

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

平成 25 年4月

厚生労働省保険局

はじめに

[本書について]

- ◆ 本書は、医療保険者や健診・保健指導機関等の関連団体、有識者等により構成された「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」及び同検討会の下に設けられた「決済及びデータ送受信に関するワーキンググループ」において検討・整理された結果を中心に、その他基本的な整理も含めとりまとめたものである。
- ◆ 平成23年4月から開催された「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」及び同検討会の下に設けられた「実務担当者による特定健診・特定保健指導に関するワーキンググループ」において検討・整理された内容も併せて掲載している。
- ◆ 「標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）」（厚生労働省健康局）に整理されている、標準的な実施内容には、特定健診・特定保健指導制度において、医療保険者（あるいは委託先となる健診・保健指導機関）として必ず遵守すべき点と、できれば実施することが望ましい点が混在していることから、医療保険者（あるいは委託先となる健診・保健指導機関）として必ず遵守すべき点について「高齢者の医療の確保に関する法律」の関連政省令・告示等として整理しており、本書はその法定の内容を踏まえたものである。
- ◆ 本書は、主な関係者間でおおよその合意が得られた基本的なルール・枠組み等を整理したものであり、「高齢者の医療の確保に関する法律」及び関連政省令・告示等もこれに則って整理されていることから、原則として本書に記載の方法等により特定健診・特定保健指導を実施していくことが求められる。但し、「高齢者の医療の確保に関する法律」及び関連政省令・告示等から逸脱しない範囲で、「標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）（厚生労働省健康局）」も参考に、本書に記載のない効果的な手法等により特定健診・特定保健指導を実施することを妨げるものではない。

[本書及び関連資料等の全体構成]

- ◆ 本書は、基本的なルール・枠組み等を整理したものである。
- ◆ また、本書の付属資料として、本書の各項に関連するサンプル類等の資料をとりまとめたものを用意しているので、併せて参照願いたい。
- ◆ さらに、本書の他に参考となる資料として、特定健康診査等実施計画作成の手引きや、特定健康診査・特定保健指導に関するQ&A集を併せて公開しており、本書と併せて通読頂き、参考としてもらいたい。

基本的資料	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	本編	基本的なルール・枠組みを整理したもの（本書）
		付属資料	本書の各項に関連するサンプル類等の資料をとりまとめたもの
詳説（基本的資料から別途整理）	特定健康診査等実施計画作成の手引き	本編	作成方法等の解説
参考資料	特定健康診査・特定保健指導に関するQ&A集		これまでに寄せられた主な質問を一問一答形式で整理

[改版履歴]

- ◆ 本書（及び関連資料）は、準備や実施を通じて明らかとなった関係者等からの指摘事項等や、新たに周知しておくべき事項等が生じた場合は、随時、必要に応じ追記・修正等を行っていく予定である。
- ◆ 最新版については、常に厚生労働省ホームページ等において公開する。

改版年月日	版数	主な改版部分
2007/07/25	Ver1.1	
2007/08/24	Ver1.2	高脂血症を脂質異常症に置換 1-1-1①・1-3-2①・2-1-1・6-1-2①・6-2-1④・6-3-1①・10-2-3①の脚注の追加・修

改版年月日	版数	主な改版部分
		正 5-6-2②図表差し替え(詳細は付属資料9として追加)、6-4-4①②の内容補足 その他誤字修正や表記の統一
2007/11/02	Ver1.3	1-1-1①注2修正、図表2の注を追加 1-3-2①記述追加、注2の記述追加 2-1-1脚注の補足、2-1-2図表9記述の追加・修正、2-2-1②図表10修正、2-2-2①注1追加、2-2-3④新規追加(脚注も)、2-3-1③④表記の統一・脚注追加、2-4-2図表12脚注追加・②の表記修正 3-2-2④脚注の補足、3-4-2記述を補足、3-5-1注1を追加、3-5-2③注の補足説明、3-6-1①注の追加 4-2-2③説明の充実、4-3-1①注2追加 5-2-2④脚注削除、図表26・27を最新版に更新 6-1-1図表28追加、6-1-2②図表29追加・注3追加、6-2-1図表31追加、6-2-2図表32追加、6-2-4①記述追加及び図表33・34追加、6-2-5①の記述補足・⑤の新規追加(図表36・脚注も)、6-4-4①の追記・注1追加・②の追記 7-1-5②記述修正 10-2-2注1追加
2008/01/23	Ver1.4	※主に省令(実施基準)・告示の内容確定に対応し記述の正確化 1-2-2③記述修正、図表6脚注追加、1-3-2③記述修正、1-3-3・2-1・2-1-1の記述追加 図表8表記修正、2-1-1脚注追加、図表9表記修正、2-2-2①・2-2-2②・2-3-1②の脚注追加、2-3-1③脚注補足、2-3-2②枠内誤記修正 3-2-1・3-2-2③・3-2-2④・3-3-1・3-3-2⑤・図表14の記述修正、図表16説明補足、3-6-1②③記述修正及び脚注追加、3-6-1④記述の修正・追記、図表17・18の追加(以降の図表番号が2つ増える) 4-3-2③誤植修正 5-1-1②・5-1-2・5-1-3の表記を微修正しこれに合わせ注1を削除、5-2-1②脚注追加、図表21注の微修正、5-4-2表題追加、5-5-1②表記修正、図表25脚注追記 6-4-4脚注追加と注2の内容追加、図表41脚注追加、6-4-5③記述の微修正 7-1-5②記述追加 8-1-1②記述追加
2008/02/29	Ver1.5	図表8脚注追加 5-1-1③注1追加、5-2-1③注2追加、5-3-2①注1追加、5-4-2図表24の追加(以降の図表番号がver1.4より1つ増える)、5-6-1⑤追加と図表28加筆 6-4-4①加筆、注3追加、6-4-4②「窓口での自己負担」欄加筆、図表42注1修正 8-3-4加筆修正、脚注追加、図表60追加(以降の図表番号がver1.4より2つ増える)
2008/05/30	Ver1.6	※主に通知等の発出に対応し記述を正確化 2-1補筆及び注1追加、2-1-1注2補筆、図表8注2修正、図表10追記及び注の追加 3-6-1②注2補筆、3-6-1④補筆及び注の追加、3-6-2注2補筆、3-6-3図表20追加(以降の図表番号が1つ増える) 5-6-1図表28参考の追加 6-4-3図表41印字例追加、6-4-4②「特定健康診査受診券整理番号」欄追加及び「窓口での自己負担」欄への例示追加、6-4-7②注の追加 7-1-2②③記述の補足及び注1・2の追加、7-1-4③注の追加 8-3-4記述追加及び図表62追加(以降の図表番号が2つ増える)

改版年月日	版数	主な改版部分
2008/07/28	Ver1.7	<p>※主に告示・通知の発出に対応した内容の更新、利用券整理番号の付番ルールの付属資料との記述の整合性確保</p> <p>2-2-2①補筆、2-2-3②新規挿入(以降の丸番号が1つずれる)</p> <p>6-4-4②本文(利用券整理番号の種別)の修正(付属資料 7 の表記との不整合の修正)と併せて注 2 の追加、6-4-5 注 2 補足</p> <p>7-1-2③及び注 3・4・5 の追加、7-2-1 告示・通知の公布に対応し補筆</p> <p>9-1-1 補筆、9-1-2 脚注追加、9-2-2 補筆及び図表 65 更新、9-2-3 補筆</p>
2008/12/24	Ver1.8	<p>※主に決済及びデータ送受信に関するワーキンググループでの検討結果を反映</p> <p>※全国健康保険協会の発足に伴い、政管健保を協会けんぽに置き換え</p> <p>1-1-1 図表 1・2 更新、1-2-2・1-2-2①・1-2-2③の追記や注の追加、1-3-2⑥⑦補筆</p> <p>2-1-1 注の追加</p> <p>3-5-2 注の補足</p> <p>4-2-2⑤注の追加、4-3-2②補筆</p> <p>5-2-1③表現の修正、5-4-2②注 1・2 の追加、5-4-3①注の追加</p> <p>6-2-1②補筆、6-4-3②の追加、図表 41 表記改正、図表 42 注の追加、6-4-4①「健診内容」欄、「契約とりまとめ機関名」欄の補筆、6-4-4②を挿入、注 2 の削除、6-4-4③「契約とりまとめ機関名」欄の補筆、注 2 の追加、図表 43 補足、6-4-5 注 2 補足、6-4-7①補足、図表 44 表記改正、6-4-7②補足</p> <p>10-2-2 算定式・条件の表記の適正化、注の追加</p>
2013/4/12	Ver2.0	

目 次

1. 基本的事項	1
1-1 生活習慣病対策の必要性	1
1-1-1 背景・必要性	1
1-1-2 医療保険者による生活習慣病対策	4
1-2 特定健康診査とは	5
1-2-1 定義	5
1-2-2 対象者	6
1-3 特定保健指導とは	8
1-3-1 定義	8
1-3-2 対象者	8
1-3-3 その他の保健指導	11
2. 特定健康診査	12
2-1 実施内容(健診項目)	12
2-1-1 基本的な健診の項目	12
2-1-2 詳細な健診の項目	13
2-2 他の健診との関係	15
2-2-1 労働安全衛生法・学校保健安全法等	15
2-2-2 医療保険者による追加健診項目(人間ドック等)	17
2-2-3 市町村における各種健診との関係	18
2-3 階層化	21
2-3-1 階層化	21
2-3-2 医療保険者による優先順位付け	23
2-3-3 その他(受診勧奨)	24
2-4 結果通知	27
2-4-1 結果説明	27
2-4-2 通知様式例	28
3. 特定保健指導	31
3-1 情報提供	31
3-1-1 内容等	31
3-1-2 制度上の位置づけ	33
3-2 動機付け支援	35
3-2-1 定義	35
3-2-2 内容	35
3-3 積極的支援	37
3-3-1 定義	37
3-3-2 内容	37
3-4 支援計画	41
3-4-1 支援計画	41
3-4-2 その他、支援において使用する資料類	46
3-5 終了	47
3-5-1 終了時評価	47
3-5-2 途中終了(脱落・資格喪失等)の取扱	47
3-6 保健指導の実施者	49
3-6-1 実施者	49
3-6-2 実施者への研修	53
4. 実施形態	54
4-1 医療保険者別の実施形態	54

4-1-1	単一健保・共済	54
4-1-2	総合健保・協会けんぽ・国保組合等	54
4-1-3	市町村国保	55
4-2	被保険者本人	57
4-2-1	健診	57
4-2-2	保健指導	59
4-3	被扶養者	61
4-3-1	健診	61
4-3-2	保健指導	63
5.	アウトソーシング	64
5-1	委託基準	64
5-1-1	委託基準について	64
5-1-2	特定健康診査の外部委託に関する基準(告示 第1)	64
5-1-3	特定保健指導の外部委託に関する基準(告示 第2)	66
5-2	委託先の確保	70
5-2-1	委託先の検索	70
5-2-2	見積等情報照会	71
5-3	契約	74
5-3-1	標準的な契約書	74
5-3-2	契約単価の設定	75
5-3-3	再委託の条件	75
5-3-4	個人情報の保護	77
5-3-5	スケジュール	78
5-4	請求・決済	78
5-4-1	請求・決済の回数	78
5-4-2	請求・決済額の算定方法(自己負担の設定方法)	78
5-4-3	請求・決済の方法	81
5-4-4	請求・決済の頻度	82
5-4-5	決済失敗時の取扱	83
5-5	重要事項に関する規程	85
5-5-1	運営についての重要事項に関する規程	85
5-5-2	規程の概要	85
5-5-3	概要の公開・更新	87
5-6	健診・保健指導機関番号	88
5-6-1	番号とは	88
5-6-2	番号取得申請	90
5-7	委託先機関の評価	94
5-7-1	委託基準の遵守状況の確認	94
5-7-2	基準を満たさない機関が判明した場合の対応	94
5-7-3	委託先の評価	96
6.	集合契約	97
6-1	集合契約とは	97
6-1-1	背景・必要性	97
6-1-2	定義	98
6-1-3	契約条件等の標準化	99
6-2	集合契約のパターン	100
6-2-1	市町村国保の実施機関(地区医師会・直診・衛生部門等)	100
6-2-2	全国的な健診機関グループ	102

6-2-3	その他(地域グループ等)	103
6-2-4	成立に向けた手順	104
6-2-5	成立に必要な注意点	106
6-3	代表保険者・契約代表者	110
6-3-1	選定	110
6-3-2	主な役割	110
6-4	受診券・利用券	111
6-4-1	定義	111
6-4-2	主な役割・目的	111
6-4-3	様式	112
6-4-4	作成上の注意事項	114
6-4-5	発券時期・有効期限	117
6-4-6	対象者への送付	119
6-4-7	健診・保健指導機関窓口での取扱い	119
6-4-8	受診券・利用券情報の管理・登録	121
6-4-9	代行機関窓口での取扱い	121
7.	健診・保健指導データ	124
7-1	標準的なデータファイル仕様	124
7-1-1	必要性	124
7-1-2	仕様のイメージ・構成	124
7-1-3	保健指導における電子データ化の範囲	127
7-1-4	追加健診項目のサポート範囲	129
7-1-5	データ作成・管理のシステム	130
7-2	データ	132
7-2-1	標準的なデータファイル仕様での送付義務	132
7-2-2	紙データの取扱い	132
7-2-3	データ作成者	133
7-2-4	他の医療保険者からのデータ受領	134
7-2-5	事業者等からのデータ受領	134
7-3	データの流れ	138
7-3-1	基本的な流れ	138
7-3-2	その他の流れ	139
7-3-3	医療保険者間のデータ移動	140
7-4	データの保管・活用	141
7-4-1	データの適切な保管	141
7-4-2	保管年限と保管後の取扱い	144
7-4-3	データの効果的な活用	145
8.	代行機関	147
8-1	代行機関とは	147
8-1-1	定義	147
8-1-2	分類	147
8-1-3	自由参入	148
8-2	代行機関の機能・サービス	149
8-2-1	主な機能	149
8-2-2	その他のサービス	150
8-2-3	利用に向けた手続き等の流れ	151
8-2-4	処理スケジュール(支払基金の場合)	151
8-2-5	事務手数料	152

8-3 代行機関が満たすべき要件	153
8-3-1 セキュリティ要件	153
8-3-2 基本的な業務要件	154
8-3-3 マスター類等の共同管理	155
8-3-4 代行機関番号の取得	156
8-3-5 ホームページ等への情報公開	157
9. 基本指針・実施計画	159
9-1 特定健康診査等基本指針	159
9-1-1 特定健康診査等基本指針とは	159
9-1-2 基本指針の構成等	159
9-2 特定健康診査等実施計画	161
9-2-1 実施計画とは	161
9-2-2 具体的に記載すべき事項	161
9-2-3 特定健康診査等実施計画の評価方法	163
① 特定健康診査の実施率	163
② 特定保健指導の実施率	164
③ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率	165
10. 支払基金(国)への実績報告	169
10-1 基本的な事項	169
10-1-1 報告の義務	169
10-1-2 報告の時期及び様式	169
10-2 データの活用	170
10-2-1 高齢者医療確保法に基づく利用	170
10-2-2 第三者への提供	170
10-3 第二期(平成25年度)からの変更点	171
11. 後期高齢者支援金	175
11-1 基本的な仕組み	175
11-1-1 後期高齢者支援金とは	175
11-1-2 加算・減算の考え方	175
11-1-3 支援金の加算・減算の実施状況	176

付属資料

1.事務フロー	特定健康診査の標準的な事務フローの一例 特定保健指導の標準的な事務フローの一例
2.見積	標準的な見積様式の例 特定保健指導価格調査の実施結果(見積の参考)
3.ホームページ等の記載様式	運営についての重要事項に関する規程の概要[健診機関] 運営についての重要事項に関する規程の概要[保健指導機関] 事業運営上開示すべき重要事項の概要[代行機関]
4.集合契約の契約書例	集合契約における標準的な契約書の例(代表医療保険者と地区医師会との場合)
5.スケジュール	保険者における毎年のスケジュール(標準的な例) 契約に関する保険者の作業(市町村国保の契約スキームを利用した集合契約の場合) 契約に関する保険者の作業(集合契約の場合) 契約に関する保険者の作業(個別契約の場合) 参考:契約等の事務フロー 支払基金における代行処理の月次スケジュール(案)
6.保健指導の事例	保健指導の事例(効果等)について 事業者団体における積極的支援の価格
7.標準的なデータファイル仕様	医療保険者への送付用 国への実績報告用
8.QRコード収録項目	受診券 QRコード収録項目 利用券 QRコード収録項目
9.支払基金への機関届の様式	保険医療機関用、保険医療機関以外用、変更届、廃止届
10.委任状の様式	

※適宜改訂された場合は最新版に差し替えてホームページに公開。

1. 基本的事項

1-1 生活習慣病対策の必要性

1-1-1 背景・必要性

①生活習慣病の有病者及び予備群の状況

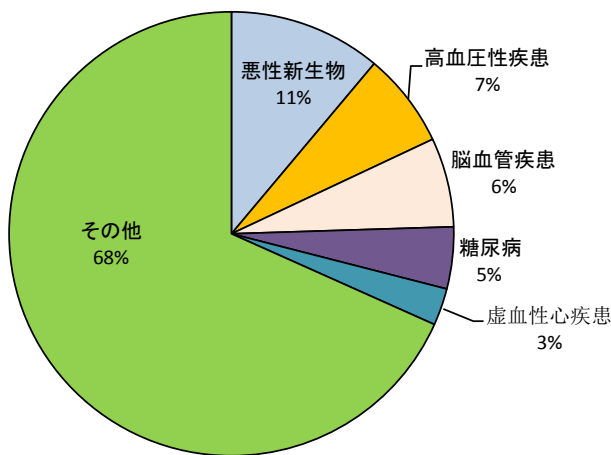
高齢化の急速な進展に伴い、疾病構造も変化し、疾病全体に占めるがん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病*の割合は増加し、死亡原因でも生活習慣病が約6割を占め、医療費に占める生活習慣病の割合も国民医療費の約3分の1となっている(図表1)。

生活習慣病の中でも、特に、心疾患、脳血管疾患等の発症の重要な危険因子である糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の有病者やその予備群が増加しており、また、その発症前の段階であるメタボリックシンドロームが強く疑われる者と予備群と考えられる者を合わせた割合は、男女とも40歳以上では高く、40～74歳において、男性では2人に1人、女性では5人に1人の割合に達している(図表2)。

国民の、生涯にわたって生活の質の維持・向上のためには、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の発症、あるいは重症化や合併症への進行の予防に重点を置いた取組が重要であり、喫緊の課題となっている。

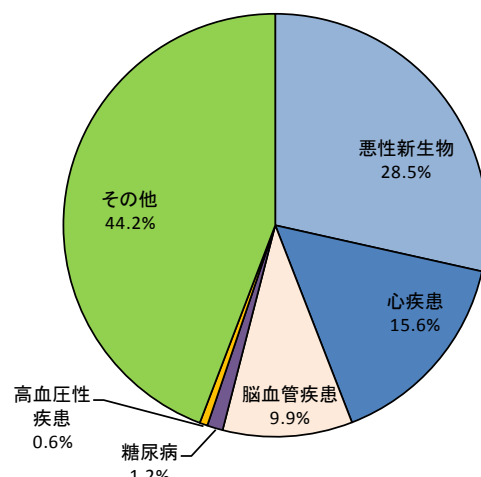
図表1:医療費と死因(生活習慣病に分類される疾患)

一般診療医療費の構成割合



(資料)厚生労働省「平成22年度国民医療費」

死因別死亡割合

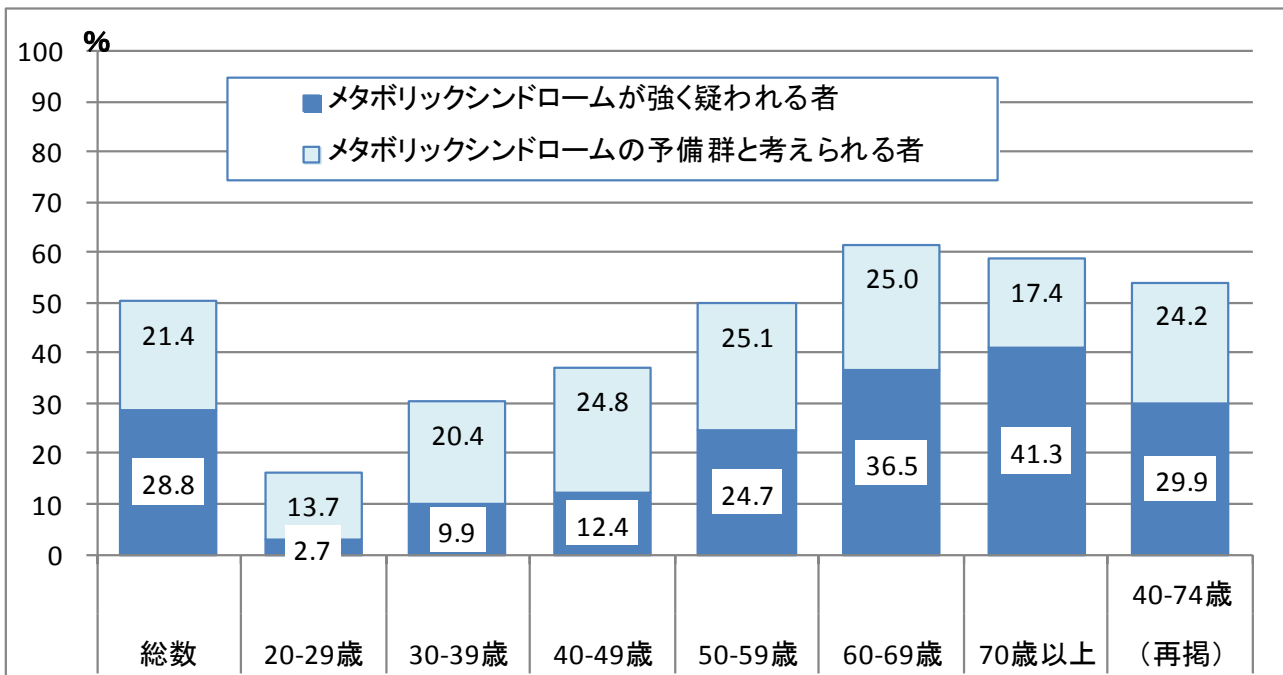


(資料)厚生労働省「平成23年人口動態統計」

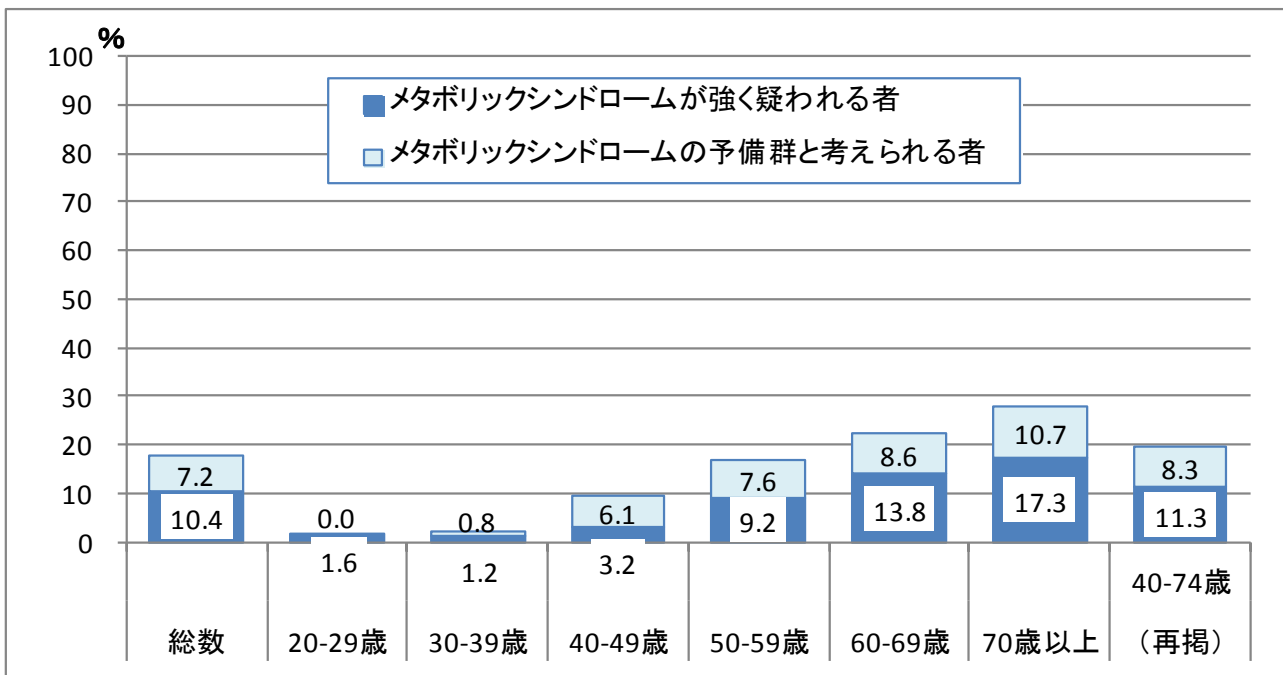
* 健康日本 21(第2次)における生活習慣に起因する疾病としては主としてがん、循環器疾患、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患であるが、この「標準的な健診・保健指導プログラム」においては、運動・食事・喫煙などに関する不適切な生活習慣が引き金となり、肥満、血糖高値、血圧高値、動脈硬化症から起こる虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等で、保健指導により発症や重症化が予防でき、保健指導の成果を健診データなどの客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としている。なお、がん対策については、別途「がん対策推進基本計画」に基づいて対策を進めていくこととしている。

図表2:メタボリックシンドロームの状況(20歳以上)

男性



女性



資料:平成23年国民健康・栄養調査

②生活習慣病対策の必要性

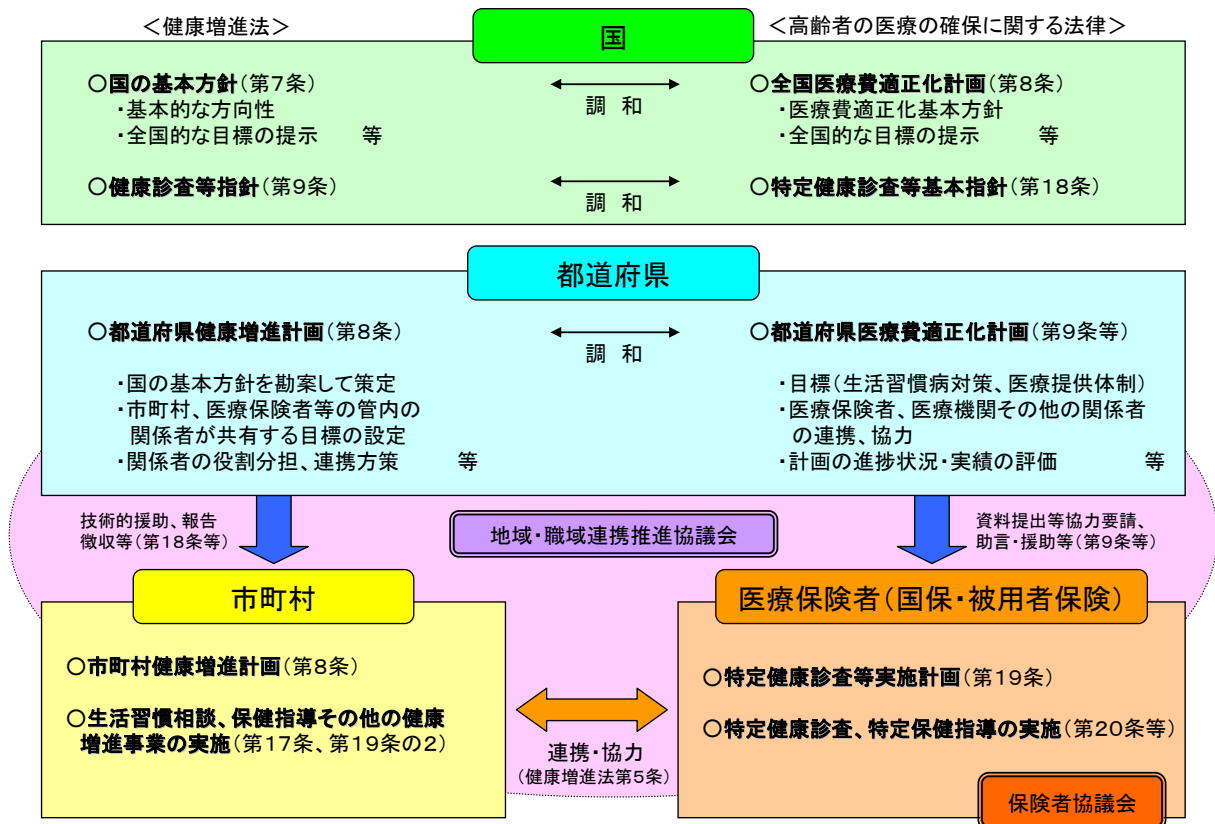
国民の受療の実態を見ると、高齢期に向けて生活習慣病の外来受療率が徐々に増加し、次に75歳頃を境にして生活習慣病を中心とした入院受療率が上昇している。これを個人に置き換えてみると、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣がやがて糖尿病、高血圧症、脂質異常症、肥満症等の生活習慣病の発症を招き、通院し投薬が始まり、生活習慣の改善がないままに、その後こうした疾患が重症化し、虚血性心疾患や脳卒中等の発症に至るといった経過をたどることになる。

このような経過をたどることは、国民の生活の質（QOL）の低下を招くものであるが、これは若い時からの生活習慣病の予防により防げるものである。生活習慣病の境界域段階で留めることができれば、通院を減らすことができ、更には重症化や合併症の発症を抑え、入院に至ることも避けることができる。また、その結果として、中長期的には医療費の増加を抑えることも可能となる。

こうした考え方に立ち、国・都道府県・医療保険者がそれぞれ目標を定め、それぞれの役割に応じた必要な取組を進めることとなった。

このうち医療保険者の役割としては、生活習慣病対策による医療費適正化効果の直接的な恩恵を享受できること、また対象者の把握が比較的容易であり健診・保健指導の確実な実施が期待できること等から、平成20年度から特定健診・特定保健指導の実施義務を担っている。

図表3:各関係主体による生活習慣病対策の推進



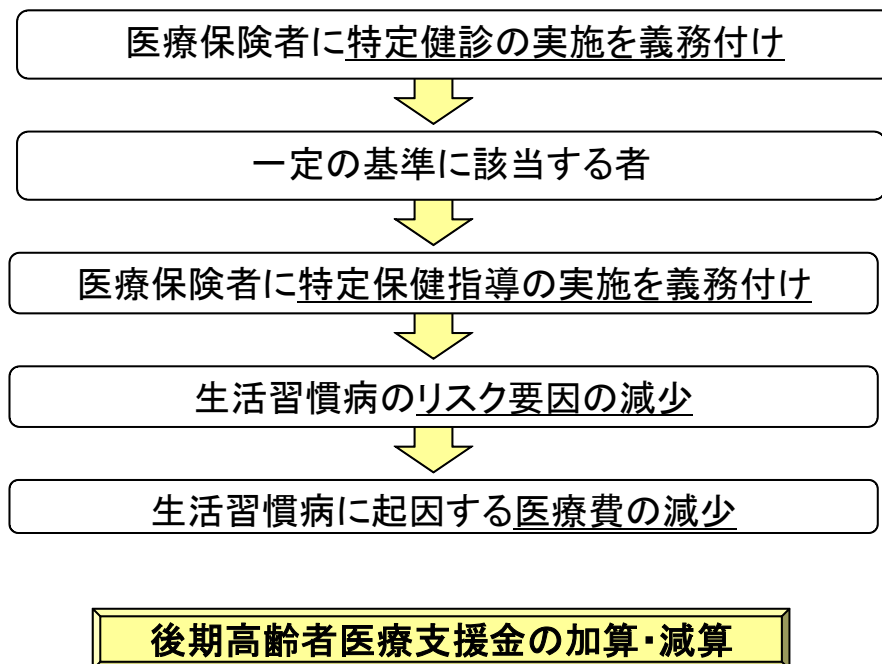
1-1-2 医療保険者による生活習慣病対策

①概要

医療保険者の役割分担として、高齢者の医療の確保に関する法律により、平成20年4月から、医療保険者（国保・被用者保険）に対し、40～74歳の加入者（被保険者・被扶養者）を対象とする、メタボリックシンドロームに着目した生活習慣病予防のための健康診査（特定健康診査）及び保健指導（特定保健指導）の実施を義務づけられている。

- 各医療保険者は、作成した特定健康診査等実施計画に従って計画的に実施。
- 健診によって発見された要保健指導者に対する保健指導の徹底。
- 被用者保険の被扶養者等については、地元の市町村で健診や保健指導を受けられるようにする。
⇒被用者保険は、集合契約等により市町村国保における事業提供を活用することも可能（費用負担及びデータ管理は、利用者の属する医療保険者が行う。）
⇒都道府県ごとに設置される保険者協議会において、都道府県が中心になって、効率的なサービス提供がなされるよう、各医療保険者間の調整や助言を行う。
- 医療保険者は、健診結果のデータを有効に活用し、保健指導を受ける者を効率的に選定するとともに、事業評価を行う。また、被保険者・被扶養者に対して、健診等の結果の情報を保存しやすい形で提供する。
- 平成25年度より、医療保険者ごとの達成状況に応じた後期高齢者支援金の加算・減算を行う。
- 市町村国保や被用者保険（被扶養者）の健診について、一部公費による支援措置を行う。

図表4: 特定健診・特定保健指導の流れ



②生活習慣病予防のための新たな健診・保健指導の考え方

図表5. 特定健診・特定保健指導の基本的な考え方

	かつての健診・保健指導		現在の健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導	<p>最新の科学的知識と、課題抽出のための分析</p> <p>→</p> <p>行動変容を促す手法</p>	内臓脂肪型肥満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
特徴	プロセス(過程)重視の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪型肥満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、行動変容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、健康教育等の保健事業に参加した者		健診受診者全員に対し、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「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」を行う
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 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 個々人の健診結果を読み解くとともに、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 実施回数や参加人数		アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
実施主体	市町村		医療保険者

1-2 特定健康診査とは

1-2-1 定義

平成20年4月から、医療保険者(国保・被用者保険)が、40~74歳の加入者(被保険者・被扶養者)を対象として、毎年度、計画的に(特定健康診査等実施計画に定めた内容に基づき)実施する、メタボリックシンドロームに着目した検査項目(2-1に整理)での健康診査を、「特定健康診査」という。

〈高齢者の医療の確保に関する法律〉

第二十条 保険者は、特定健康診査等実施計画に基づき、厚生労働省令で定めるところにより、四十歳以上の加入者に対し、特定健康診査を行うものとする。ただし、加入者が特定健康診査に相当する健康診査を受け、その結果を証明する書面の提出を受けたとき、又は第二十六条第二項の規定により特定健康診査に関する記録の送付を受けたときは、この限りでない。

1-2-2 対象者

加入者のうち、特定健康診査の実施年度中に 40～74 歳となる*¹ 者（実施年度中に 75 歳になる 75 歳未満の者も含む）で、かつ当該実施年度の一年間を通じて加入している者（年度途中での加入・脱退等異動のない*² 者）。

なお、妊産婦その他の厚生労働大臣が定める者（刑務所入所中、海外在住、長期入院等告示（平成 20 年厚生労働省告示第 3 号*³）で規定）は、上記対象者から除く*⁴（年度途中での妊娠・刑務所入所等は、異動者と同様に、対象者から除外）。

この対象者の把握、対象者数の算定においては、主に次の①～③の 3 段階で行うことになると思われる。

①次年度の受診予定者の推定

実施年度の初め（4 月 1 日時点）に予想される（実施年度中に異動するか、除外対象者になるかは不明のため）対象者（＝実施年度中に 40～74 歳となる加入者（実施年度中に 75 歳になる 75 歳未満の者も含む））のうち、特定健康診査に相当する他の健康診査（労働安全衛生法に基づく事業者健診等）を受けた結果データを受領できる予定の者を除いた者*⁵ が、医療保険者として実施を予定すべき対象者となる。

この数を基に、想定受診率や目標実施率等を考慮し、次年度の特定健康診査に要する費用を積算することとなる。

②当年度の受診予定者の確定

①は前年度に次年度の予定を立てるためのものであり、実際には、年度末を以って入社・退職等による加入者の異動が多発することから、実施年度の 4 月 1 日時点で、①で整理した予想対象者リストについて追加・削除等の修正を行い、当年度の受診予定者リストを確定し、このリストを基に受診券の発券（被保険者証のみで健診機関が判別できる国保、あるいは個別に契約した特定の健診機関でのみ実施する医療保険者は必ずしも発券する必要はない）及び案内の送付を行う。

③当年度の実績報告時の対象者の確定

実施年度の翌年度の 11 月 1 日までに、前年度の実施結果データを、社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」と表記）（を通じ国）に提出することとなっているが、この時点では、実施年度中に異動や除外対象になった者は確定している。

*¹ 40～74 歳とあるが、いつの時点から 40 歳とみなすのかについては、次のように考える。例えば 4 月 1 日生まれの人が歳を一つ重ねるのは、年齢計算に関する法律の規定に従えば 3 月 31 日の 24 時となるが、高齢者の医療の確保に関する法律では年齢計算に関する法律の規定に従わないことと整理しており、誕生日当日（4 月 1 日 0 時以降）となる。

*² 「年度の一年間を通じて加入」「異動のない」とは、年度が終了して実績報告を行う際に初めて結果論として異動したか否かが判断できることであることから、事前に（年度当初から）対象者から除外できる者ではない。

*³ 厚生労働省ホームページ(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshho/iryouseido01/dl/info03i-1.pdf>)に原文を掲載。

*⁴ 形式的には実施対象となるものの、医療保険者の通常の実施の範囲内では実施を義務付けることが困難である等の理由から除外されている者であるが、年度当初時点で実施年度を通じてそのような者であると決定できる場合は限られ、通常は、年度当初に受診案内を配布したものの、年度末近くになっても受診された様子がないために確認をしてみると除外対象の条件に合致していたという結果的に除外されるという場合が主となると考えられる。

*⁵ 健康保険組合の被保険者に対しては、特定健診よりも労働安全衛生法に基づく事業者健診の実施が優先されるが、健康保険法に基づく任意継続被保険者及び特例退職被保険者については、事業者健診は実施されないため、被扶養者と同様に特定健診を実施する必要があることに注意。

よって、実施年度末時点で実施結果報告の対象となるべき者は、実施年度中に40～74歳となる者^{*1}で、年度途中での加入・脱退等の異動がなく、かつ結果として除外規定に該当すると確定^{*2}（妊産婦なら母子手帳の提示等の申請、刑務所入所中ならば入所が判明する等の調査等監査が有った時に証明できるような形で除外できると確定できない限りは除外しないため）されていない者であり、その数が対象者数（実施率を算定する時の分母）として確定される。

ちなみに、この実績報告時の（最終確定値としての）実施者数の算定方法は、実施年度末時点で保有している健診データ（自ら実施した分だけではなく、特定健康診査に相当する他の健診結果データを貰った分を含む）から、異動した者や妊産婦等除外規定に該当するようになった者の健診データを除外し（つまり実施率を算定する場合は分母・分子の両方から除外）、その数が実施者数（実施率を算定する時の分子）となる。

④他の法令に基づく健診受診者の推定

40～74歳の加入者のうち、労働安全衛生法や学校保健安全法等他の法令に基づく健診の受診者は、結果データが受領できる限りは、医療保険者が実施する特定健康診査の対象者から除外しておくことができる。

この時、被用者保険の被保険者が労働安全衛生法や学校保健安全法の健診を受診するパターンが最も考えられるケースであり、このパターンでは事業者や学校から健診結果を受領できる数を推定することは困難ではない。

しかし、上記のようなオーソドックスなケース以外に、国保の被保険者や被用者保険の被扶養者でパート勤務等により労働安全衛生法に基づく定期健診等を受けているケースがある。これについては該当者の確定に困難が伴うが、一つの方法として次のようなものがある。なお、特定健康診査等実施計画を作成あるいは修正する段階（時点）で予めこのようなケースの推定数を把握し、見込んでおくことは困難なことから、実施計画上の目標設定においてこの数を折り込むことはせず、実施時点で案内・通知等により健診結果データを受領するだけとするのが現実的である。

国保の被保険者	<ul style="list-style-type: none"> ○国保の被保険者のうち、住民税を特別徴収で納付している者を抽出し、その群に確認（全数確認か抽出確認）し推定。 ○地元の商工会や商店街での健診実施状況を調査し推定。
被用者保険の被扶養者	<ul style="list-style-type: none"> ○オーソドックスな方法として、アンケート調査による推計が考えられるが、かなりの労力・費用の投入が必要。 ○推定による除外は行わず全て実施する前提で計画し、健診の案内送付を受けた該当者から結果送付があることを期待する方法も考えられる。

^{*1} 実施年度中に75歳になる75歳未満の者も実施対象とはなるものの、これらの者については（年度途中で後期高齢者広域連合に異動することから）実施結果の報告対象とはならないことに注意。

^{*2} 証明・確定できた者のみ除外する。

1-3 特定保健指導とは

1-3-1 定義

医療保険者（国保・被用者保険）が、特定健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者に対し、毎年度、計画的に（特定健康診査等実施計画に定めた内容に基づき）実施する、動機付け支援（3-2に整理）・積極的支援（3-3に整理）を、「特定保健指導」という*1。

＜高齢者の医療の確保に関する法律＞

第二十四条 保険者は、特定健康診査等実施計画に基づき、厚生労働省令で定めるところにより、特定保健指導を行うものとする。

1-3-2 対象者

①対象者の定義

特定健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者が対象者となる。

特定健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者とは、特定健康診査の結果、腹囲が85cm以上（男性）・90cm以上（女性）の者、または腹囲が85cm未満（男性）・90cm未満（女性）の者でBMIが25 kg/m²以上の者のうち、血糖（については空腹時血糖が100mg/dl以上、またはHbA1c(NGSP値)5.6%以上）（空腹時血糖値及びHbA1c(NGSP値)の両方を測定している場合には、空腹時血糖の値を優先とする。）・脂質（については、中性脂肪150mg/dl以上、またはHDLコレステロール40mg/dl未満）・血圧（については、収縮期130mmHg以上、または拡張期85mmHg以上）に該当する者（糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者を除く*2）である。

次の図表にあるように、追加リスクの多少と喫煙歴の有無により、動機付け支援の対象者となるのか積極的支援の対象者となるのかが異なる。

なお、腹囲の測定に代えて内臓脂肪面積の測定（CTスキャン等で測定した腹部の断面画像にて内臓脂肪の占める断面積）を行う場合には、「腹囲が基準値以上の者」は「内臓脂肪面積が100平方cm以上の者」と読み替える。

図表6: 特定保健指導の対象者(階層化)

腹囲	追加リスク			④喫煙歴	対象*3	
	①血糖	②脂質	③血圧		40-64歳	65-74歳
≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2つ以上該当			/	積極的 支援	動機付け 支援
	1つ該当					
上記以外で BMI≥25 kg/m ²	3つ該当			/	積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当					
	1つ該当					

(注)喫煙歴の斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する。

*1 保健指導は情報提供も含めた3種類という定義付けが「標準的な健診・保健指導プログラム」において為されているが、高齢者の医療の確保に関する法律の省令・告示等においては、情報提供は特定健康診査の実施結果通知と併せて行うものとし、実施率の算定等において特定保健指導には含めない。

*2 逆に保健指導判定値だけではなく受診勧奨判定値をも超えている者でも服薬・受療等を行っていない場合は特定保健指導の対象者となる。この時、医療保険者（の医師、保健師または管理栄養士等）は、健診結果（検査値や健診機関の医師の判断結果等）に基づき、特定保健指導を実施するか否かを判断する。

*3 年齢区分は、健診・保健指導の対象年齢同様、実施年度中に達する年齢とする（実施時点での年齢ではない。）

②想定対象者数の算定方法

実施年度の初め（4月1日時点）に予想される（実施年度中に異動するか、除外対象者になるかは不明のため）特定保健指導実施対象者数は、想定受診者数（医療保険者実施分＋特定健康診査に相当する他の健診結果データを貰えると想定した分）に、特定保健指導の対象者となりうる割合を乗じて算出する。

特定保健指導の対象者となりうる割合（発生率）は、各医療保険者で過去の特定健診等データを使用し推計することが望ましい。特定保健指導対象者となるリスクは、性別や年齢によって異なるため、性別・年齢階級別での推計が望ましい。

③当年度の実績報告時の対象者の確定

実施年度の翌年度の11月1日までに、前年度の実施結果データを、支払基金（を通じ国）に提出することとなっているが、この時点では、実施年度中に異動や除外対象になった者は確定している。

よって、実施年度末時点で対象となるべき者は、実施年度末時点で保有している健診データ（自ら実施した分だけではなく、特定健康診査に相当する他の健診結果データを貰った分を含む）のうち健診結果により特定保健指導対象者と判定される者のデータから、異動した者や妊産婦等除外規定に該当するようになった者のデータを除外した残りのデータが、最終的な特定保健指導対象者として確定される。

ちなみに、この時の実施者数の算定方法は、実績報告の時点で保有している実施予定年度分の特定保健指導の結果データ（終了時評価まで完了したデータに限る）から、異動した者や妊産婦等除外規定に該当するようになった者のデータを除外し（つまり実施率を算定する場合は分母・分子の両方から除外）、その数が実施者数（実施率を算定する時の分子）となる。

④服薬中（受療中）の者の取扱い

対象者の抽出（階層化）の定義において、糖尿病、高血圧症又は脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者を除くこととしている。これは、既に医師の指示の下で改善あるいは重症化の予防に向けた取り組みが進められており、引き続きその医学的管理下で指導が為されればよく、別途重複^{*1}して保健指導を行う必要性が薄いため除外しているものである。

この除外すべき者の抽出方法は、特定健康診査における質問票を用いて行う。場合によっては、質問票への誤記入等が考えられるため、対応が可能な保険者は、健診実施後に対象者の生活習慣病に関する服薬の有無をレセプト情報等から確認し、医療保険者の医師・保健師・管理栄養士・看護師の専門職による対象者本人への再確認及び本人の同意の下に特定保健指導対象者から除外することができる。（平成25年4月1日以降の健診から可能）^{*2}

なお、除外できるのは、利用券を用いている場合には利用券交付日前まで、利用券を用いていない場合には、特定保健指導初回面接実施前までに、対象者本人への再確認及び本人の同意を得た場合とする。

^{*1} 別途重複して保健指導を実施した場合、医療保険者財源による同一人物への生活習慣病対策における重複投資となることに留意する必要がある。

^{*2} 詳細な方法等については、10-3-⑤を参照のこと。

⑤糖尿病、高血圧症、脂質異常症以外の疾病等で医療機関にて受療中の者の取扱い

糖尿病、高血圧症、脂質異常症以外の疾病で医療機関にて受療中の者や、当該疾病であっても服薬を行っていない者（服薬の有無については健診時の質問票において判別可能）については、特定保健指導の対象者として抽出されることとなる。

この場合、特定保健指導の利用券に「医療機関にて受療中の場合には特定保健指導の実施の可否を主治医と確認すること」を明示（6-4-3 の様式例には裏面の注意事項に記載）しておく必要があるとともに、特定保健指導実施後には、実施した保健指導の内容について対象者を通じて主治医に情報提供するなど、医療保険者は主治医と十分な連携を図る必要がある。

⑥特定健康診査実施後に糖尿病等の生活習慣病に係る服薬（受療）を開始した者の取扱い

特定健康診査実施時には服薬等は行っていなかったため、特定保健指導対象者として抽出したものの、その後状態の変化等があり、特定保健指導を開始する時点では糖尿病等の生活習慣病に係る服薬等を始めていたという場合が生じうる。こうした場合についても、服薬指導を行っている医師と十分に連携し、特定保健指導の対象とせず医師による服薬指導を継続するのか、服薬の開始後間もない者である等の理由から敢えて服薬を中断して特定保健指導を優先するのか、あるいは服薬指導と並行して特定保健指導を実施するのかを判断することとなる。

なお、この時の特定保健指導の実施率の算定基準であるが、健診データにより対象者を確定するため分母（対象者）からは外すことはできないことから、特定保健指導ではなく服薬指導となった場合でも分母に含まれ、分子（実施完了者）には含められない。特定保健指導を実施した場合は、分母（対象者）のみならず分子（実施完了者）にも含める（実施したことと見做す）こととする。

⑦特定保健指導開始後に糖尿病等の生活習慣病に係る服薬（受療）を開始した者の取扱い

特定保健指導の対象者と判定して案内を送付し、指導開始後に糖尿病等の生活習慣病に係る服薬を開始した、あるいは服薬していたことがわかった場合についても、同様に、服薬指導を行っている医師と相談の上で、特定保健指導の継続の要否を判断することが重要である。

この時、服薬指導を継続する場合は、重複投資を避けるためにその時点で特定保健指導を終了し実施分の精算に入るのか、指導途中であり最後まで完了することを重視し継続するのか、医療保険者は、対象者本人の意向も踏まえながら判断することとなる。

この時の実施率の取扱いであるが、特定保健指導を終了し実施分の精算に入る場合は途中脱落扱いと見做せることから、分母（対象者）には含まれ、分子（実施完了者）には含められない。引き続き完了まで継続した場合は、分母（対象者）のみならず分子（実施完了者）にも含める（実施したことと見做す）こととする。

⑧特定保健指導完了後に服薬（受療）を開始した者の取扱い

特定保健指導を完了しているが、その後、服薬開始を知り得た場合については、既に実施済ということで、分母（対象者）のみならず分子（実施完了者）にも含める（実施したことと見做す）こととする。

1-3-3 その他の保健指導

医療保険者は、特定保健指導以外の保健指導の実施は義務付けられていないが、医療保険者の判断で自由に保健指導を行うことは差し支えない。

特定健康診査の結果及び服薬歴、喫煙習慣の状況、運動習慣の状況、食習慣の状況、休養習慣の状況その他の生活習慣の状況に関する調査の結果（特定健康診査における質問票の結果）、健診結果からは特定保健指導の対象者に該当しなくとも、加入者の健康の保持増進のために必要があると認める時は加入者に対し、適切な保健指導を行うよう努めるものとする。

例えば、医療機関を受療中だが、医師の指示通り治療・服薬等を行っていない者や、服薬中の者に特定保健指導とは別に保健指導を実施する場合が考えられる。（この時は医療機関等との適切な連携の下に行う必要がある。）

＜特定健康診査・特定保健指導の実施に関する基準＞

（その他の保健指導）

第九条 保険者は、特定健康診査の結果その他の事情により、加入者の健康の保持増進のために必要があると認めるときは、前二条の規定にかかわらず、加入者に対し、適切な保健指導を行うよう努めるものとする。

2. 特定健康診査

2-1 実施内容(健診項目)

高齢者の医療の確保に関する法律の規定に基づく厚生労働省令「特定健康診査・特定保健指導の実施に関する基準（以下「実施基準」と表記）」の第1条に定められている。

また、関係政省令及び関連告示の規定に関する、実施内容等の詳細については、通知^{*1}「特定健康診査及び特定保健指導の実施について（平成20年3月10日 健発第0310007号、保発第0310001号）」にて示している。

2-1-1 基本的な健診の項目

全ての対象者が受診しなければならない項目（いわゆる基本的な健診の項目）としては、次の図表の項目となる。

このうち、腹囲の測定については内臓脂肪面積の測定に代えられる（実施基準第1条第3項）他、一定の基準と医師の判断により省略できる場合もある（実施基準第1条第2項）。

また、生理中の女性に対する尿検査は、測定しても結果が意味を成さないこと、メタボリックシンドロームの判定や保健指導対象者の抽出（階層化）への影響が大きいことから、その場合は測定不可能という扱い^{*2}でも差し支えない。

原則として、上記に示した例外事項^{*3}以外は認めない（全ての検査項目を受診していなければ特定健康診査を実施したとは見做さない）ことから、医療保険者が健診機関に実施を委託する場合は、全ての検査項目を実施していない限り委託により実施したとはならないこと（この場合は、委託が不成立ということで医療保険者において実施し直すか、委託をし直す必要が生じる）、また委託契約においては全ての検査項目の実施に基づく委託金額が設定されており未実施の項目がある場合は債務不履行となること（この場合、完全に履行されるまで支払が為されないか、契約を解除し医療保険者でやり直すかとなる。後者の場合は損害賠償請求も考えられる）に医療保険者・健診機関は注意されたい。

^{*1} 厚生労働省ホームページ <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/dl/info03j-3.pdf> に原文を掲載。

^{*2} 標準的なデータファイル仕様(7-1に詳述)において、健診受診者の事情により、特定健診の検査項目を実施できなかった（測定不可能の場合）の取扱いは、XMLファイルでの記述としては、value要素の nullFlavor 属性に、データが存在しないことを意味する「NI」値を指定することで、受診者の事情(生理中等)により検査を実施できなかったという取扱いとしている(医療保険者等は、当該健診結果データが送られてきた場合には、当該検査は実施されたものとして扱う)。なお、上記のような理由により検査を行わなかった場合の理由については、医師の診断(判定)項目欄にその理由を記載することが適当と考える。ちなみに、単に検査を実施していない場合は当然ながら実施していないという扱いとなる(XMLファイル上の記述ルールとしては、entry 自体を削除し出力。実施を予定していて実施しない場合の「未実施」扱いとは異なることに注意。詳細は通知「電磁的方法により作成された特定健康診査及び特定保健指導に関する記録の様式等について(平成20年3月28日健総発第0328001号、保総発第0328002号)」(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/info03j.html>)に示すホームページを参照のこと)。

^{*3} 生理中の女性の他、腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有している者に限り、尿検査の実施を断念した場合であっても特定健診を実施したと見做すこととなっている。詳細は、通知「保険者が社会保険診療報酬支払基金に提出する特定健康診査等の実施状況に関する結果について(平成20年7月10日 保発第0710003号)」、「保険者が社会保険診療報酬支払基金に提出する平成25年度以降に実施した特定健康診査等に基づく特定保健指導の実施状況に関する結果について(平成25年3月29日 保発0329第17号)」に、実施結果を報告する上で必要となる事項等が示されているので、参照されたい(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/info03j.html>)。

図表7: 基本的な健診の項目(実施基準第1条第1項第1号から第9号)

項目	備考
既往歴の調査	服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査(質問票 ^{*1})を含む
自覚症状及び他覚症状の有無の検査	理学的検査(身体診察)
身長、体重及び腹囲の検査	腹囲の測定は、厚生労働大臣が定める基準(BMIが20未満の者、もしくはBMIが22 kg/m ² 未満で自ら腹囲を測定し、その値を申告した者)に基づき、医師が必要でないとする時は、省略 ^{*2} 可 腹囲の測定に代えて、内臓脂肪面積の測定でも可
BMIの測定	BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m)の2乗
血圧の測定	
肝機能検査	血清グルタミンオキサロアセチクトランスアミナーゼ(AST)(GOT) 血清グルタミンピルビクトランスアミナーゼ(ALT)(GPT) ガンマーグルタミルトランスペプチダーゼ(γ-GTP)
血中脂質検査	血清トリグリセライド(中性脂肪)の量 高比重リポ蛋白コレステロール(HDLコレステロール)の量 低比重リポ蛋白コレステロール(LDLコレステロール)の量
血糖検査	空腹時血糖又はヘモグロビンA1c(HbA1c) ^{*3}
尿検査	尿中の糖及び蛋白の有無

2-1-2 詳細な健診の項目

対象者のうち、医師の判断により受診しなければならない項目(いわゆる詳細な健診の項目)としては、貧血検査・心電図検査・眼底検査の3項目となる。

なお、実施する場合は、医師は当該項目を実施する理由を医療保険者に明らかにしなければならないことから、健診結果データにその理由を明記し判断した医師名を付記の上でデータを送付する。また、受診者に対しては実施時に十分な説明を行うことが求められる。

医師の判断基準は次の図表に示したとおりであるが、基準に該当した者全員に実施することは適当ではない。受診者の性別・年齢等を踏まえ、医師が個別に判断する必要がある。

^{*1} 調査は「標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版)」第2編に示されている別紙3「標準的な質問票」で用いられている方法を一字一句まで省令・告示等で規定しているわけではなく、これをベースに、医療保険者あるいは健診機関にて、これまでの経験・ノウハウや受診対象者の属性を踏まえ、質問の趣旨を逸脱しない範囲であれば、質問文をより適切と判断する内容に適宜改変することは差し支えない。

なお、標準的な電子データファイル仕様がこの「標準的な質問票」を前提としていることから、22の質問項目の順序・数等の枠組みは維持した上での質問となる。

そもその質問票の主たる用途の一つとしては、特定保健指導対象者の抽出に当たり、糖尿病・高血圧症・脂質異常症に係る薬物治療を受けている者を除外する際の抽出手段であることから、健診機関が医療保険者に対して健診結果を報告する際には、質問の方法にかかわらず、少なくとも糖尿病・高血圧症・脂質異常症に係る薬物治療を受けている者であるか否か、あるいは喫煙歴の有無について、受診者が事実を正確に回答できるような説明や確認を行い、正確に事実を報告(標準的な電子データファイル仕様の健診結果・質問票情報ファイル(個票ファイル)における質問1~3の領域に結果を格納し送付)する必要がある。

^{*2} BMIが20 kg/m²未満で医師が腹囲の計測を省略した者については特定保健指導の対象とはしない(健診データファイルにおいて腹囲が空欄であっても保健指導レベルは「4.判定不能」または「3.なし」となる)。

^{*3} 平成25年3月31日までに実施した特定健診についてはJDS値、平成25年4月1日以降に実施した特定健診についてはNGSP値で、受診者への結果通知、保険者への結果報告及び国への実績報告を行う。(平成25年3月31日までに実施した特定健診に係る報告を平成25年4月1日以降に行う場合にはJDS値となることに留意。)

ある。そのため（基準に該当するというだけではなくため）にも、判断理由を明記することが必要である。

図表8: 詳細な健診の項目(医師の判断による追加項目: 告示で規定)

追加項目	実施できる条件(判断基準)	
貧血検査(ヘマトクリット値、血色素量及び赤血球数の測定)	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者	
心電図検査(12誘導心電図) 眼底検査	前年度の特定健康診査の結果等において、血糖、脂質、血圧及び腹囲等の全てについて、次の基準に該当した者	
	血糖	空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、または HbA1c(NGS P値)5.6%以上
	脂質	中性脂肪 150mg/dl 以上、または HDL コレステロール 40mg/dl 未満
	腹囲等	収縮期 130mmHg 以上、または拡張期 85mmHg 以上 腹囲が 85cm 以上(男性)・90cm 以上(女性)の者(内臓脂肪面積の測定が出来る場合には内臓脂肪面積が 100 平方 cm 以上)、または BMI が 25 kg/m ² 以上の者

