

2018/〇/〇

特定健康診査等実施計画 作成の手引き(案)

(第3版)

平成 30 年〇月

厚生労働省保険局

はじめに

[本書について]

- ◆ 本書は、特定健康診査等基本指針に基づき、各医療保険者が特定健康診査等実施計画（以下「実施計画」とする）を作成するにあたって、基本的に記載しておくべき事項を詳説したものであり、計画作成のガイドラインである基本指針について、もう少し詳細な解説が必要との要望があったことから、とりまとめたものである。
- ◆ 「特定健康診査等実施計画策定の手引き」の改訂にあたっては、医療保険者がすでに策定している「第二期特定健康診査等実施計画」を踏まえ、第三期計画策定を行う際に必要となる事項を整理することとした。
- ◆ 実施計画は、特定健康診査・特定保健指導（以下、「特定健診・特定保健指導」という）を実施していく上で、必要な実施体制・実施方法等を漏れなく、簡潔に整理し記載する計画であることから、本書に示した基本的に記載すべき事項が整理できれば、ページ数の多い厚みのある計画とする必要はない。ただし、意欲的な医療保険者が、本書に記載のない事項についても詳細に整理することを妨げるものではない。

[本書及び関連資料等の全体構成]

- ◆ 本書及び関連資料等の全体構成と、本書の位置づけは下記のとおり。
- ◆ さらに、本書の他に参考となる資料として、「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」）や、「特定健康診査・特定保健指導に関する Q&A 集」について本書と併せて通読頂き、参考としていただきたい。

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

[改版履歴]

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

改版年月日	版数	主な改版項目
2007/10/10	初版	
2013/5/13	第2版	

目 次

1. 基本的事項	1
1-1 特定健康診査等基本指針	1
1-1-1 基本指針とは	1
1-1-2 基本指針の構成等	1
1-2 特定健康診査等実施計画	2
1-2-1 実施計画とは	2
1-2-2 具体的に記載すべき事項(全体構成)	3
1-2-3 作成にあたっての注意点	4
2. 計画作成に向けた整理	5
2-1 背景・現状等	5
2-1-1 各保険者の特徴	5
2-1-2 第二期計画期間(平成 25～29 年)における課題等	7
3. 序文	9
3-1 記載内容について	9
3-1-1 計画作成の背景	9
4. 目標	11
4-1 設定の前に考慮すべき事項	11
4-1-1 特定健康診査等基本方針における目標値の把握	11
4-1-2 各保険者の事情等の考慮	12
4-2 目標値の設定	14
4-2-1 保険者としての目標値	14
5. 対象者数	15
5-1 対象者数の捉え方	15
5-1-1 特定健康診査における対象者の定義	15
5-1-2 特定保健指導における対象者の定義	15
5-2 対象者数の算定方法	16
5-2-1 特定健康診査	16
5-2-2 特定保健指導	17
5-2-3 各保険者の特徴や分布を反映したグループ別対象者数	18
6. 実施方法	19
6-1 基本事項(指針第三の三の 1)	19
6-1-1 実施場所	19
6-1-2 実施項目	21
6-1-3 実施時期又は期間	22
6-1-4 外部委託の方法	23
6-1-5 周知や案内の方法	25
6-1-6 事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法	26
6-1-7 その他	27
6-2 委託契約(指針第三の三の 2)	27
6-2-1 契約関係者の名称	27
6-2-2 契約形態	28
6-3 受診券・利用券(指針第三の三の 3)	28
6-3-1 様式	28
6-3-2 交付時期等	29
6-4 代行機関(指針第三の三の 4)	29
6-4-1 利用予定の代行機関	30

6-4-2 利用する代行機関の整理統合	30
6-5 特定保健指導対象者の重点化(指針第三の三の5)	30
6-5-1 重点化の観点	31
6-5-2 実施計画への記載事項	32
6-6 年間スケジュール等(指針第三の三の6)	32
6-6-1 スケジュールの設定イメージ	32
6-6-2 設定上の留意点	32
6-6-3 その他必要な事項	33
7. 個人情報の保護	35
7-1 記録の保存方法等	35
7-1-1 記録の保存方法	35
7-1-2 保存体制	36
7-1-3 外部委託の有無等	37
7-2 管理ルールの制定	37
7-2-1 制定における留意点	38
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	39
8-1 特定健康診査等実施計画の公表方法	39
8-1-1 趣旨	39
8-1-2 公表方法	39
8-2 特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発の方法	40
8-2-1 趣旨	40
8-2-2 普及啓発の方法	40
9. 特定健康診査等実施計画の評価・見直し	42
9-1 特定健康診査等実施計画の評価方法	42
9-1-1 実施及び成果に係る目標の達成状況	42
9-1-2 評価方法	43
9-1-3 評価時期・年度の設定	47
9-2 特定健康診査等実施計画の見直しに関する考え方	47
9-2-1 見直しの必要性	47
9-2-2 実施計画に整理すべき事項	47
10. その他	49
10-1 その他として記載することが考えられる例	49
10-1-1 事業主との連携	49
10-1-2 他の健診との連携	49
11. 計画作成のスケジュール	51
11-1 計画作成作業	51

1. 基本的事項

1-1 特定健康診査等基本指針

1-1-1 基本指針とは

高齢者の医療の確保に関する法律第18条では、医療保険者が「特定健康診査等実施計画」を作成するにあたって、国はどのような計画を作成すればよいかをとりまとめた指針（基本指針）を定めるものとされている。

＜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が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。

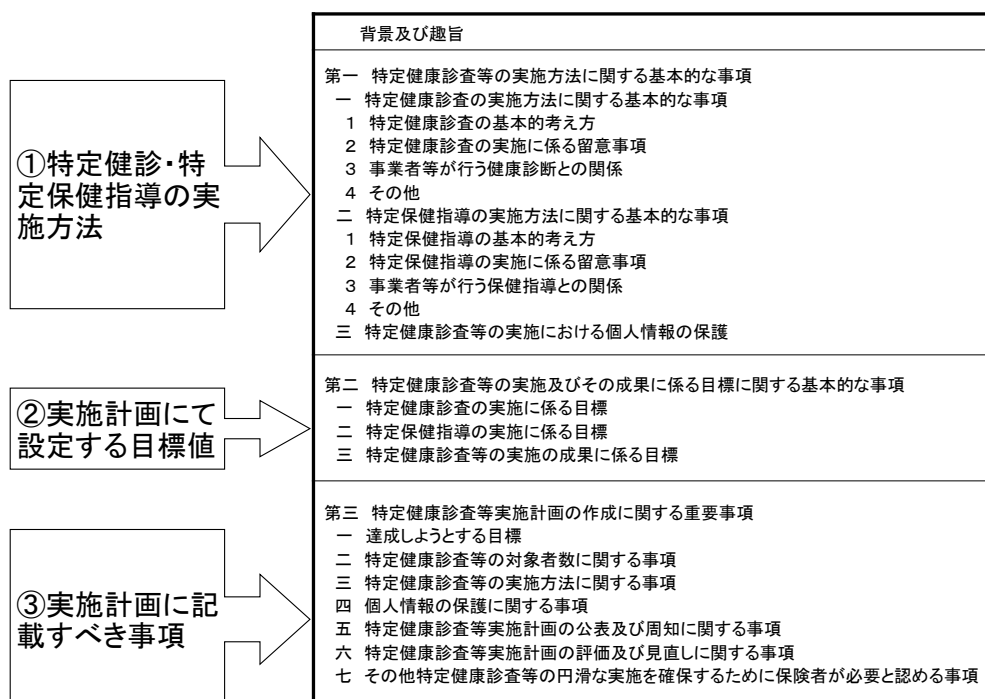
1-1-2 基本指針の構成等

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、基本指針は、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実施計画の記載内容や構成については、基本指針の第三に「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項目を示している。

また、実施計画に定めるべき目標値（基本指針第三の一「達成しようとする目標」）については、基本指針の第二に「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、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率）のそれぞれの設定の考え方を示している。

図表 1: 特定健康診査等基本指針の構成



1-2 特定健康診査等実施計画

1-2-1 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 条において、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 項に定められており、1-1-2 で示した基本指針第三の 7 項目に即して作成する。

なお、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 年一期に見直されたことを踏まえ、第三期(平成 30 年度以降)からは 6 年を一期として策定する。

＜高齢者の医療の確保に関する法律＞

(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、六年ごとに、六年を一期として、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

計画を作成する趣旨は、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。

加入者に対して、漏れなく特定健診・特定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^{*1}。

1-2-2 具体的に記載すべき事項(全体構成)

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。

法に基づき記述すべき範囲は基本指針第三の7項目(図表の表部分のみ)であるが、背景や序文等を必要に応じて記載することは可能である。

図表 2: 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		その他、必要に応じ	
背景・現状等(各保険者の特徴や分布等)		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	
特定健康診査等の実施における基本的な考え方			
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	● 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	● 特定健康診査等の対象者数(事業者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	● 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 ● 事業者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	● 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	● 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	● 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	

^{*1} 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。

1-2-3 作成にあたっての注意点

①簡素かつ漏れのない計画とすること

基本指針の第三に挙げた7項目に即し、簡潔に作成すればよい*。
ただし、各項目について必要な事項はもれなく定める必要がある。

②現状分析は可能な範囲で行い、実施方法は詳述すること

現状分析は、医療費分析や加入者の疾病・受療動向等、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えばよい。

