

特定健康診査・特定保健指導の 円滑な実施に向けた手引き

平成 25 年4月

厚生労働省保険局

はじめに

[本書について]

- ◆ 本書は、医療保険者や健診・保健指導機関等の関連団体、有識者等により構成された「保険者による健診・保健指導の円滑な実施方策に関する検討会」及び同検討会の下に設けられた「決済及びデータ送受信に関するワーキンググループ」において検討・整理された結果を中心に、その他基本的な整理も含めとりまとめたものである。
- ◆ 平成23年4月から開催された「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」及び同検討会の下に設けられた「実務担当者による特定健診・特定保健指導に関するワーキンググループ」において検討・整理された内容も併せて掲載している。
- ◆ 「標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）」（厚生労働省健康局）に整理されている、標準的な実施内容には、特定健診・特定保健指導制度において、医療保険者（あるいは委託先となる健診・保健指導機関）として必ず遵守すべき点と、できれば実施することが望ましい点が混在していることから、医療保険者（あるいは委託先となる健診・保健指導機関）として必ず遵守すべき点について「高齢者の医療の確保に関する法律」の関連政省令・告示等として整理しており、本書はその法定の内容を踏まえたものである。
- ◆ 本書は、主な関係者間でおおよその合意が得られた基本的なルール・枠組み等を整理したものであり、「高齢者の医療の確保に関する法律」及び関連政省令・告示等もこれに則って整理されていることから、原則として本書に記載の方法等により特定健診・特定保健指導を実施していくことが求められる。但し、「高齢者の医療の確保に関する法律」及び関連政省令・告示等から逸脱しない範囲で、「標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）（厚生労働省健康局）」も参考に、本書に記載のない効果的な手法等により特定健診・特定保健指導を実施することを妨げるものではない。

[本書及び関連資料等の全体構成]

- ◆ 本書は、基本的なルール・枠組み等を整理したものである。
- ◆ また、本書の付属資料として、本書の各項に関連するサンプル類等の資料をとりまとめたものを用意しているので、併せて参照願いたい。
- ◆ さらに、本書の他に参考となる資料として、特定健康診査等実施計画作成の手引きや、特定健康診査・特定保健指導に関するQ&A集を併せて公開しており、本書と併せて通読頂き、参考としてもらいたい。

基本的資料	特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き	本編	基本的なルール・枠組みを整理したもの（本書）
		付属資料	本書の各項に関連するサンプル類等の資料をとりまとめたもの
詳説（基本的資料から別途整理）	特定健康診査等実施計画作成の手引き	本編	作成方法等の解説
参考資料	特定健康診査・特定保健指導に関するQ&A集		これまでに寄せられた主な質問を一問一答形式で整理

[改版履歴]

- ◆ 本書（及び関連資料）は、準備や実施を通じて明らかとなった関係者等からの指摘事項等や、新たに周知しておくべき事項等が生じた場合は、随時、必要に応じ追記・修正等を行っていく予定である。
- ◆ 最新版については、常に厚生労働省ホームページ等において公開する。

改版年月日	版数	主な改版部分
2007/07/25	Ver1.1	
2007/08/24	Ver1.2	高脂血症を脂質異常症に置換 1-1-1①・1-3-2①・2-1-1・6-1-2①・6-2-1④・6-3-1①・10-2-3①の脚注の追加・修

改版年月日	版数	主な改版部分
		正 5-6-2②図表差し替え(詳細は付属資料9として追加)、6-4-4①②の内容補足 その他誤字修正や表記の統一
2007/11/02	Ver1.3	1-1-1①注2修正、図表2の注を追加 1-3-2①記述追加、注2の記述追加 2-1-1脚注の補足、2-1-2図表9記述の追加・修正、2-2-1②図表10修正、2-2-2①注1追加、2-2-3④新規追加(脚注も)、2-3-1③④表記の統一・脚注追加、2-4-2図表12脚注追加・②の表記修正 3-2-2④脚注の補足、3-4-2記述を補足、3-5-1注1を追加、3-5-2③注の補足説明、3-6-1①注の追加 4-2-2③説明の充実、4-3-1①注2追加 5-2-2④脚注削除、図表26・27を最新版に更新 6-1-1図表28追加、6-1-2②図表29追加・注3追加、6-2-1図表31追加、6-2-2図表32追加、6-2-4①記述追加及び図表33・34追加、6-2-5①の記述補足・⑤の新規追加(図表36・脚注も)、6-4-4①の追記・注1追加・②の追記 7-1-5②記述修正 10-2-2注1追加
2008/01/23	Ver1.4	※主に省令(実施基準)・告示の内容確定に対応し記述の正確化 1-2-2③記述修正、図表6脚注追加、1-3-2③記述修正、1-3-3・2-1・2-1-1の記述追加 図表8表記修正、2-1-1脚注追加、図表9表記修正、2-2-2①・2-2-2②・2-3-1②の脚注追加、2-3-1③脚注補足、2-3-2②枠内誤記修正 3-2-1・3-2-2③・3-2-2④・3-3-1・3-3-2⑤・図表14の記述修正、図表16説明補足、3-6-1②③記述修正及び脚注追加、3-6-1④記述の修正・追記、図表17・18の追加(以降の図表番号が2つ増える) 4-3-2③誤植修正 5-1-1②・5-1-2・5-1-3の表記を微修正しこれに合わせ注1を削除、5-2-1②脚注追加、図表21注の微修正、5-4-2表題追加、5-5-1②表記修正、図表25脚注追記 6-4-4脚注追加と注2の内容追加、図表41脚注追加、6-4-5③記述の微修正 7-1-5②記述追加 8-1-1②記述追加
2008/02/29	Ver1.5	図表8脚注追加 5-1-1③注1追加、5-2-1③注2追加、5-3-2①注1追加、5-4-2図表24の追加(以降の図表番号がver1.4より1つ増える)、5-6-1⑤追加と図表28加筆 6-4-4①加筆、注3追加、6-4-4②「窓口での自己負担」欄加筆、図表42注1修正 8-3-4加筆修正、脚注追加、図表60追加(以降の図表番号がver1.4より2つ増える)
2008/05/30	Ver1.6	※主に通知等の発出に対応し記述を正確化 2-1補筆及び注1追加、2-1-1注2補筆、図表8注2修正、図表10追記及び注の追加 3-6-1②注2補筆、3-6-1④補筆及び注の追加、3-6-2注2補筆、3-6-3図表20追加(以降の図表番号が1つ増える) 5-6-1図表28参考の追加 6-4-3図表41印字例追加、6-4-4②「特定健康診査受診券整理番号」欄追加及び「窓口での自己負担」欄への例示追加、6-4-7②注の追加 7-1-2②③記述の補足及び注1・2の追加、7-1-4③注の追加 8-3-4記述追加及び図表62追加(以降の図表番号が2つ増える)

改版年月日	版数	主な改版部分
2008/07/28	Ver1.7	<p>※主に告示・通知の発出に対応した内容の更新、利用券整理番号の付番ルールの付属資料との記述の整合性確保</p> <p>2-2-2①補筆、2-2-3②新規挿入(以降の丸番号が1つずれる)</p> <p>6-4-4②本文(利用券整理番号の種別)の修正(付属資料 7 の表記との不整合の修正)と併せて注 2 の追加、6-4-5 注 2 補足</p> <p>7-1-2③及び注 3・4・5 の追加、7-2-1 告示・通知の公布に対応し補筆</p> <p>9-1-1 補筆、9-1-2 脚注追加、9-2-2 補筆及び図表 65 更新、9-2-3 補筆</p>
2008/12/24	Ver1.8	<p>※主に決済及びデータ送受信に関するワーキンググループでの検討結果を反映</p> <p>※全国健康保険協会の発足に伴い、政管健保を協会けんぽに置き換え</p> <p>1-1-1 図表 1・2 更新、1-2-2・1-2-2①・1-2-2③の追記や注の追加、1-3-2⑥⑦補筆</p> <p>2-1-1 注の追加</p> <p>3-5-2 注の補足</p> <p>4-2-2⑤注の追加、4-3-2②補筆</p> <p>5-2-1③表現の修正、5-4-2②注 1・2 の追加、5-4-3①注の追加</p> <p>6-2-1②補筆、6-4-3②の追加、図表 41 表記改正、図表 42 注の追加、6-4-4①「健診内容」欄、「契約とりまとめ機関名」欄の補筆、6-4-4②を挿入、注 2 の削除、6-4-4③「契約とりまとめ機関名」欄の補筆、注 2 の追加、図表 43 補足、6-4-5 注 2 補足、6-4-7①補足、図表 44 表記改正、6-4-7②補足</p> <p>10-2-2 算定式・条件の表記の適正化、注の追加</p>
2013/4/12	Ver2.0	

目 次

1. 基本的事項.....	1
1-1 生活習慣病対策の必要性.....	1
1-1-1 背景・必要性.....	1
1-1-2 医療保険者による生活習慣病対策.....	4
1-2 特定健康診査とは.....	5
1-2-1 定義.....	5
1-2-2 対象者.....	6
1-3 特定保健指導とは.....	8
1-3-1 定義.....	8
1-3-2 対象者.....	8
1-3-3 その他の保健指導.....	11
2. 特定健康診査.....	12
2-1 実施内容(健診項目).....	12
2-1-1 基本的な健診の項目.....	12
2-1-2 詳細な健診の項目.....	13
2-2 他の健診との関係.....	15
2-2-1 労働安全衛生法・学校保健安全法等.....	15
2-2-2 医療保険者による追加健診項目(人間ドック等).....	17
2-2-3 市町村における各種健診との関係.....	18
2-3 階層化.....	21
2-3-1 階層化.....	21
2-3-2 医療保険者による優先順位付け.....	23
2-3-3 その他(受診勧奨).....	24
2-4 結果通知.....	27
2-4-1 結果説明.....	27
2-4-2 通知様式例.....	28
3. 特定保健指導.....	31
3-1 情報提供.....	31
3-1-1 内容等.....	31
3-1-2 制度上の位置づけ.....	33
3-2 動機付け支援.....	35
3-2-1 定義.....	35
3-2-2 内容.....	35
3-3 積極的支援.....	37
3-3-1 定義.....	37
3-3-2 内容.....	37
3-4 支援計画.....	41
3-4-1 支援計画.....	41
3-4-2 その他、支援において使用する資料類.....	46
3-5 終了.....	47
3-5-1 終了時評価.....	47
3-5-2 途中終了(脱落・資格喪失等)の取扱.....	47
3-6 保健指導の実施者.....	49
3-6-1 実施者.....	49
3-6-2 実施者への研修.....	53
4. 実施形態.....	54
4-1 医療保険者別の実施形態.....	54

4-1-1	単一健保・共済	54
4-1-2	総合健保・協会けんぽ・国保組合等	54
4-1-3	市町村国保	55
4-2	被保険者本人	57
4-2-1	健診	57
4-2-2	保健指導	59
4-3	被扶養者	61
4-3-1	健診	61
4-3-2	保健指導	63
5.	アウトソーシング	64
5-1	委託基準	64
5-1-1	委託基準について	64
5-1-2	特定健康診査の外部委託に関する基準(告示 第1)	64
5-1-3	特定保健指導の外部委託に関する基準(告示 第2)	66
5-2	委託先の確保	70
5-2-1	委託先の検索	70
5-2-2	見積等情報照会	71
5-3	契約	74
5-3-1	標準的な契約書	74
5-3-2	契約単価の設定	75
5-3-3	再委託の条件	75
5-3-4	個人情報の保護	77
5-3-5	スケジュール	78
5-4	請求・決済	78
5-4-1	請求・決済の回数	78
5-4-2	請求・決済額の算定方法(自己負担の設定方法)	78
5-4-3	請求・決済の方法	81
5-4-4	請求・決済の頻度	82
5-4-5	決済失敗時の取扱	83
5-5	重要事項に関する規程	85
5-5-1	運営についての重要事項に関する規程	85
5-5-2	規程の概要	85
5-5-3	概要の公開・更新	87
5-6	健診・保健指導機関番号	88
5-6-1	番号とは	88
5-6-2	番号取得申請	90
5-7	委託先機関の評価	94
5-7-1	委託基準の遵守状況の確認	94
5-7-2	基準を満たさない機関が判明した場合の対応	94
5-7-3	委託先の評価	96
6.	集合契約	97
6-1	集合契約とは	97
6-1-1	背景・必要性	97
6-1-2	定義	98
6-1-3	契約条件等の標準化	99
6-2	集合契約のパターン	100
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)	100
6-2-2	全国的な健診機関グループ	102

