

平成26年度に向けた 保健事業をめぐる動きについて

平成25年10月31日（木）

厚生労働省保険局総務課
医療費適正化対策推進室

安心で質の高い医療・介護サービスの提供

「日本再興戦略」（平成25年6月14日閣議決定）や「健康・医療戦略」（平成25年6月14日9大臣申し合わせ）等を踏まえ、予防・健康管理の推進や医療情報の電子化・利活用の促進等により、「国民の健康寿命が延伸する社会」の構築を目指す。

安いで質の高い医療・介護サービスの提供

予防・健康管理の推進

- レセプト・健診情報等を活用したデータヘルス（医療保険者によるデータ分析に基づく保健事業）の推進
- 糖尿病性腎症重症化予防事業等の好事例の横展開
 - ・ 糖尿病腎症の重症化予防の取組への支援
 - ・ 重複・頻回受診者等に対する取組への支援
- 非肥満の高血圧の者に対する保健指導の推進
- 特定健診・特定保健指導等を通じた生活習慣病予防等の推進

レセプト・特定健診等情報の保有状況について

保有主体	データベース	使用目的
国 (厚生労働大臣)	NDB ○ 保有情報 レセプト情報・特定健診等情報	医療費適正化計画の作成、実施 評価に資する調査・分析
保険者中央団体・ 保険者	国保データベース (KDB) システム 国民健康保険の保険者等から委託を受けて、都道府県国民健康保険団体連合会及び国民健康保険中央会において、データを共同処理するもの。 ○ 稼働 平成25年10月 ○ 保有情報 医療レセプト情報（後期高齢者医療も含む）・特定健診等情報・介護レセプト情報 健保連システム 健康保険組合に対して、健康保険組合連合会が、全組合のデータを集計・分析し、提供するもの。 ○ 稼働予定 平成26年4月 ○ 保有情報 レセプト情報・特定健診等情報 ※ 上記以外にも、独自のシステムや民間事業者への委託により医療費分析等を行っている保険者もある。	① 加入者についての健康状況の把握・比較分析 ② 加入者についての疾病別等の医療費の分析

データヘルスの推進

- 保険者は、レセプトが電子化された平成21年度以降、レセプトデータ及び特定健診等データを電子的に保有することが可能になった。
- レセプト・健診情報等を活用したデータヘルス（医療保険者によるデータ分析に基づく保健事業）を今後推進。

保険者における取組事例

① 現状の把握

- ・ レセプトや特定健診等の分析を踏まえた保健事業の推進
被保険者の受診状況、医療機関や医薬品に関する情報の収集・分析を踏まえ、保険者の特性や課題を把握した上での効果的な保健事業の実施。

（保険者による分析を支援するシステムが稼働予定）

- ・ 国保データベースシステム：平成25年10月から
- ・ 健保連システム：平成26年4月頃から

② 有病者の重症化の予防

- ・ 保健指導の実施
病名・投薬状況等から必要と判断される者に対し、医療機関と十分に連携し、生活習慣病等の改善に向けた指導を行う
- ・ 医療機関への受診勧奨
健診データとレセプトデータを突合し、健診データで異常値を出しているにもかかわらず、通院していない者等に対し、受診勧奨を行う

③ 被保険者に対する情報提供・指導

- ・ 重複・頻回受診者に対する指導
同一の疾病で複数医療機関に受診している者等へ指導
- ・ 後発医薬品の使用促進
差額通知の送付等を行い、後発医薬品の使用を促進
- ・ 医療費通知の送付
医療費の実情、健康に対する認識を深めることを目的とし、被保険者・被扶養者に対し医療費を通知

