

標準的な健診・保健指導の在り方に関する検討会

第1回 健診分科会

日時：平成18年3月20日（月）

15：00～17：00

場所：厚生労働省7階

専用第15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

<資 料>

資 料 標準的な健診・保健指導プログラム論点整理

参考資料 標準的な健診・保健指導の在り方に関する検討会
第1回保健指導分科会資料

資料

標準的な健診・保健指導プログラム論点整理

標準的な健診・保健指導プログラム(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

- 第1章 内臓脂肪症候群に着目する意義
- 第2章 健診の内容
- 第3章 保健指導対象者の選定と階層化の基準
- 第4章 健診の精度管理
- 第5章 健診データ等の電子化
- 第6章 健診及び健診データ管理のアウトソーシング基準

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

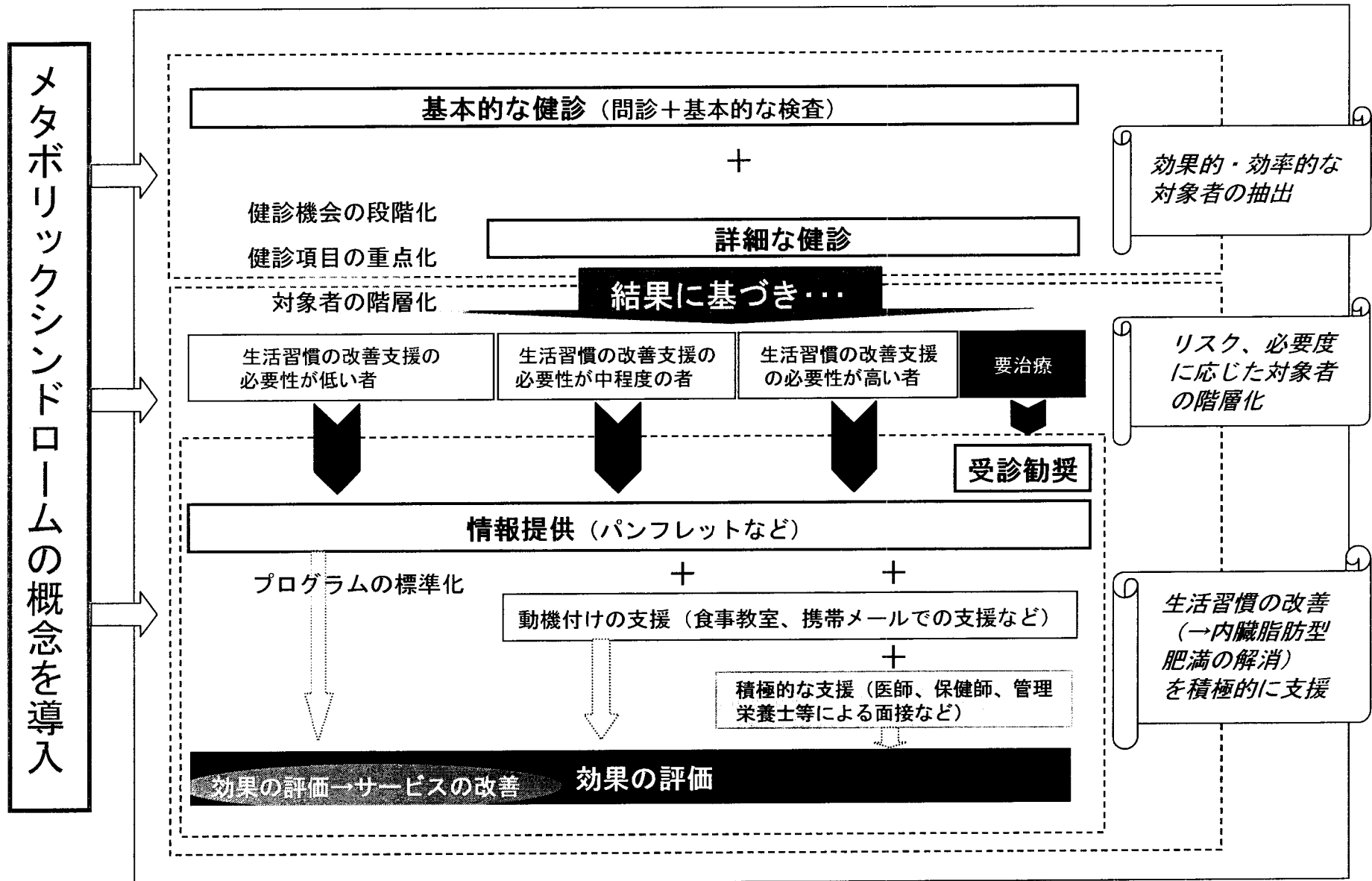
第4編 体制・基盤整備・総合評価

- 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・保健指導に関連する標準的なデータ評価と管理

(添付資料案)

- 健診・保健指導における具体的な学習教材例
 - 関係学会における該当ガイドラインの抜粋
- など

健診から保健指導への流れ（イメージ図）



第1編 健診・保健指導の理念の転換 → (別紙1)

第1章 新たな健診・保健指導の方向性 (※保健指導分科会と要調整)

(1) これまでの健診・保健指導の現状と課題

国は、昭和53年からの「第一次国民健康づくり対策」、昭和63年からの「第二次国民健康づくり対策」を経て、平成12年からは「21世紀に向けた国民健康づくり運動(健康日本21)」として、健康づくり施策を推進してきた。

健康診断、健康診査(健診)については、医療保険各法に基づき保険者が行う生活習慣病健診や、労働安全衛生法に基づき事業者の行う健診、老人保健法に基づく保健事業としての市町村による健診が実施されてきた。

このように一次予防、二次予防施策を推進してきたが、「健康日本21」中間評価における暫定直近実績値からは、糖尿病有病者・予備群の増加、肥満者の増加(20-60歳代男性)や野菜摂取量の不足、日常生活における歩数の減少のように健康状態及び生活習慣の改善が見られない、もしくは悪化している現状がある。

厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会の「今後の生活習慣病対策の推進について」(中間とりまとめ)[平成17年9月15日]において、

- 生活習慣病予備群の確実な抽出と保健指導の徹底が不十分、
 - 科学的根拠に基づく健診・保健指導の徹底が必要、
