

予防・健康づくりに関する厚生労働省の動き



厚生労働省

保険局

医療介護連携政策課

医療費適正化対策推進室

本日の内容

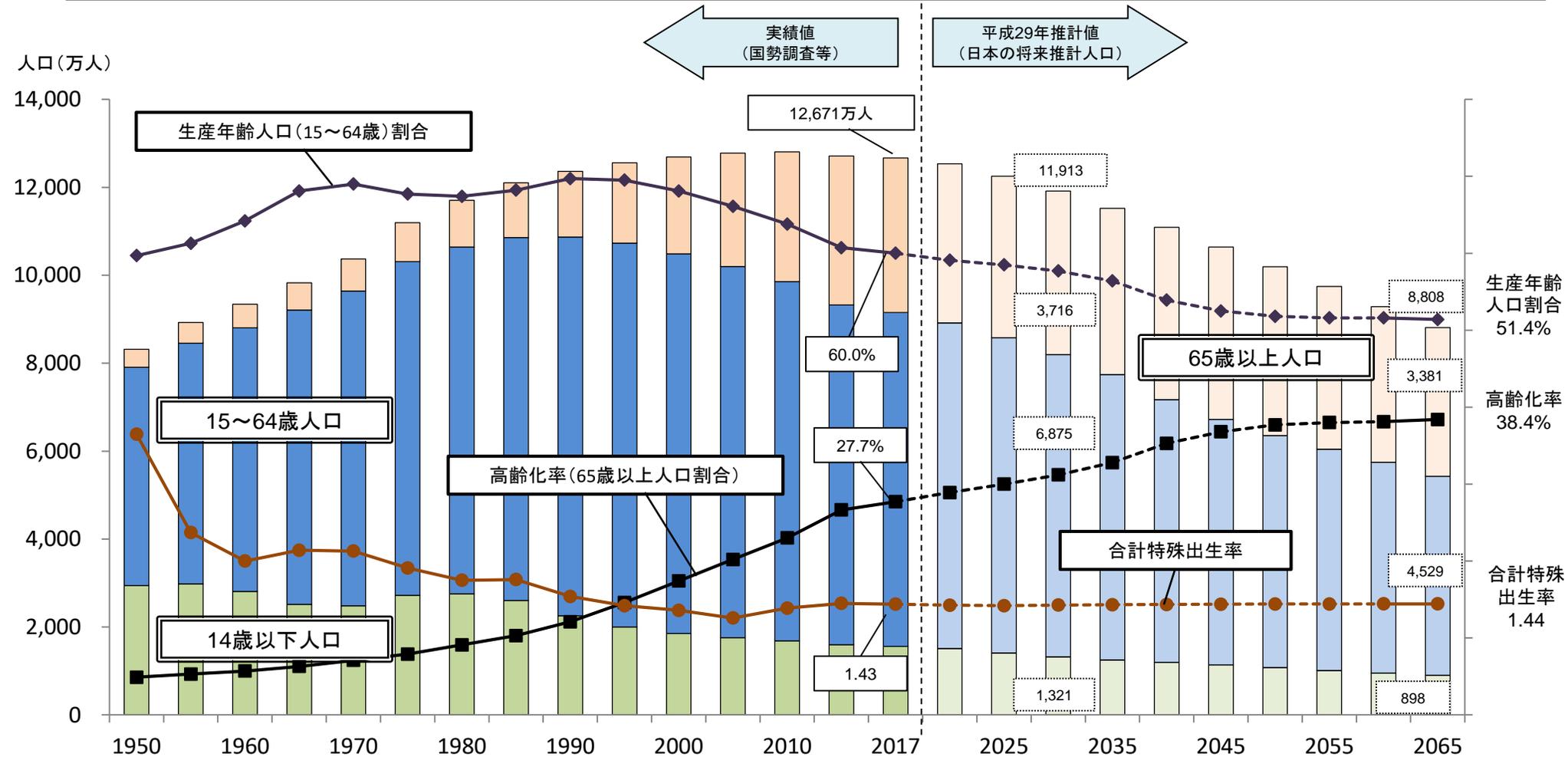
1. 現状について
2. 特定健診・特定保健指導
3. 2019年度保険者データヘルス全数調査
4. 受診率向上等に向けた取組
5. 参考資料



1. 現状について

日本の人口の推移

○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。

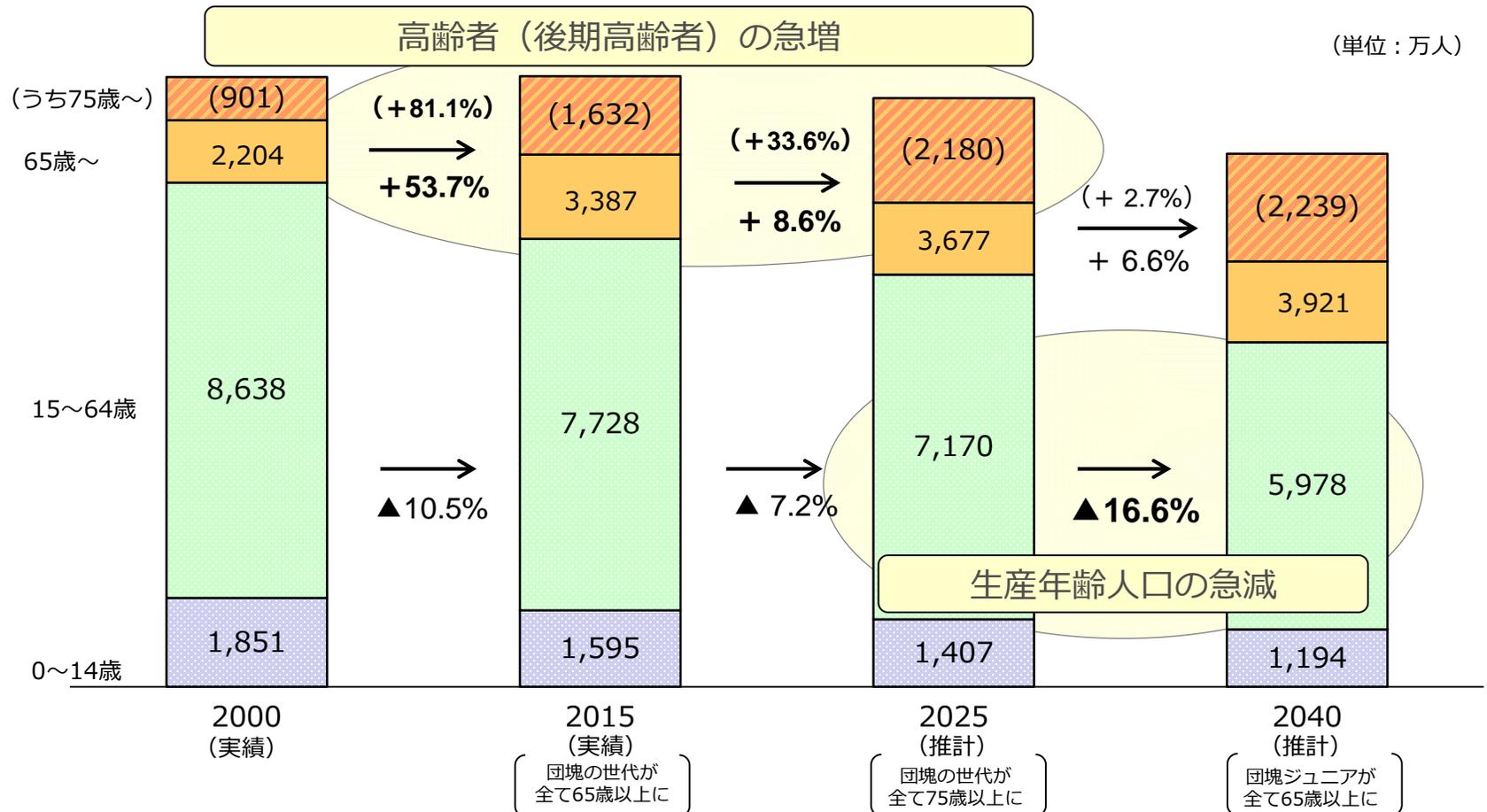


(出所) 2017年までの人口は総務省「人口推計」(各年10月1日現在)、高齢化率および生産年齢人口割合は2015年までは総務省「国勢調査」、2017年は総務省「人口推計」、2017年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、2018年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計):出生中位・死亡中位推計」

2040年までの人口構造の変化

- 我が国の人口動態を見ると、いわゆる団塊の世代が全員75歳以上となる2025年に向けて高齢者人口が急速に増加した後、高齢者人口の増加は緩やかになる。一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速。

【人口構造の変化】



(出典)総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」

- 2040年を展望すると、高齢者の人口の伸びは落ち着き、現役世代(担い手)が急減する。
→ 「総就業者数の増加」とともに、「より少ない人手でも回る医療・福祉の現場を実現」することが必要。
- 今後、国民誰もが、より長く、元気に活躍できるよう、以下の取組を進める。
①多様な就労・社会参加の環境整備、②健康寿命の延伸、③医療・福祉サービスの改革による生産性の向上
④給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保
- また、社会保障の枠内で考えるだけでなく、農業、金融、住宅、健康な食事、創薬にもウイングを拡げ、関連する政策領域との連携の中で新たな展開を図っていく。

2040年を展望し、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現を目指す。

≪**現役世代の人口の急減という新たな局面**に対応した政策課題≫

多様な就労・社会参加

【雇用・年金制度改革等】

- 70歳までの就業機会の確保
- 就職氷河期世代の方々の活躍の場を更に広げるための支援
(厚生労働省就職氷河期世代活躍支援プラン)
- 中途採用の拡大、副業・兼業の促進
- 地域共生・地域の支え合い
- 人生100年時代に向けた年金制度改革

健康寿命の延伸

【健康寿命延伸プラン】

⇒2040年までに、健康寿命を男女ともに3年以上延伸し、**75歳以上**に

- ①健康無関心層へのアプローチの強化、
②地域・保険者間の格差の解消により、以下の3分野を中心に、取組を推進
・次世代を含めたすべての人の健やかな生活習慣形成等
・疾病予防・重症化予防
・介護予防・フレイル対策、認知症予防

医療・福祉サービス改革

【医療・福祉サービス改革プラン】

⇒2040年時点で、単位時間当たりのサービス提供を**5% (医師は7%) 以上改善**

- 以下の4つのアプローチにより、取組を推進
・ロボット・AI・ICT等の実用化推進、
データヘルス改革
・タスクシフティングを担う人材の育成、
シニア人材の活用推進
・組織マネジメント改革
・経営の大規模化・協働化

≪**引き続き取り組む政策課題**≫

給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保

健康寿命延伸プランの概要

- **①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進、②地域・保険者間の格差の解消に向け、「自然に健康になれる環境づくり」や「行動変容を促す仕掛け」など「新たな手法」も活用し、以下3分野を中心に取組を推進。**
→2040年までに健康寿命を男女ともに3年以上延伸し（2016年比）、**75歳以上**とすることを旨とする。
2040年の具体的な目標（男性：75.14歳以上 女性：77.79歳以上）

①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進

②地域・保険者間の格差の解消

自然に健康になれる環境づくり

健康な食事や運動
ができる環境

居場所づくりや社会参加

行動変容を促す仕掛け

行動経済学の活用

インセンティブ

I

次世代を含めたすべての人の 健やかな生活習慣形成等

- ◆ 栄養サミット2020 を契機とした食環境づくり(産学官連携プロジェクト本部の設置、食塩摂取量の減少(8g以下))
- ◆ ナッジ等を活用した**自然に健康になれる環境づくり**(2022年度までに健康づくりに取り組む企業・団体を7,000に)
- ◆ 子育て世代包括支援センター設置促進(2020年度末までに全国展開)
- ◆ 妊娠前・妊産婦の健康づくり(長期的に増加・横ばい傾向の全出生数中の低出生体重児の割合の減少)
- ◆ **PHRの活用促進**(検討会を設置し、2020年度早期に本人に提供する情報の範囲や形式について方向性を整理)
- ◆ 女性の健康づくり支援の包括的实施(今年度中に健康支援教育プログラムを策定) 等

II

疾病予防・重症化予防

- ◆ **ナッジ等を活用した健診・検診受診勧奨**(がんの年齢調整死亡率低下、2023年度までに特定健診実施率70%以上等を目指す)
- ◆ リキッドバイオプシー等のがん検査の研究・開発(がんの早期発見による年齢調整死亡率低下を目指す)
- ◆ 慢性腎臓病診療連携体制の全国展開(2028年度までに年間新規透析患者3.5万人以下)
- ◆ **保険者インセンティブの強化**(本年夏を目途に保険者努力支援制度の見直し案のとりまとめ)
- ◆ **医学的管理と運動プログラム等の一体的提供**(今年度中に運動施設での標準的プログラム策定)
- ◆ 生活保護受給者への健康管理支援事業(2021年1月までに全自治体において実施)
- ◆ 歯周病等の対策の強化(60歳代における咀嚼良好者の割合を2022年度までに80%以上) 等

III

介護予防・フレイル対策、 認知症予防

- ◆ 「通いの場」の更なる拡充(2020年度末までに介護予防に資する通いの場への参加率を6%に)
- ◆ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施(2024年度までに全市区町村で展開)
- ◆ 介護報酬上のインセンティブ措置の強化(2020年度中に介護給付費分科会で結論を得る)
- ◆ 健康支援型配食サービスの推進等(2022年度までに25%の市区町村で展開等)
- ◆ 「共生」・「予防」を柱とした認知症施策(本年6月目途に認知症施策の新たな方向性をとりまとめ予定)
- ◆ 認知症対策のための官民連携実証事業(認知機能低下抑制のための技術等の評価指標の確立) 等

