

③その他情報サイトの活用

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

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

④委託先探しにおけるその他の方法

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

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

5-2-2 見積等情報照会

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

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

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

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

①公開情報の比較検討

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

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

②見積の照会

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

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

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

③見積回答の精査

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

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

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

④詳細な情報の照会

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

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

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

図表 21:保険の種類と適用例(参考)

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

5-3 契約

5-3-1 標準的な契約書

①標準的な契約書の趣旨

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

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

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

②集合契約ならではの制約

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

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

③標準的な契約書の構成

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

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

5-3-2 契約単価の設定

①標準的な設定

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

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

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

②独自の設定

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

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

5-3-3 再委託の条件

①健診

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

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

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

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

②保健指導

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

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

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

③保健指導における再委託の範囲（元請けの条件）

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

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

図表 22:特定保健指導における元請け・下請けの定義

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

5-3-4 個人情報保護

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

医療保険者には、個人情報保護法に基づくガイドライン（「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」「国民健康保険組合における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」等）が定められており、このガイドラインにおいて委託先の監督が求められていることから、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を委託契約書に定めるとともに、委託先の契約遵守状況を管理していくことが必要である。

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

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

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

5-3-5 スケジュール

①基本的な枠組みの整理

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

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

②時期

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

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

5-4 請求・決済

5-4-1 請求・決済の回数

①健診

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

②保健指導

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

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

5-4-2 請求・決済額の算定方法（自己負担の設定方法）

①請求・決済額の算定方法

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

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

②保健指導における請求額算定の考え方

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

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

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

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

③自己負担の設定における考え方

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

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

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

④自己負担を設定する場合の設定方法

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

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

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

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

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

図表 23:基本的な自己負担額の算定方法の例(支払基金の場合)

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

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

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

5-4-3 請求・決済の方法

①基本的な方法

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

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

②請求およびデータの送付方法

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

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

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

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

電子媒体に暗号化等*の処理を施すことが必要となる。

③契約形態別での請求方法

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

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

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

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

5-4-4 請求・決済の頻度

①基本的な考え方

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

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

②個別契約の場合

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

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

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

③集合契約の場合

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

5-4-5 決済失敗時の取扱

①前提となる基本ルール

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

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

②基本ルールを踏まえた取扱い

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

図表 24: 決済時に想定されるケースとその取扱い

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

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

③特定保健指導における途中終了時の取扱い

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

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

5-5 重要事項に関する規程

5-5-1 運営についての重要事項に関する規程

①健診・保健指導機関による情報公開の必要性

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

②規程として予め定めておくべき項目

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

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

5 運営等に関する基準

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

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

5-5-2 規程の概要

①概要の必要性

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

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

②概要に記載すべき事項

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

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

5-5-3 概要の公開・更新

①公開する場

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

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

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

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

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

②情報の更新

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

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

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

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

5-6 健診・保健指導機関番号

5-6-1 番号とは

①健診・保健指導機関番号の必要性

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

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

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

②基本的な付番ルール

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

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

図表 26: 健診・保健指導機関番号の付番ルール

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

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

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

③市町村の衛生部門が健診・保健指導機関となる場合の付番ルール

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

④医療保険者自身で健診・保健指導を実施した場合の付番ルール

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

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

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

⑤他の健診・保健指導（他の法令や償還払い）による実施結果受領時の付番ルール

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

図表 27: 付番ルールにおける留意事項

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

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

5-6-2 番号取得申請

①番号の一元管理

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

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

以下の理由から支払基金にて一元管理を行うこととなっている。

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

②申請方法

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

図表 28 : 健診・保健指導機関番号の申請様式(保険医療機関用)

(特-様式第1号) **特定健診・特定保健指導機関届(保険医療機関)**

特定健診・特定保健指導機関として、下記のとおり届けます。 平成 年 月 日

社会保険診療報酬支払基金幹事長 殿 届出者 住所 氏名 印

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

⑦以降は、特定健診・特定保健指導の費用を支払基金に請求予定がある場合に記載して下さい。なお、他の代行機関へ費用を請求する予定がある場合は、それぞれの代行機関への届出が必要となります。
また、⑨については下記の□に✓を記入し「イ」の場合のみ⑩に記載願います。
ア 診療報酬と同一の口座に振込を希望する。
イ 下記口座に振込を希望する。

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

(備考)

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

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

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

図表 29: 健診・保健指導機関番号の申請様式(その他の機関用)

〔特-様式第2号〕 特定健診・特定保健指導機関届 (保険医療機関以外)