 - 健診・保健指導の質の更なる向上が必要、
 - 国としての具体的な戦略やプログラムの提示が不十分、
 - 現状把握・施策評価のためのデータの整備が不十分
- などが生活習慣病対策を推進していく上での課題として挙げられている。

(2) これからどのように変わるのか

今般の医療制度改革大綱において、「生活習慣病予防の徹底」を図るため、医療保険者に対して、健診・保健指導の実施を義務づけることとされた。政策目標は、2015年度には2008年と比較して糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群を25%減少させることとしており、中長期的には医療費の伸びの適正化を図ることとされた。

この政策目標を達成するためには、医療保険者が効果的・効率的な健診・保健指導を実施する必要があることから、標準的な健診・保健指導プログラム、健診・保健指導データの管理方策、健診・保健指導の委託基準等の在り方を整理することが重要である。また、健診項目等の標準化により事業の評価が可能となるよう見直しを行うことも必要である。さらに、医療保険者が健診・保健指導の結果に関するデータを管理することにより、生涯を通じた健康管理が実施できるようになることも必要である。

(3) 標準的な健診・保健指導プログラムの特徴

糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群の減少という観点から、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の概念を導入した標準的なプログラムの構築が必要である。具体的には、科学的根拠に基づいた健診項目の見直しを行うとともに、生活習慣病発症・重症化の危険因子（リスクファクター）の保有状況により対象者を階層化し、適切な保健指導（「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」）を実施するための判定の標準的な基準を導入することが必要である。

保健指導においては、リスクの重複がある対象者に対して、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、確実に行動変容を促すことを目指すことから、対象者が健診結果に基づき自らの健康状態を認識した上で、代謝等の身体のメカニズムと生活習慣（食習慣や運動習慣等）との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、行動変容に結びつけられるような標準的なプログラムが必要となる。さらに、現在リスクがない者に対しても、適切な生活習慣あるいは健康の維持・増進につながる情報提供が必要である。

また、健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導や個々人の健診結果を読み解き、ライフスタイルを考慮した保健指導を行うための具体的な学習教材等についても検討を行う。