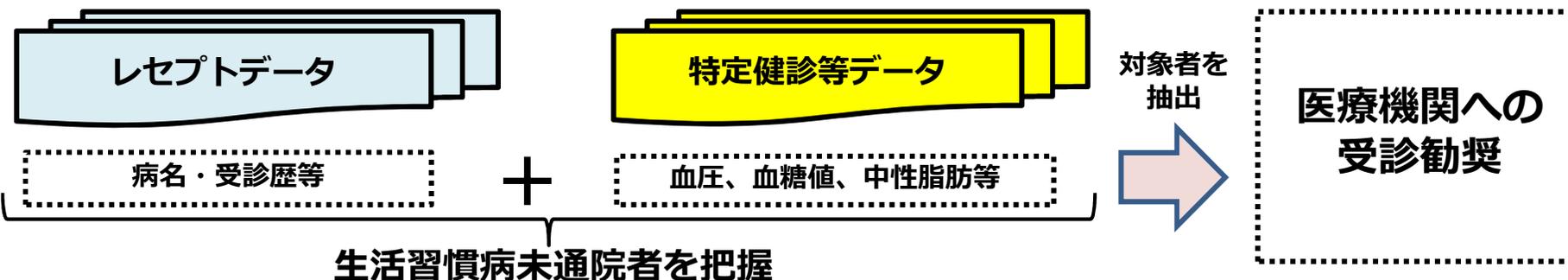
保険者による電子レセプトの保健事業への活用例

レセプト・特定健診等データを活用することにより、保健事業の対象となる者を抽出することが容易となる。

事例1：受診勧奨

保険者において、健診で異常値を出しているにも関わらず通院していない者や生活習慣病通院患者で一定の期間、通院をしていない者を抽出し、受診勧奨を行う。

<レセプト・特定健診等データの活用方法>

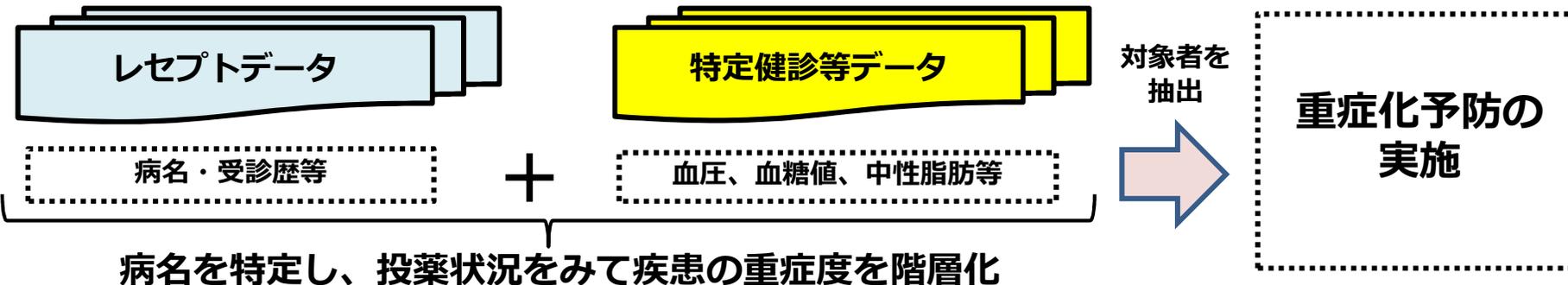


事例2：重症化予防

保険者において、レセプトから対象病名の患者を抽出し、投薬状況などから一定の判断を行った上で、医療機関と十分に連携し、必要な場合に指導を行う。

※ 抽出の方法や指導方法については関係者間で十分な協議が必要。

<レセプト・特定健診等データの活用方法>



保険者による電子レセプトの保健事業への活用例

レセプトデータを単独で活用する場合にも、保健事業の対象となる者を抽出することが容易となる。

事例3：重複・頻回受診者への訪問指導

電子レセプトで把握した被保険者の受診状況を踏まえ、医療機関等の関係者と調整の上、保険者において訪問指導などを行い、適正な受診の指導を行う。

