

特定健康診査等実施計画の 参酌標準および後期高齢者 支援金の加算・減算について

1. 目標値の参酌標準(特定健康診査等実施計画)

(1)全国目標

- 各保険者の定める特定健康診査等実施計画における第1期(平成24年度末時点)の参酌標準として、全国目標を政策目標等から次のように設定してはどうか。

項目	H24参酌標準(案)	H27目標値	設定に当たっての考え方
①特定健康診査の実施率	70%	80%	H16国民生活基礎調査によれば、過去1年間に何らかの健診を受けた者は60.4% 5年間で100%を目指すべきという考え方もありうるが、どうしても健診を受けられない環境にある者、受診を希望しない者等も考えられることから、80%程度で頭打ちになると仮定
②特定保健指導の実施率	45%	60%	モデル事業等から保健指導による改善率を設定し、H27に政策目標の25%の減少率を達成するために、H24時点及びH27時点で必要な実施率
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% (H20比)	25% (H20比)	H27時点でH20に比べ25%減少という政策目標から、H24時点の目標値を算出

※「③メタボリックシンドロームの該当者及び予備群」とは、8学会の基準に合致する者だけではなく、腹囲が基準以上で血糖値が高い者や、腹囲が基準以下でもBMIの値の大きい者も含む。

(2) 保険者別の参酌標準

- 保険者の種別(地域/職域、あるいは国保/政管/健保/共済、等)によって置かれている状況が異なること等を踏まえた、参酌標準を設定していくことが必要であり、以下のとおりとしてはどうか。
- 第2期以降の参酌標準を保険者の種別により異なるものとするかは、第2期の設定時に検討(第1期において保険者の種別による差がなくなる可能性もあることから)してはどうか。

項目	全国目標	参酌標準(案)		設定理由等
① 特定健康診査の実施率	70%	単一健保 共済	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(次ページに詳細)
		総合健保 政管(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

参考：健診実施率の参酌標準案の算定の考え方

保険者の種別及び被保険者・被扶養者別での事情を勘案

被保険者	単一健保 共済	85%	事業主健診により、かなりの受診率向上が見込まれる
	総合健保 政管(船保含む) 国保組合(組合員)	75%	事業主健診により、ある程度は受診率向上が見込まれる
	市町村国保	65%	地域での受診が主となる集団 事業主健診による受診率向上が図れない
被扶養者・家族(国保組合)			



平成24年度推計 (単位:千人)	合計	単一組合(健保)			共済組合			総合組合(健保)			政管(船保含む)			国保組合			市町村国保		
		合計	被保険者	被扶養者	合計	被保険者	被扶養者	合計	被保険者	被扶養者	合計	被保険者	被扶養者	合計	組合員	家族	合計	一般	退職
対象者数(推計値)	57,113	7,107	4,675	2,432	3,603	2,558	1,045	3,406	2,347	1,059	14,910	10,755	4,155	1,816	1,077	739	26,270	23,110	3,160
目標実施率	70.0%	78.2%	85.0%	65.0%	79.2%	85.0%	65.0%	71.9%	75.0%	65.0%	72.2%	75.0%	65.0%	70.9%	75.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%
目標実施者数	39,988	5,554	3,973	1,581	2,854	2,175	679	2,449	1,760	688	10,767	8,067	2,701	1,288	808	480	17,076	15,022	2,054

※H15の実績値を、人口推計や労働力比率等を用いて推計。

※国保組合については、H17の調査結果から組合員・家族の構成比を用いて推計

※単一健保と組合健保の対象者数は、下表の平成24年時点での組合健保全体の推計値を、平成17年10月末時点での比率(障害認定・老健受給対象者も含む)で按分

単一組合(1267組合/H18)…一企業により組織された組合

総合組合(279組合/H18)…同種同業の複数事業主等で組織された組合

- 健診実施率について、同じグループ内の保険者でも、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については、平均的な保険者と比して過度に厳しいか又は緩い目標値となる可能性がある。これを避けるために、保険者ごとにその被保険者・被扶養者割合を考慮した、異なる参酌標準とする案もありうるが、どう考えるか。

参考：健診の実態

	単一健保			総合健保			合計		
	合計	被保険者	被扶養者	合計	被保険者	被扶養者	合計	被保険者	被扶養者
対象者数(人)	6,012,904	4,227,035	1,785,869	5,412,631	4,241,150	1,171,481	11,425,535	8,468,185	2,957,350
受診者数(人)	3,436,732	3,042,625	394,107	2,846,441	2,713,869	132,572	6,283,173	5,756,494	526,679
受診率	57.2%	72.0%	22.1%	52.6%	64.0%	11.3%	55.0%	68.0%	17.8%

