

平成24年2月24日	資料2
第7回保険者による 健診・保健指導等に関する検討会	

後期高齢者支援金の加算・減算制度について

平成24年2月24日

厚生労働省保険局総務課

後期高齢者支援金の加算減算制度についての意見

○後期高齢者支援金の加算・減算制度について、第4回の検討会では主に以下のような意見があった。

【制度の趣旨等】

- 特定健診・保健指導だけを取り出して高齢者の医療費適正化にどれだけ寄与したかを評価することが妥当か、問題であり、加減算制度には反対。
- 加減算を前提に積極的に進めた保険者がかなりあり、急に加減算をやめるというのではだまし討ちになる。法の精神を生かしながら、なるべく影響の幅を少なくするという形で、第1期はおさめていくべき。第2期以降については、必要があれば法改正をお願いするべき。
- 加算・減算の制度が入ったことで、受診率を正確に見る、または未受診者対策をする、そんな保険者の動きが確実に始まっている。次の保険者に対して、できるだけ元気な状態で移行してもらうためにどうすればいいのか、という制度の趣旨を忘れてはならない。
- インセンティブというのは極めて有用な手法であり、加算・減算というのはインセンティブとして必要。
- 頑張ったところにはメリットを与えるという考え方が極めてリーズナブルではないか。

【特定健診・保健指導の効果のエビデンスについて】

- 74歳以下の保健指導が75歳以上の病気にどの程度歯止めがきくのか、加減算をやりたいのであれば、エビデンスを保険者に示すべき。
- 加算・減算については、プラマイ10%で行うということについてのコンセンサスを得るためのエビデンス提供というのがあってから行われるべき。
- エビデンスがない中で支援金が加算されることになれば、特定健診を受けている方にとっては、きちんと健診を受けているのに保険料を上乗せされることとなり、被保険者に不公平感が生じ、理解が得られない。

○特定健診の受診率のアップが、75歳以上の医療費を抑制する効果があるという立証がされたとすれば、受診率が上がれば支援金を減算していくというような先行投資の考え方で問題はないのではないか。

【加算減算制度実施の前提】

○努力を評価するのであれば、それは保険者が同じ要件で並んで同時にスタートしてから、その努力・結果を見るのが筋である。

○国民健康保険では体制、環境の保険者間の格差が大きいことから、医療保険者の特定健診・保健指導がきちんと行われるような環境整備を国に要望していたが、マンパワーの確保などの対応がとられないまま、全てを保険者努力にまわって加算・減算活動というのは合点がいかない。

○インセンティブをつけていくということと、ペナルティをその中に入れ込んでいくということとは非常に大きな質的な違いがあって、ペナルティをという側面がある以上は、一定の客観的な納得できる基準があった上で、そのルールの下で、あるいはイコルフットイングの中で競争していくもの。

仮に現行制度の中でどうしていくかということを考えた場合には、せめてイコルフットイングと関係者が納得するグルーピングの中での競争であるべき。協会けんぽの場合、規模なりバックグラウンドが全く違う保険者であり、競争してどうのこうのというレベルではなく、ペナルティを課していくことは極めて困難。

○小規模と大規模の保険者を同列で考えるのがどうか。健診率の積算元となる絶対数が違うことによって受診率が向上する速度が完全に違う。そのことによってペナルティーを受ければ不公平が生ずる。

被用者保険と国保では、職場健診で対応できるところと個々人に働きかけなければならないという条件の違いによる進捗の差があり、条件の違いを踏まえずに一律に健診受診率によって加算・減算を当てはめて、それが保険料にはね返るということについては制度として相当無理がある。

○保険者の規模、地域保険・職域保険などの特性の違いが十分勘案されてないことに加え、加入する保険者を選べない現状の下では、40代以上の健診の実施率と保健指導の実施率をそのまま加・減算の根拠に使うということについては被保険者として納得ができず、現時点はこの基準を使ったままの加・減算を行うことは無理がある。

○私学共済は、支部がないこと、中小規模の学校からなるなど、他の共済組合と状況が異なっており、24年の参酌基準を他の共済組合と一律に分類・比較されることは適当でない。

○被扶養者の特定健診等の受診率を向上させるために、例えば被用者の利便性に合わせてがん検診等と同時受診ができるような制度改正をした上で、この加算・減算措置をやられるならやっていただきたい。

【実施時期】

○加算減算の率を、100分の100とそのまま延伸するという事だあってあり得る。

○特定健診・特定保健指導の受診率及び改善率だけで加算・減算に取り組むというのはまだ時期尚早ではないか。平成25年度については100分の100を継続する、延伸することが1つの妥協ではないか。

○定着できていない進行過程の段階で、一定の基準だけで形式的に評価するのはいかがなものか。25年度からはぜひ先送りすべき。今までの実績を全体で評価すれば、加算・減算できる状況には至っていない。

○各保険者が納得できるものに落とし込むのはなかなか難しいであろうことから、100分の100をもう少し延長しつつ、どのように評価するかの内容について検討してはどうか。

【評価の実施方法】

○40歳から74歳までの被保険者の保険者間の移動を、どのように計算して考慮するのか、本当にそういったことができるのか。

○64歳までの、もともと国保にいた方に対する受診率などについてはきちんと国保の責任として見ていくという方策もあるのではないか。

○率を中心にやられると、質の問題が吹っ飛んでしまう問題がある。

○市町村にとっては、被用者保険の被扶養者を面倒見ることによって、保険者としての実施率が劣るということにもなりかねず、加算・減算が健康づくりをうまく機能させないという要素がある。

○現場での受診率を高めるためのいろいろな工夫・努力が明確に反映されるような仕組みとすべき。

○保険者の努力を生かす方法ということについての検討は必要。

○実施率の低かった保険者の受診率が上がったことをどうとらえるか。せっかく上がった受診率をまた下げないようにする方策について、十分検討することが必要。

【試算の実施】

○メリット・デメリット制を運用したときにどの程度の見通しになるのか、メリット・デメリットでどのくらい上乘せ、減算されるのかというシミュレーションを行うことが必要。

保険者毎の状況の違いとして考慮する事項

- 過去、保険者による健診・保健指導等の円滑な実施に関する検討会において、保険者の種別や被用者保険における被扶養者の加入率を踏まえ、特定健診の受診率については、異なる参酌標準を設定しているが、実際の後期高齢者支援金の加算減算制度の運用に当たっては、その後の実施状況を踏まえる必要があるとされていた。
- 加算・減算制度の実施にあたっては、異なる状況にある保険者を一律に評価するべきでない、という意見が多く出されているが、特定健診・保健指導の実施に影響を与えるうる保険者毎に考慮すべき状況の違いにはどのようなものがあるか。

【保険者毎の状況の違いとして意見があった事項】

- ①保険者の種別(被用者保険、市町村国保)(※ 現在の参酌標準に反映)
- ②被用者保険における被扶養者の加入率(※ 現在の参酌標準に反映)
- ③保険者の規模(被保険者数)
- ④保険者の財政状況
- ⑤構造的な被保険者の状況(高齢者の構成割合など)
- ⑥保険者が置かれている地域の状況(近くに所在する健診機関の数など)
- ⑦被用者保険の場合における適用事業所の規模・数(事業主健診のデータ授受のしやすさなど)
- ⑧マンパワーなどの保険者の実施体制(保健師の数など)

(参考) 保険者別の参酌標準(国が示す基準)