2-2 他の健診との関係

2-2-1 労働安全衛生法・学校保健安全法等

①他の法令に基づく健診の優先

高齢者の医療の確保に関する法律では、労働安全衛生法に基づく健康診断（雇入時の健康診断及び定期健康診断。以下「事業者健診」と表記）等他の法令に基づき行われる健康診断（学校保健安全法第8条に基づく職員の健康診断等が考えられる）は、特定健康診査よりも実施を優先することとしており、例えば事業者であれば、引き続き事業者健診の実施義務を有する。

よって、医療保険者は、事業者から事業者健診の記録の送付を受ける等、実施義務者等から健診結果を受領していれば（詳細は7-2-5を参照のこと）、特定健康診査を実施したことに代えられる（実施義務は免除）。但し、特定健康診査の基本的な健診の項目について（特に階層化に必要な検査項目は必要不可欠である）記録されていることが前提（項目が欠損している場合は、欠損分については医療保険者にて追加実施することが必要）となる。

他の法令に基づく健診が優先されることから、他の健診と特定健康診査とを同時に実施する場合、特定健康診査と重複する健診項目の費用は、他の健診が負担することとなる。また、現状でも一部の医療保険者で行われているが、医療保険者が事業者健診の実施委託を受ける場合は、事業者健診部分の実施費用は事業者負担となる。

＜高齢者の医療の確保に関する法律＞

第二十条 保険者は、特定健康診査等実施計画に基づき、厚生労働省令で定めるところにより、四十歳以上の加入者に対し、特定健康診査を行うものとする。ただし、加入者が特定健康診査に相当する健康診査を受け、その結果を証明する書面の提出を受けたとき、又は第二十六条第二項の規定により特定健康診査に関する記録の送付を受けたときは、この限りでない。

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責務を有する者（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。

②健診項目の包含関係

事業者健診や学校保健安全法の健診項目は、特定健康診査の基本的な健診の項目と一致しており、この他にX線撮影・聴力等の事業者健診独自の項目がある（図表9）。

医療保険者は、事業者健診の結果データを受領することから、事業者健診や学校保健安全法の健診で実施されなかった特定健康診査の詳細な健診の項目の一部（眼底検査等）については、事業者等が健診を実施する際に医療保険者が当該健診機関に詳細な健診の項目の実施を委託（委託するとは言え、必ず実施するというのではなく医師の判断により実施するのが前提）しない限りは、事業者・学校等からのデータ受領分にはこれらの健診結果が医師の判断に関係なく含まれないこととなる。

図表9：他の健診の項目

	高齢者医療確保法	労働安全衛生法	学校保健安全法	項目名
身体計測	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	身長
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	体重
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	BMI
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	腹囲
診察		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	業務歴
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	既往歴
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	自覚症状
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	他覚症状
血圧等	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	血圧(収縮期/拡張期)
生化学検査	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	中性脂肪
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	HDLコレステロール
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	LDLコレステロール
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	AST(GOT)
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ALT(GPT)
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	γ-GT(γ-GTP)
血糖検査	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	空腹時血糖*
	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	HbA1c
尿検査	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	尿糖
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	尿蛋白
血液学検査	<input type="checkbox"/>			ヘマトクリット値
	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	血色素量[ヘモグロビン値]
	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	赤血球数
生理学検査	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	心電図
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	胸部エックス線検査
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	喀痰検査 (ガフキー)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(ガフキー)
			<input type="radio"/>	上部消化管エックス線
			<input type="radio"/>	視力
			<input type="radio"/>	聴力
	<input type="checkbox"/>			眼底検査
その他医療保険者が任意に行う検査(主なもの)				CRP
				血液型
				梅毒反応
				HBs抗原
				HCV抗体
				便潜血
医師の判断				PSA(前立腺特異抗原)
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	医師の診断(判定)
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	医師の意見
質問票	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		服薬
	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		既往歴
	<input checked="" type="radio"/>			貧血
	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		喫煙
	<input checked="" type="radio"/>			20歳からの体重変化
	<input checked="" type="radio"/>			30分以上の運動習慣
	<input checked="" type="radio"/>			歩行又は身体活動

* 原則として空腹時血糖もしくはHbA1cであり、食事を摂取してきた場合はHbA1cを測定するのが基本であるため、医療保険者が健診を実施する場合は確実にいずれかを検査できるが、労働安全衛生法に基づく健診(事業者健診)結果を受領する場合で、事業者の実施項目が空腹時血糖のみ(食事摂取を前提としていないため)の場合に、万が一健診実施日に食事を摂取してきた時の採血結果は空腹時血糖ではなく随時血糖となってしまうことから、その場合の検査結果を収録できるように(空腹時血糖欄に食事摂取後の値を格納すると混乱が生じるため別途記録欄が必要)、また特定健康診査以外の追加健診項目としても実施される可能性があることから、健診データファイルには随時血糖の欄も設けている。なお、事業者健診の結果を医療保険者が受領した時に、血糖検査が随時血糖のみの場合は、別途医療保険者で血糖検査のみ実施し補う必要がある。

	高齢者医療確保法	労働安全衛生法	学校保健安全法	項目名
	☆			歩行速度
	☆			1年間の体重変化
	☆			食べ方
	☆			食習慣
	☆			飲酒
	☆			飲酒量
	☆			睡眠
	☆			生活習慣の改善
	☆			保健指導の希望

○…必須項目、□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目、●…いずれかの項目の実施で可
 ☆…情報を入手した場合に限り医療保険者に報告する項目
 ※…服薬歴及び喫煙歴については、問診等で聴取を徹底する旨通知*1

2-2-2 医療保険者による追加健診項目(人間ドック等)

①医療保険者による上乘せ健診

医療保険者独自の保健事業として、独自に*2 健診項目を設定し実施しており、医療保険者として必要と判断し引き続き実施する場合、特定健康診査の実施に併せて、項目を上乘せして行うことが現実的である。

なお、上乘せ項目を実施する前提として、各医療保険者がそれぞれ集団の特性を検討し、そこから見出された健康課題を踏まえた上で、血清クレアチニンなどの検査項目を追加することが望ましい。その場合、必要性や費用対効果を慎重に検討し、保険財政を投入してでも加入者に上乘せで実施する必要があると判断でき、保険料を納める加入者に説明できる合理的理由が存在することが必要となることは言うまでもない。特に、特定健康診査における詳細な健診の項目（法定項目）や法定外の上乗せ項目の多くは、対象者全員に初めから一律に実施するよりも、特に重点的に掘り下げて検査が必要な者に実施することが適当であることを踏まえ、費用対効果等の慎重な検討が必要である。

上乘せ健診の対象者が被保険者の場合は、健診機関との契約時に上乘せ項目も実施項目に含めた上で、当該健診機関にて特定健康診査と同時に実施*3 する。但し、被用者保険の被保険者の場合は、事業者健診が優先されることから、事業者健診の実施時に同時に受診できるよう、事業者に上乘せ項目の実施を委託するか、事業者が委託する健診機関に対して医療保険者として上乘せ項目のみの実施を委託することとなる（事業者から事業者健診の実施委託を医療保険者が受けている場合はこのような共同実施ではなく医療保険者における一括での実施となる）。

上乘せ健診の対象者が被用者保険の被扶養者の場合は、集合契約は全国の各保険者が共通で実施する項目が中心となることから、主に個別契約により実施体制を構築するこ

*1 「特定健康診査等の実施に関する協力依頼について(平成 20 年 1 月 17 日 基発第 0117001 号、保発 0117003 号)」
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/dl/info03j-2.pdf>

「特定健康診査等の実施に関する再協力依頼について(平成 24 年 5 月 9 日 基発 0509 第 6 号、保発 0509 第 4 号)」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002d8ft-att/2r9852000002d8na.pdf>

*2 追加健診項目として遺伝学的検査の実施を検討する場合、「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ドライン」等を考慮する必要がある。

*3 同時に実施する場合に、特定健診の実施費用の補助を受けようとする場合は、特定健診と上乘せ健診との費用が明確に区分されていること、詳細な健診を実施する場合は実施理由が記録されていることが前提となる。また、特定健診業務の委託がベースとなることから、詳細な健診項目を上乘せ健診として一律に実施する場合においても実施基準に即した記録の受領及び保管等が必要である。

ととなる。集合契約によって実施体制を構築する場合は、独自に上乘せ項目を実施すると判断した保険者が集まって上乘せ健診項目が明記された契約書による集合契約を成立させるとともに、受診券に上乘せ健診項目や自己負担等を明記し配布する。通常の（上乘せ項目のない）集合契約にも参加している場合は、受診者が訪れた健診機関が上乘せ項目も含む集合契約に参加している場合に*1 特定健康診査と同時に実施することとなる。

②人間ドック

現在、医療保険者による保健事業として、人間ドックを実施しているケースが少なくないことから、人間ドックの受診を以って特定健康診査の実施に代えるケースが少なからず発生すると考えられる。

この場合、人間ドックの健診項目に、特定健康診査で行わなければならない項目が全て含まれていれば、人間ドックの実施により特定健康診査の実施に代える*2 ことが可能となる。

人間ドックの健診項目は、医療保険者によって異なっており、また受診者の年齢・性別等に応じた項目も少なくないため、基本的には個別契約による実施が中心となるが、集合契約でも対応できるよう、契約関係者間での項目・単価の標準化に向けた整理が必要である。

2-2-3 市町村における各種健診との関係

①市町村が行う各種の健診（検診）

市町村においては、各々の健診（検診）の実施責任者と実施対象者、会計が次のように分かれることに注意し、それぞれの会計の独立性・透明性を確保しつつ、各会計での支出が適切であると判断される範囲内での内容・対象者にて実施することが必要である。

*1 受診者が訪れた健診機関が当該項目を実施できない(上乘せ項目を含む集合契約に参加していない、あるいは参加しているものの実施できる体制がない)場合は、特定健康診査の項目のみの実施となるが、そのような取扱を可能とするための前提としては、契約書に記載される契約単価が特定健康診査部分と上乘せ健診部分とに分かれて定められていること、及び受診券の自己負担欄が特定健康診査部分と上乘せ健診部分とに分かれて定められている必要がある。

*2 特定健康診査の実施部分についてその費用の補助を受けようとする場合や、特定健康診査の実績と見做すためには、P17注3に示したような要件を満たす必要がある。

図表10: 市町村における各種健診(検診)

	所管	対象	会計
高齢者医療確保法 特定健康診査(義務) <40-74歳>	市町村国保部門	国保被保険者	国保特会
健康増進法 がん検診 歯周疾患検診等	市町村衛生部門	住民	一般会計
介護保険法 生活機能評価 <65歳以上>	市町村介護保険部門	介護保険の被保険者	介護特会
高齢者医療確保法 健康診査(努力義務) <75歳以上>	市町村(高齢者医療部門*) ※ 広域連合から委託を受けて実施	後期高齢者医療の 被保険者	後期特会

②市町村国保における特定健康診査

前述のように、それぞれの健診の実施責任部署や実施対象者、会計が分かれることから、それぞれの会計の独立性・透明性を確保するため、それぞれの健診の委託契約の透明化(整理・明確な区分)を図る必要がある(詳細は6-2-5②参照)。国保の保険者としての市町村が契約するのは主に特定健康診査に係る部分になる。

また、市町村国保が実施すべき健診内容は、義務化されている範囲が基本となるが、それに加えて独自に項目を上乗せする場合は、2-2-2①に示したように、必要性や費用対効果等から保険料財源を投入する合理的な理由があり、保険料を納める加入者に説明できる範囲内となる。一般会計や介護特会等の他会計で実施すべき内容までも保険者での上乗せ実施として国保特会で負担することは不適切であることに十分注意の上、実施内容の精査が必要である。

なお、住民(被保険者ではなく)の健康の保持増進の観点から実施の必要性がある健診項目については、国保被保険者に限定せず、住民全員に一般会計で実施するのが妥当であり、医療保険者(国保や、国保を踏まえ集合契約を通じ全国の医療保険者*に一律に)に実施を求めることは適当ではない。

③市町村における実施体制の確立

実施責任部署が分かれ、実施対象者も住民ばかりではなく各部署の持つ台帳に分かれ管理もそれぞれになる(個人情報保護の関係から慎重な取扱いが必要なため)ことから、各部署が別個に受診場所を確保し案内を送付することとなる。

対象者が何度も受診するような不便を避け、受診率を高めるためには、案内の共通化や同会場での同時実施等、市町村内での部門間連携が重要である。

また、市町村内の健診業務の実施体制(人員配置・予算要求・事務処理体制等)についても、関係部署が集まった協議調整が必要である。特に、各部署に十分な専門職員・予算が配置できない比較的小規模の市町村においては、この点の整理が重要となる。

* 2-2-2①に示したように、各医療保険者が必要性や費用対効果等をそれぞれ判断し、必要と判断した医療保険者のみ実施することになるため、集合契約で一律に課すことは困難。

④市町村における各種健診の同時実施

同時実施が可能な範囲については、可能な限り同時実施に向けた取組を進めることが重要である。

同時実施が可能な範囲	<ul style="list-style-type: none"> ○国保の特定健康診査の実施に合わせ、がん検診等他の検診を同時実施 ○集合契約により国保の実施体制に乗る被用者保険の被扶養者までは、同様に（国保の特定健康診査の会場にて）各種健診の同時実施が可能 ○後期高齢者の健診についても、広域連合から国保への実施委託により、同様に各種健診の同時実施が可能 ○被用者保険の被保険者は、事業者健診が主となることから地元での受診が困難なこと、また被用者保険のみ共同実施としても他の実施対象者が漏れるためいずれ別途実施が必要となることから、同時実施はかなり困難（別途市町村での健診の受診が必要）
同時実施の方法	<ul style="list-style-type: none"> ○実施会場、実施日時を調整し一本化する（特定健康診査の実施会場・日時を基本として、他の健診もセットする）。 ○委託により実施する場合は、各健診の委託先を一本化する（特定健康診査の委託先（一つではなく複数の可能性もあり）に他の健診（検診）の実施を委託）。 ○対象者への受診券の送付及び案内を一本化する（各実施責任者がそれぞれの台帳から発券するが、それらの券を別個に送付するのではなく、まとめて送付）。

⑤同時実施時の請求における注意点

高齢者の医療の確保に関する法律第21条^{*1}第1項において、他の法令に基づく健康診断が特定健康診査よりも優先されることが定められていることから、特定健康診査と他の健診を同時に実施した場合、検査項目等が重なる部分については、他の健診が費用負担する（つまり、医療保険者への特定健康診査の請求額が重複分だけ差し引かれる）こととなる。

他の健診との同時実施時に重複分を差し引くことができるよう^{*2}、契約単価は項目別に設定しておくことが理想ではあるが、特に集合契約においては包括的に設定される傾向があることから、少なくとも差し引き額のみを契約時に実施機関と取り決め、契約書に明記^{*3}（具体的には「何の健診の時はいくら差し引く」というものを、同時実施の可能性がある健診分を整理）しておくことが重要である。

また、市町村国保と異なり、被用者保険は、市町村の他の健診と同時に実施されたのか否かを把握することが比較的難しいことから、市町村と十分に連携し、同時実施の有無（＝重複請求の有無）を十分にチェックする必要がある。

^{*1} 同条第2項において、医療保険者が事業者から労働安全衛生法等に基づく健診(事業者健診)の実施を受託した場合の取扱が定められているが、医療保険者にて事業者健診を実施する場合、被保険者の健診と被扶養者の健診で実施内容が異なることから、受診券を発券する場合に、当該券面の受診者は被保険者(事業者健診)なのか被扶養者(特定健診)なのかを明記しておく必要がある。このため受診券のQRコードの仕様においてはその区分を示す領域を設定(付属資料8を参照)

^{*2} 包括単価設定となっており差し引き額が不明確な場合は、同時実施であっても差し引くことができないので注意。

^{*3} 付属資料4の標準的な契約書の例にも差し引き額の欄に、対象となる健診の種類と差し引き額を記載

2-3 階層化

2-3-1 階層化

①階層化とは

特定健康診査は、特定保健指導の対象者を見つけ出すためのものであることから、特定健康診査の結果から、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因の数に着目し、リスクの高さや年齢に応じ、レベル別（動機付け支援・積極的支援）に保健指導を行うため対象者の選定を行う。これを階層化という。

②階層化の内容

「標準的な健診・保健指導プログラム」第2編第3章において、ステップ1から4の手順でその基準や方法^{*1}が示されている。なお、その要点としては本書の図表6に整理しているので参照のこと。

なお、メタボリックシンドロームの該当者判定基準（いわゆる8学会基準）と階層化の基準は異なっている（該当者＝積極的支援ということではない）ことに注意されたい（階層化基準では、喫煙歴のある者やBMIが25 kg/m²以上の者、血糖値が100～109mg/dlの者も含めているとともに、服薬中の者を除外している）。

③階層化の実施者

特定健康診査・特定保健指導の実施義務を負っているのは医療保険者であることから、特定保健指導対象者の抽出である階層化は、医療保険者自身で健診を実施する、実施しない（委託により実施、あるいは他の法令に基づく健診結果を受領）に関わらず第一義的には医療保険者の義務である。

但し、特定健康診査の実施を健診機関に委託している場合、階層化は健診業務の一部であると言え、受託した健診機関で実施するべきものであること、階層化自体は自動的に判定され、健診機関における健診結果の説明の際には、その情報（特定健康診査の場合は保健指導の種別（積極的支援／動機付け支援／なし／判定不能）ではなく、メタボリックシンドロームの判定^{*2}結果（基準該当／予備群該当／非該当／判定不能）となる）

^{*1} 医療保険者自身で実施せず事業者健診等の結果を受領しているために、階層化（保健指導レベル判定）やメタボリックシンドローム判定を行う上で必要な検査項目（服薬歴、喫煙歴を含む）のデータが欠損している検査項目がある場合には、次のように取り扱う。

- ・ 欠損している検査項目がなくとも、他の検査項目により、保健指導レベル判定、メタボリックシンドローム判定の結果が確定できる場合には、当該判定結果を用いる。但し、省令の規定上、腹囲が欠損している場合は判定できる場合であっても保健指導レベルは判定不能となる（例えば、腹囲の値がなくBMIが25 kg/m²以上の場合、追加リスクが1つのみならば動機付け支援、3つ以上ならば積極的支援と腹囲がなくとも判定できるが、BMIを用いる前提条件を満たしていないため）。
- ・ 欠損値により、判定の結果が確定できない場合は、判定不能とする。なお、この場合、保健指導の要否を判定できないだけでなく、健診実施率に算入することもできなくなることから、医療保険者の判断で、不足分の検査項目を医療保険者にて実施し補う必要がある。

^{*2} いわゆる8学会の基準（空腹時血糖による該当者のみ規定）に加え、HbA1cによる検査結果も判定基準に加え、メタボリックシンドローム該当者を判定する。また、腹囲＋追加リスク1つを予備群該当者と規定し、判定結果を印字（あるいはファイル格納）する。なお、日常臨床等における取扱を踏まえ、HbA1cの判定基準値（空腹時血糖110mg/dlに相当する値）はNGSP値6.0%とし、HbA1cのみ検査した場合のメタボリックシンドローム判定としてはこの値を用いる（ちなみに階層化に用いる保健指導判定値である空腹時血糖100mg/dlに相当するHbA1cの値はNGSP値5.6%）。メタボリックシンドロームの判定基準は空腹時血糖が原則であり、空腹時血糖の値がない場合は相関するHbA1cの値を用い

も受診者に伝えられることが一般的であることから、委託先の健診機関が実施するのが合理的である（健診データファイルには、その他の健診結果も含め上記のような記録領域を設けてある。加えて、可能であれば委託契約（個別契約が中心）の仕様に階層化リストの別途提出も含めておくことが望ましい）。

なお、特定健康診査の委託契約に取って代わらず、特定保健指導の委託時に保健指導機関に健診結果データを渡して対象者の適切な抽出・確定から含めて委託したいと考える医療保険者の場合は、保健指導機関が実施者となる。

④階層化の方法

健診結果（医療保険者で実施した特定健康診査の結果データだけではなく、労働安全衛生法等の他の法令に基づく健診結果受領分も対象であることに注意）を用いて、基準に従って階層化を行う。

医療保険者で実施した特定健康診査の結果データについては、健診機関から医療保険者への送付時に、個票データファイル（本人に返される健診結果通知表）の「メタボリックシンドローム判定」欄に判定結果（基準該当／予備群該当／非該当／判定不能）が、「保健指導レベル」欄に結果（積極的支援／動機付け支援／なし／判定不能）が、それぞれ記録されることになっている。この「保健指導レベル」欄の抽出により、医療保険者にて保健指導対象者リストを生成^{*1}し、優先順位付け等の判断（詳しくは次項 2-3-2 参照）を行った上で、実施対象者を決定することとなる。

健診機関から医療保険者へ送付されるファイルが個票データファイルのみである場合や、他の法令に基づく健診結果を受領する場合は、医療保険者にて対象者リストの抽出・作成が必要となる。医療保険者の健診データ管理システム^{*2}に階層化機能（階層化ルールをプログラム化）が備わっていれば、ファイル内のデータを読み込んで判別し、動機付け支援対象者、積極的支援対象者それぞれのリストが自動的に生成されることから、システムを導入する場合はこのような機能が備わっていることが望ましい。

なお、特定健康診査の結果は標準化された形式での健診データファイルとなっているので（7-1 に詳述）、前述のようなシステムを医療保険者が持っていれば階層化は容易であるが、他の法令に基づく健診結果については、データファイルとして受領できたものについては同様に容易であるものの、紙でしか受領できなかったものについては階層化処理の前にパンチ入力によるデータファイルの作成から作業が必要となる（但し、データ作成ソフトは、いわゆるフリーソフトと呼ばれるものとして入手可能）。このような作業が生じないように、事業者等データの提供元（健診の実施責任者）と十分に協議・調整を行い、健診の委託先はデータでの納品が可能な機関とすること等の協力を得ることが

ることから、空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合は空腹時血糖の結果を優先する。

^{*1} 可能な限り、個票データファイルと併せて、動機付け支援対象者、積極的支援対象者それぞれのリスト（特定保健指導対象者リスト）のファイルも送付してもらうことが望ましい（階層化は健診業務の一部であり、受託した健診機関で実施するべきものであることから、委託仕様に含める、あるいはリストファイルまで納品して貰える健診機関を優先的に選択して委託することも考えられる）。但し、集合契約Bにおいて代行機関に社会保険診療報酬支払基金を利用する場合は、標準的な仕様に沿った電子データファイル以外は受け付けないことから、別途医療保険者に直送を依頼する必要がある。

^{*2} 健診・保健指導機関等から送付された健診・保健指導の結果データを厳重に管理する他、データを分析したり、国への実績報告ファイルを生成したりするシステム。導入方法としては、医療保険者が持つ既存のシステムに機能を追加・改修するか、医療保険者の共同システムを利用するか、安価な市販のパッケージソフトを導入するか（加入者数が少なくパソコン単体で簡単に管理できる医療保険者の場合）、Excel等OAソフトで管理するか（加入者数が極めて少ないため専用ソフト等が不要な医療保険者の場合）等が考えられる。

重要である。

2-3-2 医療保険者による優先順位付け

①考え方

階層化は前述の通り、基準に従って自動的に決定されるものであるが、必ずしも階層化の結果として特定保健指導の対象者となった者全員に動機付け支援あるいは積極的支援を実施する必要はない。

「標準的な健診・保健指導プログラム」にも記載があるように、生活習慣の改善により予防効果が大きく期待できる者を明確にし、優先順位をつけて保健指導を実施する必要がある。

また、医療保険者は、貴重な保険財源を保健指導に投資することから、限られた資金を効果ある対象者に限定し集中的に投入するという戦略的な判断も重要である。

もちろん、十分な予算を持つ医療保険者や、保健事業を重視し注力している医療保険者等が、階層化の結果対象者全員に保健指導を実施することは望ましいことである。

なお、優先順位付けの結果、対象者全員に実施しない場合でも、後期高齢者支援金の加算・減算の評価時における特定保健指導の実施率の算定においては、分母（対象者）は対象者全員となる（優先順位付けを行い実施対象者から外しても評価上は外されない）。よって、特定保健指導の実施率という目標の達成が厳しいという見通しになる場合は、多少優先度の低い者に対しても実施していくことが必要となるが、このバランスや戦略については各医療保険者の判断となる。

②順位付けの観点

優先順位の考え方の例として「標準的な健診・保健指導プログラム」第3編第2章に次のような記載があるので、参考にされたい（基本的な考え方であるので、これを参考にしつつも、必ずしもこの観点で順位付けしなければならない訳ではない）。

また、このような観点の例の他にも、医療保険者の立場から考えた場合、毎年保健指導を受けるものの改善が見られない者（投下費用に対する効果が極めて低い）や、保健指導を受けたがらない者等は優先度を低くするようなことも考えられる。

＜標準的な健診・保健指導プログラム 第3編第2章＞

2-3

(3) 保健指導の対象者の優先順位にかかる基本的な考え方

糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群を減少させるためには、効果的・効率的な保健指導の実施が必要である。そのため、健診データやレセプトデータ等も参考に保健指導対象者に優先順位をつけて、最も必要な、そして予防効果が大きく期待できる対象を選定して保健指導を行う必要がある。例えば、保健指導の対象者の優先順位のつけ方としては、下記の方法が考えられる。

○年齢が比較的若い対象者

○健診結果の保健指導レベルが情報提供レベルから動機づけ支援レベル、動機づけ支援レベルから積極的支援レベルに移行するなど、健診結果が前年度と比較して悪化し、より緻密な保健指導が必要になった対象者

○第2編第2章別紙3の質問項目（標準的な質問票8～20番）の回答により、生活習慣改善の必要性が高いと認められる対象者

○前年度、積極的支援及び動機づけ支援の対象者であったにもかかわらず保健指導を受けなかった対象者

2-3-3 その他(受診勧奨)

基準に従って階層化は為されるが、基準となる指標の値(判定値)には、保健指導対象者とする値(いわゆる保健指導判定値)と、それよりも高い値で重症化を防止するために医療機関を受診する必要性を検討する値(いわゆる受診勧奨判定値)がある。受診勧奨を行うにあたっては、「標準的な健診・保健指導プログラム 第2編第2章 2-2-(2) ①等を参照とされたい。

保健指導判定値以上であれば保健指導対象者となることから、受診勧奨判定値を超えている者でも質問票の結果において服薬(医療機関での受療)等行っていない場合は特定保健指導の対象者となってしまう。

この時、健診機関の医師は、検査結果の持つ意義、異常値の程度、年齢等を考慮した上で、医療機関を受診する必要性を個別に判断し、受診者に通知することが重要である。

また、被用者保険において産業医が配置されている場合は、産業医の判断に基づき、受診勧奨や必要な就労上の措置を行うことも重要である。

なお、判断の結果、保健指導を行う・行わない(医療機関にかかる)に関わらず、保健指導実施率の算定においては、健診実施時点で対象者となっている以上、分母から除くことはできない。

〈標準的な健診・保健指導プログラム 第2編第2章〉

2-2 健診結果やその他必要な情報の提供(フィードバック)について

(1) 基本的な考え方

- 生活習慣病は自覚症状を伴うことなく進行することが多い。健診における検査データは、対象者が自分自身の健康課題を認識して生活習慣の改善に取り組む貴重な機会である。こうした効果を最大化するためには、選定・階層化に用いられるか否かに関わらず、個々の検査データに関する重症度の評価を含めた健診結果やその他必要な情報について、健診受診後すみやかに全ての対象者に分かりやすく提供する(フィードバックする)ことが重要である。
- こうした情報提供は、生活習慣を改善または維持していくことの利点を感じ、対象者の行動変容を促す動機づけを目的として行うべきである。その上で、医療機関への受診や継続治療が必要な対象者には受診や服薬の重要性を認識させること、健診受診者全員に対し継続的に健診を受診する必要性を認識させることなどの情報が盛り込まれることが望ましい。また、こうしたフィードバックの効果を高めるためには、健診実施から結果通知、及び保健指導までの期間を可能な限り短くすることが望ましい。
- 特に、特定健診の結果、医療機関を受診する必要があると判断された者については、医療機関への受療行動に確実に結びつくようなフィードバックが必要である。具体的には、通知等の送付だけにとどめず、面接等により確実に医療機関を受診するよう促し、確実に医療につないだ上で、実際の受診状況の確認も含めて継続的に支援することが重要である。

(2) 具体的なフィードバックの内容

フィードバックはすべての健診受診者に対して行われるべきであるが、個々の健診結果によって伝える内容はそれぞれ異なる。そこで、検査項目毎に解説をした上で、経年変化も踏まえた総合判断の結果を通知することが望ましい。特に健康上の課題が大きい対象者については、健診受診後すみやかに保健指導実施者が対面で個別に説明することで、より大きな効果が上がることが期待される。

具体的には、別添資料の文例集を参考に、対象者個々人のリスクの程度に応じて、可能な限りきめ細かく対応することが望ましい。

①確実に医療機関受診を要する場合

検査結果に基づき、医療機関においてすみやかに治療を開始すべき段階であると判断された対象者については、確実に医療機関を受診し治療を開始することを支援する。特に、各健診項目において、早急に医療管理下におくことが必要な者は、特定保健指導の対象となる者であっても早急に受診勧奨を行う。服薬中でなければ特定保健指導の対象者にはなり得るが、緊急性を優先して判断する必要がある。

なお、このことはかかりつけ医のいない対象者にとってかかりつけ医を見つける機会にもなる。

治療中断中の場合、または受診に前向きな姿勢でない場合には、必要性の説明に終わるのではなく、本人の考え方、受け止め方を確認、受療に抵抗する要因を考慮したうえで、認知を修正する働きかけが必要になる。また、「いつまでに」受診するかといった約束をすることや、受診した結果を連絡してほしいと伝えることで、対象者の中で受診に対する意識が高まり、受診につながることもある。

②生活習慣の改善を優先する場合

上記①ほど緊急性はないものの、検査データで異常値が認められ、生活習慣を改善する余地のある者には、特定保健指導の対象者・非対象者のいずれもが含まれる。こうした者へのフィードバックでは、どのようなリスクがどの程度高まる状態なのか、また、自らの生活習慣に関して具体的にどの点をどう改善するとよいのかといったポイントを適宜盛り込むことが望ましい。個別の対応としては、健診で認められた危険因子の重複状況や重症度を含めて対象者本人が自らの健康状態を認識できるよう支援し、医師等とも相談した上で、まずは保健指導を行って生活習慣の改善を支援し、十分な改善がみられないようなら医療機関での受療を促すというきめ細やかな方法も考えられる※。

なお、血圧及び喫煙については、虚血性心疾患や脳血管疾患の発症リスクとして重視すべき項目であるため、健診当日を含め、面接でも対応を強化することが求められる。特に喫煙者に対しては、禁煙支援および積極的な禁煙外来の利用を促すことが望ましい。

※受診勧奨判定値を超えた場合でも、1度高血圧（収縮期 140～159 mmHg、拡張期血圧 90～99 mmHg）等であれば、服薬治療よりも、3か月間は生活習慣の改善を優先して行うことが一般的である。このとき、健診結果の通知でフィードバックされた内容を踏まえて生活習慣の改善に自ら取り組むという方法と、生活習慣の改善指導など必要な支援を保健指導として行う方法の2通りが考えられる。また、脂質異常症においても、一次予防（虚血性心疾患未発症者）ではまず3～6か月の生活習慣改善が必要であるとしている。特定保健指導の対象となった者については、各学会のガイドラインを踏まえ、健診機関の医師の判断により、保健指導を優先して行い、効果が認められなかった場合に、必要に応じて受診勧奨を行うことが望ましい。

③健診データ上では明らかな問題がない場合

健診データ上、特段の問題が認められない者に対しては、その旨をフィードバックするとともに、今後起こり得るリスクを説明し、以降も継続して健診を受診することが重要であることを伝えることが望ましい。健診データが改善している場合には、本人の生活改善の努力を評価し、次年度も引き続き健康な状態で健診を受けるよう促すなど、ポジティブな対応が望まれる。

一方、検査データの異常はないが、喫煙者である等、生活習慣の改善の余地がある対象者に対しては、喫煙等による生活習慣病発症リスクの高さ等に言及した上で、生活習慣の改善を促すことが望ましい。

(3) 情報提供の際の留意事項

血圧については、白衣高血圧等の問題があり再測定が重要であること、中性脂肪については直前の食事摂取や前日の飲酒の影響を大きく受けること等を考慮した上でフィードバックを行うことが求められる。

(4) 受診勧奨後のフォローアップ

医療機関を受診し薬物療法が開始された者について、その後も治療中断に至らないよう、フォローアップを行うことが望ましい。

2-4 結果通知

2-4-1 結果説明

① 健診結果の通知内容及びその方法

特定健康診査については、その結果を受診者に知らせ、受診者に自分自身の健康状態を理解してもらう必要がある

「標準的な健診・保健指導プログラム」第2編第2章2-2-(1)の基本的な考え方等を参考とされたい。

通知方法としては、結果通知表（個人票）を受診者本人に直接渡す方法か、あるいは送付する方法が考えられる。

② 対面での説明

結果通知表（個人票）を受診者本人に直接渡すことができる場合は、受診者が自分自身の健康状態を理解する貴重な機会である。結果通知表をただ渡すだけではなく、検査値の解説や対象者個々人のリスクや経年変化等を説明し、継続して健診を受けることの重要性を説明することが望ましい。

③ 送付すべき者

特定健康診査の実施義務を負っているのは医療保険者であることから、結果通知表（個人票）の送付は、医療保険者自身で健診を実施する、しない（委託により実施）に関わらず第一義的には医療保険者の義務である。

〈高齢者の医療の確保に関する法律〉

第二十三条 保険者は、厚生労働省令で定めるところにより、特定健康診査を受けた加入者に対し、当該特定健康診査の結果を通知しなければならない。第二十六条第二項の規定により、特定健康診査に関する記録の送付を受けた場合においても、同様とする。

但し、特定健康診査の実施を健診機関に委託している場合、結果通知を医療保険者が行うためには、健診機関から医療保険者に一括送付後、医療保険者にて改めて各自に送付すると言う手間が生じ、委託のメリットが薄れること、そもそも受診者の住所を把握できておらず^{*1}送付が困難な医療保険者がいること（健診機関は、窓口で受診者に受診券に裏書する形で送付先を提出してもらうことにより送付可能^{*2}）、結果説明や通知は健診の一部であり、受託した健診機関で実施するべきものであることから、健診機関から本人に直送する形が合理的である（なお、必ず健診機関に結果通知を委託しなければならないということではない）。

^{*1} 受診券の配布においても住所が不明のため、事業者から被保険者を通じて被扶養者の手に渡るリレー形式をとる必要がある（詳細は6-4-6参照）。

^{*2} 健診機関にてデータファイルに入力され、送付されてきた住所情報を用いて、医療保険者が送付することも可能

2-4-2 通知様式例

①様式例について

特定健康診査の結果を本人に知らせる様式例として、「特定健康診査受診結果通知表」を次に示す。

あくまで様式例であることから、この例と異なるレイアウトでの発行を認めない訳ではないが、様式例の記載事項については必ず（順序・配置は自由だが）記載すること。なお、例における表示の順序の考え方としては、表面を基本的な健診の項目、裏面を詳細な健診の項目をまとめているものであり、各機関においてはこの考え方を考慮の上、様式を作成願いたい。

また、様式例では、可搬性や保管の容易さ等の利便性を考慮しA4両面を想定しているが、両面プリンタのない機関の場合はA4片面2枚（あるいはA3片面1枚等）でも差し支えない。

図表11: 特定健康診査受診結果通知表*(様式例1)

特定健康診査受診結果通知表					
フリガナ	生年月日	年 月 日	健診年月日	年 月 日	
氏名	性別/年齢	男・女 歳	特定健康診査受診券番号		
既往歴					
職業歴			喫煙歴		
自覚症状					
他覚症状					
項 目	基準値	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
身体計測	身長 (cm)				
	体重 (kg)				
	腹 囲 (cm)				
	B M I				
血 圧	収縮期血圧 (mmHg)				
	拡張期血圧 (mmHg)				
血中脂質検査	中性脂肪 (mg/dl)				
	HDL-コレステロール (mg/dl)				
	LDL-コレステロール (mg/dl)				
肝機能検査	G O T (IU/l)				
	G P T (IU/l)				
	γ-G T P (IU/l)				
血糖検査	空腹時血糖 (mg/dl)				
	ヘモグロビンA1c (%)				
尿 検 査	糖				
	蛋 白				
赤血球数 (万/ml)					
貧血検査	血色素量 (g/dl)				
	ヘマトクリット値 (%)				
	心電図検査	所 見			
眼底検査	所 見				
メタボリックシンドローム判定					
医師の判断					
判断した医師の氏名					

(備考)

- この用紙は、日本工業規格A4版とすること。
- 「性別」の欄は、該当しない文字を抹消すること。
- 基準値を外れている場合には、「*」を測定結果欄に記入すること。
- 「メタボリックシンドローム判定」の欄は、「基準該当/予備群該当/非該当」を記入すること。
- 「医師の判断」の欄は、
 - 特定健康診査の結果を踏まえた医師の所見
 - 貧血検査、心電図検査及び眼底検査を実施した場合の理由を記入すること。

*ヘモグロビンA1c検査の結果値はNGSP法による検査結果値が記載されていますが、それが抹消されているものは、JDS法による検査結果値のため基準値が異なります。(JDS値基準値3.9～5.2)

* 「メタボリックシンドローム判定」欄には、保健指導の種別を記載するのではなく、「基準該当」「予備群該当」等を記載する。「基準該当」「予備群該当」等の定義については、2-3-1③の脚注参照。

図表 12: 特定健康診査受診結果通知表*(様式例2)

(表面) 特定健康診査受診結果通知表					(裏面)				
フリガナ		生年月日	年 月 日	健診年月日	年 月 日				
氏名		性別/年齢	男/女	職	特定健康診査 受診券番号				
既往歴									
現病歴					喫煙歴				
自覚症状									
他覚症状									
検査項目	基準値	今回	前回	前回々々	メタボリックシンドローム判定				
身長計測	身長 (cm)				医師の判断 判断した医師の氏名				
	体重 (kg)								
	BMI								
血圧	収縮期血圧 (mmHg)								
	拡張期血圧 (mmHg)								
中性脂肪	中性脂肪 (mg/dL)								
	HDL-コレステロール (mg/dL)								
	LDL-コレステロール (mg/dL)								
肝機能検査	G O T (U/L)								
	G P T (U/L)								
	γ-G T P (U/L)								
血糖検査	空腹時血糖 (mg/dL)								
	ヘモグロビンA1c(MG2P値) (%)								
尿検査	ヘモグロビンA1c(JDS値) (%)								
	糖								
	蛋白								

(備考)
 1. この用語は、日本工業規格A列4版とすること。
 2. 「性別」の欄は、該当しない文字を抹消すること。
 3. 基準値を外れている場合には、「*」を測定結果欄に記入すること。
 4. 「メタボリックシンドローム判定」の欄は、「基準該当/予備群該当/非該当」を記入すること。
 5. 「医師の判断」の欄は、
 ①特定健康診査の結果を踏まえた医師の所見
 ②貧血検査、心電図検査及び聴診検査を実施した場合の理由
 を記入すること。

②様式と健診データファイル

様式例の記載(印字)項目は、健診データファイルに記録すべき項目と一致しており、作成したデータファイルから必要部分を印字するイメージである。

なお、本人への送付に当たっては、一覧性や可搬性を考慮した場合、ファイル送付という形よりも紙への印刷及び送付という形が望ましい(ただ、長期保管や分析等に限っては本人についてもデータファイルでの受領が効率的とも考えられ、それを希望する場合も有り得る)。

③活用・保管

この通知表は、特定保健指導を実施する場合に、保健指導機関に本人が持参し、保健指導機関はこれを活用して支援計画の作成や指導等を行うこととなる(事前に医療保険者において本人が行こうとする保健指導機関を把握できるならば、医療保険者から健診データファイルを当該機関に直送しておくことが可能であるが、特に集合契約の場合や、個別契約でもある地域内で多数の保健指導機関と契約を締結している場合は、いつ、どこの保健指導機関に対象者本人が行くのかを事前に把握することは困難なため)。

* 「メタボリックシンドローム判定」欄には、保健指導の種別を記載するのではなく、「基準該当」「予備群該当」等を記載する。「基準該当」「予備群該当」等の定義については、2-3-1③の脚注参照。

また、本人の健康情報の管理において、過去の健診結果をファイリングすることになる。この時、通覧性を高めるためには、どの健診機関においても近しい様式で通知されることが望ましい。

3. 特定保健指導

3-1 情報提供

3-1-1 内容等

①定義

「標準的な健診・保健指導プログラム」第3編第3章によると、「情報提供」とは、「対象者が生活習慣病や健診結果から自らの身体状況を認識するとともに、健康な生活習慣の重要性に対する理解と関心を深め、生活習慣を見直すきっかけとなるよう、健診結果の提供にあわせて、個人の生活習慣やその改善に関する基本的な情報を提供することをいう。情報提供には、医療機関への受診や継続治療が必要な対象者に受診や服薬の重要性を認識させること、健診受診者全員に対し継続的に健診を受診する必要性を認識させることなどの情報が盛り込まれることが望ましい。(第3編第3章3-4-(1)参照)。また、対象者の状況に応じて、重症化防止の観点から、後日改めて対面等により直接支援を行うことも考えられる。」とされている。

②対象者・実施時期

特定保健指導の対象者（リスクの比較的高い者）であるか否かに関わらず、特定健康診査を受診した者全員を対象に、年1回（健診結果の通知と同時に実施）、あるいはそれ以上実施する。

③実施者

医療保険者に特定保健指導の実施義務がかかっていることから、第一義的には医療保険者が受診者に対し適切な情報提供を行うこととなる。

但し、実施に当たっては、医療保険者自身で行う方法と、健診・保健指導機関等に実施を委託する方法がある。

④内容

全員に画一的な情報を提供するのではなく、健診結果や健診時の質問票から対象者個人に合わせた情報を提供する必要がある。

対象者に対して、健診結果に基づいた生活習慣の改善について意識づけを行うことが重要である。

また、健診結果や質問票から、特に問題とされることがない者に対しては、健診結果の見方や健康の保持増進に役立つ内容の情報を提供するとともに、毎年継続的な健診受診の重要性について、生活習慣の変化と健診結果の変化の関係を理解してもらい、健診結果を確認して生活習慣改善を行う意義や合理性について納得してもらえるように伝えることや、医療機関への受診や継続治療が必要な対象者については、受診や服薬の重要性を認識してもらえるよう工夫することが必要である。

A 対象者個々人のリスクの程度に応じた対応

検査結果・質問票の結果を踏まえ、対象者のリスクの程度に応じた情報提供が行われることが望ましい。

B 特定保健指導非対象者について

階層化の結果、特定保健指導の対象には該当せず、「情報提供」のみとなった対象者については、この機会が健康に対する動機付けを行う貴重な機会となる。

「標準的な健診・保健指導プログラム」第3編第3章3-4-(1)によると、「情報提供のみ」の対象者は、以下のア～エに分類することができる。

ア 検査データの異常がほとんどなく、生活習慣も問題がない者

イ 検査データの異常はほとんどないが、喫煙習慣、食事習慣・運動習慣などの生活習慣の問題がある者

ウ 検査データでは保健指導判定値以上であるが、肥満がないため特定保健指導の対象とはならない者

エ 服薬中であるために、特定保健指導の対象とはならない者

ウの者であっても、危険因子が重複すると肥満者と同様にリスクが高まること等に留意した情報提供を行うことが望ましい。

⑤支援形態

対象者や医療保険者の特性に合わせ、支援形態・手段を選択する。

主な実施形態・手段としては、以下のようなものが考えられる。

- ・ 情報提供用の資料を用いて個別に説明する。
- ・ 健診結果を通知する際に情報提供用の資料を合わせて提供する。
- ・ 職域等で日常的に情報通信技術（ICT）が活用されていれば、個人用情報提供画面を利用する。
- ・ 結果説明会で情報提供用の資料を配布する。

3-1-2 制度上の位置づけ

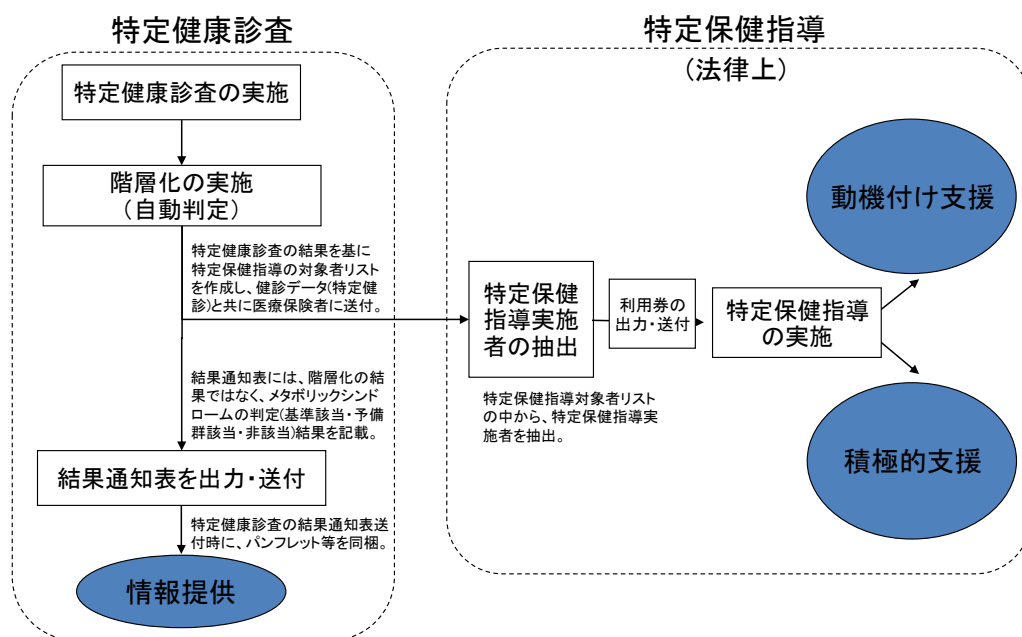
①位置づけ

「標準的な健診・保健指導プログラム」における保健指導は、情報提供から積極的支援までの3種類と定義されているが、以下の理由から、高齢者の医療の確保に関する法律でいう「特定健康診査」は、特定健康診査の実施から結果説明、階層化、情報提供（保健指導における）までの範囲を表す用語とし、「特定保健指導」は、動機付け支援及び積極的支援を表す用語と整理する。

- 加入者に行動変容を促す特定保健指導として医療保険者に義務づけようとしているのは「動機付け支援」及び「積極的支援」であり、仮に「情報提供」（全員を対象）も特定保健指導の対象とした場合、パンフレット等を加入者全員に送れば特定保健指導の実施率が100%となってしまう問題もあること
- 特定健康診査の結果を基にどの区分に該当するか自体は自動的に判定され、健診機関における健診結果の説明の際には、その情報も受診者に伝えられることが一般的であるとともに、その際に受診者にパンフレットを渡す「情報提供」まで行うことも自然であること
- 3-1-1②に示したように、「標準的な健診・保健指導プログラム」第3編において、健診結果と同時に実施するものと要件定義されていること

この整理に基づき、医療保険者が達成を目指す目標の一つである、特定保健指導の実施率とは、動機付け支援及び積極的支援の対象者のうち、これらを受けた者、と定義される。

図表 13: 特定健康診査から特定保健指導への流れ



②実施者

①の整理に基づく、医療保険者自身で実施しない場合は、特定健康診査の委託先機関が結果通知と併せて実施することが適当となり、委託契約の業務範囲に含めておくことが必要である。

なお、健診機関が健診結果に合わせた情報を提供するに当たり、医療保険者としても特段の情報提供を行いたい場合は、結果通知に同梱するリーフレット等を健診機関に事前に送付しておくか、被扶養者の健診ということで送付先となる機関がわからない場合は、医療保険者に結果等を送付頂き、医療保険者から受診者に送付するか（この場合は、受診券に医療保険者への送付を明記する。送付先情報は健診機関にて受診券の裏書によって把握し健診データファイルに記録されているため問題ない）、健診機関からの通知とは全く別に医療保険者として配布する（この場合、被扶養者の住所等送付先がわからない場合は被保険者を經由して手渡しをお願いするため、事業者に送付）こととなる。

3-2 動機付け支援

3-2-1 定義

実施基準の第7条において、動機付け支援の定義が、次のように整理されている。

〈特定健康診査・特定保健指導の実施に関する基準〉

(動機付け支援)

第七条 動機付け支援とは、動機付け支援対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善に係る自主的な取組の実施に資することを目的として、次に掲げる要件のいずれも満たすものであって、厚生労働大臣が定める方法により行う保健指導をいう。

一 動機付け支援対象者が、医師、保健師又は管理栄養士の面接による指導の下に行動計画を策定すること。

二 医師、保健師、管理栄養士又は食生活の改善指導若しくは運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者として厚生労働大臣が定めるものが、動機付け支援対象者に対し、生活習慣の改善のための取組に係る動機付けに関する支援を行うこと。

三 動機付け支援対象者及び次のいずれかに掲げる者が、行動計画の策定の日から六月以上経過した日において、当該行動計画の実績に関する評価を行うこと。

イ 第1号の規定により面接による指導を行った者

ロ 動機付け支援対象者の健康状態等に関する情報をイに掲げる者と共有する医師、保健師又は管理栄養士（イに掲げる者が当該動機付け支援対象者に対する面接の際に勤務していた機関に勤務する者に限る。）

3-2-2 内容

①支援期間・頻度

支援としては、面接による支援のみの原則1回とする。

支援は初めの1回のみであるが、完了までの期間としては、面接時（行動計画作成の日）から6ヶ月経過後に実績評価を行うことから、約6ヶ月となる。

②支援内容及び支援形態

対象者本人が、自分の生活習慣の改善点・伸ばすべき行動等に基づき、自ら目標を設定し行動に移すことができる内容とする。

特定健康診査の結果並びに喫煙習慣、運動習慣、食事習慣、休養習慣その他の生活習慣の状況に関する調査の結果を踏まえ、面接による支援及び実績評価（行動計画作成の日から6ヶ月経過後に行う評価）を行う。

③面接による支援の具体的内容

1人当たり20分以上の個別支援、または1グループ（1グループは8名以下）当たり80分以上のグループ支援とする。具体的に実施すべき内容（告示で規定）は以下の通り。

- ＜特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第7条第1項及び第8条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める特定保健指導の実施方法＞（厚生労働省告示第91号）
- 生活習慣と特定健康診査の結果との関係の理解すること、生活習慣を振り返ること、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識の習得すること及びそれらが動機付け支援対象者本人の生活に及ぼす影響の認識等から、生活習慣の改善の必要性について説明すること。
 - 生活習慣を改善する場合の利点及び改善しない場合の不利益について説明すること。
 - 食事、運動等、生活習慣の改善に必要な事項について実践的な指導をすること。
 - 動機付け支援対象者の行動目標や実績評価の時期の設定について支援するとともに、生活習慣を改善するために必要な社会資源を紹介し、有効に活用できるように支援すること。
 - 体重及び腹囲の計測方法について説明すること。
 - 動機付け支援対象者に対する面接による指導の下に、行動目標及び行動計画を作成すること。

④実績評価

面接又は通信（電話又は電子メール、FAX、手紙等）を利用して実施する。通信等を利用する場合は、保健指導機関から指導対象者への一方向ではなく、双方向のやりとりを行い、評価に必要な情報を得るものとする。具体的に実施すべき内容（告示で規定）は以下の通り。

- ＜特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第7条第1項及び第8条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める特定保健指導の実施方法＞（厚生労働省告示第91号）
- 実績評価は、個々の動機付け支援対象者に対する特定保健指導の効果について評価するものであること。
 - 設定した行動目標が達成されているかどうか並びに身体状況及び生活習慣に変化が見られたかどうかについての評価を行うこと。
 - 必要に応じて行動計画の策定の日から6月経過する前に評価時期を設定して動機付け支援対象者が自ら評価するとともに、行動計画の策定の日から6月以上経過後に医師、保健師又は管理栄養士による評価を行い、評価結果について動機付け支援対象者に提供すること。
 - 実績評価は、面接又は通信（電話又は電子メール、FAX、手紙等）により行い、評価結果について動機付け支援対象者に提供すること。

3-3 積極的支援

3-3-1 定義

実施基準の第8条において、積極的支援の定義が、次のように整理されている。

〈特定健康診査・特定保健指導の実施に関する基準〉

(積極的支援)

第八条 積極的支援とは、積極的支援対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善に係る自主的な取組の継続的な実施に資することを目的として、次に掲げる要件のいずれも満たすものであって、厚生労働大臣が定める方法により行う保健指導をいう。

一 積極的支援対象者が、医師、保健師又は管理栄養士の面接による指導の下に行動計画を策定すること。

二 医師、保健師、管理栄養士又は食生活の改善指導若しくは運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者として厚生労働大臣が定めるものが、積極的支援対象者に対し、生活習慣の改善のための取組に資する働きかけに関する支援を相当な期間継続して行うこと。

三 積極的支援対象者及び次のいずれかに掲げる者が、行動計画の進捗状況に関する評価を行うこと。

イ 第一号の規定により面接による指導を行った者

ロ 積極的支援対象者の健康状態等に関する情報をイに掲げる者と共有する医師、保健師又は管理栄養士（イに掲げる者が当該積極的支援対象者に対する面接の際に勤務していた機関に勤務する者に限る。）

四 積極的支援対象者及び次のいずれかに掲げる者が、行動計画の策定の日から六月以上経過した日において、当該行動計画の実績に関する評価を行うこと。

イ 第一号の規定により面接による指導を行った者

ロ 積極的支援対象者の健康状態等に関する情報をイに掲げる者と共有する医師、保健師又は管理栄養士（イに掲げる者が当該積極的支援対象者に対する面接の際に勤務していた機関に勤務する者に限る。）

3-3-2 内容

①支援期間・頻度

初回時に面接による支援を行い、その後、3ヶ月以上の継続的な支援を行う。

完了までの期間としては、初回時面接（行動計画作成の日）から6ヶ月以上経過後に実績評価を行うことから、約6ヶ月*となる。

②支援内容及び支援形態

特定健康診査の結果並びに喫煙習慣、運動習慣、食習慣、休養習慣その他の生活習慣の状況に関する問診の結果を踏まえ、面接による支援及び行動計画の進捗状況に関する評価（中間評価）及び実績評価（行動計画作成の日から6ヶ月経過後に行う評価）を行う。

* 3ヶ月以上の継続的な支援の途中に、脱落の危機があった等により中断の後、再開の督促等により継続・再開したために6ヶ月経過後もまだ支援中である場合は、その支援が終了する時に実績評価を行うこととなる。この時、国(支払基金)への報告に間に合わない場合は、次年度実績として申請、カウントする。

具体的に実施すべき内容（告示で規定）は以下の通り。

- ＜特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第7条第1項及び第8条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める特定保健指導の実施方法＞（厚生労働省告示第91号）
- 積極的支援対象者が、自らの健康状態、生活習慣の改善すべき点等を自覚し、生活習慣の改善に向けた自主的な取組を継続して行うことができる内容とすること。
 - 特定健康診査の結果及び食習慣、運動習慣、喫煙習慣、休養習慣その他の生活習慣の状況に関する調査の結果を踏まえ、積極的支援対象者の生活習慣や行動の変化（以下「行動変容」という。）の状況を把握し、当該年度及び過去の特定健康診査の結果等を踏まえ、積極的支援対象者が自らの身体状況の変化を理解できるよう促すこと。
 - 積極的支援対象者の健康に関する考え方を受け止め、積極的支援対象者が考える将来の生活像を明確にした上で、行動変容の必要性を実感できるような働きかけを行い、具体的に実践可能な行動目標を積極的支援対象者が選択できるよう支援すること。
 - 積極的支援対象者が具体的に実践可能な行動目標について、優先順位を付けながら、積極的支援対象者と一緒に考え、積極的支援対象者自身が選択できるよう支援すること。
 - 医師、保健師又は管理栄養士は、積極的支援対象者が行動目標を達成するために必要な特定保健指導支援計画を作成し、積極的支援対象者の生活習慣や行動の変化の状況の把握及びその評価、当該評価に基づいた特定保健指導支援計画の変更等を行うこと。
 - 特定保健指導実施者は、積極的支援対象者が行動を継続できるように定期的に支援すること。
 - 積極的支援を終了する時には、積極的支援対象者が生活習慣の改善が図られた後の行動を継続するよう意識付けを行う必要があること。

③初回面接による支援

1人当たり20分以上の個別支援、または1グループ（1グループは8名以下）当たり80分以上のグループ支援とする。

④3ヶ月以上の継続的な支援の具体的内容

ポイント制に基づき、支援Aのみの方法で180ポイント以上又は支援A（最低160ポイント以上）と支援Bの方法によるポイントの合計が、180ポイント以上の支援を実施することを最低条件とする。*

* 平成25年4月1日以降に実施された特定健康診査を基に行われた特定保健指導から適用される。（平成25年3月31日以前に実施された特定健康診査を基に行われた特定保健指導においては、支援Aの方法で160ポイント以上であること及び支援Bで20ポイント以上、合計で180ポイント以上の支援を実施することが最低条件となる。）

