてきた測定手法をもとに検討を進めていく。

3) 学会ガイドラインとの整合性

内臓脂肪症候群、糖尿病、高血圧症、高脂血症等の判定基準値については、これらに関係する学会のガイドラインと整合性がとれたものとする。

4) 基準値等の定期的な見直し

健診判定値等の見直しを定期的に検討するシステムについては、厚生労働科学研究費補助金による研究班等を活用して、各学会の最新の知見に基づく判定基準値とするような体制の在り方について検討する。

※ WGにおいて検討された具体的な健診項目毎の標準的な測定方法、判定基準については別紙3参照。

第3章 保健指導対象者の選定と階層化の基準

(1) 保健指導対象者の選定と階層化の基準

1) 基本的考え方

- 生活習慣病の予防を期待できる内臓脂肪症候群の選定及び階層化や、生活習慣病の有病者・予備群を適切に減少させることができたかを的確に評価するために、選定及び階層化の標準的な数値基準が必要となる。

2) 具体的な選定・階層化の基準

①内臓脂肪型肥満を伴う場合の選定

内臓脂肪蓄積の程度を判定するため、腹囲を用いるとともに、内臓脂肪症候群の判定基準となる高血糖、高血圧等のリスクを評価する健診項目を用いる。

②内臓脂肪型肥満を伴わない場合の選定

腹囲計測によって内臓脂肪型肥満と判定されない場合にも、高血糖、高血圧等のリスクを評価する健診項目（血糖や血圧等の測定）を基本的な健診として実施することにより、内臓脂肪型肥満を伴わない糖尿病、高血圧症等の個別の生活習慣病を判定することができるようにする。

③健診項目の判定基準

「健診項目の基準値と判定基準等の標準化」と同様に以下のようにする。

血 糖	
情報提供	空腹時血糖 100mg/dl 未満、随時血糖 140mg/dl 未満、かつ、HbA1c 5.5% 未満
保健指導	空腹時血糖 100mg/dl 以上 126mg/dl 未満、随時血糖 140mg/dl 以上 180mg/dl 未満、または、HbA1c 5.5%以上 6.1%未満
受診勧奨	空腹時血糖 126mg/dl 以上、随時血糖 180mg/dl 以上、または、HbA1c 6.1% 以上
脂 質（中性脂肪、HDL コレステロール）	
情報提供	中性脂肪 150mg/dl 未満、かつ、HDL コレステロール 40mg/dl 以上
保健指導	中性脂肪 150mg/dl 以上、または、HDL コレステロール 40mg/dl 未満
受診勧奨	（同上）中性脂肪 150mg/dl 以上、または、HDL コレステロール 40mg/dl 未満
血 圧	
情報提供	収縮期血圧 130mmHg 未満、かつ、拡張期血圧 85mmHg 未満
保健指導	収縮期血圧 130mmHg 以上 140mmHg 未満、または、拡張期血圧 85mmHg 以上 90mmHg 未満
受診勧奨	収縮期血圧 140mmHg 以上、または、拡張期血圧 90mmHg 以上

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
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。

[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

- 内臓脂肪の蓄積が、心疾患等のリスク要因（高血圧、高血糖、脂質異常等）を増やし、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、内臓脂肪蓄積などの生活習慣の寄与が比較的少ないと考えられる高血圧、高血糖等については、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
	(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) 又は	
	b 随時血糖の場合	140mg/dl 以上 又は
	c HbA1c	5.5% 以上 又は
②脂質	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
	c 薬剤治療を受けている場合（質問票より）	
③血圧	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	
⑥尿酸	7.0mg/dl 以上	

ステップ3

ステップ1、2から保健指導支援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以上の対象者は 積極的支援レベル(メタボリックシンドローム基準適合者)

0または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または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。

※(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。

さらに、同時に実施する質問票^{*1}を用い、生活習慣改善の必要性を判定し、健診結果の支援レベルと、質問結果の生活習慣改善の必要性との関係^{*2}から、追加的に保健指導のレベルを判定する。