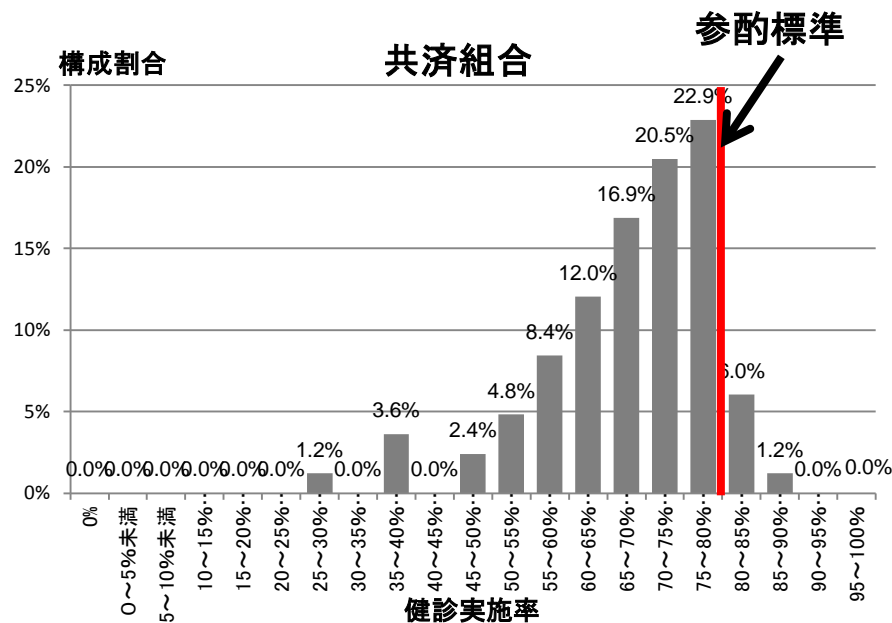
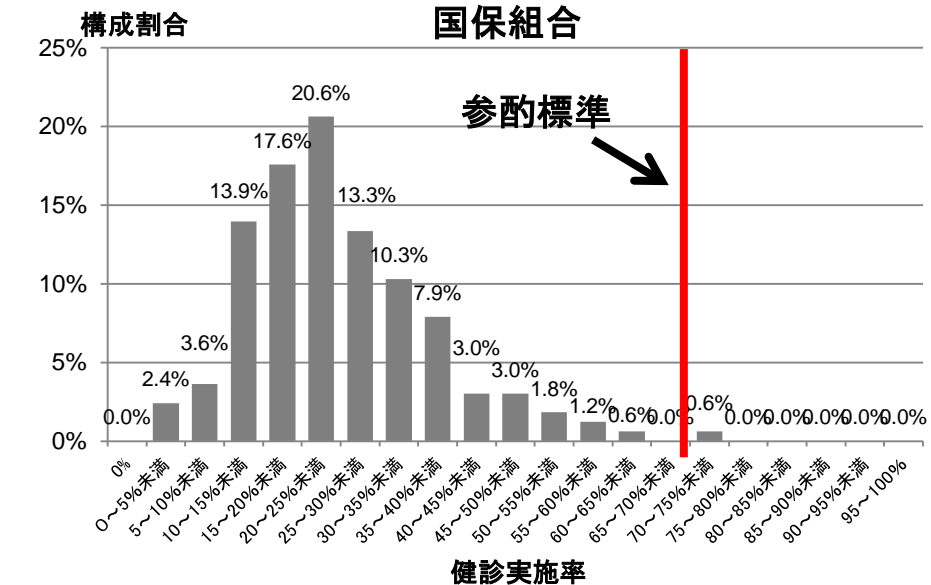
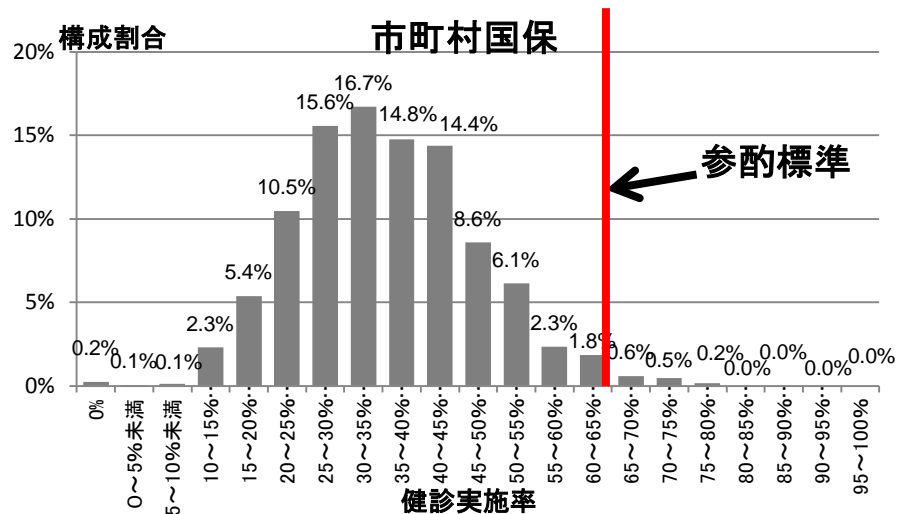
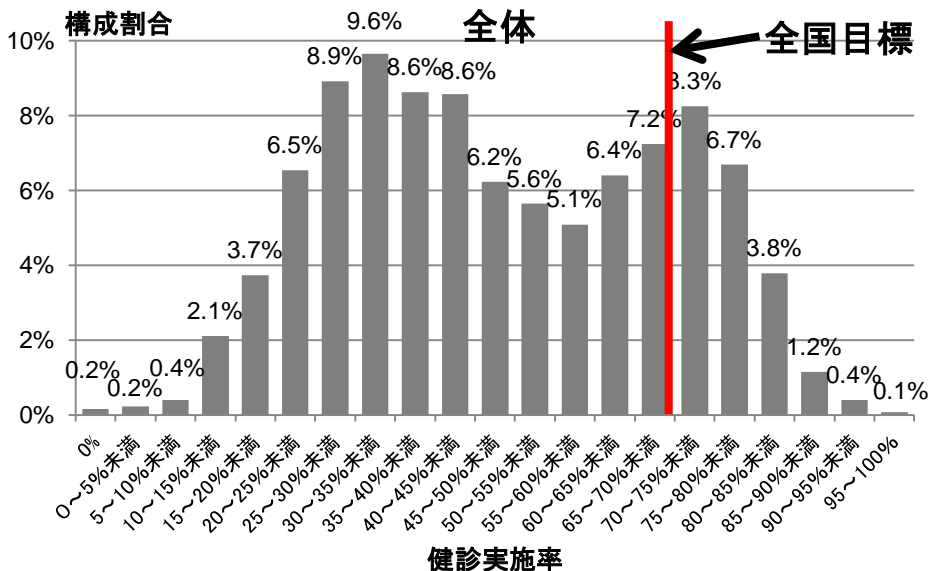
- 各保険者は、実施計画における平成24年度の目標値を、国の基本指針が示す参酌標準に即して設定。
- 毎年度の目標値は、各保険者がそれぞれの実情を踏まえて、円滑に平成24年の目標値に至るよう、設定。

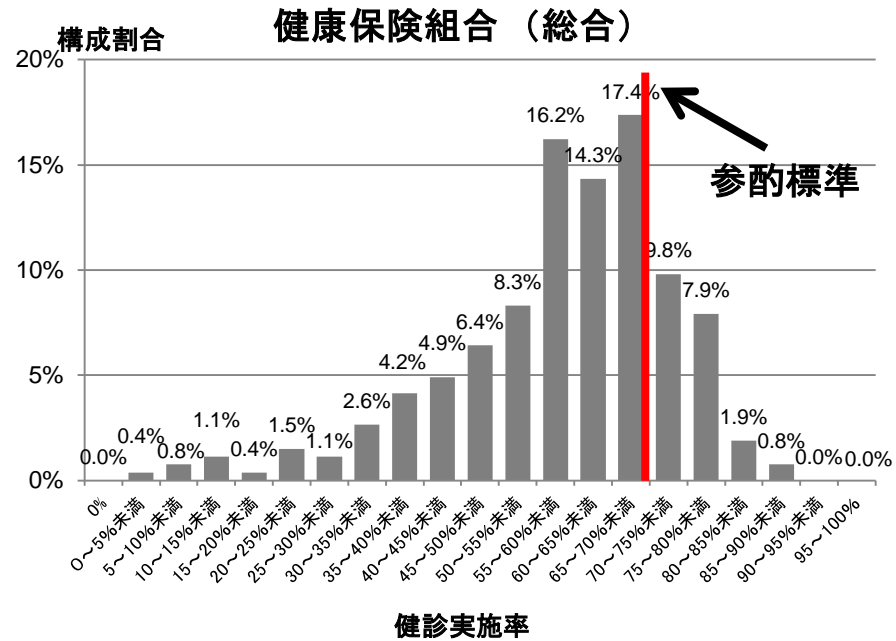
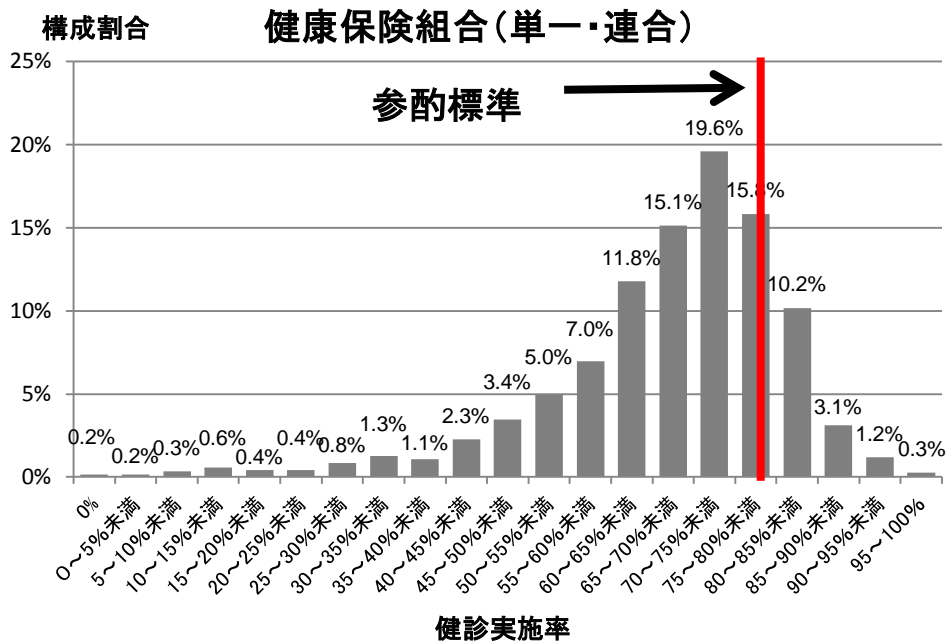
項目	全国目標	参酌標準		設定理由等	
①特定健康診査の実施率	70%	単一健保 共済	被扶養者比率が25%未満※	80%	被保険者分については、保険者の種別で3区分し(被扶養者は分けない)、それぞれの目標実施率を各保険者における対象者数(推計値)に乗じて(加重平均値を基礎に)算定
			被扶養者比率が25%以上※	当該保険者の実際の被保険者数・被扶養者数で算出	
		総合健保 協会けんぽ(船保) 国保組合		70%	
		市町村国保		65%	
②特定保健指導の実施率	45%	45%		健診の場合の事業主健診のような実施率に影響する明確な要因はない	
③メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率	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。

平成21年度 保険者種別毎の健診受診率の状況

○保険者種別毎の健診受診率の分布を見ると被用者保険の方が国保より受診率が高い、二極構造となっており、各種別毎に設定された参酌標準と比しても国保の方が実際の実施率は低い傾向にある。





※ 全国健康保険協会 31.3%(参酌標準:70%)

