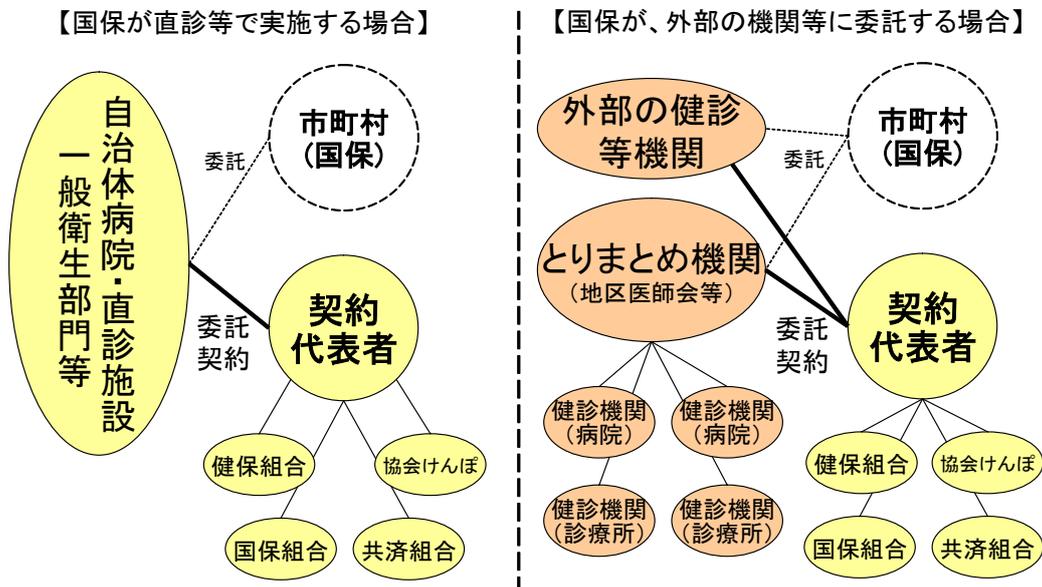


するような非効率を避けるため、当該機関と被用者保険グループとの間で集合契約（集合契約B）を締結する。市町村（国保）の実施機関には、主に次の形態が考えられ、市町村（国保）の契約の枠組みによって集合契約の相手先は異なることとなる。

図表 33: 市町村国保の実施機関(集合契約B)のイメージ



①市町村国保部門（保険者間委託）

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

但し、十分な数の保健師や管理栄養士が確保できる等、内部での実施体制が確立できる見込みのある市町村国保が現時点では少ない（市町村で抱える保健師数が十分でない中で国保に割けるマンパワーには限りがある）ことから、市町村国保が直営で行う場合は被用者保険分まで受託できない可能性が高い（この場合は、被用者保険分のうち市町村国保で受けられない人数分は外部の機関に委託できるよう、加入する医療保険者の違いを問わず、住民に対する実施場所の提供という観点に立ち、市町村が仲介の労をとることも考えられる）。

②市町村衛生部門

市町村における保健事業の実施体制として、市町村内で抱える保健師等の分散配置を避けるため、虐待や障害者への対応等特定健康診査・特定保健指導以外のさまざまな業務も含め、衛生部門に集中して配置する形態をとる場合が考えられる。

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

特に、民間の保健指導機関による進出が困難と考えられる地域（いわゆるへき地や離島等）においては、地元市町村による（住民サービスの一環としての意味合いも含め）

医療保険者の種別を問わない保健指導の実施が重要となることから、そのような市町村は、被用者保険との集合契約に積極的に対応することが求められる。

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

③自治体病院

上記①②以外の市町村内部での実施体制としては、市民病院や国保直診施設等の自治体病院が残る選択肢として考えられるが、これは一般の医療機関への委託と同様、市民病院や国保直診施設等を委託先として集合契約を締結することとなる。この場合、委託費の收受や実施に要する経費の支出等は病院会計にて処理することとなる。

これらの施設は既に保険医療機関として番号を保有していると考えられるが、被用者保険からの受託に当たっては、健診・保健指導機関となる旨を支払基金へ届け出ておく必要がある。

④外部機関

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

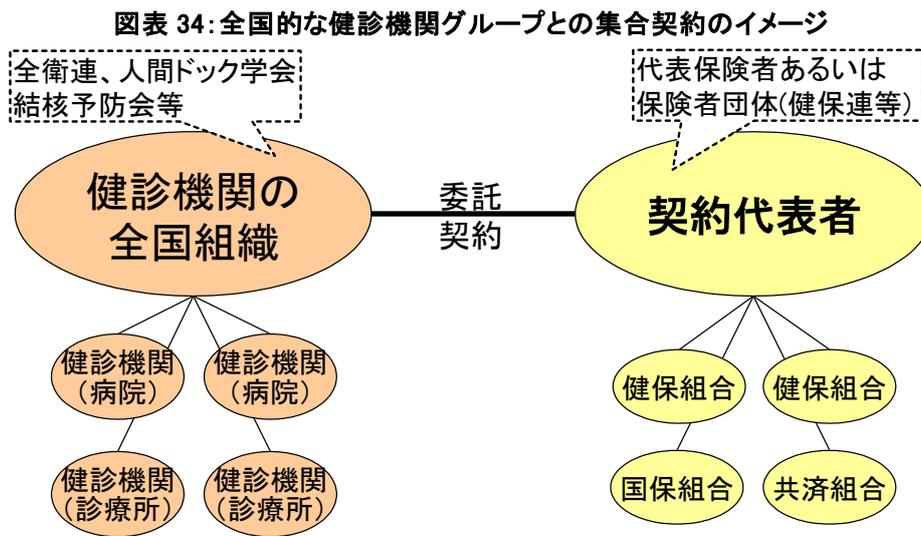
主な委託先としては、地区医師会*（集団健診における運営や、会員医療機関での個別健診等）や健診機関（バスによる巡回健診業者等）、医師会に加入していない市町村内の医療機関となっていることから、これら委託先が被用者保険の集合契約の相手先となる。

6-2-2 全国的な健診機関グループ

被用者保険の加入者が、市町村国保が健診等の実施を委託している機関、もしくは市町村国保が自ら行う機関等において、受診できる実施体制を全国で構築するのが集合契約Bである。

これ以外の集合契約の相手先としては、主として、全国各地の健診機関を束ねた機関グループや、全国規模の病院グループが考えられる（集合契約A）。この契約形態は、各グループ傘下の機関が立地する地域をカバーすることになる。保険者においては、加入者の状況（居住地等）に応じて、集合契約Bと組み合わせる等の対応が必要となる。

* 最小単位である郡市区医師会を基本的な契約相手先として想定しており、付属資料4の契約書の例も乙の欄を「〇〇市医師会」としているが、郡市区医師会が都道府県単位で契約条件等を取りまとめることができる場合は、契約相手先が都道府県医師会となることもある。



①全国各地の健診機関を束ねた機関グループ

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

6-2-3 その他(地域グループ等)

集合契約は、複数の医療保険者あるいは健診・保健指導機関がグループ化すれば成立することから、グループ化においては多様な形態が考えられる。

①企業による全国各地の提携機関の組織化

企業の総務・福利厚生等の業務を代行するサービス事業者等を中心に、企業や健保組合に対し、人間ドック等の健診について全国の提携機関での受診を可能とするサービスを提供している事業所があり、同様のサービスを特定健康診査・特定保健指導に広げる事業者が少なくないことから、これら代行サービス事業者を契約相手先とすることにより、当該事業者の提携機関全てでの受診が可能となる。

②地域単位・地域限定等で複数の機関が集まったもの

医療保険者に対する利便性の向上と、一定量の受診者（利用者）の確実な確保を目的に、複数の健診・保健指導機関がグループを形成して、医療保険者に対し一括契約を持ちかけるケースが想定される。

実施地域をある程度絞ることができる医療保険者に対し、その地域内のいくつかの機関がグループを形成するようなケースが主に想定される。

この時の仕組みとしては、契約取りまとめを行う代表機関と医療保険者が契約し、他の機関は代表機関に委任状を提出する形態となる。

6-2-4 成立に向けた手順

①集合契約B

集合契約の成立に向けた事務調整等は、全て都道府県単位の保険者協議会にて行われる。

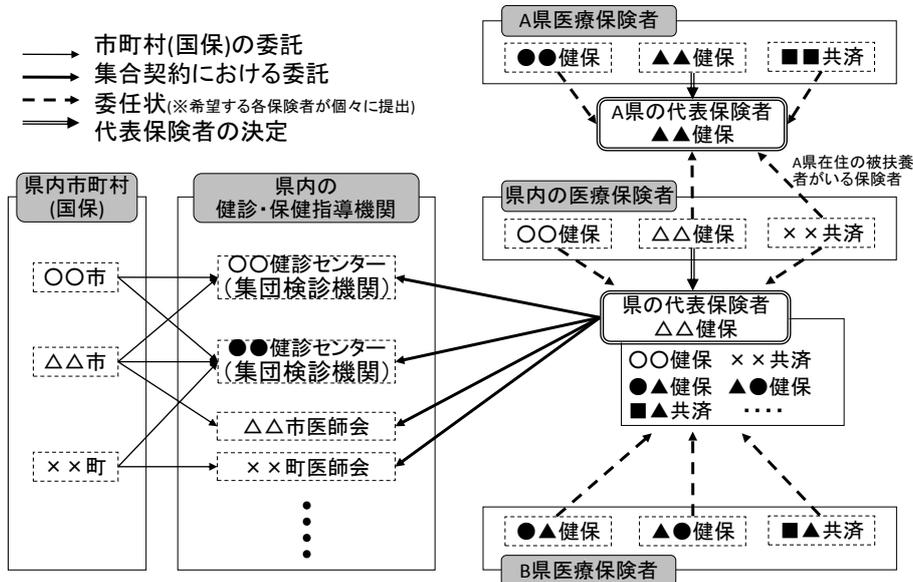
具体的には、協議会において、各都道府県内に拠点を有する医療保険者の中から契約代表者を選定し、都道府県内の実施機関と契約書を一齐に締結する運びとなる。

