

国立保健医療科学院ホームページに (<http://kenshin-db.niph.go.jp/soft/>) 国立保健医療科学院が提供しているフリーソフトが公開されているので参照されたい。

なお、データ作成・ファイル生成のためのソフトウェアであることから、基本的には健診・保健指導機関向けであるが、他の医療保険者から委託を受ける医療保険者や、自前で健診・保健指導を実施する医療保険者については、利用することも考えられるので検討されたい。

③データ管理システム（医療保険者）

医療保険者は、受領したデータファイルを取り扱うためのソフトウェア（データ管理システム）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。ソフトウェアとして主に必要となる機能は次のようなものが考えられる。

- 受領したデータファイルの内容をチェックする（代行機関を利用する場合は不要）機能
- データファイルを整理して保管（ファイルからデータを抽出しデータベースに格納、個人別・年度別等に分類・整理）する機能
- データから保健指導の成果の検証等事後評価・分析を行う機能
- データ（受領したデータファイルあるいは管理しているデータベース）から国への実績報告用のデータのみ抽出し、標準仕様のファイルを生成する機能（※支払基金提出時の匿名化処理については、国から配布している匿名化ソフトを利用）
- 権限の在る者のみ閲覧・分析等が行えるような保護・管理の機能

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

既に大規模な健康管理システム・被保険者管理システム等を保有している場合（加入者数が多い大規模健保等はこのケースがありうる）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。

また、加入者数の少ない医療保険者で、専用のソフトウェアを導入するまでもないという判断ができる場合、市販の表計算ソフト（Microsoft Excel 等）やデータベースソフト（Microsoft Access 等）でデータを取り扱うことも考えられる。

また、国保中央会・健保連はそれぞれ共同利用システムを開発しており、この共同システムを利用する選択肢もある。

④健診事務処理システム（医療保険者）

医療保険者は、③に示したような機能を持つデータ管理システム以外に、事務処理システム（受診券・利用券の発券や請求管理等）が必要な場合がある（規模が小さい医療保険者やその部分は一括で委託する医療保険者は不要）ので注意されたい。

7-2 データ

7-2-1 標準的なデータファイル仕様での送付義務

①医療保険者に対して

支払基金（国）への実績報告を行う際に、国の指定する標準的な様式に基づいて報告するよう、大臣告示(平成20年厚生労働省告示第380号)及び通知で定められていることから、医療保険者が自前で健診・保健指導を実施した場合は、最低限、実績報告に向けたデータ作成については標準的な仕様を遵守する必要がある。

②健診・保健指導機関に対して

委託先となる様々な健診・保健指導機関については、大臣告示(平成20年厚生労働省告示第11号)で定める委託基準において、電子的記録を作成し、安全かつ速やかに納品ができることが条件となっており、受託するためには、これを遵守する必要がある。

7-2-2 紙データの取扱い

①紙データが発生するケース

特定健康診査・特定保健指導の定めの中では、既に述べたように電子的記録が基本となるが、他の法令等に基づく健診についてまで義務付けがされている訳ではない。

よって、事業者健診や学校保健安全法に基づく健診については、記録の電子化が義務付けられていないため、これらの結果を受領する場合、紙で受領するケースが少なからず発生すると想定される。

また、7-1-5①に示したデータ作成・ファイル生成システムを導入できない、あるいは導入しても使いこなせない健診機関（小規模の診療所等が想定される）では、健診・保健指導を実施した場合、紙での記録となることがありうる。

②事業者健診等のデータ受領について

他の法令等に基づく健診の結果を受領する際には、事業者や学校等と事前に十分な協議調整を行い、医療保険者に協力してもらえらる関係の構築が必要である。

その上で、事業者や学校等データ提供元の協力を得て、これら提供元が健診を委託する際には、標準的な電子データファイルの仕様を満たした電子的記録を作成し、安全かつ速やかに納品ができる健診機関、更には健診結果のうち特定健康診査に関わるデータについては別途医療保険者にデータを作成・送付できる健診機関を委託先*とする等の配慮をお願いすることが必要である。

提供元が、紙での受領（保管）と併せて、標準的な仕様に基づいていないものの、少なくとも電子データ（CSVファイル等）として保管されている場合は、そのまま受領し医療保険者にてデータを格納（この時、場合によってはデータ変換等が必要となることもある）、支払基金（国）への実績報告時に標準仕様のファイルを生成すればよい。

* 労働安全衛生法の健診のみの受託ではなく、別途、医療保険者からの特定健康診査等他の健診も受託する機関が少なくないと考えられ、その場合は、標準的なデータファイル仕様に準拠したファイルの提出は容易と考えられる。

どうしても紙でしか保管していない提供元については、紙で受領し医療保険者にて電子化することとなる。この時、紙の件数が少なく自前で電子化が十分可能な場合は、いわゆるフリーソフトの使用が考えられる。

③個人が医療保険者に提出する健診結果について

対象者に受診券を送付する際の案内に、「もし他で同じような健診（腹囲・血液検査等）を受診済みの場合は、その結果（の写し）を医療保険者まで提出してもらうことで実施に代えることができる」旨を記載し、送付を促す必要がある。

但し、送付元が事業者ではなく本人であることから、これに基づき送付されてくる結果は大抵が紙ベースの結果票となる可能性が高く、これらについては医療保険者にて入力（②同様フリーソフトの利用も考えられる）しデータを作成する必要がある。

④紙で記録する健診機関について

紙でしか結果を提出できない健診・保健指導機関は委託基準を満たせないことから、受託できないこととなる。

但し、紙で記録を一旦作成するものの、医療保険者や代行機関に送付する前に電子化できる場合は、委託基準を満たすこととなる。この場合、医療保険者や代行機関へ送付する前に、健診・保健指導機関は紙で一旦作成した記録を電子化する作業を別途入力業者等に委託する必要がある（委託する場合は、個人結果データについての守秘義務等に十分注意する必要がある）。

なお、電子化作業の委託先から代行機関や医療保険者へ直送することが困難な場合がある（代行機関が支払基金の場合は送付元機関番号がファイルに入る上、オンライン送付の場合は送付元の機関認証が為される見込み）ので、その場合は、委託した健診・保健指導機関に電子化されたファイルが納品され、当該健診・保健指導機関から代行機関や医療保険者へ送付されることが標準的な流れとなる。

7-2-3 データ作成者

基本的には、健診・保健指導を実施した者がデータを作成することとなる。実施者自身で作成できない場合は他の力を借りて作成し、実施者から医療保険者等へ送付することが基本となる。

事業者や学校、あるいは個人（対象者本人）等から紙データを受領した場合は医療保険者がデータを作成する。

支払基金（国）への実績報告データについては、医療保険者が作成することとなる。但しゼロから作成するのではなく、健診・保健指導を実施した者が作成したデータから抽出することとなる。

7-2-4 他の医療保険者からのデータ受領

①他の医療保険者に健診等を委託している場合

他の医療保険者に健診・保健指導の実施を委託した場合（特に市町村国保が想定される）は、当該医療保険者から結果データを受領することになる。

この場合は委託費等が契約等で定められていることから特にデータ受領に限った経費の負担についての定めは不要である。

②加入する医療保険者の変更に伴うデータの受領

退職や異動等により医療保険者を替わった場合に、新しい医療保険者が以前の医療保険者に保健指導の参考とするために過去の健診データの提供を求めてくるケースがある（本人の承諾が前提）が、その場合は、以前の医療保険者が保管している分のデータを新しい医療保険者に渡すこととなる（詳細は7-3-3を参照のこと）。

この場合は原則として実費相当の請求を基本とするが、実際には依頼発生時に提供に要する経費を交渉することとなる。あるいは、保険者団体（健保連・国保中央会）や社会保険庁（協会けんぽ）等の中で事前に取り決めておく（単価を定めておく、あるいはお互い送料のみで作業費は無償とする等）ことも考えられる。

7-2-5 事業者等からのデータ受領

①協力・連携体制の構築

他の法令等に基づく健診の結果を受領する際には、迅速かつ確実に受領できるよう、事業者や学校等実施責任者と事前に十分な協議・調整を行い、まずは事業者や学校等実施責任者が医療保険者に積極的に協力・連携しようとする関係の構築が必要である。

加えて、協力範囲をデータ受領体制に限定するのではなく、受診券・利用券や案内等の送付も含め包括的に緊密な協力・連携体制を構築することが重要である。

②契約や覚書等の締結

協力・連携体制を構築した上で、両者間の協議調整の結果を取りまとめ、契約や覚書等の形で整理しておくことが必要である。

具体的に明記しておく事項としては、事業者や学校等実施責任者における健診の委託基準において医療保険者に協力するような基準を盛り込んでおくことや、具体的なデータの受領方法・頻度や時期、受領に要する経費負担の取扱い等が考えられる。

③受領時期における注意点

健診結果は年度末までに一括で受領しておけばよいものではなく、結果によっては保健指導が必要な者が含まれていることから、健診実施後速やかにデータを受領し、迅速に階層化を済ませ、保健指導対象者については保健指導実施の案内（利用券の発券等）を急ぐ必要がある。

そのため、データ受領の時期や頻度等についても（例えば「健診実施月の末まで」とか「実施後2週間以内」等）、協議調整の過程で取り決めを行っておく必要がある。

④受領方法における注意点

現在、労働安全衛生法では、事業者に健診結果データが集まり、事業者から労働者や医療保険者に渡す制度となっている。しかし、事業者の発送事務等の負担と迅速なデータ授受等効率性を考えた場合、事業者を介さず健診機関から労働者や医療保険者に直送する流れが合理的であるが、このような方法を採用する場合は、できる限り事業者・医療保険者・健診機関の3者間での取り決めの締結が必要である（それが困難な場合は、少なくとも事業者と健診機関との間の委託契約の仕様においてその旨の明記が必要）。

⑤個人情報の取扱い

事業者等他の法令に基づく健診の実施責任者が医療保険者に健診結果データを提供することについては、高齢者の医療の確保に関する法律第27条に基づくものであることから、個人情報保護法第27条による第三者提供の制限は適用されない。

但し、労働安全衛生法の健診項目には特定健康診査の健診項目以外も含まれる*ことから、医療保険者が特定健康診査の項目以外の項目のデータを受領し閲覧することができる場合（健診機関あるいは事業者が特定健康診査の項目のみ切り出して医療保険者に提供するのではなく労働安全衛生法に基づく健診結果をそのまま提供する場合）は、法定項目以外の項目を見ることとなるため、事前に労働者の了解が必要であることに注意が必要である。

以上を踏まえ、特定健康診査の項目のみを提供する場合には、実施責任者と受診者との信頼関係を損ねることのないように細心の注意を払う必要がある。また、事業者健診の結果をそのまま提供（事業者等の負担軽減の観点から少なからずありうると考えられる）する場合は、受診者への受診案内や受診会場の掲示等において医療保険者への提供について明記し黙示による同意を得る、あるいは本人から承諾書を取る等の措置を講じておく必要がある。

＜高齢者の医療の確保に関する法律＞

（特定健康診査等に関する記録の提供）

第二十七条 保険者は、加入者の資格を取得した者があるときは、当該加入者が加入していた他の保険者に対し、当該他の保険者が保存している当該加入者に係る特定健康診査又は特定保健指導に関する記録の写しを提供するよう求めることができる。

2 保険者は、加入者を使用している事業者等又は使用していた事業者等に対し、厚生労働省令で定めるところにより、労働安全衛生法その他の法令に基づき当該事業者等が保存している当該加入者に係る健康診断に関する記録の写しを提供するよう求めることができる。

3 前二項の規定により、特定健康診査若しくは特定保健指導に関する記録又は健康診断に関する記録の写しの提供を求められた他の保険者又は事業者等は、厚生労働省令で定めるところにより、当該記録の写しを提供しなければならない。