※※ 保険者の特定健診・保健指導の実績は、国への報告に基づいているが、21年度においては、報告に必要なシステム整備が進んでいない保険者も存在している。

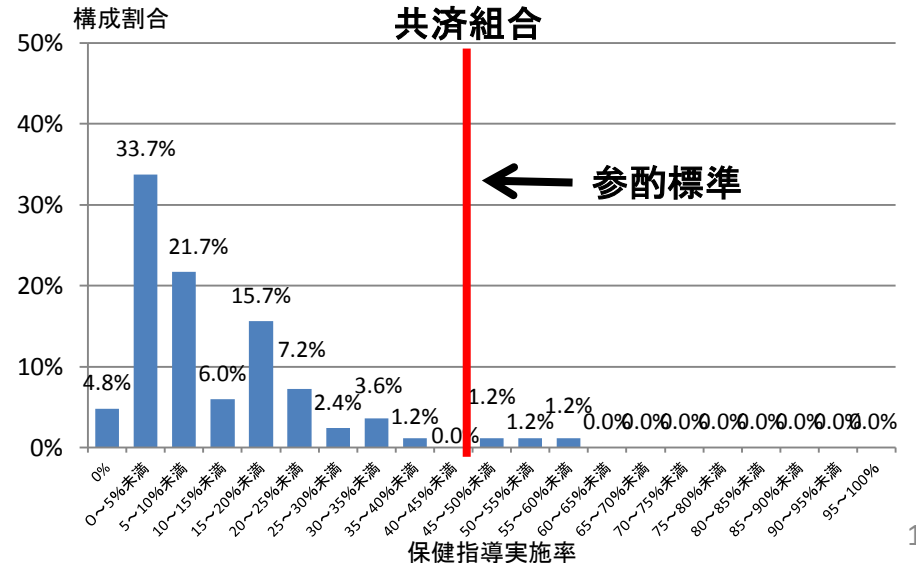
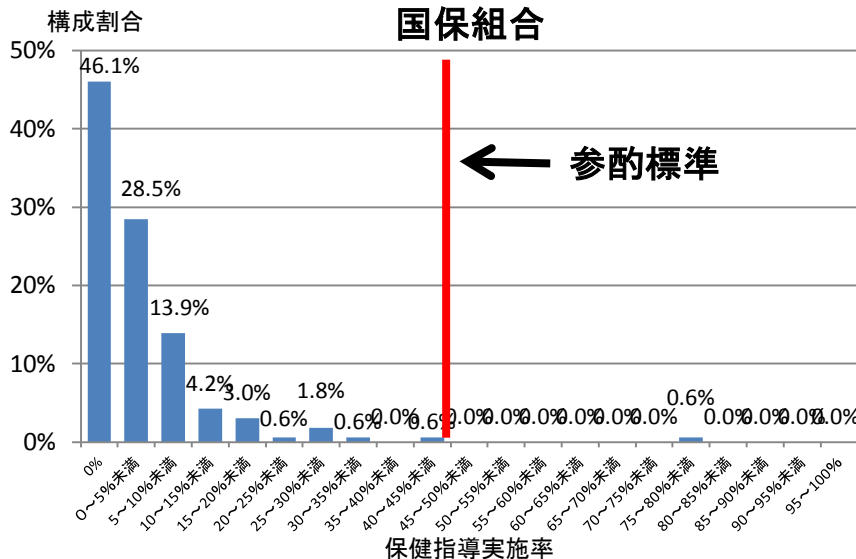
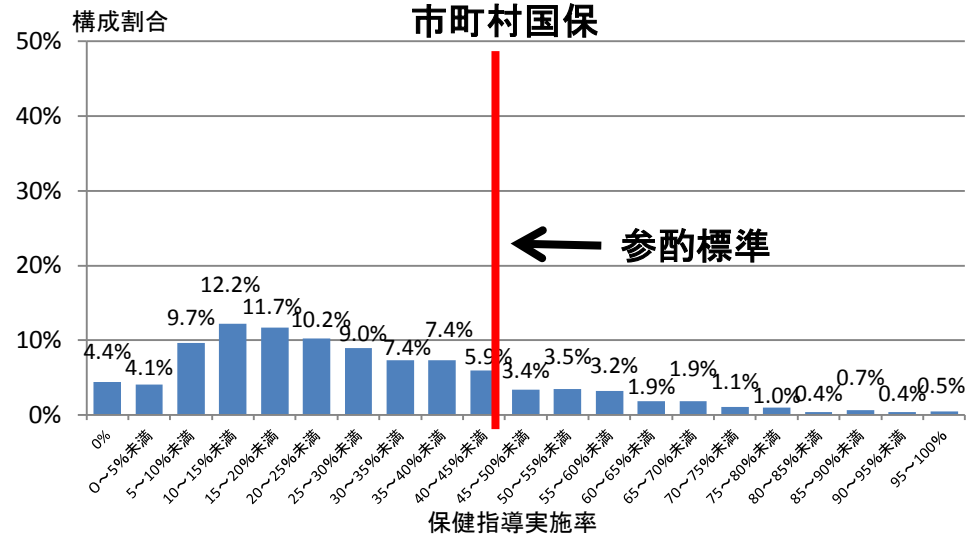
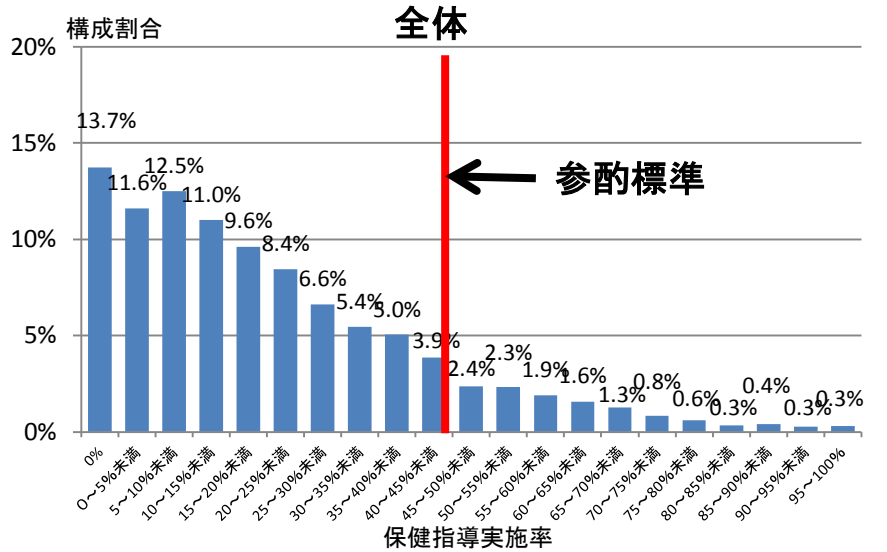
(参考) 特定健診受診率の分布状況(21年度)

	市町村国保			共済組合			国保組合			健康保険組合(単一・連合)			健康保険組合(総合)		
	保険者数	構成割合	累積割合	保険者数	構成割合	累積割合	保険者数	構成割合	累積割合	保険者数	構成割合	累積割合	保険者数	構成割合	累積割合
0%	4	0.2%	0.2%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	2	0.2%	0.2%	0	0.0%	0.0%
0～5%未満	1	0.1%	0.3%	0	0.0%	0.0%	4	2.4%	2.4%	2	0.2%	0.3%	1	0.4%	0.4%
5～10%未満	2	0.1%	0.4%	0	0.0%	0.0%	6	3.6%	6.1%	4	0.3%	0.7%	2	0.8%	1.1%
10～15%未満	40	2.3%	2.7%	0	0.0%	0.0%	23	13.9%	20.0%	7	0.6%	1.3%	3	1.1%	2.3%
15～20%未満	94	5.4%	8.1%	0	0.0%	0.0%	29	17.6%	37.6%	5	0.4%	1.7%	1	0.4%	2.6%
20～25%未満	183	10.5%	18.5%	0	0.0%	0.0%	34	20.6%	58.2%	5	0.4%	2.1%	4	1.5%	4.2%
25～30%未満	272	15.6%	34.1%	1	1.2%	1.2%	22	13.3%	71.5%	10	0.8%	2.9%	3	1.1%	5.3%
30～35%未満	292	16.7%	50.8%	0	0.0%	1.2%	17	10.3%	81.8%	15	1.3%	4.2%	7	2.6%	7.9%
35～40%未満	258	14.8%	65.6%	3	3.6%	4.8%	13	7.9%	89.7%	13	1.1%	5.3%	11	4.2%	12.1%
40～45%未満	251	14.4%	79.9%	0	0.0%	4.8%	5	3.0%	92.7%	27	2.3%	7.6%	13	4.9%	17.0%
45～50%未満	150	8.6%	88.5%	2	2.4%	7.2%	5	3.0%	95.8%	41	3.4%	11.0%	17	6.4%	23.4%
50～55%未満	107	6.1%	94.6%	4	4.8%	12.0%	3	1.8%	97.6%	59	5.0%	16.0%	22	8.3%	31.7%
55～60%未満	41	2.3%	97.0%	7	8.4%	20.5%	2	1.2%	98.8%	83	7.0%	23.0%	43	16.2%	47.9%
60～65%未満	32	1.8%	98.8%	10	12.0%	32.5%	1	0.6%	99.4%	140	11.8%	34.7%	38	14.3%	62.3%
65～70%未満	10	0.6%	99.4%	14	16.9%	49.4%	0	0.0%	99.4%	180	15.1%	49.9%	46	17.4%	79.6%
70～75%未満	8	0.5%	99.8%	17	20.5%	69.9%	1	0.6%	100.0%	233	19.6%	69.5%	26	9.8%	89.4%
75～80%未満	3	0.2%	100.0%	19	22.9%	92.8%	0	0.0%	100.0%	188	15.8%	85.3%	21	7.9%	97.4%
80～85%未満	0	0.0%	100.0%	5	6.0%	98.8%	0	0.0%	100.0%	121	10.2%	95.5%	5	1.9%	99.2%
85～90%未満	0	0.0%	100.0%	1	1.2%	100.0%	0	0.0%	100.0%	37	3.1%	98.6%	2	0.8%	100.0%
90～95%未満	0	0.0%	100.0%	0	0.0%	100.0%	0	0.0%	100.0%	14	1.2%	99.7%	0	0.0%	100.0%
95～100%	0	0.0%	100.0%	0	0.0%	100.0%		0.0%	100.0%	3	0.3%	100.0%	0	0.0%	100.0%
合計	1748	1		83	1		165	1		1189	1		265	1	

