

福岡県医発第906号(地)

平成19年 8月31日



各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 横倉 義 武
(公印省略)

「特定健診・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」について

今般、厚生労働省保険局において、「特定健康審査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」が作成された旨、日本医師会より別紙のとおり通知がありました。

本手引きにつきましては、厚生労働省「保険者による健診・保健指導の円滑な実施方法に関する検討会」、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、その他基本的事項についてとりまとめられたものであります。

また、本手引きについては、厚生労働省ホームページ
(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshho/iryouseido01/info03d.html>)において公開されております。(本会ホームページ会員専用中「特定健診・特定保健指導」にもリンクを貼っています。)

本手引きにつきましては、関係者からの指摘事項等を踏まえて、随時、必要に応じて追記・修正等が行われる予定でありますので、今後の最新版につきましては、本ホームページをご覧くださいませよう、よろしくお願いいたします。

小郡三井医師会より

担当理事 蒲池 壽



(地Ⅲ124)

平成19年8月8日

都道府県医師会

担当理事 殿

日本医師会

常任理事 内田 健夫

「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」の送付について

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

今般、厚生労働省保険局において、「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」が作成されましたので、お送り申し上げます。

本手引きにつきましては、厚生労働省「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、その他基本的事項についてとりまとめられたものであります。

また、本手引きについては、厚生労働省ホームページ
(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshho/iryouseido01/info03d.html>) において
公開されております。

関係者からの指摘事項等を踏まえて、随時、必要に応じて追記・修正等を行
っていく予定であるとのことでありますので、今後の最新版につきましては、
本ホームページをご覧くださいませよう、よろしくお願い申し上げます。

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

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19年7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。
- ◆ 「標準的な健診・保健指導プログラム」(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、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のみ「高齢者の医療の確保に関する法律」の関連政省令・告示等として整理することとしており、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康診査・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・告示等を違反しない範囲で、本書に記載のない効果的な手法等により特定健康診査・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(順次公開予定)。
- ◆ 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 集を併せて公開する予定であり、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
		サンプル	実施計画のサンプル(事例)
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	改版部分
2007/07/25	初版	

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.....	3
1-2 特定健康診査とは.....	5
1-2-1 定義.....	5
1-2-2 対象者.....	5
1-3 特定保健指導とは.....	7
1-3-1 定義.....	7
1-3-2 対象者.....	7
1-3-3 その他の保健指導.....	10
2. 特定健康診査.....	11
2-1 実施内容(健診項目).....	11
2-1-1 基本的な健診の項目.....	11
2-1-2 詳細な健診の項目.....	12
2-2 他の健診との関係.....	13
2-2-1 労働安全衛生法・学校保健法等.....	13
2-2-2 医療保険者による追加健診項目(人間ドック等).....	15
2-2-3 市町村における各種健診との関係.....	16
2-3 階層化.....	18
2-3-1 階層化.....	18
2-3-2 医療保険者による優先順位付け.....	19
2-3-3 その他(受診勧奨等).....	20
2-4 結果通知.....	22
2-4-1 結果説明.....	22
2-4-2 通知様式例.....	23
3. 特定保健指導.....	25
3-1 情報提供.....	25
3-1-1 内容等.....	25
3-1-2 制度上の位置づけ.....	25
3-2 動機付け支援.....	27
3-2-1 定義.....	27
3-2-2 内容.....	27
3-3 積極的支援.....	29
3-3-1 定義.....	29
3-3-2 内容.....	29
3-4 支援計画.....	32
3-4-1 支援計画.....	32
3-4-2 その他、支援において使用する資料類.....	34
3-5 終了.....	35
3-5-1 終了時評価.....	35
3-5-2 途中終了(脱落・資格喪失等)の取扱.....	35
3-6 保健指導の実施者.....	37
3-6-1 実施者.....	37
3-6-2 実施者への研修.....	38
3-6-3 実施者の想定数.....	38

4. 実施形態	40
4-1 医療保険者別の実施形態	40
4-1-1 単一健保・共済	40
4-1-2 総合健保・政管・国保組合等	40
4-1-3 国保	41
4-2 被保険者本人	43
4-2-1 健診	43
4-2-2 保健指導	45
4-3 被扶養者	47
4-3-1 健診	47
4-3-2 保健指導	48
5. アウトソーシング	50
5-1 委託基準	50
5-1-1 委託基準について	50
5-1-2 特定健康診査の外部委託に関する基準(告示 別表第1)	50
5-1-3 特定保健指導の外部委託に関する基準(告示 別表第2)	52
5-2 委託先の確保	56
5-2-1 委託先の検索	56
5-2-2 見積等情報照会	57
5-3 契約	60
5-3-1 標準的な契約書	60
5-3-2 契約単価の設定	60
5-3-3 再委託の条件	61
5-3-4 個人情報の保護	63
5-3-5 スケジュール	63
5-4 請求・決済	64
5-4-1 請求・決済の回数	64
5-4-2 請求・決済額の算定方法	64
5-4-3 請求・決済の方法	65
5-4-4 請求・決済の頻度	66
5-4-5 決済失敗時の取扱	67
5-5 重要事項に関する規程	69
5-5-1 運営についての重要事項に関する規程	69
5-5-2 規程の概要	69
5-5-3 概要の公開・更新	71
5-6 健診・保健指導機関番号	72
5-6-1 番号とは	72
5-6-2 番号取得申請	73
5-7 委託先機関の評価	77
5-7-1 委託基準の遵守状況の確認	77
5-7-2 基準を満たさない機関が判明した場合の対応	77
5-7-3 委託先の評価	79
6. 集合契約	80
6-1 集合契約とは	80
6-1-1 背景・必要性	80
6-1-2 定義	80
6-1-3 契約条件等の標準化	81
6-2 集合契約のパターン	82
6-2-1 国保の実施機関(地区医師会・直診・一般衛生等)	82

6-2-2 全国的な機関グループ	84
6-2-3 その他(地域グループ等)	84
6-2-4 成立に向けた手順	85
6-2-5 成立に必要な注意点	86
6-3 代表保険者・契約代表者	89
6-3-1 選定	89
6-3-2 主な役割	89
6-4 受診券・利用券	90
6-4-1 定義	90
6-4-2 主な役割・目的	90
6-4-3 様式	91
6-4-4 作成上の注意事項	92
6-4-5 発券時期・有効期限	95
6-4-6 対象者への送付	96
6-4-7 健診・保健指導機関窓口での取り扱い	97
6-4-8 受診券・利用券情報の管理・登録	99
6-4-9 代行機関窓口での取り扱い	100
7. 健診・保健指導データ	102
7-1 標準的なデータファイル仕様	102
7-1-1 必要性	102
7-1-2 仕様のイメージ・構成	102
7-1-3 保健指導における電子データ化の範囲	105
7-1-4 追加健診項目のサポート範囲	107
7-1-5 データ作成・管理のシステム	108
7-2 データ	110
7-2-1 標準的なデータファイル仕様での送付義務	110
7-2-2 紙データの取り扱い	110
7-2-3 データ作成者	111
7-2-4 他の医療保険者からのデータ受領	112
7-2-5 事業主等からのデータ受領	112
7-3 データの流れ	116
7-3-1 基本的な流れ	116
7-3-2 その他の流れ	117
7-3-3 医療保険者間のデータ移動	117
7-4 データの保管・活用	119
7-4-1 データの適切な保管	119
7-4-2 保管年限と保管後の取り扱い	122
7-4-3 データの効果的な活用	123
8. 代行機関	125
8-1 代行機関とは	125
8-1-1 定義	125
8-1-2 分類	125
8-1-3 自由参入	126
8-2 代行機関の機能・サービス	127
8-2-1 主な機能	127
8-2-2 その他のサービス	128
8-2-3 利用に向けた手続き等の流れ	129
8-2-4 処理スケジュール(支払基金の場合)	129

8-2-5 事務手数料.....	130
8-3 代行機関が満たすべき要件.....	131
8-3-1 セキュリティ要件.....	131
8-3-2 基本的な業務要件.....	132
8-3-3 マスター類等の共同管理.....	133
8-3-4 代行機関番号の取得.....	134
8-3-5 ホームページ等への情報公開.....	134
9. 基本指針・実施計画.....	136
9-1 特定健康診査等基本指針.....	136
9-1-1 特定健康診査等基本指針とは.....	136
9-1-2 基本指針の構成等.....	136
9-2 特定健康診査等実施計画.....	138
9-2-1 実施計画とは.....	138
9-2-2 具体的に記載すべき事項.....	139
9-2-3 計画作成のスケジュール.....	140
10. 後期高齢者支援金.....	141
10-1 基本的な仕組み.....	141
10-1-1 後期高齢者支援金とは.....	141
10-1-2 加算・減算の考え方.....	141
10-1-3 支援金の評価基準.....	143
10-2 評価指標の定義.....	144
10-2-1 特定健康診査の実施率.....	144
10-2-2 特定保健指導の実施率.....	144
10-2-3 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.....	144
10-3 評価指標の活用方法.....	147
10-3-1 考え方.....	147
10-3-2 主な論点.....	147

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 見積書サンプル
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

※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。また、上記資料のうち検討中で公開が遅れたものについては検討が済み次第、順次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

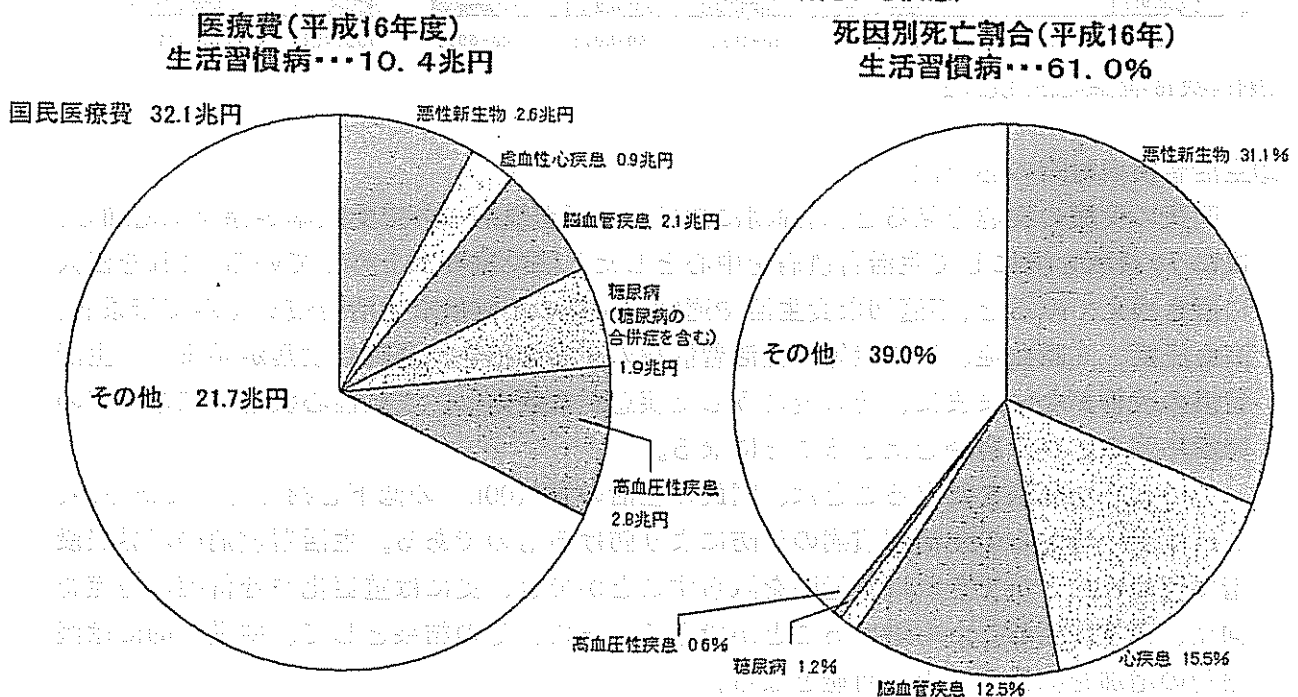
①生活習慣病の有病者及び予備群の状況

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、高脂血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(内臓脂肪症候群)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、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、高脂血症等の発症、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)

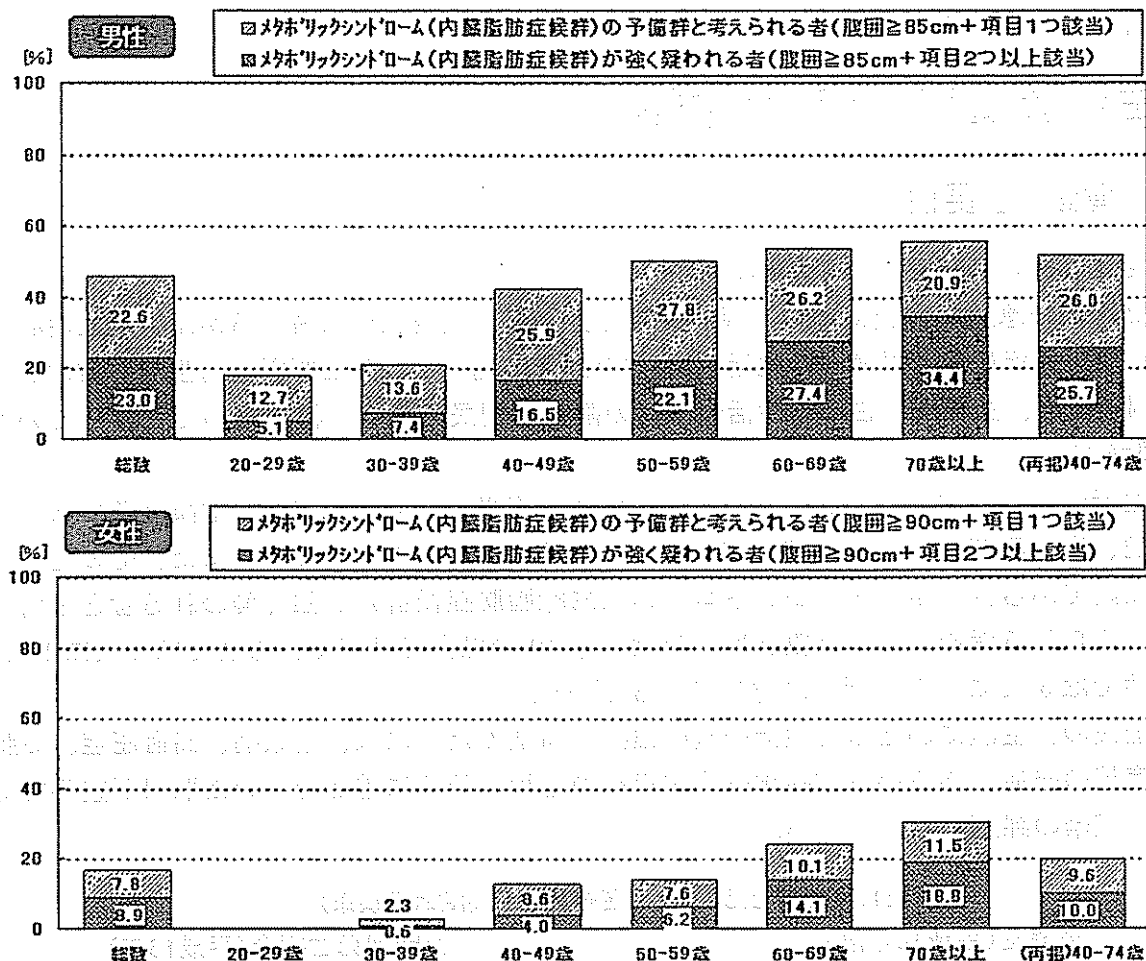


(注)国民医療費(平成16年度)、わが国の慢性疾患療法の現況(2004年12月31日)等により作成

(注)人口動態統計(平成16年)により作成

*生活習慣病としては、上記グラフにあるようにがん(悪性新生物)も大きなウェイトを占めているが、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おり、医療費適正化においては、糖尿病等の生活習慣病に着目することとなっている。

図表2:メタリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の状況(20歳以上)



資料:平成16年国民健康・栄養調査

②生活習慣病対策の必要性

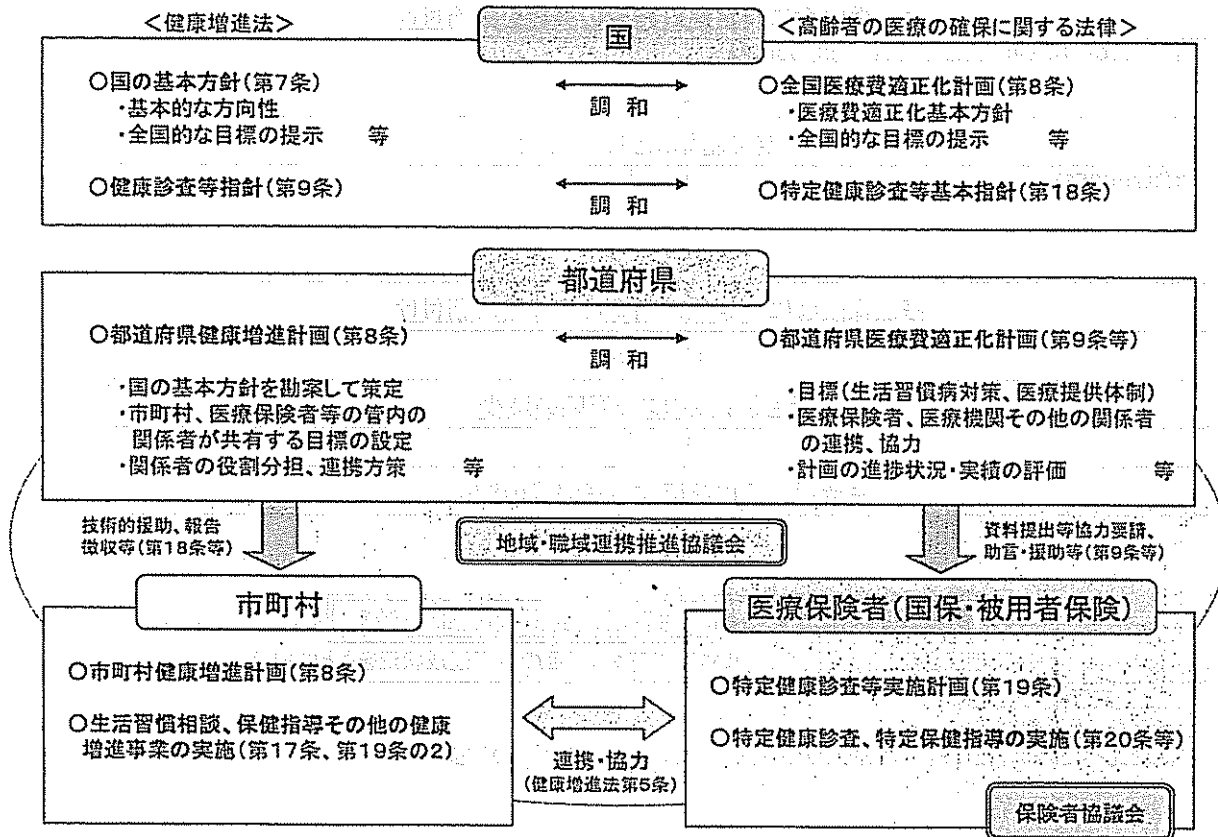
国民の受療の実態を見ると、高齢期に向けて生活習慣病の外来受療率が徐々に増加し、次に75歳頃を境にして生活習慣病を中心とした入院受療率が上昇している。これを個人に置き換えてみると、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣がやがて糖尿病、高血圧症、高脂血症、肥満症等の生活習慣病の発症を招き、通院し投薬が始まり、生活習慣の改善がないままに、その後こうした疾患が重症化し、虚血性心疾患や脳卒中等の発症に至るといった経過をたどることになる。

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、今回の医療構造改革においては、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、特定健康診査・特定保健指導の実施義務を担うこととなった。

図表3:各関係主体による生活習慣病対策の推進



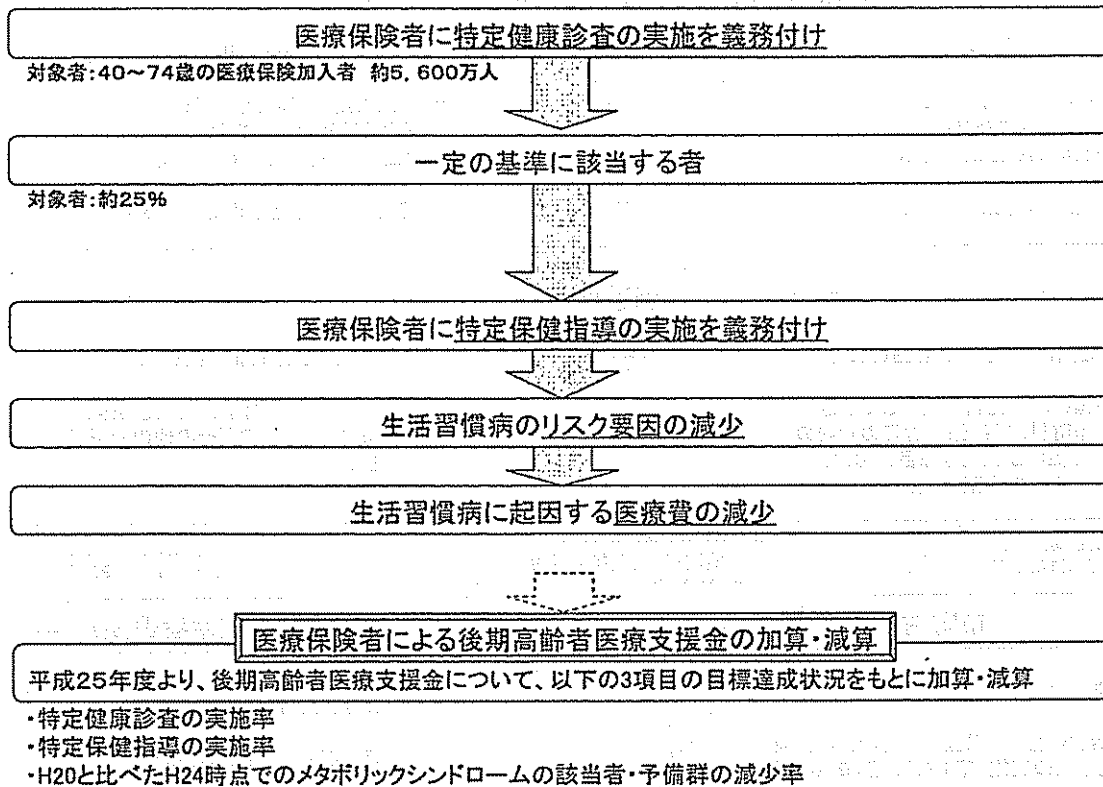
1-1-2 医療保険者による生活習慣病対策

①概要

医療構造改革における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、内臓脂肪型肥満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）の実施を義務づけることとなった。

- 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: 特定健康診査・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: 特定健康診査・特定保健指導の基本的な考え方

	これまでの健診・保健指導		これからの健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導	最新の科学的知識と、課題抽出のための分析 ↓ 行動変容を促す手法	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）は、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、内臓脂肪型肥満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 歳となる者*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・脱退等異動のない者）。

なお、妊娠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、長期入院等告示で規定）は、上記対象者から除く（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考えられる。

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）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主健診等）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

*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。

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中頃（11月初めとなる見込み）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、実施年度中に40～74歳となる者で、年度途中での加入・脱退等の異動がなく、かつ除外規定に該当すると確定*（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べき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主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	○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	○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。

* 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

平成 20 年 4 月から、医療保険者（国保・被用者保険）は、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 以上の者のうち、血糖（空腹時血糖が 100mg/dl 以上、HbA1c が 5.2%以上）・脂質（中性脂肪 150mg/dl 以上、HDL コレステロール 40mg/dl 以下）・血圧（収縮期 130mmHg、拡張期 85mmHg 以上）に該当する者（糖尿病、高血圧症又は高脂血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	
	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	あり なし	積極的 支援	動機付け 支援
	1 つ該当			
上 記 以 外 で BMI ≥ 25	3 つ該当	あり なし	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、健診結果データに基づき、特定保健指導を勧めるのか、医療機関への受療を勧めるのかを判断する必要がある。

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）特定健康診査実施対象者数に、想定受診者数（目標としている想定実施率を乗じることにより算出する医療保険者実施分＋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健診データ等から類推できる場合はそれを使用し推計することが望ましいが、参照できるデータ類を持ち合わせていない場合は、時間・労力・費用を要するアンケート調査等を行ってまで把握する必要はなく、健診結果データが集まるまで（平成21年度には平成20年度実施分の健診結果データが全て揃う）は差し当たり全国標準値の発生率（次の図表）を使用^{*}し、データが集まり次第医療保険者独自の発生率にて算出し直せばよい。

図表7:特定保健指導の対象者の発生率(全国)

		動機付け支援	積極的支援	合 計
男性	40-64歳	11.8 %	24.6 %	36.4 %
	65-74歳	27.6 %	—	27.6 %
	40-74歳	15.5 %	18.8 %	34.3 %
女性	40-64歳	10.2 %	6.0 %	16.2 %
	65-74歳	15.2 %	—	15.2 %
	40-74歳	11.5 %	4.5 %	16.0 %
合計	40-64歳	11.0 %	15.2 %	26.2 %
	65-74歳	21.0 %	—	21.0 %
	40-74歳	13.4 %	11.5 %	24.9 %

注)平成16年度国民健康・栄養調査及びメタボリックシンドローム対策総合戦略事業から推計
注)特定保健指導対象者の割合は、対象集団によって異なるため、各医療保険者等は、対象集団の健診データを用いて、推計を行う必要がある。

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中頃（11月初めとなる見込み）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。

^{*} 使用する場合は、予想健診受診者数全体に「40-74歳」の割合を乗じるよりも、予想健診受診者数を「40-64歳」「65-74歳」に分け、それぞれの割合を使用する方がよい（より実態を反映するので）。なお、「40-64歳」「65-74歳」に分けて算出し合算した数と「40-74歳」にまとめて算出した数とが合わないことが起こりうるが、この推定発生率は日本の全人口での推計を行ったものであり、母集団の人口構成比が日本の全人口と同じ集団でなければ一致しない構造になっていることに起因する。

④服薬中（受療中）の者の取り扱い

対象者の抽出（階層化）の定義において、糖尿病、高血圧症又は高脂血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^{*}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であるが、レセプトが完全オンライン化（平成 23 年度を予定）されていれば、特定健康診査を実施する前に生活習慣病に関する疾患等で受療している者を抽出し除外することが可能であるが、それまでの間は、特定健康診査における質問票にて抽出せざるを得ない（その他に、レセプト電子データやテキストデータの傷病名より一部抽出・活用することも考えられる）。

⑤糖尿病、高血圧症、高脂血症以外の疾病等で医療機関を受療中の者の取り扱い

糖尿病、高血圧症、高脂血症以外の疾病で医療機関を受療中の者や、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（医療保険者はレセプトをチェックしない限り受療中の有無を判別できないためレセプトの完全オンライン化までは対象者本人の判断に依存せざるをえない）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服薬（受療）を開始した者の取り扱い

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、その後状態等の急変や悪化等により服薬等を始めていた場合についても、服薬指導を行っている医師と十分に連携し、医師による服薬指導とするのか、それをやめて特定保健指導と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服薬（受療）を開始した者の取り扱い

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、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

^{*} 別途重複して保健指導を実施した場合、医療保険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。

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り扱いであるが、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）を開始した者の取り扱い

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（例えば、医療機関受療中だが医師の指示通り治療・服薬等行っていない者、服薬の開始間もない者で継続的な服用を防げそうな者等）、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)

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（基本的な健診の項目）としては、次の項目となる。

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。

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、その場合は検査不能という扱いでも差し支えない。

原則として、上記に示した例外事項以外は認めない（全ての検査項目を受診していない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。

図表8: 基本的な健診の項目

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)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、体重及び腹囲の測定	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 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認める時は、省略可 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	$BMI = \text{体重(kg)} \div \text{身長(m)}^2$ の 2 乗
血圧の測定	
肝機能検査	血清グルタミンクオキサロアセチクトランスアミナーゼ(GOT) 血清グルタミンピルビクトランスアミナーゼ(GPT) ガンマーグルタミルトランスぺプチダーゼ(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)
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（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ページの図表8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。そのため（基準に該当するというだけでは不十分なため）にも、判断理由を明記することが必要である。

図表9: 詳細な健診の項目(医師の判断による追加項目)

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、血圧及び肥満の全てについて、次の基準に該当した者 <table border="1"> <tr> <td>血糖</td><td>空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、HbA1c が 5.2%以上</td></tr> <tr> <td>脂質</td><td>中性脂肪 150mg/dl 以上、または HDL コレステロール 40mg/dl 未満</td></tr> <tr> <td>血圧</td><td>収縮期 130mmHg、または拡張期 85mmHg 以上</td></tr> <tr> <td>肥満</td><td>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)、または腹囲が 85cm 未満(男性) 90cm 未満(女性)の者で BMI が 25 以上の者</td></tr> </table>	血糖	空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、HbA1c が 5.2%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	血圧	収縮期 130mmHg、または拡張期 85mmHg 以上	肥満	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)、または腹囲が 85cm 未満(男性) 90cm 未満(女性)の者で BMI が 25 以上の者
血糖	空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、HbA1c が 5.2%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								
血圧	収縮期 130mmHg、または拡張期 85mmHg 以上								
肥満	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)、または腹囲が 85cm 未満(男性) 90cm 未満(女性)の者で BMI が 25 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「事業主健診」と表記）等他の法令に基づき行われる健康診断（学校保健法第8条に基づく職員の健康診断、介護保険法第135条の38の地域支援事業における生活機能評価等が考えられる）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、引き続き事業主健診の実施義務を有する。

よって、医療保険者は、事業者から事業主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、医療保険者が事業主健診の実施委託を受ける場合は、事業主健診部分の実施費用は事業主負担となる。

＜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

事業主健診や学校保健法の健診項目は、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・聴力等の事業主健診独自の項目がある（図表9）。

医療保険者は、事業主健診の結果データを受領することから、事業主健診や学校保健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、事業主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、事業主・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10: 他の健診の項目

	高齢者医療確保法	労働安全衛生法	学校保健法	項目名
身体計測	☐	☐	☐	身長
	☐	☐	☐	体重
	☐	☐	☐	BMI
	☐	☐	☐	腹囲
	☐	☐	☐	業務歴
	☐	☐	☐	既往歴
	☐	☐	☐	自覚症状
	☐	☐	☐	他覚症状
血圧等	☐	☐	☐	血圧(収縮期/拡張期)
生化学検査	☐	☐	☐	中性脂肪
	☐	☐	☐	HDLコレステロール
	☐	☐	☐	LDLコレステロール
	☐	☐	☐	AST(GOT)
	☐	☐	☐	ALT(GPT)
	☐	☐	☐	γ-GT(γ-GTP)
血糖検査	☒	☒	☒	空腹時血糖*
	☒	☒	☒	HbA1c
尿検査	☐	☐	☐	尿糖
	☐	☐	☐	尿蛋白
血液学検査	☐			ヘマトクリット値
	☐	☐	☐	血色素量[ヘモグロビン値]
	☐	☐	☐	赤血球数
生理学検査	☐	☐	☐	心電図
		☐	☐	胸部エックス線検査
		☐	☐	喀痰検査
		☐	☐	(ガフキー)
		☐	☐	上部消化管エックス線
		☐	☐	視力
		☐	☐	聴力
	☐			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
				PSA(前立腺特異抗原)
医師の判断	☐	☐	☐	医師の診断(判定)
		☐	☐	医師の意見
質問票	☐			服薬
	☐	☐		既往歴
	☐			貧血
	☐			喫煙
	☐			20歳からの体重変化
	☐			30分以上の運動習慣

* 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(事業主健診)結果を受領する場合で、事業主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、事業主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	学校保健法	項目名
	○			歩行又は身体活動
	○			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

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

医療保険者による保健事業として、独自に健診項目を設定し実施しており、平成 20 年度以降についても引き続き実施する場合、特定健康診査の実施に併せて行うことが現実的である。

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する。但し、被用者保険の被保険者の場合は、事業主健診が優先されることから、事業主健診の実施時に同時に受診できるよう、事業主に上乘せ項目の実施を委託するか、事業主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（事業主から事業主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で、集合契約によって実施体制を構築する場合は、集合契約の契約書及び受診券に上乘せ健診項目や自己負担等を明記し、受診者が訪れた健診機関が当該項目を実施可能な場合のみ*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、平成 20 年度以降についても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包含されていれば、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、

* 受診者が訪れた健診機関が当該項目を実施できない場合は、特定健康診査の項目のみの実施となるが、そのような取扱い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ことが必要である。

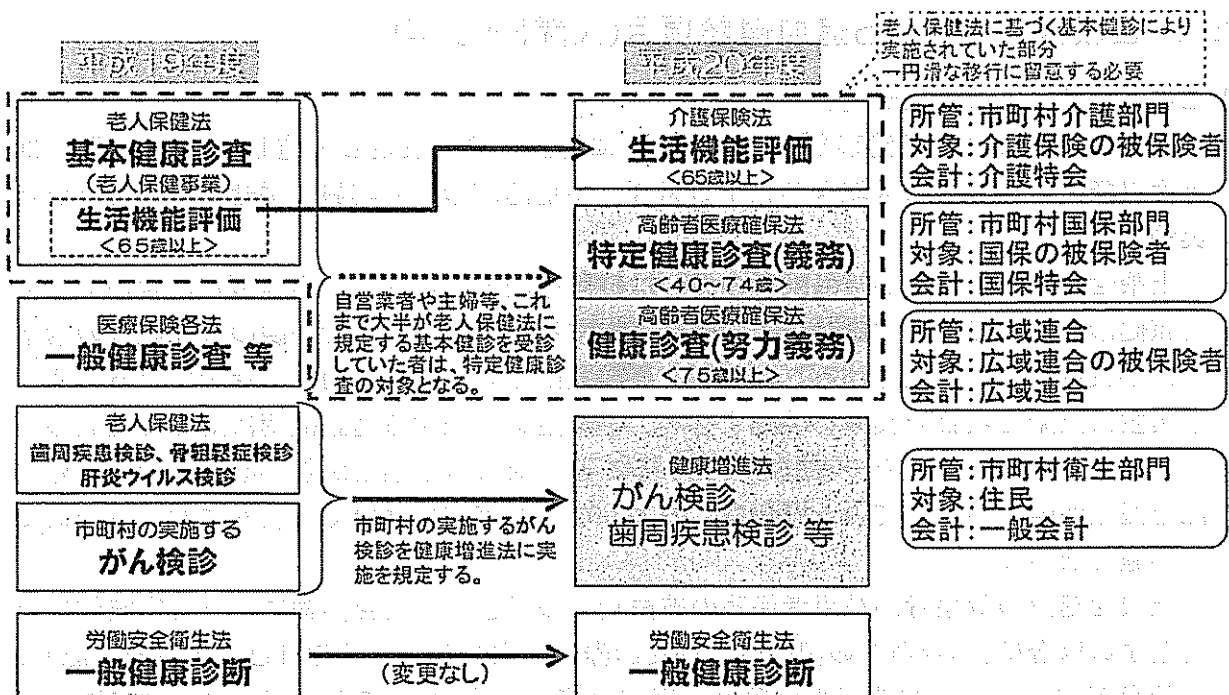
集合契約でも対応できるよう、契約関係者間での項目・単価の標準化に向けた整理が必要である。

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）

平成19年度までは、老人保健法を中心に、住民を対象にした各種の健診（検診）がまとまって実施されている市町村が少なくないが、平成20年度からは、各々の健診（検診）の実施責任者と実施対象者、会計が以下のように分かれることに注意が必要である。

図表11：市町村における各種健診(検診)



②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。

③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	○国保の特定健康診査の実施に合わせ、生活機能評価等他の健診を同時実施 ○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）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、同様に同時実施が可能 ○被用者保険の被保険者は、事業主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	○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）。

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・予備群の判定基準（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結果（該当者／予備群／非該当／判定不能）となる）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敢えて含めず、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（や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（該当者／予備群／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、事業主等データの提供元（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（比較的若い時期（65 歳未満）に生活習慣の改善を行った方が効果が高い等）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。

^{*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、国保ベースの集合契約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。

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、予算制約等により優先度の高い者のみ実施するだけではメタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率という目標は達成できるものの、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＞

3) 保健指導の対象者の優先順位の付け方の基本的な考え方

今後は、保健指導対象者の増加が予測されること、さらに糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%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、保健指導対象者に優先順位をつけて、最も必要な、そして効果のあが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付け方としては、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3) 質問項目（標準的な質問票7～19番）の回答により、生活習慣改善の必要性が高い対象者
- 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(受診勧奨等)

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。

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3章＞

(2) 保健指導対象者の選定と階層化の方法

4) その他

健診結果の通知

医療保険者は、健診結果について、異常値を示している項目、異常値の程度、異常値が持つ意義等について、わかりやすく受診者に通知する必要がある。

その際、健診機関は、別紙5に示す判定基準に、機械的に受診者の健診結果を判定値に当てはめるのではなく、検査結果の持つ意義（例：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に影響を受けること、血糖値については受診勧奨判定値を超えていれば直ちに医療機関を受診する必要があること）、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医師が判断し、受診者に通知することが重要である。

また、受診勧奨判定値を超えた場合でも、軽度の高血圧（収縮期血圧 140～159mmHg、拡張期血圧 90～99mmHg）等であれば、服薬治療よりも、生活習慣の改善を優先して行うことが一般的である。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。

2-4 結果通知

2-4-1 結果説明

①健診結果の通知方法

特定健康診査の結果は、本人に知らせ、自らの健康状態を把握させる必要がある。この知らせる方法としては、結果通知表（個人票）の手交あるいは送付が考えられる。

受診者本人の利便性等を考えた場合、手交は受診時と手交時の2回足を運ぶ手間が本人に生じる（血液検査の結果が会場で即時に出る場合は受診時に結果通知が行えるため全て完結するが、そのような機関は多くはない）ことから、多くは送付という形になると想定される。

②対面での説明

結果通知表（個人票）を本人に手交できる場合は、貴重な機会であることから、ただ渡すだけではなく、検査値や問診結果を踏まえた解説・助言等が為されることが望ましい。

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いう手間が生じ、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多いこと（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、事業主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12: 特定健康診査受診結果通知表(様式例)

(表面)

特定健康診査受診結果通知表

フリガナ	生年月日	年 月 日	受診年月日	年 月 日
氏 名	性別/年齢	男女	特定健康診査受診番号	

既往歴	
現在病	受診歴
既往病状	
他 既往病	

項 目	測定値	年 月 日	年 月 日	年 月 日
身体計測	身長 (cm)			
	体重 (kg)			
	BMI (kg/m ²)			
	BMI (kg/m ²)			
血 圧	収縮期血圧 (mmHg)			
	拡張期血圧 (mmHg)			
血中脂質値	中性脂肪 (mg/dl)			
	HDL-コレステロール (mg/dl)			
尿検査	尿糖			
	尿蛋白			
尿検査	尿糖			
	尿蛋白			
尿検査	尿糖			
	尿蛋白			

(裏面)

赤血球数 (G/dl)				
血色素量 (%)				
ヘマトクリット値 (%)				
心電図	所 見			
眼底検査	所 見			

ポリリクワンテローム判定				
--------------	--	--	--	--

医師の判断	
判読した医師の氏名	

- (注)
- この通知は、日本工業規格JIS A4とすること。
 - 「性別」の欄は、印刷して文字を挿入すること。
 - 「年齢」の欄は、印刷して文字を挿入すること。
 - 「受診年月日」の欄は、「年」を印刷して文字を挿入すること。
 - 「特定健康診査受診番号」の欄は、「年」を印刷して文字を挿入すること。

②様式と健診データファイル

様式例の記載項目は、健診データファイルに記録すべき項目と完全一致しており、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

合もあり得る)。

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）。

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い様式で通知されることが望ましい。

氏名	性別	年齢	健康保険番号	健診機関	健診結果
山田 太郎	男	45	12345678901234567890	健康診断センター	健康
田中 花子	女	38	98765432109876543210	健康診断センター	健康
佐藤 一郎	男	52	56789012345678901234	健康診断センター	健康
鈴木 美咲	女	28	34567890123456789012	健康診断センター	健康
高橋 健太	男	41	23456789012345678901	健康診断センター	健康
中村 由美	女	35	12345678901234567890	健康診断センター	健康
小林 大輔	男	30	01234567890123456789	健康診断センター	健康
渡辺 真由	女	25	90123456789012345678	健康診断センター	健康
森田 拓也	男	22	89012345678901234567	健康診断センター	健康
水野 莉奈	女	20	78901234567890123456	健康診断センター	健康

氏名	性別	年齢	健康保険番号	健診機関	健診結果
山田 太郎	男	45	12345678901234567890	健康診断センター	健康
田中 花子	女	38	98765432109876543210	健康診断センター	健康
佐藤 一郎	男	52	56789012345678901234	健康診断センター	健康
鈴木 美咲	女	28	34567890123456789012	健康診断センター	健康
高橋 健太	男	41	23456789012345678901	健康診断センター	健康
中村 由美	女	35	12345678901234567890	健康診断センター	健康
小林 大輔	男	30	01234567890123456789	健康診断センター	健康
渡辺 真由	女	25	90123456789012345678	健康診断センター	健康
森田 拓也	男	22	89012345678901234567	健康診断センター	健康
水野 莉奈	女	20	78901234567890123456	健康診断センター	健康

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。

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、健診結果と同時に実施する。

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・形態

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。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。

主な実施形態・手段としては、健診結果の送付に併せて情報提供用紙を送付するか、職域等で日常的にITが活用されていれば個人用情報提供画面を利用することも考えられる。

3-1-2 制度上の位置づけ

①位置づけ

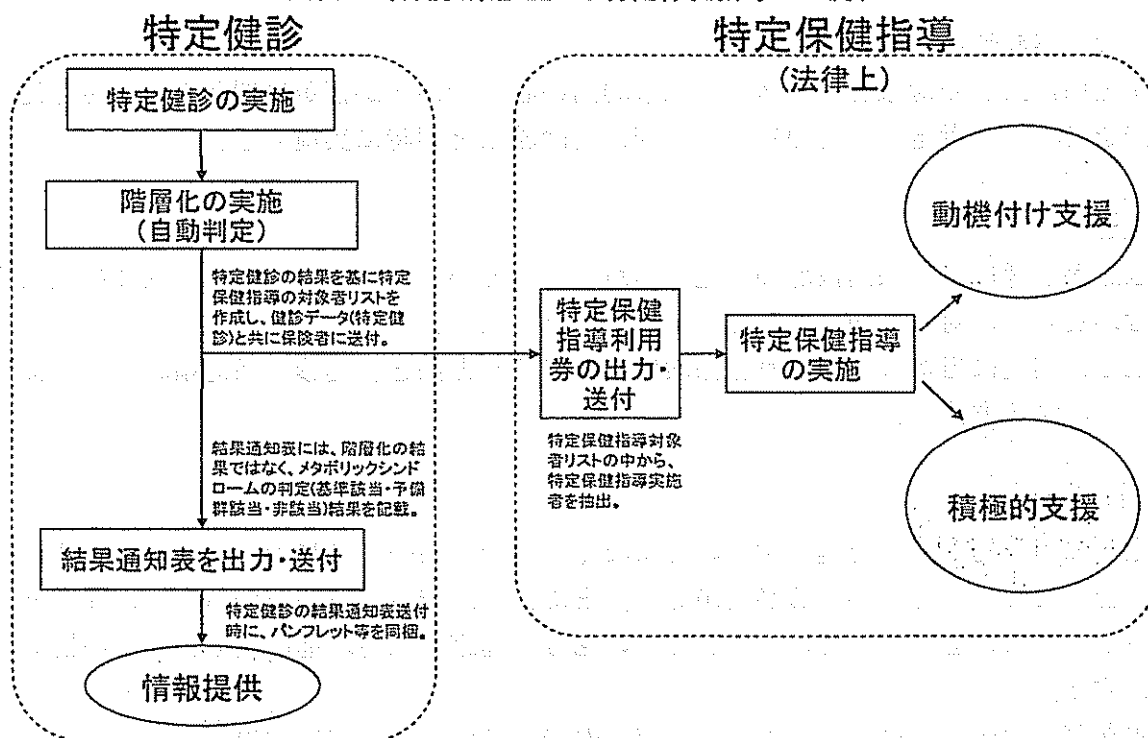
「標準的な健診・保健指導プログラム」における保健指導は、情報提供から積極的支援までの3種類と定義されているが、以下の理由から、高齢者の医療の確保に関する法律でいう「特定健康診査」は、特定健康診査の実施から結果説明、階層化、情報提供（保健指導における）までの範囲を表す用語とし、「特定保健指導」は、動機付け支援及び積極的支援を表す用語と整理する。

○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%になってしまう問題もあること
- 特定健診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分からない場合は、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、事業主に送付)こととなる。

3-2 動機付け支援

3-2-1 定義

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、厚生労働大臣が定める方法により、医師、保健師又は管理栄養士の面接による指導のもとに行動計画を策定し、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が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とともに、当該計画の策定の日から6ヶ月以上経過後における当該計画を策定した者による当該計画の実績に関する評価を行う保健指導をいう。

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。

支援期間は初めの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すべき点等を自覚し、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は以下の通り。

- 生活習慣と健診結果の関係の理解や生活習慣の振り返り、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識と対象者本人の生活が及ぼす影響、生活習慣の振り返り等から生活習慣改善の必要性を説明すること。
- 生活習慣を改善するメリットと現在の生活を続けるデメリットについて説明すること。
- 食事、運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導をすること。
- 対象者の行動目標や評価時期の設定を支援するとともに、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。
- 生活習慣を振り返ること、行動目標や評価時期について話し合うこと。
- 対象者とともに行動目標及び行動計画を作成すること。（様式は後述）

④実績評価

面接または通信等（電子メール、電話、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、双方向のやり取りを行い、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は以下の通り。

- 個々の対象者に対する特定保健指導の効果に関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、身体状況や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6ヶ月经過前に評価時期を設定し、対象者が自ら評価するとともに、6ヶ月经過後に特定保健指導実施者による評価を行うこと。

* 標準的な電子データファイル仕様における保健指導データファイルには、6ヵ月後の評価時の腹囲、体重、血圧（収縮期、拡張期）、生活習慣の改善（食生活、運動、喫煙）が記録項目となっている。

3-3 積極的支援

3-3-1 定義

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、厚生労働大臣が定める方法により、医師、保健師又は管理栄養士の面接による指導のもとに行動計画を策定し、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が生活習慣の改善のための取組に資する働きかけを相当な期間継続して行うとともに、当該計画の進捗状況に関する評価及び当該計画の策定の日から6ヶ月以上経過後における当該計画を策定した者による当該計画の実績に関する評価を行う保健指導をいう。

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支援内容のポイント

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調査の結果を踏まえ、対象者の生活習慣や行動変容の状況を把握し、当該年度及び過去の特定健康診査の結果等を踏まえ、対象者自らが自分の身体に起こっている変化を理解できるよう促すこと。

対象者の健康に関する考え方を受け止め、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対象者が選択できるように支援すること。

対象者が具体的に達成可能な行動目標について、優先順位をつけながら、対象者と一緒に考え、対象者自身が選択できるように支援すること。

支援を行う者は、対象者が行動目標を達成するために必要な支援計画を立て、行動を継続できるように定期的かつ継続的に介入すること。

積極的支援を終了する時には、対象者が改善した行動を継続するように意識づけを行う必要があること。

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は、動機付け支援と同様（3-2-2③参照）。

* 3ヶ月以上の継続的な支援の途中で、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。

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 の方法で 160 ポイント以上、支援 B の方法で 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を最低条件とする。

また、支援 A の方法を支援 B の方法に、又は支援 B の方法を支援 A の方法に代えることはできない。

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	○生活習慣を振り返ること、行動計画の実施状況を踏まえ、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実践的な指導をすること。 ○進捗状況に関する評価として、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。	
	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て行う ○初回時の面接支援の際に作成した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実施	
	ポイント算定要件	個別支援	○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分間以上 ○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	○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分間以上 ○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	○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分間以上会話 ○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	○1往復を1単位（1単位＝40ポイント） ○1往復＝保健指導実施者と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	○行動計画の実施状況の確認及び行動計画により確立された行動を維持するために賞賛や奨励を行うものとする。	
	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て行う ○初回時の面接支援の際に作成した行動計画の実施状況を確認し、励ましや賞賛を行う	
	ポイント算定要件	個別支援	○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分間以上 ○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	○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分間以上会話 ○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	○1往復を1単位（1単位＝5ポイント） ○1往復＝保健指導実施者と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

1日に1回の支援のみをポイントの算定対象とする。また、同日に複数の支援を行った場合、いずれか1つの支援形態のみをポイントの算定対象とする。

特定保健指導と直接関係のない情報（次回の約束や雑談等、保健指導に関する専門的知識及び技術を有する必要がある情報をいう）のやりと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、行動計画表の作成及び提出を依頼するための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

面接または通信等（電子メール、電話、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、双方向のやり取りを行い、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・支援等の内容を取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、当面、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すべき内容であることから、どのようなレイアウトであれ、網羅しておくことが必要である。

③データファイル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上で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（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についてデジタル化しても差し支えないが、面接時に実施者が対象者と会話をしながら紙への手書き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ことから、全項目がデジタル化されている場合、全てを面接後に入力するか、手書きではなく入力しながら面接するかが必要となり、いずれも負担が少なくない。

よって、このような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

2 ページ目

特定保償標準償付金及び支払割合表(四)

1 保険契約者名 氏名 住所

2 保険会社 保険会社名

3 補償対象項目(特約一付録標準償付金) 補償対象項目 補償対象項目(特約)

4 補償内容 補償内容 補償内容

5 補償額(円) 補償額(円)

6 補償額(円) 補償額(円)

7 補償額(円) 補償額(円)

8 補償額(円) 補償額(円)

9 補償額(円) 補償額(円)

10 補償額(円) 補償額(円)

11 補償額(円) 補償額(円)

12 補償額(円) 補償額(円)

13 補償額(円) 補償額(円)

14 補償額(円) 補償額(円)

15 補償額(円) 補償額(円)

16 補償額(円) 補償額(円)

17 補償額(円) 補償額(円)

18 補償額(円) 補償額(円)

19 補償額(円) 補償額(円)

20 補償額(円) 補償額(円)

21 補償額(円) 補償額(円)

22 補償額(円) 補償額(円)

23 補償額(円) 補償額(円)

24 補償額(円) 補償額(円)

25 補償額(円) 補償額(円)

26 補償額(円) 補償額(円)

27 補償額(円) 補償額(円)

28 補償額(円) 補償額(円)

29 補償額(円) 補償額(円)

30 補償額(円) 補償額(円)

31 補償額(円) 補償額(円)

32 補償額(円) 補償額(円)

33 補償額(円) 補償額(円)

34 補償額(円) 補償額(円)

35 補償額(円) 補償額(円)

36 補償額(円) 補償額(円)

37 補償額(円) 補償額(円)

38 補償額(円) 補償額(円)

39 補償額(円) 補償額(円)

40 補償額(円) 補償額(円)

41 補償額(円) 補償額(円)

42 補償額(円) 補償額(円)

43 補償額(円) 補償額(円)

44 補償額(円) 補償額(円)

45 補償額(円) 補償額(円)

46 補償額(円) 補償額(円)

47 補償額(円) 補償額(円)

48 補償額(円) 補償額(円)

49 補償額(円) 補償額(円)

50 補償額(円) 補償額(円)

51 補償額(円) 補償額(円)

52 補償額(円) 補償額(円)

53 補償額(円) 補償額(円)

54 補償額(円) 補償額(円)

55 補償額(円) 補償額(円)

56 補償額(円) 補償額(円)

57 補償額(円) 補償額(円)

58 補償額(円) 補償額(円)

59 補償額(円) 補償額(円)

60 補償額(円) 補償額(円)

61 補償額(円) 補償額(円)

62 補償額(円) 補償額(円)

63 補償額(円) 補償額(円)

64 補償額(円) 補償額(円)

65 補償額(円) 補償額(円)

66 補償額(円) 補償額(円)

67 補償額(円) 補償額(円)

68 補償額(円) 補償額(円)

69 補償額(円) 補償額(円)

70 補償額(円) 補償額(円)

71 補償額(円) 補償額(円)

72 補償額(円) 補償額(円)

73 補償額(円) 補償額(円)

74 補償額(円) 補償額(円)

75 補償額(円) 補償額(円)

76 補償額(円) 補償額(円)

77 補償額(円) 補償額(円)

78 補償額(円) 補償額(円)

79 補償額(円) 補償額(円)

80 補償額(円) 補償額(円)

81 補償額(円) 補償額(円)

82 補償額(円) 補償額(円)

83 補償額(円) 補償額(円)

84 補償額(円) 補償額(円)

85 補償額(円) 補償額(円)

86 補償額(円) 補償額(円)

87 補償額(円) 補償額(円)

88 補償額(円) 補償額(円)

89 補償額(円) 補償額(円)

90 補償額(円) 補償額(円)

91 補償額(円) 補償額(円)

92 補償額(円) 補償額(円)

93 補償額(円) 補償額(円)

94 補償額(円) 補償額(円)

95 補償額(円) 補償額(円)

96 補償額(円) 補償額(円)

97 補償額(円) 補償額(円)

98 補償額(円) 補償額(円)

99 補償額(円) 補償額(円)

100 補償額(円) 補償額(円)

3 ページ目

[illegible][illegible]

・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。

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。

また、保健指導の内容に関連性は多少薄くなるが、この他に、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、以下のやり取りは、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*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。

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

* 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 でのやり取りが望ましい（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）。

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いとする必要はない。

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
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24年度まで		◎	◎
専門的知識及び技術を有する者			◎

①保健指導事業の統括者

常勤の医師・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ヵ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24年度末までの経過措置として、上記の3職種に加え、「一定の保健指導の実務経験を有する看護師」も可とする。これは既に産業保健の現場において、事業主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。

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ヵ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、及び一定の保健指導の実務経験を有する看護師（平成24年度末まで）が行わなければならない。

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。

④専門的知識及び技術を有すると認められる者とは

食生活に関する実践的指導における「食生活に関する専門的知識及び技術を有する者」は告示にて定める予定である（告示に定めた研修の受講者等とする見込み）が、具体的には、標準的な健診・保健指導プログラムにも例示されているような、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 年健康保持増進のための指針公示第 1 号。以下「THP 指針」）に基づく産業栄養指導担当者や、産業保健指導担当者等を含める方向である。

運動に関する実践的指導における、「運動に関する専門的知識及び技術を有する者」についても同様に、THP 指針に基づく運動指導担当者や、産業保健指導担当者等を告示にて含める方向である。

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、「標準的な健診・保健指導プログラム」においては、「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。

3-6-3 実施者の想定数

特定保健指導の実施者（指導者）は、医師・保健師・管理栄養士が中心となって担うことから、これらの職にある者が、平成 20 年度以降、全国各地にて特定保健指導の対象者数に見合う数が確保されなければならない。

実施者（医師・保健師・管理栄養士）は現状で次表のような数となっている。潜在（在宅）の者や毎年の新規登録者の数が相当数期待されること、また、現在市町村にて老健事業に従事する保健師の一部が、特定保健指導へシフト可能^{*3}であることを考慮すると、当面の実施者の確保は可能であると考えられる。

^{*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} 3-6-1 に整理した実施できる者と一定の研修との関係はないことに注意。実施できる者における「専門的知識及び技術を有すると認められる者」とは告示等において規定される者であり、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「専門的知識及び技術を有すると認められる者」となる訳ではない。逆に言えば、必ずしも一定の研修を修了していなくとも、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）。

^{*3} 市町村によるが、特に小規模の市町村においては、以前から保健師数が十分に足りていない可能性があること、また国保部門（あるいは集合契約で引き受ける被用者保険の加入者である住民）の特定保健指導以外に、衛生部門における保健活動（障害者、虐待等）にも注力する必要があることから、特定保健指導の実施率が低い平成 20 年度からの数年の間に、市町村内の人員体制のあり方（保健師をどの部門にどのように配置し、どこまでの業務を担当するようにするのか等）を考慮しておく必要がある。

また、3-6-1④に示したように、食生活の改善指導や運動指導については、医師・保健師・管理栄養士以外でも「専門的知識及び技術を有すると認められる者」であれば実施可能なことも、実施者の確保を比較的容易なものとすると考えられる。

図表17: 特定保健指導の実施者の供給見通し

	医師	保健師	管理栄養士
市町村	※	22,313 人	1,542 人
病院・診療所	256,668 人	9,826 人	17,754 人
事業所	690 人	2,415 人	1,715 人
潜在(在宅)	2,059 人	19,712 人	5,772 人
新規登録者	7,568 人	7,425 人	7,637 人

※行政機関に所属している医師が1,849 人おり、その一部が市町村に在籍していると思われる

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

事業主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、事業主の協力を得られる可能性が高い（健診はデータ受領、保健指導は事業主への委託等）。

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（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主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	● 事業主健診からのデータ受領でほぼ対応できる。	● 事業主の産業医・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	● 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主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	● 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（国保ベースの集合契約） ● 償還払いの可能性も

4-1-2 総合健保・政管・国保組合等

事業主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主との協議調整等を進める等により、事業主（あるいは事業主の委託先健診機関）から健診結果データを受領する。

また、事業主で健診を実施する形態ではなく、事業主から健診実施を受託している医療保険者も少なくないことから、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、今後も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、事業主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、多くの都道府県での国保ベースの集合契約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主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）が主となることを見込まれる。健診を受託している医療保険者は、地域限定で被保険者の保健指導に限り直接実施できる可能性もあるが、それ以外（他の被保険者や全ての被扶養者）については外部への委託が一般的になると見込まれる。

	特定健康診査	特定保健指導
被保険者	● 事業主健診からのデータ受領で対応できる部分も少なくない。 ● 事業主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	● 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（政管等）は直接実施、他は委託が主と考えられる ● 事業所への委託 ● 償還払いの可能性も
被扶養者 （国保組合では「家族」）	● 医療保険者による実施となるが、地元での受診（住所地の把握は困難）が可能なことを優先した委託（国保ベースの集合契約を全国で） ● 一部、パート労働者等による事業主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	● 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（国保ベースの集合契約） ● 償還払いの可能性も

4-1-3 国保

地元密着の医療保険者であり、これまでの老人保健制度における基本健康診査（いわゆる住民健診）における実施体制・形態を大きく変える必要はない。

国保は、住所地特例の対象者等、特定健康診査・特定保健指導の対象者から除外できる者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。

