

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（第3.2版）

2021 年 2 月

厚生労働省保険局医療介護連携政策課
医療費適正化対策推進室

目 次

第三期(2018 年度以降)における変更点

1. 特定健康診査	- 1 -
1-1 対象者	- 1 -
1-2 実施内容(健診項目)	- 3 -
1-2-1 基本的な健診の項目	- 3 -
1-2-2 詳細な健診の項目	- 4 -
1-3 他の健診との関係	- 5 -
1-3-1 労働安全衛生法・学校保健安全法等	- 5 -
1-3-2 保険者による追加健診項目(人間ドック等)	- 7 -
1-3-3 市町村における各種健診との関係	- 8 -
1-4 階層化	- 10 -
1-4-1 階層化	- 10 -
1-4-2 保険者による優先順位付け	- 11 -
1-4-3 その他(受診勧奨)	- 12 -
1-5 結果通知	- 12 -
1-5-1 結果説明、情報提供の評価(第3期の見直し)	- 12 -
1-5-2 通知様式例	- 13 -
2. 特定保健指導	- 15 -
2-1 対象者	- 15 -
2-2 その他の保健指導	- 18 -
2-3 情報提供	- 19 -
2-4 動機付け支援	- 20 -
2-5 積極的支援	- 21 -
2-6 第3期(2018 年度以降)からの見直し	- 23 -
2-7 支援計画・初回面接	- 25 -
2-7-1 支援計画	- 25 -
2-7-2 初回面接、健診結果が揃わない場合の分割実施	- 25 -
2-7-3 その他、支援において使用する資料等	- 29 -
2-8 終了	- 30 -
2-8-1 行動計画の実績評価	- 30 -
2-8-2 評価実施者、同一機関要件の廃止(2018 年度～)	- 30 -
2-8-3 途中終了(脱落・資格喪失等)の取扱い	- 31 -
2-9 保健指導の実施者	- 32 -
2-9-1 実施者	- 32 -
2-9-2 実施者への研修	- 35 -
3-1 保険者別の実施形態	- 36 -
3-1-1 単一健保・共済	- 36 -
3-1-2 総合健保・協会けんぽ・国保組合等	- 36 -
3-1-3 市町村国保	- 36 -
3-2 被保険者本人	- 36 -
3-2-1 健診	- 36 -
3-2-2 診療における検査データの活用(保険者とかかりつけ医の連携による治療中患者の特定健康診査の推進及び診療情報の提供)	- 38 -
3-2-3 保健指導	- 39 -

3-3 被扶養者	- 40 -
3-3-1 健診	- 40 -
3-3-2 保健指導	- 41 -
4. 委託	- 42 -
4-1 委託基準	- 42 -
4-1-1 特定健康診査の外部委託に関する基準(平成 25 年厚生労働省告示第 92 号 第1)	- 42 -
4-1-2 特定保健指導の外部委託に関する基準(平成 25 年厚生労働省告示第 92 号 第2)	- 43 -
4-2 契約	- 47 -
4-2-1 標準的な契約書	- 47 -
4-2-2 契約単価の設定	- 47 -
4-2-3 再委託の条件	- 47 -
4-2-4 保険者間の再委託	- 49 -
4-2-5 個人情報の保護	- 50 -
4-2-6 スケジュール	- 50 -
4-3 請求・決済	- 50 -
4-3-1 自己負担額	- 50 -
4-3-2 請求・決済の頻度	- 51 -
4-4 重要事項に関する規程	- 51 -
4-5 健診・保健指導機関番号	- 53 -
4-5-1 番号とは	- 53 -
4-5-2 番号取得申請	- 54 -
4-6 委託先機関の評価	- 58 -
4-6-1 委託基準の遵守状況の確認	- 58 -
4-6-2 基準を満たさない機関が判明した場合の対応	- 58 -
4-6-3 委託先の評価	- 59 -
5. 集合契約	- 60 -
5-1 契約条件の標準化	- 60 -
5-2 集合契約のパターン	- 60 -
5-2-1 市町村国保の実施機関(地区医師会・直診・衛生部門等)	- 61 -
5-2-2 全国的な健診機関グループ	- 62 -
5-2-3 その他(地域グループ等)	- 63 -
5-2-4 成立に向けた手順	- 63 -
5-2-5 成立に必要な注意点	- 64 -
5-2-6 特定健康診査当日に初回面接を行う場合	- 66 -
5-3 代表保険者・契約代表者の選定	- 68 -
5-4 受診券・利用券	- 69 -
5-4-1 定義	- 69 -
5-4-2 主な役割・目的	- 69 -
5-4-3 様式	- 70 -
5-4-4 作成上の注意事項	- 72 -
5-4-5 発券時期・有効期限	- 75 -
5-4-6 対象者への送付	- 76 -
5-4-7 健診・保健指導機関窓口での取扱い	- 77 -
5-4-8 受診券・利用券情報の管理・登録	- 78 -
5-4-9 代行機関窓口での取扱い	- 79 -
6. 健診・保健指導データ	- 82 -
6-1 標準的なデータファイル仕様	- 82 -
6-1-1 必要性	- 82 -
6-1-2 仕様のイメージ・構成	- 82 -

6-1-3 特定保健指導における電子データ化の範囲.....	- 86 -
6-1-4 追加健診項目のサポート範囲.....	- 88 -
6-1-5 データ作成・管理のシステム.....	- 88 -
6-1-6 データ入力.....	- 90 -
6-2 データ.....	- 92 -
6-2-1 標準的なデータファイル仕様での送付義務.....	- 92 -
6-2-2 紙データの取扱い.....	- 92 -
6-2-3 データ作成者.....	- 93 -
6-2-4 他の保険者からのデータ受領.....	- 93 -
6-2-5 事業者等からのデータ受領.....	- 94 -
6-3 データの流れ.....	- 98 -
6-3-1 基本的な流れ.....	- 98 -
6-3-2 その他の流れ.....	- 99 -
6-3-3 保険者間のデータ移動.....	- 99 -
6-4 データの保管・活用.....	- 100 -
6-4-1 データの適切な保管.....	- 100 -
6-4-2 保管年限と保管後の取扱い.....	- 103 -
7. 代行機関.....	- 105 -
7-1 代行機関とは.....	- 105 -
7-2 代行機関の機能・サービス.....	- 105 -
7-2-1 主な機能.....	- 105 -
7-2-2 その他のサービス.....	- 106 -
7-3 代行機関が満たすべき要件.....	- 107 -
7-3-1 セキュリティ要件.....	- 107 -
7-3-2 基本的な業務要件.....	- 108 -
7-3-3 マスター類等の共同管理.....	- 109 -
7-3-4 代行機関番号の取得.....	- 109 -
7-3-5 ホームページ等への情報公開.....	- 110 -
8. 支払基金(国)への実績報告.....	- 111 -
8-1 報告の義務.....	- 111 -
8-2 報告の時期及び様式.....	- 111 -

付録 第二期(2013 年度以降)における変更点

付属資料

付属資料 1-1	事務フロー
付属資料 1-2	保険者における作業、スケジュール、事務フロー
付属資料 1-3	社会保険診療報酬支払基金における代行処理の月次スケジュール
付属資料 2-1	社会保険診療報酬支払基金への機関届の様式
付属資料 2-2	ホームページ等への記載様式
付属資料 2-3	標準的な見積様式の例
付属資料 2-4	集合契約における標準的な契約書の例
付属資料 2-5	委任状の様式
付属資料 2-6	集合契約における請求・決済の例
付属資料3	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。

第3.1版からの変更点

労働安全衛生法に基づく健康診断について	定期健康診断等における血糖検査の取扱い（1-3-1 参照） 定期健康診断等における血糖検査の取扱いについて、特定健康診査との整合を図り、ヘモグロビン A1c 検査を行った場合についても、血糖検査を実施したものとし、ヘモグロビン A1c を測定せずに随時血糖による血糖検査を行う場合は、食直後（食事開始時から 3.5 時間未満）を除いて実施することとされた。 ※ 「定期健康診断等における血糖検査の取扱いについて」（令和2年12月23日付け基発1223 第7号厚生労働省労働基準局長通達）を参照されたい。
特定保健指導の実施方法の見直し	情報通信技術を活用した特定保健指導の実施の推進（2-4、2-5 参照） ・情報通信技術を活用した初回面接におけるグループ支援の実施を可能とした。 ・情報通信技術を活用した継続支援について、対面で行う場合と同じポイント算定とした。 ※ 「特定保健指導における情報通信技術を活用した指導の実施の手引き」も併せて参照されたい。
受診券・利用券の様式の例示について	受診券・利用券の様式の押印欄の削除について（5-4 参照） 受診券・利用券の様式の例示より、押印欄を削除した。 ※ 必要に応じて、押印しても差し支えない。（保険者が健診・保健指導機関に業務を委託する際に、健診・保健指導機関が正確に受託業務を遂行するために受診券・利用券の券面に押印を必要とする場合等）

第三期（2018 年度以降）における変更点

特定健康診 査の見直し	(1)基本的な健診の項目（1-2-1 参照） 血中脂質検査において、定期健康診断等で、中性脂肪が 400mg/dl 以上又は食後採血の場合は、LDL コレステロールの代わりに Non-HDL コレステロールを用いて評価した場合でも、血中脂質検査を実施したとみなすこととした。血糖検査において、やむを得ず空腹時以外でヘモグロビン A1c を測定しない場合は、食直後を除き随時血糖による血糖検査を可とした。
	(2)詳細な健診の項目（1-2-2 参照） 血清クレアチニン検査を詳細な健診の項目に追加し、eGFR で腎機能を評価することとした。 心電図検査において、対象者は当該年度の特定健康診査の結果等で、血圧が受診勧奨判定値以上の者又は問診等で不整脈が疑われる者のうち、医師が必要と認めるものとした。 眼底検査において、原則として当該年度の特定健康診査の結果等で、血圧又は血糖検査が受診勧奨判定値以上の者のうち、医師が必要と認めるものとした。
	(3)標準的な質問票* 生活習慣の改善に関する歯科口腔保健の取組の端緒となる質問項目を追加した。
特定保健指 導の見直し	(1)行動計画の実績評価の時期の見直し（2-4、2-5 参照） 行動計画の実績評価を 3 ヶ月経過後（積極的支援の場合は、3 ヶ月以上の継続的な支援終了後）に行うことを可能とした。
	(2)初回面接と実績評価の同一機関要件の廃止（2-8-2 参照） 保険者と委託先との間で適切に情報が共有され、保険者が対象者に対する保健指導全体の総括・管理を行う場合は、初回面接と実績評価を行う者が同一機関であることを要しないとした。
	(3)特定健康診査当日に初回面接を開始するための運用方法の改善 特定健康診査当日に検査結果が判明しない場合、①健診受診当日に、腹囲・体重、血圧、喫煙歴等の状況から対象と見込まれる者に対して初回面接を行い、行動計画を暫定的に作成し、②後日、全ての項目の結果から医師が総合的な判断を行い、専門職が本人と行動計画を完成する方法を可能とした（2-7-2②参照）。 特定保健指導対象者全員に保健指導を実施すると決めた保険者のグループと、特定健康診査受診当日に特定保健指導を実施できる実施機関のグループとで集合契約を締結できるよう、共通ルールを整理した（5-2-6 参照）。
	(4)2 年連続して積極的支援に該当した者への 2 年目の特定保健指導の弾力化（2-6①参照） 2 年連続して積極的支援に該当した者のうち、1 年目に比べ 2 年目の状態が改善している者について、2 年目の積極的支援は、動機付け支援相当の支援を実施した場合でも、特定保健指導を実施したと位置づけた。
	(5)積極的支援対象者に対する柔軟な運用による特定保健指導のモデル実施（2-6②参照） 柔軟な運用による特定保健指導のモデル実施について、一定の要件を満たせば、特定保健指導を実施したとみなすこととした。
	(6)情報通信技術を活用した初回面接（遠隔面接）の推進
	(7)その他の運用の改善 ・医療機関との適切な連携（診療における検査データを本人同意のもとで特定健康診査のデータとして活用できるようルールの整備）（3-2-2 参照） ・保険者間の再委託要件の緩和（被用者保険者から市町村国保への委託の推進）（4-2-4 参照） ・歯科医師が特定保健指導における食生活の改善指導を行う場合の研修要件の緩和（2-9-1④参照） ・看護師が保健指導を行える暫定期間の延長（2-9-1②参照） ・保険者間のデータ連携、保険者協議会の活用（6-3-3 参照） ・特定健康診査の結果に関する受診者本人への情報提供の評価（1-5-1 参照）

* 「標準的な健診・保健指導プログラム」第 2 編別紙 3 参照 (<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155.html>)

1. 特定健康診査

1-1 対象者

加入者のうち特定健康診査の実施年度中に 40～74 歳となる^{*1}者（実施年度中に 75 歳になる 75 歳未満の者も含む）で、かつ当該実施年度の 1 年間を通じて加入している者（年度途中での加入・脱退等異動のない^{*2}者）を対象とする。妊産婦その他の厚生労働大臣が定める者（刑務所入所中、海外在住、長期入院等、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第 1 条第 1 項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者（平成 20 年厚生労働省告示第 3 号^{*3}。以下「除外告示」という。）で規定する者）は、上記対象者から除く^{*4}（年度途中での妊娠・刑務所入所等は、異動者と同様に、対象者から除外）。この対象者の把握、対象者数の算定は、次の①～③の 3 段階で行う。

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）に予想される対象者（＝実施年度中に 40～74 歳となる加入者（実施年度中に 75 歳になる 75 歳未満の者も含む））のうち、特定健康診査に相当する他の健康診査（労働安全衛生法に基づく事業者健診等）を受けた結果データを受領できる予定の者を除いた者^{*5}が、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。

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、実際には年度末に入社・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追加・削除等を行い、当年度の受診予定者リストを確定し、受診券の発券（被保険者証のみで健診機関が判別できる国保、個別に契約した特定の健診機関でのみ実施する保険者は必ずしも発券する必要はない）及び案内の送付を行う。

③当年度の実績報告時の対象者の確定

実施年度の翌年度の 11 月 1 日までに、前年度の実施結果データを、社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」）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、実施年度末時点で実施結果

^{*1} 40 歳の起算時点は、例えば 4 月 1 日生まれの人は、年齢計算に関する法律の規定では 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は年齢計算に関する法律の規定に従わないため、誕生日当日（4 月 1 日 0 時以降）となる。

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

^{*3} 厚生労働省ホームページ(<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshho/iryouseido01/info03i.html>)に掲載している。

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

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

報告の対象となるべき者は、実施年度中に 40～74 歳となる者^{*6}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^{*1}（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。

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受領した分を含む）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（実施率を算定する場合は分母・分子の両方から除外）、その数を実施者数（実施率を算定する時の分子）となる。

④他の法令に基づく健診受診者の推定

40～74 歳の加入者のうち、労働安全衛生法や学校保健安全法等他の法令に基づく健診の受診者は、結果データが受領できる限りは、保険者が実施する特定健康診査の対象者から除外できる。このケース以外に、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が、特定健康診査等実施計画の作成・修正時点で推定数を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。

⑤被保険者・被扶養者別の区別

被保険者・被扶養者別の実施状況等を明らかにするため、保険者から国への実績報告において、資格区分を記載する。資格区分コードは以下のとおりである。（図表 1）

図表 1: 資格区分コード

コード名	コード	内容
資格区分コード	1	強制被保険者
	2	強制被扶養者
	3	任意継続被保険者
	4	任意継続被扶養者
	5	特例退職被保険者
	6	特例退職被扶養者
	7	国保被保険者

- ・記載する資格は、特定健康診査受診者については健診受診日、特定保健指導利用者については、初回面接日における資格区分とする。
- ・市町村国保・国保組合については、資格区分の報告は必須ではない。

^{*6} 実施年度中に 75 歳になる 75 歳未満の者も実施対象とはなるものの、これらの者については(年度途中で後期高齢者広域連合に異動することから)実施結果の報告対象とはならないことに注意。

^{*1} 証明・確定できた者のみ除外する。

1-2 実施内容(健診項目)

「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（以下「実施基準」という。）」の第1条に定められている。実施内容等の詳細は、通知^{*1}「令和2年度以降における特定健康診査及び特定保健指導の実施並びに健診実施機関等により作成された記録の取扱いについて（令和2年3月31日）（健発0331第7号、保発0331第2号）」に示している。

1-2-1 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）は、次表の項目となる。このうち、腹囲の測定は内臓脂肪面積の測定に代えられる（実施基準第1条第3項）ほか、一定の基準と医師の判断により省略できる場合もある（実施基準第1条第2項）。また、血中脂質検査のうちLDLコレステロールは、中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合はNon-HDLコレステロールの測定に代えられる（実施基準第1条4項）。

なお、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）への影響が大きくないことから、その場合は測定不可能という扱い^{*2}でも差し支えない。原則として、この例外事項^{*3}以外は認めない（全ての検査項目を受診していなければ特定健康診査を実施したとはみなさない）ので、委託した健診機関で全ての検査項目を実施していない限り、実施したことにはならない。また委託契約で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。この場合、完全に履行されるまで支払がなされないか、契約を解除し保険者でやり直すこととなる。後者の場合は損害賠償請求もできる。

^{*1} 厚生労働省ホームページ <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000161103.html> に掲載している。

^{*2} 標準的なデータファイル仕様(6-1に詳述)において、健診受診者の事情により、特定健診の検査項目を実施できなかった（測定不可能の場合）の取扱いは、XMLファイルでの記述としては、value要素のnullFlavor属性に、データが存在しないことを意味する「NI」値を指定することで、受診者の事情(生理中等)により検査を実施できなかったという取扱いとしている(保険者等は、当該健診結果データが送られてきた場合には、当該検査は実施されたものとして扱う)。なお、上記のような理由により検査を行わなかった場合の理由は、医師の診断(判定)項目欄にその理由を記載することが適当。単に検査を実施していない場合は実施していない扱いとなる(XMLファイル上の記述ルールとしては、entry自体を削除し出力。実施を予定していて実施しない場合の「未実施」扱いとは異なることに注意。詳細は「特定健康診査・特定保健指導の電子的な標準様式の仕様に関する資料(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000165280.html>)」等を参照のこと。

^{*3} 生理中の女性のほか、腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有している者に限り、尿検査の実施を断念した場合であっても特定健診を実施したこととみなすこととなっている。詳細は通知「保険者が社会保険診療報酬支払基金に提出する令和2年度以降に実施した特定健康診査等の実施状況に関する結果について（令和2年3月31日）（保発0331第4号）」等に、実施結果を報告する上で必要となる事項等が示されているので、参照のこと
(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000161103.html>)。

図表 1: 基本的な健診の項目(実施基準第1条第1項第1号から第9号)

項目	備考
既往歴の調査	服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査(質問票 ^{*1})を含む
自覚症状及び他覚症状の有無の検査	理学的検査(身体診察)
身長、体重及び腹囲の検査	腹囲の測定は、厚生労働大臣が定める基準(BMIが20未満の者、もしくはBMIが22 kg/m ² 未満で自ら腹囲を測定し、その値を申告した者)に基づき、医師が必要でないと認める時は、省略 ^{*2} 可 腹囲の測定に代えて、内臓脂肪面積の測定でも可
BMIの測定	BMI=体重(kg)÷身長(m)の2乗
血圧の測定	
肝機能検査	血清グルタミンオキサロアセチクトランスアミナーゼ(GOT(AST)) 血清グルタミンピルビクトランスアミナーゼ(GPT(ALT)) ガンマーグルタミルトランスペプチダーゼ(γ-GTP)
血中脂質検査	血清トリグリセリド(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 中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合、LDLコレステロールに代えて、Non-HDLコレステロールの測定でも可
血糖検査	空腹時血糖又はヘモグロビンA1c(HbA1c)、やむを得ない場合は随時血糖 ^{*3}
尿検査	尿中の糖及び蛋白の有無

1-2-2 詳細な健診の項目

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)は、貧血検査・心電図検査・眼底検査・血清クレアチニン検査(eGFRによる腎機能の評価を含む)の4項目となる。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、受診者に対して実施時に十分な説明を行う。

詳細な健診の実施基準は次表のとおりである。受診者の性別・年齢等を踏まえ、医師が個別に判断する。基準に該当するということだけではないので、判断理由を明記する。

^{*1}「標準的な健診・保健指導プログラム」第2編に示されている別紙3「標準的な質問票」をベースに、保険者あるいは健診機関にて、これまでの経験・ノウハウや受診対象者の属性を踏まえ、質問の趣旨を逸脱しない範囲であれば、質問文をより適切と判断する内容に適宜改変することは差し支えない。

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

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

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

^{*3} やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1c(NGSP値)を測定しない場合は、食直後(食事開始時から3.5時間未満)を除き随時血糖による血糖検査を行うことを可とする。

図表 2: 詳細な健診の項目(医師の判断による追加項目: 告示で規定)

追加項目	実施できる条件(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) ^{注1)}	当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 又は問診等で不整脈が疑われる者				
眼底検査 ^{注2)}	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者 <table border="1"> <tr> <td>血圧</td><td>収縮期 140mmHg 以上又は拡張期 90mmHg 以上</td></tr> <tr> <td>血糖</td><td>空腹時血糖値が 126mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値) 6.5%以上又は随時血糖値が 126mg/dl 以上</td></tr> </table> ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果の確認ができない場合、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む。	血圧	収縮期 140mmHg 以上又は拡張期 90mmHg 以上	血糖	空腹時血糖値が 126mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値) 6.5%以上又は随時血糖値が 126mg/dl 以上
血圧	収縮期 140mmHg 以上又は拡張期 90mmHg 以上				
血糖	空腹時血糖値が 126mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値) 6.5%以上又は随時血糖値が 126mg/dl 以上				
血清クレアチニン検査(eGFR による腎機能の評価を含む)	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者 <table border="1"> <tr> <td>血圧</td><td>収縮期 130mmHg 以上又は拡張期 85mmHg 以上</td></tr> <tr> <td>血糖</td><td>空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値) 5.6%以上又は随時血糖値が 100mg/dl 以上</td></tr> </table>	血圧	収縮期 130mmHg 以上又は拡張期 85mmHg 以上	血糖	空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値) 5.6%以上又は随時血糖値が 100mg/dl 以上
血圧	収縮期 130mmHg 以上又は拡張期 85mmHg 以上				
血糖	空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値) 5.6%以上又は随時血糖値が 100mg/dl 以上				

注1) 心電図検査は、基準に基づき医師が必要と認める者であって特定健康診査当日に心電図検査を実施した場合、詳細な健診の項目として実施したこととする。

注2) 眼底検査は、基準に基づき医師が必要と認める者であって特定健康診査当日から1か月以内に眼底検査を実施した場合、詳細な健診の項目として実施したこととする。

1-3 他の健診との関係

1-3-1 労働安全衛生法・学校保健安全法等

①他の法令に基づく健診の優先

高齢者の医療の確保に関する法律では、労働安全衛生法に基づく健康診断（雇入時の健康診断及び定期健康診断。以下「事業者健診」）等他法令に基づき行われる健康診断（学校保健安全法第15条に基づく職員の健康診断等）は、特定健康診査より実施が優先される。

保険者は、事業者等から事業者健診等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6-2-5参照)、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)。ただし、実施義務者等から受領した健診結果に、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（服薬歴、喫煙歴等）は必要不可欠）記録されていることが前提となる。各実施義務者等が行った健診において、特定健康診査の項目が欠損している場合は、欠損分について保険者が追加実施する。

他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、他の健診の実施主体が負担する。また、現状でも一部の保険者で行われているが、保険者が事業者健診等の実施委託を受ける場合は、事業者健診部分の実施費用は事業者等の負担となる。

②健診項目の包含関係

事業者健診や学校保健安全法の健診項目は、概ね特定健康診査の基本的な健診項目と一致しており、この他に X 線撮影・聴力等の事業者健診等に独自項目がある（図表 4）。

保険者は、事業者健診等の結果データを受領することができるが、事業者健診等に基づく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（眼底検査等）については、事業者等が健診を実施する際、保険者が事業者健診等を行う健診機関に詳細な健診の項目の実施を委託（医師の判断により実施するのが前提）しない限り、事業者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 3: 他の健診の項目

	高齢者医療確保法	労働安全衛生法	学校保健安全法	項目名
身体計測	○	○ ^{注3)}	○ ^{注3)}	身長
	○	○	○	体重
	○	○ ^{注4)}	○ ^{注4)}	BMI
	○	○ ^{注5)}	○ ^{注5)}	腹囲
診察		○	^{注9)}	業務歴
	○	○	^{注9)}	既往歴
	○	○	^{注9)}	自覚症状
	○	○	^{注9)}	他覚症状
血圧	○	○	○	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
	○ ^{注1)}	○ ^{注6)}	○	LDLコレステロール
	○	○	○	GOT(AST)
	○	○	○	GPT(ALT)
	○	○	○	γ-GTP(γ-GT)
	□	□ ^{注7)}		血清クレアチニン
血糖検査	●	●	●	空腹時血糖*
	●	●	●	HbA1c
	● ^{注2)}	● ^{注2)}	●	随時血糖
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
		□ ^{注8)}	□ ^{注10)}	喀痰検査
		□		(ガフキー)
			○ ^{注11)}	胃の疾病及び異常の有無
		○	○	視力
		○	○	聴力
その他保険者が任意に行う検査 (主なもの)	□			眼底検査
				CRP
				血液型
				梅毒反応
				HBs抗原
				HCV抗体
				便潜血
医師の判断	○	○	○	PSA(前立腺特異抗原)
		○	○	医師の診断(判定)
質問票	○	※		医師の意見
				服薬

	高齢者医療確保法	労働安全衛生法	学校保健安全法	項目名
	☆	○		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
	☆			歩行又は身体活動
	☆			歩行速度
	☆			咀嚼
	☆			食べ方
	☆			食習慣

○…必須項目、□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目、●…いずれかの項目の実施で可

☆…情報を入手した場合に限り保険者に報告する項目

※…服薬歴及び喫煙歴については、問診等で聴取を徹底する旨通知^{*1}

注1) 中性脂肪が 400mg/dl 以上である場合又は食後採血の場合は、LDL コレステロールに代えて Non-HDL コレステロール(総コレステロールから HDL コレステロールを除いたもの)で評価を行うことができる。

注2) やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1c(NGSP 値)を測定しない場合は、食直後(食事開始時から 3.5 時間未満)を除き随時血糖による血糖検査を行うことを可とする。

注3) 医師が必要でないと認めるときは省略可

注4) 算出可

注5) 以下の者については医師が必要でないと認めるときは省略可

1 妊娠中の女性その他の者であって、その腹囲が内臓脂肪の蓄積を反映していないと診断されたもの

2 BMI(体重(kg)/身長(m)²)が 20 未満である者

3 自ら腹囲を測定し、その値を申告した者(BMIが 22 未満の者に限る。)

注6) 中性脂肪(血清トリグリセリド)が 400mg/dl 以上又は食後採血の場合は、Non-HDL コレステロールにて評価することがある。

注7) 医師が必要と認めた場合には実施することが望ましい項目

注8) 胸部エックス線検査により病変及び結核発症のおそれがないと診断された者について医師が必要でないと認めるときは省略可

注9) 必須項目ではないが、その他の疾病及び異常の有無の発見や診断項目の省略に際して、問診等を行うことが想定される。

注10) 胸部エックス線検査により、病変の発見されたもの、及びその疑いのある者、結核患者並びに結核発症の恐れがあると診断されている者に対しては、胸部エックス線検査及び喀痰検査を行い、さらに必要に応じ聴診、打診、その他必要な検査を行う。

注11) 妊娠中の女性職員については検査項目から除くものとし、妊娠可能年齢にある女性職員については、問診等を行った上で、医師が検査対象とするか否かを決定する。

注) 労働安全衛生法及び学校保健安全法に基づく健康診断は、40 歳以上における取扱いについて記載している。

1-3-2 保険者による追加健診項目(人間ドック等)

保険者独自の保健事業として、独自に^{*2} 健診項目を設定し実施する場合、特定健康診査の実施に併せて、項目を上乗せして行うことができる。その際、加入者に上乗せで実施する必要性と費用対効果について検討が必要である。

上乗せ健診の対象者が被保険者の場合は、健診機関との契約時に上乗せ項目も実施項目

^{*1} 「特定健康診査等の実施に関する協力依頼について(平成 30 年 2 月 5 日)(基発 0205 第 1 号、保発 0205 第 1 号)」
(<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000193458.pdf>)

^{*2} 追加健診項目として遺伝学的検査の実施を検討する場合、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」等を考慮する必要がある。

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^{*1}する。被用者保険の被保険者の場合は、事業者健診が優先されることから、事業者健診の実施時に同時に受診できるよう、事業者に上乗せ項目の実施を委託するか、事業者が委託する健診機関に対して保険者として上乗せ項目のみの実施を委託する（事業者から事業者健診の実施委託を保険者が受けている場合は共同実施ではなく保険者における一括での実施となる）。

上乗せ健診の対象者が被用者保険の被扶養者の場合は、集合契約は全国の保険者が共通で実施する項目が中心となることから、主に個別契約により実施体制を構築することとなる。集合契約によって実施体制を構築する場合は、独自に上乗せ項目を実施すると判断した保険者が集まって上乗せ健診項目が明記された契約書による集合契約を成立させるとともに、受診券に上乗せ健診項目や自己負担等を明記し配布する。

通常の集合契約にも参加している場合は、受診者が訪れた健診機関が上乗せ項目も含む集合契約に参加している場合に^{*2}特定健康診査と同時に実施することとなる。

保険者による保健事業として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である。人間ドックの健診項目は、保険者によって異なっており、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となる。

1-3-3 市町村における各種健診との関係

①市町村が行う各種健診（検診）

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

図表 4:市町村における各種健診(検診)

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

②市町村国保における特定健康診査

健診（検診）の実施責任部署や実施対象者、会計が分かれることから、それぞれの会計の独立性・透明性を確保するため、委託契約の透明化（整理・明確な区分）を図る必要が

^{*1} 同時に実施する場合、特定健診の実施費用の補助を受けようとする場合は、特定健診と上乗せ健診との費用が明確に区分され、詳細な健診の実施理由が記録されていることが前提となる。また、特定健診業務の委託がベースとなることから、詳細な健診項目を上乗せ健診として一律に実施する場合も実施基準に即した記録の受領及び保管等が必要である。

^{*2} 受診者が訪れた健診機関が当該項目を実施できない(上乗せ項目を含む集合契約に参加していない、あるいは参加しているものの実施できる体制がない)場合は、特定健康診査の項目のみの実施となるが、そのような取扱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乗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乗せ健診部分とに分かれて定められている必要がある。

ある（詳細は 5-2-5②参照）。国保の保険者としての市町村が契約するのは主に特定健康診査に係る部分になる。

また、市町村国保が実施すべき健診内容は、義務化されている範囲が基本となるが、それに加えて独自に項目を上乗せする場合は、必要性や費用対効果について合理的な理由があり、保険料を納める加入者に説明できる範囲内となる。一般会計等の他会計で実施すべき内容までも保険者で上乗せ実施して国保特会で負担することは不適切であることに十分注意の上、実施内容の精査が必要である。住民（被保険者ではなく）の健康の保持増進の観点から実施の必要性がある健診（検診）項目は、国保被保険者に限定せず、住民全員に一般会計で実施するのが妥当であり、保険者に一律に実施を求めることは適当ではない。

③市町村における実施体制の確立、各種健診の同時実施

対象者の不便を避け、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り、市町村内の関係部署では、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では、この点が重要である。

同時実施が可能なものは、可能な限り同時実施に向けて取り組むことが重要である。高齢者の医療の確保に関する法律第 21 条^{*1} 第 1 項において、他法令に基づく健康診断が特定健康診査よりも優先されることが定められていることから、特定健康診査と他の健診を同時に実施した場合、検査項目等が重なる部分は、他の健診が費用負担する（保険者への特定健康診査の請求額が重複分だけ差し引かれる）。

他の健診との同時実施時に重複分を差し引くことができるよう^{*2}、契約単価は項目別に設定しておくことが理想ではあるが、特に集合契約においては包括的に設定される傾向があることから、少なくとも差し引き額のみを契約時に実施機関と取り決め、契約書に明記^{*3}（具体的には「何の健診の時はいくら差し引く」というものを、同時実施の可能性がある健診分を整理）しておくことが重要である。被用者保険は、市町村の他の健診と同時に実施されたのか否かを把握することが比較的難しいことから、市町村と十分に連携し、同時実施の有無（＝重複請求の有無）を十分にチェックする。

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、がん検診等他の検診を同時実施 ○集合契約により国保の実施体制に乗る被用者保険の被扶養者までは、同様に（国保の特定健康診査の会場にて）各種健診の同時実施が可能 ○後期高齢者の健診についても、広域連合から国保への実施委託により、同様に各種健診の同時実施が可能
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）。