<レセプトデータの活用方法>



受診回数等の要件に基づき対象者を把握

- (例) ・同一疾病で複数の医療機関に受診している者
- ・同一月に医療機関を頻回に受診している者 等

事例4：重複服薬者への訪問指導

電子レセプトで把握した被保険者の服薬状況を踏まえ、医療機関、保険者等の関係者間で連携した上で、訪問指導などを行い、適正な服薬の指導を行う。

<レセプトデータの活用方法>



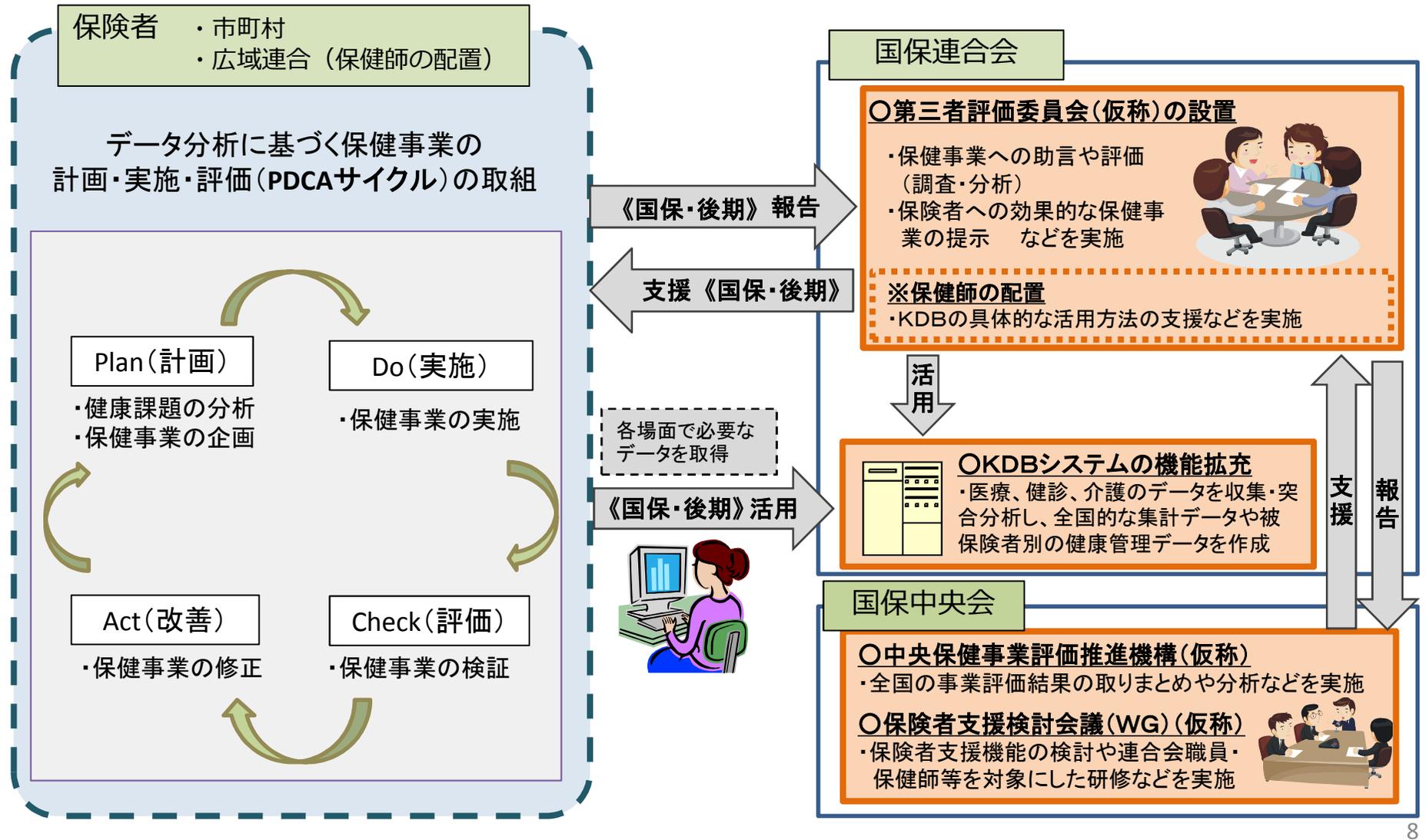
薬剤の投与期間に重複がある対象者を把握

- (例) 薬剤の処方開始日から投与日数の期間を「投与期間」とし、投与期間重複がないかチェックを行う。

レセプト・健診情報等を活用したデータヘルス (医療保険者によるデータ分析に基づく保健事業) の推進

レセプト・健診情報等を活用したデータヘルスの推進(市町村国保等) <26年度 概算要求事項>

レセプト・健診情報等のデータ分析に基づく保健事業のPDCAサイクルに沿った効率的・効果的な実施に向け、KDBシステムを活用した保健事業を行う市町村国保等に対する支援体制を構築する。