* 特定健康診査の全ての健診項目（基本的な健診の項目及び詳細な健診の項目）以外の項目（胸部 X 線等）を指す。

⑥データ授受の標準的な考え方

整理の前提となる留意点を次のように整理し、これを踏まえ、標準的な考え方としては、次の図表のように定める。

- 現状では、関係者間の事前の取り決めに基づき、健診機関が、事業者用(労安分)と医療保険者用(特定分)をそれぞれ作成・送付しているケースが多い。
- 健診機関が医療保険者用(特定分)を別途作成するに当たり費用請求が発生する場合は、健診機関が医療保険者に請求・データ直送できるよう両関係者間における契約等の取り決めが必要となる。
- 医療保険者と事業者との間でデータの授受が発生する場合は、定期的なデータ受領体制等について双方で取り決め、着実に履行するため、覚書等を交わしておくことが望ましい。また両者間で費用請求が生じる場合は契約にしておくことが望ましい。

図表 48: 事業者等とのデータ授受における標準的な考え方

データの作成	事業者健診を受託した健診機関が、事業者用(労安分)と医療保険者用(特定分)をそれぞれ作成
データの送付	健診機関が、事業者・医療保険者それぞれに直送
前提となる必要な取り決め等	健診機関・事業者・医療保険者の3者間で契約や覚書が必要
費用負担	実施する健診項目の追加がなく、結果データの生成だけであれば別途費用を要しない健診機関もあるので、医療保険者用(特定分)の作成・送付費用を健診機関が請求する場合のみ、医療保険者が健診機関に支払う

⑦パターン別での整理

⑥に示した標準的な考え方の前提は、特定健康診査よりも優先される事業者健診を事業者が委託により実施する際に、医療保険者用データ(特定健康診査分)の作成・送付を健診機関に依頼するパターンであり、これ以外でのパターンでは次のように整理される。

図表 49: 事業者等とのデータ授受におけるパターン別での整理

健診実施者	特定健診データの作成	データ送付	医療保険者の費用負担	契約等	備考
事業者	健診機関(労安分と特定分の各々を作成)	直送 (健診機関→医療保険者)	○健診機関が、特定分を別途作成・送付するコストを事業者あるいは医療保険者に請求する場合は、支払う	健診機関・事業者・医療保険者(3者契約・覚書等)	○健診機関と医療保険者との間にデータ作成の委託契約がないために請求・支払が困難な場合、事業者との委託契約仕様において作成・直送を指示し、支払が発生する場合は、医療保険者は事業者を通じて支払う
		経由 (健診機関→事業者→医療保険者)	○健診機関が特定分を別途作成するコストを健診単価に上乗せする場合は、事業者に上乗せ分を支払う ○事業者→医療保険者の送付コストを事業者が医療保険者に請求する場合は、支払う	健診機関⇔事業者(契約) 事業者⇔医療保険者(覚書等)	

健診実施者	特定健診データの作成	データ送付	医療保険者の費用負担	契約等	備考
	医療保険者(事業者から労安データを受領) ※労安分には特定分には不要な項目も含まれているが事業者の負担軽減のため、労働者の黙示による同意の上で医療保険者にて抽出(「労働安全衛生法における定期健康診断等に関する検討会」報告書)	事業者→医療保険者	○電子データで受領した場合は、特に負担はない ※労安データから特定分を抽出するわずかな労力(あるいは委託コスト)は残る ○紙でしか受領できなかった場合は、データ入力・作成の労力(あるいは委託コスト)が発生	事業者⇔医療保険者(覚書等)	○電子データで事業者に提出する健診機関に委託するよう、事業者に協力を得る必要がある
医療保険者 (事業者が実施委託)	健診機関(労安分と特定分の各々を作成) ※医療保険者が直接実施もしくは委託するので	直送 (健診機関→医療保険者)	○健診機関が労安分とは別に、特定分を作成するコストを医療保険者に請求する場合は、その分を支払う ○電子データで受領するので、作成負担は特くない ※委託する場合は医療保険者が仕様でデータ提出を指定するので	健診機関⇔医療保険者(契約)	
事業者・医療保険者 (共同実施)	健診機関(労安分と特定分の各々を作成) ※事業者・医療保険者がそれぞれ同じ健診機関に委託するので		○医療保険者委託分の費用にデータ提出費用が含まれる ○電子データで受領するので、作成負担は特くない ※医療保険者が仕様でデータ提出を指定		○事業者健診と特定健康診査との間で健診項目が一致することから、医療保険者が上乘せ健診を行う場合のみ共同実施の可能性が出る

⑧個人からのデータ受領体制の構築

他の法令等に基づく健診の結果を受領する方法としては、事業者や学校等実施責任者との協力・連携体制の構築のほかに、受診者本人からの受領体制づくりが必要である。

特に、協会けんぽや総合型健保のように、一つの医療保険者が多数の事業者からデータを受領しなければならない構造となっている場合は、個々の事業者と協力・連携体制を構築し、データ受領に関する契約や覚書を締結することは、膨大な事務・調整作業等が発生することから困難であり、受診者本人から個々に受領する(集める)方が合理的である。

また、市町村国保の被保険者の一部や、被用者保険の被扶養者でパート労働者であり事業者健診を受診している場合も、同様に多数の事業者と連絡調整するよりも受診者本人から個々に受領する(集める)方が合理的である。

健診の案内送付時や、それ以外のさまざまな機会を通じて、受診者に呼びかけ、積極的にデータ提出に協力してもらえようような関係作りが必要である。

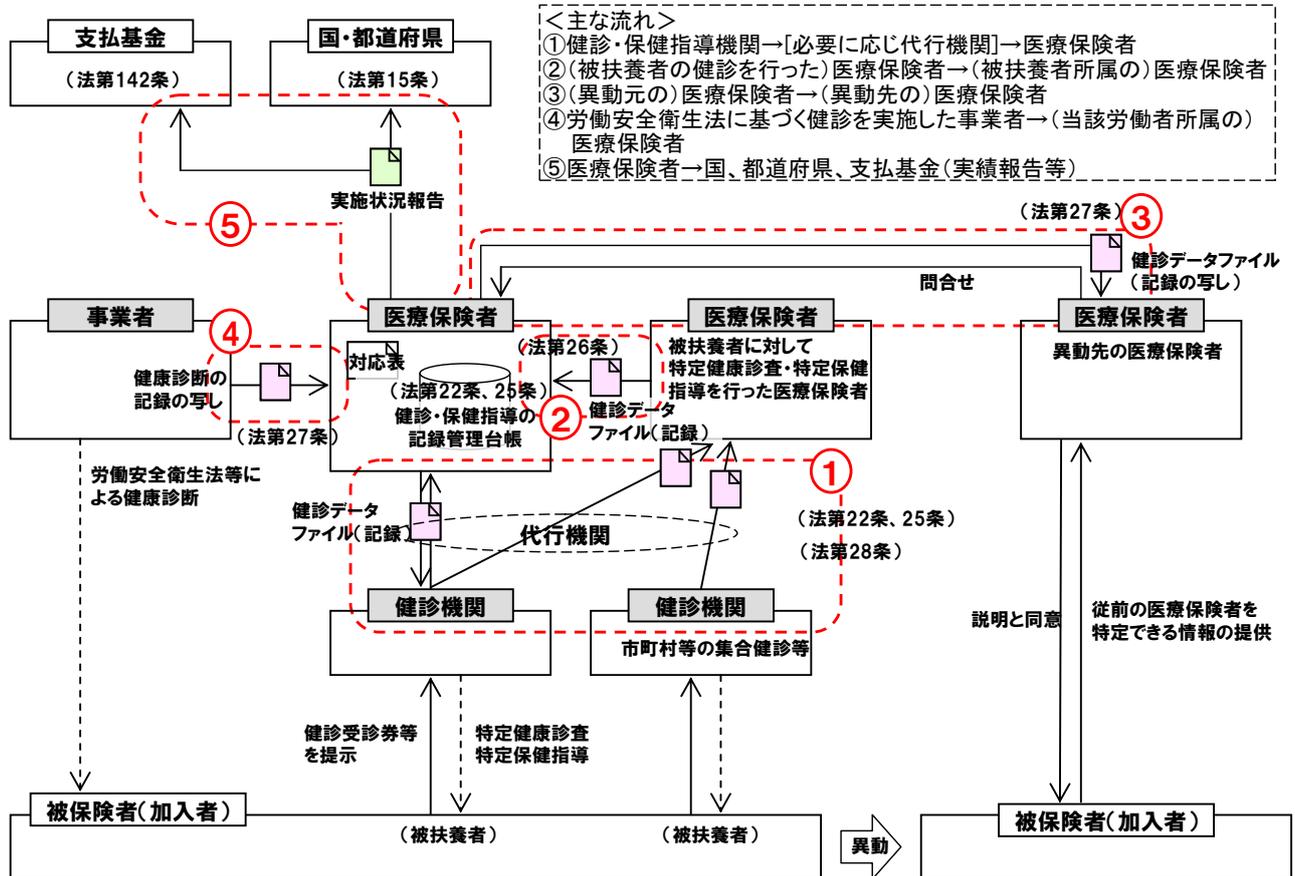
7-3 データの流れ

7-3-1 基本的な流れ

① データの流れ

次に示すように、主に5つの流れがある。

図表 50: データの流れ



②使用するデータファイル

7-1-2 に示したように、データファイルには主に 2 種類あるが、それぞれのデータの流ににおいて、どのファイルを使用するかを次に整理する。

図表 51:使用するデータファイル

		納品用	実績報告用	備考
①健診・保健指導機関→[必要に応じ代行機関]→医療保険者	機関→医療保険者	一部任意	/	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形も)
	機関→代行機関	必須	/	結果データ・請求データ共に多数の医療保険者の実施者のデータが混在
	代行機関→医療保険者	必須	/	結果データ・請求データ共に送付先医療保険者の実施者分のデータのみに整理
②(被扶養者の健診を行った)医療保険者→(被扶養者所属の)医療保険者		一部任意	/	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形も)
③(異動元の)医療保険者→(異動先の)医療保険者		結果のみ	/	データ抽出・送付に要する実費のみ別途請求書を添付(一人一人の請求データに入れる必要はない)
④労働安全衛生法に基づく健診を実施した事業者→(当該労働者所属の)医療保険者		任意(可能な範囲で)	/	送付時は任意(紙でも仕方ない)。受領した医療保険者で作成 事業者等の協力により事業者健診の実施機関が仕様に基づくファイルを作成し費用を要する場合でも、請求データはなくとも(別途で)良い
⑤医療保険者→国、都道府県、支払基金(実績報告等)		/	必須	医療保険者のデータベース、あるいはデータファイルから抽出・生成

7-3-2 その他の流れ

①データ作成委託先とのやりとり

7-3-1 に整理した基本的な流れのほかには、7-2-2④に示した健診・保健指導機関内で結果の電子化が行えない場合の入力・作成委託先と委託元機関との流れが考えられる。

委託元機関から入力・作成委託先へは紙での記録が送付され、委託先から委託元へは電子化されたファイルが媒体に格納されて返送されることとなる。

委託元へのファイルについては、標準的な仕様における納品用ファイルに準拠したものとなり、特に代行機関に送付する場合は完全準拠となる。

②データ保管・分析の委託先とのやりとり

健診・保健指導データの厳格な保管や、必要な分析等活用を医療保険者自身で行うことが困難な場合、委託することが考えられる。

健診・保健指導機関からデータを受領次第、委託先に送付し預けるという流れになることから、必ずしも標準的なファイル仕様を利用しなくともよいが、データ受領時は納品用での標準ファイルとなっている可能性が高い。

7-3-3 医療保険者間のデータ移動

①データ移動の根拠

加入者が転職・退職や転居等により加入する医療保険者を替わる場合に、高齢者の医療の確保に関する法律第27条では、新保険者は、旧保険者に記録の写し（それまで管理していた加入者の健診・保健指導データ）を求めることができ、求めがあった場合は、旧保険者はこれを提供しなければならない、と定めている。