※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, タバコを吸っている	はい(1点)	いいえ(0点)	1点
合 計			*点

※2 健診結果の支援レベルと質問項目の合計点数による保健指導の判定

		健診結果の支援レベル		
		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			
	2点			
	1点			
	0点			

	動機づけ 支援
	積極的 支援
	情報提供

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。

(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・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 又は
- 3) 血圧
 - a 収縮期 140mmHg 以上 又は
 - b 拡張期 90mmHg 以上
- 4) 尿酸 8.0mg/dl 以上
- 5) LDL コレステロール 140mg/dl 以上

の場合で、治療が行な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、保健指導の実施につき、医療機関と調整することが望ましい。

第4章 健診の精度管理

(1) 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、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ていることが必要としてはどうか。

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）を定期的にするものとしてはどうか。

(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→保険者、保険者→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4参照

- 1) 健康診査実施機関・保健指導実施機関→保険者〔法第28条〕
- 2) (被扶養者の健診を行った) 保険者→(被扶養者所属の) 保険者〔法第26条〕
- 3) (異動元の) 保険者→(異動先の) 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) 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) 保険者→国、都道府県〔法第15条〕、支払基金〔法第142条〕

※〔 〕内の法番号は、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。

- 今回の新たな健診において、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、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。

2) 具体的な様式

- ① 上記1)「健診機関等→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5、別紙6)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、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。
- ② 上記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。
- ③ 上記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) 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 JLAB10 (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

- ① 血液検査データについては、既存の JLAB10 コード (運用コード) を使用する。
- ② 質問項目、身長等の JLAB10 コードのない項目については、WG において、JLAB10 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ることから、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。(JLAB10 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	GOT (AST)
300390	GPT (ALT)
300690	γ-GTP
302110	クレアチニン
302700	空腹時血糖
302710	随時血糖
302880	HbA1c
302160	尿酸

(3) 健診機関・保健指導機関コードの設定

1) 基本的考え方

- 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、被保険者の保険者間異動があった場合、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年度)に存在する保険医療機関は、固有番号の後ろに08(2桁)、2008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。

(4) 生涯を通じた健診情報のデータ管理を行う場合の留意点

1) 基本的考え方

- 保険者、被保険者が生涯を通じて健康情報を活用できるユニークコード（「健診データ登録番号」）の設定は、個人情報の保護に充分配慮して行う必要がある。
- 健診データのやりとりは複数の経路で複雑に行われ、継続的にデータを蓄積していくこととなり、同一人物のものであるかどうかを確認して行く必要があることから、一意性を保つことができる整理番号の設定やデータの互換性が必要である。

(健診データのやりとり)

- 1) 健康診査実施機関・保健指導実施機関→保険者〔法第28条〕
 - 2) (被扶養者の健診を行った) 保険者→(被扶養者の所属する) 保険者〔法第26条〕
 - 3) (異動元の) 保険者→(異動先の) 保険者〔法第27条〕
 - 4) 労働安全衛生法に基づく健診を行った事業者→(当該労働者の所属する) 保険者〔法第27条〕
- (なお、保険者→国、都道府県、支払基金等については、健診データそのものではなく、個人が特定できない匿名化処理を行った二次加工データ〔健診実施状況報告〕となるため、ここでの対象とされない。)

2) 健診データ登録番号の設定手順

保険者は、被保険者ごとに健診データを整理するため、一定のルールに基づき、一意性を保つことができる登録番号の設定を以下の手順で行う。

- 既存の保険者番号（法別番号と都道府県番号を含んだ8桁の数字）と一意性のある個人の固有番号（例：現在被保険者が使用している被保険者番号、職員番号、健診整理番号など）を併せて健診データ登録番号とする。
- 固有番号は、一度一個人に発行した後は、その同じ番号を別の個人に再発行しないことが必要である。例えば、被保険者番号の場合は発行年度の西暦の下2桁を追加することで一意性を保つことができると考えられる。
- 被保険者番号では個人毎の番号でない場合もあるため、枝番号を追加することで対応することが考えられる。
- 保険者間を異動した場合は、前保険者で使用していた健診データ登録番号（例：平成20年4月1日現在に所属していた保険者で交付された番号）を健診データとともに持ち運ばれることで、異動後の保険者は被保険者の健診データを管理することが可能となる。
- また、被保険者の希望により異動したところで全く新しい番号を発行してもらうことも可能となると考えられる。