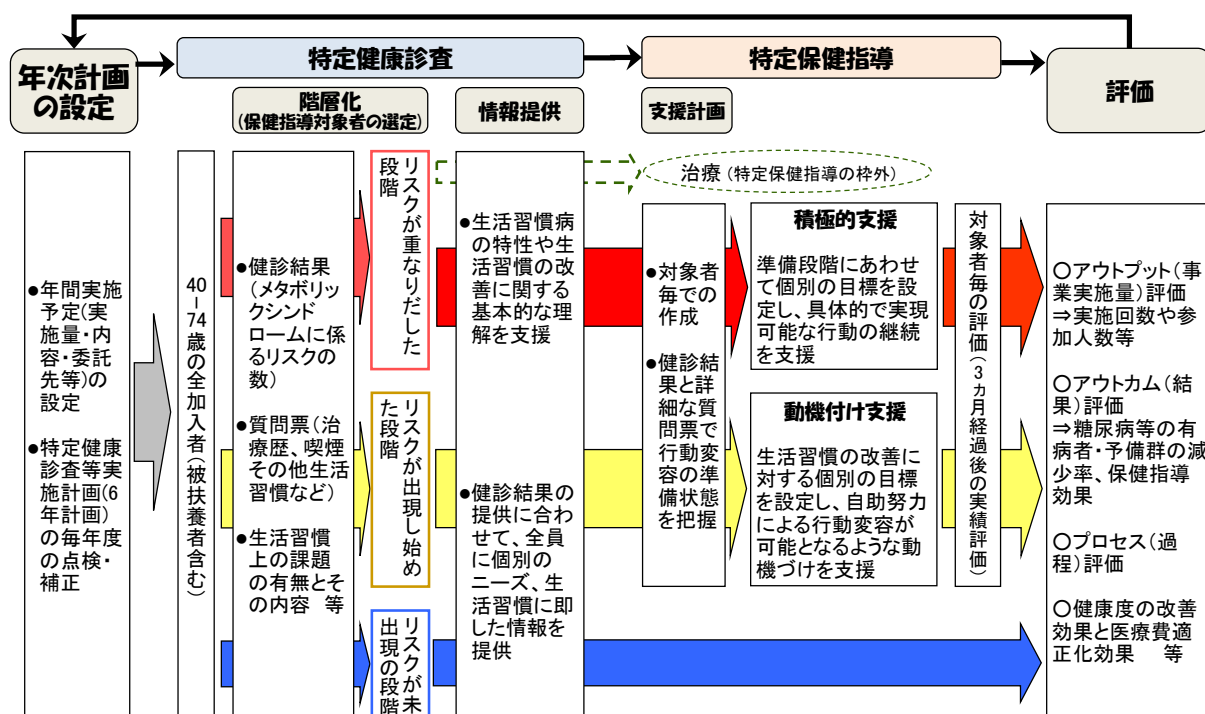
基本指針の第三に挙げた7項目のうちの実施方法については、この箇所に記載した内容に基づき、契約準備や予算化等具体的な作業が進められるため、実施方法については、詳細な記載が必要である。

③専門家と事務職員との連携体制で作成すること

実行性があり効果的な内容とするためには、現状分析の能力に長けている医師・保健師・管理栄養士等の専門家と、予算や契約等の事務に詳しい事務職員とが連携・協力して作成することが理想的である。

連携が困難な場合（特に専門家のみで作成する場合）には、事業の実施・運営に支障がないよう、十分な確認・検証を行う必要がある。

図表 3: 医療保険者における特定健診・特定保健指導の実施の流れ



* 特定健康診査等実施計画と医療保険各法に基づく保健事業の実施等に関する指針により作成される「保健事業の実施計画(データヘルス計画)」は、計画期間が一致する場合には一体的に作成することが可能である。ただし、データヘルス計画の一部として特定健康診査等実施計画を作成する場合は、特定健康診査等実施計画を単体で公表することができるよう、例えば章を分けるなど構成を工夫する必要がある。

2. 計画作成に向けた整理

計画の作成においては、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、実施方針を定める必要がある。

2-1 背景・現状等

2-1-1 各保険者の特徴

①年齢構成

特定健診・特定保健指導の対象となる集団を把握するためには、まず被保険者台帳を用いて、各年度における一時点の被保険者の性・年齢構成を集計し、母集団がどのような性・年齢構成であるかを把握する必要がある。

この結果は、今後の加入者の性・年齢構成、さらには特定保健指導対象者層がどのように変化するかを検討する材料となる他、特定保健指導の対象者数（健診受診者のうち何人くらいが動機付け支援・積極的支援の対象者となるのか）の推計にあたって必要となる。

また、年間で（あるいはどの月に）どの程度の加入者の異動^{*1}があるかについても、併せて把握しておくこと、年度を通じ異動のない者（最終的な実施対象者^{*2}）の推定、保健指導の業務量（保険者自身で実施する場合に必要とされる人員等）の推計等に活用することができるので、重要である。

②居住地

特定健診・特定保健指導の実施体制を確立する（どの地域で何人分の実施体制を組む必要があるのか）上で、居住する加入者数や地域を把握する必要がある。

以下は、整理しておくことが必要な事項として参考とされたい。

^{*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という形になる。

^{*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)

図表 4:(参考)計画策定に向けた事前整理

項目	内容	趣旨
40歳以上74歳以下の加入者の年齢構成	具体的には、5歳刻み、男女別。 被用者保険にあっては、被保険者本人と被扶養者の数を分けて把握しておく。	保健指導対象者数を推計し、費用見込み等を算出するため。
加入者の居住地	①集合的な契約形態による健診を基本として提供する場合 ○原則として、市町村ごとに居住する加入者数を把握しておく。ただし、被扶養者については、必須ではない。 ②被扶養者について個別契約形態による健診も提供する場合 ○原則として、市町村ごとに居住する加入者数を把握しておく。被扶養者についても個別の健診委託契約の締結に必要な範囲で把握する。	どの地域(市町村)で何人程度に対応できる受診体制を整える必要があるのかを検討する際に用いる。
第二期計画期間における受診状況(受診者数、受診場所)	・受診率(受診者数/受診対象者数) ・実施方法 ・受診場所 ・受診時期	健診の受診率(特に各年度の受診率)の目標を設定する際に用いる。
今後の受診場所の希望	被用者保険において、集合契約を活用せずに個別契約や直営形態のみで被扶養者への健診を提供する場合には、被扶養者の希望する受診場所の希望を把握する。 集合契約を活用する場合は、基本的に全国をカバーするので、不要であるが、未受診者対策等の観点から、受診場所の希望を把握することもあると考えられる。	どの地域(市町村)で何人程度に対応できる受診体制を整える必要があるのかを検討する際に用いる。

* 特定健診の案内や受診券の送付の際に、被扶養者住所を用いることを予定している保険者においては、被扶養者住所を利用可能な状況にしておく必要がある。

③就業の有無

目標設定にあたって、加入者のどの程度が働いているのか(加えて、可能であればその勤務先)を把握する。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」という。)の受診により、その結果データを受領する必要があることから、受領可能者数について把握する必要がある。

また、被扶養者(国保の場合は被保険者、国保組合なら家族)についても、事業者健診を受診しているケースがあり得る(「円滑な実施に向けた手引き」4-3-1①参照)ことに留意*が必要である。

④健康に関する特性・課題等

医療費データによる健康課題の分析は、各保険者において、どのような疾病でどの程度医療費がかかっているのか、また医療費がかかっている人がどの程度発生しているのか、またその中でも特に生活習慣病に関連するものはどの程度であるのかを把握することからはじまる。

医療保険者は、特定健診・特定保健指導を行うことにより、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ことが求められる。そのためには、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必要となる。

各医療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、それらを利用することも考えられる。

* 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のが中心とならざるを得ない。

図表 5:医療費データによる健康課題の分析の視点

項目	観点	留意点
被保険者全体の医療費	どのような疾患での医療費支出が多いのか、保健指導プログラムにより予防可能な疾患がどの程度あるのか	主傷病であるために、複数疾患で受療している場合の状況把握ができない
1人あたり医療費	費用が多くかかる疾患、あるいは加入者の属性は何か	医療費の対象期間と同じ時期の加入者を分母とする
医療機関の受診率	どのような疾患にかかっている人が多いのか	医療費がかかった人の実人数がわかる場合には、医療費を発生させた加入者を分母として、1人当たりの受診回数を見ることもできる

図表 6: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ことが求められる。標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)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。

2-1-2 第二期計画期間(平成25～29年*)における課題等

第二期計画期間における実施状況やその評価を踏まえ、第三期からの計画に反映させることが必要である。各医療保険者は、第二期計画に定めた評価方法に従い、第二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ことが考えられる。

評価方法の例としては、以下のようなものが考えられる。

* 平成29年度の実施率等が確定されない場合には、平成28年度までの実施状況等の課題を記載する。

①特定健診・特定保健指導の実施率の分析

第二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を評価する。

- ・ 目標年度における特定健診・特定保健指導の実施率の達成状況の見込み
- ・ 各年度における特定健診・特定保健指導の実施率の推移

上記の分析・評価においては、医療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・推移の分析を行うことも考えられる。

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（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。

3. 序文

なぜこのような計画を作成するのか、医療保険者として特定健診・特定保健指導を行う理由等、計画作成の趣旨・背景等の説明が必要であることから、序文において、生活習慣病対策の必要性をはじめとする記載をすることが考えられる。

3-1 記載内容について

3-1-1 計画作成の背景

①生活習慣病対策の必要性

高齢化の急速な進展と生活習慣病が増加し、死亡原因でも生活習慣病が約6割を占め、医療費に占める生活習慣病の割合も国民医療費の約3分1であること等から、生活習慣病対策が必要であることを記載する。

②メタボリックシンドロームという概念への着目

不健康な生活習慣による生活習慣病の発症、重症化の過程で、メタボリックシンドロームが大きく影響していることから、この該当者及び予備群者の減少を目指すことを記載する。

③参考となる記載について

①生活習慣病対策の必要性と②メタボリックシンドロームという概念への着目の記載に当たり、以下のものを参考とすることができる。

・「基本指針」からの引用

基本指針にも、次のように、参考となる記載がされている。

1 特定健康診査の基本的考え方（基本指針より）

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

このため、生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病等を予防することができれば、通院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持及び向上を図りながら医療費の伸びの抑制を実現することが可能となる。

(二) 糖尿病等の生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積（内臓脂肪型肥満）が関与しており、肥満に加え、高血糖、高血圧等の状態が重複した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高くなる。このため、メタボリックシンドロームの概念を踏まえ適度な運動やバランスのとれた食事の定着などの生活習慣の改善を行うことにより、糖尿病等の発症リスクの低減を図ることが可能となる。