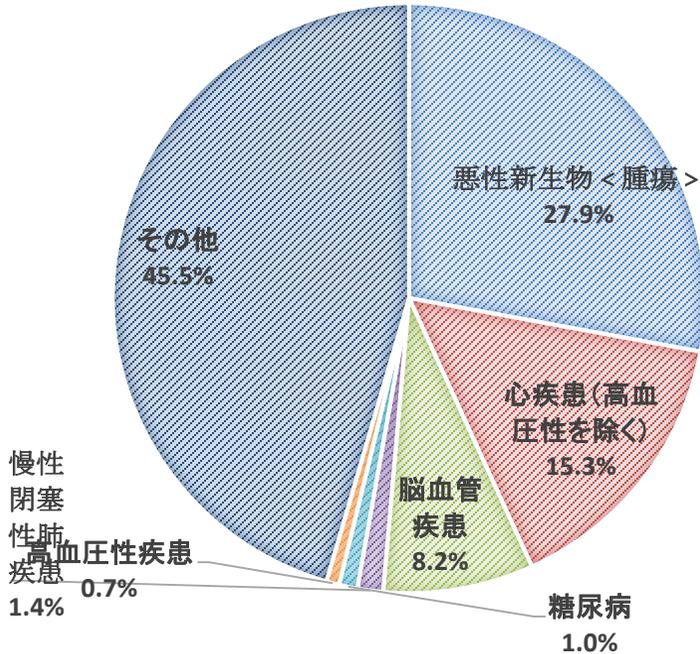
2. 特定健診・特定保健指導

我が国における疾病構造

生活習慣病は死亡割合の5割以上を占めている。

我が国の疾病構造は感染症から生活習慣病へと変化。

死因別死亡割合（平成29年）
生活習慣病・・・54.5%

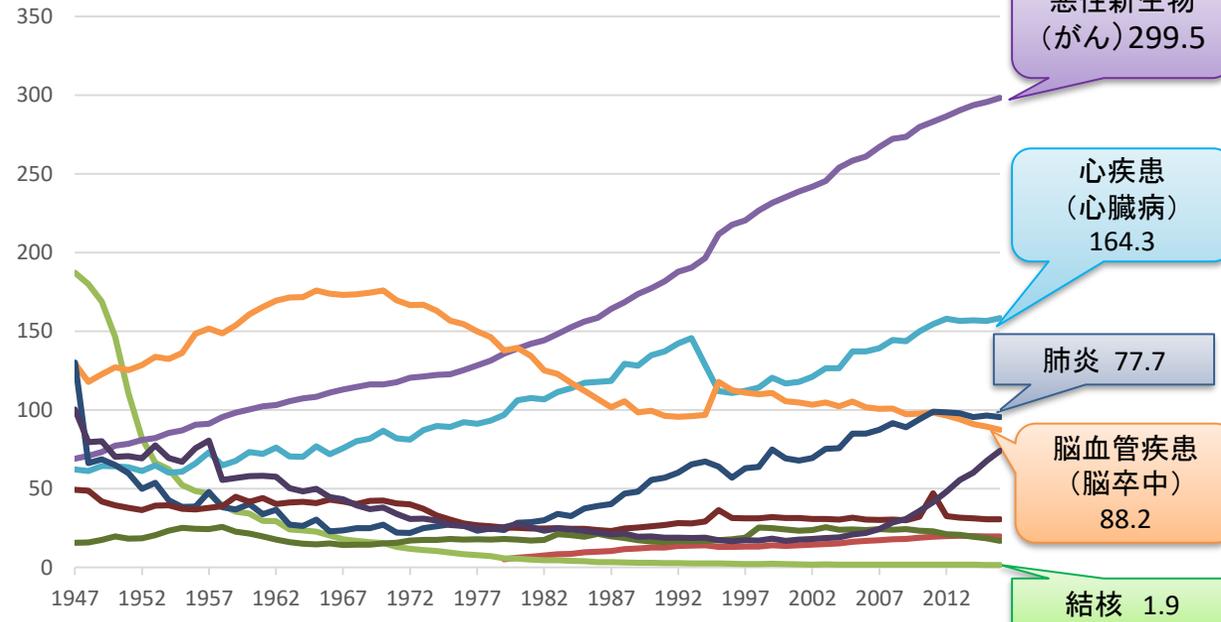


(出所)「平成29年度人口動態統計」

我が国における死亡率の推移
(主な死因別)

(主な死因と
平成29年の死亡率)

(人口10万対)

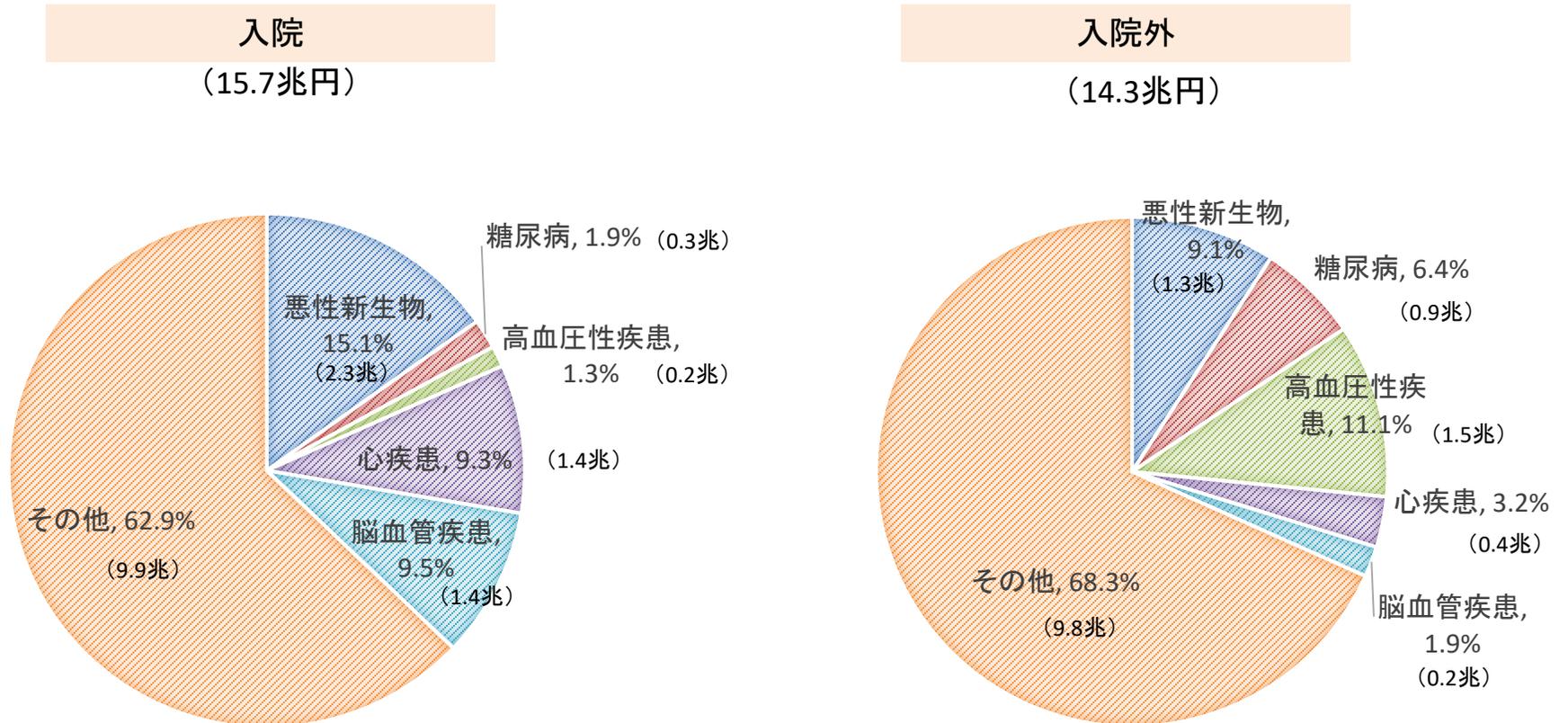


(出所)「平成30年我が国の人口動態(平成28年までの動向)」

(出所)「平成29年人口動態統計(確定数)」

傷病分類別にみた医療費

- 生活習慣に主に関連する疾患に関する医療費は、入院・入院外とも全体の3割以上を占める。
 - 生活習慣に主に関連する疾患に関する医療費の内訳をみると、入院は悪性新生物が、入院外は高血圧性疾患に関するものが最も多い。
- (※悪性新生物には、大腸がん、肺がん以外の悪性新生物も含まれている。)

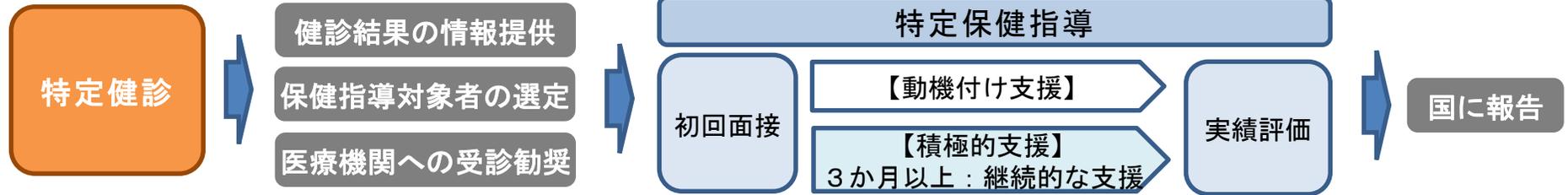


※当該年度内の医療機関等における保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用を推計したもの

出典：平成28年度国民医療費

特定健康診査・特定保健指導について

○ 特定健診・保健指導は、保険者が健診結果により、内臓脂肪の蓄積に起因する糖尿病等のリスクに応じて対象者を選定し、対象者自らが健康状態を自覚し、生活習慣改善の必要性を理解した上で実践につなげるよう、専門職が個別に介入するものである（法定義務）。



<特定保健指導の選定基準> (※) 服薬中の者は、特定保健指導の対象としない。

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
≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2つ以上該当			あり なし	積極的支援	動機付け 支援
	1つ該当					
上記以外で BMI ≥ 25	3つ該当			あり なし	積極的支援	動機付け 支援
	2つ該当					
	1つ該当					

<特定健診の検査項目>

- ・質問票（服薬歴、喫煙歴 等）
→ 「かんで食えるときの状態」を追加（2018年度～）
- ・身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）、血圧測定
- ・血液検査（脂質検査、血糖検査、肝機能検査）
- ・尿検査（尿糖、尿蛋白）
- ・詳細健診（医師が必要と認める場合に実施）
心電図検査、眼底検査、貧血検査
→ 「血清クレアチニン検査」を追加（2018年度～）

<特定健診・保健指導の実施率>（目標：特定健診70%以上 保健指導45%以上）

特定健診 受診者数 2019万人（2008年度）→ 2858万人（2017年度） 昨年度比で100万人増
 実施率 38.9%（2008年度）→ 53.1%（2017年度）

特定保健指導 終了者数 30.8万人（2008年度）→ 95.9万人（2017年度）
 実施率 7.7%（2008年度）→ 19.5%（2017年度）

保険者機能の責任を明確にする観点から、厚生労働省において、全保険者の特定健診・保健指導の実施率を公表する。
 （2017年度実績～）



【特定保健指導の運用の弾力化】（2018（H30）年度～：第3期計画期間）

- 行動計画の実績評価の時期を、「6か月以降」から、保険者の判断で「3か月以降」とすることができる。
- 保険者が特定保健指導全体の総括・管理を行う場合、初回面接と実績評価の「同一機関要件」を廃止する。
- 初回面接の分割実施を可能とし、特定健診受診当日に、対象者と見込まれる者に初回面接できるようにする（受診者の利便性の向上）。
- 積極的支援に2年連続で該当した場合、2年目の状態（腹囲、体重等）が1年目より改善していれば、2年目は動機付け支援相当でも可とする。
- 積極的支援対象者に対する柔軟な運用による特定保健指導のモデル実施の導入：保健指導の実施量（180ℓ・イット）による評価に代えて、3か月以上の保健指導による腹囲・体重の改善状況（2cm以上、2kg以上）による評価を可能とする。
- 情報通信技術を活用した初回面接（遠隔面接）の推進：国への実施計画の事前届出を廃止し、より導入しやすくする（2017年度～） 等

特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのWG 概要

【ワーキンググループ構成員】（50音順・敬称略）（令和元年9月3日現在）

伊藤 由希子	津田塾大学総合政策学部 教授	津下 一代	あいち健康の森健康科学総合センター センター長
北村 明彦	東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長	福田 敬	国立保健医療科学院 部長
多田羅 浩三	一般財団法人 日本公衆衛生協会 名誉会長	三浦 克之	滋賀医科大学社会医学講座公衆衛生部門 教授

- 特定健診・保健指導の医療費適正化効果等について、レセプト情報・特定健康診査等情報データベース(NDB)を活用して、学術的に検証するため、公衆衛生及び疫学等の知見を有する有識者の参集を得て、本検討会の下に、「特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループ」を設置
- WGにおいては以下の内容について検証を行う
 - ・ 特定健診・保健指導による検査値の改善効果及び行動変容への影響
 - ・ 特定健診・保健指導による医療費適正化効果
 - ・ 特定健診・保健指導によるその他の効果

分析対象

- レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)に格納されている2013年度～2017年度の特定健診・保健指導データ
- 分析対象(分析方法で異なる)：約3300保険者、約113万人

分析方法

- 2013年度の特定保健指導対象者のうち、特定保健指導参加者と不参加者に分け、2013年度から2017年度の特定健診の検査値等※を比較した。
 - ※ 検査値の分析では、各年度で特定健診を受診し、検査値を確認できる者のみを対象とした。また、2013年度の特定健診で検査項目に欠損値があった者は分析から除外した。

今回報告する分析結果

- ・ 過去の特定保健指導の参加の有無に着目した分析
- ・ メタボリックシンドロームへの該当性に着目した分析

過去の特定保健指導の参加の有無に着目した分析

目的：過去の特定保健指導の参加有無を踏まえた、特定保健指導の検査値等への影響について検討する

方法：H25年度（2013年度）特定健診保健指導対象者のうち、**保健指導の参加者と非参加者を比較**して経年変化（検査値等）にどのような差異があるかを検討する。

対象：2013年度特定保健指導対象

介入群：2013年度特定保健指導参加群

比較群：2013年度特定保健指導非参加群 ※2014～2017年度における特定保健指導も非参加

アウトカム：検査値等

分析方法：t検定 ※過去の保健指導参加状況は層別に解析検討する。

○BMI、腹囲については、過去の保健指導参加の有無に関わらず、保健指導参加群において数値の改善が認められた。

○初めて保健指導に参加した場合については、過去に保健指導に参加していた場合と比べると、保健指導後の数値の改善が大きい傾向が認められた。

○一方で、一部の項目においては、保健指導非参加群と比較して、保健指導参加群の数値の改善は認められなかった。

過去の特定保健指導の参加の有無に着目した分析

積極的支援

結果 (BMI : 差分) :

BMI(差分):男性(40~64歳)

	過去参加なし					過去参加あり				
	積極的支援参加あり		積極的支援参加なし		p値	積極的支援参加あり		積極的支援参加なし		p値
	平均	標準偏差	平均	標準偏差		平均	標準偏差	平均	標準偏差	
2013→2014	-0.47	1.12	-0.13	1.05	0.000	-0.20	0.97	-0.07	1.01	0.000
2013→2015	-0.39	1.27	-0.17	1.29	0.000	-0.18	1.20	-0.08	1.25	0.000
2013→2016	-0.30	1.41	-0.13	1.44	0.000	-0.11	1.35	-0.04	1.41	0.000
2013→2017	-0.21	1.49	-0.07	1.55	0.000	-0.02	1.47	0.04	1.52	0.000

BMI(差分):女性(40~64歳)

	過去参加なし					過去参加あり				
	積極的支援参加あり		積極的支援参加なし		p値	積極的支援参加あり		積極的支援参加なし		p値
	平均	標準偏差	平均	標準偏差		平均	標準偏差	平均	標準偏差	
2013→2014	-0.65	1.35	-0.19	1.29	0.000	-0.26	1.15	-0.11	1.13	0.000
2013→2015	-0.54	1.55	-0.22	1.59	0.000	-0.21	1.42	-0.07	1.47	0.000
2013→2016	-0.40	1.66	-0.18	1.83	0.000	-0.12	1.59	-0.03	1.68	0.010
2013→2017	-0.30	1.78	-0.12	1.96	0.000	-0.04	1.79	0.03	1.89	0.103

結果 (腹囲 : 差分) :

腹囲(差分):男性(40~64歳)

	過去参加なし					過去参加あり				
	積極的支援参加あり		積極的支援参加なし		p値	積極的支援参加あり		積極的支援参加なし		p値
	平均	標準偏差	平均	標準偏差		平均	標準偏差	平均	標準偏差	
2013→2014	-1.70	3.79	-0.53	3.54	0.000	-0.69	3.42	-0.26	3.43	0.000
2013→2015	-1.44	4.24	-0.62	4.16	0.000	-0.62	4.01	-0.27	4.08	0.000
2013→2016	-1.19	4.51	-0.47	4.53	0.000	-0.42	4.35	-0.10	4.46	0.000
2013→2017	-0.92	4.75	-0.27	4.79	0.000	-0.14	4.63	0.18	4.72	0.000

腹囲(差分):女性(40~64歳)

	過去参加なし					過去参加あり				
	積極的支援参加あり		積極的支援参加なし		p値	積極的支援参加あり		積極的支援参加なし		p値
	平均	標準偏差	平均	標準偏差		平均	標準偏差	平均	標準偏差	
2013→2014	-1.98	4.73	-0.83	4.53	0.000	-0.86	4.15	-0.46	4.26	0.000
2013→2015	-1.80	5.22	-0.80	5.10	0.000	-0.73	4.75	-0.39	4.91	0.001
2013→2016	-1.38	5.35	-0.67	5.48	0.000	-0.48	4.98	-0.08	5.11	0.000
2013→2017	-1.15	5.67	-0.44	5.74	0.000	-0.29	5.36	0.14	5.53	0.001

