

特定健康診査等に係る業務の手引き
【改訂版】

平成30年8月

国民健康保険中央会

本手引きについて

全般

- 本手引きは、主に特定健康診査・特定保健指導を実施する国民健康保険の保険者や後期高齢者の保健事業として健康診査を実施する後期高齢者医療広域連合の業務担当者及び国民健康保険団体連合会（以下、「国保連合会」という。）の担当職員を対象としている。
- 特定健康診査・特定保健指導の制度と業務に関する知識を習得するとともに、特定健康診査等の業務と国民健康保険中央会が開発する「特定健診等データ管理システム」（以下、「本システム」という。）の機能の関係を理解することを目的としている。

第1編（共通編）

- 特定健康診査・特定保健指導の制度に係る諸規定や厚生労働省の公表する「標準的な健診・保健指導プログラム」（健康局）、「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」（保険局）等に基づき業務担当者として必要な制度の知識を要約する。
- 特定健康診査・特定保健指導における国保連合会の役割を明示するとともに、本システムが対象とする範囲やシステム機能の概要について解説する。

第2編（業務編）

- 特定健康診査・特定保健指導において想定される業務毎にその内容と本システムで対応する機能について具体的に解説する。
- 全体的な業務内容を解説する上で必要と思われるものについては、本システムではサポートしていない業務処理（保険者が独自に運用で対応すべきもの）についても適宜解説している。
- 本システムより出力される共同処理帳票とその概要については、参考として巻末に掲載した。

[本手引きの使用上の注意]

- 本手引きは、「特定健診等データ管理システム」バージョン 11.1.1 の仕様に即した内容を掲載している。
- 本手引きでは、平成 30 年度より開始した第三期特定健康診査等実施計画期間に向けた特定健康診査・特定保健指導の実施方法の見直しや関連法令等の改正、それに伴う本システムの改修内容等を反映している。

第1編 共通編	1
第1章 特定健康診査等の制度の概要	2
1.1 特定健康診査・特定保健指導の導入の背景と目的.....	2
1.2 特定健康診査の実施内容.....	6
1.2.1 定義.....	6
1.2.2 対象者.....	6
1.2.3 実施内容（健診項目）.....	7
1.3 特定保健指導の実施内容.....	9
1.3.1 定義.....	9
1.3.2 対象者.....	9
1.3.3 実施内容.....	10
1.4 他の健診等との関係.....	13
1.5 医療保険者の役割.....	14
1.6 関係機関の役割.....	15
1.7 関係法令.....	16
第2章 特定健康診査等の円滑な実施とシステムの活用	18
2.1 特定健康診査・特定保健指導における国保連合会の役割.....	18
2.1.1 国保連合会の業務.....	18
2.1.2 特定健康診査・特定保健指導における保険者共同事業.....	18
2.2 特定健診等データ管理システム.....	21
2.2.1 特定健診等データ管理システムで対象とする範囲.....	21
2.2.2 特定健診等データ管理システムの機能.....	23
2.2.3 健診・保健指導データの受領方法.....	23
第2編 業務編	25
第1章 特定健康診査業務	26
1.1 業務全体概要.....	26
1.2 業務処理概要.....	29
1.2.1 対象者の管理.....	29
1.2.2 特定健康診査の受診券等の発行.....	34
1.2.3 健診受診券等の再発行.....	64
1.2.4 健診未受診者への受診勧奨.....	68
1.2.5 受診券等の回収.....	72
1.2.6 健診受診状況・受診結果の管理.....	72
1.2.7 健診結果の通知.....	89
1.2.8 特定健康診査を直営で実施する場合の留意点.....	95

1.2.9 セット券を使用した特定健康診査の留意点	96
1.2.10 「情報提供の方法」の登録	97
第2章 特定保健指導業務	98
2.1 業務全体概要	98
2.2 業務処理概要	101
2.2.1 特定健診結果の階層化・特定保健指導対象者の確定	101
2.2.2 特定保健指導利用券発行	111
2.2.3 利用券の再発行	125
2.2.4 特定保健指導未利用者への利用勧奨	129
2.2.5 特定保健指導中断者への対応	131
2.2.6 年度をまたがる保健指導の実施	133
2.2.7 特定保健指導利用状況・指導結果の管理	135
2.2.8 特定保健指導を直営で実施する場合の留意点	149
2.2.9 モデル実施	150
2.2.10 初回面接と実績評価の同一機関要件の廃止	150
2.3 実施年度中に75歳に到達する者の留意点	151
2.3.1 受診券発行	151
2.3.2 階層化・利用券の発行	151
2.3.3 国への実績報告	152
第3章 費用決済業務の概要	153
3.1 費用決済業務の位置づけ	153
3.2 費用決済の対象	154
3.2.1 対象とする範囲	154
3.2.2 契約等の形態と費用決済の方法	157
3.2.3 請求額の計算方法	161
3.3 業務全体概要	166
3.4 費用決済の流れ	167
3.5 業務処理概要	168
3.6 業務処理日程の考え方	170
3.7 業務概要	172
3.7.1 特定健診等データの受付・点検	172
3.7.2 全国決済	190
3.7.3 請求・支払	200
3.7.4 過誤調整	214
3.7.5 支払代行	220
第4章 マスタ管理業務	227

4.1 業務全体概要	227
4.1.1 マスタ管理業務の位置づけ	227
4.1.2 マスタの概要	228
4.2 業務処理概要	230
4.2.1 マスタ管理業務概要	230
4.2.2 既存システムから取得するマスタ	232
4.2.3 特定健診等データ管理システム独自のマスタ	239
4.3 業務処理の考え方	269
4.4 各種マスタにおけるオンライン画面機能	270
第5章 集計・分析業務.....	271
5.1 集計・分析業務の体系	271
5.2 評価・報告業務の具体的内容	273
5.2.1 国庫負担（補助）金算定に係る実績把握	273
5.2.2 法定の実績報告	284
5.2.3 保険者における予防・健康づくり等のインセンティブ	301
5.2.4 事業分析資料	305
5.2.5 個別データの分析と活用	327
5.2.6 広域のデータの活用	328
第6章 後期高齢者の取扱い.....	331
6.1 後期高齢者に対する健診の位置づけ	331
6.1.1 制度上の位置づけ	331
6.1.2 システムが対象とする範囲	332
6.1.3 実施形態	334
6.2 後期高齢者の健診の実施管理	336
6.2.1 対象者の管理	336
6.2.2 受診券の発行	336
6.2.3 健診結果の活用	338
6.3 費用決済	341
6.4 被保険者マスタ管理	341
6.5 評価・報告	342
6.5.1 国庫補助金に係る実績報告	342
6.5.2 事業評価等	342
(参 考)	343

第 1 編 共通編

第1章 特定健康診査等の制度の概要

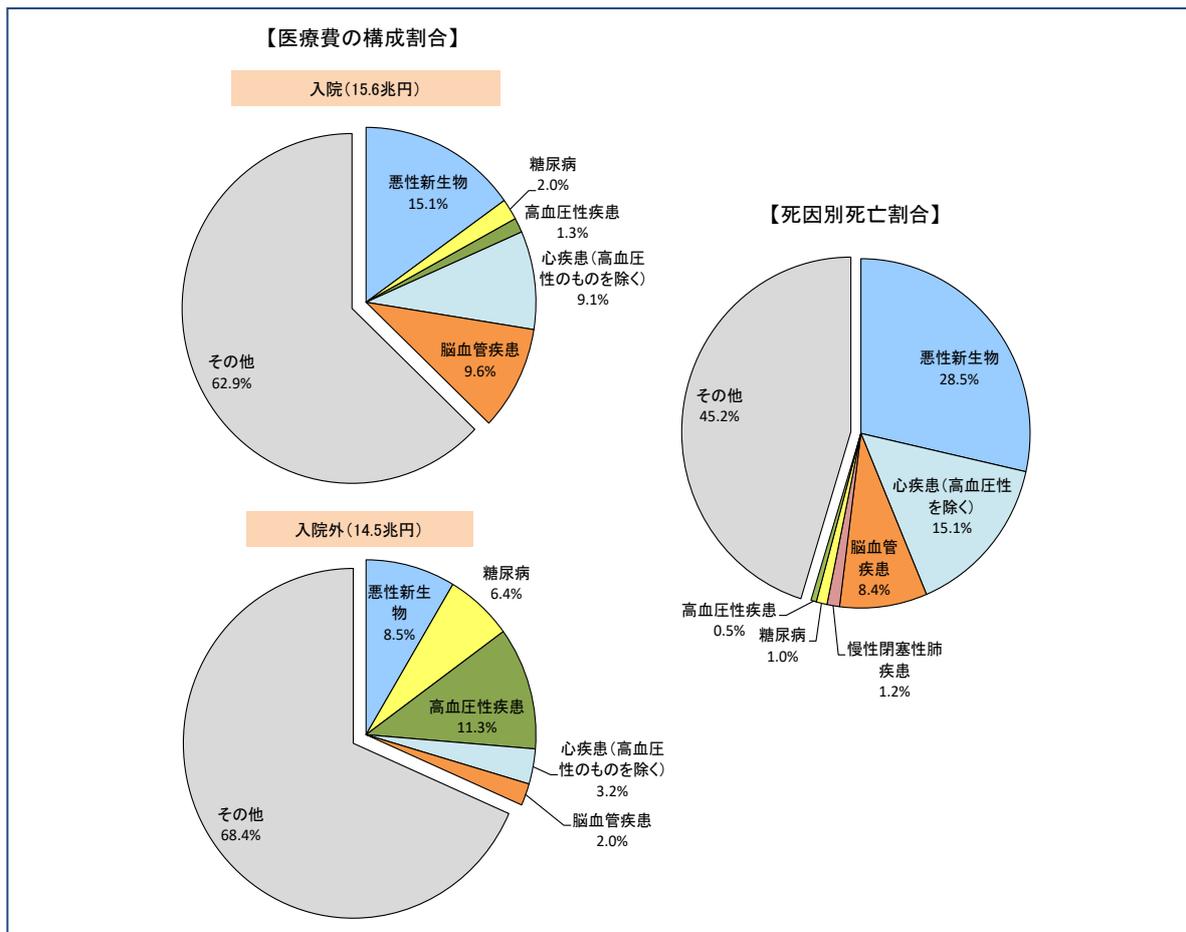
1.1 特定健康診査・特定保健指導の導入の背景と目的

高齢化の急速な進展に伴い、がん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病が疾病全体に占める割合は増加し、医療費に占める生活習慣病の割合も国民医療費の約3分の1を占め、医療費増加のひとつの大きな要因となっている。加えて、死亡原因においても生活習慣病が5割以上を占めている（図表1-1）。

心疾患や脳血管疾患等の発症リスクとなる糖尿病、脂質異常症、高血圧症等の有病者や予備群が年々増加しており（図表1-2）、生活習慣病の発症前の段階であるメタボリックシンドロームと疑われる者と予備群と考えられる者の割合は男女とも40歳以上の年齢層で高く、40～74歳において、男性では2人に1人、女性では5人に1人の割合となっている（図表1-3）。

こうしたことから、国民のQOL(Quality Of Life=生活の質)の維持・向上や医療費の適正化を図っていくためには、生活習慣病対策が重要である。

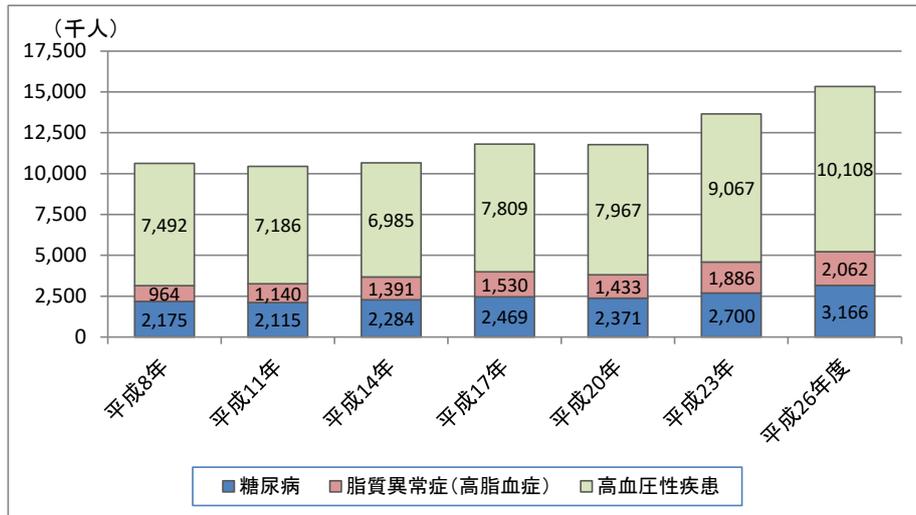
図表 1-1：医療費の構成割合と死因別死亡割合



(参考) 厚生労働省「平成27年度国民医療費」

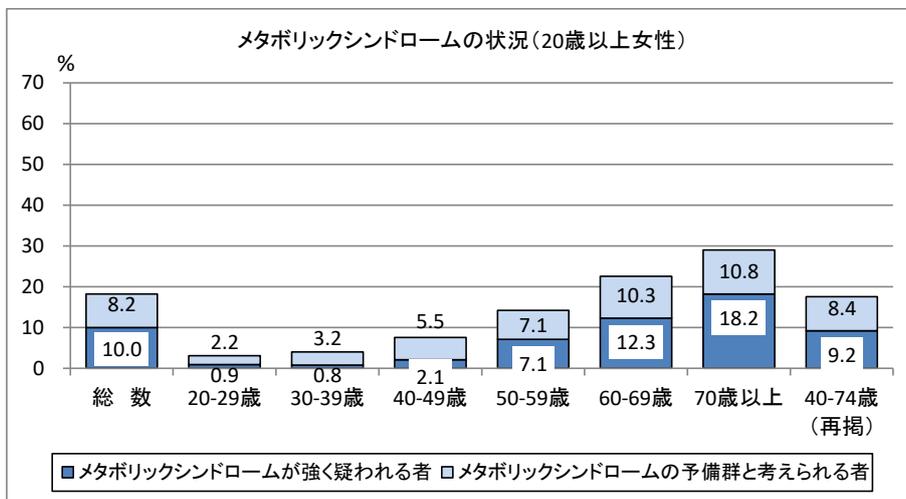
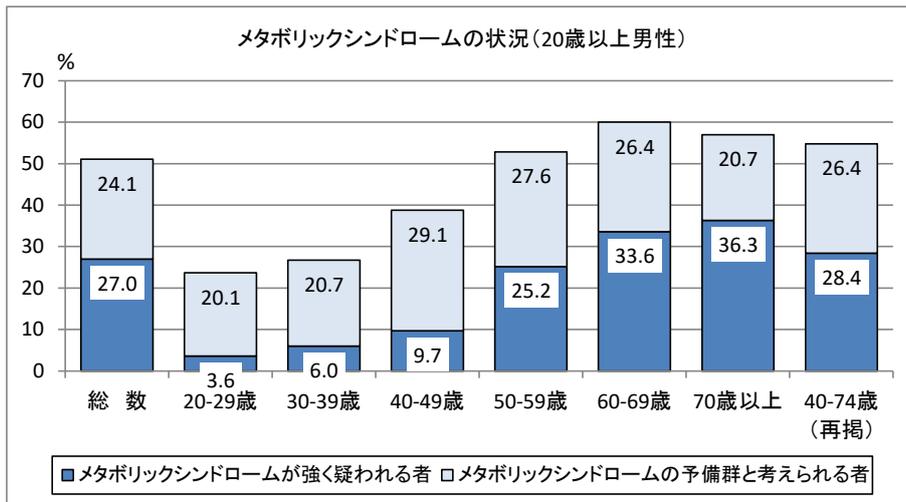
(参考) 厚生労働省「平成28年度人口動態調査」

図表 1-2：傷病別総患者数の推移



(参考) 厚生労働省「平成 26 年患者調査の概況」

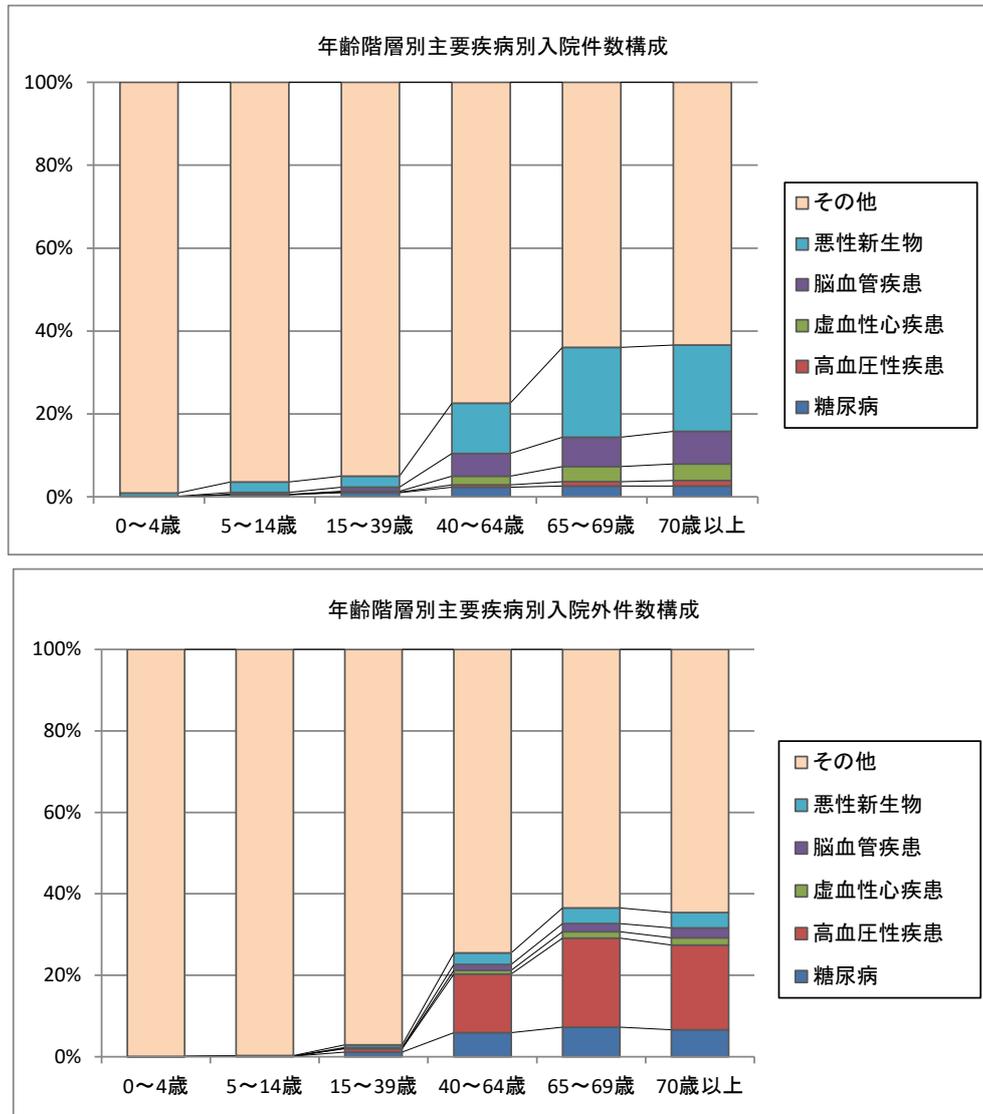
図表 1-3：メタボリックシンドロームの男女別の状況（20 歳以上）



(参考) 厚生労働省「平成 28 年国民健康・栄養調査」

国民健康保険における受療の実態を見ると、40歳から生活習慣病の件数割合が大幅に増加する（図表 1-4）。

図表 1-4：年齢階層別主要疾病別入院・入院外件数構成（国民健康保険）

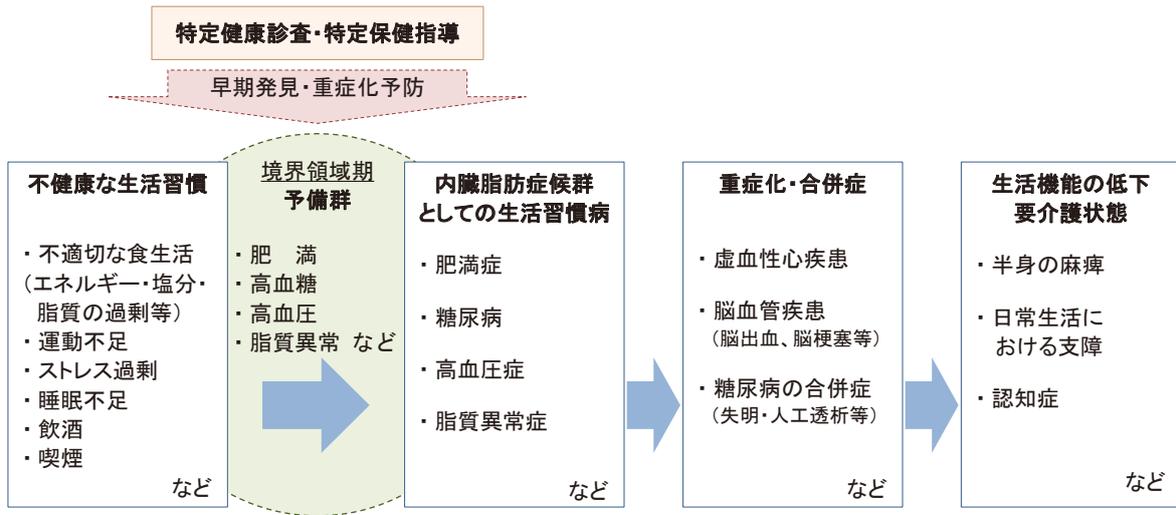


(参考) 平成 27 年度「医療給付実態調査報告」

個人レベルで生活習慣病の発症・重症化の流れを見ると、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣により摂取エネルギーが超過して内臓脂肪が蓄積され、やがて高血糖、高血圧、脂質異常となり生活習慣病の発症につながる。さらにこうした生活習慣が改善されないうままでいると、これらの疾患が重症化し、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症へと経過をたどることになる。

この生活習慣病は、日常生活において食事や運動などの基本的な生活習慣に注意を払うことにより防ぐことができるものとされており、生活習慣病の境界域段階で留めることができれば、重症化や合併症の発症を抑え、結果として医療費の増加を抑制することも可能となる。

図表 1-5：生活習慣病の発症・重症化の流れと特定健康診査・特定保健指導の役割



特定健康診査・特定保健指導は、こうした考え方に立ち、メタボリックシンドロームの発症リスクが高い対象者を早期に発見し、生活習慣の改善により発症と重症化の抑止を図り、医療費の適正化に結びつけることを目的として平成20年度から実施されることとなった。なお、医療保険者（国保・被用者保険）に対しては、40歳～74歳の加入者（被保険者・被扶養者）全員を対象とする年1回の特定健康診査と、メタボリックシンドロームのリスクの高い対象者への運動や食事等に関する特定保健指導の実施が義務づけられた。

1.2 特定健康診査の実施内容

1.2.1 定義

平成 20 年 4 月から、医療保険者（国保・被用者保険）が、40～74 歳の加入者（被保険者・被扶養者）を対象として、毎年度、計画的に（特定健康診査等実施計画に定めた内容に基づき）実施する、メタボリックシンドロームに着目した検査項目（1.2.3 に整理）による健康診査を、「特定健康診査」という。

<高齢者の医療の確保に関する法律>

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

1.2.2 対象者

加入者のうち、特定健康診査の実施年度中に 40～74 歳となる者（実施年度中に 75 歳になる 75 歳未満の者も含む）で、かつ当該実施年度の一年間を通じて加入している者（年度途中での加入・脱退等異動のない者）が対象となる。なお、妊産婦その他の厚生労働大臣が定める者（刑務所入所中、海外在住、長期入院等告示で規定）は、上記対象者から除く（年度途中での妊娠・刑務所入所等は、異動者と同様に対象者から除外）。

なお、平成 20 年度の制度施行当初においては、実施年度中に 75 歳に到達する者については年度途中で後期高齢者医療広域連合が行う後期高齢者医療の被保険者となることから、年度途中で脱退等による保険の異動があった場合の取扱にならい、特定健康診査・特定保健指導の対象者として含めていなかった。

しかしながら、誕生日によっては、当該年度の大半が 74 歳である者も少なくなく、これらの者についても 75 歳に到達するまでの間、特定健康診査・特定保健指導の機会が確実に確保されることが望ましいことから、基準省令を改正することにより、平成 21 年度から実施年度中に 75 歳になる 75 歳未満の者を対象者に含めることとなった。

1.2.3 実施内容（健診項目）

特定健康診査の検査項目は、高齢者の医療の確保に関する法律の規定に基づく厚生労働省令「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」（平成 19 年 12 月 28 日厚生労働省令第 157 号）（以下「実施基準」と表記）の第 1 条に定められている。

(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、図表 1-6 の項目である。

図表 1-6：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	内容
既往歴の調査	服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査（質問票）を含む
自覚症状及び他覚症状の有無の検査	理学的検査（身体診察）
身長、体重及び腹囲の検査	腹囲の測定は、厚生労働大臣が定める基準（BMI が ¹ 20 kg/m ² 未満の者、もしくは 22kg/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 ¹ 可 腹囲の検査に代えて内臓脂肪の面積の測定でも可
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ぺプチダーゼ（γ-GTP）
血中脂質検査	血清トリグリセライド（中性脂肪）の量 高比重リポ蛋白コレステロール（HDL コレステロール）の量 低比重リポ蛋白コレステロール（LDL コレステロール）の量 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） ² 、やむを得ない場合は、随時血糖 ³
尿検査 ⁴	尿中の糖及び蛋白の有無

¹ BMI が 20kg/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。

² 平成 25 年 3 月 31 日までに実施した特定健康診査については JDS 値、平成 25 年 4 月 1 日以降に実施した特定健康診査については NGSP 値で受診者への結果通知、保険者への結果報告及び国への実績報告を行う。

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。

⁴ 生理中の女性の他、腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有している者に限り、尿検査の実施を断念した場合であっても特定健康診査を実施したこととみなす。

(2) 詳細な健診の項目

対象者のうち、医師の判断により受診しなければならない項目¹（詳細な健診の項目）としては、貧血検査・心電図検査・眼底検査・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項目がある。

図表 1-7：詳細な健診の項目（医師の判断による追加項目）

項目	内容
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	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が90mmHg以上の者又は自覚症状及び他覚症状の有無の検査において不整脈が疑われる者
眼底検査	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、図表1-8の基準に該当した者
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、図表1-9の基準に該当した者

（参考）平成20年1月17日厚生労働省告示第4号

図表 1-8：眼底検査を実施できる条件（判断基準）²

項目	基準
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、ヘモグロビンA1c（HbA1c）がNGSP値6.5%以上 又は随時血糖値が126mg/dl以上

（参考）平成20年1月17日厚生労働省告示第4号

図表 1-9：血清クレアチニン検査を実施できる条件（判断基準）

項目	基準
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、ヘモグロビンA1c（HbA1c）がNGSP値5.6%以上 又は、随時血糖値が100mg/dl以上

（参考）平成20年1月17日厚生労働省告示第4号

¹ 実施基準に該当する者全員に実施することは適当でなく、受診者の性別・年齢等を考慮して医師が個別に判断する必要がある。

² 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について確認することができない場合においては、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。

1.3 特定保健指導の実施内容

1.3.1 定義

医療保険者（国保・被用者保険）が「特定健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者」に対し、毎年度、計画的に（特定健康診査等実施計画に定めた内容に基づき）実施する動機付け支援（1.3.3(1)に整理）・積極的支援（1.3.3(2)に整理）を「特定保健指導」という。

<高齢者の医療の確保に関する法律>

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

1.3.2 対象者

「特定健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者」とは、特定健康診査の結果、腹囲が 85cm 以上（男性）・90cm 以上（女性）の者又は腹囲が 85cm 未満（男性）・90cm 未満（女性）の者で BMI が 25kg/m²以上の者のうち、図表 1-10 の基準のいずれかに該当する者（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）である。追加リスクの多少と喫煙歴の有無により、動機付け支援の対象者となるか積極的支援の対象者となるのかが異なる。

なお、腹囲の測定に代えて内臓脂肪面積の測定を行う場合は、「腹囲が基準値以上の者」は「内臓脂肪の面積が 100cm²以上の者」と読み替える。

図表 1-10：特定保健指導対象者の基準

項目	基準（判定値）
血圧	収縮期 130mmHg 以上 又は 拡張期 85mmHg 以上
脂質	血清トリグリセライド（中性脂肪）150mg/dl 以上 又は 高比重リポ蛋白コレステロール（HDL コレステロール）40mg/dl 未満
血糖	空腹時血糖 100mg/dl 以上又はヘモグロビン A1c（HbA1c）が NGSP 値 5.6%以上 ¹ ただし、やむを得ず空腹時以外においてヘモグロビン A1c を測定しない場合には、随時血糖値 100mg/dl 以上

（参考）平成 20 年 1 月 17 日厚生労働省告示第 6 号、第 7 号、第 8 号

¹ 空腹時血糖値及び HbA1c（NGSP 値）の両方を測定している場合には、空腹時血糖の値を優先する。

1.3.3 実施内容

(1) 動機付け支援

動機付け支援とは、対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善に係る自主的な取組の実施に資することを目的として、図表 1-11 に掲げる要件のいずれも満たすものであって、厚生労働大臣が定める方法により行う特定保健指導をいう。

図表 1-11：動機付け支援内容（実施基準第 7 条）

号	動機付け支援内容
1	動機付け支援対象者が、医師、保健師又は管理栄養士の面接による指導の下に行動計画を策定すること。
2	医師、保健師、管理栄養士又は食生活の改善指導若しくは運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者として厚生労働大臣が定めるものが、動機付け支援対象者に対し、生活習慣の改善のための取組に係る動機付けに関する支援を行うこと。
3	動機付け支援対象者及び次のいずれかに掲げる者が、行動計画の策定の日から 3 月以上経過した日において、当該行動計画の実績に関する評価を行うこと。 イ 第 1 号の規定により面接による指導を行った者 ロ 動機付け支援対象者の健康状態等に関する情報をイに掲げる者と共有する医師、保健師又は管理栄養士（保険者が当該動機付け支援対象者の特定保健指導の総括及び情報の管理を行わない場合は、イに掲げる者が当該動機付け支援対象者に対する面接の際に勤務していた機関に勤務する者に限る。）

(2) 積極的支援

積極的支援とは、対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善に係る自主的な取組の継続的な実施に資することを目的として、図表 1-12 に掲げる要件のいずれも満たすものであって、厚生労働大臣が定める方法により行う特定保健指導をいう。対象者に対して生活習慣改善のための働きかけを一定期間継続して実施する点が、動機付け支援と異なる。

図表 1-12：積極的支援内容（実施基準第 8 条）

号	積極的支援内容
1	積極的支援対象者が、医師、保健師又は管理栄養士の面接による指導の下に行動計画を策定すること。
2	医師、保健師、管理栄養士又は食生活の改善指導若しくは運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者として厚生労働大臣が定めるものが、積極的支援対象者に対し、生活習慣の改善のための取組に資する働きかけに関する支援を相当な期間継続して行うこと（積極的支援対象者であって、厚生労働大臣が定める要件に該当する者に係る当該支援については、厚生労働大臣が定めるところにより行うこと）。
3	積極的支援対象者及び次のいずれかに掲げる者が、行動計画の進捗状況に関する評価を行うこと。 イ 第 1 号の規定により面接による指導を行った者 ロ 積極的支援対象者の健康状態等に関する情報をイに掲げる者と共有する医師、保健師又は管理栄養士（保険者が当該積極的支援対象者の特定保健指導の総括及び情報の管理を行わない場合は、イに掲げる者が当該積極的支援対象者に対する面接の際に勤務していた機関に勤務する者に限る。）

号	積極的支援内容
4	積極的支援対象者及び次のいずれかに掲げる者が、行動計画の策定の日から3月以上経過後において、当該行動計画の実績に関する評価を行うこと。 イ 第1号の規定により面接による指導を行った者 ロ 積極的支援対象者の健康状態等に関する情報をイに掲げる者と共有する医師、保健師又は管理栄養士（保険者が当該積極的支援対象者の特定保健指導の総括及び情報の管理を行わない場合は、イに掲げる者が当該積極的支援対象者に対する面接の際に勤務していた機関に勤務する者に限る。）

なお、第三期（平成30年度以降）から、積極的支援対象者に対して新たな支援方法が位置付けられた。

- 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（告示第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ヶ月以上の継続的な支援の実施を含む）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（図表1-13）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対象にはならないため、積極的支援を実施する。

図表 1-13：1年目と比べ2年目の状態が改善していると認められる基準

対象者の BMI	改善と認められる状態
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である。

- 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ヶ月以上の継続的な支援の実施を含む。）を終了した者を抽出
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
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）

¹ 2年連続して積極的支援に該当した者の判定時期は、平成29年度から1年目として取り扱う。

② 柔軟な運用による特定保健指導のモデル実施（告示第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、図表 1-14 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。

また、モデル実施を行う医療保険者は、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¹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必要がある。

なお、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。

図表 1-14：モデル実施を特定保健指導実施とみなす際の要件

項番	要件
ア	初回面接と実績評価を行っていること
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） ²
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こと
エ	実施した継続的な支援の実施状況を報告すること

（参考）厚生労働省保険局「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版）」

¹ 厚生労働省ホームページ（<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000161103.html>）4. 関係通知を参照

² 例えば、当該年の健診時の体重が 80kg だった場合、体重 1.9kg（ 80×0.024 ※小数点以下2桁を四捨五入する）以上かつ腹囲 1.9cm 以上減少していればよい。

1.4 他の健診等との関係

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等他の法令に基づき行われる健康診断は、特定健康診査よりも実施を優先することとしている。医療保険者は、事業者から事業者健診の記録の送付を受ける等、実施義務者等から健診結果を受領していれば、特定健康診査を実施したことに代えることができる。

<高齢者の医療の確保に関する法律>

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

第二十一条 保険者は、加入者が、労働安全衛生法（昭和四十七年法律第五十七号）その他の法令に基づき行われる特定健康診査に相当する健康診断を受けた場合又は受けることができる場合は、厚生労働省令で定めるところにより、前条の特定健康診査の全部又は一部を行ったものとする。

市町村が行う各種健診（検診）は、図表 1-15 のように実施責任者（所管）と対象者、会計が分かれているが、健診等の受診者にとって効率的に受診の機会が確保できるようにするとともに、利用者への通知・費用決済等の運用面においても費用・体制面での無駄がないように相互に連携を図ることが求められる。

ただし、実施主体が異なる健診（検診）を同時に実施する場合においても、その結果情報の管理は各々の健診等の実施主体が行うべきものであり、関係部局間において相互に情報を参照・利用する場合には、各市町村の個人情報の保護に関する条例の内容を踏まえた上で、適切な対応を行う必要がある。

図表 1-15：市町村における各種健診（検診）

	所管	対象者	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

（参考）厚生労働省保険局「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版）」

1.5 医療保険者の役割

特定健康診査・特定保健指導の実施者は医療保険者である。法令上規定された医療保険者の役割を以下に示す。

図表 1-16：特定健康診査・特定保健指導の実施に係る医療保険者の主な役割

保険者	主な役割	法律※	主な内容
国保・被用者 保険	特定健康診査等実施 計画の策定	第 19 条	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保険者は、特定健康診査等基本指針に即して、6 年ごとに、6 年を 1 期として特定健康診査等の実施に関する計画（特定健康診査等実施計画）を定める。 ・ 特定健康診査等実施計画では、以下を定める。 <ol style="list-style-type: none"> ①特定健康診査等の具体的な実施方法 ②特定健康診査等の実施及びその成果に関する具体的な目標 ③その他特定健康診査等の適切かつ有効な実施のために必要な事項
	特定健康診査等の実施	第 20 条 第 24 条 第 26 条	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保険者は、特定健康診査等実施計画に基づき、40 歳から 74 歳の加入者に対して特定健康診査等を実施する。 ・ 保険者は、他の保険者の加入者に係る特定健康診査等を実施することができる。その場合、保険者は実施に要する費用を請求することができる。
	特定健康診査等の結果の通知と保存	第 23 条 第 22 条 第 25 条 第 27 条 (第 1 項・ 第 3 項)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保険者は、特定健康診査を受けた加入者に対して当該特定健康診査の結果を通知しなければならない（法第 26 条の規定により他の保険者へ委託し、その結果送付を受けた場合も同様）。 ・ 特定健診・保健指導の記録については、保険者が保存しなければならない。 ・ 記録の保存期間は記録の作成の日の属する年度の翌年度から 5 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とする。（特定健康診査等基本指針） ・ 保険者間で加入者の異動があった場合、異動元の保険者は、異動先の保険者の求めに応じて特定健診等の記録を提供しなければならない。
	特定健康診査等の結果の報告	第 142 条	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保険者は、特定健診等の実施状況等を、社会保険診療報酬支払基金に対して報告する。
	特定健康診査等の評価・分析		<ul style="list-style-type: none"> ・ 保険者は、健診・保健指導データとレセプトデータや介護保険データ等との突合分析等を行い、保健事業の改善等を図る。
	後期高齢者 医療広域連合	後期高齢者に対する 健診の実施	第 125 条

※高齢者の医療の確保に関する法律

1.6 関係機関の役割

特定健康診査・特定保健指導とそれに準じて実施する後期高齢者に対する健康診査について、法令上規定された関係機関の役割を以下に示す。

高齢者の医療の確保に関する法律では、国民健康保険団体連合会（以下、「国保連合会」という。）の役割について規定されており、国保保険者の委託を受けて各種の業務支援を実施することが想定される（2.1において詳述）。

図表 1-17：特定健康診査・特定保健指導の実施に係る医療保険者以外の機関の主な役割

主な機関	法律※	主な役割
国	第 18 条	○特定健康診査等基本指針の策定 ・特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針（特定健康診査等基本指針）を定める。 ・特定健康診査等基本指針では、以下を定める。 ①特定健康診査等の実施方法に関する基本的な事項 ②特定健康診査等の実施及びその成果に係る目標に関する基本的な事項 ③特定健康診査等実施計画の作成に関する重要事項を定める。
	第 8 条	○医療費適正化基本方針及び全国医療費適正化計画の策定 医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（医療費適正化基本方針）を定めるとともに、6年ごとに、6年を1期として、全国医療費適正化計画を定める。（全国の特定健診等の実施目標を設定）
	第 16 条	○全国及び都道府県医療費適正化計画の作成、実施及び評価に資するため、特定健診等の実施状況や医療費の状況等について調査及び分析し、その結果を公表する。
都道府県	第 9 条	○医療費適正化基本方針に即して、6年ごとに、6年を1期として、都道府県医療費適正化計画を定める。（任意的記載事項として特定健診等の実施目標）
国保連合会	第 17 条	○医療費適正化計画の作成、実施及び評価に資するため実施する調査及び分析に係る事務の一部を国からの委託を受けて行う。
	第 155 条 (第 1 項・ 第 2 号)	○特定健康診査等の実施、高齢者医療制度の運営その他の事項に関する保険者その他の関係者間の連絡調整及び保険者に対する必要な助言又は援助を行う。
社会保険診療 報酬支払基金	第 17 条	○医療費適正化計画の作成、実施及び評価に資するため実施する調査及び分析に係る事務の一部を国からの委託を受けて行う。
	第 119 条 ～ 第 121 条	○保険者の特定健康診査等の実施及びその成果に関する目標の達成状況等を基に、後期高齢者支援金を±10%の範囲内で算定（加算・減算）する。

※高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）

1.7 関係法令

特定健康診査・特定保健指導（後期高齢者に対する健康診査を含む）に関連する主な法令を以下にまとめる。

図表 1-18：特定健康診査・特定保健指導等に関する主な法令

項目		法律（※1）	省令（※2）	告示（※3）	内容	
特定健康診査等基本指針		第 18 条		第 150 号（*）		
特定健康診査等実施計画		第 19 条				
特定健康診査	対象者	第 20 条	第 1 条 第 1 項		実施と対象者	
	除外者		第 1 条 第 1 項	第 3 号	特定健康診査の除外対象となる者	
	健診項目		第 1 条 第 1 項 第 1～9 号		特定健康診査の基本項目	
			第 1 条 第 1 項 第 10 号	第 4 号（*）	詳細健診項目と実施基準	
			第 1 条 第 2 項	第 5 号	省略可能な項目（腹囲）と省略基準	
			第 1 条 第 3 項		腹囲に代えられる健診項目	
	他の健診	第 21 条	第 2 条		他の法令に基づく健康診断との関係	
	結果の通知	第 23 条	第 3 条 第 1 項		必要情報の提供	
第 3 条 第 2 項				実施機関への委託		
特定保健指導	対象者	第 24 条	第 4 条 第 1 項	第 6 号 第 7 号 第 8 号（*）	特定保健指導の対象者となる者（階層化）の基準	
			第 4 条 第 2 項		腹囲に代えられる検査項目（内臓脂肪面積）	
	保健指導実施者		第 5 条		第 91 号（*）	保健指導に関する一定の実務の経験を有する看護師
					第 10 号（*）	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者
	実施方法		第 6 条		特定保健指導の実施方法	
	動機付け支援		内容	第 7 条 第 1 項		定義（動機付け支援）
		実施方法	第 7 条 第 1 項	第 91 号（*）	支援期間及び頻度・支援内容及び支援形態	
		対象者	第 7 条 第 2 項		動機付け支援の対象者となる者の基準	

項目		法律 (※1)	省令 (※2)	告示 (※3)	内容
特定保健指導	内容	第 24 条	第 8 条 第 1 項		定義 (積極的支援)
	実施方法		第 8 条 第 1 項	第 91 号 (*)	支援期間及び頻度・支援内容及び支援形態
	対象者		第 8 条 第 2 項		積極的支援の対象者となる者の基準
その他の保健指導	第 9 条			加入者の健康の保持増進のための保健指導	
特定健康診査等の記録の保存		第 22 条 第 25 条	第 10 条 第 1 項 第 17 条	第 93 号 (*)	記録の保存期間
			第 10 条 第 2 項 第 17 条	第 93 号 (*)	記録の作成・保存に関する事務の委託
他の保険者の加入者への特定健康診査等		第 26 条	第 11 条		特定健診等に要した費用の請求
			第 12 条		特定健診等に関する記録の送付
特定健康診査等に関する記録の提供		第 27 条	第 13 条		他の保険者が行う記録の写しの提供
			第 14 条		事業者等が行う記録の写しの提供
			第 15 条		記録等の提供に要する費用の支払
特定健康診査等の実施の委託		第 28 条	第 16 条 第 1 項	第 92 号 (*)	特定健診等の外部委託基準
			第 16 条 第 3 項	第 179 号	代行機関に関する基準
後期高齢者に対する健康診査		第 125 条			後期高齢者に対する保健事業 (健康診査等)

※1 高齢者の医療の確保に関する法律 (昭和 57 年法律第 80 号)

※2 特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準 (平成 19 年 12 月 28 日厚生労働省令第 157 号)

※3 平成 20 年厚生労働省告示

(*は第三期特定健康診査等実施計画期間の開始にあたり平成 30 年に告示改正)

項目	法律 (※4)	省令	告示	内容
保健事業	第 82 条			特定健康診査等の保健事業の実施の義務
特定健康診査等に要する費用の負担	第 72 条の 4			国・都道府県による特定健康診査等に要する費用の負担

※4 国民健康保険法 (昭和 33 年 12 月 27 日法律第 192 号)

第2章 特定健康診査等の円滑な実施とシステムの活用

2.1 特定健康診査・特定保健指導における国保連合会の役割

2.1.1 国保連合会の業務

(1) 関連法令

高齢者の医療の確保に関する法律において、国保連合会は特定健康診査・特定保健指導の実施、高齢者医療制度の運営等について、保険者に対する必要な支援や関係機関との連絡調整の役割を担うことが規定されている。

<高齢者の医療の確保に関する法律>

(国保連合会の業務)

第百五十五条 国保連合会は、国民健康保険法の規定による業務のほか、第七十条第四項（第七十四条第十項、第七十五条第七項、第七十六条第六項及び第七十八条第八項において準用する場合を含む。）の規定により後期高齢者医療広域連合から委託を受けて行う療養の給付に要する費用並びに入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費及び訪問看護療養費の請求に関する審査及び支払の業務を行う。

2 国保連合会は、前項に規定する業務のほか、後期高齢者医療の円滑な運営に資するため、次に掲げる業務を行うことができる。

一 第五十八条第三項の規定により後期高齢者医療広域連合から委託を受けて行う第三者に対する損害賠償金の徴収又は収納の事務

二 前号に掲げるもののほか、後期高齢者医療の円滑な運営に資する事業

(2) 国保連合会規約例等

国保連合会規約例等については、平成20年3月24日付保発第0324001号厚生労働省保険局長通知において一部改正され、国保連合会が行う事業として「特定健康診査・特定保健指導に関する事業」等が追加された。また新たに特定健康診査・特定保健指導等に関する費用支払規則例が制定された。

2.1.2 特定健康診査・特定保健指導における保険者共同事業

(1) 代行機関としての業務

加入者が実施した特定健康診査・特定保健指導の結果データの送付や費用の請求について

は実施機関から各々の保険者に対して行われることになるが、その点検や処理には莫大な労力やコストを要することが想定され、保険者が個別に対応することは非現実的である。

また、市町村国保においては特定健康診査・特定保健指導の実施を外部の実施機関に委託せず、市町村が直接行うケースが多いことや市町村が行う各種健診（検診）と同時実施する場所がある等、実施上特有の事情も存在する。

このような煩雑な処理や手続きについて保険者の負荷を軽減するため、保険者に代わって実施機関との間に立ち、費用決済や健診・保健指導データを取りまとめる機関を代行機関と定義し、実施基準第16条第3項に法令上の定義・位置づけが規定されている。

< 特定健康診査・特定保健指導の実施に関する基準 >

(特定健康診査等の委託)

第十六条 保険者は、法第二十八条の規定により、特定健康診査及び特定保健指導の実施を委託する場合には、特定健康診査及び特定保健指導を円滑かつ効率的に実施する観点から適当である者として厚生労働大臣が定めるものに委託しなければならない。

2 保険者が特定健康診査及び特定保健指導の受託者に対し提供することができる情報は、第十条の規定により保存している特定健康診査及び特定保健指導に関する記録その他必要な情報とする。

3 保険者が第一項の規定により特定健康診査及び特定保健指導の実施を委託する場合において、保険者に代わり特定健康診査及び特定保健指導の実施に要した費用の請求の受付並びに当該費用の支払並びにこれらに附随する事務を行うことができる者は、特定健康診査及び特定保健指導に係る情報の漏えいの防止並びに当該事務の円滑な実施を図る観点から適当である者として厚生労働大臣が定めるものとする。

国保連合会では、健診・保健指導の実施機関の多くが医療機関であることや、費用決済のための仕組みやネットワークについて診療報酬の審査支払業務と共通する点が多いこと等から、費用決済をはじめ特定健診・保健指導の対象者や受診券・利用券の管理、結果データの点検等の一連の業務を代行機関として保険者から受託している。

(2) 実施支援のための業務

国保保険者の共同事業として行う代行機関の業務と併せて、受診券・利用券の発行や特定健診・保健指導の結果に基づく各種資料の作成等、特定健康診査・特定保健指導に係る保険者業務そのものを支援することが保険者の負担軽減につながる。

国保連合会ではこれまでに国保ヘルスアップ事業をはじめとした様々な事業を通じて、保健事業のプロセス管理や効果的な保健指導プログラム等に関して、多くのノウハウが蓄積されている。また、国保保険者の共同事業を通じて特定健診・保健指導の結果等に関する情報が蓄積されることにより、地域の健康課題の把握やそれに応じた事業の企画や評価に活用することも可能となる。

こうしたことから、国保連合会では、国保保険者の業務効率化だけでなく、事業の質的な

向上や、事業全体の企画・実施・評価に至るまで支援をしていくことが考えられる。

2.2 特定健診等データ管理システム

2.2.1 特定健診等データ管理システムで対象とする範囲

特定健診等データ管理システム（以下「本システム」という。）は、国保連合会が市町村国保、国保組合、後期高齢者医療広域連合から委託を受け、特定健康診査及び特定保健指導等の実施に係る費用決済及び実施機関から送付された健診・保健指導の結果データの管理に関する事務処理等を行うためのシステムである。

特定健康診査・特定保健指導と併せて実施又はそれに準じた内容で実施することが想定される健診等事業は図表 2-1 のようなものがあり、本システムの対象は、40 歳から 74 歳の国民健康保険被保険者及び 75 歳以上の後期高齢者医療被保険者（一定の障害がある者として認定を受けた 65 歳以上 75 歳未満の者を含む）である。

図表 2-1：特定健康診査等と併せて（準じて）実施される健診等事業

項番	区分	実施者				対象者				定義	実施内容
		医療被保険者	市町村	広域連合	介護被保険者	39歳以下	40から64歳	65から74歳	75歳以上		
1	特定健康診査・特定保健指導	○					○	○		メタボリックシンドロームに着目した健診・保健指導	基本的な実施項目のほか厚生労働大臣が定める基準に基づき医師が必要と認めるときに行う詳細な健診を含む
2	特定健康診査に準じた健診等										
	人間ドック	○	○			○	○	○	○	希望者に対して行う人間ドックが特定健康診査の検査項目を包含している場合に特定健康診査として扱う	特定健康診査に追加健診項目を含む市町村では名称・内容とも様々（例：総合健診）
	若年層への健診	○	○			○				従来基本健康診査に準じて希望者等に行われていたものを存続するケース	特定健康診査に準じた内容
	後期高齢者の保健事業			○					○	後期高齢者に対して広域連合が行う健診・保健指導	健診項目は任意であるが、特定健康診査に準じた健康診査については補助金が交付される保健指導は実施、内容とも任意
	生活保護対象者への健診		○			○	○	○	○	生活保護対象者に対して市町村が行うもの	特定健康診査・特定保健指導に準じた内容

項番	区分	実施者				対象者				定義	実施内容
		医療 保険者	市 町村	広 域 連 合	介 護 保 険 者	3 9 歳 以 下	4 0 か ら 6 4 歳	6 5 か ら 7 4 歳	7 5 歳 以 上		
3	追加健診等										
	その他の健診	○	○			○	○	○	○	特定健康診査と併せて実施する健診（検診）	歯科・がん検診等多様な実施項目が想定される
	生活機能評価				○			○	○	介護予防が必要な高齢者（二次予防事業対象者）を選定するもの	問診（基本チェックリスト）と医学的検査

以下に、本システムで対象とする範囲とデータ処理要件を示す。

- ・ 被保険者情報を保有する国保加入者、後期高齢者を対象範囲とする（生活保護対象者、被用者保険加入者は対象としない）。
- ・ 後期高齢者の健康診査については、実施項目が特定健康診査に準じた項目である場合に対象とし、保健指導は対象としない。
- ・ 追加健診の費用決済に関しては、項目コードが設定されている実施項目について、基本的な健診と併せて請求を行うことができる。その際、請求区分が“3”（基本的な健診＋追加健診項目）又は“4”（基本的な健診＋詳細な健診＋追加健診項目）で請求されるデータを対象とし、決済及び結果の記録等を実施する。ただし、追加健診部分のみの単独の費用請求はできない。
- ・ 国保加入者及び後期高齢者の生活機能評価については、特定健康診査と同時に実施した上で結果が併せて送付され、かつ、項目コードが設定されたデータであれば、システムでの記録・保存は可能とする。費用の決済については、各会計科目へ振分けられ¹、生活機能評価分は市町村の介護保険担当部門へ請求される。

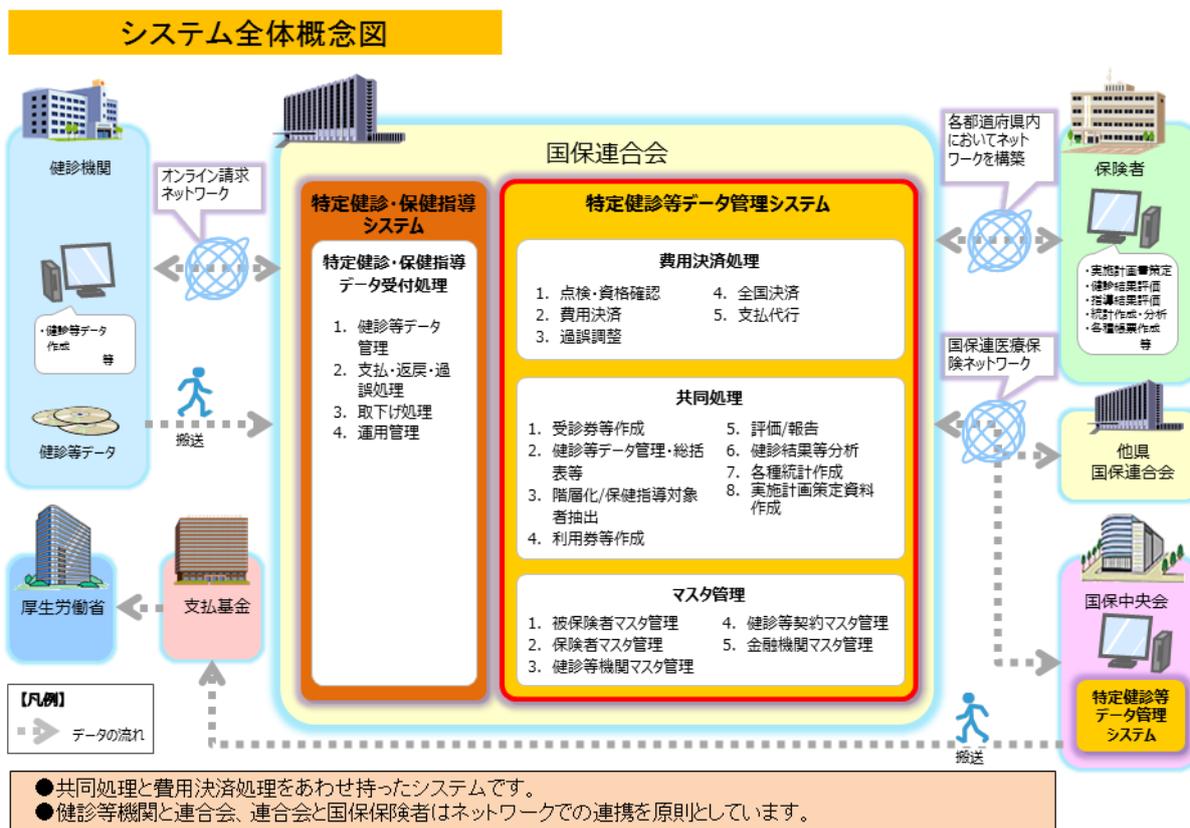
本システムの活用により、受診券・利用券の発行をはじめ、費用決済処理等の共同化・効率化を図ることができる。

¹ 請求取りまとめ機関の場合は、会計科目の振分処理を行わない。

2.2.2 特定健診等データ管理システムの機能

本システムは、「費用決済処理」「共同処理」「マスタ管理」で構成される（図表 2-2）。機能の詳細については第 2 編（業務編）で解説する。

図表 2-2：特定健診等データ管理システム全体概念図



2.2.3 健診・保健指導データの受領方法

実施機関から健診・保健指導データを受領する方法として、「特定健診・保健指導システム」を活用した方法（2.2.3(1)）や可搬型媒体による方法（2.2.3(2)）がある。また、費用決済を伴わないデータの登録方法として、保険者のクライアント端末からのオンライン登録やファイルアップロードがある。

(1) 特定健診・保健指導システムを活用した運用について

平成 18 年 4 月 10 日に療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令の一部を改正する省令（平成 18 年厚生労働省令第 111 号）が公布され、保険医療機関等による診療報酬等の請求方法として、オンラインによる方法が追加された。特定健康診査・特定保健指導に係る費用の請求方法もこれに準じることとなる。

「特定健診・保健指導システム」（オンライン請求システム）は、実施機関と国保連合会を

ネットワーク回線で結び、特定健診・保健指導の結果と請求内容から構成される特定健診・保健指導データ（XML形式）を、原則オンラインで受付ける。

実施機関は、フリーソフト等で作成した特定健診・保健指導データについて事前に受付チェックを行い、オンラインで随時国保連合会へ受け渡す。

(2) 可搬型媒体の運用について

可搬型媒体を用いてオフラインにより健診・保健指導データ（XML形式）の授受を行う場合は、個人情報漏洩しないよう実施機関にて暗号化されたファイルや電子媒体を受領する。受領後、国保連合会にて復号化を行い、特定健診等データ管理システムへデータを取込む。

(3) 費用決済を伴わないデータの登録方法について

費用決済を伴わない健診等の結果登録については、オンライン画面によるマニュアル入力のほか、フリーソフトや国保中央会が提供する「特定健診等データ簡易入力シート」によりデータファイルを作成し、特定健診等データ管理システムへアップロードすることにより登録が可能となる。

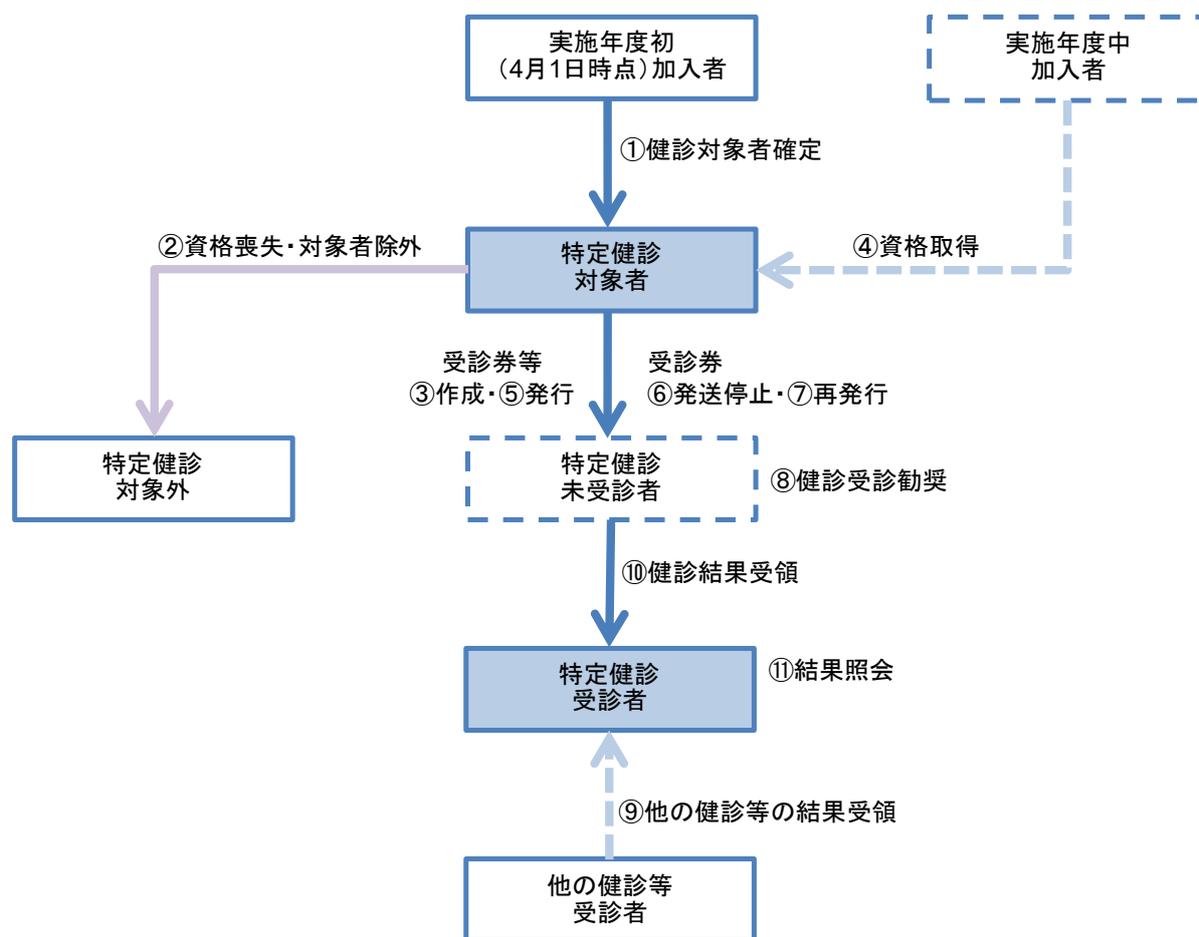
第 2 編 業務編

第1章 特定健康診査業務

1.1 業務全体概要

特定健康診査の実施にあたっては、対象者への受診機会の周知や受診状況の把握、未受診者への受診勧奨等を通じて実施率を高めていくことが求められる。併せて、年度途中の資格取得・喪失、除外対象者の把握等の対象者管理を確実に行うことが必要である。特定健康診査に関する業務の主な流れを以下に示す。

図表 1-1：特定健診業務の主な流れ



なお、図表 1-1 の流れに対応する特定健診等データ管理システムの機能は図表 1-2 のとおり。

図表 1-2 : 特定健診業務に対応したシステム機能

業務処理		システム処理		
状態	業務名称	システム業務名称	機能名称	処理方法
実施年度初(4月1日)加入者		被保険者マスタ登録	—	—
特定健診対象者	① 健診対象者確定	健診対象者抽出	特定健診対象者抽出	バッチ
			特定健診対象者総括表作成	バッチ
	② 資格喪失・対象者除外	除外者登録	特定健診除外対象者登録	オンライン
			特定健診除外対象者登録	バッチ
		被保険者マスタ更新	—	—
	③ 受診券(セット券)作成	受診券情報・発行条件登録	受診券利用券抑止処理	オンライン
			受診券内容登録	オンライン
			受診券発行条件登録	オンライン
	実施年度中加入者	④ 資格取得	被保険者マスタ更新	—
特定健診未受診者(特定健診対象者)	⑤ 受診券(セット券)発行	受診券発行	受診券作成	バッチ
			受診券発行	オンライン
			受診券発行者リスト作成	バッチ
			受診券発行者総括表作成	バッチ
			受診券発行データ登録	バッチ
			質問票作成	フォーマットダウンロード
	⑥ 受診券(セット券)発送停止	発送停止	受診券状況登録	オンライン
	⑦ 受診券(セット券)再発行	受診券再発行	受診券再発行	オンライン
			受診券再発行者リスト作成	バッチ
	⑧ 健診受診勧奨	未受診者リスト	未受診者リスト抽出条件登録	オンライン
			未受診者リスト作成	バッチ
健診勧奨状況登録		受診券状況登録	オンライン	
他の健診等受診者	⑨ 他の健診等結果	健診結果登録	特定健診結果登録修正	オンライン
			特定健診結果データ登録(CSV)	バッチ
			特定健診結果データ登録(XML)	バッチ

業務処理		システム処理		
状態	業務名称	システム業務名称	機能名称	処理方法
特定健診受診者	⑩ 健診結果受領	結果台帳登録	特定健診受診者抽出条件登録	オンライン
			特定健診受診者リスト表示	オンライン
			特定健診受診者CSVダウンロード	オンライン
			特定健診結果等抽出条件設定	オンライン
			受診勧奨者・詳細健診実施者判定処理	バッチ
			特定健診等情報作成	バッチ
			特定健康診査受診結果通知表作成	バッチ
—	⑪ 結果照会	健診結果照会	被保険者記録照会	オンライン

※処理方法が「バッチ」の帳票は、帳票作成の実施時期を登録することにより夜間処理で作成され、翌日以降帳票ユーティリティ(RDE)を起動して印刷を行う。

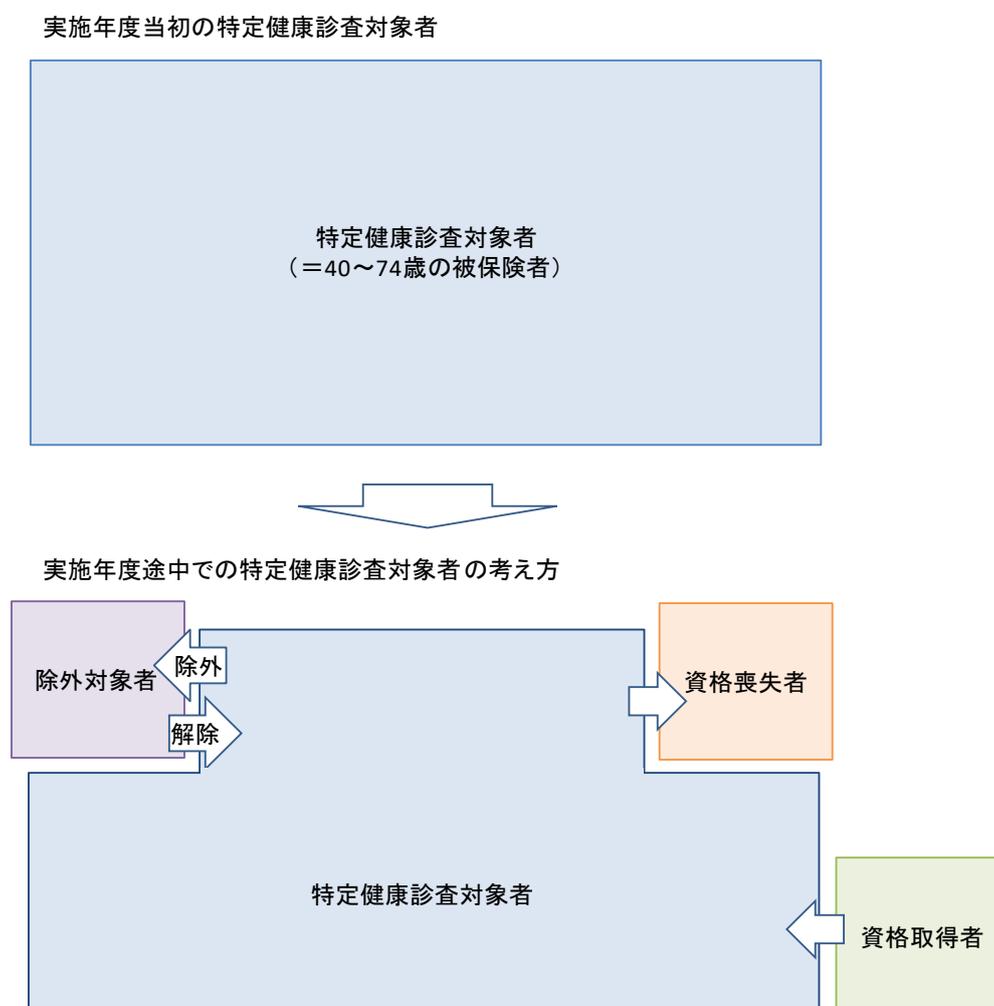
1.2 業務処理概要

1.2.1 対象者の管理

年度当初から当該保険者に加入し年度中に40～74歳となる被保険者（年度中に75歳になる75歳未満の者も含む）が、特定健康診査・特定保健指導における対象者となる。ところが、実際には、住所の変更や就職・退職等による年度途中の資格喪失、厚生労働大臣が定める要件（平成20年厚生労働省告示第3号）による特定健康診査の対象者からの除外、年度途中の資格取得等があり、実施年度において常に対象者の管理が必要となる。

そこで本節では、以下に示す年度途中の異動者も含めた特定健康診査の対象者の範囲とその取扱いについて概説する。

図表 1-3：特定健診の対象者の考え方



(1) 除外対象者の扱い

(A) 除外対象者の把握

特定健康診査の対象者のうち、厚生労働大臣が定める下記の要件に該当する者が除外対象者となる。

- 一 妊産婦
- 二 刑事施設、労役場その他これらに準ずる施設に拘禁されている者
- 三 国内に住所を有しない者
- 四 船員保険の被保険者のうち相当な期間継続して船舶内にいる者
- 五 病院又は診療所に6ヶ月以上継続して入院している者
- 六 高齢者の医療の確保に関する法律第55条第1項第2号から第5号までに規定する施設に入所又は入居している者

(参考) 平成20年1月17日厚生労働省告示第3号

(B) 除外対象者の登録

特定健康診査の受診券発行や最終的な実績報告の内容を確定するために、把握した除外対象者を本システムに登録する必要がある。

なお、除外対象者の登録は、不必要な受診券（セット券）（以下、受診券等という）・利用券発行等を抑止するために都度行う必要があるが、国への実績報告を行う段階において最終的な健診対象者を確定させる場合には、年度末に一括で登録することも可能である。

除外対象者が少数の場合は、「特定健診除外対象者登録」画面より除外登録を行う。また、除外対象者が多数の場合は、CSVファイルを活用し、ファイルアップロード機能を用いた一括登録が可能である。

除外対象者の登録結果は「特定健診等結果抽出条件登録」画面において「除外者情報」を抽出対象とすることにより、CSV形式で出力し確認することができる。

なお、システム上で除外対象者を登録する際に用いる「除外事由コード」として、以下の事由区分が用意されている。

図表 1-4：除外事由コード

事由区分	除外事由	事由区分	除外事由
妊産婦	妊産婦	通院中	
拘禁	刑務所に入所中の者	生活保護	生活保護対象者
6ヶ月以上入院	6ヶ月以上医療機関に入院している者	施設入所	特別養護老人ホーム、老人保健施設、障害者支援施設等の施設入所者
国内に住所なし		独自設定項目	
船員		その他*	その他

※「その他」は実施が努力義務である後期高齢者について、実施対象外とする者を区別する場合に使用することを想定している。

(C) 除外対象者の解除処理

本システムに除外対象者として一度登録された者は、「特定健診除外対象者登録」画面にて解除事由を入力し、除外登録を解除しない限り、年度を越えても除外対象者として取扱われる。

除外対象者としての事由に該当しなくなった者については、以下の解除事由コードを登録することにより、翌年度から通常の対象者として取扱われる。

図表 1-5：解除事由コード

解除事由	内容
除外条件消滅	除外要件に該当しなくなった者
誤登録※	誤って除外登録された者
その他	上記以外の理由

※ 誤登録の場合のみ、登録した除外情報を削除することができる。

誤登録を事由とする解除処理は、処理を行った時点で除外登録が解除され、国への実績報告をする際には健診対象者として扱われる。それ以外の事由により解除処理を行ったとしても、当該年度中は除外対象者として取扱われ、受診券等の発行も対象外となることに留意しなければならない。

なお、除外を解除せず年度を越えてしまった場合も同様の扱いとなるため、除外を解除する場合は除外年月を前年度に設定する必要がある。

(2) 資格取得者・喪失者への対応

(A) 年度途中での資格取得者・喪失者の扱いに関する基本的な考え方

年度途中に資格を取得又は喪失した者に対しては、保険者として必ずしも特定健康診査を実施する義務はない。保険者の裁量により特定健診・保健指導を実施することが可能。年度途中の資格取得者・喪失者の取扱いについては、いつの時点で資格を取得又は喪失したかにより異なる（図表 1-6）。

図表 1-6：年度途中の資格取得者・喪失者のパターン

資格取得者・喪失者	取得・喪失時期	取扱い
年度途中資格取得者	受診券等発行前	保険者の裁量により特定健診・保健指導を実施することが可能。（国への実績報告の対象外であるが、実施費用は国庫補助の対象となる）
	健診実施期間中	
	健診実施期間終了後	当該保険者にて受診機会がないため、実施は不可。
年度途中資格喪失者	受診券等発行前	受診券等発行対象外。
	健診実施後	国への実績報告の対象外であるが、実施費用は国庫補助の対象となる。

(B) 年度途中の資格取得者に健診等を受診させる場合の留意点

図表 1-6 に示すように、年度途中に当該保険者での資格を取得した者については、国への実績報告の対象とはならないが、保険者の裁量で健診を実施することが可能であり、その実施費用は国庫負担（補助）の対象となる¹。

年度途中での資格取得者・喪失者については、保険者において異動情報を把握後、翌月に本システムの被保険者マスタを更新する必要がある。その後「特定健診対象者抽出」処理を行い、特定健診対象者テーブルにその情報を反映させることで、年度途中の資格取得者についても受診券等を発行することができる。

(C) 年度途中における資格取得者・喪失者の登録方法

年度途中の資格取得者・喪失者のうち、資格取得者は、被保険者マスタの更新後、「特定健診対象者抽出」処理を行うことで健診対象者として登録・反映される。また、資格喪失者については、被保険者マスタの更新により、特定健康診査の対象外であるという情報が反映される²。

資格喪失者については、資格喪失後の受診を防ぐためにも被保険者証の回収時に特定健康診査の受診券等も併せて回収することが望ましい。

(D) 年度途中における資格取得者への受診券等発行処理

年度途中の資格取得者に対して健診を実施する場合は、前述のとおり被保険者マスタが更新されていることが前提となる。「特定健診対象者抽出」処理後、「受診券発行」画面より、交付年月日、有効期限等を入力し発行する。

ただし、対象者が多数である場合は、バッチ処理による発行を行うことも可能である。この際、保険者が予め設定する受診券発行時期を経過しているかどうかにより以下のとおり対応が異なる。

図表 1-7：受診券発行処理における対応

受診券等発行時期に達していない場合	受診券等発行時期が過ぎている場合
被保険者マスタの更新及び「特定健診対象者抽出」処理により、健診対象者として登録・反映後、通常の「受診券発行」等によって受診券等を発行する。	被保険者マスタの更新及び「特定健診対象者抽出」処理により、健診対象者として登録・反映後、「受診券発行条件登録」において、新たに条件登録を行い、発行処理を行う。

年度途中の資格取得者に対して大量の受診券発行処理を行う場合は、被保険者マスタの更新や「特定健診対象者抽出」処理のタイミングによって、実施時期が制約されることに留意しなければならない。

¹ 制度施行当初は対象外であったが、平成 22 年度実施分から国庫負担（補助）の対象となった。

² 資格喪失の登録は月次更新であるため、被保険者証・受診券等の回収時期との関係で資格喪失後に受診してしまう可能性がある。

なお、年度途中の資格取得者に対して受診券等の発行処理を行うと、本システムから出力される「受診券発行者リスト」の「4月1日現在未加入者」欄に“*”が表示される(図表 1-36、図表 1-49 参照)。これにより、年度途中に資格取得した受診券等発行者であることを確認することができる。

(E) 他の保険者で健診を実施した者への対応

年度途中の資格取得者が、転入前に加入していた保険者において特定健康診査（もしくはそれに準ずる健診）を受診している場合であっても、その実績は転出先の保険者の実績とはならない。

しかし、翌年度以降の特定健康診査や特定保健指導に活用するために、資格取得者が自ら健診結果を提出した場合、被保険者マスタの更新後、「特定健診対象者抽出」処理により健診対象者として登録・反映することで、健診結果をシステムに登録することが可能となり、翌年度以降にその結果を参照することができる。

資格取得者から提出された健診結果のシステムへの登録は、オンライン画面からの登録とバッチ処理による登録を行うことが可能である。バッチ処理の場合、「特定健診等データ簡易入力シート」に健診結果を入力し、健診結果データファイル（CSV、XML）を作成後、システムにアップロードすることとなる。

(F) 健診実施後に他の保険者へ異動した者（資格喪失者）への対応

特定健康診査等の結果は最低5年保管することが義務付けられており、他の保険者に異動した加入者の結果についても、異動年度の翌年度末まで保管することとされている。特定健康診査を実施した後に他の保険者に異動した加入者については、本人が希望する場合、「被保険者記録照会」画面より健診結果照会を行い、印刷機能を用いて画面内容を出力することで、本人を通じて他の保険者に提供することが可能である。

(G) 資格喪失後再取得した者への対応

年度中に一度資格を喪失した者は、その年度中に資格を再取得したとしても制度上は特定健康診査の対象とはならない。資格再取得者に健診を実施する場合は、喪失前に発行した受診券等は無効となるため、資格の再取得後に改めて発行する必要がある。なお、実施年度を通じた被保険者ではないため、保険者の裁量による実施として取り扱われる。

1.2.2 特定健康診査の受診券等の発行

特定健康診査の実施にあたっては、多くの保険者において、受診券等の発行が行われる。本節では、年度当初の被保険者を対象とした受診券等の発行に関わる業務について概説する。

(1) 受診券等発行にあたっての基本的な考え方

(A) 受診券等発行の目的

特定健康診査の受診券等を発行する主な目的は以下のとおりである。

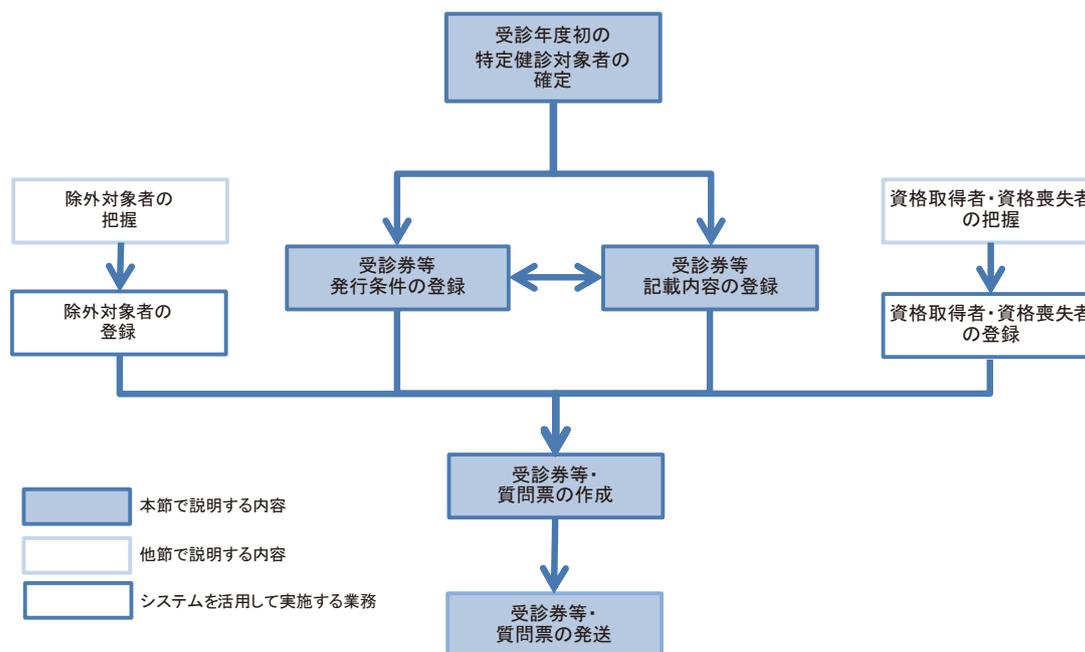
図表 1-8：受診券発行の主な目的

目的	内容
健診対象者に対する意識付け	受診券等が手元に届くことにより、健診対象者であることを周知することができる。
健診費用の自己負担額の確認	自己負担額について、対象者、実施機関に周知することができる。
健診機関における受診者資格の確認	受診券等を有していることで、発行保険者の被保険者であることを確認することができる。
重複受診の防止	受診券等は原則 1 人 1 枚発行されるため、実施機関で受診券の提示を義務付けることにより、重複受診を避けることができる。
他の健診を受けた者への意識付け	受診券等に他の健診を受けた者の取扱いや除外対象者の要件を明記することにより、他の健診の結果登録や他の健診との重複受診抑止、被保険者の自発的な申出による除外者の把握につなげることができる。
除外対象者の把握	

(B) 年度当初から受診券発行に至るまでの流れ

特定健康診査の受診券発行に至る基本的な流れは以下のとおりである。

図表 1-9：受診券発行の流れ



(C) セット券（受診券+利用券）について

特定健康診査当日に初回面接を行う場合、これまでは特定保健指導対象者に対して事前に利用券を発行できなかったが、平成30年度より、受診券に特定保健指導利用券の機能を加えた「セット券」を発行できるようになった。

特定健康診査を実施した当日に特定保健指導を実施することは、受診者の健康意識が高揚している時に働きかけることができるため有効である。

(2) 受診券等発行に係る前提条件

(A) 特定健診対象者の登録

特定健康診査は、当該年度4月1日時点で当該保険者に加入し、その年度中に40歳から74歳となる者（実施年度中に75歳になる75歳未満の者も含む）が対象となる。

本システムを活用する場合、「特定健診対象者抽出」処理を行ったタイミングで、特定健康

診査の対象者としてデータベース（「特定健診対象者テーブル」）上に登録される（この時点では、除外対象者は除かれていない）。

なお、若年層に対して健康づくりの意識を根付かせ、早期の生活習慣病予防に努めるため、健診の対象とする年齢を引き下げることが可能であるが、制度上の特定健康診査ではなく、保険者が独自に実施する健診となる。このように保険者が対象とする範囲を拡大し独自に実施する健診については、本システムの対象とはしていない。

また、75歳以上の者については、後期高齢者として扱われ、特定健康診査の対象者と同様の処理を行うことにより、本システムにて受診券発行等の処理を行うことができる。

加入者のうち特定健康診査の実施年度中に40～74歳となる¹者（実施年度中に75歳になる75歳未満の者も含む）で、かつ当該実施年度の一年間を通じて加入している者（年度途中での加入・脱退等異動のない²者）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、長期入院等告示（平成20年厚生労働省告示第3号³）で規定）は、上記対象者から除く⁴（年度途中での妊娠・刑務所入所等は、異動者と同様に、対象者から除外）。

（資料）厚生労働省保険局「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版）」

(B) 特定健診対象者数の把握

本システムでは「特定健診対象者抽出」処理後、年齢階層別、性別に特定健康診査の対象者総数を一覧にした「特定健診対象者総括表」（図表 1-10）を、PDF形式又はCSV形式で出力することができる。

この帳票は、特定健診対象者抽出時点の内容で作成されるため、以降の除外登録や異動等の内容は反映していない点に留意が必要である。保険者は、これにより当該年度の特定健康診査対象者の男女比率、年齢分布等の概略を確認することができる。

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

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

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

⁴ 形式的には実施対象となるものの、医療保険者の通常の実施の範囲内では実施を義務付けることが困難である等の理由から除外されている者であるが、年度当初時点で実施年度を通じてそのような者であると決定できる場合に限られる。通常は、年度当初に受診案内を配布したものの、年度末近くになっても受診された様子がないため確認したところ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場合が主になると考えられる。

図表 1-10：特定健診対象者総括表

TKAA001

特定健診対象者総括表

(平成XX年4月1日現在)

ZZZ9/ZZZ9 頁

平成XX年XX月XX日 作成

保険者番号	保険者名

年齢	総計		男性		女性	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
40～44歳						
45～49歳						
50～54歳						
55～59歳						
60～64歳						
65～69歳						
70～74歳						
(再掲)40～64歳						
(再掲)65～74歳						
合計						

実施年度初における
年齢階層別対象者数

実施年度初における
年齢層別構成比率

※ 実施年度中に75歳となる者は、「70～74歳」欄に集計。

※ 対象者抽出時点の数を集計。

(C) セット券発行の判断について

セット券による受診は、健診機関との契約次第で、保険者での優先順位付けを介さずに特定健康診査の当日に特定保健指導が可能になる。しかし、想定以上に対象者が増加する懸念もあるため、実施する際にはあらかじめ年齢で対象者を絞るなど各保険者の実情に合わせた運用が必要となる場合もある。

また、前年度の特定保健指導の未完了者に対してはセット券を発行できないことに留意する。

なお、セット券を使って特定保健指導を実施した場合は初回から実績報告までをセット券整理番号を使って実施する。

セット券を発行せず受診券で運用する場合や、セット券を発行したが健診当日に特定保健指導を実施しなかった場合については、従来通り健診結果の階層化から保険者での優先順位付けを行った上、利用券を発行して特定保健指導を実施する。

(D) 年度中 75 歳到達者の受診券発行

受診券は 75 歳到達まで発行が可能であるが、当該年度の 75 歳到達者については受診券の有効期限を誕生日前とする必要がある。本システムでは、75 歳到達者の受診券を 75 歳の誕生日前日に自動的に設定することができる。ただし、受診券の内容登録で設定した有効期限が誕生日前日以前の場合は、有効期限の自動補正は行わず、設定された有効期限で作成される。

なお、健診実施期間と誕生日の関係から受診券発行後十分な期間が確保できない場合は、後期高齢者医療広域連合で実施する健康診査を受診できるように調整する等の配慮が必要となる。

(E) 特定保健指導継続中の者に対する特定健診受診券発行の取扱い

保健事業の実効性を高める観点から、特定健康診査は前年度の特定保健指導の終了後に受診する必要があるが、特定健康診査の実施時期を年度前半に設定している保険者においては、特定保健指導終了後に特定健康診査を実施するとした場合、前年度から特定保健指導を開始した利用者の当該年度の特定健康診査の受診機会を確保できない可能性がある。こうした点を勘案して、本システムでは前年度から特定保健指導を継続している場合においても、受診券の発行が可能である。

ただし、セット券については利用券の機能を併せ持つため、利用券と同様に発行不可である。

(3) 受診券等作成

(A) 受診券等作成のための前提処理

システムにて受診券等を発行する前提として、以下に示すマスタ等の登録が必要である（マスタ登録方法の詳細については第 4 章に記述）。

図表 1-11：受診券作成・発行時に必要なマスタの名称と留意事項

マスタ等名称	留意事項等
保険者マスタ	受診券を作成、発行する保険者情報が登録されていること (保険者名称、住所等を表示するために必要)
被保険者マスタ	発行対象者の情報を抽出する(氏名、住所、性別等を表示するために必要)
健診等契約マスタ	受診券を作成、発行する保険者情報が登録されていること (契約種別を表示するために必要) 指導当日実施の可否が登録されていること(セット券)
参加機関テーブル	指導当日実施の可否が登録されていること(セット券)
健診等機関マスタ(基本)	受診券を作成、発行するためには健診等契約マスタが必要であるが、健診等契約マスタの登録には、健診等機関マスタ(基本)が必要
保険者属性テーブル	被保険者の存在有無により、受診券発行の可否を判断するため必要
地区統計用名称(共同)テーブル	地区別に発行する場合に必要

(B) 受診券に記載する内容の登録

ア) 受診券等作成の前提

受診券等の作成は、どの書式を用いるか、また誰が印刷を行うかによってその方法が異なる。受診券等の印刷については、国保連合会に委託することが可能な他、保険者が業務用クライアントを使い、PDF ファイルをダウンロードし、直接印刷することも可能である。また、保険者がオリジナルの受診券等を作成したい場合は、被保険者証記号、被保険者証番号、被保険者名、受診券整理番号等が記載された CSV ファイルをダウンロードし、独自のフォーマットへの印刷に使用することができる。

なお、PDF ファイルのダウンロードの際、印刷枚数が大量となると、ネットワーク負荷が大きくなり、他の業務へ影響する可能性があることに留意する。

図表 1-12：受診券タイプと受診券印刷機関の整理

受診券タイプ	データ抽出	印刷	連合会から保険者への納品物
システム汎用タイプ (はがき大)	国保連合会	国保連合会 保険者	受診券 PDF データ (オンライン、電子媒体)
システム汎用タイプ (A4 サイズ)	国保連合会	国保連合会 保険者	受診券 PDF データ (オンライン、電子媒体)
保険者オリジナルタイプ	国保連合会	保険者	PDF データ CSV ファイル (独自フォーマットへ印刷)

イ) 受診券等の様式

本システムを用いて作成する受診券は図表 1-13～1-16、セット券は図表 1-17～1-20 に示すとおりであり、用紙の大きさは、はがき大もしくは A4 サイズが選択可能である (A4 サイズの場合は三つ折にして、長 3 横の窓付き封筒に入れて送ることも可能)。

ウ) 質問票の様式

本システムで出力される質問票は、厚生労働省健康局の「標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）」に示されている標準的な様式である。質問票項目は省令・告示等で規定されているわけではなく、「服薬状況」、「喫煙習慣」以外の項目については受診対象者の属性等を踏まえた質問の趣旨を逸脱しない範囲において、保険者がより適切と判断する内容に適宜変更することが可能とされている¹。なお、本システムではレイアウトのみの提供となっているため、保険者番号・保険者名の設定はできない。

図表 1-21：質問票

質 問 票

保険者番号	保険者名	氏 名	
		生年月日	
		記入日	

※ 各自ご記入下さい

NO	質問項目	選択肢	回答欄
1-3	現在、aからcの薬の使用の有無		
1	a. 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ	
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	①はい ②いいえ	
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	①はい ②いいえ	
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ	
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ	
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか。	①はい ②いいえ	
7	医師から、貧血といわれたことがある。	①はい ②いいえ	
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者)	①はい ②いいえ	
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	①はい ②いいえ	
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施	①はい ②いいえ	
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施	①はい ②いいえ	
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	①はい ②いいえ	
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	①何でもかんで食べることができる ②歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある ③ほとんどかめない	
14	人と比較して食べる速度が速い。	①速い ②ふつう ③遅い	
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ	
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	①毎日 ②時々 ③ほとんど摂取しない	
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ	
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	①毎日 ②時々 ③ほとんど飲まない(飲めない)	
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合(180ml)の目安:ビール(500ml)、焼酎25度(110ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	①1合未満 ②1~2合未満 ③2~3合未満 ④3合以上	
20	睡眠で休養が十分とれている。	①はい ②いいえ	
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	①改善するつもりはない ②改善するつもりである(概ね6か月以内) ③近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている ④既に改善に取り組んでいる(6か月未満) ⑤既に改善に取り組んでいる(6か月以上)	
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	①はい ②いいえ	

¹ 服薬状況及び喫煙習慣については特定保健指導対象者を選定(階層化)する際に必要な情報となるため、質問票によりの確に把握することが求められる。

(C) 受診券等記載内容・発行条件の登録

ア) 受診券等記載内容の登録

a) 基本情報の登録

特定健康診査の受診券等を作成する際、本システムでは「受診券内容登録」画面において以下に挙げる項目を予め登録する必要がある。

図表 1-22：受診券内容登録項目

項目	内容
保険者番号	—
処理年度	当該年度
交付年月日	受診券等を交付する日付
有効期限	受診券等の有効期限として交付年月日以降の日付を設定
公印省略	公印省略設定時に「公印省略」の文言が印字される
窓口での自己負担額	一般（年度末年齢 40 歳～64 歳）、前期高齢者（年度末年齢 65 歳～）の区分毎に、特定健診等の種類別に実施の有無、窓口での自己負担を設定。 ・特定健診等の種類別に負担額、負担率、保険者上限負担額のいずれかを設定 ・人間ドックについては負担額と負担率と保険者上限額の組合せで設定可能 ・前期高齢者について、生活機能評価を併せて実施する場合は同時実施負担額を設定
備考	40 文字×2 行（はがき大では、20 文字で折り返し）で任意の文章を記載可能

図表 1-23：セット券内容登録項目

項目	内容
図表 1-22：受診券内容登録項目と同様	
保健指導の窓口での自己負担額	一般（年度末年齢 40 歳～64 歳）、前期高齢者（年度末年齢 65 歳～）ともに ・保健指導（積極的支援、動機付け支援 共に同額 ¹ ）の自己負担額を設定

なお、特定健康診査の受診券等については、保険者において任意で記載できる欄（80 字以内）が設けられており、「受診券内容登録」画面にて設定可能となっている。保険者によっては受診券等以外に各種のパンフレット等を同封して送付する必要があるため、必ずしも記載の必要はないが、図表 1-24 に示すような内容について記しておくことも考えられる。

¹ 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の時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、対象者の窓口負担額は「負担なし」、又は「保健指導レベルに関わらず自己負担が同額」である必要がある。