レセプト・健診情報等を活用したデータヘルス (医療保険者によるデータ分析に基づく保健事業) の推進

レセプト・健診情報等を活用したデータヘルスの推進(健康保険組合等) <26年度 概算要求事項>

レセプト・健診情報等を活用し、意識づけ、保健指導、受診勧奨などの保健事業を効果的に実施していくため、健康保険組合等における「データヘルス計画」の作成や事業の立ち上げ等を支援する。

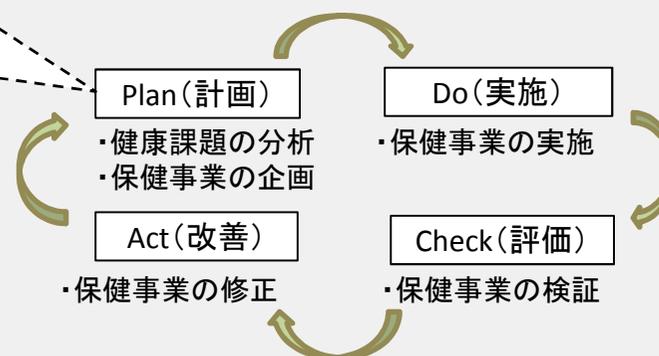
ーデータヘルス計画ー

レセプト・健診情報等のデータの分析に基づく効率的・効果的な保健事業をPDCAサイクルで実施するための事業計画

データヘルス計画の特徴

1. レセプト・健診情報等の活用による
 - ① 組合や事業所における全体的な健康・医療状況の把握
 - ② 保健事業の効果が高い対象者の抽出
2. 費用対効果を追求した保健事業の実施(アウトカムを重視)
3. 身の丈に応じた事業範囲
4. 事業主との協働(コラボヘルス)
5. 外部専門事業者の活用
6. 加入者個人への情報提供、インセンティブ付与

健保組合等



○ 計画作成にかかる支援事業

モデル計画の作成及び説明会・講習会の開催、計画作成にかかる講師の派遣等により支援

平成26年	平成27年	平成28年	平成29年
<p>モデル的「データヘルス計画」作成 (健保組合の1割程度等)</p>	<p>(実証事業その他実施準備)</p>		<p>「データヘルス計画」の実施 (第1期の終期は平成29年度)</p>
<p>普及・指導事業</p>	<p>モデル的「データヘルス計画」を参考に作成</p>		
<p>全ての健保組合で 「データヘルス計画」の作成に着手</p>		<p>「データヘルス計画」の実施 (第1期の終期は平成29年度)</p>	

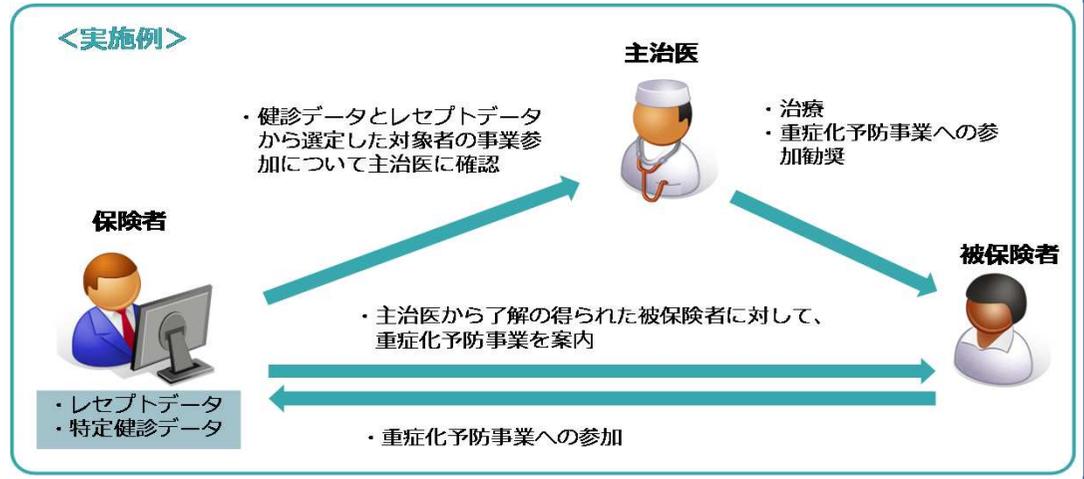
糖尿病性腎症重症化予防事業等の好事例の横展開

糖尿病性腎症の重症化予防の取組への支援 <26年度 概算要求事項>

【保険者が実施する糖尿病性腎症重症化予防事業】

糖尿病性腎症の患者であって、生活習慣の改善により重症化の予防が期待される者に対して、医療保険者が医療機関と連携して保健指導を実施するなどの好事例の全国展開を進める。