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

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

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

1-4 階層化

1-4-1 階層化

保険者が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とを「階層化」という。

「標準的な健診・保健指導プログラム」第2編第3章において、ステップ1から4の手順でその基準や方法^{*1}が示されている。メタボリックシンドロームの該当者判定基準（日本内科学会等内科系8学会基準）と階層化の基準は異なる（階層化基準は、喫煙歴のある者やBMIが25 kg/m²以上の者、空腹時血糖値が100～109mg/dlの者、随時血糖値が100mg/dl以上の者も含めるとともに、服薬中の者を除外している）。

階層化は、保険者自身で健診を実施するかどうかにかかわらず、一義的には保険者の義務である。ただし、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レベルではなく、メタボリックシンドロームの判定^{*2}結果となる）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。委託契約の仕様には、階層化リストの別途提出も含めておくことが望ましい。

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抽出・確定も含めて委託したいと考える保険者の場合は、保健指導機関が階層化を実施する。

階層化の方法は、健診結果を用いて、基準に従って行う。特定健康診査の結果データについては、健診機関から保険者への送付時に、個票データファイル（本人に返す健診結果通知表）の「メタボリックシンドローム判定」欄に判定結果（基準該当／予備群該当／非該当／判定不能）が、「保健指導レベル」欄に結果（積極的支援／動機付け支援／なし（情報提供）／判定不能）が、それぞれ記録される。この「保健指導レベル」欄の抽出により、保険者において保健指導対象者リストを生成^{*3}し、優先順位付け等の判断（詳細は1-4-2参照）を行った上で、実施対象者を決定する。

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

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

^{*2} 日本内科学会等内科系8学会基準（空腹時血糖による該当者のみ規定）に、HbA1cによる検査結果も判定基準に加え、メタボリックシンドローム該当者を判定する。また、腹囲＋追加リスク1つを予備群該当者と規定し、判定結果を印字（あるいはファイル格納）する。なお、日常臨床等における取扱いを踏まえ、HbA1cの判定基準値（空腹時血糖110mg/dlに相当する値）はNGSP値6.0%とし、HbA1cのみ検査した場合のメタボリックシンドローム判定としてはこの値を用いる（ちなみに階層化に用いる保健指導判定値である空腹時血糖100mg/dlに相当するHbA1cの値はNGSP値5.6%）。メタボリックシンドロームの判定基準は空腹時血糖が原則であり、空腹時血糖の値がない場合は相関するHbA1cの値を用いることから、空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合は空腹時血糖の結果を優先する。なお、随時血糖の値のみの場合は、血糖検査は未実施として取り扱う。

^{*3} 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、委託仕様を含める、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）。ただし、集合契約Bにおいて代行機関に社会保険診療報酬支払基金を利用する場合は、標準的な仕様に沿った電子データファイル以外は受け付けられないことから、別途保険者に直送を依頼する。

健診機関から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、保険者にて対象者リストの抽出・作成が必要となる。保険者の健診データ管理システム^{*1}に階層化機能（階層化ルールをプログラム化する機能）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、システムについて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のため、保険者でも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、紙でしか受領できなかったものはパンチ入力によるデータファイルの作成の作業が必要となる。このような作業が生じないよう、事業者等データの提供元（健診の実施責任者）と協議・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。

1-4-2 保険者による優先順位付け

階層化は、基準に従って自動的に決定されるが、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・積極的支援を実施する必要はない。「標準的な健診・保健指導プログラム」にも記載があるように、生活習慣の改善により予防効果が大きく期待できる者を明確にし、優先順位をつけて保健指導を実施する。

保険者は、限られた保険財源の中で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。十分な予算を持つ保険者や、保健事業を重視し注力している保険者等が、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。

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・減算等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、分母は対象者全員となる（優先順位付けにより対象者から外しても評価上は外れない）。特定保健指導の実施率の目標達成の観点からは、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。

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。なお、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。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。

^{*1} 健診・保健指導機関等から送付された特定健診・特定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、保険者が持つ既存のシステムに機能を追加・改修するか、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保険者の場合）等が考えられる。

＜標準的な健診・保健指導プログラム 第3編第2章＞

2-3

(3) 特定保健指導の対象者の優先順位にかかる基本的な考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、効果的・効率的な保健指導の実施が必要である。そのため、健診データやレセプトデータを分析し、介入できる対象を選定して優先順位をつける。たとえば、特定保健指導の対象者の優先順位のつけ方としては、以下の方法が考えられる。

- 年齢が比較的若い対象者
- 健診結果に基づく保健指導レベルが動機付け支援レベルから積極的支援レベルに移行する等、健診結果が前年度と比較して悪化し、より綿密な保健指導が必要になった対象者
- 第2編第2章別紙3の標準的な質問票（8～20番）の回答により、生活習慣改善の必要性が高いと認められる対象者
- これまでに、積極的支援及び動機付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

1-4-3 その他(受診勧奨)

階層化の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（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（受診勧奨判定値）がある。受診勧奨は、「標準的な健診・保健指導プログラム 第2編第2章2-2-（2）①」等を参照とされたい。

保健指導判定値以上であれば保健指導対象者となることから、受診勧奨判定値を超えている者でも質問票の結果において服薬（医療機関での受療）等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、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（医療機関を受診する）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ものは、分母に含める。

1-5 結果通知

1-5-1 結果説明、情報提供の評価(第3期の見直し)

保険者は、特定健康診査の結果を受診者に知らせ、自分自身の健康状態を理解してもらう必要がある。通知方法としては、結果通知表（個人票）を本人に直接渡す方法か送付する方法がある。結果通知表（個人票）を本人に直接渡すことができる場合は、受診者が自分自身の健康状態を理解する貴重な機会である。結果通知表をただ渡すだけではなく、検査値の解説や対象者個々人のリスク、経年変化等を説明し、継続して健診を受けることの重要性を説明することが望ましい。

保険者が特定健康診査の実施を健診機関に委託している場合、結果通知を保険者が行うためには、健診機関から保険者に一括送付後、保険者において改めて各自に送付する手間

が生じ、委託のメリットが薄れること、結果説明や通知は健診の一部であること等から、健診機関から本人に直送する形が合理的である。

特定健康診査の結果を受診者本人に分かりやすく伝えることは^{*1}、健診受診者（特定保健指導対象者以外の者も含む。）が、自分自身の健康課題を認識して生活習慣の改善に取り組むことにつながる貴重な機会であることにかんがみ、第三期（2018 年度）から、特定健康診査の結果を受診者本人に分かりやすく伝えているかどうかを、保険者による特定健診・特定保健指導の実施状況に関する報告の項目として位置付けた。

図表 5: 情報提供の評価

コード	内容
1 : 付加価値の高い情報提供	本人に分かりやすく付加価値の高い健診結果の情報提供（個別に提供） ・経年データのグラフやレーダーチャート等 ・個別性の高い情報（本人の疾患リスク、検査値の意味） ・生活習慣改善等のアドバイス
2 : 専門職が対面説明	専門職による対面での健診結果説明の実施
3 : 1 と 2 両方とも実施	

1-5-2 通知様式例

「特定健康診査受診結果通知表」の様式例を次に示す。この例と異なるレイアウトで発行するときも、様式例の記載事項は必ず記載する（順序・配置は自由）。可搬性や保管の利便性を考慮し A 4 両面を想定しているが、A 4 片面 2 枚、A 3 片面 1 枚等でも差し支えない。

本人への送付は、一覧性や可搬性を考慮した場合、紙へ印刷し送付する形が分かりやすいが、長期保管や分析等の場合は、データファイルでの受領が効率的である。

特定保健指導では、本人が通知表を保健指導機関に持参し、保健指導機関はこれを活用して支援計画の作成や保健指導等を行う。事前に本人が行こうとする保健指導機関を保険者が把握できる場合は、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だが、集合契約や多数の保健指導機関と個別契約を締結している場合は、事前に把握することは困難なため、本人が持参することを前提としている。

本人の健康情報の管理においては、過去の健診結果をファイリングすることになる。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することが望ましい。

^{*1} 個人への分かりやすい情報提供については、「個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブを提供する取組に係るガイドラインについて(平成 28 年5月 18 日 保発 0518 第1号)」を参照のこと。

図表 6: 特定健康診査受診結果通知表*1

(表面)

フリガナ		生年月日	年 月 日	健診年月日	年 月 日
氏 名		性別／年齢	男・女 歳	特定健康診査 受診券番号	

既 往 歴			
服 薬 歴		喫煙歴	
自 覚 症 状			
他 覚 症 状			

(裏面)

貧 血 検 査	赤 血 球 数 (万/ml)				
	血 色 素 量 (g/dl)				
	ヘマトクリット値 (%)				
心 電 図 査 見	所 見				
眼 底 検 査	所 見				
血清クレアチニン 検 査	血清クレアチニン値 (mg/dl)				
	eGFR (ml/min/1.73m ²)				

メタボリックシンドローム判定				
----------------	--	--	--	--

医師の判断	
判断した医師の氏名	

(備考)

1. この用紙は、日本工業規格A列4版とすること。

2. 「性別」の欄は、該当しない文字を抹消すること。

3. 基準値を外れている場合には、「*」を測定結果欄に記入すること。

4. 「メタボリックシンドローム判定」の欄は、「基準該当／予備群該当／非該当」を記入すること。

5. 「医師の判断」の欄は、
① 特定健康診査の結果を踏まえた医師の所見
② 貧血検査、心電図検査、眼底検査及び血清クレアチニン検査を実施した場合の理由
を記入すること。

* LDLコレステロールについては、中性脂肪が400mg/d以上又は食後採血の場合はNon-HDLコレステロールの測定に代えられる

*1 「メタボリックシンドローム判定」欄には、保健指導の種別を記載するのではなく、「基準該当」「予備群該当」等を記載する。

- 14 -

2. 特定保健指導

2-1 対象者

①対象者の定義

保険者は、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、特定健康診査等実施計画に基づき、特定保健指導を実施する。

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は、腹囲が 85cm 以上（男性）・90cm 以上（女性）の者又は腹囲が 85cm 未満（男性）・90cm 未満（女性）の者で BMI が 25 kg/m^2 以上の者のうち、血糖について空腹時血糖が 100 mg/dl 以上、HbA1c (NGSP 値) 5.6% 以上又は随時血糖が 100 mg/dl 以上（原則として空腹時血糖又は HbA1c (NGSP 値) を測定することとし、空腹時以外は HbA1c (NGSP 値) を測定する。やむを得ず空腹時以外において HbA1c (NGSP 値) を測定しない場合は、食直後^{*1}を除き随時血糖による血糖検査を行うことを可とする。空腹時血糖値及び HbA1c (NGSP 値) の両方を測定している場合、空腹時血糖の値を優先とする）・脂質について中性脂肪 150 mg/dl 以上又は HDL コレステロール 40 mg/dl 未満）・血圧について収縮期 130 mmHg 以上又は拡張期 85 mmHg 以上に該当する者（糖尿病、高血圧症又は脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者を除く^{*2}）である。

次表のとおり、追加リスクの多少と喫煙歴の有無により、動機付け支援と積極的支援の対象者が異なる。腹囲に代えて内臓脂肪面積を測定（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）する場合は、「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 7: 特定保健指導の対象者(階層化)

腹囲	追加リスク	④喫煙歴	対象 ^{*3}	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40-64 歳	65-74 歳
$\geq 85 \text{ cm}$ (男性) $\geq 90 \text{ cm}$ (女性)	2つ以上該当		積極的支援	動機付け支援
	1つ該当	あり なし		
上 記 以 外 で $\text{BMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$	3つ該当		積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	あり なし		
	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。

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）に予想される特定保健指導実施対象者数は、想定受診者数(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たと想定した分)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、各保険者で過去の特定健診等デー

^{*1} 特定健康診査においては、空腹時血糖は絶食 10 時間以上、随時血糖は食事開始時から 3.5 時間以上絶食 10 時間未満に採血が実施されたものとする。

^{*2} 保健指導判定値だけではなく受診勧奨判定値を超えている者でも、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、保険者は、健診結果(検査値や健診機関の医師の判断結果等)に基づき、特定保健指導を実施するか否かを判断する。

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

タを使用し推計することが望ましい。特定保健指導対象者となるリスクは、性別や年齢によって異なるため、性別・年齢階級別での推計が望ましい。

③当年度の実績報告時の対象者の確定

実施年度の翌年度の11月1日までに、前年度の実施結果データを、支払基金（を通じ国）に提出することとなっているが、この時点では、実施年度中に異動や除外対象になった者は確定している。よって、実施年度末時点で対象となるべき者は、実施年度末時点で保有している健診データ（自ら実施した分だけではなく、特定健康診査に相当する他の健診結果データを貰った分を含む）のうち健診結果により特定保健指導対象者と判定される者のデータから、異動した者や妊産婦等除外規定に該当するようになった者のデータを除外した残りのデータが、最終的な特定保健指導対象者として確定される。

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（行動計画の実績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の該当者のデータを除外し（実施率を算定する場合は分母・分子の両方から除外）、その数が実施者数（実施率を算定する時の分子）となる。

④服薬中（受療中）の者の取扱い

対象者の抽出（階層化）の定義では、糖尿病、高血圧症又は脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者を除くこととしている。これはすで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なされればよく、別途重複^{*1}して保健指導を行う必要性が薄いため除外しているものである。

この除外すべき者の抽出方法は、特定健康診査における質問票を用いて行う。質問票への誤記入等が考えられるため、対応が可能な保険者は、健診実施後に対象者の生活習慣病に関する服薬の有無をレセプト情報等から確認し、保険者の医師・保健師・管理栄養士・看護師の専門職による対象者本人への再確認及び本人の同意の下に特定保健指導対象者から除外することができる。なお、除外できるのは、利用券を用いている場合には利用券交付日前まで、利用券を用いていない場合には、特定保健指導初回面接実施前までに、対象者本人への再確認及び本人の同意を得た場合とする。

⑤糖尿病、高血圧症、脂質異常症以外の疾病等で医療機関にて受療中の者の取扱い

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

この場合、特定保健指導の利用券に「医療機関にて受療中の場合には特定保健指導の実施の可否を主治医と確認すること」を明示（様式例では裏面の注意事項に記載）しておくとともに、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、保険者は主治医と十分な連携を図る。

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

特定健康診査実施時には服薬等は行っていなかったため、特定保健指導対象者として抽

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

出したものの、その後状態の変化等があり、特定保健指導を開始する時点では糖尿病等の生活習慣病に係る服薬等を始めていたという場合は、服薬指導を行っている医師と十分に連携し、特定保健指導の対象とせず医師による服薬指導を継続するのか、服薬の開始後間もない者である等の理由から服薬を中断して特定保健指導を優先するのか、服薬指導と並行して特定保健指導を実施するのかを判断する。

この時の特定保健指導の実施率の取扱いは、健診データにより対象者を確定するため、特定保健指導ではなく服薬指導となった場合は、分母に含み、分子（実施完了者）には含めない。特定保健指導を実施した場合は、分母（対象者）と分子（実施完了者）に含める。

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

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

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

この時の実施率は、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みなせることから、分母（対象者）には含み、分子（実施完了者）には含めない。引き続き完了まで継続した場合は、分母（対象者）と分子（実施完了者）に含める。

⑧特定保健指導完了後に服薬（受療）を開始した者の取扱い

特定保健指導を完了しているが、その後、服薬開始を知り得た場合は、すでに実施済ということで、分母（対象者）と分子（実施完了者）に含める。

⑨保険者において、健診実施後に服薬中であったことが判明した者の取扱い

健診時の質問票の服薬状況に誤って回答し、その結果として、階層化判定により特定保健指導の対象者となったが、特定保健指導を受ける前に、保険者において健診実施時点で服薬者であったことが判明した場合、該当者であることが判明したことを区分するコードを付与し、保険者が国への実績報告時にデータを作成する（検査項目コード及び再確認者コードは図表9・10）。なお、任意事項であり、すべての保険者で実施する必要はない。また、当該本人と直接面接等により、保険者の医師・保健師・管理栄養士・看護師の専門職が再確認を行うこととなるので、保険者に専門職が存在しない場合は実施できない。

運用ルールは以下のとおりである。

- ・利用券を用いて特定保健指導を実施する場合、利用券交付日前までに、保険者で確認する。利用券を用いない場合、特定保健指導の初回面接前までに、保険者で確認する。
- ・保険者において、服薬を確認できた項目のみにコードを付与する。
- ・保険者で再確認して服薬が明らかとなった場合、集計情報ファイルに反映させる（反映の方法は図表11のとおり）。再確認により服薬が明らかとなった場合、健診機関から報告された保健指導レベル判定結果と異なるが、保険者による情報提供への変更は行わない。

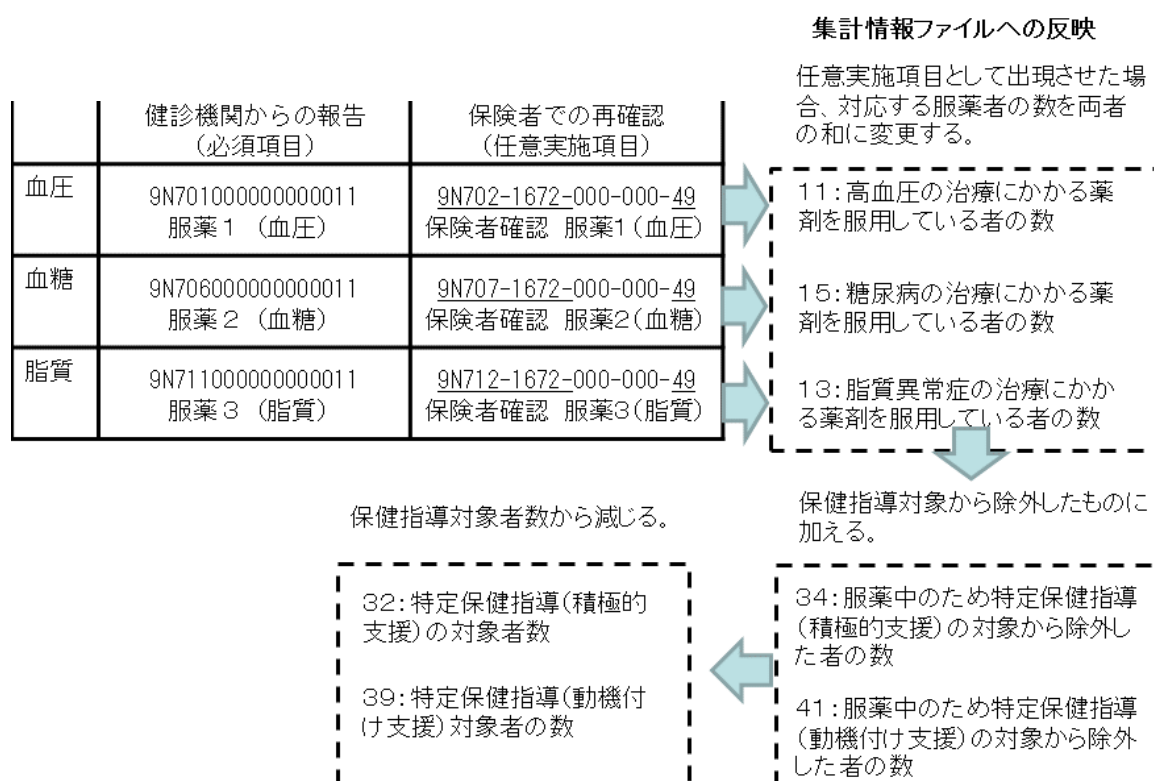
図表 8:検査項目コード

検査項目コード	名称
9N702-1672-000-000-49	保険者再確認 服薬1 (血圧)
9N707-1672-000-000-49	保険者再確認 服薬2 (血糖)
9N712-1672-000-000-49	保険者再確認 服薬3 (脂質)

図表 9:再確認者コード

コード名	コード	内容
再確認者コード	1	医師が本人との面談等にて確認
	2	保健師が本人との面談等にて確認
	3	管理栄養士が本人との面談等にて確認
	4	看護師が本人との面談等にて確認

図表 10:反映の方法



2-2 その他の保健指導

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、保険者の判断で自由に保健指導を行うことは可能である。

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(特定健康診査の質問票の結果)、健診結果からは特定保健指導の対象者に該当しなくとも、加入者の健康の保持増進のために必要があると認める時は加入者に対し、適切な保健指導を行うよう努める。

例えば、医療機関を受療中だが、医師の指示通り治療・服薬等を行っていない者や、服

薬中の者に特定保健指導とは別に保健指導を実施する場合が考えられる（この時は医療機関等との適切な連携の下に行う必要がある）。

2-3 情報提供

保険者は、「対象者が健診結果から、自らの身体状況を認識すると共に、生活習慣を見直すきっかけとする。また、健診結果とあいまって、医療機関への受診や継続治療が必要な対象者に受診や服薬の重要性を認識してもらうと共に、健診受診者全員に対し継続的に健診を受診する必要性を認識してもらう」（標準的な健診・保健指導プログラム）ため、特定健康診査を受診した者全員を対象に「情報提供」（健診結果の通知と同時に実施）を実施する。保険者に実施義務があるが、健診・保健指導機関等に委託することもできる。

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し、生活習慣の改善の意識づけを行う。健診結果や質問票から、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、毎年の継続的な健診受診の重要性や、生活習慣の変化と健診結果の変化の関係、生活習慣改善の意義が理解できるように伝える、医療機関への受診や継続治療が必要な対象者には、受診や服薬の重要性を認識してもらえるよう工夫することが重要である。

階層化の結果、特定保健指導の対象には該当せず、「情報提供」のみとなった対象者については、この機会が健康に対する動機付けを行う貴重な機会となる。「標準的な健診・保健指導プログラム」では、「特定保健指導の対象には該当しなかった対象者については、情報提供することが、健康に関して動機付けとなる貴重な機会になることや、非肥満でも危険因子が重複すると、肥満者と同様に脳卒中の発症リスクが高まること等に留意する。特に以下の者に対しては、生活習慣の改善や確実な医療機関への受診勧奨、生活習慣病のコントロールの重要性等について、必要な支援を直接行うことが望ましい」としている。

- ・腹囲や検査データ等は現在正常の範囲であるが、喫煙や食生活・身体活動等の生活習慣等に問題があり、今後の悪化が懸念される者
- ・検査データでは保健指導判定値以上であるが、肥満がないため特定保健指導の対象とはならない者
- ・受診勧奨がなされているにも関わらず、医療機関を受診していない者
- ・服薬中であるがコントロール不良の者

対象者や保険者の特性に合わせ、以下のような支援形態・手段を選択する。委託により実施する場合は、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であるため、委託契約の業務範囲に含めておくことが必要である。

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

2-4 動機付け支援

①支援内容、支援形態

面接による支援のみの原則 1 回とする。初回面接から実績評価を行うまでの期間は 3 ヶ月経過後となる。ただし、保険者の判断で、対象者の状況等に応じ、6 ヶ月後に評価を実施することや、3 ヶ月後の実績評価終了後にさらに独自のフォローアップ等もできる。

対象者本人が、自分の生活習慣の改善点・伸ばすべき行動等に気づき、自ら目標を設定し行動に移すことができる内容とする。特定健康診査の結果並びに喫煙習慣、運動習慣、食事習慣、休養習慣その他の生活習慣の状況に関する調査の結果を踏まえ、面接による支援及び実績評価（行動計画作成の日から 3 ヶ月経過後に行う評価）を行う。

②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（情報通信技術を活用した遠隔面接はおおむね 30 分以上）、又は 1 グループ（1 グループはおおむね 8 名以下）当たりおおむね 80 分以上のグループ支援（情報通信技術を活用した遠隔支援はおおむね 90 分以上）とする^{*1}。ただし、初回面接を分割実施した場合、初回面接 2 回目の支援として、「1 人当たり 20 分以上」の個別支援、「1 グループ（おおむね 8 人以下）当たりおおむね 80 分」のグループ支援を行う必要はなく、対象者の健診結果や初回面接 1 回目の内容等に応じて実施する。具体的に実施すべき内容は、以下のとおり。

＜特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第 7 条第 1 項及び第 8 条第 1 項の規定に基づき厚生労働大臣が定める特定保健指導の実施方法＞（平成 25 年厚生労働省告示第 91 号）

- 生活習慣と特定健康診査の結果との関係を理解する、生活習慣を振り返る、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識を習得する、それらが動機付け支援対象者本人の生活に及ぼす影響の認識等から、生活習慣の改善の必要性について説明する。
- 生活習慣を改善する場合の利点及び改善しない場合の不利益について説明する。
- 食事、運動等、生活習慣の改善に必要な事項について実践的な指導をする。
- 動機付け支援対象者の行動目標や実績評価の時期の設定について支援するとともに、生活習慣を改善するために必要な社会資源を紹介し、有効に活用できるように支援する。
- 体重及び腹囲の計測方法について説明する。
- 動機付け支援対象者に対する面接による指導の下に、行動目標及び行動計画を作成する。

③実績評価

面接又は通信（電話又は電子メール、FAX、手紙等）を利用して実施する。電子メール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。具体的に実施すべき内容は、以下のとおり。

^{*1} 情報通信技術を活用した遠隔支援の詳細については、「情報通信技術を活用した特定保健指導の実施について（令和 3 年 2 月 1 日 健発 0201 第 11 号、保発 0201 第 6 号）」及び「特定保健指導における情報通信技術を活用した指導の実施の手引き」を参照のこと。

＜特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第7条第1項及び第8条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める特定保健指導の実施方法＞（平成25年厚生労働省告示第91号）

- 実績評価は、個々の動機付け支援対象者に対する特定保健指導の効果について評価するものである。
- 設定した行動目標が達成されているかどうか並びに身体状況及び生活習慣に変化が見られたかどうかについての評価を行う。
- 必要に応じて評価時期を設定して動機付け支援対象者が自ら評価するとともに、行動計画の策定の日から3ヶ月以上経過後に医師、保健師又は管理栄養士による評価を行い、評価結果について動機付け支援対象者に提供する。
- 実績評価は、面接又は通信（電話又は電子メール、FAX、手紙等）により行い、評価結果について動機付け支援対象者に提供する。

2-5 積極的支援

①支援内容及び支援形態

初回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。初回面接から実績評価を行うまでの期間は3ヶ月経過後となる。ただし、保険者の判断で、対象者の状況等に応じ、6ヶ月後に評価を実施することや3ヶ月後^{*1}の実績評価の終了後にさらに独自のフォローアップ等もできる。

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行動計画の進捗状況に関する評価（中間評価）及び実績評価（行動計画作成の日から3ヶ月経過後に行う評価）を行う。具体的に実施すべき内容は、以下のとおり。

＜特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第7条第1項及び第8条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める特定保健指導の実施方法＞（平成25年厚生労働省告示第91号）

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

^{*1} 3ヶ月以上の継続的な支援の途中に、脱落の危機があった等により中断の後、再開の督促等により継続・再開したために3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し、カウントする。

②初回面接による支援

1人当たり20分以上の個別支援（情報通信技術を活用した遠隔面接はおおむね30分以上）^{*1}、又は1グループ（1グループはおおむね8名以下）当たりおおむね80分以上のグループ支援（情報通信技術を活用した遠隔支援はおおむね90分以上）^{*2}とする。ただし、初回面接を分割実施した場合、初回面接2回目の支援として、「1人当たり20分以上」の個別支援、「1グループ（おおむね8人以下）当たりおおむね80分」のグループ支援を行う必要はなく、対象者の健診結果や初回面接1回目の内容等に応じて実施する。

③3ヶ月以上の継続的な支援の具体的内容

支援Aのみの方法で180ポイント以上又は支援A（最低160ポイント以上）と支援Bの方法によるポイントの合計が180ポイント以上の支援を実施することを条件とする。ただし、2年連続して積極的支援に該当した対象者のうち、1年目に比べ2年目の状態が改善している者については、動機付け支援相当の支援として180ポイント未満でも特定保健指導を実施したこととなる（詳細は2-6①参照）。

同日に複数の支援を行った場合は、いずれか1つの支援のみをポイントの算定対象とする。また、同日に同一の支援を複数回行った場合も、ポイントの算定対象となるのは1回の支援のみとする。特定保健指導と直接関係のない情報（次回の支援の約束や雑談など特定保健指導と直接かかわりのない情報）のやり取りはポイントの算定対象としない。

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

図表 11:3ヶ月以上の継続的な支援のポイント構成

支援 A	内容	○積極的支援対象者の過去の生活習慣及び行動計画の実施状況を踏まえ、積極的支援対象者の必要性に応じた支援をすること。 ○食事、運動等の生活習慣の改善に必要な事項について実践的な指導をすること。 ○進捗状況に関する評価として、積極的支援対象者が実践している取組内容及びその結果についての評価を行い、必要があると認めるときは、行動目標及び行動計画の再設定を行うこと。 ○行動計画の実施状況について記載したものの提出を受け、それらの記載に基づいて支援を行うこと。	
	支援形態	○個別、グループ、電話、電子メール（電子メール・FAX・手紙等）のいずれか、もしくは組み合わせて行う	
	ポイント 算定 要件	個別支援 ※ ³	○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 ※ ³	○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）

^{*1} 分割実施を行う場合には、2回合計で1人当たり20分以上の個別支援。情報通信技術を活用した遠隔面接は、遠隔面接で使用する教材や対象者の知識や理解の度合いに応じて、おおむね30分以上。

^{*2} 分割実施を行う場合には、2回合計で1人当たり80分以上のグループ支援。情報通信技術を活用した遠隔支援は、遠隔支援で使用する教材や対象者の知識や理解の度合いに応じて、おおむね90分以上。

^{*3} 情報通信技術を活用した支援を含む。支援Bにおける支援も同様。

		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＝特定保健指導実施者と積極的支援対象者の間で支援に必要な情報の共有を図ることにより支援を完了したと当該特定保健指導実施者が判断するまで、電子メール・FAX・手紙等を通じて支援に必要な情報のやりとりを行うことをいう。
支援 B	内容	○初回の面接の際に作成した行動計画の実施状況を確認し、行動計画に掲げた取組を維持するために励ましや賞賛を行うものとする。	
	支援形態	○個別、電話、電子メール(電子メール・FAX・手紙等)のいずれか、もしくは組み合わせて行う	
	ポイント算定要件	個別支援※3	○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＝特定保健指導実施者と積極的支援対象者の間で支援に必要な情報の共有を図ることにより支援を完了したと当該特定保健指導実施者が判断するまで、電子メール・FAX・手紙等を通じて支援に必要な情報のやりとりを行うことをいう。

④実績評価

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

2-6 第3期(2018 年度以降)からの見直し

第三期（2018 年度以降）から、積極的支援対象者に対して、以下の新たな支援方法が位置付いた。

- ① 2 年連続して積極的支援に該当した者への 2 年目の特定保健指導（特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第 7 条第 1 項及び第 8 条第 1 項の規定に基づき厚生労働大臣が定める特定保健指導の実施方法 第 2 の 1 (2)ア）

2 年連続して積極的支援に該当した対象者のうち、1 年目に比べ 2 年目の状態が改善している者については、2 年目の特定保健指導は、動機付け支援相当（初回面接と実績評価は必須だが、その間の必要に応じた支援は 180 ポイント未満でもよい）の支援を実施した場合であっても、特定保健指導を実施したこととなる。

対象者は、1 年目*1に積極的支援の対象者に該当し、かつ積極的支援（3 ヶ月以上の継

*1 2 年連続して積極的支援に該当した者の判定時期は、2017 年度から 1 年目として取り扱う(2018 年度において改善等の要件に該当すれば、2018 年度から動機付け支援相当の支援でも可とする)。

継続的な支援^{*2}の実施を含む)を終了した者であって、2年目も積極的支援対象者に該当し、1年目に比べ2年目の状態が改善している者のみである。なお、2年目に動機付け支援相当の支援を実施し、3年目も積極的支援に該当した者は、3年目は動機付け支援相当の支援の対象にはならない。

また、状態が改善している者とは、特定健康診査の結果において、1年目と比べて2年目の腹囲及び体重の値が次のとおり一定程度減少していると認められる者とする。

BMI < 30	腹囲 1.0cm 以上かつ体重 1.0kg 以上減少している者
BMI ≥ 30	腹囲 2.0cm 以上かつ体重 2.0kg 以上減少している者

保険者が対象者を選定し動機付け支援相当の支援を実施する流れは、以下のとおり。

- ア 当該年度に積極的支援レベルに該当した者のうち、前年度も積極的支援レベルに該当し、かつ積極的支援（3ヶ月以上の継続的支援の実施含む）を終了した者を抽出する
- イ 腹囲及び体重の値が、前年度の特定健康診査の結果に比べ当該年度の特定健康診査の結果の方が改善している者を抽出する
- ウ 動機付け支援相当の支援とするか、積極的支援とするかを判断
- エ 動機付け支援相当の支援の実施を決定（集合契約であれば、「動機付け支援相当」の利用券を発行）

