

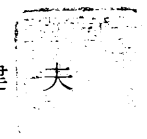
(地Ⅲ194)

平成18年12月27日

都道府県医師会  
担当理事 殿

日本医師会

常任理事 内田 健一夫



都道府県医師会健診・保健指導担当理事連絡協議会（平成18年8月31日）における  
質問・要望と回答、及び特定健診等に関するQ&A（厚生労働省第1回医療構造  
改革に係る都道府県会議）の送付について

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、平成18年8月31日に開催いたしました「都道府県医師会健診・保健指導  
担当理事連絡協議会」における質問・要望に対する回答、及び平成18年11月6日に  
厚生労働省で開催されました第1回医療構造改革に係る都道府県会議の資料であります  
特定健診等に関するQ&Aにつきまして、参考までにお送り申し上げます。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただき、貴会管下郡市区  
医師会への周知方よろしくご高配のほどお願い申し上げます。

なお、本資料につきましては、本会で開催いたしました「健診・保健指導の指導者研  
修会」（平成18年12月20日開催）においても、配布しております。

また、日本医師会ホームページ

(<http://www.med.or.jp/chiiki/kenshin/index.html>)にも掲載する予定としておりま  
すことを申し添えます。

## 都道府県医師会健診・保健指導担当理事連絡協議会（平成18年8月31日）

### 質問・要望と回答

#### <事前に寄せられた分>

##### 【神奈川県医師会（秦野伊勢原医師会）】

最近、費用対効果があるとされている前立腺癌検診であるPSA検査が市民検診や人間ドックで行われるようになった反面、予算がないという理由で市民検診に導入されていない自治体もあります。

また、介護保険の利用者の6割が認知症であるという事実や認知症は、早期発見、早期治療が必要という事で専門医が「もの忘れ外来」を多数開設しているにもかかわらず、認知症に対する「もの忘れ検診」が行われていません。医療の現場に現れるのは、家族が介護するのに困るようになった患者さんたちです。平成20年より検診の内容が変わっていく中で、どのような内容の検診が必要なのか、また、どのような検診が効果があるのかということ、保健、福祉、医療の現場で働いている医師たちの意見を取り入れながら考えていって欲しいと思います。

##### 【回答】

前立腺がん検診については、現在、国の指針において推奨しておらず、老人保健事業報告の対象にもなっていないため、国においても詳細な把握ができていません。

平成13年3月にとりまとめられた、厚労省の研究報告書では、「PSAを用いた前立腺がん検診は、検査精度や生存率等を指標とする予備的な研究で、効果の可能性が示されている。しかし、現時点では、検診による死亡率減少効果を判定する適切な根拠となる研究や報告が見られない。現在欧米で進行中の、死亡率減少効果の評価に関する無作為割付比較対照試験の成績を、今後参考とすべきである。」とされています。

今後の研究成果等を踏まえて日医としても対応したいと考えています。

また、認知症については、老人保健事業の基本健診において実施する、介護予防のための生活機能評価が本年度から行われています。

今後、疾病予防としてどのような健診が必要かについては、厚生労働省とともに検討していきたいと思います。

##### 【石川県医師会】

#### 1. 健診の基盤整備について

(1)「医師会で受託する」と希望した時に、本当に実施可能なのでしょうか。厚生労働省と日医との間で約束・合意されているのでしょうか。

##### 【回答】

既に健診はアウトソーシングが進んでおり、老人保健事業でも個別の医療機関にお願い

している状況になっています。保健指導部分は、必ずしも十分ではなかったもので、保健指導のアウトソーシング先としては、健診機関がより業務を拡大するやり方、病院、診療所の医療機関が保健指導を担うセクションを設けるやり方という形などになっていきます。当然のことながら、医師会の先生方の力を借りなければ実現できないと思っています。

都会では、民間事業者が積極的にでてくる可能性もありますが、地方等においては地域医師会の先生方の力を借りないことには、しっかりした健診・保健指導ができない可能性があると思います。保険者も地域医師会の先生方と連携しながら健診・保健指導の推進をしていくことになるのではないかと考えています。

(2) 現在、政管保健健診事業では、指定医療機関が限定されています。この「健診・保健指導」でも一般開業会員が参加できないのではないのでしょうか。

**【回答】**

健診・保健指導に関しては、生涯を通じた健康管理というような視点からもかかりつけ医の役割が非常に大きいと思います。既に老人保健事業の中で個別健診で医師会が受託するというシステムができていますから、委託基準を満たしていくということは必要ではありますが、医師会としてあるいは個別の医療機関として、この健診を受託していくということはやっていただきたいと思っています。

委託については、地域において各保険者との協議によることになっています。

2. 「精度管理」が特に重要だと考えますが、精度管理をどのようにして評価し担保するのかがはっきりしないのではないのでしょうか。

(1) 内部精度管理、外部精度管理としているが、最終的にチェックし評価し判定するのはどこでしょうか。「地域職域連携推進協議会」かあるいは各都道府県の「成人病検診管理協議会」が実施しても良いのでしょうか。日医の考え方と厚生労働省の考え方について。

(2) 「検査機関が異なっても、検査結果を正確に比較することができるように」と決められていますが、実際には困難な点があるのではないのでしょうか。

**【回答】**

精度管理の範囲をどこまでするのか、どのように質を高めていくのか、精度管理をどういう形で進めていくのかなど、今後の検討課題となっています。精度管理をどの程度まで行うか研究しなければならない部分もあり、すぐには対応できないところもあります。各都道府県で精度管理をお願いすることになるかについてもこれから詰めていくことになります。

3. 医療保険者の力が突出するのではないのでしょうか

(1) 医療保険者が健診・保健指導データとレセプトを照合してデータ分析すると、保険者機能が強化され集中する恐れがあります。これをチェックする方法について日医としてどのようにお考えでしょうか。

(2) 医療保険者がデータとレセプトとの照合の結果、医療機関をランク付けしたり、良

い医療機関と受診すべき医療機関と言うように差別化、選別する恐れがあるのではないのでしょうか。

**【回答】**

レセプトデータと健診データの突合ということが、医療機関のランク付け、差別化に使われるというような、いわゆる医療現場への介入ということが起きてくる可能性があります。保険者の行う事業をしっかりとチェックすること、将来的には第三者機関による保険者の健診事業、保健指導事業に対する評価というものが必要になってくると考えています。

(3) 現在受診中の患者さんに対する医療機関の指導と、この「健診・保健指導」による指導に違いがあると、患者さんが困惑するケースが出るのを恐れますが、その対策は？

**【回答】**

標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）の30ページをご覧いただきたい。例えば、高血圧の治療中であっても、例えば血糖にリスクがある場合は、その糖尿病予防のための保健指導が必要であるということがあるかと思えます。その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な仕組みを考えていくことが大事だと考えています。

医療保険者には、的確に医療機関と連携の上で健診も含め、総合的にやっていただくことがこれからは必要なのではないだろうかということで、調整をさせていただいています。

4. この「健診・保健指導」は、結局、医療費削減が主目的のように思われるが如何でしょうか。

国の施策は「国民の健康維持」が第一の目的で、人の命を救ったり、健康維持のためにはコストがかかるのは当然だと思います。

しかし、「生活習慣病有病者・予備群25%削減目標を設定」と言いながら、「都道府県健康増進計画と都道府県医療費適正化計画による進捗状況の評価」という大きな項目があります。

医療費適正化計画という名の医療費削減計画だという思いがしますが如何でしょうか。

**【回答】**

ご指摘のとおり的一面があると思いますが、国民の健康づくりがまず重要であり、医療費の適正化はあくまでも結果であります。

**【静岡県医師会】**

1. 「保険者が医療費データ（レセプト等）と健診データの突合分析から、個人的、集団的に疾病の発症予防や重症化予防・・・」とありますが、医師法上から、予防的診断・指導を保険者が行うことは可能ですか？

また、レセプトを目的以外で使用をすることが、個人情報保護の点から認められるのでしょうか。それは、法的に可能なのですか？

2011年のレセプト請求のオンライン化がこの目的のためだとしたら、大きな問題

と思われませんが、いかがでしょうか。

**【回答】**

法的には可能と理解しています。レセプト請求のオンライン化とは直接関係はありません。

2. 老人保健法の基本健診で行われてきた、診療所での個別健診の方式は、存続可能でしょうか？

**【回答】**

存続可能です。

3. 健診対象者は、40歳以上の病人も含めてすべての国民になるのでしょうか。日常診療では、40歳未満の生活習慣病患者が急増しており、予防のモチベーションを高める意味においても、30歳代からの健診は必要と思われませんが。

**【回答】**

従来から医療保険者の中では40歳未満もやっていたところもありますが、40歳未満の対象者については努力規定ということになっています。

**【愛知県医師会】**

1. 「管理者として医師、保健師、管理栄養士」とあるが、それ以外の職種（歯科医師、薬剤師等）の協力は不可欠と考える。日医、厚労省の段階で案はあるのでしょうか。

**【回答】**

看護師については、いろいろ議論があります。必要に応じ歯科医師なり薬剤師の方々の協力があるだろうと思っていますが、まず、一義的に対応していただくというのは医師であり、保健師であり管理栄養士と思っています。

2. 平成20年度から実施するに当たり、指導する人材の養成が急務と考える。具体的に日医として指導者養成の計画はあるのでしょうか。また、講習会・研修会についてお考えがあればご教示いただきたい。

**【回答】**

日本医師会として、年度内に1回研修会を開催したいと思っています。また、事業が実施される平成20年に間に合うような形で研修会を開催したいと考えております。

**【京都府医師会】**

1. 健診の費用負担割合はどのようになるのか？

（国・保険者・自治体の割合、自己負担金はいくら？）

**【回答】**

基本的に健診・保健指導に要する費用のどの程度を自己負担にさせていただくのかということについては、それぞれの保険者がお決めいただくことになると考えております。いわ

ゆる一般の診療費同様3割にするのかどうかということについては、それぞれの保険者に考えていただく、決定いただくということになると思います。

健診の受診率等の促進という観点から、被用者保険の被扶養者、すなわちサラリーマンの奥さんの部分についてはそれに要する健診費用の3分の1を国庫補助という形で実施できないかということで、現在、詰めています。国保の部分につきましては、従来から老人保健事業で国3分の1、都道府県3分の1、市町村3分の1という形でやらせていただいておりますので、基本的にそれを踏襲させていただくということで考えています。

## 《 要 望 》

1. 健診のやりっぱなしでは健診を実施する意味がないと思われるので、健診後、医療機関の受診を勧められた受診者については、医療機関を受診したかどうかの追跡調査および確認ができるような仕組みづくりを検討願いたい。

### 【回答】

医療保険者には健診のデータ、レセプトのデータがあります。受診勧奨した後、実際に本当に医療機関を受診したかどうかということを確認できるのは医療保険者であります。

医療機関からすると治療していた患者さんが引越して来なくなったのか、他の医療機関に行ったのかということはありません。糖尿病の治療を中断していたのであるならば、悪化する恐れがあります。今度の制度では、医療保険者は治療中断ということもレセプトで把握することができますので、重症化防止という観点からも糖尿病の治療を中断する人々を的確に把握して、必要な医療に結び付けていただくことが今まで以上にできるのではないかと考えています。

2. 健診には疾患の早期発見と予防の機能があり、今回の改訂では疾患の予防と医療費の削減が前面に出ているが、疾患の早期発見、治療を行い、重症化を防ぐことで医療費の増大を食い止めることも重要である。

- ・今回のプログラムは、非常に煩雑で判りにくい。

- ・データの管理については、ある程度の地域的な広がりや公的な性格がある機関でまとめて行っていく必要がある。保険者がアウトソーシングする機関として、郡市区医師会は健診データを管理し、事後の経過を観察していく上でもっとも適した組織ではないか。個人の究極の情報が集まる今回のプランは、安価であるからといっていい加減な組織にアウトソーシングされてはならないものであり、管理、運営に適した医師会などに委託されるべきではないか。医師会でもデータの継続的管理や事後指導のプログラムを作成していくことは可能である。ある郡市区医師会で、過去のデータを基に新基準に合わせ判定を行った資料を示す。

資料に示すように積極的支援が必要とされる割合が非常に高い。これらに個別の保健指導を実施するには大変な数の人材が必要である。1人が1日8人指導して1年250日で4,000人である。仮に受診対象を5,000万人とし、保健指導を要する者が

15%として750万人。これを4,000で割ると約2,000人の指導要員が必要となる。1回の面接だけでもこれだけの指導要員が必要で継続的な管理となると一人で数百人が限度である。1人の指導要員が年間250人指導するとして指導要員は3万人以上必要で現実的な人数ではない。まずは集団指導から初めて効果を見ながら個別指導に移行すべきではないか。

厚生労働省・日本医師会は、このように郡市区医師会が健診機関の主体となることにどうお考えか？

**【回答】**

集団指導は、40、50人を集めて教室みたいなところで一般的知識を伝えるだけでは、効果は出ないだろうと思っています。少人数の集団指導も含めた個別指導など、それぞれの医師・保健師・管理栄養士のプランニングによると思いますが、個別にやっていただくということが重要です。

必要なマンパワーが大丈夫かという点については、管理栄養士については年間4,000人弱、保健師については7,000～8,000人が新規免許者となっています。中長期的には十分充足し得る状況になるだろうと思っています。地域偏在や保健指導に携わるマンパワーの育成・確保の問題は、地域職域連携推進協議会の場などを通し、都道府県が地域の実情を踏まえてリーダーシップを取ってほしいと思っています。

人材の確保、養成は重要な課題と考えています。また、ご指摘のとおり、郡市区医師会及び都道府県医師会が引き続き健診の主体になっていただくものと思います。

『 郡市区医師会での過去のデータによる分析 』

今回の基準値で異常になる者

	2000年	2004年	2005年
受診者総数	4847	8863	8578
血糖	983 (20)	1837 (21)	1744 (20)
脂質	1860 (38)	3240 (37)	3085 (36)
血圧	3002 (62)	4878 (55)	4646 (54)
LDL	2550 (53)	5147 (58)	4689 (55)
尿酸	249 (5)	522 (6)	518 (6)
喫煙	624 (13)	データなし	データなし

カッコ内は総数に対する比率

今回の判定基準で2) の場合 (胸囲の測定をしていないので胸囲は正常と判断)

