

## 令和5年度第2回静岡市国民健康保険特定健康診査等実施計画推進協議会 会議録

- 1 開催期間 令和6年3月1日（金）19：30～20：45
- 2 場 所 静岡市清水保健福祉センター 視聴覚室（清水区渋川二丁目12-1）
- 3 出席者 【委員】溝田委員、竹内委員、小長井委員、廣田委員、山本委員、豊島委員、市川委員、鈴木委員（臨時）  
【事務局】小田課長補佐兼健診係長、丹治主査、杉山副主幹、三宅保健師
- 4 傍聴者 なし
- 5 会議内容 静岡市特定健康診査等実施計画について ほか

### 6 議事

#### （1）静岡市特定健康診査等実施計画について

事務局（小田）第4期特定健康診査等実施計画の策定を進めておりまして、データヘルス計画と合わせてできあがる予定です。印刷をかけているところで、冊子ができましたら委員の皆様へ郵送させていただきたいと思います。ホームページ上でも3月下旬には掲載できると思います。

こちらの計画ですが、6年1期ということで、令和11年度までの計画となっております。

2ページをご覧ください。こちらは、特定健康診査の実績を掲載しております。受診率については、33%となっております。3ページは年代別の受診率です。全国的な傾向ですが、若年層が低くなっております。

未受診者の状況ですが、医療機関を受診されている方の結構いらっしゃいます。

4ページ目が対策と取り組みの方向性です。受診率を上げていきたいが、行政だけではなかなか上げることができないので、民間のリソースを使いながら受診率向上策を実施していきたいと考えています。今まで、あまり民間のノウハウを活用してきておりません。民間事業者と連携していきたいと考えております。ひとつは、成果連動型民間委託契約方式、PFSといいまして、成果があがるにつれ、市が支払う委託料が高くなっていくという契約方法で、いくつか事例も見られておりますので、そういったことも検討していきたいと思います。

次に40歳代から50歳代の未受診者への対策ですが、受診券の再発行を電子フォーム上でできるようにしました。時間の制約がかからず受診券の再発行依頼ができるようにしました。現在、電子フォーム上での受付件数が増えているところで、早速効果が出ているところです。勤労世代の受診機会の確保のため、日曜日健診の拡充を考えています。今年度は、のべ6回日曜日健診を実施しました。うち5回は

レディース限定、1回は男性も受診ができる日としました。ですが、男性の申し込み者は、非常に少なく確か3名でした。つまり、男性は、休日健診の機会を設けても受診しないということですね。1回実施しただけですが、平日忙しいから、受診できないということではなさそうです。サンデーレディースは、女性のみということと、平日は子供の面倒などで受診できないということで、盛況です。5回とも100名程度の実績があります。男性を受診に導くにはどうしたらいいかこれからも考えていかないとはいけません。

健康状態不明者への対策ですが、健診を受診することで、医療機関とつながっていただくことが目的の1つでもありますが、レセプトがなく、健診も受診されていない方が本当に健康なのかどうか不安なところがありますので、アンケートや電話調査などでコンタクトをとっていきたいと思います。

事務局（杉山）特定保健指導についてですが、6ページの図表6-5をご覧ください。特定保健指導の評価は「D」評価です。平成30年度には35.1%となりましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和元年度以降減少しております。現在の状況は、昨年度同時期と比較して回復しております。課題としまして、5ページの図表2-48は、年代別の終了率を表しています。令和4年度は令和3年度と比較しまして、40代、50代の実施率が低いので、この世代にアプローチをしていきたいと思います。

下の図表2-50 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率をご覧ください。減少率とは、昨年度特定保健指導対象者が、今年度特定保健指導の対象でなくなった者の数を昨年度の特定保健指導利用者数で割った数です。減少率はほぼ横ばい状態です。令和6年度よりアウトカム評価が重視され、より改善率が求められるようになるため、減少率の増加に努めてまいります。

