

医療費適正化計画担当者説明会 (特定健診・特定保健指導)

平成24年8月6日

厚生労働省保険局総務課
医療費適正化対策推進室

1. 制度導入の考え方と仕組み
2. 特定健診・保健指導の実施状況
3. 第2期に向けた特定健診・保健指導のあり方の見直し
 - (1) 保険者による検討会の開催経緯
 - (2) 特定健診・特定保健指導の枠組みについて
 - (3) 第2期における目標について
 - (4) 特定健診・保健指導の実施率向上について
 - (5) 特定保健指導の実施方法の改善について
 - (6) 後期高齢者支援金の加算・減算制度について
 - (7) 治療中の者に対する保健指導について
 - (8) HbA1cの表記見直しへの対応について
4. 特定健診・保健指導の効果の検証

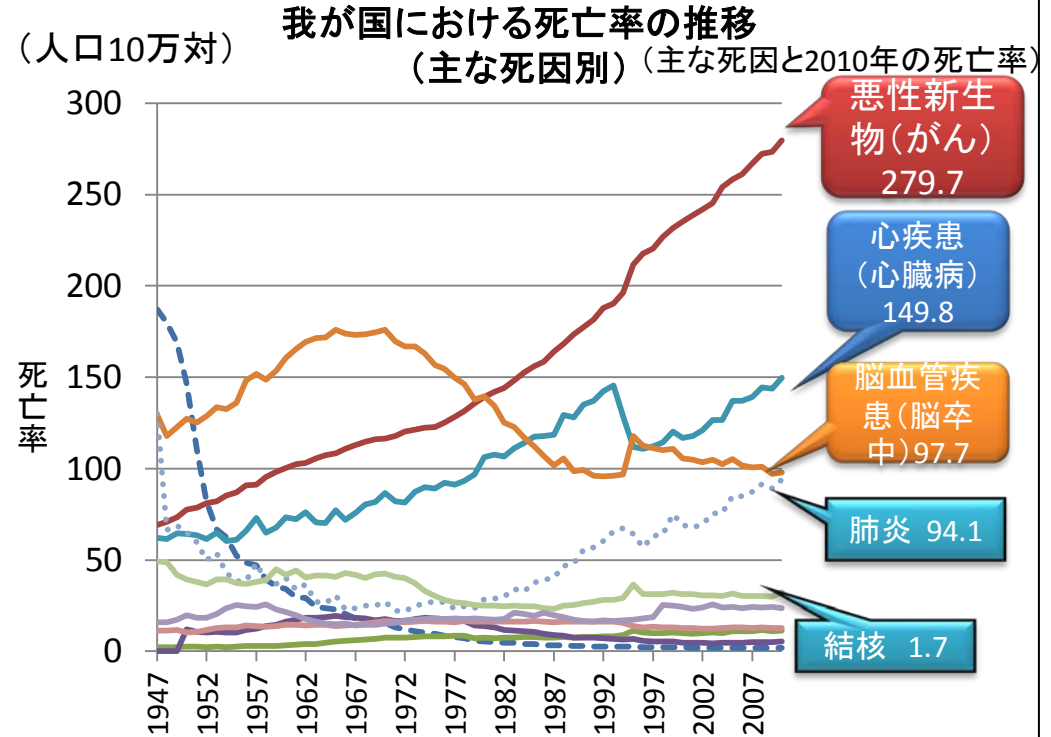
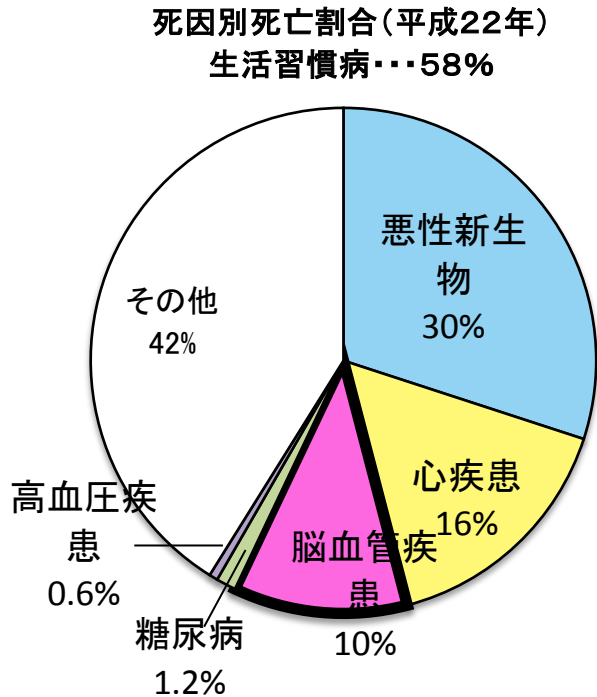
1. 制度導入の考え方と仕組み

生活習慣病対策について

制度導入時の考え方

生活習慣病は死亡割合の約6割を占めている。

我が国の疾病構造は感染症から生活習慣病へと変化。



※ 生活習慣病に係る医療費は、一般診療医療費(26.7兆円)の約3割(8.6兆円)を占める(平成21年度)。

総合的な生活習慣病対策の実施が急務

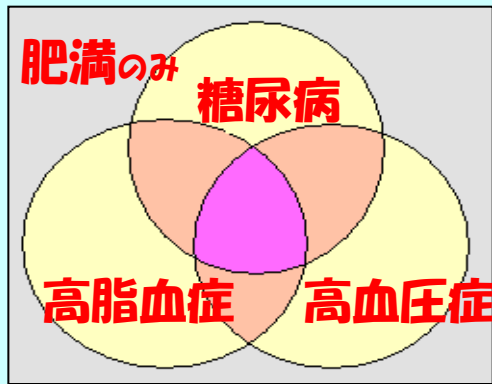
→ 短期的な効果は必ずしも大きくないが、中長期的には、健康寿命の延伸、医療費の適正化等への重要なカギとなる。

医療制度改革において、生活習慣病予防の観点から、メタボリックシンドロームの概念を踏まえた、医療保険者による健康診査や保健指導を導入(平成20年度より実施)