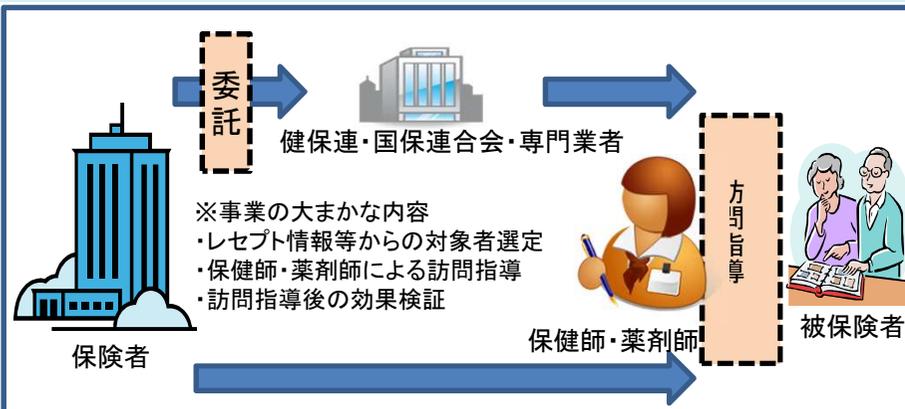
・重症化予防事業の対象者は、特定保健指導の対象となっていない糖尿病性腎症の患者であって人工透析導入前段階の者。



重複・頻回受診者等に対する取組への支援 <26年度 概算要求事項>

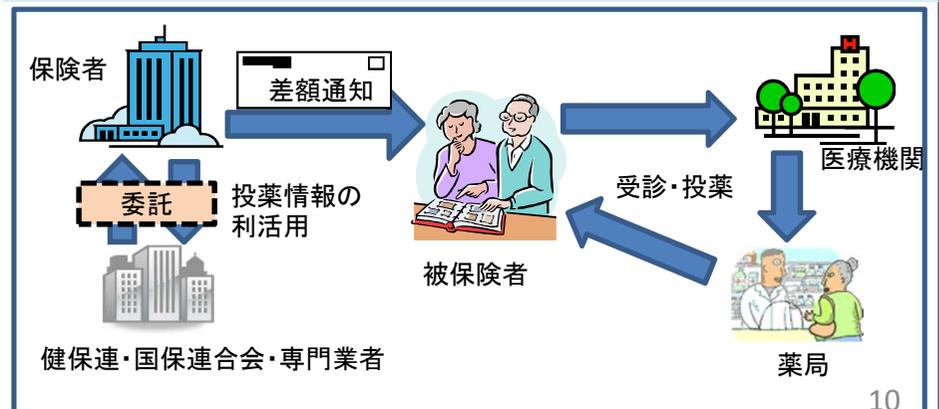
【重複・頻回受診者及び重複服薬者等への訪問指導】

保険者がレセプト情報等により選定した重複・頻回受診者及び重複投薬者・併用禁忌薬服薬者に対して、保健師及び薬剤師等が一体となって、医療機関と連携して訪問指導等を実施することにより、適正な受診・服薬の促進を図る。



【後発医薬品の使用促進】

後発医薬品の使用促進を図るため、保険者が実施する後発医薬品利用差額通知の送付、後発医薬品希望シール・カード及び後発医薬品の普及・啓発に係るリーフレット等の配付等の取組の徹底を図る。