②柔軟な運用による特定保健指導のモデル実施（特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第7条第1項及び第8条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める特定保健指導の実施方法 第2の1(2)イ）

積極的支援対象者に対する3ヶ月以上の継続的な支援におけるポイントの在り方や、生活習慣の改善効果を得るための目安となる新たな指標等を検証するために、柔軟な運用による特定保健指導のモデル実施を可能とする。モデル実施を行った場合は、以下の要件を全て満たせば特定保健指導を実施したとみなす。

- ア 初回面接と実績評価を行っている
- イ 実績評価の時点で、当該年の特定健康診査の結果に比べて腹囲 2.0cm 以上かつ体重 2.0kg 以上減少している者（又は当該年の健診時の体重の値に、0.024 を乗じた体重（kg）以上かつ同体重（kg）と同じ値の腹囲（cm）以上減少している者^{*1}）
- ウ 喫煙者に対しては、「標準的な健診・保健指導プログラム」を参考に禁煙指導を実施している^{*2}
- エ 実施した継続的な支援の実施状況を報告する

モデル実施を行う保険者は、別途定めるモデル実施に関する実施計画書及び実績報告書を国に提出し、国が行うモデル実施に関する効果の検証のための作業に協力する。

行動計画の実績評価の時点で腹囲及び体重の値が改善していない場合は、その後、追加支援を実施し180ポイント以上に達すれば積極的支援を実施したこととする^{*3}。

^{*2} 3ヶ月以上の継続的な支援は、2-5③に記載するとおり180ポイント以上の支援を実施することをいう。

^{*1} 例えば、当該年の健診時の体重が74kgだった場合、体重1.8kg(=74×0.024 ※少数点以下2桁を四捨五入する)以上かつ腹囲1.8cm以上減少していればよい。

^{*2} モデル実施の利用者以外であっても、喫煙者に対しては禁煙指導を実施することが望ましい。

^{*3} 実績評価の時点で腹囲又は体重の値が要件を満たさず、180ポイント以上の追加支援が実施できなかった場合(モデル実施の実績評価前の脱落を含む)は、積極的支援の途中終了として取扱うこととする。

2-7 支援計画・初回面接

2-7-1 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いう。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等を行う）。

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として、「標準的な健診・保健指導プログラム」において様式例が示されている（図表14参照）。

記載すべき内容は、保険者への実施報告や、保険者・保健指導機関における保管・記録用として、実施した指導の内容や結果等のほか、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する。この記録は、保健指導の終了時に保険者へ実施報告を行う場合や、終了時以外においても、保険者や対象者の求めに応じ報告する場合に用いられる。

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で作成されていることが多いので、国で統一的な様式を定めることはしない。ただし、様式例に示した記載項目は報告または記録として最低限記載しておく。決済に必要なとなる最低限の項目及び国への実績報告に必要な項目はデータファイル化を行う必要があるが、その他の項目は紙での記録・保管でも差し支えない。

初回面接実施者・中間評価者・実績評価者は、同一機関内において、保健指導実施者間で適切に情報共有がされている場合は、同一の者でなくてよい。適切な情報共有としては、組織として統一的な実施計画及び報告書を用いる必要がある。その際に、様式例に示した最低限記載しておくべき事項を記載する。

また、保険者と保健指導の委託先との間で適切に特定保健指導対象者の情報が共有され、保険者が当該対象者に対する特定保健指導全体の総括・管理を行う場合は、初回面接実施者・中間評価者・実績評価者が同一機関であることを要しない（2-8-2参照）。

③保健指導の記録の電子データ化と個人記録との関係

記載項目のうち、決済に必要な実施状況を確認するに際し最低限必要な項目や、国への実績報告に必要な項目のみをデータファイルに記録し、保健指導機関から代行機関・保険者へと送付し、さらにその一部が保険者から国へ実績報告として送付される。

保健指導の個人記録は紙で記録・保管することでも差し支えないこととし、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。

2-7-2 初回面接、健診結果が揃わない場合の分割実施

①初回面接の重要性

2018年4月1日以降に実施された特定健康診査に基づく特定保健指導から、特定保健指導の質を確保しつつ、対象者の負担の軽減も図りながら、利用者の拡充に対応する等の観点から、行動計画の実績評価を3ヶ月経過後（積極的支援の場合は、3ヶ月以上の継続的な支援終了後）に行うことが可能となった。

対象者自らが生活習慣の改善を実践できるよう、健診結果の内容や生活習慣の改善の必要性を理解するための的確な初回面接がこれまで以上に重要である。また、実績評価後に、例えばICTを活用して生活習慣の改善の実践状況をフォローするなど、対象者の個別性や保険者の人的・財政的資源に応じた効果的・効率的な取組が期待される。

②健診結果が揃わない場合の初回面接の分割実施

特定健康診査受診当日に初回面接を行うことは、健康意識が高まっている時に受診者に働きかけることができ、受診者にも利便性がよいため、健診当日に全ての検査結果が判明しない場合でも、次のとおり、初回面接の分割実施を可能とする（図表13参照）。

ア 初回面接1回目

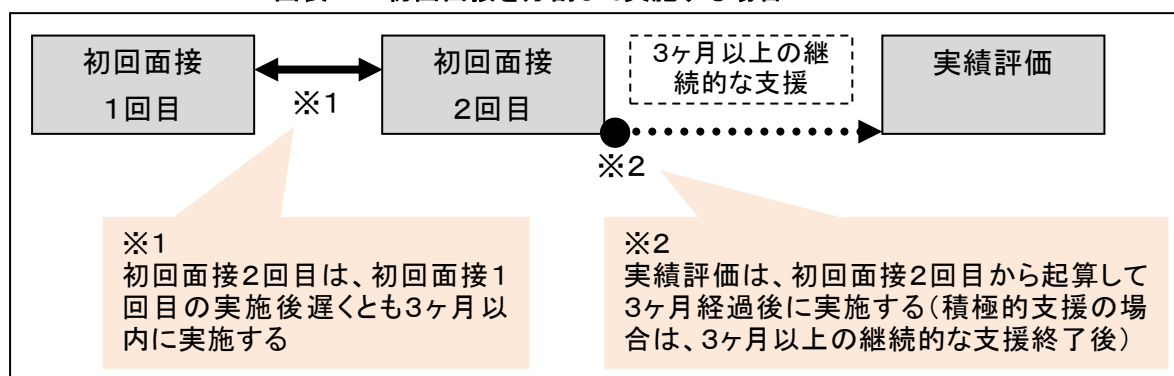
特定健康診査受診当日に、腹囲・体重、血圧、喫煙歴等の状況から特定保健指導の対象と見込まれる者に対して、把握できる情報（腹囲・体重、血圧、質問票の回答を含めた既往歴、前年度の検査結果等）をもとに、専門職^{*1}が初回面接を行い、行動計画を暫定的に作成する。

イ 初回面接2回目

全ての検査結果が揃った後に、医師が総合的な判断を行った上で、専門職が本人に電話等を用いて相談しつつ、当該行動計画を完成する。初回面接を分割して実施した場合は、初回面接2回目に引き続いて同一日に継続的な支援を実施することも可能である。初回面接を分割して実施する場合の初回面接2回目は、初回面接1回目の実施後、遅くとも3ヶ月以内に実施する。

初回面接を分割して実施した場合は、積極的支援及び動機付け支援は、行動計画の策定が完了する初回面接2回目から起算して3ヶ月経過後とする。

図表 12: 初回面接を分割して実施する場合



^{*1} 専門職とは、保健指導に関する専門的知識及び技術を有する者である医師、保健師、管理栄養士のことである。

図表 13: 様式例「特定保健指導支援計画及び実施報告書」*1

1 ページ目

特定保健指導支援計画及び実施報告書の例

1 保健指導対象者名
利用券番号

2 保険者名
保険者番号

3 保健指導機関名(番号)・保健指導責任者名
総轄保健指導機関名
保健指導機関番号

保健指導責任者名(職種)
()

4 保健指導区分
動機付け支援
積極的支援
動機付け支援相当
モデル実施

5 保健指導コース名

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

7 初回面接による支援の支援形態・実施する者の職種
実績
支援形態
個別・グループ・遠隔面接
実施する者の氏名
実施する者の職種

8 継続的な支援の支援形態・ポイント
計画
支援形態
回数
実施時間
ポイント
個別A
個別B
グループ
電話A
電話B
電子メールA
電子メールB
合計
ポイント内訳
(A)
(B)

9 実施体制表(委託事業者)
個別A
個別B
グループ
電話A
電話B
電子メールA
電子メールB
A
(機関番号)
B
(機関番号)
C
(機関番号)
D
(機関番号)

10 保健指導の評価
1) 中間評価
実施年月日
支援形態
実施する者の氏名
実施する者の職種
計画
実施

2) 行動計画の実績評価
実施年月日
支援形態
実施する者の氏名
実施する者の職種
計画
実施

11 行動目標・行動計画
設定日時
〇年〇月〇日
〇年〇月〇日(中間評価)
〇年〇月〇日
目標値
cm
kg
mmHg
mmHg
kcal
kcal
kcal
行動目標
行動計画
変更理由

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

2 ページ目

12 保健指導の実施状況

1) 初回面接による支援

	保健指導 （職種 名・番号）	実施 年月日	実施 時間	腹 囲 （増 減 数）	体 重 （増 減 数）	収 縮 期 血 圧 （増 減 数）	拡張 期 血 圧 （増 減 数）	行動変容ステージ	保健指導実施内容	保健指導 支援形態 1. 個別 2. グループ （実施時間）	コメント （任意）
初回	△△ △△ 〇〇 〇〇 （ ）		分	cm （ ）	kg （ ）	mmHg （ ）	mmHg （ ）	(1)無関心期 (2)関心期 (3)準備期 (4)実行期 (5)維持期	・生活習慣と健診結果の関係について ・標準的な食事量、運動量の目安の提示 ・生活習慣の振り返り ・行動目標および計画の策定	1. 個別 （ 分） 2. グループ （ 分） 5. 遠隔面接 （ 分）	
（初回面接を分割実施 した場合の2回目）	△△ △△ 〇〇 〇〇 （ ）		分	/	/	/	/	/		1. 個別 （ 分） 2. グループ （ 分） 3. 電話 （ 分） 4. 電子メール （ 分） 5. 遠隔面接 （ 分）	

2) 継続的な支援（腹囲、体重、血圧については中間評価時は必須。しかし、他の回については血圧は情報を入手していない場合は記載の必要はない）

(1) 個別・グループ・電話A・電子メールAによる支援（支援A）

	保健指導 （職種 名・番号）	実施 年月日	実施 時間	腹 囲 （増 減 数）	体 重 （増 減 数）	収 縮 期 血 圧 （増 減 数）	拡張 期 血 圧 （増 減 数）	生活習慣の改善状況	指導の種類	保健指導 支援形態 1. 個別 2. グループ 3. 電話A 4. 電子メールA （実施時間）	支援 実施 ポ イ ン ト	合 計 ポ イ ン ト	コメント （任意）
2 回目	□ 中間 □ 終了 □ 実績評価 △△ △△ 〇〇 〇〇 （ ）		分	cm （ ）	kg （ ）	mmHg （ ）	mmHg （ ）	【栄養・食生活】 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 【身体活動】 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 【喫煙】 1. 禁煙継続 2. 非継続 3. 非喫煙 4. 禁煙の意思なし	食事 □ 運動 □ 禁煙 □	1. 個別 （ 分） 2. グループ （ 分） 3. 電話A （ 分） 4. 電子メールA （ 分）			
3 回目	□ 中間 □ 終了 □ 実績評価 △△ △△ 〇〇 〇〇 （ ）		分	cm （ ）	kg （ ）	mmHg （ ）	mmHg （ ）	【栄養・食生活】 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 【身体活動】 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 【喫煙】 1. 禁煙継続 2. 非継続 3. 非喫煙 4. 禁煙の意思なし	食事 □ 運動 □ 禁煙 □	1. 個別 （ 分） 2. グループ （ 分） 3. 電話A （ 分） 4. 電子メールA （ 分）			
4 回目	□ 中間 □ 終了 □ 実績評価 △△ △△ 〇〇 〇〇 （ ）		分	cm （ ）	kg （ ）	mmHg （ ）	mmHg （ ）	【栄養・食生活】 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 【身体活動】 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 【喫煙】 1. 禁煙継続 2. 非継続 3. 非喫煙 4. 禁煙の意思なし	食事 □ 運動 □ 禁煙 □	1. 個別 （ 分） 2. グループ （ 分） 3. 電話A （ 分） 4. 電子メールA （ 分）			
5 回目	□ 中間 □ 終了 □ 実績評価 △△ △△ 〇〇 〇〇 （ ）		分	cm （ ）	kg （ ）	mmHg （ ）	mmHg （ ）	【食習慣】 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 【運動習慣】 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 【喫煙】 1. 禁煙継続 2. 非継続 3. 非喫煙 4. 禁煙の意思なし	食事 □ 運動 □ 禁煙 □	1. 個別 （ 分） 2. グループ （ 分） 3. 電話A （ 分） 4. 電子メールA （ 分）			

3 ページ目

(2) 電話Bによる支援（支援B）

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

(3) 電子メールBによる支援（支援B）

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

13 行動計画の実績評価（ただし、腹囲、体重は必須で、血圧は情報を入手していない場合は記載の必要はない）

	（保健指導 機関名・ 職種・指 導者・番 名号）	実施 年月日	腹 囲 （増 減数）	体 重 （増 減数）	収 縮 期 血 圧 （増 減数）	拡張 期 血 圧 （増 減数）	生活習慣改善の状況	保健指導 支援形態 1. 個別 2. グループ 3. 電話A 4. 電子メールA	コメント (任意)
行動計画 の実績評価	△△ △△ 〇〇 〇〇 ()		cm ()	kg ()	mmHg ()	mmHg ()	栄養・食生活 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 身体活動 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 喫煙 1. 禁煙継続 2. 非継続 3. 非喫煙 4. 禁煙の意思なし	1. 個別 (20分) 2. グループ (分) 3. 電話A (分) 4. 電子メールA (分)	

2-7-3 その他、支援において使用する資料等

支援計画以外にも、保健指導では、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・教材等を用いて支援が行われる。また、保健指導機関内での指導者の業務・労務の管理として報告・記録等を作成している場合が一般的である。

これらは、保健指導機関から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として定めている場合を除く。）、必要に応じ、委託元である保険者が、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となる。

2-8 終了

2-8-1 行動計画の実績評価

特定保健指導は、動機付け支援・積極的支援のいずれも初回面接から3ヶ月経過後に、行動変容の状況等の行動計画の実績評価を実施し、完了となる。実績評価がなされない場合は完了とはならないので、保険者は保健指導機関から実績評価の結果の入ったデータを確実に入手する。保健指導機関が、対象者から評価結果データが得られないために実績評価を完了できない場合は、利用者への度重なる督促・評価等の実施記録^{*1}をもって代える。

2-8-2 評価実施者、同一機関要件の廃止(2018年度～)

保険者と保健指導の委託先との間で適切に特定保健指導対象者の情報が共有され、保険者が当該対象者に対する特定保健指導全体の総括・管理を行う場合は、初回面接実施者・中間評価者・実績評価者が同一機関の者でなくてもよい。

初回面接^{*2}・中間評価・実績評価を異なる実施機関で行う方法を選択する保険者は、特定保健指導対象者の保健指導全体の総括・管理を行う者(以下「特定保健指導調整責任者」)を置く。特定保健指導調整責任者は、委託先実施機関との連携・調整を行い、各特定保健指導対象者の一連の特定保健指導(行動計画を適切に作成し、行動計画に基づく一貫した特定保健指導を提供し、実績評価を行うこと)が滞りなく行われるよう、委託先実施機関間の情報共有を行い、管理する。また、特定保健指導調整責任者は、委託先の初回面接実施者においても、その策定した行動計画の実施状況等について把握・評価できるよう、委託先の初回面接実施機関に対して、当該行動計画に対する実績評価の結果を共有する。

特定保健指導調整責任者は、原則、保健指導の専門職(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定められている医師、保健師又は管理栄養士)であることが望ましいが、保険者の実情に応じて、必ずしも専門職である必要はない。

保険者及び特定保健指導調整責任者は、特定保健指導の実施方法や情報の取扱方法・内容について手順書等を作成・整備する^{*3}。手順書等の作成は、関係者間で十分に検討・調整する。情報の共有にあたって、保健指導機関から保険者に報告する保健指導情報ファイル(XMLファイル)の各セクションに入力できる文字入力欄^{*4}を積極的に活用する。

^{*1} 標準的な健診データファイル仕様の保健指導情報(個票)に「3ヶ月後の評価ができない場合の確認回数」欄を設けており、この欄の回数(督促の回数)を保険者に報告する。詳細な要件は、「保険者が社会保険診療報酬支払基金に提出する令和2年度以降に実施した特定健康診査等の実施状況に関する結果について(令和2年3月31日)(保発0331第4号)」等(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000161103.html>)を参照する。保険者は、保健指導実施機関との委託契約時に行動計画の実績評価が完了できない場合の対応方法等をあらかじめ取り決めることも考えられる。

^{*2} 初回面接を分割して実施する場合、例えば初回面接1回目は健診を実施した機関、2回目は保険者で行うなど、異なる実施機関で行うことも可能。

^{*3} 例えば、初回面接時に得る情報項目(本人の状況等)や、具体的な行動計画内容等で、次の継続的支援や実績評価を行う際に、異なる実施機関へ共有すべき必要な情報項目等を、予め整理しておくこと等が考えられる。共有すべき情報をどのように連携するか等の取扱い等を予め具体的に定めておくことで、情報の不足・不備や混乱を防ぐことができる。保険者において実施機関ごとに改善効果等の評価を行うため、評価の指標となる事項を予め定めておくことも考えられる。

^{*4} 各セクションに入力できる最大文字数は256文字である。

2-8-3 途中終了(脱落・資格喪失等)の取扱い

特定保健指導は、約3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る可能性がある。このような時の取扱いは、次のとおりとなる。なお、以下のやりとりは、迅速・確実に行われることが重要であることから、代行機関を通じた集合契約により実施する場合でも、保健指導機関と保険者との間で直接行う^{*1}（ただし、途中終了分の請求・データ送付について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、代替日の設定がない、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、保健指導機関から保険者及び利用者に脱落者として認定する旨の脱落認定を通知する。通知を受け取った保険者は、必要に応じ、利用者に再開・継続を電話等により勧奨する等、脱落の防止に向けた努力を行う。

脱落認定の通知後2週間以内に利用者から再開依頼がない限り、自動的に脱落・終了と確定し、保健指導機関から保険者に対して（必要な場合は対象者に対しても）確定した旨を通知すると同時に、保険者に終了時請求を行う。脱落確定日以降に誤って指導がなされ、保健指導機関から保険者へ利用分の請求があっても保険者は支払う義務はない。

②退職等により保険者が替わる（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、保険者は、保健指導実施中の委託先保健指導機関及び利用者に資格喪失による利用停止（及びその日付）を通知する。通知を受け取った保健指導機関は、保健指導の途中終了の処理を行う（通信による支援を行っている場合はIDを削除する等の処理を行う）。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面接以降の継続的支援のうち実施した分）、精算処理を行い、保険者に請求すると同時に、それまでの実施結果を保険者に送付する。

なお、その通知日以降に誤って指導がなされ、保健指導機関から保険者へその利用分の請求があっても、保険者は支払う義務はない。

③自主継続の場合

利用者に、資格喪失後も残額を自己負担してでも保健指導を継続したい意向がある場合、利用者は保健指導機関及び保険者にその意向を伝え、保健指導機関は、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^{*2}となる。

^{*1} 認定や通知は、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ある）が重要になることから、FAXでのやりとりが望ましい（電話の場合即時性はあるが記録が残らないため、記録を残す必要はないが急ぎであるものは電話、記録を要するものはFAXと使い分けが適当）。

^{*2} 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、以上に示した終了の取扱いとする必要はない。なお、この場合も資格を喪失していることから、実績報告の実施率の分母・分子に含めることはできない。

2-9 保健指導の実施者

2-9-1 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している。

図表 14: 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	初回面接、計画作成、評価	3ヶ月以上の継続的な支援
専門的 知識及 び技術 を有す る者	医師	◎常勤	◎	◎
	保健師	◎常勤	◎	◎
	管理栄養士	◎常勤	◎	◎
	看護師(一定の保健指導 の実務経験のある者) ※2023年度まで		◎	◎
専門的知識及び技術を有すると認められる者 ※告示・通知で規定				◎

①保健指導事業の統括者

常勤^{*1}の医師・保健師・管理栄養士とする。

②動機付け支援

初回の面接時の行動計画の策定（行動目標の設定）指導や支援計画等の作成、及び実績評価の支援は、医師・保健師・管理栄養士が行わなければならない。

2023年度末までの経過措置として、上記3職種に加え、「保健指導に関する一定の実務の経験^{*2}を有する看護師」も可とする（実施基準附則第2条）。これは産業保健の現場で事業者が雇用する看護師が従業員の健康管理・指導等を行っていた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は、医師・保健師・管理栄養士及び保健指導に関する一定の実務の経験を有する看護師（2023年度末まで）に加え、食生活の改善指導や運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者（実践的指導者）も支援ができる。

③積極的支援

初回の面接時の行動計画の策定（行動目標の設定）指導や支援計画等の作成、及び実績評価の支援は、動機付け支援と同様、医師・保健師・管理栄養士及び保健指導に関する一

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

^{*2} 「一定」の要件、「実務経験」の要件については、通知「令和2年度以降における特定健康診査及び特定保健指導の実施並びに健診実施機関等により作成された記録の取扱いについて(令和2年3月31日)(健発0331第7号、保発0331第2号)」にて示している。2008年4月現在において1年以上(必ずしも継続した1年間である必要はない)、保険者が保健事業として実施する生活習慣病予防に関する相談及び教育の業務又は事業者が労働者に対して実施する生活習慣病予防に関する相談及び教育の業務に従事(反復継続して当該業務に専ら携わっていること)した経験を有することとし、特定保健指導を受託する機関が当該「保健指導に関する一定の実務経験を有すると認められる看護師」を受託業務に従事させる予定がある場合には、委託元の保険者に対し、保険者や事業者等が作成した1年以上実務を経験したことを証明する文書(「実務経験証明書」という)を提出することとなっている。

定の実務の経験を有する看護師（2023 年度末まで）が行わなければならない。

3 ヶ月以上の継続的な支援は、医師・保健師・管理栄養士及び保健指導に関する一定の実務の経験を有する看護師（2023 年度末まで）に加え、食生活の改善指導や運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者（実践的指導者）も支援ができる。

④専門的知識及び技術を有すると認められる者（実践的指導者）とは

食生活に関する実践的指導における「食生活の改善指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者^{*1}」や、運動に関する実践的指導における「運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者」は告示で定められている。

看護師、栄養士の他に告示の別表に定める研修^{*2}を受講できる者として、食生活の改善指導に関しては薬剤師、助産師、准看護師、歯科衛生士が、運動指導に関しては歯科医師、薬剤師、助産師、准看護師、理学療法士が通知「令和 2 年度以降における特定健康診査及び特定保健指導の実施並びに健診実施機関等により作成された記録の取扱いについて（令和 2 年 3 月 31 日 健発 0331 第 7 号、保発 0331 第 2 号）」で示されている。

「同等以上の能力を有すると認められる者」の要件も、同通知に示されており、食生活の改善指導に関しては令和 2 年 3 月 31 日改正前の事業場における労働者の健康保持増進のための指針（昭和 63 年 9 月 1 日健康保持増進のための指針公示第 1 号。以下「旧 THP 指針」という。）に基づく産業栄養指導担当者や産業保健指導担当者であって所定の追加研修を受講した者、運動指導に関しては財団法人健康・体力づくり事業財団が認定する健康運動指導士のほか、旧 THP 指針に基づく運動指導担当者であって所定の追加研修を受講した者としている。

図表 15: 食生活改善指導担当者研修(告示 別表第1)

分野	範囲	時間数
1. 健康づくり施策概論	(1) 社会環境の変化と健康課題 (2) 健康づくり施策 (3) 生活習慣病とその予防	3. 0
2. 生活指導及びメンタルヘルスケア	(1) 生活指導と健康に影響する生活環境要因 (2) 個人の健康課題への対処行動(保健行動) (3) ストレスとその関連疾患及びストレスの気づきへの援助 (4) 個別・集団の接近技法 (5) ライフステージ、健康レベル別健康課題と生活指導	10. 5
3. 栄養指導	(1) 栄養・食生活の基礎知識及び今日的課題と対策 (2) 食行動変容と栄養教育 (3) ライフステージ、ライフスタイル別栄養教育	6. 0
4. 健康教育	(1) 健康教育の理念と方法 (2) 健康生活への指導プログラムの基礎知識と方法 (3) メタボリックシンドロームに対する健康教育 (4) 口腔保健	6. 0
5. 運動の基礎科学	運動と健康のかかわり	1. 5
6. 研究討議	意見交換(メタボリックシンドローム関連)	3. 0

^{*1} 第三期(2018 年度以降)から、歯科医師は、別表第一に定める研修を受講していない場合であっても「食生活の改善指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者」となった。

^{*2} 研修を実施できる機関の条件(以下 4 点)も通知で示されている。①のデータベースは研修実施機関による登録のみならず受講希望者による検索も可能となっている(<https://www.niph.go.jp/wadai/kenshin/index.html>)。

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

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

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

④研修修了者に対して、研修を修了したことを証明する書面を交付する。

分野	範囲	時間数
計		30.0

図表 16:運動指導担当者研修(告示 別表第2)

分野	範囲	時間数
1. 健康づくり施策概論	(1)健康づくり施策 (2)運動基準・運動指針 (3)生活習慣病と運動疫学	4.5
2. 生活習慣病(成人病)	(1)メタボリックシンドローム (2)肥満症 (3)高血圧症 (4)脂質異常症 (5)糖尿病 (6)虚血性心疾患 (7)骨粗鬆症	16.5
3. 運動生理学	(1)呼吸器系と運動 (2)循環器系と運動 (3)神経系と運動 (4)骨格筋系と運動 (5)内分泌系と運動 (6)運動中の基質・エネルギー代謝(疲労含む) (7)運動と免疫能 (8)高温環境と運動 (9)水中環境と運動	18.0
4. 機能解剖とバイオメカニクス(運動・動作の力源)	(1)関節運動と全身運動 (2)身体構造と力学的運動要因、骨格筋の力特徴 (3)陸上での運動・動作各論(歩行) (4)水泳・水中運動	6.0
5. 健康づくり運動の理論	(1)トレーニング概論 (2)筋力と筋量増強のトレーニング条件とその効果 (3)全身運動によるエアロビクトレーニング (4)女性の体力・運動能力の特徴とトレーニング	6.0
6. 運動障害と予防	(1)内科的障害と予防 (2)外科的障害 上肢 (3)外科的障害 下肢(膝を含む) (4)外科的障害 脊柱	7.5
7. 体力測定と評価	(1)体力と運動能力(構成要素)・体力構成要素の測定法 (2)フィールドテストの実習 中年者 (3)高齢者の体力測定法 (4)身体組成の測定	10.5
8. 健康づくり運動の実際	(1)ストレッチングと柔軟体操の実際 (2)ウォーミングアップとクーリングダウン (3)ウォーキングとジョギング (4)エアロビクダンス (5)水泳・水中運動 (6)静的レジスタンストレーニング (7)動的レジスタンストレーニング (8)健康産業施設等現場実習	30.0
9. 救急処置	(1)救急蘇生法 (2)外科的処置	6.0
10. 運動プログラムの管理	(1)健診結果の読み方及び効果判定 (2)運動のためのメディカルチェックの重要性 (3)心電図の基礎と記録法(安静時心電図の読み方) (4)運動プログラム作成の理論 (5)服薬者の運動プログラム作成上の注意 (6)生活習慣病に対する適切な運動療法(プログラム作成実習)	19.5
11. 運動負荷試験	(1)運動負荷試験の実際 (2)運動負荷試験実習	4.5
12. 運動行動変容の理論と実際	運動行動変容の理論と実際	4.5
13. 運動と心の健康増進	(1)心の健康論 (2)健康づくり運動とカウンセリング (3)ストレスアセスメントと対処法(喫煙問題を含む)	6.0

分野	範囲	時間数
14. 栄養摂取と運動	(1) 食生活と健康運動 (2) 消化と吸収の機構・栄養素の機能と代謝 (3) 身体活動量の定量法とその実際 (4) 栄養・食事アセスメント(含む低栄養対策)	7.5
計		147

2-9-2 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・経験等に基づく様々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、このような最新の知見・情報に基づく支援のための材料、学習教材等を随時取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が非常に重要である。

このため、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第16条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者（平成20年厚生労働省告示第11号。以下「委託基準告示」という。）では、「特定保健指導実施者は、国、地方公共団体、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}」としている。

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、スタッフのスキルアップを図っている機関を優先的に考えることが重要である。

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

^{*2} 「専門的知識及び技術を有すると認められる者」（実践的指導者）と一定の研修との関係はないことに注意。実践的指導者とは告示等において規定されている者であり、一定の研修（「標準的な健診・保健指導プログラム」の「健診・保健指導の研修ガイドライン」に準拠した研修）を受講すれば実践的指導者となれる訳ではない。逆に言えば、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（ただし研修を修了していることが望ましい）。

3. 実施形態

3-1 保険者別の実施形態

3-1-1 単一健保・共済

事業者と保険者との関係が比較的緊密で、被保険者について事業者の協力を得やすい。

被扶養者については、健診・保健指導機関との個別契約による実施に加えて、実施率向上のため、地元で受診しやすい環境づくりとして、国保ベースの集合契約Bや全国的な健診機関グループとの集合契約Aへの参加も必要となる。また、事業者健診を受診している又は受診予定の被扶養者には、受診券の配布時にデータの送付を依頼する。

3-1-2 総合健保・協会けんぽ・国保組合等

対象者が一定数以上含まれる事業者との協議調整等を進める等により、事業者（又は事業者の委託先健診機関）から健診結果データを受領する。事業者から健診実施を受託している保険者では、自らが健診を実施しデータを作成できるので、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、全国に被扶養者が所在している場合や、被扶養者の住所を把握できていない場合は、集合契約Bや集合契約Aに参加する必要がある。事業者健診を受診している被扶養者者には、データの送付を依頼する。

保健指導は、事業所と連携して実施する場合や対象者の地域が限定される場合など、保険者で実施体制がある場合は、直接実施できる場合もある。それ以外の直接実施できない被保険者や被扶養者は、外部に委託する。

3-1-3 市町村国保

市町村国保の加入者には、除外告示に該当する者（長期入院、施設入居者等）が少ないので、把握する必要がある。また、市町村国保でも事業者健診の受診者がいる。住民税を特別徴収により納めている者は、事業者健診を受診している可能性が高いので、受診の有無について照会し、受診者からデータを受領できる。

直接実施する場合、市町村国保で保健師や管理栄養士を配置（衛生部門との兼務あるいは国保専従）して実施する、または衛生部門に執行委任して実施する。委託する場合は、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）が委託先として考えられる。

3-2 被保険者本人

3-2-1 健診

①事業者健診等の他の健診結果の受領

事業者健診からのデータ受領予定者と受領元事業者（または当該事業者の委託する健診

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

市町村国保(短時間労働者として事業者健診を受診しているケース)や協会けんぽのように受領すべき事業者数が膨大となる場合は、受領元を探し出し、協議調整や取り決めを行うだけでも大変な労力を要する。市町村国保は、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の手段を考える必要がある。

②保険者自身での実施(直接実施、委託)

直接実施では、保険者が健診センター等直接実施できる体制を整えていることが前提となるが、一日当たりの対応能力等により委託で補う必要が生じる場合もある。実施対象者数の見込みや実施すべき地域等により、委託とすかどうかを判断する。委託により実施する場合、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。被用者保険の場合は集合契約Bへの参加による地元での受診環境整備や集合契約Aへの参加等も考えられる。

③事業者からの受託

事業者から事業者健診の実施を受託している保険者の場合、受託者として事業者健診の結果を別途作成し事業者に送付する一方、保険者自身が必要とする特定健康診査の結果データファイルを生成・管理する。この時、高齢者の医療の確保に関する法律に明記されているように、事業者健診部分の実施費用は事業者負担となる。

④人間ドック

人間ドックのうち特定健康診査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ほか、それが可能な機関を選択する必要がある。

全国に拠点等を抱える企業の単一健保組合や総合健保組合、協会けんぽでは、集合契約Aにより健診体制を整えることも考えられる。

⑤償還払い(一時立替)