過去の特定保健指導の参加の有無に着目した分析

積極的支援

結果（収縮期血圧：差分）： 上限設定あり(160mmHg未満の対象者について分析)

収縮期血圧(差分):男性(40~64歳)

	過去参加なし					過去参加あり				
	積極的支援参加あり		積極的支援参加なし		p値	積極的支援参加あり		積極的支援参加なし		p値
	平均	標準偏差	平均	標準偏差		平均	標準偏差	平均	標準偏差	
2013→2014	-1.67	12.11	-0.40	12.35	0.000	-0.58	11.93	-0.37	12.55	0.004
2013→2015	-1.18	12.86	-0.23	13.32	0.000	-0.24	12.88	-0.38	13.54	0.105
2013→2016	-0.54	13.63	0.29	14.13	0.000	0.24	13.65	-0.17	14.31	0.000
2013→2017	-0.12	14.20	0.74	14.76	0.000	0.68	14.27	0.21	14.96	0.000

収縮期血圧(差分):女性(40~64歳)

	過去参加なし					過去参加あり				
	積極的支援参加あり		積極的支援参加なし		p値	積極的支援参加あり		積極的支援参加なし		p値
	平均	標準偏差	平均	標準偏差		平均	標準偏差	平均	標準偏差	
2013→2014	-2.63	13.43	-1.07	13.42	0.000	-1.14	13.28	-1.09	13.51	0.858
2013→2015	-1.98	14.20	-0.95	14.45	0.000	-1.43	13.89	-0.92	14.69	0.112
2013→2016	-1.34	14.81	-0.44	15.30	0.000	-0.58	14.82	-0.65	15.49	0.852
2013→2017	-0.87	15.43	-0.19	15.97	0.002	-0.02	15.75	-0.77	15.85	0.049

結果（拡張期血圧：差分）： 上限設定あり(100mmHg未満の対象者について分析)

拡張期血圧(差分):男性(40~64歳)

	過去参加なし					過去参加あり				
	積極的支援参加あり		積極的支援参加なし		p値	積極的支援参加あり		積極的支援参加なし		p値
	平均	標準偏差	平均	標準偏差		平均	標準偏差	平均	標準偏差	
2013→2014	-0.87	8.67	0.02	8.84	0.000	-0.19	8.51	0.13	8.85	0.000
2013→2015	-0.49	9.20	0.09	9.49	0.000	0.02	9.20	0.04	9.49	0.705
2013→2016	-0.05	9.73	0.41	10.04	0.000	0.32	9.68	0.25	10.06	0.312
2013→2017	0.22	10.15	0.70	10.47	0.000	0.65	10.12	0.44	10.49	0.006

拡張期血圧(差分):女性(40~64歳)

	過去参加なし					過去参加あり				
	積極的支援参加あり		積極的支援参加なし		p値	積極的支援参加あり		積極的支援参加なし		p値
	平均	標準偏差	平均	標準偏差		平均	標準偏差	平均	標準偏差	
2013→2014	-1.55	9.23	-0.77	9.33	0.000	-0.76	9.02	-0.92	9.22	0.383
2013→2015	-1.62	9.78	-0.94	9.89	0.000	-1.08	9.56	-1.00	9.88	0.736
2013→2016	-1.60	10.10	-1.03	10.45	0.000	-1.00	10.18	-1.33	10.62	0.174
2013→2017	-1.54	10.38	-1.20	10.84	0.023	-0.89	10.30	-1.71	10.90	0.001

過去の特定保健指導の参加の有無に着目した分析

積極的支援

結果 (中性脂肪：差分)：

上限設定あり(500mg/dl未満の対象者について分析)

中性脂肪(差分):男性(40~64歳)

	過去参加なし					過去参加あり				
	積極的支援参加あり		積極的支援参加なし		p値	積極的支援参加あり		積極的支援参加なし		p値
	平均	標準偏差	平均	標準偏差		平均	標準偏差	平均	標準偏差	
2013→2014	-17.72	93.78	-5.10	100.25	0.000	-8.91	94.13	-3.41	99.20	0.000
2013→2015	-16.40	98.81	-8.40	103.33	0.000	-10.31	97.61	-6.92	99.27	0.000
2013→2016	-16.58	101.49	-9.92	106.12	0.000	-10.30	103.13	-8.40	103.04	0.006
2013→2017	-16.74	101.45	-11.21	107.26	0.000	-11.77	101.56	-8.94	108.02	0.000

中性脂肪(差分):女性(40~64歳)

	過去参加なし					過去参加あり				
	積極的支援参加あり		積極的支援参加なし		p値	積極的支援参加あり		積極的支援参加なし		p値
	平均	標準偏差	平均	標準偏差		平均	標準偏差	平均	標準偏差	
2013→2014	-22.73	72.62	-11.03	73.81	0.000	-13.89	76.26	-11.27	71.65	0.078
2013→2015	-23.04	76.43	-13.41	77.86	0.000	-15.83	78.24	-12.06	74.82	0.020
2013→2016	-22.70	77.16	-12.87	80.69	0.000	-15.73	80.16	-12.06	78.84	0.038
2013→2017	-20.89	82.70	-13.55	80.29	0.000	-13.91	79.58	-12.56	78.17	0.462

結果 (LDLコレステロール：差分)：

上限設定あり(160mg/dl未満の対象者について分析)

LDLコレステロール(差分):男性(40~64歳)

	過去参加なし					過去参加あり				
	積極的支援参加あり		積極的支援参加なし		p値	積極的支援参加あり		積極的支援参加なし		p値
	平均	標準偏差	平均	標準偏差		平均	標準偏差	平均	標準偏差	
2013→2014	0.82	19.81	1.65	19.96	0.000	1.59	19.24	1.54	19.99	0.726
2013→2015	0.92	21.04	1.02	21.54	0.314	1.31	20.58	0.61	21.51	0.000
2013→2016	0.08	21.95	-0.19	22.46	0.014	0.15	21.50	-0.55	22.48	0.000
2013→2017	-0.38	22.49	-0.82	23.25	0.000	-0.33	22.41	-1.42	23.41	0.000

LDLコレステロール(差分):女性(40~64歳)

	過去参加なし					過去参加あり				
	積極的支援参加あり		積極的支援参加なし		p値	積極的支援参加あり		積極的支援参加なし		p値
	平均	標準偏差	平均	標準偏差		平均	標準偏差	平均	標準偏差	
2013→2014	2.52	20.74	3.15	20.51	0.033	3.25	19.60	3.29	20.99	0.932
2013→2015	2.66	22.55	3.00	22.47	0.318	3.11	22.40	3.13	23.19	0.975
2013→2016	2.07	23.73	2.13	23.73	0.878	2.49	22.99	1.54	24.49	0.136
2013→2017	1.59	24.52	1.93	25.09	0.419	2.51	24.84	0.26	25.67	0.002

過去の特定保健指導の参加の有無に着目した分析

積極的支援

結果 (HbA1c : 差分) : 上限設定あり(7.0%未満の対象者について分析)

HbA1c(差分):男性(40~64歳)

	過去参加なし					過去参加あり				
	積極的支援参加あり		積極的支援参加なし		p値	積極的支援参加あり		積極的支援参加なし		p値
	平均	標準偏差	平均	標準偏差		平均	標準偏差	平均	標準偏差	
2013→2014	0.01	0.27	0.06	0.31	0.000	0.04	0.29	0.07	0.33	0.000
2013→2015	0.06	0.34	0.11	0.40	0.000	0.09	0.36	0.12	0.41	0.000
2013→2016	0.10	0.41	0.15	0.48	0.000	0.14	0.42	0.17	0.49	0.000
2013→2017	0.15	0.47	0.20	0.54	0.000	0.19	0.49	0.22	0.54	0.000

HbA1c(差分):女性(40~64歳)

	過去参加なし					過去参加あり				
	積極的支援参加あり		積極的支援参加なし		p値	積極的支援参加あり		積極的支援参加なし		p値
	平均	標準偏差	平均	標準偏差		平均	標準偏差	平均	標準偏差	
2013→2014	0.00	0.27	0.06	0.34	0.000	0.05	0.33	0.08	0.33	0.000
2013→2015	0.05	0.35	0.11	0.43	0.000	0.10	0.40	0.14	0.43	0.000
2013→2016	0.09	0.38	0.17	0.52	0.000	0.16	0.47	0.20	0.55	0.001
2013→2017	0.14	0.48	0.21	0.58	0.000	0.20	0.52	0.26	0.64	0.000

結果 (喫煙状況) :

喫煙:男性(40~64歳)

	過去参加なし				過去参加あり			
	積極的支援参加あり		積極的支援参加なし		積極的支援参加あり		積極的支援参加なし	
	「喫煙あり」の人数	割合	「喫煙あり」の人数	割合	「喫煙あり」の人数	割合	「喫煙あり」の人数	割合
2013	87,190	56.54%	812,220	59.51%	51,711	51.40%	85,724	52.04%
2014	55,700	52.78%	355,457	54.83%	39,404	49.33%	41,474	49.73%
2015	48,867	51.72%	303,273	53.66%	35,045	48.28%	34,610	48.90%
2016	44,375	50.48%	268,139	52.49%	31,955	47.06%	30,077	47.77%
2017	40,251	49.34%	240,110	51.35%	29,033	46.15%	27,093	46.90%

喫煙:女性(40~64歳)

	過去参加なし				過去参加あり			
	積極的支援参加あり		積極的支援参加なし		積極的支援参加あり		積極的支援参加なし	
	「喫煙あり」の人数	割合	「喫煙あり」の人数	割合	「喫煙あり」の人数	割合	「喫煙あり」の人数	割合
2013	4,144	24.53%	56,581	31.58%	1,702	21.17%	3,715	22.58%
2014	2,323	21.64%	20,700	27.29%	1,239	20.21%	1,455	20.74%
2015	2,000	20.82%	17,512	26.29%	1,082	19.36%	1,233	20.05%
2016	1,730	19.71%	15,128	25.65%	964	18.75%	1,082	19.46%
2017	1,534	19.00%	13,001	24.76%	881	18.44%	937	18.61%

第三期(H30年度以降)の特定保健指導の流れ

積極的支援対象者

動機付け
支援対象者

① 初回面接

保健師等の面接支援(個別・グループ)により、対象者が自らの生活習慣を振り返り、行動目標を立てる。

②-1: 3カ月以上の継続的支援

「動機付け支援」に加えて、対象者が自らの生活習慣を振り返り、行動目標を設定し、保健師等の支援の下、目標達成へ向けた実践(行動)に取り組む。(180ポイント必須)

<取組の例>

- 【習慣づけ】体重・腹囲等測定 of 習慣づけと記録
- 【食生活】食事記録、栄養教室への参加
- 【運動】運動記録、ストレッチ体操やウォーキング等の実施

②-2: モデル実施

ポイント制の在り方や、生活習慣病の改善効果を得られる目安等を検討するために、柔軟な運用による特定保健指導を実施。(ポイントに関係なく実施できる)(注2)

<条件>

- ①初回面接と実績評価を行っている
- ②実績評価の時点で当該年度の健診結果に比べて腹囲2.0cm以上かつ体重2.0kg(又は当該年度の健診時の体重の値に、0.024を乗じた体重(kg)以上かつ同体重と同じ値の腹囲(cm))以上減少している
- ③喫煙者に対して禁煙指導を実施している
- ④実施した支援内容を厚生労働省に報告する

②-3: 動機付け支援相当

<対象者の条件>

- ①前年度に積極的支援に該当し、3ヶ月以上の継続的支援を含む積極的支援を終了
- ②当該年度の健診結果が前年度の健診結果に比べて、腹囲1cm以上・体重1kg以上減少(BMI<30)、腹囲2cm以上・体重2kg以上減少(BMI≥30)

③ 行動計画の実績評価・保健師等による3カ月後評価

注1) 積極的支援における実績評価は、継続的支援の最終回と一体的に実施してもよい。

注2) 腹囲及び体重が当該年度の健診結果に比べて改善していない場合、追加支援を実施し180ポイント以上に達すれば、積極的支援を実施したこととする。

第三期から、積極的支援対象者に対する支援方法として、新たに「動機付け支援相当」と「モデル実施」を位置付け。

次年度 健診結果による評価

積極的支援対象者への柔軟な運用による特定保健指導のモデル実施

第3期特定健康診査等実施計画期間（2018年度～）から、保険者による特定保健指導（積極的支援）の実施に当たり、保健指導の実施量による評価に代えて、保健指導による腹囲・体重の改善状況による評価を可能とする「モデル実施」を導入。

1. 特徴

従前からの積極的支援の運用

- 保健指導に関する専門的知識及び技術を有する者（医師、保健師又は管理栄養士）による面談、電話やメール等による支援を実施
- 支援の投入量に応じてポイントを付与し、3ヶ月間の介入量（180ポイント）を評価

モデル実施による積極的支援【2018年度からの新たな選択肢】

- 継続的な支援の提供者や方法を緩和。成果を出せる方法を保険者が企画して実施
- 支援の投入量（ポイント）ではなく、3カ月間の介入の成果（腹囲2cm以上、体重2kg以上の改善）を評価
- ※ 積極的支援対象者に対する継続的な支援におけるポイントの在り方や生活習慣の改善効果を得るための目安となる新たな指標等の検証を目指すもの

2. 基本的な流れ

厚生労働省へ
モデル実施計画書を提出

（モデル実施開始前まで）

初回
面接

モデル実施計画書に沿った
保健指導を提供
（喫煙者に対しては禁煙指導）

3ヶ月以上

実績
評価

腹囲2.0cm以上かつ
体重2.0kg以上
の改善を確認

厚生労働省へ
モデル実施実績報告書と
法定報告データを提出

（翌年度の11月1日まで）

注1） 厚生労働省に実施計画を提出していない保険者においてモデル実施した場合は、特定保健指導とはみなさない。

注2） 行動計画の実績評価の時点で腹囲及び体重の値が改善していない場合は、その後追加支援を実施し180ポイント以上に達すれば積極的支援を実施したこととする。

3. 取組のイメージ

- モデル実施は従前より支援内容が緩和されており、創意工夫によって、より対象者の個別性に応じた支援方法の選択・実施が可能。
- 具体的には、事業主との連携、福利厚生施設の活用、契約先のフィットネスクラブでのプログラム提供等といった取組例が考えられる。

●事業主と連携した例

- ・ 福利厚生の健康ポイントを、腹囲や体重の減少量、運動量に応じて付与
- ・ 事業主が従業員と面談する機会を活用して保健指導を実施

●スポーツジム等での指導を取り入れた例

- ・ スポーツジムと契約し、施設の利用、トレーナーによる指導やジムのプログラムの提供
- ・ PCやスマートフォンを活用した遠隔面談でトレーナーによる運動指導を実施
- ・ トレーナーが作成した曜日別運動プログラムをインターネット動画サイトに掲載し、利用者が自主的に運動を実践

●アプリケーションを取り入れた例

- ・ 日々の体重や歩数をアプリに記録し、成果の確認をするとともに運動指導、栄養指導を実施
- ・ 血圧をアプリに記録し、その記録に対して運動指導、栄養指導を実施
- ・ 食べたメニューを写真添付や記録し、その記録に対して食事指導等を実施するほか、対象者の関心に合わせた情報提供

4. 留意点

- 「標準的な健診・保健指導プログラム【平成30年度版】」は、特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するに当たり、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものであり、モデル実施における保健指導は、必ずしも当該プログラムに即している必要はない。
- 厚生労働省に提出されるモデル実施計画書において、記入漏れ等の内容に不備がある場合や商品等の勧誘、販売等を行う内容が含まれている場合等には、厚生労働省より修正を求めることがある。

