

# 第1編 標準的な健診・保健指導 プログラムの考え方



## 第1編 標準的な健診・保健指導プログラムの考え方

### 第1章 生活習慣病対策のための標準的な健診・保健指導の方向性

#### 1-1 特定健診・特定保健指導の導入の経緯と生活習慣病対策の今後の方向性

##### (1) 国民健康づくり運動の流れ

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年からは一次予防を重視し、生活習慣の改善の目標値を示し、疾病の予防や治療にとどまらない積極的な健康増進を図ることを目的とした「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」を策定した。

平成14年には、健康日本21を中核とする国民の健康づくり・疾病予防をさらに積極的に推進するため、健康増進法（平成14年法律第103号）が公布・施行され、同法に基づき実施される国民健康・栄養調査等を活用し、健康日本21の達成状況の確認を行っている。

また、健康診断や健康診査（以下「健診」という。）については、医療保険各法に基づき保険者が行う一般健診や、労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）に基づき事業者が行う健康診断等、老人保健法（昭和57年法律第80号）に基づき市町村が行う健診等が実施されてきた。

##### (2) 生活習慣病対策への提言

「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 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会）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

等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た。このような課題を解決するためには新たな視点で生活習慣病対策を充実・強化することが必要であるとの考え方が共有され、平成20年4月より特定健康診査・特定保健指導（以下「特定健診・特定保健指導」という。）が導入された。

### (3) 健康日本 21 から健康日本 21 (第二次) への展開

平成 23 年 10 月の健康日本 21 最終評価では、メタボリックシンドロームを認知している国民の割合や 80 歳で 20 歯以上の自分の歯を有する人の増加等、目標に達した項目もあった。一方で、糖尿病有病者や予備群の増加、20~60 歳代男性における肥満者の増加、野菜摂取量の不足、日常生活における歩数の減少等、健康状態や生活習慣の改善が認められない、もしくは悪化している項目があり、今後一層の生活習慣病対策の充実が必要との指摘がなされた。

最終評価の結果を反映し、平成 25 年 4 月から健康日本 21 (第二次) を開始することとなり、健康寿命の延伸や健康格差の縮小をはじめ、生活習慣、社会環境の改善等に関し、計 53 項目にわたる具体的な目標項目が設定された。これをもとに、平成 34 年度までの 10 年の期間で、地方公共団体をはじめ、関係団体や企業等と連携しながら、取組を進めている。

図 1 に示す通り、特定健診・特定保健指導の実施率の向上を図りつつ、分析に基づく取組を実施していくことは、健康日本 21 (第二次) を着実に推進し、ひいては社会保障制度を持続可能なものとするために重要である。特に、データの分析を行うことで、個人や各地域・職域において、解決すべき課題や取組が明確となり、それぞれにメリットが生じる。得られたメリットを活かし、医療機関への未受診者に対する受診勧奨等を行うことで、健康格差の縮小(高血圧の改善、糖尿病有病者の増加の抑制や脂質異常症の減少、さらに虚血性心疾患・脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少、糖尿病性腎症による新規透析導入患者数の減少等)に結びつけていくことも可能となる。なお、特に関連する目標項目を表 1 に示す。