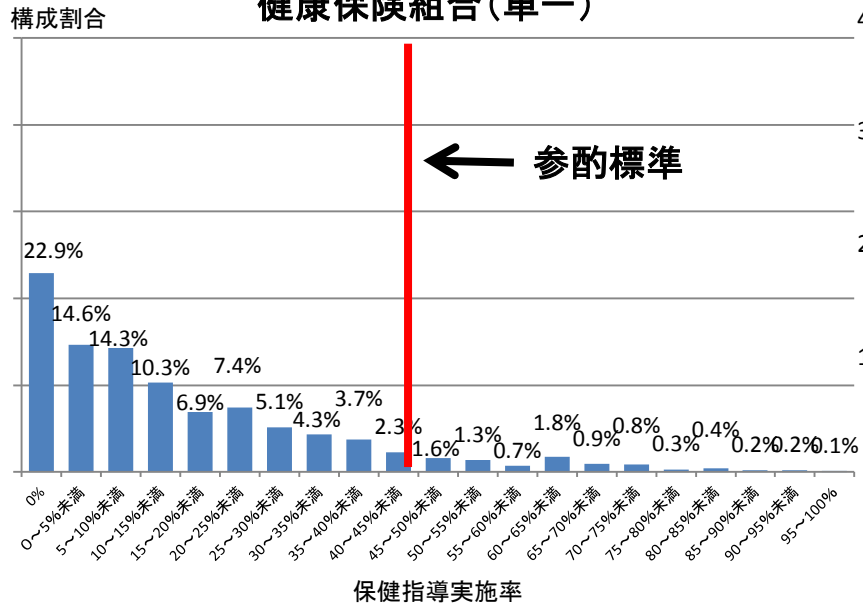
※協会けんぽ 31.3%

平成21年度 保険者種別毎の特定保健指導実施状況

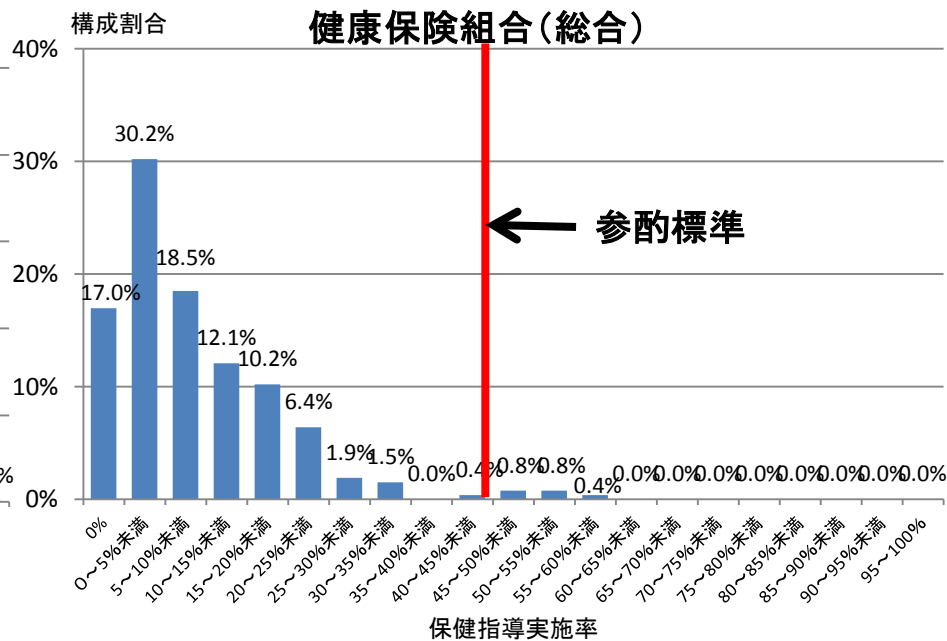
○保険者種別毎の特定保健指導の実施率の分布は、全体として参酌標準(45%)と比して低くなっているが、市町村国保は相対的に高い一方で、国保組合や健保組合では実施率0%の保険者も多く、実施率も低くなっている。



健康保険組合(単一)



健康保険組合(総合)



※ 全国健康保険協会 7.3%

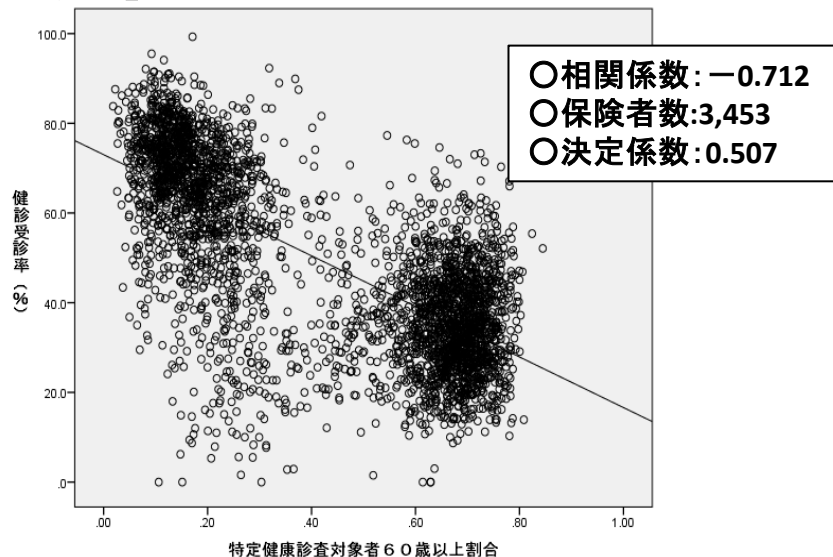
(参考)特定保健指導実施率の分布状況(21年度)

	市町村国保			共済組合			国保組合			健康保険組合(単一・連合)			健康保険組合(総合)		
	保険者数	構成割合	累積割合	保険者数	構成割合	累積割合	保険者数	構成割合	累積割合	保険者数	構成割合	累積割合	保険者数	構成割合	累積割合
0%	77	4.4%	4.4%	4	4.8%	4.8%	76	46.1%	46.1%	272	22.9%	22.9%	45	17.0%	17.0%
0～5%未満	71	4.1%	8.5%	28	33.7%	38.6%	47	28.5%	74.5%	174	14.6%	37.5%	80	30.2%	47.2%
5～10%未満	169	9.7%	18.1%	18	21.7%	60.2%	23	13.9%	88.5%	170	14.3%	51.8%	49	18.5%	65.7%
10～15%未満	214	12.2%	30.4%	5	6.0%	66.3%	7	4.2%	92.7%	122	10.3%	62.1%	32	12.1%	77.7%
15～20%未満	205	11.7%	42.1%	13	15.7%	81.9%	5	3.0%	95.8%	82	6.9%	69.0%	27	10.2%	87.9%
20～25%未満	179	10.2%	52.3%	6	7.2%	89.2%	1	0.6%	96.4%	88	7.4%	76.4%	17	6.4%	94.3%
25～30%未満	157	9.0%	61.3%	2	2.4%	91.6%	3	1.8%	98.2%	61	5.1%	81.5%	5	1.9%	96.2%
30～35%未満	129	7.4%	68.7%	3	3.6%	95.2%	1	0.6%	98.8%	51	4.3%	85.8%	4	1.5%	97.7%
35～40%未満	129	7.4%	76.1%	1	1.2%	96.4%	0	0.0%	98.8%	44	3.7%	89.5%	0	0.0%	97.7%
40～45%未満	104	5.9%	82.0%	0	0.0%	96.4%	1	0.6%	99.4%	27	2.3%	91.8%	1	0.4%	98.1%
45～50%未満	60	3.4%	85.5%	1	1.2%	97.6%	0	0.0%	99.4%	19	1.6%	93.4%	2	0.8%	98.9%
50～55%未満	61	3.5%	89.0%	1	1.2%	98.8%	0	0.0%	99.4%	16	1.3%	94.7%	2	0.8%	99.6%
55～60%未満	56	3.2%	92.2%	1	1.2%	100.0%	0	0.0%	99.4%	8	0.7%	95.4%	1	0.4%	100.0%
60～65%未満	33	1.9%	94.1%	0	0.0%	100.0%	0	0.0%	99.4%	21	1.8%	97.1%	0	0.0%	100.0%
65～70%未満	33	1.9%	95.9%	0	0.0%	100.0%	0	0.0%	99.4%	11	0.9%	98.1%	0	0.0%	100.0%
70～75%未満	19	1.1%	97.0%	0	0.0%	100.0%	0	0.0%	99.4%	10	0.8%	98.9%	0	0.0%	100.0%
75～80%未満	17	1.0%	98.0%	0	0.0%	100.0%	1	0.6%	100.0%	3	0.3%	99.2%	0	0.0%	100.0%
80～85%未満	7	0.4%	98.4%	0	0.0%	100.0%	0	0.0%	100.0%	5	0.4%	99.6%	0	0.0%	100.0%
85～90%未満	12	0.7%	99.1%	0	0.0%	100.0%	0	0.0%	100.0%	2	0.2%	99.7%	0	0.0%	100.0%
90～95%未満	7	0.4%	99.5%	0	0.0%	100.0%	0	0.0%	100.0%	2	0.2%	99.9%	0	0.0%	100.0%
95～100%	9	0.5%	100.0%	0	0.0%	100.0%	0	0.0%	100.0%	1	0.1%	100.0%	0	0.0%	100.0%
合計	1748	1		83	1		165	1		1189	1		265	100.0%	

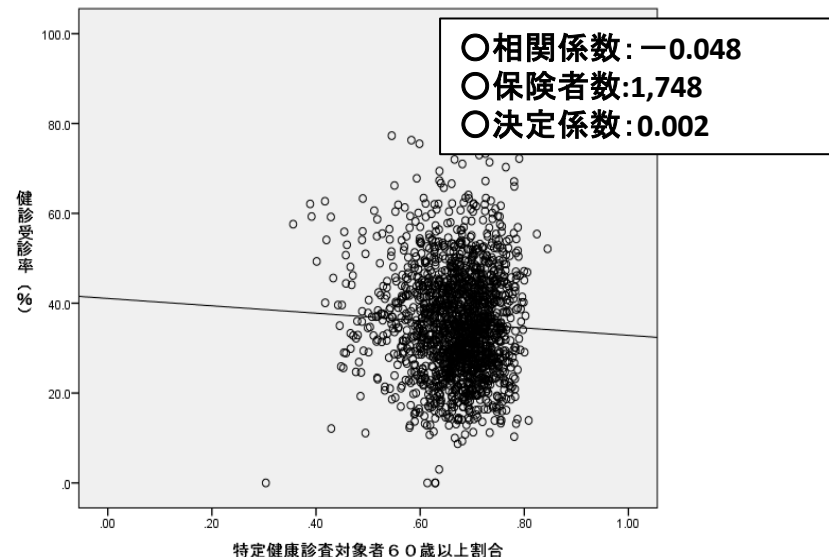
保険者の構造的な状況 (年齢構成、全体・市町村国保・国保組合)

- 全保険者における健診受診者に占める60歳以上の者の割合と健診受診率との関係を見ると、有意な負の相関関係(60歳以上の割合が高いと健診受診率は低い)があった。
- 一方で、市町村国保と国保組合の種別に見ると、強い相関関係は認められなかった。
- 全保険者で見た場合の相関関係は、国保と被用者保険との間の年齢構成と受診率との関係が表れているものと考えられる。