出典：健康保険組合連合会「健康保険組合の保健福祉事業について<調査報告書>」(平成17年度)P24より

	受診者数(人)	対象者数(人)	受診率	備考	
労働安全衛生法 (一般健康診断)※	43,779,724	50,263,747	87.1%	労働基準法適用労働者数(総務省統計局「事業所統計調査」平成13年度版)と受診率(労働者健康状況調査/平成14年)より受診者数を推計	
政管健保 (生活習慣病 予防健診 /H17)	40歳以上の 被保険者	3,039,963	10,390,000	29.3%	被保険者数は、事業月報(社会保険庁)の平成17年3月末の被保険者数に、「健康保険被保険者実態調査(厚生労働省保険局/平成15年10月)」の年齢構成割合を基に算出
	40歳以上の 被扶養配偶者	89,164	3,403,000	2.6%	被扶養者配偶者数は、事業月報(社会保険庁)の平成17年3月末の被扶養者数に、「健康保険被保険者実態調査報告(厚生労働省保険局/平成15年10月)」の年齢構成割合を基に算出」の被扶養配偶者数及び年齢構成割合を基に算出
	合計	3,129,127	13,793,000	22.7%	上記2つの推計値の単純合算
老人保健事業 (基本健康診査)	12,984,000	29,247,000	44.4%	地域保健・老人保健事業報告(H16)	

※労働安全衛生法では、50人以上の労働者を使用する事業者には健診結果の報告を義務付けていることから、該当する事業者における健診実施率は上記の数値(87.1%)よりもかなり高いものと考えられる。

- 労働安全衛生法第66条「事業者は、労働者に対し、厚生労働省令で定めるところにより、医師による健康診断を行わなければならない」
- 労働安全衛生規則第44条「事業者は、常時使用する労働者に対し、一年以内ごとに一回、定期に、次の項目について医師による健康診断を行わなければならない」
- 労働安全衛生規則第52条「常時五十人以上の労働者を使用する事業者は、第44条、第45条又は第48条の健康診断を行なったときは、遅滞なく、定期健康診断結果報告書(様式第六号)を所轄労働基準監督署長に提出しなければならない」

2. 後期高齢者支援金の加算・減算

(1) 指標とする項目の定義(算出方法等)

- 前回の検討会における指摘事項を踏まえ、次のように定義づけたい。

①特定健康診査の実施率	算定式	$\frac{\text{当該年度中に実施した特定健診の受診者数(他者が実施した特定健診でそのデータを保管しているものも含む)}}{\text{当該年度末における、40～74歳の被保険者数及び被扶養者数}}$
	条件	◆ 分子・分母の数から、年度途中で転入又は転出の異動をした者に係る数は除外(よって上記の「他者」に、以前に加入していた保険者は含まれない)。
②特定保健指導の実施率	算定式	$\frac{\text{当該年度の動機づけ支援利用者数} + \text{当該年度の積極的支援利用者数}}{\text{当該年度の健診受診者のうち、階層化により動機づけ支援の対象とされた者の数} + \text{積極的支援の対象とされた者の数}}$
	条件	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 階層化により積極的支援の対象とされた者が、動機づけ支援レベルの特定保健指導を利用しても、利用者数には含めない。 ◆ 年度末に積極的支援を開始し、年度を越えて指導を受けている者も分子に算入(年度内では未完了であっても初回利用時の年度でカウント) ◆ 後年、動機づけ支援の実施率と積極的支援の実施率を別々に評価する可能性も考慮し別々に把握しておくものの、制度施行当初における予定としては、評価は合算して実施。

	算定式	$1 - \frac{\text{当該年度の健診データにおける該当者及び予備群の数 (基準年度の健診データにおいて該当者であった者を除く)}}{\text{基準年度の健診データにおける該当者及び予備群の数}}$
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	条件	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 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) ◆ 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、受診者に含まれる割合を対象者数に乗じて算出したものとする。 ◆ なお、その際に乗じる対象者数は、各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。 ◆ 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保険者もある)ことから、この場合における各保険者の性・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。 ◆ 健診実施率が極めて低い保険者については、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)