各協議会において、集合契約に参加する医療保険者を中心に進められるべき作業の、標準的な手順としては、以下のとおり。

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">(1) 各市町村（国保）における実施機関の確定
※各市町村（国保）における契約情報の開示と実施機関調整（集合契約に参加する機関リストのとりまとめ等）(2) 集合契約に参加する医療保険者（都道府県内）の仮設定(3) 契約代表者の選定（※他の参加保険者は経費・要員・事務等を応分に負担）(4) 契約代表者や参加保険者等による契約条件（単価・内容）の交渉・確定(5) 他の都道府県の保険者協議会に契約代表者名・実施機関リスト・契約条件に関する情報を配布し、参加希望の医療保険者を募集(6) 集合契約に参加する医療保険者（他の都道府県）の登録、委任状のとりまとめ(7) 契約書のセット（委託元・委託先双方のリストの最終確定）(8) 代行機関（支払基金）への契約情報の提出（基金での登録）(9) 契約書の調印 |
|---|

年間の準備スケジュールとしては、本書巻末の付属資料5に「集合契約におけるスケジュール」を整理していることから、そちらを併せて参照されたい。なお、次ページの図表35のスケジュールは、平成21年12月の保険者協議会中央連絡会で確認された委任状作成等に係る共有スケジュールであることから、こちらも参照されたい。

図表 35: 集合契約Bにおける各主体間の関係(イメージ)



「委任状作成等に係る共通スケジュールについて」

各都道府県の保険者協議会においては、遅くとも1月中には代表保険者を決定するものとし、集合契約にかかる委任状の提出に関するスケジュールについては以下のとおり。

図表 36: 集合契約Bにおける委任状作成等に係る共通スケジュール

NO	作業項目	実施者	期限
1	委任状の作成	各保険者	2月第1週まで
2	委任状のとりまとめ団体(中央の保険者団体)への一括送付 ※全国健康保険協会は契約代表者へ直送。	とりまとめ団体 (中央の保険者団体)	2/10までに必着
3	受領証(委任状を受領した都道府県のリスト等)の作成、保険者への送付 ※保険者によっては省略する場合もある。		2/10前後～ 2月第3週まで
4	内容チェック(不備があれば保険者に再送依頼) 都道府県別への仕分け、リスト(該当都道府県に委任状を出す保険者の一覧)の作成 ※保険者リストは、事務の省略化のため、契約書のひな形ファイルにある「委任元保険者一覧表ファイル」を使用。 ※併せて経費精算用に、リスト掲載の各保険者の40～74歳の加入者数もリストに追加。		
5	各都道府県の保険者協議会宛に当該都道府県分の委任状の束とリストを一括送付		2月第3週までに必着
6	契約書への委任状提出保険者名簿の転記(受領したリストファイルから貼り付け)		2月第4週中
7	契約書ファイルの内容確認(メール配布)	とりまとめ団体 (中央の保険者団体)	3/1
8	契約書の内容確認(不備があれば契約代表者に修正依頼) ※各保険者にて実施することは負担が大きい上、時間もかかることから、保険者からの一任で保険者団体における一括チェックが理想。		3/1～ 3月第3週まで →修正完了・確定
9	契約書(調印用)の印刷・製本		(3月下旬)
10	調印後の契約書をPDFデータ化し、電子メール等により保険者団体の中央組織に送付。その際、実施機関一覧表のみ別途エクセルファイルにより送付。		契約完了後、速やかに。
11	保険者団体の中央組織において、傘下保険者へ情報提供。		契約情報入手後、速やかに。

- No5の「2月第3週までに必着」が守られれば、No1～4の期限については、必ずしも記載のとおりでなくてもよいこととする。
- 事務処理の効率化等の観点から、一度提出した委任状の取り消し(取り戻し)は行わないこととする。
- 必着等の期日については厳守とし、期限を過ぎたものについては取り扱わないこととする。
- No10の契約情報については、保険者協議会ホームページの積極的活用等により、保険者団体の中央組織への提供や加入者への情報提供・公開を効率的に行うものとする。
- 集合契約の保険者側(「甲」側)の確定と並行して、3月第3週の契約書確定及びそれ以降の印刷製本に間に合うよう、「乙」側たる実施機関一覧表や単価表の確定に向け、実施機関等の協議・調整を終わらねたい。
- 契約の継続の可否については、可能な範囲で利用者や保険者からの意見・情報等も参考としつつ、適切と考えられる機関とのみ継続されたい。
- なお、実施機関等との協議・調整においては、委託基準の遵守や機関番号の取得について、契約書の確定までに間に合うよう、注意喚起願いたい。

②集合契約A

具体的な事務遂行は、健康保険組合連合会（健保連）や共済組合連盟等の医療保険者団体を中心に行われている。契約代表者は、参加する医療保険者の中から選定するか、上述の医療保険者団体となる。

なお、集合契約の成立に向けた手順としては、①に示した(2)から(9)を実施することとなる。

③その他（地域グループ等）

特定のグループ単位での受診体制づくりとなることから、集合契約の成立に向けた事務調整等が参加する医療保険者の間で行われた上で健診・保健指導機関側と調整・契約に至る形態か、グループ化された健診・保健指導機関側が各医療保険者と個々に契約する形態となる。

なお、集合契約の成立に向けた手順として、医療保険者側がグループ化する場合は①に示した(2)から(9)となるが、医療保険者側が個々に契約する場合は特に手順はない（各医療保険者が機関グループと個別に契約を交わすこととなる）。

6-2-5 成立に必要な注意点

①市町村国保における実施体制の確立等

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

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

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">○市町村国保は、自身の被保険者に対する特定健康診査・特定保健指導の実施体制を固める。その際、住民である被用者保険の被扶養者のことも考慮する○各都道府県の国保連合会や市町村国保は、被用者保険の集合契約の相手先の確定に向け、契約情報の提供をはじめとする必要な支援・協力を行う（具体的には、各市町村の契約予定機関・単価等のリストを都道府県でとりまとめ、保険者協議会に提供）。 |
|---|

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

②集合契約の前提となる市町村における契約の整理

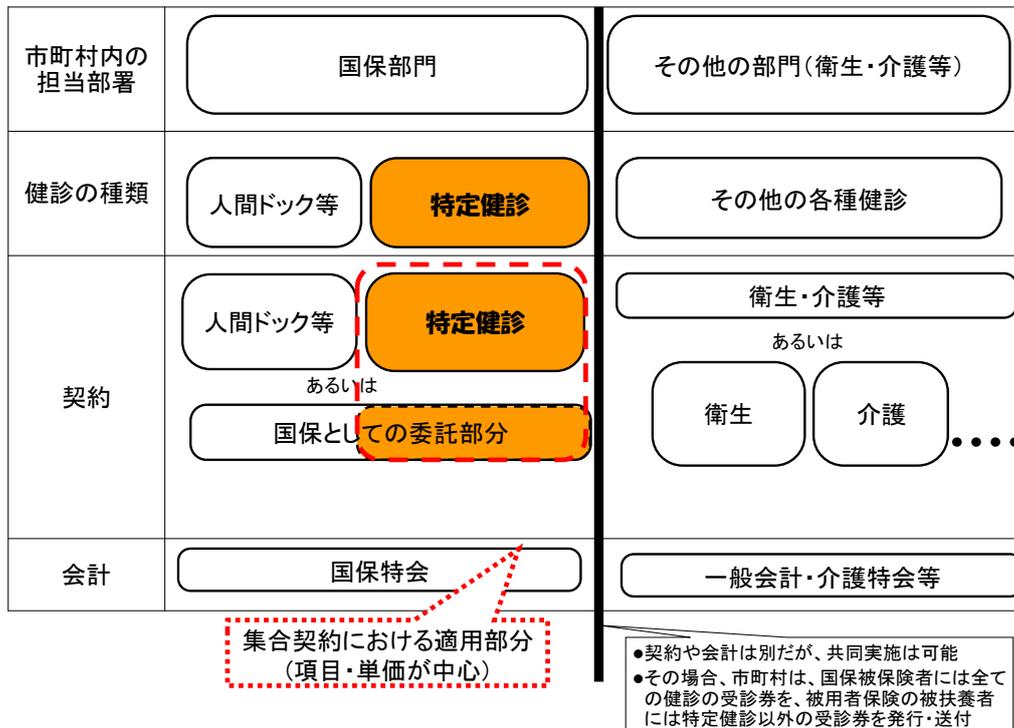
市町村と地区医師会等との各種健診の契約では、健診の種類（人間ドック、骨粗しょう症検診、肝炎ウィルス検査、各種がん検診、介護保険の生活機能評価等）別に契約書を締結しておらず、全ての健診を一本の契約書で対応している市町村があることが想定されるが、主に以下の理由から、市町村では、役割別に（国保・衛生・介護で分けて）契約を締結することが適当である。

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

集合契約Bにおいては、市町村国保部門における契約に準じるものとする。

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

図表 37: 市町村における契約の整理



* 実施方法としてはさまざまな方法が考えられるが、例えば、国保部門と衛生部門が連携し、同じ委託先と契約することで、実施日時・場所の共通化を図る方法がある。この時、国保と衛生の両方の受診券を持参した者は両方の健診を、いずれかのみ持参した者はいずれかの健診を受診することとなる。この取組により各健診で重複する検査項目を二度実施する必要がなくなる(なお、実施日時がずれた場合でも、実施機関の協力により、同じ実施場所であれば共同実施扱いとし検査項目が重複しないよう配慮することも考えられる)。

③保険者協議会の活動の活性化

集合契約Bは、都道府県の保険者協議会^{*1}においてその成立に向けた連絡調整や準備を行うこととなっており、保険者協議会の役割は非常に重要である。市町村国保の実施形態の整理・確定、関係者間での情報共有、委託先による被用者保険の受け入れ準備状況の確認等、必要な支援と協力を進めることが求められる。

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

④被用者保険の主体的な取組

集合契約Bは、主に被用者保険の被扶養者に対する受診体制づくりであることから、被用者保険（あるいは健保連等保険者団体）は、保険者協議会への積極的な関与・協力等（具体的には下記）が求められる。