最後、参考資料の方ですけど、これは国立医療科学のツールを使用したもので、特定保健指導の利用の有無別に比較したグラフです。各項目において、特定保健指導を実施した方が青いグラフ、利用していない方が赤いグラフになります。令和2年度と3年度の両年度の特定健診を受けた方が対象となり、効果の検定を行いました。見方については、別紙の「保健指導の効果の評価」を参考にしてください。例えば、体重を見ますと、横軸が次年度の体重の増減の数字、縦軸が変化した体重の方の人数、保険指導利用者の青いグラフは、マイナスの方の山なりになっていて、赤い方はプラスの方に山なりになっています。その下の検定の表を見ますと、利用者と未利用者の差の検定により、Pの値が0.05未満ならば利用群の方が変化が大きかったということになり、つまり、指導の効果があったということになります。

静岡市の積極的支援については、体重、血圧等については、指導の効果があると言えますが、血液項目などは、指導の効果とは言えない結果となりました。3か月ほどの指導では、なかなか改善に結びつかないことが分かります。今後もこのようなデータを分析しながら指導に反映していきます。

具体的な実施率向上対策は、16ページの図表6-17をご覧ください。

前回の会議でもご覧いただいておりますので、令和6年度変わる所は、委託機関の拡大

で、運動が指導できる民間事業者との契約、また対面指導ができる民間事業者との契約を進めております。さらに委託医療機関においても ICT 実施施設が1施設増える予定です。

また、保健師のスキルアップとして、保健指導時のタブレット導入の検討やその研修会等を予定しています。

また、利用勧奨のチラシのタイトルを変更しました。「特定保健指導を受けましょう」というタイトルから、「今があなたの変わり時、健康づくりのサポートが得られます。」というタイトルに変えて作成中です。特定保健指導の利用券配布時にこのチラシを配布し、利用勧奨を実施していこうと考えています。

事務局(小田) 続きまして、目標値の設定についてです。6ページをご覧ください。国の目標では特定健診の受診率が60%、特定保健指導率も同じく60%となっています。静岡市の現状と照らし合わせますとかけ離れすぎているということで、健診の受診率につきましては、図表6-7にありますとおり、最終的には令和11年度には40.7%で、政令市の中で一番高い仙台市を目標としていきたいと考えています。保健指導の実施率につきましては、同様に令和11年度に35.1%を目標といたしました。

対象者数ですが、特定健診の対象数は年々減少傾向にあります、逆に後期高齢が伸びてきております。

事務局(杉山) 11ページの特定保健指導の内容につきまして、第4期の変更点ですが、来年度から特定保健指導のポイントの換算が変わりまして、アウトカム評価が重視されまして、今までは180ポイント獲得するのに、指導とか電話をしていましたが、今後は2kg2cmを達成すれば、180ポイントをもらえるということで、今後は指導の内容を充実させていく必要があります。

事務局(小田) 15ページですが、この部分も前回の協議会で案としてお示しした内容となっております。がん検診もそうなんです、受診されている方は毎年受診されているのですが、無関心層をどうしていくかというところが非常に大きな課題です。そこをどう行動変容につなげていくかというところが非常に難しいところです。受診券が本人の手元に届いているのに、そのままゴミ箱なのか、健診はいいよと思っているのか、このあたりについて、ご意見、お知恵をいただければと思っております。

議長(溝田) ただいまの説明について、質問意見があれば、お願いします。

市川委員 こちらの計画を見させていただいて、非常に数多くの施策を実施されていて、驚いています、特に15ページ16ページの健康診査と健康指導について、受診率向上策を数多くだされているというのが正直な印象です。市民としての意見ですが、税金で運営されていると思うのですが、受診率が低いからこれだけ対策します、それに対して費用がかかりますということが気になっておりまして、数字で言うと受診をされていない7割近くの方のために、なぜあえてまた税金を投入するのかという疑問が沸きます。もうひとつ、対策に出されている項目は、かなりペーパーを使うアナログな対策がかなり多く見受けられると思っておりますがそのあたりはどうなんでし