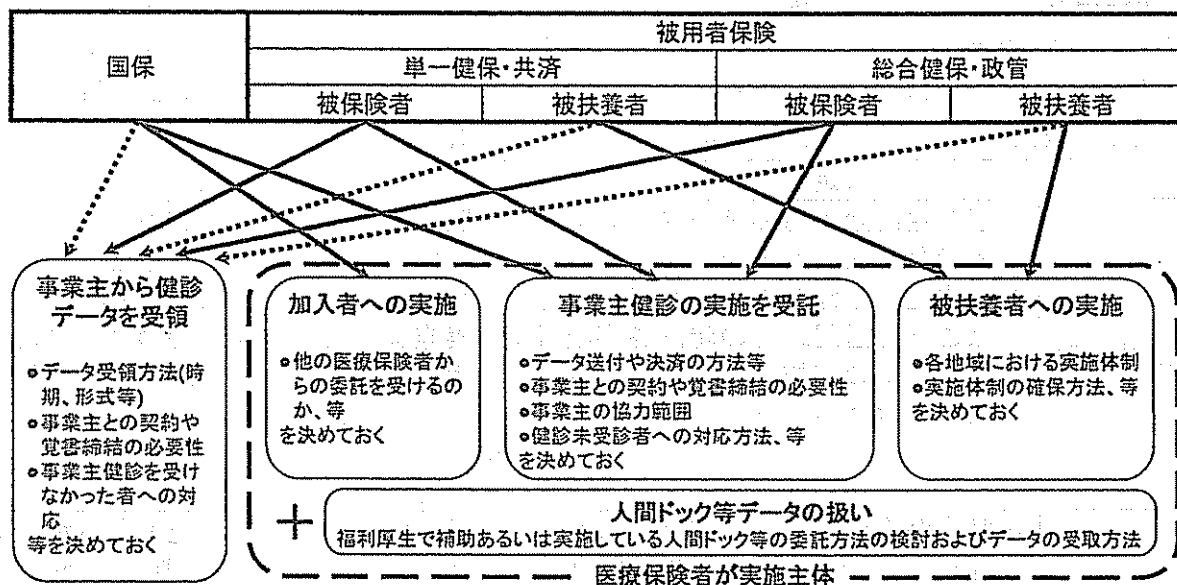
また、国保においても事業主健診の受診者が少なからず含まれていると考えられ、対象者のうち住民税を特別徴収により納めている者については、事業主健診を受診している可能性が高く、受診の有無についての照会及び受診者からのデータ受領も考えられる。

実施方法としては、国保にて保健師や管理栄養士を配置（一般衛生部門との兼務あるいは国保専従）して実施する、あるいは一般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	● 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主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	● 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よりも一般衛生部門の保健師・管理栄養士への執行委任が有力

図表18: 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、いわゆる事業主健診等、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、事業主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、事業主健診からのデータ受領予定者と受領元事業主（あるいは当該事業主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、受領元事業主（あるいは当該事業主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るを行うことが必要である。協議調整等においては、例えば、事業主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、事業主の協力を得られることが重要である。

また、国保（国保の被保険者であっても、短時間労働者として事業主健診を受診しているケースがある。4-3-1①参照）や政管のように一つの保険者に対して受領すべき事業主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るを行うだけでも大変な労力を要する。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	○事業主から受領 ○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からバスを巡回させて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。

* 当面は糖尿病等で受療中の者も健診対象者から除外できないため(1-2-2④参照)、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。また、糖尿病・高血圧症・高脂血症以外で通院しており、血液検査等を行っている場合も同様。

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。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国保ベースの集合契約への参加による地元での受診環境整備、あるいは全国規模の集合契約への参加等も考えられる。

④事業主からの受託

②に含まれるが、事業主から事業主健診の実施を受託している医療保険者の場合、平成20年度以降も引き続き事業主が医療保険者への事業主健診の実施委託を希望する場合は、受託者として事業主健診の結果を別途作成し事業主に送付する一方、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、事業主健診部分の実施費用は事業主負担となる。

なお、事業主から健診を受託できるのは、医療保険者自身で健診施設等を保有し健診を実施している場合のみである（医療保険者自身で実施できないにもかかわらず受託すると再委託が必要となり、医療保険者に責任を負う能力がなくとも契約上の受託者責任が発生する上に取り次ぎ事務等も煩雑。また、そもそも事業主が実施能力のある健診機関に直接委託すればよいことから無意味）。

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、これを平成20年度以降も継続する場合には、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、政管健保では、全国規模での集合契約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しき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、対象者が自由に受診し、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、医療保険者にとっての委託先確保の労力からの解放という意味では有効であるが、一方で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、健診実施率を高めていく上での障害にな

る恐れがあることから、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。

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（他の法令に基づく事後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（市町村国保や政管健保の場合は考えられる）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充）」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充）」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。地元での利用環境づくりを重視した場合、健診と異なり、平成 20 年度当初は地元での委託先が豊富にある地域は限られるとも予想され、当面は、国保が市町村一般衛生部門への執行委任*を考えているように、被用者保険は国保ベースの集合契約への参加（被用者保険も市町村一般衛生部門へ委託）が基本になると見込まれる。

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事業主への委託

事業主健診後の保健指導を積極的に実施している事業主、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主が少なからずある。

平成 20 年度以降、意欲的な事業主が、これまでの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、医療保険者は事業主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主は、事業主の産業医や保健師等が直接実施

* 特に中小規模の市町村では、市町村役場の中で十分な数の保健師・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、さまざまな保健活動の実施が求められる衛生部門に保健師等を集約し、国保部門は特定保健指導の実施を衛生部門に執行委任するという職員体制を組むことが、現実的な対応方法の一つとして考えられている。

している場合に限られ、事業主が委託している場合、医療保険者はその委託先に事業主と共同で委託し実施するという形になる。

検査項目が事業主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主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、実施内容・要件等に沿った特定保健指導の実施に上乘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。

平成 20 年度当初は、保健指導機関が全国に必要十分なサービス展開が為されるかどうか、サービス供給量や機関が不足する地域が出てこないとも言いきれないこと、また途中で脱落することを防ぐ必要があること（完了しないと立替分の精算がされないため）から、保健指導対象者が少なく（健診実施率の目標が当初はそれほど高くはない場合は保健指導の対象となる者もそう多くにはならない）、保健指導実施率の目標も比較的低い初めの数年は、対象者に保健指導の利用を指示するだけの償還払いの方式を採用するのも一つの考え方である。

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は注意が必要である。

⑤被保険者本人への保健指導実施時の留意点

被保険者本人は主に労働者であり、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、事業主と医療保険者との間での協議・連携により、事業主の理解・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、事業主の可能な範囲で、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。

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*がいる。この場合、医療保険者は事業主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主健診の対象となる者を把握することは、一事業主あたりの対象者が少なく、事業主数が多数となるため、事業主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送付してもらう形が合理的である。

この他、事業主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に、受診券の配布及び案内時に本人から健診結果データを送付してもらう扱いとする。

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主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、実施可能地域に限られる。

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、国保ベースの集合契約への参加による地元での受診環境整備、あるいは全国規模の集合契約への参加等が標準になる。

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議会との緊密な連携・情報収集等が必要となる。

* 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。

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、これを平成 20 年度以降も継続する場合には、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、政管健保では、全国規模での集合契約（国保ベースの集合契約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しき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、対象者が自由に受診し、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は注意が必要である。

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、実施可能地域に限られる。

* 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。

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、国保ベースの集合契約への参加による地元での受診環境整備、あるいは全国規模の集合契約への参加等が考えられる。

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議会との緊密な連携・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。

平成20年度当初は、保健指導機関が全国に必要十分なサービス展開が為されるかどうか、サービス供給量や機関が不足する地域が出てこないとも言い切れないこと、また途中で脱落することを防ぐ必要があること（完了しないと立替分の精算がされないため）等から、保健指導対象者が少なく、実施率の目標も低い初めの数年は、対象者に保健指導の利用を指示するだけの償還払いの方式を採用するのも一つの考え方である。

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は注意が必要である。

* 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条及び同法の「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準(仮称)」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^{*1} 別表第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

^{*1} 5-1-2や3は現時点の告示案を基に作成しており、最終的に定まるものとは完全一致しないことに注意(趣旨に変更はない)。

^{*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)。

い場合は、健康診査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。

②施設又は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（部屋）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を整えていること。
- 健康増進法第 25 条の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

- 特定健康診査の検査項目について内部精度管理が定期的に行われ、検査値の精度が保証されていること。
- 外部精度管理調査を定期的を受け、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、以上の措置が講じられるよう適切な管理を行うこと。

④健診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電磁的記録を作成し、保険者に対して当該電磁的記録を安全かつ速やかに提出すること。
- 特定健康診査の受診者本人への通知に関しては、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。
- 受診者の特定健康診査結果等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規定を遵守すること。
- 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健康診査の結果を保存する場合には「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守すること。
- 健診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、本来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

- 対象者の受診が容易になるよう、土日・祝日・夜間に特定健康診査を実施するなど、利用者の利便性に配慮した取組を行い、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、保険者が適切な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おいて、再委託先との契約において本基準に掲げる事項を遵守することを明記させること。
- 次に掲げる事項の運営についての重要事項に関する規程を定め、当該規程の概要を、保険者及び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）を通

じて、幅広く周知すること。また、規程の概要を周知するに当たっては、指定の様式により行うこと。

- ・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、健康診断機関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 別表第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、保健指導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、対象者の行動目標及び特定保健指導支援計画（以下「支援計画」という）の作成並びに特定保健指導の評価に関する業務を行う者は、医師、保健師又は管理栄養士（平成 24 年度末までは、保健指導の実務経験を有する看護師を含む）であること。
- 対象者ごとに支援計画の実施（対象者の支援計画の作成、対象者の行動変容の状況の把握及び評価、評価に基づいた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、対象者の支援計画に基づく食生活に関する実践的指導は、管理栄養士その他の食生活に関する専門的知識及び技術を有する者（事業場における労働者の健康保持増進のための指針（THP 指針）に基づく産業栄養指導担当者、産業保健指導担当者等）により提供されること。また、食生活に関する保健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に関する専門的知識及び技術を有する者を必要数雇用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、対象者の支援計画に基づく運動に関する実践的指導は、運動に関する専門的知識及び技術を有する者（THP 指針に基づく運動指導担当者、産業保健指導担当者等）により提供されること。また、運

^{*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）。

動に関する保健指導を自ら提供する場合には、運動に関する専門的知識及び技術を有する者を必要数雇用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、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。
- 特定保健指導対象者が治療中の場合には、対象者ごとに支援計画の実施について統括的な責任を持つ者（医師、保健師又は管理栄養士）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施設又は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を有していること。
- 個別指導を行う際に、対象者のプライバシーが十分に保護される施設（部屋）が確保されていること。
- 運動の実践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を整えていること。
- 健康増進法第 25 条の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、対象者や地域、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、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。
- 個別指導を行う場合は、対象者のプライバシーが十分に保護される場で行われること。
- 契約期間中に、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、事業者は相談に応じること。
- 特定保健指導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への対応については、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電磁的記録を作成し、保険者に対して当該電磁的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、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・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規定を遵守すること。
- 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、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守すること。
- インターネットを利用した支援を行う場合には、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、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の防止のための安全管理を徹底すること。

- ・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保健指導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、健診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、健診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え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健診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健診データは、当該サービスを受ける者の健診データとは別の保存場所とし、外部から物理的にアクセスできないようにすること。
- 保健指導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、本来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

- 対象者の利用が容易になるよう、土日・祝日・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た取組を行い、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、保険者が適切な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ていること。
- 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、委託契約において、再委託先との契約において本基準に掲げる事項を遵守することを明記させること。
- 次に掲げる事項の運営についての重要事項に関する規程を定め、当該規程の概要を、医療保険者及び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）を通じて、幅広く周知すること。また、規程の概要を周知するに当たっては、指定の様式により行うこと。
 - ・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
- 特定保健指導の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、保健指導機関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一括して再委託してはならないこと。
- ・保険者との委託契約において、再委託先との契約において本基準に掲げる事項を遵守することを明記させること。
- ・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第一の五の５の運営についての重要事項に関する規程の概要に明記すること。
- ・再委託先に対する必要かつ適切な監督を行うこと。

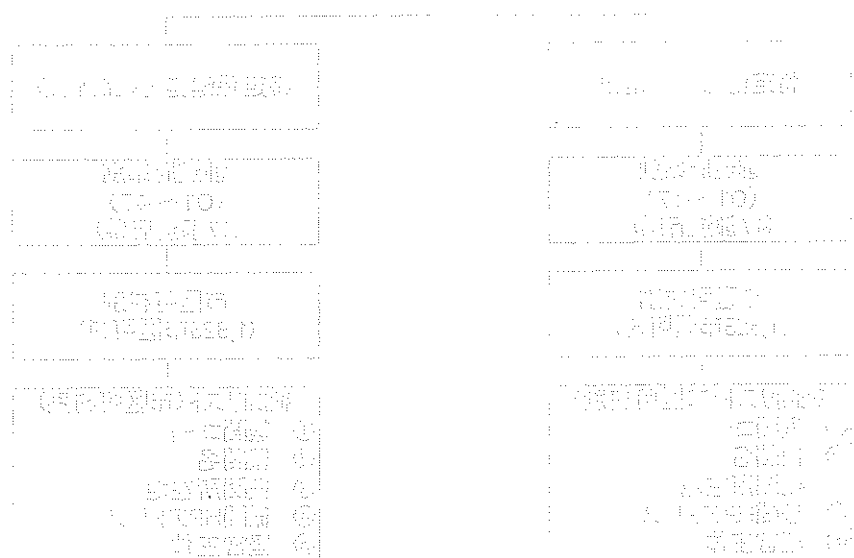
また、委託を受けた業務の全部又は主たる部分を一括して再委託してはならないこと。再委託先との契約において本基準に掲げる事項を遵守することを明記させること。再委託した分も含めて一括して行うこと。再委託先及び再委託する業務の内容を第一の五の５の運営についての重要事項に関する規程の概要に明記すること。再委託先に対する必要かつ適切な監督を行うこと。

また、委託を受けた業務の全部又は主たる部分を一括して再委託してはならないこと。再委託先との契約において本基準に掲げる事項を遵守することを明記させること。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第一の五の５の運営についての重要事項に関する規程の概要に明記すること。再委託先に対する必要かつ適切な監督を行うこと。

（注）この手引きは関係する法令・規程等に基づき作成された。

（注）この手引きは関係する法令・規程等に基づき作成された。

（注）この手引きは関係する法令・規程等に基づき作成された。



また、委託を受けた業務の全部又は主たる部分を一括して再委託してはならないこと。再委託先との契約において本基準に掲げる事項を遵守することを明記させること。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第一の五の５の運営についての重要事項に関する規程の概要に明記すること。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。

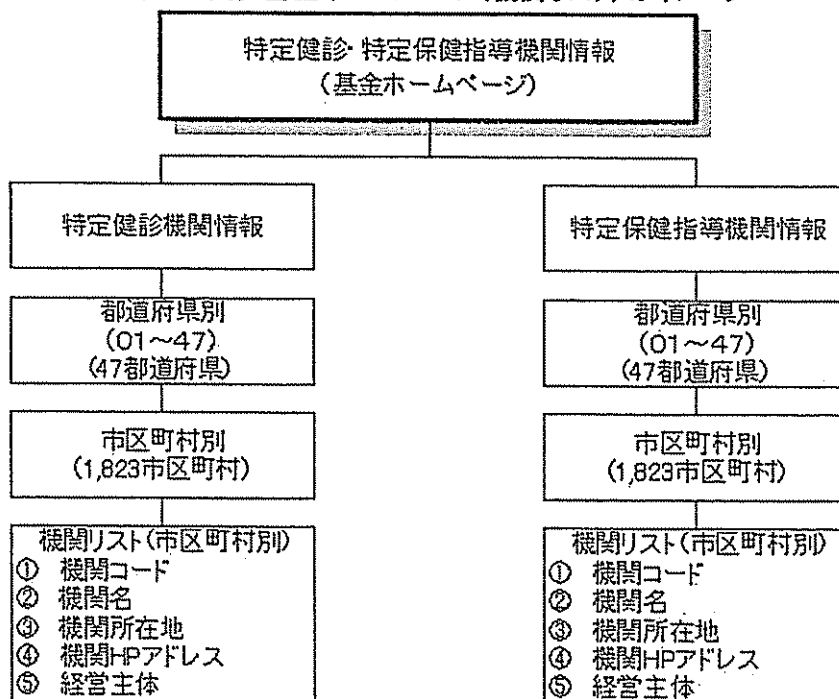
②委託先機関リストの公開

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のかを検索できるよう、社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」と表記）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（平成19年9月以降を予定）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19: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各機関は、それぞれの機関からの届出書に基づき登載したものであり、アウトソーシングに係る委託基準に適合しているか否かの確認を行ったものではない

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業者が登場し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*において、健診・保健指導機関のアウトソーシング調査が行われる（平成19年7月下旬以降、適宜登録・集計を予定）ことから、この調査に回答した機関（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

現在実施している保健事業等を委託している機関や、加入者の属する事業主が委託している機関等、これまでの付き合いのある機関に平成20年度以降の実施について打診することもある。

保健指導については、事業主の雇用する産業医や保健師が事業主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、事業主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、委託に関する事業主との協議調整を行うことも考えられる。

契約取りまとめ機関（健診・保健指導機関グループや、福利厚生代行企業等）による売り込みへの適切な対応も一つである。

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。

* <http://kenshin-db.niph.go.jp/kenshin/>

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。

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取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怪我や発作等、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*等に参加している委託先の選定が重要である。

図表20: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	○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。	○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	○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	○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。	○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)	○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	○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。	○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。	○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	○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。	○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	○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	○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。	○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	○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

* 日本医師会や日本看護協会には会員専用の賠償責任保険制度がある(保険金が支払われる業務の範囲に特定健康診査や特定保健指導が含まれているか注意が必要)。その他、日本赤十字社は独自で基金を作り、何か苦情がきた時には「見舞金」の形でお金を出している。

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、特に市町村単位での国保ベースの集合契約において、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、少なくとも国保ベースでの契約書（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、少なくとも国保ベースの集合契約においては、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、途中での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。

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

* 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。

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21: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	○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	○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	○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	○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

^{*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。

5-3-4 個人情報の保護

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。

本書巻末の付属資料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ていることから、参考にされたい。

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

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回とする国保ベースの集合契約の場合、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（本書巻末の付属資料に示している標準的な契約書の例を参照のこと）。

ところで、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）。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て自己負担額の欄に「原則、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。

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。

* 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。

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メモ等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。本書巻末の付属資料に示している国保ベースの集合契約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取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が

* 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。

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。

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国保ベースの集合契約では、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り扱い

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を次のように定める。

図表22: 決済時に想定されるケースとその取り扱い

想定されるケース	取り扱い
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。

③特定保健指導における途中終了時の取り扱い

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り扱いを定めておく必要がある。

* 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。

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に基づき厚生労働大臣が定める者＞(抜粋)

五 運営等に関する基準

6(※保健指導は7) 次に掲げる事項の運営についての重要事項に関する規程を定め、当該規程の概要を、医療保険者及び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)を通じて、幅広く周知すること。また、規程の概要を周知するに当たっては、指定の様式により行うこと。

- ・事業の目的及び運営の方針
- ・統括者の氏名及び職種(※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

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、どこか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（平成19年7月下旬以降）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）。

* <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取りされることになっている。データのやり取りは、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る予定である。

ファイルのやり取りに当たっては、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の方が合理的であること、またそうする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24: 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0の場合はチェックデジットを0とする）。

③市町村の一般衛生部門が健診・保健指導機関となる場合の付番ルール

国保ベースの集合契約（詳細は 6-2 参照）において、国保が市町村の一般衛生部門に健診・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一般衛生部門となる。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。

図表25: 付番ルールにおける留意事項

桁数	区分	市町村一般衛生部門が健診・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
2	都道府県コード	(通常と同じ)	55
1	機関区分コード	2	2
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
1	チェックデジット	(通常と同じ)	1

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。

5-6-2 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

* 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。

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。

しかし、制度施行までにそのような機能の提供が民間で整わない可能性が高いため、以下の理由から支払基金にて一元管理を行っていくこととなった。

- 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国保ベースの集合契約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（平成19年9月頃から受付を開始する予定）。

図表26: 健診・保健指導機関番号の申請様式(保険医療機関用)

特 定 健 診 ・ 特 定 保 健 指 導 機 関 届 (案)									
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理事長 届出者 住 所 氏 名									
①	特定健診・特定保健指導機関コード			機関の種類別	☐ ①特定健診機関 ☐ ②特定保健指導機関				
②	機 関 名								
③	機 関 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	☐ 国立病院・国立病院機構・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	☐ 診療所 ☐ 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	☐ その他 ☐ (医科・歯科診療所)	☐ 都道府県・市町村・官公立・その他の公的・医療法人 ☐ 社会福祉法人・医療法人・NPO・株式会社 ☐ その他の法人・個人				
⑥	開 設 者 名								
⑦番以降については、医療保険者と集合契約を結ばれる特定健診・特定保健指導機関のみ記載願います。									
⑧	請 求 者 名						* 受理印	* 受付印	
⑨	受 領 者 名								
⑩	振 込 銀 行	銀行	支店	科目	口座番号				
⑪	請求開始年月日	平成 年 月 日							
⑫	請 求 形 態	☐ ①オンライン ☐ ②電子媒体(CD-R) ☐ ③電子媒体(FD) ☐ ④電子媒体(HD)			(備考)				

※ 本届の内容のうち、⑧から⑫の要項については基金のホームページ上で公開いたします。

図表27: 健診・保健指導機関番号の申請様式(その他の機関用)

特定健診・特定保健指導機関届 (案)

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

社会保険医療機関又は社会保険外

届出者

住所
〒 市 区 町 丁目 番 号

印

① 機関の種別	☐ ① 特定健診機関 ☐ ② 特定保健指導機関	
② 機関名		
③ 機関所在地	郵便番号	住所番号
④ ホームページアドレス	http:// / /	
⑤ 運営主体	国・公立・大学病院・公立・私立・その他の公的 大学病院(国・公立・私立) 独立行政法人国立病院機構 国・公立・私立・その他の法人・個人	医療法人 公・私立・その他の公的・医療法人 社会福祉法人・その他の法人・個人 その他(医療・保健指導機関) 医療法人 社会福祉法人・NPO・株式会社 その他の法人・個人
⑥ 開設者		

⑥ 届出届については、医療保険者と条約を結ばれる特定健診・特定保健指導機関のみ記載願います。

⑦ 請求者			* 受理印	* 交付印
⑧ 受領者			医療 保険 者	
⑨ 提出銀行	銀行	支店		
⑩ 請求開始年月日	平成 年 月 日			
⑪ 請求形態	☐ ① オンライン ☐ ② 電子媒体(CD-R) ☐ ③ 電子媒体(FD) ☐ ④ 電子媒体(MD)		(基金利用欄) * 決定特定健診・特定保健指導機関コード	

※ 本届の内容のうち、①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。

※ 決定した特定健診・特定保健指導機関コードについては基金ホームページ上で公開します。

③申請に当たっての留意事項

届出様式には、5-5 に示した「運営についての重要事項に関する規程の概要」を公開しているホームページの URL を記載する欄があることから、申請前に「運営についての重要事項に関する規程の概要」を作成・公開しておくことが前提となる。これは、支払基金のホームページにおいて市町村別に健診・保健指導機関のリストを公開する際に、リストに掲載されている機関が委託基準を満たしていることを確認できるよう、各機関のホームページ等による公開先を表示するためである。

既に保険医療機関番号を保有している医療機関についても、新たな番号取得の必要はないが、申請が必要となる。これは、保険医療機関の全てが健診・保健指導を受託する訳ではないため、支払基金ホームページの健診・保健指導機関リストに、委託基準を満たしている(と自己申告している)機関として、医療保険者から健診・保健指導を受託できることを示しておく必要があるためである。同様に、医療保険者が他の医療保険者から受託する場合も、保険者番号があるため新たな番号取得の必要はないが、健診・保健指導機関としての届出が必要となる。

医療保険者が事業主の産業医・保健師等に委託する場合、当該事業主が、加入する医療保険者からの受託に限る(他の医療保険者から幅広く受託しない)場合は、必ずしも番号の取得は必要ない(医療保険者自身が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言える）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・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

* 国保ベースの集合契約においては、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出来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・保健指導結果の取り扱い

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・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。

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。

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」とする。

②成立に必要な要件

集合契約の成立には、まずは健診・保健指導機関と医療保険者のそれぞれが集まること前提であるが、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（国保ベースの集合契約 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、少なくとも国保ベースの集合契約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。

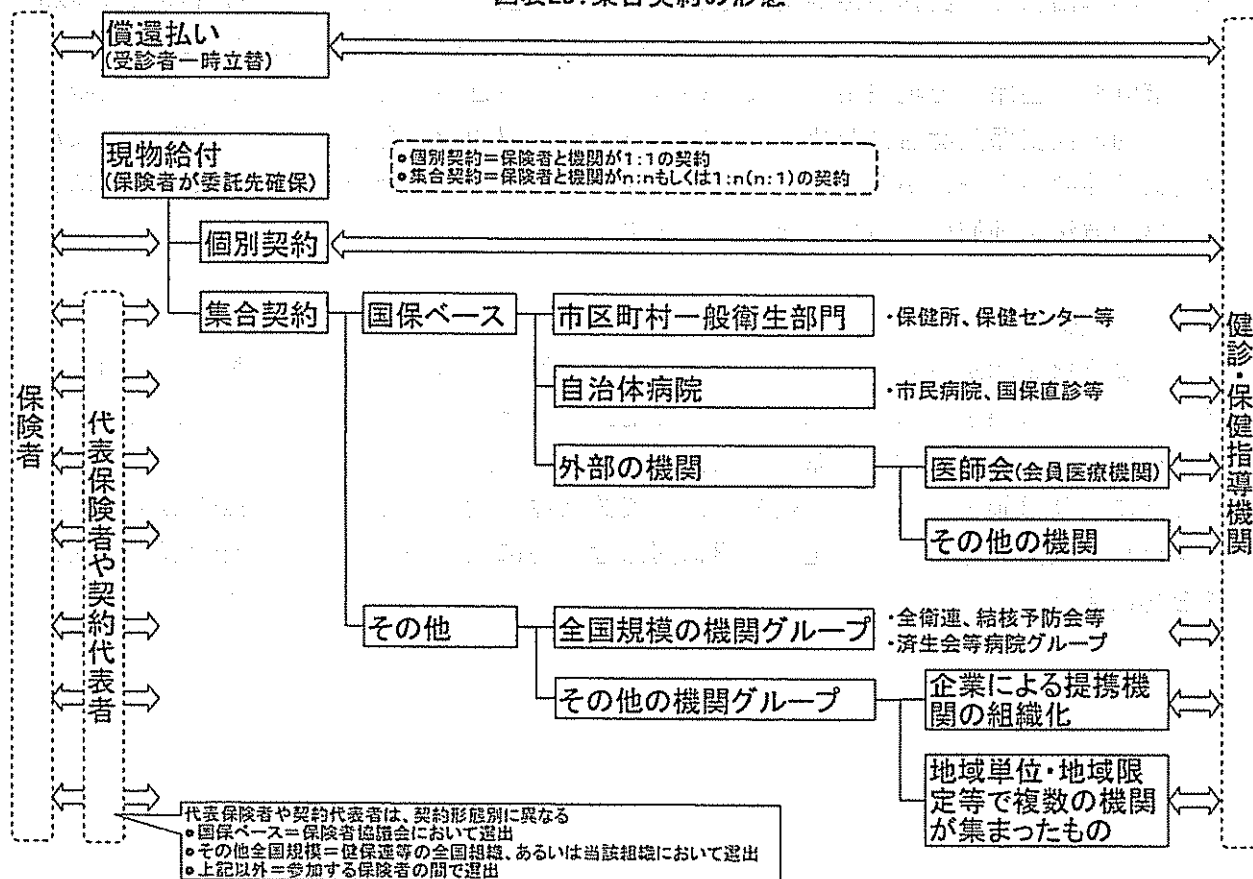
6-2 集合契約のパターン

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（国保ベースの集合契約）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ることができるというメリットが生じる。

図表28: 集合契約の形態



6-2-1 国保の実施機関（地区医師会・直診・一般衛生等）

平成19年度までは、40歳以上の住民を対象者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るが、これが平成20年度以降は特定健康診査に置き換わることにより、平成20年度以降は住民であっても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る。

市町村において、これに伴う混乱を避け、平成20年度以降も住民であれば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（国保ベースの集合契約）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。

①国保部門（保険者間委託）

国保が、直営（国保自身）で実施する場合は、被用者保険は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、委託費の收受や実施に要する経費の支出等は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、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）。

②一般衛生部門

平成20年度以降の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を分散配置する非効率を避けるため、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、一般衛生部門にて集中処理する形態が最も有望視されている。

この形態では、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一般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、委託費の收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。

なお、市町村の一般衛生部門は健診・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、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（現状として基本健康診査の実施は、市町村により直営と委託に二分されている状況）。

現在の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おり、平成20年度以降もこの流れをほぼ踏襲する見込み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可能性が高い。

6-2-2 全国的な機関グループ

被用者保険の加入者が地元で受診できる環境をつくるという、最低限の実施体制を全国で構築するのが国保ベースの集合契約である。

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。

この契約形態は、国保ベースと異なり、各グループ傘下の機関が立地する地域のみカバーできることとなるため、全国津々浦々をカバーすることを目的としたものではなく、国保ベースの集合契約を補完（各地域での体制に厚みを持たせると同時に、委託単価の節減を狙う）する、あるいは加入者の居住地が傘下の機関が立地する地域と一致する場合にこの形態だけで対応（国保ベースの集合契約には参加せず）することが主たる目的になる。

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、「第5回 保険者による健診・保健指導の円滑な実施方策に関する検討会」にて準備状況の報告があった、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想定される。

②全国規模の病院グループ

具体的な動きが見えている訳ではないが、済生会や日本赤十字社等が想定される。

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例が現在でも多数見られる。

平成20年度以降は、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の機関と医療保険者が契約し、他の機関は代表の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国保ベース

地元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代表保険者を選定し、都道府県内の実施機関と契約書を一斉に締結する運びとなる。

各保険者協議会において進められるべき標準的な手順としては、以下のとおり（併せて本書巻末の付属資料の「集合契約におけるスケジュール」も参照のこと）。

- (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) 代表保険者の選定
- (4) 代表保険者による契約条件（単価・内容）の交渉・確定
- (5) 他の都道府県の保険者協議会に代表保険者名・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

②全国的な機関グループ

全国規模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は、中央で行われるのが自然である。

保険者協議会中央連絡会にて調整等が為された後、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ることが想定される。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）

都道府県単位（国保ベース）や全国規模での受診体制づくりではなく、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国保における実施体制の確立等

集合契約は、被用者保険の被扶養者に対する、住民としての地元での受診体制づくりであり、そのために市町村国保の実施体制と同じ体制を確立するものである。よって成立の前提となる平成 20 年度以降の市町村国保における実施体制が早急に固まらない限り、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国保自身で行う（直営）のか、市町村内他部局（一般衛生部門等）に執行委任するのか、外部の機関に委託するのか、早急に検討・調整し確定していく必要がある。これは被用者保険の集合契約の成立を支援するためだけではなく、国保自身の特定健康診査等実施計画を策定する上で、基本的には平成 19 年度前半のうちに整理しておくべき事項である。

- まず、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早急に固める。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
- 次に、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・協力を早急に進める

②集合契約の前提となる市町村における契約の整理

現在、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（老人保健法の基本健康診査や、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少なくないが、平成 20 年度以降は、主に以下の理由から、市町村では、役割別に（国保・一般衛生・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、一般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、一般衛生は一般会計、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

以上から、集合契約における「国保ベース」とは、市町村の国保部門における契約のみに準じるものとする。

但し、国保において人間ドック等を行っており、平成 20 年度以降についても特定健康診査を含んだ人間ドックを実施していく契約を締結する予定となっている等、あまりにも特定健康診査の項目とかけ離れている場合、被用者保険における国保ベースの集合契

約の委託項目は人間ドックになるのではなく、特定健康診査部分に限定されることとなる。

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^{*}することは差し支えない（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一般衛生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一般衛生等特定健康診査以外の健診のみ受診可能となる。

図表29:市町村における契約の整理

[H19まで]

市町村内の担当部署	国保部門	その他の部門(一般衛生・介護等)
健診の種類	人間ドック等	基本健診(老健法) その他の各種健診
契約	一本の契約で全てをカバー(多くの市町村)	
会計	国保特会	一般会計・介護特会等

[H20以降](※人間ドック等も引き続き実施する場合)

市町村内の担当部署	国保部門	その他の部門(一般衛生・介護等)
健診の種類	人間ドック等 特定健診	その他の各種健診
契約	人間ドック等 特定健診 あるいは 国保としての委託部分	一般衛生・介護等 あるいは 一般衛生 介護 ……
会計	国保特会	一般会計・介護特会等

集合契約における適用部分
(項目・単価が中心)

・契約や会計は別だが、共同実施は可能
 ・その場合、市町村は、国保被保険者には全ての健診の受診券を、被用者保険の被扶養者には特定健診以外の受診券を発行・送付

③保険者協議会の活動の活性化

国保ベースの集合契約は、都道府県の保険者協議会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が、都道府県によっては、保険者協議会の活動そのものが活発ではなく、具体的な取組が急がれる状況にあるところも少なくない。

この状況を鑑み、保険者協議会中央連絡会が各都道府県の保険者協議会に対し、平成19年7月初旬に、次のような取組を要請しており、積極的な対応が期待されている。

^{*} 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)。

- 保険者協議会への共済組合の加入を急ぐこと
- 被用者保険の集合契約の成立に向け、代表保険者の選出に関し、関係者を集め、協議を始めること
- 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の促進等、必要な支援・協力を早急に進めること

④被用者保険の主体的な取組

国保ベースの集合契約は、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、都道府県の保険者協議会や市町村国保の取組を待っているのではなく、保険者協議会への積極的な関与・協力等（具体的には下記）、成立に向け主体的に動く必要がある。

- 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への参加している共済組合（あるいは支部）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・政管健保・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

6-3 代表保険者・契約代表者

6-3-1 選定

①国保ベース

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^{*}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）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・政管・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についても交代制とすることもありえる。

②全国的な機関グループ

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

^{*} 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会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、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、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。

様式は次の通り。なお、以下では「表面」「裏面」としているが（手渡しによる両面1枚の場合を想定）、3つ折りの圧着はがきで両面を内側に折り込んで発券・郵送する場合等、必ずしも表面・裏面とはならない場合はそれでも差し支えない。

図表30: 受診券の様式

（表面）		（裏面）									
案 特定健康診査受診券 20XX年 月 日交付		注意事項									
受診券整理番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	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。）									
受診者の氏名	（※カタカナ表記）	2. 特定健康診査を受診するときには、この券と被保険者証を窓口に出示してください。どちらか一方だけでは受診できません。									
性別		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。									
生年月日	（※和暦表記）	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。									
有効期限	20XX年 月 日	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。									
健診内容	・ 特定健康診査 ・ その他（ ）	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。									
窓口での自己負担	<table border="1"> <tr> <td>特定健診(基本部分)</td> <td>負担額又は負担率</td> </tr> <tr> <td>特定健診(詳細部分)</td> <td>負担額又は負担率</td> </tr> <tr> <td>その他(追加項目)</td> <td>負担額又は負担率</td> </tr> <tr> <td>その他(人間ドック)</td> <td>負担額又は負担率</td> </tr> </table>	特定健診(基本部分)	負担額又は負担率	特定健診(詳細部分)	負担額又は負担率	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	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もあります。	
特定健診(基本部分)	負担額又は負担率										
特定健診(詳細部分)	負担額又は負担率										
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										
保険者所在地		8. この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者に差し出して訂正を受けてください。									
保険者電話番号		〒 _____ 住所 _____									
保険者番号・名称	印										
契約とりまとめ機関名											
支払代行機関番号											
支払代行機関名											

図表31：利用券の様式

(表面)	案 特定保健指導利用券	(裏面)
	20XX年 月 日交付	
	利用券整理番号 ○○○○○○○○○○○○	
	特定健康診査受診券整理番号 ○○○○○○○○○○○○	
	受診者の氏名 (※カタカナ表記)	
	性別	
	生年月日 (※和暦表記)	
	有効期限 20XX年 月 日	
	特定保健指導区分 ・ 勤機付け支援 ・ 積極的支援	
	窓口での自己負担 負担額又は負担率 保険者負担上限額 (原則、特定保健指導開始時に全額徴収)	
	保険者所在地	
	保険者電話番号	
	保険者番号・名称	
	印	
	契約とりまとめ機関名	
	支払代行機関番号	
	支払代行機関名	
	注意事項 1. 特定保健指導を利用するときには、この券と被保険者証を窓口 に提出してください。どちらか一方だけでは利用できません。 2. 医療機関に受診中の場合、主治医に特定保健指導を受けても よいかどうかを確認してください。 3. 特定保健指導はこの券に記載してある有効期限内に利用してく ださい。 4. 窓口での自己負担は、原則、特定保健指導開始時に全額をお 支払い頂きます。なお、全額徴収できない場合は、次回利用時 以降にもお支払い頂きます。 5. 特定保健指導の実施結果は保険者において保存し、必要に応 じ、次年度以降の保健指導等に活用しますので、ご了承の上、 受診願います。 6. 保健指導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。 7. 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。 8. 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。 9. この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者に差 し出して訂正を受けてください。	

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140mm・横90mm（はがき大*）とする（郵送での受診券送付に対応できるように）。

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。

「健診内容」欄	● 複数に該当する場合には、全て記載すること。 ● 追加の健診項目がある場合には、その他の欄に記載すること。 ● 追加の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	● 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 ○ 特定健診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

* 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 つ折りならば各ページの大きさ）をはがき大とする。

	にあるもの)に斜線を入れること。 ● 特定健診を含む人間ドックを実施し、自己負担の設定を一括で行う場合は、「その他(人間ドック)」欄に一括での受診者負担額(あるいは割合)を記載すること。 ● その他の健診項目(人間ドック含む)を実施し、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	● 全都道府県の国保ベースの契約のみであれば記載なし(空欄)。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:全衛連)を記載。 ● 集合契約と個別契約が混じる保険者は、以上のような表記に加え、「個別」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)
「支払代行機関番号」及び「支払代行機関名」	● 必要ない場合は抹消すること。
QRコードを印刷したい場合(任意*)	● 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利用券

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

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。

「特定保健指導区分」欄	● 該当しない事項は抹消すること。
「窓口での自己負担」欄	● 利用者の負担額(あるいは負担率)、もしくは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

* 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ことから、上記注意事項及び巻末の付属資料の「受診券(利用券)QRコード収録項目」を掲載している。

	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	● 全都道府県の国保ベースの契約のみであれば記載なし(空欄)。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:全衛連)を記載。 ● 集合契約と個別契約が混じる保険者は、以上のような表記に加え、「個別」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)。
「支払代行機関番号」及び「支払代行機関名」	● 必要ない場合は抹消すること。
QRコードを印刷したい場合(任意)	● 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。

図表32:自己負担の記載例

案 特定健康診査受診券

20XX年 月 日交付

受診券整理番号 ○○○○○○○○○○○○

受診者の氏名 (英カタカナ表記)

性別

生年月日 (西暦西暦記)

有効期限 20XX年 月 日

健診内容

窓口での自己負担

保険者所在地

保険者電話番号

保険者番号・名称

契約とりまとめ機関名

支払代行機関番号

支払代行機関名

記載例①

健診内容

・ 特定健康診査

特定健診のみの場合はその他欄は削除

窓口での自己負担

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)	負担額又は負担率	保険者負担上限額1000円

記載例②

健診内容

・ 特定健康診査

・ その他(人間ドック) ※受診者選択

受診者が特定健診か人間ドックかを選択

窓口での自己負担

特定健診(基本部分)	負担額又は負担率	受診者負担1000円
特定健診(詳細部分)	負担額又は負担率	受診者負担30%
その他(人間ドック)	負担額又は負担率	保険者負担上限額21000円

その他欄は削除

それぞれの場での負担額を設定

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がない

^{*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母・分子から除外し、次年度の分母・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）、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得ない（次々年度の実績となるならば取っ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できず、保健指導終了後に受けることができる。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る、複雑な仕組みが必要となる。

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、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。

③発券時期・有効期限と実施率・窓口負担との関係

受診券・利用券の整理番号には発券した年度が入ることから、基本的には、発券した年度が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ヵ月後の実績評価が完了することが必要となる。実施率の算定を行うために医療保険者が社会保険診療報酬支払基金に実施結果を提出する時期を、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月初めとすることを予定している（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

医療保険者の多くが送付先（住所）を把握できておらず、特に被用者保険においては対象者への直送が不可能な場合もある。

この場合の代替手段としては、医療保険者から事業主に一括で送付し、事業主から被保険者（従業員）に配布（送付）する形態をとらざるを得ない。

国保、及び被用者保険の中でも任継・特退被保険者については、住所を把握していることから、郵便による直送が可能である。

②被扶養者

医療保険者の多くが送付先（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は不可能である。代替手段としては、事業主の協力を得て、医療保険者から事業主に一括で送付し、事業主から被保険者（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り扱い

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。

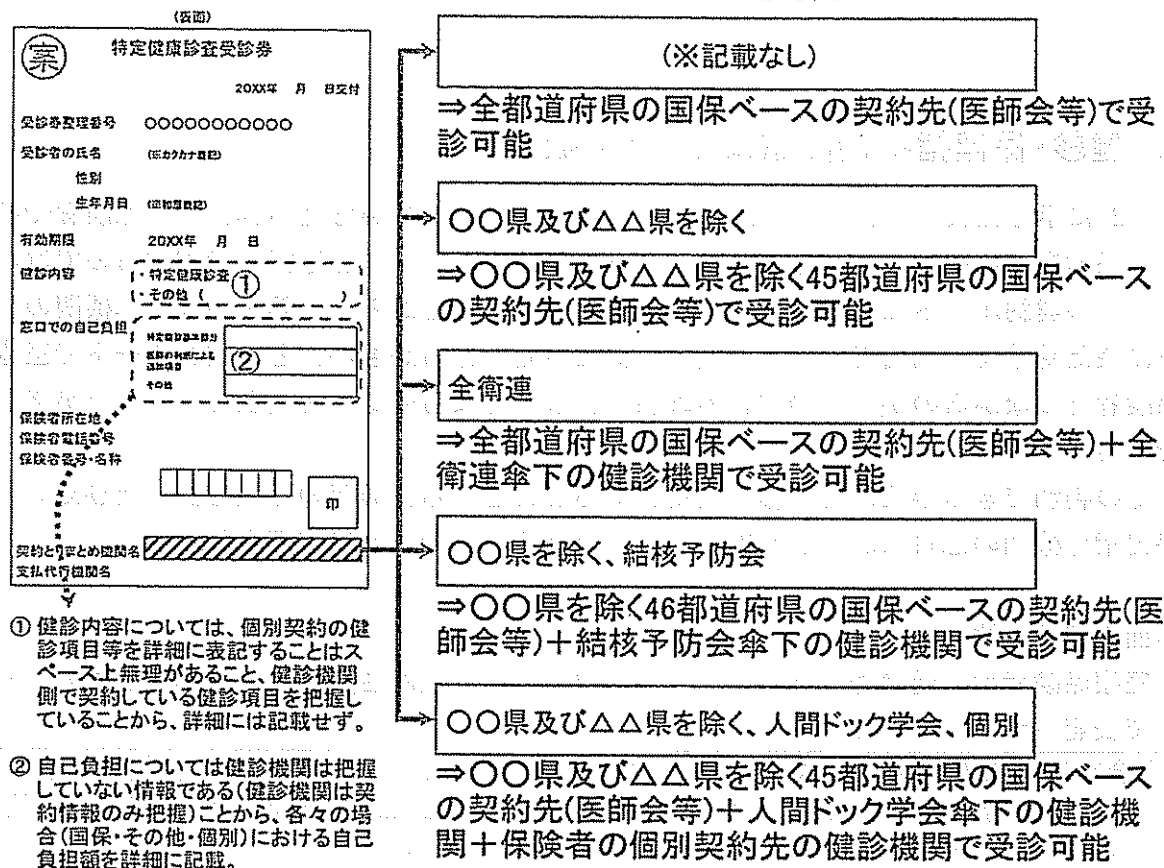
その判別できる手段が受診券・利用券であることから、券面の記載方法、及び健診・保健指導機関の窓口における判別方法は、それぞれ次のように整理される。

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記載なし（空欄）。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）。
- 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：全衛連）を記載。
- 集合契約と個別契約が混じる保険者は、以上のような表記に加え、「個別」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33: 契約取りまとめ機関名の記載方法

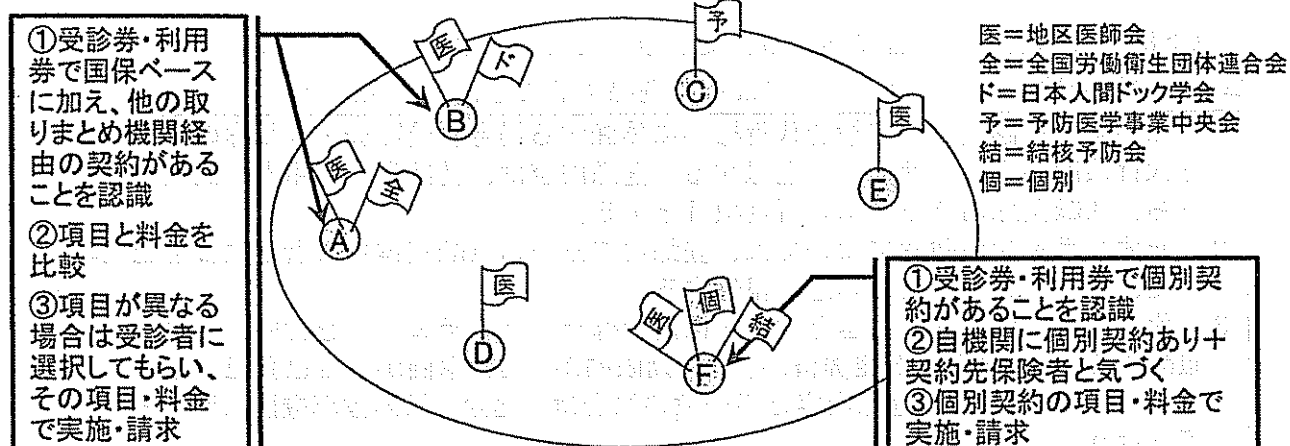


②窓口での判別方法

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」の欄に何らかのとりまとめ機関名や「個別」の記載がない場合は、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や「個別」の記載が入っており、そのいずれかに参加している場合は、
 - * 個別契約も含んでいる場合は、個別契約が最も低廉か否かに関わらず、個別契約を優先し、保険者への直接請求となる（当該保険者が個別契約についても代行機関経由としている場合を除く）。
 - * 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各々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（例えば、一方の契約は特定健康診査のみで、他方は人間ドックになっている等）の場合は、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。

図表34: 機関窓口での判別方法



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り扱い

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 等で登録することになる見込み）。

- 1 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、保険者に確認を依頼する旨のデータ（フラグ）を付加し、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35: 受診券・利用券情報登録用フォーム(支払基金の例)

1 受診券情報

① 保険者番号

② 交付年月日

平成 年 月 日

③ 受診券整理番号

開始番号	~	終了番号
開始番号		終了番号
開始番号		終了番号

④ 有効期限

平成 年 月 日

⑤ 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
なし	☐	☐	☐	☐
定額(円)				
定率(%)				
保険者負担上限額(円)				
登録しない	☐	☐	☐	☐

※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、代行機関では窓口負担額の確認を行いません。)

2 利用券情報

① 保険者番号

② 交付年月日

平成 年 月 日

③ 利用券整理番号

i 助機付け支援

開始番号	~	終了番号
開始番号		終了番号
開始番号		終了番号

ii 積極的支援

開始番号	~	終了番号
開始番号		終了番号
開始番号		終了番号

④ 有効期限

平成 年 月 日

⑤ 窓口負担額情報

窓口負担	①助機付け支援	②積極的支援
なし	☐	☐
定額(円)		
定率(%)		
保険者負担上限額(円)		
登録しない	☐	☐

※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、代行機関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）、さらには事業主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取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 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のファイル、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を参照のこと。

併せて、今回の標準仕様を定めた厚生労働科学研究の研究班のホームページ^{*}に、詳細な技術仕様が示されていることから、そちらも参照されたい。

^{*} <http://tokuteikenshin.jp>

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。

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。

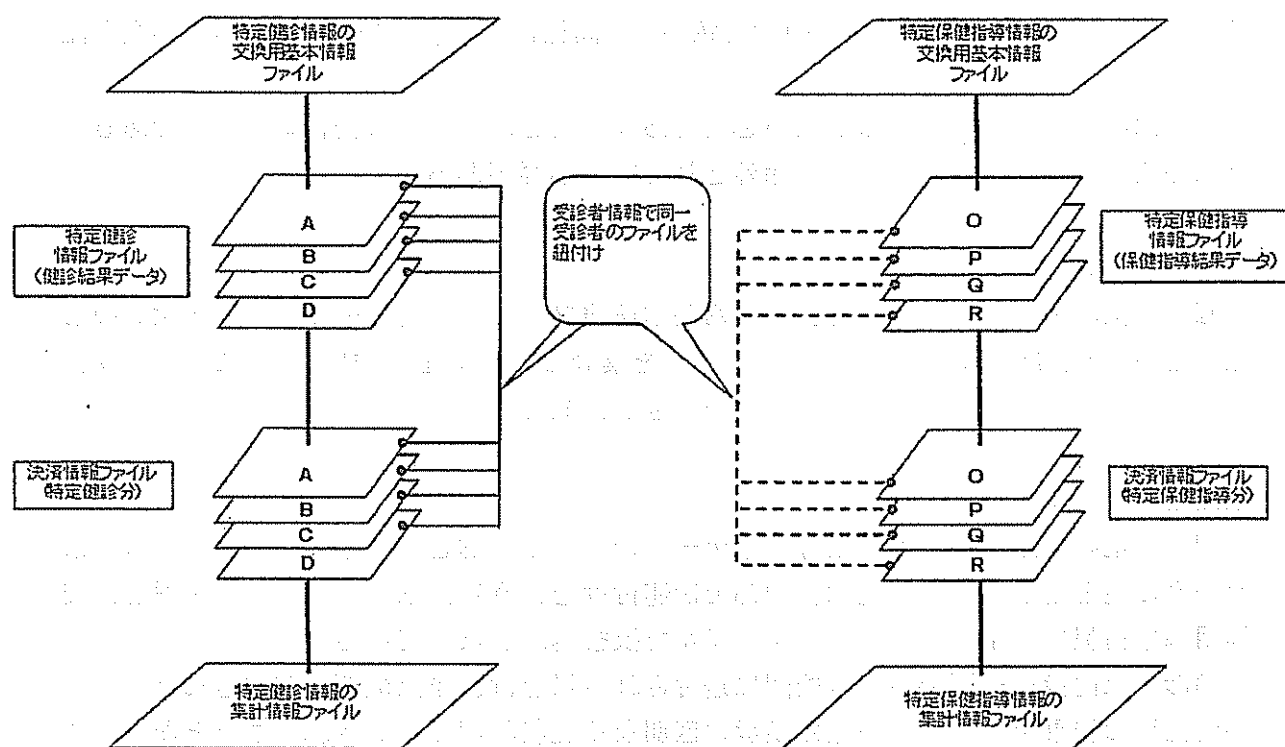
代行機関を介さず、健診・保健指導機関から直接医療保険者に送付される（個別契約）場合は、当該保険者の加入者分のみの結果データと請求データがまとめられ、集計情報ファイルには当該保険者への総請求額が記載されることとなる。

事業主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36: 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)

1 特定健診データ

2 特定保健指導データ



⑥実績報告用ファイル

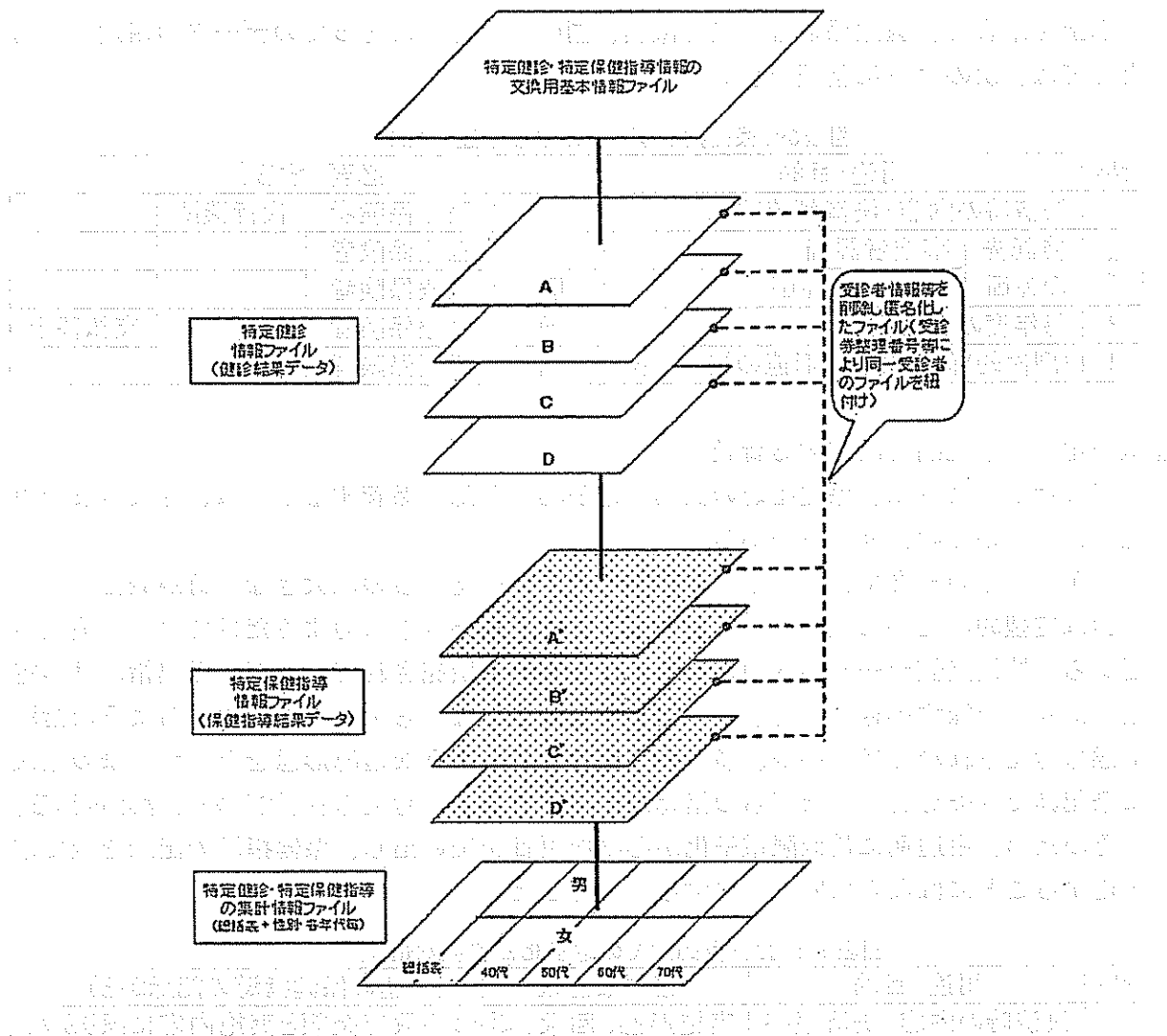
個人単位の健診結果データのファイル群と保健指導結果データファイル群を（健診結果データの主と保健指導結果データの主は、内部で関連付けを行う）、交換用基本情報ファイルと集計情報ファイルで挟む構成となっている。

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（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37: 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。「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13参照）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。特に今回は初めての取組ということで、有効な保健指導の実施要件が現時点で明確となっていないこと、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から、保健指導の要件については、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定義としている。そのため、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絞り込んでいくことは

非常に重要であり、絞り込みを行うには、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38: 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39: 用途・目的別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33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・分類に必要な最小限

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の絞り込みに関する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、有効な指導形態の絞り込みは医療保険者内に閉じた取組であり、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。

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、現在でも特定健康診査以外の多様な健診を実施しており、平成 20 年度以降も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

^{*} 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。

ル仕様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。

③追加健診項目のコード化

人間ドックの主な検査項目等、多くの医療保険者等で実施される可能性の高い検査項目について、17桁の標準コードを割り振った。詳細（コード表）は標準仕様を定めた研究班のホームページ（<http://tokuteikenshin.jp>）を参照のこと。

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基づき、各メーカーが製造・販売することとなっているため、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、標準仕様を定めた研究班等により、無償配布版^{*}のソフトウェア（いわゆる「フリーソフト」と呼ばれているもの）を提供する予定である。

当該ソフトに関する詳細は、研究班のホームページ（<http://tokuteikenshin.jp>）を

* 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。

参照願いたい。

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（匿名化した個人別の結果データ）を生成する機能（※集計表の生成は生成用プログラムを配布してそれを使用することとするか、各自で生成するかは検討中）
- 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に基づき、各メーカーが製造・販売することとなっているため、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。

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、支援措置として国保や健保組合に対し補助金を交付している。この補助金は国保中央会・健保連にそれぞれ一括交付されており、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いる。国保は各都道府県の国保連合会にこの共同システムが導入されることから、基本的にはこれを共同利用することとなる（その他、各市町村独自の国保システムの改修も考えられる）。また健保組合については、上述した各導入方法に加え、健保連に導入される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

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、告示等で定められることから、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 紙データの取り扱い

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、事業主健診や学校保健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事業主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、事業主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る関係の構築が必要である。

その上で、事業主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）、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。

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

* 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。

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（加えて送付者に粗品進呈等のインセンティブを付与することも一つのアイデアであろう）。

但し、送付元が事業主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。

事業主や学校、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。

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から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（政管健保）等の間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 事業主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、事業主や学校等実施責任者と事前に十分な協議・調整を行い、まずは事業主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、事業主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り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利用券の発券と案内を急ぐ必要がある。

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、事業主に健診結果データが集まり、事業主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、事業主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、事業主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、このような方法を探る場合は、できる限り事業主・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、少なくとも事業主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個人情報の取り扱い

事業主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条にて事業者等実施責任者に対する提供義務を明記していることから、個人情報保護の観点から事業主等実施責任者が責任を問われることはない。

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主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おいて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場合や、事業主健診の結果をそのまま提供（事業主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ことが考えられる。

