

保険者による健診・保健指導等に関する検討会（第3回）
議事次第

平成23年7月4日（月）14:30~17:00
場所：町村会館ホールA

議事

1. 特定健診・保健指導の腹囲の基準について
2. HbA1cの表記の見直しへの対応について
3. 特定健診・保健指導のインセンティブのあり方について

（資料）

資料1：特定健診・保健指導における腹囲の基準について

資料2：HbA1cの表記の見直しへの対応について

資料3：特定健診・保健指導の実施状況に基づく支援金の加算減算制度
について

参考人提出資料1：『Monk研究』と『Merlot研究』

京都大学大学院医学研究科 EBM 研究センター
臨床病態医科学 内分泌代謝内科 中尾一和

参考人提出資料2：「特定健診・特定保健指導等に関する疫学、公衆衛生
学的エビデンス」

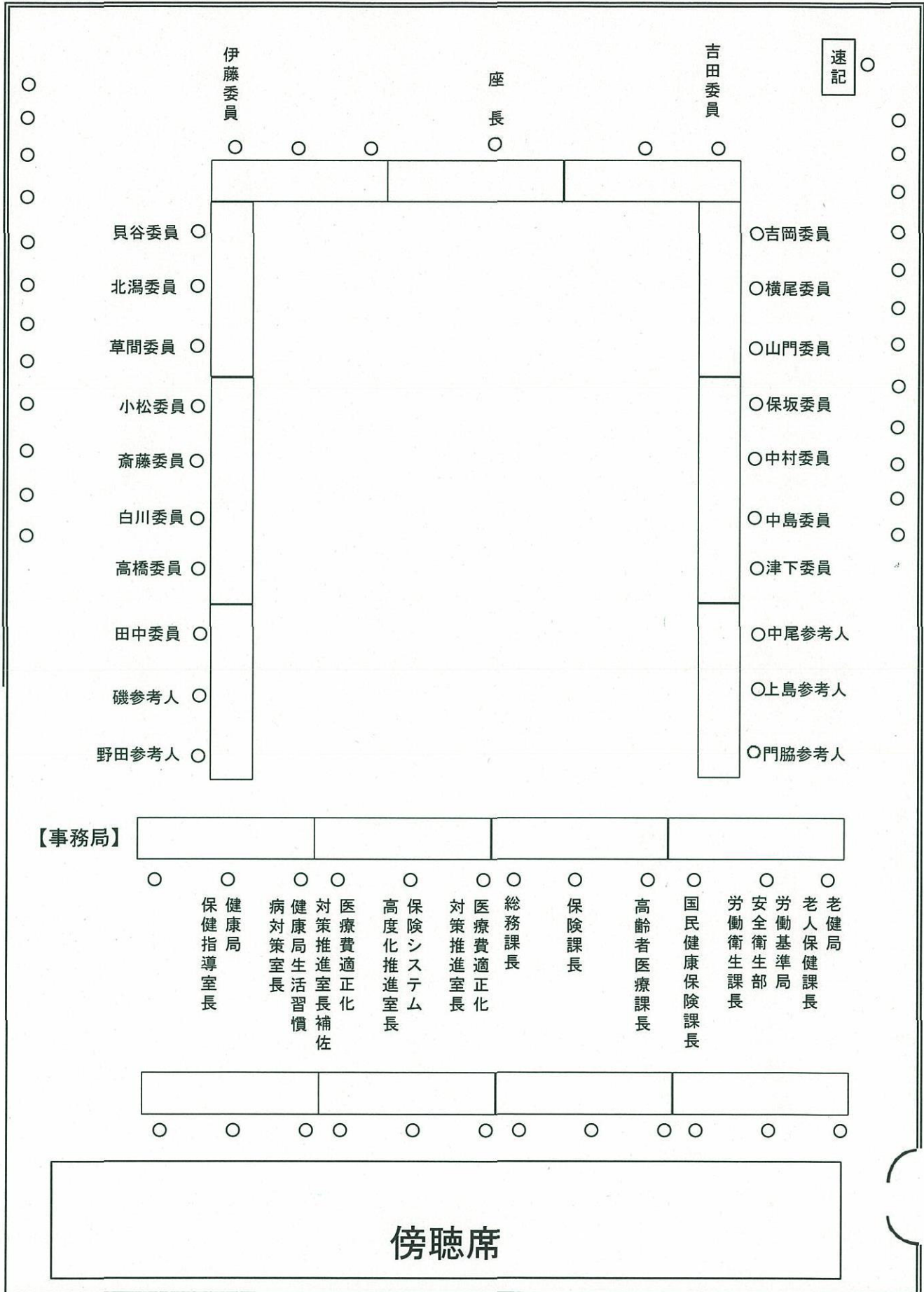
大阪大学大学院医学系研究科 公衆衛生学 磯博康

委員提出資料1：多田羅委員提出資料「基本健康診査の受診率向上が老
人診療費に及ぼす影響に関する研究」

委員提出資料2：山門委員提出資料「わが国の高齢者におけるメタボリ
ックシンドローム関連生活習慣病の現況—人間ドック健診
を受診した高齢者からの検討—」

保険者による健診・保健指導等に関する検討会 平成23年7月4日(月)

(全国町村会館 ホールA)



「保険者による健診・保健指導の円滑な実施方策に関する検討会」構成員

伊藤 彰久 (いとう あきひさ)	日本労働組合総連合会生活福祉局 次長
岡崎 誠也 (おかざき せいや)	全国市長会 国民健康保険対策特別委員長
貝谷 伸 (かいや しん)	全国健康保険協会 理事
北潟 繁一 (きたがた しげかず)	日本私立学校振興・共済事業団 理事
草間 朋子 (くさま ともこ)	日本看護協会副会長
小松 龍史 (こまつ たつし)	日本栄養士会 常務理事
齋藤 正寧 (さいとう まさやす)	全国町村会行政部会長
白川 修二 (しらかわ しゅうじ)	健康保険組合連合会 専務理事
高橋 信雄 (たかはし のぶお)	JFEスチール(株)安全衛生部部長
多田羅 浩三 (たたら こうぞう)	(財)日本公衆衛生協会 理事長
田中 一哉 (たなか かずや)	国民健康保険中央会 常務理事
津下 一代 (つした かずよ)	あいち健康の森健康科学総合センター センター長
中島 次男 (なかしま つぎお)	地方公務員共済組合協議会 事務局長
中村 嘉昭 (なかむら よしあき)	全国国民健康保険組合協会 常務理事
保坂 シゲリ (ほさか しげり)	日本医師会 常任理事
山門 實 (やまかど みのる)	日本人間ドック学会 理事
横尾 俊彦 (よこお としひこ)	全国後期高齢者医療広域連合協議会 会長
吉岡 清八郎 (よしおか せいはちろう)	共済組合連盟 常務理事
吉田 勝美 (よしだ かつみ)	日本総合健診医学会 副理事長

平成23年7月4日	資料1
第3回保険者による 健診・保健指導等に関する検討会	

特定健診・保健指導における 腹囲の基準について

平成23年7月4日

厚生労働省保険局総務課

特定健診・保健指導における腹囲の基準について

<内臓脂肪症候群(メタボリックシンドロームに着目する意義)>

○平成17年4月に、日本内科学会等内科系8学会が合同でメタボリックシンドロームの疾患概念と診断基準を示した。

○これは、内臓脂肪型肥満を共通の要因として、高血糖、脂質異常、高血圧を呈する病態であり、それぞれが重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高く、内臓脂肪を減少させることでそれらの発症リスクの低減が図られるという考え方を基本としている。

○すなわち、内臓脂肪型肥満に起因する糖尿病、高脂血症、高血圧は予防可能であり、また、発症してしまった後でも、血糖、血圧等をコントロールすることにより、心筋梗塞等の心血管疾患、脳梗塞等の脳血管疾患、人工透析を必要とする腎不全などへの進展や重症化を予防することは可能であるという考え方である。

○内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)の概念を導入することにより、内臓脂肪の蓄積、体重増加が血糖や中性脂肪、血圧などの上昇をもたらすとともに、様々な形で血管を損傷し、動脈硬化を引き起こし、心血管疾患、脳血管疾患、人工透析の必要な腎不全などに至る原因となることを詳細にデータで示すことができるため、健診受診者にとって、生活習慣と健診結果、疾病発症との関係が理解しやすく、生活習慣の改善に向けての明確な動機づけができるようになる考える。

(「標準的な健診・保健指導プログラム(平成19年4月)」)

<腹囲基準について>

○上記のような考え方から、現行の特定健診においては、内臓脂肪の蓄積と心疾患等のリスク要因(高血圧、高血糖、脂質異常等)の数によって特定保健指導対象者を抽出することとなっており、その際、内臓脂肪の蓄積の判定について、腹囲計測を用いることとなっている。

○男性が85cm、女性が90cm以上の基準は、腹腔内脂肪面積100cm²以上のカットオフ値として、日本肥満学会が設定した内臓脂肪型肥満の一次スクリーニングのウェスト周囲径と一致。

○腹囲の基準を満たさないこと等により、特定保健指導対象とならなかった者についても、医療保険者の判断により保健指導等を実施することができることはされている。

<考えられる論点>

- 腹囲計測による内臓脂肪の蓄積を、保健指導の対象者の階層化基準としているため、**腹囲が基準以下の者で高血圧、高血糖などのリスクを保有している者**に対する**保健指導が不十分となっているのではないか**、といった意見がある。
- 一方で、内臓脂肪を減少させることにより、心疾患等の発症リスクの低減を図るとの考え方から、**特定保健指導は、腹囲の減少等を主たる目的として行われるもの**であり、仮に腹囲の基準以下の者に対しても保健指導を行うとした場合、そのあり方については、エビデンスに基づいて改めて検討する必要があると考えられる。
- また、仮に腹囲の基準以下の者に対する保健指導を保険者が行った場合の実績を、特定保健指導として考えるか否かについては、上記の生活習慣病の予防に対する効果についてのエビデンスや保健指導のあり方の標準化等を行うことが可能か否かを含めて検討する必要があると考えられる。

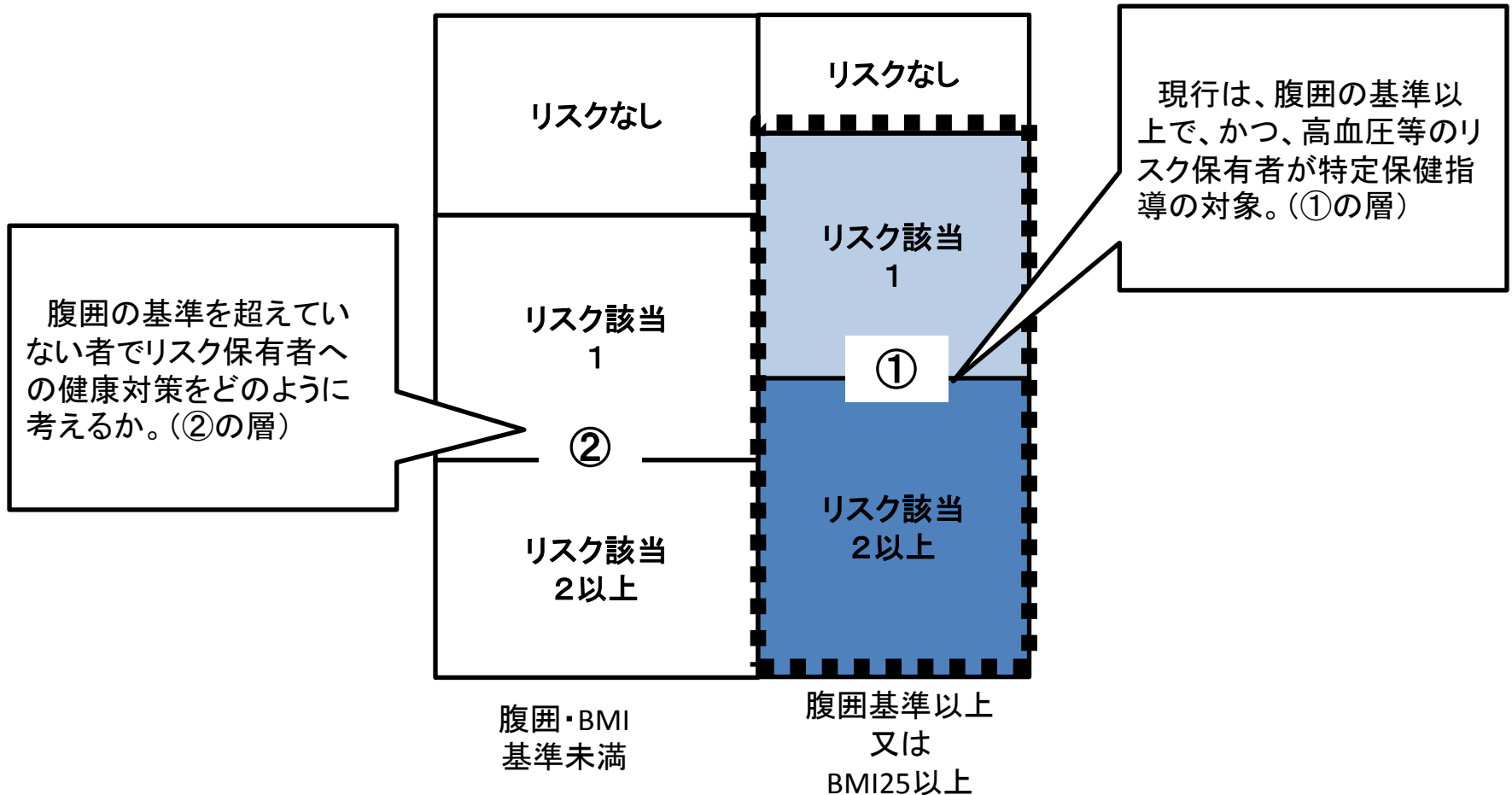


<方向性>

- 「標準的な健診・保健指導プログラム」等においては、保険者が生活習慣の改善により、予防効果が期待できる者について優先順位を付けて保健指導を行うとの考え方を示している。
- 保健指導の対象者の選定について、保険者の自主性をより発揮できるあり方を検討することも必要ではないか。

(参考)階層化基準のイメージ

【現行】



※服薬中の者や受診勧奨値の者を除いたイメージ

(参考) 保険者による優先順位付け

2-3-2 医療保険者による優先順位付け

① 考え方

階層化は前述の通り、基準に従って自動的に決定されるものであるが、必ずしも階層化の結果として特定保健指導の対象者となった者全員に動機付け支援あるいは積極的支援を実施する必要はない。

「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(比較的若い時期(65歳未満)に生活習慣の改善を行った方が効果が高い等)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外されない)。よって、予算制約等により優先度の高い者のみ実施するだけではメタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率という目標は達成できるものの、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。

② 順位付けの観点

優先順位の考え方の例として「標準的な健診・保健指導プログラム」第3編第2章に次のような記載があるので、参考にされたい(基本的な考え方であるので、これを参考にしつつも、必ずしもこの観点で順位付けしなければならない訳ではない)。

また、このような観点例の他にも、医療保険者の立場から考えた場合、毎年保健指導を受けるものの改善が見られない者(投下費用に対する効果が極めて低い)や、保健指導を受けたがらない者等は優先度を低くするようなことも考えられる。

〈標準的な健診・保健指導プログラム 第3編第2章〉

3) 保健指導の対象者の優先順位の付け方の基本的な考え方

今後は、保健指導対象者の増加が予測されること、さらに糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%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、保健指導対象者に優先順位をつけて、最も必要な、そして効果のあがる対象を選定して保健指導を行う必要がある。例えば、保健指導の対象者の優先順位のつけ方としては、下記の方法が考えられる。

○年齢が比較的若い対象者

○健診結果の保健指導レベルが情報提供レベルから動機づけ支援レベル、動機づけ支援レベルから積極的支援レベルに移行するなど、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3)質問項目(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対象者

○前年度、積極的支援及び動機づ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

(参考)保健指導対象者の選定と階層化

1. 検査値により、保健指導判定値を超えている場合、以下の分類により、必要となる保健指導の種類が自動的に判定される。
2. 但し、必ずしも、自動判定の通りとなるのではなく、医師が全ての検査項目の結果から総合的に判断し、保健指導とすべきか、医療機関への受療とすべきかを判定する。
3. その上で、保健指導対象者となった者のリストから、医療保険者にて、リスト全員に実施するのか、優先順位をつけ(重点化)絞り込むかを判断し、最終決定した対象者に保健指導の案内(利用券の送付等)を行う。

<保健指導判定値>

- ①**血糖** a 空腹時血糖100mg/dl以上 又は b HbA1cの場合 5.2% 以上 又は c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
- ②**脂質** a 中性脂肪150mg/dl以上 又は b HDLコレステロール40mg/dl未満 又は c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
- ③**血圧** a 収縮期血圧130mmHg以上 又は b 拡張期血圧85mmHg以上 又は c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
- ④**質問票** 喫煙歴あり (①から③のリスクが1つ以上の場合にのみカウント)

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	/		

※1 服薬中の者については、医療保険者による特定保健指導の対象としない。

※2 前期高齢者(65歳以上75歳未満)については、積極的支援の対象となった場合でも動機づけ支援とする。

(注) 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。

(参考) 特定健診・保健指導導入以前の保健事業について

<国保における取組>

○特定健診・保健指導の制度が導入される以前においては、例えば、国保ヘルスアップ事業の一環として、市町村国保の担当者が、その考え方にに基づき、地域の特性や実情に応じた生活習慣病の予防に向けた取組みを行うものとして、「個別健康支援プログラム実施マニュアル」が作成されている。

○このマニュアルの中では、腹囲基準を用いない、老人保健事業における基本健康診査の要指導域とほぼ等しい個別健康支援プログラムの対象者の選定基準が示されている。

このマニュアルでは、この要指導域の基準を基に、各市町村国保において独自の選定基準を設定し、保健指導を行うことが前提とされている。

○保健指導についても、マニュアルでは、基本的な構成要素と支援の手段が示されており、これを用いて各保険者が独自の保健指導メニューを決定し、実施することが想定されている。

(参考) 基本健康診査の正常域、要指導域、要医療域

項目		正常域		要指導域		要医療域
血压	収縮期血压	120mmHg \leq 、 <130mmHg	130~139mmHg	140~159mmHg		160mmHg \sim
	拡張期血压	80mmHg \leq 、 <85mmHg	80~89mmHg	90~99mmHg		100mmHg \sim
血液生化学検査	脂質代謝	総コレステロール (50歳以上の女性)	150~199mg/dl (150~219mg/dl)	200~219mg/dl (220~239mg/dl)	220~239mg/dl (240~259mg/dl)	240mg/dl \sim (260mg/dl \sim)
				~149mg/dl		
		HDLコレステロール	40mg/dl \sim	35~39mg/dl	~34mg/dl	~34mg/dl
	中性脂肪	~149mg/dl	150~299mg/dl		300mg/dl \sim	
	糖代謝	空腹時血糖	<110mg/dl	110mg/dl \leq 、 <126mg/dl		\geq 126mg/dl
		随時血糖	<140mg/dl	<140mg/dl \leq 、 <200mg/dl		\geq 200mg/dl
HbA1c		<5.5% \leq	5.5% \leq 、<6.1%		\geq 6.1%	
形態測定	肥満度 ※厚生労働省「肥満 とやせの判定表・図」 による	普通	やせぎみ、やせすぎ、ふとりぎみ、ふ とりすぎ		・脳卒中によると考えられる運動障 害など ・心筋梗塞、狭心症、心不全によると 考えられる胸部症状 ・器質的な異常に基づくと考えられる 心雑音、浮腫	
	(参考)BMI	>18.5kg/m ² 、25.0kg/m ² <	18.5kg/m ² \geq 、25.0kg/m ² \leq			

各保険者において独自の選
定基準を設定

A町の選定基準

項目		値
血糖値	空腹時血糖	100mg/dl以上
	HbA1c	5.5%以上
血压	収縮期血压	130mmHg以上
	拡張期血压	85mmHg以上
脂質	総コレステロール	220mg/dl以上 <small>ただし50歳以上女性は240mg/dl以上</small>
	HDLコレステロール	34mg/dl以下
	中性脂肪	150mg/dl以上
肥満	BMI	25kg/m ² 以上

○「個別健康支援プログラム実施マニュアル」においては、保健指導の具体的なプログラムとして、課題を明確にする「アセスメント」と何をどのように改善するかについての「個人目標の設定」を基本要素とし、それを基に具体的な支援手段、支援形態、期間・回数の設定、1回当たりの支援時間、複数コース、複数プログラムの設定等の個々の参加者の状態に沿った柔軟な支援の仕組みの工夫の必要が求められていた。

