

8. 代行機関

8-1 代行機関とは

8-1-1 定義

必要性

医療保険者が全国各地の健診・保健指導機関を個別に探し出し、交渉の上、契約を結んでいくということは、要する労力やコストが莫大なため、非現実的であることから、集合契約という枠組みが関係者間の合意により用意されることとなっている。

しかし、この集合契約によって医療保険者の負荷が大幅に軽減するのは、あくまで上に挙げたような契約までの事務手続に限定されるため、各加入者が全国各地の多数の健診・保健指導機関にて受診し、その結果と請求が別々に医療保険者に順次送付されてきた場合、その点検と請求処理に忙殺されることとなる。

契約後の実際の事務処理についても医療保険者の負荷を軽減するためには、別々に順次押し寄せる結果データと請求を一つに取りまとめ、データを一括で受領すると同時に支払も一箇所にまとめられるような、決済やデータのとりまとめ機関が必要となる。

定義

医療保険者の負荷を軽減するため、医療保険者に代わって、多数の健診・保健指導機関と医療保険者の間に立ち、決済や健診・保健指導データをとりまとめる機関を代行機関と定義する。

なお、法令上の定義・位置づけとしては、実施基準第16条第3項に規定されており、具体的には告示により整理される（告示の内容としては、この「8.代行機関」に記載されているものとなる予定）。

<特定健康診査・特定保健指導の実施に関する基準>

（特定健康診査等の委託）

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

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

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

8-1-2 分類

8-1-1 の定義に基づくと、代行機関には主として次の4つの類型が現時点で考えられる。この中でも医療保険者の委託を受ける等医療保険者に近い類型と、健診・保健指導機関の取りまとめとして健診・保健指導機関に近い類型とに大別される。

なお、後者の類型は、代行事務の事務手数料が健診・保健指導の契約単価に含まれるような形となることから、単純に比較検討することはできない。

図表58: 代行機関の類型

大分類	小分類	事務手数料	主な具体例
健診・保健指導機関サイド	[健診・保健指導機関 代行機関 = 契約とりまとめ機関] 個々の健診・保健指導機関に代わり、契約を取りまとめた機関が決済等も引き続き処理	健診・保健指導の費用に含まれる	健診機関グループ(全衛連、結核予防会等)
	[健診・保健指導機関 代行機関] 個々の健診・保健指導機関に代わり、各機関を提携機関として取りまとめた機関が、受付や決済等も引き続き処理		福利厚生等の代行サービス企業
医療保険者サイド	[医療保険者 代行機関] 個々の医療保険者に代わり、医療保険者の委託を受け、独立した機関が処理	別途事務手数料が請求される	支払基金
	[医療保険者 代行機関] 個々の医療保険者に代わり、医療保険者が持ち寄りで共同処理 (厳密には、代行処理ではなく共同事業)		国保連合会 (他を含めず国保に閉じた共同事業)

8-1-3 自由参入

セキュリティ等一定の基準・要件を満たせば自由に新規参入が可能な仕組みとし、医療保険者が代行機関を自由に選択できるようにすることにより、支払代行及び簡単な事務点検機能の高度化や事務手数料の適正化が期待できると考えている。

主に、医療保険者に代わって処理される仕組みであることから、委託元である医療保険者が定める個人情報保護規程が遵守されていることが前提となるので、必要に応じ改修等の対応が必要である。

このように考えた場合、健診・保健指導機関と同様に、医療保険者が基準を満たした代行機関か否かを判別するために、代行機関から医療保険者に十分な情報提供・公開が求められる。

8-2 代行機関の機能・サービス

8-2-1 主な機能

基本機能

8-1-1 に定義しているように、代行機関の基本的な機能は、決済とデータの点検及びそれらの一本化である。

これら基本以外としては、各代行機関独自の多彩なサービスが提供されることが予想される。

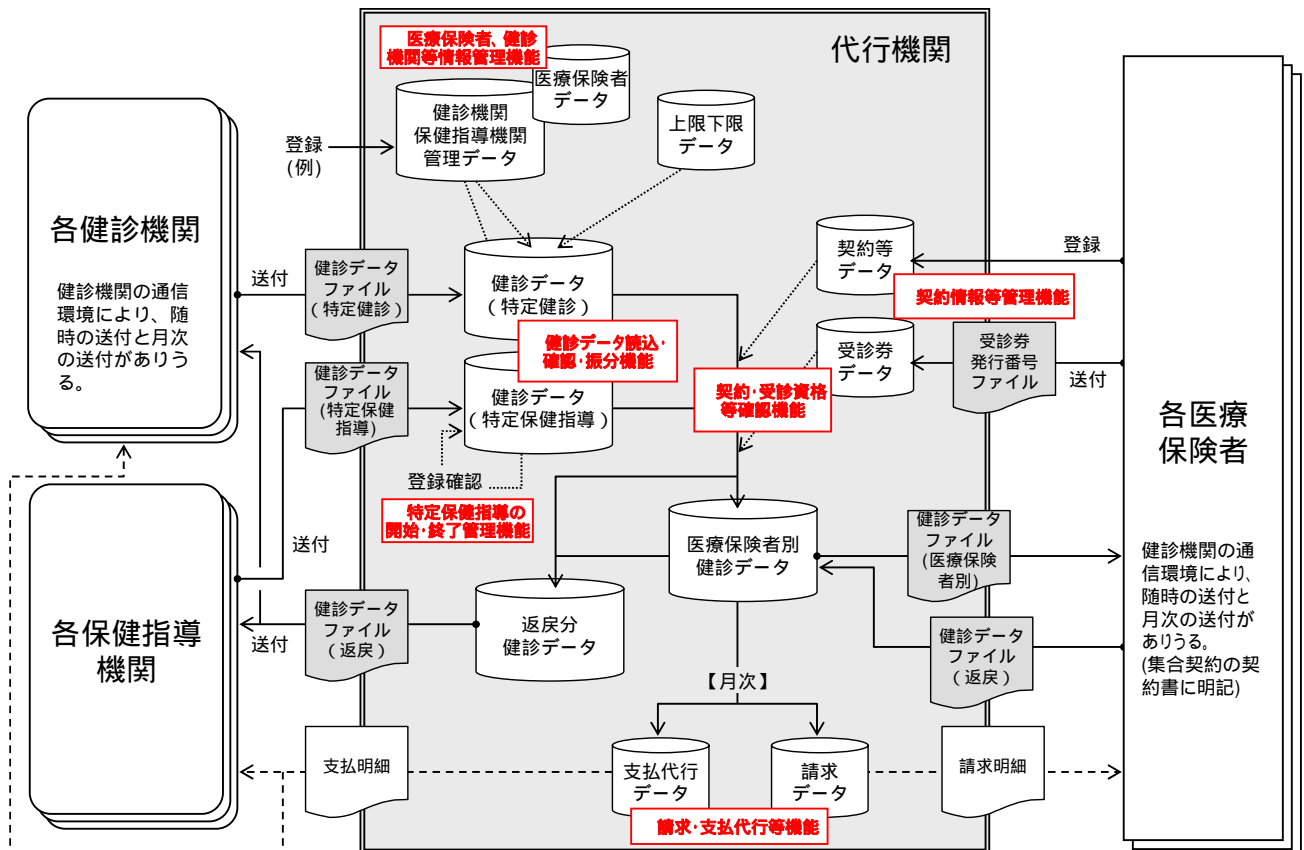
機能の詳細

決済とデータの点検及びそれらの一本化を、詳細に区分すると、主に次のような機能に分類・整理される。

- 支払代行や請求等の事務のために健診機関・保健指導機関及び医療保険者の情報を管理する機能
- 簡単な事務点検のために契約情報・受診券(利用券)情報を管理する機能
- 健診機関等から送付された健診データを読み込み、確認し、医療保険者に振り分ける機能
- その際に契約と合っているか、受診資格があるか等を確認する機能
- 特定保健指導の開始と終了を管理する機能
- 請求、支払代行等の機能

