

特定健康診査等実施計画作成の手引き (第4版)

2023年3月

厚生労働省保険局医療介護連携政策課
医療費適正化対策推進室

目 次

1. 特定健康診査等実施計画	1
1-1 特定健康診査等実施計画	1
1-2 計画作成に向けた整理	2
1-2-1 各保険者の特徴	2
1-2-2 第三期計画期間(2018年度～2023年度)における課題等	4
2. 目標	5
2-1 設定の前に考慮すべき事項	5
2-1-1 基本指針における目標値の把握	5
2-1-2 各保険者の事情等の考慮	5
2-2 目標値の設定	7
2-2-1 保険者としての目標値	7
3. 対象者数	8
3-1 特定健康診査、特定保健指導の対象者数の定義	8
3-2 対象者数の算定方法	8
3-2-1 特定健康診査	8
3-2-2 特定保健指導	9
3-2-3 各保険者の特徴や分布を反映したグループ別対象者数	10
4. 実施方法	11
4-1 基本事項	11
4-1-1 実施場所	11
4-1-2 実施項目	12
4-1-3 実施時期又は期間	13
4-1-4 外部委託の方法	13
4-1-5 周知や案内の方法	15
4-1-6 事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法	15
4-1-7 その他	15
4-2 特定保健指導対象者の重点化	16
4-2-1 重点化の考え方	16
4-2-2 実施計画への記載事項	17
4-3 年間スケジュール等	17
5. 個人情報の保護	18
5-1 記録の保存方法	18
5-2 保存体制、外部委託の有無	18
(参考)データの管理ルールの方策	18
6. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	20
6-1 特定健康診査等実施計画の公表方法	20
6-2 特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発の方法	20
7. 特定健康診査等実施計画の評価・見直し	21
7-1 特定健康診査等実施計画の評価方法	21
7-1-1 実施及び成果に係る目標の達成状況	21
7-1-2 評価方法	21
7-1-3 評価時期・年度の設定	24
7-2 特定健康診査等実施計画の見直しに関する考え方	25
8. その他事項(記載することが考えられる例)	26
8-1 事業主との連携	26
8-2 他の健診との連携	26
8-3 実施体制の確保	26

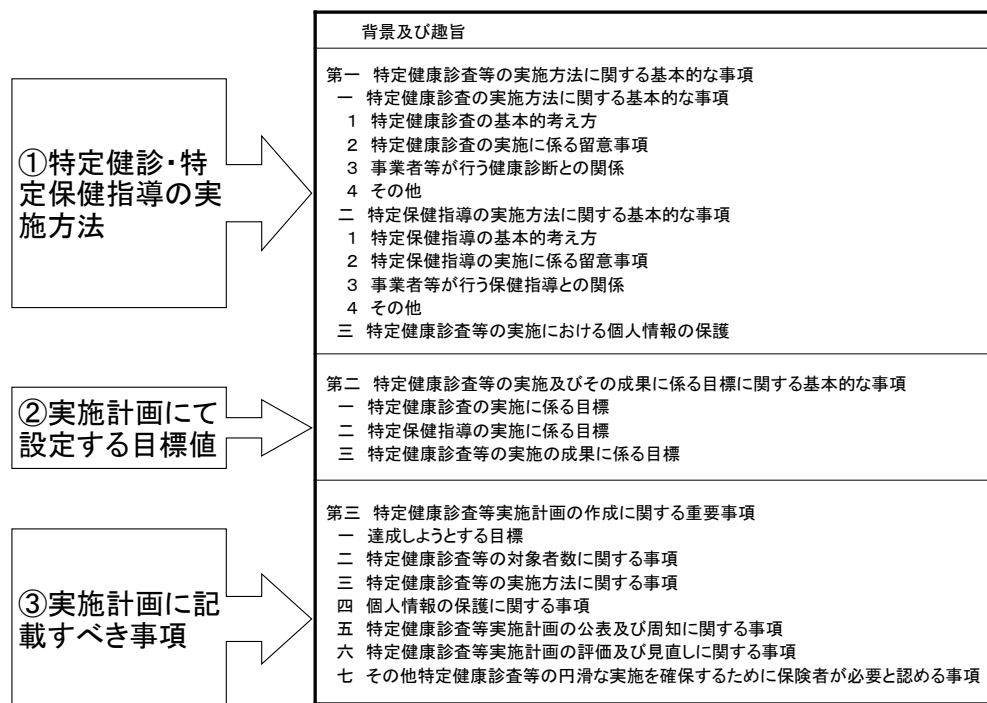
1. 特定健康診査等実施計画

1-1 特定健康診査等実施計画

保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条に基づき、特定健康診査等基本指針（以下「基本指針」）に即して、特定健康診査等実施計画（以下「実施計画」）を定める。実施計画に記載する内容は、基本指針第三に掲げる項目であり（図表 1）、本手引きでは「2. 目標」から「8. その他」までが該当する。これらの内容が記載されていれば章立てなどの構成は簡略化が可能であり、背景や序文等は記載しなくても差し支えない。