プログラムの構成要素

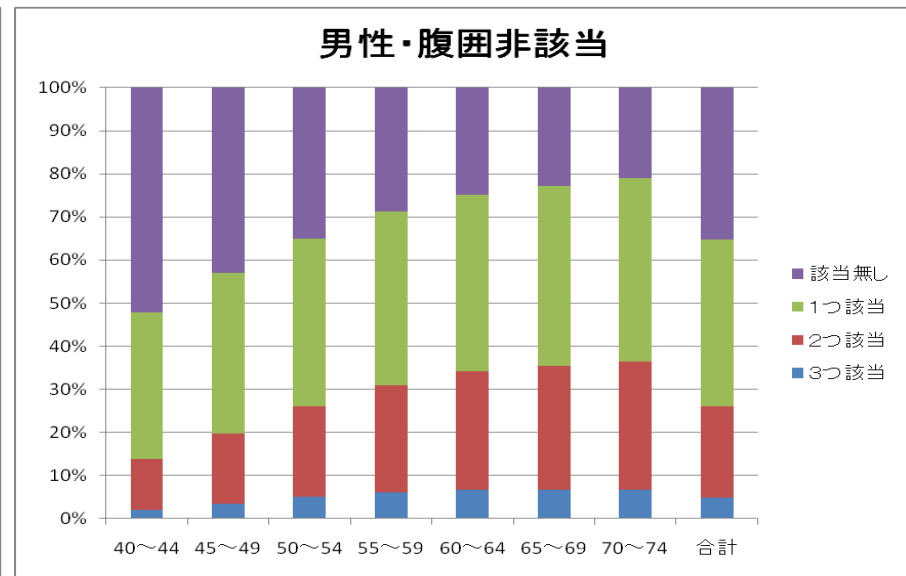
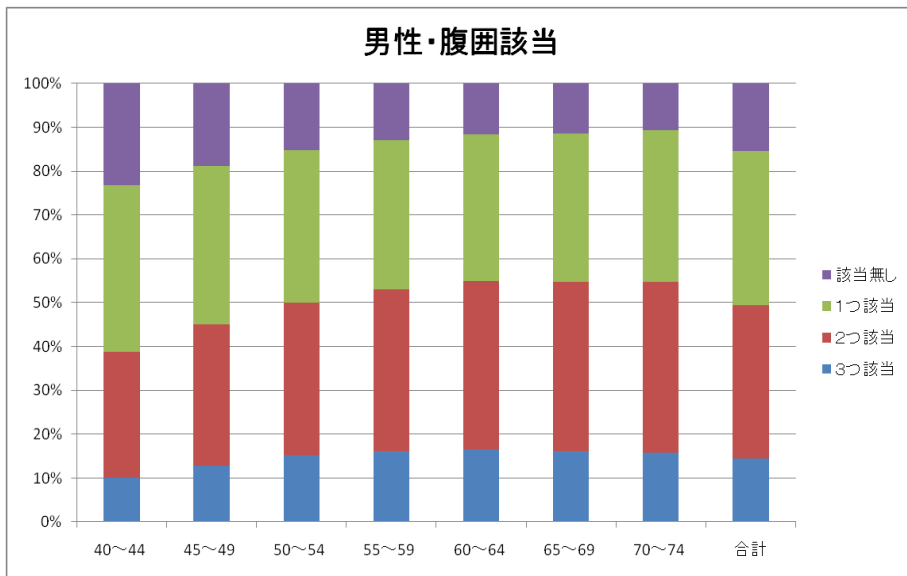
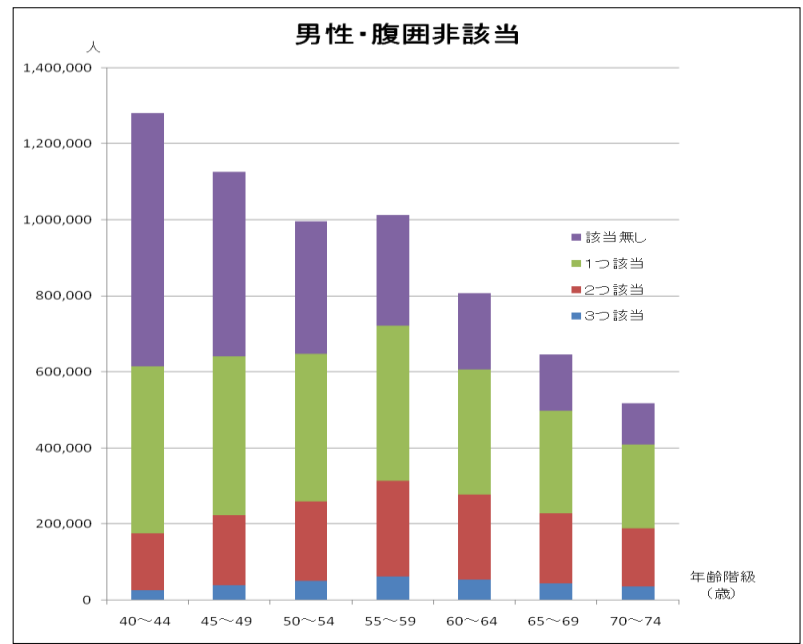
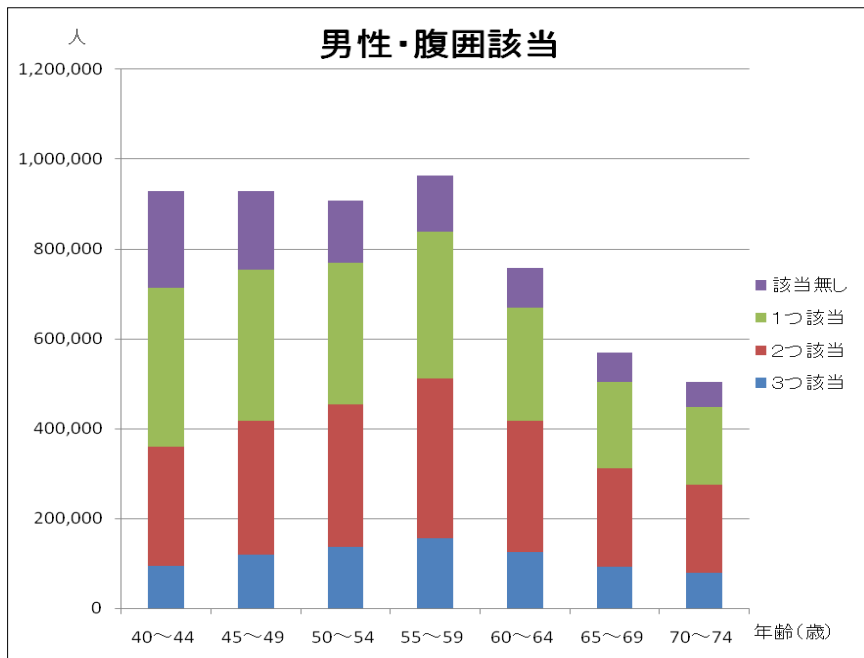
要素	内容
アセスメント	参加者の状況を把握、評価し、課題を明確にする
個人目標の設定	参加者が自らの意思で改善する生活習慣を設定する
知識・技術の提供	生活習慣の改善に必要な知識・技術
実践活動継続の支援	設定した目標の実践活動を継続するための支援



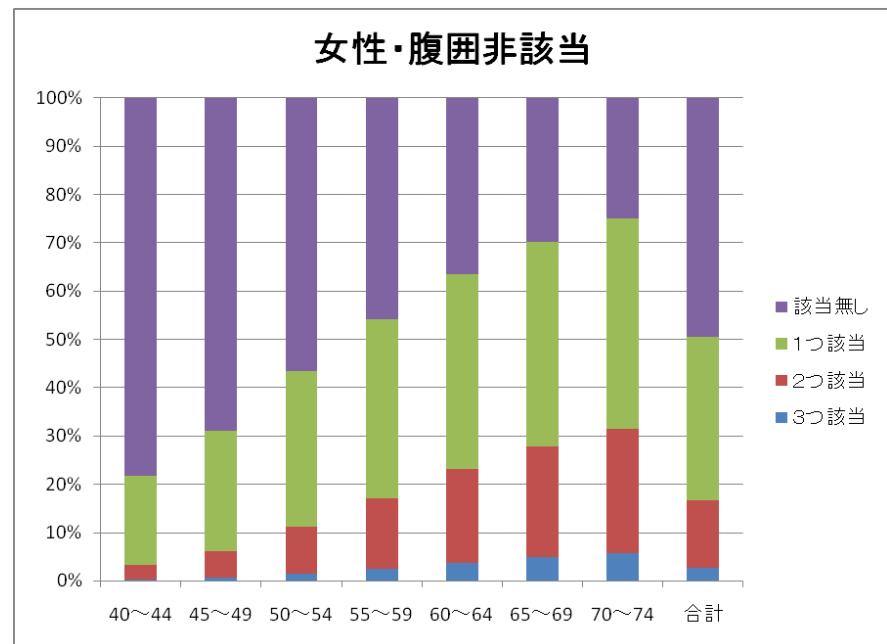
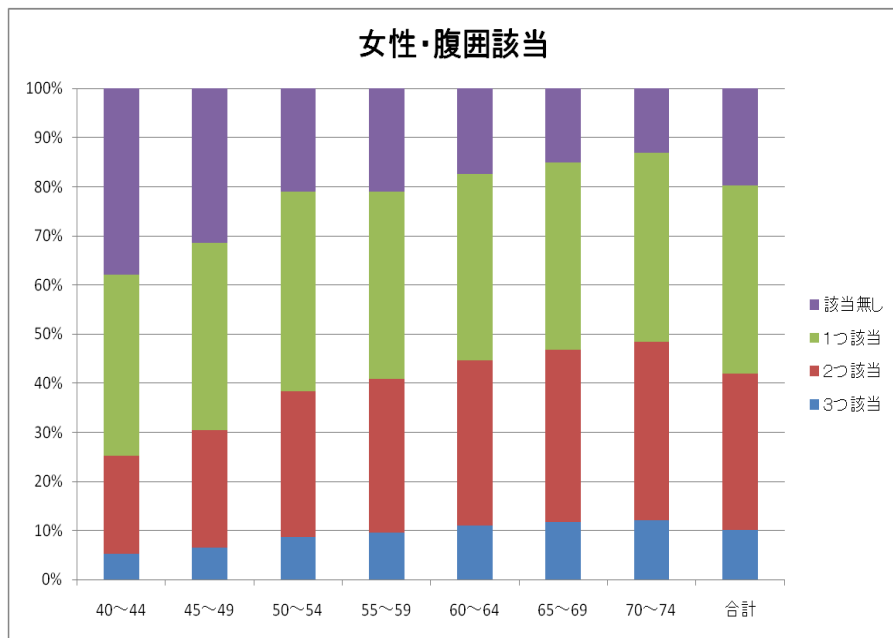
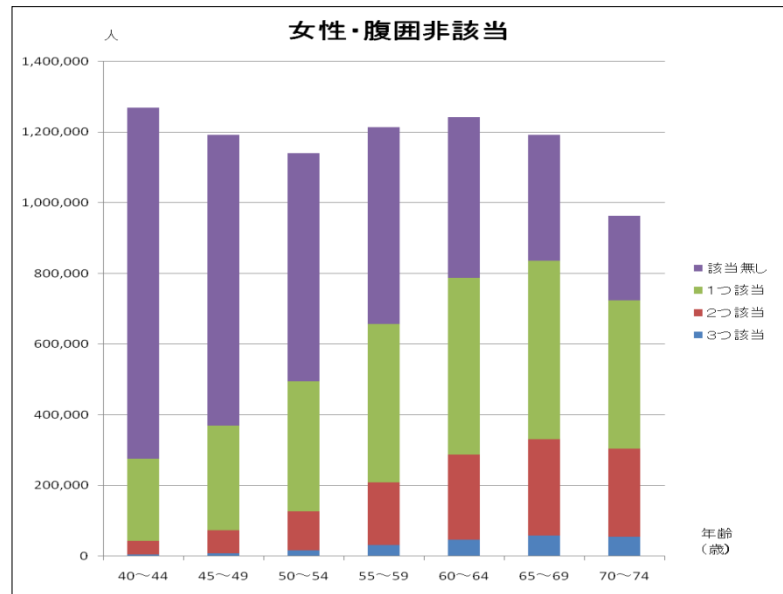
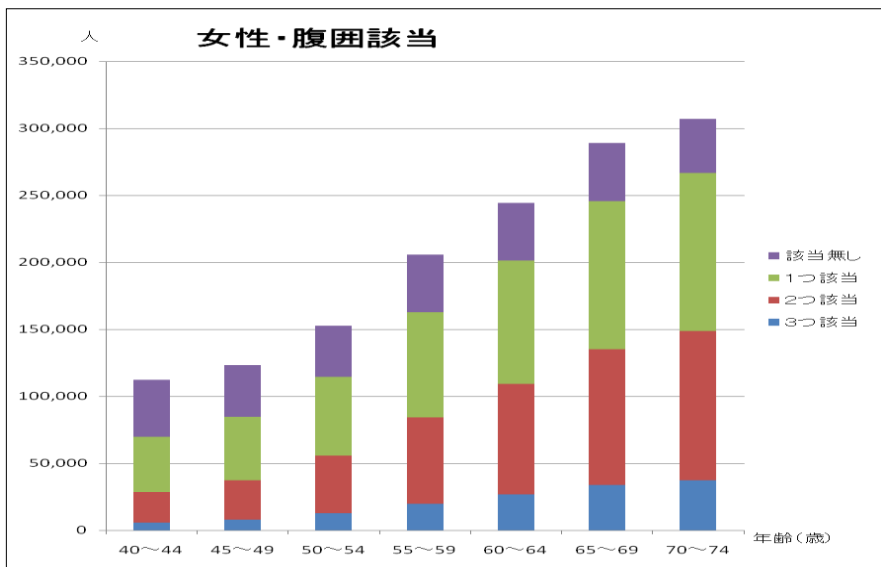
上記の要素を前提に各保険者において具体的なプログラムを以下の形態に応じて設定

支援の手段	講義、冊子等による情報提供、個別面接、通信、実技、グループワーク
支援形態	個別面談(集団教室※)、集団教室(+個別相談※)、小集団(6~8人) ※集団による講義と個別面談によるメニューの設定
プログラムに要する期間・回数 の設定	モデル事業において効果があるとされたプログラムとしては3~6ヶ月が基本的な期間とされていることが多い。
1回あたり支援時間	講義(1回あたり):40分程度、個別相談のみ行う場合の個別相談:40分程度、 集団教室中の個別相談:5~10分程度、実技(運動):1~2時間、実技(食生活):1~2時間、グループワーク:1時間程度
個々の参加者の状態に沿った柔軟な支援の仕組み	参加者の就業形態等を勘案した、複数時間帯の設定など。 ある程度運動習慣のある人となない人とで異なる内容のプログラムを設定するなど 選択可能なプログラムを複数設定。

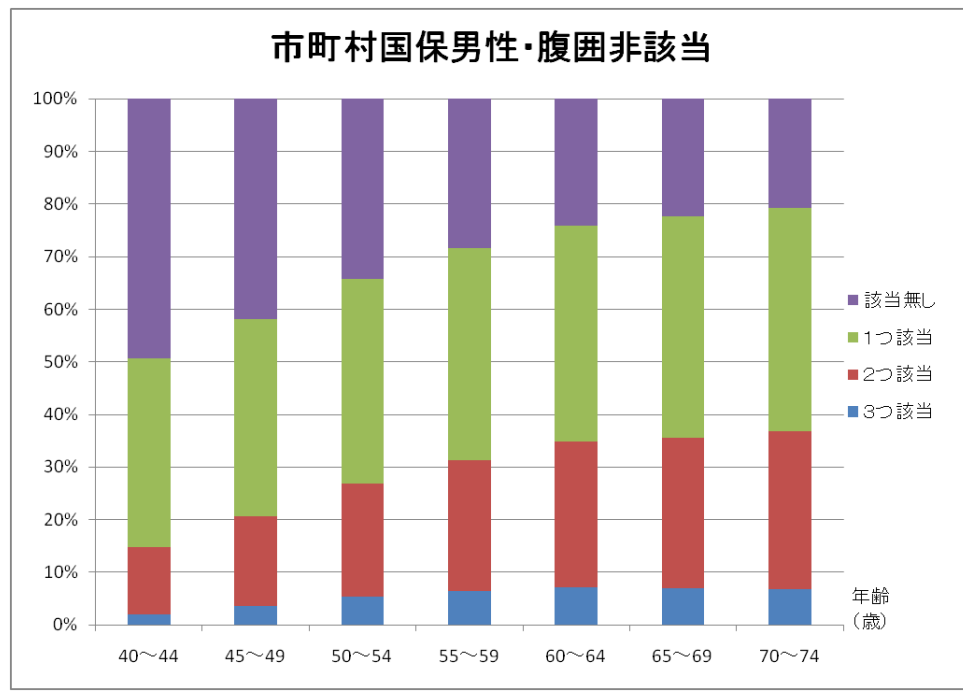
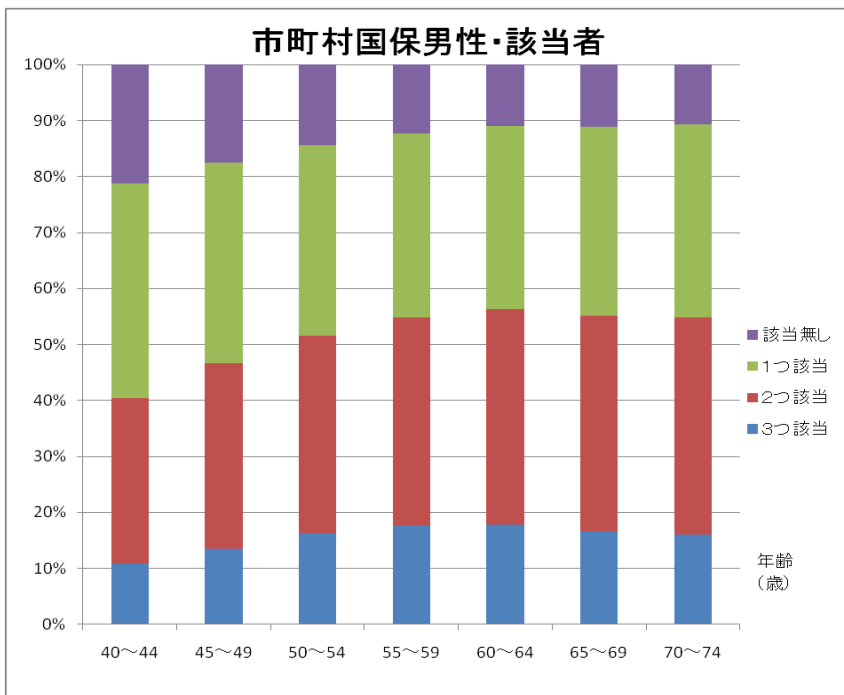
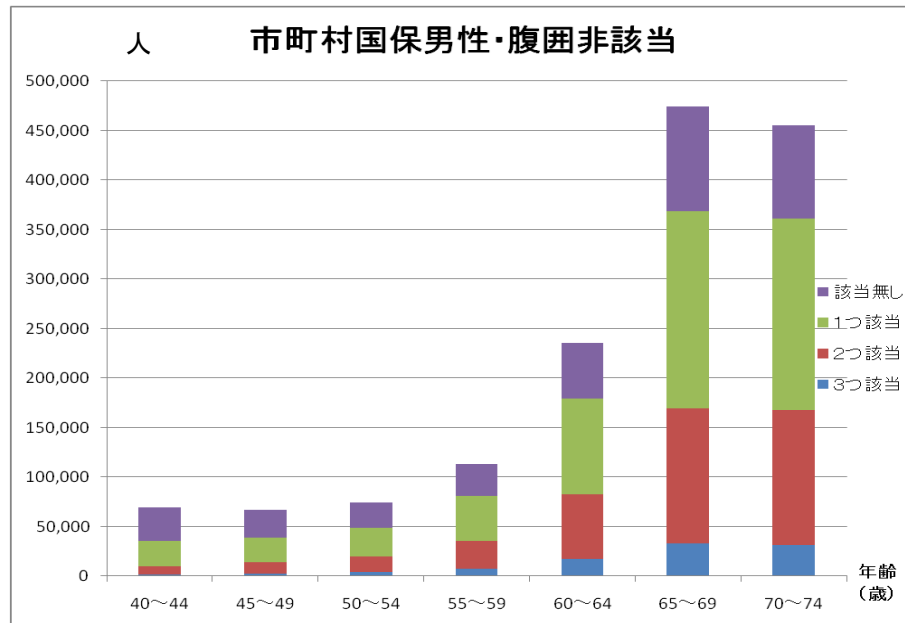
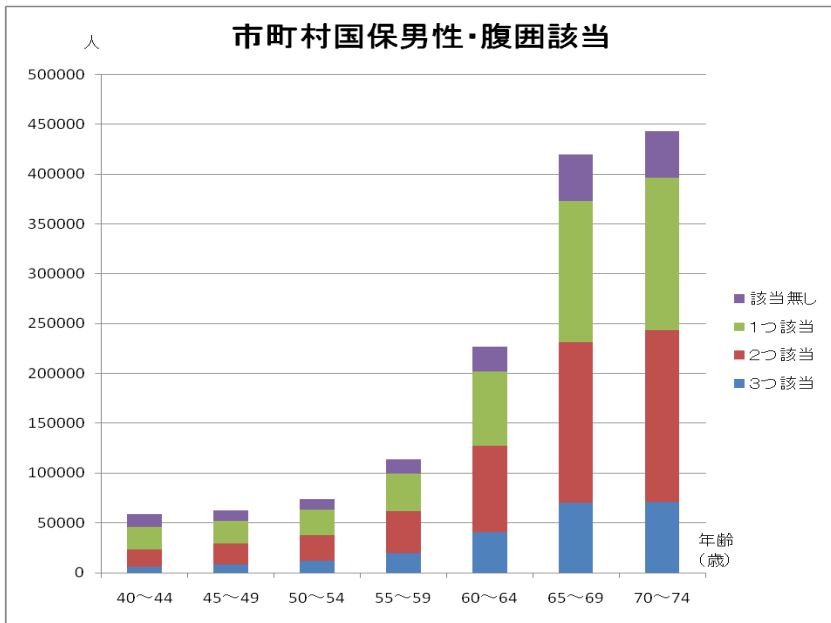
腹囲基準の該当者とリスク保有の関係(全体、男性)