図表 1-24 : 任意記載の文例

目的	記載例
受診率の向上を図りたい場合	特定健診は国の法律によって義務付けられた健診です。生活習慣病予防のためにも是非受診しましょう。
他の健診を受診した人の結果の収集を図りたい場合	今年度、国民健康保険の特定健診以外で、特定健診の検査項目を測定し、その結果をご提供いただける場合は特定健診の受診は必要ありません。下記連絡先までお知らせ下さい。 〇〇市国民健康保険課
除外対象者の把握を行いたい場合	この受診券等を受領した方のうち、妊産婦、6ヶ月以上医療機関や福祉施設に入所している方は特定健診の対象外となります。裏面連絡先までお知らせ下さい。

「受診券内容登録」画面では基本項目の登録のほか、課税区分等により窓口負担の差を設ける場合の課税状況の設定や対象者により健診の種類が異なる受診券等を発行したい場合に受診券内容の追加登録を行う必要がある。

b) 課税状況別設定

被保険者の課税情報・資格証明書の交付状況等により、健診の自己負担額等を変更する場合は、「課税状況別設定」画面にて、その情報をオンライン登録する必要がある。

登録可能な課税状況の分類は図表 1-25 のとおりであり、被保険者マスタ上の住民税課税情報が適用される。なお、当該年度の課税状況が反映された被保険者マスタとなるのは9月分からである。受診券等の窓口負担額は、発行時の被保険者マスタを反映するため前年度から課税区分に変更があった加入者の場合、7月以降の受診では窓口負担に差額が発生する可能性があることに留意する。

図表 1-25：登録可能な課税状況の分類

年齢区分	類名	分類基準
～64 歳	課税	非課税、上位所得者に該当しない世帯の人（住民税課税世帯の人）
	非課税	国保加入者全員が市民税非課税の世帯の人
	上位所得者	国保加入者全員の所得合計が一定額を超える世帯の人
	区分ア	基礎控除後の所得が 901 万円を超える世帯
	区分イ	基礎控除後の所得が 600 万円を超え 901 万円以下の世帯
	区分ウ	基礎控除後の所得が 210 万円を超え 600 万円以下の世帯
	区分エ	基礎控除後の所得が 210 万円以下の世帯
	区分オ	市町村民税非課税世帯
	資格証明書発行者	資格証明書発行者
65～74 歳	一般	一般課税世帯の人（住民税課税世帯の人）
	一定所得以上	課税所得が 145 万円以上の人がある同一世帯にいる場合
	低所得Ⅱ	世帯主及び国保加入者全員が住民税非課税世帯の人
	低所得Ⅰ	世帯主及び国民健康保険加入者全員が住民税非課税で、かつ世帯の所得が一定基準以下の人
	一定所得以上（経過措置）	公的年金等控除の見直しと老年者控除の廃止に伴う経過措置の対象者
	一般（経過措置）	公的年金等控除の見直しと老年者控除の廃止に伴う経過措置の対象者
	課税（一般から高齢）	非課税、上位所得者に該当しない世帯の人（住民税課税世帯の人）
	非課税（一般から高齢）	国保加入者全員が市民税非課税の世帯の人
	上位所得者（一般から高齢）	国保加入者全員の所得合計が一定額を超える世帯の人
	高齢 区分ア（一般から高齢）	基礎控除後の所得が 901 万円を超える世帯
	高齢 区分イ（一般から高齢）	基礎控除後の所得が 600 万円を超え 901 万円以下の世帯
	高齢 区分ウ（一般から高齢）	基礎控除後の所得が 210 万円を超え 600 万円以下の世帯
	高齢 区分エ（一般から高齢）	基礎控除後の所得が 210 万円以下の世帯
	高齢 区分オ（一般から高齢）	市町村民税非課税世帯
資格証明書発行者（一般から高齢）	資格証明書発行者	
75 歳～	低所得Ⅰ（非課税）	
	低所得Ⅰ（老福）	「低所得Ⅱ」「低所得Ⅰ」該当者中「老齢福祉年金」受給者
	低所得Ⅰ（老福・住民税経過措置）	老年者に係る住民税非課税措置の廃止に伴う経過措置の対象者
	低所得Ⅰ（要保護者）	
	低所得Ⅱ（非課税）	
	低所得Ⅱ（住民税経過措置）	老年者に係る住民税非課税措置の廃止に伴う経過措置の対象者
	低所得Ⅱ（要保護者）	
	一般（基準収入額適用）	基準収入額適用申請により一定以上所得者の適用が除外された者
	一般（課税）	
	一般（課税・住民税経過措置）	
	一般（特定収入被保険者）	
	一般（基準旧ただし書所得適用）	
	一定所得以上（経過措置）	
	一定所得以上	
	一定所得以上（経過措置 2）	
後期高齢資格証明書発行者		

(D) 内容登録追加

被保険者の年齢等により実施する健診項目に違いを設けたい場合や、発行時期・有効期限等を複数設定したい場合は、受診券発行条件（発行時期、対象者）と関連付けて、受診券等の内容（交付年月日、有効期限、窓口での負担額）を追加登録することができる。

ア) 受診券発行条件の登録

受診券発行条件は、受診券等を複数回に分けて発行する場合や、対象者によって異なる健診項目の受診券等を発行する場合に登録を行う。

なお、内容登録の追加を行わず一括で受診券等を発行する場合も、処理日程等を設定するため受診券発行条件登録を行う必要がある。

a) 受診券発行時期のパターン

特定健康診査の実施時期に応じて、保険者が受診券等を発行する時期は異なる。特定健康診査の実施時期としては、年度を通じて受診が可能とする場合と一定の期間に集中して受診を可能とする場合がある。また受診券等の発行時期については、ある時期に一括して作成・送付する場合と誕生月等一定期間に受診者が集中しないように分散させて作成・送付する場合がある。

<1>受診券等発行時期

受診券等の発行を分割して行う場合、以下のような観点で発行時期を設定することが考えられる。

図表 1-26：受診券等分割発行のパターン

パターン	内容
年齢別	受診率の向上を図りたい、若年者層に対して年度前半に発行する等の対応が考えられる。
誕生月別	年間を通じて健診受診者数の平準化を行う場合等、誕生月別に受診券等を発行する場合がある。
地区別	世帯毎に受診券等の発行を行う場合に、地区別に受診時期を定めて発行することもできる。

<2>受診券等の有効期限

有効期限は実施機関との契約による実施期間を明示するために用いるほか、年度内の受診者等の平準化を図る目的もある。

受診券等の有効期限は、以下のような観点で設定することが考えられる。

図表 1-27：受診券有効期限のパターン

発送時期	健診の有効期限	備考
年度一括	健診実施期間の最終日まで	受診券等発行直後に大きなピークが、受診券等の有効期限間近に小さなピークがくることが予想される。 実施期間中に状況に応じた、受診勧奨を行うことができる。
	健診実施期間中の一定期限まで	有効期限を実施期間終了より早めに設定しておき、早期受診を促し、残りの期間を未受診者に対する受診勧奨による受診の予備期間とすることも考えられる。
分散	健診実施期間の最終日まで	受診券等を早く受け取った者の方が受診可能期間が長くなり、以降に受診券等を受け取る者との公平性が保てない。
	健診実施期間中の一定期限まで	年に数回に分けて受診券等を発行する場合に、集団毎の受診期間に期限を設けることで、健診業務等の平準化が期待できる。

b) 内容登録追加と受診券発行条件の関連付け

健診項目や窓口負担が異なる受診券等を発行する場合は、対象者の条件を受診券発行条件として登録し、追加登録した受診券等の内容と関連付ける必要がある。この機能を活用するケースとしては、特定の年齢や性別で追加健診を行うことが想定される¹。

c) 発行条件

受診券発行条件の登録では以下に示す発行対象者の条件を設定することができる。

図表 1-28：発行対象者の条件

条件	補足説明
受診券区分	受診券を発行するかセット券を発行するかを選択する（必須）
個別決済（一部委託）	セット券の場合に指導の個別決済（一部委託）を行うかを選択することが可能
追加発行者	4月1日現在未加入者を選択することが可能 ²
年齢	対象年齢を一つ又は範囲で指定することが可能
誕生日	誕生日を一つ又は範囲で指定することが可能
性別	
地区	被保険者マスタに地域コードが設定されている場合に指定可能

¹ 基本チェックを事前に行うこと等により、生活機能評価を行わない対象者を分けて受診券等の内容を設定する場合は、発行条件による対象者の抽出ができないため、オンラインで1名ずつの発行となる。

² 政令市内で区間異動した被保険者や市町村合併した被保険者に受診券等を発行する場合は、選択すること。

d) 受診券発行条件の登録時期

受診券等については、前述の発行パターンを参考に、受診券発行予定日までにシステムにて発行条件の登録を行う。

受診券発行条件は「受診券発行条件登録」画面にて設定する。当画面では発券する受診券の種類（受診券/セット券）を選択できる。また、発行するための抽出条件は、年齢、誕生日、性別、地区となっており、年度で複数回にわたって受診券等の発行処理を行う場合でも、あらかじめ条件設定をしておくことができる。

図表 1-29：受診券発行条件の登録パターンの例

登録パターン		内容
年齢別に分けて年度で2回受診券発行の処理を行う		例えば5月発行分は40～64歳分、9月発行分は65歳以上分というように処理条件を2パターン登録することができる。
誕生日毎に発行をする	毎月出力の場合	誕生日の1ヶ月前に、翌月誕生日となる人の分の発行を行うよう、処理条件を12パターン登録する。
	隔月出力	2ヶ月分ずつの発行を行うために、6パターンの登録を行う。

当該年度において、既に受診券等を発行している被保険者は、発行条件に該当する場合でも「発行済み」のため、「受診券作成」処理で自動的に対象から外される。このため、過去の抽出条件と一部対象者が重なるような条件設定を行っても、同一人物に受診券等が再度発行されることはない。

なお、受診券等は、①被保険者証記号、②被保険者証番号、③地区統計用コード、④郵便番号（ハイフン付8桁）の順で出力されるため、発送時期・世帯・発行条件が同一の対象者がいた場合、封書にて同時に発送できる。

イ) 受診券等記載内容・発行条件登録の具体例

保険者において年間の発行スケジュールが確定している場合は、発行時期・発行条件・記載内容を登録しておくことが可能である。

以下に、受診券等記載内容・発行条件登録の具体例について示す。

例 1)

年度当初に一括して受診券の発行を行うが、課税状況分類における年齢区分と異なる 70 歳未満と 70 歳以上により自己負担の額を変更する場合



オンライン処理「受診券発行条件登録」において、発行条件を年齢別で 70 歳未満と 70 歳以上の 2 パターンで登録し、「受診券内容登録」の中の「課税状況別設定」において、登録した 70 歳未満と 70 歳以上それぞれの自己負担額を登録する。

例 2)

地区別 (A・B・C の 3 地区) に実施時期を分けて受診券の発行を行い、有効期限はそれぞれ 3 ヶ月毎とする場合



オンライン処理「受診券発行条件登録」において、発行条件を以下のように登録する。

- ①A 地区の発行時期を 6 月 1 日、有効期限を 8 月 31 日
- ②B 地区の発行時期を 9 月 1 日、有効期限を 11 月 30 日
- ③C 地区の発行時期を 12 月 1 日、有効期限を 2 月 28 日

例 3)

50、55、60、65 歳という節目の年齢についてのみ、特定健診自己負担額に加え、がん検診についても追加健診の実施項目とし自己負担率を明記する場合



オンライン処理「受診券発行条件登録」において、50 歳、55 歳、60 歳、65 歳をそれぞれ 1 パターンずつを設定し、それぞれに特定健診の自己負担額と追加健診としてがん検診の自己負担率を登録する。

例 4)

4月1日現在未加入の者に対する受診券を発行する場合



オンライン処理「受診券発行条件登録」において、「追加発行者」の「4月1日現在未加入者」を指定し、登録を行う。

例 5)

特定健診実施当日に、64歳までの保健指導対象者に保健指導の初回面接を開始する場合



オンライン処理「受診券発行条件登録」において、40歳～64歳の発行条件を設定し、条件と内容登録を「セット券」にする。

上記発行条件より大きい処理番号でもう一件の発行条件を設定し、受診券を指定して登録を行う。

(E) 受診券・質問票の作成

受診券発行内容、発行条件の登録を行った後、「受診券作成」処理により受診券等の作成が行われる。受診券等の作成には、受診券等のタイプと印刷者との組合せにより図表 1-30 の3つのパターンがある。

図表 1-30：受診券の作成パターン

受診券タイプ	印刷者	出力物
システム汎用タイプ (はがき大 or A4 サイズ)	国保連合会	印刷した受診券等
システム汎用タイプ (はがき大 or A4 サイズ)	保険者	PDF データ (オンライン) 又は PDF データ (電子媒体)
保険者オリジナルタイプ	保険者	CSV ファイル (オンライン)

いずれの場合においても、データ抽出のバッチ処理が必要であり、印刷を委託する場合は、ある程度の期間が必要となるため、余裕をもって発行条件設定等を行うことが必要となる。

なお、本システムでは、宛名が原則カナ文字で表示されるが、カナ氏名が被保険者マスタに登録されていない場合は漢字氏名が表示される。漢字氏名については外字が印字されない(ブランクで表示される)点に留意する必要がある。なお、通称名がある場合は、被保険者マスタの設定により個人毎に通称名を優先させて表記することもできる。

受診券等を独自の様式で作成したい場合は、バッチ処理により出力される CSV ファイルを利用して、保険者において印刷処理を行うこともできる。この際、CSV ファイル上の漢字氏名の外字は全角スペースで埋められているため、外字を含む漢字氏名を印刷する場合は被保険者番号等により保険者側のシステムの漢字名データと改めて関連付ける必要がある。

(F) 受診券発行停止処理

受診券等発行後、除外対象者等であることが判明し、受診券等を被保険者に配付しないこととなった場合は、「受診券状況登録」画面にて、受診券等の発送状況を「発送停止」に設定しなければならない。また、除外対象者についてはこの処理に併せて「除外対象者登録」を行う必要がある。「除外対象者登録」を行わないと、対象者に受診券等が配付されないまま未受診者として扱われることになる。

なお、発送停止を取消したい場合は、同じ「受診券状況登録」画面において、「発送停止を取消する」を設定する。

(G) 受診券の修正/削除

誤った券面情報（負担額、有効期限等）で受診券等を作成した場合は、「受診券再発行登録」画面（図表 1-31）より券面情報の修正を行うことができる。

図表 1-31：受診券再発行登録画面

共同処理
特定健診等
データ管理システム

〇〇〇〇国民健康保険団体連合会：連合会システム管理画面
メニュー | 閉じる

受診券再発行(GKAB021)

選択した被保険者の受診券を発行します。受診券内容等を入力し、受診券を再発行してください。

保険者名		〇〇市					
受診券発行元保険者		〇〇市					

発行年度		平成30年度					
氏名		ケンシ ハナコ					
生年月日		昭和32年03月01日		性別		女	
郵便番号		120-4567					
住所		〇〇市△△区番町3-2-102ビル1F					

項目内容	実施形態	実施項目	窓口の自己負担			保険者負担上限額(円)	生活保健評価時同時実施した場合の重複項目	
			負担額(円)	同時実施負担額(円)	負担率(%)			
特定健診	基本項目	個別	1261	10			居住歴、自覚症状、身長、体重、BMI、血圧	
		集団	1262	11				
	高血圧	個別	1263	12				血圧変動、心電図誘発、ヘマトクリット値
		集団	1264	13				
	心電図	個別	1265	14				心電図検査
		集団	1266	15				
	尿検査	個別	1267					
		集団	1268					
	血清クレアチニン	個別	1269					
		集団	1270					
その他	生活保健評価	生活保健チェック	個別				基本チェックリスト、視力、打撃診、歯診、医師の判定、尿糖検査、血糖下テスト	
		生活保健検査	個別					尿糖検査、血糖下テスト（特定保健評価時のみ）、血清アルブミン、医師の判定
	追加項目	個別	1271					
		集団	1272					
人間ドック	個別	1273						
	集団	1274						

受診券の注意事項の赤白部分に出力します	平成30年度 受診券です。		
保険者所在地	×市△△区△△町3-2-4		
保険者電話番号	120-456-7890		
保険者番号	00123456	保険者名称	〇〇市
契約とりまとめ機関名	個別		
支払代行機関番号	12345678	支払代行機関名	〇〇〇国民健康保険団体連合会

交付年月日	平成 - 30 年 - 03 月 - 01 日 発行年度内の日付を入力してください。
有効期限	平成 - 30 年 - 03 月 - 01 日 発行年度内の日付を入力してください。
公印省略	<input type="radio"/> 公印省略を印刷する <input checked="" type="radio"/> 公印は保険者で押印する
受診券管理番号	10100000005
再発行事由	
(再発行)印字	<input checked="" type="radio"/> 印字する <input type="radio"/> 印字しない
個別記入済(一部委託)	<input type="checkbox"/> 一部委託を登録する

戻る
クリア
新規番号登録
同一番号登録
削除

また、誤って受診券等を発行してしまった場合は、特定健康診査の結果が未登録の場合に限り、「受診券削除条件登録」画面（図表 1-32）より受診券情報の削除が可能である。

図表 1-32：受診券削除条件登録画面

共同処理		特定健診等 データ管理システム	
XC市: 青山		メニュー 閉じる	
受診券削除条件登録: 処理条件登録(GKAB511)			
処理条件を入力してください。			
保険者名	XC市		
処理条件名	受診券削除条件予定	全角で20文字以内で入力してください	
処理予定日	平成 30 年 12 月 31 日		
発行年度	平成 30 年度		
発行年月日	平成 30 年 3 月 31 日		
受診券区分	<input type="radio"/> 受診券 <input checked="" type="radio"/> セット券		
受診券整理番号	18500000001 ~ 18500000009		
年齢	40 歳 ~ 75 歳 範囲を指定しない場合は、年齢(終了)を省略できます		
誕生月	4 月 ~ 12 月 範囲を指定しない場合は、誕生月(終了)を省略できます		
性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女		
地区			
検索			
課税状況	一般 課税		
受診券整理番号リセット	<input checked="" type="checkbox"/> 受診券整理番号をリセットする ※発行年度において受診券が0件となる場合は、受診券整理番号をリセットします		
戻る	リセット	登録	削除

(4) 受診券等の配付

受診券等・質問票は作成後、被保険者に配付することになるが、同時に実施機関等に関する情報を配付する場合は各保険者において別途用意する必要がある。

(A) 受診券等の同封物

特定健康診査の実施にあたり、質問票の記入を事前に対象者に求める場合には、受診券等以外に質問票も同封する必要がある。またこれ以外に同封物として以下のようなものが想定される。

図表 1-33：受診券の同封物の例

同封物	備考
特定健診・保健指導に関する案内	特定健診・保健指導の内容、自己負担の額等を記載したチラシ等
実施機関一覧	医師会委託等で実施機関が多数に上る場合に、受診可能な医療機関の一覧を同封することもあり得る
同時に実施する健診（検診）の案内	がん検診や生活機能評価等を同時実施する場合、それぞれの内容に関する案内等
自己負担の減免等についての案内	自己負担の減免対象となる人に対し、その旨を記載した案内等。
生活機能評価のための基本チェックリスト	生活機能評価を実施する場合の基本チェックリスト
事業者健診データ送付の協力案内	国民健康保険の被保険者が事業者健診を受けた場合の健診結果提供のお願い

(B) 受診券等の配付方法

受診券等の配付の方法としては、郵送、直接配付等が考えられる。

図表 1-34：受診券配付方法の具体例

配布方法	備考
郵送	個人単位で発送するほか、世帯単位でまとめて同封することにより郵送費を節約することも考えられる。
直接配付	保健師や住民組織が戸別訪問等を通じて直接配付する。この場合も個人単位、世帯単位の両方の方式が考えられる。

(5) 受診券等発行状況の管理

受診券等発行を分散して行う場合は、対象者のうち、どのくらい的人数に受診券等を発行したかについて把握し、受診券等の発行漏れがないように努めなければならない。

システムから出力される「受診券発行者総括表」と「受診券発行者リスト」は、受診券等の発行処理を行った後、受診券等の発行状況を確認するために役立つ。

(A) 受診券発行者総括表による受診券発行業務の進捗管理

保険者毎に受診券発行者、除外対象者を抽出し、年齢や性別毎の受診券発行対象者数や既発行者数を集計したものが「受診券発行者総括表」（図表 1-35）である。

「受診券発行者総括表作成」処理により、月末締め総括表を PDF 形式又は CSV 形式で作成することができる¹。

「受診券発行者総括表」では、受診券発行対象者総数（総括表作成時点での被保険者マスタを反映した発行対象者数＝年度途中に発生した除外対象者を含まず、資格喪失者及び資格取得者を含む数）、当該月発行者数、既発行者数や割合が一覧できるようになっている。さらにその時点で登録されている除外対象者数についても、妊産婦、施設拘禁、長期入院、施設入所、その他の内訳が男女別に確認できる。

(B) 受診券発行者リストによる配付状況の管理

「受診券発行者リスト作成」処理により、特定の年月の「受診券発行者リスト」（図表 1-36）と「受診券発行者リスト（セット券）」（図表 1-37）を PDF 形式又は CSV 形式で作成することができる。

「受診券発行者リスト」では、リストにおける通番、受診券整理番号、氏名（カナ）、性別、年齢、行政区・地区名、受診券発行日、4月1日現在未加入者の情報（保険者の裁量により年度途中の資格取得者に健診を実施する場合）が印字される。

なお、PDF 形式で作成される同リストは、①発行年月日（降順）、②行政区コード（昇順）、③地区統計用コード（昇順）、④受付番号（昇順）、⑤被保険者証記号（昇順）、⑥被保険者証番号（昇順）、⑦年齢（降順）でソートし出力される。

「受診券発行者リスト」は PDF 形式の他、保険者番号、電話番号等、各種情報が入った CSV 形式でも出力することができる。保険者において受診券等を任意の書式で独自に作成する場合、「受診券発行者リスト」の CSV ファイルを活用し、配付作業の進捗状況を確認することができる。

¹ 受診券発行者総括表の作成にあたり、閲覧したい年月を指定するとその月の総括表が作成される。特に年月を指定しない場合は、処理月の前月の総括表が作成される。

図表 1-35 : 受診券発行者総括表

TKAB001

受診券発行者総括表
(平成XX年XX月末現在)

平成XX年XX月XX日 作成

保険者番号		保険者名						
総計		発行対象者累積数(人) A	当該月発行者数(人)		既発行者数		割合(%) B/A	
年齢	内受診券		内セット券	人数(人) B				
				内受診券	内セット券			
40～44歳								
45～49歳								
50～54歳								
55～59歳								
60～64歳								
65～69歳								
70～74歳								
(再掲)40～64歳								
(再掲)65～74歳								
		除外項目				合計(人)		
		拘禁	長期入院	施設入所	その他			
女								
合計								

閲覧したい年月を指定することが可能

帳票作成月に受診券発行した人数を集計

帳票作成時点までに受診券を発行した人数を集計

・発行対象者数の累積数(実施年度途中の除外対象は含まず、異動者は含む)
・対象者抽出時点の数を集計

※ 実施年度中に75歳となる者は、「70～74歳」欄に集計。

除外対象となった者の内訳

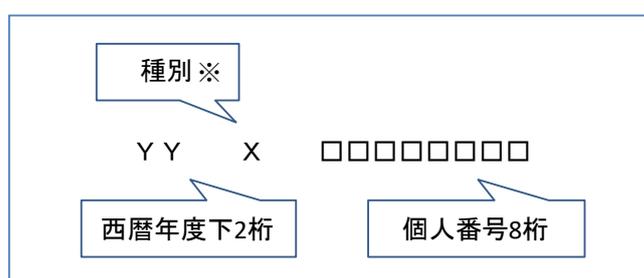
(6) 受診券等作成のパターンと留意事項

受診券等作成は義務ではないので印刷コスト削減等のため、紙の受診券等を作成しないで対応することも可能である。また、保険者が独自の様式で作成することもできる（集合契約に参加する保険者は統一の標準的な様式で発券する必要がある）。受診券等の発行パターンとその取扱いについて以下に示す。

(A) 標準パターン

本システムにて、受診券整理番号の採番及び受診券等データの作成を行うパターン。なお、システムにおける受診券等の採番ルールは以下に示すとおりである。

図表 1-38：標準パターンの採番ルール



※種別：1 受診券 5 セット券

(B) 受診券を発行しないパターン

本システムで受診券を作成せず、被保険者証のみで特定健康診査を実施するパターン。受診券を発行しない場合のメリットとデメリットを以下に示す。

図表 1-39：受診券を発行しない場合のメリット・デメリット

	内容
メリット	受診券を作成・発行する必要がない。
デメリット	受診券整理番号をシステム内で付与し事務点検を行うため、利用できる実施機関が国保連合会と同一都道府県に所在地がある機関に限られる。
	「被保険者証」と「被保険者マスタ」に登録された内容（例：記号番号等）が、一致している必要がある。 マスタ管理の保険者属性テーブルの『保険証受診許可フラグ』に"1"（保険証による受診を許可する）を設定する必要がある。

なお、システムでは年度途中で保険者属性テーブルの保険証受診許可フラグを「保険証による受診を許可しない」と変更した場合であっても、受診日時点の保険者属性テーブルを確認するため、受診日時点での保険証受診許可フラグが「保険証による受診を許可する」であれば、そのデータは正当とみなされる。

また、セット券では「保険証による受診」はできない。

(C) 受診券等の全てが独自のパターン

本システムを用いて受診券等を発行することなく、全て保険者独自で作成するパターン。全て独自で作成する場合のメリットとデメリットを以下に示す。

図表 1-40：受診券等全てが独自のメリット・デメリット

	内容
メリット	保険者独自の受診券等が作成できる
デメリット	特定健診等データ管理システムで管理を行うためには、保険者が独自に作成した受診券発行データをCSV形式でファイルアップロードあるいはオンラインによる受診券再発行によってシステムに反映させる必要がある。

なお、採番ルールは標準パターンと同一であるが、「個人番号（8桁）」の採番は保険者単位で被保険者が一意となっている必要があることに留意しなければならない。

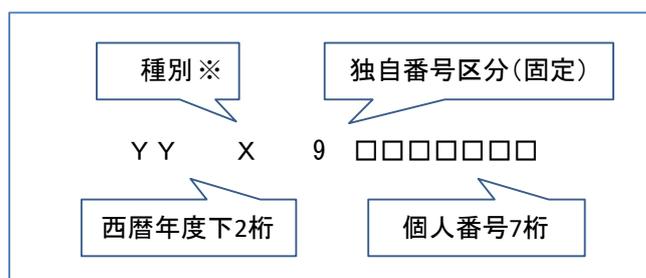
(D) 受診券整理番号だけ独自のパターン

システムを用いて受診券等を作成するものの、受診券整理番号のみ独自で採番するパターンでは、一度システムで採番した受診券整理番号を保険者独自の受診券整理番号へ変更する必要がある。なお、「個人番号（7桁）」の採番は保険者単位で被保険者が一意となっている必要があることに留意しなければならない。受診券整理番号だけ独自で作成する場合のメリットとデメリットと採番ルールを以下に示す。

図表 1-41：受診券整理番号だけ独自のメリット・デメリット

	内容
メリット	保険者独自の受診券整理番号で受診券の作成を行うことができる
デメリット	本システムと保険者側の独自システム間で、以下の手順によるデータ交換が発生する。 1. 「特定健診対象者抽出」処理→「受診券作成」処理にて受診券（データ）CSVの作成 2. 保険者システムに、システムで採番した受診券整理番号等の取込み 3. 保険者システムにて、取込んだ被保険者情報を基に突合を行い、独自採番情報の出力 4. 保険者システムで作成した独自採番情報を、共同処理の「受診券発行データ登録」でシステム内に取込む 5. 「受診券内容登録」処理→「受診券発行条件登録」処理→「受診券作成」処理にて受診券作成

図表 1-42：受診券整理番号だけ独自の採番ルール



※種別：1 受診券 5 セット券

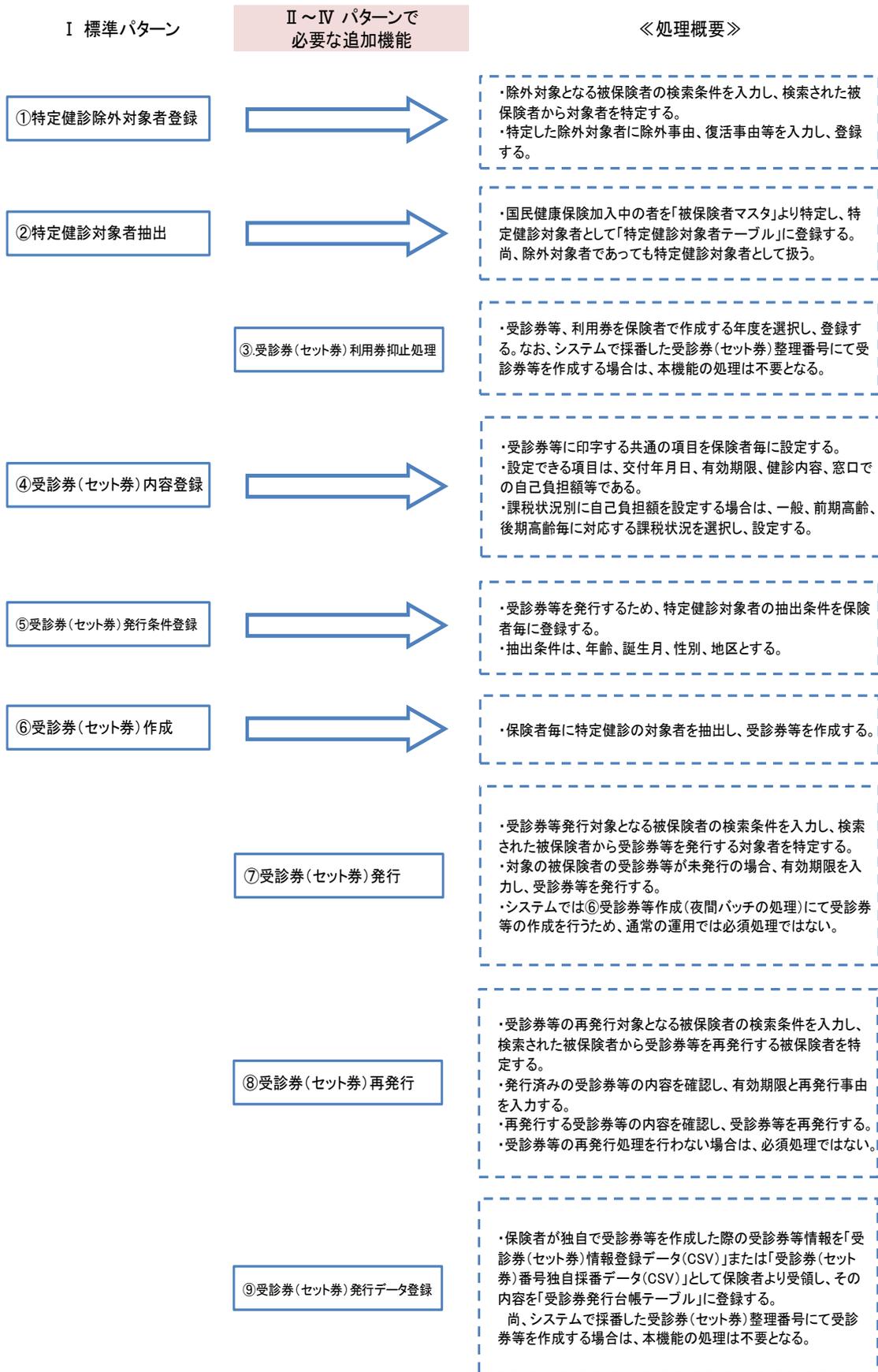
図表 1-43：受診券の発行パターン

機能名 処理パターン		マスタ管理	共同処理							補足内容		
		保険者属性マスタ登録	① 特定健診除外対象者登録	② 特定健診対象者抽出	③ 受診券利用券抑止処理	④ 受診券内容登録	⑤ 受診券発行条件登録	⑥ 受診券作成	⑦ 受診券発行		⑧ 受診券再発行	⑨ 受診券発行データ登録
I	標準パターン <1> ・国への報告資料を作成 ・費用決済の委託の有無に関係なく	-	○	○	-	○	○	○	△	△	-	
II	受診券なし <1> ・国への報告資料を作成 ・費用決済の委託の有無に関係なく	○	○	○	-	○	○	○	△	△	-	マスタ管理の保険者属性マスタ登録より『保険証受診許可フラグ』を"1"(保険証による受診を許可する)に設定を行う 共同処理(以下、「共同」という)⑦の受診券発行と⑧の受診券再発行に関しては、本システムにて受診券整理番号が採番済のため、再発行が可能
III	受診券の全てが独自 <1> ・国への報告資料を作成しない ・費用決済の委託を受ける	-	-	○	○	-	-	-	△	△	○	共同⑨の受診券発行データ登録で独自作成した受診券情報を登録する場合は、共同②の特定健診対象者抽出が必要 保険者側の独自システムで受診券の再発行時には、本システムに再発行情報を反映させること
	<2> ・国への報告資料を作成 ・費用決済の委託を受ける	-	○	○	○	-	-	-	△	△	○	保険者側の独自システムで受診券の再発行時には、本システムに再発行情報を反映させること
	<3> ・国への報告資料を作成 ・費用決済を委託されない	-	○	○	○	-	-	-	△	△	○	国への報告を本システムで行う場合は、共同⑨の受診券発行データ登録が必要(受診券情報を登録しない場合、健診結果等を本システムへ登録できないため) 保険者側の独自システムで受診券の再発行時には、本システムに再発行情報を反映させること
IV	受診券番号だけ独自 <1> ・国への報告資料を作成 ・費用決済の委託の有無に関係なく	-	○	○	-	○	○	○	△	△	○	本システムの共同②の特定健診対象者抽出、⑥の受診券作成処理にて受診券情報(データ)CSVの作成を行う 次に保険者側の独自システム内に本システムで採番した受診券整理番号を取り込む 独自システムにて取り込んだ被保険者情報を基に突合を行い、独自採番情報の出力を行う 最後に独自システムで作成した情報を本システム内に取り込むことで処理が可能となる 初回に本システムで発行を行い、保険者独自に作成した受診券整理番号情報を本システムに取込んだ後に再発行により受診券整理番号や券面に変更があった場合は、受診券整理番号情報の再取込みや受診券再発行機能を使用し、本システムに再発行情報を反映させること

「○」システムの処理が必須 「△」システムの処理が可能 「-」システムの処理が不可

補足 1：国への報告資料を本システムにて作成する場合は、共同処理①の除外対象者登録が必要(報告件数へ加算されるため)
 補足 2：費用決済を本システムにて行う場合(委託有の場合)、共同処理⑨の受診券発行データ登録が必要
 補足 3：マスタ管理の保険者属性マスタ登録に関しては、『保険者証受診許可フラグ』の設定によって判断する(他の設定内容に関しては別途必要に応じて設定)

図表 1-44 : 本システムでの受診券等発行処理の流れ



1.2.3 健診受診券等の再発行

(1) 受診券等を再発行するケース

受診券等を再発行するケースとしては、以下のような場合が考えられる。

図表 1-45：受診券再発行のケース

再発行のケース	内容
受診券等の紛失	健診未受診者の受診勧奨を行った際に、紛失・再発行依頼があった場合
受診券等の有効期限経過	受診券等の有効期限経過後、本人の受診意思を確認し、受診の意向があった場合
課税区分変更※	被保険者マスタの住民税課税状況又は資格証明書区分を変更した場合

※ 受診券面の変更は、再発行にて行うことができる。

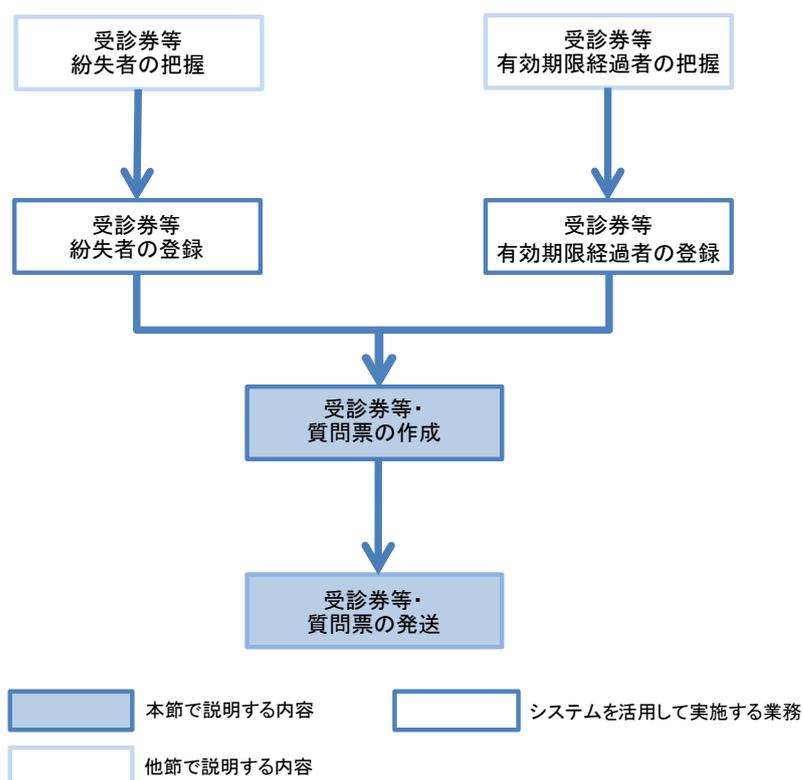
特定健康診査は年度に複数回受診することができないため、紛失等により受診券等の再発行を受けた場合、後に再発行前の受診券等が発見されたとしても、再発行前の受診券等を用いることはできない旨を対象者に周知しなければならない。

なお、実施機関では、再発行された受診券等について重複受診を判断することは難しい。重複受診を回避する方法としては、受診券等と一緒に提示すべき被保険者証に特定健康診査を受診済みである旨の記載を実施機関へ依頼する方法等が考えられる。

(2) 受診券等再発行の流れ

受診券等の再発行処理を行う際の流れは、以下のとおりである。

図表 1-46：受診券再発行の流れ



(3) システムを活用した受診券等の再発行

特定健康診査の受診券等の再発行にあたっては、再発行の対象となる者を把握した後、当該対象者をシステム上で特定する必要がある。

再発行者の特定は「受診券再発行」画面において図表 1-47 の条件を入力し、対象者を検索することによって行い、有効期限と図表 1-48 の再発行事由を入力の上、受診券等を出力（はがき大もしくは A4 サイズ）する。

この際、同一受診券番号での再発行と新受診券整理番号での再発行を選択でき、新受診券整理番号での再発行を選択した場合、新しい受診券整理番号が採番され、元の受診券整理番号については抹消扱いとなる。

図表 1-47：検索条件

キー項目	具体的内容
発行年度	受診券の発行年度（必須項目）
被保険者証記号番号・個人番号	被保険者証記号番号又は個人番号のどちらか
受診券整理番号	特定健診受診券の整理番号
利用券整理番号	※注 画面に表示されるが、使用することはない
被保険者名（カナ）	被保険者名（カナ）を入力した場合、「生年月日」又は「性別」が必要

図表 1-48：再発行事由

再発行事由	具体的内容
紛失等	受診券を紛失した場合
宛先不明等による返送	発送した受診券が宛先不明で戻ってきた場合
有効期限切れ	受診券の有効期限が切れてしまった場合
滞留	発行後、受診券が対象者の手元に届かなかった場合
その他	その他

受診券等の再発行者については、「受診券再発行者リスト作成」処理により「受診券再発行者リスト」（図表 1-49、図表 1-50）としてリストアップされる。

図表 1-49 : 受診券再発行者リスト

TKAB005

受診券再発行者リスト
(平成XX年XX月作成分)

ZZZ9/ZZZ9 頁
平成XX年XX月XX日 作成

保険者番号		保険者名						
通番	受診券整理番号	氏名(カナ)	性別	年齢	行政区・地区名	前回受診券整理番号	受診券再発行日	4月1日現在未加入者

月締めで作成される

再発行後の受診券整理番号

再発行前の受診券整理番号

実施年度途中の資格取得者には"*"が付く

※同一受診券番号での再発行を行った場合、受診券整理番号欄と前回受診券整理番号欄は同じ番号が表示される。

図表 1-50 : 受診券再発行者リスト (セット券)

TKAB015

受診券再発行者リスト (セット券)
(平成XX年XX月作成分)

ZZZ9/ZZZ9 頁
平成XX年XX月XX日 作成

保険者番号		保険者名						
通番	受診券整理番号	氏名(カナ)	性別	年齢	行政区・地区名	前回受診券整理番号	受診券再発行日	4月1日現在未加入者

月締めで作成される

再発行後の受診券整理番号

再発行前の受診券整理番号

実施年度途中の資格取得者には"*"が付く

(4) 再発行受診券等の配付

再発行受診券等については、オンライン処理により印刷が可能である。保険者の受付窓口にシステムにアクセス可能な端末が設置されており、被保険者が紛失や有効期限の経過を窓口に直接届出する場合は、窓口で印刷することが可能である。

しかし、電話で受診券等の再発行の依頼を受付ける場合や、受付窓口と再発行の処理を行う担当が別である場合等、即時交付ができない時には郵送等の方法により配付する必要がある。

(5) 受診券等の種別変更

受診券等を再発行する場合、受診券のままでの再発行とセット券に変更しての再発行が可能である。また、セット券から受診券に変更して再発行も可能である。なお、受診券からセット券に種別変更を行う場合は、セット券での必須入力項目である特定保健指導の自己負担額を設定する必要がある。

再発行前後の同一券番号付番の可否を図表 1-51 に示す。

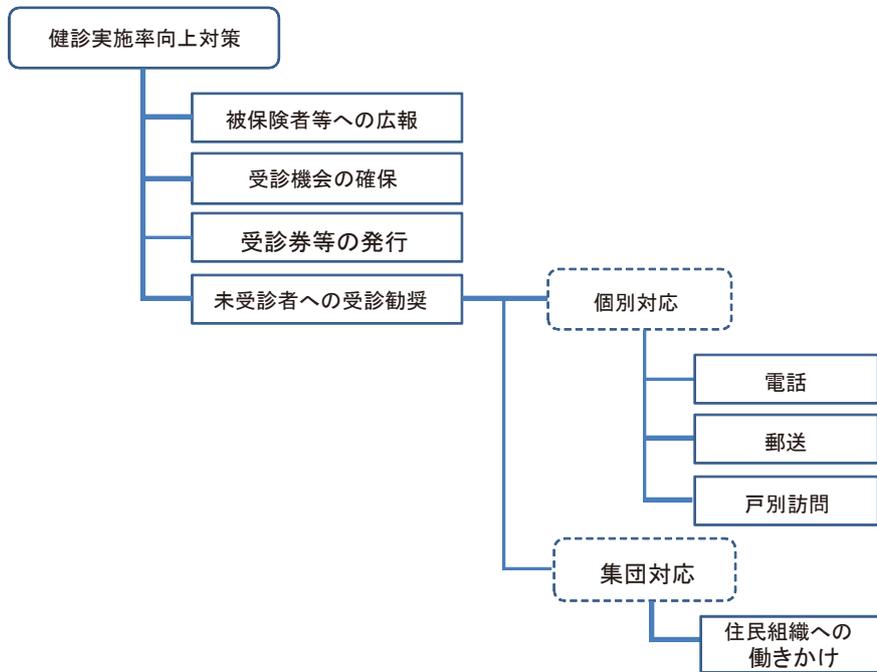
図表 1-51 : 受診券等再発行前後の同一券番号付番の可否

項番	再発行前の受診券区分	再発行後の受診券区分	同一番号発行	新規番号発行
1	受診券	受診券	可	可
2	受診券	セット券	不可	可
3	セット券	セット券	可	可
4	セット券	受診券	不可	可

1.2.4 健診未受診者への受診勧奨

健診実施率を向上させる方策として、受診券等の送付、広報等により対象者の意識を高めることや実施場所・実施方法の工夫等により健診の受診機会を確保することに加え、未受診者に対して電話や訪問等により直接受診勧奨を行うことも効果的である。

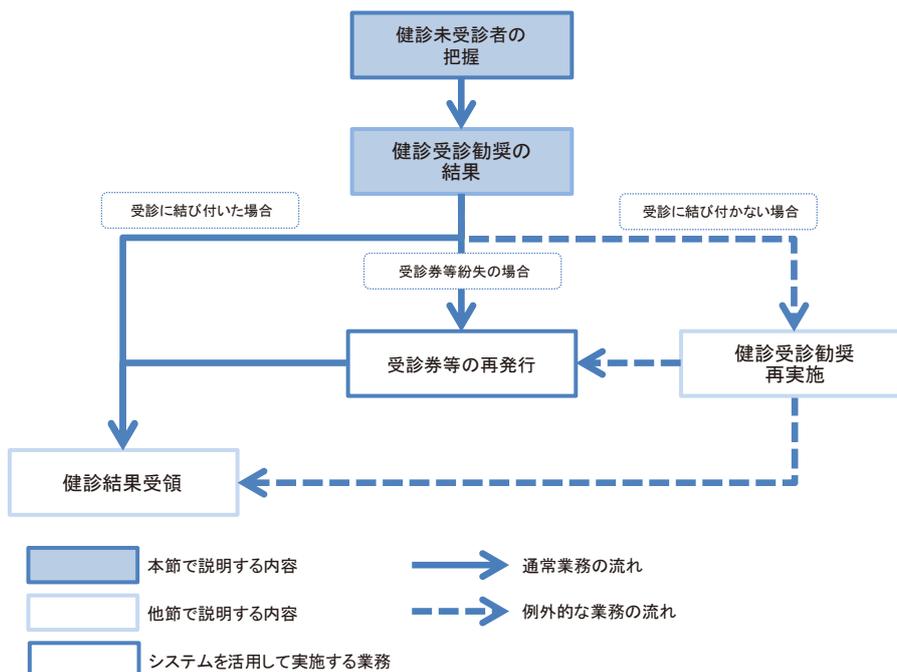
図表 1-52：健診実施率向上のための対策



(1) 健診受診勧奨にあたっての基本的な考え方

(A) 未受診者を対象とした健診受診勧奨の流れ

図表 1-53：健診受診勧奨の流れ



(B) 健診受診勧奨のパターン

健診未受診者への受診勧奨の対策としては、図表 1-52 のように個別や集団の形態が考えられるが、いずれの場合も未受診者のリストを作成し、それに基づき勧奨を行うことになる。

受診勧奨は、受診券等の有効期限をどのように設定しているかによって、以下のようなパターンが考えられる。

図表 1-54：有効期限の設定に応じた未受診者への健診受診勧奨のパターン

	具体的対策	メリット	デメリット
有効期限の設定がある場合	受診券の有効期間の中で一定の時期に未受診者リストを作成し、受診勧奨を行う。	受診券等有効期限内であれば、未受診者全員に対しての受診券再発行は不要（受診券紛失者のみ受診券の再発行を実施）。	受診券等の有効期限が短い場合は、対象者の受診可能期間が短くなる。
	受診券等の有効期限が経過した後未受診者リストを作成し、受診勧奨を行う。	受診券等の有効期限経過時における受診状況を把握することができる。	未受診者に対する受診券等の再発行が必要。
有効期限を 3 月 31 日にした場合（年度を通じて有効の場合）	受診期間が一定程度経過した時点で未受診者リストを作成し、受診勧奨を行う。	受診券等再発行は不要（受診券等紛失者のみ受診券等の再発行を実施）。	

なお、受診勧奨は、実施時期を計画して行う場合や本システムより出力される「特定健診・保健指導進捗・実績管理表」（図表 1-64）等により実施状況を確認しながら、実施率に応じて未受診者リストを作成し勧奨を行う方法等が考えられる。

(2) 未受診者リストの具体的な活用方法

(A) 未受診者リストの見方

本システムでは「未受診者リスト抽出条件登録」画面にて、受診券等の有効期限もしくは受診券等発行からの経過日についての抽出条件を設定し、「未受診者リスト作成」処理を実行すると PDF 形式と CSV 形式で「未受診者リスト」（図表 1-55）が作成される。

なお、資格喪失者、除外対象者、受診勧奨実施者として既に登録されている場合は、本リストの対象者とはならない。

(C) 健診受診勧奨の優先順位付け

未受診者の受診勧奨にあたって、優先順位を付けて行う場合は、未受診者リストを PDF 形式ではなく、CSV 形式で作成することで、優先するキー項目によりリストを並べ替えることができる。

また、年次帳票である「特定健診結果総括表」（第 5 章「集計・分析業務」図表 5-34）を作成し、性別・年齢階層別の受診状況等を確認し、受診率が低い集団を捉えて、優先順位付けの参考とすることもできる。

受診勧奨の優先順位付けのパターンとしては、以下のようなものが考えられる。

図表 1-57：受診勧奨の優先順位付けのパターン

パターン	具体的対策	備考
男性もしくは女性で極端に受診率が異なる場合	性別をキーにリストの並べ替えを行い、受診率の低い性別から優先的に勧奨を行う。	受診率の高い性別を優先的に勧奨することもあり得る。
ある特定の年齢階層の受診率が低い場合	年齢をキーにリストの並べ替えを行い、受診率の低い年齢階層から優先的に勧奨を行う。	
ある特定の地域で受診率が低い場合	地区名をキーにリストの並べ替えを行い、受診率の低い地域において勧奨を行う。	地域毎の担当者を決めて受診勧奨を行う場合にも有効。
受診券発行日が古い順に勧奨する場合	受診券発行日をキーにリストの並び替えを行い、勧奨を行う。	有効期限が設定されている場合は、期限経過前であることに留意が必要。

(D) 未受診者への健診受診勧奨結果の登録

実施された受診勧奨の結果については、「受診券状況登録」画面で、以下に示す区分により登録することができる。勧奨結果が登録された者については、本システムでは未受診者としての管理から対象外となり、以降に作成される未受診者リストには出力されない。また、勧奨結果は「被保険者記録照会」画面にて確認することができる。

図表 1-58：健診勧奨結果

勧奨結果区分	具体的内容
未対応	健診の受診勧奨を実施しない場合
受療中	医療機関にて受療中という理由で健診を受診しない場合
健診済	未受診者リスト作成後、健診受診が判明した場合
所在不明	住所不明等で対象者の手元に受診券等が届かなかった場合
拒否	受診勧奨の結果、健診受診を明確に拒否された場合
自己都合	自己都合で健診受診が不可能である場合
その他	その他

1.2.5 受診券等の回収

実施機関が受診券等、被保険者証の提示を受け記載内容に基づき健診を実施した場合、仮に被保険者が資格を喪失していたとしても、実施機関は要した費用を請求することとなる。

このような資格喪失後の受診を防止するため、保険者では被保険者証と同時に受診券等の回収を確実に行うことが必要である（本システムから出力される受診券等には、被保険者資格を喪失した場合、受診券等を保険者等へ返却いただきたい旨を注意事項として記載）。

1.2.6 健診受診状況・受診結果の管理

(1) 健診結果の保管

(A) 保険者における健診結果の保管義務

厚生労働省保険局の「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版）」では、健診結果の保管の目的や記録期間を下記のように示している。

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、磁氣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取扱いのためのガイド

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。

(B) 健診結果の登録方法

保険者が国保連合会に費用決済を委託している場合、特定健康診査の結果は決済情報と併せて国保連合会に送付される。

また、費用決済を委託していない場合（医師会・実施機関への一括支払や保険者での直営の場合等）であっても、健診結果情報データベースに健診結果を登録することができる。

登録方法には、「特定健診等データ簡易入力シート」に健診結果を入力し、健診結果データ(CSV)を作成後、システムにファイルをアップロードする方法とオンライン画面から個別に入力する方法がある。

なお、登録された結果については、個人別に「被保険者記録照会」(図表 1-59) から確認することができる。

図表 1-59：被保険者記録照画面

共同処理
特定健診等
データ管理システム

A市健康福祉部国民健康保険課: 試験ユーザ
メニュー | ログアウト

被保険者記録照会(GKAC010)

特定健診、特定保健指導等の結果を照会する対象者を選択します。
対象者の条件を入力し、「検索」ボタンをクリックすると下部に条件該当者が一覧表示されます。
条件1~4のいずれかを入力してください。
複数の条件に入力した場合、上にある条件で検索されます。

保険者番号	00139250 A市健康福祉部国民健康保険課	
条件1	被保険者証記号番号	番号0001 <small>被保険者証記号は省略可</small>
	個人番号	<small>省略可</small>
条件2	受診券整理番号	
条件3	利用券整理番号	
条件4	被保険者名	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> 漢字 <input type="checkbox"/> 通称名 <input type="checkbox"/> 通称名(カナ) 氏名(カナ)以外で検索する場合に選択	
	生年月日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <small>「生年月日」または「性別」は必須</small>
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

クリア
検索

対象の被保険者の「選択」ボタンをクリックして下さい。

被保険者証記号 被保険者証番号	個人番号 郵便番号	被保険者名 住所	生年月日	性別	受診券整理番号	利用券整理番号	
1 記号CE市 番号0001	01 999-9001	健診 太郎 CE中央区番町3-2-1PORビル1F	S39.09.22	男	13100000003	13200000016	選択
2 記号CE市 番号0001	06 999-9001	健診 六郎 CE中央区番町6-5-4MNビル4F	S38.05.01	男	13100000140		選択
3 記号CE市 番号0001	06 999-9001	健診 五郎 CE中央区番町9-0-7JKビル1F	S37.04.01	男	13100000141	13200000018	選択
4 記号CE市 番号0001	03 999-9001	健診 三郎 CE中央区番町1-2-3DEFビル1F	S36.04.01	男	13100000138		選択
5 記号CE市 番号0001	02 999-9001	健診 花子 CE中央区番町4-0-6ABCビル1F	S35.04.01	女	13100000137		選択
6 記号CE市 番号0001	04 999-9001	健診 四郎 CE中央区番町7-0-9GHIビル2F	S34.04.01	男	13100000139	13200000017	選択

(C) 健診結果の訂正方法

ア) 費用決済データを伴う場合

本システムにおいて費用決済処理を行う場合、健診結果データは決済金額に変更が生じない範囲で訂正が可能である。決済金額に変更が生じる可能性がある健診項目の追加・削除を行う場合は、過誤・再請求が必要となる。

ただし、平成 30 年度から図表 1-60 に示す項目については、費用決済処理にかかわらず追加・削除を行うことができる。

図表 1-60：任意で追加・削除できる健診項目

JLAC10 コード	項目名	結果値 (コード)
9N807000000000011	初回面接実施有無	コード値： 1 健診当日に初回面接実施
9N950000000000011	情報提供の方法	コード値： 1 付加価値の高い情報提供 2 専門職による対面説明 3 1 と 2 両方実施

イ) 費用決済データを伴わない場合

本システムにて費用決済処理を行っていない場合は、健診結果データの訂正や健診項目の追加・削除を行うことができる。

(D) 他の健診を受診した人への対応

ア) 他の健診を特定健康診査とみなす場合

保険者が実施する特定健康診査以外の健診等を受診した被保険者について、健診項目が特定健康診査に必要な項目を含んでいる場合は、被保険者よりその健診結果を受領し、保険者において登録することで、特定健康診査を実施したことに代えることができる。

特定健康診査以外で同様の内容の健診を受診することができる機会としては以下のようなものが考えられる。

図表 1-61：特定健診を実施したことに代えられる健診等

健診等	備考
人間ドック	個人が任意に受けている場合
労働安全衛生法に基づく健康診断 (事業主健診)	被保険者のうち事業主健診を受けている場合
学校保健安全法に基づく健康診断	学生等

イ) 健診結果の登録方法

保険者は他の健診等の結果を特定健康診査の結果としてシステムに登録することができる。登録された健診結果の内容については、「被保険者記録照会画面」(図表 1-59)で確認できると同時に「特定健康診査受診結果通知表」(図表 1-77~78)として出力することも可能である。

なお、年度途中の資格取得者については、他の健診を受診した人と同様に異動前の保険者で受診した特定健康診査の結果を登録し、翌年度以降の特定健康診査・特定保健指導に活用することが可能である。健診結果の登録を行う場合は、月次で実施される被保険者マスタへの登録が完了している必要があり、転入時に国保加入手続きと健診結果を同時に登録することはできないことに留意しなければならない。

(2) 健診受診状況・受診結果の活用

(A) 健診受診状況の管理の必要性

特定健康診査の実施率は、各保険者が策定する特定健康診査等実施計画の評価の指標となっている。また、これまでの後期高齢者支援金の加算・減算に代わり、平成30年度からは保険者における予防・健康づくり等のインセンティブの見直しが行われ、市町村国保は保険者努力支援制度、国保組合は国民健康保険組合へのインセンティブ制度において評価指標の算定に用いられる（第5章「集計・分析業務」5.2.3参照）。実施率の算定方法は以下のとおり。

図表 1-62：特定健康診査の実施率

算定式	$\frac{\text{当該年度中に実施した特定健康診査の受診者数} \\ (\text{特定健診の項目を満たす他の健診の記録の写しを保管している者も含む})}{\text{当該年度末における、40～74歳の被保険者数及び被扶養者数}} \times 100$
条件	<p><分母・分子共通></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 年度途中で転入又は転出の異動をした者に係る数は除外（よって、以前に加入していた医療保険者は含まれない）。 ○ 妊産婦その他の厚生労働大臣が定める者を除く（第1章「特定健康診査業務」1.2.1(1)(A)参照）。年度途中での妊娠等は、異動者と同様に除外。

(参考) 「保険者が社会保険診療報酬支払基金に提出する平成30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」（平成29年10月30日保発1030第8号厚生労働省保健局長）、平成20年1月17日厚生労働省告示第3号

保険者においては定期的に実施状況を把握し、実施率が目標値等と比較して低調である場合は、未受診者対策等の措置を講じる必要がある。

なお、特定健康診査等実施計画にて保険者が定めた実施率の目標値を予めシステムに登録しておくことにより、達成状況等の管理を行うことができる（第5章「集計・分析業務」参照）。

(B) 受診状況の把握方法

ア) 受診者数の把握

特定健康診査・特定保健指導の月別の実施状況は、本システムより出力される「特定健診・特定保健指導進捗・実績管理表」（図表1-64）によって把握・管理することができる。

本帳票では以下に示す数値の月別の推移を把握することができ、特定健診未受診者や特定保健指導未利用者、中断者等に対する対策を立てる上で参考となるほか、翌年度以降の特定健診受診・特定保健指導の平準化対策等を検討する上でも役立てることができる。

図表 1-63：「特定健診・特定保健指導進捗・実績管理表」によって把握できる数値

項番	内容
1	特定健康診査の対象者の期間中の資格喪失や対象者からの除外及び健診の実施状況
2	特定保健指導対象者の保健指導の実施状況（初回面接終了者、途中脱落者、終了者の状況等）

保険者番号	保険者名

特定健診・特定保健指導進捗・実績管理表
(平成XX年度法定報告分)

図表 1-64：特定健診・特定保健指導進捗・実績管理表

対象者	当年度実績	前年度繰越	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
特定健診対象者数	(人)													
資格喪失者数	(人)													
除外対象者数	(人)													
特定健診対象者数	(人)													
健診受診者数(資格喪失者・除外対象者を含む) ※他の健診結果受取を含む	(人)													
内 評価対象者数	(人)													
内 情報提供対象者数(保健指導対象者を除く)	(人)													
内 服薬者数	(人)													
内 特定保健指導(郵便付支援レベル)対象者数	(人)													
内 特定保健指導(積極的支援レベル)対象者数	(人)													
内 特定健診変更診者数(特定健診受診率)	(人) (%)													

次ページへ続く

TKAC020

特定健診・特定保健指導進捗・実績管理表
(平成XX年度法定報告分)

Z29 / Z29 頁
平成XX年XX月XX日 作成

保険者番号	保険者名

特定保健指導 積極的支援レベル	当年度 実績	前年度 繰越	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	
機 機 付 け 支 援 レ ベ ル	特定保健指導（動機付け支援レベル） 対象者数 (人)																					
	内 初回面談終了者数 （動機付け支援利用者数） (人)																					
	内 途中脱落者数 (人)																					
機 機 付 け 支 援 レ ベ ル	内 動機付け支援終了者数 （動機付け支援終了率） (%)																					
	特定保健指導（積極的支援レベル） 対象者数 (人)																					
	内 初回面談終了者数 （積極的支援利用者数） (人)																					
機 機 付 け 支 援 レ ベ ル	内 途中脱落者数 (人)																					
	内 積極的支援終了者数 (人)																					
	内 初回面談終了者数 （動機付け支援相当利用者数） (人)																					
機 機 付 け 支 援 レ ベ ル	内 途中脱落者数 (人)																					
	内 動機付け支援相当 終了者数 (人)																					
	内 初回面談終了者数 （モデル実施利用者数） (人)																					
機 機 付 け 支 援 レ ベ ル	内 途中脱落者数 (人)																					
	内 モデル実施終了者数 (人)																					
	初回面談終了者数 （積極的支援レベル利用者数） (人)																					
機 機 付 け 支 援 レ ベ ル	途中脱落者数 （積極的支援レベル途中脱落者数） (人)																					
	積極的支援レベル終了者数 （積極的支援レベル終了率） (%)																					
	特定保健指導終了者数（合計） （特定保健指導終了率） (%)																					

図表 1-65：特定健診・特定保健指導進捗・実績管理表（解説）

TKAC020

特定健診・特定保健指導進捗・実績管理表
（平成XX年度法定報告分）

平成XX年XX月XX日 作成
Z79 / Z79頁

保険番号	保険者名		「前年度繰越」+「各月の件数」											
	当年度実績	前年度実績	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
対象者	特定健康診査対象者数	A (人)	年度末年齢が40～75歳、処理月まで資格がある者											
	資格喪失者数	B (人)	年度末年齢が40～75歳、処理月までに資格喪失した者（資格喪失年月日の月に集計）（単月）											
	除外対象者数	C (人)	年度末年齢が40～75歳、処理月までに除外の者（除外年月日の月に集計）（単月）											
特定健康診査	健診受診者数（資格喪失者、除外対象者含む） ※他の健康診査受診含む	D (人)	年度末年齢が40～75歳、4/1時点加入者で対象年度の受診券で特定健診を受診した者（異動・除外者含む）（単月） ※4/1時点加入者で対象年度の受診券で特定健診を受診している者のみ											
	内 評価対象者数	E (人)	「A. 特定健康診査対象者数」で対象年度の受診券で特定健康診査を受診した者のうち、評価対象者として法定報告可能な者（単月）※報告区分が10（特定健診受診者）、20（評価対象者のみ）											
	内 情報提供対象者数 （保健指導対象者を除く）	F (人)	「E. 評価対象者数」のうち、情報提供（保健指導レベルが3（情報提供）又は4（服薬中）となった者（単月）											
	内 服薬者数	G (人)	「E. 評価対象者数」のうち、服薬のため情報提供（保健指導レベルが4（服薬中））の者（単月）											
	内 特定保健指導 （積極的支援レベル）対象者数	H (人)	「E. 評価対象者数」のうち、動機付け支援（保健指導レベルが2（動機付け支援））の者（単月）											
	内 特定保健指導 （積極的支援レベル）対象者数	I (人)	「E. 評価対象者数」のうち、積極的支援（保健指導レベルが1（動機付け支援））の者（単月）											
	内 特定健康診査受診者数 （特定健康診査受診率）	J (人) (0.0)	上段：「E. 評価対象者数」のうち、検査項目に欠損がない者（単月） 下段：「J. 特定健康診査受診者数（当年度実績）」÷「A. 特定健康診査対象者数（当年度実績）」×100（小数点第二位を四捨五入）											

集計対象者が存在しない場合は、処理月までは0を編集し、翌月以降は設定（空白）とする

対象年度以前から除外の場合、前年度繰越欄に集計

年度末年齢が75歳の者を含む

健診実施年月日の月に単月集計

集計月の範囲外の健診実施日は紙票CSVファイルの「欄外」に出力し、紙票上には集計しない

年度末年齢が40歳～74歳

各月の件数は対象年度の受診券で実施した健診結果が集計対象

次ページへ続く

特定健診・特定保健指導進捗・実績管理表
(平成XX年度法定報告分)

Z29 / Z29頁
平成XX年XX月XX日 作成

各月の件数は対象年度の利用券
で実施した指導が集計対象
初回面接年月の月に単月集計

前年度法定報告未報告で当年度
に実施した者の数
(前年度以前の利用券で実施した
保健指導で繰越元年度の年度末
年齢が40歳~74歳が対象)

保険者名	
保険番号	

実施年度	前年度実績	当年度実績	T	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月		
				「H. 内 特定保健指導(動機付け支援)対象者数(当該年度実績)」と同値																				
特定保健指導 (動機付け支援レベル)	K (人)																							
	L (人)	0																						
	M (人)	0																						
	N (%)	(0.0)																						
	O (人)	0																						
	P (人)	0																						
	Q (人)	0																						
	R (人)	0																						
	S (人)	0																						
	T (人)	0																						
U (人)	0																							
V (人)	0																							
W (人)	0																							
X (人)	0																							
Y (人)	0																							
Z (人)	0																							
a (人)	(0.0)																							
b (人)	(0.0)																							

イ) 受診者の把握

保険者全体としての実施状況は、「特定健診・特定保健指導進捗・実績管理表」(図表 1-64)によって把握することができるが、さらに対象者の状況を個別に把握したい場合は、「特定健診受診者リスト」から確認することができる。

図表 1-66：特定健診受診者リスト出力項目

出力項目		内容
保険者名		
実施年月日		元号と年月日
被保険者証記号番号		被保険者証記号と番号
受診券整理番号		
氏名		カナ表示
性別		
生年月日		元号と年月日
年齢		
行政区・地区		
電話番号		登録がある場合に表示
詳細健診実施有無		
受診勧奨対象者		
判定結果	結果 A	メタボリックシンドローム判定結果
	結果 B	階層化判定結果※1
服薬有無		
受診日		元号と年月日
健診機関番号		

※1 階層化判定結果は、0:判定不能、1:積極的支援、1*:動機付け支援相当、2:動機付け支援、3:情報提供、4:服薬のため情報提供、が表示される。

「特定健診受診者リスト」は、対象者全員だけではなく、「特定健診受診者抽出条件登録」画面にて、抽出条件（実施年月日もしくは優先表示順位）を設定し、条件に該当する者だけを表示、もしくはCSV形式で出力することができる。

図表 1-67：特定健診受診者抽出条件と優先表示順位

抽出条件	内容
実施年月日 (抽出条件設定)	実施期間を指定できるが、始めの年月日のみ必須であり、終わりの年月日を入力しないと、出力時点までに処理が終了した者がすべて表示される。
優先表示 (表示順設定)	「階層化判定結果優先」、「詳細健診実施者優先」のいずれかを選択する。階層化判定結果優先を選択した場合は、4：服薬のため情報提供、3：情報提供、2：動機付け支援、1：積極的支援（1*：動機付け支援相当）、0：判定不能、の順に出力される。

また、図表 1-67 の条件で抽出した「特定健診受診者リスト」を、オンライン画面で表示し(図表 1-68)、閲覧したい被保険者の「選択」ボタンを押下すると、「被保険者記録照会」画面に遷移し、個別の対象者の結果等が参照できる。

図表 1-68 : 特定健診受診者リスト画面

共同処理

特定健診データ管理システム

〇〇〇〇国民健康保険団体連合会:連合会システム管理室

メニュー | 閉じる

特定健診受診者リスト(GKAC080)

選択してください。

保険者名	保険者A
実施年月日	平成28年04月01日～平成30年12月31日分

対象件数 1765件 先頭 前 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 次 最後

通番	被保険者登録番号		氏名		行政区・地区	電話番号	住所別 異居有無	受療勧奨 対象者	判定		受診日 健診機関番号		
	記号	被保険者00230	通称名	漢字					性別	生年月日			年齢
1	記号	被保険者00230	通称名	漢字	一		129-456-7890	有	○	1	4	H30.04.10	選択
	1800000000		男	54.05.01	58							1234567890	
2	記号	被保険者00231	通称名	漢字	一		129-456-7890	有	○	1	4	H30.05.10	選択
	1800000001		男	54.05.01	58							1234567890	
3	記号	被保険者00232	通称名	漢字	一		129-456-7890	有	○	1	4	H30.06.10	選択
	1800000002		男	54.05.01	58							1234567890	
4	記号	被保険者00233	通称名	漢字	一		129-456-7890	有	○	1	4	H30.07.10	選択
	1800000003		男	54.05.01	58							1234567890	
5	記号	被保険者00234	通称名	漢字	一		129-456-7890	有	○	1*	4	H30.08.10	選択
	1800000004		男	54.05.01	58							1234567890	
6	記号	被保険者00235	通称名	漢字	一		129-456-7890	有	○	1	4	H30.09.10	選択
	1800000005		男	54.05.01	58							1234567890	
7	記号	被保険者00236	通称名	漢字	一		129-456-7890	有	○	1	4	H30.10.10	選択
	1800000006		男	54.05.01	58							1234567890	
8	記号	被保険者00237	通称名	漢字	一		129-456-7890	有	○	1	4	H30.11.10	選択
	1800000007		男	54.05.01	58							1234567890	
9	記号	被保険者00238	通称名	漢字	一		129-456-7890	有	○	1	4	H30.12.10	選択
	1800000008		男	54.05.01	58							1234567890	
10	記号	被保険者00001	通称名	漢字	一		129-456-7890	有	○	3	3	H30.07.07	選択
	1800000009		男	54.02.07	58							1234567890	

対象件数 1765件 先頭 前 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 次 最後

※1 判定結果A(メタボリックシンドローム): 1. 基準該当, 2. 予備群該当, 3. 非該当, 4. 判定不能
 ※2 判定結果B(階層化): 0. 判定不能, 1. 積極的支援(1*: 動機付け支援相当), 2. 動機付け支援, 3. 情報提供, 4. 服薬のため情報提供

戻る

ウ) 受診者リストの活用方法

特定健診受診者リストは、健診結果に基づき受診勧奨判定値に達した者に対する医療機関への受療勧奨にも活用が可能である。リストでは、健診結果のうち1項目でも検査値が受診勧奨判定値(図表 1-80)に達している場合は「受診勧奨対象者」欄に○印が表示され、これを参考に受療勧奨を実施することができる(詳細な検査項目・検査値等は「被保険者記録照会」画面から確認できる)。

また、「判定結果 B (階層化)」欄に「動機付け支援相当の区分(1*)」(階層化判定では積極的支援だが、前年度の特定保健指導を終了し、健診結果が改善している場合)を表示しているため、動機付け支援相当の特定保健指導利用券を出力する際の参考になる。

(C) 受診結果の活用方法

実施年度中における健診の受診結果については、年度終了後、本システムの保険者別集計機能を活用することによって自動的に集計し、出力することが可能である（第5章「集計・分析業務」参照）。

また、実施年度途中で受診した者の健診結果や質問票の情報を複数まとめて閲覧したり、リストとして作成する場合は、「特定健診等情報作成」処理により受診券情報、利用券情報、健診結果情報、その他の健診情報、保健指導情報、除外情報、報告対象外者情報、服薬再確認対象者情報リストをCSV形式で出力することが可能である。

これらの情報の活用方法としては、以下のようなものが考えられる。

図表 1-69：特定健診等情報の活用方法

活用方法	内容
受診勧奨者への受療勧奨	健診の個別の検査値から、「〇〇の値が〇〇に達しているので、医療機関での受診をお勧めします」といった的を絞った受療勧奨に用いることができる。
情報提供の資料の選定	実際の健診の検査値から、対象者の状況に応じた情報提供の資料を用意する場合に参考とすることができる。
健診結果等の独自集計	健診結果等について、システムでは対応していない集計を行う場合や地域別の集計を行う場合等、CSVファイルを用いて独自に集計を行うことが可能。なお、検査結果等の並べ替えを行い、特定保健指導の優先順位付けの参考とすることもできる。
生活機能評価結果を活用した介護予防（二次予防事業）対象者の抽出	65歳以上の被保険者で生活機能評価を同時実施した場合は、当該結果を活用し、介護予防（二次予防事業）の対象者を抽出することができる（保険者と国保連合会の間でデータの電子的管理の業務委託を受けている場合のみ表示）。

なお、健診結果等の情報をCSV形式で出力する方法を以下で解説する。

ア) 特定健診結果の抽出条件の設定

「特定健診結果等抽出条件登録」画面において、特定健診結果の抽出条件を設定することで、健診結果等の情報出力の設定をすることができる。ここで設定できるのは、1：受診券情報、2：利用券情報、3：健診結果情報、4：その他の健診情報、5：保健指導情報、6：除外情報、7：報告対象外者情報、8：服薬再確認対象者情報、9：全健診・保健指導結果情報、10：セット券情報、11：保健指導情報(初回分割実施)である（図表 1-70）。なお、抽出条件は99件まで作成でき、新規に登録できるほか、既に登録した内容の参照や変更ができる。

また、市町村合併や区間異動があった場合は、過去に健診等を実施した保険者と現在加入している保険者のいずれでも結果情報の出力が可能である。

図表 1-70 : 特定健診結果等抽出条件登録画面

特定健診結果等抽出条件登録(GKAC121)

保険者名

処理予定日、処理条件を入力してください。

処理番号

処理予定日

処理条件名

共通抽出条件を入力してください。

共通抽出条件

処理年度	<input type="text" value="年度 (入力必須項目)"/>
<input type="checkbox"/> 年齢	<input type="text" value="歳"/> 歳 ~ <input type="text" value="歳"/> 歳 範囲を指定しない場合は、年齢(終了)を省略できます
<input type="checkbox"/> 誕生月	<input type="text" value="月"/> 月 ~ <input type="text" value="月"/> 月 範囲を指定しない場合は、誕生月(終了)を省略できます
<input type="checkbox"/> 性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
<input type="checkbox"/> 地区	<input type="text" value="検索"/>
<input type="checkbox"/> 4月1日現在資格保有	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

詳細抽出条件を入力してください。

詳細抽出条件

選択	抽出区分	詳細抽出条件
<input checked="" type="radio"/>	受診者情報	<input type="checkbox"/> 発行済 <input type="checkbox"/> 未発行
<input checked="" type="radio"/>	セット者情報	<input type="checkbox"/> 発行済 <input type="checkbox"/> 未発行
<input checked="" type="radio"/>	利用者情報	<input type="checkbox"/> 発行済 <input type="checkbox"/> 未発行
<input checked="" type="radio"/>	健診結果情報 (質問票情報含む)	<input type="checkbox"/> 詳細指定 <input type="checkbox"/> 全数 実施月 <input type="text" value="月"/> 月 ~ <input type="text" value="月"/> 月 範囲を指定しない場合は、実施月(終了)を省略できます リスク数 >= <input type="text" value="値"/> 値 <input type="checkbox"/> 保健指導判定値以上 <input type="checkbox"/> 腹囲 <input type="checkbox"/> BMR <input type="checkbox"/> 血糖 <input type="checkbox"/> 脂質 <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 肝臓値 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> eGFR <input type="checkbox"/> 受診回数判定値以上 <input type="checkbox"/> 血糖 <input type="checkbox"/> 脂質 <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 肝臓値 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> eGFR 詳細検索実施 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 喫煙 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 飲酒 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 既往歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input checked="" type="radio"/>	その他の健診情報	<input type="checkbox"/> 生活保健評価 <input type="checkbox"/> 追加項目
<input checked="" type="radio"/>	保健指導情報	<input type="checkbox"/> 詳細指定 <input type="checkbox"/> 全数 実施月 <input type="text" value="月"/> 月 ~ <input type="text" value="月"/> 月 範囲を指定しない場合は、実施月(終了)を省略できます 保健指導レベル <input type="checkbox"/> 積極的支援 <input type="checkbox"/> 助成向け支援 <input type="checkbox"/> 情報提供 <input type="checkbox"/> 服薬のための情報提供
<input checked="" type="radio"/>	保健指導情報 (7項目分割実施)	<input type="checkbox"/> 初回の未登録 初回の実施後経過日数 <input type="text" value="日"/> 日以上 <input type="checkbox"/> 初回未完了
<input checked="" type="radio"/>	除外情報 (共通抽出条件は使用できません)	<input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 妊婦者 <input type="checkbox"/> 長期入院 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他 (視察外者のみ抽出されます)
<input checked="" type="radio"/>	報告対象外者情報	<input type="checkbox"/> 層別化判定項目に欠損がある(未層別化) <input type="checkbox"/> 健診項目に欠損がある(報告対象外) <input type="checkbox"/> 特定保健指導(最低基準未満以下)
<input checked="" type="radio"/>	服薬再確認対象者情報	<input checked="" type="checkbox"/> 積極的支援で服薬再確認が登録されている者 <input checked="" type="checkbox"/> 助成向け支援で服薬再確認が登録されている者 <input checked="" type="checkbox"/> 上記以外で服薬再確認が登録されている者
<input checked="" type="radio"/>	全健診・保健指導結果情報	<input type="checkbox"/> 健診結果 <input type="checkbox"/> 特定保健指導結果

戻る

なお、特定健診結果等の抽出条件の設定にあたっては、以下のように健診受診者の属性からの条件設定が行えると同時に、詳細な条件として健診結果等に基づく設定も可能である。

図表 1-71：特定健診結果等の抽出条件

抽出条件	項目	備考
共通抽出条件	処理年度	
	年齢	
	誕生月	
	性別	
	地区	
	4月1日現在資格保有	年度途中の資格取得者について検索可能
詳細抽出条件※1 (健診結果情報)	健診実施月	
	リスク数	該当するリスク数の最低値を設定可能
	保健指導判定値以上	個別の指標ごとに保健指導判定値の到達有無を設定可能
	受診勧奨判定値以上	個別の指標ごとに受診勧奨値の到達有無を設定可能
	詳細健診実施	詳細健診の実施の有無について選択可能
	喫煙	
	服薬	
	既往歴	

※1 健診結果情報だけではなく、受診券情報、利用券情報、その他の健診情報、保健指導情報、除外情報、報告対象外者情報、服薬再確認対象者情報についても詳細な抽出条件の設定が可能。

イ) 特定健診結果等の情報の出力

「特定健診結果等情報作成」処理では、「特定健診結果等抽出条件登録」画面にて登録された抽出条件に該当する被保険者の「受診券情報」、「利用券情報」、「特定健診結果情報」、「その他健診情報」、「特定保健指導結果情報」、「除外情報」、「報告対象外者情報」、「服薬再確認対象者情報」、「全健診・保健指導結果情報」、「セット券情報」、「保健指導情報(初回分割実施)」を CSV 形式で出力することができる。

なお、外部バッチパラメータとして指定する処理番号は以下のとおり。

図表 1-72 : 特定健診結果等情報作成の処理番号

処理番号	処理内容
1	受診券情報の CSV ファイルを出力する
2	利用券情報の CSV ファイルを出力する
3	健診結果情報の CSV ファイルを出力する
4	その他の健診情報の CSV ファイルを出力する
5	特定保健指導情報の CSV ファイルを出力する
6	除外情報の CSV ファイルを出力する
7	報告対象外者情報の CSV ファイルを出力する
8	服薬再確認対象者情報の CSV ファイルを出力する
9	全健診・保健指導結果情報の CSV ファイルを出力する
10	セット券情報の CSV ファイルを出力する
11	保健指導情報(初回分割実施) の CSV ファイルを出力する
0 (省略)	省略した場合は、全てのファイルを出力する

(D) 被保険者記録の照会

健診結果については、受診者を一覧するだけでなく、「被保険者記録照会」画面において検索条件を入力し、検索された個別の被保険者の記録等を確認することや、印刷機能を用いて内容を出力することが可能である¹。この機能を用いることで、被保険者からの各種問い合わせの対応に活用することができる。

図表 1-73：記録照会のための検索条件

キー項目	具体的内容
発行年度	受診券等の発行年度（必須項目）
被保険者証記号番号、個人番号	被保険者証記号番号又は個人番号のいずれか
受診券整理番号等	特定健診受診券等の整理番号
利用券整理番号	特定保健指導利用券の整理番号
被保険者名称（カナ）	被保険者名称（カナ）を入力した場合、「生年月日」又は「性別」が必要

被保険者記録照会によって照会できる内容は以下のとおり。

図表 1-74：被保険者記録照会における照会可能事項²

画面名	確認できる内容
事務情報画面	個人データ、異動・除外履歴、受診券等情報（最新、前回）、利用券情報（最新、前回）等
健診画面	基本健診結果、詳細健診結果、メタボリックシンドローム判定結果、保健指導レベル ³ 、医師の診断（判定）、医師名、受診勧奨 等（いずれも過去5年分まで）
質問票画面	質問票の回答、服薬再確認（いずれも過去5年分まで）
保健指導画面	初回面接、中間評価、実績評価、支援内容 等（いずれも過去5年分まで）
追加健診画面	追加健診の結果（生化学検査、尿検査、血液像検査、生理学検査、がん検診 等）（いずれも過去5年分まで）※国保連合会がデータの電子的管理の業務委託を受けている場合のみ表示
生活機能評価	生活機能検査（身体測定、診察、生体、医師の判断 等）、生活機能チェック（基本チェック25項目）（いずれも過去5年分まで）
レセプト画面	※非表示（選択不可）

なお、追加健診分については、予め保険者と国保連合会との間でデータ管理委託の範囲や個人情報保護等について確認をしておくことが望ましい。

¹ 被保険者記録は健診についてだけでなく、保健指導についても同様の操作で照会が可能である。

² 後期高齢者の場合、利用券情報欄、腹囲欄、内臓脂肪面積欄、メタボリックシンドローム判定欄、保健指導レベル欄は非表示となる。

³ 表示される保健指導レベルは実施機関より送付される内容であり、システムによる判定値ではない。

1.2.7 健診結果の通知

(1) 健診結果の通知と情報提供

(A) 健診結果の通知の方法

特定健康診査の結果は、受診した被保険者本人に対して通知し、自らの健康状態を認識していただく必要があるため、保険者は結果通知表として書面で交付をすることが求められる。

国保連合会へ費用決済を委託している場合は、健診実施後、健診結果がシステムに登録され結果通知表として出力されるまでに一定の時間を要するため、被保険者本人に対する特定保健指導への参加の意識付けが弱くなってしまう可能性がある。この場合、保険者から結果通知表を送付する以外に実施機関から直接本人に結果を通知する等の対応が必要と考えられる。

両者のメリット、デメリットは以下のとおり。

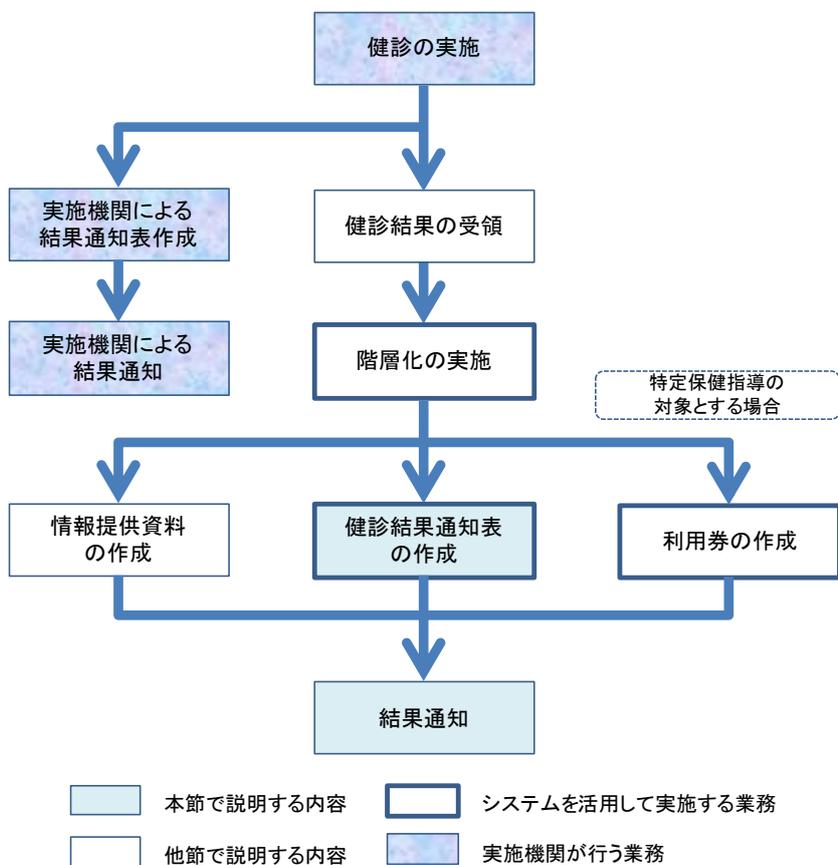
図表 1-75：特定健診結果の通知方法のパターン

	具体的対策	メリット	デメリット
保険者からの通知	郵送	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導の要否についても同時に通知可能。 ・複数の実施機関で実施している場合でも保険者統一の様式で通知が可能。 ・過去のデータの蓄積を反映した結果通知表の作成が可能。 	_____
	直接配付	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導の要否についても同時に通知可能。 ・特定保健指導の意識付けがしやすい。 ・過去のデータの蓄積を反映した結果通知表の作成が可能。 	面接形式等をとらなければならない、人手と時間を要する。
実施機関からの通知	郵送	対象者に健診受診後、比較的早く結果通知が可能。	<ul style="list-style-type: none"> ・健診結果に対する質問等についての回答ができない。 ・実施機関が対象者の住所情報を把握しなければならない。 ・保健指導の要否は別途保険者から通知する必要がある。 ・受診者が経年的に同一機関で受診していない場合は、過去のデータの反映が難しい。
	直接配付	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者に健診受診後、比較的早く結果通知が可能。 ・対象者からの質問に直接答えることができる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者が再度実施機関に出向かなければならない。 ・保健指導の要否は別途保険者から通知する必要がある。 ・受診者が経年的に同一機関で受診していない場合は、過去のデータの反映が難しい。

なお、市町村国保における標準的な契約書例（第4章「マスタ管理業務」図表 4-24 参照）では、健診終了後は速やかに、実施機関又は医師会等のとりまとめ機関が結果通知表を作成

し、受診者に通知するものとしている。

図表 1-76 : 実施機関から通知を行う際の流れ



(B) システムを活用した健診結果通知表の作成

本システムより出力される特定健康診査受診結果通知表を図表 1-77～78 に示す。

図表 1-77：特定健康診査受診結果通知表（1）¹

特定健康診査受診結果通知表

フリガナ				
氏名				
生年月日	年 月 日	健診年月日	年 月 日	
性別	年齢 *1	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				

項 目	基 準 値	今 回			前々回
		今 回	前 回	前々回	
身 体 測 定					
身 長 (cm)	—				
体 重 (kg)	—				
腹 囲 (cm)					
内 臓 脂 肪 面 積 (cm ²)					
B 値					
収 縮 期 血 圧 (mmHg)					
拡 張 期 血 圧 (mmHg)					
中 性 脂 肪 (mg/dl)					
HDL-コレステロール (mg/dl)					
LDL-コレステロール*2 (mg/dl)					
non-HDLコレステロール*2 (mg/dl)					
肝 機 能 検 査					
G O T (IU/l)					
G P T (IU/l)					
γ-GTP (IU/l)					
空 腹 時 血 糖 (mg/dl)					
HbA1c (NGSP値) (%)					
HbA1c (JDS値) (%)					
随 時 血 糖 (mg/dl)					
糖 質					
尿 検 査					
糖					
蛋 白					

*1 表示年齢は、当該年度末年齢
*2 LDLコレステロールについては、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

- 1 [階層化基準値 < 受診勧奨値の場合]
 黄色の網掛け：階層化基準値 ≤ 測定値 < 受診勧奨値 橙色の網掛け：受診勧奨値 ≤ 測定値
 [階層化基準値 > 受診勧奨値の場合]
 黄色の網掛け：階層化基準値 ≥ 測定値 > 受診勧奨値 橙色の網掛け：受診勧奨値 ≥ 測定値

図表 1-78：特定健康診査受診結果通知表（2）²

項 目	基 準 値	今 回			前々回
		今 回	前 回	前々回	
貧血検査					
赤血球数 (万/mm ³)					
血色素量 (g/dl)					
ヘマトクリット値 (%)					
血清クレアチニン値 (mg/dl)	—				
eGFR (ml/min/1.73m ²)					
心電図検査					
所 見					
眼底検査					
所 見					
メタボリックシンドローム判定					
医師の判断					
判断した医師の氏名					

〒

² 本システムにおける、赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値の基準値は「老人保健法による健康診査マニュアル 第2版」（老人保健研究会 編）を参考とした。

この通知表は、保険者が希望する場合¹に、「受診勧奨者・詳細健診受診者判定処理」及び「特定健康診査受診結果通知表作成」処理を行うことで作成される。

「受診勧奨者・詳細健診受診者判定処理」は、特定健診結果から受診勧奨者、詳細健診実施者等の判定を行い、システムへ登録する処理であり、システムにて結果通知表を作成する保険者は、処理の実施タイミングについて把握しておく必要がある。

なお、一定の条件が同じ者の特定健康診査等の結果については、前述の「特定健診結果等抽出条件設定」処理を行い、CSV形式のリストを出力することができる。

(C) 健診結果通知との同時配付物等

健診結果の通知を行う際には、特定保健指導対象か否かにかかわらず、すべての健診受診者に対して、健診結果に応じた情報提供を行う必要がある。また、特定保健指導の利用を促進するために特定保健指導の利用券の配付も同時に行うことが効果的である。

図表 1-79：健診結果を通知する際の同封物の例

同封物	備考
情報提供資料	特定保健指導（動機付け支援又は積極的支援）の対象とならない者に対しては、健診結果に応じて、情報提供を行う必要がある。 検査値から資料提供をした方が良いと思われる事項がある場合は、それに応じたものを用意することも考えられる。
特定保健指導利用券	特定保健指導（動機付け支援又は積極的支援）の対象となった者に対しては、保健指導の利用券を作成し、同時配付することが可能である。 また利用券と併せて、特定保健指導の概要や実施機関に関する案内を同封することも考えられる。

¹ 保険者によっては、実施機関が用意した独自の様式を用いることもあり得るため、必ずしもシステムから出力される通知表を用いる必要はない。

(2) 受診勧奨対象者への対応

(A) 受診勧奨が必要なケース

健診の結果、検査値の中で、受診勧奨値に達している項目がありながら、医療機関を受診していない者については、受療勧奨を行う必要がある¹。

図表 1-80：健診検査項目の保健指導判定値及び受診勧奨判定値

項目名	データ基準		単位	検査方法	備考
	保健指導判定値	受診勧奨判定値			
収縮期血圧	130	140	mmHg	3:その他 2:2回目 1:1回目	平均値等、「1回目」、「2回目」以外の値の最も確かな値を記入する
拡張期血圧	85	90	mmHg	3:その他 2:2回目 1:1回目	平均値等、「1回目」、「2回目」以外の値の最も確かな値を記入する
中性脂肪	150	300	mg/dl	1:可視吸光光度法 (酵素比色法・グリセロール消去) 2:紫外吸光光度法 (酵素比色法・グリセロール消去) 3:その他	空腹時の測定を原則とした判定値 空腹時の測定を原則とした判定値
HDL コレステロール	39	34	mg/dl	1:可視吸光光度法 (直接法(非沈殿法)) 2:紫外吸光光度法 (直接法(非沈殿法)) 3:その他	
LDL コレステロール	120	140	mg/dl	1:可視吸光光度法 (直接法(非沈殿法)) 2:紫外吸光光度法 (直接法(非沈殿法)) 3:その他 4:計算法	空腹時採血を行い総コレステロール値を測定した上で、Friedewald 式を用いて算出する場合
non-HDL コレステロール	150	170	mg/dl		non-HDL コレステロール値 = 総コレステロール値 - HDL コレステロール値
空腹時血糖	100	126	mg/dl	1:電位差法 (ブドウ糖酸化酵素電極法) 2:可視吸光光度法 (ブドウ糖酸化酵素法) 3:紫外吸光光度法(ヘキソキナーゼ法、グルコキナーゼ法、ブドウ糖脱水素酵素法) 4:その他	
HbA1c(NGSP)	5.6	6.5	%	1:ラテックス凝集比濁法 (免疫学的方法) 2:HPLC (不安定分画除去 HPLC 法) 3:酸素法 4:その他	小数点以下1桁
随時血糖	100	126	mg/dl	1:電位差法 (ブドウ糖酸化酵素電極法) 2:可視吸光光度法 (ブドウ糖酸化酵素法) 3:紫外吸光光度法(ヘキソキナーゼ法、グルコキナーゼ法、ブドウ糖脱水素酵素法) 4:その他	