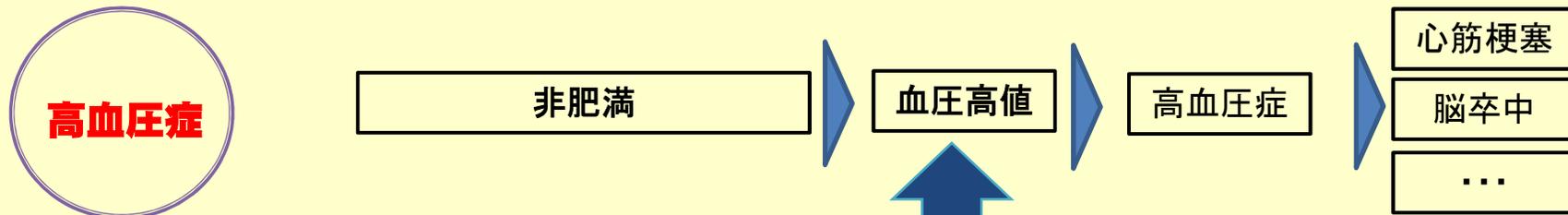


非肥満の高血圧の者に対する保健指導の推進

非肥満の高血圧の者に対する保健指導 <26年度 概算要求事項>

特定保健指導の対象となっていない肥満でない高血圧者に対して、特定健診の結果から血圧が一定以上の者を抽出のうえ、医療保険者が実施主体となって、これらの者を対象とした保健指導を試行的に行い、その結果に基づき、効果的な保健指導のあり方(プログラム)を考える。

【リスクが1つの対象者】



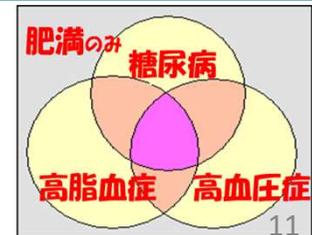
肥満、非肥満にかかわらずリスク保有者を対象とした生活習慣改善の重要性を啓発する取組が必要。

- ・ 若年者から高齢者いずれにおいても、血圧値が高い人ほど心筋梗塞や脳卒中の死亡率が高い。
- ・ 高血圧未治療者の割合は高く、若年者では8-9割にのぼる。(日本高血圧学会)

(参考) 現行の特定保健指導

- ・ 特定健診の結果から、肥満であり、糖尿病、高脂血症、高血圧症のリスクの重複がある対象者に対して、特定保健指導を実施。

【リスクの重複がある対象者】



特定健診・特定保健指導等を通じた生活習慣病予防等の推進

被扶養者に対する特定健診・特定保健指導の実施率向上への支援 <26年度 概算要求事項>

受診率が低い被扶養者の特定健診受診率向上のため、対象者のニーズに応じた健診の提供など医療保険者の改善・工夫への支援や、被扶養者の関心を高め受診率向上につながる広報活動の取組への支援等を行う。

オプション健診の実施

被扶養者の健康づくりに関する健診内容を特定健診の項目に追加し、オプション項目として実施

オプション健診項目

被扶養者の健康づくりに関する健診内容を項目として追加

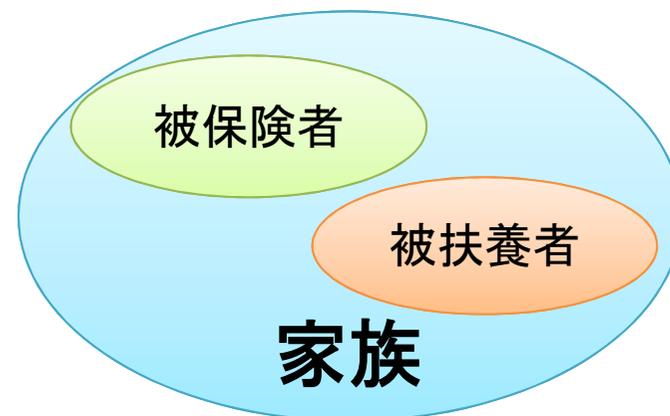
+

特定健診 基本的な健診項目

- ・身体計測(身長、体重、BMI、腹囲(内臓脂肪面積))
- ・理学的検査(身体診察)
- ・血圧測定
- ・血液化学検査(中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール)
- ・肝機能検査(AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GT(γ -GTP))
- ・血糖検査(空腹時血糖またはHbA1c検査)
- ・尿検査(尿糖、尿蛋白)
- ・質問項目

実施率向上の支援事業

被扶養者の特定健診・保健指導の受診率の向上を図るため、広報活動を強化



特定健診・保健指導対象者の子ども世代への関心を高め、同時に被扶養者に対する周知・啓発をはかる。

被扶養者の実施率向上

被扶養者の特定健診受診率の低迷