②データ移動における問題点

健診・保健指導データは、いわゆるセンシティブ情報に当たるものであり、その厳格な取扱いが求められている。過去の、個人の健診データを新保険者に移動することについては、旧保険者（元の勤務先）に転職先を知られたくない等の事情がある場合が少なくないことから、慎重に検討する必要がある。

③本人によるデータ管理

健診・保健指導データは厳格な取扱いが求められており、退職等により資格を喪失し脱退した場合、医療保険者は資格喪失後も引き続き不用意に保有し続けると問題になりかねないことから（資格喪失年度の翌年度末までは新保険者からの請求の可能性があるため念のため保管するが、それ以降は問題）、基本的には資格喪失時に本人にデータを渡すことが適当である。

もとより、本人が主体的に、健康手帳等の方法で健診データ等を生涯にわたり継続的に保管し、健康管理を行っていくことが望まれることであり、この点からも本人にデータを渡し、新保険者へは本人が判断の上で提供すべきである。

④保険者間移動における基本的な考え方

以上を踏まえ、医療保険者間でのデータ移動は、以下の条件が揃う場合のみ為されるものとし、原則ではなく例外として行うことができるという位置付けと整理。

- 新保険者が、旧保険者でのデータも含め全体的なデータ管理を行う意向が強い場合
- かつ、本人が新保険者のデータ管理に対する意向に同意・賛同するものの、本人から提供できない（散逸等により）ために新保険者が旧保険者から提供を受けることに本人が同意する場合
- さらに、旧保険者が最低保管年限を超えて本人に代わりデータを長期保管している場合

高齢者の医療の確保に関する法律第27条の条文は、上記の、例外的にデータ移動する場合における根拠規定と解釈するものとする。

提供に当たってのデータ抽出作業や媒体の送料等の諸費用については、一義的には提供を希望する新保険者が負担すべきものであるが、お互い様ということで当事者間にて無償にする等別段の取り決めは可能。

なお、本人の同意のもとで、旧保険者から新保険者にデータの提供が行われ、新保険者で全体的なデータ管理がなされることは否定されるべきものではない。

7-4 データの保管・活用

7-4-1 データの適切な保管

①データの重要性

個人の健康に関する情報が集まっている健診・保健指導のデータファイルや、それらを健診・保健指導機関から受領し、個人別・経年別等に整理・保管している医療保険者のデータベースは、重要度の高い個人情報が集積しており、個人情報保護の観点から極めて慎重な取扱いが求められる。

②ガイドラインの遵守

医療保険者における個人情報の取扱いに関しては、個人情報保護法に基づくガイドライン（「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」、「国民健康保険組合における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」等）が定められている。

医療保険者は、このガイドラインにおける役員・職員の義務（データの正確性の確保、漏洩防止措置、従業者の監督、委託先の監督）について、再度これらの者に周知を図ることが必要である。

また、特定健康診査・特定保健指導の実施や、健診・保健指導データの管理や分析等を外部に委託する際には、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約遵守状況を管理していくことが必要である。

図表 52:健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン(抜粋)

<p>4. 安全管理措置、従業者の監督及び委託先の監督(法第20条～第22条)</p> <p>(1) 健保組合等が講ずべき安全管理措置</p> <p>① 安全管理措置</p> <p>健保組合等は、その取り扱う個人データの漏えい、滅失又はき損の防止その他の個人データの安全管理のため、組織的、人的、物理的、及び技術的安全管理措置を講じなければならない。その際、本人の個人データが漏えい、滅失又はき損等をした場合に本人が被る権利利益の侵害の大きさを考慮し、事業の性質及び個人データの取扱い状況等起因するリスクに応じ、必要かつ適切な措置を講ずるものとする。なお、その際には、個人データを記録した媒体の性質に応じた安全管理措置を講ずる。</p> <p>② 従業者の監督</p> <p>健保組合等は、①の安全管理措置を遵守させるよう、従業者に対し必要かつ適切な監督をしなければならない。なお、「従業者」とは、当該事業者の指揮命令を受けて業務に従事する者すべてを含むものであり、また、雇用関係のある者のみならず、理事、派遣労働者等も含むものである。</p> <p>「健康保険組合における個人情報保護の徹底について」(平成14年12月25日保険課長通知)では、健保組合に対して、服務規程等において、健保組合の役職員について職員の守秘義務を課すこととしている。</p> <p>(2) 安全管理措置として考えられる事項</p> <p>健保組合等は、その取り扱う個人データの重要性にかんがみ、個人データの漏えい、滅失又はき損の防止その他の安全管理のため、その規模、従業者の様態等を勘案して、以下に示すような取組を参考に、必要な措置を行うものとする。</p> <p>また、同一健保組合が複数の事務所(支部)を有する場合、当該事務所(支部)間の情報交換については第三者提供に該当しないが、各事務所(支部)ごとに安全管理措置を講ずるなど、個人情報の利用目的を踏まえた個人情報の安全管理を行う。</p> <p>① 個人情報保護に関する規程の整備、公表</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健保組合等は、保有個人データの開示手順を定めた規程その他個人情報保護に関する規程を整備し、苦情への対応体制も含めて、健保組合等のホームページへの掲載のほか、パンフレットの配布、事業所担当窓口や健保組合等の掲示板への掲示・備付け、公告等を行うなど、被保険者等に対して周知徹底を図る。 ・また、個人データを取り扱う情報システム等の安全管理措置に関する規程等についても同様に整備を行うこと。 <p>② 個人情報保護推進のための組織体制等の整備</p> <ul style="list-style-type: none"> ・従業者の責任体制の明確化を図り、具体的な取組を進めるため、健保組合等における個人情報保護に関し十分

<p>な知識を有する管理者、監督者等を定めたり、個人情報保護の推進を図るための委員会等を設置する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健保組合等で行っている個人データの安全管理措置について定期的に自己評価を行い、見直しや改善を行うべき事項について適切な改善を行う。 <p>③個人データの漏えい等の問題が発生した場合等における報告連絡体制の整備</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1)個人データの漏えい等の事故が発生した場合、又は発生の可能性が高いと判断した場合、 ・2)個人データの取扱いに関する規程等に違反している事実が生じた場合、又は兆候が高いと判断した場合における責任者等への報告連絡体制の整備を行う。 ・個人データの漏えい等の情報は、苦情等の一環として、外部から報告される場合も想定されることから、苦情への対応体制との連携を図る。 <p>④雇用契約時における個人情報保護に関する規程の整備</p> <ul style="list-style-type: none"> ・雇用契約や就業規則において、就業期間中はもとより離職後も含めた守秘義務を課すなど従業員の個人情報保護に関する規程を整備し、徹底を図る。 <p>⑤従業員に対する教育研修の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・取り扱う個人データの適切な保護が確保されるよう、従業員に対する教育研修の実施等により、個人データを実際の業務で取り扱うこととなる従業員の啓発を図り、従業員の個人情報保護意識を徹底する。 <p>⑥物理的安全管理措置</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個人データの盗難・紛失等を防止するため、以下のような物理的安全管理措置を行う。 <ul style="list-style-type: none"> －入退館(室)管理の実施 －盗難等に対する予防対策の実施 －機器、装置等の固定など物理的な保護 <p>⑦技術的安全管理措置</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個人データの盗難・紛失等を防止するため、個人データを取り扱う情報システムについて以下のような技術的安全管理措置を行う。 <ul style="list-style-type: none"> －個人データに対するアクセス管理(IDやパスワード等による認証、各職員の業務内容に応じて業務上必要な範囲にのみアクセスできるようなシステム構成の採用等) －個人データに対するアクセス記録の保存 －個人データに対するファイアウォールの設置 <p>⑧個人データの保存</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個人データを長期にわたって保存する場合には、保存媒体の劣化防止など個人データが消失しないよう適切に保存する。 ・個人データの保存に当たっては、本人からの照会等に対応する場合など必要ときに迅速に対応できるよう、インデックスの整備など検索可能な状態で保存しておく。 <p>⑨不要となった個人データの廃棄、消去</p> <ul style="list-style-type: none"> ・不要となった個人データを廃棄する場合には、焼却や溶解など、個人データを復元不可能な形にして廃棄する。 ・個人データを取り扱った情報機器を廃棄する場合は、記憶装置内の個人データを復元不可能な形に消去して廃棄する。 ・これらの廃棄業務を委託する場合には、個人データの取扱いについても委託契約において明確に定める。 <p>(3)業務を委託する場合の取扱い</p> <p>①委託先の監督</p> <p>健保組合等は、レセプトのパンチ(入力)・点検業務、健康保険被保険者証の印刷作成、人間ドック等の健診、保健指導等個人データの取扱いの全部又は一部を委託する場合、法第20条に基づく安全管理措置を遵守させるよう受託者に対し、必要かつ適切な監督をしなければならない。</p> <p>「必要かつ適切な監督」には、委託契約において委託者である事業者が定める安全管理措置の内容を契約に盛り込み受託者の義務とするほか、業務が適切に行われていることを定期的に確認することなども含まれる。</p> <p>また、業務が再委託された場合で、再委託先が不適切な取扱いを行ったことにより、問題が生じた場合は、健保組合等や再委託した事業者が責めを負うこともあり得る。</p> <p>②業務を委託する場合の留意事項</p> <p>健保組合等関係事業者は、個人データの取扱いの全部又は一部を委託する場合、以下の事項に留意すべきである。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個人情報を適切に取り扱っている事業者を委託先(受託者)として選定する。 ・契約において、委託している業務の内容、委託先事業者、個人情報の適切な取扱いに関する内容を盛り込み(委託期間中のほか、委託終了後の個人データの取扱いも含む。)、契約内容を公表する。 ・受託者が個人情報を適切に取り扱っていることを定期的に確認する。 ・受託者における個人情報の取扱いに疑義が生じた場合(被保険者等からの申出があり、確認の必要があると考えられる場合を含む。)には、受託者に対し、説明を求め、必要に応じて改善を求める等適切な措置をとる。 ・なお、個人情報保護の観点から、可能な限り、個人情報をマスキングすることにより、当該個人情報を匿名化した上で、委託するよう努めること。 ・また、委託するに当たっては、本来必要とされる情報の範囲に限って提供すべきであり、情報提供の上で必要とされていない事項についてまで他の事業者に提供することがないよう努めること。

③業務を再委託する場合の留意事項
 健康保険組合は、個人情報に関する処理の全部又は一部を再委託する場合、以下の事項に留意すべきである。
 ・個人情報を含む業務を再委託すること自体は禁じられてはいないが、健康保険組合との直接の契約関係を伴わない個人情報に関する処理の再委託は行わないこと。（「健康保険組合における個人情報保護の徹底について」（平成14年12月25日保保発第1225001号）の「4. 個人情報の処理に関する外部委託に関する措置」）
 ・なお、個人情報を含む業務の再委託や個人情報に関する処理の再委託をする場合には、個人情報保護の観点から、可能な限り、個人情報をマスキングすることにより、当該個人情報を匿名化した上で、委託先から再委託先へ個人情報が提供されないよう努めること。
 この場合において、健保組合は第一次委託先と委託契約を締結するに当たっては、第一次委託先が、上記通知の基準に掲げる事項を遵守するよう委託契約上明記することはもちろんのこと、これに加え、当該委託契約において、再委託するに当たっては、第一次委託先は、当該再委託契約上、再委託先に対して、同通知の基準に掲げる事項を遵守することを明記するよう、第一次委託契約上明記すること。

③守秘義務規定

高齢者の医療の確保に関する法律では、特定健康診査・特定保健指導の実施の委託を受けた者（その者が法人である場合は、その役員）もしくはその職員又はこれらの者であった者は、特定健康診査・特定保健指導の実施に際して知り得た個人の秘密を、正当な理由無く漏らした場合には、1年以下の懲役又は100万円以下の罰金に処せられる（法第30条・167条）。