保険者が委託先を確保するためには、対象者の住所地等の把握が前提となる。住所をやむを得ず把握できていない場合は、保険者が委託先を確保するのではなく、対象者が受診し、健診機関の窓口で費用の全額を支払い、領収書と結果を保険者に送付し、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償還払いの方法もある。

この方法は、対象者に一時的に多額の費用負担をお願いすることになるので、負担ができない者には取り得ず、主たる方法とすることは慎重な検討が必要である。また、償還払いの方法を取るのであれば、保険者においてその旨を明文化しておく必要がある。

3-2-2 診療における検査データの活用(保険者とかかりつけ医の連携による)

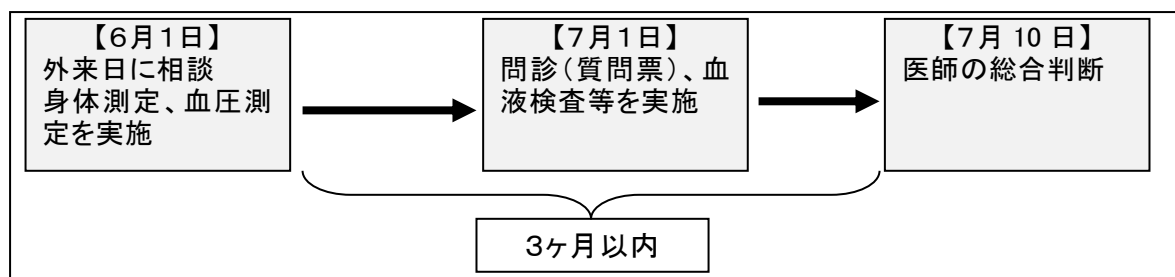
治療中患者の特定健康診査の推進及び診療情報の提供)

特定健康診査は、対象者本人が定期的に自らの健診データを把握するとともに、治療中であっても生活習慣を意識し、改善に取り組む端緒となることが期待されることから、まずは、治療中であっても特定健康診査を受診するよう、かかりつけ医から本人へ特定健康診査の受診勧奨を行うことが重要である。

その上で、本人同意のもとで保険者が診療における検査結果の提供を受け、特定健康診査の結果データとして活用する場合は、以下のとおりとする。

- ア 保険者が受領する診療における検査結果は、特定健康診査の基本健診項目（医師の総合判断を含む）を全て満たす検査結果であること
- イ 特定健康診査の基本健診項目は基本的に同一日にすべてを実施することが想定されるが、検査結果の項目に不足があり基本健診項目の実施が複数日にまたがる場合は、最初に行われた検査実施日と、最後に実施された医師の総合判断日までの間は、3ヶ月以内とする（図表 18 参照）。
- ウ 特定健康診査の実施日として取り扱う日付は、医師が総合判断を実施した日付とする^{*1}

図表 17: 診療における検査データの活用例(複数日にまたがる場合)



保険者とかかりつけ医の連携による治療中患者の診療情報の提供に関する具体的な手順は、以下の流れが考えられる。実施する保険者は、必要性和地域の実情に応じて、医師会等と連携して進めていく必要がある。

- ア あらかじめ関係者間で、手順や費用の支払い等について契約内容を取り決めておく。
- イ 保険者から患者本人に対し、保険者等が提供する健診を受診していないが、かかりつけ医のもとで実施された診療における検査結果があれば、特定健康診査の結果として活用できることを説明する（保険者が、保険者からかかりつけ医宛の依頼書等を加入者本人へ渡す等も考えられる）。
- ウ 患者本人が、通院時に保険者からかかりつけ医宛の依頼書等を持参し、かかりつけ医に相談する。
- エ かかりつけ医は、患者本人の同意を確認した上で、診療上の検査結果を依頼書等へ記載し、本人を介して又は直接、保険者へ送付する。
- オ 保険者は、受領した当該患者の診療上の検査結果を特定健康診査結果データとして活用する。

^{*1} 保険者から支払基金への実績報告における特定健康診査の実施機関番号は、検査を実施した保険医療機関番号とする(4-5-1 参照)。

3-2-3 保健指導

①保険者自身での実施（直接実施、委託）

保健指導は、他法令に基づく保健指導等が努力義務であり、特定保健指導よりも優先されるような他法令に基づく保健指導はないので、保険者への義務付けが優先される。このため、保険者として実施する必要があるが、実施方法として保険者自身で行うことができるのか、保健指導機関等に委託する必要があるのか判断が必要となる。

直接実施にあたっては、保険者が保健師等のスタッフや施設等直接実施できる体制を整えていることが前提（市町村国保では市町村衛生部門への執行委任^{*1}として行う場合もある）となるが、一日当たりの対応能力等により委託で補う必要が生じる場合もある。実施対象者数の見込みや実施すべき地域等により判断する。

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

委託先となりうる保健指導機関が立地する地域では、各保険者が個別に委託するほかに、他地域の保険者の被扶養者も含めた住所地での委託実施体制づくりに向け、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。

②事業者への委託

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

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

特定保健指導は事業者による事後指導等と若干観点が異なる部分があるので（例えば、メンタルヘルスへの着目等）、実施内容・要件等に沿った特定保健指導の実施に上乗せして事後指導等の内容を行い、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考えられる。

③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保険者に送付し、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償還払いの方法もある。ただし、この方法は対象者に一時的に多額の費用負担をお願いすることになるので、負担できない者には取り得ず、実施率向上に抑制作用が働く可能性がある。また、償還払いの方法を取るのであれば、保険者においてその旨を明文化しておく必要がある。

^{*1} 特に中小規模の市町村では、十分な数の保健師・管理栄養士が配置されておらず、国保部門・衛生部門にそれぞれ必要数配置できる余裕がないと考えられ、庁内部門間（国保・衛生・介護等）の連携強化を図り、対応することが考えられる。

④被保険者本人への保健指導実施時の留意点

被保険者本人は労働者が多く、勤務時間帯に特定保健指導を利用できない場合、利用できる日時が制限される。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。事業者と保険者との間での協議・連携により、事業者の理解・協力を得て、例えば、勤務時間内に特定保健指導のために一時的に離席することを認める等、事業者の可能な範囲で、労働者等が利用しやすい環境整備に配慮^{*1}していくことも必要である。

3-3 被扶養者

3-3-1 健診

①事業者健診等の他の健診結果の受領

被扶養者でも、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^{*2}がいる。この場合、保険者は事業者等から健診結果データを受領することで特定健康診査の実施に代えることができるが、多数の事業者から対象者の情報を入手することは現実的ではないので、受診券の配布及び案内時に、被扶養者本人から健診結果データを直接保険者に提出してもらうよう周知し、送付してもらうのが合理的である。事業者健診以外に被扶養者が別途自主的に受診している健診結果等も同様である。

ただし、被扶養者から直接受領する場合、多くが紙の結果通知表の写しとなるため、保険者におい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、個人に通知される健診結果通知表には記載のない項目（健診機関番号等）もある可能性が高いと考えられ、受診者本人に渡す事業者健診の結果通知について、現在使用している様式を「特定健康審査受診結果通知表」に記載されている項目と一致^{*3}するように変更する、標準的なデータファイル仕様でデータを作成し提供する等の健診機関側の対応が必要になる。

②保険者による実施（直接実施、委託）

保険者自身が実施するか健診機関等に委託するかの判断が必要であるが、全国に被扶養者が所在するケースも少なくないので、直接実施は実施できる地域が限られる。

委託による実施の場合、全国に被扶養者が所在するケースが少なくないので、集合契約Bへの参加による住所地での受診環境整備、あるいは集合契約Aへの参加が標準になる。集合契約への確実な参加に向け、被扶養者が在住してい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・情報収集等が重要である。

^{*1} 「特定健康診査等の実施に関する協力依頼について(平成 30 年 2 月 5 日)(基発 0205 第 1 号、保発 0205 第 1 号)」
(<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000193458.pdf>)

^{*2} 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付けられている。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。

^{*3} 本文中にもあるように、結果通知表には印字されないが健診データファイルに必要な項目もあり、その中でも特に服薬歴・喫煙歴に関する質問結果については階層化の際に必須となることから、結果通知表を受領する場合は、必要に応じ別途本人に確認する、あるいは改めて問診のみ追加的に行う等の対応が必要。

③人間ドック

人間ドックでは、特定健康診査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で整理する必要があるため、そのようなデータ納品を委託仕様として定めるほか、それが可能な機関を委託先として選択する必要がある。被扶養者が住所地に近い実施機関を選べるよう、全国に拠点等がある企業の単一健保組合や総合健保組合、協会けんぽでは、全国健診機関グループ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、保険者や対象者の年齢層等により千差万別であるため、集合契約が成立できるよう、保険者・健診機関等の間で一定の標準化・定型化が必要である。多くの機関で実施されてい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^{*1}に基づく標準コードが振られており、集合契約の実施項目は、この範囲内でいくつかのパターンを揃えることが合理的である。

④償還払い(一時立替)

保険者が委託先を確保するためには、対象者の所在等を把握することが前提となるが、被扶養者の住所をやむを得ず把握できていない場合^{*2}は、対象者が健診機関の窓口で費用の全額を支払い、領収書と結果を保険者に送付し、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方法がある。

ただし、償還払いは対象者に一時的に多額の費用負担をお願いすることになるため、負担できない者には採り得ず、実施率向上への抑制作用が働く可能性がある。また、償還払いの方法を取るのであれば、保険者においてその旨を明文化しておく。

3-3-2 保健指導

保健指導の実施方法として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、全国に被扶養者が所在するケースが少なくないことから、直接実施は、実施可能な地域に限られる。

また、委託で実施する場合には、全国に被扶養者が所在するケースが少なくないことから、集合契約Bへの参加による地元での受診環境整備、または集合契約Aへの参加等が考えられる。特に民間の保健指導実施機関によるサービス提供が困難な地域では、市町村による、保険者の種別を問わない実施体制づくりが期待され、保険者と市町村との集合契約の締結が重要となる。集合契約への確実な参加に向け、被扶養者が在住しうる可能性の高い都道府県の保険者協議会との緊密な連携・情報収集等を行う。

被扶養者の住所をやむを得ず把握できていないため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方法もあるが、償還払いの方法は、実施率向上への抑制作用が働く可能性がある。また、償還払いの方法を取るのであれば、保険者においてその旨を明文化しておく。

^{*1} 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} 健康保険組合では、被扶養者の住所情報については、被扶養者異動届に住所を記載することが義務づけられており、住所の変更があった場合には、その都度、事業主を経由して届け出なければならないとされている。(健康保険法施行規則第38条)また、任意継続被保険者及び特例退職被保険者に係る住所情報についても、資格取得の申請時に住所を記載することになっている。(健康保険法施行規則第42条、同第168条、同第170条)

4. 委託

4-1 委託基準

特定健診・特定保健指導の実施にあたっては、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、高齢者の医療の確保に関する法律第 28 条、及び実施基準第 16 条第 1 項に基づき、具体的に委託できる者の基準を定め、サービスの質を確保しつつ、多様な実施機関に委託できるようにしている。

保険者では、基準を満たさない者に委託していた場合、特定健康診査及び特定保健指導を実施したことにはならないため、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こととなる。

4-1-1 特定健康診査の外部委託に関する基準(平成 25 年厚生労働省告示第 92 号 第 1)

①人員に関する基準

- (1) 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。
- (2) 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^{*1}の管理を行う者)が置かれていること。ただし、管理上支障がない場合は、当該常勤の管理者は、特定健康診査を行う機関の他の職務に従事し、又は同一の敷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、設備等に関する基準

- (1) 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。
- (2) 検査や診察を行う際に、受診者のプライバシーが十分に保護される施設及び設備等が確保されていること。
- (3) 救急時における応急処置のための体制が整っていること。
- (4) 健康増進法(平成 14 年法律第 103 号)第 25 条に規定する受動喫煙の防止措置が講じられていること(医療機関においては、患者の特性に配慮すること)。

③精度管理に関する基準

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

④特定健康診査の結果等の情報の取扱いに関する基準

- (1) 特定健康診査に関する記録を電磁的方法(電子的方式、磁氣的方式その他の知覚に

^{*1} 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)。

よっては認識することができない方式をいう。以下同じ。)により作成し、保険者に対して当該記録を安全かつ速やかに提出すること。

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

⑤運営等に関する基準

- (1) 特定健康診査の受診が容易になるよう、土日若しくは祝日又は夜間に特定健康診査を実施するなど、受診者の利便性に配慮し、特定健康診査の受診率を上げるよう取り組むこと。
- (2) 保険者の求めに応じ、保険者が特定健康診査の実施状況を確認する上で必要な資料の提出等を速やかに行うこと。
- (3) 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。
- (4) 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。
- (5) 保険者から受託した業務の一部を再委託する場合には、保険者との委託契約に、再委託先との契約においてこの告示で定める基準に掲げる事項を遵守することを明記すること。
- (6) 運営についての重要事項として次に掲げる事項を記した規程を定め、当該規程の概要を、保険者及び特定健康診査の受診者が容易に確認できる方法(ホームページ上での掲載等)により、幅広く周知すること。

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

- (7) 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。
- (8) 特定健康診査の実施者の清潔の保持及び健康状態について必要な管理を行うとともに、特定健康診査を行う施設の設備及び備品等について衛生的な管理を行うこと。
- (9) 虚偽又は誇大な広告を行わないこと。
- (10) 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。
- (11) 従業者及び会計に関する諸記録を整備すること。

4-1-2 特定保健指導の外部委託に関する基準(平成 25 年厚生労働省告示第 92 号 第2)

外務委託に関する基準における「特定保健指導の業務を統括する者(統括者)」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している。

統括者は、実績に虚偽がないことを含め、特定保健指導の適正な実施が確保されるよう、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確認する必要がある。

①人員に関する基準

- (1) 特定保健指導の業務を統括する者(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。
- (2) 常勤の管理者^{*1}(特定保健指導を実施する各施設において、特定保健指導に係る業務に付随する事務の管理を行う者)が置かれていること。ただし、管理上支障が無い場合は、特定保健指導を行う機関の他の職務に従事し、又は同一の敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。
- (3) 動機付け支援又は積極的支援において、初回の面接(面接による支援の内容を分割して行う場合においては、特定健康診査の結果(労働安全衛生法(昭和47年法律第57号)その他の法令に基づき行われる特定健康診査に相当する健康診断の結果を含む。4の(6)において同じ。))の全てが判明した後に行う支援を含む。)、特定保健指導の対象者の行動目標及び行動計画の作成並びに当該行動計画の実績評価(行動計画の策定の日から3月以上経過後に行う評価をいう。)を行う者は、医師、保健師又は管理栄養士(平成35年度末までは、保健指導に関する一定の実務の経験を有する看護師を含む)であること。
- (4) 積極的支援において、積極的支援対象者ごとに、特定保健指導支援計画の実施(特定保健指導の対象者の特定保健指導支援計画の作成、特定保健指導の対象者の生活習慣や行動の変化の状況の把握及びその評価、当該評価に基づいた特定保健指導支援計画の変更等を行うことをいう。)について統括的な責任を持つ医師、保健師又は管理栄養士(平成35年度末までは、保健指導に関する一定の実務の経験を有する看護師を含む)が決められていること。
- (5) 動機付け支援又は積極的支援のプログラムのうち、動機付け支援対象者又は積極的支援対象者に対する食生活に関する実践的指導は、医師、保健師、管理栄養士(平成35年度末までは、保健指導に関する一定の実務の経験を有する看護師を含む)又は特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第7条第1項第2号及び第8条第1項第2号の規定に基づき厚生労働大臣が定める食生活の改善指導又は運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者(以下「実践的指導実施者基準」という。)第1に規定する食生活の改善指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者により提供されること。また、食生活に関する実践的指導を自ら提供する場合には、管理栄養士その他の食生活の改善指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者を必要数確保していることが望ましいこと。
- (6) 動機付け支援又は積極的支援のプログラムのうち、動機付け支援対象者又は積極的支援対象者に対する運動に関する実践的指導は、医師、保健師、管理栄養士(平成29年度末までは、保健指導に関する一定の実務の経験を有する看護師を含む)又は実践的指導実施者基準第2に規定する運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者により提供されること。また、運動に関する実践的指導を自ら提供する場合には、運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者を必要数確保していることが望ましいこと。
- (7) 動機付け支援又は積極的支援のプログラムの内容に応じて、事業の再委託先や他の健康増進施設等と必要な連携を図ること。
- (8) 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。
- (9) 特定保健指導の対象者が治療中の場合には、統括的な責任を持つ者が必要に応じて当該対象者の主治医と連携を図ること。

^{*1} 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)。

②施設、設備等に関する基準

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

③特定保健指導の内容に関する基準

- (1) 特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第7条第1項及び第8条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める特定保健指導の実施方法に準拠したものであり、科学的根拠に基づくとともに、特定保健指導の対象者の特性並びに地域及び職域の特性を考慮したものであること。
- (2) 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。
- (3) 最新の知見及び情報に基づいた支援のための材料、学習教材等を用いるよう取り組むこと。
- (4) 個別支援を行う場合は、特定保健指導の対象者のプライバシーが十分に保護される場所で行われること。
- (5) 委託契約の期間中に、特定保健指導を行った対象者から当該特定保健指導の内容について相談があった場合は、相談に応じること。
- (6) 特定保健指導の対象者のうち特定保健指導を受けなかった者又は特定保健指導を中断した者に対しては、特定保健指導の対象者本人の意思に基づいた適切かつ積極的な対応を図ること。

④特定保健指導の記録等の情報の取扱いに関する基準

- (1) 特定保健指導に関する記録を電磁的方法により作成し、保険者に対して当該記録を安全かつ速やかに提出すること。
- (2) 保険者の委託を受けて、特定保健指導に用いた詳細な質問票、アセスメント、具体的な指導の内容、フォローの状況等を保存する場合には、これらを適切に保存し、管理すること。
- (3) 高齢者の医療の確保に関する法律第 30 条に規定する秘密保持義務を遵守すること。
- (4) 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。
- (5) 保険者の委託を受けて特定保健指導の結果を保存する場合には、医療情報の安全管理(組織的、物理的、技術的、人的な安全対策等)を徹底すること。
- (6) インターネットを利用した支援を行う場合には、医療情報の安全管理(組織的、物理的、技術的、人的な安全対策等)を徹底し、次に掲げる措置等を講じることにより、外部への情報漏洩、不正アクセス、コンピュータ・ウイルスの侵入等を防止すること。

- ・秘匿性の確保のための適切な暗号化、通信の起点及び終点の識別のための認証並びにリモートログイン制限機能により安全管理を行うこと。
 - ・インターネット上で特定保健指導の対象者が入手できる情報の性質に応じて、パスワードを複数設けること(例えば、特定健康診査の結果のデータを含まないページにアクセスする場合には英数字のパスワードとし、特定健康診査の結果のデータを含むページにアクセスする場合には本人にしか知り得ない質問形式のパスワードとすること等)。
 - ・インターネット上で特定健康診査の結果のデータを入手できるサービスを受けることについては、必ず本人の同意を得ること。
 - ・本人の同意を得られない場合における特定健康診査の結果のデータは、インターネット上で特定健康診査の結果のデータを入手できるサービスを受ける者の特定健康診査の結果のデータとは別の場所に保存することとし、外部から物理的にアクセスできないようにすること。
- (7) 特定保健指導の結果の分析等を行うため、保険者の委託を受けて特定保健指導の結果

に係る情報を外部に提供する場合には、分析等に当たり必要とされる情報の範囲に限って提供するとともに、提供に当たっては、個人情報のマスキングや個人が特定できない番号の付与等により、当該個人情報を匿名化すること。

⑤運営等に関する基準

- (1) 特定保健指導の利用が容易になるよう、土日若しくは祝日又は夜間に特定保健指導を実施するなど、利用者の利便性に配慮し、特定保健指導の実施率を上げるよう取り組むこと。
- (2) 保険者の求めに応じ、保険者が特定保健指導の実施状況を確認する上で必要な資料の提出等を速やかに行うこと。
- (3) 特定保健指導を行う際に、商品等の勧誘、販売等を行わないこと。また、特定保健指導を行う地位を利用した不当な推奨、販売(商品等を特定保健指導の対象者の誤解を招く方法で勧めること等)等を行わないこと。
- (4) 特定保健指導実施者に必要な研修を定期的に行うこと等により、当該実施者の資質の向上に努めること。
- (5) 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。
- (6) 保険者から受託した業務の一部を再委託する場合には、保険者との委託契約に、再委託先との契約においてこの告示で定める基準に掲げる事項を遵守することを明記すること。
- (7) 運営についての重要事項として次に掲げる事項を記した規程を定め、当該規程の概要を、保険者及び特定保健指導の利用者が容易に確認できる方法(ホームページ上での掲載等)により、幅広く周知すること。

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

- (8) 特定保健指導実施者に身分を証する書類を携行させ、特定保健指導の利用者等から求められたときは、これを提示すること。
- (9) 特定保健指導実施者の清潔の保持及び健康状態について必要な管理を行うとともに、特定保健指導を行う施設の設備及び備品等について衛生的な管理を行うこと。
- (10) 虚偽又は誇大な広告を行わないこと。
- (11) 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。
- (12) 従業者及び会計に関する諸記録を整備すること。
- (13) 保険者から受託した業務の一部を再委託する場合には、以下の事項を遵守すること。

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

4-2 契約

4-2-1 標準的な契約書

集合契約Bでは、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、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している。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、保険者での不安や事務の煩雑さを解消している。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等の標準的な契約書の例を示している。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。

4-2-2 契約単価の設定

特定健康診査は、基本健診は一括、詳細健診の項目は、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項目ずつの単価設定となる。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。

特定保健指導は指導期間が3ヶ月以上に及ぶことから、途中での脱落のリスクがある。このリスクを回避する方法として、単価設定の工夫（継続のインセンティブ）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^{*1}）あるいは4:6（積極的支援）としている。

4-2-3 再委託の条件

①健診

血液検査等の検査体制・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。委託先健診機関では、こうした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。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。

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、食事部分等）によって部分的に他の実施者が担当することもある。同一機関内の他の実施者というケース以外に、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もある。このように、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

^{*1} 動機付け支援相当も同様。

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。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。

③保健指導における再委託の範囲（元請けの条件）

保健指導において、委託先（元請け）は契約・決済等事務だけを担当し、初回面接での計画作成、実践的な指導、電話での継続的支援、行動計画の実績評価等は全て別々の再委託先機関が担当するような実施体制の場合、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なされるか等、保険者にとって不安のある実施体制であり、適切でない。このため、保健指導機関が再委託を行う場合の条件について、次のとおり整理する。

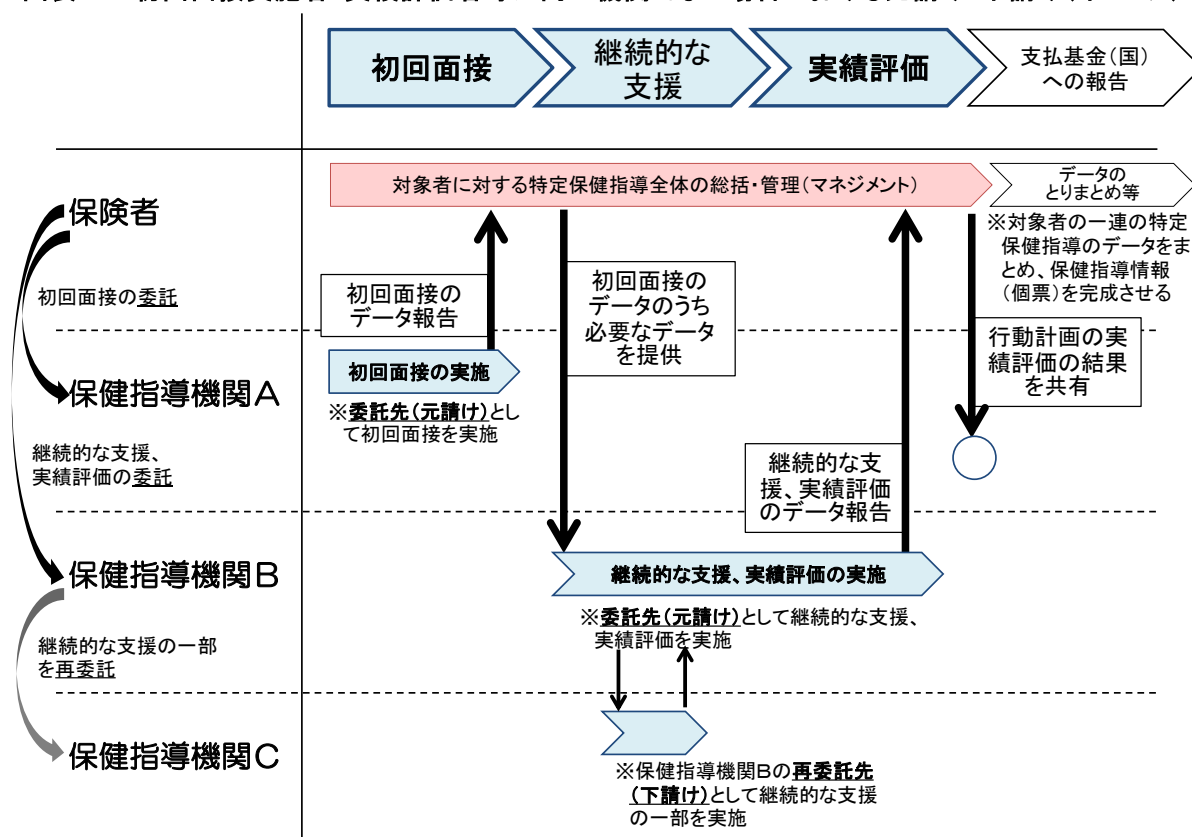
なお、保険者と委託先保健指導機関との間で適切に特定保健指導対象者の情報が共有され、保険者が当該対象者に対する特定保健指導全体の総括・管理を行う場合において、保険者が初回面接での計画作成、実践的な指導、電話での継続的支援、行動計画の実績評価等を異なる保健指導機関に委託した場合は、保険者から委託を受けたそれぞれの保健指導機関が委託先（元請け）となる。

図表 18: 特定保健指導における元請け・下請けの定義

	委託先（元請け）	再委託先（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^{*1} ○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^{*1} ○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} 初回面接実施者・中間評価者・実績評価者が同一機関でない場合（詳細は2-8-2参照）において、それぞれの保健指導機関は当該受託業務部分の全体の管理を行う（図表20の保健指導機関Bは、保健指導全体ではなく、継続的支援と実績評価の全体の管理を行えばよい）。

図表 19: 初回面接実施者・実績評価者等が同一機関でない場合における元請け・下請け(イメージ)



4-2-4 保険者間の再委託

被用者保険から市町村国保への特定健診・特定保健指導の実施の委託は、住民への保健サービスや実施率の向上につながることを期待される。このため、被用者保険から市町村国保へ特定健診・特定保健指導を委託する場合であって、受託した市町村国保がすでに国保加入者に対する特定健診・特定保健指導を外部委託しているときに限り、4-2-3③によらず再委託を前提とした保険者間の委託を可能とする。この場合における受診者・利用者に対する責任の所在は、一義的には受託側である市町村国保が負うが、状況に応じて関係者間で丁寧に問題解決に向けた協議を行う必要がある。

契約に向けた前提として、委託側の被用者保険は、被扶養者等の住所を把握・管理し、市町村別に委託したい対象者数が明確であること、受託側の市町村国保は、受け入れられる体制が確保出来る必要がある^{*1}。各被用者保険と各市町村国保との契約にあたっては、先進事例を参考にしながら、受託側の市町村国保の体制等に応じた丁寧な協議が求められる。協議の場として保険者協議会を活用することも考えられる。

市町村国保が外部委託している場合における費用決済及びデータ授受は、実施機関と市町村国保、市町村国保と被用者保険のそれぞれで行う。

なお、被用者保険から市町村国保への実施の委託だけでなく、被用者保険の保険者間の実施の委託等も可能である。

^{*1} まずは当該都道府県内に所在する被用者保険の被扶養者等の受入から徐々に協議を始めることが想定される。

4-2-5 個人情報保護

委託すべき機関の適格性として、健診における精度管理等も重要であるが、個人情報である特定健診・特定保健指導データを厳重に管理できることが必要である。

保険者には、個人情報保護法に基づくガイドライン^{*1}（「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ダンス」「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ダンス」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する必要がある。

付属資料の標準的な契約書の例では、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ので、参考にされたい。

4-2-6 スケジュール

保険者では、見積りした上で契約書の仮セット（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に完了させておく。実施年度に入れば、調印事務に着手し、短期間で完了させる。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日付とする。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。

4-3 請求・決済

4-3-1 自己負担額

健診・保健指導の実施機関において利用者から請求する金額は、契約により定められた単価（消費税込）から、各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。自己負担額が金額で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。

また、実施機関から保険者へのサービスの請求額の設定は複数回でも、自己負担額の徴収を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^{*2}（この時、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^{*3}）。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、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（利用券の様式例における窓口

^{*1} ガイドライン等については、個人情報保護委員会のホームページ「医療関連分野ガイダンス」

(<https://www.ppc.go.jp/personal/legal/>)や、厚生労働省ホームページ「厚生労働分野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」(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html>)を参照のこと。

^{*2} 初回面接を分割して実施する場合、自己負担額の徴収機会が初回面接①のときしかない場合が想定されること、初回面接①の実施時点では積極的支援か動機付け支援か確定していないことから、集合契約A②、B②に参加する場合は、対象者の「自己負担がない」又は「保健指導レベルに関わらず自己負担額が定額」である必要がある。

^{*3} 2009年度の健診結果に基づく保健指導実施分からは、この()に記載の算定ルールとなっている。

での自己負担の欄に「自己負担額は初回利用時の負担として特定保健指導開始時に全額徴収」と記載)する等実施機関の窓口で容易にわかるようにしておく。

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、設定する場合は、保健財政への影響と実施率向上^{*1}とを総合的に判断し、各保険者で設定する。例えば、財政的に余裕のある保険者の場合は、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。財政状況は厳しいものの、実施率向上を重視して自己負担を低く抑えることも一つの判断である。

予算が制約条件となるので、毎年の実施率が高まっていき、前年までの自己負担率では保険財政上厳しい場合には、年度によって自己負担を変えていくことも必要となる。

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は保険者の定率負担に限界があることから、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方法もある。例えば、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する、保険者負担上限額までは一定率の自己負担を求めるなど、保険者負担が過度となることを防ぐ方法もある。

4-3-2 請求・決済の頻度

請求や決済の頻度は、契約書に定められた内容に基づくので、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。

集合契約では、統一的・定型的な事務処理ルールが必要である。集合契約Bの標準的な契約書の例では、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^{*2}。

4-4 重要事項に関する規程

保険者が特定健診・特定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、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。

運営等に関する基準において定めておくべき概要の項目は、以下のとおりである。

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

5 運営等に関する基準

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

^{*1} 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} 集合契約における決済の回数は、付属資料の「標準的な契約書」の内訳書の支払条件の欄を参照。

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

規程の概要は、保険者が各機関の比較検討が円滑にできるよう、共通の様式を用いて記載する（様式は付属資料を参照）。必須記載項目は全て記載する、また一部の項目は、選んだ選択肢によっては委託基準を満たさなくなること（例えば「受診者に対するプライバシーの保護」の項目で「無」を選んだ場合は基準を満たさない機関となる）に注意する。

規程の概要は、人員配置基準や施設基準、実施時間を明記することから、複数の実施拠点を抱える機関が、機関単位で作成した場合、保険者にとって利用するサービスの拠点が基準を満たしているか否かが分かりにくいだけでなく、拠点によって実施時間（営業している曜日や時間帯）等が異なる場合に、受診者にとってもわかりにくい。このため、運営についての重要事項に関する規程の概要（ホームページ等）は、実施拠点単位で作成する。

図表 20: 重要事項に関する規程の概要(健診機関用)の様式イメージ*1

運営についての重要事項に関する規程の概要（健診機関）

- *健康と保健増進の両方に資する者は、保健指導機能とは別に作成・提出すること。
- *多くの拠点を有している法人の場合は、各拠点別で分別にこれを作成・提出すること。
- *活動内容の項目については、口述によるが、該当する箇所にのみ記入（※該当は省略）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、記載しているホームページ等更新し、更新日を明示すること。				
機関情報	機関名 ^(注1) 所在地 ^(注2) （郵便番号） （住所）	—	—	—
	電話番号 ^(注3)	—	—	—
	FAX番号	—	—	—
	連絡電話番号 ^(注4)	—	—	—
	窓口となるメールアドレス	〇		
	ホームページ ^(注5)	http://		
	経営者名 ^(注6)			
	開設者名 ^(注7)			
	管理者名 ^(注8)			
	第三者評価 ^(注9)	☐ 実施（実施機関： ） ☐ 未実施		
	認定取得年月日 ^(注10)	年 月 日		
	契約期間の末日 ^(注11)	年 月 日		
	所属組織も ^(注12)	〇（所属組織名、継承関係）		