6-2-3	その他(地域グループ等)	103
6-2-4	成立に向けた手順	104
6-2-5	成立に必要な注意点	106
6-3	代表保険者・契約代表者	110
6-3-1	選定	110
6-3-2	主な役割	110
6-4	受診券・利用券	111
6-4-1	定義	111
6-4-2	主な役割・目的	111
6-4-3	様式	112
6-4-4	作成上の注意事項	114
6-4-5	発券時期・有効期限	117
6-4-6	対象者への送付	119
6-4-7	健診・保健指導機関窓口での取扱い	119
6-4-8	受診券・利用券情報の管理・登録	121
6-4-9	代行機関窓口での取扱い	121
7.	健診・保健指導データ	124
7-1	標準的なデータファイル仕様	124
7-1-1	必要性	124
7-1-2	仕様のイメージ・構成	124
7-1-3	保健指導における電子データ化の範囲	127
7-1-4	追加健診項目のサポート範囲	129
7-1-5	データ作成・管理のシステム	130
7-2	データ	132
7-2-1	標準的なデータファイル仕様での送付義務	132
7-2-2	紙データの取扱い	132
7-2-3	データ作成者	133
7-2-4	他の医療保険者からのデータ受領	134
7-2-5	事業者等からのデータ受領	134
7-3	データの流れ	138
7-3-1	基本的な流れ	138
7-3-2	その他の流れ	139
7-3-3	医療保険者間のデータ移動	140
7-4	データの保管・活用	141
7-4-1	データの適切な保管	141
7-4-2	保管年限と保管後の取扱い	144
7-4-3	データの効果的な活用	145
8.	代行機関	147
8-1	代行機関とは	147
8-1-1	定義	147
8-1-2	分類	147
8-1-3	自由参入	148
8-2	代行機関の機能・サービス	149
8-2-1	主な機能	149
8-2-2	その他のサービス	150
8-2-3	利用に向けた手続き等の流れ	151
8-2-4	処理スケジュール(支払基金の場合)	151
8-2-5	事務手数料	152

8-3 代行機関が満たすべき要件	153
8-3-1 セキュリティ要件	153
8-3-2 基本的な業務要件	154
8-3-3 マスター類等の共同管理	155
8-3-4 代行機関番号の取得	156
8-3-5 ホームページ等への情報公開	157
9. 基本指針・実施計画	159
9-1 特定健康診査等基本指針	159
9-1-1 特定健康診査等基本指針とは	159
9-1-2 基本指針の構成等	159
9-2 特定健康診査等実施計画	161
9-2-1 実施計画とは	161
9-2-2 具体的に記載すべき事項	161
9-2-3 特定健康診査等実施計画の評価方法	163
① 特定健康診査の実施率	163
② 特定保健指導の実施率	164
③ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率	165
10. 支払基金(国)への実績報告	169
10-1 基本的な事項	169
10-1-1 報告の義務	169
10-1-2 報告の時期及び様式	169
10-2 データの活用	170
10-2-1 高齢者医療確保法に基づく利用	170
10-2-2 第三者への提供	170
10-3 第二期(平成25年度)からの変更点	171
11. 後期高齢者支援金	175
11-1 基本的な仕組み	175
11-1-1 後期高齢者支援金とは	175
11-1-2 加算・減算の考え方	175
11-1-3 支援金の加算・減算の実施状況	176

付属資料

1.事務フロー	特定健康診査の標準的な事務フローの一例 特定保健指導の標準的な事務フローの一例
2.見積	標準的な見積様式の例 特定保健指導価格調査の実施結果(見積の参考)
3.ホームページ等の記載様式	運営についての重要事項に関する規程の概要[健診機関] 運営についての重要事項に関する規程の概要[保健指導機関] 事業運営上開示すべき重要事項の概要[代行機関]
4.集合契約の契約書例	集合契約における標準的な契約書の例(代表医療保険者と地区医師会との場合)
5.スケジュール	保険者における毎年のスケジュール(標準的な例) 契約に関する保険者の作業(市町村国保の契約スキームを利用した集合契約の場合) 契約に関する保険者の作業(集合契約の場合) 契約に関する保険者の作業(個別契約の場合) 参考:契約等の事務フロー 支払基金における代行処理の月次スケジュール(案)
6.保健指導の事例	保健指導の事例(効果等)について 事業者団体における積極的支援の価格
7.標準的なデータファイル仕様	医療保険者への送付用 国への実績報告用
8.QRコード収録項目	受診券 QRコード収録項目 利用券 QRコード収録項目
9.支払基金への機関届の様式	保険医療機関用、保険医療機関以外用、変更届、廃止届
10.委任状の様式	

※適宜改訂された場合は最新版に差し替えてホームページに公開。

1. 基本的事項

1-1 生活習慣病対策の必要性

1-1-1 背景・必要性

①生活習慣病の有病者及び予備群の状況

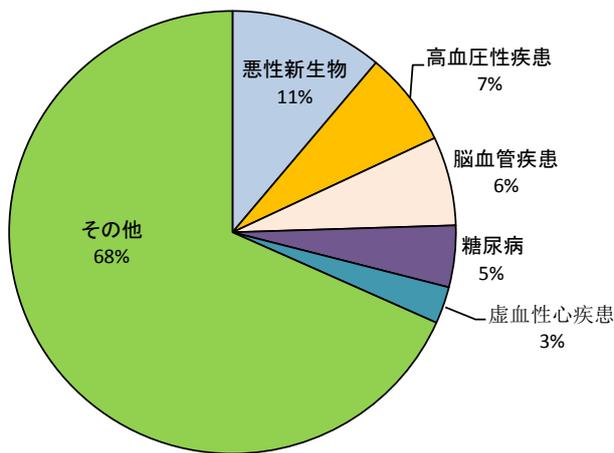
高齢化の急速な進展に伴い、疾病構造も変化し、疾病全体に占めるがん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病*の割合は増加し、死亡原因でも生活習慣病が約6割を占め、医療費に占める生活習慣病の割合も国民医療費の約3分の1となっている(図表1)。

生活習慣病の中でも、特に、心疾患、脳血管疾患等の発症の重要な危険因子である糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の有病者やその予備群が増加しており、また、その発症前の段階であるメタボリックシンドロームが強く疑われる者と予備群と考えられる者を合わせた割合は、男女とも40歳以上では高く、40～74歳において、男性では2人に1人、女性では5人に1人の割合に達している(図表2)。

国民の、生涯にわたって生活の質の維持・向上のためには、糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の発症、あるいは重症化や合併症への進行の予防に重点を置いた取組が重要であり、喫緊の課題となっている。

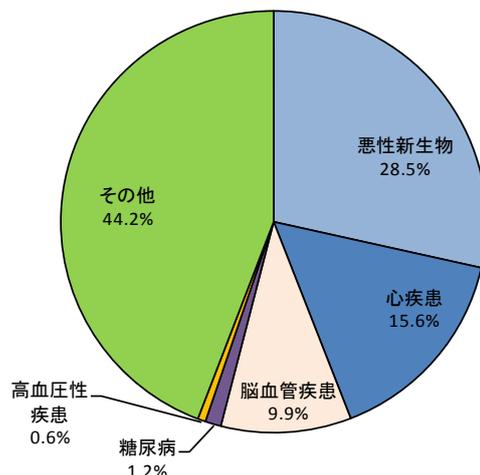
図表1: 医療費と死因(生活習慣病に分類される疾患)