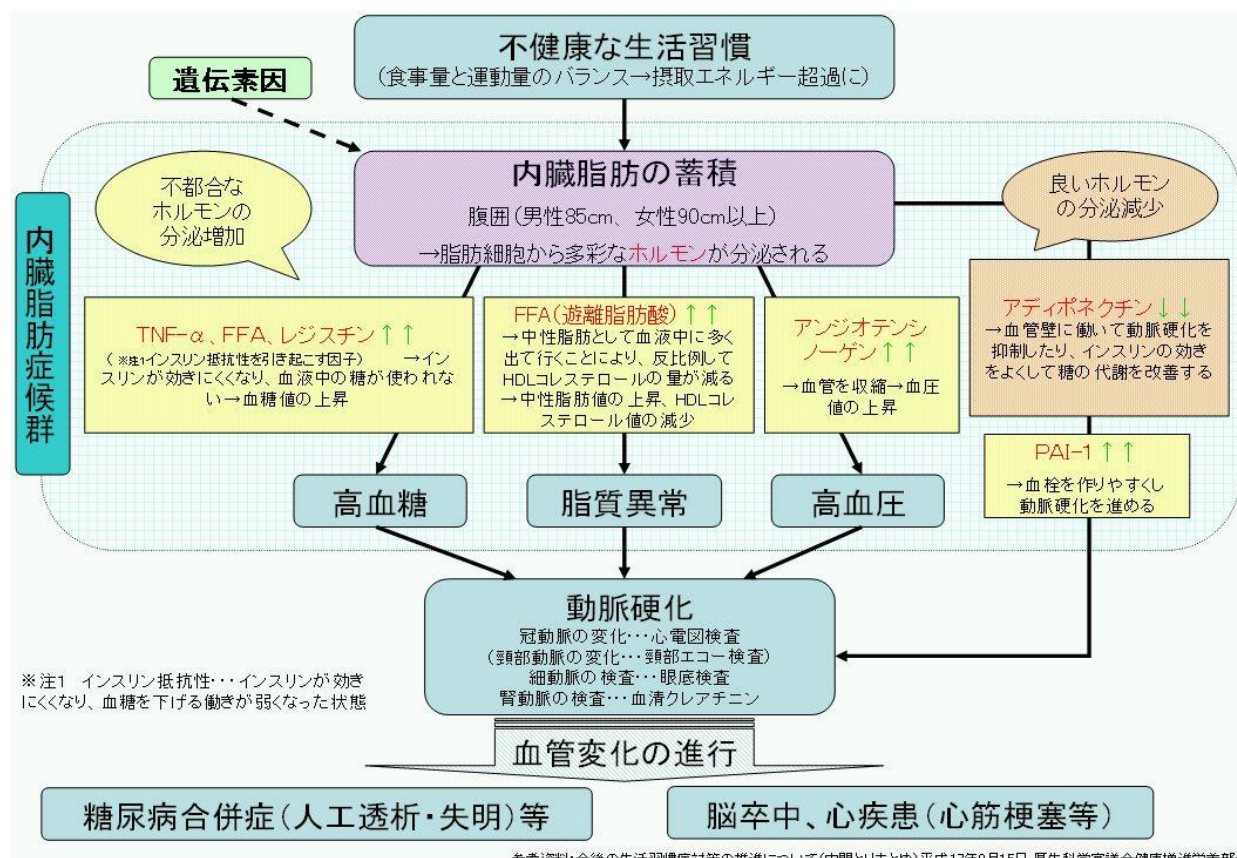
(三) 特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目

的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする者を、的確に抽出するために行うものである。

・「円滑な実施に向けた手引き」1-1 参照)

・その他、参考となる図は以下のとおり。

図表 7:メタボリックシンドロームのメカニズム



参考資料:今後の生活習慣病対策の推進について(中間とりまとめ)平成17年9月15日 厚生科学審議会健康増進栄養部会

4. 目標

本項以降「10. その他」までが、基本指針の第三において定められている法定の記載事項である。

最も簡潔な計画を作成する場合は、例えば「第1章 目標」という構成となり、以降全7章の構成となる。

目標については、基本指針の第三の一に示された法定の記載事項であり、第二に示した目標値に即して設定することとされている。

＜特定健康診査等基本指針＞

第三 特定健康診査等実施計画の作成に関する重要事項

一 達成しようとする目標

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を、第二の各号に即し、各保険者の実情を踏まえて定めること。その際、第二の一及び二については、各年度の目標値も定めること。

4-1 設定の前に考慮すべき事項

4-1-1 特定健康診査等基本方針における目標値の把握

基本指針において、各医療保険者が設定すべき2つの目標と、平成35年度（実施計画終了年度）時点における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こととしている。

図表 8: 全国目標

○ 保険者全体の第3期計画期間（30～35年度）の実施率の目標については、直近の実績では、第2期の目標値とかい離があるが、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ので、 <u>第2期の目標値である特定健診70%以上、特定保健指導45%以上を維持することとする。</u>	
○ メタボリックシンドロームの該当者と予備群（以下、メタボ該当者等）の減少率については、第2期は平成20年度比で減少率25%以上の目標を設定している。第2期以降の分析の結果、メタボ該当者等には約50%の服薬者が含まれており、非服薬者を対象とする特定保健指導の効果をメタボ該当者等の減少率で測ることは十分とはいえないと考えられる。 このため、特定健診・保健指導の成果に関する目標は、第1期と同様に、 <u>特定保健指導対象者数の減少</u> を目標とする。	
（※1）特定保健指導対象者数は、平成24年度において、平成20年度比で12%減少し、第1期目標を達成している。	
（※2）保険者が数値目標として定める必要はないが、目標としての活用を推奨する。	

項目		＜第1期＞ H24年度目標	＜第2期＞ H29年度までの 保険者全体の目標	H26年度実績 (保険者全体)	＜第3期＞ H35年度までの 保険者全体の目標
実施に関する目標	①特定健診実施率	70%以上	70%以上	48.6%	70%以上
	②特定保健指導実施率	45%以上	45%以上	17.8%	45%以上
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	—	25%以上減少 (H20年度比)	3.2%減少 (H20年度比)	—
	特定保健指導対象者の減少率（※）	10%以上減少 (H20年度比でH27年度に25%減少)	—	16.1%減少 (H20年度比)	25%以上減少 (H20年度比)

※ 「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、第1期では特定保健指導対象者の減少率としていたが、第2期以降は、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していた。

図表 9:各医療保険者種別の目標

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	65%以上 (65%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)	55%以上	30%以上	45%以上

4-1-2 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）を把握しておく必要がある。

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（現在あるいは将来の推定発生率*）である。

この率が比較的高い場合（特に全国平均値よりも高い等）は、目標として設定した特定保健指導実施率が比較的低くても、実施予定者数は相当数になることから、各保険者でどの程度の発生率かを把握した上での目標設定が重要となる。

この値は、第二期の特定健診の実施状況の特定保健指導対象者割合を用いることとなる。更に可能であれば、発生率は性別・年齢階層別で算定できると良い。

③事業実施体制の見通し

目標のうち、特定健診・特定保健指導の実施率は、対象者数を乗じると予定実施者数となることから、目標設定にあたり、予定実施者の人数とその地域分布、健診・保健指導実施機関の有無（委託先が当該地域に存在するの可否か）等を踏まえ、実現可能性を判断し、勘案しておく必要がある。

目標設定後に、実施が困難である場合は、目標の補正が必要となる。

④予算制約

目標のうち、特定健診・特定保健指導の実施率は、加入者数を乗じると予定実施者数となり、これに特定健診・特定保健指導の単価を乗じると各年度の事業費が算出され、

* 将来の年齢別発生率の推計は困難なので、現在の発生率を5年間使用することで差し支えない。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ではない。

ここから自己負担額を除くと、医療保険者として必要となる年度別での特定健診・特定保健指導にかかる費用の総額となる。

この予算見込み額が現実的ではない場合は、自己負担額の引き上げや委託先との交渉等の努力が求められる。

⑤対象者の特徴や分布

各医療保険者が全体としての目標値の設定に加え、当該医療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、以下の点に注意が必要である。

a グループ分けにおける重複や漏れの防止

対象者の集団を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ような、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、注意が必要である。

また、グループ分けは目標値を設定する時のみならず、設定した目標値を達成するための実施方法や、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が必要である。

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グループにおける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、4-2-1 で設定した毎年の目標値を下回らないよう調整・設定する必要がある。

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、医療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、見通しを立てることが必要である。

4-2 目標値の設定

4-2-1 保険者としての目標値

平成 35 年度の最終目標値は基本指針の目標に即して設定する。平成 30 年度から 5 年間の特定健診・特定保健指導の実施率の目標値は、各医療保険者において自由に設定する。

	H30	H31	H32	H33	H34	H35
特定健康診査の実施率	各医療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に係る目標については、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、基本的には、災害等特別の理由で特定健診・特定保健指導を通常通り行うことが難しい場合や、医療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 年間の後半の方で急激に高めていくように考えるのか、各医療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はしないが、保険者の特定保健指導の効果の検証等のための指標として活用することが望まれる。

なお、この減少率については、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（平成 30 年度以降）は、特定保健指導対象者の減少率を使用する。

5. 対象者数

基本指針の第三の二に示された法定の記載事項である。最も簡潔な計画を作成する場合は、全7章構成のうちの「第2章 対象者数」という位置づけになる。

基本指針では、第三の二に以下のように記載されており、医療保険者として実施すべき数（特定健診については、他の法令に基づく健診結果が特定健診の実施に代えられる内容であった場合、その結果を受領すれば改めての実施が不要となるため）の見込みを推計することとされている。

対象者数は、医療保険者としての実施体制作りや予算組みのための基礎となる数字であることから、医療保険者として実施すべき数に限定して記載する。

＜特定健康診査等基本指針＞

第三 特定健康診査等実施計画の作成に関する重要事項

二 特定健康診査等の対象者数に関する事項

特定健康診査等の対象者数（特定健康診査については事業者健診の受診者等を除き、特定保健指導については事業者健診の結果から対象となる者を含める等、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）を推計し、記載すること。

5-1 対象者数の捉え方

5-1-1 特定健康診査における対象者の定義

特定健康診査の実施年度中に 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」1-2-2 参照）。

5-1-2 特定保健指導における対象者の定義

特定健康診査の結果、腹囲の他、血糖、血圧、脂質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である（「円滑な実施に向けた手引き」1-3-2 参照）。

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

* 当該年度において 75 歳に達する者も含める。

図表 10: 特定保健指導の対象者(階層化)

腹囲	追加リスク	④喫煙歴	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40-64 歳	65-74 歳
$\geq 85\text{cm}$ (男性) $\geq 90\text{cm}$ (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 $\text{BMI} \geq 25$	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			

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

5-2 対象者数の算定方法

5-2-1 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、主として、(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、という 3 つの段階で行われる。

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 年間分先に推計する。

②各年度における加入者の推計

対象者数の算定には、計画期間(平成 30 年度からの 6 年間)の毎年の、加入者数の推計値が出発点となる。

これまでの傾向から、増加傾向なのか、横ばいなのか等を判断すると共に、被用者保険においては、事業主の人事部門等との連携による従業員数の見込み等も反映しつつ、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ことも考えられる。

また、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、男女別・年齢階層別での推計数が必要である(要特定保健指導対象者となるリスクは一律ではなく性別や年齢によって異なるため)。年齢階層は、最低単位としては 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、健診結果データが受領できる限りは、医療保険者が実施すべき特定健診の対象者から除外しておくことができる。

多くの場合は、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ことが想定され、事業主や学校からの健診結果の受領数を推定することが可能で