特に、受領したデータの点検のためのさまざまな既存情報（契約単価や自己負担額等医療保険者が事前に登録している情報）との突合が重要となる。

図表59: 代行機関における事務点検の全体イメージ(標準的な一例)



8-2-2 その他のサービス

代行機関の基本的な機能である、決済とデータの点検及びそれらの一本化以外のサービスとしては、主に次のようなものが考えられる。

医療保険者の業務代行

委託契約後に医療保険者に生じる業務として、対象者への受診券・利用券の発券や案内の送付、未受診者への再案内等の事務作業が残る。

代行機関によっては、これら医療保険者の業務も含めて受託し、医療保険者の登録が前提となる受診券の発券管理も併せて済ませることも考えられる。

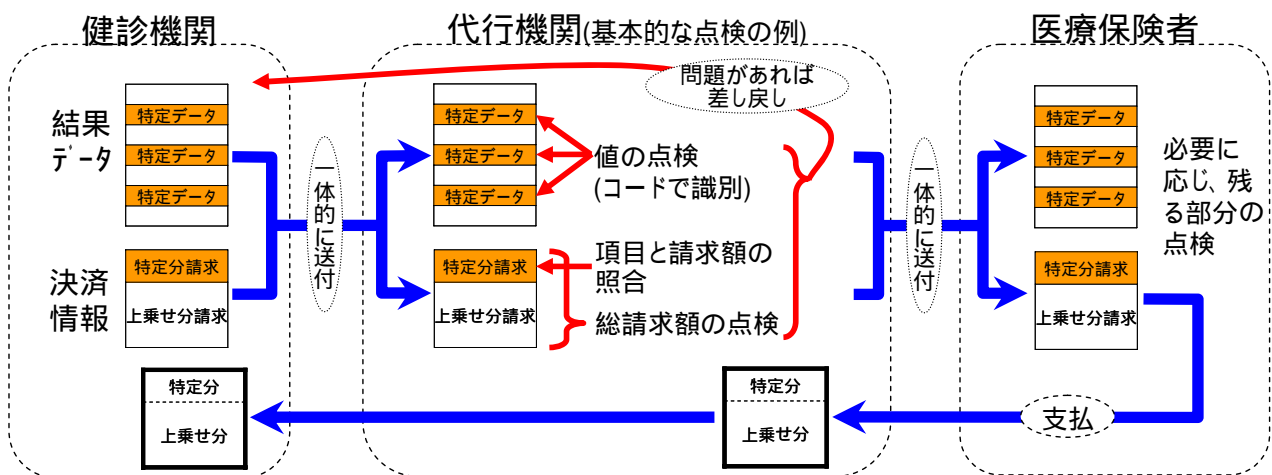
上乘せ健診項目も含めた処理

人間ドック等特定健康診査の項目以外の追加検査項目は、基本的な点検等業務の対象外となっている可能性が高い。次の図のように、データや請求は一本化されて送付されているものの、医療保険者まで点検されずに届くこととなる。

これは、人間ドックの受診項目が医療保険者によって異なり、標準化されていないため、医療保険者ごとに実施項目と単価の設定を登録しない限り点検ができず、医療保険者側も細かい登録は、特に集合契約の場合、煩雑で現実的ではないため、為されないこととなっている。

しかし、個別契約中心の機関グループであれば、代行機関にて事前に登録した全ての項目について点検することも可能となる。

図表60: 代行機関における事務点検の全体イメージ(標準的な一例)



健診・保健指導機関の業務代行

健診・保健指導機関には、受診者の予約受付や空き状況の照会対応、保健指導の中断者等への再開の促進等、連絡調整業務がある。

これらを代行機関が一括で受け付け、対応することにより、個々の健診・保健指導機関に別々に照会しなくともワンストップで全てわかるようになる。

8-2-3 利用に向けた手続き等の流れ

健診・保健指導機関サイドの代行機関

このタイプの代行機関の場合、契約取りまとめ機関を兼ねていることが多く、当該契約取りまとめ機関との集合契約の締結により、自動的に代行処理もセットされてくる場合が多いと考えられる。

代行処理機能が付いていない場合は、契約時に医療保険者が別途医療保険者サイドの代行機関を指定することとなる。

医療保険者サイドの代行機関

医療保険者 代行機関であることから、利用を希望する場合、医療保険者は、利用の申し込み、委託契約の締結が必要となる。

利用申し込みを行った医療保険者と委託契約を締結した健診・保健指導機関は、医療保険者が申し込んだ代行機関に、利用申し込みを行う必要がある。

この時、支払基金を利用する場合は、それ以前に健診・保健指導機関番号取得申請を行っていれば、改めての利用申し込みは不要となるが、支払基金以外の代行機関を利用する場合は、申請様式に記載した基本的な情報も含め改めての申し込みが必要となる。

支払基金の場合

支払基金は、レセプトのオンライン請求用に保険医療機関と医療保険者との間を閉域ネットワークで接続することとなっており、この回線網を代行処理にも利用することを想定している。

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

そのため、オンラインでのデータのやりとりとする健診・保健指導機関や医療保険者は、回線網への接続や上記ソフトウェアの導入等の準備が必要となる。また、これらの導入に際しては、平成 20 年 4 月からの本格稼働前に接続状態の検証・確認を終える必要がある。

詳しいスケジュールについては本書巻末の付属資料を参照されたい。

8-2-4 処理スケジュール(支払基金の場合)

基本的には、毎月 5 日締めとし、医療保険者の過誤調整等の有無の点検が済んだ上で問題がなければ翌月下旬に医療保険者から支払基金へ入金、速やかに支払基金から健診・保健指導機関へ入金される流れとなる。

オンラインでの送付が可能な健診・保健指導機関は随時データ送付が可能となっているが、郵送等オフラインでの送付となる場合は、月 1 回に限定される。

毎月の、詳しい処理スケジュールについては、本書巻末の付属資料を参照されたい。

8-2-5 事務手数料

健診・保健指導機関サイドの代行機関

このタイプの代行機関の場合、事務手数料（代行処理費用）だけが切り出されることはなく、契約単価の中に、かかったコストが全て包含される形となる。

医療保険者サイドの代行機関

利用申込や委託契約が別途必要なことから、事務手数料だけの設定が明らかとなる。

このタイプの代行機関の場合、事務手数料の設定は、処理件数の大小に大きく影響する可能性が高い。代行機関の事務処理に要する費用は、取扱い件数が多くても、また少なくても、設備や人員等を即座に縮小あるいは拡大することはできないため、一定額であることが多い。そのため、取扱い件数の増加により、1件あたりの手数料は下がっていくこととなる。

1件あたりの手数料は、毎年の処理件数を参考に設定されるのが、契約保険者間の公平のため、最も妥当な考え方であり、前年度までの処理件数を元にした処理見込み件数をもとに、医療保険者との協議の上、次年度の1件あたりの手数料が算出され、各医療保険者と契約を結ぶこととなる。

8-3 代行機関が満たすべき要件

8-3-1 セキュリティ要件

基本的な考え方

代行機関は、各健診機関・保健指導機関と各医療保険者との間に立ち、厳格な取扱いが求められる個人情報である健診・保健指導データを集中的に取り扱うことから、何よりもセキュリティの確保が重要視される。

医療保険者は、個人情報を確実に保護できる機関にしか委託できないこと、また万が一漏洩等の事故が発生した場合医療保険者も責任を問われることから、セキュリティが確保されていることが代行機関における最も重要な委託基準となる。

既存のガイドライン類の遵守

代行機関は、健康・医療に関する情報を取り扱うことから、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第2版（平成19年3月 厚生労働省）」や「レセプトのオンライン請求に係るセキュリティに関するガイドライン（平成18年4月 厚生労働省）」等の既定のガイドライン類の遵守が前提となる。

