

(地Ⅲ92)

平成20年6月25日

都道府県医師会
担当理事 殿

日本医師会
常任理事 内田 健夫

平成20年度特定健診・特定保健指導の
契約状況等の調査について

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、平成20年4月から特定健診・特定保健指導が開始され、各都道府県医師会、郡市区医師会におかれましては、種々ご尽力いただいていることと存じます。

今般、特定健診・特定保健指導への契約状況等についての現状把握を目的として、都道府県医師会、及び都道府県医師会を通じて郡市区医師会（大学医師会等を除く）を対象に調査を実施することといたしました。

つきましては、ご多忙のところ恐縮に存じますが、貴会におかれましてもご協力いただきますとともに、貴会管下郡市区医師会への周知、協力方、よろしくご高配のほどお願い申し上げます。

なお、調査方法等につきましては、別紙をご参照いただきますようよろしくお願い申し上げます。また、調査票をご返送いただく際に、可能でしたら特定健診・特定保健指導の契約書の写しを併せてお送りいただければ幸甚に存じます。

平成20年度特定健診・特定保健指導の契約状況等の調査

1. 目的

本調査は、平成20年4月から特定健診・特定保健指導が始まったことから、都道府県医師会、郡市区医師会における契約の状況、電子化の対応等について把握し、今後の検討のための資料とすることを目的とします。

2. 調査対象

都道府県医師会、郡市区医師会（大学医師会等を除く）

3. 提出期限

平成20年7月22日（火） <日本医師会必着>

4. 調査方法

調査票は、都道府県医師会用調査票（緑色）と郡市区医師会用調査票（白色）の2種類となっています。

郡市区医師会用調査票については、都道府県医師会にまとめてお送りいたしますので、郡市区医師会に配布していただきますようお願いいたします。

郡市区医師会で回答いただいた調査票は、都道府県医師会でとりまとめていただき、一括して日本医師会地域医療第3課宛に送付して下さい。

なお、郡市区医師会の回答を集計していただく必要はありません。

5. 記入上の注意事項

郡市区医師会用調査票の回答にあたり、郡市区医師会の中には、複数の自治体と異なった契約を結ぶこと等が考えられますが、その場合には、契約面や金額などの基準で主観的にご判断の上、主となる1つの自治体を選んでご回答いただきますようお願いいたします。

また、金額欄には、消費税込みの額をご記入いただきますようお願いいたします。

6. その他

本調査についてご不明な点がございましたら、日本医師会地域医療第3課（TEL：03-3942-8181、FAX：03-3946-2684、mail:c3@po.med.or.jp）までご照会下さい。

都道府県医師会名： _____ 医師会

記入者名： _____ 役職： _____

連絡先電話番号： _____

《問い合わせ先》

日本医師会地域医療第3課

電話番号：03-3942-8181

Mail:c3@po.med.or.jp

平成 20 年度特定健診・特定保健指導の契約状況等の調査
《調査項目：該当する数字等に○をつけるか、空欄にご記入ください》

I 市町村国保との契約について

問 1 都道府県内の各市町村国保と貴会との間でとりまとめて契約を締結しましたか

- i はい（A～Cのいずれかに○をつけてください）
 - A 特定健診・特定保健指導の両方…契約締結日（平成 20 年 月 日）（問 2 へ）
 - B 特定健診のみ…契約締結日（平成 20 年 月 日）（問 2 へ）
 - C 特定保健指導のみ…契約締結日（平成 20 年 月 日）（問 3 へ）
- ii いいえ（問 5 へ）
- iii 協議中である（問 4 へ）
- iv その他（ _____ ）（問 5 へ）

問 2 特定健診の契約内容について

- ①契約参加機関数（ _____ ）機関
- ②特定健診契約額を都道府県内で統一されていますか
 - i はい
 - ii いいえ

※特定健診の契約内容について都道府県内で統一の場合は、以下にご記入ください

③特定健診契約額（個別健診の状況） ※消費税込みの金額をご記入ください

内 容	金 額	内 訳
基本健診（必須項目）	円	（単価設定されている場合）
詳細健診	心電図検査 円 眼底検査 円 貧血検査 円	
事務手数料	円	電子化手数料 円 受診結果通知関連費 円