内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）を 標的とした対策が有効と考えられる3つの根拠

第1の根拠

肥満者の多くが複数の危険因子を併せ持っている

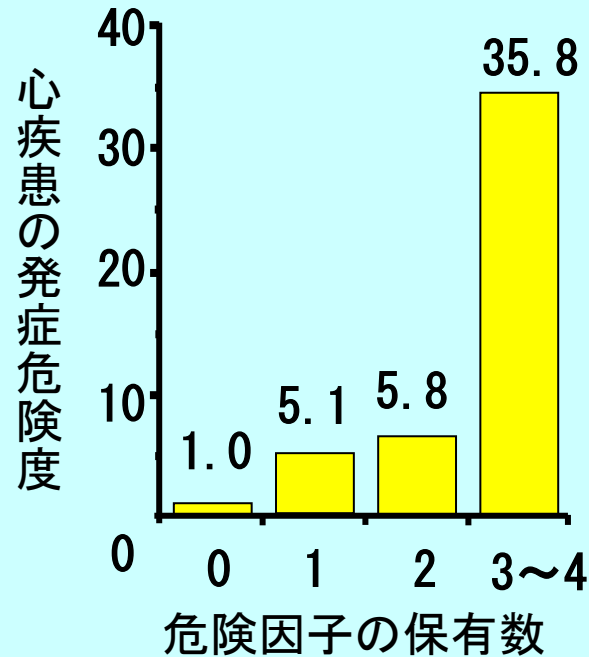


肥満のみ 約20%
いずれか1疾患有病 約47%
いずれか2疾患有病 約28%
3疾患すべて有病 約5%

平成14年度糖尿病実態調査を再集計

第2の根拠

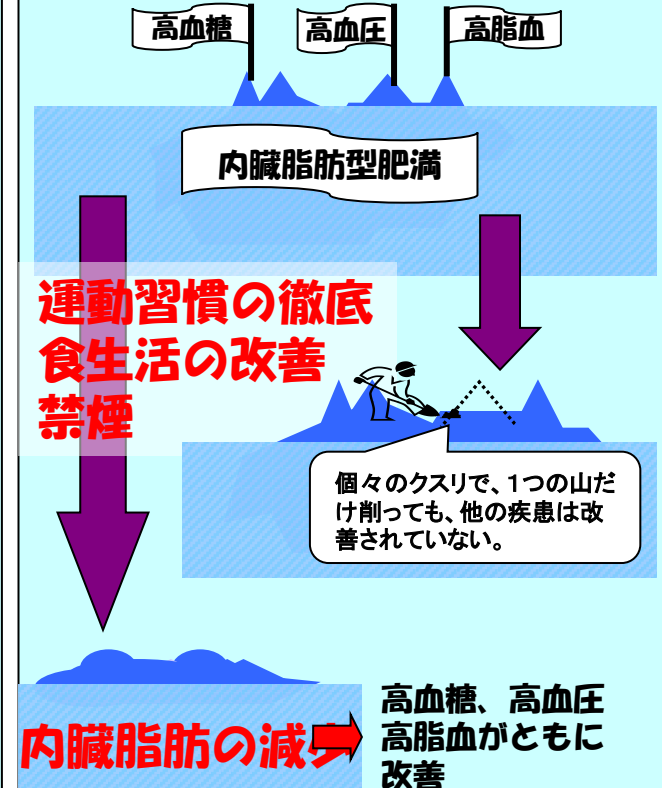
危険因子が重なるほど脳卒中、心疾患を発症する危険が増大する



労働省作業関連疾患総合対策研究班調査
Nakamura et al. jpn Cric J, 65: 11, 2001

第3の根拠

生活習慣を変え、内臓脂肪を減らすことで危険因子のすべてが改善



特定健康診査・特定保健指導の概要

基本的な考え方

- 内臓脂肪型肥満(メタボリックシンドローム)に着目した健診及び保健指導を医療保険者に行わせることにより、生活習慣病の予防及び医療費の適正化を目指す。

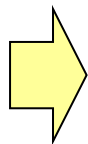
主な内容

- 医療保険者は、40歳以上74歳以下の被保険者・被扶養者に対して特定健診を実施。
- 健診の結果、一定の基準に当てはまる者に対して特定保健指導を実施。
【一定の基準】：腹囲が基準以上（男性85cm、女性90cm）でかつ、血糖・血圧・脂質の検査値が基準に当てはまる者（リスクの程度によって指導内容が変化（喫煙者は指導レベル上昇））
- 平成25年度より、医療保険者ごとの達成状況に応じ、後期高齢者支援金の加算・減算を行う。
 - ・特定健康診査の実施率(24年度の目標値:70%)
 - ・特定保健指導の実施率(24年度の目標値:45%)
 - ・H20と比べたH24時点でのメタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率(24年度の目標値:10%)

(参考)特定健診・保健指導の実績

	20年度	21年度	22年度(速報値)
特定健診の実施率	38.9%	41.3%	43.3%
特定保健指導実施率	7.7%	12.3%	13.7%

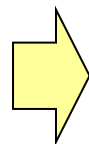
医療保険者に特定健康診査の実施を義務付け



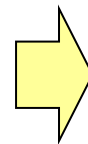
一定の基準に該当する者



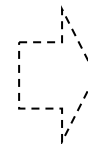
医療保険者に特定保健指導の実施を義務付け



生活習慣病のリスク要因の減少



生活習慣病に起因する医療費の減少



後期高齢者医療支援金の加算・減算

2. 特定健診・保健指導の実施状況

平成22年度特定健診・特定保健指導の実施状況(速報値)

○平成22年度の特定健診・特定保健指導の実施状況について、保険者から社会保険診療報酬支払基金への申告値をとりまとめたもの。

○集計対象

報告保険者:3,432保険者(報告対象:3,433保険者)

●特定健康診査の実施率(速報値)

対象者数	受診者数	特定健康診査実施率
52,191,043	22,586,005	43.3%

●特定保健指導の対象者の割合及び特定保健指導実施率(速報値)