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を行う。

しかし、上記以外に、国保の被保険者や被用者保険の被扶養者でパート勤務等により労働安全衛生法に基づく定期健診等を受けているケースがある。このような場合、該当者の全数の確定は困難ではあるが、把握する方法として次のようなものがある。

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

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とすることは避けるべきである。従って、加入者から個別に提供を受けなければならないもの、あるいは他の法令に基づく健診を受けているかどうか不明確なものについては数に含めず、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医療保険者での実施分とし、実施率を推計する。

なお、実施計画の作成時点で、第二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には、この数を折り込んだ目標値の設定を行うことが考えられる。

④目標とする想定実施者数の算定

①～③で推計し算出した各年度の想定対象者数の全数に、4-2-1①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、医療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。

5-2-2 特定保健指導

特定保健指導対象者数の推計については、5-2-1①及び②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については、性別・年齢階級別での推計が必要となる。対象者の推計については、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（医療保険者実施分＋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^{*1}を乗じて算出する。

5-2-3 各保険者の特徴や分布を反映したグループ別対象者数

各医療保険者における、全体としての対象者数は5-2-1・5-2-2に示したとおりであるが、実施計画の全体を通じての場合分け^{*2}を行い、4-1-2⑤に示したように、目標値についても全体の目標値に即してグループ別に割り振る医療保険者においては、対象者数もそれに伴ってグループ別で算出することとなる。

図表 11: 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

グループ別での元々の人数に、目標とする実施率を乗じ、健診において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前提となる推計が可能となる。

② 特定保健指導対象者数グループ別での目標

健診実施者数に、特定保健指導の対象者の発生率を乗じて算出した、グループ別での実施対象者数に、目標とする実施率を乗じて推計する。

^{*1} 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注意されたい。「円滑な実施に向けた手引き」1-3-2に特定保健指導の対象者の定義を詳述しているので参照されたい。

^{*2} 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)

6. 実施方法

基本指針の第三の三に示された法定の記載事項である。最もシンプルに計画を作成する場合は、全7章構成のうちの「第3章 実施方法」という位置づけになる。

基本指針では、第三の三に以下のように記載されており、実施方法や形態、委託先、受診券の交付方法、代行機関の利用、保健指導対象者の重点化、毎年のスケジュールといった、医療保険者が特定健診・特定保健指導を実施するにあたって必要な項目について記載しておくこととされている。

本項は、実施計画策定上最も重要なポイントであり、医療保険者はできる限り詳述することが基本となる。

＜特定健康診査等基本指針＞

第三 特定健康診査等実施計画の作成に関する重要事項

三 特定健康診査等の実施方法に関する事項

- 1 実施場所、実施項目、実施時期又は期間、外部委託の有無、外部委託契約の契約形態、外部委託者の選定に当たっての考え方、周知や案内の方法、事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法等を定めること。
- 2 特定健康診査等を実施するに当たり、保険者（複数の保険者を代表する保険者を含む。）と特定健診等の実施機関（全国組織等複数の実施機関を代表する実施機関を含む。）との間に特定健診等の契約の締結を行う場合には、これらの契約関係者の名称その他のこれら契約形態に関する事項を記載すること。
- 3 特定健康診査の受診券又は特定保健指導の利用券を交付する場合には、これらの様式及びこれらの交付時期について定めること。
- 4 特定健康診査等の費用の支払及びデータの送信事務に関し、代行機関（実施基準第16条第3項に規定する者をいう。）を利用する場合には、当該機関の名称を記載すること。
- 5 特定保健指導の対象者のうち、優先的に特定保健指導を実施する者を選定する場合には、その方法を記載すること。
- 6 実施に関する年間のスケジュールその他必要な事項を定めること

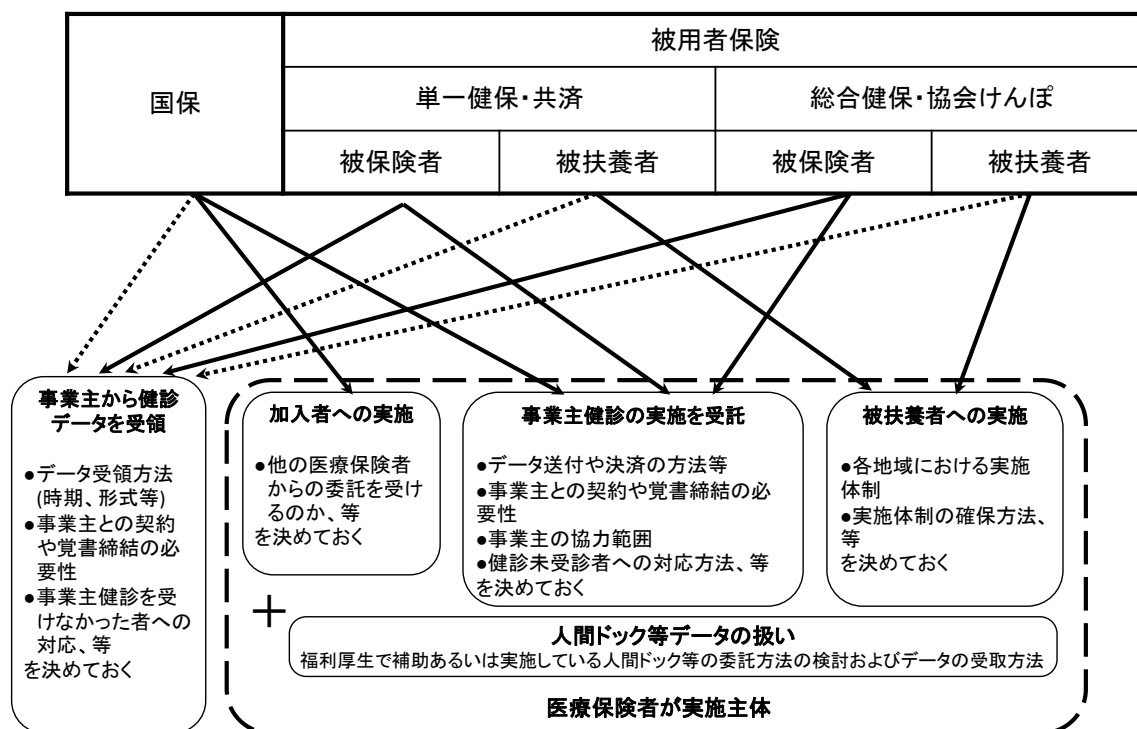
6-1 基本事項(指針第三の三の1)

6-1-1 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ことが重要である。実施計画において、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にて設定することが必要である。

医療保険者自身で実施する方式か委託方式を取るのか、医療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（「円滑な実施に向けた手引き」「4. 実施形態」参照）。

図表 12: 特定健診の主な実施形態



である。例えば、被用者保険の被保険者については、巡回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、市町村国保では、過疎地や離島等では地区の集会所や対象者の自宅等に巡回型の機関の指導者を派遣する等が想定される。

個別契約や医療保険者自身で実施する場合には実施計画に明確な場所が記載可能であるが、集合契約で行う場合には、明確な実施場所の記載は困難であると考えられる。

6-1-2 実施項目

①特定健康診査

特定健康診査の実施項目については、省令・告示にて定められている。従って、特定健診の項目を実施する場合、実施計画には、法定の実施項目（基本的な健診の項目と、医師の判断によって追加的に実施することがある詳細な健診項目）を実施するという内容を記載することとなる（「円滑な実施に向けた手引き」2-1 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、医療保険者独自の判断で健診項目を追加して実施することも考えられる。

その場合には、実施計画において追加する項目を記載すると共に、委託契約の仕様においても明確にしておく必要がある。

また、医療保険者独自で実施する人間ドックを、特定健康診査の法定項目を含有する形で実施する場合には、「特定健康診査の実施に代え人間ドックを実施する」という内容を記載することとなる。

③特定保健指導

特定保健指導は、最低限の枠組みを省令・告示にて定めており、それに沿って実施することとなる。

健診と異なり、定型的なサービスではなく、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、一定の枠内で対象者に合わせた自由な指導が可能となっていることから、実施計画上での特定保健指導の実施内容として、各医療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、労働者に対して勤務形態・時間を踏まえた食事の摂り方等食事指導を中心とした内容や身体活動の増加にポイントをおいた運動指導中心の内容、個別の栄養指導と併せて地域の食文化・食生活を踏まえた栄養教室等の開催等の形態が考えられる。

また、特定保健指導の場合は継続性が問われることから、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（該当者が予備群になる、体重・腹囲が減少する）観点から、特定保健指導の実施形態を検討し記載することも必要である（「円滑な実施に向けた手引き」3-2・3-3 等参照）。

6-1-3 実施時期又は期間

特定健診・特定保健指導の実施時期や期間については、受診券・利用券の発券時期や有効期限の影響を受けるため、発券時期や有効期限を工夫するなどしながら設定する必要がある。（「円滑な実施に向けた手引き」6-4-5 参照）。

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ある程度考慮に入れると、年度末まで実施することは一般的ではないと考えられ、できる限り早めの実施が望ましい。特に対象者数が少ない場合や、集合契約において市町村の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、あるいは特定の月等に集中的に実施し終えるという方法も考えられる。

また、特定保健指導の初回面接を年度内に完了するためには、特定保健指導の利用券発券時期等を踏まえると、特定健診を1月までに実施するということが考えられる（「円滑な実施に向けた手引き」6-4-5①参照）。

②特定保健指導

特定保健指導は開始から終了まで3ヶ月以上を要することから、基本的に年度末までに実施することとなるが、年度末を超えて実施する場合の取扱い等は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実施年度の実績とし、それ以降は翌年度の実績に移すこととなっている（詳細は「円滑な実施に向けた手引き」6-4-5 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必要がある。

通年実施とする場合の、最もオーソドックスな考え方としては、6月から（4月から健診を実施後に、階層化を行った上で保健指導の案内を送付するため）3月まで（健診を3月まで実施する場合は5月）となる。

③事業主との連携

被用者保険の被保険者は、健診については事業者健診の結果を確実に受領し、階層化を行い、必要な者には特定保健指導の案内を行うこととなる。

事業者健診は通常、毎年特定の時期に集中的に実施することが多いことから、事業主と緊密に連携し、実施時期や結果データの受領可能時期を定め、実施計画に反映することが必要である。

また、特定保健指導においては、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なること等もあることから、事業主との協議調整の結果、実施しやすい期間を計画に反映させることが望ましい。