¹ 受診勧奨者は「特定健診受診者リスト」(図表 1-68)の受診勧奨対象者欄で確認することができる。

項目名	データ基準		単位	検査方法	備考
	保健指導判定値	受診勧奨判定値			
AST(GOT)	31	51	U/L	紫外吸光度法 (JSCC 標準化対応法) 2:その他	
ALT(GPT)	31	51	U/L	紫外吸光度法 (JSCC 標準化対応法) 2:その他	
γ-GT(γ-GTP)	51	101	U/L	可視吸光度法 (IFCC(JSCC)標準化対応法) 2:その他	
eGFR	60	45	ml/分 /1.73 m ²		男性: eGFR (ml/分/1.73 m ²) = 194 × 血清クレアチニン値 ^{-1.094} × 年齢 ^{-0.287} 女性: eGFR (ml/分/1.73 m ²) = 194 × 血清クレアチニン値 ^{-1.094} × 年齢 ^{-0.287} × 0.739 判定値未満の場合対象となる
血色素量 [ヘモグロビン値]	13.0(男性) 12.0(女性)	12.0(男性) 11.0(女性)	g/dl	自動血球算定装置	

(参考) 厚生労働省健康局「標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版)」

(B) 受療勧奨の方法

保険者が健診結果の通知を行う場合は、結果通知表を配付すると同時に受療の勧奨を行うことが考えられる。また、実施機関が結果通知を行う場合は、実施機関が直接勧奨を行うことも考えられる。

なお、受療勧奨の対象者であっても特定保健指導対象者から外すことは出来ないため、システム上でも利用券発行対象から除外することはできない。受療勧奨の対象者を除外する場合は、健診結果情報から対象者を抽出し、作成した利用券と突合する方法等が考えられる。なお、対象者を除外した場合には、利用券発行状況登録にて発送停止の登録を行う必要がある。

1.2.8 特定健康診査を直営で実施する場合の留意点

特定健康診査を保険者が直営（市町村の国民健康保険担当部署が直接実施、もしくは市町村の衛生部門に執行委任）で実施する場合は、システムによる費用決済等は必要ない。

しかしながら、受診券等・利用券の発行、結果の管理、各種統計資料の作成機能等については、本システムを活用することができる。

以下で、直営にて特定健康診査を実施する場合の留意点について述べる。

(1) 各種マスタ（台帳）情報の登録

特定健康診査等の実施にあたっては、まず実施機関を健診等機関マスタに登録しなければならない。なお、本システムでは受診状況等を事業所単位で集計する機能もあるため、直営でも複数の施設で実施する場合等については、登録の単位を検討する必要がある。

(2) 受診券等の発行

比較的小規模な保険者で、直営にて特定健康診査を実施する場合は、広報等で周知を行い、受診券等の発行を行わないことも考えられる。

この場合、健診の受付において被保険者証の提示や「被保険者マスタ」の情報等により、資格確認等を行うことも可能である。また、受診券発行機能を活用し、受診券等の印刷は行わないものの、受診券発行者リストを作成し、そのリストによって受診確認を行うことも考えられる。

(3) 健診等の結果の登録

直営で特定健康診査を実施した場合やシステムによる費用決済を伴わない場合に健診結果の登録を行う方法として、図表 1-81 のようなものがある。

図表 1-81：健診結果の登録方法

登録方法	内容
健診結果のみをファイルで登録する	「特定健診等データ簡易入力シート」に健診結果を入力し、健診結果データ（CSV）を作成後、システムにファイルをアップロードする。 又は、健診結果 XML 作成ソフト※1 を用い、健診結果データ（XML）を作成後、システムにファイルをアップロードする。
健診結果をオンライン登録する	健診受診者が少数の場合、オンライン画面から 1 件毎登録が可能である。

※1 代表的なものに、国立保健医療科学院のフリーソフト（<https://kenshin-db.niph.go.jp/soft/>）があるが、使用するソフトの指定はしていない。

(4) 階層化と結果通知

直営で特定健康診査を実施する場合、健診結果の電子化からシステムへの登録、階層化の実施までに時間を要し、結果通知までにタイムラグが生じる。そのため、保険者にて健診結果を電子データ等で管理している場合は、保険者独自で階層化を行い、先行して特定保健指導の対象者の絞り込みを行うことも考えられる。

また、結果通知表についても独自の様式で作成したり、結果をオンライン登録し即時印刷したりすることで、迅速に対応することが可能である。

1.2.9 セット券を使用した特定健康診査の留意点

セット券（平成 30 年度実施分から発行可能）で健診を実施した場合、以下のような留意点がある。

図表 1-82：セット券で健診を実施する際の留意点

状態	留意点
健診当日に特定保健指導を実施する場合※1	健診の結果に「初回面接実施有無（JLAC10：9N80700000000011）結果値 1」を登録すること
特定保健指導対象者に該当するが、健診当日に特定保健指導を実施できなかった場合	健診の結果に「初回面接実施有無」を登録しない。健診結果が揃った後、通常通り保険者にて優先順位付けし、利用券を発行する
特定保健指導対象者に該当しない場合	健診の結果に「初回面接実施有無」を登録しない

※1 健診結果が全て揃わない場合においても、腹囲と血圧、問診の喫煙、服薬の結果から、支援区分の確定を待たずに特定保健指導対象と判明する場合は同時実施可能。（第 2 章「特定保健指導業務」2.2.1(2)参照）

1.2.10 「情報提供の方法」の登録

平成 30 年度から特定健康診査の実績報告に「情報提供の方法」が新たに追加される。健診の結果等をどのような方法を用いて健診受診者に伝えたかを図表 1-83 に示すコードで登録する。

情報提供の方法は、健診等機関にて実施、保険者にて実施、あるいは両方にて登録する場合が考えられる。

費用決済を伴う健診結果登録を行った場合においても、共同処理の特定健診結果登録修正にて保険者が本項目の結果を追加登録できる。

図表 1-83 : 情報提供の方法のコード値

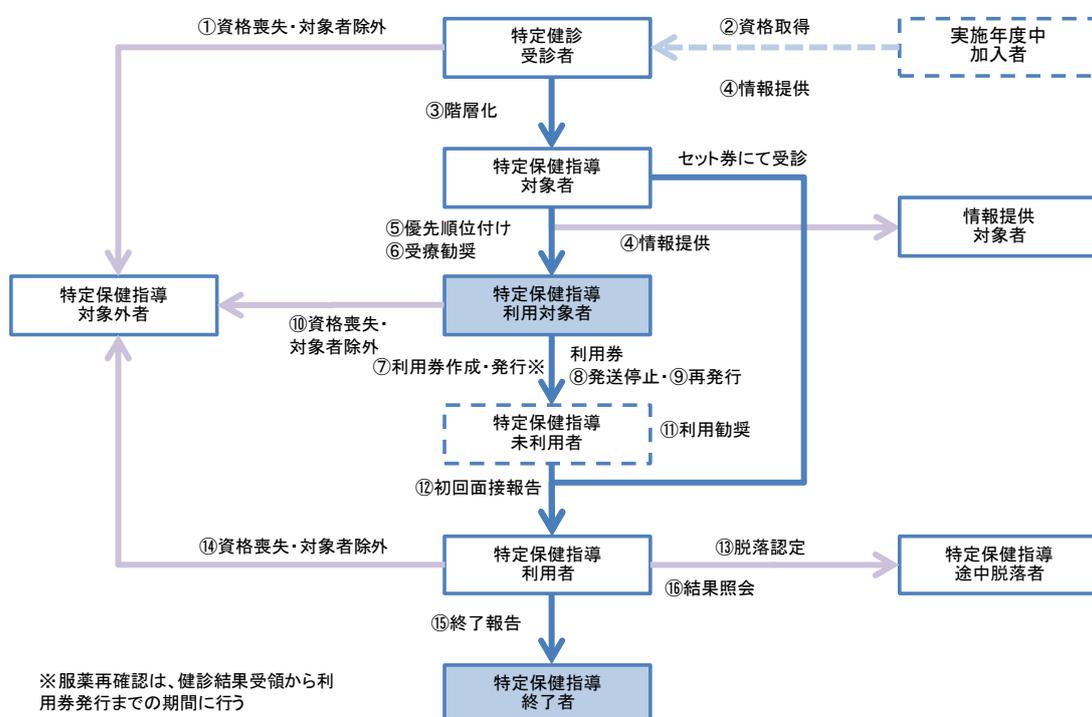
コード	内容
1 : 付加価値の高い情報提供	本人に分かりやすく付加価値の高い健診結果の情報提供（個別に提供） ・経年データのグラフやレーダーチャート等 ・個別性の高い情報（本人の疾患リスク、検査値の意味） ・生活習慣改善等のアドバイス
2 : 専門職による対面説明	専門職による対面での健診結果説明の実施
3 : 1 と 2 両方とも実施	

第2章 特定保健指導業務

2.1 業務全体概要

保険者は、特定健康診査の結果に基づき階層化を行い、特定保健指導の対象となった者に対して利用勧奨等を行うことにより、特定保健指導の終了へと確実に結び付けていかなければならない。特定保健指導に関する業務の主な流れを以下に示す。

図表 2-1：特定保健指導業務と対象者の状態遷移



なお、図表 2-1 の流れに対応する特定健診等データ管理システムの機能は図表 2-2 のとおり。

図表 2-2：特定保健指導業務に対応したシステムの機能

業務処理		システム処理		
状態	業務処理	システム業務名称	機能名称	処理方法※1
特定健診受診者	① 資格喪失・対象者除外	除外者登録	特定健診除外対象者登録	オンライン
			特定健診除外対象者登録	バッチ
		被保険者マスタ更新	—	—
実施年度中加入者	② 資格取得	被保険者マスタ更新	—	—
特定健診受診者	③ 階層化	階層化	特定保健指導対象者抽出	バッチ
			特定保健指導対象者リスト	バッチ
	④ 情報提供		—	—
特定保健指導対象者	— 特定保健指導対象者抽出	動機付け支援相当対象者選定	特定保健指導対象者リスト	—
	⑤ 優先順位付け	優先順位付け	優先順位付け基準設定	オンライン
	— 服薬再確認※2	服薬再確認	服薬再確認情報登録	オンライン
			服薬再確認情報登録	バッチ
	⑥ 受療勧奨		特定健診受診者抽出条件登録	オンライン
			特定健診受診者リスト表示	オンライン
			特定健診受診者CSVダウンロード	オンライン
④ 情報提供		—	—	
特定保健指導利用対象者	⑦ 利用券作成・発行	利用券発行	利用券内容登録	オンライン
			動機付け支援相当利用券発行※3	オンライン
			利用券作成	バッチ
			利用券発行	オンライン
			利用券発行データ登録	バッチ
			利用券発行者リスト	バッチ
			利用券発行者総括表作成	バッチ
	⑧ 利用券発送停止	発送停止	利用券状況登録	オンライン
	⑨ 利用券再発行	利用券再発行	利用券再発行	オンライン
			利用券再発行者リスト作成	バッチ
⑩ 資格喪失・対象者除外	除外者登録	特定健診除外対象者登録	オンライン	
		特定健診除外対象者登録	バッチ	
		被保険者マスタ更新	—	—

業務処理		システム処理		
状態	業務処理	システム業務名称	機能名称	処理方法※1
特定保健指導 未利用者	⑪ 利用勧奨	特定保健指導利用者 リスト	特定保健指導利用者リスト 作成	オンライン
		利用勧奨状況登録	利用券状況登録	オンライン
特定保健指導 未利用者	⑫ 初回面接報告		特定保健指導結果登録修 正	オンライン
			特定保健指導利用者リスト 作成	バッチ
			特定保健指導計画・実施 報告書作成	バッチ
特定保健指導 利用者	⑬ 脱落認定		特定保健指導利用者リスト 作成	オンライン
		中断状況登録	利用券状況登録	オンライン
	⑭ 資格喪失・対象 者除外	除外者登録	特定健診除外対象者登録	オンライン
		被保険者マスタ更新	特定健診除外対象者登録	バッチ
		—	—	
特定保健指導 終了者	⑮ 終了報告		特定保健指導結果登録修 正	オンライン
			特定保健指導結果データ 登録(CSV)	バッチ
			特定保健指導結果データ 登録(XML)	バッチ
			特定保健指導計画・実施 報告書作成	バッチ
—	⑯ 結果照会	保健指導結果照会	被保険者記録照会	オンライン

※1 処理方法が「バッチ」の帳票は、帳票作成の実施時期を登録することで夜間処理により作成されるため、翌日以降帳票ユーティリティ(RDE)を起動して印刷を行う。

※2 服薬再確認は、健診結果受領から利用券発行までの期間に行うこと。

※3 動機付け支援相当の対象者に対する利用券発行は、オンラインでのみ実施可能なため優先順位付け基準設定より前に行うこと。

2.2 業務処理概要

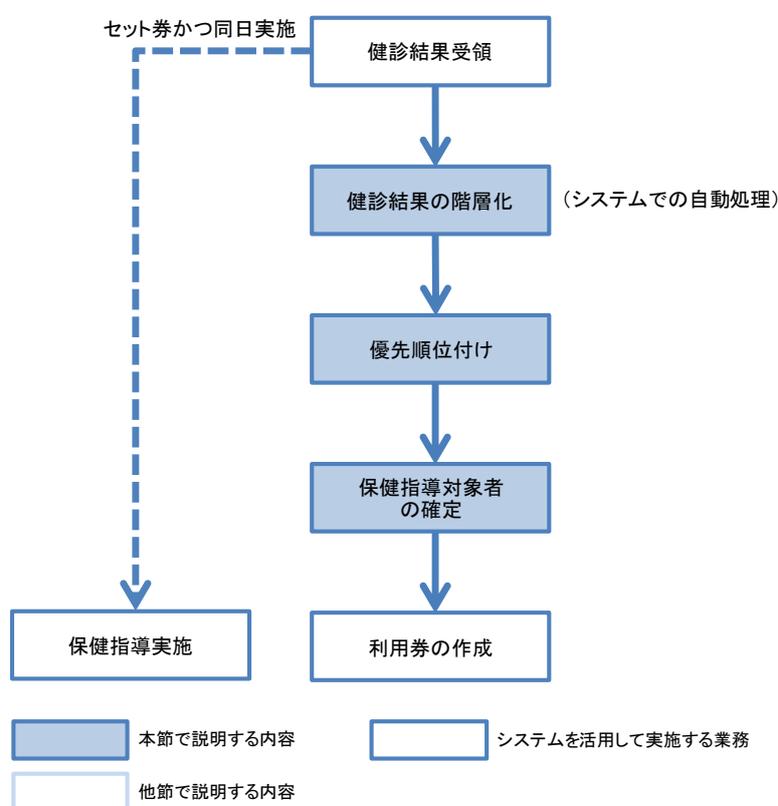
2.2.1 特定健診結果の階層化・特定保健指導対象者の確定

(1) 特定保健指導対象者の確定までの前提条件

(A) 基本的な流れ

保険者が特定健康診査の結果を受領した後¹、特定保健指導対象者の確定に至るまでの流れは以下のとおりである。

図表 2-3：階層化から特定保健指導対象者確定に至る流れ



(B) 標準的な階層化の基準

特定健康診査の結果により階層化が行われ、特定保健指導の必要性が判定される。階層化の基準は図表 2-4 のとおりであり、本システムではこの基準に基づき、「特定健診受診者リスト」や「特定健康診査結果通知表」、「階層化判定結果表」等の作成が行われる。

¹ 費用決済を伴わない健診結果や階層化後に修正を行った健診結果についても階層化の対象となる。

図表 2-4：階層化の基準

腹囲	追加リスク			対象		
	①血圧	②脂質	③血糖	④喫煙歴	40-64 歳	65-74 歳
≥85cm (男性) ≥90cm (女性) (内臓脂肪の面積の測定がある場合には、内臓脂肪の面積が 100 cm ² 以上)	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 BMI ≥25	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						

※受診勧奨判定値を超えている者でも服薬を行っていない場合は、特定保健指導の対象者となる。

※血圧、脂質、血糖の基準値については、次のように告示されている。

- 血圧：収縮期血圧が 130mmHg 以上又は拡張期血圧が 85mmHg 以上であること
(平成 20 年 1 月 17 日厚生労働省告示第 6 号)
- 脂質：血清トリグリセライド (中性脂肪) の量が 150mg/dl 以上又は高比重リポ蛋白コレステロール (HDL コレステロール) の量が 40mg/dl 未満であること (平成 20 年 1 月 17 日厚生労働省告示第 7 号)
- 血糖：空腹時血糖値が 100mg/dl 以上又はヘモグロビン A1c が NGSP 値 5.6%以上であること
ただし、やむを得ず食事開始時から 3.5 時間以上 10 時間未満の場合であり、ヘモグロビン A1c を測定しない場合は、随時血糖値が 100mg/dl 以上であること (平成 20 年 1 月 17 日厚生労働省告示第 8 号)

本システムでは階層化基準に従い階層化し、「動機付け支援」及び「積極的支援¹」の対象となった者のリスト (図表 2-5、2-6) を作成することができる。リストは PDF 形式と CSV 形式で出力することができる。

なお、本システムで階層化を行うためには、階層化に要する健診結果が欠損なく全て揃っている必要がある。

¹ 「動機付け支援相当」の対象者についても特定保健指導対象者リスト (積極的支援) にて確認可能。

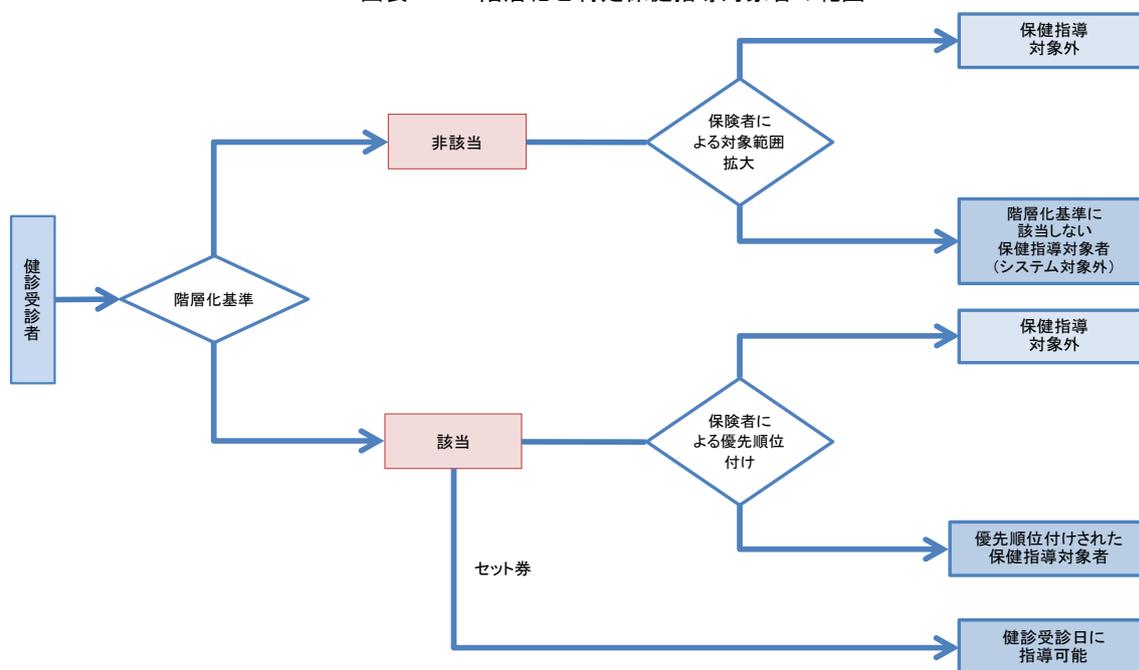
(2) 保険者による特定保健指導対象者の選定

(A) 保険者による特定保健指導対象者の選定の考え方

特定保健指導の対象者の選定は、前述の階層化基準に基づき行うこととなるが、保険者は自身で定めた目標値や予算規模に応じて、図表 2-7 のように階層化基準から対象者の範囲を広げたり、狭めたりすることも可能である。

ただし、その場合であっても国への実績報告や国庫負担（補助）の対象となるのは、階層化基準に合致した者についてのみであることに留意しなければならない。また、保険者の判断で特定保健指導の適用範囲を広げて実施した場合については、本システムへの特定保健指導結果の登録は行えるものの費用決済の対象とはならない。

図表 2-7：階層化と特定保健指導対象者の範囲



ア) 保険者による優先順位付けによる対象者の絞込み（重点化）

保険者では実施年度毎に特定保健指導の利用率がどの程度になるか推計が難しいため、優先順位付けを行わず、階層化基準により、動機付け支援、積極的支援の対象となった者全てに対して、利用券の配付を行うことも考えられる。

ただし、保険者によっては図表 2-8 のような視点に基づき、特定保健指導対象者の優先順位付けを行うことも考えられる。

図表 2-8：優先順位付けの視点

視点	内容
年齢・性別	生活習慣改善の必要性が高い若年層や男性等を優先の対象にする、保健指導利用率の高そうな高齢者層や女性を対象にする等、対象者の属性で優先順位付けする場合
地域	保健指導を地域別実践する場合
保健指導レベル	体制整備の観点から、動機付け支援もしくは積極的支援のみに重点を置いた保健指導実施体制を組む場合
特定の健診結果の値	血圧、脂質、血糖等の指標の中で、特定のリスクの高い者を優先的に対象とする場合
保健指導利用意思	質問票において「保健指導の利用意向あり」と回答した者を優先的に対象とする場合
過去の指導実績	過去に保健指導を利用したことがない者から優先的に対象とする場合等
健康状態の変化	前年度と比較して、階層化レベルが悪化した者や特定の健診結果の値が悪化した者を対象とする場合

イ) 付加的な特定保健指導の実施

保険者の判断により特定保健指導の対象者を拡大して任意に実施する特定保健指導については、本システムにおいて利用券発行や費用決済等の対象とはならない。

システムにおいて、階層化基準では特定保健指導の対象とならない者を抽出する場合には、「特定健診結果等抽出条件設定」を行い「特定健診等情報作成」処理により CSV 形式のリストを作成（第 1 章「特定健康診査業務」1.2.6(2)(C)参照）し、特定の指標でデータを並び替える等の作業を行う必要がある。

ウ) セット券を用いた健診当日の特定保健指導の初回面接実施

保険者がセット券を発行し、特定保健指導を健診の当日に行える契約を交わした健診機関で被保険者が健診を受診した場合、保険者の優先順位付けを行わずに国の基準による階層化結果に応じて特定保健指導の初回面接を当日に実施できる。

その場合、該当者の健診の結果に初回面接を実施した旨の結果内容を追加した上で、セット券整理番号を使って指導結果を保険者に報告する。

また、健診当日に階層化に必要なすべての健診結果が揃わなくとも、特定保健指導の対象と確定できる場合は初回面接を当日実施できる。ただしこの場合、健診当日には暫定的な行動計画の作成となり（初回面接①）、後日、全ての結果が出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行動計画を完成させる（初回面接②）。

この様に初回面接を分割して行った場合の初回面接①と初回面接②の間は 3 か月以内とする。3 ヶ月以上経過後に初回面接②を行った場合は初回面接を実施したとはみなされない。

¹ 腹囲、体重、血圧、問診（喫煙、服薬）の結果から特定保健指導対象と判定可能な場合

(B) 特定保健指導対象者の選定期期

特定保健指導対象者の選定期期は、保険者が設定する特定保健指導の実施時期によって異なる。

階層化基準による階層化は、本システムにデータが登録されている限り自動的に実施されるが、保険者が優先順位付けや対象者範囲の拡大を行う場合は、特定保健指導の実施時期に合わせて、予め独自に作業を行っておく必要がある。

なお、セット券を用いて健診当日に特定保健指導を実施した場合は、健診実施日に対象者を選定することとなる。

(C) 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

平成30年度から、前年度に積極的支援を実績評価まで完了し、当該年度の健診結果が改善している積極的支援の対象者に対して、「動機付け支援相当」の特定保健指導実施を可能とする（従前どおりの積極的支援を実施してもよい）。選定基準を図表2-9に示す。

動機付け支援相当の対象者は、第1章特定健康診査業務1.2.6.(2)(B)(イ)で示した「特定健診受診者リスト」や、図表2-6 特定保健指導対象者リスト（積極的支援）にて確認できる。

リストを確認し、動機付け支援相当として判断した対象者に対しては、2.2.2 特定保健指導利用券発行を参考に動機付け支援相当の特定保健指導利用券発行を行う。

なお、動機付け支援相当の利用券の発行については、「利用券発行」画面から対象者毎に発行する必要がある。

図表 2-9：動機付け支援相当該当の選定基準

前年度に積極的支援に該当し積極的支援を終了した者、
かつ、前年度の特定健診結果に比べ当年度の特定健診結果の方が改善している者

対象者の BMI	改善と認められる状態
BMI < 30	腹囲が 1.0cm 以上かつ体重が 1.0kg 以上減少している者
BMI ≥ 30	腹囲が 2.0cm 以上かつ体重が 2.0kg 以上減少している者

(D) システムによる優先順位付け（重点化）

ア) 優先順位付けの基本的流れ

保険者の判断により特定保健指導対象者の優先順位付け（重点化）を実施するためには、本システムの「特定保健指導対象者抽出」処理の終了後、「優先順位付け基準設定」画面（図表2-11）において、動機付け支援、積極的支援の対象者（＝利用券発行者）の数についてシミュレーションを行い、実際の特定保健指導対象（＝利用券の発行対象）となる者の数を確定させることになる。

事前準備として、「特定保健指導対象者抽出」処理により、階層化基準に基づき自動的に階

層化を行い、階層化結果を特定健診結果に登録すると同時に、優先順位付けを行うために必要な前年度の階層化レベル等も取得する。

次に、「優先順位付け基準設定」画面において、優先順位付けの基準（特定健康診査の検査値、リスク数、階層化結果の変化等）を設定し、対象者数の絞り込み¹と確定を行う。

優先順位付けの例として以下のようなものが考えられる。

図表 2-10：優先順位付け基準の設定例

設定例	内容
若年層に対し優先的に保健指導を実施したい場合	「優先順位付け基準設定」画面の属性で年齢別を選択し、優先的に利用させたい対象年齢層を記入する。
血糖高値者を他のリスク要因保有者よりも優先したい場合	血糖以外のリスク因子（血圧、脂質等）の基準値を階層化基準よりも高く設定する。
前年度の階層化結果よりも悪化した者のみを対象としたい場合	階層化結果の変化の欄で、「情報提供→積極的」、「情報提供→動機付け」、「動機付け→積極的」を選択する。

優先順位付けの基準を設定した後、「推計」ボタンを押すと、その時点までの特定健康診査受診者（システムに健診結果が登録された者）のうち、設定した基準により特定保健指導の対象（支援レベル別）となる者の総数の推計を確認することができる。さらに、「確認」ボタンを押すと、年齢階層別の特定保健指導対象者数が、画面下の「特定保健指導対象者数の確認（優先順位付け後）」欄に表示される。

優先順位付けの結果に問題がない場合は、「実行」ボタンを押し、特定保健指導対象者を確定させる。また再度、他の条件により推計を行い、結果を比較したい場合は、「実行」ボタンは押さず、基準値の設定からの作業を繰り返すこととなる。

¹ システムにおいては、特定保健指導対象者を階層化基準より絞り込み、対象を限定することはできるが、対象を拡大することはできない。

イ) 優先順位付けにあたっての留意事項

「優先順位付け基準設定」による優先順位付けの結果は、あくまでも特定保健指導対象者数のシミュレーションを行った時点での特定健康診査受診者が対象となるため、健診実施期間中で、以降に健診受診者数が変動する場合は、その時点での受診者数が対象者数のどの程度の割合を占めているのか、また、今後受診するであろう者の人数を見越して動機付け支援、積極的支援の対象者を確定させなければならない。

なお、「優先順位付け基準設定」は、利用券の発行条件登録の機能も兼ねている。そのため、利用券の発行を年に複数回行う場合は、発行の都度、登録を行わなければならない。その際、一度優先順位付け基準設定された者については、新たに基準が設定されることはなく、その時点で基準設定されていない者のみが特定保健指導対象者数のシミュレーション及び特定保健指導対象者の登録の対象となる。

また、優先順位付けによる重点化を行わない場合であっても、利用券を発行するためには、「優先順位付け基準設定」での「登録」ボタン押下による、利用券発行の登録をしなければならない点に注意が必要である。

なお、動機付け支援相当の該当者に利用券を発行する前に優先順位付け基準設定を完了すると、該当者には積極的支援の利用券が、当日の夜間バッチで一括出力されることとなるため注意が必要である（優先順位付け基準設定を登録した場合でも、当日の夜間バッチ実行前までに「動機付け支援相当」の利用券をオンライン処理「利用券発行」で発行することは可能）。

(E) 過誤等により健診結果に変更が生じた場合の取扱い

過誤調整が発生した際には、優先順位付けも利用券発行も行っていない場合に限り、再度階層化処理の対象とすることができる。

(3) 服薬再確認

特定保健指導対象者のより精緻な把握のため、平成 25 年度以降の特定健康診査において、質問票では「服薬なし」としていながら、後に服薬中であったことが判明した場合、特定保健指導の対象者から除外することとなった。服薬有無の再確認は、特定健康診査の結果を受領してから利用券発行までの間に保険者¹によって実施されることが想定されるが、利用券が発行され、既に特定保健指導を開始している場合は、特定保健指導を途中終了することも考えられる。

本システムでは、服薬再確認情報登録機能（図表 2-12）のオンラインでの登録及び CSV 形式でのアップロードにより、被保険者の服薬再確認情報を登録し、利用券の発行を抑止する²。

また、服薬再確認情報の登録は、健診結果の登録後であればタイミングに制限は設けていない。そのため利用券発行後に服薬再確認の情報を登録することも可能であり、この場合で

¹ 実際に服薬再確認を行うのは、医師・保健師・管理栄養士・看護師を想定している。

² バッチ処理での利用券発行においては抑止を行うが、オンライン発行については警告を出した上で発行を可能とする。

も、特定保健指導を開始していなければ特定保健指導の対象者から除外する（特定保健指導の初回面接の結果がシステムに登録されているかによって、特定保健指導を開始しているか判定を行う）¹。

なお、本システムにおける「服薬再確認」は、厚生労働省の定める「特定健診の電子的なデータ標準様式」に定める「服薬確認者」と同義である。

図表 2-12：服薬再確認情報登録画面

服薬再確認情報登録(GKAC541)

健診実施後に再確認した服薬情報の再確認者(内容)を入力し、「登録」をクリックしてください。

保険者名	IA市
被保険者証記号・番号	保01-00001
被保険者名	健診太郎
生年月日	昭和45年04月01日
性別	男
受診券整理番号	13100000251

取消	服薬再確認情報	再確認者(内容)
	服薬1(血圧)	
	服薬2(血糖)	医師が本人との面談等にて確認
	服薬3(脂質)	保健師が本人との面談等にて確認

戻る 登録

¹ 特定保健指導の初回面接の結果がシステムに登録されている場合、既に特定保健指導を開始しているものと判断し、特定保健指導対象者から除外しない。また、当該特定保健指導は国庫負担（補助）金算定の対象となる。

2.2.2 特定保健指導利用券発行

特定保健指導の実施にあたっては、多くの保険者において、利用券の発行が行われる。本節では、特定保健指導の対象者に対する利用券の発行に関わる業務について以下に示す。

(1) 利用券発行にあたっての基本的な考え方

(A) 利用券発行の目的

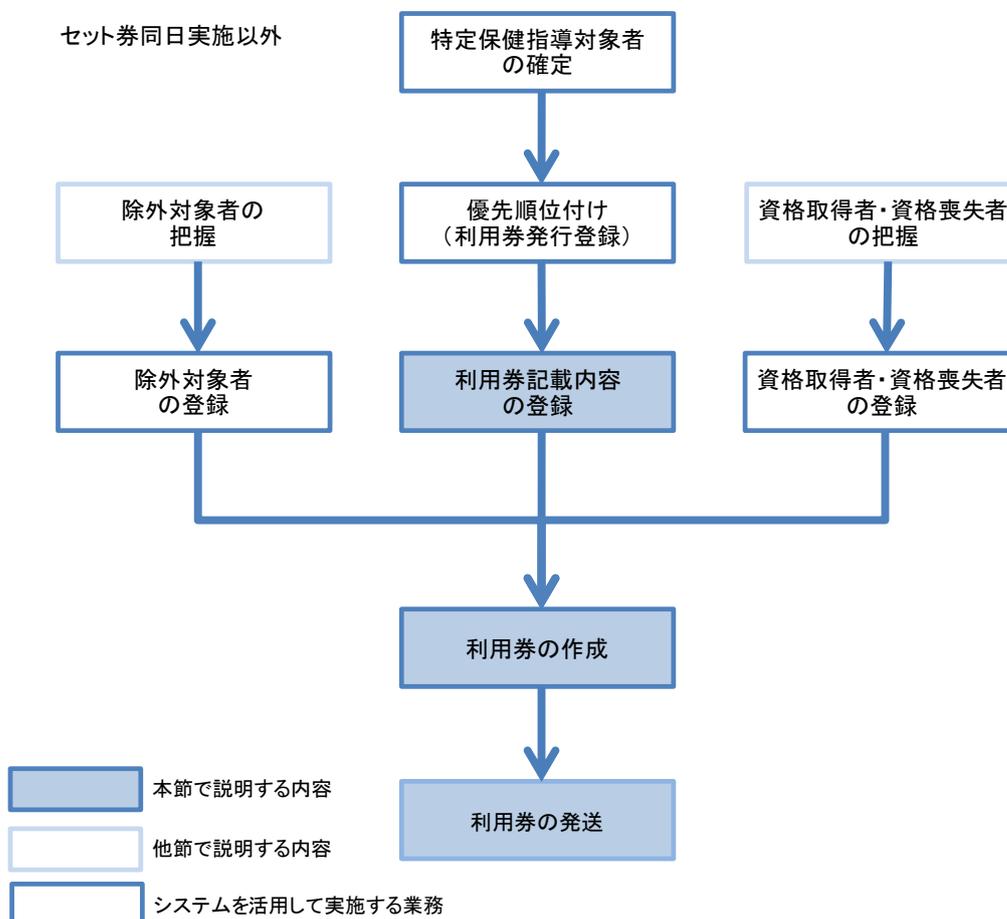
特定保健指導の利用券を発行する主な目的は以下のとおりである。

図表 2-13：利用券発行の目的

目的	内容
保健指導対象者に対する意識付け	利用券が手元に届くことにより、生活習慣改善の必要性を周知することができる。
保健指導費用・自己負担額の確認	自己負担額について、対象者、実施機関に周知することができる。
保健指導機関における利用者資格の確認	利用券を有していることで、発行保険者の被保険者であることを確認することができる。
重複利用の防止	利用券は原則 1 人 1 枚発行されるため、実施機関で利用券の提示を義務付けることにより、重複利用を避けることができる。
除外対象者の把握	利用券に除外対象者の要件を明記することにより、除外対象者の自発的な申出による把握につなげることができる。

(B) 健診受診から利用券発行に至るまでの流れ

図表 2-14：利用券発行の流れ



(C) 特定保健指導の対象者の範囲に関する考え方

特定保健指導の対象となった者であっても、年度途中の資格の喪失や除外対象者の要件に該当する場合がある。その場合の対応として、以下のように整理することができる。

図表 2-15：年度途中の異動者等への対応の考え方

	時期	基本的な考え方	備考
他の保険者からの転入（資格取得）	特定健診受診前	保険者が転入時期、健診実施期間等から総合的に判断し、健診・保健指導の受診・利用を認めることもあり得る。	実施しても当該年度の実施状況の報告数値には含まれない。
	特定健診受診後、特定保健指導利用開始前		他の保険者において、健診を受診し、その結果がある場合は、保健指導の利用を認め得る。
	特定保健指導利用開始後	保険者により保健指導プログラムが異なり、継続性が担保できないため、転入者に対する保健指導は実施しない。	
他の保険者への転出（資格喪失）	特定健診受診前	特定健診の受診券、特定保健指導の利用券発行対象から除外する。	
	特定健診受診後、特定保健指導利用開始前	特定健診の結果を被保険者本人に提供する。	
	特定保健指導利用開始後	特定保健指導の対象外とする。	
除外対象に該当	特定健診受診前	特定健診の受診券、特定保健指導の利用券の発行対象から除外する。	
	特定健診受診後、特定保健指導利用開始前	特定保健指導の利用券発行対象から除外する。	
	特定保健指導利用開始後	特定保健指導の継続が可能であれば、継続していただき、終了者としてカウントする。	利用（終了）実績があれば、除外対象者とせず、実施状況の報告数値に含む方が良い。

(D) 特定健康診査実施当日に初回面接を実施した時の利用券発行抑止

セット券を使用して特定健診当日に特定保健指導を実施した場合、健診結果に「初回面接実施」の結果も含めて報告することによって、その後の特定保健指導の結果報告をセット券整理番号で登録することができる。ただしこの場合、利用券は発行されないので注意が必要である。

(2) 利用券作成

(A) 事前処理

利用券を作成するためには、優先順位付け設定、利用券内容登録の他に以下の処理を予め実施しておく必要がある。

図表 2-16：利用券作成のための事前処理

項番	処理
1	費用決済にて、検査問診結果台帳テーブル登録（資格確認日）
2	受診勧奨者・詳細健診実施者判定処理（日次処理）
3	特定保健指導対象者抽出（日次処理）

(B) 利用券に記載する内容の登録

ア) 利用券の様式

本システムを用いて作成する利用券は図表 2-17～2-20 に示すとおりであり、用紙の大きさは、はがき大もしくは A4 サイズが選択可能である（A4 サイズの場合は三つ折にして、長 3 横の窓付き封筒に入れて送ることも可能）。

なお、特定保健指導の利用券についても特定健康診査の受診券と同様、PDF ファイルをダウンロードして直接印刷したり、CSV ファイルをダウンロードし保険者独自のフォーマットへ印刷することもできる。

イ) 利用券記載内容の登録

a) 基本情報の登録

特定保健指導の利用券を作成する際には、本システムの「利用券内容登録」画面において以下に挙げる項目を予め登録する必要がある。

図表 2-21：利用券内容登録項目

項目	内容
交付年月日	利用券を交付する日付
有効期限	利用券の有効期限として交付年月日以降の日付を設定
公印省略	公印省略設定時に「公印省略」の文言が印字される
窓口での自己負担	積極的支援、動機付け支援（動機付け支援相当）の各々について、自己負担額、自己負担率、保険者負担上限額のいずれかを設定する
備考	40文字×2行（はがき大では、20文字で折り返し）で任意の文章を記載可能

特定健康診査は、当該実施年度中に実施する必要がある。これに対し、特定保健指導は特定健康診査の結果に基づく階層化の結果によって実施するものであり、制度的に実施の期限は限定されていない。特定健康診査の実施後、年度をまたがって特定保健指導を継続することも、翌年度になってから初回面接を行い特定保健指導を開始することも可能である。

しかし特定保健指導は、健診受診者に健診結果を送付して意識付けを行い、速やかに実施されることが望ましい。このため、利用者に対し早期に初回面接を受けるよう促す目的で、有効期限を設定することが考えられる。

また、特定保健指導の実実施時期が翌年度に大きくずれ込むような場合、国への実績報告（11月1日）を行う段階において年度の実績を捉えることが困難になると想定される。この他に翌年度の特定健康診査・特定保健指導の実実施期間の調整が複雑になること等が想定される。これらの問題を避けるために、有効期限を設定することによって、保険者として実務上の特定保健指導の開始時期を制限することができる。

また、年度を通じて特定健康診査を行い、順次階層化し利用券の発行を行うような場合は、利用券の発行時期に合わせて都度有効期限を設定することにより、特定保健指導の実実施時期が特定の時期に集中しないようコントロールすることも考えられる。有効期限設定の目的と設定内容の例を図表 2-22 に示す。

なお、利用券の有効期限は初回面接を実施する期限であり、特定保健指導の終了の期限を示すものではないことに留意が必要である。

図表 2-22：利用期限設定の目的と設定内容の例

目的	設定内容例	備考
特定保健指導の早期利用促進	利用券発行後の〇日後	
翌年度以降の実施時期の限定	当該年度末日	翌年度前半で特定保健指導を終了することで実施状況の報告に実績として含めることが可能となる
	翌年度上期末日	翌年度中に特定保健指導を終了することで実績の管理が3ヶ年度に亘ることを防ぐ効果が見込める
特定保健指導の実施時期のコントロール	利用券発行後〇ヶ月後	階層化と利用券発行を年度を通じて実施する場合に有効

b) 課税状況別の登録

特定保健指導についても、特定健康診査と同様に課税状況別に負担額や負担率、保険者負担上限額を設定することができる。具体的には、実施年度当初に本システムの「利用券内容登録」画面において「課税状況別設定」画面を選択し、課税状況別に窓口での自己負担について、オンライン登録する（第1章「特定健康診査業務」1.2.2(3)(C)参照）。

(C) 利用券の作成

特定保健指導の利用券発行内容の登録を行った後、「利用券作成」処理により利用券の作成が行われる。利用券の作成には、受診券と同様、利用券のタイプと印刷者との組合せにより以下の3つのパターンがある。

図表 2-23：利用券の印刷と納品物

利用券タイプ	印刷者	国保連合会から保険者への納品物
システム汎用タイプ (はがき大又は A4 サイズ)	国保連合会	印刷した利用券
システム汎用タイプ (はがき大又は A4 サイズ)	保険者	PDF データ（オンライン） 又は PDF データ（電子媒体）
保険者オリジナルタイプ	保険者	CSV ファイル（オンライン）

いずれの場合においても、データ抽出のバッチ処理が必要であり、印刷まで委託する場合は、ある程度の期間が必要となるため、余裕をもって条件設定等を行うことが必要となる。

なお、宛名等の漢字表記に関する取扱いは、受診券と同様である。

(A) 利用券の修正/削除

誤った券面情報（負担額、有効期限等）で利用券を作成した場合は、「利用券再発行登録」画面（図表 2-24）より修正を行うことができる。

図表 2-24：利用券再発行登録画面

利用券再発行(GKBB060)

対象者の条件を入力し、「検索」ボタンをクリックすると下部に条件該当者が一覧表示されます。
 条件1~4のいずれかを入力してください。
 複数の条件に入力した場合、上にある条件で検索されます。
 条件2,3で検索する場合は整理番号の年度を発行年度とします。

保険者番号	00139610	IA市
発行年度	平成 25 年度	
条件1	被保険者証記号番号	被保険者証記号は省略可
	個人番号	省略可
条件2	受診券整理番号	
条件3	利用券整理番号	
条件4	被保険者名	<input type="radio"/> 漢字 <input type="radio"/> 通称名 <input type="radio"/> 通称名(カナ) 氏名(カナ)以外で検索する場合は選択
	生年月日	年 月 日 (生年月日)または「性別」は必須
	性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女

クリア 検索

対象の被保険者の「選択」ボタンをクリックして下さい。

	被保険者証記号 被保険者証番号	個人番号 郵便番号	被保険者名 住所	生年月日	性別	受診券整理番号	利用券整理番号	
1	記号XD市 番号0108	01 120-4567	健診 七五 住所1	S09.08.01	男	18000000001	18000000003	検索 抽出
	記号XD市 番号0108	01 120-4567	健診 二郎 住所2	S17.10.01	男	18000000002	18000000005	選択
3	記号XD市 番号0108	01 120-4567	健診 花子 住所3	S17.09.01	女	18000000003	18000000006	選択
	記号XD市 番号0108	01 120-4567	健診 太郎 住所4	S17.08.01	男	18000000009	18000000007	選択

また、誤って利用券を発行してしまった場合は、特定保健指導結果が未登録の場合に限り、同様に「利用券再発行登録」画面より利用券情報の削除が可能である。

積極的支援の利用券を発行済だが、動機付け支援相当と判定されており、種別を変更する場合は「利用券再発行登録」画面の対象者の検索結果にある「相当」ボタンを押すことで利用券の再発行が可能である。

(3) 利用券の配付

利用券の作成後、被保険者に配付することになるが、特定保健指導の実施場所、実施内容等に関する情報を配付する場合は各保険者において別途用意する必要がある。

(A) 利用券の同封物

利用券を送付する際には、同封物として以下のようなものが想定される。

図表 2-25：利用券の同封物の例

同封物	内容
特定健康診査結果通知表	特定保健指導が必要であることが明確になる
特定保健指導に関する案内	特定保健指導の内容、自己負担の額等を記載したチラシ等プログラムの具体的な日程表等
実施機関一覧	実施機関が複数あり、対象者が任意で選択できる場合
利用者負担の減免等についての案内	利用者負担の減免対象となる者に対し、その内容を記載した案内を別途同封
その他特定保健指導の際に必要なもの	動機付け支援、積極的支援等の実際のプログラム参加にあたり、事前に記入が必要な書類等

(B) 利用券の配付方法

利用券の配付方法は、基本的に受診券の配付と同じである。特定保健指導が必要であると意識付けるためにも、特定健康診査結果通知表の配付と併せて行うことが最も効率的であると考えられる。

また、利用券については、紙媒体での配付を行うのではなく対象者に対して電話で利用勧奨を行うことも考えられる（2.2.2(6)参照）。

(4) 利用券発行状況の管理

利用券の配付を年に複数回にわたって実施する場合、利用券の発行漏れがないよう利用券の発行の有無について把握しておく必要がある。

本システムから出力される「利用券発行者総括表」と「利用券発行者リスト」は、利用券の発行処理を行った後、利用券の発行状況を確認するために役立つ。

(A) 利用券発行者総括表による利用券発行業務の進捗管理

保険者毎に特定保健指導の利用券発行者、除外対象者を抽出し、年齢や性別毎の利用券発行対象者数や既発行者数を集計したものが「利用券発行者総括表」（図表 2-26）である。

「利用券発行者総括表作成」処理により、月末締め総括表を作成することができる¹。

「利用券発行者総括表」では、利用券発行対象者総数（「優先順位付け基準設定」処理により階層化され、対象者として登録された人数）、当該月発行者数、既発行者数や割合が一覧できるようになっている。さらにその時点で登録されている除外対象者数についても、妊産婦、施設拘禁、長期入院、施設入所、その他の内訳が男女別に確認できる。

(B) 利用券発行者リストによる配付状況の管理

「利用券発行者リスト作成」処理により、特定の年月の「利用券発行者リスト」（図表 2-27）を PDF 形式と CSV 形式で作成することができる。

「利用券発行者リスト」では、リストにおける通番、利用券整理番号、氏名（カナ）、性別、年齢、行政区・地区名、利用券発行日、階層化結果（積極的支援、動機付け支援）、4月1日現在未加入者（保険者の裁量により年度途中での資格取得者に健診や保健指導を実施する場合）が印字される。

なお、PDF 形式で作成される同リストは、①年度（昇順）、②利用券整理番号（昇順）でソートし出力される。

「利用券発行者リスト」は、PDF 形式と保険者番号、電話番号等、各種情報が入った CSV 形式で出力することができる。保険者において利用券を任意の書式で独自に作成する場合、「利用券発行者リスト」の CSV ファイルを活用し、配付作業の進捗状況を確認することができる。

¹ 利用券発行者総括表の作成にあたり、閲覧したい年月を指定するとその月の総括表が作成される。特に年月を指定しない場合は、処理月の前月の総括表が作成される。

(5) 利用券整理番号の採番ルール

平成 30 年度から動機付け支援相当とセット券の運用が行われることにより利用券整理番号に記載する種別のコード値が追加された。本システムにおける利用券の採番ルールを以下に示す。

図表 2-28：特定保健指導利用券整理番号の採番ルール



※種別 2 積極的支援 3 動機付け支援 4 動機付け支援相当 5 セット券

(6) 利用券作成を行わない場合の留意事項

(A) 利用券の作成を行わないケース

本システムでは、特定保健指導の利用券を作成することが前提となっているが、保険者によっては、以下のような場合に利用券を作成せずに特定保健指導を実施することも考えられる¹。

図表 2-29：利用券の作成を行わないケース

ケース	内容
セット券を発行し健診当日に保健指導の初回面接を同時に実施する場合	健診当日に実施するため被保険者の健康意識が高いうちに対面での確実な指導が可能となる。ただし、健診結果が全て揃っていない場合、指導計画が当日には完成しない可能性がある。
健診結果の説明と保健指導の初回面接を同時に実施する場合	保健指導の対象者に別途出向いてもらう必要がなく、確実に支援対象者に対してアプローチが可能。ただし、内容を十分に検討しないと結果説明が大半となり、保健指導の内容が手薄になる可能性がある。
保健指導対象者への案内を電話で行う場合	保健指導対象者が少数であり、特に保健指導を直営で実施する場合等は、利用促進の意味も含めて対象者に直接電話案内をすることもあり得る。

(B) 利用券の作成を行わない場合の留意点

利用券の作成を行わない場合においては、健診から保健指導の実施までの期間の短縮や、実施率を高める効果が期待できるが、その一方で利用券整理番号の取扱いについては留意する必要がある。

¹ 本システムでは、利用券発行を行わない運用は小規模保険者等の例外的な場合のみを想定している。

本システムでは利用券整理番号又はセット券番号が無ければ、実施機関から請求される費用の決済及びデータ管理、報告資料の作成を行うことができない。そのため、利用券を作成しない場合は、「利用券作成」処理や、「利用券発行」処理等の利用券作成機能により、一度対象者に対して利用券整理番号を付与し、国保連合会に結果データを送信する場合はその番号を使用するようにしなければならない。付与された利用券整理番号は、「利用券発行者リスト」で確認できる。

特定健康診査の当日に特定保健指導を実施する場合は、健診結果を送信し、システムにて階層化処理及び利用券整理番号が付与された後に特定保健指導結果を送付する運用が必要となる。なお、セット券を用いない場合は初回面接の分割実施や初回未完了の登録ができない。

(7) 独自で利用券を作成した場合の対応方法

保険者が独自で利用券を作成した場合は、「利用券発行データ登録」処理で利用券情報を利用券発行台帳テーブルに登録することができ、これにより本システムで特定保健指導結果データが管理できるようになる。

2.2.3 利用券の再発行

(1) 利用券を再発行するケース

特定保健指導の利用券を再発行するケースとしては、以下のような場合が考えられる。

図表 2-30：利用券再発行のケース

ケース	内容
利用券の紛失	特定保健指導未利用者の利用勧奨を行った際に、紛失・再発行依頼があった場合。
利用券の有効期限経過	利用券の有効期限経過後、本人の利用意思を確認し、利用の意向があった場合。
健診結果の修正	健診結果の修正により階層化結果（支援レベル）に変更が生じた場合（特定保健指導開始前に限る）
課税状況区分の変更※	課税状況区分の変更により、利用者負担を変更して再発行する場合（特定保健指導開始前に限る）
保健指導区分の変更	動機付け支援相当の利用券が発行可能であったが積極的支援の利用券が発券された又はその逆の場合（特定保健指導開始前に限る）。

※ 利用券面の変更は、再発行にて行うことができる。

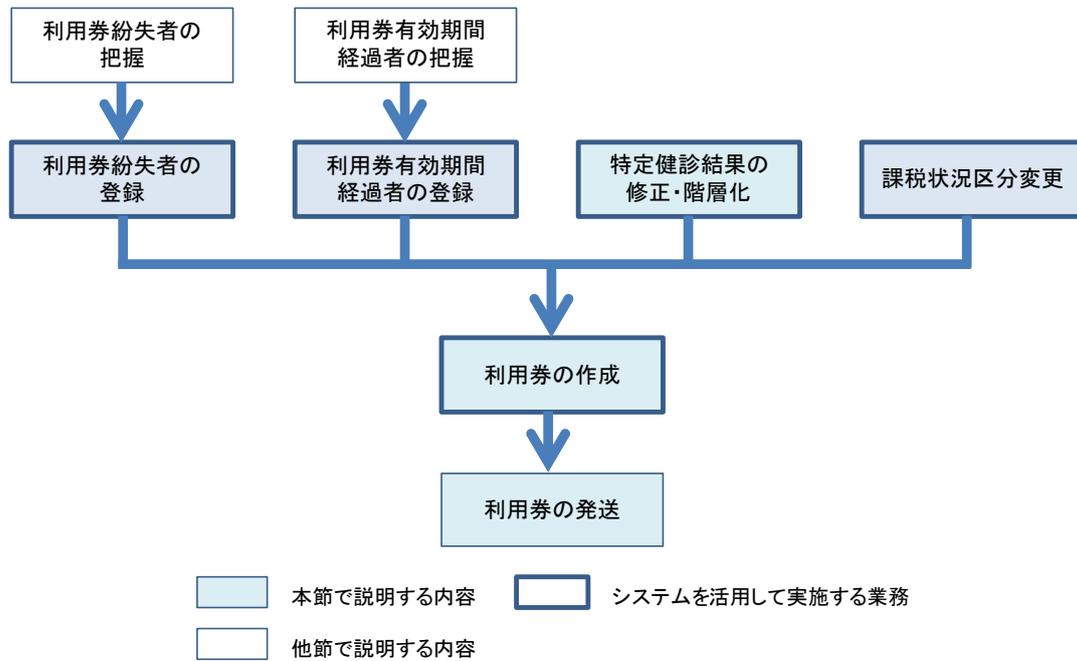
特定保健指導は年度に複数回利用することができない¹ため、紛失等により利用券の再発行を受けた場合、後に再発行前の利用券が発見されたとしても、再発行前の利用券を用いることはできない旨を利用者に周知しなければならない。

¹ 前年度の特定健診結果を用いて翌年度に特定保健指導を開始した場合、年度中に2回利用する可能性もある。

(2) 利用券再発行の流れ

特定保健指導利用券の再発行処理を行う際の流れは以下のとおりである。

図表 2-31：利用券再発行の流れ



(3) システムを活用した利用券の再発行

特定保健指導の利用券の再発行にあたっては、再発行の対象となる者を把握した後、当該対象者をシステム上で特定する必要がある。

再発行者の特定は「利用券再発行」画面において図表 2-32 の条件を入力し、再発行対象者を検索することによって行い、有効期限と図表 2-33 の再発行事由を入力の上、利用券を出力する。この際、種別に変更がなければ同一利用券整理番号での再発行と新利用券整理番号での再発行を選択でき、新利用券整理番号での再発行を選択した場合、新しい利用券整理番号が採番され、元の利用券整理番号については抹消扱いとなる。

図表 2-32：検索条件

キー項目	内容
発行年度	利用券の発行年度（必須項目）
被保険者証記号番号・個人番号	被保険者証記号番号又は個人番号のいずれか
受診券整理番号	特定健診受診券の整理番号
利用券整理番号	特定保健指導利用券の整理番号
被保険者名（カナ）	被保険者名称（カナ）を入力した場合、「生年月日」又は「性別」が必要

図表 2-33：再発行事由

再発行事由	内容
紛失等	利用券を紛失した場合
宛先不明等による返送	発送した利用券が宛先不明で戻ってきた場合
有効期限切れ	利用券の有効期限が切れてしまった場合
滞留	発行後対象者の手元に届かなかった場合
その他	その他

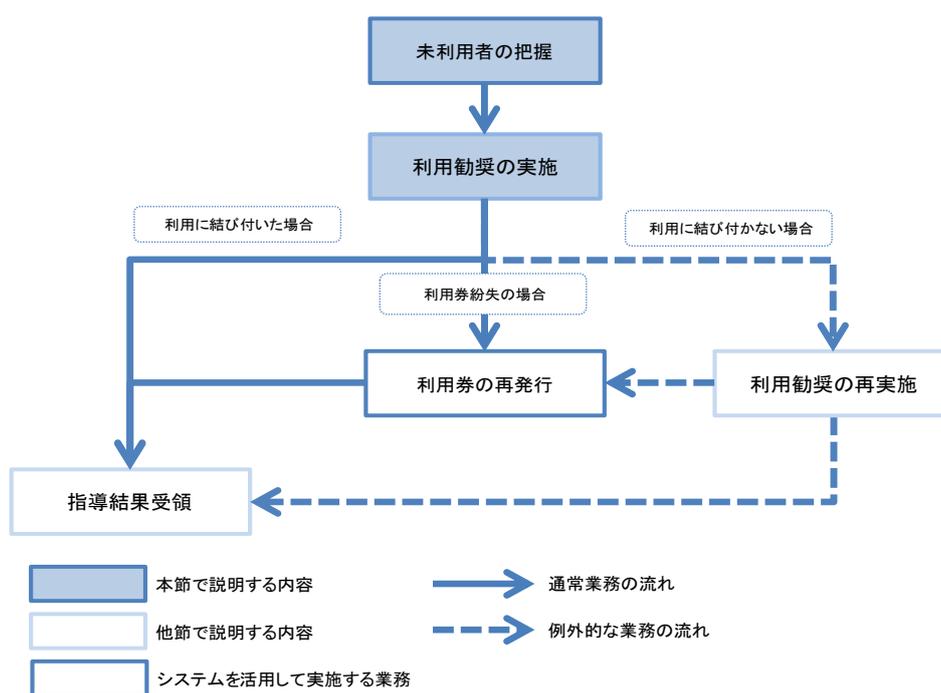
利用券の再発行者については、「利用券再発行者リスト作成」処理により「利用券再発行者リスト」（図表 2-34）としてリストアップされる。

2.2.4 特定保健指導未利用者への利用勧奨

特定保健指導の実施率を向上させる方策として、特定健康診査と同様に、利用券の送付、広報等により対象者の認識を高めることや実施場所・実施方法の工夫等により特定保健指導の利用機会を確保することに加え、未利用者に対して電話や訪問等により直接利用勧奨を行うことが効果的である。

(1) 未利用者を対象とした利用勧奨の流れ

図表 2-35 : 利用勧奨の流れ



(2) 利用勧奨の方法

特定保健指導は、特定健康診査と比較して対象者数が限定されるため、未利用者への利用勧奨は、本システムから出力される「特定保健指導利用者リスト（積極的支援）」（図表 2-36）及び「特定保健指導利用者リスト（動機付け支援）」（図表 2-37）等を活用し、電話等での受診勧奨等を行うことが考えられる。これらのリストは「特定保健指導利用者リスト作成」処理によって作成される。

「特定保健指導利用者リスト（積極的支援）」及び「特定保健指導利用者リスト（動機付け支援）」は、特定保健指導の利用開始後、実施機関より初回面接に関する情報が送信された後に、開始年月日が表示される。よって、「開始年月日が記載されていない者」が必ずしも現時点での未利用者とは限らない点に留意しなければならない。

なお、利用勧奨の結果は、「利用券状況登録」画面で、図表 2-38 に示す区分により登録することができ、勧奨の結果は「被保険者記録照会」画面にて確認することが可能である。

図表 2-38 : 利用勧奨結果として登録可能な事由

事由	内容
未実施	利用勧奨しない場合
服薬	服薬を開始したことにより保健指導を利用しない場合
他で利用済み	保険者で実施する保健指導以外を利用している場合
所在不明	住所不明等で対象者の手元に利用券が届かなかった場合
拒否	利用勧奨の結果、利用を明確に拒否された場合
自己都合	対象者の都合で利用が不可能である場合
その他	その他

2.2.5 特定保健指導中断者への対応

特定保健指導の積極的支援については、一定期間に継続的に利用者との接触をすることになる。ところが利用者の参加意欲が続かなかつたり、何らかの理由により継続が不可能になったりする等、利用者との接触が途絶えるケースもある。

(1) 脱落の定義

厚生労働省保険局「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版）」によると、特定保健指導の脱落による途中終了を下記のように定義している。

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。

【中略】

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—

(参考) 厚生労働省保険局「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版）」

(2) 中断者の把握方法

中断者の把握方法としては、例えば実施機関から図表 2-39 のような連絡表等を用いて、保険者に何らかの形で連絡をしてもらうことが必要になる。

図表 2-39：特定保健指導中断者連絡表（例）

氏名	利用券整理番号	最終利用日	次回利用予定日	備考	保険者認定状況	認定日
					中断・否	
					中断・否	
					中断・否	
					中断・否	
					中断・否	
					中断・否	
					中断・否	
					中断・否	
					中断・否	
					中断・否	
					中断・否	
					中断・否	
					中断・否	
					中断・否	
					中断・否	

なお、途中脱落は特定保健指導の終了としては取扱われないため、中断者が多いと実施率は低くなってしまいます。実施率を高めるためにも、実施機関からの利用中断の情報提供に対し、即脱落認定を行うのではなく、前述の「特定保健指導利用者リスト（積極的支援）」等を活用して、保険者による利用継続の促しを行うことが重要である。

(3) 中断者の登録

脱落者を含め、保険者にて中断理由を把握した場合は、「利用券状況登録」画面で以下の中断事由を登録することができる。登録結果は「特定健診等結果抽出」で利用券情報を抽出することにより確認することができ、「被保険者記録照会」画面の「利用券情報」欄でも確認することが可能である。

図表 2-40：保健指導中断事由

事由	内容
服薬開始	服薬を開始したことによる
他で利用済	保険者で実施する保健指導以外を利用していることが判明したことによる
所在不明	本人の所在が不明であることによる
脱落認定	利用継続の意思がないことを確認した場合
資格喪失	他の保険者への異動による
除外対象者	除外事由に該当することによる
自己都合	上記に当てはまらない利用者の都合による
その他	上記に当てはまらない場合

なお、中断理由の登録を行った場合であっても、3ヶ月後評価の結果が登録されていないと特定保健指導が終了したとはみなされない¹。

脱落として登録するには、実施ポイントに応じた内容で請求してもらうか、「特定保健指導結果登録修正」画面で登録することにより中断とすることが可能である。

¹ 利用者の都合により3ヶ月後評価が実施できないために、保健指導が終了できない場合は、委託契約書等の規定に基づき「3ヶ月後評価ができない場合の確認回数」を満たす利用者への確認の記録があることを条件に、終了したとみなすことができる。

(4) 動機付け支援の中断者の登録

動機付け支援については原則、面接による支援1回のみであるため、継続的支援の中断は発生しないが、3ヶ月後評価が利用者の都合により終了に至らないことがある。この場合、積極的支援と同様に中断を「特定保健指導結果登録修正」画面で登録することができる。

なお、度重なる確認にもかかわらず、利用者の都合により3ヶ月後評価が実施できない場合には、予め設定した「3ヶ月後評価ができない場合の確認回数」を満たすことによって終了として取扱うことができる（動機付け支援の場合、3ヶ月後評価等の結果が登録されていないと特定保健指導が完了していないものとみなされる）。

(5) 初回面接分割実施の中断（初回未完了）

前述（2.2.1（2）（A）ウ）したとおり、健診当日の特定保健指導の初回面接実施について、初回面接を分割実施し、健診当日に実施した指導を初回①、行動計画を完成する指導を初回②とした場合、初回①から初回②までの期間は3ヶ月以内と定められている。

しかし、その間に被保険者の資格喪失等の理由で特定保健指導の継続が不可能になる場合がある。この場合は「初回未完了」として登録や請求を行う。初回未完了の請求を行う場合、通常決済では契約で定めた初回①支払割合の金額を支払うこととなる。

2.2.6 年度をまたがる特定保健指導の実施

(1) 年度をまたがる特定保健指導が発生するケース

特定保健指導は支援完了後の評価をもって終了とみなすことから、特定健康診査の実施時期によっては、年度をまたがって継続実施するケースが発生する。

(2) 利用券発行

特定保健指導は、特定健康診査実施年度の翌年度にわたって実施することができる。しかし、特定保健指導の趣旨を考慮すれば、特定健康診査実施後に速やかに特定保健指導を開始することが有効である。また、実施状況の報告等のために実績を早期に確定するためにも、早期の利用開始を対象者に意識付けるよう、利用期限を設定することが必要である。

(3) 前年度特定保健指導継続者に対する受診券発行

特定保健指導は支援完了後の評価にて目標の達成状況を確認することで終了する。このことから、特定保健指導の成果を確認する前に翌年度の特定健康診査を実施することは、本来の目的からすれば適当ではない。

しかし、特定健康診査の実施時期を年度前半に設定している保険者においては、特定保健指導完了後に特定健康診査を実施とした場合、受診の機会を確保できない可能性がある。

こうした点を勘案して、本システムでは前年度の特定保健指導継続期間においても、受診券の発行を可能としている。

(4) 階層化・利用券発行

前年度から特定保健指導を継続している利用者が特定健康診査を受けた場合、保険者は特定保健指導対象者の選定を行うにあたり、継続中の特定保健指導の実施状況や最終評価の実施予定時期等を確認し、特定保健指導の実施の必要性や実施時期等を判断することが望ましい。

(5) 報告関係

特定保健指導に係る国庫負担（補助）金の算定においては、原則として年度中に特定保健指導を実施（終了）し、費用の支出があった実績が対象となる。年度をまたがって特定保健指導が継続された場合は、報告時点までの実績を報告し、以降の実績については、翌年度の実績報告の対象とすることができる。

国への実績報告については、実施年度の翌年度 11 月が報告時期となっているが、この時点で特定保健指導の終了が確認できなかった場合、翌年度の報告対象とすることが可能である。ただし、翌年度に特定健康診査を受診し、再び特定保健指導を利用し終了したとしても、実績を重複して報告することはできない。

(6) 費用決済・マスタ関係

年度をまたがって特定保健指導を実施する場合（特定健康診査の実施の翌年度に初回面接を行った場合を含む）、その実施に係る費用については、本システムの保険者属性テーブル上の「保健指導費用決済方法」の設定により、「健診を実施した年度の契約」又は「保健指導初回実施日が属する年度の契約」のいずれを適用するかを選択できる。

ただし、セット券を用いて健診当日に特定保健指導を行った場合は「健診を実施した年度の契約」を選択することになる（健診は年度内に実施される前提のため）。

2.2.7 特定保健指導利用状況・指導結果の管理

(1) 指導結果の保管

(A) 保険者における指導結果の保管義務

特定健康診査と同様、特定保健指導についても実施に関する結果データを最低 5 年間分保管する義務がある（詳細は第 1 章「特定健康診査業務」1.2.6(1)(A)参照）。

(B) 指導結果の種類

特定保健指導の結果として、費用決済時に登録するデータは図 2-41 のとおりである。

図表 2-41：実施機関から医療保険者（国保連合会）へ送付される
実施結果（保健指導情報）項目

1回目 請求時	2回目 請求時	国への 実績報 告時	項目名	備考
○		○	保健指導区分	1:積極的支援、2:動機づけ支援、3 動機づけ支援相当、(4:モデル実 施*)
△		△	行動変容ステージ	1:意志なし、2:意志あり(6ヶ月以 内)、3:意志あり(近いうち)、4:取組 済み(6ヶ月未満)、5:取組済み(6 ヶ月以上)
☆			保健指導コース名	
○		○	初回面接の実施日付	YYYYMMDD
○		○	初回面接による支援の支援形態	1:個別支援、2:グループ支援、3: 電話、4:電子メール、5:遠隔面接
○		○	初回面接の実施時間	
○		○	初回面接の実施者	1:医師、2:保健師、3:管理栄養 士、4:その他
△			初回面接情報	
●		●	継続的支援予定期間	
☆			目標腹囲	
☆			目標体重	
□			目標収縮期血圧	
□			目標拡張期血圧	
☆			一日の削減目標エネルギー量	
☆			一日の運動による目標エネルギー量	
☆			一日の食事による目標エネルギー量	
	▲*		中間評価の実施日付	YYYYMMDD
	▲*		中間評価の支援形態	1:個別支援 A、3:グループ支援、 4:電話 A、6:電子メール支援 A
	▲*		中間評価の実施時間	
	▲*		中間評価の実施ポイント	自動計算 1:医師、2:保健師、3:管理栄養 士、4:その他
	▲*		中間評価時の腹囲	YYYYMMDD
	▲*		中間評価時の体重	

1回目 請求時	2回目 請求時	国への 実績報 告時	項目名	備考
	▲		中間評価時の収縮期血圧	
	▲		中間評価時の拡張期血圧	
	▲*		中間評価時の生活習慣の改善(栄養・食生 活)	0:変化なし、1:改善、2:悪化
	▲*		中間評価時の生活習慣の改善(喫煙)	0:変化なし、1:改善、2:悪化 1:禁煙継続、2:非継続、3:非喫 煙、4:禁煙の意志なし
	▲		中間評価情報	
	★		支援 A①の実施日付	YYYYMMDD
	★		支援 A①の支援形態	1:個別支援 A、3:グループ支援、 4:電話 A、6:電子メール支援 A
	★		支援 A①の実施時間	
	★		支援 A①の実施ポイント	
	★		支援 A①の実施者	1:医師、2:保健師、3:管理栄養 士、4:その他
	▲		支援 A①情報	
	★		支援 A②の実施日付	YYYYMMDD
	★		支援 A②の支援形態	1:個別支援 A、3:グループ支援、 4:電話 A、6:電子メール支援 A
	★		支援 A②の実施時間	
	★		支援 A②の実施ポイント	
	★		支援 A②の実施者	1:医師、2:保健師、3:管理栄養 士、4:その他
	▲		支援 A②情報	
	★		支援 A③の実施日付	YYYYMMDD
	★		支援 A③の支援形態	1:個別支援 A、3:グループ支援、 4:電話 A、6:電子メール支援 A
	★		支援 A③の実施時間	
	★		支援 A③の実施ポイント	
	★		支援 A③の実施者	1:医師、2:保健師、3:管理栄養 士、4:その他
	▲		支援 A③情報	
	★		支援 A④の実施日付	YYYYMMDD
	★		支援 A④の支援形態	1:個別支援 A、3:グループ支援、 4:電話 A、6:電子メール支援 A
	★		支援 A④の実施時間	

1回目 請求時	2回目 請求時	国への 実績報 告時	項目名	備考
	★		支援A④の実施ポイント	
	★		支援A④の実施者	1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
	▲		支援A④情報	
	★		支援B①の実施日付	YYYYMMDD
	★		支援B①の支援形態	2:個別支援B、5:電話B、7:電子メール支援B
	★		支援B①の実施時間	
	★		支援B①の実施ポイント	
	★		支援B①の実施者	1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
	▲		支援B①情報	
	★		支援B②の実施日付	YYYYMMDD
	★		支援B②の支援形態	2:個別支援B、5:電話B、7:電子メール支援B
	★		支援B②の実施時間	
	★		支援B②の実施ポイント	
	★		支援B②の実施者	1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
	▲		支援B②情報	
	★		支援B③の実施日付	YYYYMMDD
	★		支援B③の支援形態	2:個別支援B、5:電話B、7:電子メール支援B
	★		支援B③の実施時間	
	★		支援B③の実施ポイント	
	★		支援B③の実施者	1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
	▲		支援B③情報	
	★		支援B④の実施日付	YYYYMMDD
	★		支援B④の支援形態	2:個別支援B、5:電話B、7:電子メール支援B
	★		支援B④の実施時間	
	★		支援B④の実施ポイント	
	★		支援B④の実施者	1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他

1回目 請求時	2回目 請求時	国への 実績報 告時	項目名	備考
	▲		支援B④情報	
	○	○	3ヶ月後の評価の実施日付	YYYYMMDD
	○	○	3ヶ月後の評価の支援形態又は確認方法	1:個別支援、2:グループ支援、3:電話、4:電子メール支援
	○	○	3ヶ月後の評価の実施者	1:医師、2:保健師、3:管理栄養士、4:その他
	○	○	3ヶ月後の評価ができていない場合の確認回数	確認方法に基づき、評価実施者が行った確認の回数
	○	○	3ヶ月後の評価時の腹囲	
	○	○	3ヶ月後の評価時の体重	
	△	△	3ヶ月後の評価時の収縮期血圧	
	△	△	3ヶ月後の評価時の拡張期血圧	
	○	○	3ヶ月後の評価時の保健指導による生活習慣の改善(栄養・食生活)	0:変化なし、1:改善、2:悪化
	○	○	3ヶ月後の評価時の保健指導による生活習慣の改善(身体活動)	0:変化なし、1:改善、2:悪化
	△	△	3ヶ月後の評価時の保健指導による生活習慣の改善(喫煙)	1:禁煙継続、2:非継続、3:非喫煙、4:禁煙の意志なし
	△		実績評価情報	
●		●	計画上の継続的な支援の実施回数	
●		●	計画上の継続的な支援の実施回数(個別支援A)	
●		●	計画上の継続的な支援の合計実施時間(個別支援A)	
▲		▲	計画上の継続的な支援の実施回数(個別支援B)	
▲		▲	計画上の継続的な支援の合計実施時間(個別支援B)	
●		●	計画上の継続的な支援の実施回数(グループ支援)	
●		●	計画上の継続的な支援の合計実施時間(グループ支援)	
●		●	計画上の継続的な支援の実施回数(電話A)	
●		●	計画上の継続的な支援の実施時間(電話Aによる支援)	
●		●	計画上の継続的な支援の実施回数(電話Aによる支援)	
●		●	計画上の継続的な支援の実施回数(e-mailAによる支援)	

1回目 請求時	2回目 請求時	国への 実績報 告時	項目名	備考
▲		▲	計画上の継続的な支援の実施回数(電話Bによる支援)	
▲		▲	計画上の継続的な支援の合計実施時間(電話Bによる支援)	
▲		▲	計画上の継続的な支援の実施回数(e-mailBによる支援)	
●		●	計画上の継続的な支援によるポイント(支援A)	
▲		▲	計画上の継続的な支援によるポイント(支援B)	
●		●	計画上の継続的な支援によるポイント(合計)	
	●	●	実施上の継続的な支援の実施回数	
	●	●	実施上の継続的な支援の実施回数(個別支援A)	
	●	●	実施上の継続的な支援の合計実施時間(個別支援A)	
	▲	▲	実施上の継続的な支援の実施回数(個別支援B)	
	▲	▲	実施上の継続的な支援の合計実施時間(個別支援B)	
	●	●	実施上の継続的な支援の実施回数(グループ支援)	
	●	●	実施上の継続的な支援の合計実施時間(グループ支援)	
	●	●	実施上の継続的な支援の実施回数(電話Aによる支援)	
	●	●	実施上の継続的な支援の合計実施時間(電話Aによる支援)	
	●	●	実施上の継続的な支援の実施回数(e-mailAによる支援)	
	▲	▲	実施上の継続的な支援の実施回数(電話Bによる支援)	
	▲	▲	実施上の継続的な支援の合計実施時間(電話Bによる支援)	
	▲	▲	実施上の継続的な支援の実施回数(e-mailBによる支援)	
	●	●	継続的な支援によるポイント(支援A)	
	▲	▲	継続的な支援によるポイント(支援B)	

1回目 請求時	2回目 請求時	国への 実績報 告時	項目名	備考
	●	●	継続的な支援によるポイント(合計)	自動計算
	▲	▲	禁煙指導の実施回数	
	●	●	実施上の継続的な支援の終了日	YYYYMMDD
		○*	保健指導機関番号(1)	
		○*	保健指導機関名(1)	
		○*	主対応内容(1)	1:個別支援、2:グループ支援、3:電話、4:電子メール支援、5:遠隔面接
		○*	実施内容(1)	1:初回面接(分割実施以外)、2:初回面接①、3:初回面接②、4:中間評価、5:継続的支援、6:実績評価
		○*	保健指導機関番号(2)	
		○*	保健指導機関名(2)	
		○*	主対応内容(2)	1:個別支援、2:グループ支援、3:電話、4:電子メール支援、5:遠隔面接
		○*	実施内容(2)	1:初回面接(分割実施以外)、2:初回面接①、3:初回面接②、4:中間評価、5:継続的支援、6:実績評価
		○*	保健指導機関番号(3)	
		○*	保健指導機関名(3)	
		○*	主対応内容(3)	1:個別支援、2:グループ支援、3:電話、4:電子メール支援、5:遠隔面接
		○*	実施内容(3)	1:初回面接(分割実施以外)、2:初回面接①、3:初回面接②、4:中間評価、5:継続的支援、6:実績評価
		○*	保健指導機関番号(4)	
		○*	保健指導機関名(4)	
		○*	主対応内容(4)	1:個別支援、2:グループ支援、3:電話、4:電子メール支援、5:遠隔面接
		○*	実施内容(4)	1:初回面接(分割実施以外)、2:初回面接①、3:初回面接②、4:中間評価、5:継続的支援、6:実績評価
		○*	保健指導機関番号(5)	
		○*	保健指導機関名(5)	

1回目 請求時	2回目 請求時	国への 実績報 告時	項目名	備考
		○*	主対芯内容(5)	1:個別支援、2:グループ支援、3:電話、4:電子メール支援、5:遠隔面接
		○*	実施内容(5)	1:初回面接(分割実施以外)、2:初回面接①、3:初回面接②、4:中間評価、5:継続的支援、6:実績評価
		○*	保健指導機関番号(6)	
		○*	保健指導機関名(6)	
		○*	主対芯内容(6)	1:個別支援、2:グループ支援、3:電話、4:電子メール支援、5:遠隔面接
		○*	実施内容(6)	1:初回面接(分割実施以外)、2:初回面接①、3:初回面接②、4:中間評価、5:継続的支援、6:実績評価
		○*	保健指導機関番号(7)	
		○*	保健指導機関名(7)	
		○*	主対芯内容(7)	1:個別支援、2:グループ支援、3:電話、4:電子メール支援、5:遠隔面接
		○*	実施内容(7)	1:初回面接(分割実施以外)、2:初回面接①、3:初回面接②、4:中間評価、5:継続的支援、6:実績評価
		○*	保健指導機関番号(8)	
		○*	保健指導機関名(8)	
		○*	主対芯内容(8)	1:個別支援、2:グループ支援、3:電話、4:電子メール支援、5:遠隔面接
		○*	実施内容(8)	1:初回面接(分割実施以外)、2:初回面接①、3:初回面接②、4:中間評価、5:継続的支援、6:実績評価

- ※ 1回目の請求時=初回面接終了後、2回目の請求時=3ヶ月後の実績評価終了後。
 条件：○…必須入力項目、☆…少なくとも保険者が委託により実施した場合は必須入力項目、△…情報を入力した場合に入力、□…計画において目標値を定めた場合についてのみ入力。
 ●…必須入力項目（積極的支援、モデル実施の場合）、★…少なくとも保険者が委託により実施した場合は必須入力項目（積極的支援、モデル実施の場合）、▲…情報を入力した場合に入力（積極的支援、モデル実施の場合）とするが、動機付け支援の場合において、保険者との契約により継続的な支援

援の実施及びその報告が求められている場合についてのみ入力する（積極的支援に準じた継続的支援を実施する場合のみ）。また、中間評価を実施した場合は、▲*の項目は必須入力項目である。

※ 必須でなくとも全項目電子化し保管することも可。また電子化しない場合でも紙での記録（対象者一人ひとりの「特定保健指導支援計画及び実施報告書」）は委託・直営に関わらず必須

※ 2回目以降の報告は、それまでのデータに追加（上書き）し、やり取りするものとする。

※ 4:モデル実施*は費用決済を伴わない場合のみに使用する

※ ○☆は代行機関等でチェックすべき項目を示したものであり、各回の送付ファイルに入れるべき項目を示したものではない。

※ ○*については、初回面接（分割して実施した場合は初回面接①と初回面接②それぞれ）、中間評価（実施した場合のみ）、継続的支援（実施した場合のみ）、実績評価それぞれについて、保険者が直営で実施した場合は合わせて入力する。

（参考）平成29年10月30日付健発1030第1号・保発1030第6号
 厚生労働省健康局長・保険局長

「平成30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」

これらは、費用決済の際に電子化され、実施機関から代行機関（国保連合会）、保険者という流れで還元されることとなるが、図表 2-41 の項目以外にも、以下のように特定保健指導実施の際に記録されているものが様々存在する。

図表 2-42：保健指導に係る記録等

名称	内容
アセスメントシート	保健指導にあたり、個人の生活習慣、家族環境等を把握するためのもの
個人記録表	体重、歩数等日々の実践状況を記録するもの
参加者アンケート	保健指導に参加した者にその感想等を聞き、改善につなげるためのアンケート

これらについては、原則保険者にて管理することとなるが、個人情報であり、セキュリティ管理を厳格に行う必要がある。そのため、記録等を紙媒体で保管する場合には施錠が可能な棚に入れたり、電子媒体で管理している場合はアクセス権限のある者のみにしか閲覧させない等、保険者における個人情報保護規程にしたがった対応をとることが必要である。

(C) 指導結果の登録の方法

保険者が国保連合会に費用決済を委託している場合には、実施機関が特定保健指導の結果のうち、図表 2-41 に挙げた項目について決済情報と併せて国保連合会に送付することとなる。しかし、特定健康診査の場合と異なり、特定保健指導については、開始から終了まで一定期間を経ることになるため、決済情報の送信も複数回にわたる場合が出てくる。支払回数や支払比率については特定保健指導の実施率を高めるための工夫として、保険者と委託先との間で自由に定めることができる。

ただし、本システムの標準仕様では、動機付け支援、積極的支援ともに支払回数は保険者毎に最大 2 回で設定することとしている。個別決済の場合は 3 回以上の支払に対応するが、支払決定は保険者側からの内容確認終了後、支払了承の画面指示が必要となる。また、個別決済を選択する場合は、利用券（セット券）発行時（保険者が直営で実施する場合は初回面接時）に登録が必要となる。

なお、特定保健指導は、動機付け支援、積極的支援ともに 3 ヶ月後の個人別の評価結果が存在しないと終了したとはみなされない。そのため、動機付け支援、積極的支援ともに、3 ヶ月後評価分の支払割合を設定し、評価終了後に支払うことを原則としている。たとえ開始時にすべての費用を支払い、終了時に費用決済がない場合でも、終了時のデータを受領する必要がある。

なお、費用決済を伴わない（実施機関への一括支払や保険者での直営の場合等）特定保健指導結果についても、健診結果情報データベースに特定保健指導結果を登録することができ、登録された結果については、個人毎の結果として「被保険者記録照会」画面上で確認をすることができる。

(D) 特定保健指導結果の修正等

登録された特定保健指導結果については、費用決済の金額に係る項目（図表 2-43）を除き、「特定保健指導結果登録修正」画面で変更を行うことができる。費用決済の金額に係る特定保健指導結果を変更する場合は、過誤処理により請求を取り下げることが必要である。

なお、市町村合併、区間異動があった場合は、異動前後のいずれの保険者でも登録が可能である。

図表 2-43：修正できない保健指導結果

項番	区分	項目名
1	共通情報	健診保健機関コード
2		脱落日※
3	継続支援	支援形態
4		実施ポイント
5	中間支援	支援形態
6		実施ポイント
7	最終評価	評価ができない場合の確認件数
8	実施上集計	実施回数
9		実施回数（個別 A）
10		実施回数（グループ支援）
11		実施回数（電話 A）
12		実施回数（メール A）
13		実施回数（個別 B）
14		実施回数（電話 B）
15		実施回数（メール B）
16		実施によるポイント（支援 B）

※ 脱落日は「最終評価」、「途中脱落」が登録されていない場合に登録することが可能。

(2) 特定保健指導利用状況・指導結果の活用

(A) 特定保健指導利用状況の管理の必要性

特定保健指導の実施率は、特定健康診査の実施率と同様に各保険者が策定する特定健康診査等実施計画の評価の指標となっている。また、これまでの後期高齢者支援金の加算・減算に代わり、平成 30 年度からは保険者における予防・健康づくり等のインセンティブの見直しが行われ、市町村国保は保険者努力支援制度、国保組合は国民健康保険組合へのインセンティブ制度において、評価指標の算定にも用いられる（第 5 章「集計・分析業務」5.2.3 参照）。実施率の算定方法は図表 2-44 のとおり。

保険者においては定期的に利用状況を把握し、実施率が目標値等と比較して低調である場合は、未利用者対策等の措置を講じる必要がある。

図表 2-44：特定保健指導の実施率

算定式	$\frac{\text{当該年度の動機付け支援終了者数} + \text{当該年度の積極的支援終了者} \\ (\text{動機付け支援相当終了者、モデル実施終了者を含む}) \text{数}}{\text{当該年度の健診受診者のうち、階層化により動機付け支援レベルの} \\ \text{対象とされた者の数} + \text{積極的支援レベルの対象とされた者の数}} \times 100$
条件	<p><分母・分子共通></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 保健指導判定値以上の者は保健指導対象者であることから、保健指導判定値を上回る受診勧奨判定値以上の者も保健指導対象者に含まれることに注意。 ○ 欠損している項目があって特定健診受診者数に算入できないものの、実施した項目から特定保健指導の対象者あるいは非対象者と確定できる者は、対象者に含める。 ○ 高血圧症、脂質異常症又は糖尿病の治療に係る薬剤を服用している者を除くこととされているが、特定保健指導開始後に薬物治療を開始した者（治療開始により特定保健指導を途中終了する場合も、あるいは終了せず継続する場合も）は含まれる。 ○ 年度末（あるいは翌年 4～5 月）に保健指導を開始し、年度を越えて指導を受け、実績報告時まで完了している者は分母及び分子に算入。実績報告時に未完了の場合は、次年度実績とし、分母からは除外せず、分子からは除外（除外した分子は次年度における分子に算入）。 <p><分子></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 完了時の実績評価が、様々な手法（電話、手紙等）による度重なる呼びかけ等にもかかわらず、利用者からの返答がないために実施できず、呼びかけ等の回数のみを記録して打ち切った場合についても、完了したものとして終了者数に含める。

（参考）「保険者が社会保険診療報酬支払基金に提出する平成 30 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」（平成 29 年 10 月 30 日保発 1030 第 8 号厚生労働省保健局長）

(B) 特定保健指導利用状況の把握方法

ア) 利用者数の把握

特定保健指導の月別の利用状況は、「特定健診・特定保健指導進捗・実績管理表」（第 1 章「特定健康診査業務」図表 1-64 参照）によって把握・管理することができる。

本帳票は国への実績報告の対象となる者の数のみを表示しているため、除外者や資格取得者・喪失者は除外されていることに留意しなければならない。帳票作成は月次で行われ、被保険者マスタの更新も反映されるため、実施者数は除外者、資格喪失者が除かれて以前に出力した帳票よりも少なく表示されることがあり得る。

イ) 利用者の把握

前述のとおり、保険者全体としての利用状況は、「特定健診・特定保健指導進捗・実績管理表」によって把握することができる。さらに対象者を個別に把握したい場合は、「特定保健指導利用者リスト（積極的支援）」及び「特定保健指導利用者リスト（動機付け支援）」から確認することができる。また、過去 5 年分のデータの閲覧が可能な「被保険者記録照会」画面も合わせて活用することで、多面的な分析が可能となる。

ウ) 利用者リストの活用方法

本システムから出力される「特定保健指導利用者リスト」の活用方法としては、以下のよう
なものと考えられる。

図表 2-45 : 利用者リストの活用方法

活用方法	内容
保健指導の進捗管理	ある一定の期間にわたり継続的な支援を必要とする特定保健指導においては、次の支援がいつになるか、進捗管理が必要となる。動機付け支援については、開始日から計算し、実績評価をいつ行えばよいか確認するために用いることができ、CSV ファイルを加工することにより、毎回の支援の日程、ポイント数等を管理することができる。
未終了者への利用喚起	リストに表示された開始年月日より3ヶ月以上が経過している者のうち、特定保健指導が終了しておらず、残りは3ヶ月後評価のみで終了が可能であれば、3ヶ月後評価の利用を促す。

(C) 指導結果の活用方法

特定保健指導の実績評価は、以下の項目について特定保健指導開始時と比較して終了時に
どうであったかを確認することになっている。また、本システムでは、当該年度と前年度の
健診結果（保健指導区分）を個人単位で紐付けしたものを集計し、保険者全体としての改善
状況を確認することができる（第5章「集計・分析業務」図表 5-59 参照）。

短期的に特定保健指導の評価を行う場合は、特定保健指導の結果を CSV 形式で出力し、検
査数値の増減等より、特定保健指導利用者の改善状況を独自に分析することも可能である。

図表 2-46 : 特定保健指導の実績評価項目

項目	内容
腹囲	増減数で記入
体重	増減数で記入
収縮期血圧／拡張期血圧	増減数で記入
生活習慣改善の状況	栄養・食生活／身体活動／喫煙について記入

※増減数の記入については、初回面接時の数値と3ヶ月後の評価時の数値の差を用いることを原則とするが、シ
ステムにおいては、初回面接時の数値が把握されていない場合は、それに代えて健診結果の数値を用いること
とする。

(D) 指導計画、結果・内容の照会

特定保健指導の結果や内容については、「特定健診結果等抽出条件設定」により CSV ファ
イル形式等で、利用者全員についてリスト化するだけでなく、利用者個別に「被保険者記
録保健指導照会」画面（図表 2-47）で表示することができ、印刷機能を用いて内容を出力す
ることもできる。

照会の方法は前述したとおり（第1章「特定健康診査業務」1.2.6(2)(D)参照）であり、被保険者証番号や利用券整理番号等により対象者を特定し、閲覧することができる。システムに登録されている過去5年分の情報が閲覧可能である。

また、本システムでは、「特定保健指導計画・実施報告書作成」処理により、特定保健指導の結果や内容について「特定保健指導支援計画及び実施報告書」としてPDF形式で出力することができる¹。なお、保健指導実施期間中の場合は、帳票出力時点までにシステムに登録されている情報のみ表示される。

¹ 実施機関から医療保険者へ保健指導結果データを送付する際に用いられる、電子的管理のためのファイル仕様に設定される項目のみをシステムから出力する。

図表 2-48：特定保健指導計画・実施報告書

特定保健指導支援計画及び実施報告書

(平成XX年度)

1	保健指導対象者名	保険者名	
	利用券番号	保険者番号	
3	保健指導機関名(番号)・保健指導責任者名		
	総称保健指導機関名	動機付け支援	積極的支援
	保健指導機関番号	動機付け支援担当	モデル実施
	保健指導責任者名		
	職種	保健指導コース名	
6	継続的支援期間	脱落確認日	
	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	継続的な支援の支援形態・ポイント	回数(回)	実施時間(分)	ポイント(P)					
計画・実施	支援形態	計画	実施	計画	実施				
	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	ポイント合計	内訳	計画	実施	(A)	(A)	(B)	(B)

8	実施別表(委託事業者)	番号	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
委託先保健指導機関名									

9	保健指導の評価	実施年月日	支援形態	実施する者の職種
1)	中間評価			
	計画			
	実施			
2)	行動計画の実績評価	実施年月日	支援形態	実施する者の職種
	計画			
	実施			

利用券整理番号：(1/6)

10	行動目標・行動計画	平成XX年XX月XX日	平成XX年XX月XX日	平成XX年XX月XX日
	設定日時			
	体重	cm		
	体高	kg		
	収縮期血圧	mmHg		
	拡張期血圧	mmHg		
	1日の歩数	歩		
	1日の消費エネルギー	kcal		
	1日の消費エネルギー	kcal		
	行動目標・計画の設定及び変更	行動目標		
		行動計画		
		変更理由		

