

## 第2期特定健康診査等実施計画 における保険者の目標について

平成24年6月18日  
厚生労働省保険局総務課  
医療費適正化対策推進室

### 第2期の目標について(案)

- 現在の特定健診・保健指導の実績を踏まえ、25年度からの29年度の次期計画期間の実施率の目標は特定健診・保健指導の実施率をそれぞれ70%、45%に維持することとしてはどうか。
- この実施率の目標とこれまでの実績を踏まえ、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率を再計算する。

#### <目標の考え方>

		現在の目標	新目標
項目		24年度 目標(※※)	29年度までの全国 目標
実施に関する 目標	①特定健診実施率	70%	70%
	②特定保健指導実施率	45%	45%
成果に 関する 目標	③メタボリックシンドロームの 該当者及び予備群の減少 率(※)	10% (20年度対比) (27年度に25%減少)	25% (20年度対比)

※ 第1期計画期間の「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率」は、特定保健指導対象者の減少率を指していたが、29年度までの目標は、いわゆる内科系8学会の基準によるメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率とする。

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

# 第2期の特定健診・保健指導の目標について

## 【推計方法】

### (1)前提

- ①22年度以降の対象者は、24年度1月の人口の将来推計に基づき試算  
※出生中位・死亡中位(20~21年度の実績では、入院中などのために40~74歳までの人口のうち、1割程度が対象者から外れていることを勘案。
- ②特定健診受診者中、保健指導対象となる者の割合は、20~22年度の平均である18.9%で横置き。
- ③23年度以降のメタボ該当者の推計値は、対象者×各年度のメタボ該当者の割合-前年度のメタボ該当者数の減少数、と仮定(服薬指導に移行することによって保健指導対象者から外れる者の推計は困難。)
- ④一度、メタボ該当者から外れた者は再度メタボ該当者にならないと仮定。一方で、保健指導を複数年にわたって受けた上で、メタボ該当者から外れる者については、勘案していない。

### (2)具体的な試算

- ①20・21年度の特定健診結果が存在し、20年度に特定保健指導を受けた者(23万人程度)のデータから20年度にメタボ該当者で21年度にメタボ該当者から脱した者の割合を推計。→ 0.320となるため改善率を32%程度として計算。
- ②上記(1)の下に、各年度において試算される保健指導終了者の32%がメタボ該当者から外れ、その減少数は以降、累積していくと仮定。特定健診・保健指導実施率は、23~24年度は、20~22年度の平均伸び。25年度以降、その2倍程度として計算すると、29年度は特定健診実施率70%程度、保健指導実施率45%程度でメタボ減少率は25%程度となる。

平成 西暦	実績			推計						
	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
対象者数(実績)	51,919,920	52,211,735	52,191,043	53,017,784	53,243,418	53,544,284	53,894,629	53,994,572	53,900,935	53,703,301
特定健診実施率	38.9%	41.3%	43.3%	45.5%	47.7%	52.0%	56.4%	60.8%	65.2%	69.5%
受診者数	20,192,502	21,588,883	22,586,005	24,103,715	25,371,164	27,857,423	30,397,939	32,816,914	35,118,511	37,339,605
保健指導対象者割合	19.9%	18.9%	18.0%	18.9%	18.9%	18.9%	18.9%	18.9%	18.9%	18.9%
保健指導対象者数	4,010,717	4,086,952	4,062,881	4,521,980	4,749,547	5,208,562	5,666,769	6,099,113	6,506,924	6,897,385
特定保健指導終了率	7.7%	12.3%	13.7%	16.7%	19.7%	24.9%	30.1%	35.4%	40.6%	45.8%
保健指導終了者数(①)	308,222	503,712	555,921	754,013	934,039	1,296,980	1,707,736	2,157,319	2,642,208	3,161,841
メタボ該当者数(受診者中)	5,418,272	5,757,451	5,963,011	6,411,588	6,748,730	7,410,074	8,085,852	8,729,299	9,341,524	9,932,335
メタボ該当者数(20~22年度実績推計)	14,010,021	13,924,134	13,779,142	13,601,247	13,359,963	13,061,071	12,846,037	12,099,562	11,409,219	10,563,713
メタボ該当者減少数(推計値)(②)	▲ 98,631	▲ 161,188	▲ 177,895	▲ 241,284	▲ 298,892	▲ 415,033	▲ 546,476	▲ 690,342	▲ 845,506	▲ 1,011,789
上記の累積値		▲ 98,631	▲ 259,819	▲ 437,714	▲ 678,998	▲ 977,890	▲ 1,392,924	▲ 1,939,399	▲ 2,629,741	▲ 3,475,248
メタボ減少率(対20年度)										24.60%

## 保険者種別毎の目標について(案)

### 特定健診実施率

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

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

### 特定保健指導実施率

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

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

### メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率

- 保険者毎の実績をフォローする指標として、活用することについては推奨。

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

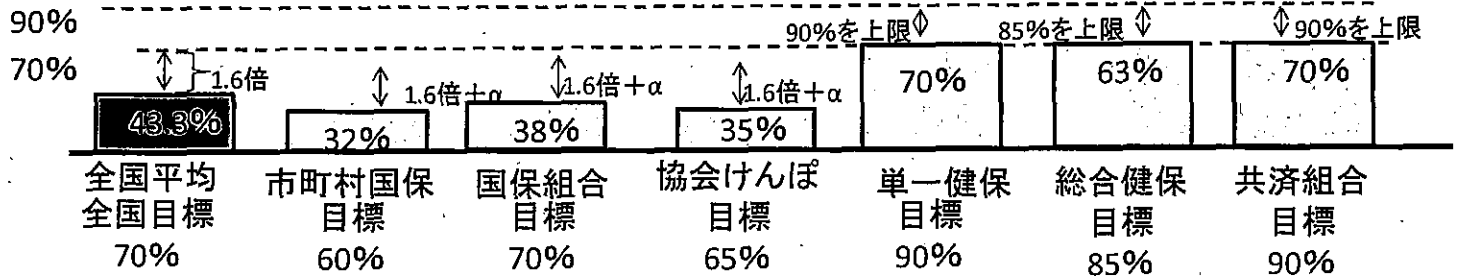
※ 第1期と異なり、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群は、特定保健指導対象者ではなく、内科系8学会が策定した基準に該当する者とする。

## <保険者種別毎の目標(案)>

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

## (参考) 特定健診の実施率の目標

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

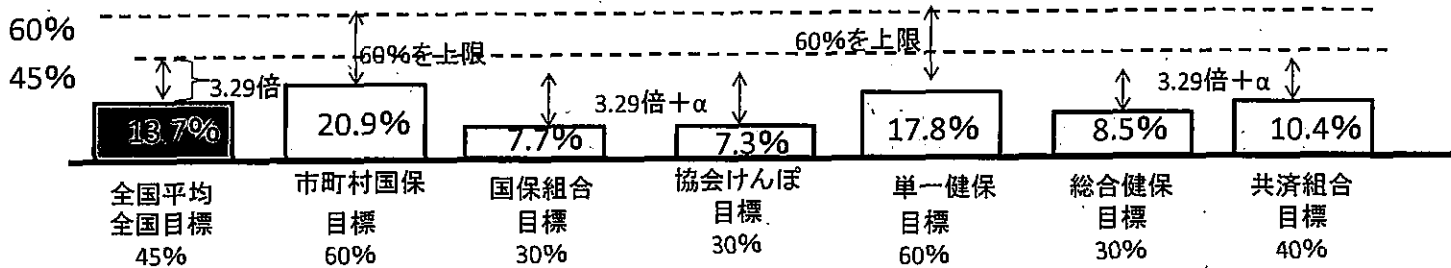


<具体的な計算方法>

	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬
特定健康診査対象者数	52,191,043	22,419,600	1,590,807	13,202,395	53,386	7,492,832	3,705,486	3,727,564					
特定健康診査受診者数	22,586,005	7,177,136	614,289	4,560,178	18,515	5,204,635	2,367,702	2,644,279					
特定健康診査実施率	43.3%	32.0%	38.6%	34.5%	34.7%	69.5%	63.9%	70.9%					
対象者割合(全体=100%)	100%	43%	3%	25%	0%	14%	7%	7%					
目標	70%												
一律で引上げる割合	⑥=⑤/③	1.62											
	⑦=③×⑥	0.700	52%	62%	56%	56%	112%	103%	115%				
90%頭打ち(総合健保85%)	⑧	0.637	52%	62%	56%	56%	90%	85%	90%				
頭打ちしない制度の実施率(全体は⑧の内訳)	⑨	0.383	52%	62%	56%	56%							
頭打ちしない制度の引上げ必要率	⑩=⑦-⑧	0.063											
頭打ちしない制度の引上げ後の実施率	⑪=⑨+⑩	0.446											
頭打ちしない制度の再引上げ後	⑫=⑪/⑨	1.164	60%	73%	65%	65%	90%	85%	90%				
仕上がりの実施率	⑬	0.700	60%	73%	65%	65%	90%	85%	90%				

## (参考) 特定保健指導の実施率の目標

- 特定保健指導についても、同様に保険者種別毎に実績に応じて目標に向かって同程度に引き上げを行うこととして計算。
- ただし、特定保健指導の実施率については、60%を上限として、残余を他の保険者へ振り分け。



<具体的な計算方法>

	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯	⑰	⑱
特定保健指導対象者数	4,062,881	951,996	122,830	929,904	6,856	1,016,767	486,675	547,996										
特定保健指導の終了者数	555,921	198,836	9,510	67,471	451	181,252	41,412	57,014										
特定保健指導の実施率	13.7%	20.9%	7.7%	7.3%	6.6%	17.8%	8.5%	10.4%										
対象者割合(全体=100%)	100%	23%	3%	23%	0%	25%	12%	13%										
目標	45%																	
一律で引上げる割合	⑥=⑤/③	3.29																
	⑦=③×⑥	0.450	69%	25%	24%	22%	59%	28%	34%									
60%頭打ち	⑧	0.430	60%	25%	24%	22%	59%	28%	34%									
頭打ちしない制度の実施率(全体は⑧の内訳)	⑨	0.289																
頭打ちしない制度の引上げ必要率	⑩=⑦-⑧	0.020																
頭打ちしない制度の引上げ後の実施率	⑪=⑨+⑩	0.309																
頭打ちしない制度の再引上げ後	⑫=⑪/⑨	1.070																
60%頭打ち(2回目)	⑬	0.303																
頭打ちしない制度の実施率	⑭	0.152																
頭打ちしない制度の引き上げ必要率	⑮=⑬-⑭	0.007																
頭打ちしない制度の引上げ後の実施率	⑯=⑭+⑮	0.159																
頭打ちしない制度の再引上げ後	⑰=⑯/⑭	1.045																
仕上がりの実施率	⑱	0.450	60%	28%	27%	24%	60%	31%	38%									



## 後期高齢者支援金の加算・減算制度について

厚生労働省保険局総務課  
医療費適正化対策推進室

### 加算・減算制度の論点について

---

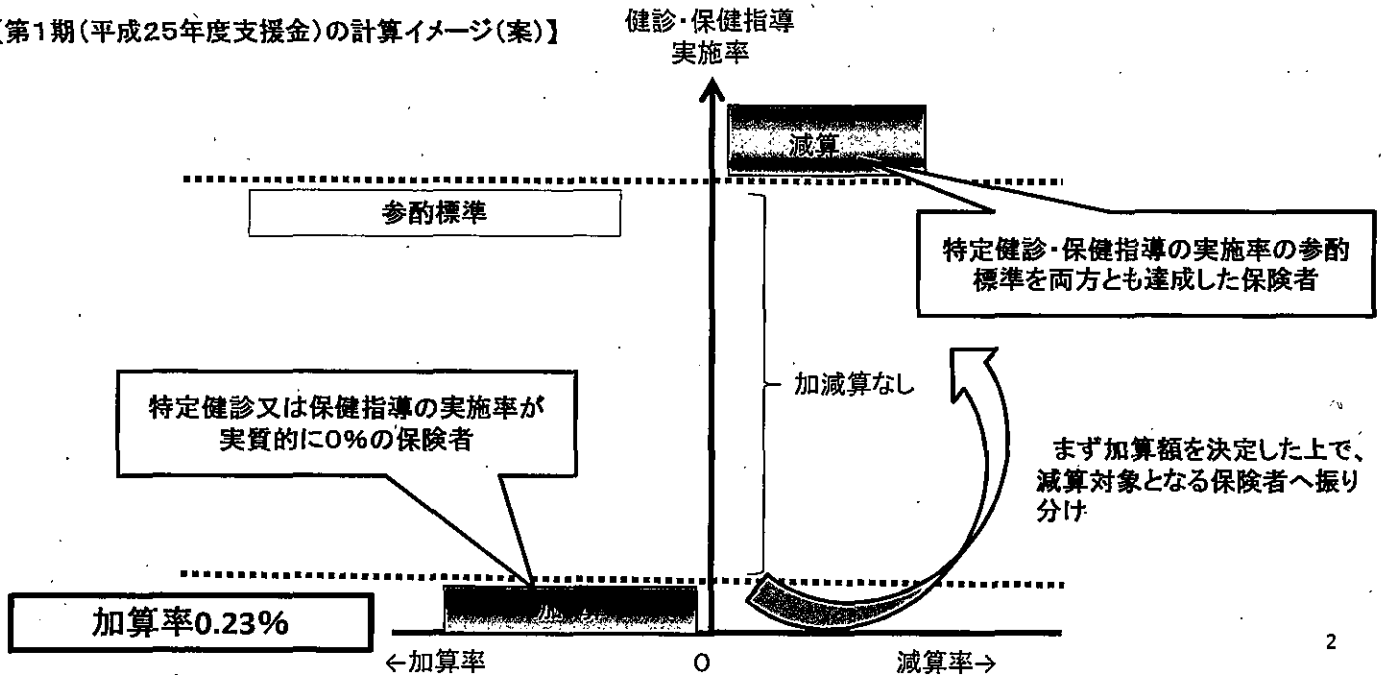
1. 第1期(25年度支援金)の加算・減算制度の実施方法について
  - (1) 第1期の加算・減算制度の実施方法(案)
  - (2) 市町村国保の規模別区分について
  - (3) 協会けんぽ・日本私立学校振興共済事業団の取扱い
2. 加算・減算制度の適用除外について
  - (1) 加算・減算制度の適用除外について(案)
  - (2) 今後の加算・減算制度の実施にあたっての留意点
3. 第2期(※)の加算・減算制度について(案) ※25～29年度計画期間、26年～30年度支援金の計算
  - (1) 第2期の加算・減算制度について
  - (2) 減算対象となる保険者の基準について
4. 積極的支援と動機付け支援の取扱いについて