さらに、医療保険者においては、各種データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施するとともに、糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群減少のアウトカム評価が可能なデータ分析の手法について検討する。

第2章 新たな健診・保健指導の進め方（フロー） →（別紙2）

（1）計画の作成

健診・保健指導計画作成のために、各種データ分析（男女別・年代別の健診結果有所見状況、内臓脂肪症候群有病者・予備群数及びリスクの重複状況、対象となる被保険者数・被扶養者数及び過去の健診受診者数・未受診者数等の把握、医療費データ（レセプト）、要介護度データ等）を行い、集団の特性や健康課題を把握し、具体的な目標を定めた年次計画を策定し、毎年の健診・保健指導事業を実施していくことが必要である。

また、未受診者等に対するアプローチ方法についても、集団特性に併せ、創意工夫をし、計画の中に盛り込んでいくことが必要である。

（2）健診の実施、保健指導対象者の選定・階層化

健診結果及び問診を基に保健指導対象者の選定・階層化を行うことが必要である。保健指導の階層化は「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」とする。

（3）保健指導

健診結果及び問診により階層化された対象者に、適切な保健指導（「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」）を行うことが必要である。

（4）評価

健診・保健指導の結果を基に、ストラクチャー評価（実施体制、施設・設備の状況）、プロセス評価（健診・保健指導従事者の研修等）、アウトプット評価（実施回数、参加人数等）、アウトカム評価（糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群の減少数、健診データの改善、健康度の改善効果、医療費の適正化効果等）を行い、次年度の健診・保健指導計画につなげることが必要である。

第3章 健診・保健指導従事者が有すべき資質 (※保健指導分科会と要調整)

(1) 健診・保健指導事業の企画・立案

① データを分析し、優先課題を見極める能力

健診データ、医療費データ（レセプト）、要介護度データなどから地域特性、集団特性を抽出し、集団の優先的な健康課題を設定する。

医療費データ（レセプト）と健診データの突合分析から疾病の発症予防や重症化予防のために効率的・効果的な対策を考える。

どのような疾病にどのくらい医療費を要しているか、より高額にかかる医療費の原因は何か、それは予防可能な疾患なのか等を調べ、対策を考える。

※レセプト分析をすることにより、糖尿病やその合併症がいかにかい多いか、医療費が多くかかっているか等を理解することにより、医療費適正化のための疾病予防の重要性を認識し、確実な保健指導に結びつけることが必要である。

※対象となる被保険者等の生活実態や生活習慣を把握することで、目標達成に向けて何が解決すべき課題で、どこに優先的な予防介入が必要であるかという戦略を立てることが重要である。

② 企画・調整能力

既存の保健指導に関係する社会資源を効率的に活用し、必要な資源を開発するとともに、関係する地域と職域、行政と医療保険者、関係機関等との密接な連携を図る。

健診受診率、保健指導実施率向上のための効果的な方策の企画能力も求められる。

③ 評価能力

健診・保健指導の結果を基に、アウトカム評価など各種評価を行い、次年度の企画・立案につなげることができる能力が必要である。

健診・保健指導を民間事業者へ委託する場合は、委託基準に基づき健診・保健指導実施機関を選定していくこととなるが、その際には、費用対効果が高く、結果の出る保健指導機関を選択し、医療保険者として健診・保健指導の継続的な質の管理を行う能力が求められる。

(2) 対象者に対する健診・保健指導

① 支援能力

1) 知識・技術の習得

健診結果から現在の健康状態を把握した上で、対象者に対し、食事・運動などの問題（摂取エネルギー過剰、運動不足）による代謝の変化（高血糖、中性脂肪高値などの変化で可逆的なもの）が血管の変化（動脈硬化等の不可逆的なもの）になるという、進行段階をしっかりと押さえ、健診結果の内容を十分に理解し、納得できる説明を実施する能力が必要である。

内臓脂肪症候群、糖尿病、高脂血症、動脈硬化等の機序・病態と健診データを本人の生活習慣と結びつけて対象者に分かりやすく説明し、行動変容を促すことができる最新の知識・技術を習得し、さらに研鑽し続けることが必要である。