事務手数料（続き）		情報提供関連費	円
		その他	円

④基本健診における自己負担額は同一ですか

- i はい（ ）円 ※自己負担なしの場合は0を記入
- ii いいえ
- iii 不明

⑤都道府県内一斉発行の場合→受診券発行開始日（平成 20 年 月 日）/ 不明

⑥空腹時血糖・HbA1cの取扱いについて、どのように対応していますか

- i 空腹時血糖のみ実施
- ii HbA1cのみ実施
- iii 両方実施
- iv 空腹時血糖が原則だが、空腹時採血ができない場合には、HbA1cを実施
- v その他（ ）

⑦生活機能評価の実施に対する特定健診について、どのように対応していますか

- i 特定健診と同時実施を前提に、重複していない部分のみ特定健診として請求
- ii 特定健診と同時実施を前提に、重複している部分も特定健診として請求
- iii それぞれ個別実施を前提に、特定健診は特定健診として請求
- iv その他（ ）

⑧上乗せ健診について、どのように対応していますか。

- i 上乗せ健診なし
- ii 上乗せ健診あり（AかBに○をつけてください）
→A 特定健診とは別契約で、一般衛生部門と契約
B その他（ ）

※上乗せ健診の内容について（複数回答可）※消費税込みの金額をご記入ください

- a 心電図検査 円
- b 眼底検査 円
- c 貧血検査 円
- d 尿酸 円
- e 血清クレアチニン 円
- f その他（項目： 金額： 円）
（項目： 金額： 円）
（項目： 金額： 円）

※ 問1で特定健診のみ契約を締結したと答えた方は問4へ

問3 特定保健指導の契約内容について

① 契約参加機関数（i～iiiで該当するものすべてにご記入ください）

- i 動機付け支援のみ（ ）機関
- ii 積極的支援のみ（ ）機関
- iii 動機付け支援・積極的支援の両方（ ）機関

② 特定保健指導契約額を都道府県内で統一されていますか

- i はい
- ii いいえ（問4へ）

※ 特定保健指導の契約額について都道府県内で統一の場合は、以下にご記入ください

※消費税込みの金額をご記入ください

③ 動機付け支援額（ ）円

④ 積極的支援額（全部受託）（ ）円（ ）ポイント

※複数メニューのある場合は、主たる支援内容の価格とポイント数

積極的支援額（一部受託）（ ）円

⑤ 自己負担額は同一ですか

- i はい A 動機付け支援（ ）円 ※自己負担なしの場合は0を記入
B 積極的支援（ ）円（AとBそれぞれにご記入ください）

ii いいえ

iii 不明

問4 契約締結にあたり問題点は何でしたか（血糖検査の扱い、電子化手数料、上乘せ健診など）

※ 協議中の場合は、現在の問題点をご記入ください ※任意記入

問5 来年度の契約締結の予定について

i 締結する予定である（A～Cのいずれかに○をつけてください）

→ A 特定健診・特定保健指導の両方

B 特定健診のみ

C 特定保健指導のみ

ii 締結する予定はない

iii 未定

iv その他（ ）

II 被用者保険における代表保険者との契約について

問6 代表保険者と貴会との間で集合契約を締結しましたか

- i はい (A~C のいずれかに○をつけてください)
- A 特定健診・特定保健指導の両方…契約締結日 (平成 20 年 月 日) (問7へ)
- B 特定健診のみ…契約締結日 (平成 20 年 月 日) (問7へ)
- C 特定保健指導のみ…契約締結日 (平成 20 年 月 日) (問8へ)
- ii いいえ(問10へ)
- iii 協議中である(問9へ)
- iv その他() (問10へ)

問7 特定健診の契約内容について

- ①契約参加機関数() 機関
- ②特定健診契約額を都道府県内で統一されていますか
- i はい ii いいえ

※特定健診の契約内容について都道府県内で統一の場合は、以下にご記入ください

- ③特定健診契約額 (個別健診の状況) ※消費税込みの金額をご記入ください

内 容	金 額	内 訳
基本健診 (必須項目)	円	(単価設定されている場合)
詳細健診	心電図検査 円 眼底検査 円 貧血検査 円	
事務手数料	円	電子化手数料 円 受診結果通知関連費 円 情報提供関連費 円 その他 円

- ④空腹時血糖・HbA1cの取扱いについて、どのように対応していますか
- i 空腹時血糖のみ実施
- ii HbA1cのみ実施
- iii 両方実施
- iv 空腹時血糖が原則だが、空腹時採血ができない場合には、HbA1cを実施
- v その他()
- ⑤生活機能評価の実施に対する特定健診について、どのように対応していますか
- i 特定健診と同時実施を前提に、重複していない部分のみ特定健診として請求
- ii 特定健診と同時実施を前提に、重複している部分も特定健診として請求