(5) 特定健診における健診結果の保存年限

1) 基本的考え方

- 蓄積された健診データを使用することにより効果的・効率的な健診・保健指導を実施することが可能となると考える。また、生涯を通じた自己の健康管理の観点からも継続的な健診データが必要である。
- このため、原則として、保険者は被保険者の生涯を通じて（40-74 歳）データを保存し参照できるようにする。

2) 具体的な保存年限

- ① 40 歳から 74 歳までの被保険者・被扶養者が加入者となっている限りは当該保険者が保存
- ② 保険者の加入者でなくなった以降は、次の保険者に引き継がれるまでか、（空白期間ができるだけ生じないように）、例えば1年程度の一定期間が経過するまで保存
- ③ 原則、40 歳以降の全データを次の保険者へ引き継ぐ
等の考え方により、保険者と調整の上、保存年限を設定してはどうか。

[参考] 他制度における保存年限

老人保健法（老健事業）

基本健康診査 特段の規定なし

がん検診 3年間（通知）

労働安全衛生法（事業者健診）

一般定期健康診断 5年間（規則）

特殊健診 5年、7年（じん肺）、30年（放射線、石綿、特定化学物質の一部）

※じん肺 5年→7年（S53）

理由：少なくとも前二回分の記録（3年以内毎の健診）が必要であるから。

政管健保

生活習慣病予防検診 5年を目途

診療録（カルテ）

5年間（医師法 24 条）

レセプト（診療報酬明細書等）

5年間（政府管掌健康保険、国民健康保険）

（健康保険組合は、組合毎に適切な保存期間を設定できる）

例：兵庫県尼崎市役所においては、職員の健診記録は原則として、在籍している限り保存することとなっている。この長期保存データを後ろ向きに見た場合、心筋梗塞等の重症化した者は、10年以上前から肥満があり、中性脂肪も併せて高いことなどが確認され、早期の段階で、介入すれば予防することができたのではないかという評価が可能となり、さらに、今後同様の状況にある者に対して、優先的に介入するなどの戦略を立てることができることとなる。

新健診(案)と各種健診の健診項目の比較

		新健診(案)	老人保健事業	労働安全衛生	新健診(案)と老 健事業との比較	備考	
			健康診査	定期健康診断			
診 察 等	問診(質問)	○	○	○			
	計	身長	○	○	□		
		体重	○	○	○		
	測	肥満度・標準体重	○	○	○		
		腹囲	○			新規追加	メタボリックシンドローム判定基準の項目であるため。
	視力			○			
	聴力			○			
	理学的所見(身体診察)	○	○	○			
	血圧	○	○	○			
	脂 質	総コレステロール定量		○	■	廃止	(間接法にてLDL-Cを算出する際は、実際に測定する)
中性脂肪		○	○	■			
HDL-コレステロール		○	○	■			
LDL-コレステロール		○			新規追加	独立した心血管危険因子の判定指標として有用であるため。	
肝 機 能	GOT(AST)	○	○	■			
	GPT(ALT)	○	○	■			
	γ-GTP	○	○	■			
代 謝 系	空腹時血糖	○	○	■1			
	尿糖 半定量	□	○	□	必須→選択	血糖、HbA1c測定により、より正確な診断が可能であるため。	
	尿酸	○			新規追加	メタボリックシンドローム判定時の参考指標として有用であるため。	
	ヘモグロビンA1C	○	□	■1	選択→必須	高血糖状態の判定をより正確に行うため。	
血 液 一 般	ヘマトクリット値	□	□				
	血色素測定	□	□	■			
	赤血球数	□	□	■			
尿 ・ 腎 機 能	尿蛋白 半定量	□	○	○	必須→選択	尿酸、クレアチニン等である程度の腎障害は判定できるため。	
	潜血	□	○		必須→選択		
	尿沈渣						
	クレアチニン	○	○				
心機能	12誘導心電図	□	□	■			
肺	胸部X線			○			
	喀痰細胞診			□			
眼底検査		□	□				