※高血糖状態など、糖尿病等になる前の段階で早期に介入し、保健指導により行動変容につなげていくことで、疾病の発症予防を行うべきであり、また、糖尿病等になり合併症を発症した場合でも、医療機関と連携し、保健指導も継続することで更なる重症化予防の支援を行うべきである。

※実際に重症化した人などの治療状況や生活習慣等を把握することにより、なぜ疾病発症、重症化が予防できなかったのか考える必要がある。なぜ予防できなかったかを検証することにより、医療機関との連携や保健指導において対象者の行動変容を促す支援の技術の向上につながる。

2) 対象者に応じた健診・保健指導の実施

対象者の性格、年齢、現在までの生活習慣、生活環境などの違いにより有効な支援方法が異なることから、個人の状況を十分に評価（アセスメント）し、対象者に応じた支援を行うことができる能力が必要である。

例えば、積極的支援の対象者が多い場合、効率的に健診・保健指導を実施し、糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群減少の目標を達成するために、過去の健診結果等も十分に加味し、発症・重症化する恐れのある人を、優先的に抽出していく能力も必要となる。

② 学習教材の検討・開発

実際に健診・保健指導を実施した対象者の具体的事例をもとに事例検討会などを実施することが必要である。

地域の実情に応じて保健指導の学習教材等を工夫、作成する能力が必要である。

③ 評価能力

健診結果および問診による対象者の選定が正しかったか、対象者に必要な保健指導が実施されたか等を評価し、保健指導技術を向上していくことが必要である。

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、発症してしまっても、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考える。

①対象とする生活習慣病は内臓脂肪症候群、糖尿病、高血圧、高脂血症等の有病者・予備群が考えられるが、その他にはどのような疾患の検討が必要と考えられるか。

第2章 健診の内容

(1) 健診項目（検査項目及び問診項目）

- | |
|---|
| ①糖尿病等の生活習慣病、内臓脂肪症候群の予防のための保健指導を必要とする者を抽出するためには、内臓脂肪症候群の診断基準に準じた身体計測（腹囲、身長、体重）、血液検査（血糖、HDL コレステロール、中性脂肪）、血圧等のほかにどのような検査項目が必要と考えられるか。 |
| ②リスクを評価するための問診項目としてはどのようなものが考えられるか。 |
| ③「基本的な健診」の項目としては、腹囲、身長、体重、BMI、血糖、血圧、脂質等が、「詳細な健診」の項目としては心電図、眼底検査等が考えられるのではないか。 |
| ④検査データの基準値とその判定基準についてはどのように考えたらよいか。 |
| ⑤75歳以上の場合の健診項目や方法等はどうするか。 |

(2) 健診項目の基準値と判定基準等の標準化

- | |
|---|
| ①血液検査は測定方法等の違いにより、検査機関によって基準値が異なる場合があるが、統一した基準にするためにはどのような方法が考えられるか。 |
| ②内臓脂肪症候群、糖尿病、高血圧症、高脂血症等の判定基準は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と考えられるが、留意すべき点があるとすればどのようなことか。 |
| ③定められた基準値等についても、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はないか。 |
| ④血液検査の他に検査・測定方法の統一が必要なものとして、血圧測定、腹囲計測等が考えられるが、具体的にどのような方法が考えられるか。その他に標準化が必要なものがあるとすればどのようなものがあるか。 |

(3) 対象者に提供する健診結果等（具体的な学習教材）

- | |
|---|
| ①健診結果通知を、その仕様（サイズ含め）と項目を共通化し、ファイル等に毎年つづっていく「健康手帳」としてはどうか。その際の仕様や項目をどのようにすべきか。 |
| ②対象者が自分の健診結果を見る際には、その結果と生活習慣病の発症がどのような関係になっているか、生活習慣を改善せずに放置しておくとなどのような疾病になるかなどを分かりやすく説明する具体的な学習教材を開発し、保健師・管理栄養士等がその学習教材を基に対象者が自分の生活習慣と結びつけて考えることができるように保健指導を行うこと、また現場での実践を通して学習教材を発展させていくことが重要である。 |