- iii それぞれ個別実施を前提に、特定健診は特定健診として請求
- iv その他 ()

⑥上乗せ健診について、どのように対応していますか。

- i 上乗せ健診なし
- ii 上乗せ健診あり (A か B に○をつけてください)
 - A 特定健診とは別契約で、一般衛生部門と契約
 - B その他 ()

※上乗せ健診の内容について (複数回答可) ※消費税込みの金額をご記入下さい

- a 心電図検査 円
- b 眼底検査 円
- c 貧血検査 円
- d 尿酸 円
- e 血清クレアチニン 円
- f その他 (項目: 金額: 円)
- (項目: 金額: 円)
- (項目: 金額: 円)

※問 6 で特定健診のみ契約を締結したと答えた方は問 9 へ

問 8 特定保健指導の契約内容について

①契約参加機関数 (i ~ iii で該当するものすべてにご記入ください)

- i 動機付け支援のみ () 機関
- ii 積極的支援のみ () 機関
- iii 動機付け支援・積極的支援の両方 () 機関

②特定保健指導契約額を都道府県内で統一されていますか

- i はい
- ii いいえ (問 4 へ)

※ 特定保健指導の契約額について都道府県内で統一の場合は、以下にご記入ください

※ 消費税込みの金額をご記入ください

③動機付け支援額 () 円

④積極的支援額 (全部受託) () 円 () ポイント

※複数メニューのある場合は、主たる支援内容の価格とポイント数

積極的支援額 (一部受託) () 円

問 9 契約締結にあたり問題点は何か(血糖検査の扱い、電子化手数料、上乗せ健診など)

※ 協議中の場合は、現在の問題点をご記入ください ※任意記入

問 10 来年度の契約締結の予定について

i 締結する予定である (A~C のいずれかに○をつけてください)

→ A 特定健診・特定保健指導の両方

B 特定健診のみ

C 特定保健指導のみ

ii 締結する予定はない

iii 未定

iv その他()

問 11 医師国保と貴会の間で契約を締結しましたか

i はい

ii いいえ

Ⅲ 電子化への対応について

問 12 貴会として代行入力業務を行いますか※外部委託を含む

i はい (A~C のいずれかに○をつけてください)

→ A 特定健診・保健指導の両方 (問 13 へ)

B 特定健診のみ (問 13 へ)

C 特定保健指導のみ (問 16 へ)

ii いいえ (問 19 へ)

問 13 特定健診において代行入力に参加する実施機関数について

()機関

問 14 特定健診において貴会が代行入力を行う場合の入力ツールについて※外部委託含む

i 医師会独自のシステム開発やシステム導入

ii 健診実施機関向け各種フリーソフト

iii 健診実施機関向け各種有償ソフト

iv フリーソフトと有償ソフトの組み合わせ

v その他()

→具体的な入力ツールが決まっておりましたら、ご記入をお願いします

メーカー名:()

システム/ソフト名:()

)

問 15 特定健診における代行入力業務の外部委託について

i 外部委託する (A~D のいずれかに○をつけてください)

→ A システム事業者 (システム開発や健診ソフト提供事業者: NTT データ、オーダーメイド創薬等)

B パンチ入力専門事業者（診療報酬明細書等の入力事業者：日本データ・エントリ協会加盟の事業者等）

C 民間受託臨床検査センター

D その他事業者（財団法人等）→[業種/法人名：]

ii 委託しない

iii その他（)

※問 12 で特定健診のみ代行入力を行うと答えた方は問 19 へ

問 16 特定保健指導において代行入力に参加する実施機関数について

()機関

問 17 特定保健指導において貴会が代行入力を行う場合の入カツールについて※外部委託含む

i 医師会独自のシステム開発やシステム導入

ii 健診実施機関向け各種フリーソフト

iii 健診実施機関向け各種有償ソフト

iv フリーソフトと有償ソフトの組み合わせ

v その他（)

→具体的な入カツールが決まっておりましたら、ご記入をお願いします

メーカー名：() システム/ソフト名：()

問 18 特定保健指導における代行入力業務の外部委託について

i 外部委託する（A～Dのいずれかに○をつけてください）

→ A システム事業者（システム開発や健診ソフト提供事業者：NTT データ、オーダーメイド創薬等）

B パンチ入力専門事業者（診療報酬明細書等の入力事業者：日本データ・エントリ協会加盟の事業者等）

C 民間受託臨床検査センター

D その他事業者（財団法人等）

→[業種/法人名：]

ii 委託しない

iii その他（)