第一期及び第二期は 5 年を一期としていたが、医療費適正化計画が 6 年一期に改正されたことを踏まえ、第三期以降は実施計画も 6 年を一期として策定している。

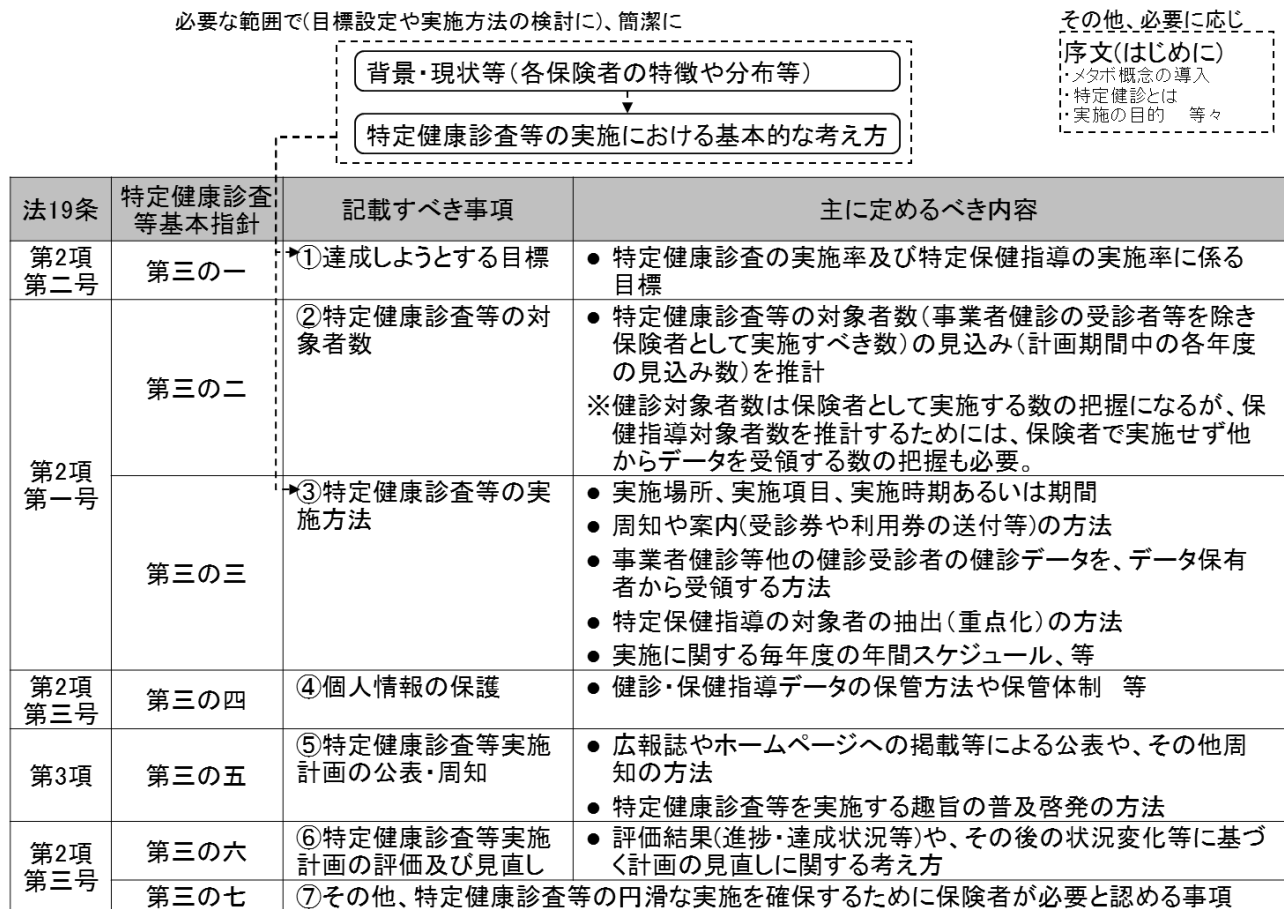
図表 1: 特定健康診査等基本指針の構成



実施計画は、保険者が特定健診・特定保健指導の実施に当たって、その規模、加入者の年齢構成、保健事業の体制・人材等のリソース、地域的条件等を考慮し、あらかじめ実施率目標や実施方法等を定めることで、事業を効率的・効果的に実施し、その実施状況の評価ができるよう、作成するものであり、必要事項を簡潔・明瞭に整理する。保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項に基づき、実施計画を公表する。

保険者では、実施計画とデータヘルス計画（医療保険各法により保健事業の実施等に関する指針に基づき作成する保健事業の実施計画）を一体的に作成できる。データヘルス計画の一部として実施計画を作成する場合、実施計画の該当箇所が分かるよう、章を分ける、該当箇所に印を付けるなど構成を工夫することで、データヘルス計画と一体的に公表する方法も可能である（実施計画の該当箇所のみ公表する方法でも差し支えない）。

図表 2: 特定健康診査等実施計画の構成



実施計画の作成に当たっては、以下の点に注意する。

- ①基本指針第三に掲げる項目に即し、簡潔に必要な事項はもれなく記載する。
- ②加入者の受療動向や医療費等の現状分析は、実施に必要な実態の把握に努め、必要かつ可能な範囲で行う。実施方法は、その内容に基づき、契約の準備や予算化等の具体的な作業が進められることになるので、作業に必要なかつ可能な範囲でもれなく記載する。
- ③実行性があり効果的な内容とするため、現場での実施を担う医師・保健師・管理栄養士等の専門家と、予算や契約等の実務を担う事務職員が連携・協力して作成する。作成段階での連携が困難な場合は、専門家と事務職員それぞれが内容を確認した上で確定する。

1-2 計画作成に向けた整理

保険者では、年齢構成の特徴、居住地の分布の偏り、加入者の就業率の高低等、現在の加入者の状況を踏まえ、特定健診・特定保健指導の実施方針を定める。

1-2-1 各保険者の特徴

保険者では、被保険者台帳を用いて、各年度の被保険者の性・年齢構成を集計し、対象者の特性を把握する。今後の加入者の性・年齢構成、特定保健指導対象者層の変化を検討する材料となるほか、特定保健指導の対象者数（健診受診者のうち何人が動機付け支援・

積極的支援の対象者となるか)の推計にあたって必要となる。年度内で(又はどの月に)どの程度の加入者の異動*1があるかも把握しておくこと、年度を通じ異動のない者(最終的な実施対象者*2)の推定、保健指導の必要な業務量の推計等に活用できる。加入者数や居住する地域を把握することで、地域ごとに必要な実施体制等を推計できる。

被保険者については、労働安全衛生法や学校保健安全法に基づく健康診断(以下「事業者健診」)の結果データを保険者が受領する必要があることから、働いているかどうかを把握することで、受領可能者数について把握する。

被扶養者(国保の場合は被保険者、国保組合は家族)については、事業者健診を受診しているケースがあり得ることに留意*3する(「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(以下「円滑な実施に向けた手引き」という)」を参照)。

保険者では、健康に関する特性・課題等を把握するため、どのような疾病でどの程度の医療費がかかっているか、医療費がかかっている人がどの程度発生しているのか、その中で生活習慣病に関連するものはどの程度であるのか、医療費データを用いて分析する。

保険者が、特定健診・特定保健指導の実施により、生活習慣病有病者の減少を図り、医療費の適正化を行っていくためには、1件当たり又は1人当たりの医療費の変化を把握しておくことも重要である。各保険者が保有するレセプト等の医療費データや疾病分類統計等が作成されている場合には、それらを利用する。

図表3：医療費レセプトデータ(1ヶ月分)を用いた加入者の性別医療費集計イメージの例

＜加入者全体の総額及び加入者1人あたり医療費／集計対象は年齢階層(5歳階級別)＞

主傷病		男性			女性			合計		
		総額	1人あたり	割合※1	総額	1人あたり	割合※1	総額	1人あたり	割合※1
医療費合計	合計			100.0%			100.0%			100.0%
	入院									
	入院外									
糖尿病※2	合計									
	入院									
	入院外									
その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	合計									
	入院									
	入院外									
...	合計									
	入院									
	入院外									

※1 割合は、医療費合計を100%とした場合。

※2 傷病としては、生活習慣病に関連があるものを選択する。標準的な健診・保健指導プログラムに記載された例としては、「糖尿病」、「高血圧症」、「脂質異常症」、「虚血性心疾患」、「脳卒中」、「人工透析を要する慢性腎不全」等の疾病ごとの分析を行うことが望ましい。

※3 上記の分析については、可能な限り複数年で状況を把握し、経年的な動向を分析することも求められる。

*1 除外規定(妊産婦その他の厚生労働大臣が定める者(刑務所入所中、海外在住、長期入院等告示で規定)は、上記対象者から除く(年度途中での妊娠・刑務所入所等は、異動者と同様に、対象者から除外))に該当する者を事前に推計することは困難。結果として除外できることになる。

*2 加入者のうち、特定健康診査の実施年度中に40～74歳となる者(実施年度中に75歳になる75歳未満の者も含む)で、かつ当該実施年度の一年間を通じて加入している者(年度途中での加入・脱退等異動のない者)

*3 ただし、事前把握は多くの場合困難であり、事後的にデータを集めることが想定される。

1-2-2 第三期計画期間(2018年度～2023年度^{1*})における課題等

第三期計画期間での実施状況やその評価を踏まえ、第四期の計画に反映させる。各保険者は、第三期計画に定めた評価方法に従い、第三期における特定健診・特定保健指導の実施状況や課題等を分析し記載する。評価方法の例としては、以下のようなものがある。

①特定健診・特定保健指導の実施率の分析

第三期計画期間における特定健診・特定保健指導の実施率の目標値の達成状況の評価する。このとき、各年度における目標値の達成状況や実施率の推移についても評価する。分析・評価においては、保険者全体としての評価に加え、性・年齢階級別、被保険者・被扶養者別、居住地別等、加入者の属性別の実施率の達成状況・推移の分析を行う。

②事業成果の分析

評価指標の例として、特定健康診査の結果の変化（特定保健指導の対象者の割合、メタボリックシンドローム該当者及び予備群者の割合、肥満者の割合、血液検査の結果等）、特定保健指導対象者の減少率、糖尿病等の生活習慣病の有病者割合の変化、医療費の変化（1人当たり医療費、生活習慣病に係る医療費等）がある。

③事業体制の評価

特定健診・特定保健指導の実施体制の評価指標の例として、職員の体制（職種・職員数・職員の配置状況等）、予算、実施時期、実施施設設備の状況がある。

* 2023年度の実施率等が確定されない場合には、2022年度までの実施状況等の課題を記載する。

2. 目標

2-1 設定の前に考慮すべき事項

2-1-1 基本指針における目標値の把握

基本指針において 2029 年度（実施計画終了年度）時点における各保険者種別の特定健診・特定保健指導の実施率の目標値を掲げており、各保険者の目標値は、その値を踏まえて設定する。