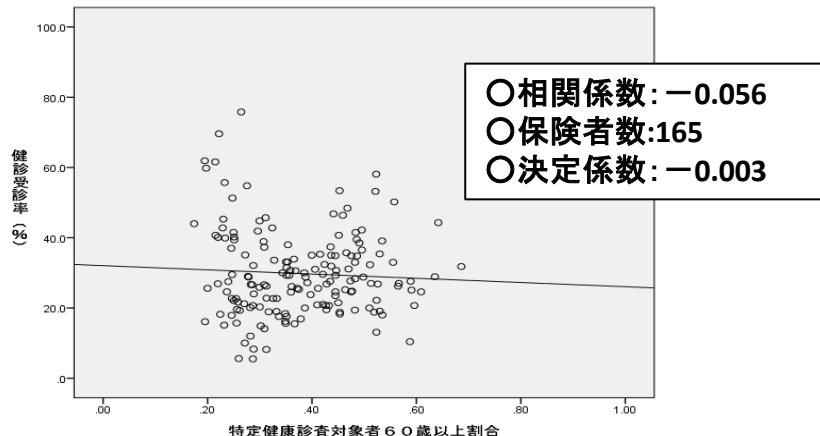
【全保険者】



【市町村国保】



【国保組合】



(注)

【相関係数】:

2つの変数の相関を示す -1 から 1 までで表される指標。

相関係数が 1 に近い場合、その2変数は正の相関(一方が増加すれば、もう一方も増加する傾向)があると言い、 -1 に近い場合、負の相関(一方が増加すれば、もう一方は減少する傾向)があると言う。 0 に近い場合は相関が低く、 0 の場合、2変数との間に相関はない、と言う。

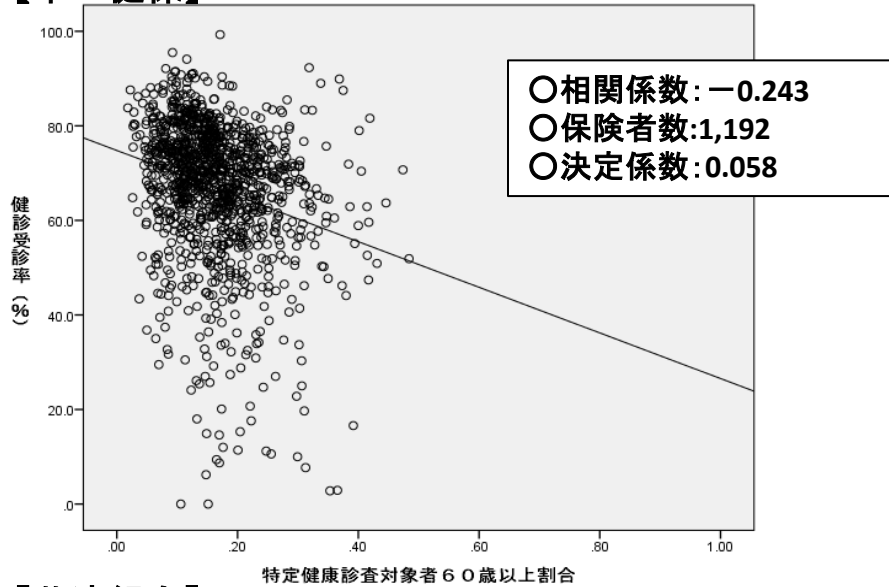
【決定係数】:

2つの変数の関係を表す回帰式が実測値をどの程度説明できているかを表す指標。 1 に近いほど、求められた回帰式で説明できる実績値の割合が多いことを表す。(この資料では、サンプル数の多寡の影響を補正する調整済み決定係数を使用)

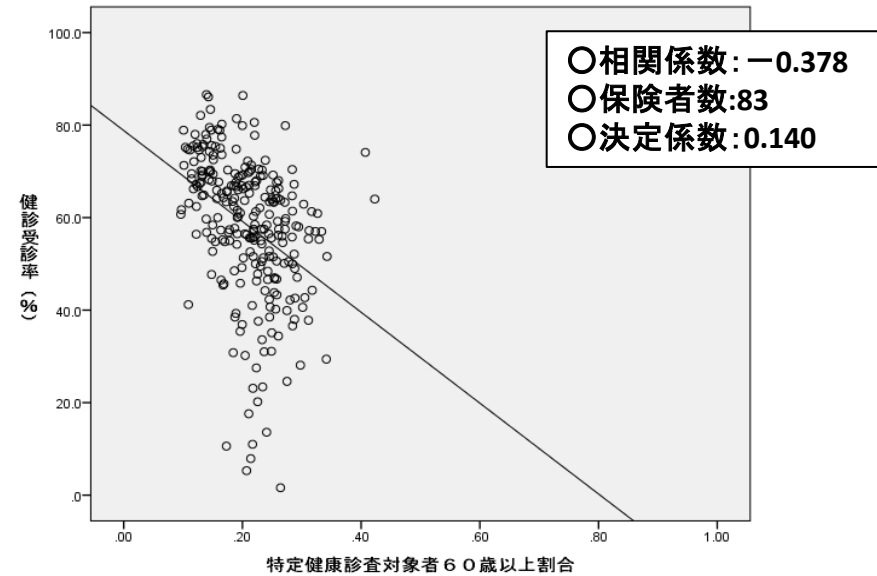
保険者の構造的な状況 (年齢構成、単一・総合健保、共済組合)

○単一健保、共済組合における健診対象者に占める60歳以上の者の割合と健診受診率との間には、特に強い相関関係は認められなかったが、総合健保においてはやや相関関係が認められた。

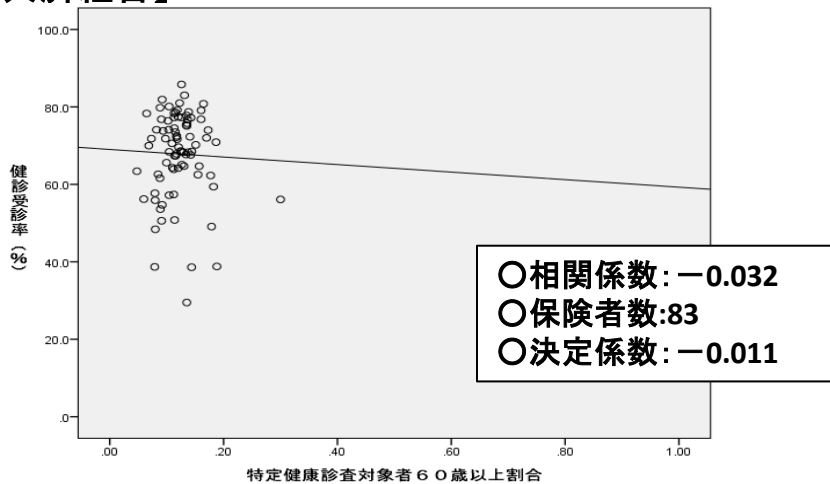
【単一健保】



【総合健保】

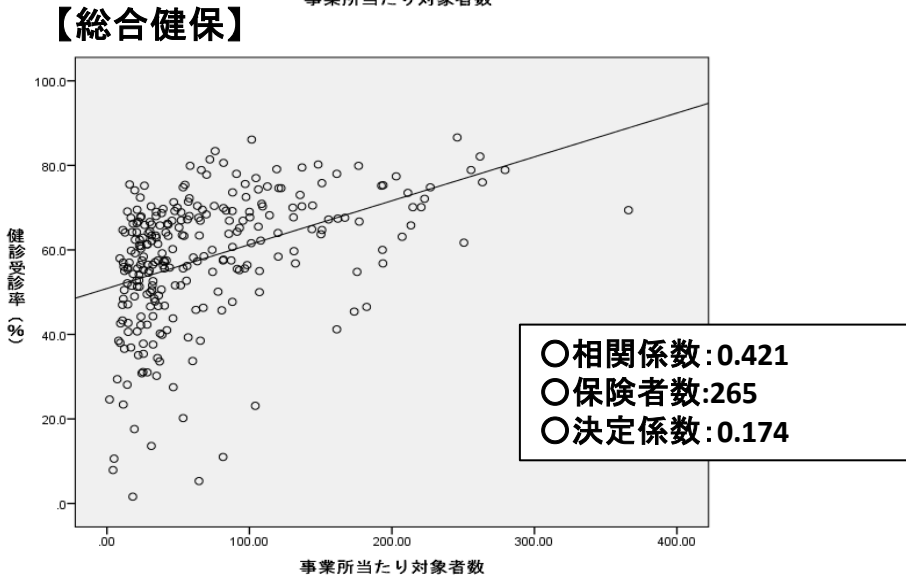
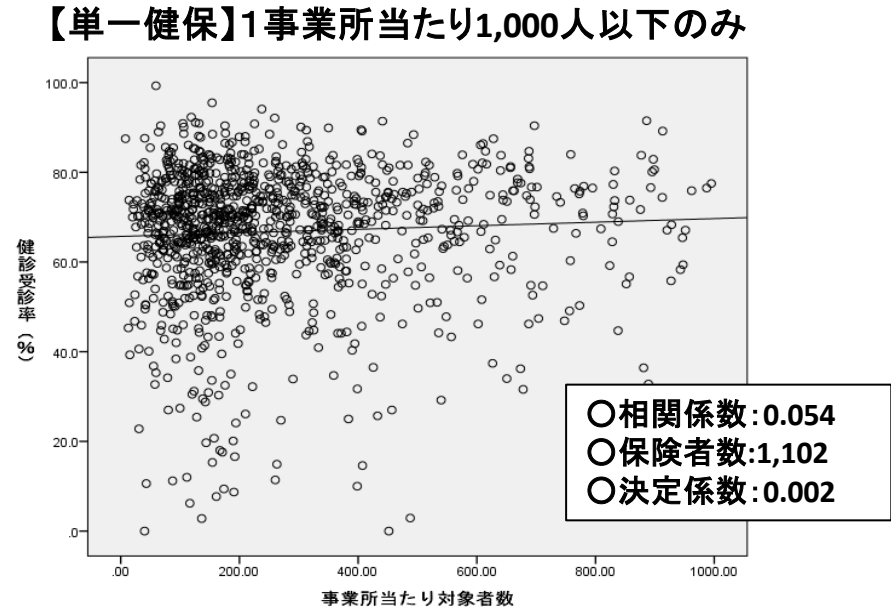
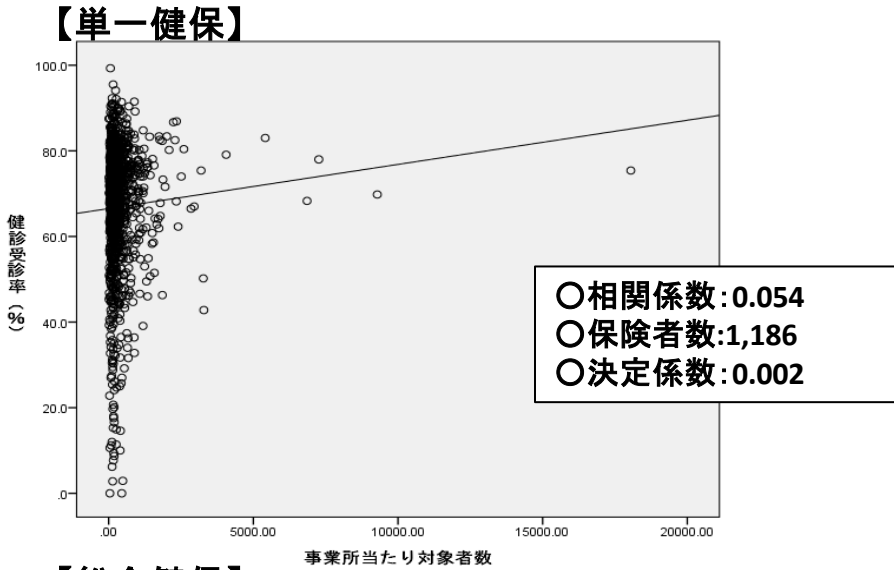