IV その他

問 19 特定健診・特定保健指導の評価・見直しについて今後どこが行う予定ですか※複数回答可

i 都道府県における保険者協議会

ii 地域・職域連携推進協議会

iii 市町村国保

iv 都道府県医師会

v 郡市区医師会

vi その他 ()

vii 未定

問 20 平成 19 年度に特定健診・特定保健指導に関する研修会を開催しましたか※複数回答可

i はい (A～Cに○をつけてください:複数選択可)

→ A 医師・保健師・管理栄養士等を行う実践的育成研修 (540 分/9 時間)

B 看護師、准看護師等を行う食生活改善指導担当者研修 (30 時間)

C 看護師、准看護師等を行う運動指導担当者研修 (147 時間)

ii いいえ

問 21 平成 20 年度に特定健診・特定保健指導に関する研修会を開催しますか※複数回答可

i はい (A～Cに○をつけてください:複数選択可)

→ A 医師・保健師・管理栄養士等を行う実践的育成研修 (540 分/9 時間)

B 看護師、准看護師等を行う食生活改善指導担当者研修 (30 時間)

C 看護師、准看護師等を行う運動指導担当者研修 (147 時間)

ii いいえ

iii 未定

問 22 特定健診・特定保健指導の課題について ※任意記入

ご協力ありがとうございました。

<お願い>

可能であれば契約書の写しを添付していただきますようお願いいたします。

i 添付する

ii 添付しない

郡市区医師会用調査票

都道府県： _____ 都・道・府・県

医師会名： _____ 医師会

記入者名： _____ 役職： _____

連絡先電話番号： _____

《問い合わせ先》

日本医師会地域医療第3課

電話番号：03-3942-8181

mail:c3@po.med.or.jp

平成 20 年度特定健診・特定保健指導の契約状況等の調査
《調査項目：該当する数字等に○をつけるか、空欄にご記入ください》

※ 複数の自治体へ異なった対応を行っている郡市区医師会は、契約面や金額面などの基準で主観的にご判断していただき、主となる1つの自治体との関係についてご記入ください。

主となる自治体名(ご記入ください)

I 市町村国保との契約について

問 1 市町村国保と貴会との間でとりまとめて契約を締結しましたか

i はい (A~C のいずれかに○をつけてください)

→ A 特定健診・特定保健指導の両方…契約締結日 (平成 20 年 月 日) (問 2 へ)

B 特定健診のみ…契約締結日 (平成 20 年 月 日) (問 2 へ)

C 特定保健指導のみ…契約締結日 (平成 20 年 月 日) (問 3 へ)

ii いいえ(問 5 へ)

iii 協議中である(問 4 へ)

iv その他(_____)(問 5 へ)

問 2 特定健診の契約内容について

①契約参加機関数 (_____) 機関

②特定健診契約額 (個別健診の状況) ※消費税込みの金額をご記入ください

内 容	金 額	内 訳
基本健診 (必須項目)	円	(単価設定されている場合)
詳細健診	眼底検査	円
	心電図検査	円
	貧血	円

事務手数料	円	電子化手数料	円
		受診結果通知関連費	円
		情報提供関連費	円
		その他	円

③基本健診における自己負担額

- i () 円 ※自己負担なしの場合は0と記入
- ii 不明

④受診券発行開始日（平成 年 月 日） / 不明

⑤空腹時血糖・HbA1cの取扱いについて、どのように対応していますか

- i 空腹時血糖のみ実施
- ii HbA1cのみ実施
- iii 両方実施
- iv 空腹時血糖が原則だが、空腹時採血ができない場合には、HbA1cを実施
- v その他 ()

⑥生活機能評価の実施に対する特定健診について、どのように対応していますか

- i 特定健診と同時実施を前提に、重複していない部分のみ特定健診として請求
- ii 特定健診と同時実施を前提に、重複している部分も特定健診として請求
- iii それぞれ個別実施を前提に、特定健診は特定健診として請求
- iv その他 ()

⑦上乗せ健診について、どのように対応していますか

- i 上乗せ健診なし
- ii 上乗せ健診あり（AかBに○をつけてください）
→A 特定健診とは別契約で、一般衛生部門と契約
B その他 ()

※上乗せ健診の内容について（複数回答可）※消費税込みの金額をご記入ください

- a 心電図検査 円
- b 眼底検査 円
- c 貧血検査 円
- d 尿酸 円
- e 血清クレアチニン 円
- f その他（項目： 金額： 円）
（項目： 金額： 円）
（項目： 金額： 円）