④集合契約における実施時期の調整への対応

集合契約によって多くの医療保険者が、特定の地域における実施機関に実施を委託する場合、市町村国保と集合契約へ参加する医療保険者との間、あるいは参加する医療保険者間で、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、集合契約時に時期をずらす調整等を行うことが考えられる。

この場合、その地域においては割り当てられた時期での実施となることから、実施計

画においてその内容を反映しておく必要がある。

⑤場合分けに応じた実施時期・期間の設定

5-2-3 等にした場合分けを行う場合は、グループ別に、最も実施率を高められる（利便性の高い・脱落を防げる）、あるいは実効性を高められる実施時期・期間を実施計画にて設定することが必要である。

例えば、被用者保険の被保険者については上記③に示したような考え方を踏まえた計画作成が必要であるほか、集合契約においては上記④のような時期の調整も踏まえる必要がある。

上記③④の他に、対象者の生活スタイルを想定した実施時期の設定の検討も必要である。

また、冬期間の積雪や台風等の天候により、季節によって外出等が制限される期間がある地域については、適切な実施時期の設定が必要である。

6-1-4 外部委託の方法

①外部委託の有無

委託により実施しなければならないのか、その必要はないのか、外部委託の有無を明記する。

多くの医療保険者は、医療保険者自身で実施するだけの人員・設備等を抱えていない場合が多いことから外部への委託により実施することとなる。

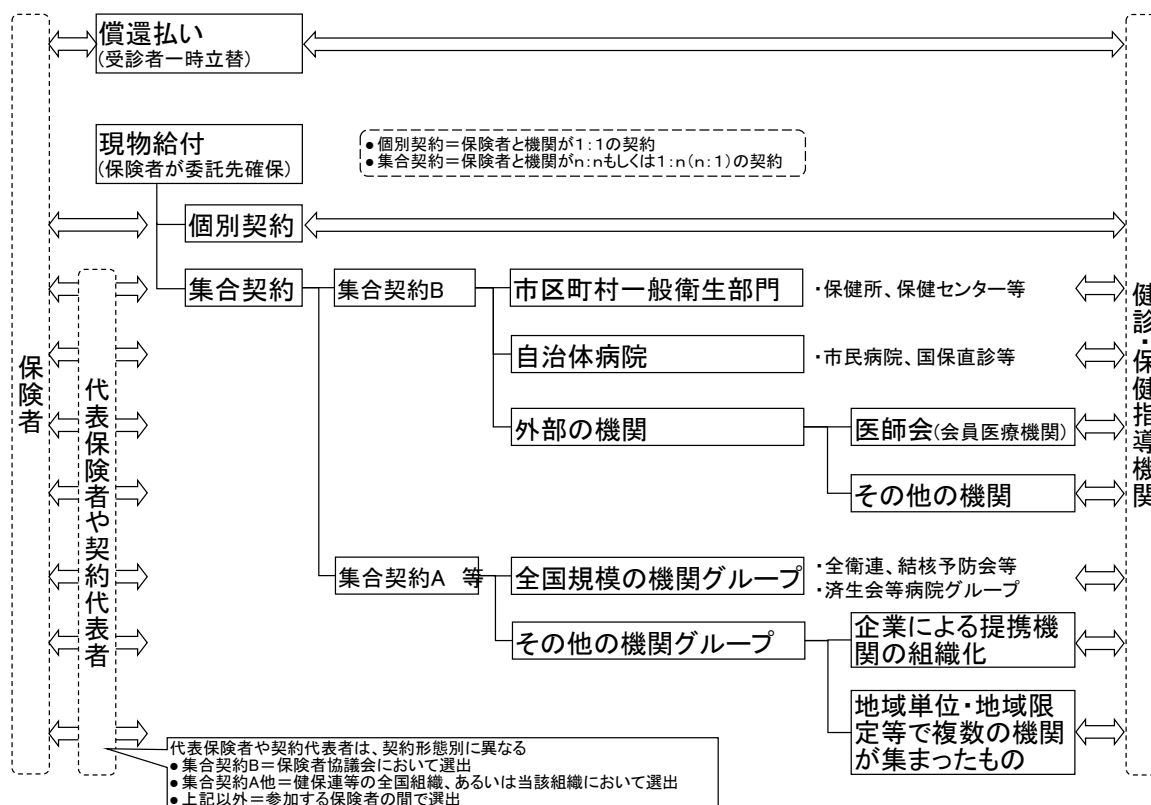
この時、全面的に委託にて対応するのか、部分的には医療保険者自身にて実施できる（例えば、医療保険者のスタッフにて対応できる地域に限りがあり、それ以外の地域については委託する等）のか、場合分けがあるならば実施計画において明確にしておく必要がある。特に、5-2-3 等にした場合分けに基づき目標値や実施方法を記載してきている場合は、そのそれぞれのパターンごとに外部委託の有無を示す。

②外部委託の契約形態

委託により実施しなければならない場合に、その委託契約をどのように締結するのか方針を示す必要がある。

具体的には、個別契約にて対応するのか、集合契約に参加するのか、償還払い方式を採るのか、といういずれかの方法を選択することであり、集合契約に参加する場合は、どのような種類の集合契約に参加するのか（図表 13 を参照）も明確化が必要である。

図表 13: 委託時の実施形態



a 契約形態における考え方

図表 14 のとおり、それぞれの方式・形態によって、その方式を採用することによる医療保険者の労力と、実施率への影響が異なることから、十分に検討し選択していく必要がある。（詳細な内容は「円滑な実施に向けた手引き」「4. 実施形態」参照）

図表 14: 実施形態別の比較

形態	医療保険者が実施体制をつくるための労力・費用等	メリット	デメリット
個別契約	多い	要望等を反映しやすいため、独自の実施率を高める工夫が講じやすい、支払条件等も制約がない	個々に実施機関にあたり、交渉していく労力が発生
集合契約	契約箇所数に比べると少ないが、一定の負担はある	少ない労力・負担にて全国各地の多数の実施機関と委託契約を確立することができる	個別の要望は反映できないため、定型化的な実施内容・条件等となる。
償還払い	極めて少ない	事前に実施機関を手配・確保することなく実施できる	実施機関がわからない、立て替えるお金がない等から実施率は高まりにくい可能性が高い

b 場合分けに応じた契約形態の設定

グループ別に、最も実施率を高められる（利便性の高い・脱落を防げる）、あるいは実効性を高められる契約形態等を、①の考え方を参考に、実施計画にて設定することが必

要である。

例えば、市町村国保の場合、地域外の対象者についてはその数が少ないことから償還払いとする、あるいは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のために不可欠と判断し県内における国保ベースの集合契約 B へ参加する等が考えられる。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については集合契約とする、あるいは被扶養者についても集合契約でカバーできない部分については個別契約で対応する等が考えられる。

③外部委託者の選定にあたっての考え方

厚生労働大臣が告示にて定める外部委託に関する基準を満たしている機関であるか否かが選定の最低条件となる（「円滑な実施に向けた手引き」5-1 参照）。

また、特定健診・特定保健指導の実施以外に、例えば、受診案内や受診時の予約管理、受診券の発券等包括的なサービス等を委託する場合は、必要に応じ委託内容を明確にし、その委託内容にて委託先機関を選定する方針であることを実施計画に明記しておく必要がある。

6-1-5 周知や案内の方法

①周知の方法

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動について、どのように行う予定なのか、実施計画にて定めておく必要がある。

実施方法や料金等の周知については、例えば、医療保険者独自の定期刊行の機関紙の活用や医療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が想定される。

なお、基本指針第三の五「特定健康診査等実施計画の公表及び周知に関する事項」に記載する内容との整合性を確保することが必要である。

②受診案内の方法

受診券（あるいは利用券）とともに必要となる受診機関リスト等の受診案内について、その内容（冊子、チラシ、パンフレット、ホームページ等どのような形態を採るのか）や作成方法（医療保険者自身での作成か、委託先機関での作成か、国保ベースの集合契約 B であれば市町村広報に集団健診のお知らせを掲載する等の形態を採るのか）等についての基本的な考え方・方針を実施計画にて定めておくことが必要である。

また、紙資料だけではなく、電話等による案内を行うことも想定している場合は、その方法等についても実施計画における整理をしておく必要がある。

③受診券・利用券や受診案内の配布方法

受診券（あるいは利用券）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ことから、その送付方法についての方針を実施計画にて定めることが必要である。

具体的には、住所を把握して直送するという方法が望ましいが、特に被用者保険の被扶養者についてその住所情報を把握できていない場合は、事業主の協力を得て、事業主・被保険者（従業員）を介して対象者に確実に届くような方法を探る必要がある。それぞれ場合分けをし、適切な方法を定めておく必要がある。

6-1-6 事業者健診等の健診受診者のデータ収集方法

事業者健診等他の法令に基づく健診の結果を医療保険者が受領することにより、その結果のうち特定健康診査の実施項目と重複する部分については医療保険者での実施が不要となることから、それら他の健診結果があるならば、確実に受領することが重要であり、受領元（事業主等）との事前の十分な協議調整に基づき、確実な受領方法・体制等を実施計画にて定めておくことが必要である。（「円滑な実施に向けた手引き」7-2-5 参照）。

①事業主等からの受領

事業主から受領する方法が主な方法であるが、事業主の事務負担と迅速なデータ授受等の効率性を考えた場合に、事業者健診の実施機関から受領する方法が考えられる。このような方法を探る場合には、健診機関・事業主・医療保険者の3者で協議調整を行った上で取り決め等が必要となる。

いずれの方法とするかについては、事業主等と十分な協議調整を行うことが必要である。

②受診者本人からの受領

事業主等まとまった数のデータの提供元がある場合は、その提供元との協議調整により円滑に受領できる体制をつくることができるが、数多くの事業主と調整し各事業主から少数のデータを受領しなければならない場合や、そもそも他の健診結果の有無が明確でない（特に被扶養者による事業者健診の受診）場合は、受診者本人からの受領とならざるを得ない。

この場合の受領方法としては、主に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、実施計画に具体的に記載することとなる。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実施計画に整理しておくことも考えられる。

③受領するデータの形態

事業者健診等他の健診は、特定健康診査のように標準化された電子データによる報告が義務付けられていない。

事業主等との協議調整の過程において、電子データでの受領が可能な実施機関での事業者健診の実施を要請すること等、電子データでの受領が可能となる場合には、実施計画に整理しておくことも考えられる。

また、受領形態として紙となる可能性もあり、その場合は、医療保険者において受領

した紙データを入力する必要があることから、入力体制等受領時の流れ等を実施計画にて明確化しておく必要がある。

6-1-7 その他

①診療上の検査データの活用（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）

特定健康診査は、本人が定期的に自らの健診データを把握するとともに、治療中であっても生活習慣を意識し、改善に取り組む端緒となることが期待されることから、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。