	人数	割合・実施率
特定保健指導の対象者	4,062,881	18.0%
特定保健指導の終了者	555,921	13.7%

特定健診・特定保健指導の実施状況（保険者別年次推移）

●特定健康診査の保険者種類別の実施率

	全 体	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会	船員保険	組合健保	共済組合
平成22年度 （速報値）	43.3%	32.0%	38.6%	34.5%	34.7%	67.6%	70.9%
平成21年度 （確報値）	41.3%	31.4%	36.1%	31.3%	32.1%	65.0%	68.1%
平成20年度 （確報値）	38.9%	30.9%	31.8%	30.1%	22.8%	59.5%	59.9%

●特定保健指導の保険者種類別の実施率

	全 体	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会	船員保険	組合健保	共済組合
平成22年度 （速報値）	13.7%	20.9%	7.7%	7.3%	6.6%	14.8%	10.4%
平成21年度 （確報値）	12.3%	19.5%	5.5%	7.3%	5.8%	12.2%	7.9%
平成20年度 （確定値）	7.7%	14.1%	2.4%	3.1%	6.6%	6.8%	4.2%

平成22年度特定健診・特定保健指導の実施状況(速報値)

●内臓脂肪症候群該当者及び予備群の割合

	人数	割合
平成22年度(速報値)	5,963,011	26.4%
平成21年度(確報値)	5,757,451	26.7%
平成20年度(確定値)	5,418,272	26.8%

※ 内臓脂肪症候群該当者:内臓脂肪の蓄積(腹囲測定等)に加え、血中脂質、血圧、血糖の基準のうち、2つ以上に該当する者。

※ 内臓脂肪症候群予備群:内臓脂肪の蓄積(腹囲測定等)に加え、血中脂質、血圧、血糖の基準の1つに該当する者。

●薬剤を服用している者の割合(重複あり)

	人数	割合
高血圧症の治療に係る薬剤を服用している者	4,423,984	19.6%
脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者	2,605,273	11.5%
糖尿病の治療に係る薬剤を服用している者	970,326	4.2%

特定健診・特定保健指導の実施状況の中間評価①

保険者の取組の調査

- 特定健診の実施率の高い「上位保険者」とその他の保険者とを比較し、取り組みに顕著な差があった事項を調査。
- 健保組合においては、健診実施率80%以上とした保険者を、市町村国保においては、50%以上とした保険者を上位保険者とした。

結果概要

上位保険者では、以下の取組を行っている割合が、その他の保険者よりも大きかった。

健保組合

- ①個別契約の締結
- ②がん検診との同時実施
- ③被扶養者に対する健診の実施期間を一定期間に限定して実施
- ④未受診者への受診勧奨
- ⑤未受診者に対する理由把握等の取組
- ⑥被扶養者の受診率向上のために独自の取組の実施

市町村国保

- ①一定期間に限った(3ヶ月未満)集団健診の実施
- ②がん検診や肝炎ウィルス検診との同時実施
- ③機会を捉えた個別通知の実施
- ④地域人材(保健指導員、食生活改善推進員等)の活用
- ⑤受診率向上のための独自の取組の実施
- ⑥服薬治療中の者への保健指導の実施

※特定健診実施率上位保険者(190)の9割は対象者5,000人未満の小規模保険者(153)が占めている。

特定健診・特定保健指導の実施状況の中間評価②

保険者の取組状況の評価

保険者の取組状況の評価から上位保険者の行っている取組をまとめると以下のとおり。

①がん検診等との同時実施（健保組合・市町村国保共通）

調査結果によれば、健保組合及び市町村国保に共通して、がん検診等と特定健診を同時実施を行っている保険者の受診率が高い傾向にある。

②健診期間の実施時期（健保組合・市町村国保共通）

健保組合（被扶養者分）では、健診期間を一年を通して設定せず、一定期間に限定している保険者の受診率が高い傾向にある。また、市町村国保では、上位被保険者の多くは3ヶ月未満の一定期間で実施している。

③被扶養者への対応（健保組合）

健保組合においては、特に被扶養者が特定健診を受診する際に、受診期間を定めて集中的に勧奨を実施する、被扶養者の受診率向上のために独自の取組を行っているといった、被扶養者に対してきめ細かい対応をとっている保険者の受診率が高い傾向にある。

④保険者毎の独自の取組（市町村国保）

市町村国保においては、地域人材（保健指導員、食生活改善推進員等）の活用、服薬治療中の者への保健指導などの独自の取組を行っている保険者の受診率が高い傾向にある。

3. 第2期に向けた特定健診・特定保健指導の あり方の見直し

(1) 保険者による検討会の開催経緯

保険者による健診・保健指導等に関する検討会について

○位置づけ

医療保険者における特定健康診査及び特定保健指導の提供方法等の今後のあり方について、今までの実績等を踏まえて検討を行うため、関係者の参集を得て、厚生労働省保険局長が開催

○検討事項

- (1) 特定健診・保健指導の実施方法等について
- (2) 特定健診の健診項目及び特定保健指導の内容等について
- (3) 保険者における特定健診・特定保健指導への取組みの評価方法等について
- (4) その他特定健診・保健指導に関連する事項について

○構成員(敬称略、50音順)

飯山 幸夫	国民健康保険中央会理事	高橋 信雄	JFEスチール(株)安全衛生部長
伊藤 彰久	日本労働組合総連合会生活福祉局次長	◎多田羅 浩三	(財)日本公衆衛生協会理事長
今村 聡	日本医師会副会長	津下 一代	あいち健康の森健康科学総合センターセンター長
岡崎 誠也	全国市長会国民健康保険対策特別委員長	中島 次男	地方公務員共済組合協議会事務局長
貝谷 伸	全国健康保険協会理事	中村 嘉昭	全国国民健康保険組合協会常務理事
北潟 繁一	日本私立学校振興・共済事業団理事	山門 實	日本人間ドック学会理事
草間 朋子	日本看護協会副会長	横尾 俊彦	全国後期高齢者医療広域連合協議会会長
小松 龍史	日本栄養士会常務理事	吉岡 清八郎	共済組合連盟常務理事
齋藤 正寧	全国町村会行政部会長	吉田 勝美	日本総合健診医学会副理事長
白川 修二	健康保険組合連合会専務理事		