※保健指導における具体的な学習教材例については本プログラムに添付することとする。

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

①内臓脂肪症候群だけに着目した場合、内臓脂肪型肥満を伴わない糖尿病等の個別の生活習慣病の予備群を見落とす恐れはないか。このような予備群を確実に抽出するためには、さらにどのような工夫をする必要が考えられるか。

(2) 階層化基準

①内臓脂肪症候群の考え方は、健診及び問診結果に現れたリスクの数が増えるにつれ、心疾患等の発症率が増加するというものである。保健指導対象者の階層化を行うにあたり、健診における検査項目、問診項目のうち、どのようなものをリスクとして考えていくべきか。

②階層化の基準はリスクの数に着目する必要があるのではないか。

③リスクの数に応じた保健指導の対象者の階層化により、「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」と判定することとしてよいか。

④主治医がおり、治療が現に行われている対象者に保健指導を行う場合、主治医の指示の下に保健指導が行われるべきではないか。また、糖尿病、高血圧症、高脂血症等に対する治療の一環として医療機関等で既に保健指導が行われている場合は、健診判定結果に基づき行われる保健指導は、主治医と連携して重複しないようにすることが必要ではないか。

- ・ 階層化を行った場合、生活習慣改善が非常に有効な段階である「生活習慣改善優先群」とも言うべき対象者は、主治医と連携の上、生活習慣改善の効果を確認しながら、必要がある場合に薬物併用療法を行うことが重要ではないか。
- ・ 検査データが基準値を大きく超えている場合等、保健指導より薬物治療が優先されるべき場合でも、主治医と連携を取りながら保健指導が継続されることが重要ではないか。

(3) 保健指導対象者の選定と階層化の考え方 (図) → (別紙3)

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 → (別紙4)

①内部精度管理、外部精度管理をしっかりと行う必要があると考えるが、例えばどのような外部精度管理を実施すればよいと考えるか。

②その他留意すべき点があるとすればどのような点か。

(2) 検査基準値の標準化及び互換性のあるデータの蓄積

①血液検査の検査値は検査方法、検査機器、検査試薬等により検査の基準値が異なる場合があるが、医療保険者が継続的に健診の検査値を蓄積するためには互換性のある検査値である必要があるのではないか。

②血液検査の検査値については標準的な正規化された値に変換をするなど、学会ガイドライン等の判定基準にあうよう標準化することが考えられるのではないか。

第5章 健診データ等の電子化

(1) 健診データ提出の電子標準様式（健診機関→保険者、保険者→保険者）

①健診データを有効に活用するためには、健診機関から医療保険者に対してデータを電子的に提出されることが必要ではないか。

②健診データを電子的に提出する際には、データの互換性を確保するため、どのような標準的フォーマットを国が示す必要があるか。

(2) 健診項目の標準コードの設定

①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）が標準的と考えられるが、他にも検討すべき標準コードはないか。

②問診についても、標準的な問診項目の設定とその標準コードの設定が必要ではないか。

(3) 健診機関コードの設定

①健診データをコード化するためには、健診機関コードを設定する必要があるのではないか。

②その場合はどのような方法が考えられるか。

③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のではないか。

(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医療保険者、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「健康管理番号」の設定を行う必要があるのではないか。

②その場合、どのような方法が個人情報の保護の観点から望ましいと考えられるか。

③また、被保険者が医療保険者を異動した場合のデータの互換性が保たれる方法が必要であるが、どのような方法が適切と考えられるか。

第6章 健診及び健診データ管理のアウトソーシング基準

(1) 健診の委託基準

(検討中)

(2) 医療保険者が健診データの管理を民間に委託する場合の留意点

(検討中)

第3編 保健指導 → (参考1)

(以下の項目について、保健指導分科会で検討中)

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

(1) 国の役割

①国立保健医療科学院を活用して各都道府県等の地域における指導者等の人材育成の研修を実施することを考えているが、どのようなことに留意すべきか。

(2) 都道府県の役割

①都道府県は関係団体と協力して、事業企画や現場で健診・保健指導を実施する専門家の知識と技術を担保・向上させるために、定期的に人材育成の研修を実施すべきではないか。

②都道府県等が実施する研修会には、地域の医療関係団体、糖尿病学会等の関係医学会等の協力を得て講師を確保し、最新の知見について研鑽を積む体制を確保することが必要ではないか。