図表 14:3 ヶ月以上の継続的な支援のポイント構成

支援 A	内容	<ul style="list-style-type: none"> ○積極的支援対象者の過去の生活習慣及び行動計画の実施状況を踏まえ、積極的支援対象者の必要性に応じた支援をすること。 ○食事、運動等の生活習慣の改善に必要な事項について実践的な指導をすること。 ○進捗状況に関する評価として、積極的支援対象者が実践している取組内容及びその結果についての評価を行い、必要があると認めるときは、行動目標及び行動計画の再設定を行うこと。 ○行動計画の実施状況について記載したものの提出を受け、それらの記載に基づいて支援を行うこと。 		
	支援形態	○個別、グループ、電話、電子メール(電子メール・FAX・手紙等)のいずれか、もしくは組み合わせで行う		
	ポイント算定要件	個別支援	<ul style="list-style-type: none"> ○5分間を1単位(1単位=20ポイント) ○支援1回当たり最低10分以上 ○支援1回当たりの算定上限=120ポイント(30分以上実施しても120ポイント) 	
		グループ支援	<ul style="list-style-type: none"> ○10分間を1単位(1単位=10ポイント) ○支援1回当たり最低40分以上 ○支援1回当たりの算定上限=120ポイント(120分以上実施しても120ポイント) 	
電話支援		<ul style="list-style-type: none"> ○5分間の会話を1単位(1単位=15ポイント) ○支援1回当たり最低5分以上会話 ○支援1回当たりの算定上限=60ポイント(20分以上会話しても60ポイント) 		
電子メール支援		<ul style="list-style-type: none"> ○1往復を1単位(1単位=40ポイント) ○1往復=特定保健指導実施者と積極的支援対象者の間で支援に必要な情報の共有を図ることにより支援を完了したと当該特定保健指導実施者が判断するまで、電子メール・FAX・手紙等を通じて支援に必要な情報のやりとりを行うことをいう。 		
支援 B	内容	○初回の面接の際に作成した行動計画の実施状況を確認し、行動計画に掲げた取組を維持するために励ましや賞賛を行うものとする。		
	支援形態	○個別、電話、電子メール(電子メール・FAX・手紙等)のいずれか、もしくは組み合わせで行う		
	ポイント算定要件	個別支援	<ul style="list-style-type: none"> ○5分間を1単位(1単位=10ポイント) ○支援1回当たり最低5分以上 ○支援1回当たりの算定上限=20ポイント(10分以上実施しても20ポイント) 	
		電話支援	<ul style="list-style-type: none"> ○5分間の会話を1単位(1単位=10ポイント) ○支援1回当たり最低5分以上会話 ○支援1回当たりの算定上限=20ポイント(10分以上会話しても20ポイント) 	
電子メール支援		<ul style="list-style-type: none"> ○1往復を1単位(1単位=5ポイント) ○1往復=特定保健指導実施者と積極的支援対象者の間で支援に必要な情報の共有を図ることにより支援を完了したと当該特定保健指導実施者が判断するまで、電子メール・FAX・手紙等を通じて支援に必要な情報のやりとりを行うことをいう。 		

⑤ポイントの算定に係る留意事項

同日に複数の支援を行った場合は、いずれか1つの支援のみをポイントの算定対象とする。また、同日に同一の支援を複数回行った場合であっても、ポイントの算定対象となるのは1回の支援のみとする。

特定保健指導と直接関係のない情報(次回の支援の約束や雑談等、特定保健指導の実施と直接かわりがない情報をいう。)のやり取りはポイントの算定対象としない。

電話支援又は電子メール支援を行うに当たり、行動計画の作成及び提出を依頼するための電話又は電子メール等によるやり取りは、ポイントの算定対象としない。

⑥実績評価

面接又は通信（電話又は電子メール、FAX、手紙等）を利用して実施する。通信等を利用する場合は、保健指導機関から指導対象者への一方向ではなく、双方向のやりとりを行い、評価に必要な情報を得るものとする。また、継続的な支援の最終回と一体のものとして実施しても構わない。

具体的に実施すべき内容は、動機付け支援と同様（3-2-2④参照）。

3-4 支援計画

3-4-1 支援計画

①特定保健指導支援計画とは

特定保健指導（積極的支援）の初回時面接において、特定健康診査の結果や、対象者の生活習慣・行動変容の状況等を踏まえて、対象者が選択した具体的に実践可能な行動目標・行動計画を、対象者が継続できるよう、必要な介入・支援等の内容をとりまとめた計画書を支援計画と言う。

保健指導の実施者は、作成した支援計画に基づき、行動を継続できるように定期的かつ継続的に介入する（3ヶ月以上の継続的な支援）。

②特定保健指導支援計画及び実施報告書

「特定保健指導支援計画及び実施報告書」は、指導期間中の対象者個人の記録（対象者ごとに保健指導の実施状況や結果等をまとめたもの）として、「標準的な健診・保健指導プログラム」にて様式例が示されている。

記載すべき内容としては、医療保険者への実施報告（委託する場合）や、保健指導機関における（医療保険者自身で保健指導を実施する場合は医療保険者において）保管・記録用として、実施した指導の内容や結果等の他、対象者の設定した行動目標や行動計画、それらを支援するための支援内容（支援計画）や、終了時の評価結果等を簡潔に整理したものであることが重要である。

この記録（様式）は、保健指導の終了時に医療保険者へ実施報告を行う場合や、終了時以外においても、医療保険者や対象者の求めに応じ適宜報告する場合に用いられるものとなる。

このような個人記録は、通常、各保健指導機関が長年蓄積したノウハウに基づき、見やすく、管理しやすいレイアウトあるいは記載方法で作成されていることが多いことから、国において統一的な様式を定めることは予定していない。但し、様式例に示した記載項目は報告あるいは記録として最低限記載しておくべき内容である。（以下③で示すとおり、決済に必要な最低限の項目及び国への実績報告に必要な項目についてはデータファイル化を行う必要があるが、その他の項目については、紙での記録・保管でも差し支えない。）

なお、初回面接実施者・中間評価者・6ヶ月後評価者は、同一機関内において、保健指導実施者間で適切に情報共有がされている場合については、必ずしも同一の者が行う必要はない。適切な情報共有としては、組織として統一的な実施計画及び報告書を用いることが必要である。なお、その際に用いられる実施計画及び報告書においても、様式例に示した最低限記載しておくべき事項は、記載することが必要である。

③保健指導の記録の電子データ化と個人記録との関係

様式例「特定保健指導支援計画及び実施報告書」に示した記載項目のうち、決済に必要な実施状況を確認するに際し最低限必要な項目や、国への実績報告に必要な項目のみデータファイルに記録し、保健指導機関から代行機関・医療保険者へと送付、さらにその一部が医療保険者から国へ実績報告として送付されることとなる（データファイ

ルに記録する項目と用途の分類等については7-1-3を参照のこと)。

様式例の記載項目も含め各保健指導機関独自の個人記録の項目の全てをシステム化しても差し支えないが、面接時に保健指導実施者が対象者と会話をしながら紙で記録を作成していくことが一般的であると考えられる。

よって、保健指導の個人記録のようなものは紙での記録・保管でも差し支えないこととし、医療保険者から確認のための閲覧・提供を求められた場合は、原紙もしくはその写しを送付することとなる。

図表 15: 様式例「特定保健指導支援計画及び実施報告書」*

1 ページ目

特定保健指導支援計画及び実施報告書(例)

1 保健指導対象者名 利用券番号 2 保険者名 保険者番号

3 保健指導機関名(番号)・保健指導責任者名
 総務保健指導機関名 保健指導機関番号 保健指導責任者名(職種)

4 支援レベル
 動機づけ支援
 積極的支援

5 保健指導コース名

6 継続的支援期間
 支援予定期間 週
 開始(初回面接実施)年月日
 終了年月日 週

7 初回面接による支援の実施形態・実施する者の職種
 実績
 支援形態
 実施する者の職種
 実施する者の氏名

8 継続的な支援の支援形態・ポイント

計画	支援形態	回数	実施時間	ポイント	
	個別A	(回)	(分)	(P)	
個別B	(回)	(分)	(P)		
グループ	(回)	(分)	(P)		
電話A	(回)	(分)	(P)		
電話B	(回)	(分)	(P)		
e-mailA	(回)		(P)		
e-mailB	(回)		(P)		
合計	(回)	(分)	(P)		
		ポイント内訳	(A)	(B)	

8 実施体別表(委託事業者)

	個別A	個別B	グループ	電話A	電話B	e-mailA	e-mailB
A (機関番号)							
B (機関番号)							
C (機関番号)							
D (機関番号)							

9 保健指導の評価

1) 中間評価

	実施年月日	支援形態	実施する者の職種	実施する者の氏名
計画		個別支援		
実施		個別支援		

2) 6か月後の評価

	実施年月日	支援形態	実施する者の職種	実施する者の氏名
計画		個別支援		
実施		個別支援		

10 行動目標・行動計画

行動目標・計画の設定及び変更	設定日時	平成18年7月9日	平成18年9月10日(中間評価)	○年○月○日
	目標値口 腹囲 体重 収縮期血圧 拡張期血圧 一日の削減目標エネルギー量 一日の運動による目標エネルギー量 一日の食事による目標エネルギー量		cm kg mmHg mmHg kcal kcal	
行動目標				
行動計画				
変更理由				

○ 初回面接時に記入し、電子データ化
 ■ 6ヶ月後の実績評価終了時までに順次記入し、電子データ化

* 本様式例(各機関独自様式においても同様)は、保健指導の記録であることから、積極的支援の時のみ使用するのではなく、動機付け支援の時も記録を要する欄に限り使用することに注意されたい。

2 ページ目

11 保健指導の実施状況

1) 初回面接による支援

	(保健指導者名・番号)	実施年月日	実施時間	腹囲	体重	収縮期血圧	拡張期血圧	行動変容ステージ	保健指導実施内容	保健指導支援形態 1. 個別 2. グループ (実施時間)
初回	△△△ ○○○ (保健師)		20分	cm ()	kg ()	mmHg ()	mmHg ()	(1) 無関心期 (2) 関心期 (3) 準備期 (4) 実行期 (5) 維持期	・生活習慣と健診結果の関係について ・標準的な食事量、運動量の目安の提示 ・生活習慣の振り返り ・行動目標および計画の策定	1. 個別 (分) 2. グループ (分)

2) 継続的な支援(血圧、生活習慣の改善状況(喫煙)については情報を入手した場合に記載。)

(1) 個別・グループ・電話A・e-mailによる支援 (支援A)

	(保健指導者名・番号)	実施年月日	実施時間	腹囲	体重	収縮期血圧	拡張期血圧	生活習慣の改善状況	指導の種類	留意事項・備考等	保健指導支援形態 1. 個別 2. グループ 3. 電話A 4. E-mailA (実施時間)	支援実施ポイント	合計ポイント
2回目	<input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 6ヶ月評価 ()		分	cm ()	kg ()	mmHg ()	mmHg ()	{ 栄養・食生活 } { 身体活動 } { 喫煙 } 1. 禁煙継続 2. 非継続	食事 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/>		1. 個別 (20分) 2. グループ (分) 3. 電話A (分) 4. E-mailA (分)		
3回目	<input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 6ヶ月評価 ()		分	cm ()	kg ()	mmHg ()	mmHg ()	{ 栄養・食生活 } { 身体活動 } { 喫煙 } 1. 禁煙継続 2. 非継続	食事 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/>		1. 個別 (分) 2. グループ (分) 3. 電話A (分) 4. E-mailA (分)		
4回目	<input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 6ヶ月評価			cm ()	kg ()	mmHg ()	mmHg ()	{ 栄養・食生活 } { 身体活動 } { 喫煙 } 1. 禁煙継続 2. 非継続	食事 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/>		1. 個別 (分) 2. グループ (分) 3. 電話A (分) 4. E-mailA (分)		
5回目	<input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 6ヶ月評価			cm ()	kg ()	mmHg ()	mmHg ()	{ 栄養・食生活 } { 身体活動 } { 喫煙 } 1. 禁煙継続 2. 非継続	食事 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/>		1. 個別 (分) 2. グループ (分) 3. 電話A (分) 4. E-mailA (分)		

3 ページ目

(2) 個別Bによる支援（支援B）

	保健指導機関名	番号	保健指導者名	職種	実施年月日	実施時間	支援ポイント	合計ポイント
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

(3) 電話Bによる支援（支援B）

	保健指導機関名	番号	保健指導者名	職種	実施年月日	実施時間	支援ポイント	合計ポイント
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

(4) e-mailBによる支援（支援B）

	保健指導機関名	番号	保健指導者名	職種	実施年月日	実施回数	支援ポイント	合計ポイント
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

12 ヶ月後の評価(血圧、生活習慣の改善状況(喫煙)については情報を入力した場合に記載。)

	保健指導機関種指名・者番号	実施年月日	腹囲	体重	収縮期血圧	拡張期血圧	生活習慣改善の状況	保健指導支援形態 1. 個別 2. グループ 3. 電話A 4. E-mailA	評価ができない場合の確認
6 ヶ月後の評価	()	()	cm ()	kg ()	mmHg ()	mmHg ()	{ 栄養・食生活 } { 身体活動 } { 喫煙 } 1. 禁煙継続 2. 非継続	1. 個別 2. グループ 3. 電話A 4. E-mailA	1. 電話 () 回 2. E-mail () 回 3. その他 () 回

3-4-2 その他、支援において使用する資料類

支援計画以外にも、保健指導においては、各保健指導機関独自のノウハウ等により、さまざまなワークシート・教材等の類が用意されており、それらを用いた支援が行われる。

この他に、保健指導機関内での指導者の業務・労務の管理として報告・記録等の類を作成している場合が一般的である。

これらの多くは、保健指導機関から医療保険者に必ず提出されるものではないが（両者間の契約により納品物件として定めている場合を除き）、必要に応じ、委託元である医療保険者が、委託先保健指導機関の実施状況を確認するために照会した場合に、提示する資料類となる。

3-5 終了

3-5-1 終了時評価

特定保健指導は、動機付け支援・積極的支援のいずれの場合でも、初めの面接から 6 ヶ月経過後に、行動変容の状況等の終了時評価を実施し、完了となる。

終了時評価が為されない場合は完了したと見做されないことから、医療保険者は保健指導機関から終了時評価の結果の入ったデータを確実に入手することが重要である。

なお、保健指導機関が、利用者（対象者）から評価結果データが得られないために終了時評価が完了できない場合は、利用者への度重なる督促・評価等の実施記録^{*1}を以って代えられることとする。

3-5-2 途中終了(脱落・資格喪失等)の取扱

保健指導は、約 6 ヶ月間の継続的な取組となることから、その途中で脱落や異動が生じうる可能性は少なくない。このような時の取扱は次のとおり。

なお、以下のやりとりは、迅速・確実に行われることが重要であることから、代行機関を通じた集合契約により実施している場合においても、保健指導機関と医療保険者との間で直接行う^{*2}ものとする（但し、途中終了分の請求・データ送付については代行機関を利用している場合は代行機関経由とする）。

①途中で脱落した場合

実施予定日に利用がなく、代替日の設定が無い、あるいは代替日も欠席する等の状態で、最終利用日から未利用のまま 2 ヶ月を経過した時点で、保健指導機関から医療保険者及び利用者（対象者）に脱落者として認定する旨（脱落認定）を通知。

通知を受け取った医療保険者は、必要に応じ、利用者（対象者）に再開・継続を電話等により勧奨する等、脱落の防止に向けた一定の努力を行うことが望ましい。

脱落認定の通知後 2 週間以内に利用者（対象者）から再開依頼がない限り、自動的に脱落・終了と確定し、保健指導機関から医療保険者に（必要な場合は利用者へも）確定した旨を通知すると同時に、医療保険者に終了時請求を行う。

なお、その脱落確定日以降に誤って指導が為され、保健指導機関から医療保険者へ利用分への請求があっても、医療保険者は支払う義務はない。

^{*1} 標準的な健診データファイル仕様(付属資料 7)の保健指導情報(個票)に「6 ヶ月後の評価ができない場合の確認回数」欄を設けており、この欄の回数(いわゆる督促の回数)を医療保険者に報告。詳細な要件は、「保険者が社会保険診療報酬支払基金に提出する特定健康診査等の実施状況に関する結果について(平成 20 年 7 月 10 日保発第 0710003 号、平成 25 年 3 月 29 日 保発 0329 第 17 号) (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshho/iryouseido01/info03j.html>)」を参照のこと。医療保険者は、保健指導実施機関との委託契約時に終了時評価が完了できない場合の対応方法等についてあらかじめ取り決めることも考えられる。

^{*2} 認定や通知については日付が重要になると共に、連絡の迅速性(郵送の場合タイムラグが生じ、その間に保健指導を利用することも考えられる)が重要になることから、FAX でのやりとりが望ましい(電話の場合即時性はあるが記録が残らないため、記録を残す必要はないが急ぎであるものは電話、記録を要するものは FAX と使い分けが適当)。

②退職等により医療保険者が替わる（資格喪失する）場合

資格喪失となることが明らかとなった時点で、医療保険者は、保健指導実施中の委託先保健指導機関および利用者（対象者）に資格喪失による利用停止（及びその日付）を通知する。

通知を受け取った保健指導機関は、保健指導の途中終了の処理を行う（通信による支援を行っている場合はIDを削除する等）。また、通知時点までの利用分のうち、未請求分について（集合契約の場合は初回時面接以降の3ヶ月以上の継続的支援のうち、実施した分が主に想定される）、精算処理を行い、医療保険者に請求すると同時に、それまでの実施結果について医療保険者に送付する。

なお、その通知日以降に誤って指導が為され、保健指導機関から利用分への請求があっても、医療保険者は支払う義務はない。

③自主継続の場合

利用者が、資格喪失後も残額を負担してでも保健指導を継続したいという意向がある場合、利用者は保健指導機関及び医療保険者にその意向を伝え、保健指導機関は、医療保険者との途中終了処理の完了後、本人の自己負担による継続処理を行うことが基本*となる。

* 医療保険者が資格喪失後も継続実施を認め、保険者負担分を負担する意向がある場合は、必ずしも以上に示したような終了の取扱とする必要はない。なお、この場合であっても資格を喪失していることから、実績報告における実施率の分母・分子に含めることはできない。

3-6 保健指導の実施者

3-6-1 実施者

高齢者の医療の確保に関する法律第 18 条第 1 項において、特定保健指導は「保健指導に関する専門的知識及び技術を有する者」が実施しなければならないと規定している。

図表 16: 特定保健指導を実施できる者とその範囲

		保健指導事業 の統括者	動機付け支援	積極的支援
			初回面接、計画作成、評価	3ヶ月以上の継続的な支援
専門的 知識及 び技術 を有す る者	医師	◎常勤	◎	◎
	保健師	◎常勤	◎	◎
	管理栄養士	◎常勤	◎	◎
	看護師(一定の保健指導 の実務経験のある者) ※平成29年度まで		◎	◎
専門的知識及び技術を有すると認められる者 ※告示・通知で規定				◎

①保健指導事業の統括者

常勤^{*1}の医師・保健師・管理栄養士とする。

②動機付け支援

初回の面接時に行う対象者の行動計画の策定（行動目標の設定）指導や支援計画等の作成、及び6ヶ月後の実績評価の支援については、医師・保健師・管理栄養士が行わなければならない。

なお、平成29年度末までの経過措置として、上記の3職種に加え、「保健指導に関する一定の実務の経験^{*2}を有する看護師」も可とする（実施基準附則第2条）。これは既に産業保健の現場において、事業者が雇用する看護師が従業員の健康管理・指導等を行っている実績を考慮するものである。

また、面接による指導のうち、行動計画の策定以外の動機付けに関する指導については、医師・保健師・管理栄養士及び保健指導に関する一定の実務の経験を有する看護師（平成29年度末まで）に加え、食生活の改善指導や運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者も支援を行うことができる。

なお、初回面接実施者・中間評価者・6ヶ月後評価者は、同一機関内において、保健指導実施者間で適切に情報共有がされている場合については、必ずしも同一の者が行う必要はない。適切な情報共有としては、組織として統一的な実施計画及び報告書を用いることが必要である。なお、その際に用いられる実施計画及び報告書においても、図表

^{*1} 雇用形態(正社員・派遣社員・アルバイト等)に関わらずフルタイムで働くことを意味する。

^{*2} 「一定」の要件、「実務経験」の要件については、通知「特定健康診査及び特定保健指導の実施について(平成20年3月10日 健発第0310007号、保発第0310001号)」にて示している。平成20年4月現在において1年以上(必ずしも継続した1年間である必要はない)、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者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(反復継続して当該業務に専ら携わっていること)した経験を有することとし、特定保健指導を受託する機関が当該「保健指導に関する一定の実務経験を有すると認められる看護師」を受託業務に従事させる予定がある場合には、委託元の保険者に対し、保険者や事業者等が作成した1年以上実務を経験したことを証明する文書(「実務経験証明書」という。)を提出することとなっている。

15の様式例において示した最低限記載しておくべき事項は、記載することが必要である。

(決済に必要となる最低限の項目及び国への実績報告に必要な項目はデータファイル化を行う必要があるが、その他の項目については、紙での記録・保管でも差し支えない。)

③積極的支援

初回の面接時に行う対象者の行動計画の策定（行動目標の設定）指導や支援計画等の作成、及び6ヶ月後の実績評価の支援については、動機付け支援と同様、医師・保健師・管理栄養士、及び保健指導に関する一定の実務の経験を有する看護師（平成29年度末まで）が行わなければならない。

なお、初回面接実施者・中間評価者・6ヶ月後評価者は、同一機関内において、保健指導実施者間で適切に情報共有がされている場合については、必ずしも同一の者が行う必要はない。適切な情報共有としては、組織として統一的な実施計画及び報告書を用いることが必要である。なお、その際に用いられる実施計画及び報告書においても、図表15の様式例において示した最低限記載しておくべき事項は、記載することが必要である。（決済に必要となる最低限の項目及び国への実績報告に必要な項目はデータファイル化を行う必要があるが、その他の項目については、紙での記録・保管でも差し支えない。）

また、3ヶ月以上の継続的な支援については、医師・保健師・管理栄養士及び保健指導に関する一定の実務の経験を有する看護師（平成29年度末まで）に加え、食生活の改善指導や運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者（いわゆる「実践的指導者」）も支援を行うことができる。

④専門的知識及び技術を有すると認められる者（実践的指導者）とは

食生活に関する実践的指導における「食生活の改善指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者」や、運動に関する実践的指導における「運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者」は告示にて定められている。

看護師、栄養士の他に告示の別表に定める研修*を受講できる者として、食生活の改善指導に関しては歯科医師、薬剤師、助産師、准看護師、歯科衛生士が、運動指導に関しては歯科医師、薬剤師、助産師、准看護師、理学療法士が通知「特定健康診査及び特定保健指導の実施について(平成20年3月10日 健発第0310007号、保発第0310001号)」にて示されている。

また、「同等以上の能力を有すると認められる者」の要件についても、同通知に示されており、食生活の改善指導に関しては事業場における労働者の健康保持増進のための指針（昭和63年9月1日健康保持増進のための指針公示第1号。以下「THP指針」と表記）に基づく産業栄養指導担当者や産業保健指導担当者であって所定の追加研修を受講した者、運動指導に関しては財団法人健康・体力づくり事業財団が認定する健康運動指導士のほか、THP指針に基づく運動指導担当者であって所定の追加研修を受講した者となっ

* 研修を実施できる機関の条件(以下4点)も通知で示されている。なお、①のデータベースは研修実施機関による登録のみならず受講希望者による検索も可能となっている(<http://www.niph.go.jp/wadai/kenshin/index.html>)。

① 国立保健医療科学院のホームページ上に設けるデータベースに上記研修を実施する機関として所定の登録を行うこと。

② 研修で用いる教材は、厚生労働科学研究特別研究において作成された研修教材の内容を最低限含むものとする。

③ 研修を行う講師は、医師、保健師又は管理栄養士としての実務経験があり保健指導の専門的知識及び技術を有する者、又はこれと同等以上の知識経験を有する者であること。

④ 研修修了者に対して、研修を修了したことを証明する書面を交付すること。

ている。

<p><特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第7条第1項第2号及び第8条第1項第2号の規定に基づき厚生労働大臣が定める食生活の改善指導又は運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者> (平成20年厚生労働省告示第10号)</p>	
第1	<p>食生活の改善指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者 食生活の改善指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者は、次のいずれかに該当する者とする。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 看護師、栄養士等であって、内容が別表第1に定めるもの以上である食生活改善指導担当者研修を受講した者 2 1に定める者と同等以上の能力を有すると認められる者
第2	<p>運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者 運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者は、次のいずれかに該当する者とする。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 看護師、栄養士等であって、内容が別表第2に定めるもの以上である運動指導担当者研修を受講した者 2 1に定める者と同等以上の能力を有すると認められる者

図表 17: 食生活改善指導担当者研修(告示 別表第1)

分野	範囲	時間数
1. 健康づくり施策概論	(1) 社会環境の変化と健康課題 (2) 健康づくり施策 (3) 生活習慣病とその予防	3.0
2. 生活指導及びメンタルヘルスケア	(1) 生活指導と健康に影響する生活環境要因 (2) 個人の健康課題への対処行動(保健行動) (3) ストレスとその関連疾患及びストレスの気づきへの援助 (4) 個別・集団の接近技法 (5) ライフステージ、健康レベル別健康課題と生活指導	10.5
3. 栄養指導	(1) 栄養・食生活の基礎知識及び今日的課題と対策 (2) 食行動変容と栄養教育 (3) ライフステージ、ライフスタイル別栄養教育	6.0
4. 健康教育	(1) 健康教育の理念と方法 (2) 健康生活への指導プログラムの基礎知識と方法 (3) メタボリックシンドロームに対する健康教育 (4) 口腔保健	6.0
5. 運動の基礎科学	運動と健康のかかわり	1.5
6. 研究討議	意見交換(メタボリックシンドローム関連)	3.0
計		30.0

図表 18: 運動指導担当者研修(告示 別表第2)

分野	範囲	時間数
1. 健康づくり施策概論	(1) 健康づくり施策 (2) 運動基準・運動指針 (3) 生活習慣病と運動疫学	4.5
2. 生活習慣病(成人病)	(1) メタボリックシンドローム (2) 肥満症 (3) 高血圧症 (4) 脂質異常症 (5) 糖尿病 (6) 虚血性心疾患 (7) 骨粗鬆症	16.5

分野	範囲	時間数
3. 運動生理学	(1)呼吸器系と運動 (2)循環器系と運動 (3)神経系と運動 (4)骨格筋系と運動 (5)内分泌系と運動 (6)運動中の基質・エネルギー代謝(疲労含む) (7)運動と免疫能 (8)高温環境と運動 (9)水中環境と運動	18.0
4. 機能解剖とバイオメカニクス (運動・動作の力源)	(1)関節運動と全身運動 (2)身体構造と力学的運動要因、骨格筋の力特徴 (3)陸上での運動・動作各論(歩行) (4)水泳・水中運動	6.0
5. 健康づくり運動の理論	(1)トレーニング概論 (2)筋力と筋量増強のトレーニング条件とその効果 (3)全身運動によるエアロビクトレーニン (4)女性の体力・運動能力の特徴とトレーニング	6.0
6. 運動障害と予防	(1)内科的障害と予防 (2)外科的障害 上肢 (3)外科的障害 下肢(膝を含む) (4)外科的障害 脊柱	7.5
7. 体力測定と評価	(1)体力と運動能力(構成要素)・体力構成要素の測定法 (2)フィールドテストの実習 中年者 (3)高齢者の体力測定法 (4)身体組成の測定	10.5
8. 健康づくり運動の実際	(1)ストレッチングと柔軟体操の実際 (2)ウォーミングアップとクーリングダウン (3)ウォーキングとジョギング (4)エアロビクダンス (5)水泳・水中運動 (6)静的レジスタンストレーニング (7)動的レジスタンストレーニング (8)健康産業施設等現場実習	30.0
9. 救急処置	(1)救急蘇生法 (2)外科的処置	6.0
10. 運動プログラムの管理	(1)健診結果の読み方及び効果判定 (2)運動のためのメディカルチェックの重要性 (3)心電図の基礎と記録法(安静時心電図の読み方) (4)運動プログラム作成の理論 (5)服薬者の運動プログラム作成上の注意 (6)生活習慣病に対する適切な運動療法(プログラム作成実習)	19.5
11. 運動負荷試験	(1)運動負荷試験の実際 (2)運動負荷試験実習	4.5
12. 運動行動変容の理論と実際	運動行動変容の理論と実際	4.5
13. 運動と心の健康増進	(1)心の健康論 (2)健康づくり運動とカウンセリング (3)ストレスアセスメントと対処法(喫煙問題を含む)	6.0
14. 栄養摂取と運動	(1)食生活と健康運動 (2)消化と吸収の機構・栄養素の機能と代謝 (3)身体活動量の定量法とその実際 (4)栄養・食事アセスメント(含む低栄養対策)	7.5
計		147

3-6-2 実施者への研修

特定保健指導は、一定のルールの下で、実施者の能力・経験等に基づき編み出されたさまざまな指導技法や指導形態等が活用されること、これら技法・形態等から一定の成果が得られた場合はそれらを共有し全国的なレベルアップを図っていく必要があること、またこのような最新の知見・情報に基づいた支援のための材料、学習教材等を随時採り入れていくことが必要なことから、定期的な情報収集や研修による実施者のスキルアップは非常に重要である。

よって、実施基準第 16 条第 1 項の規定に基づく告示(いわゆる委託基準)においては、「特定保健指導実施者(3-6-1 に定められた者に限られる)は、国、地方公共団体、医療保険者、日本医師会、日本看護協会、日本栄養士会等が実施する一定の研修^{*1}を修了していることが望ましい^{*2}」とされている。

以上から、医療保険者が特定保健指導の委託先機関を選定するに当たっては、常にスタッフのスキルアップを図っている機関を優先的に考えることが重要である。

^{*1} 保健指導のための「一定」の研修とは、「標準的な健診・保健指導プログラム」の巻末にある「健診・保健指導の研修ガイドライン」に準拠した実践者育成研修等を意味する。

^{*2} 3-6-1④に整理した「専門的知識及び技術を有すると認められる者」(実践的指導者)と一定の研修との関係はないことに注意。実践的指導者とは告示等において規定されている者であり、一定の研修(「標準的な健診・保健指導プログラム」の巻末にある「健診・保健指導の研修ガイドライン」に準拠した研修)を受講すれば実践的指導者となれる訳ではない。逆に言えば、必ずしも一定の研修を修了していなくても、医師・保健師・管理栄養士等は保健指導を実施することができる(修了していることが望ましいが)。

4. 実施形態

4-1 医療保険者別の実施形態

4-1-1 単一健保・共済

事業者と医療保険者との関係が比較的緊密となりやすいことから、被保険者への健診・保健指導において、事業者の協力を得られる可能性が高い（健診はデータ受領、保健指導は事業者への委託等）。

被扶養者については、健診・保健指導ともに地元での受診環境づくりとして、国保ベースの集合契約B（以下集合契約B）や全国的な健診機関グループとの集合契約（以下集合契約A）（詳細は6を参照のこと）に参加する必要があると考えられる。

また、被扶養者においても事業者健診を受診している者も少なからず含まれることから、受診券の配布時に受診済（あるいはこれから受診予定）の者についてはデータの送付を依頼することが必要である。

	特定健康診査	特定保健指導
被保険者	<ul style="list-style-type: none"> ● 事業者健診からのデータ受領でほぼ対応できる。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 事業者の産業医・保健師等への実施委託 ● 医療保険者による事業所への巡回型による実施も考えられる（直接実施・委託のいずれか）
被扶養者	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療保険者による実施となるが、住所地の地元での受診が可能なことを優先した委託 ● 一部、パート労働者等による事業者健診受診者が含まれることから、これらの者からは結果データを受領 ● 償還払いの可能性も 	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療保険者による実施となるが、地元（健診結果から住所地を把握）での利用が可能なことを優先した委託（集合契約Bなど） ● 償還払いの可能性も

4-1-2 総合健保・協会けんぽ・国保組合等

事業者と医療保険者との関係が、単一健保や共済に比べ、あまり緊密ではないことが少なくないが、対象者が一定数以上含まれる事業者との協議調整等を進める等により、事業者（あるいは事業者の委託先健診機関）から健診結果データを受領する。

また、事業者で健診を実施する形態ではなく、事業者から健診実施を受託している医療保険者も少なくないが、このような場合は医療保険者自らが健診を実施しデータを作成できることから、引き続き受託することにより必要な健診結果データを容易に集めることができる。

被扶養者の健診については、事業者を通じた住所把握も単一健保や共済に比べて困難が予想され、集合契約Bや集合契約Aに参加する必要があると考えられる。

また、単一健保や共済と同様、被扶養者において事業者健診を受診している者についてはデータの送付を依頼することが必要である。

保健指導については、被保険者・被扶養者ともに医療保険者での実施(直接実施・委託のいずれか)が主となることが見込まれる。被保険者に対する保健指導においては、実施体制を有する医療保険者が、事業所と連携した実施を行う場合や地域が限定される場合など、直接実施できる場合もある。それ以外(他の被保険者や被扶養者)については外部への委託が必要になる。

	特定健康診査	特定保健指導
被保険者	<ul style="list-style-type: none"> ● 事業者健診からのデータ受領で対応できる部分も少なくない。 ● 事業者から健診を受託している分はこれを活用。この時は各事業所の近くでの実施(巡回型)が主となると考えられる 	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療保険者による事業所への巡回型による実施が主となると考えられる(直接実施・委託のいずれか) ● 実施者や実施体制を持つ医療保険者(協会けんぽ等)は直接実施、他は委託が主と考えられる ● 事業所への委託
被扶養者 (国保組合では「家族」)	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療保険者による実施となるが、地元での受診が可能なことを優先した委託(集合契約Bまたは集合契約Aで) ● 一部、パート労働者等による事業者健診受診者が含まれることから、これらの者からは結果データを受領 ● 償還払いの可能性も 	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療保険者による実施となるが、地元(健診結果から住所地を把握)での利用が可能なことを優先した委託(集合契約Bまたは集合契約Aで)

4-1-3 市町村国保

市町村国保は、平成20年厚生労働省告示第3号において定められている者(長期入院、施設入居者等)が少なくないことから、除外規定に該当する者の把握が重要である。

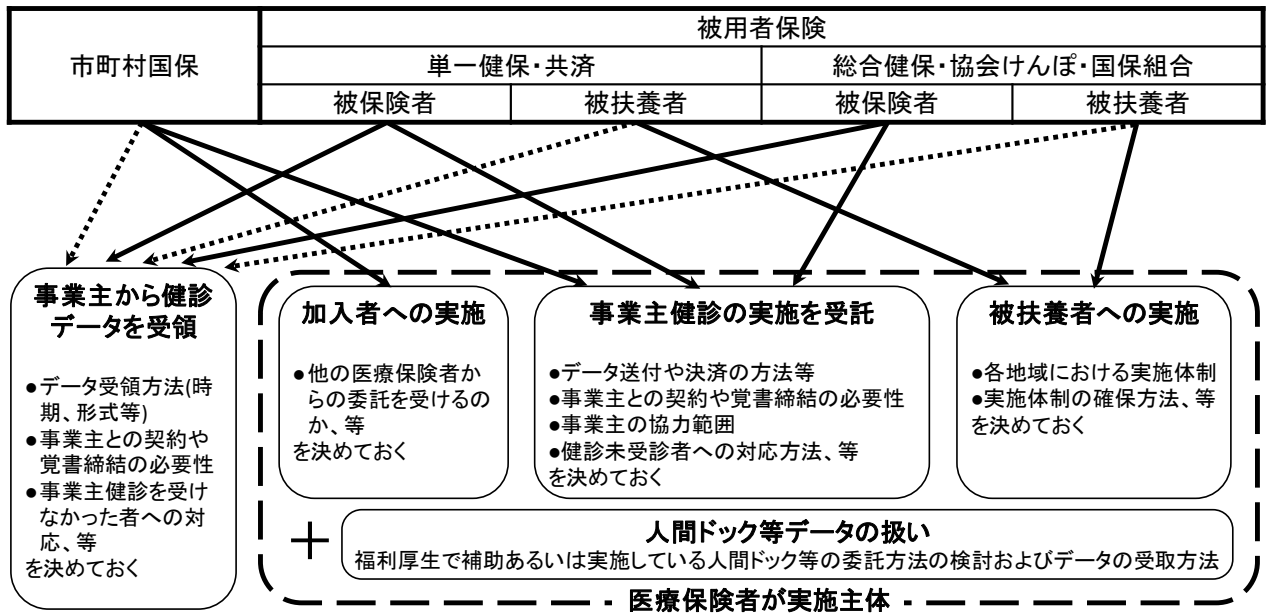
また、市町村国保においても事業者健診の受診者が少なからず含まれていると考えられ、対象者のうち住民税を特別徴収により納めている者については、事業者健診を受診している可能性が高く、受診の有無についての照会及び受診者からのデータ受領も考えられる。

実施方法としては、市町村国保にて保健師や管理栄養士を配置(衛生部門との兼務あるいは国保専従)して実施する、あるいは衛生部門に執行委任して実施するケースも考えられるが、被保険者数の多い所を中心に委託となる可能性が高い。

委託する場合の委託先としては、自治体病院(市民病院や国保直診施設等)、外部(医師会傘下の健診機関や、専門の健診・保健指導機関等)が考えられる。

	特定健康診査	特定保健指導
被保険者	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療保険者による地元での随時実施(直接実施・委託のいずれか) ● 一部、パート労働者等による事業者健診受診者が含まれることから、これらの者からは結果データを受領 	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療保険者による地元での一斉もしくは随時での実施 ● 国保部門の保健師・管理栄養士による直接実施または衛生部門の保健師・管理栄養士への執行委任

図表 19：特定健康診査の主な実施形態



4-2 被保険者本人

4-2-1 健診

①他の健診結果の受領

まず判断すべきなのが、いわゆる事業者健診等、他の法令等に基づく健診結果が受領でき、それが特定健康診査の実施に代えられるか否かである。

そして、対象者のうち、どのような属性の者（例：どの地域の、どこに勤務する者）が、どの程度の人数、事業者健診等を受診しており、データを受領できる見通しが立つのか、見込むことが必要である。

その上で、事業者健診からのデータ受領予定者と受領元事業者（あるいは当該事業者の委託する健診機関）等を整理したリストを作成し、そのリストに基づき、受領元事業者（あるいは当該事業者の委託する健診機関）とのデータ受領に関する協議・調整（データ受領のタイミングや方法、費用支払の有無等）、そして契約や覚書等による取り決めを行うことが必要である。協議調整等においては、例えば、事業者健診の委託先機関の選定条件に、医療保険者向け提出用データファイルが納品されることを重視する等、事業者の協力を得られることが重要である。

また、市町村国保（市町村国保の被保険者であっても、短時間労働者として事業者健診を受診しているケースがある。4-3-1①参照）や協会けんぽのように一つの医療保険者に対して受領すべき事業者の数が膨大な数となる場合は、受領元を探し出し、協議調整や取り決めを行うだけでも大変な労力を要する。市町村国保については、被保険者のうち住民税の特別徴収対象者の抽出等により推定でも把握できるが、その他の医療保険者は、対象者本人に手紙等により依頼し対象者からデータを受領する等、さまざまな手段も考える必要がある。

全ての医療保険者	○事業者から受領 ○対象者本人から健診結果の写しを提出
特に地元密着の医療保険者	○医療機関受療中の者*については、本人の了解の上で主治医から検査データの提供を受け、腹囲や質問票等不足する項目の追加実施を当該主治医に委託し、必要な検査結果を揃える ○商工会議所や商店街連合会等と協議の上、実施する健診の結果を提出してもらう、等

②医療保険者自身での実施（直接実施）

①以外は、医療保険者として実施することが必要となり（特に市町村国保の被保険者はこれが中心となる）、実施方法としては、医療保険者自身で行えるのか、健診機関等に委託する必要があるのかの判断が出てくる。

自前での実施にあたっては、そもそも医療保険者が健診センター等自前で実施できる体制を抱えていることが前提となるが、その場合であっても一日当たりの対応能力等の問題から委託により補う必要が生じる場合も有る。この辺りの判断の観点としては「実施対象者数の多少（対象者数が多いと医療保険者が抱える医師等で対処できないため委託により補完）」や「実施すべき地域（医療保険者自身で対応できる地域外に対象者がいる場合は委託により補完）」等が挙げられる。

* 医療機関受療中の者で血液検査等を行っている場合は検査結果を受領することにより実施に代えることも考えられる。

③医療保険者自身での実施（委託）

委託により実施する場合は、委託先候補のリストアップや委託先の選定等が必要である。市町村国保は4-1-3に示したような委託先候補が考えられるが、被用者保険の場合は集合契約Bへの参加による地元での受診環境整備、あるいは集合契約Aへの参加等も考えられる。

④事業者からの受託

②に含まれるが、事業者から事業者健診の実施を受託している医療保険者の場合、受託者として事業者健診の結果を別途作成し事業者に送付する一方、医療保険者自身が必要とする特定健康診査の結果データファイルを生成・管理する。

この時、高齢者の医療の確保に関する法律に明記されているように、事業者健診部分の実施費用は事業者負担となる。

⑤人間ドック

医療保険者（主に被用者保険）の保健事業の一つとして、従前から人間ドックの実施に対する補助等を行ってきており、人間ドックのうち特定健康診査としての検査項目のみを抽出し、定められた健診データファイル様式にて整理しておく必要があることから、人間ドックの委託先に対し、そのようなデータ納品を委託仕様として定める他、そもそも選定の段階でそれが可能な機関を選択する必要がある。

委託先の立地としては、被保険者であることから、被用者保険の場合は主に事業所に近い機関が選ばれることになると考えられる。この時、全国に拠点等を抱える企業の単一健保組合や総合健保組合、協会けんぽでは、集合契約Aにより健診体制を整えることも考えられる。

⑥償還払い（一時立替）

医療保険者が委託先を確保するためには、対象者の所在等を把握することが前提となるが、単一健保や共済以外の医療保険者では、その把握が比較的困難であることから、委託実施すべき地域の確定が困難となる。

これを解決する一つの方法として、医療保険者が委託先を確保するのではなく、対象者が受診し、健診機関の窓口で費用の全額を支払い、領収書と結果を医療保険者に送付、医療保険者はこれらを確認し問題なければ対象者に一時立替分を支払うという償還払いの考え方がある。

この方法は、対象者に一時的に多額の費用負担をお願いすることになるので、負担ができない者には採り得ない方法であると言え、この方法を主たる方法とすることには慎重な扱いが必要である。また、償還払いという方法を取るのであれば、医療保険者において、その旨を明文化しておく必要がある。

4-2-2 保健指導

①医療保険者自身での実施（直接実施）

保健指導は、健診と異なり、特定保健指導よりも優先されるような他の法令に基づく保健指導はなく、医療保険者への義務付けが優先される（他の法令に基づく保健指導等は努力義務のため）。

よって、まずは医療保険者として実施することが必要となるが、この時、実施方法として医療保険者自身で行えるのか、保健指導機関等に委託する必要があるのかの判断が出てくる。

自前での実施にあたっては、そもそも医療保険者が保健師等のスタッフや施設等自前で実施できる体制を抱えていることが前提（市町村国保にあっては市町村衛生部門への執行委任*で行う場合もある。）となるが、その場合であっても一日当たりの対応能力等の問題から委託により補う必要が生じる場合も有る。この辺りの判断の観点としては「実施対象者数の多少（対象者数が多いと医療保険者が抱える保健師等で対処できないため委託により補完）」や「実施すべき地域（医療保険者自身で対応できる地域外に対象者がいる場合は委託により補完）」等が挙げられる。

②医療保険者自身での実施（委託）

委託により実施する場合は、委託先候補のリストアップや委託先の選定等が必要である。委託方法としては、保健指導実施機関との個別契約、集合契約Bへの参加、または集合契約Aがある。

委託先となりうる保健指導機関が立地する地域では、各医療保険者が個別に委託するほかに、他地域の医療保険者の被扶養者も含めた地元での委託実施体制づくりに向け医療保険者や保健指導機関が連携し集合契約をまとめることも考えられる。

③事業者への委託

事業者健診後の保健指導を積極的に実施している事業者、あるいは従業員の健康保持のため産業医や保健師等を活用した定期的な指導・相談等を行っている事業者が少なからずある。

意欲的な事業者が、事後指導等と特定保健指導とを一体的に実施することを考えている場合、医療保険者は事業者を特定保健指導の実施委託者とし、必要に応じ、保健指導対象者の特定健康診査の結果データファイルを事前に送付する。但し、医療保険者が委託できる事業者は、事業者の産業医や保健師等が直接実施している場合に限られ、事業者が事後指導等を委託により実施している場合（事業者に委託しても事業者から再委託が必要となるため）、医療保険者は事業者の委託先に委託し実施する（具体的には、事業者と医療保険者が連携し、同じ委託先と委託契約を締結し、保健指導を同時・一体的に実施するよう契約で規定する）という形になる。

検査項目が事業者健診と一致していた特定健康診査と異なり、特定保健指導は事業者による事後指導とは若干観点が異なる部分がある（メンタルヘルスへの着目等）。よって、

* 特に中小規模の市町村では、十分な数の保健師・管理栄養士が配置されておらず、国保部門・衛生部門にそれぞれ必要数配置できる余裕がないと考えられることから、庁内部門間（国保・衛生・介護等）の連携強化を図り、対応することが考えられる。

実施内容・要件等に沿った特定保健指導の実施に上乗せして事後指導の内容を行い、結果データは特定保健指導部分のみ生成、というパターンが標準的になるとと思われる。

④償還払い(一時立替)

対象者が自由に保健指導機関を選択し、特定保健指導を受け、保健指導機関の窓口で費用の全額を支払い、その領収書と結果を医療保険者に送付、医療保険者はこれらを確認し問題なければ対象者に一時立替分を支払うという償還払いの考え方もある。

但し、償還払いには、前述のように、対象者に一時的に多額の費用負担をお願いすることになるので、負担できない者には採り得ない方法であると言え、実施率向上への抑制作用が働く可能性があることに注意が必要である。また、償還払いという方法を取るのであれば、医療保険者において、その旨を明文化しておく必要がある。

⑤被保険者本人への保健指導実施時の留意点

被保険者本人は労働者が多く、勤務時間帯に特定保健指導を利用できない限り、利用できる日時に制限がある。

保健指導機関としては、平日夜間及び土日や休日の実施や、施設型サービスではなく巡回型サービスによる実施等の工夫が求められることは言うまでもないが、事業者と医療保険者との間での協議・連携により、事業者の理解・協力を得て、例えば、勤務時間内に特定保健指導のために一時的に離席することを認める等、事業者の可能な範囲で、労働者等が利用しやすい環境整備に配慮*していくことも必要である。

* 「特定健康診査等の実施に関する協力依頼について(平成20年1月17日 基発第0117001号、保発0117003号)」

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/iryouseido01/dl/info03j-2.pdf>

「特定健康診査等の実施に関する再協力依頼について(平成24年5月9日 基発0509第6号、保発0509第4号)」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002d8ft-att/2r9852000002d8na.pdf>

4-3 被扶養者

4-3-1 健診

①他の健診結果の受領

被扶養者であっても、労働安全衛生法に基づく健診の実施対象となる短時間労働者^{*1}がいる。この場合、医療保険者は事業者等から健診結果データを受領することにより特定健康診査の実施に代えることができる。

被扶養者でかつ事業者健診の対象となる者を把握することは、一事業者あたりの対象者が少なく、事業者数が多数となるため、事業者より対象者の情報を入手することは現実的でなく、受診券の配布及び案内時に被扶養者から健診結果データを提出してもらえよう周知し、送付してもらう形が合理的である。

この他、事業者健診以外に被扶養者が別途自主的に受診している健診結果等も同様の扱いとする。

但し、以上のように被扶養者から直接受領する場合、受領する結果の多くが紙の結果通知表の写しとなることが予想されるため、医療保険者にて健診データファイルを入力・作成する必要がある。また、健診データファイルにある入力項目のうち、個人に渡される健診結果通知表には記載のない項目（健診機関番号等）もある可能性が高いと考えられ、受診者本人に渡す事業者健診の結果通知について、現在使用している様式を「特定健康審査受診結果通知表」（2-4-2 参照）に記載されている項目と一致^{*2}するように変更する、あるいは標準的なデータファイル仕様（7-1 参照）でデータを作成し提供する等の、健診機関側の対応が期待される。

②医療保険者自身での実施（直接実施）

①以外は、医療保険者として実施することが必要となり、実施方法として、医療保険者自身で行えるのか、健診機関等に委託する必要があるのかの判断が出てくるが、全国あるいは複数県に被扶養者が散在するケースが少なくないと考えられることから、自前での実施は、実施可能地域が限られる。

③医療保険者自身での実施（委託）

被扶養者の主たる実施形態と考えられる。委託先候補のリストアップや委託先の選定等は個別契約の場合は必要であるが、基本的には全国あるいは複数県に被扶養者が散在するケースが少なくないと考えられることから、集合契約Bへの参加による地元での受診環境整備、あるいは集合契約Aへの参加等が標準になる。

^{*1} 労働安全衛生法においては、通達において、

①有期契約でない者、有期契約でも契約期間が1年以上である者並びに契約更新により1年以上継続して使用されることが予定されている者及び1年以上引き続いて使用されている者

②かつ、1週間の所定労働時間が通常の労働者の4分の3以上である者

については、事業者が当該労働者に対して少なくとも、年に1回の健康診断の実施が義務づけられている。

また、契約期間が1年以上である者等であって、1週間の所定労働時間が通常の労働者の2分の1以上である労働者についても、健康診断の実施が望ましいとされている。

^{*2} 本文中にもあるように、結果通知表には印字されないが健診データファイルに必要な項目は少なくないが、その中でも特に服薬歴・喫煙歴に関する質問結果については階層化の際に必須となることから、結果通知表を受領する場合は、必要に応じ別途本人に確認する、あるいは改めて問診のみ追加的に行う等の対応が必要。

集合契約への確実な参加に向け、被扶養者が在住しうる可能性の高い都道府県の保険者協議会との緊密な連携・情報収集等が必要となる。

④人間ドック

医療保険者（主に被用者保険）の保健事業の一つとして、従前から人間ドックの実施に対する補助等を行ってきており、人間ドックのうち特定健康診査としての検査項目のみを抽出し、定められた健診データファイル様式にて整理しておく必要があることから、人間ドックの委託先に対し、そのようなデータ納品を委託仕様として定める他、そもそも選定の段階でそれが可能な機関を選択する必要がある。

被扶養者が対象者である場合は、主に自宅に近い実施機関を選べるよう、全国に拠点等を抱える企業の単一健保組合や総合健保組合、協会けんぽでは、全国健診機関グループ（集合契約Bで人間ドックの実施は困難なことから）により健診体制を整えることが必要である。

人間ドックの検査項目は、医療保険者や対象者の年齢層等により千差万別となっている状況もあることから、集合契約が成立できるよう、関係する医療保険者・健診機関等の間で一定の標準化・定型化が必要である。なお、多くの機関にて実施されていると考えられる検査項目については、健診データファイルの仕様において、JLAC10*に基づく標準コードが振られており、特に集合契約での実施項目については、この範囲内でいくつかのパターンで揃えることが合理的であるといえる。

⑤償還払い(一時立替)

医療保険者が委託先を確保するためには、対象者の所在等を把握することが前提となるが、単一健保や共済以外の医療保険者では、その把握が比較的困難であることから、委託実施すべき地域の確定が困難となる。

これを解決する一つの方法として、医療保険者が委託先を確保するのではなく、対象者が受診し、健診機関の窓口で費用の全額を支払い、領収書と結果を医療保険者に送付、医療保険者はこれらを確認し問題なければ対象者に一時立替分を支払うという償還払いの考え方がある。

但し、償還払いには、前述のように、対象者に一時的に多額の費用負担をお願いすることになるので、負担できない者には採り得ない方法であると言え、実施率向上への抑制作用が働く可能性があることに注意が必要である。また、償還払いという方法を取るのであれば、医療保険者において、その旨を明文化しておく必要がある。

* JLAC10とは、日本臨床検査医学会が制定した「臨床検査項目分類コード(第10回改訂)」のことであり、(1)分析物コード、(2)識別コード、(3)材料コード、(4)測定法コード、(5)結果識別コードの5つの要素区分よりなる。

4-3-2 保健指導

①医療保険者自身での実施（直接実施）

実施方法として医療保険者自身で行えるのか、保健指導機関等に委託する必要があるのかの判断が出てくるが、全国あるいは複数県に被扶養者が散在するケースが少なくないと考えられることから、自前での実施は、実施可能地域が限られる。

②医療保険者自身での実施（委託）

被扶養者の主たる実施形態と考えられる。委託先候補のリストアップや委託先の選定等は個別契約の場合は必要であるが、基本的には全国あるいは複数県に被扶養者が散在するケースが少なくないと考えられることから、集合契約Bへの参加による地元での受診環境整備、あるいは集合契約Aへの参加等が考えられる。この時、特に民間の保健指導実施機関によるサービス提供が困難な地域においては、市町村による、医療保険者の種別を問わない（住民サービスの意味合いも含めた）実施体制づくりが期待され、医療保険者と市町村との集合契約の締結が重要となる。

集合契約への確実な参加に向け、被扶養者が在住しうる可能性の高い都道府県の保険者協会との緊密な連携・情報収集等が必要となる。

なお、健診も保健指導も委託により実施する場合、健診と保健指導を一括して同一の健診・保健指導機関に委託することが考えられる。この時、一括で受託している機関が健診と保健指導の初回面接を同時に実施することは、次の2つの条件が全て揃う場合を除き、基本的には認められないことに注意されたい。

- 医療保険者が、健診結果の階層化において健診機関の医師が保健指導対象者と判断した者全員に保健指導を実施する（対象者リストから重点化を行わない）と決めている場合
- 所定の健診項目の全ての結果が揃っており*、かつ健診機関の医師が全ての項目の結果から総合的に判断できている場合

③償還払い（一時立替）

被扶養者の住所地が不明なためにどの地域で委託先を確保すべきか判別できず、全国規模で集合契約の成立が難しい場合は、対象者に案内のみ行い、対象者からの結果送付及び請求を待つ考え方もある。

但し、償還払いには、前述のように、対象者に一時的に多額の費用負担をお願いすることになるので、負担できない者には採り得ない方法であると言え、実施率向上への抑制作用が働く可能性があることに注意が必要である。また、償還払いという方法を取るのであれば、医療保険者において、その旨を明文化しておく必要がある。

* 一部の項目だけで階層化が可能であっても、総合的な判断ができないため、適当ではない。

5. アウトソーシング

5-1 委託基準

5-1-1 委託基準について

①必要性

特定健康診査・特定保健指導の実施にあたっては、医療保険者ができる限り多くの対象者に確実に実施できるよう、また健診・保健指導機関間の自由で公正な競争により良質なサービスが低廉に供給されるよう、民間の事業者も含め多様な機関へのアウトソーシングを想定している。

但し、実施結果に基づく評価、そして評価結果を用いた後期高齢者支援金の加算・減算を行うことから、一定水準以上のサービスを供給できることがアウトソーシングを行う上での前提となる。

そのため、委託先機関について一定の基準を設け、基準を満たす機関であれば自由に受託できることとする。

②位置づけ

高齢者の医療の確保に関する法律第28条、及び実施基準第16条第1項に基づき、具体的に委託できる者の基準については厚生労働大臣の告示において定めている。

医療保険者が実施を委託できる者を定めていることから、基準を満たさない不適切な者に委託していた場合、特定健康診査及び特定保健指導の実施を委託したことにはならないため、医療保険者は、当該委託先による当年度の実施分について自身で実施し直すか、別途適切な委託先に委託し直す必要が生じる。

③注意点

委託基準は、委託先だけが遵守すべき基準ではなく、医療保険者自身で実施する場合において、医療保険者も遵守すべき基準^{*1}である（委託する場合のみ厳しい基準を課すのでは、委託中心の医療保険者とそうでない医療保険者の間で不公平が生じたり、健診結果の精度や保健指導の成果等においてバラつきが生じたりする可能性がある）。

5-1-2 特定健康診査の外部委託に関する基準（告示 第1）

①人員に関する基準

- 特定健康診査を適切に実施するために必要な医師、看護師等が質的及び量的に確保されていること。
- 常勤の管理者（特定健康診査を実施する各施設において、特定健康診査に係る業務に付随する事務^{*2}の管理を行う者）が置かれていること。ただし、管理上支障がない場合は、当該常勤の管理者は、特定健康診査を行う機関の他の職務に従事し、又は同一の敷内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。

^{*1} 厚生労働省告示第93号「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第17条の規定に基づき厚生労働大臣が定める特定健康診査及び特定保健指導の実施に係る施設、運営、記録の保持等に関する基準」

^{*2} 施設管理や人事管理、会計管理等を想定。従って管理者は必ずしも医師等でなくともよい（兼務は可）。

②施設、設備等に関する基準

- 特定健康診査を適切に実施するために必要な施設及び設備を有していること。
- 検査や診察を行う際に、受診者のプライバシーが十分に保護される施設及び設備等が確保されていること。
- 救急時における応急処置のための体制が整っていること。
- 健康増進法(平成14年法律第103号)第25条に規定する受動喫煙の防止措置が講じられていること(医療機関においては、患者の特性に配慮すること)。

③精度管理に関する基準

- 特定健康診査の項目について内部精度管理(特定健康診査を行う者が自ら行う精度管理(特定健康診査の精度を適正に保つことをいう)をいう)が定期的に行われ、検査値の精度が保証されていること。
- 外部精度管理(特定健康診査を行う者以外の者が行う精度管理をいう)を定期的を受け、検査値の精度が保証されていること。
- 特定健康診査の精度管理上の問題点があった場合に、適切な対応策が講じられるよう必要な体制を整備すること。
- 検査の全部又は一部を外部に委託する場合には、委託を受けた事業者において措置が講じられるよう適切な管理を行うこと。

④特定健康診査の結果等の情報の取扱いに関する基準

- 特定健康診査に関する記録を電磁的方法(電子的方式、磁氣的方式その他人の知覚によつては認識することができない方式をいう。以下同じ。)により作成し、保険者に対して当該記録を安全かつ速やかに提出すること。
- 特定健康診査の結果の受診者への通知に関しては、当該受診者における特定健康診査の結果の経年管理に資する形式により行われるようにすること。
- 特定健康診査に関する記録の保存及び管理が適切になされていること。
- 高齢者の医療の確保に関する法律第30条に規定する秘密保持義務を遵守すること。
- 個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)及びこれに基づくガイドライン等を遵守すること。
- 保険者の委託を受けて特定健康診査の結果を保存する場合には、医療情報の安全管理(組織的、物理的、技術的、人的な安全対策等)を徹底すること。
- 特定健康診査の結果の分析等を行うため、保険者の委託を受けて特定健康診査の結果に係る情報を外部に提供する場合には、分析等に当たり必要とされる情報の範囲に限って提供するとともに、提供に当たっては、個人情報のマスキングや個人が特定できない番号の付与等により、当該個人情報を匿名化すること。

⑤運営等に関する基準

- 特定健康診査の受診が容易になるよう、土日若しくは祝日又は夜間に特定健康診査を実施するなど、受診者の利便性に配慮し、特定健康診査の受診率を上げるよう取り組むこと。
- 保険者の求めに応じ、保険者が特定健康診査の実施状況を確認する上で必要な資料の提出等を速やかに行うこと。
- 特定健康診査の実施者に必要な研修を定期的に行うこと等により、当該実施者の資質の向上に努めること。
- 特定健康診査を適切かつ継続的に実施することができる財務基盤を有すること。
- 保険者から受託した業務の一部を再委託する場合には、保険者との委託契約に、再委託先との契約においてこの告示で定める基準に掲げる事項を遵守することを明記すること。
- 運営についての重要事項として次に掲げる事項を記した規程を定め、当該規程の概要