該当者→予備群の率を算定する代替案

○ 前ページの算定式は、個人単位で基準年度と当該年度の健診データを比較することが必要になるが、そのためには、次のような課題がある。

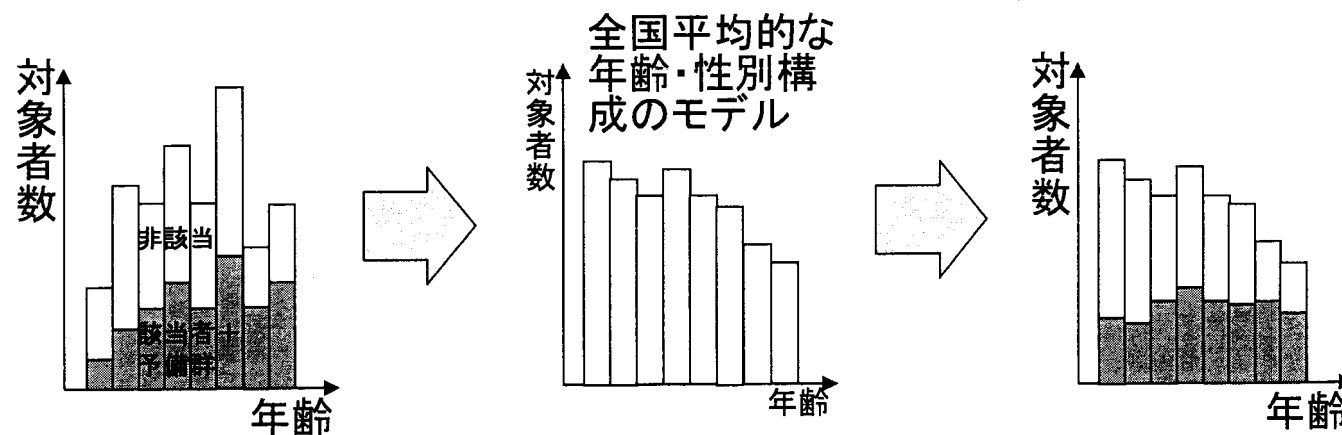
- ◆ 支払基金への実績報告において、各保険者は次のような作業(個人単位で基準年度と当該年度の健診データを比較)を行う必要がある。保険者の規模にもよるが、個人単位で膨大なデータの突合作業が必要となり、保険者の負荷が大きい。
 - 当該年度(第1期ではH24年度)の健診結果データからメタリックシンドロームの予備群を把握。
 - 当該年度における予備群の、基準年度(第1期ではH20年度)の健診結果データを確認し、メタリックシンドロームの該当者となっている者の数を把握。
- ◆ 今回の3つの目標は全て、基準年度と当該年度との集団単位での比較を予定しており、1項目だけであっても、より負荷のかかる個人単位での算定を保険者に義務付けることは難しいのではないか。
- ◆ 制度開始年であるH20は健診実施率が低いことが予想されるため、基準となる数が少なく、算定が困難な保険者が少なくないことも懸念される。
- ◆ 保険者から支払基金への実績報告には、報告すべき項目の値をまとめた集計表に加え、バックデータ(実績報告の証拠)として個表を併せて提出する予定であるが、この個表で氏名等の個人情報を取り除く場合、実績報告の内容を支払基金において確認できない。

- P6の算定式案には、前ページに挙げた課題があるが、積極的支援の実施により「該当者」を「予備群」に改善したことを評価する必要はあることから、以下のような代替案が考えられる。

考え方		<ul style="list-style-type: none"> ◆ 積極的支援も評価(該当者から改善された者も評価)できるように基準年度と当該年度の該当者のみの減少率も算出 ◆ 算定時点における母集団の構成・大小の影響を排除するため、基準年度の該当者数は、基準年度における該当者が含まれる割合に当該年度の母集団を乗じて算出する補正を行う。
算定式	全数分	$1 - \frac{\text{当該年度の健診データにおける該当者及び予備群の数}}{\text{基準年度の健診データにおける該当者及び予備群の数}}$
	該当者 →予備群	$1 - \frac{\text{当該年度の健診データにおける該当者数}}{\text{基準年度の健診データにおける該当者数}}$

- 但し、この案では、特定健康診査等実施計画における目標や特定健康診査等基本指針の参酌標準を2つ置くことを意味し、各々の値をどのように定めるか、2つとも同率にするのか、差をつけるのか等の議論・検討が必要となる。

加減算の評価を公平に行うための年齢補正のイメージ



- 男女や年齢構成の違いに起因する保険者間の差異を補正する必要がある。
- 各保険者における、年齢階層別(5歳階級)・性別でのメタリックシンドロームの該当者・予備群の割合を、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。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・性別でのメタリックシンドロームの該当者・予備群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(例えば参酌標準の半分以下)場合は、減少率の算出は行えない(目標未達の扱いとする)。