◎ 座長

※構成員は、平成24年6月18日現在

○開催経緯

平成23年4月に第1回検討会を開催し、以降、24年7月のとりまとめまでに、10回開催。

保険者による健診・保健指導等に関する検討会とりまとめ（平成24年7月）の概要

基本的な方向性

- 第二期特定健診等実施計画の期間においては、特定健診・保健指導の枠組みを維持
- 国及び保険者において、特定健診・保健指導の実施率向上に取り組む
- エビデンス(科学的根拠)を蓄積し、効果の検証に取り組む。必要に応じ、運用の改善や制度的な見直しを検討

1. 特定健診・保健指導の枠組み

- 内臓脂肪型肥満に着目した現行の特定保健指導対象者の選定基準を維持
- 非肥満でリスクがある者に対する保健指導の標準的方法、医療機関への受診勧奨等を周知
- 血清クレアチニン検査を特定健診の項目に加えるか否かについては、内臓脂肪型肥満との関連や事業主健診での対応状況等を踏まえ、平成30年度に向けて改めて検討

4. 特定保健指導の実施方法

- ポイント制の要件緩和
- 初回面接者と6か月後評価者について、同一人要件を同一機関内では緩和
- 直営では、2年目の特定保健指導を柔軟化
- 集合契約において健診受診日の保健指導開始を可能に
- 労働安全衛生法の保健指導との一体的実施

2. 第2期における目標(平成29年度)

保険者種別	全国目標	市町村国保	国保組合	協会けんぽ	単一健保	総合健保	共済組合
特定健診実施率	70%	60%	70%	65%	90%	85%	90%
特定保健指導実施率	45%	60%	30%	30%	60%	30%	40%

- メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率(全国目標) 平成20年度比25%

5. 後期高齢者支援金の加算・減算

- 高齢者医療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年度から施行する場合の実施方法
 - ・保険者種別ごとに実施率を調整
 - ・加算額を基に減算、保健指導実施率が実質的に0%の保険者に加算(災害等の適用除外あり)、加算率は0.23%
 - ・第1期は、特定健診と特定保健指導の参酌標準(目標)を両方達成した保険者を減算
 - ・第2期は、調整後で上位1~2%程度の保険者を減算
 - ・実施は平成25年度支援金の精算時(平成27年度)から

3. 特定健診・保健指導の実施率向上

- より一層の啓発普及
- 健診未受診者に対する受診勧奨の徹底
- 被扶養者対策を市町村国保に委託する場合の円滑な費用決済・データ授受方法等について検討
- 保険者間のデータ受け渡し、診療情報の活用、事業主健診の受託機関から医療保険者への情報提供の促進について具体的方法を検討
- がん検診等との同時実施など自治体との連携推進策の検討、保険者協議会の機能の一層の発揮
- 継続受診促進と情報提供の充実、医療機関への適切な受診勧奨

6. その他

- 治療中の者の保健指導の好事例を周知
- HbA1cの表記見直しに対応
- 特定保健指導を担う人材の育成
- 看護師が特定保健指導を行うことができる暫定期間を29年度末まで延長
- 生活習慣病予防効果、医療費への効果についてエビデンス蓄積、検証成果の定期的・継続的公表

(2) 特定健診・特定保健指導の 枠組みについて

現行の腹囲基準値の考え方

現行の特定保健指導の対象者を抽出する基準値として、男性:85cm、女性:90cmの腹囲基準値が設定されている。この値は、8学会ガイドラインにおいて、過栄養による健康リスクが増加する腹腔内脂肪面積が男女とも100cm²以上であり、その内臓脂肪蓄積に対応する腹囲に基づき設定されたもの。

○「メタボリックシンドロームの定義と診断基準」(メタボリックシンドローム診断基準検討委員会 2005年4月) (抜粋)

内臓脂肪蓄積はメタボリックシンドロームの各コンポーネントと深いかわりがあり、腹腔内脂肪量が増加すると男女とも同様に過栄養による健康被害数が増加する(図1)ことが国内外の臨床研究によって実証されている。わが国での臨床研究診断基準に示されているごとく臍高レベル腹部CTスキャンによって判定した腹腔内脂肪面積100cm²以上が男女共通した内臓脂肪蓄積のカットオフ値である。