一般診療医療費の構成割合



(資料)厚生労働省「平成22年度国民医療費」

死因別死亡割合

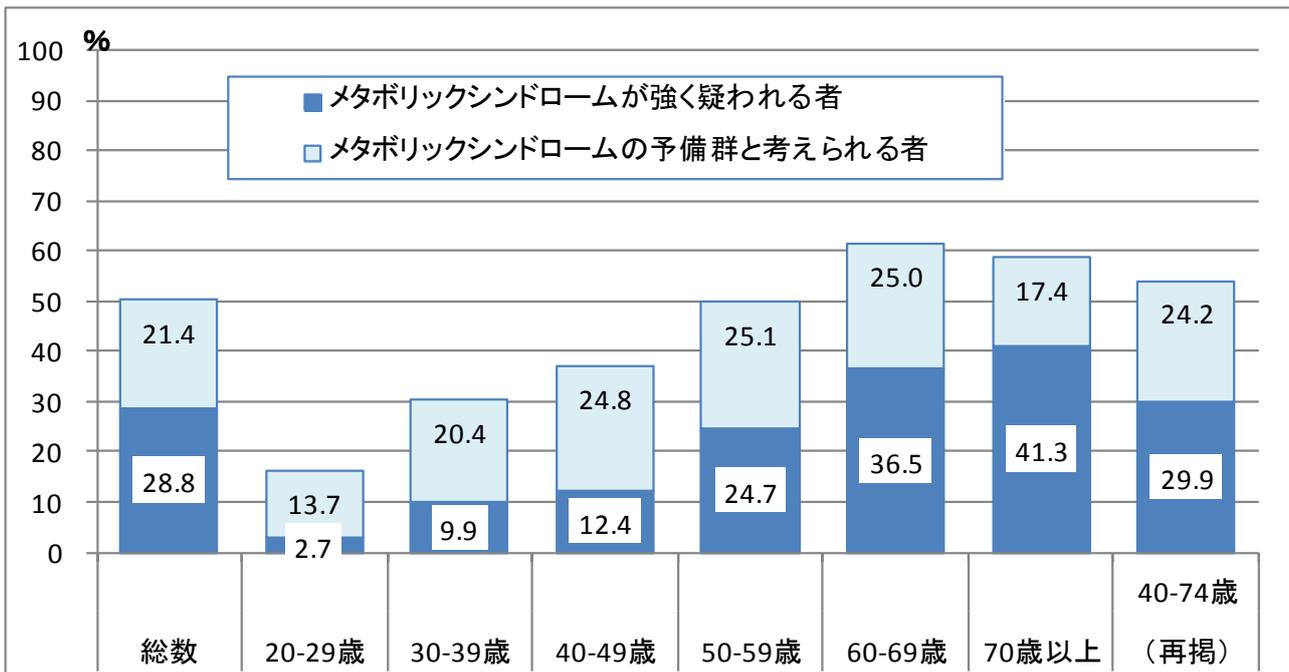


(資料)厚生労働省「平成23年人口動態統計」

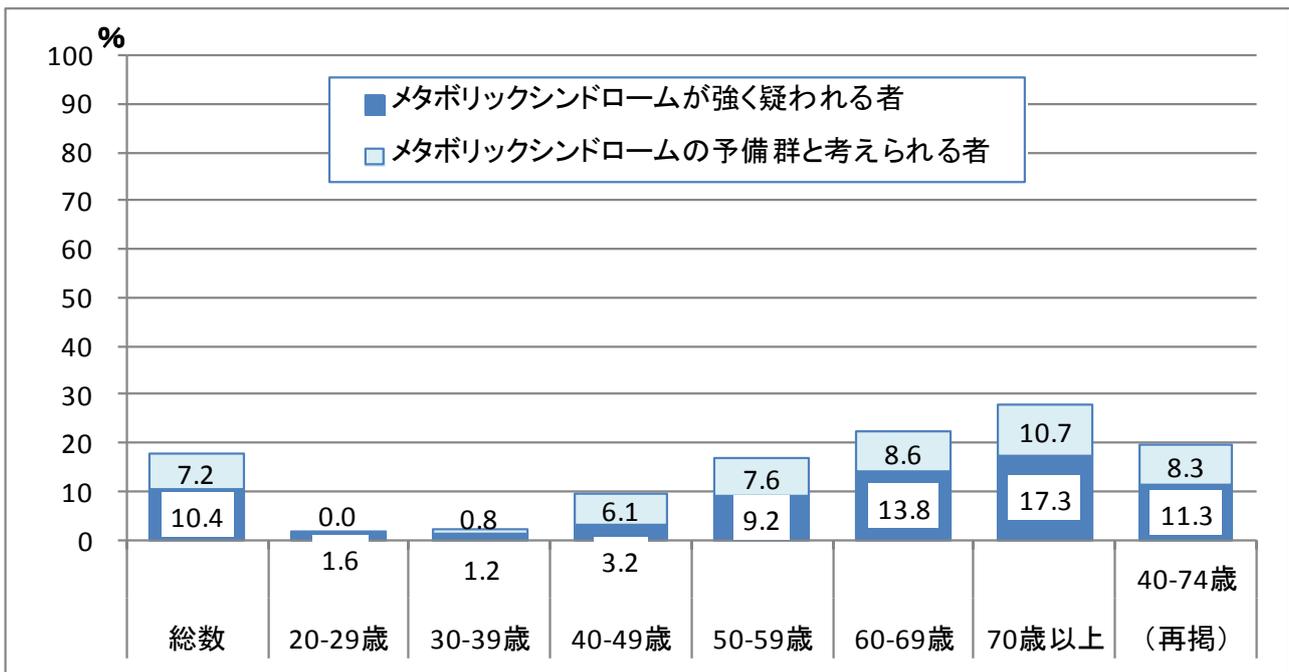
* 健康日本 21(第2次)における生活習慣に起因する疾病としては主としてがん、循環器疾患、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患であるが、この「標準的な健診・保健指導プログラム」においては、運動・食事・喫煙などに関する不適切な生活習慣が引き金となり、肥満、血糖高値、血圧高値、動脈硬化症から起こる虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等で、保健指導により発症や重症化が予防でき、保健指導の成果を健診データなどの客観的指標を用いて評価できるものを主な対象としている。なお、がん対策については、別途「がん対策推進基本計画」に基づいて対策を進めていくこととしている。

図表2:メタボリックシンドロームの状況(20歳以上)

男性



女性



資料:平成23年国民健康・栄養調査

②生活習慣病対策の必要性

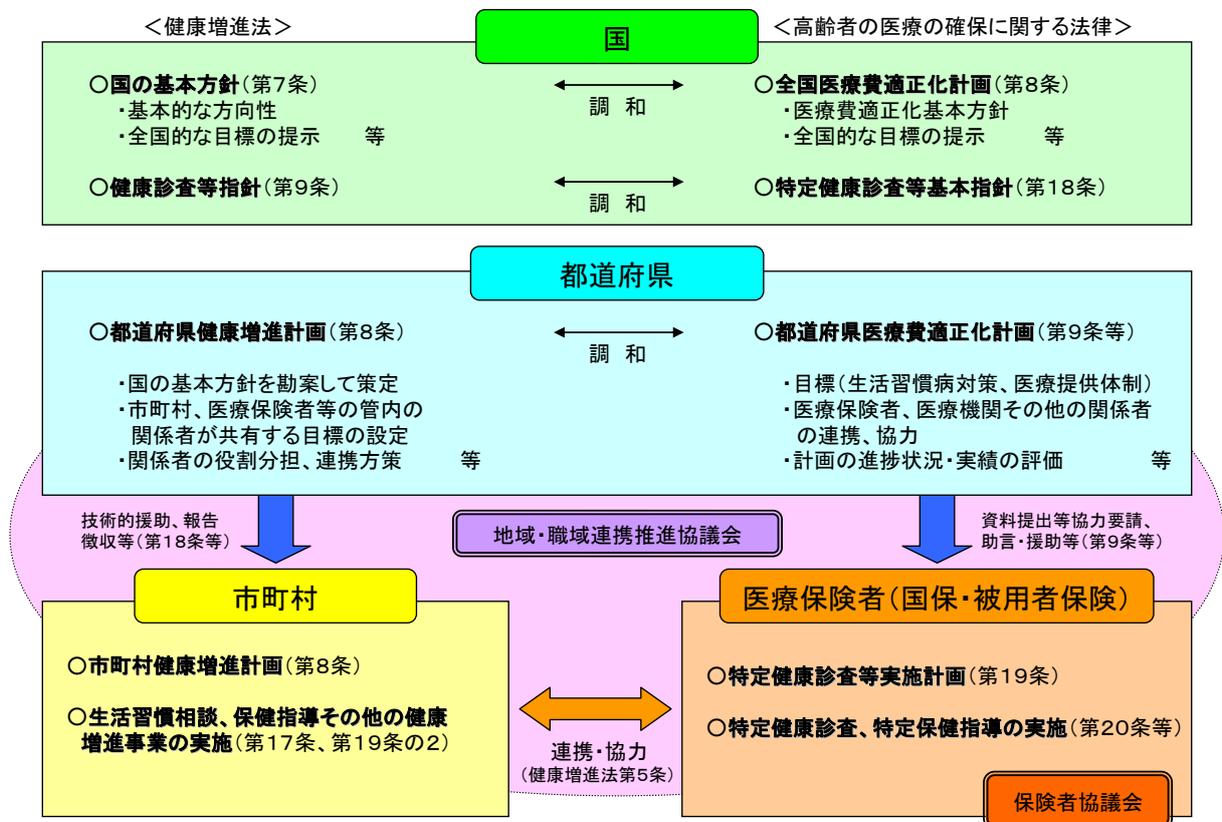
国民の受療の実態を見ると、高齢期に向けて生活習慣病の外来受療率が徐々に増加し、次に75歳頃を境にして生活習慣病を中心とした入院受療率が上昇している。これを個人に置き換えてみると、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣がやがて糖尿病、高血圧症、脂質異常症、肥満症等の生活習慣病の発症を招き、通院し投薬が始まり、生活習慣の改善がないままに、その後こうした疾患が重症化し、虚血性心疾患や脳卒中等の発症に至るといった経過をたどることになる。

このような経過をたどることは、国民の生活の質（QOL）の低下を招くものであるが、これは若い時からの生活習慣病の予防により防げるものである。生活習慣病の境界域段階で留めることができれば、通院を減らすことができ、更には重症化や合併症の発症を抑え、入院に至ることも避けることができる。また、その結果として、中長期的には医療費の増加を抑えることも可能となる。

こうした考え方に立ち、国・都道府県・医療保険者がそれぞれ目標を定め、それぞれの役割に応じた必要な取組を進めることとなった。

このうち医療保険者の役割としては、生活習慣病対策による医療費適正化効果の直接的な恩恵を享受できること、また対象者の把握が比較的容易であり健診・保健指導の確実な実施が期待できること等から、平成20年度から特定健診・特定保健指導の実施義務を担っている。

図表3:各関係主体による生活習慣病対策の推進



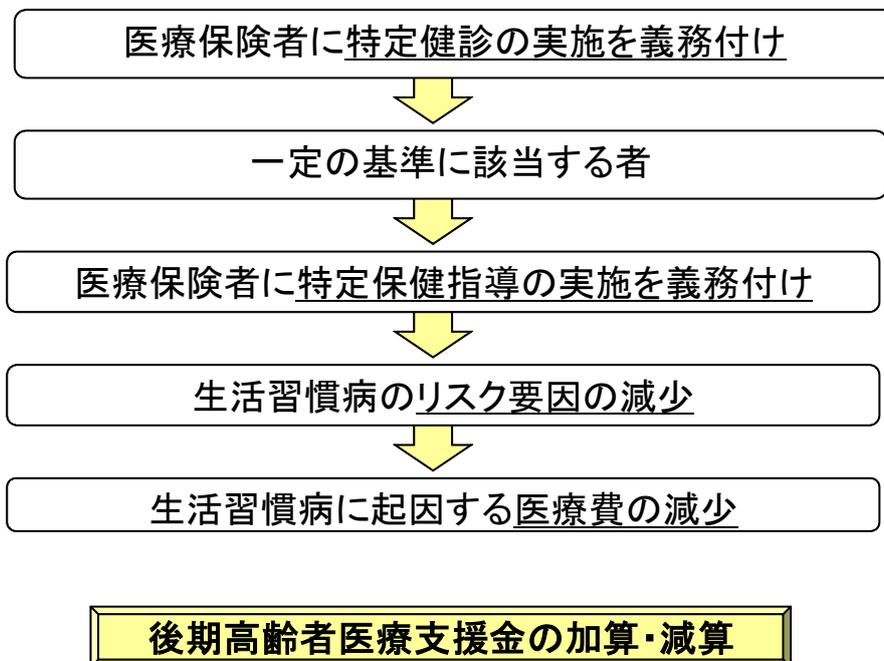
1-1-2 医療保険者による生活習慣病対策

①概要

医療保険者の役割分担として、高齢者の医療の確保に関する法律により、平成20年4月から、医療保険者（国保・被用者保険）に対し、40～74歳の加入者（被保険者・被扶養者）を対象とする、メタボリックシンドロームに着目した生活習慣病予防のための健康診査（特定健康診査）及び保健指導（特定保健指導）の実施を義務づけられている。

- 各医療保険者は、作成した特定健康診査等実施計画に従って計画的に実施。
- 健診によって発見された要保健指導者に対する保健指導の徹底。
- 被用者保険の被扶養者等については、地元の市町村で健診や保健指導を受けられるようにする。
⇒被用者保険は、集合契約等により市町村国保における事業提供を活用することも可能（費用負担及びデータ管理は、利用者の属する医療保険者が行う。）
⇒都道府県ごとに設置される保険者協議会において、都道府県が中心になって、効率的なサービス提供がなされるよう、各医療保険者間の調整や助言を行う。
- 医療保険者は、健診結果のデータを有効に活用し、保健指導を受ける者を効率的に選定するとともに、事業評価を行う。また、被保険者・被扶養者に対して、健診等の結果の情報を保存しやすい形で提供する。
- 平成25年度より、医療保険者ごとの達成状況に応じた後期高齢者支援金の加算・減算を行う。
- 市町村国保や被用者保険（被扶養者）の健診について、一部公費による支援措置を行う。

図表4: 特定健診・特定保健指導の流れ



②生活習慣病予防のための新たな健診・保健指導の考え方

図表5. 特定健診・特定保健指導の基本的な考え方

	かつての健診・保健指導		現在の健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導	<p>最新の科学的知識と、課題抽出のための分析</p> <p>→</p> <p>行動変容を促す手法</p>	内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	プロセス(過程)重視の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪型肥満に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、行動変容につながる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択と行動変容 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、行動変容につなげる
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者		健診受診者全員に対し、必要度に応じ、 階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」を行う
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個々人の健診結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数		アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
実施主体	市町村		医療保険者

1-2 特定健康診査とは

1-2-1 定義

平成20年4月から、医療保険者(国保・被用者保険)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(2-1に整理)での健康診査を、「特定健康診査」という。

〈高齢者の医療の確保に関する法律〉

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

1-2-2 対象者

加入者のうち、特定健康診査の実施年度中に 40～74 歳となる*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）。