異常項目が3以上が積極的支援

1, 2が動機付けになる

BMI 25以上	2000年	2004年	2005年
総数	952	1900	1698
異常項目数 0	29 (3)	77 (4)	78 (5)
1	150 (16)	365 (19)	373 (22)
2	327 (34)	693 (36)	592 (35)
3	318 (33)	553 (29)	481 (28)
4	114 (12)	190 (10)	159 (9)
5	14 (1)	22 (1)	15 (1)
6	0		

積極的支援が2000年で446例 9.2%

3) の場合 (BMI 25未満 胸囲不問)

4以上が積極的支援

1, 2, 3が動機付けになる

BMI 25未満	2000年	2004年	2005年
総数	3895	6963	6880
異常項目数 0	470 (12)	982 (14)	992 (14)
1	1144 (29)	2324 (33)	2315 (34)
2	1290 (33)	2287 (33)	2388 (35)
3	739 (19)	1084 (16)	1097 (16)
4	216 (6)	194 (3)	225 (3)



5	27 (1)	9 (0)	11 (0)
6	7 (0)		

積極的支援が2000年で250例 5.2%

合計では積極的支援が2000年で696例 14.4%になる。

今回は胴囲を測定していないので、BMI 25以上の2)に分類したなかのかなりの数が1)に入る可能性があり積極的支援がさらに増える。また、健診を自主的に受ける方の喫煙率はそうでない場合に比べて低いと考えられる。これも比率が増える要因になる。

喫煙は2000年のみ

LDLはTCH、HDL、TGよりの計算値

**【広島県医師会（安佐医師会）】**

住民健診受診率の向上等のため、どのような方策を行えばよいか。

**【回答】**

行政を含めて、広報活動が重要であります。

**【福岡県医師会】**

1. 健診・保健指導の単価について

平成10年度より老人保健法に基づくがん検診関係の費用が一般財源化され、地方交付税をもって措置されることになったことに伴い、がん検診関係の予算化が市町村の裁量に委ねられるようになった結果、各市町村が検診料の相見積もりを要求するようになり、現在、各検診機関間で過当な競争が行われています。

今回の新たな健診・保健指導についても更に過当な競争が行われることが予想されます。このような価格競争が行われることは、健診の質の低下にも繋がりがねません。

そこで、新たな健診・保健指導は、国が保険者にその実施を義務付けるものであるの  
で、診療報酬のような公定価格の設定ができないかご検討をお願いしたい。

**【回答】**

安かろう悪かろう、これは断固として排除しなければいけないと思います。今度創設をいたします高齢者医療制度に対して、いわゆる現役世代を擁する医療保険者から費用負担をお願いすることになっていますが、糖尿病等の有病者・予備軍の減少をどれだけ達成できたのかということで、その支援金にプラスマイナス10%の加算・減算措置といったものを講じるようになっておりますので、安かろう悪かろうでは結果として恐らく糖尿病等の有病者・予備軍が減らせないし、そのプロセスにおいて健診受診率も上がらないし、保健指導の実施率も上がりません。したがって、保険者で安ければいいんじゃないかという判断をするところは、まず出てこないのだろうとは思っております。

健診のアウトソーシング、保健指導のアウトソーシングについて、一定のアウトソーシング基準に則し、具体的にはマンパワーの整備、また精度管理その他を満たすところに保険者に委託をしていただくということになると思います。

統一単価にするかどうかということについては、「保険者による健診・保健指導の円滑な実施に関する検討会」でも議論になると思われま

2. 保健指導について

新たな健診・保健指導では、保健指導（予防医学）に重点が置かれており、医師会としても会員医療機関で今回の保健指導に対応できるよう研修会等の開催を検討すべきである  
と考える。日本医師会として、保健指導実施のための研修会の開催あるいは研修プログラム等の作成を検討されているかお尋ねしたい。

**【回答】**

研修会は年度内に1回開催したいと思

## <追加分>

1. 健診について、医師会でまとめて受託して会員が実施することは可能ですか。

### 【回答】

可能です。保険者ごとの個別の契約ということになります。委託基準が設定され、医師会が対応できるかどうかという問題になります。被用者家族に関しては、その家族の利便性を踏まえて、他の保険者に委託するという話がでており、国保で受託するというのであれば当然、地域の医療機関で健診を受けるということになると思います。特に医師国保に関しては、医師会で受託するようにはしていただきたいと考えています。

2. 精度管理について、統一した試料、試薬を使うということと、外部精度管理は日医で行っている精度管理に参加するだけで精度管理ができるということになるのですか。

また、精度管理は地域職域連携推進協議会で行うのですか。各県で決めて実施できないのですか。

### 【回答】

精度管理の範囲をどこまでするのか、どのように質を高めていくのか、精度管理をどういう形で進めていくのかなど、今後の検討課題となっています。精度管理をどの程度まで行うか研究しなければならない部分もあり、すぐには対応できないところもあります。各都道府県で精度管理をお願いすることになるかについてもこれから詰めていくことになります。

3. メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）対策総合戦略事業の概要の中に医師会の明記がなく、保険者協議会と地域職域連携推進協議会がメンバーとなっています。医師会が本当に関わるのか疑問があります。

### 【回答】

保険者協議会に直接関わることは難しい現状がありますが、オブザーバー参加することは可能であります。保険者の方もそれを希望しているという話も伺っています。地域職域連携推進協議会に関しては、医師会は参加メンバーとなっているので、いずれもぜひ参加いただきたいと思います。

4. 保険者協議会と地域職域連携推進協議会はどちらが上になるのですか。

### 【回答】

保険者協議会は、特定健診・特定保健指導の実施計画をつくり、どう実行していくのかを中心に保険者で議論いただき、地域職域連携推進協議会は、保険者としての取り組みを踏まえて都道府県の健康増進計画にどのような事業を盛り込み、どのような役割分担で実現していくのかということを議論いただくことになっています。

保険者協議会では、特定健診・特定保健指導を、それぞれの保険者がどのように協力し

ていくかについて議論いただきますから、まずは保険者同士で議論されますが、適宜医師会に相談するという形としてオブザーバー参加となります。

また、地域職域連携推進協議会は、都道府県におけるがん検診、ポピュレーションアプローチも含めた健康づくりをトータルとして考えていくので、医師会には当然入っていただかなければならないと厚生労働省として考えています。

5. 日本経団連は健診・保健指導について健診レセプトをつくれと提案していますが…。

**【回答】**

標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）では、健診データと医療のレセプトの突合を行うこととなっております。日本経団連の健診レセプトについては承知していますが、厚生労働省内において議論はしていません。

6. 日本経団連が要望している受診しない被保険者に対する罰則、ディスインセンティブをつけるということについてはどうなのですか。

**【回答】**

国として一律に個々の国民に対するインセンティブ・ディスインセンティブというのは、難しい点があると考えます。保険者自治の一環としてどのような受診促進策があるのか、その中で健診を受けるインセンティブにはどういう形があるか、保険者の中で議論いただいてインセンティブ措置等を講じていただくのは良いと思っています。

7. 特定健診・特定保健指導を保険者がきちんと行わなかった場合における、後期高齢者医療支援金の加算・減算についてはどうなのですか。

**【回答】**

医療保険者の役割は、加入者の健康を守ることであり、疾病予防にどれだけ取り組んだかということについて保険者としての責任を問うということについては、間違った政策ではないと思います。しかし、健診を受ける受けないという、個人の自由意思にかかわる問題についてまで制度的に一律の義務付けを行うということは、国民の間でも議論のあるところではないかと感じています。

8. 研修内容、及び研修を受けた方への修了証についてはいかがですか。

**【回答】**

研修については、国自らが行うこと、都道府県にお願いすること、医療保険者の団体で行うこと、医師会、看護協会、栄養士会にやってもらうことがあると考えています。研修内容に共通部分もありますが、それぞれの医療保険者、医師会、看護協会等の独自性をつけた研修会をしてほしいと考えています。

また、現在、全国の医療保険者団体、医療関係者団体等に平成18年、19年の研修計画についてアンケート調査を実施しています。着手されているものの情報等を見て、全体を国として調整したいと考えています。

研修を受けた方への修了証については、種々の問題もあり今後の検討課題であります。カリキュラムについても個別に工夫をしなければならないのではないかと考えていますので、相談をしながら進めたいと思います。各都道府県に対して、健診・保健指導プログラムの暫定版の中に研修ガイドライン案を示しているのを参考にさせていただきたいと思いません。

医師会としては、健診・保健指導プログラム（暫定版）に保健指導の実施者の一人として盛り込まれている日医認定健康スポーツ医の関わりがあります。健康スポーツ医の養成、更新のためのカリキュラムの内容について委員会で検討しているところであります。

また、労働安全衛生法の事業所健診について、産業医が保健指導にどうかかわるのか、保健指導のカリキュラムについても今後の検討課題と認識しています。

9. 総事業費はどうなるのですか。財政責任は医療保険者にあるということですが、費用としては保険料が使われることになるのですか。

**【回答】**

健診・保健指導を医療保険者に義務づけることに関し、総事業費の見込みは今の段階で示せるものではありません。「保険者による健診・保健指導の円滑な推進に関する検討会」の中でシステムについて具体的に詰まっていくなかで、健診単価をどう見込むかということも含めて決まっていこうと思っています。

健診・保健指導に要する費用については、自己負担の他、国・都道府県負担があり、それ以外の部分については基本的に保険料を原資としてやっていただくこととなります。

10. レセプトデータと健診データの突合については、個人情報保護から許されるものなのですか。保険者が扱うこともあり、危険な方向にあるので検討して日医は断固反対してほしい。

**【回答】**

日医としても最も危惧しているところであり、基本的には、データ管理は患者本人が行い、そのバックアップとしてかかりつけ医が行うことが望ましいと考えます。日医としては、これまでも主張をしてきています。

## 特定健診等に関するQ&A

参考資料5

質問	
<b>【Ⅰ. 医療費適正化計画等について】</b>	
1	医療費適正化計画の策定について、具体的な作業はどのように行うのか。
2	医療費適正化計画は、医療計画、健康増進計画、地域ケア整備構想という他の計画等と整合性をとりながら、策定することが求められているが、それぞれの計画のスケジュールを一体的に示してほしい。
3	保険者が定める特定健診等実施計画の策定作業のスケジュールはどのようになっているのか。
4	特定健診等実施計画を策定するプロセスにおいて、市町村議会での承認を入れているのはなぜか。
5	国が示す参酌標準は、保険者の規模や地域性、年齢構成等、保険者個々の事情に即した標準とするか、それとも全国統一の標準とするのか。
6	生活習慣病の予防に係るデータの収集・分析について、県としてはどの程度のデータ収集・分析を行う必要があるのか。 また、平成19年度には、県として具体的にどのような作業が発生するのか。
7	国保連以外の保険者の医療費データを収集・分析できない場合があるが、医療費適正化計画の対象除外として良いのか。
<b>【Ⅱ. 特定健診・特定保健指導・保険者協議会について】</b>	
8	特定健診等における都道府県の役割、指導権限の範囲はどのようになっているか。
9	特定健診・特定保健指導の実施にあたっては、事業主や加入者の理解・意識づけが重要であるが、その理解・意識づけを図るためにどのようなことを行うことが望ましいか。
10	保健師・管理栄養士等健診・保健指導に必要な人材の質的・量的な確保について、どのように行っていくことを考えているのか。
11	保健指導に関する国レベルの研修をどのようなスケジュール及び内容で行うことを考えているのか。
12	都道府県による保健師及び管理栄養士に対する特定保健指導に関する研修の対象者はどの範囲か。
13	保険者協議会における今年度・来年度の役割について。
14	都道府県保険者協議会の委員ではない医療保険者との協力・情報提供の要請、課題認識の共有等をどう図っていくのか。
15	保険者協議会と地域・職域連携推進協議会の役割分担について、どのようになっているのか。
<b>【Ⅲ. 費用について】</b>	
16	平成20年度から特定健診・特定保健指導が義務化されることによる、保健師等の人件費等に係る国からの補助金及び地方交付税等の財源措置についての概要を教えてください。
17	特定健診等のデータを管理するシステムについては、国庫補助の対象となるのか。
18	特定基本健診等の単価はどのように設定されるのか。
19	特定健診等に要する費用について、受診者本人の自己負担はどうなるのか。
20	特定保健指導の費用負担はどうなるのか。
21	特定健診・特定保健指導を他の保険者に委託する場合や受託する場合の具体的な取り扱いはどのようになるのか。
22	国において、特定健診・特定保健指導に係る外部委託を実施する際の委託基準を示すということであるが、いつ頃示されるのか。委託に係る契約書例も示していただきたい。
23	特定健診・特定保健指導の委託料又は報酬の単価は、保険者が自由に設定できるのか。基準単価は定められないのか。また、一定条件をクリアできない場合に減額し、あるいは条件をクリアした場合に加算するという成功報酬的な設定は可能か。