それに対応するウエスト周囲径が、男性559名、女性196名において検討され、男性85cm、女性90cmと設定された(図2)。

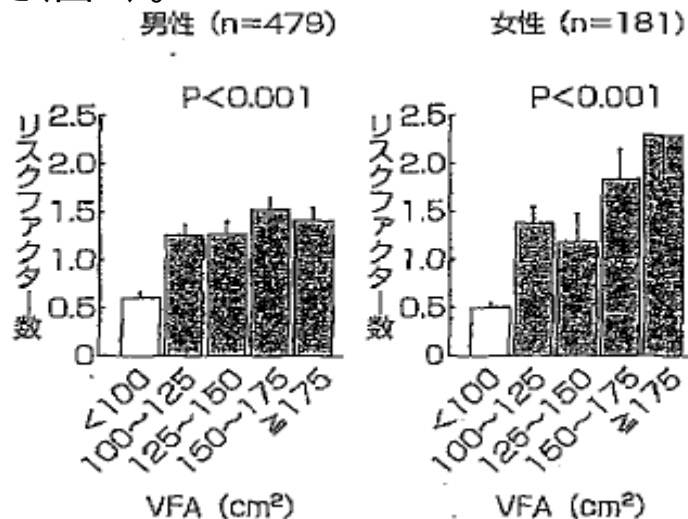


図1: 内臓脂肪面積とリスクファクター保有数の関係

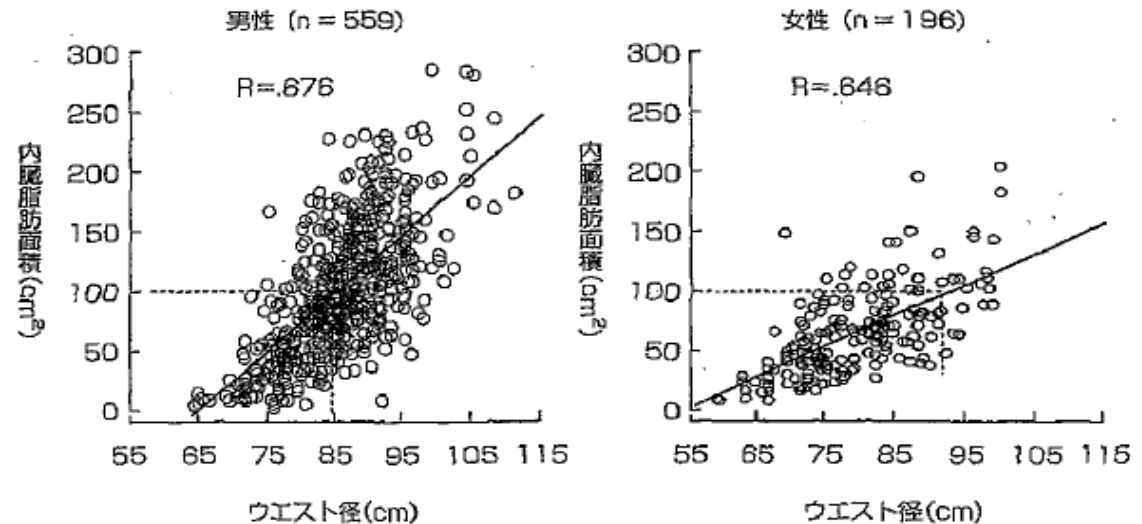


図2: 内臓脂肪面積とウエスト径の関係

現行の保健指導対象者の選定基準

1. 検査値により、保健指導判定値を超えている場合、以下の分類により、必要となる保健指導の種類が自動的に判定される。
2. 但し、必ずしも、自動判定の通りとなるのではなく、医師が全ての検査項目の結果から総合的に判断し、保健指導とすべきか、医療機関への受療とすべきかを判定する。
3. その上で、保健指導対象者となった者のリストから、医療保険者にて、リスト全員に実施するのか、優先順位をつけ(重点化)絞り込むかを判断し、最終決定した対象者に保健指導の案内(利用券の送付等)を行う。

＜保健指導判定値＞

- ①**血糖** a 空腹時血糖100mg/dl以上 又は b HbA1cの場合 5.2% 以上 又は c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
- ②**脂質** a 中性脂肪150mg/dl以上 又は b HDLコレステロール40mg/dl未満 又は c 薬剤治療を受けている場合 (質問票より)
- ③**血圧** a 収縮期血圧130mmHg以上 又は b 拡張期血圧85mmHg以上 又は c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
- ④**質問票** 喫煙歴あり (①から③のリスクが1つ以上の場合にのみカウント)

腹囲	追加リスク	④喫煙歴	対象	
	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	/	積極的 支援	動機付け 支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外で BMI ≥ 25	3つ該当	/	積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当	/		

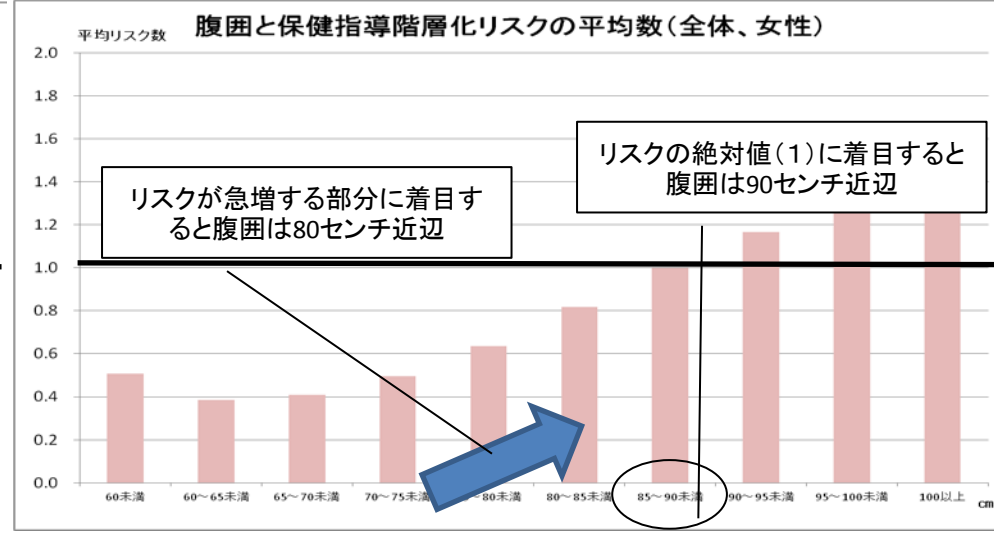
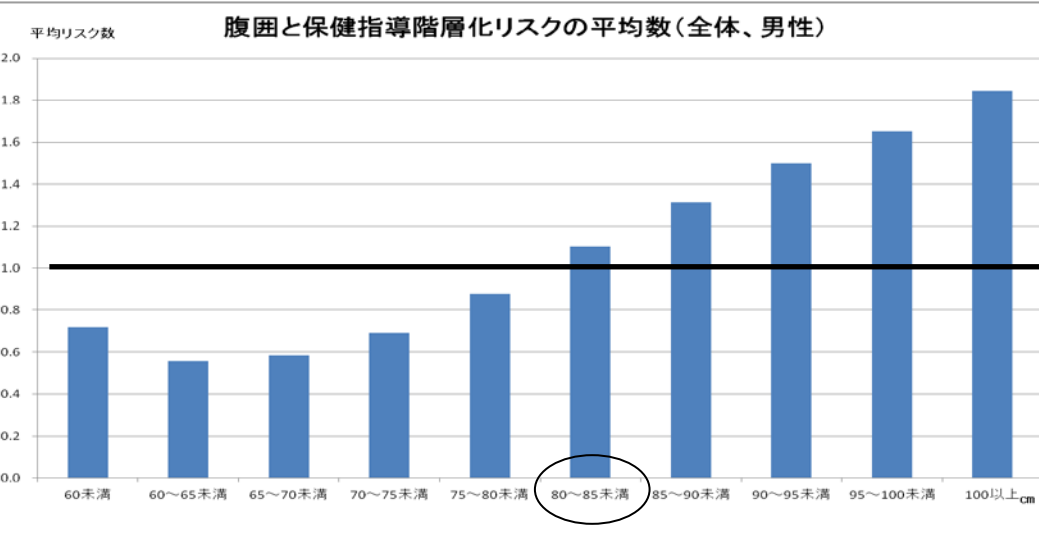
※1 服薬中の者については、医療保険者による特定保健指導の対象としない。
 ※2 前期高齢者(65歳以上75歳未満)については、積極的支援の対象となった場合でも動機づけ支援とする。
 (注) 斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する。 18