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

⑤事務の省力化と役割分担

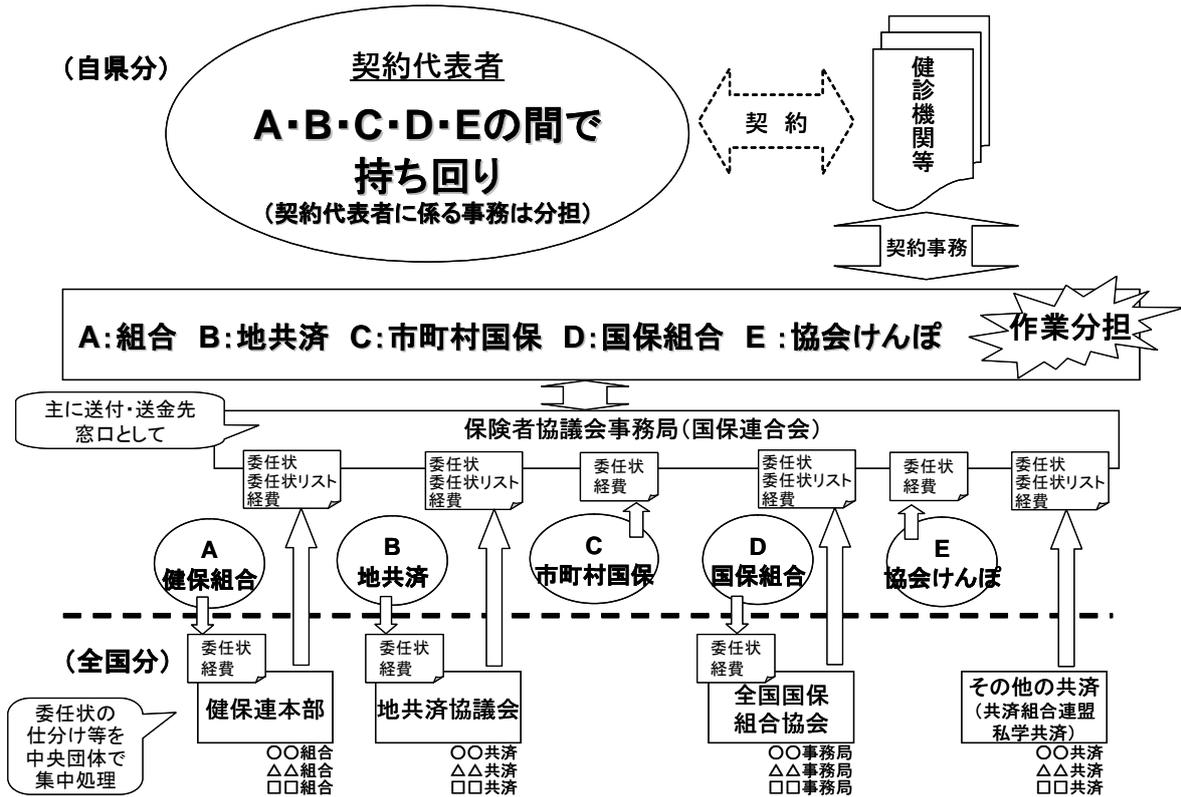
集合契約Bでは、都道府県内の実施機関と一つ一つ調整・確認を進め、契約書のセットを行う。契約本数が多数の場合、事務量は少なくないことから、契約代表者に全てを任せるのではなく^{*2}、契約代表者以外の参加保険者が分担し事務を処理するのが原則である。

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

^{*1} 保険者協議会の会議そのもので成立に向けた協議等を行うのではなく、実質的には、協議会の下に実務者による協議調整の枠組みを設けて詳細を進め、会議そのものでは形式的な合意形成のみ為されるパターンが一般的。

^{*2} 代表者に押し付けると代表者のなり手が居なくなり、その都道府県では契約が進まない。

図表 38: 集合契約Bの成立に向けた保険者間の役割分担(一例)



6-3 代表保険者・契約代表者

6-3-1 選定

①集合契約B

都道府県の保険者協議会において、各都道府県内に拠点を有する医療保険者^{*1}の中から代表保険者を選定する。

代表保険者は、各都道府県を代表し、他の都道府県の医療保険者からの委任も受けることから、特に契約事務処理等に対応^{*2}できるスタッフ体制がある等、確実に契約処理を遂行できるしっかりした医療保険者が担当することが必要不可欠である。

主な選定方法としては、各都道府県内で規模の大きい主要な医療保険者（地元で有数の企業の健保組合か、共済組合、協会けんぽの都道府県支部）にお願いする方法がある。毎年同じ医療保険者に引き受けて貰えない場合は、いくつかの主要な医療保険者の間で輪番制とすることも考えられる。

残念ながら特定の医療保険者への依頼が難しい場合は、健保・協会けんぽ・共済で輪番制とする方法が考えられる。この時の健保や共済における代表保険者は常に同じ医療保険者でも、候補が複数考えられるためにその中でも交代制とすることもありえる。

②集合契約A

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

③その他

参加する医療保険者の中から選定するか、選定せず（医療保険者側はグループ化せず）に個々に契約する形態となる。

6-3-2 主な役割

代表保険者・契約代表者が最低限果たすべき主な役割としては、以下のようなものが考えられる。

- 各都道府県内の委託先機関の確定
- 参加する医療保険者の確定
- 委任状の収集・管理
- 契約条件（単価・内容）の交渉・確定
- 契約書のセット（委託元・委託先双方のリストの最終確定）
- 代行機関（支払基金）への契約情報の提出（基金での登録）
- 各都道府県内の委託先機関との契約書の調印

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

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

6-4 受診券・利用券

6-4-1 定義

特定健康診査・特定保健指導を、主として*¹ 委託により実施する場合に、業務を受託した健診・保健指導機関が窓口における事務処理上必要となる情報に基づき正確に受託業務を遂行するため（6-4-2 に挙げるような役割を果たすため）に、医療保険者が必要な情報を印字し発行する券を受診券（特定健康診査の場合）・利用券（特定保健指導の場合）という。

①受診券

医療保険者が、特定健康診査の受診対象者に発行、受診案内と共に配布し、受診対象者が健診機関に提出*²する券。

健診機関において、受診資格のある者かの確認のほか、受診者へ実施すべき健診内容及び受診者から徴収する窓口負担額を確認できるよう、券面に必要な情報を印字するものとする。

②利用券

医療保険者が、特定保健指導の対象者に発行、利用案内と共に配布し、対象者が保健指導機関に提出する券。

保健指導機関において、利用資格のある者かの確認のほか、対象者へ実施すべき保健指導の内容及び対象者から徴収する窓口負担額を確認できるよう、券面に必要な情報を印字するものとする。

6-4-2 主な役割・目的

①契約相手先か否かの確認

集合契約は、多数の健診・保健指導機関と多数の医療保険者が契約に関わることから、健診・保健指導機関において、受診者が訪れた際に当該受診者が契約相手先の医療保険者の加入者であるか否かを判別するためには、各機関において契約相手先リストを用意しその都度リストと照合するのは非常に煩雑である。

②本人確認

受診券・利用券と被保険者証の両方を照合・確認することにより、有資格者か否かを判別する。

*¹ 集合契約の場合は発券が必須となるが、個別契約でも必要に応じ（集合契約と混在する場合は必須）医療保険者の判断で発券することとなる。また、委託せずに実施する場合においても、6-4-2 に示した主な役割以外の用途で必要と判断する場合は適宜発券すればよい。

*² 健診・保健指導機関は受診者（利用者）から受領した受診券（利用券）を、少なくとも（偽造券での請求等により医療保険者や代行機関等から照会があった場合に提出できるよう、できれば終了後もしばらく保管が理想）一連の委託業務の処理が終了（決済が完了）するまでは保管する。特定保健指導の積極的支援において対面での指導を行う場合は、保管している利用券と毎回持参する被保険者証との照合・確認を行うためにも保管が必要。

③保健指導対象者か否かの確認

保健指導については健診と異なり、40～74歳の全ての加入者が対象者とはならないことから、保健指導機関の窓口において、医療保険者に照会することなく、来訪者が保健指導の対象者か否かを判別するために、利用券が必要となる。

④実施内容や窓口負担額の確認

契約で定めた実施内容（健診の項目、保健指導の支援内容等）を確認するとともに、医療保険者への請求額を算定するための各医療保険者が設定する窓口負担額を確認する。

6-4-3 様式

受診券・利用券は、集合契約に参加する各医療保険者が自由な大きさや様式で発行した場合、健診・保健指導機関の窓口での券面等の確認において業務が煩雑になり、窓口の混雑、確認ミス等のリスクが高まる可能性がある。

これを避けるため、集合契約に参加する各医療保険者は全国統一の標準的な様式で発券することとし、健診・保健指導機関は券面の決まった箇所を素早くチェックすることを可能とする。