	<b>【IV. アウトソーシングについて】</b>
24	特定健診・特定保健指導の委託先で、適正に実施されているかどうかという質の担保はどこが、どのような方法で行うのか(評価基準、評価機能を誰がするか。)また、都道府県が委託先に対して、改善勧告等が行えるのか。
25	委託先となる事業者の動向把握について調査を行うことが検討されているようだが、これは、都道府県が実施すると想定しているのか。
26	保健指導のアウトソーシング機関についてどの程度情報を収集しているか。いつぐらいまでに、どのような方法でリストの提供があるか。また、民間企業の新規参入者に関する動向は。
27	国が作成しているフリーソフトの機能、配布時期等を明らかにしていただきたい。
	<b>【V. 標準的な健診・保健指導プログラムについて】</b>
28	かかりつけ医や、人間ドック等において、特定健康診査と同様の検査を受けている者に対しても、特定健康診査を実施する必要があるのか。
29	「標準的な健診・保健指導プログラム(暫定版)」に定める、保健指導判定値や、階層化の方法については、見直す予定はないのか。また、要医療の者に対する保健指導をどうするのか。
30	保健指導対象者の階層化については、マニュアルどおりに行わなければならないのか。
31	保健指導対象者の階層化においてステップ4を実施することにより、健診データに問題があるにもかかわらず、保健指導レベルが下がることがあるがどのように考えるのか。
32	保健指導において行動変容ステージ(準備状態)を把握するための判断基準を示す予定はないのか。
33	積極的支援レベルの保健指導において1対1の面接が困難な場合、電話やメールのみの保健指導によって保健指導をしたことになるか。また、最初に面接を実施した場合、以降は電話やメールでも可能か。
34	「標準的な健診・保健指導プログラム(暫定版)」において、ポピュレーションアプローチについては必要だと記載されているが、今後マニュアルを作成する予定はあるのか。
	<b>【VI. 関係制度との関係について】</b>
35	健康増進計画に位置付ける目標項目(内臓脂肪症候群新規該当者、糖尿病発症者、糖尿病による失明発症率、糖尿病による人工透析新規導入率等)について、算出法等を示されたい。
36	現在、市町村において実施されている老人保健事業は、平成20年度以降、どのようになるのか。
37	国保ヘルスアップ事業は、特定健診・保健指導が義務づけされる平成20年度以降も継続されるのか。また、助成制度の内容について、見直しは行われるのか。
38	個人情報保護との関係について
39	労働安全衛生法等に基づく事業者健診との関係について
	<b>【VII. 医療計画について】</b>
40	医療計画で記載する医療機能情報と医療機関情報公開制度との整合性。項目、内容をそろえるのかどうか、更新の時期の同期を図るのかどうか。
41	医療計画で示す目標数値の設定する場合の根拠をどうするのか。
42	医療計画基本方針(案)等の提示時期について
43	基準病床数制度のあり方等について
44	都道府県が今後医療計画を見直す前段階として医療機能調査を実施する予定のところが多いと思われるが、それに先立って国が全国一律的な調査項目や様式等、いわゆる調査票のひな形的なものを示す考えはないのか。

問1 医療費適正化計画の策定について、具体的な作業はどのように行うのか。

(答)

医療費適正化計画の策定にかかる作業については、平成18年7月10日の都道府県会議における資料「都道府県医療費適正化計画策定までの流れ(案)」を参照されたい。

また、平成19年3月を目途に国から示す予定の医療費適正化基本方針(案)において、医療費適正化計画に定めるべき目標に係る参酌すべき標準その他の当該計画の作成にあたって指針となる基本的事項をお示しすることとしている。

問2 医療費適正化計画は、医療計画、健康増進計画、地域ケア整備構想という他の計画等と整合性をとりながら、策定することが求められているが、それぞれの計画のスケジュールを一体的に示してほしい。

(答)

参考資料1を参照されたい。

問3 保険者が定める特定健診等実施計画の策定作業のスケジュールはどのようになっているのか。

(答)

特定健診等実施計画の策定に向けたスケジュールについては、平成18年8月30日に行われた「保険者による健診・保健指導の円滑な実施方策に関する検討会」における資料4(厚生労働省ホームページに掲載)を示しているので参照されたい。

なお、平成19年3月を目途に、各保険者が特定健診等実施計画を作成する際に必要となる特定健康診査等基本指針(案)をお示しする予定である。

問4 特定健診等実施計画を策定するプロセスにおいて、市町村議会での承認を入れているのはなぜか。

(答)

市町村国保の保険料率を定めるにあたっては、市町村議会の承認を必要とするが、保険料については、特定健診等実施計画にも関わることから、保険料率について議会の承認を経るということでそのプロセスに入れているもので、特定健診等実施計画について、市町村議会の承認を経るという意味ではない。



問5 国が示す参酌標準は、保険者の規模や地域性、年齢構成等、保険者個々の事情に即した標準とするか、それとも全国統一の標準とするのか。

(答)

国が示す参酌標準については、平成19年3月を目途に特定健康診査等基本指針(案)において示す予定としており、その事項としては、

- ・ 平成20年度から平成24年度までの間における内臓脂肪症候群の該当者・予備群の減少率
- ・ 平成24年度における特定健診受診率
- ・ 平成24年度における特定保健指導利用率

とすることを考えているが、具体的な内容については現在検討中である。

問6 生活習慣病の予防に係るデータの収集・分析について、県としてはどの程度のデータ収集・分析を行う必要があるのか。

また、平成19年度には、都道府県として具体的にどのような作業が発生するのか。

(答)

平成18年7月10日の都道府県会議における資料「都道府県医療費適正化計画策定までの流れ(案)」を参照されたい。

来年1月の国立保健医療科学院の総合医療政策研修で医療費分析に関するソフトウェア(国保連関連データ以外のデータ付き)をお配りする予定であり、医療費適正化計画策定に最低限必要と考えられるデータの分析を行えるようにすることを考えている。

但し、国保連(国保・老人)レセプト(5月診療分)ベースの分析については、各都道府県において各国保連から一定のデータを入手していただくことを予定しており、どうしても入手が困難な都道府県においては、この部分の分析を今回は含まないものとして差し支えないものとする。

問7 国保連以外の保険者の医療費データを収集・分析できない場合があるが、医療費適正化計画の対象除外として良いのか。

(答)

第1期の計画策定時点で入手可能なデータを基に分析していくことになるので、お尋ねのとおりとして差し支えない。

問8 特定健診等における都道府県の役割、指導権限の範囲はどのようになっているか。

(答)

都道府県は、医療保険者による特定健診・特定保健指導の確実な取り組みを支援することが主たる役割となる。

具体的には、県内の医療保険者に対する助言や援助、保健師等の研修によるマンパワーの確保、市町村国保の健診費用に対する助成等が挙げられる。

また、医療保険者に対する指導については、医療保険各法に基づく（例えば健保組合は厚生労働大臣、市町村国保は都道府県等）が、これに加えて医療費適正化計画の着実な実施を図る観点から、厚生労働大臣及び都道府県知事が、実績評価等を踏まえて、保険者に必要な助言や援助を行うこと（高齢者の医療の確保に関する法律第15条第2項）としている。

参考1：「標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）」第3編第6章

(5) 国、都道府県、市町村、医療保険者の役割

2) 都道府県の役割

地域・職域連携推進協議会を活用して、生活習慣病対策に取り組む関係者間（事業者を含む）の総合調整を行い、体制整備を行う。

また、保険者協議会などを活用して、委託する事業者に関する情報交換を行い、適切な委託契約が行えるよう支援する。

市町村、医療保険者、事業者が行う保健指導の質を向上させることができるよう、保健師、管理栄養士等に対する研修等を行い、質の高い事業者を育成する。また、保健指導に関するデータの収集及び分析を行い、市町村や医療保険者に提供し、事業者の選定に資する。

また、医療保険者の違いによる保健指導の実施に格差が生じた場合には、都道府県の地域・職域連携協議会等を通じて、その調整を行う。

参考2：「標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）」第4編第1章

(3) 都道府県の役割

都道府県は、国が示した健診・保健指導に関する人材育成の体系や研修に関するガイドラインを踏まえ、健診・保健指導事業の企画立案・実施・評価の業務を行う者を対象に、①企画立案・評価に関する知識・技術、②最新の科学的知見に基づいた効果的な保健指導の知識・技術、③ポピュレーションアプローチとの効果的な組合せ等に関する研修を実施する。

また、これらの研修を実施するため、都道府県は、地域の医療関係団体、教育機関等の協力を得て、研修を行う講師等を確保するとともに、都道府県が実施する研修会と医療関係団体等が実施する研修の開催日時が重なったり、同じ内容となったりしないよう、都道府県が中心となって、研修を行う団体間の調整を行う。

さらに、都道府県は、当該都道府県内において健診・保健指導を行う人材の確保が困難な地域が発生しないように、市町村の求めに応じて、当該市町村に研修を行う講師等を派遣し、研修を実施するなど各都道府県内で研修の実施体制が確保できるよう配慮する。

問9 特定健診・特定保健指導の実施にあたっては、事業主や加入者の理解・意識づけが重要であるが、その理解・意識づけを図るためにどのようなことを行うことが望ましいか。

(答)

特定健診・特定保健指導の確実な実施には、保険者だけではなく事業主や加入者の理解、意識向上が必要不可欠である。

保険者は、事業主に対しては健診の確実な実施とデータの提供、及び対象者（従業員等）への健診・保健指導の受診促進について、対象者（被保険者・被扶養者）に対しては健診・保健指導の積極的な受診について、それぞれ理解及び協力を得ていく必要がある。

生活習慣の改善による健康増進の取り組みは個人の意思に基づくべきものであることから、対象者に受診を義務付けることは適当でなく、対象者の自発的な取り組みを促すために、健康維持・生活習慣病予防の重要性等をはじめとする啓発活動を事業主や対象者へ継続的かつ着実に取り組んでいくことが重要である。

なお、労働安全衛生法では、事業主は健診の実施は義務付けられているが保健指導の実施は努力義務となっていることから、保険者が事業主へ実施を働きかけても事業主が実施しない場合は保険者で実施しなければならない。具体的には、事業主による健診後、保険者が健診結果を事業主から提供を受け、階層化及び対象者への必要な特定保健指導を実施する流れとなる。

問10 保健師・管理栄養士等健診・保健指導に必要な人材の質的・量的な確保について、どのように行っていくことを考えているのか。

(答)

医療保険者による特定保健指導を計画的に拡大していくために、市町村職員である保健師・管理栄養士に加え、在宅の保健師・管理栄養士や、保健指導を提供する外部の保健サービス機関等の活用により、マンパワーの量的な確保と有効活用を推進していくこととしている。

さらに、都道府県や医療保険者、関係団体と連携し、研修の充実を図ることにより、保健師・管理栄養士等のマンパワーの資質向上を図っていく予定である。具体的には来年度予算で関連する要求を行っているところであり、保険者協議会、都道府県及び関係団体の3者連携による研修の提供を支援したい（詳細は会議で連絡する）。

問11 保健指導に関する国レベルの研修をどのようなスケジュール及び内容で行うことを考えているのか。

(答)

特定保健指導の研修については、「生活習慣病予防のための健診・保健指導に関する企画・運営・技術研修会」を平成18年8月に厚生労働省において開催したところである。また、平成19年は5月に国立保健医療科学院において都道府県等の指導者等を対象に2回研修を実施する予定としている。

問 1 2 都道府県による保健師及び管理栄養士に対する特定保健指導に関する研修の対象者はどの範囲か。

(答)

特定健診・保健指導において保健指導に従事する保健師・管理栄養士等に対する人材育成体制の整備は必要不可欠である。

都道府県においては、国が示した「健診・保健指導の研修ガイドライン」を踏まえ、市町村の保健師・管理栄養士、民間事業者等を対象とした研修の実施主体としてその役割を担っていただきたい（問 1 0 を参照されたい）。

問 1 3 保険者協議会における今年度・来年度の役割について。

(答)

保険者協議会の主な活動内容は、保健事業等の共同実施、保険者間での意見調整等、情報や意見の交換が挙げられる。

保険者については、今年度・来年度は、改正法の施行（特定健診・保健指導の実施）準備対応として、各保険者は特定健康診査等実施計画の策定作業が求められる（各保険者の作業内容・大まかなスケジュールについては、「第 1 回 保険者による健診・保健指導の円滑な実施方策に関する検討会」の資料 4 が厚生労働省ホームページに掲載されていることから、それを参照のこと）。

保険者協議会は、相互連携や情報共有等を目的とすることから、各都道府県の協力・支援を得て、各保険者の準備状況等の情報や計画策定・保健師養成等ノウハウの共有、医療費等の調査分析や委託先事業者の評価等の共同実施等により、各保険者の準備を支援していくことが望まれる。

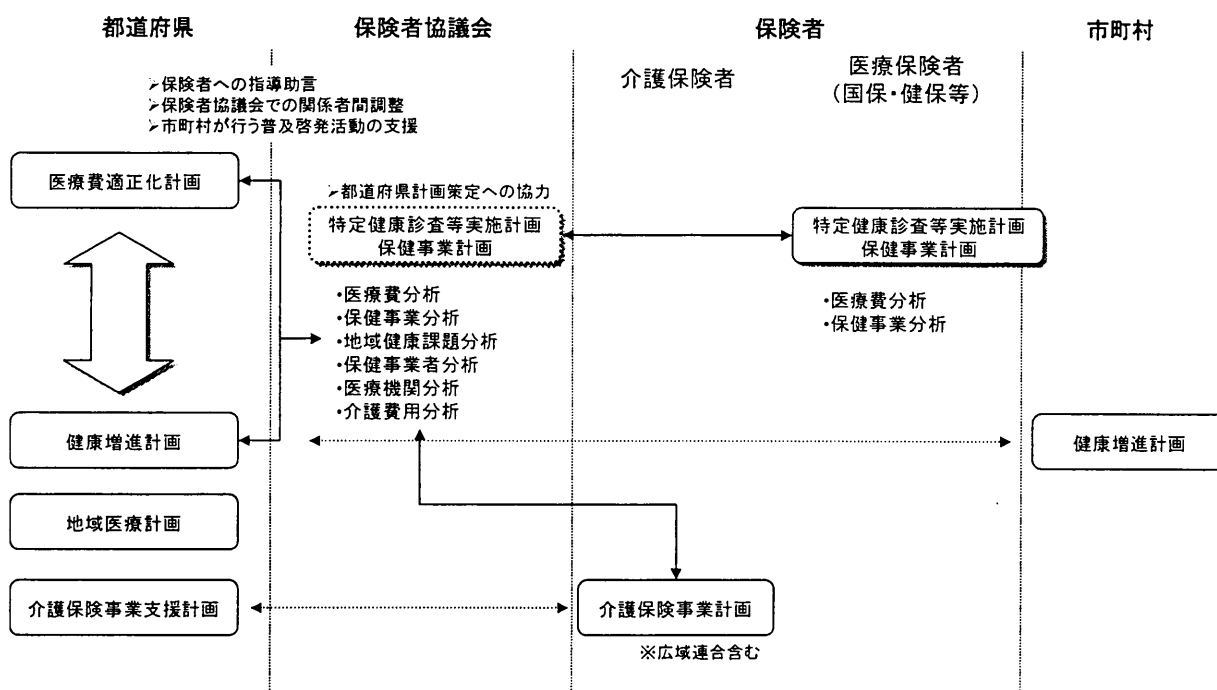
参考 1：保険者協議会の活動内容

①保健事業等の共同実施	<p>当面は、以下のような活動や事業を行うものとし、実績を踏まえながら将来的には活動（事業）内容の充実を図っていく。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○都道府県における医療費の調査、分析、評価 <ul style="list-style-type: none"> <li>・国保連が行っているレセプトに基づく医療費分析の充実、普及（若人も含めた医療費分析の実施、未実施の保険者における取組）</li> </ul> </li> <li>○被保険者教育・指導等保健事業 <ul style="list-style-type: none"> <li>・被保険者に対する啓発を目的としたイベントの共同開催、啓発資料の共同作成</li> </ul> </li> <li>○保険者間の物的及び人的資源の共同利用 <ul style="list-style-type: none"> <li>・保険者の保有する施設（政管：社会保険センター等、国保：市町村の健康増進施設等）の相互利用</li> <li>・保健師、栄養士等専門家の共同活用</li> </ul> </li> <li>○各保険者の独自保健事業についての情報交換 <ul style="list-style-type: none"> <li>・重複・頻回受診者に対する保健指導についての勉強会の開催</li> <li>・保健事業の講師等専門的知識を有する者に関する情報の共有</li> </ul> </li> </ul>
②保険者間における意見調整等	健康増進法に基づく健康増進計画、老人医療費の伸びの適正化のための計画等の策定・実施に対する保険者としての意見調整等