図 1

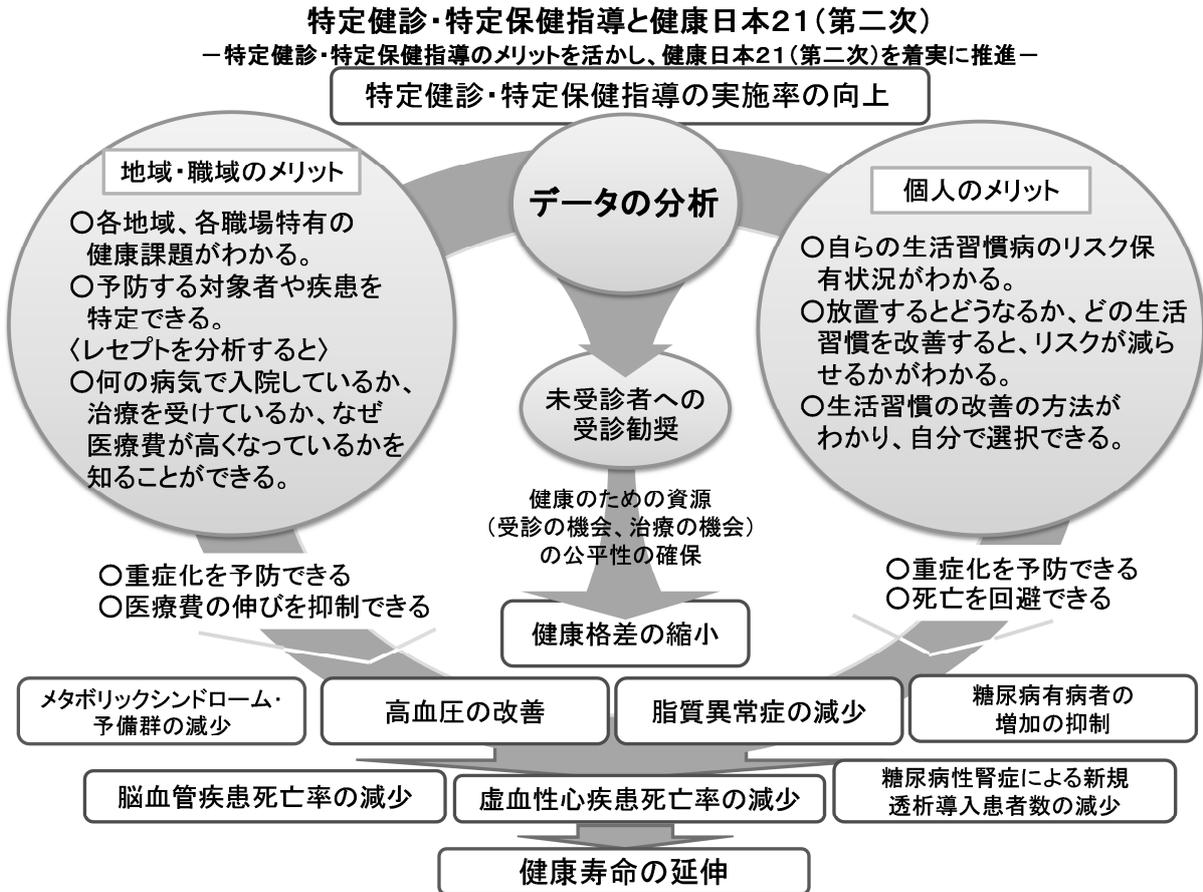


表 1

健康日本 21（第二次）における特定健診・特定保健指導に関連した数値目標

項目	策定時の現状	現状値	目標
①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）	脳血管疾患 男性49.5、女性26.9 虚血性心疾患 男性36.9、女性15.3 （平成22年）	脳血管疾患 男性37.8、女性21.0 虚血性心疾患 男性31.3、女性11.7 （平成27年）	脳血管疾患 男性41.6、女性24.7 虚血性心疾患 男性31.8、女性13.7 （平成34年度）
②高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下）	男性 138mmHg 女性 133mmHg （平成22年）	男性136mmHg 女性130mmHg （平成28年）	男性134mmHg 女性129mmHg （平成34年度）
③脂質異常症の減少	総コレステロール 240mg/dl以上の者の割合 男性13.8%、女性22.0% LDLコレステロール 160 mg/dl以上の者の割合 男性8.3%、女性11.7% （平成22年）	総コレステロール 240mg/dl以上の者の割合 男性10.8%、女性20.1% LDLコレステロール 160 mg/dl以上の者の割合 男性7.5%、女性11.3% （平成28年）	総コレステロール 240 mg/dl以上の者の割合 男性10%、女性17% LDLコレステロール 160 mg/dl以上の者の割合 男性6.2%、女性8.8% （平成34年度）
④糖尿病合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少	16, 247人 （平成22年）	16,103人 （平成28年）	15,000人 （平成34年度）
⑤糖尿病治療継続者の割合の増加	63.7% （平成22年）	64.3% （平成28年）	75% （平成34年度）
⑥血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少（HbA1cがJDS値8.0%（NGSP値8.4%）以上の者の割合の減少）	1.2% （平成21年）	1.0% （平成25年度）	1.0% （平成34年度）
⑦糖尿病有病者の増加の抑制	890万人（平成19年）	1,000万人（平成28年）	1,000万人（平成34年度）
⑧メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	1,400万人 （平成20年度）	1,410万人 （平成26年度）	平成20年度と比べて 25%減少 （平成27年度）
⑨特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	特定健康診査の実施率 41.3% 特定保健指導の実施率 12.3% （平成21年度）	特定健康診査の実施率 50.1% 特定保健指導の実施率 17.5% （平成27年度）	特定健康診査の実施率 70%以上 特定保健指導の実施率 45%以上 （平成29年度）