図表 39: 受診券の様式

<div style="text-align: center;"> <p>案</p> <p>特定健康診査受診券</p> <p>20××年 月 日交付</p> </div> <p>受診券整理番号 ○○○○○○ ○○○○○○</p> <p>受診者の氏名 (※カタカナ表記) 性別 生年月日 (※和暦表記)</p> <p>有効期限 20××年 月 日</p> <p>健診内容 ・特定健康診査 ・その他()</p> <p>窓口での自己負担</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 30%;">特定健診(基本部分)</td> <td style="width: 20%;">負担額又は負担率</td> <td style="width: 50%;">受診者負担 20%</td> </tr> <tr> <td>特定健診(詳細部分)</td> <td></td> <td>保険者負担額上限額 1,000円</td> </tr> <tr> <td>その他(追加項目)</td> <td>負担額又は負担率</td> <td style="text-align: center;">/</td> </tr> <tr> <td>その他(人間ドック)</td> <td>負担額又は負担率</td> <td style="text-align: center;">/</td> </tr> <tr> <td></td> <td>保険者負担上限額</td> <td style="text-align: center;">/</td> </tr> </table> <p>保険者所在地 保険者電話番号 保険者番号・名称</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 80%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20%; text-align: center;">印</td> </tr> </table> <p>契約とりまとめ機関名 集合B、健保連集合契約A 支払代行機関番号 支払代行機関名</p>	特定健診(基本部分)	負担額又は負担率	受診者負担 20%	特定健診(詳細部分)		保険者負担額上限額 1,000円	その他(追加項目)	負担額又は負担率	/	その他(人間ドック)	負担額又は負担率	/		保険者負担上限額	/		印	<div style="text-align: center;"> <p>注意事項</p> </div> <ol style="list-style-type: none"> 1. この券の交付を受けたときは、すぐに、下記の住所欄にご自宅の住所を自署してください。 (特定健康診査受診結果等の送付に用います。) 2. 特定健康診査を受診するときは、この券と被保険者証を窓口へ提出してください。どちらか一方だけでは受診できません。 3. 特定健康診査はこの券に記載してある有効期限内に受診してください。 4. 特定健康診査受診結果は、受診者本人に対して通知するとともに、保険者において保存し、必要に応じ、保健指導等に活用しますので、ご了承の上、受診願います。 5. 健診結果のデータファイルは、決済代行機関で点検されることがある他、国への実施結果報告として匿名化され、部分的に提出されますので、ご了承の上、受診願います。 6. 被保険者の資格が無くなったときは、5日以内にこの券を保険者に返してください。 7. 不正にこの券を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあります。 8. この券の記載事項に変更があった場合は、すぐに保険者に差し出して訂正を受けて下さい。 <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">住所</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 100%; text-align: center;">〒 000-0000</td> </tr> <tr> <td style="width: 100%; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td style="width: 100%; height: 20px;"> </td> </tr> </table> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <p>受診者が記入</p> </div>	〒 000-0000		
特定健診(基本部分)	負担額又は負担率	受診者負担 20%																			
特定健診(詳細部分)		保険者負担額上限額 1,000円																			
その他(追加項目)	負担額又は負担率	/																			
その他(人間ドック)	負担額又は負担率	/																			
	保険者負担上限額	/																			
	印																				
〒 000-0000																					

図表 40: 利用券の様式*

<div style="border: 2px solid red; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> 案 </div> <p style="text-align: center;">特定保健指導利用券</p> <p style="text-align: center;">20××年 月 日交付</p> <p>利用券整理番号 ○○○○○○○○○○○</p> <p>特定健康診査受診券整理番号 ○○○○○○○○○○○</p> <p>受診者の氏名 (※カタカナ表記) 性別 生年月日 (※和暦表記)</p> <p>有効期限 20××年 月 日</p> <p>特定保健指導区分 ・動機付け支援 ・積極的支援</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">窓口での自己負担</td> <td style="width: 50%;">負担額又は負担率</td> </tr> <tr> <td></td> <td>保険者負担上限額</td> </tr> </table> <p style="text-align: center; font-size: 10px;">(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)</p> <p>保険者所在地 保険者電話番号 保険者番号・名称</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> 印 </div> <p>契約とりまとめ機関名 支払代行機関番号 支払代行機関名</p>	窓口での自己負担	負担額又は負担率		保険者負担上限額									<p style="text-align: center;">注意事項</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 特定保健指導を利用するときには、この券と被保険者証を窓口 に提出してください。どちらか一方だけでは利用できません。 2. 医療機関に受療中の場合、主治医に特定保健指導を受けても よいかどうかを確認してください。 3. 特定保健指導はこの券に記載してある有効期限内に利用してく ださい。 4. 窓口での自己負担は、原則、特定保健指導開始時に全額をお 支払い頂きます。なお、全額徴収できない場合は、次回利用時以 降にもお支払い頂きます。 5. 特定保健指導の実施結果は保険者において保存し、必要に応 じ、次年度以降の保健指導等に活用しますので、ご了承の上、 受診願います。 6. 保健指導結果のデータファイルは、決済代行機関で点検される ことがある他、国への実施結果報告として匿名化され、部分的 に提出されますので、ご了承の上、受診願います。 7. 被保険者の資格が無くなったときは、5日以内にこの券を保険者 に返してください。 8. 不正にこの券を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の 処分を受けることがあります。 9. この券の記載事項に変更があった場合は、すぐに保険者に差 し出して訂正を受けて下さい。
窓口での自己負担	負担額又は負担率												
	保険者負担上限額												

①集合契約における様式

集合契約における受診券・利用券の様式は上の通り。なお、以下では「表面」「裏面」としているが(手渡しによる両面1枚の場合を想定)、3つ折りの圧着はがきで両面を内側に折り込んで発券・郵送する場合等、必ずしも表面・裏面とはならない場合はそれでも差し支えない。

②個別契約における受診券・利用券

受診券・利用券は主に集合契約に参加する医療保険者が実施機関に対して連絡するための券として発券されるものであるが、集合契約に参加しつつ別途個別に契約を結んで実施機関を増やしている医療保険者や、集合契約に参加しておらず個別契約のみであるにもかかわらず発券している医療保険者も少なくない。

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

このことから、実施機関の窓口での混乱を避けるため、個別契約のみの医療保険者に

* 平成21年度の健診結果に基づく保健指導実施分から、窓口での自己負担欄において「原則、特定保健指導開始時に全額徴収」と印字している部分は「自己負担額は初回利用時の負担として、特定保健指導開始時に全額徴収」と記載することとなっている。

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

6-4-4 作成上の注意事項

①受診券

受診券は、対象者1名ごとに作成する。大きさは、縦140～154mm・横90～107mm（はがき大*1）とする（郵送での受診券送付に対応できるよう）。

各欄の表記は、基本的には以下の通りであるが、必要がある時は、健診内容、窓口での自己負担、注意事項その他の記載内容について、所要の変更又は調整を加えることができる。

「受診券整理番号」欄	<ul style="list-style-type: none"> ● 年度(西暦下2桁)+種別(1桁:特定健康診査の場合は「1」)+個人番号(8桁:自由に設定。例えば発行場所が複数の場合に支所番号を先頭に付番する等。但し連番での設定を遵守)の11桁 ⇒YY1*****
「健診内容」欄	<ul style="list-style-type: none"> ● 複数に該当する場合には、全て記載すること。 ● 集合契約において共通で追加する健診項目が無い場合は、その他の欄は抹消すること。
「窓口での自己負担」欄	<ul style="list-style-type: none"> ● 不要な欄は抹消する(「健診内容」欄に合わせる)。 ○追加の健診項目がない場合は「その他」の2欄は抹消 ○特定健康診査の代わりに人間ドックを実施する場合は「その他(人間ドック)」の欄以外は抹消、等 ● 残されている全ての欄に、受診者の負担額(あるいは負担率)、もしくは医療保険者の負担上限額を記載(例:「受診者負担 1000円」「受診者負担 30%」「保険者負担上限額 20000円」等)。 ● 自己負担がない場合は、残されている全ての欄(「健診内容」欄にあるもの)に斜線を入れること。
「契約とりまとめ機関名」欄	<ul style="list-style-type: none"> ● 全都道府県の集合契約Bの契約を締結していれば集合 B と記載。但し、契約に不参加の都道府県がある場合は、除外する都道府県名を記載(参加する都道府県数の方が少ない場合は、参加する都道府県名のみ記載)。 ● 国保ベースに加えて、健診機関グループとの集合契約にも参加している場合は、そのとりまとめ機関名(例:健保連集合契約A等)を記載。 ● 集合契約と個別契約が混じる医療保険者は、以上のような表記に加え、「個別契約」と記載(健診機関が窓口にて個別契約の有無を識別し、当該機関が個別契約も行っているかの確認を喚起する目的で表示) ● 市町村国保と地域医師会の契約においては、発行する受診券に契約とりまとめ機関欄がある場合は、「医師会」と記載。

* 3つ折りにしドライシールで圧着して郵便葉書として送付することが想定されることから、広げた時の大きさがはがき大ではなく、最終的に折り込んだ場合の大きさ(3つ折ならば各ページの大きさ)をはがき大とする。

「支払代行機関番号」及び「支払代行機関名」	<ul style="list-style-type: none"> ● 必要ない場合は抹消すること。 ● 複数の契約とりまとめ機関の契約に参加し、契約とりまとめ機関別に支払代行機関が異なる場合は、各々について「代行機関名(契約とりまとめ機関名)」という形で連ねて記載すること。 ● 複数の契約とりまとめ機関の契約に参加しているものの、代行機関は一つに集約する場合は代行機関番号や代行機関名の欄は一つのみでよい
QR コードを印刷したい場合(任意**)	<ul style="list-style-type: none"> ● 表面に表示されている事項について、裏面の右下に、共通仕様(本書巻末の付属資料「受診券 QR コード収録項目」)に基づき生成・印刷すること。 ● コードと併せて「この QR コードは、券面の情報の入力ミスを防ぎ、事務の効率化・迅速化を図るためのものです(券面の表示に関わりない情報はコード化されていません)」等の注意書きを添えること。

②個別契約と集合契約の両方が有る場合の受診券

集合契約に参加しつつ個別契約もある医療保険者においては、次のような発券ルールとなっている。

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

* 健康保険証への QR コードの搭載が予定されていたことから、これに伴い医療機関の窓口で QR コードの読み取り機が普及することを想定し、過誤請求による事務負担を避けたい医療保険者が任意で受診券・利用券に QR コードを印刷し、読み取り機のある医療機関であれば読み取って窓口業務の効率化・正確化を図ることができるよう検討が進められてきた。しかし、健康保険証等の IC カード化を検討する動きがあることから、健康保険証への QR コードの搭載に関する省令改正が中止された。この状況下であっても、大規模な健診機関(あるいは健診機関グループ)が窓口業務の省力化等のため、QR コードで受診券・利用券を取り扱うことは考えられることから、そのような機関が使用する際に、一応の共通仕様を関係者間で共有しておくことが必要なことから、上記注意事項及び巻末の付属資料 8 の「受診券(利用券)QR コード収録項目」を掲載している。