＜高齢者の医療の確保に関する法律＞
 第三十条 第二十八条の規定により保険者から特定健康診査等の実施の委託を受けた者（その者が法人である場合にあっては、その役員）若しくはその職員又はこれらの者であった者は、その実施に関して知り得た個人の秘密を正当な理由がなく漏らしてはならない。
 第百六十七条 第三十条の規定に違反して秘密を漏らした者は、一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。

上記規定以外*に各医療保険者を所管する法令においても守秘義務規定が定められており、保険者の役職員又はこれらの職にあった者が、正当な理由無く個人の秘密を漏らした場合には、1年以下の懲役又は100万円以下の罰金に処せられることとなっていることから、これらに十分留意することは勿論のこと、そもそも罰則や規定の有無に関わらず、個人情報の漏洩がないよう、注意する必要がある。

図表 53: 関連する守秘義務規定

◎健康保険法(平成20年4月1日施行部分) (秘密保持義務) 第百九十九条の二 保険者の役員若しくは職員又はこれらの職にあった者は、健康保険事業に関して職務上知り得た秘密を正当な理由がなく漏らしてはならない。 第二百七条の二 第百九十九条の二の規定に違反して秘密を漏らした者は、一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。
◎国民健康保険法(平成20年4月1日施行分) 第百二十条の二 保険者の役員若しくは職員又はこれらの職にあった者が、正当な理由なしに、国民健康保険事業に関して職務上知り得た秘密を漏らしたときは、一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する
◎船員保険法(平成20年4月1日施行分) 第九条ノ四 船員保険ヲ管掌シタル政府ノ職員又ハ職員タリシ者ハ船員保険事業(第三章第四節乃至第六節及第七節第一款ニ規定スル保険給付ニ関スル事業ヲ除ク)ニ関シテ職務上知り得タル秘密ヲ正当ノ理由ナクシテ漏ラサザルベシ 第六十七条 第九条ノ四ノ規定ニ違反シテ秘密ヲ漏ラシタル者ハ一年以下ノ懲役又ハ百万円以下ノ罰金ニ処ス
◎国家公務員共済組合法(平成20年4月1日施行分) (秘密保持義務) 第十三条の二 組合の事務に従事している者又は従事していた者は、組合の事業(短期給付に係るもの及び福祉事業に限る。)に関して職務上知り得た秘密を正当な理由がなく漏らしてはならない。

* ちなみに、保健指導の実施者は、各々の専門職を規定する法令において、守秘義務が課されている。

<p>第二百二十七条の二 第十三条の二の規定に違反して秘密を漏らした者は、一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。</p>
<p>◎地方公務員等共済組合法(平成20年4月1日施行分) (秘密保持義務) 第十九条の二 組合の役員若しくは組合の事務に従事する者又はこれらの者であつた者は、組合の事業(短期給付に係るもの及び福祉事業に限る。)に関して職務上知り得た秘密を正当な理由がなく漏らしてはならない。 第百四十六条の二 第十九条の二の規定に違反して秘密を漏らした者は、一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。</p>
<p>◎私立学校教職員共済法(平成20年4月1日施行分) (秘密保持義務) 第四十七条の四 事業団の役員若しくは職員又はこれらの職にあつた者は、共済業務(事業団法第二十三条第一項第六号及び第八号並びに同条第三項第一号及び第二号の業務に限る。)に関して職務上知り得た秘密を漏らしてはならない。 第五十二条 第四十七条の四の規定に違反して秘密を漏らした者は、一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。</p>

④個人情報保護規定の精査・見直し

健診・保健指導のデータは、医療保険者を中心にさまざまな関係者と受領・提供（提出）等が為される。また、データであるが故に容易に漏洩・流出が起りうるリスクが高まっていることから、個人情報保護法の施行を機に各医療保険者にて定められている個人情報保護に関する規定類を精査し、必要に応じて適切な見直しを図ることが重要である。

医療保険者が他の関係者（保健指導機関、医療保険者、事業者や個人、データ管理・分析の委託先、国等）へ提供する場合、それぞれの相手先別に、誰が、相手先の誰までに、どの項目・範囲まで、どのような利用目的に限り提供するのか、提供に当たっての関係者の承諾の有無や守秘義務契約等の有無等、整理・明確化し、関係者間で遵守することが必要である。

医療保険者が関係者からデータを受領する場合の中でも、特に事業者等から事業者健診のデータを受領する場合は、事業者等提供側の個人情報保護規定との擦り合わせや、その結果として両者の規定の見直しが生じうるので、事前に提供側との十分な協議調整が必要である。

7-4-2 保管年限と保管後の取扱い

①保管のメリット

健診・保健指導のデータファイルは、個人別・経年別等に整理・保管し、個々人の保健指導に役立てるほか、個人の長期的な経年変化をたどることによる疫学的な分析、経年変化に基づく発症時期の予測による保健指導や受診勧奨等の重点化等に活用することができる。

②保管上の課題

①に示すようなメリットがあることから、集まったデータはできる限り長期的に保管することが望ましいが、厳格な管理が必要な大量の健診データの長期保管は医療保険者にとって大きな負担となることから、全ての医療保険者に一律に長期保管を義務付けることは適当ではない。

また、データは本人に帰属するものであり、本人が生涯にわたって自己の健康管理のために保管すべきものであり、医療保険者への保管義務は主として保健指導に活用する範囲の年数（10～20年前のデータを使用した特定保健指導は一般的には非現実的であり、どうしても必要な場合は本人から取得すればよい）に限られるべきである。

③最低保管年限の設定

以上を踏まえ、医療保険者が長期保管の意向を示し5年以上保管することは理想とするものの、他の制度の保管年限も参考にし、義務づける保管年限は5年とする。

また、他の医療保険者に異動する等加入者でなくなった場合は、異動年度の翌年度末まで保管することとする。

図表 54: 他制度における保存年限〔参考〕

老人保健法（老健事業）	基本健康診査＝特段の規定なし がん検診＝3年間（通知）
労働安全衛生法（事業者健診）	一般定期健康診断＝5年間（規則） 特殊健診＝5年、7年（じん肺*）、30年（放射線、特定化学物質の一部）、40年（石綿） ※じん肺が5年→7年になった（S53）理由＝少なくとも前2回分の記録（3年以内毎の健診）が必要であるから。
協会けんぽ（生活習慣病予防健診）	10年を目途
診療録（カルテ）	5年間（医師法第24条）
レセプト（診療報酬明細書等）	5年間（全国健康保険協会、国民健康保険） （健康保険組合は、組合毎に適当な保存期間を設定できる）

④保管後の取扱い

健診・保健指導のデータファイルは、各医療保険者が5年以上で定めた年数の間保管されることとなるが、その後は、「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」、「国民健康保険組合における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し、データ消去・廃棄を行うこととなる。

また、本人が資格を喪失し別の医療保険者に異動する場合は、バックアップの意味合いから翌年度末までは保管し、その後消去・廃棄する。

7-4-3 データの効果的な活用

①厳重保管の必要性

健診・保健指導のデータファイルは、個人情報が集積していることから、7-4-1に整理したように、十分に注意し、厳重な管理が必要である。

厳重な管理だけ行うのであれば、受領したデータファイルが納められた媒体等を耐火金庫等に厳重にしまいこみ、保管年限が過ぎるまで絶対に開かないという極端な例が起らないとは限らない。

* じん肺の保存年限は、じん肺法により規定。

② 厳重な管理と活用のバランスが必要

健診・保健指導のデータファイルは、7-4-2①に示したように、さまざまな活用法があり、医療保険者に多大なメリットをもたらす、非常に貴重で有益なデータ群であると言える。

従って、厳重な管理を行いつつ、積極的なデータの分析・評価・活用を行うのが適当である。

8. 代行機関

8-1 代行機関とは

8-1-1 定義

①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。

②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、具体的には告示第179号により整理されている。

〈特定健康診査・特定保健指導の実施に関する基準〉

(特定健康診査等の委託)

第十六条 保険者は、法第二十八条の規定により、特定健康診査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

8-1-1②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 55: 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
	[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

①基本機能

8-1-1②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。

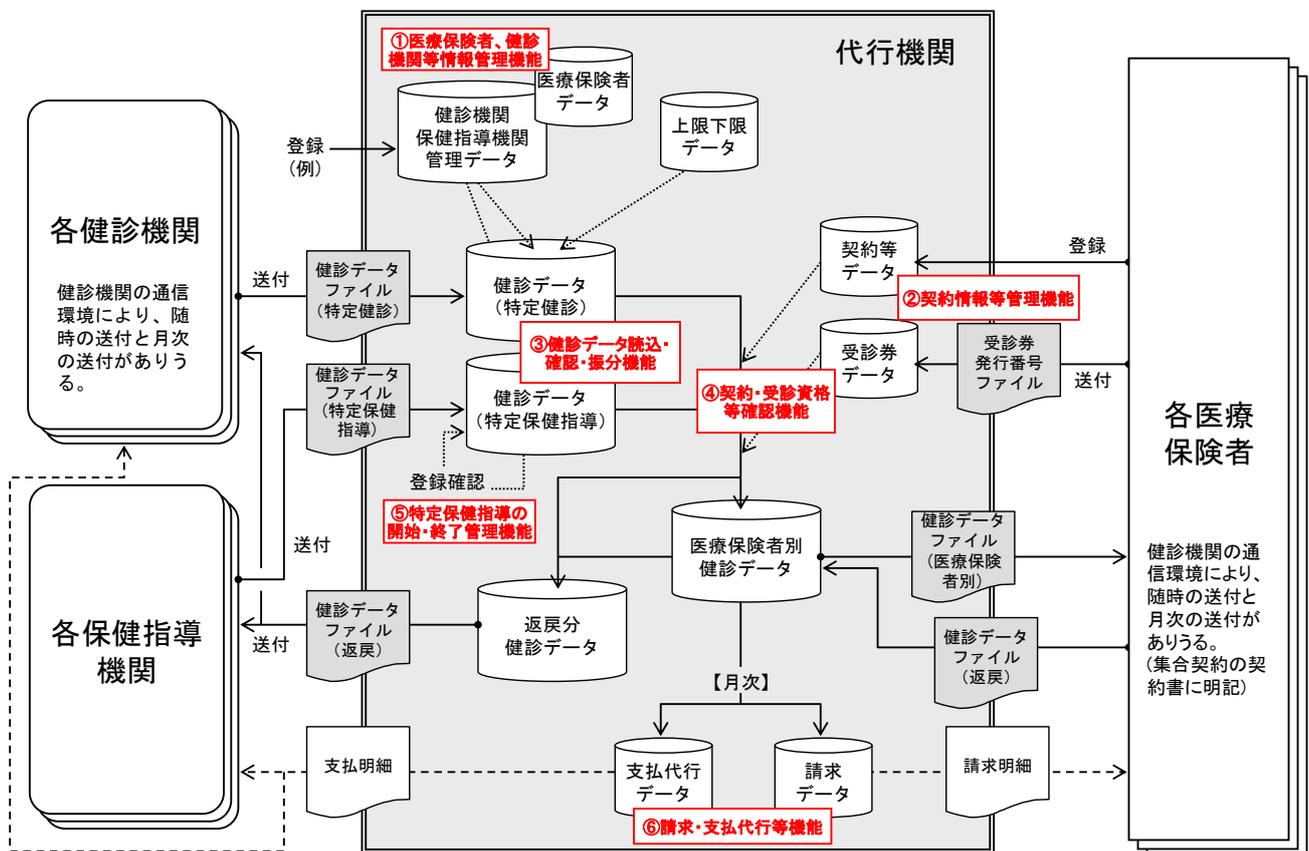
②機能の詳細

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。

- ①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
- ②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
- ③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
- ④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
- ⑤特定保健指導の開始と終了を管理する機能
- ⑥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 56: 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。