# 1. (1) 第1期の加算・減算制度の実施方法(案)

## <第1期の加算・減算の考え方(案)>

- まず加算額を確定してから、同額を減算対象となる保険者の支援金から減算する。
- 加算対象となる保険者は、保険者種別毎の調整を行った調整済実施係数(調整済特定健診実施率 × 調整済特定保健指導実施率)を勘案し、特定健診又は保健指導の実施率が実質的に0%の保険者を対象とする(調整後実施済係数が0.0015未満の保険者)。
- 加算額は、保険者全体の特定健診・保健指導に要する費用への支出規模を勘案し、0.23%とする。
- 減算の対象となる保険者は、特定健診と特定保健指導の実施率の参酌標準を両方達成した保険者とする(特定健診の実施率は保険者種別毎の参酌標準)。

## 【第1期(平成25年度支援金)の計算イメージ(案)】



# 1. (2) 市町村国保の規模別区分について①

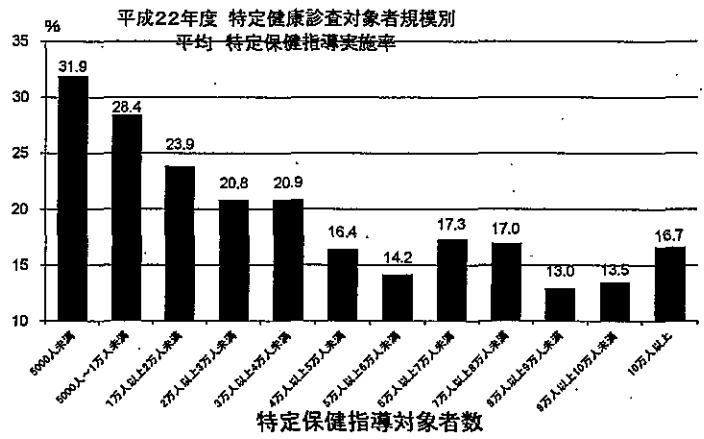
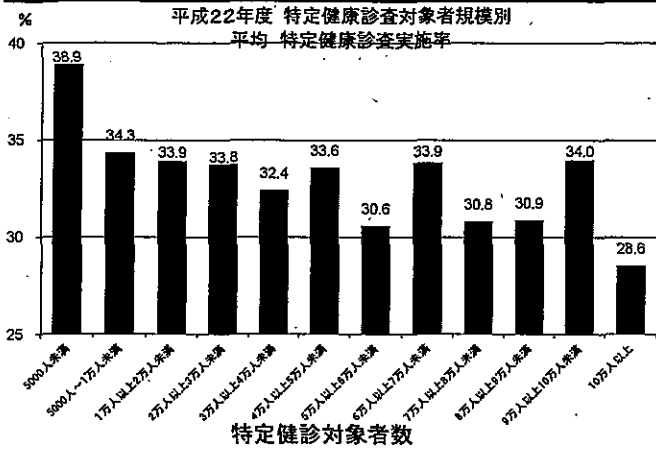
## <市町村国保の対象者規模と実施率の関係>

- 市町村国保については、対象者数の規模によっても実施率に違いが生じるとの意見もあることから、対象者数の規模を5000人未満から10万人以上の12区分に分けた上で、実際の対象者数の区分ごとの特定健診・保健指導の実施率の傾向を分析した。
- 結果は、対象者数が5,000人未満であった市町村国保については、特定健診・保健指導の実施率とも、いくつかの対象者数の区分に対して有意(5%水準)に平均実施率が高く、特に特定健診の実施率については、10万人以上の区分との間の差が大きかった。一方で、それ以外の対象者区分については、特に目立った差はなかった。
- こうした結果を踏まえ、市町村国保の実施率の調整については、対象者数が5,000人未満、5,000人以上から10万人未満、10万人以上の3区分として、それぞれの区分の中で実施率の調整を行うこととする。

## <市町村国保の対象者数別の実施率・保険者数等>

	対象者数	平均 特定健康診査実施率	平均 特定保健指導実施率	保険者数	構成割合	累積 構成割合
1	5000人未満	38.9%	31.9%	872	50.0%	50.0%
2	5000人～1万人未満	34.3%	28.4%	336	19.3%	69.3%
3	1万人以上2万人未満	33.9%	23.9%	283	16.2%	85.5%
4	2万人以上3万人未満	33.8%	20.8%	100	5.7%	91.3%
5	3万人以上4万人未満	32.4%	20.9%	37	2.1%	93.4%
6	4万人以上5万人未満	33.6%	16.4%	28	1.6%	95.0%
7	5万人以上6万人未満	30.6%	14.2%	18	1.0%	96.0%
8	6万人以上7万人未満	33.9%	17.3%	23	1.3%	97.4%
9	7万人以上8万人未満	30.8%	17.0%	5	0.3%	97.6%
10	8万人以上9万人未満	30.9%	13.0%	11	0.6%	98.3%
11	9万人以上10万人未満	34.0%	13.5%	4	0.2%	98.5%
12	10万人以上	28.6%	16.7%	26	1.5%	100.0%

# 1. (2) 市町村国保の規模別区分について②



○ 表の中の数字の算出式(行にある番号の)平均実施率 - (列にある番号の)平均実施率。○で囲まれた区分では、有意で平均値に差がある。特定健診の実施率で言えば、5,000人未満の区分は、5,000人以上から4万人未満の区分と10万人以上の区分と有意に差があり、特に10万人以上の区分との差はその他の区分との差の倍程度と大きい。(表中の1～12の計数は前ページの対象者区分と同様)

① 平均特定健康診査実施率の差

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1		4.5	5.0	5.1	6.5	5.3	8.3	5.0	8.1	8.0	4.9	10.3
2	-4.5		0.4	0.6	1.9	0.8	3.8	0.5	3.5	3.4	0.4	5.8
3	-5.0	-0.4		0.2	1.5	0.3	3.3	0.1	3.1	3.0	-0.1	5.4
4	-5.1	-0.6	-0.2		1.3	0.2	3.2	-0.1	2.9	2.9	-0.2	5.2
5	-6.5	-1.9	-1.5	-1.3		-1.2	1.8	-1.4	1.6	1.5	-1.6	3.9
6	-5.3	-0.8	-0.3	-0.2	1.2		3.0	-0.3	2.8	2.7	-0.4	5.0
7	-8.3	-3.8	-3.3	-3.2	-1.8	-3.0		-3.3	-0.2	-0.3	-3.4	2.0
8	-5.0	-0.5	-0.1	0.1	1.4	0.3	3.3		3.0	3.0	-0.1	5.3
9	-8.1	-3.5	-3.1	-2.9	-1.6	-2.8	0.2	-3.0		-0.1	-3.2	2.3
10	-8.0	-3.4	-3.0	-2.9	-1.5	-2.7	0.3	-3.0	0.1		-3.1	2.3
11	-4.9	-0.4	0.1	0.2	1.6	0.4	3.4	0.1	3.2	3.1		5.4
12	-10.3	-5.8	-5.4	-5.2	-3.9	-5.0	-2.0	-5.3	-2.3	-2.3	-5.4	

② 平均特定保健指導実施率の差

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1		3.4	8.1	11.1	11.0	15.5	17.7	14.6	14.9	18.9	18.4	15.3
2	-3.4		4.5	7.6	7.5	12.0	14.2	11.1	11.4	15.4	14.9	11.8
3	-8.1	-4.5		3.1	3.0	7.4	9.7	6.6	6.9	10.9	10.4	7.2
4	-11.1	-7.6	-3.1		-0.6	4.4	6.6	3.5	3.8	7.8	7.3	4.2
5	-11.0	-7.5	-3.0	0.6		4.5	6.7	3.6	3.9	7.9	7.4	4.2
6	-15.5	-12.0	-7.4	-4.4	-4.5		2.2	-0.9	-0.6	3.4	2.9	-0.2
7	-17.7	-14.2	-9.7	-6.6	-6.7	-2.2		-3.1	-2.8	1.2	0.7	-2.5
8	-14.6	-11.1	-6.6	-3.5	-3.6	0.9	3.1		0.3	4.3	3.8	0.7
9	-14.9	-11.4	-6.9	-3.8	-3.9	0.6	2.8	-0.3		4.0	3.5	0.3
10	-18.9	-15.4	-10.9	-7.8	-7.9	-3.4	-1.2	-4.3	-4.0		-0.5	-3.7
11	-18.4	-14.9	-10.4	-7.3	-7.4	-2.9	-0.7	-3.8	-3.5	0.5		-3.2
12	-15.3	-11.8	-7.2	-4.2	-4.2	0.2	2.5	-0.7	-0.3	3.7	3.2	

# 1. (3) 協会けんぽ・日本私立学校振興共済事業団の取扱い

## <保険者毎の実施率の調整について>

- 前回の検討会において、後期高齢者支援金の加算・減算制度の実施にあたっては、特定健診・保健指導の実施率を保険者種別毎に調整する方法を提示。
- ただし、協会けんぽについては強制加入であるなどのために必ずしも個々の事業所が主体的に加入しておらず、保険者と事業主との距離感が相対的に大きく、事業所内での保健指導においては、事業主の協力を得難い場合がある。また小規模の事業所が全国に散在し、1事業所あたりの特定保健指導対象者が少なく効率的な保健指導の実施等について課題がある。また、同一の制度に属する他の保険者が存在しない。
- 日本私立学校振興・共済事業団についても、事業主と保険者の一体性が相対的に薄く、また規模が小さい複数の事業主が全国に散在しているといった事情がある。

## <協会けんぽについて>

- 協会けんぽの特定健診の実施率については、事業主健診の取得率が全体として極めて低く被用者保険としての実施上のメリットを享受できていないと考えられることから、事業主健診の取得率が一定程度以上となるまでの間については、特定健診の実施率は、地域保険である規模の大きい(健診対象者10万人以上)市町村国保と同一グループにおいて調整を行う。※ 協会けんぽの平成22年度における事業主健診の取得率は、1.2%程度。
- 協会けんぽの特定保健指導の実施率については、事業所への働きかけにより保健指導を実施することから、各事業所との距離が重要と成るが、単一健保と比して、各事業所との距離が相対的にあることを勘案して、総合健保と同一グループにおいて調整を行う。
- 船員保険についても、他の被用者保険の保険者とは実施形態が異なることや、協会けんぽと運営主体が同一であることも踏まえ、協会けんぽと同様の調整を行う。

## <日本私立学校振興・共済事業団について>

- 日本私立学校振興・共済事業団については、他の共済組合と異なり、多くの独立した学校を会員としている点から、比較的各事業所との距離があることを勘案し、特定健診・保健指導の実施率については、複数の事業者を構成員とする総合健保と同一グループにおいて調整を行う。

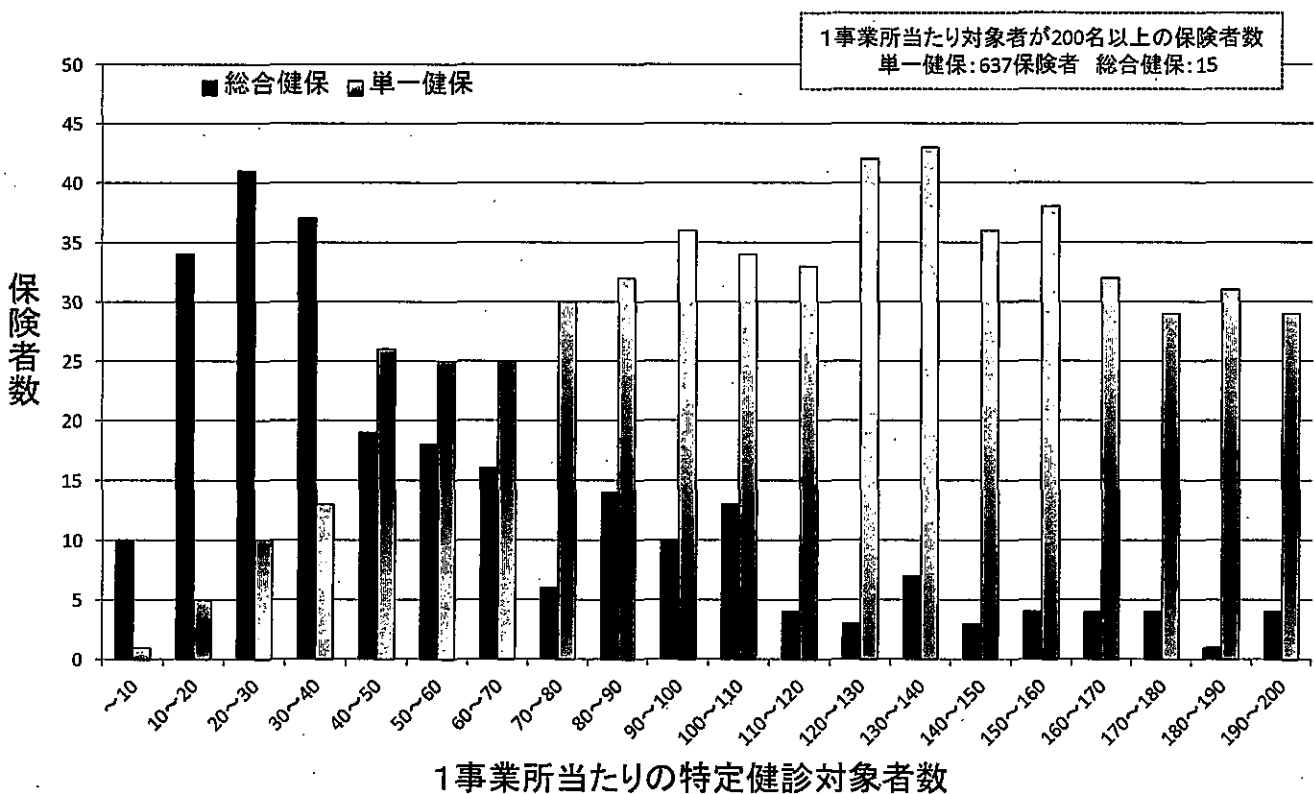
# (参考) 1事業所当たりの対象者数等の状況

	事業所数	被保険者数	健診対象者数	1事業所当たり被 保険者数	1事業所当たり健 診対象者数
単一健保	23千	9,609千人	7,499千人	425.4人	331.9人
総合健保	92千	6,111千人	3,663千人	66.3人	39.8人
協会けんぽ	1,623千	19,592千人	13,150千人	12.0人	8.1人
日本私立学 校振興・共済 事業団	14千	854千人	358千人	35.0人	25.1人