ヒアリング調査の結果【概要】～保険者に情報提供する取組事例①～

- ・ヒアリング対象の保険者のうち、特に、固有の課題分析に取り組み、明確なねらいに対してモデル実施を行っていた7保険者の事例について、2019年度以降、様々な機会を通じて保険者への情報提供に取り組む。

No	保険者名	モデル実施のねらい	実施概要	実施形態
1	さいたま市	<ul style="list-style-type: none"> ・従前、積極的支援を区の保健センターが実施。 ・対象者の意欲に合わせた支援による効果や、腹囲2cm、体重2kgを減らすことに対する職員の負担といった、モデル実施に伴う運用上の課題や効果を検討することを目的に、試行的に開始。 	<ul style="list-style-type: none"> ・積極的支援対象者のニーズや意欲に合わせるために、「時間に制約のある方の支援(メール又は電話)」、「運動重点型の支援①(スポーツクラブの利用)」、「運動重点型の支援②(身近な保健センターでの運動教室)」、「栄養重点型の支援(ICTの活用)」を用意。 ・支援内容は初回面接の際に本人の希望により選択する。 	直営
2	日本航空健康保険組合	<ul style="list-style-type: none"> ・運輸業であり、被保険者の2/3がシフト勤務者。 ・シフト勤務者の初回面談の実施が困難であり、実施率向上は課題。 ・事業所によっては特定保健指導が理解されていない。特定保健指導実施の重要性を伝えることも課題。 	<ul style="list-style-type: none"> ・毎食の食事内容の投稿に対して星評価とスタンプを付与、夕食へのコメント、食事内容の助言 	委託
			<ul style="list-style-type: none"> ・アプリによる歩数記録と歩数増加の助言 	委託
			<ul style="list-style-type: none"> ・ICTで初回面談、その後、月1回のメール支援 	委託
3	阿波銀行健康保険組合	<ul style="list-style-type: none"> ・積極的支援開始の3ヶ月後から実績評価までの間の「中だるみ」が課題。 ・中だるみ期間をなくした上で、3ヶ月、集中的に支援を行うことが可能であることから企画。 ・支援の投入量や方法に縛られず多様なメニューを用意し、3ヶ月間、密度の高い支援を行うことを目指した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・「短期集中(初回面接後2週間後にフォロー開始)」、「体重セルフモニタリング」、「健康セミナー受講」、「見守り応援」、「ウォーキング」、「ICT+万歩計活用」、「スポーツ施設利用、ジム無料利用」、「管理栄養士食事アドバイス」、「塩分量・間食・アルコールコントロール」等の12種類のコースを用意 	直営
4	全国土木建築 国民健康保険組合	<ul style="list-style-type: none"> ・複数年度にわたり特定保健指導の対象となる者(リピーター)が多く、支援内容もマンネリ化している。 ・対象者が受動的な保健指導に保険者としても限界と感じている。 ・過去に成果があった宿泊型保健指導で培った知見を活かし、短時間で実施できる体験型の保健指導を企画。効果的な特定保健指導プログラムの提供と効果検証を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・調理施設を兼ね備えた「どけんぽヘルシースタジオ」を活用。体験型の保健指導を実施。 [体験の例] <ul style="list-style-type: none"> ・グループワーク形式での調理体験 ・ごはん計量 ・ノンアルコール飲料の試飲等 	直営

ヒアリング調査の結果【概要】～保険者に情報提供する取組事例②～

No	保険者名	モデル実施のねらい	実施概要	実施形態
5	遠州鉄道健康保険組合	<ul style="list-style-type: none"> ・運動に着目し、これまで健康増進を目的に実施してきたスポーツクラブ利用補助を活用したモデル実施を企画。 ・複数回保健指導を受けている職員の「2回目以降の保健指導では同じ話を聞くことになる」という経験から、座学ではなく運動に着目した取組を取り入れ「マンネリ化」を防ぐことがねらい 	<ul style="list-style-type: none"> ・健診センターの保健師等が「栄養・運動」の改善計画を策定し、スポーツクラブのインストラクターが対象者にあった運動のプログラムを策定。 ・スポーツクラブの利用補助により身体を動かす機会を提供。週2回スポーツクラブに通いプログラム消化。 	委託
6	ヤマザキマザック健康保険組合	<ul style="list-style-type: none"> ・リピーターが多くなっており、複数年にわたり保健指導に取り組んでいるものの明確な改善効果を受けないことで、モチベーションの低下がみられている。 ・初回面接を個別からグループ支援に変更し、講義形式からワーク形式を採用することで自らの生活習慣を振り返り気づきを促す等、支援のマンネリ化を解消する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・気軽に自身の記録が可能なインターネットの特定保健指導支援システムを導入。対象者の記録内容を保健師・管理栄養士がリアルタイムに共有し支援。 ・継続支援は1か月に1回実施。3ヶ月後までにメール支援を3回実施。 ・3ヶ月終了後もセルフモニタリングを継続。 	委託
7	全国健康保険協会	<p>【ポイント検証モデル】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・加入者の業種、勤務体制の特性や事業所の規模から、従前の投入量(180ポイント)を要件とする保健指導の継続が難しく、指導実施者も生活習慣や体重・腹囲等の改善よりも投入量にとらわれがちである。 ・支援内容は従前と同様とした上で、腹囲2cm、体重2kg減を達成できる投入量を検証する。 <p>【新手法検証モデル】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健指導の受け入れが困難な対象者(運輸業等)へ、生活習慣の改善効果を得るための新たな手法(見守り、ツールを活用した自己管理等)を検討・検証する。 	<p>【ポイント検証モデル】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・協会が直営で行う積極的支援対象者全員に、終了要件(腹囲2cm・体重2kg減少)を満たすポイント数を検証。 ・継続的な支援での介入は2週間後、1.5ヶ月後、3ヶ月後に電話文章、電話+面接で支援。 <p>【新手法検証モデル】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初回面談に重点を置く支部では、初回面談で内容豊富な保健指導を重点的に実施し、継続的支援では通常の支援を実施しない(原則見守り) ・自己管理に重点を置く支部では、初回面談完了後、特定保健指導実施者からの支援を行わず、アプリ等ツールを活用した自己管理を実施。 	直営 (一部、委託)

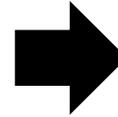
さいたま市

(加入者数：267,324人)

1. 課題とモデル実施のねらい

課題

- 積極的支援実施率は平成26年度から低下しており、平成29年度は11.6%となっている。
- 国保加入者は転出入が多く、積極的支援リピーターは10%程度であり、特定保健指導の制度が定着しにくい。



ねらい

- 特定保健指導の期間が3か月と短くなり、モデル実施は要件をクリアすればポイント不要であり、対象者の保健指導への繋がりやすさから、実施率の上昇に繋がるため。
- 対象者の意欲に合わせた支援による効果や、腹囲2cm・体重2kgを減らすことに対する職員の負担といった、モデル実施に伴う運用上の課題や効果を検討するため。

2. モデル実施の内容等

実施体制	直営（国民健康保険課で企画、各区保健センターで実施）。保健師または管理栄養士が対応。 5か所の スポーツクラブ と契約。（1ヶ月間の無料体験を実施）。
対象者の選定基準	積極的支援対象者の中から腹囲2cm・体重2kg減少を達成できそうな、やる気のありそうな方を保険者が選定。 メニューについては、初回面接の際に 本人の希望により選択 。
内容	<ul style="list-style-type: none"> ○ 時間に制約のある方の支援（メール又は電話）、運動重点型の支援①（スポーツクラブの利用）、運動重点型の支援②（身近な保健センターでの運動教室）、栄養重点型の支援（ICTを活用）の4種類の支援パターンを用意。 ○ スポーツクラブでは、健康運動指導士から個別指導を受ける。 <p>〔初回面接と工夫〕 各区の保健センターで実施し、モデル実施のメニューを決める。</p> <p>〔継続的な支援と工夫〕 ※終了者のポイント換算は20～300ポイント相当 継続支援は基本的に2回とし3回目が実績評価。電話、メール、個別面談等にて支援を実施。</p> <p>〔実績評価〕 支援開始から3ヶ月後に腹囲2cm・体重2kg減少の達成の有無による。保健センターで計測、もしくは自己申告。 目標未達成の場合は180ポイント到達まで支援を継続。</p>

3. 課題と対策

- | | |
|-------|---|
| 課題と対策 | <p>〔課題〕 腹囲2cm・体重2kg減を達成しなければならないというプレッシャーが職員にある。</p> <p>〔対策〕 来年度のモデル実施については、今年度の実施状況を勘案し検討する予定。</p> |
|-------|---|

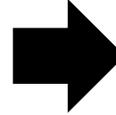
遠州鉄道健康保険組合

(加入者数：11,019人)

1. 課題とモデル実施のねらい

課題

- 特定健診受診率は、被保険者は高いが、被扶養者は**54%**に留まっている。
- 特定保健指導実施率は、被保険者、被扶養者ともに低く、**リピーター、途中脱落が多い。**
- 事業所や保健指導対象者への特定保健指導の周知不足。



ねらい

- 「運動」に着目し、これまで健康増進を目的に実施してきたスポーツクラブ利用補助を活用したモデル実施を企画。
- 「運動」に着目した理由は、複数回保健指導を受けている職員の「**2回目以降の保健指導では同じ話を聞くことになる**」という経験から、座学とは異なる視点の取組を取り入れ「**マンネリ化**」を防ぐことがねらい。

2. モデル実施の内容等

実施体制

聖隷健康診断センターとスポーツクラブ（グループ内企業が運営）へ**委託**。
健診センターの専門職が特定健診から保健指導全体に関わり、スポーツクラブが継続的な支援の「運動」を支援。

対象者の
選定基準

積極的支援対象者に、**従来**の保健指導と**モデル実施**による取組を提示。本人が選択する。

内容

- **スポーツクラブの利用補助（利用者負担なし）により身体を動かす機会を提供。**

〔初回面接と工夫〕

健診センターの保健師等が「栄養・運動」の改善計画を策定し、スポーツクラブのインストラクターが対象者にあった運動のプログラムを策定。運動による弊害が懸念されるが、健診センターの専門職、スポーツクラブのインストラクターの関わりにより管理。

〔継続的な支援と工夫〕 ※ポイント換算は40ポイント相当

週2回スポーツクラブに通いプログラムを消化してもらう（週2回通っているかは随時、保険者が報告を受けられるよう連携）。健診センターからは励ましのメール等により支援。月末にはインストラクターによるチェックを実施。

〔実績評価（予定）〕

支援開始から3ヶ月後に腹囲2cm・体重2kg減少の達成の有無による。測定はスポーツクラブで実施する。
（目標未達の場合、健診センターが180ポイント到達まで介入。）

3. 課題と対策

課題と
対策

〔課題〕参加者が集まらない。身体を動かすメリットを伝えるが時間的な制約と言った負担感がある。

〔対策〕週2回通うことの今年度利用者の成功体験等を取り上げながら周知する（予定）。
事業所との連携を図り、事業所からも参加の後押しをしてもらう。

全国健康保険協会

(加入者数：39,214,503人)

1. 課題とモデル実施のねらい

課題

- 生活習慣の改善が見られる者に対しても、180ポイントまで支援しなければならない。
- 加入者の業種や勤務体制によっては、180ポイントに至るまで継続して支援することが難しい。
- 建設業、運輸業等の現業が多く、初回面接実施のハードルが高い。継続支援も対象者との連絡が取りにくく、電話や文書による支援が困難。

ねらい

【ポイント検証モデル】

- 全支部の積極的支援対象者に対する特定保健指導において、終了要件（腹囲2cm・体重2kg減少）を満たす継続的支援の**ポイント数を検証**。保健指導の質を高めることに重点。

【新手法検証モデル】

- 6支部において、保健指導の実施や継続が困難な対象者に対する効果的かつ**新たな手法（重点的な初回面接実施後の見守り、ツールによる自己管理等）**を検討・検証する。

2. モデル実施の内容等

実施体制

直営（協会の保健師・管理栄養士）により実施。
なお、新手法検証モデルのうち、宿泊型保健指導等は委託により実施。

対象者の選定基準

【ポイント検証モデル】協会が直営で行う**積極的支援対象者全員**。
【新手法検証モデル】**希望者もしくは協会支部がモデル実施の内容に応じて選定した対象者**

内容

- **ポイント検証モデル（全て直営）、新手法検証モデル（直営、一部委託）の2パターンを実施。**

	初回面接と工夫	継続的な支援と工夫	実績評価
ポイント検証モデル	従来の初回面接を実施	2週間後、1.5ヶ月後、3ヶ月後に電話、文書、電話+面接で支援。	<ul style="list-style-type: none"> ・初回面接から3ヶ月後に終了要件（腹囲2cm・体重2kg減少）の達成の有無による。測定は自己申告の場合が多い。 ・終了要件未達の場合は6ヶ月までの期間で継続して支援を実施し、終了要件を達成するか、180ポイント要件で終了。
新手法検証モデル	初回重点型：生活改善の動機を高める豊富な内容の支援を重点実施 自己管理型：従前の初回面接	初回重点型：原則見守り。 自己管理型：アプリ等ツールを活用した自己管理。	

※ 初回面接、継続的な支援における工夫は支部ごとに異なる（初回面接を事業所の休日に実施、継続的な支援の際に返信不要の情報発信の実施等）。

3. 課題と対策

課題と対策

- 【課題】 【ポイント検証モデル】支部によってモデル終了率にばらつきが見られる。
【新手法検証モデル】宿泊型指導は参加者が少ない。見守り型で終了者が少ない。
- 【対策】 ・中間評価として、生活習慣の改善状況、目標の達成度、参加者の満足度等を評価・分析、改善を行う。
・最終評価として、翌年度健診結果に基づいて、評価・分析、改善を行う。

特定健康診査結果に基づくモデル実施計画書の提出状況

1. 保険者数とその内訳

保険者種別	2018年度	2019年度 (2019年11月5日現在)
市町村	7	5
国民健康保険組合	1	0
全国健康保険協会	1	1
健康保険組合	215	161
共済組合	4	4
合計	228	171

2. 実施方法

実施方法（直営・委託の分類）	2018年度	2019年度 (2019年11月5日現在)
直営により実施	43	29
委託により実施	175	133
直営及び委託の組み合わせにより実施	10	9
合計	228	171

※ 一保険者が複数の実施計画書を提出している場合もある。上記の集計では保険者の実数を掲載。

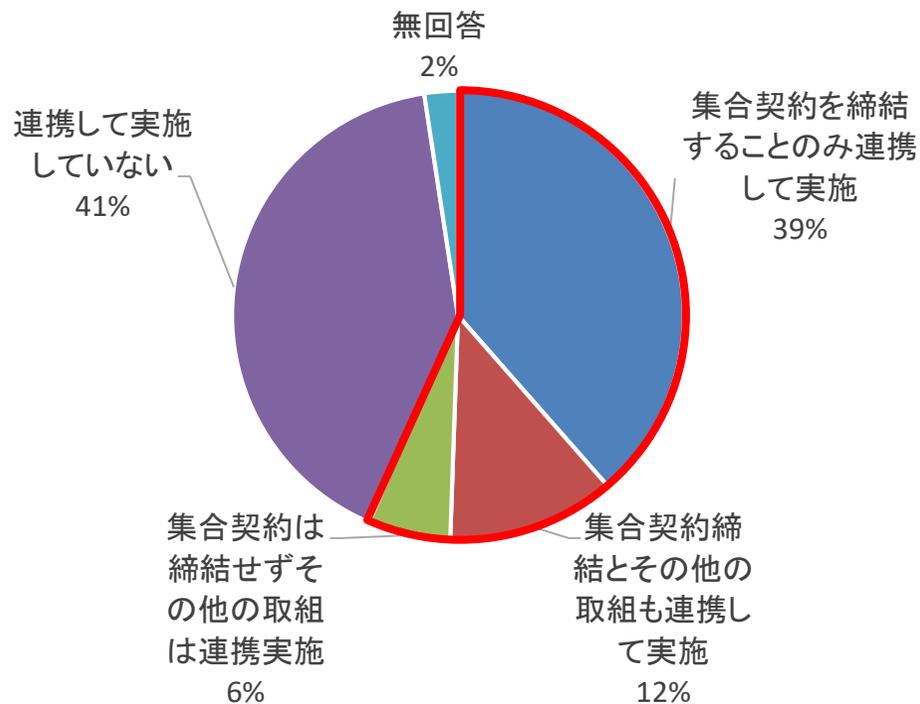
3. 2019年度保険者データヘルス全数調査

特定健診・特定保健指導の取組状況(医師会連携)