＜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あるときは、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、事業主用(労安分)と保険者用(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。
- 医療保険者と事業主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40:事業主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	事業主健診を受託した健診機関が、事業主用(労安分)と保険者用(特定分)をそれぞれ作成
データの送付	健診機関が、事業主・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・事業主・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、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、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主健診を事業主が委託により実施する際に、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41:事業主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	保険者の費用負担	契約等	備考
事業主	健診機関(労安分と特定分の各々を作成)	直送 (健診機関→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主あるいは保険者に請求する場合は、支払う	健診機関・事業主・保険者(3者契約・覚書等)	○健診機関と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、事業主との委託契約仕様に於いて作成・直送を指示し、支払が発生する場合は、保険者は事業主を通じて支払う
		経由 (健診機関→事業主→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、事業主に上乗せ分を支払う ○事業主→保険者の送付コストを事業主が保険者に請求する場合は、支払う	健診機関⇔事業主(契約) 事業主⇔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	保険者の費用負担	契約等	備考
	保険者(事業主から労 安データを受領) ※労安分には特定分 には不要な項目も含 まれているが事業主 の負担軽減のため、 労働者の黙示による同 意の上で保険者にて 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)	事業主→ 保険者	○電子データで受領した場 合は、特に負担がない ※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つ 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	事業主⇔ 保険者(覚 書等)	○電子データで事業 主に提出する健診機 関に委託するよう、 事業主に協力を得る 必要がある
保険者 (事業主が 実施委託)	健診機関(労安分と特 定分の各々を作成) ※保険者が直接実施 もしくは委託するので	直送 (健診機関 →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、作成負担は特がない ※委託する場合は保険者が 仕様でデータ提出を指定す るので	健診機関 ⇔保険者 (契約)	
事業主・ 保険者 (共同実 施)	健診機関(労安分と特 定分の各々を作成) ※事業主・保険者がそ れぞれ同じ健診機関 に委託するので		○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、作成負担は特がない ※保険者が仕様でデータ提 出を指定		○事業主健診と特定健 診との間で健診項目 が一致することか ら、保険者が上乗せ 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、事業主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、政管健保や総合型健保のように、一つの医療保険者が多数の事業主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、個々の事業主と協力・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、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主健診を受診している場合も、同様に多数の事業主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るような関係作りが必要である。

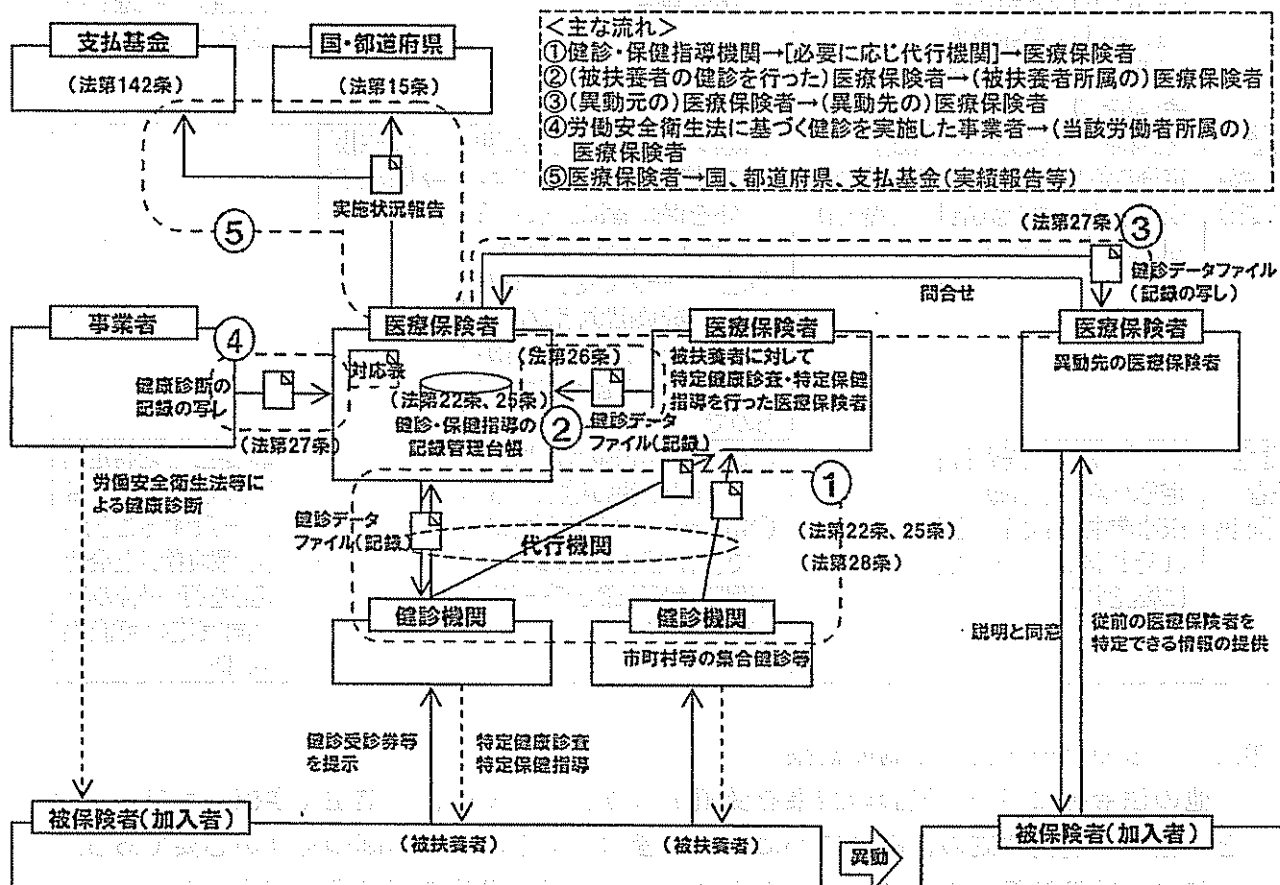
7-3 データの流れ

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42: 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れにおいて、どのファイルを使用するかを次に整理する。

図表43: 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)

	納品用	実績報告用	備考
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事業主等の協力により事業主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取り

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取り

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う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、その厳格な取り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

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り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。

- 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り扱いが求められる。

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り扱いに関しては、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、従業員の監督、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44：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）

4. 安全管理措置、従業員の監督及び委託先の監督（法第20条～第22条）

(1) 健保組合等が講ずべき安全管理措置

① 安全管理措置

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。

② 従業員の監督

健保組合等は、①の安全管理措置を遵守させるよう、従業員に対し必要かつ適切な監督をしなければならない。なお、「従業員」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。

「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日保険局長通知）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。

(2) 安全管理措置として考えられる事項

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、従業員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。

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。

① 個人情報保護に関する規程の整備、公表

・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。

② 個人情報保護推進のための組織体制等の整備

・従業員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

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。

- ・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。

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

- ・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。(Ⅲ10. 参照)

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

- ・雇用契約や就業規則において、就業期間中はもちろん退職後も含めた守秘義務を課すなど従業員の個人情報保護に関する規程を整備し、徹底を図る。

⑤従業員に対する教育研修の実施

- ・取り扱う個人データの適切な保護が確保されるよう、従業員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員の啓発を図り、従業員の個人情報保護意識を徹底する。

⑥物理的安全管理措置

- ・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。
- 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

⑦技術的安全管理措置

- ・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。
- 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に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

⑧個人データの保存

- ・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。

⑨不要となった個人データの廃棄、消去

- ・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で消去して廃棄する。
- ・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。

(3)業務を委託する場合の取扱い

①委託先の監督

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。

「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。

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。

②業務を委託する場合の留意事項

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。

- ・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、上記通知の基準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、同通知の基準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45: 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) 第二百二条の二 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シ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。

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。 ◎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) 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。 第四百六条の二 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。 ◎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) 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。 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。

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大量の漏洩・流出が起こ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、健診・保健指導のデータのやり取りが始まることを機に見直しの要否を精査し、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、事業主や個人、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も有無等、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、特に事業主等から事業主健診のデータを受領する場合は、事業主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り扱い

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46: 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（事業主健診）	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。
政管健保（生活習慣病予防検診）	5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（政府管掌健康保険、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保管後の取り扱い

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、保管年限終了後は本人に渡され、医療保険者保管分は消去・廃棄されることとなる。

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、保管年限前であっても本人に渡すこととなる（但し、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ることとなっている。

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・保健指導データを取りまとめる機関を代行機関と定義する。

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つの類型が現時点で考えられる。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47: 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（全衛連、結核予防会等）
	[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		福祉厚生等の代行サービス企業

大分類	小分類	事務手数料	主な具体例
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定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。

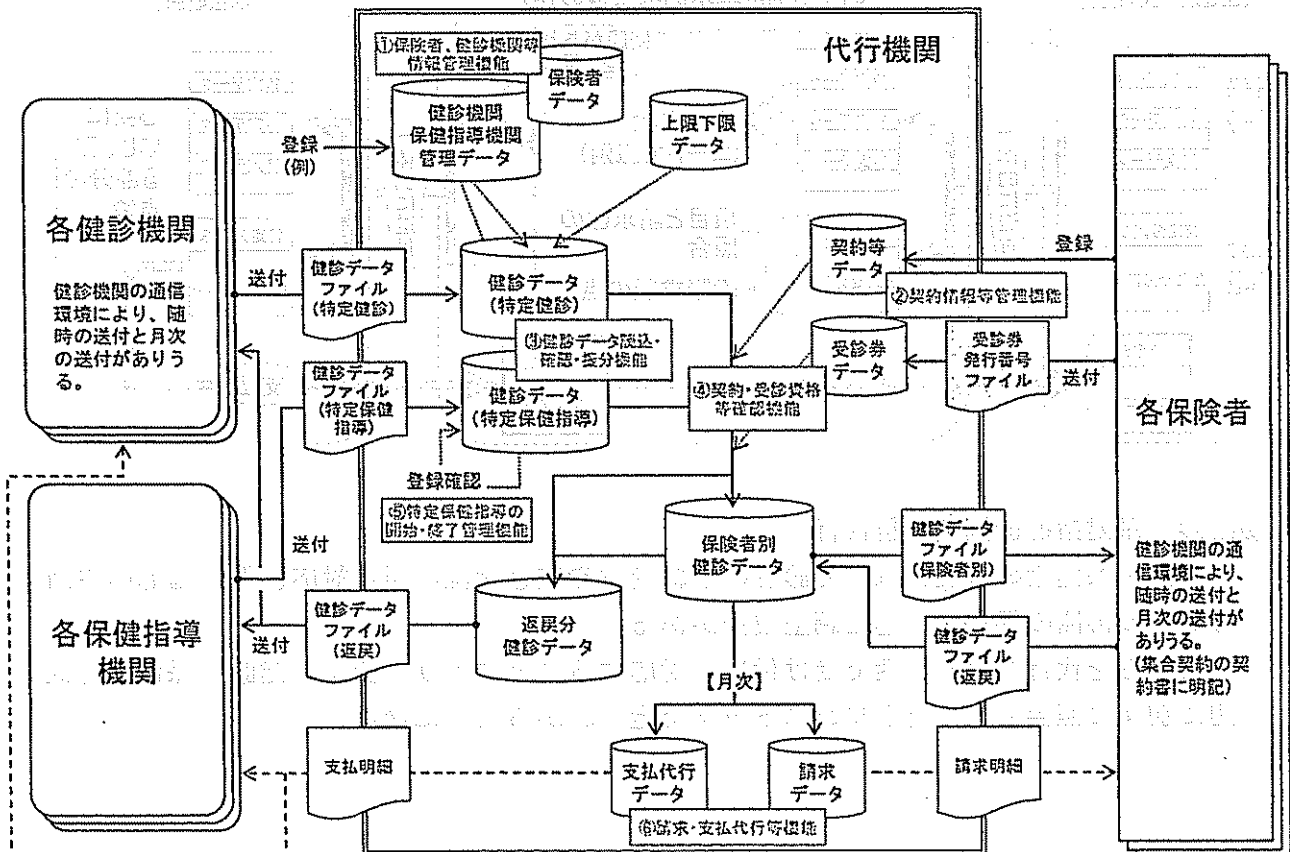
②機能の詳細

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、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48: 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。

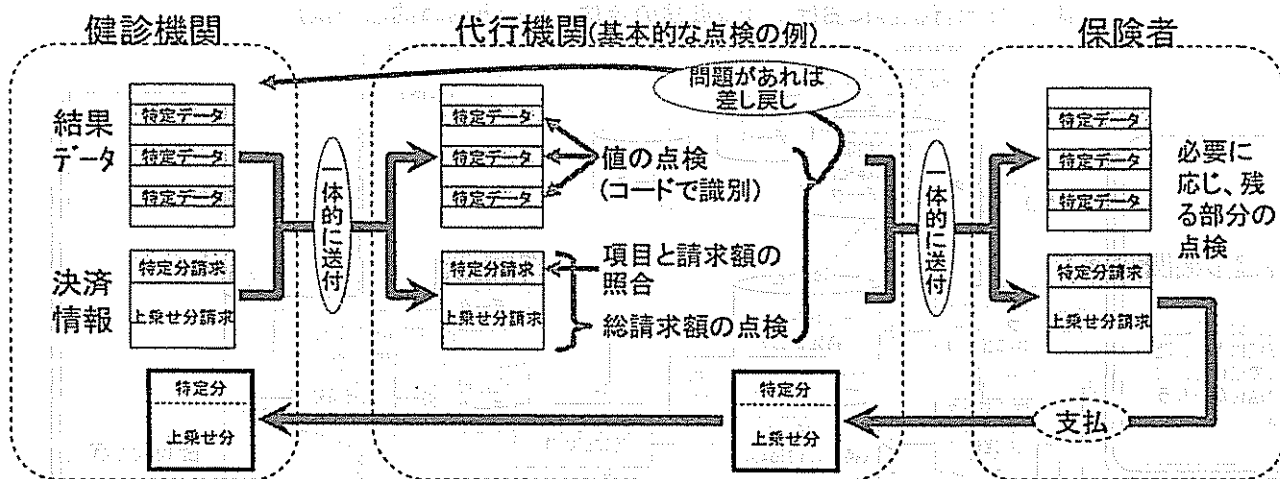
②上乗せ健診項目も含めた処理

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49: 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することとなっており、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。

併せて、当該回線上での健診・保健指導データの送受信ソフトウェアも提供される予定である。

そのため、オンラインでのデータのやり取りとする健診・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の準備が必要となる。また、これらの導入に際しては、平成20年4月からの本格稼働前に接続状態の検証・確認を終える必要がある。

詳しい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。

8-2-4 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、取り扱い件数が多くても、また少なくとも、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、取り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、厳格な取り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2版（平成19年3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18年4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18年4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2版」（平成19年3月 厚生労働省）における「6.10 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に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2版」（平成19年3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 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
 - 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、特定健診のデータがあること、かつ特定保健指導の対象者であること

*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。

- ・ 支援終了時、6 カ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
- 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（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、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なる。

^{*} 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（例えば、現在の保険医療機関マスターは、健保連は支払基金から年間約 230 万円で購入している例にならう）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。

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

今後、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

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適当であるが、当初は健診・保健指導機関番号も付番していることから支払基金にて実施することも考えられる。

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が、医療保険者等が閲覧・確認したい時に公開している場所がわかるよう、8-3-3③に示した協議会等のホームページに公開している場所をお知らせ（案内）することが求められる。

図表50: 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場合は、本表を作成し、ホームページ(当該サイトのほかのサイトでも可)に掲載すること。
- * 当該サイトの項目については、〇を印するか、該当する事項のみを括弧(括弧内は削除)すること。
- * ガイドラインの遵守状況については別添付表に記載すること。

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更新し、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	
	所在地(住所)	
	電話番号	- -
	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	
	代行機関の分類	☐ 医療保険者サイド ☐ 健診・保健指導機関サイド(健診機関グループ) ☐ 健診・保健指導機関サイド(健診機関グループ以外)

- 注1) 名称は正式名称で記載する。
- 注2) 利用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、健診と保険者との間に入って第三者として代行指導をする代行機関の組織。「健診・保健指導機関サイド」とは健診機関とあらかじめ協定(上記「健診機関グループ」や「保健指導機関グループ」)を結ぶ代行機関(上記「健診機関グループ以外」)等によりデータや洗済などを行う代行機関。

施設及び設備情報	従事する職員	専任	機関本体	人	協力・関係会社	人
	会員の数		機関本体	人	協力・関係会社	人
	施設設備(サポート施設)		機関本体	人	協力・関係会社	人
	財務基盤に関する資料または原金		機関本体	人	協力・関係会社	人
	類似業務・サービスの提供	☐ 有(内容:)				
	提供するサービス	対象: ☐ 保険者向け ☐ 健診・保健指導機関向け				
	利用者に与えるサービスの選択	内容: ☐ 事務支援 ☐ 請求・支払のとりまとめ・代行 ☐ 健診・保健指導データの受領・振分・送付 ☐ その他()				
	ガイドラインの遵守	☐ 最低限のガイドラインを遵守済 ☐ 最低限のガイドラインを遵守する予定 ☐ 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機関に該当するものを記載。
- 注5) 協力会社・関係会社等がない場合は記載不要(空欄)とし、あっても記載していない場合は0(ゼロ)人と記載。
- 注6) 類似業務・サービスの提供はホームページで公開している場合はその旨を記載。類似業務を公開していない場合は空白(記載を必要としない)と記載。
- 注7) 例として提供サービスの項目を記載のこと。

- 注8) 当該特定健康診査・特定保健指導システムの安全確保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」を記載すること。

情報システムに関する情報	提供開始の年月日	
	システムの保有	☐ 自己購入 ☐ 借用
	システムの運用管理	☐ 自機関内 ☐ 全部委託 ☐ 一部委託
	システム専用区域・施設の有無	☐ 専用施設(健診専用) ☐ 専用施設(委託先) ☐ 機関建物内専用区域 ☐ 別に無し
	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) 試用期間を記載。

運営に関する情報	サービス	提供時間	システム	
	ヘルプデスク			09:00~17:00(月~金) 09:00~12:00(土)
	データ提供の方法	外部から提供	☐ オンライン(回線専用)	()
		へ	☐ オフライン(送付手段)	()
		機関から提供	☐ オンライン(回線専用)	()
		へ	☐ オフライン(送付手段)	()
	データ提供先におけるセキュリティ対策の方法	オンライン		09:00~17:00(月~金) 09:00~12:00(土)
		オフライン		09:00~17:00(月~金) 09:00~12:00(土)

本邦手数料等	保険者	健診・保健指導機関
初期費用	円	円
経常経費	円	円
	別途請求の有無	☐ 無(従価率に含まれる) ☐ 有(従価率に含まれる)
	固定費	円
	従価率	円/あたり
	代行機関利用に際し必要となる設備等	

- 注10) すべて前年度実績を記載。実績に基づいて費用が異なる場合はすべて記載。
- 注11) 別添付表(別添付表1)の等価手数料を記載。同等データの内容等によって費用が異なる場合はすべて記載。
- 注12) 備付金、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、ネットワーク回線を記載。初年度に含まれるものと、以降年度以降に必要となるものを区別して記載。

その他	前年度の取扱件数	年間	1日当たり
	件	件	件

- 注13) 前年度・年度別、前年度の実績を記載(空欄は可)。

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が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、基本指針の第四に「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（基本指針第四の一「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、基本指針の第三に「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51: 特定健康診査等基本指針の構成

①特定健診・特定保健指導の実施方法	第一 背景及び趣旨 第二 特定健康診査等の実施方法に関する基本的な事項 一 特定健康診査の実施方法に関する基本的な事項 1 特定健康診査の基本的考え方 2 特定健康診査の実施に係る留意事項 3 事業者等が行う健康診断との関係 二 特定保健指導の実施方法に関する基本的な事項 1 特定保健指導の基本的考え方 2 特定保健指導の実施に係る留意事項 3 事業者等が行う保健指導との関係 三 特定健康診査等の実施における個人情報の保護
-------------------	---

②実施計画にて設定する目標値

③実施計画に記載すべき事項

- 第三 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
- 一 特定健康診査の実施に係る目標

二 特定保健指導の実施に係る目標

三 特定健康診査等の実施の成果に係る目標
- 第四 特定健康診査等実施計画の作成に関する重要事項
- 一 達成しようとする目標

二 特定健康診査等の対象者数に関する事項

三 特定健康診査等の実施方法に関する事項

四 個人情報の保護に関する事項

五 特定健康診査等実施計画の公表及び周知に関する事項

六 特定健康診査等実施計画の評価及び見直しに関する事項

七 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

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。

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作成における考え方

計画を策定する趣旨は、規模、加入者の年齢構成、地域的条件等の実情を考慮し、特定健康診査等を効率的かつ効果的に実施するためである。

実施計画には、特定健康診査等を効率的かつ効果的に実施していくために最低限定めておくべき事項を、明瞭・簡潔に整理することが重要である。よって、膨大な労力や費用を掛けて体裁等が立派な計画書を作成する必要はなく、要点を押さえた簡素な計画で十分と考える（実施パターンが1つしかない場合は、10ページ程度でまとめられるのではないかな）。

加入者に対し漏れなく健診・保健指導を実施できる体制は、地域別・年齢別等のグループ別にどのようなものとするのかを整理するだけでよく、膨大な調査・分析の実施は必要ない。そのような労力は実施計画ではなく具体的な実施体制づくり（委託先確保、契約に向けた調整等）に向けるべきである。

以上から、計画作成における委託は必要ない。また予算編成や組合会・理事会对応等そもそも委託では実施が困難なものもある。にも関わらず計画作成を丸投げするということは医療保険者自身で考えるべきこと（加入者の特徴や地域特性等を踏まえた実施形態等）や、医療保険者自身しかわからないこと（加入者の特徴等）、医療保険者しかできないこと（地元調整等）、を放棄していることを意味しており（この場合、委託先にはできないことはできないまま放置となる）、保険者機能の強化が求められる中で考えた場合、大変残念なことである。

③健診・保健指導計画との違い

「特定健康診査等実施計画」は高齢者の医療の確保に関する法律に基づく法定計画であり、必ず作成することが求められるが、「標準的な健診・保健指導プログラム」に記載

のある「健診・保健指導計画」は任意の計画であり必ずしも作成しなくてもよいこと、また内容が全く異なることに注意されたい。

実施計画は5年間を通じ実務的・事務的に実施体制について整理した計画であるのに対し、健診・保健指導計画は毎年の保健事業全体の考え方や取組方策等を総合的にとりまとめた計画である。

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四に挙げた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、基本指針第四の並びで順次整理すればよい。

図表52: 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		その他、必要に応じ	
各保険者の現状調査 (一部はH18年度済)		背景・現状等(各保険者の特徴や分布等)	序文(はじめに) ・メタボ概念の導入 ・特定健診とは ・実施の目的 等々
		特定健康診査等の実施における基本的な考え方	
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	第四の一	達成しようとする目標	特定健康診査の実施率、特定保健指導の実施率及びメタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率に係る目標
第2項 第一号	第四の二	特定健康診査等の対象者数	- 特定健康診査等の対象者数(事業主健診の受診者等を除外した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。
	第四の三	特定健康診査等の実施方法	- 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	第四の四	個人情報の保護	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	第四の五	特定健康診査等実施計画の公表・周知	- 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	第四の六	特定健康診査等実施計画の評価及び見直し	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
	第四の七	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	

②前提の整理

法定で記述すべき範囲は基本指針第四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、前提となる加入者の分布や特徴等の整理が必要となる。

これについては、分かりうる範囲で整理すればよく、わざわざ時間・労力・費用をかけて詳細に調べることは不要である。

③序文等による解説

また、特定健康診査等実施計画は、作成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）。加入者に対し、健診受診を呼びかけていく上でも周知は重要であるが、計画書の構成がいきなり目標値から始まっている場合、なぜこのような計画を作成し、加入者に健診受診を呼びかけるのかがわかりにくいことから、必要に応じ序文等で簡単な背景等の解説を加えることも考えられる。

9-2-3 計画作成のスケジュール

図表53: 特定健康診査等実施計画の作成スケジュール(平成19年度)

①計画策定に向けた事前整理(平成18年度中)

	②目標値の設定	③実施方法の検討・スケジュール作成	④原案や⑦案の作成	⑤費用等の検討	⑥保健指導体制の整備	⑧承認手続(国保における予算・保険料率等の承認)
4月	H24年度の目標値の設定	①②に基づく対象者の推計 直接実施、委託実施(集団契約・個別契約)の判断				
5月	H20・24年度各年度の目標値設定					
6月						
7月		年間スケジュール案作成 対象者(特に被扶養者)への周知・案内の方法				
8月	都道府県からの照会への報告・適宜調整	他の健診データの受領方法	①～③を基に実施計画の原案作成			
9月		他の保険者への委託の申込、個別契約する場合の委託先の決定				
10月						
11月				自己負担率、上限設定の決定		国保の場合 必要な費用及びその内訳を算出 保険料率の設定
12月						
1月			実施計画案の策定	必要な費用及びその内訳を算出 保険料率の設定		理事会や運営協議会での手続 市町村議会での予算承認
2月						
3月				被用者保険の場合		

⑨特定健診等実施計画の公表(平成20年4月初旬)

10. 後期高齢者支援金

10-1 基本的な仕組み

10-1-1 後期高齢者支援金とは

平成 20 年度から後期高齢者限定の新しい医療保険制度が創設される(都道府県単位に後期高齢者医療広域連合が設立)。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することが決まっており、これを後期高齢者支援金という。

支援金は、加入者一人当たりいくらという形で算定することとなっており、医療保険者の規模の大小に関わらず平等に負担することとなっている。

10-1-2 加算・減算の考え方

①基本的な考え方

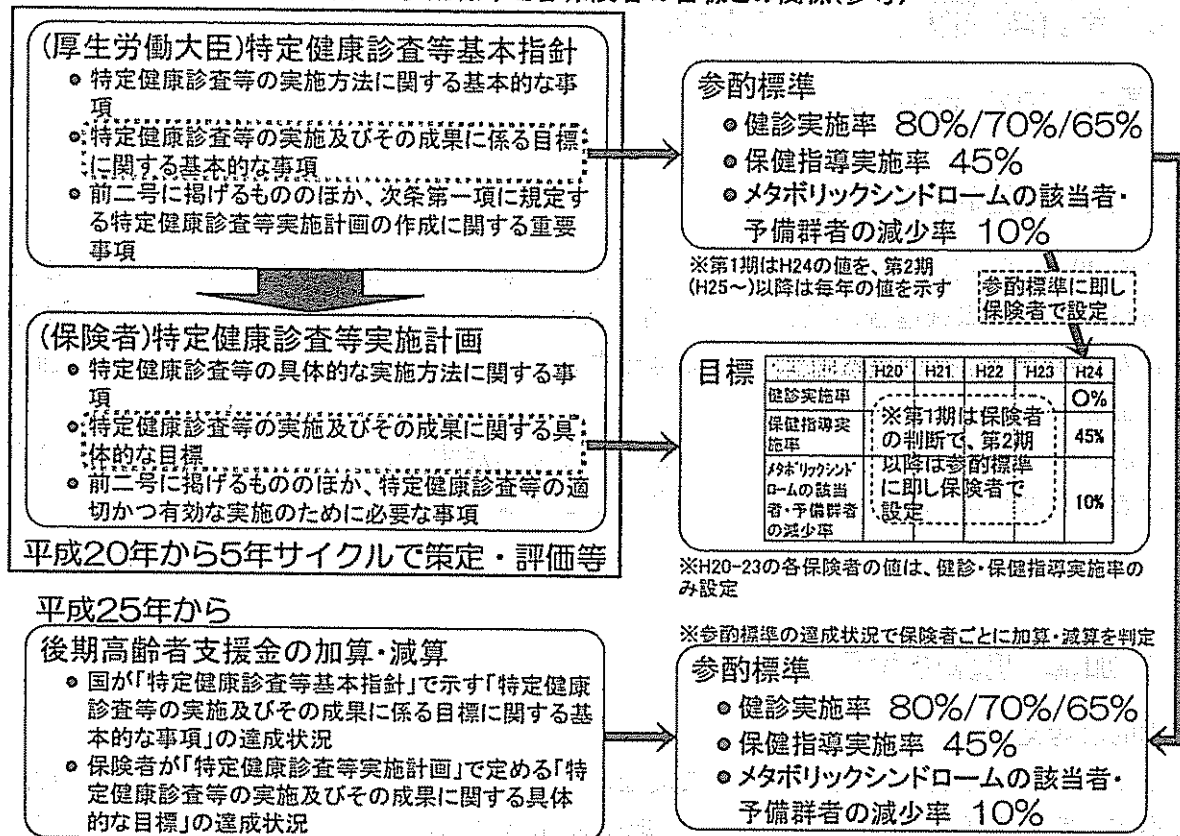
医療保険者が納付する後期高齢者支援金については、国が「特定健康診査等基本指針」で示す「特定健康診査等の実施及びその成果に係る目標に関する基本的な事項」、及び保険者が「特定健康診査等実施計画」で定める「特定健康診査等の実施及びその成果に関する具体的な目標」の達成状況を勘案して、±10%の範囲内で政令で定める方法により、加算・減算等の調整を行うこととされている(法第 120 条第 2 項・第 121 条第 2 項)。

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)。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。

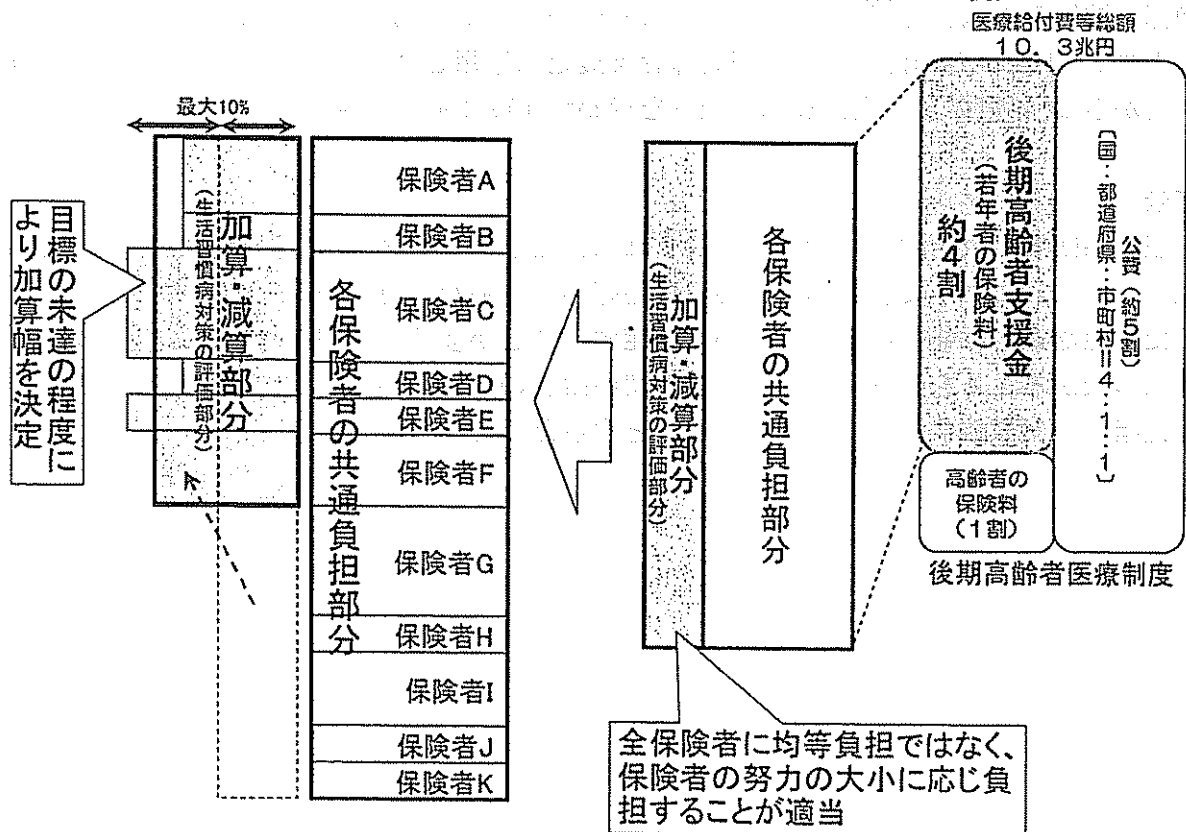
②背景

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・高脂血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54: 参酌標準と各保険者の目標との関係(参考)



図表55: 加算・減算のイメージ(加算幅を3段階に分ける場合の一例)



10-1-3 支援金の評価基準

①第1期（平成20-24年度）の評価

平成24年度の実績データ（平成24年度の健診実施率、保健指導実施率、平成20年度と比べたメタボ減少率）を用いて、平成25年度分*の支援金の加算・減算に反映される。

②第2期以降の評価

平成26年度分以降の加算・減算措置は、第一期（平成25年度分）と異なり、前年度比の実績をみるという案を示している。これは次の考え方に基づくものである。

- 制度施行当初からの評価は困難なことから、加算・減算は第一期終了後の平成25年度分から実施するため、第一期は毎年ではなく期間を通じた評価としたが、平成26年度分以降は毎年加算・減算を行うことから、毎年何らかの評価を行う必要がある。
- 第一期と同様に、計画期間の最終年度にのみ新たな数字で評価（平成26～29年度は、平成25年度の実績に基づく加算・減算を続け、平成30年度に、平成29年度目標の達成度合いに応じた加算・減算に切り替える）のだけでなく、毎年度、新たな実績数値で評価を行うことが望ましい。

ただし、その方法としては、前年度比でみるという原案の方法だけではなく、計画開始の前年度（平成24年度）との比較で毎年度の実績をみていくという方法もあるので、より妥当な評価方法となるよう、今後検討していくこととなっている。

* 平成25年度分の支援金算定には、スケジュール上平成23年度の実績データを利用せざるを得ないことから、平成24年度の実績データが利用できる段階で加算減算後の各保険者の支援金額を算出し、既に算定されている額を補正する予定。

10-2 評価指標の定義

10-2-1 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	$\frac{\text{当該年度中に実施した特定健診の受診者数(他者が実施した健診でそのデータを保管しているものも含む)}}{\text{当該年度末における、40～74歳の被保険者数及び被扶養者数}}$
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保険者は含まれない)。

10-2-2 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	$\frac{\text{当該年度の動機づけ支援利用者数+当該年度の積極的支援利用者数}}{\text{当該年度の健診受診者のうち、階層化により動機づけ支援の対象とされた者の数+積極的支援の対象とされた者の数}}$
条件	○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。 ○途中脱落者は、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・分子から除外。 ○後年、動機づけ支援の実施率と積極的支援の実施率を別々に評価する可能性も考慮し別々に把握しておくものの、制度施行当初における予定としては、評価は合算して実施。

10-2-3 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

①評価に用いる算定式

次の算定式に基づき、評価することとする。

算定式	$1 - \frac{\text{当該年度の健診データにおける該当者及び予備群の数}}{\text{基準年度の健診データにおける該当者及び予備群の数}}$
条件	○H25 納付分は、H24(=当該年度)/H20(=基準年度)とし、H26以降の納付分は、前年/前々年(例えばH26の場合はH25/H24) ○該当者及び予備群の数は、健診実施率の高低で差が出ないように、実数ではなく、受診者に含まれる割合を対象者数に乗じて算出したものとする。 ○なお、その際に乗じる対象者数は、各保険者における実際の加入者数ではなく、メタボリックシンドロームの減少に向けた努力が被保険者の年齢構

* 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、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。

	成の変化（高齢化効果）によって打ち消されないよう、年齢補正（全国平均の性・年齢構成の集団に、各保険者の性・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率を乗じる）を行う。 ○基点となるH20の数は、初年度であるため、健診実施率が低い保険者もある（あるいは元々対象者が少なく実施率が100%でも性別・年齢階層別での発生率が不確かな保険者もある）ことから、この場合における各保険者の性・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率は、セグメントを粗く（年齢2階級×男女の4セグメント）した率を適用。 ○健診実施率が極めて低い保険者については、保健指導の実施率も相当少なくなるとともに、年齢補正後のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の推計数も相当程度精度が落ちることとなる。このため、H24以降の健診実施率が相当低い率である場合（例えば参酌標準の半分の水準にも達しない場合）は、その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計数を算定しないこととする。（保健指導の実施数も相当少ないこととなるので、結果として3項目とも未達成扱いとする）
--	--

②補完的に見ていく算定式

今回の算定式は集団で比較するために少なからず課題があり、その解決策として、次のように考えられる。

○将来的に、積極的支援も評価（該当者から改善された者も評価）できるように基準年度と当該年度の該当者のみの減少率も算出
○算定時点における母集団の構成・大小の影響を排除するため、基準年度の該当者数は、基準年度における該当者が含まれる割合に当該年度の母集団を乗じて算出する補正を行う。
○同様に、該当者で服薬中の者についても将来的に評価できるよう、基準年度と当該年度の服薬中の該当者のみの減少率も算出

しかし、式を複数（3つ）設定するということは、該当者・予備群の減少率に関する参酌標準のみを複数置くことを意味し、各々の値をどのように定めるか、同率にするのか、差をつけるのか等の議論・検討が必要となる。

従って、第1期の評価指標としては全数分のみとし、その他の式の採用については今後の検討課題としている（将来的な採用を想定し、その他の式についても実績報告の指定様式には含めている）。

将来使 いうる 算定式	該当者 →予備 群	1 - $\frac{\text{当該年度の健診データにおける該当者数}}{\text{基準年度の健診データにおける該当者数}}$
	該当者 で服薬 中の者	1 - $\frac{\text{当該年度の健診データにおける該当者のうち、服薬中の者の数}}{\text{基準年度の健診データにおける該当者のうち、服薬中の者の数}}$

③年齢補正の考え方

男女や年齢構成の違いに起因する保険者間の差異を補正する必要がある。

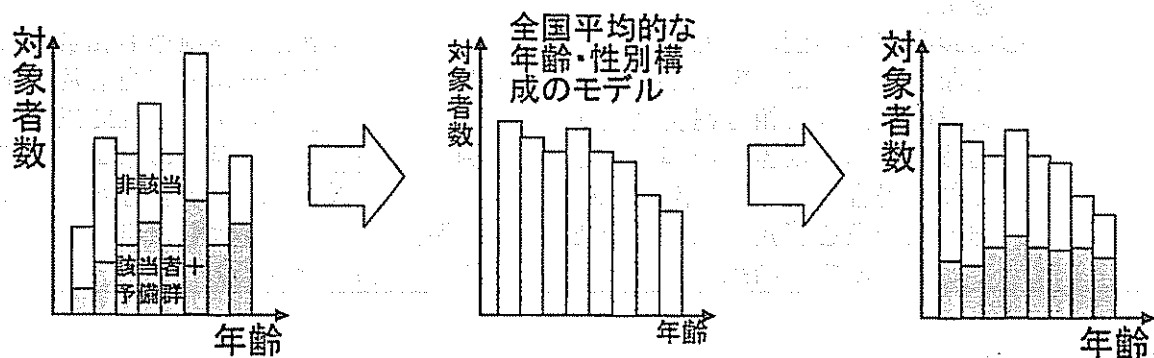
各保険者における、年齢階層別（5歳階級）・性別でのメタボリックシンドロームの該当者・予備群の割合を、全国平均的な年齢・性別構成のモデルに乘じ、その数（＝補正後の該当者・予備群の推計数）で減少率をみる。

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。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、減少率の算出は行えない(目標未達の扱いとする)。

図表56: 年齢補正のイメージ



10-3 評価指標の活用方法

10-3-1 考え方

後期高齢者支援金の加算・減算制度における、参酌標準値の達成・不達成の評価等の制度運用については、事業実績が出て一定の評価も可能となる平成22年度以降に、詰めた検討を行う予定となっている。

これは、3つの指標がどのような場合を加算あるいは減算とするのかが、さまざまな考え方があることから、平成22年度の間評価時に、各医療保険者の達成状況を踏まえながら定めることとしたものである。

10-3-2 主な論点

3つの評価指標がどのような場合を加算あるいは減算とするかについては、次に示すように、さまざまな提案がなされている。

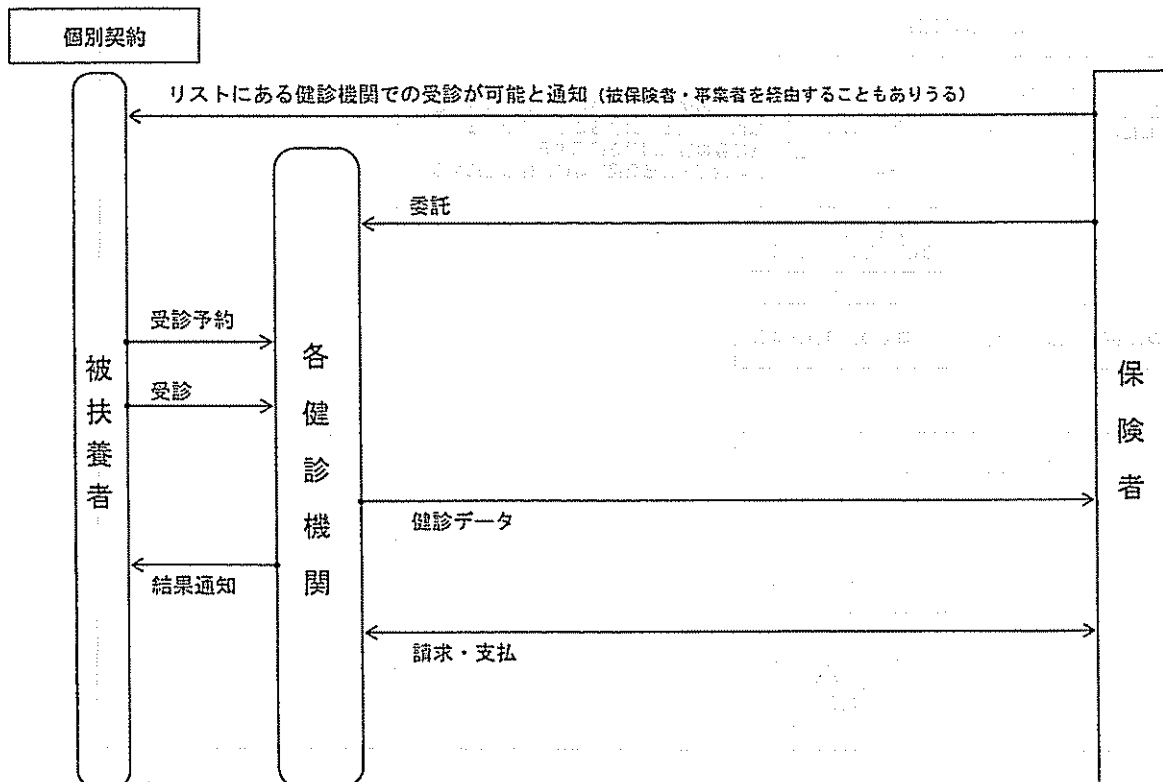
- 第1期は制度発足当初であり、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少（保健指導の効果が現れる）には一定の時間を要することから、成果指標ではなく、健診実施率・保健指導実施率による評価を基本とすべきではないか。
⇒例えば、保険者の努力で達成可能な指標（健診実施率・保健指導実施率）が未達成の場合に、加算する案。
- 成果が出ればよいことから、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率が達成されているかどうかを重視した評価をすべきではないか。
⇒例えば、健診・保健指導の実施率が未達であっても、成果が出ていれば加算としない案。
- 3指標全てを達成した場合のみ減算する等シンプルなやり方がいいのではないかな。

図表57: 評価パターン例

積極的支援・動機づけ支援で分ける可能性	①特定健康診査の実施率	○	○	○	○	×	×	×	×
	②特定保健指導の実施率	○	○	×	×	○	○	×	×
	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	○	×	○	×	○	×	○	×
	達成=○・未達=×								
	案1	減算	±0	±0	±0	±0	±0	±0	加算
- 同じ「未達=×」であっても、達成が程遠い場合と、わずかに達成できなかった場合とで差をつける考え方もある。 - ポイント制とし、3項目の間で点数にウェイト付けする、合計点で合格ラインを設定する、等の考え方もある。	例	-10%	±0	±0	±0	±0	±0	±0	+10%
	案2	減算	±0	±0	加算	±0	加算	加算	加算
	例	-10%	±0	±0	+5%	±0	+5%	+5%	+10%
	案3	減算	±0	±0	加算	±0	加算	±0	加算
	案4	減算	±0	±0	±0	±0	±0	加算	加算
	案5	減算	加算	加算	加算	加算	加算	加算	加算
	例	-10%	+4%	+4%	+7%	+4%	+7%	+7%	+10%