を、保険者及び特定健康診査の受診者が容易に確認できる方法(ホームページ上での掲載等)により、幅広く周知すること。

- ・事業の目的及び運営の方針
- ・従業者の職種、員数及び職務の内容
- ・特定健康診査の実施日及び実施時間
- ・特定健康診査の内容及び価格その他の費用の額
- ・事業の実施地域
- ・緊急時における対応
- ・その他運営に関する重要事項

- 特定健康診査の実施者に身分を証する書類を携行させ、特定健康診査の受診者等から求められたときは、これを提示すること。
- 特定健康診査の実施者の清潔の保持及び健康状態について必要な管理を行うとともに、特定健康診査を行う施設の設備及び備品等について衛生的な管理を行うこと。
- 虚偽又は誇大な広告を行わないこと。
- 特定健康診査の受診者等からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じるとともに、苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録すること。
- 従業者及び会計に関する諸記録を整備すること。

5-1-3 特定保健指導の外部委託に関する基準(告示 第2)

① 人員に関する基準

- 特定保健指導の業務を統括する者*1(特定保健指導を実施する各施設において、動機付け支援及び積極的支援の実施その他の特定保健指導に係る業務全般を統括管理する者をいう。以下「統括者」という)は、常勤の医師、保健師又は管理栄養士であること。
- 常勤の管理者*2(特定保健指導を実施する各施設において、特定保健指導に係る業務に付随する事務の管理を行う者)が置かれていること。ただし、管理上支障が無い場合は、特定保健指導を行う機関の他の職務に従事し、又は同一の敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。
- 動機付け支援又は積極的支援において、初回の面接、特定保健指導の対象者の行動目標及び行動計画の作成並びに当該行動計画の実績評価(行動計画の策定の日から6月以上経過後に行う評価をいう。)を行う者は、医師、保健師又は管理栄養士(平成29年度末までは、保健指導に関する一定の実務の経験を有する看護師を含む)であること。
- 積極的支援において、積極的支援対象者ごとに、特定保健指導支援計画の実施(特定保健指導の対象者の特定保健指導支援計画の作成、特定保健指導の対象者の生活習慣や行動の変化の状況の把握及びその評価、当該評価に基づいた特定保健指導支援計画の変更等を行うことをいう。)について統括的な責任を持つ医師、保健師又は管理栄養士(平成29年度末までは、保健指導に関する一定の実務の経験を有する看護師を含む)が決められていること。
- 動機付け支援又は積極的支援のプログラムのうち、動機付け支援対象者又は積極的支援対象者に対する食生活に関する実践的指導は、医師、保健師、管理栄養士(平成29年度末までは、保健指導に関する一定の実務の経験を有する看護師を含む)又は特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第7条第1項第2号及び第8条第1項第2号の規定に基づき厚生労働大臣が定める食生活の改善指導又は運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者(以下「実践的指導実施者基準」という。)第1に規定する食生活の改善指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者により提

*1 統括者とは、各拠点において、当該拠点に配置されている保健師等の保健指導実施者を束ね、各実施者が担当する保健指導対象者への支援の実施状況等を包括的に管理している者を想定。

*2 施設管理や人事管理、会計管理等を想定。従って管理者は必ずしも医師等でなくともよい(統括者との兼務は可)。

供されること。また、食生活に関する実践的指導を自ら提供する場合には、管理栄養士その他の食生活の改善指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者を必要数確保していることが望ましいこと。

- 動機付け支援又は積極的支援のプログラムのうち、動機付け支援対象者又は積極的支援対象者に対する運動に関する実践的指導は、医師、保健師、管理栄養士（平成 29 年度末までは、保健指導に関する一定の実務の経験を有する看護師を含む）又は実践的指導実施者基準第2に規定する運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者により提供されること。また、運動に関する実践的指導を自ら提供する場合には、運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者を必要数確保していることが望ましいこと。
- 動機付け支援又は積極的支援のプログラムの内容に応じて、事業の再委託先や他の健康増進施設等と必要な連携を図ること。
- 特定保健指導実施者は、国、地方公共団体、医療保険者、日本医師会、日本看護協会、日本栄養士会等が実施する一定の研修を修了していることが望ましいこと。
- 特定保健指導の対象者が治療中の場合には、統括的な責任を持つ者が必要に応じて当該対象者の主治医と連携を図ること。

②施設、設備等に関する基準

- 特定保健指導を適切に実施するために必要な施設及び設備等を有していること。
- 個別支援を行う際に、対象者のプライバシーが十分に保護される施設及び設備等が確保されていること。
- 運動に関する実践的指導を行う場合には、救急時における応急処置のための体制が整っていること。
- 健康増進法第 25 条に規定する受動喫煙の防止措置が講じられていること（医療機関においては、患者の特性に配慮すること。）。

③特定保健指導の内容に関する基準

- 特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第7条第1項及び第8条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める特定保健指導の実施方法に準拠したものであり、科学的根拠に基づくとともに、特定保健指導の対象者の特性並びに地域及び職域の特性を考慮したものであること。
- 具体的な動機付け支援又は積極的支援のプログラム（支援のための材料、学習教材等を含む。）は、保険者に提示され、保険者の了解が得られたものであること。
- 最新の知見及び情報に基づいた支援のための材料、学習教材等を用いるよう取り組むこと。
- 個別支援を行う場合は、特定保健指導の対象者のプライバシーが十分に保護される場所で行われること。
- 委託契約の期間中に、特定保健指導を行った対象者から当該特定保健指導の内容について相談があった場合は、相談に応じること。
- 特定保健指導の対象者のうち特定保健指導を受けなかった者又は特定保健指導を中断した者に対しては、特定保健指導の対象者本人の意思に基づいた適切かつ積極的な対応を図ること。

④特定保健指導の記録等の情報の取扱いに関する基準

- 特定保健指導に関する記録を電磁的方法により作成し、保険者に対して当該記録を安全かつ速やかに提出すること。
- 保険者の委託を受けて、特定保健指導に用いた詳細な質問票、アセスメント、具体的な指導の内容、フォローの状況等を保存する場合には、これらを適切に保存し、管理すること。
- 高齢者の医療の確保に関する法律第 30 条に規定する秘密保持義務を遵守すること。

- 個人情報の保護に関する法律及びこれに基づくガイドライン等を遵守すること。
- 保険者の委託を受けて特定保健指導の結果を保存する場合には、医療情報の安全管理（組織的、物理的、技術的、人的な安全対策等）を徹底すること。
- インターネットを利用した支援を行う場合には、医療情報の安全管理（組織的、物理的、技術的、人的な安全対策等）を徹底し、次に掲げる措置等を講じることにより、外部への情報漏洩、不正アクセス、コンピュータ・ウイルスの侵入等を防止すること。
 - ・秘匿性の確保のための適切な暗号化、通信の起点及び終点の識別のための認証並びにリモートログイン制限機能により安全管理を行うこと。
 - ・インターネット上で特定保健指導の対象者が入手できる情報の性質に応じて、パスワードを複数設けること（例えば、特定健康診査の結果（労働安全衛生法（昭和 47 年法律第 57 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含む。この(6)において同じ。）のデータを含まないページにアクセスする場合には英数字のパスワードとし、特定健康診査の結果のデータを含むページにアクセスする場合には本人にしか知り得ない質問形式のパスワードとすること等）。
 - ・インターネット上で特定健康診査の結果のデータを入手できるサービスを受けることについては、必ず本人の同意を得ること。
 - ・本人の同意を得られない場合における特定健康診査の結果のデータは、インターネット上で特定健康診査の結果のデータを入手できるサービスを受ける者の特定健康診査の結果のデータとは別の場所に保存することとし、外部から物理的にアクセスできないようにすること。
- 特定保健指導の結果の分析等を行うため、保険者の委託を受けて特定保健指導の結果に係る情報を外部に提供する場合には、分析等に当たり必要とされる情報の範囲に限って提供するとともに、提供に当たっては、個人情報のマスキングや個人が特定できない番号の付与等により、当該個人情報を匿名化すること。

⑤ 運営等に関する基準

- 特定保健指導の利用が容易になるよう、土日若しくは祝日又は夜間に特定保健指導を実施するなど、利用者の利便性に配慮し、特定保健指導の実施率を上げるよう取り組むこと。
- 保険者の求めに応じ、保険者が特定保健指導の実施状況を確認する上で必要な資料の提出等を速やかに行うこと。
- 特定保健指導を行う際に、商品等の勧誘、販売等を行わないこと。また、特定保健指導を行う地位を利用した不当な推奨、販売（商品等を特定保健指導の対象者の誤解を招く方法で勧めること等）等を行わないこと。
- 特定保健指導実施者に必要な研修を定期的に行うこと等により、当該実施者の資質の向上に努めること。
- 特定保健指導を適切かつ継続的に実施することができる財務基盤を有すること。
- 保険者から受託した業務の一部を再委託する場合には、保険者との委託契約に、再委託先との契約においてこの告示で定める基準に掲げる事項を遵守することを明記すること。
- 運営についての重要事項として次に掲げる事項を記した規程を定め、当該規程の概要を、保険者及び特定保健指導の利用者が容易に確認できる方法（ホームページ上での掲載等）により、幅広く周知すること。
 - ・事業の目的及び運営の方針
 - ・統括者の氏名及び職種
 - ・従業者の職種、員数及び職務の内容
 - ・特定保健指導の実施日及び実施時間
 - ・特定保健指導の内容及び価格その他の費用の額
 - ・事業の実施地域
 - ・緊急時における対応
 - ・その他運営に関する重要事項
- 特定保健指導実施者に身分を証する書類を携行させ、特定保健指導の利用者等から求められたときは、これを提示すること。
- 特定保健指導実施者の清潔の保持及び健康状態について必要な管理を行うとともに、特

定保健指導を行う施設の設備及び備品等について衛生的な管理を行うこと。

- 虚偽又は誇大な広告を行わないこと。
- 特定保健指導の利用者等からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じるとともに、苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録すること。
- 従業者及び会計に関する諸記録を整備すること。
- 保険者から受託した業務の一部を再委託する場合には、以下の事項を遵守すること。

- ・委託を受けた業務の全部又は主たる部分を再委託してはならないこと。
- ・保険者との委託契約に、再委託先との契約においてこの告示で定める基準に掲げる事項を遵守することを明記すること。
- ・保険者への特定保健指導の結果報告等に当たっては、再委託した分も含めて一括して行うこと。
- ・再委託先及び再委託する業務の内容を運営についての重要事項に関する規程に明記するとともに、当該規程の概要にも明記すること。
- ・再委託先に対する必要かつ適切な監督を行うとともに、保険者に対し、再委託する業務の責任を負うこと。

5-2 委託先の確保

5-2-1 委託先の検索

① 健診・保健指導機関の情報公開

医療保険者が、国の定める委託基準を遵守した機関に委託できるよう、委託を受けようと考えている機関は、委託基準の「⑤運営等に関する基準」にある「運営についての重要事項に関する規程の概要」(詳細は 5-5 を参照のこと)をホームページ等で公開する。

この概要は様式が定められていることから、どの機関も同一様式で公開することにより、医療保険者は複数の機関の情報を並べ、容易に比較検討できるほか、委託基準を満たしている機関であることを確認することができる。

② 委託先機関リストの公開

上記①は個別の機関に関する情報の確認であるが、ある市町村内にはどのような機関に委託可能なかを検索できるよう、支払基金のホームページ*にて公開される市町村別に機関のリストを閲覧する。

このリストは、健診・保健指導機関が、支払基金から健診・保健指導機関番号(詳細は 5-6 を参照のこと)を取得する申請を、支払基金の都道府県支部に行うことにより、作成されることとなる。なお、届出情報を公開することとなるが、支払基金では、各機関のアウトソーシングに係る委託基準を満たしているか否かの確認まで行ったものではないことに注意が必要である。

リスト(支払基金のホームページ)には機関名や連絡先等に加え、上記①が公開されている各機関に係るホームページアドレスが掲載されているので、自ら当該アドレスを検索することにより、各機関個別の情報にたどりつくことができる。

図表 20: 支払基金ホームページ(機関リスト)のイメージ



(注)ここに登載されている機関は、各機関からの届出に基づき登載したものであり、いわゆる委託基準に適合しているか否かを確認したものではない

* 特定健診・特定保健指導機関検索 (<http://www.ssk.or.jp/kikankensaku/index.html>)

③その他情報サイトの活用

支払基金ホームページにて公開される市町村別機関リストを閲覧する方法で個々の機関に関する情報を確認できるが、加えて機関情報を横断的に一覧できる、あるいは比較・検索等行えるような付加的なサービスについては、民間等のサービス提供者から提供されることが想定される。

また、国立保健医療科学院（以下「科学院」と表記）のホームページ*（特定健康診査機関・特定保健指導機関データベース）に登録を行った機関（情報の登録により委託基準にある規程の概要の公開に代えることができる）に限り、科学院ホームページにおける検索機能で抽出することができる。

④委託先探しにおけるその他の方法

特定保健指導以外の保健事業を委託している機関、もしくは、加入者の属する事業者が委託している機関等に特定保健指導の実施を依頼する方法も考えられる。

保健指導については、事業者の雇用する産業医や保健師が事業者健診実施後の保健指導を精力的に行っている場合、その指導との整理が必要となるため、事業者のこれらスタッフによる保健指導の委託（4-2-2③参照）が考えられ、委託に関する事業者との協議調整を行うことも考えられる。

5-2-2 見積等情報照会

委託先を探すため、ホームページの検索等を行った後は、見積書等詳しい情報の収集等により、契約に向けた検討を進めていく必要がある。

特に、保健指導は、健診と異なり内容が定型化しておらず、機関の創意工夫により幅広い見積金額・サービス内容となるため、見積照会等において注意が必要であり、十分な比較検討が重要である。

なお、集合契約においては、原則として、集合契約に参加する医療保険者が契約相手先を検討・選定することはできない（保険者協議会や代表保険者が見積書の入手や契約に向けた調整等を行うため）ため、支払基金ホームページ等の機関リストは、受診者（利用者）が自宅近く等にある健診・保健指導機関を検索するために利用することが主目的となる。

以下の手順は、主に個別契約における特定保健指導の委託先を選定することを想定した、標準的な検討の流れである。なお、健診については、主として定められた検査項目に対する価格の高低のみを判断することから、適宜見積書を取得し委託先を決定すればよい。

①公開情報の比較検討

対象者の居住地あるいは勤務地に近い保健指導機関を支払基金ホームページ等から抽出し、個々の機関情報（各機関の「運営についての重要事項に関する規程の概要」ホームページ等。以下同様）について入手した後、集めたこれらの機関情報を並べ、サービス内容や料金、従事者、実績等の観点で比較・検討を行う。

* 特定健康診査機関・特定保健指導機関データベース(<http://kenshin-db.niph.go.jp/kenshin/>)

②見積の照会

料金に関する基本的な情報は、各機関のホームページ等で公開されている機関情報に記載されているため、ある程度の絞込みの参考にはなるが、あくまで標準的な料金であることから、各医療保険者の対象者数や散在している場所、希望する実施内容等から、各医療保険者での具体的な費用を積算・提示頂く必要がある。

①の作業により、多数の機関からある程度まで絞り込んだ後、それらの機関に対して連絡を取り（連絡先は支払基金ホームページの機関リスト、もしくは個々の機関情報にあり）、見積書の提出を依頼する。

なお、見積照会に当たっては、各機関独自の様式で提出されると医療保険者での比較検討が困難となることから、医療保険者が見積書の様式を作成し、見積依頼先にその様式での見積書作成を依頼することが望ましい。また、保健指導機関にとって他機関との比較優位を明確化する上でも、他機関との差異が医療保険者に明確にわかるよう見積書の様式がある程度共通化していた方がよいと考えられる。これら双方の考えを踏まえ、本書巻末の付属資料に標準的な見積書の様式を示すので活用されたい。

③見積回答の精査

提出された見積書の金額や内訳（見積に含まれるものや、それらの単価等）を精査し、各機関の見積内容を比較し、条件を揃える、あるいは削る等により、委託したい内容のイメージを固めると同時に、費用・予算の確定に向けて保健指導機関との何度かのやりとりを通じ見積の精度を上げていくこととなる。

提出された見積書の着眼点としては、主に次のような点をチェックし、料金に含まれているのか否か、金額として妥当か否か、他機関と比べてどうなのかを確認することが適当である。

- 人件費としては、どのような職種(医師・保健師・管理栄養士)の者が、どの程度従事・関与するのか
- 物件費としては、何がどこまで含まれているのか（教材等）
- 受付や料金徴収、会場代、事前打合せ費用や連絡調整、対象者への案内や督促、データ処理等の費用も計上されているか、またその負担配分が明記されているか
- 所要ポイント数や、指導内容・形態等は明記されているか

④詳細な情報の照会

金額や見積条件等以外のさまざまな情報の収集により、総合的に評価・選定していくことが必要である。

よって、見積書と併せて当該機関のパンフレットや実績等関連資料の送付を依頼したり、必要に応じ現地を見学したりすることも考えられる。

特に注意したいのが、保健指導機関の保険加入の有無および加入している保険での補償範囲である（次表は主に介護保険サービス事業者が加入している保険の例）。保健指導においては、例えば無理な運動によるケガや発作等、指導中あるいは指導期間中に、何らかのトラブルが発生しないとは限らないことから、その際の責任の負担能力を考慮し、十分な補償のある傷害保険や賠償責任保険等に加入している委託先の選定が重要である。

図表 21:保険の種類と適用例(参考)

種類	内容	現在の主な適用例 (介護保険の場合)	特定健診・特定保健指導の 場合に想定される適用例
損害賠償保険	<ul style="list-style-type: none"> ○因果関係が明確なもので、賠償責任が認められるものについて適用 *介護事業者賠償責任補償制度など介護サービスに特化したものもある。 	<ul style="list-style-type: none"> ○業務遂行中の事故、業務の結果に起因する事故 ○ケアプラン作成により利用者に過剰な経済的負担をさせたことによる損害賠償請求を受けた場合 ○要介護者から名誉毀損によって訴えられた場合 ○身体・財物、管理財物、人格権侵害、経済的損失、訴訟対応、見舞金、見舞品 	<ul style="list-style-type: none"> ○特定保健指導実施中の事故(運動指導中のケガや調理実習中のやけど等) ○保健指導計画作成により、利用者に過剰な経済的負担をさせたことによる損害賠償請求を受けた場合 ○運動指導実施中に、施設等の設備を破損した場合
傷害保険	<ul style="list-style-type: none"> ○突発的な事故等によるものに対する保険。 ○予測可能なものには適応していない。 	<ul style="list-style-type: none"> ○傷害事故がもとで死亡したり、後遺障害が生じたりした場合 ○入院医療費、通院医療費 ○法律上の賠償責任を負ったことにより被る損害(賠償金等) 	<ul style="list-style-type: none"> ○保健指導中の傷害事故がもとで、死亡したり、後遺障害が生じたりした場合 ○健診・保健指導中の突発的な事故により、通院が必要となった場合の医療費
医療保険	<ul style="list-style-type: none"> ○理由に関係なく、病気やケガで入院したり、所定の手術を受けた時に、給付金が受け取れる。 ○死亡時は死亡保険金が受け取れるが、少額。 ○掛金は他の保険と比較して高額。 	<ul style="list-style-type: none"> ○理由に関係なく、病気やケガで入院した場合。 ○死亡した場合。 	<ul style="list-style-type: none"> ○保健指導実施中にケガをして入院した場合
生産物賠償責任保険	<ul style="list-style-type: none"> ○ケアプランに対する賠償責任保険等はこれに入る *「居宅介護支援事業者賠償事故補償制度」のように、居宅介護支援事業者や地域包括支援センター向けのメニューといったものもある。 	<ul style="list-style-type: none"> ○要介護認定の申請代行や市町村から委託を受けた訪問調査、居宅サービス計画作成等 ○介護予防サービス計画作成等 	<ul style="list-style-type: none"> ○特定保健指導計画策定に係る損害賠償に関するもの(内容は損害賠償保険の欄参照)
個人情報漏洩賠償責任保険	<ul style="list-style-type: none"> ○生存する個人に関する情報であって、当該情報に含まれる氏名、生年月日等により特定の個人を識別できる情報の漏洩により賠償請求が行われ、客観的に明らかになった場合に支払われる。 *保険料は業種によって異なる。 	<ul style="list-style-type: none"> ○損害賠償請求された被害損額 ○弁護士費用や謝罪広告、宣伝費等の費用損額 	<ul style="list-style-type: none"> ○特定健診・保健指導実施機関が個人情報が入った電子媒体を紛失した場合の弁護士費用や謝罪広告費用

5-3 契約

5-3-1 標準的な契約書

①標準的な契約書の趣旨

条文の内容や委託範囲、事故発生時等の責任分担等、契約書に定めるべき内容については、医療保険者と委託先との協議調整により定められるものである。

しかし、集合契約（詳細は「6. 集合契約」を参照）、特に市町村単位での集合契約Bにおいて、市町村によって委託者と受託者の役割や責任の分担、紛争解決ルール等、契約単価以外の契約条件が異なるという事態が生じた場合、全国各地での集合契約に参加する医療保険者から見ると、地域によってさまざまな条件の契約が混在することになり、トラブル発生時に、地域によって異なる対応を迫られることとなる。

決済やトラブル発生時の取扱い等さまざまな対応において処理方法が複雑化することを避けるため、少なくとも集合契約Bでの契約書（条項と内容）は原則として全国統一とし、契約単価・委託項目（健診項目等）部分のみ各市町村の条件を準用することとする。これにより単価・項目以外の条件（支払条件、役割分担、責任分担や紛争解決ルール等）を全国共通とし、医療保険者の不安や事務の煩雑さを解消する。

②集合契約ならではの制約

集合契約の内容は多数の契約参加者が容認できる内容に限られること、また契約関係事務における関係者の負担軽減、あるいは契約後の業務処理上での関係者の負担軽減も重視されなければならないことから、個別契約と異なり、細かい条件設定等は難しく、標準化・共通化された内容とならざるを得ない。

例えば、健診項目における人間ドックについては項目の整理・限定が必要となることや、健診と保健指導との契約書を一本化し委託側・受託側のそれぞれが参加を選択する整理を行っていることも、その理由からである。

③標準的な契約書の構成

基本条項部分に加え、別紙として委託元保険者一覧表、健診等内容表、実施機関一覧表、内訳書、個人情報取扱注意事項、で構成する。内容の詳細は本書巻末の付属資料に標準的な契約書の例を示すので、少なくとも集合契約Bにおいては、これを利用されたい。

また、他の集合契約や個別契約においても、この例を適用する、あるいは例をベースに適宜加除修正し利用することは差し支えない。

5-3-2 契約単価の設定

①標準的な設定

本書巻末の付属資料に示した集合契約における標準的な契約書の例、その中の内訳書が、標準的な設定の例となる。

特定健康診査については、基本的な健診は一括、詳細な健診の項目については、どの項目を実施するかは医師の判断によるために実施する瞬間まで確定しないことから1項目ずつ単価の設定が必要となる。

特定保健指導は保健指導機関の創意工夫を尊重していること、また1人あたりの指導内容において健診のように区分する必要はないことから（単価の前提となっているポイント数等の要件を満たせば、どのような指導形態を組み合わせるかは対象者の特性に応じ柔軟に変える必要があるため）、一括で*単価設定を行う。

②独自の設定

健診については、医療保険者が個別契約において人間ドック等の追加健診項目を細かく設定した場合には、細かい単価設定が必要となる可能性が高いが、それ以外では特に独自の設定の余地は狭い。

保健指導は指導期間が半年に及ぶことから、途中で脱落のリスクが高まる。医療保険者は実施率の向上、確実な加入者の生活改善を目指していることから、脱落のリスクを少しでも回避する一つの仕組みとして、単価設定を工夫することが考えられる。例えば、脱落した場合の精算条件を、標準的な契約書の例では8:2（動機付け支援）あるいは4:6（積極的支援）とし実施分までの代金を支払うこととしているが、これを変え、保健指導機関が指導対象者の意欲を継続させられる工夫に努めるようなインセンティブを働かせるということが考えられる。

5-3-3 再委託の条件

①健診

血液検査等の検査体制・設備等を必要とする検査項目について、そのような体制・設備等を自機関内に保有しない健診機関は、その部分に限り、外部機関に委託する必要がある。

委託先健診機関が、上述のような機関で、その項目に限り再委託を行う場合は、ホームページ等にて公開する「運営についての重要事項に関する規程の概要」において再委託の範囲と委託先等を予め明記しておくことが必要である。

予め明記されている範囲・委託先に限り、再委託を行うことは、差し支えないものとする。

*ここでの「一括」とは、項目別にコストを積算した総額を対象者数で割り算したものであり、項目を区切らず丸めるという意味ではない。5-2-2③に示したように、コストに含まれている内容等については十分に精査された上での総額及び単価となる。

②保健指導

専門的知識・技能を持つ一人の実施者が、指導期間中を通じて対象者の全ての指導を専属で担当するような実施形態ではなく、実施日時（曜日や時間帯）や指導内容（実践的な指導における運動部分、あるいは食事部分等）によって部分的に他の実施者が担当する可能性が高い。この時、同一機関内の他の実施者というケース以外に、そもそも運動部分は実施できる体制（要員・設備等）が当該機関にない等部分的に他の実施機関に委託しているケースが少なくない。

委託先である保健指導機関が、上述のような機関で、その部分に限り再委託を行う場合は、ホームページ等にて公開する「運営についての重要事項に関する規程の概要」において再委託の範囲と委託先等を予め明記しておくことが必要である。

予め明記されている範囲・委託先に限り、再委託を行うことは、差し支えないものとする。

③保健指導における再委託の範囲（元請けの条件）

保健指導は、②に示したように、部分的な分業（再委託）が少なくないことから、最も分業が進んだ場合、元請けは契約・決済等事務だけを担当し、初回時面接での計画作成、実践的な指導、電話での継続的支援、終了時評価等は全て別々の機関が担当するというような事態も考えられる。しかし、この例にあるような実施体制では、適切かつ効果的な指導が行われるか、トラブル時の対応が十分為されるか等、医療保険者にとって極めて不安のある実施体制であり、許容されるものではない。

このようなことが起こり得ないよう、委託元となる医療保険者にとって、保健指導機関が再委託を行う場合の許容範囲（再委託の定義）が必要となることから、次のように定義付けを行う。

図表 22:特定保健指導における元請け・下請けの定義

	元請け	下請け
定義	<ul style="list-style-type: none"> ○保健指導全体の統括・管理は直営(自機関内部)で行う ○初回時面接の実施、支援計画の作成、終了時の実績評価の実施や、各対象者の指導期間を通じた全体的な管理は直営(自機関内部)で行う ○業務の一部、特に3ヶ月以上の継続的支援において、自機関にないノウハウ等を活かした支援を受けることを目的に、ノウハウある専門機関に部分的に分業(再委託)する ○委託元への結果報告や、データ作成、請求等を再委託分も含め、全て一つにとりまとめて行う ○受託業務の主たる部分^{*1}を担当する ○再委託先における発生分も含め、トラブル発生時は、迅速な対応等全責任を負う 	<ul style="list-style-type: none"> ○元請けからの依頼に基づき、業務の一部、特に3ヶ月以上の継続的支援において、元請けにないノウハウ等を活かし、部分的に担当する ○担当部分の結果報告やデータ作成は、元請けに送付 ○受託できるのは、元請けが受託した業務の一部^{*2}に限る
委託基準	<ul style="list-style-type: none"> ○人員・施設等の基準遵守は必須 ○ホームページ等にて公開する「運営についての重要事項に関する規程の概要」において再委託の範囲と委託先等を予め明記 ○請求やデータ送付のため機関番号の取得が必要 	<ul style="list-style-type: none"> ○人員・施設等の基準遵守は必須 ○部分的であっても「運営についての重要事項に関する規程の概要」のホームページ等での公開は必須 ○元請けになることが全くない場合は、機関番号の取得は不要

5-3-4 個人情報保護

委託すべき機関の適格性として、健診における精度管理等も重要であるが、極めてセンシティブな個人情報である健診・保健指導データを厳重に管理できる機関であるか否かが非常に重要である。

医療保険者には、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」「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)が定められており、このガイドラインにおいて委託先の監督が求められていることから、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を委託契約書に定めるとともに、委託先の契約遵守状況を管理していくことが必要である。

本書の付属資料4に示している標準的な契約書の例では、第12条に個人情報の保護の条項を設け、具体的には契約書に付属する別紙として個人情報取扱注意事項を定めることから、参考にされたい。

^{*1} 上記定義にある元請けの行うべき業務であることから、受託金額の概ね50%以上(対象者一人当たりの契約単価比で。単価契約における単価で算出できない場合(下請けに出す部分が、全対象者の指導の一部ではなく、一部の対象者の指導の一部である場合等)、受託総額を対象者数で割った一人当たり単価で算出)は担当することになると考えられる。

^{*2} 上記定義にある下請けの行うべき業務であることから、受託金額の概ね50%未満になると考えられる。

5-3-5 スケジュール

①基本的な枠組みの整理

契約に向けた条件・内容の調整は、見積の精度向上に伴って進められていくことであるが、調整結果としての契約書の仮セット（甲乙双方のリスト確定、契約内容・追加等の確定等）は実施年度の前年度の早めに完了させておく必要がある。

また、実施年度に入れば、即座に調印事務に着手し、短期間で完了させることが重要である。

②時期

年度末までの1年間を基本的な契約期間とできるよう、契約書上での契約締結日は4月1日付（実際の調印作業は最短でも4月中旬まで要することから、バックデートする形となる）とする。

また、集合契約の成立に向けた、参加保険者から代表保険者への委任状については、前年度の契約書の仮セットまでには取りまとめておく必要がある。

5-4 請求・決済

5-4-1 請求・決済の回数

①健診

健診の実施は1回（実施漏れ等により再度実施し直さない限り）であることから、請求・決済も受診者1人あたり1回となる（実施し直し等の場合は完了時点まで請求・データ送付を行わない）。

②保健指導

保健指導は約半年間にわたる複数回の実施となる。基本的には、契約に定めた回数になることから、1回（例：開始時もしくは完了時）でも複数回（例：開始時と完了時の2回、積極的支援の場合は指導実施月、等）でも差し支えない。

なお、集合契約の場合は統一しておく必要があることから、開始時（初回時面接終了後）と完了時（実績評価完了時）の2回を基本とする。

5-4-2 請求・決済額の算定方法（自己負担の設定方法）

①請求・決済額の算定方法

請求額は、契約により定められた単価（消費税込）から、各医療保険者が設定した自己負担額（受診券・利用券に明記）を差し引いた金額となる。

自己負担額が金額として明記されている場合は特に問題ないが、負担率で示されている場合は、単価に医療保険者が設定した負担率を乗じて算出された額（1円未満の端数が出る場合は四捨五入）とする。

②保健指導における請求額算定の考え方

保健指導において、請求・決済を複数回とする場合は、契約単価の全額を請求・決済することにはならないため、各回の請求額（配分ルール）を契約にて定めておく必要がある。

例えば、成果重視の場合は複数回でも終わりに近づくほど配分を高めるという考え方もある。また、積極的支援の場合は指導実施月に請求するというようにすれば、出来高払い（完了分）のような形になる。

なお、開始時と完了時の2回とする集合契約Bの場合、動機付け支援では8:2、積極的支援では4:6を基本としている（本書の付属資料4に示している標準的な契約書の例を参照のこと）。

また、医療保険者への請求額の設定は複数回であっても、自己負担額の徴収を必ずしも同じタイミングとする必要はない。特に、対面での指導形態が中心ではない場合は、初回時面接時しか接触・徴収の機会がない可能性があることから、初回時に自己負担額を全額徴収することが徴収漏れ等を防ぐ上で適当である（この時、医療保険者への請求額は契約単価から自己負担額を差し引いた額を各回の配分ルールに従って設定^{*1}）。また、全額徴収は対象者の途中脱落を防ぐ効果もあると考えられる。このように、医療保険者への請求回数と自己負担額徴収のタイミングが異なる場合は、利用券に明記（6-4-3の利用券の様式例における窓口での自己負担の欄に「自己負担額は初回利用時の負担として特定保健指導開始時に全額徴収」と記載）する等それが保健指導機関の窓口にて容易にわかるようにしておくことが必要である。

③自己負担の設定における考え方

そもそも自己負担は必ず設定し徴収しなければならないものではないが、自己負担を設定する場合は、財政への影響（自己負担を低めにするとう医療保険者がその財政負担に耐えられるのか）と実施率*（実施率を上げようとする場合、自己負担額は低めに設定することが必要）とを総合的に判断し、各医療保険者にて自由に設定する。

例えば、財政的に余裕のある医療保険者の場合は、自己負担はゼロか低く抑えられると考えられ、財政的に厳しい医療保険者は相当の自己負担を課さざるを得ないと考えられる。もとより、財政状況は厳しいものの、実施率を高くすることを重視して自己負担を低く抑えるということも一つの判断である。

また、予算が制約条件となることから、毎年の実施率が高まっていく場合、前年までの自己負担率では保険財政上厳しいと言うことになれば、年度によって自己負担を変えていくことも必要となる。

④自己負担を設定する場合の設定方法

基本的には、自己負担額（あるいは自己負担率）の設定のみとなるが、健診における人間ドックや保健指導における積極的支援のように単価が高額となるものについては一定率での負担には限界があること、また単価が比較的安く保険者負担額が単価を上回っ

^{*1} 平成21年度の健診結果に基づく保健指導実施分からは、この()に記載の算定ルールとなっている。

^{*2} 実施率を上げるためには、特に保健指導（積極的支援）の場合は、途中脱落を防ぐためにも、無料とするよりも自己負担を徴収するという考え方がある。そもそも自己負担をゼロとする場合でも一旦は徴収し、脱落しなかった者（あるいは自己都合ではないが中断・終了を余儀なくされた者）のみキャッシュバックするという手法も考えられる。

ている場合は事実上自己負担ゼロとなることから、自己負担額（あるいは自己負担率）に加えて保険者負担上限額を設定し組み合わせることが重要である。

これにより、前述の「単価が高額となるものについては一定率での負担には限界があること」に対しては、保険者負担上限額までは一定率とし上限額を超えた部分は自己負担という整理ができ、また「単価が比較的安く保険者負担額が単価を上回っている場合は事実上自己負担ゼロとなること」に対しては、保険者負担上限額までは一定率の自己負担を求めるという整理ができ、保険者負担が過度となることを防ぐことができる。

図表 23:基本的な自己負担額の算定方法の例(支払基金の場合)

①負担なし		0
②定額負担	単価>定額負担金額の時	定額負担金額
	単価≤定額負担金額の時	単価
③定率負担		単価×定率 (1円未満の端数は四捨五入)
④保険者負担上限額	単価>保険者負担上限額の時	単価－保険者負担上限額
	単価≤保険者負担上限額の時	0
⑤定額負担＋保険者負担上限額	単価>定額負担金額の時	単価－定額負担金額>保険者負担上限額の時
		単価－定額負担金額≤保険者負担上限額の時
	単価≤定額負担金額の時	単価
⑥定率負担＋保険者負担上限額	単価－(単価×定率(1円未満の端数は四捨五入))>保険者負担上限額の時	単価－保険者負担上限額
	単価－(単価×定率(1円未満の端数は四捨五入))≤保険者負担上限額の時	単価×定率(1円未満の端数は四捨五入)

(注)受診券・利用券の印字設定ルールに基づき、特定健康診査の場合は①～④のみ。⑤⑥は人間ドックや特定保健指導の場合のみ設定できることとなっている。

資料：支払基金ホームページ「特定健診・特定保健指導請求金額計算方法」
(http://www.ssk.or.jp/goannai/jigyonaio/tokuteikenshin/tokuteijoho/files/keisan_h21.pdf)

5-4-3 請求・決済の方法

①基本的な方法

請求方法としては、紙の請求書を発行*し健診結果データファイルを格納した電子媒体と共に送付する方法と、健診データファイルの決済情報部分に請求金額を入力し、結果データ部分と併せて送付する方法が考えられる。

決済の方法としては、請求書に指定された口座に入金する形態以外はあまり考えられない。

②請求およびデータの送付方法

個人情報の送付となることから、安全性の確保が最優先される（健診・保健指導機関が委託基準を満たす上でも必須。また医療保険者が個人情報保護法や関係ガイドライン等を遵守する上でも必須）。

そのため、基本的な送付形態としては、健診データファイルを可搬媒体に格納し、書留郵便等で送付することになると考えられる。オンラインで送付する場合は、インターネットメールにファイルを添付する形は慎むべきであり、安全性の担保されたネットワークを介して送付できる場合に限るものとする。

なお、ファイルを送付する際（特にオフラインで送付する場合は）、送付時の事故等により第三者の手にファイルが渡ってもデータの閲覧等ができないように、ファイルや

* 「電磁的方法により作成された特定健康診査及び特定保健指導に関する記録の取扱いについて(平成 20 年 3 月 28 日 健発第 0328024 号、保発第 0328003 号)」及び「電磁的方法により作成された特定健康診査及び特定保健指導に関する記録の様式について(平成 20 年 3 月 28 日 健総発第 03280001 号、保総発第 03280002 号)」において様式を規定しており、請求についてもこの様式に含まれているため、実際には紙での請求書発行は困難。

電子媒体に暗号化等*の処理を施すことが必要となる。

③契約形態別での請求方法

請求や決済の方法は、契約書に定められた内容に基づくため、医療保険者と健診・保健指導機関との個別の契約においては、双方の契約前の協議調整により自由に定められることから、さまざまなケースが考えられる。

但し、個別契約において健診データファイルの決済情報部分に請求金額を入力し送付する場合は、ファイルに振込先口座の名義や番号等の情報は記録しないようにしていることから、別途振込先を取り決めておく必要がある（事前に取り決めて通知しておくことが難しい場合は振込先を明記したものを電子媒体に同封し送付する等の工夫が必要）。

集合契約においては、統一的・定型的な事務処理ルールが運用上必要不可欠である。本書の付属資料4に示している集合契約Bにおける標準的な契約書の例では、代行機関としてオンライン処理を中心とする支払基金を利用することから、決済情報も含め格納された健診データファイルの、ネットワークを介したやりとりにより請求が為されるが、その他の代行機関についてはオンライン送付とならない場合もある。

なお、支払にあたっては、上述の個別契約と同様の理由から、医療保険者に代行機関の振込先を別途お知らせする必要があるほか、代行機関は健診・保健指導機関から予め振込先情報を集めておく必要がある。

5-4-4 請求・決済の頻度

①基本的な考え方

請求が健診結果データ送付のタイミングと常に一致する場合は、データ送付の都度ということになる。特に健診は、階層化及び保健指導対象者への案内が控えていることから迅速な結果データの送付が求められ、最短の頻度としては健診実施後数日、ある程度とりまとめて送るならば10日おき等の頻度となりうる。

請求を健診結果データ送付と切り離して考える場合は、データ送付が頻繁に為される場合でも請求の送付は月1回とするような頻度となる。

②個別契約の場合

請求や決済の頻度については、契約書に定められた内容に基づくことから、医療保険者と健診・保健指導機関との個別の契約においては、双方の契約前の協議調整により自由に定められるため、さまざまなケースが考えられる。

例えば、①に例示したような10日おきや月末締めというように、データ送付が付随する、しないに関わらず自在に設定が可能である。

* 暗号化等の技術革新は今後も続くと考えられるため、具体的な規格までの定めは行わず、送付する両者間で利用可能な方式を適宜採用すればよい。なお、現時点で考えられる主な方法として、例えば秘密鍵(共通鍵)暗号方式(暗号化と復号化の鍵が同一の方式で、送付元・送付先の機関が安全な方法により鍵を共有する必要がある)と公開鍵暗号方式(暗号化と復号化の鍵が別々の方式で、送付先の機関から送付元の機関に暗号化のための鍵を送付する必要がある)。但し、秘密鍵暗号方式には、安全な方法により鍵を共有する方法に課題があり、公開鍵暗号方式には、送付元機関において復号できないため、暗号化が正しくなされているかの確認ができないといった課題がある。秘密鍵暗号方式の鍵を共有する方法として、秘密分散法(鍵をいくつかに分けて集めることにより鍵が復元される方法)等が考えられている。

③集合契約の場合

集合契約においては、統一的・定型的な事務処理ルールが必要である。例えば、本書巻末の付属資料に標準的な契約書の例を示している集合契約Bでは、データ送付と請求は常に一体的に行うこととし（請求の付随しないデータ送付はないものとする）、毎月、健診・保健指導機関から支払基金に請求とデータを送付する日（オンラインは随時、オフラインは月1回）、支払基金から医療保険者にデータを送付する日（オンラインは月3回、オフラインは月1回）等を定めており、健診・保健指導機関並びに医療保険者はこの共通ルールに沿って事務を処理することとなる。

5-4-5 決済失敗時の取扱

①前提となる基本ルール

健診・保健指導機関は、受診者（利用者）が被保険者証と受診券（利用券）を持参し、両者の内容等が一致し問題がないことを確認した上で、サービスを提供することを、受診（利用）時の基本的なルールとする。

これにより、被保険者証と受診券（利用券）が揃うと受診（利用）可能となることから、医療保険者は、これまで以上に資格喪失後の被保険者証の早期・確実な回収が重要となる。

②基本ルールを踏まえた取扱い

以上を前提として、次のようなケースが発生した場合は、それぞれの標準的な取扱いを次のように定める。

図表 24: 決済時に想定されるケースとその取扱い

想定されるケース	取扱い
健診機関・保健指導機関において、受診券（利用券）と被保険者証を確認しなかった場合（加入者が受診券又は被保険者証を忘れてきた場合において、当該機関の判断で受診を認めた場合等）	当該機関の責任・負担とし、医療保険者からは支払わない（機関は全額を受診者（利用者）に請求）。
健診機関・保健指導機関において、受診券等に記載された内容と異なる検査・請求を行った場合（記載されていない上乗せ検査を行い、その費用の一部を請求した場合等）	
健診機関・保健指導機関において、受診券（利用券）と被保険者証を十分に確認 [*] したが、不正なものとは見抜けず、そのいずれかが不正なものであった場合（資格喪失していたものの医療保険者が回収していなかった場合や、精巧に偽造されたものであった場合等）	医療保険者の責任・負担とし、医療保険者は定められた費用を機関に支払い、医療保険者が受診者（利用者）に請求。

* 医療保険者の責任・負担となるには、健診・保健指導機関における事前の十分な確認が前提。簡易コピー等本物ではないと容易に判別できるにもかかわらず見落とした場合は機関の責任・負担となる。

③特定保健指導における途中終了時の取扱い

保健指導は約半年間にわたることから、その間に資格喪失や途中脱落により終了する場合があります（詳細は3-5-2を参照）。このような場合の請求額の算定については、基本的には実績払いとし、終了時までに実施した分に応じた額とすることが適当である（契約書に定めておくこと）。

なお、契約により定めることから、できる限り途中脱落を防ぐためのインセンティブが設定された契約を締結している場合は、実績払いではなく別途その場合の取扱いを定めておく必要がある。

5-5 重要事項に関する規程

5-5-1 運営についての重要事項に関する規程

①健診・保健指導機関による情報公開の必要性

5-1 に示したように、医療保険者が健診・保健指導を委託できる機関の基準が告示により定められていることから、医療保険者が委託先を探すにあたって、委託基準を満たしている機関であるか否かを判別できるよう、健診・保健指導機関は基準の遵守状況について情報を公開する必要がある。

②規程として予め定めておくべき項目

5-1-2⑤及び5-1-3⑤に運営等に関する基準を示しているが、この中において、規程として定めておくべき7項目(保健指導は8項目)を挙げている。

〈特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第16条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者〉(抜粋)

5 運営等に関する基準

(6)(※特定保健指導は(7)) 運営についての重要事項として次に掲げる事項を記した規程を定め、当該規程の概要を、保険者及び特定健康診査の受診者(※特定保健指導の利用者)が容易に確認できる方法(ホームページ上での掲載等)により、幅広く周知すること。

- ・事業の目的及び運営の方針
- ・統括者の氏名及び職種(※特定保健指導のみ)
- ・従業者の職種、員数及び職務の内容
- ・特定健康診査(※特定保健指導)の実施日及び実施時間
- ・特定健康診査(※特定保健指導)の内容及び価格その他の費用の額
- ・事業の実施地域
- ・緊急時における対応
- ・その他運営に関する重要事項

5-5-2 規程の概要

①概要の必要性

規程は詳細を記述するものであることから、量的にも相当なもの(イメージとしては金融商品等の約款のようなものになる可能性が高い)になるため、即座に理解・把握することは難しいことが想像される(十分に読みこむ必要がある可能性が高い)。

医療保険者が委託先を探す際は、まずはアウトラインをつかんで比較検討により絞り込み、その上で詳細な情報が必要となる。そのため規程そのものの周知は必要ではないが、その概要がわかるものについては周知が必要である。

②概要に記載すべき事項

規程の概要は、医療保険者が委託先を探すための情報であることから、各機関独自の表記方法で公開された場合、比較検討が困難になる。

そのため、共通の様式を用いて記載することとしている(様式については本書巻末の

付属資料を参照のこと。

なお、様式は一部の項目を除き必須記載項目となっていることから、必須記載項目は全て記載すること、また一部の項目については選んだ選択肢によっては委託基準を満たさなくなること（例えば「受診者に対するプライバシーの保護」の項目で「無」を選んだ場合は基準を満たさない機関となる）に注意が必要である。

図表 25: 重要事項に関する規程の概要(健診機関用)の様式イメージ*

運営についての重要事項に関する規程の概要〔健診機関〕

* 健診と保健指導の両方を実施する者は、保健指導機関分とは別々に作成・提出等すること。
 * 多くの拠点を抱えている法人の場合は、各拠点単位でこれを作成・提出等すること。
 * 選択肢の項目については、口を■にするが、該当する選択肢のみを■(非該当は○)のこと。

更新情報	最終更新日	年	月	日
* 下記事項に変更があった場合は速やかに変更し、掲載しているホームページ等更新し、更新日を明示すること。				
機関情報	機関名 ^{注1)}			
	所在地 ^{注1)} (郵便番号)	-		
	(住所)			
	電話番号 ^{注1)}	-	-	-
	FAX番号	-	-	-
	健診機関番号 ^{注2)}			
	窓口となるメールアドレス	@		
	ホームページ ^{注3)}	http://		
	経営主体 ^{注4)}			
	代表者名 ^{注5)}			
	管理者名 ^{注5)}			
	第三者評価 ^{注6)}	<input type="checkbox"/> 実施 (実施機関:)	<input type="checkbox"/> 未実施	
	認定取得年月日 ^{注6)}	年	月	日
	契約取りまとめ機関名 ^{注7)}	(例)〇〇市医師会(指定予防会)		
	所属組織名 ^{注8)}			

注1) 社会保険診療報酬支払基金(以下「支払基金」という)に届け出る(あるいは届け出ている)内容と同一の内容とする。
 注2) 正式名称で記載。複数拠点を持つ法人の場合は、正式名称が拠点名のみであれば拠点名、法人名+拠点名(例:「株式会社〇〇サービス〇〇店」「〇〇法人〇〇〇〇健康センター」等)であればその通りに記載。
 注3) 施設より支払基金から番号が付けられている機関のみ記載。
 注4) ホームページを開設している機関のみ記載。複数ある場合は最も関係の概要が分かる1箇所を記載されているサイト(例:自院ページ、地区医師会ページ、医療機関提供制度に基づく医師会ホームページ等)のアドレスを記載。
 注5) 特定健康診査を実施する各拠点における常勤の管理者。但し、管理上支障がない場合は、健康診査機関の他の職務に従事し、又は同一の拠点内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。施設管理者や人事管理、経営管理等を想定。従って管理者は必ずしも医師等ではなくともよい(医師等による兼任も可)。
 注6) 何らかの評価機関において、評価を受けた場合のみ記載。
 注7) 個別契約のみで、どこか1ケースにも関わらず、場合は記載不要。
 注8) 機関が支那・支店等の拠点の場合、所属する法人名(本報掲載名)を記載(正式名称で)。所属機関とは、主として注2の例にあるような法人を想定(医師会を除く)。なお、契約取りまとめ機関名との包含関係としては、契約取りまとめ機関と本報掲載名機関(支部・支店等)となる。

スタッフ情報 ^{注9)}	医師	常勤	人	非常勤	人
	看護師	常勤	人	非常勤	人
	臨床検査技師	常勤	人	非常勤	人
	上記以外の健診スタッフ ^{注10)}	常勤	人	非常勤	人

注9) 特定健康診査に従事する者のみを記載。
 注10) 医師・看護師・臨床検査技師以外で、特定健康診査の業務運営に必要な者(受付、身体計測、データ入力や発注、健診ハイスの職務等)。

施設及び設備情報	受診者に対するプライバシーの保護 ^{注11)}	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	個人情報保護に関する規程の種類	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	受動喫煙対策	<input type="checkbox"/> 敷地内禁煙	<input type="checkbox"/> 施設内禁煙 <input type="checkbox"/> 完全分煙 <input type="checkbox"/> なし

血液検査	<input type="checkbox"/> 独自で実施 <input type="checkbox"/> 委託 (委託機関名:)
眼底検査	<input type="checkbox"/> 独自で実施 <input type="checkbox"/> 委託 (委託機関名:)
内臓脂肪管理 ^{注12)}	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施
外臓脂肪管理 ^{注12)}	<input type="checkbox"/> 実施 (実施機関名:) <input type="checkbox"/> 未実施
健診結果の保存や提出における標準的な電子的使用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

注11) 健診時における、必要な箇所(問診・相談や服薬を要する検査項目の実施時等)への責任切りやついで等の設置、別室の確保等の配慮等がなされているかの有無。
 注12) 血液検査や眼底検査等を外部に委託している場合には、委託先の状況について記載。

運営に関する情報	実施日及び実施期間 ^{注13)}	特定時期	例) 6月第2週の平日 13:00-17:00 例) 平日 9:00-17:00、土曜(祝日)
	特定健康診査の単価 ^{注14)}	円以下/人	
	特定健康診査の実施形態 ^{注15)}	<input type="checkbox"/> 施設型 (<input type="checkbox"/> 要予約 <input type="checkbox"/> 予約不要)	
		<input type="checkbox"/> 巡回型 (<input type="checkbox"/> 要予約 <input type="checkbox"/> 予約不要)	
	巡回型健診の実施地域	(例)岡山県全域、広島県福山市	
	救急時の応急処置体制 ^{注16)}	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	苦情に対する対応体制 ^{注16)}	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

注13) どちらだけでも、どちらも記載可。
 注14) 特定健康診査の「基本的な健診の項目」(いわゆる必須項目)の一式を実施した場合の単価(契約先によって多様な契約単価がある場合は、そのうちの最高額)を記載。なお、単価には消費税を含む。
 注15) 緊急時に医師が迅速に対応できる体制の有無(医師が常駐していない機関の場合は、医師と緊密に連携し緊急時には迅速もしくは医師が駆けつける体制となっているか)。※医療機関は原則として「有」であると想定される。
 注16) 受診者や保険者による苦情が発生した場合に、それを受け付け、改善、申し立て者への結果報告等を行う窓口や担当者が設けられているか。※医療機関は原則として「有」であると想定される。

その他	掲出時点の前年度における特定健診の実施件数 ^{注17)}	年間	人	1日当たり	人
	実施可能な特定健康診査の件数	年間	人	1日当たり	人
	特定保健指導の実施	<input type="checkbox"/> 有 (動機づけ支援)	<input type="checkbox"/> 有 (評価的支援)	<input type="checkbox"/> 無	

注17) 平成19年度・20年度の提出については、事業主健診(労働安全衛生法)及び基本健康診査(老人保健法)の実施件数を記載(実績のない機関については記載不要)。

③ 概要の作成単位

規程の概要は、人員配置基準や施設基準、実施時間を明記することから、複数の実施拠点を抱える機関が、機関単位で作成した場合、医療保険者にとって当該機関が基準を満たしているか否かが分かりにくい(拠点によっては満たしていない基準があるかもしれないが、それが判別できない)だけでなく、拠点によって実施時間(いわゆる営業している曜日や時間帯)等が異なる場合に、受診者にとってもわかりにくい。

以上を踏まえ、運営についての重要事項に関する規程の概要(ホームページ等)は、実施拠点単位で作成することになっている。

* 血液検査のみならず眼底検査についても委託により対応せざるを得ない場合は、血液検査と同様の記載方法で、事前に再委託先の機関名を明示しておく必要がある。

5-5-3 概要の公開・更新

①公開する場

医療保険者並びに受診者（利用者）が健診・保健指導機関に関する情報を容易に確認できることが重要である。

また、健診・保健指導機関にとっても多くの医療保険者・受診者（利用者）の目に触れる場に情報を公開することが顧客獲得上重要であるとも言える。

以上を踏まえると、基本としてはホームページという形式で公開することがポイントになるが、掲載場所（サイト）をどこにするかが双方にとって重要である。

基本的には、どこのサイトに掲載しても構わない。自機関のサイトが基本になると考えられるが、所属する団体やグループ等のサイトや、よく閲覧される有名サイト（掲載料が高額である可能性があるが多くの人の目に触れる効果を優先する場合）に掲載することも一つの考え方である。

また、どこにも掲載先がないという機関は、国立保健医療科学院に無料の掲載場所（健診・保健指導機関データベース*）が設けられることから、その場を借りて公開することも考えられる。

②情報の更新

公開している規程の概要の内容に変更があった場合は、医療保険者が公開情報で確認している内容と実際の状況に差異が生じた状態となったままであると、公開情報を元に委託先を決めていたならば特にトラブルの元になることから、速やかに掲載している情報を更新する必要がある（紙での掲示では再配布・変更通知等の手間が生じることから、変更した情報が即座に公開される点もホームページでの公開の利点がある）。

共通の様式には、上述のようなトラブルの発生を未然に防ぐ一助となるよう、いつ時点の情報であるかを明確にするために、最終更新日の欄を設けている。更新の都度、この欄の日付を更新しておくことが重要である。

加えて、可能な範囲で、更新した箇所がわかるような配慮があることが望ましい（例えば、太字にする、書体やフォントサイズを変える、色を変える等）。

*健診・保健指導機関データベース(<http://kenshin-db.niph.go.jp/kenshin/>)

5-6 健診・保健指導機関番号

5-6-1 番号とは

①健診・保健指導機関番号の必要性

健診・保健指導の結果は、電子データの形で標準的に定められたファイル形式に基づきやりとりされることになっている。データのやりとりは、健診・保健指導機関から代行機関や医療保険者（その逆も）、代行機関から医療保険者（その逆も）、医療保険者間（他の医療保険者に実施を委託している場合や、医療保険者間の異動による加入者のデータの授受）、医療保険者から支払基金（国への実績報告）等、さまざまな主体の間で為されている。

ファイルのやりとりに当たっては、発信者や送付先、送付内容（医療保険者への納品なのか、国への実績報告なのか等）がファイルに明示されていないと、正しい送付先に正しい内容のものが送られているかを判別できないため、標準的なファイル形式においては、健診・保健指導の結果データや請求データだけではなく、これらの情報を記載する領域が設けられている。

この時、発信者や送付先を機関名で記載した場合、さまざまな記載方法が発生する可能性がある（例えば、国への実績報告時の送付先に、「国」「厚労省」「厚生労働省」等記載者によってさまざまな記載の可能性がある）ことから、誰もが同じ記載方法となるよう、番号での記載に統一することとした。

②基本的な付番ルール

医療保険者には保険者番号（8桁）が、医療機関には保険医療機関番号（10桁）が、それぞれ既にあることから、医療機関でない健診・保健指導機関や代行機関に新たに番号を用意することとした。

既に保険医療機関番号を保有する機関は、新たな番号を持つよりも既存の番号を利用する方が合理的であること、またそうなることと既存の保険医療機関番号に準じた付番ルールが適当なことから、付番ルールは次のようにした。

図表 26: 健診・保健指導機関番号の付番ルール

桁数	区分	内容
2	都道府県コード	機関所在の都道府県番号（01～47）
1	機関区分コード	保険医療機関(医科)=1 保険医療機関以外の健診・保健指導機関=2
6	機関コード	原則として、届出順に付番
1	チェックデジット	健診・指導機関番号の先頭から9桁を使用し、モジュラス10ウェイト2・1分割（M10W21）方式により設定。 ①＝チェックデジットを除いた部分の末尾桁を起点として、各数に順次2、1、2、1の繰り返しで乗じる。 ②＝①で算出した積の和を求める（但し、積が2桁になる場合は1桁目と2桁目の数字の和とする）。 ③＝10と②で算出した数字の下1桁の数との差を求め、これをチェックデジットとする（但し、1の位の数がある場合はチェックデジットを0とする）。

(参考)都道府県コード11(埼玉)、12(千葉)、13(東京)、14(神奈川)のみ、先頭の2桁(都道府県コード)および次の1桁(先頭から3桁目)の医科(1)を除く4桁目からの6桁についてM10W21によりチェックデジットを計算し、それを全体のチェックデジットとし既存の保険医療機関コードを構成している。

3桁目＝1の場合には、4桁目からの6桁についてM10W21でチェックデジットを計算しこれを末尾桁と比較、上記以外の場合には、1桁目から9桁目までについてM10W21でチェックデジットを計算しこれを末尾桁と比較。

③市町村の衛生部門が健診・保健指導機関となる場合の付番ルール

集合契約B（詳細は6-2参照）において、市町村国保が市町村の衛生部門に健診・保健指導の実施を執行委任する場合、集合契約における委託先が市町村の衛生部門となる。そのため、受託する市町村は健診・保健指導機関として番号の取得が必要となる。

④医療保険者自身で健診・保健指導を実施した場合の付番ルール

医療保険者自身で健診・保健指導を実施（直営）する場合は、支払基金（国）への実績報告時に、健診や保健指導を実施した機関を記載する欄が、委託していないために空欄となってしまうことを避けるため（記入漏れなのか不明なのかを判別するため）、医療保険者自身で実施したことを示す共通の番号を記入することとする（55から始まるこの番号は、どの医療保険者でも共通して使用する）。

また、この番号は、特に保健指導実施後の評価において、直営と委託との区別をつけて、その成果の違いを見る上でも重要である。

なお、医療保険者自身で実施しつつ、他の医療保険者からも受託する場合は、自身のデータファイルの実施機関欄には自身で実施した共通番号（55から始まる番号）を、他の医療保険者に送付するその医療保険者のデータファイルの実施機関欄には、健診・保健指導機関としての番号を（事前に申請し番号を取得しておく必要がある）、それぞれ記入することとなる。

⑤他の健診・保健指導（他の法令や償還払い）による実施結果受領時の付番ルール

事業者健診等他の法令に基づく健診・保健指導の実施結果や、償還払いによる実施方法を採用する保険者が加入者から受領する実施結果は、実施した機関が特定健診・保健指導の受託機関となっていない場合は機関番号がなく、支払基金（国）への実績報告時に健診や保健指導を実施した機関を記載する欄が空欄となってしまう。これを避けるため（記入漏れなのか不明なのかを判別するため）、医療保険者は、実施機関が保険医療機関であれば保険医療機関番号を、保険医療機関ではない（あるいは保険医療機関か否かが不明）場合は他の健診・保健指導の実施機関としての共通番号を、記入することとする（66から始まるこの番号は、どの医療保険者でも共通して使用する）。