利用券整理番号：(2/6)

11. 保健指導の実施状況

1) 初回面談による支援

機関名	腹囲 (増減数)	cm ()
番号	体重 (増減数)	kg ()
保健指導者名	収縮期血圧 (増減数)	mmHg ()
職種	拡張期血圧 (増減数)	mmHg ()
実施年月日・時間	分	
行動変容ステージ※	※ 無関心期、関心期、準備期、実行期、維持期	
保健指導実施内容		
保健指導支援形態 (実施時間)	(分)	
コメント (任意)		
機関名	腹囲 (増減数)	cm ()
番号	体重 (増減数)	kg ()
保健指導者名	収縮期血圧 (増減数)	mmHg ()
職種	拡張期血圧 (増減数)	mmHg ()
実施年月日・時間	分	
行動変容ステージ※	※ 無関心期、関心期、準備期、実行期、維持期	
保健指導実施内容		
保健指導支援形態 (実施時間)	(分)	
コメント (任意)		

利用券整理番号: (3/6)

2) 継続的な支援

(1) 個別・グループ・電話・電子メールによる支援 (支援A)

機関名	腹囲 (増減数)	cm ()
番号	体重 (増減数)	kg ()
保健指導者名	収縮期血圧 (増減数)	mmHg ()
職種	拡張期血圧 (増減数)	mmHg ()
実施年月日・時間	食事□ 運動□ 禁煙□	
終了理由	栄養・食生活 □ 身体活動 □	
保健指導支援形態 (実施時間)	支援実施ポイント	
コメント (任意)		
機関名	腹囲 (増減数)	cm ()
番号	体重 (増減数)	kg ()
保健指導者名	収縮期血圧 (増減数)	mmHg ()
職種	拡張期血圧 (増減数)	mmHg ()
実施年月日・時間	食事□ 運動□ 禁煙□	
終了理由	栄養・食生活 □ 身体活動 □	
保健指導支援形態 (実施時間)	支援実施ポイント	
コメント (任意)		
機関名	腹囲 (増減数)	cm ()
番号	体重 (増減数)	kg ()
保健指導者名	収縮期血圧 (増減数)	mmHg ()
職種	拡張期血圧 (増減数)	mmHg ()
実施年月日・時間	食事□ 運動□ 禁煙□	
終了理由	栄養・食生活 □ 身体活動 □	
保健指導支援形態 (実施時間)	支援実施ポイント	
コメント (任意)		
機関名	腹囲 (増減数)	cm ()
番号	体重 (増減数)	kg ()
保健指導者名	収縮期血圧 (増減数)	mmHg ()
職種	拡張期血圧 (増減数)	mmHg ()
実施年月日・時間	食事□ 運動□ 禁煙□	
終了理由	栄養・食生活 □ 身体活動 □	
保健指導支援形態 (実施時間)	支援実施ポイント	
コメント (任意)		

2) 終了理由

3) 終了理由

4) 終了理由

5) 終了理由

腹囲、体重、血圧については中間評価時は必須。しかし、他の回については実施していない場合は記載の必要はない。

合計ポイント

禁煙指導の実施合計回数

(4/6)

(2) 個別・電話・電子メールによる支援（支援B）

項番	支援	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 実施回数	支援 ポイント
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
合 計								

12 支援評価 ()

機関名	利用 (増減数)	cm ()
番号	体重 (増減数)	kg ()
保健指導者名	拡張血圧 (増減数)	mmHg ()
職種	拡張血圧 (増減数)	mmHg ()
実施年月日	身体活動	喫煙
生活習慣の改善状況 (保健指導実施形態 (実施時間))	栄養・食生活	
評価できない 場合の理由	支援実施ポイント	
支援 評価	コメント (任意)	
		合計ポイント

2.2.8 特定保健指導を直営で実施する場合の留意点

特定健康診査は医療機関等が実施機関となることが多いが、特定保健指導は保険者自らが実施もしくは市町村の場合、衛生部門へ執行委任することにより実施するが多い。

以下では、特定保健指導を直営（保険者もしくは市町村の衛生部門が実施）で実施する場合の留意点について触れる。

(1) 各種マスタ（台帳）情報の登録

特定保健指導の実施にあたっては、特定健康診査と同様に特定保健指導の実施機関（この場合は保健センター等）を健診等機関マスタ（基本）に登録しなければならない。

また、直営で実施する場合は費用決済を行わないため、健診等機関マスタ（届出）の登録は必要がないが、受診券をシステムで発行する場合、年度毎に健診等契約マスタを登録しておく必要がある。

(2) 利用券の作成

保険者が直営で特定保健指導を実施する場合は、特定保健指導対象者に直接電話等で案内を行い、利用券の作成を行わないことも考えられる。

この場合、被保険者マスタの控え等により、対象者の資格確認等を実施することも可能である。また、利用券発行機能を活用し、利用券の印刷は行わずに、利用券発行者リストのみを出力し、参加確認を行うことも考えられる。

なお、利用券を作成しない場合の留意点については、「2.2.2(6)利用券作成を行わない場合の留意事項」を参照されたい。

(3) 特定保健指導等の結果の登録

保険者が直営で特定保健指導を実施した場合の特定保健指導結果の登録方法には、以下のようなものがある。

図表 2-49：保健指導結果の登録方法

登録方法	内容
保健指導結果のみをファイルで登録する	「特定健診等データ簡易入力シート」に保健指導結果を入力し、保健指導結果データ（CSV）を作成後、システムにファイルをアップロードする。
保健指導結果をオンライン登録する	保健指導利用者が少数の場合、オンライン画面から1件毎登録が可能である。

2.2.9 モデル実施

平成 30 年度から実施可能な、モデル実施を行う場合の留意点を以下にまとめる¹。

(1) モデル実施の結果の登録

モデル実施として結果を登録する場合は、図表 2-49 と同様の方法で行う。

なお、モデル実施は、保険者によって支援方法や実績評価の設定が異なるため、費用決済有りによる登録を行うことができないことに留意が必要である。

(2) モデル実施の要件

モデル実施として報告可能な実施要件は図表 2-50 のとおりである。

図表 2-50：モデル実施の要件

要件	内容
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 2.0 cm 以上かつ体重 2.0 kg 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)
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
エ	実施した継続的な支援の実施状況を報告する
その他	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

(3) モデル実施の要件を満たさなかった場合の対処法

モデル実施として指導を実施したが結果的に要件を満たせなかった場合は、追加支援を行い、合計 180 ポイント以上を満たせば積極的支援を実施したこととする。

法定報告の際には、積極的支援と同様にチェックを実施する。

2.2.10 初回面接と実績評価の同一機関要件の廃止

平成 30 年度から、保険者の判断により、初回面接と実績評価を同一機関でなくても実施できることとなった。

同一機関要件の廃止に伴う留意点を以下にまとめる。

(1) 契約

契約は、保険者直営（事業主への委託・共同実施の場合も含む）及び個別契約で実施できる。集合契約では取扱いが複雑になるため対応しない。

(2) 運用

¹ 平成 29 年 10 月 30 日付保連発 1030 第 1 号「積極的支援対象者に対する特定保健指導のモデル実施について」

当該保険者にて特定保健指導対象者の保健指導全体の総括・管理を行う者を置き、委託先実施機関との連携・調整を行い、一連の特定保健指導が滞りなく行えるように管理を行う。

(3) 結果登録

同一機関要件の廃止により、費用決済を伴った形式で初回面接①の登録を行った場合でも、費用決済を伴わない形式で初回面接②の登録をシステムで行うことが可能となった。

2.3 実施年度中に 75 歳に到達する者の留意点

実施年度中 75 歳に到達者する者の特定健康診査・特定保健指導における留意点を以下にまとめる。

2.3.1 受診券発行

特定健康診査の受診券は 75 歳到達まで発行が可能であるが、当該年度 75 歳到達者については受診券の有効期限を誕生日前とする必要がある。本システムでは、75 歳到達者の受診券の有効期限を 75 歳の誕生日前日に自動的に設定することができる。ただし、受診券の内容登録等で設定した有効期限が誕生日前日以前の場合は、自動補正は行わず、設定された有効期限で作成される。

なお、健診実施期間と誕生日の関係から受診券発行後に十分な期間が確保できない場合は、後期高齢者医療広域連合で実施する健診を受診できるように調整する等の配慮が必要となる。

2.3.2 階層化・利用券の発行

特定健康診査の受診後 75 歳に達した者は、システムにおいては特定保健指導の利用券発行の対象者とはならない。また 75 歳に達していない場合であっても、75 歳の誕生日までの期間が短い場合等は、利用券の発行を行ったとしても初回面接実施に至らない可能性も想定される。

75 歳以上の者については、行動変容を通じた生活習慣の改善による疾病の発症予防を行うよりも、QOL (Quality Of Life) の確保や介護予防等を勘案しつつ、個々の身体状況、日常生活能力、運動能力等に即し、本人の希望に応じた健康相談、保健指導の機会を確保することが重要であるとされている。こうした点を踏まえて、75 歳到達日までの期間も考慮して、利用券の発行の有無を判断する必要がある。

2.3.3 国への実績報告

実施年度内に 75 歳に到達する者については、年度中に資格喪失した者と同様に扱われる。よって、国への実績報告の対象には含まれない。

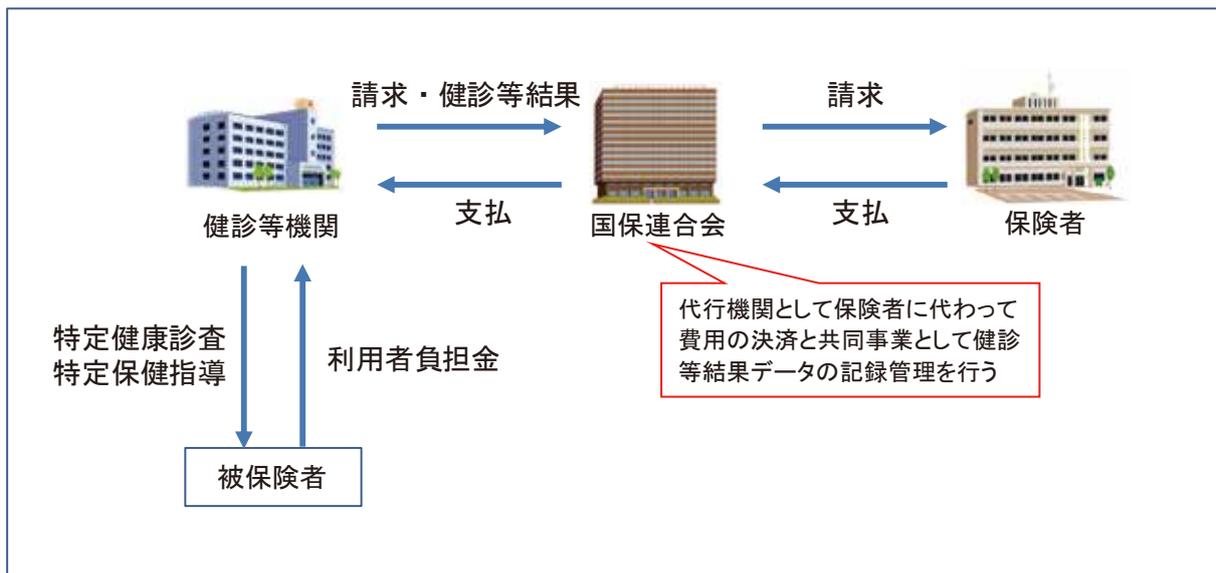
第3章 費用決済業務の概要

3.1 費用決済業務の位置づけ

特定健康診査・特定保健指導に係る費用は、医療保険や介護保険のように公定価格としての点数表や単位数表がなく、保険者と特定健康診査・特定保健指導の実施機関の間で契約により取決められる自由価格制になっている。また、保険者は、契約に基づく費用の支払を他の機関に委託することが可能である。

国保連合会は代行機関の1つとして、保険者に代わって多数の実施機関と医療保険者の間に立ち、国保保険者からの委託により特定健康診査・特定保健指導に係る費用の決済や健診結果等のデータ管理を行う。

図表 3-1：費用決済に係る業務全体概念図

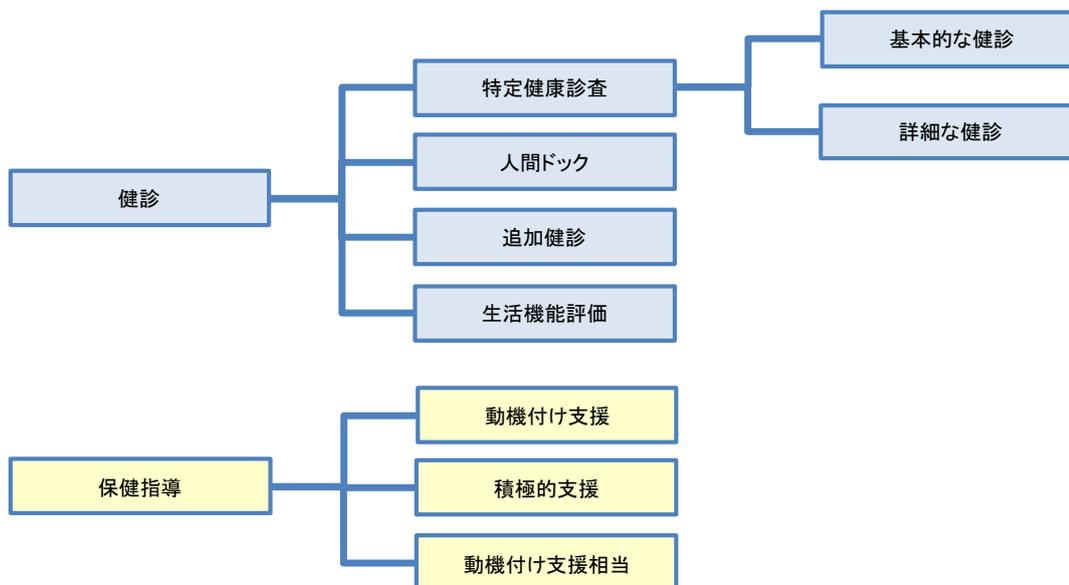


3.2 費用決済の対象

3.2.1 対象とする範囲

国保連合会における費用決済の対象には、国保保険者が行う特定健康診査・特定保健指導の費用のほかに、生活機能評価¹や市町村の追加健診の費用を含む（図表 3-2）。

図表 3-2：国保連合会で取扱う健診の費用決済対象の範囲



¹ 介護予防事業の見直し（平成 22 年 8 月）により、費用負担の観点等から、介護予防事業の対象者選定のための生活機能評価の実施は市町村の任意となった。

(1) 特定健康診査に係る費用決済

特定健康診査に係る費用決済の請求単位は、図表 3-3 で規定される内容に限られ、詳細な健診及び追加健診項目単独の費用決済は行わない。また、基本的な健診＋生活機能評価のように組合せて決済することはできるが、組合せの一部（例えば生活機能評価）のみの決済は行わない。

人間ドックについては、特定健康診査の全検査項目が含まれていることを条件に費用決済を行い、生活機能評価については、基本的な健診及び詳細な健診に含まれない部分を追加健診項目として扱う。

図表 3-3：請求区分コード

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

(資料) 「平成 30 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」別表 7
(平成 29 年 10 月 30 日付健発 1030 第 1 号・保発 1030 第 6 号厚生労働省健康局長・保険局長)

(2) 特定保健指導に係る費用決済

特定保健指導に係る費用決済の対象は、積極的支援と動機付け支援、動機付け支援相当である（図表 3-4）。特定健康診査が 1 回の請求で完結するのに対し、特定保健指導では一定期間継続して目標設定・指導・評価を行うため、複数回に分けて請求が行われる場合がある。請求は図表 3-5 に示す保健指導実施時点コードを付すことにより、特定保健指導のどの段階での請求であるかを判断する。

図表 3-4：保健指導区分コード

コード名	コード	内容	備考
保健指導区分コード	1	積極的支援	
	2	動機付け支援	
	3	動機付け支援相当	階層化は積極的だが前年より改善の場合（任意）
	4	モデル実施	モデル実施については費用決済を不可とする

(資料) 「平成 30 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」別表 12
(平成 29 年 10 月 30 日付健発 1030 第 1 号・保発 1030 第 6 号厚生労働省健康局長・保険局長)

図表 3-5 : 保健指導実施時点コード

コード名	コード	内容	備考
保健指導実施時点 コード	1	開始時	
	2	実績評価時	最終決済時に記録
	3	途中終了時	被保険者資格喪失による利用停止・脱落等
	4	その他	個別契約の場合に記録（月次決済時、報告のみ等）1～3 に該当しない場合
	5	初回未完了	初回面接を分割実施し、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①のみとなった場合

(資料) 「平成 30 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」別表 11
(平成 29 年 10 月 30 日付健発 1030 第 1 号・保発 1030 第 6 号厚生労働省健康局長・保険局長)

特定保健指導は一定期間継続して実施し、完了時の評価を行って初めて完了したこととなる。このため、費用の支払は複数回に分けて行うことが認められている。費用の支払回数と請求時点毎の支払額等については、保険者と保健指導機関との契約において規定する。

図表 3-6 : 委託の形態と契約情報の登録・請求支払の方法

	契約情報の登録	通常の請求・支払の方法	中断終了時の請求・支払
完全委託	動機付け支援（相当）、積極的支援ともに、開始・完了時等の最大 2 回までの支払を可能とし、全体の金額に対するそれぞれの支払割合を契約情報として登録する	開始時・完了時等において契約で規定する割合の費用を請求・支払	完了予定のポイント数に対する実施済みポイント数の比率で請求・支払
一部委託 (個別決済)	登録不要 ただし初回分割実施の場合には指標となる分割割合を契約情報として登録する	実施内容に沿って個別に費用を請求・支払	1 回毎の個別決済のため中断請求は発生しない（ただし実施済の特定保健指導については個別に請求・支払）

完全委託の場合、本システムでの支払回数は開始・終了時の最大 2 回までとなるため、仮に積極的支援において、継続的な支援と完了時の実績評価のそれぞれについて費用の支払を行う契約を締結している場合においても、継続的支援と実績評価の費用の請求・支払は完了時に併せて行うこととなる。

なお、特定健康診査等の結果のみを管理する場合は、共同処理のオンライン画面又はバッチ処理による結果登録を行うことで可能となる。

3.2.2 契約等の形態と費用決済の方法

国保連合会における費用決済は、保険者と実施機関との契約に基づいて行うが、本システムで費用決済処理等の対象とする契約には以下に挙げる形態がある。

(1) 契約形態

① 個別契約（1対1契約）

- ・ 個々の保険者が実施機関と個別に契約を結ぶ場合。

② 個別契約（機関取りまとめ型）（1対N契約）

- ・ 個々の保険者が複数の実施機関を取りまとめて契約を行う場合。
- ・ 実施項目に対する費用金額・特定保健指導の支払回数等は同一である必要がある。
- ・ 医師会が地域の医療機関を取りまとめて契約する形態や広域の健診機関の団体等との契約が想定される。

③ 国保集団契約（保険者取りまとめ型）（N対N契約）

- ・ 主に同一県内の複数の国保保険者が個別又は複数の実施機関を取りまとめて契約を結ぶ場合。
- ・ 広域で特定の実施機関を利用する場合や、都道府県やブロック単位で保険者がまとまって当該地域の医師会と集団的な契約を締結するケース等が想定される。

④ 集合契約（被用者保険取りまとめ型）（N対N契約）

- ・ 主として被扶養者の住所が広域にわたる可能性が高い被用者保険において、市町村国保保険者が各々結んでいる実施機関との契約内容を踏襲し、都道府県単位で代表医療保険者を立て包括的に契約を結ぶ方式。保険者は被扶養者が居住する可能性のある全ての都道府県の代表医療保険者に委託する必要がある。
- ・ 国保においては国保組合がこの契約形態をとることが想定される。

※ ここで述べる契約形態は、国保保険者で一般的に考えられるものとして整理している。

(2) 実施・費用決済上の形態

特定健康診査・特定保健指導の実施形態や費用決済の方法によっては前述の契約の類型にあてはまらないが、健診結果等の管理や費用の決済を行うケースとして以下のようなものがある。

① 一部委託契約

- ・ 特定保健指導（積極的支援）において、1人の利用者に対して1つの実施機関が一貫して特定保健指導を実施せず、複数の機関（一部を保険者が実施する場合も含む）が指導内容に応じて個別に指導を実施する場合。
- ・ 初回面接や3ヶ月後の評価を保険者が直接実施し、個別の指導を部分的に外部委託するケース、地域内で一貫した指導・評価等を行う機関がないため、指導内容毎に委託先を分けるケース等が想定される。

② 支払代行による決済

- ・ 保険者で特定健康診査・特定保健指導の実施結果等の報告を受け確認後、実施機関毎の費用を算定してその振込処理のみを国保連合会に委託する場合。

③ 市町村直営

- ・ 市町村が直接、特定健康診査・特定保健指導を実施する場合（市町村が医師・保健師を雇い入れて実施する場合、場所を準備して一括で費用を支払い、外部委託する場合等も含む）をいう。なお、市町村直営で実施する場合でも、会計処理上の理由等により、費用の決済を国保連合会に委託するときは、外部との委託契約にならない、いずれかの契約形態の処理方法に当てはめて取扱う（例えば国保部門から執行委任された一般衛生部門が保健指導機関登録をして、結果の送付や費用請求を国保連合会に行う場合等）。

契約等の形態毎に費用決済方法や決済処理の前提となる台帳登録の要件、健診等の結果データの登録方法が異なる（図表 3-7）。

図表 3-7：契約等の形態と費用決済等の方法

形態		請求 データ 送付方法	支払先	返戻 一覧表 送付先	振込 通知書 送付先	契約マスタ (届出)の 登録方法	健診等結果 データの 登録方法	
契約形態	①個別契約	1対1	個別機関 より請求	個別機関	個別機関	個別機関毎 の登録(保 険者毎)	請求と併せ て提出され た特定健 診・特定保 健指導結果 データを登 録	
	②個別契約 (機関取りまとめ 型)	1対N	取りまと め機関よ り請求	個別機関 又は契約 取りまと め機関	個別機関	取りまと め機関		支払先が取 りまとめ機 関の場合、 取りまとめ 機関を登録 支払先が個 別機関の場 合、個別機 関毎の登録
	③国保集団契約 (保険者取りまと め型)	N対N	個別機関 より請求	個別機関	個別機関	個別機関		保険者毎に 同一内容を 登録
	④集合契約 (被用者保険取り まとめ型)	N対N						県単位の代 表医療保険 者毎に登録 (契約内容 が異なる)
実施・費用決済上の形態	①個別決済(一部委託)		個別機関 より請求	個別決済	個別機関	個別機関	登録不要 (ただし契 約マスタが 存在しない 場合、共同 処理機能が 使えないた め、契約例 を契約マス タに登録す る必要があ る)	
	②支払代行による決済		—	保険者か らの指定 金額を支 払う(機 関からの 請求受 付・点検 等は行わ ない)	—	—		共同処理業 務で保険者 から登録
	③市町村直営		—	決済は発 生しない	—	—		

(3) 請求の時効

特定健康診査・特定保健指導に係る費用の請求権の時効については法律上特段の規定がないため、原則として民法 167 条（債権等の消滅時効）の規定により 10 年間で請求時効が生じる。ただし、市町村国保においては地方公共団体として地方自治法第 236 条（金銭債権の消滅時効）の適用が想定され、この場合は時効までの期間は 5 年となる。後期高齢者の健康診査についても、同様の取扱いであると考えられる。

<地方自治法>

（金銭権の消滅時効）

第二百三十六条 金銭の給付を目的とする普通地方公共団体の権利は、時効に関し他の法律に定めがあるものを除くほか、五年間これを行わないときは、時効により消滅する。普通地方公共団体に対する権利で、金銭の給付を目的とするものについても、また同様とする。

3.2.3 請求額の計算方法

(1) 特定健康診査

(A) 生活機能評価を同時実施しない場合

(A、B、C、Dの詳細については図表 3-9 を参照のこと)

$$\text{請求額} = \text{A 費用総額} - \text{C 窓口負担額}$$

A 費用総額：健診実施項目の単価合計（人間ドックの場合は人間ドックの単価）

C 窓口負担額の考え方

基本的な健診、詳細な健診、追加健診毎に図表 3-8 により算出した額を合計する
（人間ドックの場合は人間ドックの窓口負担額）

図表 3-8：窓口負担額の算出方法

窓口負担のパターン	窓口負担額の算出方法	備考
定額負担	定額負担額	単価合計が定額負担額以下の場合は単価
定率負担	単価合計 × 定率	1 円未満の場合は四捨五入
保険者負担上限額	単価合計 - 保険者負担上限額	単価合計が保険者負担上限額以下の場合は 0 円
定額負担 + 保険者負担上限額	単価合計 - 保険者負担上限額と定額負担額のいずれか高いほうの額	単価合計が定額負担額以下の場合は単価合計の額
定率負担 + 保険者負担上限額	単価合計 - 保険者負担上限額と定率負担額のいずれか高いほうの額	単価合計 - 定率負担額が保険者負担上限額以下の場合は定率負担額とする

(B) 生活機能評価を同時実施する場合

基本的な健診、詳細な健診、追加健診の区分毎に以下の請求額を算出して合計する。

$$\text{請求額} = \text{A 費用総額} - \text{B 生活機能評価差引額} - \text{D 窓口負担額}$$

A 費用総額：区分毎の健診実施項目の単価合計（人間ドックの場合は人間ドックの単価）

B 生活機能評価差引額：区分毎の生活機能評価差引額

D 窓口負担金額：区分毎の生活機能評価同時実施窓口負担額

（算出の方法は図表 3-8 と同様）

生活機能評価を同時実施した場合の契約内容・窓口負担・請求額の関係について図表 3-9 に示す。

図表 3-9：契約内容・窓口負担・請求額の関係について

実施項目		契約内容		窓口負担（受診券）		
		A 特定健診の委託費用	B 介護保険の委託費用（生活機能評価差引額）	C 特定健診のみの場合	D 生活機能評価同時実施	
基本健診		①	②（生活機能評価差引額 1）	③	④	
詳細健診	貧血検査	⑤	⑥（生活機能評価差引額 4）	⑦	※1	
	心電図検査	⑧	⑨（生活機能評価差引額 3）	⑩	※1	
	眼底検査	⑪	—	⑫	—	
	血清クレアチニン	⑰	—	⑱	—	
外の項目 特定健診以外	生活機能評価	生活機能チェック	—	⑬（生活機能評価差引額 2）	—	※2
		生活機能検査	—	⑭（生活機能評価差引額 5）	—	※2
	その他の付加健診	⑮	—	⑯	—	

※1：生活機能評価としてのみ実施の場合、窓口負担は発生しない。
また、特定健診と生活機能評価が同額の場合も窓口負担は発生しない。
※2：窓口負担は発生しない。

区分	実施項目	生活機能評価同時実施なし	生活機能評価同時実施あり	請求上の区分
基本健診	問診（既往歴、多覚症状、自覚症状）身長、体重、BMI、血圧、身体診察	委託費用額=① 国保請求額 窓口負担額=③	※3 委託費用額=① 介護保険請求額=② 国保請求額 窓口負担額=④	基本健診
詳細健診	貧血検査 心電図検査	委託費用額=⑤+⑧ 国保請求額 窓口負担額=⑦+⑩	※4 委託費用額=⑥+⑨ 介護保険請求額=⑥+⑨	詳細健診としてのみ実施した場合は、詳細健診、その他の場合は、追加健診
	眼底検査 血清クレアチニン	委託費用額=⑪+⑰ 国保請求額 窓口負担額=⑫+⑱		
特定健診以外の項目	生活機能チェック	基本チェックリスト、視診、打聴診、触診、反復唾液嚥下テスト、医師の判定	介護保険請求額=⑬	追加健診
	生活機能検査	反復唾液嚥下テスト、血清アルブミン、医師の判定	介護保険請求額=⑭	追加健診
	その他の追加健診	がん検診等	委託費用額=⑮ 国保請求額 窓口負担額=⑯	追加健診

※3：介護保険の負担をまず差し引き（①－②）その後窓口負担を差し引く。
※4：生活機能評価として実施した場合委託費用が同額である限り、図に示すように全額介護保険の負担となる。
⑤>⑥、⑧>⑨の場合は国保への請求が発生する。

(2) 特定保健指導

(A) 請求額の原則

特定保健指導における費用請求の考え方を以下に示す。

保険者負担額 = 契約額¹ - 窓口負担額

(保険者負担額：初回請求額 + 3ヶ月後評価時請求額)

請求額は、契約に規定する比率に基づき、保険者負担額を初回面接時、3ヶ月後評価時に割り振った額となる。

なお、本システムでは、開始時に特定保健指導全体の契約単価に対する窓口負担を全額徴収する初回時全額徴収方式を前提としている。

窓口負担額は初回面接時に全体の契約額と窓口負担額の徴収方法によって、特定健康診査と同様の方法（図表 3-8）で確定する。

(B) 請求額の計算方法

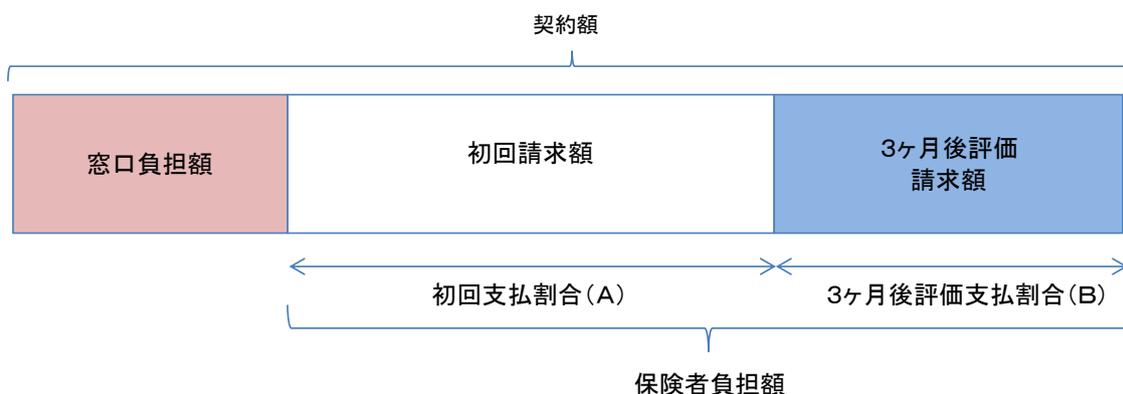
ア) 動機付け支援 及び動機付け支援相当

保険者負担額を初回及び3ヶ月後評価時の最大2回（支払割合の一方を100%とした場合、支払は1回）に分けて支払を行う。

初回請求額： 保険者負担額 × 初回支払割合（A）

3ヶ月後評価時請求額： 保険者負担額 × 3ヶ月後評価支払割合（B）

図表 3-10：動機付け支援の費用



¹ 年度をまたがる特定保健指導の費用の額は、特定健康診査を行った年度の契約額又は特定保健指導の初回面接を行った日の属する年度の契約額のいずれかである。どちらを採用するかについては契約により定める。

イ) 積極的支援

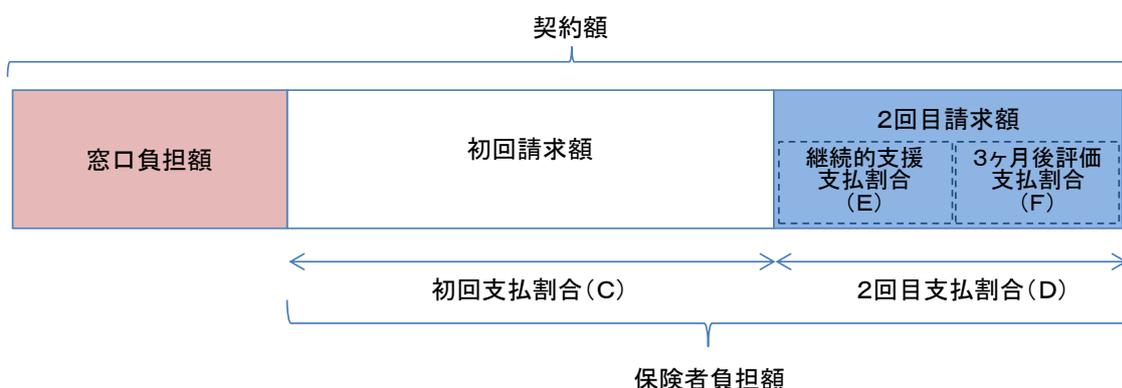
保険者負担額を初回及び3ヶ月後評価時の最大2回（支払割合の一方を100%とした場合、支払は1回）に分けて支払を行う。

初回請求額： 保険者負担額 × 初回支払割合（C）

3ヶ月後評価時請求額： 保険者負担額 × 2回目支払割合（D）

（完了時に継続的支援と3ヶ月後評価に係る費用を合わせて支払う）

図表 3-11：積極的支援の費用



途中脱落時：継続的支援の費用に対して実施済みポイント数相当分の支払を行う。

（保険者負担額 × 継続的支援支払割合（E）） × （実施済みポイント数 / 契約ポイント数）

ウ) 初回分割請求

初回面接を分割実施し、請求も分割して行う場合の請求額の基本的な算出は、契約金額から窓口負担額を引いた金額に、実施した初回分割支払割合（初回分割①もしくは初回分割②）を乗算する。

保険者はその請求額に対して個別決済にて支払を行う。

なお、初回分割請求を実施した場合のセット券情報は「一部委託する（個別決済）」とすることに留意する。

また、分割実施した場合であっても、同一機関での実施であれば一括請求することが望ましく、初回面接終了まで請求を保留し、初回面接分として通常決済にて行う対応が考えられる。

ただし、初回①を実施後、初回②の終了までに資格喪失等により初回未完了として請求せざるを得ない場合には、以下の3パターンの請求が可能である。

パターン1：初回面接の分割実施を同一機関で行う場合

初回未完了として初回①分を請求（通常決済）

パターン2：初回面接の分割実施を異なる機関で行う場合であって、初回②が未実施の場合

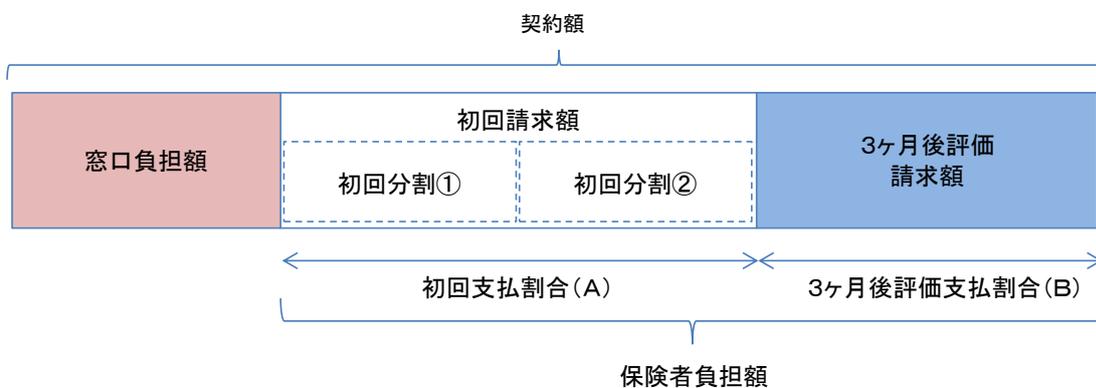
初回未完了として初回①分を請求（個別決済）

パターン3：初回面接の分割実施を異なる機関で行う場合であって、初回②を実施した場合

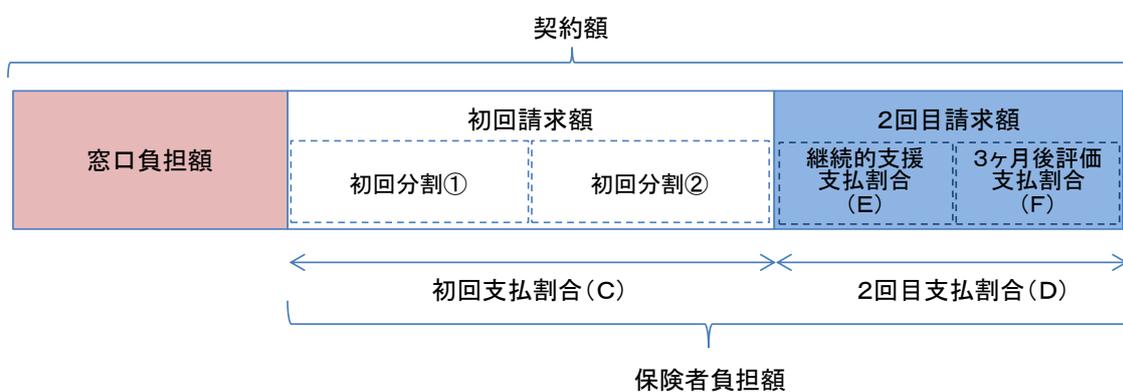
初回①分請求支払後、初回未完了として初回②分を請求（個別決済）

図表 3-12 : 初回分割実施時の費用

動機付け支援



積極的支援



3.3 業務全体概要

国保連合会において実施する特定健康診査等の費用決済に係る業務は、大きく分けて以下の機能から構成される。

(A) 特定健診等データの受付・点検

実施機関より特定健診等データを受領する。その後、事務的な内容点検や、特定健康診査及び特定保健指導結果の妥当性の点検のほか、被保険者資格の点検、保険者と実施機関の契約内容の点検等を実施する。なお、国保連合会はエラーとなったデータについて「特定健康診査・特定保健指導返戻一覧表」を作成し、実施機関へ送付する。また、保険者は自保険者分の返戻内容を確認することができる。

(B) 全国決済

保険者が他県や複数県にまたがる実施機関と契約を締結した場合、機関が所在する都道府県の国保連合会（受付連合会）と保険者が所在する都道府県の国保連合会（資格点検連合会）が異なる。このため、当該都道府県の国保連合会は、国保中央会を通じて県外分健診等費用と結果データの交換を行う。

国保連合会間で発生する請求額と支払額及び委託手数料は、国保中央会にて相殺計算を行った上で差額分の決済を行う。

(C) 請求・支払

特定健康診査等の費用請求に基づき、保険者への請求額及び実施機関への支払額の算定を行い、保険者に対し、請求通知書等を作成して送付する。併せて実施機関に対し、支払額通知表等を作成し、振込情報を基に費用を支払う。

(D) 過誤調整

費用決済の請求額及び支払額が決定した特定健康診査等の費用に関して、これらの決定額に変更が生じた場合は、過誤として請求の取下げを行った上で、請求支払金額に関する調整を行う。

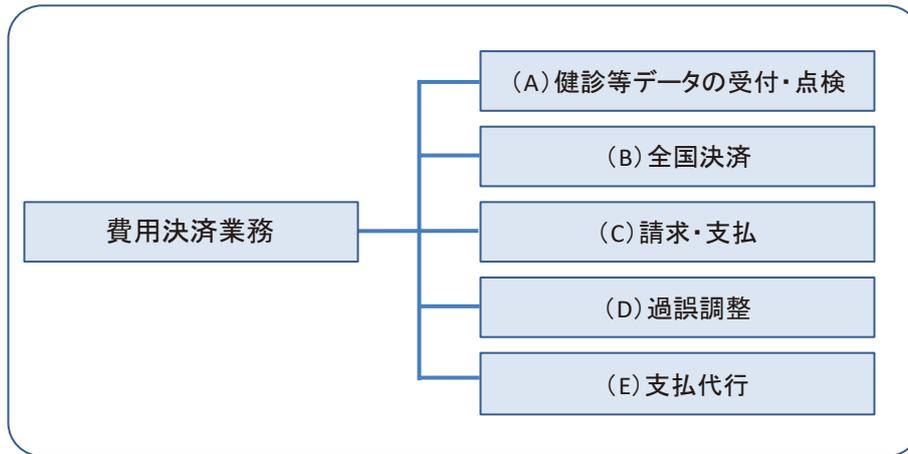
(E) 支払代行

保険者から支払代行の委託を受けて、実施機関への支払代行処理を行う。

なお、費用決済を行う上で、被保険者の情報や保険者が委託契約を締結している実施機関及び契約内容の情報等が必要となるが、マスタ管理については、「第4章マスタ管理業務」において詳細を述べる。

図表 3-13 の各機能の詳細については、3.7「業務概要」で述べる。

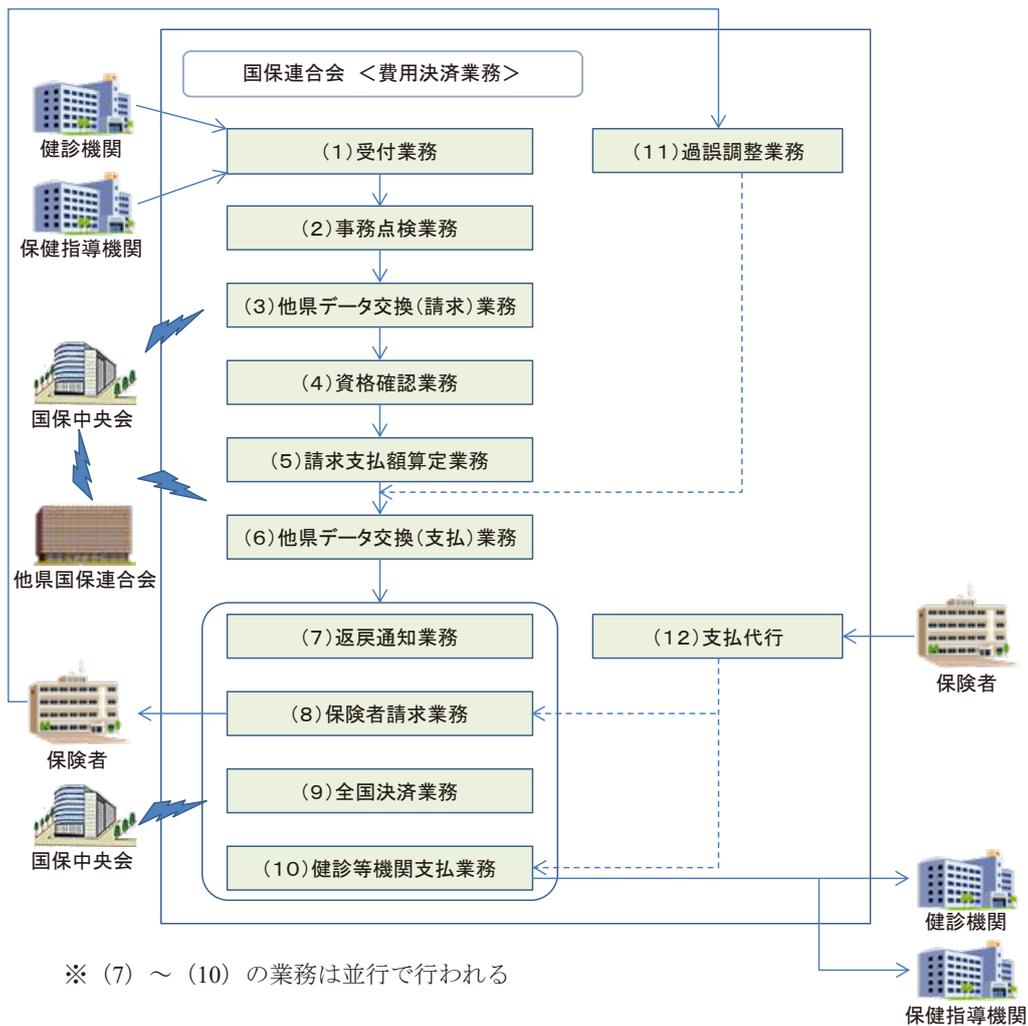
図表 3-13：費用決済処理業務全体概要図



3.4 費用決済の流れ

請求等の受付から実施機関への支払までの国保連合会における費用決済業務の流れを以下に示す。

図表 3-14：費用決済業務の流れ



3.5 業務処理概要

(1) 受付業務

国保連合会は実施機関からの特定健康診査・特定保健指導データの受付を行う。原則的に、特定健診等データの受付は電子ファイル形式（XML形式）で、特定健診・保健指導システムを用いて行う。受付時に電子ファイルの物理的な構成と形式をチェックし、エラーとなった場合は受付不可となる。

(2) 事務点検業務

実施機関から受付けた特定健診等結果データ及び決済データについて、必須入力項目、各項目の誤りチェック、項目間の関連性の点検を行う。点検の結果、正当なデータを受付データとして保持し、後続の資格確認処理へ引継がれる。なお、エラーとなったデータは返戻対象となる。

(3) 他県データ交換（請求）業務

保険者が他県又は複数県にまたがる実施機関と契約を締結した場合は、受付けた国保連合会（受付連合会）では受付業務から事務点検業務までを行い、資格確認以降の業務は保険者が所在する都道府県の国保連合会（資格点検連合会）で行う。そのため、国保中央会を經由して受付連合会と資格点検連合会の間で、特定健診等結果データと決済データの交換を行う。

なお、データの交換は国保中央会を介して行われ、データの授受に際しては、各国保連合会と国保中央会を結ぶ「国保連医療保険ネットワーク」で行われる。

(4) 資格確認業務

実施機関から受付けた特定健診等結果データ及び決済データについて、受診券・利用券の正当性、被保険者の資格点検及び契約情報の点検を行う。資格点検の結果、正当となったデータは特定健診記録台帳、特定保健指導記録台帳に登録する。なお、エラーとなったデータは返戻対象となる。

(5) 請求支払額算定業務

特定健康診査等における請求支払額の算定を請求が行われた単位毎に行う。

(6) 他県データ交換（支払）業務

資格点検連合会は、他県データ交換（請求）で交換した他県受付分のエラー結果を点検結果と共に受付連合会へ送付する。なお、データの交換は「国保連医療保険ネットワーク」を用い、国保中央会を經由して受付連合会へ送信される。

(7) 返戻通知業務

各種点検の結果、エラーとなった特定健診等データについて、「特定健康診査・特定保健指導返戻一覧表」を作成し、実施機関へ通知する。保険者は自保険者分の返戻内容を確認することができる。

(8) 保険者請求業務

請求支払額が算定された決済データ及び過誤調整データから保険者毎の請求額を決定し、保険者に対して健診・保健指導費用の請求を行う。「払込請求書」及び「請求額内訳書」等を作成し、各保険者へ送付する。また、「請求額一覧表」を基に保険者からの入金確認を行う。

(9) 全国決済業務

国保中央会は、健診等費用の請求額と支払額及び委託手数料の国保連合会間の相殺処理を行い、国保連合会に相殺結果の通知を行う。

(10) 実施機関支払業務

実施機関毎の支払額を決定し、金融機関宛の振込データを作成して振込を行う。「支払額通知書」等の支払関連帳票を作成し、該当の機関へ送付する。

支払代行処理を受託している場合は、支払代行分の振込データを合わせ、振込媒体を作成することも可能である。

(11) 過誤調整業務

費用決済確定済の特定健診等データについて、保険者より申出のあった過誤依頼の内容を国保連合会が確認し、請求の取下げを行う。また、請求支払金額に関する調整を行うため、過誤調整データを作成する。

(12) 支払代行業務

保険者から受領した支払代行データを点検し、その結果、正当となったデータを使用して支払代行処理を行う。

「払込請求書」及び「請求額内訳書（代行分）」等を作成し、各保険者へ送付する。また、「支払額通知書（代行分）」等の支払関連帳票を作成し、該当の実施機関へ送付する。実施機関毎の支払額を決定し、金融機関宛の振込データを作成する。

3.6 業務処理日程の考え方

以下に標準的な業務処理日程の考え方を示す。ただし実際の運用日程については、全国統一日程による部分を除き、各国保連合会での状況等に応じ弾力的に対応することができる。

図表 3-15：標準的な業務処理日程の考え方

業務	処理日数	標準業務処理日程の考え方	備考
健診等結果と決済情報の受付業務	オンラインの場合は随時可能、それ以外は3営業日受付	オンラインによる受付は随時行っており、電子媒体等による受付は当月3～5日に行うが、いずれの場合も当月5日締め	
形式・事務点検業務	随時可能		
他県データ交換（請求）業務	2日間（月1回）	当月23日～24日頃	データ交換としては、2日間であるが、予備日を含めて3日間のスケジュールで行う
資格確認業務		<ul style="list-style-type: none"> ・自県分は当月処理マスタを使い当月20日～翌月3日に実施（オンラインのみ、前月処理マスタを使い前月21日、当月4日実施） ・他県分は、当月処理マスタを使い当月26日～翌月3日に実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・自県分は前月処理マスタにより月2回、当月処理マスタにより月1回 ・他県分は月1回
請求支払額算定業務	2日間（月1回）	翌月4日～5日頃	
他県データ交換（支払）業務	2日間（月1回）	翌月6日～7日頃	
返戻通知業務	（月1回）	翌月12日頃締め	健診・保健指導機関からの、翌月の請求締日迄に再作成が可能となるよう他県データ交換（支払）終了後、可能な限り早急に通知する必要がある
保険者請求業務	（月1回）	翌月25日振込納期	
全国決済業務	1日間（月1回）	<ul style="list-style-type: none"> ・相殺処理は翌月9日頃 ・全国決済振込（支払県国保連合会）は、翌月26日まで ・全国決済支払（中央会）は、翌月27日まで 	
健診等機関支払業務	（月1回）	翌月末日	
過誤調整業務	（月1回）	<ul style="list-style-type: none"> ・受付は5日締め ・エラー修正は受付開始の翌日から締め日まで可能 	
支払代行業務	オンラインの場合は随時可能	<ul style="list-style-type: none"> ・締め日は振込日の14営業日前 ・翌月末日振込 	支払代行の振込日は条件次第で変更も可能（左記は、支払代行の振込日を一般の費用決済の振込日に合せた場合のスケジュール）

※健診等データの受付締日が属する月を当月とする。

当月支払分の請求期限を5日までとした場合、「払込請求書」等の送付日、納期日、振込日等については、休日等により変更がありうる。

図表 3-16 : 月間スケジュール (概要版)

月		(N-1)月			N月			(N+1)月		
		1日 ~ 10日	11日 ~ 20日	21日 ~ 31日	1日 ~ 10日	11日 ~ 20日	21日 ~ 31日	1日 ~ 10日	11日 ~ 20日	21日 ~ 31日
業務区分	運用	<p>▲ 約27営業日 (基点日1(5日) ~ 基点日2(16日) ~ 基点日3(26日))</p> <p>▲ 約27営業日 (基点日1(5日) ~ 基点日2(16日) ~ 基点日3(26日))</p> <p>▲ 約27営業日 (基点日1(5日) ~ 基点日2(16日) ~ 基点日3(26日))</p>								
	主利用者	<p>▲ 約27営業日 (基点日1(5日) ~ 基点日2(16日) ~ 基点日3(26日))</p> <p>▲ 約27営業日 (基点日1(5日) ~ 基点日2(16日) ~ 基点日3(26日))</p> <p>▲ 約27営業日 (基点日1(5日) ~ 基点日2(16日) ~ 基点日3(26日))</p>								
マスタ管理	マスタ更新	<p>健康保険機関マスタ(届出)更新 健康保険契約マスタ更新 ▲ 金融機関マスタ更新 → 被保険者マスタ更新</p>								
	受付	<p>健康保険機関マスタ(届出)更新 健康保険契約マスタ更新 ▲ 金融機関マスタ更新 → 被保険者マスタ更新</p> <p>受付した媒体のデータをシステムへ登録する期間(基点日1~請求データ交換ファイル作成日まで)</p>								
費用決済	形式チェック 事務点検	<p>形式チェック・事務点検およびエラー訂正作業</p>								
	資格確認 台帳登録	<p>資格確認 および 台帳登録</p>								
	全会社 (システム)	<p>資格確認 および 台帳登録</p>								
	全会社 (システム)	<p>請求データ交換</p>								
	請求者 (システム)	<p>請求データ交換</p>								
共同処理	支払代行	<p>支払代行依頼受付 および 支払代行依頼チェック</p>								
	特定保健指導	<p>特定保健指導対象者抽出(台帳更新に合わせて随時実行される)</p>								

3.7 業務概要

3.7.1 特定健診等データの受付・点検

(1) 基本事項

国保連合会は保険者の代行機関として、実施機関から被保険者の特定健康診査等の結果及び請求・費用に係る情報を受領し、費用決済業務及び結果の記録管理を行う上での前提として、正当性の点検を行う。これら一連の業務を受付・点検業務と呼ぶ。

(A) 特定健診等データの位置づけ

国保連合会が実施機関から受け付けるデータは特定健康診査等の結果データと決済データからなる。

○特定健康診査等結果データ

被保険者の特定健康診査・特定保健指導結果を報告するためのデータ

○決済データ

実施機関が特定健康診査等を実施したときに要した費用について、保険者と実施機関との間であらかじめ取決められた額を請求するためのデータ

(B) 受付・点検業務の手順

受付・点検業務は以下の手順に従って行う。

① 実施機関からのデータ受付

特定健康診査等の結果及び請求に関するデータを受け付ける。

② データの形式チェック

データの構成に関するチェックを行う。

③ 事務点検

必須項目の記載漏れ、データ項目毎の誤りチェック、関連性チェックを行う。

(受付けた国保連合会において実施)

④ 資格確認

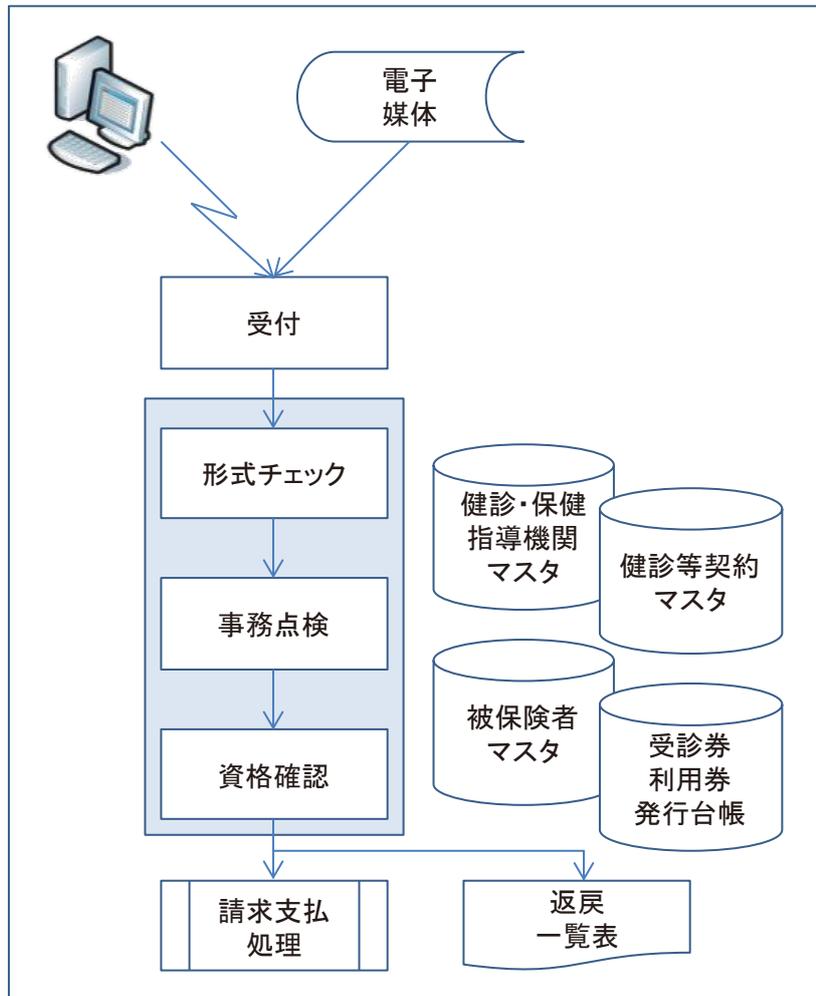
被保険者資格の有無等に関するチェックを行う。

(請求先保険者の所在する国保連合会で実施)

⑤ 返戻

エラーとなった点検結果について、実施機関への通知を行う。

図表 3-17：受付・点検業務の流れ



(2) 特定健診等データの取扱い

(A) 特定健診等データの提出媒体

特定健康診査・特定保健指導の外部委託に関する委託の基準は告示にて定められ、特定健診結果等の情報の取扱いとして以下の事項が規定されている（特定保健指導についても同様）。

特定健康診査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。

参考資料：平成20年1月17日厚生労働省告示第十一号

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。

参考資料：平成20年1月17日厚生労働省告示第十一号

特定健康診査等の結果データ及び決済データは特定健康診査・特定保健指導を実施した者（実施機関）が作成し、電子化を行うことが基本であるが、実施機関内で電子化が行えない場合は、データの入力・作成を委託することも可能である。

(B) 受付方法

本システムでの実施機関からのデータの受付は、特定健診・保健指導システムを介してオンラインによる受付が基本である。しかし特定健診・保健指導システムが使えない実施機関は電子媒体を用いて国保連合会へ送付することも可能とする。

受付方法は、以下の2通りがある。

- ① オンラインによる受付
- ② 電子媒体（CD-R等）の受付

①はシステム処理による自動受付（原則平日9時～21時、ただし運用スケジュールは国保連合会毎に異なる可能性がある）。②の場合は職員が媒体の受付を行う。

また、①では、実施機関側で、送信状況の確認、取下げ依頼等の操作が可能である。①と②いずれにおいても「データ受領書」及び「受付エラー連絡書」で受付結果を確認することができる。

(C) 特定健診等データの統一形式

特定健康診査・特定保健指導のデータは、全国の実施機関、国保連合会、保険者、支払基金等の複数の関係機関にてデータの授受が行われるため、データ形式と記録方法とが統一して定められている。

ア) 標準的なファイル形式の考え方

以下の3つの基本的な考え方に従い定められている。

- 特定メーカーのハード、ソフトに依存しない形式であること
- 将来、システム変更があった場合でも対応が可能であること
- 実施機関、保険者等の関係者が対応できる方式であること

イ) XML形式での記録

拡張性を考慮し、XML形式での記録を採用している。

ウ) 標準コードの設定

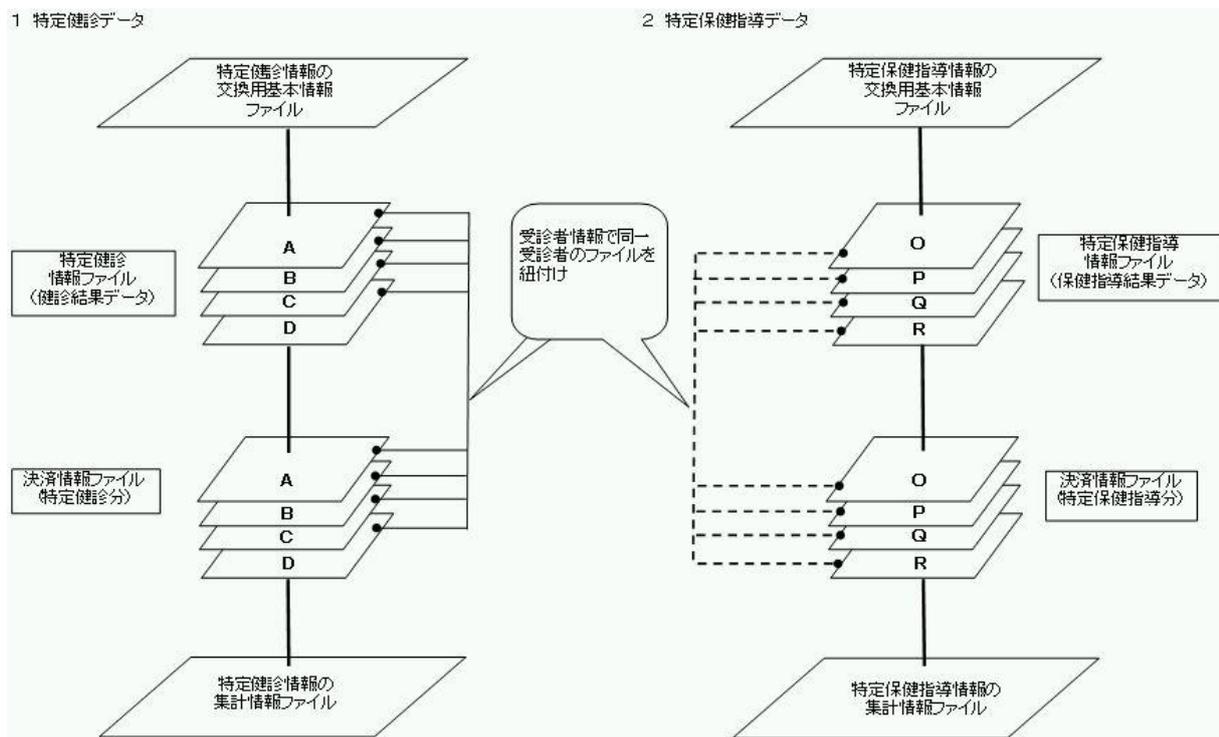
健診項目の追加等に柔軟に対応できるよう、JLAC10 を基にした項目コードを採用している。

(D) 特定健診等データの構成

実施機関から国保連合会に特定健康診査等の結果及び決済データが送付される際のデータファイルは、特定健診データと特定保健指導データから構成される。(個人単位の特定健診・特定保健指導結果データのファイル群、決済データファイル群、宛先や総ファイル数の情報を格納する交換用基本情報ファイル及び各ファイルを集計した情報を格納した集計情報ファイルで構成) (図表 3-18)。

特定健診等データは実施機関単位で作成されるため、複数の保険者と契約している場合は、保険者の区別が無い状態で構成される。また、集計情報ファイルも保険者の区別なく当該機関の請求総額等が記録される。

図表 3-18：特定健診・特定保健指導データのファイルイメージ



(資料) 厚生労働省保険局「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版)」

結果データと決済データは、基本的には受診者毎に對の情報が記録される。ただし、特定保健指導については中間時点の決済を伴わない結果データのみが送付される場合や、動機付け支援の開始時に 100%の支払を行い終了時に評価結果のみが送付される場合等、費用決済が生じない場合がある。

この場合、実施機関は決済データの金額にゼロを設定し、特定保健指導データと併せて国保連合会へ送付する。

＜決済データを伴わないデータ送付が発生する場合＞

- ・ 保険者と保健指導機関の契約形態により費用決済を伴わない特定保健指導結果データの送付を行う場合

(例) 動機付け支援の完了時評価に関して費用の支払を行わない契約において完了時評価結果を送付する場合

なお、特定健康診査等の結果データを登録する方法としては、決済データと併せて国保連合会に送付する方法のほかに、共同処理にてバッチ処理又はオンライン処理で登録する方法がある。登録方式毎の利用ケースを以下に示す。

図表 3-19：特定健診・特定保健指導結果データの登録方法と利用ケースの関係

		費用決済を委託している場合	費用決済を委託していない場合 (支払代行のみの場合等)	市町村直営の健診・保健指導機関	他の健診等結果の登録	他保険者での健診等結果の登録
決済データと併せて健診等結果データを送付		○				
共同処理	バッチ登録		○	○	○	○
	オンライン登録		△*	△*	○	○

※大量データの登録には適さない

(E) 他県分の特定健診等データの取扱い

特定健診等データについては、実施機関の所在する都道府県の国保連合会が受付を行う。受付を行った国保連合会は特定健診等データについてデータ形式のチェックと事務点検を実施した上で、国保中央会を通じて保険者が所在する都道府県の国保連合会に振分けて送付する（詳細については3.7.2「全国決済」参照）。

(3) 特定健診等データの点検事項

(A) 特定健診等データの受付・点検

国保連合会は費用決済業務を行うために、実施機関から受領したデータの点検を行う。点検では特定健康診査等の結果データ及び決済データの正当性の他、各データ間の妥当性も点検する。以下に点検業務の内容を示す。

図表 3-20：点検業務の内容

	項目	点検内容	使用マスタ	エラー時の取扱い
①	受付	・全項目の属性チェック ・全項目の桁数チェック ※媒体の場合、読取チェックを実施		受付不可
②	形式 チェック	・全項目の単項目チェック		返戻
		・トータルチェック		警告
③	事務点検	・項目間関連チェック ・健診・保健指導機関チェック ・保険者チェック ・検査項目チェック（基本健診、詳細健診）	・健診・保健指導機関マスタ ・保険者マスタ ・検査項目台帳	返戻
④	資格確認	・資格確認チェック (受診券、窓口負担、被保険者情報、契約情報)	・受診券発行台帳 ・被保険者マスタ ・健診等契約マスタ	返戻

受付点検で受付不可となったデータについては請求元が再提出する必要がある。

- ・オンライン受付の場合：請求元が「受付エラー連絡書」等を画面で確認し、再提出
- ・電子媒体受付の場合：国保連合会が「データ受領書」、「受付エラー連絡書」を出力して請求元に送付し、再提出

(B) 返戻扱いとなるケース

実施機関から送付された特定健診等データについて点検でエラーとなったものは、原則返戻扱いとなり、費用の支払、特定健診等データの記録対象とならない。

特に返戻となるケースの中で、実施機関が留意すべき点について以下に示す。

ア) 請求の関連チェック

特定保健指導の請求は特定健康診査と異なり、複数回に分けて行われる場合があるため、同一の利用券整理番号の請求間で関連チェックが必要となる。

下表の×を付した請求の組合せについて、同月に提出された場合は重複請求として両方を返戻、月をまたがって請求された場合は後から請求されたものを返戻する。

なお、初回面接の結果が記録されていない場合、他の請求は返戻となる。

図表 3-21：請求の組合せによる返戻パターン

	初回面接	実績評価	途中終了	中間評価
初回面接	×	○	○	○
実績評価	○	×	×	○
途中終了	○	×	×	○
中間評価	○	○	○	○

イ) 被保険者に関する点検

① 除外者登録との関係

保険者が特定健康診査の除外対象者としてシステムに登録しても、資格の喪失ではないため、決済処理では返戻扱いとはならない。受診券・利用券の発行後に除外者登録をした場合は、受診券・利用券の発送停止登録又は引抜きを行う必要がある。

② 資格喪失者の扱い

被保険者マスタ上で年度中に資格喪失が登録された場合は、資格喪失日以降の受診日に関する特定健康診査の請求は返戻扱いとする。特定保健指導の場合、実施機関に資格喪失を通知することで、実施機関は以降の保健指導を中止し中断請求の処理を行うことになる。

③ 脱落認定との関係

請求内容の関連チェックとは別に、保険者が保健指導機関からの連絡により脱落の認定を行いシステムに登録した以降は、中断終了の請求のみを可とし、完了時の請求は返戻する。

返戻扱いとする主なケースを、以下に示す。

図表 3-22 : 返戻ケース

返戻コード	返戻事由	エラー概要	主なエラー原因
01	データ記録の形式不備	記録形式エラー	交換基本情報、集計情報とデータ内容のトータルチェックのエラー
			設定コード以外のコードが入力されている
02	データの記録漏れ	未入力エラー	必須入力項目の記載がない
03	健診結果データ異常	データ相関エラー	未実施項目がある場合の入力項目の関係エラー 請求の区分と請求金額の設定の関係エラー 請求の区分と窓口負担の設定の関係エラー 窓口負担コードと窓口負担金額設定の関係エラー 費用単価の合計、請求金額、窓口負担額の関係エラー 詳細健診の請求と詳細健診実施項目、実施理由等の関係エラー 等
		保険者情報エラー	健診実施日に該当する保険者が存在しない
		健診機関情報エラー	健診実施日に該当する健診機関が存在しない
04	契約対象外	検査項目エラー	検査・問診結果のデータタイプエラー、入力範囲外
			基本健診項目で結果がそろっていない (ただし、血糖検査は空腹時血糖とHbA1cはどちらかが存在すればよく、どちらもない場合は食直後でなければ随時血糖でもよい。中性脂肪検査はLDLコレステロールの代わりにnon-HDLコレステロールでもよい。受診者男女区分が女性の場合、尿糖検査、尿蛋白検査は未実施でもよい)
		契約対象外エラー	契約情報が健診等契約マスタに存在しない
		契約情報エラー	健診実施年月日が契約マスタの有効期間外である
		指導当日実施契約外	保健指導初回を当日実施したにも関わらず初回同時実施の契約がない場合
		追加健診項目数超過	契約外の追加健診(実施追加健診項目数が契約項目数を超えている)
05	受診券・利用券の整理番号不備	受診券整理番号エラー	受診券整理番号が受診券発行台帳に存在しない 受診券が未発行もしくは発送停止
		利用券整理番号エラー	利用券整理番号が利用券発行台帳に存在しない 利用券が未発行もしくは発送停止
		セット券チェックエラー	受診券での健診で、初回面接実施が入力されている
06	有効期限外	受診券有効期間外	健診実施日において無効な受診券
		利用券有効期間外	保健指導実施日において無効な利用券
07	窓口負担金額不備	受診券情報エラー	受診券に記載された受診者窓口負担内容との不一致
		利用券情報エラー	利用券に記載された利用者窓口負担内容との不一致
08	その他	被保険者情報エラー	被保険者番号の誤り(被保険者マスタに存在しない)
			受診者生年月日、性別が被保険者マスタと不一致
			受診日において被保険者資格がない
		健診台帳エラー	台帳に重複データが存在する 過誤申請が行われている
保健指導台帳エラー	台帳に重複データが存在する 特定保健指導実施時に特定健診結果が台帳に未登録		

(C) データ訂正

エラーリストを基に保険者や実施機関へ返戻内容について確認を行う。エラーの原因を確認できた場合は、国保連合会内においてオンライン画面を通じ訂正を行うこともできる。実施機関から請求当月に請求内容の取下げ申請があった場合は、請求データの状況により以下のとおり対応が異なる。

図表 3-23：請求データの取下方法

データの状況	方法
各種台帳登録前	「特定健診訂正」画面より該当データを削除。 この場合、削除データとなるため返戻リストには出力されず、又、請求もされない。
各種台帳登録後	資格確認まで正当に処理され、各種台帳に登録されたデータについては請求の対象となる。 しかし、確定日までであれば「台帳登録解除」機能で返戻とすることができる。 確定日を過ぎた場合は、請求が通った後に過誤による取下げ、再請求となる。

(4) 点検項目の概要

ア) 特定健康診査

特定健康診査項目における留意点を以下に示す。健診結果については必須項目が未設定の場合、国への実績報告の対象とならないため注意が必要である。

図表 3-24：特定健康診査項目における留意点

項番	項目	留意点
1	医師名について	費用決済をする場合は必須である。
2	尿検査について	男性で透析中等で尿検査を実施できなかった場合は、「実施済」で「判定不能」として設定する。
3	腹囲	腹囲（自己申告）のみ実施している場合、BMIは22.0未満であること。
4	既往症、自覚症状、他覚症状、心電図（所見の有無）	既往症、自覚症状、他覚症状、心電図（所見の有無）の検査結果コードが1（あり）の場合それぞれの所見項目が存在していること。
5	採血時間	空腹時血糖項目のいずれかが存在しており、採血時間が入力されている場合は「食後10時間以上」でなければならない。 平成30年度以降に実施する健康診査より、空腹時以外に採血を行い、HbA1c（NGSP値）を測定しない場合は、採血時間が「食後3.5時間以上、10時間未満」であれば随時血糖を血糖検査の結果として報告ができる。
6	検査結果の値	検査結果の数値にはそれぞれ整数部、小数部の桁数の上限がある。
7	追加健診について	本システムで決済できる検査項目は、厚労省の「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版）」に掲載されている項目のみである。
8	契約単価と請求時の単価との関係について	契約単価が上限となる。請求データの単価が契約マスタに登録されている単価を上回らなければ、エラーとはならない。
9	他の検診による負担金額	現在、他の検診による負担額は使用していない。

項番	項目	留意点
10	HbA1c 検査について	平成 25 年度以降実施する健康診査より HbA1c 検査は、NGSP 値で表記しなければならない。（平成 24 年度実施分までは、JDS 値で表記）
11	測定値の上限、下限について	平成 25 年度以降実施する健康診査より実測値が上限値、下限値の範囲外の場合、H/L 表記と実測値の両方を表記しなければならない。（平成 24 年度実施分までは実測値が上限値、下限値の範囲外の場合は、H/L 表記のみ）
12	詳細健診（心電図、眼底、血清クレアチニン）	平成 30 年度以降実施する健康診査より、既存の「実施理由」の入力に加えて「対象者」項目を設定しなければ詳細健診としての入力とはならない。

イ) 生活機能評価の判定方法

生活機能評価の同時実施が可能なケースを以下に示す。

図表 3-25：生活機能評価の判定方法

項目	内容
対象者の条件	市町村国保の被保険者であること（国保組合は対象外）
	65 歳の誕生日前日以降の実施日であること
	受診券に生活機能評価が同時実施可能であることが明記されていること

生活機能評価の結果のチェックについては、保険者が保険者属性テーブルの請求書振分フラグの設定により以下の 3 パターンから選択する。

図表 3-26：生活機能評価の結果のチェックパターン

項番	内容
1	基本チェックリストの項目のチェックを行い、判定結果に基づき生活機能評価の項目のチェックを行う。
2	基本チェックリストの項目チェックのみ行う。
3	生活機能評価の結果に関する項目チェックを行わない。

以下に基本チェックリストの判定方法を示す。判定方法は、「判定 1」から「判定 4」のいずれかに該当する者を予防事業の対象者と判断する¹。

図表 3-27：基本チェックリスト

項番	質問項目	検査結果コード		判定 1	判定 2	判定 3	判定 4	
1	バスや電車で 1 人で外出していますか	0.はい	1.いいえ	10 項目 以上 該当				
2	日用品の買い物をしていますか	0.はい	1.いいえ					
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ					
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ					
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ					
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ			3 項目 以上 該当		
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ					
8	15 分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ					
9	この 1 年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ					
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ					
11	6 ヶ月間で 2~3 kg 以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ				2 項目 該当	
12	身長 cm 体重 kg (BMI=)	値※						
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ					2 項目 以上 該当
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ					
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ					
16	週に 1 回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ					
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ					
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1.はい	0.いいえ					
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ					
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ					
21	(ここ 2 週間) 毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ					
22	(ここ 2 週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい	0.いいえ					
23	(ここ 2 週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1.はい	0.いいえ					
24	(ここ 2 週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ					
25	(ここ 2 週間) わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ					

※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) (小数点以下第 2 位を四捨五入)。記録された値により算出できない(H/L 等)場合は、チェックリスト 12 に記録された値を使用する。

項番 12 以外は検査結果コードが「1」の場合を該当とする。また、項番 12 は特定健診値の結果として記録された「身長・体重」の値から BMI を算出し、「18.5」未満の場合は該当とする。

¹ 従来は、基本チェックリストにより候補者を絞り込み、生活機能評価を行って判定していたが、「地域支援事業の実施について」(平成 22 年 8 月 6 日老発 0806 第 1 号 厚生労働省老健局長)により、生活機能評価の実施は任意となり、対象者の呼称も「特定高齢者」から「二次予防事業の対象者」と変更されたが、平成 26 年介護保険法改正により、平成 27 年度から二次予防事業は廃止・再編され、介護予防・日常生活支援総合事業となった。なお、特定健診等データ管理システムの機能としては、従来どおり使用することができる。

ウ) 特定保健指導

特定保健指導項目における留意点を以下に示す。

図表 3-28：特定保健指導における留意点

項番	項目	留意点
1	会計区分について	保健指導の決済は、個別決済分を除き、すべて「国保特別会計」となる。
2	計画上集計情報、実施上集計情報	継続的な支援を行う積極的支援では計画上集計情報、実施上集計情報については、それぞれ必須項目、関連する項目で一つ以上設定が必要な項目、ポイント数の範囲等についてのチェックがある（図表 3-29 参照）。
3	ファイル作成機関番号	機関の種類チェックは行わずファイル作成日に当該機関が存在すれば正当となる（期間の種類が保健指導実施機関である必要はない）
4	指導実施日	同一利用券で同一指導実施日は不可。
5	指導実施日（実績評価時）	最終評価日は初回面接日から3ヶ月以上経過していなければならない（3ヶ月目の初回面接日と同じ日付は可）。
6	支援 B について※1	平成 25 年度以降の保健指導においては、支援 B の実施は任意。

※1. 平成 25 年度の特定健康診査に基づく特定保健指導より、実施に携わる者が創意工夫を発揮することを可能とし、利用率を向上させる為に積極的支援の支援 B（20 ポイント）が任意となった。

図表 3-29：積極的支援の必須設定項目について

項目名	計画上集計情報					実施上集計情報		
	初回面接	最終評価	途中終了	その他	値の範囲	最終評価	値の範囲	
計画上集計情報 ※1	計画上の継続的な支援の実施回数	◎	◎	◎	◎		◎	
	実施回数（個別支援 A）	○	○	○	○		○	
	実施回数（グループ支援）							
	実施回数（電話 A）							
	実施回数（e-mail A）							
	合計実施時間（個別支援 A）							
	合計実施時間（グループ支援）	○	○	○	○		○	
	合計実施時間（電話 A）							
	ポイント（支援 A）※2	◎	◎	◎	◎			
	ポイント（合計）※2	◎	◎	◎	◎	180～9999	◎	180～9999

[凡例] ◎：存在すること

○：1 項目以上存在すること

※1. 報告区分が最終評価、途中終了、その他である場合の計画上集計情報の◎と○のチェックは、計画集計情報が設定されている場合のみ行われる。（報告区分が最終評価、途中終了、その他である場合、計画上集計情報の設定は任意であるため）

※2. 上限値～下限値チェックは、項目が設定されていた場合には積極的支援、動機付け支援の分類に関係なく実施。

(6) 個別決済

(A) 個別決済の考え方

ア) 対象

特定保健指導の個別決済に関して、以下に示すようなパターンにおいて実施することを想定している。

図表 3-32：個別決済の利用事例

パターン	意味	請求の例
一部委託（直営と保健指導機関）	初回面接と実績評価は直営で行い継続支援を保健指導機関に委託する場合	直営分は請求なし A 機関：継続支援の請求（個別）
一部委託（複数保健指導機関）	初回面接・実績評価と継続支援を別の保健指導機関に委託する場合	A 機関：初回面接の請求（個別） B 機関：継続支援の請求（個別） A 機関：終了時評価の請求（個別） (A 機関が一括して請求を行い他の保健指導機関に費用を支払う場合は通常の請求となる)
保健指導機関の変更	初回面接終了後、保健指導実施機関が変更となる、かつ、契約単価が異なる場合	A 機関：初回面接の請求（通常請求） B 機関：継続支援・実績評価の請求（個別） この場合 B 機関の請求の前に「一部委託」に変更されている必要がある
3 回以上の分割支払	特定保健指導で 3 回以上に分けて費用請求を行う場合	パターン 1：積極的支援の継続支援を含め複数回の請求 A 機関：初回面接の請求（個別） A 機関：継続支援の請求（個別） A 機関：終了時評価の請求（個別） パターン 2：セット券の指導初回当日実施の初回分割請求 A 機関：初回①の請求（個別） A 機関：初回②の請求（個別） A 機関：終了時評価の請求（個別）
初回面接の分割実施	初回面接を別の機関で分割実施する場合等	A 機関：初回面接①の請求（個別） B 機関：初回面接②の請求（個別） B 機関：終了時評価の請求（個別）

イ) 前提

個別決済を行う際の前提を以下に示す。

- セット券及び利用券を発行する際に受診券状況登録画面及び利用券状況登録画面にて「一部委託」と設定すること（「一部委託なし」で発行した場合であっても、受診券状況登録及び利用券状況登録で「一部委託」に変更し、以後の請求を個別決済扱いとすることができるが、保健指導結果の台帳登録後は、「一部委託」から「一部委託なし」への変更はできない）。
- 対象とする保健指導機関は保険者と同一都道府県に所在すること。
- 初回面接分割実施を行う場合はセット券での受診であること。

ウ) 点検

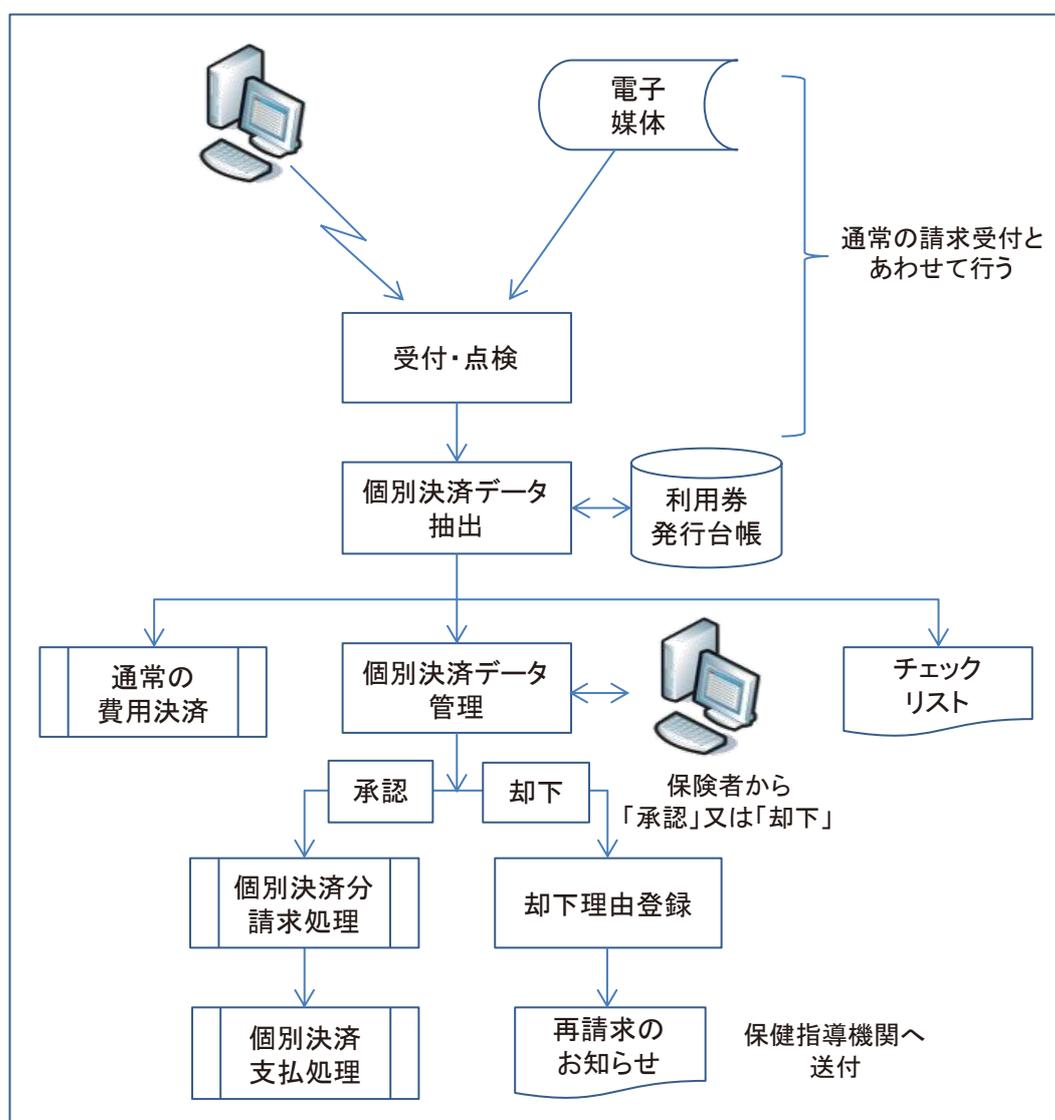
個別決済の請求に関しては、本システムでは契約に基づく請求金額のチェックは行わず、保険者においてオンライン画面から請求内容を確認して承認を行う。以下に本システムで行う個別決済におけるデータ点検の内容を示す。

図表 3-33 : 個別決済の点検

項目	留意点
費用決済に関する関連チェック	初回分割実施を行った場合の個別決済の点検では契約マスタに登録済みの初回面接①と初回面接②の支払割合による請求金額の関連チェックを行う。

(B) 個別決済の流れ

図表 3-34 : 個別決済の流れ



- ① 保健指導機関から、通常の請求と同じ方法、同じインタフェースで請求を受付ける。
- ② 事務点検等を行い、正当データを特定保健指導記録台帳に登録する。
- ③ 個別決済対象を検索し、個別決済データを抽出し（受付実施区分コード=2：特定保健指導で、利用券発行台帳に個別決済対象として登録されているもの）、チェックリストを作成する。
- ④ オンライン画面等により、保険者が保健指導計画内容等に基づき請求内容をチェックし、支払を「承認」もしくは「却下」する。
- ⑤ 承認の場合、承認済みの個別決済データは個別決済分請求処理となる。却下の場合、オンライン画面により却下理由を登録する。却下された個別決済データは「却下状態」となり、保健指導機関へ「再請求のお知らせ」が行われる。なお、却下確定後であっても、「利用券状況登録」にて“一部委託あり”から“一部委託なし”に変更できるため、通常決済で再請求できる（セット券の場合は「受診券状況登録」にて変更ができる）。

(C) データ訂正

個別決済の請求支払においては、保険者が保健指導計画内容等に基づき請求内容をチェックした後「承認」する必要があるが、誤操作等により承認済データの訂正が必要となる場合がある。

承認済（支払済）個別決済データの訂正は、オンライン画面にて行う。データの訂正に伴う金額の相殺については、システムでは行われられないため、国保連合会、保険者、保健指導実施機関間での調整が必要となる。なお、データの訂正は変更履歴により管理され、管理内容を照会することが可能である。

以下に個別決済におけるデータ訂正可能範囲を示す。

図表 3-35：個別決済における訂正可能範囲

	初回時						最終評価時						途中脱落時			その他					
	積極的			動機付け※			積極的			動機付け※			積極的			積極的			動機付け※		
	追加	訂正	削除	追加	訂正	削除	追加	訂正	削除	追加	訂正	削除	追加	訂正	削除	追加	訂正	削除	追加	訂正	削除
指導共通情報	-	○	×	-	○	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
初回面接情報	-	○	×	-	○	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
初回①	-	○	×	-	○	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
初回②	-	○	×	-	○	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
指導計画情報	-	○	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
継続支援情報	×	-	-	×	-	-	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
計画上集計情報	-	○	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
実施上集計情報	×	-	-	×	-	-	-	○	×	○	○	○	×	-	-	×	○	-	×	○	-
中間評価情報	×	-	-	×	-	-	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
最終評価情報	×	-	-	×	-	-	-	○	×	-	○	×	×	○	-	×	○	-	×	○	-

※動機付け支援相当も含む

(D) 個別決済における帳票の一覧と様式

個別決済において本システムより出力される帳票の一覧を以下に示す。

図表 3-36：個別決済の帳票一覧

ファイルID	名称	内容
THAF001	個別決済チェックエラーリスト	個別決済対象データを一覧としたもの。
THAF002	個別決済 再請求のお知らせ	却下されたデータを保健指導機関単位にまとめたもの。
THAF003	個別決済 却下一覧表	却下されたデータを保険者単位にまとめたもの。
THAF004	個別決済対象データ確認リスト	個別決済対象となっているデータを受付処理月（通常の点検・資格確認期間中）に特定するためのもの。
THAF005	処理対象外データ一覧表（警告）	報告区分コードが 24（その他）で、個別決済対象となっていない保健指導データを一覧としたもの。
THAF006	個別決済削除一覧表	削除した個別決済データを一覧としたもの。指定年月の削除データ及び金額を確認するためのものである。
THAF007	個別決済処理状況一覧表	受付処理月の翌月以降に個別決済該当データの確定作業の進捗状況の確認ができるもの。

(7) 保健指導実施機関の同一機関要件の廃止について

平成 30 年度より個別契約における特定保健指導の同一機関要件が廃止となる。それに伴う費用決済の注意点を示す。

なお、個別決済を行う際には「(6) 個別決済」を参考にすること。

図表 3-37：請求状態と決済方法について

項番	状態	決済方法
1	初回面接と実績評価が別の保健指導機関だが同じ契約単価の個別契約で請求を行う場合	契約単価、支払割合が同一だった場合については、通常決済として扱う。
2	初回面接と実績評価が別の保健指導機関であり契約単価が異なる個別契約で請求を行う場合	契約単価又は支払割合が異なる場合については、個別決済を行う。
3	セット券にて健診当日に初回①を行い、初回②以降を別の保健指導機関で請求を行う場合	請求回数が 3 回以上になる場合については、個別決済を行う。

3.7.2 全国決済

(1) 基本事項

(A) 基本的な考え方

実施機関は、特定健康診査等に係る費用の請求を機関が所在する都道府県の国保連合会（受付連合会）へ行うため、保険者が所在する都道府県の国保連合会（資格点検連合会）と異なる場合、県外分の保険者請求と実施機関に関する資金の授受が各々の連合会間で個々に発生し、それに伴う事務も煩雑化する。

そこで、医療保険における仕組みと同様に、国保中央会を通じて県外分健診等費用の請求と支払に伴う資金の授受について相殺計算を行って、資金の受払を効率化する全国決済を行うものである。なお、決済データと併せて提出された健診結果データは、保険者所在地の国保連合会で管理を行うことから、全国決済データと同時に交換される。

全国決済業務における他県データ交換（請求）及び他県データ交換（支払）は、各国保連合会と国保中央会とを結ぶ「国保連医療保険ネットワーク」で行われる。

図表 3-38：全国決済業務における各関係機関の役割

業務	受付連合会	資格点検連合会	国保中央会
受付・点検	受付・点検		
他県データ交換 （請求）	請求支払県別集計データ 作成・送信	他県受付自県被保険者分データ 取込み	振分け
資格点検		資格点検	
他県データ交換 （支払）	支払情報取込み	請求支払県別集計データ 作成・送信	振分け
相殺処理	相殺納付額請求データ 取込み		相殺処理

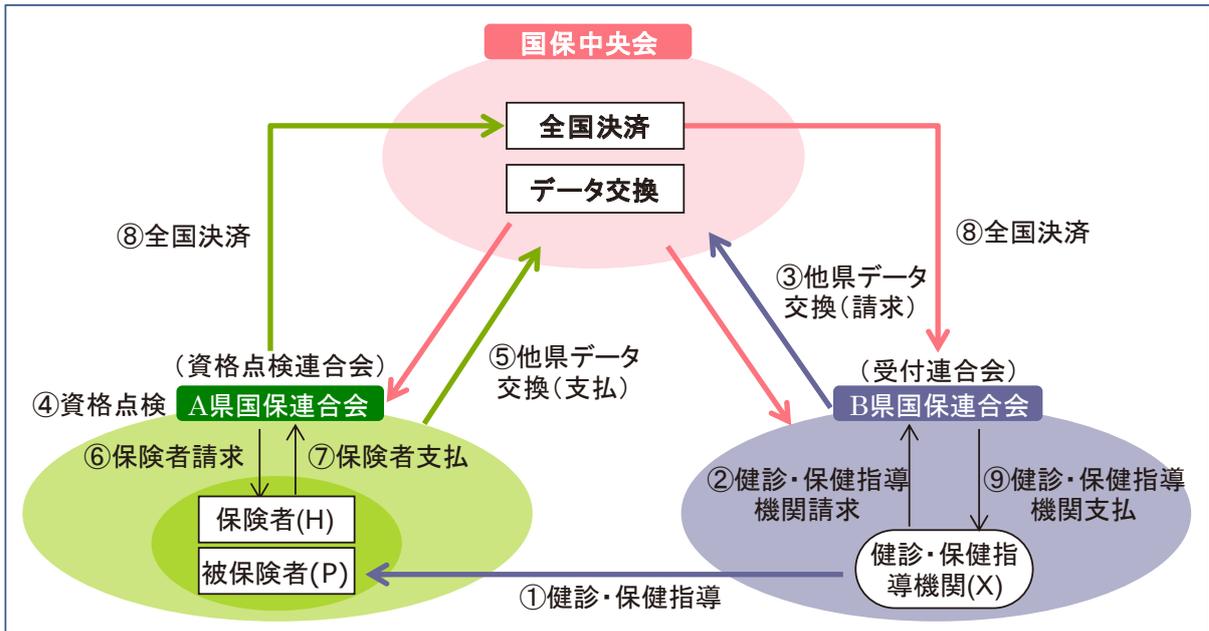
全国決済業務における相殺処理と各帳票作成処理は、国保被保険者分と後期高齢者分に振分けられて個々に行われる。