○… 必須項目

□… 医師の判断に基づき選択的に実施する項目

■… 35歳及び40歳以上の者については必須項目、それ以外のものについては医師の判断に基づき選択的に実施する項目

■1… いずれかの項目の実施で可

標準的な質問票（案）

	質問項目	回答	分野	リソース
1-3	現在、aからcの薬の使用の有無		服薬歴	国民健康・栄養調査（H16）の問診項目に準拠
1	a. 血圧を下げる薬	①はい②いいえ	服薬歴	
2	b. インスリン注射または血糖を下げる薬	①はい②いいえ	服薬歴	
3	c. コレステロールを下げる薬	①はい②いいえ	服薬歴	
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい②いいえ	既往歴	糖尿病実態調査（H14）の問診項目に準拠
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい②いいえ	既往歴	糖尿病実態調査（H14）の問診項目に準拠
6	医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析）を受けたことがありますか。	①はい②いいえ	既往歴	糖尿病実態調査（H14）の問診項目に準拠
7	現在、たばこを習慣的に吸っている （※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、または6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者）	①はい②いいえ	喫煙	国民健康・栄養調査（H16）の問診項目に準拠
8	20歳の時の体重から10kg以上増加している	①はい②いいえ	体重	保健指導分科会
9	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	①はい②いいえ	運動	保健指導分科会
10	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	①はい②いいえ	運動	保健指導分科会
11	同世代の同性と比較して歩く速度が速い	①はい②いいえ	運動	保健指導分科会
12	この1年間で体重の増減が±3kg以上あった	①はい②いいえ	体重	保健指導分科会
13	早食い・ドカ食い・ながら食が多い	①はい②いいえ	栄養	保健指導分科会
14	就寝前の2時間以内に夕食を取ることが週に3回以上ある。	①はい②いいえ	栄養	保健指導分科会
15	夜食や間食が多い	①はい②いいえ	栄養	保健指導分科会
16	朝食を抜くことが多い	①はい②いいえ	栄養	保健指導分科会
17	ほぼ毎日アルコール飲料を飲む	①はい②いいえ	栄養	保健指導分科会
18	睡眠で休養が得られている	①はい②いいえ	休養	保健指導分科会

健診検査項目の健診判定値（案）

番号	項目コード (JLAC10)	項目名	データ基準		データタイプ	単位	検査方法	備考
			保健指導判定値	受診勧奨判定値				
1	303610	トリグリセライド	150	150	数字	mg/dl	1:酵素比色法・グリセロール消去	
					数字	mg/dl	2:酵素UV法・グリセロール消去	
2	303850	HDLコレステロール	40	40	数字	mg/dl	直接法(非沈殿法)	
3	303890	LDLコレステロール	120	140	数字	mg/dl	直接法(非沈殿法)	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「hhmm(時・分表記)」	
				数字	mg/dl	2:ブドウ糖酸化酵素電極法	食後時間「hhmm(時・分表記)」	
				数字	mg/dl	3:ブドウ糖脱水素酵素法	食後時間「hhmm(時・分表記)」	
5	302160	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:不安定分画除去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	IU/l 37℃	JSCC標準化対応法	
8	300390	GPT(ALT)	40	50	数字	IU/l 37℃	JSCC標準化対応法	
9	300690	γ-GTP	80	100	数字	IU/l 37℃	IFCC(JSCC)標準化対応法	
10	302110	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 ³	自動血球算定装置	