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（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）。

この対象者の把握、対象者数の算定においては、主に次の①～③の 3 段階で行うことになると思われる。

①次年度の受診予定者の推定

実施年度の初め（4 月 1 日時点）に予想される（実施年度中に異動するか、除外対象者になるかは不明のため）対象者（＝実施年度中に 40～74 歳となる加入者（実施年度中に 75 歳になる 75 歳未満の者も含む））のうち、特定健康診査に相当する他の健康診査（労働安全衛生法に基づく事業者健診等）を受けた結果データを受領できる予定の者を除いた者*⁵ が、医療保険者として実施を予定すべき対象者となる。

この数を基に、想定受診率や目標実施率等を考慮し、次年度の特定健康診査に要する費用を積算することとなる。

②当年度の受診予定者の確定

①は前年度に次年度の予定を立てるためのものであり、実際には、年度末を以って入社・退職等による加入者の異動が多発することから、実施年度の 4 月 1 日時点で、①で整理した予想対象者リストについて追加・削除等の修正を行い、当年度の受診予定者リストを確定し、このリストを基に受診券の発券（被保険者証のみで健診機関が判別できる国保、あるいは個別に契約した特定の健診機関でのみ実施する医療保険者は必ずしも発券する必要はない）及び案内の送付を行う。

③当年度の実績報告時の対象者の確定

実施年度の翌年度の 11 月 1 日までに、前年度の実施結果データを、社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」と表記）（を通じ国）に提出することとなっているが、この時点では、実施年度中に異動や除外対象になった者は確定している。

*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は限られ、通常は、年度当初に受診案内を配布したものの、年度末近くなっても受診された様子がなないために確認をしてみると除外対象の条件に合致していたという結果的に除外されるという場合が主となると考えられる。

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

よって、実施年度末時点で実施結果報告の対象となるべき者は、実施年度中に40～74歳となる者^{*1}で、年度途中での加入・脱退等の異動がなく、かつ結果として除外規定に該当すると確定^{*2}（妊産婦なら母子手帳の提示等の申請、刑務所入所中ならば入所が判明する等の調査等監査が有った時に証明できるような形で除外できると確定できない限りは除外しないため）されていない者であり、その数が対象者数（実施率を算定する時の分母）として確定される。

ちなみに、この実績報告時の（最終確定値としての）実施者数の算定方法は、実施年度末時点で保有している健診データ（自ら実施した分だけではなく、特定健康診査に相当する他の健診結果データを貰った分を含む）から、異動した者や妊産婦等除外規定に該当するようになった者の健診データを除外し（つまり実施率を算定する場合は分母・分子の両方から除外）、その数が実施者数（実施率を算定する時の分子）となる。

④他の法令に基づく健診受診者の推定

40～74歳の加入者のうち、労働安全衛生法や学校保健安全法等他の法令に基づく健診の受診者は、結果データが受領できる限りは、医療保険者が実施する特定健康診査の対象者から除外しておくことができる。

この時、被用者保険の被保険者が労働安全衛生法や学校保健安全法の健診を受診するパターンが最も考えられるケースであり、このパターンでは事業者や学校から健診結果を受領できる数を推定することは困難ではない。

しかし、上記のようなオーソドックスなケース以外に、国保の被保険者や被用者保険の被扶養者でパート勤務等により労働安全衛生法に基づく定期健診等を受けているケースがある。これについては該当者の確定に困難が伴うが、一つの方法として次のようなものがある。なお、特定健康診査等実施計画を作成あるいは修正する段階（時点）で予めこのようなケースの推定数を把握し、見込んでおくことは困難なことから、実施計画上の目標設定においてこの数を折り込むことはせず、実施時点で案内・通知等により健診結果データを受領するだけとするのが現実的である。

国保の被保険者	○国保の被保険者のうち、住民税を特別徴収で納付している者を抽出し、その群に確認（全数確認か抽出確認）し推定。 ○地元の商工会や商店街での健診実施状況を調査し推定。
被用者保険の被扶養者	○オーソドックスな方法として、アンケート調査による推計が考えられるが、かなりの労力・費用の投入が必要。 ○推定による除外は行わず全て実施する前提で計画し、健診の案内送付を受けた該当者から結果送付があることを期待する方法も考えられる。

^{*1} 実施年度中に75歳になる75歳未満の者も実施対象とはなるものの、これらの者については（年度途中で後期高齢者広域連合に異動することから）実施結果の報告対象とはならないことに注意。

^{*2} 証明・確定できた者のみ除外する。

1-3 特定保健指導とは

1-3-1 定義

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（3-2に整理）・積極的支援（3-3に整理）を、「特定保健指導」という*1。

＜高齢者の医療の確保に関する法律＞

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

1-3-2 対象者

①対象者の定義

特定健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者が対象者となる。

特定健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者とは、特定健康診査の結果、腹囲が85cm以上（男性）・90cm以上（女性）の者、または腹囲が85cm未満（男性）・90cm未満（女性）の者でBMIが25 kg/m²以上の者のうち、血糖（については空腹時血糖が100mg/dl以上、またはHbA1c(NGSP値)5.6%以上）（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とする。）・脂質（については、中性脂肪150mg/dl以上、またはHDLコレステロール40mg/dl未満）・血圧（については、収縮期130mmHg以上、または拡張期85mmHg以上）に該当する者（糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者を除く*2）である。

次の図表にあるように、追加リスクの多少と喫煙歴の有無により、動機付け支援の対象者となるのか積極的支援の対象者となるのかが異なる。

なお、腹囲の測定に代えて内臓脂肪面積の測定（CTスキャン等で測定した腹部の断面画像にて内臓脂肪の占める断面積）を行う場合には、「腹囲が基準値以上の者」は「内臓脂肪面積が100平方cm以上の者」と読み替える。

図表6: 特定保健指導の対象者(階層化)

腹囲	追加リスク			④喫煙歴	対象*3	
	①血糖	②脂質	③血圧		40-64歳	65-74歳
≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2つ以上該当			あり なし	積極的 支援	動機付け 支援
	1つ該当					
上記以外で BMI≥25 kg/m ²	3つ該当			あり なし	積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当					
	1つ該当					

(注)喫煙歴の斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する。

*1 保健指導は情報提供も含めた3種類という定義付けが「標準的な健診・保健指導プログラム」において為されているが、高齢者の医療の確保に関する法律の省令・告示等においては、情報提供は特定健康診査の実施結果通知と併せて行うものとし、実施率の算定等において特定保健指導には含めない。

*2 逆に保健指導判定値だけではなく受診勧奨判定値をも超えている者でも服薬・受療等を行っていない場合は特定保健指導の対象者となる。この時、医療保険者（の医師、保健師または管理栄養士等）は、健診結果（検査値や健診機関の医師の判断結果等）に基づき、特定保健指導を実施するか否かを判断する。

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

②想定対象者数の算定方法

実施年度の初め（4月1日時点）に予想される（実施年度中に異動するか、除外対象者になるかは不明のため）特定保健指導実施対象者数は、想定受診者数（医療保険者実施分＋特定健康診査に相当する他の健診結果データを貰えると想定した分）に、特定保健指導の対象者となりうる割合を乗じて算出する。

特定保健指導の対象者となりうる割合（発生率）は、各医療保険者で過去の特定健診等データを使用し推計することが望ましい。特定保健指導対象者となるリスクは、性別や年齢によって異なるため、性別・年齢階級別での推計が望ましい。

③当年度の実績報告時の対象者の確定

実施年度の翌年度の11月1日までに、前年度の実施結果データを、支払基金（を通じ国）に提出することとなっているが、この時点では、実施年度中に異動や除外対象になった者は確定している。

よって、実施年度末時点で対象となるべき者は、実施年度末時点で保有している健診データ（自ら実施した分だけではなく、特定健康診査に相当する他の健診結果データを貰った分を含む）のうち健診結果により特定保健指導対象者と判定される者のデータから、異動した者や妊産婦等除外規定に該当するようになった者のデータを除外した残りのデータが、最終的な特定保健指導対象者として確定される。

ちなみに、この時の実施者数の算定方法は、実績報告の時点で保有している実施予定年度分の特定保健指導の結果データ（終了時評価まで完了したデータに限る）から、異動した者や妊産婦等除外規定に該当するようになった者のデータを除外し（つまり実施率を算定する場合は分母・分子の両方から除外）、その数が実施者数（実施率を算定する時の分子）となる。

④服薬中（受療中）の者の取扱い

対象者の抽出（階層化）の定義において、糖尿病、高血圧症又は脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者を除くこととしている。これは、既に医師の指示の下で改善あるいは重症化の予防に向けた取り組みが進められており、引き続きその医学的管理下で指導が為されればよく、別途重複^{*1}して保健指導を行う必要性が薄いため除外しているものである。

この除外すべき者の抽出方法は、特定健康診査における質問票を用いて行う。場合によっては、質問票への誤記入等が考えられるため、対応が可能な保険者は、健診実施後に対象者の生活習慣病に関する服薬の有無をレセプト情報等から確認し、医療保険者の医師・保健師・管理栄養士・看護師の専門職による対象者本人への再確認及び本人の同意の下に特定保健指導対象者から除外することができる。（平成25年4月1日以降の健診から可能）^{*2}

なお、除外できるのは、利用券を用いている場合には利用券交付日前まで、利用券を用いていない場合には、特定保健指導初回面接実施前までに、対象者本人への再確認及び本人の同意を得た場合とする。

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

^{*2} 詳細な方法等については、10-3-⑤を参照のこと。

⑤糖尿病、高血圧症、脂質異常症以外の疾病等で医療機関にて受療中の者の取扱い

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

この場合、特定保健指導の利用券に「医療機関にて受療中の場合には特定保健指導の実施の可否を主治医と確認すること」を明示（6-4-3 の様式例には裏面の注意事項に記載）しておく必要があるとともに、特定保健指導実施後には、実施した保健指導の内容について対象者を通じて主治医に情報提供するなど、医療保険者は主治医と十分な連携を図る必要がある。

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

特定健康診査実施時には服薬等は行っていなかったため、特定保健指導対象者として抽出したものの、その後状態の変化等があり、特定保健指導を開始する時点では糖尿病等の生活習慣病に係る服薬等を始めていたという場合が生じうる。こうした場合についても、服薬指導を行っている医師と十分に連携し、特定保健指導の対象とせず医師による服薬指導を継続するのか、服薬の開始後間もない者である等の理由から敢えて服薬を中断して特定保健指導を優先するのか、あるいは服薬指導と並行して特定保健指導を実施するのかを判断することとなる。

なお、この時の特定保健指導の実施率の算定基準であるが、健診データにより対象者を確定するため分母（対象者）からは外すことはできないことから、特定保健指導ではなく服薬指導となった場合でも分母に含まれ、分子（実施完了者）には含まれない。特定保健指導を実施した場合は、分母（対象者）のみならず分子（実施完了者）にも含める（実施したことと見做す）こととする。

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

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

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

この時の実施率の取扱いであるが、特定保健指導を終了し実施分の精算に入る場合は途中脱落扱いと見做せることから、分母（対象者）には含まれ、分子（実施完了者）には含まれない。引き続き完了まで継続した場合は、分母（対象者）のみならず分子（実施完了者）にも含める（実施したことと見做す）こととする。

⑧特定保健指導完了後に服薬（受療）を開始した者の取扱い

特定保健指導を完了しているが、その後、服薬開始を知り得た場合については、既に実施済ということで、分母（対象者）のみならず分子（実施完了者）にも含める（実施したことと見做す）こととする。