## 1-2 特定健診・特定保健指導制度とは

### (1) 高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健診・特定保健指導

「医療制度改革大綱」(平成 17 年 12 月 1 日 政府・与党医療改革協議会)において、平成 27 年度には平成 20 年度と比較して生活習慣病有病者や予備群を 25%減少させることが政策目標として掲げられ、中長期的な医療費の伸びの適正化を図ることとされた。この考え方を踏まえ、生活習慣病予防の徹底を図るため、平成 20 年 4 月から、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和 57 年法律第 80 号。以下「高確法」という。)により、保険者に対して、内臓脂肪の蓄積に起因した生活習慣病に関する健康診査(以下「特定健診」という。)及び特定健診の結果により健康の保持に努める必要がある者に対する保健指導(以下「特定保健指導」という。)の実施が義務づけられた。

この政策目標を達成するために、保険者が効果的・効率的な健診・保健指導を実施し、事業評価が可能となるよう標準的な健診・保健指導プログラムを作成した。

なお、健康日本 21(第二次)における生活習慣に起因する疾病としては主としてがん、循環器疾患、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患であるが、本プログラムにおいては、身体活動・食生活・喫煙等に関する不適切な生活習慣が引き金となり、肥満、血糖高値、血圧高値、動脈硬化症から起こる虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等とした。さらに、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としている。

### (2) 健康増進法等に基づく健診・保健指導と特定健診・特定保健指導との関係

成人の健康の維持向上・回復を目的とした保健指導(栄養指導を含む。以下同じ。)は、医師法(昭和 22 年法律第 201 号)、保健師助産師看護師法(昭和 23 年法律第 203 号)、栄養士法(昭和 22 年法律第 245 号)、高確法、健康増進法(平成 14 年法律第 103 号)、労働安全衛生法(昭和 47 年法律第 57 号)、健康保険法(大正 11 年法律第 70 号)、学校保健安全法(昭和 33 年法律第 56 号)等にその法律上の根拠を有する。また、健康増進事業実施者は、健康教育、健康相談のほか国民の健康の増進のために必要な事業を積極的に推進するよう努めなければならないことが健康増進法第 4 条に定められている。これらの規定により、保険者も、被保険者や被扶養者に対する健診・保健指導を含めた保健事業にも積極的に取り組むことが求められていると言える。