①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。

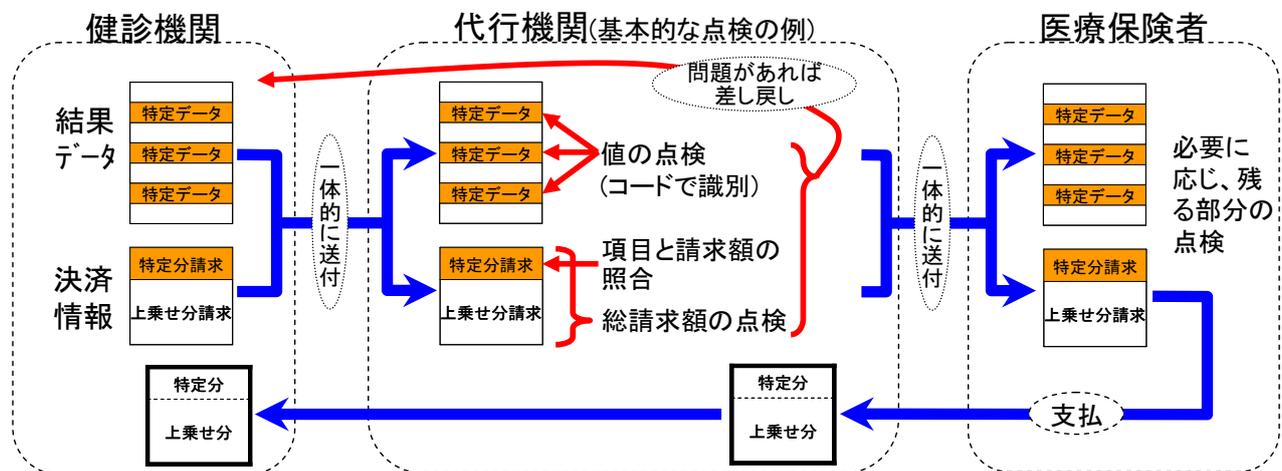
②上乗せ健診項目も含めた処理

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 57: 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)



③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

①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。

②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。

③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されており、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。

また、当該回線網の利用にあたっては支払基金より送受信ソフトウェアを提供している。

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が必要となる。

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

①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。

②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

①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。

②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4.1版（平成22年2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20年2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。

③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20年2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4.1版（平成22年2月 厚生労働省）」における「6.11 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。

④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に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。

⑤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4.1版」(平成22年2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 情報及び情報機器の持ち出しについて」「6.10 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。なお、上限値・下限値外である場合、「H」または「L」と実測値の両方が格納されていること。
 - 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、特定健康診査のデータがあること、かつ特定保健指導の

*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。

<p>対象者であること</p> <p>・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</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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

①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、5-6-2①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、8-1-1①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

* 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。

なる。

②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。

③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はなく、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

①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、8-3-3③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、当面の間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 58: 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

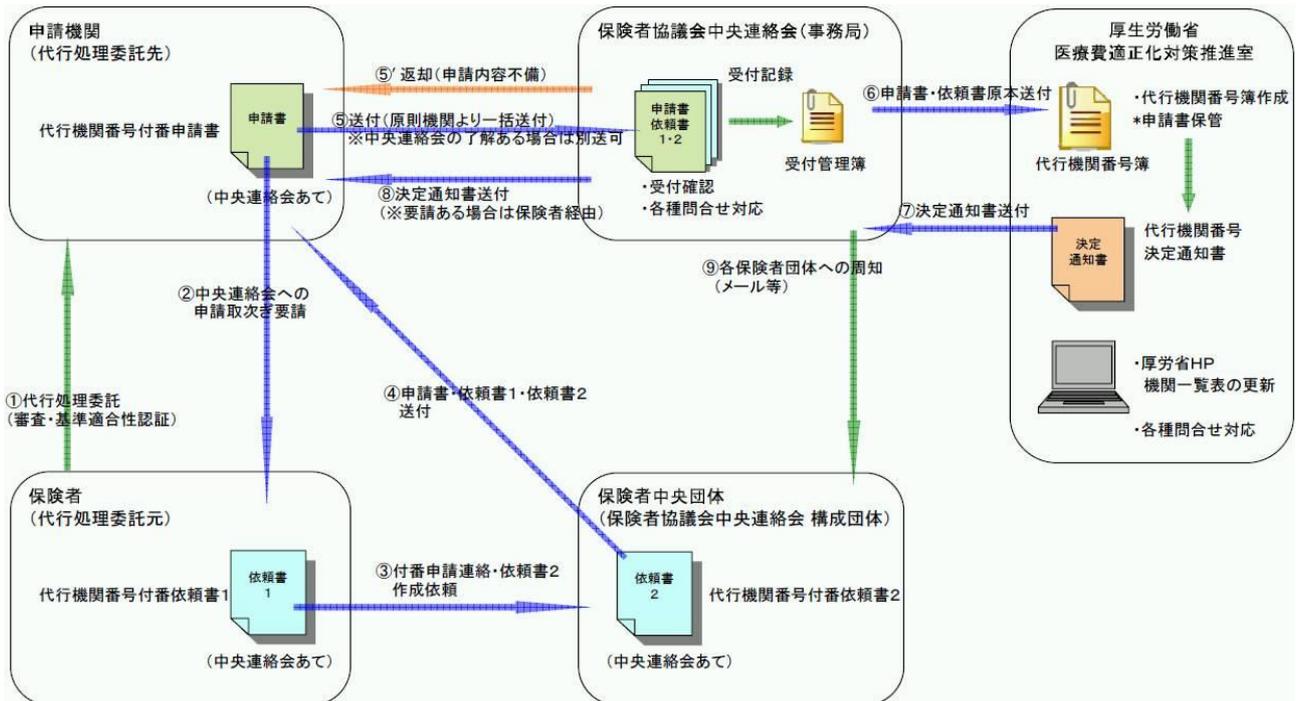
②付番申請等

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/shakaihoshho/iryouseido01/info03f.html>)。また、代行機関の委託基準の遵守状況の確認については、各保険者において委託時等に確認されたい。

図表 59: 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。

図表 60: ホームページの様式例(部分)

事業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。
 ※選択の項目については、をにするか、該当する選択肢のみ残す(非該当は削除)こと。
 ※ガイドラインの遵守状況については別添付様式に記載すること。

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1)}			
	電話番号 ^{注1)}	-	-	
	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2)}			
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) 名称等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処理をする代行機関の類型。「健診・保健指導機関サイド」とは健診機関とりまとめ機関(上記「健診機関グループ」)や福利厚生代行会社(上記「健診機関グループ以外」)等によりデータや決済をとりまとめる類型

施設及び設備情報	従事する職員の数 ^{注4)}	専任	兼任	機関本体	人	協力・関係会社	人	
	全職員の数 ^{注5)}			機関本体	人	協力・関係会社	人	
	施設数(サポート拠点数)			機関本体	人	協力・関係会社	人	
	財務基盤に関する資料または照会先 ^{注6)}	箇所(都道府県名:)						
	類似業務・サービスの提供実績 ^{注7)}	<input type="checkbox"/> 有(内容:) <input type="checkbox"/> 無						
	提供するサービス	対象	<input type="checkbox"/> 保険者向け <input type="checkbox"/> 健診・保健指導機関向け					
		内容	<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・関係会社数がない場合は記載不要(空欄)とし、あっても従事していない場合は0(ゼロ)人と記載。
 注6) 貸借対照表等決算報告書の記載をホームページで公開している場合はそのURL等を記載。財務情報を公開している場合は照会先(連絡先及び担当者等)を明記。
 注7) 例として提供サービスの項を参照のこと。

注8) 別添付様式「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全項目「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」を選ぶこと。

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) <input type="checkbox"/> 機関建物内専用区画 <input type="checkbox"/> 特に無し			
	システム管理技術者数	機関本体	人	委託先	人
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	拠点	例)平日9:00~17:00 除く12/29~1/3 例)24時間/365日稼働
	データ授受の方法	ヘルプデスク	例)平日9:00~17:00 除く12/29~1/3
		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)
	データ授受におけるセキュリティ対策の方法	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)
		オンライン	例)伝送相手の安全性を確保するSSL、IPSecとPKIの併用
オフライン	例)盗聴・窃盗した場合に個人情報漏洩防止のためのファイル暗号化ツールの利用		

事務手数料等 ^{注10)}	初期費用	保険者		健診・保健指導機関		
		円	円	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"/> 有(下記)		<input type="checkbox"/> 無(健診委託費に含まれる) <input type="checkbox"/> 有(下記)	
		固定費	円	円	円	円
	代行機関利用に際し必要となる設備等 ^{注11)}	従量単価 ^{注10)}	円/あたり	円/あたり	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10) すべて消費税込みの金額を記載。委託内容によって費用が異なる場合はすべて記載。
 注11) 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12) 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導入しなければならないものを明記

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

注12) 平成21年度以降、前年度の実績を記載(当初は空欄)。

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を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。

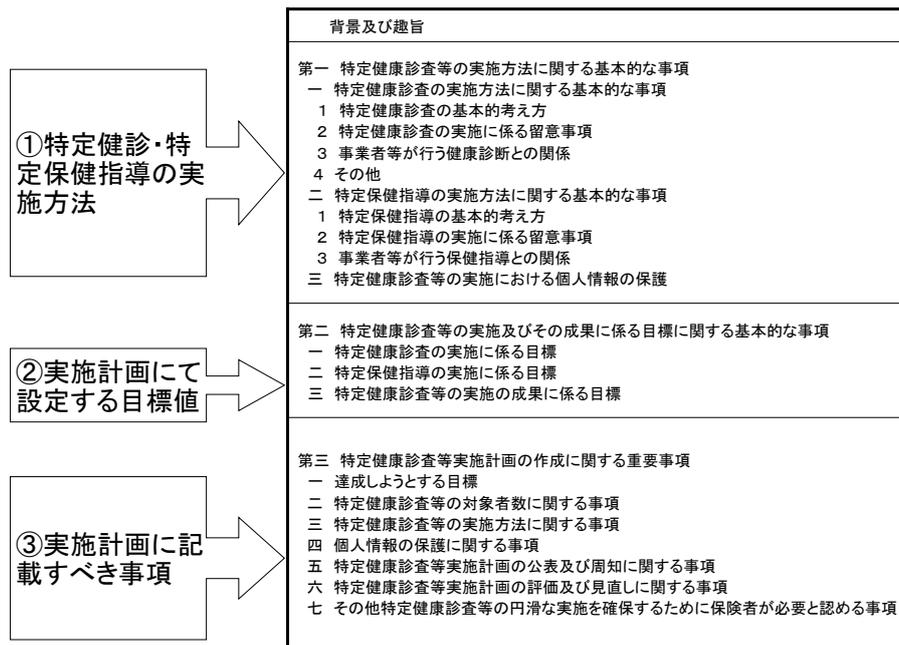
9-1-2 基本指針の構成等

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 61: 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/shakaihoshho/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

①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。

②計画作成における考え方

計画作成する趣旨は、保険者規模、加入者の年齢構成、地域的条件等の実情を考慮し、特定健診・特定保健指導を効率的・効果的かつ着実に実施するためである。

実施計画には、特定健診・特定保健指導を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。

加入者に対し漏れなく健診・保健指導を実施する体制については、地域別・年齢別等を分類して整理すればよいため、計画作成を委託する必要はない*。

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。

①基本的な考え方

特定健康診査等基本指針の第三に挙げた 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、基本指針第三の並びで順次整理すればよい。

* 加入者の特徴や地域特性を踏まえた実施形態、予算編成や組合会・理事会对応、地元関係者との調整等、計画作成の多くは医療保険者自らが実施することとなる。

図表 62: 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

背景・現状等(各保険者の特徴や分布等)