図表 27: 付番ルールにおける留意事項

桁数	区分	市町村衛生部門が健診・保健指導機関として登録する場合	医療保険者自身が実施する場合	他の健診・保健指導(他の法令や償還払い)の実施機関
2	都道府県コード	(通常と同じ)	55	66
1	機関区分コード	2	2	3
6	機関コード	9(自治体を示す) + 現行市町村番号(3桁) + 枝番号*(2桁)	111111	111111
1	チェックデジット	(通常と同じ)	1(通常と同じ)	6(通常と同じ)

* 保健所や保健センター等市町村一般衛生部門の中でも複数の実施拠点・施設がある場合が少なくないため、市町村番号に加え、枝番号を用意。これにより、市町村一般衛生部門は実施拠点単位での付番申請を行うこととする（一括申請は可）。なお、国保直診施設等の自治体病院は市町村内に複数あっても、既に保険医療機関として番号を取得済みであるため、新たな付番は不要。

5-6-2 番号取得申請

① 番号の一元管理

健診・保健指導機関番号は、各機関が独自に番号を設定するのではなく、一意に定まっているよう、一元的に発番および失効情報等の管理を行う必要がある。

そのためには、付番センターのような機能が必要となるが、あくまで健診・保健指導の委託は、医療保険者の自由意志による契約に基づくものであることから、健診・保健指導機関が委託基準を満たしているか否かの認定と同様、国で管理することは適当ではなく、民間が共同でそのような機能を持つことが理想である。

以下の理由から支払基金にて一元管理を行うこととなっている。

- 機関番号を用いての処理を最も必要とするのが代行機関であり、その中でも支払基金は集合契約Bにおける代行処理を取り扱う全国規模の最大手となること
- 既にレセプトの審査支払業務のために保険医療機関番号を管理しており、保険医療機関については健診・保健指導においてもこの番号を使用するため
- 支払基金には都道府県支部があり、レセプト処理業務において医療保険者や医療機関との長年の関係がある（突如出現したよくわからない組織ではなく一定の信頼に足ること）等、全国の健診・保健指導機関からの付番申請に対応できる規模・体制があること

② 申請方法

医療保険者から健診・保健指導の委託を受けようと考えている機関は、機関の立地する都道府県の支払基金の支部に、支払基金所定の様式に必要事項を記入し提出することにより、届出を行う。

図表 28 : 健診・保健指導機関番号の申請様式(保険医療機関用)

(特-様式第1号) **特定健診・特定保健指導機関届(保険医療機関)**

特定健診・特定保健指導機関として、下記のとおり届けます。 平成 年 月 日

社会保険診療報酬支払基金幹事長 殿 届出者 住所 氏名 印

① 特定健診・特定保健指導機関コード		機 関 の 種 別	<input type="checkbox"/> ア 特定健診機関	<input type="checkbox"/> イ 特定保健指導機関
② 名 称				
③ 所 在 地	郵便番号	電話番号		
④ ホームページアドレス	http://			
⑤ 経 営 主 体	病 院	診 療 所		
	国立病院・国立診療所・官公立・その他の公的 大学病院(国立・公立・私立) 独立行政法人国立病院機構 医療法人・社会福祉法人・その他の法人・個人	官公立・その他の公的・医療法人 社会福祉法人・その他の法人・個人		
⑥ 開 設 者 名				

⑦以降は、特定健診・特定保健指導の費用を支払基金に請求予定がある場合に記載して下さい。なお、他の代行機関へ費用を請求する予定がある場合は、それぞれの代行機関への届出が必要となります。
また、⑧については下記の□に✓を記入し「イ」の場合のみ⑨に記載願います。
□ア 診療報酬と同一の口座に振込を希望する。
□イ 下記口座に振込を希望する。

⑦ 請 求 者 名				* 整理印	* 受付印
⑧ 受 領 者 名				差 封	
⑨ 振 込 銀 行	銀行	支店	科目 <input type="checkbox"/> 座 番号		
□ 座 名 籍 人				確 認	
⑩ 請 求 開 始 年 月 日	平成 年 月 日	⑪ 請 求 形 態	<input type="checkbox"/> ア 電子媒体 (CD-R)	<input type="checkbox"/> イ 電子媒体 (FD)	<input type="checkbox"/> ウ 電子媒体 (MO) <input type="checkbox"/> エ オンライン

(備考)

※1 本届の内容のうち、⑦から⑩の事項については基金のホームページ上で公開いたします。 A.4 (210×297)

※2 本届の内容のうち、個人情報に該当する事項については、社会保険診療報酬支払基金の業務に用いるものであり、個人情報保護法第16条第3項に定める場合のほか、本人の同意なくして他の利用目的に使用することはありません。

※3 本届においてJIS第一、二水準以外の文字で記入されている場合は、JIS第一、二水準に置き換えて登録を行いホームページ上に公開いたします。

番号の取得は必要ない（医療保険者自身の実施する場合と同様に見做せるため）。但し、その場合でも委託基準の遵守や「運営についての重要事項に関する規程の概要」の公開（この場合は医療保険者への提示）は必須である。

5-7 委託先機関の評価

5-7-1 委託基準の遵守状況の確認

医療保険者にとって、委託による健診・保健指導の実施を成立させる上での前提条件である、委託先の機関が委託基準を遵守していることは重大な関心事である。

そのため、委託先の機関が委託基準を遵守しているか否かを適宜確認できる必要があり、主に以下の方法が考えられる。

①「運営についての重要事項に関する規程の概要」ホームページ等の確認

健診・保健指導機関は、基準を満たしていることを示す「運営についての重要事項に関する規程の概要」をホームページ等で公表する（5-5 参照）ことから、これを確認する。

②支払基金のホームページに登載されているかの確認

支払基金ホームページに公開する機関リストには「運営についての重要事項に関する規程の概要」ホームページの URL が掲載される（支払基金は各機関からの届出情報を基に登載しているだけで、アウトソーシングに係る委託基準を満たしているか否かを確認していないが、一応、基準を満たしていると宣言する機関のみがリスト化されていると云える）ことから（5-6 参照）、これを確認する。

③契約中の資料提供依頼や疑義照会

医療保険者が、必要に応じ、契約先の健診・保健指導機関に関する資料の収集や疑義照会を行うことにより、随時委託先を確認*する。

この仕組みを担保するため、受託機関は医療保険者の求めに応じ、資料提供依頼や疑義照会に対応する旨を契約書に明記しておく必要がある。

5-7-2 基準を満たさない機関が判明した場合の対応

委託基準を満たさない機関が判明した場合は、高齢者の医療の確保に関する法律及び関連省令・告示に従い、特定健診・特定保健指導を委託により実施したとは見做せないこととなり、国は、医療保険者へ実施し直す（委託し直す）等の指導は可能であるが、健診・保健指導機関への直接の指導は困難となっている。

このような制約下で健診・保健指導機関の適切性を確保するためには、以下のような対策が考えられる。

①契約の解除

公開されている「運営についての重要事項に関する規程の概要」と実際の内容が相当異なり、委託内容等に影響があることが判明した時点で、医療保険者は委託先の機関に

* 集合契約Bにおいては、医療保険者は、実施機関に直接資料提供依頼や疑義照会を行うのではなく、契約取りまとめ機関を通じて照会するルールとなっている（巻末の付属資料にある契約書の例を参照）。

対し改善を求めることとなるが、是正が見られない場合は、年度途中であっても契約を解除することが考えられる。

この時、厳密には、基準を満たさない機関による実施は実施したと認められないことから、実施済みの結果を確認し（検査値の精度等明らかに問題がある等により）医療保険者での実施し直しが必要となる（実施結果が活用できない）場合は、支払済み委託料の返還は勿論であるが、場合によっては（年度末が近づきこれからの実施し直しが困難な場合等）逸失利益を請求することも考えられる。

②次年度の契約を更新しない

年度途中の解除まで至らない、あるいは解除に向けた手続を踏む時間がない等の理由で解除ができない場合であっても、次年度の継続・更新は回避することができる。

集合契約の場合は、各都道府県の保険者協議会において、該当する機関について評価した上で、翌年度の集合契約等の相手先から除外するかを検討・決定する。除外が決定した場合は、支払基金や参加保険者に通知すると共に、代表保険者は契約時に契約書から除外する。

③健診・保健指導機関番号登録の抹消（あるいは一時停止）

契約の解除や更新のとりやめは一時的な措置であるが、相当悪質な場合は、健診・保健指導を受託できなくなるようにするという判断もありえる。

この具体的な方法として、健診・保健指導機関番号登録の抹消（あるいは一時停止）が考えられる。

この場合は、集合契約だけではなく、対象となる機関と個別に契約をしている全国の医療保険者に影響することから、各都道府県の保険者協議会において該当する機関について評価し登録抹消（あるいは一時停止）が適当と判断した場合は、保険者協議会中央連絡会を通じ、他の全ての都道府県の保険者協議会（その下に所属する医療保険者）にその旨を通知し、不都合がないかや反対意見等を照会する。反対がない場合は、保険者協議会から支払基金へ登録抹消（あるいは一時停止）を依頼し、支払基金は依頼に対応すると共に、支払基金ホームページで更新情報を公表する。各医療保険者には、保険者協議会中央連絡会を通じ、他の全ての都道府県の保険者協議会（その下に所属する医療保険者）に機関番号登録の抹消（あるいは一時停止）した旨を通知する。

④健診・保健指導結果の取扱い

基準を満たさない健診・保健指導機関による実施結果は、厳密には特定健診・特定保健指導を委託により実施したとは見做せないこととなるため、医療保険者にて実施し直すことが必要となる。

しかし、健診・保健指導機関による不正の代償を医療保険者が負うことを避けるため、原則として（悪質な業者と医療保険者が共謀しているようなケースを除き）、実施した健診等については医療保険者の実施率に含める（実施したと見做す）こととする。

5-7-3 委託先の評価

①評価の重要性

委託先は、基準に従い適切に業務を遂行するだけでなく、十分な成果を挙げることが期待される。医療保険者は、委託により狙い通りの成果が得られたのか、委託後の検証・評価を十分に行うことが必要である。

特に保健指導は、定型的な業務ではなく委託先の力量が如実に問われる業務であり、故に実施後の評価が極めて重要となる。

②保健指導の評価

複数の機関に委託している場合は、まず機関間で成果の程度を比較検証する。次に機関内でのプログラム間（同じ機関で実施した場合の指導プログラムの違いによる比較）、実施者間（同じ指導プログラムで実施した場合の指導者の違いによる比較）、対象者間（同じ実施者でも対象者の違いによる比較）と順次レベルを掘り下げて比較、評価を行う。

評価の視点は、対象者の満足度等の指導プロセスや保健指導の継続率等のアウトプットについても見ないわけではないが、最も重要な評価ポイントはメタボ関連指標（腹囲・BMI・血糖・血圧等）の改善や生活習慣の改善といった成果である。

保健指導そのものに対する評価とは別に、保健事業全体としての成果として見ておくべき点に、生活習慣病に関する各医療保険者での医療費の増減の状況がある。

保健指導の評価を根拠に基づいて、適切に行うためには、健診・保健指導データやレセプトデータ等が医療保険者において、分析可能な状況にあることが必要であり、システム等によるデータ管理体制の整備を行うことが望ましい。

③評価の共有・共同実施

以上のような評価は各医療保険者が単独で実施することが基本ではあるが、保険者協議会の場で、各医療保険者が自らの評価結果や評価に必要な情報を持ち寄り、共同で実施することも考えられる。

6. 集合契約

6-1 集合契約とは

6-1-1 背景・必要性

①実施体制を確保すべき地域の確定が困難

医療保険者は、できる限り多くの対象者に確実に特定健康診査・特定保健指導を実施できる体制を構築する必要がある。

そのためには、対象者の居住地や勤務先に近い健診・保健指導機関へ確実に委託することが必要となるが、対象者の所在等の把握が困難な医療保険者が多く（単一健保組合や共済以外でこのケースが多い）、委託すべき地域の確定が困難となっている。

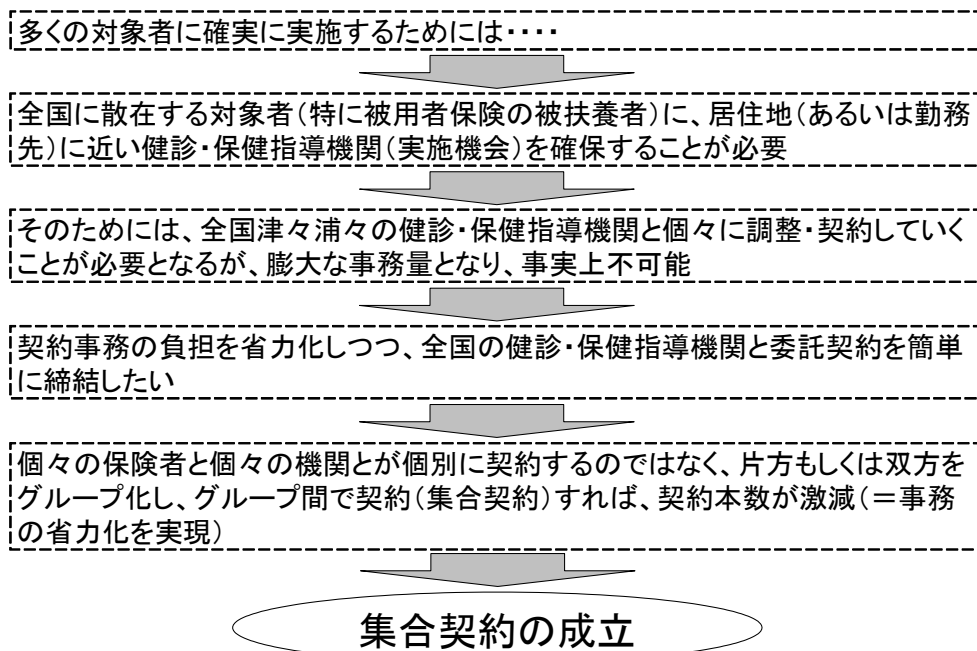
②償還払いの問題点

①の課題を解決する一つの方法として、償還払い（4-2-1⑥参照）の考え方があるが、一時的であれ、健診・保健指導における多額の費用負担が可能な対象者のみ受診できる仕組みである点で課題が残る。

③個別契約における膨大な事務負担

対象者の所在等が把握できている場合においても、対象となる地域の機関を各医療保険者が個別に確保するとなると、全国各地の膨大な機関を探し出し、順次交渉の上で契約を締結していかなければならず、膨大な事務負担が各医療保険者に発生する。

図表 30: 集合契約成立の背景・必要性



6-1-2 定義

① 定義

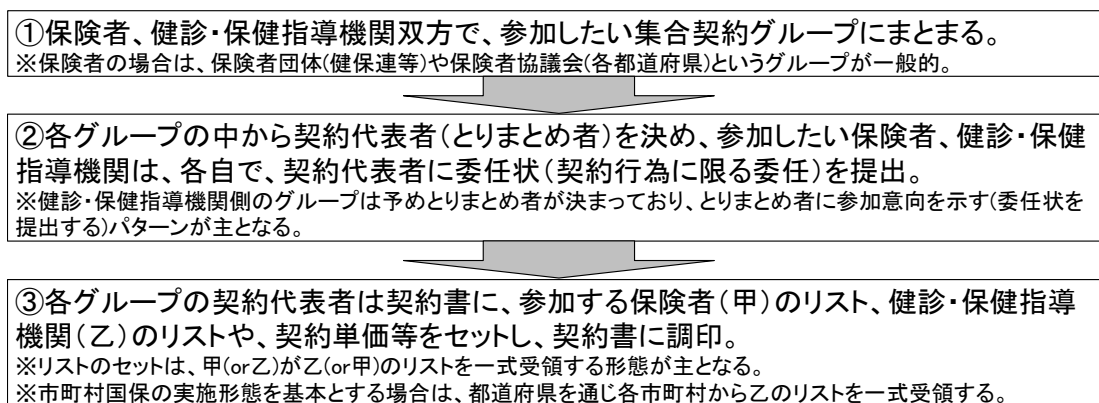
6-1-1 に挙げた課題を解決し、医療保険者が大きな負担を要することなく、全国の健診・保健指導機関における実施環境を確保する方法として、個々の健診・保健指導機関と医療保険者が契約する個別契約の他に、健診・保健指導機関と医療保険者のそれぞれが集まって、集団同士で包括的な契約を行う集合契約という方法が考えられる。

以上から、集合契約の定義としては「医療保険者^{*1}と健診・保健指導機関が多対多もしくは1対多（あるいは多対1）の契約形態^{*2}」とする。

② 成立に必要な要件

集合契約の成立に向けた大まかな流れとしては、健診・保健指導機関と医療保険者のそれぞれが集まってグループにまとめ、グループの代表を決め（委任状を提出）、契約書をセットする、というものである。

図表 31: 集合契約成立の主な流れ



^{*1} ここでいう医療保険者とは、主として、被扶養者の健診・保健指導を確実に実施する必要がある被用者保険を念頭においているが、自市町村内のみならず近接する他の市町村（あるいは都道府県内の全市町村）でも受診できるようにしたいと考える国保や、全国的な健診機関グループに委託したいと考える国保が、それぞれの集合契約に参加することは十分考えられることである。

^{*2} 国保が集合契約に参加する場合、主に保険者側がグループ化された集合契約（主に被用者保険で構成されるグループ）へ参加するケースと、健診・保健指導機関側がグループ化された集合契約（医師会や健診・保健指導機関グループ等）へ参加するケース、両者がグループ化された集合契約（上記 2 つのケースを合わせたもの）へ参加するケースが考えられる。

成立にはグループにまとまるのが前提であるが、その他に次のような条件が整うことが必要となる。

集合契約に参加したい医療保険者が集まる場	⇒	保険者協議会*等
両集団を代表して契約を締結する者	⇒	受託側＝健診・保健指導機関とりまとめ機関 委託側＝代表保険者あるいは契約代表者 ※6-3 に詳細
契約条件の標準化	⇒	標準的な契約書の使用 ※5-3-1 に詳細
契約相手先であることを健診・保健指導機関の窓口で確認できる券	⇒	受診券（健診）・利用券（保健指導） ※6-4 に詳細
実施後の決済やデータのとりまとめを行う機関	⇒	代行機関 ※8 に詳細

6-1-3 契約条件等の標準化

①標準化の必要性

特に市町村（国保）の実施機関との集合契約（集合契約B 詳細は6-2-1参照）において、市町村によって委託者と受託者の役割や責任の分担、紛争解決ルール等、契約単価以外の契約条件が異なるという事態が生じた場合、全国で集合契約に参加する医療保険者から見ると、地域によってさまざまな条件の契約が混在することになる。

各市町村（国保）で現在用いられている、異なる独自の契約書を使用し、甲の欄のみ集合契約の代表保険者名に改める、という契約書・契約形態をとる場合、市町村の数だけ契約条件のパターンが発生し、決済やトラブル発生時の取扱い等さまざまな対応において処理方法が地域によって異なり複雑化する。

②標準的な契約書の使用

①のような問題が生じないように、少なくとも集合契約Bにおける契約書のフォーマット（条項と内容）は原則として全国统一とし、契約単価・委託項目（健診項目等）部分のみ各市町村（国保）の条件を参考とする。

これにより単価・項目以外の契約条件（支払条件、役割分担、責任分担や紛争解決ルール等）を全国共通化・標準化し、契約関係者（特に医療保険者）の不安や事務の煩雑さを解消する。

* 各都道府県の保険者協議会に参加・所属していないと集合契約に参加できないということではない（保険者協議会のメンバーは各都道府県内の主要な医療保険者グループの代表であり、各都道府県内の全ての医療保険者がメンバーとして所属・参加している訳ではなく、また他の都道府県に本部のある医療保険者でも被扶養者が在任のため）。集合契約Bの場合は、参加したい都道府県の契約代表者宛に委任状を作成し、所属する保険者団体の中央（本部）に一括送付する。

6-2 集合契約のパターン

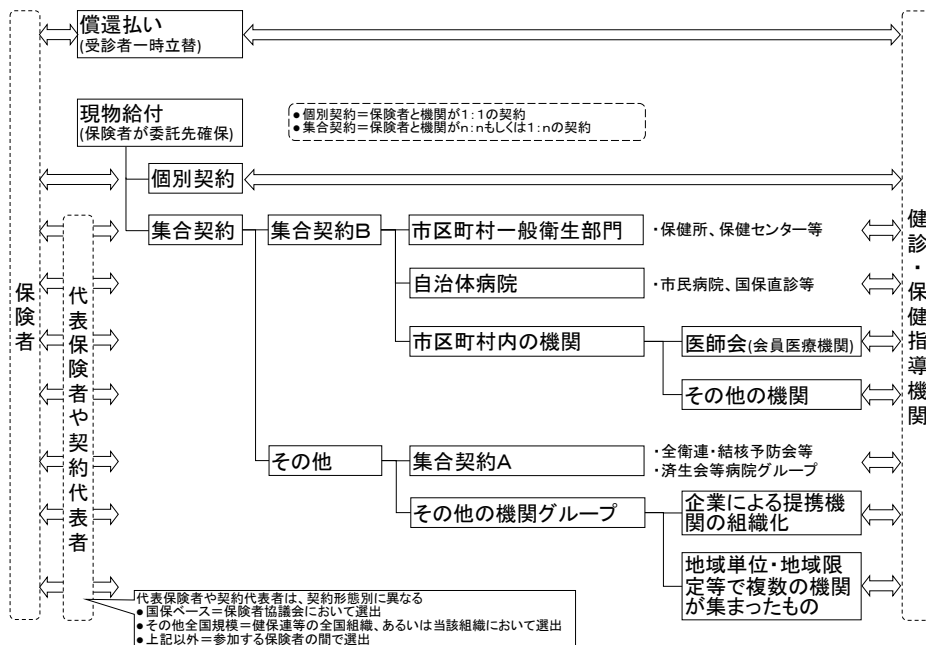
次の図のように、集合契約にはさまざまなパターンが考えられるが、これらのうち基本となるのは市町村（国保）の実施機関との集合契約（集合契約B）になる。

医療保険者（あるいは健診・保健指導機関）は、これら多様なパターンのいずれか一つを選択し参加するのではなく、どの契約ルートにも重複参加して構わない。重複参加することにより、医療保険者は、より多くの機関を委託先とすることができるだけでなく、委託単価もより低くすることができる（委託先機関と複数の契約ルートでつながる場合、内容が同じ場合は最も低廉な契約ルートで実施・請求が為されるルールのため）。

一方、健診・保健指導機関にとっても、重複参加は、より多くの医療保険者からの委託を受けられるというメリットが生じる。

図表 32: 集合契約等直営以外での主な実施形態

直接実施(直営)以外での実施形態(主な分類)



6-2-1 市町村国保の実施機関(地区医師会・直診・衛生部門等)

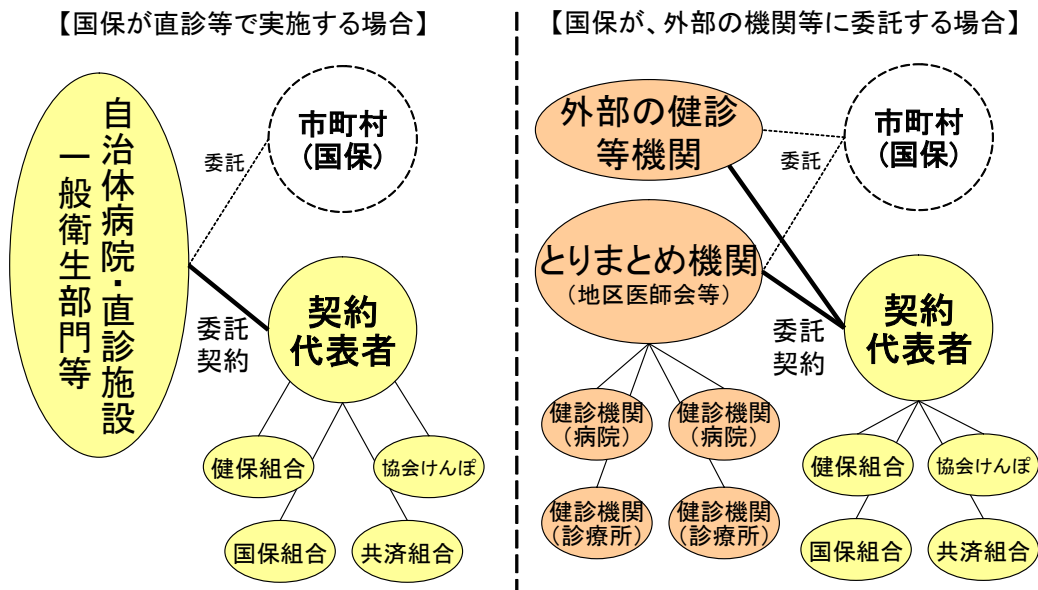
平成19年度までは、40歳以上の住民を対象とする老人保健法に基づく基本健康診査（いわゆる住民健診）が市町村において実施されていたが、特定健康診査に置き換わったことによって、市町村国保被保険者でなければ市町村（国保）では受診できなくなった。

市町村において、これに伴う混乱を避け、どの医療保険者に加入していても地元で受診できるようにするためには、住民のうち市町村国保以外の医療保険者（被用者保険）の加入者が国保の実施する方法と同じ方法で受診できるよう、被用者保険が市町村（国保）の実施機関と委託関係を締結する必要がある。

この時、個々の医療保険者（被用者保険）が市町村（国保）の実施機関と個別に契約

するような非効率を避けるため、当該機関と被用者保険グループとの間で集合契約（集合契約B）を締結する。市町村（国保）の実施機関には、主に次の形態が考えられ、市町村（国保）の契約の枠組みによって集合契約の相手先は異なることとなる。

図表 33: 市町村国保の実施機関(集合契約B)のイメージ



①市町村国保部門（保険者間委託）

市町村国保が、直営（市町村国保自身）で実施する場合は、被用者保険は市町村国保を委託先として集合契約を締結することとなる（高齢者の医療の確保に関する法律第26条の保険者間委託に該当）。この場合、委託費の収受や実施に要する経費の支出等は市町村国保特会にて処理することとなる。

但し、十分な数の保健師や管理栄養士が確保できる等、内部での実施体制が確立できる見込みのある市町村国保が現時点では少ない（市町村で抱える保健師数が十分でない中で国保に割けるマンパワーには限りがある）ことから、市町村国保が直営で行う場合は被用者保険分まで受託できない可能性が高い（この場合は、被用者保険分のうち市町村国保で受けられない人数分は外部の機関に委託できるよう、加入する医療保険者の違いを問わず、住民に対する実施場所の提供という観点に立ち、市町村が仲介の労をとることも考えられる）。

②市町村衛生部門

市町村における保健事業の実施体制として、市町村内で抱える保健師等の分散配置を避けるため、虐待や障害者への対応等特定健康診査・特定保健指導以外のさまざまな業務も含め、衛生部門に集中して配置する形態をとる場合が考えられる。

この形態では、市町村国保が特定健康診査・特定保健指導の実施を、市町村の衛生部門（場所としては保健所や保健センター等）に執行委任する形となるため、被用者保険は市町村の衛生部門を委託先として集合契約を締結することとなる。この場合、委託費の収受や実施に要する経費の支出等は一般会計にて処理することとなる。

特に、民間の保健指導機関による進出が困難と考えられる地域（いわゆるへき地や離島等）においては、地元市町村による（住民サービスの一環としての意味合いも含め）

医療保険者の種別を問わない保健指導の実施が重要となることから、そのような市町村は、被用者保険との集合契約に積極的に対応することが求められる。

なお、市町村の衛生部門は健診・保健指導機関として機関番号の取得や支払基金への届出が必要となる。

③自治体病院

上記①②以外の市町村内部での実施体制としては、市民病院や国保直診施設等の自治体病院が残る選択肢として考えられるが、これは一般の医療機関への委託と同様、市民病院や国保直診施設等を委託先として集合契約を締結することとなる。この場合、委託費の收受や実施に要する経費の支出等は病院会計にて処理することとなる。

これらの施設は既に保険医療機関として番号を保有していると考えられるが、被用者保険からの受託に当たっては、健診・保健指導機関となる旨を支払基金へ届け出ておく必要がある。

④外部機関

①から③は市町村内部での実施体制であるが、市町村国保において市町村内部での実施体制を確立できない場合（都市部を中心に、対象者数の多い市町村国保は直営で賄いきれない可能性が高い）は、外部の機関に委託する必要がある。

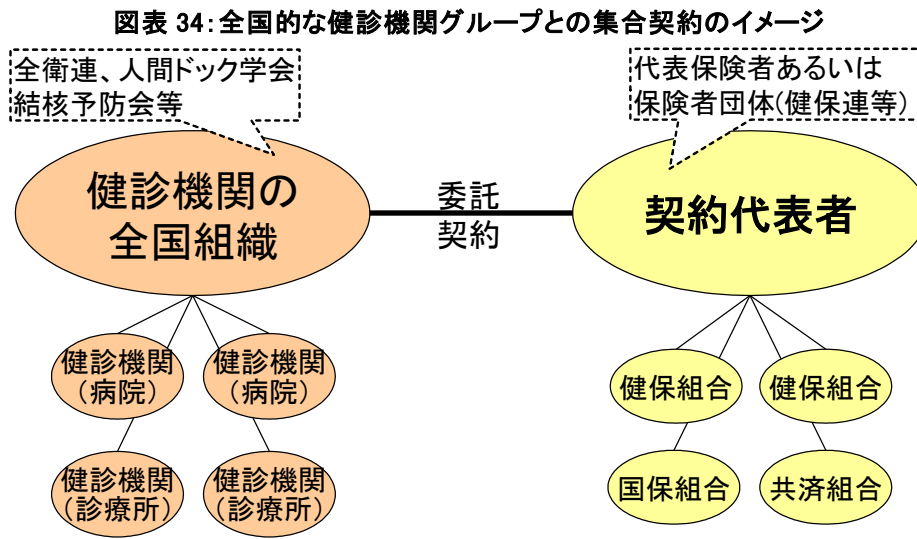
主な委託先としては、地区医師会*（集団健診における運営や、会員医療機関での個別健診等）や健診機関（バスによる巡回健診業者等）、医師会に加入していない市町村内の医療機関となっていることから、これら委託先が被用者保険の集合契約の相手先となる。

6-2-2 全国的な健診機関グループ

被用者保険の加入者が、市町村国保が健診等の実施を委託している機関、もしくは市町村国保が自ら行う機関等において、受診できる実施体制を全国で構築するのが集合契約Bである。

これ以外の集合契約の相手先としては、主として、全国各地の健診機関を束ねた機関グループや、全国規模の病院グループが考えられる（集合契約A）。この契約形態は、各グループ傘下の機関が立地する地域をカバーすることになる。保険者においては、加入者の状況（居住地等）に応じて、集合契約Bと組み合わせる等の対応が必要となる。

* 最小単位である郡市区医師会を基本的な契約相手先として想定しており、付属資料4の契約書の例も乙の欄を「〇〇市医師会」としているが、郡市区医師会が都道府県単位で契約条件等を取りまとめることができる場合は、契約相手先が都道府県医師会となることもある。



①全国各地の健診機関を束ねた機関グループ

主な相手先としては、日本人間ドック学会／日本病院会、財団法人結核予防会、社団法人全国労働衛生団体連合会、財団法人予防医学事業中央会等がある。

6-2-3 その他(地域グループ等)

集合契約は、複数の医療保険者あるいは健診・保健指導機関がグループ化すれば成立することから、グループ化においては多様な形態が考えられる。

①企業による全国各地の提携機関の組織化

企業の総務・福利厚生等の業務を代行するサービス事業者等を中心に、企業や健保組合に対し、人間ドック等の健診について全国の提携機関での受診を可能とするサービスを提供している事業所があり、同様のサービスを特定健康診査・特定保健指導に広げる事業者が少なくないことから、これら代行サービス事業者を契約相手先とすることにより、当該事業者の提携機関全てでの受診が可能となる。

②地域単位・地域限定等で複数の機関が集まったもの

医療保険者に対する利便性の向上と、一定量の受診者（利用者）の確実な確保を目的に、複数の健診・保健指導機関がグループを形成して、医療保険者に対し一括契約を持ちかけるケースが想定される。

実施地域をある程度絞ることができる医療保険者に対し、その地域内のいくつかの機関がグループを形成するようなケースが主に想定される。

この時の仕組みとしては、契約取りまとめを行う代表機関と医療保険者が契約し、他の機関は代表機関に委任状を提出する形態となる。

6-2-4 成立に向けた手順

①集合契約B

集合契約の成立に向けた事務調整等は、全て都道府県単位の保険者協議会にて行われる。

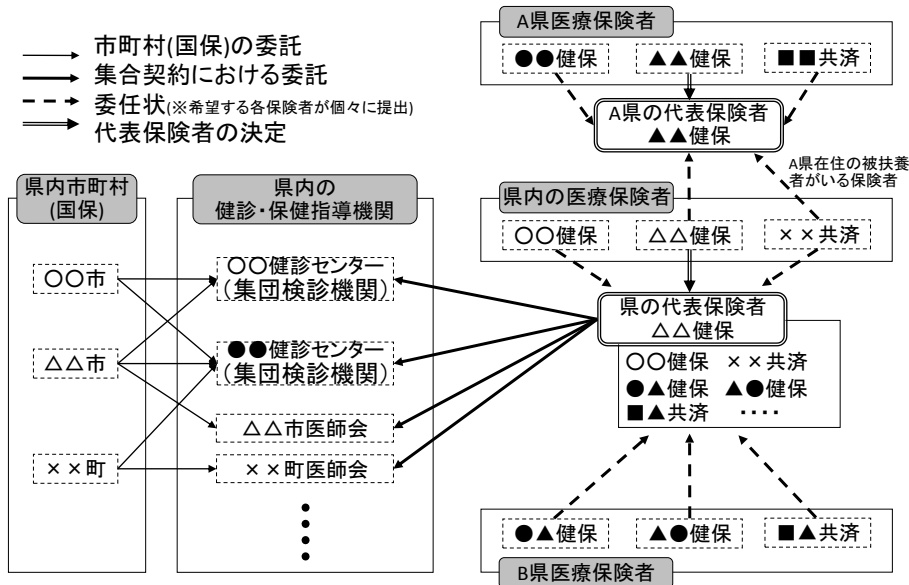
具体的には、協議会において、各都道府県内に拠点を有する医療保険者の中から契約代表者を選定し、都道府県内の実施機関と契約書を一齐に締結する運びとなる。

各協議会において、集合契約に参加する医療保険者を中心に進められるべき作業の、標準的な手順としては、以下のとおり。

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">(1) 各市町村（国保）における実施機関の確定
※各市町村（国保）における契約情報の開示と実施機関調整（集合契約に参加する機関リストのとりまとめ等）(2) 集合契約に参加する医療保険者（都道府県内）の仮設定(3) 契約代表者の選定（※他の参加保険者は経費・要員・事務等を応分に負担）(4) 契約代表者や参加保険者等による契約条件（単価・内容）の交渉・確定(5) 他の都道府県の保険者協議会に契約代表者名・実施機関リスト・契約条件に関する情報を配布し、参加希望の医療保険者を募集(6) 集合契約に参加する医療保険者（他の都道府県）の登録、委任状のとりまとめ(7) 契約書のセット（委託元・委託先双方のリストの最終確定）(8) 代行機関（支払基金）への契約情報の提出（基金での登録）(9) 契約書の調印 |
|---|

年間の準備スケジュールとしては、本書巻末の付属資料5に「集合契約におけるスケジュール」を整理していることから、そちらを併せて参照されたい。なお、次ページの図表35のスケジュールは、平成21年12月の保険者協議会中央連絡会で確認された委任状作成等に係る共有スケジュールであることから、こちらも参照されたい。

図表 35: 集合契約Bにおける各主体間の関係(イメージ)



「委任状作成等に係る共通スケジュールについて」

各都道府県の保険者協議会においては、遅くとも1月中には代表保険者を決定するものとし、集合契約にかかる委任状の提出に関するスケジュールについては以下のとおり。

図表 36: 集合契約Bにおける委任状作成等に係る共通スケジュール

NO	作業項目	実施者	期限
1	委任状の作成	各保険者	2月第1週まで
2	委任状のとりまとめ団体(中央の保険者団体)への一括送付 ※全国健康保険協会は契約代表者へ直送。	とりまとめ団体 (中央の保険者団体)	2/10までに必着
3	受領証(委任状を受領した都道府県のリスト等)の作成、保険者への送付 ※保険者によっては省略する場合もある。		2/10前後～ 2月第3週まで
4	内容チェック(不備があれば保険者に再送依頼) 都道府県別への仕分け、リスト(該当都道府県に委任状を出す保険者の一覧)の作成 ※保険者リストは、事務の省略化のため、契約書のひな形ファイルにある「委任元保険者一覧表ファイル」を使用。 ※併せて経費精算用に、リスト掲載の各保険者の40～74歳の加入者数もリストに追加。		
5	各都道府県の保険者協議会宛に当該都道府県分の委任状の束とリストを一括送付		2月第3週までに必着
6	契約書への委任状提出保険者名簿の転記(受領したリストファイルから貼り付け)		2月第4週中
7	契約書ファイルの内容確認(メール配布)	とりまとめ団体 (中央の保険者団体)	3/1
8	契約書の内容確認(不備があれば契約代表者に修正依頼) ※各保険者にて実施することは負担が大きい上、時間もかかることから、保険者からの一任で保険者団体における一括チェックが理想。		3/1～ 3月第3週まで →修正完了・確定
9	契約書(調印用)の印刷・製本		(3月下旬)
10	調印後の契約書をPDFデータ化し、電子メール等により保険者団体の中央組織に送付。その際、実施機関一覧表のみ別途エクセルファイルにより送付。		契約完了後、速やかに。
11	保険者団体の中央組織において、傘下保険者へ情報提供。		契約情報入手後、速やかに。

- No5の「2月第3週までに必着」が守れば、No1～4の期限については、必ずしも記載のとおりでなくてもよいこととする。
- 事務処理の効率化等の観点から、一度提出した委任状の取り消し(取り戻し)は行わないこととする。
- 必着等の期日については厳守とし、期限を過ぎたものについては取り扱わないこととする。
- No10の契約情報については、保険者協議会ホームページの積極的活用等により、保険者団体の中央組織への提供や加入者への情報提供・公開を効率的に行うものとする。
- 集合契約の保険者側(「甲」側)の確定と並行して、3月第3週の契約書確定及びそれ以降の印刷製本に間に合うよう、「乙」側たる実施機関一覧表や単価表の確定に向け、実施機関等の協議・調整を終わらねたい。
- 契約の継続の可否については、可能な範囲で利用者や保険者からの意見・情報等も参考としつつ、適切と考えられる機関とのみ継続されたい。
- なお、実施機関等との協議・調整においては、委託基準の遵守や機関番号の取得について、契約書の確定までに間に合うよう、注意喚起願いたい。

②集合契約A

具体的な事務遂行は、健康保険組合連合会（健保連）や共済組合連盟等の医療保険者団体を中心に行われている。契約代表者は、参加する医療保険者の中から選定するか、上述の医療保険者団体となる。

なお、集合契約の成立に向けた手順としては、①に示した(2)から(9)を実施することとなる。

③その他（地域グループ等）

特定のグループ単位での受診体制づくりとなることから、集合契約の成立に向けた事務調整等が参加する医療保険者の間で行われた上で健診・保健指導機関側と調整・契約に至る形態か、グループ化された健診・保健指導機関側が各医療保険者と個々に契約する形態となる。

なお、集合契約の成立に向けた手順として、医療保険者側がグループ化する場合は①に示した(2)から(9)となるが、医療保険者側が個々に契約する場合は特に手順はない（各医療保険者が機関グループと個別に契約を交わすこととなる）。

6-2-5 成立に必要な注意点

①市町村国保における実施体制の確立等

集合契約Bは、被用者保険の被扶養者に対し、市町村国保が実施する方法と同じ方法で受診できる実施体制づくりを整備するものである。よって成立の前提となる市町村国保における実施体制が固まらない限り、集合契約の準備が進まないこととなる。

市町村国保が、特定健康診査及び特定保健指導を市町村国保自身で行う（直営）のか、市町村内他部局（衛生部門等）に執行委任するのか、外部の機関に委託するのか、検討・調整し確定する必要がある。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">○市町村国保は、自身の被保険者に対する特定健康診査・特定保健指導の実施体制を固める。その際、住民である被用者保険の被扶養者のことも考慮する○各都道府県の国保連合会や市町村国保は、被用者保険の集合契約の相手先の確定に向け、契約情報の提供をはじめとする必要な支援・協力を行う（具体的には、各市町村の契約予定機関・単価等のリストを都道府県でとりまとめ、保険者協議会に提供）。 |
|---|

年度の早い段階では、実施体制が未定・未調整のために通知できないと考える市町村（国保）も考えられるが、実施計画の作成に加え、必要に応じ保険料を見直す場合そのスケジュールにも影響することから、できる限り早めの実施形態の確定（予定実施先及び予定単価のリスト作成）により、年度の中頃あたりまでには関係者にお知らせできることが必要である。また、ある程度委託先の見通しが見えてきた段階で被用者保険側と情報共有し、情報の内容に変更があれば順次知らせるという方法も考えられることから、確定するまで（あるいは契約するまで）通知しないとするのではなく、関係者間の緊密な連携による柔軟な対応が望まれる。

②集合契約の前提となる市町村における契約の整理

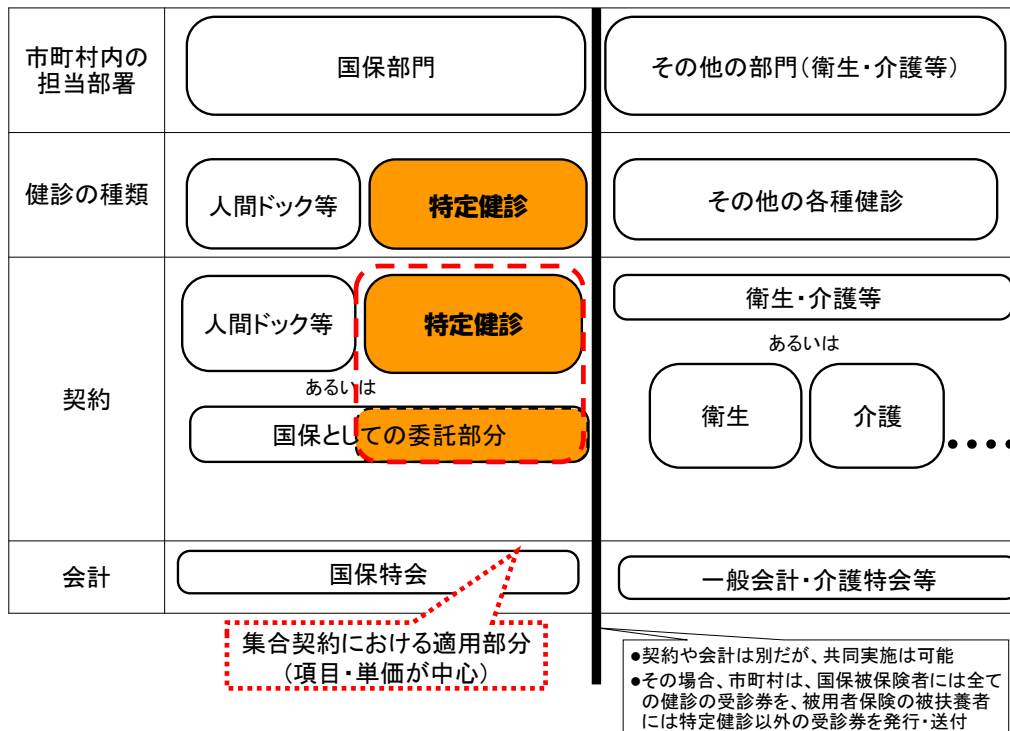
市町村と地区医師会等との各種健診の契約では、健診の種類（人間ドック、骨粗しょう症検診、肝炎ウィルス検査、各種がん検診、介護保険の生活機能評価等）別に契約書を締結しておらず、全ての健診を一本の契約書で対応している市町村があることが想定されるが、主に以下の理由から、市町村では、役割別に（国保・衛生・介護で分けて）契約を締結することが適当である。

- 国保保険者としての市町村や、衛生部門としての市町村等、役割と実施すべき健診項目が明確に分けられる
- 国保は国保特会、衛生は一般会計、介護は介護特会と、それぞれ会計が異なり、請求処理部門も異なることから、透明性を確保するためにも、契約を明確に分けておくことが適切

集合契約Bにおいては、市町村国保部門における契約に準じるものとする。

なお、以上のように契約を分けても、市町村において、受診者の利便性向上のために各種健診を共同実施*は望ましい。（契約に準じ分離実施する必要はない）。特定健康診査とその他衛生部門等における健診とを共同実施する場合、被用者保険の被扶養者は、特定健康診査の受診券を持参すれば、共同実施している健診のうち該当するもの全てを一回で受診可能、既に別途特定健康診査を受診済であれば衛生部門等特定健康診査以外の健診のみ受診可能となる。

図表 37: 市町村における契約の整理



* 実施方法としてはさまざまな方法が考えられるが、例えば、国保部門と衛生部門が連携し、同じ委託先と契約することで、実施日時・場所の共通化を図る方法がある。この時、国保と衛生の両方の受診券を持参した者は両方の健診を、いずれかのみ持参した者はいずれかの健診を受診することとなる。この取組により各健診で重複する検査項目を二度実施する必要がなくなる(なお、実施日時がずれた場合でも、実施機関の協力により、同じ実施場所であれば共同実施扱いとし検査項目が重複しないよう配慮することも考えられる)。

③保険者協議会の活動の活性化

集合契約Bは、都道府県の保険者協議会^{*1}においてその成立に向けた連絡調整や準備を行うこととなっており、保険者協議会の役割は非常に重要である。市町村国保の実施形態の整理・確定、関係者間での情報共有、委託先による被用者保険の受け入れ準備状況の確認等、必要な支援と協力を進めることが求められる。

また、被用者保険の保険者と市町村とが連携し、がん検診と特定健康診査の同時実施を行うことについては、保険者協議会等の場を活用し、その実施方法等を検討することが期待される。

④被用者保険の主体的な取組

集合契約Bは、主に被用者保険の被扶養者に対する受診体制づくりであることから、被用者保険（あるいは健保連等保険者団体）は、保険者協議会への積極的な関与・協力等（具体的には下記）が求められる。

- 健保連の都道府県支部や各都道府県の主要な健保組合、あるいは保険者協議会に参加している共済組合（あるいは支部）、あるいは協会けんぽの都道府県支部は、代表保険者への立候補、もしくは他の保険者と選出の調整を進める
- 各都道府県の健保組合・協会けんぽ・各共済組合・国保組合は、代表保険者の事務処理を分担する等、代表保険者の事務処理負担の軽減を図る

⑤事務の省力化と役割分担

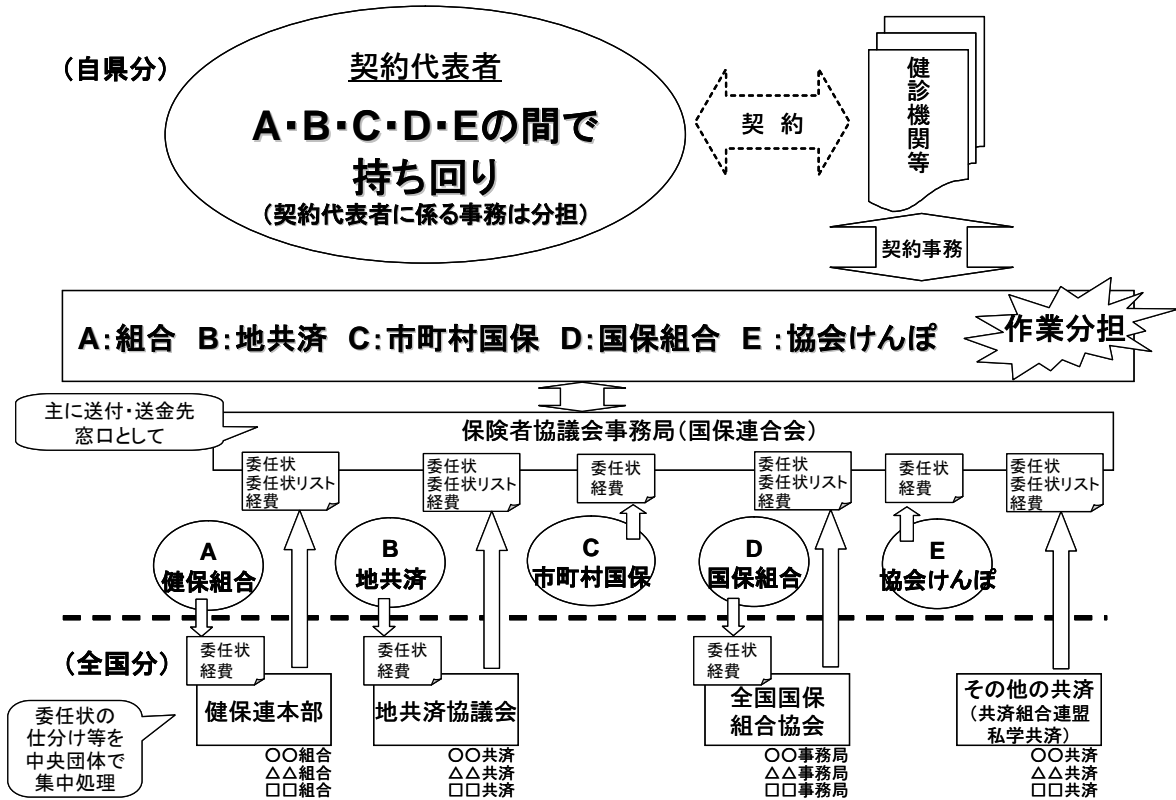
集合契約Bでは、都道府県内の実施機関と一つ一つ調整・確認を進め、契約書のセットを行う。契約本数が多数の場合、事務量は少なくないことから、契約代表者に全てを任せるのではなく^{*2}、契約代表者以外の参加保険者が分担し事務を処理するのが原則である。

契約事務の処理に当たっては、できる限り省力化に努め、事務量や経費の効率化を図った上で、役割分担等を進める必要がある。特に委任状のとりまとめや分類、事務経費の精算等においては、中央の保険者団体にて一括で処理するのが最も効率的であることから、保険者中央団体で事務を行う。

^{*1} 保険者協議会の会議そのもので成立に向けた協議等を行うのではなく、実質的には、協議会の下に実務者による協議調整の枠組みを設けて詳細を進め、会議そのものでは形式的な合意形成のみ為されるパターンが一般的。

^{*2} 代表者に押し付けると代表者のなり手が居なくなり、その都道府県では契約が進まない。

図表 38: 集合契約Bの成立に向けた保険者間の役割分担(一例)



6-3 代表保険者・契約代表者

6-3-1 選定

①集合契約B

都道府県の保険者協議会において、各都道府県内に拠点を有する医療保険者^{*1}の中から代表保険者を選定する。

代表保険者は、各都道府県を代表し、他の都道府県の医療保険者からの委任も受けることから、特に契約事務処理等に対応^{*2}できるスタッフ体制がある等、確実に契約処理を遂行できるしっかりした医療保険者が担当することが必要不可欠である。

主な選定方法としては、各都道府県内で規模の大きい主要な医療保険者（地元で有数の企業の健保組合か、共済組合、協会けんぽの都道府県支部）にお願いする方法がある。毎年同じ医療保険者に引き受けて貰えない場合は、いくつかの主要な医療保険者の間で輪番制とすることも考えられる。

残念ながら特定の医療保険者への依頼が難しい場合は、健保・協会けんぽ・共済で輪番制とする方法が考えられる。この時の健保や共済における代表保険者は常に同じ医療保険者でも、候補が複数考えられるためにその中でも交代制とすることもありえる。

②集合契約A

契約代表者は、参加する医療保険者の中から選定するか、健保連や共済組合連盟等の医療保険者団体となる。

③その他

参加する医療保険者の中から選定するか、選定せず（医療保険者側はグループ化せず）に個々に契約する形態となる。

6-3-2 主な役割

代表保険者・契約代表者が最低限果たすべき主な役割としては、以下のようなものが考えられる。

- 各都道府県内の委託先機関の確定
- 参加する医療保険者の確定
- 委任状の収集・管理
- 契約条件（単価・内容）の交渉・確定
- 契約書のセット（委託元・委託先双方のリストの最終確定）
- 代行機関（支払基金）への契約情報の提出（基金での登録）
- 各都道府県内の委託先機関との契約書の調印

^{*1} 市町村(国保)も集合契約Bに参加する場合は、主たる市町村(国保)や当該都道府県の国保連合会が代表保険者となることも考えられる。

^{*2} 契約に関する代表保険者の事務負担は少なくなく、代表保険者の負担のみに依存する仕組みでは持続可能性が危ういことから、代表保険者の事務負担を軽減するための環境整備、すなわち代表保険者以外の保険者の事務分担等実務面での協力体制が重要である。代表保険者にならない場合でも、各保険者(あるいは保険者協議会)が一丸となって取組んでいく必要がある。また、国保についても市町村等のとりまとめを都道府県又は国保連合会が行い、被用者保険側に逐次情報提供を行う等の協力が必要不可欠である。

6-4 受診券・利用券

6-4-1 定義

特定健康診査・特定保健指導を、主として*1 委託により実施する場合に、業務を受託した健診・保健指導機関が窓口における事務処理上必要となる情報に基づき正確に受託業務を遂行するため（6-4-2 に挙げるような役割を果たすため）に、医療保険者が必要な情報を印字し発行する券を受診券（特定健康診査の場合）・利用券（特定保健指導の場合）という。

①受診券

医療保険者が、特定健康診査の受診対象者に発行、受診案内と共に配布し、受診対象者が健診機関に提出*2する券。

健診機関において、受診資格のある者かの確認のほか、受診者へ実施すべき健診内容及び受診者から徴収する窓口負担額を確認できるよう、券面に必要な情報を印字するものとする。

②利用券

医療保険者が、特定保健指導の対象者に発行、利用案内と共に配布し、対象者が保健指導機関に提出する券。

保健指導機関において、利用資格のある者かの確認のほか、対象者へ実施すべき保健指導の内容及び対象者から徴収する窓口負担額を確認できるよう、券面に必要な情報を印字するものとする。

6-4-2 主な役割・目的

①契約相手先か否かの確認

集合契約は、多数の健診・保健指導機関と多数の医療保険者が契約に関わることから、健診・保健指導機関において、受診者が訪れた際に当該受診者が契約相手先の医療保険者の加入者であるか否かを判別するためには、各機関において契約相手先リストを用意しその都度リストと照合するのは非常に煩雑である。

②本人確認

受診券・利用券と被保険者証の両方を照合・確認することにより、有資格者か否かを判別する。

*1 集合契約の場合は発券が必須となるが、個別契約でも必要に応じ（集合契約と混在する場合は必須）医療保険者の判断で発券することとなる。また、委託せずに実施する場合においても、6-4-2 に示した主な役割以外の用途で必要と判断する場合は適宜発券すればよい。

*2 健診・保健指導機関は受診者（利用者）から受領した受診券（利用券）を、少なくとも（偽造券での請求等により医療保険者や代行機関等から照合があった場合に提出できるよう、できれば終了後もしばらく保管が理想）一連の委託業務の処理が終了（決済が完了）するまでは保管する。特定保健指導の積極的支援において対面での指導を行う場合は、保管している利用券と毎回持参する被保険者証との照合・確認を行うためにも保管が必要。

③保健指導対象者か否かの確認

保健指導については健診と異なり、40～74歳の全ての加入者が対象者とはならないことから、保健指導機関の窓口において、医療保険者に照会することなく、来訪者が保健指導の対象者か否かを判別するために、利用券が必要となる。

④実施内容や窓口負担額の確認

契約で定めた実施内容（健診の項目、保健指導の支援内容等）を確認するとともに、医療保険者への請求額を算定するための各医療保険者が設定する窓口負担額を確認する。

6-4-3 様式

受診券・利用券は、集合契約に参加する各医療保険者が自由な大きさや様式で発行した場合、健診・保健指導機関の窓口での券面等の確認において業務が煩雑になり、窓口の混雑、確認ミス等のリスクが高まる可能性がある。

これを避けるため、集合契約に参加する各医療保険者は全国統一の標準的な様式で発券することとし、健診・保健指導機関は券面の決まった箇所を素早くチェックすることを可能とする。

図表 39: 受診券の様式

<div style="text-align: center;"> <p>案</p> <p>特定健康診査受診券</p> <p>20××年 月 日交付</p> </div> <p>受診券整理番号 ○○○○○○ ○○○○○○</p> <p>受診者の氏名 (※カタカナ表記) 性別 生年月日 (※和暦表記)</p> <p>有効期限 20××年 月 日</p> <p>健診内容 ・特定健康診査 ・その他()</p> <p>窓口での自己負担</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 30%;">特定健診(基本部分)</td> <td style="width: 20%;">負担額又は負担率</td> <td style="width: 50%;">受診者負担 20%</td> </tr> <tr> <td>特定健診(詳細部分)</td> <td></td> <td>保険者負担額上限額 1,000円</td> </tr> <tr> <td>その他(追加項目)</td> <td>負担額又は負担率</td> <td style="text-align: center;">/</td> </tr> <tr> <td>その他(人間ドック)</td> <td>負担額又は負担率</td> <td style="text-align: center;">/</td> </tr> <tr> <td></td> <td>保険者負担上限額</td> <td style="text-align: center;">/</td> </tr> </table> <p>保険者所在地 保険者電話番号 保険者番号・名称</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 80%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20%; text-align: center; vertical-align: middle;">印</td> </tr> </table> <p>契約とりまとめ機関名 集合B、健保連集合契約A 支払代行機関番号 支払代行機関名</p>	特定健診(基本部分)	負担額又は負担率	受診者負担 20%	特定健診(詳細部分)		保険者負担額上限額 1,000円	その他(追加項目)	負担額又は負担率	/	その他(人間ドック)	負担額又は負担率	/		保険者負担上限額	/		印	<div style="text-align: center;"> <p>注意事項</p> </div> <ol style="list-style-type: none"> 1. この券の交付を受けたときは、すぐに、下記の住所欄にご自宅の住所を自署してください。 (特定健康診査受診結果等の送付に用います。) 2. 特定健康診査を受診するときは、この券と被保険者証を窓口へ提出してください。どちらか一方だけでは受診できません。 3. 特定健康診査はこの券に記載してある有効期限内に受診してください。 4. 特定健康診査受診結果は、受診者本人に対して通知するとともに、保険者において保存し、必要に応じ、保健指導等に活用しますので、ご了承の上、受診願います。 5. 健診結果のデータファイルは、決済代行機関で点検されることがある他、国への実施結果報告として匿名化され、部分的に提出されますので、ご了承の上、受診願います。 6. 被保険者の資格が無くなったときは、5日以内にこの券を保険者に返してください。 7. 不正にこの券を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあります。 8. この券の記載事項に変更があった場合は、すぐに保険者に差し出して訂正を受けて下さい。 <div style="margin-top: 20px;"> <p>住所</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">〒 000-0000</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> </tr> </table> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <p>受診者が記入</p> </div> </div>	〒 000-0000		
特定健診(基本部分)	負担額又は負担率	受診者負担 20%																			
特定健診(詳細部分)		保険者負担額上限額 1,000円																			
その他(追加項目)	負担額又は負担率	/																			
その他(人間ドック)	負担額又は負担率	/																			
	保険者負担上限額	/																			
	印																				
〒 000-0000																					