1-3-3 その他の保健指導

医療保険者は、特定保健指導以外の保健指導の実施は義務付けられていないが、医療保険者の判断で自由に保健指導を行うことは差し支えない。

特定健康診査の結果及び服薬歴、喫煙習慣の状況、運動習慣の状況、食習慣の状況、休養習慣の状況その他の生活習慣の状況に関する調査の結果（特定健康診査における質問票の結果）、健診結果からは特定保健指導の対象者に該当しなくとも、加入者の健康の保持増進のために必要があると認める時は加入者に対し、適切な保健指導を行うよう努めるものとする。

例えば、医療機関を受療中だが、医師の指示通り治療・服薬等を行っていない者や、服薬中の者に特定保健指導とは別に保健指導を実施する場合が考えられる。（この時は医療機関等との適切な連携の下に行う必要がある。）

＜特定健康診査・特定保健指導の実施に関する基準＞

（その他の保健指導）

第九条 保険者は、特定健康診査の結果その他の事情により、加入者の健康の保持増進のために必要があると認めるときは、前二条の規定にかかわらず、加入者に対し、適切な保健指導を行うよう努めるものとする。

2. 特定健康診査

2-1 実施内容(健診項目)

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・特定保健指導の実施に関する基準（以下「実施基準」と表記）」の第1条に定められている。

また、関係政省令及び関連告示の規定に関する、実施内容等の詳細については、通知^{*1}「特定健康診査及び特定保健指導の実施について（平成20年3月10日 健発第0310007号、保発第0310001号）」にて示している。

2-1-1 基本的な健診の項目

全ての対象者が受診しなければならない項目（いわゆる基本的な健診の項目）としては、次の図表の項目となる。

このうち、腹囲の測定については内臓脂肪面積の測定に代えられる（実施基準第1条第3項）他、一定の基準と医師の判断により省略できる場合もある（実施基準第1条第2項）。

また、生理中の女性に対する尿検査は、測定しても結果が意味を成さないこと、メタボリックシンドロームの判定や保健指導対象者の抽出（階層化）への影響が大きいことから、その場合は測定不可能という扱い^{*2}でも差し支えない。

原則として、上記に示した例外事項^{*3} 以外は認めない（全ての検査項目を受診していなければ特定健康診査を実施したとは見做さない）ことから、医療保険者が健診機関に実施を委託する場合は、全ての検査項目を実施していない限り委託により実施したとはならないこと（この場合は、委託が不成立ということで医療保険者において実施し直すか、委託をし直す必要が生じる）、また委託契約においては全ての検査項目の実施に基づく委託金額が設定されており未実施の項目がある場合は債務不履行となること（この場合、完全に履行されるまで支払が為されないか、契約を解除し医療保険者でやり直すかとなる。後者の場合は損害賠償請求も考えられる）に医療保険者・健診機関は注意されたい。

^{*1} 厚生労働省ホームページ <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/iryouseido01/dl/info03j-3.pdf> に原文を掲載。

^{*2} 標準的なデータファイル仕様(7-1に詳述)において、健診受診者の事情により、特定健診の検査項目を実施できなかった（測定不可能の場合）の取扱いは、XMLファイルでの記述としては、value要素のnullFlavor属性に、データが存在しないことを意味する「NI」値を指定することで、受診者の事情(生理中等)により検査を実施できなかったという取扱いとしている(医療保険者等は、当該健診結果データが送られてきた場合には、当該検査は実施されたものとして扱う)。なお、上記のような理由により検査を行わなかった場合の理由については、医師の診断(判定)項目欄にその理由を記載することが適当と考える。ちなみに、単に検査を実施していない場合は当然ながら実施していないという扱いとなる(XMLファイル上の記述ルールとしては、entry自体を削除し出力。実施を予定していて実施しない場合の「未実施」扱いとは異なることに注意。詳細は通知「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等について(平成20年3月28日健総発第0328001号、保総発第0328002号)」、(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/iryouseido01/info03j.html>)に示すホームページを参照のこと)。

^{*3} 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診を実施したと見做すこととなっている。詳細は、通知「保険者が社会保険診療報酬支払基金に提出する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)」、「保険者が社会保険診療報酬支払基金に提出する平成25年度以降に実施した特定健康診査等に基づく特定保健指導の実施状況に関する結果について(平成25年3月29日 保発0329第17号)」に、実施結果を報告する上で必要となる事項等が示されているので、参照されたい(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/iryouseido01/info03j.html>)。

図表7: 基本的な健診の項目(実施基準第1条第1項第1号から第9号)

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

2-1-2 詳細な健診の項目

対象者のうち、医師の判断により受診しなければならない項目(いわゆる詳細な健診の項目)としては、貧血検査・心電図検査・眼底検査の3項目となる。

なお、実施する場合は、医師は当該項目を実施する理由を医療保険者に明らかにしなければならないことから、健診結果データにその理由を明記し判断した医師名を付記の上でデータを送付する。また、受診者に対しては実施時に十分な説明を行うことが求められる。

医師の判断基準は次の図表に示したとおりであるが、基準に該当した者全員に実施することは適当ではない。受診者の性別・年齢等を踏まえ、医師が個別に判断する必要がある。

^{*1} 調査は「標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版)」第2編に示されている別紙3「標準的な質問票」で用いられている方法を一字一句まで省令・告示等で規定しているわけではなく、これをベースに、医療保険者あるいは健診機関にて、これまでの経験・ノウハウや受診対象者の属性を踏まえ、質問の趣旨を逸脱しない範囲であれば、質問文をより適切と判断する内容に適宜変更することは差し支えない。

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

そもその質問票の主たる用途の一つとしては、特定保健指導対象者の抽出に当たり、糖尿病・高血圧症・脂質異常症に係る薬物治療を受けている者を除外する際の抽出手段であることから、健診機関が医療保険者に対して健診結果を報告する際には、質問の方法にかかわらず、少なくとも糖尿病・高血圧症・脂質異常症に係る薬物治療を受けている者であるか否か、あるいは喫煙歴の有無について、受診者が事実を正確に回答できるような説明や確認を行い、正確に事実を報告(標準的な電子データファイル仕様の健診結果・質問票情報ファイル(個票ファイル)における質問1~3の領域に結果を格納し送付)する必要がある。

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

^{*3} 平成25年3月31日までに実施した特定健診についてはJDS値、平成25年4月1日以降に実施した特定健診については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。(平成25年3月31日までに実施した特定健診に係る報告を平成25年4月1日以降に行う場合にはJDS値となることに留意。)

ある。そのため（基準に該当するというだけではなくため）にも、判断理由を明記することが必要である。

図表8: 詳細な健診の項目(医師の判断による追加項目: 告示で規定)

追加項目	実施できる条件(判断基準)	
貧血検査(ヘマトクリット値、血色素量及び赤血球数の測定)	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者	
心電図検査(12誘導心電図) 眼底検査	前年度の特定健康診査の結果等において、血糖、脂質、血圧及び腹囲等の全てについて、次の基準に該当した者	
	血糖	空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、または HbA1c(NGS P値)5.6%以上
	脂質	中性脂肪 150mg/dl 以上、または HDL コレステロール 40mg/dl 未満
	血圧	収縮期 130mmHg 以上、または拡張期 85mmHg 以上
腹囲等	腹囲が 85cm 以上(男性)・90cm 以上(女性)の者(内臓脂肪面積の測定が出来る場合には内臓脂肪面積が 100 平方 cm 以上)、または BMI が 25 kg/m ² 以上の者	

2-2 他の健診との関係

2-2-1 労働安全衛生法・学校保健安全法等

①他の法令に基づく健診の優先

高齢者の医療の確保に関する法律では、労働安全衛生法に基づく健康診断（雇入時の健康診断及び定期健康診断。以下「事業者健診」と表記）等他の法令に基づき行われる健康診断（学校保健安全法第8条に基づく職員の健康診断等が考えられる）は、特定健康診査よりも実施を優先することとしており、例えば事業者であれば、引き続き事業者健診の実施義務を有する。

よって、医療保険者は、事業者から事業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（詳細は7-2-5を参照のこと）、特定健康診査を実施したことに代えられる（実施義務は免除）。但し、特定健康診査の基本的な健診の項目について（特に階層化に必要な検査項目は必要不可欠である）記録されていることが前提（項目が欠損している場合は、欠損分については医療保険者にて追加実施することが必要）となる。

他の法令に基づく健診が優先されることから、他の健診と特定健康診査とを同時に実施する場合、特定健康診査と重複する健診項目の費用は、他の健診が負担することとなる。また、現状でも一部の医療保険者で行われているが、医療保険者が事業者健診の実施委託を受ける場合は、事業者健診部分の実施費用は事業者負担となる。

＜高齢者の医療の確保に関する法律＞

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

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

2 労働安全衛生法第二条第三号に規定する事業者その他の法令に基づき特定健康診査に相当する健康診断を実施する責務を有する者（以下「事業者等」という。）は、当該健康診断の実施を保険者に対し委託することができる。この場合において、委託をしようとする事業者等は、その健康診断の実施に必要な費用を保険者に支払わなければならない。

②健診項目の包含関係

事業者健診や学校保健安全法の健診項目は、特定健康診査の基本的な健診の項目と一致しており、この他にX線撮影・聴力等の事業者健診独自の項目がある（図表9）。

医療保険者は、事業者健診の結果データを受領することから、事業者健診や学校保健安全法の健診で実施されなかった特定健康診査の詳細な健診の項目の一部（眼底検査等）については、事業者等が健診を実施する際に医療保険者が当該健診機関に詳細な健診の項目の実施を委託（委託するとは言え、必ず実施するというのではなく医師の判断により実施するのが前提）しない限りは、事業者・学校等からのデータ受領分にはこれらの健診結果が医師の判断に関係なく含まれないこととなる。

図表9：他の健診の項目

	高齢者医療確保法	労働安全衛生法	学校保健安全法	項目名
身体計測	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	身長
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	体重
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	BMI
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	腹囲
診察		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	業務歴
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	既往歴
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	自覚症状
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	他覚症状
血圧等	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	血圧(収縮期/拡張期)
生化学検査	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	中性脂肪
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	HDLコレステロール
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	LDLコレステロール
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	AST(GOT)
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ALT(GPT)
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	γ-GT(γ-GTP)
血糖検査	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	空腹時血糖*
	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	HbA1c
尿検査	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	尿糖
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	尿蛋白
血液学検査	<input type="checkbox"/>			ヘマトクリット値
	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	血色素量〔ヘモグロビン値〕
	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	赤血球数
生理学検査	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	心電図
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	胸部エックス線検査
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	喀痰検査 (ガフキー)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	上部消化管エックス線
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	視力
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	聴力
	<input type="checkbox"/>			眼底検査
その他医療保険者が任意に行う検査 (主なもの)				CRP
				血液型
				梅毒反応
				HBs抗原
				HCV抗体
				便潜血
				PSA(前立腺特異抗原)
医師の判断	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	医師の診断(判定)
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	医師の意見
質問票	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		服薬
	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		既往歴
	<input checked="" type="radio"/>			貧血
	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		喫煙
	<input checked="" type="radio"/>			20歳からの体重変化
	<input checked="" type="radio"/>			30分以上の運動習慣
	<input checked="" type="radio"/>			歩行又は身体活動

* 原則として空腹時血糖もしくはHbA1cであり、食事を摂取してきた場合はHbA1cを測定するのが基本であるため、医療保険者が健診を実施する場合は確実にいずれかを検査できるが、労働安全衛生法に基づく健診(事業者健診)結果を受領する場合で、事業者の実施項目が空腹時血糖のみ(食事摂取を前提としていないため)の場合に、万が一健診実施日に食事を摂取してきた時の採血結果は空腹時血糖ではなく随時血糖となってしまうことから、その場合の検査結果を収録できるように(空腹時血糖欄に食事摂取後の値を格納すると混乱が生じるため別途記録欄が必要)、また特定健康診査以外の追加健診項目としても実施される可能性があることから、健診データファイルには随時血糖の欄も設けている。なお、事業者健診の結果を医療保険者が受領した時に、血糖検査が随時血糖のみの場合は、別途医療保険者で血糖検査のみ実施し補う必要がある。