図表4:全国目標

○第4期計画における特定健診実施率、特定保健指導実施率の目標値については、直近の実績では、第3期の目標値と乖離があるが、引き続き実施率の向上に向けて取組を進めていく必要があるため、それぞれ第3期の目標値 70%以上、45%以上を維持する。

○メタボリックシンドロームの該当者と予備群の減少率についても、生活習慣病の予防対策という特定健診・保健指導の目的を踏まえ、第3期の目標値 25%以上（2008年度比）を維持する。

	第1期	第2期	第3期		第4期
	2012年度まで	2017年度まで	2020年度実績	2023年度まで	2029年度まで目標案
特定健診実施率	70%以上	70%以上	53.4%	70%以上	70%以上
特定保健指導実施率	45%以上	45%以上	23.0%	45%以上	45%以上
メタボリックシンドローム該当者及び予備群等の減少率	10%以上 (2008年度比 で2015年度に 25%減少)	25%以上 (2008年度比)	10.9%	25%以上 (2008年度比)	25%以上 (2008年度比)

図表5:第四期における各保険者種別の目標

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(船保)	単一健保	総合健保・私学共済	共済組合(私学共済除く)
特定健診の実施率	70%以上	60%以上	70%以上	70%以上 (70%以上)	90%以上	85%以上	90%以上
特定保健指導の実施率	45%以上	60%以上	30%以上	35%以上 (30%以上)	60%以上	30%以上	60%以上

2-1-2 各保険者の事情等の考慮

①特定健康診査対象者数の見通し

設定した目標値は、健診事業の実施可能者数を見込む際の前提となり、健診の実施予定者数となることから、目標値に乗じる母数となる対象者の各年度の見込み数（過去の伸び率等から推計）を把握しておく。

②特定保健指導対象者の見通し

特定保健指導の実施予定者数に影響を与えるのが、健診受診者中に含まれる特定保健指導対象者の割合（現在と将来の推定発生率*）であり、各保険者でどの程度の発生率かを把握した上で目標設定する。第三期の実施状況の特定保健指導対象者割合を用いることが適当である。さらに可能であれば、対象者の割合は、性別・年齢階層別で推計できるとよい。

③事業実施体制の見通し

特定健診・特定保健指導の実施率に対象者数を乗じると予定実施者数となることから、予定実施者数とその地域分布、健診・保健指導実施機関の有無（委託先が当該地域にあるかどうか）等を踏まえ、実現可能性も勘案して目標設定する。目標設定後に、実施が困難である場合は、目標の補正を行う。

④予算制約

特定健診・特定保健指導の予定実施者数に単価を乗じると各年度の事業費が算出され、ここから自己負担額を除くと、保険者として必要となる年度別の費用の総額となる。

⑤対象者の特徴や分布

全体としての目標値の設定に加え、当該保険者内でグループ分けを行い、グループ別に目標値の割り当て（目標値の細分化）を行う場合は、以下の点に注意する。

a グループ分けにおける重複や漏れの防止

グループ別に切り分ける場合は、対象者が複数の集団に属する、あるいはどの集団にも属さないような切り分け方とならないように注意する。グループ分けは目標値の設定時のみならず、目標値の達成のための実施方法や、達成状況の検証も含め、設定したグループ単位で進めていくことになるため、それを踏まえたグループ分けをする。

b グループ別の目標値と全体の目標値との整合性の確保

グループ別の目標値とその対象者数を乗じて実施予定者数を算出し、全てのグループの実施予定者数を合算した結果が、毎年度の目標値を下回らないよう、調整・設定する。

⑥他の法令に基づく健診結果の受領

特定健康診査の実施率については、保険者での実施分と、労働安全衛生法等他の法令に基づく健診結果受領分とを合算した件数が実施率の分子となることから、他の法令に基づく健診結果をどの程度受領できるか、見通しを立てる。

* 将来の年齢別発生率の推計は困難なため、現在の発生率を6年間使用しても差し支えない。年々減少するという希望的観測も含めた推計値等を無理に設定する必要まではない。

2-2 目標値の設定

2-2-1 保険者としての目標値

2029 年度の最終目標値は基本指針の目標に即して設定する。2024 年度から 6 年間の特定健診・特定保健指導の実施率の目標値は、各保険者において自由に設定する。

	2024 年度	2025 年度	2026 年度	2027 年度	2028 年度	2029 年度
特定健康診査の実施率	各保険者で自由に設定					基本指針の目標に即して設定
特定保健指導の実施率						

① 特定健診・特定保健指導の実施率

特定健診・特定保健指導の実施率の目標については、基本指針に基づき、保険者の区分に応じて掲げられた値を踏まえて設定する。

基本指針で掲げられた値を下回る目標値を設定するのは、災害等特別な理由で特定健診・特定保健指導を通常どおり行うことが難しい場合や、保険者が実情分析を行い、予算等の制約条件の中で最大限に努力して達成できる目標値であることが合理的に説明できる場合に限られる（目標以上であれば自由に設定することが可能）。

初期値と最終年度の目標値が定まると、その間の目標値も定まってくるが、毎年度一定の割合で実施率を高めていく（折れ線グラフで言えば直線的に右肩上がりとする）のか、6 年間の後半で高めていくようにするのか、各保険者の加入者等の特徴や分布を踏まえ実現可能性の高い設定が望まれる。

② 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

メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率（以下「減少率」という）については、保険者毎の目標として設定することまでは位置づけていない。この減少率の全国目標は、第二期は日本内科学会等内科系 8 学会が作成したメタボリックシンドロームの診断基準を活用していたが、第三期以降は、保険者の特定健診・保健指導の効果を反映させるため、特定保健指導対象者の減少率を使用している。

3. 対象者数

3-1 特定健康診査、特定保健指導の対象者数の定義

特定健康診査については、実施年度中に 40～74 歳となる加入者*で、かつ当該実施年度の一年間を通じて加入している者（年度途中での加入・脱退等異動のない者）のうち、妊産婦等除外規定の該当者（刑務所入所中、海外在住、長期入院等）を除いた者が対象者となる（「円滑な実施に向けた手引き」参照）。

特定健康診査の結果、腹囲のほか血糖、脂質、血圧が所定の値を上回る者のうち、糖尿病、高血圧症又は脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者を除く者が、特定保健指導の対象者となる（「円滑な実施に向けた手引き」参照）。次表のとおり、追加リスクの多少と喫煙の有無により、動機付け支援か積極的支援の対象者となるのかが異なる。

図表6: 特定保健指導の対象者(階層化)

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

(注)喫煙の斜線欄は、階層化の判定が喫煙の有無に関係ないことを意味する。

3-2 対象者数の算定方法

3-2-1 特定健康診査

①対象者数全体の推計

対象者数の算定は、毎年度、主に(1)次年度の受診予定者の推定、(2)当年度の受診予定者の確定、(3)当年度の実績報告時の対象者の確定の3段階で行われる。このうち、実施計画の作成では、計画期間の各年度の初め(4月1日時点)に予想される40～74歳の加入者数を、過去の傾向や将来推計人口等を用いて、(1)を6年間分、推計する。

②各年度における加入者の推計

対象者数の推計は、計画期間の毎年度の加入者数の推計値が出発点となる。これまでの傾向から、増加傾向か横ばいか等を判断するとともに、被用者保険では、事業主の人事部等との連携による従業員数の見込み等も考慮しつつ、推計数を算出する。将来の対象者数の推計値の精度をより高める方法として、事業主と連携し、従業員の現在の年齢構成、事業拠点別構成や、今後の人員採用計画等を照会する方法も考えられる。

健診後の階層化や特定保健指導対象者の推計のため、加入者数は、総数だけではなく、

* 当該年度において75歳に達する者も含める。

性別・年齢階層別で推計することが望ましい（特定保健指導対象者となるリスクは性別や年齢によって異なるため）。年齢階層の最低単位は65歳を境界とした2階層とし、可能な範囲で5歳階級等に細分化して行う。