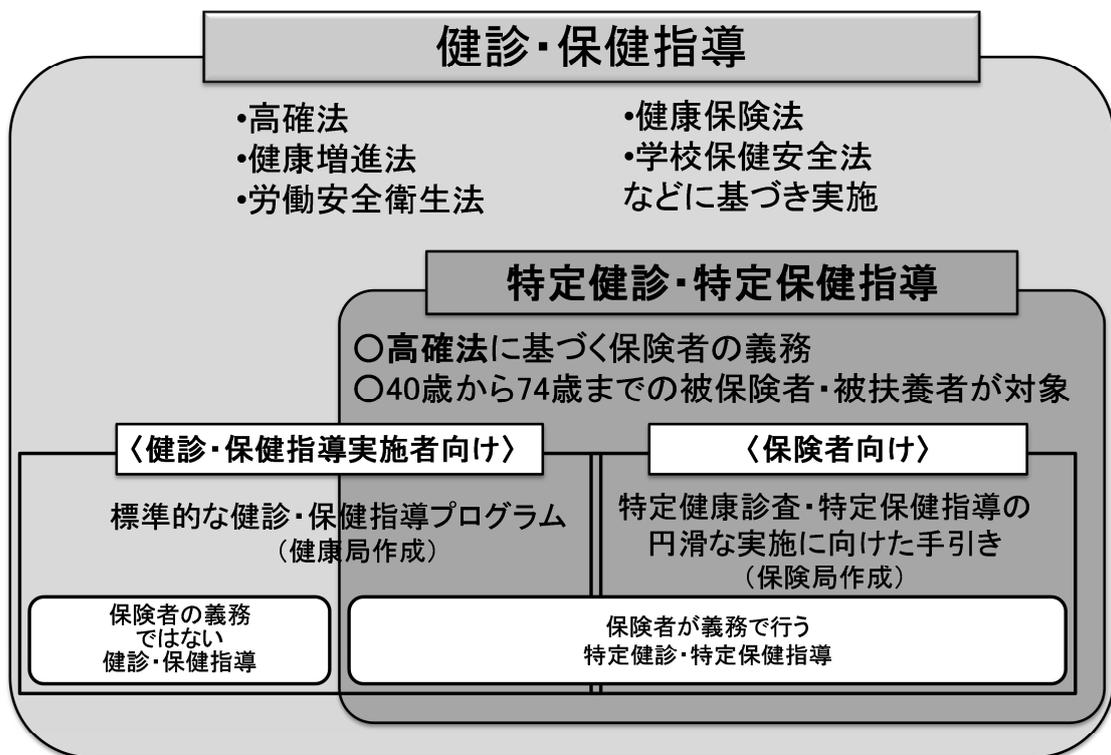
特定健診・特定保健指導は、こうした保健事業のうち、高確法に基づき保険者の義務を明確にしたものであるということに留意されたい。

なお、健診・保健指導の実施に当たっては、高確法以外の関係各法に規定する健診や事業の活用を考慮すると共に、市町村、事業主、保険者においては、健康課題の分析結果に基づき、利用可能な社会資源を活用した積極的な保健事業の展開が望まれる。

なお、健診・保健指導と特定健診・特定保健指導の関係について図2に示す。

図2

## 健診・保健指導と特定健診・特定保健指導の関係



### 1-3 標準的な健診・保健指導プログラムの位置づけ

本プログラムは、高確法に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導<sup>a</sup>を実施するに当たり、事務担当者を含め、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものである。

なお、特定健診・特定保健指導を実施する際に保険者（あるいは委託先となる健診・保健指導機関）として留意すべき点については、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」を参照されたい。

また、本プログラムは、保険者が義務として実施する特定健診・特定保健指導の対象年齢である40歳から74歳までの者を主たる対象として記載している。65歳以上の高齢者については、介護保険法（平成9年法律第123号）に基づく地域支援事業の対象者でもあることに留意されたい。

---

<sup>a</sup> 健康増進法第19条の2に基づき市町村が実施する生活保護受給者等を対象とした健診・保健指導を含む。

## 1-4 健診・保健指導の基本的な考え方

### (1) 生活習慣病の予防に関する重点の変化

かつて、市町村で実施されていた老人保健事業は、「健康教育」、「健康相談」が主として一次予防、「健康診査」が主として二次予防、「機能訓練」、「訪問指導」が主として三次予防としての役割を担い、それらの連携を促す「健康手帳」の交付が行われ、予防活動の体系化の推進の観点で意義があった。一方で、健康診査の受診者に対し、結果に基づいた確かな保健指導を行う等の一人一人の状態に対するフォローアップのための仕組みが十分に確立されていなかったことや、事業の評価では、事業の実施回数や参加人数等の事業量が中心となり、事業の結果、どのような効果が得られたか等のアウトカム評価が十分に行われていなかった。

生活習慣病予備群に対する生活習慣への介入効果についての科学的根拠が国際的に蓄積され、我が国においても国保ヘルスアップ事業をはじめとして生活習慣病予備群に対する効果的な介入プログラムが開発されてきた。さらに、日本内科学会等の内科系8学会合同でメタボリックシンドロームの診断基準が示され、内臓脂肪の蓄積に着目した保健指導の重要性が明確化された。こうした状況を踏まえ、現在の健診・保健指導は、内臓脂肪の蓄積に着目した上で、生活習慣病の危険因子の数に応じて階層化された保健指導対象者に対し、個々の生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を重視するものとなっている。