Q. 特定健診・特定保健指導を地域の医師会と連携して実施していますか。

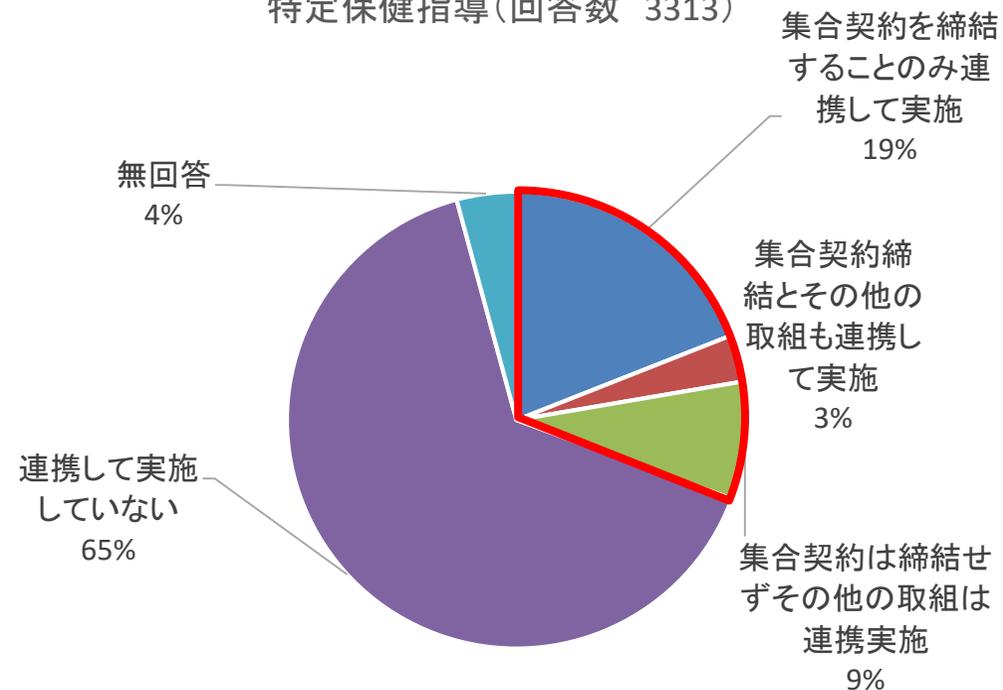
特定健診

特定健診(回答数 3313)



特定保健指導

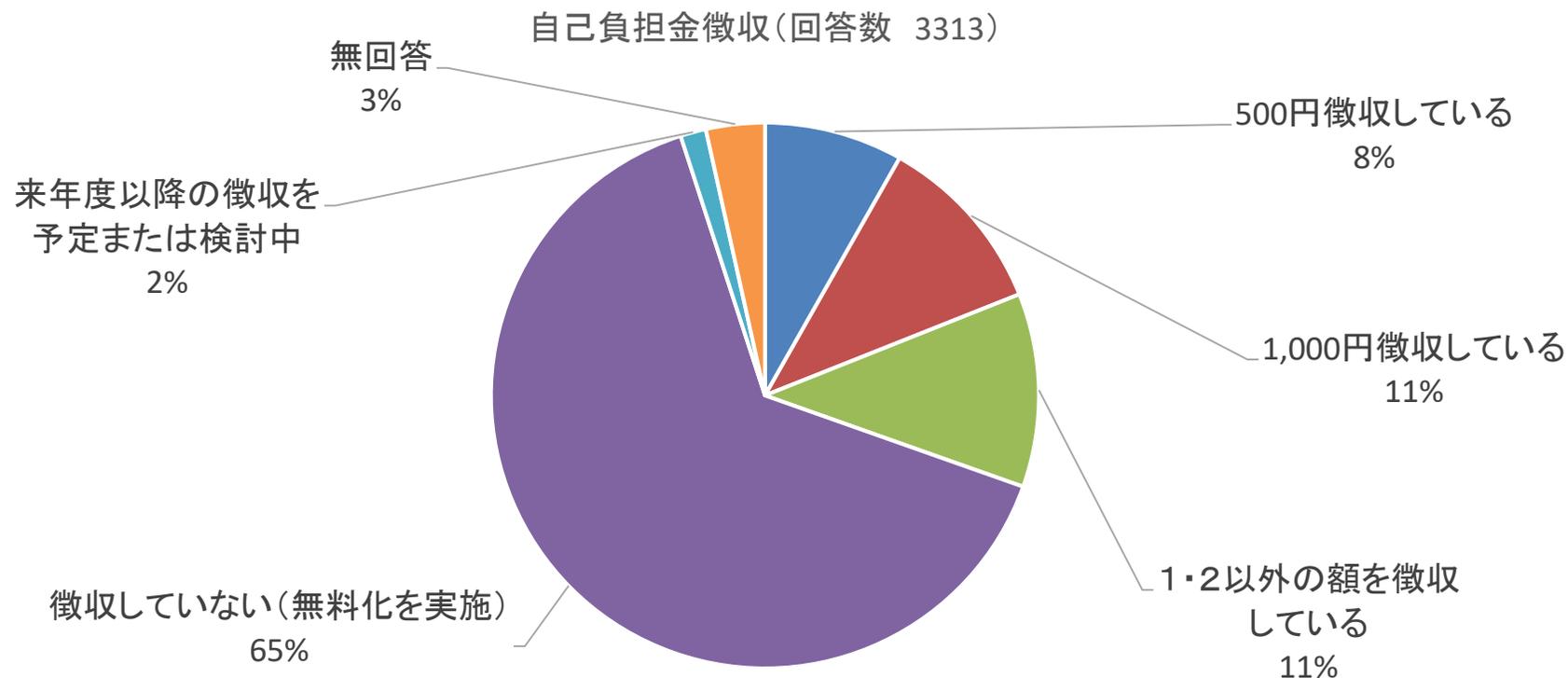
特定保健指導(回答数 3313)



※出典：2019年度保険者データヘルス全数調査

特定健診・特定保健指導の取組状況(自己負担金の徴収状況①)

Q. 特定健診を実施するときに、自己負担金を徴収していますか。



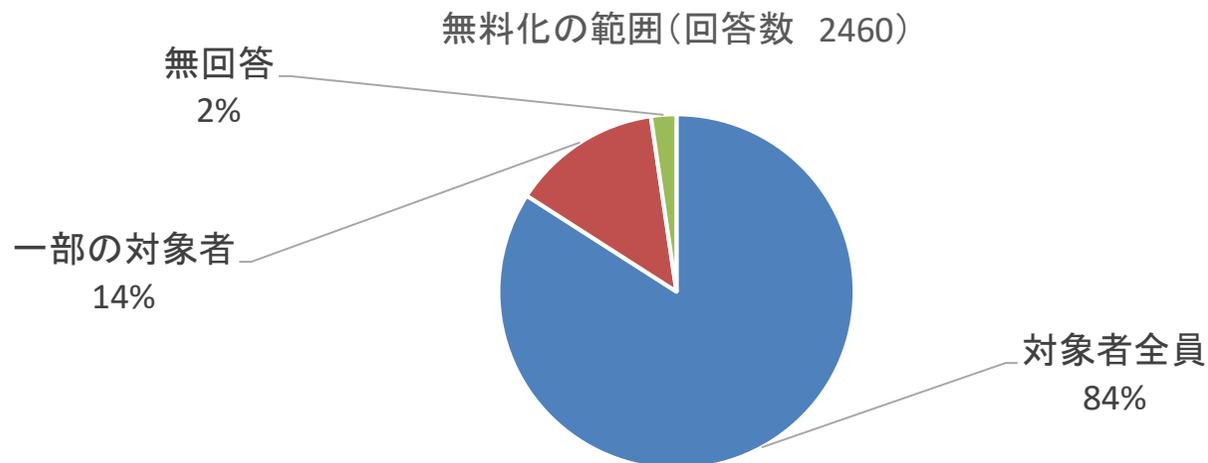
「1、2以外の額を徴収している」(回答数 428)

平均 2122.2 円

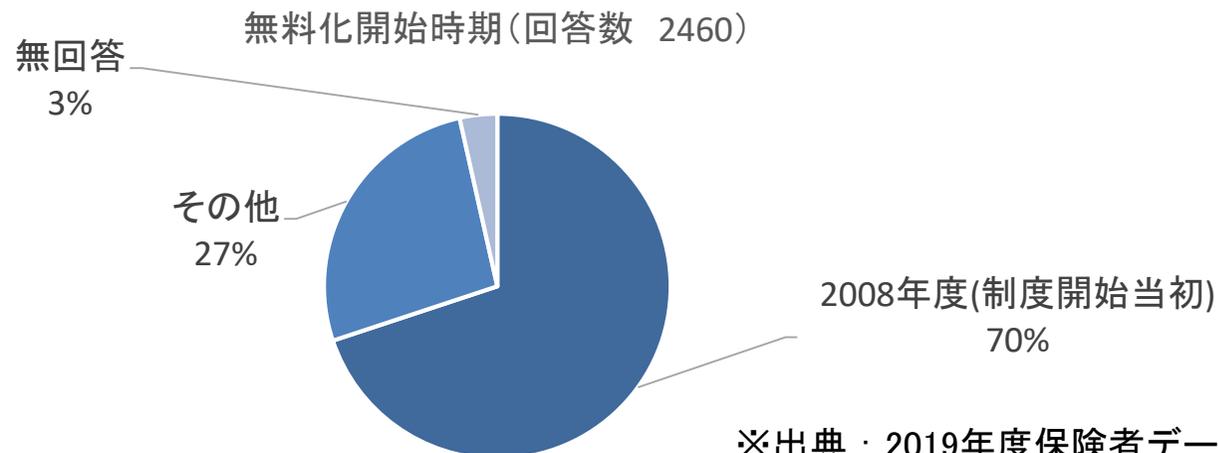
※出典：2019年度保険者データヘルス全数調査

特定健診・特定保健指導の取組状況(自己負担金の徴収状況②)

Q. 無料化している対象範囲をお答えください。※回答数には一部徴収している保険者を含む



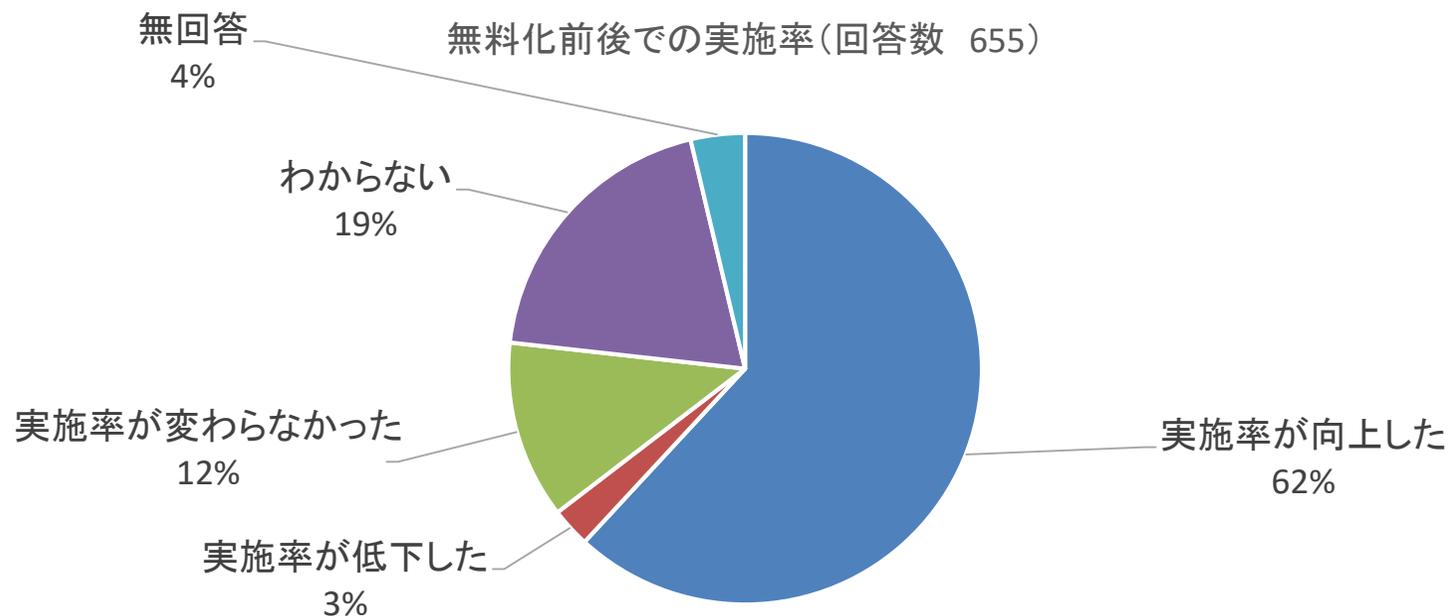
Q. いつから無料化を実施していますか。



※出典：2019年度保険者データヘルス全数調査

特定健診・特定保健指導の取組状況(自己負担金の徴収状況③)

Q. 無料化の実施直前年度と実施開始年度で、特定健診の実施率にどのような効果がありましたか。



※出典：2019年度保険者データヘルス全数調査

特定健診・特定保健指導の取組状況(実施率向上対策①)

Q. 特定健診の実施率向上対策として、どのような取組を実施していますか。(複数回答)

実施している取組(回答数 1689)



※出典：2019年度保険者データヘルス全数調査

特定健診・特定保健指導の取組状況(実施率向上対策②)