においては、集合契約の受診券・利用券と混同されないよう、受診券・利用券を発券せず受診案内の送付にとどめる（実施機関においては被保険者証のみで受診）か、受診券・利用券を発券する場合は集合契約の受診券・利用券と全く異なることが判別できる（例えば、大きさやレイアウト、券の色を変え、個別契約用という券面表示とする等）よう注意することとする。

6-4-4 作成上の注意事項

①受診券

受診券は、対象者1名ごとに作成する。大きさは、縦140～154mm・横90～107mm（はがき大*1）とする（郵送での受診券送付に対応できるよう）。

各欄の表記は、基本的には以下の通りであるが、必要がある時は、健診内容、窓口での自己負担、注意事項その他の記載内容について、所要の変更又は調整を加えることができる。

「受診券整理番号」欄	<ul style="list-style-type: none"> ● 年度(西暦下2桁)+種別(1桁:特定健康診査の場合は「1」)+個人番号(8桁:自由に設定。例えば発行場所が複数の場合に支所番号を先頭に付番する等。但し連番での設定を遵守)の11桁 ⇒YY1*****
「健診内容」欄	<ul style="list-style-type: none"> ● 複数に該当する場合には、全て記載すること。 ● 集合契約において共通で追加する健診項目が無い場合は、その他の欄は抹消すること。
「窓口での自己負担」欄	<ul style="list-style-type: none"> ● 不要な欄は抹消する(「健診内容」欄に合わせる)。 ○追加の健診項目がない場合は「その他」の2欄は抹消 ○特定健康診査の代わりに人間ドックを実施する場合は「その他(人間ドック)」の欄以外は抹消、等 ● 残されている全ての欄に、受診者の負担額(あるいは負担率)、もしくは医療保険者の負担上限額を記載(例:「受診者負担 1000円」「受診者負担 30%」「保険者負担上限額 20000円」等)。 ● 自己負担がない場合は、残されている全ての欄(「健診内容」欄にあるもの)に斜線を入れること。
「契約とりまとめ機関名」欄	<ul style="list-style-type: none"> ● 全都道府県の集合契約Bの契約を締結していれば集合 B と記載。但し、契約に不参加の都道府県がある場合は、除外する都道府県名を記載(参加する都道府県数の方が少ない場合は、参加する都道府県名のみ記載)。 ● 国保ベースに加えて、健診機関グループとの集合契約にも参加している場合は、そのとりまとめ機関名(例:健保連集合契約A等)を記載。 ● 集合契約と個別契約が混じる医療保険者は、以上のような表記に加え、「個別契約」と記載(健診機関が窓口にて個別契約の有無を識別し、当該機関が個別契約も行っているかの確認を喚起する目的で表示) ● 市町村国保と地域医師会の契約においては、発行する受診券に契約とりまとめ機関欄がある場合は、「医師会」と記載。

* 3つ折りにしドライシールで圧着して郵便葉書として送付することが想定されることから、広げた時の大きさがはがき大ではなく、最終的に折り込んだ場合の大きさ(3つ折ならば各ページの大きさ)をはがき大とする。

「支払代行機関番号」及び「支払代行機関名」	<ul style="list-style-type: none"> ● 必要ない場合は抹消すること。 ● 複数の契約とりまとめ機関の契約に参加し、契約とりまとめ機関別に支払代行機関が異なる場合は、各々について「代行機関名(契約とりまとめ機関名)」という形で連ねて記載すること。 ● 複数の契約とりまとめ機関の契約に参加しているものの、代行機関は一つに集約する場合は代行機関番号や代行機関名の欄は一つのみでよい
QR コードを印刷したい場合(任意**)	<ul style="list-style-type: none"> ● 表面に表示されている事項について、裏面の右下に、共通仕様(本書巻末の付属資料「受診券 QR コード収録項目」)に基づき生成・印刷すること。 ● コードと併せて「この QR コードは、券面の情報の入力ミスを防ぎ、事務の効率化・迅速化を図るためのものです(券面の表示に関わりない情報はコード化されていません)」等の注意書きを添えること。

②個別契約と集合契約の両方が有る場合の受診券

集合契約に参加しつつ個別契約もある医療保険者においては、次のような発券ルールとなっている。

- 従前は「健診内容」欄に集合契約と個別契約の両方の内容を表示していたが、個別契約の内容を券面に併せて表示すると窓口の混乱を招く恐れがあることから、集合契約のみの内容を表示する(個別契約の内容は券面には表示せず、「契約とりまとめ機関」欄の「個別契約」の表示で個別契約の有無を判別し、別途契約書等で確認)
- 「窓口での自己負担」欄は、集合契約と個別契約で負担率や額が異なる場合に限り、「その他」欄に額や率を印字する

* 健康保険証への QR コードの搭載が予定されていたことから、これに伴い医療機関の窓口で QR コードの読み取り機が普及することを想定し、過誤請求による事務負担を避けたい医療保険者が任意で受診券・利用券に QR コードを印刷し、読み取り機のある医療機関であれば読み取って窓口業務の効率化・正確化を図ることができるよう検討が進められてきた。しかし、健康保険証等の IC カード化を検討する動きがあることから、健康保険証への QR コードの搭載に関する省令改正が中止された。この状況下であっても、大規模な健診機関(あるいは健診機関グループ)が窓口業務の省力化等のため、QR コードで受診券・利用券を取り扱うことは考えられることから、そのような機関が使用する際に、一応の共通仕様を関係者間で共有しておくことが必要なことから、上記注意事項及び巻末の付属資料 8 の「受診券(利用券)QR コード収録項目」を掲載している。

③利用券

利用券は、対象者1名ごとに作成する。大きさは、縦140～154mm・横90～107mm（はがき大）とする（郵送での利用券送付に対応できるよう）。

各欄の表記は、基本的には以下の通りであるが、必要がある時は、窓口での自己負担、注意事項その他の記載内容について、所要の変更又は調整を加えることができる。

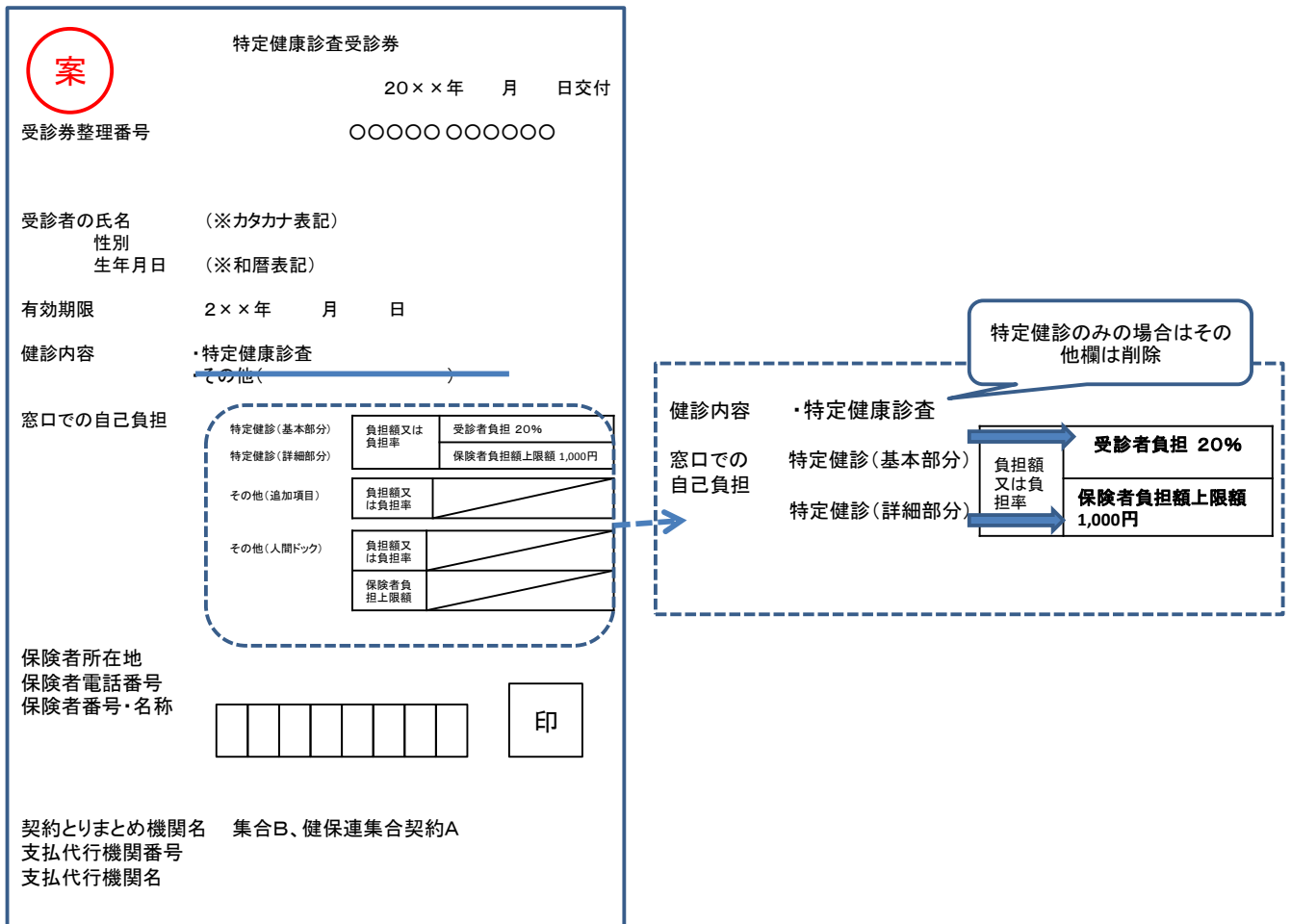
「利用券整理番号」欄	<ul style="list-style-type: none"> ● 年度(西暦下 2 桁*+種別(1 桁:積極的支援の場合は「2」、動機付け支援の場合は「3」)+個人番号(8 桁:自由に設定。例えば発行場所が複数の場合に支所番号を先頭に付番する等。但し連番での設定を遵守)の 11 桁 ⇒YY2*****もしくは YY3*****
「特定健康診査受診券整理番号」欄	<ul style="list-style-type: none"> ● 券面の対象者が特定健康診査を受診時に発行した受診券の整理番号を記載(健診結果と保健指導の結果が紐付けしやすいように) ● 労働安全衛生法等他の法令に基づく健診を受診した場合等、受診券を発券していない場合は、保健指導機関がデータ作成時に迷わないようその旨を明示(例えば線で消す、「事業者健診のため番号なし」と記載する等。欄自体の削除はあまり好ましくない)
「特定保健指導区分」欄	<ul style="list-style-type: none"> ● 該当しない事項は抹消すること。
「窓口での自己負担」欄	<ul style="list-style-type: none"> ● 利用者の負担額(あるいは負担率)、もしくは医療保険者の負担上限額を記載(例:「受診者負担 1000 円」「受診者負担 30%」「保険者負担上限額 20000 円」等)。 ● 初回時に全額徴収する場合はその旨を明記(例えば、図表 42 にあるように「自己負担額は初回利用時の負担として、特定保健指導開始時に全額徴収」や「記載の額(もしくは率)を初回時に全額お支払い下さい」等) ● 自己負担なしの場合は、全ての欄に斜線を入れること。 ● 総額が保険者負担額の上限額に満たない時(例:保険者負担上限が 2 万円で総額が 1 万円等上限額を下回る場合)に一定率の受診者負担を設定する場合、負担率と上限額の両方の欄に記載。どちらかのみ場合は記載しない欄には斜線を入れること。
「契約とりまとめ機関名」欄	<ul style="list-style-type: none"> ● 全都道府県の国保ベースの契約を締結していれば集合 B と記載。但し、契約に不参加の都道府県がある場合は、除外する都道府県名を記載(参加する都道府県数の方が少ない場合は、参加する都道府県名のみ記載)。 ● 国保ベースに加えて、保健指導機関グループとの集合契約にも参加している場合は、そのとりまとめ機関名(例:健保連集合契約A等)を記載。 ● 集合契約と個別契約が混じる医療保険者は、以上のような表記に加え、「個別契約」と記載(保健指導機関が窓口にて個別契約の有無を識別し、当該機関が個別契約も行っているかの確認を喚起する目的で表示) ● 市町村国保と地域医師会の契約においては、発行する利用券に契約とりまとめ機関欄がある場合は、「医師会」と記載。
「支払代行機関番号」及び「支払代行機関名」	<ul style="list-style-type: none"> ● 必要ない場合は抹消すること。 ● 複数の契約とりまとめ機関の契約に参加し、契約とりまとめ機関別に支払代行機関が異なる場合は、各々について「代行機関名(契約とりまとめ機関名)」という形で連ねて記載すること。複数の契約とりまとめ機関の契約に参加しているものの、代行機関は一つに集約する場合は代行機関番号や代行機関名の欄は一つのみでよい。

* 特定保健指導の基となった特定健康診査の実施年度を記載する。

QRコードを印刷したい場合(任意)	<ul style="list-style-type: none"> ● 表面に表示されている事項について、裏面の右下に、共通仕様(本書巻末の付属資料「利用券 QRコード収録項目」)に基づき生成・印刷すること。 ● コードと併せて「この QRコードは、券面の情報の入力ミスを防ぎ、事務の効率化・迅速化を図るためのものです(券面の表示に関わりない情報はコード化されていません。)」等の注意書きを添えること。
-------------------	--

※注記については P105 の受診券に関する脚注と同様。

図表 41: 自己負担の記載例*



6-4-5 発券時期・有効期限

発券時期・有効期限ともに各医療保険者で自由に設定することができるが、設定に当たっては以下の点に注意しておく必要がある。

① 発券時期

印刷等のコストを考えた場合、健診の受診券については、年度初めに全ての対象者分

* 自己負担欄において「受診者負担 30%」と「保険者負担上限額 21000円」の両方が記載されている場合は、保険者負担額が21000円に達するまで受診者負担が30%であることを意味する。QRコードを使用する場合の負担区分は5を使用し、データファイルへの請求額の格納においては、実施単価の70%か21000円かを判断し格納する。

を一括で印刷することが効率的と考えられる。この時、4月1日前後での異動が多いことから、前年度中に印刷対象者リストを設定するのではなく、年度が替わってから設定する必要がある。

また、発行時期直後の受診集中を避けるためには、年1回・年度初めの発行とするのではなく、複数回に分ける（例えば誕生日^{*1}の対象者に順次発券）ことも考えられる。

保健指導の利用券については、全員が対象者とならないことから、年度初めの一斉発行は不可能である。また、通常（健診と保健指導の一括委託を行わない限り）は健診終了後の発券となるが、健診から時間を置かず保健指導を実施することが有効であることから（効率化の観点からは月末に対象者分をまとめて発券する方がよいが）、健診実施後に順次発券することが適当である。

受診券・利用券ともに年度を通じて順次発券するような場合、当該年度の実績として計上し評価を受けるための最終のスケジュールとして、保健指導の初回時面接を年度内に完了する必要があるため利用券の発券・送付は2月、そのためには健診を1月中に受診してもらう必要があり、受診券の最終発券・送付は12月中となる。なお、どうしてもこれ以降での発券や実施が残るという場合^{*2}（年度末近くになって何とか受診できるようになった場合、実施率向上のため医療保険者が対象者に受診するよう後押しした場合等）は、次年度の実績計上とすることができるが、計上等におけるデータ処理や管理上非常に複雑となること等、少なからず手間が発生することとなる。

②有効期限

発券後間もない早期の受診による実施率の向上や、発券後における資格喪失後の受診回避のため、有効期限を短く設定する（例えば誕生日の1ヶ月に限定する等）ことも一つの考え方である。

発行時期によるが、健診・保健指導は年度を単位とすることから、①に示した当該年度の実績として計上し評価を受けるための最終のスケジュールを踏まえると、受診券は保健指導に必要な期間を除いた1月末あたり、利用券は年度末までとなる。

なお、保健指導については、年度末の3月（あるいは次年度実績となっても仕方ないと判断するならば翌年度となる4月や5月まで）に開始する場合も考えられることから、有効期限の考え方としては、初回利用の期限とすることが適当である。

その他、健診・保健指導機関の繁閑の都合への配慮や、市町村国保の実施時期と被用者保険の実施時期をずらす必要があるならば、集合契約の調整において利用時期の設定を行い、受診券・利用券にはその調整された条件に基づく有効期限（あるいは有効期間）を明記することが必要となる。

^{*1} 現実としては4月生まれの方について、3月末までに発券・送付することは困難。

^{*2} これ以降となると最も遅いスケジュールは、年度末までに健診を実施し、その後4月下旬～5月上旬に保健指導を開始、保健指導の終了は10月下旬～11月上旬となる。この場合、健診の実施率は当年度の実績報告に計上できるが、保健指導の実施率は次年度の実績報告に計上せざるを得ない（当年度の保健指導の実施率の分子からは除外し、次年度の分子に加える）。なお、次年度の実績に計上することになるため、次年度は健診により保健指導対象者となっても利用できず（実施率のダブルカウントになるため同じ年度に2回保健指導を受けることはできない（正確には、受けることはできるものの、実績報告においては2回のうちのいずれか一方のみしか報告できない）ため）、次々年度実績として次々年度初めに保健指導を実施せざるをえない（次々年度の実績となるならば敢えて年度当初に行う必要性は薄まる）。また、次年度の健診についても前年度の保健指導実施中は受診せず、保健指導終了後に受ける必要がある。以上から、実施率の算定において、前年度データと次年度データとの間で年度をまたぐ該当者を正確に判別し、重複なく除外あるいは追加する必要があり、複雑な仕組みが必要となる。

③発券時期・有効期限と実施率・窓口負担との関係

受診券整理番号には発券した年度が入り、利用券整理番号には特定保健指導の基となる特定健康診査の実施年度が入ることから、基本的には、特定健康診査受診券を発券した年度が特定健診・特定保健指導を実施すべき年度である。しかし、保健指導は約6ヶ月を要することから、年度をまたぐことが多々考えられ、契約上はその者のみ年度を越え実績評価完了時までを契約期間とすることになる。そのため、契約単価や窓口負担は年度をまたぐ場合でも発券年度のものを終了時まで適用することとなる。

実施率にカウントするためには完了が前提となることから、保健指導の場合は6ヶ月後の実績評価が完了することが必要となる。実施率を算定し医療保険者が支払基金に実施結果を提出する時期は、年度をまたぐ保健指導の大半が完了する、実施年度の翌年の11月1日となっている（途中で中断した、保健指導の開始があまりに遅かった等によりこの時期に間に合わないが、最後まで完了した場合は、当初実施年度の実績から抜き、当初実施年度の翌年度の実績として翌々年の提出分に盛り込む）。

6-4-6 対象者への送付

①被保険者

医療保険者が対象者の住所を把握し、システム上住所情報が利用可能になっている場合には、郵送による対象者への直送が可能である。（市町村国保等）

被用者保険においては、上記の方法による送付形態（任意継続者・特例退職者）と、医療保険者から事業者に一括で送付し、事業者から被保険者（従業員）に配布（送付）する形態がある。

②被扶養者

医療保険者が送付先（住所）を把握していないことから、特に受診券の送付においては対象者への直送が不可能な場合もある。代替手段としては、事業者の協力を得て、医療保険者から事業者に一括で送付し、事業者から被保険者（従業員）に配布（送付）、被保険者から被扶養者に渡す、という方式をとらざるを得ない。

一方、利用券については対象者への直送が可能である。これは、受診券を健診機関に提出し受診する際に、健診結果通知を送付するための住所を受診券に記入することとなっており、この住所データが健診データファイルにも格納され医療保険者へ送付されるためである。このデータを翌年度も利用するならば（大半が住所を変えていないと想定し）、翌年度は受診券から直送が可能である。この場合は、住所が変わっており返送されてきた分のみ、従来からの方式での配布とすればよい。

6-4-7 健診・保健指導機関窓口での取扱い

6-2 に示したように、集合契約にはさまざまなパターンが考えられ、医療保険者や健診・保健指導機関は、これら多様なパターンのいずれか一つを選択し参加するのではな

く、どの契約ルートにも重複参加する可能性が高いことから、健診・保健指導機関の窓口に来た受診者・利用者が、自機関の契約相手先であるか否か、どの契約ルートで医療保険者とつながるのか（どの契約の単価・請求額となるのか）を判別することが必要である。

その判別できる手段が受診券・利用券であることから、券面の記載方法、及び健診・保健指導機関の窓口における判別方法は、それぞれ次のように整理される。

①券面の記載方法

医療保険者は、受診券・利用券の「契約取りまとめ機関名」欄に、契約先を次のルールで表記（印字）することとする。

- 全都道府県の国保ベースの契約のみであれば集合Bと記載。但し、契約に不参加の都道府県がある場合、除外する都道府県名の記載が必要（参加する都道府県数の方が少ない場合は、参加する都道府県名のみ記載）。
- 集合契約Bに加えて、全国的な健診機関グループとの集合契約にも参加している場合は、そのとりまとめ機関名（例：健保連集合契約A）を記載。
- 集合契約と個別契約が混じる医療保険者は、以上のような表記に加え、「個別契約」と記載（健診機関が窓口にて個別契約の有無を識別し、当該機関が個別契約も行っているかの確認を喚起する目的で表示）

図表 42: 契約取りまとめ機関名の記載方法

① 健診内容 (特定健康診査・その他)

- **集合B**
⇒全都道府県の国保ベースの契約先(医師会等)で受診可能
- **集合B (〇〇県及び△△県を除く)**
⇒〇〇県及び△△県を除く45都道府県の国保ベースの契約先(医師会等)で受診可能
- **集合B、集合契約A**
⇒全都道府県の国保ベースの契約先(医師会等)+全国的な機関グループで受診可能
- **集合B (〇〇県を除く)、集合契約A**
⇒〇〇県を除く46都道府県の国保ベースの契約先(医師会等)+全国的な機関グループで受診可能
- **集合B (〇〇県及び△△県を除く)、集合契約A**
⇒〇〇県及び△△県を除く45都道府県の国保ベースの契約先(医師会等)+全国的な機関グループで受診可能

② 自己負担 (特定健康診査(基本部分)、特定健康診査(詳細部分)、その他(追加項目)、その他(人間ドック))

- **集合B (〇〇県を除く)、集合契約A**
⇒〇〇県を除く46都道府県の国保ベースの契約先(医師会等)+全国的な機関グループで受診可能
- **集合B (〇〇県及び△△県を除く)、集合契約A**
⇒〇〇県及び△△県を除く45都道府県の国保ベースの契約先(医師会等)+全国的な機関グループで受診可能

① 健診内容については、個別契約の健診項目等を詳細に表記することはスペース上無理があること、健診機関側で契約している健診項目を把握していることから、詳細には記載せず。

② 自己負担については健診機関は把握していない情報である(健診機関は契約情報のみ把握)ことから、各々の場合(国保・その他・個別)における自己負担額を詳細に記載。

②窓口での判別方法

健診・保健指導機関は、窓口にて提示された受診券・利用券の「契約取りまとめ機関名」欄の表示を見て、次のルールで請求先や単価等を判別することとする。

- 「契約取りまとめ機関名」の欄に集合Bとのみ記載されている場合は、国保ベースの契約単価で請求する。
- 何らかのとりまとめ機関名の記載が入っている場合は、
 - *各契約の項目が一致する場合は、国保ベースやそれ以外の契約単価のうち最も低い額*で請求（代行機関では契約情報と照合しチェック）。
 - *項目が不一致している場合には、受診者の選択により受診項目と請求額を選択。
- 大抵の場合、全国で受診可能となることから、住所地ではなく受診地の契約単価によって請求されることとなる。

6-4-8 受診券・利用券情報の管理・登録

①受診券・利用券情報の管理

医療保険者は、対象者あるいは健診・保健指導機関等において滞留、あるいは紛失・廃棄等による未使用の券や、失効した券等受診券・利用券を発券・送付後の状況を管理するため、発券・送付時に誰に、どのような（内容・有効期限等）券を発券・送付したかを管理しておく必要がある。

少なくとも、受診券番号・利用券番号の発番・利用状況、資格喪失による失効番号については管理しておく必要がある。

②受診券・利用券情報の登録

集合契約では代行機関を利用することとなる。代行機関では健診・保健指導機関から送付されてきたデータ及び請求について、内容のチェックと整理が為される。

この内容のチェック項目としては、受診券・利用券に記載された自己負担の内容と契約情報に基づく契約単価から請求額が算定されているか、実施内容が受診券・利用券に記載された内容と一致するか等であり、チェックのためには受診券・利用券の券面に関する情報を予め代行機関が持っている必要がある。

代行機関が受診券・利用券の発券・送付まで受託・担当する場合は、代行機関が受診券・利用券情報を既に保有しているが、医療保険者が受診券・利用券の発券・送付を行う場合（大半がこのケースとなる）は、医療保険者は、受診券・利用券の発券・送付後間もなく、代行機関に受診券・利用券の券面に関する情報を登録しておく必要がある。

6-4-9 代行機関窓口での取扱い

以下は、支払基金の場合における、受診券・利用券情報の登録手順である（なお、支払基金の場合は基金 Web サイトや FAX 等で登録する）。

- 1 医療保険者が受診資格の点検を代行機関に委託する場合、受診券・利用券の発行情報を代行機関のウェブサイトに登録する。登録内容は、受診券・利用券の記載内

* 最も低い契約単価は、支払基金の場合、契約単位で選択することとなっている。例えば、基本部分及び詳細部分の各項目の最低単価が契約によって異なる場合（基本部分なら契約 A だが、心電図なら契約 B が、等々）であっても、それぞれ最も安い契約を別個に選択し組み合わせるのではなく、実施した部分での合計金額で比較し最低単価の契約を選択する。よって、基本部分のみ実施の場合は基本項目の単価が最低の契約が、基本部分に詳細部分が 1 つ（もしくは複数）加わった場合はその単価の合計額が最低の契約が選択される。

容のうち、別紙登録用フォームの所定項目とする。

- 2 非オンラインの医療保険者においては、登録用フォーム（紙媒体）に所定項目を記載のうえ、ファクシミリ又は郵送で報告する。
- 3 代行機関では、登録内容と健診・保健指導データのチェックを行い、受診資格を確認する（受診券番号が発券済か、有効期限内か、契約単価から自己負担分を除いた金額での請求か等）。登録内容と不一致の場合は、健診・保健指導機関に照会・返戻等を行う。
- 4 照会・返戻の結果、健診・保健指導データに誤りの無い場合は、医療保険者に確認を依頼する旨のデータ（フラグ）を付加し、医療保険者へ送信・送付する。
- 5 登録フォームの窓口負担額情報欄は、健診・保健指導の各種別ごとに該当する窓口負担を登録する。（窓口負担なしの場合はチェックボックスをチェックする）

図表 43: 受診券・利用券情報登録用フォーム(支払基金の例)

整理番号

受診券情報登録票

特定健診・特定保健指導に係る受診券を下記のとおり発行しましたので、登録願います。

社会保険診療報酬支払基金 _____ 支部 平成 年 月 日

保険者番号

保険者名称

交付年月日 平成 年 月 日

有効期限 平成 年 月 日

受診券整理番号

	開始番号	～	終了番号
1	<input type="text"/>	～	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	～	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	～	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	～	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	～	<input type="text"/>

※整理番号のパターンが入りきらない場合、受診券情報登録表を複数枚提出してください

窓口負担額情報

窓口負担	①特定健診基本部分	②医師の判断による追加項目	③その他	
			I 追加健診項目	II 人間ドック
窓口負担なし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
定額(円)	円	円	円	円
定率(%)	%	%	%	%
保険者負担上限額(円)	円	円	円	円
登録しない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※該当するものが無い場合は「登録しない」のチェックボックスをチェックしてください。

(「登録しない」を選択した場合、支払基金では窓口負担額の確認を行いません。)

7. 健診・保健指導データ

7-1 標準的なデータファイル仕様

7-1-1 必要性

特定健康診査・特定保健指導において、医療保険者には、委託先となる様々な健診・保健指導機関や、他の医療保険者（実施時の委託先として、あるいはデータの保険者間移動時における加入者の以前の加入先として）、さらには事業者健診を実施する事業者などから、健診・保健指導データが送付されてくることとなり、複数の経路で複雑に情報のやりとりが行われる。

この時、各関係者から、それぞれ独自のデータフォーマットやファイル形式で送付されると、受け取る側が難渋する（受け取ってもフォーマット変換あるいは転記等の加工を行わない限り利用できない）。

さらに、医療保険者ごとに健診・保健指導の実績を分析・評価する際にも、膨大なデータを整理・抽出等を行うことから、多様な仕様のデータとなっていると、分析・評価の前に膨大なデータの整理作業が必要となる。

このような問題が生じることを回避するためには、関係者間でデータの互換性を確保し、医療保険者が継続的に多くのデータを蓄積・活用していけるよう、標準的なデータファイルの仕様を定めておく必要がある。

7-1-2 仕様のイメージ・構成

①基本的な考え方

さまざまな健診機関の多様な記録作成システムが健診データファイルを生成し代行機関や医療保険者等とやりとりすることになるため、以下の考え方にに基づき、標準的なファイル仕様を定めている。

この考え方に沿って、記録の順序が各機関で順不同の場合でも受け取った者が判別できるように XML 形式で記録するようにする、何の検査項目をどのような方式で実施したのかを判別できるように標準コード（JLAC10 コード。4-3-1④の脚注参照）を設定する、等の整理を行った。

- ・ 特定メーカーのハード、ソフトに依存しない形式にすること
- ・ 将来、システム変更があった場合でも対応が可能な形式にすること
- ・ 健診機関、医療保険者等の関係者が対応できる方式とすること

②健診結果データファイル・保健指導結果データファイル

個人単位の健診結果データファイル、保健指導結果データファイルの詳細は、本書巻末の付属資料7を参照のこと。併せて、標準仕様書については、厚労省のホームページに詳細な技術仕様が示されているので、そちらも参照とされたい。

なお、最低限関係者が遵守すべき仕様とは、国が通知「電磁的方法により作成された

* <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshho/iryouseido01/info02i.html>

特定健康診査及び特定保健指導に関する記録の取扱いについて（平成 20 年 3 月 28 日健発第 0328024 号、保発第 0328003 号）」*、「平成 25 年度以降に実施された特定健診及び保健指導に関する電磁的方法により作成された記録の取扱いについて（平成 25 年 3 月 29 日健発 0329 第 23 号、保発 0329 第 19 号）」*及び「電磁的方法により作成された特定健康診査及び特定保健指導に関する記録の様式等について（平成 20 年 3 月 28 日健総発第 0328001 号、保総発第 0328003 号）」*により示しているものとなる。

国が示している範囲は、関係者が法令に基づき自由に開発・運用すべき各関係者内のシステムの仕様までを規定することは適当ではないことから、関係者間での円滑な送受信等を可能にするための様式のみ限定している。ここでいう様式とは、送付されたファイルが受領側で確実に読み取れるためのフォーマットであり、読み取ったデータをどのように取り扱うか等については、各関係者の運用によることとなる。

③仕様の種類

データの流れとしては、健診・保健指導機関から代行機関や医療保険者（便宜上「納品用」という）、医療保険者から国や支払基金（同様に「実績報告用」という）が主な流れとなる。

前者は請求・決済に関する情報が必要であり、後者は請求・決済情報が不要であることに加え、個人を特定する情報も除外されている必要がある。

このうち、②の通知で正式に示したものは前者であり、後者については、平成 20 年厚生労働省告示第 380 号「高齢者の医療の確保に関する法律による保険者の前期高齢者交付金等の額の算定等に関する省令第 44 条第 2 項の規定に基づき厚生労働大臣が定める事項」*と、通知「保険者が社会保険診療報酬支払基金に提出する特定健康診査等の実施状況に関する結果について（平成 20 年 7 月 10 日 保発第 0710003 号）」*、「保険者が社会保険診療報酬支払基金に提出する平成 25 年度以降に実施した特定健康診査等に基づく特定保健指導の実施状況に関する結果について（平成 25 年 3 月 29 日 保発 0329 第 17 号）」*及び「保険者が社会保険診療報酬支払基金に提出する特定健康診査等の実施状況に関する結果に係る記録の様式について（平成 20 年 7 月 10 日 保総発第 0710001 号）」*により示している。

④ファイル構成

個人単位のデータファイルを、交換用基本情報ファイル（宛先や総ファイル数等の情報を格納）と集計情報ファイル（各ファイルを集計した情報を格納）で挟むことにより、データファイルの漏れや集計チェックができる構成となっている。

⑤納品用ファイル

個人単位の健診結果・保健指導結果データのファイル群と、結果データに伴う（結果データの主と請求データの主は、内部で関連付けを行う）請求データファイル群を、交換用基本情報ファイルと集計情報ファイルで挟む構成となっている。

健診・保健指導機関から代行機関に送付される場合は、当該機関で実施された健診・保健指導の結果データが、医療保険者の区別なく混載状態で構成されることとなる。こ

* <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/iryouseido01/info03j.html>

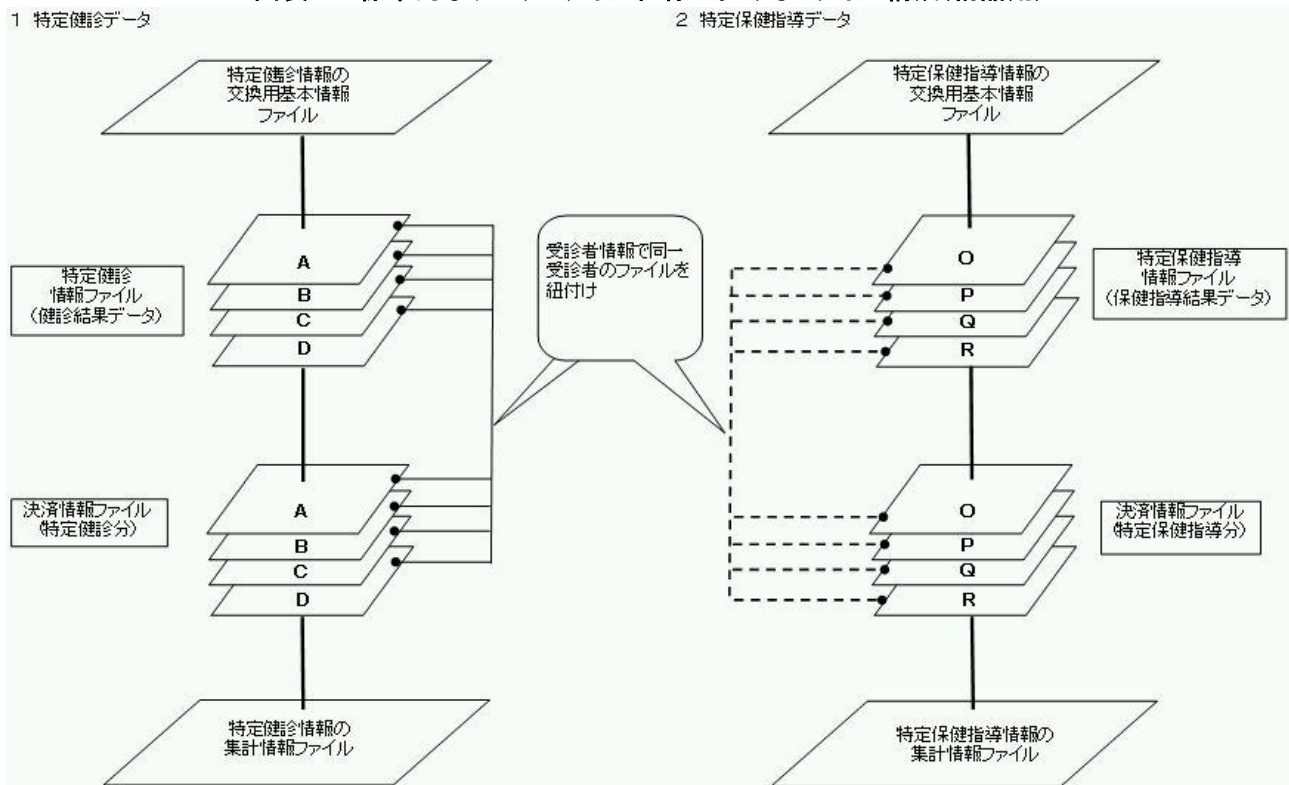
の時の集計情報ファイルは、医療保険者の区別なく当該機関に支払われるべき総額が記載されることとなる。

代行機関から医療保険者に送付される場合は、代行機関にて医療保険者別に分類・整理し直されることから、当該医療保険者の加入者分のみの結果データと請求データがまとめられ、集計情報ファイルには当該医療保険者への総請求額が記載されることとなる。

代行機関を介さず、健診・保健指導機関から直接医療保険者に送付される（個別契約）場合は、当該医療保険者の加入者分の結果データが送付される。（請求データを必ずしも一人分ずつファイルに入れる必要はない。別途まとめて請求書を添える方法もある。）集計情報ファイルには当該医療保険者への総請求額が記載されることとなる。

事業者から医療保険者へ労働安全衛生法に基づく健診結果を送付する等、他の健診結果をデータで受領することができ、かつこの標準仕様に基づくファイルで受領できる場合は、請求データファイルにデータが入らないため（データ提供に要した費用が請求される場合であっても、対象者別に1件1件請求額の入ったファイルを生成する必要はなく、一括で請求すればよいので）健診結果・保健指導結果データのファイル群のみとなる。

図表 44: 標準的なデータファイル仕様におけるファイル構成(納品用)



⑥実績報告用ファイル

個人単位の健診結果データのファイル群と保健指導結果データファイル群を（健診結果データの主と保健指導結果データの主は、内部で関連付けを行う）、交換用基本情報ファイルと集計情報ファイルで挟む構成となっている。

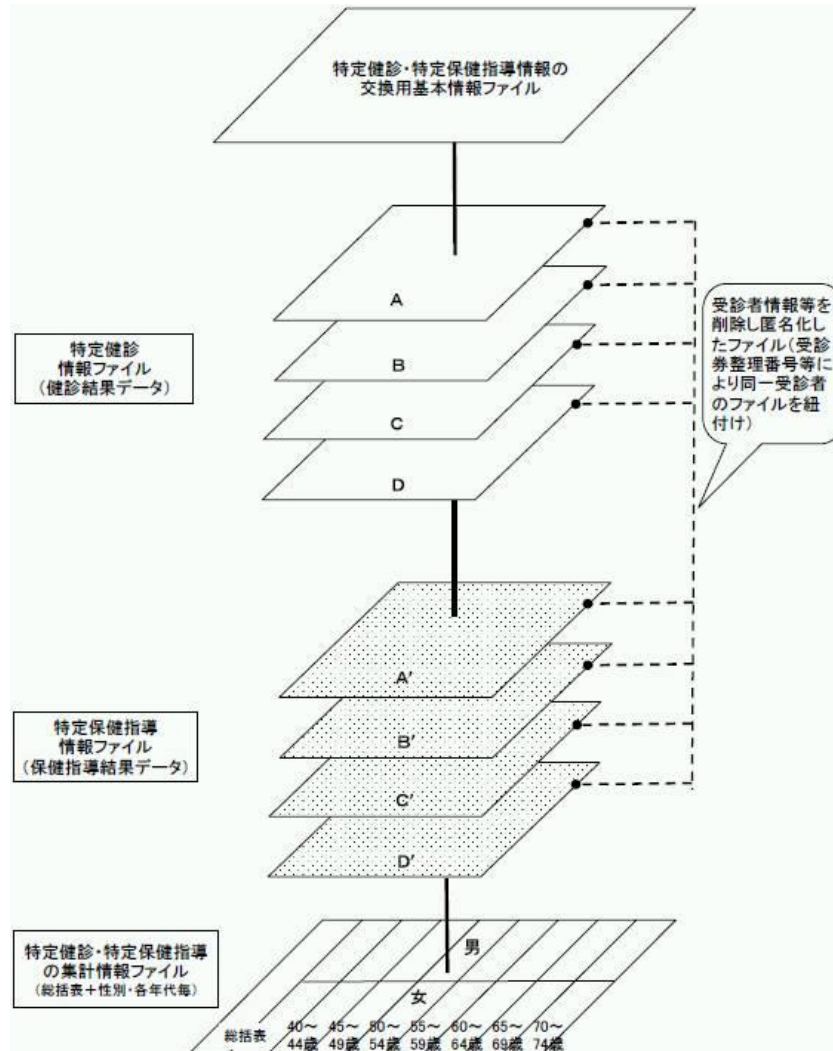
集計情報ファイルは、納品用のように決済金額総計等ではなく、総括表と男女別・5歳階級別での実績報告集計表が格納されることとなる。

健診結果データと保健指導結果データは、匿名化処理が施されると同時に、氏名・住

所等の不要な情報が削除された実績報告用のデータファイルとなる。

送付形態は、医療保険者から支払基金へ（市町村国保については、各都道府県の国保連合会の共同システムを利用する市町村については国保連合会から一括で支払基金へ、国保連合会のシステムを利用しない市町村は各自で支払基金へ）という流れのみとなる。

図表 45: 標準的なデータファイル仕様におけるファイル構成(実績報告用)



7-1-3 保健指導における電子データ化の範囲

① 電子化の主な目的

保健指導の結果を電子的に記録・保管する目的は、主には医療保険者による保健指導の実施後評価（自前で実施した場合はプログラム評価、委託の場合は委託先評価）や決済に際しての確認である。

しかし、評価・決済等に用いる個票（個人別の指導記録のことであり、「標準的な健診・保健指導プログラム」では「特定保健指導支援計画及び実施報告書」として様式例（図表 15 参照）が示されているもの。大半は紙ベースでの記録になると考えられる。）ファイルには詳細なデータが含まれることから、副次的な用途として、国や医療保険者が有

効な指導形態等を峻別することにも利用できる。

特定保健指導の実施方法については、保健指導機関の創意工夫による有効な指導プログラムの開発を促進する必要があること等から、最低要件を一定の枠として定めた以外は自由度を高めたものとしている。

国や医療保険者が、多種多様な指導形態等から有効な指導形態等を検討していくことは非常に重要であり、検討を行う際には、結果が印字された紙の束から分析するのではなく、電子データで効率的に抽出・分析していけるようにすることが重要である。

以上を踏まえ、医療保険者、代行機関、国のそれぞれにとってのデータの用途・目的としては、次のように整理できる。

図表 46: 保健指導データの主な用途・目的

No	用途・目的		必要とする者		
1	決済時の内容・決済額等確認			医療保険者	代行機関
2	委託先の評価	事業者評価		医療保険者	
		プログラム評価	国	医療保険者	
3	毎年度の実績確認		国	医療保険者	支払基金
4	(副次的)有効な指導形態の絞り込み		国	医療保険者	

② 電子化すべき範囲を設定する背景

①に示したように、保健指導の個票を電子的に記録・保管することは、さまざまな用途があり、多くのメリットがある。

しかし、その一方で、保健指導の個票を全て電子化するのは大きな負荷が発生する。健診は定型的なために限られた所定の項目に検査結果等を入力するだけでよく、検査機器から直接検査値データが入力されるような設備も販売されているが、保健指導は非定型であり、記録すべき事項も多い。面接や指導をしながらデータを入力するような指導形態も考えられなくはないが、多くの実施者はそのような指導形態をとらず、紙の様式に筆記具でメモ等を取りながらの指導が一般的であると考えられ、難しいと考えられる。

そのため、用途別に最低限電子化が必要な項目を洗い出し、保健指導の記録を全て電子化することにはならないようにすることとした。

図表 47: 用途・目的別での電子化が必要な情報

No	用途・目的		必要な情報の種類(一連の保健指導の記録から)
1	決済時の内容・決済額等確認		実施形態、回数、ポイント数等金額と実施内容に誤りがな いかを確認できる項目
2	委託先の評価	事業者評価	事業者、実施者、実施形態、回数、評価結果等事業者を 比較できる項目
		プログラム評価	事業者、実施者、実施形態、回数、評価結果等異なる事業 者間あるいは同一事業者内でプログラムを比較できる項目
3	毎年度の実績確認		実施形態、回数、ポイント数、評価結果等最低限の要件を 満たしているかを確認できる項目
4	(副次的)有効な指導形態の絞り込み		対象者の特徴、実施者の職種、実施形態、回数、評価結 果等

③ 電子化すべき範囲

データが流れる(データを活用する)順番は図表 46 の No. 1 から順となる。1 は内容

と金額の一致を確認するだけであることから必要最低限の情報があればよいが、2（あるいは4）は1よりも必要とする情報項目が多くなる。そのため、2（あるいは4）が必要とする項目を電子化すべきである。

但し、評価を細かく行うために必要とする項目が多くなると範囲を限る意義が薄れることから、電子的に抽出・分類した上で、それ以上の詳細情報を比較・評価する場合は電子化前の元の個票をたどることとし、電子化の項目は抽出・分類に必要となる最小限の項目に限ることが適当である。

個人単位の保健指導結果データファイルの項目は、以上の整理に基づき定められている（詳細は、本書巻末の付属資料を参照のこと）。

なお、以上の整理は標準的な考え方であり、個票の全てを電子化する意向を持つ意欲的な保健指導機関あるいは医療保険者が全ての記録を電子的に管理することは、理想的なことである。

④委託の有無による電子化すべき範囲の違い

③に示したように、保健指導の個票「特定保健指導支援計画及び実施報告書」を電子化する範囲は必要最低限の項目とするが、保健指導を委託する場合と医療保険者自身で実施する場合とでは、求める情報項目の種類や数に違いが出る可能性がある。

委託している場合は決済時の内容・決済額等確認や事業者評価が重要であるが、委託しなければこれらの用途はなく、プログラム評価やそれに関連した有効な指導形態を検討する際の情報項目を重要視することとなる。

委託している場合は、委託先が誠実に業務を遂行しているかを細かくチェックする必要性を踏まえ、医療保険者は、確認に必要な最低限の項目ではなく、できる限り個票に近い情報量の提出を保健指導機関に求める可能性が高い。このような時は、両者の契約に基づき電子化の範囲（電子データとして納品すべき項目）は自由に定めればよい。

逆に、自前で実施している場合は、有効な指導形態の検討は医療保険者内での取組であり、必ずしも多くの項目を電子化する必要はない。この場合は、最低限の電子化の範囲は、国への実績報告に必要な項目に限られる。但し、自前で実施しているプログラムの比較・評価・検証等を行うためには、比較に必要な項目をできる限り電子化しておくことが必要である。

7-1-4 追加健診項目のサポート範囲

①健診項目のコード設定の標準化

健診データファイルへの検査結果の記録においては、実施後あるいは長期的な分析等のためにも、その検査記録が、何の検査項目の、どのような検査方法で為されたものかを判別できるようにしておく必要があることから、JLAC10コード（17桁コード）を標準コードとして設定*し、データファイルの作成時にはそのコードを用いて記録することになっている。

* 血液検査データについては既存の(日本臨床検査医学会が作成した)JLAC10コード(17桁コード)を使用する。質問項目(質問票)や身長等のJLAC10コードのない項目については、JLAC10の17桁コード体系に準じたコードを検討し、標準コードとして設定する。

②必要性

2-2 に示したように、医療保険者や健診機関等は、現在、特定健康診査以外の多様な健診を実施しており、特定健康診査以外の検査項目も上乘せし、特定健康診査と同時に実施する場合が少なからず想定される。

このような実施形態を想定した場合、特定健康診査の項目のみ標準的なデータファイル仕様にに基づき記録することができ、その他の項目は別ファイル（あるいは紙）に記録するしかないということでは、健診機関の業務が煩雑になるだけでなく、記録を受領・管理・分析する医療保険者にとっても不便である。

以上から、特定健康診査の項目以外についても、同時実施時に同じデータファイルに記録できるようにしておく必要がある。標準的なデータファイル仕様では、基本的にはどのような検査項目・検査値も自由に格納できるようになっているが、重要なことは、格納された検査結果が誰でも何の検査項目・検査方法で実施されたかが判別できるように記録されていることであり（標準コードが設定されていない検査項目の場合、ファイルを作成した機関以外はその検査値が何の検査項目・検査方法で実施されたかがわからないため）、そのためにはコードが割り振られている必要がある。

7-1-5 データ作成・管理のシステム

健診・保健指導機関が健診・保健指導の結果を標準的なデータファイル仕様にに基づき作成・送付し、代行機関や医療保険者、国等がデータファイルを受領・保管・分析等行うという事務の流れとなることに伴い、健診・保健指導機関はデータファイルを作成する仕組みが、医療保険者等は受領したデータファイルを管理・分析等行う仕組みが、それぞれ必要となる。

①データ作成・ファイル生成システム（主に健診・保健指導機関）

健診・保健指導機関は、健診・保健指導の結果や、決済情報（代行機関、特に支払基金を通じて処理する場合は必須だが、それ以外では決済情報は請求書の別送等も可）を記録するデータファイルを作成するためのソフトウェアや、そのソフトウェアを動かすパソコン等の準備が必要である。

ソフトウェアについては、公開されている標準仕様にに基づき、各メーカーより製造・販売されており、それらを購入・インストールすることで対応可能である。

既に大規模な健診システム等を保有している場合は、新規に購入・導入するのではなく、既存のシステムに機能の追加あるいは改修を行う形で対応することも考えられる。

②いわゆるフリーソフトと呼ばれるものについて

データ作成・ファイル生成システムの導入に際しては、このように少なからず負担が伴うことから、最低限の支援措置として、複数の無償配布版*のソフトウェア（フリーソフト）が提供されている。

* 無償ではあるがデータ作成・ファイル生成等基本的な機能は備わっている。当然ではあるが、ソフトウェア本体のみが無償でありパソコン等は各自で用意が必要なほか、ダウンロードやインストール等の使用準備は各自で行う必要がある。

国立保健医療科学院ホームページに (<http://kenshin-db.niph.go.jp/soft/>) 国立保健医療科学院が提供しているフリーソフトが公開されているので参照されたい。

なお、データ作成・ファイル生成のためのソフトウェアであることから、基本的には健診・保健指導機関向けであるが、他の医療保険者から委託を受ける医療保険者や、自前で健診・保健指導を実施する医療保険者については、利用することも考えられるので検討されたい。

③データ管理システム（医療保険者）

医療保険者は、受領したデータファイルを取り扱うためのソフトウェア（データ管理システム）や、そのソフトウェアを動かすパソコン等の準備が必要である。ソフトウェアとして主に必要となる機能は次のようなものが考えられる。

- 受領したデータファイルの内容をチェックする（代行機関を利用する場合は不要）機能
- データファイルを整理して保管（ファイルからデータを抽出しデータベースに格納、個人別・年度別等に分類・整理）する機能
- データから保健指導の成果の検証等事後評価・分析を行う機能
- データ（受領したデータファイルあるいは管理しているデータベース）から国への実績報告用のデータのみ抽出し、標準仕様のファイルを生成する機能（※支払基金提出時の匿名化処理については、国から配布している匿名化ソフトを利用）
- 権限の在る者のみ閲覧・分析等が行えるような保護・管理の機能

ソフトウェアについては、公開されている標準仕様に基づき、各メーカーが製造・販売しているため、それらを購入・インストールすることで対応可能である。

既に大規模な健康管理システム・被保険者管理システム等を保有している場合（加入者数が多い大規模健保等はこのケースがありうる）は、新規に購入・導入するのではなく、既存のシステムに機能の追加あるいは改修を行う形で対応することも考えられる。

また、加入者数の少ない医療保険者で、専用のソフトウェアを導入するまでもないという判断ができる場合、市販の表計算ソフト（Microsoft Excel 等）やデータベースソフト（Microsoft Access 等）でデータを取り扱うことも考えられる。

また、国保中央会・健保連はそれぞれ共同利用システムを開発しており、この共同システムを利用する選択肢もある。

④健診事務処理システム（医療保険者）

医療保険者は、③に示したような機能を持つデータ管理システム以外に、事務処理システム（受診券・利用券の発券や請求管理等）が必要な場合がある（規模が小さい医療保険者やその部分は一括で委託する医療保険者は不要）ので注意されたい。

7-2 データ

7-2-1 標準的なデータファイル仕様での送付義務

①医療保険者に対して

支払基金（国）への実績報告を行う際に、国の指定する標準的な様式に基づいて報告するよう、大臣告示(平成20年厚生労働省告示第380号)及び通知で定められていることから、医療保険者が自前で健診・保健指導を実施した場合は、最低限、実績報告に向けたデータ作成については標準的な仕様を遵守する必要がある。

②健診・保健指導機関に対して

委託先となる様々な健診・保健指導機関については、大臣告示(平成20年厚生労働省告示第11号)で定める委託基準において、電子的記録を作成し、安全かつ速やかに納品ができることが条件となっており、受託するためには、これを遵守する必要がある。

7-2-2 紙データの取扱い

①紙データが発生するケース

特定健康診査・特定保健指導の定めの中では、既に述べたように電子的記録が基本となるが、他の法令等に基づく健診についてまで義務付けがされている訳ではない。

よって、事業者健診や学校保健安全法に基づく健診については、記録の電子化が義務付けられていないため、これらの結果を受領する場合、紙で受領するケースが少なからず発生すると想定される。

また、7-1-5①に示したデータ作成・ファイル生成システムを導入できない、あるいは導入しても使いこなせない健診機関（小規模の診療所等が想定される）では、健診・保健指導を実施した場合、紙での記録となることがありうる。

②事業者健診等のデータ受領について

他の法令等に基づく健診の結果を受領する際には、事業者や学校等と事前に十分な協議調整を行い、医療保険者に協力してもらえらる関係の構築が必要である。

その上で、事業者や学校等データ提供元の協力を得て、これら提供元が健診を委託する際には、標準的な電子データファイルの仕様を満たした電子的記録を作成し、安全かつ速やかに納品ができる健診機関、更には健診結果のうち特定健康診査に関わるデータについては別途医療保険者にデータを作成・送付できる健診機関を委託先*とする等の配慮をお願いすることが必要である。

提供元が、紙での受領（保管）と併せて、標準的な仕様に基づいていないものの、少なくとも電子データ（CSVファイル等）として保管されている場合は、そのまま受領し医療保険者にてデータを格納（この時、場合によってはデータ変換等が必要となることもある）、支払基金（国）への実績報告時に標準仕様のファイルを生成すればよい。

* 労働安全衛生法の健診のみの受託ではなく、別途、医療保険者からの特定健康診査等他の健診も受託する機関が少なくないと考えられ、その場合は、標準的なデータファイル仕様に準拠したファイルの提出は容易と考えられる。

どうしても紙でしか保管していない提供元については、紙で受領し医療保険者にて電子化することとなる。この時、紙の件数が少なく自前で電子化が十分可能な場合は、いわゆるフリーソフトの使用が考えられる。

③個人が医療保険者に提出する健診結果について

対象者に受診券を送付する際の案内に、「もし他で同じような健診（腹囲・血液検査等）を受診済みの場合は、その結果（の写し）を医療保険者まで提出してもらうことで実施に代えることができる」旨を記載し、送付を促す必要がある。

但し、送付元が事業者ではなく本人であることから、これに基づき送付されてくる結果は大抵が紙ベースの結果票となる可能性が高く、これらについては医療保険者にて入力（②同様フリーソフトの利用も考えられる）しデータを作成する必要がある。

④紙で記録する健診機関について

紙でしか結果を提出できない健診・保健指導機関は委託基準を満たせないことから、受託できないこととなる。

但し、紙で記録を一旦作成するものの、医療保険者や代行機関に送付する前に電子化できる場合は、委託基準を満たすこととなる。この場合、医療保険者や代行機関へ送付する前に、健診・保健指導機関は紙で一旦作成した記録を電子化する作業を別途入力業者等に委託する必要がある（委託する場合は、個人結果データについての守秘義務等に十分注意する必要がある）。

なお、電子化作業の委託先から代行機関や医療保険者へ直送することが困難な場合がある（代行機関が支払基金の場合は送付元機関番号がファイルに入る上、オンライン送付の場合は送付元の機関認証が為される見込み）ので、その場合は、委託した健診・保健指導機関に電子化されたファイルが納品され、当該健診・保健指導機関から代行機関や医療保険者へ送付されることが標準的な流れとなる。

7-2-3 データ作成者

基本的には、健診・保健指導を実施した者がデータを作成することとなる。実施者自身で作成できない場合は他の力を借りて作成し、実施者から医療保険者等へ送付することが基本となる。

事業者や学校、あるいは個人（対象者本人）等から紙データを受領した場合は医療保険者がデータを作成する。

支払基金（国）への実績報告データについては、医療保険者が作成することとなる。但しゼロから作成するのではなく、健診・保健指導を実施した者が作成したデータから抽出することとなる。

7-2-4 他の医療保険者からのデータ受領

①他の医療保険者に健診等を委託している場合

他の医療保険者に健診・保健指導の実施を委託した場合（特に市町村国保が想定される）は、当該医療保険者から結果データを受領することになる。

この場合は委託費等が契約等で定められていることから特にデータ受領に限った経費の負担についての定めは不要である。

②加入する医療保険者の変更に伴うデータの受領

退職や異動等により医療保険者を替わった場合に、新しい医療保険者が以前の医療保険者に保健指導の参考とするために過去の健診データの提供を求めてくるケースがある（本人の承諾が前提）が、その場合は、以前の医療保険者が保管している分のデータを新しい医療保険者に渡すこととなる（詳細は7-3-3を参照のこと）。

この場合は原則として実費相当の請求を基本とするが、実際には依頼発生時に提供に要する経費を交渉することとなる。あるいは、保険者団体（健保連・国保中央会）や社会保険庁（協会けんぽ）等の中で事前に取り決めておく（単価を定めておく、あるいはお互い送料のみで作業費は無償とする等）ことも考えられる。

7-2-5 事業者等からのデータ受領

①協力・連携体制の構築

他の法令等に基づく健診の結果を受領する際には、迅速かつ確実に受領できるよう、事業者や学校等実施責任者と事前に十分な協議・調整を行い、まずは事業者や学校等実施責任者が医療保険者に積極的に協力・連携しようとする関係の構築が必要である。