(2)指標とする項目に関する論点

	論点	考え方(案)
②特定保健指導の実施率	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 動機づけ支援の実施率と積極的支援の実施率は別々に算定しておくべきではないか(加算・減算時に、積極的支援の実施率をより高く評価できるよう)。 	(P5参照) <ul style="list-style-type: none"> ◆ 実際に加算・減算を算定するH24時点において、積極的支援の実施率をより高く評価するべきかどうかは、後年、各指標の達成状況を見ながら判断。 ◆ よって、施行当初は動機づけ支援と積極的支援を合算した実施率を見ることとする。 ◆ なお、後年、動機づけ支援と積極的支援の実施率を別個に評価する可能性を考慮し、支払基金への実績報告では分けて記載する様式としておく。
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	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 該当者→予備群の率と該当者・予備群→非該当の率を別個に算出しておくべきではないか(非該当になった者のみ評価するのではなく、該当者から予備群へと変わった者も評価するため)。 	(P6～8参照) <ul style="list-style-type: none"> ◆ 積極的支援の実施を評価する必要があることから、本案と代替案を提示。
	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 母集団自体が高齢化していくことから、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(高齢化)によって打ち消されないよう、配慮が必要 	(P9参照) <ul style="list-style-type: none"> ◆ 当該年度の数の算出では年齢補正(全国平均の性・年齢構成の集団に、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が含まれる率を乗じる)を行う。

(3)評価方法に関する論点

①国の参酌標準で評価するか

次の理由から、加算・減算の評価に用いる指標は、国が基本指針で定めた参酌標準とするべきではないか。

- 保険者間での不平等を排し、意欲ある保険者を高く評価するためには、同一の指標を用いるべきであること
- 評価に使用できるよう、保険者の種別で異なる事情等を勘案した参酌標準を設定する予定であること

②参酌標準の活用方法

参酌標準を評価に用いる場合、評価方法として、次のような論点がある。

- 特定保健指導の実施率については、積極的支援の実施率をより高く(例えば2倍に)評価するべきではないか(動機づけ支援の実施率と積極的支援の実施率を別々に算出しておく場合)。
- 非該当になった者の率とは別に、該当者から予備群へと変わった者の率も評価するべきではないか(該当者→予備群の率と該当者・予備群→非該当の率を別個に算出しておく場合)。

③3指標と加算(あるいは減算)との関係

[主な考え方の例]

- 第1期は制度発足当初であり、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少(保健指導の効果が見られる)には一定の時間を要することから、成果指標ではなく、健診実施率・保健指導実施率による評価を基本とすべきではないか。
⇒例えば、保険者の努力で達成可能な指標(健診実施率・保健指導実施率)が未達成の場合に、加算する案。
- 成果が出ればよいことから、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率が達成されているかどうかを重視した評価をすべきではないか。
⇒例えば、健診・保健指導の実施率が未達であっても、成果が出ていれば加算とはしない案。
- 3指標全てを達成した場合のみ減算する等シンプルなやり方がいいのではないか。

[以上を踏まえた評価パターン例]

積極的支援・動機づけ支援で分ける可能性

	①特定健康診査の実施率	②特定保健指導の実施率	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	達成=○・未達=×	案1	案2	案3	案4	案5
①	○	○	○	○	×	×	×	×	×
②	○	○	×	×	○	○	×	×	×
③	○	×	○	×	○	×	○	×	×
案1	減算	±0	±0	±0	±0	±0	±0	±0	加算
例	-10%	±0	±0	±0	±0	±0	±0	±0	+10%
案2	減算	±0	±0	加算	±0	加算	加算	加算	加算
例	-10%	±0	±0	+5%	±0	+5%	+5%	+5%	+10%
案3	減算	±0	±0	加算	±0	加算	±0	加算	加算
案4	減算	±0	±0	±0	±0	±0	±0	加算	加算
案5	減算	加算	加算	加算	加算	加算	加算	加算	加算
例	-10%	+4%	+4%	+7%	+4%	+7%	+7%	+7%	+10%