特に、各機関・各医療保険者との間をネットワークで接続しオンラインで代行処理を行う場合は、レセプトのオンライン請求と同じ事務の流れとなることから「レセプトのオンライン請求に係るセキュリティに関するガイドライン」に沿った安全対策を講じる必要がある。

また、オンラインではなく電子媒体の搬送（持参による手渡しあるいは郵便等による送付）においても、搬送中の安全性の確保等に留意することが重要である。

オンラインによりデータの授受を行う場合の遵守要件

健診機関・保健指導機関及び医療保険者等と接続するにあたっては、「レセプトのオンライン請求に係るセキュリティに関するガイドライン（平成18年4月 厚生労働省）」を適宜読み替え、遵守すること。

ネットワーク回線及び機器等については、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第2版（平成19年3月 厚生労働省）」における「6.10 外部と個人情報を含む医療情報を交換する場合の安全管理」を適宜読み替え、遵守すること。

具体的には、専用線・公衆網（ISDN）・閉域IP通信網によるクローズドなネットワークによる接続とするか、安全性が確認できるネットワーク機器（セキュアルーター等）を用いたオープンなネットワーク（インターネット）による接続^{*}とすること。

可搬型媒体を用いてオフラインによりデータの授受を行う場合の遵守要件

搬送中の安全が確保される手段を用いること。加えて、可能な範囲で、授受の事実が

^{*} 支払基金及び国保連合会に接続するためのBフレッツ等のアクセス回線はISP（プロバイダ）へのアクセス回線と共用可能なことから2回線の確保は不要である。なお、健診機関・保健指導機関が支払基金及び国保連合会が指定するネットワーク回線ではなく既存の回線等の利用を続ける場合（支払基金及び国保連合会に接続するための新たなアクセス回線が必要）、支払基金及び国保連合会以外の第三の代行機関と専用回線により接続している場合（インターネットを利用する回線が新たに必要）は、複数の回線の確保が必要となる。

確認できる手段（書留や配達証明郵便等）を用いることが望ましい。

搬送中の万が一の紛失時においても、格納された個人情報漏洩しないようファイルや電子媒体そのものへの暗号化等の対策を講じること。

ファイルや電子媒体を暗号化する際には、正しい送付先のみが複号できるような手段を用いること。

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

データセンター及び事務所等における遵守条件

「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第2版」（平成19年3月 厚生労働省）における「6.3 組織的安全管理体制（体制、運用管理規程）」「6.4 物理的安全対策」「6.5 技術的安全対策」「6.6 人的安全対策」「6.7 情報の破棄」「6.8 情報システムの改造と保守」「6.9 災害等の非常時の対応」を適宜読み替え^{*}、遵守すること。

情報システムの開発及び運用を外部委託する場合は、「プライバシーマーク」（財団法人 日本情報処理開発協会）等を取得している事業者であることが望ましい。

8-3-2 基本的な業務要件

基本的に行うべき業務としては8-2-1に示したものであり、8-2-2に示したそれ以上の業務・サービスについては、特に要件として定めなくともよいと考えられる。

- 特定保健指導の確実な実施のため、健診機関から授受したデータを速やかに事務点検し、医療保険者に送付すること
- 健診機関・保健指導機関からのデータの授受は、随時（都度）とすることが望ましい。健診機関・保健指導機関とオンラインで接続し、伝送により授受することが望ましいが、可搬型媒体（CD-R等）による授受にも対応すること
- 健診機関・保健指導機関から授受したファイルを保存すること
- 以下に示す事務点検を確実に実施すること
 - 電子的標準様式に準拠したファイル形式であること
 - ファイルが読込可能であること
 - 入力必須項目に値が格納されていること
 - 上限値・下限値が設定されている項目においては、値が範囲内であること
 - 受診券・利用券に記載された代行機関であること
 - ファイル中の対となる結果データと決済データの値が一致していること
 - 健診機関・保健指導機関と医療保険者の間に実施委託契約があること。実施及び請求の内容が契約内容と一致していること
 - 受診券・利用券の発行番号が有効（医療保険者が発番している番号であり、かつ複数回使用されていない）であること
 - 受診日・利用日が受診券・利用券の有効期限内であること
 - 特定保健指導のデータの場合
 - ・ 支援開始時のデータの場合、特定健診のデータがあること、かつ特定保健指導の対象者であること

^{*}適宜読み替えとは、医療機関等を代行機関に、医療従事者を代行機関の職員に、診療情報を健診・保健指導の結果データ等に、医療情報システムを代行機関の事務処理システム等に、それぞれ読み替えるものとする。

- ・支援終了時、6ヶ月後の評価時のデータの場合、開始時のデータがあること
- 事務点検に必要な情報を医療保険者から授受すること。もしくは医療保険者において事務点検の一部を実施できるよう、インターフェース等を定めること
 - 請求・支払代行処理に必要な情報を医療保険者及び健診機関・保健指導機関から授受すること
 - 事務点検の確実な実施のために、授受したデータを保存し、必要とする期間、照合可能とすること
 - 事務点検によりエラーとなったデータをファイルに格納し、健診機関・保健指導機関に理由を付けて返戻すること
 - 事務点検を終了したデータを医療保険者別に振り分けること
 - 医療保険者から返戻されたデータをファイルに格納し、健診機関・保健指導機関に返戻すること
 - 医療保険者からのデータの取得は、随時(医療保険者が代行機関にアクセスする度)とすることが望ましい。医療保険者とオンラインで接続し、伝送により取得できるようにすることが望ましいが、可搬型媒体(CD-R等)による取得にも対応すること
 - 事務点検を終了したデータを対象に、健診機関・保健指導機関への支払代行額、医療保険者への請求額を計算すること。必要な帳票を出力し、それぞれに送付すること
 - 健診機関・保健指導機関への支払代行、医療保険者への請求(決済処理)を滞りなく実施すること
 - 決済処理が終了していないデータを抽出し、健診機関・保健指導機関及び医療保険者に確認すること
 - 医療保険者が代行機関と契約するにあたって必要となる情報(事務委託費、受託可能事務、運用スケジュール、情報システムのインターフェース仕様等)を提供すること。健診機関・保健指導機関にデータの送付等に必要となる情報を提供すること

8-3-3 マスター類等の共同管理

考え方

代行機関として業務を行う機関(事業者)は、自由参入であることや、既に現在も同様の業務を行っている機関もあることから、さまざまな機関の参入が予想される。

この時、代行処理の要となるのが、健診・保健指導機関番号をはじめとする健診・保健指導機関のマスターデータ(さまざまな項目の情報が網羅的に整理された機関情報一覧のようなもの)である。全国共通の重複のない付番・停止・削除等の維持管理が為されることにより、関係者は安心してその番号を利用することができる。

この管理については、民間での関係者間の合意により進められるべきものであり、国で行うべきものではないことから、5-6-2 に示したように、支払基金が担うことが最適であるとなっている。

この時、マスターデータの維持管理コストは、支払基金だけが負うのではなく、関係者間での応分の負担がない限り、維持できないことは言うまでもないことから、8-1-1 の定義に基づく代行機関を営もうとする者は、応分の負担ができることが必須要件となる。

* マスターデータは、代行機関以外に医療保険者もそのメリットを享受しており、医療保険者の事務処理システムやデータ管理システム等に、常に最新のマスターデータを取り込んでおくことが管理上重要になることから、一定額で販売(例えば、現在の保険医療機関マスターは、健保連は支払基金から年間約230万円で購入している例にならう)することにより、維持管理コストの一部を担って頂くことも考えられるが、健診・保健指導機関マスターについては、支払基金ホームページの機関情報リストがダウンロードできる以上、医療保険者による負担が難しい。

代行機関間での負担

代行機関の負担割合は、取扱機関数（あるいは取扱件数）に応じた負担割合とすることが適当である。

関係者による協議・推進の場の必要性

将来的には、代行機関に関する取組として、健診・保健指導機関マスターの共同維持管理だけでなく、代行機関番号の付番、代行機関の新たな基準づくり（当面は不要であるが将来的に検討が必要となる可能性がある）等が考えられることから、これらの取組を関係者（代行機関）が集まって協議・推進していけるよう、協議会等の適当な場を設けて進めていくことが求められる。