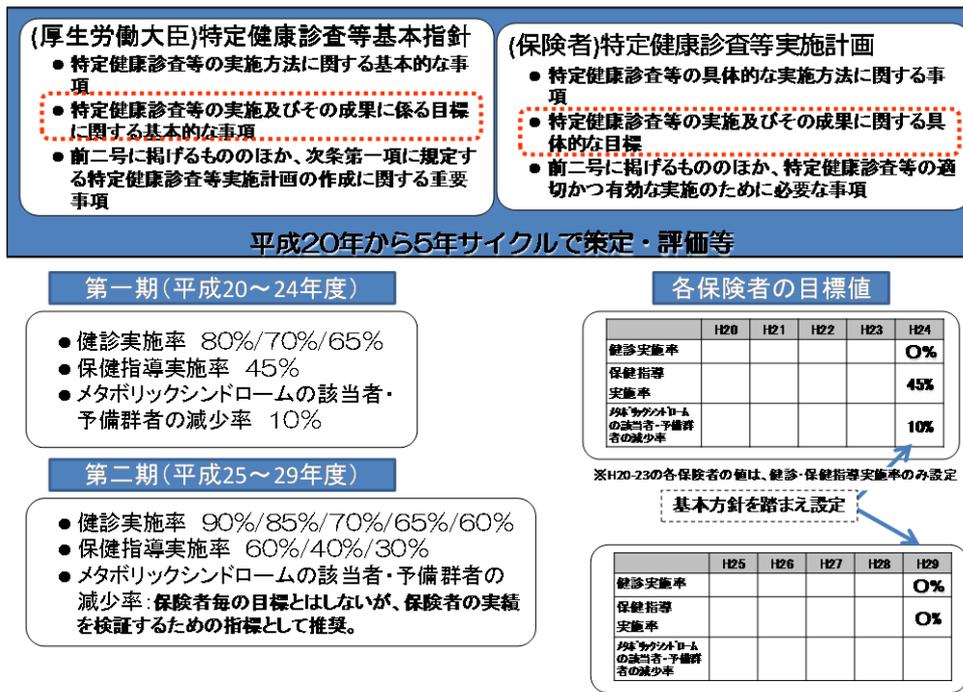
↓

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	第三の一	①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及び特定保健指導の実施率に係る目標
第2項 第一号	第三の二	②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き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、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。
	第三の三	③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	第三の四	④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	第三の五	⑤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	第三の六	⑥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
	第三の七	⑦その他、特定健康診査等の円滑な実施を確保するために保険者が必要と認める事項	

図表 63: 特定健康診査等基本方針と各医療保険者の目標との関係(参考)



第一期における特定健診・保健指導の目標

項目	全国目標	保険者種別	目標値	
特定健康診査の実施率	70%	40歳以上の加入者に占める被扶養者の割合		
		単一健保 共済組合 私学共済	25%未満	80%
			25%以上	$0.85 \times (1 - \text{被扶養者割合}) + 0.65 \times \text{被扶養者割合}$
		総合健保 協会けんぽ 国保組合		70%
		市町村国保		65%
特定保健指導の実施率	45%		45%	

9-2-3 特定健康診査等実施計画の評価方法

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	$\frac{\text{当該年度中に実施した特定健康診査の受診者数（他者が実施した健診でそのデータを保管しているものも含む）}}{\text{当該年度末における、40～74歳の被保険者数及び被扶養者数}}$
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）。

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	$\frac{\text{当該年度の動機づけ支援終了者数} + \text{当該年度の積極的支援終了}^{*1}\text{者数}}{\text{当該年度の健診受診者のうち、階層化により動機づけ支援の対象とされた者の数} + \text{積極的支援の対象とされた者の数}^{*2}}$
条件	<p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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、その後完了した場合は次年度の実績における分子に算入）。</p>

*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(1-3-2①の脚注2を参照)ことに注意。

③ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群^{*1}の減少率

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は、各保険者の目標とすることは必須ではなく、各保険者において、特定健康診査等実施計画の進捗等を評価する際の指標の一つとなる。

なお、各保険者における特定健康診査対象者の母集団が毎年度大きく変動する場合には、特定保健指導等の効果が集団全体の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に、的確に反映されないことに留意が必要である。

(1) 集団全体の減少率の評価方法

集団の減少率を評価する際に、基本となるのは以下のような方法となる。

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>○計画における目標値の評価に当たっては、基準年度は平成 20 年度となる。毎年度、減少率を算出するに当たっては、前年/前々年となる。</p> <p>○各年度の実数をそのまま用いると健診実施率の高低による影響を受けるため、該当者及び予備群の数は、健診受診者に占める該当者及び予備群者の割合を特定健康診査対象者数に乗じて算出したものとする。</p> <p>○乗じる特定健康診査対象者数及該当者及び予備群者の数の算出については、以下の方法が考えられる。</p> <p>①全国平均の性・年齢構成の集団^{*2}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割合(率)を乗じる。 被保険者の年齢構成の変化(高齢化の効果)の影響を少なくするため、年齢補正を行う方法である。また、全国統一の指標を用いるため、保険者間での比較が可能となる。</p> <p>②当該年度の各医療保険者の性・年齢構成の集団に、基準年度及び当該年度の各保険者の性・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割合(率)を乗じる。</p>

^{*1} 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、第一期(平成 20-24 年度)においては、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。

^{*2} 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)の減少率は、各都道府県における、平成 20 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定数(平成 20 年度の年齢階層別(5 歳階級)及び性別での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割合を、平成 29 年 4 月 1 日現在の住民基本台帳人口(年齢階層別(5 歳階級)及び性別)で乗じた数をいう。以下同じ。)から平成 29 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定数(平成 29 年度の年齢階層別(5 歳階級)及び性別での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割合を、平成 29 年 4 月 1 日現在の住民基本台帳人口(年齢階層別(5 歳階級)及び性別)で乗じた数をいう。)を減じた数を、平成 20 年度メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の推定数で除して算出することが考えられる。

(2) その他の評価方法

「メタボリックシンドローム該当者・予備群該当者別減少率」

①で示した方法について、該当者と予備群該当者で分けて、それぞれに減少率を算出することが考えられる。該当者から改善されて予備群になった者が多い保険者では、該当者の減少率と比べて、予備群該当者の減少率が少ないことが予想される。

「特定健康診査受診者の翌年度以降のメタボリックシンドローム該当者及び予備群該当状況の推移」

前年度以前の健診において、メタボリックシンドローム該当者または予備群者であった者について、当該年度においてメタボリックシンドロームまたは該当者でなくなった者の数を把握する。

「特定保健指導を受けた者の翌年度以降のメタボリックシンドローム該当者及び予備群該当状況の推移」

前年度以前において特定保健指導を受けた者について、当該年度において特定保健指導の対象者でなくなった者の数及びまたメタボリックシンドローム該当者及び予備群でなくなった者の数を把握する。

特定保健指導の対象者でなくなった理由（服薬によるものか、検査値等の改善によるものか）についても把握することが望ましい。

③年齢補正の具体的な方法

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目的で行う。

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、年齢補正を行うことも考えられる。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、減少率の精度は低くなる。

図表 64: 年齢補正のイメージ

$$\text{メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率} = \frac{(D) - (E)}{(D)}$$

	年齢	【基準年度】	【基準年度】	【基準年度】	【基準年度】
		当該保険者 メタボ該当者 予備群者割合	全国 全国の住民基本台帳人口 (性・年齢階層別(5歳階層別))	メタボ該当者及び予備群者の推定数 (性・年齢階級別)	メタボ該当者及び予備群者 の推定数
		A	B	A × B (C)	C の合計 (D)
基準年度	男性	40 ~ 44			
		45 ~ 49			
		50 ~ 54			
		55 ~ 59			
		60 ~ 64			
		65 ~ 69			
		70 ~ 75			
	女性	40 ~ 44			
		45 ~ 49			
		50 ~ 54			
		55 ~ 59			
		60 ~ 64			
		65 ~ 69			
		70 ~ 75			

	年齢	【当該年度】	【基準年度】	【当該年度】	【当該年度】
		当該保険者 メタボ該当者 予備群者割合	全国 全国の住民基本台帳人口 (性・年齢階層別(5歳階層別))	メタボ該当者及び予備群者の推定数 (性・年齢階級別)	メタボ該当者及び予備群者 の推定数
		A'	B'	A' × B' (C')	C' の合計 (E)
当該年度	男性	40 ~ 44			
		45 ~ 49			
		50 ~ 54			
		55 ~ 59			
		60 ~ 64			
		65 ~ 69			
		70 ~ 75			
	女性	40 ~ 44			
		45 ~ 49			
		50 ~ 54			
		55 ~ 59			
		60 ~ 64			
		65 ~ 69			
		70 ~ 75			

②計画作成に向けた整理

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、年齢構成における特徴、居住地の分布の偏り、加入者における就業率の高低等、現在の加入者の状況を十分に踏まえて計画を作成する必要がある。

③序文等による解説

加入者に対し、健診受診を呼びかけていく上で周知は重要である。計画書の構成が「達成しようとする目標値」から始まる場合、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分かりにくいことから、必要に応じ序文等で生活習慣病対策の必要性など、計画作成の趣旨・背景等の解説を加えることも考えられる。

また、特定健康診査等実施計画は、策定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）。

10. 支払基金(国)への実績報告

10-1 基本的な事項

10-1-1 報告の義務

高齢者の医療の確保に関する法律第 142 条の規定において、支払基金は医療保険者に対し、毎年度、特定健康診査等の実施状況に関する報告を求めるとされており、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算定に関する省令(平成 19 年厚生労働省令第 140 号) 第 44 条第 2 項に基づき、医療保険者は支払基金に対し、毎年度、特定健康診査等の実施状況について報告することとされている。

10-1-2 報告の時期及び様式

医療保険者は、特定健康診査等の実施状況に関する結果について、当該年度の翌年度の 11 月 1 日までに支払基金に対し報告することとされており、その記録様式は、XMLで行うこととされている。「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等について(平成 20 年 7 月 10 日保発第 0710001 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)」*)

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

10-2 データの活用

10-2-1 高齢者医療確保法に基づく利用

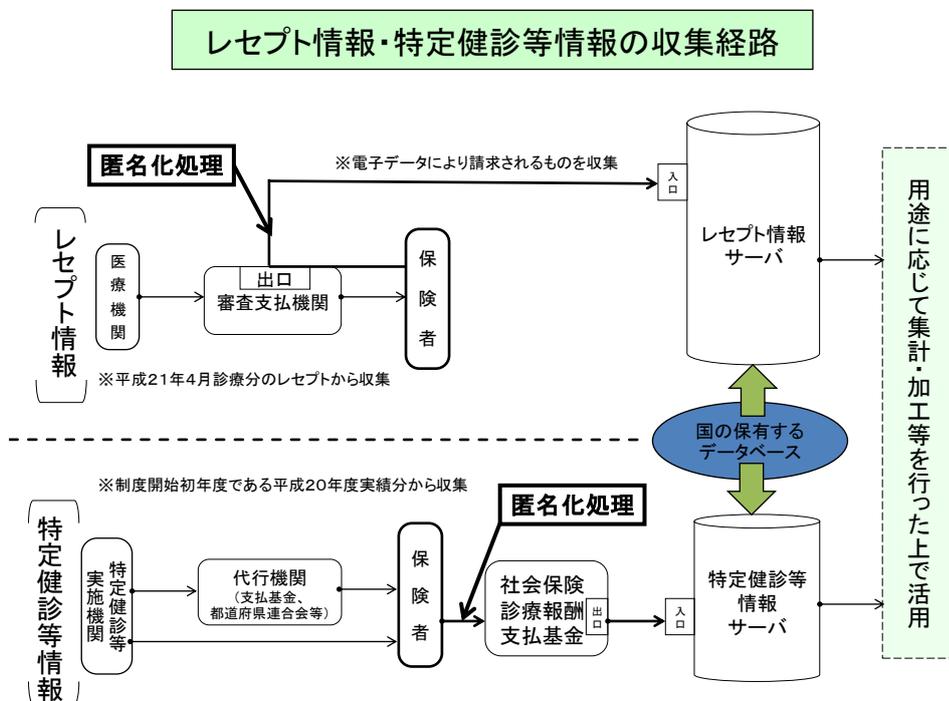
国は、全国医療費適正化計画及び都道府県医療費適正化計画の作成、実施及び評価に資するための調査及び分析等に用いるため、特定健康診査等及びレセプト情報データベースの構築を行っている。(法律 16 条) (図表 64)