【共済組合】



被用者保険における事業主の状況(1事業所当たりの対象者数)

○被用者保険の保険者においては、単一健保では、1事業所当たりの対象者数と健診受診率に特に強い相関関係は認められなかったが、総合健保においては、一定の相関関係(1事業所当たりの対象者数が多いと健診受診率は高い)が認められた。



保険者毎の状況の違いについて

<健診受診率に影響与えていると考えられる事項について>

- ①保険者種別による健診受診率の違いがあり、被用者保険の保険者が相対的に高く、市町村国保と国保組合、協会けんぽが低かった。
- ②全保険者で見ると60歳以上の者が健診対象者に占める割合が高い保険者は受診率が低い傾向があったが、保険者種別毎にはそのような傾向はなく、単に高齢者が多く加入する市町村国保の実施率が相対的に健保組合の実施率よりも低いためであると考えられる。
- ③総合健保においては、1事業所当たり対象者数が多い保険者の方が受診率が高い傾向があったが、それほど強い関係性があるとは認められなかった。



<方針>

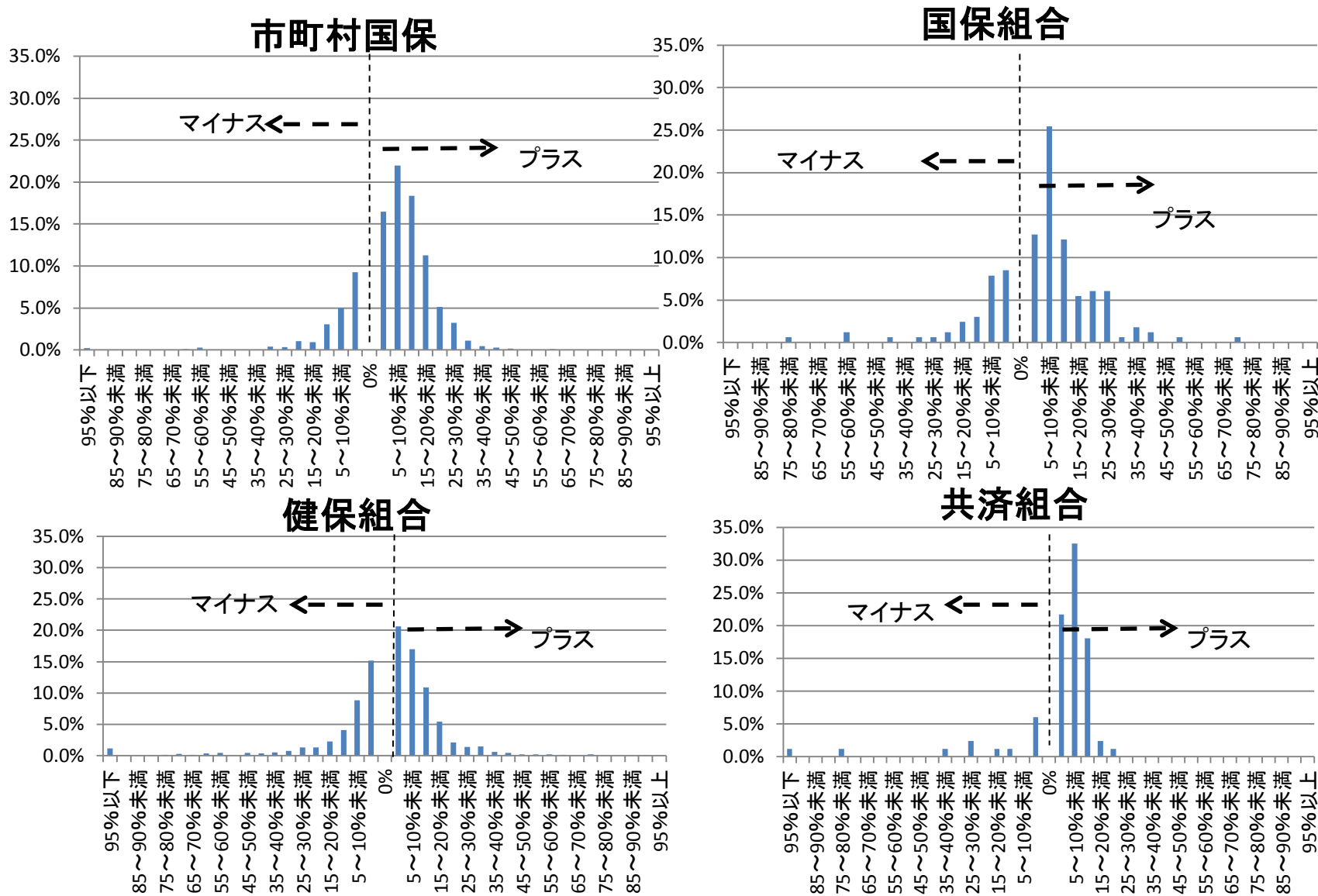
- 特定健診の実施率については、保険者種別毎の参酌標準と実際の実施率を見ると、被用者保険の保険者よりも、市町村国保、国保組合、協会けんぽが大きく参酌標準を下回っている傾向にある。また特定保健指導についても、市町村国保とその他の保険者では参酌標準と実際の実施率との関係に違いがある。
- そのため加減算を実施する場合においては、保険者種別毎に当初想定していた実施状況との乖離があることから、参酌標準の達成状況だけでなく保険者種別毎の実施率等の実態を勘案する必要がある。

加算・減算制度の評価の指標について

- 24年度までの実績の評価にあたっては、加算減算制度については、当初から特定健診実施率と特定保健指導実施率、メタボ該当者・予備群の減少率という3つの指標により評価するという考え方を示している。
- この3つの指標の参酌標準について、単純に達成・未達成を以て加算減算制度を実施することも考えられるが、これについては以下のような論点があると考えられる。

指標	考え方・論点
特定健診実施率	<ul style="list-style-type: none"> ○当初の想定通り加減算に用いることとしてはどうか。 ○ただし、<u>参酌標準と実際の受診率との乖離は保険者種別毎に差があるため、評価にあたって考慮する必要がある。</u>
特定保健指導実施率	<ul style="list-style-type: none"> ○当初の想定通り加減算に用いることとしてはどうか。 ○<u>参酌標準45%と実際の実施率との乖離は保険者種別毎に差がある。</u> ○健診受診率が極めて低い場合、特定保健指導の実施率が極端に高くなる場合もあると考えられるため、例えば、<u>健診受診率を勘案するなどの対応が必要ではないか。</u>
メタボ該当者・予備群の減少率(特定保健指導対象者数の減少率)	<ul style="list-style-type: none"> ○参酌標準として勘案するメタボリックシンドローム該当者・予備群は、いわゆる8学会基準によるものではなく、<u>特定保健指導の対象者としている。</u> ○特定保健指導対象者の減少率は、特定健診を受診した者の中に占める特定保健指導対象者の割合を潜在的な特定健診対象者(40歳～74歳の加入者)数に乗じて推計することとなっている。したがって、健診受診率が非常に低い場合には、<u>特定保健指導対象者の減少率についての信頼性を考慮する必要がある。</u> <ul style="list-style-type: none"> －20・21年度の実績においても特定保健指導対象者の減少率については、保険者毎にバラツキがあり、<u>特定保健指導対象者の推計値が増加する保険者も減少する保険者も存在。</u>これは特定保健指導対象者の推計値が保険者毎に正確に推計できてない可能性を示唆していると考えられる。 ○したがって、<u>25年度における評価において、少なくとも加算額の計算につ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を用いることは適切ではないのではないか。</u>

参考) 特定保健指導対象者減少率(20年度→21年度)



(参考) 特定保健指導対象者減少率(20年度→21年度)