8-3-4 代行機関番号の取得

付番ルール

代行機関として業務を行う機関（事業者）は、標準的なデータファイル仕様における送付先機関番号・送付元機関番号が必要となるため、代行機関番号を取得しておく必要がある。

代行機関番号の付番ルールの設定、付番や抹消等の管理については、8-3-3 に示した協議会等において共同管理を行っていくことが考えられるが、当面設立の予定はないことから、以下の付番ルールに基づき保険者協議会中央連絡会にて実施することとしている。

図表61：代行機関番号の付番ルール

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

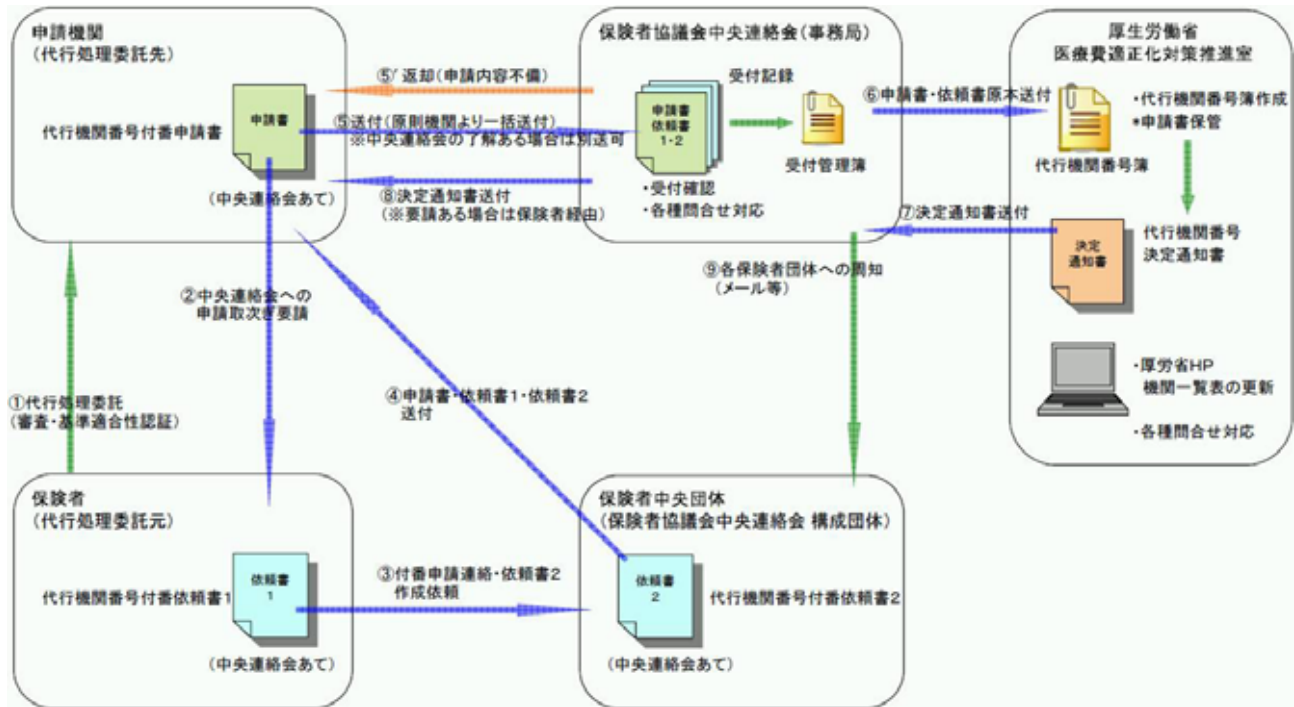
付番申請等

番号を希望する機関（事業者）は、契約相手先の医療保険者、及びその医療保険者の属する中央の保険者団体を通じて（それぞれ付番申請に関する依頼書を作成し申請に添付）保険者協議会中央連絡会（事務局＝国民健康保険中央会）に付番申請を行う。

なお、医療保険者に代わってデータや請求の整理・とりまとめを行うことに違いはないことから、医療保険者サイドの代行機関のみならず健診・保健指導機関サイドの代行機関が申請する場合も同様の流れで手続を行う。

* 申請様式等は保険者協議会中央連絡会のホームページがないことから、便宜上、厚生労働省ホームページに掲載。
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/info03f.html>

図表62: 代行機関番号の付番申請手続の流れ



8-3-5 ホームページ等への情報公開

健診・保健指導機関が委託基準を遵守していることをホームページ等に公開することにより、医療保険者は安心して委託先として選択することができる。

同様に代行機関についても、医療保険者が安心して委託できるよう、セキュリティ要件等を遵守できている旨を「事業運営上開示すべき重要事項の概要」として整理し、ホームページに公開することとする。

公開する場所は、代行機関自身のホームページでも、他のサイトでも構わないが、医療保険者等が閲覧・確認したい時に公開している場所がわかるよう、8-3-3 に示した協議会等のホームページに公開している場所をお知らせ（案内）することが求められる。

図表63:ホームページの様式例(部分)

事業を運営上開示すべき重要事項の概要〔代行機関〕

※代行機関の業務を行う者は、本資料を作成し、ホームページ（自機関のWebサイトでも他のサイトでも可）に掲載すること。
 ※運営状況の項目については、□を■にするか、該当する選択肢のみ付す（複数は可）こと。
 ※ガイドラインの遵守状況については別添録を添付し記載すること。

更新情報	最終更新日	年	月	日
※下記事項に変更があった場合は速やかに変更し、掲載しているホームページを更新し、更新日を明示すること。				

基本情報	機関名 ^{注1)}	
	所在地(住所) ^{注2)}	
	電話番号 ^{注3)}	-
	FAX番号	-
	ホームページアドレス	http://
	窓口となるメールアドレス	@
	代行機関コード ^{注3)}	
	代行機関の分類 ^{注3)}	<input type="checkbox"/> 医療保険者サイド <input type="checkbox"/> 健診・保健指導機関サイド（健診機関グループ） <input type="checkbox"/> 健診・保健指導機関サイド（健診機関グループ以外）

注1) 名称は正式なもので記載する。
 注2) 発行した代行機関コードを記載。
 注3) いずれか一つを選択。「医療保険者サイド」とは、保険者の委託を受け、機関と保険者との間に入って第三者として代行保健を実施する代行機関の類型。「健診・保健指導機関サイド」とは健診機関ととりまとめ機関（上記「健診機関グループ」や「保健指導機関グループ」）と「健診・保健指導機関グループ」以外）間によりデータや決済をとりまとめる機関。

施設及び設備情報	従事する職員の数 ^{注4)}	専任	機関本体	人	協力・関係会社	人
	兼任	機関本体	人	協力・関係会社	人	
	金職員の数 ^{注5)}	機関本体	人	協力・関係会社	人	
	施設費(サポート拠点費)	館所（都道府県名：）				
	財務基礎に関する資料または勘定先 ^{注6)}					
	類似業務・サービスの提供実績 ^{注7)}	対象	<input type="checkbox"/> 有（内容：） <input type="checkbox"/> 無			
	提供するサービス	内容	<input type="checkbox"/> 保険者向け <input type="checkbox"/> 健診・保健指導機関向け <input type="checkbox"/> 事務点検 <input type="checkbox"/> 請求・支払のとりまとめ・代行 <input type="checkbox"/> 健診・保健指導データの受領・振分・送付 <input type="checkbox"/> その他（）			
	利用者によるサービスの選択	保険者	<input type="checkbox"/> 可（選択可能な機能：） <input type="checkbox"/> 否			
		健診・保健指導機関	<input type="checkbox"/> 可（選択可能な機能：） <input type="checkbox"/> 否			
	ガイドラインの遵守 ^{注8)}	<input type="checkbox"/> 最低限のガイドラインを遵守済 <input type="checkbox"/> 最低限のガイドラインを遵守する予定 <input type="checkbox"/> 最低限のガイドラインを遵守していない				