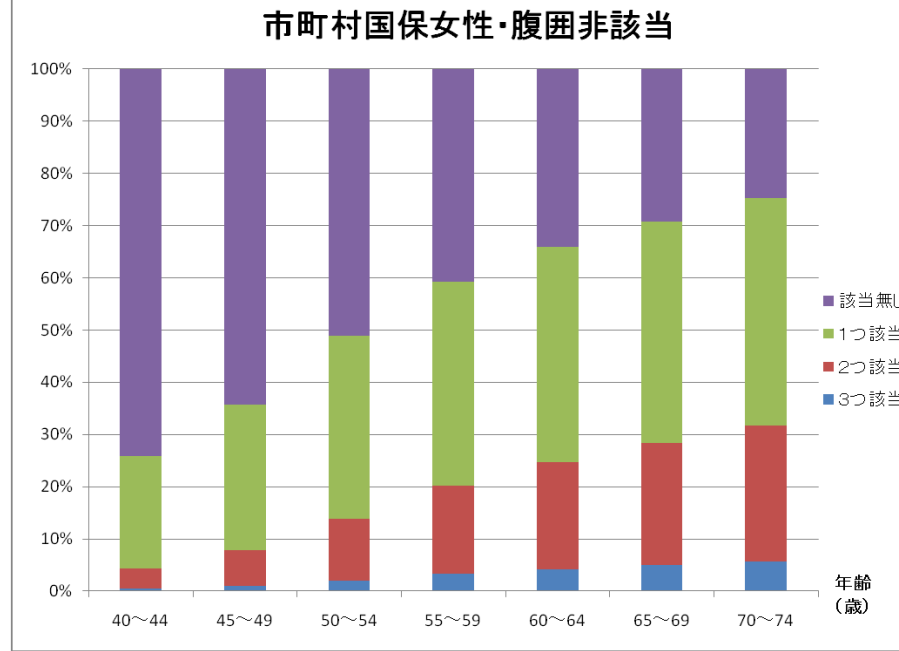
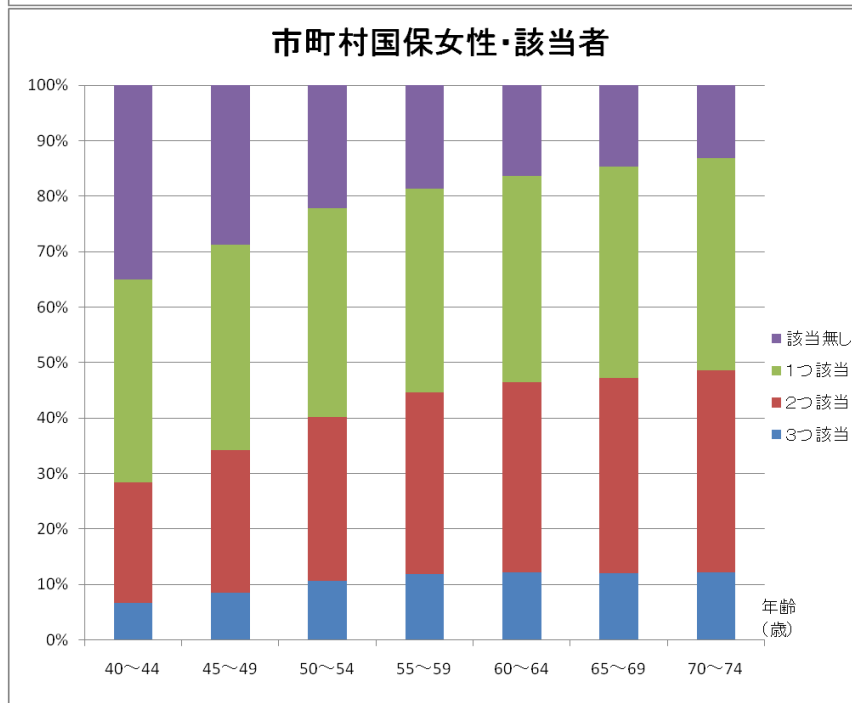
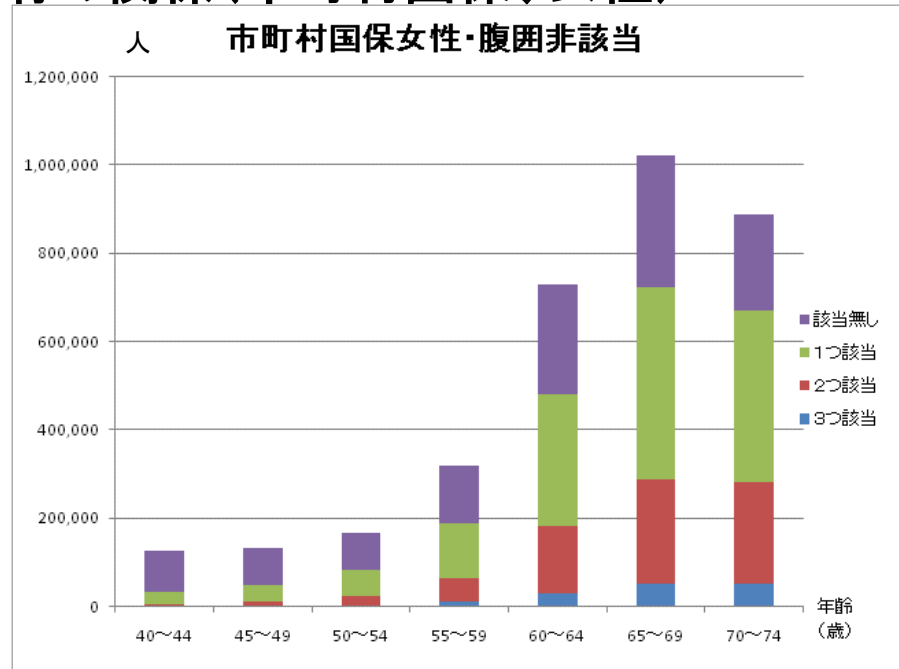
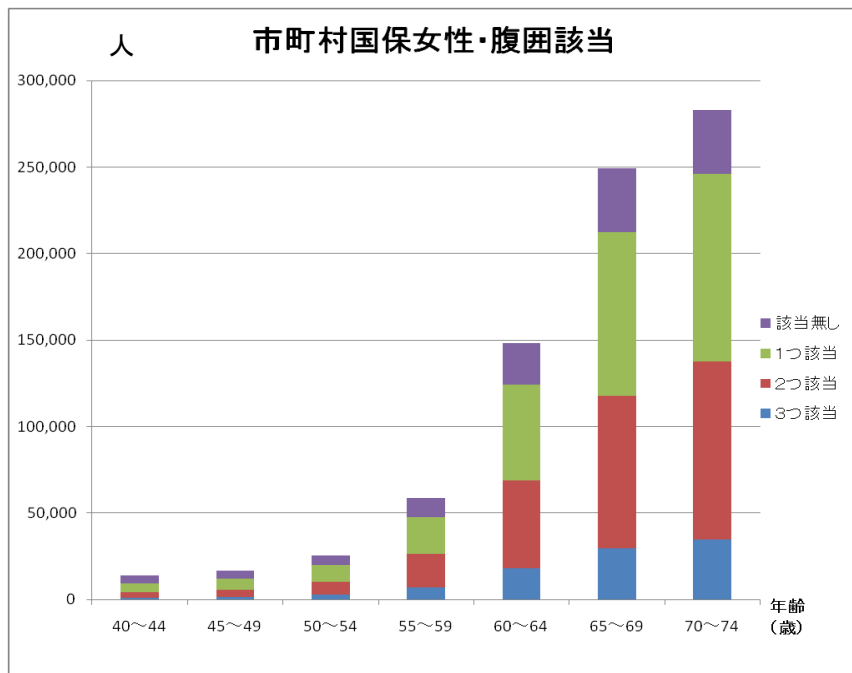
腹囲基準の該当者とリスク保有の関係(全体、女性)



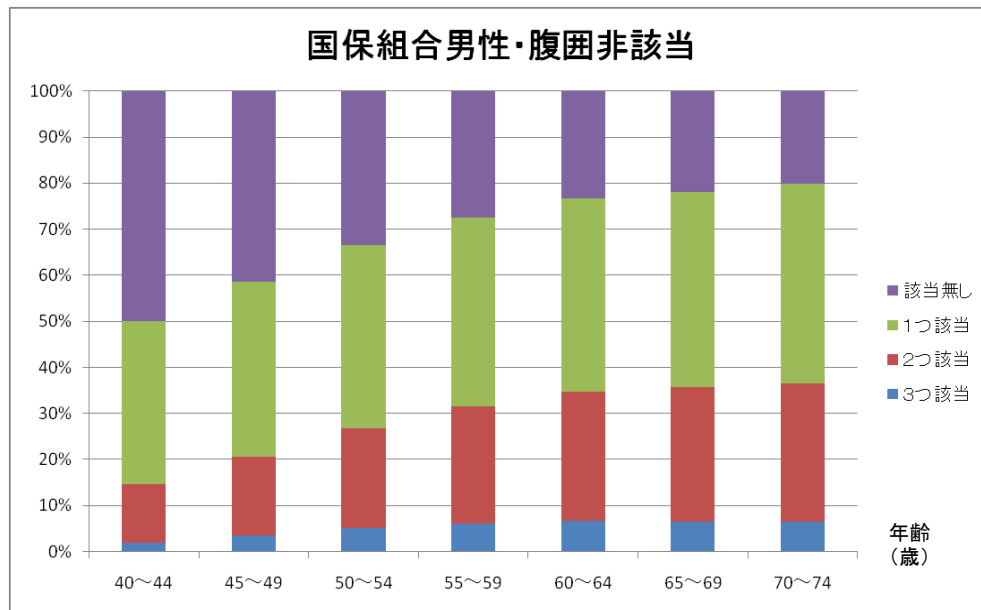
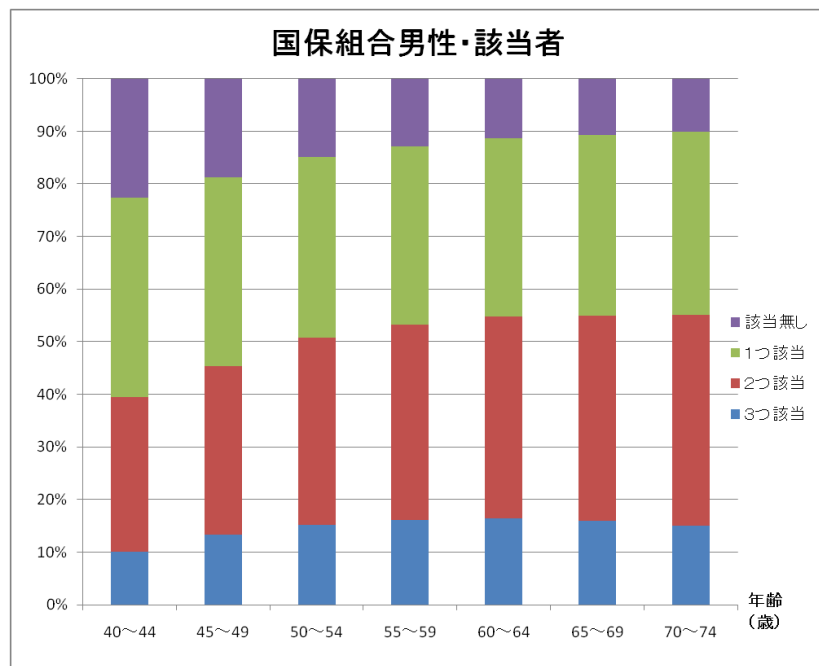
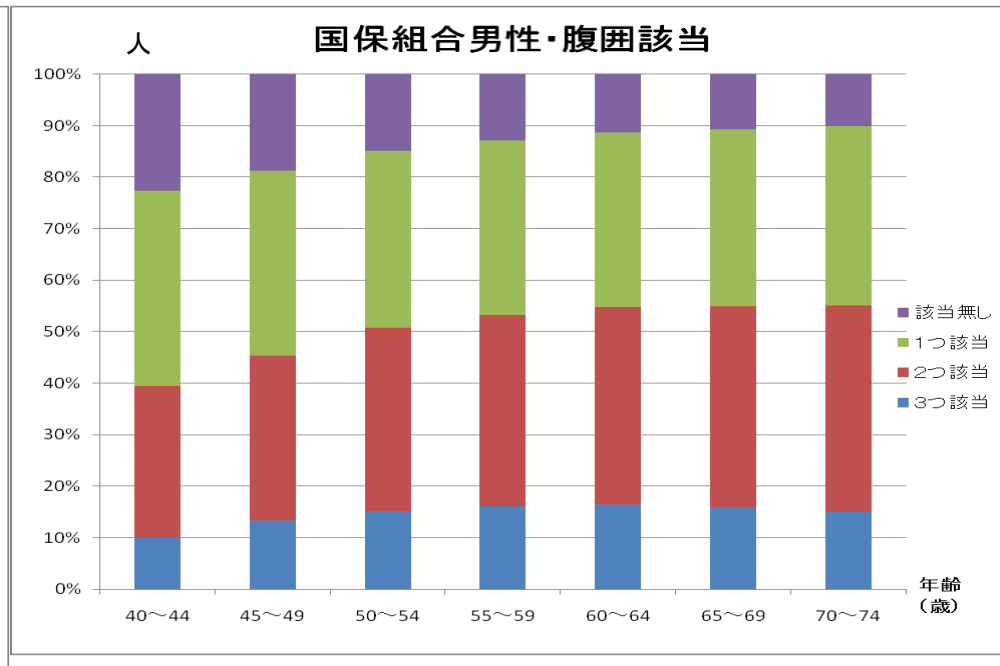
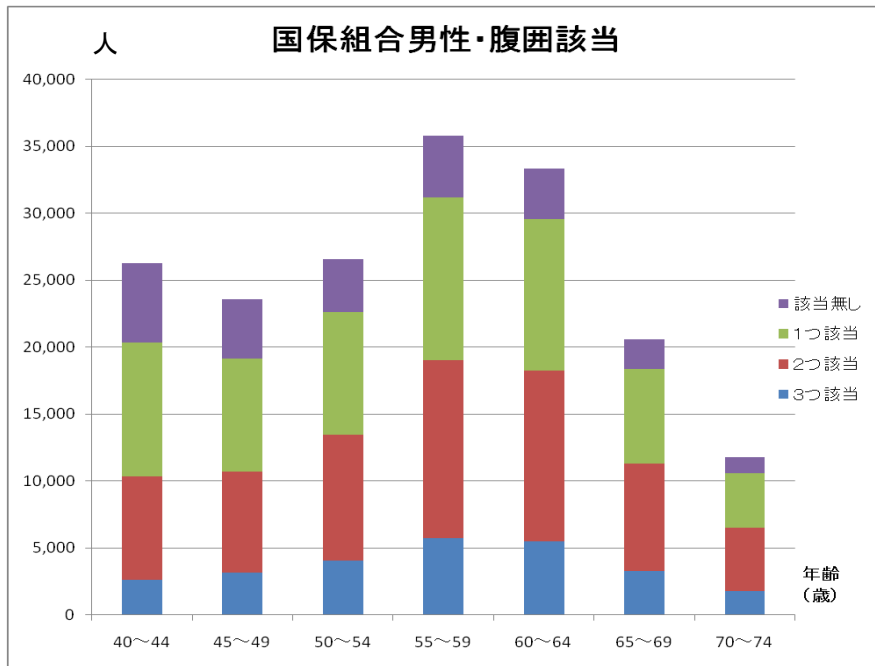
腹囲基準の該当者とリスク保有の関係(市町村国保、男性)



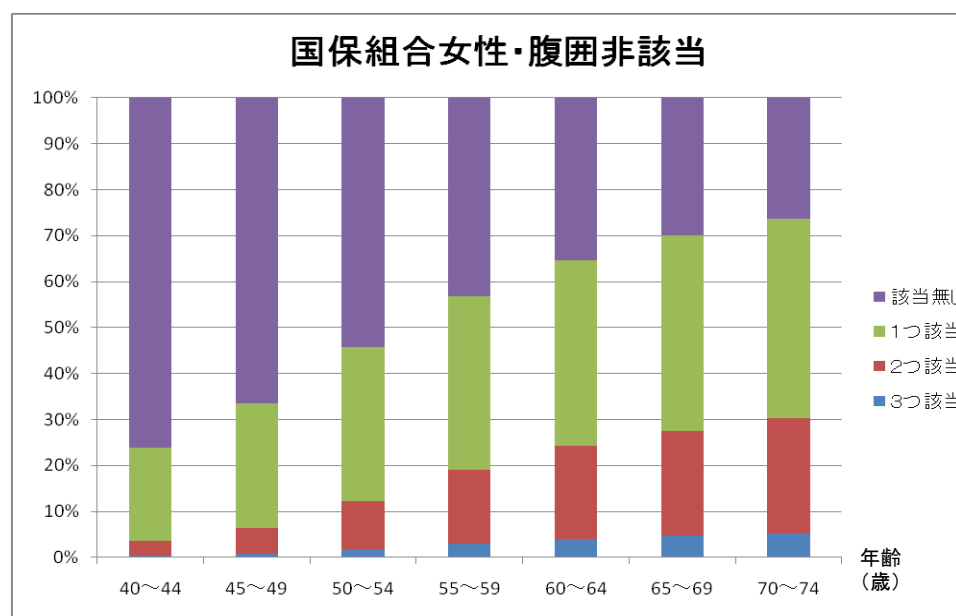
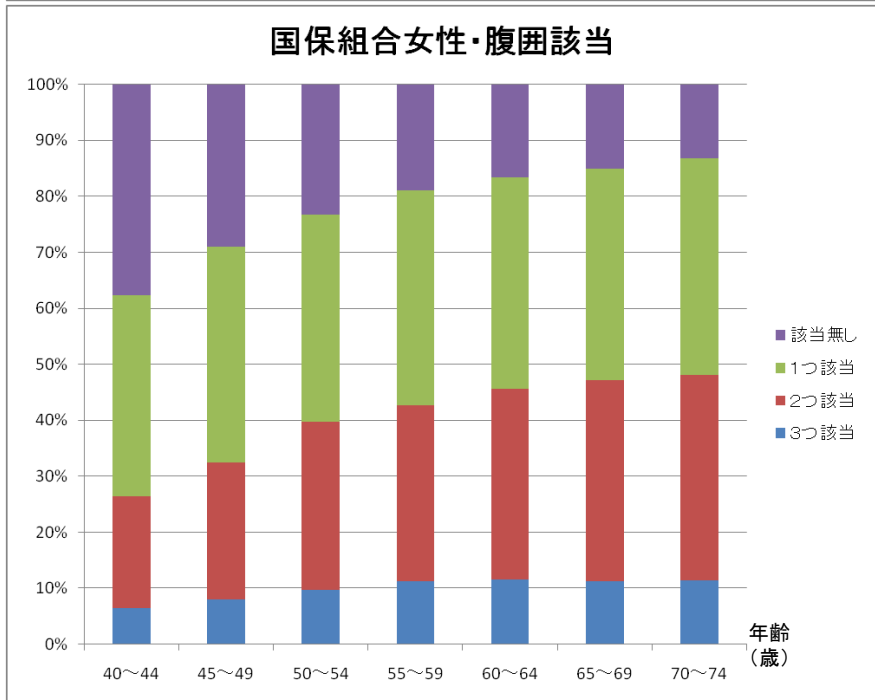
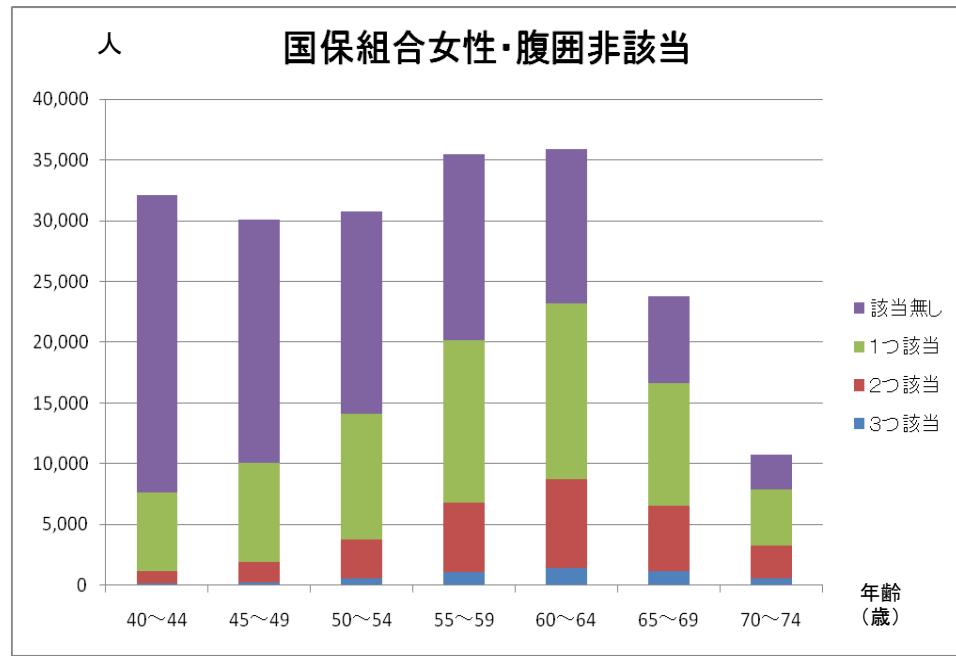
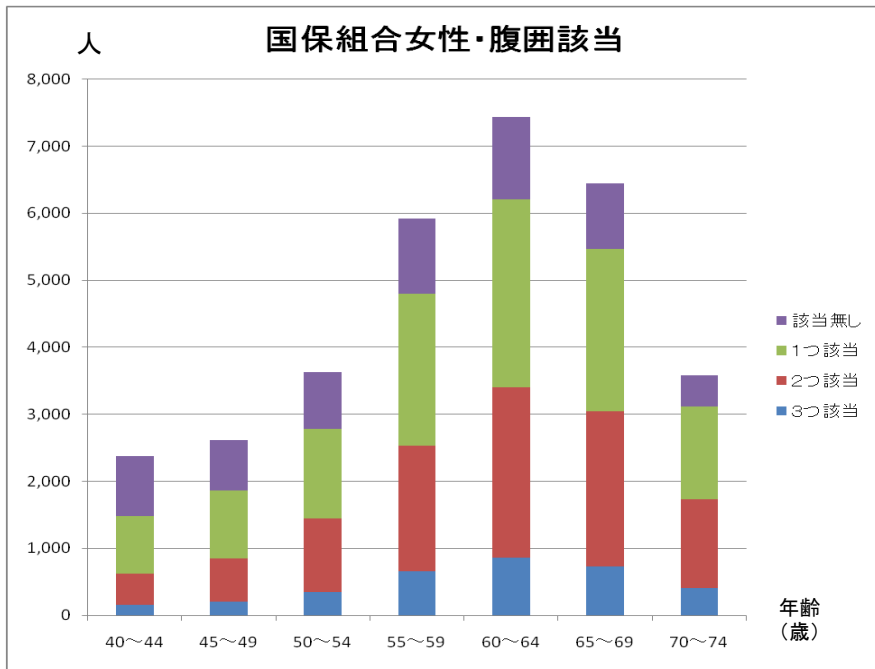
腹囲基準の該当者とリスク保有の関係(市町村国保、女性)



腹囲基準の該当者とリスク保有の関係(国保組合、男性)