なお、内臓脂肪の蓄積に着目した保健指導を行うのは、生活習慣病予防に効果的・効率的であるとの知見があるためであるが、こうした保健指導の考え方によって非肥満者に対する保健指導の重要性が低下するわけではないことに留意されたい。

### (2) 健診・保健指導の目的

現在の健診・保健指導は、主として内臓脂肪の蓄積に着目し、健診によって保健指導対象者を抽出して対象者の持つリスクの数に応じた個別の保健指導を行うことで、その要因となっている生活習慣を改善し、生活習慣病予防を行うことを目的としている。

対象者個人のリスクを分析し、対象者に応じた効果的・効率的な保健事業を行う必要がある。

また、生活習慣病の有病者や予備群の減少を目的として、健診データをはじめ、レセプト<sup>b</sup>データや介護保険データ、そのほか統計資料等に基づ

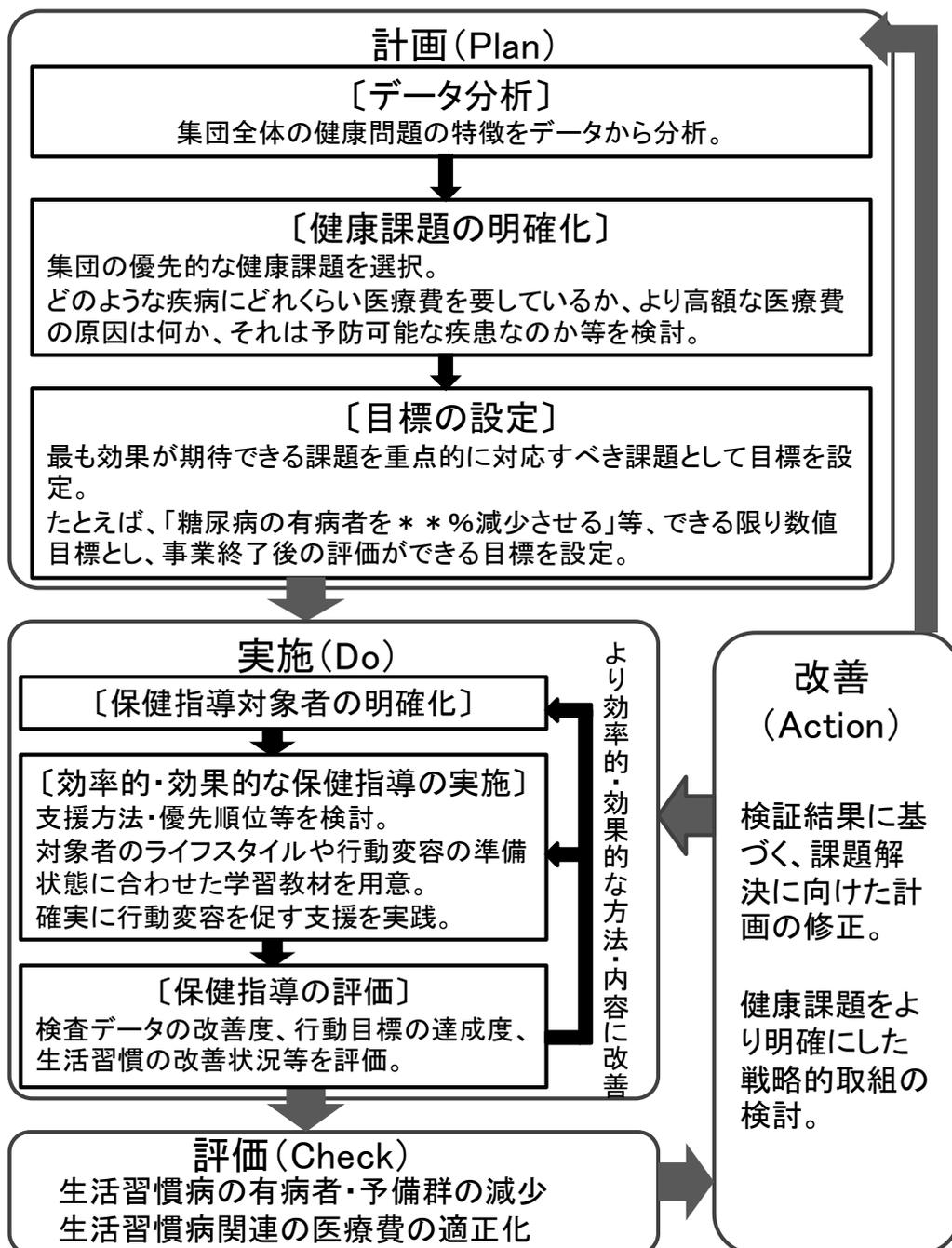
---

<sup>b</sup> レセプト：診療報酬請求明細書。病院や診療所が医療費の保険負担分の支払いを保険者に請求するために発行する。レセプト分析をすることにより、生活習慣病やその合併症である脳卒中や心筋梗塞、糖尿病性腎症ほか糖尿病合併症等がいかに多いか、医療費がいかに多くかかっているか等を明らかにできる。それにより、医療費適正化のための疾病予防の重要性を認識し、的確な保健指導に結びつけることができる。

いて健康課題を分析し、対象となる集団全体においてどのような生活習慣病対策に焦点をあてるかということ、及び優先すべき課題を明確化しながらPDCA（計画（Plan）⇒実施（Do）⇒評価（Check）⇒改善（Action））サイクル（[図3](#)）に示す）を意識した保健事業を展開していくことが必要である。

図3

### 保健事業（健診・保健指導）のPDCAサイクル



### (3) 健診

生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診は対象者個人が自らの健康状態を理解して生活習慣を振り返る絶好の機会と位置づけることができる。