6

## (参考) 1事業所当たりの特定健診対象者数200名未満の単一・総合健保の分布

○ 1事業所当たりの特定健診対象者数を見ると、総合健保は単一健保に比べ、対象者が少ない保険者が多く、対象者が10未満の保険者も存在。



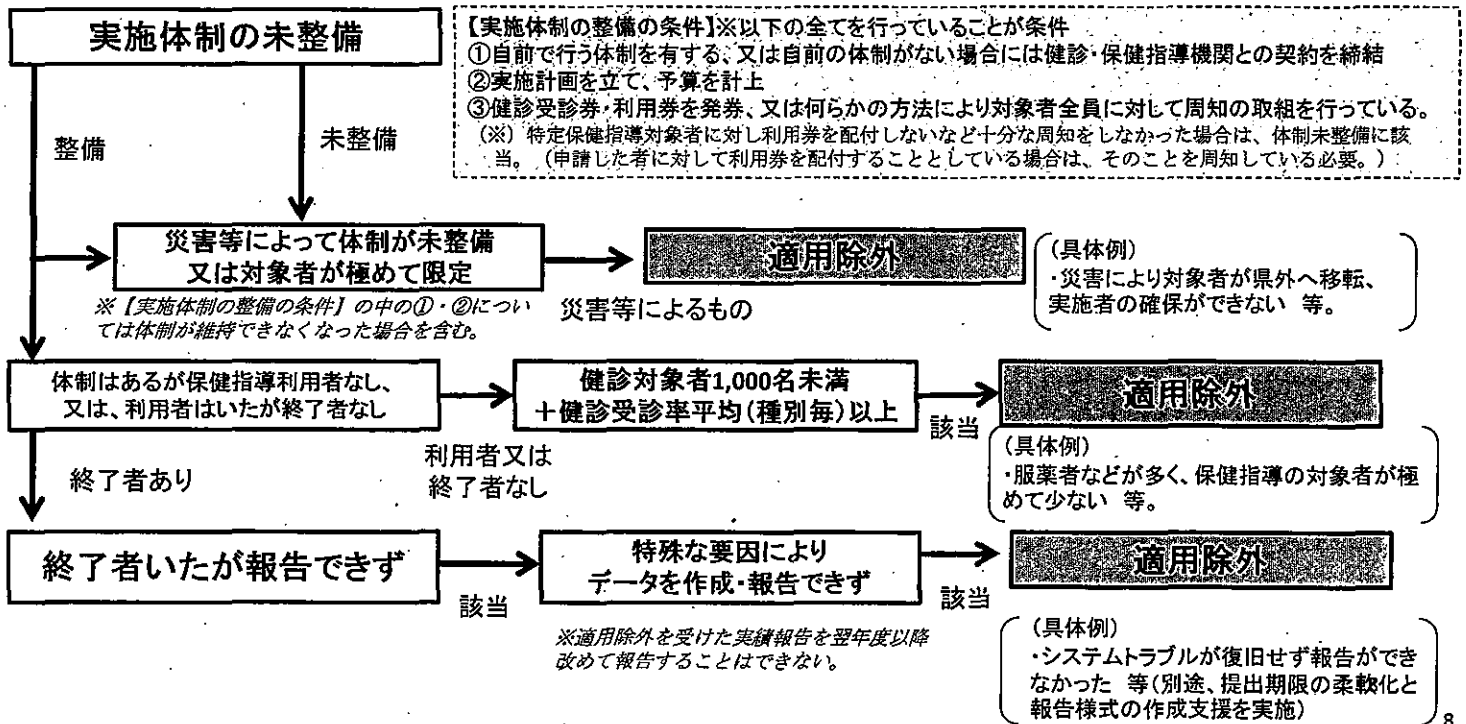
7



## 2. (1)加算・減算制度の適用除外について(案)

### <基本的な考え方>

- 保険者が特定健診・保健指導の取組努力を行ったものの、結果として特定健診又は特定保健指導の実施率が実質的に0%となってしまった場合に配慮して、以下の要件に該当する保険者については、個別に加算・減算制度の適用を行わないこととする。
  - ①災害等の事情により、実施体制が整備できなかった又は事後的に維持できなくなった場合や対象者が極めて限定された場合
  - ②特定健診の実施を一定程度行ったものの、元々小規模なため、結果として実施率が実質的に0%となった場合
  - ③実績はあるが、保険者の責に帰さない事由により報告ができなかった場合
- ※ 特定健診・保健指導の実施率は、保険者種別毎の調整を行った数値で判断。



### (参考)「健診対象者1,000名未満」の基準の考え方

○ そもそも対象者が少ない場合、特定健診を平均的に実施したとしても、特定保健指導の対象者が極めて少なくなり、対象者の利用拒否や保険者の責に帰さない途中脱落により、結果として特例保健指導の実施率が0%となる場合がある。

○平成22年度(速報値・保険者全体)の特定健診の平均実施率:43.3%程度、  
健診受診者のうちの保健指導対象者の割合:18.0%程度  
保健指導対象者のうちの終了率:13.7%程度  
を前提とすると、

$$1,000名 \times 0.433 \times 0.18 \times 0.137 = 10名程度$$

と、特定健診・保健指導について平均的な取組を行えば、期待される特定保健指導終了者が10名となる計算される対象者数1,000名と置いた。

(参考)調整済み実施係数 0.0015未満(市町村国保は、特定保健指導実施率0%保険者)  
+「健診対象者1,000未満」+健診受診率平均(種別毎)以上 保険者 (22年度速報ベース)

保険者種類別	市町村国保	国保組合	共済組合	単一健保	総合健保	合計
保険者数	19	2	0	32	0	53
後期高齢者支援金 * 0.23% (加算額)	110万円	20万円	0	710万円	0	840万円

## 2. (2) 今後の加算・減算制度の実施にあたっての留意点

### <実施率の調整の基準と保険者種別の取扱い>

- 保険者の種別毎の実施率の調整を行う場合、例えば、市町村国保の特定保健指導の平均実施率は20%程度であり、国保組合は8%程度であるため、単純化すると国保組合の実施率は10%~20%以上嵩上げされることになる。
- この実施率の調整は、実施率が0.1%以上あれば行われるため、特に市町村国保の実施率0.1%~数%までの保険者が実施率が調整されないことから不利となる。
- こうしたことから今後の加算・減算制度の実施にあたっては、調整済実施係数が0.0015未満であったとしても、特定保健指導が0%でない保険者については、個別に加算の対象から適用除外とする。
- 加えて、特定保健指導の実施率の低い保険者を加算対象とする場合、調整の基準となる市町村国保が多く加算対象となり、各種別毎に公平に加算対象となる保険者の基準を段階的に引き上げることは困難。

### <保険者種別毎の調整済実施係数の状況(H22速報値)>

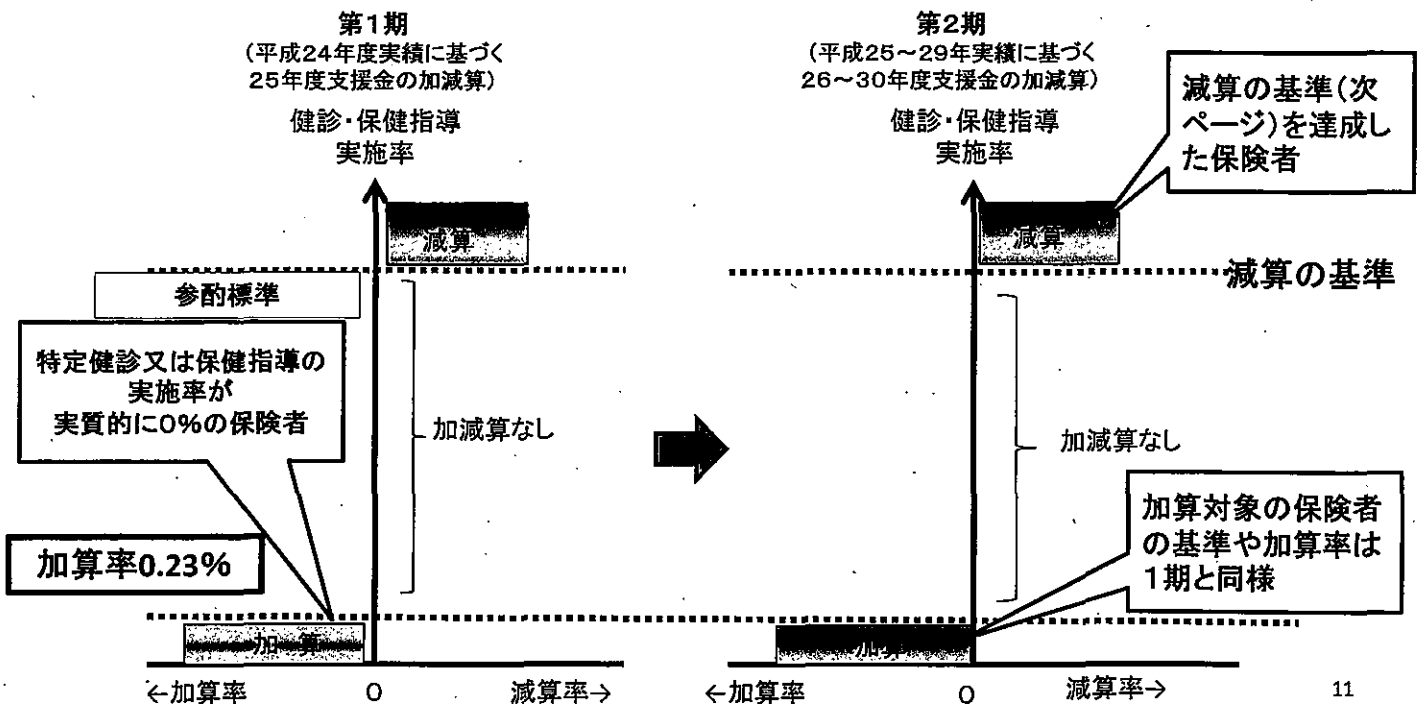
調整済実施係数	特定健診・保健指導実施率	特定保健指導実施率	保険者種別	保険者数	加入者数(12/1現在)	加算額(万円)
0.0015未満	15%未満	1%	市町村国保	73	250,413	2,900
			国保組合	54	233,758	2,700
			単一健保	240	1,398,726	16,700
			総合健保	34	836,863	9,900
			共済組合	2	130,518	1,500
			合計	403	2,850,278	33,700
0.0015以上 0.002未満	20%未満	1%	市町村国保	1	22,888	300
			国保組合	0	0	0
			単一健保	0	0	0
			総合健保	0	0	0
			共済組合	0	0	0
			合計	1	22,888	300
0.002以上 0.0025未満	25%未満	1%	市町村国保	3	50,663	600
			国保組合	0	0	0
			単一健保	0	0	0
			総合健保	0	0	0
			共済組合	0	0	0
			合計	3	50,663	600

実施率が0.1%以上の保険者が数保険者含まれる。

実施率の低い保険者を対象とする場合、調整の基準となる市町村国保が多く加算対象となる。

## 3. (1) 第2期の加算・減算制度について(案)

- 第2期(計画期間25~29年度、支援金は26~30年度)の加算・減算制度の実施にあたっては、
  - ①加算の対象となる保険者を段階的に拡大していくとの案もあるが、実施率の保険者種別毎の調整を行うことを前提とすると公平な加算対象者の選定を行うことが困難であること等から、第1期と同様に、特定健診又は保健指導の実施率が実質的に0%の保険者とし、加算率は0.23%とする。また、メタボ減少率は加算・減算の基準とはしない。
  - ②次ページの基準を達成した保険者について、加算額を減算する。



### 3. (2) 減算対象となる保険者の基準について(案)

- 第2期の計画期間における保険者種別毎の実施率の目標を踏まえ、第2期の減算対象となる保険者の基準としては、22年度速報値での達成保険者数が第1期の目標と同程度となるよう設定(51保険者)。(第1期の減算の基準である参酌標準両方達成保険者の数は66保険者(22年度ベース))
- 具体的には、各年度の調整済実施係数が0.65以上の保険者を減算対象とする(第2期を通して固定)。
- ただし、特定健診・保険指導のそれぞれの調整済実施率が100%を超える場合は、100%を上限として計算。  
※ 22年度の実績で見ると、それぞれの種別毎に全体の1%程度の保険者が減算対象となる計算。

調整済実施係数分布一覧表(平成22年度速報値ベース)

分布	市町村国保		国保組合		単一健保		総合健保		共済	
	保険者数	積上含有率	保険者数	積上含有率	保険者数	積上含有率	保険者数	積上含有率	保険者数	積上含有率
0 ~	0	0%	0	0%	2	0%	0	0%	0	0%
0 ~ 0.05	247	14.2%	54	32.7%	279	23.9%	36	13.8%	15	17.6%
0.05 ~ 0.10	306	31.7%	14	41.2%	229	43.3%	52	33.8%	9	28.2%
0.10 ~ 0.15	276	47.6%	39	64.8%	155	56.5%	48	52.3%	12	42.4%
0.15 ~ 0.20	206	59.4%	21	77.6%	126	67.1%	30	63.8%	10	54.1%
0.20 ~ 0.25	169	69.1%	13	85.5%	92	75.0%	29	75.0%	15	71.8%
0.25 ~ 0.30	157	78.1%	4	87.9%	72	81.1%	18	81.9%	6	78.8%
0.30 ~ 0.35	122	85.1%	5	90.9%	58	86.0%	14	87.3%	3	82.4%
0.35 ~ 0.40	71	89.2%	3	92.7%	42	89.6%	8	90.4%	2	84.7%
0.40 ~ 0.45	58	92.5%	1	93.3%	33	92.4%	10	94.2%	6	91.8%
0.45 ~ 0.50	51	95.4%	1	93.9%	28	94.7%	3	95.4%	2	94.1%
0.50 ~ 0.55	25	96.8%	2	95.2%	15	96.0%	4	96.9%	1	95.3%
0.55 ~ 0.60	23	98.2%	4	97.6%	19	97.6%	2	97.7%	2	97.6%
0.60 ~ 0.65	7	98.6%	2	98.8%	9	98.4%	2	98.5%	1	98.8%
0.65 ~ 0.70	7	99.0%	1	99.4%	9	99.2%	0	98.5%	0	98.8%
0.70 ~ 0.75	6	99.3%	1	100.0%	5	99.6%	2	99.2%	0	98.8%
0.75 ~ 0.80	4	99.5%	0	100.0%	3	99.8%	1	99.6%	0	98.8%
0.80 ~ 0.85	7	99.9%	0	100.0%	1	99.9%	1	100.0%	0	98.8%
0.85 ~ 0.90	6	99.9%	0	100.0%	0	99.9%	0	100.0%	0	98.8%
0.90 ~ 0.95	0	99.9%	0	100.0%	1	100.0%	0	100.0%	1	100.0%
0.95 ~ 1.00	1	100.0%	0	100.0%	0	100.0%	0	100.0%	0	100.0%
合計	1743		165		1178		260		85	
減算対象保険者数	25	1.4%	2	1.2%	19	1.6%	4	1.5%	1	1.2%