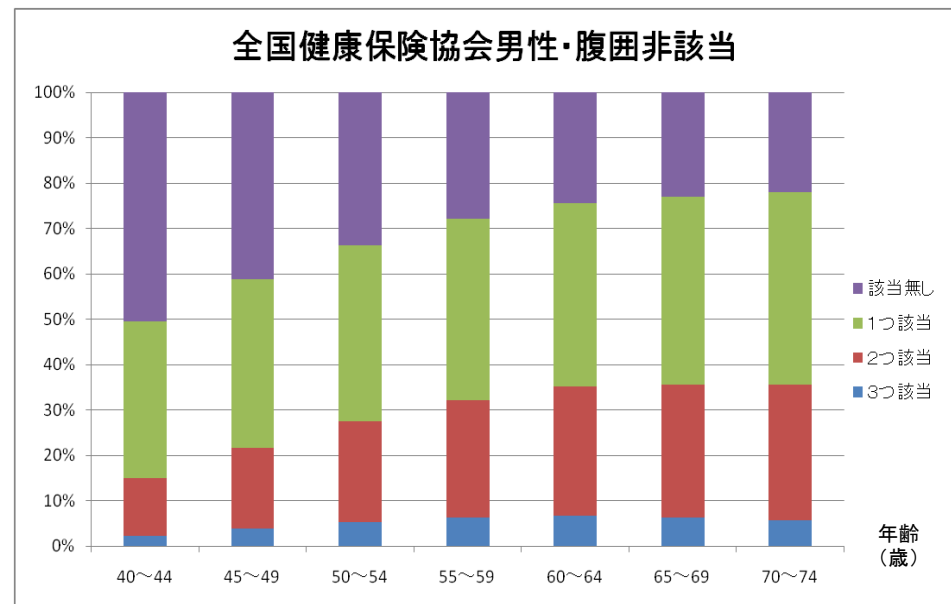
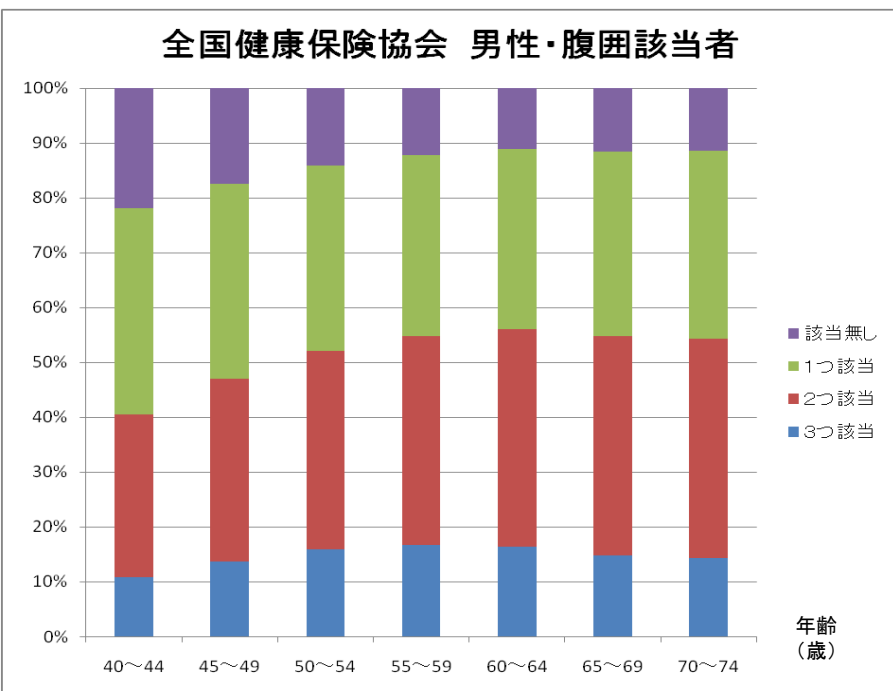
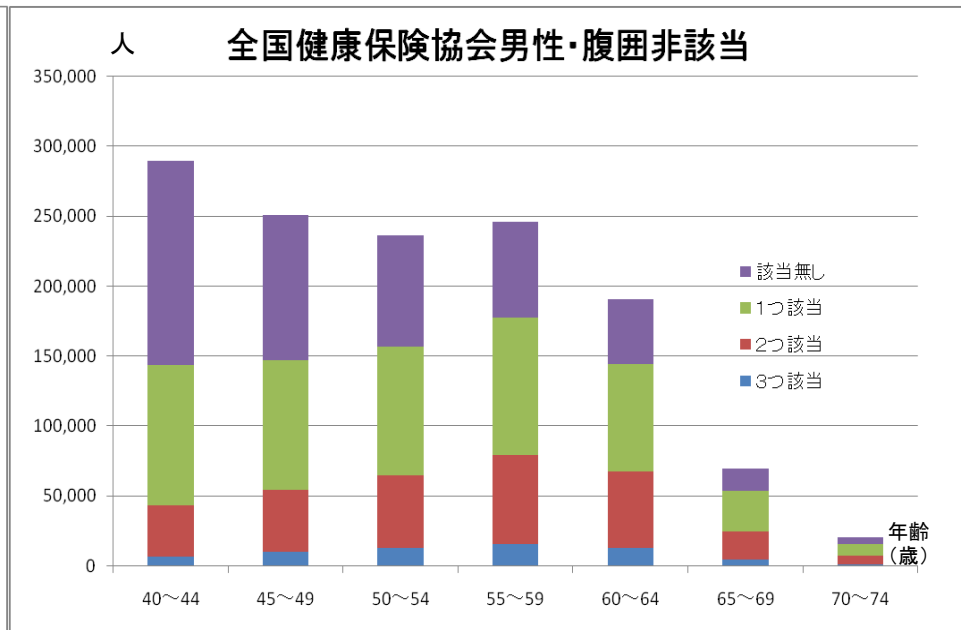
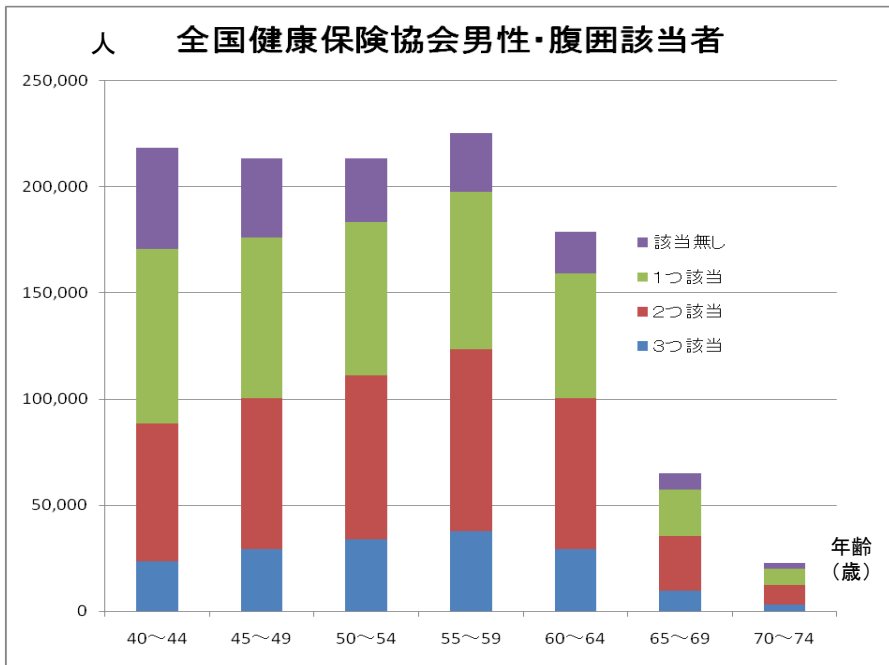


腹囲基準の該当者とリスク保有の関係(国保組合、女性)



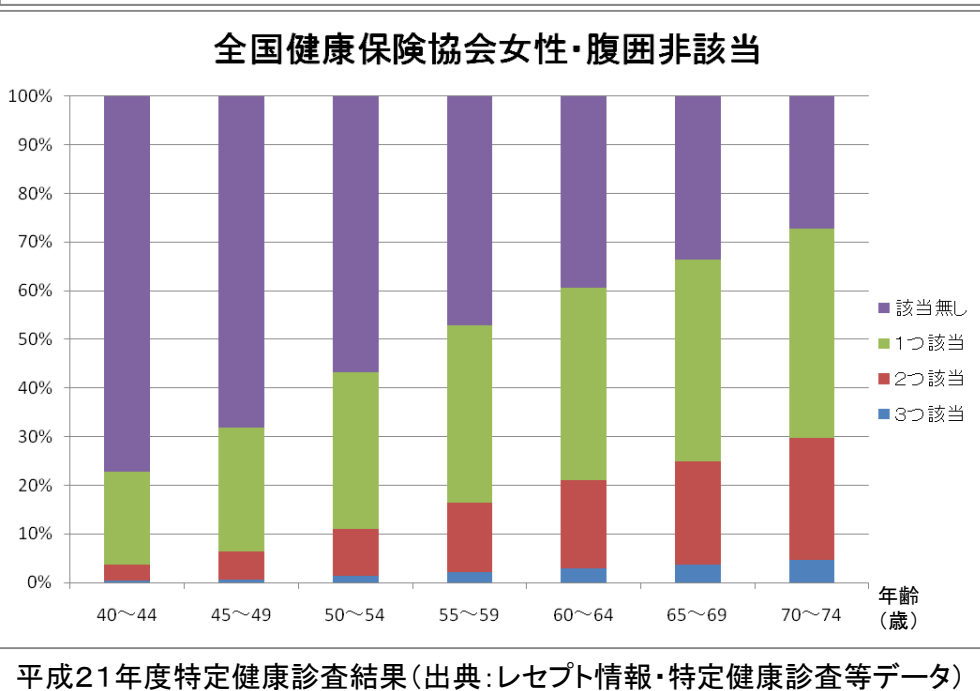
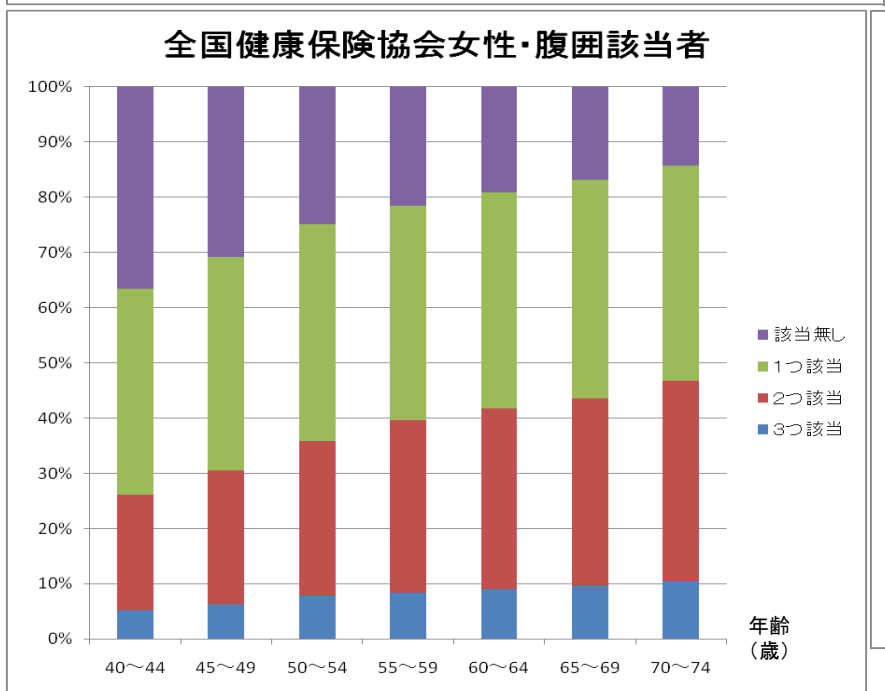
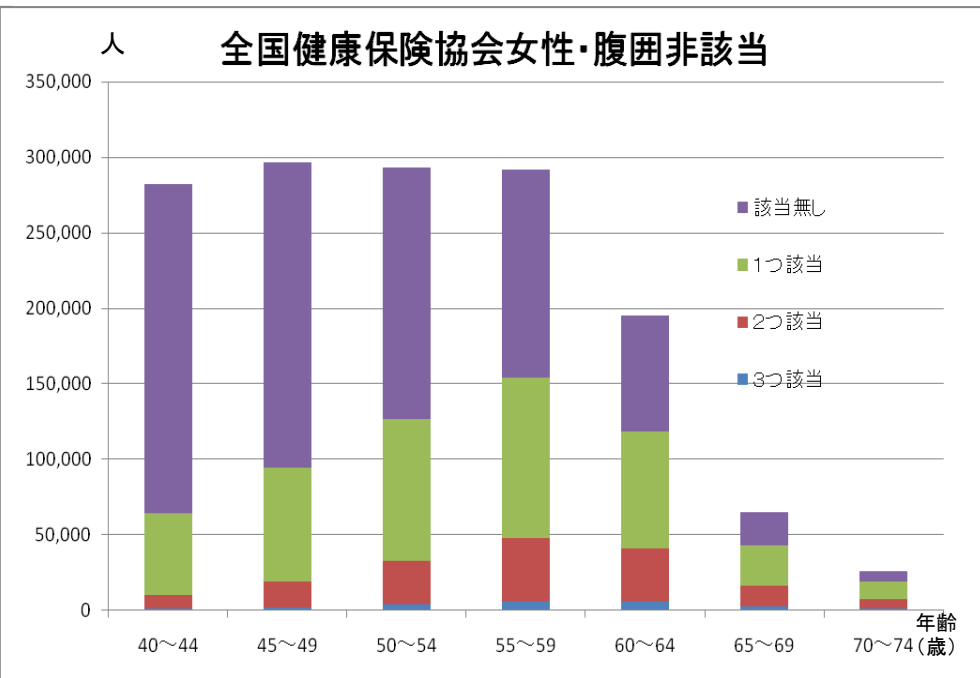
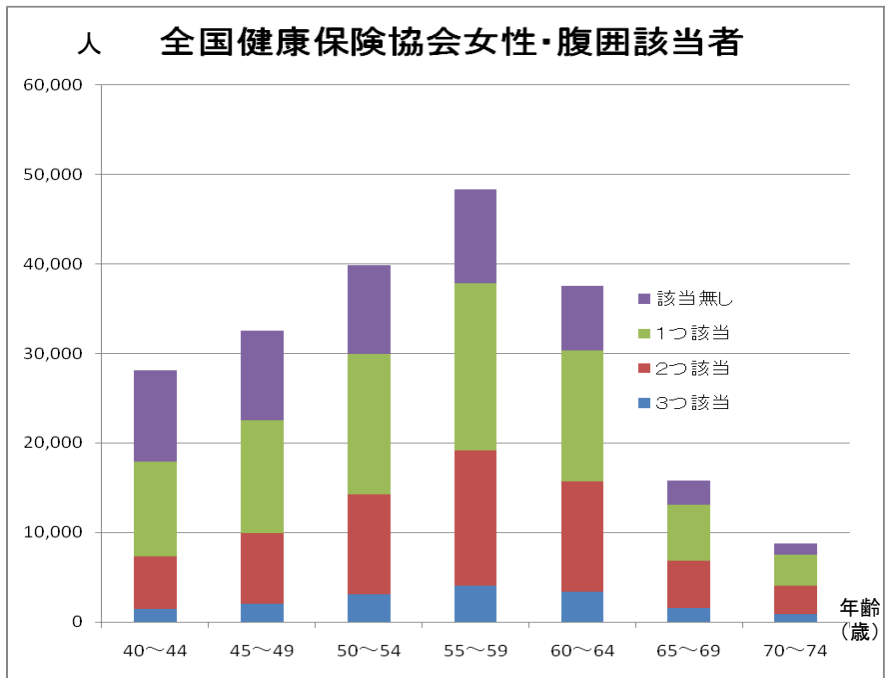
平成21年度特定健康診査結果(出典:レセプト情報・特定健康診査等データ)

腹囲基準の該当者とリスク保有の関係(全国健康保険協会、男性)

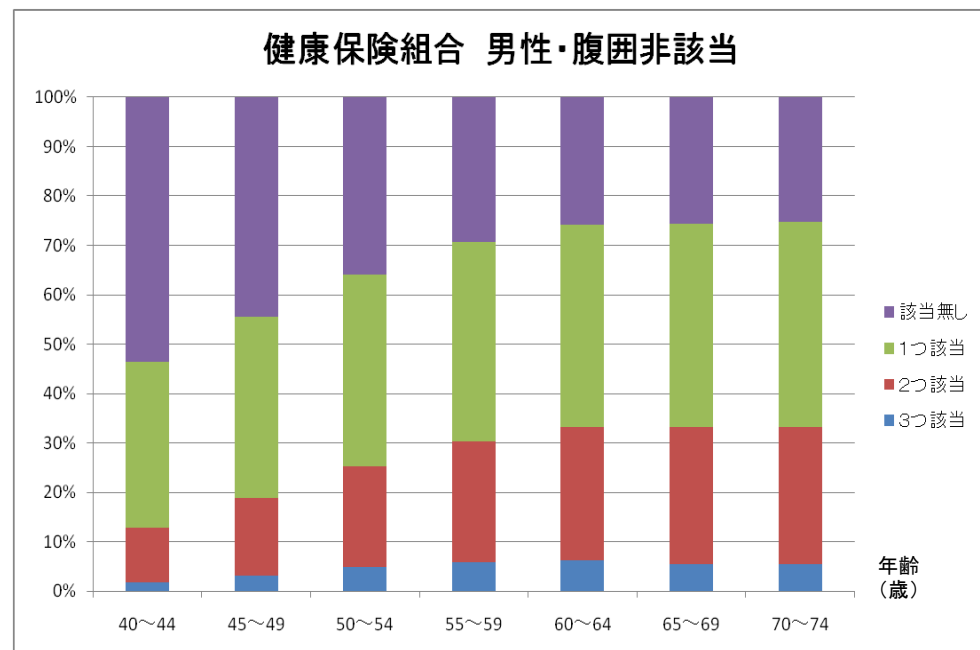
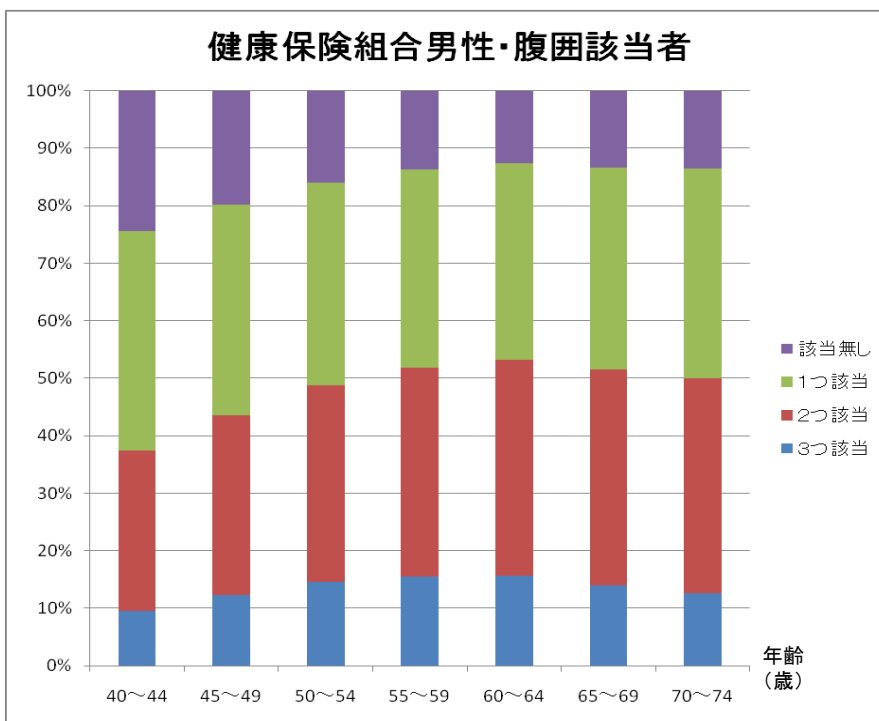
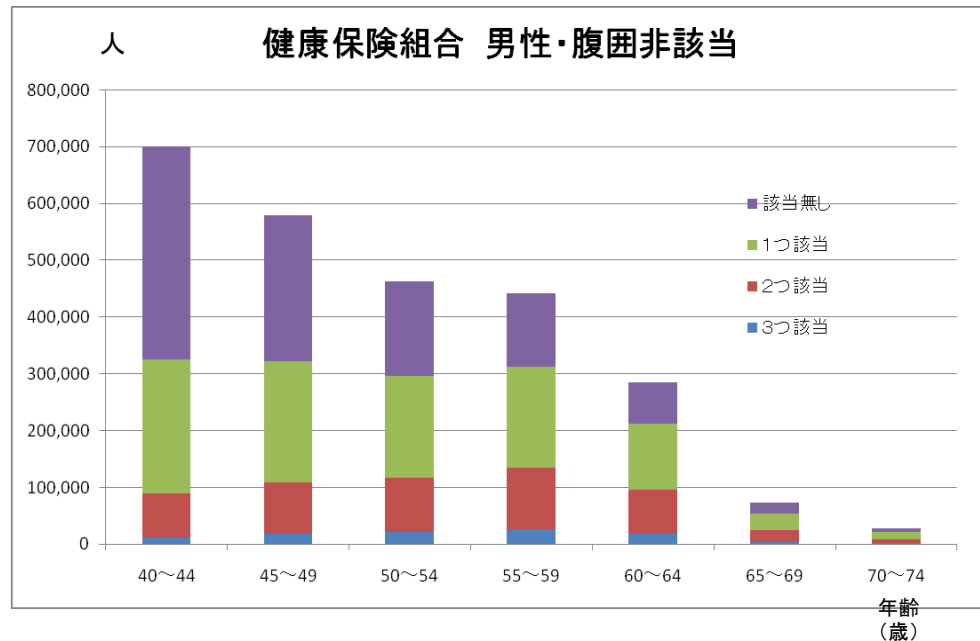
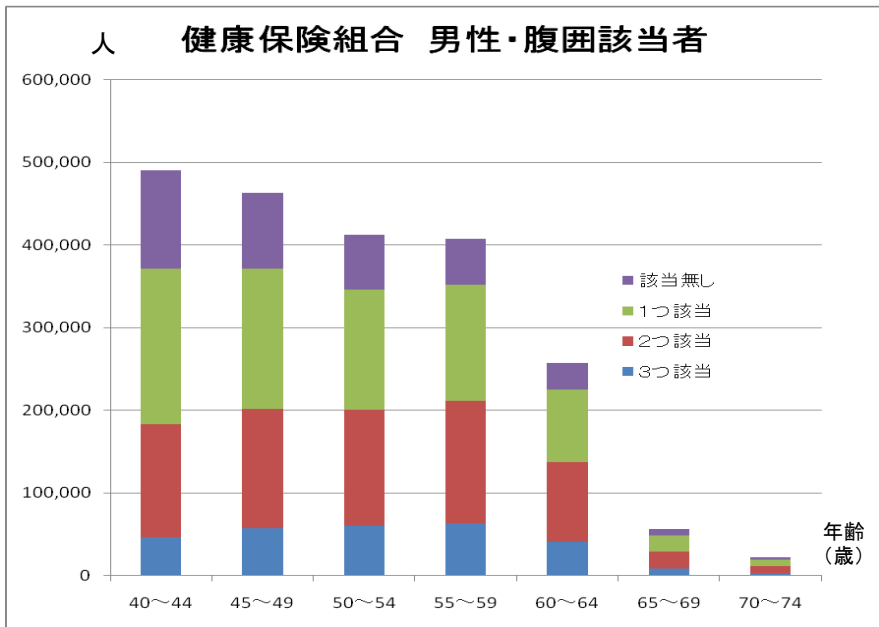