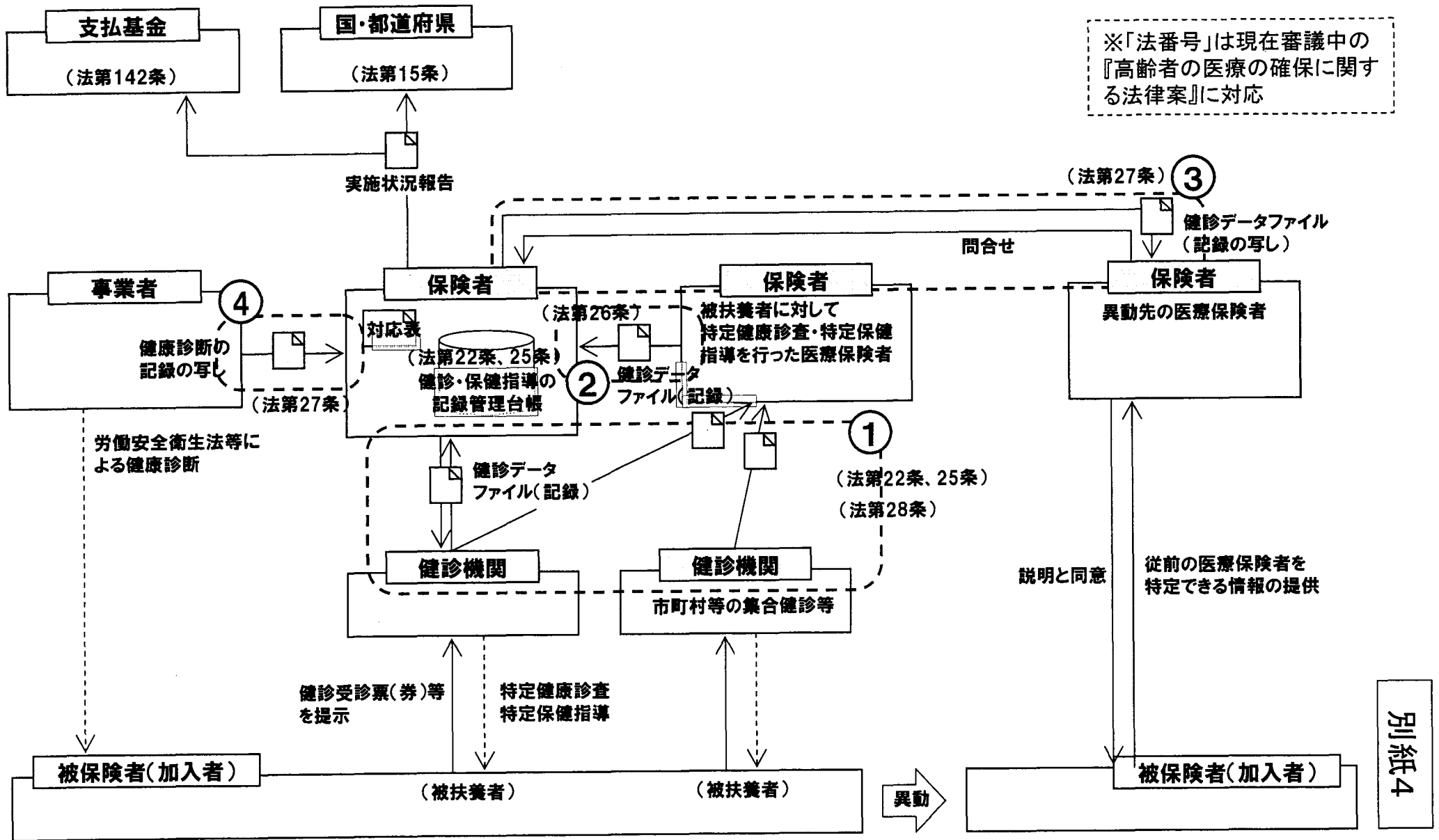
※1～3のデータ基準については日本動脈硬化学会「動脈硬化性疾患診療ガイドライン」、4については日本糖尿病学会「糖尿病治療ガイド」、5については日本薬理・核酸代謝学会「高尿酸血症・痛風の診療ガイドライン」の各判定基準に基づく。