健診では、適切な条件で所定の検査を実施した上で、健診結果を速やかに対象者に通知する。その際、対象者自身が生活習慣等の問題点を発見し、意識化することで、疾病予防や早期受診に効果的につながるということが重要である。そのためには、健診結果の経年変化やどのような疾患のリスクが高まるのかを分かりやすく表記し、生活習慣の具体的な改善方法を解説する等、対象者本人に対して健診結果やそのほか必要な情報の提供（フィードバック）を工夫して行うことが求められる。

また、健診の結果、医療機関において専門的な治療を速やかに開始すべき者が見いだされる場合がある。そうした場合には特に、対象者がその健診結果を十分に理解できるよう支援し、確実な医療機関への受診勧奨を行うと共に、実際に受診に至ったかどうかの確認を行うことも必要である。

詳細は第2編第2章を参照されたい。

### (4) 情報提供・保健指導

#### ① 対象者

健診受診者全員に対して情報提供を行うほか、健診結果から生活習慣病のリスクに応じて階層化し、必要な保健指導を行う。具体的には、腹囲等を第一基準として、血圧・脂質・血糖・喫煙のリスクが重複している者を保健指導の対象とし、保健指導として「動機付け支援」、「積極的支援」を行う。服薬中の者については、保険者が保健指導を行うことは義務ではないが、きめ細かな生活習慣改善支援や治療中断防止の観点から、かかりつけ医と連携した上で保健指導を行うことが望ましい。

また、保険者は、自らが管理する健診・保健指導データやレセプトデータ等の利活用により保健指導の実施状況や受診勧奨を行った者の治療継続状況を確認し、受診勧奨されたにも関わらず受診していなかったり、治療を中断している者等を把握することができることから、重点的な保健指導対象者の選定に役立てることが望ましい。

## ② 内容

保健指導は、主にメタボリックシンドロームに着目し、対象者の個性を重視して、生活習慣の改善に重点を置いた指導を行うものである。具体的には、保健指導が必要な者に対しては、医師、保健師、管理栄養士等<sup>c</sup>が積極的に介入し、確実に行動変容を促す。その結果、対象者が、健診結果から身体状況を理解し、生活習慣改善の必要性を理解した上で、代謝等の身体のメカニズムと生活習慣（食生活や身体活動、喫煙習慣、飲酒習慣等）との関係を理解し、生活習慣の改善を自ら選択し、さらにその結果が健診データの改善に結びつくように支援することが重要である。