平成21年度特定健康診査結果(出典:レセプト情報・特定健康診査等データ)

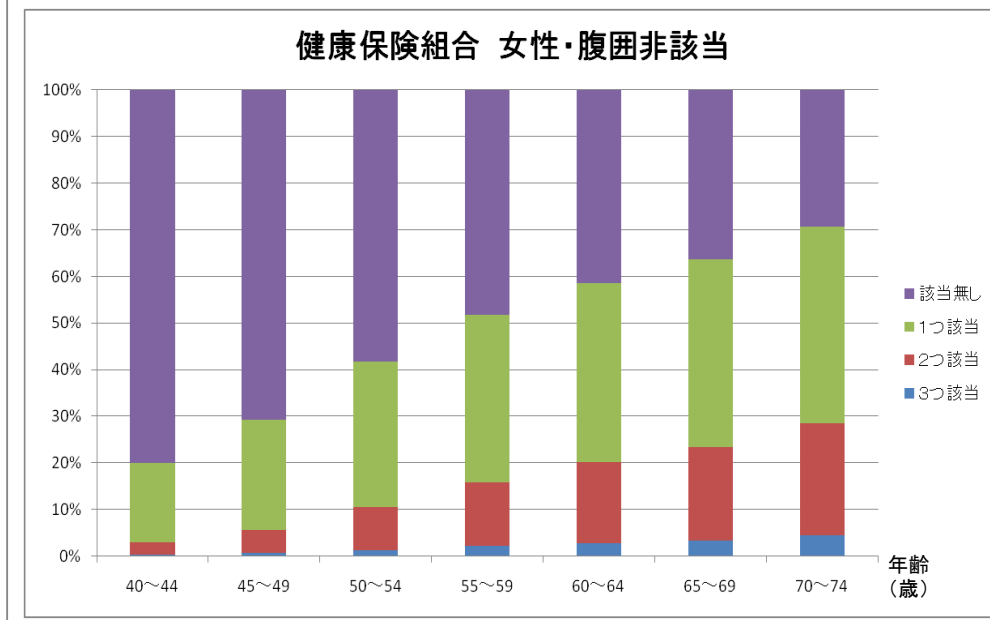
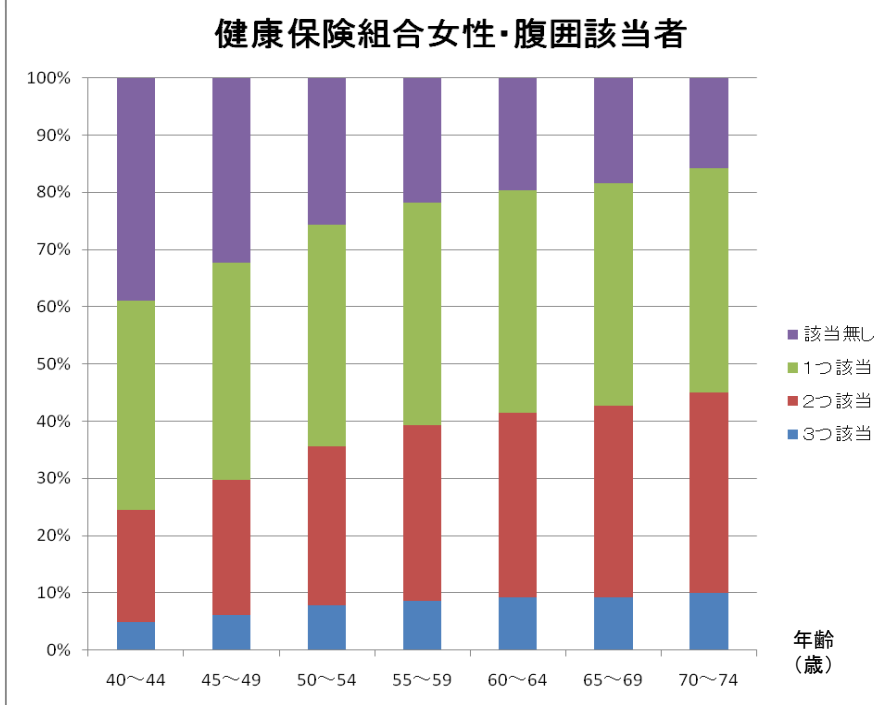
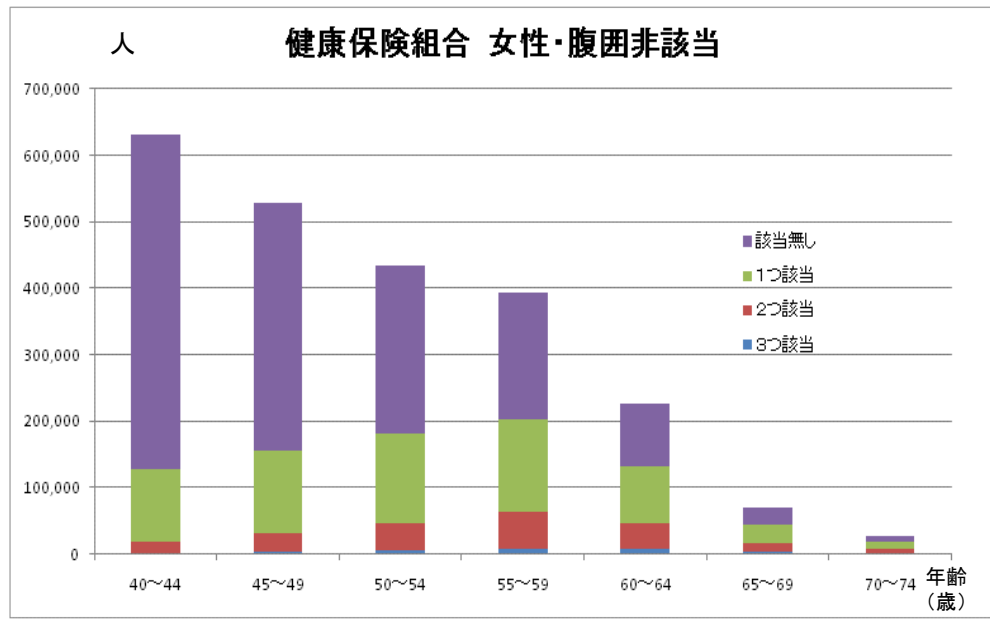
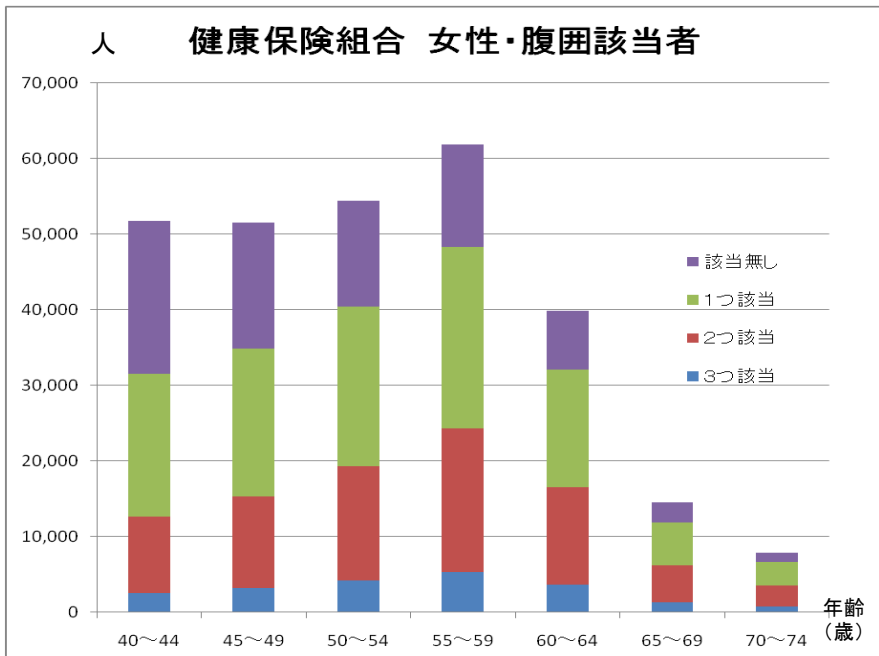
腹囲基準の該当者とリスク保有の関係(全国健康保険協会、女性)



腹囲基準の該当者とリスク保有の関係(健康保険組合、男性)

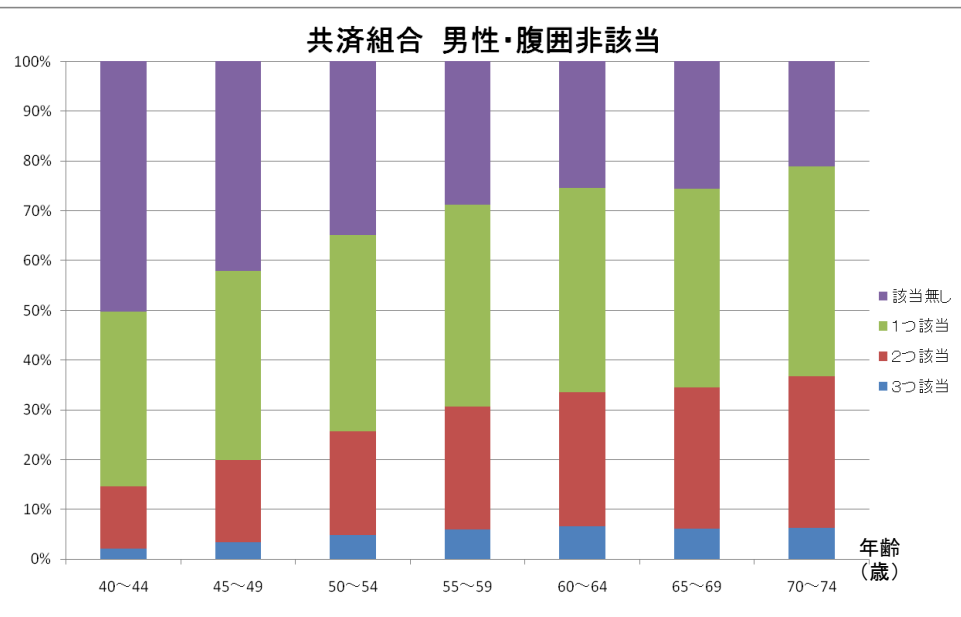
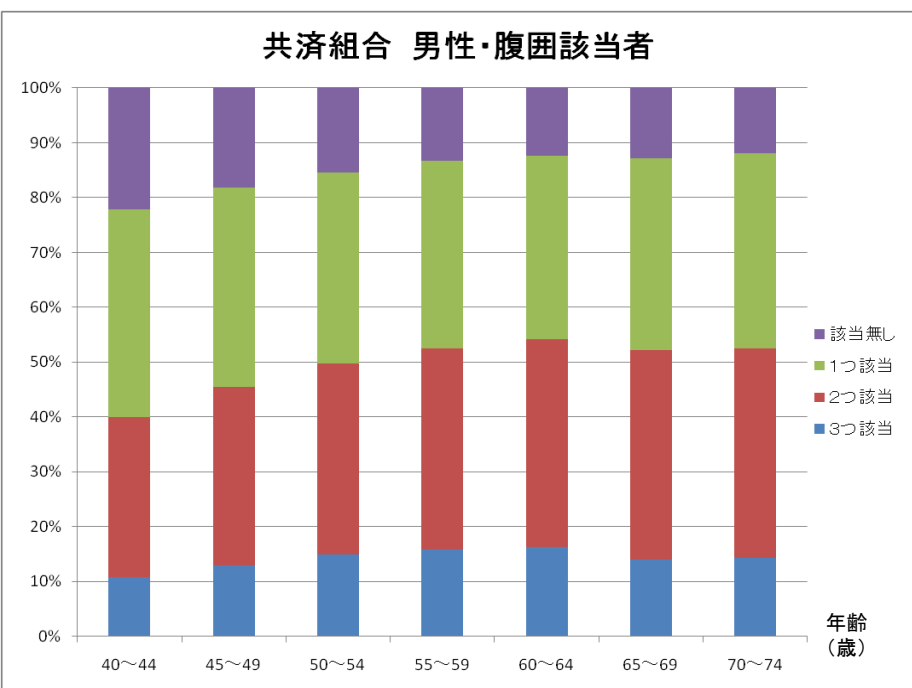
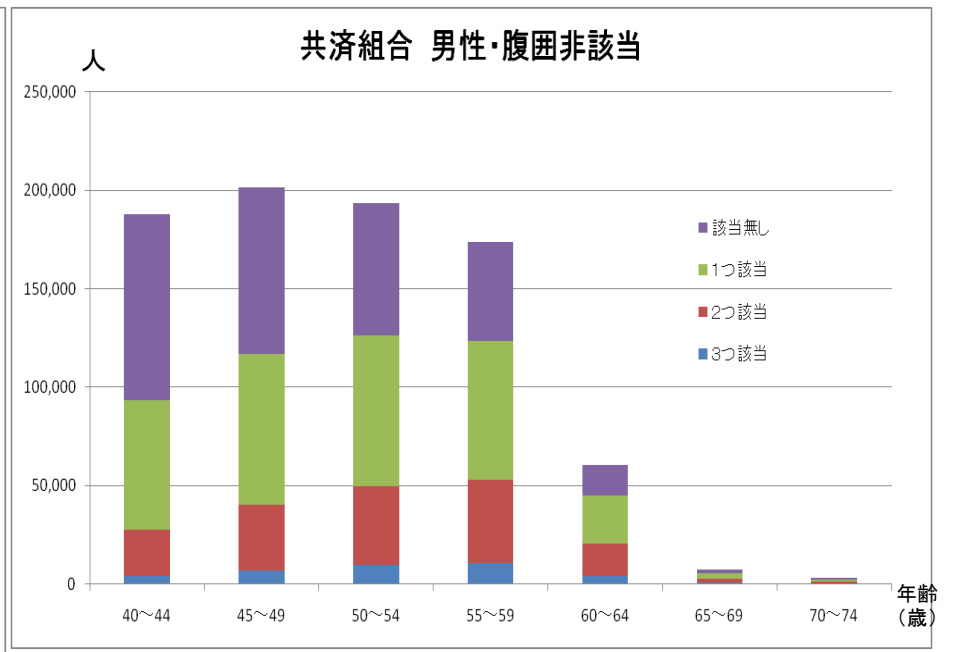
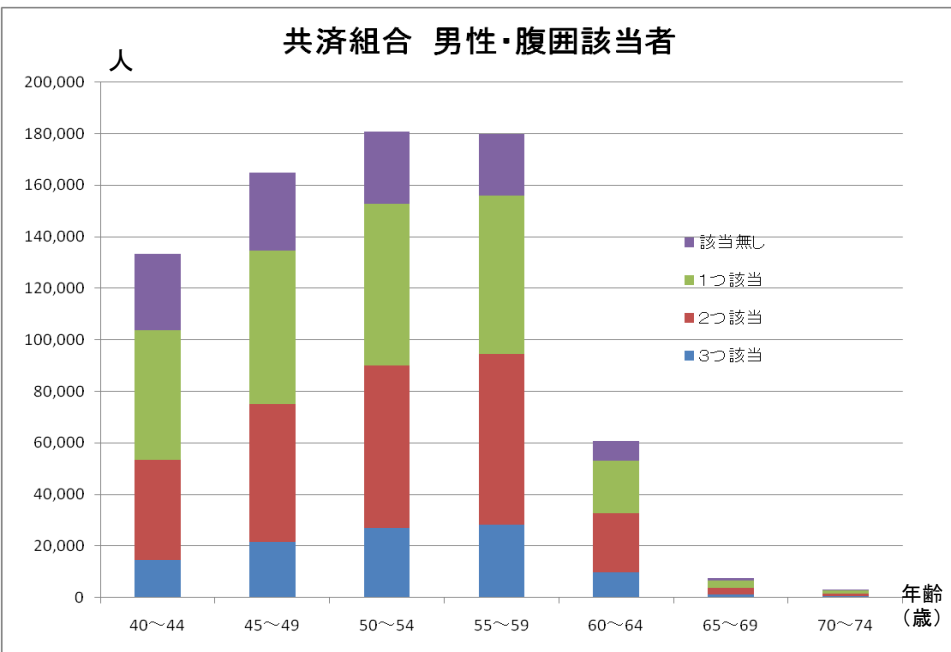


腹囲基準の該当者とリスク保有の関係(健康保険組合、女性)



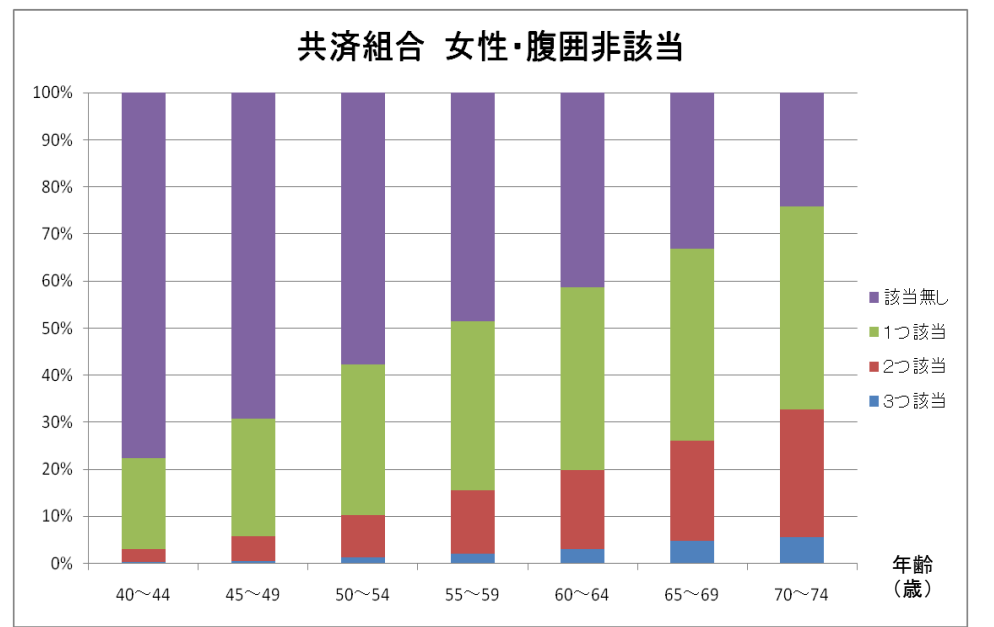
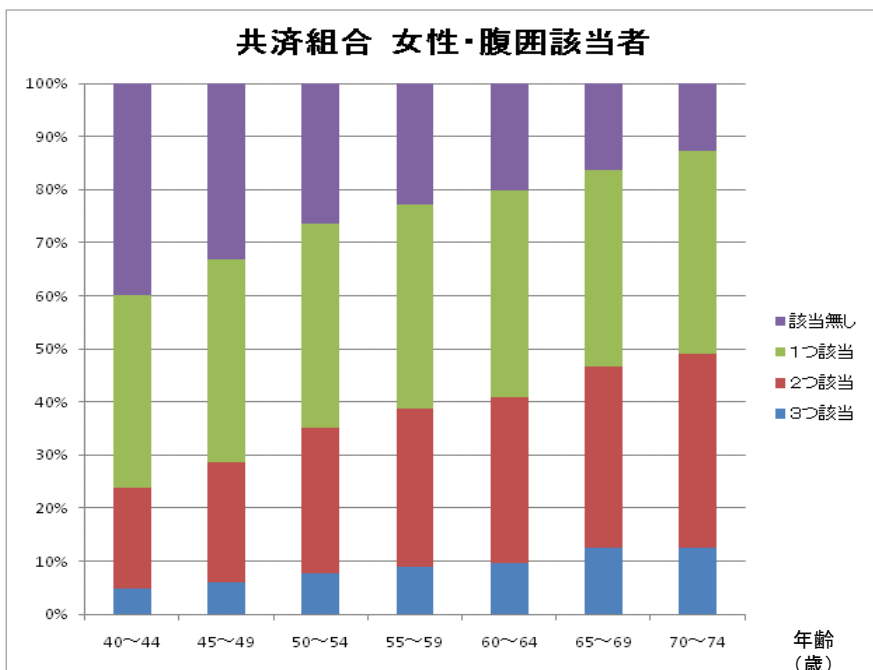
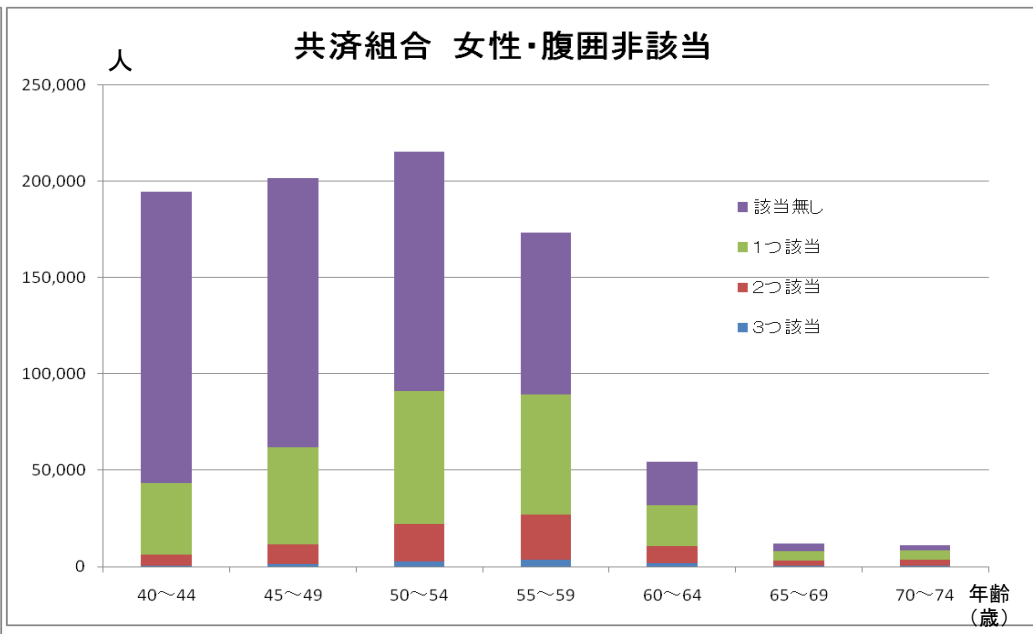
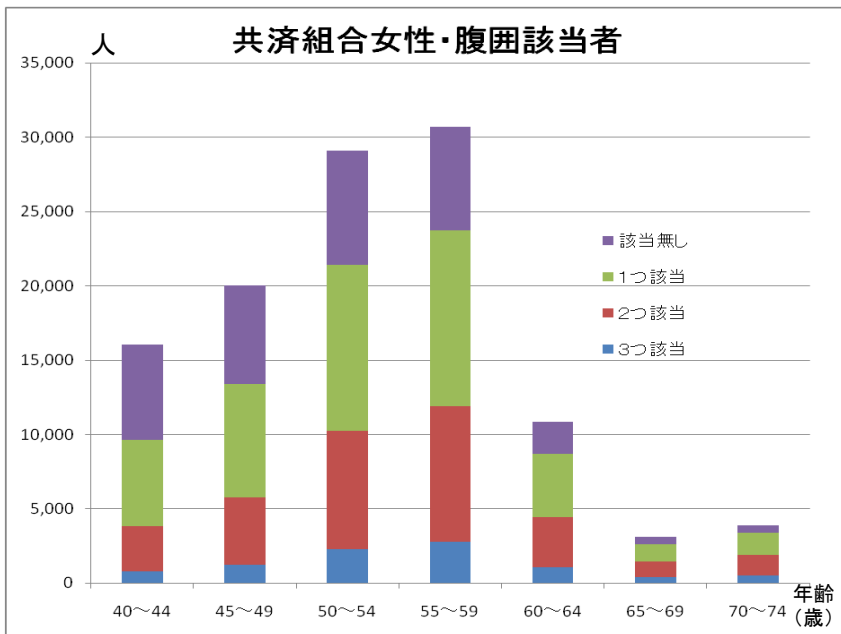
平成21年度特定健康診査結果(出典:レセプト情報・特定健康診査等データ)