※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



電子的標準様式イメージ (案)

番号	条件	※1 実施 法	※5 特定 検査 用コード (JLAC10通 用コード)	項目名	データ基準※2			データコメント		検査方法	備考
					データ種	下限値	上限値	データタイプ	単位		
1	○	○		ファイル形式識別記号				英数			
2	○	○		ファイル仕様番号				数字			
3	○	○		送付元機関				英数			
4	○	○		送付元機関番号				数字			
5	○	○		送付元名称				英数			
6	○	○		送付元機関				英数			
7	○	○		送付元機関番号				数字			
8	○	○		送付元名称				英数			
9	○	○		ファイル生成日付				年月日		yyyy/mm/dd	
10	○	○		ファイル更新日付				年月日		yyyy/mm/dd	
11	○	○		検体識別				数字			
12	○	○		作製日付				年月日		yyyy/mm/dd	
13	○	○		検査機関番号				数字		例: 電話番号	
14	○	○		検査機関名称				英数			
15	○	○		実施日付				年月日		yyyy/mm/dd	
16	○	○		検査番号				数字			
17	○	○		検査データ登録番号				数字			
18	○	○		受診者の生年月日				年月日		yyyy/mm/dd	
19	○	○		受診者の性別				コード		1:男、2:女	
21	□	○		身長				数字	cm	小数点以下1桁	
22	○	○		体重				数字	kg	小数点以下1桁	
33	○	○		BMI				数字	kg/m ²	小数点以下1桁	
34	○	○		視力(右)				数字		小数点以下2桁 (例:0.1未満を測定できない場合は0.1とする)	
35	○	○		視力(左)				数字		小数点以下2桁 (例:0.1未満を測定できない場合は0.1とする)	
36	○	○		聴力(右、1000Hz)				コード		1:所見なし、2:所見あり	
37	○	○		聴力(右、4000Hz)				コード		1:所見なし、2:所見あり	
38	○	○		聴力(左、1000Hz)				コード		1:所見なし、2:所見あり	
39	○	○		聴力(左、4000Hz)				コード		1:所見なし、2:所見あり	
40	○	○		胸線エックス線検査				漢字			
41	□	○		呼吸検査				コード		1:異常所見なし、2:異常所見あり	
42	○	○		血圧(収縮期)				数字	mmHg		
43	○	○		血圧(拡張期)				数字	mmHg		
44	■	□	200080	血色素測定				数字	g/dl		自動血球算定装置
45	■	□	200030	赤血球数				数字	万/mm ³		自動血球算定装置
46	■	□	30C340	GOT(AST)				数字	U/L 37℃		JSCC標準化対応法
47	■	□	30C380	GPT(ALT)				数字	U/L 37℃		JSCC標準化対応法
48	■	○	30C680	γ-GTP				数字	U/L 37℃		FCC(JSCC)標準化対応法
49	■	○	30J750	総コレステロール				数字	mg/dl		1:コレステロール-オキシダーゼ法
50	■	○	30J850	HDLコレステロール				数字	mg/dl		直接法(免疫法)
51	■	○	30J610	トリグリセリド				数字	mg/dl		1:酵素比色法-グリセロール消去 2:酵素UV法-グリセロール消去
52	■	■	30Z700	空腹血糖				数字	mg/dl		1:ヘキソキナーゼ-UV法 2:ブドウ糖酸化酵素電極法 3:ブドウ糖脱水素酵素法
53	■	■	30Z710	随時血糖				数字	mg/dl		1:ヘキソキナーゼ-UV法 2:ブドウ糖酸化酵素電極法 3:ブドウ糖脱水素酵素法
54	■	○	30Z880	HbA1c				数字	%		1:不安定分画除去HPLC法 2:免疫学的方法
55	□	□	101170	尿酸				コード			1:尿酸紙法(直接読み取り) 2:尿酸紙法(自読法)
56	○	□	100030	尿酸値				コード			1:尿酸紙法(直接読み取り) 2:尿酸紙法(自読法)
57	■	○		心電図				コード			医師により決定
58	○	○		尿糖				数字	cn		小数点以下1桁
59	○	○		逆糖検査(身体検査)				コード			1:異常所見なし、2:異常所見あり