## ③ 方法

情報提供は、健診受診者全員に対して行う。さらに、階層化の結果を踏まえ、特定保健指導として、「動機付け支援」又は「積極的支援」のいずれかを行う。

保健指導が終了した後も、対象者が健康的な生活習慣を維持し、更なる改善に取り組めるよう、社会資源の活用やポピュレーションアプローチによる支援を行う。

## (5) 健診・保健指導の評価

ストラクチャー（構造）<sup>d</sup>評価に加え、プロセス（過程）<sup>e</sup>評価、アウトプット（事業実施量）<sup>f</sup>評価、アウトカム（結果）<sup>g</sup>評価を含めた総合的な評価を行うことで、健康課題を明確にした戦略的な取組を実施することができる。

## (6) 実施体制

保険者は、特定健診・特定保健指導を含めた保健事業の質や量を確保する必要があるが、各保険者の規模や置かれている状況は様々であり、適切な外部委託の活用も含め、それぞれにあった実施体制を構築し、取組を進めることが必要である。

---

<sup>c</sup> 平成 35 年度末まで、一定の実務経験がある看護師についても特定保健指導を行うことができる。「一定の実務経験」とは、平成 20 年 4 月現在において、1 年以上、保険者が保健事業として実施する生活習慣病予防に関する相談及び教育の業務又は事業主が労働者に対して実施する生活習慣病予防に関する相談及び教育の業務に従事した経験を指す。

<sup>d</sup> ストラクチャー：構造。ここでは健診・保健指導を実施する際の構成因子を指す。物的資源（施設、設備、資金等）、人的資源（職員数、職員の資質等）、組織的資源（スタッフ組織、相互検討の仕組み、償還制度等）等がある。

<sup>e</sup> プロセス：過程。ここでは保健医療従事者の活動（情報収集、問題分析、目標設定、事業の実施状況等）を指す。

<sup>f</sup> アウトプット：事業実施量。ここでは実施された事業におけるサービスの実施状況や業務量を指す。

<sup>g</sup> アウトカム：結果。ここでは対象者の健康状態への効果、知識の普及、健康行動、保健医療サービス満足度等を指す。

市町村は国保部門・衛生部門・介護保険部門間の連携強化を図ると共に、医師会や委託事業者、地域の住民組織や団体等と協働した体制づくり等が考えられる。

職域では、産業医や保健師等の専門職を中心とした体制の構築や、健診機関や適切な事業者への委託等が考えられる。

特に職域においては、事業主の協力により労働安全衛生法に基づき事業者が行う健康診断の結果データの受領や保健指導が実施しやすくなると共に、保健指導の効果が上がることが期待される。したがって、健診や保健指導の推進に当たって、保険者は積極的に事業者の協力を得ることが望まれる。

なお、内臓脂肪の蓄積に着目した生活習慣病予防のための健診・保健指導の基本的な考え方について  4 にまとめた。

# 内臓脂肪の蓄積に着目した生活習慣病予防のための 健診・保健指導の基本的な考え方について

図4

健診・保健指導の関係	かつての健診・保健指導	現在の健診・保健指導
特徴	健診に付加した保健指導 プロセス(過程)重視の保健指導	内臓脂肪の蓄積に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療	内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につながる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供	自己選択と行動変容対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、行動変容につなげる
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘された者	健診受診者全員に対し情報提供、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「動機付け支援」「積極的支援」を行う
方法	主に健診結果に基づく保健指導 画一的な保健指導	健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導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 個人の健診結果を読み解くと共に、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	アウトプット(事業実施量)評価を重視	アウトプット評価に加え、ストラクチャー評価、プロセス評価、アウトカム評価を含めた総合的な評価
実施主体	市町村	保険者