注4) 当該機関のうち代行業務に従事する者のみを記載。
 注5) 協力会社・関係会社がない場合は記載不要（空欄）とし、あっても記載していない場合は0（ゼロ）人と記載。
 注6) 貸借対照表等決算資料等の勘定先ホームページで公開している場合はそのURL等を記載。別添録を公開していない場合は勘定先（銀行先等）相当者名等も記載。
 注7) 例として提供サービスの項を参照のこと。
 注8) 注1) 平成20年度以降、前年度の実績を記載（当社は空欄）。

注8) 別添録の様式「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 最低限のガイドライン遵守チェックリスト」に記載すること。チェックリストにおいて各項目「実施済」の場合は「最低限のガイドラインを遵守済」1項目以上「実施予定」がある場合は「最低限のガイドラインを遵守する予定」を備考に記すこと。

情報システムに関する情報	提供開始の年月日 ^{注9)}			
	システムの保有	<input type="checkbox"/> 自己導入	<input type="checkbox"/> 借用	
	システムの運用管理	<input type="checkbox"/> 自機関内	<input type="checkbox"/> 全部委託	<input type="checkbox"/> 一部委託
	システム専用区画・施設の有無	<input type="checkbox"/> 専用施設（機関所有）	<input type="checkbox"/> 専用施設（委託先）	
	システム管理技術者数	機関本体	人	委託先
処理可能件数(設計値)	年間	件	1日当たり	件

注9) 試用期間を除く。

運営に関する情報	サービス提供時間	システム	例)平日9時-17時 夜(10時-17時)
	ヘルプデスク		例)24時間365日稼働
	データ授受の方法	外部から機関へ	<input type="checkbox"/> オンライン(回線種別)) <input type="checkbox"/> オフライン(送付手段))
	機関から外部へ	<input type="checkbox"/> オンライン(回線種別)) <input type="checkbox"/> オフライン(送付手段))	
	データ授受におけるセキュリティ対策の方法	オンライン	
	オフライン		例)記録・送付した媒体に個人情報識別子などのファイル暗号化シールの付与

事務手数料 ^{注9)}	初期費用	円	円
	経常経費	別途請求の有無	<input type="checkbox"/> 無(健診委託費に含まれる) <input type="checkbox"/> 無(健診委託費に含まれる) <input type="checkbox"/> 有(下記) <input type="checkbox"/> 有(下記)
	固定費	円	円
	従量単価 ^{注10)}	円/あたり	円/あたり
	代行機関利用に際し必要となる設備等 ^{注11)}		

注9) すべての消費税込みの金額を記載。適用税率によって異なる場合はすべて記載。
 注10) 単位あたり（例えばデータ1件あたり）の事務手数料を記載。取扱データの内容等によって単価が異なる場合はすべて記載。
 注11) 保険者、健診・保健指導機関において必要となるハードウェア、ソフトウェア、ネットワーク回線等を記載。初期費用に含まれるものと、初期費用以外に各自の負担で購入しなければならないものを別記。

その他	前年度の取組件数 ^{注12)}	年間	件	1日当たり	件
-----	--------------------------	----	---	-------	---

注12) 平成20年度以降、前年度の実績を記載（当社は空欄）。

9. 基本指針・実施計画

9-1 特定健康診査等基本指針

9-1-1 特定健康診査等基本指針とは

医療保険者が、高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条に定める「特定健康診査等実施計画」を作成するにあたっての参考となるよう、どのような計画を作成すればよいかをとりまとめた基本的な指針（「特定健康診査等基本指針」。以下「基本指針」という）を国が定めることとなっている。

<高齢者の医療の確保に関する法律>

（特定健康診査等基本指針）

第十八条 厚生労働大臣は、特定健康診査（糖尿病その他の政令で定める生活習慣病に関する健康診査をいう。以下同じ。）及び特定保健指導（特定健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者として厚生労働省令で定めるものに対し、保健指導に関する専門的知識及び技術を有する者として厚生労働省令で定めるものが行う保健指導をいう。以下同じ。）の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針（以下「特定健康診査等基本指針」という。）を定めるものとする。

2 特定健康診査等基本指針においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

一 特定健康診査及び特定保健指導（以下「特定健康診査等」という。）の実施方法に関する基本的な事項

二 特定健康診査等の実施及びその成果に係る目標に関する基本的な事項

三 前二号に掲げるもののほか、次条第一項に規定する特定健康診査等実施計画の作成に関する重要事項

3 特定健康診査等基本指針は、健康増進法第九条第一項に規定する健康診査等指針と調和が保たれたものでなければならない。

4 厚生労働大臣は、特定健康診査等基本指針を定め、又はこれを変更しようとするときは、あらかじめ、関係行政機関の長に協議するものとする。

5 厚生労働大臣は、特定健康診査等基本指針を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表するものとする。

基本指針は、医療保険者による「特定健康診査等実施計画」の作成に資するよう平成 19 年 3 月に案の形で公表し、その後平成 20 年 3 月 31 日に大臣告示（平成 20 年厚生労働省告示第 150 号）として正式に公布。

9-1-2 基本指針の構成等

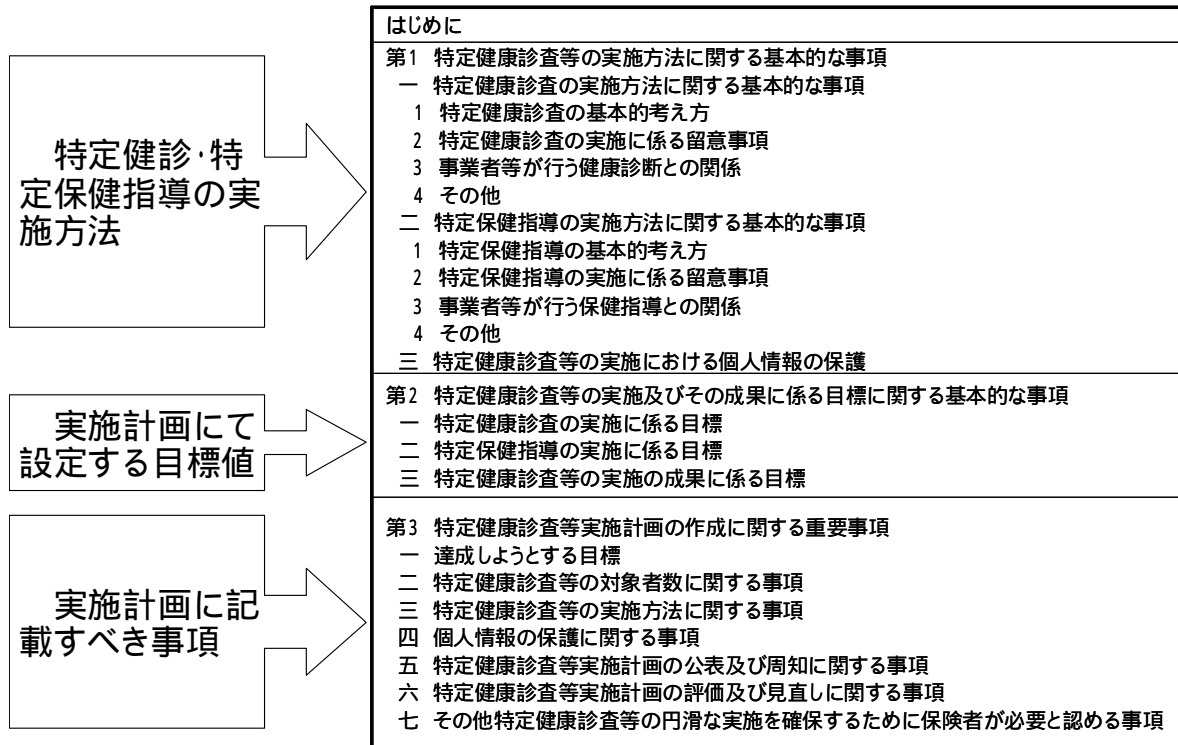
高齢者の医療の確保に関する法律第 18 条第 2 項に、指針に記載すべき主な事項が挙げられているが、これを踏まえ、次の図表に示すような構成となっている。