腹囲基準の該当者とリスク保有の関係(共済組合、男性)



平成21年度特定健康診査結果(出典:レセプト情報・特定健康診査等データ)

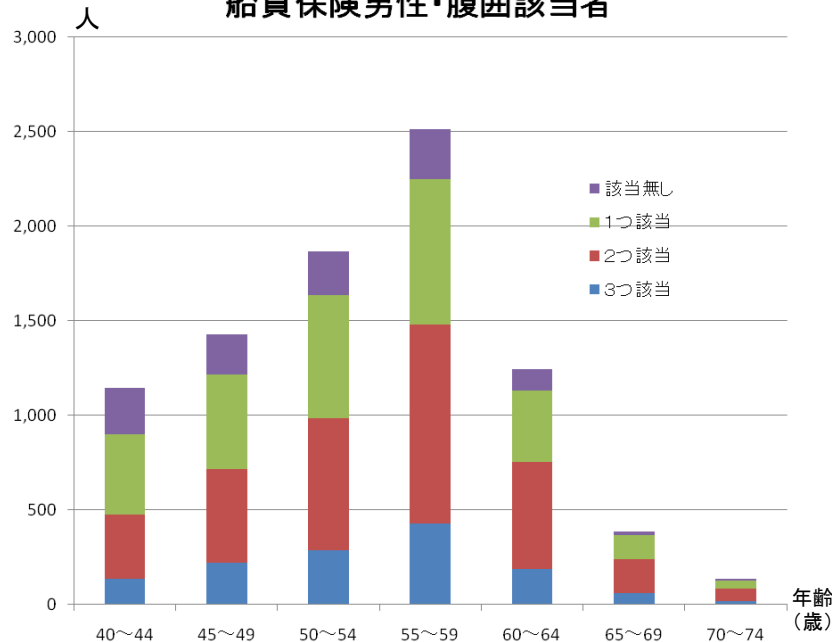
腹囲基準の該当者とリスク保有の関係(共済組合、女性)



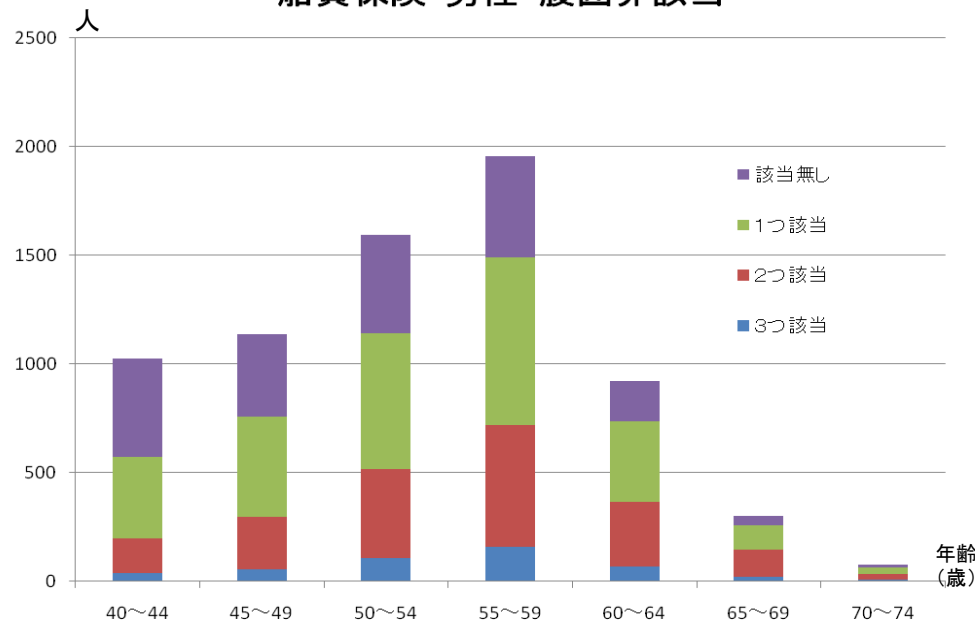
平成21年度特定健康診査結果(出典:レセプト情報・特定健康診査等データ)

腹囲基準の該当者とリスク保有の関係(船員保険、男性)

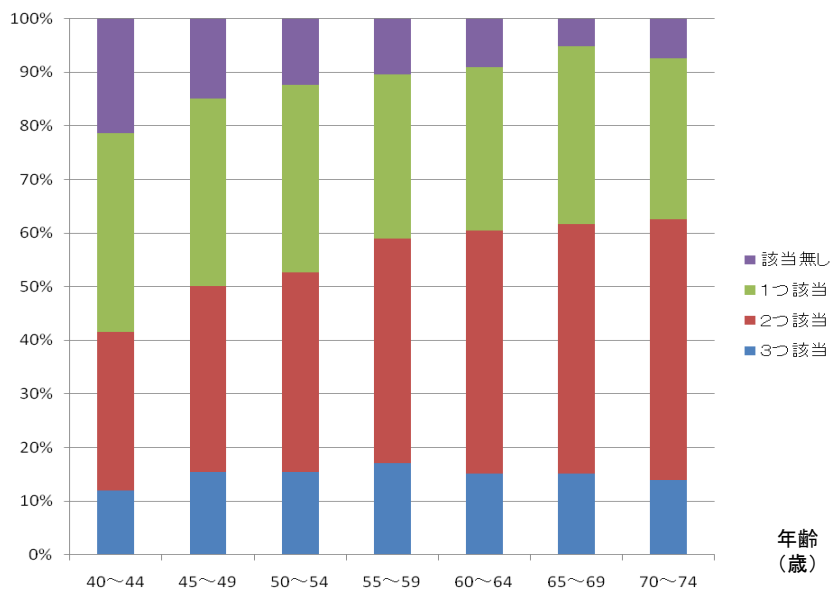
船員保険男性・腹囲該当者



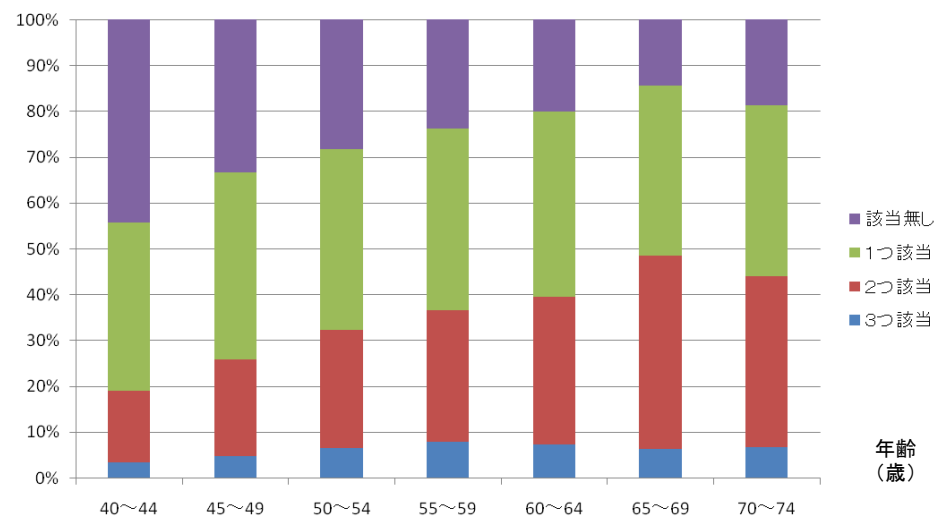
船員保険・男性 腹囲非該当



船員保険 男性・腹囲該当者

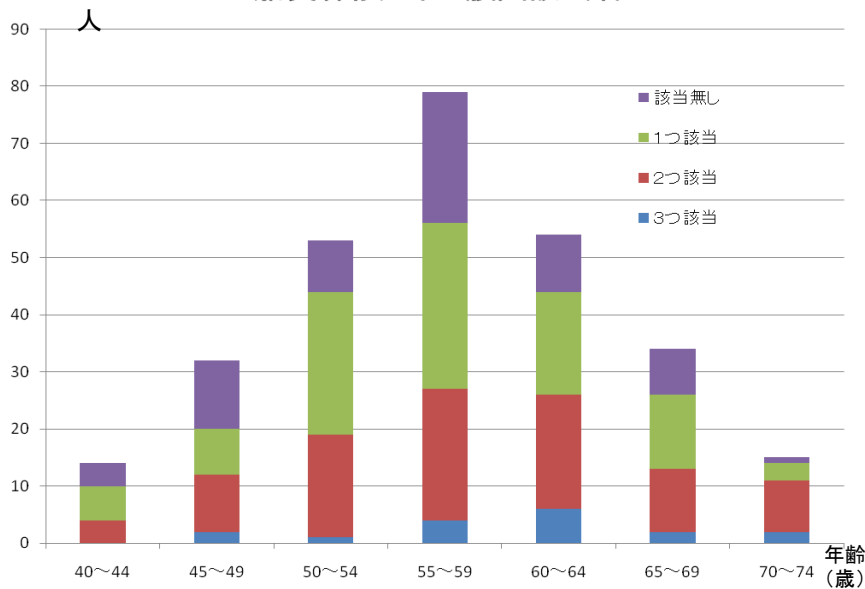


船員保険・男性 腹囲非該当

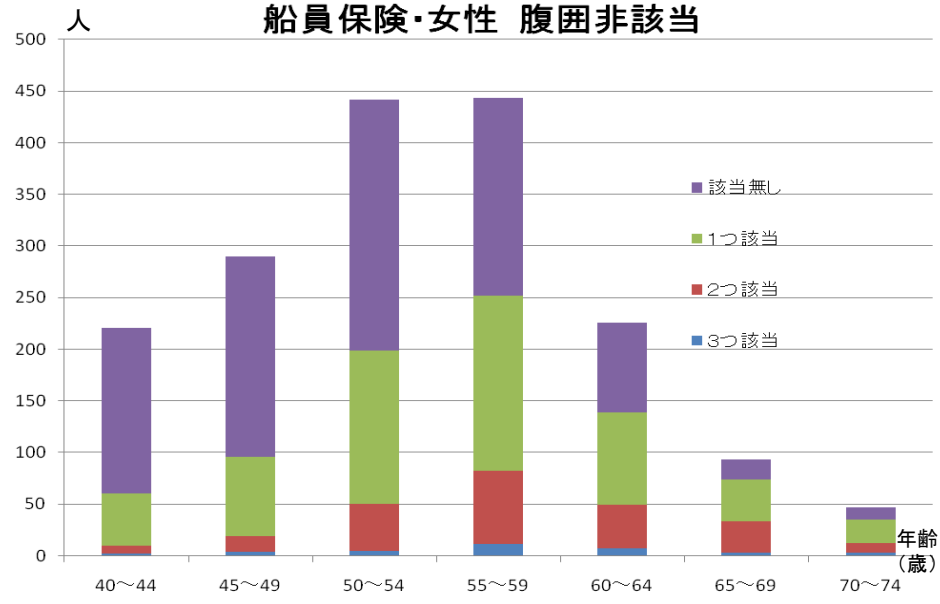


腹囲基準の該当者とリスク保有の関係(船員保険、女性)

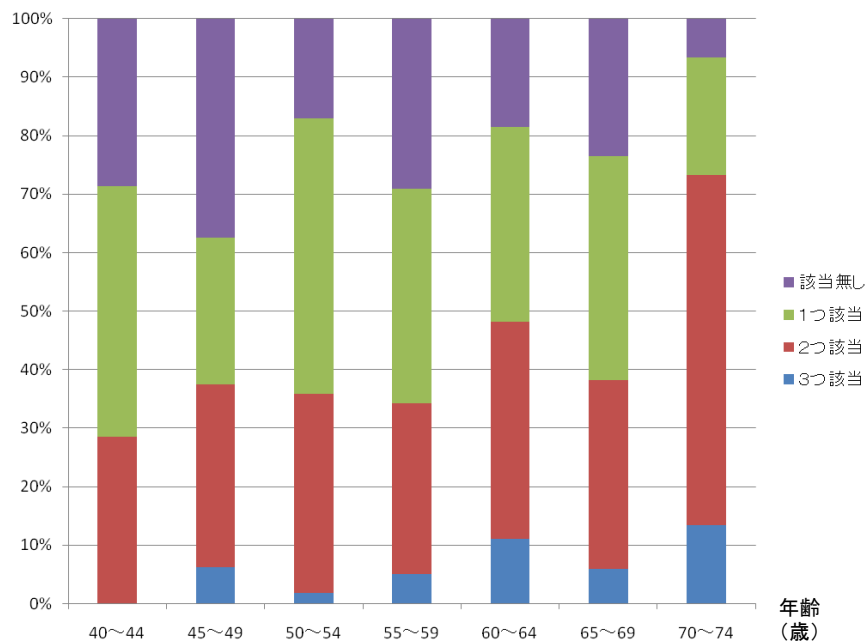
船員保険女性・腹囲該当者



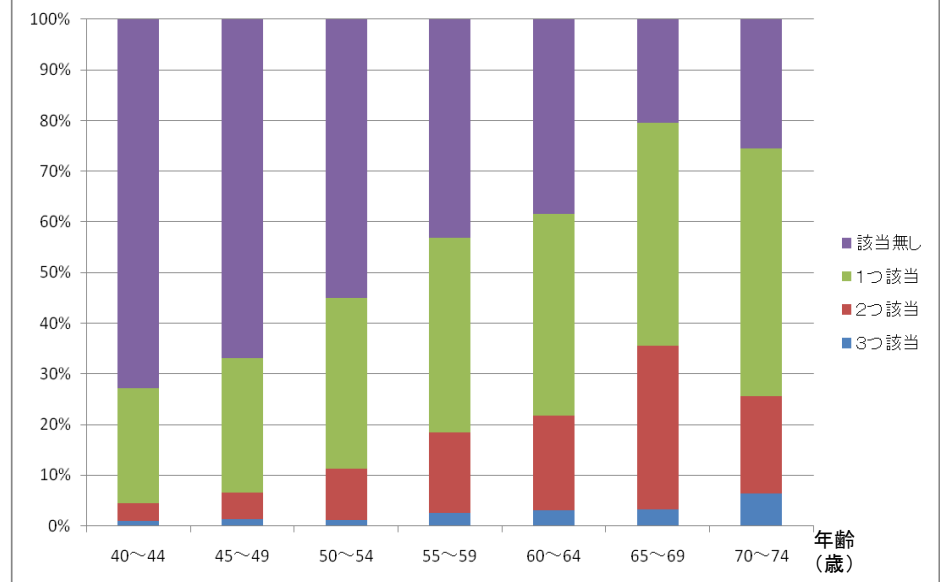
船員保険・女性 腹囲非該当



船員保険 女性・腹囲該当者



船員保険・女性 腹囲非該当



HbA1cの表記の見直しへの対応について

<前回の議論における確認事項>

※ 前回の御議論を踏まえ、事務局において改めて明確化が必要と考えられた事項について、日本糖尿病学会等の関係者から事情を聴取して、とりまとめた事項は以下のとおり。

○新基準への移行について

前回の日本糖尿病学会からの説明の中で、HbA1cについて、現在、国際標準となっているNGSP値に相当する値による表記に変更した後、更に間を置かずIFCC値という新たな表記に変更される見込みと誤解されるような発言があった。これについては、国際標準として現在用いられている表記は、あくまでもNGSP値であり、現時点では、将来IFCC値を国際標準として取り扱う方向性が学術的レベルで決まっているのみで、諸外国においても臨床現場で移行の見込みが具体的にたっている状態ではない。

国際的な情報の共有化等の観点から、速やかなNGSP相当値への表記の移行が求められている。

○健診実施機関における対応について

また、健診実施機関において、例えば、健診受診者に対しては、新基準のNGSP値による表記を行った健診結果を通知しつつ、保険者に対しては、旧基準のJDS値に基づく報告を行う、というように用途に応じて表記を変更することは困難との意見があった。

なお、前回の議論では、保険者において、平成25年度において、保健指導の階層化に係るシステム改修を行うことについては大きな異論はなかったと考えられる。

○日本糖尿病学会の方針

日本糖尿病学会の方針としては、あくまでも臨床や健診の現場でのNGSPに相当する値による表記の導入については、平成24年4月から行いたいとの立場。

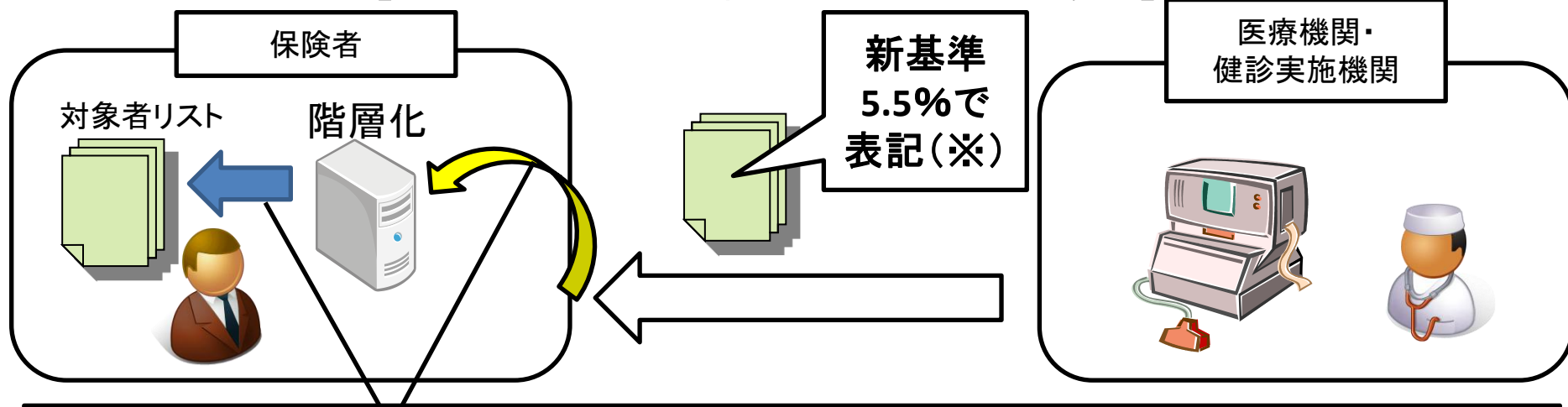
○平成24年4月から臨床・健診の現場においてHbA1cの表記が一斉に変更となる場合に、保険者や健診実施機関等においてどのような対応があるか、検討する必要。

①平成24年度に保険者において対応をする場合の例

○平成24年4月から臨床・健診の実施場所でのHbA1cの表記が、新たにNGSP相当値(現在の基準よりも表記上、0.4程度高くなる)となった場合、保険者に対しての報告もNGSP相当値となるが、保険者における階層化のシステムは従来通り、旧基準のJDS値によるものとなっているため、例えば以下のように保険者における対応が必要となる。

※現在、「標準的な健診・保健指導プログラム」においては、健診実施機関が、各検査項目について検査項目や検査方法を、日本臨床検査医学会が定めるJLAC10コードに基づいて報告を行うこととなっているが、本件により、JLAC10コードの対応が必要か否かは別途検討する必要。

【HbA1cの値が旧基準(JDS値)で5.1%の場合】



○保険者における階層化に係るシステム改修は平成25年度からの対応となるため、

- ①保険者において、階層化の前に新基準による表記であるHbA1cの値から一律に0.4を差し引いた上で階層化を行う、又は
- ②一旦、新基準の表記のまま階層化をした上で(したがって、実際より多く対象者を抽出した上で)、対象として抽出された者のうち、HbA1cの値が5.6%未満の者を対象者から除外する(階層化の基準がJDS値で5.2%以上のため)、