特定健診・特定保健指導機関として、下記のとおり届けます。 平成 年 月 日

社会保険診療報酬支払基金幹事長 殿 届出者 住所 氏名 印

① 機関の種類別	<input type="checkbox"/> ア 特定健診機関 <input type="checkbox"/> イ 特定保健指導機関	
② 名称	フリガナ	
③ 所在地	郵便番号	電話番号
④ ホームページアドレス	フリガナ http://	
⑤ 経営主体	都道府県・市町村・官公立・その他の公的・医療法人 社会福祉法人・財団法人・NPO・株式会社 その他の法人・個人 その他	
⑥ 開設者名	フリガナ	

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

⑦ 請求者名	フリガナ	* 整理印	* 受付印
⑧ 受領者名	フリガナ	差	印
⑨ 振込銀行	フリガナ	振込コード	フリガナ
銀行	支店	科目	座番号
<input type="checkbox"/> 座名籍人	フリガナ	当座・普通	確認
⑩ 請求開始年月日	平成 年 月 日	⑪ 請求形態	<input type="checkbox"/> ア 電子媒体 (CD-R) <input type="checkbox"/> イ 電子媒体 (FD) <input type="checkbox"/> ウ 電子媒体 (MO) <input type="checkbox"/> エ オンライン

(備考) (基金使用欄)
* 決定特定健診・特定保健指導機関コード

※1 本届の内容のうち、⑦から⑩の事項については基金のホームページ上で公開いたします。
なお、決定した特定健診・特定保健指導機関コードについても基金ホームページ上で公開します。 A4 (210×297)