(B) 全国決済の取扱い事例

制度上、利用者が自由に医療機関を選択できる医療保険制度と異なり、特定健康診査・特定保健指導では、実施機関と保険者との契約に基づいて実施することから、実際に都道府県の間で資金の授受が必要となる全国決済業務が生じるのは、以下に限られる。

- 保険者が他県の実施機関と契約を締結した場合
- 保険者が複数県にまたがる実施機関と契約を締結した場合

図表 3-39 : 全国決済業務が生じる事例

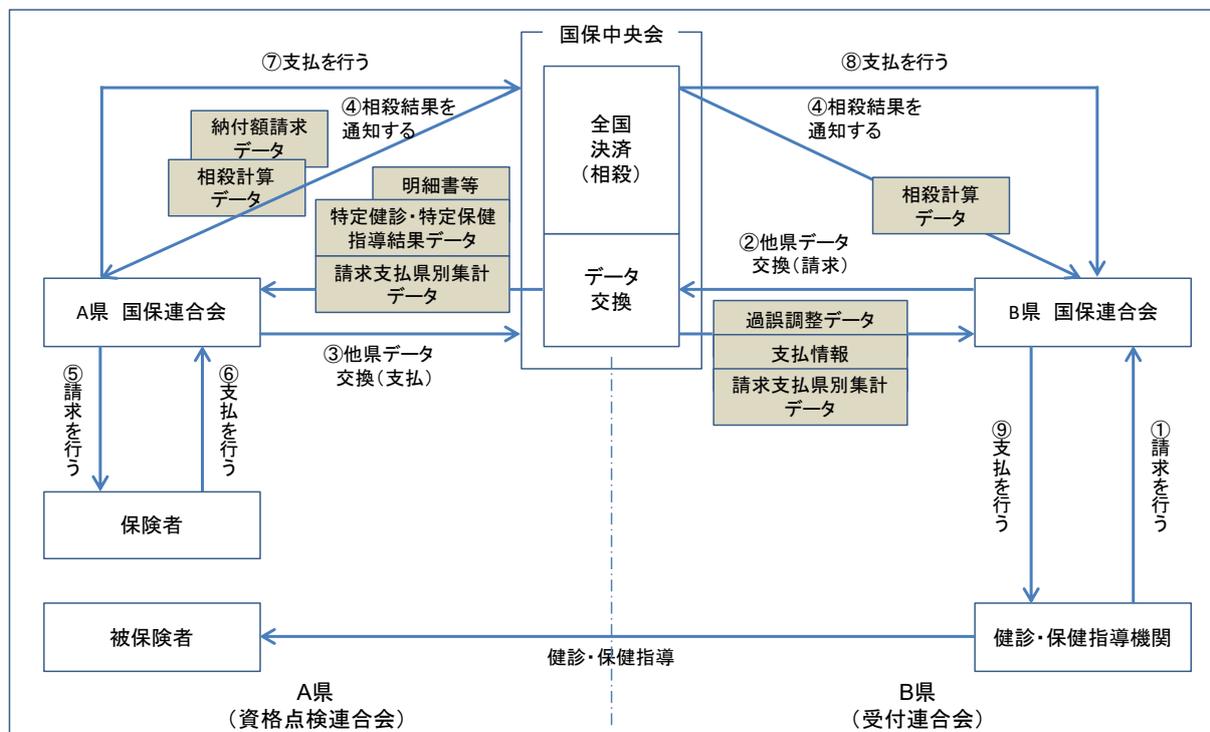


- ① 保険者(H)の被保険者(P)は、他県の健診・保健指導機関(X)を利用する。
- ② 健診・保健指導機関(X)は、B 県連合会に請求する。
- ③ B 県連合会は、当該請求が A 県の保険者(H)であるため、A 県連合会に中央会経由で送信する。＜他県データ交換（請求）＞
- ④ A 県連合会は、当該請求を資格点検する。
- ⑤ A 県連合会は、健診・保健指導機関(X)に対する支払情報を B 県連合会に中央会経由で送信する。＜他県データ交換（支払）＞
- ⑥ A 県連合会は、保険者(H)に請求する。
- ⑦ 保険者(H)は、A 県連合会に当該請求額を支払う。
- ⑧ A 県連合会は、中央会の全国決済（相殺処理）を通して B 県連合会に支払う。
- ⑨ B 県連合会は、健診・保健指導機関(X)に支払う。

(2) 全国決済事務の取扱い

(A) 事務概略フロー

図表 3-40 : 全国決済事務概略フロー



①・② 県外分健診等費用の請求の受付と関係連合会への送付

国保連合会は、県外分健診等費用の請求を受付けた場合、事務点検後、県別に集計し、請求支払県別集計データを作成する。

国保中央会を経由して請求支払県別集計データが関係連合会へ到達するように国保連医療保険ネットワークを介して送信する。このとき、自県受付他県被保険者の特定健診データ、特定保健指導データを添える。また、他県受付自県被保険者の特定健診データ、特定保健指導データをそれぞれ取込む。これらの業務を「他県データ交換（請求）」と呼ぶ。

(受付連合会) 請求支払県別集計データを作成・送信

(資格点検連合会) 他県受付分自県被保険者分のデータの取込み

③ 請求支払県別集計データの作成と送付

請求県別集計表の送付を受けた連合会は、請求に係る情報の件数等を確認後、資格点検を行い、資格確認済みの被保険者データを県別に集計する。

請求支払県別集計データを作成し、国保中央会を経由して送付元連合会に到達するよう国保連医療保険ネットワークを介して送信する。このとき、点検済み他県受付自県被保険者の支払情報を添える。なお、過誤調整データがある場合は、過誤調整データも一緒に添えて送

信する。また、点検済み自県受付他県被保険者の支払情報を取込む。これらの業務を「他県データ交換（支払）」と呼ぶ。

(受付連合会)	点検済み自県受付他県被保険者分の支払情報取込み
(資格点検連合会)	請求支払県別集計データを作成・送信

④ 相殺計算と相殺計算書の送付

国保中央会は、請求支払県別集計データに基づき相殺計算を行い、相殺の結果に基づき国保連合会毎に特定健診等の相殺計算データ及び相殺計算書を作成する。また、連合会別集計結果を基に委託支払手数料相殺計算データ及び委託支払手数料相殺計算書も作成する。

さらに、国保中央会はこの相殺計算データ、委託支払手数料相殺計算データを基に相殺納付額の計算を行い、支払を要する国保連合会に対して相殺納付額請求データの作成を行い、相殺計算書、委託支払手数料相殺計算書と共に当該国保連合会が参照できるようにする。

これらの相殺処理は全国保連合会の請求支払県別集計データが揃った時点でを行い、各国保連合会が取込めるようにする。

(受付連合会)	処理なし
(資格点検連合会)	相殺納付額請求データの取込み

⑤・⑥・⑦ 保険者等への請求と相殺納付額の払込み

特定健診等相殺納付額請求データを取込んだ連合会は、保険者への請求を行い、その支払を受け、請求支払県別集計データを国保中央会が指定する金融機関の口座に振込む。

(受付連合会)	処理なし
(資格点検連合会)	保険者へ請求、国保中央会へ振込み

⑧ 相殺受取額の払込み

国保中央会は、相殺の結果、支払を受ける国保連合会に対し、請求支払県別集計データの当該支払額を当該国保連合会の指定する金融機関の口座に振込む。

(受付連合会)	国保中央会より支払額を受領
(資格点検連合会)	処理なし

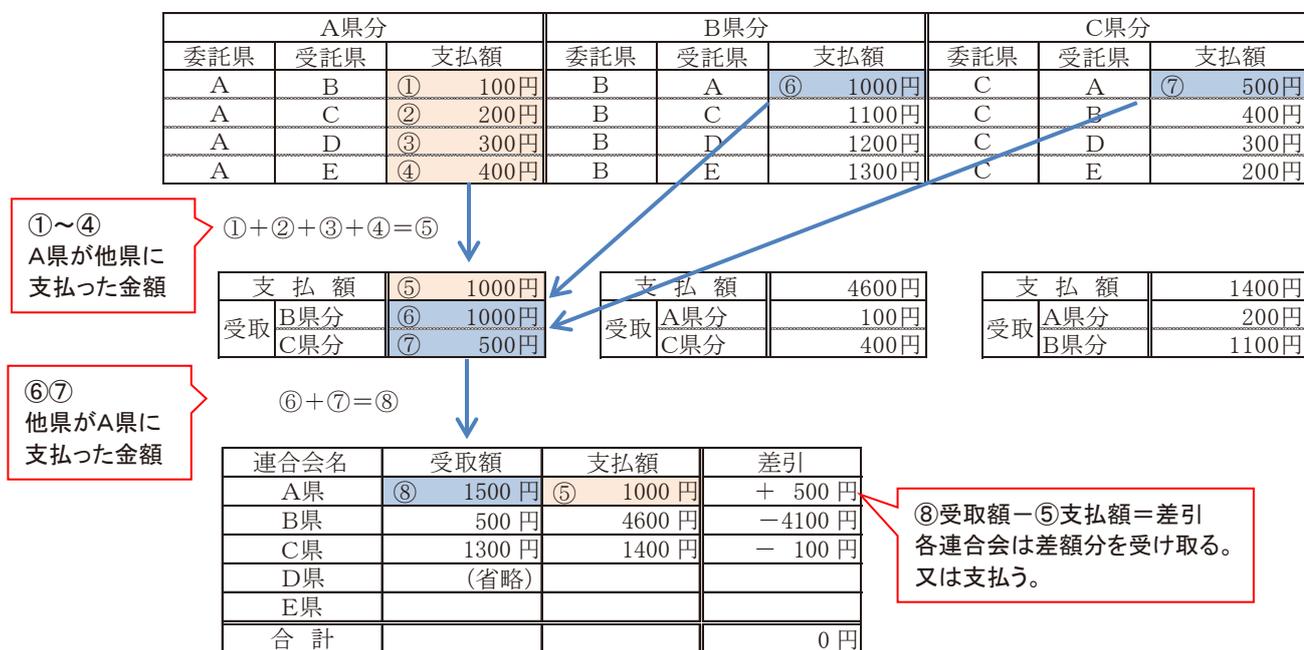
⑨ 実施機関等への支払

県外分健診等費用の請求を受付けた国保連合会は、当該相殺の支払を受け、実施機関に支払を行う。

(受付連合会)	実施機関等振込み
(資格点検連合会)	処理なし

<相殺処理のイメージ>

図表 3-41：相殺処理計算のイメージ



(B) 事務における国保との相違点

特定健康診査等と国民健康保険での全国決済事務における主な相違点を以下に示す。

図表 3-42：事務における国保との相違点

	特定健康診査等	国民健康保険
県外分 全国決済	<ul style="list-style-type: none"> ●保険者の所在する連合会が資格点検を行うため、一旦県外分の請求を交換（1回目）して、点検後の支払確定データの他県交換時（2回目）の県別集計表を基に相殺計算をして全国決済を行う。 ●連合会間のデータ交換は中央会を介した他県データ交換ネットワークで行われるため、中央会では連合会間で交換される「県別集計表」を集約して相殺計算を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ●医療機関等の所在する連合会が審査を行うため、請求を受付けた連合会からの県外分報告を基に相殺計算をして全国決済を行う。 ●「県別集計表」及び「県外分明細書」等は連合会間で直接交換するため、別途「県別報告書」を国保中央会へ送付する。
県外分 過誤調整	<ul style="list-style-type: none"> ●過誤調整は保険者が所在する連合会が行うため、健診機関等の所在する連合会では過誤決定の通知を受けて支払の調整を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ●過誤調整は医療機関等の所在する連合会が行うため、保険者の所在する連合会では過誤調整を依頼し（1回目）、その結果を受ける（2回目）ことになる。

(3) 業務処理概要

(A) 各処理概要

全国決済業務には、国保連合会側で行われる業務と国保中央会側で行われる業務がある。

ア) データ交換業務

データ交換業務は各国保連合会にて国保中央会を通じて行われる業務である。以下にデータ交換業務について示す。

図表 3-43 : データ交換業務概要

	業務	内容
国保連合会	他県データ交換 (請求)	各国保連合会は県外分健診等費用の請求を受付けたときは、県別の請求支払県別集計データを作成し、県外分の健診等結果データ及び決済データと共に国保中央会へ送信する。また、他県受付自県被保険者分のデータを受信する。
	他県データ交換 (支払)	被保険者の受診資格の点検を行う。資格点検終了後、県別に集計し請求支払県別集計データを作成し、県外分の支払情報と共に国保中央会へ送信する。また、点検済みの自県受付他県被保険者分のデータを受信する。
国保中央会	振分け	国保中央会を受領した請求支払県別集計データを国保連合会別に振分ける。

イ) 相殺処理業務

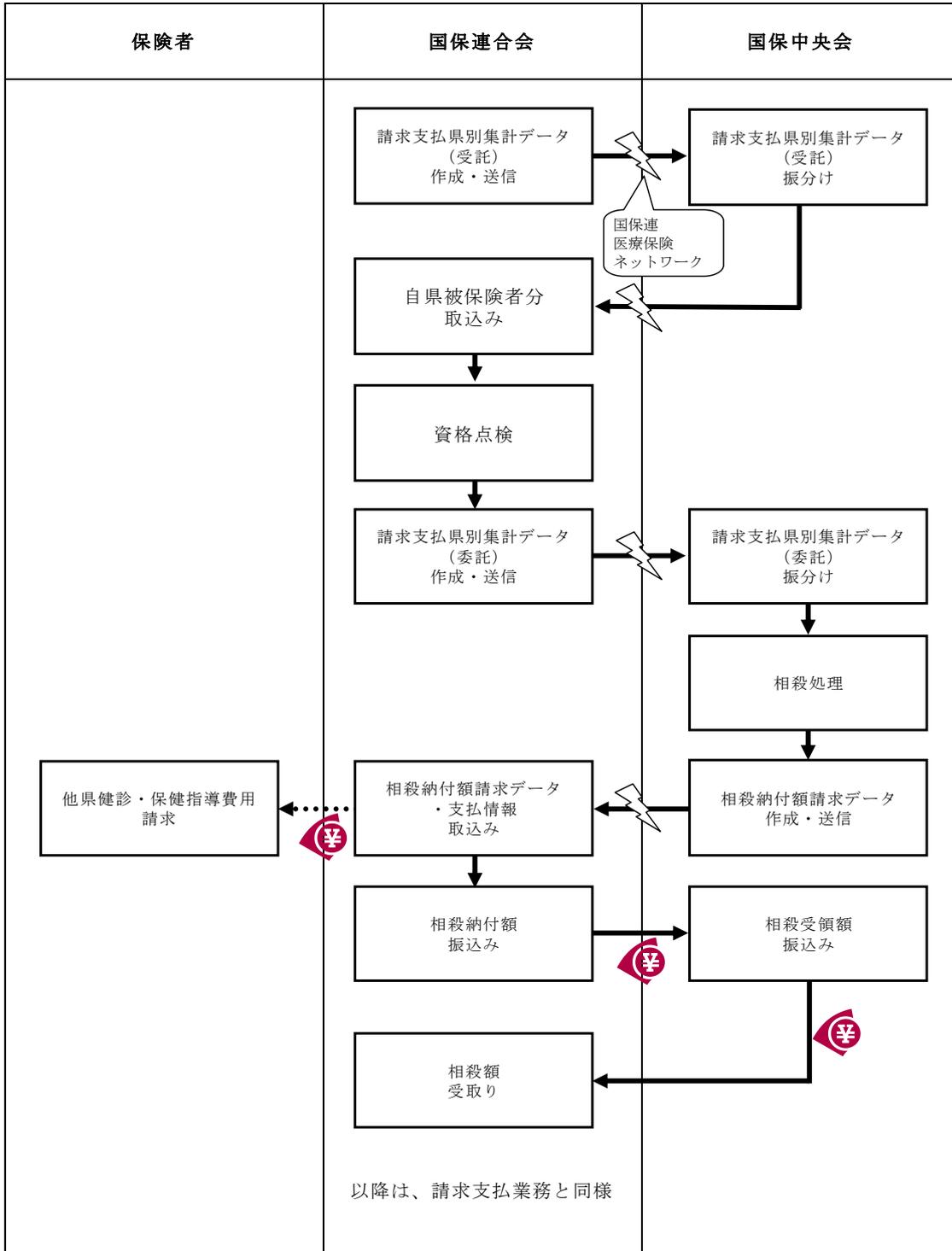
相殺処理業務は各国保連合会からデータ提供を受け、国保中央会が一括して行う業務である。相殺処理には特定健康診査等の費用の相殺処理と委託手数料の相殺処理がある。

図表 3-44 : 相殺処理業務の概要

	業務	内容
国保中央会	特定健診等費用相殺処理	請求支払県別集計データに基づき相殺計算を行い、その相殺の結果を国保連合会毎に特定健診等の相殺計算データを作成する。
	委託手数料相殺処理	委託手数料を計算し委託手数料相殺計算データを作成する。

(B) 業務フロー

図表 3-45 : 全国決済業務フロー



(4) 業務処理日程の考え方

全国決済における業務処理日程は、各国保連合会、国保中央会が全国同一日程で行うため、後続業務を実施する前に完了している必要がある。

図表 3-50：業務処理日程の考え方

業務	業務処理日程の考え方	標準日程
データ交換（請求）	データ交換（請求）は国保中央会にて処理を行うため、国保中央会から示された日程に従うことが必要である。	国保連合会→国保中央会： 受付月 23 日～24 日
		国保連合会←国保中央会： 受付月 25 日
資格確認	国保連合会はデータ交換（支払）が行われる前までに完了する必要がある。	受付月 26 日～受付翌月 3 日
データ交換（支払）	データ交換（支払）は国保中央会にて処理を行うため、国保中央会から示された日程に従うことが必要である。	国保連合会→国保中央会： 受付翌月 6 日～7 日
		国保連合会←国保中央会： 受付翌月 8 日
相殺処理	国保中央会は 47 都道府県すべてのデータが揃ってから行う必要がある。	処理日：受付翌月 9 日
保険者等への請求と相殺納付額の振込み	国保連合会は標準日程内に国保中央会へ相殺納付額の振込みが完了している必要がある。	振込日：受付翌月 26 日
相殺受領額の振込み	国保中央会は標準日程内に国保連合会へ相殺受取額を振込む必要がある。	振込日：受付翌月 27 日

3.7.3 請求・支払

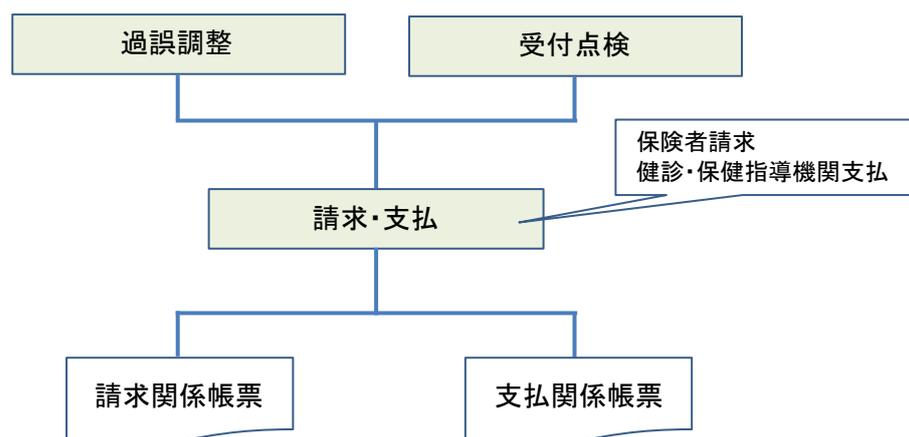
(1) 基本事項

国保連合会は、実施機関より受領した健診結果と決済情報について点検を実施した上で、過去の支払決定額に対する過誤調整がある場合はその金額を反映し、保険者への請求額と実施機関への費用支払額を算定する。その際、各保険者への払込請求書等の請求関係帳票、実施機関への支払通知書等の支払関係帳票及び金融機関宛振込データの作成を行う（図表 3-51）。

保険者は、払込請求書等の確認を行い、国保連合会に対し請求額の振込を行う。保険者からの入金後、国保連合会から実施機関に費用の支払を行う。

なお、保険者は請求内容の点検等を行わずに実施機関に対して費用の支払のみを国保連合会に委託することもできる（支払代行）。

図表 3-51：健診・保健指導機関、保険者からの請求及び支払の基本的な流れ



(2) 保険者請求額の算定

国保連合会は保険者毎に点検済みの請求額を集計し、特定健康診査等の費用の請求を行う。その際、払込請求書及び請求額内訳書等を作成し、各保険者へ送付する。また、保険者等からの入金確認を行う。

保険者の決済処理の委託範囲によっては、請求金額には国保保険者として実施する特定健康診査・特定保健指導（国保特会）の費用の他に、がん検診等（市町村一般会計）や生活機能評価（介護保険特別会計）の3つの会計区分の費用が含まれることになる。保険者は保険者属性テーブルの「請求書振分フラグ」の設定により、これら3会計区分毎に請求額を分割して請求関係帳票を作成することができる。

また、後期高齢者医療の健康診査の費用については、国保被保険者分とは別に集計して請求を行う。

(3) 健診・保健指導機関支払額の算定

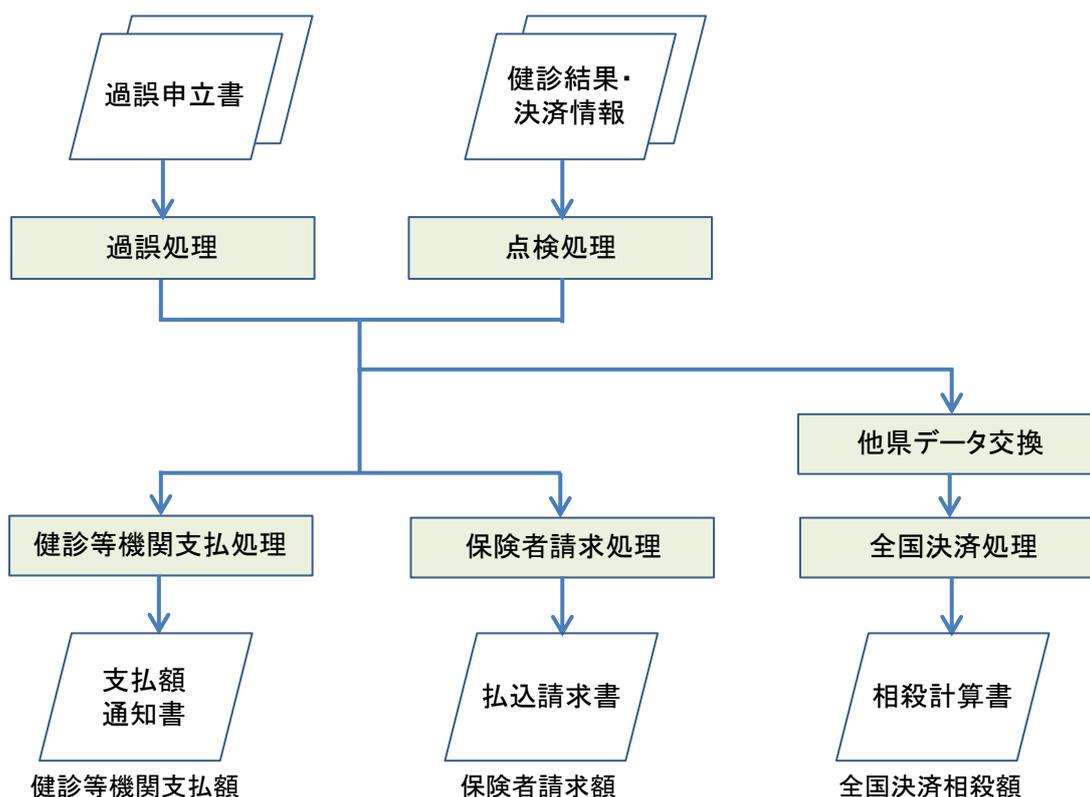
国保連合会は実施機関毎に支払額を決定し、実施機関への振込を行う。

支払額の算定は、事務チェック及び資格チェック後に正当となった当月処理分の自県内の実施機関からの請求情報を対象に過誤調整情報を加減して算定する。

(4) 請求・支払額の検証

国保連合会における請求・支払において、暦月単位に「保険者への請求算定額」の合計と「実施機関への支払算定額」の合計が一致する。また、これらの額に、当月計数整理した過誤による過誤調整額が加減され、自県内の「保険者への請求確定額」と「全国決済の請求額」の合計額及び自県内の「実施機関への支払確定額」と「全国決済の支払額」の合計が一致する必要がある、これらの合計額の突合により、請求・支払確定額の検証を行うことができる。

図表 3-52：請求・支払額の検証の概要図



<検証式>

$$\text{健診等機関支払額} + \text{全国決済支払額} = \text{保険者請求額} + \text{全国決済請求額}$$

図表 3-53 : 請求支払額突合書

請求支払額突合書

(年 月 委託分)

年 月 日 作成

1. 請求支払額一覧

請求分 (保険者)	件数	金額 (円)	保険者負担金額 (円)	支払分 (健診等機関)	件数	金額 (円)	保険者負担金額 (円)	突合結果 (請求-支払)
決定額				決定額				
過額調整額				過額調整額				
確定額				確定額				
全国決済 (委託)				全国決済 (委託)				
請求合計				支払合計				

2. 手数料

手数料	件数	手数料金額 (円)
自県分		
他県分		
手数料合計		

3. 自県分請求支払額一覧

請求分	件数	金額 (円)	保険者負担金額 (円)	支払分	件数	金額 (円)	保険者負担金額 (円)
決定額				決定額			
過額調整額				過額調整額			
確定額				確定額			
自県請求額				自県支払額			

THAC11

(5) 請求・支払における帳票の一覧と様式

国保連合会は必要に応じて本システムにより請求・支払に関する帳票を作成する (図表 3-54、3-66、3-72)。

(A) 保険者へ送付される帳票

図表 3-54 : 保険者へ送付される帳票

ファイルID	名称	内容
THAC001	払込請求書	請求額を通知する請求書 払込請求書、領収書、振込依頼書、振込通知書を 1 セットにしたもの
THAC002	請求額内訳書 (一般分)	払込請求の内訳を示す帳票 一般分として、40~74 歳までの対象者分の請求額内訳を出力する
THAC003	請求額内訳書 (後期高齢者分)	払込請求の内訳を示す帳票 後期高齢者分として、75 歳以上の対象者分の請求額内訳を出力する
THAC004	健診等機関別請求内訳書 (特定健診分)	特定健診における健診機関毎の請求内訳を把握するための帳票

ファイル ID	名称	内容
THAC005	健診等機関別請求内訳書（特定保健指導分）	特定保健指導における保健指導機関毎の請求内訳を把握するための帳票
THAC006	手数料払込請求書	業務委託手数料の請求額を通知する請求書
THAC007	過誤調整結果通知書	請求時の過誤調整結果を保険者に通知する帳票
THAC105	受診者別支払一覧表（特定健診分）	特定健診内容と支払金額を示す一覧表 受診者別に出力する
THAC106	利用者別支払一覧表（特定保健指導分）	特定保健指導内容と支払金額を示す一覧表 利用者別に出力する
THAD201	過誤依頼取消通知書	未調整による取消を実施した過誤依頼を保険者に通知するための帳票

払込請求書及び請求額内訳書については、保険者属性テーブルの設定内容により、請求先の会計毎に作成することができる。また、政令指定都市については、会計毎の振分けについて選択できることに加えて、払込請求書は政令指定都市全体の総額を、請求内訳書は政令指定都市全体と行政区毎に作成する。

図表 3-55：払込請求書及び請求額内訳書の作成方法

保険者	請求振分けフラグ	作成内容	保険者提供 CSV ※1
一般の市町村	振分けあり	請求額の振分け処理を行い3会計毎に作成	3会計毎に作成
	振分けなし	請求額の振分け処理を行わず作成	1ファイル作成
政令市	振分けあり	請求額の振分け処理を行い3会計毎に作成 (請求額内訳書は行政区単位にも出力)	3会計毎に行政区単位に作成
	振分けなし	請求額の振分け処理を行わず作成 (請求内訳書は行政区単位にも出力)	行政区単位に1ファイル作成

※1 FHAC060 保険者還元 CSV ファイル

請求振分けフラグを「振分けあり」から「振分けなし」に変更した保険者において、前年度の過誤調整が発生した場合は払込請求書、請求額内訳書、手数料払込請求書、請求額一覧表を3会計毎に作成する。

図表 3-56 : THAC001 払込請求書

払込請求書		領収書																																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>保険者等番号</td><td></td></tr> <tr><td>保険者等名称</td><td></td></tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>会計科目</td><td>年 月 日</td></tr> <tr><td>委託年月</td><td>年 月 日</td></tr> <tr><td>請求年月</td><td>年 月 日</td></tr> <tr><td>納付期限</td><td>年 月 日</td></tr> <tr><td>決定金額</td><td>円</td></tr> </table> <p>下記一おひの欄に入ります。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>金融機関名</td><td></td></tr> <tr><td>支店名</td><td></td></tr> <tr><td>預金種目</td><td></td></tr> <tr><td>口座番号</td><td></td></tr> <tr><td>口座名義人</td><td></td></tr> </table> <p style="text-align: right;">〒 _____ 理事長 _____ 殿</p>	保険者等番号		保険者等名称		会計科目	年 月 日	委託年月	年 月 日	請求年月	年 月 日	納付期限	年 月 日	決定金額	円	金融機関名		支店名		預金種目		口座番号		口座名義人		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>保険者等番号</td><td></td></tr> <tr><td>保険者等名称</td><td></td></tr> </table> <p>年 月分確定額を下記のとおり 領収いたしました。 【取換店】</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>金額</td><td>円</td></tr> </table> <p style="text-align: right;">〒 _____ 理事長 _____ 殿</p>	保険者等番号		保険者等名称		金額	円													
保険者等番号																																												
保険者等名称																																												
会計科目	年 月 日																																											
委託年月	年 月 日																																											
請求年月	年 月 日																																											
納付期限	年 月 日																																											
決定金額	円																																											
金融機関名																																												
支店名																																												
預金種目																																												
口座番号																																												
口座名義人																																												
保険者等番号																																												
保険者等名称																																												
金額	円																																											
<p>※記入一欄事務一欄記入 全欄項目の欄は空白以外のは欄数です。 記入一欄事務一欄記入</p>																																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>振込依頼書</td><td>入金欄</td><td>請求書</td><td>振込時分</td><td>受取人名</td><td>郵便印</td></tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>取組目</td><td></td><td>郵便印</td><td></td></tr> <tr><td>先方銀行</td><td></td><td>現金簿目</td><td></td></tr> <tr><td>種 記</td><td></td><td>口座番号</td><td></td></tr> <tr><td>受 金 額</td><td></td><td>円</td><td></td></tr> <tr><td>取 フラガタ</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>人 氏 名</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>振 フラガタ</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>側 氏 名</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p style="text-align: right;">〒 _____ 理事長 _____ 殿</p>	振込依頼書	入金欄	請求書	振込時分	受取人名	郵便印	取組目		郵便印		先方銀行		現金簿目		種 記		口座番号		受 金 額		円		取 フラガタ				人 氏 名				振 フラガタ				側 氏 名				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>振込通知書</td><td>年 月 受付分</td><td>殿</td></tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>金額</td><td>円</td></tr> </table>	振込通知書	年 月 受付分	殿	金額	円
振込依頼書	入金欄	請求書	振込時分	受取人名	郵便印																																							
取組目		郵便印																																										
先方銀行		現金簿目																																										
種 記		口座番号																																										
受 金 額		円																																										
取 フラガタ																																												
人 氏 名																																												
振 フラガタ																																												
側 氏 名																																												
振込通知書	年 月 受付分	殿																																										
金額	円																																											
<p>※記入一欄事務一欄事務 この欄は日本銀行の欄付カードに するとして付く欄には記載して下さい。 請求書または請求書目録</p>																																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>備考</td><td></td></tr> <tr><td>受付年月</td><td>年 月 日</td></tr> <tr><td>払込期限</td><td>年 月 日</td></tr> </table> <p>※記入一欄事務一欄事務</p>		備考		受付年月	年 月 日	払込期限	年 月 日																																					
備考																																												
受付年月	年 月 日																																											
払込期限	年 月 日																																											

(概要・目的)

国保連合会が保険者に対して請求額を通知するために送る請求書、領収書、振込依頼書、振込通知書を1セットにした帳票。※特定健康診査については、国保特別会計、一般会計、介護特別会計等の会計科目毎に出力することができる。

図表 3-57 : THAC002 請求額内訳書 (一般分)

請求額内訳書

年 月委託分 ()

		年 月 日 作成
保険者等番号		
保険者等名称		
請求内容	件数	件数・金額
	件数	件
	保険者負担金額 (基本的な健診)	円
	保険者負担金額 (詳細な健診)	円
特定健診分	保険者負担金額 (その他)	円
	特定健診分計	円
特定保健指導分	件数	件
	保険者負担金額	円
	特定保健指導分計	円
合計	件数	件
	金額	円
過誤調整	件数	件
	金額	円
請求	件数	件
	金額	円

(概要・目的)

払込請求の内訳を示す帳票。一般分として、40~74歳までの対象者分の請求額内訳を出力する。※特定健康診査については、国保特別会計、一般会計、介護特別会計等の会計科目毎に出力することができる。

図表 3-58：THAC003 請求額内訳書（後期高齢者分）

請求額内訳書		平成 年 月 委託分（後期高齢者・健診等分）	
保険者等番号		平成 年 月 日	作成
保険者等名称			国民健康保険団体連合会
健診分	請求内容	件数	金額
		件	円
	保険者負担金額（基本的な健診）		円
	保険者負担金額（詳細な健診）		円
特定保健指導分	保険者負担金額（その他）		円
	健診分計		円
	件数		
特定保健指導分	保険者負担金額		
	特定保健指導分計		
	件数		
合計	件数		円
	金額		円
過誤調整	件数		円
	金額		円
請求	件数		円
	金額		円

(概要・目的)
 払込請求の内訳を示す帳票。後期高齢者分として、75歳以上の対象者分の請求額内訳を出力する。

図表 3-59：主要項目の説明（THAC002,THAC003）

項目	内容
特定健診分 件数	特定健診分の請求件数
特定健診分 保険者負担金額（基本的な健診）	基本的な健診分の保険者負担金額の合計
特定健診分 保険者負担金額（詳細な健診）	詳細な健診分の保険者負担金額の合計
特定健診分 保険者負担金額（その他）	その他の保険者負担金額の合計
特定保健指導分 件数	特定保健指導分の請求件数
特定保健指導分 保険者負担金額	特定保健指導分の保険者負担金額の合計
過誤調整 件数	過誤調整分の請求件数
過誤調整 金額	過誤調整分の請求金額の合計
請求 件数	該当保険者の請求件数
請求 金額	該当保険者の請求金額

図表 3-60 : THAC004 健診等機関別請求内訳書 (特定健診分)

健診等機関別請求内訳書 (特定健診分)
(年 月 委託分)

保険者番号		保険者番号		年 月 日作成				
機関別番号	機関名称	件数	費用額 (円)	基本給付額	その他の給付額	要介護給付額	要介護給付額	その他
合 計								

(概要・目的)

保険者において、特定健康診査による健診機関毎の請求内訳を把握するための帳票。国保連合会から保険者に送付する。健診機関毎に請求件数、健診費用額、保険者負担額、窓口負担額を一覧出力する。また、最終頁に保険者単位の総合計を印字する。

図表 3-61 : THAC005 健診等機関別請求内訳書 (特定保健指導分)

健診等機関別請求内訳書 (特定保健指導分)
(年 月 委託分)

保険者番号		保険者番号		年 月 日作成		
機関別番号	機関名称	件数	費用額 (円)	要介護給付額	要介護給付額	その他
合 計						

(概要・目的)

保険者において、特定保健指導による保健指導機関毎の請求内訳を把握するための帳票。国保連合会から保険者に送付する。保健指導機関毎に請求件数、保健指導費用額、保険者負担額、窓口負担額を一覧出力する。また、最終頁に保険者単位の総合計を印字する。

図表 3-65 : 主要項目の説明 (THAC007)

項目	内容
特定健診・特定保健指導内容	該当の請求区分又は保健指導レベル
保険者負担金額	過誤対象の保険者負担金額
過誤理由	過誤申立の理由

(B) 健診・保健指導機関へ送付される帳票

図表 3-66 : 健診・保健指導機関へ送付される帳票

ファイルID	名称	内容
THAC101	支払額通知書	支払内容を通知する帳票。
THAC102	支払額内訳書	支払額通知書の内訳を示す帳票。
THAC107	過誤調整結果通知書	支払時の過誤調整結果を健診・保健指導機関に通知する帳票。
THAC115	特定健診・特定保健指導機関別支払月別明細書(合計書)	1年間の支払額について、月別に集計した帳票。健診等機関における確定申告の参考資料となる。

図表 3-67 : THAC101 支払額通知書

健診等機関番号: _____

T

■

支払額通知書
(年 月 受付分) 年 月 日 作成

下記金額を支払定額し下記金融機関に送金しますので通知いたします。

金融機関名	_____
支店名	_____
支払日	年 月 日

支払金額 (振込金額)	円
-------------	---

THAC101

(概要・目的)

国保連合会より健診機関に対して、当月の支払額・支払日・支払先等を通知する帳票。用紙上部に送付先健診機関名・住所を、折り返して封書の宛先となるよう印字する。

(D) 実施機関評価（適正化対策）のための情報

返戻等の発生状況を実施機関別に集計し、保険者において実施機関を評価する際に活用する。

3.7.4 過誤調整

(1) 基本事項

保険者に対する請求確定額及び実施機関に対する支払確定額を決定した後に、これらの決定額に変更が生じたときは、過誤として請求の取下げを行った上で、請求支払金額に関する調整処理が必要である。

過誤が発生するのは「保険者による台帳等の誤り（台帳過誤）」による場合と、「実施機関からの請求実績の取下げ」による場合がある。過誤の申立は必ず保険者を介して行うこととなっており、実施機関からの請求取下げの場合も当該実施機関から保険者に過誤申立を依頼することになる。

国保連合会は保険者より申出のあった過誤依頼の内容を基に決定済の請求を取消し、請求支払に関する金額の調整を行う。

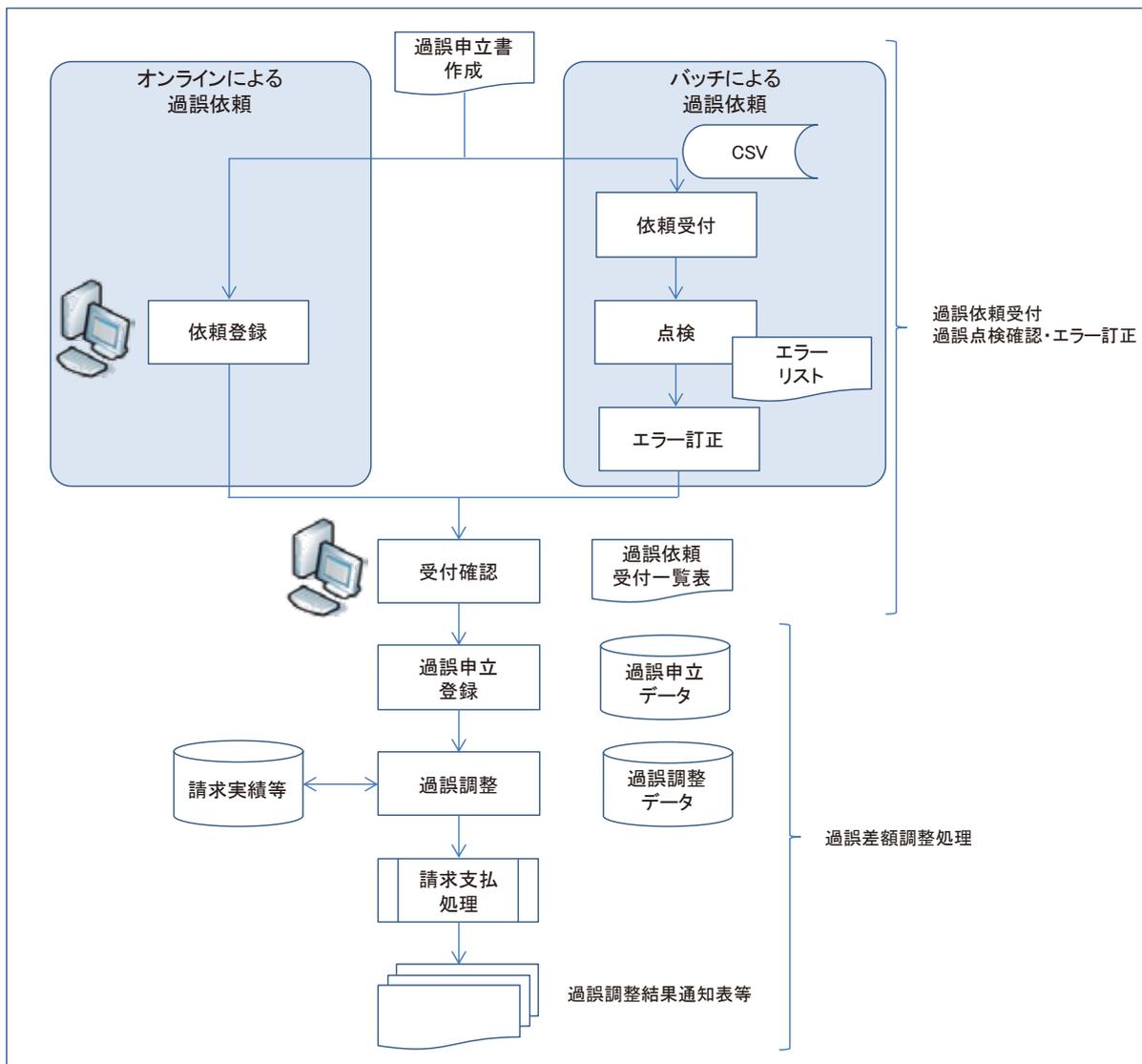
なお、過誤申立の単位は、1人の被保険者等について同時に請求を行う単位毎となり、特定健康診査と追加健診等の請求を併せて行っている場合等では、どちらか一方のみを取下げることができない。

図表 3-78：過誤の発生パターンと申立て経路

パターン	過誤の事由	発生元	申立者
保険者による台帳等の誤りによるもの（台帳過誤）	被保険者台帳や健診等契約台帳等の登録誤りや更新漏れ等により、資格のない対象者について支払が行われた場合や、支払金額が誤っていた場合	保険者	保険者
		健診・保健指導機関	
請求実績の取下げ	健診・保健指導機関からの誤った請求に基づき支払が行われた場合	健診・保健指導機関	

(A) 過誤調整処理の流れ

図表 3-79：過誤調整処理の流れ



(B) 過誤調整の事務手順

過誤調整の主な事務手順について、以下に示す。

1) 過誤依頼受付

保険者から過誤申立の内容を受付ける。

2) 過誤点検確認・エラー訂正（随時）

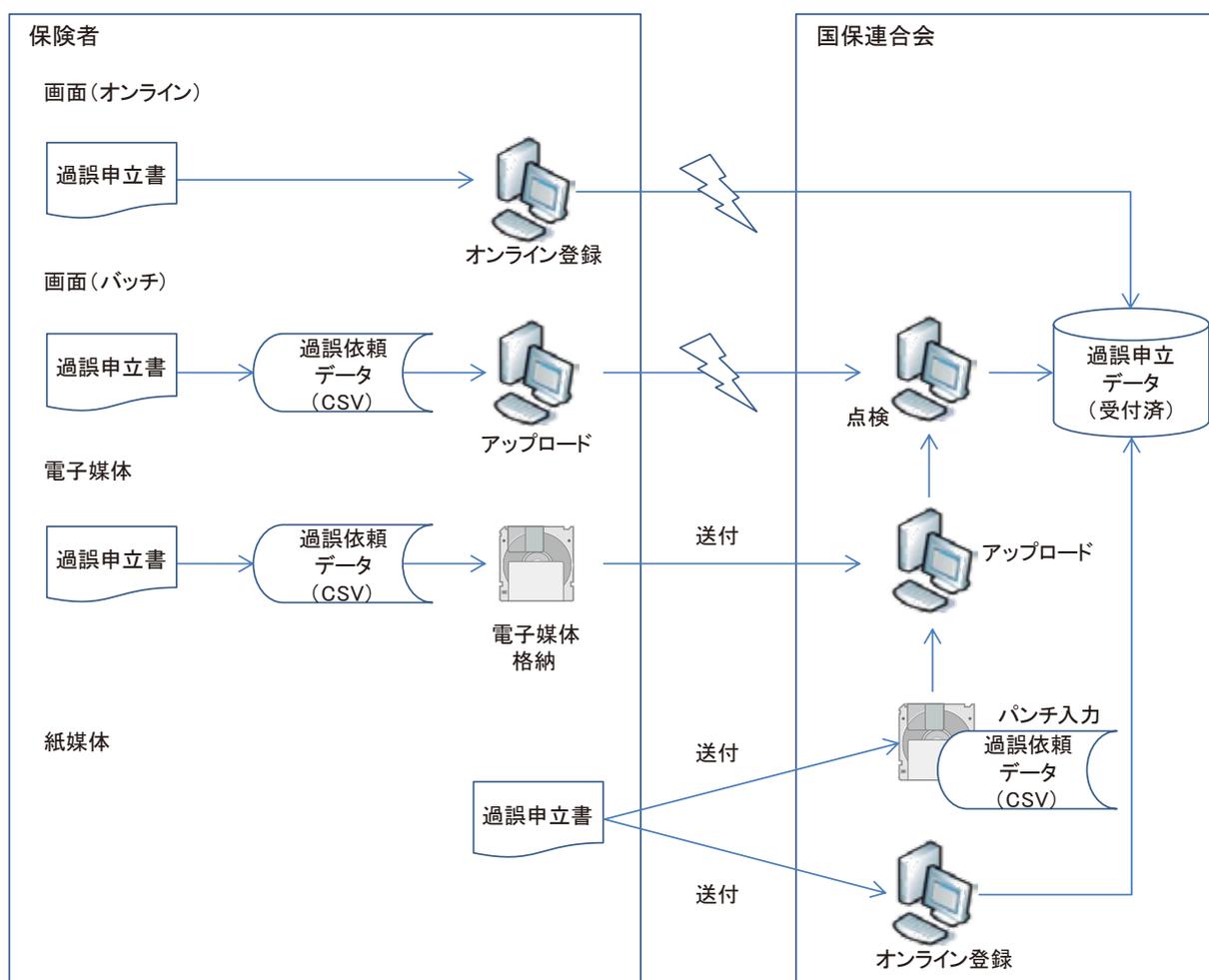
処理対象の過誤申立書について事務点検、突合点検を行う。点検後に出力されたエラーリストを基にエラー訂正を行う。

また、受付状況照会画面や受付一覧表で受付状況を確認する。

3) 過誤差額調整処理（月次）

取下げのあった請求内容を取り消して請求実績を更新し、支払の調整を行う。

図表 3-82 : 受付方式



イ) オンラインによる過誤依頼

保険者又は保険者から依頼を受けた国保連合会の端末から随時、以下の処理を行うことができる。

図表 3-83 : 対象となる状態と処理方法

状態	処理名	方法
請求確定済	過誤依頼登録 (新規申立登録)	決済済みの請求支払情報より過誤調整の対象となる情報を選択し、過誤申立対象としてシステムに登録する。
過誤依頼登録済	過誤理由変更	登録済みの過誤依頼データを選択し、過誤理由の変更を行う。
	過誤依頼取消	登録済みの過誤依頼データを選択し、過誤依頼を削除する。

ウ) バッチ処理による過誤依頼

画面からのアップロード及び電子媒体によって過誤依頼データが提出された場合は、国保連合会においてデータのチェックを行い、過誤申立データを登録する。

(B) 過誤申立の点検

バッチ処理による過誤依頼を行う場合、過誤申立情報の登録において申立内容に対するチェックが行われる。チェックの結果、内容が正常であれば過誤申立情報は登録され、エラーがあれば今月処理分の申立データには登録されない。ただし、国保連合会は、エラーの申立情報を把握し、提出元である保険者の担当者に内容等を問合わせ、修正を行うこともできる。過誤申立内容の点検について、以下に詳細を示す。

図表 3-84 : 過誤申立の点検事項

点検名	点検事項
事務点検	過誤申立書情報の項目の形式、フィールド項目の過不足チェックの事務点検を行う
突合点検	受付けた過誤申立情報が、請求支払処理済か点検を行う

オンラインによる過誤依頼では、申立内容の正当性チェックがリアルタイムで行われる。受付・点検時に本システムより出力される帳票を以下に示す。

図表 3-85 : 受付・点検時に関する帳票

ファイル ID	名称	内容
THAD001	過誤依頼受付一覧表	過誤依頼について、受付処理の状況を確認するための一覧表
THAD002	過誤依頼エラーリスト	過誤依頼データのチェック時のエラーを確認するための一覧表

(C) 過誤依頼データの照会

「過誤依頼受付状況照会」画面で現在の処理状況を確認し、正常分、エラー分のリスト出力を行う。また、「過誤調整状況照会」画面で調整状況を確認し、未調整扱いとする場合はこの画面から未調整として設定することができる。

(D) 過誤調整処理

過誤申立に基づき決定済の請求を取消し、後続の「請求・支払」の処理で請求・支払金額の調整計算を行い、調整結果に基づいて本システムより以下の帳票が出力される。

図表 3-86：過誤調整に関する帳票

ファイルID	名称	内容
THAC007	過誤調整結果通知書	過誤調整結果を保険者に通知する帳票
THAC107	過誤調整結果通知書	過誤調整結果を健診等機関に通知する帳票
THAC110	過誤差額調整残高一覧表	当月処理において未調整となった過誤の一覧表

ア) 他県の実施機関に関する過誤調整

過誤調整対象の請求を行った実施機関が他県に存在する場合、支払額の調整は、当該機関の所在地の国保連合会で行う必要がある。

過誤調整に関するデータの交換については、3.7.2「全国決済」を参照。

イ) 未調整過誤

過誤調整の結果、相殺ができない場合（支払金額がない場合、取下げとなる金額が支払金額を上回る場合等）には、未調整過誤として、調整額を実施機関に請求する必要がある。特定健康診査・特定保健指導は保険者によっては年度を通じて行わないケースがあり、実施期間外に過誤が発生した場合等に未調整過誤となる可能性がある¹。

国保連合会では未調整過誤の金額を把握し、必要に応じて個別に実施機関への請求等の対応を行う。国保連合会の端末からは、過誤調整における調整状況（調整済（システム）、未調整、調整済（手作業））を確認することができる。また、調整済となった未調整過誤分の調整状況の変更が可能である。

図表 3-87：未調整過誤に関する帳票

ファイルID	名称	内容
THAC110	過誤差額調整残高一覧表	当月処理において未調整となった過誤の一覧表
THAD101	未調整過誤集計表（警告）	未調整が予想される健診・保健指導機関について、支払・過誤額を集計した帳票
THAD102	未調整過誤一覧表（警告）	未調整の発生が予想される過誤依頼の一覧表
THAD201	過誤依頼取消通知書	未調整による取消を行った過誤依頼を保険者に通知するための帳票
THAD202	過誤依頼取消一覧表	未調整による取消を行った過誤依頼の一覧表

¹ 例：4月時点で今年度中の健診を全て実施した機関が支払終了後、過誤が発生した場合、未調整過誤として処理されシステム対象外となる。

ウ) 過誤請求時の健診・保健指導結果データの取扱い

請求が取下げられた場合、関連する特定健康診査等の結果データも過誤取下げの状態となる。保険者から結果を参照することはできるが、過誤の状態でも国への実績報告を作成する場合は、当該結果データは存在しないものとして取扱う（特定健診結果データの場合は未実施、特定保健指導データの完了時評価の場合は未完了として集計される）。このため、請求の過誤による取下げがあった場合は、実績を確実に報告に反映するために再請求が実績報告時点までに行われるようにすることが必要である。

過誤該当分の特定健診等結果データについては、結果のみ登録及び修正が可能である。

(3) 運用スケジュール

(A) 主要日程

図表 3-88 : 過誤処理における主要日程

処理名	標準日程
オンライン登録期間	毎月6日～翌月5日
バッチ処理の登録票受付点検・確認	毎月6日～翌月5日

(B) 同月過誤申立て請求

過誤処理の結果を待たず過誤依頼と再請求を同月内に実施する同月過誤処理を行うことが可能である。ただし、同月過誤処理で過誤依頼がエラーとなった場合は、再請求は重複エラーとなる。

同月過誤申立再請求を行う場合の過誤申立書の受付締切日は各国保連合会によって異なるが、請求情報の受付点検を実施する前までに過誤申立書による過誤調整を完了させておく必要があるため、上記の日程によらず同業務の日程に沿った締切日を設定する必要がある。

3.7.5 支払代行

(1) 基本事項

国保連合会は保険者からの支払代行依頼に基づき、保険者側で作成した CSV 形式の支払代行依頼データを基に実施機関への支払処理を代行する。

特定健康診査等の費用決済は、実施機関から受領した特定健診等データから請求・支払額を算定し処理する方法に加え、国保連合会が保険者から受領した支払代行データに基づき、実施機関への支払額通知書を作成し、支払代行することも可能である。

以下に一般の費用決済と支払代行の違いを示す。

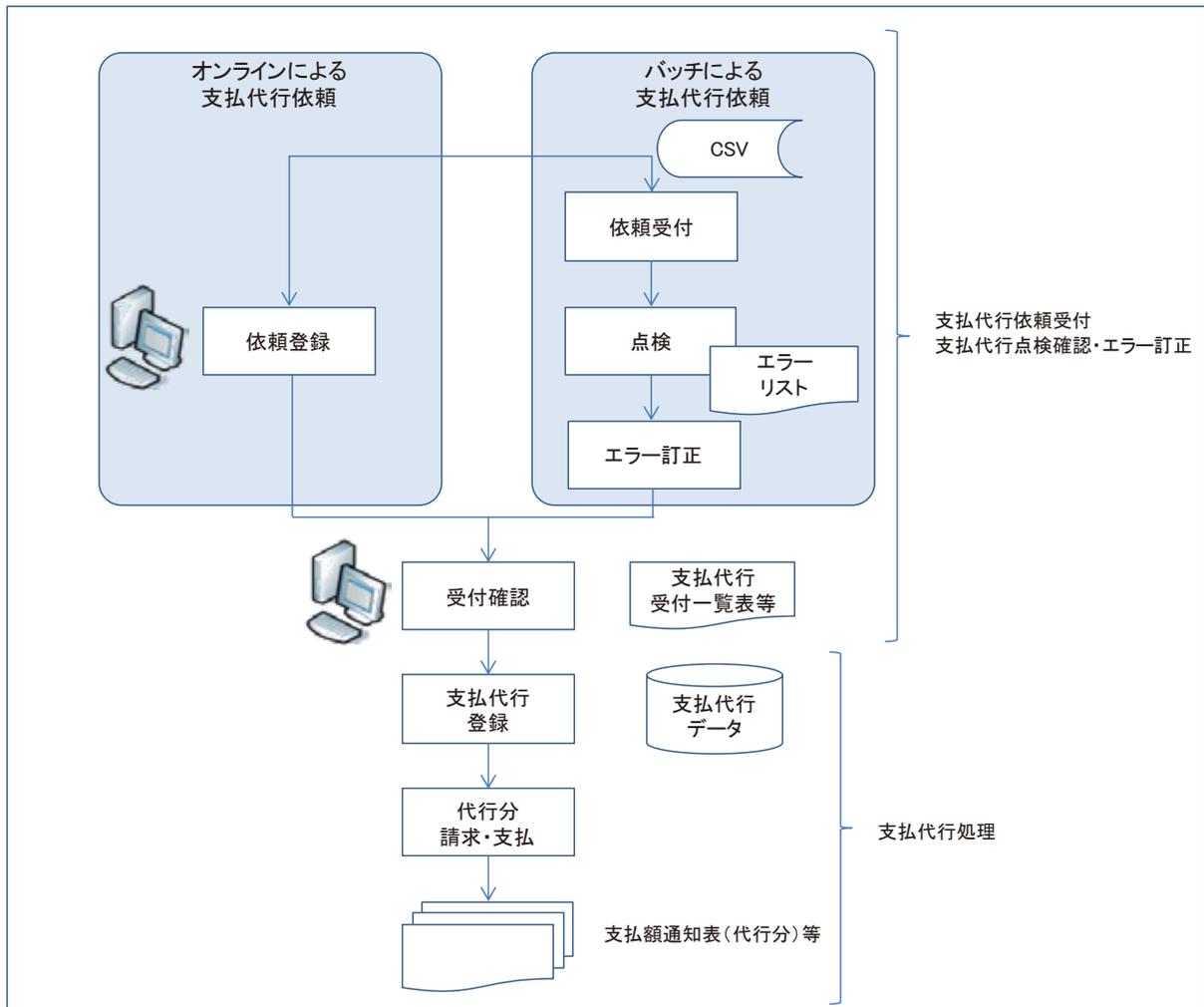
図表 3-89：費用決済と支払代行の違い

項目	支払代行	費用決済
受付・点検	必須項目と項目の関連性等のチェック等のみ行い、保険者依頼を受けた金額をそのまま支払う。	請求内容について被保険者資格、契約との関係、受診券・利用券との関係等をチェックし、エラーとなったものは返戻する。
契約台帳	契約台帳の登録を要しない（ただし保険者において契約台帳が1件も存在しない場合は任意の内容の契約台帳情報を1件登録する必要がある）。	契約台帳の登録を前提とする。
受診券・利用券の発行	受診券・利用券の発行を要しない。	原則受診券・利用券の発行を前提とする。

なお、健診等機関マスタの登録は、基本マスタは必須であるが、届出マスタは任意である。届出マスタが登録されている場合マスタから振込先等を参照するが、登録されていない場合は、保険者において毎回振込先等の指定が必要となる。

(A) 支払代行処理の流れ

図表 3-90：支払代行処理の流れ



(B) 支払代行の事務手順

支払代行の主な事務手順について、以下に示す。

①支払代行依頼受付

保険者から支払代行依頼データを受付ける。

②支払代行点検確認・エラー訂正（随時）

処理対象の支払代行依頼データについて事務点検を行う。点検後に出力されたエラーリストを基にエラー訂正を行う。また、受付状況照会画面や受付一覧表で受付状況を確認する。

③支払代行処理（月次）

請求・支払処理を実施し、払込請求書（代行分）等を保険者に、支払額通知書（代行分）を実施機関に送付する。

(C) 支払代行依頼データ項目

支払代行依頼データに必要な項目情報を以下に示す。

図表 3-91：支払代行依頼データ項目

種類	項目
保険者情報	保険者番号
健診・保健指導機関情報	健診・保健指導機関コード
	健診・保健指導機関名
	郵便番号
	健診・保健指導機関住所
振込先・金額情報	金融機関コード
	支店コード
	預金種目
	口座番号
	口座名義人名
	代行支払金額

(2) 国保連合会の支払代行事務処理

(A) 支払代行依頼データの受付

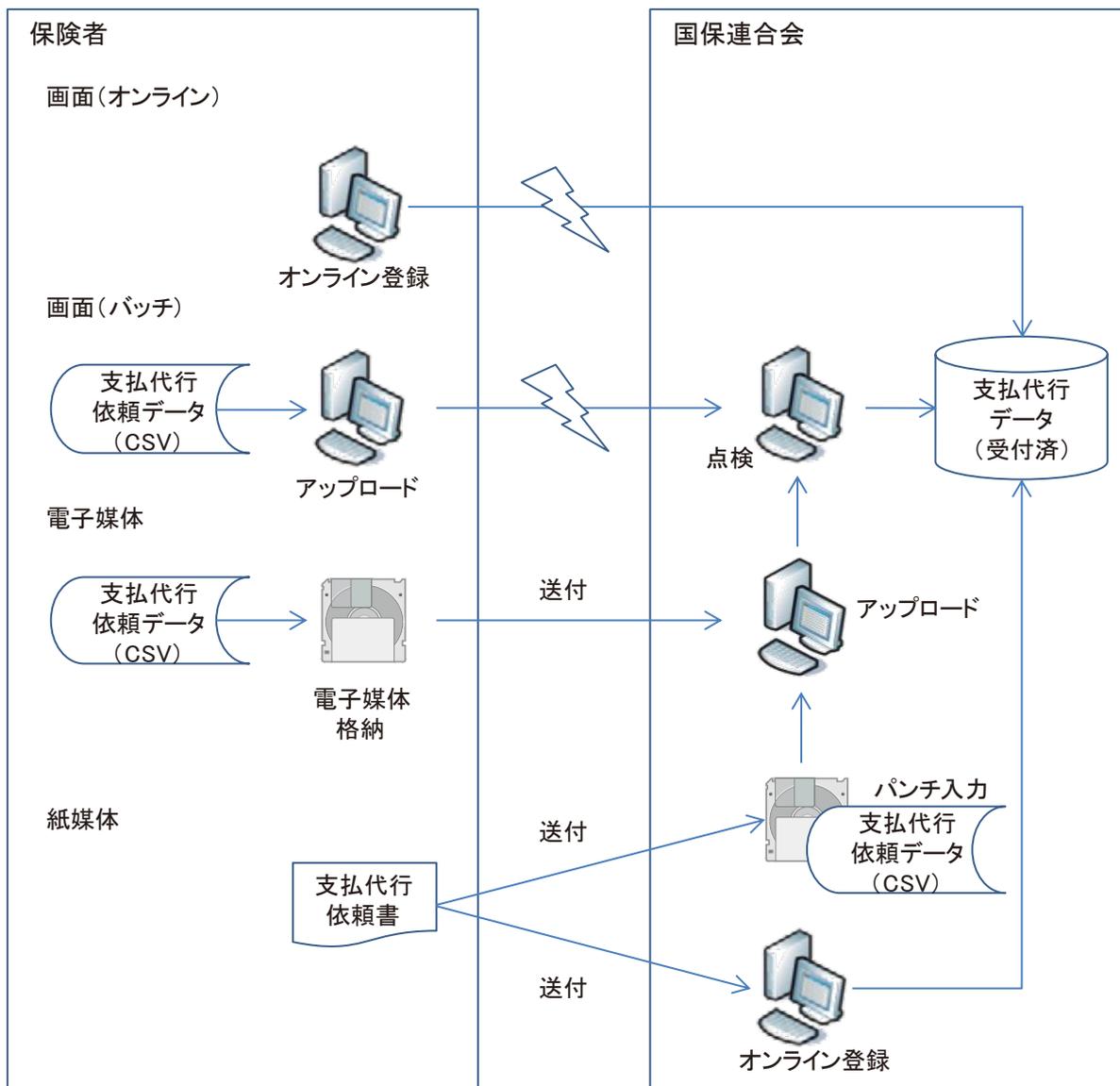
ア) 受付の方式

保険者が作成した支払代行依頼データは、保険者側の端末の画面から登録するか、電子媒体により国保連合会に提出される。

図表 3-92 : 支払代行依頼受付方式

受付方式		内容
画面	オンライン	保険者側の端末からオンラインで直接支払代行データを作成する
	バッチ	保険者側で作成した CSV 形式の支払代行依頼データを、ネットワークを通じてアップロードすることによって、国保連合会に提出する
電子媒体		保険者側で作成した CSV 形式の支払代行依頼データを、電子媒体に格納し、国保連合会に提出する
紙媒体		提出された支払代行依頼書からパンチ入力による CSV 形式のファイルを作成する
		提出された支払代行依頼書を、国保連合会においてオンライン端末から入力を行う

図表 3-93 : 受付方式



イ) オンラインによる支払代行依頼

保険者又は、保険者からの依頼を受けた国保連合会の端末から随時、以下に示す処理を行うことができる。

図表 3-94 : 処理概要

処理名	概要
支払代行登録（新規登録）	支払先の健診・保健指導機関情報を指定し、振込先情報、代行支払金額等をシステムに登録する
支払代行変更	登録済みの支払代行データを選択し、振込先情報、代行支払金額等を変更する
支払代行変更（支払代行依頼の取消）	登録済みの支払代行データを選択し、支払代行依頼を削除する

ウ) バッチ処理による支払代行依頼

画面からのアップロード及び電子媒体によって支払代行依頼データが提出された場合は、国保連合会においてデータのチェックを行い、支払代行データを登録する。

(B) 支払代行依頼データの点検

バッチ処理による支払代行依頼データの登録の際には、内容に対するチェックが行われる。チェックの結果、内容が正常であれば支払代行情報は登録され、エラーがあれば今月処理分の支払代行データには登録されない。ただし、エラーの支払代行情報を把握し、修正を行うこともできる。

依頼データの点検内容について以下に示す。

図表 3-95 : 支払代行依頼データの点検内容

点検名	点検内容
事務点検	支払代行依頼データの、項目の形式、フィールド項目の過不足チェック等の事務点検を行う。また、各マスタとの整合性の確認を行う

オンラインによる支払代行依頼では、内容の正当性チェックがリアルタイムで行われる。以下に受付・点検時に本システムより出力される帳票を示す。

図表 3-96 : 受付・点検時に関する帳票

ファイルID	名称	内容
THAE001	支払代行受付一覧表	国保連合会において、受付けた支払代行依頼データの処理状況を確認するための帳票
THAE002	支払代行データチェックエラーリスト	支払代行依頼データのデータチェック時のエラーを確認するための帳票

(C) 支払代行データの照会

「支払代行受付状況照会」画面で現在の処理状況を確認し、正常分、エラー分のリスト出力を行う。また、「支払代行状況照会」画面で決済状況を確認し、支払中止及び支払中止取消を行うことができる。

(D) 支払代行処理

支払代行依頼に基づき実施機関に対して支払代行処理を実施し、支払額通知書を送付する。

(3) 支払代行における帳票の一覧と様式

国保連合会は必要に応じて支払額通知書（代行分）等の支払代行に関する帳票を出力する。支払代行業務において本システムより出力することができる帳票の一覧を以下に示す。

(A) 保険者へ送付される帳票

図表 3-97：保険者へ送付される帳票

ファイル ID	名称	内容
THAE101	払込請求書	請求額を通知するために送る、代行分の請求書。払込請求書、領収書、振込依頼書、振込通知書を1セットにしたもの
THAE102	手数料払込請求書	支払代行における支払手数料の請求書
THAE104	健診等機関別請求内訳書	支払代行による健診・保健指導機関毎の請求内訳を把握するための帳票
THAE207	支払中止一覧表	支払代行における中止結果を通知するもの

(B) 実施機関へ送付される帳票

図表 3-98：実施機関へ送付される帳票

ファイル ID	名称	内容
THAE201	支払額通知書	支払代行分の支払額・支払日・支払先等を通知する帳票
THAE206	支払中止通知書	支払代行における中止結果を通知するもの

(C) 国保連合会の内部処理で使用する帳票

図表 3-99 : 国保連合会の内部で使用する帳票

ファイル ID	名称	内容
THAE105	請求額一覧表	保険者毎の請求額一覧（請求額の振込確認に使用）
THAE203	健診等機関別支払額一覧表	支払代行分の支払額の健診・保健指導機関別一覧
THAE205	金融機関別集計表	支払代行分の支払額を金融機関別に集計した帳票

(4) 運用スケジュール

図表 3-100 : 支払代行処理における主要日程

処理名	標準日程
オンライン登録期間	全営業日
バッチ処理の登録票受付、点検・確認	全営業日
支払代行変更	全営業日
支払代行請求処理	7日～8日頃
支払代行支払処理	9日～11日頃
振込締切日	末日

標準スケジュールは、支払代行の振込日を一般の費用決済の振込日と同様に設定している。この場合、支払代行処理における振込データを一般の費用決済のデータと合算し、作成することができる。支払代行の振込日は、国保連合会によって変更も可能であるが、以下の点に留意が必要である。

- ・ 振込日を基点日として、その振込日までに実施すべき処理をスケジュールする必要がある
- ・ システム処理の日程は国保連合会毎に決め、保険者単位で変更することは本システムの機能として対応していない
(標準スケジュールでは振込データ作成日を振込日の 5 営業日前という前提で設定している。振込データ作成日は国保連合会で固定であるが、実際の振込日を保険者単位に変更することは可能である。)

第4章 マスタ管理業務

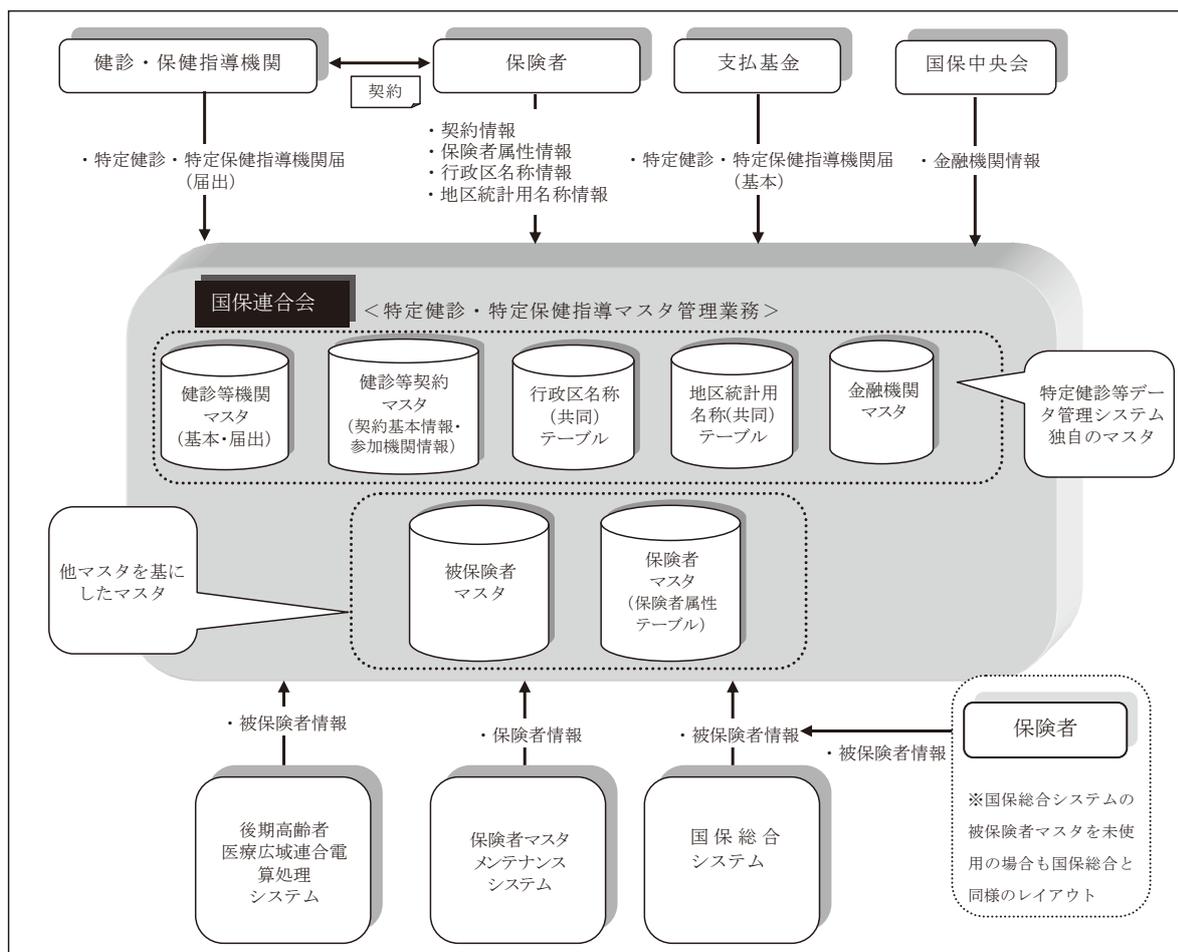
4.1 業務全体概要

4.1.1 マスタ管理業務の位置づけ

国保連合会で特定健康診査等に係る費用の決済処理及び共同処理を行うには、被保険者情報、保険者情報、金融機関情報、健診・保健指導機関情報等のマスタが必要となる。

特定健診等データ管理システムでは、被保険者マスタ、保険者マスタについては他システムの既存マスタを基にマスタ管理を行う。一方、健診等機関マスタ、健診等契約マスタ、金融機関マスタ、行政区名称（共同）テーブル、地区統計用名称（共同）テーブルについては特定健診等データ管理システム独自のマスタであるため、保険者や国保中央会、支払基金からの情報提供を受けマスタ管理を行う。

図表 4-1：マスタ管理業務全体概念図



4.1.2 マスタの概要

(1) マスタの種類と用途

本システムで用いるマスタの主項目と用途を以下に示す。

図表 4-2：マスタの主項目と用途

マスタ	主項目	用途
被保険者マスタ	保険者番号、被保険者証記号、被保険者証番号、生年月日、性別、被保険者名、住所、住民税課税状況、資格証明区分、行政区コード、地区統計用コード、資格取得事由、資格喪失事由、保険証回収日、変更事由	<ul style="list-style-type: none"> ・受診券・利用券作成 ・点検・資格確認 ・分析帳票作成 ・報告書作成
保険者マスタ	保険者番号、都道府県コード、市町村区分、医療圏コード、政令指定都市区分、保険者名、住所、主管部署、代表者名、開設日、廃止日、調整保険者番号、帳票出力先保険者番号、未特定時集計保険者番号（分離合併）、合併・分離区分	<ul style="list-style-type: none"> ・受診券・利用券作成 ・点検・資格確認 ・分析帳票作成 ・報告書作成
保険者マスタ（保険者属性テーブル）	保険者番号、請求取りまとめ保険者番号、保険者属性、請求書振分フラグ、被保険者存在フラグ、保険証受診許可フラグ、費用決済業務委託有無フラグ、記号チェックフラグ、番号チェックフラグ、有効期間（from,to）、保健指導費用決済区分	<ul style="list-style-type: none"> ・受診券・利用券作成 ・点検・資格確認 ・分析帳票作成 ・報告書作成
金融機関マスタ	金融機関コード、店舗コード、金融機関名、店舗名、店舗所在地、手形交換所番号、並びコード	請求・支払
健診等機関マスタ（基本）	健診・保健指導機関コード、機関の種類、健診機関名、住所、ホームページアドレス、経営主体コード、届出日、廃止日、変更日	<ul style="list-style-type: none"> ・点検・資格確認 ・請求・支払
健診等機関マスタ（届出）	健診・保健指導機関コード、請求者名、受領者名、振込先区分、振込先口座番号、請求開始年月、請求形態、請求区分、届出日、変更日、届出理由、住所、電話番号、FAX	請求・支払
健診等契約マスタ（契約基本情報）	年度、契約種別、保険者番号、健診・保健指導機関コード、契約時支払先、契約年月日、有効期間（from,to）、特定健診種別、特定健診単価（基本、詳細）、追加健診項目数、追加健診上限額、人間ドック単価、生活機能評価差引額、保健指導単価（積極的支援、動機付け支援）、初回面接支払割合（積極的支援、動機付け支援）、継続的支援支払割合（積極的支援）、最終評価支払割合（積極的支援、動機付け支援）、確認回数、解約区分、解約年月日	<ul style="list-style-type: none"> ・受診券・利用券作成 ・点検・資格確認 ・請求・支払
健診等契約マスタ（参加機関情報）	情報区分、年度、契約種別、保険者番号、健診・保健指導機関コード、参加機関情報区分、参加機関情報（健診等機関コード等）、参加機関情報（参加内容）	<ul style="list-style-type: none"> ・受診券・利用券作成 ・点検・資格確認 ・請求・支払
行政区名称（共同）テーブル	保険者番号、行政区名称コード、行政区名称	共同処理の各種リスト作成
地区統計用名称（共同）テーブル	保険者番号、地区統計用コード、地区名称	登録画面時の地区絞込み

(2) 契約形態とマスタ登録の関係

実施機関と保険者の契約形態毎のマスタ登録の要件は以下のとおりである。

図表 4-3：契約等の形態別のマスタ登録要件

形態		健診等機関マスタ (基本)	健診等機関マスタ (届出)	健診等契約マスタ	
契約 形態	①個別契約	1対1	個別機関毎の登録（都道府県において1回）	個別機関毎の登録（都道府県において1回）	個別機関毎の登録（保険者毎）
	②個別契約 (機関取りまとめ型)	1対N	個別機関毎の登録（都道府県において1回）	支払先が取りまとめ機関：取りまとめ機関の登録 支払先が個別機関：個別機関毎の登録（都道府県において1回）	保険者毎に対象機関の契約をまとめて登録する
	③国保集団契約 (保険者取りまとめ型)	N対N	個別機関毎の登録（都道府県において1回）	個別機関毎の登録（都道府県において1回）	契約に参加する保険者毎に機関取りまとめ型1対Nの契約と同一の内容で登録を行う
	④集合契約 (被用者保険取りまとめ型)	N対N	個別機関毎の登録（都道府県において1回）	個別機関毎の登録（都道府県において1回）	県単位の代表医療保険者毎に登録する（契約内容が異なる）
実施・費用 決済上の 形態	①個別決済（一部委託）	個別機関毎の登録（都道府県において1回）	省略可（ただし、保険者により毎回振込先の指定が必要）	登録不要*	
	②支払代行による決済	個別機関毎の登録（都道府県において1回）	省略可（ただし、保険者により毎回振込先の指定が必要）		
	③市町村直営	機関毎の評価等の出力単位毎に登録を行う	登録不要	原則として契約は発生しない*	

※ 契約マスタが存在しない場合、共同処理機能が使用できないため、任意の内容の契約台帳情報を1件登録する必要がある。

4.2 業務処理概要

4.2.1 マスタ管理業務概要

マスタ管理業務では、被保険者マスタ、保険者マスタ（保険者属性テーブル）、金融機関マスタ、健診等機関マスタ（基本・届出）、健診等契約マスタ（契約基本情報・参加機関情報）、行政区名称（共同）テーブル、地区統計用名称（共同）テーブルの7種類のマスタの管理運用を行う。

以下に各マスタの作成・維持管理に関する業務処理概要を示す。

図表 4-4：マスタ管理業務処理概要

マスタ管理業務		業務処理概要
被保険者マスタ	既存マスタから取得	国保連合会内の国保総合システム等及び後期高齢者医療広域連合電算処理システムより被保険者情報を取得し、所定のレコード形式で特定健診等データ管理システムに取込む。
	登録	国保連合会が保険者から受領した「被保険者情報」及び他システム（国保総合システム等、後期高齢者医療広域連合電算処理システム）から取得した「被保険者情報」を基に「被保険者マスタ」を登録する。
	作成・維持管理	保険者から受領する被保険者情報を既存マスタの被保険者情報と併合し、当月テーブルを作成する。また、被保険者情報に訂正が必要な場合、保険者からの被保険者訂正情報を受領し、国保連合会が画面を使って訂正を行う。
保険者マスタ	既存マスタから取得	保険者マスタメンテナンスシステムより保険者情報を取得し、所定のレコード形式で特定健診等データ管理システムに取込む。
	維持管理	取込んだ保険者情報を基に保険者マスタを作成し、管理する。
保険者属性テーブル	登録	保険者より受領した保険者属性の情報を基にして保険者属性テーブルを登録する。
	作成・維持管理	保険者属性情報に訂正が必要な場合、保険者からの保険者属性訂正情報を受領し、保険者属性テーブルを訂正する。
金融機関マスタ	登録	国保中央会から受領した金融機関・店舗情報を基に金融機関マスタを登録する。
健診等機関マスタ (基本・届出)	基本情報登録	支払基金より受領した「特定健診・特定保健指導機関届」の情報を基にして健診等機関マスタ（基本）を登録する。
	届出情報登録	健診・保健指導機関より受領した「特定健診等費用の請求及び受領に関する届」の情報を基にして健診等機関マスタ（届出）を登録する。
	作成・維持管理	健診等機関マスタ（基本）に訂正が必要な場合、支払基金へ訂正を依頼する。健診等機関マスタ（届出）に訂正が必要な場合、健診・保健指導機関から健診等機関訂正情報を受領し、健診等機関マスタを訂正する。

マスタ管理業務		業務処理概要
健診等契約マスタ(契約基本情報・参加機関情報)	登録	健診・保健指導機関と保険者との間で取交わした契約内容に基づき、契約情報を登録する。
	作成・維持管理	健診等契約情報に訂正が必要な場合、保険者からの健診・保健指導機関契約訂正情報を受領し、健診等契約マスタを訂正する。
行政区名称(共同)テーブル	登録	保険者より受領した行政区名称の情報を基にして行政区名称(共同)テーブルを登録する。
	作成・維持管理	行政区名称情報に訂正が必要な場合、保険者からの行政区名称訂正情報を受領し、行政区名称(共同)テーブルを訂正する。
地区統計用名称(共同)テーブル	登録	保険者より受領した地区統計用名称の情報を基にして地区統計用名称(共同)テーブルを登録する。
	作成・維持管理	地区統計用名称情報に訂正が必要な場合、保険者からの地区統計用名称訂正情報を受領し、地区統計用名称(共同)テーブルを訂正する。

(B) 重複データの対処

被保険者マスタでは、区間異動、被保険者証番号の変更等により個人を特定するキー項目が変更された場合、変更前後の被保険者情報を同一人物として紐付けを行って管理しているが、旧被保険者情報が設定されていない等の理由により紐付けができず、本来同一人物である被保険者が別人として被保険者マスタに重複登録されてしまうケースがあった。

このケースの対応として、本システムでは国保連合会において被保険者マスタの重複登録を回復するためのツールを提供している。図表 4-6 にツールによる重複登録の回復手順を示す。

図表 4-6：被保険者マスタの重複登録回復手順

実施手順	内容	備考
環境の作成	被保険者マスタ重複対処を実施する環境を国保連合会内パソコン上に作成する。	
重複データの抽出	抽出条件（重複の可能性がある被保険者のパターン）を設定する。	保険者毎に抽出条件を設定
	抽出条件に該当（被保険者マスタにおいて、同一人物が別人として重複登録されている可能性がある）するデータを抽出する。	被保険者マスタ重複データ抽出.batの実行
重複データの判定	抽出結果データから「重複データ判定 EXCEL ファイル」を作成する。	
	保険者において重複の有無を確認し「重複データ判定 EXCEL ファイル」に判定を記載する。	
	国保連合会において重複判定結果を基に「重複データ判定 CSV ファイル」を作成する。	被保険者マスタ重複データ判定ツール.xlsを使用
重複の対処	国保連合会において「重複データ判定 CSV ファイル」を用いて、重複している被保険者マスタを解消する。	ファイルアップロードの実行

(C) 重複データの防止

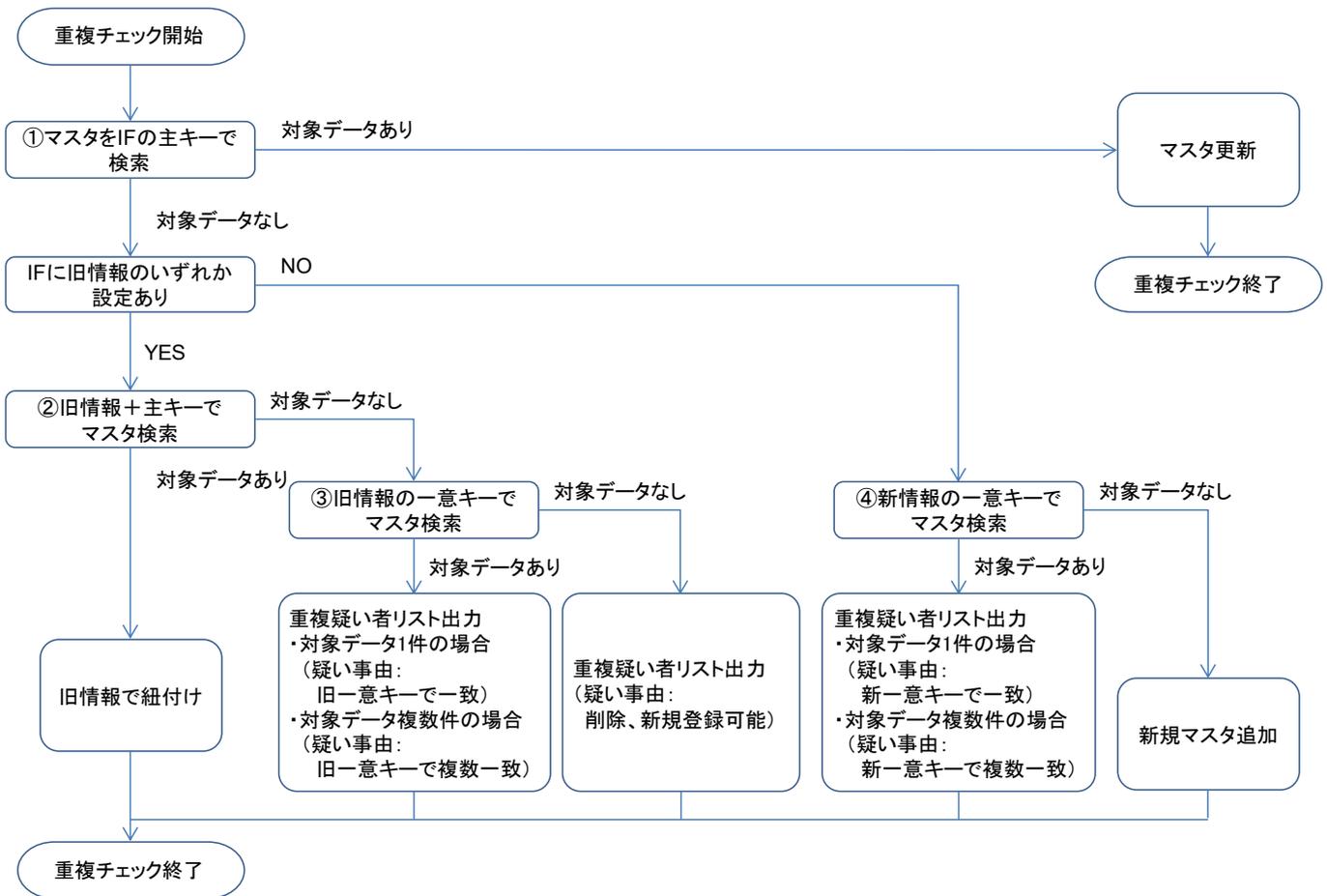
被保険者マスタは、キー情報（保険者番号、被保険者証記号、被保険者証番号、生年月日、性別、個人番号）を用いて管理している。国保総合システムからの連携情報（被保険者マスタインタフェースファイル）においてキー情報が誤っていた場合、同一人物が別人として登録されてしまう可能性があるため、防止策として重複チェックを行い、重複登録の疑いのあるデータを抽出している。

【抽出事例】

- 被保険者マスタと新情報のキー情報で一致するデータがないが、新情報に旧情報のいずれかの設定がある場合で、かつ被保険者マスタと新情報に設定されている旧情報で一致するデータがない場合
- 被保険者マスタと新情報のキー情報で一致するデータがない場合で、かつ新情報に旧情報の設定がない場合

システムの対応については、図表 4-7 に示す。

図表 4-7：重複チェックフロー



(用語の説明)

主キー	: 保険者番号、被保険者証記号、被保険者証番号、生年月日、性別、個人番号
旧情報	: 旧保険者番号、旧被保険者証記号、旧被保険者証番号、旧個人番号
一意キー	: 個人を特定する項目（一意キー設定テーブルに保険者単位に登録）
旧情報の一意キー	: 設定した一意キー項目に保険者番号、被保険者証記号、被保険者証番号、個人番号のいずれかが存在する場合、その項目はそれぞれ、旧保険者番号、旧被保険者証記号、旧被保険者証番号、旧個人番号の方を使用する意。
新情報の一意キー	: 設定した一意キー項目に保険者番号、被保険者証記号、被保険者証番号、個人番号のいずれかが存在する場合、その項目はそれぞれ、旧の方でなく、そのまま新の方を使用する意。

(作業内容)

- ① インタフェースの主キーで被保険者マスタを検索し、対象データがある場合は更新データとして後続処理(被保険者マスタ登録処理)を行う。
- ② インタフェースに旧情報のいずれかが設定されている場合は、旧情報(設定されていない項目は主キー)で被保険者マスタを検索する。
対象データがある場合は、旧情報で紐付けデータとして後続処理(被保険者マスタ登録処理)を行う。
なお、最新レコードの旧情報で検索できなかった場合は、古いレコードの旧情報がなくなるまで検索を繰り返す。
- ③ 旧情報の一意キーで被保険者マスタを検索し、検索結果により図表 4-8 の項番 1～3 の疑い事由を設定した重複疑い者リストを出力する。
重複疑い者リストに出力されたデータは、後続処理(被保険者マスタ登録処理)を行わないため、被保険者マスタ重複疑い者登録(疑い者設定ツールを使用して該当被保険者情報をどのように登録するか指定し被保険者マスタへ登録)を行う。
- ④ インタフェースの一意キーで被保険者マスタを検索する。
対象データがない場合は、新規マスタ登録データとし、後続処理(被保険者マスタ登録処理)を行う。
対象データがある場合は、図表 4-8 の項番 4・5 の疑い事由を設定した重複疑い者リストを出力する。
重複疑い者リストに出力されたデータは、後続処理(被保険者マスタ登録処理)を行わないため、被保険者マスタ重複疑い者登録(疑い者設定ツールを使用して該当被保険者情報をどのように登録するか指定し被保険者マスタへ登録)を行う。

図表 4-8：重複チェックによる疑い事由一覧

項番	検索結果	疑い事由
1	旧情報の一意キーで一致するデータが1件	旧一意キーで一致
2	旧情報の一意キーで一致するデータが複数件	旧一意キーで複数一致
3	旧情報の一意キーで一致するデータがない	削除、新規登録可能
4	インタフェースの一意キーで一致するデータが1件	新一意キーで一致
5	インタフェースの一意キーで一致するデータが複数件	新一意キーで複数一致

(2) 保険者マスタ

本システムで用いる保険者マスタは、保険者マスタメンテナンスシステムから情報を取得し作成する。

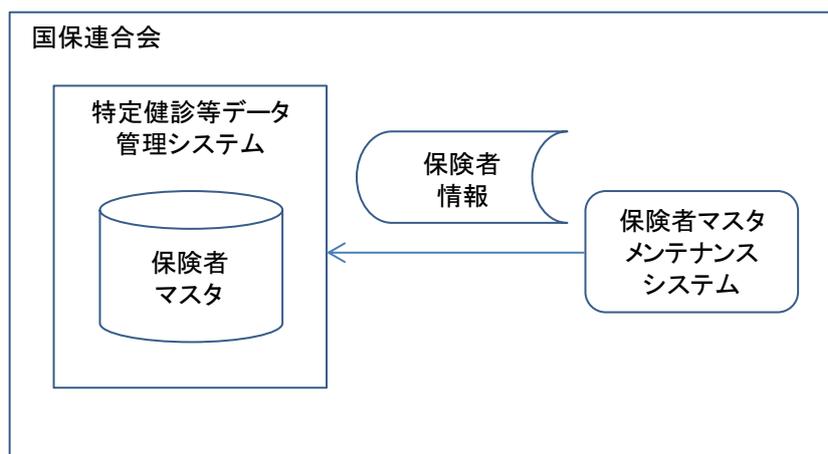
ただし、保険者マスタの一部である保険者属性テーブルは、特定健診等データ管理システム独自のテーブルである。このため、保険者属性テーブルを作成するためには、保険者から保険者属性情報を取得しテーブルを作成する必要がある。