医療保険者が作成する「特定健康診査等実施計画」の記述内容や構成については、基本指針の第 3 に「特定健康診査等実施計画の作成に関する重要事項」として 7 項目が示されている。

また、特定健康診査等実施計画に定めるべき目標値（基本指針第 3 の一「達成しようとする目標」）の参酌標準（いわゆる医療保険者別の目安）については、基本指針の第 2 に「特定健康診査等の実施及びその成果に係る目標に関する基本的な事項」として 3 つ

の目標（健診実施率、保健指導実施率、メタボ減少率）のそれぞれの設定の考え方を示している。

図表64: 特定健康診査等基本指針の構成



なお、基本指針の原文は、厚生労働省ホームページ^{*}に公開されているので、そちらを参照されたい。

^{*} http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/pdf/info02_01.pdf

9-2 特定健康診査等実施計画

9-2-1 実施計画とは

法律上定められていること

医療保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条にて、「特定健康診査等実施計画」を定めるものとされている。

実施計画に記載すべき内容は、同条第2項及びこれに基づく基本指針（9-1-2 参照）第四の7項目に即して作成することとなる。

（特定健康診査等実施計画）

第十九条 保険者は、特定健康診査等基本指針に即して、五年ごとに、五年を一期として、特定健康診査等の実施に関する計画（以下「特定健康診査等実施計画」という。）を定めるものとする。

2 特定健康診査等実施計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

- 一 特定健康診査等の具体的な実施方法に関する事項
- 二 特定健康診査等の実施及びその成果に関する具体的な目標
- 三 前二号に掲げるもののほか、特定健康診査等の適切かつ有効な実施のために必要な事項

3 保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表しなければならない。

作成における考え方

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

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

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

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

健診・保健指導計画との違い

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

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

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

9-2-2 具体的に記載すべき事項

詳細は、別途とりまとめている「特定健康診査等実施計画作成の手引き」を参照されたい。

基本的な考え方

特定健康診査等基本指針の第3に挙げた7項目に即して作成する。目次構成についてもわざわざ工夫することは不要であることから、7項目であれば7章構成として、基本指針第3の並びで順次整理すればよい。

図表65: 特定健康診査等実施計画の構成

必要な範囲で(目標設定や実施方法の検討に)、簡潔に

各医療保険者の現状調査
(一部はH18年度済)

背景・現状等(各医療保険者の特徴や分布等)
↓
 特定健康診査等の実施における基本的な考え方

その他、必要に応じ
序文(はじめに)
・メタボ概念の導入
・特定健診とは
・実施の目的 等々

法19条	特定健康診査等基本指針	記載すべき事項	主に定めるべき内容
第2項 第二号	第3の一	達成しようとする目標	<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査の実施率、特定保健指導の実施率及びメタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率に係る目標
第2項 第一号	第3の二	特定健康診査等の対象者数	<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査等の対象者数(事業主健診の受診者等を除外した医療保険者として実施すべき数)の見込み(計画期間中の各年度の見込み数)を推計 健診対象者数は医療保険者として実施する数の把握になるが、保健指導対象者数を推計するためには、医療保険者で実施せず他からデータを受領する数の把握も必要。
	第3の三	特定健康診査等の実施方法	<ul style="list-style-type: none"> 実施場所、実施項目、実施時期あるいは期間 外部委託の有無や契約形態、外部委託先の選定に当たっての考え方、代行機関の利用 周知や案内(受診券や利用券の送付等)の方法 事業主健診等他の健診受診者の健診データを、データ保有者から受領する方法 特定保健指導の対象者の抽出(重点化)の方法 実施に関する毎年度の年間スケジュール、等
第2項 第三号	第3の四	個人情報の保護	<ul style="list-style-type: none"> 健診・保健指導データの保管方法や保管体制、保管等における外部委託の有無、等
第3項	第3の五	特定健康診査等実施計画の公表・周知	<ul style="list-style-type: none"> 広報誌やホームページへの掲載等による公表や、その他周知の方法 特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発の方法
第2項 第三号	第3の六	特定健康診査等実施計画の評価及び見直し	<ul style="list-style-type: none"> 評価結果(進捗・達成状況等)や、その後の状況変化等に基づく計画の見直しに関する考え方
	第3の七	その他、特定健康診査等の円滑な実施を確保するために医療保険者が必要と認める事項	

前提の整理

法定で記述すべき範囲は基本指針第3の項目のみであるが、目標値の設定や実施形態の検討にあたっては、前提となる加入者の分布や特徴等の整理が必要となる。

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

序文等による解説

また、特定健康診査等実施計画は、作成あるいは変更があれば遅滞なく公表することが義務付けられている（都道府県への報告義務はない）。加入者に対し、健診受診を呼びかけていく上でも周知は重要であるが、計画書の構成がいきなり目標値から始まっている場合、なぜこのような計画を作成し、加入者に健診受診を呼びかけるのかがわかりにくいことから、必要に応じ序文等で簡単な背景等の解説を加えることも考えられる。

9-2-3 計画作成のスケジュール

以下は、平成19年度の策定時における標準的なスケジュールであるが、平成20年度以降も、特定健康診査等実施計画の進捗状況の評価結果等に基づく定期的な見直しにおけるスケジュールとして参考とされたい。

図表66: 特定健康診査等実施計画の作成スケジュール(平成19年度)

計画策定に向けた事前整理(平成18年度中)

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

特定健診等実施計画の公表(平成20年4月初旬)

10. 後期高齢者支援金

10-1 基本的な仕組み

10-1-1 後期高齢者支援金とは

平成 20 年度から後期高齢者限定の新しい医療保険制度が創設される(都道府県単位に後期高齢者医療広域連合が設立)。この制度における財政負担として、全体の約 4 割を若年者の医療保険から支援金という形で拠出することが決まっており、これを後期高齢者支援金という。