率が多様なパターンや考えられる

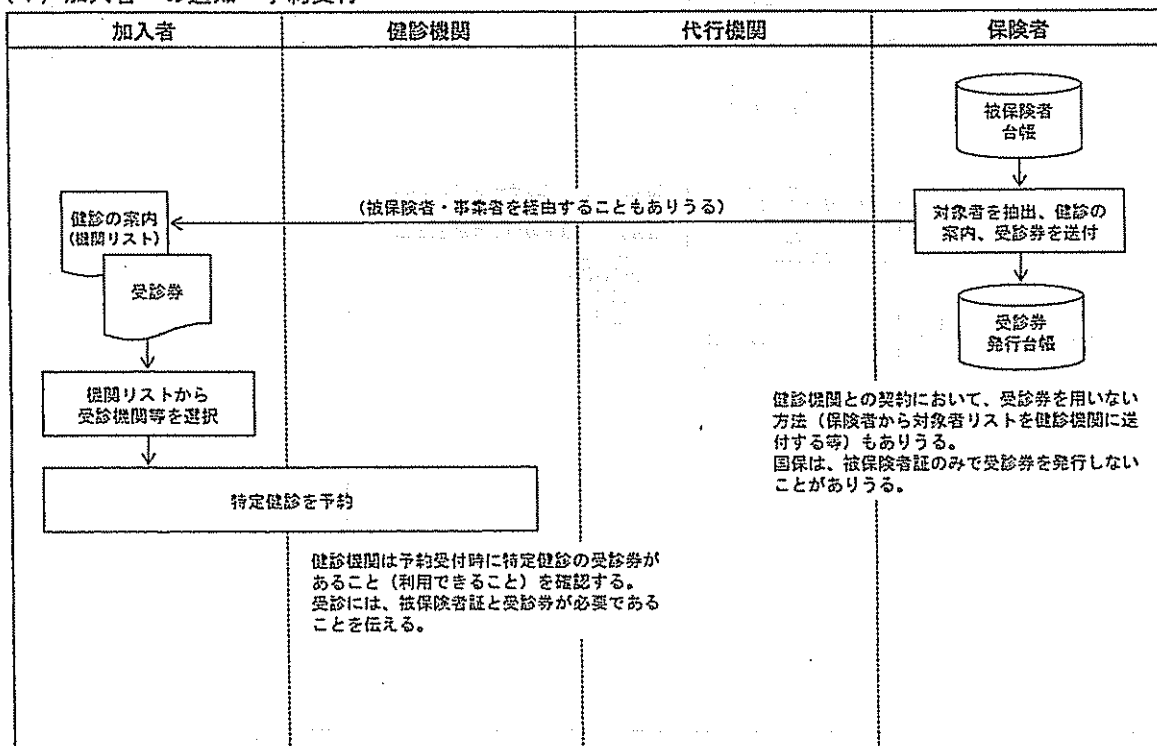
特定健康診査の標準的な事務フローの一例



- 1 -

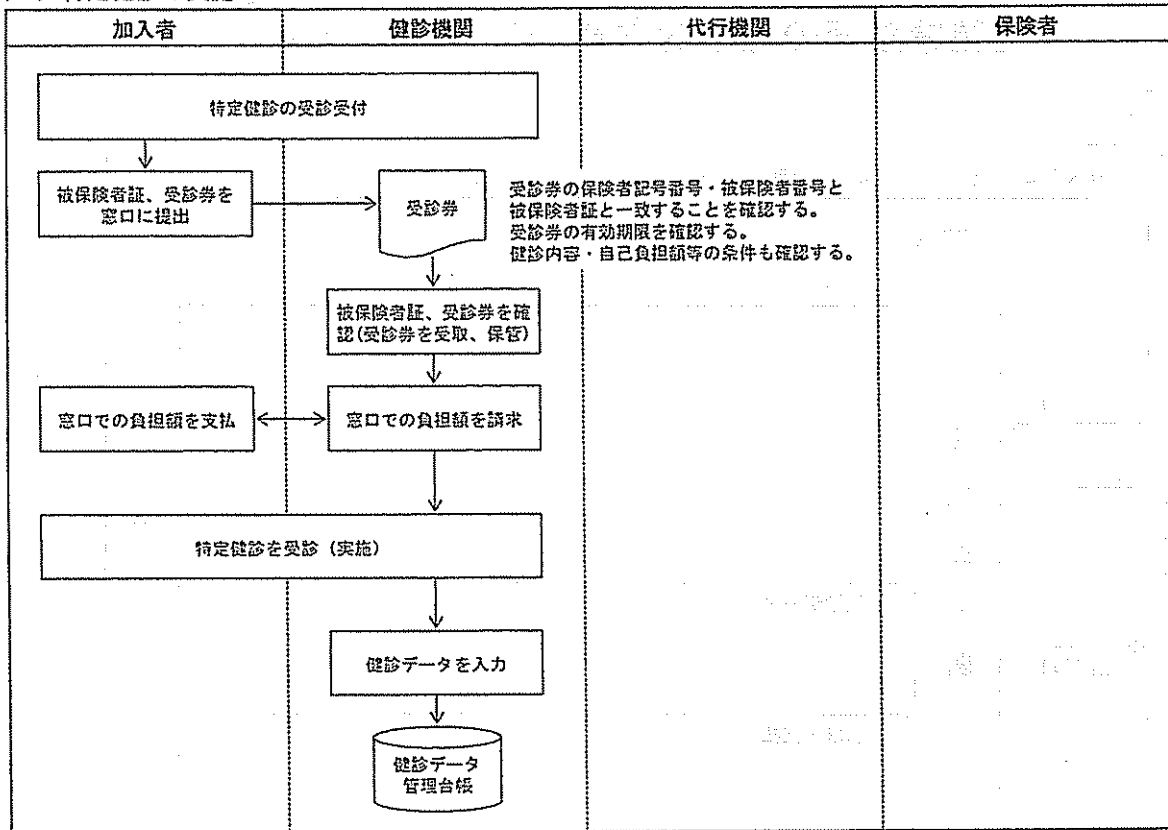
個別契約

(1) 加入者への通知・予約受付



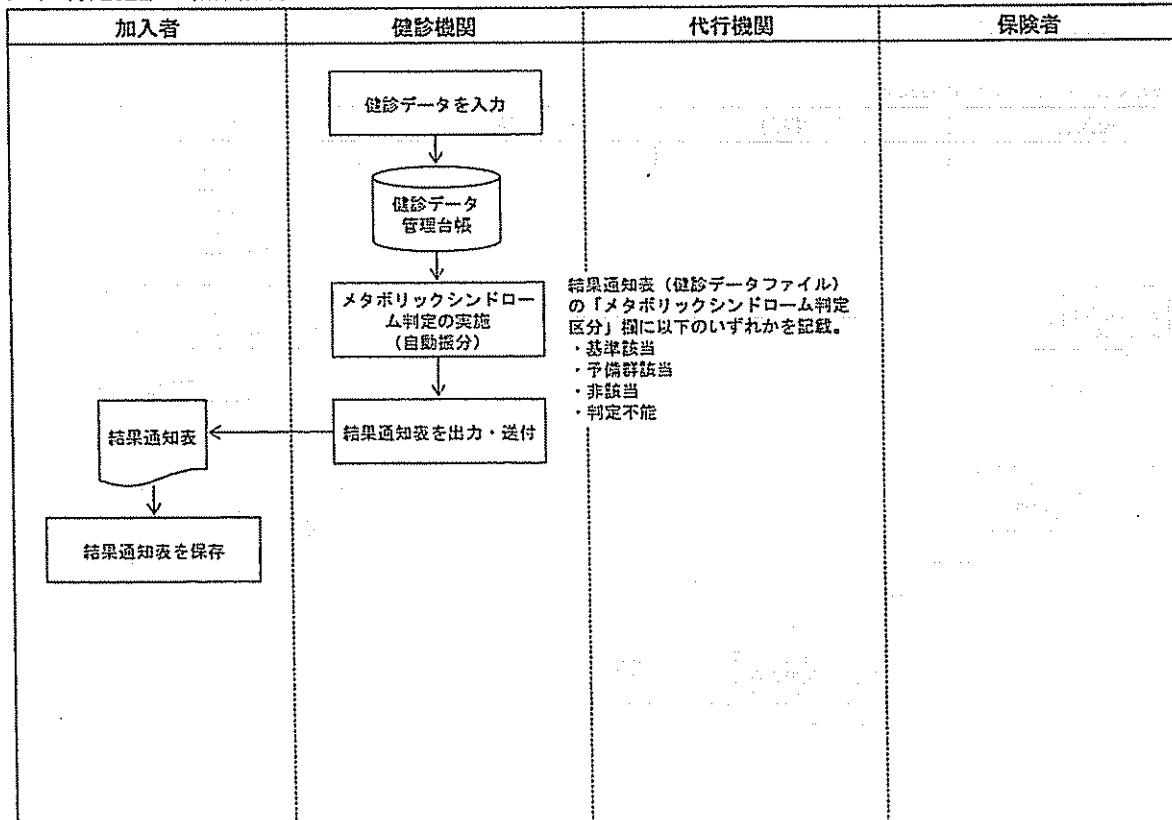
- 2 -

(2) 特定健診の実施



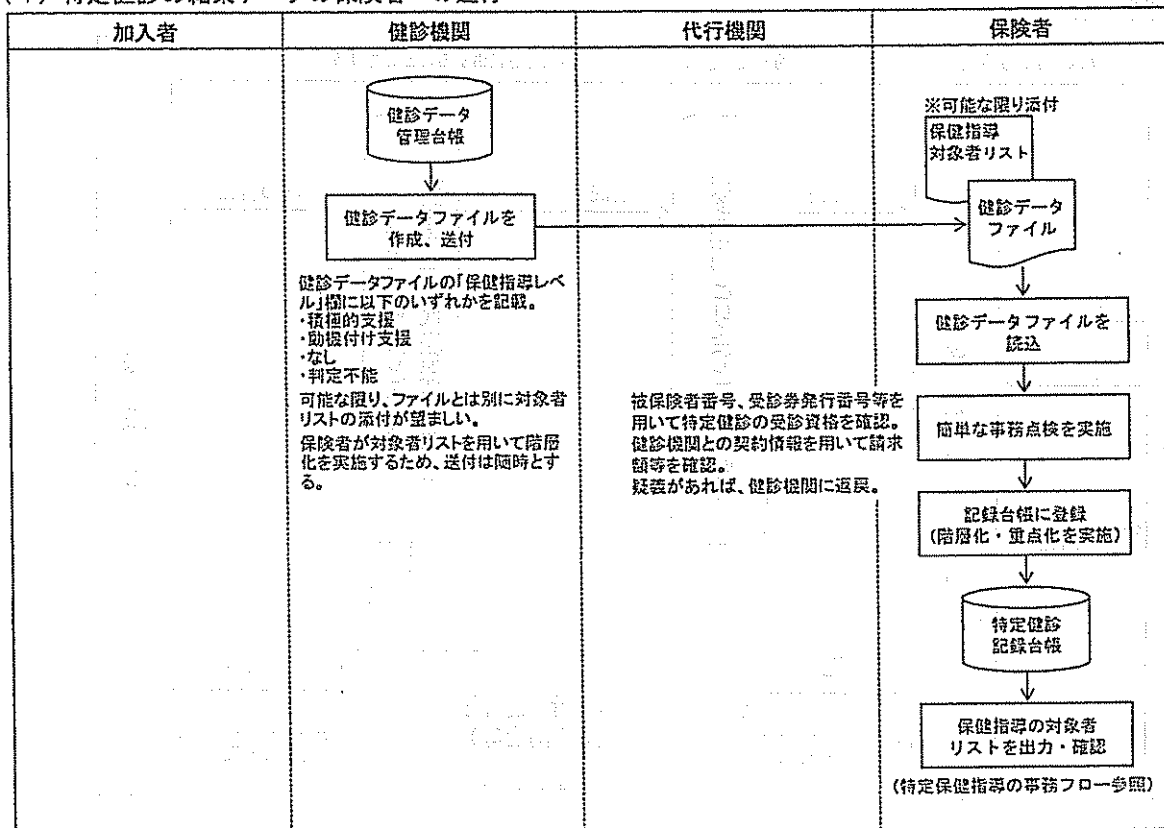
- 3 -

(3) 特定健診の結果説明



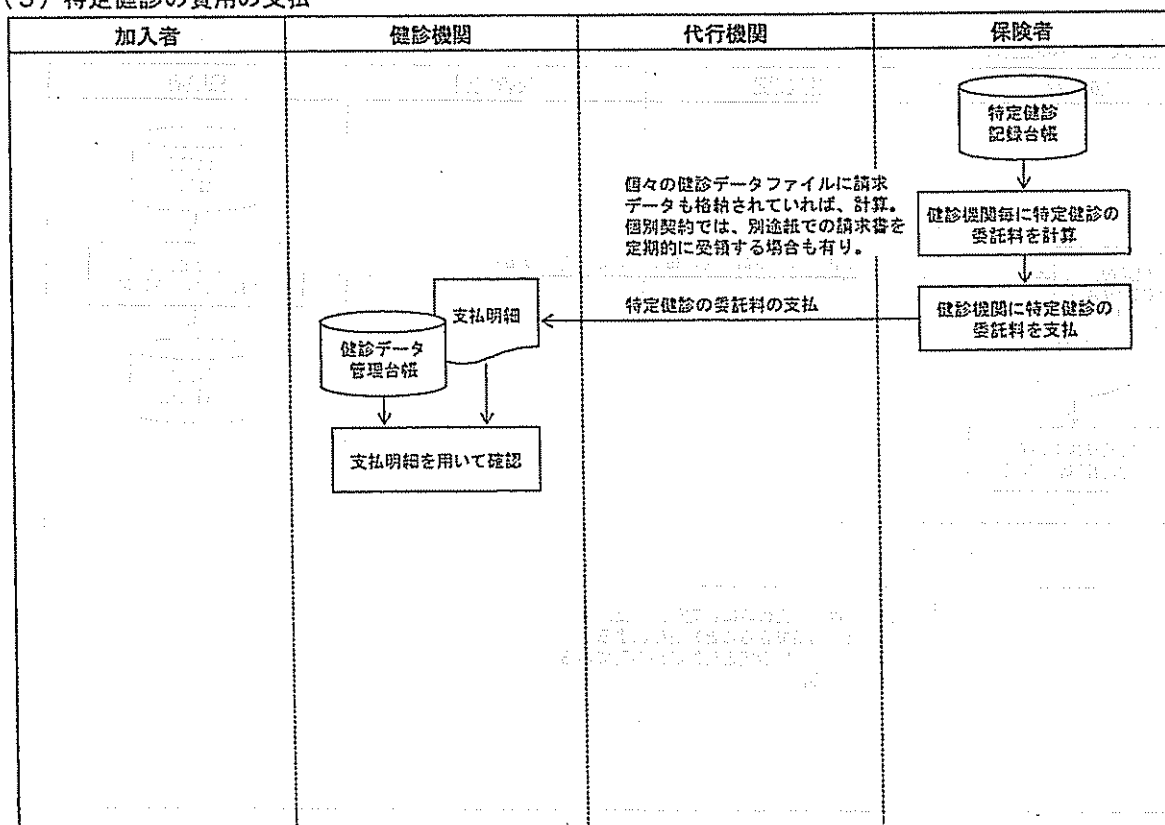
- 4 -

(4) 特定健診の結果データの保険者への送付



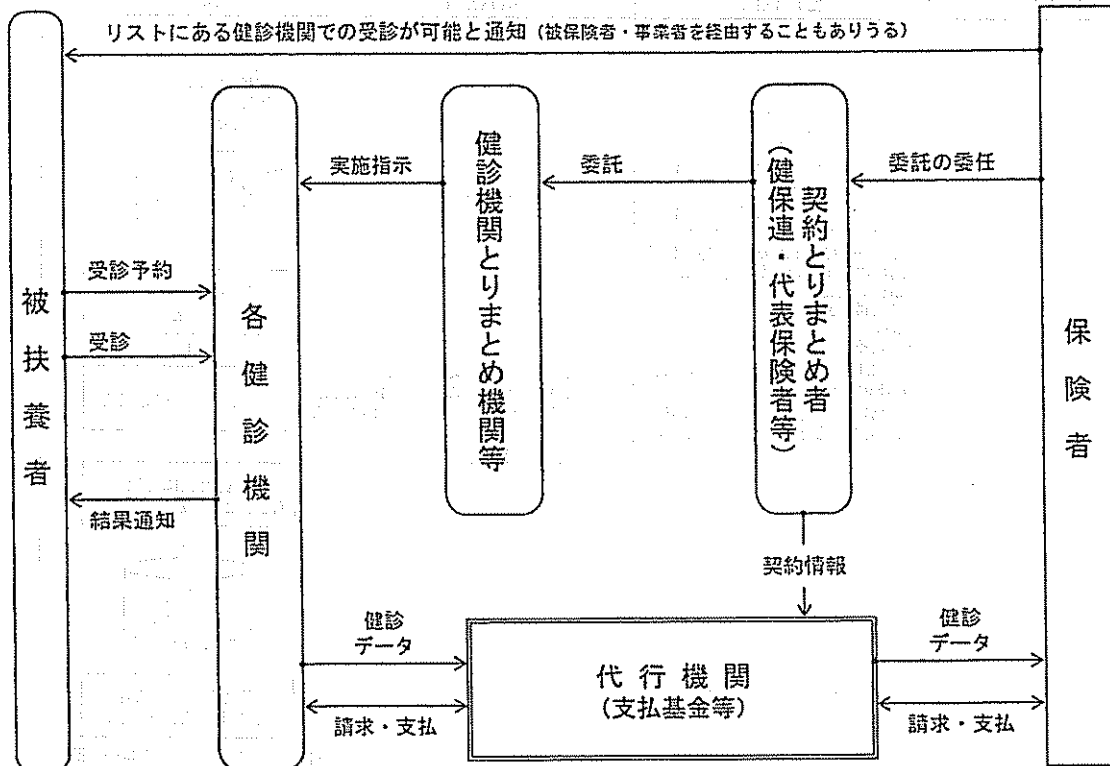
- 5 -

(5) 特定健診の費用の支払



- 6 -

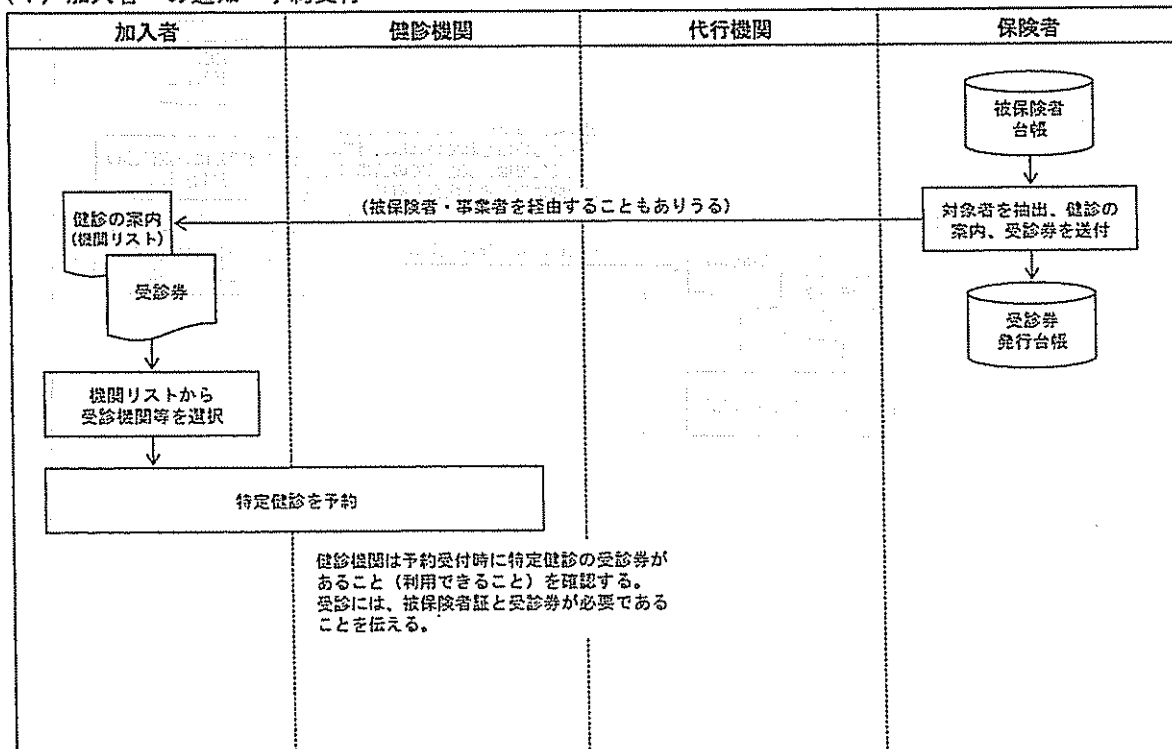
集合契約



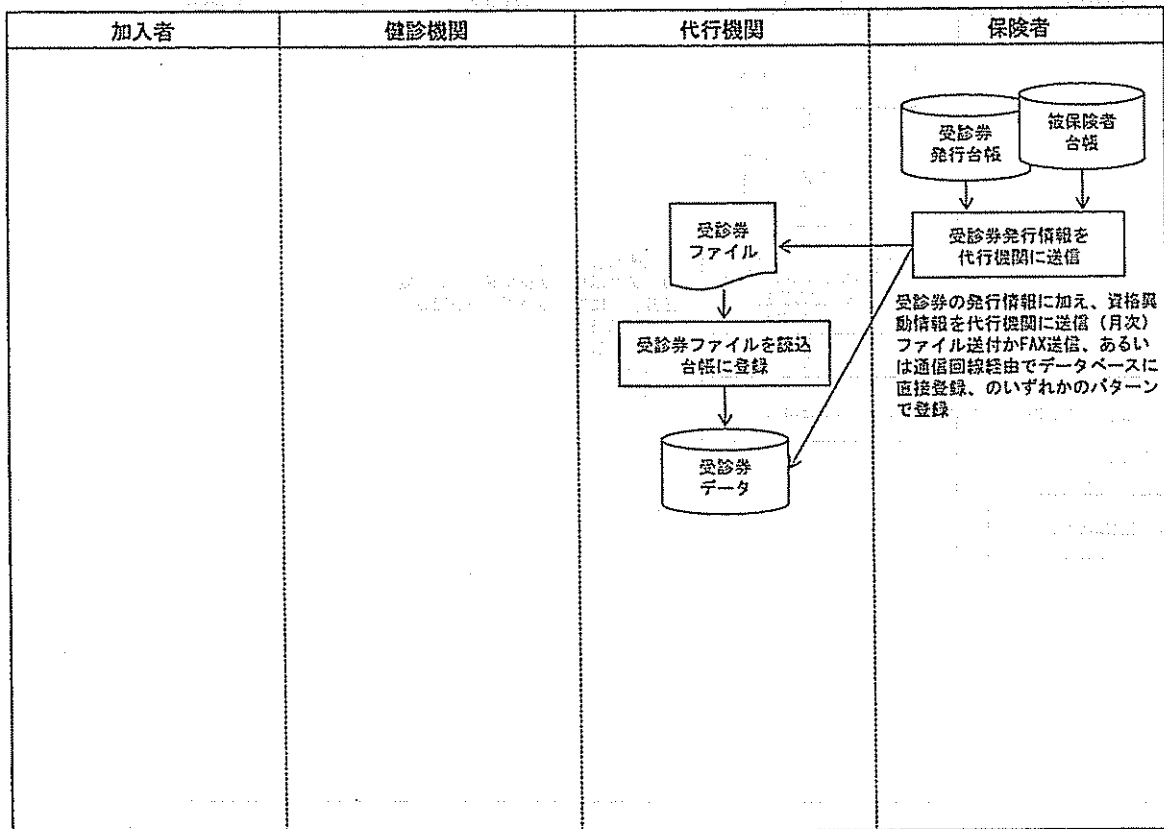
- 7 -

集合契約

(1) 加入者への通知・予約受付

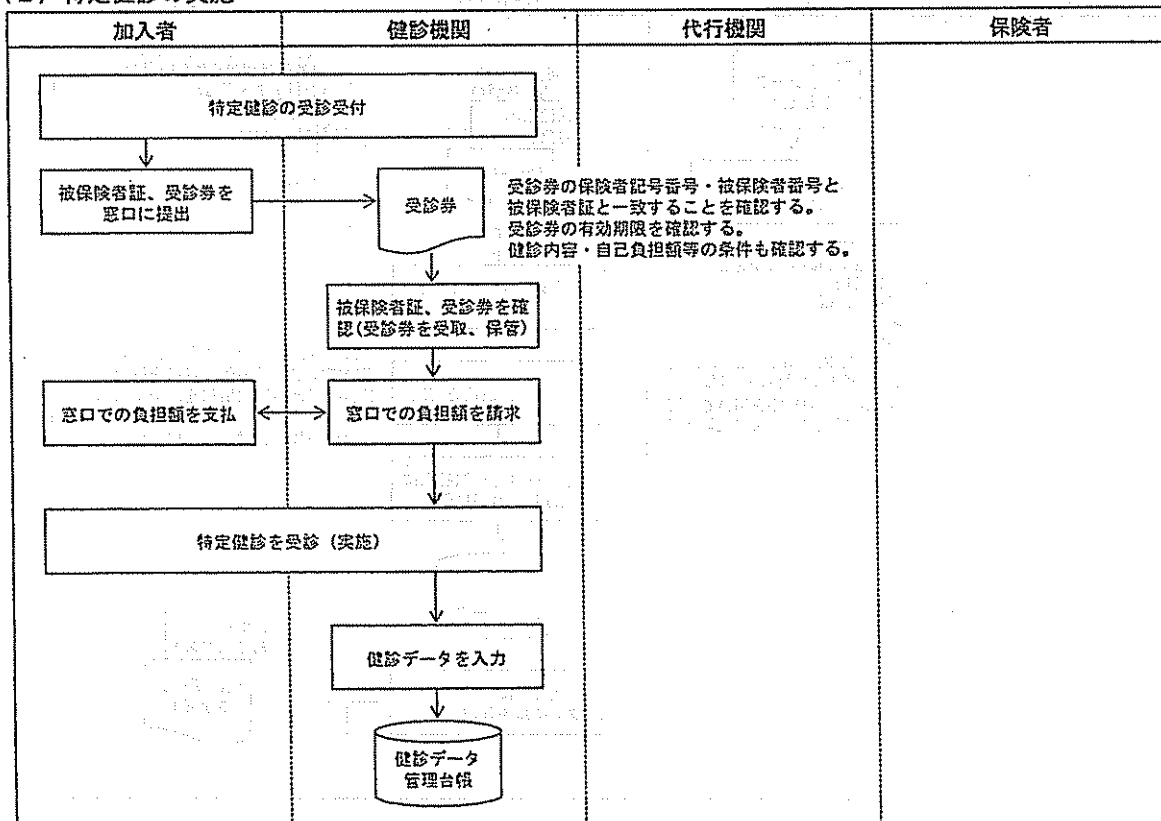


- 8 -



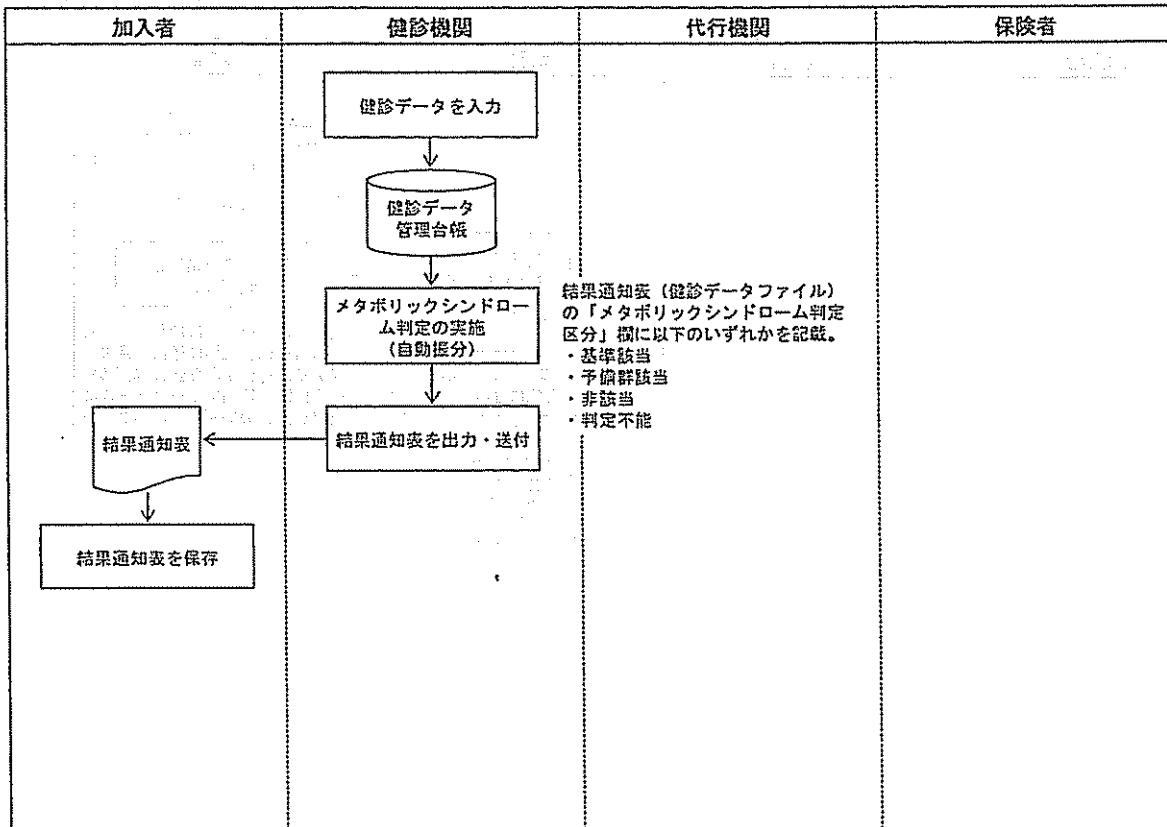
- 9 -

(2) 特定健診の実施



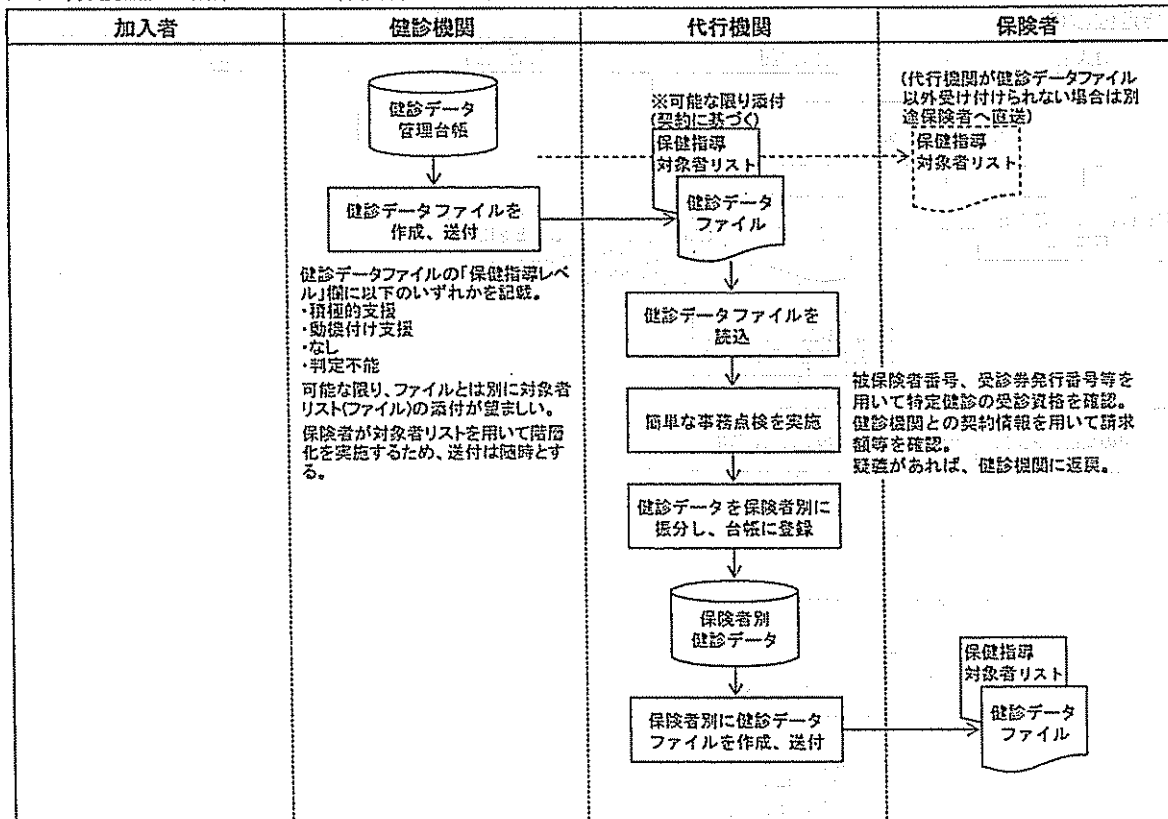
- 10 -

(3) 特定健診の結果説明

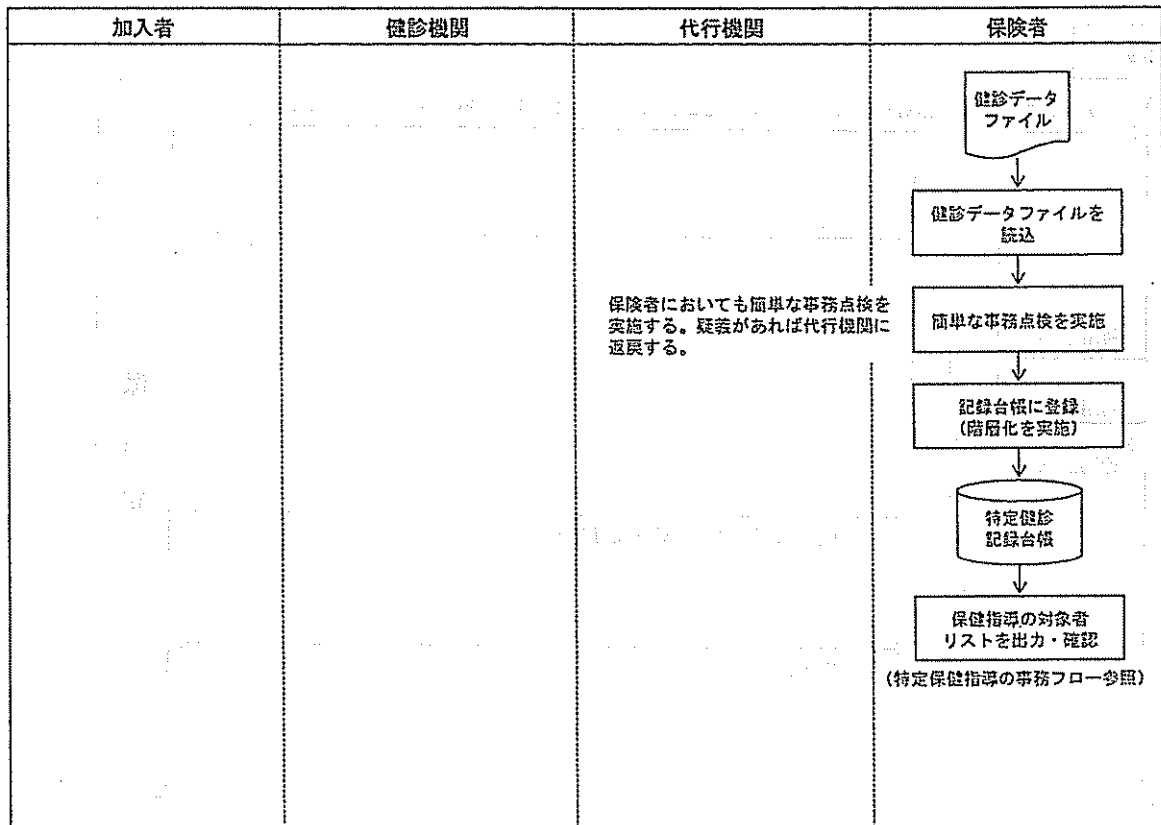


- 11 -

(4) 特定健診の結果データの保険者への送付

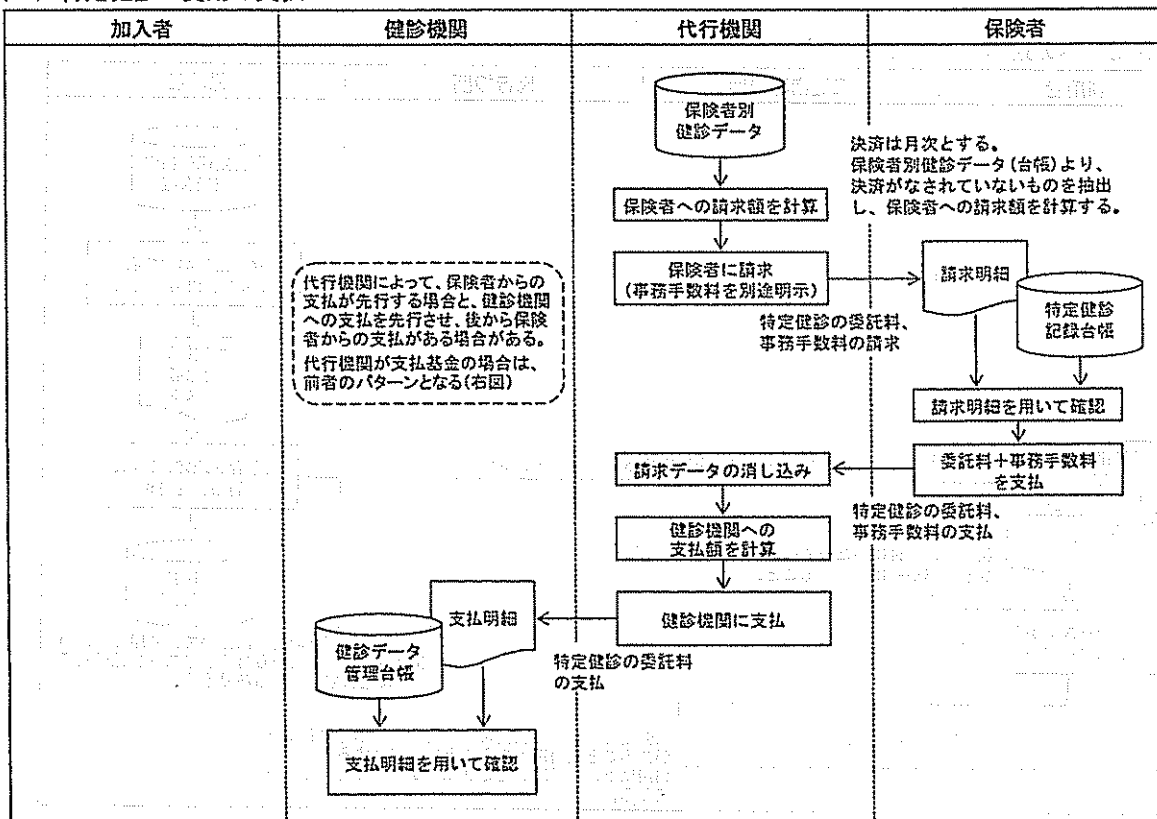


- 12 -



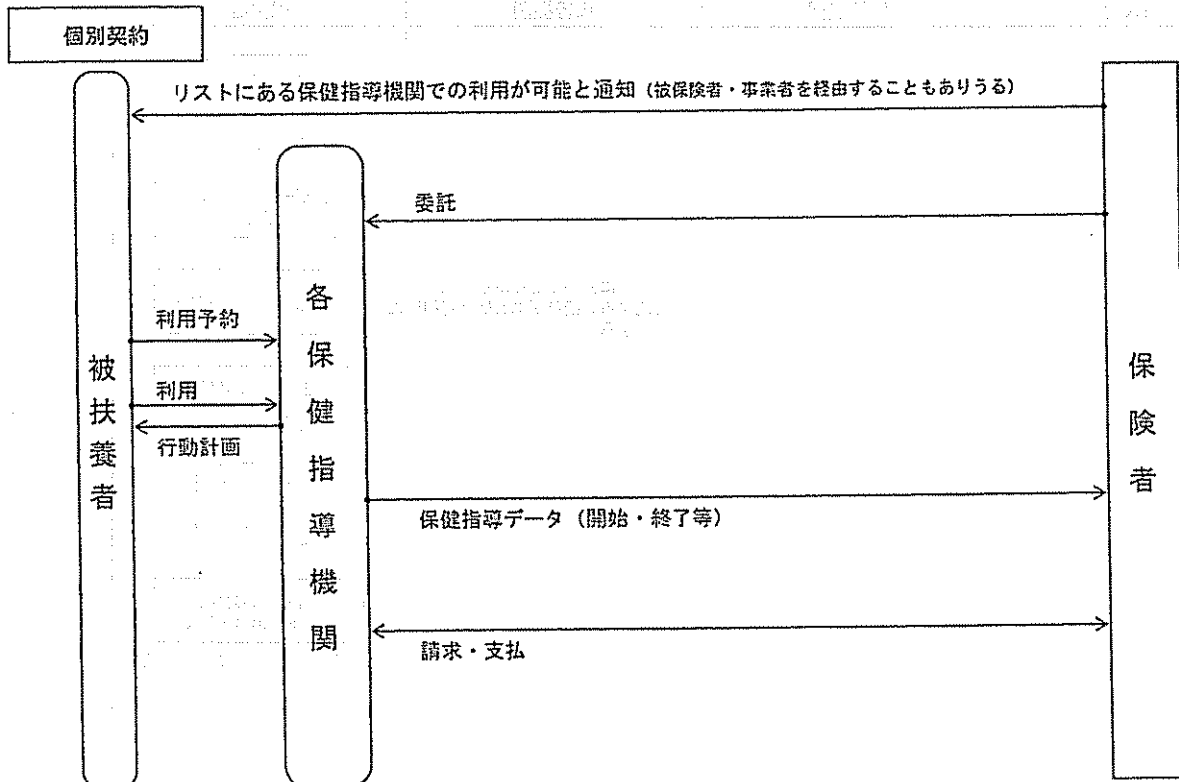
- 13 -

(5) 特定健診の費用の支払



- 14 -

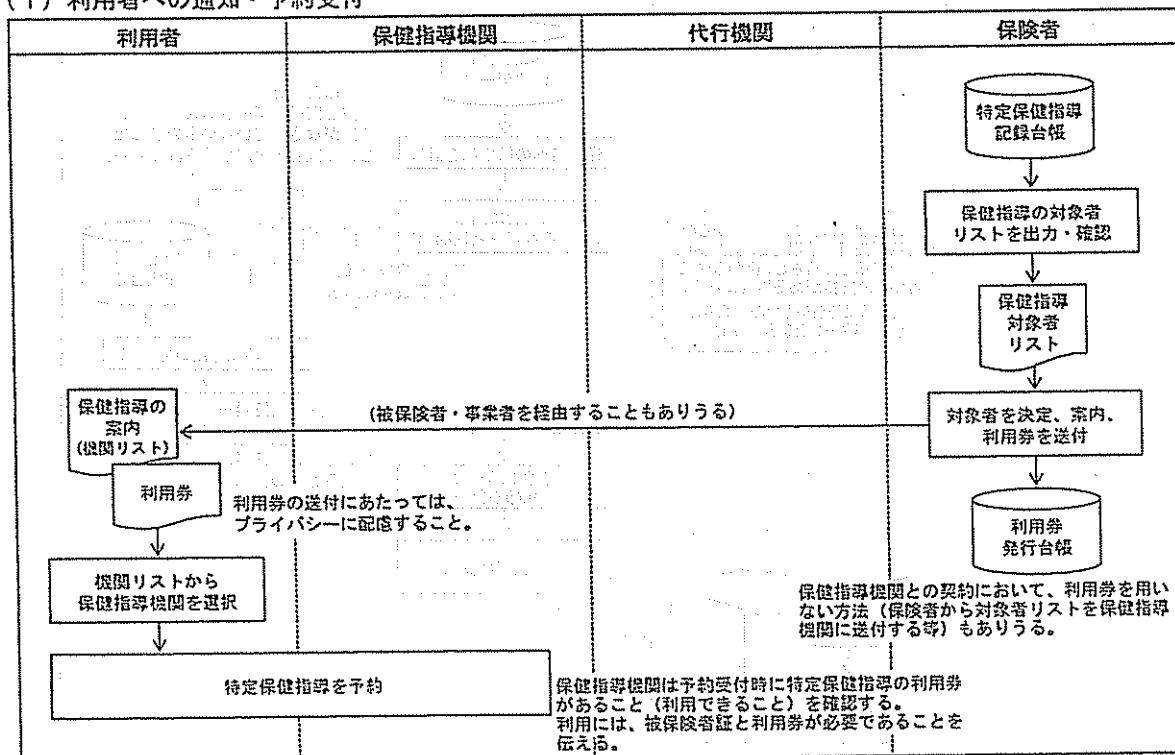
特定保健指導の標準的な事務フローの一例



- 15 -

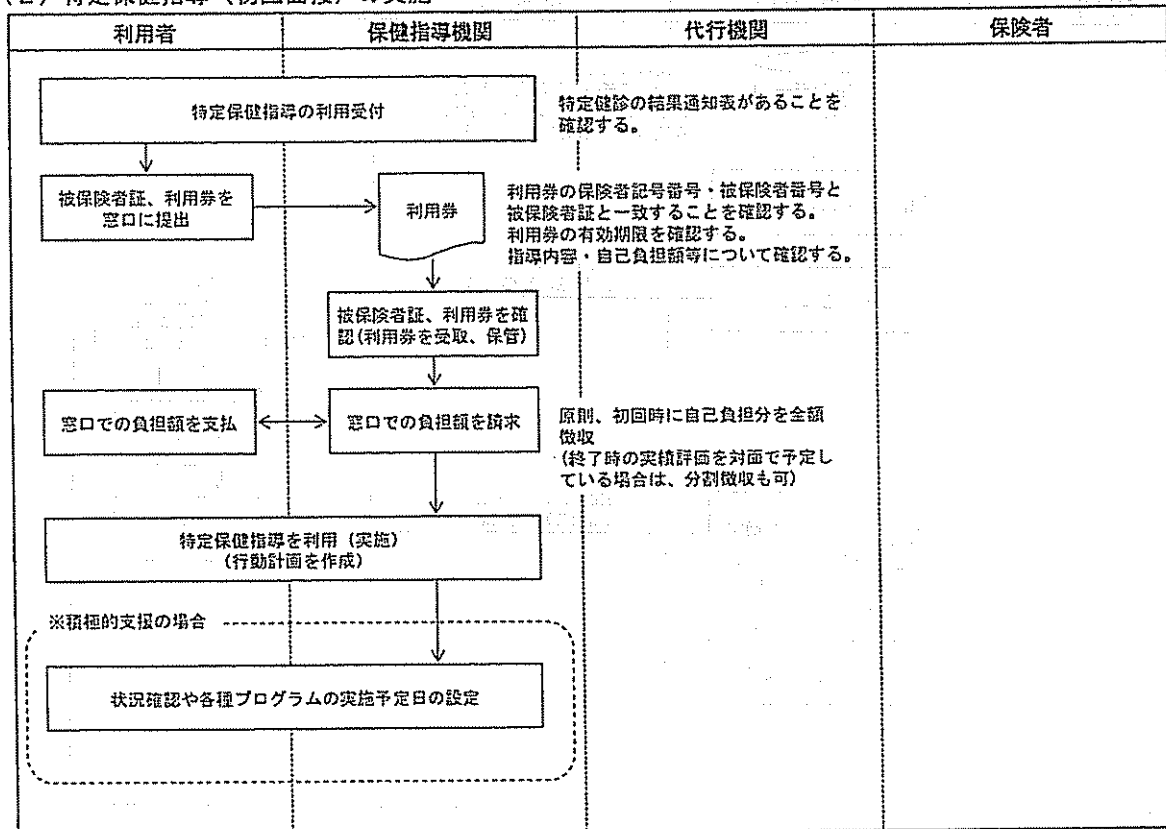
個別契約

(1) 利用者への通知・予約受付



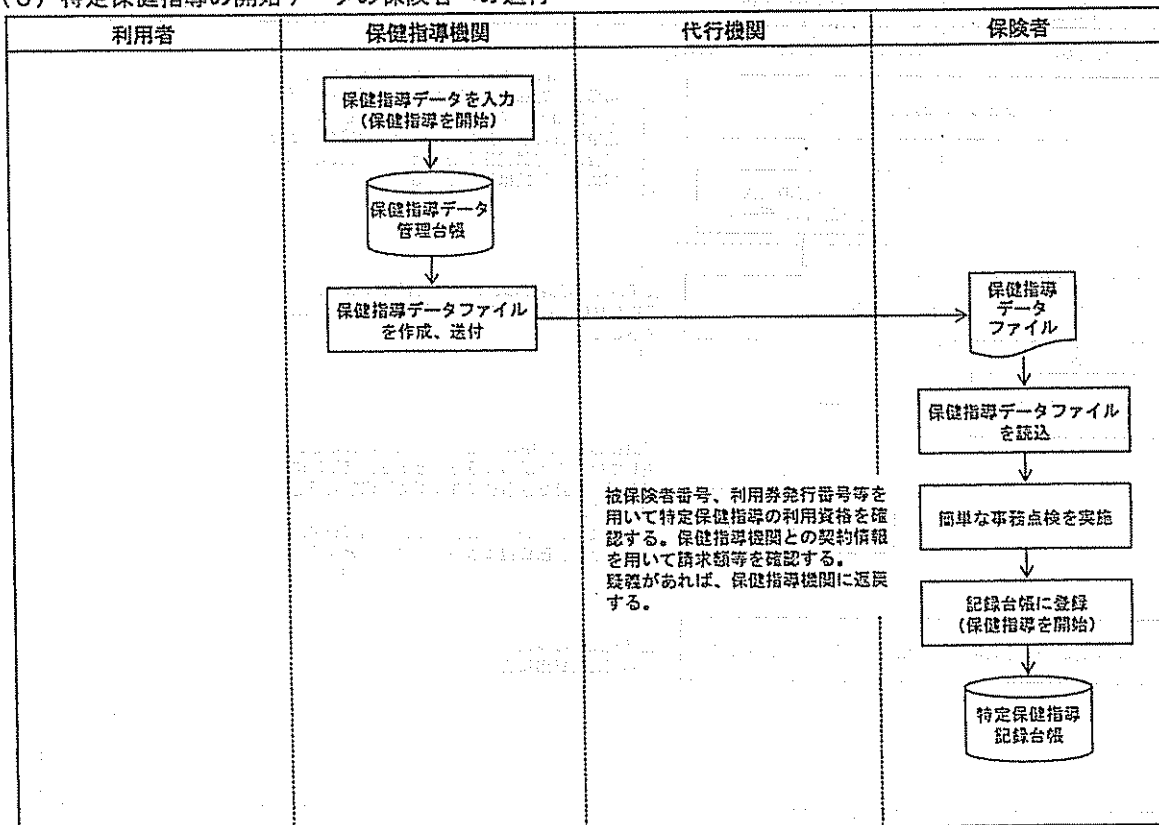
- 16 -

(2) 特定保健指導（初回面接）の実施



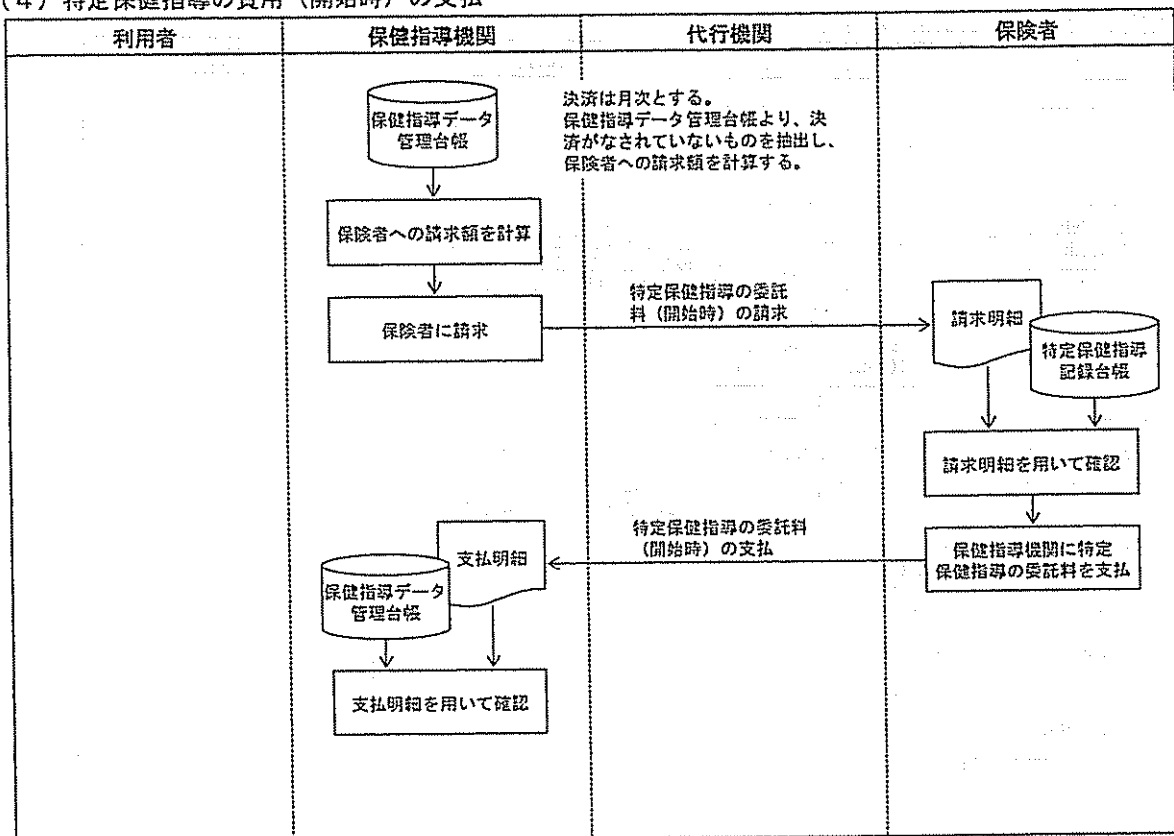
- 17 -

(3) 特定保健指導の開始データの保険者への送付



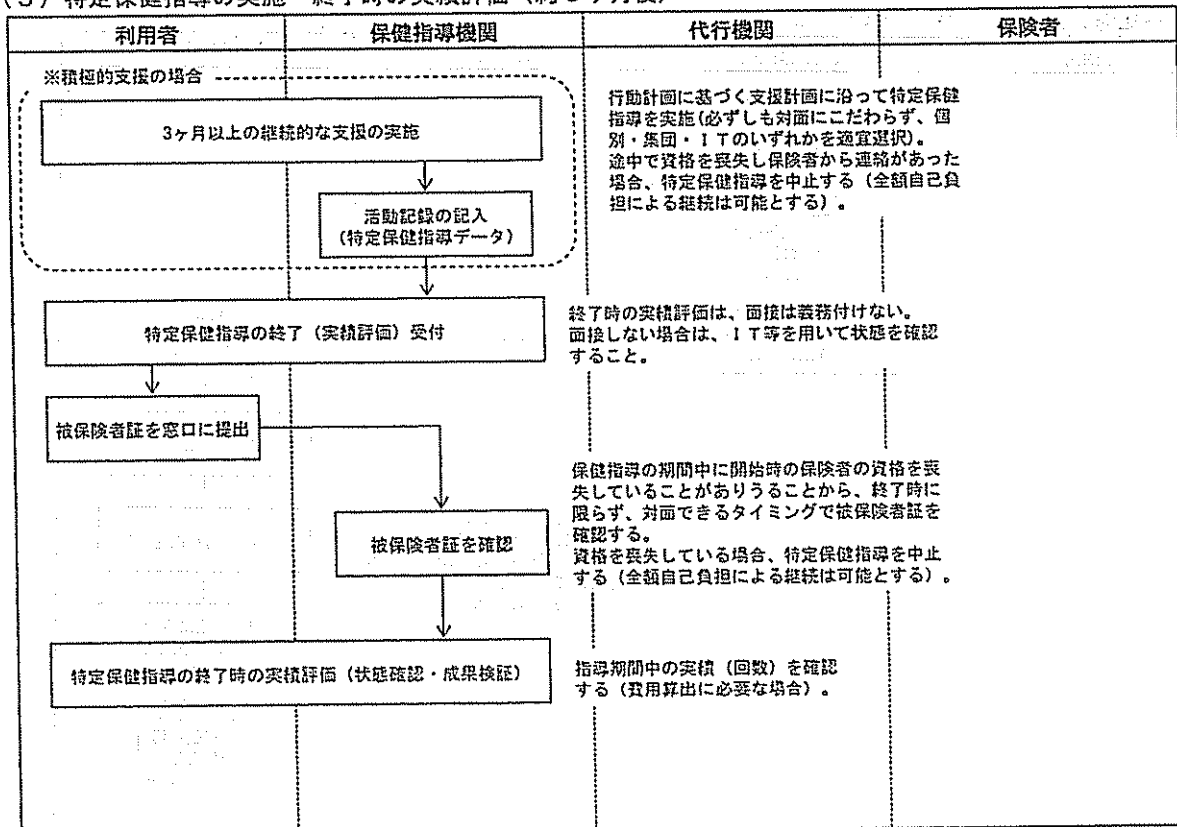
- 18 -

(4) 特定保健指導の費用（開始時）の支払



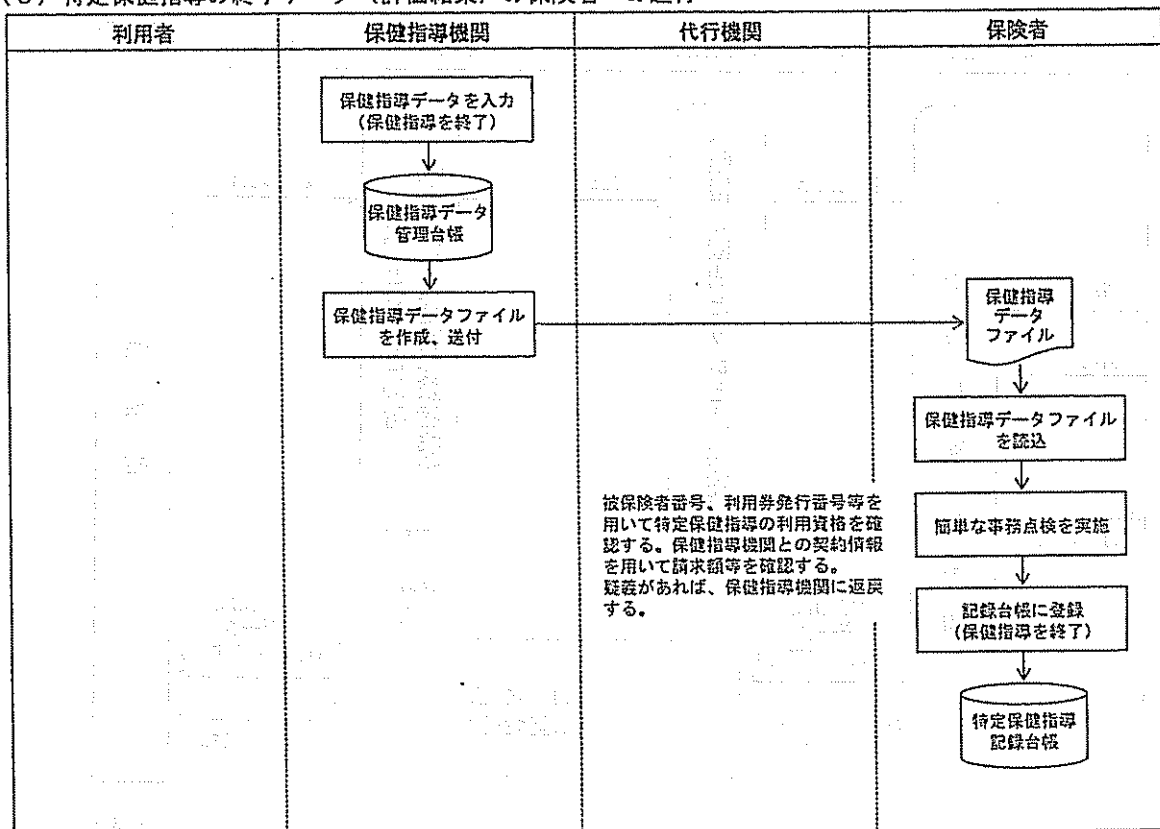
- 19 -

(5) 特定保健指導の実施・終了時の実績評価（約6ヶ月後）



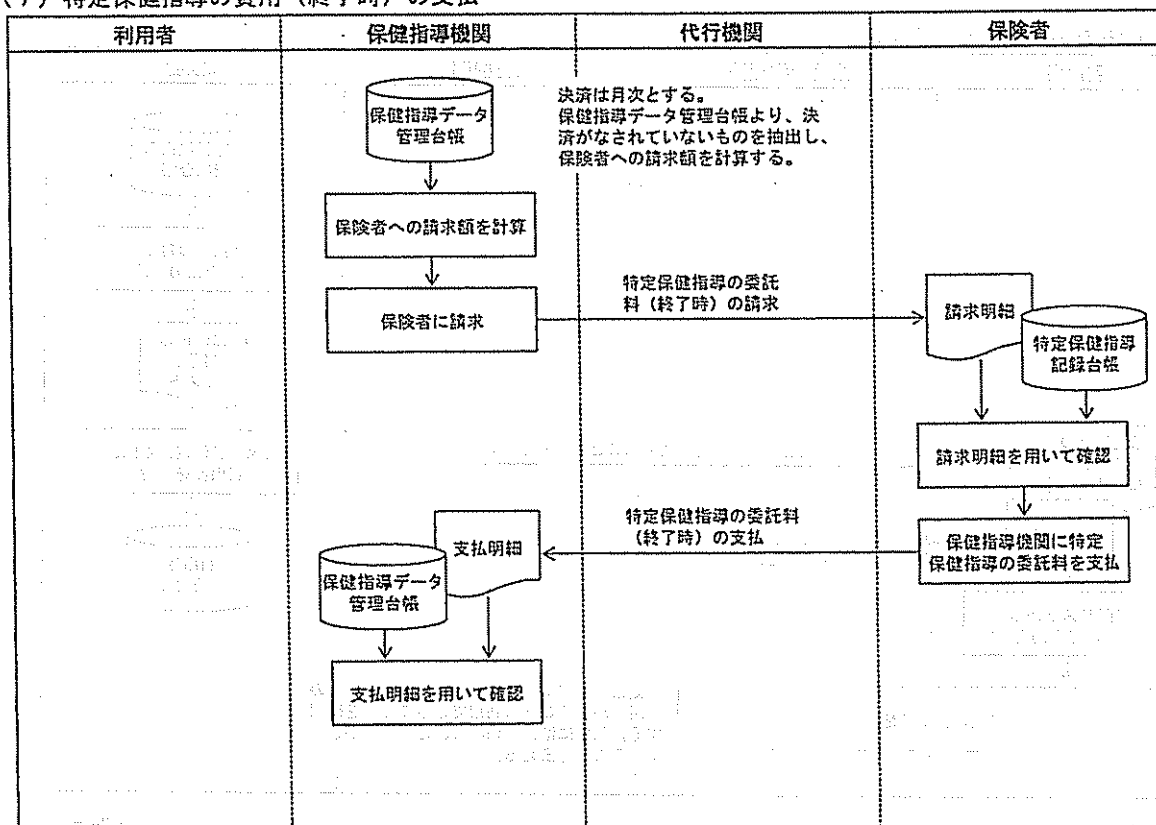
- 20 -

(6) 特定保健指導の終了データ（評価結果）の保険者への送付



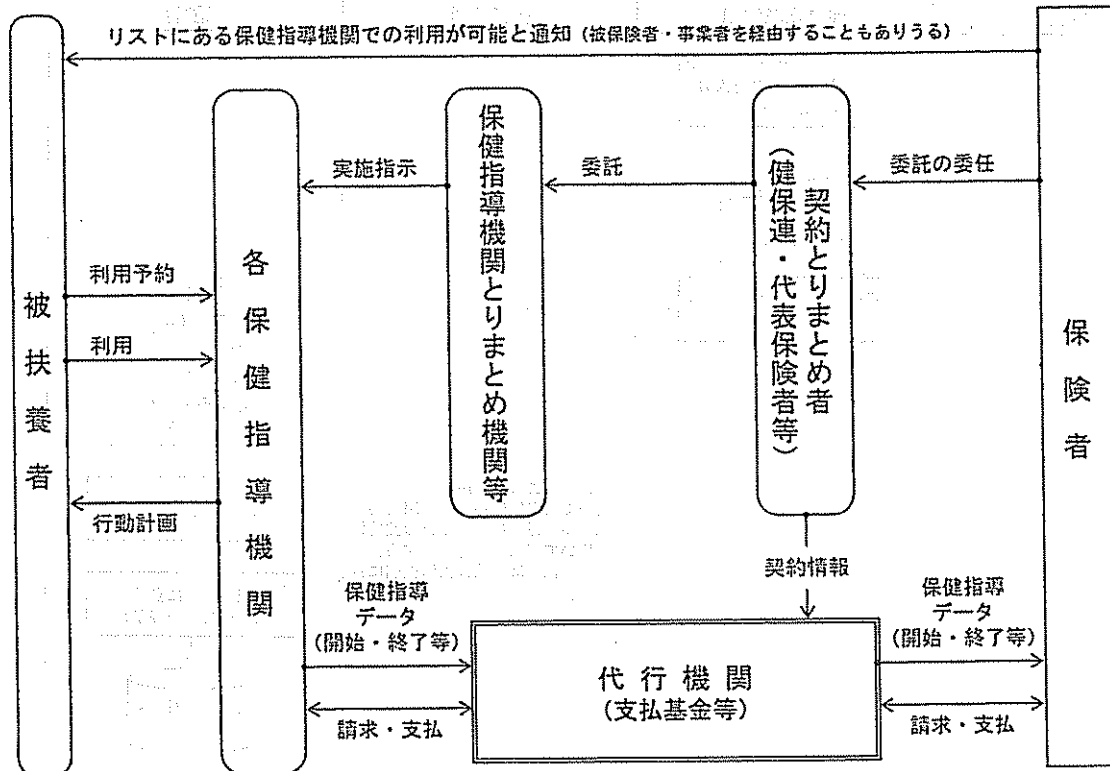
- 21 -

(7) 特定保健指導の費用（終了時）の支払



- 22 -

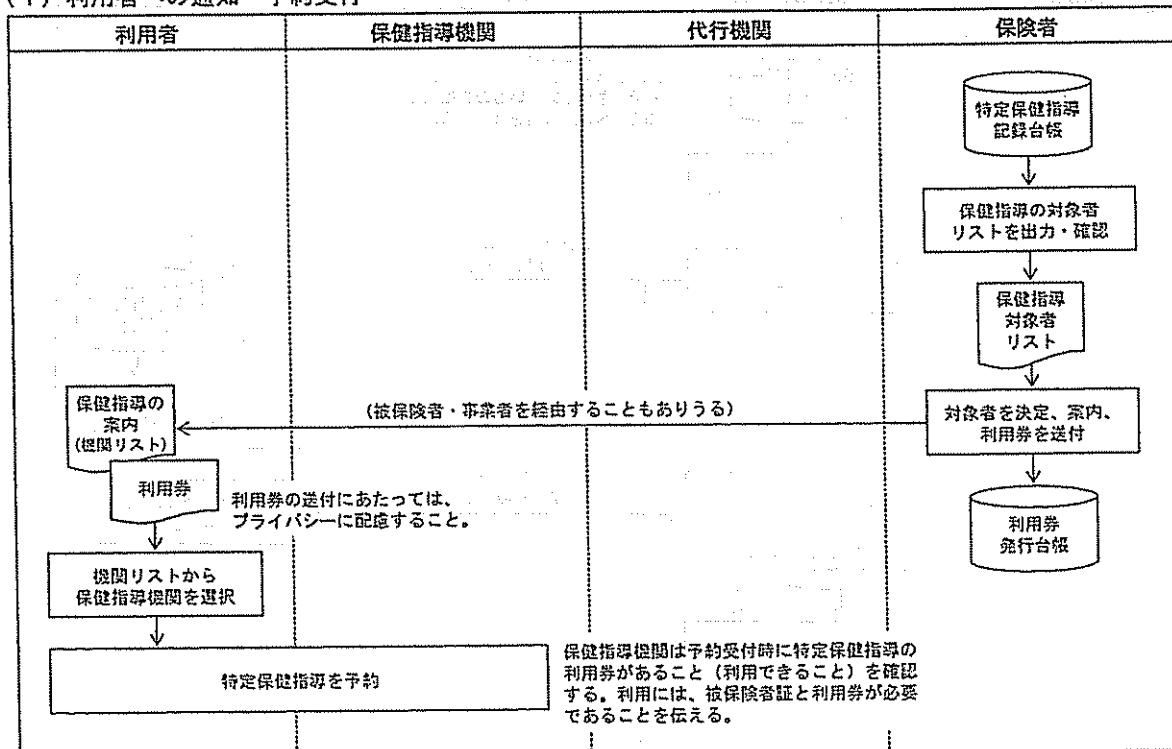
集合契約



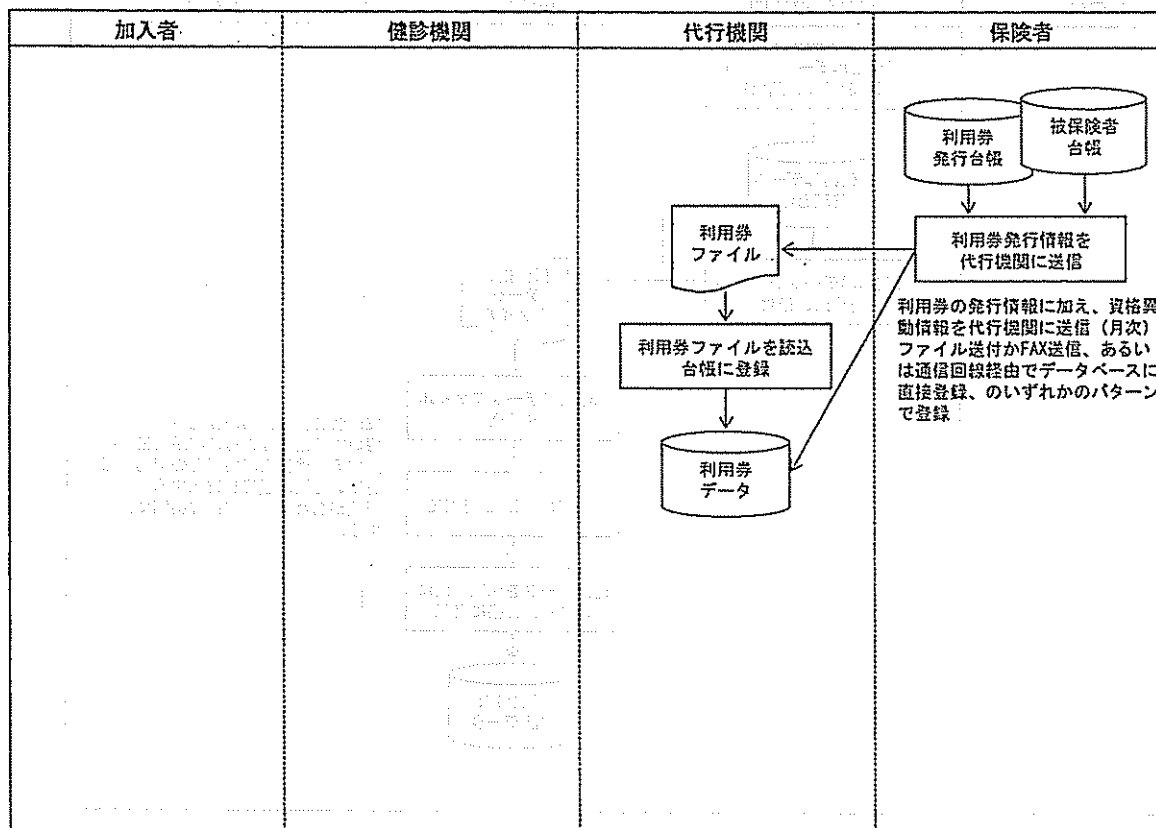
- 23 -

集合契約

(1) 利用者への通知・予約受付

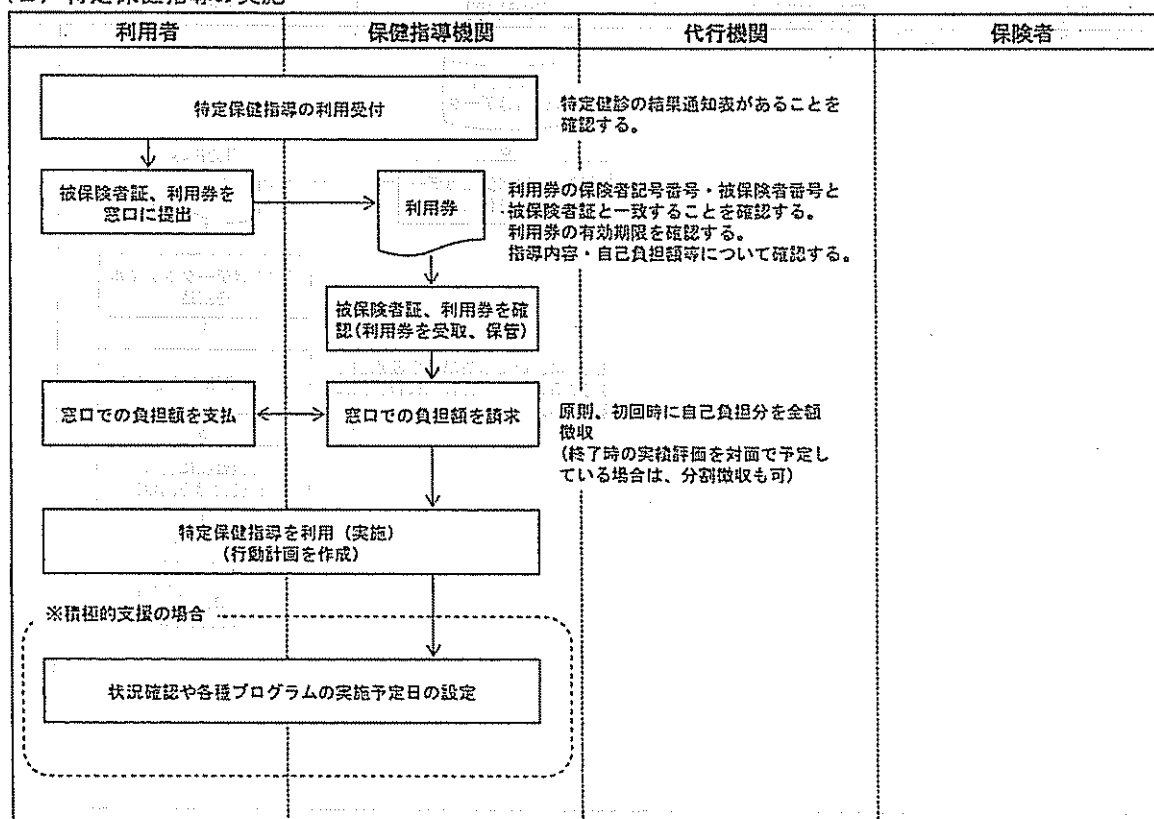


- 24 -



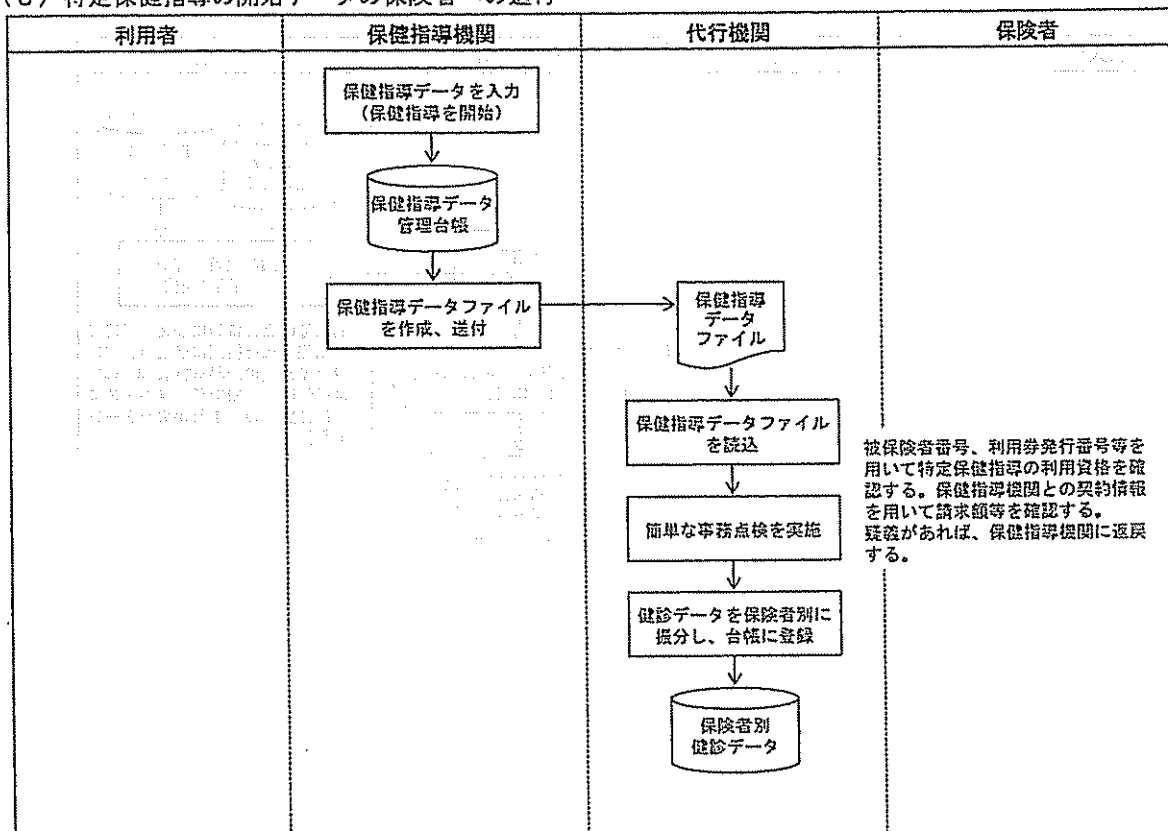
- 25 -

(2) 特定保健指導の実施

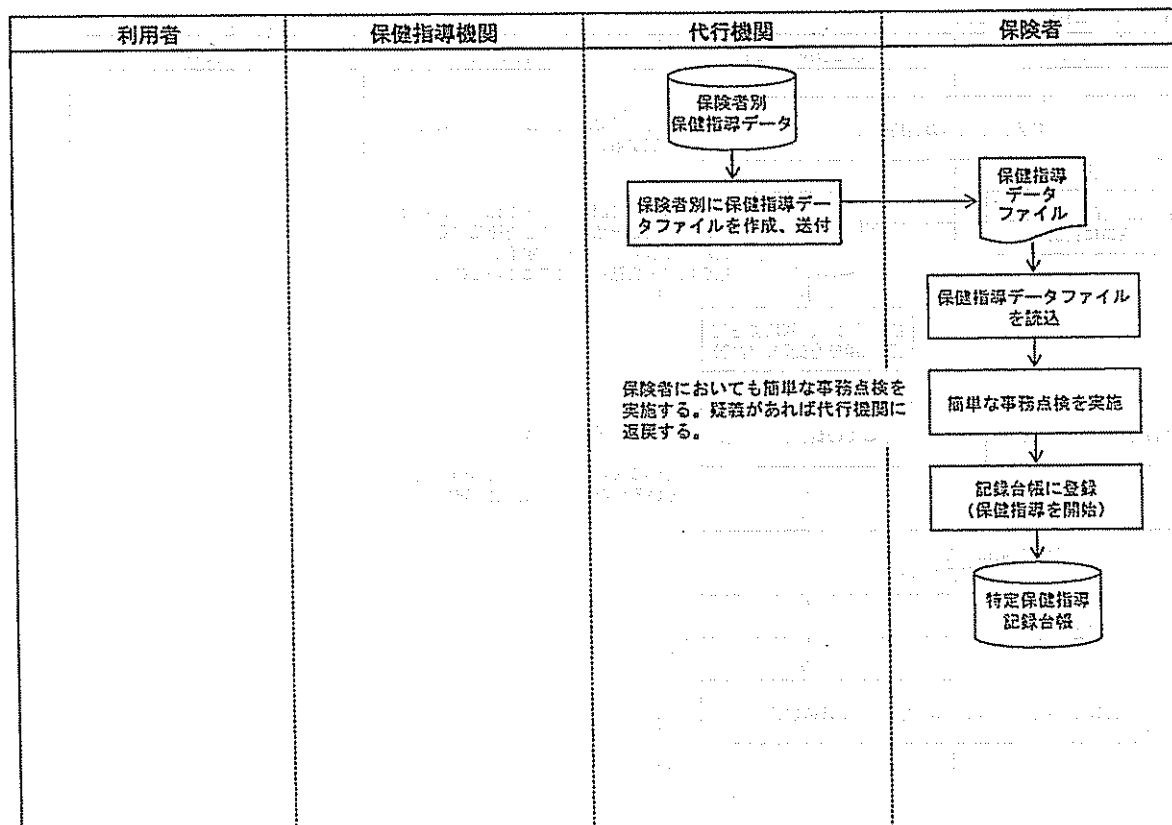


- 26 -

(3) 特定保健指導の開始データの保険者への送付

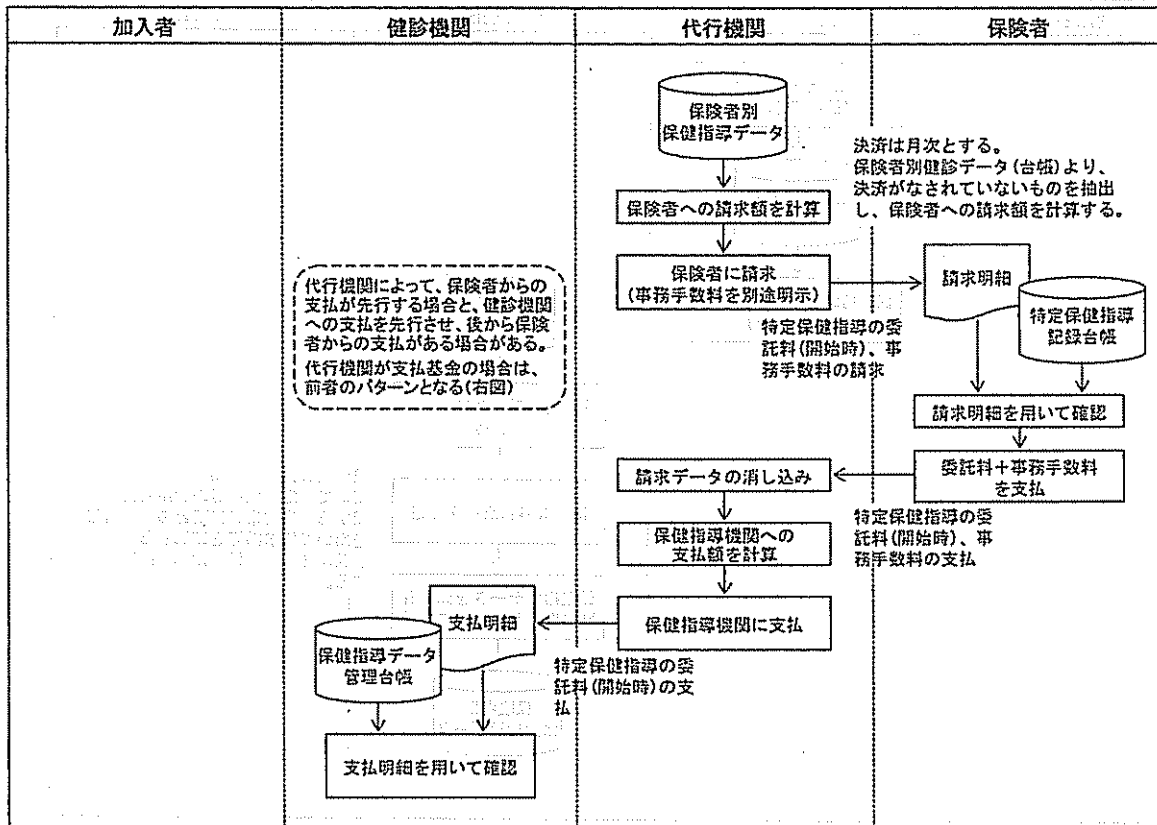


- 27 -



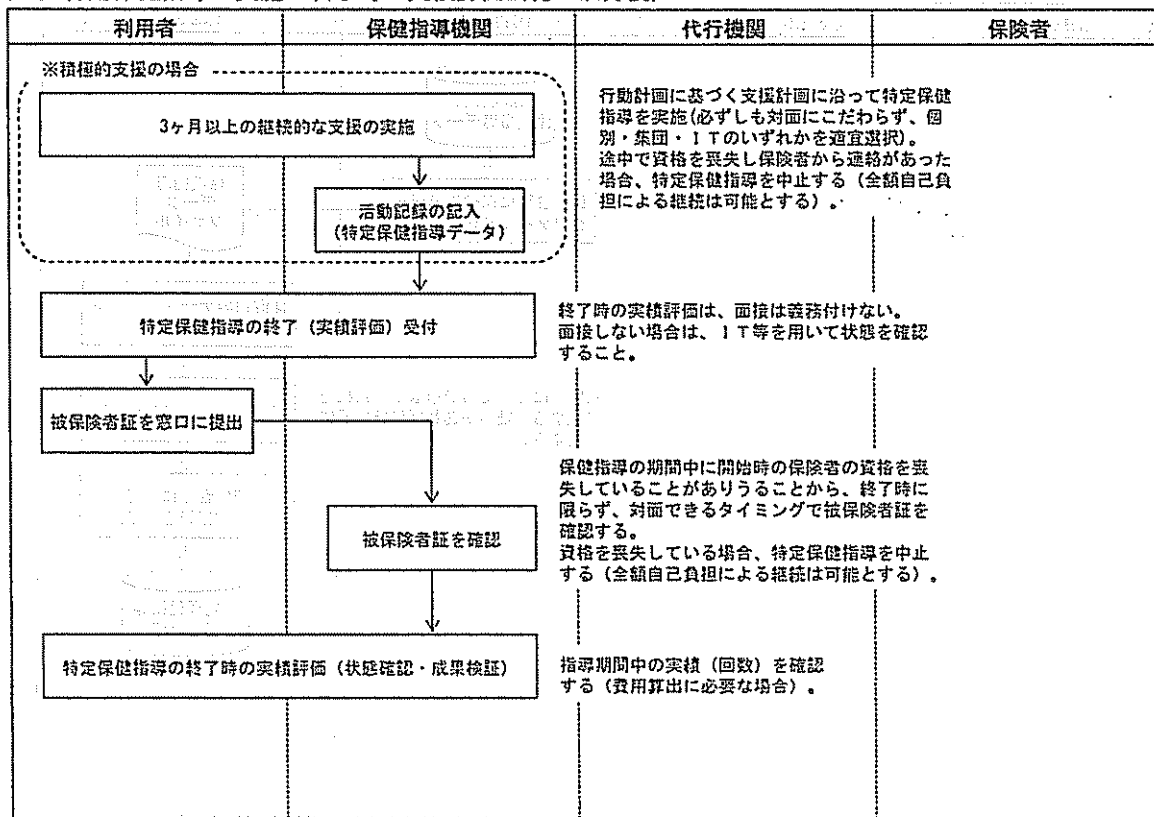
- 28 -

(4) 特定保健指導の費用（開始時）の支払



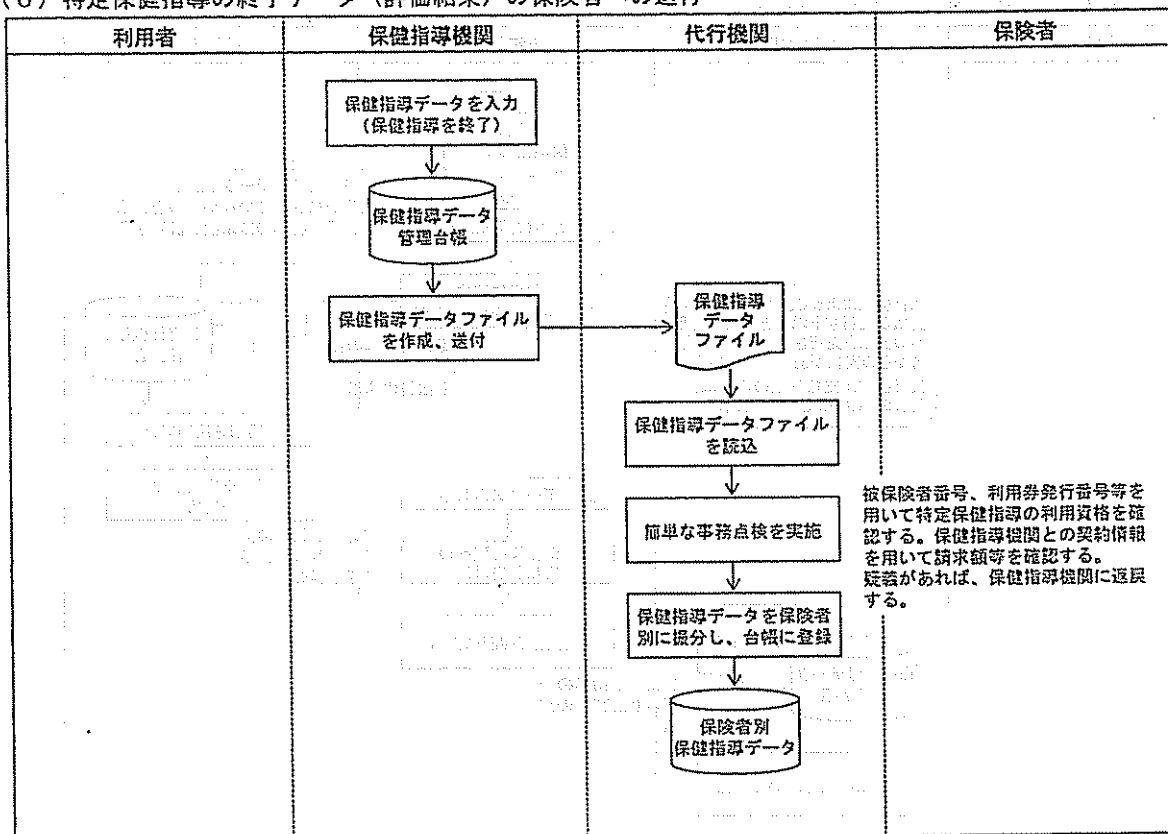
- 29 -

(5) 特定保健指導の実施・終了時の実績評価（約6ヶ月後）

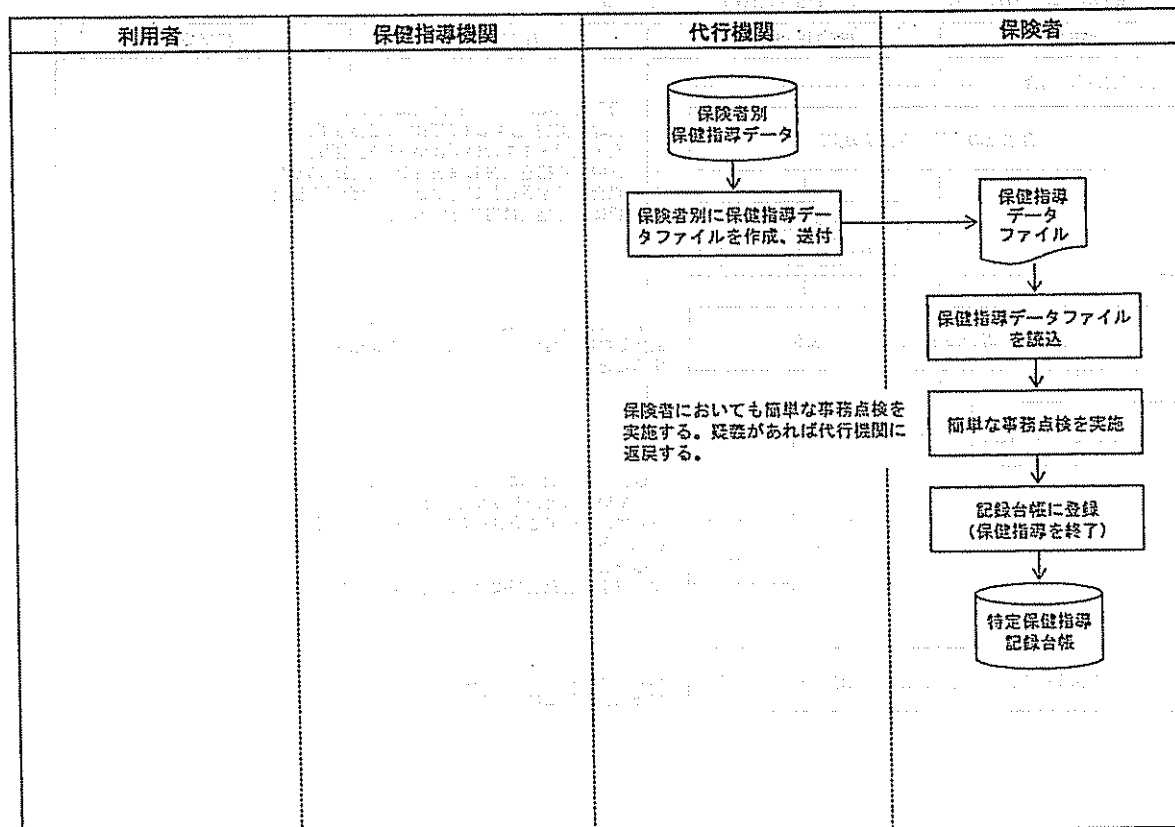


- 30 -

(6) 特定保健指導の終了データ（評価結果）の保険者への送付

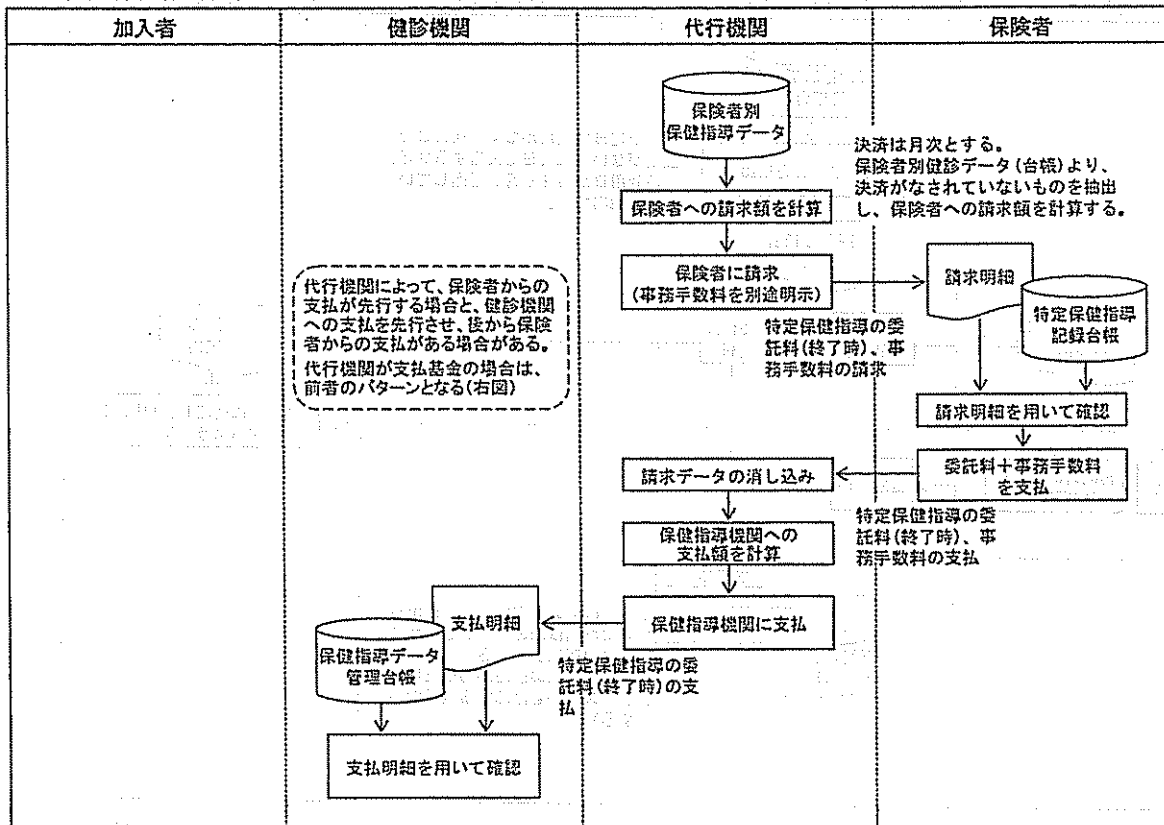


- 31 -



- 32 -

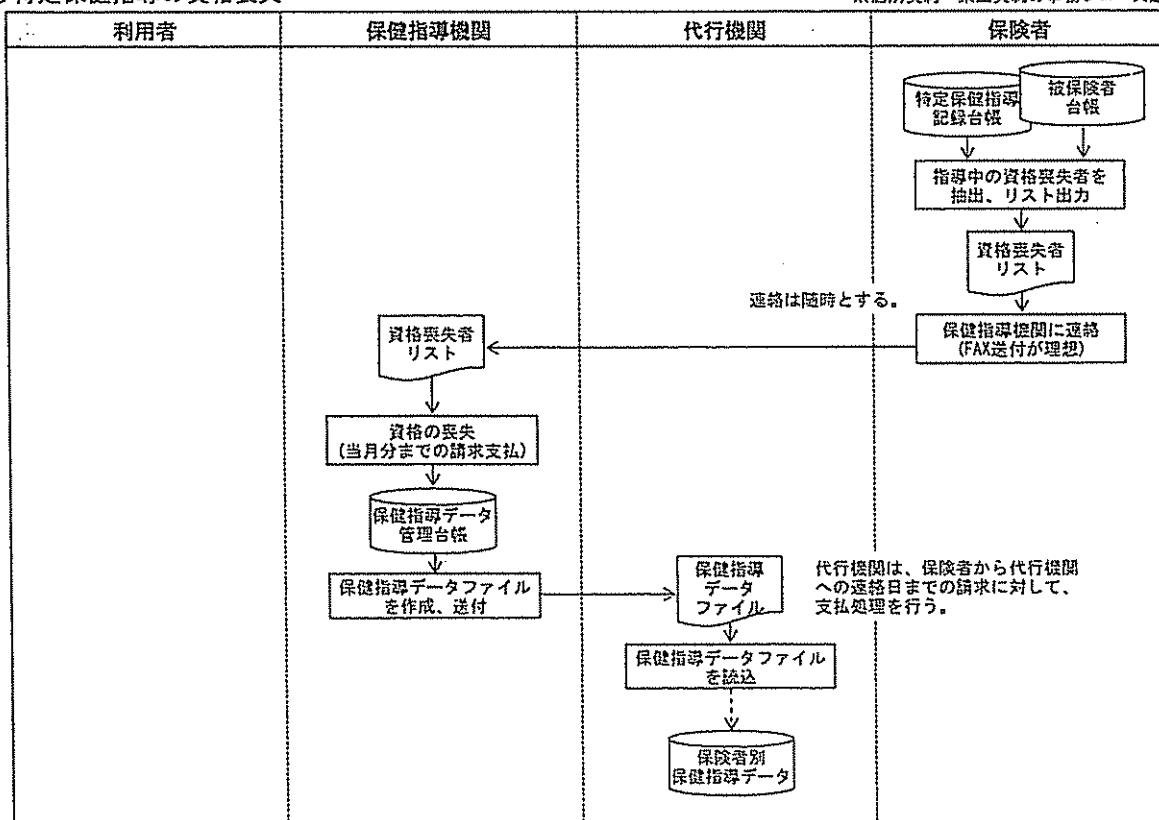
(7) 特定保健指導の費用（終了時）の支払



- 33 -

○特定保健指導の資格喪失

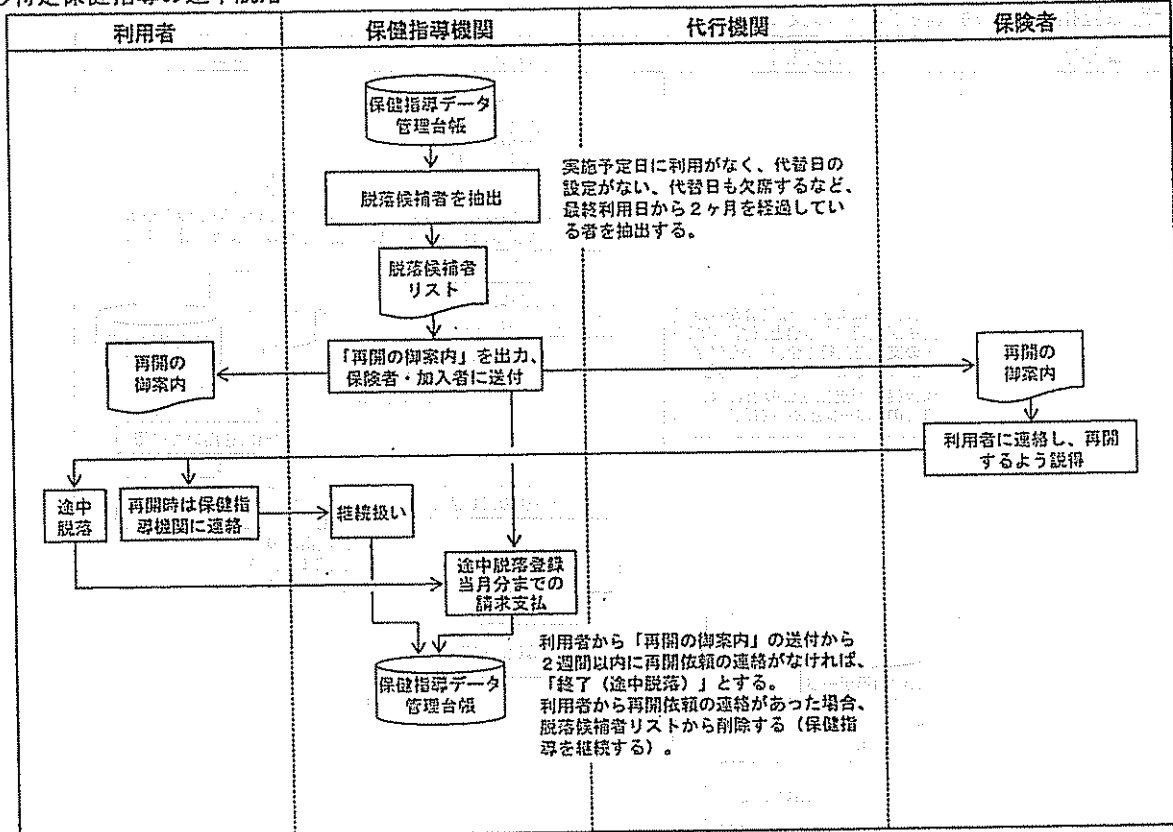
※個別契約・集団契約の事務フロー共通



- 34 -

○特定保健指導の途中脱落

※個別契約・集団契約の事務フロー共通



付属資料2:標準的な見積様式の例

見積No.*****

200X年XX月XX日

見積書

〇〇健康保険組合 殿

〇〇県〇〇市〇〇1-1-1
株式会社〇〇健康ビジネス
代表取締役社長 〇〇 〇〇
(機関番号: XXXXXXXXXXX)

見積件名: 特定保健指導業務委託

見積金額: 〇, 〇〇〇, 〇〇〇円

見積内訳

支援区分	動機付け支援、積極的支援	実施するもののみ記載
支援コース名	動機付け支援: 〇〇コース 積極的支援: △△コース	コース名がある時のみ記載 (ない場合は欄を削除)
課金モデル	完全従量制 / 固定費+従量単価	いずれかを記載
従量単価	動機付け支援: 〇〇円 積極的支援: △△円	完全従量制=総額を人数で割り算、固定費+従量単価=固定費を除く総額を人数で割り算
実施予定対象者数 (受入予定者数)	動機付け支援: 〇名様分 積極的支援: △名様分	
実施予定ポイント数	220ポイント	3ヶ月以上の継続的支援 (積極的支援のみ)の実施 予定ポイント数を記載
成功報酬等の特約	有り(積極的支援の脱落率を10%以内に抑えた場合、脱落による支払不要額の半額を委託先に支払)	有無および、有りの場合 の特約内容を記載

項目	金額 (円)	備考
人件費計 ①		詳細は別紙内訳明細
経費 (物件費・交通費等) 計 ②		詳細は別紙内訳明細
小計 ③		①+②
値引 ④		③×値引率(あるいは値引額)
改め ⑤		③-④
消費税等 ⑥		⑤×5%
見積額 ⑦		⑤+⑥

※本見積の有効期限: 発行日より〇ヶ月

[別紙] 内訳明細書

自社スタッフのみ計上
(外注スタッフは経費に)

(1)人件費明細

スタッフの種類
等は適宜加除

人件費単価は必ずし
も記載しなくともよい
が、少なくとも稼働時
間(日数)は明記

単価あるいは総
額には適正利潤
を付加する(経費
には乗せないこと)

左記稼働による
実施形態・所要
時間等を明記

項 目		日単価・稼働時間等	金額(円)	備考(実施形態等)
動機付 け支援	医師	14 千円/日× 2.5 人日	単価・時間 数は例であ り適宜修正	グループ面接 90 分
	保健師	7.2 千円/日× 20.2 人日		
	管理栄養士	6.5 千円/日× 8.4 人日		
積極的 支援	医師	千円/日× 人日		初回時面接:個別面接 30 分 継続的支援:集団での運 動教室 40 分×2 回 終了時評価:通信
	保健師	千円/日× 人日		
	管理栄養士	千円/日× 人日		
	運動指導士	千円/日× 人日		
	臨床心理士	千円/日× 人日		
	体力測定員	千円/日× 人日		
共通	事務処理員	千円/日× 人日		
小計				

※面接・支援の他に上記人件費に含まれる作業

この欄へ、含まれるものに○
項目にないものは適宜追加

各種必要書類の作成		
データベース管理・設定(個人情報入力等)		
関係者との連絡調整事務		
データ処理・ 管理	データ管理(対象者の日々の生活記録から得られる歩数・体重・血 圧・トレーニング記録等)	
	教室で行う各種形態計測及び体力測定についてのデータ処理	
	ヒアリングデータの処理・打合せ	
個別支援や 各種教室開 催の事前準 備・事後整理	保健指導の実施時間割の編成、対象者割り振り	
	テキスト・配布物の準備(作成・印刷)	
	電子メール支援時の e-mail 作成(FAX、手紙等含む)	
	関係者間での事前打合せ(スタッフの調整、個別支援方針の検討)	
	教室使用物品(測定器具等)準備・管理	
	支援会場の確保、会場設定準備(プライバシー確保や安全性に配 慮した会場づくり等)	
	健保組合窓口担当者様との連絡・調整(支援計画日程の調整、脱 落者への対応連絡等)	
	参加者への日程案内等の連絡(督促等も含む)	
	教室実施内容の事後整理(支援内容の記録、支援の評価等)	
プログラム作 成	運動・食事指導のプログラムの作成(個別支援、グループ支援用)	
	栄養指導に関わる講話の作成	
	測定のデモ	

(2)経費(物件費・交通費等)明細

単価・数量を明記

左記項目の用途を明記

項目		適宜加除		単価・数量等	金額(円)	用途等
動機付け支援	会場費			円/日× 日		面接会場
	個人記録			円/人× 人		支援計画及び実施結果報告用
従量単価部分	修了書			円/人× 人		
	歩数計			円/個× 個		参加者の活動量の把握
	面接会場費			円/日× 日		面接会場
	運動施設使用料			円/日× 日		運動指導用会場
	テキスト一式			円/式× 式		配布パンフ含む
	心理調査キット			円/人× 人		開始時にエゴグラムを実施し、臨床心理士が指導
	食物摂取頻度調査キット			円/人× 人		栄養指導時の調査
	調理実習材料代			円/人× 人		調理実習を実施した際の材料代
	測定機材使用料・運搬料(測定用紙含む)			円/日× 日		運動指導に当たっての体力・体成分測定
	測定・調査データの入力			円/人× 人		運動指導に当たっての体力・体成分測定
	個人記録			円/人× 人		支援計画及び実施結果報告用
	修了書			円/人× 人		
	宿泊費			円/人× 人回		巡回指導時(4回分)
	交通費			円/回× 人回		巡回指導時
共通	印刷費一式			円/式× 1式		
	用紙代一式			円/式× 1式		
	傷害保険料			円/人× 人回		参加者向け
	傷害・賠償責任等保険料			円/人× 人		本件実施担当者向け
	通信費・予備費			円/式× 1式		物品の追加購入、対象者との連絡等
	事務費・システム費			円/式× 1式		
固定費	事務所費等諸経費			円/式× 1式		
	小計					

保険料は、本件に限り、本件の担当者に掛ける場合は「共通」欄に。一年を通じて、本件に限らず掛ける場合は「固定費」欄に記載。

委託作業費はこの作業に委託作業費を計上

見積での実施内容

(3)積極的支援の内容

提供	項目	支援時期 (週・日)	支援者資格	支援手法	支援 時間 (分)	支援 ポイント (Pt)	内容(簡潔に記載すること)
☐	追加問診						
☒	初回面談	開始時	保健師	個別支援	20		
☒		1週間後	保健師	電話 A	10	30	面談後フォロー
☒		2週間後	管理栄養士	個別支援 A	20	30	栄養指導(調理実習)
☐		4週間後	専門的知識 のある者	電話 B	5	10	状況確認と助言
☐							
☐							
☐							
☐							
☐							
☐							
☐							
☐							
☐							
☒	実績評価	終了時 (6ヶ月後)					

[記載要領]

提供の有無	提供無し(初期値)=□、提供=■
初回面談形態	「個別支援」もしくは「グループ支援」と記入
支援手法	「個別支援 A」「個別支援 B」「グループ支援」「電話 A」「電話 B」「電子メール A」「電子メール B」のいずれかを記入
初回面談者資格	「医師」「保健師」「管理栄養士」「看護師」のいずれかを記入
継続支援者資格	「医師」「保健師」「管理栄養士」「看護師」「専門的知識のある者」のいずれかを記入
6ヶ月後評価の方法	「面談」「電話」「メール」「郵便」「その他」のいずれかを記入

付属資料3

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・掲出等すること。

＊多くの拠点を抱えている法人の場合は、各拠点単位で別々にこれを作成・掲出等すること。

＊選択肢の項目については、□を○にするか、該当する選択肢のみ残す（非該当は削除）こと。

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)注2)}		
	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3)}		
	窓口となるメールアドレス		@
	ホームページ ^{注4)}		http://
	経営主体 ^{注1)}		
	開設者名 ^{注1)}		
	管理者名 ^{注5)}		
	第三者評価 ^{注6)}		☐ 実施（実施機関： ） ☐ 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、轄域予防会)
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△△サービス〇〇店」「財団法人〇〇 △△健診センター」等）であればその通りに記載

注3) 届出により支払基金から番号が交付さ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機関の概要がわかる情報が掲載されているサイト（例：自院ページ、地区医師会ページ、医療情報提供制度に基づく都道府県ホームページ等）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。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（医師等による兼務は可）。

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、どのグループにも属していない場合は記載不要

注8) 機関が支部・支店等の拠点の場合、所属する法人名（本部組織名）を記載（正式名称で）。所属組織とは、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≧本部組織＞機関（支部・支店等）となる。

スタッフ 情報 ^{注9)}		常勤	非常勤
医師		人	人
看護師		人	人
臨床検査技師		人	人
上記以外の健診スタッフ ^{注10)}		人	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、特定健診の業務運営に必要な者（受付、身体計測、データ入力や発送、健診バスの運転等）。

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)}	☐ 有 ☐ 無
	個人情報保護に関する規程類	☐ 有 ☐ 無
	受動喫煙対策	☐ 敷地内禁煙 ☐ 施設内禁煙 ☐ 完全分煙 ☐ なし

血液検査	☐ 独自で実施 ☐ 委託（委託機関名： ）
内部精度管理 ^{注12)}	☐ 実施 ☐ 未実施
外部精度管理 ^{注12)}	☐ 実施（実施機関： ） ☐ 未実施
健診結果の保存や提出における標準的な電子的様式の使用	☐ 有 ☐ 無

注1) 健診時における、必要な箇所(問診・相談や脱衣を要する検査項目の実施時等)への間仕切りやついたて等の設置、別室の確保等の配慮等が為されているかの有無

注12) 血液検査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	実施日及び実施時間 ^{注13)}	特定時期 通年	(例: 6月第2週の平日 13:00-17:00) (例: 平日 9:00-17:00、土曜夜間)
	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13)}	☐ 施設型 (☐ 要予約・ ☐ 予約不要) ☐ 巡回型 (☐ 要予約・ ☐ 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15)}	☐ 有 ☐ 無	
	苦情に対する対応体制 ^{注16)}	☐ 有 ☐ 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搬送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) 平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等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	☐ 有(動機付け支援) ☐ 有(積極的支援) ☐ 無			

注17) 平成19年度・20年度の掲出については、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(実績等のない機関については記載不要)。

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] (案)

* 健診と保健指導の両方を実施する者は、健診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事業者の場合は、各拠点単位で別々にこれを作成・提出等すること。

* 選択肢の項目については、□を■にするか、該当する選択肢のみ残す（非該当は削除）こと。

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)注2)}		
	所在地 ^{注1)}	(郵便番号)	—
		(住所)	
	電話番号 ^{注1)}		— —
	FAX番号		— —
	保健指導機関番号 ^{注3)}		
	窓口となるメールアドレス		@
	ホームページ ^{注4)}		http://
	経営主体 ^{注1)}		
	開設者名 ^{注1)}		
	管理者名 ^{注5)}		
	保健指導業務の統括者名 ^{注6)}		
	第三者評価 ^{注7)}		☐ 実施（実施機関： ） ☐ 未実施
	認定取得年月日 ^{注7)}		年 月 日
	契約取りまとめ機関名 ^{注8)}		(例：〇〇市医師会、結核予防会)
所属組織名 ^{注9)}			

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△△サービス〇〇店」「財団法人〇〇 △△健診センター」等）であればその通りに記載

注3) 届出により支払基金から番号が交付さ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機関の概要がわかる情報が掲載されているサイト（例：自院ページ、地区医師会ページ、医療情報提供制度に基づく都道府県ホームページ等）のアドレスを記載