③他の法令に基づく健診受診者の推定

40～74歳の加入者のうち、労働安全衛生法や学校保健安全法等他の法令に基づく健診の受診者は、健診結果データを受領できる限りは、保険者が実施すべき特定健診の対象者から除外できる。被用者保険の被保険者が労働安全衛生法や学校保健安全法の健診を受診する場合、事業主や学校からの健診結果の受領数の推定が可能であり、受領方法や受領予定者数等について事前に協議調整する。

推定にあたっては、確実に受領できる見込みのある提供元からの受領予定数に限定し、希望的観測による受領数を盛り込むことは避ける。このため、加入者から個別に提供を受けなければならないもの、他の法令に基づく健診を受けているかどうか不明なものには数に含めず、事業主等提供元との協議調整を踏まえ確実に受領できるものに絞ることが適当である。見通しの不透明なものは全て保険者での実施分とし、実施率を推計する。計画の作成時点で、第三期の実績等に基づき受領可能な対象者数を見込める場合は、この数を折り込んだ目標値の設定を行う。

④目標とする想定実施者数の算定

①～③により推計した各年度の想定対象者数の全数に、2-2-1で設定した各年度の目標特定健診実施率を乗じ、目標とする各年度の特定健診の想定実施者数を算出する。

⑤純粋な予定実施者数の算定

④で推計した目標とする各年度の特定健診の想定実施者数のうち、保険者として実施しなければならない（保険者として予算の確保が必要となる）特定健診の予定実施者数を算出する。目標とする想定対象者数から、労働安全衛生法や学校保健安全法等他の法令に基づく健診の受診者のうち、明らかに他の健診を受診していてデータの受領がほぼ間違いないと考えられる（事業主や学校等と協議調整済みの）人数のみを除外する。

3-2-2 特定保健指導

特定保健指導対象者数の推計は、3-2-1①及び②と同様に行うが、特定保健指導対象者となるリスクは、性別や年齢によって異なるため各年度の加入者は、性別・年齢階級別での推計を行うことが望ましい。対象者の推計は、計画期間の各年度の初め（4月1日時点）に予想される特定健診の想定実施者数（保険者実施分＋特定健診に相当する他の健診結果データ受領分）に、特定保健指導の対象者となりうる者の割合*を乗じて算出する。

* 健診の結果、受診勧奨対象者となった場合も保健指導対象者に含まれており、除外できないことに留意する。

3-2-3 各保険者の特徴や分布を反映したグループ別対象者数

2-1-2⑤のとおり、実施率の目標を含め、実施計画全体を通じてグループ別の場合分け*を行う保険者においては、対象者数もグループ別で算出することとなる。

図表7: 特定健診・保健指導の対象者の区分の例

			対象者数	実施者数(実施率)
A 支 店	特定健診		1, 898 人	1, 670 人(88%)
	特定保健 指導	動機付け支援	180 人	60 人(33%)
		積極的支援	250 人	100 人(40%)
B 支 店	特定健診		598 人	550 人(92%)
	特定保健 指導	動機付け支援	70 人	35 人(50%)
		積極的支援	60 人	20 人(33%)

① 特定健康診査対象者数

グループ別の元々の人数に目標の実施率を乗じ、健診では他の健診データの受領可能分を除外し、グループ別での実施対象者数を推計する。これにより、例えば「〇〇地域では〇人分の健診実施体制が必要」といった実施体制確保に向けた推計が可能となる。

② 特定保健指導対象者数グループ別での目標

グループ別での特定健康診査の実施対象者数に、目標とする特定保健指導の実施率を乗じて実施対象者数を推計する。

* 例えば、次のような分け方が考えられる。「年齢区分(5 歳刻み)」「被用者・被扶養者別」「都道府県別・地区別」「事業所区分別(支店・工場等)」「職種別(研究職と営業職等)」

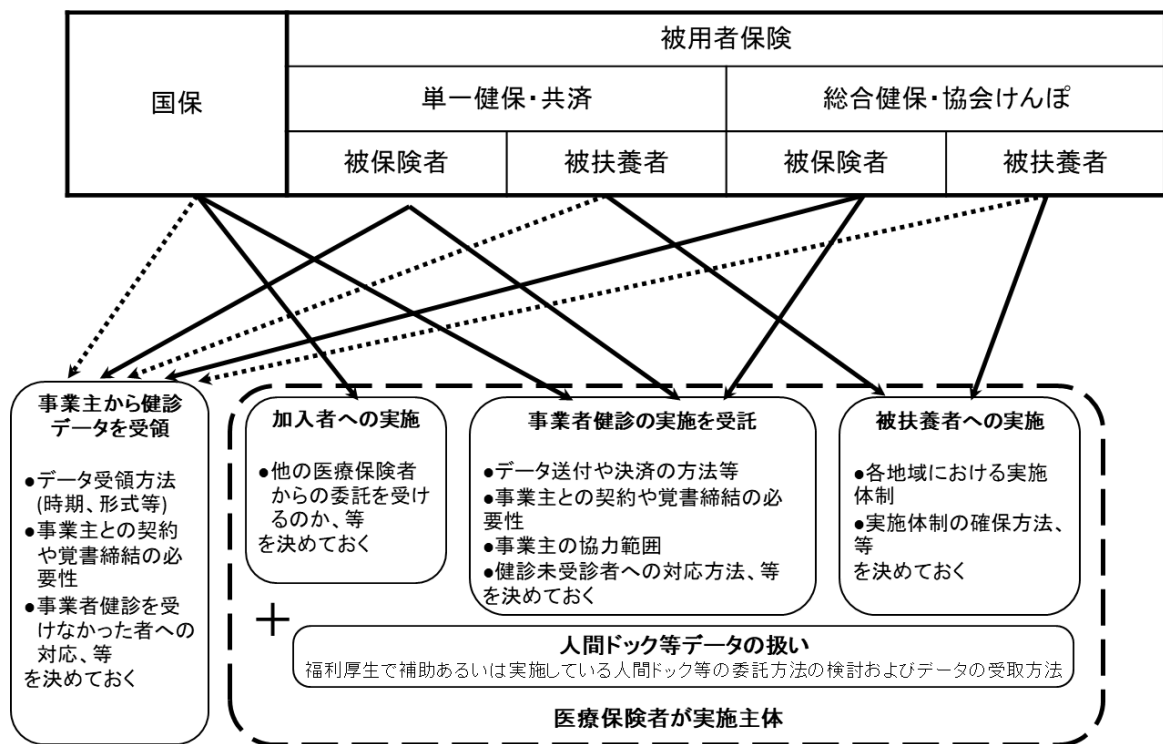
4. 実施方法

4-1 基本事項

4-1-1 実施場所

実施場所の選定においては、どのような実施場所とすれば対象者の利便性が確保でき、実施率向上につながるのかを十分に考慮する。対象者の属性に応じたグループ分けを行う場合は、グループ別に最も実施率を高められる（利便性の高い）実施場所を実施計画で設定する。保険者自身で実施する方式か委託方式を取るのか、保険者の種別による実施方法の違いにより実施場所が異なる。

図表8：特定健診の主な実施形態



① 特定健康診査（集団健診）

集団健診は実施率向上が見込め、かつ効率的に実施できる方法である。市町村国保は市町村の公共施設や医療機関等を活用した集団健診の場所を確保するのが一般的である。計画策定時点で、計画期間中の集団健診の会場が具体的に想定できる場合は記載できるが、具体的な場所の記載や想定が困難な場合は、集団健診の開催地区名等を記載する。

被用者保険で、個別契約で被扶養者の健診を集団健診にて実施する場合など、集団健診の実施場所を具体的に想定できる場合は記載する。被扶養者に対する健診を集合契約で行うなど実施場所の特定が困難である場合は、「集合契約」である旨のみを記載する。

② 特定健康診査（個別健診）

個別健診は、対象者の居住地に近い場所や随時受診可能な場所を確保することで、対象者の利便性が向上する方法である。個別契約を締結する場合、実施場所を具体的に想定で

きる場合は記載する。集合契約で行う場合、実施場所の記載は困難であるので、「集合契約」である旨のみを記載する。

③特定保健指導

どのような場所や方法（対面か遠隔か）で実施すれば、対象者の利便性が向上し、特定保健指導の利用率・終了率向上につながるのか等を考慮して、場所や方法の選定を行う。

実施場所については、対象者の属性や特徴に応じて具体的に想定できる場合には、記載できる。例えば、被用者保険の被保険者について、派遣型の実施機関へ委託して事業主の協力を得て事業所の会議室にて保健指導を実施する、市町村国保の加入者について、過疎地や離島等で地区の集会所や対象者の自宅等に実施機関の指導者を派遣する場合などが想定される。