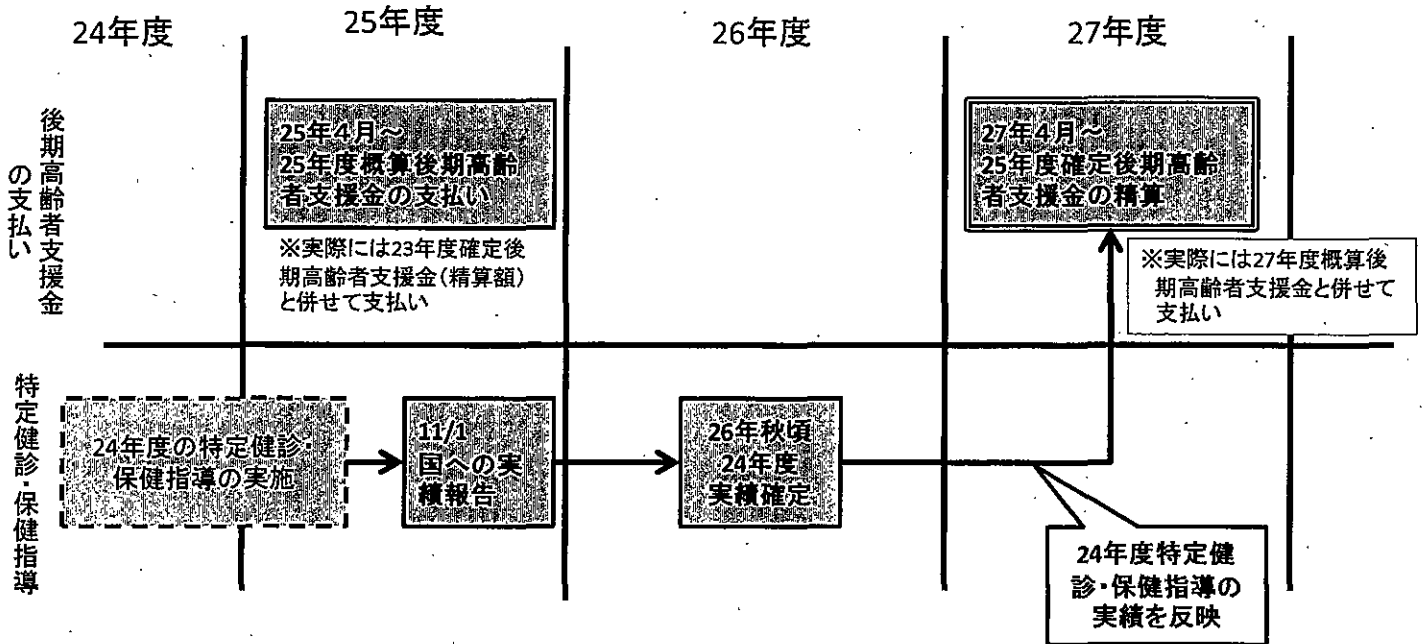
### (参考) 加算・減算額の試算

○加算対象保険者(調整済み保健指導実施率が0%保険者) 加算額計:3億3,200万円

保険者種別	保険者数 (全:432)	加入者数 (国保見込)	後期高齢者受給金額(円)	加算額(人当り)加算額(円)
市町村国保	71	215,462	24,528,862	113.8
国保組合	54	233,758	26,611,735	113.8
単一健保	240	1,398,726	167,283,296	119.6
総合健保	34	836,863	98,764,165	118.0
共済組合	2	130,518	14,749,500	113.0
合計	401	2,815,327	331,937,559	

○減算対象保険者(調整後実施係数 0.65以上の保険者)  
減算率 : 3億3200万円 / 121億5000万円 = 2.7%

保険者種別	保険者数 (全:432)	保険者種別毎の達成割合	加入者数 (国保見込)	後期高齢者受給金額(円)	後期高齢者受給金額(円)
市町村国保	25	1.4%	68,367	3,383,961,399	33億8400万円
国保組合	2	1.2%	7,108	351,824,676	3億5200万円
単一健保	19	1.6%	79,058	3,954,504,177	39億5500万円
総合健保	4	1.5%	44,204	2,359,873,682	23億6000万円
共済組合	1	1.2%	39,717	2,099,411,844	20億9900万円
合計	51		238,454	12,149,575,778	121億5000万円



(注1) 特定保健指導には6ヶ月を要するため、24年度の特定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日に前年度の特定健診・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。

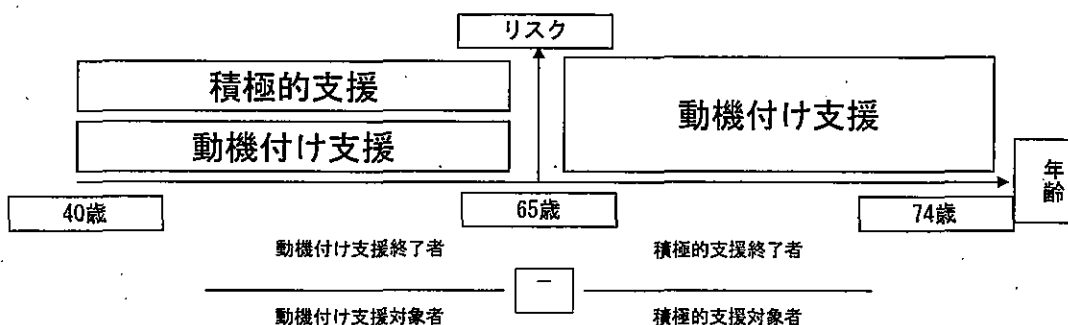
## 4. 積極的支援と動機付け支援の取扱いについて

### <論点>

- 特定保健指導について、積極的支援の方が動機付け支援と比して実施コストがかかることから、加算・減算制度の評価にあたっては、積極的支援を、より評価するべきではないか、といった意見があった。
- 仮に保険者において、動機付け支援の対象者の方を優先して特定保健指導を実施している状況があるとすれば、適切なインセンティブを付与するために、動機付け支援と積極的支援の間に評価にあたって何らかの差を設けることも考えられる。

### <調査>

- 実態として、動機付け支援の対象者の方が、積極的支援の対象者よりも優先されて保健指導が行われている現状があるかについて、以下の算出式を保険者毎に算出することで調査。算出式の答のプラスが大きいほど、その保険者は動機付け支援の対象者に対し、より高い割合で特定保健指導を実施していると考えられる。



・保険者毎に、40～64歳の積極的支援、動機付け支援実施率をそれぞれ算出し、動機付け支援実施率と積極的支援実施率との差を算出。

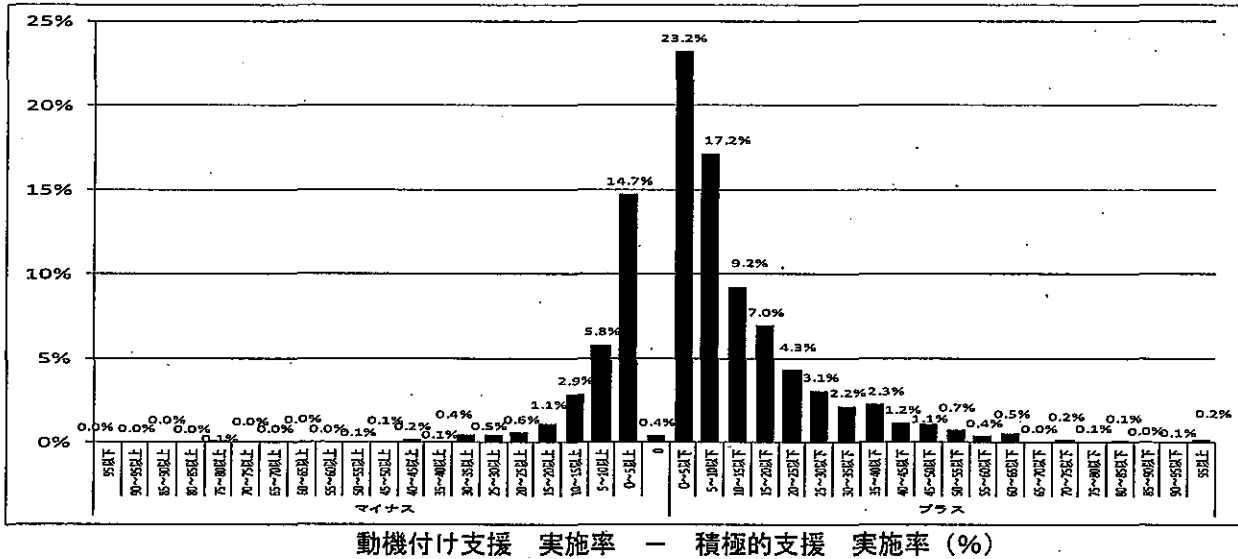
<結果>

算出式の保険者毎の分布は以下のとおり。全体的にプラス(動機付け支援の実施割合が高い)だが、分布は中央によっている。また、特定保健指導対象者に占める積極的支援・動機付け支援の対象者の割合とそれぞれの終了者の割合を見ても、積極的支援の方が動機付け支援よりも途中中断者が多いことを勘案しても、不自然に動機付け支援の割合が高い状況ではないのではないか。

こうしたことから、当面は加算・減算制度の実施については、積極的支援と動機付け支援の間で評価の差を設けることとはしないが、こうした実施状況に変化がある等の状況変更があれば、その際に検討することとしたい。

	対象者数	終了者数	終了率
積極的支援	約160万人	約17万人	10%程度
動機付け支援	約93万人	約14万人	15%程度

	対象者の構成割合	終了者の構成割合
積極的支援	63.2%	53.6%
動機付け支援	36.8%	46.4%
合計	100.0%	100.0%



(参考資料)  
実施率の調整に関する参考資料

# (参考) 特定健診・特定保健指導の実施状況(速報値)

## ● 特定健康診査の保険者種別の実施率

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

## ● 特定保健指導の保険者種類別の実施率

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

18

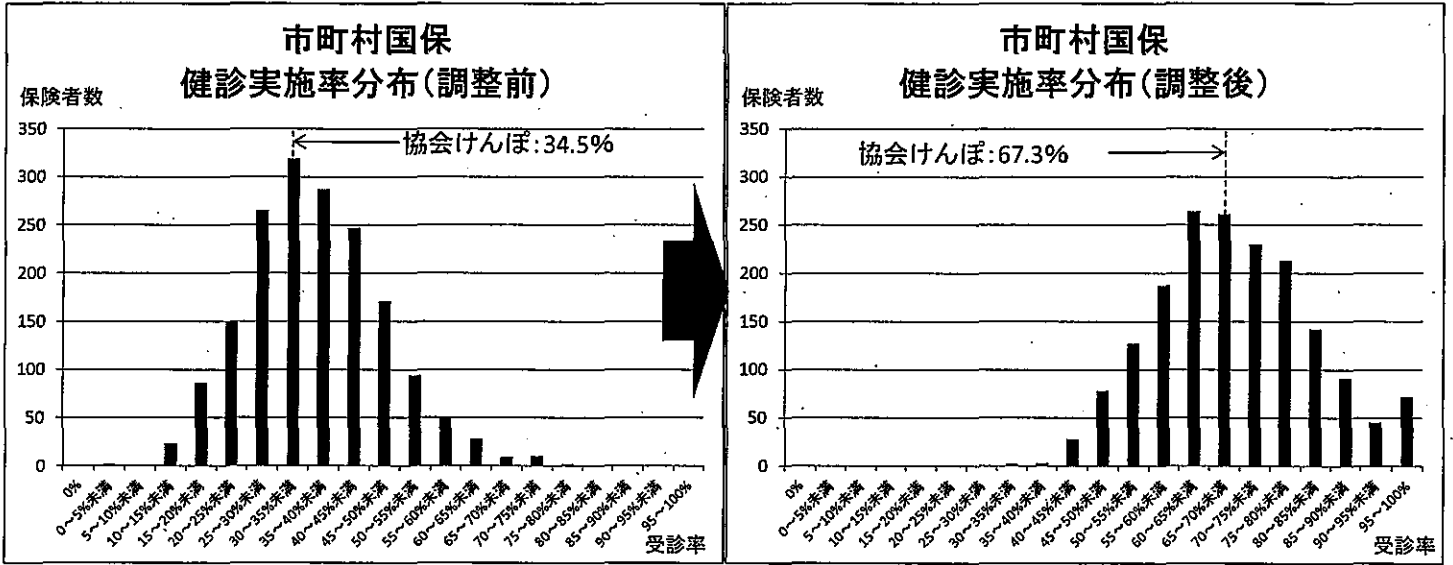
# (参考) 特定健診実施率分布状況(全体)

特定健診実施率分布一覧表(平成22年度速報値ベース)

分布(%)	市町村国保		国保組合		単一健保		総合健保		共済	
	調整前	調整後	調整前	調整後	調整前	調整後	調整前	調整後	調整前	調整後
0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0
0 ~ 5	2	0	0	0	1	1	1	0	0	0
5 ~ 10	0	0	3	0	2	2	2	0	0	0
10 ~ 15	23	0	3	0	4	4	1	0	0	0
15 ~ 20	86	0	14	0	4	4	2	2	0	0
20 ~ 25	149	0	26	0	7	7	2	1	0	0
25 ~ 30	265	0	29	0	6	6	5	1	0	1
30 ~ 35	319	2	25	0	9	9	3	3	0	0
35 ~ 40	287	3	19	0	6	6	9	3	0	2
40 ~ 45	247	28	24	4	16	16	14	5	0	3
45 ~ 50	171	78	9	2	25	25	14	7	1	2
50 ~ 55	94	127	5	12	59	59	19	15	3	5
55 ~ 60	50	187	3	26	80	80	28	16	5	5
60 ~ 65	28	264	3	24	117	117	47	20	9	9
65 ~ 70	9	261	0	23	175	175	43	37	13	11
70 ~ 75	10	230	0	19	228	228	37	50	16	8
75 ~ 80	2	213	2	25	200	200	22	46	30	19
80 ~ 85	0	142	0	12	164	164	8	33	7	17
85 ~ 90	0	91	0	5	49	49	3	17	1	2
90 ~ 95	1	45	0	7	18	18	0	4	0	1
95 ~ 100	0	72	0	6	6	6	0	0	0	0
合計	1743	1743	165	165	1178	1178	260	260	85	85