腹囲基準についての議論

- 平成21年度の実績で見た場合でも、男性:80~85cm、女性:85~90cmの腹囲の基準値については、男女とも血圧、血糖、脂質の各リスク数の平均数が1近辺となっている。
- カットオフ値について、リスク数の絶対値に着目した場合(絶対的リスク)、女性の腹囲は現行基準の90センチ近辺となるが、リスク数が相対的に急激に増える部分をとらえようとする場合(相対的リスク)には、女性の腹囲基準は80センチ近辺となる、との議論があった。

男性(対象人数:約1,175万人)

女性(対象人数:約952万人)



平成21年度特定健康診査結果(出典:レセプト情報・特定健康診査等データ)

科学的な見地からの検討を行った「健診・保健指導の在り方に関する検討会」(厚生労働省健康局)において、腹囲基準を含めた現行制度の在り方について議論するために、まずはエビデンス(科学的根拠)の蓄積等を行うこととされた。

第2期の方針

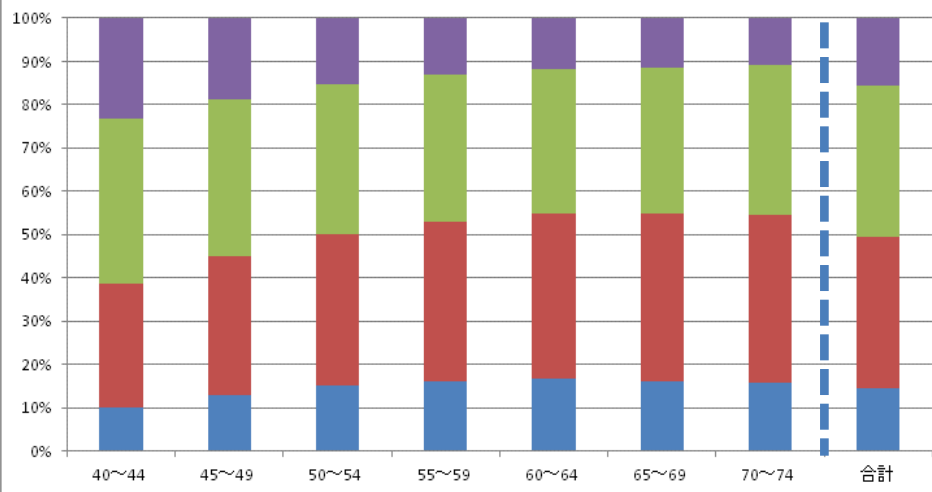
- 腹囲を、特定保健指導対象者選定の第一基準とすることの適否については、別途、科学的な見地からの検討を待った上で、改めて検討。
- 第2期においては、保険者による特定健診・保健指導としては、生活習慣病の要因としての内臓脂肪型肥満に着目した現行の特定保健指導対象者選定の基準を維持。

非肥満のリスク保有者について

- 非肥満でリスク(血圧、血糖及び脂質が基準値を超えていること並びに喫煙歴があること)がある者については、特定保健指導とはしないものの、保健指導の標準的な方法や医療機関への受診勧奨などの望ましい措置について記載される見込みである「標準的な健診・保健指導プログラム」の内容について関係者に周知。

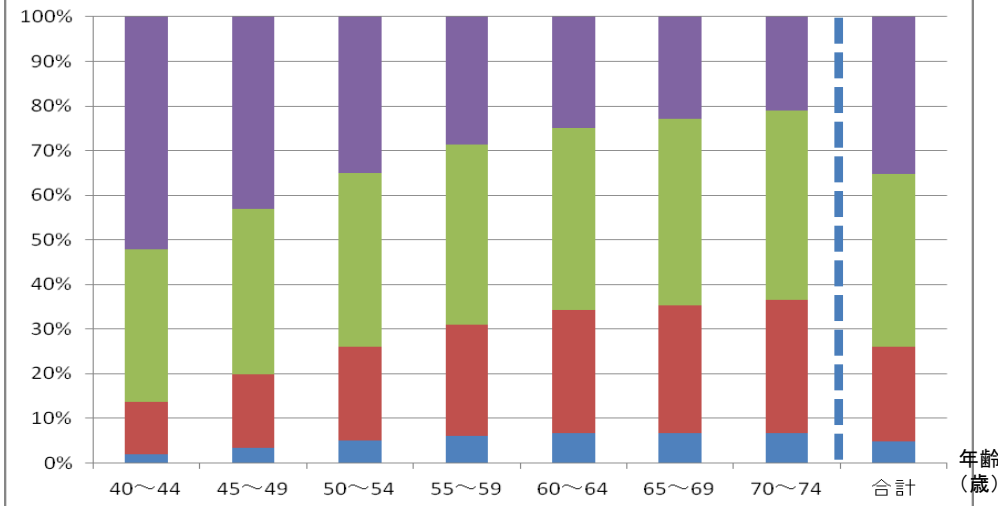
男性・腹囲該当

■3つ該当 ■2つ該当 ■1つ該当 ■該当無し



男性・腹囲非該当

■3つ該当 ■2つ該当 ■1つ該当 ■該当無し



「健診・保健指導の在り方に関する検討会」中間とりまとめ(抜粋)

〔表〕肥満、血糖、血圧、脂質の測定値および喫煙に応じた対応(案)

リスク	危険因子(肥満・血糖・血圧・脂質・喫煙)を評価する		
	肥満あり(※1)		肥満なし(※1、2)
	+リスク2つ以上(※2)	+リスク1つまで	——
Aゾーン		肥満改善, 生活習慣病予防に関する情報提供	一般的な健康づくり情報の情報提供
Bゾーン	特定保健指導<積極的支援>	特定保健指導<動機付け支援>	当該疾患についての情報提供
Cゾーン	特定保健指導<積極的支援> (6ヶ月評価時に該当項目について再確認が望ましい)	特定保健指導<動機づけ支援> (6ヶ月評価時に該当項目について再確認が望ましい)	当該疾患に関わる生活習慣改善指導(面接)、医療機関受診
Dゾーン	すぐに受診 または、医師と連携して特定保健指導<積極的支援>を実施後医療機関管理	確実な受診勧奨 または、医師の判断で積極的支援相当の保健指導をすることも可	確実な受診勧奨、 受診の確認、医療機関管理