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

10-1-2 加算・減算の考え方

基本的な考え方

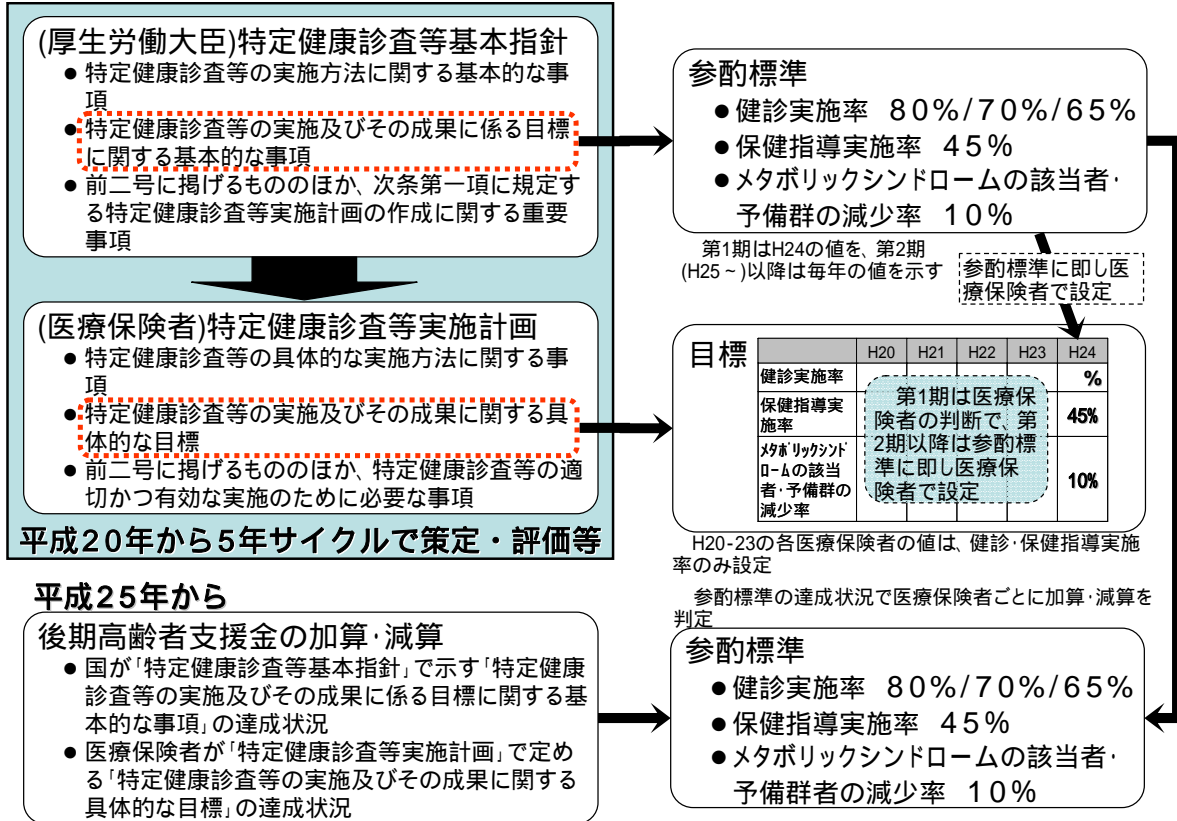
医療保険者が納付する後期高齢者支援金については、国が「特定健康診査等基本指針」で示す「特定健康診査等の実施及びその成果に係る目標に関する基本的な事項」、及び医療保険者が「特定健康診査等実施計画」で定める「特定健康診査等の実施及びその成果に関する具体的な目標」の達成状況を勘案して、±10%の範囲内で政令で定める方法により、加算・減算等の調整を行うこととされている(法第 120 条第 2 項・第 121 条第 2 項)。

平成 25 年度から納付される後期高齢者支援金に適用される(法附則第 15 条)。平成 20 年度から 24 年度の支援金は加算・減算を行わず 100/100 で算定する。

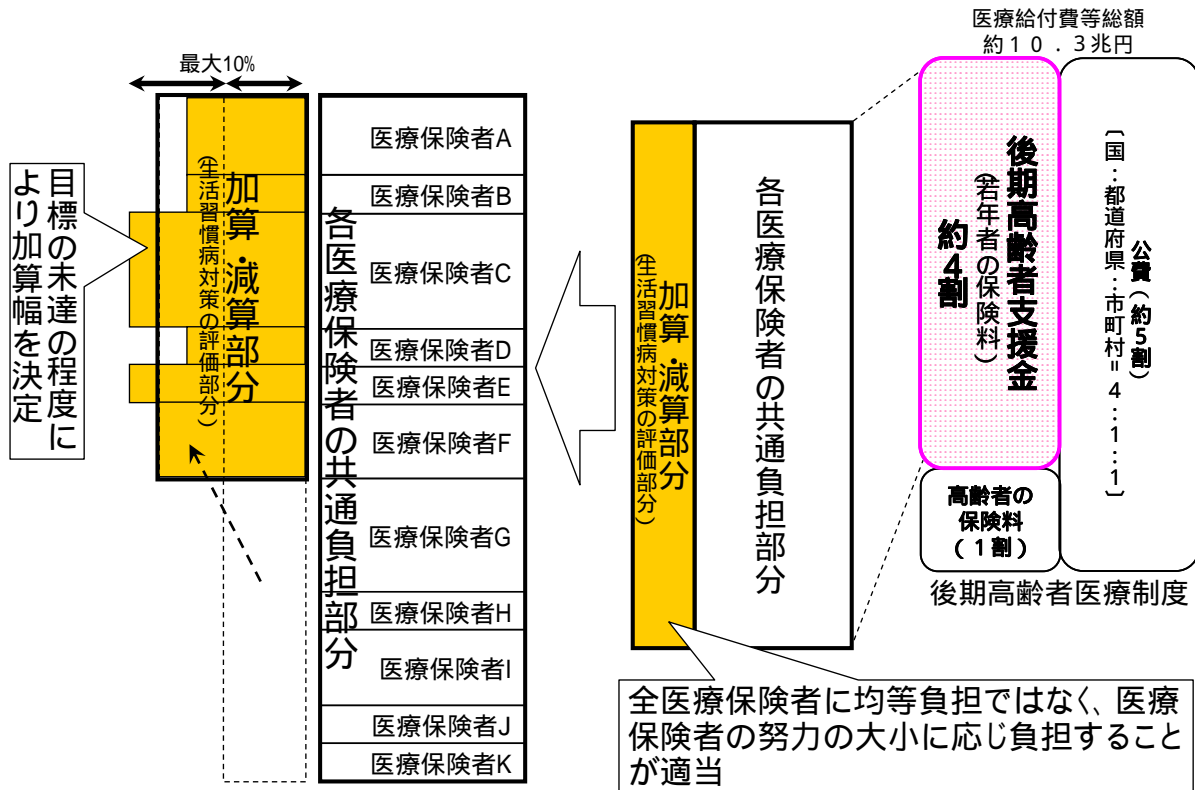
背景

医療保険者が生活習慣病対策を推進すれば、糖尿病や高血圧症・脂質異常症等の発症が減少し、これによって、脳卒中や心筋梗塞等への重症な疾患の発症も減少するが、こうした重症な疾患は後期高齢者において発症することが多く、後期高齢者の医療費の適正化につながることを踏まえ、そうした医療保険者の努力を評価し、特定健康診査や特定保健指導の実施に向けたインセンティブとするためである。

図表67: 参酌標準と各医療保険者の目標との関係(参考)



図表68: 加算・減算のイメージ(加算幅を3段階に分ける場合の一例)



10-1-3 支援金の評価基準

第1期（平成20-24年度）の評価

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

第2期以降の評価

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

制度施行当初からの評価は困難なことから、加算・減算は第一期終了後の平成25年度分から実施するため、第一期は毎年ではなく期間を通じた評価としたが、平成26年度分以降は毎年加算・減算を行うことから、毎年何らかの評価を行う必要がある。

第一期と同様に、計画期間の最終年度にのみ新たな数字で評価（平成26～29年度は、平成25年度の実績に基づく加算・減算を続け、平成30年度に、平成29年度目標の達成度合いに応じた加算・減算に切り替える）のだけでなく、毎年度、新たな実績数値で評価を行うことが望ましい。

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

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

10-2 評価指標の定義

10-2-1 特定健康診査の実施率

次の算定式に基づき、評価することとする。

算定式	$\frac{\text{当該年度中に実施した特定健診の受診者数(他者が実施した健診でそのデータを保管しているものも含む)}}{\text{当該年度末における、40～74歳の被保険者数及び被扶養者数}}$
条件	分子・分母の数から、年度途中で転入又は転出の異動をした者に係る数は除外(よって上記の「他者」に、以前に加入していた医療保険者は含まれない)。

10-2-2 特定保健指導の実施率

次の算定式に基づき、評価することとする。

算定式	$\frac{\text{当該年度の動機づけ支援終了者数 + 当該年度の積極的支援終了*1者数}}{\text{当該年度の健診受診者のうち、階層化により動機づけ支援の対象とされた者の数 + 積極的支援の対象とされた者の数*2}}$
条件	階層化により積極的支援の対象とされた者が、動機づけ支援レベルの特定保健指導を利用しても、利用者数には含めない。 途中終了(脱落・資格喪失等)者は、分母には含め、分子からは除外。 年度末(あるいは翌年4-5月)に保健指導を開始し、年度を越えて指導を受け、実績報告時まで完了している者は分子に算入。実績報告時に実施中だが未完了の場合は、次年度実績とするため、分母からは除外せず、分子からは除外(除外した分子は次年度の実績における分子に算入)。 後年、動機づけ支援の実施率と積極的支援の実施率を別々に評価する可能性も考慮し別々に把握しておくものの、制度施行当初における予定としては、評価は合算して実施。