ようか。

事務局（小田） 受診しない方に対して、税金を投入することがどうかということですが、なかなか難しいところですね。行政としては、市民の方全員に受診していただけるように、啓発、掘り起こしをして受診につなげたいところです。そういった活動を一切しなくても受診率が高ければ、もちろん経費はかからないわけで、受診券の発送だけで済むわけで、理想としては必要最小限の経費で済むわけで行政としてはありがたいのですが、現実そうではない。啓発がしっかりされていれば、恐らく受診勧奨事務は必要なくて、啓発などその事業がどんどん減っていくようなアプローチ、方向性をもっていく必要があるかと思いますが、まだその途中の段階だということだと思います。

2つめのアナログの件ですけど、今かなりデジタル化が進んできておりますが、スマホも普及していますし、デジタル環境も一般的にはいろいろな手続きができるようになってきています。受診券もデジタル化されるのが理想かと思います。対象者の年齢層なども考慮しつつ、デジタル化にシフトしていきたいと思います。

市川委員 デジタル化をなぜいうかというところで浮いた費用や能力を重点的にシフトさせた方がいいのではないかという趣旨でして、3万数千人の方はたぶん毎年受けられている。極端なこと言えば、受診されている方には受診券を発送しなくても、5月から受診できますと広報で伝え、マイナンバーカードを持って行って確認ができれば受診ができるということで十分だと思います。逆に7万人の未受診の方はごみ箱に捨ててしまっているかもしれませんし、それ自体がロスになっています。広報的に市民のリテラシーだと思うのですが、健康診断を受ける権利がありますよということが認知されれば、かかりつけ医や健診機関に受けに行くわけなので、今は市から「受けましょう。受けましょう」といっても、笛吹けど踊らずですが、笛を吹かなくても制度自体が消えるわけではないので、無関心層に対して、成果が上がってないなら、あえてやめてしまうという手段もあるかと思います。

議長（溝田） それについて、私個人の意見として、受診率を上げるためにムダなことはしないということに関してですが、受診率が上がれば、医療費が下がるということについては、エビデンスがあるので、受診率を上げることは重要な取り組みではないかと思っています。リテラシーを上げて啓発をして、受診率を上げるのもおっしゃる通りですが、それだけでは解決しない部分があり、例えば、レディース健診ですが、女性はやはり健診の時の服装が無防備なので、女性だけの場があって欲しいと思いますし、利便性の問題ですが、健診の会場に行けない方に対しては、検診車も必要なことなので、15ページに載っていることは、かなり重要なものがたくさん含まれていると思います。同時受診についても特定健診単独だと受診しないのが分かっている、働いている方が1つ1つの検診をうけるために仕事を休むというのでは、受診率がさらに下がるということもあります。そのあたりで、費用対効果というのがあるかと思うのですが、対象者が少ないけど、困っている地域には、検診車とか使った方がいいと思いますので、バランスだと思います。デジタル化についても確かにおっしゃる通りで、何も通知をしなくてもみなさんが受けるようになったら

すごくいいなと思います。そういう社会に今後なっていったらいいと思います。継続して受診されている方も何もないところで、継続して受けるといよりも、継続受診の方に調査しても理由としては、「受診券が来たから」健康のためにといいよりは、「来たから受ける」という回答が多いので、いきなりデジタル化に移行してしまうとそういう方たちの継続が途切れてしまう。特に高齢な方は、なかなか難しいこともあって、行政の役割を考えると全体の効率も大事ですが、デジタル化についていけない、とりこぼされてしまうような人たちへの配慮も行政の重要な役割だと思います。

望月委員 利便性や機会を広げることはすごくいいことだと思います。20時から検診が受けられる22時から受けられますというしくみがあれば受ける方増えると思います。日中は忙しくていけない。そういったことは、進めていただければ。受診券の発送コストを省くことでその費用を別のところに、例えば、受診時間の延長とか土日の受診とか、市民の利便性の高いところに予算をかけていくという考え方で、今までやってきたことをそのまま続けなければいけないんだと、無理に考えないで、実態に合わせて柔軟に考えていただければいいのではというのが私の意見です。