③その他

その他医療保険者等の運営に関し、情報や意見の交換、要望等

参考2：医療費適正化計画と関連計画・協議会等の関係



問14 都道府県保険者協議会の委員ではない医療保険者との協力・情報提供の要請、課題認識の共有等をどう図っていくのか。

(答)

保険者協議会のメンバーでない医療保険者に対しても、保険者協議会及び都道府県が連携して、必要な情報提供や協力体制の構築を図っていただきたい。

問15 保険者協議会と地域・職域連携推進協議会の役割分担について、どのようになっているのか。

(答)

保険者協議会は、保険者が、医療費適正化に向けて必要な取り組みを共同で実施していくための組織である。地域・職域連携推進協議会は、健康づくりに携わる者が集まり、地域・職域のそれぞれで実施されている保健事業について、情報共有や連携・協業するための組織である。

両組織は、構成メンバーや事業実施の目的が若干異なるものの、健診・保健事業の実施

において重なる所があることから、両組織間で連携・協力し、相互に補完しあうことを目指している。具体的には、データベースや教育・研修後の人材についての共有・相互利用等を想定している。

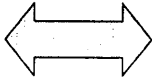
参考：保険者協議会と地域・職域連携推進協議会の違い

**地域・職域連携推進協議会**  
(都道府県単位・2次医療圏単位)

**課題・成果**  
 ・地域・職域それぞれで行われている保健事業の連携による保健事業の効果的・効率的な活用  
 ・健診結果の継続等による、生涯にわたる健康づくりの促進

**構成メンバー**  
 ・地域保健：都道府県(保健所)、市町村  
 ・職域保健：事業所、医療保険者、労働基準監督署、地域産業保健センター、商工会議所等  
 ・その他：医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等

**施策**〔科学的エビデンスに基づく生涯にわたる健康づくり対策の推進方策の検討〕  
 ○各主体の実施している保健事業等の情報の交換及び分析  
 ・健診の項目・方法のエビデンスの検証、健診の精度管理、健診データ等の継続的な活用のための方策の検討  
 ○各都道府県・各地域における健康課題の明確化  
 ・健診の受診率向上のための方策の検討  
 ○各種事業の共同実施及び連携  
 ・地域保健、産業保健等における健診後の保健指導等の確実な実施のための連携方策等の検討  
 ○研修会の共同実施  
 ○各種施設等の相互利用



連携・協力・相互補完

※データベースや教育・研修後の人材等については共有・相互利用を検討

**保険者協議会**  
(都道府県単位)

**課題・成果**  
 ・地域における医療費適正化を通じて保険運営の安定化を図るため、医療保険者による保健事業等を共同実施する。

**構成メンバー**  
 ・医療保険者(国保、組合健保、政管健保)  
 注：個別の事業実施に当たっては、都道府県、医師会等の参加を求める

**施策**〔医療費適正化に向けた保健事業の共同実施等〕  
 ○レセプト等を用いた医療費の調査・分析・評価  
 ○被保険者教育・指導等の保健事業の共同実施  
 ・医療機関に関する情報提供  
 ・被保険者相談  
 ・被保険者に対する健診後の事後指導の共同実施  
 ・ボランティアや専門家の育成  
 ○各保険者の独自の保健事業についての情報交換  
 ・頻回・重複受診者に対する保健指導に係る勉強会  
 ・保健事業の講師等に関する情報の共有  
 ○物的・人的資源のデータベース化及び共同利用

問16 平成20年度から特定健診・特定保健指導が義務化されることによる、保健師等の人件費等に係る国からの補助金及び地方交付税等の財源措置についての概要を教えてください。

(答)  
 保健師等地方交付税による財源措置について、現在総務省に要求中である。

問17 特定健診等のデータを管理するシステムについては、国庫補助の対象となるのか。

(答)  
 平成20年度より、各医療保険者に特定健診・特定保健指導に関する記録の保存が義務

づけられたが、電子的方法により保存することを省令に規定する予定である。

国保に関しては、各都道府県の国保連が国保からの委任を受けて特定健診等のデータを電子的に管理する場合におけるコンピュータ処理システムの導入に必要な経費について、補助を行う方向で検討している。

※各国保がそれぞれにシステムの導入を行う場合については、国庫補助の予定はない。

問18 特定基本健診等の単価はどのように設定されるのか。

(答)

特定健診等の単価については、国が統一的に定めるのではなく、各医療保険者が健診機関等との契約により個別に定めることとなる。

問19 特定健診等に要する費用について、受診者本人の自己負担はどうなるのか。

(答)

受診者本人の自己負担額については、各保険者の判断で決めていただくことになる。

なお、国保については、国及び都道府県の負担金の負担基準として一定の考え方を示しする予定である。

問20 特定保健指導の費用負担はどうなるのか。

(答)

原則として、保険料を財源とすることとなる。

問21 特定健診・特定保健指導を他の保険者に委託する場合や受託する場合の具体的な取扱いはどうようになるのか。

(答)

特定健診・特定保健指導を他の保険者に委託する場合の取扱いについては、現在「保険者による健診・保健指導の円滑な実施方策に関する検討会」において検討中であり、年内を目途に一定の取りまとめを行う予定である。

問22 国において、特定健診・特定保健指導に係る外部委託を実施する際の委託基準を示すということであるが、いつ頃示されるのか。委託に係る契約書例も示していただきたい。

(答)

外部委託を実施する際の基準については、標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）

でお示ししている。

委託の契約書は双方の合意により様々な内容のものが想定されるが、一つの例を国において示すかどうかは今後検討したい。

問23 特定健診・特定保健指導の委託料又は報酬の単価は、保険者が自由に設定できるのか。基準単価は定められないのか。また、一定条件をクリアできない場合に減額し、あるいは条件をクリアした場合に加算するという成功報酬的な設定は可能か。

(答)

健診・保健指導の単価については保険者と健診・保健指導実施機関における契約で決定されるものであり、成功報酬的な設定も双方の合意があれば可能である。

現在、「保険者による健診・保健指導の円滑な実施方策に関する検討会」で双方による一括した契約の可能性等を検討しているところであり、年内を目途に一定の方向を示したい。

問24 特定健診・特定保健指導の委託先で、適正に実施されているかどうかという質の担保はどこが、どのような方法で行うのか（評価基準、評価機能を誰がするか）。また、都道府県が委託先に対して、改善勧告等が行えるのか。

(答)

医療保険者において、委託先の事業者に対して健診や保健指導の質の改善を促すとともに、改善の見込がない場合には、契約を更新するか等について検討・評価を行うことになる。

保険者協議会が都道府県の協力を得て、事業者の質に関する情報交換等を行い、各医療保険者の取組を支援することとなる。

問25 委託先となる事業者の動向把握について調査を行うことが検討されているようだが、これは、都道府県が実施すると想定しているのか。

(答)

国において現時点で把握可能な範囲で、関係団体等の協力を得て、事業者数、事業者毎の保健指導に従事する保健師・管理栄養士等の数や保健事業対象者の数など調査を行うこととしているが、その際、都道府県にも一定の協力をお願いする予定である。

将来的には、保険者協議会において実施することも考えられる。

問26 保健指導のアウトソーシング機関についてどの程度情報を収集しているか。いつぐらいまでに、どのような方法でリストの提供があるか。また、民間企業の新規参入者に関する動向は。

(答)

今後、保健指導のアウトソーシング先となる事業者等の現状把握を目的として、都道府



県や関係団体等の協力を得て、アンケート調査の実施を予定している。

現時点で民間を含めた明確な参入意向は把握できないと予想されるため、来年度に入って再度行うことになると考えている。

問27 国が作成しているフリーソフトの機能、配布時期等を明らかにしていただきたい。

(答)

- 1 現在、①健診機関が健診結果を入力し、標準様式で医療保険者に提出するデータファイルを出力するソフト、②医療保険者が入手した標準様式データファイルとCSV形式ファイル（エクセル等で読み込めるもの）を相互に変換するソフト、③健診結果から保健指導の対象者を階層化するソフト等を開発しているところである。
- 2 配布時期については、現在3つの県（千葉県、富山県、福岡県）において実施されているメタボリックシンドローム対策総合戦略事業（先行準備事業）等において、ソフトが適切に稼働するか否かを確認した上で、本年度中には、配布したいと考えている。

問28 かかりつけ医や、人間ドック等において、特定健康診査と同様の検査を受けている者に対しても、特定健康診査を実施する必要があるのか。

(答)

人間ドック等、特定健康診査を包含する検査を受けた場合には、加入者は特定健康診査を受けたことになるので、改めて特定健康診査を提供する必要はない。

また、それ以外のケースでも、加入者本人から特定健康診査と同内容の結果を医療保険者が入手できれば、改めて特定健康診査を提供する必要はない。

問29 「標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）」に定める、保健指導判定値や、階層化の方法については、見直す予定はないのか。また、要医療の者に対する保健指導をどうするのか。

(答)

- 1 現在、実施している先行準備事業等を踏まえ、平成18年度末に、「標準的な健診・保健指導プログラム」の確定版を策定することとしており、検討の結果、見直すこともあり得る。また、健診結果が要医療となった者に対する保健指導をどのように実施するのかについても、同プログラムの確定版の策定過程において検討していくこととしている。
- 2 これらの検討結果を踏まえ、実務の観点も加えつつ、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく省令・告示等で最終的にどう定めるか検討することとしている。

問30 保健指導対象者の階層化については、マニュアルどおりに行わなければならないのか。

(答)

- 1 保健指導の実施については、後期高齢者支援金負担額の加算・減算を行う際に関係するため、その対象者の選定にあたっては、統一した基準で行う必要があると考えている。このため、保健指導対象者の選定方法については、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく省令等で定めた方法で実施していただくこととなる。
- 2 一方、実際に要保健指導対象者のうち、誰に対して行うのかについては、医療保険者がその加入者の年齢構成等を踏まえ、独自に優先順位づけを行うことも可能である。

(参考) 標準的な健診・保健指導プログラム(暫定版) (抄)

第2編 健診

第3章 保健指導対象者の選定と階層化の基準

(2) 保健指導対象者の選定と階層化の方法

3) 留意事項

○保健指導対象者のうち「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。

問31 保健指導対象者の階層化においてステップ4を実施することにより、健診データに問題があるにもかかわらず、保健指導レベルが下がることがあるがどのように考えるのか。

(答)

保健指導対象者の階層化については、現在行われている先行準備事業の結果等を踏まえて、「標準的な健診・保健指導プログラム」の確定版の策定に向けてさらに検討することとしている。

問32 保健指導において行動変容ステージ(準備状態)を把握するための判断基準を示す予定はないのか。

(答)

「標準的な健診・保健指導プログラム(暫定版)」で行動変容ステージ(準備状態)を把握するための判断基準を示す予定はないが、判断の方法については、「保健指導における学習教材集(暫定版)」D 行動変容の参考資料(行動変容に関する質問票)において示しているので活用していただきたい。

問33 積極的支援レベルの保健指導において1対1の面接が困難な場合、電話やメールのみの保健指導によって保健指導をしたことになるか。また、最初に面接を実施した場合、以降は電話やメールでも可能か。

(答)

- 1 「標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）」第3編保健指導の第3章保健指導の実施の（2）「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」の内容に示したとおり、保健指導の支援形態は、個人面接、集団指導、通信などの方法が考えられる。
- 2 なお、積極的支援レベルの保健指導においては初回面接を行うことを原則としているが、2回目以降は、電話やメールなど各種支援方法を活用し、継続的に実施することが必要である。

問34 「標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）」において、ポピュレーションアプローチについては必要だと記載されているが、今後マニュアルを作成する予定はあるのか。

(答)

- 1 ポピュレーションアプローチについては、これまでの保健活動の中で蓄積された知識や技術を用いることができると考える。
- 2 なお、今年度、(社)日本看護協会の先駆的保健活動交流事業において、生活習慣病予防のためのポピュレーションアプローチに関する普及・啓発事業として、生活習慣病予防に関して効果をあげているポピュレーションアプローチの事例収集を行っており、このような事例集を参考に、推進していただきたい。

問35 健康増進計画に位置付ける目標項目（内臓脂肪症候群新規該当者、糖尿病発症者、糖尿病による失明発症率、糖尿病による人工透析新規導入率等）について、算出法等を示されたい。

(答)

平成19年3月末を目途に策定する「都道府県健康増進計画改定ガイドライン」の確定版において示す予定としている。

問36 現在、市町村において実施されている老人保健事業は、平成20年度以降、どのようなものか。

(答)

- 1 今般の医療制度改革における法改正により、平成20年度から老人保健法に基づく老人保健事業の規定自体はなくなることとなるが、これまで市町村が担ってきた保健事業のう

ち、がん検診、歯周疾患検診、骨粗鬆症検診等については、引き続き健康増進法に基づき市町村が実施することとなる。

2 なお、具体的に健康増進法に位置付けられる市町村の事業については、補助金の交付内容とも関係してくるため、来年度における平成20年度予算編成の過程で、検討していくこととしている。

(参考) 健康増進法(平成14年法律第103号)(抄)