(A) 保険者マスタ

保険者マスタメンテナンスシステムから情報を取得し作成する。

保険者マスタの作成は以下の手順で行う。

図表 4-9：保険者マスタの作成手順



- ① 保険者マスタメンテナンスシステムから保険者情報を取得後、データチェックを行う。
- ② 保険者マスタを作成する。

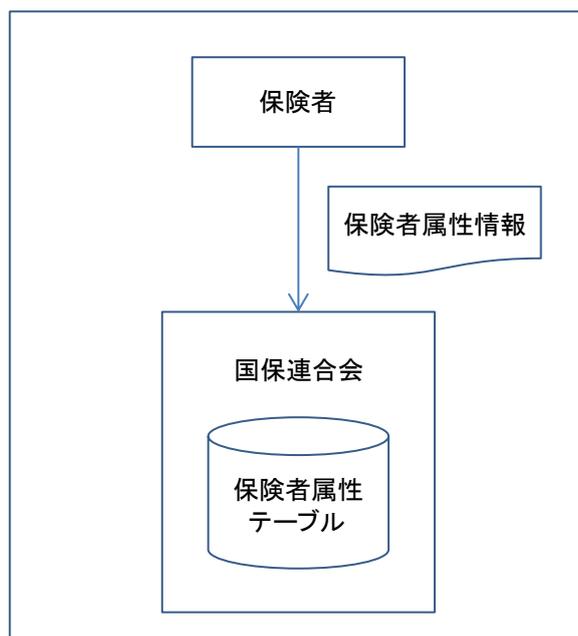
(B) 保険者属性テーブル

ア) 基本的な考え方

保険者属性テーブルは特定健診等データ管理システム独自のテーブルである。このため保険者マスタメンテナンスシステムから情報を取得することができない。そこで、保険者から保険者属性情報を取得し、その情報を基に保険者属性テーブルを作成する必要がある。

保険者属性情報の登録手続きは以下の手順で行う。

図表 4-10 : 保険者属性テーブル作成手順



- ① 保険者は国保連合会に保険者属性情報を届ける。
- ② 国保連合会は受領した保険者属性情報を基に保険者属性情報を登録する。データチェック後、保険者属性テーブルを作成する。

なお、保険者属性テーブルは、画面より修正・削除を行うことも可能である。

イ) 項目一覧表

保険者属性テーブルを作成するにあたって、保険者属性テーブルに登録する主項目について以下に示す。

図表 4-11：保険者属性テーブル主項目一覧

項目名	内容
保険者番号	特定健診等の契約を締結した保険者番号 「法別番号（2桁）＋都道府県コード（2桁）＋保険者別番号（3桁）＋チェックデジット（1桁）」 （*法別番号 00:国民健康保険 39:後期高齢者医療制度）
請求取りまとめ保険者番号	請求取りまとめを行う保険者の保険者番号
保険者属性	保険者の親子関係を把握するために使用 0:未設定 3:政令市（区） 1:一般市町村 4:後期高齢者医療広域連合 2:政令市（市） 5:後期高齢者医療広域連合傘下の市区町村
請求書振分フラグ	生活機能評価を同時実施した場合に、保険者への請求書を振分けるか否かを示すフラグ 0:請求書を1本にする（基本チェックリストと生活機能評価の項目チェック実施） 1:請求書を3本にする（基本チェックリストと生活機能評価の項目チェック実施） 2:請求書を1本にする（基本チェックリストのみチェック実施） 3:請求書を1本にする（チェックを実施しない）
被保険者存在フラグ	当該保険者の被保険者有無 0:被保険者なし 1:被保険者あり
保険証受診許可フラグ	保険証による受診を許可するかどうか識別するフラグ 0:保険証による受診を許可しない 1:保険証による受診を許可する
費用決済業務委託有無フラグ	費用決済業務の委託有無を識別するフラグ 0:委託なし 1:委託あり （当システムで費用決済を行わない） （当システムで費用決済を行う）
記号チェックフラグ	被保険者マスタの被保険者証記号を資格点検時のチェック項目とするかどうかを示すフラグ 0:チェック対象とする 1:チェック対象としない
番号チェックフラグ	被保険者マスタの被保険者証番号を資格点検時のチェック項目とするかどうかを示すフラグ 0:チェック対象とする 1:チェック対象としない
有効期間（from）	20080401：初期値 を設定する
有効期間（to）	29990331：初期値 を設定する
保健指導費用決済方法	年度をまたがって保健指導を実施した場合に適用する契約 0:健診を実施した年度の契約 1:保健指導初回実施日に属する年度の契約

（資料）特定健診等データ管理システム インターフェース仕様書

(3) 金融機関マスタ

金融機関・店舗情報を取得し、金融機関・店舗情報を基に、金融機関マスタを作成する。

- ①国保中央会より国保連合会に金融機関・店舗情報を配布後、データチェックを行う。
- ②金融機関・店舗情報を基に金融機関マスタを作成する。

4.2.3 特定健診等データ管理システム独自のマスタ

(1) 健診等機関マスタ

(A) 基本的な考え方

健診等機関マスタは、実施機関への支払等を行う上で使用する。

なお、実施機関が社保・国保の両方の保険者と契約する場合や、複数の県にまたがって保険者と契約することがあるため、全国の社保・国保の保険者で一元的に作成する必要がある。

国保連合会は支払基金から受領した実施機関情報を基に健診等機関マスタの作成・管理を行う。健診等機関マスタには、健診・保健指導機関番号及び名称等の基本情報と実施機関の口座情報等の届出情報がある。

健診等機関マスタ（基本）の作成は図表 4-12 の手順で行う。

- ① 実施機関は支払基金に「特定健診・特定保健指導機関届」（図表 4-18、4-19）を提出する。
- ② 支払基金は「特定健診・特定保健指導機関届」のあった実施機関に対し、健診・保健指導機関番号を付番する。
- ③ 国保連合会は国保中央会管理のファイル転送サーバを介して支払基金より健診等機関情報（基本）を受領後、データチェックを行い、正常データを健診等機関マスタ（基本）として作成する。

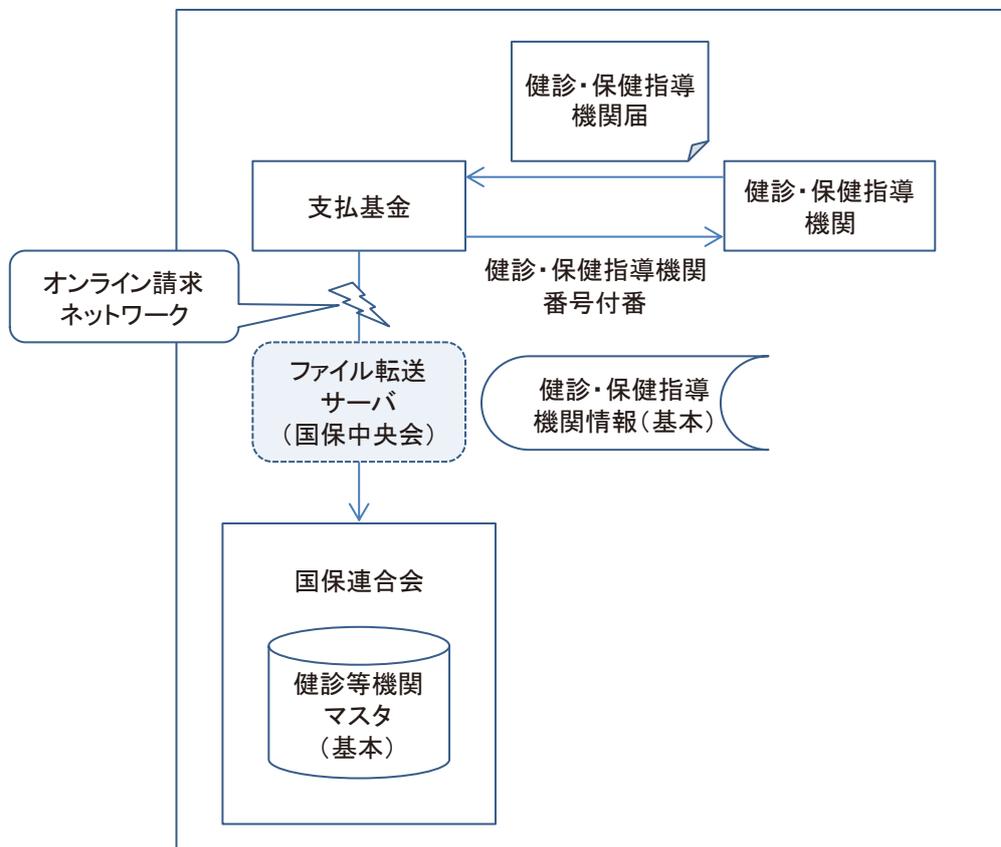
健診等機関マスタ（届出）¹の作成は図表 4-13 の手順で行う。

- ① 実施機関は国保連合会に「特定健診等費用の請求及び受領に関する届」（図表 4-20）により特定健康診査等の費用の請求及び受領に関し届け出る。
- ② 国保連合会は受領した届出に基づき情報を登録する。
- ③ 健診等機関マスタ（基本）、金融機関マスタ、金融機関店舗マスタを取込み、データチェック後、健診等機関マスタ（届出）として作成する。なお、エラーリスト（CSV）を基に、実施機関の確認の下、国保連合会で画面を使って訂正を行うことも可能である。

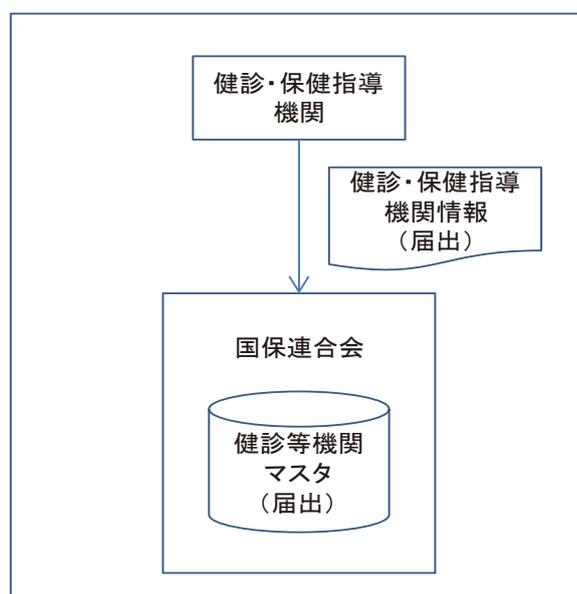
¹ 契約期間中に医療機関コードが変更となった場合、システム上では健診等機関の変更については考慮されないため、旧機関から新機関への移行で契約を一度破棄した上、新たな契約について登録する必要がある。

- ④ 保険者から健診等機関訂正情報を受領し、国保連合会内の画面を使って健診等機関マスタ（届出）を訂正する。健診等機関（届出）新規・変更リスト（CSV）が出力される。

図表 4-12：健診等機関（基本）マスタ作成手順



図表 4-13：健診等機関（届出）マスタ作成手順



図表 4-15：健診等機関マスタ（届出）主項目一覧表

項目名	内容
健診・保健指導機関コード	支払基金より付番された番号
請求者名	保険者と契約を締結する請求者名
受領者名	保険者と契約を締結する受領者名
振込先区分	振込先を分類する 1:診療報酬と同一の口座 2:登録口座
振込先金融機関コード*1	受領者が指定した振込先金融機関を、金融機関マスタが管理する金融機関コードに対応付けコード化 (*1 振込先区分が"2"の場合、必須入力)
振込先支店コード*2	受領者が指定した振込先金融機関支店名を、金融機関マスタが管理する金融機関コードに紐づく支店コードに対応付けコード化 (*2 振込先区分が"2"の場合、必須入力)
振込先科目*3	受領者が指定した振込先金融機関の口座科目（普通、当座、別段、貯蓄、その他） (*3 振込先区分が"2"の場合、必須入力)
振込先口座番号*4	受領者が指定した振込先金融機関の口座番号 (*4 振込先区分が"2"の場合、必須入力)
請求開始年月	受領者が指定した振込請求を開始する年月（和暦）
請求形態	1:電子媒体（MO） 2:電子媒体（FD） 3:電子媒体（CD-R） 4:オンライン 5:未定
振込区分	0:銀行振込 1:告知書振込
届出日	届出書の届出日（和暦）
変更日	変更届の届出日（和暦）
届出理由	1:新設 2:請求者及び受領者（口座名義の変更） 3:請求方法の変更 4:振込先及び口座番号の変更 5:その他
住所地	特定健診・特定保健指導機関の所在地
電話番号	特定健診・特定保健指導機関の電話番号
FAX	特定健診・特定保健指導機関のFAX番号
旧健診等機関番号	旧健診等機関番号
摘要	届出書の摘要欄

（資料）特定健診等データ管理システム インターフェース仕様書

(C) 健診・保健指導機関届

ア) 申請方法

実施機関は、所在する都道府県の支払基金支部に、所定の様式に必要事項を記入し届出を行う。届出を行うことによって健診・保健指導機関番号が付番される。既に保険医療機関番号を保有している医療機関は、新たな番号の取得は必要ないが、申請は必要となる。

なお、口座情報等の届出情報は国保連合会に提出する。

イ) 健診・保健指導機関の付番ルール

保険者には保険者番号（8桁）が、医療機関には保険医療機関番号（10桁）が、それぞれ既にあることから、新たに付番する必要はない。しかしながら、医療機関でない健診・保健指導機関には番号がないため付番する必要がある。以下に付番ルールを示す。

図表 4-16：健診・保健指導機関の付番ルール

桁数	区分	付番ルール
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・保健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0の場合はチェックデジットを0とする）。

（資料）厚生労働省保険局「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版）」

市町村において、国保が衛生部門に健診・保健指導の実施を執行委任する場合がある。その際、業務を受託する衛生部門は健診・保健指導機関として番号の取得が必要となる。

また、医療保険者自身で健診・保健指導を実施（直営）する場合は、国への実績報告時に実施機関を記載する欄が空欄となってしまうことを避けるため、自身で実施したことを示す共通番号を記入する。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を、委託元の保険者に送付する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それぞれ記入する。

この他に、事業主健診等他の法令に基づく健診・保健指導の実施結果等は、実施した機関が特定健診・保健指導の受託機関となっていない場合は機関番号がないため、事業主健診等他の法令に基づく健診・保健指導の実施機関としての共通番号をデータファイルの実施機関欄に記入する必要がある。以下に付番ルールを示す。

図表 4-17：付番ルールにおける留意事項

桁数	区分	市町村衛生部門が健診・保健指導機関として登録する場合	医療保険者自身が実施する場合	他の健診・保健指導（他の法令や償還払）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)

①市町村内の複数箇所で直営実施する場合、本ルールに従い付番し結果データを作成する。

②市町村内の1箇所で直営実施する場合、全国一律に本ルールで付番する。

③他の法令に基づく健診等、実施機関が不明の場合、全国一律に本ルールで付番する。

(参考) 厚生労働省保険局「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版)」

※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こととする(一括申請は可)。なお、国保直診施設等の自治体病院は、既に保険医療機関として番号を取得済みであるため、新たな付番は不要。

- 市町村が他の保険者からの委託を受けず、直営実施のみの場合は、支払基金への機関登録は不要となる。この場合、本システムでは、図表 4-17 のルールに従い機関番号を付番することで費用決済を伴わないデータとして実施結果を登録することができる。
- ①に示すとおり、市町村内で複数の実施機関番号が必要な場合のみ、所在地の国保連合会に機関番号を登録する必要がある。
- 他の保険者からの委託を受け特定健康診査等を実施する場合は、支払基金への機関番号登録は必須となる。

ウ) 届出様式

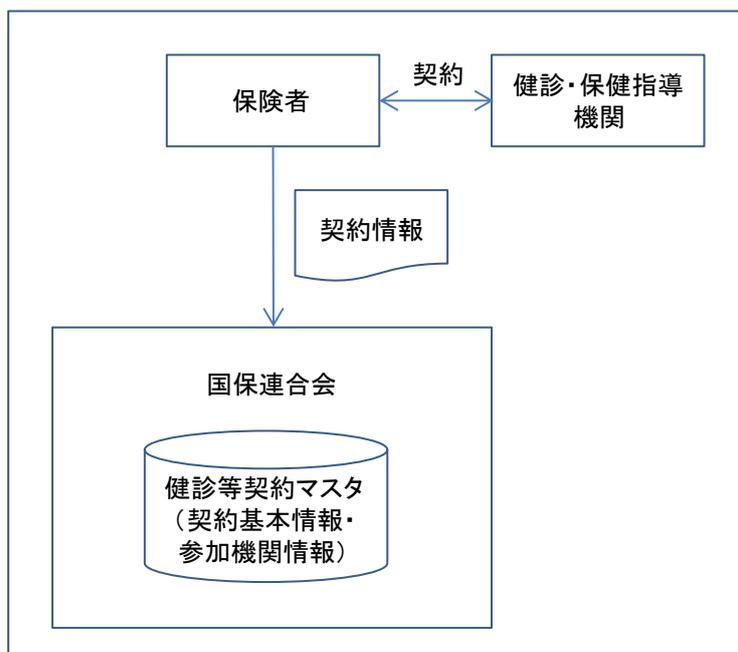
支払基金へ提出する「特定健診・特定保健指導機関届」を図表 4-18、4-19 に示す。また、国保連合会へ提出する「特定健診等費用の請求及び受領に関する届」を図表 4-20 に示す。

(2) 健診等契約マスタ

(A) 基本的な考え方

契約情報の登録手続きは以下の手順で行う。

図表 4-21：健診等契約マスタ作成手順



- ① 保険者は実施機関と締結した契約情報を国保連合会に届け出る。
- ② 国保連合会は受領した契約情報を基に契約情報を登録する。
- ③ データチェック後、正常データを健診等契約マスタ（契約基本情報・参加機関情報）として作成する。エラーリスト（CSV）を基に、保険者の確認の下で国保連合会が画面から訂正を行うことも可能である。
- ④ 保険者からの健診・保健指導機関契約訂正情報を受領し、国保連合会内の健診等契約マスタ（契約基本情報・参加機関情報）を訂正する。健診等機関マスタ更新情報（CSV）ファイルが出力される。
- ⑤ 「健診等契約マスタ」に登録されたものの「健診等機関マスタ（届出）」に登録されていない健診等機関は、「健診等機関マスタ（届出）未登録者」として CSV ファイルに出力される。

(B) 項目一覧表

健診等契約マスタを作成するにあたって、健診等契約マスタ（契約基本情報、参加機関情報）に登録する主項目を以下に示す。

図表 4-22：健診等契約マスタ（契約基本情報）主項目一覧

項目名	内容
情報区分	契約基本情報か参加機関情報かを示す区分（1を設定） 1:契約基本情報 2:参加機関情報
年度	特定健診等の契約を締結した年度（西暦）
契約種別	契約の種別 1:個別契約（1:1契約） 2:N:N契約（集合契約等） 3:1:N契約（個別契約）
保険者番号	特定健診等の契約を締結した保険者番号 「法別番号（2桁）＋都道府県コード（2桁）＋保険者別番号（3桁）＋チェックデジット（1桁）」 （*法別番号 00:国民健康保険 39:後期高齢者医療制度）
健診・保健指導機関コード	特定健診等の契約を締結した健診・保健指導機関コード 「都道府県コード（2桁）＋機関区分コード（1桁）＋機関コード（6桁）＋チェックデジット（1桁）」
契約時支払先 ^{*1}	N:N契約（集合契約等）、1:N契約（個別契約）時の支払先区分 1:契約代表者 2:実施機関
契約年月日	特定健診等の契約を締結した年月日（西暦）
有効期間（from）	特定健診等の契約有効日（from）（西暦）
有効期間（to）	特定健診等の契約有効日（to）（西暦）
特定健診種別	1:個別健診 2:集団健診 3:保健指導
特定健診単価（基本）	基本的な健診項目に係る消費税を含む委託料単価
特定健診単価（詳細：貧血検査）	詳細な健診項目（貧血検査）に係る消費税を含む委託料単価
特定健診単価（詳細：心電図検査）	詳細な健診項目（心電図検査）に係る消費税を含む委託料単価
特定健診単価（詳細：眼底検査）	詳細な健診項目（眼底検査）に係る消費税を含む委託料単価
特定健診単価（詳細：血清クレアチニン検査）	詳細な健診項目（血清クレアチニン）に係る消費税を含む委託料単価
追加健診項目数	追加健診の項目数
追加健診上限額	追加健診の負担上限額
人間ドック単価	人間ドックに係る消費税を含む委託料単価
生活機能評価差引額 1	特定健診の基本項目に重複する部分に係る消費税を含む委託料差引額
生活機能評価差引額 2	生活機能チェック（基本チェックリスト、視診、打聴診、触診、反復唾液嚥下テスト ^{*2} 、医師の判定）に係る消費税を含む委託料差引額
生活機能評価差引額 3	生活機能検査（心電図）に係る消費税を含む委託料差引額
生活機能評価差引額 4	生活機能検査（貧血）に係る消費税を含む委託料差引額

項目名	内容
生活機能評価差引額 5	生活機能検査（反復唾液嚥下テスト※2、血清アルブミン、医師の判定）に係る消費税を含む委託料差引額
保健指導単価 （積極的支援）	保健指導（積極的支援）に係った消費税を含む委託料単価
初回面接支払割合 （積極的支援）	保健指導（積極的支援）の初回面接分の支払割合
継続的支援分支払割合 （積極的支援）	保健指導（積極的支援）の継続的支援分の支払割合
最終評価支払割合 （積極的支援）	保健指導（積極的支援）の3ヶ月後評価分の支払割合
保健指導単価 （動機付け支援）	保健指導（動機付け支援）に係った消費税を含む委託料単価
初回面接支払割合 （動機付け支援）	保健指導（動機付け支援）の初回面接分の支払割合
最終評価支払割合 （動機付け支援）	保健指導（動機付け支援）の3ヶ月後評価分の支払割合
確認回数	3ヶ月後の評価ができない場合の確認回数
解約区分	0:継続中 1:契約違反（委託者） 2:契約違反（受託者） 3:公表内容等が事実と異なるため 4:その他
解約年月日	特定健診・保健指導の契約解約日（西暦）
消費税自動計算方法	1：円未満四捨五入 2：円未満切り上げ 3：円未満切り捨て 4：契約単価据え置き
当日初回面接実施区分	0：特定健診当日に初回面接を実施しない 1：特定健診当日に初回面接を実施する
初回面接1支払割合 （積極的支援）	保健指導（積極的支援）の初回面接①の支払割合
初回面接2支払割合 （積極的支援）	保健指導（積極的支援）の初回面接②の支払割合
初回面接1支払割合 （動機付け支援）	保健指導（動機付け支援）の初回面接①の支払割合
初回面接2支払割合 （動機付け支援）	保健指導（動機付け支援）の初回面接②の支払割合

※1 契約種別が「N:N契約（集合契約等）」「1:N契約（個別契約）」の場合は必須

※2 反復唾液嚥下テストは、特定高齢者候補者（必須）のみ実施の場合は差引額5に設定し、特定高齢者候補者以外にも実施する場合（任意）は差引額2に設定する。重複して設定することはできない。

（資料）特定健診等データ管理システム インターフェース仕様書

図表 4-23：健診等契約マスタ（参加機関情報）主項目一覧

項目名	内容
情報区分	契約基本情報か参加機関情報かを示す区分（2を設定） 1:契約基本情報 2:参加機関情報
年度	特定健診・保健指導の契約を結んだ年度
契約種別	契約形態の判断 1:個別契約 2:N:N契約（集合契約時） 3:1:N契約（個別契約）
保険者番号	特定健診等の契約を締結した保険者番号 「法別番号（2桁）＋都道府県コード（2桁）＋保険者別番号（3桁）＋チェックデジット（1桁）」 （＊法別番号 00:国民健康保険 39:後期高齢者医療制度）
健診・保健指導機関コード	特定健診等の契約を締結した健診・保健指導機関コード 「都道府県コード（2桁）＋機関区分コード（1桁）＋機関コード（6桁）＋チェックデジット（1桁）」
参加機関情報区分	N:N契約（集合契約等）時の参加機関区分 1:保険者番号 2:健診等機関
参加機関情報 （健診等機関コード等）	N:N契約（集合契約等）時の参加機関の保険者番号又は健診等機関コード
参加機関情報 （参加内容）	集合契約等時の参加機関の参加内容 1:特定健診 5:特定健診+保健指導 2:保健指導（動機付） 6:特定健診+追加健診 3:保健指導 7:特定健診+保健指導(動機付)+追加健診 4:特定健診+保健指導（動機付） 8:特定健診+保健指導+追加健診 （＊保健指導の積極的支援を行う健診等機関は、動機付け支援（動機付け支援相当）も必ず実施するものとし、上記項目では「3:保健指導」を選択すること ＊保険者の参加情報は「1:特定健診」「3:保健指導」「5:特定健診+保健指導」の3項目より選択すること）
参加機関当日初回面接 実施区分	0：特定健診当日に初回面接を実施しない 1：特定健診当日に初回面接を実施する

（資料）特定健診等データ管理システム インターフェース仕様書

図表 4-24：標準的な契約書例

契約書例（市町村と地区医師会との契約案）

- 国保連合会に費用決済を委託する国保保険者（市町村）の場合 —
（特定健康診査、特定保健指導、生活機能評価、追加健診、人間ドック）

平成30年度特定健康診査・特定保健指導等委託契約書

高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「法」という。）に基づき実施する、特定健康診査（糖尿病その他の政令で定める生活習慣病に関する健康診査をいう。以下同じ。）及び特定保健指導（特定健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者として厚生労働省令で定めるものに対し、保健指導に関する専門的知識及び技術を有する者として厚生労働省令で定めるものが行う保健指導をいう。以下同じ。）等について、〇〇〇市（国保保険者（以下「甲」という。））と〇〇〇市医師会（以下「乙」という。）との間に、次の条項により委託契約を締結する。

（総 則）

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

（委託業務）

第2条 甲が乙に委託する業務の内容は、「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（平成19年厚生労働省令第157号。以下「実施基準」という。）」に基づき、別紙1「健診等内容表」のとおりとする。

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

3 特定健康診査において、乙若しくは実施機関は、終了後速やかに、法第23条の規定に基づく特定健康診査受診結果通知表を作成し、受診した者に通知するものとする。なお通知にあたっては、実施基準第3条に基づき、特定健康診査受診結果表と併せて、受診した者が自らの健康状態を自覚し生活習慣の重要性に対する関心と理解を深めるために必要な情報を提供するものとする。

4 特定健康診査及び特定保健指導の実施結果については、実施機関が厚生労働省の定める電子的標準様式に基づく電子データとして作成し、取りまとめ、甲の委託を受けて決済を代行する各都道府県の国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）への送付を行うものとする。

(対象者)

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

2 特定保健指導は、実施機関に被保険者証及び甲の発行する特定保健指導利用券又は特定健康診査当日に初回面接を行う場合のセット券（以下「特定保健指導利用券等」という。）を提示した者を対象とし、当該実施機関において特定保健指導開始日及び有効期限等券面の内容を十分に確認の上、実施するものとする。

(契約期間)

第4条 この契約の有効期間は、平成30年4月1日から平成30年3月31日までとする。

2 特定保健指導については、実施機関が、前項の有効期限内に実施した特定健康診査の結果に基づく指導を行う対象者に限り、当該指導の終了（実績評価を行う完了のみならず、脱落や資格喪失による途中終了も含む）する日までを有効期間とする。¹

(委託料)

第5条 委託料は、別紙3「内訳書」のとおりとする。

(消費税法等改正に伴う委託料の取扱い)

第6条 本契約において、消費税法及び地方税法改正により消費税率及び地方消費税率（以下「消費税率」という。）が変更された場合、消費税率変更後に実施した特定健康診査及び特定保健指導等に係る委託料は変更後の税率を適用して計算する。なお、この計算の結果生じた円未満端数は四捨五入²により一円単位とする。

(委託料の請求)

第7条 乙若しくは実施機関は、特定健康診査については実施後速やかに受診者に結果を通知した後に、特定保健指導については行動計画を策定する初回面接終了後及び計画の実績評価（計画策定日から3ヶ月以上経過後に行う評価）終了後に、それぞれ遅滞なくその結果を取りまとめ、前条の委託料のうち特定健康診査受診券若しくは特定保健指導利用券等の券面に示された受診者あるいは利用者の自己負担分を差し引いた金額（以下「請求額」という。）について、別紙3内訳書に定める支払条件に基づき、国保連合会に請求するものとする。

2 第1項における結果の取りまとめ及び国保連合会への送付は、厚生労働省の定める電子的標準様式に基づく電子データとして作成し、作成した電子データを格納したファイルを、電子情報処理組織（国保連合会の使用に係る電子計算

¹ 年度をまたがる特定保健指導について、初回面接日を実施する年度の契約に基づくとする場合は以下の記述とする。

「特定保健指導については、実施機関が、前項の有効期間内に初回の面接を実施した対象者に限り、当該指導の終了（実績評価を行う完了のみならず、脱落や資格喪失による途中終了も含む）する日までを有効期間とする。」

² 計算の過程で生じた円未満端数について、四捨五入以外とする場合は「切り上げ」、「切り捨て」等とする。

機（入出力装置を含む。以下同じ）と実施機関の使用に係る電子計算機を電気通信回線で接続した電子情報処理組織をいう。以下同じ。）により、実施後その都度送信するか、ファイルを収録した電子媒体（FD、MO、若しくはCD-R）を実施月の翌月5日までに提出（期限までに必着）する方法を採るものとする。なお、送付の期限が土曜日、日曜日及び国民の祝日にあたる場合は、その翌日を期限とする。

- 3 第1項の場合において、電子情報処理組織の使用による請求は、国保連合会の使用に係る電子情報処理組織に備えられたファイルへの記録がなされたときに、国保連合会に到達したものとみなす。
- 4 特定保健指導においては、第2項に定める電子データの送付に加え、特定保健指導の支援計画及び実施報告書（厚生労働省にて様式例を公表）等、指導過程における各種記録類やワークシート類等（本項において「指導過程における各種記録類等」という。）についても、甲が実施機関に求めた場合は、これを提出するものとする。この場合において、実施機関は電子データ又は紙により直接送付するものとする。

（委託料の支払）

- 第8条 甲は、乙若しくは実施機関から前条の請求があった場合は、その内容を点検し、適当と認めたときは、前条に定める請求に関わる電子データを受領した月の翌月〇日（電子情報処理組織の使用による場合であって、国保連合会が受領した日が6日から月末までのものは翌々月の〇日。）を基本として、甲と国保連合会との間で定める日に、乙若しくは実施機関に国保連合会を通じて請求額を支払うものとする。
- 2 甲及び国保連合会の点検の結果、結果に関する内容について問題がある場合は、国保連合会を通じて請求者（乙若しくは実施機関）に返戻を行うものとする。この場合において、既に実施機関に支払われた委託料については、当該委託料を支払った保険者に対し当該実施機関が有する委託料に係る債権との国保連合会を通じた調整、又は、当該実施機関からの国保連合会を通じた戻入による調整を行うことができる。
 - 3 請求者（乙若しくは実施機関）は前項の返戻を受けた場合において、再度第6条第1項の方法により請求を行うことができる。

（決済に失敗した場合の取扱い）

- 第9条 実施機関において、被保険者証と特定健康診査受診券若しくは特定保健指導利用券等の両方を確認せずに実施した場合は、当該実施機関の責任・負担とし、甲から請求額は支払われないものとする。
- 2 実施機関において、被保険者証と特定健康診査受診券若しくは特定保健指導利用券等の両方を確認した結果、精巧な偽造等により特に問題ないとは判断できない場合は、甲の責任・負担とし、甲は請求額を国保連合会等を通じて実施機関に支払うものとする。
 - 3 実施機関において、特定健康診査受診券若しくは特定保健指導利用券等に記載された内容と異なる業務・請求を行った場合は、当該実施機関の責任・負担とし、甲から請求額は支払われないものとする。
 - 4 特定保健指導の積極的支援における期間中に、利用者が被保険者資格を喪失

した場合は、甲が実施機関に資格喪失を連絡することにより利用停止とする。この時、実施機関は利用停止までの結果に関するデータを国保連合会へ送付し、甲は利用停止までの特定保健指導の実施実績に応じた費用を国保連合会を通じて実施機関に支払うこととする。

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

（再委託の禁止）

第 10 条 乙及び実施機関は、甲が乙に委託する業務の全部又は一部を第三者に委託してはならない。ただし、乙あるいは実施機関が、検査機器の不備等により、健診・保健指導機関に関する「運営についての重要事項に関する規程の概要」において血液検査等の実施を委託することを予め明示しており、その明示している内容の範囲において業務の一部を委託する場合には、この限りではない。

- 2 前項において実施機関が業務の一部を委託して実施する場合、受診者及び利用者の自己負担金の徴収及び第 7 条に規定する委託料の請求は実施機関が一元的に行うこととし、実施機関から業務の一部を受託した機関は受託した検査（眼底検査においては判断も含む）のみを行うものとする。

（譲渡の禁止）

第 11 条 乙及び実施機関は、甲が乙に委託する業務の全部又は一部を第三者に譲渡してはならない。

（事故及び損害の責任）

第 12 条 実施機関が、業務の実施中に生じた事故及びその業務により生じた事故及び損害については、甲及び乙に故意又は重過失のない限り、実施機関がその負担と責任において処理にあたるものとする。

- 2 前項の場合において、実施機関に故意又は重過失のない限り、その負担と責任について実施機関は甲及び乙と協議するものとする。
- 3 前 2 項の取り決めについては、乙と実施機関との契約等において両者遵守するものとする。

（個人情報の保護）

第 13 条 乙及び実施機関が当該業務を実施するにあたっては、特定健康診査あるいは特定保健指導の記録の漏洩を防止すると共に、実施担当者には守秘義務を課す等、関係法令を遵守することに加え、別紙 4「個人情報取扱注意事項」や「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（平成 29 年 4 月 14 日個情第 534 号、医政発 0414 第 6 号、薬生発 0414 第 1 号、老発 0414 第 1 号）及び〇〇市において定める個人情報の取扱いに係る条例等に基づき、必要な個人情報保護対策を講じ、上記の事項やガイドライン等を遵守するものとする。

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

(業務等の調査等)

第 14 条 甲は、健診・保健指導機関に関する「重要事項に関する規程の概要」に関する乙及び実施機関の公表内容等に関し詳細を確認する等、甲が必要と認めるときは、乙に対し実施機関における業務の実施状況等を照会し、調査及び報告を求めることができる。

2 甲から前項の照会があった場合、乙は速やかに対応するものとする。

(契約の解除)

第 15 条 甲又は乙は、甲又は乙がこの契約に違反した場合は、この契約を解除できるものとする。

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

(反社会的勢力の排除)

第 16 条 甲及び乙は、それぞれ相手方に対し次の各号の事項を確約する。

(1) 自らが、暴力団、暴力団関係企業、総会屋若しくはこれらに準ずる者又はその構成員（以下総称して「反社会勢力」という。）ではないこと。

(2) 自らの役員（業務を遂行する役員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいう。）が反社会的勢力でないこと。

(3) 反社会的勢力に自己の名義を利用させ、本契約を締結するものではないこと。

(4) 本契約の有効期間内に、自ら又は第三者を利用して、次の行為をしないこと。

ア 相手方に対する脅迫的な言動又は暴力を用いる行為

イ 偽計又は威力を用いて相手方の業務を妨害し、又は信用を棄損する行為。

(協 議)

第 17 条 この契約に定めのない事項が生じたときは、必要に応じて、甲・乙誠意を持って協議の上決定するものとする。

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

平成 3●年 4 月 1 日

委託者（甲）

〇〇市

●●県〇〇市●●● 1 - 1 - 1
市長 ● ● ● ●

受託者（乙）

〇〇市医師会

●●県〇〇市●●● 1 - 1 - 1
会長 ● ● ● ●

健診等内容表

区分		内容		
特定健康診査※6	基本的な健診の項目	既往歴の調査(服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む)※1		
		自覚症状及び他覚症状の検査		
		身体計測	身長	
			体重	
			腹囲	
			BMI	
		血圧	収縮期血圧	
			拡張期血圧	
		血中脂質検査	中性脂肪	
			HDL-コレステロール	
			LDL-コレステロール※2	
		肝機能検査	GOT	
	GPT			
	γ-GTP			
	血糖検査 (いずれかの項目の実施で可)	空腹時血糖		
		ヘモグロビン A _{1c}		
		随時血糖※3		
	尿検査※4	糖		
		蛋白		
詳細な健診の項目(医師の判断による追加項目)※5	貧血検査	赤血球数		
		血色素量		
		ヘマトクリット値		
	心電図検査			
	眼底検査			
	血清クレアチニン及び eGFR			
特定保健指導	動機付け支援	(標準的な健診・保健指導プログラム第3編第3章3-3(2)を参考に、実施形態等を定め、この欄に具体的に記述)※単に「プログラムのとおり」等の記述は不可。		
	積極的支援	初回時面接の形態	(標準的な健診・保健指導プログラム第3編第3章3-3(3)を参考に、実施形態等を定め、この欄に具体的に記述)※単に「プログラムのとおり」等の記述は不可。	
		3ヶ月以上の継続的な支援	実施ポイント数	合計180ポイント以上
			主な実施形態	(標準的な健診・保健指導プログラム第3編第3章3-3(3)を参考に、実施形態等を定め、この欄に具体的に記述)※単に「プログラムのとおり」等の記述は不可。
		終了時評価の形態		
実績評価ができない場合の確認回数※7		〇回		
保険者独自の追加健診項目・人間ドック	(国の定める電子的標準様式に基づく電子データにある項目に限る)			
生活機能評価 ³	介護保険法に基づく生活機能評価を同時に実施する場合			

³ 平成26年8月18日付老発0818第1号「地域支援事業の実施についての一部改正について」により生活機能評価への補助金が廃止されたため、生活機能評価を同時実施しない場合は、削除する。

- ※1 制度上質問票は必須ではないが、服薬歴や喫煙歴及び既往歴は把握する必要がある。実施機関が服薬歴等の把握において質問票を使用する場合には、当該機関にて質問票を準備する。
- ※2 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)で評価することができる。
- ※3 問診時等に食後経過時間について確認すること。やむを得ず空腹時以外に採血し、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。
- ※4 生理中の女性や、腎疾患等の基礎疾患があるために排尿障害を有している者に対する尿検査については、検査不能として実施を行わない場合も認めるものの、その他の項目については全て実施すること。実施されなかった場合は完全に実施するまで何度も実施するか、未実施扱いとする(この場合甲から乙に委託費用は支払われない)。
- ※5 詳細な健診の項目(医師の判断による追加項目)を実施する場合は、受診者に十分な説明を行うと共に、国保連合会に送付する結果データにおいてその理由を詳述することとする。
- ※6 特定健康診査の結果を受診者に通知する際には、結果内容に合わせた、実施基準第 3 条に基づく必要な情報を提供するものとする。また、当該結果通知を対面により実施する場合、受診した者と特定健康診査の実施後速やかに面談できない場合は郵送により実施するものとする。
- ※7 特定保健指導利用者(動機付け及び積極的支援)に対する実績評価に際し、電話・FAXもしくは手紙等による〇回以上の督促を行ったにもかかわらず、確認が取れず評価ができない場合は、督促の実施記録を保存し「実績評価ができない場合の確認回数」の提出をもって終了とみなす。

実施機関一覧表

健診・保健指導 機関番号 (半角数字)	実施機関名	郵便番号 (半角数字・ハ イフンあり)	所在地※1	電話番号※2 (半角数字・ハイフンあ り)	受託業務※3									
					特定健康診査					特定保健指導			追加 健診 項目	
					実施形態		詳細項目※4			初回 分割 面接 ※5	動機 付け 支援	積極 的支 援		
					集団 健診	個別 健診	貧血	心電 図	眼圧					クレア チニン
XXXXXXXX	〇〇病院	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX	○		○	○	○			○		
XXXXXXXX	〇△病院	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX		○	○	○	○					
XXXXXXXX	〇□医院	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX		○	○	○	△			○	○	
XXXXXXXX	△〇病院	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX	○		○	○	△					
XXXXXXXX	△△医院	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX		○	○	○	○				○	
XXXXXXXX	△□診療所	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX		○	○	○	○			○	○	
XXXXXXXX	□〇病院	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX	○		○	○	△			○	○	
XXXXXXXX	□△診療所	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX		○	○	△	△			○		
XXXXXXXX	□□診療所	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX			○	△	△			○	○	

※1 所在地の欄については、都道府県名から省略せずに記入。

※2 電話番号の欄については、市外局番から省略せずに記入。

※3 受託業務の欄については、当該実施機関において、受託する（あるいは該当する）項目に「○」を記入。

実施形態の欄は、各機関の該当する実施形態を選択。原則としていずれか一方に「○」を記入。

※4 詳細項目の欄については、当該実施機関において実施できる項目に「○」、再委託により実施する項目に「△」を記入。

※5 初回分割面接を受託する実施機関については、特定健康診査を受託し、かつ特定保健指導の「動機付け支援」及び「積極的支援」を受託する実施機関のみとなる。

内 訳 書

区分		1人あたり委託料単価 (消費税含む)		支払条件※1	
		個別健診	集団健診		
特定健康診査※2	基本的な健診の項目		〇,〇〇〇円	〇,〇〇〇円	・健診実施後に一括
	詳細な健診の項目 (医師の判断による追加項目)	貧血検査	〇,〇〇〇円	〇,〇〇〇円	
		心電図検査	〇,〇〇〇円	〇,〇〇〇円	
		眼底検査	〇,〇〇〇円	〇,〇〇〇円	
		血清クレアチニン検査及び e G F R	〇,〇〇〇円	〇,〇〇〇円	
特定保健指導(*)	動機付け支援 (動機付け支援相当)		〇,〇〇〇円		・面接による支援終了後に左記金額から徴収する自己負担額を差し引いた保険者負担額の(A/10)を支払※3 ・残る(B/10)は実績評価終了後に支払
	積極的支援		〇〇,〇〇〇円		・初回時の面接による支援終了後に左記金額から徴収する自己負担額を差し引いた保険者負担額の(C/10)を支払※3 ・残る(D/10)は実績評価終了後に支払(内訳としては3ヶ月以上の継続的な支援が(E/10)、実績評価が(F/10)) ・3ヶ月以上の継続的な支援実施中に脱落等により終了した場合は、「(左記金額－徴収する自己負担額)×継続的支援分(E/10)×(実施済ポイント数/契約ポイント数)」の金額を支払
追加健診	項目数(個別)		〇〇		・レントゲン、がん検診等の追加健診を実施する場合、健診項目数と費用の合計額(上限額)を記入する 注)追加健診項目は、電子的標準様式に設定される項目であること
	上限額(個別)		〇〇,〇〇〇円		
	項目数(集団)		〇〇		
	上限額(集団)		〇〇,〇〇〇円		
人間ドック	人間ドック単価		〇〇,〇〇〇円		・健診項目に、特定健康診査で実施すべき項目が全て含まれていること

* A + B = 10 C + D = 10 D = E + F

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

※2 委託料単価には、電子的標準様式データの作成、受診者への結果通知や情報提供に要する費用を含んだものとする。

※3 初回面接を分割実施する場合は、以下の支払条件を定める。

○支払条件

< 同一機関で実施する場合 >

【動機付け支援（動機付け支援相当）】

・初回面接2回目終了後に1人あたり委託料単価から、徴収する自己負担額を差し引いた保険者負担額の $((A① + A②) / 10)$ を支払

$$A① + A② = A$$

【積極的支援】

・初回面接2回目終了後に1人あたり委託料単価から、徴収する自己負担額を差し引いた保険者負担額の $((C① + C②) / 10)$ を支払

$$C① + C② = C$$

< 異なる機関で実施する場合 >

【動機付け支援（動機付け支援相当）】

・初回面接の分割実施の1回目終了後に1人あたり委託料単価から、徴収する自己負担額を差し引いた保険者負担額の $(A① / 10)$ を支払

・初回面接の分割実施の2回目終了後に保険者負担額の $(A② / 10)$ を支払

$$A① + A② = A$$

【積極的支援】

・初回面接の分割実施の1回目終了後に1人あたり委託料単価から、徴収する自己負担額を差し引いた保険者負担額の $(C① / 10)$ を支払

・初回面接の分割実施の2回目終了後に保険者負担額の $(C② / 10)$ を支払

$$C① + C② = C$$

また、初回面接を分割して実施する際、やむを得ず初回分割面接2回目を実施できなかった場合で、実施機関が、対象者に初回分割面接1回目を実施する前に初回分割面接2回目を受けようとして説明しており、かつ以下のイからハのいずれかに該当する場合には、実施機関は「初回未完了」とし、A①又はC①の費用請求ができることとする。（実施機関の責により実施できなかった場合は、費用を請求できない。）

イ 初回分割面接2回目を実施する前に対象者が資格喪失した場合。

ロ 初回分割面接2回目を実施するために、電話や文書送付等の方法を用いて、対象者に複数回連絡を取ろうと試みたが、連絡がとれなかった場合。なお、実施した連絡等の事

蹟は、請求XMLの初回面接情報に記載すること。（必要に応じて、保険者に連絡し、協力を求める。）

ハ 初回分割面接1回目を実施後、電話等により対象者と連絡がとれたものの、対象者が初回分割面接2回目の実施を拒否した場合。なお、この場合であっても当該電話等において、行動計画を完成させる（初回分割面接2回目を終了させる）よう試みること。また、その事蹟は、請求XMLの初回面接情報に記載すること。

(注) 他の法令に基づく健診を特定健康診査と同時に実施し、他の法令に基づく健診が優先的に費用を負担する場合、乙又は実施機関は、上記の単価から、重複する検査項目の費用（他の法令に基づく健診で負担すべき金額）を差し引いた金額を委託料とし、そこから自己負担額を差し引いた金額を甲に請求することとする。⁴

同時に実施する健診の種類	上記単価から差し引く金額	
	個別健診	集団健診
生活機能評価差引額1 (特定健診の基本項目に重複する部分)	〇,〇〇〇円	〇,〇〇〇円
生活機能評価差引額2 (生活機能チェック:基本チェックリスト、視診、打聴診、触診、反復唾液嚥下テスト※、医師の判定)	〇,〇〇〇円	〇,〇〇〇円
生活機能評価差引額3 (生活機能検査:心電図)	〇,〇〇〇円	〇,〇〇〇円
生活機能評価差引額4 (生活機能検査:貧血)	〇,〇〇〇円	〇,〇〇〇円
生活機能評価差引額5 (生活機能検査:反復唾液嚥下テスト※、血清アルブミン、医師の判定)	〇,〇〇〇円	〇,〇〇〇円

※ 反復唾液嚥下テストは、特定高齢者候補者（必須）のみ実施の場合には上記5に設定し、特定高齢者候補者以外（任意）にも実施する場合は上記2に設定する。重複して設定する必要はない。

⁴ 平成26年8月18日付老発0818第1号「地域支援事業の実施についての一部改正について」により生活機能評価への補助金が廃止されたため、生活機能評価を同時実施しない場合は、文章を削除する。

個人情報取扱注意事項

1 基本的事項

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

2 秘密の保持

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

3 収集の制限

(1) 乙及び実施機関は、この契約による業務を処理するために個人情報を収集するときは、業務の目的を明確にするとともに、業務の目的を達成するために必要な範囲内で、適法かつ公正な手段により行わなければならない。

(2) 乙及び実施機関は、この契約による業務を処理するため個人情報を収集するときは、本人から収集し、本人以外から収集するときは、本人の同意を得た上で収集しなければならない。

4 利用及び提供の制限

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

5 適正管理

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

6 再委託の禁止

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

7 資料等の返還等

乙及び実施機関は、この契約による業務を処理するために甲から引き渡され、又は乙及び実施機関自らが収集し、若しくは作成した個人情報が記録された資料等は、業

務完了後直ちに甲に返還し、又は引き渡すものとする。ただし、甲が別に指示したときは、その指示に従うものとする。

8 従事者への周知

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

9 実地調査

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

10 事故報告

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

(D) 契約において取決める事項

図表 4-25：契約において取決める事項

項目		内容	
費用支払条件	特定健康診査	<p>実施単価</p> <p>以下の実施項目に対する単価を実施形態（個別/集団健診）毎に定める（標準的な契約書例 別紙 内訳書に対応）。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 基本健診 ● 詳細健診（貧血検査） ● 詳細健診（心電図検査） ● 詳細健診（眼底検査） ● 詳細健診（血清クレアチニン検査） ● 追加健診 <p>追加健診については、追加健診として実施する項目の数と、支払上限額を定める。 追加健診を特定健康診査と併せて委託しない場合は規定不要。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 人間ドック <p>人間ドックについては、特定健康診査の検査項目を全て含む場合に支払う費用の額を定める。（人間ドックを特定健康診査に代える場合）</p>	
	支払方法等	費用全額を一括で決済するため、特に定める項目はない。	
	生活機能評価実施に係る差引額	<p>生活機能評価と特定健康診査を同時実施した場合に、特定健康診査の費用から差引額を以下の区分毎、実施形態（個別/集団健診）毎に規定する（標準的な契約書例 別紙 内訳書）。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 基本健診部分 ● 生活機能チェック（基本チェック、視診、触診、打聴診、反復唾液嚥下テスト、医師の判定） ● 心電図 ● 貧血 ● 生活機能検査（反復唾液嚥下テスト、血清アルブミン、医師の判定） ● その他の追加健診 <p>生活機能評価と特定健康診査を併せて委託しない場合は規定不要。</p>	
特定保健指導	実施単価	<p>特定保健指導の支援レベル毎の単価を定める（標準的な契約書例 別紙 内訳書）。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 動機付け支援（動機付け支援相当） ● 積極的支援 <p>併せて契約期間において保健指導が年度をまたがる場合に特定健診実施年度、初回面接実施年度のいずれかの単価を適用するかを定める。</p>	
	支払方法等	支払割合	<p>支援レベル毎に、支払回数及び途中脱落時の請求毎に支払比率を定める。</p> <p>システムでは動機付け支援、積極的支援ともに支払回数は1回から2回までの範囲で指定することができ、2回までのそれぞれの支払比率の合計は100%でなければならない。</p> <p>また、初回面接を健診当日に実施し分割請求する場合は初回①②の支払比率を定める。</p>
		途中脱落時の取扱い	<p>途中脱落時の請求については、全体の単価に対する支払比率を定める。なお、実際の支払額は、単価×途中脱落時の支払比率×（実施済ポイント数／契約ポイント数）となる。</p>
		契約ポイント数	<p>積極的支援について、実施しなければならない支援のポイント数を定める。</p>
督促回数	<p>動機付け支援、積極的支援について、終了時の評価が利用者側の事情等により行えなかった場合に、特定保健指導を完了したとみなす上で最低限行うべき終了時評価実施の督促回数を定める。</p>		

(E) 健診等契約マスタの登録方法

健診等契約マスタには、実施機関との契約に基づく実施費用（単価）¹と特定保健指導の支払条件（以下、費用支払条件という）及びその費用支払条件を適用する保険者と実施機関との関係を登録する。

ア) 単価と支払条件の登録

契約上の単価と支払条件の登録項目は以下のように整理できる。

図表 4-26：契約に関する費用支払条件（特定健診）

実施項目		1人あたりの委託料単価（消費税含む）	
		個別健診	集団健診
特定健診	基本健診	単価	単価
	詳細健診（貧血検査）	単価	単価
	詳細健診（心電図検査）	単価	単価
	詳細健診（眼底検査）	単価	単価
	詳細健診（血清クレアチニン）	単価	単価
追加健診		項目数	項目数
		上限額	上限額
人間ドック		単価	単価
※生活機能評価	生活機能評価差引額（基本健診部分）	差引額	差引額
	生活機能評価差引額（生活機能チェック：基本チェック、視診、打聴診、触診、反復唾液嚥下テスト、医師の判定）	差引額	差引額
	生活機能評価差引額（心電図）	差引額	差引額
	生活機能評価差引額（貧血）	差引額	差引額
	生活機能評価差引額（生活機能検査：反復唾液嚥下テスト、血清アルブミン、医師の判定）	差引額	差引額

※生活機能評価差引額は上記単価から介護保険からの負担額として差し引く差引額である

図表 4-27：契約に関する費用支払条件（特定保健指導）

実施項目	1人あたりの委託料単価（消費税含む）	支払割合			契約ポイント数	督促回数
		初回面接時	実績評価時	途中脱落時		
動機付け支援（動機付け支援相当）	単価	○/10 (初回①○/10 初回②○/10)	○/10	—	—	○回
積極的支援	単価	○/10 (初回①○/10 初回②○/10)	○/10	○/10 × (実施済みポイント数/契約ポイント数)	180以上	

¹ 同一の検査項目に対して複数の契約単価が存在する場合、複数の契約単価を設定することはできないため、健診等契約マスタの単価には一番高額の金額を設定する必要がある。

イ) 保険者と実施機関との関係

特定健康診査、特定保健指導毎に、費用支払条件を適用する実施機関についてマスタ登録を行う。1対1契約の場合は、1つの費用支払条件に対して1つの実施機関を指定し、1対N契約の場合は、複数の実施機関を指定することとなる。

図表 4-28：保険者と実施機関の契約におけるマスタ登録パターン

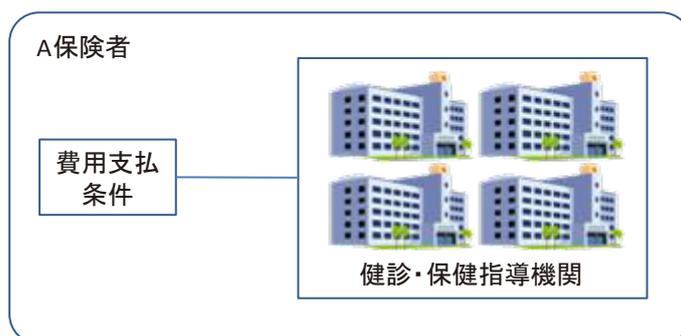
① 個別契約（1対1）

費用支払条件に対し実施機関を1件登録する。



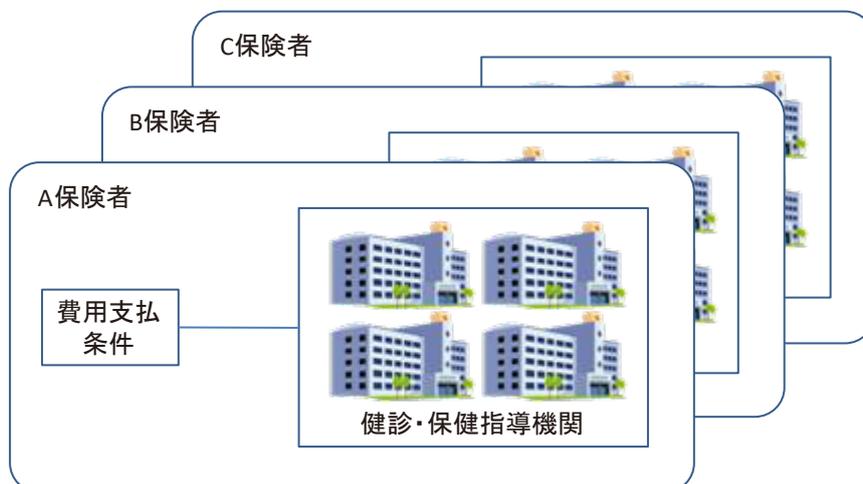
② 個別契約（機関取りまとめ型1対N）

費用支払条件登録後、契約取りまとめ機関（医師会等）と複数の実施機関を登録する。取りまとめている契約単価等は1種類である必要がある。



③ 国保集団契約（保険者取りまとめ型N対N）

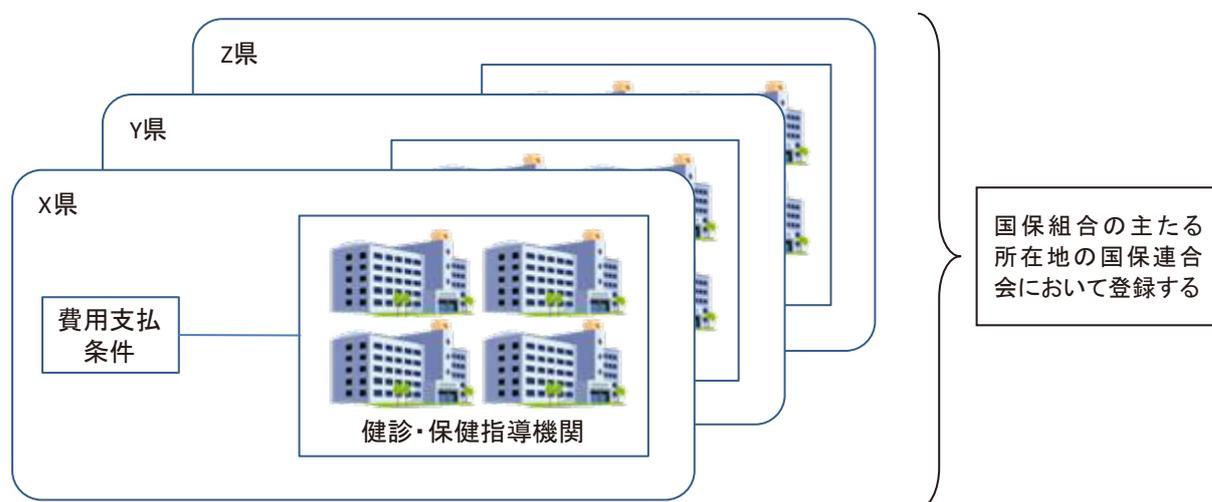
契約に参加する保険者毎に機関取りまとめ型1対Nの契約と同一の内容で登録を行う。取りまとめている契約単価等は1種類である必要がある。また、生活機能評価を同時実施することはできない。



④ 集合契約（被用者保険取りまとめ型N対N）

集合契約を行う全国的な国保組合は、主たる所在地の国保連合会に複数の（被扶養者住所が所在する）都道府県分、1対Nの契約に準じた契約マスタを登録する。

契約単価が複数種類ある場合は、契約単価毎に別契約として扱う必要がある。また、生活機能評価を同時実施することはできない。



なお、本システムでは、特定健康診査、特定保健指導、追加健診の区分毎に実施機関を管理し、詳細健診についての実施の有無や詳細健診項目毎の実施の有無は管理しない。

基本健診項目のみを実施する機関において詳細健診の実施が必要となった場合は、他の実施機関へ依頼し、詳細健診結果と請求を取りまとめて提出する必要がある。

(F) 契約期間の単価の適用期間に関する留意事項

保険者と実施機関の契約は通常年度毎に行うこととなる。しかし、特定保健指導については、年度をまたがって実施するケースがあり、実施の途中で単価や支払回数を変更することは困難であることから、標準契約例においては、特定健康診査の実施年度の条件又は初回の面接の実施時期の属する年度の条件のいずれかを適用することとしている。

このため、年度をまたがって特定保健指導を実施している場合は、前年度の単価等が適用される場合があることに留意する必要がある。

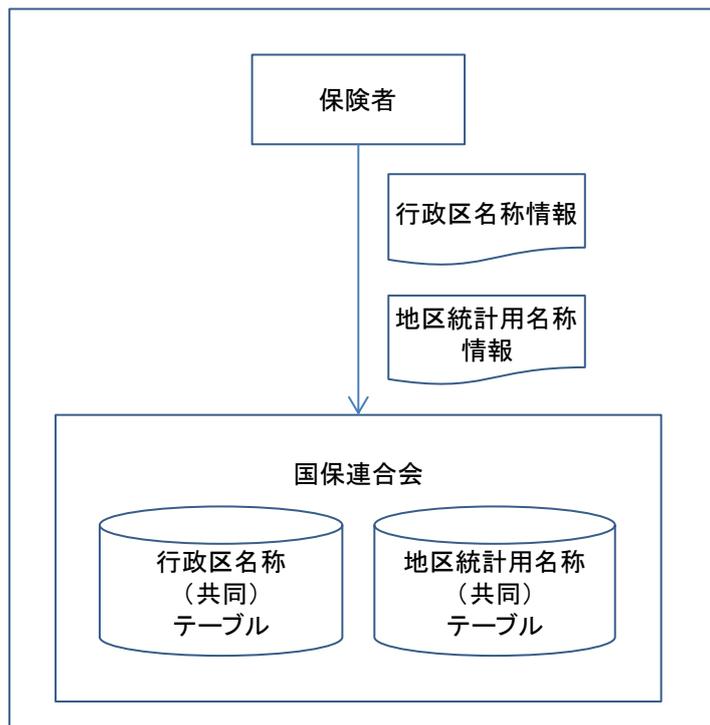
(3) 行政区名称（共同）テーブル・地区統計用名称（共同）テーブル

(A) 基本的な考え方

保険者から受領した行政区名称情報を基に行政区名称（共同）テーブルを、地区統計用名称情報を基に地区統計用名称（共同）テーブルをそれぞれ作成する。

行政区名称情報、地区統計用名称情報の登録手続きは図表 4-29 の手順で行う。

図表 4-29：行政区名称（共同）テーブル、地区統計用名称（共同）テーブル作成手順



- ① 保険者は国保連合会に行政区名称情報、地区統計用名称情報を届け出る。
- ② 国保連合会は受領した行政区名称情報、地区統計用名称情報を基に、行政区名称情報、地区統計用名称情報を登録する。
- ③ データチェック後、行政区名称（共同）テーブル、地区統計用マスタとしてそれぞれ作成する。エラーリスト（CSV）を基に、保険者へ連絡し訂正を依頼する。
- ④ 保険者から訂正情報を受領し、国保連合会内の行政区名称（共同）テーブル、地区統計用マスタをそれぞれ訂正する。行政区名称全件リスト（CSV）、地区統計用名称全件リスト（CSV）が出力される。

4.3 業務処理の考え方

国保連合会におけるマスタ管理業務における業務処理日程は、共同処理業務・費用決済業務における各処理のタイミング及び他のシステムから情報が提供される日程を基に決定されることとなる。

図表 4-30：業務処理日程の考え方

マスタ	業務処理日程の考え方	標準日程
被保険者マスタ	毎月 16 日までに、被保険者マスタを登録・更新する。このときの情報は前月末迄のもの。	受付締日：毎月 16 日 登録・更新締切日：毎月 16 日～3 日間
保険者マスタ	前月 25 日までに保険者マスタメンテナンスシステムに登録されたデータを更新する。	受付締日：毎月 2 日 最新版ダウンロード：毎月 3 日以降 更新：毎月 16 日
金融機関マスタ	前月の第 2 木曜日を含む週の最終営業日時点での情報を取得し、更新する。	受領締切日：毎月 2 日 更新：毎月 2 日
健診等機関マスタ (基本)	基本的に前月末時点のマスタ情報が毎月 2 日の夜間に支払基金のファイル交換サーバに配信される。 特定健診・保健指導システムが日次でファイルを自動取得し、特定健診等データ管理システムにおいて日次でマスタに取込みを行う。	
健診等機関マスタ (届出)	バッチ処理では当月 4 日までに提出されたデータを登録する。オンライン登録では、随時反映される。	受付締日：毎月 1 日 登録・更新：毎月 5 日
健診等契約マスタ	バッチ処理では当月 4 日までに提出されたデータを登録する。オンライン登録では、随時反映される。	受付締日：毎月 1 日 登録・更新：毎月 5 日
行政区名称 (共同) テーブル	年度を通じ処理に一貫性を確保するため、年度中の変更は原則として発生しない。	年次処理
地区統計用名称 (共同) テーブル	年度を通じ処理に一貫性を確保するため、年度中の変更は原則として発生しない。	年次処理

4.4 各種マスタにおけるオンライン画面機能

各種マスタのオンライン画面で処理できる機能を以下に示す。なお、行政区名称（共同）テーブル、地区統計用名称（共同）テーブルに関してはオンライン画面を用いて処理を行うことはできない。

また、オンライン画面の対象となるマスタについては保険者においても検索・参照が可能である。

図表 4-31：各種マスタのオンライン画面で処理できる機能

	登録	検索・参照	更新	削除
被保険者マスタ	○	○*	○	○
保険者マスタ	-	○*	-	-
保険者属性テーブル	-	○*	○	-
金融機関マスタ	○	○*	○	○
健診等機関マスタ（基本）	-	○*	-	-
健診等機関マスタ（届出）	○	○*	○	○
健診等契約マスタ（契約基本情報）	○	○*	○	○
健診等契約マスタ（参加機関情報）	○	○*	○	○
行政区名称（共同）テーブル	-	-	-	-
地区統計用名称（共同）テーブル	-	-	-	-

※保険者で利用可能な機能

第5章 集計・分析業務

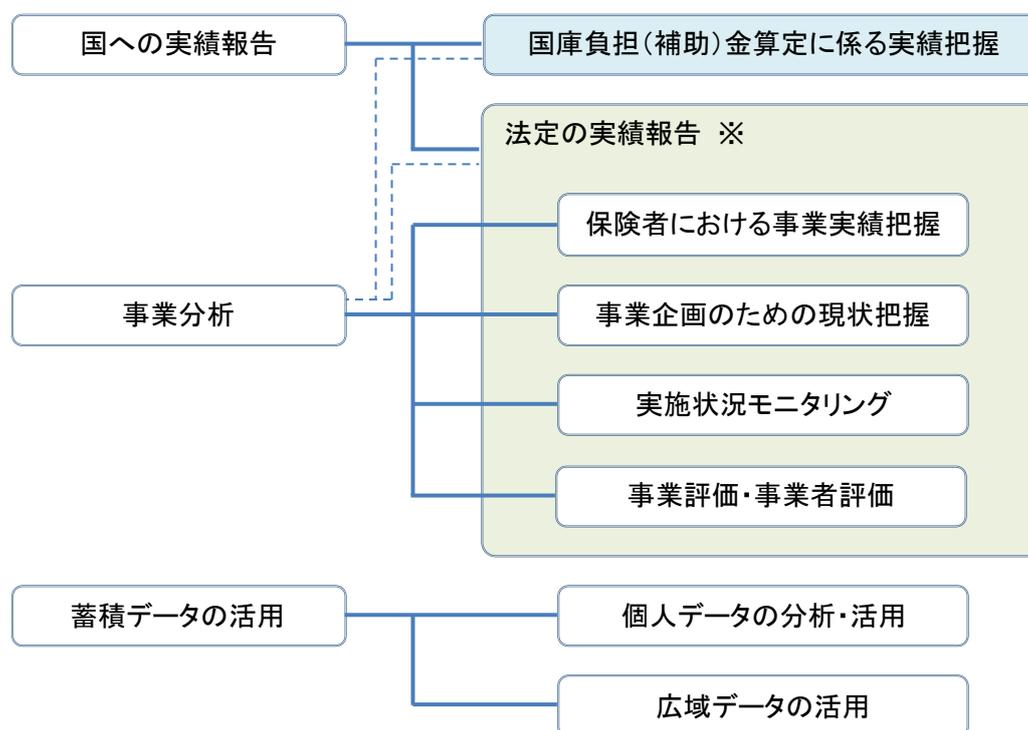
5.1 集計・分析業務の体系

保険者が実施する特定健康診査・特定保健指導に係る集計・分析には、国庫負担（補助）金の算定や法律に基づき義務付けられている国への実績報告に関する事業実績の把握、保険者毎の実績管理や企画立案、業務改善等の目的で行うデータの分析・評価等がある。

特定健康診査・特定保健指導では全国統一の様式にてデータが蓄積されていることから、こうしたデータを活用して、効果的な保健指導の実施や、全国又は都道府県レベルのデータの集計・分析による課題把握等に活かしていくことが重要である。

こうした点を踏まえ、保険者における集計・分析業務の体系と業務の概要を以下に示す。

図表 5-1：保険者における集計・分析業務の体系



※法定報告は、国への報告であると同時に、各種事業分析に活用可能

図表 5-2：特定健康診査・特定保健指導に係る集計・分析業務の概要

区分		概要	実施のタイミング
国庫負担（補助）金に係る実績把握		国庫負担（補助）金を算定する上で必要となる報告	実施翌年度 6 月末日（国への報告期日）
法定の実績報告		法律に基づき義務付けられている実施状況の報告	実施翌年度 11 月 1 日（国への報告期日）
各種事業 分析資料	保険者における事業実績の把握	保険者において事業実績として把握すべき事項	実施翌年度初 （他に四半期毎等に状況把握を行うことも考えられる）
	事業企画のための現状把握	特定健診・特定保健指導の事業計画策定の前提として把握すべき地域・集団の健康状況等に関する課題の分析	特定健康診査等実施計画の策定期間、中間評価の時期
	実施状況モニタリング	事業計画で設定した課題や目標について、定期的に状況を捉え、必要に応じて事業の実施内容にフィードバックするための情報	・実施年度中随時 ・実施翌年度初 ・四半期毎等
	事業評価・事業者評価	事業の効果を捉えることにより、効果的な事業のあり方等を検討するための情報	・実施翌年度初 ・特定健康診査等実施計画の策定期間、中間評価の時期 等
個別データの分析・活用		特定健診等の個別結果データを経年的に集計した保健指導等の基礎資料	随時
広域のデータの活用		全国や都道府県内の保険者の健康に関する指標等を集約して全体の状況把握や保険者間比較を可能とする資料	・実施翌年度初 ・四半期毎等

5.2 評価・報告業務の具体的内容

5.2.1 国庫負担（補助）金算定に係る実績把握

(1) 国庫負担（補助）金実績報告の意義

国民健康保険法の規定により、特定健康診査・特定保健指導に要する費用は、都道府県、国がそれぞれ3分の1負担することとされており、この金額を確定するためには実績報告が必要となる。

<国民健康保険法>

第七十二条の五

国及び都道府県は、政令の定めるところにより、市町村に対し、高齢者の医療の確保に関する法律第二十条の規定による特定健康診査及び同法第二十四条の規定による特定保健指導（第八十二条第一項及び第八十六条において「特定健康診査等」という。）に要する費用のうち政令で定めるものの三分の一に相当する額をそれぞれ負担する。

負担（補助）金の交付の要件や算定の基準については、国が示す「国庫負担（補助）金交付要綱・取扱要領」に詳細が規定されている¹。

(2) 交付申請・実績報告のスケジュール

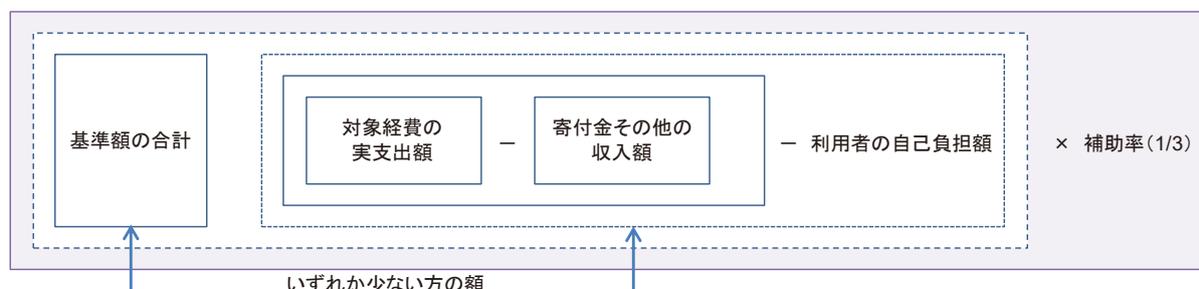
保険者は、都道府県を通じ、年度内の事業の実施見込みに基づき国庫負担（補助）金の交付申請を国に対して行い、年度終了後の実績報告²により最終的な交付金額を確定する。

(3) 国庫負担（補助）金の交付要件

(A) 負担（補助）金額の考え方

負担（補助）金額については、実際に事業に要した費用と補助率に基づき、以下のとおり算出される。

図表 5-3：国庫負担（補助）金算定の考え方



¹ 「国民健康保険特定健康診査・保健指導費の国庫負担について」（平成23年3月31日厚生労働省発保0331第1号厚生労働事務次官）、「国民健康保険特定健康診査・保健指導国庫負担金の取扱について」（平成23年3月31日保総発0331第1号厚生労働省保険局総務課長）を参照 ※国保組合についても同様の通知を发出

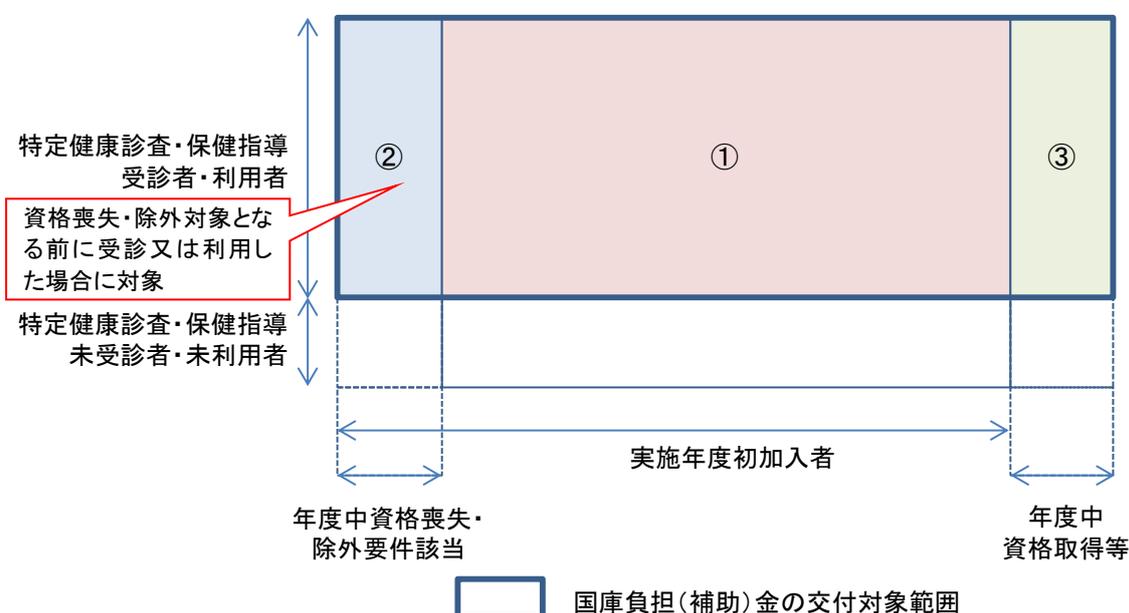
² 厚生労働省への報告期限は、申請が毎年度の6月末日、実績報告がその翌年度の6月末日。

(B) 国庫負担（補助）金の交付の要件

国庫負担（補助）金の交付対象は、実施年度において40歳以上75歳未満の年齢に達する者に対し実施した特定健康診査・特定保健指導であり、受診（利用）後に資格喪失又は除外対象となった者の実績も含まれる。（図表5-4の②）また、実施年度の途中に加入した者（図表5-4の③）に対して実施した実績も対象となる¹（法定の実績報告の対象とは異なることに留意が必要）。

なお、年度毎に対象者1人につき1回の特定健康診査・特定保健指導を国庫負担（補助）の対象としているが、同一年度内に前年度から継続した保健指導と当該年度の保健指導を両方実施した場合、各々が国庫負担（補助）の対象となる。

図表 5-4：国庫負担（補助）金の交付対象範囲



(4) 交付申請・実績報告のための実施見込みと実績の把握

(A) 費用の把握

特定健康診査と同時に保険者が独自に健診項目を上乗せして実施した場合、特定健康診査に要した費用のみを実支出額として報告する必要があるため、特定健康診査に要した費用のみを切り分ける必要がある。

特定健康診査・特定保健指導を外部委託している場合は、契約金額によって実施項目毎（基本項目、詳細項目、その他）に費用を切り分けて把握することができ、本システムで費用決済を行っている場合は、その額を「請求額内訳書」で確認することができる。

¹ 制度施行当初は補助対象外であったが、平成22年度以降は対象となった。

(B) 基準額の区分毎の実施件数把握

国庫負担（補助）金の交付基準額は交付要綱に以下のとおり定められており、保険者は各々について実施件数を把握する必要がある。

図表 5-5：特定健康診査の基準額

実施形態	詳細健診の実施	対象者の課税区分※	基準額(円)
集団健診	無	課税	4,190
		非課税	5,390
	有	課税	5,080
		非課税	6,530
個別健診	無	課税	5,490
		非課税	7,060
	有	課税	6,600
		非課税	8,500

図表 5-6：特定保健指導の基準額

実施状況	支援レベル	実施状況	対象者の課税区分※	基準額(円)
年度内に実績（6ヶ月以上経過後）評価まで終了した場合	動機付け支援	完了	課税	6,120
			非課税	7,870
	積極的支援		課税	17,640
			非課税	22,680
上記以外（実施中に中断もしくは資格喪失した場合は、それまでに終了した段階まで）	動機付け支援	初回面接まで	課税	4,900
			非課税	6,300
	初回面接終了後実績評価まで	課税	1,220	
		非課税	1,570	
	積極的支援	初回面接まで	課税	7,060
			非課税	9,070
初回面接終了後実績評価まで		課税	10,580	
		非課税	13,610	

※ 課税区分については、4月から7月の実施分（特定保健指導の場合は初回面接の日を実施日とする）については、前年度の課税区分、8月以降については当該年度の課税区分による。

※ 世帯に1人でも課税対象が存在する場合（擬制世帯主も含む）は課税世帯とみなす。

（資料）「国民健康保険特定健康診査・保健指導費の国庫負担について」（平成23年3月31日付厚生労働省発保0331第1号厚生労働事務次官）

(5) システムを活用した交付申請・実績報告

(A) 交付申請のための参考情報

国庫負担（補助）金の交付申請時において、本システムから出力される「特定健診・保健指導状況管理表」を活用することで月別の特定健康診査・特定保健指導の実施状況を把握することができ、年度中の実施見込みを立てる上で参考となる。

(B) 実績報告のための参考情報

本システムでは、「国庫負担（補助）金関連 CSV 作成指示画面」（図表 5-7）から特定健康診査・特定保健指導毎に実施機関からの請求年月や実施年月日、データの登録年月日を指定することで、国庫負担（補助）金の交付対象データを CSV で出力することができる。

また、出力された CSV データを「国庫負担（補助）金集計ツール」に読み込むことで、「特定健康診査委託経費内訳書」（図表 5-9）、「特定保健指導委託経費内訳書」（図表 5-10）を作成でき、実施区分毎の実施件数やシステムにて費用決済を行った分の費用実績を把握することができる。

図表 5-7：国庫負担（補助）金関連 CSV 作成指示画面

国庫負担(補助)金対象者CSVファイル作成

	費用決済	請求年月	実施年月日	登録年月日
特定健康診査	あり	平成 21 年 4 月 ~ 平成 22 年 3 月	~	~
	なし	平成 21 年 4 月 1 日 ~ 平成 22 年 3 月 31 日	~	~
保健指導	あり	平成 21 年 4 月 1 日 ~ 平成 22 年 3 月 31 日	~	~
	なし	平成 21 年 4 月 1 日 ~ 平成 22 年 3 月 31 日	~	~

※実行した年月日を表示しています

図表 5-8 : システムから出力される国庫負担（補助）金交付対象データ

ファイル ID	CSV ファイル名	内容
FKAC841	国庫負担（補助）金対象者（健診）ファイル	抽出条件に該当する特定健診を実施した被保険者を抽出、国庫負担（補助）金対象者となる被保険者の確認に使用する。 なお、国庫負担（補助）金の対象外となる被保険者も出力され、メッセージが付与される。
FKAC842	国庫負担（補助）金対象者（保健指導）ファイル	抽出条件に該当する保健指導を実施した被保険者を抽出、国庫負担（補助）金対象者となる被保険者の確認に使用する。 併せて、国庫負担（補助）金の対象外となる被保険者も出力され、メッセージが付与される。
FKAC843	住民税課税状況ファイル	抽出条件に指定した対象年度に受診券を発行した被保険者の世帯課税状況、健診実施日、初回面接日等を出力する。

図表 5-9 : 特定健康診査委託経費内訳書

健康診査委託経費内訳書

保険者		区分		広域連合の直営		市町村への委託・補助	
				件数	支出額（円）	件数	支出額（円）
集団健診	生活機能評価の検査等を実施しない市町村での実施	費用決済あり	課税	0	0	0	0
			非課税	0	0	0	0
			未設定	0	0	0	0
		小計		0	0	0	0
		費用決済なし	課税	0	0	0	0
			非課税	0	0	0	0
	未設定		0	0	0	0	
	小計		0	0	0	0	
	生活機能評価の検査等を実施する市町村での実施	費用決済あり	課税	0	0	0	0
			非課税	0	0	0	0
			未設定	0	0	0	0
		小計		0	0	0	0
費用決済なし		課税	0	0	0	0	
		非課税	0	0	0	0	
	未設定	0	0	0	0		
小計		0	0	0	0		
計			課税	0	0	0	0
			非課税	0	0	0	0
			未設定	0	0	0	0
個別健診	生活機能評価の検査等を実施しない市町村での実施	費用決済あり	課税	0	0	0	0
			非課税	0	0	0	0
			未設定	0	0	0	0
		小計		0	0	0	0
		費用決済なし	課税	0	0	0	0
			非課税	0	0	0	0
	未設定		0	0	0	0	
	小計		0	0	0	0	
	生活機能評価の検査等を実施する市町村での実施	費用決済あり	課税	0	0	0	0
			非課税	0	0	0	0
			未設定	0	0	0	0
		小計		0	0	0	0
費用決済なし		課税	0	0	0	0	
		非課税	0	0	0	0	
	未設定	0	0	0	0		
小計		0	0	0	0		
計			課税	0	0	0	0
			非課税	0	0	0	0
			未設定	0	0	0	0
合計				0	0	0	0
人間ドック				0	0	0	0

図表 5-10：特定保健指導委託経費内訳書
特定保健指導委託経費内訳書

保険者			CSV作成日 集計日				
区分	年度内 支援 (了)		初回面接 (了)		実績評価 (了)		
	件数	支出額 (円)	件数	支出額 (円)	件数	支出額 (円)	
動機付け支援	費用決済あり	課税	0	0	0	0	0
		非課税	0	0	0	0	0
		未設定	0	0	0	0	0
		小計	0	0	0	0	0
	費用決済なし	課税	0	0	0	0	0
		非課税	0	0	0	0	0
		未設定	0	0	0	0	0
		小計	0	0	0	0	0
	計	課税	0	0	0	0	0
非課税		0	0	0	0	0	
未設定		0	0	0	0	0	
積極的支援	費用決済あり	課税	0	0	0	0	0
		非課税	0	0	0	0	0
		未設定	0	0	0	0	0
		小計	0	0	0	0	0
	費用決済なし	課税	0	0	0	0	0
		非課税	0	0	0	0	0
		未設定	0	0	0	0	0
		小計	0	0	0	0	0
	計	課税	0	0	0	0	0
非課税		0	0	0	0	0	
未設定		0	0	0	0	0	

特定保健指導委託経費内訳書

保険者			CSV作成日 集計日				
区分	年度内 支援 (了)		初回面接 (了)		実績評価 (了)		
	件数	支出額 (円)	件数	支出額 (円)	件数	支出額 (円)	
動機付け支援相当	費用決済あり	課税	0	0	0	0	0
		非課税	0	0	0	0	0
		未設定	0	0	0	0	0
		小計	0	0	0	0	0
	費用決済なし	課税	0	0	0	0	0
		非課税	0	0	0	0	0
		未設定	0	0	0	0	0
		小計	0	0	0	0	0
	計	課税	0	0	0	0	0
非課税		0	0	0	0	0	
未設定		0	0	0	0	0	
モデル実施	費用決済あり	課税	0	0	0	0	0
		非課税	0	0	0	0	0
		未設定	0	0	0	0	0
		小計	0	0	0	0	0
	費用決済なし	課税	0	0	0	0	0
		非課税	0	0	0	0	0
		未設定	0	0	0	0	0
		小計	0	0	0	0	0
	計	課税	0	0	0	0	0
非課税		0	0	0	0	0	
未設定		0	0	0	0	0	
合計		0	0	0	0	0	

(6) システムを活用した国庫負担（補助）金実績報告における留意事項

(A) 実績集計の前提

本システムを活用して国庫負担（補助）金の実績報告のための基礎資料を作成する場合、システムにおける実績集計の要件（図表 5-11）に留意する必要がある。

図表 5-11：システムによる国庫負担（補助）金に係る実績集計の要件

項目	前提事項	備考
被保険者資格の登録	資格得喪、課税区分、除外対象者の登録が正しく行われていることが必要	実績報告までに課税区分を登録する必要がある（5.2.1(6)(D)課税区分の取扱い参照）
委託費用	実支出額についてはシステムで費用決済を行っていることが必要	
実績の登録	必ずしも費用決済を委託する必要はないが、健診結果・保健指導データが正しく登録されていることが必要	特定健康診査・特定保健指導の実施の判定条件については図表 5-15 を参照

本システムでは登録されているデータに基づき、国庫負担（補助）金交付要綱に示される交付申請・実績報告様式のうち、把握可能な項目数値について集計し、前述の「特定健康診査委託経費内訳書」（図表 5-9）、「特定保健指導委託経費内訳書」（図表 5-10）として出力することができる。

同内訳書の金額及び件数は以下のように、交付申請・実績報告の様式である「特定健康診査経費別内訳書（図表 5-13）」、「特定保健指導経費別内訳書（図表 5-14）」に対応する。

図表 5-12：国庫負担（補助）金算定における実績把握のための前提

帳票	項目	システムの利用状況	
		費用決済対象（個別決済を含み支払代行は含まない）	費用決済を伴わない実績データをシステムへ登録した場合
特定健康診査委託経費内訳書	件数	費用決済対象件数（B）	費用決済なしの件数（C）
特定保健指導委託経費内訳書	支出額	委託費用合計額（A）	

図表 5-13 : 特定健康診査経費別内訳書

(1) 特定健康診査経費別内訳

分類	基準額				対象経費の実支出額							
	実施人員		基準単価	(A)欄の内訳				(B)欄の内訳				
	人	円	円	所要額	金額	金額	金額					
特定健康診査 対象者数(人) 被保険者 ※当該年度の4月1日現在における対象者数。 ※実施人員数ではない。					報酬、共済費、賃金、報償費	1式 ×	=					
					旅費	1式 ×	=					
					雑用費	消耗品費、燃料費、印刷製本費、光熱水費、修繕料	1式 ×	=				
					役員費	通信運搬費、手数料、保険料	1式 ×	=				
					委託料	1式 ×	=	B A				
					使用料及び賃借料	1式 ×	=					
					負担金	1式 ×	=					
	集団健診 (課税)	単独実施	基本項目のみ	人	4,080	B+C	単独実施	基本項目のみ	人	B+C		
			基本項目+詳細項目	人	4,940			基本項目+詳細項目	人			
		生活機能評価と同時実施	基本項目のみ	人	2,990		生活機能評価と同時実施	基本項目のみ	人			
			基本項目+詳細項目	人	2,970			基本項目+詳細項目	人			
		(非課税)	単独実施	基本項目のみ	人		5,240	単独実施	基本項目のみ		人	B+C
			基本項目+詳細項目	人	6,350		基本項目+詳細項目		人			
	生活機能評価と同時実施	基本項目のみ	人	3,980	生活機能評価と同時実施	基本項目のみ	人					
		基本項目+詳細項目	人	3,810		基本項目+詳細項目	人					
小計(a)			人				人					
個別健診 (課税)	単独実施	基本項目のみ	人	5,340	B+C	単独実施	基本項目のみ	人	B+C			
		基本項目+詳細項目	人	6,420			基本項目+詳細項目	人				
	生活機能評価と同時実施	基本項目のみ	人	3,350		生活機能評価と同時実施	基本項目のみ	人				
		基本項目+詳細項目	人	2,180			基本項目+詳細項目	人				
	(非課税)	単独実施	基本項目のみ	人		6,860	単独実施	基本項目のみ		人	B+C	
		基本項目+詳細項目	人	8,260		基本項目+詳細項目		人				
生活機能評価と同時実施	基本項目のみ	人	4,310	生活機能評価と同時実施	基本項目のみ	人						
	基本項目+詳細項目	人	2,810		基本項目+詳細項目	人						
小計(b)			人				人					
合計(a)+(b)			人				人					

- (注) 1 対象者数は、当該年度の4月1日における対象者数を記入すること。(除外規定に該当することが明らかでない場合は除外すること。)
- 2 「対象経費の実支出額」欄の実施人員は、特定健診の実施形態別に人員数を記載すること。
- 3 「対象経費の実支出額」欄の委託料は、実施機関からの請求額を計上すること。

図表 5-14 : 特定保健指導経費別内訳書

(2) 特定保健指導経費別内訳

分類	基準額				対象経費の実支出額							
	実施人員		基準単価	(A)欄の内訳				(B)欄の内訳				
	人	円	円	所要額	金額	金額	金額					
特定保健指導 対象者数(人) 動機付け支援 積極的支援 合計 ※前年度に初回面接を行い、当該年度に実績評価(積極的支援の場合は、継続的支援及び実績評価)を行うもの(「実績評価のみ」を含む)。 ※実施人員数ではない。					報酬、共済費、賃金、報償費	1式 ×	=					
					旅費	1式 ×	=					
					雑用費	消耗品費、燃料費、印刷製本費、光熱水費、修繕料	1式 ×	=				
					役員費	通信運搬費、手数料、保険料	1式 ×	=				
					委託料	1式 ×	=	B A				
					使用料及び賃借料	1式 ×	=					
					備品購入費	1式 ×	=					
					負担金	1式 ×	=					
	動機付け支援 (課税)	動機付け支援(丁)	初回面接のみ	人	5,950	B+C	動機付け支援(丁)	初回面接のみ	人	B+C		
			実績評価のみ	人	4,760			実績評価のみ	人			
		積極的支援のみ	初回面接のみ	人	1,190		積極的支援のみ	初回面接のみ	人			
			実績評価のみ	人	7,650			実績評価のみ	人			
		(非課税)	動機付け支援(丁)	初回面接のみ	人		6,120	動機付け支援(丁)	初回面接のみ		人	B+C
			実績評価のみ	人	1,530		実績評価のみ		人			
	積極的支援のみ	初回面接のみ	人	17,150	積極的支援のみ	初回面接のみ	人					
実績評価のみ		人	6,860	実績評価のみ		人						
積極的支援(丁)	初回面接のみ	人	10,290	積極的支援(丁)	初回面接のみ	人						
	実績評価のみ	人	22,050		実績評価のみ	人						
(非課税)	動機付け支援(丁)	初回面接のみ	人	8,820	動機付け支援(丁)	初回面接のみ	人	B+C				
	実績評価のみ	人	13,230	実績評価のみ		人						
合計			人				人					