加えて、協力範囲をデータ受領体制に限定するのではなく、受診券・利用券や案内等の送付も含め包括的に緊密な協力・連携体制を構築することが重要である。

②契約や覚書等の締結

協力・連携体制を構築した上で、両者間の協議調整の結果を取りまとめ、契約や覚書等の形で整理しておくことが必要である。

具体的に明記しておく事項としては、事業者や学校等実施責任者における健診の委託基準において医療保険者に協力するような基準を盛り込んでおくことや、具体的なデータの受領方法・頻度や時期、受領に要する経費負担の取扱い等が考えられる。

③受領時期における注意点

健診結果は年度末までに一括で受領しておけばよいものではなく、結果によっては保健指導が必要な者が含まれていることから、健診実施後速やかにデータを受領し、迅速に階層化を済ませ、保健指導対象者については保健指導実施の案内（利用券の発券等）を急ぐ必要がある。

そのため、データ受領の時期や頻度等についても（例えば「健診実施月の末まで」とか「実施後2週間以内」等）、協議調整の過程で取り決めを行っておく必要がある。

④受領方法における注意点

現在、労働安全衛生法では、事業者健診結果データが集まり、事業者から労働者や医療保険者に渡す制度となっている。しかし、事業者の発送事務等の負担と迅速なデータ授受等効率性を考えた場合、事業者を介さず健診機関から労働者や医療保険者に直送する流れが合理的であるが、このような方法を採用する場合は、できる限り事業者・医療保険者・健診機関の3者間での取り決めの締結が必要である（それが困難な場合は、少なくとも事業者と健診機関との間の委託契約の仕様においてその旨の明記が必要）。

⑤個人情報の取扱い

事業者等他の法令に基づく健診の実施責任者が医療保険者に健診結果データを提供することについては、高齢者の医療の確保に関する法律第27条に基づくものであることから、個人情報保護法第27条による第三者提供の制限は適用されない。

但し、労働安全衛生法の健診項目には特定健康診査の健診項目以外も含まれる*ことから、医療保険者が特定健康診査の項目以外の項目のデータを受領し閲覧することができる場合（健診機関あるいは事業者が特定健康診査の項目のみ切り出して医療保険者に提供するのではなく労働安全衛生法に基づく健診結果をそのまま提供する場合）は、法定項目以外の項目を見ることとなるため、事前に労働者の了解が必要であることに注意が必要である。

以上を踏まえ、特定健康診査の項目のみを提供する場合には、実施責任者と受診者との信頼関係を損ねることのないように細心の注意を払う必要がある。また、事業者健診の結果をそのまま提供（事業者等の負担軽減の観点から少なからずありうると考えられる）する場合は、受診者への受診案内や受診会場の掲示等において医療保険者への提供について明記し黙示による同意を得る、あるいは本人から承諾書を取る等の措置を講じておく必要がある。

<高齢者の医療の確保に関する法律>
 （特定健康診査等に関する記録の提供）
 第二十七条 保険者は、加入者の資格を取得した者がいるときは、当該加入者が加入していた他の保険者に対し、当該他の保険者が保存している当該加入者に係る特定健康診査又は特定保健指導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。
 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。

* 特定健康診査の全ての健診項目（基本的な健診の項目及び詳細な健診の項目）以外の項目（胸部 X 線等）を指す。

⑥データ授受の標準的な考え方

整理の前提となる留意点を次のように整理し、これを踏まえ、標準的な考え方としては、次の図表のように定める。

- 現状では、関係者間の事前の取り決めに基づき、健診機関が、事業者用(労安分)と医療保険者用(特定分)をそれぞれ作成・送付しているケースが多い。
- 健診機関が医療保険者用(特定分)を別途作成するに当たり費用請求が発生する場合は、健診機関が医療保険者に請求・データ直送できるよう両関係者間における契約等の取り決めが必要となる。
- 医療保険者と事業者との間でデータの授受が発生する場合は、定期的なデータ受領体制等について双方で取り決め、着実に履行するため、覚書等を交わしておくことが望ましい。また両者間で費用請求が生じる場合は契約にしておくことが望ましい。

図表 48:事業者等とのデータ授受における標準的な考え方

データの作成	事業者健診を受託した健診機関が、事業者用(労安分)と医療保険者用(特定分)をそれぞれ作成
データの送付	健診機関が、事業者・医療保険者それぞれに直送
前提となる必要な取り決め等	健診機関・事業者・医療保険者の3者間で契約や覚書が必要
費用負担	実施する健診項目の追加がなく、結果データの生成だけであれば別途費用を要しない健診機関もあるので、医療保険者用(特定分)の作成・送付費用を健診機関が請求する場合のみ、医療保険者が健診機関に支払う

⑦パターン別での整理

⑥に示した標準的な考え方の前提は、特定健康診査よりも優先される事業者健診を事業者が委託により実施する際に、医療保険者用データ(特定健康診査分)の作成・送付を健診機関に依頼するパターンであり、これ以外でのパターンでは次のように整理される。

図表 49:事業者等とのデータ授受におけるパターン別での整理

健診実施者	特定健診データの作成	データ送付	医療保険者の費用負担	契約等	備考
事業者	健診機関(労安分と特定分の各々を作成)	直送 (健診機関→医療保険者)	○健診機関が、特定分を別途作成・送付するコストを事業者あるいは医療保険者に請求する場合は、支払う	健診機関・事業者・医療保険者(3者契約・覚書等)	○健診機関と医療保険者との間にデータ作成の委託契約がないために請求・支払が困難な場合、事業者との委託契約仕様において作成・直送を指示し、支払が発生する場合は、医療保険者は事業者を通じて支払う
		経由 (健診機関→事業者→医療保険者)	○健診機関が特定分を別途作成するコストを健診単価に上乗せする場合は、事業者に上乗せ分を支払う ○事業者→医療保険者の送付コストを事業者が医療保険者に請求する場合は、支払う	健診機関⇔事業者(契約) 事業者⇔医療保険者(覚書等)	

健診実施者	特定健診データの作成	データ送付	医療保険者の費用負担	契約等	備考
	医療保険者(事業者から労安データを受領) ※労安分には特定分には不要な項目も含まれているが事業者の負担軽減のため、労働者の黙示による同意の上で医療保険者にて抽出(「労働安全衛生法における定期健康診断等に関する検討会」報告書)	事業者→医療保険者	○電子データで受領した場合は、特に負担はない ※労安データから特定分を抽出するわずかな労力あるいは委託コストは残る ○紙でしか受領できなかった場合は、データ入力・作成の労力あるいは委託コストが発生	事業者⇔医療保険者(覚書等)	○電子データで事業者に提出する健診機関に委託するよう、事業者に協力を得る必要がある
医療保険者 (事業者が実施委託)	健診機関(労安分と特定分の各々を作成) ※医療保険者が直接実施もしくは委託するので	直送 (健診機関→医療保険者)	○健診機関が労安分とは別に、特定分を作成するコストを医療保険者に請求する場合は、その分を支払う ○電子データで受領するので、作成負担は特くない ※委託する場合は医療保険者が仕様でデータ提出を指定するので	健診機関⇔医療保険者(契約)	
事業者・医療保険者 (共同実施)	健診機関(労安分と特定分の各々を作成) ※事業者・医療保険者がそれぞれ同じ健診機関に委託するので		○医療保険者委託分の費用にデータ提出費用が含まれる ○電子データで受領するので、作成負担は特くない ※医療保険者が仕様でデータ提出を指定		○事業者健診と特定健康診査との間で健診項目が一致することから、医療保険者が上乘せ健診を行う場合のみ共同実施の可能性が出る

⑧個人からのデータ受領体制の構築

他の法令等に基づく健診の結果を受領する方法としては、事業者や学校等実施責任者との協力・連携体制の構築のほかに、受診者本人からの受領体制づくりが必要である。

特に、協会けんぽや総合型健保のように、一つの医療保険者が多数の事業者からデータを受領しなければならない構造となっている場合は、個々の事業者と協力・連携体制を構築し、データ受領に関する契約や覚書を締結することは、膨大な事務・調整作業等が発生することから困難であり、受診者本人から個々に受領する(集める)方が合理的である。

また、市町村国保の被保険者の一部や、被用者保険の被扶養者でパート労働者であり事業者健診を受診している場合も、同様に多数の事業者と連絡調整するよりも受診者本人から個々に受領する(集める)方が合理的である。

健診の案内送付時や、それ以外のさまざまな機会を通じて、受診者に呼びかけ、積極的にデータ提出に協力してもらえよう関係作りが必要である。

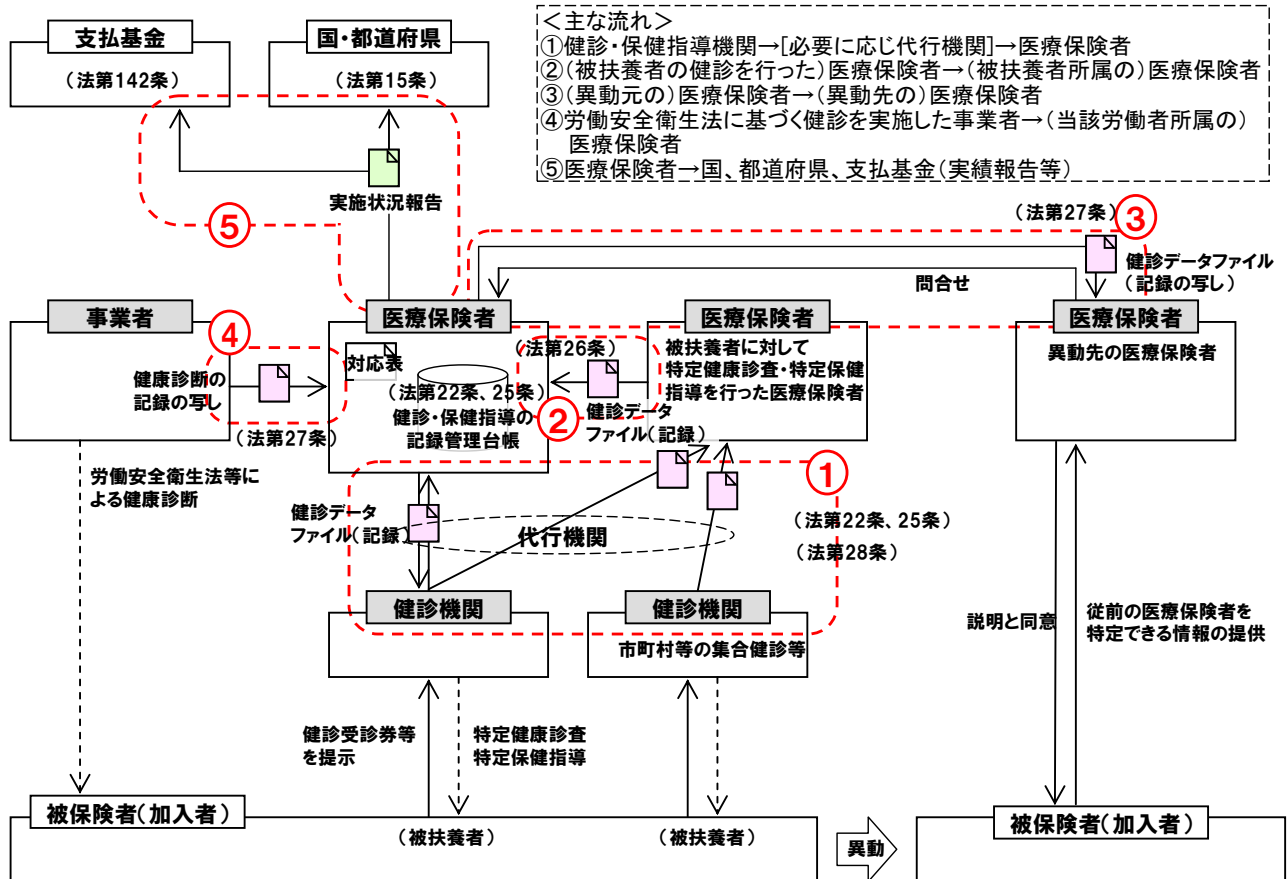
7-3 データの流れ

7-3-1 基本的な流れ

① データの流れ

次に示すように、主に5つの流れがある。

図表 50: データの流れ



②使用するデータファイル

7-1-2 に示したように、データファイルには主に 2 種類あるが、それぞれのデータの流ににおいて、どのファイルを使用するかを次に整理する。

図表 51:使用するデータファイル

		納品用	実績報告用	備考
①健診・保健指導機関→[必要に応じ代行機関]→医療保険者	機関→医療保険者	一部任意	/	請求データを必ずしも一人分ずつファイルに入れる必要はない(別途まとめて請求書を添える形も)
	機関→代行機関	必須	/	結果データ・請求データ共に多数の医療保険者の実施者のデータが混在
	代行機関→医療保険者	必須	/	結果データ・請求データ共に送付先医療保険者の実施者分のデータのみに整理
②(被扶養者の健診を行った)医療保険者→(被扶養者所属の)医療保険者		一部任意	/	請求データを必ずしも一人分ずつファイルに入れる必要はない(別途まとめて請求書を添える形も)
③(異動元の)医療保険者→(異動先の)医療保険者		結果のみ	/	データ抽出・送付に要する実費のみ別途請求書を添付(一人一人の請求データに入れる必要はない)
④労働安全衛生法に基づく健診を実施した事業者→(当該労働者所属の)医療保険者		任意(可能な範囲で)	/	送付時は任意(紙でも仕方ない)。受領した医療保険者で作成 事業者等の協力により事業者健診の実施機関が仕様に基づくファイルを作成し費用を要する場合でも、請求データはなくとも(別途で)良い
⑤医療保険者→国、都道府県、支払基金(実績報告等)		/	必須	医療保険者のデータベース、あるいはデータファイルから抽出・生成

7-3-2 その他の流れ

①データ作成委託先とのやりとり

7-3-1 に整理した基本的な流れのほかには、7-2-2④に示した健診・保健指導機関内で結果の電子化が行えない場合の入力・作成委託先と委託元機関との流れが考えられる。

委託元機関から入力・作成委託先へは紙での記録が送付され、委託先から委託元へは電子化されたファイルが媒体に格納されて返送されることとなる。

委託元へのファイルについては、標準的な仕様における納品用ファイルに準拠したものととなり、特に代行機関に送付する場合は完全準拠となる。

②データ保管・分析の委託先とのやりとり

健診・保健指導データの厳格な保管や、必要な分析等活用を医療保険者自身で行うことが困難な場合、委託することが考えられる。

健診・保健指導機関からデータを受領次第、委託先に送付し預けるとい流れになることから、必ずしも標準的なファイル仕様を利用しなくともよいが、データ受領時は納品用での標準ファイルとなっている可能性が高い。

7-3-3 医療保険者間のデータ移動

①データ移動の根拠

加入者が転職・退職や転居等により加入する医療保険者を替わる場合に、高齢者の医療の確保に関する法律第27条では、新保険者は、旧保険者に記録の写し（それまで管理していた加入者の健診・保健指導データ）を求めることができ、求めがあった場合は、旧保険者はこれを提供しなければならない、と定めている。

②データ移動における問題点

健診・保健指導データは、いわゆるセンシティブ情報に当たるものであり、その厳格な取扱いが求められている。過去の、個人の健診データを新保険者に移動することについては、旧保険者（元の勤務先）に転職先を知られたくない等の事情がある場合が少なくないことから、慎重に検討する必要がある。

③本人によるデータ管理

健診・保健指導データは厳格な取扱いが求められており、退職等により資格を喪失し脱退した場合、医療保険者は資格喪失後も引き続き不用意に保有し続けると問題になりかねないことから（資格喪失年度の翌年度末までは新保険者からの請求の可能性があるため念のため保管するが、それ以降は問題）、基本的には資格喪失時に本人にデータを渡すことが適当である。

もとより、本人が主体的に、健康手帳等の方法で健診データ等を生涯にわたり継続的に保管し、健康管理を行っていくことが望まれることであり、この点からも本人にデータを渡し、新保険者へは本人が判断の上で提供すべきである。

④保険者間移動における基本的な考え方

以上を踏まえ、医療保険者間でのデータ移動は、以下の条件が揃う場合のみ為されるものとし、原則ではなく例外として行うことができるという位置付けと整理。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">○新保険者が、旧保険者でのデータも含め全体的なデータ管理を行う意向が強い場合○かつ、本人が新保険者のデータ管理に対する意向に同意・賛同するものの、本人から提供できない（散逸等により）ために新保険者が旧保険者から提供を受けることに本人が同意する場合○さらに、旧保険者が最低保管年限を超えて本人に代わりデータを長期保管している場合 |
|---|

高齢者の医療の確保に関する法律第27条の条文は、上記の、例外的にデータ移動する場合における根拠規定と解釈するものとする。

提供に当たってのデータ抽出作業や媒体の送料等の諸費用については、一義的には提供を希望する新保険者が負担すべきものであるが、お互い様ということで当事者間にて無償にする等別段の取り決めは可能。

なお、本人の同意のもとで、旧保険者から新保険者にデータの提供が行われ、新保険者で全体的なデータ管理がなされることは否定されるべきものではない。

7-4 データの保管・活用

7-4-1 データの適切な保管

①データの重要性

個人の健康に関する情報が集まっている健診・保健指導のデータファイルや、それらを健診・保健指導機関から受領し、個人別・経年別等に整理・保管している医療保険者のデータベースは、重要度の高い個人情報が集積しており、個人情報保護の観点から極めて慎重な取扱いが求められる。

②ガイドラインの遵守

医療保険者における個人情報の取扱いに関しては、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」、「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）が定められている。

医療保険者は、このガイドラインにおける役員・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、再度これらの者に周知を図ることが必要である。

また、特定健康診査・特定保健指導の実施や、健診・保健指導データの管理や分析等を外部に委託する際には、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約遵守状況を管理していくことが必要である。

図表 52: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(抜粋)

<p>4. 安全管理措置、従業者の監督及び委託先の監督(法第20条～第22条)</p> <p>(1) 健保組合等が講ずべき安全管理措置</p> <p>①安全管理措置</p> <p>健保組合等は、その取り扱う個人データの漏えい、滅失又はき損の防止その他の個人データの安全管理のため、組織的、人的、物理的、及び技術的安全管理措置を講じなければならない。その際、本人の個人データが漏えい、滅失又はき損等をした場合に本人が被る権利利益の侵害の大きさを考慮し、事業の性質及び個人データの取扱い状況等に起因するリスクに応じ、必要かつ適切な措置を講ずるものとする。なお、その際には、個人データを記録した媒体の性質に応じた安全管理措置を講ずる。</p> <p>②従業者の監督</p> <p>健保組合等は、①の安全管理措置を遵守させるよう、従業者に対し必要かつ適切な監督をしなければならない。なお、「従業者」とは、当該事業者の指揮命令を受けて業務に従事する者すべてを含むものであり、また、雇用関係のある者のみならず、理事、派遣労働者等も含むものである。</p> <p>「健康保険組合における個人情報保護の徹底について」(平成14年12月25日保険課長通知)では、健保組合に対して、職務規程等において、健保組合の役職員について職員の守秘義務を課すこととしている。</p> <p>(2) 安全管理措置として考えられる事項</p> <p>健保組合等は、その取り扱う個人データの重要性にかんがみ、個人データの漏えい、滅失又はき損の防止その他の安全管理のため、その規模、従業者の様態等を勘案して、以下に示すような取組を参考に、必要な措置を行うものとする。</p> <p>また、同一健保組合が複数の事務所(支部)を有する場合、当該事務所(支部)間の情報交換については第三者提供に該当しないが、各事務所(支部)ごとに安全管理措置を講ずるなど、個人情報の利用目的を踏まえた個人情報の安全管理を行う。</p> <p>①個人情報保護に関する規程の整備、公表</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健保組合等は、保有個人データの開示手順を定めた規程その他個人情報保護に関する規程を整備し、苦情への対応体制も含めて、健保組合等のホームページへの掲載のほか、パンフレットの配布、事業所担当窓口や健保組合等の掲示板への掲示・備付け、公告等を行うなど、被保険者等に対して周知徹底を図る。 ・また、個人データを取り扱う情報システムの安全管理措置に関する規程等についても同様に整備を行うこと。 <p>②個人情報保護推進のための組織体制等の整備</p> <ul style="list-style-type: none"> ・従業者の責任体制の明確化を図り、具体的な取組を進めるため、健保組合等における個人情報保護に関し十分

<p>な知識を有する管理者、監督者等を定めたり、個人情報保護の推進を図るための委員会等を設置する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健保組合等で行っている個人データの安全管理措置について定期的に自己評価を行い、見直しや改善を行うべき事項について適切な改善を行う。 <p>③個人データの漏えい等の問題が発生した場合等における報告連絡体制の整備</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1)個人データの漏えい等の事故が発生した場合、又は発生の可能性が高いと判断した場合、 ・2)個人データの取扱いに関する規程等に違反している事実が生じた場合、又は兆候が高いと判断した場合における責任者等への報告連絡体制の整備を行う。 ・個人データの漏えい等の情報は、苦情等の一環として、外部から報告される場合も想定されることから、苦情への対応体制との連携を図る。 <p>④雇用契約時における個人情報保護に関する規程の整備</p> <ul style="list-style-type: none"> ・雇用契約や就業規則において、就業期間中はもとより離職後も含めた守秘義務を課すなど従業者の個人情報保護に関する規程を整備し、徹底を図る。 <p>⑤従業者に対する教育研修の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・取り扱う個人データの適切な保護が確保されるよう、従業者に対する教育研修の実施等により、個人データを実際の業務で取り扱うこととなる従業者の啓発を図り、従業者の個人情報保護意識を徹底する。 <p>⑥物理的安全管理措置</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個人データの盗難・紛失等を防止するため、以下のような物理的安全管理措置を行う。 <ul style="list-style-type: none"> －入退館(室)管理の実施 －盗難等に対する予防対策の実施 －機器、装置等の固定など物理的な保護 <p>⑦技術的安全管理措置</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個人データの盗難・紛失等を防止するため、個人データを取り扱う情報システムについて以下のような技術的安全管理措置を行う。 <ul style="list-style-type: none"> －個人データに対するアクセス管理(IDやパスワード等による認証、各職員の業務内容に応じて業務上必要な範囲でのみアクセスできるようなシステム構成の採用等) －個人データに対するアクセス記録の保存 －個人データに対するファイアウォールの設置 <p>⑧個人データの保存</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個人データを長期にわたって保存する場合には、保存媒体の劣化防止など個人データが消失しないよう適切に保存する。 ・個人データの保存に当たっては、本人からの照会等に対応する場合など必要ときに迅速に対応できるよう、インデックスの整備など検索可能な状態で保存しておく。 <p>⑨不要となった個人データの廃棄、消去</p> <ul style="list-style-type: none"> ・不要となった個人データを廃棄する場合には、焼却や溶解など、個人データを復元不可能な形にして廃棄する。 ・個人データを取り扱った情報機器を廃棄する場合は、記憶装置内の個人データを復元不可能な形に消去して廃棄する。 ・これらの廃棄業務を委託する場合には、個人データの取扱いについても委託契約において明確に定める。 <p>(3)業務を委託する場合の取扱い</p> <p>①委託先の監督</p> <p>健保組合等は、レセプトのパンチ(入力)・点検業務、健康保険被保険者証の印刷作成、人間ドック等の健診、保健指導等個人データの取扱いの全部又は一部を委託する場合、法第20条に基づく安全管理措置を遵守させるよう受託者に対し、必要かつ適切な監督をしなければならない。</p> <p>「必要かつ適切な監督」には、委託契約において委託者である事業者が定める安全管理措置の内容を契約に盛り込み受託者の義務とするほか、業務が適切に行われていることを定期的に確認することなども含まれる。</p> <p>また、業務が再委託された場合で、再委託先が不適切な取扱いを行ったことにより、問題が生じた場合は、健保組合等や再委託した事業者が責めを負うこともあり得る。</p> <p>②業務を委託する場合の留意事項</p> <p>健保組合等関係事業者は、個人データの取扱いの全部又は一部を委託する場合、以下の事項に留意すべきである。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個人情報を適切に取り扱っている事業者を委託先(受託者)として選定する。 ・契約において、委託している業務の内容、委託先事業者、個人情報の適切な取扱いに関する内容を盛り込み(委託期間中のほか、委託終了後の個人データの取扱いも含む。)、契約内容を公表する。 ・受託者が個人情報を適切に取り扱っていることを定期的に確認する。 ・受託者における個人情報の取扱いに疑義が生じた場合(被保険者等からの申出があり、確認の必要があると考えられる場合を含む。)には、受託者に対し、説明を求め、必要に応じて改善を求める等適切な措置をとる。 ・なお、個人情報保護の観点から、可能な限り、個人情報をマスキングすることにより、当該個人情報を匿名化した上で、委託するよう努めること。 ・また、委託するに当たっては、本来必要とされる情報の範囲に限って提供すべきであり、情報提供の上で必要とされていない事項についてまで他の事業者提供することがないよう努めること。
--

③業務を再委託する場合の留意事項
 健康保険組合は、個人情報に関する処理の全部又は一部を再委託する場合、以下の事項に留意すべきである。
 ・個人情報を含む業務を再委託すること自体は禁じられてはいないが、健康保険組合との直接の契約関係を伴わない個人情報に関する処理の再委託は行わないこと。（「健康保険組合における個人情報保護の徹底について」（平成14年12月25日保発第1225001号）の「4. 個人情報の処理に関する外部委託に関する措置」）
 ・なお、個人情報を含む業務の再委託や個人情報に関する処理の再委託をする場合には、個人情報保護の観点から、可能な限り、個人情報をマスキングすることにより、当該個人情報を匿名化した上で、委託先から再委託先へ個人情報が提供されないよう努めること。
 この場合において、健保組合は第一次委託先と委託契約を締結するに当たっては、第一次委託先が、上記通知の基拠に掲げる事項を遵守するよう委託契約上明記することはもちろんのこと、これに加え、当該委託契約において、再委託するに当たっては、第一次委託先は、当該再委託契約上、再委託先に対して、同通知の基拠に掲げる事項を遵守することを明記するよう、第一次委託契約上明記すること。

③守秘義務規定

高齢者の医療の確保に関する法律では、特定健康診査・特定保健指導の実施の委託を受けた者（その者が法人である場合は、その役員）もしくはその職員又はこれらの者であった者は、特定健康診査・特定保健指導の実施に際して知り得た個人の秘密を、正当な理由無く漏らした場合には、1年以下の懲役又は100万円以下の罰金に処せられる（法第30条・167条）。

<高齢者の医療の確保に関する法律>
 第三十条 第二十八条の規定により保険者から特定健康診査等の実施の委託を受けた者（その者が法人である場合にあっては、その役員）若しくはその職員又はこれらの者であった者は、その実施に関して知り得た個人の秘密を正当な理由がなく漏らしてはならない。
 第一百六十七条 第三十条の規定に違反して秘密を漏らした者は、一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。

上記規定以外*に各医療保険者を所管する法令においても守秘義務規定が定められており、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こととなっていることから、これらに十分留意することは勿論のこと、そもそも罰則や規定の有無に関わらず、個人情報の漏洩がないよう、注意する必要がある。

図表 53: 関連する守秘義務規定

◎健康保険法(平成20年4月1日施行部分) (秘密保持義務) 第九十九条の二 保険者の役員若しくは職員又はこれらの職にあった者は、健康保険事業に関して職務上知り得た秘密を正当な理由がなく漏らしてはならない。 第二百七条の二 第九十九条の二の規定に違反して秘密を漏らした者は、一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。
◎国民健康保険法(平成20年4月1日施行分) 第二十条の二 保険者の役員若しくは職員又はこれらの職にあった者が、正当な理由なしに、国民健康保険事業に関して職務上知り得た秘密を漏らしたときは、一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する
◎船員保険法(平成20年4月1日施行分) 第九条ノ四 船員保険ヲ管掌シタル政府ノ職員又ハ職員タリシ者ハ船員保険事業(第三章第四節乃至第六節及第七節第一款ニ規定スル保険給付ニ関スル事業ヲ除ク)ニ関シテ職務上知り得タル秘密ヲ正当ノ理由ナクシテ漏ラサザルベシ 第六十七条 第九条ノ四ノ規定ニ違反シテ秘密ヲ漏ラシタル者ハ一年以下ノ懲役又ハ百万円以下ノ罰金ニ処ス
◎国家公務員共済組合法(平成20年4月1日施行分) (秘密保持義務) 第十三条の二 組合の事務に従事している者又は従事していた者は、組合の事業(短期給付に係るもの及び福祉事業に限る。)に関して職務上知り得た秘密を正当な理由がなく漏らしてはならない。

* ちなみに、保健指導の実施者は、各々の専門職を規定する法令において、守秘義務が課されている。

<p>第二百二十七条の二 第十三条の二の規定に違反して秘密を漏らした者は、一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。</p> <p>◎地方公務員等共済組合法(平成20年4月1日施行分) (秘密保持義務)</p> <p>第十九条の二 組合の役員若しくは組合の事務に従事する者又はこれらの者であつた者は、組合の事業(短期給付に係るもの及び福祉事業に限る。)に関して職務上知り得た秘密を正当な理由がなく漏らしてはならない。</p> <p>第百四十六条の二 第十九条の二の規定に違反して秘密を漏らした者は、一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。</p>
<p>◎私立学校教職員共済法(平成20年4月1日施行分) (秘密保持義務)</p> <p>第四十七条の四 事業団の役員若しくは職員又はこれらの職にあつた者は、共済業務(事業団法第二十三条第一項第六号及び第八号並びに同条第三項第一号及び第二号の業務に限る。)に関して職務上知り得た秘密を漏らしてはならない。</p> <p>第五十二条 第四十七条の四の規定に違反して秘密を漏らした者は、一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。</p>

④個人情報保護規定の精査・見直し

健診・保健指導のデータは、医療保険者を中心にさまざまな関係者と受領・提供（提出）等が為される。また、データであるが故に容易に漏洩・流出が起りうるリスクが高まっていることから、個人情報保護法の施行を機に各医療保険者にて定められている個人情報保護に関する規定類を精査し、必要に応じて適切な見直しを図ることが重要である。

医療保険者が他の関係者（保健指導機関、医療保険者、事業者や個人、データ管理・分析の委託先、国等）へ提供する場合、それぞれの相手先別に、誰が、相手先の誰までに、どの項目・範囲まで、どのような利用目的に限って提供するのか、提供に当たっての関係者の承諾の有無や守秘義務契約等の有無等、整理・明確化し、関係者間で遵守することが必要である。

医療保険者が関係者からデータを受領する場合の中でも、特に事業者等から事業者健診のデータを受領する場合は、事業者等提供側の個人情報保護規定との擦り合わせや、その結果として両者の規定の見直しが生じうるので、事前に提供側との十分な協議調整が必要である。

7-4-2 保管年限と保管後の取扱い

①保管のメリット

健診・保健指導のデータファイルは、個人別・経年別等に整理・保管し、個々人の保健指導に役立てるほか、個人の長期的な経年変化をたどることによる疫学的な分析、経年変化に基づく発症時期の予測による保健指導や受診勧奨等の重点化等に活用することができる。

②保管上の課題

①に示すようなメリットがあることから、集まったデータはできる限り長期的に保管することが望ましいが、厳格な管理が必要な大量の健診データの長期保管は医療保険者にとって大きな負担となることから、全ての医療保険者に一律に長期保管を義務付けることは適当ではない。

また、データは本人に帰属するものであり、本人が生涯にわたって自己の健康管理のために保管すべきものであり、医療保険者への保管義務は主として保健指導に活用する範囲の年数（10～20年前のデータを使用した特定保健指導は一般的には非現実的であり、どうしても必要な場合は本人から取得すればよい）に限られるべきである。

③最低保管年限の設定

以上を踏まえ、医療保険者が長期保管の意向を示し5年以上保管することは理想とするものの、他の制度の保管年限も参考にし、義務づける保管年限は5年とする。

また、他の医療保険者に異動する等加入者でなくなった場合は、異動年度の翌年度末まで保管することとする。

図表 54: 他制度における保存年限〔参考〕

老人保健法（老健事業）	基本健康診査＝特段の規定なし がん検診＝3年間（通知）
労働安全衛生法（事業者健診）	一般定期健康診断＝5年間（規則） 特殊健診＝5年、7年（じん肺*）、30年（放射線、特定化学物質の一部）、40年（石綿） ※じん肺が5年→7年になった（S53）理由＝少なくとも前2回分の記録（3年以内毎の健診）が必要であるから。
協会けんぽ（生活習慣病予防健診）	10年を目途
診療録（カルテ）	5年間（医師法第24条）
レセプト（診療報酬明細書等）	5年間（全国健康保険協会、国民健康保険） （健康保険組合は、組合毎に適当な保存期間を設定できる）

④保管後の取扱い

健診・保健指導のデータファイルは、各医療保険者が5年以上で定めた年数の間保管されることとなるが、その後は、「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」を遵守し、データ消去・廃棄を行うこととなる。

また、本人が資格を喪失し別の医療保険者に異動する場合は、バックアップの意味合いから翌年度末までは保管し、その後消去・廃棄する。

7-4-3 データの効果的な活用

①厳重保管の必要性

健診・保健指導のデータファイルは、個人情報が集積していることから、7-4-1に整理したように、十分に注意し、厳重な管理が必要である。

厳重な管理だけ行うのであれば、受領したデータファイルが納められた媒体等を耐火金庫等に厳重にしまいこみ、保管年限が過ぎるまで絶対に開かないという極端な例が起らないとは限らない。

* じん肺の保存年限は、じん肺法により規定。

② 厳重な管理と活用のバランスが必要

健診・保健指導のデータファイルは、7-4-2①に示したように、さまざまな活用法があり、医療保険者に多大なメリットをもたらす、非常に貴重で有益なデータ群であると言える。

従って、厳重な管理を行いつつ、積極的なデータの分析・評価・活用を行うのが適当である。

8. 代行機関

8-1 代行機関とは

8-1-1 定義

①必要性

医療保険者が全国各地の健診・保健指導機関を個別に探し出し、交渉の上、契約を結んでいくということは、要する労力やコストが莫大なため、非現実的であることから、集合契約という枠組みが関係者間の合意により用意されている。

しかし、この集合契約によって医療保険者の負荷が大幅に軽減するのは、あくまで上に挙げたような契約までの事務手続に限定されるため、各加入者が全国各地の多数の健診・保健指導機関にて受診し、その結果と請求が別々に医療保険者に順次送付されてきた場合、その点検と請求処理に忙殺されることとなる。

契約後の実際の事務処理についても医療保険者の負荷を軽減するためには、別々に順次押し寄せる結果データと請求を一つに取りまとめ、データを一括で受領すると同時に支払も一箇所にまとめられるような、決済やデータのとりまとめ機関が必要となる。

②定義

医療保険者の負荷を軽減するため、医療保険者に代わって、多数の健診・保健指導機関と医療保険者の間に立ち、決済や健診・保健指導データをとりまとめる機関を代行機関と定義する。

なお、法令上の定義・位置づけとしては、実施基準第16条第3項に規定されており、具体的には告示第179号により整理されている。

〈特定健康診査・特定保健指導の実施に関する基準〉

(特定健康診査等の委託)

第十六条 保険者は、法第二十八条の規定により、特定健康診査等の実施を委託する場合には、特定健康診査等を円滑かつ効率的に実施する観点から適当である者として厚生労働大臣が定めるものに委託しなければならない。

2 保険者が特定健康診査等の受託者に対し提供することができる情報は、第十条の規定により保存している特定健康診査等に関する記録その他必要な情報とする。

3 保険者が第一項の規定により特定健康診査等の実施を委託する場合において、保険者に代わり特定健康診査等の実施に要した費用の請求の受付及び当該費用の支払並びにこれらに附随する事務を行うことができる者は、特定健康診査等に係る情報の漏えいの防止及び当該事務の円滑な実施を図る観点から適当である者として厚生労働大臣が定めるものとする。

8-1-2 分類

8-1-1②の定義に基づくと、代行機関には主として次の4つの類型が考えられる。この中でも医療保険者の委託を受ける等医療保険者に近い類型と、健診・保健指導機関の取りまとめとして健診・保健指導機関に近い類型とに大別される。

なお、後者の類型は、代行事務の事務手数料が健診・保健指導の契約単価に含まれる

ような形となることから、単純に比較検討することはできない。

図表 55: 代行機関の類型

大分類	小分類	事務手数料	主な具体例
健診・保健指導機関サイド	[健診・保健指導機関≡代行機関＝契約とりまとめ機関] 個々の健診・保健指導機関に代わり、契約を取りまとめた機関が決済等も引き続き処理	健診・保健指導の費用に含まれる	健診機関グループ
	[健診・保健指導機関≠代行機関] 個々の健診・保健指導機関に代わり、各機関を提携機関として取りまとめた機関が、受付や決済等も引き続き処理		福利厚生等の代行サービス企業
医療保険者サイド	[医療保険者≠代行機関] 個々の医療保険者に代わり、医療保険者の委託を受け、独立した機関が処理	別途事務手数料が請求される	支払基金
	[医療保険者≡代行機関] 個々の医療保険者に代わり、医療保険者が持ち寄りで共同処理 (※厳密には、代行処理ではなく共同事業)		国保連合会 (他を含めず国保に閉じた共同事業)

8-1-3 自由参入

セキュリティ等一定の基準・要件を満たせば自由に新規参入が可能な仕組みとし、医療保険者が代行機関を自由に選択できるようにすることにより、支払代行及び簡単な事務点検機能の高度化や事務手数料の適正化が期待できると考えている。

主に、医療保険者に代わって処理される仕組みであることから、委託元である医療保険者が定める個人情報保護規程が遵守されていることが前提となるので、必要に応じ改修等の対応が必要である。

このように考えた場合、健診・保健指導機関と同様に、医療保険者が基準を満たした代行機関か否かを判別するために、代行機関から医療保険者に十分な情報提供・公開が求められる。

8-2 代行機関の機能・サービス

8-2-1 主な機能

①基本機能

8-1-1②に定義しているように、代行機関の基本的な機能は、決済とデータの点検及びそれらの一本化である。

これら基本以外としては、各代行機関独自の多彩なサービスが提供されることが予想される。

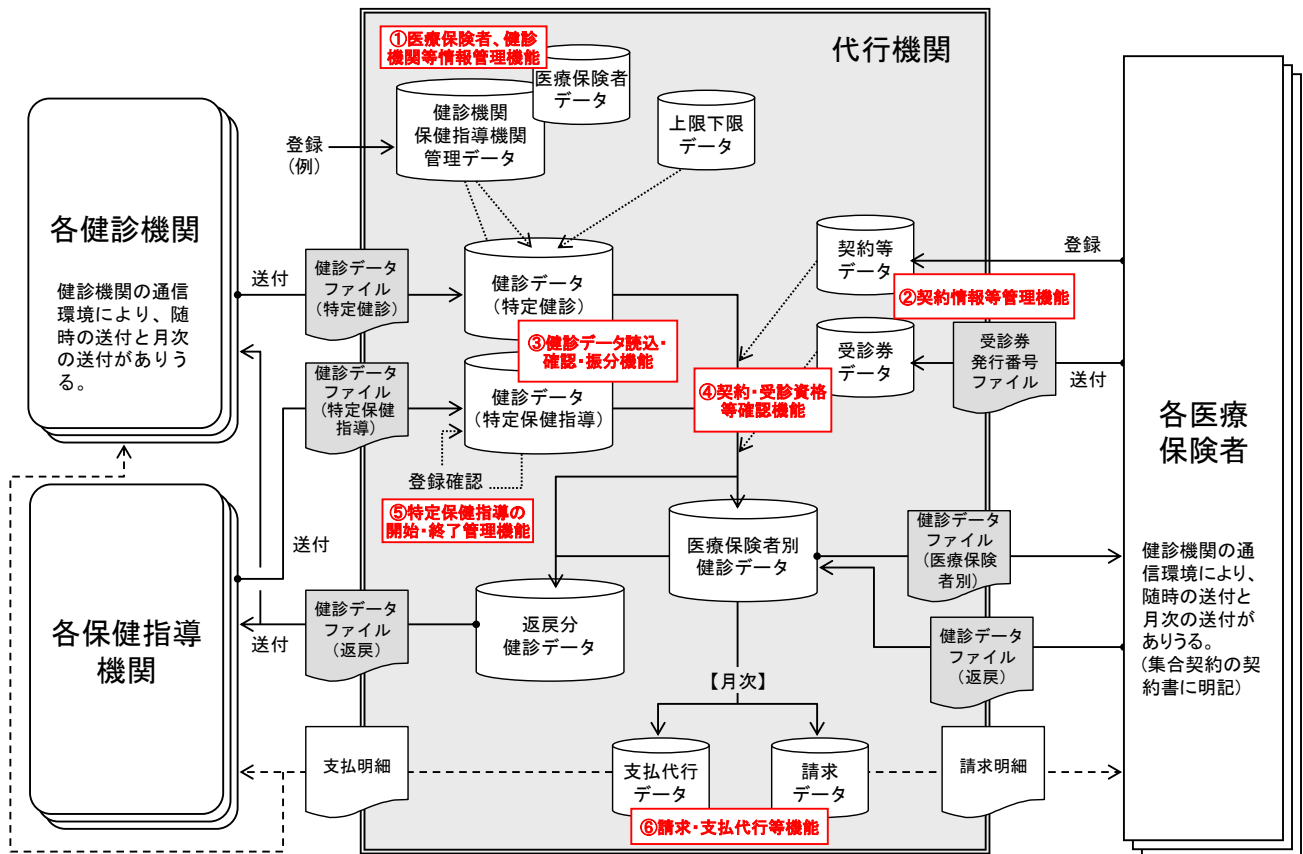
②機能の詳細

決済とデータの点検及びそれらの一本化を、詳細に区分すると、主に次のような機能に分類・整理される。

- ①支払代行や請求等の事務のために健診機関・保健指導機関及び医療保険者の情報を管理する機能
- ②簡単な事務点検のために契約情報・受診券(利用券)情報を管理する機能
- ③健診機関等から送付された健診データを読み込み、確認し、医療保険者に振り分ける機能
- ④その際に契約と合っているか、受診資格があるか等を確認する機能
- ⑤特定保健指導の開始と終了を管理する機能
- ⑥請求、支払代行等の機能

特に、受領したデータの点検のためのさまざまな既存情報（契約単価や自己負担額等医療保険者が事前に登録している情報）との突合が重要となる。

図表 56: 代行機関における事務点検の全体イメージ(標準的な一例)



8-2-2 その他のサービス

代行機関の基本的な機能である、決済とデータの点検及びそれらの一本化以外のサービスとしては、主に次のようなものが考えられる。

①医療保険者の業務代行

委託契約後に医療保険者に生じる業務として、対象者への受診券・利用券の発券や案内の送付、未受診者への再案内等の事務作業が残る。

代行機関によっては、これら医療保険者の業務も含めて受託し、医療保険者の登録が前提となる受診券の発券管理も併せて済ませることも考えられる。

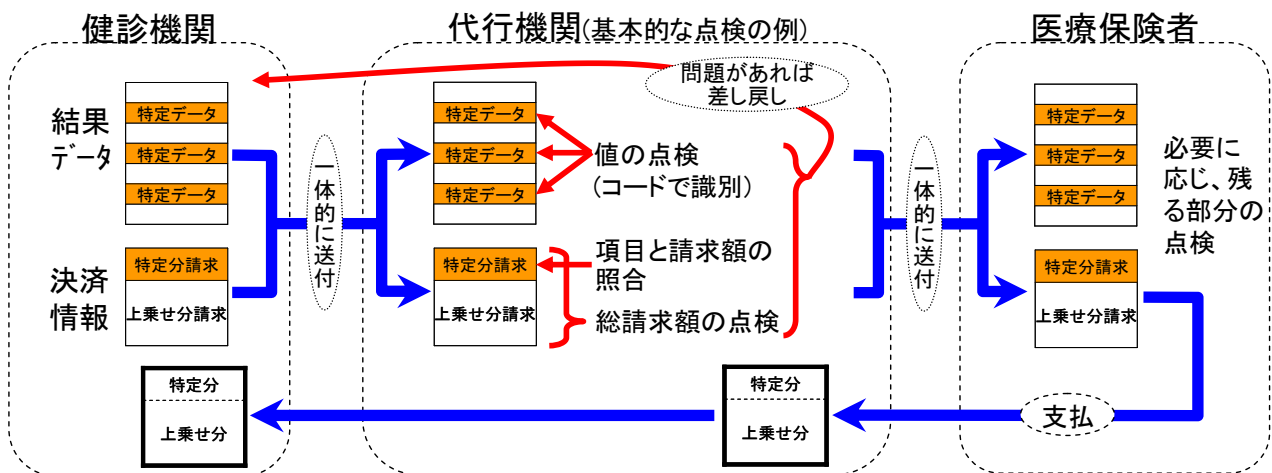
②上乗せ健診項目も含めた処理

人間ドック等特定健康診査の項目以外の追加検査項目は、基本的な点検等業務の対象外となっている可能性が高い。次の図のように、データや請求は一本化されて送付されているものの、医療保険者まで点検されずに届くこととなる。

これは、人間ドックの受診項目が医療保険者によって異なり、標準化されていないため、医療保険者ごとに実施項目と単価の設定を登録しない限り点検ができず、医療保険者側も細かい登録は、特に集合契約の場合、煩雑で現実的ではないため、為されないこととなっている。

しかし、個別契約中心の機関グループであれば、代行機関にて事前に登録した全ての項目について点検することも可能となる。

図表 57: 代行機関における事務点検の全体イメージ(標準的な一例)



③健診・保健指導機関の業務代行

健診・保健指導機関には、受診者の予約受付や空き状況の照会対応、保健指導の中断者等への再開の促進等、連絡調整業務がある。

これらを代行機関が一括で受け付け、対応することにより、個々の健診・保健指導機関に別々に照会しなくともワンストップで全てわかるようになる。

8-2-3 利用に向けた手続き等の流れ

①健診・保健指導機関サイドの代行機関

このタイプの代行機関の場合、契約取りまとめ機関を兼ねていることが多く、当該契約取りまとめ機関との集合契約の締結により、自動的に代行処理もセットされてくる場合が多いと考えられる。

代行処理機能が付いていない場合は、契約時に医療保険者が別途医療保険者サイドの代行機関を指定することとなる。

②医療保険者サイドの代行機関

医療保険者≠代行機関であることから、利用を希望する場合、医療保険者は、利用の申し込み、委託契約の締結が必要となる。

利用申し込みを行った医療保険者と委託契約を締結した健診・保健指導機関は、医療保険者が申し込んだ代行機関に、利用申し込みを行う必要がある。

この時、支払基金を利用する場合は、それ以前に健診・保健指導機関番号取得申請を行っていれば、改めての利用申し込みは不要となるが、支払基金以外の代行機関を利用する場合は、申請様式に記載した基本的な情報も含め改めての申し込みが必要となる。

③支払基金の場合

支払基金は、レセプトのオンライン請求用に保険医療機関と医療保険者との間を閉域ネットワークで接続されており、この回線網を代行処理にも利用することを想定している。

また、当該回線網の利用にあたっては支払基金より送受信ソフトウェアを提供している。

そのため、オンラインでのデータのやりとりとする健診・保健指導機関や医療保険者は、回線網への接続や上記ソフトウェアの導入等が必要となる。

8-2-4 処理スケジュール(支払基金の場合)

基本的には、毎月5日締めとし、医療保険者の過誤調整等の有無の点検が済んだ上で問題がなければ翌月下旬に医療保険者から支払基金へ入金、速やかに支払基金から健診・保健指導機関へ入金される流れとなる。

オンラインでの送付が可能な健診・保健指導機関は随時データ送付が可能となっているが、郵送等オフラインでの送付となる場合は、月1回に限定される。

毎月の、詳しい処理スケジュールについては、本書巻末の付属資料を参照されたい。

8-2-5 事務手数料

①健診・保健指導機関サイドの代行機関

このタイプの代行機関の場合、事務手数料（代行処理費用）だけが切り出されることなく、契約単価の中に、かかったコストが全て包含される形となる。

②医療保険者サイドの代行機関

利用申込や委託契約が別途必要なことから、事務手数料だけの設定が明らかとなる。

このタイプの代行機関の場合、事務手数料の設定は、処理件数の大小に大きく影響する可能性が高い。代行機関の事務処理に要する費用は、取扱い件数が多くても、また少なくても、設備や人員等を即座に縮小あるいは拡大することはできないため、一定額であることが多い。そのため、取扱い件数の増加により、1件あたりの手数料は下がっていくこととなる。

1件あたりの手数料は、毎年の処理件数を参考に設定されるのが、契約保険者間の公平のため、最も妥当な考え方であり、前年度までの処理件数を元にした処理見込み件数をもとに、医療保険者との協議の上、次年度の1件あたりの手数料が算出され、各医療保険者と契約を結ぶこととなる。

8-3 代行機関が満たすべき要件

8-3-1 セキュリティ要件

①基本的な考え方

代行機関は、各健診機関・保健指導機関と各医療保険者との間に立ち、厳格な取扱いが求められる個人情報である健診・保健指導データを集中的に取り扱うことから、何よりもセキュリティの確保が重要視される。

医療保険者は、個人情報を確実に保護できる機関にしか委託できないこと、また万が一漏洩等の事故が発生した場合医療保険者も責任を問われることから、セキュリティが確保されていることが代行機関における最も重要な委託基準となる。

②既存のガイドライン類の遵守

代行機関は、健康・医療に関する情報を取り扱うことから、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第4.1版（平成22年2月 厚生労働省）」や「レセプトのオンライン請求に係るセキュリティに関するガイドライン（平成20年2月 厚生労働省）」等の既定のガイドライン類の遵守が前提となる。

特に、各機関・各医療保険者との間をネットワークで接続しオンラインで代行処理を行う場合は、レセプトのオンライン請求と同じ事務の流れとなることから「レセプトのオンライン請求に係るセキュリティに関するガイドライン」に沿った安全対策を講じる必要がある。

また、オンラインではなく電子媒体の搬送（持参による手渡しあるいは郵便等による送付）においても、搬送中の安全性の確保等に留意することが重要である。

③オンラインによりデータの授受を行う場合の遵守要件

健診機関・保健指導機関及び医療保険者等と接続するにあたっては、「レセプトのオンライン請求に係るセキュリティに関するガイドライン（平成20年2月厚生労働省）」を適宜読み替え、遵守すること。

ネットワーク回線及び機器等については、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第4.1版（平成22年2月 厚生労働省）」における「6.11 外部と個人情報を含む医療情報を交換する場合の安全管理」を適宜読み替え、遵守すること。

具体的には、専用線・公衆網（ISDN）・閉域IP通信網によるクローズドなネットワークによる接続とするか、安全性が確認できるネットワーク機器（セキュアルーター等）を用いたオープンなネットワーク（インターネット）による接続*とすること。

④可搬型媒体を用いてオフラインによりデータの授受を行う場合の遵守要件

搬送中の安全が確保される手段を用いること。加えて、可能な範囲で、授受の事実が

* 支払基金及び国保連合会に接続するためのBフレッツ等のアクセス回線はISP（プロバイダ）へのアクセス回線と共用可能なことから2回線の確保は不要である。なお、健診機関・保健指導機関が支払基金及び国保連合会が指定するネットワーク回線ではなく既存の回線等の利用を続ける場合（支払基金及び国保連合会に接続するための新たなアクセス回線が必要）、支払基金及び国保連合会以外の第三の代行機関と専用回線により接続している場合（インターネットを利用する回線が新たに必要）は、複数の回線の確保が必要となる。

確認できる手段（書留や配達証明郵便等）を用いることが望ましい。

搬送中の万が一の紛失時においても、格納された個人情報や漏洩しないようファイルや電子媒体そのものへの暗号化等の対策を講じること。

ファイルや電子媒体を暗号化する際には、正しい送付先のみが複号できるような手段を用いること。

他から受領したファイルを読み込む前には、コンピュータウイルスに感染していないことを必ず確認すること。

⑤データセンター及び事務所等における遵守条件

「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第4.1版」(平成22年2月 厚生労働省)における「6.3 組織的安全管理体制（体制、運用管理規程）」「6.4 物理的
安全対策」「6.5 技術的安全対策」「6.6 人的安全対策」「6.7 情報の破棄」「6.8 情報
システムの改造と保守」「6.9 情報及び情報機器の持ち出しについて」「6.10 災害等
の非常時の対応」を適宜読み替え*、遵守すること。

情報システムの開発及び運用を外部委託する場合は、「プライバシーマーク」（財団法人 日本情報処理開発協会）等を取得している事業者であることが望ましい。

8-3-2 基本的な業務要件

基本的に行うべき業務としては8-2-1に示したものであり、8-2-2に示したそれ以上の業務・サービスについては、特に要件として定めなくともよいと考えられる。

- 特定保健指導の確実な実施のため、健診機関から授受したデータを速やかに事務点検し、医療保険者に送付すること
 - 健診機関・保健指導機関からのデータの授受は、随時（都度）とすることが望ましい。健診機関・保健指導機関とオンラインで接続し、伝送により授受することが望ましいが、可搬型媒体（CD-R等）による授受にも対応すること
 - 健診機関・保健指導機関から授受したファイルを保存すること
 - 以下に示す事務点検を確実に実施すること
- 電子的標準様式に準拠したファイル形式であること
 - ファイルが読込可能であること
 - 入力必須項目に値が格納されていること
 - 上限値・下限値が設定されている項目においては、値が範囲内であること。なお、上限値・下限値外である場合、「H」または「L」と実測値の両方が格納されていること。
 - 受診券・利用券に記載された代行機関であること
 - ファイル中の対となる結果データと決済データの値が一致していること
 - 健診機関・保健指導機関と医療保険者の間に実施委託契約があること。実施及び請求の内容が契約内容と一致していること
 - 受診券・利用券の発行番号が有効（医療保険者が発番している番号であり、かつ複数回使用されていない）であること
 - 受診日・利用日が受診券・利用券の有効期限内であること
 - 特定保健指導のデータの場合
 - ・支援開始時のデータの場合、特定健康診査のデータがあること、かつ特定保健指導の

*適宜読み替えとは、医療機関等を代行機関に、医療従事者を代行機関の職員に、診療情報を健診・保健指導の結果データ等に、医療情報システムを代行機関の事務処理システム等に、それぞれ読み替えるものとする。

<p>対象者であること</p> <p>・支援終了時、6ヶ月後の評価時のデータの場合、開始時のデータがあること</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 事務点検に必要な情報を医療保険者から授受すること。もしくは医療保険者において事務点検の一部を実施できるよう、インタフェース等を定めること ● 請求・支払代行処理に必要な情報を医療保険者及び健診機関・保健指導機関から授受すること ● 事務点検の確実な実施のために、授受したデータを保存し、必要とする期間、照合可能とすること ● 事務点検によりエラーとなったデータをファイルに格納し、健診機関・保健指導機関に理由を付けて返戻すること ● 事務点検を終了したデータを医療保険者別に振り分けること ● 医療保険者から返戻されたデータをファイルに格納し、健診機関・保健指導機関に返戻すること ● 医療保険者からのデータの取得は、随時(医療保険者が代行機関にアクセスする度)とすることが望ましい。医療保険者とオンラインで接続し、伝送により取得できるようにすることが望ましいが、可搬型媒体(CD-R等)による取得にも対応すること ● 事務点検を終了したデータを対象に、健診機関・保健指導機関への支払代行額、医療保険者への請求額を計算すること。必要な帳票を出力し、それぞれに送付すること ● 健診機関・保健指導機関への支払代行、医療保険者への請求(決済処理)を滞りなく実施すること ● 決済処理が終了していないデータを抽出し、健診機関・保健指導機関及び医療保険者に確認すること ● 医療保険者が代行機関と契約するにあたって必要となる情報(事務委託費、受託可能事務、運用スケジュール、情報システムのインタフェース仕様等)を提供すること。健診機関・保健指導機関にデータの送付等に必要となる情報を提供すること
--

8-3-3 マスター類等の共同管理

①考え方

代行機関として業務を行う機関(事業者)は、自由参入であることや、既に現在も同様の業務を行っている機関もあることから、さまざまな機関の参入が予想される。

この時、代行処理の要となるのが、健診・保健指導機関番号をはじめとする健診・保健指導機関のマスターデータ(さまざまな項目の情報が網羅的に整理された機関情報一覧のようなもの)である。全国共通の重複のない付番・停止・削除等の維持管理が為されることにより、関係者は安心してその番号を利用することができる。

この管理については、民間での関係者間の合意により進められるべきものであり、国で行うべきものではないことから、5-6-2①に示したように、支払基金が担うことが最適であるとなっている。

この時、マスターデータの維持管理コストは、支払基金だけが負うのではなく、関係者間での応分の負担*がない限り、維持できないことは言うまでもないことから、8-1-1①の定義に基づく代行機関を営もうとする者は、応分の負担ができることが必須要件と

* マスターデータは、代行機関以外に医療保険者もそのメリットを享受しており、医療保険者の事務処理システムやデータ管理システム等に、常に最新のマスターデータを取り込んでおくことが管理上重要になることから、一定額で販売することにより、維持管理コストの一部を担って頂くことも考えられるが、健診・保健指導機関マスターについては、支払基金ホームページの機関情報リストがダウンロードできる以上、医療保険者による負担が難しい。

なる。

②代行機関間での負担

代行機関の負担割合は、取扱機関数（あるいは取扱件数）に応じた負担割合とすることが適当である。

③関係者による協議・推進の場の必要性

将来的には、代行機関に関する取組として、健診・保健指導機関マスターの共同維持管理だけではなく、代行機関番号の付番、代行機関の新たな基準づくり（当面は不要であるが将来的に検討が必要となる可能性がある）等が考えられることから、これらの取組を関係者（代行機関）が集まって協議・推進していけるよう、協議会等の適当な場を設けて進めていくことが求められる。

8-3-4 代行機関番号の取得

①付番ルール

代行機関として業務を行う機関（事業者）は、標準的なデータファイル仕様における送付先機関番号・送付元機関番号が必要となるため、代行機関番号を取得しておく必要がある。

代行機関番号の付番ルールの設定、付番や抹消等の管理については、8-3-3③に示した協議会等において共同管理を行っていくことが考えられるが、当面の間設立の予定はないことから、以下の付番ルールに基づき保険者協議会中央連絡会にて実施することとしている。

図表 58: 代行機関番号の付番ルール

桁数	区分	内容
1	機関区分コード	9(代行機関として固定、共通)
2	都道府県コード	機関所在の都道府県番号 (01~47) 全国組織の場合=48
4	代行機関コード	99 (固定、共通) +連番(2桁、原則として届出順に付番) 例：支払基金=9901、国保=9902、以降 9903 から順次付番
1	チェックデジット	通常と同じ