(市町村による生活習慣相談等の実施)

第十七条 市町村は、住民の健康の増進を図るため、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、管理栄養士、栄養士、歯科衛生士その他の職員に、栄養の改善その他の生活習慣の改善に関する事項につき住民からの相談に応じさせ、及び必要な栄養指導その他の保健指導を行わせ、並びにこれらに付随する業務を行わせるものとする。

(市町村による健康増進事業の実施)

第十九条の二 市町村は、第十七条に規定する業務に係る事業以外の健康増進事業であって厚生労働省令で定めるものの実施に努めるものとする。

問37 国保ヘルスアップ事業は、特定健診・保健指導が義務づけされる平成20年度以降も継続されるのか。また、助成制度の内容について、見直しは行われるのか。

(答)

国保ヘルスアップ事業は、被保険者の生活習慣病の一次予防を中心に位置づけた事業として平成17年度より本事業化し、助成を行っているところであるが、今後の助成については、次のように考えている。

- ① 医療制度改革における特定健診・保健指導の円滑な実施に向け、平成19年度についても、助成は行う方針。
- ② 平成20年度以降は、実施が義務づけされ、法律上助成することとされている特定健診・保健指導部分については、助成が重複することとなるので、見直しが必要。
- ③ 平成20年度以降の助成のあり方を踏まえ、19年度以降どのように助成するかは、今年度(平成18年度)中に検討し、今後の方針をお示ししたいと考えている。

問38 個人情報保護との関係について

(答)

各保険者における個人情報の取扱いについては、個人情報保護法に基づくガイドライン(健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン等)を遵守した対応が必要となる。

問39 労働安全衛生法等に基づく事業者健診との関係について

(答)

1 労働安全衛生法等に基づく事業者健診と、特定健康診査との関係についての基本的考え方は以下のとおりである。

- ① 事業者健診は、保険者が行う特定健康診査に優先する。  
(事業者は、引き続き事業者健診の実施義務を有する。)
- ② 費用負担については、特定健診項目のうち、事業者健診と重複する部分は事業者負担。それ以外は保険者負担。

※参考

○ 労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）（抄）

（健康診断）

第六十六条 事業者は、労働者に対し、厚生労働省令で定めるところにより、医師による健康診断を行わなければならない。

2～5（略）

○ 「労働安全衛生法および同法施行令の施行について」（昭和47年9月18日基発第602号）（抜粋）

(2) 第六十六条関係

イ 第一項から第四項までの規定により実施される健康診断の費用については、法で事業者健康診断の実施の義務を課している以上、当然、事業者が負担すべきものであること。

○ 高齢者の医療の確保に関する法律第（昭和57年法律第80号）

（他の法令に基づく健康診断との関係）

第二十一条 保険者は、加入者が、労働安全衛生法（昭和四十七年法律第五十七号）その他の法令に基づき行われる特定健康診査に相当する健康診断を受けた場合又は受けることができる場合は、厚生労働省令で定めるところにより、前条の特定健康診査の全部又は一部を行ったものとする。

2 労働安全衛生法第二条第三号に規定する事業者その他の法令に基づき特定健康診査に相当する健康診断を実施する義務を有する者（以下「事業者等」という。）は、当該健康診断の実施を保険者に対し委託することができる。この場合において、委託をしようとする事業者等は、その健康診断の実施に必要な費用を保険者に支払わなければならない。

- ③ 事業者は保険者から事業者健診データの提供を求められたときはそれに応じなければならない。

※参考

○ 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）（抄）

（特定健康診査等に関する記録の提供）

第二十七条

2 保険者は、加入者を使用している事業者等又は使用していた事業者等に対し、厚生労働省令で定めるところにより、労働安全衛生法その他の法令に基づき当該事業者等が保存している当該加入者に係る健康診断に関する記録の写しを提供するよう求めることができる。

3 前二項の規定により、特定健康診査若しくは特定保健指導に関する記録又は健康診断に関する記録の写しの提供を求められた他の保険者又は事業者等は、厚生労働省令で定めるところにより、当該記録の写しを提供しなければならない。

2 上記の基本的考え方に則り、労働者の負担を最小限にし、事務手続きを極力簡素化する観点から、現在、関係部局と調整中である。

問40 医療計画で記載する医療機能情報と医療機関情報公開制度との整合性。項目、内容をそろえるのかどうか、更新の時期の同期を図るのかどうか。

(答)

- 1 改正医療法における医療計画については、医療連携体制における医療機能に関する情報の提供の推進に関する事項を定めることとしている。これは、がん、脳卒中など主要な事業ごとの医療連携体制について、地域全体の視点から、住民・患者、医療関係者、行政等で情報を共有することを目的として医療計画に記載するものである。
- 2 一方で、医療機能情報の公表制度は、住民・患者による医療機関の適切な選択が支援されることを目的とした制度であり、提供される情報も個別の医療機関に関するものとなる予定である。
- 3 したがって、両制度はその視点が異なるものではあるが、いずれにせよ、公表する項目、内容、更新時期等の整合性については今後整理していきたいと考えている。

問41 医療計画で示す目標数値の設定する場合の根拠をどうするのか。

(答)

- 1 現在、各都道府県の協力により、全国的な医療機能調査を実施しているところであるが、がん、脳卒中など主要な事業ごとに定めることとされている数値目標については、その設定の基礎となるデータ（各指標の全国平均値など。）を平成19年1月を目途に示す予定としている。
- 2 なお、主要な事業ごとの数値目標としてどの項目を設定するのかについては、国が数値目標の設定の基礎となるデータを示し、国が定める基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じ、各都道府県において決めていただくものとしている。

問42 7月10日に行われた「医療制度改革関連法に関する都道府県説明会」において、医政局の方から、医療計画に関するスケジュールが示され、

- ・医療計画基本方針（案）の提示、医療機能調査の指標の提示（案についてはメールで示された）、調査票・解説書の作成を秋頃までに行う
- ・10月に行う医政主管課長会議で詳細に説明を行う

旨説明を受けた。

鋭意作業が進んでいることは一定承知しているものの、医療審議会への諮問・協議、医療機能調査等を実行段階に移す関係上、これらの正式な提示等を早期に行われたい。

(答)

- 1 医療機能調査の指標の提示及び調査の実施については、先月の10月16日付けで各都

道府県に協力をお願いしているところであり、指標については、基本方針の告示等を踏まえて国としての正式な提示を行う予定。

- 2 基本方針については、今後開催する全国医政関係主管課長会議（11月21日（火））において、案を提示する予定。

問43 【実効性のある医療連携体制の構築】

医療計画に記載する脳卒中、がん医療など事業別の医療連携体制の構築に向けて、その実効性を高めるため、都道府県に法的権限と具体的な手段を付与する措置を講じることが必要である。また、医療制度改革に伴う基準病床数の見直しについて、基準病床数は、省令で定める全国一律の計算式で算定することとされていることから、都道府県が地域の実情に応じた基準病床数の算定することは不可能であり、基準病床数を超える病床をその利用状況等に応じて削減する権限や、病床過剰圏域においても地域医療ニーズに応じ増床を許可する権限を付与されていないため、必要な医療機能に対応する病床確保に支障が生じる場合がある。

地域のニーズに応じた医療提供体制の整備を実現するため、都道府県の権限により、基準病床数の算定ができ、運用においても地域医療における病床削減・増床ができるよう制度の見直しを求めるがどのようにお考えかご教示をお願いします。

(答)

- 1 これまでの医療計画制度においても、
  - ① 病床過剰地域の場合でも必要に応じ特例病床が整備できる
  - ② 医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合に、開設、増床、病床種別の変更に関し勧告することができ、勧告を受けた病院が当該勧告に従わない場合は保険医療機関の指定を行わないことができる仕組みとなっている。
- 2 また、基準病床数の算定についても見直し、平成18年4月1日からは、基準病床数の加算部分を、これまでの流入入院患者数の実数を超えて知事の裁量によって設定できることとしているところ。
- 3 さらに、今般の医療法改正においては、都道府県知事の権限強化を図り、一部の公立病院などにみられる稼働率の低い病床を削減し、小児救急医療など地域で真に必要な病床に変更できる都道府県知事の権限を新たに設けたところである。
- 4 なお、基準病床数制度のあり方については、制度の必要性も含め、受療動向を踏まえた中長期的な検討が必要と考えているところ。

問44 都道府県が今後医療計画を見直す前段階として医療機能調査を実施する予定のところが多いと思われるが、それに先立って国が全国一律的な調査項目や様式等、いわゆる調査票のひな形的なものを示す考えはないのか。

(答)

- 1 医療機能調査の指標の提示、調査票、解説書については、先月10月16日付で各都道府県に発出したところ。
- 2 都道府県が独自に実施する医療機能調査については、国が全国一律的な調査項目や様式等を示すことは考えていない。

以上



## 都道府県医療費適正化計画策定までの流れ（案）

## 1. 総論（手順に関する全般的な事項）

## (1) 健康増進計画・医療計画との一体的策定

- 第1期都道府県医療費適正化計画（以下単に「医療費適正化計画」という。）は、「生活習慣病の予防」と「平均在院日数の短縮」の対策を2本柱とし、前者は、都道府県健康増進計画（以下単に「健康増進計画」という。）と、後者は、都道府県医療計画（以下単に「医療計画」という。）及び都道府県介護保険事業支援計画（以下単に「介護保険事業支援計画」という。）と密接に関連する。
- このため、
  - ① 生活習慣病の予防に関する部分の策定は、健康増進計画の見直し過程の中で一体的に行う。医療費適正化計画に位置付ける具体的な対策としては、医療保険者による特定健診及び特定保健指導の推進が中心であり、都道府県の役割としては、各医療保険者に対する情報提供・相談助言、医療保険者間での協力関係の構築支援、市町村（健康増進担当部局）による医療保険者への協力体制の構築支援、保健指導に関わる人材の養成や事業者の育成などが挙げられる。
  - ② 平均在院日数の短縮に関する部分の策定は、医療計画の見直し過程及び介護保険事業支援計画の実施・見直し過程の中で一体的に行う。具体的な対策としては、i) 医療機関の機能分化・連携、ii) 療養病床の再編成、iii) 在宅医療・地域ケアの推進が挙げられるが、中でも、ii) 療養病床の再編成が中心的なものとして位置付けられる。

ii) 療養病床の再編成の取組みを円滑に進めるため、都道府県においては、療養病床を有する各医療機関の転換等の意向の把握を丁寧に行いつつ、関連する3計画（医療費適正化計画、医療計画、介護保険事業支援計画）に共通する横断的・統一的な基本方針（「地域ケア整備構想」（仮称））を平成19年夏頃までに策定する。

## （2）医療費適正化計画の独自部分

○ 上記（1）のとおり、医療費適正化計画の策定作業の多くは、健康増進計画及び医療計画の見直し過程や介護保険事業支援計画の実施・見直し過程と重なるものであるが、主に次の事項については、医療費適正化計画の独自部分として作業を行うこととなる。

### ア 医療費適正化対策の意義・理念の確認

- ・ 2025年度に75歳以上が2000万人になる超高齢社会への備えをどうするかということについての問題認識の共有化。
- ・ 医療費適正化のための具体的な取組みは、一義的には、住民の生活の質（QOL）の維持・向上をめざすもの。すなわち、生活習慣病の予防と平均在院日数の短縮は、住民の生活の質（QOL）の維持・向上を図りつつ、結果として医療費の伸びの低減を図るものであること。

### イ 医療費の見通しの算出

- ・ 医療費適正化対策を講じることによって5年後の医療費がどう変わるかという見通しの算出。

### ウ 都道府県の独自の取組み

- ・ 都道府県独自の取組み（例えば、重複頻回受診者への訪問指導等）を医療費適正化計画に位置付ける場合には、それに関する事項。

## 2. 各論

### (1) 生活習慣病の予防

#### ① データの収集・分析 ……18年度

##### ア 都道府県健康・栄養調査ベース

- ・ 内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の該当者・予備群の推定数、糖尿病の有病者・予備群の推定数、高血圧症の有病者・予備群の推定数、高脂血症の有病者・予備群の推定数、肥満者の推定数
- ・ 健診受診率、保健指導利用率

##### イ 国保連（国保・老人）レセプト（5月診療分）ベース

- ・ 糖尿病の医療費・通院者数、高血圧症の医療費・通院者数、高脂血症の医療費・通院者数
- ・ 脳血管疾患の医療費・入院者数・通院者数、虚血性心疾患の医療費・入院者数・通院者数

##### ウ その他の調査ベース

- ・ 脳血管疾患受療率、虚血性心疾患受療率（患者調査）
- ・ 糖尿病・循環器疾患・虚血性心疾患・脳血管疾患の入院・入院外の人口10万人対患者数、平均在宅日数（患者調査、地域保健医療基礎統計）
- ・ 糖尿病による失明発症率（社会福祉行政業務報告）
- ・ 糖尿病による人工透析新規導入率（日本透析医学会）
- ・ 脳卒中による死亡率（人口動態統計）
- ・ 虚血性心疾患による死亡率（人口動態統計）

※ 上記の各データについて、他都道府県数値、全国平均数値との比較を行う。また、可能な限り、県内各市町村間の比較、年代ごとの比較を行う。

#### ② 各都道府県における特徴の整理 ……19年度

- ①の分析を基にした特徴を整理する。

- また、可能な限り、食生活、運動、喫煙といった生活習慣や第1次～第3次産業就業者の比率などの生活状況等に関する諸データとの関連性についても分析する。
- ※ 上記の分析や特徴の整理は、今回は、都道府県が中心となっていくが、将来的には、保険者においても都道府県保険者協議会の場を通じて、より詳細な分析等を行う。

③ 各医療保険者における特定健診・特定保健指導に関する取組状況の把握及び支援 ……18・19年度

ア 状況把握

- ・ 各医療保険者に対する説明会の実施、取組状況の把握
- ・ 医療保険者から委託を受けて健診・保健指導を実施する事業者の把握
- ・ 市町村における保健師、管理栄養士等の配置などの実施体制・支援体制の把握

イ 医療保険者の取組への支援

- ・ 医療保険者ごとの準備の進捗状況の確認
- ・ 各医療保険者の体制に応じた、特定健康審査等実施計画策定に関するアドバイス、健診・保健指導を行う事業者の確保に向けた支援、被用者保険の被扶養者についての地元国保等との員外利用調整等の支援