個別契約や保険者自身で実施する場合など、実施場所を具体的に想定できる場合には記載できるが、集合契約の場合、実施場所の具体的な記載は困難であり、「集合契約」である旨のみを記載する。

4-1-2 実施項目

①特定健康診査

特定健康診査の実施項目は法令で定められているため、実施計画には、法定の実施項目（基本的な健診項目と、医師の判断によって追加的に実施する詳細な健診項目）を実施する旨を記載する（「円滑な実施に向けた手引き」参照）。

②追加健診の実施の有無

特定健康診査の法定項目に加えて、保険者独自に健診項目を追加して実施する場合は、実施計画に追加する項目を記載する（委託契約の仕様でも明確にしておく）。保険者独自で実施する人間ドック等を、特定健康診査の法定項目を含有する形で実施する場合は、特定健康診査の実施に代えて実施する旨を記載する。

③特定保健指導

特定保健指導は、実施の要件を法令で定めており、それに沿って実施する。特定保健指導の目的は、対象者が自分の健康に関するセルフケア（自己管理）をできるようにし生活習慣病に移行しないようにすることであることを踏まえ、対象者個々人の特性に応じて、身体状況及び生活習慣の改善を重視した支援を行うように実施する。

医師・保健師・管理栄養士・看護師等が、指導者のスキルやノウハウを活かし、対象者の特性に合わせて自由な指導が可能となっていることから、実施計画では、特定保健指導の実施内容として、各保険者の加入者の特徴・属性に応じた指導の形態を記載する。

例えば、勤務形態・時間を踏まえた食事の摂り方等の食事指導を中心とした内容や、身体活動の増加に重点をおいた運動指導中心の内容、地域の食文化・食生活を踏まえた栄養教室の開催等の栄養指導などの形態がある。

途中脱落を少なくすることや特定保健指導の効果を高める（体重・腹囲が減少する等）観点から、特定保健指導の実施形態を検討し、記載する。

4-1-3 実施時期又は期間

利用者の利便性や実施体制等を考慮して、実施時期又は期間を設定する。

①特定健康診査

特定健康診査は、特定保健指導の実施期間も考慮に入れると、年度末まで実施することは一般的ではなく、できる限り早めを実施することが望ましい。対象者数が少ない場合や、集合契約において市町村が実施する集団健診に被用者保険も参加する場合は、年度の前半又は特定の月などに集中的に実施する方法もある。

特定保健指導の実施率の向上や対象者の負担軽減に資する観点から、特定健診実施後に特定保健指導を早期に実施できるような体制整備についても検討し、記載することが望ましい。

②特定保健指導

特定保健指導は特定健診実施後、可能な限り早期に実施することが望ましい。また、開始から終了まで3ヶ月以上を要するため、基本的に年度末までに実施を開始するが、年度を超えて実施する場合、原則として実績報告時期である翌年11月1日に間に合う実施分までを実施年度の実績とし、それ以降は翌年度の実績とすることとしている（「円滑な実施に向けた手引き」参照）ので、保健指導の初回面接の最終実施時期をいつに設定するのかを検討する。通年実施の場合は、その旨を記載する。

③事業主との連携

被用者保険の保険者は、事業者健診の結果を受領し、階層化を行い、必要な者には特定保健指導の案内を行う。事業者健診は、毎年度特定の時期に集中的に実施することが一般的であり、事業主と緊密に連携し、結果データの受領可能時期などを具体的に想定できる場合には記載する。特定保健指導でも、事業主の理解と協力を得ることで、対象者が特定保健指導に参加しやすく、実施しやすい期間が具体的に想定できる場合には記載する。

④集合契約における実施時期の調整への対応

集合契約では、多くの保険者が特定の地域の実施機関に委託する場合、一定時期に受診者が集中し、対応できなくなる可能性があるため、契約時に時期をずらす調整を行うことがある。この場合、その地域で割り当てられた時期での実施となる旨を記載する。

⑤グループ別の場合分けに応じた実施時期・期間の設定

グループ別に場合分けを行う場合は、利用者の利便性が高い、実効性を高められる実施時期と期間を記載する。例えば、冬期間の積雪や台風等の天候により、季節によって外出が制限される期間がある地域では、適切な実施時期を設定する。

4-1-4 外部委託の方法

①外部委託の有無

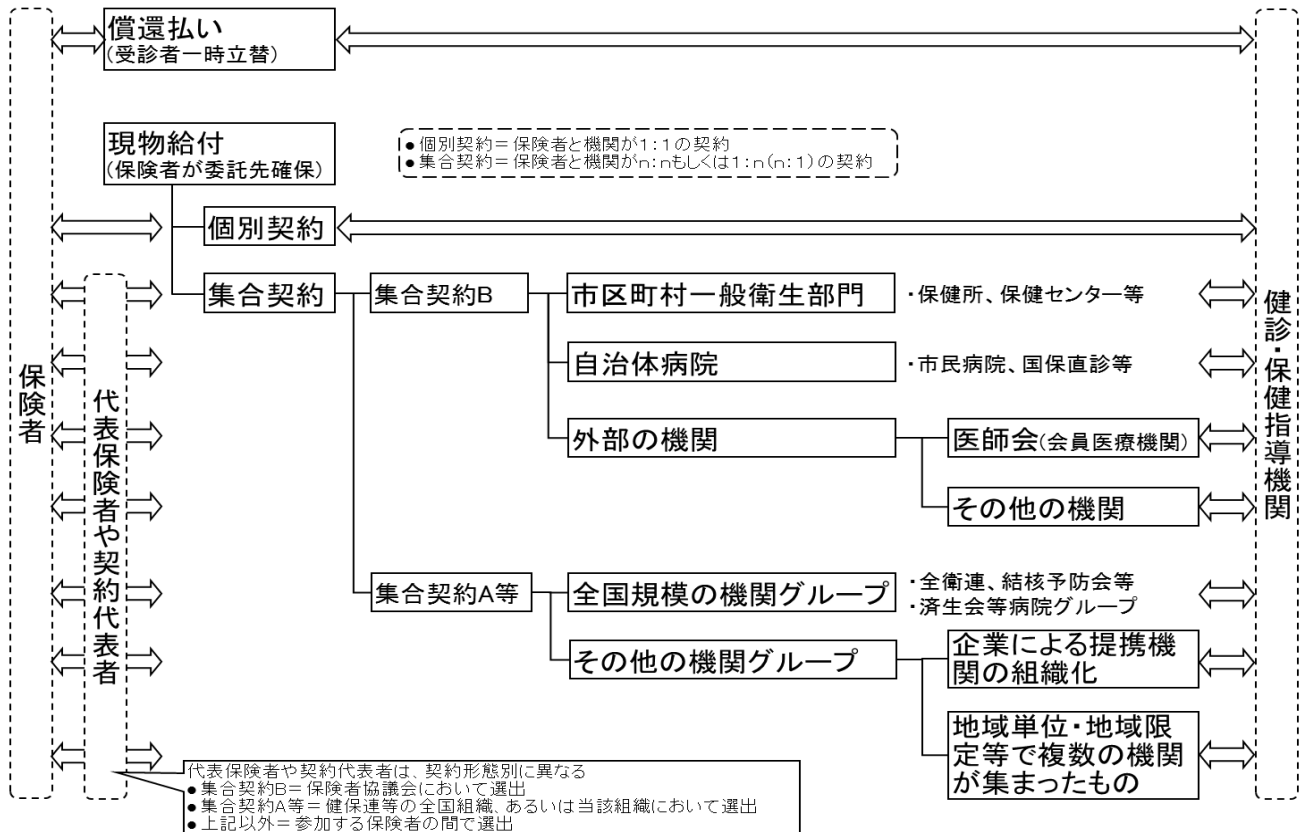
外部委託の有無を記載する。全面的に委託で実施するのか、部分的に保険者自身で実施

するのかを記載する。場合分けがあるならば、その旨も記載する。

②外部委託の契約形態

外部委託により実施する場合、「円滑な実施に向けた手引き」を参考に、契約の締結方針として、個別契約で対応するのか、集合契約に参加するのか、償還払い方式を採るのか、いずれかの方法を記載する。集合契約に参加する場合は、委託の実施形態として、集合契約の種類を記載する。