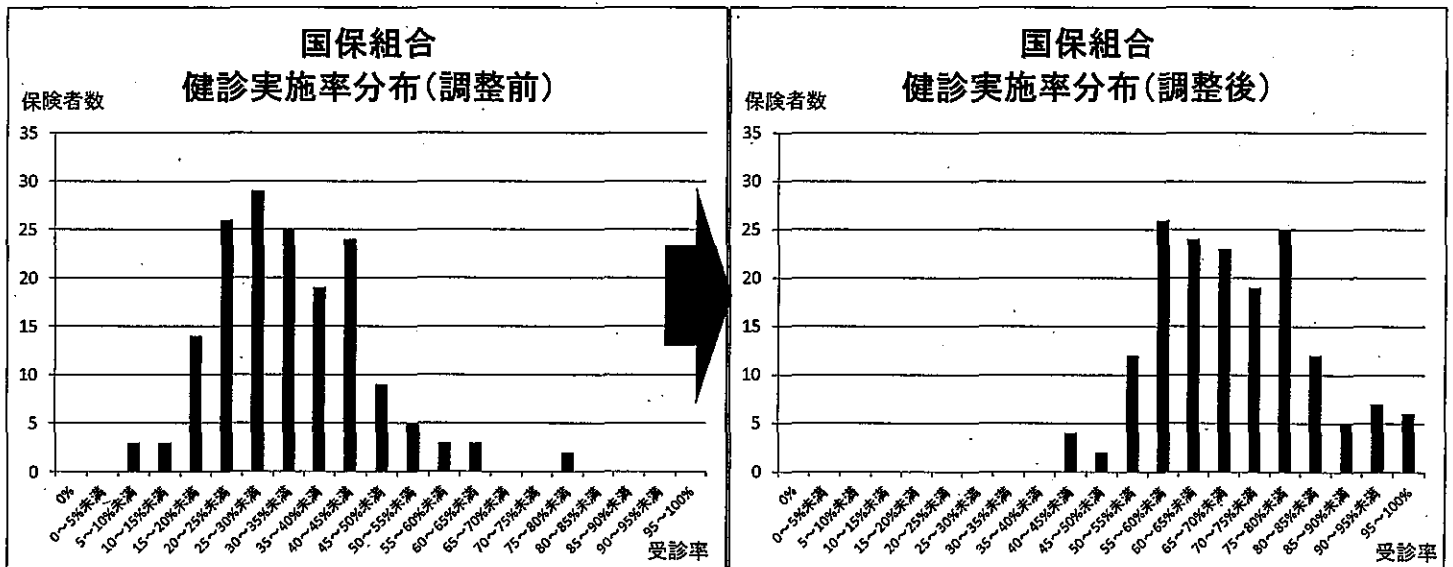
19

(参考) 特定健診実施率分布状況(実施率調整の比較)  
 (1) 市町村国保(単一健保並びで調整)



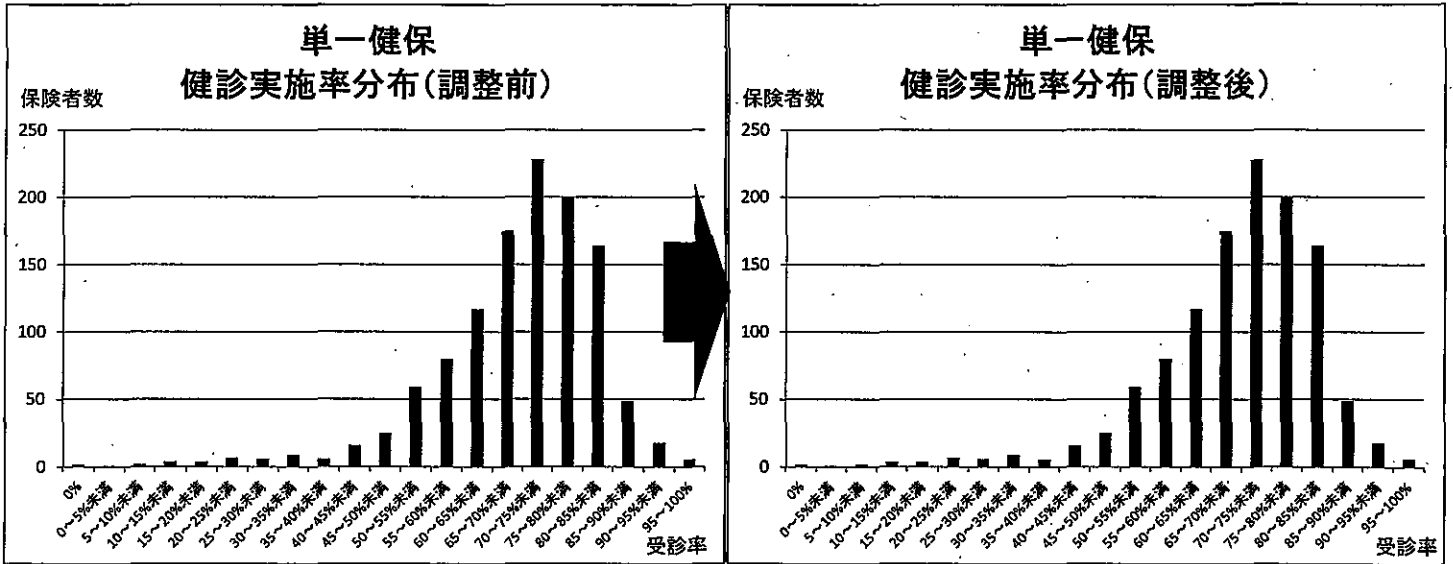
※数値は平成22年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況(速報値)より。

(参考) 特定健診実施率分布状況(実施率調整の比較)  
 (2) 国保組合(単一健保並びで調整)



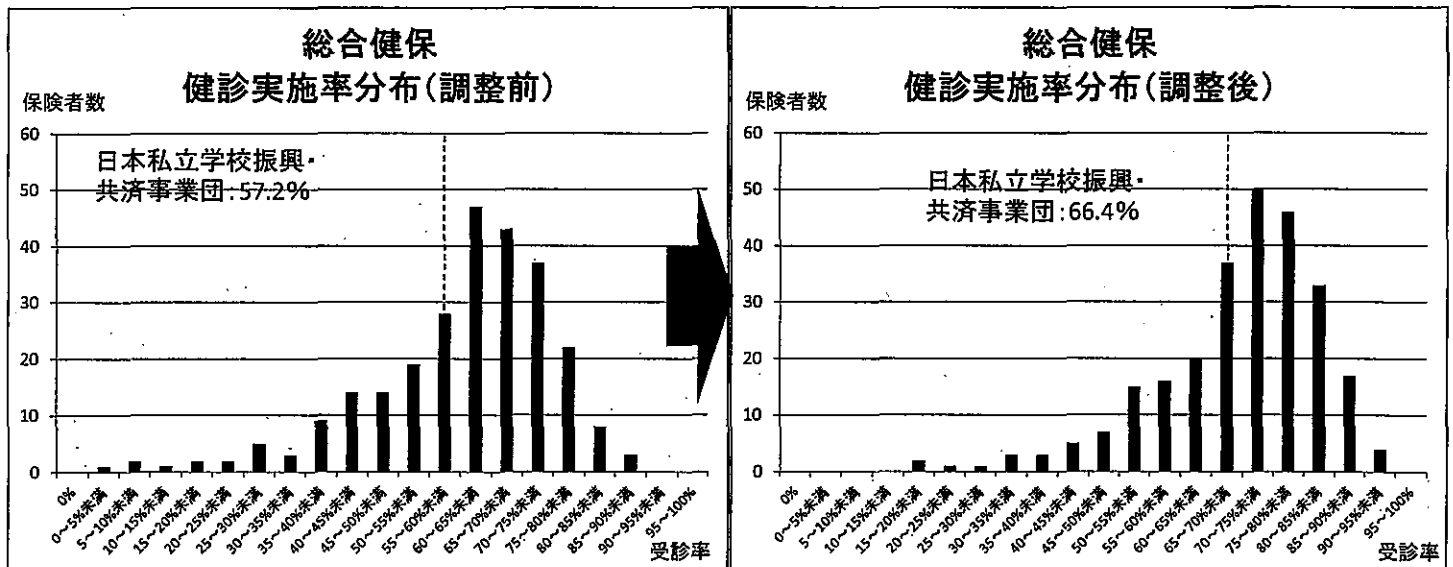
※数値は平成22年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況(速報値)より。

(参考) 特定健診実施率分布状況(実施率調整の比較)  
 (3) 単一健保(基準のため変更無し)



※数値は平成22年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況(速報値)より。

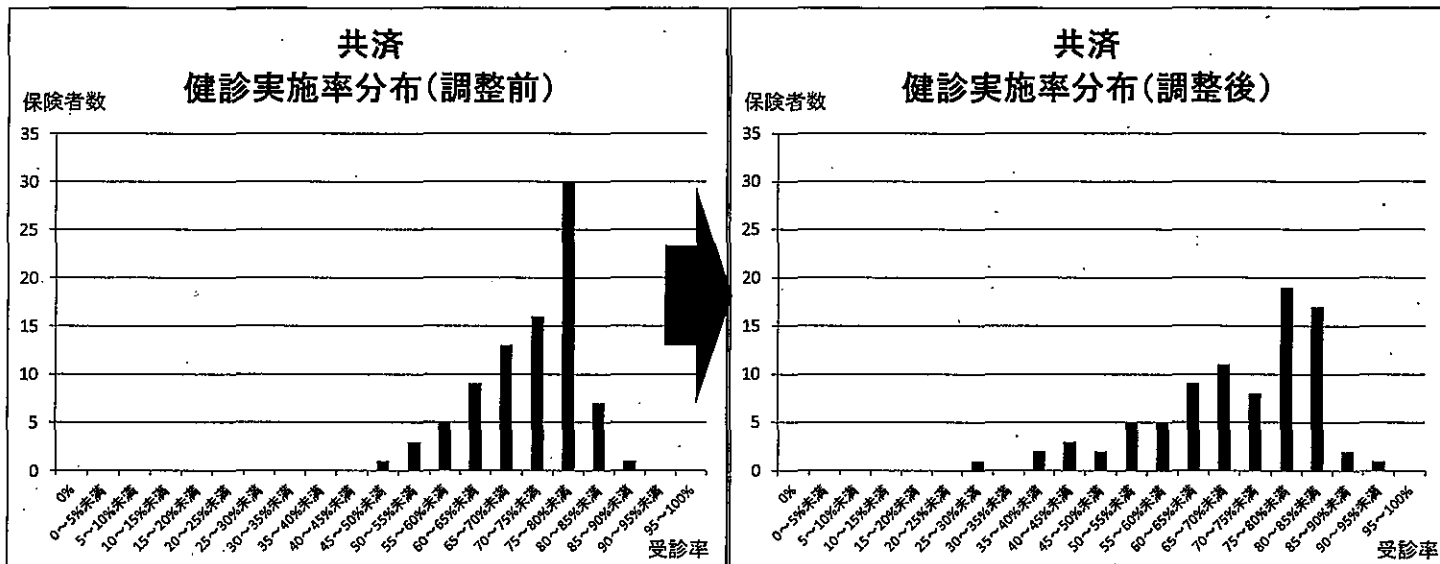
(参考) 特定健診実施率分布状況(実施率調整の比較)  
 (4) 総合健保(単一健保並びで調整)



※数値は平成22年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況(速報値)より。



(参考)特定健診実施率分布状況(実施率調整の比較)  
(5)共済(単一健保並びで調整)



※数値は平成22年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況(速報値)より。

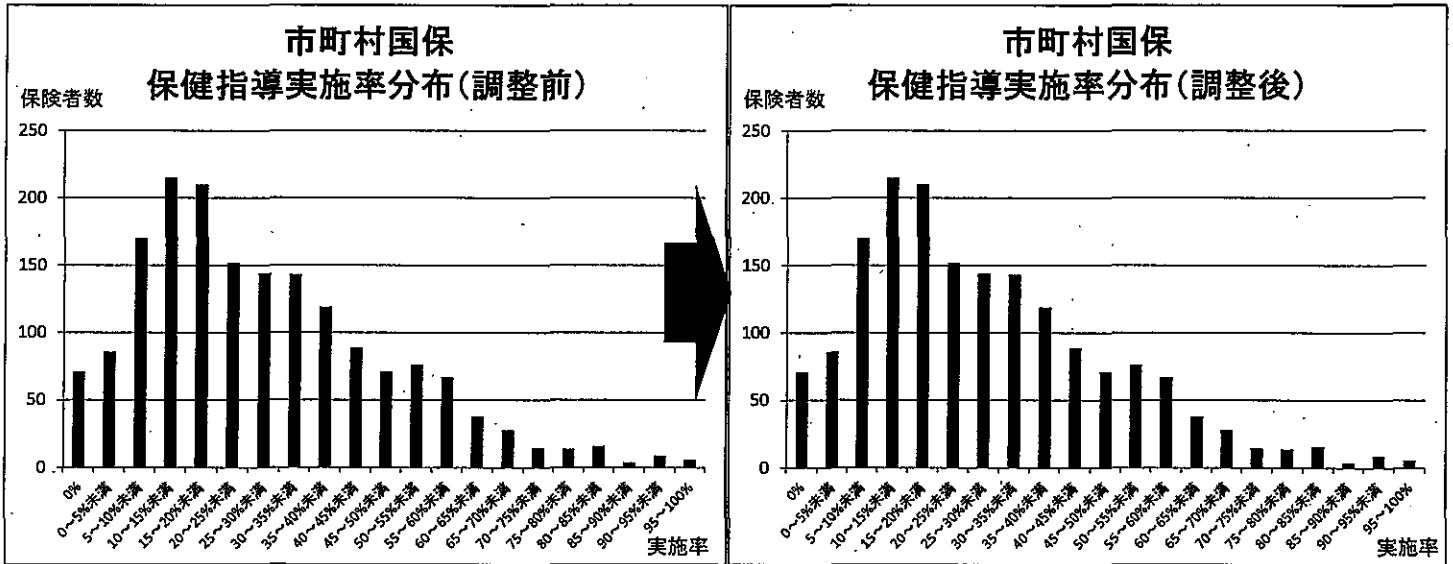
(参考)特定保健指導実施率分布状況(全体)

特定保健指導実施率分布一覧表(平成22年度速報値ベース)

分布(%)	市町村国保		国保組合		単一健保		総合健保		共済	
	調整前	調整後	調整前	調整後	調整前	調整後	調整前	調整後	調整前	調整後
0	71	71	54	54	240	240	34	34	2	2
0 ~ 5	86	86	69	0	183	0	78	0	19	3
5 ~ 10	170	170	25	0	139	109	45	3	17	13
10 ~ 15	215	215	5	14	123	163	41	56	16	7
15 ~ 20	210	210	6	33	95	123	17	34	14	8
20 ~ 25	152	152	3	17	80	111	18	24	7	7
25 ~ 30	144	144	2	13	58	72	9	26	5	12
30 ~ 35	143	143	0	11	56	68	8	23	1	8
35 ~ 40	119	119	1	5	42	56	2	11	3	5
40 ~ 45	89	89	0	3	37	52	0	12	0	5
45 ~ 50	71	71	0	3	30	41	4	10	0	3
50 ~ 55	76	76	0	0	26	33	2	4	0	3
55 ~ 60	67	67	0	3	20	29	0	8	1	3
60 ~ 65	38	38	0	1	15	14	0	5	0	2
65 ~ 70	28	28	0	1	9	23	1	1	0	0
70 ~ 75	15	15	0	1	10	13	0	1	0	2
75 ~ 80	14	14	0	2	6	8	1	0	0	1
80 ~ 85	16	16	0	1	5	10	0	3	0	0
85 ~ 90	4	4	0	0	1	5	0	1	0	0
90 ~ 95	9	9	0	1	0	4	0	0	0	0
95 ~ 100	6	6	0	2	3	4	0	4	0	1
合計	1743	1743	165	165	1178	1178	260	260	85	85