最新の科学的知識と、課題抽出のための分析

行動変容を促す手法

## 1-5 健診・保健指導の外部委託

### ① 外部委託の考え方

外部委託を活用し、利用者の利便性に配慮した健診や保健指導を実施する（たとえば、土日・祝日に行う等が考えられる）等、対象者のニーズを踏まえた対応をすることで、健診や保健指導の実施率向上を図ることが期待される。一方で、精度管理や評価が適切に行われない等、健診や保健指導の質が考慮されないことも危惧されるため、適切な委託基準を仕様書に盛り込む等、委託先における健診や保健指導の質を確保することが不可欠である。

### ② 外部委託先の選定と評価

健診や保健指導の実施を委託する場合には、委託基準を作成し、本プログラムに定める内容の健診や保健指導を適切に実施できる事業者を選定する必要がある。なお、健診・保健指導の事業の企画及び評価については、外部委託する場合であっても、事業の実施主体である保険者自らが行う必要があるため、以下③、④にもある通り、外部委託する業務の範囲については留意すること。

### ③ 具体的な基準

特定健診・特定保健指導で外部委託をする際に求められる基準に関しては、平成 25 年厚生労働省告示第 92 号（外部委託基準）及び第 93 号（施設等に関する基準）を参照すること。なお、特定健診以外の健診等について外部委託する場合も、この告示に準じることが望ましい。（別紙 1-1、1-2 参照）

### ④ 外部委託する際の留意事項

健診・保健指導を外部委託する場合、実施主体たる委託側（特定健診・特定保健指導では保険者）は、健診・保健指導業務全体の目的を明確にし、事業計画を立案、そして評価し、質の担保を行うことが重要である。

以下に具体的な留意事項を示す。

#### ○ 委託する業務の目的の明確化

業務を委託する前に、健診・保健指導業務全体の目的、理念を明確にし、実施体制を考え、その中からどのような業務を委託するかを決めていく。その際、委託する業務はどのような理念に基づき、その目的は何かを明確にし、それを委託先の事業者に伝えることが重要である。

#### ○ 質の確保

委託契約期間中には、健診・保健指導が適切に実施されているかについて確認を行うことが重要である。

健診の委託に際しては、委託された事業者は、健診の実施機関ごとに測定値及びその判定等が異ならないよう、健診の精度管理を適切に行う必要がある。なお、巡回型・移動型で健診を行う場合も、事業者の施設で行う基準と同じとする必要がある。

また、保健指導の委託に際しては、保健指導の質を確保するため、①事業者の選定に際して保健指導の質を確認する、②保健指導業務の終了後に評価を行うことが必要である。さらに、定期的（月ごとあるいは、委託期間の中間時）に評価し、必要に応じて委託事業者と共に改善策を検討することが望ましい。

①については、保健指導実施者の保健指導技術の程度を保険者に所属する専門職の目を通して確認する。②については、対象者の生活習慣の改善度や保健指導の効果等から、事業者に対して保健指導の質の改善を促したり、改善の見込みがない場合には、契約を更新するかどうか検討する必要がある。

なお、健診・保健指導どちらについても、各都道府県に設置されている保険者協議会等を活用して、事業者の資質に関する情報交換等を行い、保険者の目を通した評価を行うことが重要である。

#### ○ 委託した業務と生活習慣病対策全体の連携

健診や保健指導を外部委託した場合であっても、その業務は生活習慣病対策の一部であり、ポピュレーションアプローチを含めた対策全体といたに連携させていくかが重要である。保険者には、常に生活習慣病対策全体を視野に入れて、事業の運営に当たることが求められる。

#### ○ 保険者に所属する専門職の保健指導技術の向上

保険者に所属する保健師、管理栄養士等の役割は、外部委託を含めた保健指導プログラムの企画や実施機関間の調整、そして委託した事業者の保健指導の質を評価することである。これらの業務を行うためには、自らの保健指導に関する技術を向上させることが前提であり、外部委託した場合であっても、保険者に所属する保健師、管理栄養士等が、保健指導業務に直接従事できる体制を整備しておくことが必要である。

#### ○ 外部委託する場合の個人情報の取扱い

保険者は、健診・保健指導で得られる医療・健康情報の取扱いの全部又は一部を外部委託する場合においても、第4編第3章に規定している通り、「個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）」及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス（平成29年4月14日 個人情報保護委員会 厚生労働省）」等を踏まえた対応を行うことが必要である。