注5) 特定保健指導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、保健指導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。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）。

注6) 統括者とは、特定保健指導を実施する各拠点において、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（常勤の医師・保健師・管理栄養士）。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。拠点ごとに配置し、複数拠点の兼務は不可。

注7) 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8) 個別契約のみで、どこのグループにも属していない場合は記載不要

注9) 機関が支部・支店等の拠点の場合、所属する法人名（本部組織名）を記載（正式名称で）。所属組織とは、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≧本部組織>機関（支部・支店等）となる。

協力業者 情報	協力業者の有無(積極的支援)	☐ 全て自前で実施 ☐ 支援形態・地域等で部分委託		
	協力業者名・委託部分 ^{注10)}	業者名	(例)財団法人〇〇埼玉支部	委託部分
		業者名	(例)△△株式会社九州ホールセンター	委託部分
		業者名		委託部分
		業者名		委託部分
		業者名		委託部分
		業者名		委託部分
		業者名		委託部分
		業者名		委託部分
		業者名		委託部分

注10) 協力業者がある場合のみ、例に従って明瞭簡潔に記載。

スタッフ 情報 ^{注11)}		自機関内				協力業者 ^{注10)}	
		常勤		非常勤			
		総数	左記のうち一定の研修修了者数 ^{注13)}	総数	左記のうち一定の研修修了者数 ^{注13)}	総数	左記のうち一定の研修修了者数 ^{注13)}
医師		人	人	人	人	人	人
(上記のうち、日本医師会認定健康スポーツ医)		人	人	人	人	人	人
保健師		人	人	人	人	人	人
管理栄養士		人	人	人	人	人	人
看護師(一定の保健指導の実務経験のある者)		人	人	人	人	人	人
専門的知識及び技術を有する者 ^{注12)}	THP取得者	人	人	人	人	人	人
	健康運動指導士	人	人	人	人	人	人
事務職員		人	人	人	人	人	人

注11) 特定保健指導に従事する者のみを記載。

注12) 医師、保健師、管理栄養士以外について記載。

注13) 一定の研修とは、「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」にある「健診・保健指導の研修ガイドライン(確定版)」に定める研修をいう。

保健指導 の実施体制		保健指導事業の統括者	初回面接、計画作成、評価に関する業務を行う者	積極的支援における3ヶ月以上の継続的な支援を行う者			
				個別支援	グループ支援	電話支援	電子メール支援 ^{注14)}
医師		☐ 常勤	☐ 常勤 ☐ 非常勤 ☐ 協力業者	☐ 常勤 ☐ 非常勤 ☐ 協力業者	☐ 常勤 ☐ 非常勤 ☐ 協力業者	☐ 常勤 ☐ 非常勤 ☐ 協力業者	☐ 常勤 ☐ 非常勤 ☐ 協力業者
(上記のうち、日本医師会認定健康スポーツ医)		☐ 常勤	☐ 常勤 ☐ 非常勤 ☐ 協力業者	☐ 常勤 ☐ 非常勤 ☐ 協力業者	☐ 常勤 ☐ 非常勤 ☐ 協力業者	☐ 常勤 ☐ 非常勤 ☐ 協力業者	☐ 常勤 ☐ 非常勤 ☐ 協力業者
保健師		☐ 常勤	☐ 常勤 ☐ 非常勤 ☐ 協力業者	☐ 常勤 ☐ 非常勤 ☐ 協力業者	☐ 常勤 ☐ 非常勤 ☐ 協力業者	☐ 常勤 ☐ 非常勤 ☐ 協力業者	☐ 常勤 ☐ 非常勤 ☐ 協力業者
管理栄養士		☐ 常勤	☐ 常勤 ☐ 非常勤 ☐ 協力業者	☐ 常勤 ☐ 非常勤 ☐ 協力業者	☐ 常勤 ☐ 非常勤 ☐ 協力業者	☐ 常勤 ☐ 非常勤 ☐ 協力業者	☐ 常勤 ☐ 非常勤 ☐ 協力業者
看護師(一定の保健指導の実務経験のある者)			☐ 常勤 ☐ 非常勤 ☐ 協力業者	☐ 常勤 ☐ 非常勤 ☐ 協力業者	☐ 常勤 ☐ 非常勤 ☐ 協力業者	☐ 常勤 ☐ 非常勤 ☐ 協力業者	☐ 常勤 ☐ 非常勤 ☐ 協力業者
専門的知識及び技術を有する者	THP取得者			☐ 常勤 ☐ 非常勤 ☐ 協力業者	☐ 常勤 ☐ 非常勤 ☐ 協力業者	☐ 常勤 ☐ 非常勤 ☐ 協力業者	☐ 常勤 ☐ 非常勤 ☐ 協力業者
	健康運動指導士			☐ 常勤 ☐ 非常勤 ☐ 協力業者	☐ 常勤 ☐ 非常勤 ☐ 協力業者	☐ 常勤 ☐ 非常勤 ☐ 協力業者	☐ 常勤 ☐ 非常勤 ☐ 協力業者

*該当する項目を全て選ぶこと(複数選択可)

注14) FAXや手紙等も含む

施設及び設備情報	利用者に対するプライバシーの保護 ^{注15)}	☐ 有 ☐ 無
	個人情報保護に関する規程類	☐ 有 ☐ 無
	受動喫煙対策	☐ 敷地内禁煙 ☐ 施設内禁煙 ☐ 完全分煙 ☐ なし
	指導結果の保存や提出における標準的な電子的様式の使用	☐ 有 ☐ 無

注15) 保健指導時における、必要な箇所(個別面接の実施時等)への間仕切りやついたて等の設置、別室の確保等の配慮等が為されているかの有無

運営に関する情報	実施日及び実施時間 ^{注16)}	特定時期 通年	(例: 6月第2週の平日 13:00-17:00) (例: 平日 9:00-17:00、土曜夜間)
	実施地域 ^{注17)}		(例: 岡山県全域、広島県福山市)
	実施サービス ^{注18)}		☐ 動機付け支援 ☐ 積極的支援
	実施形態 ^{注18)}		☐ 施設型 ☐ 非施設型
	継続的な支援の形態や内容 ^{注18)}		☐ 個別支援 ☐ グループ支援 ☐ 電子メール支援 ^{注12)} ☐ 電話支援 ☐ 運動実習 ☐ 調理実習
	標準介入期間(積極的支援) ^{注19)}		☐ 3ヶ月 ☐ 4ヶ月 ☐ 5ヶ月 ☐ 6ヶ月
	課金体系		☐ 完全従量制(従量単価×人数) ☐ 固定費+従量単価×人数
	標準的な従量単価 ^{注20)}		動機付け 円以下/人 積極的 円以下/人
	単価に含まれるもの ^{注18・注21)}		☐ 教材費(紙類のみならず万歩計等機器類や血液検査キット等も含む) ☐ 会場・施設費 ☐ 交通費(指導者の) ☐ 材料費(調理実習) ☐ 通信費・事務費 ☐ 一定回数の督促
	単価に含まれない追加サービスの有無 ^{注18)}		☐ 調査・計画費 ☐ データ分析費 ☐ 各種案内代行費 ☐ 特に無し
	積極的支援の内容 ^{注22)}		(例: 合計240ポイントの継続支援を実施、特に、集団での栄養指導を実施)
	救急時の応急処置体制 ^{注23)}		☐ 有 ☐ 無
	苦情に対する対応体制 ^{注24)}		☐ 有 ☐ 無
	保健指導の実施者への定期的な研修		☐ 有 ☐ 無
	インターネットを用いた保健指導における安全管理の仕組みや体制 ^{注25)}		☐ 有 ☐ 無

注16) どちらだけでも、どちらも記載可 注17) 非施設型の保健指導を実施している場合についてのみ記載

注18) 複数回答可 (項目「単価に含まれない追加サービスの有無」において「特に無し」と他との複数選択は不可)

注19) 最も標準的な支援メニューにおける所要期間 (対象者による遅延・延長は考慮に入れない)。いずれか一つを選択

注20) 最も標準的な支援メニューの単価 (一つのメニューでも、契約人数の多少等により多様な契約単価がある場合は、そのうちの最高額) を記載

注21) 営業費用、採用・研修等費用、その他間接コスト等は、単価の中の人件費に含まれる利益・技術料等から適宜配分するものとする

注22) 項目「標準的な従量単価」の積極的支援の単価における標準的な支援内容を明瞭・簡潔に記載

注23) 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搬送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」と想定される

注24) 利用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等が設けられているか。※医療機関は原則として「有」と想定される

注25) インターネットを利用した保健指導 (介入のみならず事務的なやり取りや記録等も含む) を行う機関のみ記載 (「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」第3編第6章(4)2)「④保健指導の記録等の情報の取扱いに関する基準」の項目fを参照のこと)

その他	掲出時点の前年度 の特定保健指導の 実施件数 ^{注26)}	動機付け	年間	人	1日当たり	人
		積極的	年間	人	1日当たり	人
	実施可能な特定保 健指導の件数	動機付け	年間	人	1日当たり	人
		積極的	年間	人	1日当たり	人
	掲出時点の前年度の参 加率(参加者/案内者)・脱落 率(脱落者/参加者) ^{注26)}	動機付け	参加率	%	脱落率	%
		積極的	参加率	%	脱落率	%
	特定健康診査の実施		☐ 有 ☐ 無			

注26) 平成19年度・20年度の掲出については、事業主健診の事後指導等類似の指導における実績値を記載（実績等のない機関については記載不要）。参加率については機関において案内発送まで受託している場合のみ記載可能

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。

*選択肢の項目については、□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)}	☐ 医療保険者サイド ☐ 健診・保健指導機関サイド（健診機関グループ） ☐ 健診・保健指導機関サイド（健診機関グループ以外）

注1）名称等は正式なもので記載する。

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) 注5)}	専任	機関本体	人	協力・関係会社	人
		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)}		☐ 有（内容： ） ☐ 無			
	提供するサービス	対象	☐ 保険者向け ☐ 健診・保健指導機関向け			
		内容	☐ 事務点検 ☐ 請求・支払のとりまとめ・代行 ☐ 健診・保健指導データの受領・振分・送付 ☐ その他（ ）			
	利用者によるサービスの選択	保険者	☐ 可（選択可能な機能： ） ☐ 否			
		健診・保健指導機関	☐ 可（選択可能な機能： ） ☐ 否			
	ガイドラインの遵守 ^{注8)}		☐ 最低限のガイドラインを遵守済 ☐ 最低限のガイドラインを遵守する予定 ☐ 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みを記載。

注5）協力会社・関係会社等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類を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	☐ 自己導入	☐ 借用
	システムの運用管理	☐ 自機関内	☐ 全部委託 ☐ 一部委託
	システム専用区画・施設の有無	☐ 専用施設（機関所有） ☐ 機関建物内専用区画	☐ 専用施設（委託先） ☐ 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)	
		システム	(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	☐ オンライン(回線種別) ☐ オフライン(送付手段)	
		機関から外部へ	☐ オンライン(回線種別) ☐ 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:伝送相手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漏洩を防ぐためのファイル暗号化ツールの利用)	

事務手数料等 ^{注10)}			保険者	健診・保健指導機関
	初期費用		円	円
	経常経費	別途請求の有無	☐ 無(健診委託費に含まれる) ☐ 有(下記)	☐ 無(健診委託費に含まれる) ☐ 有(下記)
		固定費	円	円
		従量単価 ^{注11)}	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。委託機能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、初期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）。

別添 医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第2版 最低限のガイドライン遵守チェックリスト

本遵守チェックリストは、平成19年3月「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第2版」の1章～6章における「最低限のガイドライン」の遵守状況のチェックリストである。

*代行機関の業務を実施する者は、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。

*選択肢の項目については、「実施済」「実施予定」より一つ選び、□を■にすること。「実施予定」を選択した場合は、実施予定時期を明記すること。

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。

組織的安全管理対策

No	チェック項目	実施済	実施予定(実施時期)
1.	情報システム運用責任者の設置及び担当者(システム管理者を含む)の限定を行っている。	☐	☐ ()
2.	個人情報参照可能な場所においては、来訪者の記録・識別、入退を制限する等の入退管理を定めている。	☐	☐ ()
3.	情報システムへのアクセス制限、記録、点検等を定めたアクセス管理規程を作成している。	☐	☐ ()
4.	個人情報の取扱いを委託する場合、委託契約において安全管理に関する条項を含めている。	☐	☐ ()
5.	運用管理規程等において次の内容を定めている。 (a) 個人情報の記録媒体の管理(保管・授受等)の方法 (b) リスクに対する予防、発生時の対応の方法	☐	☐ ()

物理的安全対策

No	チェック項目	実施済	実施予定(実施時期)
1.	個人情報が保存されている機器の設置場所及び記録媒体の保存場所には施錠している。	☐	☐ ()
2.	個人情報を入力、参照できる端末が設置されている区画は、業務時間帯以外は施錠等、権限者以外立ち入ることが出来ない対策を講じている。もしくは、同等レベルの他の取りうる手段がある	☐	☐ ()
3.	個人情報の物理的保存を行っている区画への入退管理を実施している。	☐	☐ ()
4.	入退者には名札等の着用を義務付け、台帳等に記入することによって入退の事実を記録している。	☐	☐ ()
5.	入退者の記録を定期的にチェックし、妥当性を確認している。	☐	☐ ()
6.	個人情報が存在するPC等の重要な機器に盗難防止用チェーンを設置している。	☐	☐ ()
7.	離席時にも端末等での正当な権限者以外の者による窃視防止の対策を実施している。	☐	☐ ()

技術的安全対策

No	チェック項目	実施済	実施予定(実施時期)
1.	情報システムへのアクセスにおける利用者の識別と認証を行っている。	☐	☐ ()
2.	動作確認等で個人情報を含むデータを使用するときは、漏洩等に十分留意している。 ^(注1)	☐	☐ ()
3.	関係職種ごとに、アクセスできる情報の範囲を定め、そのレベルに沿ったアクセス管理を行っている。	☐	☐ ()
4.	アクセスの記録及び定期的なログを確認している。 ^(注2)	☐	☐ ()
5.	アクセスの記録に用いる時刻情報は信頼できるものである。 ^(注3)	☐	☐ ()

No	チェック項目	実施済	実施予定(実施時期)
6.	システム構築時や、適切に管理されていないメディアを使用したり、外部からの情報を受け取る際にはウイルス等の不正なソフトウェアの混入がないか確認している。	☐	☐ ()
7.	システム内のパスワードファイルでパスワードは必ず暗号化(不可逆)され、適切な手法で管理及び運用が行われている。 ^{注4)}	☐	☐ ()
8.	利用者がパスワードを忘れたり、盗用される恐れがある場合で、システム管理者がパスワードを変更する場合には、利用者の本人確認を行い、どのような手法で本人確認を行ったのかを台帳に記載(本人確認を行った書類等のコピーを添付)し、本人以外が知りえない方法で再登録を実施している。	☐	☐ ()
9.	システム管理者であっても、利用者のパスワードを推定できる手段を防止している。 ^{注5)}	☐	☐ ()

注1:動作確認用データの情報管理を厳格に行い、動作確認終了後は適切に破棄を行うことを指す。

注2:アクセスの記録は少なくとも利用者のログイン時刻および時間、ログイン中に操作した情報が特定できることを指す。また、情報システムにアクセス記録機能があることが前提であるが、ない場合は業務日誌等で操作の記録(操作者及び操作内容)を持って代えることができる。

注3:代行機関の内部で利用する時刻情報は同期している必要があり、また標準時刻と定期的に一致させる等の手段で標準時刻と操作事実の記録として問題のない範囲の精度を保つことを指す。

注4:利用者識別ICカード等他の手段を併用した場合はシステムに応じたパスワードの運用方法を運用規程にて定めることを持って代えることができる。

注5:例として設定ファイルにパスワードを記載しないようにする等があげられる。

人的安全対策(従業者に対する人的安全管理措置)

No	チェック項目	実施済	実施予定(実施時期)
1.	法令上の守秘義務のある者以外を事務職員等として採用するにあたっては、雇用及び契約時に守秘・非開示契約を締結すること等により安全管理を行っている。	☐	☐ ()
2.	定期的に従業者に対し教育訓練を行っている。	☐	☐ ()
3.	従業者の退職後の個人情報保護規程を定めている。	☐	☐ ()

人的安全対策(事務取扱委託業者の監督及び守秘義務契約)

No	チェック項目	実施済	実施予定(実施時期)
1.	外部受託業者を採用する場合は、包括的な委託先の罰則を定めた就業規則等で裏づけられた守秘契約を締結している。	☐	☐ ()
2.	外部受託業者を採用する場合で、保守作業等の情報システムに直接アクセスする作業の際には、作業内容・作業結果の確認を行っている。	☐	☐ ()
3.	外部受託業者を採用する場合は、清掃等の直接医療情報システムにアクセスしない作業の場合においても、作業後の定期的なチェックを行っている。	☐	☐ ()
4.	委託先事業者が再委託を行うか否かを明確にし、再委託を行う場合は委託先と同等の個人情報保護に関する対策及び契約がなされていることを条件としている。	☐	☐ ()

情報の破棄

No	チェック項目	実施済	実施予定(実施時期)
1.	情報種別ごとに破棄の手順を定めている。 ^{注6)}	☐	☐ ()
2.	情報処理機器自体を破棄する場合、必ず専門的な知識を有するものが行うこととし、残存し、読み出し可能な情報がないことを確認している。	☐	☐ ()
3.	破棄を外部事業者に委託した場合は、委託元の医療機関等が確実に情報の破棄が行なわれたことを確認している。	☐	☐ ()
4.	運用管理規程において不要になった個人情報を含む媒体の廃棄を定める規程の作成を定めている。	☐	☐ ()