図表9:委託時の実施形態



③場合分けに応じた契約形態の設定

例えば市町村国保の場合、地域外の対象者は数が少ないので償還払いとする、県内の他市町村でも受診できる環境づくりが実施率向上に不可欠であるので県内の国保ベースの集合契約Bに参加する等の契約形態が考えられる。被用者保険では、事業所の場所に限定される被保険者のみ個別契約とし、所在が不明な被扶養者は集合契約とする、被扶養者についても集合契約でカバーできない部分は個別契約で対応する等の契約形態が考えられる。

※ 実施計画は、保険者において事業の効率的・効果的な実施と実施状況の評価ができるよう、6年1期として作成するものである。こうした趣旨を踏まえ、「外部委託者の選定にあたっての考え方」については、年度毎の契約によって変わりうる事項であり、記載がない場合であっても実施状況の評価は可能であるため、実施計画での記載を省略しても差し支えない。

4-1-5 周知や案内の方法

加入者に対する実施方法や料金等の基本的な事項についての周知広報をどのように行うかについて記載する。例えば、保険者独自の定期刊行の機関紙の活用や、保険者のホームページの活用、事業主のホームページや社内報への掲載、パンフレットの作成と対象者への配布等について記載する。受診機関リスト等の案内の方法についても、冊子、チラシ、パンフレット、電話等による案内、ホームページなど、どのような案内の方法を採るのかを記載する。

受診券（又は利用券）及び受診機関リスト等の受診案内は、対象者の手元に確実に配布・到達させることが重要である。例えば、被扶養者への送付方法について、事業主の協力を得て、事業主・被保険者（従業員）を介して被扶養者に受診券等を渡すなど、手順や流れ、時期等について事業主と協議調整することが重要である。

4-1-6 事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法

①事業主等からの受領

事業者健診の結果データの受領においては、保険者では事業者健診の実施機関から受領する方法が効率的である。このような方法を採る場合、その旨を記載する（健診機関・事業主・保険者の3者で協議調整を行った上で取り決めが必要となる）。

②受診者本人からの受領

受診者本人から受領する方法を採る場合、受診者への呼びかけによる結果送付依頼となるので、その方法（例えば「受診案内送付時に結果送付に関する案内を同封する」等）について記載する。また、結果送付を促進するような工夫・方策を講じる場合は、必要に応じ、その方針や方法について記載する。

4-1-7 その他

①特定保健指導の見える化の推進

保険者は特定保健指導の成果等について見える化をすすめ、アウトカムの達成状況の把握や要因の検討等を行い、より質の高い保健指導を対象者に還元する。アウトカムの達成状況等について、経年的な成果の達成状況等を把握する。

②保険者とかかりつけ医の連携による治療中患者の特定健診の推進及び診療情報の提供

治療中であっても特定健康診査を受診するよう、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行うことが重要であるが、かかりつけ医と保険者との連携や、受診者の負担の軽減の観点から、本人同意の下で保険者が診療の検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして活用することも可能である。（詳細は「円滑な実施に向けた手引き」参照）

③健診結果の分かりやすい情報提供等

保険者は、健診結果について、基準範囲外の値を示している項目、基準範囲外の値の程度、検査項目が示す意義等について、分かりやすく受診者に知らせる必要がある。健診結

果の通知とともに、本人の健康状態に適した生活習慣改善に対する助言等、情報提供の方法や、継続的な健診受診につながるような取組について記載することが考えられる。

- ※ 「実施機関の契約関係者の名称その他の契約形態に関する事項」、「受診券又は利用券の様式及び交付時期」、「代行機関の名称」については、年度毎の契約によって変わりうる事項であり、記載がない場合であっても実施状況の評価が可能であるため、実施計画での記載を省略しても差し支えない。

4-2 特定保健指導対象者の重点化

保険者は、特定保健指導の対象者に特定保健指導を実施する義務があるが、健診機関の医師による総合的な判断に基づき抽出された対象者の全員に特定保健指導を実施するのか、優先順位付け（重点化）を行うのかを判断した上で、対象者を確定することとなる。保険者において特定保健指導対象者の重点化を行う場合は、その方法について計画で記載する（重点化の方法等は「円滑な実施に向けた手引き」参照）。

4-2-1 重点化の考え方

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

保険者が、階層化の結果、対象者全員に保健指導を実施することは望ましいことであるが、限られた保険財源を保健指導に投資することから、効果のある対象者に限定して効果的に投入するという戦略的な判断も必要になる。

なお、優先順位付けの結果、対象者全員に実施しない場合でも、後期高齢者支援金の加算・減算等の評価時における特定保健指導の実施率の算定では、分母（対象者）は対象者全員となる（優先順位付けを行い実施対象者から外しても評価上ははずされない）ので、実施率の目標達成が厳しい見通しになる場合は、優先度の低い者に対しても実施していくことが必要となるが、このバランスや戦略は各保険者の判断となる。

〈標準的な健診・保健指導プログラム 第3編第2章〉

2-3 保健事業（保健指導）の目標設定

(3) 特定保健指導の対象者の優先順位にかかる基本的な考え方

特定保健指導は、基本的には階層化によって対象者になった全員を対象に実施する。一方で生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、効果的・効率的な保健指導の実施が必要である。そのため、健診データやレセプトデータを分析し、介入できる対象を選定して優先順位をつける。たとえば、特定保健指導の対象者の優先順位のつけ方としては、以下の方法が考えられる。

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

4-2-2 実施計画への記載事項

実施計画では、重点化を行う場合は、例えば、保険者内の保健師等の専門家が実施するのか、健診機関又は保健指導機関に考え方を伝えて実施を委託^{*1}するのかなど、その方法について記載する。

4-3 年間スケジュール等

特定健診・特定保健指導	年度当初	受診券の発券や案内の発送等（健診については年度初めの一括発券案内等、保健指導については年間を通じた随時発券・案内）
	年度の前半	前年度の実施結果の検証や評価 ^{*2} 翌年度の事業計画の検討（必要に応じた実施計画の見直し ^{*3} ）
	年度の後半	評価結果や事業計画を受け、次年度の委託契約の設定準備（実施機関との調整）、予算組み ^{*4} 等。 （集合契約への継続参加・不参加も判断）
月間スケジュール	毎月の請求支払（振込）日、階層化・重点化を行う日、受診券・利用券の発券準備期間や発送日等	

^{*1} 健診機関に委託する場合は、保険者に提出される保健指導対象者リストにおいて重点化前のリストと重点化後のリストが提示されることとなる。保健指導機関に委託する場合は保健指導の利用券の発券や予約管理等も含めて委託する場合が主となる。

^{*2} 特に特定保健指導については、自由度の高い非定型の実施内容であることから事後評価（実施機関別評価、実施プログラム種別評価、実施者別評価等）が極めて重要である。

^{*3} 基本的には次年度に向けた事業実施方法や委託先機関等の見直しを中心となるが、加えて特定健康診査等実施計画についても見直すのであれば（見直し予定年度の場合）、別途その作業も想定が必要。

^{*4} 特に市町村国保においては予算要求資料等については議会との関連もあり詳細な資料作成が必要となる。

5. 個人情報情報の保護

5-1 記録の保存方法

特定健診・特定保健指導の実施結果は、標準的な電子データファイル仕様に基づく電子ファイルの形態で、健診・保健指導実施機関等から保険者に登録される。保険者では登録されたファイルを、どのように保存するのかを定めておく。保存にあたっては、「円滑な実施に向けた手引き」を参考にしながら、個人の健康情報を漏えいしないよう、厳格に管理した上で適切に活用する。