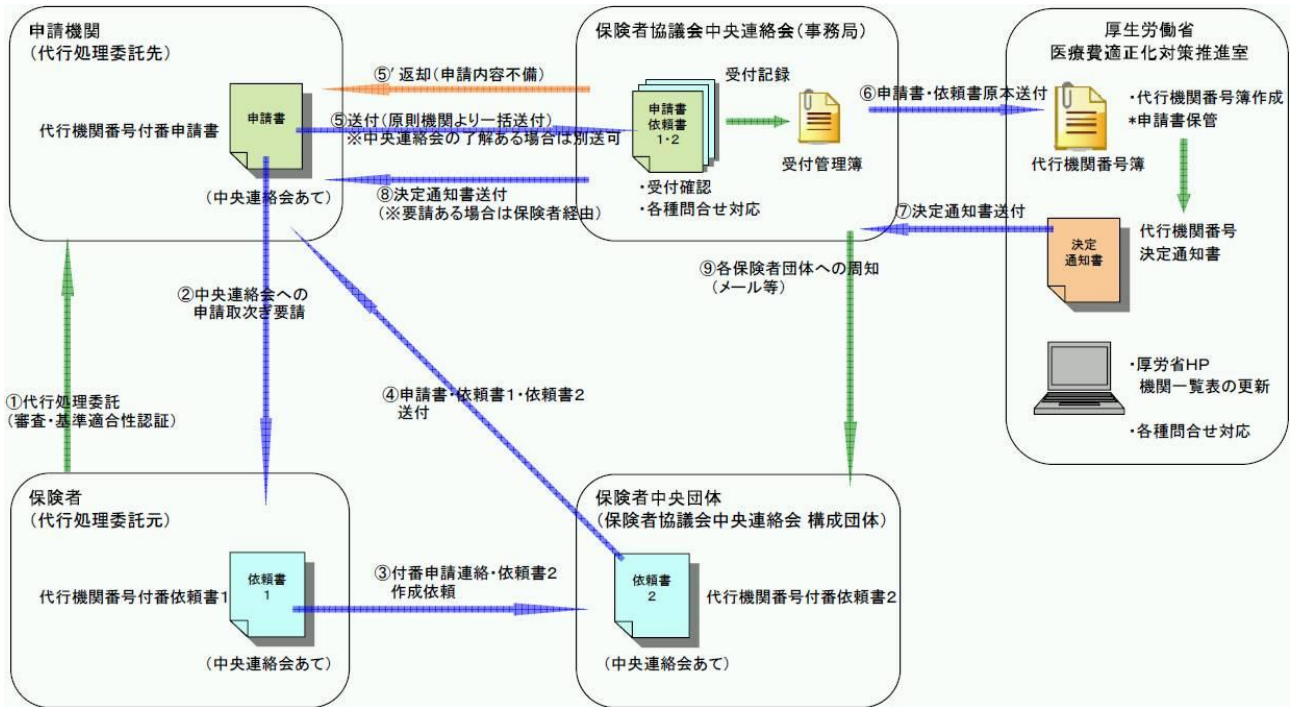
②付番申請等

番号を希望する機関（事業者）は、契約相手先の医療保険者、及びその医療保険者の属する中央の保険者団体を通じて（それぞれ付番申請に関する依頼書を作成し申請に添付）、保険者協議会中央連絡会（事務局＝国民健康保険中央会）に付番申請*を行う。

なお、医療保険者に代わってデータや請求の整理・とりまとめを行うことに違いはないことから、医療保険者サイドの代行機関のみならず健診・保健指導機関サイドの代行機関が申請する場合も同様の流れで手続を行う。

* 申請様式等は保険者協議会中央連絡会のホームページがないことから、便宜上、厚生労働省ホームページに掲載 (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshho/iryouseido01/info03f.html>)。また、代行機関の委託基準の遵守状況の確認については、各保険者において委託時等に確認されたい。

図表 59: 代行機関番号の付番申請手続の流れ



8-3-5 ホームページ等への情報公開

健診・保健指導機関が委託基準を遵守していることをホームページ等に公開することにより、医療保険者は安心して委託先として選択することができる。

同様に代行機関についても、医療保険者が安心して委託できるよう、セキュリティ要件等を遵守できている旨を「事業運営上開示すべき重要事項の概要」として整理し、ホームページに公開することとする。

公開する場所は、代行機関自身のホームページでも、他のサイトでも構わない。

図表 60: ホームページの様式例(部分)

事業運営上開示すべき重要事項の概要〔代行機関〕

※代行機関の業務を行う者は、本資料を作成し、ホームページ(自機関の Web サイトでも他のサイトでも可)に掲載すること。
 ※選択式の項目については、□を■にするか、該当する選択肢のみ残す(非該当は削除)こと。
 ※ガイドラインの遵守状況については別添指定様式に記載すること。

更新情報	最終更新日	年	月	日
※下記事項に変更があった場合は速やかに変更し、掲載しているホームページを更新し、更新日を明示すること。				
基本情報	機関名 ^{注1)}			
	所在地(住所) ^{注1)}			
	電話番号 ^{注1)}	-	-	-
	FAX番号	-	-	-
	ホームページアドレス	http://		
	窓口となるメールアドレス	@		
	代行機関コード ^{注2)}			
代行機関の分類 ^{注3)}	<input type="checkbox"/> 医療保険者サイド <input type="checkbox"/> 健診・保健指導機関サイド (健診機関グループ) <input type="checkbox"/> 健診・保健指導機関サイド (健診機関グループ以外)			

注1) 名称等は正式のもので記載する。
 注2) 発行した代行機関コードを記載。
 注3) いずれか一つを選択。「医療保険者サイド」とは、保険者の委託を受け、機関と保険者との間に入って第三者として代行処理をする代行機関の類型。「健診・保健指導機関サイド」とは健診機関とりまとめ機関(上記「健診機関グループ」)や福利厚生代行会社(上記「健診機関グループ以外」)等によりデータや決済をとりまとめる類型

施設及び設備情報	従事する職員の数 ^{注4)}	専任	兼任	機関本体	人	協力・関係会社	人
	全職員の数 ^{注5)}			機関本体	人	協力・関係会社	人
	施設数(サポート拠点数)			箇所(都道府県名:			
	財務基盤に関する資料または照会先 ^{注6)}						
	類似業務・サービスの提供実績 ^{注7)}	<input type="checkbox"/> 有 (内容: <input type="checkbox"/> 無)					
	提供するサービス	対象	<input type="checkbox"/> 保険者向け <input type="checkbox"/> 健診・保健指導機関向け <input type="checkbox"/> 事務点検 <input type="checkbox"/> 請求・支払のとりまとめ・代行 <input type="checkbox"/> 健診・保健指導データの受領・振分・送付 <input type="checkbox"/> その他()				
	利用者によるサービスの選択	保険者	<input type="checkbox"/> (選択可能な機能: <input type="checkbox"/> 否)				
		健診・保健指導機関	<input type="checkbox"/> 可 (選択可能な機能: <input type="checkbox"/> 否)				
	ガイドラインの遵守 ^{注8)}	<input type="checkbox"/> 最低限のガイドラインを遵守済 <input type="checkbox"/> 最低限のガイドラインを遵守する予定 <input type="checkbox"/> 最低限のガイドラインを遵守していない					

注4) 当該機関のうち代行業務に従事する者の数を記載。
 注5) 協力会社・関係会社がない場合は記載不要(空欄)とし、あっても従事していない場合は0(ゼロ)人と記載。
 注6) 貸借対照表等決算報告書の取扱いホームページで公開している場合はそのURL等を記載。財務情報を公開していない場合は照会先(連絡先及び担当者名等)を明記。
 注7) 例として提供サービスの項を参照のこと。

注8) 別添指定様式「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 最低限のガイドライン遵守チェックリスト」に記載すること。チェックリストにおいて全項目「実施済」の場合は「最低限のガイドラインを遵守済」、1項目以上「実施予定」がある場合は「最低限のガイドラインを遵守する予定」を選ぶこと。

情報システムに関する情報	提供開始の年月日 ^{注9)}				
	システムの保有	<input type="checkbox"/> 自己導入 <input type="checkbox"/> 借用			
	システムの運用管理	<input type="checkbox"/> 自機関内 <input type="checkbox"/> 全部委託 <input type="checkbox"/> 一部委託			
	システム専用区画・施設の有無	<input type="checkbox"/> 専用施設(機関所有) <input type="checkbox"/> 専用施設(委託先) <input type="checkbox"/> 機関建物内専用区画 <input type="checkbox"/> 特に無し			
	システム管理技術者数	機関本体	人	委託先	人
処理可能件数(設計値)	年間	件	1日当たり	件	

注9) 試用期間を除く。

運営に関する情報	サービス提供時間	拠点	例) 平日 9:00-17:00 除く 12/29-1/3 例) 24時間 365日稼働
	ヘルプデスク	例) 平日 9:00-17:00 除く 12/29-1/3	
	データ授受の方法	外部から機関へ	<input type="checkbox"/> オンライン(回線種別)) <input type="checkbox"/> オフライン(送付手段))
	機関から外部へ	<input type="checkbox"/> オンライン(回線種別)) <input type="checkbox"/> オフライン(送付手段))	
	データ授受におけるセキュリティ対策の方法	オンライン	例) 伝送時の安全性を確保するSSL、IPsecとIKEの利用
	オフライン	例) 盗難・紛失した場合に個人情報を検索するためのファイル暗号化ツールの利用	

事務手数料等 ^{注10)}	初期費用	保険者	円	健診・保健指導機関	円
	経常経費	別途請求の有無	<input type="checkbox"/> 無(健診委託費に含まれる) <input type="checkbox"/> 無(健診委託費に含まれる) <input type="checkbox"/> 有(下記) <input type="checkbox"/> 有(下記)		
		固定費	円	円	円
		従量単価 ^{注11)}	円/あたり	円/あたり	円/あたり
	代行機関利用に際し必要となる設備等 ^{注12)}				

注10) すべて消費税込みの金額を記載。委託形態によって費用が異なる場合はすべて記載。
 注11) 単位あたり(例えばデータ1件あたり)の事務手数料を記載。取扱データの内容等によって単価が異なる場合はすべて記載。
 注12) 保険者・健診・保健指導機関において必要となるハードウェア、ソフトウェア、ネットワーク回線等を記載。初期費用に含まれるものと、初年度費用以外に各自の負担で導入しなければならないものを明記

その他	前年度の取扱件数 ^{注13)}	年間	件	1日当たり	件
-----	--------------------------	----	---	-------	---

注13) 平成21年度以降、前年度の実績を記載(当初は空欄)。

9. 基本指針・実施計画

9-1 特定健康診査等基本指針

9-1-1 特定健康診査等基本指針とは

医療保険者が、高齢者の医療の確保に関する法律第19条に定める「特定健康診査等実施計画」を作成するにあたっての参考となるよう、どのような計画を作成すればよいかをとりまとめた基本的な指針（「特定健康診査等基本指針」。以下「基本指針」という）を国が定めることとなっている。

〈高齢者の医療の確保に関する法律〉

（特定健康診査等基本指針）

第十八条 厚生労働大臣は、特定健康診査（糖尿病その他の政令で定める生活習慣病に関する健康診査をいう。以下同じ。）及び特定保健指導（特定健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者として厚生労働省令で定めるものに対し、保健指導に関する専門的知識及び技術を有する者として厚生労働省令で定めるものを行う保健指導をいう。以下同じ。）の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針（以下「特定健康診査等基本指針」という。）を定めるものとする。

2 特定健康診査等基本指針においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

一 特定健康診査及び特定保健指導（以下「特定健康診査等」という。）の実施方法に関する基本的な事項

二 特定健康診査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

三 前二号に掲げるもののほか、次条第一項に規定する特定健康診査等実施計画の作成に関する重要事項

3 特定健康診査等基本指針は、健康増進法第九条第一項に規定する健康診査等指針と調和が保たれたものでなければならない。

4 厚生労働大臣は、特定健康診査等基本指針を定め、又はこれを変更しようとするときは、あらかじめ、関係行政機関の長に協議するものとする。

5 厚生労働大臣は、特定健康診査等基本指針を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表するものとする。

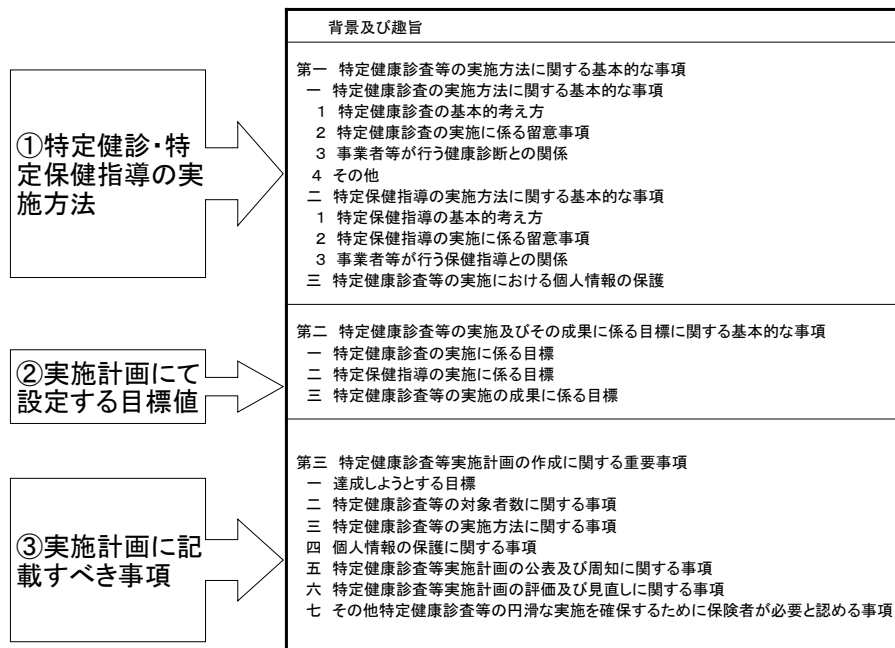
9-1-2 基本指針の構成等

高齢者の医療の確保に関する法律第18条第2項に、指針に記載すべき主な事項が挙げられているが、これを踏まえ、次の図表に示すような構成となっている。

医療保険者が作成する「特定健康診査等実施計画」の記述内容や構成については、基本指針の第3に「特定健康診査等実施計画の作成に関する重要事項」として7項目が示されている。

また、特定健康診査等実施計画に定めるべき目標値（基本指針第3の一「達成しようとする目標」）の参酌標準（いわゆる医療保険者別の目安）については、基本指針の第2に「特定健康診査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」として3つの目標（健診実施率、保健指導実施率、メタボ減少率）のそれぞれの設定の考え方を示している。

図表 61: 特定健康診査等基本指針の構成



なお、基本指針の原文は、厚生労働省ホームページ*に公開されているので、そちらを参照されたい。

* http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshho/iryouseido01/pdf/info02_01.pdf

9-2 特定健康診査等実施計画

9-2-1 実施計画とは

①法律上定められていること

医療保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条にて、「特定健康診査等実施計画」を定めるものとされている。

実施計画に記載すべき内容は、同条第 2 項及びこれに基づく基本指針（9-1-2 参照）第四の 7 項目に即して作成することとなる。

（特定健康診査等実施計画）

第十九条 保険者は、特定健康診査等基本指針に即して、五年ごとに、五年を一期として、特定健康診査等の実施に関する計画（以下「特定健康診査等実施計画」という。）を定めるものとする。

2 特定健康診査等実施計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

- 一 特定健康診査等の具体的な実施方法に関する事項
- 二 特定健康診査等の実施及びその成果に関する具体的な目標
- 三 前二号に掲げるもののほか、特定健康診査等の適切かつ有効な実施のために必要な事項

3 保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表しなければならない。

②計画作成における考え方

計画を作成する趣旨は、保険者規模、加入者の年齢構成、地域的条件等の実情を考慮し、特定健診・特定保健指導を効率的・効果的かつ着実に実施するためである。

実施計画には、特定健診・特定保健指導を実施していくために最低限定しておくべき事項を、明瞭・簡潔に整理することが重要である。

加入者に対し漏れなく健診・保健指導を実施する体制については、地域別・年齢別等を分類して整理すればよいため、計画作成を委託する必要はない*。

9-2-2 具体的に記載すべき事項

詳細は、別途とりまとめている「特定健康診査等実施計画作成の手引き」を参照されたい。

①基本的な考え方

特定健康診査等基本指針の第三に挙げた 7 項目に即して作成する。目次構成についてもわざわざ工夫することは不要であることから、7 項目であれば 7 章構成として、基本指針第三の並びで順次整理すればよい。

* 加入者の特徴や地域特性を踏まえた実施形態、予算編成や組合会・理事会対応、地元関係者との調整等、計画作成の多くは医療保険者自らが実施することとなる。

図表 62: 特定健康診査等実施計画の構成

必要な範囲で(目標設定や実施方法の検討に)、簡潔に

背景・現状等(各保険者の特徴や分布等)

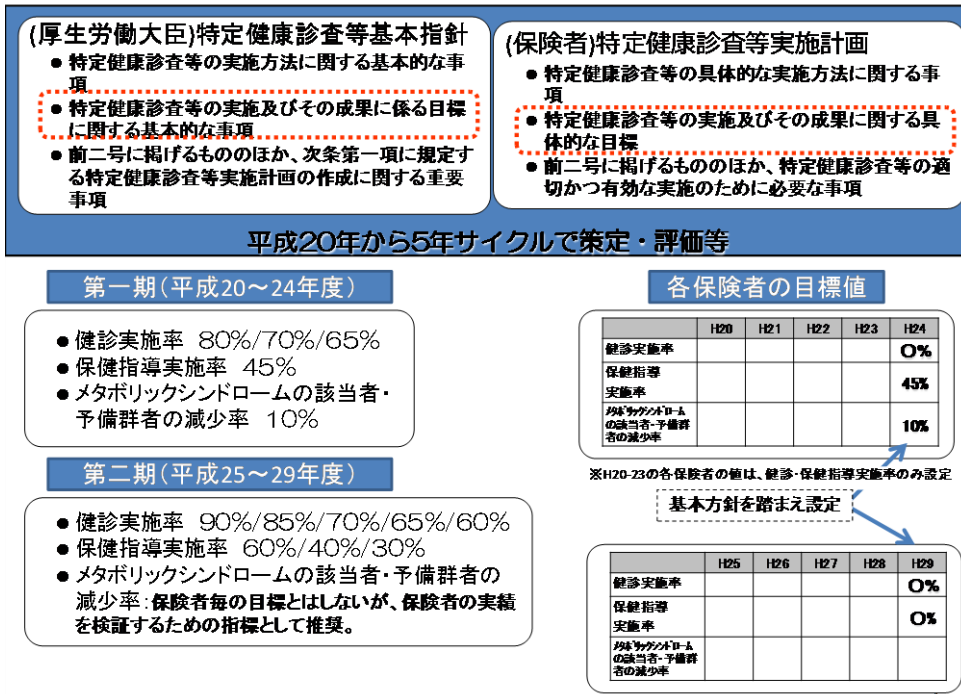
↓

特定健康診査等の実施における基本的な考え方

その他、必要に応じ
序文(はじめに)
・メタボ概念の導入
・特定健康診査とは
・実施の目的 等々

法19条	特定健康診査等基本指針	記載すべき事項	主に定めるべき内容
第2項 第二号	第三の一	①達成しようとする目標	<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査の実施率及び特定保健指導の実施率に係る目標
第2項 第一号	第三の二	②特定健康診査等の対象者数	<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査等の対象者数(事業主健診の受診者等を除き保険者として実施すべき数)の見込み(計画期間中の各年度の見込み数)を推計 ※健診対象者数は保険者として実施する数の把握になるが、保健指導対象者数を推計するためには、保険者で実施せず他からデータを受領する数の把握も必要。
	第三の三	③特定健康診査等の実施方法	<ul style="list-style-type: none"> 実施場所、実施項目、実施時期あるいは期間 外部委託の有無や契約形態、外部委託先の選定に当たっての考え方、代行機関の利用 周知や案内(受診券や利用券の送付等)の方法 事業主健診等他の健診受診者の健診データを、データ保有者から受領する方法 特定保健指導の対象者の抽出(重点化)の方法 実施に関する毎年度の年間スケジュール、等
第2項 第三号	第三の四	④個人情報の保護	<ul style="list-style-type: none"> 健診・保健指導データの保管方法や保管体制、保管等における外部委託の有無、等
第3項	第三の五	⑤特定健康診査等実施計画の公表・周知	<ul style="list-style-type: none"> 広報誌やホームページへの掲載等による公表や、その他周知の方法 特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発の方法
第2項 第三号	第三の六	⑥特定健康診査等実施計画の評価及び見直し	<ul style="list-style-type: none"> 評価結果(進捗・達成状況等)や、その後の状況変化等に基づく計画の見直しに関する考え方
	第三の七	⑦その他、特定健康診査等の円滑な実施を確保するために保険者が必要と認める事項	

図表 63: 特定健康診査等基本方針と各医療保険者の目標との関係(参考)



第一期における特定健診・保健指導の目標

項目	全国目標	保険者種別	目標値	
特定健康診査の実施率	70%	40歳以上の加入者に占める被扶養者の割合		
		単一健保 共済組合 私学共済	25%未満	80%
			25%以上	$0.85 \times (1 - \text{被扶養者割合}) + 0.65 \times \text{被扶養者割合}$
		総合健保 協会けんぽ 国保組合		70%
		市町村国保		65%
特定保健指導の実施率	45%		45%	

9-2-3 特定健康診査等実施計画の評価方法

① 特定健康診査の実施率

次の算定式に基づき、評価することとする。

算定式	$\frac{\text{当該年度中に実施した特定健康診査の受診者数（他者が実施した健診でそのデータを保管しているものも含む）}}{\text{当該年度末における、40～74歳の被保険者数及び被扶養者数}}$
条件	○分子・分母の数から、年度途中で転入又は転出の異動をした者に係る数は除外（よって上記の「他者」に、以前に加入していた医療保険者は含まれない）。

② 特定保健指導の実施率

次の算定式に基づき、評価することとする。

算定式	$\frac{\text{当該年度の動機づけ支援終了者数} + \text{当該年度の積極的支援終了}^{*1}\text{者数}}{\text{当該年度の健診受診者のうち、階層化により動機づけ支援の対象とされた者の数} + \text{積極的支援の対象とされた者の数}^{*2}}$
条件	<ul style="list-style-type: none"> ○階層化により積極的支援の対象とされた者が、動機づけ支援レベルの特定保健指導を利用しても、利用者数には含めない。 ○途中終了（脱落・資格喪失等）者は、分母には含め、分子からは除外。 ○年度末（あるいは翌年4-5月）に保健指導を開始し、年度を越えて指導を受け、実績報告時まで完了している者は分子に算入。実績報告時に実施中だが未完了の場合は、次年度実績とするため、分母からは除外せず、分子からは除外（除外した分子は、その後完了した場合は次年度の実績における分子に算入）。

*1 省令・告示等で規定された要件を全て実施し終えた者のみならず、完了時の実績評価が、様々な手法（電話、手紙等）による度重なる呼びかけ等にもかかわらず、利用者からの返答がないために実施できず、呼びかけ等の回数のみを記録して打ち切った場合についても、完了したものとして終了者数に含める。詳細は「保険者が社会保険診療報酬支払基金に提出する特定健康診査等の実施状況に関する結果について（平成20年7月10日 保発第0710003号）」を参照のこと
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/dl/info03j-7.pdf>。

*2 保健指導判定値以上の者は保健指導対象者であることから、保健指導判定値を上回る受診勧奨判定値以上の者も保健指導対象者に含まれる(1-3-2①の脚注2を参照)ことに注意。

③ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群^{*1}の減少率

メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率は、各保険者の目標とすることは必須ではなく、各保険者において、特定健康診査等実施計画の進捗等を評価する際の指標の一つとなる。

なお、各保険者における特定健康診査対象者の母集団が毎年度大きく変動する場合には、特定保健指導等の効果が集団全体のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率に、的確に反映されないことに留意が必要である。

(1) 集団全体の減少率の評価方法

集団の減少率を評価する際に、基本となるのは以下のような方法となる。

式	$1 - \frac{\text{当該年度の健診データにおける該当者及び予備群の数}}{\text{基準年度の健診データにおける該当者及び予備群の数}}$
条件	<p>○計画における目標値の評価に当たっては、基準年度は平成20年度となる。毎年度、減少率を算出するに当たっては、前年/前々年となる。</p> <p>○各年度の実数をそのまま用いると健診実施率の高低による影響を受けるため、該当者及び予備群の数は、健診受診者に占める該当者及び予備群者の割合を特定健康診査対象者数に乗じて算出したものとする。</p> <p>○乗じる特定健康診査対象者数及該当者及び予備群者の数の算出については、以下の方法が考えられる。</p> <p>①全国平均の性・年齢構成の集団^{*2}に、各医療保険者の性・年齢階層(5歳階級)別メタボリックシンドロームの該当者及び予備群が含まれる割合(率)を乗じる。 被保険者の年齢構成の変化(高齢化の効果)の影響を少なくするため、年齢補正を行う方法である。また、全国統一の指標を用いるため、保険者間での比較が可能となる。</p> <p>②当該年度の各医療保険者の性・年齢構成の集団に、基準年度及び当該年度の各保険者の性・年齢階層別メタボリックシンドロームの該当者及び予備群が含まれる割合(率)を乗じる。</p>

^{*1} ここでの「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群」とは、第一期(平成20-24年度)においては、いわゆる8学会基準ではなく、保健指導対象者であることに注意。特定健康診査等基本指針第二の二の1の(2)において「特定保健指導の対象者(第三の三及び第四の一において「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群」という。)」と規定。また、医療費適正化基本方針第一の一の2の(一)住民の健康の保持の推進に関する目標において、「メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の該当者及び予備群(法第十八条第一項に規定する特定保健指導の実施対象者をいう。以下同じ。))の減少率」と規定。

^{*2} 医療費適正化基本方針第一の二の1の(三)では、各都道府県の医療費適正化計画におけるメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の算出方法として、基準年度(平成減少率は、各都道府県における、平成20年度のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の推定数(平成20年度の年齢階層別(5歳階級)及び性別でのメタボリックシンドロームの該当者及び予備群が含まれる割合を、平成29年4月1日現在の住民基本台帳人口(年齢階層別(5歳階級)及び性別)で乗じた数をいう。以下同じ。)から平成29年度のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の推定数(平成29年度の年齢階層別(5歳階級)及び性別でのメタボリックシンドロームの該当者及び予備群が含まれる割合を、平成29年4月1日現在の住民基本台帳人口(年齢階層別(5歳階級)及び性別)で乗じた数をいう。)を減じた数を、平成20年度メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の推定数で除して算出することが考えられる。

(2) その他の評価方法

「メタボリックシンドローム該当者・予備群該当者別減少率」

①で示した方法について、該当者と予備群該当者で分けて、それぞれに減少率を算出することが考えられる。該当者から改善されて予備群になった者が多い保険者では、該当者の減少率と比べて、予備群該当者の減少率が少ないことが予想される。

「特定健康診査受診者の翌年度以降のメタボリックシンドローム該当者及び予備群該当状況の推移」

前年度以前の健診において、メタボリックシンドローム該当者または予備群者であった者について、当該年度においてメタボリックシンドロームまたは該当者でなくなった者の数を把握する。

「特定保健指導を受けた者の翌年度以降のメタボリックシンドローム該当者及び予備群該当状況の推移」

前年度以前において特定保健指導を受けた者について、当該年度において特定保健指導の対象者でなくなった者の数及びまたメタボリックシンドローム該当者及び予備群でなくなった者の数を把握する。

特定保健指導の対象者でなくなった理由（服薬によるものか、検査値等の改善によるものか）についても把握することが望ましい。

③年齢補正の具体的な方法

男女や年齢構成の違いに起因する医療保険者間の差異を補正する目的で行う。

各医療保険者における、年齢階層別(5歳階級)・性別でのメタボリックシンドロームの該当者・予備群の割合を、全国平均的な年齢・性別構成のモデルに乘じ、その数(=補正後の該当者・予備群の推計数)で減少率をみる。

対象者数があまりに少なく、5歳階級という細かい年齢階層で区切った場合にゼロとなるセグメントが出る医療保険者では、最低限の区分けとして年齢は2階層(40-64歳・65-74歳)と男女の4セグメントで割合を出し、年齢補正を行うことも考えられる。年齢の2階層も難しい場合は男女のみで行う。

健診実施率があまりに低率の場合、年齢補正の元になる年齢階層別・性別でのメタボリックシンドロームの該当者・予備群の割合の精度に問題があることから、健診実施率が相当低い(例えば参酌標準の半分以下)場合は、減少率の精度は低くなる。

図表 64: 年齢補正のイメージ

$$\text{メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率} = \frac{(D) - (E)}{(D)}$$

	年齢	【基準年度】	【基準年度】	【基準年度】	【基準年度】
		当該保険者 メタボ該当者 予備群者割合	全国 全国の住民基本台帳人口 (性・年齢階層別(5歳階層別))	メタボ該当者及び予備群者の推定数 (性・年齢階級別)	メタボ該当者及び予備群者 の推定数
		A	B	A × B (C)	C の合計 (D)
基準年度	男性	40 ~ 44			
		45 ~ 49			
		50 ~ 54			
		55 ~ 59			
		60 ~ 64			
		65 ~ 69			
		70 ~ 75			
	女性	40 ~ 44			
		45 ~ 49			
		50 ~ 54			
		55 ~ 59			
		60 ~ 64			
		65 ~ 69			
		70 ~ 75			

	年齢	【当該年度】	【基準年度】	【当該年度】	【当該年度】
		当該保険者 メタボ該当者 予備群者割合	全国 全国の住民基本台帳人口 (性・年齢階層別(5歳階層別))	メタボ該当者及び予備群者の推定数 (性・年齢階級別)	メタボ該当者及び予備群者 の推定数
		A'	B'	A' × B' (C')	C' の合計 (E)
当該年度	男性	40 ~ 44			
		45 ~ 49			
		50 ~ 54			
		55 ~ 59			
		60 ~ 64			
		65 ~ 69			
		70 ~ 75			
	女性	40 ~ 44			
		45 ~ 49			
		50 ~ 54			
		55 ~ 59			
		60 ~ 64			
		65 ~ 69			
		70 ~ 75			

② 計画作成に向けた整理

法定で記述すべき範囲は基本指針第3の項目のみであるが、目標値の設定や実施形態の検討にあたっては、年齢構成における特徴、居住地の分布の偏り、加入者における就業率の高低等、現在の加入者の状況を十分に踏まえて計画作成する必要がある。

③ 序文等による解説

加入者に対し、健診受診を呼びかけていく上で周知は重要である。計画書の構成が「達成しようとする目標値」から始まる場合、なぜこのような計画作成し、加入者に健診受診を呼びかけるのかが分かりにくいことから、必要に応じ序文等で生活習慣病対策の必要性など、計画作成の趣旨・背景等の解説を加えることも考えられる。

また、特定健康診査等実施計画は、策定あるいは変更があれば遅滞なく公表することが義務付けられている（都道府県への報告義務はない）。

10. 支払基金(国)への実績報告

10-1 基本的な事項

10-1-1 報告の義務

高齢者の医療の確保に関する法律第 142 条の規定において、支払基金は医療保険者に対し、毎年度、特定健康診査等の実施状況に関する報告を求めるとされており、高齢者の医療の確保に関する法律による保険者の前期高齢者交付金等の算定に関する省令（平成 19 年厚生労働省令第 140 号）第 44 条第 2 項に基づき、医療保険者は支払基金に対し、毎年度、特定健康診査等の実施状況について報告することとされている。

10-1-2 報告の時期及び様式

医療保険者は、特定健康診査等の実施状況に関する結果について、当該年度の翌年度の 11 月 1 日までに支払基金に対し報告することとされており、その記録様式は、XMLで行うこととされている。（「保険者が社会保険診療報酬支払基金に提出する特定健康診査等の実施状況に関する結果に係る記録の様式等について（平成 20 年 7 月 10 日保発第 0710001 号）*」及び「保険者が社会保険診療報酬支払基金に提出する特定健康診査等の実施状況に関する結果について（平成 20 年 7 月 10 日保発第 0710003 号）*」、「保険者が社会保険診療報酬支払基金に提出する平成 25 年度以降に実施した特定健康診査等に基づく特定保健指導の実施状況に関する結果について（平成 25 年 3 月 29 日 保発 0329 第 17 号）」*）

* <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshho/iryouseido01/info03j.html>

10-2 データの活用

10-2-1 高齢者医療確保法に基づく利用

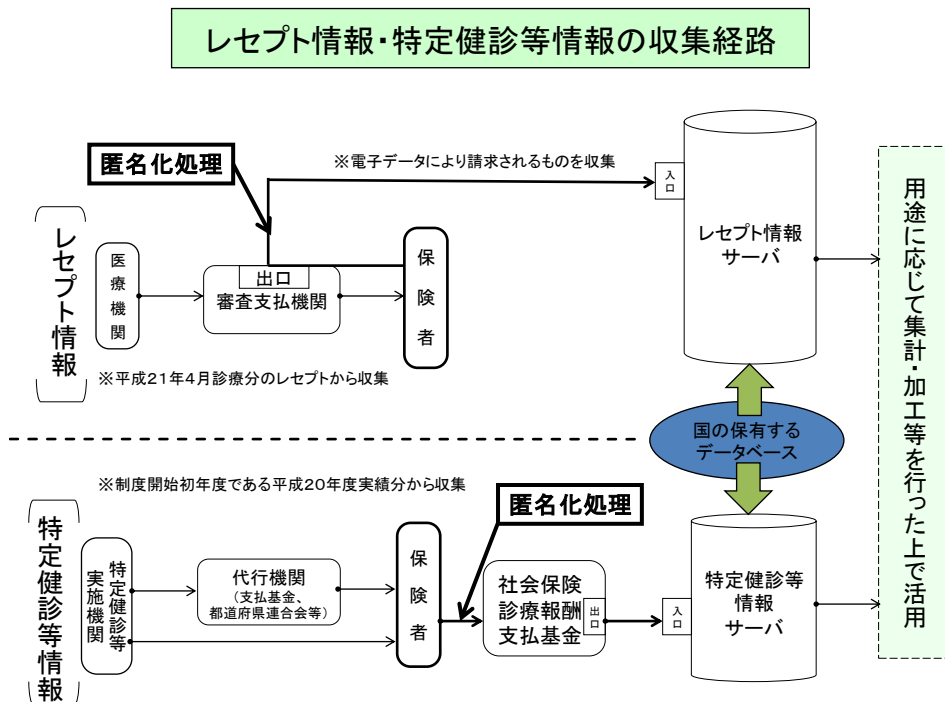
国は、全国医療費適正化計画及び都道府県医療費適正化計画の作成、実施及び評価に資するための調査及び分析等に用いるため、特定健康診査等及びレセプト情報データベースの構築を行っている。(法律 16 条) (図表 64)

データに基づき、特定健康診査等の効率的・効果的な実施方法や効果の検証等を行うとともに、後期高齢者支援金の加算・減算の算定の基準等に活用する。

10-2-2 第三者への提供

国以外の主体が、国が収集したデータを用いて、医療サービスの質の向上等を目指して、エビデンスに基づく施策を推進するに当たり有益となるような分析・研究、学術研究の発展に資するような研究を行うため、「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」を立ち上げ、現在、第三者に対するデータ提供を行っている。

図表 65:レセプト情報・特定健診等情報の収集について



10-3 第二期(平成 25 年度)からの変更点

国は、医療保険者から報告されたデータを活用し、特定健康診査等の実施状況の公表、医療費適正化計画中間評価等を行ってきた。

第二期以降も特定健康診査・特定保健指導制度を継続し、特定健康診査等の効率的・効果的な実施方法や効果の検証等行っていくに当たり必要なデータ項目を追加することとした。

- ①特定健康診査受診者及び特定保健指導利用者の被保険者・被扶養者別を明らかにする。
被保険者・被扶養者別の実施状況等を明らかにするため、医療保険者から国への実績報告において、資格区分を追加する。資格区分コードは以下のとおりである。(図表 65)

図表 66: 資格区分コード

コード名	コード	内容
資格区分 コード	1	強制被保険者
	2	強制被扶養者
	3	任意継続被保険者
	4	任意継続被扶養者
	5	特例退職被保険者
	6	特例退職被扶養者
	7	国保被保険者

・記載する資格は、特定健康診査受診者については健診受診日、特定保健指導利用者については、初回面接日における資格区分とする。

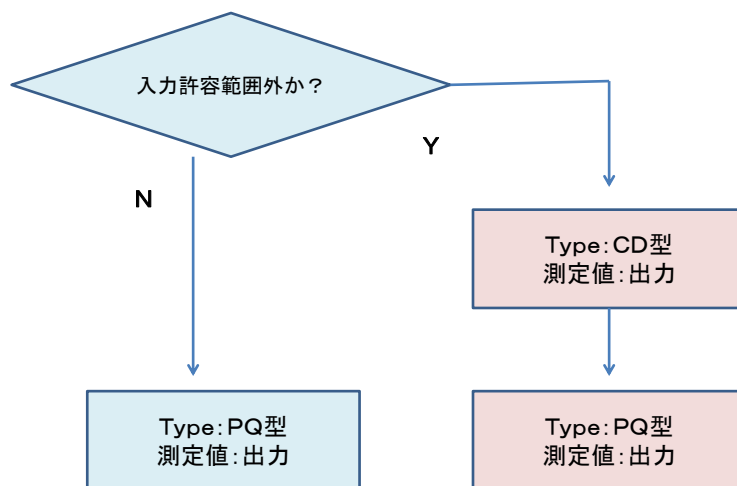
・市町村国保・国保組合については、資格区分の報告は必須ではない。

- ②特定健康診査項目の入力許容範囲外（入力最大値または入力最小値以下）の取扱について

測定値が、項目毎に指定された入力最大値以上または入力最小値以下（以下入力許容範囲外）の場合、測定値は実測値でなく「H」または「L」を示すコード値として表現することとされているが、平成 25 年 4 月 1 日以降に行った特定健康診査からは、「H」又は「L」を示すとともに、実測値の入力を必須化する。

・入力許容範囲外の時は、データ上、数値型（PQ型）とコード型（CD型）を両方出現させなければならない。(図表 66)

図表 67:コード表



- ・階層化基準に必要な健診項目において、「H」「L」が出現している場合にも、数値型（PQ型）の値を用いた階層化を行うことが可能である。

③特定健診情報ファイルと特定保健指導情報ファイルとの紐付け

特定保健指導がどの年度の特定健康診査の結果に基づくものかの把握を可能とするため、保険者から国への実績報告時に、利用券整理番号を必須化し、利用券整理番号の先頭2桁で特定保健指導の対象健診年度を識別する。

- ・利用券を用いていない場合は、保険者等が埋めるべき番号を指定し、保健指導機関において設定して、報告を求められることがある。
- ・保険者において、国への報告時に利用券整理番号の振り直しを行っても良い。

利用券整理番号の付番のルール

(1) 利用券を発行して特定保健指導を行う場合、現状の付番方法に則って発番された利用券整理番号を記載する。

- ・年度（西暦下2桁※1）＋種別（1桁※2）＋個人番号（8桁：自由に設定）の11桁

(2) 利用券を発券せずに特定保健指導を行う場合、下記の番号を利用券番号として記載する。

- ・年度（西暦下2桁※1）＋種別（1桁※2）＋固定コード（8桁：全て0）の11桁
- ・指導機関から保険者の受け渡し時に、利用券情報が出現した場合、利用券の有効期限も必須となることから、利用券の有効期限には便宜上、年度末日（2013年度の場合は

20140331) (西暦 4 桁※ 1) 0331 を記載する。

※ 1 特定保健指導の基になった特定健康診査の受診日の属する実施年度を記載する。

※ 2 積極的支援の場合には「2」、動機付け支援の場合には「3」を記載する。

④特定健康診査の実施形態情報（事業者健診かその他の健診か等の別）の取得

医療保険者が、事業者健診をもって特定健康診査に代えている運用を行っている実態を把握するため、「健診プログラムコード」へ健診種別を記載する。健診プログラムコードは以下のとおりである。

図表 68:健診プログラムコード

< 健診種別（健診プログラムサービスコード） > 000：不明 010：特定健診 020：広域連合の保健事業 030：事業者健診（労働安全衛生法に基づく健診） 040：学校健診（学校保健安全法に基づく職員健診） 050：生活評価機能 060：がん検診 090：肝炎検診 990：上記ではない健診（検診）
--

- ・医療保険者が、健診実施機関において健診プログラムコードに埋めるべきコードを委託契約時に指定し、健診実施機関がその指定値を設定することも可能である。保険者で健診プログラムコードの確認を行い、誤ったコードが設定されていると判断した場合には、保険者において適切な値に更新することも可能。

⑤医療保険者において、健診実施後に服薬中であったことが判明した者の取扱いについて

健診時の質問表の服薬状況に誤って回答し、その結果として、階層化判定により特定保健指導となったが、特定保健指導を受ける前に、医療保険者において、健診実施時点で服薬者であったことが判明した者の取扱いについては、該当者であることが判明したことを区分するコードを新たに付与し、医療保険者が国への実績報告時にデータを作成する。（検査項目コード及びコード値は図表 69・70）

運用ルールは以下のとおりである。

- ・任意事項であり、すべての保険者で実施する必要はない。なお、当該本人と直接面接等により、医療保険者の医師・保健師・管理栄養士・看護師の専門職が再確認を行うこととなるので、医療保険者に専門職が存在しない場合は実施できない。
 - ・利用券を用いて特定保健指導を実施している場合には、利用券交付日前までに、医療保険者において確認していること。
 - ・利用券を用いていない場合には、特定保健指導の初回面接前までに、医療保険者に

において確認をしていること。

- ・医療保険者において、服薬を確認できた服薬コードのみを Entry として出現させ、出現させるのは確認ができたコードのみとすること。
- ・医療保険者の専門職による再確認により服薬が明らかとなった場合、集計情報ファイルにおいて反映させること。(反映の方法は図表 70 のとおり)
- ・再確認により服薬が明らかとなった場合、健診機関から報告された保健指導レベル判定結果と異なるが、医療保険者による修正(「情報提供」への変更)は行わない。

図表 69:コード

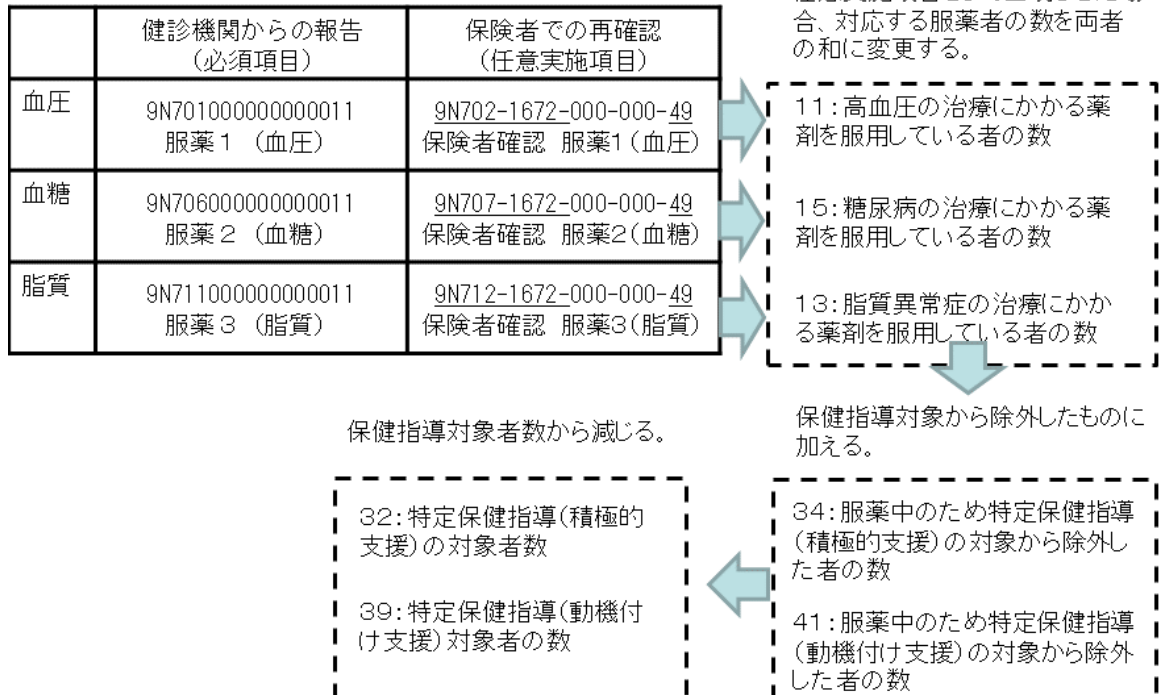
検査項目コード	名称	コード値
9N702-1672-000-000-49	保険者再確認 服薬 1 (血圧)	表〇〇参照
9N707-1672-000-000-49	保険者再確認 服薬 2 (血糖)	表〇〇参照
9N712-1672-000-000-49	保険者再確認 服薬 3 (脂質)	表〇〇参照

図表 70:コード

コード名	コード	内容
再確認者コード	1	医師が本人との面談等にて確認
	2	保健師が本人との面談等にて確認
	3	管理栄養士が本人との面談等にて確認
	4	看護師が本人との面談等にて確認

図表 71:反映の方法

JLAC10コードは仮置きのもの。ハイフンは視認性のために入れたものである。2回目の問診のため、分析物コードレベルで番号変更を依頼している。



11. 後期高齢者支援金

11-1 基本的な仕組み

11-1-1 後期高齢者支援金とは

平成 20 年度から 75 歳以上の方などを対象とした「後期高齢者医療制度」が創設されている。(都道府県ごとに後期高齢者医療広域連合を設立)。この制度における財政負担として、全体の約 4 割を若年者の医療保険から支援金という形で拠出されており、これを後期高齢者支援金という。

11-1-2 加算・減算の考え方

①基本的な考え方

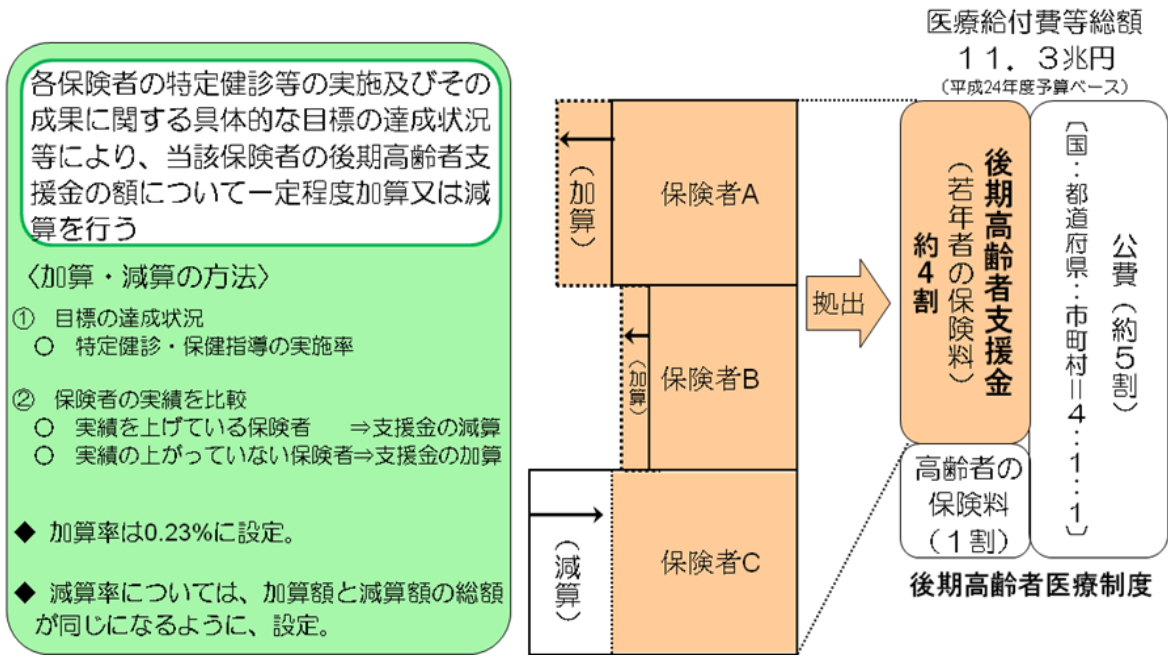
医療保険者が納付する後期高齢者支援金については、国が「特定健康診査等基本指針」で示す「特定健康診査等の実施及びその成果に係る目標に関する基本的な事項」、及び医療保険者が「特定健康診査等実施計画」で定める「特定健康診査等の実施及びその成果に関する具体的な目標」の達成状況を勘案して、±10%の範囲内で政令で定める方法により、加算・減算等の調整を行うこととされている(法第 120 条第 2 項・第 121 条第 2 項)。

平成 25 年度から納付される後期高齢者支援金に適用される(法附則第 15 条)。なお、平成 20 年度から 24 年度の支援金は加算・減算を行わず 100/100 で算定することとされていた。

②背景

医療保険者が生活習慣病対策を推進すれば、糖尿病や高血圧症・脂質異常症等の発症が減少し、これによって、脳卒中や心筋梗塞等への重症な疾患の発症も減少するが、こうした重症な疾患は後期高齢者において発症することが多く、後期高齢者の医療費の適正化につながることを踏まえ、そうした医療保険者の努力を評価し、特定健康診査や特定保健指導の実施に向けたインセンティブとするためである。

図表 72: 後期高齢者支援金の加算・減算の仕組み



11-1-3 支援金の加算・減算の実施状況

平成25年度支援金の加算減算は、平成24年度における特定健康診査実施率及び特定保健指導実施率に基づき、平成25年度の確定後後期高齢者支援金の算定に際して平成27年度に実施することとなる。

詳細については、通知*「後期高齢者支援金の加算・減算制度の実施について（平成25年4月1日 保発0401第10号）」にて示している。

具体的な加算・減算の方法は以下のとおりである。

確定後期高齢者支援金調整率は、保険者を特定健康診査等の実施状況を基に、次の3つの区分に応じ定める率とする。

(1) 加算対象保険者

支援金調整率は、百分の百・二三とする。

加算対象保険者は、前年度における特定健康診査の実施率又は特定保健指導の実施率が千分の一に満たない保険者とする。

ただし、次の(ア)から(ウ)までの基準に該当すると厚生労働大臣が認めた保険者は、加算対象保険者から除くこととする。なお、当該判断は、保険者の申出に基づき行われるものであることから、保険者は次の(1)から(3)までの基準に該当すると見込まれるときは、速やかに、(遅くとも実施年度の翌々年度の10月までに)、書類等を添えて厚生労働大臣に対し申し出ることが必要である。

(ア) 災害その他の特別な事情が生じたことにより、前年度に、特定健康診査又は特定保

* 「後期高齢者支援金の加算・減算制度の実施について（平成25年4月1日 保発0401第10号）」 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/info03j.html>

健指導を実施できなかったこと。

- (イ) ①特定健康診査等の対象者の数が千人未満の保険者であって、②特定健康診査等の実施体制その他の事項について厚生労働大臣が定める基準を満たし、③同年度の特定健康診査の実施率が、同年度において、次の保険者の種類に応じ、保険者の種類における平均値以上であること。

保険者の種類	平均値
加入者の数が五千人未満の市町村	加入者の数が五千人未満の全ての市町村に係る特定健康診査の実施率の平均値
加入者の数が五千人以上十万人未満の市町村	加入者の数が五千人以上十万人未満の全ての市町村に係る特定健康診査の実施率の平均値
加入者の数が十万人以上の市町村、健康保険の保険者（全国健康保険協会に限る。以下同じ。）又は船員保険の保険者	加入者の数が十万人以上の全ての市町村、健康保険の保険者及び船員保険の保険者に係る特定健康診査の実施率の平均値
国民健康保険組合	全ての国民健康保険組合に係る特定健康診査の実施率の平均値
単一型健康保険組合（健康保険法（大正11年法律第70号）第11条第1項の規定により設立されたものをいう。）	全ての単一型健康保険組合に係る特定健康診査の実施率の平均値
総合型健康保険組合（健康保険法第11条第2項の規定により設立されたものをいう。）又は日本私立学校振興・共済事業団	全ての総合型健康保険組合及び日本私立学校振興・共済事業団に係る特定健康診査の実施率の平均値
共済組合	全ての共済組合に係る特定健康診査の実施率の平均値

- (ウ) (ア) 及び (イ) のほか前年度に特定健康診査等を実施した保険者において、当該保険者の責めに帰することができない事由があったこと。当該保険者の責めに帰することができない事由とは、具体的には、システムの故障等を理由として、社会保険診療報酬支払基金に特定健康診査等の実施率の報告ができない場合等であること。

(2) 減算対象保険者

支援金調整率は、加算対象保険者が加算される額と減算対象保険者が減算される額が同額となるよう算定した率

減算対象保険者とは、次の（ア）及び（イ）の基準に該当する保険者とする。

（ア） 前年度における特定健康診査の実施率が、次の表に掲げる保険者の種類に応じ、保険者の実施率以上であること。

保険者の種類	実施率
市町村	百分の六十五
健康保険の保険者、船員保険の保険者、国民健康保険組合及び総合型健康保険組合	百分の七十
単一型健康保険組合、日本私立学校振興・共済事業団及び共済組合	百分の八十（四十歳以上の加入者に占める被扶養者の割合が百分の二十五を超える保険者にあつては、百分の八十五に一から被扶養者率を減じた数を乗じた数と百分の六十五に被扶養者率を乗じた数を合計した数）

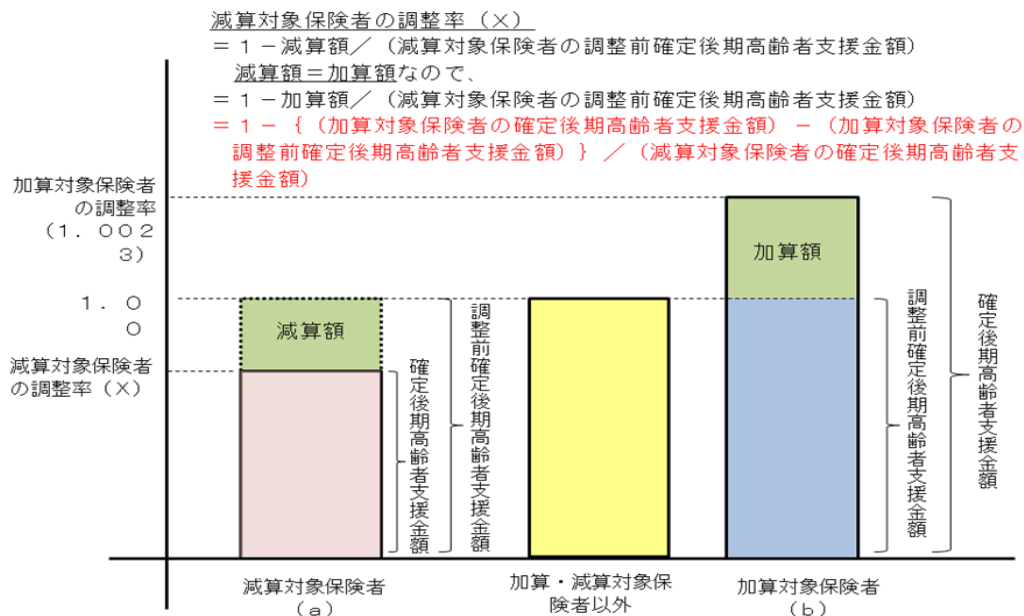
（イ） 前年度における特定保健指導の実施率が百分の四十五以上であること。

（3） 加算対象保険者または減算対象保険者以外の保険者

加算対象保険者または、減算対象保険者以外の保険者の支援金調整率は、百分の百とする。

厚生労働大臣は保険者が加算対象保険者及び減算対象保険者に該当すると見込まれる場合、保険者へ通知を行うものとし、必要と認められる場合、保険者に、特定健康診査等の実施率の確認を行うものとする。また、国は、保険者が加算対象保険者及び減算対象保険者に決定した場合についても、特定健康診査等の実施年度の翌々年度の11月までに、通知を行うものとする。

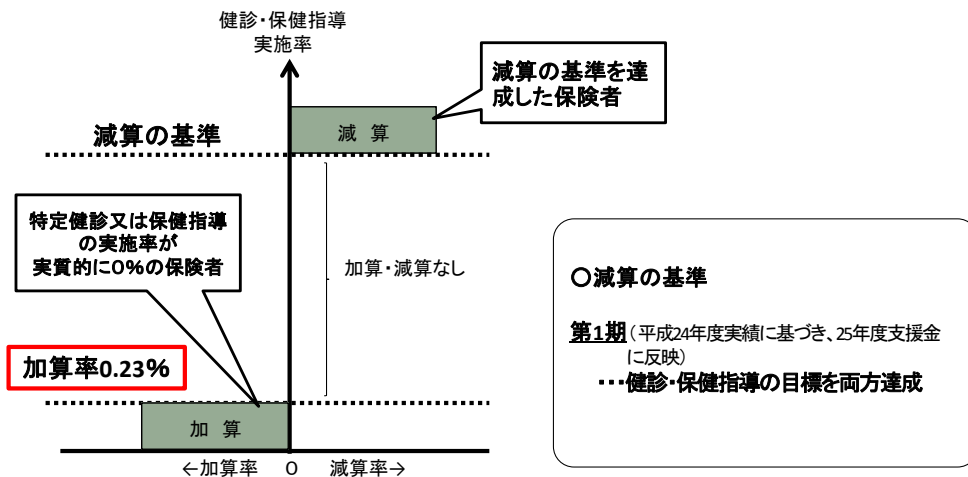
図表 73:加算・減算のイメージ図



図表74:平成25年度後期高齢者支援金の加算・減算の実施について

後期高齢者支援金の加算・減算の実施について

- 後期高齢者支援金の加算・減算は、75歳以上の高齢者の医療費の適正化に資する、保険者による生活習慣病予防のための取組み(特定健診及び保健指導)の状況进行评估するためのもの。
- 後期高齢者制度見直し時に改めて検討することを前提に、現行法の加算・減算制度を平成25年度から実施。
 - ・ 加算額を基に減算、保健指導実施率が実質的に0%の保険者に対し加算
 - ・ 第1期は、特定健診・保健指導の目標(参酌標準)を両方達成した保険者に対し減算
 - ・ 実施は平成25年度支援金の精算時(平成27年度)から



② 平成26年度支援金の以降の取扱い

平成26年度以降の支援金に係る加算・減算については、平成25年度に関係省令等の整備を行う予定である。

なお、具体的な変更点としては、減算対象保険者の要件が平成26年度支援金から変更になる予定である。