※ 問1で特定健診のみ契約を締結したと答えた方は問4へ

問3 特定保健指導の契約内容について

- ① 契約参加機関数 (i~iiiで該当するものすべてにご記入ください)
- i 動機付け支援のみ () 機関
 - ii 積極的支援のみ () 機関
 - iii 動機付け支援・積極的支援の両方 () 機関
- ② 動機付け支援額 () 円 ※消費税込みの金額をご記入ください
- ③ 積極的支援額 (全部受託) () 円 () ポイント
※複数メニューのある場合は、主たる支援内容の価格とポイント数
積極的支援額 (一部受託) () 円
- ④ 自己負担額 ※自己負担なしの場合は0を記入
(動機付け支援と積極的支援それぞれにご記入ください)
- i 動機付け支援 () 円
 - ii 積極的支援 () 円
 - iii 不明

問4 契約締結にあたり問題点は何でしたか(血糖検査の扱い、電子化手数料、上乘せ健診など)

※協議中の場合は、現在の問題点をご記入ください ※任意記入

問5 来年度の契約締結の予定について

- i 締結する予定である (A~Cのいずれかに○をつけてください)
 - A 特定健診・特定保健指導の両方
 - B 特定健診のみ
 - C 特定保健指導のみ
- ii 締結する予定はない
- iii 未定
- iv その他()

II 電子化への対応について

問6 貴会として代行入力業務(国保契約分)を行いますか※外部委託を含む

- i はい (A~Cのいずれかに○をつけてください)
 - A 特定健診・保健指導の両方 (問7へ)

- B 特定健診のみ（問 7 へ）
- C 特定保健指導のみ（問 10 へ）
- ii いいえ（問 13 へ）

問 7 特定健診において代行入力に参加する実施機関数について

（ ）機関

問 8 特定健診において貴会が代行入力を行う場合の入力ツールについて※外部委託を含む

- i 医師会独自のシステム開発やシステム導入
- ii 健診実施機関向け各種フリーソフト
- iii 健診実施機関向け各種有償ソフト
- iv フリーソフトと有償ソフトの組み合わせ
- v その他（ ）
→具体的な入力ツールが決まっておりますら、ご記入をお願いします
メーカー名：（ ）システム/ソフト名：（ ）

問 9 特定健診における代行入力業務の外部委託について

- i 外部委託する（A～Dのいずれかに○をつけてください）
→ A システム事業者（システム開発や健診ソフト提供事業者：NTT データ、オーダーメイド創薬等）
B パンチ入力専門事業者（診療報酬明細書等の入力事業者：日本データ・エントリ協会加盟の事業者等）
C 民間受託臨床検査センター
D その他事業者（財団法人等）
→[業種/法人名：]
- ii 委託しない
- iii その他（ ）

※問 6 で特定健診のみ代行入力を行うと答えた方は問 13 へ

問 10 特定保健指導において代行入力に参加する実施機関数について

（ ）機関

問 11 特定保健指導において貴会が代行入力を行う場合の入力ツールについて ※外部委託を含む

- i 医師会独自のシステム開発やシステム導入
- ii 健診実施機関向け各種フリーソフト
- iii 健診実施機関向け各種有償ソフト
- iv フリーソフトと有償ソフトの組み合わせ
- v その他（ ）

→具体的な入力ツールが決まっておりましたら、ご記入をお願いします
メーカー名：() システム/ソフト名：()

問 12 特定保健指導における代行入力業務の外部委託について

i 外部委託する (A~D のいずれかに○をつけてください)

→ A システム事業者 (システム開発や健診ソフト提供事業者：NTT データ、オーダーメイド創薬等)

B パンチ入力専門事業者 (診療報酬明細書等の入力事業者：日本データ・エントリ協会加盟の事業者等)

C 民間受託臨床検査センター

D その他事業者 (財団法人等)

→[業種/法人名：]

ii 委託しない

iii その他()

Ⅲ その他

問 13 特定健診・特定保健指導の評価・見直しについて今後どこが行う予定ですか※複数回答可

i 都道府県における保険者協議会

ii 地域・職域連携推進協議会

iii 市町村国保

iv 都道府県医師会

v 郡市区医師会

vi その他 ()

vii 未定

問 14 特定健診・特定保健指導の課題について ※任意記入

ご協力ありがとうございました。

<お願い>

可能であれば契約書の写しを添付していただきますようお願いいたします。

i 添付する

ii 添付しない

※ ご回答いただきました調査票は、都道府県医師会へお送りいたしますようお願いいたします。