データに基づき、特定健康診査等の効率的・効果的な実施方法や効果の検証等を行うとともに、後期高齢者支援金の加算・減算の算定の基準等に活用する。

10-2-2 第三者への提供

国以外の主体が、国が収集したデータを用いて、医療サービスの質の向上等を目指して、エビデンスに基づく施策を推進するに当たり有益となるような分析・研究、学術研究の発展に資するような研究を行うため、「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」を立ち上げ、現在、第三者に対するデータ提供を行っている。

図表 65:レセプト情報・特定健診等情報の収集について



10-3 第二期(平成 25 年度)からの変更点

国は、医療保険者から報告されたデータを活用し、特定健康診査等の実施状況の公表、医療費適正化計画中間評価等を行ってきた。

第二期以降も特定健康診査・特定保健指導制度を継続し、特定健康診査等の効率的・効果的な実施方法や効果の検証等行っていくに当たり必要なデータ項目を追加することとした。

- ①特定健康診査受診者及び特定保健指導利用者の被保険者・被扶養者別を明らかにする。
被保険者・被扶養者別の実施状況等を明らかにするため、医療保険者から国への実績報告において、資格区分を追加する。資格区分コードは以下のとおりである。(図表 65)

図表 66: 資格区分コード

コード名	コード	内容
資格区分 コード	1	強制被保険者
	2	強制被扶養者
	3	任意継続被保険者
	4	任意継続被扶養者
	5	特例退職被保険者
	6	特例退職被扶養者
	7	国保被保険者

・記載する資格は、特定健康診査受診者については健診受診日、特定保健指導利用者については、初回面接日における資格区分とする。

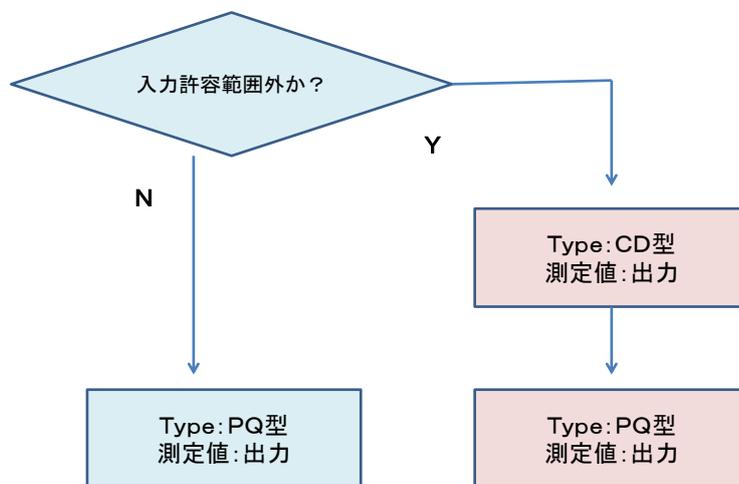
・市町村国保・国保組合については、資格区分の報告は必須ではない。

- ②特定健康診査項目の入力許容範囲外（入力最大値または入力最小値以下）の取扱について

測定値が、項目毎に指定された入力最大値以上または入力最小値以下（以下入力許容範囲外）の場合、測定値は実測値でなく「H」または「L」を示すコード値として表現することとされているが、平成 25 年 4 月 1 日以降に行った特定健康診査からは、「H」又は「L」を示すとともに、実測値の入力を必須化する。

・入力許容範囲外の時は、データ上、数値型（PQ型）とコード型（CD型）を両方出現させなければならない。(図表 66)

図表 67:コード表



- ・階層化基準に必要な健診項目において、「H」「L」が出現している場合にも、数値型（PQ型）の値を用いた階層化を行うことが可能である。

③特定健診情報ファイルと特定保健指導情報ファイルとの紐付け

特定保健指導がどの年度の特定健康診査の結果に基づくものかの把握を可能とするため、保険者から国への実績報告時に、利用券整理番号を必須化し、利用券整理番号の先頭2桁で特定保健指導の対象健診年度を識別する。

- ・利用券を用いていない場合は、保険者等が埋めるべき番号を指定し、保健指導機関において設定して、報告を求められることがある。
- ・保険者において、国への報告時に利用券整理番号の振り直しを行っても良い。

利用券整理番号の付番のルール

(1) 利用券を発行して特定保健指導を行う場合、現状の付番方法に則って発番された利用券整理番号を記載する。

- ・年度（西暦下2桁※1）＋種別（1桁※2）＋個人番号（8桁：自由に設定）の11桁

(2) 利用券を発券せずに特定保健指導を行う場合、下記の番号を利用券番号として記載する。

- ・年度（西暦下2桁※1）＋種別（1桁※2）＋固定コード（8桁：全て0）の11桁
- ・指導機関から保険者の受け渡し時に、利用券情報が出現した場合、利用券の有効期限も必須となることから、利用券の有効期限には便宜上、年度末日（2013年度の場合は

20140331) (西暦 4 桁※ 1) 0331 を記載する。

※ 1 特定保健指導の基になった特定健康診査の受診日の属する実施年度を記載する。

※ 2 積極的支援の場合には「2」、動機付け支援の場合には「3」を記載する。

④特定健康診査の実施形態情報（事業者健診かその他の健診か等の別）の取得

医療保険者が、事業者健診をもって特定健康診査に代えている運用を行っている実態を把握するため、「健診プログラムコード」へ健診種別を記載する。健診プログラムコードは以下のとおりである。

図表 68:健診プログラムコード

< 健診種別（健診プログラムサービスコード） > 000：不明 010：特定健診 020：広域連合の保健事業 030：事業者健診（労働安全衛生法に基づく健診） 040：学校健診（学校保健安全法に基づく職員健診） 050：生活評価機能 060：がん検診 090：肝炎検診 990：上記ではない健診（検診）
--

- ・医療保険者が、健診実施機関において健診プログラムコードに埋めるべきコードを委託契約時に指定し、健診実施機関がその指定値を設定することも可能である。保険者で健診プログラムコードの確認を行い、誤ったコードが設定されていると判断した場合には、保険者において適切な値に更新することも可能。

⑤医療保険者において、健診実施後に服薬中であったことが判明した者の取扱いについて

健診時の質問表の服薬状況に誤って回答し、その結果として、階層化判定により特定保健指導となったが、特定保健指導を受ける前に、医療保険者において、健診実施時点で服薬者であったことが判明した者の取扱いについては、該当者であることが判明したことを区分するコードを新たに付与し、医療保険者が国への実績報告時にデータを作成する。（検査項目コード及びコード値は図表 69・70）

運用ルールは以下のとおりである。

- ・任意事項であり、すべての保険者で実施する必要はない。なお、当該本人と直接面接等により、医療保険者の医師・保健師・管理栄養士・看護師の専門職が再確認を行うこととなるので、医療保険者に専門職が存在しない場合は実施できない。
 - ・利用券を用いて特定保健指導を実施している場合には、利用券交付日前までに、医療保険者において確認していること。
 - ・利用券を用いていない場合には、特定保健指導の初回面接前までに、医療保険者に

において確認をしていること。

- ・医療保険者において、服薬を確認できた服薬コードのみを Entry として出現させ、出現させるのは確認ができたコードのみとすること。
- ・医療保険者の専門職による再確認により服薬が明らかとなった場合、集計情報ファイルにおいて反映させること。(反映の方法は図表 70 のとおり)
- ・再確認により服薬が明らかとなった場合、健診機関から報告された保健指導レベル判定結果と異なるが、医療保険者による修正(「情報提供」への変更)は行わない。

図表 69:コード

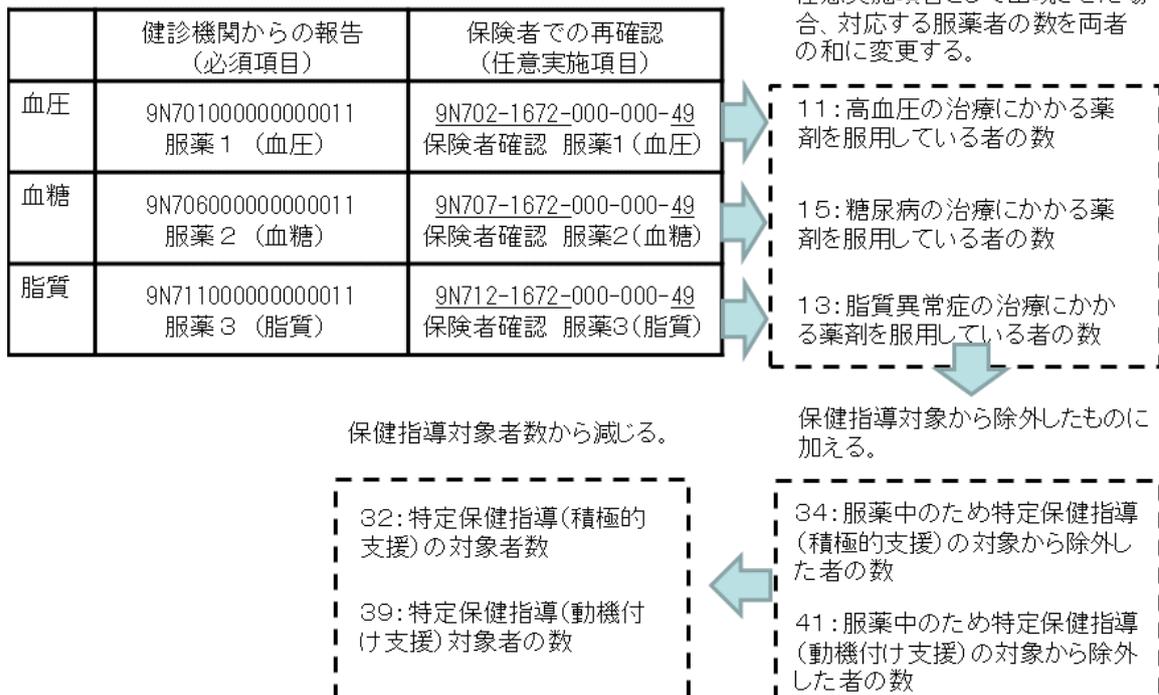
検査項目コード	名称	コード値
9N702-1672-000-000-49	保険者再確認 服薬 1 (血圧)	表〇〇参照
9N707-1672-000-000-49	保険者再確認 服薬 2 (血糖)	表〇〇参照
9N712-1672-000-000-49	保険者再確認 服薬 3 (脂質)	表〇〇参照

図表 70:コード

コード名	コード	内容
再確認者コード	1	医師が本人との面談等にて確認
	2	保健師が本人との面談等にて確認
	3	管理栄養士が本人との面談等にて確認
	4	看護師が本人との面談等にて確認

図表 71:反映の方法

JLAC10コードは仮置きのもの。ハイフンは視認性のために入れたものである。2回目の問診のため、分析物コードレベルで番号変更を依頼している。



11. 後期高齢者支援金

11-1 基本的な仕組み

11-1-1 後期高齢者支援金とは

平成 20 年度から 75 歳以上の方などを対象とした「後期高齢者医療制度」が創設されている。(都道府県ごとに後期高齢者医療広域連合を設立)。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されており、これを後期高齢者支援金という。