④ 保健指導に関わる人材の養成研修及び事業者の育成

- 都道府県自らが実施する研修も含め、各種団体による保健指導に関わる人材の養成研修の把握及び必要な調整。特に、へき地等の地域に関しては、市町村国保における企画立案のみならず事業実施に携わる保健師、管理栄養士等の養成が偏在なく行われることを確認する。
- 健診・保健指導を行う事業者を把握し、保健師、管理栄養士等の配置状況その他の状況について情報を得るとともに、地域・職域連携推進協議会や保険者協議会において、定期的に、把握した情報を整理し公表すること等により健全な育成を図る。

⑤ 生活習慣病の予防に関する政策目標の設定 ……19年度

○ 生活習慣病の予防に関する中期的な目標は、2008年度から2015年度までに内臓脂肪型肥満に  
着目した糖尿病等の有病者・予備群を25%減少させることであり、これを踏まえて、以下の事項に着  
目した第1期医療費適正化計画における政策目標に関する参酌標準を厚生労働省において設定する。

- ・ 2008（平成20）年度から2012（平成24）年度までの間における内臓脂肪症候群の該当  
者・予備群の減少率
- ・ 2012（平成24）年度における特定健診受診率
- ・ 2012（平成24）年度における特定保健指導利用率

○ 都道府県においては、各医療保険者から2012年度における目標値のとりまとめ（必要に応じて意  
見交換）を行い、かつ、厚生労働省が示す参酌標準を踏まえ、都道府県としての2012年度時点の目  
標値を設定する。

※ 各医療保険者に対しては、別途、5年ごとの健診・保健指導実施計画の策定が義務づけられ、この  
計画の中で、各医療保険者は、国が示す参酌標準に基づいて、上記と同じ項目に関する目標値を定め  
ることとなる。都道府県においては、この目標値についてとりまとめを行う。とりまとめの対象とす  
る医療保険者は、県内の市町村国保、社会保険庁地方社会保険事務局（平成20年10月以降は全国  
健康保険協会支部）、各種共済組合支部、国保組合支部、県内に本部・支部等がある主な健康保険組合  
とすることが考えられる。

⑥ ⑤の目標の実現に伴う医療費の見通しの算出 ……19年度

○ 厚生労働省が示す算出方法を参考にして、5年後の医療費見通し（対策を講じなかった場合、講じて  
効果が現れた場合）を算出する。

※ 上記の過程において、都道府県は、保険者協議会及び地域・職域連携推進協議会への情報提供や意見交換を  
適宜行うとともに、関係団体間で特定健診及び特定保健指導の実施に関する協力・連携関係が円滑に構築され  
るよう支援する。

## (2) 平均在院日数の短縮

### (2-1) 医療機関の機能分化・連携

※ 医療機関の機能分化・連携に関して、医療計画の策定・見直し作業において以下のような作業が行われる。  
医療費適正化計画においては、③の疾病・事業ごとの病院等名の入った連携体制の概要を再掲する。

#### ① 医療機能の調査 ……18年度

- がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病などの疾病ごとの地域の医療機能の調査をする。

#### ② 県内の医療の提供体制についての知見を有する者からのヒアリング ……18・19年度

- 疾病ごとに医療連携体制を構築している先進的な事例を収集し、知見を有する関係者からヒアリングを行う。

#### ③ 疾病・事業ごとの病院等名の入った連携体制案の作成 ……19年度

- がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病などといった疾病ごと、救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む）といった事業ごとに、病院・診療所からの情報を基に、都道府県において患者の視点に立った医療連携の状況を整理する。  
※20年度以降も継続して取り組むこともあり得る。

## (2-2) 療養病床の再編成

### ① 長期入院の全体状況の把握 ……18年度

- 国保連（国保・老人）レセプト（5月診療分）ベースに、長期入院者の数等を把握し、他都道府県との比較や市町村間の比較を行う。

### ② 療養病床の再編成に関する3計画共通の基本方針（地域ケア整備構想）の策定 ……18・19年度

- 療養病床を有する各医療機関の転換等の意向について調査し、集約する。

（医療療養病床について）

- ・ 18～20年度における介護保険移行準備病棟への転換意向、及び、21年度以降における老人保健施設等への転換意向を把握。
- ・ ただし、第3期介護保険事業支援計画期間に介護保険施設への転換が可能な都道府県又は圏域においては、18～20年度における老人保健施設等への転換意向についても把握。

（介護療養病床について）

- ・ 18～23年度における経過型介護療養型医療施設、老人保健施設等、医療療養病床それぞれへの転換について、意向を把握。

- 継続的に医療機関との意見交換を行い、年次ごとの転換数の見通しを定め、地域ケア整備構想に位置付ける。その際には、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく病床転換助成事業等の年度間のバランスにも留意する。

※「地域ケア整備構想」は、厚生労働省から今秋頃に示される指針案の中間まとめや年内に示される指針に沿って、各都道府県において策定検討を開始し、19年夏までに策定。この内容は、第1期医療費適正化計画（20～24年度）、医療計画（20～24年度）、第4期介護保険事業支援計画（21～23年度）に反映させる。

③ 24年度における平均在院日数の短縮に関する政策目標の検討 ……19年度

- 平均在院日数の短縮に関する中期的な目標は、2015年度において、全国平均と最短県との差を半分にすることであるが、第1期医療費適正化計画における平均在院日数の短縮に関する政策目標は、2012（平成24）年度時点における療養病床数に関する政策目標をまず定め、これを基に2012（平成24）年度時点における平均在院日数短縮の目標日数を導き出すものとする。

（参考）平均在院日数の算出式

$$\frac{\text{年間在院患者延べ数} \cdots (A)}{(\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数}) \times 1 / 2 \cdots (B)}$$

医療療養病床のA（A1）＋精神病床のA（A2）＋一般病床等のA（A3）

医療療養病床のB（B1）＋精神病床のB（B2）＋一般病床等のB（B3）

※なお、近年の全国平均の平均在院日数の推移を踏まえ、平均在院日数短縮の目標日数に一定の補正を行うかどうかについて、引き続き検討。

- 療養病床数に関する全国レベルでの政策目標は、2012（平成24）年度までに医療療養病床と介護療養病床を合わせて15万床にすることであり、これを踏まえた第1期医療費適正化計画における参酌標準を厚生労働省において設定する。
- 20年度における療養病床数（医療療養病床及び介護療養病床）と24年度における療養病床数との差のうち、介護サービス量の増加に相当するベッド数は、医療計画の基準病床数から差し引くこととなる。

④ ③の目標の実現に伴う医療費の見通しの算出 ……19年度

- 厚生労働省が示す算出方法を参考にして、5年後の医療費の見通し（対策を講じなかった場合、講じて効果が現れた場合）を算出する。



### (2-3) 在宅医療・地域ケアの推進

- ① 全国の先進医療機関・先進地域の事例収集・勉強会等の開催や圏域等の単位での医療と介護が連携したネットワークづくり ……18・19年度（20年度以降も継続）
- ② 地域ケア体制の整備に関する基本的な考え方等の整理 ……18・19年度
  - 地域ケア整備構想において、療養病床の転換プランのほか、地域ケア体制の整備に関する基本的な考え方や、地域におけるサービスニーズ、将来的な各サービス（施設・「住まい」・在宅）の利用見込みを提示する。

医療費適正化計画の策定に向けた主なスケジュール

参考資料1

医療費適正化計画		健康増進計画の見直し	
糖尿病等に着目した健診・保健指導	平均在院日数の短縮、療養病床の再編成	国	都道府県
18年 7月	<p>医療構造改革推進本部の改組、保険局に医療費適正化対策推進室の設置(国)</p> <p>○都道府県、保険者の準備作業の大枠について提示(国)</p>		
8月	<p>○「保険者による健診・保健指導の円滑な実施方針に関する検討会」を発足。次の事項について検討し、基本的に18年度中に結論を得る。(国)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・被扶養者に対する健診、保健指導の提供の仕組み(保険者間の委託の方法、費用の決済方法、健診結果データの送付方法等)</li> <li>・保険者における体制整備</li> <li>・特定健診・特定保健指導の取組の評価方法など</li> </ul>	<p>○(8/18～9/16)健康日本21中間評価報告書案(計画策定において参考となる目標値を記載)のパブコメ実施(国)</p>	
9月	<p>各都道府県において、医療費適正化対策のための体制整備(県)</p>		
10月	<p>○各都道府県において、保健師・管理栄養士等の研修、保険者間の調整を適宜実施。</p> <p>*別途、特定健診・特定保健指導の内容(項目、方法等)については、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)で示された案を18年度中に試行実施</p> <p>○決済及びデータ送受信に関するワーキンググループ(4回)</p> <p>○第2回保険者による健診・保健指導の円滑な実施方針に関する検討会(決済及び送受信に関するワーキンググループにおける検討状況等)</p>	<p>○健康増進栄養部会(健康日本21中間評価報告書案)</p> <p>○健康日本21中間評価作業チーム(目標値の参酌標準案)</p> <p>○健康増進計画の策定に向けた勉強会(先行準備作業の状況報告、目標値の参酌標準、国民運動の進め方等)</p>	
11月	<p>○決済及びデータ送受信に関するワーキンググループ</p>	<p>○第3回標準的な健診・保健指導の在り方に関する検討会</p>	<p>○都道府県健康・栄養調査等の実施</p>
12月	<p>○第3回保険者による健診・保健指導の円滑な実施方針に関する検討会</p>	<p>○健康増進栄養部会(健康日本21中間評価報告書案)</p> <p>○第4回標準的な健診・保健指導の在り方に関する検討会</p>	<p>○いくつかの都道府県での先行準備事業の実施</p> <p>○地域・職域連携推進協議会の設置</p>
19年 1月		<p>○中医協慢性期分科会(医療区分の分類等の検証・見直しのとりまとめ)</p>	
2月		<p>○都道府県において医療区分分布調査結果、中医協慢性期分科会のとりまとめ結果を踏まえた「補正」後の分布状況の公表</p>	<p>○(12月～3月中旬)健康増進計画の策定に向けた勉強会(健康増進計画改定ガイドライン確定版)</p>
3月	<p>各保険者の特定健診・特定保健指導実施計画に関する基本指針案を提示(国)</p> <p>各都道府県の医療費適正化計画に関する基本方針案(特定健診等の受診率、療養病床の病床数等の参酌標準を含む。)、全国医療費適正化計画(案)を提示(国)</p>	<p>○第5回標準的な健診・保健指導の在り方に関する検討会</p> <p>○(3月下旬)健康増進栄養部会(目標値の参酌標準、都道府県健康増進計画改定ガイドライン確定版)</p> <p>健康増進法に基づく基本方針の改正案の提示</p> <p>都道府県健康増進計画改定ガイドライン確定版を提示(国)</p>	
4月	<p>○各保険者における特定健診・特定保健指導実施計画の策定に関し、国及び都道府県が、適宜、助言や技術的援助</p>		
夏以降	<p>○(夏～秋頃)都道府県において、「地域ケア整備構想(仮称)」を策定</p> <p>*療養病床の再編成については、この構想に定められた内容を、第1期医療費適正化計画(H20～24)、医療計画(H20～24)、第4期介護保険事業支援計画(H21～23)に反映させる。</p> <p>各都道府県が基本方針案に即して都道府県医療費適正化計画(案)を作成(必要に応じて適宜、国と相談)</p>	<p>○新しい都道府県健康増進計画策定に際し、継続的な技術的助言等</p>	<p>○基本方針及びガイドラインに基づき、新しい都道府県健康増進計画の策定作業</p>
20年 4月	<p>医療費適正化基本方針(国)、全国医療費適正化計画(国)、都道府県医療費適正化計画(県)、</p> <p>特定健康診査・特定保健指導基本指針(国)、</p> <p>特定健診・特定保健指導実施計画(保険者)の施行</p>	<p>○健康増進法に基づく基本方針の施行</p>	<p>新しい都道府県健康増進計画の施行</p>



# 特定健診・特定保健指導に関する保険者における 平成20年度に向けた主な作業（案）

平成18年9月

## 1 特定健診・特定保健指導の導入の趣旨

健診等の保健事業については、現在、老人保健法や医療保険各法に基づいて市町村、企業、医療保険者によって実施されているが、各健診の役割分担が不明確であるとともに、受診者に対するフォローアップが不十分である等の指摘がされているところである。

このため、健診・保健指導については、

- ① 適切に実施することにより、将来の医療費の削減効果が期待され、医療保険者が最も大きな恩恵を受けること
- ② 医療費のデータと健診・保健指導のデータを突合することができ、より効果的な方法等を分析できること
- ③ 対象者の把握を行いやすいこと

から、保険者が実施主体となることにより、被保険者だけでなく、従来手薄だった被扶養者に対する健診も充実し、健診受診率の向上が見込まれるほか、十分なフォローアップ（保健指導）も期待できることから、保険者にその実施が義務付けられたものである。

上記の趣旨により、国保、健保組合等の保険者は、「高齢者の医療の確保に関する法律」（以下「法」という。）に基づき、40歳以上の被保険者、被扶養者について、平成20年度から糖尿病等の生活習慣病に着目した健診及び保健指導（以下それぞれ「特定健診」、「特定保健指導」という。）を行うこととされたところである。

## 2 平成20年度以降の新しい仕組み

### （1）国による特定健診等基本指針の策定

- 厚生労働大臣は、特定健診及び特定保健指導（以下「特定健診等」という。）の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針（特定健診等基本指針）を定める。（法第18条）

- 特定健診等基本指針には、①特定健診等の実施方法に関する基本的な事項、②特定健診等の実施及びその成果に係る目標に関する基本的な事項、③特定健診等実施計画の作成に関する事項を定める。
- 特定健診等の実施方法としては、
  - ① 健診項目
  - ② 健診結果を踏まえた要指導者の階層化基準
  - ③ 特定健診等の実施体制に関する基準 等
 について規定する予定。これらの具体的な内容については、「標準的な健診・保健指導の在り方に関する検討会」において検討した内容に沿うものとし、平成18年度にいくつかの都道府県において先行準備事業を実施した上で、必要に応じて修正を行う。
- 特定健診等の実施及びその成果に係る目標として、①各保険者における特定健診の受診率（又は結果把握率）、②各保険者における特定保健指導の実施率（又は結果把握率）、③各保険者における内臓脂肪症候群の該当者・予備群の減少率を用いる予定。
- 平成19年3月を目途に、特定健診等基本指針の案を提示する予定。