特定健診・特定保健指導のデータは、本人の健康管理や効果的な保健指導、加入者全体の経年変化等の分析、中長期的な発症予測等への活用等の観点から、できる限り長期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データの長期保管は保険者にとってコスト負担となるので、最低5年間の保存が義務づけられている。各保険者は、何年程度の保存・活用が可能かを検討した上で、保存年限を実施計画に記載する。

5-2 保存体制、外部委託の有無

特定健診・特定保健指導のデータの管理体制について記載する。データの管理を外部委託する場合は、その旨を計画に記載する。

各保険者における具体的な管理責任者・管理者と役割分担、委託先の管理監督体制（例えば、保存設備の管理、データの日常的な整理、データへのアクセス等の安全性の確保、管理従事者の監督等）については、実施計画とは別に保険者において明確にしておく。

具体的には、単なる施設・設備の借用のみで管理そのものは保険者にて実施するケース、施設・設備・管理業務全て含めて専門機関に任せるケース、施設・設備は保険者が保有するがその管理業務は専門機関からの要員派遣により対応するケース等考えられることから、各保険者に合った委託形態を検討・決定する。

※ 「外部委託先の名称」は、セキュリティに関わる事項であり、公開することがセキュリティの確保に支障が生じることから、実施計画での記載を省略しても差し支えない。

(参考)データの管理ルールの策定

保険者における個人情報の取り扱いに関しては、個人情報保護法に基づくガイドライン等（「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ダンス」、「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ダンス」等）が定められており、保険者では、このガイドラインに従って定めている個人情報保護に関する規程を踏まえ、特定健診・特定保健指導のデータの保存・管理体制を確保する。

①委託する場合の遵守事項の設定

特定健診・特定保健指導の実施や、特定健診・特定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する。

②データ授受におけるルール付け

特定健診・特定保健指導データは、様々な関係者間でやり取りがなされることから、ルールを定めておく。例えば、保険者が他の関係者（保健指導機関、保険者、事業主や個人、データ管理・分析の委託先、国等）へデータを提供する場合、それぞれの相手先別に、誰が、相手先の誰までに、どの項目・範囲を、どのような利用目的に限り提供するのか、提供にあたっての関係者の承諾の有無や守秘義務契約等について整理・明確化しておく。

保険者が関係者からデータを受領する場合、特に事業主等から事業者健診のデータを受領する場合は、事業主等提供側の個人情報保護規程との擦り合わせや、その結果として両者の規程の見直しが生じるので、事前に提供側との十分な協議調整の上で、その結果をルールとして整理しておく。

③電子データ管理に対応したセキュリティポリシー

特定健診・保健指導データは、電子データファイルの形態で保存、活用されるため、このような管理形態に合ったルール（セキュリティポリシー）を定めておく。

※ 前述のとおり、各保険者において、データの管理ルールやセキュリティポリシーを定めることが重要となるが、実施計画にはそのようなルールに基づいてデータを管理する旨を記載すれば足り、具体的なルールの規定・内容を記載する必要はない。また、これらの管理ルール等を公開することはセキュリティの確保に支障が生じる。

6. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

6-1 特定健康診査等実施計画の公表方法

保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項に基づき、実施計画を作成・変更時は、遅滞無く公表することが義務付けられている。公表の目的は、主に加入者（特に特定健診・特定保健指導の対象者）に対し、計画期間中の取組方針を示し、事業の趣旨への理解を促し、積極的な協力を得ることにある。

公表方法については、ホームページへの掲載、全対象者への配布（郵送あるいは直接配布）、関係する事業所内（主に被用者保険の場合）や公共の場（主に市町村国保の場合）への掲示などを計画に記載する。具体的な公表手段については、下記のような媒体がある。

- * 概要版としてパンフレットやポスターとする
- * 冊子（計画書そのもの、あるいは広報誌等の別冊として）とする
- * 広報誌（機関紙）に記事として概要を掲載する
- * ホームページに全文あるいは概要・ポスター等を掲載する

6-2 特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発の方法

特定健診・特定保健指導の実施率を高めるためには、なぜ特定健診・特定保健指導を受ける必要があるのかなど、加入者へ分かりやすい情報提供を行う必要がある。保険者や地方自治体等の関係者が、保険者協議会等も活用して連携・役割分担することにより、ポピュレーションアプローチによる啓発活動を展開することも重要である。

普及啓発の方法として、以下のような多様な媒体が考えられる。選択した媒体を、いつ、どのように利用するのかを計画に記載する。いずれかの媒体のみではなく、複合的に活用し、様々な手段・経路で関係者に周知・働きかけを行うことが望ましい。

紙媒体の場合、全対象者への配布（郵送あるいは直接配布）や、関係する事業所内（主に被用者保険の場合）や公共の場（主に市町村国保の場合）への掲示等が考えられる。

保険者のみでの普及啓発は加入者への取組に限られるため、保険者協議会や共同事業体（国保連合会等）を通じた保険者横断的な取り組みの推進や、都道府県・市町村と連携・協働した、同一媒体の利用、ケーブルテレビやコミュニティFMなど地域密着メディアの活用など、効果的な手段を用いることも重要である。

保険者では、費用や実施可能時期（あるいは期間）等を考慮しながら、関係者（その中でも特に40-74歳の特定健診・特定保健指導対象者）の特性や環境に合わせて、媒体を優先的に選択し、実施計画においてその媒体を活用する旨を整理していく。

- * テレビ（地上波やケーブルテレビ等）やラジオ（コミュニティFM等）
- * 新聞や雑誌
- * 集会（地区ごとの集会や説明会、町内会等）
- * イベント（シンポジウムや会議、運動会等）
- * パンフレット・小冊子やポスター
- * 広報誌や機関紙
- * ホームページ
- * SNS 等

7. 特定健康診査等実施計画の評価・見直し

7-1 特定健康診査等実施計画の評価方法

7-1-1 実施及び成果に係る目標の達成状況

特定健診・特定保健指導は、できる限り多くの対象者に効果的・効率的に実施することによって内蔵脂肪の蓄積に起因する糖尿病等のリスクを有する者を減らしていくことが重要である。そのため、各保険者は、作成した実施計画（目標やその実施方法等）に沿って、毎年度、計画的かつ着実に特定健診・特定保健指導を実施していくことが必要である。その際、実施における検証のみではなく、実施後の成果（自ら設定した目標値の達成状況、加入者全体の経年変化の推移等）を検証することが重要である。

①特定健診・特定保健指導の実施率

実施率については、実施計画において毎年度の目標値を設定する。毎年度の成果が明確に出るため検証が可能なことから、前年度の結果の実施率を翌年度に確認し、目標値の達成状況を把握する。

②メタボリックシンドロームの該当者・予備群（特定保健指導の対象者）の減少率

メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率については、保険者毎の目標を設定していないが、保険者による特定保健指導の取組の成果や外部委託先の成果の検証のため、特定保健指導の対象者割合の推移を検証することは可能であり、活用することが望ましい。

③その他

目標値の達成のために実施計画にて定めた実施方法・内容・スケジュール等について、計画どおりに進めることができたか、実施後に評価を行うことが考えられる。上記①②以外にも評価項目を設定する場合には、実施計画にその旨を記載しておく。

7-1-2 評価方法

①特定健診・特定保健指導の実施率^{*1}

目標の達成状況のような定量的な評価は、標準的・統一的な手法で正確に実施することが重要であるが、評価に要する作業負荷が大きくなるよう、簡素で正確な評価が行えることが望ましい。このため、国への実績報告を評価に活用することが適当と考えられる。

・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。

^{*1} 電子的な標準様式においては保険者の実績を集計情報ファイルに記載することとしているが、参考資料において実施率に該当する「健診受診率」および「特定保健指導の終了者(小計)の割合」等の計算方法を示していることから参考にされたい。