(参考) 特定保健指導実施率分布状況(実施率調整の比較)

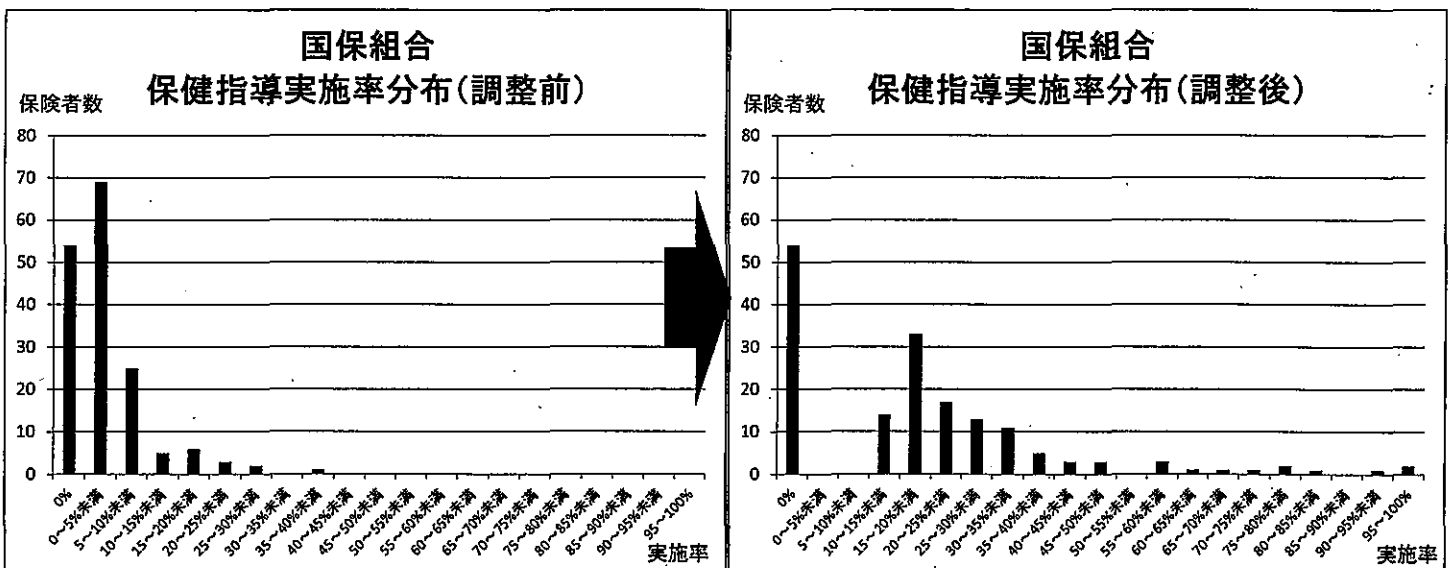
(1) 市町村国保(基準のため変更無し)



※数値は平成22年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況(速報値)より。

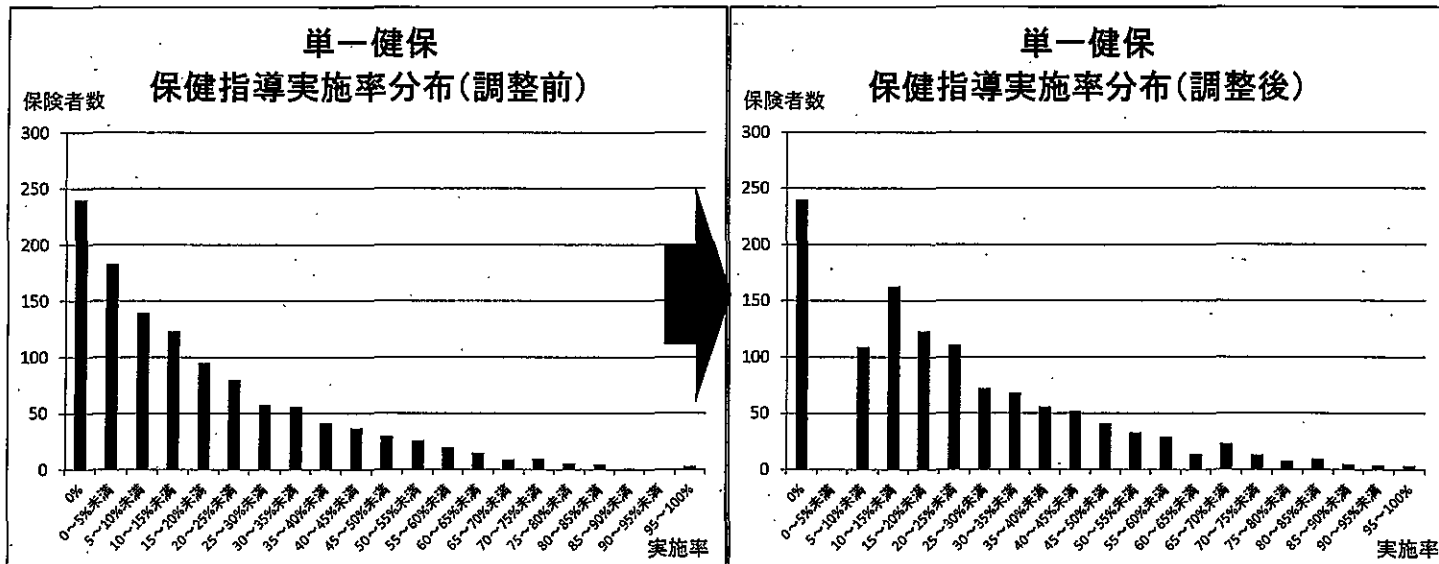
(参考) 特定保健指導実施率分布状況(実施率調整の比較)

(2) 国保組合(市町村国保並びで調整)



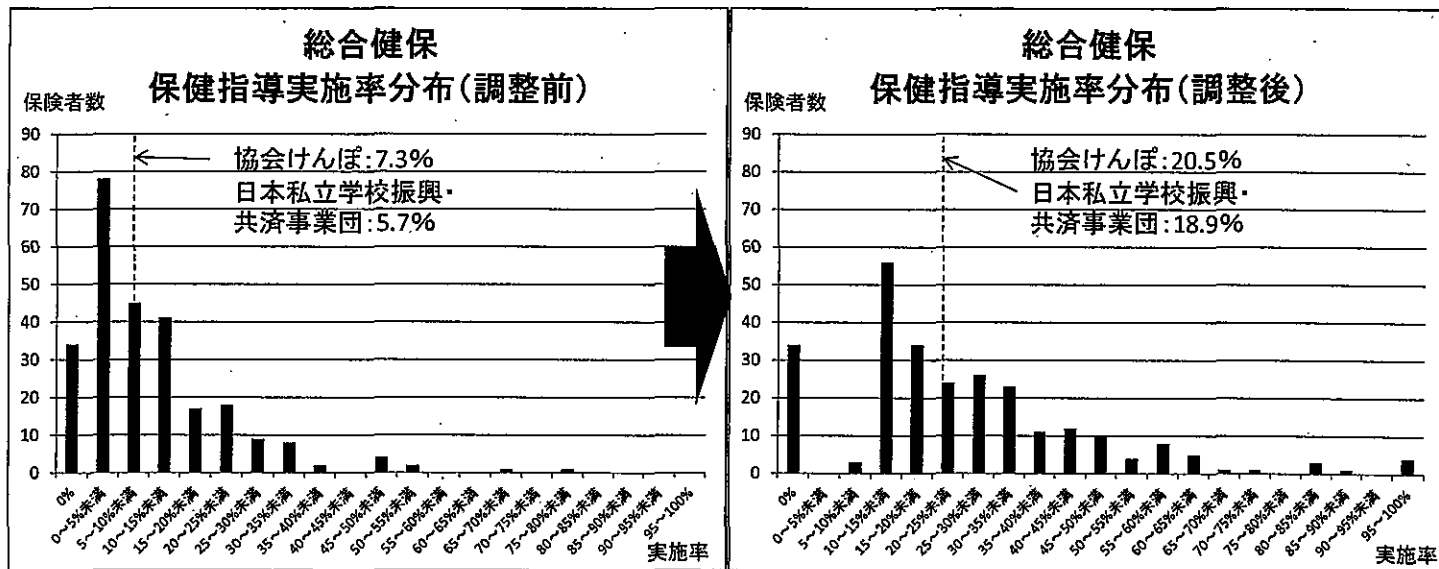
※数値は平成22年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況(速報値)より。

(参考) 特定保健指導実施率分布状況(実施率調整の比較)  
 (3) 単一健保(市町村国保並びで調整)



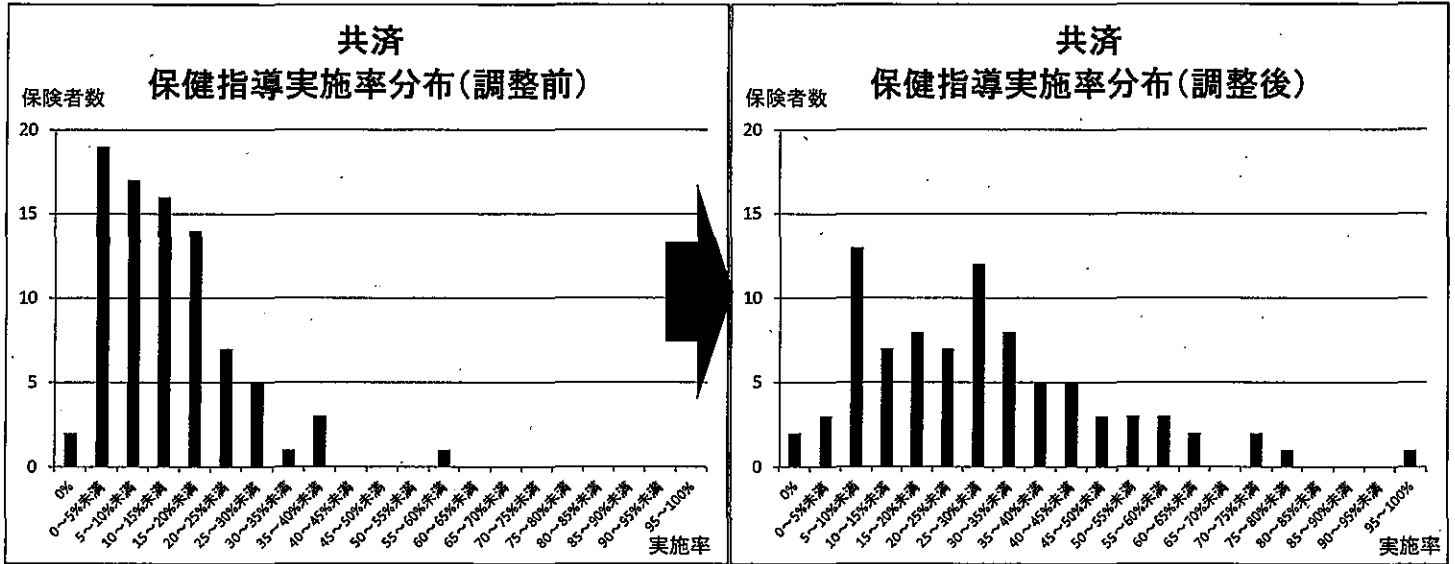
※数値は平成22年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況(速報値)より。

(参考) 特定保健指導実施率分布状況(実施率調整の比較)  
 (4) 総合健保(市町村国保並びで調整)



※数値は平成22年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況(速報値)より。

(参考) 特定保健指導実施率分布状況(実施率調整の比較)  
 (5) 共済(市町村国保並びで調整)

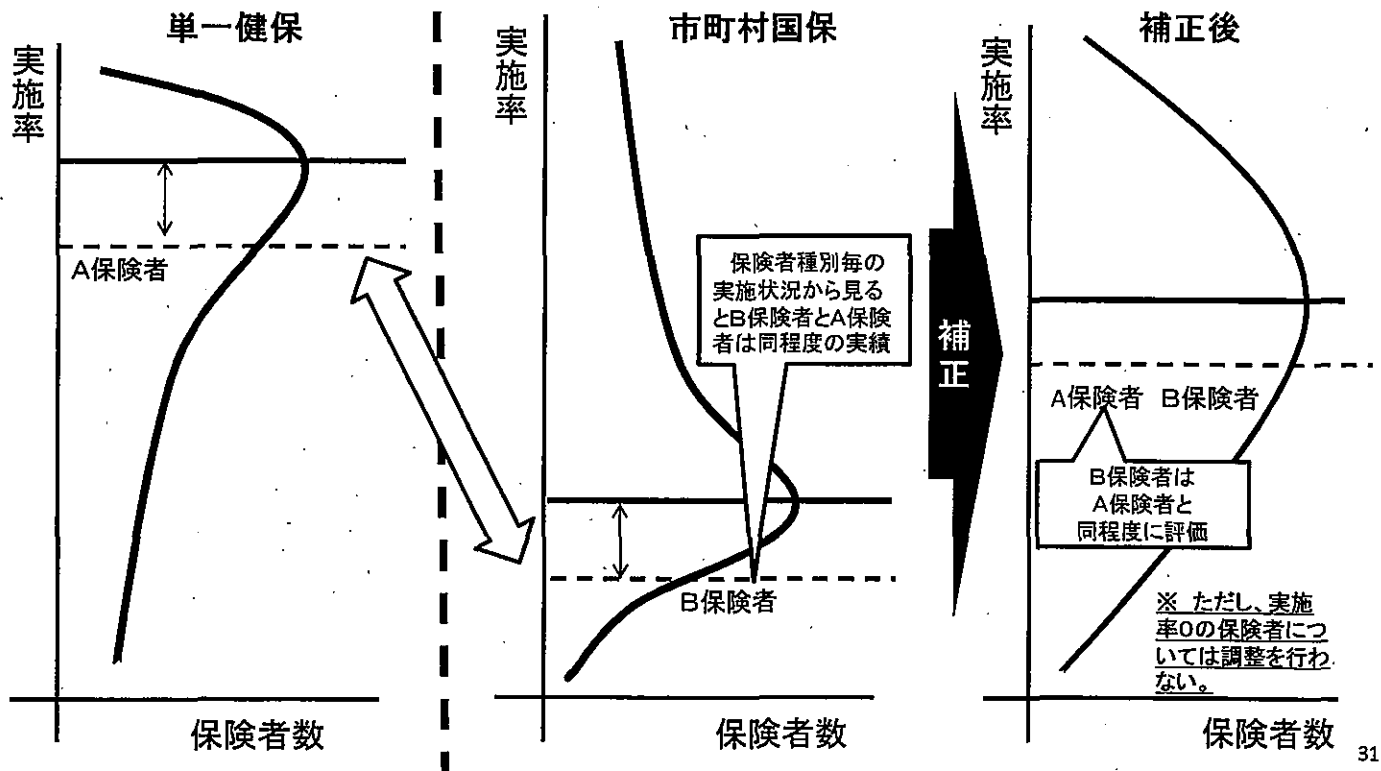


※数値は平成22年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況(速報値)より。

保険者種別毎の実施率の調整のイメージ

第8回検討会資料  
 平成24年3月22日

- 後期高齢者支援金の加算減算にあたっては、保険者種別毎の実施率の状況から見て同程度に努力をしている保険者は同程度の評価とするよう調整を行うことを基本として、特定健診・保健指導それぞれについて保険者種別毎の実施状況の分布を、一定の分布状況に補正した上で、その調整後の実施率を以て評価することとする。
- ただし、実施率0の保険者については、全く取組みを行っていないことから調整は行わないこととする。