③利用券

利用券は、対象者1名ごとに作成する。大きさは、縦140～154mm・横90～107mm（はがき大）とする（郵送での利用券送付に対応できるよう）。

各欄の表記は、基本的には以下の通りであるが、必要がある時は、窓口での自己負担、注意事項その他の記載内容について、所要の変更又は調整を加えることができる。

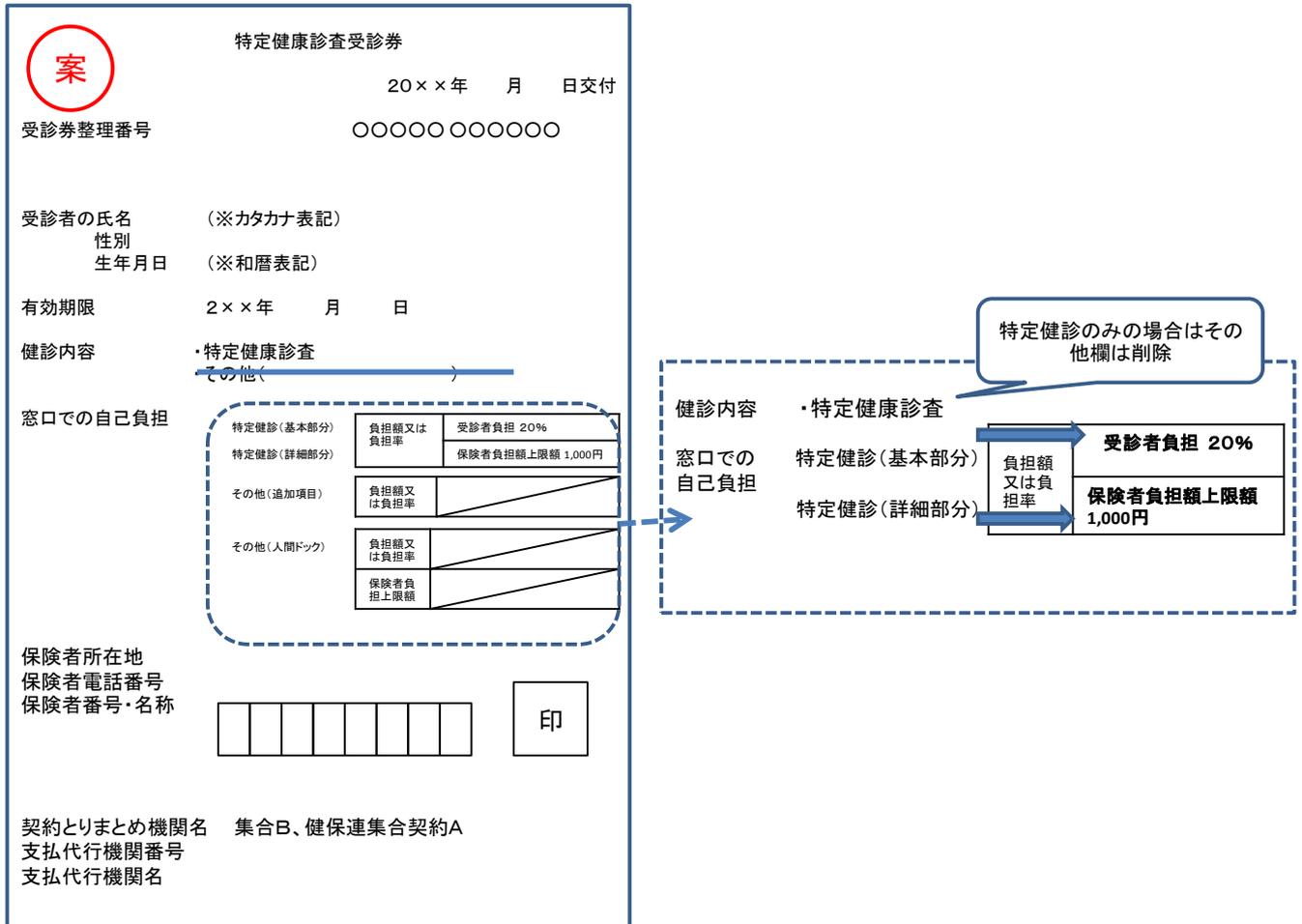
「利用券整理番号」欄	<ul style="list-style-type: none"> ● 年度(西暦下 2 桁*+種別(1 桁:積極的支援の場合は「2」、動機付け支援の場合は「3」)+個人番号(8 桁:自由に設定。例えば発行場所が複数の場合に支所番号を先頭に付番する等。但し連番での設定を遵守)の 11 桁 ⇒YY2*****もしくは YY3*****
「特定健康診査受診券整理番号」欄	<ul style="list-style-type: none"> ● 券面の対象者が特定健康診査を受診時に発行した受診券の整理番号を記載(健診結果と保健指導の結果が紐付けしやすいように) ● 労働安全衛生法等他の法令に基づく健診を受診した場合等、受診券を発券していない場合は、保健指導機関がデータ作成時に迷わないようその旨を明示(例えば線で消す、「事業者健診のため番号なし」と記載する等。欄自体の削除はあまり好ましくない)
「特定保健指導区分」欄	<ul style="list-style-type: none"> ● 該当しない事項は抹消すること。
「窓口での自己負担」欄	<ul style="list-style-type: none"> ● 利用者の負担額(あるいは負担率)、もしくは医療保険者の負担上限額を記載(例:「受診者負担 1000 円」「受診者負担 30%」「保険者負担上限額 20000 円」等)。 ● 初回時に全額徴収する場合はその旨を明記(例えば、図表 42 にあるように「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」や「記載の額(もしくは率)を初回時に全額お支払い下さい」等) ● 自己負担なしの場合は、全ての欄に斜線を入れること。 ● 総額が保険者負担額の上限額に満たない時(例:保険者負担上限が 2 万円で総額が 1 万円等上限額を下回る場合)に一定率の受診者負担を設定する場合、負担率と上限額の両方の欄に記載。どちらかのみ場合は記載しない欄には斜線を入れること。
「契約とりまとめ機関名」欄	<ul style="list-style-type: none"> ● 全都道府県の国保ベースの契約を締結していれば集合 B と記載。但し、契約に不参加の都道府県がある場合は、除外する都道府県名を記載(参加する都道府県数の方が少ない場合は、参加する都道府県名のみ記載)。 ● 国保ベースに加えて、保健指導機関グループとの集合契約にも参加している場合は、そのとりまとめ機関名(例:健保連集合契約A等)を記載。 ● 集合契約と個別契約が混じる医療保険者は、以上のような表記に加え、「個別契約」と記載(保健指導機関が窓口にて個別契約の有無を識別し、当該機関が個別契約も行っているかの確認を喚起する目的で表示) ● 市町村国保と地域医師会の契約においては、発行する利用券に契約とりまとめ機関欄がある場合は、「医師会」と記載。
「支払代行機関番号」及び「支払代行機関名」	<ul style="list-style-type: none"> ● 必要ない場合は抹消すること。 ● 複数の契約とりまとめ機関の契約に参加し、契約とりまとめ機関別に支払代行機関が異なる場合は、各々について「代行機関名(契約とりまとめ機関名)」という形で連ねて記載すること。複数の契約とりまとめ機関の契約に参加しているものの、代行機関は一つに集約する場合は代行機関番号や代行機関名の欄は一つのみでよい。

* 特定保健指導の基となった特定健康診査の実施年度を記載する。

QRコードを印刷したい場合(任意)	<ul style="list-style-type: none"> ● 表面に表示されている事項について、裏面の右下に、共通仕様(本書巻末の付属資料「利用券 QRコード収録項目」)に基づき生成・印刷すること。 ● コードと併せて「この QRコードは、券面の情報の入力ミスを防ぎ、事務の効率化・迅速化を図るためのものです(券面の表示に関わりない情報はコード化されていません)。」等の注意書きを添えること。
-------------------	--

※注記については P105 の受診券に関する脚注と同様。

図表 41: 自己負担の記載例*



6-4-5 発券時期・有効期限

発券時期・有効期限ともに各医療保険者で自由に設定することができるが、設定に当たっては以下の点に注意しておく必要がある。

① 発券時期

印刷等のコストを考えた場合、健診の受診券については、年度初めに全ての対象者分

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

を一括で印刷することが効率的と考えられる。この時、4月1日前後での異動が多いことから、前年度中に印刷対象者リストを設定するのではなく、年度が替わってから設定する必要がある。

また、発行時期直後の受診集中を避けるためには、年1回・年度初めの発行とするのではなく、複数回に分ける（例えば誕生日^{*1}の対象者に順次発券）ことも考えられる。

保健指導の利用券については、全員が対象者とならないことから、年度初めの一斉発行は不可能である。また、通常（健診と保健指導の一括委託を行わない限り）は健診終了後の発券となるが、健診から時間を置かず保健指導を実施することが有効であることから（効率化の観点からは月末に対象者分をまとめて発券する方がよいが）、健診実施後に順次発券することが適当である。

受診券・利用券ともに年度を通じて順次発券するような場合、当該年度の実績として計上し評価を受けるための最終のスケジュールとして、保健指導の初回時面接を年度内に完了する必要があるため利用券の発券・送付は2月、そのためには健診を1月中に受診してもらう必要があり、受診券の最終発券・送付は12月中となる。なお、どうしてもこれ以降での発券や実施が残るという場合^{*2}（年度末近くになって何とか受診できるようになった場合、実施率向上のため医療保険者が対象者に受診するよう後押しした場合等）は、次年度の実績計上とすることができるが、計上等におけるデータ処理や管理上非常に複雑となること等、少なからず手間が発生することとなる。

②有効期限

発券後間もない早期の受診による実施率の向上や、発券後における資格喪失後の受診回避のため、有効期限を短く設定する（例えば誕生日の1ヶ月に限定する等）ことも一つの考え方である。

発行時期によるが、健診・保健指導は年度を単位とすることから、①に示した当該年度の実績として計上し評価を受けるための最終のスケジュールを踏まえると、受診券は保健指導に必要な期間を除いた1月末あたり、利用券は年度末までとなる。

なお、保健指導については、年度末の3月（あるいは次年度実績となっても仕方ないと判断するならば翌年度となる4月や5月まで）に開始する場合も考えられることから、有効期限の考え方としては、初回利用の期限とすることが適当である。