Aゾーン: 今のところ異常なし

Bゾーン: 血糖正常高値・境界型、血圧正常高値。保健指導を実施する。

また、リスクが単独ではなく重積する場合など、より積極的な保健指導が必要とされる場合は、必要に応じてCゾーンと同様の対応を行う。

なお、以下の<学会基準等に基づく検査値分類> B'ゾーンはCゾーンと同様の対応を行う。

Cゾーン: 学会診断基準では「疾患」と判定されるが、比較的軽症であり、薬物療法よりも生活習慣改善を優先するもの。保健指導を積極的に行うべきである。

【方法①】 面接を伴う保健指導を3～6ヶ月実施したあと、該当項目について検査を行う。この評価で十分な改善が認められない場合、又は保健指導が実施できない場合には、医療機関による管理(受診勧奨)とする。

【方法②】 医療機関においては、生活習慣管理料、外来栄養食事指導料、集団栄養指導料を活用して、保険診療として生活習慣改善指導をする。

Dゾーン: 医療管理下におくことが必須なもの。

食事・運動療法も大切ではあるが、薬物治療を要すると考えられる状態。

原則として保険診療対象者であり、生活習慣管理料、外来栄養食事指導料、集団栄養指導料を活用する医師との連携のもと、保健指導機関において積極的支援を併用することが可能である。(ただし薬物治療中の場合には「特定保健指導」に該当しない。)

※1 腹囲が男性85cm、女性90cm未満の場合でも、BMIが25以上であれば肥満と判定される。この場合は、リスク3つ以上が表中の「腹囲+リスク2以上」、リスク1又は2が「腹囲+リスク1つまで」と同等の扱いになる。

※2 喫煙は独立した循環器疾患のリスク因子であるので、上記の表にかかわらず、禁煙指導については、別途保健指導を行うことが必要である。特定保健指導では、血圧、血糖、脂質のリスクの1つ以上ある場合にのみ、喫煙歴がカウントされる。

<学会基準等に基づく検査値分類>

1. 血圧

収縮期 拡張期	～129	130～ 139	140～ 159	160～
～84	A	B	C	D
85～89	B	B	C	D
90～99	C	C	C	D
100～	D	D	D	D

2. 血糖、HbA1c

	A	B	B'	C	D
FPG	～99	100～109	110～125		126～
HbA1c (%)	～5.1	5.2～5.5	5.6～6.0		6.1～

3. 脂質

	A	B	C	D
トリグリセライド	<150		150～299	≥300
LDL	120		140	(≥180)

※ あわせて、市町村、医療保険者、事業者等が特定保健指導非対象者への対応に取り組む場合に、根拠となる条文を参考として示す。

健診項目について

- CKD(慢性腎臓病)の病期の状況把握といった医学的な見地からなされた検討の結果は、血清クレアチニン検査を、健診項目として追加することが望ましいとの内容。
- 一方、保険者の事業としての観点からは、メタリックシンドロームとの関連性や特定保健指導による改善可能性、事業主健診に盛り込まれるか否か、といった点が課題として提示。
- 血清クレアチニン検査の有用性については、「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」等で周知を図るとともに、特定健診の項目に加えるか否かについては、上記の課題への対応状況を踏まえ、将来、第3期の計画期間の初年度である平成30年度に向けて、関係者との調整を行い、特定健診受診の翌年に受診した特定健診の詳細健診の項目とすることも含め、改めて検討。

<参考1> 健診・保健指導の在り方に関する検討会 中間とりまとめ(抜粋)

3 当面の対応

(5) 健診項目の見直しについて

- 特定健診の健診項目として、血清クレアチニン検査を追加することが望ましいとの結論に至ったことを踏まえ、どのような対応が可能か、今後、国において、特定健診の実施主体たる保険者などとの協議調整に努めることを求めるものとする。
- また、あわせて、尿蛋白に加えて血清クレアチニン検査を行うことによる心血管イベント抑制・人工透析低減・国民医療費抑制等の効果、血清クレアチニン検査における保健指導判定値、受診勧奨値、保健指導を行う上での留意点等、尿蛋白検査に係る受診勧奨値・保健指導値の設定の要否等についても更に検討していく。

<参考2> 労働安全衛生法における定期的健康診断等に関する検討会報告書(平成19年3月)(抜粋)

腎機能に関する健診項目は、現時点では尿蛋白のみとなっている。

血清クレアチニンは腎機能の低下に伴い上昇する検査項目であるが、近年腎機能低下の原因が、糖尿病によることが多くなってきており、人工透析の導入患者数でも糖尿病患者の割合が多くなってきている。また近年、慢性腎臓病(CKD)が重視され、脳・心臓疾患の予後規定因子として、その管理が重要とされている。しかし、血清クレアチニンは、腎機能が大きく低下した際に上昇するため、早期の腎機能異常の発見のためのスクリーニング検査としての位置づけが明確でない。このため、新たな健康診断項目として、すべての労働者に対して一律に実施する必要はないと考える。

特定健康診査と基本健康診査の健診項目の比較

			特定健康診査	老人保健事業における基本健康診査	特定健診と老健事業との比較
診察	計測	質問(問診)	○	○	
		身長	○	○	
		体重	○	○	
		肥満度・標準体重	○	○	
		腹囲	○		新規追加
	理学的所見(身体診察)	○	○		
	血圧	○	○		
脂質	総コレステロール			○	廃止
	中性脂肪	○	○	○	
	HDL-コレステロール	○	○	○	
	LDL-コレステロール	○	○		新規追加
肝機能	AST(GOT)	○	○	○	
	ALT(GTP)	○	○	○	
	γ-GT(γ-GTP)	○	○	○	
代謝系	空腹時血糖	■		○	
	尿糖	半定量	○	○	
	ヘモグロビンA1c	■		□	
血液一般	ヘマトクリット値	□		□	
	血色素測定	□		□	
	赤血球数	□		□	
尿 腎機能	尿蛋白	半定量	○	○	
	潜血			○	廃止
	血清クレアチニン			○	廃止
心機能	12誘導心電図	□		□	
眼底検査		□		□	