議長（溝田） おっしゃるとおりだなと思います。個別に受診券を送るというのが広く取り入れられるようになったのは、もともと周知広報だけだと受診してもらえないので、世界的にもエビデンスとして個別に通知するのが有効であるとされていることから導入されていることから、個人に通知をしないという方法も今後検討するのであれば、そこに関する部分のエビデンスを蓄積するかモデル事業とかで検討してみるなど段階的に検討していくことが必要だと思います。

事務局（小田） 恐らくですけど、その第1歩がマイナンバーによる保険証の廃止です。まずそこから始まって、恐らく受診券もそういった形でマイナンバーをキーにしていくと思います。なので、ちょっと時間はかかると思うんですけど、将来的にはそういう形になって、郵送代もかからなくなると、国の考えていることはそんな感じかと。なので、まずマイナンバーカードを普及させて、マイナ保険証を普及させてというところではないかと思います。

豊島委員 受診の通知が必ず来ます。国保に代わった時、こんなに親切なんだと思ったことが何回もあって、受診し始めますと自然に今年も行こう、来年も行こうとなってきているんですね。昔、日曜日の受診を検討したらどうですかと会員の中に出て、それが今年5回6回とやってくださって、検診車で病院に行かなくてもやってくださって、すごくたくさんのことを実施されているということで、それでもなかなか受診率が上がらないという中で、小学校、中学校、高校と予防接種など受ける機会がありますが、大学ではそれがなくなります。社会に出れば、会社の方で受けなければだめということで、受診を継続させるようなシステムにしていかないと、大学生の時には受ける機会がないけど、ちゃんとした会社に入ると必ず受診の機会がある、そのあたりの差があるかと思います。病気になって保険を使われるよりはいい、高齢者につきましてもS型デイサービスをなんでやっているかということ、介護保険を

使わないようにしないと国も破綻するというので、やっている事業でそれも有効と聞いていますので、予防施策の中でやっていく、もうちょっと自分の健康は自分で守っていくという施策を取り入れていかないとなかなか健診を受けていこうということにならない。40代50代は働きざかりで、休んだらどうなるだろう、平日に病院に行けない、ただただ不安を抱えながら、一番の働き手がそこで病気になると治療も大変になってくるというのが分かっているのだろうけど、受けない。抜けてしまう中間層の中年の人たちが、健診が高校時代で終わってしまっていることが問題なのかなといつも思っています。もっと前の段階から健診を受けさせるようなシステムを構築させることが大事。データで送られるのもいいのですが、やっぱり高齢者は、今まで見てきてもなかなか取り残されている人がいっぱいいる。税金の確定申告もそうですが、できない人たちが何パーセントもいる。携帯ですべてやらせようとしてもできない。できない人たちがいるので、その辺ですよ。限りある財政の中で選んでいくといことが、大事なことだし、それを全てまとめてしまうのは、不都合な人たちもいるだろうとして、どこかで線引きをしていく。その2点だと思います。その辺も取り入れて若い人たちの継続性の健診を訴えることに力を入れていただければと思います。

山本委員 仕事をされている方は、どうしても仕事を優先されてしまう、どうしてもそういう部分があるので、社会全体で、「仕事の一環として健診を受けなさい。」みたいな世の中の流れを持っていけるような啓発とかでもっていけたらいいなと感じました。そういう年代の方は、SNSを高齢者と違って使えると思うので、そういうところを上手く利用して、費用対効果も考えながら、受診率を上げていくというのがいいかと思えます。