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

^{*1} 現実としては4月生まれの方について、3月末までに発券・送付することは困難。

^{*2} これ以降となると最も遅いスケジュールは、年度末までに健診を実施し、その後4月下旬～5月上旬に保健指導を開始、保健指導の終了は10月下旬～11月上旬となる。この場合、健診の実施率は当年度の実績報告に計上できるが、保健指導の実施率は次年度の実績報告に計上せざるを得ない（当年度の保健指導の実施率の分子からは除外し、次年度の分子に加える）。なお、次年度の実績に計上することになるため、次年度は健診により保健指導対象者となっても利用できず（実施率のダブルカウントになるため同じ年度に2回保健指導を受けることはできない（正確には、受けることはできるものの、実績報告においては2回のうちのいずれか一方のみしか報告できない）ため）、次々年度実績として次々年度初めに保健指導を実施せざるをえない（次々年度の実績となるならば敢えて年度当初に行う必要性は薄まる）。また、次年度の健診についても前年度の保健指導実施中は受診せず、保健指導終了後に受ける必要がある。以上から、実施率の算定において、前年度データと次年度データとの間で年度をまたぐ該当者を正確に判別し、重複なく除外あるいは追加する必要があり、複雑な仕組みが必要となる。

③発券時期・有効期限と実施率・窓口負担との関係

受診券整理番号には発券した年度が入り、利用券整理番号には特定保健指導の基となる特定健康診査の実施年度が入ることから、基本的には、特定健康診査受診券を発券した年度が特定健診・特定保健指導を実施すべき年度である。しかし、保健指導は約6ヶ月を要することから、年度をまたぐことが多々考えられ、契約上はその者のみ年度を越え実績評価完了時までを契約期間とすることになる。そのため、契約単価や窓口負担は年度をまたぐ場合でも発券年度のものを終了時まで適用することとなる。

実施率にカウントするためには完了が前提となることから、保健指導の場合は6ヶ月後の実績評価が完了することが必要となる。実施率を算定し医療保険者が支払基金に実施結果を提出する時期は、年度をまたぐ保健指導の大半が完了する、実施年度の翌年の11月1日となっている（途中で中断した、保健指導の開始があまりに遅かった等によりこの時期に間に合わないが、最後まで完了した場合は、当初実施年度の実績から抜き、当初実施年度の翌年度の実績として翌々年の提出分に盛り込む）。

6-4-6 対象者への送付

①被保険者

医療保険者が対象者の住所を把握し、システム上住所情報が利用可能になっている場合には、郵送による対象者への直送が可能である。（市町村国保等）

被用者保険においては、上記の方法による送付形態（任意継続者・特例退職者）と、医療保険者から事業者に一括で送付し、事業者から被保険者（従業員）に配布（送付）する形態がある。

②被扶養者

医療保険者が送付先（住所）を把握していないことから、特に受診券の送付においては対象者への直送が不可能な場合もある。代替手段としては、事業者の協力を得て、医療保険者から事業者に一括で送付し、事業者から被保険者（従業員）に配布（送付）、被保険者から被扶養者に渡す、という方式をとらざるを得ない。

一方、利用券については対象者への直送が可能である。これは、受診券を健診機関に提出し受診する際に、健診結果通知を送付するための住所を受診券に記入することとなっており、この住所データが健診データファイルにも格納され医療保険者へ送付されるためである。このデータを翌年度も利用するならば（大半が住所を変えていないと想定し）、翌年度は受診券から直送が可能である。この場合は、住所が変わっており返送されてきた分のみ、従来からの方式での配布とすればよい。

6-4-7 健診・保健指導機関窓口での取扱い

6-2 に示したように、集合契約にはさまざまなパターンが考えられ、医療保険者や健診・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する可能性が高いことから、健診・保健指導機関の窓口に来た受診者・利用者が、自機関の契約相手先であるか否か、どの契約ルートで医療保険者とつながるのか（どの契約の単価・請求額となるのか）を判別することが必要である。

その判別できる手段が受診券・利用券であることから、券面の記載方法、及び健診・保健指導機関の窓口における判別方法は、それぞれ次のように整理される。

①券面の記載方法

医療保険者は、受診券・利用券の「契約取りまとめ機関名」欄に、契約先を次のルールで表記（印字）することとする。

- 全都道府県の国保ベースの契約のみであれば集合Bと記載。但し、契約に不参加の都道府県がある場合、除外する都道府県名の記載が必要（参加する都道府県数の方が少ない場合は、参加する都道府県名のみ記載）。
- 集合契約Bに加えて、全国的な健診機関グループとの集合契約にも参加している場合は、そのとりまとめ機関名（例：健保連集合契約A）を記載。
- 集合契約と個別契約が混じる医療保険者は、以上のような表記に加え、「個別契約」と記載（健診機関が窓口にて個別契約の有無を識別し、当該機関が個別契約も行っているかの確認を喚起する目的で表示）

図表 42: 契約取りまとめ機関名の記載方法

① 健診内容 (Examination Content):

- **集合B**
⇒全都道府県の国保ベースの契約先(医師会等)で受診可能
- **集合B (〇〇県及び△△県を除く)**
⇒〇〇県及び△△県を除く45都道府県の国保ベースの契約先(医師会等)で受診可能
- **集合B、集合契約A**
⇒全都道府県の国保ベースの契約先(医師会等)+全国的な機関グループで受診可能
- **集合B (〇〇県を除く)、集合契約A**
⇒〇〇県を除く46都道府県の国保ベースの契約先(医師会等)+全国的な機関グループで受診可能
- **集合B (〇〇県及び△△県を除く)、集合契約A**
⇒〇〇県及び△△県を除く45都道府県の国保ベースの契約先(医師会等)+全国的な機関グループで受診可能

② 自己負担 (Out-of-pocket payment):

- ⇒〇〇県及び△△県を除く45都道府県の国保ベースの契約先(医師会等)+全国的な機関グループで受診可能

③ 契約取りまとめ機関名 (Contract Summary Institution Name):

- ⇒全都道府県の国保ベースの契約先(医師会等)で受診可能
- ⇒〇〇県及び△△県を除く45都道府県の国保ベースの契約先(医師会等)+全国的な機関グループで受診可能

④ 印 (Seal):

- ⇒全都道府県の国保ベースの契約先(医師会等)+全国的な機関グループで受診可能

⑤ 支払代行機関名 (Payment Agent Institution Name):

- ⇒〇〇県を除く46都道府県の国保ベースの契約先(医師会等)+全国的な機関グループで受診可能

⑥ 保険者所在地 (Insurer's Location):

- ⇒〇〇県を除く46都道府県の国保ベースの契約先(医師会等)+全国的な機関グループで受診可能

⑦ 保険者番号 (Insurer's Number):

- ⇒〇〇県を除く46都道府県の国保ベースの契約先(医師会等)+全国的な機関グループで受診可能

⑧ 保険者電話番号 (Insurer's Phone Number):

- ⇒〇〇県を除く46都道府県の国保ベースの契約先(医師会等)+全国的な機関グループで受診可能

⑨ 有効期限 (Validity Period):

- ⇒〇〇県を除く46都道府県の国保ベースの契約先(医師会等)+全国的な機関グループで受診可能

⑩ 受診券整理番号 (Receipt Number):

- ⇒〇〇県を除く46都道府県の国保ベースの契約先(医師会等)+全国的な機関グループで受診可能

⑪ 受診者の氏名 (Patient's Name):

- ⇒〇〇県を除く46都道府県の国保ベースの契約先(医師会等)+全国的な機関グループで受診可能

⑫ 性別 (Gender):

- ⇒〇〇県を除く46都道府県の国保ベースの契約先(医師会等)+全国的な機関グループで受診可能

⑬ 生年月日 (Date of Birth):

- ⇒〇〇県を除く46都道府県の国保ベースの契約先(医師会等)+全国的な機関グループで受診可能

⑭ 20XX年 月 日交付 (Issued Date):

- ⇒〇〇県を除く46都道府県の国保ベースの契約先(医師会等)+全国的な機関グループで受診可能

②窓口での判別方法

健診・保健指導機関は、窓口にて提示された受診券・利用券の「契約取りまとめ機関名」欄の表示を見て、次のルールで請求先や単価等を判別することとする。

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

6-4-8 受診券・利用券情報の管理・登録

①受診券・利用券情報の管理

医療保険者は、対象者あるいは健診・保健指導機関等において滞留、あるいは紛失・廃棄等による未使用の券や、失効した券等受診券・利用券を発券・送付後の状況を管理するため、発券・送付時に誰に、どのような（内容・有効期限等）券を発券・送付したかを管理しておく必要がある。

少なくとも、受診券番号・利用券番号の発番・利用状況、資格喪失による失効番号については管理しておく必要がある。

②受診券・利用券情報の登録

集合契約では代行機関を利用することとなる。代行機関では健診・保健指導機関から送付されてきたデータ及び請求について、内容のチェックと整理が為される。

この内容のチェック項目としては、受診券・利用券に記載された自己負担の内容と契約情報に基づく契約単価から請求額が算定されているか、実施内容が受診券・利用券に記載された内容と一致するか等であり、チェックのためには受診券・利用券の券面に関する情報を予め代行機関が持っている必要がある。

代行機関が受診券・利用券の発券・送付まで受託・担当する場合は、代行機関が受診券・利用券情報を既に保有しているが、医療保険者が受診券・利用券の発券・送付を行う場合（大半がこのケースとなる）は、医療保険者は、受診券・利用券の発券・送付後間もなく、代行機関に受診券・利用券の券面に関する情報を登録しておく必要がある。