Q. また、結果として効果があった取組についてお答えください。

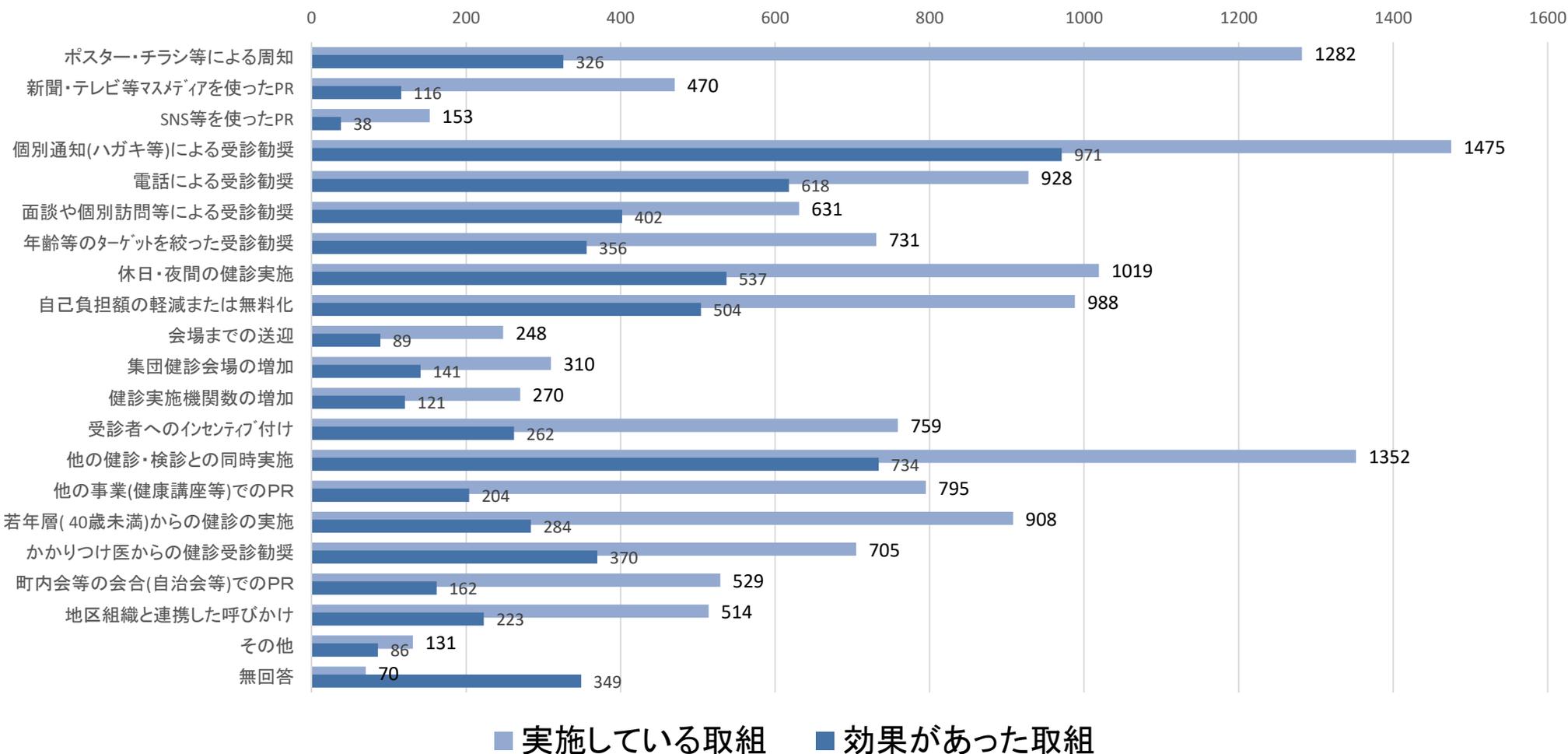
効果があった取組(回答数 1689)



※出典：2019年度保険者データヘルス全数調査

特定健診・特定保健指導の取組状況(実施率向上対策③)

実施している取組と効果があった取組(回答数 1689)



※出典：2019年度保険者データヘルス全数調査

4. 受診率向上等に向けた取組

「経済財政運営と改革の基本方針2019」（令和元年6月21日閣議決定）

（健康寿命の延伸関係部分抜粋）

全世代型社会保障への改革

（第2章 Society5.0時代にふさわしい仕組みづくり 1.（2）全世代型社会保障への改革）

● 疾病・介護の予防

（疾病予防の促進について）

・後期高齢者支援金の加減算制度の強化（来年度までに最大±10%に）

（エビデンスに基づく政策の促進）

・予防・健康づくりの健康増進効果等のエビデンス確認・蓄積の実証事業

社会保障関係（各論）

（第3章2.（2）. 主要分野ごとの計画の基本方針と重要課題）

● 予防・健康づくりの推進

（健康寿命延伸プランの推進）

・2040年までに健康寿命を男女ともに3年以上延伸し、75歳以上を目指す

・健康寿命の延伸に関する実効的なP D C Aサイクルの構築

・次世代を含めた全ての人の健やかな生活習慣形成等、疾病予防・重症化予防、介護予防・フレイル対策、認知症予防等

（生活習慣病・慢性腎臓病・認知症・介護予防への重点的取組）

・生活習慣病や慢性腎臓病の予防を推進

・特定健診・特定保健指導の実施率向上（地域の医師会等と連携するモデルの全国展開、がん検診・特定健診の一体的実施等のアクセシビリティの向上、40歳時をターゲットとした効果的な受診勧奨などナッジの活用、40歳時の健診・検診の無料・低額化等）

・健診内容の見直し・簡素化

● 医療・介護制度改革

（保険者機能の強化）

・一人当たり医療費の地域差半減、一人当たり介護費の地域差縮減に向けて、地域別の取組や成果について進捗管理・見える化を行う

・保険者機能の一層の強化を含め、更なる対応を検討

・保険者へのインセンティブ（アウトカム指標の割合の計画的引上げや多剤・重複投薬の是正や糖尿病等の重症化予防などの重点的評価）

・ヘルスケアポイントなど個人インセンティブ付与につながる保険者の取組支援

・高齢者医療確保法第14条に基づく地域独自の診療報酬

（診療報酬・医薬品等に係る改革）

・後発医薬品の使用促進

「成長戦略実行計画」（令和元年6月21日閣議決定）

（健康寿命の延伸関係部分抜粋）

○疾病・介護の予防

① 疾病予防の促進について

（保険者努力支援制度（国民健康保険））

- ◆保険者努力支援制度について、公的保険制度における疾病予防の位置づけを高めるため、**抜本的な強化を図る**。同時に、生活習慣病の重症化予防等への配点割合を高めたり、予防・健康づくりの成果に応じて配点割合を高め、優れた民間サービス等の導入を促進するといった形での**配分基準のメリハリを強化**

（後期高齢者支援金の加減算制度（企業健保組合））

- ◆後期高齢者支援金を加減算する制度について、来年度までに最大±10%となるよう強化。

② 介護予防の促進について

（介護インセンティブ交付金（保険者機能強化推進交付金））

- ◆介護インセンティブ交付金について、公的保険制度における介護予防の位置づけを高めるため、**抜本的な強化を図る**。以下のような取組について配分基準のメリハリを強化。
 - ・高齢者の心身の活性化につながる民間サービスも活用し、**高齢者の身近な「通いの場」を拡充**
 - ・**「介護助手」など高齢者就労・ボランティアへの参加、ポイントの活用**

③ エビデンスに基づく政策の促進

- ◆**データ等を活用した予防・健康づくりの健康増進効果等に関するエビデンスを確認・蓄積するための実証を行う。**

④ ナッジ理論の活用による個人の行動変容促進

- ◆**受診率向上が図られるよう、ナッジ理論等を活用し、特定健診等の各種健診の通知情報の充実を図る。**

⑤ 民間予防・健康サービスの促進について

- ◆健康スコアリングレポートにより、企業健保組合と企業との協力を促進

- 健康無関心層に対して、本人が楽しく無理なく健康な行動をとれるような環境・仕掛けづくりを推進。
- スマート・ライフ・プロジェクト（※）等の取組を推進し、ナッジ理論やボランティア等の地域資源の活用の視点も踏まえた事例集の作成や健康寿命延伸に資する優れた取組の表彰等を通じ、好事例の横展開を図る。

（※）「適度な運動」「適切な食生活」「禁煙・受動喫煙防止」「健診・検診の受診」をテーマに、健康づくりに取り組む企業・団体・自治体を支援する取組

【目標】

- ・2022年度までにスマート・ライフ・プロジェクト参画団体数を7,000団体とする。

【健康寿命延伸に資する優れた取組の表彰事例】

住んでいるだけで自ずと健康に！「あだちベジタベライフ～そうだ、野菜を食べよう～」（東京都足立区）

- 糖尿病対策に重点を絞り、区民の生活の質の向上と健康寿命の延伸を目指す

- ・平成29年11月の第6回アワード（「健康寿命をのぼそう！アワード」）において、「厚生労働省健康局長 優良賞」の自治体部門として、野菜摂取量増加に取り組む足立区を選出。
- ・足立区では、区民の野菜摂取量が国の目標より100g以上少ないというデータに注目。
- ・特に区の調査で推定野菜摂取量が少ない世代として判明した20代、30代の男性は外食や中食が多い。
- ・区内の飲食店に協力を求め、ラーメンや焼肉を注文しても自ずと食前ミニサラダが出てくるような「ベジファーストメニュー」や、一食で野菜が120g以上摂れる「野菜たっぷりメニュー」などが提供される「あだちベジタベライフ協力店」を置いた。

※ この他、「子どもの頃からの良い生活習慣の定着」を目指し、学校給食での啓蒙活動なども実施。

ロゴマーク



チラシ



（参考）ナッジ理論：実践行動経済学

- ・ノーベル経済学賞のリチャード・セイラー氏が提唱。「背中を押ししたり、肘で軽くつつく」といった意味。
- ・**選択肢をうまく設計・配置**することによって、人の背中を押すように、人々に**適切な選択をさせる**ことやその手法を指す。
- ・イギリスやアメリカでは、政府において「ナッジ・ユニット」が設置され、研究が進んでいる。

（活用事例）

- ・男性トイレの小便器に的となる絵を描いて飛散を防ぐ
- ・電車で座席に近い色の濃い部分に足を置くように促す
- ・駅構内でのスクワットの実施で地下鉄乗車券の配布

- 今年度とりまとめを行ったナッジ理論等を活用した取組事例のハンドブックも活用して、以下の取り組みを行う。
 - ・ 特定健診・保健指導について、先進・優良事例の横展開等、実施率の向上につながる効果的な方策等を検討する。
 - ・ がん検診について、国立がん研究センターが開発した乳がん検診受診勧奨はがきなどの効果的な受診勧奨を支援するとともに、がん検診受診率向上に効果をあげた自治体の優良事例の横展開を行う。

【目標】

- 2023年度までに、特定健診実施率70%以上・特定保健指導実施率45%以上等を目指す。
- 第3期がん対策推進基本計画に基づき、2022年度までにがん検診受診率50%の達成を実現し、がんの年齢調整死亡率の低下を目指す。

特定健診とがん検診の同時受診（ナッジの活用） （福井県高浜町）

- Opt-outフォームで特定健診とがん検診のセット受診率アップ。セット受診により受診時間を短縮（平均約40分）
- 受診者の負担と経費を軽減。

氏名		000000-00		高浜 夏子	
あなたの受け方はどれ？	集団検診		個別検診		受けたい場合は （お名前と 下記のお電話 からお電話を ください）
	対象検診すべてを セットで受けたい場合 （希望日の1つを ○で記入してください）	別々の日に 受けたい場合 （それぞれ希望日を 記入してください）	医療機関で 受けたい場合 （希望する検診に ○をつけてください）		
今年対象となる検診					
特定健診	H30年5月23日(水)	月			
長寿健診	5月29日(火)	月			
肺がん検診	6月1日(金)	月			
胃がん検診	6月8日(金)	月			
大腸がん検診	6月10日(日)	月			
子宮頸がん検診	6月13日(水)	月			
乳がん検診	10月16日(火)	月			
肝臓ウイルス検査	10月22日(月)	月			
骨密度検査	11月1日(木)	月			
	11月9日(金)	月			
	H31年1月19日(土)	月			

セット受診そのものについて希望日を囲む（オプトアウト式）

（出典：受診率向上施策ハンドブック（第2版））

ソーシャルマーケティングを活用した がん検診の受診勧奨

（活用事例）

- 国立がん研究センターで開発したソーシャルマーケティングを活用した受診勧奨用の資材（無料配布）。未受診者の特性にあわせたメッセージによる個別勧奨・再勧奨を行う。
- 全国43都道府県194市町村で受診勧奨を実施。その結果、一部の自治体では、2~4倍程度のがん検診の受診率向上を達成

（乳がんの圧着はがき）

（表面）

（裏面）

（出典：国立がん研究センター保健社会科学研究部）

○特定健診、薬剤、乳幼児健診等のデータは2020年度（薬剤は2021年度）からマイナポータルを活用して提供開始を目指している。
（予防接種歴は2017年度より提供開始）

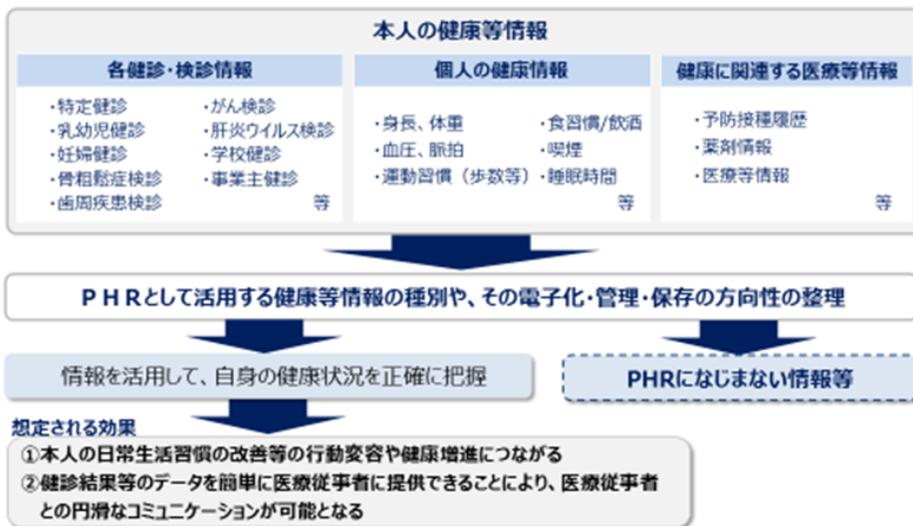
【目標】

- ・PHRの更なる推進に向けた基本的な方向性の整理。（2020年度早期に一定の結論を得る。）
- ・現在検討中の健診情報の他、さらに必要な健康等情報を電子記録として本人に提供する仕組みを構築する。

PHRとは

個人の健康診断結果や服薬履歴等の健康等情報を、電子記録として、本人や家族が正確に把握するための仕組み

※日本においては厳密な定義はされていない



今後の方向性

- PHRの更なる推進に向け、各情報（健診・検診情報、医療等情報）ごとにPHRとして情報提供するための課題（①提供する情報 ②データの円滑な提供 ③データの適切な管理 ④データの効果的な利活用）を整理するため、検討会を立ち上げ議論。基本的な方向性を整理する。

PHR推進によるメリット

過去の健診結果等も含め、データを簡単に確認できることで自分自身の健康管理、健康づくりに役立てることができる



災害等により、母子健康手帳や紙による健診結果等を紛失した際にも情報へのアクセスが可能になる

過去の予防接種歴を簡単に確認できるとともに、接種時期を知ることができる



健診結果等の情報を簡単に医療従事者に提供できることにより、医療従事者との円滑なコミュニケーションが可能となる



重複投薬の削減等が期待できる

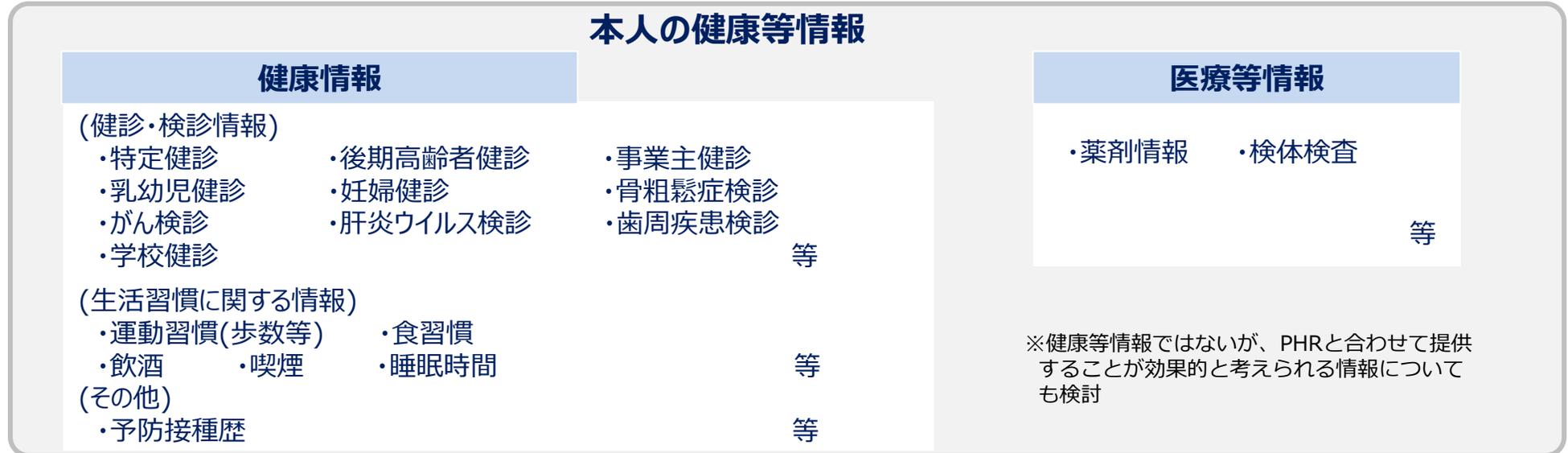


PHR (Personal Health Record) について

第1回国民の健康づくりに
に向けたPHRの推進に関
する検討会資料より抜粋

個人の健康診断結果や服薬履歴等の健康等情報を、電子記録として、本人や家族が
正確に把握するための仕組み (※成長戦略フォローアップ(令和元年6月21日閣議決定)より引用・一部改変)