	高齢者医療確保法	労働安全衛生法	学校保健安全法	項目名
	☆			歩行速度
	☆			1年間の体重変化
	☆			食べ方
	☆			食習慣
	☆			飲酒
	☆			飲酒量
	☆			睡眠
	☆			生活習慣の改善
	☆			保健指導の希望

○…必須項目、□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目、●…いずれかの項目の実施で可
 ☆…情報を入手した場合に限り医療保険者に報告する項目

※…服薬歴及び喫煙歴については、問診等で聴取を徹底する旨通知^{*1}

2-2-2 医療保険者による追加健診項目(人間ドック等)

①医療保険者による上乘せ健診

医療保険者独自の保健事業として、独自に^{*2} 健診項目を設定し実施しており、医療保険者として必要と判断し引き続き実施する場合、特定健康診査の実施に併せて、項目を上乗せして行うことが現実的である。

なお、上乘せ項目を実施する前提として、各医療保険者がそれぞれ集団の特性を検討し、そこから見出された健康課題を踏まえた上で、血清クレアチニンなどの検査項目を追加することが望ましい。その場合、必要性や費用対効果を慎重に検討し、保険財政を投入してでも加入者に上乘せで実施する必要があると判断でき、保険料を納める加入者に説明できる合理的理由が存在することが必要となることは言うまでもない。特に、特定健康診査における詳細な健診の項目（法定項目）や法定外の上乗せ項目の多くは、対象者全員に初めから一律に実施するよりも、特に重点的に掘り下げて検査が必要な者に実施することが適当であることを踏まえ、費用対効果等の慎重な検討が必要である。

上乘せ健診の対象者が被保険者の場合は、健診機関との契約時に上乘せ項目も実施項目に含めた上で、当該健診機関にて特定健康診査と同時に実施^{*3} する。但し、被用者保険の被保険者の場合は、事業者健診が優先されることから、事業者健診の実施時に同時に受診できるよう、事業者に上乘せ項目の実施を委託するか、事業者が委託する健診機関に対して医療保険者として上乘せ項目のみの実施を委託することとなる（事業者から事業者健診の実施委託を医療保険者が受けている場合はこのような共同実施ではなく医療保険者における一括での実施となる）。

上乘せ健診の対象者が被用者保険の被扶養者の場合は、集合契約は全国の各保険者が共通で実施する項目が中心となることから、主に個別契約により実施体制を構築するこ

^{*1} 「特定健康診査等の実施に関する協力依頼について(平成 20 年 1 月 17 日 基発第 0117001 号、保発 0117003 号)」

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshho/iryouseido01/dl/info03j-2.pdf>

「特定健康診査等の実施に関する再協力依頼について(平成 24 年 5 月 9 日 基発 0509 第 6 号、保発 0509 第 4 号)」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002d8ft-att/2r9852000002d8na.pdf>

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

^{*3} 同時に実施する場合に、特定健診の実施費用の補助を受けようとする場合は、特定健診と上乘せ健診との費用が明確に区分されていること、詳細な健診を実施する場合は実施理由が記録されていることが前提となる。また、特定健診業務の委託がベースとなることから、詳細な健診項目を上乗せ健診として一律に実施する場合においても実施基準に即した記録の受領及び保管等が必要である。

ととなる。集合契約によって実施体制を構築する場合は、独自に上乗せ項目を実施すると判断した保険者が集まって上乗せ健診項目が明記された契約書による集合契約を成立させるとともに、受診券に上乗せ健診項目や自己負担等を明記し配布する。通常の（上乗せ項目のない）集合契約にも参加している場合は、受診者が訪れた健診機関が上乗せ項目も含む集合契約に参加している場合に*1 特定健康診査と同時に実施することとなる。

②人間ドック

現在、医療保険者による保健事業として、人間ドックを実施しているケースが少なくないことから、人間ドックの受診を以って特定健康診査の実施に代えるケースが少なからず発生すると考えられる。

この場合、人間ドックの健診項目に、特定健康診査で行わなければならない項目が全て含まれていれば、人間ドックの実施により特定健康診査の実施に代える*2 ことが可能となる。

人間ドックの健診項目は、医療保険者によって異なっており、また受診者の年齢・性別等に応じた項目も少なくないため、基本的には個別契約による実施が中心となるが、集合契約でも対応できるよう、契約関係者間での項目・単価の標準化に向けた整理が必要である。

2-2-3 市町村における各種健診との関係

①市町村が行う各種の健診（検診）

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

*1 受診者が訪れた健診機関が当該項目を実施できない(上乗せ項目を含む集合契約に参加していない、あるいは参加しているものの実施できる体制がない)場合は、特定健康診査の項目のみの実施となるが、そのような取扱を可能とするための前提としては、契約書に記載される契約単価が特定健康診査部分と上乗せ健診部分とに分かれて定められていること、及び受診券の自己負担欄が特定健康診査部分と上乗せ健診部分とに分かれて定められている必要がある。

*2 特定健康診査の実施部分についてその費用の補助を受けようとする場合や、特定健康診査の実績と見做すためには、P17注3に示したような要件を満たす必要がある。

図表10: 市町村における各種健診(検診)

	所管	対象	会計
高齢者医療確保法 特定健康診査(義務) <40-74歳>	市町村国保部門	国保被保険者	国保特会
健康増進法 がん検診 歯周疾患検診等	市町村衛生部門	住民	一般会計
介護保険法 生活機能評価 <65歳以上>	市町村介護保険部門	介護保険の被保険者	介護特会
高齢者医療確保法 健康診査(努力義務) <75歳以上>	市町村(高齢者医療部門*) ※ 広域連合から委託を受けて実施	後期高齢者医療の 被保険者	後期特会

②市町村国保における特定健康診査

前述のように、それぞれの健診の実施責任部署や実施対象者、会計が分かれることから、それぞれの会計の独立性・透明性を確保するため、それぞれの健診の委託契約の透明化(整理・明確な区分)を図る必要がある(詳細は6-2-5②参照)。国保の保険者としての市町村が契約するのは主に特定健康診査に係る部分になる。

また、市町村国保が実施すべき健診内容は、義務化されている範囲が基本となるが、それに加えて独自に項目を上乗せする場合は、2-2-2①に示したように、必要性や費用対効果等から保険料財源を投入する合理的な理由があり、保険料を納める加入者に説明できる範囲内となる。一般会計や介護特会等の他会計で実施すべき内容までも保険者での上乗せ実施として国保特会で負担することは不適切であることに十分注意の上、実施内容の精査が必要である。

なお、住民(被保険者ではなく)の健康の保持増進の観点から実施の必要性がある健診項目については、国保被保険者に限定せず、住民全員に一般会計で実施するのが妥当であり、医療保険者(国保や、国保を踏まえ集合契約を通じ全国の医療保険者*に一律に)に実施を求めることは適当ではない。

③市町村における実施体制の確立

実施責任部署が分かれ、実施対象者も住民ばかりではなく各部署の持つ台帳に分かれ管理もそれぞれになる(個人情報保護の関係から慎重な取扱いが必要なため)ことから、各部署が別個に受診場所を確保し案内を送付することとなる。

対象者が何度も受診するような不便を避け、受診率を高めるためには、案内の共通化や同会場での同時実施等、市町村内での部門間連携が重要である。

また、市町村内の健診業務の実施体制(人員配置・予算要求・事務処理体制等)についても、関係部署が集まった協議調整が必要である。特に、各部署に十分な専門職員・予算が配置できない比較的小規模の市町村においては、この点の整理が重要となる。

* 2-2-2①に示したように、各医療保険者が必要性や費用対効果等をそれぞれ判断し、必要と判断した医療保険者のみ実施することになるため、集合契約で一律に課すことは困難。

④市町村における各種健診の同時実施

同時実施が可能な範囲については、可能な限り同時実施に向けた取組を進めることが重要である。

同時実施が可能な範囲	<ul style="list-style-type: none"> ○国保の特定健康診査の実施に合わせ、がん検診等他の検診を同時実施 ○集合契約により国保の実施体制に乗る被用者保険の被扶養者までは、同様に（国保の特定健康診査の会場にて）各種健診の同時実施が可能 ○後期高齢者の健診についても、広域連合から国保への実施委託により、同様に各種健診の同時実施が可能 ○被用者保険の被保険者は、事業者健診が主となることから地元での受診が困難なこと、また被用者保険のみ共同実施としても他の実施対象者が漏れるためいずれ別途実施が必要となることから、同時実施はかなり困難（別途市町村での健診の受診が必要）
同時実施の方法	<ul style="list-style-type: none"> ○実施会場、実施日時を調整し一本化する（特定健康診査の実施会場・日時を基本として、他の健診もセットする）。 ○委託により実施する場合は、各健診の委託先を一本化する（特定健康診査の委託先（一つではなく複数の可能性もあり）に他の健診（検診）の実施を委託）。 ○対象者への受診券の送付及び案内を一本化する（各実施責任者がそれぞれの台帳から発券するが、それらの券を別個に送付するのではなく、まとめて送付）。

⑤同時実施時の請求における注意点

高齢者の医療の確保に関する法律第21条^{*1}第1項において、他の法令に基づく健康診断が特定健康診査よりも優先されることが定められていることから、特定健康診査と他の健診を同時に実施した場合、検査項目等が重なる部分については、他の健診が費用負担する（つまり、医療保険者への特定健康診査の請求額が重複分だけ差し引かれる）こととなる。

他の健診との同時実施時に重複分を差し引くことができるよう^{*2}、契約単価は項目別に設定しておくことが理想ではあるが、特に集合契約においては包括的に設定される傾向があることから、少なくとも差し引き額のみを契約時に実施機関と取り決め、契約書に明記^{*3}（具体的には「何の健診の時はいくら差し引く」というものを、同時実施の可能性がある健診分を整理）しておくことが重要である。

また、市町村国保と異なり、被用者保険は、市町村の他の健診と同時に実施されたのか否かを把握することが比較的難しいことから、市町村と十分に連携し、同時実施の有無（＝重複請求の有無）を十分にチェックする必要がある。

^{*1} 同条第2項において、医療保険者が事業者から労働安全衛生法等に基づく健診(事業者健診)の実施を受託した場合の取扱が定められているが、医療保険者にて事業者健診を実施する場合、被保険者の健診と被扶養者の健診で実施内容が異なることから、受診券を発券する場合に、当該券面の受診者は被保険者(事業者健診)なのか被扶養者(特定健診)なのかを明記しておく必要がある。このため受診券のQRコードの仕様においてはその区分を示す領域を設定(付属資料8を参照)

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

^{*3} 付属資料4の標準的な契約書の例にも差し引き額の欄に、対象となる健診の種類と差し引き額を記載

2-3 階層化

2-3-1 階層化

①階層化とは

特定健康診査は、特定保健指導の対象者を見つけ出すためのものであることから、特定健康診査の結果から、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因の数に着目し、リスクの高さや年齢に応じ、レベル別（動機付け支援・積極的支援）に保健指導を行うため対象者の選定を行う。これを階層化という。

②階層化の内容

「標準的な健診・保健指導プログラム」第2編第3章において、ステップ1から4の手順でその基準や方法^{*1}が示されている。なお、その要点としては本書の図表6に整理しているので参照のこと。

なお、メタボリックシンドロームの該当者判定基準（いわゆる8学会基準）と階層化の基準は異なっている（該当者＝積極的支援ということではない）ことに注意されたい（階層化基準では、喫煙歴のある者やBMIが25 kg/m²以上の者、血糖値が100～109mg/dlの者も含めているとともに、服薬中の者を除外している）。