## (2) 保険者による特定健診等実施計画の策定

- 保険者は、特定健診等基本指針に即して、5年を一期とする特定健診等の実施に関する計画（特定健診等実施計画）を定める。（法第19条）
- 特定健診等実施計画では、
  - ① 特定健診等の具体的な実施方法
  - ② 特定健診等の実施及びその成果に関する目標
  - ③ その他特定健診等の適切かつ有効な実施のために必要な事項を定める。

## (3) 特定健診等の実施

- 医療保険者は、特定健診等実施計画に基づき、40歳から74歳の加入者に対して特定健診等を実施する。（法第20条、法第24条）
- 労働安全衛生法に基づき、事業者が健診を行った部分については、事業者からの健診データの提供を受けて、実施に代えることができる。（法第21条第1項、法第27条第2項・第3項）
- 事業者が法令に基づいて行う健診の実施を保険者に委託する場合には、その健診に要する費用を保険者に支払わなければならない。（法第21条第2項）

- 被用者保険の被扶養者等については、他の保険者に実施を委託することができるが、その場合、実施に要した費用を委託先に支払うことが必要。(法第26条)
- 加入者から健診等に要する費用の一部を徴収することは可能。(法第26条第3項)

#### (4) 特定健診等の結果の通知と保存

- 医療保険者は、特定健診の結果を定められた様式により加入者に対して提供する。なお、労働安全衛生法に基づく事業者健診や、他の保険者への委託により実施した場合においても、特定健診の結果を加入者に提供しなければならない。(法第23条)
- また、特定健診等の記録については、被保険者・被扶養者が加入者となっている限りは、当該医療保険者が保存しなければならない。(法第22条、法第25条)
- 保険者の役職員又はこれらの職にあった者が、正当な理由無く、特定健診等の実施に際して知り得た個人の秘密を漏らした場合には、1年以下の懲役又は100万円以下の罰金に処せられる。(国民健康保険法第120条の2、健康保険法第199条の2・第207条の2等)
- 特定健診等の実施については、外部委託可能。委託を受けた者についても保険者の役職員等と同様の守秘義務が課せられ、違反した場合は、1年以下の懲役又は100万円以下の罰金に処せられる。(法第28条、法第30条・法第167条第1項)
- 保存形式については、厚生労働省令で定めるが、後期高齢者医療支援金の加算減算の算定等を勘案し、一定の経過的な場合を除き、電子的方法による保存を行うこととする。(法第22条、法第25条)
- 保険者間で加入者の異動があった場合には、保険者からの求めがあったときには、異動元の保険者(旧保険者)は、異動先の保険者(新保険者)に対して特定健診等の記録を提供しなければならない。旧保険者は、新保険者に記録を提供した後も、翌年度末までは当該加入者に関する記録を保存する。(法第27条第1項・第3項)

#### (5) 特定健診等の結果の報告

- 保険者は、特定健診等の実施結果(匿名化した個票及び集計値)と内臓脂肪症候群の該当者・予備群の割合等の必要なデータを、社会保険診療報酬支払基金に対して報告する。(法第142条)

※特定健診等の実施結果について

- ・平成20年度から平成22年度までの間は、集計値のみ。ただし、健診データが電子化されている場合には、集計値に加えて個票を報告。
- ・平成23年度以降は全ての保険者が個票及び集計値を提出。

- 社会保険診療報酬支払基金は、保険者からの報告を基に、後期高齢者支援金の加算・減算の措置を講じる。(平成25年度から)(法第119条～法第121条)
- ※ 加算減算の幅については、平成25年度までの特定健診等の実施状況を見ながら検討する。評価の指標は、①各保険者における特定健診の受診率(又は結果把握率)、②各保険者における特定保健指導の実施率(又は結果把握率)、③各保険者における内臓脂肪症候群の該当者・予備群の減少率を用いる予定であり、加算減算の幅は±10%の範囲内で政令で定める。
- 特定健診等の実施結果等について、支払基金に虚偽の報告をした保険者の役員、清算人又は職員は、50万円以下の罰金に処せられる。(法第168条第1項第2号)

#### (6) 特定健診等の評価・分析

- 国及び都道府県は、医療費適正化計画の作成、実施及び評価の一環として、全国及び都道府県単位で、保険者による特定健診等の取組状況と医療費の状況等を分析し、公表する。(法第15条、法第16条)
- 保険者は、健診・保健指導データと医療費データとの突合分析などを行い、特定健診等の保健事業の改善等を図る。
- こうした医療費データとの突合分析や、特定健診等の実施事業者の評価等を保険者協議会の場を活用して共同して行うことも可能。(法第155条第1項第2号)

#### (7) 特定健診への負担金・補助金

- 被用者保険の被保険者本人の健診については、基本的には労働安全衛生法に基づく事業者健診として事業者が負担。特定健診に相当する検査項目実施のための費用(差分)については、保険者が負担。
- 健保組合、政管健保の被扶養者の健診については、保険料と利用者本人の負担のほか、一部、国庫による補助を行う予定。(健康保険法第154条の2)
- 市町村国保の被保険者の健診については、保険料と利用者本人の負担のほか、対象部分の3分の1ずつを国と都道府県が負担する予定。(国民健康保険法第72条の5)

### 3 新しい仕組みに対応するための主な作業工程

各保険者においては、以下の(1)から(7)の作業(特に平成19年度以降の作業)のそれぞれについて、自ら行うのか、事業者に委託して行うのか、それとも第3者の民

間会社等に委託して行うのかについて、判断する。

(1) 健診の現状把握（被扶養者も含む加入者について）（平成18年度中）

- ・ 40歳以上74歳以下の加入者の年齢構成（市町村国保においては、75歳以上も）
- ・ 加入者の居住地（被扶養者は不明でも可）
- ・ 健診の過去の受診状況（受診者数、受診場所）
- ・ 今後の受診場所の希望

※加えて、市町村（国保）においては、それぞれの市町村の老人保健事業担当部署等と協力して、被保険者集団としての疾患特徴や健康状況（具体的には、「標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）」の様式3及び6に係る項目）の把握に努める。また、都道府県は、保険者協議会の場等において、これらのデータや課題認識についての共有化を図る。

(2) 保険者事務局職員や保健師・管理栄養士に係る説明会や研修の受講  
（平成18年度～19年度）

※保険者事務局の職員については、保険者協議会等の場を活用して行われる国や都道府県による保険者業務に関する説明会への参加を図る。

※更に、そのうち保健師・管理栄養士については、保険者団体等による健診・保健指導プログラムに関する研修への参加を図る。（なお、平成19年度においては、各都道府県の保険者協議会においても、保健指導プログラムについての研修が実施される予定。）

(3) 事業実施方法の検討（平成19年4月頃～6月頃）

- ・ 加入者（特に被扶養者）への健診の案内方法、保健指導対象者への案内方法等（利用券方式とするかどうか、被用者本人経由とするかなど。）
- ・ 「標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）」等を踏まえ、加入者に対する健診・保健指導を自ら直接提供するか、外部の健診・保健指導事業者への委託により提供するか、更には被扶養者に関しては他の保険者への委託により確保するかの検討。  
（他の保険者への委託については、平成18年度中に厚生労働省から示される予定の決済・データ移動を含めた委託・受託のシステムを踏まえた上で判断。）



- ・被保険者本人について、どのような実施方法とするか事業者と協議。
  - ①事業者健診に委ねてデータのみ受け取る
  - ②事業者から健診実施の委託を受けて保険者事業として実施(費用は事業者に請求)
- ・健診非受診者・保健指導非受診者への勧奨方法(40代、50代中心に勧奨するなど、勧奨対象者の優先付けをするかどうかを含む。)
- ・(他の保険者への委託ではなく)自ら外部の健診、保健指導機関への委託により特定健診等を行おうとする場合には、健診機関、保健指導機関に関する情報の収集
- ・事務のフローチャート、年間実施スケジュール案を作る。

#### (4) 個人情報保護対策(平成19年4月頃~10月頃)

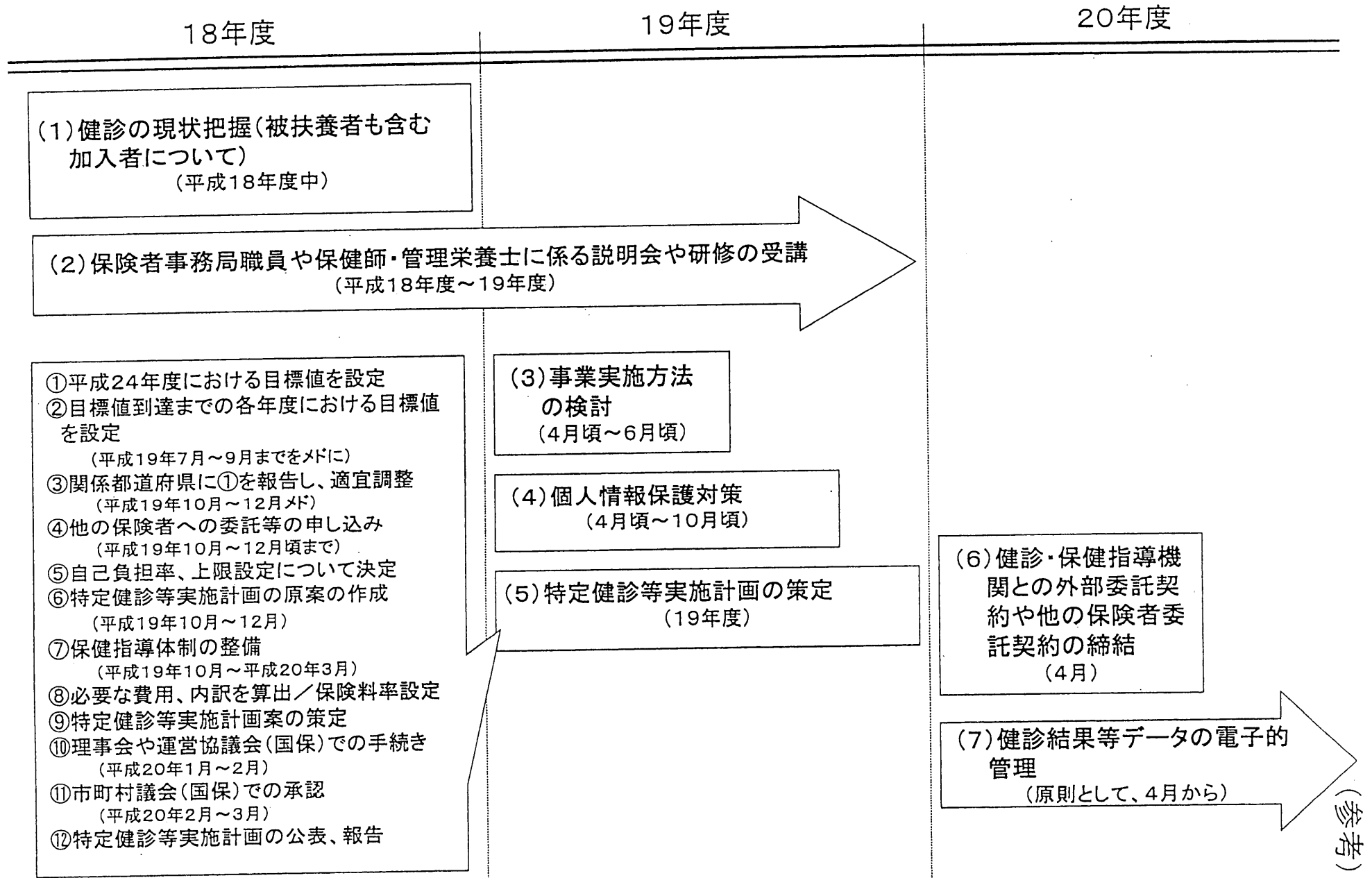
- ・各保険者の役員・職員等に対する守秘義務(保険者の役職員、これらの職にあった者が対象。1年以下の懲役又は100万円以下の罰金。)やセキュリティポリシーの策定等の周知。
- ・個人情報保護法に基づくガイドライン(「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」、「国民健康保険組合における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」等)等に関する役員・職員の義務(データの正確性の確保、漏洩防止措置、従業者の監督、委託先の監督)について周知。
- ・事業者への健診データの流出防止措置(特定健診等データへの企業の人事担当者のアクセス・閲覧制限、人事担当者と特定健診等実施担当者の併任禁止、従業員への周知等)の実施。

#### (5) 特定健診等実施計画の策定(平成19年度)

- ① 国が示す参酌標準に即して5年後の平成24年度における目標値を設定。  
(平成19年7月~9月までをメドに)  
※目標値として、現在考えている項目は、
  - ・各保険者における特定健診の受診率(又は結果把握率)
  - ・各保険者における特定保健指導の実施率(又は結果把握率)
  - ・各保険者における内臓脂肪症候群の該当者・予備群の減少率
- ② 平成24年度の目標値到達までの平成20年度から24年度までの各年度における目標値を設定。(平成19年7月~9月までをメドに)
- ③ 関係都道府県に①を報告し、都道府県の求めに応じ、適宜調整  
(平成19年10月~12月メド)

- ④ 他の保険者への委託の申し込み、自ら健診等機関に委託する場合の委託先の決定。(平成19年10月～12月頃まで)
  - ⑤ 自己負担率、上限設定(必要があれば)について決定。  
(平成19年10月～12月)
  - ⑥ 特定健診等実施計画の原案の作成。(平成19年10月～12月)
  - ⑦ 保健指導を自ら直接提供する医療保険者においては、保健指導体制の整備(保健師・管理栄養士の採用準備、ステーション作り等)。(平成19年10月～平成20年3月)
  - ⑧ 公費による助成予定の内容及び各健診機関等の単価(他の保険者への委託の場合を含む。)を踏まえ、必要な費用及びその内訳を算出(平成20年1月～2月)あわせて、保険料率の設定(平成20年1月～2月)
  - ⑨ 特定健診等実施計画案の策定(平成20年1月～2月)
  - ⑩ 理事会や運営協議会(国保)での手続き(平成20年1月～2月)
  - ⑪ 市町村議会(国保)での承認(平成20年2月～3月)
  - ⑫ 特定健診等実施計画の公表、報告
- (6) 健診・保健指導機関との外部委託契約や他の保険者委託契約の締結  
(平成20年4月)
- (7) 健診結果等データの電子的管理  
(原則として、平成20年4月から)