	市町村国保			国保組合			健保組合			共済組合			
	保険者数	構成割合	累積構成割合	保険者数	構成割合	累積構成割合	保険者数	構成割合	累積構成割合	保険者数	構成割合	累積構成割合	
マイナス	95%以下	4	0.2%	0.2%	0	0.0%	0.0%	17	1.2%	1.2%	1	1.2%	1.2%
	90～95%未満	0	0.0%	0.2%	0	0.0%	0.0%	1	0.1%	1.2%	0	0.0%	1.2%
	85～90%未満	0	0.0%	0.2%	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	1.2%	0	0.0%	1.2%
	80～85%未満	1	0.1%	0.3%	0	0.0%	0.0%	1	0.1%	1.3%	0	0.0%	1.2%
	75～80%未満	0	0.0%	0.3%	1	0.6%	0.6%	2	0.1%	1.4%	1	1.2%	2.4%
	70～75%未満	1	0.1%	0.3%	0	0.0%	0.6%	4	0.3%	1.7%	0	0.0%	2.4%
	65～70%未満	0	0.0%	0.3%	0	0.0%	0.6%	2	0.1%	1.9%	0	0.0%	2.4%
	60～65%未満	2	0.1%	0.5%	0	0.0%	0.6%	5	0.3%	2.2%	0	0.0%	2.4%
	55～60%未満	5	0.3%	0.7%	2	1.2%	1.8%	7	0.5%	2.7%	0	0.0%	2.4%
	50～55%未満	0	0.0%	0.7%	0	0.0%	1.8%	1	0.1%	2.8%	0	0.0%	2.4%
	45～50%未満	1	0.1%	0.8%	0	0.0%	1.8%	7	0.5%	3.2%	0	0.0%	2.4%
	40～45%未満	1	0.1%	0.9%	1	0.6%	2.4%	5	0.3%	3.6%	0	0.0%	2.4%
	35～40%未満	1	0.1%	0.9%	0	0.0%	2.4%	8	0.6%	4.1%	1	1.2%	3.6%
	30～35%未満	7	0.4%	1.3%	1	0.6%	3.0%	11	0.8%	4.9%	0	0.0%	3.6%
	25～30%未満	6	0.3%	1.7%	1	0.6%	3.6%	19	1.3%	6.2%	2	2.4%	6.0%
	20～25%未満	18	1.0%	2.7%	2	1.2%	4.8%	19	1.3%	7.5%	0	0.0%	6.0%
	15～20%未満	16	0.9%	3.6%	4	2.4%	7.3%	33	2.3%	9.8%	1	1.2%	7.2%
10～15%未満	53	3.0%	6.6%	5	3.0%	10.3%	59	4.1%	13.8%	1	1.2%	8.4%	
5～10%未満	88	5.0%	11.7%	13	7.9%	18.2%	128	8.8%	22.6%	0	0.0%	8.4%	
0～5%未満	162	9.3%	20.9%	14	8.5%	26.7%	221	15.2%	37.8%	5	6.0%	14.5%	
0%	0	0.0%	20.9%	0	0.0%	26.7%	0	0.0%	37.8%	0	0.0%	14.5%	
プラス	0～5%未満	288	16.5%	37.4%	21	12.7%	39.4%	300	20.6%	58.5%	18	21.7%	36.1%
	5～10%未満	384	22.0%	59.4%	42	25.5%	64.8%	247	17.0%	75.4%	27	32.5%	68.7%
	10～15%未満	321	18.4%	77.7%	20	12.1%	77.0%	158	10.9%	86.3%	15	18.1%	86.7%
	15～20%未満	197	11.3%	89.0%	9	5.5%	82.4%	79	5.4%	91.7%	2	2.4%	89.2%
	20～25%未満	90	5.1%	94.2%	10	6.1%	88.5%	31	2.1%	93.9%	1	1.2%	90.4%
	25～30%未満	57	3.3%	97.4%	10	6.1%	94.5%	20	1.4%	95.3%	0	0.0%	90.4%
	30～35%未満	19	1.1%	98.5%	1	0.6%	95.2%	22	1.5%	96.8%	0	0.0%	90.4%
	35～40%未満	8	0.5%	99.0%	3	1.8%	97.0%	9	0.6%	97.4%	0	0.0%	90.4%
	40～45%未満	5	0.3%	99.3%	2	1.2%	98.2%	6	0.4%	97.8%	0	0.0%	90.4%
	45～50%未満	3	0.2%	99.4%	0	0.0%	98.2%	3	0.2%	98.0%	0	0.0%	90.4%
	50～55%未満	1	0.1%	99.5%	1	0.6%	98.8%	3	0.2%	98.2%	0	0.0%	90.4%
	55～60%未満	0	0.0%	99.5%	0	0.0%	98.8%	3	0.2%	98.4%	0	0.0%	90.4%
	60～65%未満	2	0.1%	99.6%	0	0.0%	98.8%	2	0.1%	98.6%	0	0.0%	90.4%
	65～70%未満	0	0.0%	99.6%	0	0.0%	98.8%	1	0.1%	98.6%	0	0.0%	90.4%
	70～75%未満	1	0.1%	99.7%	1	0.6%	99.4%	3	0.2%	98.8%	0	0.0%	90.4%
	75～80%未満	0	0.0%	99.7%	0	0.0%	99.4%	0	0.0%	98.8%	0	0.0%	90.4%
	80～85%未満	0	0.0%	99.7%	0	0.0%	99.4%	0	0.0%	98.8%	0	0.0%	90.4%
85～90%未満	0	0.0%	99.7%	0	0.0%	99.4%	0	0.0%	98.8%	0	0.0%	90.4%	
90～95%未満	0	0.0%	99.7%	0	0.0%	99.4%	1	0.1%	98.9%	0	0.0%	90.4%	
95%以上	0	0.0%	99.7%	0	0.0%	99.4%	1	0.1%	99.0%	0	0.0%	90.4%	
保険者数計(※)	1742			164			1439			75			

※ 20年度と21年度のデータを突き合わせることができる保険者について集計。

※※ 特定保健指導減少率＝1－(平成21年度の健診データにおける特定保健指導対象者数／平成20年度の健診データにおける特定保健指導対象者数)

※※※ 対象者数は各年度の特定保健指導対象者割合を同年度の特定健康診査の対象者数に乗じて算出したもの。

※※※※ 協会けんぽの減少率の推計値は0.33%。

(参考)メタボ減少率の規定

○特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針(平成二十年三月三十一日)(厚生労働省告示第百五十号)

第1 特定健康診査等の実施方法に関する基本的な事項

二 特定保健指導の実施方法に関する基本的な事項

(2) 特定健康診査の結果に基づき、特定保健指導の対象者(第2の三及び第3の一において「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群」という。)を選定する基準、及び特定保健指導の内容については、実施基準第4条及び第6条から第8条までの規定において定めるものとする。

第2 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 特定健康診査等の実施の成果に係る目標

平成24年度において、平成20年度と比較した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10%以上にすること。

第3 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、特定保健指導の実施率及びメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率に係る目標を、第2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2の一及び二については、各年度の目標値も定めること。

(参考)メタボ減少率の評価指標の定義

10-2-3 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

①評価に用いる算定式

次の算定式に基づき、評価することとする。

算定式	$1 - \frac{\text{当該年度の健診データにおける該当者及び予備群の数}}{\text{基準年度の健診データにおける該当者及び予備群の数}}$
条件	<p>○H25 納付分は、H24(=当該年度)/H20(=基準年度)とし、H26 以降の納付分は、前年/前々年(例えばH26 の場合はH25/H24)</p> <p>○該当者及び予備群の数は、健診実施率の高低で差が出ないように、実数ではなく、健診受診者に含まれる該当者及び予備群の者の割合を対象者数に乗じて算出したものとする。</p> <p>○なお、その際に乗じる対象者数は、各医療保険者における実際の加入者数ではなく、メタボリックシンドロームの減少に向けた努力が被保険者の年齢構成の変化(高齢化効果)によって打ち消されないよう、年齢補正(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が含まれる率を乗じる)を行う。</p> <p>○基点となるH20の数は、初年度であるため、健診実施率が低い医療保険者もある(あるいは元々対象者が少なく実施率が100%でも性別・年齢階層別での発生率が不確かな医療保険者もある)ことから、この場合における各医療保険者の性・年齢階層別メタボリックシンドロームの該当者及び予備群が含まれる率は、セグメントを粗く(年齢2階級×男女の4セグメント)した率を適用。</p> <p>○健診実施率が極めて低い医療保険者については、保健指導の実施率も相当少なくなるとともに、年齢補正後のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の推計数も相当程度精度が落ちることとなる。このため、H24以降の健診実施率が相当低い率である場合(例えば参酌標準の半分の水準にも達しない場合)は、その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計数を算定しないこととする。(保健指導の実施数も相当少ないこととなるので、結果として3項目とも未達成扱いとする)</p>

(出典)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

加算・減算制度の実施方法について

- 高齢者の医療の確保に関する法律の規定上、後期高齢者支援金の加算・減算制度については、「(特定健診・保健指導等の目標についての)達成状況、保険者に係る加入者の見込数等を勘案し、百分の九十から百分の百十の範囲内で政令で定めるところにより算定する」とのみ規定。
- 後期高齢者支援金の算定は、高齢者医療制度における高齢世代・現役世代の負担割合を前提に行われるものであり、制度の趣旨からも加算・減算は後期高齢者支援金の総額を変更しない範囲(加算額と減算額が一致)で行う必要。
- 24年度実績に基づく25年度支援金の加算・減算については、参酌標準を基に算定することになっているが、具体的な加減算の率についても政令で定めることになっており、この加減算の算定方法をどのように考えるか。

<24年度実績の評価にあたっての考え方>

○加算・減算する対象はどのように設定するか。

- ・ 制度導入時から、参酌標準達成により減算を行うこととしており、減算については参酌標準の達成によって判断する必要があるのではないか。
- ・ 参酌標準の達成状況から達成している保険者は減算、達成していない保険者は加算という考え方もある。
- ・ 参酌標準を達成していなくとも、一定の実績を残している保険者の努力をどのように評価するか。

○加算・減算する率はどのように設定するか。

- ・ 高齢者の医療の確保に関する法律においては、加算・減算率は±10%以内とされているが、少なくとも加算額については、保険者への影響を考慮した水準とする必要があるのではないか。
- ・ また、一定の保険者について加算する場合には、健診・保健指導の実績や保険者毎の状況を考慮して加算率に段階を付ける考え方もある。

パターン別イメージ図

パターン①:
参酌標準を基準に実施

パターン②:
加算率は多段階化

パターン③:
一定の者は加減算なし

パターン④:
一定の者は加減算なし
加算率は多段階化

受診率・
保健指導実施率

受診率・
保健指導実施率

受診率・
保健指導実施率

受診率・
保健指導実施率

減算

減算

減算

減算

参酌標準

参酌標準

参酌標準

参酌標準

加算

加算・減算
額は同額

加減算
なし

加減算
なし

加算

どのような基
準で率の設定
を行うか

加算

加算

←加算率 0 減算率→

←加算率 0 減算率→

←加算率 0 減算率→

←加算率 0 減算率→

(参考)加減算制度の関連する規定

○高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）

（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

3～5（略）

（特定健康診査等実施計画）

第十九条 保険者は、特定健康診査等基本指針に即して、五年ごとに、五年を一期として、特定健康診査等の実施に関する計画（以下「特定健康診査等実施計画」という。）を定めるものとする。