(3) 市町村の役割

①市町村は、市町村国保の保険者としての健診・保健指導実施者の役割と、住民への一般的な生活習慣病予防の普及・啓発を実施する役割がある。現場の健診・保健指導の経験を都道府県の実施する研修に生かす等の観点から、都道府県との人材交流を積極的に行う必要があるのではないか。

②市町村のボランティアを活用して、健康づくりを推進するシステムを作る必要があるのではないか。また、ボランティアを研修するシステムが必要ではないか。

(4) 医療保険者の役割

①医療保険者に所属する保健師・管理栄養士の保健指導技術を向上するために、研修を継続的に実施する必要があると考えられるが、どのような方法が現実的か。

(5) 医療関係団体の役割

①日本医師会、日本看護協会、日本栄養士会等の医療関係団体及び当該団体の都道府県・地域支部においても、保健指導の指導者及び保健指導実施者の資質の向上のために積極的に研修・講習会を開催するなどの役割が求められるのではないか。

②医療機関が保健師・管理栄養士を確保できない場合は、地域の保健師・管理栄養士を活用し、保健指導が提供できる環境をつくる必要があるではないか。

③その場合、都道府県看護協会、都道府県栄養士会等の医療関係団体の人材養成、人材支援機能を充実し、医療保険者や医療機関等に情報提供するシステムが必要ではないか。

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

(1) 学会・研究班の役割

①健診・保健指導のデータをコホート追跡し、疫学的分析を行う研究班を設置することとしてはどうか。

②蓄積された健診・保健指導データを基に、関係学会の協力を得て健診項目の追加・修正、各種疾病の診断基準、治療方法の見直しに活用してはどうか。

③関係学会の協力を得て、全ての都道府県で研修会が実施できるよう講師リストの作成を行うこととしてはどうか。

(2) 国立保健医療科学院、独立行政法人国立健康・栄養研究所の役割

①効果的な健診・保健指導を行うためには、常に新しい知見に基づいた学習教材等の開発が必要である。このような学習教材の継続的な開発に際しての科学的根拠となるデータ支援などについて、国立保健医療科学院、独立行政法人国立健康・栄養研究所等の役割が期待されるが、その他にはどのような機関が考えられるか。

②保健指導の学習教材や媒体をインターネットで公開し、自由にダウンロードできるシステムを構築してはどうか。

(3) 地域・職域連携推進協議会、保険者協議会の役割

①都道府県における健康政策の見直しに、地域・職域連携推進協議会、保険者協議会を活用してはどうか。

②被扶養者の健診機会の確保・調整のため、地域・職域連携推進協議会、保険者協議会を活用してはどうか。

(4) その他

①収集した健診・保健指導データを管理・分析し、都道府県健康増進計画との連携なども含めた健康施策に活用する組織・体制の整備を行ってはどうか。

②健診・保健指導に当たる民間事業者等の質の管理、評価を行う第三者評価機関が必要ではないか。どのような主体が担うべきと考えるか。

③市町村国保部門と市町村衛生部門の連携が円滑に行われるための方策を示す必要があるのではないかと。また、衛生部門の保健師が国保部門のレセプト情報を活用できる方策を示すことも必要ではないかと。

④最新の知見を反映した健診・保健指導を確実にを行うため、保健師・管理栄養士の養成カリキュラムの見直しを行うことが必要ではないかと。

第3章 健診・保健指導に関連する標準的なデータ評価と管理

(1) 健診データとレセプトデータの突合と健康課題を抽出・分析

- ①国全体として2015年度に2008年度と比較して糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群の25%減少という目標に対して、各都道府県、医療保険者がどのように取り組めば達成できるかを示す必要がある。
- ②医療保険者には、健診データとレセプトデータが集まることになるため、両データを突合した分析を行うことが可能となる。効果的な保健指導を行うためには、実例に基づいたデータにより、疾病予防の成果が上がったかどうか、健診の結果、要医療となった人の治療の中断がないか、検証可能な方法で分析することが重要である。
- ③医療保険者に所属する医師、保健師、管理栄養士はレセプトを分析し、レセプトデータと健診データから、どの部分に焦点を絞って、疾病予防・重症化予防を行うのが効果的かを検討することが必要である。