(注1) 社会福祉事業法第2条に基づき「行政支援」といって区分け出た「あるいは区分けしていない」内容と第一の内容とする

(注2) 法人本部でなく、複数拠点を有している法人の場合は、正式名称が拠点名のみであれば可。法人名・拠点名（例：株式会社山手サービスOCG、株式会社人々OC △△施設センター）等）であればその通りに記載

(注3) 屋上により支社・地区から番号が付けられている機関のみ記載

(注4) ホームページを開閉している機関のみ記載。複数ある場合は最も情報の掲載が容易な情報に掲載されているサイト
（例：自己評価、施設紹介ページ、医療連携関係情報に基づく診療的ホームページ等のアドレスを記載）

(注5) 特定保健活動法に規定する各拠点における本職の管理施設、出し、管理に支障がない場合は、電話対応可能な他の施設の連絡先として記載することやできるものとする。施設管理者との専任管理、非常管理を想定、従って管理官は必ずしも医師でなくてもよい（医師でない場合は要説明）。

(注6) 何らかの経緯によって、辞退を受けた場合のみ記載

(注7) 創設時のみで、どのようなグループにも属していない場合は記載不要

(注8) 職員が交代し、支店長の拠点の場合、所屬する法人名（実効組織名）を全般的に正式名称で、所属組織とは、主として注2の法人を指定（所属は除く）、ない、既記取り主と機関名との位置関係としては、既記のうえに別の機関と主たる機関（支店・支店長）となる。

スタッフ情報 ^(注13)	常勤	非常勤
医師	人	人
看護員	人	人
臨床検査技師	人	人
上記以外の保健スタッフ ^(注14)	人	人

(注10) 特定保健活動法に規定する契機の日を記載

(注11) 医師、看護師、臨床検査技師以外で、特定機関の業務遂行に必要な者（受付、身体計測、データ入力や検便、バスの運転など）

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15)	☐ 有	☐ 無
個人情報保護に関する規程	☐ 有	☐ 無	
受診時間短縮	☐ 専用バス・待機 ☐ 施設内待機 ☐ 安全分庫 ☐ なし		

	血液検査	☐ 独自で実施 ☐ 委託（委託機関名：）
	尿検査	☐ 独自で実施 ☐ 委託（委託機関名：）
	尿糖測定管理 ¹²⁾	☐ 実施 ☐ 未実施
	外周神経管理 ¹³⁾	☐ 実施（実施機関：） ☐ 未実施
	健診結果の保存や報告に関する 標準的な電子データの作成	☐ 有 ☐ 無

注1) 健診時に30分以上、必要に応じて医師・看護師や救急を要する検査を実施する時間帯（一時閉館）があり、いつでも等の設置
 注2) 尿糖検査や尿糖測定等が実施されている場合には、委託先の状況について記載。

運営に關する情報	実施日及び実施時期 ¹⁴⁾	毎年	(例) 4月第1土曜日(5月12日)
	特定健康診査の単価 ¹⁵⁾	円以下/人	(例) 月 940~1,000 (1,000円)
	特定健康診査の実施形態	☐ 施設型 ☐ 予約制 ☐ 予約不要	
		☐ 回診型 ☐ 予約制 ☐ 予約不要	
	巡回健診の実施地域	(例) 市町村域、1市町村単位	
	救急時対応急患体制 ¹⁶⁾	☐ 有 ☐ 無	
	苦情に対する対応体制 ¹⁷⁾	☐ 有 ☐ 無	

注1) どちらか一方でも、どちらか両方とも
 注2) 特定健康診査の「基本となる検診の項目」は「ゆるい必須項目」の一式を実施した場合の単価（実効的によって多岐にわたる）であるが、そのうちの「重要項目」を定め、なお、健診には医療費を全額
 注3) 健診時に30分以上必要に応じて医師・看護師や救急を要する時間帯（一時閉館）があり、いつでも等の設置
 注4) 健診時に30分以上必要に応じて医師・看護師や救急を要する時間帯（一時閉館）があり、いつでも等の設置
 注5) 健診時に30分以上必要に応じて医師・看護師や救急を要する時間帯（一時閉館）があり、いつでも等の設置
 注6) 救急時対応急患体制による医療提供体制に準じて、それを受け付け、必要に応じて受診希望者等を行う要は、各自治体が設けられているが、市町村単位は原則として「有」である想定される

その他	発出時点の前年度における 特定健診の実施件数	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（機械付け支援） ☐ 有（情報的支援） ☐ 無			

保険者並びに利用者が健診・保健指導機関に関する情報を容易に確認できるよう、ホー

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

ホームページで公開するか、国立保健医療科学院に無料の掲載場所（特定健康診査機関・特定保健指導機関データベース*1）が設けられることから、その場を借りて公開する。公開している内容に変更があった場合は、速やかに掲載している情報を更新する。その際、利用上の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ので、更新の都度、日付を更新しておく。

4-5 健診・保健指導機関番号

4-5-1 番号とは

①健診・保健指導機関番号の必要性、付番ルール

特定健診・特定保健指導のファイルのやりとりに当たっては、発信者や送付先、送付内容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では、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を設け、番号で記載を統一することとした。

保険医療機関番号を保有する機関は、既存の番号を利用する方が合理的であり、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 21: 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（ただし、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（ただし、1の位の数がある場合はチェックデジットを0とする）。

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

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

②市町村の衛生部門が健診・保健指導機関となる場合の付番ルール

集合契約B（詳細は5-2-1参照）において、市町村国保が市町村の衛生部門に特定健診・特定保健指導の実施を執行委任する場合、集合契約における委託先が市町村の衛生部門となる。このため、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。

③保険者自身で特定健診・特定保健指導を実施した場合の付番ルール

保険者自身で特定健診・特定保健指導を直接実施する場合は、支払基金（国）への実績

*1 国立保健医療科学院ホームページ「特定健康診査機関・特定保健指導機関データベース」
(<https://kenshin-db.niph.go.jp/kenshin/>)

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、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、どの保険者でも共通して使用する）。

なお、保険者自身で実施しつつ、他の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、他の保険者に送付するその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。

④他の健診・保健指導（他の法令や償還払い）による実施結果受領時の付番ルール

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

図表 22: 付番ルールにおける留意事項

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

4-5-2 番号取得申請

健診・保健指導機関番号は、各機関が独自に設定するのではなく、一元的に発番及び失効情報等の管理を行う必要があるため、以下の理由から支払基金で一元管理している。

- 機関番号を用いての処理を最も必要とするのが代行機関であり、その中でも支払基金は集合契約Bにおける代行処理を取り扱う全国規模の機関である
- すで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特定健診・特定保健指導においてもこの番号を使用するため
- 支払基金は、レセプト処理業務において保険者や医療機関との長年の関係があり、全国の健診・保健指導機関からの付番申請に対応できる体制がある

保険者から特定健診・特定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

^{*1} 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（一括申請は可）。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、すでに保険医療機関の番号を取得済みであるため、新たな付番は不要。

により、届出を行う*1。なお、支払基金へ申請した内容に変更が生じた場合は、各都道府県の支払基金の支部に変更内容の届出を行う*2。

支払基金のホームページに健診・保健指導機関のリストを公開する際、掲載されている実施機関が委託基準を満たしていることを確認できるよう、各実施機関では、申請前に「運営についての重要事項に関する規程の概要」を作成し、ホームページ等に公開しておく。

すでに保険医療機関番号を保有している医療機関は、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特定健診・特定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、保険者から受託できることを示しておくためである。保険者が他の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。

保険者が事業者の産業医・保健師等に委託する場合、当該事業者が、加入する保険者からの受託に限る場合は、番号の取得は必要ない（保険者自身が実施する場合と同様にみなせるため）。ただし、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」の公開は必要である。

図表 23: 健診・保健指導機関番号の申請様式(保険医療機関用)

(特一様式第1号)

特 定 健 診 ・ 特 定 保 健 指 導 機 関 届 (保険医療機関)

特定健診・特定保健指導機関として、下記のとおり届けます。

令和 年 月 日

社会保険診療報酬支払基金 支部長 殿

住所
氏 名

①	特定健診・特定保健指導機関コード	機 関 の 種 別	☐ ア 特定健診機関 ☐ イ 特定保健指導機関
②	名 称		
③	所 在 地	郵便番号	電話番号
④	ホームページアドレス		
⑤	種 営 主 体 病 院	診療所	
⑥	開 設 者 名		

⑦以降は、特定健診・特定保健指導の費用を支払基金に請求予定がある場合に記載して下さい。なお、他の代行機関へ費用を請求する予定がある場合は、それぞれの代行機関への届出が必要となります。

また、⑨については下記の□に「イ」の場合のみ⑩に記載願います。

☐ ア 診療報酬と同一の口座に振込を希望する。

☐ イ 下記口座に振込を希望する。

⑦	請 求 者 名	登 録	* 整理印
⑧	受 領 者 名		* 受付印
⑨	振 込 銀 行	銀行コード	科目
	口座名義人	支店	当座・普通
⑩	請 求 開 始 年 月 日	請 求 形 態	

(備考)

※1 本届の内容のうち、①から⑤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。

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

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

※4 「請求形態」欄のオンラインを選択された場合は、別途「電子情報処理組織の使用に関する届出」及び「電子証明書発行依頼書」の提出が必要となります。

A 4 (210×297)

*1 図表 24～27 の様式及び作成要領は支払基金ホームページ(https://www.ssk.or.jp/yoshiki/yoshiki_09_h30t.html) 参照。

*2 保険医療機関番号を有する機関において、保険医療機関番号が変更となった場合は、旧機関番号の廃止及び新機関番号の取得の申請が必要となる。また、保険医療機関番号を有する機関において、保険医療機関を廃止し、健診・保健指導機関のみと変更する場合は、健診区分コードが「2」となるため、従前の健診・保健指導機関番号が使用できない。このため、保険医療機関以外として、支払基金へ健診・保健指導機関番号の取得及び旧機関番号の廃止の申請が必要となる。

図表 24: 健診・保健指導機関番号の申請様式(保険医療機関以外用)

(特-様式第2号)

特 定 健 診 ・ 特 定 保 健 指 導 機 関 届 (保険医療機関以外)

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。

令和 年 月 日

社会保険診療報酬支払基金 _____ 支部長 殿 届出者 住 所 氏 名 ㊞

① 機 関 の 種 別	☐ ア 特定健診機関 ☐ イ 特定保健指導機関	
② 名 称		
③ 所 在 地	郵便番号 電話番号	
④ ホームページアドレス	http://	
⑤ 経 営 主 体	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・財団法人・NPO・株式会社 その他の法人・個人 その他	
⑥ 開 設 者 名		

⑦以降は、特定健診・特定保健指導の費用を支払基金に請求予定がある場合に記載して下さい。なお、他の代行機関へ費用を請求する予定がある場合は、それぞれの代行機関への届出が必要となります。

⑦ 請 求 者 名			* 整理印		* 受付印	
⑧ 受 領 者 名			登 録			
⑨ 振 込 銀 行	銀行 支店 科目 口座番号		確 認			
⑩ 口座名義人						
⑪ 請求開始年月日	令和 年 月 日		⑫ 請求形態	☐ ア 電子媒体 (CD-R) ☐ イ 電子媒体 (FD) ☐ ウ 電子媒体 (MO) ☐ エ オンライン		

(備考)

(基金使用欄)

* 決定特定健診・特定保健指導機関コード

※1 本届の内容のうち、①から⑤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。

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

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

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

※4 「請求形態」欄のオンラインを選択された場合は、別途「電子情報処理組織の使用に関する届出」及び「電子証明書発行依頼書」の提出が必要となります。

A 4 (210×297)

4-6 委託先機関の評価

4-6-1 委託基準の遵守状況の確認

保険者は、委託先の機関が委託基準を遵守しているかを確認する必要がある。健診・保健指導機関で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ことから、保険者では、これを確認するとともに、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^{*1}する。この仕組みを担保するため、受託機関は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。

4-6-2 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、特定健診・特定保健指導を実施したとはみなせない。国は保険者に対し実施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の権限はない。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、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と判明した時点で、保険者は委託先の機関に対し改善を求めることとなるが、是正されない場合は、年度途中であっても契約の解除が考えられる。

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）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に加えて、逸失利益を請求することも考えられる。

②次年度の契約を更新しない

年度途中の解除まで至らない、あるいは解除に向けた手続を踏む時間がない等の理由で解除ができない場合でも、次年度の継続・更新は回避できる。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の除外を検討・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ともに、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、特定健診・特定保健指導を受託できなくなるようにするため、健診・保健指導機関番号登録の抹消（あるいは一時停止）もできる。

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

^{*1} 集合契約Bにおいては、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（付属資料にある契約書の例を参照）。

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（その下に所属する保険者）にその旨を通知し、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ともに、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特定健診・特定保健指導結果の取扱い

基準を満たさない健診・保健指導機関による実施結果は、特定健診・特定保健指導を委託により実施したとはみなせないため、保険者にて実施し直すこととなる。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保険者の実施率に含める（実施したとみなす）こととする。

4-6-3 委託先の評価

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。特に特定保健指導は、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、実施後の評価が重要となる。

複数機関に委託している場合、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）と掘り下げて比較、評価を行う。

評価の視点は、対象者の満足度等の指導プロセスや保健指導の継続率等のアウトプットのほか、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等の成果を評価することが重要である。

保健指導の評価とは別に、保健事業全体の成果として、生活習慣病に関する各保険者での医療費の増減状況について評価する。保健指導の評価を根拠に基づいて、適切に行うためには、特定健診・特定保健指導データやレセプトデータ等が保険者において、分析可能な状況にあることが必要であり、システム等によるデータ管理体制の整備を行う。

以上のような評価は各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。

5. 集合契約

5-1 契約条件の標準化

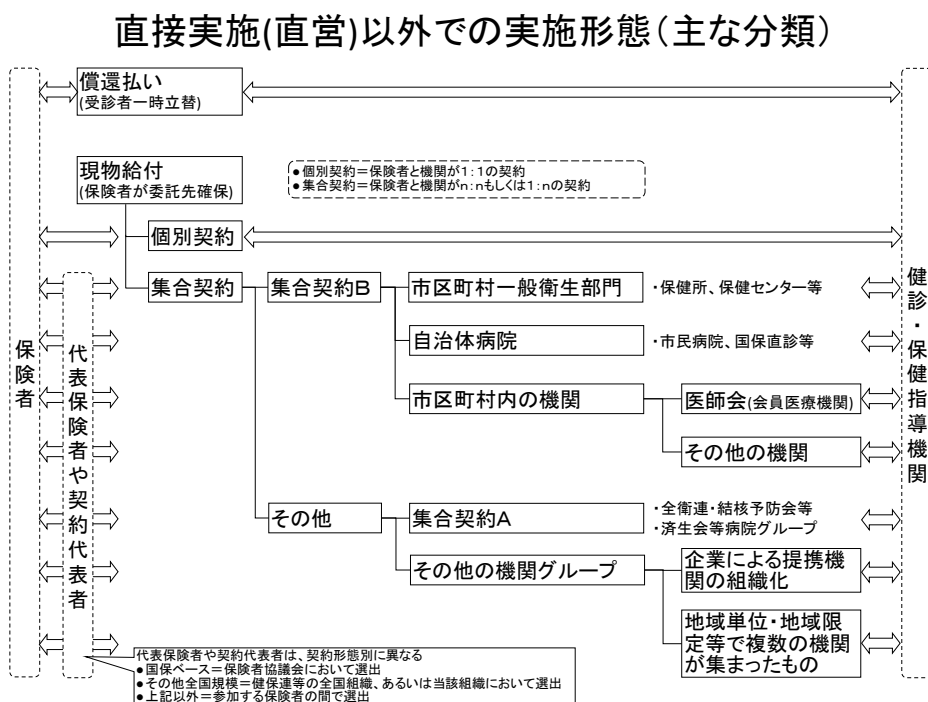
市町村（国保）の実施機関との集合契約（集合契約B 詳細は5-2-1参照）において、市町村によって委託者と受託者の役割や責任の分担、紛争解決ルール等、契約単価以外の契約条件が異なるという事態が生じた場合、全国で集合契約に参加する保険者から見ると、地域によってさまざまな条件の契約が混在し、複雑化する。

このため、集合契約Bでは、契約書のフォーマット（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（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、契約関係者の事務の煩雑さを解消する。

5-2 集合契約のパターン

集合契約の基本となるのは、市町村（国保）の実施機関との集合契約（集合契約B）である。保険者（あるいは健診・保健指導機関）は、集合契約のいずれか一つを選択し参加するのではなく、どの契約にも重複に参加して構わない。重複に参加することにより、保険者は、より多くの機関に委託できるだけでなく、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・請求がなされるルールのため）。一方、健診・保健指導機関にとっても、重複の参加は、より多くの保険者からの委託を受けることができるメリットが生じる。

図表 27: 集合契約等直営以外での主な実施形態



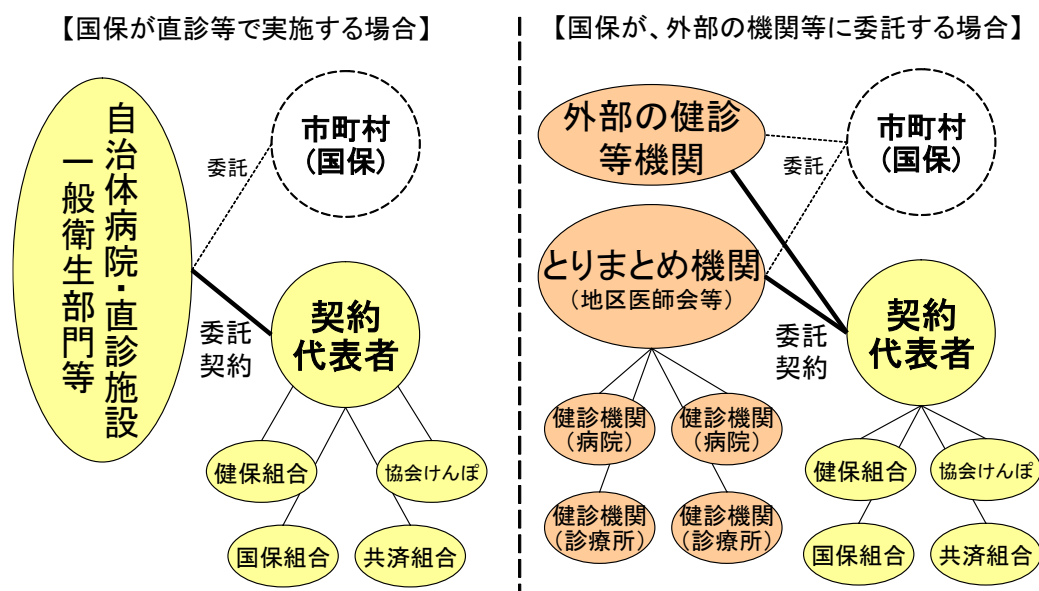
5-2-1 市町村国保の実施機関(地区医師会・直診・衛生部門等)

2007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(住民健診)が市町村において実施されていたが、特定健康診査に置き換わったことによって、市町村国保被保険者でなければ市町村(国保)では受診できなくなった。

市町村において、これに伴う混乱を避け、どの保険者に加入していても地元で受診できるようにするためには、住民のうち市町村国保以外の保険者(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、個々の保険者(被用者保険)が市町村(国保)の実施機関と個別に契約するような非効率を避けるため、当該機関と被用者保険グループとの間で集合契約(集合契約B)を締結する。市町村(国保)の実施機関には、主に次の形態が考えられ、市町村(国保)の契約の枠組みによって集合契約の相手先は異なることとなる。

図表 28:市町村国保の実施機関(集合契約B)のイメージ



①市町村国保部門(保険者間委託)

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

ただし、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ている市町村国保は少ない(市町村で抱える保健師数が十分でない中で国保に割けるマンパワーには限りがある)ことから、市町村国保が直営で行う場合は被用者保険分まで受託できない可能性もある。この場合は、被用者保険分のうち市町村国保で受けられない人数分は外部の機関に委託できるよう、加入する保険者の違いを問わず、住民に対する実施場所の提供という観点に立ち、市町村が仲介の労をとることも考えられる。

②市町村衛生部門

市町村における保健事業の実施体制として、市町村内で抱える保健師等の分散配置を避

けるため、虐待や障害者への対応等特定健診・特定保健指導以外のさまざまな業務も含め、衛生部門に集中して配置する形態をとる場合が考えられる。

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

特に、民間の保健指導機関による進出が困難と考えられる地域（いわゆるへき地や離島等）においては、地元市町村による（住民サービスの一環としての意味合いも含め）保険者の種別を問わない保健指導の実施が重要となることから、そのような市町村は、被用者保険との集合契約に積極的に対応することが求められる。

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

③自治体病院

上記①②以外の市町村内部での実施体制としては、市民病院や国保直診施設等の自治体病院が残る選択肢として考えられるが、これは一般の医療機関への委託と同様、市民病院や国保直診施設等を委託先として集合契約を締結することとなる。この場合、委託費の収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。これらの施設はすでに保険医療機関として番号を保有していると考えられるが、被用者保険からの受託に当たっては、健診・保健指導機関となる旨を支払基金へ届け出ておく必要がある。

④外部機関

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

主な委託先としては、地区医師会^{*1}（集団健診における運営や、会員医療機関での個別健診等）や健診機関（バスによる巡回健診業者等）、医師会に加入していない市町村内の医療機関となっていることから、これら委託先が被用者保険の集合契約の相手先となる。

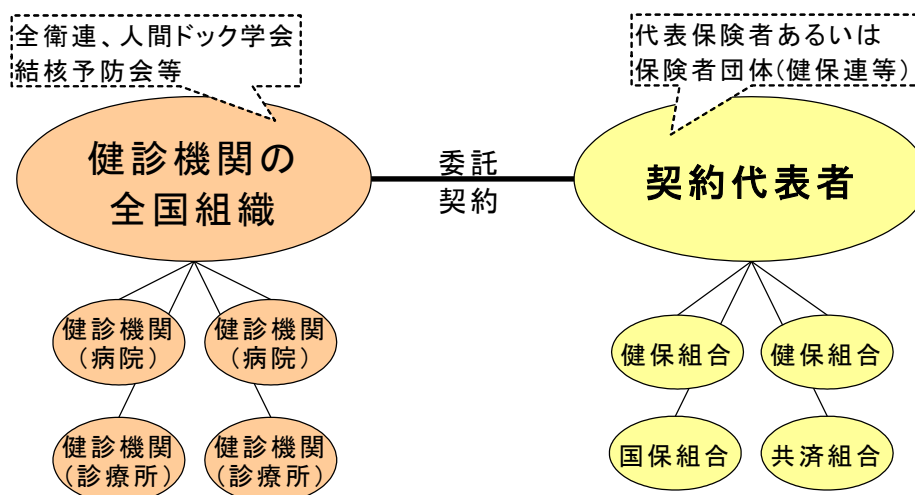
5-2-2 全国的な健診機関グループ

被用者保険の加入者が、市町村国保が健診等の実施を委託している機関、もしくは市町村国保が自ら行う機関等において、受診できる実施体制を全国で構築するのが集合契約Bである。これ以外の集合契約の相手先としては、主として、全国各地の健診機関を束ねた機関グループや、全国規模の病院グループが考えられる（集合契約A）。この契約形態は、各グループ傘下の機関が立地する地域をカバーすることになる。保険者においては、加入者の状況（住所地等）に応じて、集合契約Bと組み合わせる等の対応が必要となる。

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

^{*1} 最小単位である郡市区医師会を基本的な契約相手先として想定しており、付属資料の契約書の例もこの欄を「〇〇市医師会」としているが、郡市区医師会が都道府県単位で契約条件等を取りまとめることができる場合は、契約相手先が都道府県医師会となることもある。

図表 29: 全国的な健診機関グループとの集合契約のイメージ



5-2-3 その他(地域グループ等)

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では、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する事業者があり、特定健診・特定保健指導でも同様のサービスを提供している。これら代行サービス事業者と契約することにより、当該事業者の提携機関全てで受診が可能となる。

②地域単位・地域限定等で複数の機関が集まったもの

保険者の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として、複数の健診・保健指導機関がグループを形成して、保険者に一括契約を提供することも可能である。実施地域をある程度絞ることができる保険者に対し、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。仕組みとしては、契約取りまとめを行う代表機関と保険者が契約し、他の機関は代表機関に委任状を提出する形態となる。

5-2-4 成立に向けた手順

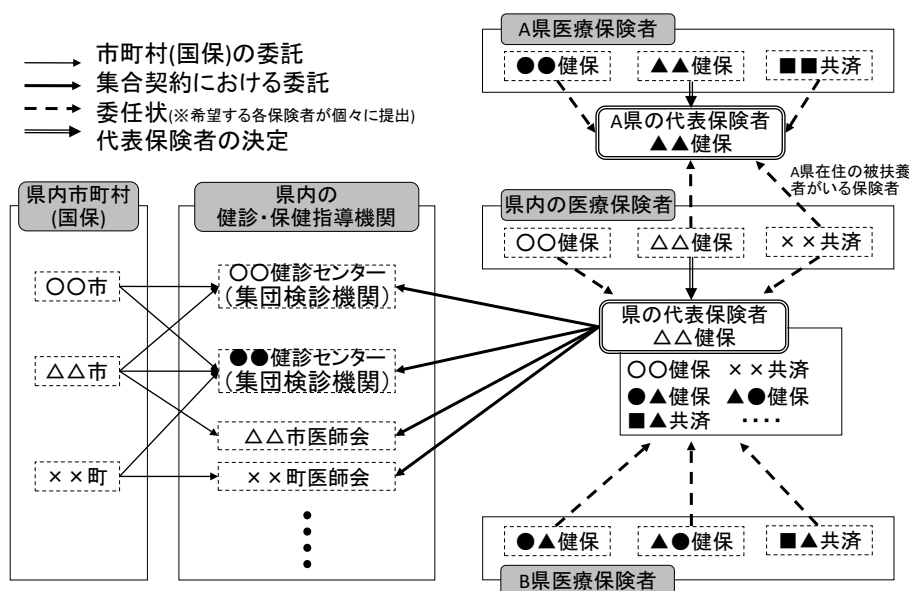
①集合契約B

集合契約の成立に向けた事務調整等は、全て都道府県単位の保険者協議会にて行われる。具体的には、協議会において、各都道府県内に拠点を有する保険者の中から契約代表者を選定し、都道府県内の実施機関と契約書を一斉に締結する運びとなる。各保険者協議会において、集合契約に参加する保険者を中心に進められるべき作業の、標準的な手順としては、以下のとおり。

- (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保険者（都道府県内）の仮設定
- (3) 契約代表者の選定（※他の参加保険者は経費・要員・事務等を応分に負担）
- (4) 契約代表者や参加保険者等による契約条件（単価・内容）の交渉・確定
- (5) 他の都道府県の保険者協議会に契約代表者名・実施機関リスト・契約条件に関する

- る情報を配布し、参加希望の保険者を募集
- (6) 集合契約に参加する保険者（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

図表 30: 集合契約Bにおける各主体間の関係(イメージ)



②集合契約A

具体的な事務遂行は、健康保険組合連合会（健保連）や共済組合連盟等の保険者団体を中心に行われている。契約代表者は、参加する保険者の中から選定するか、これら保険者団体となる。集合契約の成立に向けた手順は、①の手順の(2)から(9)となる。

③その他（地域グループ等）

特定のグループ単位での受診体制づくりとなることから、集合契約の成立に向けた事務調整等が参加する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保険者と個々に契約する形態となる。集合契約の成立に向けた手順は、保険者側がグループ化する場合は①の手順(2)から(9)となるが、保険者側が個々に契約する場合は特に手順はない。

5-2-5 成立に必要な注意点

①市町村国保における実施体制の確立等

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

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

○市町村国保は、自身の被保険者に対する特定健診・特定保健指導の実施体制を固める。

その際、住民である被用者保険の被扶養者のことも考慮する
 ○各都道府県の国保連合会や市町村国保は、被用者保険の集合契約の相手先の確定に向け、契約情報の提供をはじめとする必要な支援・協力を行う（具体的には、各市町村の契約予定機関・単価等のリストを都道府県でとりまとめ、保険者協議会に提供）

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

②集合契約の前提となる市町村における契約の整理

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

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

集合契約Bは、市町村国保部門における契約に準じるものとする。

なお、以上のように契約を分けても、市町村において、受診者の利便性向上のために各種健診の共同実施^{*1}は望ましい（契約に準じ分離実施する必要はない）。特定健康診査とその他衛生部門等における健診とを共同実施する場合、被用者保険の被扶養者は、特定健康診査の受診券を持参すれば、共同実施している健診のうち該当するもの全てを一回で受診可能であり、すでに別途特定健康診査を受診済であれば衛生部門等特定健康診査以外の健診のみ受診可能となる。

③保険者協議会の活動の活性化

集合契約Bは、都道府県の保険者協議会^{*2}においてその成立に向けた連絡調整や準備を行うこととなっており、保険者協議会の役割は非常に重要である。市町村国保の実施形態の整理・確定、関係者間での情報共有、委託先による被用者保険の受け入れ準備状況の確認等、必要な支援と協力を進めることが求められる。

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

集合契約Bは、主に被用者保険の被扶養者に対する受診体制づくりであることから、被

^{*1} 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）。

^{*2} 保険者協議会の会議そのもので成立に向けた協議等を行うのではなく、実質的には、協議会の下に実務者による協議調整の枠組みを設けて詳細を進め、会議そのものでは形式的な合意形成のみなされるパターンが一般的。

用者保険（あるいは健保連等保険者団体）は、保険者協議会への積極的な関与・協力等（具体的には下記）が求められる。

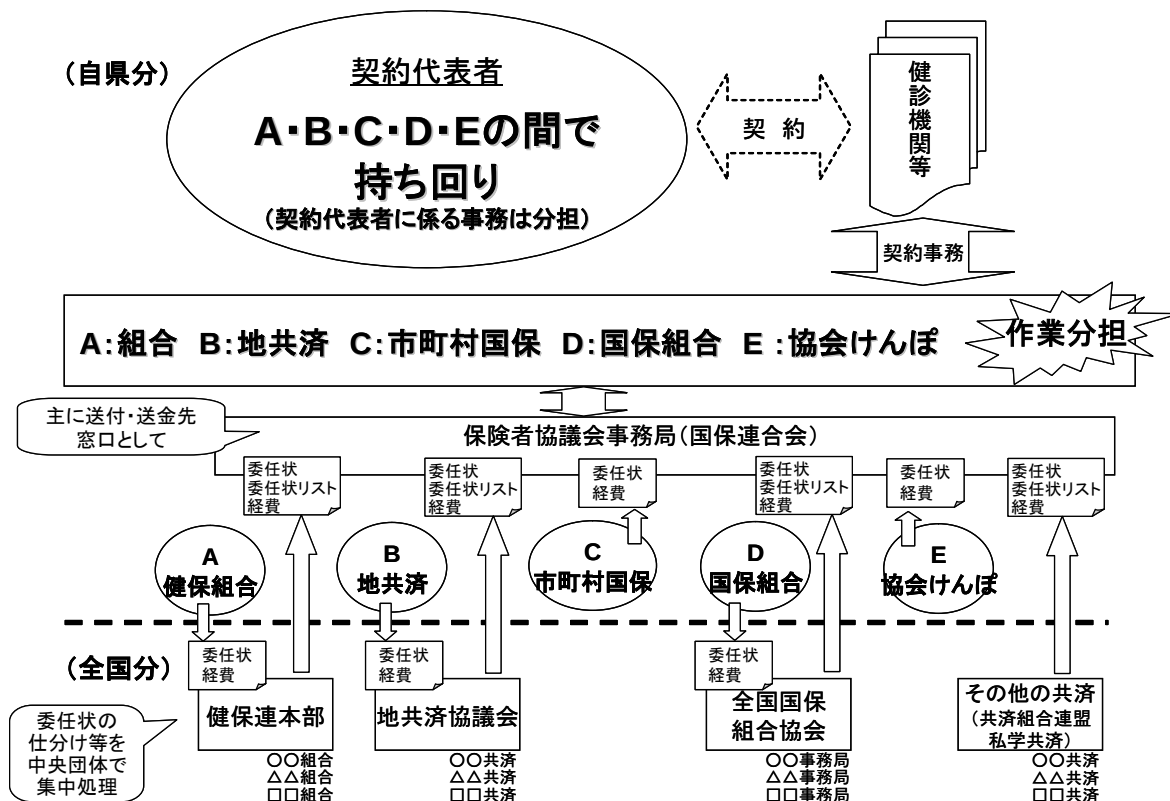
- 健保連の都道府県支部や各都道府県の主要な健保組合、あるいは保険者協議会に参加している共済組合（あるいは支部）、あるいは協会けんぽの都道府県支部は、代表保険者への立候補、もしくは他の保険者と選出の調整を進める
- 各都道府県の健保組合・協会けんぽ・各共済組合・国保組合は、代表保険者の事務処理を分担する等、代表保険者の事務処理負担の軽減を図る