注6:手順は、破棄を行う条件、破棄を行うことができる従業者の特定、具体的な破棄の方法を含む必要がある。

情報システムの改造と保守

No	チェック項目	実施済	実施予定(実施時期)
1.	動作確認で個人情報を含むデータを使用するときは、明確な守秘義務の設定を行うとともに、終了後は確実にデータを消去する等の処理を行うことを求めている。	☐	☐ ()
2.	メンテナンスを実施するためにサーバに保守会社の作業員がアクセスする際には、保守要員個人の専用アカウントを使用し、個人情報へのアクセスの有無、およびアクセスした場合は対象個人情報を含む作業記録を残している。	☐	☐ ()
3.	保守要員個人の専用アカウントは外部流出等による不正使用の防止の観点から適切に管理することを求めている。	☐	☐ ()
4.	保守要員の離職や担当変更等に対して速やかに保守用アカウントを削除できるよう、保守会社からの報告を義務付け、それに応じるアカウント管理体制を整えている。	☐	☐ ()
5.	保守会社がメンテナンスを実施する際には、日単位に作業申請の事前提出することを求め、終了時の速やかな作業報告書の提出を求め、それらの書類は医療機関等の責任者が逐一承認している。	☐	☐ ()
6.	保守会社と守秘義務契約を締結し、これを遵守させている。	☐	☐ ()
7.	保守会社が個人情報を含むデータを組織外に持ち出すことは避けるべきであるが、やむを得ない状況で組織外に持ち出さなければならない場合には、置き忘れ等に対する十分な対策を含む取扱いについて運用管理規程を定めることを求め、医療機関等の責任者が逐一承認している。	☐	☐ ()
8.	リモートメンテナンスによるシステムの改造や保守が行なわれる場合には、必ずメッセージログを採取し、当該作業の終了後速やかにメッセージログの内容を医療機関等の責任者が確認している。	☐	☐ ()
9.	再委託が行なわれる場合は再委託先にも保守会社と同等の義務を課している。	☐	☐ ()

災害等の非常時の対応

No	チェック項目	実施済	実施予定(実施時期)
1.	医療サービスを提供し続けるためのBCPの一環として“非常時”と判断する仕組み、正常復帰時の手順を設けている。 ^{注7)}	☐	☐ ()
2.	正常復帰後に、代替手段で運用した間のデータ整合性を図る規約を用意している。	☐	☐ ()
3.	非常時のユーザアカウントや非常時用機能の管理手順を整備している。	☐	☐ ()
4.	非常時機能が定常時に不適切に利用されることがないようにし、もし使用された場合には使用されたことが多くの人にわかるようにする等、適切に管理および監査を行っている。	☐	☐ ()
5.	非常時用ユーザアカウントが使用された場合、正常復帰後は継続使用が出来ないように変更している。	☐	☐ ()
6.	サイバー攻撃で広範な地域での一部業務の停止など業務提供体制に支障が発生する場合は、所管官庁への連絡を行っている。	☐	☐ ()

注7:判断するための基準、手順、判断者、をあらかじめ決めていることを指す。

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

No	チェック項目	実施済	実施予定(実施時期)
1.	ネットワーク経路でのメッセージ挿入、ウイルス混入などの改ざんを防止する対策、施設間の経路上においてクラッカーによるパスワード盗聴、本文の盗聴を防止する対策、セッション乗っ取り、IPアドレス詐称などのなりすましを防止する対策をとっている。 ^{注8)}	☐	☐ ()
2.	データ送信元と送信先での、拠点の出入り口・使用機器・使用機器上の機能単位・利用者の必要な単位で、相手の確認(認証)を行っている。	☐	☐ ()
3.	施設内において、正規利用者への成りすまし、許可機器への成りすましを防ぐ対策をとっている。	☐	☐ ()

No	チェック項目	実施済	実施予定(実施時期)
4.	ルータなどのネットワーク機器は、安全性が確認できる機器を利用し、施設内のルータを経由して異なる施設間を結ぶ VPN の間で送受信ができないように経路設定されている。 ^{注9)}	☐	☐ ()
5.	送信元と相手先の当事者間で当該情報そのものに対する暗号化などのセキュリティ対策を実施している。 ^{注10)}	☐	☐ ()
6.	通信事業者やシステムインテグレータ、運用委託事業者、遠隔保守を行う機器保守会社などと、次の事項について、これら関連組織の責任分界点、責任の所在を契約書等で明確にしている。 ・ 診療情報等を含む医療情報を、送信先の医療機関等に送信するタイミングと一連の情報交換に係わる操作を開始する動作の決定 ・ 送信元の医療機関等がネットワークに接続できない場合の対処 ・ 送信先の医療機関等がネットワークに接続できなかった場合の対処 ・ ネットワークの経路途中が不通または著しい遅延の場合の対処 ・ 送信先の医療機関等が受け取った保存情報を正しく受信できなかった場合の対処 ・ 伝送情報の暗号化に不具合があった場合の対処 ・ 送信元の医療機関等と送信先の医療機関等の認証に不具合があった場合の対処 ・ 障害が起こった場合に障害部位を切り分ける責任 ・ 送信元の医療機関等または送信先の医療機関等が情報交換を中止する場合の対処	☐	☐ ()
7.	医療機関内において次の事項において契約や運用管理規程等で定めている。 ・ 通信機器、暗号化装置、認証装置等の管理責任の明確化。外部事業者へ管理を委託する場合は、責任分界点も含めた整理と契約の締結。 ・ 患者等に対する説明責任の明確化。 ・ 事故発生時における復旧作業・他施設やベンダとの連絡に当たる専任の管理者の設置。 ・ 交換した医療情報等に対する結果責任の明確化。 ・ 個人情報情報の取扱いに関して患者から照会等があった場合の送信元、送信先双方の医療機関等への連絡に関する事項、またその場合の個人情報取扱いに関する秘密事項。	☐	☐ ()
8.	リモートメンテナンスを実施する場合は、必要に応じて適切なアクセスポイントの設定、プロトコルの限定、アクセス権限管理等を行って不必要なログインを防止している。	☐	☐ ()
9.	回線事業者やオンラインサービス提供事業者と契約を締結する際には、脅威に対する管理責任の範囲や回線の可用性等の品質に関して問題がないか確認している。	☐	☐ ()

注8: 例として IPSec と IKE を利用することによりセキュアな通信路を確保することがあげられる。

注9: 安全性が確認できる機器とは、例として、ISO15408 で規定されるセキュリティターゲットもしくはそれに類するセキュリティ対策が規定された文書が医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第2版に適合していることを確認できるものをいう。

注10: 例として、SSL/TLS の利用、S/MIME の利用、ファイルに対する暗号化などの対策があげられる。その際、暗号化の鍵については電子政府推奨暗号のものを使用していなければならない。

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)

契約番号：●●●●●●●●

平成2●年度特定健康診査・特定保健指導委託契約書

高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)に基づき実施する、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が行う保健指導をいう。以下同じ。)について、●●●健康保険組合ほか別紙委託元保険者一覧表に示す医療保険者(以下「甲」という。)と社団法人●●●市医師会(以下「乙」という。)との間に、次の条項により委託契約を締結する。

(総 則)

第1条 甲は、特定健康診査及び特定保健指導を乙に委託し、乙はこれを受託するものとする。

(委託業務)

第2条 甲が乙に委託する業務の内容は、厚生労働省「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」に基づき、別紙健診等内容表のとおりとする。

2 業務は、乙の会員の医療機関(以下「実施機関」という。別紙実施機関一覧表のとおり)で行うものとする。

(対象者)

第3条 特定健康診査は、実施機関に被保険者証及び甲の発行する特定健康診査受診券を提示した者を対象とし、当該実施機関において有効期限等券面の内容を十分に確認の上、実施するものとする。

2 特定保健指導は、実施機関に被保険者証及び甲の発行する特定保健指導利用券を提示した者を対象とし、当該実施機関において特定保健指導開始日及び有効期限等券面の内容を十分に確認の上、実施するものとする。

(契約期間)

第4条 この契約の有効期間は、平成2●年4月1日から平成2●年3月31日までとする。

2 特定保健指導については、実施機関が、前項の有効期間内に実施した特定健康診査の結果に基づく指導を行う対象者に限り、当該指導の終了(実績評価を行う完了のみならず、脱落や資格喪失による途中終了も含む)する日までを有効期間とする。

(委託料)

第5条 委託料は、●●●市が乙と定めた委託料の単価を参考とし、別紙内訳書のとおりとする。

(委託料の請求)

第6条 乙若しくは実施機関は、特定健康診査については終了後に、特定保健指導については行動計画を策定する初回時面接終了後及び計画の実績評価（計画策定日から6ヶ月以上経過後に行う評価）終了後に、それぞれ遅滞なくその結果を取りまとめ、前条の委託料のうち特定健康診査受診券若しくは特定保健指導利用券の券面に示された受診者あるいは利用者の自己負担分を差し引いた金額（以下「請求額」という。）を、甲の委託を受けて決済を代行する機関（以下「代行機関」という。）である社会保険診療報酬支払基金に請求するものとする。

2 実施機関が特定健康診査あるいは特定保健指導の実施委託に関する集合的な契約を締結している他の契約とりまとめ機関（全国労働衛生団体連合会等）にも所属し、かつ甲の一部又は全部がその（他の契約とりまとめ機関との）集合的な契約にも参加している場合に、他の契約に参加している受診者あるいは利用者がその契約に参加している実施機関にて特定健康診査あるいは特定保健指導を受診もしくは利用する時の委託料の請求は次のように定める。実施内容（特定健康診査の場合は健診項目、特定保健指導の動機づけ支援の場合は実施形態、特定保健指導の積極的支援の場合は実施形態のほか継続的支援における介入回数や介入形態等）が他の契約と本契約との間で一致する場合は、本契約が他の契約と比して単価が最も低い場合に限り、本契約に定める委託料から所定の自己負担額を差し引いた額を請求することとする。また、他の契約の実施内容が本契約の内容と一致しない場合は、実施機関が受診者あるいは利用者に各契約の実施内容等の相違点を説明の上、受診者あるいは利用者が本契約の実施内容等を選択した場合に限り、本契約に定める委託料から所定の自己負担額を差し引いた額を請求することとする。

3 第1項における結果の取りまとめ及び代行機関への送付は、厚生労働省の定める電子的標準様式に基づく電子データとして作成し、作成した電子データを格納したファイルを、電子情報処理組織（代行機関の使用に係る電子計算機（入出力装置を含む。以下同じ）と実施機関の使用に係る電子計算機を電気通信回線で接続した電子情報処理組織をいう。以下同じ。）により、実施後その都度送信するか、ファイルを収録した電子媒体（FD、MO、若しくはCD-R）を実施月の翌月5日までに提出（期限までに必着）する方法を採るものとする。なお、送付の期限が土曜日、日曜日及び国民の祝日に当たる場合は、その翌日を期限とする。

4 第1項の場合において、電子情報処理組織の使用による請求は、代行機関の使用に係る電子情報処理組織に備えられたファイルへの記録がなされたときに、代行機関に到達したものとみなす。

5 特定保健指導においては、前項に定める電子データの送付に加え、特定保健指導の支援計画及び実施報告書（厚生労働省にて様式例を公表）等、指導過程における各種記録類やワークシート類等（本項において「指導過程における各種記録類等」という。）についても、甲の一部または全部が実施機関に求めた場合は、これを提出するものとする。この場合において、実施機関は甲のうち請求した者へ電子データ又は紙により直接送付するものとする。

(委託料の支払い)

第7条 甲は、乙若しくは実施機関から前条の請求があった場合は、その内容を点検し、適当と認めたときは、前条に定める請求に関わる電子データを受理した月の翌月21日（電子情報処

理組織の使用による場合であつて、受理した月の6日から月末までのものは翌々月の21日。支払日が土曜日、日曜日及び国民の祝日に当たる場合は、その日の後で甲と代行機関との間で定める日とする）に、実施機関に代行機関を通じて請求額を支払うものとする。

2 甲及び代行機関の点検の結果、結果に関する内容について問題がある場合は、代行機関を通じて請求者（乙若しくは実施機関）に返戻を行うものとする。

3 請求者（乙若しくは実施機関）は前項の返戻を受けた場合において、再度第6条第1項の方法により請求を行うことができる。

（決済に失敗した場合の取扱い）

第8条 実施機関において、被保険者証と特定健康診査受診券若しくは特定保健指導利用券の両方を確認せずに実施した場合は、当該実施機関の責任・負担とし、甲から請求額は支払われないものとする。

2 実施機関において、被保険者証と特定健康診査受診券若しくは特定保健指導利用券の両方を確認した結果、精巧な偽造等により特に問題ないとはしか判断できない場合は、甲の責任・負担とし、甲は請求額を代行機関を通じて実施機関に支払うものとする。

3 実施機関において、特定健康診査受診券若しくは特定保健指導利用券に記載された内容と異なる業務・請求を行った場合は、当該機関の責任・負担とし、甲から請求額は支払われないものとする。

4 特定保健指導の積極的支援における期間（3～6か月）中に、利用者が被保険者資格を喪失した場合は、利用者が属していた保険者が実施機関に資格喪失を連絡することにより利用停止とする。この時、実施機関は利用停止までの結果に関するデータを代行機関へ送付し、甲は利用停止までの特定保健指導の実施実績に応じた費用を代行機関を通じて実施機関に支払うこととする。

5 特定保健指導の積極的支援を実施中に、利用者が参加しなくなった（脱落が確定した）場合は、甲は、その時点までの特定保健指導の実施実績に応じた費用を代行機関を通じて実施機関に支払うこととする。

（再委託の禁止）

第9条 乙及び実施機関は、甲が乙に委託する業務の全部又は一部を第三者に委託してはならない。ただし、乙あるいは実施機関が、検査機器の不備等により、健診・保健指導機関に関する「運営についての重要事項に関する規程の概要」において血液検査等の実施を委託することを予め明示しており、その明示している内容の範囲において業務の一部を委託する場合には、この限りではない。

（譲渡の禁止）

第10条 乙及び実施機関は、甲が乙に委託する業務の全部又は一部を第三者に譲渡してはならない。

（事故及び損害の責任）

第11条 実施機関が、業務の実施中に生じた事故及びその業務により生じた事故及び損害につ

いては、甲及び乙に故意又は重過失のない限り、実施機関がその負担と責任において処理に当たるものとする。

2 前項の場合において、実施機関に故意又は重過失のない限り、その負担と責任について実施機関は甲及び乙と協議するものとする。

3 前2項の取り決めについては、乙と実施機関との契約等において両者遵守するものとする。

(個人情報の保護)

第12条 乙および実施機関が当該業務を実施するに当たっては、特定健康診査あるいは特定保健指導の記録の漏洩を防止すると共に、実施担当者には守秘義務を課す等、関係法令を遵守することに加え、別紙個人情報取扱注意事項や「医療・介護関係事業者における個人情報の取扱いのためのガイドライン」(平成16年12月24日医政発第1224001号、薬食発第1224002号、老発第1224002号)及び各都道府県において定める個人情報の取扱いに係る条例等に基づき、必要な個人情報保護対策を講じ、上記の事項やガイドライン等を遵守するものとする。

2 前項の取り決めについては、乙と実施機関との契約等において両者遵守するものとする。

(業務等の調査等)

第13条 甲は、健診・保健指導機関に関する「重要事項に関する規程の概要」に関する乙及び実施機関の公表内容等に関し詳細を確認する等、甲が必要と認めるときは、乙に対し実施機関における業務の実施状況等を照会し、調査及び報告を求めることができる。

2 甲から前項の照会があった場合、乙は速やかに対応するものとする。

(契約の解除)

第14条 甲または乙は、甲または乙がこの契約に違反した場合は、この契約を解除できるものとする。

2 前項に関わらず、甲は、前条の照会結果等から、健診・保健指導機関に関する「重要事項に関する規程の概要」に関する乙及び実施機関の公表内容等が事実と異なり、それにより甲に大きな影響がある場合は、この契約を解除できるものとする。

(協 議)

第15条 この契約に定めのない事項が生じたときは、必要に応じて、甲・乙誠意を持って協議の上決定するものとする。

甲及び乙は、この契約を証するため、本契約書2通を作成し、甲・乙記名押印の上、各自1通を保有するものとする。

平成20年4月1日

委託者（甲）

委託者（甲）

健康保険組合ほか〇組合

代表保険者

健康保険組合

県市1-1-1

組合長

受託者（乙）

社団法人市医師会

県市1-1-1

会長

委託元保険者一覧表

保険者番号	委託元保険者名	所在地	委託範囲※	
			特定健康診査	特定保健指導
XXXXXXXX	〇〇健康保険組合	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	○	○
XXXXXXXX	〇△健康保険組合	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	○	
XXXXXXXX	〇□健康保険組合	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	○	
XXXXXXXX	△〇健康保険組合	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	○	○
XXXXXXXX	△△健康保険組合	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	○	
XXXXXXXX	△□健康保険組合	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	○	
XXXXXXXX	□〇健康保険組合	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	○	
XXXXXXXX	□△健康保険組合	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	○	
XXXXXXXX	□□健康保険組合	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	○	

※ 特定健康診査・特定保健指導の欄については、委託する場合に「○」を記入。なお、特定健康診査と特定保健指導の両方を委託する場合においても、両者の一括実施を委託するものではなく、特定健康診査終了後に保険者の判断にて保健指導対象者を選定し、対象者となった者にのみ実施することとする。

健診等内容表

区分		内容	
特定健康診査※	基本的な健診の項目	身体計測	身長
			体重
			腹囲
			BMI
		血圧	収縮期血圧
			拡張期血圧
		血中脂質検査	中性脂肪
			HDL-コレステロール
			LDL-コレステロール
		肝機能検査	GOT
			GPT
			γ-GTP
	詳細な健診の項目(医師の判断による追加項目)※	血糖検査 (いずれかの項目の実施で可)	空腹時血糖
			ヘモグロビンA _{1c}
		尿検査	糖
			蛋白
		貧血検査	赤血球数
			血色素量
			ヘマトクリット値
		心電図検査	
		眼底検査	
特定保健指導	動機付け支援	(標準的な健診・保健指導プログラム第3編第3章(4)を参考に、実施形態等を定め、この欄に記述)	
	積極的支援	初回時面接の形態	(標準的な健診・保健指導プログラム第3編第3章(4)を参考に、実施形態等を定め、この欄に記述)
		3ヶ月以上の継続的な支援	
		実施ポイント数 主な実施形態	
	終了時評価の形態		
保険者独自の追加健診項目		(集合契約にて合意できる共通の追加項目が設定できる場合は、この欄に記載)	

※ 特定健康診査の結果通知の際には、結果内容に合わせた、適切な情報提供（厚生労働省健康局「標準的な健診・保健指導プログラム」における保健指導の情報提供にあたるもの）を行うものとする。

※ 血糖検査において、健診実施前に食事を摂取している等により空腹時血糖が測定できない場合はヘモグロビンA_{1c}を測定すること。

※ 詳細な健診の項目（医師の判断による追加項目）を実施する場合は、受診者に十分な説明を行うと共に、医療保険者に送付する結果データにおいてその理由を詳述することとする。

※ 生理中の女性に対する尿検査については、検査不能として実施を行わない場合も認めるものの、その他の項目については全て実施すること。実施されなかった場合は完全に実施するまで何度も実施するか、未実施扱いとする（この場合甲から乙に委託費用は支払われない）。

実施機関一覧表

健診・保健指導機関番号	医療機関名	住所	受託業務※		
			特定健康診査	特定保健指導	追加健診項目
XXXXXXXXXX	〇〇病院	●●●市〇〇 〇丁目〇番地	○	○	
XXXXXXXXXX	〇△病院	●●●市〇〇 〇丁目〇番地	○		
XXXXXXXXXX	〇□医院	●●●市〇〇 〇丁目〇番地	○		
XXXXXXXXXX	△〇病院	●●●市〇〇 〇丁目〇番地	○	○	
XXXXXXXXXX	△△医院	●●●市〇〇 〇丁目〇番地	○		
XXXXXXXXXX	△□診療所	●●●市〇〇 〇丁目〇番地	○		
XXXXXXXXXX	□〇病院	●●●市〇〇 〇丁目〇番地	○		
XXXXXXXXXX	□△診療所	●●●市〇〇 〇丁目〇番地	○		
XXXXXXXXXX	□□診療所	●●●市〇〇 〇丁目〇番地	○		

※ 特定健康診査・特定保健指導の欄については、当該病院（当該診療所）において、実施する場合に「○」を記入。

内訳書

区分			1人当たり委託料単価 (消費税含む)		支払条件
			個別健診	集団健診	
特定健康診査※	基本的な健診の項目		〇,〇〇〇円	〇,〇〇〇円	健診実施後に一括
	詳細な健診 の項目 (医師の判断による追加項目)	貧血検査	〇,〇〇〇円	〇,〇〇〇円	
		心電図検査	〇,〇〇〇円	〇,〇〇〇円	
		眼底検査	〇,〇〇〇円	〇,〇〇〇円	
特定保健指導※	動機付け支援		〇,〇〇〇円		面接による支援終了後に左記金額の 8/10 を支払 残る 2/10 は実績評価終了後に支払
	積極的支援		〇〇,〇〇〇円		初回時の面接による支援終了後に左記金額の 4/10 を支払 残る 6/10 (内訳としては 3ヶ月以上の継続的な支援が 5/10、実績評価が 1/10) は実績評価終了後に支払 3ヶ月以上の継続的な支援実施中に脱落等により終了した場合は、左記金額の 5/10 に実施済みポイント数の割合を乗じた金額を支払
追加健診項目			円		健診実施後に一括
			円		
			円		
			円		

※ 他の法令に基づく健診（介護保険における生活機能評価等）を特定健康診査と同時に実施し、他の法令に基づく健診が優先的に費用を負担する場合、乙あるいは実施機関は、上記の単価から、重複する検査項目の費用（他の法令に基づく健診で負担すべき金額）を差し引いた金額を委託料とし、そこから自己負担額を差し引いた金額を甲に請求することとする。

※ 特定保健指導の各回の支払額が分割比率の関係で小数点以下の端数が生じる場合は、四捨五入により 1 円単位とする。

個人情報取扱注意事項

1 基本的事項

乙及び実施機関は、個人情報の保護の重要性を認識し、この契約による業務の実施に当たっては、個人の権利利益を侵害することのないよう、個人情報を適切に取り扱わなければならない。

2 秘密の保持

乙及び実施機関は、この契約による業務に関して知ることができた個人情報をみだりに他人に知らせてはならない。この契約が終了し、又は解除された後においても同様とする。

3 収集の制限

- (1) 乙及び実施機関は、この契約による業務を処理するために個人情報を収集するときは、業務の目的を明確にするとともに、業務の目的を達成するために必要な範囲内で、適法かつ公正な手段により行わなければならない。
- (2) 乙及び実施機関は、この契約による業務を処理するため個人情報を収集するときは、本人から収集し、本人以外から収集するときは、本人の同意を得た上で収集しなければならない。

4 利用及び提供の制限

乙及び実施機関は、この契約による業務に関して知り得た個人情報を契約の目的以外の目的のために利用し、又は第三者に提供してはならない。

5 適正管理

乙及び実施機関は、この契約による業務に関して知り得た個人情報の漏洩、滅失及びき損の防止その他の個人情報の適切な管理のために必要な措置を講じなければならない。

6 再委託の禁止

乙及び実施機関は、この契約による業務を行うための個人情報の処理は、自ら行うものとし、第三者にその処理を提供してはならない。ただし、乙及び実施機関が、健診・保健指導機関に関する「運営についての重要事項に関する規程の概要」において血液検査等の実施を委託することを予め明示しており、その明示している内容の範囲において業務の一部を委託する場合には、この限りではない。

7 資料等の返還等

乙及び実施機関は、この契約による業務を処理するために甲から引き渡され、又は乙及び実施機関自らが収集し、若しくは作成した個人情報が記録された資料等は、業務完了後直ちに甲に返還し、又は引き渡すものとする。ただし、甲が別に指示したときは、その指示に従うもの

とする。

8 従事者への周知

乙及び実施機関は、この契約による業務に従事している者に対して、在職中及び退職後において、その業務に関して知ることのできた個人情報を他に漏らしてはならないこと及び契約の目的以外の目的に使用してはならないことなど、個人情報の保護に関し必要な事項を周知するものとする。

9 実地調査

甲は、必要があると認めるときは、乙及び実施機関がこの契約による業務の執行に当たり取り扱っている個人情報の状況について、随時実地に調査することができる。

10 事故報告

乙及び実施機関は、この契約に違反する事態が生じ、又は生じるおそれがあることを知ったときは、速やかに甲に報告し、甲の指示に従うものとする。

保険者における毎年のスケジュール(標準的な例)

	19年度	20年度	21年度
4月	【平成19年度の準備作業】 健診の現状把握（被扶養者も含む） （18年度より） ↓	健診対象者の抽出 受診券等の印刷・ 送付（随時可） 代行機関に受診券 発行情報の登録 ↓ （特定健診の開始）	健診機関・保健指導 機関との契約 ↓ 健診データ受取 費用決済（最終） ↓ 健診データ抽出 （前年度分）
5月	実施方法の検討、年間実施スケジュール案の作成 ・加入者（特に被扶養者）への案内方法等 ・集団契約・個別契約の判断 ・委託先の確保 等 ↓	↓ （特定健診の開始） ↓	↓ 健診データ抽出 （前年度分） ↓
6月	事務処理システム開発・導入の 検討開始（案審決定等） ↓	健診データ受取 費用決済 ↓	実施率等、実施実績の算出 支払基金への報告 （ファイル作成・送付） ↓
7月	↓ 特定健診等実施計画（5ヵ年） の策定開始 ↓	保健指導対象者の 抽出、利用券等の 印刷・送付 代行機関に利用券 発行情報の登録 ↓ （特定保健指導の開始） ↓	↓ 実施率等、実施実績の算出 支払基金への報告 （ファイル作成・送付） ↓ 実施実績の分析 実施方法、委託先 機関の見直し等
8月	↓ 個人情報保護対策 ・セキュリティポリシー等 の策定、周知。 ・個人情報保護法に基づく ガイドラインの周知 等 ↓	【平成20年度以降の繰り返し作業】 契約代表者（代表保険 者）への委任 等 ↓ 仮契約手続きの開始 ・実施機関との交渉 ・委託料等の決定 ・実施時期の調整 等 ↓	健診データ受取 費用決済 ↓
9月	↓ 実施計画策定 ↓	↓ （特定健診・特定保健指導の実施） ↓	↓

※「仮契約」「仮契約手続き」等は、仮にでも契約調印する行為ではなく、契約書にまとめる諸条件(単価・内容等)の確定に向けた協議調整手続を意味する。

1

	19年度	20年度	21年度
10月			
11月		※詳細は別紙 ↓ (特定健診・特定保健指導の実施)	
12月		仮契約手続きの終了 (委託料等の決定) ↓ 予算・契約承認手続き (各保険者) ↓ 代行機関に契約等情報 の登録(代表保険者) ↓ 次年度健診・保健指導 実施スケジュール作成	
1月	事務処理システムの試験・ 検証の開始 (健診データの送受信等) ↓ 加入者台帳整備・確認 ↓ 事務処理システム運用開始 (分析機能等は20年度に開発することも可)	(特定健診の終了) ↓ 健診データ受取 費用決済(最終) ↓ (特定保健指導の利用受付終了)	
2月			
3月			

※「仮契約」「仮契約手続き」等は、仮にでも契約調印する行為ではなく、契約書にまとめる諸条件(単価・内容等)の確定に向けた協議調整手続を意味する。

2

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)

	市町村国保	組合健保等	政管健保	契約代表者(代表保険者)	代行機関
8月		契約とりまとめの委任 (利用する場合のみ)	契約とりまとめの委任 (利用する場合のみ)	契約とりまとめの委任	
9月	市町村医師会等との交渉 (委託料、受託範囲、受託基準等の調整)				健診機関・保健指導機関の登録 (以降は随時の申請・登録)
10月					
11月	市町村医師会等との仮契約 仮契約情報を保険者協議会等を通して情報共有	(保険者協議会)		市町村国保の契約情報を保険者協議会等を通して収集	
12月			予算協議決定	委託の交渉 市町村医師会等との仮契約 (市町村国保と同一条件)	
1月	国保運営協議会等により 仮契約内容等の承認	組合会等により予算・仮契約内容等の承認			
2月	市町村予算3役への説明等			代行機関に契約情報を登録	保険者とりまとめ団体から提出された契約情報の登録
3月	市町村医師会等との契約準備			市町村医師会等との契約準備	保険者リスト、実施機関リスト、委託料等、事務点検に必要な情報を登録する。
4月	市町村医師会等との契約			市町村医師会等との契約	

※「仮契約」「仮契約手続き」等は、仮にでも契約調印する行為ではなく、契約書にまとめる諸条件(単価・内容等)の確定に向けた協議調整手続を意味する。

3

契約に関する保険者の作業(集合契約の場合)

	保険者	契約代表者(代表保険者)	代行機関
8月	契約とりまとめの委任	〔契約代表者(代表保険者)の情報は、保険者協議会等により情報共有する。〕 契約とりまとめの委任	
9月		健診機関等、健診機関等とりまとめ団体との交渉(委託料、受託範囲、受託基準等の調整)	健診機関・保健指導機関の登録 (以降は随時の申請・登録)
10月			
11月			
12月		健診機関等、健診機関等とりまとめ団体との仮契約(委託料の決定)	
1月	組合会等により予算・仮契約内容等の承認(組合健保の場合)		
2月	受診券情報を登録(開始) (対象者を抽出、受診券を出力した保険者から)	代行機関に契約情報を登録	契約情報の登録 〔保険者リストと実施機関リスト、委託料等、事務点検に必要な情報を登録する。〕
3月		健診機関等、健診機関等とりまとめ団体との契約準備	
4月	受診券を出力、加入者に送付 代行機関に受診券情報を登録	健診機関等、健診機関等とりまとめ団体との契約 加入者に情報提供(機関リスト等)	受診券情報の登録

※「仮契約」「仮契約手続き」等は、仮にでも契約調印する行為ではなく、契約書にまとめる諸条件(単価・内容等)の確定に向けた協議調整手続を意味する。

4

契約に関する保険者の作業(個別契約の場合)

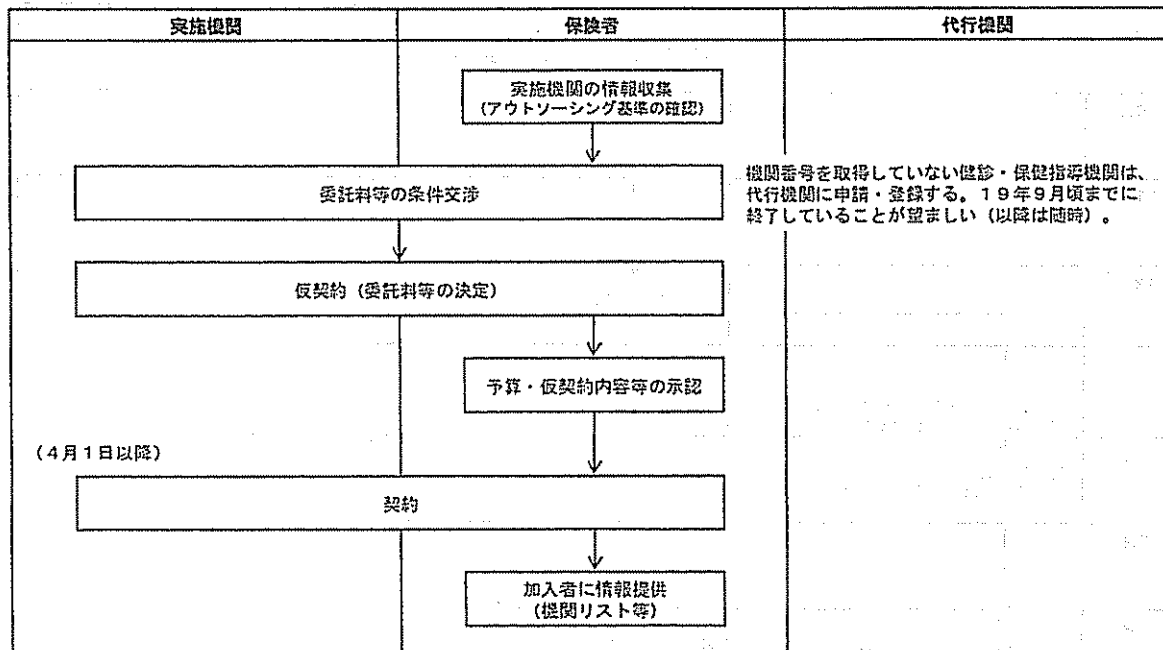
	保険者	代行機関
8月	健診機関・保健指導機関との交渉 (委託料、委託範囲、委託基準等の調整)	
9月		
10月		
11月		
12月	健診機関・保健指導機関との仮契約 (委託料等の決定)	
1月	↓ 組合会等により予算・仮契約内容等 の承認の承認手続き	代行機関を利用する場合、保険者が受診 券情報(受診券を発行する場合)契約情 報を代行機関に登録する。 健診機関・保健指導機関から保険者に直 接送付する場合、提出の時期、様式等を 契約書に盛り込む。
2月	↓	
3月	健診機関・保健指導機関との契約準備	
4月	健診機関・保健指導機関との契約 加入者に情報提供(機関リスト等)	

5

参考:契約等の事務フロー

契約

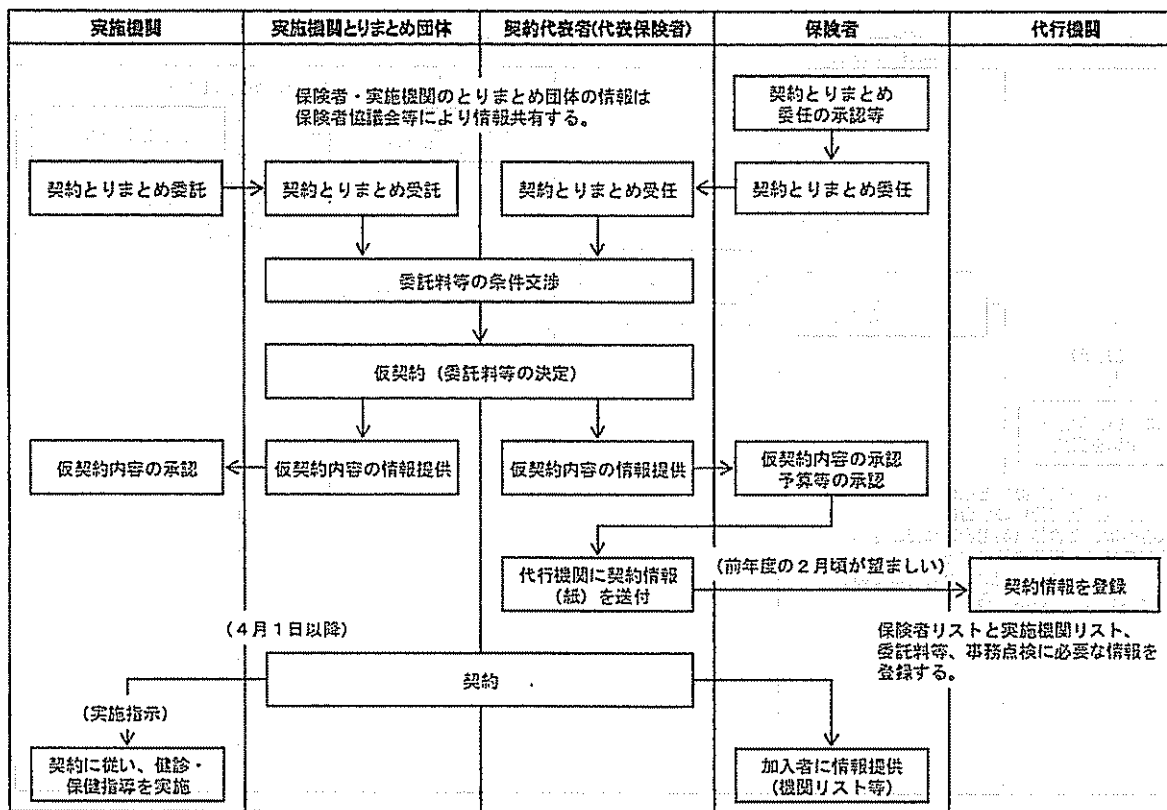
○個別契約



※「仮契約」「仮契約手続き」等は、仮にでも契約調印する行為ではなく、契約書にまとめる諸条件(単価・内容等)の確定に向けた協議調整手続を意味する。

6

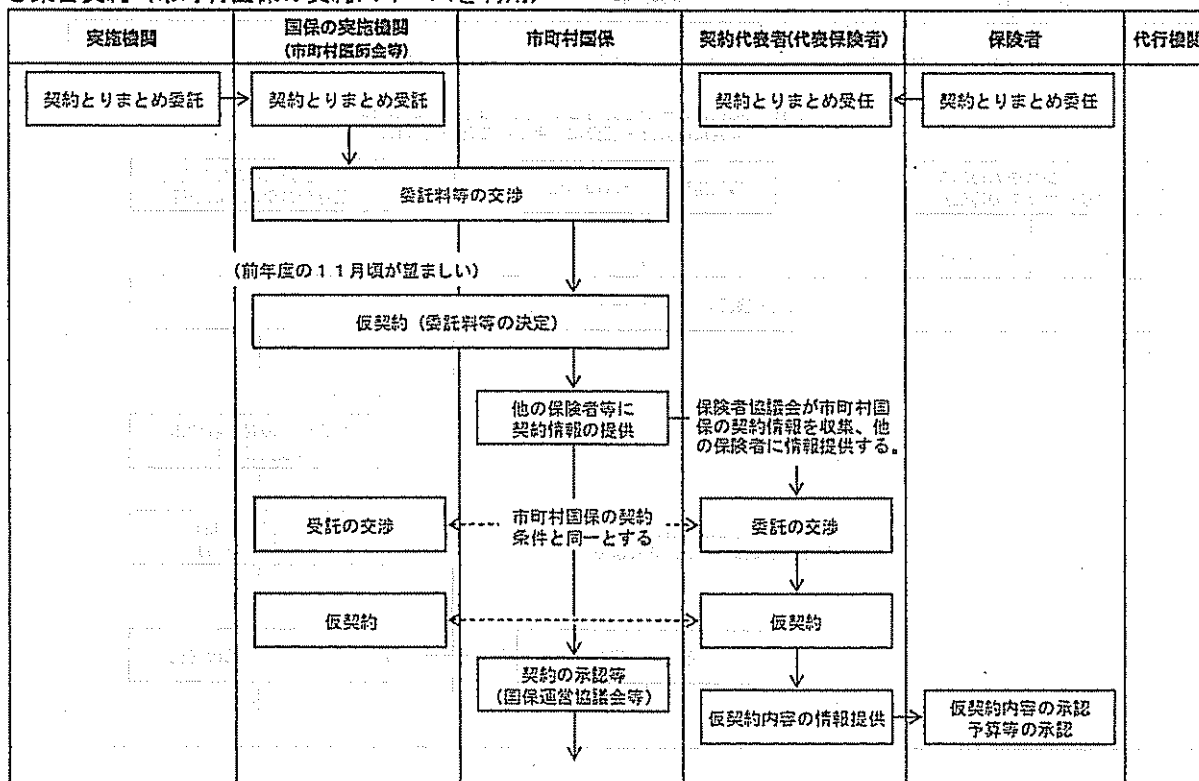
○集合契約



※「仮契約」「仮契約手続き」等は、仮にでも契約調印する行為ではなく、契約書にまとめる諸条件(単価・内容等)の確定に向けた協議調整手続を意味する。

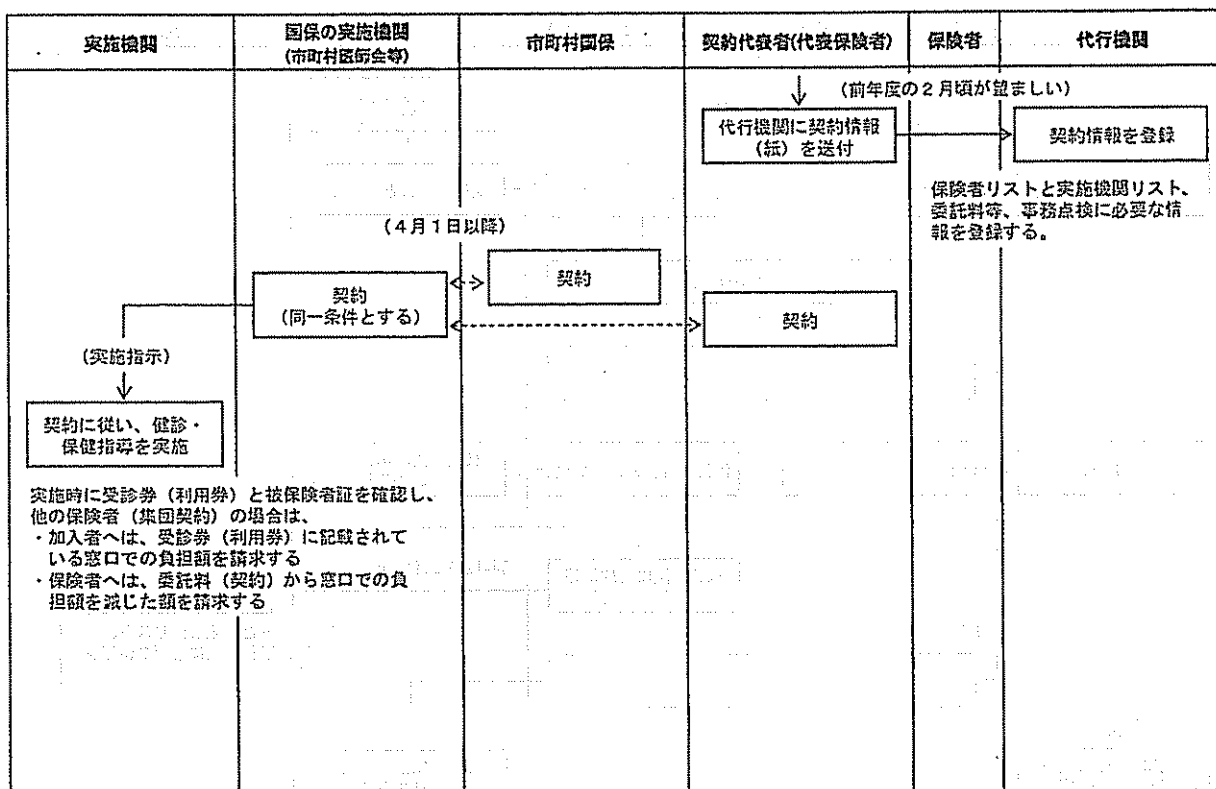
7

○集合契約(市町村国保の契約スキームを利用)



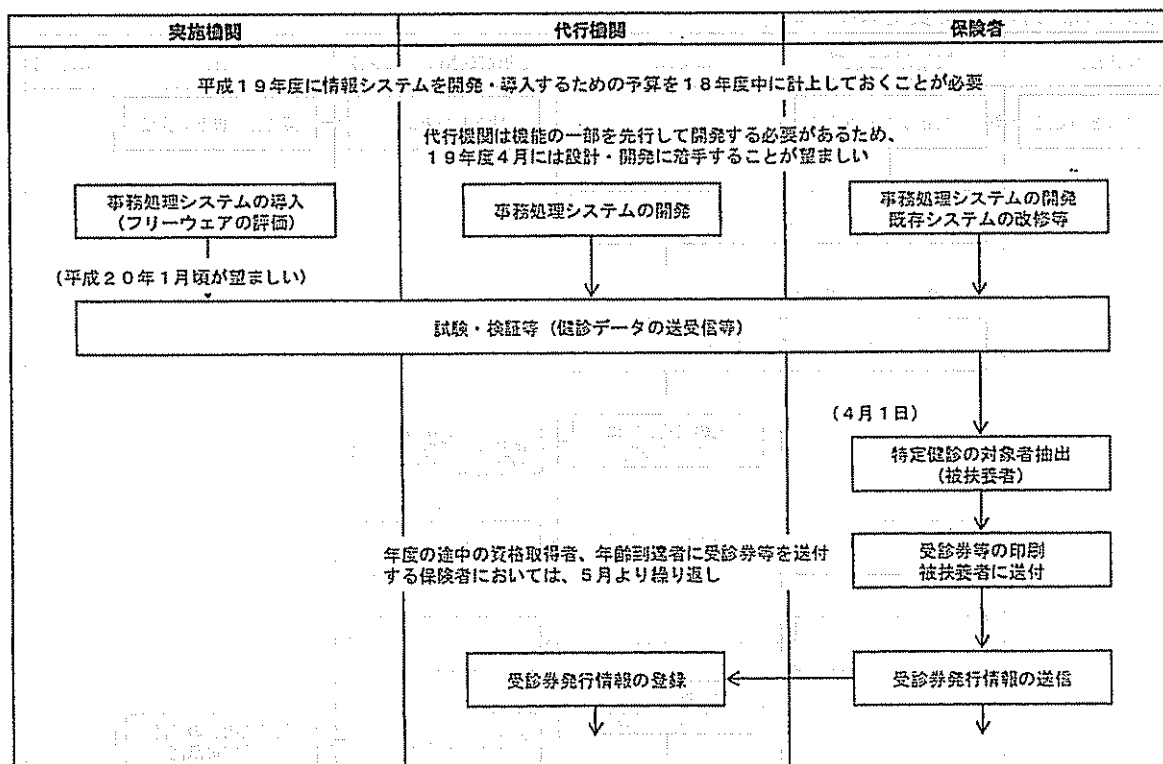
※「仮契約」等は、仮にでも契約調印する行為ではなく、契約書にまとめる諸条件(単価・内容等)の確定に向けた協議調整手続を意味する。

8

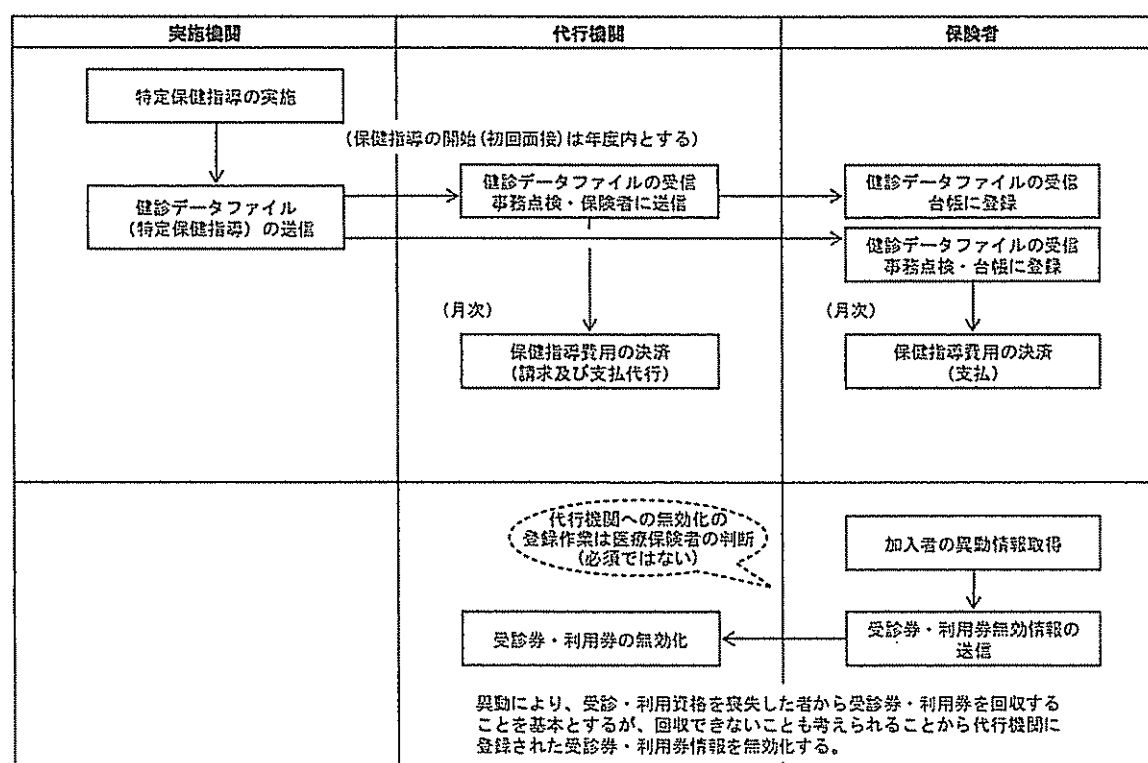
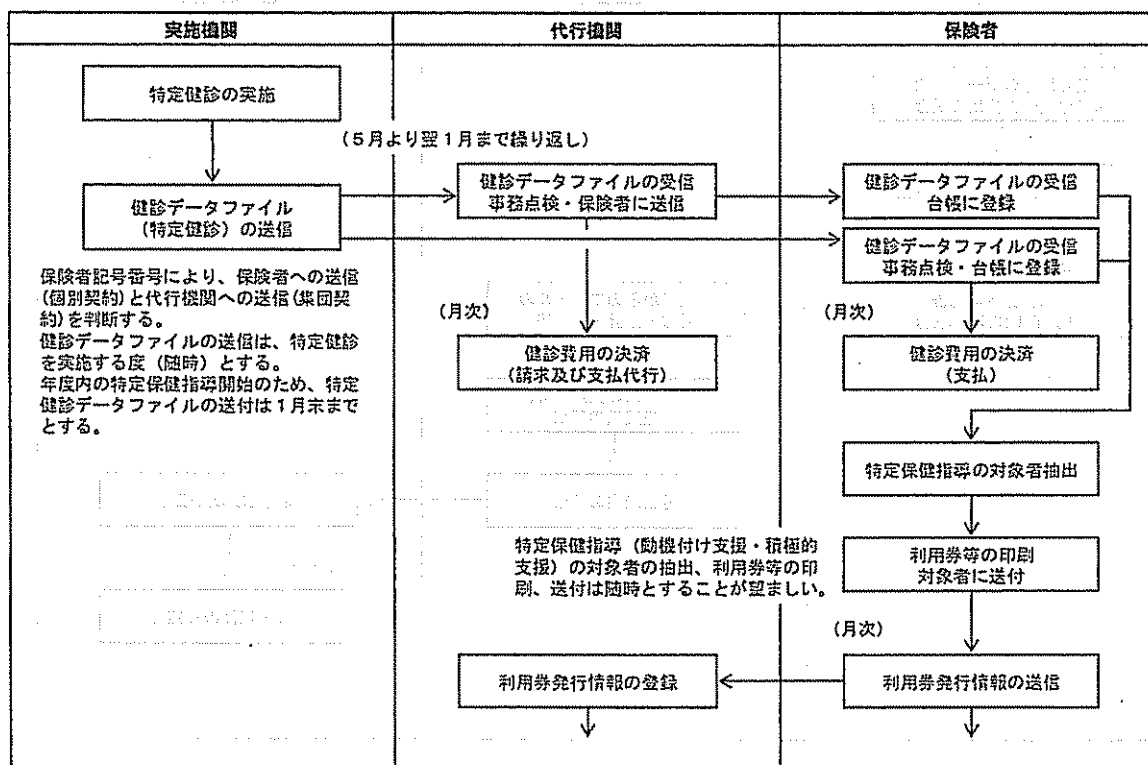


9

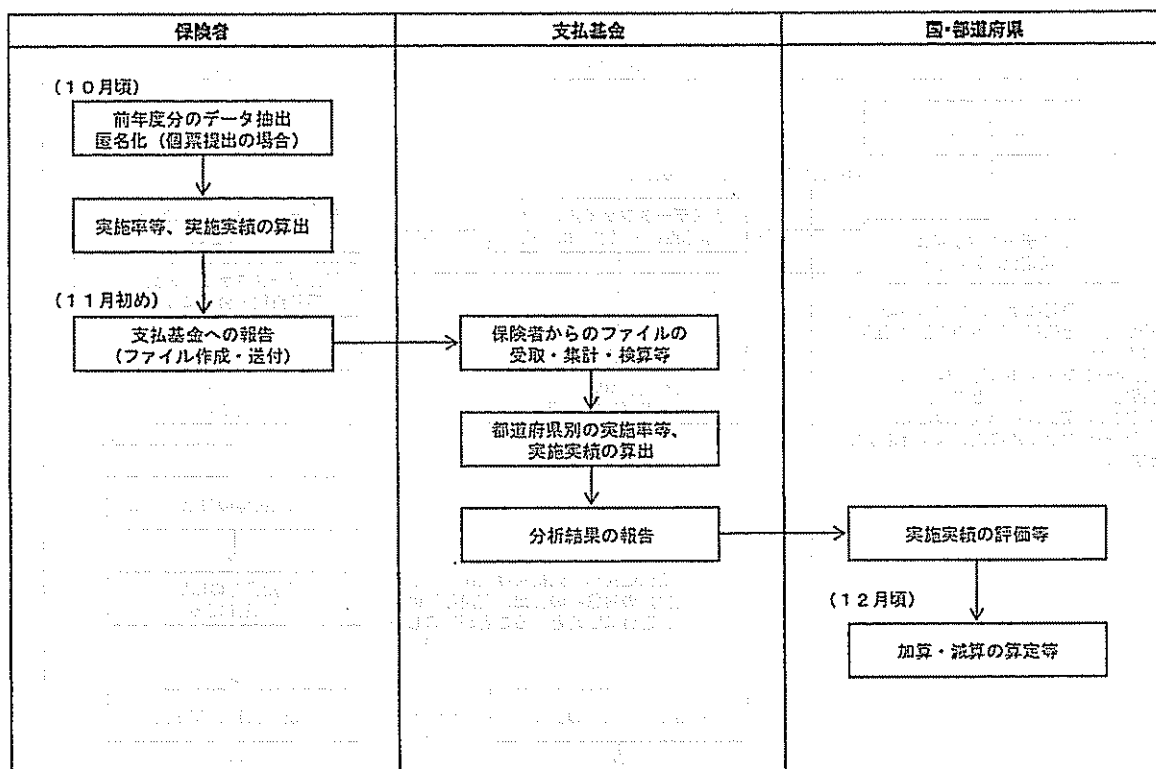
実施



10



国への実績報告



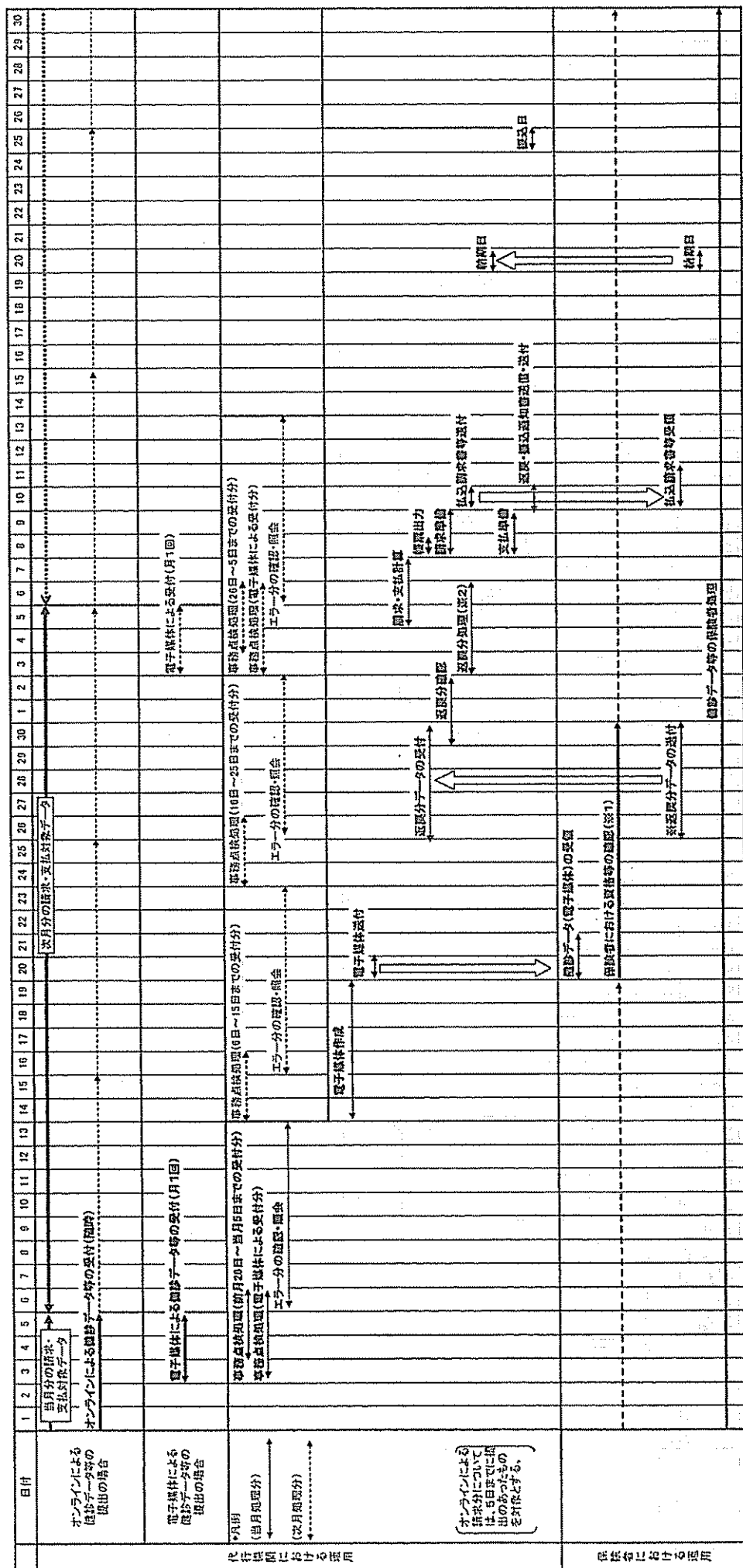
[illegible]

22 因外資による反日姿勢の強硬な結果、假令、指導機関の振りによるものを退却し、当月の請求時に差額利益を行う。

当スクジュールは土曜・日曜・祝日を考慮せずには設定しているが、当月末仏分の請求期限を5日までとした場合、仏込請求書の送付・印刷日・振込日等については土曜・日曜・祝日等の状況に応じて要変更がある。

付属資料5 支払基金における代行処理の月次スケジュール(案) [翌月決済の場合]

《② 電子媒体によるデータ授受保険者の場合》



※1 代行機関の届出でチェックできなかったもの等のチェックを行う。(保険者資格関係、保険者の登録等)

※2 保険者による届出等の届出の結果、届出・届出期間の満了により、当月の請求額に差額調整を行う。(注:請求額データの送付・届出日・届出日等の状況に応じて変更がめりる。)

※ 届出スケジュールは土曜・日曜・祝日を考慮せずに変更しているが、当月支払分の請求期限を6日までとした場合、支払請求等の送付・届出日・届出日等については土曜・日曜・祝日等の状況に応じて変更がめりる。