廣田委員 センターの受付の方と話しをしましたが、4月から受診していただけるようになるセンターとしても大変にありがたい。4月は年度が変わるときなので、一般の会社の受診者が少ない。それこそ、ハガキではなくて、利用券が自動で配布される、4月から使えますとなれば、4月から受診される方がいるのではないか。私たちも夏から2月ぐらいまで忙しく満席なので、どうしてもお断りしていることがあるようです。それを4月から受診にさせていただけるともう少しゆっくり受けていただくことができるという話はしていました。国保の方は高齢の方が多いので、問診をとるだけでも時間がかかります。お着替えにも時間がかかります。若い方といっしょのペースでやるのは無理です。ですので、4月の空いている時に来ていただけると私たちもゆっくり対応ができるし、受診される方も満足して帰っていただければと思います。ピークの時に来ていただいても大変だと思います。20代の若い方とリタイヤした方がいっしょに健診を受けるのは、ちょっと大変かなと思うので、できればもう少し早めに受診できるようにしていただければありがたいです。

鈴木委員 質問ですけど、3ページの図表2-46の青い健診受診者と薄い健診未受診者の項目があり、健診未受診者の中でも治療中の方が38.9%ですが、この治療中の方にもお金をかけて受診勧奨する必要があるかということですが、医師会の理事会でもここは治療しているんだから、いいのではないかという質問が出ます。一番問題なの

が、黒い「G健診・治療なし」の部分で、ここの若い方たちは重点的に必要だと思えます。「H治療中」は、眼科とか、皮膚科にかかっている人も入ってしまっているのでしょうか？内科にかかっている、血圧とか診てもらっている人とかを対象にしているかどうか。そこは分かりますか。治療中とは、レセプトか何かで見ているのですか。

事務局（杉山） こちらの「H治療中」というのは、生活習慣病の中の高血圧、糖尿病、脂質異常症のこの3つが特定健診の中で問診票の中でチェックを入れるところがありまして、そこをチェックした人の数になります。

鈴木委員 行政としては、この治療中の人にも行政は受診券を送るのですか。

事務局（杉山） はい。

鈴木委員 福地会長は、「え、送るの。」と医師会で話になります。そこが疑問点です。

竹内委員 私たちが診ていて、「病院にかかっています。」といっても薬だけ飲んでいて他の検査をしていない、診ているつもりでもなかなか診れていない。健診を受けることで、身長とか尿とか、普段しないことをやるので、節目になる。血圧だけでかかっている人も「健診は受けてください。」と言っている。私は半年ごとしか採血しませんが、採血の1回は健診で採血をしている。「病院にかかっています。」といっても全部診ているかは全然わからない。病院にかかっている人も「健診は受けましょう。」と清水医師会では言っている。治療中の未受診者が、未受診にならないように、治療中の未受診者数が少なくなるような動きをして、治療中の未受診が減ってくれば、それだけの運動をすれば、参考受診率は、低くなってくる。この計算が何を意味するかよく分からない。

あと、退職したタイミングで受診を勧めたい。職場にいる時はしっかり受けていたけど、退職したとたんに受けなくなると、難病になってとんでもない病気が見つかることが非常に多いものですから、退職した人に広報して、「健診を受け続けてください。」と訴えていただきたいと思います。

あと、指導ですね。何を指導しているか良くわからないというのがありまして、うちの方でも「食事指導やりましょう。」ということで、栄養士さんに来てもらってやろうとするのですが、「それはもう受けました。」と言われてしまうと次につなげられない。

それを毎年毎年やっても何を指導されているのかわからないので、医師も何を言っているかわからない。栄養士が1回言ったぐらいではだめで、何回も何回も繰り返し言わないとだめ。保健指導で何を指導されているのか、医師にも分かるような形にしていきたいと思います。

健診ですが、うちに来る人は1年に1回ぐらいしか来ない人が多いのですが、「よく来ましたね。」と言うと、「車検みたいなものですから。」と。車検とはいい表現で、やはり点検をしないと次の1年安心して働きませんから、そういうような運動の仕方をしてもいいと思います。

市川委員 治療を受けている人が42,000人ぐらい、100,000人ぐらいの対象者のうち40,000人が通院しているという状態であって、年1回は普段検査を受けている項目から健