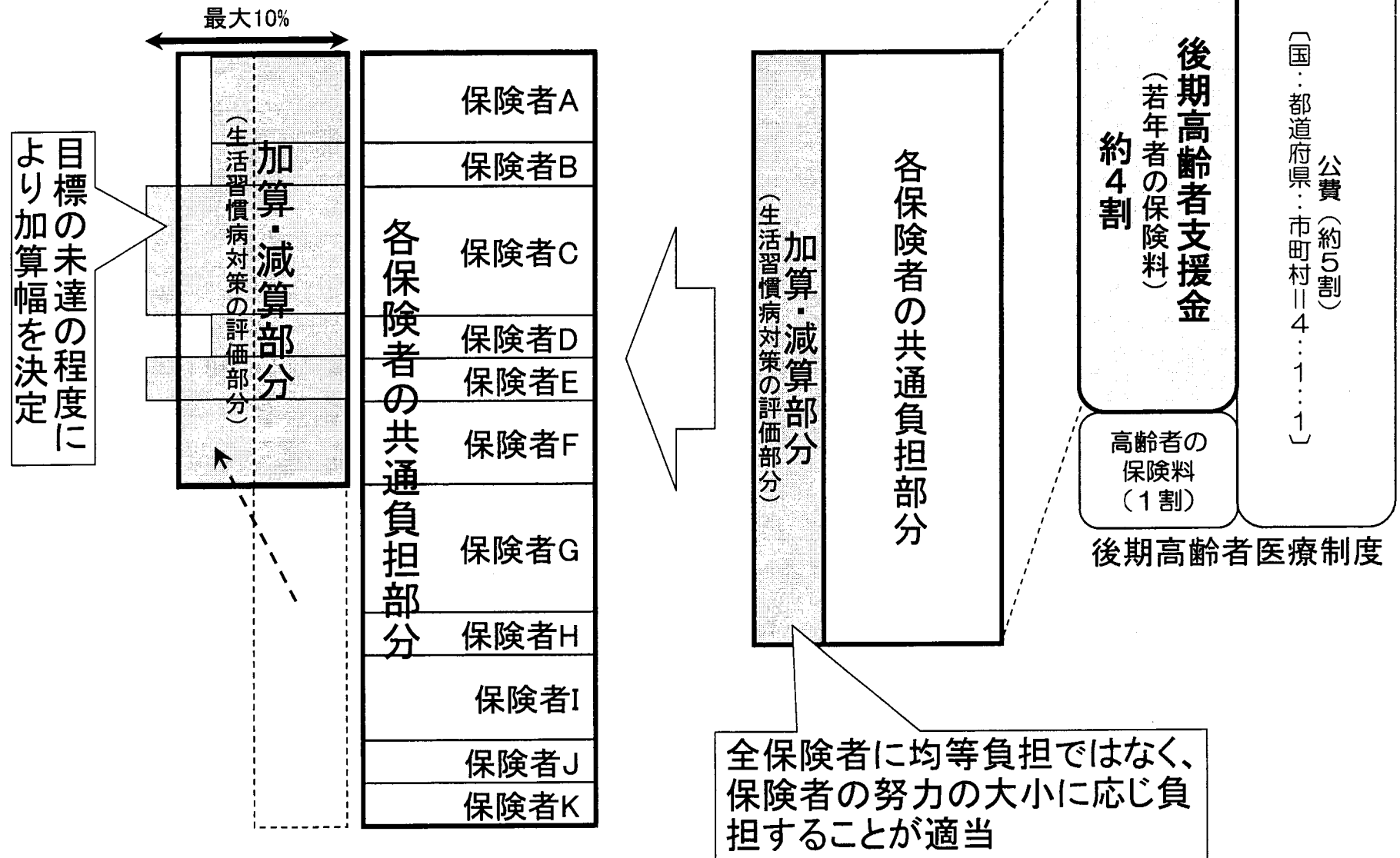
率が多様なパターンや考えられる

- 同じ「未達=×」であっても、達成が程遠い場合と、わずかに達成できなかった場合とで差をつける考え方もある。
- ポイント制とし、3項目の間で点数にウェイト付けする、合計点で合格ラインを設定する、等の考え方もある。

以上のように多様な考え方があり、実施状況を見て後年度判断することが適当ではないか。

参考:加算・減算のイメージ

※加算幅を3段階に分ける場合の一例



④その他

- 他にも、さまざまな論点が考えられる。
 - 「加算・減算の幅を当初から10%とするか、段階的に引き上げるか」
 - 「同じ参酌標準となっている保険者グループ内での相対評価とし、そのグループ内で加算減算するべきではないか」
 - 「初年度(H20)に比べて大幅に改善した場合には、その保険者の努力を評価すべきではないか」等
- 現時点では、評価方法の枠組みの議論にとどめ、データの集積・分析をもとに2～3年後に改めて具体的な方法を検討して定めていくこととすべきではないか。