## 新しい仕組みに対応する主な作業工程(案)



# 医療提供体制の確保に関する基本方針（仮称）案【概要版】

- ◎ 国民の医療に対する安心、信頼の確保を目指し、医療計画制度の中で医療機能の分化・連携の推進を通じて、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保するための基本的な事項を定める。
- ◎ 都道府県においては、この方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、医療計画を定める。

## 第1章 施策の基本となる事項

### 1 基本的考え方

- 医療提供体制は国民の健康を確保するための重要な基盤。
- 患者本位の医療の実現が重要であり、患者や国民が自ら積極的かつ主体的に医療に参加していく仕組みづくりが必要。
- 医療提供者は、患者を中心とした医療連携体制の構築に積極的に協力する。
- 国及び都道府県は、安全で質が高く、効率的な医療を提供するための施策に取り組むにあたり、地域の状況やニーズに十分配慮する必要がある。
- 疾病構造の変化等を踏まえ、生活の質の向上を図るため、がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病に対応した医療連携体制、さらに、地域の重要課題である救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む。）（以下「4疾病5事業」という。）に対応した医療連携体制の構築を図る。

### 2 国と都道府県の役割

- 都道府県が中心となって、医療計画に基づき施策を企画立案・実行することとし、国はこれを支援する。

## 第2章 調査及び研究に関する基本的な事項

### 1 基本的考え方

- 以下の点に配慮して調査及び研究を推進する。
  - ・ 医療の受け手の視点も踏まえる。
  - ・ 医療連携体制の構築という質的な観点を重視する。
  - ・ 地域の医療機能を概観することに資する。

### 2 国と都道府県の役割

- 国は、4疾病5事業について調査及び研究を行い、医療機能を明らかにする。
- 都道府県は、患者や住民のニーズに沿った情報を把握するために独自の調査を行うことが可能。
- 国及び都道府県は、医療機能調査による情報を公表することを通じて、医療連携体制と地域の医療機能について住民の理解を促進させる。

# 医療提供体制の確保に関する基本方針（仮称）案【概要版】

## 第3章 目標に関する事項

### 1 基本的考え方

- 患者本位の、かつ安全で質が高く、効率的な医療を実現する目標であること。
- 医療機能の明確化を目指す目標であること。
- 地域の医療提供体制の改善を図る目標であること。

### 2 国と都道府県の役割

- 都道府県は、当面5年間で念頭に置いた目標設定に関し、4疾病5事業等について、地域の実情に応じ関係計画との整合性を勘案し数値目標を定める。
- 数値目標の達成状況については、少なくとも5年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があれば、医療計画の変更を反映する。
- 国は、都道府県に対して、実効性ある施策が図られるよう支援する。

## 第4章 機能分担・業務連携・情報の提供に関する基本的な事項

### 1 基本的考え方

#### （診療所と病院の役割）

- 診療所は、日常の相談機能の向上を図りつつ、他の診療所や病院との連携体制の構築を図る。
- 病院は、質の高い入院医療が24時間提供されるよう、医療従事者の適切な人員配置を通じた勤務環境の改善を図る。

#### （医療連携体制のあり方）

- 4疾病5事業に係る医療連携体制について、それぞれの機能に即して、地域の医療機能を医療計画に明示し、患者や住民に対し、分かりやすい情報提供の推進を図る。
- 救急医療において、高度救命救急センターを医療計画に明示する場合は、特に対応体制を整備しているものについて記載する。
- 精神科救急医療について、緊急時における適切な医療及び保護の機会を確保するための機能、重度の患者に対応する中核的なセンター機能を強化する。
- 救急医療や災害時における医療においては、地域の実情に応じ、ドクターヘリコプター等のヘリコプターを活用することも有用であるから、消防機関等との連携を一層推進すべき。
- 離島やへき地における医療については、公的医療機関や社会医療法人等の役割の明確化を通じた継続的な医師派遣等の支援体制の確立を図る。複数の都道府県による共同運航等を含めヘリコプターの活用等により効率的な救急搬送体制を確保する。
- 周産期医療については、地域の助産師の活用を図り、助産所等とリスクの高い分娩を扱う病院との機能分担及び連携の充実に努める。
- 小児医療については、小児の健康相談支援の機能充実などにより、拠点となる病院が重症の患者を重点的に診療できるよう医療連携体制の充実に努める。

### 2 救急医療等確保事業に関する役割

- 公的医療機関については、救急医療等確保事業の実施状況を病院ごとに明らかにするとともに、都道府県は、社会医療法人を積極的に活用しその活用状況も明らかにする。

## 医療提供体制の確保に関する基本方針（仮称）案【概要版】

### 3 医療機能に関する情報の提供の推進

- 都道府県は、医療提供施設の情報について患者や住民に分かりやすく明示する。

### 4 居宅等における医療の確保

- 居宅等における医療のあり方について、診療所、病院等の相互間の機能分担と業務連携の状況を医療計画に明示することにより、患者及び家族に適切な情報を提供する。
- 療養病床の再編成も踏まえ、地域におけるサービスの整備や退院時の相談・支援の充実等に努める。

### 5 薬局の役割

- 医療提供施設として、医療連携体制の中で拠点としての役割を担う。

### 6 医療の安全の確保

- 都道府県等は、医療提供施設が講じている措置の状況を把握し、必要な措置を講ずるとともに、医療安全支援センターを設置し、苦情、相談への対応、必要な助言等に努める。

## 第5章 医師等医療従事者の確保に関する基本的な事項

### 1 医療従事者の確保に関する基本的考え方

- 地域的な偏在や診療科間の偏在への対応を進めるとともに、都道府県においては、公的医療機関等の参画を得て必要な施策を定めるための協議を行う。

### 2 医療従事者の資質向上に関する基本的考え方

- 医師の臨床研修必修化を通じ、プライマリ・ケアの基本的な診療能力を身につける。
- 全ての歯科医師が総合的な歯科診療能力を身につける。
- 薬剤師は、より高度な知識と技術を有する養成強化を図る。
- 看護師等は、臨地実習等を通じて実践能力を培う。
- 医療従事者が専門業務に可能な限り特化できるよう、適切に支援できる体制を整備する。

## 第6章 医療計画の作成・事業の実施状況の評価に関する基本的な事項

### 1 医療計画の作成に関する基本的な事項

- 評価可能な具体的な数値目標とする。

### 2 事業の実施状況の評価に関する基本的な事項

- 都道府県は、事業の達成状況を検証することにより、次の医療計画の見直しに反映させる。

## 第7章 その他の重要な事項

- 医療計画及びそれに基づく具体的な施策を定めるにあたっては、医療関係各法の規定及び方針等に配慮して定める。

# 地域・職域連携推進協議会の 設置・運営状況について

厚生労働省 健康局 総務課保健指導室

## 地域・職域連携推進協議会の目的

- 地域・職域において、生涯を通じた健康づくりを継続的に支援するために地方公共団体、事業者及び医療保険者等の関係者が相互に情報提供を行い、保健事業に関する共通理解の下、それぞれが有する保健医療資源を相互に活用、又は保健事業の実施により連携体制を構築する。
- また、都道府県健康増進計画の改定に際し、役割分担・連携促進について協議するために、設置及び運営を行う。
- 各実施主体ごとの計画案を踏まえた目標等の決定、役割分担、連携方策を議論する。



## 地域・職域連携推進協議会における協議事項

- ① 都道府県健康増進計画や各関係者ごとの事業実施計画に位置づける目標値の設定
- ② 各関係者が行う健診・保健指導全体の推進方策・人材確保 等

例) 保健師、管理栄養士等のマンパワーの育成方策、  
健診・保健指導のアウトソーシング先となる民間事業者の育成方策 等

- ③ 各関係者が行う、普及啓発事業の連携促進等の推進方策 等

例) 生涯を通じた健康づくりを継続的に支援するため、壮年期だけでなく母子保健、学校保健、介護予防とも連携した普及啓発事業の推進方策 等

## 地域・職域連携推進協議会（都道府県協議会）設置状況

平成18年10月末現在設置済み	22
平成18年度末までに設置予定	22
平成19年度中に設置予定	3

（平成18年10月末現在）

（内訳）	自治体名
平成18年度10月末現在設置済み(22)	北海道、青森、岩手、山形、栃木、千葉、東京、神奈川、新潟、富山、福井、山梨、岐阜、愛知、兵庫、奈良、和歌山、島根、広島、福岡、長崎、鹿児島
平成18年度末までに設置予定(22)	宮城、福島、茨城、群馬、埼玉、石川、静岡、滋賀、京都、大阪、鳥取、岡山、山口、徳島、香川、愛媛、高知、佐賀、熊本、大分、宮崎、沖縄
平成19年度中に設置予定(3)	秋田、長野、三重

## 地域・職域の連携の推進に必要な経費に対する予算補助について

### (概要)

地域保健、職域保健の連携により、ポピュレーションアプローチを効果的・効率的に進めるとともに、都道府県健康増進計画の評価や見直し、民間事業者の育成等を含めた健診・保健指導事業の実施のための体制を整備するもの。具体的には、地域・職域連携推進協議会の設置・運営(※)費用(報償費、旅費等)の2分の1を補助する。

※協議会の開催、協議会構成メンバーによる合同研修会等の開催など

(19年度要求額) 39,000千円(都道府県・指定都市補助金)  
(18年度予算額) 39,000千円(都道府県・指定都市補助金)

## (参考)設置・運営状況の例

都道府県	奈良県	東京都	千葉県
設置時期	平成17年10月	平成18年7月	平成18年9月
協議会名称	なら健康増進戦略会議 地域職域部会	東京都健康増進プラン21 評価戦略会議 健康づくり推進部会	健康ちば地域・職域連携 推進協議会
設置形態	既存の協議機関を活用 (健康増進計画の推進母 体である「なら健康増進戦 略会議」に設置)	既存の協議機関を活用 (具体的な検討を行うため、 「東京都健康増進プラン21 評価戦略会議」に設置)	新たな協議機関として設置
目的	地域保健と職域保健の連 携により、健康づくりのた めの健康情報のみならず、 保健事業の実施に要する 社会資源を相互に有効活 用し、生涯を通じた継続的 な保健サービスの提供体 制を整備する。	地域職域の連携 (プラン21の推進を図るた め、各関係機関の取組方 策や連携方策等を検討す る)	広域的な地域・職域連携を 図り、地域の実情に応じた 協力体制による生涯を通じ た継続的な保健サービス の提供・健康管理体制を 整備・構築するとともに、健 康ちば21(県健康増進計 画)の推進に寄与すること。

		奈良県	東京都	千葉県
構成メンバー	地域保健 関係機関	保健所長会、 市町村看護職員協議会	八王子保健所、 荒川区、国分寺市、 新宿区(国保)、国立市(国保)	保健所長会、 市長会、町村会
	職域保健 関係機関	健康保険組合連合会、 社会保険事務局、  労働局、産業保健推進センター、 中小企業団体中央会、 商工会議所・商工会連合会、 日本労働組合連合会、 農業協同組合、 市民生活協同組合、 事業所（奈良交通株式会社、株 式会社南都銀行）	健康保険組合連合会、 社会保険事務局、  労働局、産業保健推進センター、	健康保険組合連合会、国保連合会、 社会保険事務局、社会保険健康事 業団県支部、 労働局、産業保健推進センター、 中小企業団体中央会、 経営者協会、 厚生農業協同組合連合会
	その他 関係機関	県国保連合会、 県医師会、県歯科医師会、 県薬剤師会、県看護協会、 県栄養士会、県歯科衛生士会、 学識経験者(大学)、 健診機関(奈良県健康づくり財団)	都国保連合会、 都医師会、都歯科医師会、  学識経験者(大学、国立保健医 療科学院)	県国保連合会、 県医師会、県歯科医師会、 県薬剤師会、県看護協会、 県栄養士会、 学識経験者(大学、産業医)、 健診機関(ちば県民保健予防財団)、 住民や労働者の代表(県労働福祉 協議会、県食生活改善協議会)
事務局	県福祉部健康安全局健康増進課	都福祉保健局保健政策部健康推 進課	県健康福祉部健康づくり支援課	

	<p>奈良県</p> <p>○奈良県における健康課題の現状  ①女性の死亡率順位が高い、循環器疾患及びがんの死亡率が高い。  ②40歳代の男性に心筋梗塞、肥満が増加している。  ③職域に健康課題としては、がん、自死が増加している。  ④職域の課題としてメンタルヘルス、健診の事後措置の問題等がある。  ⑤地域・職域に共通してメタボリック症候群が健康づくりの課題である。</p> <p>○地域・職域連携のモデルとして先進事例の報告</p> <p>○分析した健康課題の現状に基づく地域・職域連携課題の提案</p> <p>○保健事業、研修会・セミナーの共同企画・実施及び地域保健関係施設、関係団体等の相互有効活用</p>	<p>東京都</p> <p>○健康推進プラン21の中間評価</p> <p>○後期5カ年計画における重点的に取り組む課題  糖尿病、がん、こころの健康を挙げ、職域との連携、体験を通じた普及啓発を中心に一次予防に努める。</p> <p>○モデル事業の実施  ①糖尿病対策の小規模事業所での実施  ②こころの健康づくりについて中小企業に勤務する都民のストレスに対する対処能力の向上</p> <p>○平成19年度にプラン21の一部改正を行うための今年度都民健康・栄養調査の実施</p>	<p>千葉県</p> <p>○「メタボリックシンドローム対策総合戦略事業(平成18年度)」の実施状況</p> <p>○協議会の意義や関係機関・団体の役割の明確化</p> <p>○生活習慣病だけではなく、幅広い観点からの健康づくりの検討</p> <p>○ヘルスプロモーションの理念に基づいた環境づくりへの配慮</p> <p>○県内での連携  事務局は健康づくり支援課が行うが、雇用労働課、保険指導課の担当者にも協議会へ出席依頼</p>
<p>協議会において議論された内容</p>			