6-4-9 代行機関窓口での取扱い

以下は、支払基金の場合における、受診券・利用券情報の登録手順である（なお、支払基金の場合は基金 Web サイトや FAX 等で登録する）。

- 1 医療保険者が受診資格の点検を代行機関に委託する場合、受診券・利用券の発行情報を代行機関のウェブサイトに登録する。登録内容は、受診券・利用券の記載内

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

容のうち、別紙登録用フォームの所定項目とする。

- 2 非オンラインの医療保険者においては、登録用フォーム（紙媒体）に所定項目を記載のうえ、ファクシミリ又は郵送で報告する。
- 3 代行機関では、登録内容と健診・保健指導データのチェックを行い、受診資格を確認する（受診券番号が発券済か、有効期限内か、契約単価から自己負担分を除いた金額での請求か等）。登録内容と不一致の場合は、健診・保健指導機関に照会・返戻等を行う。
- 4 照会・返戻の結果、健診・保健指導データに誤りの無い場合は、医療保険者に確認を依頼する旨のデータ（フラグ）を付加し、医療保険者へ送信・送付する。
- 5 登録フォームの窓口負担額情報欄は、健診・保健指導の各種別ごとに該当する窓口負担を登録する。（窓口負担なしの場合はチェックボックスをチェックする）

図表 43: 受診券・利用券情報登録用フォーム(支払基金の例)

整理番号

受診券情報登録票

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

社会保険診療報酬支払基金 _____ 支部 平成 年 月 日

保険者番号

保険者名称

交付年月日 平成 年 月 日

有効期限 平成 年 月 日

受診券整理番号

	開始番号	～	終了番号
1	<input type="text"/>	～	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	～	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	～	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	～	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	～	<input type="text"/>

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

窓口負担額情報

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

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

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

7. 健診・保健指導データ

7-1 標準的なデータファイル仕様

7-1-1 必要性

特定健康診査・特定保健指導において、医療保険者には、委託先となる様々な健診・保健指導機関や、他の医療保険者（実施時の委託先として、あるいはデータの保険者間移動時における加入者の以前の加入先として）、さらには事業者健診を実施する事業者などから、健診・保健指導データが送付されてくることとなり、複数の経路で複雑に情報のやりとりが行われる。

この時、各関係者から、それぞれ独自のデータフォーマットやファイル形式で送付されると、受け取る側が難渋する（受け取ってもフォーマット変換あるいは転記等の加工を行わない限り利用できない）。

さらに、医療保険者ごとに健診・保健指導の実績を分析・評価する際にも、膨大なデータを整理・抽出等を行うことから、多様な仕様のデータとなっていると、分析・評価の前に膨大なデータの整理作業が必要となる。

このような問題が生じることを回避するためには、関係者間でデータの互換性を確保し、医療保険者が継続的に多くのデータを蓄積・活用していけるよう、標準的なデータファイルの仕様を定めておく必要がある。

7-1-2 仕様のイメージ・構成

①基本的な考え方

さまざまな健診機関の多様な記録作成システムが健診データファイルを生成し代行機関や医療保険者等とやりとりすることになるため、以下の考え方にに基づき、標準的なファイル仕様を定めている。

この考え方に沿って、記録の順序が各機関で順不同の場合でも受け取った者が判別できるように XML 形式で記録するようにする、何の検査項目をどのような方式で実施したのかを判別できるように標準コード（JLAC10 コード。4-3-1④の脚注参照）を設定する、等の整理を行った。

- ・ 特定メーカーのハード、ソフトに依存しない形式にすること
- ・ 将来、システム変更があった場合でも対応が可能な形式にすること
- ・ 健診機関、医療保険者等の関係者が対応できる方式とすること

②健診結果データファイル・保健指導結果データファイル

個人単位の健診結果データファイル、保健指導結果データファイルの詳細は、本書巻末の付属資料7を参照のこと。併せて、標準仕様書については、厚労省のホームページに詳細な技術仕様が示されているので、そちらも参照とされたい。

なお、最低限関係者が遵守すべき仕様とは、国が通知「電磁的方法により作成された

* <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshho/iryouseido01/info02i.html>

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）」*、「平成 25 年度以降に実施された特定健診及び保健指導に関する電磁的方法により作成された記録の取扱いについて（平成 25 年 3 月 29 日健発 0329 第 23 号、保発 0329 第 19 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等について（平成 20 年 3 月 28 日健総発第 0328001 号、保総発第 0328003 号）」*により示しているものとなる。

国が示している範囲は、関係者が法令に基づき自由に開発・運用すべき各関係者内のシステムの仕様までを規定することは適当ではないことから、関係者間での円滑な送受信等を可能にするための様式のみ限定している。ここでいう様式とは、送付されたファイルが受領側で確実に読み取れるためのフォーマットであり、読み取ったデータをどのように取り扱うか等については、各関係者の運用によることとなる。

③仕様の種類

データの流れとしては、健診・保健指導機関から代行機関や医療保険者（便宜上「納品用」という）、医療保険者から国や支払基金（同様に「実績報告用」という）が主な流れとなる。

前者は請求・決済に関する情報が必要であり、後者は請求・決済情報が不要であることに加え、個人を特定する情報も除外されている必要がある。

このうち、②の通知で正式に示したものは前者であり、後者については、平成 20 年厚生労働省告示第 380 号「高齢者の医療の確保に関する法律による保険者の前期高齢者交付金等の額の算定等に関する省令第 44 条第 2 項の規定に基づき厚生労働大臣が定める事項」*と、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）」*及び「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係る記録の様式について（平成 20 年 7 月 10 日 保総発第 0710001 号）」*により示している。

④ファイル構成

個人単位のデータファイルを、交換用基本情報ファイル（宛先や総ファイル数等の情報を格納）と集計情報ファイル（各ファイルを集計した情報を格納）で挟むことにより、データファイルの漏れや集計チェックができる構成となっている。

⑤納品用ファイル

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

健診・保健指導機関から代行機関に送付される場合は、当該機関で実施された健診・保健指導の結果データが、医療保険者の区別なく混載状態で構成されることとなる。こ

* <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshho/iryouseido01/info03j.html>

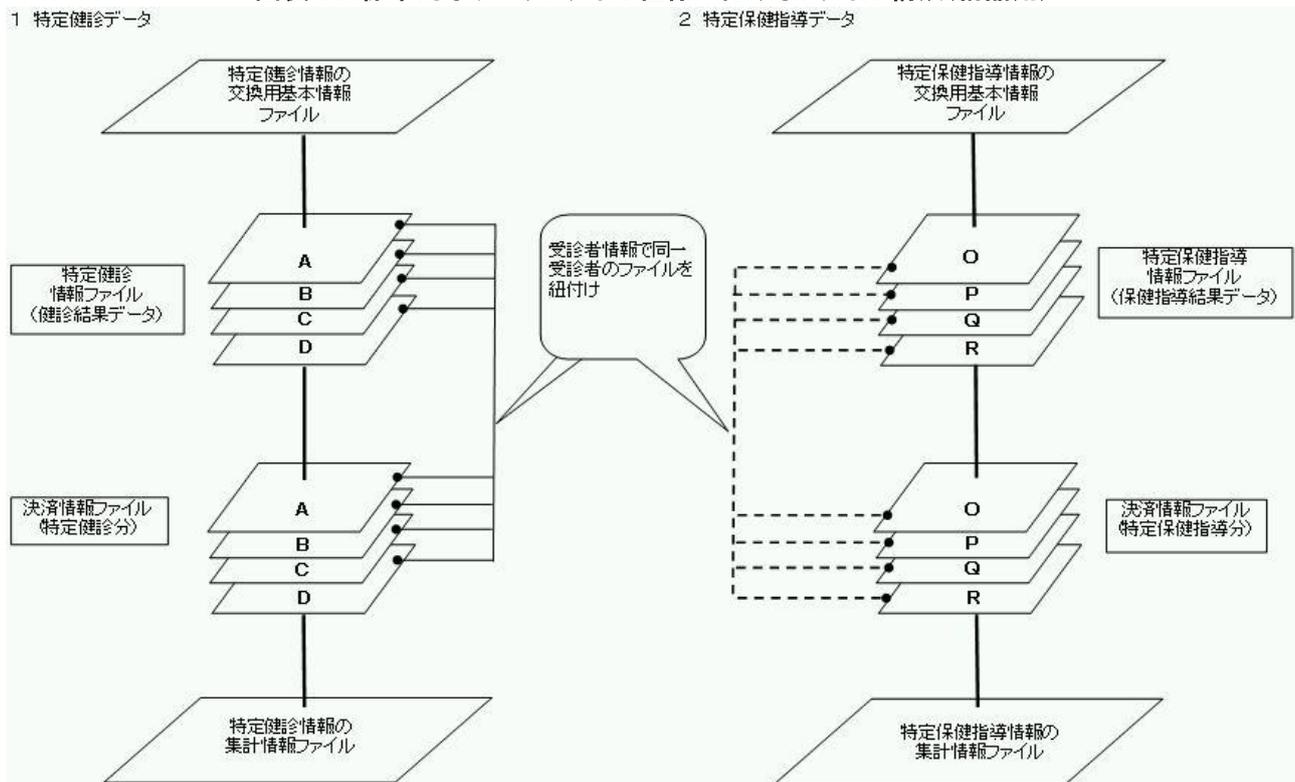
の時の集計情報ファイルは、医療保険者の区別なく当該機関に支払われるべき総額が記載されることとなる。

代行機関から医療保険者に送付される場合は、代行機関にて医療保険者別に分類・整理し直されることから、当該医療保険者の加入者分のみの結果データと請求データがまとめられ、集計情報ファイルには当該医療保険者への総請求額が記載されることとなる。

代行機関を介さず、健診・保健指導機関から直接医療保険者に送付される（個別契約）場合は、当該医療保険者の加入者分の結果データが送付される。（請求データを必ずしも一人分ずつファイルに入れる必要はない。別途まとめて請求書を添える方法もある。）集計情報ファイルには当該医療保険者への総請求額が記載されることとなる。

事業者から医療保険者へ労働安全衛生法に基づく健診結果を送付する等、他の健診結果をデータで受領することができ、かつこの標準仕様に基づくファイルで受領できる場合は、請求データファイルにデータが入らないため（データ提供に要した費用が請求される場合であっても、対象者別に1件1件請求額の入ったファイルを生成する必要はなく、一括で請求すればよいので）健診結果・保健指導結果データのファイル群のみとなる。

図表 44: 標準的なデータファイル仕様におけるファイル構成(納品用)