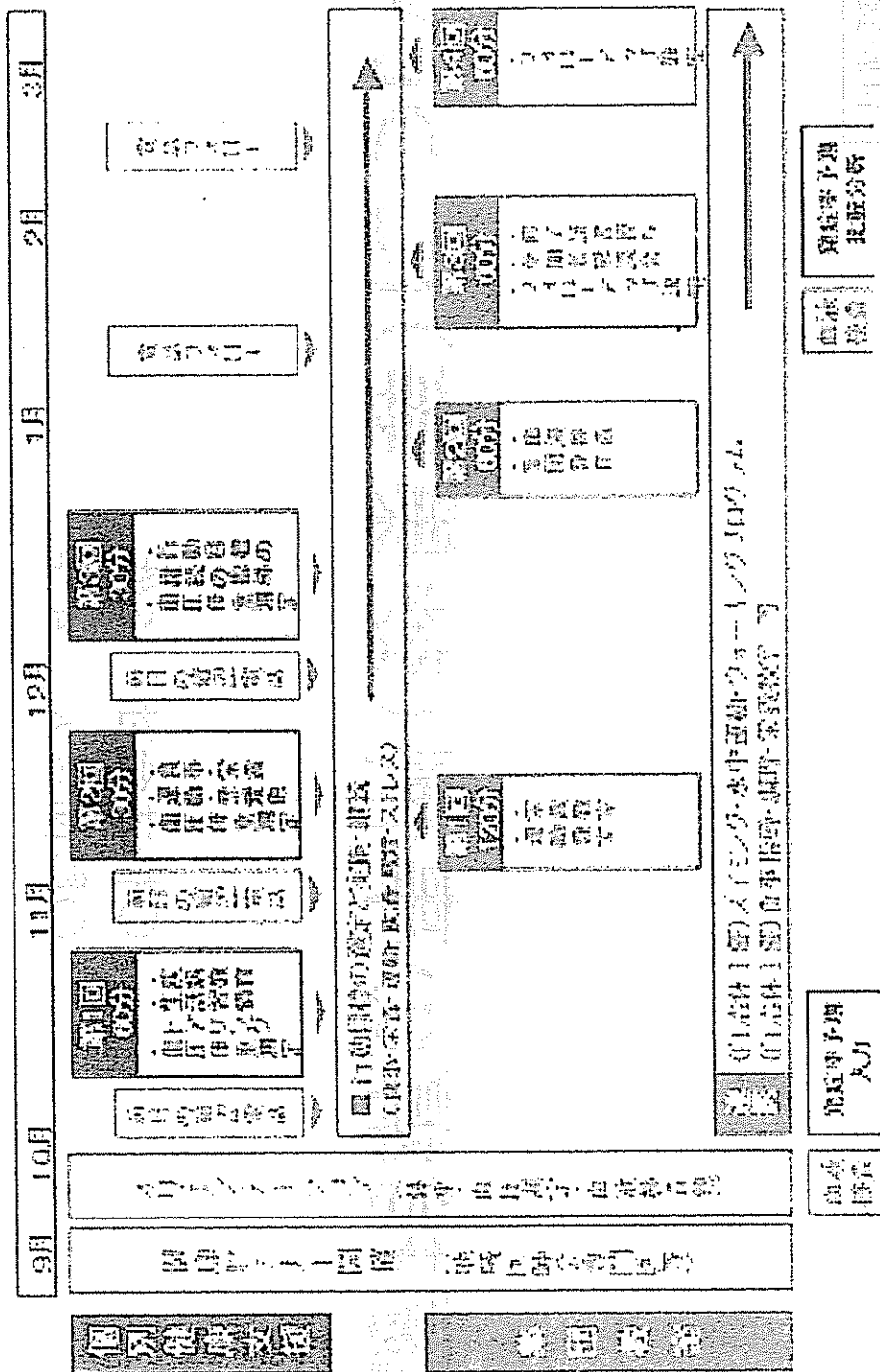
保健指導の事例(効果等)について

- 株式会社 3件
- 財団法人 4件

積極的支援

株式会社M

- 対象者：基本健康診査要指導者
- 特徴：個別と集団を組み合わせた保健指導
 - ・個別面談：計3～6回（初回60分、2回目以降は30分）
 - ・集団指導：計1～6回（120分～60分）
- 期間：6ヶ月
- 実施者：保健師等の有資格者で独自の教育カリキュラムにより育成された者



動機づけ支援

積極的支援

株式会社Y

【動機づけ支援】

- 対象者：健診後要注意者
(健保組合でピックアップ)
※選定方法は個々の委託元で異なる
- 特徴：個人毎に記録表を作成し、健康維持のために経過を追っている
- 内容：個別面接による事後指導
(健診結果に基づく健康指導)
・生活食事指導
・運動指導
・疾患の内容と生活上の注意点 等
・媒体：リーフレット(汎用版)を配布
(保険者からの依頼による)
- 面接：20～30分
- 回数：年1回(健診1, 2ヵ月後)

【積極的支援】

- 対象者：健診結果におけるBMI25以上の要注意者
(健保組合でピックアップ)
※選定方法は個々の委託元で異なる
- 特徴：個人毎に記録表を作成し、健康維持のために経過を追っている
- 内容：個別面接による事後指導
(健診結果に基づく健康指導)
・BMIに関する指導
・生活食事指導
・運動指導
・疾患の内容と生活上の注意点 等
・媒体：リーフレット(汎用版)を配布
(保険者からの依頼による)
- 面接：20～30分
- 回数：年2～3回

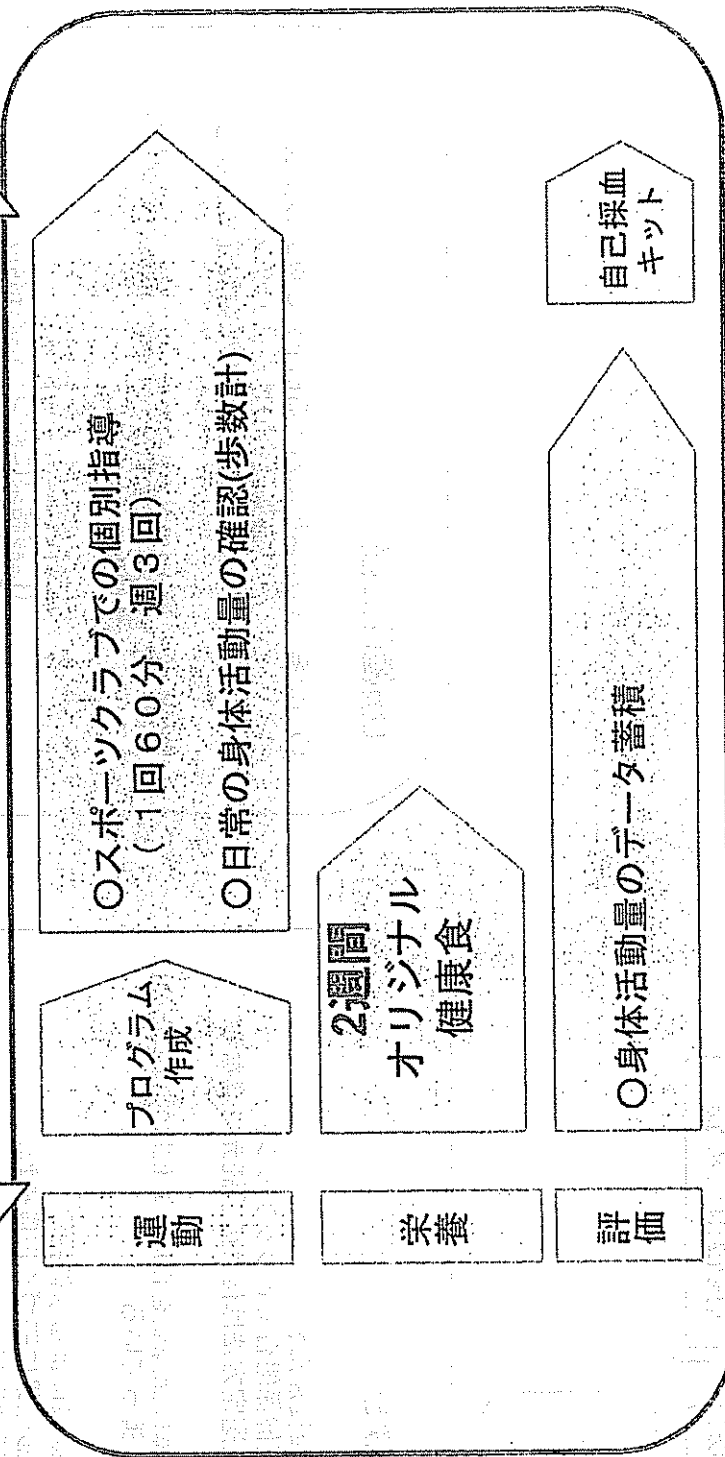
積極的支援

株式会社K

- 対象者：希望者
- 特徴：運動施設を中心とした保健指導
 - ・個別指導（週3回、1回約60分）
 - ・オリジナル健康食（朝食・夕食）
- 期間：6週間（オリジナル健康食（2週間分）はオプション）
- 実施者：当該企業の一定研修を終了した者

【スポーツクラブによる生活習慣病予防プログラム】

6週間



- 対象者：希望者
- 特徴：1日実践型の保健指導
- 期間：1日（7時間）
- 実施者：医師、保健師、健康運動指導士等

〔プログラムの流れ〕

- 10:00～11:00 健康度評価Bコース・測定
血圧、身長、体重、肥満度、血液検査、尿検査、メディカルチェック（安静・負荷心電図等）、
生活習慣チェック（食習慣、ストレス）、体力チェック（長座体前屈）
- 11:00～12:00 講義 「生活習慣病予防のための運動」、「生活習慣病について」
- 12:00～13:00 実技・実習 「バランス弁当試食」
- 13:00～15:00 実技・実習 運動プログラム（エアロビクスダンス、アクアエクササイズ）
- 15:00～16:00 健康度評価結果説明
- （ 終了後 希望者のみ個別指導 ）

積極的支援

財団法人H

- 対象者：基本健康診査要指導者等
- 特徴：個別面接による保健指導 個別面接5回（初回120分、2回目以降30～60分）
- 期間：6ヶ月
- 実施者：保健師、管理栄養士等

期間	内容	実施時間	実施者	自主実践
2か月前	生活習慣病予防教室 ○プログラム実践者の体験発表 ○医師講話「健康生活はじめよう」(60分) ○小グループ(10名程度)での話し合い ○3パターンプログラムの選別	120分程度	○保健師 ○管理栄養士	
1か月前	基本健康診査の受診			
1日目	①個別支援 ○検査・各種調査結果の説明 ○食事調査、バイアス調査、ストレス調査の実施 ○検査・測定(対象疾患による) ○小目標の決定、健康ノートの使用 ○運動に関する個別支援 ○運動実践	120分程度	下記の職種のうち、いずれか1名 ○保健師 ○管理栄養士 ○運動指導員 ○臨床検査技師	
1か月目	②個別支援 ○小目標実践状況の確認 ○目標の見直しと再設定 ○生活改善の動機づけの強化(支援材料の使用) ○運動に関する個別支援 ○運動実践	30～60分	「①個別支援」と同様	
2か月目	③ヘルシーバイキング ○カードを利用したバイキング ○食生活調査 ○自己管理の振り返り ○個別相談(必要時のみ)	120分程度	○保健師 ○管理栄養士	
2. 5か月目	④簡易検査(検査項目は、対象疾患により異なる) ○血液検査 ○尿検査 ○血圧測定	10～30分		
3か月目	⑤個別支援 ○内容は、「②個別支援」と同様 ○簡易検査の結果説明	30～60分	「①個別支援」と同様	
4か月目	⑥個別支援 ○内容は、「②個別支援」と同様	30～60分	「①個別支援」と同様	
5か月目	⑦個別支援 ○内容は、「③個別支援」と同様	30～60分	「①個別支援」と同様	
6か月目	⑧最終検査・測定 ○健康度指標調査票の回収 ○各種検査・測定	60分	○保健師 ○管理栄養士 ○看護師 等	
	最終報告書 ○参加者全体の結果報告 ○小グループによる意見交換 ○アンケート調査 ○フォローアップ期の支援内容の説明	120分程度	○保健師	

運動自主実践(週2回)

市町村実施部分

委託実施部分

市町村実施部分

積極的支援

財団法人S-2

- 対象者：基本健康診査要指導者
 ○特徴：集団指導を中心とした保健指導
 ・グループワーク5回、1回あたり60分
 ・個別相談 1回、20～30分
 ○期間：3ヶ月
 ○実施者：医師、保健師、管理栄養士等

期間	内容	実施時間	実施者
1か月前	開催通知の個別発送 ○食事生活調査①、生活習慣実態調査を同封		
1日目	①集団指導 ○体力測定及び健康チェック ○グループワーク 『なりたい姿』(目標設定) ○自己管理シート、歩数計等の説明	150分 60分	○保健師 ○管理栄養士 ○健康運動指導士
1か月目	②集団指導 ○健康度チェック(身長、体重、体脂肪率、血圧) ○運動実技 ○講演「メタボリックシンドロームとは」 ○グループワーク(目標設定等)	150分 10～20分 40分 50～60分	○医師 ○保健師 ○管理栄養士 ○健康運動指導士
1か月目	③集団指導 ○健康度チェックと運動実技 ○運動実技 ○講演「生活習慣病予防のための食生活」 ○グループワーク(食事調査の結果と振り返り等) ○食事調査②	150分 40分 50～60分	「①集団指導」と同様
2か月目	④集団指導 ○健康度チェック ○講演と実践 「生活習慣病予防のための運動習慣」 ○グループワーク(講義の感想と次回までの目標)	150分 60分 60分	「①集団指導」と同様
2か月目	⑤個別相談 ○目標の確認と次回までの目標 ○食事生活調査結果の振り返り	20～30分	○保健師 ○管理栄養士
2.5か月目	⑥集団指導 ○健康度チェック ○血液検査、体力チェック ○グループワーク「教室の振り返り」 ○運動実技	150分 50～60分	○保健師 ○管理栄養士 ○臨床検査技師 ○健康運動指導士
3か月目	⑦支援レター		

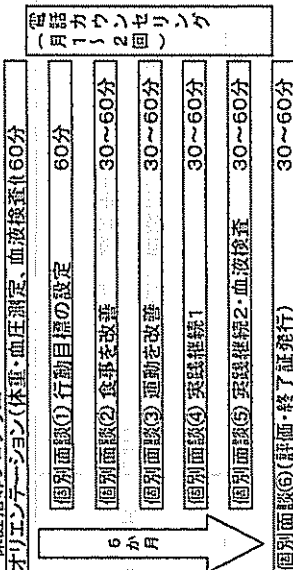
保健指導の効果（保健指導の評価と途中脱落者について）

健康局保健指導室

実施団体	評価について		途中脱落者について		
	評価指標	評価状況	割合	フォロー方法	料金の変動
(株) M	○独自の分析ソフトを使用し、疾患毎の死亡率・発症率を予測し、保健指導の定量的効果を求める。 ○体重、BMI、血圧、血液検査（血糖値、HbA1c、総コレステロール、中性脂肪、HDL、LDL、総蛋白、アルブミン、尿酸）	○別紙1参照	○10%未満 ○脱落理由は、家族の介護や本人の精神的疾患、転居がほとんどで、やむを得ない理由である。	○本人の病気が理由の場合は、主治医へ状況を連絡後終了。	○途中脱落者については、血液検査等の実費経費のみ請求。
(株) Y	○前年度との比較 ※現在、委託元への報告内容については、保健指導の実施人数・回数・日数程度であるため、評価については、今後検討予定。		○現在、対象者が被保険者本人であり、職場において保健指導を行うため、途中脱落者は発生しない。		○実績払い
(株) K	○モニター53名についての集計結果（血圧、総コレステロール、HDLコレステロール）	○最高血圧、最低血圧を低下させた。 ○総コレステロール値を低下させた。 ○HDLコレステロール値を上昇させた。	○料金が前払いであること、毎回予約を行うことが影響しているため、途中脱落者は基本的になし。	○週3回、予約制のため、無断で未来所の場合、無断で数日以内に連絡してフォローを行う。	○転居の場合のみ返金。（精算の方法については、個別対応のと。）
(財) A	○関心度確認表アンケートの実施（教室参加前後の意欲の変化）	○別紙2参照	○希望者の申込で1日参加のため、途中脱落者なし。		○実績払い
(財) H	○身体状況（血圧、血液検査結果、体重、BMI） ○生活習慣（行動変容ステージ）	○別紙3参照	○平成16年度3%（参加者97名中3名） ○やむを得ない理由により途中脱落。		○委託料の調整はなし。
(財) S	○本年度開始事業であるため、結果なし。モデル事業の結果がエビデンスとなる。 ○体重、BMI、血液検査結果、運動習慣、食習慣を指標とする予定。	○事業の初年度のため、報告不可。	○A町については、自治体より参加意欲の確認を行い、老人保健事業（相談日等）の紹介。 ○B町については、途中脱落者なし。		○委託料の調整はなし。

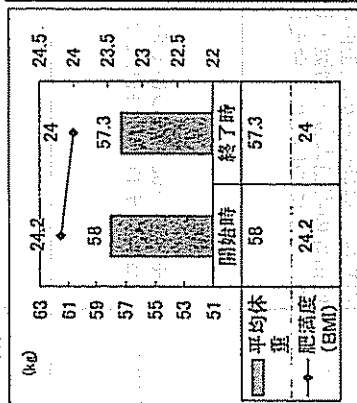
○10年間の9万6千人のデータベースをもとに、独自の分析ソフトによって、保健指導の定量的効果を求めている。保健指導の開始時と終了時の検査データを入力して、5年後の病態別発症率をみると、平均20%低下。

I 保健指導プログラム

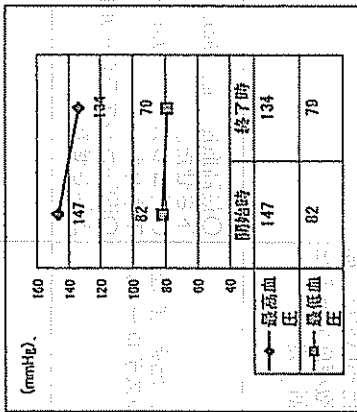


II 保健指導実施前後の比較

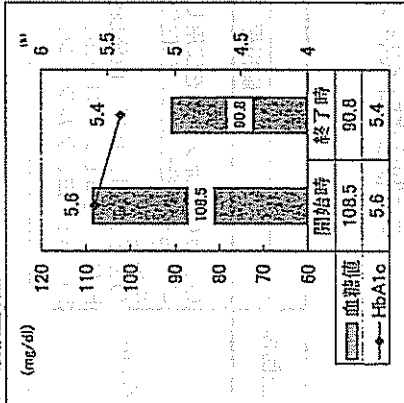
1 平均体重推移



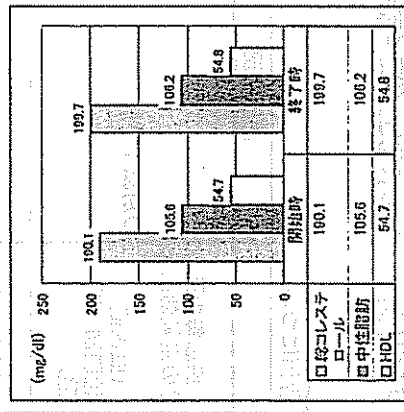
2 平均血圧推移



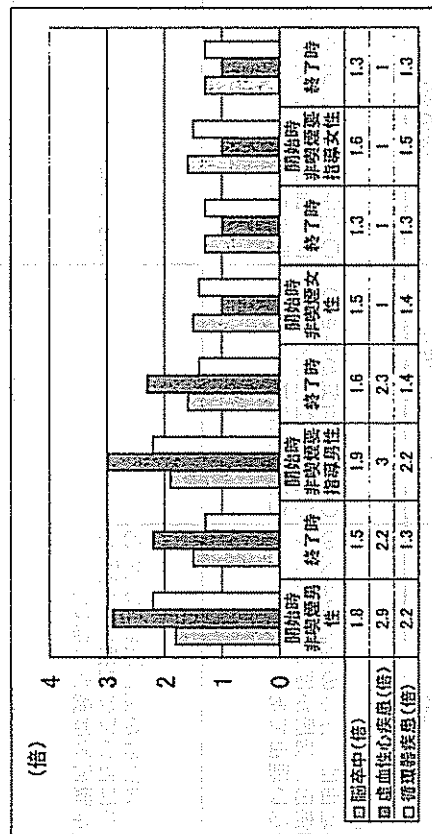
3 血液検査(糖)



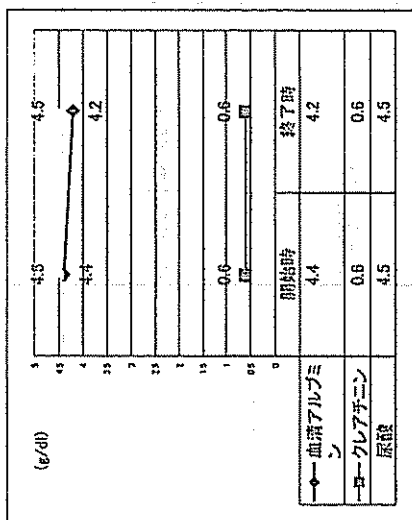
4 血液検査(脂質)



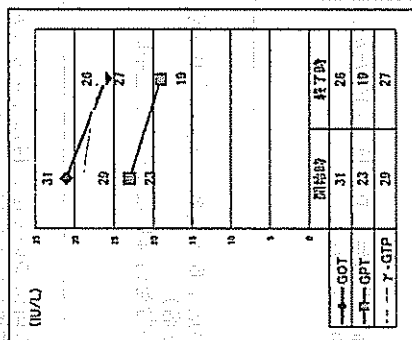
7 死亡率・発生率分析



6 血液検査(その他)



5 血液検査(肝機能)



○終了時に、関心度評価表でアンケートを実施したところ、1～2日以内に行動変容をしようと考えている者が90%程度。

○3か月後の体重については、平均1.1%減少。

I 保健指導プログラム

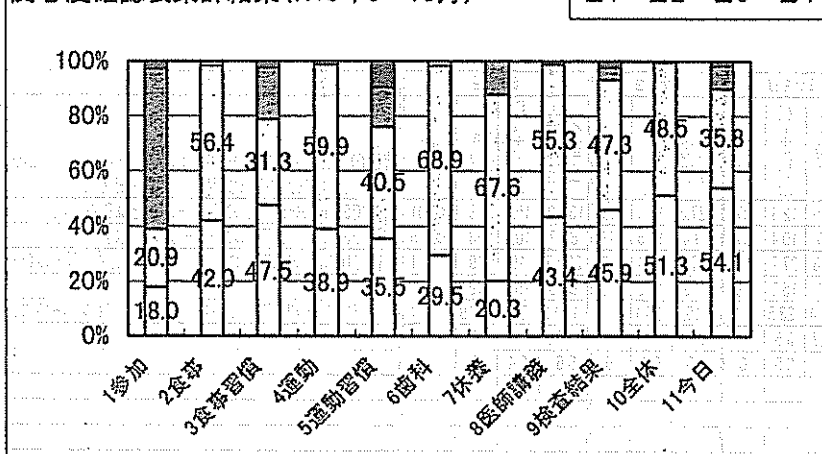
時間	内容
10:00～11:00	健康度評価・測定 (血圧、身長、体重、肥満度、血液検査、尿検査、メディカルチェック(安静・負荷心電図等)、生活習慣チェック(食習慣、ストレス)、体力チェック(長座体前屈))
11:00～12:00	講義 「生活習慣病予防のための運動」 「生活習慣病について」
12:00～13:00	実技・実習 バランス升造検査
13:00～15:00	実技・実習 運動プログラム (エアロビックスダンス、アクアエクササイズ)
15:00～16:00	健康度評価説明 (終了後、希望者のみ個別指導)

関心度確認表 (終了時に実施)

	1	2	3	4
1 参加に関して	積極的に参加	自主的に参加	食われて参加	気が進まないが参加
2 食事の講義・実習	大変になった	ためになった	わからなかった	全くわからなかった
3 食事週間	今日から変えようと思う	明日から変えようと思う	変えたいと思うが難しい	今のままでいいと思う
4 運動の講義・実技	大変になった	ためになった	わからなかった	全くわからなかった
5 運動週間	今日から変えようと思う	明日から変えようと思う	変えたいと思うが難しい	今のままでいいと思う
6 歯科の講義・実技	大変になった	ためになった	わからなかった	全くわからなかった
7 休養・ストレスの講義・実技	大変になった	ためになった	わからなかった	全くわからなかった
8 結果説明・講義(医学的項目)	大変になった	ためになった	わからなかった	全くわからなかった
9 検査結果を聞いて感じたこと	健康になる努力をしようと思う	健康になる努力が必要だと思う	健康になる努力は必要だが実行は難しい	今のままでいいと思う
10 全体	大変になった	ためになった	わからなかった	全くわからなかった
11 今日の教室に参加して感じたこと	今日から変えようと思う	明日から変えようと思う	変えたいと思うが難しい	今のままでいいと思う

II 保健指導実施前後の比較

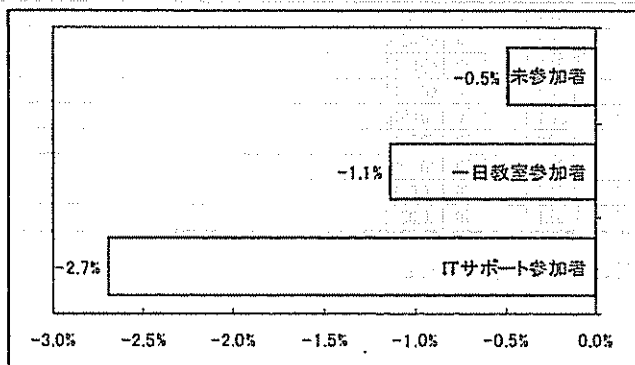
関心度確認表集計結果(H18年6～10月)



項目	回答数(人)
1 参加に関しての意識	766
2 食事講義・実習	784
3 自分の食事習慣の変容意欲	785
4 運動講義・実技	769
5 自分の運動習慣の変容意欲	768
6 歯科講義・実習	122
7 休養講義・実技	74
8 結果説明	776
9 結果確認後の意識変化	789
10 教室全体の感想	790
11 教室参加後の行動変容意欲	787



対象者の区分別体重の変化率



○高コレステロール者の総コレステロールとLDLコレステロールは、それぞれ、16.7mg/dl、15.2mg/dl 低下。
 ○肥満者の体重は、2.1kg 低下。
 ○高血圧者の収縮期血圧、拡張期血圧は、それぞれ、5.7mmHg、3.0mmHg 低下。
 ○『脂肪摂取を減らす』、『野菜摂取を増やす』等の食習慣の改善や、『歩行を増やす』等の運動習慣の改善が見られた。

I 保健指導プログラム

回数	プログラム開始からの期間	内 容	所要時間
プログラム決定まで	2月前 1月前	○生活習慣病予防教室「健康生活はじめよう」 ○初回メディカルチェック ○オリエンテーション	90分 40分 20分
1回目	1日目	○1回目個別カウンセリング	60分
2回目	6ヶ月の期間中	○運動プログラム指導(1回目)	60分
3回目	1月目	○2回目個別カウンセリング	40分
4回目	6ヶ月の期間中	○運動プログラム指導(2回目)	60分
5回目	2月目	○1回目簡易検査 ・安静時血圧・採血・形態測定(対象疾患による)・希望者で24時間蓄尿	20分
6回目	2. 5月目	○3回目個別カウンセリング	40分
7回目	6ヶ月の期間中	○運動プログラム指導(3回目)	60分
8回目	3月目	○ヘルシーバイキング	120分
9回目	3. 5月目	○2回目簡易検査 ・安静時血圧・採血・形態測定(対象疾患による)・希望者で24時間蓄尿	20分
10回目	4月目	○4回目個別カウンセリング	40分
11回目	5月目	○5回目個別カウンセリング	40分
12回目	6月目	○最終メディカルチェック ・検査・測定(血液検査・尿検査・形態検査・血圧測定)	40分
13回目		○最終結果報告会	90分

II 保健指導実施前後の比較

			初回			2ヶ月目			4ヶ月目			6ヶ月目			p値*		
			／平均 割合値	標準 偏差	n	／平均 割合値	標準 偏差	n	／平均 割合値	標準 偏差	n	／平均 割合値	標準 偏差	n			
身体状況（対象疾患別）	血圧	収縮期血圧	mmHg	138.9	13.8	38	124.9	12.3	37	127.3	13.4	38	133.2	15.5	38	<0.01	前後の変化の平均値(およびコントロール群での変化の平均値との差の検定(t検定))(身体状況のみ)
		拡張期血圧	mmHg	86.4	8.9	38	77.6	10.4	37	79.8	10.8	38	83.3	10.1	38	<0.05	前後で5.7mmHg低下(コントロール群とは差なし)
	血液化学	総コレステロール	mg/dl	239.4	29.2	19	223.8	27.7	19	227.9	29.4	19	222.7	19	19	<0.01	前後で3.0mmHg低下(コントロール群とは差なし)
		HDLコレステロール	mg/dl	62.2	16.1	19	56.3	15.9	19	61.2	16.9	19	60.6	15.7	19		前後で16.7mg/dl低下(コントロール群との差もあり(p<0.05))
		LDLコレステロール	mg/dl	154.5	24.7	19	142.4	23.5	19	145.9	26.1	19	139.3	20.1	19	<0.01	前後で15.2mg/dl低下(コントロール群との差もあり(p<0.05))
		空腹時血糖	mg/dl	111.5	10.1	6	100.7	8.5	6	104.3	15.8	6	110.2	14.6	6		
	代謝	ヘモグロビンA1c	%	5.6	0.4	6	5.7	0.5	6	5.5	0.4	6	5.6	0.4	6		
		%肺活量															
		1秒率															
		最大肺活量															
	形態計測	体重	kg	73.2	9.2	31	72.7	8.9	30	71.6	9.6	30	71.1	9.7	31	<0.001	前後で体重2.1kg低下(コントロール群との差もあり(p<0.01))
		BMI	kg/m ²	26.7	1.8	31	26.4	2	30	26.2	2.2	30	25.9	2.4	31	<0.001	
生活習慣（行動）	行動変容ステージ	適正体重維持	実行期・維持期合計 の割合(%)	34.3	70							51.4	70	<0.01			
		歩行を増やす		34.3	70							75.7	70	<0.001			
		運動やスポーツの実施		32.9	70							54.3	70	<0.001			
		食べ過ぎに注意する		44.3	70							75.7	70	<0.001			
		減塩に心がける		65.7	70							81.4	70	<0.001			
		脂肪摂取を減らす		58.6	70							80.0	70	<0.001			
		野菜摂取を増やす		70.0	70							91.4	70	<0.001			
		果物摂取を増やす		50.0	70							71.4	70	<0.001			
		飲酒は適量にする		72.9	70							87.1	70	<0.001			

*p値は、身体状況では対応のあるt検定、生活習慣ではカイ2乗検定による初回と6ヶ月目の差の検定

事業者団体における積極的支援の価格

1. プログラムの支援パターンに基づく試算

支援パターン1(継続的な支援において個別支援を中心とした例)

支援の種類	回数	時期	支援形態	支援時間(分)	獲得ポイント	累計ポイント		A	B	C	
						支援Aポイント	支援Bポイント			C-1	C-2
初回面接	1	0	個別支援	20							
継続的な支援	2	2週間後	電話B	1	10		10				
	3	1か月後	個別支援(中間評価)	20	80	80					
	4		e-mail B	1	5		15				
	5	2か月後	個別支援A	20	80	160					
	6	3か月後	e-mail B	1	5		20				
評価	7	6か月後						31,500 ~61,500円	19,950円	24,000円	17,000円

支援パターン2(継続的な支援において個別支援と電話を組み合わせる例)

支援の種類	回数	時期	支援形態	支援時間(分)	獲得ポイント	累計ポイント		A	B	C	
						支援Aポイント	支援Bポイント			C-1	C-2
初回面接	1	0	グループ支援	80							
継続的な支援	2	2週間後	電話B	5	10		10				
	3	1か月後	電話A	20	60	60					
	4		e-mail B	1	5		15				
	5	2か月後	電話A(中間評価)	20	60	120					
	6	3か月後	e-mail B	1	5		20				
	7		個別支援A	10	40	160					
評価	8	6か月後						22,000 ~55,000円	34,650円	21,000円	10,000円

支援パターン3(継続的な支援において電話、e-mailを中心とした例)

支援の種類	回数	時期	支援形態	支援時間(分)	獲得ポイント	累計ポイント		A	B	C	
						支援Aポイント	支援Bポイント			C-1	C-2
初回面接	1	0	個別支援	20							
継続的な支援	2	2週間後	e-mail B	1	5		5				
	3	1か月後	電話A(中間評価)	20	60	60					
	4		e-mail B	1	5		10				
	5	2か月後	e-mail A	1	40	100					
	6		電話B	5	10		20				
	7	3か月後	電話A	20	60	160					
評価	8	6か月後						21,000 ~66,000円	20,160円	19,000円	9,300円

2. 事業者団体の独自の支援パターンによる試算

支援の種類	回数	時期	支援形態	支援時間(分)	獲得ポイント	累計ポイント		D
						支援Aポイント	支援Bポイント	
初回面接	1	0	個別支援	20				
継続的な支援	2	1か月目	電話A	15	45	45		
	3		電話B	10	20		20	
	4	2か月目	電話A	15	45	90		
	5	3か月目	個別支援A	20	80	170		
評価	6	6か月後	個別支援					18,709円

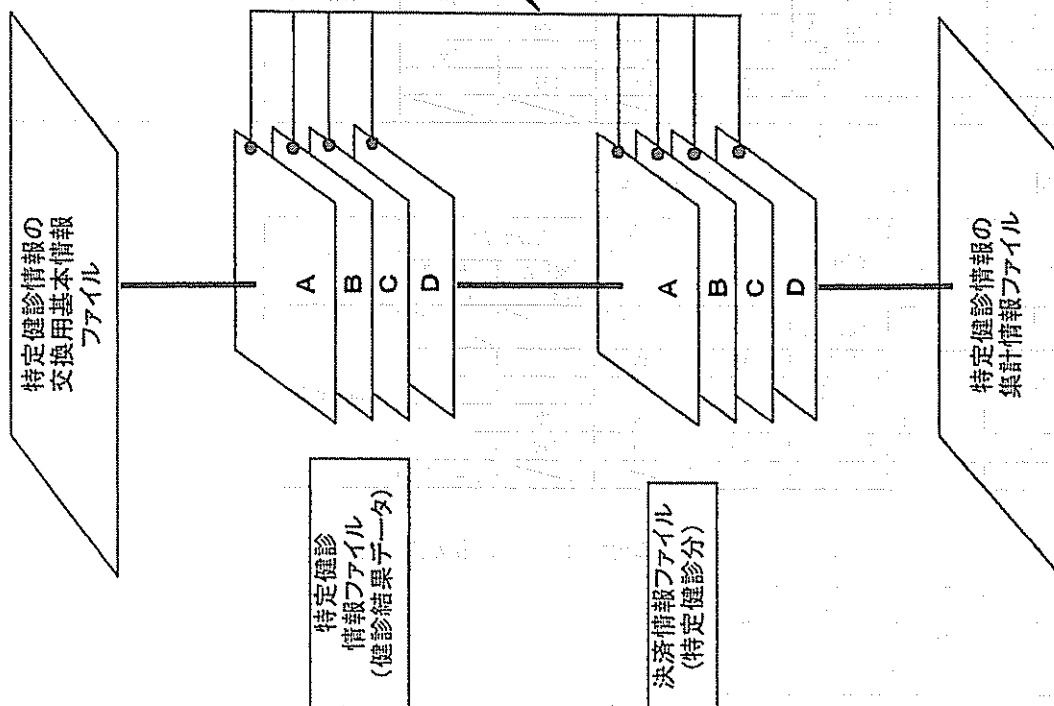
3. 特定健診・特定保健指導の実施に関するアンケート調査からの試算(E)

保健指導	調査結果	
動機づけ支援	7,000円	~ 12,000円
積極的支援	30,000円	~ 60,000円

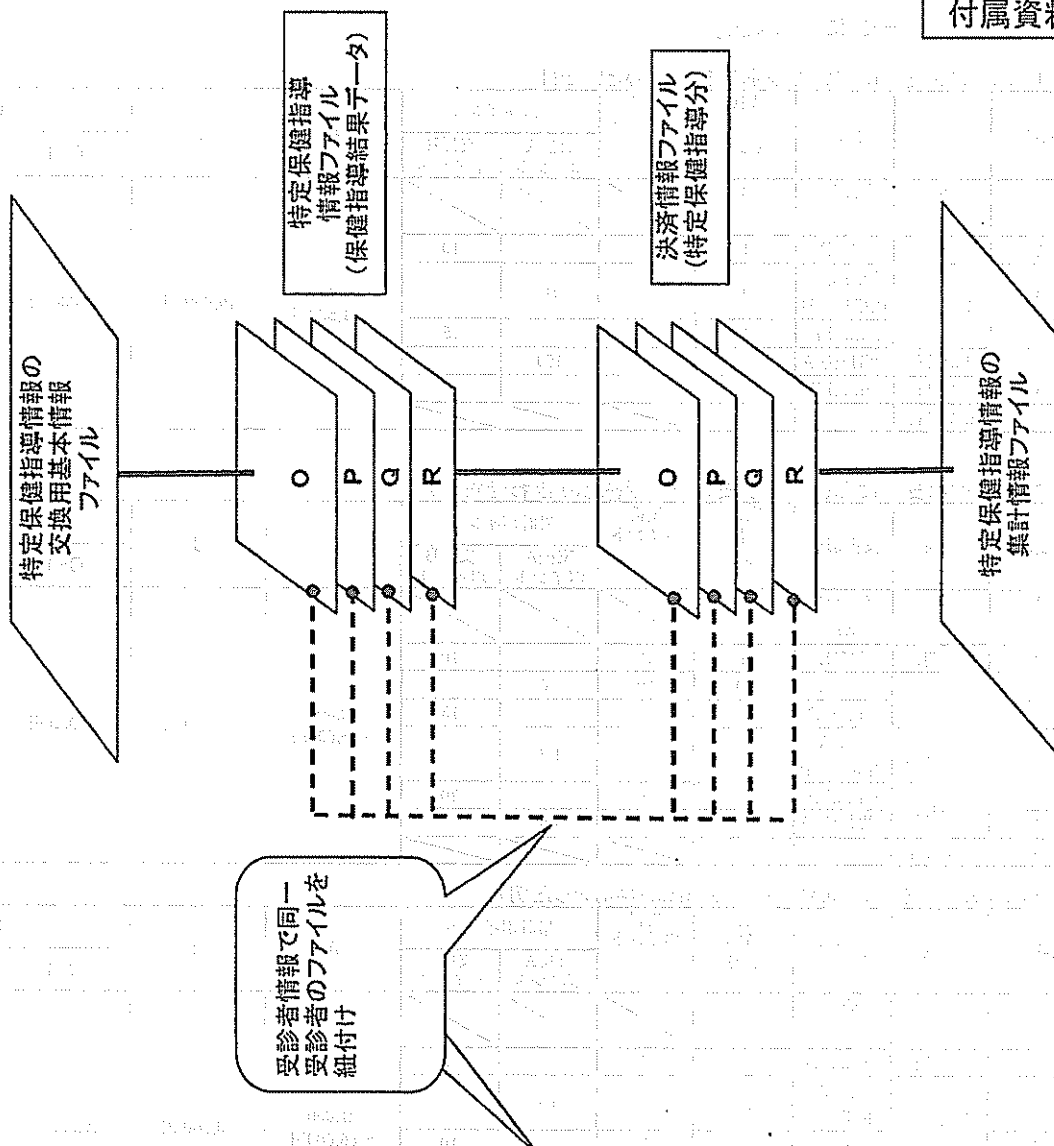
※保健指導は、「標準的な健診・保健指導プログラム(暫定版)」に基づく

特定健診・特定保健指導データのファイルイメージ (医療保険者への送付用)

1 特定健診データ



2 特定保健指導データ



特定健診データの電子的交換のためのファイル仕様(案)

1 特定健診情報の交換用基本情報ファイル(1送信あたり1ファイル。)

ファイルの記録内容	フィールド名称	モード	最大 バイト	データ 形式	解説	備考
特定健診の交換用情報	種別	数字	2	固定	結果送付・返戻送付等の別を記録	別表1参照
	送付元機関	数字	10	可変	特定健診機関番号、代行機関番号又は保険者番号を記録	別表2参照
	送付先機関	数字	10	可変	特定健診機関番号、代行機関番号又は保険者番号を記録	別表2参照
	作成年月日	数字	8	固定	ファイルの作成年月日(西暦)を記録	
	実施区分	数字	1	固定	特定健診:「1」を記録	別表3参照
	総ファイル数	数字	6	可変	特定健診情報ファイルを作成した総ファイル数を記録	

2 特定健診情報ファイル(1健診結果あたり1ファイル。1送信あたり複数ファイル。)

ファイルの記録内容	フィールド名称	モード	最大 バイト	データ 形式	解説	備考		
特定健診情報	受診情報	実施区分	数字	1	固定	特定健診:「1」を記録	別表3参照	
		実施年月日	数字	8	固定	特定健診の実施年月日(西暦)を記録		
	特定健診機関情報	特定健診機関番号	数字	10	固定	特定健診機関番号を記録	別表2参照	
		名称	漢字	40	可変	特定健診機関名称を記録		
		郵便番号	英数	8	固定	特定健診機関の郵便番号を記録	NNN-NNNN	
		所在地	漢字	80	可変	特定健診機関の所在地を記録		
		電話番号	英数	15	可変	特定健診機関の電話番号を記録		
	受診者情報	整理用番号1	数字	16	固定		保険者から国に送付する時のみ使用(検討中)	
		整理用番号2	数字	16	固定			
		保険者番号	数字	8	固定	特定健診の受診者が加入している保険者の保険者番号を記録		
		被保険者証等記号	漢字又は英数	40	可変	特定健診の受診者の被保険者証等記号を記録	レセ電算形式と同一	
		被保険者証等番号	漢字又は英数	40	可変	特定健診の受診者の被保険者証等番号を記録	レセ電算形式と同一	
		氏名	全角カナ	40	可変	特定健診の受診者氏名を記録		
		生年月日	数字	8	固定	特定健診の受診者の生年月日(西暦)を記録		
		男女区分	数字	1	固定	特定健診の受診者の性別を記録	別表4参照	
		郵便番号	英数	8	固定	受診券裏面に記入された受診者の郵便番号を記録	NNN-NNNN	
		住所	漢字	80	可変	受診券裏面に記入された受診者の住所を記録		
	受診券情報	受診券整理番号	数字	11	固定	保険者が記載した受診券の整理番号を記録	別表5参照	
		有効期限	数字	8	固定	受診券の有効期限(年月日(西暦))を記録		
	健診結果・問診結果情報 (医師の判断による追加項目を含む) (抜粋)						健診結果・質問票情報 (案)	
		項目名	漢字又は英数	40	可変	特定健診の項目名を記録		
		項目コード	数字	17	可変	特定健診の項目コード(JLAC10・17桁コード)を記録		
		データ値	数字	10	可変	特定健診のデータ値を記録		
		単位	漢字又は英数	10	可変	特定健診のデータ値の単位を記録		
								
	任意追加項目結果情報 (抜粋)							
		項目名	漢字又は英数	40	可変	任意追加項目の項目名を記録		
		項目コード	数字	17	可変	特定健診の項目コード(JLAC10・17桁コード)を記録		
		データ値	数字	10	可変	任意追加項目のデータ値を記録		
		単位	漢字又は英数	10	可変	任意追加項目のデータ値の単位を記録		
.....								

3 決済情報ファイル

(1) 決済情報ファイル(1健診結果あたり1ファイル。)

ファイルの記録内容		フィールド名称		モード	最大 バイト	データ 形式	解説	備考
受診情報	受診情報	実施区分	数字	1	固定	特定健診:「1」を記録		別表3参照
	受診者情報	特定健診機関番号	数字	10	固定	特定健診機関番号を記録		特定健診情報と決済情報を超付けするための情報
		保険者番号	数字	8	固定	特定健診の受診者が加入している保険者の保険者番号を記録		
		被保険者証等記号	漢字又は英数	40	可変	特定健診の受診者の被保険者証等記号を記録		
		被保険者証等番号	漢字又は英数	40	可変	特定健診の受診者の被保険者証等番号を記録		
		氏名	全角カナ	40	可変	特定健診の受診者氏名を記録		
		生年月日	数字	8	固定	特定健診の受診者の生年月日(西暦)を記録		
		男女区分	数字	1	固定	特定健診の受診者の性別を記録		
		郵便番号	英数	8	固定	受診券裏面に記入された受診者の郵便番号を記録		
		住所	漢字	80	可変	受診券裏面に記入された受診者の住所を記録		
		受診券整理番号	数字	11	固定	保険者が記載した受診券の整理番号を記録		
		有効期限	数字	9	固定	受診券の有効期限(年月日(西暦))を記録		

受診券情報	窓口負担(基本的な健診)	数字	1	固定	基本的な健診項目に係る窓口負担の種別(1:負担なし、2:定額負担、3:定率負担、4:保険者負担上限額)を記録	別表6参照
		数字	6	固定	受診券に記載された負担額(率)又は保険者負担上限額を記録	(人間ドックの場合は記録しない)
	窓口負担(詳細な健診)	数字	1	固定	詳細な健診項目に係る窓口負担の種別(1:負担なし、2:定額負担、3:定率負担、4:保険者負担上限額)を記録	別表6参照
		数字	6	固定	受診券に記載された負担額(率)又は保険者負担上限額を記録	(人間ドックの場合は記録しない)
	窓口負担(追加健診)	数字	1	固定	追加健診に係る窓口負担の種別(1:負担なし、2:定額負担、3:定率負担、4:保険者負担上限額)を記録	別表6参照
		数字	6	固定	受診券に記載された負担額(率)又は保険者負担上限額を記録	(人間ドックの場合は記録しない)
	窓口負担(人間ドック)	数字	1	固定	人間ドックに係る窓口負担の種別(1:負担なし、2:定額負担、3:定率負担)を記録	別表6参照
		数字	6	固定	受診券に記載された負担額(率)を記録	
		数字	1	固定	人間ドックに係る窓口負担の種別が保険者負担上限額の場合に「4:保険者負担上限額」を記録	別表6参照
		数字	6	固定	受診券に記載された保険者負担上限額を記録	
決 済 情 報	請求区分	数字	2	固定	請求区分の種別を記録	別表7参照
	委託料単価(個別健診・集団健診)区分	数字	1	固定	委託料単価の種別を記録	別表15参照 (人間ドックの場合は記録しない)
	単価(基本的な健診)	数字	9	可変	基本的な健診項目の単価を記録	(人間ドックの場合は記録しない)
	単価(詳細な健診)	数字	1	固定	詳細な健診項目のコードを記録	別表8参照
		数字	9	可変	詳細な健診項目の単価を記録	項目ごとに繰り返し記録 (人間ドックの場合は記録しない)
	単価(追加健診又は人間ドック)	数字	17	固定	追加健診項目のコード(JLAC10・17桁コード)を記録(人間ドックの場合は記録しない)	項目ごとに繰り返し記録
		数字	9	可変	追加健診又は人間ドックの単価を記録	
	窓口負担金額(基本的な健診)	数字	6	固定	基本的な健診項目に係る窓口負担金額を記録	(人間ドックの場合は記録しない)
	窓口負担金額(詳細な健診)	数字	6	固定	詳細な健診項目に係る窓口負担金額を記録	(人間ドックの場合は記録しない)
	窓口負担金額(追加健診又は人間ドック)	数字	6	固定	追加健診又は人間ドックに係る窓口負担金額を記録	
	単価(合計)	数字	9	可変	単価の合計金額を記録	
	窓口負担金額(合計)	数字	9	可変	特定健診の受診者が窓口で負担した合計金額を記録	
	請求金額	数字	9	可変	当該受診者に係る保険者への請求金額を記録	
代行機関の処理結果	種別	数字	2	固定	データ種別を記録	別表1参照
	記録年月日	数字	8	固定	記録年月日(西暦)を記録	
	返戻理由	数字	2	固定	代行機関による返戻理由コードを記録	別表9参照
保険者の処理結果	種別	数字	200	可変	代行機関による返戻理由等(詳細)を記録	別表9参照
	種別	数字	2	固定	データ種別を記録	別表1参照
	記録年月日	数字	8	固定	記録年月日(西暦)を記録	
	過誤返戻理由	数字	2	固定	保険者による過誤返戻理由コードを記録	別表10参照
		数字	200	可変	保険者による過誤返戻理由等(詳細)を記録	別表10参照

(2) 特定健診機関等の集計情報ファイル(1送付あたり1ファイル)

ファイルの記録内容	フィールド名称	モード	最大 バイト	データ 形式	記録内容	備考
集計情報	実施区分	数字	1	固定	特定健診:「1」を記録	別表3参照
	特定健診受診者の総数	数字	6	可変	特定健診受診者の総数を記録	
	特定健診の単価の金額総計	数字	9	可変	特定健診に係る決済情報の単価(合計)の集計を記録	
	特定健診の窓口負担の金額総計	数字	9	可変	特定健診に係る決済情報の窓口負担金額(合計)の集計を記録	
	特定健診の請求金額総計	数字	9	可変	特定健診に係る決済情報の請求金額の集計を記録	

- ※ 西暦は数字“YYYYMMDD”の形式で格納するが、入力時・出力時のみ被保険者証や受診券等の印字を鑑み西暦(数字“GYMMDD”の形式)で対応することも考えられる。
- ※ 氏名は全角カタカナの形式で格納するが、受診券、被保険者証及びそれらのQRコードでは半角カタカナとなるため、入力時・出力時のみ半角カタカナで対応することも考えられる。
- ※ 各ファイルはXML標準形式とする。本表は必須項目の一部を示したものであり、XML標準形式に整形するために必要な情報項目が追加される予定である。
- ※ XML標準形式の詳細な技術的規格は<http://tokuteikenshin.jp> を参照のこと。

特定保証指導データの電子的交換のためのファイル仕様(案)

1 特定保証指導情報の交換用基本情報ファイル(1送受あたり1ファイル)

ファイルの記述内容	フィールド名	モード	長さ (バイト)	データ 形式	記述内容	備考
特定保証指導の交換用 情報	種別	数字	2	固定	結果送付・返戻送付等の別を記述	別表1参照
	送付先機関	数字	10	可変	特定保証指導機関番号、代行機関番号又は保証者番号を記述	別表2参照
	送付先機関	数字	10	可変	特定保証指導機関番号、代行機関番号又は保証者番号を記述	別表2参照
	作成年月日	数字	8	固定	ファイルの作成年月日(西暦)を記述	
	実行区分	数字	1	固定	特定保証指導「2」を記述	別表3参照
	送付ファイル数	数字	6	可変	特定保証指導情報ファイルを作成した送付ファイル数を記述	

2 特定保証指導情報ファイル(1保証指導結果あたり1ファイル、1送受あたり複数ファイル)

ファイルの記述内容	フィールド名	モード	長さ (バイト)	データ 形式	記述内容	備考
特定保証指導利用 情報	実行区分	数字	1	固定	特定保証指導「2」を記述	別表3参照
	実行年月日	数字	8	固定	特定保証指導の開始時・実績評価時等の年月日(西暦)を記述	
特定保証指導機関 情報	実行時刻	数字	1	固定	特定保証指導の開始時・実績評価時等の別を記述	別表11参照
	特定保証指導機関番号	数字	10	固定	特定保証指導機関番号を記述	別表2参照
	名称	漢字	40	可変	特定保証指導機関名称を記述	
	郵便番号	数字	8	固定	特定保証指導機関の郵便番号を記述	別表11参照
	所在地	漢字	80	可変	特定保証指導機関の所在地を記述	
	電話番号	数字	15	可変	特定保証指導機関の電話番号を記述	
利用者情報	登録番号1	数字	16	固定		保証者から送付する 時のみ使用(検討中)
	登録番号2	数字	16	固定		
	保証者番号	数字	8	固定	特定保証指導の利用者が加入している保証者の保証者番号を記述	
	被保険者証等番号	数字	40	可変	特定保証指導の利用者の被保険者証等番号を記述	レセプト番号と同一
	被保険者証等番号	数字	40	可変	特定保証指導の利用者の被保険者証等番号を記述	レセプト番号と同一
	氏名	漢字	40	可変	特定保証指導の利用者氏名を記述	
	生年月日	数字	8	固定	特定保証指導の利用者の生年月日(西暦)を記述	
	男女区分	数字	1	固定	特定保証指導の利用者の性別を記述	別表4参照
利用情報	郵便番号	数字	8	固定	特定保証指導の利用者の郵便番号を記述	別表11参照
	利用登録番号	数字	11	固定	保証者が記載した利用者の登録番号を記述	別表5参照
	特定保証指導受診番号	数字	11	固定	保証者が記載した利用者の特定保証指導受診番号を記述	別表5参照
	有効期限	数字	8	固定	利用者の有効期限(年月日(西暦))を記述	
保証指導結果情報 (様式)	保証指導レベル	数字	1	固定	助診づけ支援又は積極的支援の別等を記述	別表12参照
	支援形態	数字	1	固定	支援形態の別を記述	別表13参照
	回数	数字	3	可変	支援回数を記述	
	ポイント	数字	4	可変	支援ポイントを記述	
						

3 決済情報ファイル(1決済情報結果あたり1ファイル)

ファイルの記述内容	フィールド名	モード	長さ (バイト)	データ 形式	記述内容	備考
利用情報	実行区分	数字	1	固定	特定保証指導「2」を記述	別表3参照
	保証指導レベル	数字	1	固定	助診づけ支援又は積極的支援の別等を記述	別表12参照
	実行時刻	数字	1	固定	特定保証指導の開始時・実績評価時等の別を記述	別表11参照
利用者情報	特定保証指導機関番号	数字	10	固定	特定保証指導機関番号を記述	
	保証者番号	数字	8	固定	特定保証指導の利用者が加入している保証者の保証者番号を記述	
	被保険者証等番号	数字	40	可変	特定保証指導の利用者の被保険者証等番号を記述	
	被保険者証等番号	数字	40	可変	特定保証指導の利用者の被保険者証等番号を記述	
	氏名	漢字	40	可変	特定保証指導の利用者氏名を記述	
	生年月日	数字	8	固定	特定保証指導の利用者の生年月日(西暦)を記述	
	男女区分	数字	1	固定	特定保証指導の利用者の性別を記述	
	郵便番号	数字	8	固定	特定保証指導の利用者の郵便番号を記述	
利用情報	利用登録番号	数字	11	固定	保証者が記載した利用者の登録番号を記述	
	特定保証指導受診番号	数字	11	固定	保証者が記載した利用者の特定保証指導受診番号を記述	
	有効期限	数字	8	固定	利用者の有効期限(年月日(西暦))を記述	
	窓口負担	数字	1	固定	窓口負担の別(1:負担なし、2:定額負担、3:定率負担)を記述	別表6参照
	窓口負担	数字	6	固定	利用者に記載された負担額(円)を記述	
	窓口負担	数字	1	固定	窓口負担の別(4:保険者負担上乗額)を記述	別表6参照
	窓口負担	数字	6	固定	利用者に記載された保険者負担上乗額を記述	
	窓口負担	数字	9	可変	特定保証指導の返還額を記述	
決済情報	支払割合	数字	3	可変	契約書に定められている請求時点の支払割合(%)を記述	
	支払済みポイント数	数字	4	可変	積極的支援の場合に支払済みのポイント数を記述	支払済みの支払済みポイント を記述
	計上のポイント数	数字	4	可変	計上上の積極的な支援のポイント数(合計)を記述	途中終了時の場合に記述
	算定金額	数字	9	可変	患部に請求時点の支払割合を乗じた金額を記述	
	窓口負担額	数字	1	固定	窓口負担額取の状況を記述	別表14参照
	窓口負担額	数字	9	可変	特定保証指導の利用者が窓口で負担した金額を記述	
	請求金額	数字	9	可変	当該利用者に係る保証者への請求金額を記述	
	性別	数字	2	固定	データ種別を記述	別表7参照
代行機関の地理情報	記録年月日	数字	8	固定	記録年月日(西暦)を記述	
	返戻理由	数字	2	固定	代行機関による返戻理由コードを記述	別表9参照
	返戻理由	漢字	200	可変	代行機関による返戻理由等(詳細)を記述	別表9参照
	性別	数字	2	固定	データ種別を記述	別表7参照
保険者の地理情報	記録年月日	数字	8	固定	記録年月日(西暦)を記述	
	返戻理由	数字	2	固定	保険者による返戻理由コードを記述	別表10参照
	返戻理由	漢字	200	可変	保険者による返戻理由等(詳細)を記述	

(2) 特定保証指導機関等の集計情報ファイル

ファイルの記述内容	フィールド名	モード	長さ (バイト)	データ 形式	記述内容	備考
集計情報	実行区分	数字	1	固定	特定保証指導「2」を記述	別表3参照
	特定保証指導利用者の総数	数字	6	可変	特定保証指導利用者の総数を記述	
	特定保証指導の算定金額の総計	数字	9	可変	特定保証指導に係る決済情報の算定金額の集計を記述	
	特定保証指導利用者の窓口負担の合計	数字	9	可変	特定保証指導に係る決済情報の窓口負担額の集計を記述	
	特定保証指導の請求金額の総計	数字	9	可変	特定保証指導に係る決済情報の請求金額の集計を記述	

※ 西暦は数字"YYYYMMDD"の形式で記述するが、入力時・出力時のみ被保険者や利用者等の用字を記す場合(数字"YYYYMMDD"の形式)で対応することとする。

※ 氏名は全角カタカナの形式で記述するが、利用時、被保険者及びそれらのQRコードでは半角カタカナとなるため、入力時・出力時のみ半角カタカナで対応することとする。

※ 利用者の登録番号は特定保証指導機関において記述するやり取り上処理し、記述し、記述しない場合は保証者には記述しない。

※ 本ファイルはXML形式とする。本形式は必須項目の記述を省略したものであり、XML形式に記述するために必要な情報項目が追加される予定である。

※ XML形式の詳細な記述はhttp://lab.mitsubishi.com/上で公開される。

別表1 種別コード

コード名	コード	内容	備考
種別コード	1	特定健診機関又は特定保健指導機関から代行機関	請求
	2	代行機関から特定健診機関又は特定保健指導機関	返戻
	3	代行機関から保険者	請求
	4	保険者から代行機関(未決済データの場合)	返戻依頼
	5	保険者から代行機関(決済済データの場合)	過誤請求
	6	特定健診機関又は特定保健指導機関から保険者	代行機関を介しない場合
	7	保険者から特定健診機関又は特定保健指導機関	
	8	保険者から保険者	
	9	その他	
	10	保険者から国(支払基金)	実施結果報告
	11	代行機関から保険者へ確認依頼	確認依頼
	12	予備	関係機関からの要望により設定する(検討中)
	13	予備	

別表2 特定健診機関等の番号

コード名	バイト数	内容	備考
特定健診機関等の番号	10	特定健診機関番号・特定保健指導機関番号	番号の設定については、別紙参照
	8	代行機関番号	
	8	保険者番号	
	未定	その他	

別表3 実施区分コード

コード名	コード	内容	備考
実施区分コード	1	特定健診情報	
	2	特定保健指導情報	
	3	国(支払基金)への実施結果報告	
	4	他の健診結果の受領分	事業主健診の結果を受領した場合