③階層化の実施者

特定健康診査・特定保健指導の実施義務を負っているのは医療保険者であることから、特定保健指導対象者の抽出である階層化は、医療保険者自身で健診を実施する、実施しない（委託により実施、あるいは他の法令に基づく健診結果を受領）に関わらず第一義的には医療保険者の義務である。

但し、特定健康診査の実施を健診機関に委託している場合、階層化は健診業務の一部であると言え、受託した健診機関で実施するべきものであること、階層化自体は自動的に判定され、健診機関における健診結果の説明の際には、その情報（特定健康診査の場合は保健指導の種別（積極的支援／動機付け支援／なし／判定不能）ではなく、メタボリックシンドロームの判定^{*2}結果（基準該当／予備群該当／非該当／判定不能）となる）

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

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

^{*2} いわゆる8学会の基準（空腹時血糖による該当者のみ規定）に加え、HbA1cによる検査結果も判定基準に加え、メタボリックシンドローム該当者を判定する。また、腹囲＋追加リスク1つを予備群該当者と規定し、判定結果を印字（あるいはファイル格納）する。なお、日常臨床等における取扱を踏まえ、HbA1cの判定基準値（空腹時血糖110mg/dlに相当する値）はNGSP値6.0%とし、HbA1cのみ検査した場合のメタボリックシンドローム判定としてはこの値を用いる（ちなみに階層化に用いる保健指導判定値である空腹時血糖100mg/dlに相当するHbA1cの値はNGSP値5.6%）。メタボリックシンドロームの判定基準は空腹時血糖が原則であり、空腹時血糖の値がない場合は相関するHbA1cの値を用い

も受診者に伝えられることが一般的であることから、委託先の健診機関が実施するのが合理的である（健診データファイルには、その他の健診結果も含め上記のような記録領域を設けてある。加えて、可能であれば委託契約（個別契約が中心）の仕様に階層化リストの別途提出も含めておくことが望ましい）。

なお、特定健康診査の委託契約に敢えて含めず、特定保健指導の委託時に保健指導機関に健診結果データを渡して対象者の適切な抽出・確定から含めて委託したいと考える医療保険者の場合は、保健指導機関が実施者となる。

④階層化の方法

健診結果（医療保険者で実施した特定健康診査の結果データだけではなく、労働安全衛生法等の他の法令に基づく健診結果受領分も対象であることに注意）を用いて、基準に従って階層化を行う。

医療保険者で実施した特定健康診査の結果データについては、健診機関から医療保険者への送付時に、個票データファイル（本人に返される健診結果通知表）の「メタボリックシンドローム判定」欄に判定結果（基準該当／予備群該当／非該当／判定不能）が、「保健指導レベル」欄に結果（積極的支援／動機付け支援／なし／判定不能）が、それぞれ記録されることになっている。この「保健指導レベル」欄の抽出により、医療保険者にて保健指導対象者リストを生成^{*1}し、優先順位付け等の判断（詳しくは次項 2-3-2 参照）を行った上で、実施対象者を決定することとなる。

健診機関から医療保険者へ送付されるファイルが個票データファイルのみである場合や、他の法令に基づく健診結果を受領する場合は、医療保険者にて対象者リストの抽出・作成が必要となる。医療保険者の健診データ管理システム^{*2}に階層化機能（階層化ルールをプログラム化）が備わっていれば、ファイル内のデータを読み込んで判別し、動機付け支援対象者、積極的支援対象者それぞれのリストが自動的に生成されることから、システムを導入する場合はこのような機能が備わっていることが望ましい。

なお、特定健康診査の結果は標準化された形式での健診データファイルとなっているので（7-1 に詳述）、前述のようなシステムを医療保険者が持っていれば階層化は容易であるが、他の法令に基づく健診結果については、データファイルとして受領できたものについては同様に容易であるものの、紙でしか受領できなかったものについては階層化処理の前にパンチ入力によるデータファイルの作成から作業が必要となる（但し、データ作成ソフトは、いわゆるフリーソフトと呼ばれるものとして入手可能）。このような作業が生じないように、事業者等データの提供元（健診の実施責任者）と十分に協議・調整を行い、健診の委託先はデータでの納品が可能な機関とすること等の協力を得ることが

ることから、空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合は空腹時血糖の結果を優先する。

^{*1} 可能な限り、個票データファイルと併せて、動機付け支援対象者、積極的支援対象者それぞれのリスト（特定保健指導対象者リスト）のファイルも送付してもらうことが望ましい（階層化は健診業務の一部であり、受託した健診機関で実施するべきものであることから、委託仕様に含める、あるいはリストファイルまで納品して貰える健診機関を優先的に選択して委託することも考えられる）。但し、集合契約Bにおいて代行機関に社会保険診療報酬支払基金を利用する場合は、標準的な仕様に沿った電子データファイル以外は受け付けないことから、別途医療保険者に直送を依頼する必要がある。

^{*2} 健診・保健指導機関等から送付された健診・保健指導の結果データを厳重に管理する他、データを分析したり、国への実績報告ファイルを生成したりするシステム。導入方法としては、医療保険者が持つ既存のシステムに機能を追加・改修するか、医療保険者の共同システムを利用するか、安価な市販のパッケージソフトを導入するか（加入者数が少なくパソコン単体で簡単に管理できる医療保険者の場合）、Excel等OAソフトで管理するか（加入者数が極めて少ないため専用ソフト等が不要な医療保険者の場合）等が考えられる。

重要である。

2-3-2 医療保険者による優先順位付け

①考え方

階層化は前述の通り、基準に従って自動的に決定されるものであるが、必ずしも階層化の結果として特定保健指導の対象者となった者全員に動機付け支援あるいは積極的支援を実施する必要はない。

「標準的な健診・保健指導プログラム」にも記載があるように、生活習慣の改善により予防効果が大きく期待できる者を明確にし、優先順位をつけて保健指導を実施する必要がある。

また、医療保険者は、貴重な保険財源を保健指導に投資することから、限られた資金を効果ある対象者に限定し集中的に投入するという戦略的な判断も重要である。

もちろん、十分な予算を持つ医療保険者や、保健事業を重視し注力している医療保険者等が、階層化の結果対象者全員に保健指導を実施することは望ましいことである。

なお、優先順位付けの結果、対象者全員に実施しない場合でも、後期高齢者支援金の加算・減算の評価時における特定保健指導の実施率の算定においては、分母（対象者）は対象者全員となる（優先順位付けを行い実施対象者から外しても評価上は外されない）。よって、特定保健指導の実施率という目標の達成が厳しいという見通しになる場合は、多少優先度の低い者に対しても実施していくことが必要となるが、このバランスや戦略については各医療保険者の判断となる。

②順位付けの観点

優先順位の考え方の例として「標準的な健診・保健指導プログラム」第3編第2章に次のような記載があるので、参考にされたい（基本的な考え方であるので、これを参考にしつつも、必ずしもこの観点で順位付けしなければならない訳ではない）。

また、このような観点の例の他にも、医療保険者の立場から考えた場合、毎年保健指導を受けるものの改善が見られない者（投下費用に対する効果が極めて低い）や、保健指導を受けたがらない者等は優先度を低くするようなことも考えられる。

＜標準的な健診・保健指導プログラム 第3編第2章＞

2-3

(3) 保健指導の対象者の優先順位にかかる基本的な考え方

糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群を減少させるためには、効果的・効率的な保健指導の実施が必要である。そのため、健診データやレセプトデータ等も参考に保健指導対象者に優先順位をつけて、最も必要な、そして予防効果が大きく期待できる対象を選定して保健指導を行う必要がある。例えば、保健指導の対象者の優先順位のつけ方としては、下記の方法が考えられる。

- 年齢が比較的若い対象者
- 健診結果の保健指導レベルが情報提供レベルから動機づけ支援レベル、動機づけ支援レベルから積極的支援レベルに移行するなど、健診結果が前年度と比較して悪化し、より緻密な保健指導が必要になった対象者
- 第2編第2章別紙3の質問項目（標準的な質問票8～20番）の回答により、生活習慣改善の必要性が高いと認められる対象者
- 前年度、積極的支援及び動機づけ支援の対象者であったにもかかわらず保健指導を受けなかった対象者

2-3-3 その他(受診勧奨)

基準に従って階層化は為されるが、基準となる指標の値(判定値)には、保健指導対象者とする値(いわゆる保健指導判定値)と、それよりも高い値で重症化を防止するために医療機関を受診する必要性を検討する値(いわゆる受診勧奨判定値)がある。受診勧奨を行うにあたっては、「標準的な健診・保健指導プログラム 第2編第2章 2-2-(2) ①等を参照とされたい。

保健指導判定値以上であれば保健指導対象者となることから、受診勧奨判定値を超えている者でも質問票の結果において服薬(医療機関での受療)等行っていない場合は特定保健指導の対象者となってしまう。

この時、健診機関の医師は、検査結果の持つ意義、異常値の程度、年齢等を考慮した上で、医療機関を受診する必要性を個別に判断し、受診者に通知することが重要である。

また、被用者保険において産業医が配置されている場合は、産業医の判断に基づき、受診勧奨や必要な就労上の措置を行うことも重要である。

なお、判断の結果、保健指導を行う・行わない(医療機関にかかる)に関わらず、保健指導実施率の算定においては、健診実施時点で対象者となっている以上、分母から除くことはできない。

〈標準的な健診・保健指導プログラム 第2編第2章〉

2-2 健診結果やその他必要な情報の提供(フィードバック)について

(1) 基本的な考え方

- 生活習慣病は自覚症状を伴うことなく進行することが多い。健診における検査データは、対象者が自分自身の健康課題を認識して生活習慣の改善に取り組む貴重な機会である。こうした効果を最大化するためには、選定・階層化に用いられるか否かに関わらず、個々の検査データに関する重症度の評価を含めた健診結果やその他必要な情報について、健診受診後すみやかに全ての対象者に分かりやすく提供する(フィードバックする)ことが重要である。
- こうした情報提供は、生活習慣を改善または維持していくことの利点を感じ、対象者の行動変容を促す動機づけを目的として行うべきである。その上で、医療機関への受診や継続治療が必要な対象者には受診や服薬の重要性を認識させること、健診受診者全員に対し継続的に健診を受診する必要性を認識させることなどの情報が盛り込まれることが望ましい。また、こうしたフィードバックの効果を高めるためには、健診実施から結果通知、及び保健指導までの期間を可能な限り短くすることが望ましい。
- 特に、特定健診の結果、医療機関を受診する必要があると判断された者については、医療機関への受療行動に確実に結びつくようなフィードバックが必要である。具体的には、通知等の送付だけにとどめず、面接等により確実に医療機関を受診するよう促し、確実に医療につないだ上で、実際の受診状況の確認も含めて継続的に支援することが重要である。

(2) 具体的なフィードバックの内容

フィードバックはすべての健診受診者に対して行われるべきであるが、個々の健診結果によって伝える内容はそれぞれ異なる。そこで、検査項目毎に解説をした上で、経年変化も踏まえた総合判断の結果を通知することが望ましい。特に健康上の課題が大きい対象者については、健診受診後すみやかに保健指導実施者が対面で個別に説明することで、より大きな効果が上がることが期待される。

具体的には、別添資料の文例集を参考に、対象者個々人のリスクの程度に応じて、可能な限りきめ細かく対応することが望ましい。

①確実に医療機関受診を要する場合

検査結果に基づき、医療機関においてすみやかに治療を開始すべき段階であると判断された対象者については、確実に医療機関を受診し治療を開始することを支援する。特に、各健診項目において、早急に医療管理下におくことが必要な者は、特定保健指導の対象となる者であっても早急に受診勧奨を行う。服薬中でなければ特定保健指導の対象者にはなり得るが、緊急性を優先して判断する必要がある。