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

3 本届においてJIS第一、三水準以外の文字で記入されている場合は、JIS第一、三水準に置き換えて登録を行いホームページ上に公開いたします。

③申請に当たっての留意事項

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

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

医療保険者が事業者の産業医・保健師等に委託する場合、当該事業者が、加入する医療保険者からの受託に限る（他の医療保険者から幅広く受託しない）場合は、必ずしも

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

5-7 委託先機関の評価

5-7-1 委託基準の遵守状況の確認

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

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

①「運営についての重要事項に関する規程の概要」ホームページ等の確認

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

②支払基金のホームページに登載されているかの確認

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

③契約中の資料提供依頼や疑義照会

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

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

5-7-2 基準を満たさない機関が判明した場合の対応

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

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

①契約の解除

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

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

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

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

②次年度の契約を更新しない

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

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

③健診・保健指導機関番号登録の抹消（あるいは一時停止）

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

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

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

④健診・保健指導結果の取扱い

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

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

5-7-3 委託先の評価

①評価の重要性

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

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

②保健指導の評価

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

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

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

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

③評価の共有・共同実施

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

6. 集合契約

6-1 集合契約とは

6-1-1 背景・必要性

①実施体制を確保すべき地域の確定が困難

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

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

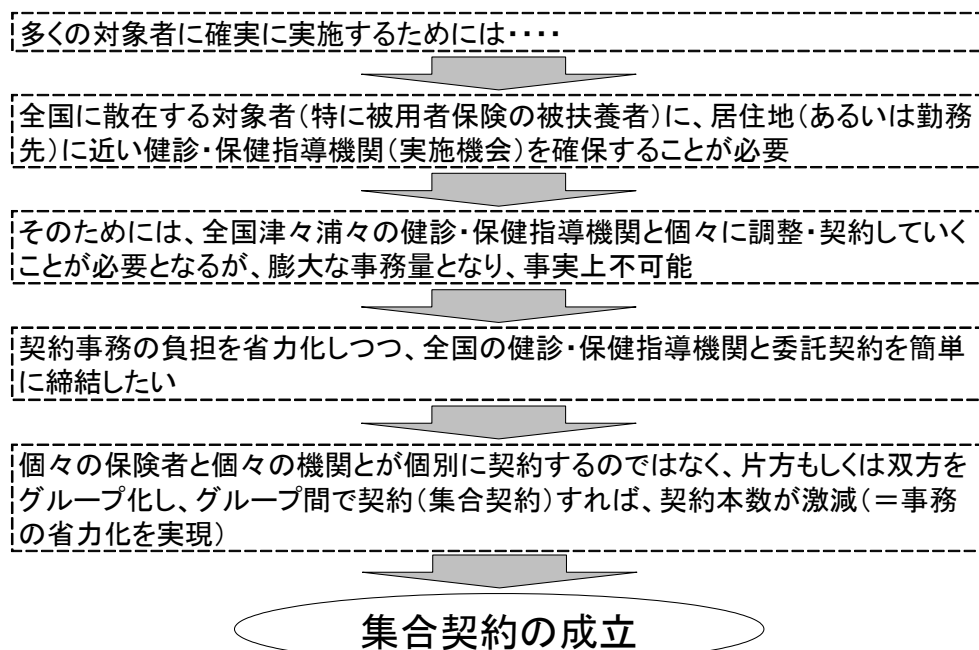
②償還払いの問題点

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

③個別契約における膨大な事務負担

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

図表 30: 集合契約成立の背景・必要性



6-1-2 定義

①定義

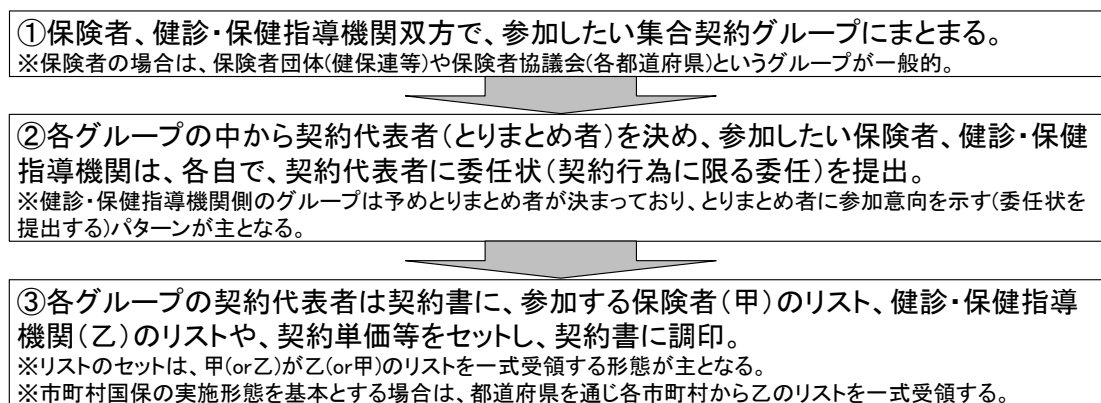
6-1-1 に挙げた課題を解決し、医療保険者が大きな負担を要することなく、全国の健診・保健指導機関における実施環境を確保する方法として、個々の健診・保健指導機関と医療保険者が契約する個別契約の他に、健診・保健指導機関と医療保険者のそれぞれが集まって、集団同士で包括的な契約を行う集合契約という方法が考えられる。

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

②成立に必要な要件

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

図表 31: 集合契約成立の主な流れ



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

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

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

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

6-1-3 契約条件等の標準化

①標準化の必要性

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

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

②標準的な契約書の使用

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

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

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

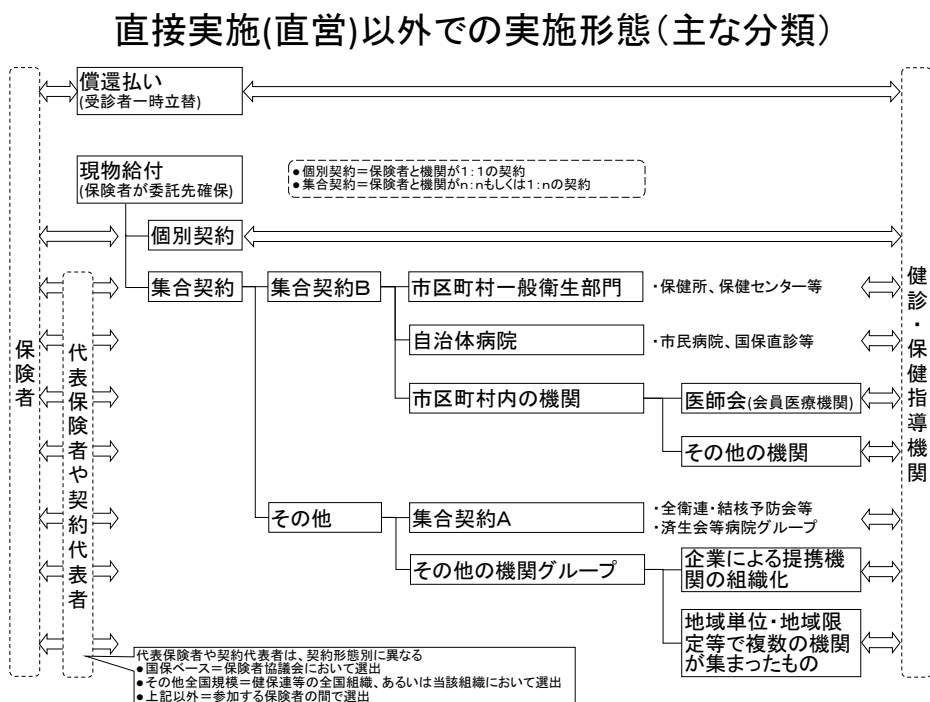
6-2 集合契約のパターン

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

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

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

図表 32: 集合契約等直営以外での主な実施形態



6-2-1 市町村国保の実施機関(地区医師会・直診・衛生部門等)

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

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

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