別表4 男女区分コード

コード名	コード	内容	備考
男女区分コード	1	男	
	2	女	

別表5 受診券・利用券整理番号設定ルール

年度番号「2桁」(西暦下2桁) + 種別「1桁」 + 個人番号「8桁」

種別番号	種別	備考
1	特定健康診査	
2	特定保健指導(積極的支援)	
3	特定保健指導(働き掛け支援)	

※ 発行に当たっては、整理番号は連番とし、欠番は設定しない。

※ 個人番号部分については、保険者の実情に応じて設定できる。

(発行場所が複数拠点の場合に、支所番号を先頭に付番する等。ただし、その場合でも連番での設定を遵守すること。)

別表6 窓口負担コード

コード名	コード	内容	備考
窓口負担コード	1	受診者・利用者は負担なし	
	2	受診者・利用者は定額負担	(単位:円)
	3	受診者・利用者は定率負担	(単位:%)
	4	保険者の負担上限額	(単位:円)

別表7 請求区分コード

コード名	コード	内容	備考
請求区分コード	1	基本的な健診	
	2	基本的な健診+詳細な健診	
	3	基本的な健診+追加健診項目	
	4	基本的な健診+詳細な健診+追加健診項目	
	5	人間ドック	

別表8 詳細な健診項目コード(医師の判断による追加健診項目)

コード名	コード	内容	備考
詳細な健診項目コード	1	貧血検査	
	2	心電図検査	
	3	眼底検査	

別表9 代行機関の処理結果

コード名	コード	内容	備考
返戻理由コード	01	データの記録形式不備	
	02	データの記録もれ	
	03	健診結果データ異常	
	04	契約対象外	
	05	受診券・利用券の整理番号不備	
	06	有効期限外	
	07	窓口負担金額不備	
	08	健診・指導機関からの取下げ依頼による	
	09	その他	具体的内容を返戻理由2に記録

別表10 過誤返戻理由コード

コード名	コード	内容	備考
過誤返戻理由コード	01	被保険者証の記号・番号の誤り	
	02	受診券・利用券の整理番号の誤り	
	03	受診者・利用者氏名の誤り	
	04	該当者なし	
	05	保険者番号と記号の不一致	
	06	資格喪失後の受診	資格喪失日・種別回収日を過誤返戻理由2に記録
	07	重複請求	複数回健診受診等を含む
	08	健診・指導機関からの取下げ依頼による	
	09	その他	具体的内容を過誤返戻理由2に記録

別表11 保健指導実施時点コード

コード名	コード	内容	備考
保健指導実施時点コード	1	開始時	
	2	実績評価時	集合契約の場合の最終決済時に記録
	3	途中終了時	被保険者資格喪失による利用停止・閉店等
	4	その他	個別契約の場合に記録(月次決済時、報告のみ等) 1～3に該当しない場合

別表12 保健指導レベルコード

コード名	コード	内容	備考
保健指導レベルコード	1	積極的支援	
	2	動機づけ支援	

別表13 支援形態コード

コード名	コード	内容	備考
支援形態コード	1	個別支援 A	
	2	個別支援 B	
	3	グループ支援	
	4	電話支援A	
	5	電話支援B	
	6	電子メール支援A	
	7	電子メール支援B	

別表14 窓口負担徴収コード

コード名	コード	内容	備考
窓口負担徴収コード	1	初回指導時全額徴収した場合	
	2	1以外の場合	

別表15 委託料単価(個別健診・集団健診)区分コード

コード名	コード	内容	備考
委託料単価(個別健診・集団健診)区分コード	1	個別健診	
	2	集団健診	

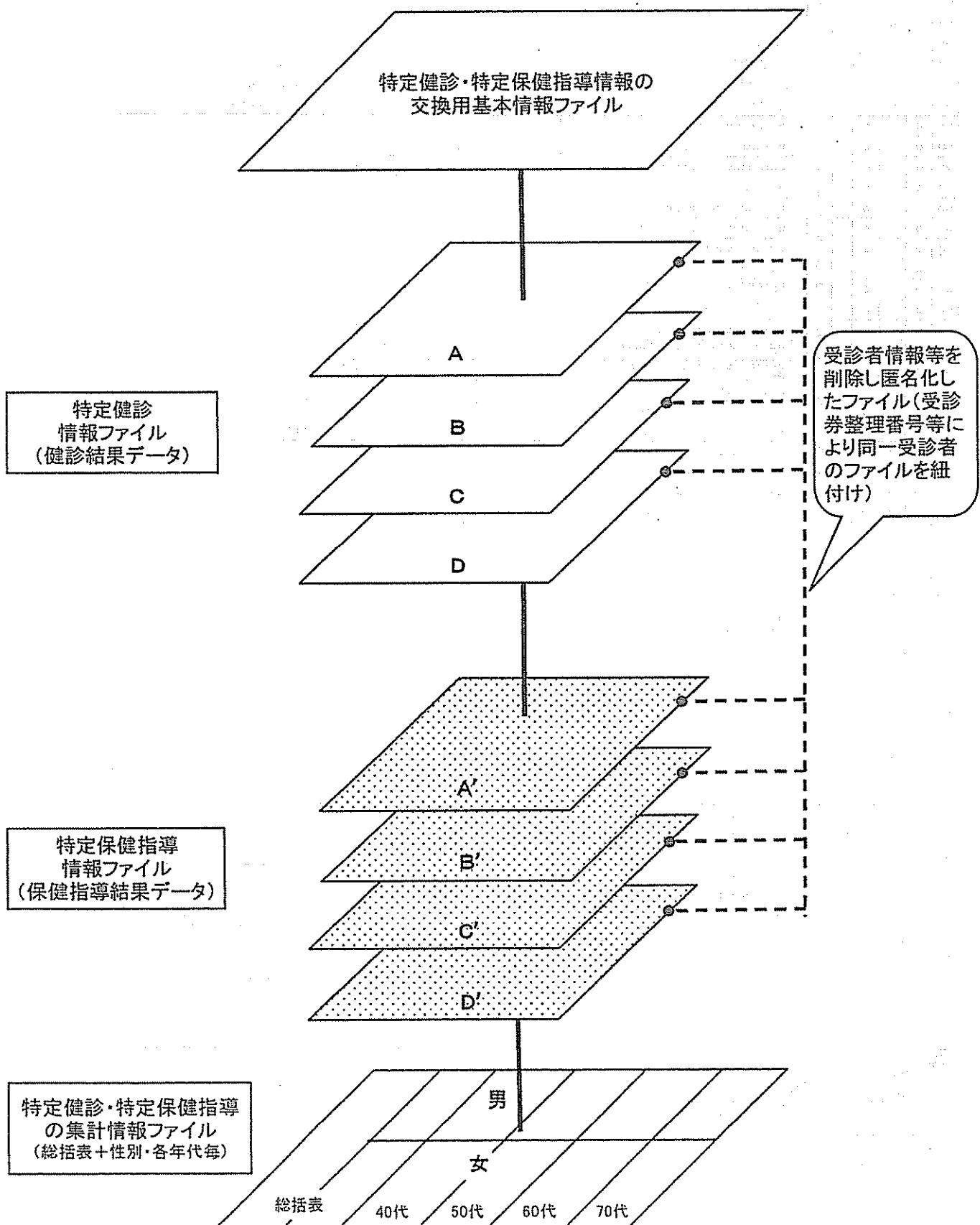
[illegible]

保健指導情報

別添表第1				別添表第2	別添表第3	別添表第4	別添表第5	別添表第6	別添表第7	別添表第8	別添表第9	別添表第10	別添表第11	別添表第12	別添表第13	別添表第14	別添表第15	別添表第16	別添表第17	別添表第18	別添表第19	別添表第20	別添表第21	別添表第22	別添表第23	別添表第24	別添表第25	別添表第26	別添表第27	別添表第28	別添表第29	別添表第30	別添表第31	別添表第32	別添表第33	別添表第34	別添表第35	別添表第36	別添表第37	別添表第38	別添表第39	別添表第40	別添表第41	別添表第42	別添表第43	別添表第44	別添表第45	別添表第46	別添表第47	別添表第48	別添表第49	別添表第50	別添表第51	別添表第52	別添表第53	別添表第54	別添表第55	別添表第56	別添表第57	別添表第58	別添表第59	別添表第60	別添表第61	別添表第62	別添表第63	別添表第64	別添表第65	別添表第66	別添表第67	別添表第68	別添表第69	別添表第70	別添表第71	別添表第72	別添表第73	別添表第74	別添表第75	別添表第76	別添表第77	別添表第78	別添表第79	別添表第80	別添表第81	別添表第82	別添表第83	別添表第84	別添表第85	別添表第86	別添表第87	別添表第88	別添表第89	別添表第90	別添表第91	別添表第92	別添表第93	別添表第94	別添表第95	別添表第96	別添表第97	別添表第98	別添表第99	別添表第100	別添表第101	別添表第102	別添表第103	別添表第104	別添表第105	別添表第106	別添表第107	別添表第108	別添表第109	別添表第110	別添表第111	別添表第112	別添表第113	別添表第114	別添表第115	別添表第116	別添表第117	別添表第118	別添表第119	別添表第120	別添表第121	別添表第122	別添表第123	別添表第124	別添表第125	別添表第126	別添表第127	別添表第128	別添表第129	別添表第130	別添表第131	別添表第132	別添表第133	別添表第134	別添表第135	別添表第136	別添表第137	別添表第138	別添表第139	別添表第140	別添表第141	別添表第142	別添表第143	別添表第144	別添表第145	別添表第146	別添表第147	別添表第148	別添表第149	別添表第150	別添表第151	別添表第152	別添表第153	別添表第154	別添表第155	別添表第156	別添表第157	別添表第158	別添表第159	別添表第160	別添表第161	別添表第162	別添表第163	別添表第164	別添表第165	別添表第166	別添表第167	別添表第168	別添表第169	別添表第170	別添表第171	別添表第172	別添表第173	別添表第174	別添表第175	別添表第176	別添表第177	別添表第178	別添表第179	別添表第180	別添表第181	別添表第182	別添表第183	別添表第184	別添表第185	別添表第186	別添表第187	別添表第188	別添表第189	別添表第190	別添表第191	別添表第192	別添表第193	別添表第194	別添表第195	別添表第196	別添表第197	別添表第198	別添表第199	別添表第200	別添表第201	別添表第202	別添表第203	別添表第204	別添表第205	別添表第206	別添表第207	別添表第208	別添表第209	別添表第210	別添表第211	別添表第212	別添表第213	別添表第214	別添表第215	別添表第216	別添表第217	別添表第218	別添表第219	別添表第220	別添表第221	別添表第222	別添表第223	別添表第224	別添表第225	別添表第226	別添表第227	別添表第228	別添表第229	別添表第230	別添表第231	別添表第232	別添表第233	別添表第234	別添表第235	別添表第236	別添表第237	別添表第238	別添表第239	別添表第240	別添表第241	別添表第242	別添表第243	別添表第244	別添表第245	別添表第246	別添表第247	別添表第248	別添表第249	別添表第250	別添表第251	別添表第252	別添表第253	別添表第254	別添表第255	別添表第256	別添表第257	別添表第258	別添表第259	別添表第260	別添表第261	別添表第262	別添表第263	別添表第264	別添表第265	別添表第266	別添表第267	別添表第268	別添表第269	別添表第270	別添表第271	別添表第272	別添表第273	別添表第274	別添表第275	別添表第276	別添表第277	別添表第278	別添表第279	別添表第280	別添表第281	別添表第282	別添表第283	別添表第284	別添表第285	別添表第286	別添表第287	別添表第288	別添表第289	別添表第290	別添表第291	別添表第292	別添表第293	別添表第294	別添表第295	別添表第296	別添表第297	別添表第298	別添表第299	別添表第300	別添表第301	別添表第302	別添表第303	別添表第304	別添表第305	別添表第306	別添表第307	別添表第308	別添表第309	別添表第310	別添表第311	別添表第312	別添表第313	別添表第314	別添表第315	別添表第316	別添表第317	別添表第318	別添表第319	別添表第320	別添表第321	別添表第322	別添表第323	別添表第324	別添表第325	別添表第326	別添表第327	別添表第328	別添表第329	別添表第330	別添表第331	別添表第332	別添表第333	別添表第334	別添表第335	別添表第336	別添表第337	別添表第338	別添表第339	別添表第340	別添表第341	別添表第342	別添表第343	別添表第344	別添表第345	別添表第346	別添表第347	別添表第348	別添表第349	別添表第350	別添表第351	別添表第352	別添表第353	別添表第354	別添表第355	別添表第356	別添表第357	別添表第358	別添表第359	別添表第360	別添表第361	別添表第362	別添表第363	別添表第364	別添表第365	別添表第366	別添表第367	別添表第368	別添表第369	別添表第370	別添表第371	別添表第372	別添表第373	別添表第374	別添表第375	別添表第376	別添表第377	別添表第378	別添表第379	別添表第380	別添表第381	別添表第382	別添表第383	別添表第384	別添表第385	別添表第386	別添表第387	別添表第388	別添表第389	別添表第390	別添表第391	別添表第392	別添表第393	別添表第394	別添表第395	別添表第396	別添表第397	別添表第398	別添表第399	別添表第400	別添表第401	別添表第402	別添表第403	別添表第404	別添表第405	別添表第406	別添表第407	別添表第408	別添表第409	別添表第410	別添表第411	別添表第412	別添表第413	別添表第414	別添表第415	別添表第416	別添表第417	別添表第418	別添表第419	別添表第420	別添表第421	別添表第422	別添表第423	別添表第424	別添表第425	別添表第426	別添表第427	別添表第428	別添表第429	別添表第430	別添表第431	別添表第432	別添表第433	別添表第434	別添表第435	別添表第436	別添表第437	別添表第438	別添表第439	別添表第440	別添表第441	別添表第442	別添表第443	別添表第444	別添表第445	別添表第446	別添表第447	別添表第448	別添表第449	別添表第450	別添表第451	別添表第452	別添表第453	別添表第454	別添表第455	別添表第456	別添表第457	別添表第458	別添表第459	別添表第460	別添表第461	別添表第462	別添表第463	別添表第464	別添表第465	別添表第466	別添表第467	別添表第468	別添表第469	別添表第470	別添表第471	別添表第472	別添表第473	別添表第474	別添表第475	別添表第476	別添表第477	別添表第478	別添表第479	別添表第480	別添表第481	別添表第482	別添表第483	別添表第484	別添表第485	別添表第486	別添表第487	別添表第488	別添表第489	別添表第490	別添表第491	別添表第492	別添表第493	別添表第494	別添表第495	別添表第496	別添表第497	別添表第498	別添表第499	別添表第500	別添表第501	別添表第502	別添表第503	別添表第504	別添表第505	別添表第506	別添表第507	別添表第508	別添表第509	別添表第510	別添表第511	別添表第512	別添表第513	別添表第514	別添表第515	別添表第516	別添表第517	別添表第518	別添表第519	別添表第520	別添表第521	別添表第522	別添表第523	別添表第524	別添表第525	別添表第526	別添表第527	別添表第528	別添表第529	別添表第530	別添表第531	別添表第532	別添表第533	別添表第534	別添表第535	別添表第536	別添表第537	別添表第538	別添表第539	別添表第540	別添表第541	別添表第542	別添表第543	別添表第544	別添表第545	別添表第546	別添表第547	別添表第548	別添表第549	別添表第550	別添表第551	別添表第552	別添表第553	別添表第554	別添表第555	別添表第556	別添表第557	別添表第558	別添表第559	別添表第560	別添表第561	別添表第562	別添表第563	別添表第564	別添表第565	別添表第566	別添表第567	別添表第568	別添表第569	別添表第570	別添表第571	別添表第572	別添表第573	別添表第574	別添表第575	別添表第576	別添表第577	別添表第578	別添表第579	別添表第580	別添表第581	別添表第582	別添表第583	別添表第584	別添表第585	別添表第586	別添表第587	別添表第588	別添表第589	別添表第590	別添表第591	別添表第592	別添表第593	別添表第594	別添表第595	別添表第596	別添表第597	別添表第598	別添表第599	別添表第600	別添表第601	別添表第602	別添表第603	別添表第604	別添表第605	別添表第606	別添表第607	別添表第608	別添表第609	別添表第610	別添表第611	別添表第612	別添表第613	別添表第614	別添表第615	別添表第616	別添表第617	別添表第618	別添表第619	別添表第620	別添表第621	別添表第622	別添表第623	別添表第624	別添表第625	別添表第626	別添表第627	別添表第628	別添表第629	別添表第630	別添表第631	別添表第632	別添表第633	別添表第634	別添表第635	別添表第636	別添表第637	別添表第638	別添表第639	別添表第640	別添表第641	別添表第642	別添表第643	別添表第644	別添表第645	別添表第646	別添表第647	別添表第648	別添表第649	別添表第650	別添表第651	別添表第652	別添表第653	別添表第654	別添表第655	別添表第656	別添表第657	別添表第658	別添表第659	別添表第660	別添表第661	別添表第662	別添表第663	別添表第664	別添表第665	別添表第666	別添表第667	別添表第668	別添表第669	別添表第670	別添表第671	別添表第672	別添表第673	別添表第674	別添表第675	別添表第676	別添表第677	別添表第678	別添表第679	別添表第680	別添表第681	別添表第682	別添表第683	別添表第684	別添表第685	別添表第686	別添表第687	別添表第688	別添表第689	別添表第690	別添表第691	別添表第692	別添表第693	別添表第694	別添表第695	別添表第696	別添表第697	別添表第698	別添表第699	別添表第700	別添表第701	別添表第702	別添表第703	別添表第704	別添表第705	別添表第706	別添表第707	別添表第708	別添表第709	別添表第710	別添表第711	別添表第712	別添表第713	別添表第714	別添表第715	別添表第716	別添表第717	別添表第718	別添表第719	別添表第720	別添表第721	別添表第722	別添表第723	別添表第724	別添表第725	別添表第726	別添表第727	別添表第728	別添表第729	別添表第730	別添表第731	別添表第732	別添表第733	別添表第734	別添表第735	別添表第736	別添表第737	別添表第738	別添表第739	別添表第740	別添表第741	別添表第742	別添表第743	別添表第744	別添表第745	別添表第746	別添表第747	別添表第748	別添表第749	別添表第750	別添表第751	別添表第752	別添表第753	別添表第754	別添表第755	別添表第756	別添表第757	別添表第758	別添表第759	別添表第760	別添表第761	別添表第762	別添表第763	別添表第764	別添表第765	別添表第766	別添表第767	別添表第768	別添表第769	別添表第770	別添表第771	別添表第772	別添表第773	別添表第774	別添表第775	別添表第776	別添表第777	別添表第778	別添表第779	別添表第780	別添表第781	別添表第782	別添表第783	別添表第784	別添表第785	別添表第786	別添表第787	別添表第788	別添表第789	別添表第790	別添表第791	別添表第792	別添表第793	別添表第794	別添表第795	別添表第796	別添表第797	別添表第798	別添表第799	別添表第800	別添表第801	別添表第802	別添表第803	別添表第804	別添表第805	別添表第806	別添表第807	別添表第808	別添表第809	別添表第810	別添表第811	別添表第812	別添表第813	別添表第814	別添表第815	別添表第816	別添表第817	別添表第818	別添表第819	別添表第820	別添表第821	別添表第822	別添表第823	別添表第824	別添表第825	別添表第826	別添表第827	別添表第828	別添表第829	別添表第830	別添表第831	別添表第832	別添表
-------	--	--	--	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	-----

[illegible]

特定健診・特定保健指導データのファイルイメージ
(医療保険者から国への実施結果報告)



医療保険者から国への実績報告のためのファイル仕様(案)

1 特定健診・特定保健指導情報の交換用基本情報ファイル

ファイルの記録内容	フィールド名称	モード	最大 バイト	データ 形式	解説	備考
特定健診・特定保健指導の 交換用情報	種別	数字	1	固定	保険者から国への実施結果報告:「10」を記録	別表1参照
	送付元機関	数字	10	可変	保険者番号を記録	別表2参照
	送付先機関	数字	10	可変	社会保険診療報酬支払基金	別表2参照
	作成年月日	数字	8	固定	ファイルの作成年月日(西暦)を記録	
	実施区分	数字	1	固定	国への実施結果報告:「3」を記録	別表3参照
	総ファイル数	数字	6	可変	特定健診・特定保健指導情報ファイルを作成した総ファイル数を記録	

2 特定健診情報ファイル

ファイルの記録内容	フィールド名称	モード	最大 バイト	データ 形式	解説	備考	
特定健診情報	特定健診受診情報	実施区分	数字	1	固定	特定健診:「1」を記録	別表3参照
		実施年月日	数字	8	固定	特定健診の実施年月日(西暦)を記録	
	特定健診機関情報	特定健診機関番号	数字	10	固定	特定健診機関番号を記録	別表2参照
		名称	漢字	40	可変	特定健診機関名称を記録	
	受診者情報	整理用番号1	数字	16	固定		保険者から国に送付する 時のみ使用(検討中)
		整理用番号2	数字	16	固定		
		生年月日	数字	8	固定	特定健診の受診者の生年月日(西暦)を記録	
		男女区分	数字	1	固定	特定健診の受診者の性別を記録	別表4参照
		郵便番号	英数	8	固定	特定健診の受診者の郵便番号を記録	NNN-NNNN
	受診券情報	受診券整理番号	数字	11	固定	保険者が記載した受診券の整理番号を記録	別表5参照
	健診結果・問診結果 情報 (医師の判断による 追加項目を含む) (抜粋)						健診結果・質問票情報 (案)
		項目名	漢字又は英数	40	可変	特定健診の項目名を記録	
		項目コード	数字	17	可変	特定健診の項目コード(JLAC10・17桁コード)を記録	
		データ値	数字	10	可変	特定健診のデータ値を記録	
		単位	漢字又は英数	10	可変	特定健診のデータ値の単位を記録	
							

3 特定保健指導情報ファイル

ファイルの記録内容		フィールド名称		モード	最大 バイト	データ 形式	解説	備考	
特定保健指導情報	特定保健指導利用情報	実施区分	数字	1	固定		特定保健指導:「2」を記録	別表3参照	
		実施年月日	数字	8	固定		特定保健指導の実施年月日(西暦)を記録		
		実施時点	数字	1	固定		特定保健指導の開始時・終了時等の別を記録	別表11参照	
	特定保健指導機関情報	特定保健指導機関番号	数字	10	固定		特定保健指導機関番号を記録	別表2参照	
		名称	漢字	40	可変		特定保健指導機関名称を記録		
	利用者情報	整理用番号1	数字	16	固定			保険者から国に送付する 時のみ使用(検討中)	
		整理用番号2	数字	16	固定				
		生年月日	数字	8	固定		特定保健指導の利用者の生年月日(西暦)を記録		
		男女区分	数字	1	固定		特定保健指導の利用者の性別を記録	別表4参照	
		郵便番号	英数	8	固定		特定保健指導の利用者の郵便番号を記録	NNN-NNNN	
	利用券情報	利用券整理番号	数字	11	固定		保険者が記載した利用券の整理番号を記録	別表5参照	
		特定健診受診券整理番号	数字	11	固定		保険者が記載した利用券の特定健診受診券整理番号を記録	別表5参照	
	保健指導結果情報 (抜粋)	*****						保健指導 情報	
		保健指導レベル	数字	1	固定		動機づけ支援又は積極的支援の別等を記録		別表12参照
		支援形態	数字	1	固定		支援形態の別を記録		別表13参照
		回数	数字	3	可変		支援回数を記録		
		ポイント	数字	5	可変		支援ポイントを記録		

4 特定健診・特定保健指導情報の集計情報ファイル

別表16参照

- ※ 別表については、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健診・保健指導結果データファイルと共通のため、本実績報告には使用しない別表もある。
- ※ 西暦は数字“YYYYMMDD”の形式で格納するが、入力時・出力時のみ被保険者証や受診券等の印字を読み取和暦(数字“GYMMDD”の形式)で対応することも考えられる。
- ※ 各ファイルはXML標準形式とする。本表は必須項目の一部を示したものであり、XML標準形式に整形するために必要な情報項目が追加される予定である。
- ※ XML標準形式の詳細な技術的規格は<http://tokuteikenshin.jp> 上で公開される。

別表1 種別コード

コード名	コード	内容	備考
種別コード	1	特定健診機関又は特定保健指導機関から代行機関	請求
	2	代行機関から特定健診機関又は特定保健指導機関	返戻
	3	代行機関から保険者	請求
	4	保険者から代行機関(未決済データの場合)	返戻依頼
	5	保険者から代行機関(決済済データの場合)	過誤請求
	6	特定健診機関又は特定保健指導機関から保険者	代行機関を介しない場合
	7	保険者から特定健診機関又は特定保健指導機関	
	8	保険者から保険者	
	9	その他	
	10	保険者から国(支払基金)	実施結果報告
	11	代行機関から保険者へ確認依頼	確認依頼
	12	予備	関係機関からの要望により設定する(検討中)
	13	予備	

別表2 特定健診機関等の番号

コード名	バイト数	内容	備考
特定健診機関等の番号	10	特定健診機関番号・特定保健指導機関番号	番号の設定については、別紙参照
	8	代行機関番号	
	8	保険者番号	
	未定	その他	

別表3 実施区分コード

コード名	コード	内容	備考
実施区分コード	1	特定健診情報	
	2	特定保健指導情報	
	3	国(支払基金)への実施結果報告	
	4	他の健診結果の受領分	事業主健診の結果を受領した場合

別表4 男女区分コード

コード名	コード	内容	備考
男女区分コード	1	男	
	2	女	

別表5 受診券・利用券整理番号設定ルール

年度番号「2桁」(西暦下2桁) + 種別「1桁」 + 個人番号「8桁」

種別番号	種別	備考
1	特定健康診査	
2	特定保健指導(積極的支援)	
3	特定保健指導(助援づけ支援)	

※ 発行に当たっては、整理番号は連番とし、欠番は設定しない。

※ 個人番号部分については、保険者の実情に応じて設定できる。

(発行場所が複数拠点の場合に、支所番号を先頭に付番する等。ただし、その場合でも連番での設定を遵守すること。)

別表6 窓口負担コード

コード名	コード	内容	備考
窓口負担コード	1	受診者・利用者は負担なし	
	2	受診者・利用者は定額負担	(単位:円)
	3	受診者・利用者は定率負担	(単位:%)
	4	保険者の負担上限額	(単位:円)

別表7 請求区分コード

コード名	コード	内容	備考
請求区分コード	1	基本的な健診	
	2	基本的な健診+詳細な健診	
	3	基本的な健診+追加健診項目	
	4	基本的な健診+詳細な健診+追加健診項目	
	5	人間ドック	

別表8 詳細な健診項目コード(医師の判断による追加健診項目)

コード名	コード	内容	備考
詳細な健診項目コード	1	貧血検査	
	2	心電図検査	
	3	眼底検査	

別表9 代行機関の処理結果

コード名	コード	内容	備考
返戻理由コード	01	データの記録形式不備	
	02	データの記録もれ	
	03	健診結果データ異常	
	04	契約対象外	
	05	受診券・利用券の整理番号不備	
	06	有効期限外	
	07	窓口負担金額不備	
	08	健診・指導機関からの取下げ依頼による	
	09	その他	具体的内容を返戻理由2に記述

別表10 過誤返戻理由コード

コード名	コード	内容	備考
過誤返戻理由コード	01	被保険者証の記号・番号の誤り	
	02	受診券・利用券の整理番号の誤り	
	03	受診者・利用者氏名の誤り	
	04	該当者なし	
	05	保険者番号と記号の不一致	
	06	資格喪失後の受診	資格喪失日・回復日を過誤返戻理由2に記述
	07	重複請求	複数回健診受診等を含む
	08	健診・指導機関からの取下げ依頼による	
	09	その他	具体的内容を過誤返戻理由2に記述

別表11 保健指導実施時点コード

コード名	コード	内容	備考
保健指導実施時点コード	1	開始時	
	2	実績評価時	未含契約の場合の最終決算時に記述
	3	途中終了時	被保険者資格喪失による利用停止・脱落等
	4	その他	個別契約の場合に記述(月次決算時、報告のみ等) 1～3に該当しない場合

別表12 保健指導レベルコード

コード名	コード	内容	備考
保健指導レベルコード	1	積極的支援	
	2	励みづけ支援	

別表13 支援形態コード

コード名	コード	内容	備考
支援形態コード	1	個別支援 A	
	2	個別支援 B	
	3	グループ支援	
	4	電話支援A	
	5	電話支援B	
	6	電子メール支援A	
	7	電子メール支援B	

別表14 窓口負担徴収コード

コード名	コード	内容	備考
窓口負担徴収コード	1	初回指導時全額徴収した場合	
	2	1以外の場合	

別表15 委託料単価(個別健診・集団健診)区分コード

コード名	コード	内容	備考
委託料単価(個別健診・集団健診)区分コード	1	個別健診	
	2	集団健診	

別表16 特定健診・特定保健指導情報の集計情報ファイル(健診・保健指導実施結果報告)のイメージ

(医療保険者一団・支払基金)

〇～〇歳

男性

※性別、各年代(40～74歳まで5歳刻み)毎に作成

※総括表(全対象者をまとめたもの)もこの様式を使用。「〇～〇歳」の部分で「総括表」とする。

No	項目	今年度	昨年度	増減	備考	参照
1	健診対象者数※1				当該年齢層における対象者数	1
2	健診受診者数(人)				1のうち、定められた健診項目を全て受診した者の数	2
3	全体				$= 2 / 1 * 100$	3
4	健診受診率(%)				2の健診完了者に加え、全ての健診は受診できなかったものの、階層化が可能な対象者も含んだ数	4
5	評価対象者数(人)				学会基準での該当者	5
6	内臓脂肪症候群該当者数(人)				$= 5 / 4 * 100$	6
7	内臓脂肪症候群該当者割合(%)				学会基準での予備群	7
8	内臓脂肪症候群予備群者数(人)				$= 7 / 4 * 100$	8
9	内臓脂肪症候群予備群者割合(%)					9
10	血圧を下げる薬服用者の数(人)				$= 9 / 4 * 100$	10
11	服薬中の者					11
12	血圧を下げる薬服用者の割合(%)				$= 11 / 4 * 100$	12
13	コレステロールを下げる薬服用者の数(人)					13
14	コレステロールを下げる薬服用者の割合(%)				$= 13 / 4 * 100$	14
15	インスリン使用・血糖を下げる薬服用者の数(人)				$= 13 / 4 * 100$	15
16	インスリン使用・血糖を下げる薬服用者の割合(%)				$= 13 / 4 * 100$	16
17	昨年度内臓脂肪症候群該当者の数(人)				5の昨年度欄と同一	17
18	15のうち、今年度内臓脂肪症候群予備群の数(人)					18
19	15のうち、今年度内臓脂肪症候群予備群の割合(%)				$= 18 / 15 * 100$	19
20	15のうち、今年度内臓脂肪症候群該当者・予備群ではなくなった者の数(人)				$= 18 / 15 * 100$	20
21	15のうち、今年度内臓脂肪症候群該当者・予備群ではなくなった者の割合(%)				$= (18 + 15) / 15 * 100$	21
22	内臓脂肪症候群該当者の減少率※2				7の昨年度欄と同一	22
23	21のうち、今年度内臓脂肪症候群該当者・予備群でなかった者の数(人)					23
24	21のうち、今年度内臓脂肪症候群該当者・予備群でなかった者の割合(%)				$= 22 / 21 * 100$	24
25	昨年度特定保健指導の対象者数(人)				40の昨年度欄と同一	25
26	24のうち、今年度は特定保健指導対象でなかった者の数(人)※3				昨年度別の保険者で保健指導の対象となった者は除く	26
27	保健指導対象者の減少率				$= 25 / 24 * 100$	27
28	特定保健指導利用者の数(人)				41の昨年度欄と同一	28
29	27のうち、今年度特定保健指導対象でなかった者の数(人)※3				昨年度別の保険者で保健指導を利用した者は除く	29
30	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率(%)				$= 28 / 27 * 100$	30
31	特定保健指導対象者数(積極的支援)(人)				階層化のステップ4まで行い、服薬中の者を除外した数	31
32	特定保健指導対象者の割合(積極的支援)(%)				$= 30 / 4 * 100$	32
33	服薬中のため特定保健指導(積極的支援)の対象者から除外した者の数				階層化のステップ3により積極的支援の対象者となるが、ステップ4にて服薬中のため除外される者の数	33
34	特定保健指導利用者数(積極的支援)(人)					34
35	特定保健指導利用者の割合(積極的支援)(%)				$= 33 / 30 * 100$	35
36	特定保健指導終了者数(積極的支援)(人)				6か月後評価まで完了した者(利用者からデータが集められなくても評価作業を実施した場合は完了と見做す)	36
37	特定保健指導終了者の割合(積極的支援)(%)				$= 35 / 30 * 100$	37
38	特定保健指導対象者数(動機づけ支援)(人)				階層化のステップ4まで行い、服薬中の者を除外した数	38
39	特定保健指導対象者の割合(動機づけ支援)(%)				$= 37 / 4 * 100$	39
40	服薬中のため特定保健指導(動機づけ支援)の対象者から除外した者の数				階層化のステップ3により動機づけ支援の対象者となるが、ステップ4にて服薬中のため除外される者の数	40
41	特定保健指導利用者数(動機づけ支援)(人)					41
42	特定保健指導利用者の割合(動機づけ支援)(%)				$= 40 / 37 * 100$	42
43	特定保健指導終了者数(動機づけ支援)(人)				6か月後評価まで完了した者(利用者からデータが集められなくても評価作業を実施した場合は完了と見做す)	43
44	特定保健指導終了者の割合(動機づけ支援)(%)				$= 42 / 37 * 100$	44
45	特定保健指導対象者数(小計)(人)				$= 30 + 37$	45
46	特定保健指導終了者数(小計)(人)				$= 35 + 42$	46
47	特定保健指導終了者の割合(小計)(%)				$= 45 / 44 * 100$	47

※1 健診対象者数は当該年度で毎年3月31日を基準とし、その年度中に異動した者を除く。

※2 標準プログラム上は「動機づけ支援の受診者、積極的支援の受診者、すべての健診受診者ごとに集計」とあるが、この実績報告では、全ての健診受診者(No4評価対象者)とする。

※3 検査結果の改善により、特定保健指導の対象から外れたのみをカウントする(服薬中の者となることにより、特定保健指導の対象から外れたものを除く)。

※網掛け部分は、当面は算出可能な保険者のみ入力(当面は必須項目とはしない。但しNo30以降はNo44～46を算出するために入力しなくとも値は必要。)

※本報告イメージは、別紙7-1⑥(保健指導情報の電子データを用いて、自動的に計算可能。また、備考欄に算出式のあるものは自動計算で入力可能。

※「参照」欄の番号は、「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」の様式7「医療保険者における健診・保健指導の評価方法」における番号

[illegible]

图 3-3 经济型组合型工业机器人的组成

保健指導情報

番号	対象区分①			項目コード (JACID)	項目名	サービス実施状況②			サービス タイプ	単位	実施回数 /月	実施の 実施日	備考
	1. 対象 の種別	2. 対象 の種別	3. 対象 の種別			サービス 実施状況	サービス 実施状況	サービス 実施状況					
1001	○	○	○		実施レベル				コード				1. 実施レベル、2. 実施回数、3. 実施回数に基づき算出された区分
1002	○	○	○		自動実施サービス				コード				1. 実施回数、2. 実施回数、3. 実施回数に基づき算出された区分
1003	★				実施回数サービス				数字				1. 実施回数、2. 実施回数、3. 実施回数に基づき算出された区分
1004	○		○		実施回数の実施日付				年月日				YYYYMMDD
1005	○		○		実施回数による実施の実施日付				コード				1. 実施回数、2. グループ実施
1006	○		○		実施回数の実施時間				数字	分			
1007	○		○		実施回数の実施場所				コード				1. 施設、2. 保健所、3. 管理栄養士、4. その他
1008	○		○		実施回数の実施対象				数字	人			
1009	★				実施回数				数字	人			
1010	★				実施回数				数字	人			
1011	★				実施回数				数字	人			
1012	★				実施回数				数字	人			
1013	★				一日の実施回数サービス				数字	人			
1014	★				一日の実施回数サービス				数字	人			
1015	★				一日の実施回数サービス				数字	人			
1016		★			実施回数の実施日付				年月日				YYYYMMDD
1017		★			実施回数の実施日付				コード				1. 施設、2. 保健所、3. 管理栄養士、4. その他
1018		★			実施回数の実施時間				数字	分			
1019		★			実施回数の実施場所				数字	分			
1020		★			実施回数の実施対象				コード				1. 施設、2. 保健所、3. 管理栄養士、4. その他
1021		★			実施回数の実施時間				数字	分			YYYYMMDD
1022		★			実施回数の実施場所				数字	分			
1023		★			実施回数の実施対象				数字	人			
1024		★			実施回数の実施時間				数字	分			
1025		★			実施回数の実施場所				数字	分			
1026		★			実施回数の実施対象				コード				1. 施設、2. 保健所、3. 管理栄養士、4. その他
1027		★			実施回数の実施時間				コード				1. 施設、2. 保健所、3. 管理栄養士、4. その他
1028		★			実施回数の実施場所				年月日				YYYYMMDD
1029		★			実施回数の実施対象				コード				1. 施設、2. 保健所、3. 管理栄養士、4. その他
1030		★			実施回数の実施時間				数字	分			
1031		★			実施回数の実施場所				数字	分			
1032		★			実施回数の実施対象				コード				1. 施設、2. 保健所、3. 管理栄養士、4. その他
1033		★			実施回数の実施時間				年月日				YYYYMMDD
1034		★			実施回数の実施場所				コード				1. 施設、2. 保健所、3. 管理栄養士、4. その他
1035		★			実施回数の実施時間				数字	分			
1036		★			実施回数の実施場所				数字	分			
1037		★			実施回数の実施対象				コード				1. 施設、2. 保健所、3. 管理栄養士、4. その他
1038		★			実施回数の実施時間				年月日				YYYYMMDD
1039		★			実施回数の実施場所				コード				1. 施設、2. 保健所、3. 管理栄養士、4. その他
1040		★			実施回数の実施時間				数字	分			
1041		★			実施回数の実施場所				数字	分			
1042		★			実施回数の実施対象				コード				1. 施設、2. 保健所、3. 管理栄養士、4. その他
1043		★			実施回数の実施時間				年月日				YYYYMMDD
1044		★			実施回数の実施場所				コード				1. 施設、2. 保健所、3. 管理栄養士、4. その他
1045		★			実施回数の実施時間				数字	分			
1046		★			実施回数の実施場所				数字	分			
1047		★			実施回数の実施対象				コード				1. 施設、2. 保健所、3. 管理栄養士、4. その他
1048		★			実施回数の実施時間				年月日				YYYYMMDD
1049		★			実施回数の実施場所				コード				1. 施設、2. 保健所、3. 管理栄養士、4. その他
1050		★			実施回数の実施時間				数字	分			
1051		★			実施回数の実施場所				数字	分			
1052		★			実施回数の実施対象				コード				1. 施設、2. 保健所、3. 管理栄養士、4. その他
1053		★			実施回数の実施時間				年月日				YYYYMMDD
1054		★			実施回数の実施場所				コード				1. 施設、2. 保健所、3. 管理栄養士、4. その他
1055		★			実施回数の実施時間				数字	分			
1056		★			実施回数の実施場所				数字	分			
1057		★			実施回数の実施対象				コード				1. 施設、2. 保健所、3. 管理栄養士、4. その他
1058		★			実施回数の実施時間				年月日				YYYYMMDD
1059		★			実施回数の実施場所				コード				1. 施設、2. 保健所、3. 管理栄養士、4. その他
1060		★			実施回数の実施時間				数字	分			
1061		★			実施回数の実施場所				数字	分			
1062		★			実施回数の実施対象				コード				1. 施設、2. 保健所、3. 管理栄養士、4. その他
1063		★			実施回数の実施時間				年月日				YYYYMMDD
1064		★			実施回数の実施場所				コード				1. 施設、2. 保健所、3. 管理栄養士、4. その他
1065		★			実施回数の実施時間				数字	分			
1066		★			実施回数の実施場所				数字	分			
1067		★			実施回数の実施対象				コード				1. 施設、2. 保健所、3. 管理栄養士、4. その他

① 上の図は、株式会社日本電信電話公社（以下「公社」という。）の色彩に対応
 ② 「図中の基本色」を正確に再現した。③ 図中の基本色は、①の図に再現した。④
 ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿ ㏀ ㏁ ㏂ ㏃ ㏄ ㏅ ㏆ ㏇ ㏈ ㏉ ㏊ ㏋ ㏌ ㏍ ㏎ ㏏ ㏐ ㏑ ㏒ ㏓ ㏔ ㏕ ㏖ ㏗ ㏘ ㏙ ㏚ ㏛ ㏜ ㏝ ㏞ ㏟ ㏠ ㏡ ㏢ ㏣ ㏤ ㏥ ㏦ ㏧ ㏨ ㏩ ㏪ ㏫ ㏬ ㏭ ㏮ ㏯ ㏰ ㏱ ㏲ ㏳ ㏴ ㏵ ㏶ ㏷ ㏸ ㏹ ㏺ ㏻ ㏼ ㏽ ㏾ ㏿ 㐀 㐁 㐂 㐃 㐄 㐅 㐆 㐇 㐈 㐉 㐊 㐋 㐌 㐍 㐎 㐏 㐐 㐑 㐒 㐓 㐔 㐕 㐖 㐗 㐘 㐙 㐚 㐛 㐜 㐝 㐞 㐟 㐠 㐡 㐢 㐣 㐤 㐥 㐦 㐧 㐨 㐩 㐪 㐫 㐬 㐭 㐮 㐯 㐰 㐱 㐲 㐳 㐴 㐵 㐶 㐷 㐸 㐹 㐺 㐻 㐼 㐽 㐾 㐿 㑀 㑁 㑂 㑃 㑄 㑅 㑆 㑇 㑈 㑉 㑊 㑋 㑌 㑍 㑎 㑏 㑐 㑑 㑒 㑓 㑔 㑕 㑖 㑗 㑘 㑙 㑚 㑛 㑜 㑝 㑞 㑟 㑠 㑡 㑢 㑣 㑤 㑥 㑦 㑧 㑨 㑩 㑪 㑫 㑬 㑭 㑮 㑯 㑰 㑱 㑲 㑳 㑴 㑵 㑶 㑷 㑸 㑹 㑺 㑻 㑼 㑽 㑾 㑿 㒀 㒁 㒂 㒃 㒄 㒅 㒆 㒇 㒈 㒉 㒊 㒋 㒌 㒍 㒎 㒏 㒐 㒑 㒒 㒓 㒔 㒕 㒖 㒗 㒘 㒙 㒚 㒛 㒜 㒝 㒞 㒟 㒠 㒡 㒢 㒣 㒤 㒥 㒦 㒧 㒨 㒩 㒪 㒫 㒬 㒭 㒮 㒯 㒰 㒱 㒲 㒳 㒴 㒵 㒶 㒷 㒸 㒹 㒺 㒻 㒼 㒽 㒾 㒿 㓀 㓁 㓂 㓃 㓄 㓅 㓆 㓇 㓈 㓉 㓊 㓋 㓌 㓍 㓎 㓏 㓐 㓑 㓒 㓓 㓔 㓕 㓖 㓗 㓘 㓙 㓚 㓛 㓜 㓝 㓞 㓟 㓠 㓡 㓢 㓣 㓤 㓥 㓦 㓧 㓨 㓩 㓪 㓫 㓬 㓭 㓮 㓯 㓰 㓱 㓲 㓳 㓴 㓵 㓶 㓷 㓸 㓹 㓺 㓻 㓼 㓽 㓾 㓿 㔀 㔁 㔂 㔃 㔄 㔅 㔆 㔇 㔈 㔉 㔊 㔋 㔌 㔍 㔎 㔏 㔐 㔑 㔒 㔓 㔔 㔕 㔖 㔗 㔘 㔙 㔚 㔛 㔜 㔝 㔞 㔟 㔠 㔡 㔢 㔣 㔤 㔥 㔦 㔧 㔨 㔩 㔪 㔫 㔬 㔭 㔮 㔯 㔰 㔱 㔲 㔳 㔴 㔵 㔶 㔷 㔸 㔹 㔺 㔻 㔼 㔽 㔾 㔿 㕀 㕁 㕂 㕃 㕄 㕅 㕆 㕇 㕈 㕉 㕊 㕋 㕌 㕍 㕎 㕏 㕐 㕑 㕒 㕓 㕔 㕕 㕖 㕗 㕘 㕙 㕚 㕛 㕜 㕝 㕞 㕟 㕠 㕡 㕢 㕣 㕤 㕥 㕦 㕧 㕨 㕩 㕪 㕫 㕬 㕭 㕮 㕯 㕰 㕱 㕲 㕳 㕴 㕵 㕶 㕷 㕸 㕹 㕺 㕻 㕼 㕽 㕾 㕿 㖀 㖁 㖂 㖃 㖄 㖅 㖆 㖇 㖈 㖉 㖊 㖋 㖌 㖍 㖎 㖏 㖐 㖑 㖒 㖓 㖔 㖕 㖖 㖗 㖘 㖙 㖚 㖛 㖜 㖝 㖞 㖟 㖠 㖡 㖢 㖣 㖤 㖥 㖦 㖧 㖨 㖩 㖪 㖫 㖬 㖭 㖮 㖯 㖰 㖱 㖲 㖳 㖴 㖵 㖶 㖷 㖸 㖹 㖺 㖻 㖼 㖽 㖾 㖿 㗀 㗁 㗂 㗃 㗄 㗅 㗆 㗇 㗈 㗉 㗊 㗋 㗌 㗍 㗎 㗏 㗐 㗑 㗒 㗓 㗔 㗕 㗖 㗗 㗘 㗙 㗚 㗛 㗜 㗝 㗞 㗟 㗠 㗡 㗢 㗣 㗤 㗥 㗦 㗧 㗨 㗩 㗪 㗫 㗬 㗭 㗮 㗯 㗰 㗱 㗲 㗳 㗴 㗵 㗶 㗷 㗸 㗹 㗺 㗻 㗼 㗽 㗾 㗿 㘀 㘁 㘂 㘃 㘄 㘅 㘆 㘇 㘈 㘉 㘊 㘋 㘌 㘍 㘎 㘏 㘐 㘑 㘒 㘓 㘔 㘕 㘖 㘗 㘘 㘙 㘚 㘛 㘜 㘝 㘞 㘟 㘠 㘡 㘢 㘣 㘤 㘥 㘦 㘧 㘨 㘩 㘪 㘫 㘬 㘭 㘮 㘯 㘰 㘱 㘲 㘳 㘴 㘵 㘶 㘷 㘸 㘹 㘺 㘻 㘼 㘽 㘾 㘿 㙀 㙁 㙂 㙃 㙄 㙅 㙆 㙇 㙈 㙉 㙊 㙋 㙌 㙍 㙎 㙏 㙐 㙑 㙒 㙓 㙔 㙕 㙖 㙗 㙘 㙙 㙚 㙛 㙜 㙝 㙞 㙟 㙠 㙡 㙢 㙣 㙤 㙥 㙦 㙧 㙨 㙩 㙪 㙫 㙬 㙭 㙮 㙯 㙰 㙱 㙲 㙳 㙴 㙵 㙶 㙷 㙸 㙹 㙺 㙻 㙼 㙽 㙾 㙿 㚀 㚁 㚂 㚃 㚄 㚅 㚆 㚇 㚈 㚉 㚊 㚋 㚌 㚍 㚎 㚏 㚐 㚑 㚒 㚓 㚔 㚕 㚖 㚗 㚘 㚙 㚚 㚛 㚜 㚝 㚞 㚟 㚠 㚡 㚢 㚣 㚤 㚥 㚦 㚧 㚨 㚩 㚪 㚫 㚬 㚭 㚮 㚯 㚰 㚱 㚲 㚳 㚴 㚵 㚶 㚷 㚸 㚹 㚺 㚻 㚼 㚽 㚾 㚿 㜀 㜁 㜂 㜃 㜄 㜅 㜆 㜇 㜈 㜉 㜊 㜋 㜌 㜍 㜎 㜏 㜐 㜑 㜒 㜓 㜔 㜕 㜖 㜗 㜘 㜙 㜚 㜛 㜜 㜝 㜞 㜟 㜠 㜡 㜢 㜣 㜤 㜥 㜦 㜧 㜨 㜩 㜪 㜫 㜬 㜭 㜮 㜯 㜰 㜱 㜲 㜳 㜴 㜵 㜶 㜷 㜸 㜹 㜺 㜻 㜼 㜽 㜾 㜿 㝀 㝁 㝂 㝃 㝄 㝅 㝆 㝇 㝈 㝉 㝊 㝋 㝌 㝍 㝎 㝏 㝐 㝑 㝒 㝓 㝔 㝕 㝖 㝗 㝘 㝙 㝚 㝛 㝜 㝝 㝞 㝟 㝠 㝡 㝢 㝣 㝤 㝥 㝦 㝧 㝨 㝩 㝪 㝫 㝬 㝭 㝮 㝯 㝰 㝱 㝲 㝳 㝴 㝵 㝶 㝷 㝸 㝹 㝺 㝻 㝼 㝽 㝾 㝿 㞀 㞁 㞂 㞃 㞄 㞅 㞆 㞇 㞈 㞉 㞊 㞋 㞌 㞍 㞎 㞏 㞐 㞑 㞒 㞓 㞔 㞕 㞖 㞗 㞘 㞙 㞚 㞛 㞜 㞝 㞞 㞟 㞠 㞡 㞢 㞣 㞤 㞥 㞦 㞧 㞨 㞩 㞪 㞫 㞬 㞭 㞮 㞯 㞰 㞱 㞲 㞳 㞴 㞵 㞶 㞷 㞸 㞹 㞺 㞻 㞼 㞽 㞾 㞿 㟀 㟁 㟂 㟃

[illegible]

※「被保険者の記号・番号」は、利用券の表記より削除

(うち、固定長 179 バイト)

(うち、固定長(区切文字) 6 バイト)

(うち、可変長 203 バイト)

利用券QRコード収録項目

項目	区分	項目名称	データ長	データ仕様	最大バイト	備考	考え方
1	—	自動転記対応履歴文字、バージョン記号	固定長	半角文字「shidou」+発行年度 西暦下2桁	8	読み取り対象が「利用券である」とこと、バージョン(有効年度)を読み取り機で判断するための情報。	自動転記対応履歴文字を「shidou」としたが、任意の記号または文字で代替可能(参考:被保険者証は「□」)。
2	利用者情報	利用者のカナ氏名	—	半角カナ20桁	20	—	被保険者証QRより文字数を拡張(14→20文字)。 被保険者証との適合のため半角カタカナとしているが、健診データファイル標準形式では全角カタカナとなることから、データファイルへの格納時に全角へ変換する必要がある。
3	—	性別	—	半角数字1桁	1	1:男、2:女	被保険者証QRと同様の仕様。
4	—	生年月日	—	半角数字7桁	7	YYYYMMDD(元号/年/月/日) G=1:明治、2:大正、3:昭和、4:平成	被保険者証QRと同様の仕様。 被保険者証との適合のため和暦としているが、健診データファイル標準形式では西暦6桁となることから、データファイルへの格納時に西暦へ変換する必要がある。
5	保険者情報	保険者番号	—	半角数字8桁	8	—	—
6	利用券情報	利用券管理番号	—	半角数字11桁	11	YY2999999(西暦下2桁/種別1桁/個人番号8桁) 2:特定保健指導(積極的支援) 3:特定保健指導(積極的支援) 3桁目は、2もしくは3。	「年度+種別+個人番号8桁」より、数字11桁。
7	—	特定健康診査受診券管理番号	—	半角数字11桁	11	YY1999999(西暦下2桁/種別1桁/個人番号8桁) 1:特定健康診査 3桁目は、1で固定。	「年度+種別+個人番号8桁」より、数字11桁。
8	—	交付年月日	—	半角数字8桁	8	YYYYMMDD(西暦年/月/日)	—
9	—	有効期限	—	半角数字8桁	8	YYYYMMDD(西暦年/月/日)	—
10	—	特定保健指導区分	—	半角数字1桁	1	1:積極的支援、2:積極的支援	—
11	—	負担区分	—	半角数字1桁	1	1:利用者は負担なし、2:利用者は定額負担、3:利用者は定額負担、4:保険者は定額負担、5:利用者は保険者負担上限額以下の場合定額負担	—
12	—	負担内容(負担率・負担額)	—	半角数字6桁	6	「その他の負担区分」=2もしくは3の時に使用。 =2のとき、額 =3のとき、割合 を収録。 例:負担額が1万円の場合、「010000」を収録。 例:負担割合が8.67%の場合、「008670」を収録。 ※1:利用者は負担なしの場合は「000000」を収録。	—
13	—	負担内容(保険者負担上限額)	—	半角数字6桁	6	「その他の負担区分」=4もしくは5の時に使用(金額を収録)。 例:負担額が1万円の場合、「010000」を収録。	—
14	—	契約とりまの機関区分1	—	半角数字1桁	1	1:国保ベース、2:国保ベース+契約とりまの機関、3:国保ベース+契約とりまの機関/個別契約	—
15	—	契約とりまの機関区分(全額返に おける受診可否)	—	半角数字1桁	1	1:契約とりまの機関のうち、全額返に利用が可能であれば「1」、不可なら「0」とする。	—
16	—	代行機関番号(全額返の場合)	—	半角英数8桁	8	結果データの送付先として、支払基金にて付番された各機関の番号を格納。No14が「0」の場合は空欄で可。	—
17	—	契約とりまの機関区分(結核予防 会における受診可否)	—	半角数字1桁	1	1:契約とりまの機関のうち、結核予防会にて利用が可能であれば「1」、不可なら「0」とする。	—
18	—	代行機関番号(結核予防会の場合)	—	半角英数8桁	8	結果データの送付先として、支払基金にて付番された各機関の番号を格納。No16が「0」の場合は空欄で可。	—
19	—	契約とりまの機関区分(人間ドク 学会における受診可否)	—	半角数字1桁	1	1:契約とりまの機関のうち、人間ドク学会にて利用が可能であれば「1」、不可なら「0」とする。	—
20	—	代行機関番号(人間ドク学会の場合)	—	半角英数8桁	8	結果データの送付先として、支払基金にて付番された各機関の番号を格納。No18が「0」の場合は空欄で可。	—
21	—	契約とりまの機関区分(予防医学 協会中央会における受診可否)	—	半角数字1桁	1	1:契約とりまの機関のうち、予防医学協会中央会にて利用が可能であれば「1」、不可なら「0」とする。	—
22	—	代行機関番号(予防医学協会中央 会の場合)	—	半角英数8桁	8	結果データの送付先として、支払基金にて付番された各機関の番号を格納。No20が「0」の場合は空欄で可。	—
23	—	契約とりまの機関区分(日本総合 医療協会における受診可否)	—	半角数字1桁	1	1:契約とりまの機関のうち、日本総合医療協会にて利用が可能であれば「1」、不可なら「0」とする。	—
24	—	代行機関番号(日本総合医療協会 の場合)	—	半角英数8桁	8	結果データの送付先として、支払基金にて付番された各機関の番号を格納。No22が「0」の場合は空欄で可。	—
25	—	契約とりまの機関区分(全日本病 院協会における受診可否)	—	半角数字1桁	1	1:契約とりまの機関のうち、全日本病院協会にて利用が可能であれば「1」、不可なら「0」とする。	—
26	—	代行機関番号(全日本病院協会 の場合)	—	半角英数8桁	8	結果データの送付先として、支払基金にて付番された各機関の番号を格納。No24が「0」の場合は空欄で可。	—
27	—	契約とりまの機関区分(東京都総 合健康保険施設振興協会にお ける受診可否)	—	半角数字1桁	1	1:契約とりまの機関のうち、東京都総合健康保険施設振興協会にて利用が可能であれば「1」、不可なら「0」とする。	—
28	—	代行機関番号(東京都総合健康保 険施設振興協会の場合)	—	半角英数8桁	8	結果データの送付先として、支払基金にて付番された各機関の番号を格納。No26が「0」の場合は空欄で可。	—
29	—	契約とりまの機関区分(その他に おける受診可否)	—	半角数字1桁	1	1:契約とりまの機関のうち、その他(全額返、結核予防会、人間ドク学会、予防医学協会中央会、日本総合医療協会、全日本病院協会、東京都総合健康保険施設振興協会以外)にて利用が可能であれば「1」、不可なら「0」とする。	—
30	—	代行機関番号(その他の場合)	—	半角英数8桁	8	結果データの送付先として、支払基金にて付番された各機関の番号を格納。No28が「0」の場合は空欄で可。	—
31	保険者情報	(区切り文字)	固定長	半角英数1桁	1	「」を収録。	被保険者証QRと同様の仕様。
32	—	保険者名称	可変長	漢字	40	「」を収録。	「特定健康データの電子的交換のためのファイル仕様(案)」の「特定健康機関名称」と同様により規定。
33	—	(区切り文字)	固定長	半角英数1桁	1	「」を収録。	被保険者証QRと同様の仕様。
34	—	保険者所在地	可変長	漢字	60	「」を収録。	「特定健康データの電子的交換のためのファイル仕様(案)」の「特定健康機関所在地」と同様により規定。
35	—	(区切り文字)	固定長	半角英数1桁	1	「」を収録。	被保険者証QRと同様の仕様。
36	—	保険者電話番号	可変長	半角英数	15	「」を収録。	「特定健康データの電子的交換のためのファイル仕様(案)」の「特定健康機関電話番号」と同様により規定。
37	利用券情報	(区切り文字)	固定長	半角英数1桁	1	「」を収録。	被保険者証QRと同様の仕様。
38	—	契約とりまの機関区分(除外県)	可変長	半角英数	49	除外(あるいは規定)する都道府県番号を収録する。 利用可能な県を列記する場合、冒頭に「」を収録する。 利用対象外となる県を列記する場合、冒頭に「」を収録する。 例:東京都(番号「13」)のみ被保険者がいる場合には、「+13」を収録する。 例:東京都(番号「13」)に被保険者が一人もいない場合には、「-13」を収録する。 例:東京都(番号「13」)、神奈川県(番号「14」)に被保険者が一人もいない場合には、「-1314」を収録する。	当然ながら、十〜一が混在することなく、いずれかのみとなる。
39	—	(区切り文字)	固定長	半角英数1桁	1	「」を収録。	被保険者証QRと同様の仕様。
40	—	契約とりまの機関名称	可変長	漢字	40	契約とりまの機関名称を収録する。	「特定健康データの電子的交換のためのファイル仕様(案)」の「特定健康機関名称」と同様により規定(全角20文字)。

※「代行機関名」は、入力領域がないと等からコード化せず

※「被保険者証の証号・番号」は、利用券の表記より削除

合計(最大) 398 バイト

(うち、固定長 167 バイト)

(うち、固定長(区切り文字) 5 バイト)

(うち、可変長 224 バイト)