※日本においては厳密な定義はされていない



PHRとして活用する健康等情報の種別や、その電子化・管理・保存の方向性の整理

情報を活用して、自身の健康状況を正確に把握

PHRになじまない情報等

想定される効果

- ① 本人の日常生活習慣の改善等の行動変容や健康増進につながる
- ② 健診結果等のデータを簡単に医療従事者に提供できることにより、医療従事者との円滑なコミュニケーションが可能となる

- 保険者努力支援制度について、生活習慣病の重症化予防につながる指標の配点割合を高める等、配点基準のメリハリ強化や成果指標の導入拡大等、指標の見直しを検討。
- 後期高齢者支援金の加減算制度については、順次の好事例の横展開、評価指標の重点項目の見直しなどに取り組む。

【目標】

- ・ 保険者努力支援制度の評価指標において、2019年夏を目途にメリハリの強化を検討。
- ・ 加減算制度については、2021年度からの中間見直し（指標や配点の本格的な見直し）に向けて、2019・2020年度の2年間で、新たな制度の適用状況の分析・事例の収集や、保険者による保健事業への影響分析などに重点的に取り組む。

保険者努力支援制度（全体像）

市町村分（500億円程度）	
保険者共通の指標	保険者共通の指標
指標① 特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	指標① 収納率向上に関する取組の実施状況
指標② 特定健診・特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況	指標② 医療費の分析等に関する取組の実施状況
指標③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	指標③ 給付の適正化に関する取組の実施状況
指標④ 広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況	指標④ 地域包括ケアの推進に関する取組の実施状況
指標⑤ 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況	指標⑤ 第三者求償の取組の実施状況
指標⑥ 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況	指標⑥ 適正かつ健全な事業運営の実施状況

後期高齢者支援金の加減算制度（全体像）

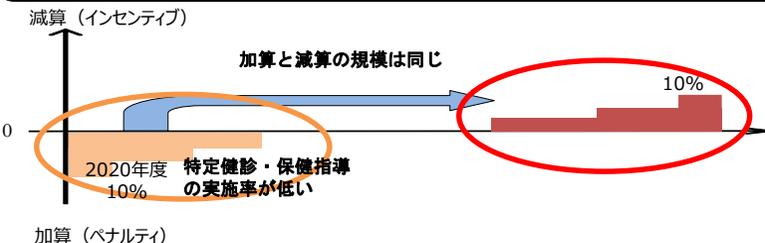
1. 支援金の加算（ペナルティ）

- ・ 特定健診57.5%（総合は50%）未滿、保健指導10%（総合は5%）未滿に**対象範囲を段階的に拡大。加算率を段階的に引上げ。**
※加算率＝2018年度から段階的に引上げ 2020年度に**最大10%（法定上限）**

2. 支援金の減算（インセンティブ） ※減算の規模＝加算の規模

- ・ **特定健診・保健指導の実施率に加え、特定保健指導の対象者割合の減少幅（＝成果指標）、がん検診・歯科健診、事業主との連携等の複数の指標で総合評価**
※減算率＝**最大10%～1%** 3区分で設定
- （項目）
 - ・ 特定健診・保健指導の実施率、前年度からの上昇幅（＝成果指標）
 - ・ 特定保健指導の対象者割合の減少幅（＝成果指標）
 - ・ 後発品の使用割合、前年度からの上昇幅（＝成果指標）
 - ・ 糖尿病等の重症化予防、がん検診、歯科健診・保健指導等
 - ・ 健診の結果の分かりやすい情報提供、対象者への受診勧奨
 - ・ 事業主との連携（受動喫煙防止、就業時間中の配慮等）
 - ・ 予防・健康づくりの個人へのインセンティブの取組 等

都道府県分（500億円程度）		
指標① 主な市町村指標の都道府県単位評価 ○ 主な市町村指標の都道府県単位評価 ・ 特定健診・特定保健指導の実施率 等	指標② 医療費適正化のアウトカム評価 ○ 都道府県の医療費水準に関する評価	指標③ 都道府県の取組状況 ○ 都道府県の取組状況 ・ 医療提供体制適正化の推進 ・ 法定外繰入の削減 等



保険者における予防・健康づくり等のインセンティブの見直し

○ 2015年国保法等改正において、保険者種別の特性を踏まえた保険者機能をより発揮しやすくする等の観点から、①市町村国保について保険者努力支援制度を創設し、糖尿病重症化予防などの取組を客観的な指標で評価し、支援金を交付する（2016年度から前倒し実施を検討）、②健保組合・共済の後期高齢者支援金の加算・減算制度についても、特定健診・保健指導の実施状況だけでなく、がん検診や事業主との連携などの取組を評価する（施行は2020年度から）仕組みに見直すこととした。

〈2015年度まで〉

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保（市町村）	後期高齢者医療広域連合
	後期高齢者支援金の加算・減算制度 ⇒ 特定健診・保健指導の実施率がゼロの保険者は加算率0.23% ⇔ 減算率は0.05%			

〈2016、2017年度〉 ※全保険者の特定健診等の実施率を、2017年度実績から公表

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保（市町村）	後期高齢者医療広域連合
同上		2017年度に試行実施 （保険料への反映なし）	2018年度以降の取組を前倒し実施 （2016年度は150億円、2017年度は250億円）	2018年度以降の取組を前倒し実施（20～50億円）

〈2018年度以降〉

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保（都道府県・市町村）	後期高齢者医療広域連合
手法等	後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直し ⇒ 加算率：段階的に引上げ、 2020年度に最大10% 減算率：最大10%～1%	加入者・事業主等の行動努力に係る評価指標の結果を都道府県支部ごとの保険料率に反映	保険者努力支援制度を創設 （700～800億円） （2018年度は、別途特別調整交付金も活用して、総額1,000億円規模）	各広域連合の取組等を特別調整交付金に反映 （100億円）
共通指標	①特定健診・保健指導、②特定健診以外の健診（がん検診、歯科健診など）、③糖尿病等の重症化予防、④ヘルスケアポイントなどの個人へのインセンティブ等、⑤重複頻回受診・重複投薬・多剤投与等の防止対策、⑥後発医薬品の使用促進			
独自指標	・被扶養者の健診実施率向上 ・事業主との連携（受動喫煙防止等）等の取組を評価	医療機関への受診勧奨を受けた要治療者の医療機関受診率等	保険料収納率向上等	高齢者の特性（フレイルなど）を踏まえた保健事業の実施等

後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直し

○ 後期高齢者支援金の加算・減算制度について、特定健診・保健指導や予防・健康づくり等に取り組む保険者に対するインセンティブをより重視する仕組みに見直す。

【現行】 ※国保・被用者保険の全保険者が対象

1. 目標の達成状況

- ・ 特定健診・保健指導の実施率のみによる評価

2. 支援金の加減算の方法 (2016年度の例)

- ① 特定健診・保健指導の実施率ゼロ(0.1%未満)の保険者 (健保・共済分:70保険者)
→ 支援金負担を加算(ペナルティ) ※加算率=0.23%
- ② 実施率が相対的に高い保険者 (健保・共済分:67保険者)
→ 支援金負担を減算(インセンティブ)

※事業規模(健保・共済分):0.5億円

※支援金総額(保険者負担、健保・共済分):2.3兆円

【見直し:2018年度～】 ※加減算は、健保組合・共済組合が対象 (市町村国保は保険者努力支援制度で対応)

1. 支援金の加算(ペナルティ)

- ・ 特定健診57.5%(総合は50%)未滿、保健指導10%(総合は5%)未滿に対象範囲を段階的に拡大。加算率を段階的に引上げ。
※加算率=段階的に引上げ 2020年度に最大10%(法定上限) 3区分で設定

2. 支援金の減算(インセンティブ) ※減算の規模=加算の規模

- ・ 特定健診・保健指導の実施率に加え、特定保健指導の対象者割合の減少幅(=成果指標)、がん検診・歯科健診、事業主との連携等の複数の指標で総合評価
※減算率=最大10%~1% 3区分で設定

(項目)

- ・ 特定健診・保健指導の実施率、前年度からの上昇幅(=成果指標)
- ・ 特定保健指導の対象者割合の減少幅(=成果指標)
- ・ 後発品の使用割合、前年度からの上昇幅(=成果指標)
- ・ 糖尿病等の重症化予防、がん検診、歯科健診・保健指導等
- ・ 健診の結果の分かりやすい情報提供、対象者への受診勧奨
- ・ 事業主との連携(受動喫煙防止、就業時間中の配慮等)
- ・ 予防・健康づくりの個人へのインセンティブの取組等

<現在:2017年度まで>

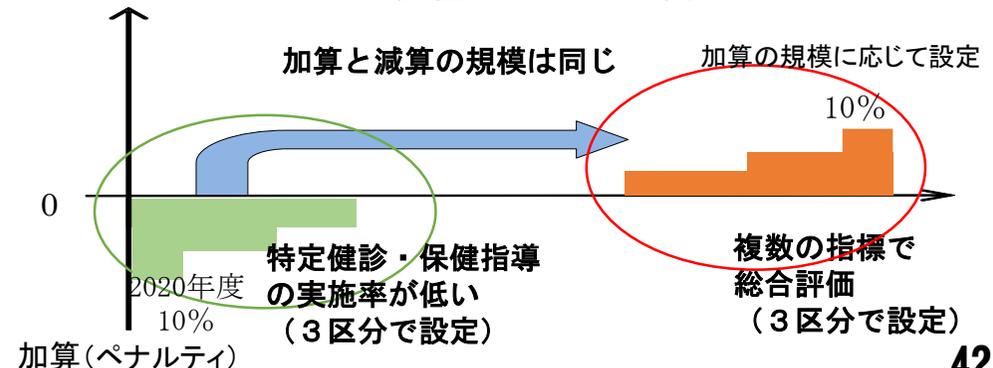
減算(インセンティブ)



加算(ペナルティ)

減算(インセンティブ)

<見直し後:2018年度～>



加算(ペナルティ)

後期高齢者支援金の加算率の見直し（2018年度～）

○ 特定健診・保健指導は、保険者の法定義務である。第3期末(2023年度)までに全保険者の保健指導の目標45%を達成するには、中間時点の2020年度までに実施率を30～35%程度まで引き上げる必要がある。このため、後期高齢者支援金の加算の対象範囲と加算率を見直し、実施率の低い保険者の取組を促す。2021年度以降の加算率は、第3期の中間時点で更に対象範囲等を検討する。

○ 特定保健指導該当者の6～8割は20歳から体重が10キロ以上増加している者であり、健診結果の本人への分かりやすい情報提供や40歳未満も対象とした健康づくり、後発医薬品の使用促進など、保険者と事業主が連携して加入者の健康増進に総合的に取り組むことが重要。このため加算の要件に特定健診・保健指導以外の取組状況も組み入れる（指標の点数が高い場合は加算しない）。

(※1) 保健指導の実施率(2015年度) 健保組合 18.2% (単一健保 22.5% 総合健保 10.4%) 共済 19.6% (参考) 協会けんぽ 12.6%

(※2) 保健指導の実施率10%未満の保険者が10%以上まで引き上げた場合、健保組合・共済全体で2%程度の引上げ効果が見込まれる。第1期(5年間)に健保組合・共済全体で実施率が12%程度上昇したので、加算による効果以外に実施率の公表や保健指導の運用改善により2018～23年度(5年間)でも引き続き10～12%程度の上昇効果が持続すると仮定すると、加算による2%程度の効果と併せて、2020年度で30～35%程度の実施率達成が見込まれる。

		特定健診・保健指導の実施率		2014～17年度 の加算率 【現行】	2018年度の加算率 (2017年度実績) 【第1段階】	2019年度の加算率 (2018年度実績) 【第2段階】	2020年度の加算率 (2019年度実績) 【第3段階】
		単一健保・共済組合 (私学共済除く)	総合健保・私学共済				
特定健診	実施率が第3期目標の1/2未満	45%未満	42.5%未満	— (※3)	1.0%	2.0%	5.0%
	実施率が第3期目標の1/2以上～57.5%未満 (※4)	45%以上～57.5%未満	42.5%以上～50%未満 (※6)		—	—	0.5% (※7)
特定保健指導	実施率が0.1%未満	0.1%未満	0.1%未満	0.23%	1.0%	2.0%	5.0%
	実施率が0.1%以上～第3期目標の1/20未満	0.1%以上～2.75%未満 (※5)	0.1%以上～1.5%未満 (※6)	—	0.25%	0.5%	1.0%
	実施率が第3期目標の1/20以上～1/10未満	2.75%以上～5.5%未満 (※5)	1.5%以上～2.5%未満 (※6)	—	—	0.25% (※7)	
	実施率が第3期目標の1/10以上～10%未満 (※8)	5.5%以上～10%未満	2.5%以上～5%未満 (※6)	—	—	—	0.5% (※7)
特定健診 (第3期の実施率目標)		90%以上	85%以上				
特定保健指導 (同上)		単一健保 55%以上 共済組合 45%以上	30%以上				

(※3) 特定健診の実施率は、現行は0.1%未満を加算対象としているが、該当組合数はない。

(※4) 2023年度末までにすべての保険者が全保険者目標70%を達成することを目指して、中間時点(2020年度)の設定として、45%と70%の中間値である「57.5%未満」とする。

(※5) 共済は、第三期目標が単一健保より低い、加算対象は同じとする。(※6) 総合健保組合は、目標や特性を踏まえ、実施率の対象範囲を設定する。

(※7) 該当年度において、特定健診・保健指導(法定の義務)以外の取組が一定程度(減算の指標で集計)行われている場合には加算を適用しない。

(※8) 2023年度末までにすべての保険者が全保険者目標45%の概ね半分の20%までは達することを目指して、中間時点(2020年度)の設定として、20%の半分の値である「10%未満」とする。