- (注) 1 対象者数は、特定健康診査の結果、階層化により特定保健指導の対象となった者の人数を記入すること。
- 2 「対象経費の実支出額」欄の実施人員は、特定保健指導の実施形態、実施状況毎に人員数を記載すること。
- 3 「動機付け支援(丁)」および「積極的支援(丁)」欄の実施人員は、当該年度内に初回面接から実績(6ヶ月後)評価まで全てを行った者を計上すること。
- (※) 「初回面接のみ」欄と「実績評価のみ」欄の合計数ではない。
- (※) 「積極的支援(丁)」欄においては、継続的支援が途中終了の場合も同様の扱いである。
- 4 「初回面接のみ」欄の実施人員は当該年度内は初回面接のみを行い、実績評価は翌年度になる者を計上すること。
- 5 「実績評価のみ」欄の実施人員は、前年度に初回面接を行い、当該年度は実績(6ヶ月後)評価のみを行った者を計上すること。なお、積極的支援の場合は、継続的支援が途中終了の場合も同様の取扱である。
- 6 「対象経費の実支出額」欄の委託料は、実施機関からの請求額を計上すること。

(参考) 「国民健康保険特定健康診査・保健指導国庫負担金交付要綱」別紙様式第2別紙

(B) 実施の判定条件

システムにおける特定健康診査・特定保健指導の実施の判定条件は以下のとおりである。

図表 5-15：特定健康診査・特定保健指導の実施の判定条件

区分		条件
特定健診	基本項目	全ての検査項目が記録されていること（条件によって省略が認められる検査項目や、複数の検査方法のいずれか結果が存在すればよい項目が告示で規定されている）
	生活機能評価同時実施	基本チェックリスト、生活機能チェック、生活機能検査の結果の整合性が取れていること
	詳細健診	詳細健診の検査結果が記録されていること
特定保健指導		1回目請求時、2回目請求時それぞれの必須項目が記録されていること 【補足】服薬再確認により服薬の事実が判明した被保険者であっても、特定保健指導の実績が確認できた場合、国庫負担（補助）の対象となる。

(C) 実績の把握時期

国庫負担（補助）金の対象となるのは、原則として当該年度の事業として実施し、年度中に経費の支出を行った特定健康診査・特定保健指導であるが、システムによる実績集計の精度を高めるためには、実施機関において請求遅れや年度末に大量の返戻等が発生しないように注意を促す必要がある。

なお、保険者が報告期日までに把握できなかった実績については、翌年度の実績として国庫負担（補助）の対象に含めることが可能である。

(D) 課税区分の取扱い

特定健康診査・特定保健指導の実績は、国庫負担（補助）金の課税区分毎に振分けるため、世帯課税状況登録により作成した世帯課税状況登録テーブル上の世帯課税区分を参照して課税区分を判定し（図表 5-16 参照）集計される。

課税区分の設定が正しく行われていないと、実績が課税区分毎に正しく集計されない。また、被保険者マスタの課税区分が未設定の場合は、本システムでは「未設定」として集計され、国庫負担（補助）金の実績報告上も課税として扱われることに留意する必要がある。

図表 5-16 : システムにおける課税・非課税の判定基準

被保険者マスタ上の住民税課税状況	課税	非課税
課税	○	
非課税		○
上位所得者	○	
区分ア	○	
区分イ	○	
区分ウ	○	
区分エ	○	
区分オ		○
一般	○	
一定所得以上	○	
低所得Ⅱ		○
低所得Ⅰ		○
一定所得以上（経過措置）	○	
一般（経過措置）	○	
高齢 課税（一般から高齢）	○	
高齢 非課税（一般から高齢）		○
高齢 上位所得者（一般から高齢）	○	
高齢 区分ア（一般から高齢）	○	
高齢 区分イ（一般から高齢）	○	
高齢 区分ウ（一般から高齢）	○	
高齢 区分エ（一般から高齢）	○	
高齢 区分オ（一般から高齢）		○

また、国庫負担（補助）金は特定健康診査の受診時の課税区分に応じて基準額を決定するため、年度途中の区分の更新が正しくシステムに反映されていなければならない。

本システムでは、「被保険者マスタインターフェースファイル（国保共電）」及び「被保険者インターフェースファイル（後期高齢）」のファイルレイアウトの登録情報から、課税区分を登録するツール（世帯課税状況更新ツール）を提供している。

(E) 健診結果登録区分

他の法令等に基づく健診や異動前の保険者で実施した健診、保険者の直営等でシステムの費用決済を伴わない健診等の結果を登録する際は、図表 5-17 に示す健診結果登録区分を併せて設定する必要がある。システムでは、登録された区分により国庫負担（補助）金の交付報告対象か否かを判定する。

図表 5-17：健診結果登録区分

国庫負担（補助） 金交付対象	登録区分 コード	区分名称	内容
○	0	費用決済を伴う機関	システムの費用決済を伴う健診結果
○	1	直営機関	医療保険者が運営する健診センター等にて実施した健診結果。又は、保健所、保健センター等の市町村一般衛生部門に医療保険者が執行委任する形で実施した健診結果
×	2	他事業者	労働安全衛生法に基づく健診等の他の法令に基づき実施された健診結果
×	3	転入元	年度途中加入者が異動前の医療保険者（他国保または被用者保険）において実施した健診結果
○	4	任意	加入者が任意に選択した健診機関にて実施した健診（特定健診に相当する健診）結果 ※償還払い等により保険者にて費用負担が伴う場合に限る
○	5	費用決済を伴わない 機関	保険者が健診機関と直接費用決済を行い、データ管理システムによる費用決済を行わない健診結果

5.2.2 法定の実績報告

(1) 実績報告の必要性

保険者は「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、特定健康診査等の実績について、社会保険診療報酬支払基金（以下、「支払基金」という。）を通じて国へ報告しなければならない。

＜高齢者の医療の確保に関する法律＞

第百四十二条 支払基金は、保険者に対し、毎年度、加入者数、特定健康診査等の実施状況その他の厚生労働省令で定める事項に関する報告を求めるほか、第百三十九条第一項第一号に規定する保険者から前期高齢者納付金等を徴収する業務及び同項第二号に規定する保険者から後期高齢者支援金等を徴収する業務に関し必要があると認めるときは、文書その他の物件の提出を求めることができる。

第十六条 厚生労働大臣は、全国医療費適正化計画及び都道府県医療費適正化計画の作成、実施及び評価に資するため、次に掲げる事項に関する情報について調査及び分析を行い、その結果を公表するものとする。

一 医療に要する費用に関する地域別、年齢別又は疾病別の状況その他の厚生労働省令で定める事項

二 医療の提供に関する地域別の病床数の推移の状況その他の厚生労働省令で定める事項

2 保険者及び後期高齢者医療広域連合は、厚生労働大臣に対し、前項に規定する調査及び分析に必要な情報を、厚生労働省令で定める方法により提供しなければならない。

＜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＞（平成19年厚生労働省令第140号）

第四十四条

2 保険者は、支払基金に対し、毎年度、当該年度の末日における特定健康診査等の実施状況に関する結果として厚生労働大臣が定める事項を、電子情報処理組織（保険者が使用する電子計算機（入出力装置を含む。以下同じ。）と支払基金が使用する電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織をいう。）を使用する方法又は当該事項を記録した光ディスクその他の電磁的記録（電子的方式、磁気的方式その他人の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。）を提出する方法により、当該年度の翌年度の十一月一日までに報告しなければならない。

図表 5-18：実施状況に関する結果として厚生労働大臣が定める事項

	事項
特定健康診査 特定保健指導	実施年月日
	実施機関
	受診（利用）者（生年月日、性別、郵便番号、資格区分）
	受診（利用）券
	特定健康診査（特定保健指導）の結果
	支払基金に報告するために必要な事項
実施・成果	特定健康診査の実施率
	特定保健指導の実施率
	内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の該当者・予備群の減少率
	支払基金に報告するために必要な事項

（参考）平成 20 年厚生労働省告示第 380 号

報告された健診等データは、レセプトオンライン化により電子化されたレセプト情報と併せて、「レセプト・特定健診データベース（NDB）」として集約される。この集約されたデータは、「高齢者の医療の確保に関する法律」第 16 条の医療費適正化計画の作成等のための調査及び分析等に示されるエビデンスに基づく効果的・効率的な医療費適正化を行うための基礎データとして、現状分析等に活用される。また、保険者努力支援制度等や後期高齢者支援金の加算・減算については、報告された特定健康診査と特定保健指導の実施率に基づき、実施されることとなる（5.2.3 で詳述）。

(2) 報告の手続きとスケジュール

実績報告データの詳細な内容や具体的な提出方法等については厚生労働省及び支払基金から通知¹されている。報告期限は、特定保健指導の支援期間が初回面接から実績評価まで最長3ヶ月以上となることや保険者が実績を把握するまでの期間を勘案し、実施年度の翌年11月1日となっている。

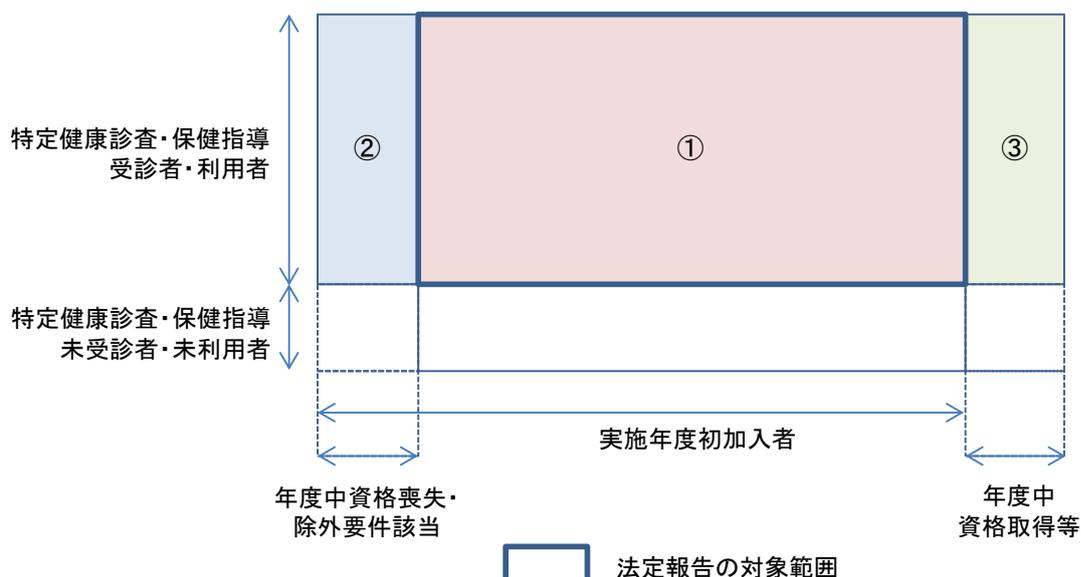
(3) 報告の対象

報告の対象は特定健康診査・特定保健指導の対象者（特定健康診査等の実施年度中に40歳～74歳に達する実施年度の4月1日時点での加入者であって、年度途中の資格取得者（図表5-19の③）は含まない）から、実施年度中の資格喪失者と除外対象者（図表5-19の②）を除いたもの（図表5-19の①）である。

なお、特定健康診査と同等の内容の健診を実施したことが保険者において確認できる場合は、特定健康診査を実施したことに代えることができ、実績を報告に含めることができる²。

また、年度を越えて実施された特定保健指導で、報告対象年度の報告期限までに終了が確認できない場合は、報告対象年度の翌年度の実績として報告することができる。ただし、報告対象年度の翌年度の特定保健指導も利用し終了している場合、併せて報告することはできず、報告対象年度の終了結果か翌年度の終了結果のいずれかを選択することになる。なお、この場合本システムでは古い年度の実績を報告対象として扱う。

図表 5-19：法定の実績報告の対象範囲



¹ 「保険者が社会保険診療報酬支払基金に提出する平成30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」（平成29年10月30日保発1030第8号厚生労働省保険局長）
「特定健康診査等の実施状況に関する結果の報告について」（平成22年4月16日事務連絡 社会保険診療報酬支払基金）

² 服薬再確認の結果、服薬の事実が判明した被保険者であっても特定保健指導を受けたことが確認できた場合、特定保健指導を実施したものとして実績に含めることができる。

図表 5-20：年度を超える保健指導の実績報告（例）

例1)

(n)年度	(n+1)年度	(n+2)年度	(n+3)年度
☆	←(n)年度保健指導→		
	☆ ←(n+1)年度保健指導→		
		☆ ←(n+2)年度保健指導→	
	△ (n)年度報告	△ (n+1)年度報告	△ (n+2)年度報告

分子	対象実績なし	(n)年度・(n+1)年度 いずれかの実績を対象とする※	(n+2)年度分を対象とする
分母	(n)年度を対象とする	(n+1)年度分を対象とする	(n+2)年度分を対象とする

※システムでは、古い実績を優先して報告する

例2)

(n)年度	(n+1)年度	(n+2)年度	(n+3)年度
☆	←(n)年度保健指導→		
	☆ ←(n+1)年度保健指導→		
		☆ ←(n+2)年度保健指導→	
	△ (n)年度報告	△ (n+1)年度報告	△ (n+2)年度報告

分子	対象実績なし	(n)年度分を対象とする (前年度繰越分)	(n+1)年度分を対象とする (前年度繰越分)
分母	(n)年度を対象とする	(n+1)年度分を対象とする	(n+2)年度分を対象とする

☆ 特定健康診査 ←→ 特定保健指導 ←--→ 特定保健指導(次回報告分)

(4) 報告要件

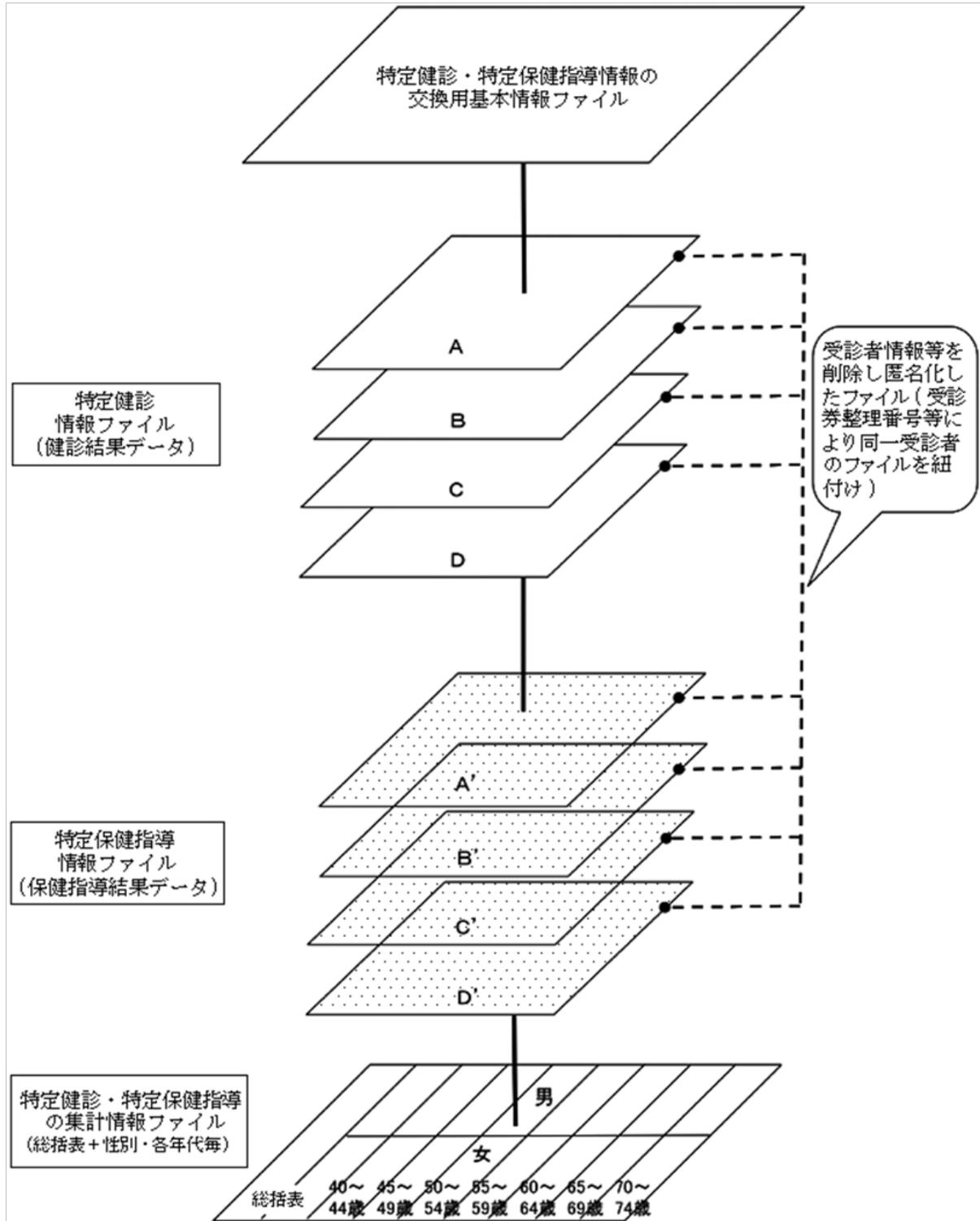
実績報告において提出が求められるのは、個人情報削除され匿名化された個別の健診・保健指導結果データと集計情報ファイル（総括表＋性別・各年代毎）である（図表 5-21～23）。

個別の健診・保健指導結果データは、受診（利用）者の生年月日や性別等と検査項目毎の結果、保健指導の結果を記録したものである。

本システムでは実績報告の際に提出する集計情報ファイルの内容について、「特定健診・特定保健指導実施結果報告」（図表 5-24）として性別・年齢階層別に前年度データと併せて出力でき、年度間比較ができる。

実績報告は保険者にとって義務的なものであると同時に、図表 5-25 に示すように保険者が行う実施状況や地域・集団別の健康状況の把握、事業評価等において参考とすることができる。

図表 5-21：保険者から国への実績報告のためのファイルイメージ



(参考) 「保険者が社会保険診療報酬支払基金に提出する平成30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」 (平成29年10月30日保発1030第8号厚生労働省保険局長)

図表 5-22：医療保険者から社会保険診療報酬支払基金への実績報告のためのファイル仕様

1 特定健診・特定保健指導情報の交換用基本情報ファイル(1送信あたり1ファイル。)

ファイルの記録内容	フィールド名称	モード	最大バイト	データ形式	記録内容	備考
特定健診・特定保健指導の交換用情報	種別	数字	2	固定	保険者から国(支払基金)への実施結果報告：「10」を記録	別表1参照
	送付元機関	数字	10	可変	提出する保険者の番号を記録	
	送付先機関	数字	10	可変	社会保険診療報酬支払基金：「94899010」を記録	
	作成年月日	数字	8	固定	ファイルの作成年月日(西暦)を記録	
	実施区分	数字	1	固定	国への実施結果報告：「3」を記録	別表2参照
	総ファイル数	数字	6	可変	特定健診・特定保健指導情報ファイルを作成した総ファイル数を記録	
	このアーカイブのファイル数	数字	6	可変	アーカイブしたファイル内にある特定健診・特定保健指導情報ファイル数を記録	
	総アーカイブ数	数字	2	可変	アーカイブした総ファイル数を記録	
アーカイブ番号	数字	2	可変	このアーカイブファイルの番号を記録		

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

ファイルの記録内容	フィールド名称	モード	最大バイト	データ形式	解説	備考	
特定健診受診情報	実施区分	数字	1	固定	特定健診：「1」、他の健診結果の受領分「4」、他の健診の不足項目を実施「4」	別表2参照	
	実施年月日	数字	8	固定	特定健診の実施年月日(西暦)を記録	(注1)	
	健診プログラムサービスコード	数字	3	固定	健診実施時の区分を記録	別表7参照	
	特定健診機関情報	特定健診機関番号	数字	10	固定	特定健診機関番号を記録	
		名称	漢字	40	可変	特定健診機関名称を記録	
	受診者情報	整理用番号1	英数	64	固定	国の作成するソフトウェアにより付番	
		整理用番号2	英数	64	固定	国の作成するソフトウェアにより付番	
		整理用番号3	英数	64	固定	国の作成するソフトウェアにより付番	
		整理用番号4	英数	64	固定		
		整理用番号5	英数	64	固定		
生年月日		数字	8	固定	特定健診の受診者の生年月日(西暦)を記録		
男女区分		数字	1	固定	特定健診の受診者の性別を記録	別表3参照	
資格区分		数字	1	固定	特定健診の受診者の資格区分を記録	別表8参照	
受診券情報	郵便番号	英数	8	固定	受診券裏面に記入された受診者の郵便番号を記録	NNN-NNNN	
	受診券整理番号	数字	11	固定	委託先もしくは保険者が付番した整理番号を記録	別表4-①参照	
特定健診の健診結果・問診結果情報(詳細な健診項目を含む)(抜粋)(注2)	項目コード	数字	17	可変	特定健診の項目コード(JLAC10・17桁コード)を記録	「健診結果・質問票情報」	
	項目名	漢字又は英数	40	可変	特定健診の項目名を記録(省略可)		
	データ値	数字又は漢字	項目により可変	可変	特定健診のデータ値を記録		
	単位	漢字又は英数	項目により可変	可変	特定健診のデータ値の単位を記録(省略可)		

3 特定保健指導情報ファイル(1保健指導結果あたり1ファイル。1送信あたり複数ファイル。)

ファイルの記録内容	フィールド名称	モード	最大バイト	データ形式	解説	備考
特定保健指導利用情報	実施区分	数字	1	固定	特定保健指導：「2」を記録	別表2参照
	実施年月日	数字	8	固定	特定保健指導の実績評価時等の年月日(西暦)を記録	(注3)
	実施時点	数字	1	固定	全て完了：「2」もしくは途中終了が確定：「3」を記録	別表5参照
特定保健指導機関情報	特定保健指導機関番号	数字	10	固定	特定保健指導機関番号を記録	
	名称	漢字	40	可変	特定保健指導機関名称を記録	
利用者情報	整理用番号1	英数	64	固定	国の作成するソフトウェアにより付番	
	整理用番号2	英数	64	固定	国の作成するソフトウェアにより付番	
	整理用番号3	英数	64	固定	国の作成するソフトウェアにより付番	
	整理用番号4	英数	64	固定		
	整理用番号5	英数	64	固定		
	生年月日	数字	8	固定	特定保健指導の利用者の生年月日(西暦)を記録	
	男女区分	数字	1	固定	特定保健指導の利用者の性別を記録	別表3参照
	資格区分	数字	1	固定	特定保健指導の利用者の資格区分を記録	別表8参照
利用券情報	郵便番号	英数	8	固定	特定保健指導の利用者の郵便番号を記録	NNN-NNNN(注4)
	利用券整理番号	数字	11	固定	委託先もしくは保険者が付番した整理番号を記録	別表4-②参照
保健指導結果情報(抜粋)(注5)	特定健診受診券整理番号	数字	11	固定	委託先もしくは保険者が付番した特定健診受診券整理番号を記録	別表4-①参照
	保健指導区分	数字	1	固定	動機づけ支援、積極的支援、動機づけ支援相当、モデル実施の別等を記録	「保健指導情報」
		行動変容ステージ	数字	1	固定	
初回面接の実施日付	数字	8	固定			

4 特定健診等の実施及びその成果の集計情報ファイル

別表6参照

(アーカイブが複数となる場合、アーカイブごとに作成するのではなく、複数に分割し作成した最後のアーカイブに含める)

注1 他の健診結果を受領し、不足した項目を別途実施等で複数回に分けて実施した場合は、必要な項目がすべて揃った年月日を記録する。

注2 「特定健診の健診結果・問診結果情報」欄は、別添の「健診結果・質問票情報」から一部抜粋した項目を列挙しているに過ぎず、実際は「健診結果・質問票情報」がデータとして挿入される(そのため、「結果識別」「データ基準(下限値・上限値)」「データ値コメント」の項目は上記表では省略)。

注3 保健指導が完了した日、もしくは途中で終了が確定した年月日を記録する。

注4 利用者の郵便番号は保健指導機関において指導に関するやり取り上管理していればそれを記録、管理していない場合は保険者にて健診結果データから追記。

注5 「保健指導結果情報」欄は、別添の「保健指導情報」から一部抜粋した項目を列挙しているに過ぎず、実際は「保健指導情報」がデータとして挿入される。

※ 各ファイルはXML標準形式とする。本表は必須項目の一部を示したものであり、XML標準形式に生成するために必要な情報等については、本表にない詳細な技術的規格を掲載している <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000165280.html> を参照すること。

健診結果・質問票情報

	項目コード	項目名	データ値	データ基準		データタイプ	単位	データ値コメント	検査方法	備考
				下限値	上限値					
身体計測	○ 9N00100000000001	身長				数字	cm			小数点以下1桁
	○ 9N00600000000001	体重				数字	kg			小数点以下1桁
	○ 9N01100000000001	BMI				数字	kg/m ²			小数点以下1桁
	○ 9N02100000000001	内臓脂肪面積				数字	cm ²			小数点以下1桁
	○ 9N01616010000001	腹囲(実測)				数字	cm		1: 実測	小数点以下1桁
	○ 9N01616020000001	腹囲(自己判定)				数字	cm		2: 自己測定	小数点以下1桁
診察	○ 9N06160300000001	腹囲(自己申告)				数字	cm		3: 自己申告	小数点以下1桁 BMIが22未満である者に限る
	○ 9N05600000000001	既往歴				コード				1: 特記すべきことあり、2: 特記すべきことなし
	○ 9N056160400000049	(特定の既往歴)				漢字				特記すべきことありの場合に記載
	○ 9N06100000000001	自覚症状				コード				1: 特記すべきことあり、2: 特記すべきことなし
	○ 9N061160800000049	(所見)				漢字				特記すべきことありの場合に記載
	○ 9N06600000000001	他覚症状				コード				1: 特記すべきことあり、2: 特記すべきことなし
血圧等	○ 9N066160800000049	(所見)				漢字				特記すべきことありの場合に記載
	○ 9A75000000000001	収縮期血圧(その他)				数字	mmHg		3: その他	平均値等、「1回目」、「2回目」以外の値の最も適切な値を記入する
	○ 9A75200000000001	収縮期血圧(2回目)				数字	mmHg		2: 2回目	
	○ 9A75100000000001	収縮期血圧(1回目)				数字	mmHg		1: 1回目	
	○ 9A76000000000001	拡張期血圧(その他)				数字	mmHg		3: その他	平均値等、「1回目」、「2回目」以外の値の最も適切な値を記入する
	○ 9A76200000000001	拡張期血圧(2回目)				数字	mmHg		2: 2回目	
生化学検査	○ 9A76100000000001	拡張期血圧(1回目)				数字	mmHg		1: 1回目	
	☆ 9N14100000000001	採血時間(食後)				コード				1: 食後10時間未満、2: 食後10時間以上、3: 食後35時間以上10時間未満、4: 食後3.5時間未満
	○ 3F015000002327101	中位脂肪酸トリグリセリド				数字	mg/dl		1: 可聴吸光光度法(酵素比色法・グリセロール消滅)	
	○ 3F015000002327201					数字	mg/dl		2: 紫外吸光光度法(酵素比色法・グリセロール消滅)	
	○ 3F015000002399901					数字	mg/dl		3: その他	
	○ 3F070000002327101	HDL コレステロール				数字	mg/dl		1: 可聴吸光光度法(直接法(非沈澱法))	
血糖検査	○ 3F070000002327201					数字	mg/dl		2: 紫外吸光光度法(直接法(非沈澱法))	
	○ 3F070000002399901					数字	mg/dl		3: その他	
	○ 3F070000002391901					数字	mg/dl		4: 計算法	
	○ 3F070000002327101	LDL コレステロール				数字	mg/dl		1: 可聴吸光光度法(直接法(非沈澱法))	
	○ 3F070000002327201					数字	mg/dl		2: 紫外吸光光度法(直接法(非沈澱法))	
	○ 3F070000002399901					数字	mg/dl		3: その他	
尿検査	○ 3F070000002391901					数字	mg/dl		4: 計算法	
	○ 3F069000002391901	non-HDL コレステロール				数字	mg/dl			
	○ 3B035000002327201	GOT(AST)				数字	U/l		1: 紫外吸光光度法(JSCC 標準化対応法)	
	○ 3B035000002399901					数字	U/l		2: その他	
	○ 3B045000002327201	GPT(ALT)				数字	U/l		1: 紫外吸光光度法(JSCC 標準化対応法)	
	○ 3B045000002399901					数字	U/l		2: その他	
血液検査	○ 3B090000002327101	γ-GT(γ-GTP)				数字	U/l		1: 可聴吸光光度法(JSCC 標準化対応法)	
	○ 3B090000002399901					数字	U/l		2: その他	
	○ 3C015000002327101	血清クレアチニン				数字	mg/dl		1: 可聴吸光光度法(酵素法)	小数点以下2桁
	○ 3C015000002399901					数字	mg/dl		2: その他	小数点以下2桁
	○ 8A065000002391901	eGFR				数字	ml/min/1.73 m ²			小数点以下1桁
	○ 3C015161602399911	血清クレアチニン (対象者)				コード				1: 検査結果による血清クレアチニン検査の対象者 ※詳細欄以外で実施し値を出現させるときは0(ゼロ)を入力する 詳細な欄の項目として血清クレアチニン検査を実施した場合必須
血液検査	○ 3C015161602399911	血清クレアチニン (実施理由)				漢字				
	○ 3D010000001926101	空腹時血糖				数字	mg/dl		1: 電位差法(ブドウ糖酸化(酵素電極法))	
	○ 3D010000002227101					数字	mg/dl		2: 可聴吸光光度法(ブドウ糖酸化(酵素法))	特定健診対象者においてこの項目に結果が記録される場合、「採血時間(食後)」のコードが記録されている場合は「2: 食後10時間以上」である必要がある
	○ 3D010000001927201					数字	mg/dl		3: 紫外吸光光度法(ヘキソキナーゼ法、グルコキナーゼ法、ブドウ糖脱水素酵素法)	
	○ 3D010000001999901					数字	mg/dl		4: その他	
	○ 3D010129901926101	随時血糖				数字	mg/dl		1: 電位差法(ブドウ糖酸化(酵素電極法))	
尿検査	○ 3D010129902227101					数字	mg/dl		2: 可聴吸光光度法(ブドウ糖酸化(酵素法))	特定健診対象者においてこの項目に結果が記録される場合、「採血時間(食後)」のコードが記録されている場合は「3: 食後35時間以上10時間未満」である必要がある
	○ 3D010129901927201					数字	mg/dl		3: 紫外吸光光度法(ヘキソキナーゼ法、グルコキナーゼ法、ブドウ糖脱水素酵素法)	
	○ 3D010129901999901					数字	mg/dl		4: その他	
	○ 3D046000001906202	HbA1c (NGSP 値)				数字	%		1: 免疫学的方法(ラテックス凝集比濁法等)	小数点以下1桁
	○ 3D046000001920402					数字	%		2: HPLC(不安定分画除去HPLC法)	小数点以下1桁
	○ 3D046000001927102					数字	%		3: 酵素法	小数点以下1桁
血液検査	○ 3D046000001999902					数字	%		4: その他	小数点以下1桁
	○ 1A020000000191111	尿糖				コード			1: 試験紙法(機械読み取り)	1: -, 2: ±, 3: +, 4: ++, 5: +++
	○ 1A020000000190111					コード			2: 試験紙法(目視法)	1: -, 2: ±, 3: +, 4: ++, 5: +++
	○ 1A010000000191111	尿蛋白				コード			1: 試験紙法(機械読み取り)	1: -, 2: ±, 3: +, 4: ++, 5: +++
	○ 1A010000000190111					コード			2: 試験紙法(目視法)	1: -, 2: ±, 3: +, 4: ++, 5: +++
	○ 2A040000001930102	ヘマトクリット値				数字	%		自動血球算定装置	小数点以下1桁
生体検査等	○ 2A030000001930101	血色素量 [ヘモグロビン値]				数字	g/dl		自動血球算定装置	小数点以下1桁
	○ 2A020000001930101	赤血球数				数字	/mm ³		自動血球算定装置	
	○ 2A020161001930149	貧血検査(実施理由)				漢字				詳細な欄の項目として貧血検査を実施した場合必須
	○ 9A110160700000011	心電図(所見の有無)				コード				1: 所見あり、2: 所見なし
	○ 9A110160800000049	心電図(所見)				漢字				所見ありの場合に記載
	○ 9A110161600000011	心電図(対象者)				コード				1: 検査結果による心電図検査対象者 2: 不整脈による心電図検査対象者 ※詳細欄以外で実施し値を出現させるときは0(ゼロ)を入力する 詳細な欄の項目として心電図検査を実施した場合必須
○ 9A110161000000049	心電図(実施理由)				漢字					

	項目コード	項目名	データ値	データ基準		データタイプ	単位	データ値コメント		検査方法	備考
				下限値	上限値			基準範囲外	検査の実施		
	<input type="checkbox"/> 9E10016600000011	眼底検査(キースワグナー分類)				コード					1: 0, 2: 1, 3: IIa, 4: IIb, 5: III, 6: IV
	<input type="checkbox"/> 9E100166100000011	眼底検査(シェイエ分類: H)				コード					1: 0, 2: 1, 3: 2, 4: 3, 5: 4
	<input type="checkbox"/> 9E100166200000011	眼底検査(シェイエ分類: S)				コード					1: 0, 2: 1, 3: 2, 4: 3, 5: 4
	<input type="checkbox"/> 9E100166300000011	眼底検査(SCOTT 分類)				コード					1: I(a), 2: I(b), 3: II, 4: III(a), 5: III(b), 6: IV, 7: V(a), 8: V(b), 9: VI
	<input type="checkbox"/> 9E100166600000011	眼底検査 (Wong-Mitchell 分類)				コード					1: 所見なし, 2: 軽度, 3: 中等度, 4: 重度
	<input type="checkbox"/> 9E100166500000011	眼底検査 (改変 Davis 分類)				コード					1: 網膜症なし, 2: 単純網膜症, 3: 増殖前網膜症, 4: 増殖網膜症
	<input type="checkbox"/> 9E100160900000049	眼底検査(その他の所見)				漢字					その他の所見の判定方法を用いている場合については、本欄に所見を記載すること。また、SCOTT 分類を用いている場合で異常がない場合においては、その旨を記載すること。
	<input type="checkbox"/> 9E100161600000011	眼底検査(対象者)				コード					1: 検査結果による眼底検査対象者
	<input type="checkbox"/> 9E100161000000049	眼底検査(実施理由)				漢字					※容積測定以外で実施し値を出現させるときは0 (ゼロ) を入力する 詳細な鑑別項目として眼底検査を実施した場合は必須 前年度の検査結果 (血糖検査の値) に基づき対象者を選定した場合は、「前年度」と記載する
医師の判断	<input type="checkbox"/> 9N501000000000011	メタボリックシンドローム判定				コード					1: 基準該当, 2: 予備該当, 3: 非該当, 4: 判定不能
	<input type="checkbox"/> 9N506000000000011	保健指導レベル				コード					1: 積極的支援, 2: 動機づけ支援, 3: なし, 4: 判定不能
	<input type="checkbox"/> 9N511000000000049	医師の診断(判定)				漢字					受診者の事情(生理中等)により検査を実施できなかった場合の理由の記録を含む
質問票	<input type="checkbox"/> 9N701000000000011	服薬 1(血圧)				コード					1: 服薬あり, 2: 服薬なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 9N701167000000049	服薬 1(血圧)(薬剤)				漢字					
	<input checked="" type="checkbox"/> 9N701167100000049	服薬 1(血圧)(服薬理由)				漢字					
	<input checked="" type="checkbox"/> 9N702167200000049	保険者再確認 服薬 1 (血圧)				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
	<input type="checkbox"/> 9N706000000000011	服薬 2(血糖)				コード					
	<input checked="" type="checkbox"/> 9N706167000000049	服薬 2(血糖)(薬剤)				漢字					
	<input checked="" type="checkbox"/> 9N706167100000049	服薬 2(血糖)(服薬理由)				漢字					
	<input checked="" type="checkbox"/> 9N707167200000049	保険者再確認 服薬 2 (血糖)				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
	<input type="checkbox"/> 9N711000000000011	服薬 3(脂質)				コード					
	<input checked="" type="checkbox"/> 9N711167000000049	服薬 3(脂質)(薬剤)				漢字					
	<input checked="" type="checkbox"/> 9N711167100000049	服薬 3(脂質)(服薬理由)				漢字					
	<input checked="" type="checkbox"/> 9N712167200000049	保険者再確認 服薬 3 (脂質)				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
	<input checked="" type="checkbox"/> 9N716000000000011	既往歴 1(脈血管)				コード					1: はい, 2: いいえ
	<input checked="" type="checkbox"/> 9N721000000000011	既往歴 2(心血管)				コード					1: はい, 2: いいえ
	<input checked="" type="checkbox"/> 9N726000000000011	既往歴 3(腎不全・人工透析)				コード					1: はい, 2: いいえ
	<input checked="" type="checkbox"/> 9N731000000000011	貧血				コード					1: はい, 2: いいえ
	<input type="checkbox"/> 9N736000000000011	喫煙				コード					1: はい, 2: いいえ
	<input checked="" type="checkbox"/> 9N741000000000011	20歳からの体重変化				コード					1: はい, 2: いいえ
	<input checked="" type="checkbox"/> 9N746000000000011	30分以上の運動習慣				コード					1: はい, 2: いいえ
	<input checked="" type="checkbox"/> 9N751000000000011	歩行又は身体活動				コード					1: はい, 2: いいえ
	<input checked="" type="checkbox"/> 9N756000000000011	歩行速度				コード					1: はい, 2: いいえ
	<input checked="" type="checkbox"/> 9N872000000000011	咀嚼				コード					1: 何でも, 2: かなりにくい, 3: ほとんどかめない
	<input checked="" type="checkbox"/> 9N766000000000011	食べ方 1(早食い等)				コード					1: 速い, 2: ふつう, 3: 遅い
	<input checked="" type="checkbox"/> 9N771000000000011	食べ方 2(就寝前)				コード					1: はい, 2: いいえ
<input checked="" type="checkbox"/> 9N782000000000011	食べ方 3(間食)				コード					1: 毎日, 2: 時々, 3: ほとんど摂取しない	
<input checked="" type="checkbox"/> 9N781000000000011	食習慣				コード					1: はい, 2: いいえ	
<input checked="" type="checkbox"/> 9N786000000000011	飲酒				コード					1: 毎日, 2: 時々, 3: ほとんど飲まない	
<input checked="" type="checkbox"/> 9N791000000000011	飲酒量				コード					1: 1合未満, 2: 1~2合未満, 3: 2~3合未満, 4: 3合以上	
<input checked="" type="checkbox"/> 9N796000000000011	睡眠				コード					1: はい, 2: いいえ	
<input checked="" type="checkbox"/> 9N801000000000011	生活習慣の改善				コード					1: 意志なし, 2: 意志あり(6か月以内), 3: 意志あり(近いうち), 4: 取組済(6ヶ月未満), 5: 取組済(6ヶ月以上)	
<input checked="" type="checkbox"/> 9N806000000000011	保健指導の希望				コード					1: はい, 2: いいえ	
情報提供	<input checked="" type="checkbox"/> 9N950000000000011	情報提供の方法				コード					1: 付加価値の高い情報提供, 2: 専門職による対面説明, 3: 1と2両方実施 1~3に当てはまらない場合出現させない
初回面接	<input checked="" type="checkbox"/> 9N807000000000011	初回面接実施				コード					1: 健診当日に初回面接実施 1に当てはまらない場合出現させない

注)○…必須項目、□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目(要実施理由)、●…いずれかの項目の報告で可(両方記録されていても差し支えない)、☆…情報を入手した場合に限り報告

保健指導情報

番号	条件				項目コード	項目名	データ値	データタイプ	単位	備考
	動機付け支援	積極的支援	動機付け支援相当	モデル実施						
1101	○	○	○	○	102000001	保健指導区分		コード		1: 積極的支援、2: 動機づけ支援、3: 動機付け支援相当、4: モデル実施
1102	△	△	△	△	102000002	行動変容ステージ		コード		1: 意志なし、2: 意志あり(6ヶ月以内)、3: 意志あり(近いうち)、4: 取組済み(6ヶ月未満)、5: 取組済み(6ヶ月以上)
1301	○	○	○	○	102200011	初回面接の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1302	○	○	○	○	102200012	初回面接による支援の支援形態		コード		1: 個別支援、2: グループ支援、5: 遠隔面接 ※初回面接を分割して実施した場合における2回目(初回面接②)は、支援形態により「3: 電話」又は「4: 電子メール支援」を記載してもよい。
1303	○	○	○	○	102200013	初回面接の実施時間		数字	分	
1304	○	○	○	○	102200015	初回面接の実施者		コード		1: 医師、2: 保健師、3: 管理栄養士、4: その他
1306	○	△			102100020	継続的支援予定期間		数字	週	
1601	○	○	○	○	104200011	3ヶ月後の評価の実施日付		年月日		YYYYMMDD
1602	○	○	○	○	104200012	3ヶ月後の評価の支援形態又は確認方法		コード		1: 個別支援、2: グループ支援、3: 電話、4: 電子メール支援
1603	○	○	○	○	104200015	3ヶ月後の評価の実施者		コード		1: 医師、2: 保健師、3: 管理栄養士、4: その他
1604	○	○	○	○	1042000116	3ヶ月後の評価ができない場合の確認回数		数字	回	確認方法に基づき、評価実施者が行った確認の回数
1605	○	○	○	○	1042001031	3ヶ月後の評価時の腹囲		数字	cm	
1606	○	○	○	○	1042001032	3ヶ月後の評価時の体重		数字	kg	
1607	△	△	△	△	1042001033	3ヶ月後の評価時の収縮期血圧		数字	mmHg	
1608	△	△	△	△	1042001034	3ヶ月後の評価時の拡張期血圧		数字	mmHg	
1609	○	○	○	○	1042001042	3ヶ月後の評価時の保健指導による生活習慣の改善(栄養・食生活)		コード		0: 変化なし、1: 改善、2: 悪化
1610	○	○	○	○	1042001041	3ヶ月後の評価時の保健指導による生活習慣の改善(身体活動)		コード		0: 変化なし、1: 改善、2: 悪化
1611	△	△	△	○	1042001043	3ヶ月後の評価時の保健指導による生活習慣の改善(喫煙)		コード		1: 禁煙継続、2: 非継続、3: 非喫煙、4: 禁煙の意志なし
1701	○	△			1041800117	計画上の継続的な支援の実施回数		数字	回	
1702	○	△			1041101117	計画上の継続的な支援の実施回数(個別支援 A)		数字	回	
1703	○	△			1041101113	計画上の継続的な支援の合計実施時間(個別支援 A)		数字	分	
1704	△	△	△		1041201117	計画上の継続的な支援の実施回数(個別支援 B)		数字	回	
1705	△	△	△		1041201113	計画上の継続的な支援の合計実施時間(個別支援 B)		数字	分	
1706	○	△			1041302117	計画上の継続的な支援の実施回数(グループ支援)		数字	回	
1707	○	△			1041302113	計画上の継続的な支援の合計実施時間(グループ支援)		数字	分	
1708	○	△			1041103117	計画上の継続的な支援の実施回数(電話 A による支援)		数字	回	
1709	○	△			1041103113	計画上の継続的な支援の合計実施時間(電話 A による支援)		数字	分	
1710	○	△			1041104117	計画上の継続的な支援の実施回数(e-mail A による支援)		数字	回	
1711	△	△	△		1041203117	計画上の継続的な支援の実施回数(電話 B による支援)		数字	回	
1712	△	△	△		1041203113	計画上の継続的な支援の合計実施時間(電話 B による支援)		数字	分	
1713	△	△	△		1041204117	計画上の継続的な支援の実施回数(e-mail B による支援)		数字	回	
1714	○	△			1041100114	計画上の継続的な支援によるポイント(支援 A)		数字		
1715	△	△	△		1041200114	計画上の継続的な支援によるポイント(支援 B)		数字		
1716	○	△			1041800114	計画上の継続的な支援によるポイント(合計)		数字		自動計算
1731	○	△			1042800117	実施上の継続的な支援の実施回数		数字	回	自動計算
1732	○	△			1042101117	実施上の継続的な支援の実施回数(個別支援 A)		数字	回	
1733	○	△			1042101113	実施上の継続的な支援の合計実施時間(個別支援 A)		数字	分	
1734	△	△	△		1042201117	実施上の継続的な支援の実施回数(個別支援 B)		数字	回	
1735	△	△	△		1042201113	実施上の継続的な支援の合計実施時間(個別支援 B)		数字	分	
1736	○	△			1042302117	実施上の継続的な支援の実施回数(グループ支援)		数字	回	
1737	○	△			1042302113	実施上の継続的な支援の合計実施時間(グループ支援)		数字	分	
1738	○	△			1042103117	実施上の継続的な支援の実施回数(電話 A による支援)		数字	回	
1739	○	△			1042103113	実施上の継続的な支援の合計実施時間(電話 A による支援)		数字	分	
1740	○	△			1042104117	実施上の継続的な支援の実施回数(e-mail A による支援)		数字	回	
1741	△	△	△		1042203117	実施上の継続的な支援の実施回数(電話 B による支援)		数字	回	
1742	△	△	△		1042203113	実施上の継続的な支援の合計実施時間(電話 B による支援)		数字	分	
1743	△	△	△		1042204117	実施上の継続的な支援の実施回数(e-mail B による支援)		数字	回	
1744	○	△			1042100114	継続的な支援によるポイント(支援 A)		数字		自動計算
1745	△	△	△		1042200114	継続的な支援によるポイント(支援 B)		数字		自動計算
1746	○	△			1042800114	継続的な支援によるポイント(合計)		数字		自動計算
1747	△	△	△		1042800118	禁煙指導の実施回数		数字	回	
1748	○	△			104200022	実施上の継続的な支援の終了日		年月日		YYYYMMDD
1811	○	○	○	○	104200081	保健指導機関番号(1)		数字		
1812	○	○	○	○	104200082	保健指導機関名(1)		漢字		
1813	○	○	○	○	104200085	主対応内容(1)		コード		1: 個別支援、2: グループ支援、3: 電話、4: 電子メール支援、5: 遠隔面接
1814	○	○	○	○	104200086	実施内容(1)		コード		1: 初回面接(分割実施以外)、2: 初回面接①、3: 初回面接②、4: 中間評価、5: 継続的支援、6: 実績評価
1821	○	○	○	○	保健指導機関番号(1)と同じ	保健指導機関番号(2)		数字		
1822	○	○	○	○	保健指導機関名(1)と同じ	保健指導機関名(2)		漢字		

番号	条件				項目コード	項目名	データ値	データタイプ	単位	備考
	動機付け支援	積極的支援	動機付け支援相当	モデル実施						
1823	○	○	○	○	主対応内容(1)と同じ	主対応内容(2)		コード		1: 個別支援、2: グループ支援、3: 電話、4: 電子メール支援、5: 遠隔面接
1824	○	○	○	○	実施内容(1)と同じ	実施内容(2)		コード		1: 初回面接(分割実施以外)、2: 初回面接①、3: 初回面接②、4: 中間評価、5: 継続的支援、6: 実績評価
1831	○	○	○	○	保健指導機関番号(1)と同じ	保健指導機関番号(3)		数字		
1832	○	○	○	○	保健指導機関名(1)と同じ	保健指導機関名(3)		漢字		
1833	○	○	○	○	主対応内容(1)と同じ	主対応内容(3)		コード		1: 個別支援、2: グループ支援、3: 電話、4: 電子メール支援、5: 遠隔面接
1834	○	○	○	○	実施内容(1)と同じ	実施内容(3)		コード		1: 初回面接(分割実施以外)、2: 初回面接①、3: 初回面接②、4: 中間評価、5: 継続的支援、6: 実績評価
1841	○	○	○	○	保健指導機関番号(1)と同じ	保健指導機関番号(4)		数字		
1842	○	○	○	○	保健指導機関名(1)と同じ	保健指導機関名(4)		漢字		
1843	○	○	○	○	主対応内容(1)と同じ	主対応内容(4)		コード		1: 個別支援、2: グループ支援、3: 電話、4: 電子メール支援、5: 遠隔面接
1844	○	○	○	○	実施内容(1)と同じ	実施内容(4)		コード		1: 初回面接(分割実施以外)、2: 初回面接①、3: 初回面接②、4: 中間評価、5: 継続的支援、6: 実績評価
1851	○	○	○	○	保健指導機関番号(1)と同じ	保健指導機関番号(5)		数字		
1852	○	○	○	○	保健指導機関名(1)と同じ	保健指導機関名(5)		漢字		
1853	○	○	○	○	主対応内容(1)と同じ	主対応内容(5)		コード		1: 個別支援、2: グループ支援、3: 電話、4: 電子メール支援、5: 遠隔面接
1854	○	○	○	○	実施内容(1)と同じ	実施内容(5)		コード		1: 初回面接(分割実施以外)、2: 初回面接①、3: 初回面接②、4: 中間評価、5: 継続的支援、6: 実績評価
1861	○	○	○	○	保健指導機関番号(1)と同じ	保健指導機関番号(6)		数字		
1862	○	○	○	○	保健指導機関名(1)と同じ	保健指導機関名(6)		漢字		
1863	○	○	○	○	主対応内容(1)と同じ	主対応内容(6)		コード		1: 個別支援、2: グループ支援、3: 電話、4: 電子メール支援、5: 遠隔面接
1864	○	○	○	○	実施内容(1)と同じ	実施内容(6)		コード		1: 初回面接(分割実施以外)、2: 初回面接①、3: 初回面接②、4: 中間評価、5: 継続的支援、6: 実績評価
1871	○	○	○	○	保健指導機関番号(1)と同じ	保健指導機関番号(7)		数字		
1872	○	○	○	○	保健指導機関名(1)と同じ	保健指導機関名(7)		漢字		
1873	○	○	○	○	主対応内容(1)と同じ	主対応内容(7)		コード		1: 個別支援、2: グループ支援、3: 電話、4: 電子メール支援、5: 遠隔面接
1874	○	○	○	○	実施内容(1)と同じ	実施内容(7)		コード		1: 初回面接(分割実施以外)、2: 初回面接①、3: 初回面接②、4: 中間評価、5: 継続的支援、6: 実績評価
1881	○	○	○	○	保健指導機関番号(1)と同じ	保健指導機関番号(8)		数字		
1882	○	○	○	○	保健指導機関名(1)と同じ	保健指導機関名(8)		漢字		
1883	○	○	○	○	主対応内容(1)と同じ	主対応内容(8)		コード		1: 個別支援、2: グループ支援、3: 電話、4: 電子メール支援、5: 遠隔面接
1884	○	○	○	○	実施内容(1)と同じ	実施内容(8)		コード		1: 初回面接(分割実施以外)、2: 初回面接①、3: 初回面接②、4: 中間評価、5: 継続的支援、6: 実績評価

※ 条件: ○…必須入力項目、☆…少なくとも保険者が委託により実施した場合は必須入力項目、△…情報を入力した場合は報告
 ※ 動機付け支援だが、契約により継続的な支援の実施及び保険者への報告が求められている場合(積極的支援に準じた継続的支援を実施する場合)は、報告しても差し支えない(あえて情報を削除する作業を行う必要はない)。
 ※ 項目 1811～1884 については、初回分割(分割して実施した場合は初回面接①と初回面接②それぞれ)、中間評価(実施した場合のみ)、継続的支援(実施した場合のみ)、実績評価それぞれについて、保険者が直営で実施した場合も含めて入力する。
 ※ 項目 1301～1306 については、初回面接を分割実施している場合は初回面接①と初回面接②それぞれ入力する。

(参考) 「保険者が社会保険診療報酬支払基金に提出する平成 30 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」(平成 29 年 10 月 30 日 保発 1030 第 8 号厚生労働省保険局長)

図表 5-23：特定健診・特定保健指導情報の集計情報ファイル（健診・保健指導実施結果報告）のイメージ

(保険者→支払基金)

〇～〇歳

男性

※性別、各年代(40～74歳まで5歳刻み)毎に作成
 ※総括表(全年齢層をまとめたもの)もこの様式を使用。「〇～〇歳」の部分で「総括表」とする。

No	集計事項	今年度	昨年度	増減	備考	通知の参照番号
1	特定健康診査対象者数※1	(人)			当該年齢層における対象者数	第2-2-1-1(1)
2	特定健康診査の対象となる被扶養者の数	(人)			被用者保険の保険者のみ記録	第2-2-1-1(2)
3	2のうち、特定健康診査受診券を配布した者の数	(人)			被用者保険の保険者のみ記録	第2-2-1-1(3)
4	特定健康診査受診者数	(人)			1のうち、定められた健診項目を全て受診した者の数	第2-2-1-1(4)
5	健診受診率	(%)			$=4/1*100$	第2-2-1-1(5)
6	評価対象者数	(人)			4の健診完了者に加え、全ての健診は受診できなかったものの、階層化が可能な対象者も含んだ数	第2-2-1-1(6)
7	内臓脂肪症候群該当者数	(人)				第2-2-2-1(1)
8	内臓脂肪症候群該当者割合	(%)			$=7/6*100$	第2-2-2-1(2)
9	内臓脂肪症候群予備群者数	(人)				第2-2-2-2(3)
10	内臓脂肪症候群予備群者割合	(%)			$=9/6*100$	第2-2-2-2(4)
11	高血圧症の治療に係る薬剤を服用している者の数	(人)				第2-2-3-1(1)
12	高血圧症の治療に係る薬剤を服用している者の割合	(%)			$=11/6*100$	第2-2-3-1(2)
13	脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者の数	(人)				第2-2-3-3(3)
14	脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者の割合	(%)			$=13/6*100$	第2-2-3-3(4)
15	糖尿病の治療に係る薬剤を服用している者の数	(人)				第2-2-3-5(5)
16	糖尿病の治療に係る薬剤を服用している者の割合	(%)			$=15/6*100$	第2-2-3-6(6)
17	昨年度の内臓脂肪症候群該当者数	(人)				第2-2-4-1(1)
18	17のうち、今年度の内臓脂肪症候群予備群の数	(人)				第2-2-4-2(2)
19	17のうち、今年度の内臓脂肪症候群予備群の割合	(%)			$=18/17*100$	第2-2-4-3(3)
20	17のうち、今年度の内臓脂肪症候群該当者・予備群ではなくなった者の数	(人)				第2-2-4-4(4)
21	17のうち、今年度の内臓脂肪症候群該当者・予備群ではなくなった者の割合	(%)			$=20/17*100$	第2-2-4-5(5)
22	内臓脂肪症候群該当者の減少率	(%)			$= (18+20)/17*100$	第2-2-4-6(6)
23	昨年度の内臓脂肪症候群予備群の数	(人)				第2-2-5-1(1)
24	23のうち、今年度の内臓脂肪症候群該当者・予備群ではなくなった者の数	(人)				第2-2-5-2(2)
25	23のうち、今年度の内臓脂肪症候群該当者・予備群ではなくなった者の割合	(%)			$=24/23*100$	第2-2-5-3(3)
26	昨年度の特定保健指導の対象者数	(人)				第2-2-6-1(1)
27	26のうち、今年度は特定保健指導の対象ではなくなった者の数※2	(人)				第2-2-6-2(2)
28	特定保健指導対象者の減少率	(%)			$=27/26*100$	第2-2-6-3(3)
29	昨年度の特定保健指導の利用者数	(人)				第2-2-6-4(4)
30	29のうち、今年度は特定保健指導の対象ではなくなった者の数※2	(人)				第2-2-6-5(5)
31	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	(%)			$=30/29*100$	第2-2-6-6(6)
32	特定保健指導(積極的支援レベル)の対象者数	(人)			6のうち、実施基準(※3)第8条第2項の規定に該当する者	第2-2-7-1(1)
33	特定保健指導(積極的支援レベル)の対象者の割合	(%)			$=32/6*100$	第2-2-7-2(2)
34	服薬中のため特定保健指導(積極的支援レベル)の対象者から除外した者の数	(人)				第2-2-7-3(3)
35	特定保健指導(積極的支援)の利用者数	(人)			39に加えて、途中で終了した者(※4)の数	第2-2-7-4(4)
36	特定保健指導(動機付け支援相当)の利用者数	(人)			40に加えて、途中で終了した者(※4)の数	第2-2-7-5(5)
37	特定保健指導(モデル実施)の利用者数	(人)			41に加えて、途中で終了した者(※4)の数	第2-2-7-6(6)
38	特定保健指導(積極的支援レベル)の利用者の割合	(%)			$= (35+36+37)/32*100$	第2-2-7-7(7)
39	特定保健指導(積極的支援)の終了者数	(人)			3ヵ月後評価まで完了した者(3ヵ月後の評価において、度重なる連絡にも応答がなく未実施の場合も完了と見做す)	第2-2-7-8(8)
40	特定保健指導(動機付け支援相当)の終了者数	(人)				第2-2-7-9(9)
41	特定保健指導(モデル実施)の終了者数	(人)				第2-2-7-10(10)
42	特定保健指導(積極的支援レベル)の終了者の割合	(%)			$= (39+40+41)/32*100$	第2-2-7-11(11)
43	特定保健指導(動機付け支援レベル)の対象者数	(人)			6のうち、実施基準(※3)第7条第2項の規定に該当する者	第2-2-7-12(12)
44	特定保健指導(動機付け支援レベル)の対象者の割合	(%)			$=43/6*100$	第2-2-7-13(13)
45	服薬中のため特定保健指導(動機付け支援レベル)の対象者から除外した者の数	(人)				第2-2-7-14(14)
46	特定保健指導(動機付け支援)の利用者数	(人)			48に加えて、途中で終了した者(※4)の数	第2-2-7-15(15)
47	特定保健指導(動機付け支援レベル)の利用者の割合	(%)			$=46/43*100$	第2-2-7-16(16)
48	特定保健指導(動機付け支援)の終了者数	(人)			3ヵ月後評価まで完了した者(3ヵ月後の評価において、度重なる連絡にも応答がなく未実施の場合も完了と見做す)	第2-2-7-17(17)
49	特定保健指導(動機付け支援)の終了者の割合	(%)			$=48/43*100$	第2-2-7-18(18)
50	特定保健指導の対象者数(小計)	(人)			$=32+43$	第2-2-7-19(19)
51	特定保健指導の終了者数(小計)	(人)			$= (39+40+41)+48$	第2-2-7-20(20)
52	特定保健指導の終了者(小計)の割合	(%)			$=51/50*100$	第2-2-7-21(21)

※1 健診対象者数は当該年度で毎年4月1日を基準とし、その年度中に異動した者及び除外基準を満たす者を除く。
 ※2 検査結果の改善により、特定保健指導の対象から外れたのみをカウントする(服薬中の者となることにより、特定保健指導の対象から外れたものを除く)。
 ※3 特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準(平成19年厚生労働省令第157号)
 ※4 途中で終了した者には初回面接未完了の者は含まない。
 ※ 「昨年度」欄には実施年度の前年度の集計結果をそのまま記録し、「増減」欄には「昨年度」欄の数値から「今年度」欄の数値を減じた数を記録する(単位が%の項目についてもそのまま減算した結果を記録)。なお、「今年度」欄や「昨年度」欄に小数点以下の数値が発生する場合は、それぞれの欄において端数処理(小数点以下第2位で四捨五入)を行った後に差異の計算を行う。
 ※ 健診受診率や内臓脂肪症候群該当者の割合等小数点以下の数値が生じうる事項については、小数点以下第2位で四捨五入を行い、小数点以下第1位までの値で記録することとする。なお、小数点以下の数値が生じない場合は小数点以下第1位については0を記録する。
 ※ 本報告は、主として健診結果・質問票情報及び保健指導情報のデータから集計を行う。なお、備考欄に算出式のあるものについては、健診結果・質問票等から集計しなくとも算出式を用いることで集計値の作成が可能。

(参考)「保険者が社会保険診療報酬支払基金に提出する平成30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」(平成29年10月30日保発1030第8号厚生労働省保険局長)

図表 5-24 : 特定健診・特定保健指導実施結果報告

特定健診・特定保健指導実施結果報告
(平成XX年度)

Z29/Z29 頁
平成XX年XX月XX日 作成

保険者番号		保険者名			
99999999		NNNNNNNNNNNNNNNNNN			
総計・男性・女性					
99～99歳					
No		項目	今年度	昨年度	増減
1	全体的事項	特定健康診査対象者数 (人)	Z, ZZZ, Z29	Z, ZZZ, Z29	ZZ, ZZZ, Z29
2		特定健康診査受診者数 (人)			
3		健診受診率 (%)	Z29.9	Z29.9	ZZ29.9
4		評価対象者数 (人)			
5	内臓脂肪症候群に関する事項	内臓脂肪症候群該当者数 (人)			
6		内臓脂肪症候群該当者割合 (%)			
7		内臓脂肪症候群予備群者数 (人)			
8		内臓脂肪症候群予備群者割合 (%)			
9	服薬中の者に関する事項	高血圧症の治療に係る薬剤を服用している者の数 (人)			
10		高血圧症の治療に係る薬剤を服用している者の割合 (%)			
11		脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者の数 (人)			
12		脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者の割合 (%)			
13	内臓脂肪症候群該当者の減少率に関する事項	糖尿病の治療に係る薬剤を服用している者の数 (人)			
14		糖尿病の治療に係る薬剤を服用している者の割合 (%)			
15		昨年度の内臓脂肪症候群該当者の数 (人)			
16		15のうち、今年度の内臓脂肪症候群予備群の数 (人)			
17	内臓脂肪症候群予備群の減少率に関する事項	15のうち、今年度の内臓脂肪症候群予備群の割合 (%)			
18		15のうち、今年度の内臓脂肪症候群該当者・予備群ではなくなった者の数 (人)			
19		15のうち、今年度の内臓脂肪症候群該当者・予備群ではなくなった者の割合 (%)			
20		内臓脂肪症候群該当者の減少率 (%)			
21	内臓脂肪症候群予備群の減少率に関する事項	昨年度の内臓脂肪症候群予備群の数 (人)			
22		21のうち、今年度の内臓脂肪症候群該当者・予備群ではなくなった者の数 (人)			
23		21のうち、今年度の内臓脂肪症候群該当者・予備群ではなくなった者の割合 (%)			
24		特定保健指導の対象者数 (人)			
25	保健指導対象者の減少率に関する事項	24のうち、今年度は特定保健指導の対象ではなくなった者の数 (人)			
26		特定保健指導対象者の減少率 (%)			
27		昨年度の特定保健指導の利用者数 (人)			
28		27のうち、今年度は特定保健指導の対象ではなくなった者の数 (人)			
29	特定保健指導に関する事項	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 (%)			
30		特定保健指導 (積極的支援レベル) の対象者数 (人)			
31		特定保健指導 (積極的支援レベル) の対象者の割合 (%)			
32		服薬中のため特定保健指導 (積極的支援レベル) の対象者から除外した者の数 (人)			
33		特定保健指導 (積極的支援) の利用者数 (人)			
34		特定保健指導 (動機付け支援相当) の利用者数 (人)			
35		特定保健指導 (モデル実施) の利用者数 (人)			
36		特定保健指導 (積極的支援レベル) の利用者の割合 (%)			
37		特定保健指導 (積極的支援) の終了者数 (人)			
38		特定保健指導 (動機付け支援相当) の終了者数 (人)			
39		特定保健指導 (モデル実施) の終了者数 (人)			
40		特定保健指導 (積極的支援レベル) の終了者の割合 (%)			
41		特定保健指導 (動機付け支援レベル) の対象者数 (人)			
42		特定保健指導 (動機付け支援レベル) の対象者の割合 (%)			
43		服薬中のため特定保健指導 (動機付け支援レベル) の対象者から除外した者の数 (人)			
44		特定保健指導 (動機付け支援) の利用者数 (人)			
45	特定保健指導 (動機付け支援レベル) の利用者の割合 (%)				
46	特定保健指導 (動機付け支援) の終了者数 (人)				
47	特定保健指導 (動機付け支援) の終了者の割合 (%)				
48	特定保健指導の対象者数 (小計) (人)				
49	特定保健指導の終了者数 (小計) (人)				
50	特定保健指導の終了者 (小計) の割合 (%)				

※法定報告XML作成時点における実績値を表示

図表 5-25：課題把握、事業評価等における法定の実績報告データの活用

No		項目	保険者の 目標値	事業企画のための 課題把握	事業評価
1	全体的事項	特定健康診査対象者数			
2		特定健康診査受診者数			
3		健診受診率	○	I	I
4		評価対象者数			
5	内臓脂肪症候群に関する事項	内臓脂肪症候群該当者数			
6		内臓脂肪症候群該当者割合		II	III
7		内臓脂肪症候群予備群者数			
8		内臓脂肪症候群予備群者割合		II	III
9	服薬中の者に関する事項	高血圧症の治療に係る薬剤を服用している者の数			
10		高血圧症の治療に係る薬剤を服用している者の割合		II	III
11		脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者の数			
12		脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者の割合		II	III
13		糖尿病の治療に係る薬剤を服用している者の数			
14		糖尿病の治療に係る薬剤を服用している者の割合		II	III
15	内臓脂肪症候群該当者の減少率に関する事項	昨年度の内臓脂肪症候群該当者の数			
16		15のうち、今年度の内臓脂肪症候群予備群の数			
17		15のうち、今年度の内臓脂肪症候群予備群の割合			IV
18		15のうち、今年度の内臓脂肪症候群該当者・予備群ではなくなった者の数			
19		15のうち、今年度の内臓脂肪症候群該当者・予備群ではなくなった者の割合			IV
20		内臓脂肪症候群該当者の減少率	※		IV
21	内臓脂肪症候群予備群の減少率に関する事項	昨年度の内臓脂肪症候群予備群の数			
22		21のうち、今年度の内臓脂肪症候群該当者・予備群ではなくなった者の数			
23		21のうち、今年度の内臓脂肪症候群該当者・予備群ではなくなった者の割合			IV
24	保健指導対象者の減少率に関する事項	昨年度の特定保健指導の対象者数			
25		24のうち、今年度は特定保健指導の対象ではなくなった者の数※2			
26		特定保健指導対象者の減少率			IV
27		昨年度の特定保健指導の利用者数			
28		27のうち、今年度は特定保健指導の対象ではなくなった者の数※2			
29		特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率			IV
30	特定保健指導に関する事項	特定保健指導(積極的支援)の対象者数			
31		特定保健指導(積極的支援)の対象者の割合		II	III
32		服薬中のため特定保健指導(積極的支援)の対象者から除外した者の数			
33		特定保健指導(積極的支援)の利用者数			
34		特定保健指導(積極的支援)の利用者の割合		I	
35		特定保健指導(積極的支援)の終了者数			
36		特定保健指導(積極的支援)の終了者の割合		I	
37		特定保健指導(動機付け支援)の対象者数			
38		特定保健指導(動機付け支援)の対象者の割合		II	III
39		服薬中のため特定保健指導(動機付け支援)の対象者から除外した者の数			
40		特定保健指導(動機付け支援)の利用者数			
41		特定保健指導(動機付け支援)の利用者の割合		I	
42		特定保健指導(動機付け支援)の終了者数			
43		特定保健指導(動機付け支援)の終了者の割合		I	

No	項目	保険者の 目標値	事業企画のため の課題把握	事業評価
44	特定保健指導の対象者数(小計)			
45	特定保健指導の終了者数(小計)			
46	特定保健指導の終了者(小計)の割合	○	I	

I 特定健康診査・特定保健指導の実施状況の把握（全体・性別・年齢階層別）

II 健康状態に関する状況把握（全体・性別・年齢階層別）

III 健康状態に関する状況変化による事業評価（全体・性別・年齢階層別）

IV 健康状態に関する改善効果の評価（全体・性別・年齢階層別）

※ 内臓脂肪症候群該当者の減少率は保険者毎の目標とはしないが、保険者の実績を検証するための指標とされている。

(5) システムを活用した報告データの作成

本システムでは、実績報告用のデータ（個別の健診・保健指導結果データ及び集計情報ファイル（総括表＋性別・各年代毎））を作成できるとともに、報告データに基づいて「特定健診・特定保健指導実施結果報告」（図表 5-24）をはじめとする以下の帳票を作成することができ、保険者における事業分析資料として活用できる。

図表 5-26：実績報告データに基づく帳票

帳票コード	帳票名
TKCA011 (TKCA001)	特定健診・特定保健指導実施結果報告
TKCA012 (TKCA002)	特定健診・特定保健指導実施結果総括表
TKCA013 (TKCA003)	特定健診・特定保健指導実施結果集計表（県集計 1/3）
TKCA014 (TKCA004)	特定健診・特定保健指導実施結果集計表（県集計 2/3）
TKCA015 (TKCA005)	特定健診・特定保健指導実施結果集計表（県集計 3/3）
TKAC006	内臓脂肪症候群判定結果表
TKAC005	階層化判定結果表
TKAC003	特定健診リスクパターン別集計表
TKAC024 (TKAC004)	質問票項目別集計表
TKAC007	特定健診結果総括表
TKAC104	質問票項目別集計表（市町村）
TKAC204	質問票項目別集計表（広域連合）
TKBD003	特定保健指導結果総括表（動機付け支援）
TKBD005 (TKBD004)	特定保健指導結果総括表（積極的支援）

()は平成 29 年度実績までの帳票コード

(6) システムを活用した実績報告にあたっての留意事項

(A) 前提条件

特定健康診査・特定保健指導の実施にあたって、システム機能を活用する範囲や形態は保険者によって様々であるが、システムを活用し実績報告用のデータファイルを作成するには、一定の要件（図表 5-27 参照）に従って、特定健康診査・特定保健指導の結果データがシステムに登録されている必要がある。

図表 5-27：システムを活用した実績報告の前提条件

項目	前提事項	内容
被保険者資格情報	資格喪失、除外対象者の登録が正しく行われていることが必要。	
結果情報	費用決済を伴わない健診・保健指導結果データについてシステムに正しく登録されていることが必要。	CSV 又は XML 形式で結果をアップロードするか、特定健診結果登録修正、特定保健指導結果登録修正画面で追加又は修正することができる。

(B) 報告対象の条件

本システムを活用して実績報告を行うためには、必要な健診項目や保健指導項目の結果が登録されている必要がある。なお、健診の結果データに欠損がある場合、特定保健指導については必要な項目データが登録されていたとしても報告対象とはならないことに留意する必要がある。

(C) 報告対象の確認と補正

本システムでは、実績報告を行う際の事前確認の資料として、図表 5-28 に示す CSV ファイルが出力でき、実績報告の対象又は対象外となる特定健診・特定保健指導結果データを予め確認し、必要に応じてデータを修正することが可能である。

図表 5-28 : 法定報告関連 CSV ファイル一覧

ファイル ID	ファイル名称	出力対象	修正対象
FKCA171	除外・欠損等 CSV ファイル	対象年度の特定健診受診者・特定保健指導の利用者で実績報告の対象外となる者	○
		実績報告の対象となるが、欠損等の理由により特定健診受診者数等に含まれない者	○
FKCA172	特定健診・特定保健指導受診者等 CSV ファイル	対象年度の特定健診受診者・特定保健指導の利用者で実績報告の対象外となる者	○
		実績報告の対象となるが、欠損等の理由により特定健診受診者数等に含まれない者	○
		結果データに欠損等がなく、特定健診受診者数等に含まれる者	(確認のみ)

また、実績報告はシステムに登録されている被保険者マスタ等に基づき、特定健康診査の対象者数を集計するため、被保険者マスタの登録状況により、保険者が把握している数とは異なる場合がある。

保険者が把握している特定健康診査の対象者数により実績報告を行う場合は、「法定報告特定健診対象者登録暫定ツール」を使用し、対象者数を登録することができる。

5.2.3 保険者における予防・健康づくり等のインセンティブ

平成 27 年に国民健康保険法等が改正され、医療保険者種別の特性を踏まえた保険者機能をより発揮しやすくする等の観点から、保険者努力支援制度が創設され、市町村国保については平成 28 年度から前倒しで実施されている。後期高齢者支援の加算・減算制度についても見直しが行われ、平成 30 年度以降は、健康保険組合・共済組合を対象として（市町村国保は保険者努力支援制度で対応）、特定健康診査・特定保健指導の実施状況だけでなく、がん検診や事業主との連携などの取り組みを評価することとされた（2020 年度から施行）（図表 5-29）。

なお、平成 29 年度実績から、全ての保険者の特定健康診査等の実施率の公表が予定されている。

図表 5-29：保険者における予防・健康づくり等のインセンティブの見直し

〈現行（2015年度まで）〉

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保（市町村）	後期高齢者医療広域連合
	後期高齢者支援金の加算・減算制度 ⇒ 特定健診・保健指導の実施率がゼロの保険者は加算率0.23% ⇔ 減算率は0.05%			

〈2016、2017年度〉 ※全保険者の特定健診等の実施率を、2017年度実績から公表

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保（市町村）	後期高齢者医療広域連合
	同上	：2017年度に試行実施 （保険料への反映なし）	：2018年度以降の取組を前倒し実施 （2016年度は150億円、2017年度は250億円）	2018年度以降の取組を前倒し実施（20～50億円）

〈2018年度以降〉

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保（都道府県・市町村）	後期高齢者医療広域連合
手法等	後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直し ⇒ 加算率：段階的に引上げ、2020年度に最大10% 減算率：最大10%～1%	加入者・事業主等の行動努力に係る評価指標の結果を都道府県支部ごとの保険料率に反映	保険者努力支援制度を創設（700～800億円）	各広域連合の取組等を特別調整交付金に反映（100億円）
共通指標	①特定健診・保健指導、②特定健診以外の健診（がん検診、歯科健診など）、③糖尿病等の重症化予防、④ヘルスケアポイントなどの個人へのインセンティブ等、⑤重複頻回受診・重複投薬・多剤投与等の防止対策、⑥後発医薬品の使用促進			
独自指標	・被扶養者の健診実施率向上 ・事業主との連携（受動喫煙防止等）等の取組を評価	医療機関への受診勧奨を受けた要治療者の医療機関受診率等	保険料収納率向上等	高齢者の特性（フレイルなど）を踏まえた保健事業の実施等

（参考）平成 29 年 4 月 24 日「保険者による健診・保健指導等に関する検討会（第 29 回）」資料より抜粋

(1) 市町村国保・国保組合・後期高齢者医療広域連合の評価指標

市町村国保¹、国保組合²、後期高齢者医療広域連合³における評価指標を、それぞれ図表 5-30、5-31、5-32 に示す。具体的な要件及び評価指標の点数については、それぞれ厚労省から通知が示されているので参照すること。

¹ 「平成 30 年度保険者努力支援制度（市町村分）について」（平成 29 年 7 月 11 日保国発 0711 第 1 号厚生労働省保険局国民健康保険課長）

² 「国民健康保険組合における保険者インセンティブの評価指標について」（平成 29 年 12 月 21 日事務連絡厚生労働省保険局国民健康保険課）

³ 「平成 29 年度特別調整交付金（算定省令第 6 条第 9 号関係）のうち後期高齢者医療制度の保険者インセンティブ分について」（平成 29 年 10 月 4 日保高発 1004 第 3 号厚生労働省保険局高齢者医療課長）

図表 5-30：市町村国保における保険者努力支援制度の評価指標

保険者共通の指標	国保固有の指標
指標① 特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率 ○特定健診受診率・特定保健指導受診率 ○メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	指標① 収納率向上に関する取組の実施状況 ○保険料(税)収納率 ※過年度分を含む
指標② 特定健診・特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況 ○がん検診受診率 ○歯科疾患(病)検診実施状況	指標② 医療費の分析等に関する取組の実施状況 ○データヘルス計画の実施状況
指標③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況 ○重症化予防の取組の実施状況	指標③ 給付の適正化に関する取組の実施状況 ○医療費通知の取組の実施状況
指標④ 広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況 ○個人へのインセンティブの提供の実施 ○個人への分かりやすい情報提供の実施	指標④ 地域包括ケアの推進に関する取組の実施状況 ○国保の視点からの地域包括ケア推進の取組
指標⑤ 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況 ○重複服薬者に対する取組	指標⑤ 第三者求償の取組の実施状況 ○第三者求償の取組状況
指標⑥ 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況 ○後発医薬品の促進の取組 ○後発医薬品の使用割合	指標⑥ 適正かつ健全な事業運営の実施状況 ○適切かつ健全な事業運営の実施状況

図表 5-31：国保組合における保険者インセンティブの評価指標

保険者共通の指標	国保組合固有の指標
指標① 特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率 ○特定健診受診率・特定保健指導受診率 ○メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	指標① 医療費の分析等に関する取組の実施状況 ○データヘルス計画の実施状況
指標② 特定健診・特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況 ○がん検診受診率 ○歯科疾患(病)検診実施状況	指標② 給付の適正化に関する取組の実施状況 ○医療費通知の取組の実施状況
指標③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況 ○重症化予防の取組の実施状況	指標③ 第三者求償の取組の実施状況 ○第三者求償の取組状況
指標④ 広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況 ○個人へのインセンティブの提供の実施 ○個人への分かりやすい情報提供の実施	指標④ 予防接種の実施状況
指標⑤ 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況 ○重複服薬者に対する取組	指標⑤ 健康・体力づくり事業に係る実施状況
指標⑥ 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況 ○後発医薬品の促進の取組 ○後発医薬品の使用割合	指標⑥ 適正かつ健全な事業運営の実施状況

図表 5-32：後期高齢者医療広域連合における保険者インセンティブの評価指標

保険者共通の指標	固有の指標
指標①・② ※後期では(特定)健診は義務ではない。 ○健康診査や歯科検診の実施 ○健診結果を活用した取組み(受診勧奨・訪問指導等)の実施	指標① ○データヘルス計画の策定状況
指標③ ○重症化予防の取組の実施状況	指標② ○高齢者の特性(フレイルなど)を踏まえた保健事業の実施状況
指標④ ○被保険者の主体的な健康づくりに対する保険者の働きかけの実施	指標③ ○専門職の配置など保健事業の実施の為に必要な体制整備
指標⑤ ○重複・頻回受診、重複投薬者等への保健師、薬剤師等による訪問指導の実施	指標④ ○医療費通知の取組の実施状況
指標⑥ ○後発医薬品の使用割合 ○後発医薬品の促進の取組	指標⑤ ○後期高齢者医療の視点からの地域包括ケア推進の取組 ○国民健康保険等と連携した保健事業の実施状況
	指標⑥ ○第三者求償の取組状況

(2) 後期高齢者支援金の加算・減算について

後期高齢者支援金の加算・減算については、健康保険組合及び共済組合において引き続き活用される。医療保険者が納付する後期高齢者支援金については、国が「特定健康診査等基本指針」で示す「特定健康診査等の実施及びその成果に係る目標に関する基本的な事項」の実施状況だけでなく、がん検診や事業主との連携などの取り組み状況を勘案して、加算・減算等の調整を行うこととされている。平成 29 年度までの詳細については、「後期高齢者支援金の加算・減算制度の実施について」（平成 25 年 4 月 1 日保発 0401 第 10 号厚生労働省保険局長）に示されている。

<高齢者の医療の確保に関する法律>

第二百十条 前条第一項の概算後期高齢者支援金の額は、次の各号に掲げる保険者の区分に応じ、当該各号に定める額とする。

一 被用者保険等保険者 当該年度における全ての後期高齢者医療広域連合の保険納付対象額の見込額の総額を厚生労働省令で定めるところにより算定した同年度における全ての保険者に係る加入者の見込総数で除して得た額に、厚生労働省令で定めるところにより算定した同年度におけるイに掲げる額をロに掲げる額で除して得た率及び概算後期高齢者支援金調整率を乗じて得た額

イ 当該被用者保険等保険者に係る標準報酬総額の見込額（標準報酬総額の見込額として厚生労働省令で定めるところにより算定される額をいう。ロにおいて同じ。）

ロ 全ての被用者保険等保険者に係る標準報酬総額の見込額の合計額

二 被用者保険等保険者以外の保険者 当該年度における全ての後期高齢者医療広域連合の保険納付対象額の見込額の総額を厚生労働省令で定めるところにより算定した同年度における全ての保険者に係る加入者の見込総数で除して得た額に、厚生労働省令で定めるところにより算定した同年度における当該保険者に係る加入者を見込数を乗じて得た額に、概算後期高齢者支援金調整率を乗じて得た額

2 前項第一号イの標準報酬総額は、次の各号に掲げる保険者の区分に応じ、各年度の当該各号に定める額の合計額の総額を、それぞれ政令で定めるところにより補正して得た額とする。

一 全国健康保険協会及び健康保険組合 被保険者ごとの[健康保険法](#)又は[船員保険法](#)に規定する標準報酬（標準報酬月額及び標準賞与額をいう。）

二 共済組合 組合員ごとの国家公務員共済組合法又は地方公務員等共済組合法に規定する標準報酬の月額及び標準期末手当等の額

三 日本私立学校振興・共済事業団 加入者ごとの[私立学校教職員共済法](#)に規定する標準報酬月額及び標準賞与額

四 国民健康保険組合（被用者保険等保険者であるものに限る。） 組合員ごとの前三号に定める額に相当するものとして厚生労働省令で定める額

3 第一項各号の概算後期高齢者支援金調整率は、第十八条第二項第二号及び第十九条第二項第二号に掲げる事項についての達成状況、保険者に係る加入者を見込数等を勘案し、百分の九十から百分の百十の範囲内で政令で定めるところにより算定する。

(3) システムを活用した実績把握

各保険者ではこれらの評価指標を踏まえ、特定健康診査・特定保健指導の実施状況等の把握とそれに応じた対策を講じていく必要がある。本システムでは、前述の「特定健診・特定保健指導進捗・実績管理表」（図表 1-64）により現時点での実績報告値をベースとした当該年度の実績を出力することができ、特定健診・特定保健指導実施率の到達状況を確認することができる。

例えば、実施年度末において保健指導終了者が一人もおらず（特定保健指導実施率 0%）、保健指導を継続中の者がいる（利用者数欄に数が計上されている）場合、該当者を「特定保健指導利用者リスト」（第 2 章「特定保健指導業務」図表 2-36～37）により特定し（開始年月日のみが表示されている者）、利用状況の確認や保健指導の終了に向けたフォローを行う等が考えられる。

5.2.4 事業分析資料

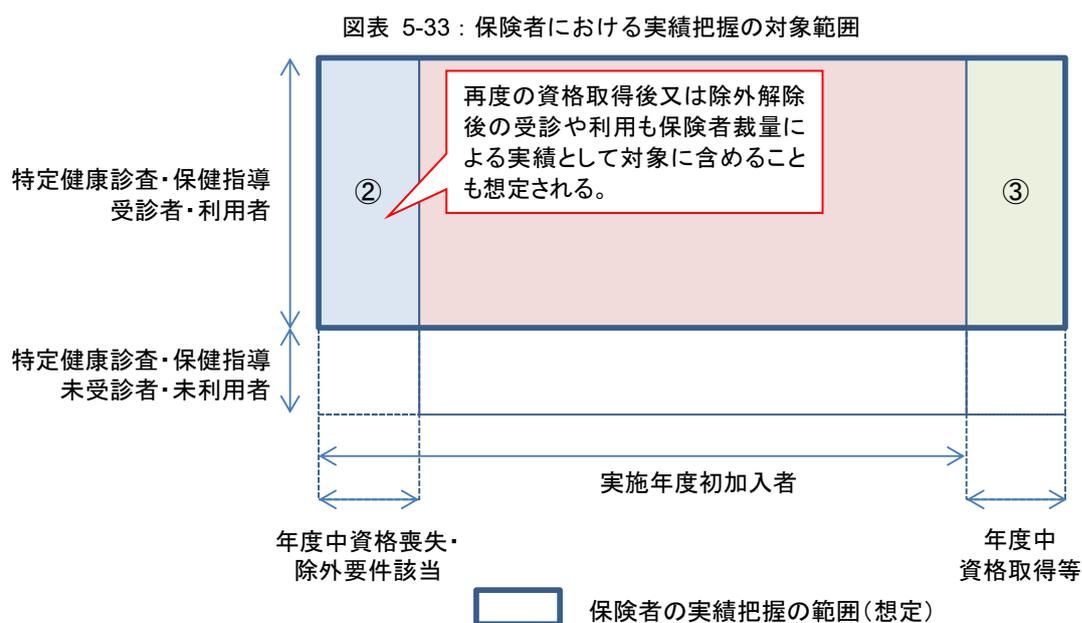
保険者における事業分析資料の作成は、法定の実績報告とは異なり、様式や作成方法が規定されているわけではなく、保険者毎に必要な応じた資料を作成することになる。

本システムでは、全国で統一的な様式で管理される特定健康診査・特定保健指導の結果データに基づき、都道府県又は全国レベルでの分析を行うための帳票を提供しており、他保険者との指標の比較や都道府県毎の実施状況等により保険者の分析・評価に活用できる。

(1) 保険者としての事業実績把握

(A) 事業実績把握の必要性

保険者では議会報告等のために、特定健康診査・特定保健指導の実績の提示を求められる場合がある。しかし、法定の実績報告では、実施年度途中で資格喪失した者や保険者の裁量にて実施した者の実績が含まれていないため、保険者としての事業実績を把握するには、法定の実績報告の対象とはならない者の実績も含めた集計を行うことが想定される。



(B) システムを活用した事業実績把握

本システムでは、保険者の裁量にて実施した者や資格喪失・除外対象となった者を含む特定健康診査・特定保健指導の実績（対象者、実施者、実施率）を法定の実績報告の基準と比較した形で、「特定健診結果総括表」（図表 5-34）、「特定保健指導結果総括表」（図表 5-35～36）として出力することができる。

なお、これらの帳票は、実施年度中に実績データの登録が進むにつれて、数が増えるため、出力の時期等によっては、実際の報告数値と一致しない場合があることに留意する必要がある。

図表 5-34：特定健診結果総括表

特定健診結果総括表
(平成XX年度)

TKAC007

保険者番号	保険者名

Z29/Z29 頁
平成XX年XX月XX日 作成

年齢		年度中異動・除外のない者 (法定報告基準) I			年度中異動・除外が発生した者 II			年度初加入者 I + II			年度中加入者 (保険者任意実施) III			年度中健診実施者 (保険者任意実施) I + II + III		
		総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性	総計	男性	女性
40～44歳	対象者数 (人) (A)															
	受診者数 (人) (B)															
	受診率 (%) (B/A)															
	評価対象者数 (人)															
45～49歳	対象者数 (人) (A)															
	受診者数 (人) (B)															
	受診率 (%) (B/A)															
	評価対象者数 (人)															
50～54歳	対象者数 (人) (A)															
	受診者数 (人) (B)															
	受診率 (%) (B/A)															
	評価対象者数 (人)															
55～59歳	対象者数 (人) (A)															
	受診者数 (人) (B)															
	受診率 (%) (B/A)															
	評価対象者数 (人)															
60～64歳	対象者数 (人) (A)															
	受診者数 (人) (B)															
	受診率 (%) (B/A)															
	評価対象者数 (人)															
65～69歳	対象者数 (人) (A)															
	受診者数 (人) (B)															
	受診率 (%) (B/A)															
	評価対象者数 (人)															
70～74歳	対象者数 (人) (A)															
	受診者数 (人) (B)															
	受診率 (%) (B/A)															
	評価対象者数 (人)															
40～64歳 (再掲)	対象者数 (人) (A)															
	受診者数 (人) (B)															
	受診率 (%) (B/A)															
	評価対象者数 (人)															
65～74歳 (再掲)	対象者数 (人) (A)															
	受診者数 (人) (B)															
	受診率 (%) (B/A)															
	評価対象者数 (人)															
合計	対象者数 (人) (A)															
	受診者数 (人) (B)															
	受診率 (%) (B/A)															
	評価対象者数 (人)															

法定の実績報告基準による集計

保険者の裁量による実施実績を含む集計

図表 5-35 : 特定保健指導結果総括表（動機付け支援）

特定保健指導結果総括表
(平成XX年度)

保険者番号		保険者名		ZZ9/ZZ9 頁 平成XX年XX月XX日 作成																	
動機付け支援		年度中異動・除外のない者 (法定報告基準) I				年度中異動・除外が発生した者 II				年度初加入者 I + II				年度中加入者 (保険者任意実施) III				年度中保健指導実施者 (保険者実施実績) I + II + III			
		男性		女性		男性		女性		男性		女性		男性		女性		男性		女性	
		対象者	終了者	対象者	終了者	対象者	終了者	対象者	終了者	対象者	終了者	対象者	終了者	対象者	終了者	対象者	終了者	対象者	終了者	対象者	終了者
40~44歳	人数(人)																				
	終了率(%)																				
45~49歳	人数(人)																				
	終了率(%)																				
50~54歳	人数(人)																				
	終了率(%)																				
55~59歳	人数(人)																				
	終了率(%)																				
60~64歳	人数(人)																				
	終了率(%)																				
65~69歳	人数(人)																				
	終了率(%)																				
70~74歳	人数(人)																				
	終了率(%)																				
合計	人数(人)																				
	終了率(%)																				

図表 5-36 : 特定保健指導結果総括表（積極的支援）

特定保健指導結果総括表
(平成XX年度)

保険者番号		保険者名		ZZ9/ZZ9 頁 平成XX年XX月XX日 作成																	
積極的支援レベル		年度中異動・除外のない者 (法定報告基準) I				年度中異動・除外が発生した者 II				年度初加入者 I + II				年度中加入者 (保険者任意実施) III				年度中保健指導実施者 (保険者実施実績) I + II + III			
		男性		女性		男性		女性		男性		女性		男性		女性		男性		女性	
		対象者	終了者	対象者	終了者	対象者	終了者	対象者	終了者	対象者	終了者	対象者	終了者	対象者	終了者	対象者	終了者	対象者	終了者	対象者	終了者
40歳	人数(人)																				
	内 積極的支援(人)																				
	内 動機付け支援相当(人)																				
	内 モデル実施(人)																				
	終了率(%)																				
45歳	人数(人)																				
	内 積極的支援(人)																				
	内 動機付け支援相当(人)																				
	内 モデル実施(人)																				
	終了率(%)																				
50歳	人数(人)																				
	内 積極的支援(人)																				
	内 動機付け支援相当(人)																				
	内 モデル実施(人)																				
	終了率(%)																				
55歳	人数(人)																				
	内 積極的支援(人)																				
	内 動機付け支援相当(人)																				
	内 モデル実施(人)																				
	終了率(%)																				
60歳	人数(人)																				
	内 積極的支援(人)																				
	内 動機付け支援相当(人)																				
	内 モデル実施(人)																				
	終了率(%)																				
65歳	人数(人)																				
	内 積極的支援(人)																				
	内 動機付け支援相当(人)																				
	内 モデル実施(人)																				
	終了率(%)																				
合計	人数(人)																				
	内 積極的支援(人)																				
	内 動機付け支援相当(人)																				
	内 モデル実施(人)																				
	終了率(%)																				

(2) 事業企画のための課題把握

(A) 課題把握の意義

特定健康診査・特定保健指導を効果的に実施するには、予め対象者の特性を把握することが重要であり、地域や集団の実施状況を把握し実施率を向上する対策を立てることや、健康状況、生活習慣の特性を捉え課題を明確にして事業の重点施策を設定すること等が求められる。また、特定健康診査等の実施計画を策定する際には、健診データだけではなくレセプトデータや介護保険データ等から地域の健康課題を明確化し、特に重点を置くべき対象者を設定することが有効である。

さらに、データの蓄積が進んだ段階では、特定の疾患について、健診結果から捉えられる健康上のリスク要因や、生活習慣にさかのぼって把握することが可能となる。こうして得られた知見は、現状の課題分析との組み合わせにより、焦点を定めた効果的な健診や保健指導につなげることができる。