## &lt;減算する保険者&gt;

特定健診・保健指導の2つの参酌標準を両方達成した保険者

## &lt;加算する保険者&gt;

特定健診・保健指導の仕組みは、内臓脂肪型肥満に着目した保健指導を実施することを目的としているものであり、特定健診から特定保健指導の実施までを通して評価する、との観点から、以下の式により、各保険者について算出した値を以て判断。

$$(\text{調整後特定健診実施率}) \times (\text{調整後特定保健指導実施率})$$

- ① 実施率が0の場合には、調整は行わない。特定健診・保健指導実施率が0.1%未満の場合、実施率は0とする。ただし、特定保健指導実施率を0とすると、健診受診率が反映されなくなるため、上記の式では0.04%として計算する。
- ② 足元の実績において、特定保健指導の実施率が0の保険者が相当程度存在することを踏まえ、24年度実績の評価にあたっては、特定健診・保健指導の取組みが特に進んでいないと考えられる保険者に限定して加算を行うこととしてはどうか。

## &lt;加算率の設定&gt;

特定健診・保健指導への取組みが進んでいない保険者については、その分の事業に要する費用が少ないと考えられることから、全保険者の支出する特定健診・保健指導の総事業費が、全保険者が支払う後期高齢者支援金の総額に占める割合の半分(0.23%)を加算率とする。この値は24年度の実績を用いて再計算する考え方もあるが、予見可能性の観点から、現時点で0.23%に確定する。

## 【算出式】

平成22年度確定後期高齢者支援金:約4兆9,713億円

平成22年度の特定健診・保健指導の総事業費(国庫補助・負担金、都道府県負担除):約225億円(※)

※ 全保険者の特定健診・保健指導に要した費用(受診者負担も含む)。広報等に要した費用は含まれない。また、労働安全衛生法に基づく事業主健診及び共済組合における特定健診・保健指導等の費用も含まれていない。

$$225\text{億円} \div 4兆9,713\text{億円} \div 2 = 0.23\%$$

32

## 調整後実施率の具体的な計算方法

※ 以下、特定健診の実施率を調整する場合の例として、市町村国保の実施率の分布状況を単一健保に合致するよう補正する場合の方法を示す。(特定保健指導の実施率の調整については、市町村国保の実施率の分布に合致するよう調整を行う。)

## 【表記方法】

- ・単一健保の実施率の平均:  $A_k$
- ・単一健保の実施率の標準偏差:  $S_k$
- ・市町村国保の実施率:  $T_1, T_2, T_3, \dots, T_s$  ( $T_s$ :市町村国保の保険者sの実施率)
- ・市町村国保の実施率の標準偏差:  $S_s$

## 【計算方法】

①市町村国保の保険者の実施率を単一健保の実施率の標準偏差と合うように変換

$$T_s \times S_k / S_s = S_{sk} (\text{変換後実施率})$$

②変換後の実施率の平均をとり、その平均と単一健保の実施率の平均との差を個々の保険者の変換後実施率に足す

$$1/n \sum S_{sk} = A_{sk} (\text{変換後実施率の平均})$$

$$S_{sk} + A_k - A_{sk} = \text{個々の保険者の調整後実施率}$$

33

# 調整後特定健診実施率の計算例

第8回検討会資料  
平成24年3月22日

＜前提＞平成24年度の特定健診の実施状況（以下はここでは便宜的に21年度のデータを用いているが、実際の計算は24年度における計数を基に算定。）

ある市町村国保Aの特定健診実施率:30%  
市町村国保の特定健診の実施率の平均:35.64%  
市町村国保の特定健診実施率の標準偏差:11.63

単一健保の特定健診の実施率の平均:67.20%  
単一健保の特定健診実施率の標準偏差:14.49

※ 平均と標準偏差は、実施率0の保険者を除いて計算。

＜計算例＞実際の計算は24年度における計数を基に算定。ここでは便宜的に21年度をデータを用いている。

市町村国保Aの変換後実施率 =  $30\% \times 14.49 / 11.63 = 37.4\%$

市町村国保の変換後実施率の平均 = 44.44%

市町村国保Aの調整済特定健診実施率 =  $37.4\% + 67.20\% - 44.44\% = 60.16\%$

※ 上記の計算に基づいた場合、仮に実施率0にも調整を行うとすると、上記式の37.4%が0となることから、特定健診を全く実施していないにもかかわらず20%程度の実施率と計算されてしまうことから、実施率0の保険者については、調整は行わない。

ただし、調整後実施係数の計算にあたって、保健指導の実施率が0の場合、そのまま計算すると特定健診の実施率の実績が反映されなくなることから、特定保健指導実施率が0でない保険者の最低実施率が0.1%であることを勘案し、これより低い0.04%として計算を行う。

34

# 調整後の各保険者の実施率について

第8回検討会資料  
平成24年3月22日

## 【特定健診の実施率】

※ 実際の、25年度後期高齢者支援金の加算・減算は24年度の実績に基づいて計算するが、ここでは便宜的に21年度の実績を用いている。

単一健保の実施率の分布状況を標準として各保険者種別毎の実施率を調整

単一健保	市町村国保	国保組合	総合健保	共済組合
0%	0%	0%	0%	0%
40%	13.9%	6.8%	29.3%	46.9%
60%	29.9%	23.8%	50.5%	62.3%
80%	45.9%	40.6%	71.7%	77.7%

## 【特定保健指導の実施率】

市町村国保の実施率の分布状況を標準として各保険者種別毎の実施率を調整

市町村国保	国保組合	単一健保	総合健保	共済組合
0%	0%	0%	0%	0%
10%	—	2.4%	0.8%	0.7%
30%	8.0%	21.2%	11.1%	12.7%
50%	24.0%	40%	21.5%	24.8%

(注) 特定健診・保健指導とも実施率0の保険者は、調整を行わない。

35

## 「健診・保健指導の在り方に関する検討会」 中間とりまとめへの対応

平成24年6月18日  
厚生労働省保険局総務課

### 「健診・保健指導の在り方に関する検討会」中間とりまとめ

#### <「健診・保健指導の在り方に関する検討会」の中間とりまとめについて>

- 特定健診・保健指導については、平成20年度に制度が導入されてからの実績を踏まえ、保険者の視点から、昨年4月より、この「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」において議論を行ってきた。
- また、専門的な見地からの検討が必要な事項について、別途、健康局において開催した「健診・保健指導の在り方に関する検討会」において検討が行われた。
- 本年4月13日に、上記「健診・保健指導の在り方に関する検討会」の中間とりまとめが公表され、当面の対応として特定健診・保健指導についての提言がまとめられた。
- 保険者による本検討会においても、この提言を踏まえ、25年度からの第2期医療費適正化計画の期間における特定健診・保健指導の方向性を検討する必要がある。

#### 【「健診・保健指導の在り方に関する検討会」中間とりまとめにおいて「当面の対応」についての提言がまとめられた事項】

- ①現在の特定健診・保健指導の枠組み及び腹囲の基準について
- ②特定保健指導非対象者への対応について
- ③情報提供の在り方について
- ④受診勧奨の徹底について
- ⑤健診項目の見直しについて
- ⑥特定保健指導のポイント制について
- ⑦特定保健指導の初回面接と6ヶ月後に評価を行う者との同一性について
- ⑧血圧・喫煙のリスクに着目した初回面接の在り方について

## (参考)健診・保健指導の在り方に関する検討会

### 1 目的

すべての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会とするため、平成12年に「健康日本21」を策定し、国民が主体的に取り組むことのできる健康づくり運動を推進してきたところである。この運動期間が平成24年度をもって終了することから、現在、健康日本21の評価結果を踏まえて次期の国民健康づくり運動のプランの策定に向けた作業が進められているが、国民を対象として実施されている健康診査等の内容等についても、次期国民健康づくり運動の目標達成に資するため、必要な見直しの要否について検討を行う必要がある。

また、生活習慣病予防の徹底を図る観点から、40歳以上の医療保険加入者等に対して実施している特定健診・保健指導については、平成20年の開始以来定着してきているが、その効率的・効果的实施を図るため、これまでの制度の運営状況や、制度創設後に蓄積された知見を踏まえ、その実施内容や実施手法等について検討を行う必要がある。

このような状況を踏まえ、今後の健診・保健指導の在り方について厚生労働省健康局長の下、有識者の参集を求め、所要の検討を行う。

### 2 検討事項

- (1) 今後の健康増進対策として必要な健診・保健指導について
- (2) 特定健診・保健指導の実施上の課題について
- (3) 今後の健診・保健指導の在り方について

### ○構成員

荒木田 美香子	国際医療福祉大学大学院 保健医療学専攻看護学分野地域看護学領域教授	野口 緑	尼崎市環境市民局市民サービス室 健康支援推進担当課長
井伊 久美子	公益社団法人日本看護協会常任理事	林 謙治	国立保健医療科学院長
大井田 隆	日本大学医学部教授	保坂 シゲリ	社団法人日本医師会常任理事
大江 和彦	東京大学大学院 医学系研究科 医療情報経済学分野教授	松岡 幸代	国立病院機構京都医療センター 臨床研究センター予防医学研究室研究員
門脇 孝	東京大学大学院 医学系研究科糖尿病・代謝内科教授	三浦 宏子	国立保健医療科学院 地域医療システム研究分野統括研究官
迫 和子	社団法人日本栄養士会専務理事	宮崎 美砂子	千葉大学大学院 看護学研究科 地域看護学教育研究分野教授
佐藤 保	社団法人日本歯科医師会常任理事	宮澤 幸久	帝京大学 医療技術学部教授
島本 和明	札幌医科大学長	宮地 元彦	独立行政法人国立健康・栄養研究所 健康増進研究部長
竹村 克二	医療法人寿慶会竹村クリニック院長	山門 實	三井記念病院総合健診センター所長
津下一代	あいち健康の森健康科学総合センター長	吉池 信男	青森県立保健大学 健康科学部栄養学科教授
鳥羽 研二	国立長寿医療研究センター病院長		
永井 良三	東京大学大学院 医学系研究科教授		

※ 構成員は、第1回開催時点(平成23年12月7日)。

2

## 特定健診の腹囲基準等について

### <当検討会での議論>

- 本検討会においても、現在、男性:85cm、女性:90cmとなっている特定保健指導対象者の階層化基準について、関係学会から参考人を招き議論。主な内容としては、①現行の腹囲基準についての考え方(特に女性の腹囲基準について)、②腹囲基準に該当しない(非肥満の)リスク保有者に対する対策、について議論を行った。
- 絶対的リスク数(リスク数の平均が1を超える)で見た場合に現行の腹囲基準は、リスク数の絶対値に着目した場合(絶対的リスク)、女性の腹囲は現行基準の90センチ近辺となるが、リスク数が相対的に急激に増える部分をとらえようとする場合(相対的リスク)女性の腹囲基準は80センチ近辺となる、との議論があった。
- 一方で、法的な義務を負った事業としてメタボ対策を考えると第一スクリーニングである腹囲は堅持していくべき、といった意見があった。

### <健診・保健指導の在り方に関する検討会 中間とりまとめ>

#### 3 当面の対応

##### (1) 現在の特定健診・保健指導の枠組み及び腹囲の基準について

- これまでの研究から、内臓脂肪型肥満に着目した現行制度の下、腹囲を第一基準とした階層化によって選別された対象者への特定保健指導が生活習慣改善の効果をあげている可能性があることが分かった。
- 一方で①循環器疾患の発症リスク、②健診受診率の向上、③国際的な動向といった観点から、現在の特定健診・保健指導の枠組み、特に、腹囲を特定保健指導対象者を選別するための第一基準として用いていることに関し、早急な見直しを求める意見も含めて様々な意見が出された。
- しかしながら、知見やデータの蓄積等の状況が、内臓脂肪型肥満に着目した特定健診・保健指導制度の枠組みを方向変換するといった明瞭な結論づけを行うには不十分であることから、今後、腹囲基準を含めた制度の在り方について、国際的な動向も踏まえた上で、客観的なデータや明確な知見に基づいた議論が行えるよう、データの蓄積を進めるとともに、計画的に研究・調査を行う必要がある。

### <平成25年度～29年度(第2期特定健診等実施計画の期間)における対応>

- 腹囲を特定保健指導対象者を選定するための第一基準とすることについては、別途、科学的な見地からの検討を待つこととして、保険者の取組みとしては、生活習慣病の上流概念としての内臓脂肪症候群に着目した現行の階層化基準を維持する。

3



# 特定保健指導非対象者への対応

## <当検討会での議論>

- 非肥満でリスクを保有している者への保健指導として、高血圧、高血糖、脂質異常の態様に応じて保健指導を行う必要や特に非肥満の受診勧奨値以上の者に健診結果を適切に返す情報提供の重要性をしっかりと意識すべき、といった意見があった。
- 現行、特定保健指導の対象となっていない非肥満のリスク保有者に対しても保健指導などの対応が必要との意見があった。また、その場合には、決められたプログラムの策定が必要との意見もあった。

## <健診・保健指導の在り方に関する検討会 中間とりまとめ>

### 3 当面の対応

#### (2) 特定保健指導非対象者への対応について(別添1)

- 現在特定保健指導の対象となっていない者への個々のリスク(血圧、血糖、脂質、喫煙)に着目した対応の必要性について検討会で共通認識が得られたことを踏まえ、当面の方策として、対応すべきリスクを放置してはならないとの認識の下、特定保健指導の非対象者への対応が一定の考え方に沿って適切に行われるよう、できる限りの定型化を図った上で、これを指針として標準プログラムに示す。
- 具体的には、各学会のガイドライン等に基づいて、健診結果に基づくリスクの大きさも勘案して整理した表を参考として盛り込むとともに、次のような考え方を示す。
  - ・ 医療保険者、事業者、市町村等は、特定保健指導の対象とならない者についても、各ガイドラインや別表を参考にして、保健指導の実施や医療機関に確実に受診させるなど、健診で明らかとなった対応すべきリスクの程度に応じて、きめ細かく適切な対応を行う。
- なお、表については、別途有識者による検討を行うものとする。