⑥実績報告用ファイル

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

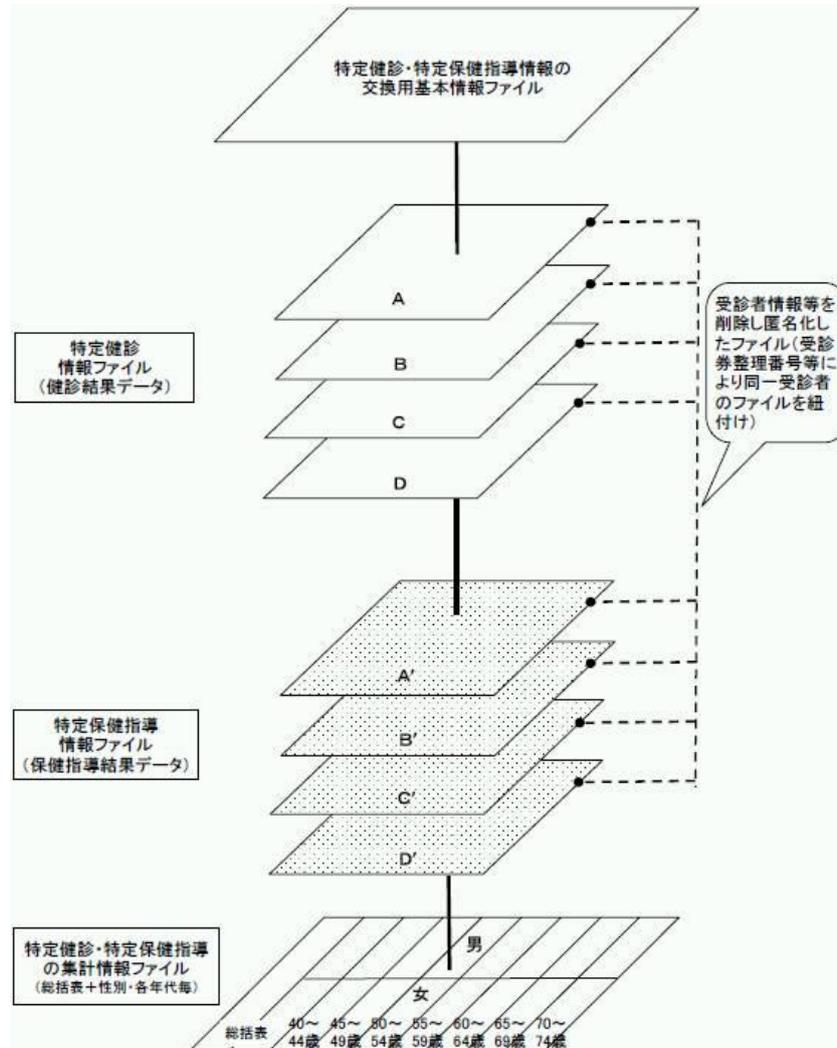
集計情報ファイルは、納品用のように決済金額総計等ではなく、総括表と男女別・5歳階級別での実績報告集計表が格納されることとなる。

健診結果データと保健指導結果データは、匿名化処理が施されると同時に、氏名・住

所等の不要な情報が削除された実績報告用のデータファイルとなる。

送付形態は、医療保険者から支払基金へ（市町村国保については、各都道府県の国保連合会の共同システムを利用する市町村については国保連合会から一括で支払基金へ、国保連合会のシステムを利用しない市町村は各自で支払基金へ）という流れのみとなる。

図表 45: 標準的なデータファイル仕様におけるファイル構成(実績報告用)



7-1-3 保健指導における電子データ化の範囲

① 電子化の主な目的

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

しかし、評価・決済等に用いる個票（個人別の指導記録のことであり、「標準的な健診・保健指導プログラム」では「特定保健指導支援計画及び実施報告書」として様式例（図表 15 参照）が示されているもの。大半は紙ベースでの記録になると考えられる。）ファイルには詳細なデータが含まれることから、副次的な用途として、国や医療保険者が有

効な指導形態等を峻別することにも利用できる。

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

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

以上を踏まえ、医療保険者、代行機関、国のそれぞれにとってのデータの用途・目的としては、次のように整理できる。

図表 46: 保健指導データの主な用途・目的

No	用途・目的		必要とする者		
1	決済時の内容・決済額等確認			医療保険者	代行機関
2	委託先の評価	事業者評価		医療保険者	
		プログラム評価	国	医療保険者	
3	毎年度の実績確認		国	医療保険者	支払基金
4	(副次的)有効な指導形態の絞り込み		国	医療保険者	

②電子化すべき範囲を設定する背景

①に示したように、保健指導の個票を電子的に記録・保管することは、さまざまな用途があり、多くのメリットがある。

しかし、その一方で、保健指導の個票を全て電子化するのは大きな負荷が発生する。健診は定型的なために限られた所定の項目に検査結果等を入力するだけでよく、検査機器から直接検査値データが入力されるような設備も販売されているが、保健指導は非定型であり、記録すべき事項も多い。面接や指導をしながらデータを入力するような指導形態も考えられなくはないが、多くの実施者はそのような指導形態をとらず、紙の様式に筆記具でメモ等を取りながらの指導が一般的であると考えられ、難しいと考えられる。

そのため、用途別に最低限電子化が必要な項目を洗い出し、保健指導の記録を全て電子化することにはならないようにすることとした。

図表 47: 用途・目的別での電子化が必要な情報

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

③電子化すべき範囲

データが流れる(データを活用する)順番は図表 46 の No. 1 から順となる。1 は内容

と金額の一致を確認するだけであることから必要最低限の情報があればよいが、2（あるいは4）は1よりも必要とする情報項目が多くなる。そのため、2（あるいは4）が必要とする項目を電子化すべきである。

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

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

なお、以上の整理は標準的な考え方であり、個票の全てを電子化する意向を持つ意欲的な保健指導機関あるいは医療保険者が全ての記録を電子的に管理することは、理想的なことである。

④委託の有無による電子化すべき範囲の違い

③に示したように、保健指導の個票「特定保健指導支援計画及び実施報告書」を電子化する範囲は必要最低限の項目とするが、保健指導を委託する場合と医療保険者自身で実施する場合とでは、求める情報項目の種類や数に違いが出る可能性がある。

委託している場合は決済時の内容・決済額等確認や事業者評価が重要であるが、委託しなければこれらの用途はなく、プログラム評価やそれに関連した有効な指導形態を検討する際の情報項目を重要視することとなる。

委託している場合は、委託先が誠実に業務を遂行しているかを細かくチェックする必要性を踏まえ、医療保険者は、確認に必要な最低限の項目ではなく、できる限り個票に近い情報量の提出を保健指導機関に求める可能性が高い。このような時は、両者の契約に基づき電子化の範囲（電子データとして納品すべき項目）は自由に定めればよい。

逆に、自前で実施している場合は、有効な指導形態の検討は医療保険者内での取組であり、必ずしも多くの項目を電子化する必要はない。この場合は、最低限の電子化の範囲は、国への実績報告に必要な項目に限られる。但し、自前で実施しているプログラムの比較・評価・検証等を行うためには、比較に必要な項目をできる限り電子化しておくことが必要である。

7-1-4 追加健診項目のサポート範囲

①健診項目のコード設定の標準化

健診データファイルへの検査結果の記録においては、実施後あるいは長期的な分析等のためにも、その検査記録が、何の検査項目の、どのような検査方法で為されたものかを判別できるようにしておく必要があることから、JLAC10コード（17桁コード）を標準コードとして設定*し、データファイルの作成時にはそのコードを用いて記録することになっている。

* 血液検査データについては既存の(日本臨床検査医学会が作成した)JLAC10コード(17桁コード)を使用する。質問項目(質問票)や身長等のJLAC10コードのない項目については、JLAC10の17桁コード体系に準じたコードを検討し、標準コードとして設定する。

②必要性

2-2 に示したように、医療保険者や健診機関等は、現在、特定健康診査以外の多様な健診を実施しており、特定健康診査以外の検査項目も上乘せし、特定健康診査と同時に実施する場合が少なからず想定される。

このような実施形態を想定した場合、特定健康診査の項目のみ標準的なデータファイル仕様にに基づき記録することができ、その他の項目は別ファイル（あるいは紙）に記録するしかないということでは、健診機関の業務が煩雑になるだけでなく、記録を受領・管理・分析する医療保険者にとっても不便である。

以上から、特定健康診査の項目以外についても、同時実施時に同じデータファイルに記録できるようにしておく必要がある。標準的なデータファイル仕様では、基本的にはどのような検査項目・検査値も自由に格納できるようになっているが、重要なことは、格納された検査結果が誰でも何の検査項目・検査方法で実施されたかが判別できるように記録されていることであり（標準コードが設定されていない検査項目の場合、ファイルを作成した機関以外はその検査値が何の検査項目・検査方法で実施されたかがわからないため）、そのためにはコードが割り振られている必要がある。

7-1-5 データ作成・管理のシステム

健診・保健指導機関が健診・保健指導の結果を標準的なデータファイル仕様にに基づき作成・送付し、代行機関や医療保険者、国等がデータファイルを受領・保管・分析等行うという事務の流れとなることに伴い、健診・保健指導機関はデータファイルを作成する仕組みが、医療保険者等は受領したデータファイルを管理・分析等行う仕組みが、それぞれ必要となる。

①データ作成・ファイル生成システム（主に健診・保健指導機関）

健診・保健指導機関は、健診・保健指導の結果や、決済情報（代行機関、特に支払基金を通じて処理する場合は必須だが、それ以外では決済情報は請求書の別送等も可）を記録するデータファイルを作成するためのソフトウェアや、そのソフトウェアを動かすパソコン等の準備が必要である。

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

既に大規模な健診システム等を保有している場合は、新規に購入・導入するのではなく、既存のシステムに機能の追加あるいは改修を行う形で対応することも考えられる。

②いわゆるフリーソフトと呼ばれるものについて

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

* 無償ではあるがデータ作成・ファイル生成等基本的な機能は備わっている。当然ではあるが、ソフトウェア本体のみが無償でありパソコン等は各自で用意が必要なほか、ダウンロードやインストール等の使用準備は各自で行う必要がある。