その上で、かかりつけ医と保険者との連携や、受診者の社会的なコストを軽減させる観点から、本人同意のもので保険者が診療における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」4-2-1⑦参照）

②健診結果の返却方法

医療保険者は、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得る。

6-2 委託契約(指針第三の三の2)

特定健診・特定保健指導を委託により実施する際に、個別契約にて委託先を確保する場合、集合契約に参加することにより多数の委託先を確保する場合、いずれにあっても、その内容について具体的に整理しておく必要がある。

＜特定健康診査等基本指針＞

第三 特定健康診査等実施計画の作成に関する重要事項

三 特定健康診査等の実施方法に関する事項

- 2 特定健康診査等を実施するに当たり、保険者（複数の保険者を代表する保険者を含む。）と特定健康診査等の実施機関（全国組織等複数の実施機関を代表する実施機関を含む。）との間に特定健康診査等の契約の締結を行う場合には、これらの契約関係者の名称その他のこれら契約形態に関する事項を記載すること。

6-2-1 契約関係者の名称

集合契約は、多様なパターンが考えられる（「円滑な実施に向けた手引き」「6. 集合契約」参照）が、その実施機関のグループ（の各機関）が、対象者の居住地や勤務地をカ

バーしているか否かが重要な選択基準のひとつである。

集合契約の形態を大きく分類すると、市町村国保の契約をベースとした集合契約 B と、全国組織（全衛連・結核予防会等）による集合契約 A とがある*¹。

集合契約 B への参加であれば、どの都道府県の集合契約に参加するのか、全国組織との集合契約 A であれば、どの組織との契約なのか、それぞれ実施計画において明確に整理しておく必要がある。

6-2-2 契約形態

集合契約、個別契約いずれについても、契約毎に契約形態を明確化しておくことが必要となる。

6-3 受診券・利用券(指針第三の三の 3)

少なくとも集合契約に参加する場合は受診券・利用券の発券が必須*²となることから、その発券方法等について実施計画に定めておく必要がある。

特に、受診券（あるいは利用券）は、対象者に迅速に発券・配布することが重要であることから、様式、発券時期や発券方法等についての基本的な考え方・方針を実施計画に定めておくことが必要である（「円滑な実施に向けた手引き」6-4 参照）

＜特定健康診査等基本指針＞

第三 特定健康診査等実施計画の作成に関する重要事項

三 特定健康診査等の実施方法に関する事項

3 特定健康診査の受診券又は特定保健指導の利用券を交付する場合には、これらの様式及びこれらの交付時期について定めること。

6-3-1 様式

健診・保健指導実施機関の窓口にて混乱が生じないように、集合契約に参加する全ての医療保険者が同じサイズやレイアウト、記載事項の並びで発券することとなっている（「円滑な実施に向けた手引き」6-4-3、6-4-4 参照）。

①発券形態

送付方法等により発券の形態が異なる。受診券そのものを送付用の葉書とする（受診案内等もその葉書内に印字）場合、受診機関リストや受診案内と併せて送付する場合等、選択した発券形態について、実施計画に整理しておく必要がある。

*¹ 第三期(平成 30 年度以降)から、特定健康診査当日に初回面接を行う場合の集合契約が新たに構築される。第二期までにおける集合契約 A は「集合契約 A①」、集合契約 B は「集合契約 B①」となり、健診当日に初回面接を行う場合の集合契約 A は「集合契約 A②」、同様の場合の集合契約 B は「集合契約 B②」となる。

*² 個別契約のみの場合であっても医療保険者の判断で発券することは差し支えない。個別契約と集合契約が混在する場合は発券が必要。

②印字事項

集合契約については、実施内容や自己負担の項目、自己負担額（あるいは負担率）、契約取りまとめ機関名、参加している集合契約の相手先名、利用する代行機関番号等が標準様式にて定められている。（「円滑な実施に向けた手引き」6-4-3、6-4-4 参照）

印字内容について、実施計画に整理しておく必要がある。

6-3-2 交付時期等

①発券時期

基本的には、年度当初の一括発券か、定期的な発券（例えば「健診対象月の前月 1 日に対象者へ郵送」等）か、都度発券（例えば「前月分の特定健診の結果と同時に健診機関から送付されてくる特定保健指導対象者リストから、当月後半に重点化により抽出された者に発券し郵送」等）かが考えられる。（「円滑な実施に向けた手引き」6-4-5 参照）。

発券時期について、実施計画に整理しておく必要がある。

②発券方法

特定健康診査については対象者が明確なことから事前の大量発券が可能であり、委託発券による効果が見込まれるが、特定保健指導については、健診の結果により順次発券する必要があることから事前の大量発券は不可能であり、加入者数が比較的少なく毎月の保健指導対象者数がそれほどの数にはならない医療保険者の場合は、内部での随時発券が妥当とも考えられる。

医療保険者自身での発券か、代行機関や印刷会社等への委託発券か、委託発券の場合の委託先、発券方法について、実施計画に整理しておく必要がある。

6-4 代行機関(指針第三の三の 4)

集合契約に参加する場合は、受診券・利用券の発券と、代行機関の利用が必要不可欠^{*1}となるが、代行機関はセキュリティが担保される限りにおいて自由参入のサービスであることから、各医療保険者がどの代行機関を利用するか等基本的な考え方・方針を実施計画に定めておく必要がある（「円滑な実施に向けた手引き」「8. 代行機関」参照）。

＜特定健康診査等基本指針＞

第三 特定健康診査等実施計画の作成に関する重要事項

三 特定健康診査等の実施方法に関する事項

4 特定健康診査等の費用の支払及びデータの送信事務に関し、代行機関（実施基準第 16 条第 3 項に規定する者をいう）を利用する場合には、当該機関の名称を記載すること。

^{*1} 集合契約は契約事務のみの省力化であり、実施時における日々の決済・データチェック等に関わる膨大な事務処理負担が残ることから、これに対する各医療保険者への負荷軽減策として代行機関サービスの提供が不可欠となっている。なお、個別契約のみの場合であっても医療保険者の判断で代行機関を利用することとしても差し支えない。また、受診券・利用券の場合と異なり個別契約と集合契約が混在する場合であっても、集合契約分については代行機関を経由するが個別契約分についてまで代行機関を利用するか否かは医療保険者の判断となる。

6-4-1 利用予定の代行機関

①個別契約の場合

代行機関は、医療保険者における決済や受領データのチェックに関わる事務負担を軽減するために、原則として、医療保険者からの委託に基づき代行処理を行う機関であることから、個別契約においても事務処理負担の軽減を鑑み、代行機関の利用を考えるのであれば、医療保険者にてさまざまな代行機関を比較検討し、信頼に足る低廉なサービス費用の機関を選択することとなる。

よって、健診・保健指導実施機関の比較検討・選択と同様、代行機関についても公表される情報を基に多角的に検討し、選択した代行機関を実施計画に明記する。

②集合契約の場合

代行機関は集合契約に参加する場合は必要不可欠であり、また、集合契約の契約書において指定の代行機関に請求やデータが送付されることとなるため、選択の余地は少ないこととなる。

市町村国保の契約をベースとした集合契約 B においては社会保険診療報酬支払基金（国保については国保連*）が代行機関となっている。また、他の代行機関サービスを利用するケースもある。

よって、集合契約において利用する代行機関を実施計画に明記する。

6-4-2 利用する代行機関の整理統合

代行機関は、医療保険者における決済や受領データのチェックに関わる事務負担を軽減するためのサービスであり、個別契約で利用する代行機関、さまざまな集合契約でそれぞれ利用する代行機関というように利用する代行機関自体が多数になった場合、請求やデータが契約機関数までにはならないが代行機関数分にはなることから、医療保険者における事務処理負担の軽減が図られないということになりかねない。

そのため「円滑な実施に向けた手引き」8-3-5 に示された基本的な情報等を中心に比較検討し、絞込みや一本化を行うことが望ましい。

代行機関が複数となる場合は、各代行機関の契約内容を記載することとなる。

6-5 特定保健指導対象者の重点化(指針第三の三の 5)

医療保険者は、5-1-2①で定義された特定保健指導の対象者に対して特定保健指導の実施の義務があるが、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、それとも優先順位付け（重点化）を行うのかという判断の上で確定することとなっている。

医療保険者において重点化を行う場合は、原理原則なくその時々において恣意的に

* 厳密には、国保連は代行機関ではなく市町村国保・国保組合による共同処理機関という位置づけである。

行うということではなく、基本的な重点化の考え方やその方法等について実施計画書、整理しておく必要がある（「円滑な実施に向けた手引き」2-3 参照）。

＜特定健康診査等基本指針＞

第三 特定健康診査等実施計画の作成に関する重要事項

三 特定健康診査等の実施方法に関する事項

- 5 特定保健指導の対象者のうち、優先的に特定保健指導を実施する者を選定する場合には、その方法を記載すること。

6-5-1 重点化の観点

①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必要がある。

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

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

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

＜標準的な健診・保健指導プログラム 第3編第2章＞

2-3

（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

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

6-5-2 実施計画への記載事項

実施計画には、重点化を行う場合は、その考え方やその方法等を整理しておく必要がある。

重点化の方法としては、設定した考え方を適用し誰が重点化を実施するのかを整理する。例えば、医療保険者内の保健師等の専門家が実施するのか、健診機関あるいは保健指導機関に考え方を伝えて実施を依頼*するのか等、具体的に定める必要がある。

6-6 年間スケジュール等(指針第三の三の6)

特定健診・特定保健指導の実施体制の準備や、実施における事務処理、実施後の評価・精算等の処理は、基本的には毎年恒例の定型的な事務の流れとなることから、標準的な年間作業予定を定めておく必要がある。

〈特定健康診査等基本指針〉

第三 特定健康診査等実施計画の作成に関する重要事項

三 特定健康診査等の実施方法に関する事項

6 実施に関する年間のスケジュールその他必要な事項を定めること

6-6-1 スケジュールの設定イメージ

①大まかな設定のイメージ

各医療保険者にて年間スケジュールを設定する。併せて、毎月の定型的なスケジュールも設定可能であれば、実施計画に定めておくことが望ましい。

年間 スケ ジ ュ ー ル	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 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）
	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

6-6-2 設定上の留意点

① 作業項目と実施時期の整理

契約の交渉や締結、受診券（利用券）の発行、請求への支払といった特定健診・特定

* 健診機関に委託する場合は、医療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。

保健指導の実施に直接関連する作業に加え、例えば予算の積算・要求^{*1}や、事業実施後の評価^{*2}、そのために必要な健診データの整理・分析等の準備作業、評価結果を受けた見直し^{*3}等、作業項目等を洗い出し、いつ実施するのか全体の流れを整理しておく必要がある。