なお、このことはかかりつけ医のいない対象者にとってかかりつけ医を見つける機会にもなる。

治療中断中の場合、または受診に前向きな姿勢でない場合には、必要性の説明に終わるのではなく、本人の考え方、受け止め方を確認、受療に抵抗する要因を考慮したうえで、認知を修正する働きかけが必要になる。また、「いつまでに」受診するかといった約束をすることや、受診した結果を連絡してほしいと伝えることで、対象者の中で受診に対する意識が高まり、受診につながることもある。

②生活習慣の改善を優先する場合

上記①ほど緊急性はないものの、検査データで異常値が認められ、生活習慣を改善する余地のある者には、特定保健指導の対象者・非対象者のいずれもが含まれる。こうした者へのフィードバックでは、どのようなリスクがどの程度高まる状態なのか、また、自らの生活習慣に関して具体的にどの点をどう改善するとよいのかといったポイントを適宜盛り込むことが望ましい。個別の対応としては、健診で認められた危険因子の重複状況や重症度を含めて対象者本人が自らの健康状態を認識できるよう支援し、医師等とも相談した上で、まずは保健指導を行って生活習慣の改善を支援し、十分な改善がみられないようなら医療機関での受療を促すというきめ細やかな方法も考えられる※。

なお、血圧及び喫煙については、虚血性心疾患や脳血管疾患の発症リスクとして重視すべき項目であるため、健診当日を含め、面接でも対応を強化することが求められる。特に喫煙者に対しては、禁煙支援および積極的な禁煙外来の利用を促すことが望ましい。

※受診勧奨判定値を超えた場合でも、1度高血圧（収縮期 140～159 mmHg、拡張期血圧 90～99 mmHg）等であれば、服薬治療よりも、3か月間は生活習慣の改善を優先して行うことが一般的である。このとき、健診結果の通知でフィードバックされた内容を踏まえて生活習慣の改善に自ら取り組むという方法と、生活習慣の改善指導など必要な支援を保健指導として行う方法の2通りが考えられる。また、脂質異常症においても、一次予防（虚血性心疾患未発症者）ではまず3～6か月の生活習慣改善が必要であるとしている。特定保健指導の対象となった者については、各学会のガイドラインを踏まえ、健診機関の医師の判断により、保健指導を優先して行い、効果が認められなかった場合に、必要に応じて受診勧奨を行うことが望ましい。

③健診データ上では明らかな問題がない場合

健診データ上、特段の問題が認められない者に対しては、その旨をフィードバックするとともに、今後起こり得るリスクを説明し、以降も継続して健診を受診することが重要であることを伝えることが望ましい。健診データが改善している場合には、本人の生活改善の努力を評価し、次年度も引き続き健康な状態で健診を受けるよう促すなど、ポジティブな対応が望まれる。

一方、検査データの異常はないが、喫煙者である等、生活習慣の改善の余地がある対象者に対しては、喫煙等による生活習慣病発症リスクの高さ等に言及した上で、生活習慣の改善を促すことが望ましい。

(3) 情報提供の際の留意事項

血圧については、白衣高血圧等の問題があり再測定が重要であること、中性脂肪については直前の食事摂取や前日の飲酒の影響を大きく受けること等を考慮した上でフィードバックを行うことが求められる。

(4) 受診勧奨後のフォローアップ

医療機関を受診し薬物療法が開始された者について、その後も治療中断に至らないよう、フォローアップを行うことが望ましい。

2-4 結果通知

2-4-1 結果説明

① 健診結果の通知内容及びその方法

特定健康診査については、その結果を受診者に知らせ、受診者に自分自身の健康状態を理解してもらう必要がある

「標準的な健診・保健指導プログラム」第2編第2章2-2-(1)の基本的な考え方等を参考とされたい。

通知方法としては、結果通知表（個人票）を受診者本人に直接渡す方法か、あるいは送付する方法が考えられる。

② 対面での説明

結果通知表（個人票）を受診者本人に直接渡すことができる場合は、受診者が自分自身の健康状態を理解する貴重な機会である。結果通知表をただ渡すだけではなく、検査値の解説や対象者個々人のリスクや経年変化等を説明し、継続して健診を受けることの重要性を説明することが望ましい。

③ 送付すべき者

特定健康診査の実施義務を負っているのは医療保険者であることから、結果通知表（個人票）の送付は、医療保険者自身で健診を実施する、しない（委託により実施）に関わらず第一義的には医療保険者の義務である。

〈高齢者の医療の確保に関する法律〉

第二十三条 保険者は、厚生労働省令で定めるところにより、特定健康診査を受けた加入者に対し、当該特定健康診査の結果を通知しなければならない。第二十六条第二項の規定により、特定健康診査に関する記録の送付を受けた場合においても、同様とする。

但し、特定健康診査の実施を健診機関に委託している場合、結果通知を医療保険者が行うためには、健診機関から医療保険者に一括送付後、医療保険者にて改めて各自に送付すると言う手間が生じ、委託のメリットが薄れること、そもそも受診者の住所を把握できておらず^{*1}送付が困難な医療保険者がいること（健診機関は、窓口で受診者に受診券に裏書する形で送付先を提出してもらうことにより送付可能^{*2}）、結果説明や通知は健診の一部であり、受託した健診機関で実施するべきものであることから、健診機関から本人に直送する形が合理的である（なお、必ず健診機関に結果通知を委託しなければならないということではない）。

^{*1} 受診券の配布においても住所が不明のため、事業者から被保険者を通じて被扶養者の手に渡るリレー形式をとる必要がある（詳細は6-4-6参照）。

^{*2} 健診機関にてデータファイルに入力され、送付されてきた住所情報を用いて、医療保険者が送付することも可能

2-4-2 通知様式例

①様式例について

特定健康診査の結果を本人に知らせる様式例として、「特定健康診査受診結果通知表」を次に示す。

あくまで様式例であることから、この例と異なるレイアウトでの発行を認めない訳ではないが、様式例の記載事項については必ず（順序・配置は自由だが）記載すること。なお、例における表示の順序の考え方としては、表面を基本的な健診の項目、裏面を詳細な健診の項目をまとめているものであり、各機関においてはこの考え方を考慮の上、様式を作成願いたい。

また、様式例では、可搬性や保管の容易さ等の利便性を考慮しA4両面を想定しているが、両面プリンタのない機関の場合はA4片面2枚（あるいはA3片面1枚等）でも差し支えない。

図表11: 特定健康診査受診結果通知表*(様式例1)

特定健康診査受診結果通知表					
フリガナ		生年月日	年 月 日	健診年月日	年 月 日
氏 名		性別/年齢	男・女 歳	特定健康診査受診券番号	
既往歴					
服 薬 歴			喫煙歴		
自覚症状					
他覚症状					
項 目		基準値	今年	前年	前々年
			年 月 日	年 月 日	年 月 日
身 体 計 測	身 長 (cm)				
	体 重 (kg)				
	腹 囲 (cm)				
B M I					
血 圧	収 縮 期 血 圧 (mmHg)				
	拡 張 期 血 圧 (mmHg)				
血 中 脂 質 検 査	中 性 脂 肪 (mg/dl)				
	HDL-コレステロール (mg/dl)				
	LDL-コレステロール (mg/dl)				
肝 機 能 検 査	G O T (IU/l)				
	G P T (IU/l)				
	γ - G T P (IU/l)				
血 糖 検 査	空 腹 時 血 糖 (mg/dl)				
	ヘモグロビンA1c (%)				
尿 検 査	糖				
	蛋 白				

貧血検査		赤血球数 (万/ml)			
		血色素量 (g/dl)			
		ヘマトクリット値 (%)			
心電図検査	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				

(備考)
 1. この用紙は、日本工業規格A4用紙とすること。
 2. 「性別」の欄は、該当しない文字を抹消すること。
 3. 基準値を外れている場合には、「*」を測定結果欄に記入すること。
 4. 「メタボリックシンドローム判定」の欄は、「基準該当/予備群該当/非該当」を記入すること。
 5. 「医師の判断」の欄は、
 ①特定健康診査の結果を踏まえた医師の所見
 ②貧血検査、心電図検査及び眼底検査を実施した場合の理由を記入すること。

※ヘモグロビンA1c検査の結果はNGSP法による検査結果値が記載されていますが、それが併記されているものは、JDS法による検査結果値のため基準値が異なります。(JDS法基準値3.9～5.2)

* 「メタボリックシンドローム判定」欄には、保健指導の種別を記載するのではなく、「基準該当」「予備群該当」等を記載する。「基準該当」「予備群該当」等の定義については、2-3-1③の脚注参照。

図表 12: 特定健康診査受診結果通知表*(様式例2)

ツカサ		生年月日	年 月 日	健診年月日	年 月 日
氏 名		性別/年齢	異-次 處	特定健康診査 受診券番号	

既往歴	
職業歴	喫煙歴
自覚症状	
他覚症状	

検 査 目	基 準 値	今 回	前 回	前々回
		年 月 日	年 月 日	年 月 日
身 体 計 測	身 長 (cm)			
	体 重 (kg)			
	腹 囲 (cm)			
	B M I			
血 圧	収 縮 期 血 圧 (mmHg)			
	収 縮 期 血 圧 (mmHg)			
血 中 脂 質 検 査	中 性 脂 肪 (mg/dL)			
	HDL-コレステロール (mg/dL)			
	LDL-コレステロール (mg/dL)			
肝 臓 機 能 検 査	G O T (U/L)			
	G P T (U/L)			
	γ-G T P (U/L)			
血 糖 検 査	空腹時血糖 (mg/dL)			
	HbA1c (NGSP法) (%)			
	HbA1c (JDS法) (%)			
尿 検 査	糖			
	蛋白			

赤血球数 (万/mm ³)				
血色素量 (g/dl)				
ヘマトクリット値 (%)				

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	

(備考)
 1. この用紙は、日本工業規格A列4版とすること。
 2. 「性別」の欄は、該当しない文字を抹消すること。
 3. 基準値を外れている場合には、「*」を測定結果欄に記入すること。
 4. 「メタボリックシンドローム判定」の欄は、「基準該当/予備群該当/非該当」を記入すること。
 5. 「医師の判断」の欄は、
 ①特定健康診査の結果を踏まえた医師の所見
 ②貧血検査、心電図検査及び眼底検査を実施した場合の理由
 を記入すること。

②様式と健診データファイル

様式例の記載(印字)項目は、健診データファイルに記録すべき項目と一致しており、作成したデータファイルから必要部分を印字するイメージである。

なお、本人への送付に当たっては、一覧性や可搬性を考慮した場合、ファイル送付という形よりも紙への印刷及び送付という形が望ましい(ただ、長期保管や分析等に限っては本人についてもデータファイルでの受領が効率的とも考えられ、それを希望する場合も有り得る)。

③活用・保管

この通知表は、特定保健指導を実施する場合に、保健指導機関に本人が持参し、保健指導機関はこれを活用して支援計画の作成や指導等を行うこととなる(事前に医療保険者において本人が行こうとする保健指導機関を把握できるならば、医療保険者から健診データファイルを当該機関に直送しておくことが可能であるが、特に集合契約の場合や、個別契約でもある地域内で多数の保健指導機関と契約を締結している場合は、いつ、どこの保健指導機関に対象者本人が行くのかを事前に把握することは困難なため)。

* 「メタボリックシンドローム判定」欄には、保健指導の種別を記載するのではなく、「基準該当」「予備群該当」等を記載する。「基準該当」「予備群該当」等の定義については、2-3-1③の脚注参照。

また、本人の健康情報の管理において、過去の健診結果をファイリングすることになる。この時、通覧性を高めるためには、どの健診機関においても近しい様式で通知されることが望ましい。