(2) 病名抽出によるレセプトデータ分析

- | |
|--|
| ①具体的に分析・活用するレセプトデータは、病名による抽出が考えられるのではないかな。 |
| ②レセプト分析を行う病名は生活習慣病に関係する以下の病名をレセプトから拾うこととしてはどうか。他にどのようなものが考えられるか。
例：肥満症、糖尿病、高血圧、高脂血症、高尿酸血症、虚血性心疾患（狭心症は含まない）、脳卒中（くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞）、腎不全（人工透析）、糖尿病性網膜症など |
| ③レセプト病名は主傷病と副傷病に分かれているが、両方とも拾うこととしてはどうか。この場合、主傷病は原則として1つとなっていることから、主傷病が分かるようにデータを集計・分析することとしてはどうか。 |
| ④将来的にレセプトデータがオンライン化されれば電子データからの変換が可能となるが、それまでは、健診データにレセプト病名コードを追加することにより対応することとしてはどうか。 |
| ⑤傷病名コードはICD分類に基づきコーディングを行うこととしてはどうか。 |

(3) 高額レセプト、長期レセプト、重複疾病の抽出によるデータ分析

- | |
|---|
| ①医療保険者として、健康課題を明確化することは重要であり、レセプトデータ分析から医療保険者として被保険者等の集団の特徴を把握することができる。例えば、高額なレセプト（例：1ヶ月200万円以上など）を分析することにより、どのような疾患が高額になっているかを調べて、どの疾患をターゲットにおいて保健指導計画を策定するか考えてはどうか。 |
|---|

②長期に治療が継続することにより結果的に医療費が高額になる疾患を把握し、どの疾患をターゲットにおいて保健指導計画を策定するか考えることも重要であるため、これらの長期に治療が継続する疾患（生活習慣病関連である場合が多く、脳卒中、人工透析等が考えられる）を抽出してはどうか。

③複数の生活習慣病同士の重なりや合併症を調べ、地域の特徴や健康課題を把握することも重要であるため、糖尿病、高血圧症、高脂血症、虚血性心疾患、脳卒中、人工透析等の生活習慣病毎に分析を行うことが重要ではないか。

(4) 健診・保健指導の総合的評価に関するデータ

①新たな健診・保健指導の最終的な政策目標は、糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群の減少であるが、毎年の事業評価を行うためには有病者・予備群への移行者数の減少の他、補足的な評価項目が必要ではないか。

②その場合、カテゴリーとしては有病者あるいは予備群のままであったとしても、リスク数の減少などについて評価することが考えられるのではないか。

③健診・保健指導に投入した費用と、医療費への効果が分かるような仕組みが必要ではないか。

④都道府県間比較、医療保険者間比較ができるよう、データの標準化が必要ではないか。

⑤健診・保健指導の総合的評価を、医療保険者は所属する個々の被保険者に情報提供することが必要ではないか。

⑥いくつかの地域あるいは医療保険者を定点として定め、健診・保健指導の成果を時系列的にフォローアップしていくシステムの構築が必要ではないか。

※保健指導における健診受診者個人の評価

①健診受診者の腹囲、体重、血圧等の個別のデータの改善も評価すべきではないか。

②生活習慣の改善は、本人の努力する姿勢も評価しないと長続きしないのではないかと指摘もあり、その場合、本人の努力により、腹囲の増加、体重の増加等が認められないこと（現状維持）も評価すべきではないかという意見もあるが、どのように考えるか。

(5) 医療情報の管理

①健診・保健指導のデータは個人の医療情報が入っているので、あらかじめ医療保険者により定められた医師又は保健師、管理栄養士が責任を持って管理することが望ましい。

②また、健診・保健指導のデータ管理を外部委託する場合は、電子カルテを外部委託する場合の基準と整合性をとる必要がある。

○平成18年度の準備事業の実施について → (別紙5)

①メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）対策総合戦略事業（準備事業）の進め方はどのような点に留意して行えばよいか。

②以上示したガイドラインの他に準備事業に必要な体制整備があるとすれば、どのようなことが考えられるか。