④事務の省力化と役割分担

集合契約Bでは、都道府県内の実施機関と一つ一つ調整・確認を進め、契約書をセットする。契約本数が多数の場合、事務量は少なくないことから、契約代表者に全て任せるのではなく^{*1}、契約代表者以外の参加保険者が分担し事務进行处理するのが原則である。

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

図表 31:集合契約Bの成立に向けた保険者間の役割分担(一例)



5-2-6 特定健康診査当日に初回面接を行う場合

第三期（2018年度以降）から、保険者による優先順位付けは行わず、階層化の結果特定保健指導対象者となったもの全員（初回面接を分割実施する場合は、特定保健指導の対象

^{*1} 代表者に押し付けると代表者のなり手が居なくなり、その都道府県では契約が進まない。

と見込まれる者も含む) に対して保健指導を実施する保険者のグループと、特定健康診査当日に特定保健指導を実施できる健診・保健指導機関のグループとの集合契約のパターンが新たに位置付けられた。

①契約主体

従前の集合契約A・集合契約Bの契約主体の中に含まれる保険者又は健診・保健指導機関のうち、特定健康診査当日に初回面接を行う場合の集合契約に参加したい保険者と、実施できる健診・保健指導機関との契約となる。

特定健康診査当日の初回面接を行わない従前の集合契約A・集合契約Bをそれぞれ集合契約A①・集合契約B①とし、第三期から位置付いた特定健康診査当日の初回面接を行うものをそれぞれ集合契約A②・集合契約B②とする^{*1}。

②優先順位

集合契約間の優先順位は以下のとおり整理されている。

ア 保険者が当日初回面接の集合契約（集合契約A②、集合契約B②）に参加している、かつ、健診・保健指導機関が当日初回面接可能な場合は、当日初回面接の集合契約を優先する^{*2}。

イ 保険者が当日初回面接の集合契約に参加しているが、健診・保健指導機関が当日初回面接が実施できない場合は、従前の集合契約（集合契約A①、集合契約B①）で実施する。

ウ 保険者が当日初回面接の集合契約に参加していないが、健診・保健指導機関は当日初回面接を実施できる場合は、従前の集合契約で実施する。

なお、集合契約A②・集合契約B②に参加する保健指導機関は、動機付け支援及び積極的支援両方を実施できる必要がある^{*3}。

③集合契約における対応

当日初回面接の集合契約（集合契約A②、集合契約B②）は、第三期（2018年度以降）における見直し内容について以下のとおり対応する。

	健診当日に初回面接を実施しない集合契約		健診当日に初回面接を実施する集合契約	
	集合契約A①	集合契約B①	集合契約A②	集合契約B②
行動計画の実績評価の時期の見直し(2-4、2-5 参照)	○	○	○	○

^{*1} 保険者及び実施機関における主な集合契約の選択肢は、従前は2種類（集合契約A、集合契約B）だったが、第三期からは4種類（集合契約A①、集合契約B①、集合契約A②、集合契約B②）となる。なお、②のみ（集合契約A②、集合契約B②）の契約は想定されず、②を契約する場合は①（集合契約A①、集合契約B①）も契約することになる。

^{*2} 集合契約A②と集合契約B②両方に参加している健診・保健指導機関の場合は、5-2と同様に最も低廉な契約ルートで実施・請求がなされる。

^{*3} 集合契約A②、集合契約B②は特定健康診査当日に初回面接を実施することになるが、初回面接を分割実施する場合は初回面接を始めた時点で当該対象者が動機付け支援対象者か積極的支援対象者かが確定していないため、特定健康診査の結果が出揃った後に継続して特定保健指導を実施するためには、動機付け支援と積極的支援両方が実施できる保健指導機関である必要がある。

初回面接と実績評価の同一機関要件の廃止 (2-8-2 参照)	—	—	—	—
健診結果が揃わない場合の初回面接の分割 実施(2-7-2②参照)	—	—	○※1	○※1
2年連続して積極的支援に該当した者への2 年目の特定保健指導(2-6①参照)	○	○	—	—
積極的支援対象者に対する柔軟な運用によ る特定保健指導のモデル実施(2-6②参照)	—	—	—	—

※1：特定健康診査と特定保健指導を同一機関が実施する場合に限る

④集合契約A②・B②において初回面接を分割して実施した場合の費用請求

集合契約A②及び集合契約B②において初回面接を分割して実施した場合、1回目の請求は、初回面接終了後である初回面接2回目終了した後に行う。初回面接1回目を実施した後、初回面接2回の実施前に被保険者資格喪失による利用停止・脱落等により初回面接が未完了となってしまう場合は、初回面接1回の実施日から起算して4ヶ月を経過した時点で、「初回未完了」として費用請求する。

5-3 代表保険者・契約代表者の選定

①集合契約B

都道府県の保険者協議会において、各都道府県内に拠点を有する保険者^{*1}の中から代表保険者を選定する。代表保険者は、各都道府県を代表し、他の都道府県の保険者からの委任も受けることから、特に契約事務処理等に対応^{*2}できるスタッフ体制がある等、確実に契約処理を遂行できるしっかりした保険者が担当する。

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保険者（地元で有数の企業の健保組合か、共済組合、協会けんぽの都道府県支部）にお願いする方法がある。毎年同じ保険者に引き受けて貰えない場合は、いくつかの主要な保険者の間で輪番制とすることも考えられる。特定の保険者への依頼が難しい場合は、健保・協会けんぽ・共済で輪番制とすることが考えられる。この時の健保や共済における代表保険者は常に同じ保険者でも、候補が複数考えられるためにその中でも交代制とすることもありえる。

②集合契約A

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

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

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

③その他

参加する保険者の中から選定するか、選定せず（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。

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

5-4 受診券・利用券

5-4-1 定義

特定健診・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、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。

受診券は、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。健診機関において受診資格の確認のほか、受診者に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。

利用券は、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。保健指導機関において利用資格の確認のほか、対象者に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。

5-4-2 主な役割・目的

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保険者の加入者であるか否かを判別するため、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。また、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、保険者への請求額を算定するための各保険者が設定する窓口負担額を確認する。

特定健康診査当日に初回面接を行う場合は、事前に特定保健指導対象者に対して利用券を発行できないため、受診券は利用券も兼ねる（セット券）。受診券には、当日初回面接の

^{*1} 個別契約でも必要に応じ保険者の判断で発券する。委託せずに実施する場合も、必要と判断する場合は発券できる。

^{*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。

集合契約（集合契約A②、集合契約B②）に参加していること、特定保健指導対象者となった場合におけ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（図表34）。

5-4-3 様式

受診券・利用券は、集合契約の参加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の業務が煩雑になり、確認ミス等が生じる。これを避けるため、集合契約に参加する各保険者は全国統一の標準的な様式で発券することとし、健診・保健指導機関は券面の決まった箇所を素早くチェックすることを可能とする。

図表 32: 受診券の様式*



特定健康診査受診券

20××年 月 日交付

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 20××年 月 日

健診内容 ・特定健康診査
・その他()

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 保険者負担額上限額 1,000円

その他(追加項目) 負担額又は負担率 負担額又は負担率

その他(人間ドック) 負担額又は負担率 保険者負担上限額

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 集合契約B①、健保連集合A①

支払い代行機関番号

支払い代行機関名

注意事項

- 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。)
- 特定健康診査を受診するときは、この券と被保険者証を窓口に提出してください。どちらか一方だけでは受診できません。
- 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。
- 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、ご了承のうえ、受診願います。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

住所

〒 ○○○-○○○

受診者が記入

図表 33: 受診券(セット券)の様式(当初初回面接の集合契約の場合)*1

例		特定健康診査受診券(セット券)															
		20××年 月 日交付															
受診券整理番号		〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇															
受診者の氏名	(※カタカナ表記)	セット券の場合は、 3桁目が「5」															
性別																	
生年月日	(※和暦表記)																
有効期限		20××年 月 日															
健診内容	・特定健康診査 ・その他(当日保健指導)																
窓口での自己負担	特定健診(基本部分) 特定健診(詳細部分) その他(追加項目) その他(保健指導)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">負担額又は負担率</td> <td style="width: 50%;">受診者負担 20%</td> </tr> <tr> <td>特定健診(基本部分)</td> <td>保険者負担額上限額 1,000円</td> </tr> <tr> <td>特定健診(詳細部分)</td> <td style="text-align: center;">—</td> </tr> <tr> <td>その他(追加項目)</td> <td style="text-align: center;">—</td> </tr> <tr> <td>その他(保健指導)</td> <td>利用者負担額 1,000円</td> </tr> <tr> <td>負担額又は負担率</td> <td style="text-align: center;">—</td> </tr> <tr> <td>保険者負担上限額</td> <td style="text-align: center;">—</td> </tr> </table>		負担額又は負担率	受診者負担 20%	特定健診(基本部分)	保険者負担額上限額 1,000円	特定健診(詳細部分)	—	その他(追加項目)	—	その他(保健指導)	利用者負担額 1,000円	負担額又は負担率	—	保険者負担上限額	—
負担額又は負担率	受診者負担 20%																
特定健診(基本部分)	保険者負担額上限額 1,000円																
特定健診(詳細部分)	—																
その他(追加項目)	—																
その他(保健指導)	利用者負担額 1,000円																
負担額又は負担率	—																
保険者負担上限額	—																
保険者所在地																	
保険者電話番号																	
保険者番号・名称	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																
契約とりまとめ機関名	集合契約B①、健保連集合A①、 健保連集合A②																
支払い代行機関番号																	
支払代行機関名																	

住所

〒 〇〇〇-〇〇〇〇

注意事項

- 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。)
- 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へ提出してください。どちらか一方だけでは受診できません。
- 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。
- 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、ご了承のうえ、受診願います。
- 健診結果(・**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。
- 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。
- 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。

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。

※ 特定健康診査の結果、特定保健指導の対象となった場合であって、この券を用いて健診当日に特定保健指導を利用するときは、以下をご確認ください。

10. 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。

11. 窓口での自己負担がある場合には、原則、健診当日(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。

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。

図表 34: 利用券の様式*1

例		特定保健指導利用券									
		20××年 月 日交付									
利用券整理番号		〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇									
特定健康診査受診券整理番号		〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇									
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		20××年 月 日									
特定保健指導区分	・動機付け支援 ・積極的支援 ・動機付け支援相当										
窓口での自己負担	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">負担額又は負担率</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>保険者負担上限額</td> <td></td> </tr> </table>			負担額又は負担率		保険者負担上限額					
負担額又は負担率											
保険者負担上限額											
(自己負担額は初回利用時の負担として、特定保健指導開始時に全額徴収)											
保険者所在地											
保険者電話番号											
保険者番号・名称	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
契約とりまとめ機関名											
支払い代行機関番号											
支払代行機関名											

注意事項

- 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へ提出してください。どちらか一方だけでは受診できません。
- 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。
- 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。
- 窓口での自己負担がある場合には、自己負担額は初回利用時の負担として、特定保健指導開始時に全額お支払い頂きます。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。
- 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、ご了承のうえ、受診願います。
- 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。
- 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。
- 不正にこの券を使用した者は、警報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。
- 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。

*1 2018年度以降に発行される国民健康保険の被保険者証は、「交付者名」として国保の保険者としての市町村の名称が記載されるため、受診券又は利用券の保険者名と、被保険者証の交付者名とを照合・確認すること。

①集合契約における様式

集合契約の受診券・利用券の様式は上のとおり。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差し支えない。

②個別契約における受診券・利用券

集合契約に参加しつつ別途個別に契約を結んで実施機関を増やしている保険者や、集合契約に参加しておらず個別契約のみでも発券している保険者も少なくない。

前者のケースは、集合契約の発券ルール等を遵守し（個別契約も含んだ内容の券面表示とし別途個別契約用の発券は行わない）、契約とりまとめ機関名欄に「個別契約」と明示することとなるが、後者のケースは全く自由に発券されていることから、実施機関の窓口における事務処理で混乱するケースが見られる。

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

5-4-4 作成上の注意事項

①受診券

受診券は、対象者1名ごとに作成する。大きさは、縦140～154mm・横90～107mm（はがき大*1）とする（郵送での受診券送付に対応できるように）。各欄の表記は、基本的には以下のとおりであるが、必要に応じて、健診内容、窓口での自己負担、注意事項その他の記載内容について、所要の変更又は調整を加えることができる。

「受診券整理番号」欄	● 年度(西暦下2桁)+種別(1桁:特定健康診査の場合は「1」、当日初回面接の集合契約により受診券と利用券を兼ねる場合(セット券)は「5」)+個人番号(8桁:自由に設定。例えば発行場所が複数の場合に支所番号を先頭に付番する等。ただし連番での設定を遵守)の11桁 ⇒YY1*****
「健診内容」欄	● 複数に該当する場合には、全て記載すること。 ● 集合契約において共通で追加する健診項目が無い場合は、その他の欄は抹消すること。 ● 当日初回面接の集合契約の場合は、その他の欄に「当日保健指導」と記載すること。

*1 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。

「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 ○特定健康診査の代わりに人間ドックを実施する場合は「その他(人間ドック)」の欄以外は抹消、等 ● 残されている全ての欄に、受診者の負担額(あるいは負担率)、もしくは保険者の負担上限額を記載(例:「受診者負担 1000 円」「受診者負担 30%」「保険者負担上限額 20000 円」等)。 ● 自己負担がない場合は、残されている全ての欄(「健診内容」欄にあるもの)に斜線を入れること。 ● 当日初回面接の集合契約の場合は、「その他(人間ドック)」を「その他(保健指導)」とした上で、特定保健指導における負担額又は負担率及び保険者負担上限額を記載すること。
「契約とりまとめ機関名」欄	● 全都道府県の集合契約B①の契約を締結していれば集合 B①と記載。ただし、契約に不参加の都道府県がある場合は、除外する都道府県名を記載(参加する都道府県数の方が少ない場合は、参加する都道府県名のみ記載)。 ● 国保ベースに加えて、健診機関グループとの集合契約にも参加している場合は、そのとりまとめ機関名(例:健保連集合A等)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、「個別契約」と記載(健診機関が窓口にて個別契約の有無を識別し、当該機関が個別契約も行っているかの確認を喚起する目的で表示) ● 市町村国保と地域医師会の契約においては、発行する受診券に契約とりまとめ機関欄がある場合は、「医師会」と記載。
「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。 ● 複数の契約とりまとめ機関の契約に参加し、契約とりまとめ機関別に支払代行機関が異なる場合は、各々について「代行機関名(契約とりまとめ機関名)」という形で連ねて記載すること。 ● 複数の契約とりまとめ機関の契約に参加しているものの、代行機関は一つに集約する場合は代行機関番号や代行機関名の欄は一つのみでよい
QR コードを印刷したい場合(任意 ^{*1})	● 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(付属資料「受診券 QR コード収録項目」)に基づき生成・印刷すること。 ● コードと併せて「この QR コードは、券面の情報の入力ミスを防ぎ、事務の効率化・迅速化を図るためのものです(券面の表示に関わりない情報はコード化されていません)」等の注意書きを添えること。

②個別契約と集合契約の両方が有る場合の受診券

集合契約に参加しつつ個別契約もある保険者では、次のような発券ルールとなっている。

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

^{*1} 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保険者が任意で受診券・利用券に QR コードを印刷し、読み取り機のある医療機関であれば読み取って窓口業務の効率化・正確化を図ることができるよう検討が進められてきた。しかし、健康保険証等の IC カード化を検討する動きがあることから、健康保険証への QR コードの搭載に関する省令改正が中止された。この状況下であっても、大規模な健診機関(あるいは健診機関グループ)が窓口業務の省力化等のため、QR コードで受診券・利用券を取り扱うことは考えられることから、そのような機関が使用する際に、一応の共通仕様を関係者間で共有しておくことが必要なことから、上記注意事項及び付属資料の「受診券(利用券)QR コード収録項目」を掲載している。

③利用券

利用券は、対象者1名ごとに作成する。大きさは、縦140～154mm・横90～107mm（はがき大）とする（郵送での利用券送付に対応できるように）。各欄の表記は、基本的には以下のとおりであるが、必要に応じて、窓口での自己負担、注意事項その他の記載内容について、所要の変更又は調整を加えることができる。

「利用券整理番号」欄	● 年度(西暦下2桁+種別(1桁:積極的支援の場合は「2」、動機付け支援の場合は「3」、動機付け支援相当の場合は「4」)+個人番号(8桁:自由に設定。例えば発行場所が複数の場合に支所番号を先頭に付番する等。ただし連番での設定を遵守)の11桁 ⇒YY2*****もしくはYY3***** ● 年度(西暦下2桁)は、特定保健指導の基となった特定健康診査の実施年度を記載する。
「特定健康診査受診券整理番号」欄	● 券面の対象者が特定健康診査を受診時に発行した受診券の整理番号を記載(健診結果と保健指導の結果が紐付けしやすいように) ● 労働安全衛生法等他の法令に基づく健診を受診した場合等、受診券を発券していない場合は、保健指導機関がデータ作成時に迷わないようその旨を明示(例えば線で消す、「事業者健診のため番号なし」と記載する等。欄自体の削除はあまり好ましくない)
「特定保健指導区分」欄	● 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)。 ● 初回時に全額徴収する場合はその旨を明記(例えば、「自己負担額は初回利用時の負担として、特定保健指導開始時に全額徴収」や「記載の額(もしくは率)を初回時に全額お支払い下さい」等) ● 自己負担なしの場合は、全ての欄に斜線を入れること。 ● 総額が保険者負担額の上限額に満たない時(例:保険者負担上限が 2 万円で総額が1万円等上限額を下回る場合)に一定率の受診者負担を設定する場合、負担率と上限額の両方の欄に記載。どちらかのみ場合は記載しない欄には斜線を入れること。
「契約とりまとめ機関名」欄	● 全都道府県の国保ベースの契約を締結していれば集合 B①と記載。ただし、契約に不参加の都道府県がある場合は、除外する都道府県名を記載(参加する都道府県数の方が少ない場合は、参加する都道府県名のみ記載)。 ● 国保ベースに加えて、保健指導機関グループとの集合契約にも参加している場合は、そのとりまとめ機関名(例:健保連集合A等)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、「個別契約」と記載(保健指導機関が窓口にて個別契約の有無を識別し、当該機関が個別契約も行っているかの確認を喚起する目的で表示) ● 市町村国保と地域医師会の契約においては、発行する利用券に契約とりまとめ機関欄がある場合は、「医師会」と記載。
「支払代行機関番号」及び「支払代行機関名」	● 必要ない場合は抹消すること。 ● 複数の契約とりまとめ機関の契約に参加し、契約とりまとめ機関別に支払代行機関が異なる場合は、各々について「代行機関名(契約とりまとめ機関名)」という形で連ねて記載すること。複数の契約とりまとめ機関の契約に参加しているものの、代行機関は一つに集約する場合は代行機関番号や代行機関名の欄は一つのみでよい。

QRコードを印刷したい場合(任意*1)	● 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(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 35: 自己負担の記載例*2

例

特定健康診査受診券

20××年 月 日交付

受診券整理番号 〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇

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 20××年 月 日

健診内容 ・特定健康診査
 その他()

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)		保険者負担額上限額 1,000円
その他(追加項目)	負担額又は負担率	
その他(人間ドック)	負担額又は負担率	
	保険者負担上限額	

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 集合契約B①、健保連集合A①

支払い代行機関番号

支払い代行機関名

【健診内容】
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)	→ 受診者負担 20%
特定健診(詳細部分)	→ 負担額又は負担率
	→ 保険者負担額上限額 1,000円

5-4-5 発券時期・有効期限

発券時期・有効期限ともに各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*3の対象者に順次発券)ことも考えられる。

*1 5-4-4①の脚注に同じ。

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

*3 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。

保健指導の利用券は、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、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スケジュールとして、保健指導の初回面接を年度内に完了するためには、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、年度末を超えて特定保健指導を実施する場合の取扱い等は、原則として実績報告時期である翌年11月1日に間に合う分まで実施年度の実績とし、それ以降は翌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

発行時期によるが、特定健診・特定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。

保健指導は、年度末の3月に開始する場合も考えられるので、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。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（例えば誕生月の1ヶ月に限定する等）ことも一つの考え方である。

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

③発券時期・有効期限と実施率・窓口負担との関係

受診券整理番号には発券した年度が入り、利用券整理番号には特定保健指導のもととなる特定健康診査の実施年度が入ることから、基本的には、特定健康診査受診券を発券した年度が特定健診・特定保健指導を実施すべき年度である。しかし、保健指導は3ヶ月を要することから、年度をまたぐことが考えられ、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3ヶ月経過後の実績評価が完了することが必要となる。実施率を算定し保険者が支払基金に実施結果を提出する時期は、年度をまたぐ保健指導の大半が完了する、実施年度の翌年の11月1日となっている（途中で中断した、保健指導の開始があまりに遅かった等によりこの時期に間に合わないが、最後まで完了した場合は、当初実施年度の実績から抜き、当初実施年度の翌年度の実績として翌々年の提出分に盛り込む）。

5-4-6 対象者への送付

①被保険者

保険者が対象者の住所を把握し、システム上住所情報が利用可能になっている場合には、

郵送による対象者への直送が可能である（市町村国保等）。被用者保険においては、上記の方法による送付形態（任意継続者・特例退職者）と、保険者から事業者に一括で送付し、事業者から被保険者（従業員）に配布（送付）する形態がある。

②被扶養者

保険者が被扶養者の住所をやむを得ず把握できていない場合は、特に受診券の送付においては対象者への直送が不可能な場合もある。代替手段としては、事業者の協力を得て、保険者から事業者に一括で送付し、事業者から被保険者（従業員）に配布（送付）、被保険者から被扶養者に渡す、という方式をとらざるを得ない。

一方、利用券については対象者への直送が可能である。これは、受診券を健診機関に提出し受診する際に、健診結果通知を送付するための住所を受診券に記入することとなっており、この住所データが健診データファイルにも格納され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。

5-4-7 健診・保健指導機関窓口での取扱い

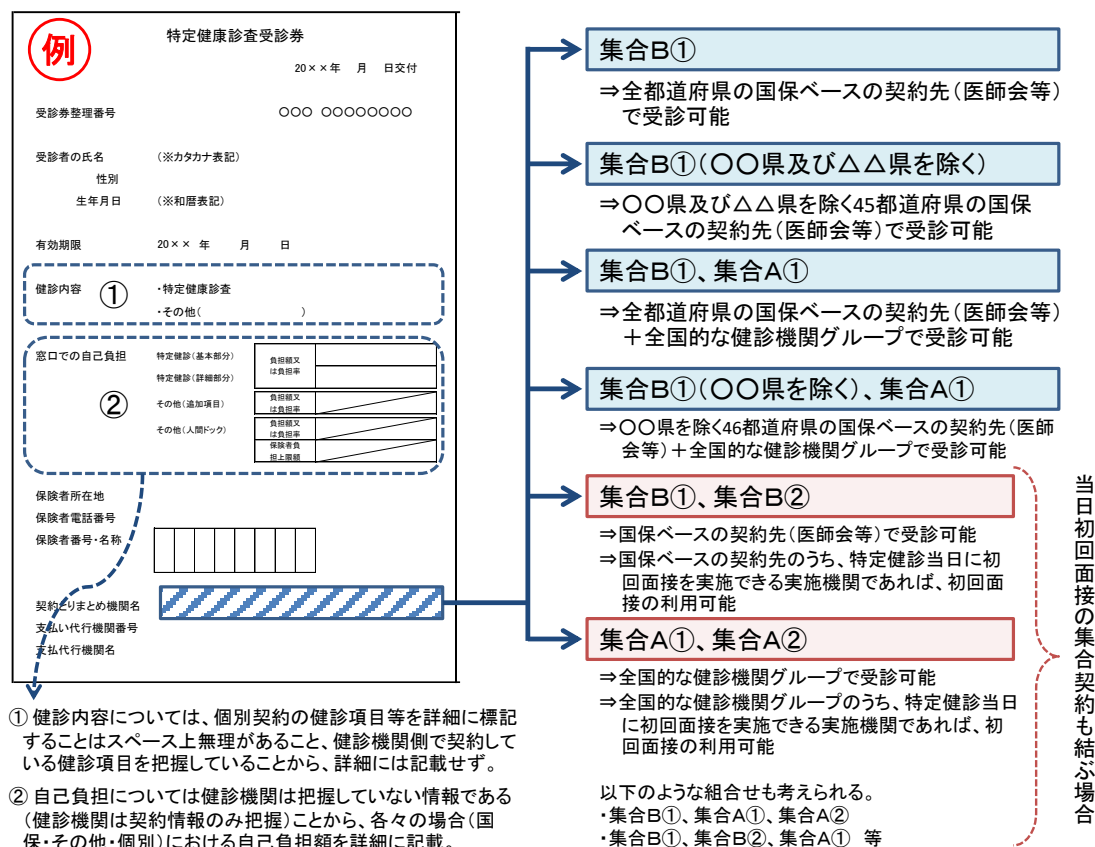
保険者や健診・保健指導機関は、集合契約のいずれか一つを選択するのではなく、どの契約にも重複参加する可能性が高いことから、健診・保健指導機関の窓口に来た受診者・利用者が、自機関の契約相手先であるか否か、どの契約ルートで保険者とつながるのか（どの契約の単価・請求額となるのか）を判別できる必要がある。その判別の手段が受診券・利用券であるので、券面の記載方法と窓口での判別方法は、次のように整理される。

①券面の記載方法

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。

- 全都道府県の国保ベースの契約のみであれば集合B①（及び集合B②）と記載。ただし、契約に不参加の都道府県がある場合、除外する都道府県名の記載が必要（参加する都道府県数の方が少ない場合は、参加する都道府県名のみ記載）。
- 集合契約Bに加えて、全国的な健診機関グループとの集合契約にも参加している場合は、そのとりまとめ機関名（例：健保連集合A①）を記載。
- 当日初回面接の集合契約にも参加している場合は、全て記載（例：集合B①、健保連集合A①、健保連集合A②）
- 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、「個別契約」と記載（健診機関が窓口にて個別契約の有無を識別し、当該機関が個別契約も行っているかの確認を喚起する目的で表示）

図表 36: 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。

- 「契約取りまとめ機関名」の欄に集合B①、集合B②とのみ記載されている場合は、国保ベースの契約単価で請求する。
- 何らかのとりまとめ機関名の記載が入っている場合は、
 - * 各契約の項目が一致する場合は、国保ベースやそれ以外の契約単価のうち最も低い額^{*1}で請求(代行機関では契約情報と照合しチェック)。
 - * 項目が不一致している場合には、受診者の選択により受診項目と請求額を選択。
- 大抵の場合、全国で受診可能となることから、居住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。

5-4-8 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

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、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

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

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なされる。

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・利用券情報をすでに保有しているが、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、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。

5-4-9 代行機関窓口での取扱い

以下は、支払基金の場合における、受診券・利用券情報の登録手順である。

- 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 非オンラインの保険者においては、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、登録内容と特定健診・特定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、特定健診・特定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、特定健診・特定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）。

図表 37: 受診券・利用券情報登録用フォーム(支払基金の例)

特一様式第53号

整理番号

受 診 券 情 報 登 録 票

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

令和 年 月 日

社会保険診療報酬支払基金 支部

保 険 者 番 号

保 険 者 名 称

交 付 年 月 日

有 効 期 限

受 診 券 整 理 番 号

	開始番号	～	終了番号
1		～	
2		～	
3		～	
4		～	
5		～	

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

窓口負担額情報

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

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

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

作成要領

- 1 本登録票は、保険者の所在する支払基金支部へ届け出てください。
- 2 本登録票は、受診券を発行する前月20日までに届け出てください。
- 3 保険者番号欄は、8桁に満たない場合は右詰めで記入してください。
- 4 保険者名称欄は、支払基金へ届け出た名称を記入してください。
- 5 交付年月日欄は、受診券を交付した年月日を記入してください。
- 6 有効期限欄は、受診券の有効期限を記入してください。
- 7 受診券整理番号欄は、交付した受診券整理番号を11桁の連番で記入してください。
発行のパターンが入りきらない場合は、本登録票を複数枚利用ください。

記入例

受診券整理番号を「18100000001」から「18100010000」まで、
「18100200001」から「18100210000」まで発行した場合。

開始番号	～	終了番号
18100000001	～	18100010000
18100200001	～	18100210000

※受診券整理番号の設定方法

年度(西暦下2桁) + 種別(特定健康診査「1」) + 個人番号(8桁)
(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 (厚生労働省保険局)より)

- 8 窓口負担情報は、発行した窓口負担の種類を記入してください。
窓口負担額がない場合は、「窓口負担なし」に✓を記入してください。
該当する窓口負担種類がない場合又は支払基金での窓口負担額の確認を希望しない場合は、「登録しない」に✓を記入してください。
- 9 整理番号欄は、記入しないでください。

図表 38: 集合契約A②、集合契約B②の場合の登録用フォーム(支払基金の例)

特一様式第55号

整理番号

セ ッ ト 券 情 報 登 録 票

特定健診・特定保健指導に係る特定健診受診日に保健指導を行う場合のセット券を発行しましたので登録願います。

令和 年 月 日

社会保険診療報酬支払基金 支部

保 険 者 番 号

保 険 者 名 称

交 付 年 月 日

有 効 期 限

セット券整理番号

開始番号

1

2

3

4

5

～

～

～

～

～

終了番号

※整理番号のパターンが入りきらない場合、セット券情報登録票を複数枚提出してください。

特定健診窓口負担額情報

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

特定保健指導窓口負担額情報

窓口負担	①勤機付け支援	②積極的支援
窓口負担なし	☐	☐
定額(円)	円	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、支払基金では窓口負担額の確認を行いません。)

作成要領

1 本登録票は、保険者の所在する支払基金支部へ届け出てください。

2 本登録票は、セット券を発行する前月20日までに届け出てください。

3 保険者番号欄は、8桁に満たない場合は右詰めで記入してください。

4 保険者名称欄は、支払基金へ届け出た名称を記入してください。

5 交付年月日欄は、セット券を交付した年月日を記入してください。

6 有効期限欄は、セット券の有効期限を記入してください。

7 セット券整理番号欄は、交付したセット券整理番号を11桁の連番で記入してください。

発行のパターンが入りきらない場合は、本登録票を複数枚利用ください。

記入例

セット券整理番号を「18500000001」から「18500010000」まで、
「18500200001」から「18500210000」まで発行した場合。

開始番号

18500000001

18500200001

～

～

～

終了番号

18500010000

18500210000

※セット券整理番号の設定方法

年度(西暦下2桁)+種別(特定健康診査・特定保健指導「5」)+個人番号(8桁)

(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
(厚生労働省保険局)より)

8 窓口負担情報は、発行した窓口負担の種類を記入してください。

窓口負担額がない場合は、「窓口負担なし」に✓を記入してください。

該当する窓口負担種類がない場合又は支払基金での窓口負担額の確認を希望しない場合は、「登録しない」に✓を記入してください。

9 整理番号欄は、記入しないでください。

6. 健診・保健指導データ

6-1 標準的なデータファイル仕様

6-1-1 必要性

保険者には、様々な健診・保健指導機関や他の保険者、事業者健診を実施する事業者などから、特定健診・特定保健指導データが送付されてくることがあり、複数の経路で複雑に情報のやりとりが行われるが、それぞれ独自のフォーマットやファイル形式で送付されるとフォーマット変換等を行わないと利用できないなどの支障がある。特定健診・特定保健指導の実績を分析・評価する際にも、膨大なデータの整理・抽出等を行うことから、多様な仕様のデータでは、分析・評価の前に膨大なデータの整理作業が必要となる。

こうした問題を回避するため、関係者間でデータの互換性を確保し、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いる。

6-1-2 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、代行機関や保険者等とやりとりすることになるため、以下の考え方にに基づき、標準的なファイル仕様を定めている。この考え方に沿って、記録の順序が各機関で順不同の場合でも受け取った者が判別できるよう 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。3-3-1③の脚注参照）を設定する、等の整理を行っている。

- ・ 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、保険者等の関係者が対応できる方式とすること

②健診結果データファイル・保健指導結果データファイル

個人単位の健診結果データファイル、保健指導結果データファイルの詳細は、付属資料に示している。標準仕様書は、厚生労働省のホームページ^{*1} に詳細な技術仕様が示されている。関係者が遵守すべき仕様は、国から示している「令和2年度以降における特定健康診査及び特定保健指導の実施並びに健診実施機関等により作成された記録の取扱いについて（令和2年3月31日）（健発0331第7号、保発0331第2号）」^{*2} 等による。