2 特定健康診査等実施計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

- 一 特定健康診査等の具体的な実施方法に関する事項
- 二 特定健康診査等の実施及びその成果に関する具体的な目標
- 三 前二号に掲げるもののほか、特定健康診査等の適切かつ有効な実施のために必要な事項

3（略）

（概算後期高齢者支援金）

第二十条 前条第一項の概算後期高齢者支援金の額は、当該年度におけるすべての後期高齢者医療広域連合の保険納付対象額の見込額の総額を厚生労働省令で定めるところにより算定した当該年度におけるすべての保険者に係る加入者の見込総数で除して得た額に、厚生労働省令で定めるところにより算定した当該年度における当該保険者に係る加入者を見込数に乗じて得た額に、概算後期高齢者支援金調整率を乗じて得た額とする。

2 前項の概算後期高齢者支援金調整率は、第十八条第二項第二号及び第十九条第二項第二号に掲げる事項についての達成状況、保険者に係る加入者を見込数等を勘案し、百分の九十から百分の百十の範囲内で政令で定めるところにより算定する。

附 則

（後期高齢者支援金の算定に係る経過措置）

第十五条 平成二十年度から平成二十四年度までの間の各年度に係る概算後期高齢者支援金調整率及び確定後期高齢者支援金調整率は、第二十条第二項及び第二十一条第二項の規定にかかわらず、すべての保険者について、百分の百とする。

(参考) 保険者の参酌標準の達成状況

【平成20年度における保険者の参酌標準達成状況】

	市町村国保	健康保険組合		共済	協会けんぽ	国保組合	全保険者
		単一健保	総合健保				
特定健康診査実施率	65%	80%	70%	80%	70%	70%	
達成保険者数	22	116	43	3	0	0	184
特定保健指導実施率45% 達成保険者数	262	57	0	3	0	0	322
特定健康診査・特定保健指導 両方達成保険者	4	17	0	1	0	0	22
全保険者数	1,794	1,480		77	1	165	3,517

(出典)平成20年度 特定健康診査・特定保健指導 集計情報ファイル

【平成21年度における保険者の参酌標準達成状況】

	市町村国保	健康保険組合		共済	協会けんぽ	国保組合	全保険者
		単一健保	総合健保				
特定健康診査実施率 目標値	65%	80%	70%	80%	70%	70%	
達成保険者数	21	174	54	6	0	1	256
特定保健指導実施率目標値 45%達成保険者数	314	45	5	3	0	1	368
特定健康診査・特定保健指導 両方達成保険者	9	30	1	1	0	0	41
全保険者数	1,748	1,454		83	1	165	3,451

(出典)平成21年度 特定健康診査・特定保健指導 集計情報ファイル

加算・減算の実施時期について

<前提>

【後期高齢者支援金の概算・確定について】

- 後期高齢者支援金は、後期高齢者医療の給付費の4割を保険者が拠出する仕組み。
毎年度当初に後期高齢者医療の給付費を見積もった上で、その概算額を年度の4月から各保険者より拠出し、2年後に、その年度に実際にかかった医療給付費との差額等で精算し、その年度の後期高齢者支援金を確定する。

【加算・減算制度の実施にあたって】

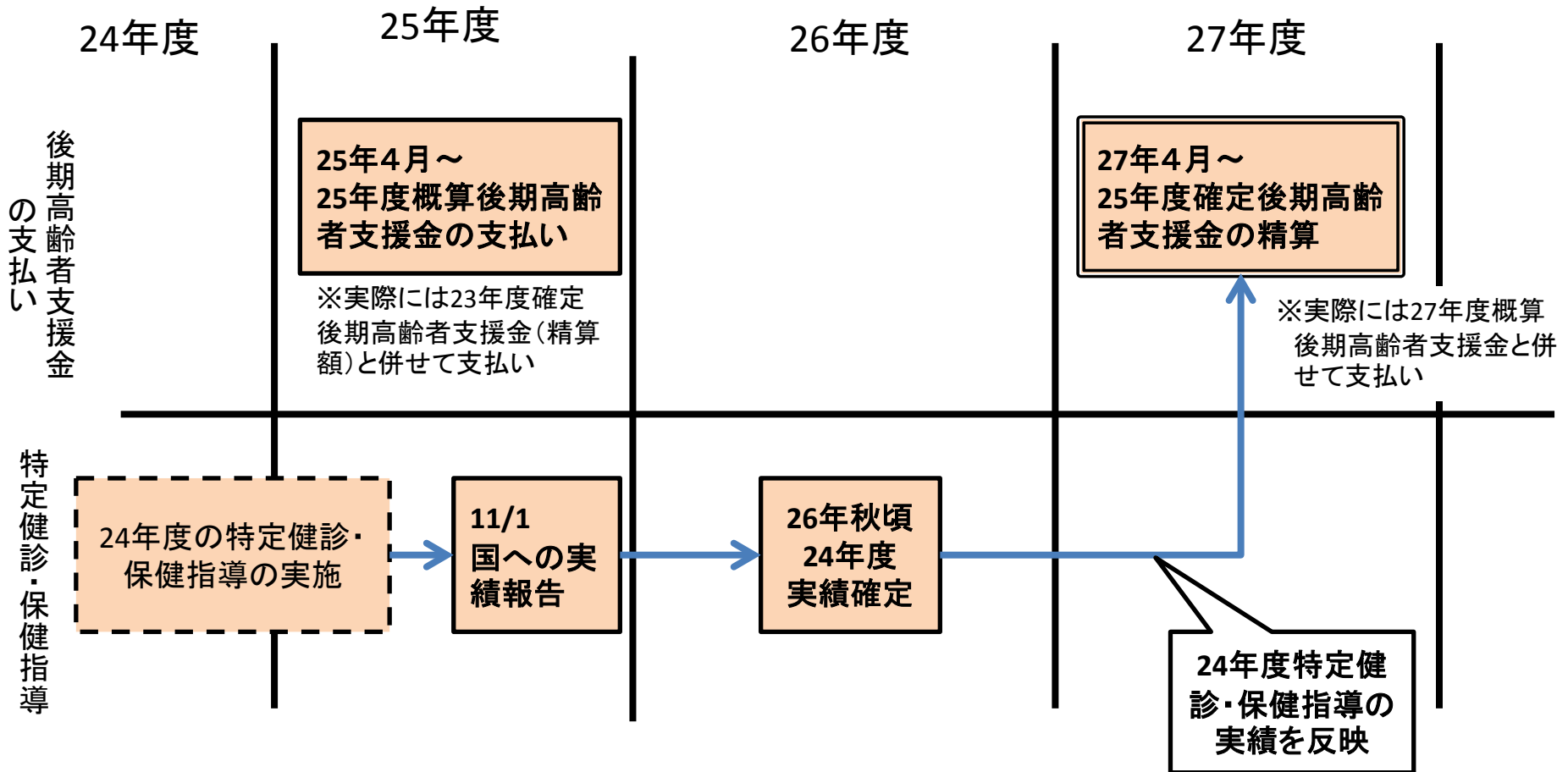
- 高齢者の医療の確保に関する法律の規定によれば、後期高齢者支援金の加算・減算制度は、25年度の概算後期高齢者支援金の算定から実施することが想定されている。
- しかし、25年度の概算後期高齢者支援金の算定は、24年末頃に行われるため、24年度の特定健診・保健指導の実績はその時点ではない。
- 23年度の実績も国への報告期限が24年11月1日であり、実務上、計算に反映することは困難。そのため、仮に25年度概算後期高齢者支援金の計算に特定健診・保健指導の実績を反映する場合には、22年度実績を使用するしかないこととなる。この場合、2年後の確定後期高齢者支援金の計算の際に24年度実績を反映することになる。



<考え方>

- 24年度実績での評価を目指している保険者にとってそれ以前の年度の実績で加算・減算が行われることは、例え後年精算されるにしても不適切ではないか。
- また、保険者の取組によって毎年状況が大きく変わりうるものであり、過去の実績を以て概算を行う考え方が適切か。
- 24年度の実績が確定した時点で、25年度確定後期高齢者支援金の算定(つまり27年度)から反映させるのが明確ではないか。

(参考)後期高齢者支援金の支払いと特定健診・保健指導の実績報告との関係 (保険者から見た場合のイメージ)

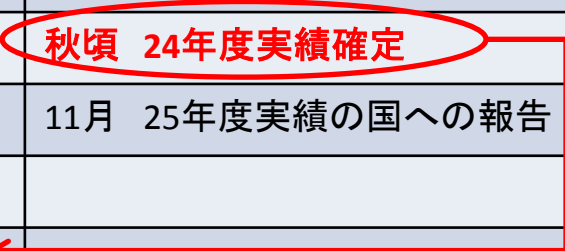


(注1) 特定保健指導には6ヶ月を要するため、24年度の特典健診の結果に基づく特定保健指導が24年度を越えて実施される場合も多い。

(注2) 毎年11月1日に前年度の特典健診・保健指導の実績報告が国に対してなされるが、データの整理などの必要性から確定までには数ヶ月を要する。

(参考)後期高齢者支援金の算定と特定健診・保健指導の実績報告のスケジュール

		後期高齢者支援金の算定スケジュール	特定健診・保健指導の実績報告
24 年度	4－6月		
	7－9月		
	10－12月	25年度後期高齢者支援金の概算	11月 23年度実績の国への報告
	1－3月		
25 年度	4－6月	4月 25年度概算・23年度確定後期高齢者支援金決定	
	7－9月		秋頃 23年度実績確定
	10－12月	26年度後期高齢者支援金の概算	11月 24年度実績の国への報告
	1－3月		
26 年度	4－6月	4月 26年度概算・24年度確定後期高齢者支援金決定	
	7－9月		秋頃 24年度実績確定
	10－12月	27年度後期高齢者支援金の概算	11月 25年度実績の国への報告
	1－3月		
27 年度	4－6月	4月 27年度概算・25年度確定後期高齢者支援金決定	
	7－9月		
	10－12月		
	1－3月		



(参考)後期高齢者支援金の加算・減算のイメージ

〈加算・減算の方法〉

①目標の達成状況

- ・ 特定健診・保健指導の実施率
- ・ 内臓脂肪症候群の該当者・予備群の減少率

②保険者の実績を比較

- 実績を上げている保険者 → 支援金の減算
- 実績の上がっていない保険者 → 支援金の加算

◆減算と加算は最大±10%の範囲内で設定

◆減算額と加算額の総額は±ゼロ

※具体的な算出方法は、今後検討