11-1-2 加算・減算の考え方

①基本的な考え方

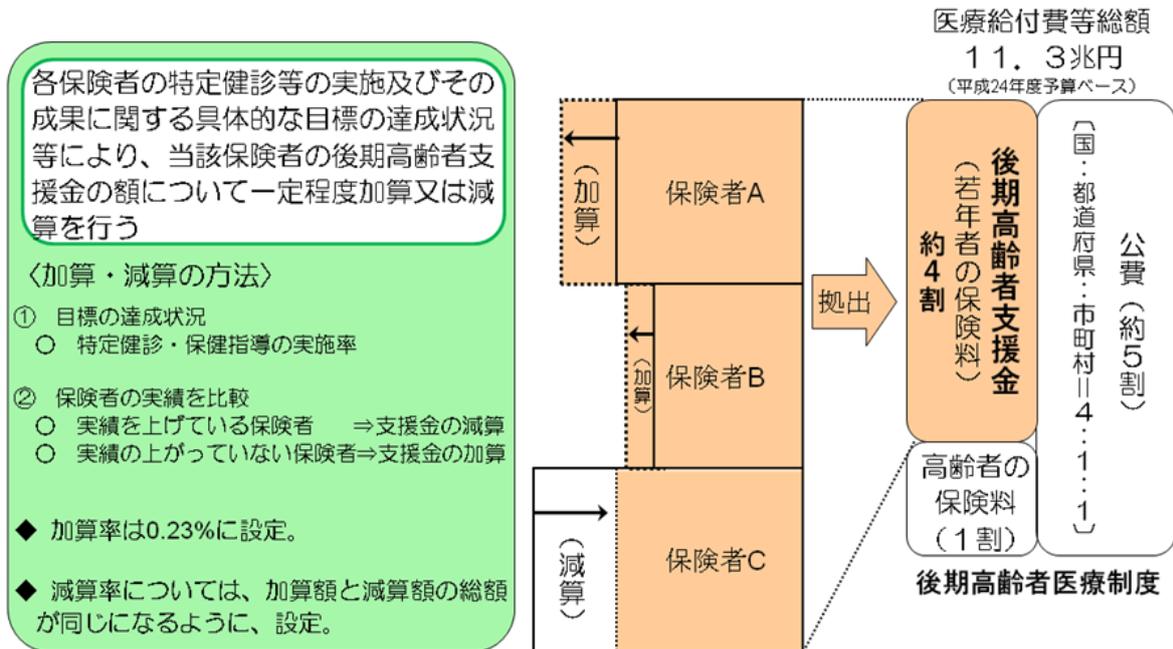
医療保険者が納付する後期高齢者支援金については、国が「特定健康診査等基本指針」で示す「特定健康診査等の実施及びその成果に係る目標に関する基本的な事項」、及び医療保険者が「特定健康診査等実施計画」で定める「特定健康診査等の実施及びその成果に関する具体的な目標」の達成状況を勘案して、±10%の範囲内で政令で定める方法により、加算・減算等の調整を行うこととされている(法第 120 条第 2 項・第 121 条第 2 項)。

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)。なお、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 で算定することとされていた。

②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 72: 後期高齢者支援金の加算・減算の仕組み



11-1-3 支援金の加算・減算の実施状況

平成25年度支援金の加算減算は、平成24年度における特定健康診査実施率及び特定保健指導実施率に基づき、平成25年度の確定後後期高齢者支援金の算定に際して平成27年度に実施することとなる。

詳細については、通知*「後期高齢者支援金の加算・減算制度の実施について（平成25年4月1日 保発0401第10号）」にて示している。

具体的な加算・減算の方法は以下のとおりである。

確定後期高齢者支援金調整率は、保険者を特定健康診査等の実施状況を基に、次の3つの区分に応じ定める率とする。

(1) 加算対象保険者

支援金調整率は、百分の百・二三とする。

加算対象保険者は、前年度における特定健康診査の実施率又は特定保健指導の実施率が千分の一に満たない保険者とする。

ただし、次の(ア)から(ウ)までの基準に該当すると厚生労働大臣が認めた保険者は、加算対象保険者から除くこととする。なお、当該判断は、保険者の申出に基づき行われるものであることから、保険者は次の(1)から(3)までの基準に該当すると見込まれるときは、速やかに、(遅くとも実施年度の翌々年度の10月までに)、書類等を添えて厚生労働大臣に対し申し出ることが必要である。

(ア) 災害その他の特別な事情が生じたことにより、前年度に、特定健康診査又は特定保

* 「後期高齢者支援金の加算・減算制度の実施について（平成25年4月1日 保発0401第10号）」 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/info03j.html>

健指導を実施できなかったこと。

- (イ) ①特定健康診査等の対象者の数が千人未満の保険者であって、②特定健康診査等の実施体制その他の事項について厚生労働大臣が定める基準を満たし、③同年度の特定健康診査の実施率が、同年度において、次の保険者の種類に応じ、保険者の種類における平均値以上であること。

保険者の種類	平均値
加入者の数が五千人未満の市町村	加入者の数が五千人未満の全ての市町村に係る特定健康診査の実施率の平均値
加入者の数が五千人以上十万人未満の市町村	加入者の数が五千人以上十万人未満の全ての市町村に係る特定健康診査の実施率の平均値
加入者の数が十万人以上の市町村、健康保険の保険者（全国健康保険協会に限る。以下同じ。）又は船員保険の保険者	加入者の数が十万人以上の全ての市町村、健康保険の保険者及び船員保険の保険者に係る特定健康診査の実施率の平均値
国民健康保険組合	全ての国民健康保険組合に係る特定健康診査の実施率の平均値
単一型健康保険組合（健康保険法（大正11年法律第70号）第11条第1項の規定により設立されたものをいう。）	全ての単一型健康保険組合に係る特定健康診査の実施率の平均値
総合型健康保険組合（健康保険法第11条第2項の規定により設立されたものをいう。）又は日本私立学校振興・共済事業団	全ての総合型健康保険組合及び日本私立学校振興・共済事業団に係る特定健康診査の実施率の平均値
共済組合	全ての共済組合に係る特定健康診査の実施率の平均値

- (ウ) (ア) 及び (イ) のほか前年度に特定健康診査等を実施した保険者において、当該保険者の責めに帰することができない事由があったこと。当該保険者の責めに帰することができない事由とは、具体的には、システムの故障等を理由として、社会保険診療報酬支払基金に特定健康診査等の実施率の報告ができない場合等であること。

(2) 減算対象保険者

支援金調整率は、加算対象保険者が加算される額と減算対象保険者が減算される額が同額となるよう算定した率

減算対象保険者とは、次の（ア）及び（イ）の基準に該当する保険者とする。

（ア） 前年度における特定健康診査の実施率が、次の表に掲げる保険者の種類に応じ、保険者の実施率以上であること。

保険者の種類	実施率
市町村	百分の六十五
健康保険の保険者、船員保険の保険者、国民健康保険組合及び総合型健康保険組合	百分の七十
単一型健康保険組合、日本私立学校振興・共済事業団及び共済組合	百分の八十（四十歳以上の加入者に占める被扶養者の割合が百分の二十五を超える保険者にあつては、百分の八十五に一から被扶養者率を減じた数を乗じた数と百分の六十五に被扶養者率を乗じた数を合計した数）

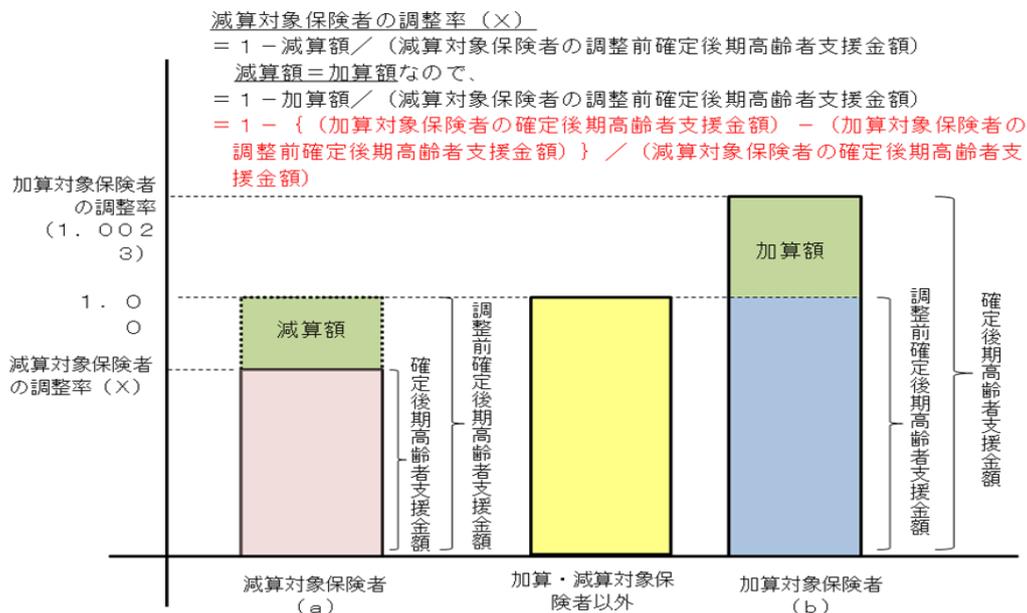
（イ） 前年度における特定保健指導の実施率が百分の四十五以上であること。

（3） 加算対象保険者または減算対象保険者以外の保険者

加算対象保険者または、減算対象保険者以外の保険者の支援金調整率は、百分の百とする。

厚生労働大臣は保険者が加算対象保険者及び減算対象保険者に該当すると見込まれる場合、保険者へ通知を行うものとし、必要と認められる場合、保険者に、特定健康診査等の実施率の確認を行うものとする。また、国は、保険者が加算対象保険者及び減算対象保険者に決定した場合についても、特定健康診査等の実施年度の翌々年度の11月までに、通知を行うものとする。

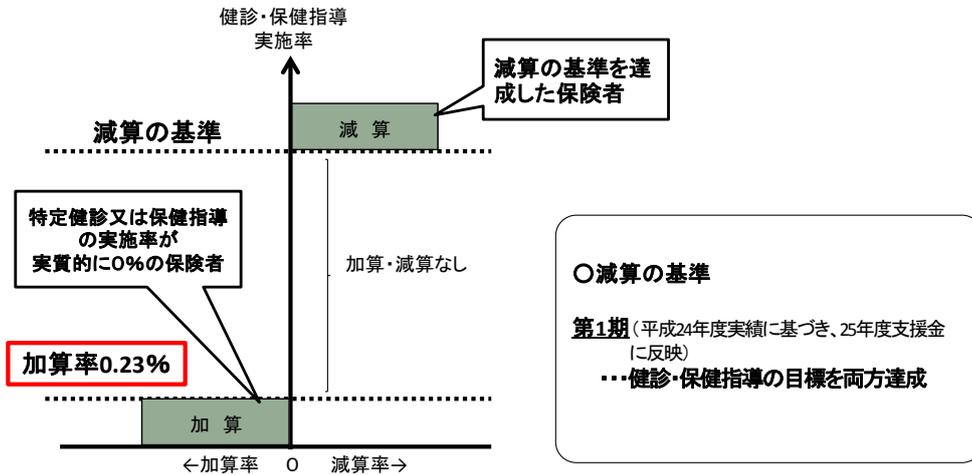
図表 73: 加算・減算のイメージ図



図表 74:平成25年度後期高齢者支援金の加算・減算の実施について

後期高齢者支援金の加算・減算の実施について

- 後期高齢者支援金の加算・減算は、75歳以上の高齢者の医療費の適正化に資する、保険者による生活習慣病予防のための取組み(特定健診及び保健指導)の状況进行评估するためのもの。
- 後期高齢者制度見直し時に改めて検討することを前提に、現行法の加算・減算制度を平成25年度から実施。
 - ・ 加算額を基に減算、保健指導実施率が実質的に0%の保険者に対し加算
 - ・ 第1期は、特定健診・保健指導の目標(参酌標準)を両方達成した保険者に対し減算
 - ・ 実施は平成25年度支援金の精算時(平成27年度)から



② 平成26年度支援金の以降の取扱い

平成26年度以降の支援金に係る加算・減算については、平成25年度に関係省令等の整備を行う予定である。

なお、具体的な変更点としては、減算対象保険者の要件が平成26年度支援金から変更になる予定である。