康診断のデータをとって、不足している部分を追加で受けていただくという“みなし健診”という制度があるのですが、そういったものを医師会の方で協力いただいて、40,000人の方をどうやって受診実績としていくかに力を入れられたらよいかと思います。

事務局（小田）治療中の方の扱いについては、意見が割れるところでもありますけど、実際個人のクリニックでどんな検査を受けているのかというところが難しいところで、特定健診と同じ検査、血液検査と尿検査を定期的に受けているということであれば、みなし健診にできますし、逆に特定健診を受ける必要がない。竹内先生が言われたように尿は取らないということになると特定健診は必要ということになります。検査の種類がいろいろありますとどう整理していくかという問題があるかと思います。医療とつながっていれば、最終的にはクリニックの先生が面倒見てくれていると思っていますが、検査のクオリティ（種類）の部分をどう扱っていくか難しい部分で、意見が割れるところだと思います。

事務局（杉山）特定保健指導をお受けになった方につきましては、主治医がいる開業医の先生に対しては、この方が保健指導にあがりました、「このような保健指導」をしておりますという連絡は書面で入れています。「こういう目標を立てました、こんなふうに食事・運動を注意しました。」ぐらいの内容しかないので、後に続けるような内容までは十分お届けできていないと感じました。

市川委員 みなし健診について、小田さんの方で勘違いされているようなので、9ページの検査項目がありますね。治療の中でこれらの項目の一部を検査の中で治療している場合、不足分を医療機関で実施していただくというものです。難しいのは、先生方が受診者の方にお話しして、納得をしていただいて、説得していただくことで、市の方は医師会の先生方になんとかお願いすることで、体制さえ整えば実施可能ではないかと思うのですが。

事務局（小田）検査項目によってお金が変わってくるので、複雑になります。1項目いくらかということになってきます。その組み合わせが増えてきます。10通り20通りとなってくると、先生方ももちろん複雑ですが、市側もそれに連動して複雑になります。それぞれ請求額が変わってきますね。

市川委員 そういうことをデジタル化だとかAIだとかで、明日やってくださいということではなく、どういうふうにそういった体制を整えていくか、複雑で大変なんだというのを手作業でFAXでと考えるから作業量が増えると思うのですが、今後1年とか2年をかけて医師会の先生方と協議をしていく場を設けていくことを考えましょう。高齢者が、高齢者がではなく、若い人はデジタルで済むのだから、お金をかけなくていい、逆に「そこで浮いたお金をアシストするしくみづくりにお金をかけましょう」というふうにしていかないと、40歳から74歳まで全部一律に対応しますとやっていると、できる人たちが足を引っ張られるとは言いませんが、できる人たちがもっと簡単に済むことが、若い人たちに対しては始めていただければ、それが続くので、そういった考え方をしていかないと40歳から74歳まで一律というのは、発想がちよっと固いと思います。転換期だというのはおっしゃる通りだと思います。転

換期であれば、対象者によって、柔軟に変えていただきたいという希望です。

議長（溝田） 竹内委員が言われた病院を受診されている方に健診を受けるように勧めていただいているというのは、全国の中でもかなり進んだ取り組みで、その部分がきちんと患者さんに伝わってなくて、「自分は病院行っているから大丈夫。」という方が多い中、優良事例として医師会の先生方ががんばってくださっていると思っています。

小長井委員 病院にかかっている方は何回か検査しますが、そのうち1回は「特定健診でやろうね。」という話でそのへんはいいのかなと思っています。ひとつ思ったのは、先ほどから問題になっている40代50代の国保で働いている方の受診ということだと思うのですが、検診車の巡回健診は結構やっていますか。

事務局（小田） 結核予防会、済生会、厚生病院、清水医師会健診センターなど検診車をお持ちのところにはやっています。

小長井委員 年間でどれくらいの回数ですか。その辺の年代の方は、自分のコミュニティのところに来てくれば、仕事の合間に抜けて、そこに行くのかなと思ったので、そういうのを費用を使って増やしていくと抜けている世代の受診率が上がるのかなと思ったのですが。なかなか行ったことのないクリニックに急に行こうとは思わないと思うのですが、近くの学校とかに来てくれる検診車があれば、行けるのかなと思ったのですが。