②随時見直し

不足している作業の追加や、実施すべき時期の変更等試行錯誤を行い、スケジュールを確定していく必要がある。

また、実施計画で確定したスケジュールについても、平成30年度以降、実際に実施する中で不都合等あれば適宜見直しを行い、より効率的・効果的な作業の実施に向けて努める必要がある。

6-6-3 その他必要な事項

指針第三の三の項目（特定健康診査等の実施方法に関する事項）として、示された事項以外に各医療保険者として特に実施内容の定めをしておく必要がある事項があれば、それを整理しておく必要がある。

なお、実施方法以外に整理が必要となる事項については、指針第七（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）に基づき包括的に整理しておく必要がある。

① 事業主との連携

特に被用者保険においては、特定健診・特定保健指導を円滑に実施していく上で、事業主との緊密な連携・協力体制を構築しておくことが必要不可欠であり、主に以下の点について事業主との連携・協力体制を構築し、実施計画に整理しておくことが必要である。

a 事業者健診の結果の受領について

被保険者の事業者健診の結果を、事業主（あるいは事業主の委託先健診機関）から、いつ（例えば、毎月何日、あるいは特定時期）、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。

b 被保険者への特定保健指導について

健診とは異なり特定保健指導については医療保険者に実施義務があることから、被保険者へ特定保健指導を実施する場合に、指導会場として事業所の一角を提供する、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る等、対象者が受けやすい環

^{*1} 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。

^{*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が中心となるが、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。

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必要がある。

c 被扶養者への受診案内

被用者保険の場合、被扶養者の住所地情報を把握しておらず受診券等の直送が困難となっている医療保険者もある。その場合には、医療保険者は事業主・被保険者を通じ被扶養者の手に渡るようにせざるを得ない。この案内方法（手順や流れ、時期等）について事業主と協議調整の上、定めておく必要がある。

7. 個人情報情報の保護

基本指針の第三の四に示された法定の記載事項である。最もシンプルに計画を作成する場合は、全7章構成のうちの「第4章 個人情報情報の保護」という位置づけになる。

基本指針では、第三の四に以下のように記載されており、特定健診・特定保健指導の結果データを具体的にどう保管するのか等を整理することが必要である。

〈特定健康診査等基本指針〉

第三 特定健康診査等実施計画の作成に関する重要事項

四 個人情報情報の保護に関する事項

- 1 特定健康診査等の記録の保存方法、体制、保存に係る外部委託の有無について定めること。外部委託をする場合には、外部委託先を記載すること。
- 2 特定健康診査等の記録の管理に関するルール(第一の三に掲げる個人情報情報の保護に関する法律及びガイドライン(※)、保険者においてすでに定めている情報セキュリティポリシー等のルール)について定めること。

※○個人情報情報の保護に関する法律

- 「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」
- 「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」 等

7-1 記録の保存方法等

7-1-1 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医療保険者に順次送付される。医療保険者は順次到着するファイルを、どのように保存するのかを定めておく必要がある。

保存にあたっては、「円滑な実施に向けた手引き」7-4を参考にしながら、個人の健康情報を漏えいしないような厳重な管理と、集積された貴重なデータの適切な活用とのバランスがとれるような方法を採用する必要がある。

①保存方法

CDやDVD等の媒体に格納し、それら媒体を盗難や紛失等がないように施錠等可能な保管庫等に保管する方法があるが、この場合、データを活用するには媒体から読み出しが必要となり、複数年に渡る経年変化を見るには各年の媒体からそれぞれ読み出し、結合するという手間が生じる。

活用の視点を重視した場合、データベースの形で個人別・経年別等に整理・保管する方法が考えられるが、重要度の高い個人情報が集積し、媒体保管と異なり一度に全てのデータが漏洩するリスクがあることから、十分なセキュリティ管理が不可欠となる。

②安全性を確保する方法

①に挙げた具体的な保存の方法を定めることと併せて、その保存方法に付随した安全性の確保策についても整理しておく必要がある。媒体保存の場合は保管場所のセキュリティ対策について、データベース保存の場合はデータベースの設置場所やデータベース

そのもののセキュリティ対策について、それぞれ定める必要がある。

③保存年限の設定

特定健診・特定保健指導のデータは、保健指導の参考となる経年変化等の分析、中長期的な発症予測等への活用による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、最低5年間は保存することが義務付けられている。

各医療保険者は、何年程度保存・活用が可能かを検討し、保存年限を実施計画において定める必要がある。媒体の保存の場合は保管庫等の容量の許す範囲が、データベースの場合は保存できる容量が、外部に保存を委託する場合はその容量や費用等、保存方法や保存体制によって保存可能年数に違いが出ることを踏まえ、「円滑な実施に向けた手引き」7-4-2③を参考にしながら、年限を設定されたい。

④保存年限経過後の取扱

「円滑な実施に向けた手引き」7-4-2④にあるように、本人へ媒体を渡して保存データを消去・廃棄（異動の場合は翌年度末までバックアップ）することとなるが、保存の方法や体制によってその実施方法が異なってくる（媒体保存の場合は対象者別に分けて媒体に保存、データベース保存の場合は対象者分を抽出し媒体に保存、外部での保存の場合は保険者にて抽出・廃棄するのか保存先に委託するのか、等）ことを踏まえ、保存年限の設定と併せて、各医療保険者で定めた保存年限を超えたデータについての取扱を定めておく必要がある。

7-1-2 保存体制

①記載・整理すべき内容

健診・保健指導機関等から順次到着するファイルの保存方法を、誰が、どのように実施するのかの明確な役割分担を定める必要がある。

特に個人情報保護の観点から、情報管理体制や責任の所在を明確化しておく必要があり、各医療保険者において誰を管理責任者や管理者とし、それぞれどのような役割（例えば、保存設備の管理、データの日常的な整理、安全性の確保（アクセス管理等）、管理従事者の監督等）を担うのかを明確にする。また、外部に保管を委託する場合は委託内容や、医療保険者における委託先の管理監督体制等も明確にすることが必要となる。

②記載イメージ

文章の形で細部まで定めておくことも考えられるが、そこまでは難しい場合は、明確化することが目的であることから、少なくとも体制図や役割分担表の形でわかりやすく整理（可視化）しておく必要がある。

代行機関 における記 載の例示	カード式入退室システムが設置されている〇〇代行機関本社内情報システム管理室において保管する。保管期間は5年間。5年を経過したデータは、磁気媒体に格納の上医療保険者に提出し、サーバーからは削除する。
保険者内 における記 載の例示	指紋認証システムが設置されている電算管理室において保管する。なお代行機関から提出された磁気媒体は自社電算管理室において健診実施年から10年間保存する。10年間を経過したものは破棄する。データ管理責任者は〇〇部〇〇課長とする。

7-1-3 外部委託の有無等

①有無や範囲

設備や体制の整った外部の専門機関に保存を任せるのか、医療保険者内で厳重な保存体制を整備し運用していくのか、コストや労力等を総合的に比較検討の上、判断していく必要がある。

委託する場合は、どのような委託範囲とするのかを整理しておく必要がある。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医療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・設備は医療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、いろいろ考えられることから、各医療保険者に合った委託形態を検討・決定する。

6年間の計画期間中に、委託範囲を見直す場合は、実施計画の該当記載箇所についても見直しを行う。

②委託先

委託する場合は委託先を実施計画に明記する。

6年間の計画期間中に、何らかの理由から委託先を見直す場合は、実施計画の該当記載箇所についても見直しを行う。

委託先が複数となる場合は、全ての委託先とそれぞれへの委託内容とを明確に整理しておく必要がある。

7-2 管理ルールの制定

7-1にて整理した保存方法・体制等は、ルールという形で明文化し多くの関係者間で共有することが重要である。

医療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、医療保険者は、このガイドラインを再度確認した上で、各医療保険者において

ガイドラインに従って定められている個人情報保護に関する規程と、特定健診・特定保健指導のデータの保存方法・体制とを比較・検討し、必要に応じ、それらの不整合がある場合は、ガイドラインに外れない範囲で、特定健診・特定保健指導のデータの保管方法・体制に合うように、既存の規程を見直す。また、第二期に制定した管理ルールを必要に応じて見直すことも必要である。

7-2-1 制定における留意点

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していくことが必要である。

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、さまざまな関係者間でやり取りがなされることから、これに伴い、ルールを定めておく必要がある。

例えば、医療保険者が他の関係者（保健指導機関、医療保険者、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・範囲まで、どのような利用目的に限って提供するのか、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・明確化する必要がある。

医療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うるので、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必要がある。

なお、平成27年度から特定健診・特定保健指導データやレセプトデータを活用した効果的・効率的な保健事業（データヘルス）が進められており、これまで以上に、各保険者においてはもとより、保険者協議会の場を活用し、保険者間で健康課題を共有し、連携して対策を進めていくことが求められている。

③長期保存

特定健診・特定保健指導データの保存年限の設定、保存年限経過後の取扱についても、ルール化が必要である。

④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あるいは活用されることとなるため、このような管理形態に合ったルール作りが必要となる。

個人情報保護に関する規程類に加え、特に内部にてシステムを使用する場合は、情報セキュリティポリシー等の別途作成も可能であれば作成が望ましい。

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

基本指針の第三の五に示された法定の記載事項である。最も簡潔に計画を作成する場合は、全7章構成のうちの「第5章 実施計画の公表・周知」という位置づけになる。

基本指針では、第三の五に以下のように記載されており、実施計画をどのように公表し関係者に周知していくか等を具体的に整理しておく必要がある。

〈特定健康診査等基本指針〉

第三 特定健康診査等実施計画の作成に関する重要事項

五 特定健康診査等実施計画の公表及び周知に関する事項

特定健康診査等実施計画の公表方法、特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発の方法（広報誌やホームページへの掲載等の利用）等を定めること。なお、特定健康診査等を実施する趣旨については、第一の一の1及び二の1を参考にすること。

8-1 特定健康診査等実施計画の公表方法

8-1-1 趣旨

実施計画は、法第19条第3項にて、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。

この公表の目的は、主に加入者（その中でも特に40-74歳の特定健診・特定保健指導対象者）に、医療保険者としての計画期間中の取組方針を示し、趣旨を理解の上積極的な協力を得ることにある。