## <平成25年度～29年度(第2期特定健診等実施計画の期間)における対応>

- 特定保健指導対象とならないがリスク(血圧、血糖、脂質、喫煙)を保有する者への対応としては、保健指導の実施や医療機関への受診勧奨などの望ましい措置について記載される見込みである標準プログラムの内容の関係者への周知に努める。

### (別添1)

【表】肥満、血糖、血圧、脂質の測定値および喫煙に応じた対応(案)

リスクの大きさ	危険因子(肥満・血糖・血圧・脂質・喫煙)を評価する		
	肥満あり(※1)		肥満なし(※1, 2)
	+リスク2つ以上(※2)	+リスク1つまで	---
Aゾーン		肥満改善、生活習慣病予防に関する情報提供	一般的な健康づくり情報の情報提供
Bゾーン	特定保健指導<動機づけ支援>	特定保健指導<動機づけ支援>	当該項目についての情報提供
Cゾーン	特定保健指導<動機づけ支援>	特定保健指導<動機づけ支援>(6ヶ月経過後に該当項目について再確認が望ましい)	当該項目に関する生活習慣改善指導(面談)に関する情報提供
Dゾーン			

Aゾーン: 今のところ異常なし

Bゾーン: 血糖正常高値・境界型、血圧正常高値。保健指導を実施する。また、リスクが単独ではなく重積する場合など、より積極的な保健指導が必要とされる場合は、必要に応じてCゾーンと同様の対応を行う。

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

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

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

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

Dゾーン: 医療管理下におくことが必須なもの。食事・運動療法も大切ではあるが、薬物治療を要すると考えられる状態。

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

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

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

### <学会基準等に基づく検査値分類>

#### 1. 血圧

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

#### 2. 血糖、HbA1c

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

#### 3. 脂質

	A	B	C
トリグリセライド	<150		150～299
LDL	120		140

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

## 情報提供の在り方について

### <当検討会での議論>

- 「特定健診・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」の中で、情報提供のあり方を加筆してもらいたい、非肥満のリスク保有者に対しても情報提供をきめ細かく行うことは非常にありがたいが、その際には腹囲基準が何だったのかと受診者に混乱を招かないようにして欲しい、といった意見があった。
- また、今後のマイナンバー制度等の検討も踏まえた、より積極的な国民への情報提供の在り方を検討する必要があるといった意見があった。

### <健診・保健指導の在り方に関する検討会 中間とりまとめ>

#### 3 当面の対応

##### (3) 情報提供の在り方について

- 健診受診者に対する、いわゆる「情報提供」の実施方法や支援内容については、現在も標準プログラムで考え方が示されているものの、保険者によっては画一的な健診結果の提供のみに終わっているものもあるとの指摘も踏まえ、標準プログラムにおいて情報提供の重要性を強調するとともに、医療保険者等に具体的な取組みの例を示す。
- すなわち、情報提供については、対象者に対して健診結果に基づいた生活習慣の改善についての意識づけを行うこと、医療機関への受診や継続治療が必要な対象者には受診や服薬の重要性を認識させること、健診受診者全員に対し継続的に健診を受診する必要性を認識させることなどの目的を有することを再認識させると共に、これらを満たす内容であるべきことを示す。

### <平成25年度～29年度(第2期特定健診等実施計画の期間)における対応>

- 健診受診者全体に対する情報提供について、保険者における好事例を調査するとともに、その知見を他の保険者も共有できるようにするため、手引きの見直しを行い、その周知に努める等の取組みを進める。

6

## 受診勧奨の徹底について

### <当検討会での議論>

- 非肥満のリスク保有者への対応の議論の中で、受診勧奨値以上の者への適切な情報提供の必要性について意見があった。

### <健診・保健指導の在り方に関する検討会 中間とりまとめ>

#### 3 当面の対応

##### (4) 受診勧奨の徹底について

- 標準プログラムでは、医療機関への未受診者や治療中断者に対して受診や治療継続の必要性を指導することの重要性について示しているが、さらに、受診勧奨後の医療機関への受診状況の確認を含めて指導を徹底し、必要な対象者を確実に医療につなぐことが重要であることを示す。
- 特に、現在特定保健指導の対象とならない者のうち、受診勧奨レベルにある者に対しては、医療機関への受療行動に確実に結びつくような情報提供が必要であることから、通知等の送付だけにとどめるのではなく、面接等により受診を促すこと、またその後の受診確認を行い、必要に応じて継続的に支援することが重要であることへの考え方も示す。

### <平成25年度～29年度(第2期特定健診等実施計画の期間)における対応>

- 標準プログラムに記されることとなる受診勧奨の考え方などを踏まえ、手引き等を見直した上で、関係者への周知に努める。

7

## 健診項目の見直しについて

### <当検討会での議論>

- 血清クレアチニン検査は、将来の心疾患、脳血管疾患の予防にとって極めて重要な指標であるとの意見があった。
- 一方で、血清クレアチニン検査を特定健診の健診項目に追加することについては、これがメタボリックシンドロームに直接関係があるか、保健指導で改善させることができるか、定期健康診断として事業主が認める項目となるか、の3点が必須との意見があった。

### <健診・保健指導の在り方に関する検討会 中間とりまとめ>

#### 3 当面の対応

##### (5) 健診項目の見直しについて

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

### <平成25年度～29年度(第2期特定健診等実施計画の期間)における対応>

- CKD(慢性腎臓病)の病期の状況把握といった医学的な見地からなされた検討の結果は、血清クレアチニン検査を、健診項目として追加することが望ましいとの内容であった。
- 一方で、保険者の事業としての観点からは、メタボリックシンドロームとの関連性や保健指導による改善可能性、事業主健診に盛り込まれるか否か、といった点が課題として提示された。
- これらを踏まえ、血清クレアチニン検査の有用性については、手引き等で周知を図るとともに、特定健診の項目に加えるか否かについては、上記の課題への対応状況を踏まえ、将来、改めて検討する。

8

## 特定保健指導の在り方について-ポイント制について-

### <当検討会での議論>

- 職域等で既にいろいろな健康づくり活動等の環境整備がなされている、記録等の負担が重く、また、現場での専門職としての力量発揮を妨げている、ポイント制については自由度をかなり高めるべきといった意見があった。
- ポイント制は、投入量を明らかにするために導入された仕組みである。直営は場を通じたポピュレーションアプローチや会社ぐるみのサポートが可能であり、委託と同じ投入量が必要かどうか、またポイントの切り下げの是非は、エビデンスに基づいて判断すべき、ポイント制のおかげもあって6か月継続できた人もあった、といった意見やフォローアップの回数が多いほど達成数が高いことが明らかになっており、対面を重視した仕組みとすべきといった意見もあった。

### <健診・保健指導の在り方に関する検討会 中間とりまとめ>

#### 3 当面の対応

##### (6) 特定保健指導の在り方について

###### ① ポイント制について

- 積極的支援における3ヶ月以上の継続的な支援について、特定保健指導の実施状況を評価するために導入しているポイント制については、維持する。
- ただし、保健指導の柔軟性を高めるために、支援A(160ポイント以上)、支援B(20ポイント以上)を必須とし合計180ポイント以上としている取扱いについては、支援Bは励ましや共感として重要な支援であることを踏まえつつ、支援Bを必須条件から外し、支援Aのみで180ポイントを達成してもよいこととする。
- また、保健指導のさまざまな手法について、事例集や研修を通して周知を図るとともに、今後も引き続き、特定保健指導とポイント制の効果についての検証を行い、ポピュレーションアプローチの効果を含めたアウトカム評価の可能性などについて検討を行うこととする。

### <平成25年度～29年度(第2期特定健診等実施計画の期間)における対応>

- 保険者の事業としては、積極的支援について、支援Aのみで180ポイントを達成してもよいこととするが、現行の180ポイントのポイント制は維持することとし、今後、保健指導の効果についてエビデンスを蓄積した上で、アウトカム評価の可能性も含め、将来的な在り方を検討していく。

9

# 初回面接と6ヶ月後に評価を行う者との同一性について

## <当検討会での議論>

- 健診の実施場所において健診結果の通知と同時に初回面接を行うことが実施率の向上に有効との意見があるため、健診機関において初回面接までを実施し、その後、保健指導の実施機関に引き継ぐ方法が考えられるが、初回面接者と評価者を同一にしなければならない、という規定のために、このような取扱いが困難となっている。
- また、特定保健指導は、健診結果を階層化し対象者を選定した後に行うこととなっていることから、そもそも健診実施日に階層化を行っていない場合、規定上、初回面接ができないこととなっている。
- こうしたことから、①十分な保健指導の情報共有が図られることを前提に、初回面接と6ヶ月後の評価の実施者を同一人物としなくてよいこととするとともに、②面接の後に階層化処理をした場合でも、当該面接を特定保健指導の初回面接とすることができる、といった方向性について了承が得られた。

## <健診・保健指導の在り方に関する検討会 中間とりまとめ>

### ② 初回面接と6ヶ月後に評価を行う者との同一性について

- 対象者との信頼関係の形成や保健指導のプロセス評価等の観点から、初回面接と6ヶ月後の評価は同一者とするを原則とする考えを示した上で、保健指導実施者間で十分に情報共有ができ、チーム・組織としての統一的な評価方法が構築されているなどの環境が整備されている場合には、初回面接を行った者以外の者が評価を行ってもよいこととする。

## <平成25年度～29年度(第2期特定健診等実施計画の期間)における対応>

- 上記の議論を踏まえ、チーム・組織としての統一的な評価方法が構築されている環境として、基本的には同一機関内において、十分な情報共有が行われているなどの一定の要件の下に、初回面接と6ヶ月後の評価は同一者でなくてもよいこととする。
- 情報共有の方法等については、今後、実務担当者によるワーキンググループで検討を行うこととする。

10

# 健診受診日に初回面接を開始するための方策

## <当検討会での議論>(再掲)

- 健診の実施場所において健診結果の通知と同時に初回面接を行うことが実施率の向上に有効との意見があるため、健診機関において初回面接までを実施し、その後、保健指導の実施機関に引き継ぐ方法が考えられるが、初回面接者と評価者を同一にしなければならない、という規定のために、このような取扱いが困難となっている。
- また、特定保健指導は、健診結果を階層化し対象者を選定した後に行うこととなっていることから、そもそも健診実施日に階層化を行っていない場合、規定上、初回面接ができないこととなっている。
- こうしたことから、①十分な保健指導の情報共有が図られることを前提に、初回面接と6ヶ月後の評価の実施者を同一人物としなくてよいこととするとともに、②面接の後に階層化処理をした場合でも、当該面接を特定保健指導の初回面接とすることができる、といった方向性について了承が得られた。

## <健診・保健指導の在り方に関する検討会 中間とりまとめ>

### ③ 血圧・喫煙のリスクに着目した初回面接の在り方について(別添2)

- 血圧、喫煙は循環器疾患の発症リスクとして重要であることから、健診当日からの対応を含め、特定保健指導における取組を強化する。
- また、血圧、喫煙に対する保健指導を充実させることと併せ、保健指導の効果的・効率的な実施の観点から、これまですでに特定保健指導を受けた経験がある者の2年目以降の初回面接についての考え方を見直すこととする。

## <平成25年度～29年度(第2期特定健診等実施計画の期間)における対応>

- ①通常の初回面接と2年目の特例では、実施に係るコストが異なることなどが保健指導の実施方法や対象者の選定等に影響を及ぼすことを極力避ける観点や、②2年目の特例は1年目の保健指導を行った同一の機関とするとのルール(別添2)からすれば、委託先の選定にも影響を与える可能性があること、を勘案し原則として特定保健指導を保険者が直営で行っている場合について、2年目の特例を実施しても良いこととする。
- 2年目以降の初回面接についての詳細については、実務担当者のワーキンググループにおいて検討を加え、25年度以降の在り方を決定する。

11

特定健診実施後の高血圧、喫煙者に対する対応について

【考え方】

- 血圧、喫煙のリスクの有無は、通常、特定健康診査での計測及び質問表への記入により、その場で判明する一方、血液検査などその他の健診結果が本人に通知されるまでには期間を要している実態(※)にある。
- ※ 被用者保険では3ヶ月以上4ヶ月未満が最も多く、市町村国保では2ヶ月以上3ヶ月未満が最も多い。(特定健診・保健指導の保険者調査より)
- 血圧及び喫煙のリスクに着目した保健指導は、生活習慣病を予防する観点から重要であり、対象者の行動変容をもたらすためには、早期に機会を捉えて実施することが望ましい。
- 他方で、初回面接では、対象者が、健診結果によるリスクの保有状況から、代謝等の自身の身体に起こっているメカニズムと生活習慣との関係を理解した上で行動目標・行動計画を策定する必要があるため、原則としてすべての健診結果が判明してから実施する必要がある。
- また、前年度にも特定保健指導を受けた者については、すでに身体のメカニズムと生活習慣との関係や生活習慣改善の必要性等について理解していることから、信頼関係が築けていれば、2年目の初回面接は対面を必須としなくてもよいのではないかという意見もある。

【対処方針】

- 特定保健指導の対象となりうる者に対し、健診当日に血圧や喫煙に着目した保健指導を対面で行った場合であっても、すべての健診結果が判明してから改めて、対面により、健診結果や生活習慣の振り返りを行った上で、行動目標・行動計画を策定することが必要である。
- ただし、健診当日に血圧や喫煙に着目した保健指導を対面で実施した対象者で、前年度に同一の機関から保健指導を受けており、メタボリックシンドロームや生活習慣改善について理解できており、健診の結果、各検査数値が悪化しておらず、行動目標及び行動計画の方向性に大幅な変更を必要としないと判断しうる場合には、健診結果がすべて判明してからの保健指導は、対面によらずともよいこととする。ただし、本人が行動目標、行動計画の変更を望むなど、対面による指導が必要な場合にあってはこの限りではない。
- また、人間ドック健診等、全ての健診結果が健診当日に判明している場合には、健診当日に初回面接としての対面での健診結果の説明、生活習慣の振り返りとともに行動目標・行動計画の策定をしてもよいこととする。
- なお、禁煙指導については、健診の受診が禁煙の動機付けを促す機会となるよう、対象者の禁煙意向を踏まえ、喫煙者に禁煙の助言や情報提供を行い、禁煙したい喫煙者には、禁煙外来や地域・職場で実施される禁煙指導、薬局・薬店等を紹介するよう努めるべきであることを標準プログラムに記載する。
- さらに、血圧及び喫煙に着目した保健指導は、特定保健指導の対象者となりうるか否かに関わりなく実施すべきものであることについても、標準プログラムに記載する。

特定保健指導の2年目以降の初回面接についての考え方 (イメージ)