関係者が自由に開発・運用すべき各関係者内のシステムの仕様まで規定することは適当でないため、国が示す範囲は、関係者間での円滑な送受信等を可能にするための様式に限定している。この様式は、送付されたファイルが受領側で確実に読み取れるためのフォーマットであり、読み取ったデータをどのように取り扱うかは、各関係者の運用による。

^{*1} 特定健康診査・特定保健指導等の電子的な標準の仕様に関する資料
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000165280.html>

^{*2} 特定健診・特定保健指導の関係通知等については、厚生労働省のホームページを参照のこと。
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000161103.html>

③仕様の種類

法定報告における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保険者（以下「納品用」という）、保険者から支払基金（以下「実績報告用」という）が主な流れとなる。

納品用は請求・決済に関する情報が必要であり、実績報告用は請求・決済情報が不要である。

このうち、②の通知で示したものは納品用であり、実績報告用は、「保険者が社会保険診療報酬支払基金に提出する令和2年度以降に実施した特定健康診査等の実施状況に関する結果について（令和2年3月31日）（保発0331第4号）」等により示している。

また、オンライン資格確認等システムの稼働後は、特定健康診査データをマイナポータル経由で閲覧するため、いわゆる閲覧用ファイルの登録を可能とする予定としており、そのファイル仕様等については「保険者が社会保険診療報酬支払基金等に随時提出する特定健康診査情報等について（令和2年3月31日）（保発0331第6号）」により示している。

④ファイル構成

納品用ファイル及び実績報告用ファイルについては、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。

閲覧用ファイルについては、交換用基本情報ファイルと特定健診情報ファイルで構成される。

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、結果データに伴う請求データファイル群（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）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。

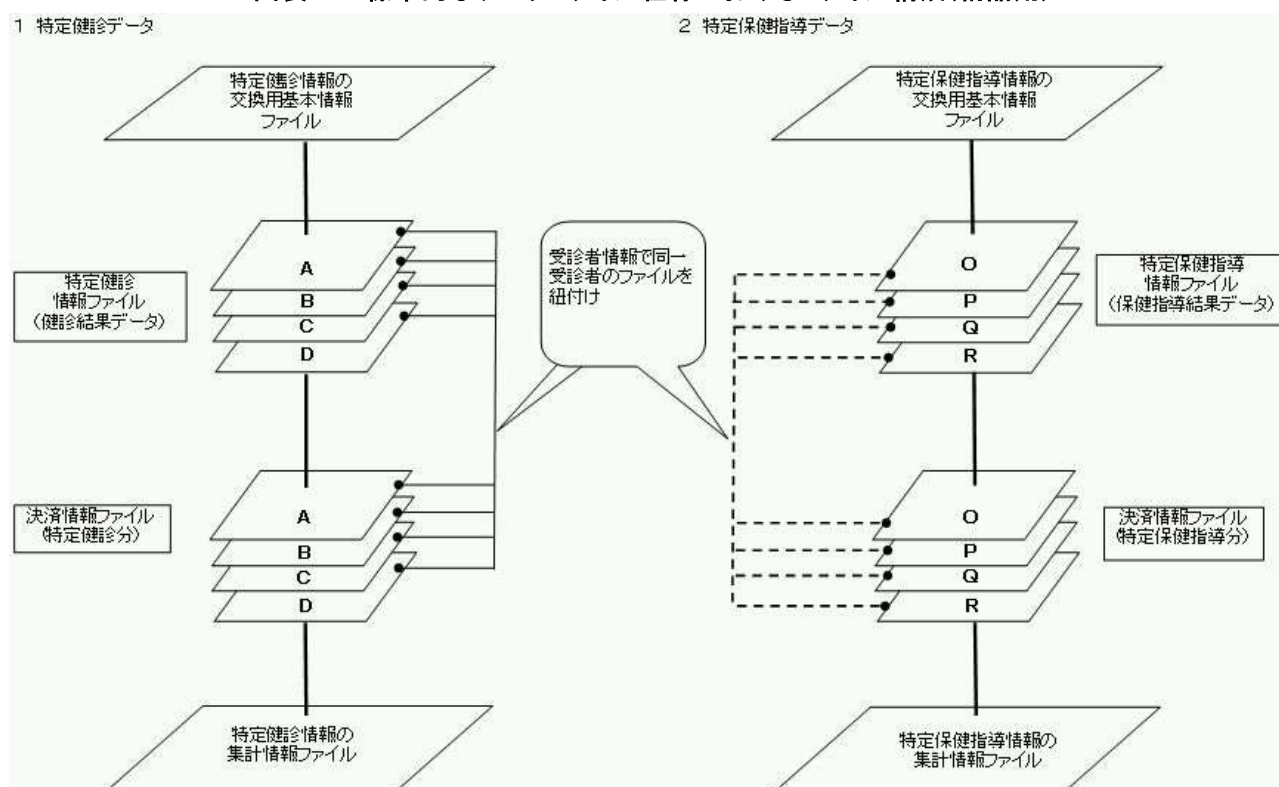
健診・保健指導機関から代行機関に送付される場合は、当該機関で実施された特定健診・特定保健指導の結果データが、保険者の区別なく混載状態で構成される。この時の集計情報ファイルは、保険者の区別なく当該機関に支払われるべき総額が記載される。

代行機関から保険者に送付される場合は、代行機関にて保険者別に分類・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。

代行機関を介さず、健診・保健指導機関から直接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結果データが送付される。なお、請求データは必ずしも一人分ずつファイルに入れる必要はなく、別途まとめて請求書を添える方法もある。集計情報ファイルには当該保険者への総請求額が記載される。

事業者から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 40:標準的なデータファイル仕様におけるファイル構成(納品用)



⑥実績報告用ファイル

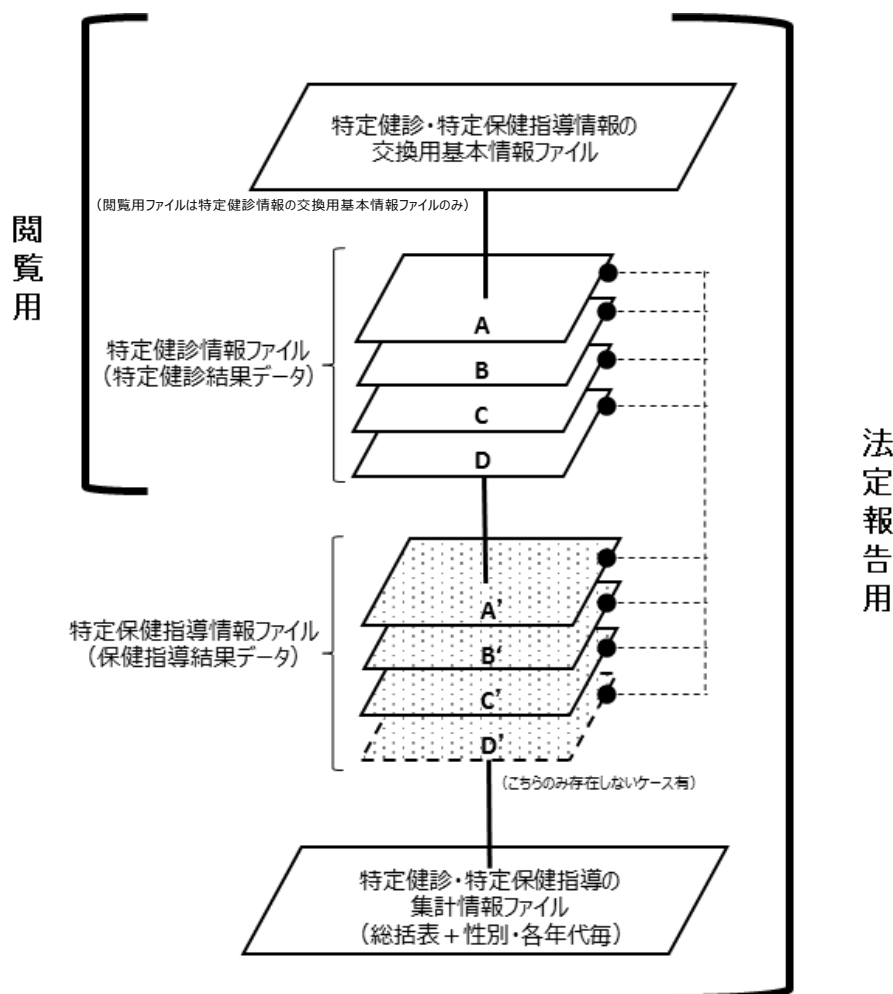
個人単位の健診結果データのファイル群と保健指導結果データファイル群を、交換用基本情報ファイルと集計情報ファイルで挟む構成となっている。(健診結果データの主と保健指導結果データの主は、内部で関連付けを行う。)

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、支払基金又は国保連合会において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。

保険者からの送付形態は、保険者から支払基金へ(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国保については国保連合会を通じて国保中央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国保及び国保組合は各自で支払基金へ)という流れのみとなる。

図表 41: 標準的なデータファイル仕様におけるファイル構成



⑦閲覧用ファイル

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律（令和元年法律第9号）により、保険者が特定健診等の実施に係る被保険者の情報の利用又は提供に関する事務を支払基金又は国保連合会に委託することができるようになったことを踏まえ、支払基金及び国保中央会が共同で運営するオンライン資格確認等システムを利用し、マイナポータルを通じて本人が自らの特定健康診査情報等を閲覧できる仕組みを構築しているところである。

当該閲覧に当たっては、本人の特定健康診査情報について、本人が特定出来る形（頭名）でオンライン資格確認等システムに格納される必要がある。

当該頭名データ（以下「閲覧用ファイル」という。）については交換用基本情報ファイルと個人単位の特定健診情報ファイルで構成される。

閲覧用ファイルは、実績報告用ファイルと別の時期に登録することができることとする。また、実績報告用として登録したファイルも、支払基金において「特定健診情報ファイル」のみを抽出し、閲覧用ファイルとしてオンライン資格確認等システムに連携することとしている。

なお、その他の運用は下記のとおりである。

- ・ 同一受診日の健診情報は、後から登録されたファイル情報に更新され格納される。
- ・ 同一年度に複数回の健診を受診した場合（年度に1度行われる特定健診に加えて、年

に1度の事業主健診を受診し、特定健診と見なした場合等)は、そのそれぞれについての登録を可能とする。

- ・ 閲覧用ファイル(閲覧用ファイル生成のために登録する実績報告用ファイルを除く)については、オンラインでの登録とする。登録頻度としては、月次までを想定している。
- ・ 受診年月日を誤って登録する等、上書きで対応できないケースのために、閲覧用ファイルの削除を可能とする。
- ・ 削除依頼もオンラインでの登録とする。

6-1-3 特定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

特定保健指導の結果を電子的に記録・保管する目的は、主には保険者による特定保健指導の実施後評価(保険者が直接実施した場合はプログラム評価、委託の場合は委託先評価)や決済に際しての確認である。

しかし、評価・決済等に用いる個票(個人別の指導記録のことであり、「標準的な健診・保健指導プログラム」では「特定保健指導支援計画及び実施報告書」として様式例(図表14参照)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、国や保険者が有効な指導形態等を峻別することにも利用できる。

特定保健指導の実施方法については、保健指導機関の創意工夫による有効な指導プログラムの開発を促進する必要があること等から、最低要件を一定の枠として定めた以外は自由度を高めたものとしている。

国や保険者が、多種多様な指導形態等から有効な指導形態等を検討していくことは非常に重要であり、検討を行う際には、結果が印字された紙の束から分析するのではなく、電子データで効率的に抽出・分析していけるようにすることが重要である。

以上を踏まえ、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 42: 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			保険者	代行機関
2	委託先の 評価	事業者評価		保険者	
		プログラム評価	国	保険者	
3	毎年度の実績確認		国	保険者	支払基金
4	(副次的)有効な指導形態の絞り込み		国	保険者	

②電子化すべき範囲を設定する背景

特定保健指導の個票を電子的に記録・保管すると、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、特定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。特定健康診査は定型的なため、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、特定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指導するのが一般的であると考えられ、面

接や指導をしながらデータを入力するのは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がないようにすることとしている。

図表 43:用途・目的別での電子化が必要な情報

No	用途・目的		必要な情報の種類(一連の保健指導の記録から)
1	決済時の内容・決済額等確認		実施形態、回数、ポイント数等金額と実施内容に誤りがないかを確認できる項目
2	委託先の評価	事業者評価	事業者、実施者、実施形態、回数、評価結果等事業者を比較できる項目
		プログラム評価	事業者、実施者、実施形態、回数、評価結果等異なる事業者間あるいは同一事業者内でプログラムを比較できる項目
3	毎年度の実績確認		実施形態、回数、ポイント数、評価結果等最低限の要件を満たしているかを確認できる項目
4	(副次的)有効な指導形態の絞り込み		対象者の特徴、実施者の職種、実施形態、回数、評価結果等

③電子化すべき範囲

データが流れる(データを活用する)順番は図表 43 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) が必要とする項目は電子化すべきである。

ただし、評価を細かく行うために必要とする項目が多くなると、範囲を限る意義が薄れることから、電子的に抽出・分類した上で、それ以上の詳細情報を比較・評価する場合は電子化前の元の個票をたどることとし、電子化の項目は抽出・分類に必要となる最小限の項目に限ることが適当である。

個人単位の保健指導結果データファイルの項目は、上記の整理に基づき定められている。詳細は、付属資料を参照のこと。

なお、こ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

特定保健指導の個票「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、特定保健指導を委託する場合と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・決済額等の確認や事業者評価が重要であるが、委託しなければ、これらの用途はなく、プログラム評価やそれに関連した有効な指導形態を検討する際の情報項目をより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、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、保険者が直接実施している場合は、有効な指導形態の検討は保険者内での取組であり、必ずしも多くの項目を電子化する必要はない。この場合は、最低限の電子化の範囲は、国への実績報告に必要な項目に限られる。ただし、直接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、比較のため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。

6-1-4 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な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^{*1}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。

②必要性

保険者や健診機関等は、現在、特定健康診査以外の多様な健診を実施しており、特定健康診査以外の検査項目も上乘せし、特定健康診査と同時に実施する場合が少なからずある。

このような実施形態の場合、特定健康診査の項目のみ標準的なデータファイル仕様に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・分析する保険者にとっても不便である。

以上も踏まえ、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。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、コードを割り振る。

6-1-5 データ作成・管理のシステム

健診・保健指導機関が特定健診・特定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、代行機関や保険者、国等がデータファイルを受領・保管・分析等を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、保険者等は受領したデータファイルを管理・分析等を行う仕組みが必要となる。

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、特定健診・特定保健指導の結果や、決済情報(代行機関、特に

^{*1} 血液検査データについては日本臨床検査医学会が作成した既存の 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。

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。

ソフトウェアは、公開されている標準仕様に基づき、各メーカーにより製造・販売されており、それらを購入・インストールすることで対応可能である。

②いわゆるフリーソフトと呼ばれるものについて

データ作成・ファイル生成システムの導入に際しては、このように少なからず負担が伴うことから、最低限の支援措置として、複数の無償配布版^{*1}のソフトウェア（フリーソフト）が提供されている。

国立保健医療科学院ホームページに国立保健医療科学院が提供しているフリーソフトが公開されているので参照されたい。(<https://kenshin-db.niph.go.jp/soft/>)

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、他の保険者から委託を受ける保険者や、直接特定健診・特定保健指導を実施する保険者が利用することも考えられる。

③データ管理システム（保険者）

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機能（代行機関を利用する場合は不要）
- 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
- データから特定保健指導の成果の検証等、事後評価・分析を行う機能
- データ（受領したデータファイルあるいは管理しているデータベース）から国への実績報告用のデータのみ抽出し、標準仕様のファイルを生成する機能（※支払基金提出時の匿名化処理については、国から配布している匿名化ソフトを利用）
- 権限の在る者のみ閲覧・分析等が行えるような保護・管理の機能

ソフトウェアについては、公開されている標準仕様に基づき、各メーカーが製造・販売しているため、それらを購入・インストールすることで対応可能である。

加入者数の少ない保険者で、専用のソフトウェアを導入するまでもないという判断ができる場合、市販の表計算ソフト（Microsoft Excel 等）やデータベースソフト（Microsoft Access 等）でデータを取り扱うことも考えられる。

また、国保中央会は共同利用システムを開発しており、この共同システムを利用する選択肢もある。

④健診事務処理システム（保険者）

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ので留意する。なお、規模が小さい保険者やその部分は一括で委託する保険者では不要となる。

^{*1} 無償ではあるがデータ作成・ファイル生成等の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。

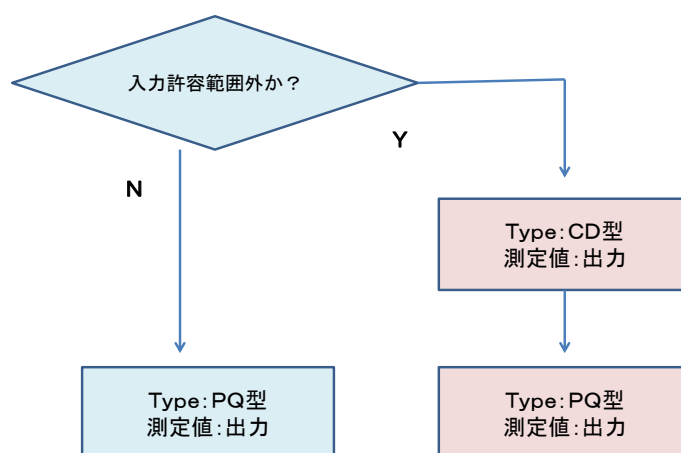
6-1-6 データ入力

①特定健康診査項目の入力許容範囲外（入力最大値以上又は入力最小値以下を指す。）^{*1}の取扱い

測定値が、項目毎に指定された入力許容範囲外の値の場合、「H」又は「L」を示すとともに、実測値の入力も必要である。

- ・入力許容範囲外の場合は、データ上、数値型（PQ型）とコード型（CD型）を両方出現させなければならない。（図表 44）

図表 44:コード表



- ・階層化基準に必要な特定健康診査項目において、「H」又は「L」が出現している場合にも、数値型（PQ型）の値を用いた階層化を行うことが可能である。

②特定健診情報ファイルと特定保健指導情報ファイルを紐付けるための利用券整理番号の付番ルール

特定保健指導がどの年度の特定健康診査の結果に基づくものかを把握するために、保険者から国への実績報告時に、利用券整理番号の入力を必須とし、利用券整理番号の先頭2桁で特定保健指導の対象健診年度を識別する。

利用券を発行して特定保健指導を行う場合は、付番方法に則り発番された利用券整理番号を記載する（5-4-4③参照）。

利用券を発行せずに特定保健指導を行う場合は、次のとおりとする。

- ・年度（西暦下2桁^{*1}）＋種別（1桁^{*2}）＋固定コード（8桁：全て0）の11桁
- ・保健指導機関から保険者の受け渡し時に、利用券情報が出現した場合、利用券の有効期限も必須となることから、利用券の有効期限には便宜上、年度末日（2018年度の場合は20190331（西暦4桁＋0331））を記載する。

^{*1} 入力最大値・最小値については、「標準的な健診・保健指導プログラム」第2編別紙 7-3を参照。

^{*1} 特定保健指導の基となった特定健康診査の受診日の属する実施年度を記載する。

^{*2} 積極的支援の場合には「2」、動機付け支援の場合には「3」、動機付け支援相当の場合には「4」、モデル実施の場合には「6」を記載する。

③特定健康診査の実施形態情報（事業者健診かその他の健診か等の別）の取得

保険者が、事業者健診をもって特定健康診査に代える運用を行っている実態を把握するため、「健診プログラムサービスコード」へ健診種別を記載する。健診プログラムサービスコードは以下のとおりである。

図表 45: 健診プログラムサービスコード

＜健診種別（健診プログラムサービスコード）＞
000：不明
010：特定健診
020：広域連合の保健事業
030：事業者健診（労働安全衛生法に基づく健診）
040：学校健診（学校保健安全法に基づく職員健診）
060：がん検診
090：肝炎検診
990：上記ではない健診（検診）

- ・保険者が、健診実施機関において健診プログラムサービスコードに埋めるべきコードを委託契約時に指定し、健診実施機関がその指定値を設定することも可能である。保険者で健診プログラムサービスコードの確認を行い、誤ったコードが設定されていると判断した場合には、保険者において適切な値に更新することも可能である。

6-2 データ

6-2-1 標準的なデータファイル仕様での送付義務

支払基金（国）への実績報告を行う際には、国の指定する標準的な様式に基づいて報告するよう、高齢者の医療の確保に関する法律による保険者の前期高齢者交付金等の額の算定等に関する省令第44条第2項の規定に基づき厚生労働大臣が定める事項（平成20年厚生労働省告示第380号）及び通知^{*1}で定められていることから、保険者が特定健診・特定保健指導を直接実施した場合は、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。

委託先となる様々な健診・保健指導機関については、委託基準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。

6-2-2 紙データの取扱い

①紙データが発生するケース

特定健診・特定保健指導は、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。事業者健診や学校保健安全法に基づく健診については、記録の電子化が義務付けられていないため、これらの結果を受領する場合、紙で受領するケースが少なからず発生すると想定される。

また、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、特定健診・特定保健指導を実施した場合、紙での記録となることがあり得る。

②事業者健診等のデータ受領について

他の法令等に基づく健診の結果を受領する際には、事業者や学校等と事前に十分な協議調整を行い、保険者に継続的に協力してもらえらる関係の構築を行う。その上で、事業者や学校等データ提供元の協力を得て、これら提供元が健診を委託する際には、標準的な電子データファイルの仕様を満たした電子的記録を作成し、安全かつ速やかに納品ができる健診機関、更には健診結果のうち特定健康診査に関わるデータについては別途保険者にデータを作成・送付できる健診機関を委託先^{*2}とする等の配慮をお願いする。

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、保険者にてデータを格納（この時、場合によってはデータ変換等が必要となることもある）、支払基金（国）への実績報告時に標準仕様のファイルを生成する。

紙のみの保管となる提供元については紙で受領し、保険者にて電子化することとなる。

^{*1} 「保険者が社会保険診療報酬支払基金に提出する令和2年度以降に実施した特定健康診査等の実施状況に関する結果について(令和2年3月31日)(保発 0331 第4号)」

(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000161103.html>)

^{*2} 労働安全衛生法の健診のみの受託ではなく、別途、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。

この時、紙の件数が少なく保険者自身で電子化が十分可能な場合は、いわゆるフリーソフトを使用することが考えられる。

③個人が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。

ただし、送付元が事業者ではなく本人であることから、これに基づき送付されてくる結果は大抵が紙ベースの結果票となる可能性が高く、これらについては保険者にて入力しデータを作成する必要がある。②同様、フリーソフトの利用も考えられる。

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。ただし、紙で記録を一旦作成するものの、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、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なされる）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保険者へ送付されることが標準的な流れとなる。

6-2-3 データ作成者

基本的には、特定健診・特定保健指導を実施した者がデータを作成する。実施者自身で作成できない場合は別途入力業者等に委託して作成し、実施者から保険者等へ送付する。

事業者や学校、あるいは個人（対象者本人）等から紙データを受領した場合は保険者がデータを作成する。

支払基金（国）への実績報告データは、保険者が作成する。ただし、ゼロから作成するのではなく、特定健診・特定保健指導を実施した者が作成したデータから抽出する。

6-2-4 他の保険者からのデータ受領

①他の保険者に健診等を委託している場合

他の保険者に特定健診・特定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保険者を替わった場合に、新しい保険者が特定保健指導の参考とす

るために、以前の保険者に対して過去の健診データの提供を求めることができるが、その場合は、以前の保険者が保管している分のデータを新しい保険者に渡すこととなる。この場合、過去の健診データを提供するために電子的な記録媒体又は紙媒体に記録するために要した費用は、以前の保険者が負担する。過去の健診データを記録した媒体の送付にかかる費用及び提供されたデータを新しい保険者のシステムに登録する費用は新しい保険者が負担する。

なお、オンライン資格確認等システムを活用した保険者間の特定健診データ引継ぎについては6-3-3参照。

6-2-5 事業者等からのデータ受領

①協力・連携体制の構築

他の法令等に基づく健診の結果を受領する際には、迅速かつ確実に受領できるよう、事業者や学校等、実施責任者と事前に十分な協議・調整を行い、まずは事業者や学校等、実施責任者が保険者に積極的に協力・連携しようとするような関係の構築が必要である。例えば、質問票の各項目は、特定保健指導の際に重要な情報であるため、事業者等がこれらの聴取を実施した場合には、健康診断結果個人票の写しと併せて保険者に情報提供することや、事業者健診等で随時血糖のみの測定とならざるを得ない場合には、食事開始から採血までの時間を測定結果に明示すること等について事前に調整することが考えられる。^{*1}

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た包括的で緊密な協力・連携体制を構築することが重要である。

②契約や覚書等の締結

協力・連携体制を構築した上で、両者間の協議調整の結果を取りまとめ、契約や覚書等の形で整理しておくことが必要である。具体的に明記しておく事項としては、事業者や学校等、実施責任者における健診の委託基準において保険者に協力するような基準を盛り込んでおくことや、具体的なデータの受領方法・頻度や時期、受領に要する経費負担の取扱い等が考えられる。

③受領時期における注意点

健診結果は年度末までに一括で受領しておけばよいものではなく、結果によっては特定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、保健指導対象者に特定保健指導実施の案内（利用券の発券等）を急ぐ必要がある。そのため、データ受領の時期や頻度等についても（例えば「健診実施月の末まで」、「実施後2週間以内」等）、協議調整の過程で取り決めを行っておく必要がある。

④受領方法における注意点

現在、労働安全衛生法では、事業者健診結果データが集まり、事業者から労働者や保険者に渡す制度となっている。しかし、事業者の発送事務等の負担と迅速なデータ授受等、効率性を考えた場合、事業者を介さず健診機関から労働者や保険者に直送する流れが合理

^{*1} 特定健康診査等の実施に関する協力依頼について(平成30年2月5日)(基発0205第1号、保発0205第1号)
(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000161103.html>)

的であるが、このような方法を取る場合は、事業者・保険者・健診機関の3者間で取り決めの締結が必要である。それが困難な場合は、事業者と健診機関との間の委託契約の仕様においてその旨の明記をする。

⑤個人情報の取扱い

事業者等、他の法令に基づく健診の実施責任者が保険者に健診結果データを提供することについては、高齢者の医療の確保に関する法律第27条に基づくものであることから、個人情報保護法第23条による第三者提供の制限は適用されない。

ただし、労働安全衛生法等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^{*1}ことから、保険者が特定健康診査の項目以外の項目のデータを受領し、閲覧することができる場合（健診機関あるいは事業者等が特定健康診査の項目のみ切り出して保険者に提供するのではなく労働安全衛生法等に基づく健診結果をそのまま提供する場合等）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留意する。

以上を踏まえ、特定健康診査の項目のみを提供する場合には、実施責任者と受診者との信頼関係を損ねることのないように細心の注意を払う必要がある。また、事業者健診等の結果をそのまま提供（事業者等の負担軽減の観点から少なからずありうると考えられる）する場合等は、労働者に対して定期健康診断の結果の情報を保険者に提供する旨を明示し、同意を得ることが必要となる。

なお、健保組合と労働安全衛生法に規定する事業者が共同で健康診断を実施している場合又は共同で健診結果を用いて事後指導を実施している場合など、あらかじめ個人データを特定の者との間で共同して利用することが予定されている場合、（ア）共同して利用される個人データの項目、（イ）共同利用者の範囲（個別列挙されているか、本人から見てその範囲が明確となるように特定されている必要がある）、（ウ）利用する者の利用目的、（エ）当該個人データの管理について責任を有する者の氏名又は名称、をあらかじめ本人に通知し、又は本人が容易に知り得る状態においておくとともに、共同して利用することを明らかにしている場合には、当該共同利用者は第三者に該当しない^{*2}。

＜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。

⑥データ授受の標準的な考え方

^{*1} 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。

^{*2} 個人データの共同での利用における留意事項の詳細については、「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」参照。

整理の前提となる留意点を次のように整理し、これを踏まえ、標準的な考え方としては、次の図表のように定める。

- 現状では、関係者間の事前の取り決めに基づき、健診機関が、事業者用(労働安全衛生法に基づく事業者健診分)と保険者用(特定健康診査分)のデータをそれぞれ作成・送付しているケースが多い。
- 健診機関が保険者用(特定健康診査分)のデータを別途作成するに当たり費用請求が発生する場合は、健診機関が保険者に請求・健診データを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。
- 保険者と事業者との間でデータの授受が発生する場合は、定期的なデータ受領体制等について双方で取り決め、着実に履行するため、覚書等を交わしておくことが望ましい。また両者間で費用請求が生じる場合は契約等の取り決めをしておくことが望ましい。

図表 46: 事業者等とのデータ授受における標準的な考え方

データの作成	事業者健診を受託した健診機関が、事業者用(労働安全衛生法に基づく事業者健診分)と保険者用(特定健康診査分)のデータをそれぞれ作成
データの送付	健診機関が、事業者・保険者それぞれに直送
前提となる必要な取り決め等	健診機関・事業者・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(特定健康診査分)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者健診を事業者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は次のように整理される。

図表 47: 事業者等とのデータ授受におけるパターン別での整理

健診実施者	特定健診データの作成	データ送付	保険者の費用負担	契約等	備考
事業者	健診機関(労働安全衛生法に基づく事業者健診分と特定健康診査分の各々を作成)	直送 (健診機関→保険者)	○健診機関が、特定健康診査分を別途作成・送付するコストを事業者あるいは保険者に請求する場合は、支払う	健診機関・事業者・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、事業者との委託契約仕様において作成・直送を指示し、支払が発生する場合は、保険者は事業者を通じて支払う
		経由 (健診機関→事業者→保険者)	○健診機関が特定分を別途作成するコストを健診単価に上乗せする場合は、事業者に上乗せ分を支払う ○事業者→保険者の送付コストを事業者が保険者に	健診機関⇔事業者(契約) 事業者⇔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
			請求する場合は、支払う		
	保険者(事業者から労働安全衛生法に基づく事業者健診データを受領)	事業者→保険者	○電子データで受領した場合は、特に負担はない ※労働安全衛生法に基づく事業者健診データから特定健康診査分を抽出するわずかな労力(あるいは委託コスト)は残る	事業者⇄保険者(覚書等)	
			○紙でしか受領できなかった場合は、データ入力・作成の労力(あるいは委託コスト)が発生		○健診結果を電子データで事業者に提出する健診機関に委託するよう、事業者に協力を得る必要がある
保険者(事業者が実施委託)	健診機関(労働安全衛生法に基づく事業者健診分と特定健康診査分の各々を作成) ※保険者が直接実施もしくは委託する	直送(健診機関→保険者)	○健診機関が労働安全衛生法に基づく事業者健診分とは別に、特定健康診査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 ※健診を委託する場合は、保険者が提出データの仕様を指定する	健診機関⇄保険者(契約)	
事業者・保険者(共同実施)	健診機関(労働安全衛生法に基づく事業者健診分と特定健康診査分の各々を作成) ※事業者・保険者がそれぞれ同じ健診機関に委託する		○保険者委託分の費用にデータ入力・作成の費用が含まれる ○電子データで受領するので、作成負担は特がない ※保険者が提出データの仕様を指定		○事業者健診と特定健康診査との間で健診項目が一致することから、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、事業者や学校等、実施責任者との協力・連携体制の構築のほかに、受診者本人からの受領体制づくりが必要である。

特に、協会けんぽや総合健保のように、一つの保険者が多数の事業者からデータを受領しなければならない構造となっている場合は、個々の事業者と協力・連携体制を構築し、データ受領に関する契約や覚書を締結することは、膨大な事務・調整作業等が発生することから困難であり、受診者本人から個々に受領する(集める)方が合理的である。