8-1-2 公表方法

①公表する媒体

具体的な、実施計画の公表方法について、実施計画にて定める必要がある。公表手段については、下記のような媒体が考えられる。

- * 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

②公表方法

公表については、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）等への掲示等が考えられる。

8-2 特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発の方法

8-2-1 趣旨

①情報提供や啓発の必要性

特定健診・特定保健指導は医療保険者に実施が義務付けられているが、加入者（その中でも特に40-74歳の実施対象者）の前向きな実施への協力（積極的な受診等）が実施率を高めていく上で必要不可欠となる。

加入者の十分な協力を得るためには、そもそもなぜ特定健診・特定保健指導を受ける必要があるのか等、情報提供や啓発を進め、特定健診・特定保健指導を始めとする医療保険者が行う保健事業実施への理解を深めていく必要がある。

②関係者の連携・役割分担による効果的な啓発活動

特定健診・特定保健指導の実施率を高めるためには、積極的に参加する対象者だけではなく、そうではない対象者が自ら受けるようになることが必要である。医療保険者や地方自治体等さまざまな主体が、保険者協議会等を活用し、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必要がある。

8-2-2 普及啓発の方法

①使用する媒体

主として、以下に挙げたような多様な媒体が考えられる。これらの中からいずれかの媒体のみを選択して啓発活動を展開するのではなく、複合的に活用し、さまざまな手段・経路で関係者に認知・働きかけ等を行っていくことが望ましい。

この時、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）がよく目にする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ことが必要である。

- * 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

②普及啓発の方法

前項に挙げた各種媒体を用いた普及啓発の方法を定めておく。紙媒体については、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）等への掲示等が考えられる。

医療保険者のみでの普及啓発は主として加入者への取組に限られることから、少ない経費・労力で大きな啓発効果を得るためには、保険者の連合体（国保連合会等）による

共同事業において、また、都道府県や市町村によるポピュレーションアプローチと連携・協業して、同一媒体の利用、ケーブルテレビやコミュニティ FM といった地域密着メディアの活用、あるいは複数のメディアの連携等、効果的な手法を迫及することが期待される。

いずれにせよ実施計画には、以上を踏まえ、選択した媒体を、いつ（あるいは、いつからいつまで）、どのような形で利用するのかを定める必要がある。

9. 特定健康診査等実施計画の評価・見直し

定期的に計画の達成・進捗状況を点検し、その結果に基づいて必要な対策・見直し等を実施するといった、PDCA サイクルに基づく実施計画の進行管理が必要である。

基本指針の第三の六には以下のように記載されており、最もシンプルに計画を作成する場合は、全7章構成のうちの「第6章 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し」という位置づけになる。

基本指針では、実施計画を、いつ、どのように評価し、その評価結果をどのように用いて見直しを進めていくか等評価・見直しの体制や仕組みを中心に具体的な整理をしておく必要がある。

＜特定健康診査等基本指針＞

第三 特定健康診査等実施計画の作成に関する重要事項

六 特定健康診査等実施計画の評価及び見直しに関する事項

- 1 特定健康診査等の実施及び成果に係る目標の達成状況、その他の特定健康診査等実施計画の評価方法について定めること。
- 2 1 に基づく評価に伴う特定健康診査等実施計画の見直しに関する考え方を定めること。

9-1 特定健康診査等実施計画の評価方法

9-1-1 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メタボリックシンドロームであって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、各医療保険者は、作成した実施計画（目標やその実施方法等）に沿って、毎年、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となるが、その際、実施における検証のみではなく、実施後の成果の検証が重要となる。

具体的には、各医療保険者は、自らが設定した目標値の達成状況、及びその経年変化の推移等について、定期的に評価していかなければならない。

①特定健診・特定保健指導の実施率

これらの実施率については、実施計画において毎年度の目標値を設定すること、また毎年度の成果が明確に出るので検証が可能なことから、前年度の結果としての実施率を翌年度に確認し、実施計画における目標値の達成状況を把握する必要がある。

②メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率

減少率については、保険者毎の目標として設定することはしないが、保険者の特定保健指導の効果の検証等のための指標として活用することが望ましい。例えば、対象群を特定した上で減少率を算出し、外部委託先における特定保健指導の効果を評価する際に用いること等が考えられる。

なお、この減少率については、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（平成30年度以降）は、特定保健指導対象者の減少率を使用する。

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、計画通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ことが必要である。

9-1-2 評価方法

9-1-1 の評価対象（以下①から③の3つ）のそれぞれについて、各医療保険者における評価方法を定め、実施計画に記載する。

それぞれの評価方法の基本的な考え方は以下のとおりであり、これを踏まえた評価方法について紹介する。

① 特定健診・特定保健指導の実施率

目標の達成状況のような定量的な評価については、標準的・統一的な手法にて正確に実施することが重要である。また、可能な限り評価に要する作業負荷が大きくなりたくないよう、簡素で正確な評価が行えることが望ましい。

以上を踏まえ、国への実績報告を評価に活用することが、適当であると考えられる。

・ 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。

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	○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 (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） (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 ○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）

・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	○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。 ○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。 ○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）。

②メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率

医療保険者全体の減少率については、平成 20 年度実施分の健診結果データによる国への実績報告ファイルと、平成 35 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 16 年間の減少率を算出する。

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減少率に、的確に反映されないことに留意が必要である。

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。

*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/shakaihoshho/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（「円滑な実施に向けた手引き」1-3-2①の脚注 2 を参照）ことに注意。

式	$1 - \frac{\text{当該年度の健診データにおける該当者及び予備群の数 (特定保健指導対象者数)}}{\text{基準年度の健診データにおける該当者及び予備群の数 (特定保健指導対象者数)}}$
条件	○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。 ○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。 ○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。 ①全国平均の性・年齢構成の集団*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（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。 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（特定保健指導対象者）が含まれる割合（率）を乗じる。

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（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（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。

* 医療費適正化基本方針(平成 28 年厚生労働省告示第 128 号)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減少率の算出方法として、「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 36 年 1 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 35 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 35 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 36 年 1 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。」としている。

図表 15: 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・年齢階級別)	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			
		70～75			

	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・年齢階級別)	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			
		70～75			

ウ その他の評価方法

第三期(平成30年度以降)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の減少率は、特定保健指導対象者の減少率を使用することになっているが、これ以外にも、第二期と同様に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減少率を算出し評価することで、特定保健指導や医療保険者が行うポピュレーションアプローチなどの医療保険者が行う保健事業の効果を検証したり、次のような評価により、特定保健指導の効果を分析することなどが考えられる。

「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」

②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又は予備群者であ

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又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その他（実施方法・内容・スケジュール等）

実施方法や内容、スケジュールについて、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とともに、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のかを評価することが考えられる。

9-1-3 評価時期・年度の設定

①基本的な考え方

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的ではあるが、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けても事務的に大変だという医療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、各医療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。

9-2 特定健康診査等実施計画の見直しに関する考え方

9-2-1 見直しの必要性

実施計画をより実効性の高いものとするためには、9-1 に整理したような達成状況の点検・評価だけで終わるのではなく、点検・評価の結果を活用し、必要に応じ、実施計画の記載内容を、実態に即した効果的なものに見直すことが必要である。

9-2-2 実施計画に整理すべき事項

実施計画には、各医療保険者における、見直しの方法やスケジュール、見直しの体制や仕組みを明確に整理することが必要である

①見直しの方法

評価結果をどのように活用し、どのような手順・作業を通じて見直しを行うのか、標準的な作業の方法・流れを明確にする。

②見直しのスケジュール

①で整理した見直し作業の手順や流れのそれぞれを、一年のうちのいつ（何月頃）実施するのかを整理する。

毎年見直しを行わない場合は、何年目の何月にそれぞれの作業を実施するのかを整理する。

③見直しの体制や仕組み

①で整理した見直し作業の手順や流れのそれぞれを、誰が実施するのかを整理する。医療保険者の内部で実施する場合は、どの部署のどの担当者が、何を実施するのか、役割分担・体制を明確にしておく。

見直しの作業の中で、計画作成・評価委員会のような特別な組織を設置し、検討する場合は、そのメンバー構成等についても規定しておくことが必要である。

10. その他

基本指針の第三の七に示された記載事項であるが、その他事項であるため、記載を要する事項がなければ、省略しても差し支えない。

最もシンプルに計画を作成する場合は、全7章構成のうちの「第7章 その他」という位置づけになる。

〈特定健康診査等基本指針〉

第三 特定健康診査等実施計画の作成に関する重要事項

七 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

10-1 その他として記載することが考えられる例

10-1-1 事業主との連携

特に被用者保険においては、特定健診・特定保健指導を円滑に実施していく上で、事業主との緊密な連携・協力体制を構築しておくことが必要不可欠であり、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必要である。

実施率を高めるためには、被保険者・被扶養者共に特定健診・特定保健指導に対する認知度を高め、十分な理解の上で積極的に受診する等の協力が得られるよう、さまざまな情報提供や啓発活動が必要となる。

これを実効性の高いものとするためには、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、事業所における生活習慣病に関する情報や特定健診・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。また、具体的な協力範囲を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しい。

10-1-2 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

医療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ればよい）。

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。

10-1-3 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考えられる。

11. 計画作成のスケジュール

平成 30 年 4 月から円滑に実施できるよう、必要な事項を漏れがないように整理し、綿密な実施計画を作成する必要がある。

11-1 計画作成作業

主な作業としては以下のものが考えられる。

①目標値の設定

- * 国が示す目標値に即して平成 35 年度における目標値を設定
- * 特定健診・特定保健指導の実施率については、平成 35 年度の目標値到達までの平成 30 年度から 35 年度までの各年度における目標値を設定
- * 関係都道府県の照会に対し上記目標値を報告し、都道府県の求めに応じ、適宜調整

②実施方法の整理

- * 対象者数の推計
- * 直接実施、委託（集合契約・個別契約）等の判断
- * 他の保険者へ委託する場合の申し込み、健診・保健指導機関へ委託する場合の委託先の決定
- * 対象者（特に被扶養者）への周知・案内の方法
- * 他の健診データの受領方法
- * 毎年度の実施スケジュールの作成

③特定健診等実施計画の原案作成

④費用等の検討

- * 自己負担率、上限設定（必要があれば）の決定
- * 公費による助成予定の内容及び各健診機関等の単価（他の保険者への委託の場合を含む。）を踏まえ、必要な費用及びその内訳を算出

⑤保険者自身により特定保健指導を実施する場合はその体制の整備（研修の実施、非常勤の保健師・管理栄養士の採用準備）。

⑥実施計画案の策定

⑦承認手続き

- * 理事会や運営協議会での手続き
- * 市町村議会での承認

⑧実施計画の公表