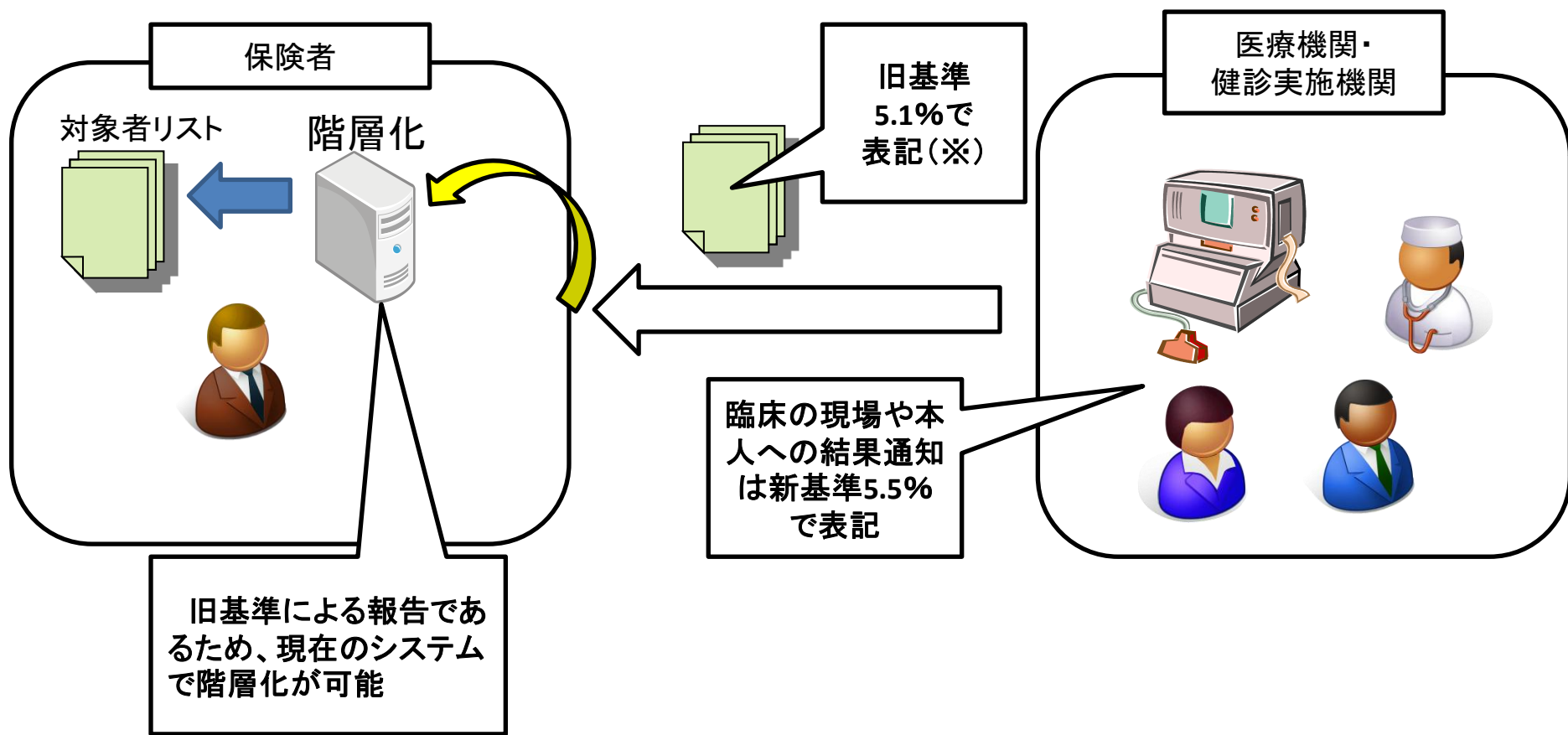
といった措置が必要となる。なお、いずれの場合においても、保険者や国のデータベースに実績が保存される段階では過去のデータとの整合性が担保される必要がある。

(※)新基準(NGSP相当値)による表記である旨を健診結果に明記し、保険者において確認ができるようにする。

②平成24年度に医療機関・健診機関において対応する場合の例

○前ページの保険者における対応が困難な場合には、健診実施機関において結果通知を旧基準に基づいて保険者へ報告する必要がある。この場合、健診の実施を行う医療機関においては、通常の臨床の現場においては新基準による表記を行い、健診の保険者への実績報告は旧基準で行う、との2通りの対応が必要となる。

【HbA1cの値が旧基準(JDS値)で5.1%の場合】



(※)旧基準(JDS値)による表記である旨を健診結果に明記し、保険者において確認ができるようにする。

③HbA1Cの検査値を新旧併記して対応する場合の例

○折衷的な対応として、健診結果等については新基準と旧基準を併記して対応することはできないか。この場合、保険者へのXML形式での報告についても新基準に対応するコードを付した上で報告させることとしつつ、平成24年度は保険者のシステム対応はないため、当該新コードは読み込まれないこととなる。

(現行)

特定健康診査受診結果通知表

(案)

項目		検査結果	受診勧奨判定値
⋮		⋮	⋮
血糖	空腹時血糖		110mg/dl未満
	HbA1C		6.1%未満
⋮		⋮	⋮



項目		検査結果	受診勧奨判定値
⋮		⋮	⋮
血糖	空腹時血糖		110mg/dl未満
	HbA1C	JDS(旧)	6.1%未満
		NGSP(新)	6.5%未満
⋮		⋮	⋮

※ HbA1Cについては現在国際基準への移行中であるので、結果を2つ表示していますが、どちらも同じ結果を示しています。

XML上の表記

JDSの表記は、
現行と変わらず。

```
<entry>
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
<code code="3D04500001906202" displayName="HbA1C"/>
<value xsi:type="PQ" value="6.1" unit="mg/dL"/>
</entry>
```



```
<entry>
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
<code code="3D04500001906202" displayName="HbA1C"/>
<value xsi:type="PQ" value="6.1" unit="mg/dL"/>
</entry>
```

```
<entry>
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
<code code="3D04500001906202" displayName="HbA1C(NGSP)"/>
<value xsi:type="PQ" value="6.5" unit="mg/dL"/>
</entry>
```

保険者では読み込まない

※保険者への報告も新旧基準併記となるため、明確化できる上、旧基準のコード表記を変えないため、階層化のシステム改修の必要性もない。

※※保険者において新基準部分のみを読み込まない、とする処理ができない場合(データが全体としてエラーになる場合)、JDS値のみで報告(現状と全く同じ方法)することも検討。

考えられる対応のパターン

	概要	留意点
①保険者による平成24年度暫定対応	<ul style="list-style-type: none"> ○平成24年度から臨床・健診の現場は新基準に移行。保険者への実績報告も新基準。 ○保険者において、平成24年度は新基準を旧基準の表記に変換して階層化するか、又は階層化した後に旧基準に修正を加えるか対応。 	<ul style="list-style-type: none"> ○保険者において、階層化の前に新基準を旧基準の値に置き換える、又は新基準によって階層化した後に旧基準に基づく対象者をさらに絞り込むなどの事務コストが発生。
	<ul style="list-style-type: none"> ○保険者において、平成24年度は、空腹時血糖のみを階層化に使用する。 	<ul style="list-style-type: none"> ○平成24年度は、HbA1cを用いた階層化ができないこととなる。
②医療機関・健診機関による平成24年度暫定対応	<ul style="list-style-type: none"> ○医療機関・健診実施機関において、診察・健診結果等においては平成24年度から新基準。 ○医療機関・健診実施機関から保険者への実績報告は平成24年度は、旧基準で行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ○医療機関・健診実施機関において、健診の保険者への報告と患者・受診者への結果通知で2通りの表記が必要となる。
③新旧基準併記による対応	<ul style="list-style-type: none"> ○健診結果と保険者への報告について新旧基準の表記を併記する。 	<ul style="list-style-type: none"> ○保険者において新基準表記のデータを読み込まないとの処理が可能か。できない場合、JDS値のみでの報告となるが、XML形式上、新基準による表記なのか、旧基準による表記か判然しないこととなる。 ○全ての健診実施機関等で、新旧基準併記による対応を行う必要。
④25年度から全て対応	<ul style="list-style-type: none"> ○医療機関・健診実施機関において、平成24年度は旧基準。 ○保険者への実績報告も平成24年度は旧基準で行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ○日本糖尿病学会は平成24年度から臨床・健診の場での施行を希望。 ○平成24年度の診療報酬改定に併せたシステム改修にあわせられない。
⑤保険者のシステム改修を24年度に対応	<ul style="list-style-type: none"> ○医療機関・健診実施機関において、診察・健診結果等においては平成24年度から新基準。 ○保険者において階層化システムの改修を24年度に行い、24年度から実績報告も新基準で受け取り。 	<ul style="list-style-type: none"> ○保険者においては平成25年度のシステム改修と併せて行うことができなくなるため、追加的なコストが発生。

新しい糖尿病診断基準とHbA1c国際標準化への移行

日常臨床・検診・健康診断など

英文論文や国際学会の発表

2010年5月26日
新しい診断基準の策定

現行のHbA1c
(JDS値)

現行のHbA1c
(JDS値)

2010年7月1日
新しい診断基準の施行
啓発・広報活動

準備活動

現行のHbA1c
(JDS値)
を継続して
使用

2010年7月1日以降

国際標準化
された
新しいHbA1c(国
際標準値)
に変更

2011年8月1日(希望)
新しいHbA1c
(国際標準値)への
全国一斉変更日時に
関する告知

広報活動

2012年4月1日以降

国際標準化された
新しいHbA1c
(国際標準値)
に変更

2012年4月1日(希望)
国際標準化変更日

新しいHbA1c(国際標準値)への
全国一斉変更を実施

特定健診・保健指導の実施状況に基づく支援金の加算減算制度について

<現在の考え方>

- 高齢者の医療の確保に関する法律においては、特定健診・保健指導の実施率や、メタボリックシンドロームの該当者の減少率により、保険者が支払う後期高齢者支援金の金額を最大で10%まで加算減算できることとされており、詳細な計算方法等については、平成25年度以降、政令において規定することとされている。
これについては、特定健診・保健指導の制度導入前から、この検討会の前身である「保険者による特定健診・保健指導の円滑な実施に関する検討会」において議論がなされていた。

<過去の検討会での加減算制度についての主な議論>

- 事業主健診の実施を特定健診の実施に代えることができる被用者保険と国保とでは、健診受診率に大きな開きができるのではないか。
- 被用者保険の中でも、中小・零細企業を抱える総合型健保・政管健保と単一健保では、健診受診率に開きがあるのではないか。
- 被用者保険は、被保険者本人については、事業主健診により高い受診率が見込まれるが、被扶養者については受診率を高めることが困難ではないか。
- よりリスクが高い高齢者を多く抱える保険者は、保健指導対象者が多いために、実施率を高めることやメタボリックシンドローム該当者・予備群を減少させることがより難しくなるのではないか。



- こうした点を踏まえ、被扶養者比率や保険者種別を勘案した特定健診・保健指導の目標値の参酌標準を設定。
- ただし、加算減算の幅やそれを行う保険者グループの範囲をどうするか、初年度に比べて実績が大幅に改善した保険者についても努力を評価すべきではないか、等の様々な論点が提示され、データの集積・分析をもとに改めて検討することとされた。

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 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。

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

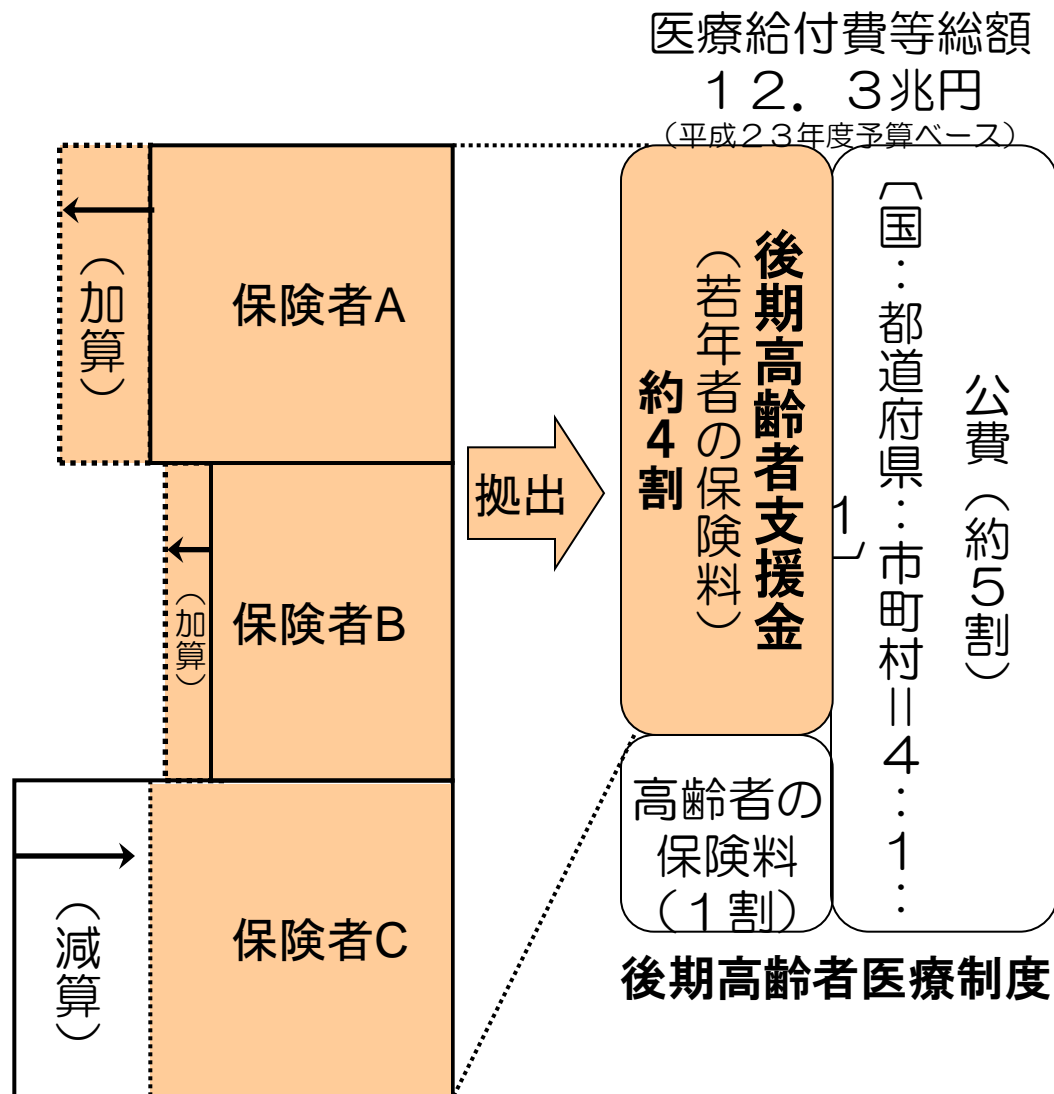
②保険者の実績を比較

- 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



(参考)加減算制度の関連する規定

○加減算制度については、高齢者医療確保法において、各保険者の定める特定健診等の実施目標の達成状況に応じて、保険者に係る加入者の見込数等を勘案して、政令で定める方法により、10%の範囲内で各保険者が支払う後期高齢者支援金の金額を加算減算することとなっているが、現在まで政令は定められていない。

また、附則の規定において平成24年度までの間、各保険者が支払う後期高齢者支援金の金額は、百分の百とされている。

○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）

第二百十条 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の見込数を乗じて得た額に、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。

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、第二百十条第二項及び第二百十一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)高齢者のための新たな医療制度等について(最終とりまとめ)
(平成22年12月20日 高齢者医療制度改革会議)

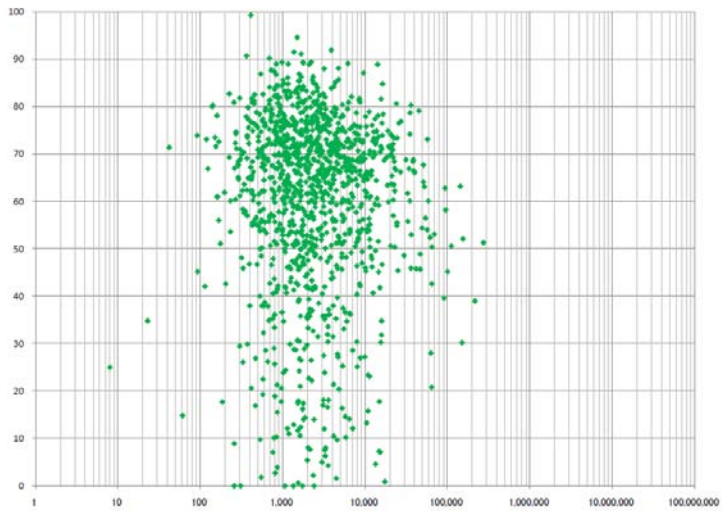
Ⅲ 新たな制度の具体的な内容

4. 健康づくり、良質で効率的な医療の提供等

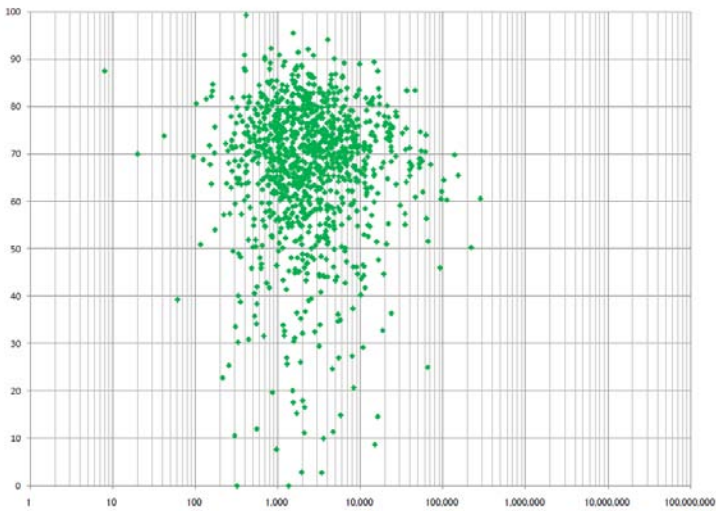
- 現在、特定健診・特定保健指導の実施状況による後期高齢者支援金の加算・減算の仕組みが設けられているが、①状況の異なる保険者を一律に比較することが良いかどうか、②加減算される金額が過大ではないか等の問題点が指摘されている。各保険者の特定健診・保健指導の実施状況等に応じたインセンティブの仕組みは必要であることから、現行と同様の支援金を加減算する仕組みを新たな制度にも設けることとした上で、これらの問題点を踏まえて関係者間で詳細な検討を行う場を設置し、医療費適正化計画の第2期のスタート(平成25年度～)までに結論を得る。

特定健診の実施率(平成20・21年度/保険者種別)

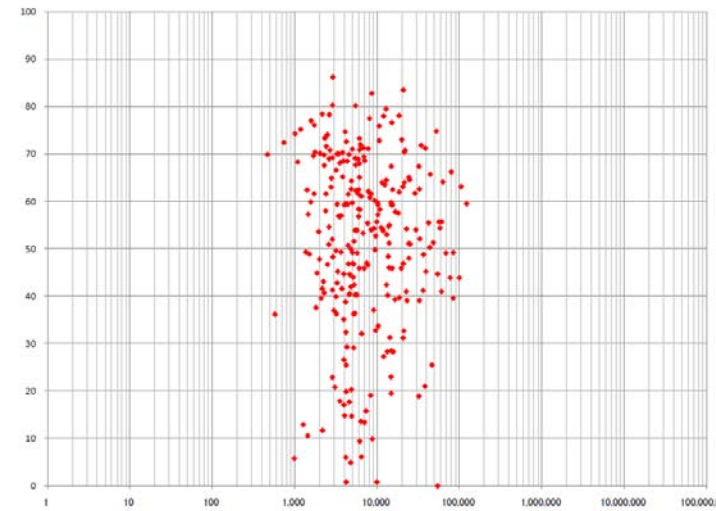
20年度特定健診受診率(健保組合(単一/連合))



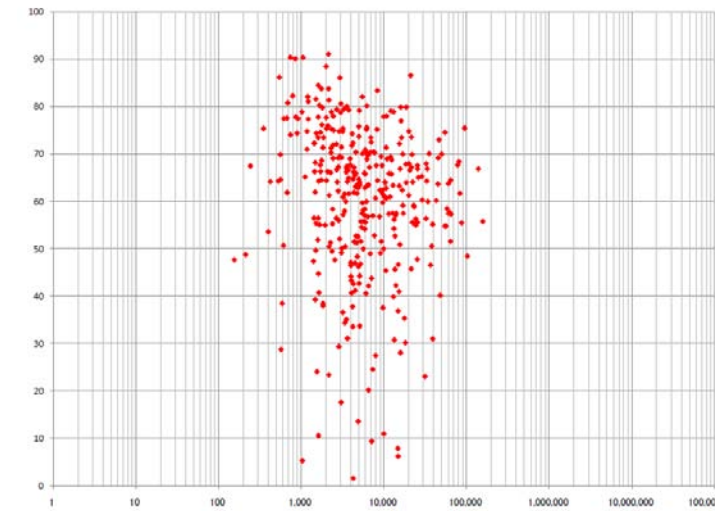
21年度特定健診受診率(健保組合(単一/連合))



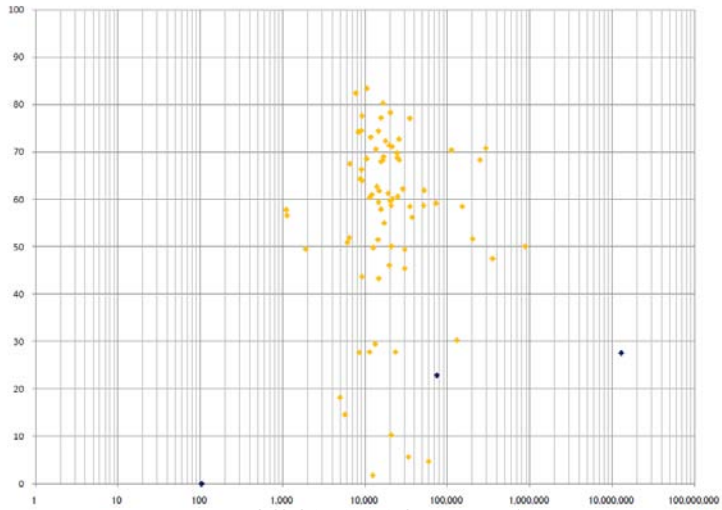
20年度特定健診受診率(健保組合(総合))



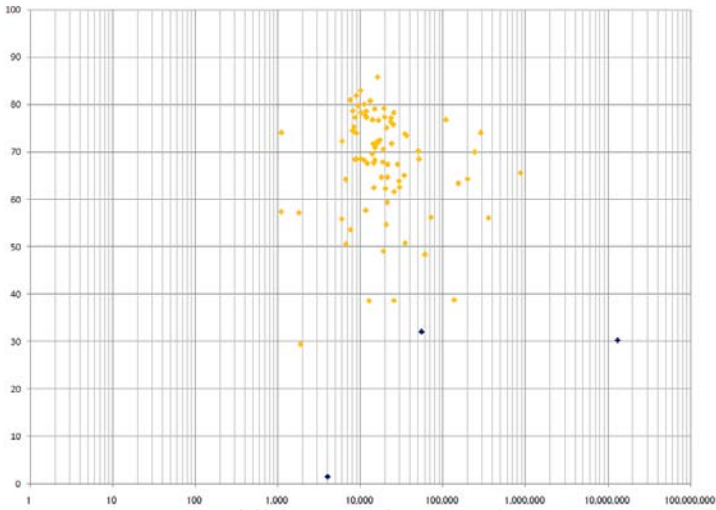
21年度特定健診受診率(健保組合(総合))