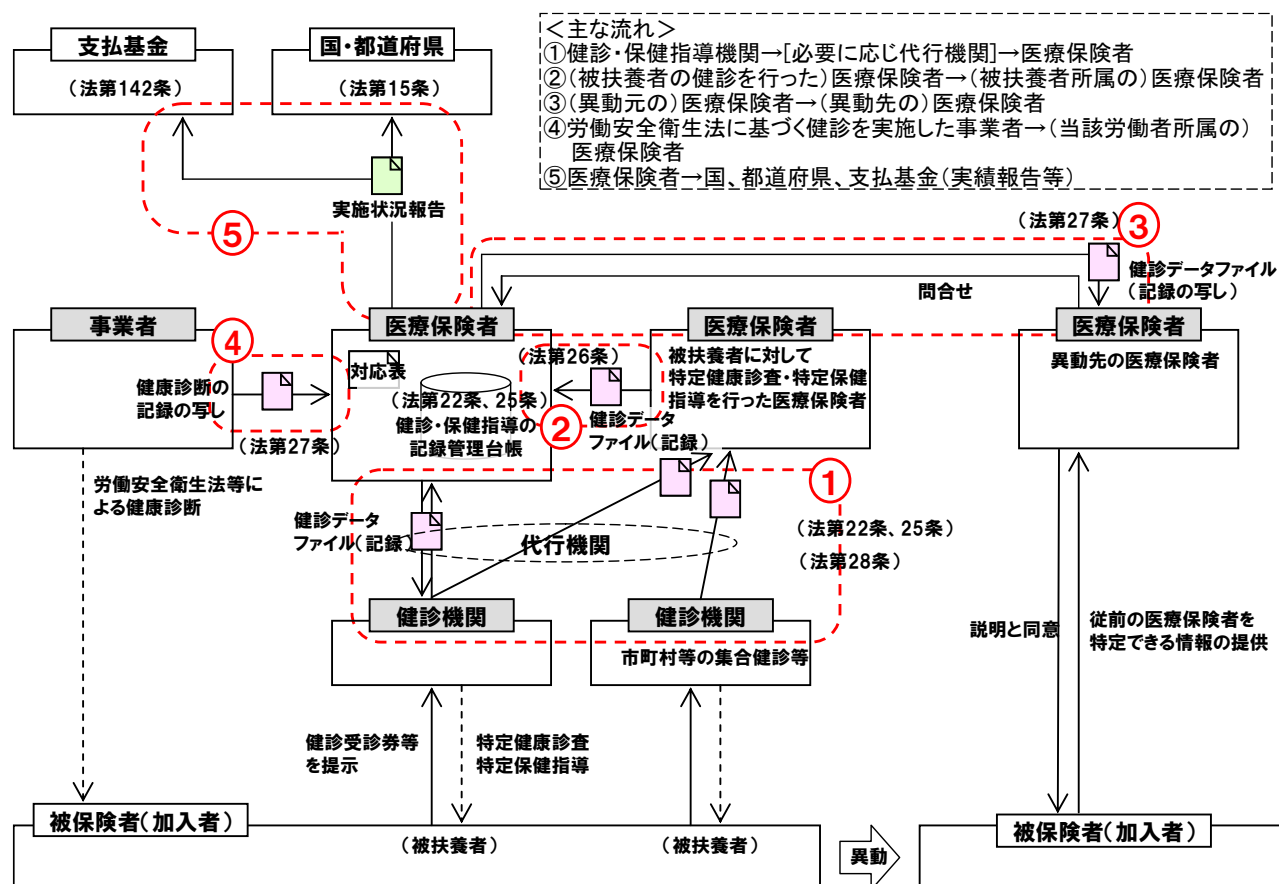
また、市町村国保の被保険者の一部や、被用者保険の被扶養者であってパート労働者のため事業者健診を受診している場合も、同様に多数の事業者と連絡調整するよりも受診者本人から個々に受領する(集める)方が合理的である。

健診の案内送付時や、それ以外のさまざまな機会を通じて、受診者に呼びかけ、積極的にデータ提出に協力してもらえようという関係作りが必要である。

6-3 データの流れ

6-3-1 基本的な流れ

図表 48: データの流れ



図表 49: 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]→保険者	機関→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よい)
	機関→代行機関	必須		結果データ・請求データ共に多数の保険者の実施者のデータが混在
	代行機関→保険者	必須		結果データ・請求データ共に送付先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)保険者→(被扶養者所属の)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よい)
③(異動元の)保険者→(異動先の)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)保険者		任意(可能な範囲で)		送付時は任意(紙でも仕方ない)。受領した保険者で作成。事業者等の協力により事業者健診の実施機関が仕様に基づくファイルを作成し費用を要する場合でも、請求データはなくとも(別途で)良い
⑤保険者→国、都道府県、支払基金(実績報告等)			必須	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

6-3-2 その他の流れ

①データ作成委託先とのやりとり

6-3-1 に整理した基本的な流れのほかには、6-2-2④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、入力・作成委託先から委託元機関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。

委託元機関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とり

特定健診・特定保健指導データの厳格な保管や、必要な分析等、活用を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。

6-3-3 保険者間のデータ移動

①データ移動の根拠

特定健診・特定保健指導は、保険者が共通に取り組む法定義務の保健事業であり、加入者が加入する保険者が変わっても、保険者において過去の健診結果等を活用して継続して適切に特定健診・特定保健指導を実施できるよう、高齢者の医療の確保に関する法律第 27 条第 1 項及び実施基準第 13 条の規定により、現保険者は、加入者が加入していた旧保険者に対し、当該加入者の特定健診等データの提供を求めることができることとされている。

②特定健診等データの提供に用いる媒体、送付方法

特定健診等データの提供方法は、実施基準において、旧保険者は、電子的方法により作成された特定健診等データを記録した光ディスク等を送付する方法その他の適切な方法により、現保険者に提供を行うこととされている。効率的な記録管理ができるよう、光ディスク等の電子的な記録媒体により提供することが望ましいが、紙媒体に記録して提供する方法でも差し支えない。

特定健診等データの送付方法は、1) 旧保険者が加入者本人に特定健診等データを提供し、加入者本人が現保険者に提出する方法、2) 現保険者が旧保険者に当該加入者の特定健診等データの提供を依頼し、加入者本人の同意を得た上で、旧保険者から現保険者に特定健診等データを送付する方法がある。

1) については、旧保険者において、資格喪失前に当該加入者に対し、特定健診等データを新たに加入する保険者に提出できること、提出することで継続した健康管理を受けられること、特定健診等データを紛失した場合は再発行に応じること等を説明するとともに、資格喪失のタイミングで特定健診等データを加入者本人に提供することにより、加入者本人が現保険者に提出することが可能である。

2) については、まずは現保険者において、新規加入手続等の際、加入者に対し、旧保険者での特定健診等データを保有しているかどうかを確認する。その上で、当該加入者が保有していない場合は、現保険者において、当該加入者への継続した特定健診・特定保健指導が可能となる旨の特定健診等データを旧保険者から取得する趣旨、旧保険者から取得する記録の写しの範囲について説明した上で、本人の同意を得る。その上で、現保険者から旧保険者に特定健診等データの情報照会を行い、旧保険者から現保険者に提供する^{*1}。

なお、現行の実施基準第13条においては、光ディスク等を送付する方法その他の適切な方法でデータの提供を行うこととされているが、オンライン資格確認等システムの稼働後は同システムを利用したデータでの引継ぎが可能となるよう、同条を改正する予定である。

③本人同意の取得

特定健診等データには、健診の検査結果や服薬情報など加入者本人にとって機微性が高く、第三者には知られたくない情報も含まれている。このため、実施基準第13条では、旧保険者から当該加入者に対し、特定健診等データを提供する趣旨と内容について説明を行い、同意を得なければならないこと、ただし、特定健診等データの提供を求めた保険者において当該加入者に対し説明を行い、同意を得たことが確認できたときは、この限りではないこととしている。

なお、上記のオンライン資格確認等システムを利用した引継ぎに関しては、セキュリティが確保された環境で行われる引継ぎであることから、本人同意の取得が不要となるよう、上記改正と同時に措置する予定である。

④費用負担等

提供に当たってのデータ抽出作業や媒体の送付にかかる諸費用は次のとおりとする。

- ・旧保険者において、健診データ等を電子的な記録媒体又は紙媒体に記録するために要した費用は旧保険者の負担とする。
- ・当該健診データを記録した媒体の送付にかかる費用及び提供されたデータを新保険者のシステムに登録する費用は新保険者が負担する。

6-4 データの保管・活用

6-4-1 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特定健診・特定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・保管している保険者のデータベースは、重要度の高い個人情報が集積しており、個人情報保護の観点から極めて慎重な取扱いが求められる。

^{*1} 同意取得等に関する様式等詳細については、事務連絡「保険者間の特定健診等データの移動に係る当面の対応について(情報提供)(平成28年6月30日)」、事務連絡「特定健診等データの保険者間の情報照会・提供等の様式について(平成29年3月31日)」及び「特定健康診査及び特定保健指導の記録の写しの保険者間の情報照会及び提供について(平成29年6月6日 保連発 0606 第1号、保保発 0606 第1号、保国発 0606 第1号)」を参照のこと。

②ガイドラインの遵守

保険者における個人情報の取扱いに関しては、個人情報保護法に基づくガイドライン等（「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ダンス」、「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ダンス」等）が定められている。

保険者は、これらのガイドライン等における役員・職員の義務（データの正確性の確保、漏洩防止措置、従業者の監督、委託先の監督等）について、再度これらの者に周知を図る。また、特定健診・特定保健指導の実施や、特定健診・特定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する。

図表 50: 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ダンス(抜粋)

4. 安全管理措置、従業者の監督及び委託先の監督(法第 20 条～第 22 条)

(1) 健保組合等が講ずべき安全管理措置等

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等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 従業者の監督

健保組合等は、①の安全管理措置を遵守させるよう、従業者に対し必要かつ適切な監督をしなければならない。なお、「従業者」とは、当該事業者の指揮命令を受けて業務に従事する者全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 日保険課長通知)では、健保組合に対して、服務規程等において、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。

③ 委託者の監督

健保組合等は、個人データの取扱いの全部又は一部を委託する場合、委託先において当該個人データの安全管理措置が適切に講じられるよう、「適切な委託先の選定」「安全管理措置の遵守事項を含む委託契約の締結」「委託先における個人データ取扱状況の把握」により、委託先に関して必要かつ適切な管理、監督をしなければならない。

(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鑑み、個人データの漏えい、滅失又はき損の防止その他の安全管理のため、その規模、従業者の様態等を勘案して、以下に示すような取組を参考に、必要な措置を行うものとする。

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

- ・従業者の責任体制の明確化を図り、具体的な取組を進めるため、健保組合等における個人情報保護に関し十分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も図る。
- 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、就業期間中はもとより離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従業者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、従業者に対する教育研修の実施等により、個人データを実際の業務で取り扱うこととなる従業者の啓発を図り、従業者の個人情報保護意識を徹底する。
- 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、「個人情報の適切な取扱いに係る基幹システムのセキュリティ対策の強化について(再要請)」(平成 27 年 12 月 18 日通知)の趣旨に則り、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な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に消去して廃棄する。
 - ・これらの廃棄業務を委託する場合には、個人データの取扱いについても委託契約において明確に定める。
- (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、情報提供する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るが、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、特定健診・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、特定健診・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、1年以下の懲役又は100万円以下の罰金の罰則を規定している（法第30条・167条）。また、健康保険法等の各法でも、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100万円以下の罰金の罰則を規定している。

④個人情報保護規定の精査・見直し

特定健診・特定保健指導のデータは、さまざまな関係者と受領・提供（提出）等がなされる。また、データであるが故に容易に漏洩・流出が起こりうるリスクが高いことから、個人情報保護法の規定を踏まえ、各保険者において定められている個人情報保護に関する規定類を精査し、必要に応じて適切な見直しを図ることが重要である。

保険者が他の関係者（保健指導機関、保険者、事業者や個人、データ管理・分析の委託先、国等）へ提供する場合、それぞれの相手先別に、誰が、相手先の誰までに、どの項目・範囲まで、どのような利用目的に限って提供するのか、提供に当たっての関係者の承諾の有無や守秘義務契約等の有無等、整理・明確化し、関係者間で遵守する。

保険者が関係者からデータを受領する場合も、特に事業者等から事業者健診のデータを受領する場合、事業者等、提供側の個人情報保護規定との擦り合わせや、その結果、両者の規定の見直しが生じる可能性もあるので、事前に提供側と十分に協議調整する。

6-4-2 保管年限と保管後の取扱い

特定健診・特定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の疫学的な分析、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できる。

他方、このように本人の健康管理等の観点からはできる限り長期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、保険者にとって大きな負担となることから、全ての保険者に一律に長期保管を義務付けることは難しい。

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、保険者への保管義務は主として特定保健指導に活用する範囲の年数（5年を超える過去のデータを使用した特定保健指導は必要性が乏しく、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。

①保管年限

保険者が5年以上の長期に保管することは可能であるが、保険者に一律に保管が義務付けられる保管期限については、他の制度の保管年限も参考にし、5年とする。また、他の保険者に異動する等、加入者でなくなった場合は、保険者間でのデータの照会と提供に対応するため、異動年度の翌年度末まで保管する。

＜特定健康診査・特定保健指導の実施に関する基準＞

（特定健康診査及び特定保健指導に関する記録の保存）

第十条 保険者は、法第二十二条及び法第二十五条の規定により、特定健康診査及び特定保健指導に関する記録を電磁的方法（電子的方式、磁気的方式その他の知覚によっては認識することができない方式をいう。以下同じ。）により作成し、当該記録の作成の日の属する年度の翌年度から五年を経過するまでの期間又は加入者が他の保険者の加入者となった日の属する年度の翌年度の末日までの期間のうちいずれか短い期間、当該記録を保存しなければならない。

②保管後の取扱い

特定健診・特定保健指導のデータファイルは、各保険者が5年以上で定めた年数の間保管されるが、その後は「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、「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ダンス」等を遵守し、データ消去・廃棄を行う。また、本人が資格を喪失し別の保険者に異動する場合は、バックアップの意味合いから翌年度末までは保管し、その後消去・廃棄する。

7. 代行機関

7-1 代行機関とは

保険者が全国の健診・保健指導機関と個別に交渉し、契約を結んでいくことは、労力やコストが莫大で非現実的であるので、集合契約の枠組みが関係者間の合意により用意されている。さらに、各加入者が全国の健診・保健指導機関で受診し、その結果と請求が別々に保険者に送付されてきた場合、その点検と請求処理に忙殺されるため、契約後の実際の事務処理についても、保険者の負荷を軽減するため、結果データと請求を一つに取りまとめ、一括で受領すると同時に支払も一箇所にまとめる機関が必要となる。

こうした保険者に代わって多数の健診・保健指導機関との間で決済や特定健診・特定保健指導データを取りまとめる機関が代行機関である。なお、法令上の定義・位置づけは、実施基準第16条第3項に規定され、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第16条第3項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者（平成20年厚生労働省告示第179号）に整理されている。

図表 51: 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	特定健診・特定保健指導の費用に含まれる	健診機関グループ
	[健診・保健指導機関≠代行機関] 個々の健診・保健指導機関に代わり、各機関を提携機関として取りまとめた機関が、受付や決済等も引き続き処理		福祉厚生等の代行サービス企業
保険者サイド	[保険者≠代行機関] 個々の保険者に代わり、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
	[保険者≡代行機関] 個々の保険者に代わり、保険者が共同処理 (※厳密には、代行処理ではなく共同事業)		国保連合会（国保に閉じた共同事業）

セキュリティ等一定の基準・要件を満たせば自由に参入が可能な仕組みとし、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、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。保険者が定める個人情報保護規程の遵守が委託の前提となるので、健診・保健指導機関と同様、基準を満たした代行機関か否かを保険者が判別するため、代行機関から保険者への十分な情報提供・公開が必要である。

7-2 代行機関の機能・サービス

7-2-1 主な機能

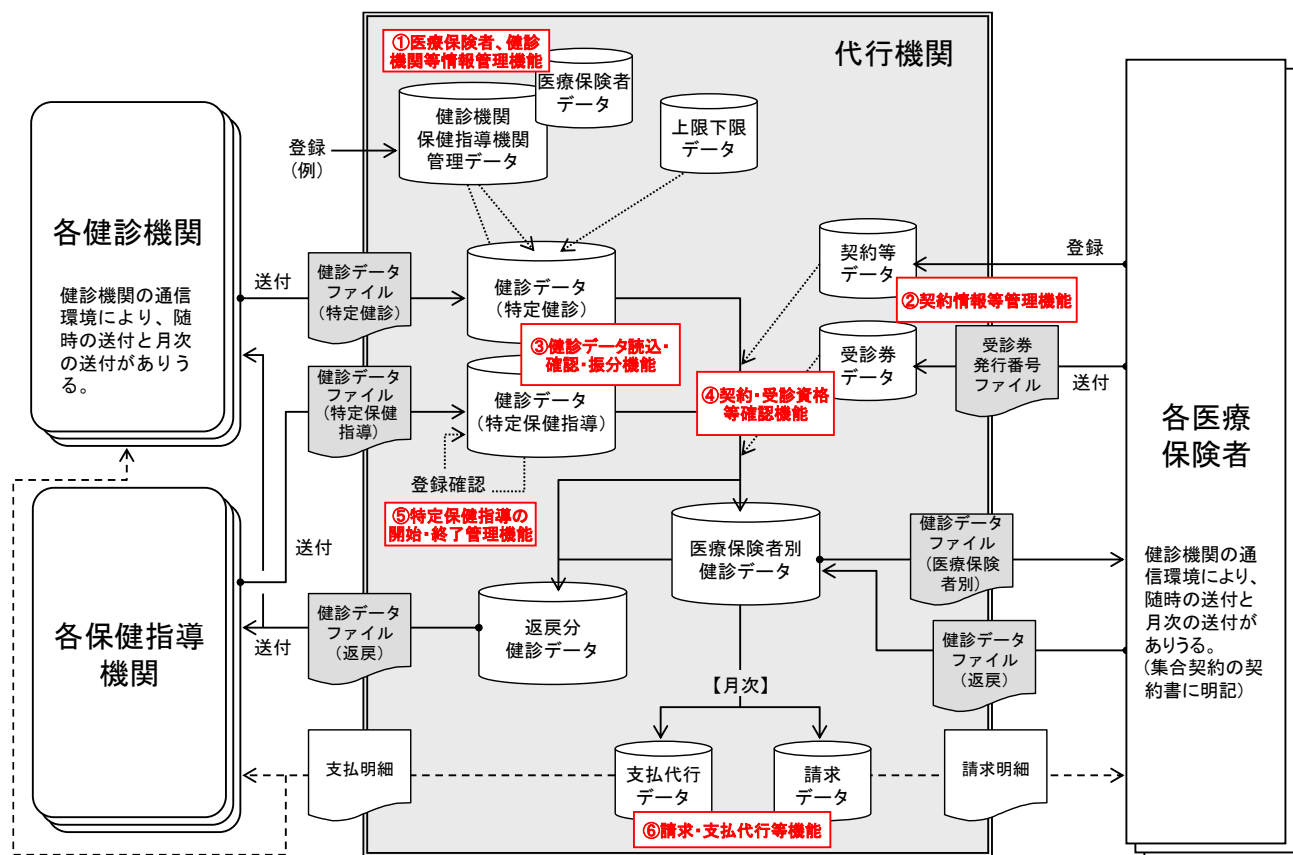
代行機関の基本的な機能は、決済とデータの点検及び一本化である。主に次のような機能に分類・整理されるが、特に、受領したデータの点検のためのさまざまな既存情報（契約単価や自己負担額等保険者が事前に登録している情報）との突合が重要となる。

①支払代行や請求等の事務のために健診・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

図表 52: 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)



7-2-2 その他のサービス

決済とデータの点検・一本化以外のサービスとして、次のようなサービスがある。

①保険者の業務代行

特定健診・特定保健指導の委託契約後に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あるが、これら業務も含めて代行機関が受託し、受診券の発券管理も併せて行うことも可能である。

②上乗せ健診項目も含めた処理

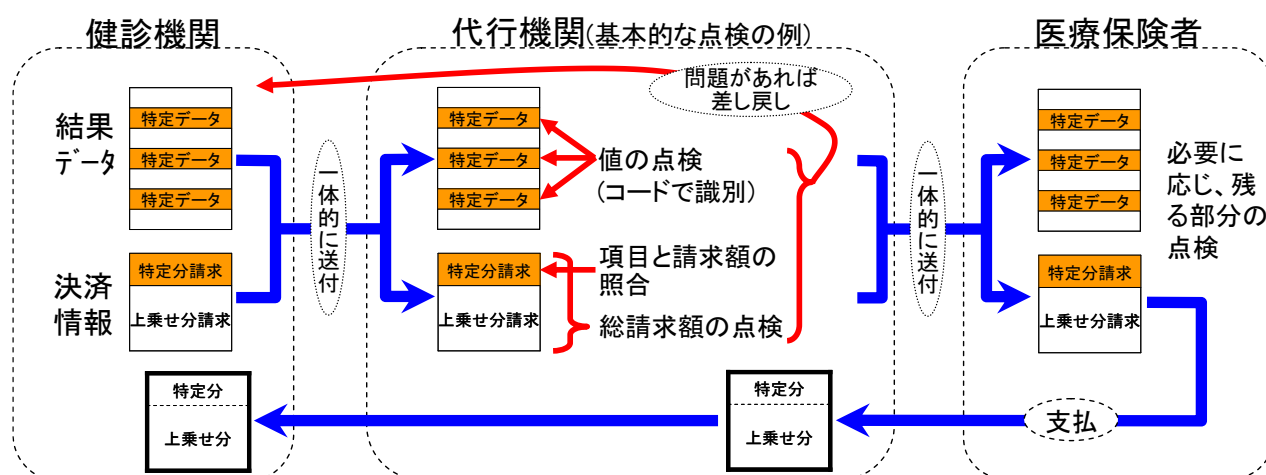
人間ドック等の特定健康審査の項目以外の検査項目は、保険者によって実施項目が異なり、標準化されていないため、保険者ごとに実施項目と単価を登録しない限り、代行機関との契約では、基本的な点検等の業務の対象外となる可能性が高いが、個別契約中心の機関グループであれば、代行機関が事前に登録した全ての項目を点検することも可能となる。

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・保健指導機関に照会しなくともワンストップで把握できる。

図表 53: 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)



7-3 代行機関が満たすべき要件

7-3-1 セキュリティ要件

①基本的な考え方

代行機関は、健診・保健指導機関と保険者との間に立ち、個人情報である特定健診・特定保健指導データを集中的に取り扱うことから、セキュリティの確保が極めて重要であり、万が一、漏洩等の事故が発生した場合は保険者も責任を問われる。セキュリティの確保は、代行機関における最も重要な委託基準である。

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5版 (平成29年5月 厚生労働省)」や「レセプトのオンライン請求に係るセキュリティに関するガイドライン (平成20年2月 厚生労働省)」等の既定のガイドライン類を遵守する必要がある。各機関・各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。オンラインではなく電子媒体の搬送(持参による手渡し、郵便等)は、搬送中の安全性等を確保する必要がある。

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・保健指導機関及び保険者等との接続は、「レセプトのオンライン請求に係るセキュリティに関するガイドライン (平成20年2月 厚生労働省)」を適宜読み替える。ネットワーク回線及び機器等は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第5版 (平成29年5月 厚生労働省)」における「6.11 外部と個人情報を含む医療情報を交換する場合の安全管理」を適宜読み替える。

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、又は、IPsec を用いた VPN 接続等によりセキュリティの担保を行うか、HTTPS による暗号化をし、SSL/TLS のプロトコルバージョンを TLS1.2 のみに限定しつつ、クライアント証明書を利用した TLS クライアント認証を実施（TLS の設定はサーバ/クライアントともに「SSL/TLS 暗号化ガイドライン」に規定される最も安全性水準の高い「高セキュリティ型」に準じた適切な設定を行うこと）する等の対策を講じた上でオープンなネットワーク（インターネット）には接続する。

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。授受の事実が確認できる手段（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格納された個人情報が見失わないよう、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。ファイルや電子媒体を暗号化は、正しい送付先のみが複号できるような手段を用いる。

他から受領したファイルを読み込む前には、当該媒体がコンピュータウィルスに感染していないことを必ず確認する。

⑤データセンター及び事務所等における遵守条件

データセンター及び事業所等に健康・医療に関する情報の保存を外部委託するにあたっては、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第5版」（平成29年5月 厚生労働省）における「8 診療録及び診療諸記録を外部に保存する際の基準」を参照の上、「4 電子的な医療情報を扱う際の責任のあり方」「6 情報システムの基本的な安全管理」「7 電子保存の要求事項について」を適宜読み替える^{*1}。

健康・医療に関する情報の保存・管理を外部委託する場合は、「プライバシーマーク」（一般財団法人 日本情報経済社会推進協会）等を取得している事業者が望ましい。

7-3-2 基本的な業務要件

セキュリティに関して業務で遵守すべき基本的要件は、以下のとおりである。

- 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、保険者に送付する
- 健診・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・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
- 健診・保健指導機関から授受したファイルを保存する
- 以下に示す事務点検を確実に実施する
 - 電子的標準様式に準拠したファイル形式である
 - ファイルが読込可能である
 - 入力必須項目に値が格納されている
 - 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。なお、上限値・下限値外である場合、「H」又は「L」と実測値の両方が格納されている。
 - 受診券・利用券に記載された代行機関である
 - 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

^{*1} 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、診療情報を特定健診・特定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。

- 健診・保健指導機関と保険者の間に実施委託契約がある。実施及び請求の内容が契約内容と一致している
- 受診券・利用券の発行番号が有効(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
- 受診日・利用日が受診券・利用券の有効期限内である
- 特定保健指導のデータの場合
 - ・支援開始時のデータの場合、特定健康診査のデータがある、かつ特定保健指導の対象者である
 - ・支援終了時、3ヶ月後の評価時のデータの場合、開始時のデータがある
- 事務点検に必要な情報を保険者から授受する。もしくは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
- 請求・支払代行処理に必要な情報を保険者及び健診・保健指導機関から授受する
- 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
- 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・保健指導機関に理由を付けて返戻する
- 事務点検を終了したデータを保険者別に振り分ける
- 保険者から返戻されたデータをファイルに格納し、健診・保健指導機関に返戻する
- 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。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・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。必要な帳票を出力し、それぞれに送付する
- 健診・保健指導機関への支払代行、保険者への請求(決済処理)を滞りなく実施する
- 決済処理が終了していないデータを抽出し、健診・保健指導機関及び保険者に確認すること
- 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。健診・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

7-3-3 マスター類等の共同管理

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)は、代行処理の要であり、全国共通の重複のない付番・停止・削除等の維持管理がなされる必要がある。この管理は、関係者間の合意により進められるべきものであり、保険者から特定健診等データの受付や費用決済等の業務の委託を受けている支払基金が担うことが最適である。マスターデータの維持管理コストは、関係者間で応分の負担^{*1}をして維持する必要がある、代行機関を営もうとする者は、応分の負担が求められる。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。

7-3-4 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。代行機

^{*1} マスターデータは、代行機関以外に保険者もそのメリットを享受しており、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。健診・保健指導機関マスターは、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、保険者が維持管理コストを負担することは難しい。

関番号の付番ルールの設定、付番や抹消等の管理は、以下の付番ルールに基づき保険者協議会中央連絡会にて実施する。

番号を希望する機関（事業者）は、契約相手先の保険者及びその属する中央の保険者団体を通じて、付番申請に関する依頼書を作成し申請に添付して、保険者協議会中央連絡会（事務局＝国民健康保険中央会）に付番申請^{*1}を行う。保険者側の代行機関のみならず、健診・保健指導機関側の代行機関が申請する場合も同様の流れで手続を行う。

図表 54: 代行機関番号の付番ルール

桁数	区分	内容
1	機関区分コード	9(代行機関として固定、共通)
2	都道府県コード	機関所在の都道府県番号（01～47） 全国組織の場合=48
4	代行機関コード	99（固定、共通） ＋連番（2桁、原則として届出順に付番） 例：支払基金=9901、国保=9902、以降 9903 から順次付番
1	チェックデジット	通常と同じ

7-3-5 ホームページ等への情報公開

代行機関は、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。公開する場所は、代行機関自身のホームページでも、他のサイトでも構わない。

図表 55: 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)

※代行機関の責任で行う事業、本資料を参照し、ホームページ(外部リンク先)でも他のサイトでも利用可能なサイトに記載すること。
※委託契約の項目については、口を■にするか、該当する項目のみを■(※記載は不要)とすること。
※ガイドラインの遵守状況については別途開示欄に記載すること。

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等へ更新し、更新日を明示すること。		
基本情報	機関区分 ^{※1}	
	所在地(市内) ^{※2}	
	電話番号 ^{※3}	- -
	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 ^{※4}	
	代行機関の分類 ^{※5}	☐ 医療保険者サイト ☐ 健診・保健指導機関サイト (個別機関グループ) ☐ 健診・保健指導機関サイト (個別機関グループ以外)
注1) 区分は正誤を問わず記載する。 注2) 市町村単位で記載する。 注3) 電話番号は市区町村別、国番号、市区町村番号、機関番号の順に記載し、上記「基本情報グループ」の欄に記載する。 注4) 機関番号は市区町村別、国番号、市区町村番号、機関番号の順に記載し、上記「基本情報グループ」の欄に記載する。 注5) 区分は正誤を問わず記載する。		
施設及び 設備情報	収容する職員 の人数 ^{※6}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費の負担 ^{※7}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※8}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※9}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※10}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※11}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※12}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※13}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※14}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※15}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※16}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※17}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※18}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※19}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※20}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※21}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※22}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※23}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※24}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※25}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※26}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※27}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※28}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※29}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※30}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※31}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※32}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※33}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※34}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※35}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※36}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※37}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※38}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※39}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※40}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※41}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※42}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※43}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※44}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※45}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※46}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※47}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※48}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※49}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※50}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※51}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※52}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※53}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※54}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※55}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※56}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※57}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※58}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※59}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※60}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※61}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※62}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※63}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※64}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※65}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※66}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※67}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※68}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※69}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※70}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※71}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※72}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※73}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※74}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※75}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※76}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※77}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※78}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※79}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※80}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※81}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※82}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※83}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※84}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※85}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※86}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※87}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※88}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※89}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※90}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※91}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※92}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※93}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※94}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※95}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※96}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※97}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※98}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※99}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人
	施設費(賃貸)の負担 ^{※100}	専任 機関本体 人 協力・関係会社 人

^{*1} 申請様式等は、厚労省ホームページに掲載 (<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/info03f.html>)。また、代行機関の委託基準の遵守状況の確認については、各保険者において委託時等に確認されたい。

8. 支払基金(国)への実績報告

8-1 報告の義務

高齢者の医療の確保に関する法律第 142 条の規定において、支払基金は保険者に対し、毎年度、特定健康診査等の実施状況に関する報告を求めるとされており、高齢者の医療の確保に関する法律による保険者の前期高齢者交付金等の算定に関する省令(平成 19 年厚生労働省令第 140 号)第 44 条第 2 項に基づき、保険者は支払基金に対し、毎年度、特定健康診査等の実施状況について報告することとされている。

8-2 報告の時期及び様式

保険者は、特定健康診査等の実施状況に関する結果について、当該年度の翌年度の 11 月 1 日までに支払基金に対し報告することとされており、その記録様式は、XMLで行うこととされている。(「保険者が社会保険診療報酬支払基金に提出する令和 2 年度以降に実施した特定健康診査等の実施状況に関する結果について(令和 2 年 3 月 31 日)(保発 0331 第 4 号)」^{*1}(詳細は 6. 健診・保健指導データ参照)

^{*1} 特定健診・特定保健指導の関連通知は、厚生労働省のホームページを参照のこと。
(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000161103.html>)

付録 第二期（2013年度以降）における変更点

第二期においては、特定健診・特定保健指導制度を継続し、特定健康診査等の効率的・効果的な実施方法や効果の検証等行っていくに当たり必要なデータ項目を追加した。

①被保険者・被扶養者の区別

被保険者・被扶養者別の実施状況等を明らかにするため、国に対する保険者からの実績報告において、資格区分を追加した。

②特定健康診査項目の入力許容範囲外（入力最大値以上又は入力最小値以下）の取扱い

測定値が、項目毎に指定された入力最大値以上又は入力最小値以下（以下入力許容範囲外）の場合、測定値は実測値でなく「H」又は「L」を示すコード値として表現することとされていたが、「H」又は「L」を示すとともに、実測値の入力を必須化した。

③特定健康診査情報ファイルと特定保健指導情報ファイルとの紐付け

特定保健指導がどの年度の特定健康診査の結果に基づくものかの把握を可能とするため、国に対する保険者からの実績報告時に、利用券整理番号を必須化した。

④特定健康診査の実施形態情報（事業者健診かその他の健診か等の別）の取得

保険者が、事業者健診をもって特定健康診査に代えている運用を行っている実態を把握するため、「健診プログラムコード」へ健診種別を記載することとした。

⑤保険者において健診実施後に服薬中であったことが判明した者の取扱い

健診時の質問票の服薬状況に誤って回答し、その結果として、階層化判定により特定保健指導の対象者となったが、特定保健指導を受ける前に、保険者において、健診実施時点で服薬者であったことが判明した者の取扱いについては、該当者であることが判明したことを区分するコードを新たに付与し、保険者が国への実績報告時にデータを作成することとした。