60	○	○	30J890	LDLコレステロール				数字	mg/dl		直接法(非沈降法) 2:コレステロール-酵素電極法
61	○	○	30Z160	尿酸				数字	mg/dl		1:ウリカーゼ-UV法 2:ウリカーゼ-UV法
62	○	○	30Z110	クレアチニン				数字	mg/dl		1:酵素法 2:Jaffe直接法 3:ドライケミストリ法
63	□	○	200080	ヘマトクリット値				数字	%		
64	□	○	10J170	尿酸値				コード			1:尿酸紙法(直接読み取り) 2:尿酸紙法(自読法)
65	□	○		尿酸検査				コード			医師により決定
101	○	○		尿酸1(尿酸)				コード			1:はい、2:いいえ
102	○	○		尿酸2(尿酸)				コード			1:はい、2:いいえ
103	○	○		尿酸3(尿酸)				コード			1:はい、2:いいえ
104	○	○		尿酸値1(尿酸値)				コード			1:はい、2:いいえ
105	○	○		尿酸値2(尿酸値)				コード			1:はい、2:いいえ
106	○	○		尿酸値3(尿酸値)				コード			1:はい、2:いいえ
107	○	○		尿酸値4(尿酸値)				コード			1:はい、2:いいえ
108	○	○		20歳からの体重増加				コード			1:はい、2:いいえ
109	○	○		運動1				コード			1:はい、2:いいえ
110	○	○		運動2				コード			1:はい、2:いいえ
111	○	○		栄養1				コード			1:はい、2:いいえ
112	○	○		栄養2				コード			1:はい、2:いいえ
113	○	○		栄養3				漢字			
114	○	○		栄養4				漢字			
115	○	○		栄養5				漢字			
116	○	○		栄養6				漢字			
1001	○	○		実施レベル				コード			1:積極的実施、2:積極的実施、3:積極的実施
1002	○	○		実施内容				コード			0:積極的実施、積極的実施のみ、1:設備改善等実施、2:設備改善等実施、3:新装置、4:その他(減量を目的としないもの)
1003	○	○		実施度(コンプライアンス)				数字	%		数値の前に+or-
1004	○	○		効果1(効果)				数字	cm		数値の後に+or-
1005	○	○		効果2(効果)				数字	kg		数値の後に+or-

(表の説明)

※1 条件:○…必須項目、□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目、■…35歳及び40歳以上の者については必須項目、■1…いずれかの項目の実施が可能

※2 データ基準(下限値、上限値) 使用する検査機器、試薬等が異なるため検査機関ごとに設定した値を入力する。

※3 基準範囲外: 検査データが別添付の記入欄(以下)に記入された場合は「以下」、入力最大値以上の場合は「以上」を入力する(グレーの項目は除く)。

※4 検査の実施: 検査データが未入力の場合は「未実施」を入力する。

※5 JLAC10通用コード(051117)acnyou.xls)を参照。分析物名、材料名が同一である通用コードを採用した。検査方法については関連するコードがほぼ存在しないため、本通用コードとは対応していない。

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 ²			
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	尿酸	数字	0.0	20.0	1	mg/dl			
46	HbA1c	数字	3.0	20.0	1	%			
47	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 ³			
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は「L」、入力最大値以上の場合は「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。

電子的な健診データフォーマット(イメージ案)

* <>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=""/>

...

...

...

<健診項目 名称="既往歴 3(腎不全・人工透析)" JLAC10="" 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 -->