○: 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も可

(3) 第2期における目標について

第1期における特定健診・保健指導の目標（保険者別の参酌標準）

- 各保険者は、実施計画における平成24年度の目標値を、国の基本指針が示す参酌標準に即して設定。
- 毎年度の目標値は、各保険者がそれぞれの実情を踏まえて、円滑に平成24年の目標値に至るよう、設定。

項目	全国目標	参酌標準		設定理由等	
		単一健保 共済	被扶養者比率が 25%未満※		80%
①特定健康診査 の実施率	70%	総合健保 協会けんぽ 国保組合	被扶養者比率が 25%以上※	当該保険者の実際の 被保険者数・被扶養者 数で算出	被保険者分については、保険 者の種別で3区分し（被扶養者 は分けない）、それぞれの目標 実施率を各保険者における対 象者数（推計値）に乗じて（加重 平均値を基礎に）算定
			70%	65%	
		市町村国保	65%		
②特定保健指導 の実施率	45%	45%		健診の場合の事業主健診のよ うな実施率に影響する明確な要 因はない	
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	10%	10%		保健指導実施率の目標を一律 とすることとあわせ、保健指導 の成果である該当者及び予備 群の減少率も一律とするのが 合理的	

※単一健保・共済の中でも、被保険者・被扶養者の構成が平均的な割合と大きく異なる保険者（被扶養者比率の高い保険者）は、その比率に即した参酌標準とする。

第2期の全国目標

- 現在の特定健診・保健指導の実績を踏まえ、25年度からの29年度の次期計画期間の実施率の目標は特定健診・保健指導の実施率をそれぞれ70%、45%に維持する。
- この実施率の目標とこれまでの実績を踏まえ、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を再計算する。

<目標の考え方>

		第1期の目標	第2期の目標
項目		24年度 目標(※※)	29年度までの全国 目標
実施に関する 目標	①特定健診実施率	70%	70%
	②特定保健指導実施率	45%	45%
成果に関する 目標	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(※)	10% (20年度対比) (27年度に25%減少)	25% (20年度対比)

※ 第1期計画期間の「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」は、特定保健指導対象者の減少率を指していたが、29年度までの目標は、いわゆる内科系8学会の基準による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とする。

※※ 24年度の目標は、27年度に特定健診受診率80%、特定保健指導60%を達成する前提で計算したもの。

保険者の目標について

特定健診実施率

- 全国目標である70%の実施率を保険者全体で達成するために、各制度毎の保険者が、実績に比して等しく実施率を引き上げた場合の各制度毎の実施率を保険者種別毎の目標値とする。

※ ただし、特定健診の実施率は、受診を希望しない者がいることなども想定し、90%を上限として計算を行う。

特定保健指導実施率

- 全国目標である45%の実施率を保険者全体で達成するために、各制度毎の保険者が、実績に比して等しく実施率を引き上げた場合の各制度毎の実施率を保険者種別毎の目標値とする。

※ ただし、特定保健指導の実施率は、受診を希望しない者がいることなども想定し、60%を上限として計算を行う。

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

- 保険者毎の目標とはしないが、保険者の実績を検証するための指標として活用することを推奨。

※ 別途、医療費適正化計画における国・都道府県が達成すべき目標としては活用。

※ 第1期と異なり、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群は、特定保健指導対象者ではなく、内科系8学会が策定した基準に該当する者とする。

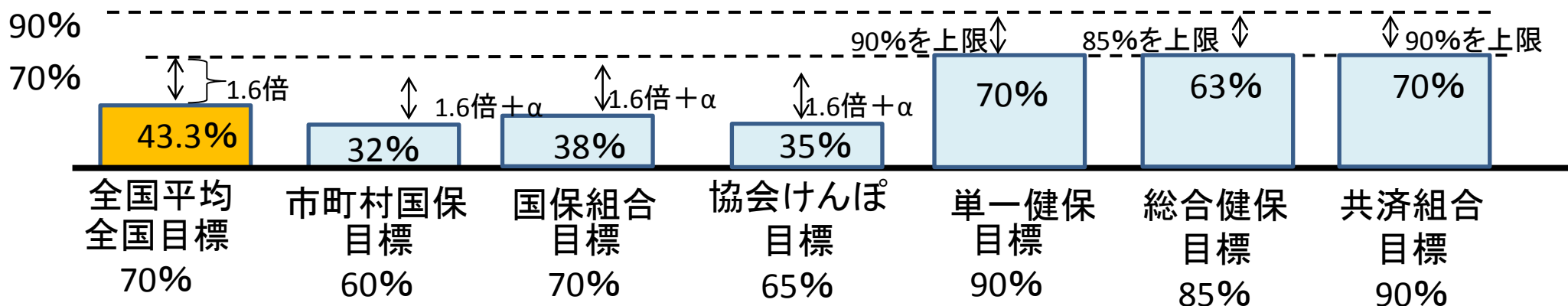
<保険者種別毎の目標>

保険者種別	全国目標	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会 (含む船保)	単一健保	総合健保	共済組合
特定健診 の実施率	70%	60%	70%	65%	90%	85%	90%
特定保健 指導の 実施率	45%	60%	30%	30%	60%	30%	40%

(参考) 特定健診・保健指導実施率の目標の設定方法

【特定健診実施率の目標】

- 保険者種別毎に実績に応じて、特定健診実施率を全国目標に向けて同程度に引き上げることとして計算。
- 特定健診の実施率については、90%を上限として、残余を他の保険者へ振り分け。ただし、この方法を単純にとる場合、90%上限となっていることから単一健保と総合健保が同様の目標値となるが、現状の実施状況の違いを考慮し、総合健保は85%を上限とする。



【特定保健指導実施率の目標】

- 特定保健指導実施率についても、保険者種別毎に実績に応じて全国目標に向けて同程度に引き上げることとして計算。
- ただし、特定保健指導の実施率については、60%を上限として、残余を他の保険者へ振り分け。