(B) 課題把握のための情報

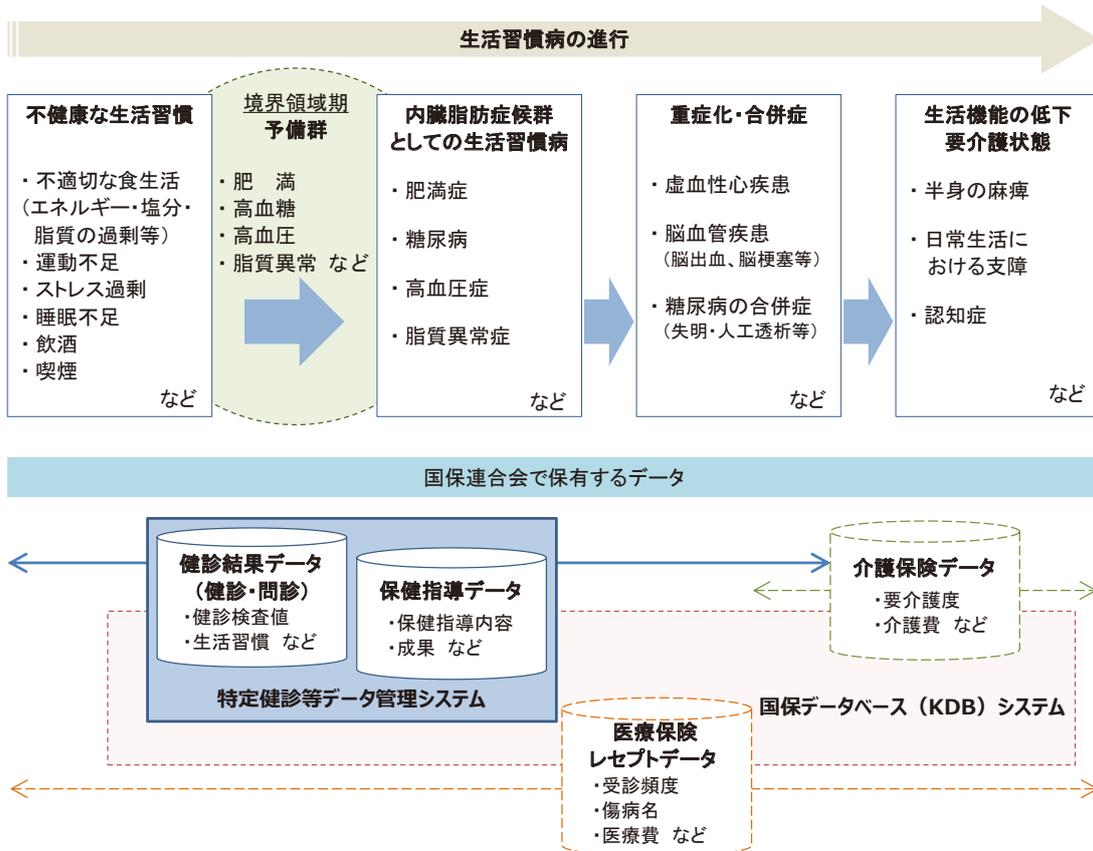
国保連合会では保険者からの委託を受けて、特定健康診査・特定保健指導の結果データやレセプトデータ、介護保険データ等を保有しており、被保険者の健康課題の把握に活用することができる（図表 5-37）。

平成 25 年 10 月より国保中央会が提供している国保データベース（KDB）システムでは、これらのデータを突合せたデータを用いて統計情報や被保険者個人の情報を保険者・同規模保険者・全国と比較して見ることができる。さらに、画面帳票のデータは CSV ファイルへの出力も行えるため、グラフへの加工等がより行いやすくなっている。具体的な KDB システムの活用については、別途 KDB システムの業務運用マニュアルや、端末操作マニュアル、活用マニュアルを参照すること。

また、厚生労働省が公表している NDB のオープンデータでは、国保以外の保険者を含めた全国及び都道府県別の特定健診・特定保健指導のデータやレセプト（医科・歯科・処方薬）のデータが取得できる。

特定健診等データ管理システムから取得できるデータの他にこれらのデータを組み合わせることで、より広い視野で課題把握を行うことができる。

図表 5-37：国保連合会で保有する健康課題の把握に資する主なデータ



(C) 分析指標

国保連合会が保有する健診データやレセプトデータを活用して地域や集団の課題を捉える際には、以下のような分析指標を活用することが想定される。

図表 5-38：地域・集団の特徴・課題把握のための指標 (例)

データ	指標の例
健診結果データ	検査項目別の要医療／要保健指導の比率 内臓脂肪症候群の該当者／予備群の割合 特定健診受診率
健診結果 (質問票) データ	運動習慣の区分別の割合 食習慣の区分別の割合
保健指導結果データ	特定保健指導利用率・終了率 途中脱落者の割合
レセプトデータ	疾病別受診率 疾病別一人あたり医療費等

上記のような指標について、全国・都道府県平均や近接の地域特性に近い保険者との比較、保険者内の地域間比較等を行うことにより、その地域や集団が持つ課題を明らかにすることができる。また、年齢階層別や性別に細分化してこのような比較を行うことにより、課題のある集団をさらに特定することが可能となる。

分析データがある程度蓄積されている場合には、把握している課題について状況の改善又は悪化の具合や、その変化のスピードを経年的に捉えることにより、対応の優先度を判断する際の参考とすることができる。

(D) 活用可能な帳票

本システムから出力される帳票を用いて、健診結果・問診結果に基づく分析を行うことができる。前述の「特定健診・特定保健指導実施結果報告」(図表 5-24)では、年齢階層別、性別に特定健康診査・特定保健指導の受診・利用(終了)の状況や、内臓脂肪症候群の該当者・予備群の割合について、前年度の実績と比較して分析を行うことができる。また、「特定健診・特定保健指導実施結果集計表(県集計)」(図表 5-40~42)では、同内容について、都道府県内の他保険者との比較を行うことができる。

この他、健診結果、問診結果、階層化判定結果に係る分析帳票として出力される「質問票項目別集計表」(図表 5-44)、「内臓脂肪症候群判定結果表」(図表 5-45)、「階層化判定結果表」(図表 5-46)、「特定健診リスクパターン別集計表」(図表 5-47)を活用することができる。

図表 5-43：特定健診・特定保健指導実施結果総括表

TKCA002

特定健診・特定保健指導実施結果総括表
(平成XX年度)

229/229 頁
平成XX年XX月XX日 作成

保険者番号		保険者名									
総計・男性・女性											
No	項目	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	40～64歳	65～74歳	計
1	全体的事項	特定健康診査対象者数 (人)									
2		特定健康診査受診者数 (人)									
3		健診受診率 (%)									
4		評価対象者数 (人)									
5	内臓脂肪症候群に関する事項	内臓脂肪症候群該当者数 (人)									
6		内臓脂肪症候群該当者割合 (%)									
7		内臓脂肪症候群予備群者数 (人)									
8		内臓脂肪症候群予備群者割合 (%)									
9	服薬中の者に関する事項	高血圧症の治療に係る薬剤を服用している者の数 (人)									
10		高血圧症の治療に係る薬剤を服用している者の割合 (%)									
11		脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者の数 (人)									
12		脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者の割合 (%)									
13	内臓脂肪症候群該当者の減少率に関する事項	糖尿病の治療に係る薬剤を服用している者の数 (人)									
14		糖尿病の治療に係る薬剤を服用している者の割合 (%)									
15		昨年度の内臓脂肪症候群該当者の数 (人)									
16		15のうち、今年度の内臓脂肪症候群予備群の数 (人)									
17	内臓脂肪症候群予備群の減少率に関する事項	15のうち、今年度の内臓脂肪症候群予備群の割合 (%)									
18		15のうち、今年度の内臓脂肪症候群該当者・予備群ではなくなった者の数 (人)									
19		15のうち、今年度の内臓脂肪症候群該当者・予備群ではなくなった者の割合 (%)									
20		内臓脂肪症候群該当者の減少率 (%)									
21	保健指導対象者の減少率に関する事項	昨年度の内臓脂肪症候群予備群の数 (人)									
22		21のうち、今年度の内臓脂肪症候群該当者・予備群ではなくなった者の数 (人)									
23		21のうち、今年度の内臓脂肪症候群該当者・予備群ではなくなった者の割合 (%)									
24		昨年度の特定保健指導の対象者数 (人)									
25	特定保健指導の対象者の減少率に関する事項	24のうち、今年度は特定保健指導の対象ではなくなった者の数 (人)									
26		特定保健指導対象者の減少率 (%)									
27		昨年度の特定保健指導の利用者数 (人)									
28		27のうち、今年度は特定保健指導の対象ではなくなった者の数 (人)									
29	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 (%)										
30	特定保健指導に関する事項	特定保健指導 (積極的支援) の対象者数 (人)									
31		特定保健指導 (積極的支援) の対象者の割合 (%)									
32		服薬中のため特定保健指導 (積極的支援) の対象者から除外した者の数 (人)									
33		特定保健指導 (積極的支援) の利用者数 (人)									
34		特定保健指導 (積極的支援) の利用者の割合 (%)									
35		特定保健指導 (積極的支援) の終了者数 (人)									
36		特定保健指導 (積極的支援) の終了者の割合 (%)									
37		特定保健指導 (動機付け支援) の対象者数 (人)									
38		特定保健指導 (動機付け支援) の対象者の割合 (%)									
39		服薬中のため特定保健指導 (動機付け支援) の対象者から除外した者の数 (人)									
40		特定保健指導 (動機付け支援) の利用者数 (人)									
41		特定保健指導 (動機付け支援) の利用者の割合 (%)									
42	特定保健指導 (動機付け支援) の終了者数 (人)										
43	特定保健指導 (動機付け支援) の終了者の割合 (%)										
44	特定保健指導の対象者数 (小計) (人)										
45	特定保健指導の終了者数 (小計) (人)										
46	特定保健指導の終了者 (小計) の割合 (%)										

※法定報告XML作成時点における実績値を表示

図表 5-44 : 質問票項目別集計表

TKAC024

質問票項目別集計表
(平成XX年度)

保険者番号	保険者名

ZZ9/ZZ9 頁
平成XX年XX月XX日 作成

項目	該当者		県合計		
	人数 (人)	該当率 (%)	人数 (人)	該当率 (%)	
服薬状況	現在、高血圧症の治療に係る薬剤を服用している				
	現在、糖尿病の治療に係る薬剤を服用している				
	現在、脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している				
既往歴	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがある				
	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがある				
	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けている				
医師から、貧血といわれたことがある					
生活習慣	現在、たばこを習慣的に吸っている				
	20歳の時の体重から10kg以上増加した				
	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施				
	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施				
	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い				
	食事をかんで食べる時の状態	何でもかんで食べることができる			
		歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある			
		ほとんどかめない			
	人と比較して食べる速度が速い	速い			
		普通			
		遅い			
	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある				
	朝食や夕食の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取している	毎日			
		時々			
		ほとんど摂取しない			
朝食を抜くことが週に3回以上ある					
お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度	毎日				
	時々				
	ほとんど飲まない（飲めない）				
飲酒日の1日当たりの飲酒量	1合未満				
	1～2合未満				
	2～3合未満				
	3合以上				
睡眠で休養が十分とれている					
改善意欲	改善するつもりはない				
	改善するつもりである	近いうちに改善するつもりであり、少しずつ始めている			
		既に改善に取り組んでいる（6か月未満）			
	既に改善に取り組んでいる（6か月以上）				
生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば利用する					

※法定報告XML作成時点における実績値を表示
※該当率は健診受診者（評価対象者）に対する該当割合

図表 5-45：内臓脂肪症候群判定結果表

TEAC006

内臓脂肪症候群判定結果表
(平成XX年度)

保険者番号	保険者名
-------	------

Z29/Z29 頁
平成XX年XX月XX日 作成

年齢	健診受診者 (評価対象者) 数(A)	該当者			予備群			非該当			判定不能		
		人数(人) B	該当率 (%) B/A	該当率 (割合) (%)									
40～44歳													
45～49歳													
50～54歳													
55～59歳													
60～64歳													
65～69歳													
70～74歳													
40～64歳 (再掲)													
65～74歳 (再掲)													
合計													

年齢	健診受診者 (評価対象者) 数(A)	該当者			予備群			非該当			判定不能		
		人数(人) B	該当率 (%) B/A	該当率 (割合) (%)									
40～44歳													
45～49歳													
50～54歳													
55～59歳													
60～64歳													
65～69歳													
70～74歳													
40～64歳 (再掲)													
65～74歳 (再掲)													
合計													

年齢	健診受診者 (評価対象者) 数(A)	該当者			予備群			非該当			判定不能		
		人数(人) B	該当率 (%) B/A	該当率 (割合) (%)									
40～44歳													
45～49歳													
50～54歳													
55～59歳													
60～64歳													
65～69歳													
70～74歳													
40～64歳 (再掲)													
65～74歳 (再掲)													
合計													

※法定報告V&V作成時点における実績値を表示

図表 5-46：階層化判定結果表

TEAC005

階層化判定結果表
(平成XX年度)

保険者番号	保険者名
-------	------

Z29/Z29 頁
平成XX年XX月XX日 作成

年齢	健診受診者 (評価対象者) 数(A)	動機付け支援			積極的支援			情報提供			うち、服薬中の者		
		人数(人) B	該当率 (%) B/A	該当率 (割合) (%)									
40～44歳													
45～49歳													
50～54歳													
55～59歳													
60～64歳													
65～69歳													
70～74歳													
40～64歳 (再掲)													
65～74歳 (再掲)													
合計													

年齢	健診受診者 (評価対象者) 数(A)	動機付け支援			積極的支援			情報提供			うち、服薬中の者		
		人数(人) B	該当率 (%) B/A	該当率 (割合) (%)									
40～44歳													
45～49歳													
50～54歳													
55～59歳													
60～64歳													
65～69歳													
70～74歳													
40～64歳 (再掲)													
65～74歳 (再掲)													
合計													

年齢	健診受診者 (評価対象者) 数(A)	動機付け支援			積極的支援			情報提供			うち、服薬中の者		
		人数(人) B	該当率 (%) B/A	該当率 (割合) (%)									
40～44歳													
45～49歳													
50～54歳													
55～59歳													
60～64歳													
65～69歳													
70～74歳													
40～64歳 (再掲)													
65～74歳 (再掲)													
合計													

※法定報告V&V作成時点における実績値を表示

図表 5-47 : 特定健診リスクパターン別集計表

TKAC003

特定健診リスクパターン別集計表
(平成XX年度)

保険者番号		保険者名									
総計・男性・女性						ZZ9/ZZ9 頁 平成XX年XX月XX日 作成					
リスクパターン						リスクパターンごとの詳細情報			合計		
レベル	腹囲等 ※1	血糖	脂質	血圧	喫煙	人数(人)	構成比率(%)	構成比率(累全体)(%)	人数(人)	構成比率(%)	構成比率(累全体)(%)
情報提供 ※2					○						
		○									
			○								
					○						
		○	○								
		○			○						
		○				○					
			○	○		○					
		○	○			○					
		○	○			○					
		○	○			○					
		○	○			○					
		○	○			○					
		○	○			○					
服薬中のため情報提供											
動機付け支援	○	○	○								
	○	○			○						
	○	○			○						
	○		○	○							
	○		○		○						
	○	○									
	○		○		○						
(積極的・動機付け支援) (65歳～) ※3	○	○			○						
	○		○		○						
	○				○	○					
	○	○	○								
	○	○			○						
	○	○	○	○							
	○	○			○						
	○	○	○	○	○						
	○	○	○	○	○						
積極的支援	○	○			○						
	○		○		○						
	○				○	○					
	○	○	○								
	○	○			○						
	○		○	○							
	○	○	○	○							
	○	○			○						
	○		○	○	○						
	○	○	○	○	○						
健診受診者(評価対象者)数 ※4											

※1 内臓脂肪蓄積のリスク判定項目(腹囲・BMI・内臓脂肪面積)
 ※2 特定保健指導対象者を除く情報提供
 ※3 65歳以上のため、積極的支援から動機付け支援の対象となった者
 ※4 法定報告XML作成時点における実績値を表示

(E) 蓄積データの活用による保険者における独自の分析

ア) 地域別の詳細な分析

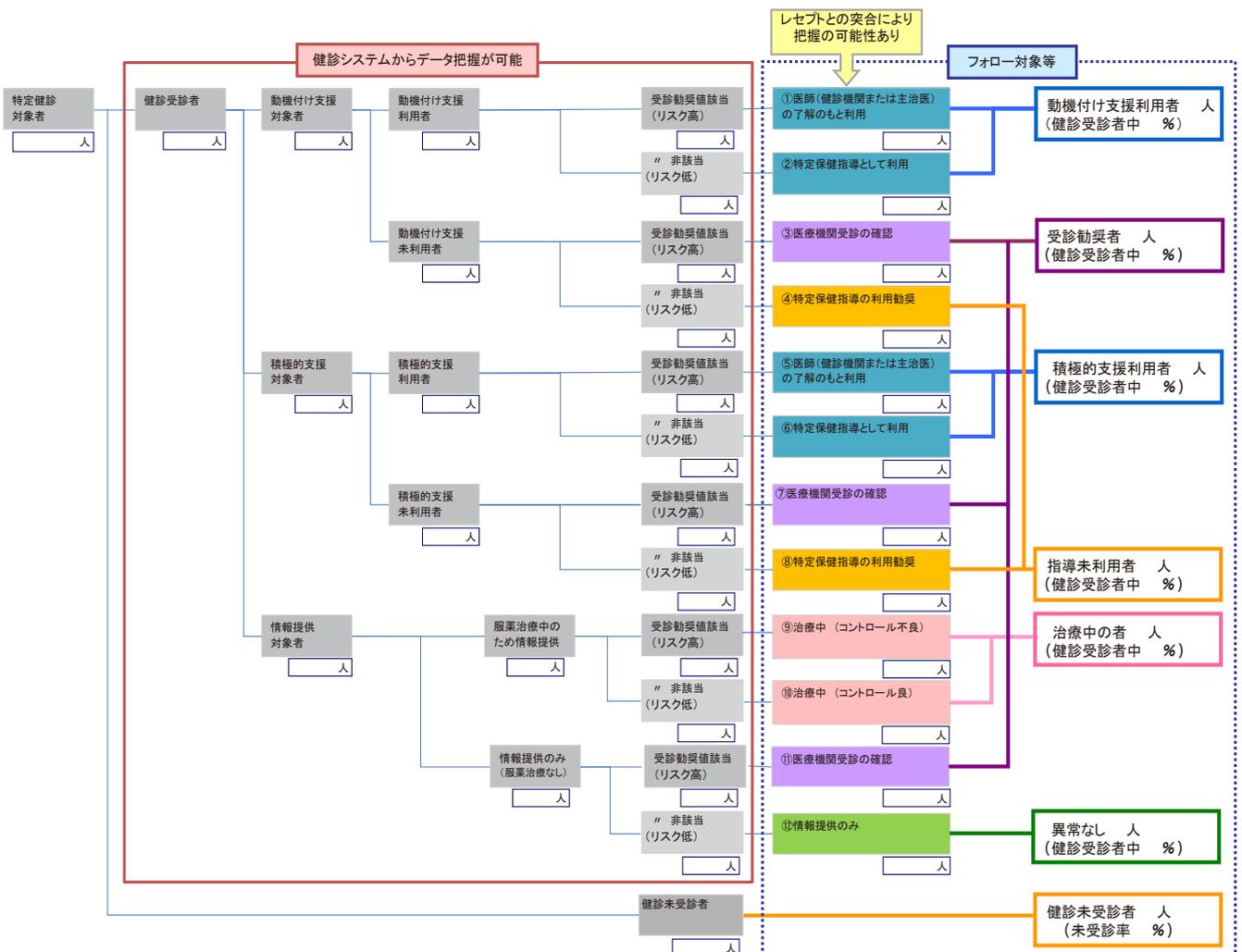
保険者内で地域により人口、就業、生活習慣等に違いがある場合は、地域別に課題の分析を行うことが有効である。

本システムから出力される帳票は、保険者（政令指定都市の場合は行政区）が集計単位となっているため、地域別の集計を行う場合は、個別の健診結果等を CSV ファイルで出力し、被保険者マスタ上に設定されている地区コードをキーとして（コードを保険者にて設定している場合のみ）独自に集計をする必要がある。

イ) 特定健診対象者の全体像の把握

個別の健診結果等を CSV ファイルに出力し、健診受診状況、階層化結果、服薬状況、医療受診勧奨対象の該当有無等について集約することによって、特定健康診査の対象者の全体像を捉え、事業計画策定等の基礎資料として活用することができる。なお、健診結果等のデータに加えて、レセプトデータから服薬や医療の受療状況を付加して分類することで、さらに細やかな分析を行うことが可能となる（図表 5-48 参照）。

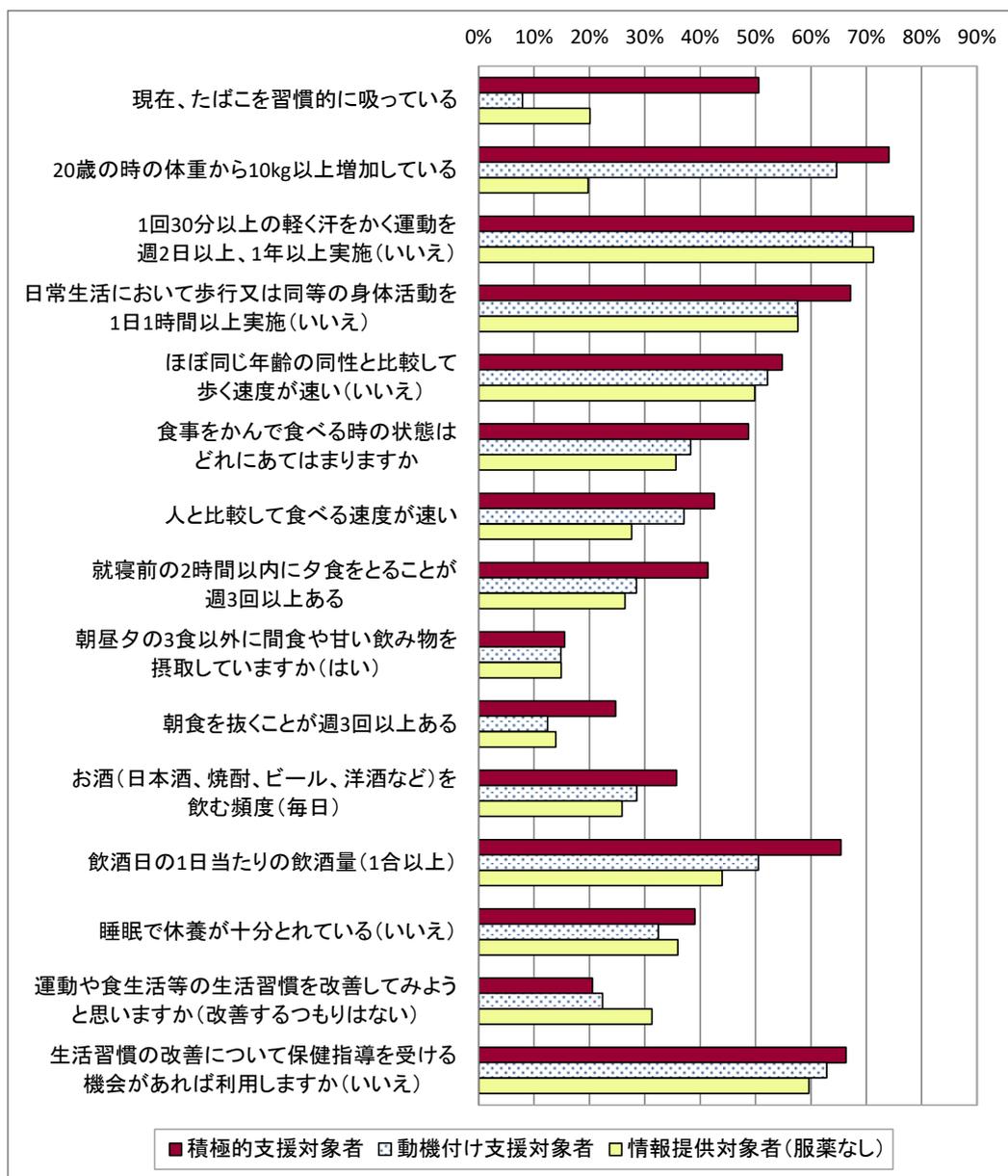
図表 5-48：健診対象者の全体像把握のイメージ（例）



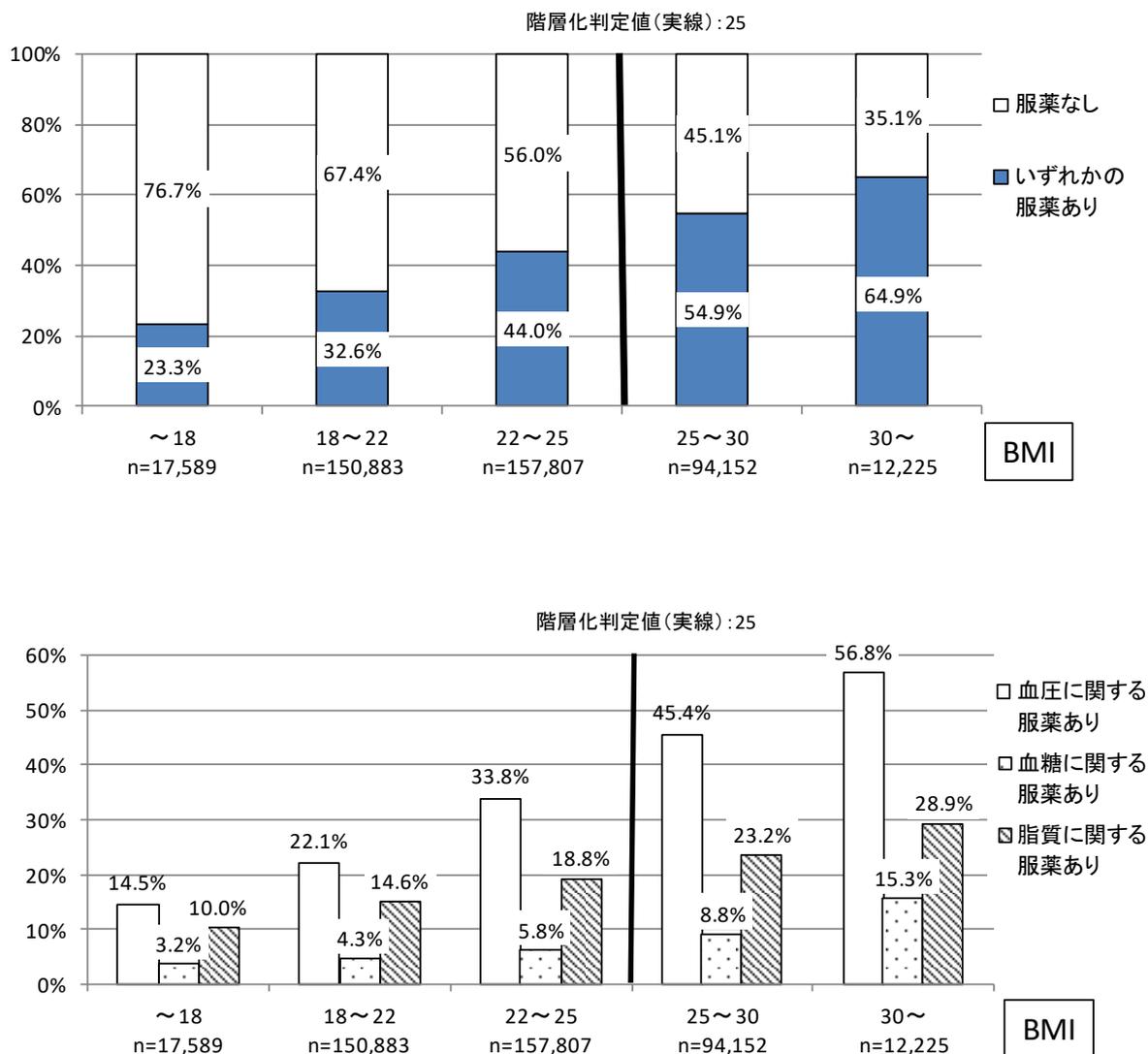
ウ) 健診結果の組合せ分析

健診結果について関連するデータを組合せて集計することにより、生活習慣や服薬と健診結果の関係などを捉えることができる。例として健診受診者の階層化結果別の生活習慣の関係や（図表 5-49）BMI の階層別の服薬状況の違い（服薬者の率、薬の種類別の服薬者の率）（図表 5-50）を捉えたグラフを例として示す。

図表 5-49：健診受診者の階層化結果別の生活習慣（分析例）



図表 5-50 : 健診受診者 BMI 階層別の服薬者の割合及び服薬の状況 (分析例)



こうした資料は、年齢階層別の健康状況を捉えることができる他、生活習慣等の改善に向けた意識付けのための資料としても有効と考えられる。

(3) 実施状況モニタリング

(A) 実施状況モニタリングの意義

保険者は特定健康診査等実施計画で掲げた目標について、進捗状況を確認（モニタリング）し、状況に応じた適切な対策を講じる必要がある。実施状況のモニタリングには、年度中の実施件数の確認による進捗管理と保健指導による生活習慣の改善や健診結果の検査値の変化の確認等が考えられる。

(B) システムを活用した実施状況モニタリング

ア) 進行管理

本システムから出力される「特定健診・特定保健指導進捗・実績管理表」により、特定健康診査等の実施状況を毎月確認することができる。

イ) 生活習慣の改善や健診結果の指標等の変化のモニタリング

本システムを活用して生活習慣や健診結果の指標等の変化を捉えるには、「健診・保健指導実施結果報告」（図表 5-24）の年度別データを活用する方法や、前述の帳票（図表 5-44～47）を活用して、経年比較を行う方法が考えられる。

(4) 事業評価

(A) 事業評価の視点

特定健康診査・特定保健指導を通じて得られたデータを基に、次年度以降の課題や問題点を抽出し、事業改善に努めなければならない。事業評価の視点としては、以下のようなものが考えられる。

図表 5-51：事業評価の視点

評価方法	概要
ストラクチャー評価（事業構成・実施体制）	事業の実施体制、設備・運用資源、運用方法等の効率性や有効性に関する評価
プロセス評価（実施過程）	特定健診・保健指導の業務プロセスが的確に行われているかに関する評価
アウトプット評価（事業実施量）	事業の実施件数の目標と実績の比較
アウトカム評価（成果）	健康状態の改善や医療費の適正化を捉えるアウトカム指標から事業の効果を評価

ウ) アウトカム評価

a) アウトカム評価の概要

アウトカム評価は、医療費の適正化や健康状態の改善の状況等から事業の効果を評価するものである。特定保健指導の実施前後の地域・集団の指標の変化によって事業の効果を捉える方法や保健指導の内容、実施方法等によって個別に指標を集計し、比較することで効果を捉える方法がある（図表 5-56）。

図表 5-56：アウトカム評価（例）

区分	内容	備考
地域・集団別の分析	内臓脂肪症候群の該当者の割合を保健指導の実施後の年度間で比較することにより、保健事業の実施効果を捉える。	比較的容易に分析が可能である反面、保健指導の利用状況が異なる集団の平均となること等により、効果をもたらした要因との関係が明確に捉えられない。
個人別の分析	保健指導の利用者と未利用者別に翌年度以降の内臓脂肪症候群の該当割合や検査値の変化を比較する。	保健指導の実施方法等による効果を捉えられるが、個別のデータの突合が必要となり、分析に手間がかかる。

b) アウトカム指標

特定健康診査・特定保健指導のアウトカム評価において用いる指標としては、以下のようなものが想定される。

図表 5-57：アウトカム評価の指標（例）

データ	指標の例	
	集団の指標	個別の指標
レセプト	<ul style="list-style-type: none"> ・ 受診率 ・ 一人あたり医療費等 ・ 平均併発傷病数 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 受診日数 ・ 医療費 ・ 傷病数
健診結果データ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健診項目別要医療・要指導者の割合 ・ 内臓脂肪症候群の該当・予備群の割合 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健診項目別医療・保健指導の要否 ・ 内臓脂肪症候群の該当・予備群の区分 ・ 内臓脂肪症候群リスク要因数
健診結果（質問票）データ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 運動不足の人の割合 ・ 飲酒頻度別の割合 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 運動量 ・ 飲酒頻度

c) アウトカム評価のための帳票

本システムから出力される帳票のうち、アウトカム評価に活用できるものとして以下のようなものがある。

図表 5-58 : アウトカム評価のための帳票

帳票名	活用方法	処理※
特定健診・特定保健指導実施結果報告	アウトカム指標に該当する項目について、年度比較を行う	バッチ
質問票項目別集計表	複数年度分の比較により全体・集団別の変化を捉える	
内臓脂肪症候群判定結果表	同上	
階層化判定結果表	同上	
特定健診リスクパターン別集計表	同上	
階層化レベル前年度・当年度比較表	個人別に階層化のレベル間の移行状況を捉える	

※ 帳票作成の実施時期を登録することにより夜間処理で作成され、翌日取得できる。

図表 5-59 : 階層化レベル前年度・当年度比較表

TKBD006

階層化レベル前年度・当年度比較表
(平成N+1年度)

保険者番号	保険者名

ZZ9 / ZZ9 頁
平成XX年XX月XX日 作成

(人)

平成N年度	階層化レベル	平成N+1年度						判定不能
		階層化レベル			対象外		情報提供	
		動機付け支援	積極的支援	内服薬中	異動等	除外		
動機付け支援								
積極的支援								
情報提供								
内服薬中								

d) 結果データを活用したアウトカム評価

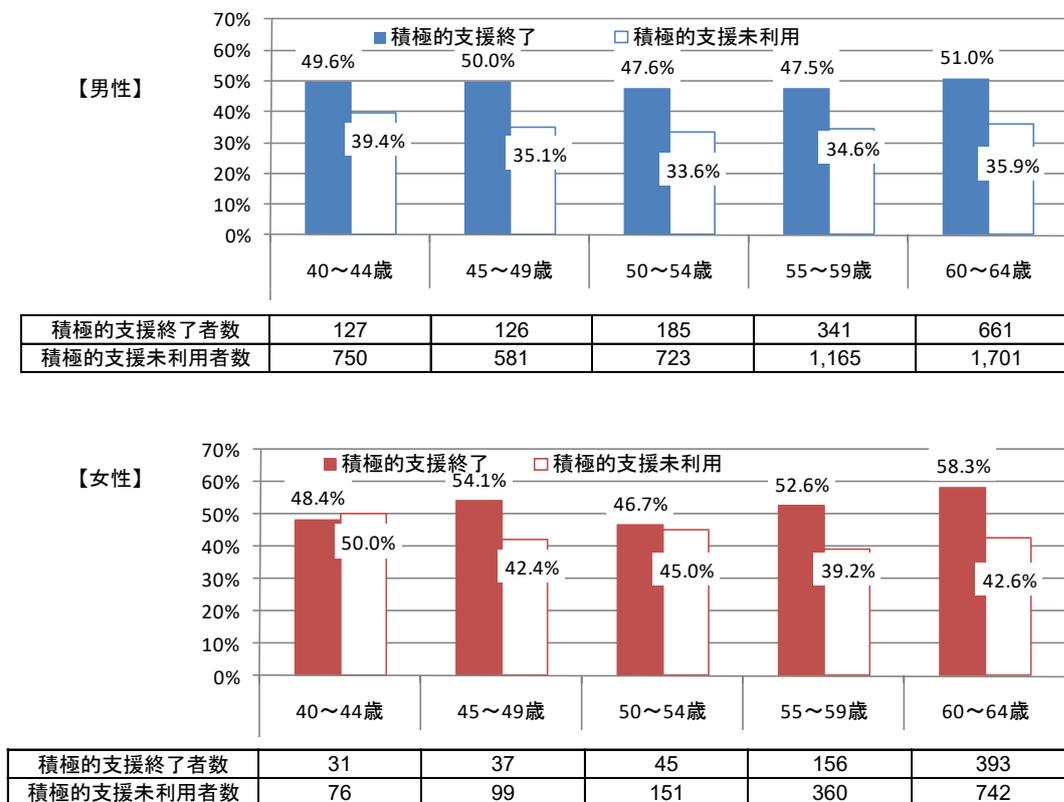
本システムから出力される帳票を活用した評価の他に、健診結果情報を CSV ファイルで出力し、図表 5-60 のような視点で、保険者で独自のアウトカム評価を行うことができる。

図表 5-60：保険者独自のアウトカム評価（例）

目的	分析方法
特定保健指導の効果の評価	保健指導の対象者の健診結果を、保健指導を終了した場合と利用しなかった場合、中断した場合等によって分類し、検査値の改善率・悪化率、内臓脂肪症候群の該当割合等について比較する。
保健指導機関別の効果の評価 ¹	保健指導を実施した機関別に検査値の改善率・悪化率、内臓脂肪症候群の該当割合等について比較する。
保健指導実施方法別の効果の評価	継続支援の介入方法別に検査値の改善率・悪化率、内臓脂肪症候群の該当割合について比較する。

図表 5-61 は性別・年齢階層別に積極的支援の該当者について、保健指導終了者と未利用者の2年間の内臓脂肪症候群レベルの改善率²を比較したものである。この例では、積極的支援の全体的な効果だけでなく、性別や年齢による効果の違いを捉えることができる。

図表 5-61：積極的支援のアウトカム評価（例）



¹ 保健指導実施機関の評価としては、アウトカム評価の他にアウトプット評価として本システムの帳票を活用して保健指導の途中脱落の発生率等を評価することができる。

² 内臓脂肪症候群該当から予備群又は非該当への変化、予備群から非該当への変化を改善率として算出。

5.2.5 個別データの分析と活用

(1) 個人別健康管理資料の作成

本システムでは、「被保険者記録照会」画面を通じて、個別の特定健康診査の結果や特定保健指導の実施状況を過去 5 年分表示することができる。また、特定健康診査受診結果通知表（図表 1-77、78）では、最新の年度を含め 3 年分の結果が表示される。

経年的な情報は保健指導を行う上での参考資料となる他、個人への健康管理の意識付けのための補助的な資料としても有効であり、本システムで蓄積されたデータを加工して、個人毎の健康管理のための基礎資料として提供したり、レセプトデータと健診結果を組合せて提供したりすることが想定される（図表 5-62）。

図表 5-62：個人別の健康管理資料のイメージの例示

被保険者番号		氏名		年齢	性別		
特定健康診査	身体測定	身長	基準値	H00年	H00年	H00年	
		体重					
		腹囲					
		内臓脂肪面積					
	血圧	BMI					
		収縮期血圧					
	血中脂質	内臓脂肪					
		HDL-コレステロール					
		LDL-コレステロール					
	肝機能	GOT					
		GPT					
		γ-GTP					
	血糖	空腹時血糖					
		HbA1c					
	尿	糖					
		蛋白					
	問診	喫煙	喫煙の有無				
		運動	週 2 回以上の 30 分以上の運動				
食生活		食べる速度					
服薬の有無		血圧					
		血糖					
	コレステロール						
特定保健指導	階層化レベル						
	利用状況*1						
	支援形態						
	ポイント数						
レセプト*2	年間医療費						
	内臓脂肪症候群関連医療費						

*1 終了／未利用／中断等の区分

*2 レセプトデータが利用可能な場合に集計を付加することが想定される項目

(2) 個別データの取得方法

個別の健診結果等を用いて保険者で独自に分析を行う場合、本システムから出力される以下の CSV ファイルが活用できる¹。

図表 5-63：特定健診結果等データ CSV ファイルの概要と取得方法

ファイル名	備考	抽出条件指定画面	処理※
特定健診結果等情報作成抽出（特定健診情報）ファイル	健診結果 検査単位に1レコード	特定健診結果等抽出条件登録	バッチ
特定健診結果等情報作成抽出（特定保健指導情報）ファイル	保健指導結果 請求単位に1レコード	特定健診結果等抽出条件登録	バッチ
特定健診受診者 CSV ファイル	階層化判定結果表示	特定健診受診者抽出条件登録画面	オンライン

※バッチ処理にて出力するファイルについては、ファイル抽出作成の実施時期を登録することにより夜間処理が行われ、処理後取得ができる。

5.2.6 広域のデータの活用

(1) 都道府県単位のデータ活用

(A) 都道府県内保険者のデータ集計

本システムから出力される「特定健診・特定保健指導実施結果集計表（県集計）」（図表 5-40～42）では、保険者の各種の実績値や指標値について、都道府県内の保険者のデータの一覧と都道府県全体の集計値を表示することができる。

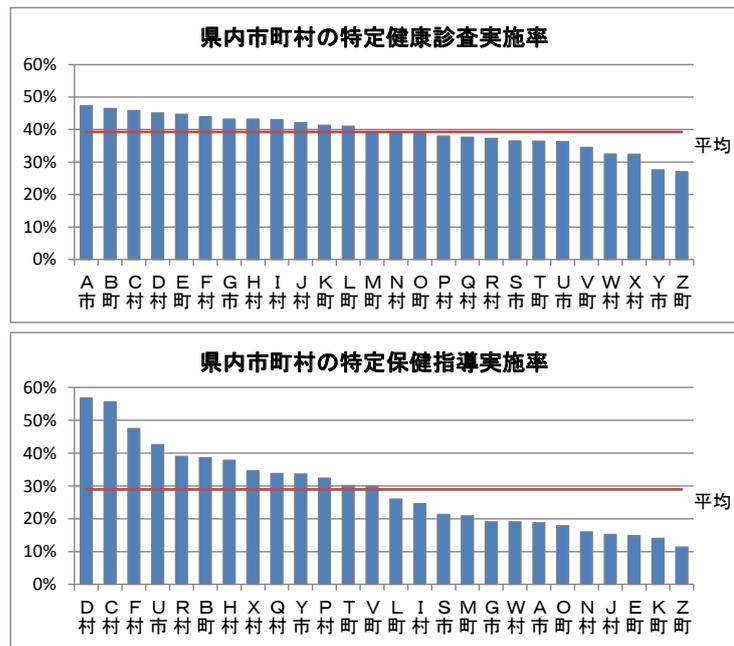
こうした集計は、各保険者が近隣の保険者との比較から課題を発見することや、都道府県における地域差の把握に基づく保険者支援策・都道府県域調整などを行う上での基礎資料とすることができる。ただし、「特定健診・特定保健指導実施結果集計表（県集計）」は国への実績報告値をベースとして作成されるため、報告以降でないとは取得できない。

また、保険者別に出力される帳票は CSV ファイルとして出力することができることから、帳票データを再集計することにより、保険者ごとの各種指標の比較や、県全体の集計を目的に応じて行うことも可能である。

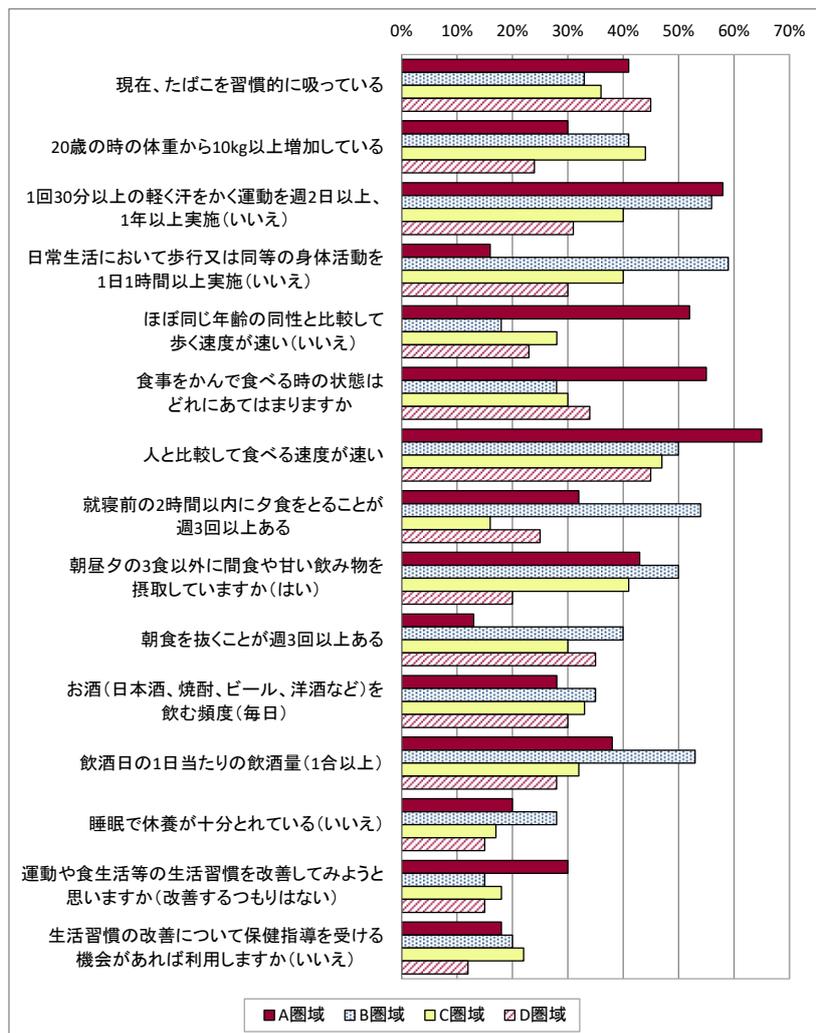
保険者別に出力される帳票を基にした保険者間比較の例として、特定健康診査と特定保健指導実施率を降順にしたグラフを図表 5-64 に示す。また、保険者を二次医療圏ごとに分類し問診の結果を比較した例を図表 5-65 に示す。

¹ CSV ファイルのデータ項目の詳細については、本システムの「インターフェース仕様書」に掲載されている。-

図表 5-64：県内市町村の特定健康診査・特定保健指導実施率（例）



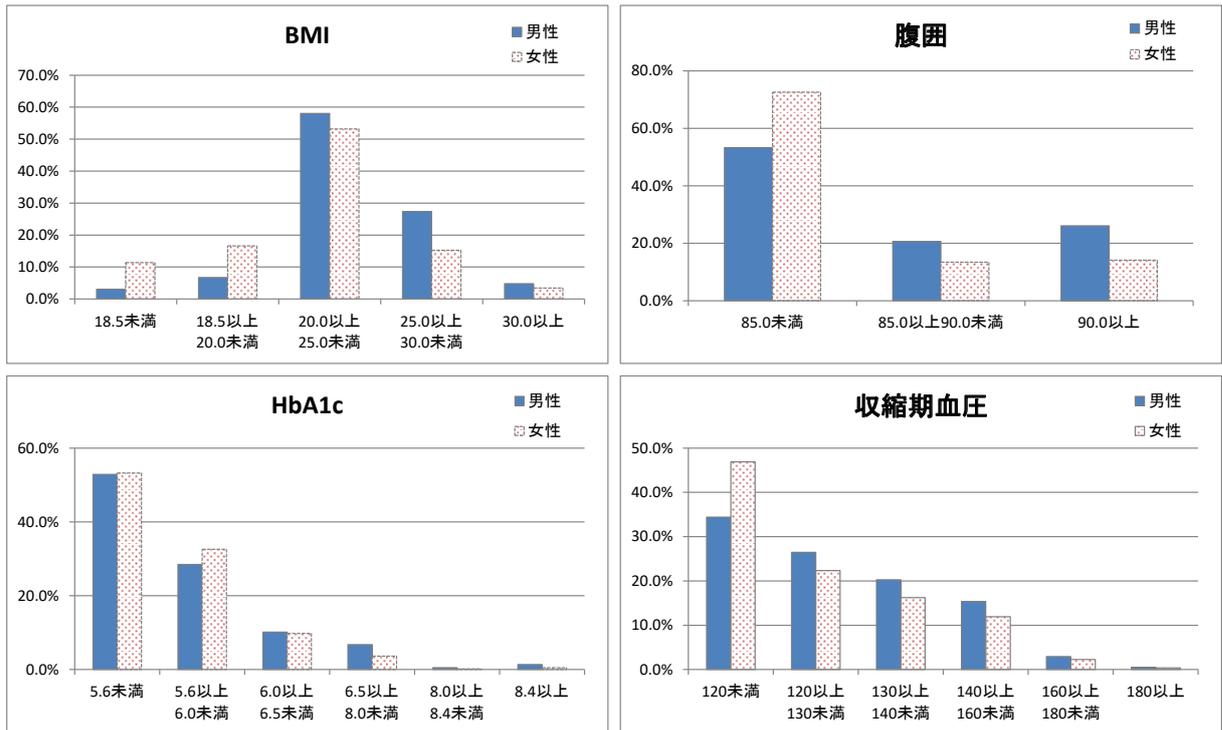
図表 5-65：県内二次医療圏の問診結果の比較（例）



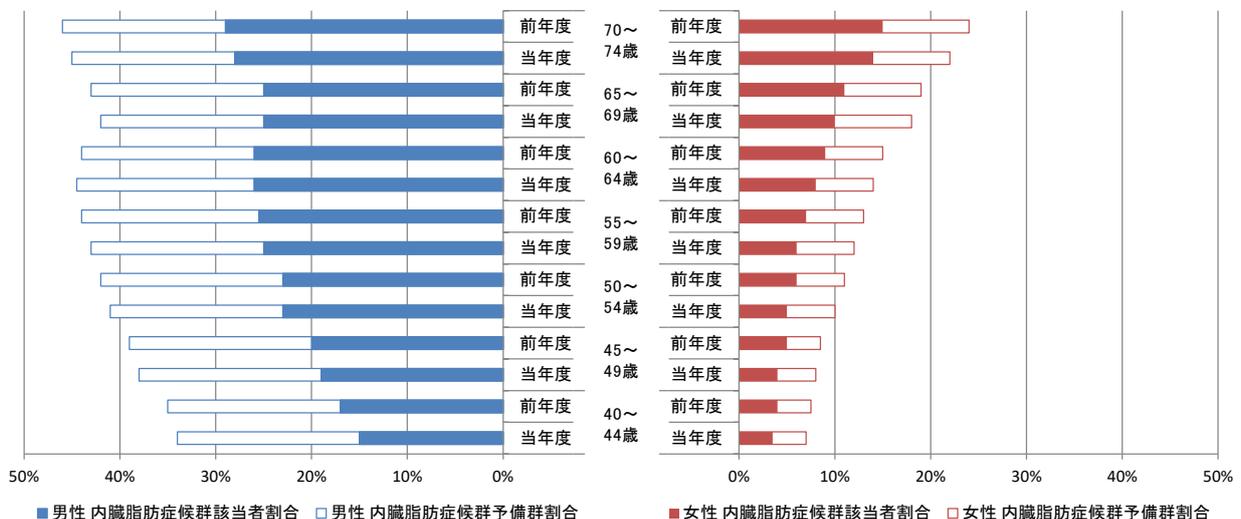
(B) 検査結果の詳細な状況把握

5.2.4(2)(E)で示したような、個別の健診結果の集計は、都道府県単位で行うことも有効である。例として、検査項目ごとの検査値の該当者割合を図表 5-66 に示す。また、性別・年齢階層別に前年度と当年度の内臓脂肪症候群該当者・予備群を比較した例を図表 5-67 に示す。

図表 5-66：検査項目ごとの検査値の該当者割合（例）



図表 5-67：性・年齢階層別の内臓脂肪症候群該当者・予備群の割合（例）



第6章 後期高齢者の取扱い

6.1 後期高齢者に対する健診の位置づけ

6.1.1 制度上の位置づけ

40～74歳の者を対象とした特定健康診査は保険者に実施が義務づけられているのに対して、75歳以上の後期高齢者に対する健康診査は「高齢者の医療の確保に関する法律」において実施が努力義務として位置づけられおり、後期高齢者医療広域連合（以下、「広域連合」という。）における保健事業として実施されている。

<高齢者の医療の確保に関する法律>

第二百五条 後期高齢者医療広域連合は、高齢者の心身の特性に応じ、健康教育、健康相談、健康診査及び保健指導並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者の自助努力についての支援その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業を行うように努めなければならない。

(1) 基本的な考え方

75歳以上の者については、健康診査等の機会を活用し、糖尿病等の生活習慣病を軽症のうちに発見し、医療につなげ、重症化を予防することが重要である。

また、体重減少や低栄養のリスクが増すことから、QOL（Quality Of Life）を確保し、自立した日常生活を営むために生活機能低下の予防が重要となってくる。

75歳以上の者については、身体状況等の個人差が大きいことに留意し、生活習慣病の予防に加え、75歳以上で増加するロコモティブシンドローム、口腔機能低下及び低栄養や認知機能低下を予防するため、個人の状態をアセスメントした上で対象者の状況に応じた生活習慣改善支援を行うことが重要である。

(2) 実施する際の留意点

厚生労働省健康局の「標準的な健診・保健指導に関するプログラム」では、後期高齢者における健診・保健指導の在り方について以下のような点を挙げている。

図表 6-1：後期高齢者における健診・保健指導の在り方

	項番	留意点
健康診査	1	75歳以上の者は加齢に伴う虚弱な状態（フレイル）が顕著に進行し、複数の慢性疾患とフレイル等を要因とする老年症候群の症状が混在するため、包括的な疾病管理がより重要である。
	2	医療機関に通院していない場合、健診等の機会を活用し、高血圧、糖尿病等の生活習慣病を軽症のうちに発見し、医療につなげ、重症化を予防することが重要である。
	3	75歳以上の者の8割以上が、かかりつけ医を受診していることを鑑みると、かかりつけ医と連携した取組を推進する必要がある。
	4	生活習慣病に着目した健診項目については、75歳以上の者についても、基本的には75歳未満と同様の項目とする ¹ 。ただ、腹囲については、医師の判断等によって実施する項目とすることが適当である。
	5	医師の判断により実施する詳細な健診の項目（心電図等）については、健診機関の医師が、これらの検査の必要性も含めて、受診勧奨とするか否かを判断し、受診勧奨と判断された者については、医療機関において、必要な診察を実施する。
保健指導	1	75歳以上の者への保健指導については、生活習慣病等の慢性疾患の重症化予防に加え、フレイル等に関連する老年症候群（低栄養、転倒・骨折、誤嚥性肺炎等）等の心身機能の低下に伴う疾病の予防・改善に着目した対策に徐々に転換することも必要である。
	2	本人の残存能力を落とさないこと、QOLの確保等が重要であるが、身体状況、日常生活能力、運動能力等については個人差が大きい。そのため、行動変容のための保健指導を一律に行うのではなく、健診結果を踏まえ、生活の上で「できること」に着目し、本人の自信や前向きな姿勢を育むという観点から目標を設定し、保健指導を行うことが望まれる。本人の求めに応じて、健康相談や保健指導の機会を利用できる体制が確保されていることが重要である。

（参考）厚生労働省健康局「標準的な健診・保健指導に関するプログラム（改訂版）」

6.1.2 システムが対象とする範囲

国保連合会の多くは広域連合から被保険者管理等の事務運営を受託しており、健康診査の実施機関についても市町村国保等が実施する特定健康診査と同一となるケースが多い。こうした前提から、後期高齢者に対する健康診査についても、国保連合会において特定健康診査と併せて業務処理を実施することが合理的であると考えられる。

このため、本システムにおいては、75歳以上（一定の障害がある者として認定を受けた65歳以上75歳未満の者を含む。以下同じ。）の後期高齢者医療被保険者に対する健康診査を取扱いの対象範囲に含めている。

以下に、本システムで対象とする範囲とデータ処理要件を示す。また、後期高齢者の健康診査について上記の前提の基で受診券の発行、費用決済処理等の共同化・効率化を図ることができる。

- 被保険者台帳情報を保有する後期高齢者を対象とする（生活保護対象者は対象としない）。
- 後期高齢者の健康診査については、実施項目が特定健康診査に準じた項目である場合に対象とし、保健指導は対象としない。
- 後期高齢者の生活機能評価については、健康診査と同時に実施し、結果が併せて送付され、かつ、項目コードが設定されたデータであれば、本システムでの記録・保存は可能である。

¹ 健診項目は基本的に同じであるが、腹囲の検査値入力が必要となっていない等、受付チェックの取扱いには違いがある。

費用の決済については、健康診査と併せて計算され、生活機能評価部分の費用は請求内訳書で確認することができる。

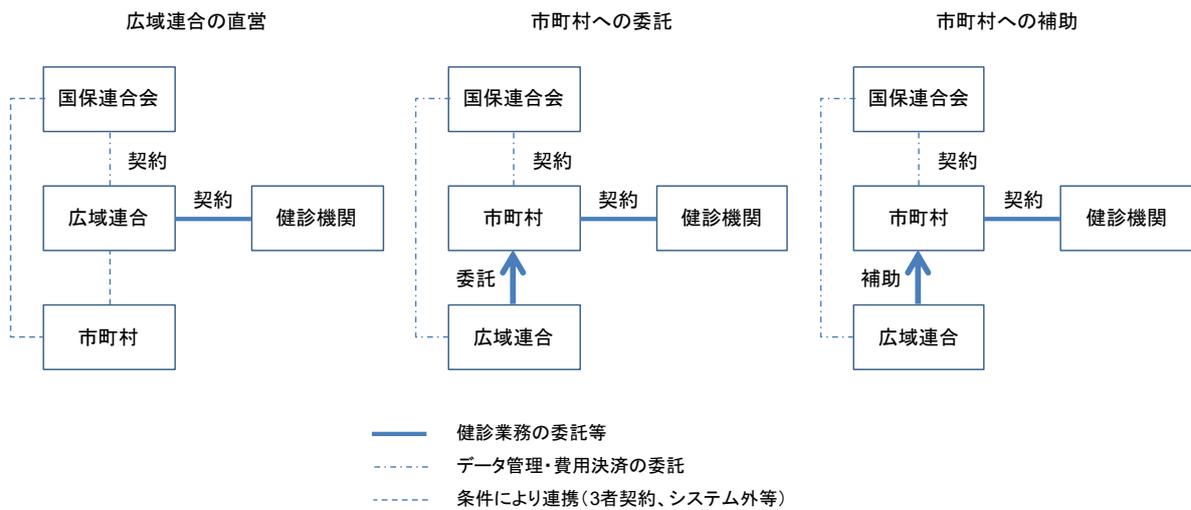
なお、これら業務処理の取扱いは、基本的には特定健康診査と同様であり、以下では特定健康診査と異なる点を中心に説明する。

6.1.3 実施形態

後期高齢者の健康診査の実施形態としては、広域連合が実施（直営）する以外に、市町村に委託する方法や、市町村が実施主体となり、後期高齢者を対象とした健診に対して広域連合が費用を補助する方法が想定される。

- 広域連合による直営
 - 広域連合が健診機関等と契約を取り交わして実施する。
- 広域連合による市町村への委託
 - 特定健康診査等を実施している市町村に健診の実施を委託し、市町村が実施機関と契約を取り交わし実施する。
- 市町村が実施する健診への補助
 - 市町村が健診の実施主体となり、実施機関と契約を取り交わして実施し、広域連合がその費用を補助する。

図表 6-2：実施形態



(1) 保険者番号の取扱い

後期高齢者医療制度の保険者番号は、広域連合と市町村等の両方に採番される。

被保険者証に記載されるのは、市町村等（政令指定都市については、市又は行政区毎）の番号である。受診券等に記載される保険者番号は、実施形態によって異なる（図表 6-3 参照）。保険者番号の付番例を図表 6-3 に示す。

図表 6-3：保険者番号の付番例

総務省において定める市区町村コード
 ※政令指定都市については、原則として行政区単位の番号とするが、市単位の番号とすることも可能。
 ※広域連合が直営で実施する場合は「000」を市町村番号に設定する。

(例)

法別番号	都道府県番号		市町村番号			
3	9	2	8	2	0	7
×	×	×	×	×	×	×
2	1	2	1	2	1	2
↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
6	+	9	+	4	+	8
						+
						4
						+
						0
						+
						(1+4)
						= 36
						↓
						10 - 6 =
						4
						… 検証番号

- ①法別番号、都道府県番号及び市町村番号の各数に末尾の桁を起点として順次2と1を乗じる。
- ②①で算出した積の和を求める。ただし、積が2桁となる場合は1桁目と2桁目の数字の和とする。
- ③10と②で算出した数字の下1桁の数との差を求める。ただし、1の位の数が0のときは検証番号を0とする。

6.2 後期高齢者の健診の実施管理

6.2.1 対象者の管理

(1) 対象者管理

年度途中で75歳になる者に対する健康診査は、図表 6-4 の実施方式が想定され、実施における留意点は図表 6-5 のとおりである。高齢者の受診機会を確保するために、健診の実施期間や受診券の発行方式を勘案し、これらの方式を組合せて実施する必要がある。

図表 6-4：年度途中で75歳になる者に対する健診の実施方式

項番	実施方式
1	後期高齢者の被保険者マスタに登録された後に実施する
2	国保において75歳到達前に特定健康診査を実施する

図表 6-5：年度途中で75歳になる者に対する健診実施における留意点

健診実施期間	受診券発行	留意点
通年	一括発行	本システムでは75歳到達前の受診券発行ができないため適用は困難
	分割発行	年度後半の75歳到達者については、期間的に受診が困難となる可能性がある
期間限定	—	健診実施期間中75歳に到達しない場合は受診ができない

(2) 除外対象者の管理

後期高齢者に対する健康診査は努力義務であるため、特定健康診査とは異なり制度上規定する対象者の除外要件はない。しかし、特定健康診査と同様の要件による除外対象者の設定や、糖尿病等の生活習慣病の受療中等の理由により保険者が除外対象者を任意に設定することが可能である。

(3) 資格取得者・資格喪失者の管理

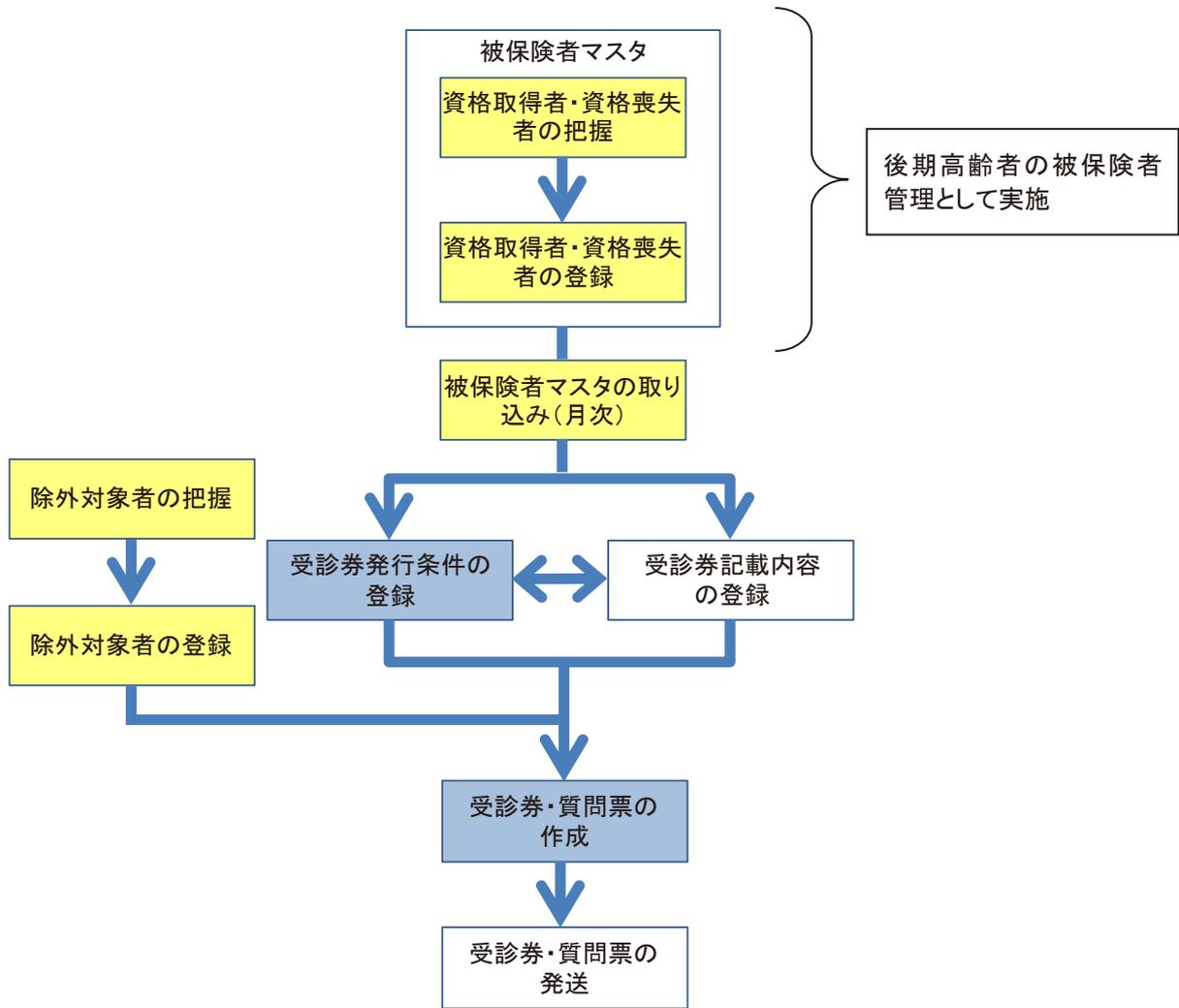
資格取得者・喪失者に関しては、被保険者情報を後期高齢者医療広域連合電算処理システムから取得するため、本システム独自で登録管理等を行う必要はない。

6.2.2 受診券の発行

後期高齢者の健康診査の受診券発行は、特定健康診査と同様の手順（図表 6-6）で行うことができるが、特定健康診査の受診券とは別に発行しなければならない。

なお、後期高齢者に対する健康診査は努力義務であることから、個人に対して受診券を発行せず、健康診査の周知を行うだけの方法も想定される。

図表 6-6：受診券発行の流れ



(1) 受診券発行条件の登録

本システムにおける受診券の記載内容・発行条件の登録方法については特定健康診査の場合と同様のため、第2編第1章「特定健康診査業務」1.2.2(3)を参照のこと。

なお、受診券発行条件に75歳以上の年齢を指定した場合、後期高齢者医療被保険者となっている65～74歳の者（障害認定を受けた者）の受診券は発行されない。

(2) 受診券作成

受診券作成にあたって実施形態の違いによる留意点を以下の表に示す。

図表 6-7：実施形態の違いによる受診券作成の留意点

	広域連合による直営	広域連合から市町村への委託	市町村が実施する健診への補助
受診券の作成	広域連合で全ての市町村の受診券を作成する ただし、受診券の作成単位は市町村毎に分割して作成する	受託者である市町村で作成する	実施主体である市町村で作成する
受診券整理番号の採番単位	広域連合	市町村毎に採番する	市町村毎に採番する
保険者等欄の編集	広域連合の保険者番号等	受託者である市町村の保険者番号等	実施主体である市町村の保険者番号等

6.2.3 健診結果の活用

後期高齢者に対する健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の早期発見や本人の残存能力をできるだけ落とさないようにするための介護予防に重点が置かれている。このため特定健康診査とは異なり、階層化やメタボリックシンドローム判定を行わないことから、本システムから出力される「健康診査受診結果通知表（図表 6-9）」にはメタボリックシンドローム判定を表示する欄はない。ただし、健診結果に基づき医療が必要と判断される場合は、確実に医療受診につなげていくことが必要である。結果通知表では、保健指導判定値、受診勧奨判定値以上で保健指導対象・受診勧奨対象に該当する健診データについては、網掛け等により強調表示される。

なお、「健診受診者リスト」画面では、受診勧奨者、保健指導対象者、服薬中者（質問票の回答内容）等をキーに表示できるほか、健診結果を CSV ファイルで出力し、対象者を抽出することも可能である。「健診受診者リスト」画面、健診結果 CSV ファイルを活用し、市町村の衛生部門が実施する生活習慣相談等につなげていくことが大切である。

図表 6-9：健康診査受診結果通知表

健康診査受診結果通知表

フリガナ 氏名			年 月 日	健診年月日	年 月 日
生年月日	年 月 日	歳	健康診査受診券番号		
性別	年齢 *1	歳			

既往歴		
服薬歴	喫煙歴	
自覚症状		
他覚症状		

項目	目	基準値			前々回
		今回	前回	前々回	
身体測定	身長 (cm)	—			
	体重 (kg)	—			
	B M I	0			
血圧	収縮期血圧 (mmHg)	0			
	拡張期血圧 (mmHg)	0			
血中脂質検査	中性脂肪 (mg/dl)	0			
	HDL-コレステロール (mg/dl)	0			
	LDL-コレステロール*2(mg/dl)	0			
	non-HDLコレステロール*2(mg/dl)	0			
	G O T (IU/l)	0			
肝機能検査	G P T (IU/l)	0			
	γ-G T P (IU/l)	0			
血糖検査 (いずれかの項目の実施で可)	空腹時血糖 (mg/dl)	0			
	HbA1c (NGSP値) (%)	0			
	HbA1c (JDS値) (%)	0			
	随時血糖 (mg/dl)	0			
尿検査	糖	(-)			
	蛋白	(-)			

結果が保健指導判定値・受診勧奨判定値以上となるものについては、網掛け等で強調表示する

*1 表示年齢は、当該年度末年齢
*2 LDLコレステロールについては、中性脂肪が400mg/dl以上又は食後血糖の場合非HDLコレステロールの測定に代えられる

項目	目	基準値			前々回
		今回	前回	前々回	
検血検査	赤血球数 (万/mm3)	0 ~ 0			
	血色素量 (g/dl)	0			
	ヘマトクリット値 (%)	0 ~ 0			
血清クレアチニン検査	血清クレアチニン (mg/dl)	—			
	eGFR (ml/min/1.73m2)	0			
項目	項目	今回	前回	前々回	
心電図検査	所見				
眼底検査	所見				

医師の判断	
判断した医師の氏名	

〒XXX-XXXX
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

6.3 費用決済

後期高齢者の健康診査において同時実施される検査項目や実施形態別の費用負担のあり方は以下のとおり整理できる。また、後期高齢者の健康診査と同時に実施した健診費用の請求書は、広域連合又は市町村単位に作成される。

図表 6-10：後期高齢者に対する健診の費用負担

健診項目	生活機能評価を実施しない場合	生活機能評価を実施する場合
基本健診部分	直営：広域連合 委託：市町村 補助：市町村	<ul style="list-style-type: none"> 生活機能評価と重複する項目の費用を除いた額を下記に請求 直営：広域連合 委託：市町村 補助：市町村 <ul style="list-style-type: none"> 生活機能評価の費用は、市町村の介護保険担当部門に請求
貧血検査		
心電図検査		
眼底検査		
血清クレアチニン検査 (e-GFR を含む)		
基本チェック (視診、触診、打聴診、反復唾液嚥下テスト、血清アルブミン)	市町村	市町村
追加項目		
追加健診 (がん検診等他法に基づき市町村が実施する健診及び市町村が独自に付加した項目)	市町村	市町村
追加健診 (広域連合が独自に付加した項目)	直営：広域連合 委託：市町村	直営：広域連合 委託：市町村

6.4 被保険者マスタ管理

後期高齢者の被保険者情報は月次で更新され、新たに 75 歳になった者 (新たに 65 歳以上で障害認定を受けた者) が被保険者として登録される。第 4 章「マスタ管理業務」4.2.2(1)で示したとおり、被保険者情報は後期高齢者医療広域連合電算処理システムから取得し、被保険者マスタを作成する。この際、後期高齢者医療請求支払システムから後期高齢同日得喪失インターフェースファイルで通知された被保険者については、同日得喪として登録される。

6.5 評価・報告

6.5.1 国庫補助金に係る実績報告

後期高齢者に対する健康診査は国庫補助の対象となる。本システムでは補助金の事業実績報告に対応するため、課税状況（一般世帯／非課税世帯）・実施方法（集団／個別）、広域連合／市町村の区分毎に実績を集計する機能を提供する。

国庫補助の対象や補助金の算定基準、交付申請や実績報告の方法等については、厚生労働省の「後期高齢者医療制度事業費補助金交付要綱」において詳細が規定されている。

6.5.2 事業評価等

本システムから出力される情報（帳票・画面）により、保健事業の評価や地域の高齢者の健康課題の把握、実施機関別の評価等、以下のような活用が想定される。

図表 6-11：後期高齢者の健診の事業評価の視点

項目	評価項目	システム帳票・画面
事業の評価	健診の実施率	・ 健診結果総括表（市町村） ・ 健診結果総括表（広域連合）
後期高齢者の健康課題の把握	後期高齢者における受診勧奨・保健指導判定値以上の者の比率	・ 質問項目別集計表（市町村） ・ 質問項目別集計表（広域連合） ・ 健診結果判定表（市町村） ・ 健診結果判定表（広域連合）
実施機関の評価	オンライン化の状況・エラー率	受付状況確認画面（オンライン）

(参 考)

(共同処理帳票概要一覧)

No.	帳票名	帳票コード	内容	出力標準スケジュール	抽出対象者
1	特定健診対象者総括表	TKAA001	特定健診の実施年度初の特定健診対象者数（除外者対象者を含む）、割合を年齢階級別、性別に集計した表	年次	年度初加入者（除外対象者を含む）
2	健診対象者総括表（市町村）	TKAA101	後期高齢者の健診実施年度初の健診対象者数（除外者対象者を含む）、割合を年齢階級別、性別に集計（市町村単位）した表		
3	健診対象者総括表（広域連合）	TKAA201	後期高齢者の健診実施年度初の健診対象者数（除外者対象者を含む）、割合を年齢階級別、性別に集計（広域連合単位）した表		
4	受診券発行者総括表	TKAB001	受診券（セット券）の発行者数を性別、年齢階級別に集計した表（※別途、発行時に除外規定により除外になった者の数を項目別に集計）	月次 （5日頃）	<ul style="list-style-type: none"> ・年度初加入者（受診券（セット券）発行後、資格喪失となった者を含む） ・除外者（除外項目欄のみに集計） ・4月2日以降、他から年度内異動した者で、受診券（セット券）を発行した者
5	受診券発行者総括表（市町村）	TKAB101	後期高齢者の健診受診券の発行者数を性別、年齢階級別に集計（市町村単位）した表（※別途、発行時に除外規定により除外になった者の数を項目別に集計）		
6	受診券発行者総括表（広域連合）	TKAB201	後期高齢者の健診受診券の発行者数を性別、年齢階級別に集計（広域連合単位）した表（※別途、発行時に除外規定により除外になった者の数を項目別に集計）		
7	受診券発行者リスト	TKAB002	特定健診対象者の抽出を行った結果、受診券発行対象者と確定した者のリスト	月次 （5日頃）	<ul style="list-style-type: none"> ・年度初加入者（受診券発行後、資格喪失・除外となった者を含む） ・4月2日以降、他から年度内異動した者で、受診券を発行した者（受診券発行後、資格喪失・除外となった者を含む）

No.	帳票名	帳票 コード	内容	出力標準 スケジュール	抽出対象者
8	受診券発行者リスト（市町村）	TKAB102	後期高齢者の健診対象者の抽出を行った結果、受診券発行対象者と確定した者のリスト（市町村単位）	月次 （5日頃）	<ul style="list-style-type: none"> ・年度初加入者（受診券発行後、資格喪失・除外となった者を含む） ・4月2日以降、他から年度内異動した者で、受診券を発行した者（受診券発行後、資格喪失・除外となった者を含む）
9	受診券発行者リスト（セット券）	TKAB012	特定健診対象者の抽出を行った結果、受診対象者（セット券発行対象者）と確定した者のリスト	月次 （5日頃）	<ul style="list-style-type: none"> ・年度初加入者（受診券（セット券）発行後、資格喪失・除外となった者を含む） ・4月2日以降、他から年度内異動した者で、受診券（セット券）を発行した者（受診券（セット券）発行後、資格喪失・除外となった者を含む）
10	特定健康診査受診券	TKAB051	保険者が、特定健診の対象者に発行し、対象者が実施機関に提示する券	随時	<ul style="list-style-type: none"> ・年度初加者（資格喪失者、除外者は含まない） ・4月2日以降、他から年度内異動した者で、受診券（セット券）発行となった者
		TKAB052			
		TKAB061			
		TKAB062			
		TKAB071			
11	特定健康診査受診券（セット券）	TKAB081			
		TKAB251			
		TKAB252			
		TKAB261			
		TKAB262			
12	健康診査受診券	TKAB271	保険者が、後期高齢者の健診対象者に発行し、対象者が実施機関に提示する券		
		TKAB281			
		TKAB151			
		TKAB152			
		TKAB161			
TKAB162					
TKAB171					
TKAB181					

No.	帳票名	帳票コード	内容	出力標準スケジュール	抽出対象者
13	未受診者リスト	TKAB004	特定健診対象者のうち、未受診である者のリスト	随時	<ul style="list-style-type: none"> ・年度初加入者（資格喪失・除外対象者、受診勧奨実施者は含まない） ・4月2日以降、他から年度内異動した者のうち、受診券（セット券）発行済みで、健診結果未登録の者
14	受診券再発行者リスト	TKAB005	特定健診の受診券を再発行した者のリスト	月次 (5日頃)	<ul style="list-style-type: none"> ・年度初加入者で受診券（セット券）再発行者（受診券（セット券）再発行後、資格喪失・除外となった者を含む） ・4月2日以降、他から年度内異動した者で受診券（セット券）再発行者（受診券（セット券）再発行後、資格喪失・除外となった者を含む）
15	受診券再発行者リスト（市町村）	TKAB105	後期高齢者の健診受診券を再発行した者のリスト（市町村単位）		
16	受診券再発行者リスト（セット券）	TKAB015	特定健診のセット券を再発行した者のリスト		
17	特定健康診査受診結果通知表	TKAC001	特定健診受診者に対して、特定健診結果を通知するための帳票	月次 (5日頃)	<ul style="list-style-type: none"> ・年度初加入者で健診受診者（受診後、資格喪失・除外となった者を含む） ・4月2日以降、他から年度内異動した者で健診受診者（受診後、資格喪失・除外となった者を含む）
18	健康診査受診結果通知表	TKAC101	後期高齢者の健診受診者に対して、健診結果を通知するための帳票		
19	特定健診リスクパターン別集計表	TKAC003	特定健診の結果から複合リスクパターンに該当する者の人数、割合を集計した表	年次	※抽出対象者参照
20	質問票項目別集計表	TKAC024 (TKAC004)	特定健診において各質問票項目に該当する人数と割合を性別に集計した表	年次	※抽出対象者参照

No.	帳票名	帳票コード	内容	出力標準スケジュール	抽出対象者
21	質問票項目別集計表（市町村）	TKAC124 (TKAC104)	後期高齢者の健診において各質問票項目に該当する人数と割合を性別に集計（市町村単位）した表		
22	質問票項目別集計表（広域連合）	TKAC224 (TKAC204)	後期高齢者の健診において各質問票項目に該当する人数と割合を性別に集計（広域連合単位）した表		
23	階層化判定結果表	TKAC005	特定健診受診者のうち、階層化の結果、動機付け支援、積極的支援、情報提供の対象と判定された者の数、割合を集計した表	随時	※抽出対象者参照
24	内臓脂肪症候群判定結果表	TKAC006	特定健診受診者のうち、内臓脂肪症候群の該当者、予備群者、未該当者、判定不能者の人数、割合を集計した表	随時	※抽出対象者参照
25	特定健診結果総括表	TKAC007	特定健診対象者数、受診者数、受診率、評価対象者数を性別・年齢階層別に集計した表	年次	※抽出対象者参照
26	健診結果総括表（市町村）	TKAC109	後期高齢者の健診の対象者数、受診者数、受診率を性別・年齢階層別に集計（市町村単位）した表	月次 (5日頃)	・年度初加入者（受診後、資格喪失・除外となった者を含む） ・4月2日以降、他から年度内異動した者で健診受診者（受診後、資格喪失・除外となった者を含む）
27	健診結果総括表（広域連合）	TKAC209	後期高齢者の健診の対象者数、受診者数、受診率を性別・年齢階層別に集計（広域連合単位）した表		
28	特定保健指導対象者リスト（動機付け支援）	TKAC010	階層化の結果、動機付け支援対象者と判定された者のリスト	月次 (5日頃)	・年度初加入者（受診後、資格喪失・除外となった者を含む） ・年度中加入者で動機付け支援また

No.	帳票名	帳票コード	内容	出力標準スケジュール	抽出対象者
29	特定保健指導対象者リスト（積極的支援）	TKAC011	階層化の結果、積極的支援対象者と判定された者のリスト		は積極的支援の対象基準該当者（利用券発行後は出力されない）
30	特定健診機関別受診状況一覧表（保険者）	TKAC012	健診機関別に特定健診、追加健診、生活機能評価、人間ドックの件数を集計（保険者単位）した表	月次 （5日頃）	・年度初加入者（受診後、資格喪失・除外となった者を含む） ・4月2日以降、他から年度内異動した者で健診受診者（受診後、資格喪失・除外となった者を含む）
31	特定健診機関別受診状況一覧表（県集計）	TKAC013	健診機関別に特定健診、追加健診、生活機能評価、人間ドックの件数を集計（都道府県単位）した表		
32	健診機関別受診状況一覧表（市町村）	TKAC112	健診機関別に後期高齢者の健診、追加健診、生活機能評価、人間ドックの件数を集計（市町村単位）した表		
33	健診機関別受診状況一覧表（広域連合）	TKAC212	健診機関別に後期高齢者の健診、追加健診、生活機能評価、人間ドックの件数を集計（広域連合単位）した表	月次 （5日頃）	・年度初加入者（受診後、資格喪失・除外となった者を含む） ・4月2日以降、他から年度内異動した者で健診受診者（受診後、資格喪失・除外となった者を含む）
34	健診結果判定表（市町村）	TKAC114	後期高齢者の健診受診者数、保健指導判定値以上の者の数、受診勧奨判定値以上の者の数を性別・年齢階層別に集計（市町村単位）した表	月次 （5日頃）	・年度初加入者（受診後、資格喪失・除外となった者を含む） ・4月2日以降、他から年度内異動した者で健診受診者（受診後、資格喪失・除外となった者を含む）

No.	帳票名	帳票コード	内容	出力標準スケジュール	抽出対象者
35	健診結果判定表 (広域連合)	TKAC214	後期高齢者の健診受診者数、保健指導判定値以上の者の数、受診勧奨判定値以上の者の数を性別・年齢階層別に集計（広域連合単位）した表	月次 (5日頃)	<ul style="list-style-type: none"> ・年度初加入者（受診後、資格喪失・除外となった者を含む） ・4月2日以降、他から年度内異動した者で健診受診者（受診後、資格喪失・除外となった者を含む）
36	特定健康診査委託経費内訳書	TKAC015	特定健診の実績（件数、経費実支出額）について、実施形態、費用決済の有無、課税状況別に集計した表	随時	<ul style="list-style-type: none"> ・健診実施時点で74歳以下であること ・特定健診項目を全て実施していること ・健診受診時点で資格があり、除外者でない者 ※抽出対象者参照
37	特定保健指導委託経費内訳書	TKAC016	特定保健指導の実績（件数、経費実支出額）について、支援レベル、費用決済の有無、課税状況別に集計した表		
38	前年度_特定健診・特定保健指導進捗・実績管理表	TKAC020 (TKAC018)	国への実績報告対象年度の前年度分の特定健診の対象者数、受診者数、特定保健指導の終了者数等を集計した表	月次 (25日頃)	<ul style="list-style-type: none"> ・4月のみ：年度初加入者（資格喪失・除外対象者を含む） ・5月以降：月末の加入者（資格喪失・除外対象者、4月2日以降、他から年度内異動した者含む）
39	当年度_特定健診・特定保健指導進捗・実績管理表	TKAC021 (TKAC019)	国への実績報告対象年度の特定健診の対象者数、受診者数、特定保健指導の終了者数等を集計した表		
40	健康診査委託経費内訳書（市町村）	TKAC115	後期高齢者の健診の実績（件数、経費実支出額）について、実施形態、費用決済の有無、課税状況、委託状況別に集計（市町村単位）した表	随時	<ul style="list-style-type: none"> ・健診受診時点で資格があること（現在の資格有無は問わない） ・除外情報は問わない ・特定健診項目を全て実施していること

No.	帳票名	帳票コード	内容	出力標準スケジュール	抽出対象者
41	健康診査実績集計表（市町村）	TKAC117	後期高齢者の健診の実施人員について、実施形態、課税状況別に集計（市町村単位）した表	随時	<ul style="list-style-type: none"> ・健診受診時点で資格があること（現在の資格有無は問わない） ・除外情報は問わない ・特定健診項目を全て実施していること
42	利用券発行者総括表	TKBB001	利用券の発行者数を性別、年齢階級別に集計した表（※別途、発行時に除外規定により除外になった者の数を項目別に集計）	月次（5日頃）	<ul style="list-style-type: none"> ・年度初加入者（利用券発行後、資格喪失となった者を含む） ・除外者（除外項目欄のみに集計） ・4月2日以降、他から年度内異動した者で、利用券を発行した者
43	利用券発行者リスト	TKBB002	利用券を発行した者のリスト	月次（5日頃）	<ul style="list-style-type: none"> ・年度初加入者（利用券発行後、資格喪失・除外となった者を含む） ・4月2日以降、他から年度内異動した者（利用券発行後、資格喪失・除外となった者を含む）
44	特定保健指導利用券	TKBB051 TKBB052 TKBB053 TKBB054 TKBB061 TKBB062 TKBB063 TKBB064 TKBB071 TKBB073 TKBB081 TKBB083	保険者が特定保健指導対象者に発行し、対象者が実施機関に提示する券	随時	<ul style="list-style-type: none"> ・年度初加入者（資格喪失者、除外者は含まない） ・4月2日以降、他から年度内異動した者で、利用券発行となった者（資格喪失者、除外者は含まない）

No.	帳票名	帳票コード	内容	出力標準スケジュール	抽出対象者
45	利用券再発行者リスト	TKBB004	特定保健指導の利用券を再発行した者のリスト	月次 (5日頃)	<ul style="list-style-type: none"> ・年度初加入者で利用券再発行者（利用券再発行後、資格喪失・除外となった者を含む） ・4月2日以降、他から年度内異動した者で利用券再発行者（利用券再発行後、資格喪失・除外となった者を含む）
46	特定保健指導計画・実施報告書	TKBC001	特定保健指導期間中の対象者個人の記録(対象者毎に特定保健指導の実施状況や結果等)をまとめた帳票	月次 (5日頃)	<ul style="list-style-type: none"> ・年度初加入者（特定保健指導実施後、資格喪失・除外となった者を含む） ・4月2日以降、他から年度内異動した者で特定保健指導実施者（特定保健指導実施後、資格喪失・除外となった者を含む）
47	特定保健指導利用者リスト（積極的支援）	TKBD001	特定保健指導利用対象者（積極的支援）の保健指導開始年月日、脱落確認日、終了年月日を表示したリスト	月次 (5日頃)	<ul style="list-style-type: none"> ・年度初加入者及び年度途中加入者で、積極的支援（動機付け支援相当、モデル実施）または動機付け支援の利用券発行者（利用動機結果登録者を含む）
48	特定保健指導利用者リスト（動機付け支援）	TKBD002	特定保健指導利用対象者（動機付け支援）の保健指導開始年月日、脱落確認日、終了年月日を表示したリスト		
49	特定保健指導結果総括表（動機付け支援）	TKBD003	動機付け支援の対象者、終了者を性別・年齢階層別に集計した表	年次	※抽出対象者参照
50	特定保健指導結果総括表（積極的支援）	TKBD005 (TKBD004)	積極的支援（動機付け支援相当、モデル実施）の対象者、終了者を性別・年齢階層別に集計した表		

No.	帳票名	帳票コード	内容	出力標準スケジュール	抽出対象者
51	階層化レベル前年度・当年度比較表	TKBD006	前年度の特定保健指導完了者について、前年度と当年度の階層化レベルを比較し集計した表	年次	※抽出対象者参照
52	特定保健指導機関別利用状況一覧表(保険者)	TKBD009 (TKBD007)	保健指導機関毎に保健指導支援レベル別の実施件数、指導開始者数、脱落者数、完了者数、割合を集計した(保険者単位)表	年次	・年度初加入者(受診後、資格喪失・除外となった者を含む) ・4月2日以降、他から年度内異動した者で特定保健指導実施者(受診後、資格喪失・除外となった者を含む)
53	特定健診・特定保健指導実施結果報告	TKCA011 (TKCA001)	今年度と昨年度の特定健診・特定保健指導の実績を集計した表	年次	※抽出対象者参照
54	特定健診・特定保健指導実施結果総括表	TKCA012 (TKCA002)	「特定健診・特定保健指導実施結果報告」を年齢階級別に集計した表	年次	※抽出対象者参照
55	特定健診・特定保健指導実施結果集計表(県集計)	TKCA013 (TKCA003) TKCA014 (TKCA004) TKCA015 (TKCA005)	特定健診・特定保健指導の実績を県内の保険者別に集計した表	年次	※抽出対象者参照
56	特定保健指導機関別利用状況一覧表(県集計)	TKBD010 (TKBD008)	保健指導機関毎に保健指導支援レベル別の実施件数、指導開始者数、脱落者数、完了者数、割合を集計した(都道府県単位)表	年次	・年度初加入者(受診後、資格喪失・除外となった者を含む) ・4月2日以降、他から年度内異動した者で特定保健指導実施者(受診後、資格喪失・除外となった者を含む)

No.	帳票名	帳票コード	内容	出力標準スケジュール	抽出対象者
57	特定健診・特定保健指導の目標達成状況（県集計）	TKDA004	県内保険者別の特定健診受診率、特定保健指導実施率、メタボ減少率の目標値と実績値、県内目標達成保険者数、割合を集計した表	月次	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診対象者・受診者（受診後、資格喪失・除外となった者は含まない） ・特定保健指導対象者・利用者（受診後、資格喪失・除外となった者は含まない）
58	特定健診・特定保健指導の目標達成状況（全国集計）	TKDA006	都道府県別の特定健診受診率、特定保健指導実施率の平均、特定健診、特定保健指導の目標達成保険者数、割合を集計した表	月次	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診対象者・受診者（受診後、資格喪失・除外となった者は含まない） ・特定保健指導対象者・利用者（受診後、資格喪失・除外となった者は含まない）

帳票コードの()は平成 29 年度分までの帳票コードを示す。

※抽出対象者

	帳票名	特定健診対象者（4月1日加入者）					特定保健指導対象者（4月1日加入者）					保険者の裁量実施分	
		年度内異動なし	資格喪失		除外者		年度内異動なし	資格喪失		除外者			
			受診後資格喪失		受診後除外			実施後資格喪失		実施後除外			
負担 (補助) 金関係	特定健康診査・特定保健指導実績集計表	○	○		○		○	○		○		○	
	特定健康診査委託経費内訳書	○	○		○		○	○		○		○	
	特定保健指導委託経費内訳書	△	△	△	△	△	○	○		○		○	
法定報告関係	特定健診・特定保健指導実施結果報告	○	○				○	○					
	特定健診・特定保健指導実施結果総括表	○	○				○	○					
	特定健診・特定保健指導実施結果集計表(県集計)	○	○				○	○					
	特定健診結果総括表	○	○				○	○					
	特定保健指導結果総括表	○	○				○	○					
	質問票項目別集計表	○	○				○	○					
	特定健診リスクパターン別集計表	○	○				○	○					
	内臓脂肪症候群判定結果表	○	○				○	○					
階層化判定結果表	○	○				○	○						

特定健康診査等に係る業務の手引き【改訂版】

平成 30 年 8 月

発行 国民健康保険中央会

〒100-0014 東京都千代田区永田町1丁目11番35号 全国町村会館内

TEL 03-3581-6821（代表）