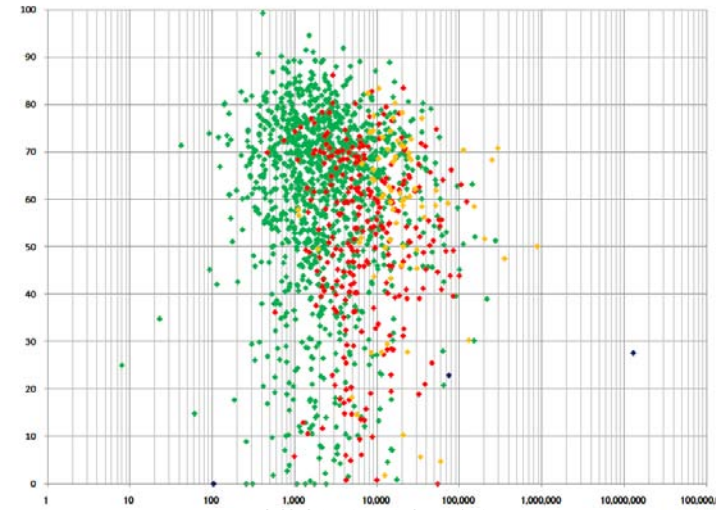
20年度特定健診受診率(共済/協会/船保/日雇)



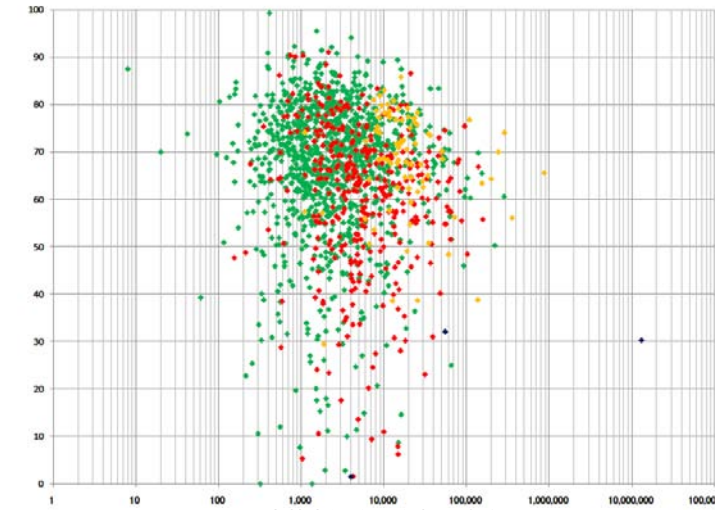
21年度特定健診受診率(共済/協会/船保/日雇)



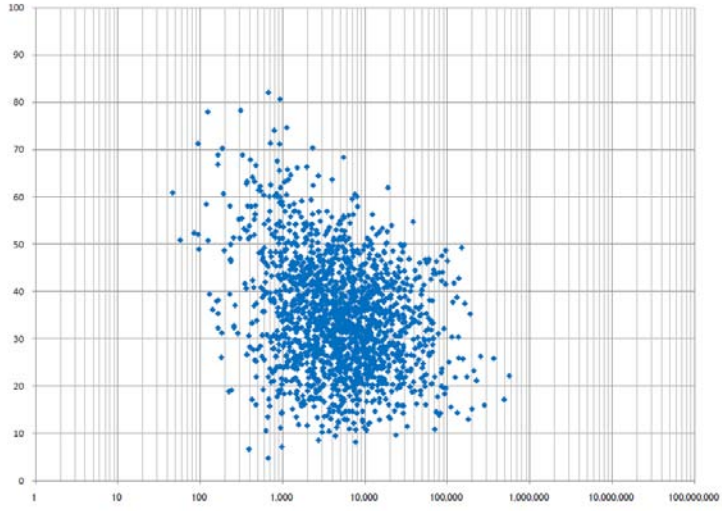
20年度特定健診受診率(被用者)



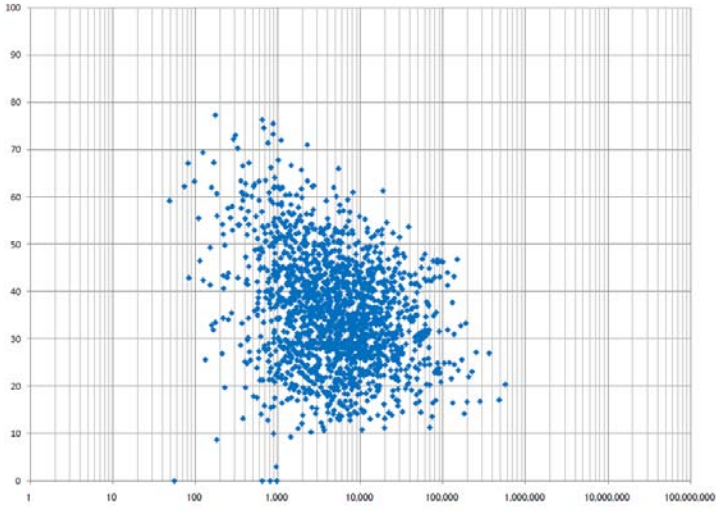
21年度特定健診受診率(被用者)



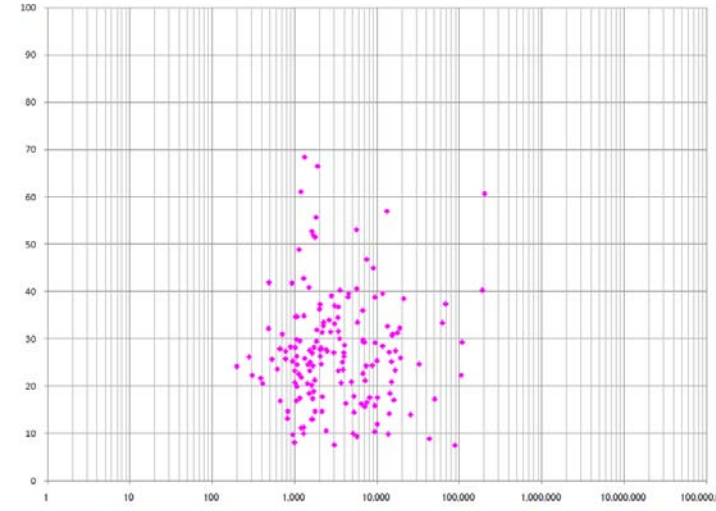
20年度特定健診受診率(市町村国保)



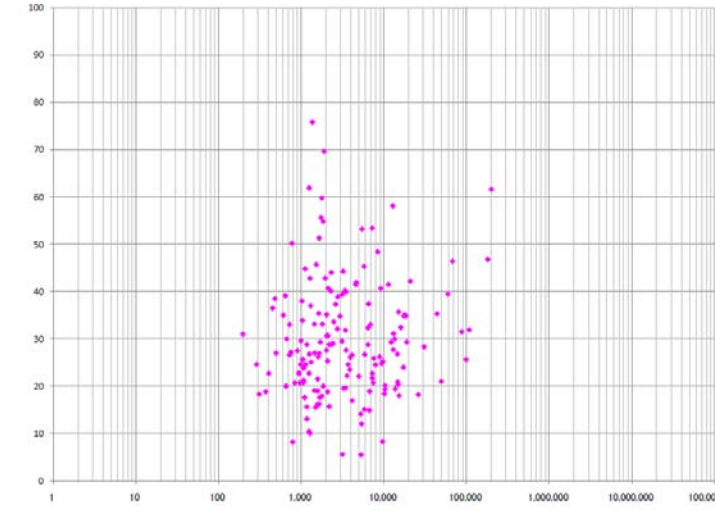
21年度特定健診受診率(市町村国保)



20年度特定健診受診率(国保組合)



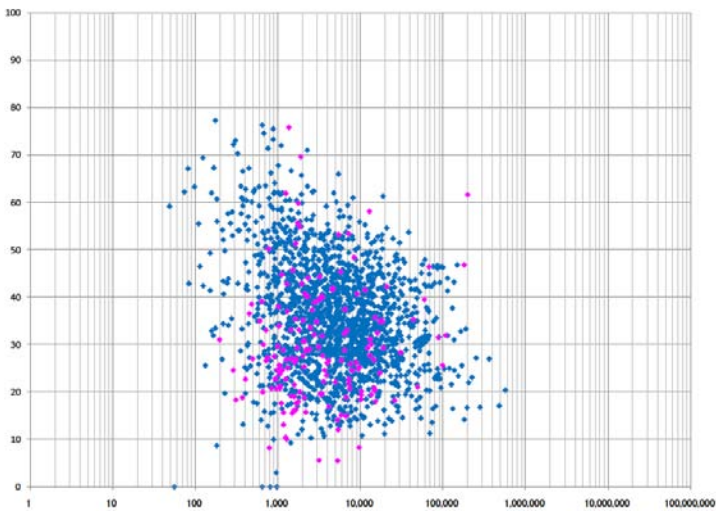
21年度特定健診受診率(国保組合)



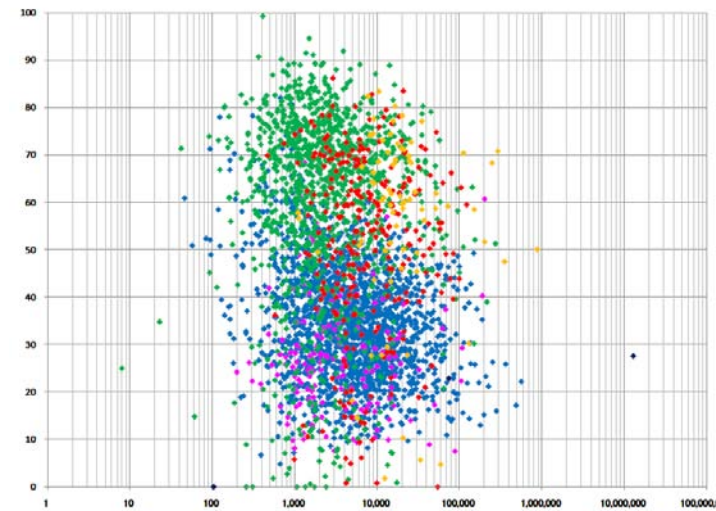
20年度特定健診受診率(国保)



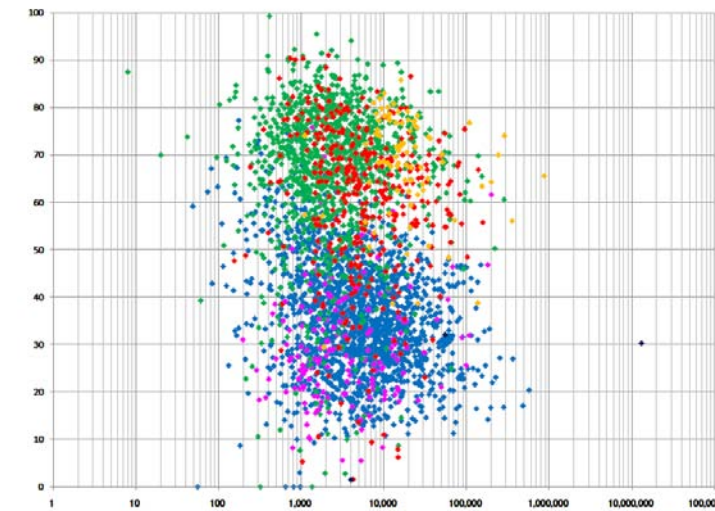
21年度特定健診受診率(国保)



20年度特定健診受診率(全体)



21年度特定健診受診率(全体)



※ 縦軸は特定健診の実施率(%)、横軸は各保険者における特定健診対象者数(人)である。横軸は対数目盛で表示している。

出典:平成20年度及び平成21年度「特定健診等の実施及びその成果の集計情報ファイル」

「Monk研究」と「Merlot研究」



京都大学大学院医学研究科
EBM研究センター
臨床病態医科学 内分泌代謝内科

中尾一和

東京 2011年7月4日

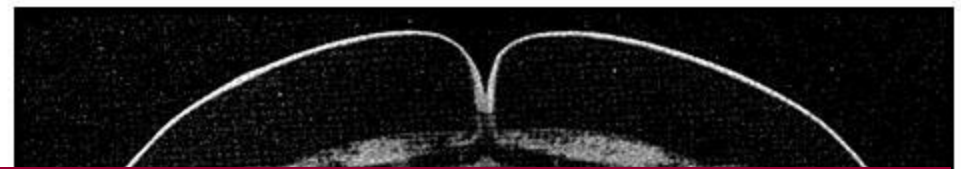
MONK Study

Metabolic Syndrome and Abdominal Obesity in NTT Kyoto

Miyawaki, T. et al., Proc. Jpn. Acad. 2005

日本学士院紀要

臍高のCTスキャンにおける 内臓脂肪と皮下脂肪



**ウエスト周囲長は内臓脂肪
量を反映するとは限らない**

内臓脂肪が過剰に蓄積
しやすい男性型、リンゴ型

皮下脂肪が多く、内臓脂肪が少な
い女性型、洋ナシ型

MONK Studyの対象

男性 2947名

年齢: 49.1 ± 7.6歳 (40-59歳)

BMI: 24.1 ± 2.7 kg/m²

女性 627名

年齢: 49.6 ± 6.4歳 (40-59歳)

BMI: 22.8 ± 3.2 kg/m²

(2001年~2005年)

MONK研究の特筆すべき点は、2000年から2005年の間に、全例が同一組織で、CTによる内臓脂肪面積測定を実施したものの

糖尿病治療薬

88名 (3.0%)

7名(1.1%)

日本人の内臓脂肪蓄積とメタボリック症候群

2005年診断基準による

男性 (内臓脂肪面積 $\geq 100\text{cm}^2$)

女性 (内臓脂肪面積 $\geq 100\text{cm}^2$)

内臓脂肪蓄積
(50.5%)

内臓脂肪蓄積
(11.6%)

我が国のメタボリックシンドローム
の頻度における男女差は著しく、
心血管病の頻度と異なる印象

対象全体の24.6%

内臓脂肪蓄積者の49.9%

対象全体の5.4%

内臓脂肪蓄積者の46.6%

メタボリックシンドロームの異常項目数と内臓脂肪面積

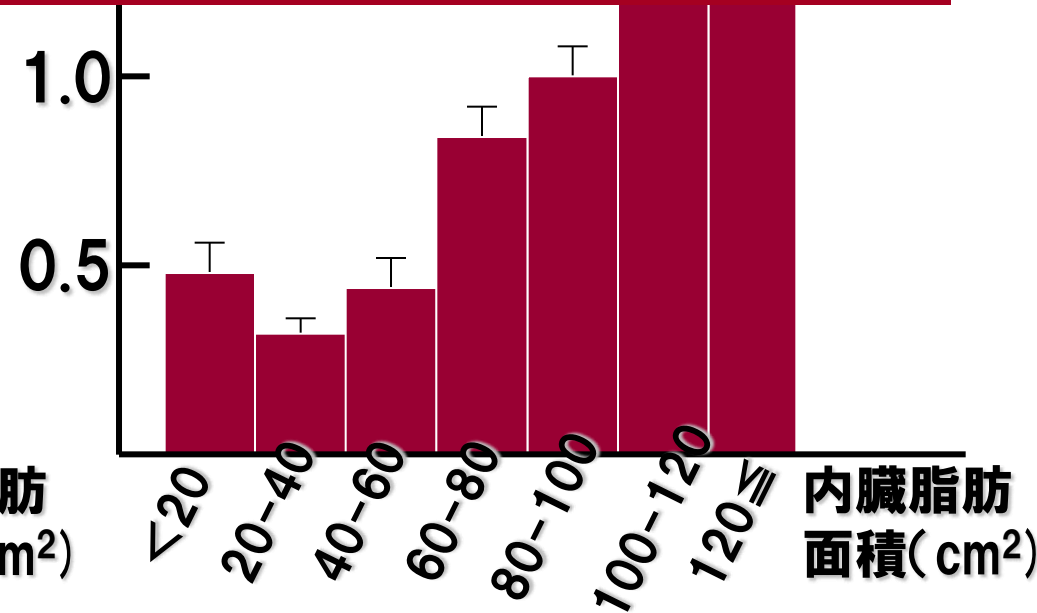
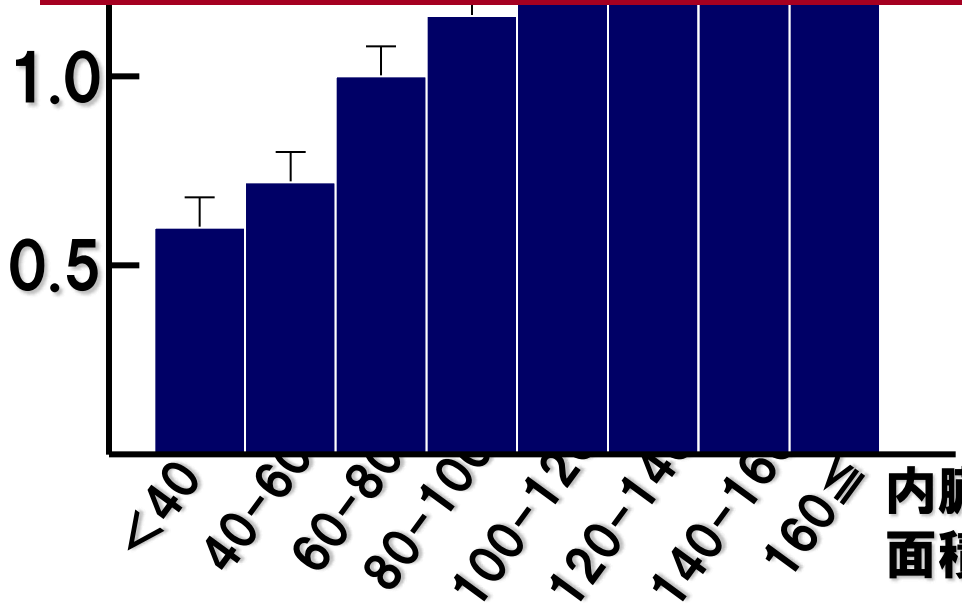
異常項目数

異常項目数

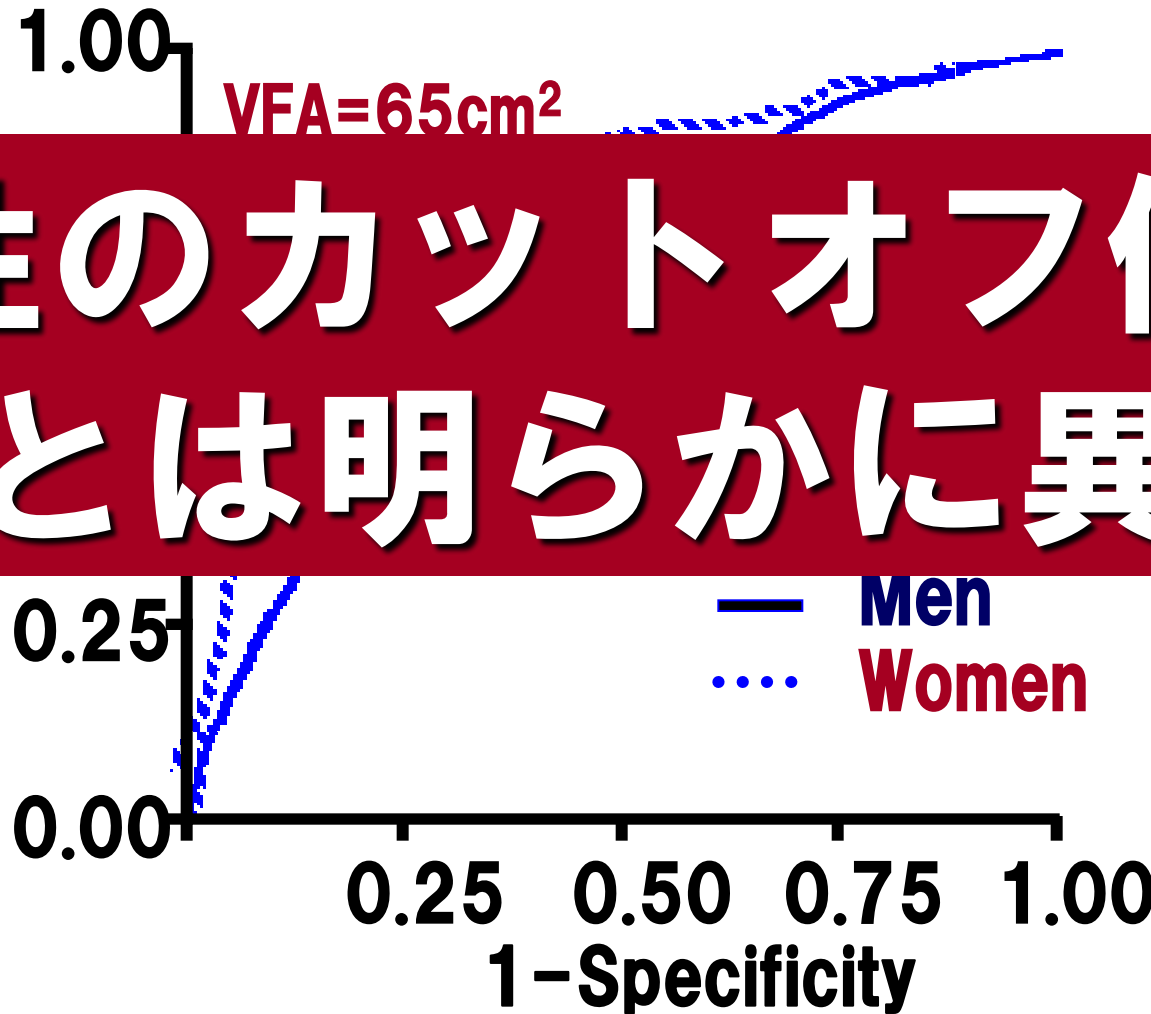
男

女

内臓脂肪面積と異常項目数の関係が男女間で明らかに異なる



メタボリックシンドロームの診断における 内臓脂肪面積の感度と特異度 (ROC 解析)



**女性のカットオフ値は
男性とは明らかに異なる**