10-2-3 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群^{*3}の減少率

評価に用いる算定式

次の算定式に基づき、評価することとする。

^{*1} 省令・告示等で規定された要件を全て実施し終えた者のみならず、完了時の実績評価が、様々な手法(電話、手紙等)による度重なる呼びかけ等にもかかわらず、利用者からの返答がないために実施できず、呼びかけ等の回数のみを記録して打ち切った場合についても、完了したものとして終了者数に含める。詳細は「保険者が社会保険診療報酬支払基金に提出する特定健康診査等の実施状況に関する結果について(平成20年7月10日 保発第0710003号)」を参照のこと。
(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/dl/info03j-7.pdf>)

^{*2} 保健指導判定値以上の者は保健指導対象者であることから、保健指導判定値を上回る受診勧奨判定値以上の者も保健指導対象者に含まれる(1-3-2 の脚注2を参照)ことに注意。

^{*3} ここでの「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群」とは、いわゆる8学会基準ではなく、保健指導対象者であることに注意。特定健康診査等基本指針第二の二の1の(2)において「特定保健指導の対象者(第三の三及び第四の一において「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群」という。)」と規定。また、医療費適正化基本方針第一の一の2の(一)住民の健康の保持の推進に関する目標において、「メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の該当者及び予備群(法第十八条第一項に規定する特定保健指導の実施対象者をいう。以下同じ。)」の減少率」と規定。

算定式	$1 - \frac{\text{当該年度の健診データにおける該当者及び予備群の数}}{\text{基準年度の健診データにおける該当者及び予備群の数}}$
条件	<p>H25 納付分は、H24(=当該年度)/H20(=基準年度)とし、H26 以降の納付分は、前年/前々年(例えば H26 の場合は H25/H24)</p> <p>該当者及び予備群の数は、健診実施率の高低で差が出ないように、実数ではなく、健診受診者に含まれる該当者及び予備群の者の割合を対象者数に乗じて算出したものとする。</p> <p>なお、その際に乗じる対象者数は、各医療保険者における実際の加入者数ではなく、メタボリックシンドロームの減少に向けた努力が被保険者の年齢構成の変化(高齢化効果)によって打ち消されないよう、年齢補正(全国平均の性・年齢構成の集団[*]に、各医療保険者の性・年齢階層(5歳階級)別メタボリックシンドロームの該当者及び予備群が含まれる率を乗じる)を行う。</p> <p>基点となる H20 の数は、初年度であるため、健診実施率が低い医療保険者もある(あるいは元々対象者が少なく実施率が 100%でも性別・年齢階層別での発生率が不確かな医療保険者もある)ことから、この場合における各医療保険者の性・年齢階層別メタボリックシンドロームの該当者及び予備群が含まれる率は、セグメントを粗く(年齢 2 階級×男女の 4 セグメント)した率を適用。</p> <p>健診実施率が極めて低い医療保険者については、保健指導の実施率も相当少なくなるとともに、年齢補正後のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の推計数も相当程度精度が落ちることとなる。このため、H24 以降の健診実施率が相当低い率である場合(例えば参酌標準の半分の水準にも達しない場合は、その年度のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の推計数を算定しないこととする。(保健指導の実施数も相当少ないこととなるので、結果として 3 項目とも未達成扱いとする)</p>

補完的に見ていく算定式

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

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

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

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

^{*} 医療費適正化基本方針第一の二の 1 の(三)では、各都道府県の医療費適正化計画におけるメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の算出方法として、基準年度(平成 20 年度当初)の該当者及び予備群の推定数は、平成 20 年度当初の年齢階層別(5歳階級)及び性別での該当者及び予備群が含まれる割合を、平成 24 年 4 月 1 日現在での住民基本台帳人口(年齢階層別(5歳階級)及び性別)で乗じた数とし、当該年度(平成 24 年度当初)の該当者及び予備群の推定数は、平成 24 年度当初の年齢階層別(5歳階級)及び性別での該当者及び予備群が含まれる割合を、平成 24 年 4 月 1 日現在での住民基本台帳人口(年齢階層別(5歳階級)及び性別)で乗じた数としている。

定様式には含めている。

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

年齢補正の考え方

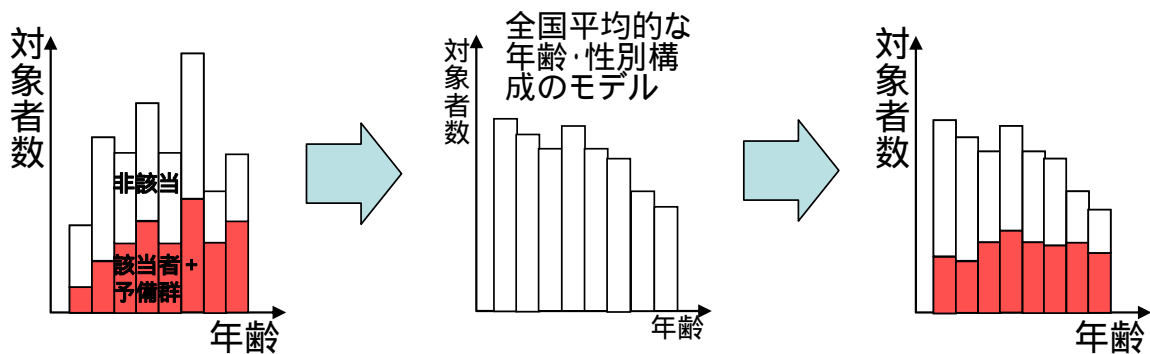
男女や年齢構成の違いに起因する医療保険者間の差異を補正する必要がある。

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

対象者数があまりに少なく、5歳階級という細かい年齢階層で区切った場合にゼロとなるセグメントが出る医療保険者では、最低限の区分けとして年齢は2階層(40-64歳・65-74歳)と男女の4セグメントで割合を出し、年齢補正。年齢の2階層も難しい場合は男女のみで行う。

健診実施率があまりに低率の場合、年齢補正の元になる年齢階層別・性別でのメタボリックシンドロームの該当者・予備群の割合の精度に問題があることから、健診実施率が相当低い(例えば参酌標準の半分以下)場合は、減少率の算出は行えない(目標未達の扱いとする)。

図表69: 年齢補正のイメージ



10-3 評価指標の活用方法

10-3-1 考え方

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

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

10-3-2 主な論点

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

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

図表70: 評価パターン例

積極的支援・動機付け支援で分ける可能性	特定健康診査の実施率					×	×	×	×
	特定保健指導の実施率			×	×			×	×
	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率		×		×		×		×
	達成=	未達=×							
<ul style="list-style-type: none"> ● 同じ「未達 = ×」であっても、達成が程遠い場合と、わずかに達成できなかった場合とで差をつける考え方もある。 ● ポイント制とし、3項目の間で点数にウェイト付けする、合計点で合格ラインを設定する、等の考え方もある。 	案1	減算	±0	±0	±0	±0	±0	±0	加算
	例	-10%	±0	±0	±0	±0	±0	±0	+10%
	案2	減算	±0	±0	加算	±0	加算	加算	加算
	例	-10%	±0	±0	+5%	±0	+5%	+5%	+10%
	案3	減算	±0	±0	加算	±0	加算	±0	加算
	案4	減算	±0	±0	±0	±0	±0	加算	加算
	案5	減算	加算	加算	加算	加算	加算	加算	加算
	例	-10%	+4%	+4%	+7%	+4%	+7%	+7%	+10%

多様なパターンや考えられる