事務局（小田） 年間毎月のように出ていますが（年間30回程度）、利用されている方は、どちらかというところが高齢の方が、病院まで行けないという方が多いと思います。

小長井委員 周知はされているのですか。

事務局（小田） ピンポイントでは、周知しておりませんが、ホームページ、広報、自治会の回覧版などで周知しています。

小長井委員 自治会に周知すれば、自営の方の受診率が上がるのではと思ったものですから。そのへんをやっていくといいのかなと思いました。

竹内委員 検診車はすごい金がかかる事業で、婦人科の検診車は静岡で2台、清水は0台。でなんとかならないのかという話がありまして、検診車を回してもその中で雇われているのは、県外の人です。働き方改革とか出てきてますが、日曜日の朝に自分のところで回すなんてもっての他で、県外の医師を雇っていて、サンデーレディース健診なんてものすごいお金がかかる。それだけに頼るとかなり苦しい。

## （2）眼底検査について

事務局（小田） 前回眼底検査のフローをお示しさせていただいて、あと検査依頼票について、ご指摘をいただきました。検査依頼票につきましては、上段の赤い部分にコメントを入れさせていただくことで、なんでこの方が眼科医へ来たのかその規則的なものを記させていただき、内容で具体的理由を記させていただいているところです。フローについては、今年度中に医師会事務局と協議して、令和6年度スタートさせたかったのですが、協議が進んでおりませんので、来年度協議して、固ま

り次第スタートしたいと思いますが、開始時期は令和7年5月運用開始でまとめていきたいと考えております。その間にも眼科医の先生方にも周知をして、特定健診から眼底検査が受けられるようにしたいと思っております。実施が1年遅れてしまい大変申し訳ないと思っています。委託料につきましても、来年度2年に1回の改定の時期ですので、合わせて提案をさせていただきたいと思っております。

鈴木委員 眼底検査依頼報告書の一番上のところに、「特定健診の結果異常値を示し、医師が必要と判断した場合、眼科医にて眼底写真撮影を実施し、糖尿病などのリスクを診査する」とありますが、眼底撮影をする必要があるということですか。それとも眼科医が眼底を見て判定をしてもいいということですか。眼底写真を撮ったら、眼底写真を検査報告書に転送するのか。

事務局（小田）撮影するかしないかということが前回出たかと思っております。実は、よくはつきりわかっていないところです。何か決まりがあればですが、決まりがないようです。どうすべきかご意見いただいて改めて精査が必要ですが、先生のご意見では撮影した方がよいというご意見だったかと。

鈴木委員 撮影することが決まりになっているというものがあつたものですから、撮影して、保存して、報告書には結果だけ書けばよいのかと思ったのですが。撮影することで、患者さんに説明しやすくなるので、私は眼底疾患の方には、必ず写真を撮って、写真を見せながら説明をするので、写真は撮っているのですが、特定健診の中で必要なことなのか、医師に任せてもらえるものなのかということと、委託料の問題ですが、写真を撮れば、保険点数が加算されるのでそのあたりはどうなのか。まだ1年あるのでそのあたりを詰めていただけると理解してよいか。

事務局（小田）決まりがなければ、撮影することによって、画像を見て説明していただいたほうがよいということですね。委託料にもそれを反映させるべきと思っています。その点について、今一度確認しまして、決まりがないようであれば、撮影をするということにしたいと思っております。

市川委員 国保連が入らないフローとは。

事務局（小田）途中加入の国民健康診査は、元々国保連がからまないのので、特定健診のフローが使えないものですから、ここはここでまた別に考えなければいけないという意味です。

議長（溝田） それでは、本日の議題は以上になりますので、進行を事務局にお返しします。

事務局（小田） では、これで終了いたします。皆様本日は、ありがとうございました。

署名人 \_\_\_\_\_