算定式	$\frac{\text{特定健康診査受診者数}}{\text{特定健康診査対象者数}}$
条件	<p>○特定健康診査対象者数は、特定健康診査の対象者（特定健康診査の実施年度中に40歳以上74歳以下に達する、実施年度の4月1日時点での加入者）から次に掲げる者を除いた者</p> <p>(1) 特定健康診査の実施年度途中における加入及び脱退等の異動者（ただし、年度末の3月31日付けで脱退した者は除外しないものとする）</p> <p>(2) 特定健康診査の除外対象となる者（平成20年厚生労働省告示第3号）に規定する各号のいずれかに該当する者（妊産婦、長期入院患者等）と保険者が確認できたもの</p> <p>○特定健康診査受診者数は、上記特定健康診査対象者数のうち、当該年度中に実施した特定健康診査の受診者（他の健康診断を受診した者の当該健康診断に関する記録の写しを保険者において保管している場合も含む）</p>

・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	$\frac{\text{当該年度の動機付け支援終了者数} + \text{当該年度の積極的支援終了}^{*1} \text{者数}}{\text{当該年度の健診受診者のうち、階層化により動機付け支援の対象とされた者の数} + \text{積極的支援の対象とされた者の数}^{*2}}$
条件	<p>○階層化により積極的支援の対象とされた者が、動機付け支援レベルの特定保健指導を利用した場合、動機付け支援終了者数には含めない。</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>○階層化後に、糖尿病等の生活習慣病に係る服薬開始により、特定保健指導の実施の要否を判断し、対象者の同意により特定保健指導を実施しないあるいは途中で終了することになった場合においては、分母から除外することも可能。</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>

②メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率（特定保健指導対象者の減少率）

保険者全体の減少率については、2008年度実施分の健診結果データによる国への実績報

*1 省令・告示等で規定された要件を全て実施し終えた者のみならず、完了時の実績評価が、様々な手法（電話、手紙等）による度重なる呼びかけ等にもかかわらず、利用者からの返答がないために実施できず、呼びかけ等の回数のみを記録して打ち切った場合についても、完了したものとして終了者数に含める。詳細は「保険者が社会保険診療報酬支払基金に提出する令和6年度以降に実施した特定健康診査等の実施状況に関する結果について（令和5年3月31日 保発0331第4号）」を参照のこと。

*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（「円滑な実施に向けた手引き」2-1を参照）ことに注意。

告ファイルと、2029 年度実施分の国への実績報告ファイルとを比較し、両ファイルにおける保健指導対象者の割合等を用いて 22 年間の減少率を算出することとしている。

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減少率に、的確に反映されないことに留意する。

ア 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	$\frac{\text{基準年度（平成 20 年度）の特定保健指導対象者の推定数} - \text{当該年度の特定保健指導対象者の推定数}}{\text{基準年度（平成 20 年度）の特定保健指導対象者の推定数}}$
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 2008 年度となる。毎年度、減少率を算出するに当たっては、当該年度/前年度となる。</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（特定保健指導対象者数）は、健診受診者に占める該当者及び予備群の者（特定保健指導対象者）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に占める該当者及び予備群者の数（特定保健指導対象者数）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・年齢構成の集団に、各保険者の性・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（特定保健指導対象者）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（特定保健指導対象者）が含まれる割合（率）を乗じる。</p>

イ 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保険者間の差異を補正する目的で行う。各保険者における、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（特定保健指導対象者）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（特定保健指導対象者）の推計数）で減少率を把握する。

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保険者では、最低限の区分けとして年齢の 2 階層（40-64 歳・65-74 歳）と男女との 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 階層による区分けも難しい場合は、男女のみの区分けで補正を行う。

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（特定保健指導対象者）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場合は、減少率の精度は低くなる。

図表 10: 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 メタボ該当者及び予備群(特定保健指導対象者)の割合	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(特定保健指導対象者)の推定数 (性・年齢階層別)	メタボ該当者及び予備群者 (特定保健指導対象者)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 ~ 74			

	年齢	【当該年度】	【基準年度】	【当該年度】	【当該年度】
		当該保険者 メタボ該当者及び予備群(特定保健指導対象者)の割合	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(特定保健指導対象者)の推定数 (性・年齢階層別)	メタボ該当者及び予備群者 (特定保健指導対象者)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 ~ 74			

③その他（実施方法・内容・スケジュール等）

実施計画上の内容と実際の事業の実施状況を比較・評価し、計画の進捗状況の管理を行う。上記の①②の指標や利用者の満足度（アンケート調査等）等を用いて総合的に評価・分析し、目標に向かって事業が順調に推進されているかを評価することが考えられる。

7-1-3 評価時期・年度の設定

毎年度評価を行い、目標との乖離を把握して、次年度の取組に活かすことにより目標達成に向け精緻に取り組むという流れが理想だが、毎年度計画している実施対象者数に対し確実に実施していただくだけでも事務的に大変だという保険者も少なくないと考えられることから、評価時期については、各保険者にて自由に設定する。

毎年度評価しない場合は、何年おきに行うのか（例えば、隔年）、あるいは特定の年度を

指定するのか（例えば、中間年度や最終年度等）を定め、実施計画に明記する。

7-2 特定健康診査等実施計画の見直しに関する考え方

実施計画の見直しに関する考え方については、達成状況の点検・評価の結果を活用し、必要に応じて、実施計画の記載内容を見直す必要があるため、その旨を計画に記載する。

評価結果を活用して、どのような手順で見直しを行うのか、標準的な作業の方法・流れを明確にする。その上で、毎年度いつ頃に見直しを実施するのか、毎年度見直しを行わない場合は、何年目に見直し作業を実施するのか（中間年度の評価など）を整理し、可能な範囲で、見直しの時期（毎年度に評価して見直すのか、中間年度に評価し見直すのか等）を計画に記載する。

可能な範囲で、保険者の体制の中でどの部署で実施するのか、役割分担・体制（計画作成・評価委員会のような特別な組織を設置して検討する場合は、その旨）を整理し、計画に記載する。

8. その他事項(記載することが考えられる例)

その他事項であるので、記載を要する事項がなければ、省略しても差し支えない。

8-1 事業主との連携

被用者保険者では、特定健診・特定保健指導を円滑に実施し、実施率向上を図るため、事業主との連携・協力体制を構築する必要がある。

被保険者が特定保健指導を受けやすくするための就業上の配慮、事業主が行う保健事業と協力・連携し、事業所での生活習慣病や特定健診・特定保健指導に関する情報の掲示やパンフレット等の配布、社員食堂における健康メニューの設定、受動喫煙防止対策等さまざまな形で事業主に協力を得ることが望ましい。このため、具体的な協力範囲について事業主との協議調整により定め、実施計画に記載することが望まれるが、特に、以下の点は事業主との連携・協力体制を構築し、実施計画に整理しておくことが望ましい。

①事業者健診の結果の受領

被保険者の事業者健診の結果を、事業主(または事業主の委託先健診機関)から、いつ、どのように受領する仕組みとするのか、標準的な流れを事業主と調整し明確化しておく。

②被保険者への特定保健指導について

特定保健指導の実施会場として事業所の一角を提供してもらい、勤務時間中に一時的に離席して指導を受けることを認めてもらう等、対象者が受けやすい環境づくりのため、必要な協力を要請し、事業主が協力できる内容について、計画に整理しておく。

8-2 他の健診との連携

①市町村国保における庁内連携による同時実施体制づくり

保険者として特定健診を実施するに当たり、がん検診等他の健診とどのように連携するのか(例えば「衛生部門にて受診券と受診案内を整理し関連する健診を一括で送付する」等)、実施においてどのように協働するのかを明確化し記載する。(市町村国保は、国保としての役割・実施方法等に限定し実施計画に整理する)。

②市町村が行うがん検診と被用者保険が行う特定健診との同時実施体制づくり

被用者保険の保険者と市町村とが連携し、がん検診と特定健診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、その実施方法等について整理して記載する。

8-3 実施体制の確保

特定保健指導は、技術・手法等の不断の向上を図るため、随時、関係者において知見の共有・研鑽を図ることが必要であることから、特定保健指導に係る人材育成・確保に関する事項について記載することが望ましい。