健保組合・共済の保険者機能の総合評価の指標・配点（インセンティブ）

〇の重点項目について、**2018・2019年度**は、大項目ごとに少なくとも1つ以上の取組を実施していることを減算の要件とする。

(※) 特定健診の実施率の上昇幅（1-②）、特定保健指導の対象者割合の減少（2-④）、後発品の使用割合・上昇幅（4-④⑤）は、成果を評価する指標。

総合評価の項目		重点項目	配点
大項目1 特定健診・特定保健指導の実施(法定の義務)			
①-1 保険者種別毎の目標値達成	前年度の特定健診の実施率が目標達成(単一健保90%、総合健保・私学共済85%、その他の共済90%以上)、かつ、特定保健指導の実施率が特に高い(単一健保・その他共済60%、総合健保・私学共済35%以上)	○	65
①-2 保険者種別毎の目標値達成	前年度の特定健診の実施率が目標達成(単一健保90%、総合健保・私学共済85%、その他の共済90%以上)、かつ、特定保健指導の実施率が目標達成(単一健保55%、総合健保・私学共済30%、その他の共済45%以上)	○	60
①-3 実施率が上位	前年度の特定健診の実施率が[目標値×0.9]以上 かつ 特定保健指導の実施率が[目標値×0.9]以上 (※)共済グループの特定保健指導の実施率は保険者種別目標値(45%)以上とする	○	30
②-1 特定健診の実施率の上昇幅	前年度の特定健診の実施率が[目標値×0.9]未満で、前々年度より10ポイント以上上昇(②-2との重複不可)	—	20
②-2 特定健診の実施率の上昇幅	前年度の特定健診の実施率が[目標値×0.9]未満で、前々年度より5ポイント以上上昇(②-1との重複不可)	—	10
③-1 特定保健指導の実施率の上昇幅	前年度の特定保健指導の実施率が[目標値×0.9]未満で、前々年度より10ポイント以上上昇(③-2との重複不可)	—	20
③-2 特定保健指導の実施率の上昇幅	前年度の特定保健指導の実施率が[目標値×0.9]未満で、前々年度より5ポイント以上上昇(③-1との重複不可)	—	10
小計			65
大項目2 要医療の者への受診勧奨・糖尿病等の重症化予防			
① 個別に受診勧奨	特定健診結果から、医療機関への受診が必要な者を把握し、受診勧奨を実施 (※)「標準的な健診・保健指導プログラム」の具体的なフィードバックを参考に受診勧奨の情報提供を行う	○	4
② 受診の確認	①を実施し、一定期間経過後に、受診状況をレセプトで確認、または本人に確認		4
③ 糖尿病性腎症等の重症化予防の取組	重症化予防プログラム等を参考に重症化予防の取組の実施(治療中の者に対し医療機関と連携して重症化を予防するための保健指導を実施する、またはレセプトを確認して治療中断者に受診勧奨する)	○	4
④-1 特定保健指導の対象者割合の減少	前年度の特定保健指導の該当者割合が前々年度より3ポイント減少(④-2との重複不可)	—	10
④-2 特定保健指導の対象者割合の減少	前年度の特定保健指導の該当者割合が前々年度より1.5ポイント減少(④-1との重複不可)	—	5
小計			22
大項目3 加入者への分かりやすい情報提供、特定健診のデータの保険者間の連携・分析			
① 情報提供の際にICTを活用 (提供ツールとしてのICT活用、ICTを活用して作成した個別性の高い情報のいずれでも可)	本人に分かりやすく付加価値の高い健診結果の情報提供(個別に提供)(※)以下のいずれかを実施 ・経年データやレーダーチャートのグラフ等の掲載 ・個別性の高い情報(本人の疾患リスク、検査値の意味)の掲載 ・生活習慣改善等のアドバイスの掲載	○	5
② 対面での健診結果の情報提供	本人への専門職による対面での健診結果の情報提供の実施(医師・保健師・看護師・管理栄養士その他医療に従事する専門職による対面での情報提供(集団実施も可))		4
③ 特定健診データの保険者間の連携①(退職者へのデータの提供、提供されたデータの活用)	保険者間のデータ連携について以下の体制が整っている。(※)実際のデータ移動の実績は不要 ・退職の際に本人又は他の保険者の求めに応じて過去の健診データの提供に対応できる ・新規の加入者又は他の保険者から提供された加入前の健診データを継続して管理できる	○	5
④ 特定健診データの保険者間の連携②(保険者共同での特定健診データの活用・分析)	保険者協議会において、以下の取組を実施。(※)いずれかでも可 ・保険者が集計データを持ち寄って地域の健康課題を分析 ・地域の健康課題に対応した共同事業を実施		4
小計			18

総合評価の項目

重点項目 配点

大項目 4 後発医薬品の使用促進		重点項目	配点
① 後発医薬品の希望カード等の配布	加入者への後発医薬品の希望カード、シール等の配布	○	4
② 後発医薬品差額通知の実施	後発医薬品に変更した場合の差額通知の実施	○	4
③ 効果の確認	②を実施し、送付した者の後発品への切替の効果額や切替率の把握	○	4
④-1 後発医薬品の使用割合が高い	使用割合が80%以上 (④-2との重複不可)	—	5
④-2 後発医薬品の使用割合が高い	使用割合が70%以上 (④-1との重複不可)	—	3
⑤-1 後発医薬品の使用割合の上昇幅	前年度より10ポイント以上上昇 (⑤-2との重複不可)	—	5
⑤-2 後発医薬品の使用割合の上昇幅	前年度より5ポイント以上上昇 (⑤-1との重複不可)	—	3
		小計	22
大項目 5 がん検診・歯科健診等（人間ドックによる実施を含む）			
① がん検診の実施	がん検診を保険者が実施（対象者への補助、事業主や他保険者との共同実施を含む）。事業主が実施するがん検診の場合、がん検診の種別ごとに対象者を保険者でも把握し、検診の受診の有無を確認。	○	4
② がん検診：受診の確認	保険者が実施する各種がん検診の結果から、要精密検査となった者の受診状況を確認し、必要に応じて受診勧奨を実施。他の実施主体が実施したがん検診の結果のデータを取得した場合、これらの取組を実施。		4
③ 市町村が実施するがん検診の受診勧奨	健康増進法に基づき市町村が実施するがん検診の受診を勧奨（対象者を把握し個別に勧奨、チラシ・リーフレット等による対象者への受診勧奨）	○	4
④ 歯科健診：健診受診者の把握	歯科健診の対象者を設定（把握）し、受診の有無を確認	○	4
⑤ 歯科保健指導	歯科保健教室・セミナー等の実施、または歯科保健指導の対象者を設定・実施（④の実施の結果や、特定健診の質問票の項目13「食事でかんだ時の状態」の回答等から対象者を設定）	○	4
⑥ 歯科受診勧奨	対象者を設定し、歯科への受診勧奨を実施（④の実施の結果や、特定健診の質問票の項目13「食事でかんだ時の状態」の回答等から対象者を設定）	○	4
⑦ 予防接種の実施	インフルエンザワクチン接種等の各種予防接種の実施、または実施した加入者への補助		4
		小計	28
大項目 6 加入者に向けた健康づくりの働きかけ（健康教室による実施を含む）、個人へのインセンティブの提供			
① 運動習慣	40歳未満を含めた、運動習慣改善のための事業（特定保健指導の対象となっていない者を含む）	○	4
② 食生活の改善	40歳未満を含めた、食生活の改善のための事業（料理教室、社食での健康メニューの提供など）	○	4
③ こころの健康づくり	こころの健康づくりのための事業（専門職による個別の相談体制の確保、こころの健康づくり教室等の開催（メール・チラシ等の配布のみによる情報提供や働きかけは除く））	○	4
④ 喫煙対策事業	40歳未満を含めた、喫煙対策事業（標準的な健診・保健指導プログラムを参考に禁煙保健指導の実施、事業主と連携した個別禁煙相談、禁煙セミナー、事業所敷地内の禁煙等の実施）	○	5
⑤ インセンティブを活用した事業の実施	個人の健康づくりの取組を促すためのインセンティブを活用した事業を実施（ヘルスケアポイント等）	○	4
		小計	21
大項目 7 事業主との連携、被扶養者への健診・保健指導の働きかけ			
① 産業医・産業保健師との連携	産業医・産業保健師と連携した保健指導の実施、または、産業医・産業保健師への特定保健指導の委託	○	4
② 健康宣言の策定や健康づくり等の共同事業の実施	事業主と連携した健康宣言（従業員等の健康増進の取組や目標）の策定や加入者への働きかけ。事業所の特性を踏まえた健康課題の分析・把握、健康課題解決に向けた共同事業や定期的な意見交換の場の設置	○	4
③ 就業時間内の特定保健指導の実施の配慮	就業時間中に特定保健指導が受けられるよう事業主による配慮	○	4
④ 退職後の健康管理の働きかけ	事業主の実施する退職者セミナー等で保険者が退職後の健康管理に関する情報提供を実施	○	4
⑤ 被扶養者への特定健診の実施	前年度の被扶養者の特定健診の実施率が〔目標値×0.7〕以上（大項目1との重複可）	○	4
⑥ 被扶養者への特定保健指導の実施	前年度の被扶養者の特定保健指導の実施率が〔目標値×0.7〕以上（大項目1との重複可）	○	4
		小計	24
		全体計	200

2020年度の保険者努力支援制度(全体像)

2020年度の公費の在り方について
とりまとめ
2019年7月26日
国保基盤強化協議会事務レベルWG

市町村分 (500億円程度)

保険者共通の指標

指標① 特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

- 特定健診受診率・特定保健指導受診率
- メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

指標② 特定健診・特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況

- がん検診受診率
- 歯科健診受診率

指標③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況

- 重症化予防の取組の実施状況

指標④ 広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況

- 個人へのインセンティブの提供の実施
- 個人への分かりやすい情報提供の実施

指標⑤ 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況

- 重複・多剤投与者に対する取組

指標⑥ 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況

- 後発医薬品の促進の取組・使用割合

国保固有の指標

指標① 収納率向上に関する取組の実施状況

- 保険料(税)収納率
- ※ 過年度分を含む

指標② 医療費の分析等に関する取組の実施状況

- データヘルス計画の実施状況

指標③ 給付の適正化に関する取組の実施状況

- 医療費通知の取組の実施状況

指標④ 地域包括ケアの推進に関する取組の実施状況

- 国保の視点からの地域包括ケア推進の取組

指標⑤ 第三者求償の取組の実施状況

- 第三者求償の取組状況

指標⑥ 適正かつ健全な事業運営の実施状況

- 適切かつ健全な事業運営の実施状況
- 法定外繰入の解消等

都道府県分 (500億円程度)

指標① 主な市町村指標の都道府県単位評価

- 主な市町村指標の都道府県単位評価(※)
 - ・ 特定健診・特定保健指導の実施率
 - ・ 糖尿病等の重症化予防の取組状況
 - ・ 個人インセンティブの提供
 - ・ 後発医薬品の使用割合
 - ・ 保険料収納率
- ※ 都道府県平均等に基づく評価

指標② 医療費適正化のアウトカム評価

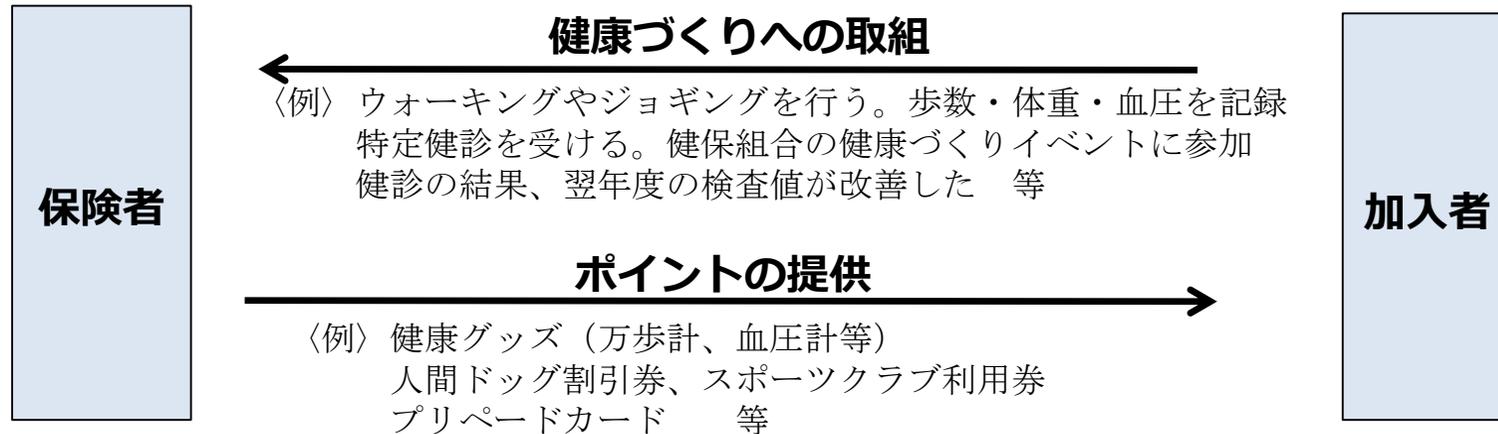
- 年齢調整後一人当たり医療費
 - ・ その水準が低い場合
 - ・ 前年度(過去3年平均値)より一定程度改善した場合に評価
- 重症化予防のマクロ的評価

指標③ 都道府県の取組状況

- 都道府県の取組状況
 - ・ 医療費適正化等の主体的な取組状況(保険者協議会、データ分析、重症化予防の取組等)
 - ・ 医療提供体制適正化の推進
 - ・ 法定外繰入の解消等

個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブの推進

- 予防・健康づくりに取り組む加入者にヘルスケアポイントを提供するなど、保険者が加入者に予防・健康づくりのインセンティブを提供する取組は重要。2015年の国保法等改正法で、保険者の努力義務として健保法等に位置付けられ（2016年4月施行）、国でもガイドラインを策定・公表した（2016年5月）。
- 保険者のインセンティブ指標にも、予防・健康づくりへの個人インセンティブの取組を位置づけた。



- ◎持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律（平成27年法律第31号）
- 健康保険法の一部改正 ※傍線部分を改正で追加（国保法、共済各法も同様に改正）
- 第一百五十条 保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第二十条の規定による特定健康診査及び同法第二十四条の規定による特定保健指導（以下この項及び第一百五十四条の二において「特定健康診査等」という。）を行うものとするほか、特定健康診査等以外の事業であって、健康教育、健康相談及び健康診査並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者及びその被扶養者（以下この条において「被保険者等」という。）の自助努力についての支援その他の被保険者等の健康の保持増進のために必要な事業を行うように努めなければならない。

- ◎持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議（平成27年5月26日 参議院厚生労働委員会）
- 政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。
- 四 2 保健事業において保険者が実施する予防・健康づくりのインセンティブの強化に当たっては、保険者に対し好事例の周知に積極的に取り組むとともに、必要な医療を受けるべき者が受診を抑制し、重症化することがないように、インセンティブ付与の在り方について十分検討すること。

個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブを提供する取組に係るガイドライン

ガイドラインのねらい

- 健康寿命の延伸のためには、国民一人ひとりが、「自らの健康は自らがつくる」という意識を持ち、それぞれの年齢や健康状態等に応じて、具体的行動として一步を踏み出すことが重要。
- 一方、既存の調査研究事業の結果等を踏まえると、地域及び職域におけるこれまでの第一次予防としての健康づくり施策が必ずしも個々の住民や従業員一人ひとりまで行き届いておらず、いわゆる**健康無関心層へのアプローチが課題**。
- このため、個人の健康づくりに向けた意識を喚起し、具体的な取組として一人ひとりがそれぞれの選択の中で第一步を踏み出すきっかけづくりとなるよう、ポピュレーションアプローチとして様々なインセンティブを提供することや、一人ひとりがその人なりに楽しく努力し続けることができるよう、ICTや民間の創意工夫を活用し、**国民に多様な選択肢を提供していくことが必要**。
- 既に、一部の保険者等では、加入者等に対して、個人の健康づくりの取組に対しインセンティブを提供することも含め、様々な支援が実践されており、本ガイドラインでは、こうした先行事例も参考にしつつ、インセンティブの取組を中心として、医療保険制度等の趣旨に照らし保険者等が留意すべき点も明示しながら、**個人が主体的に健康づくりを進めるための様々な方策を提案**することで、こうした取組を推進することを目的とする。

ガイドラインの中身

- 個人への分かりやすい情報提供
提供する情報の内容、情報伝達手段の在り方、情報提供に当たっての留意点など。
- 個人にインセンティブを提供する方法
- 個人へのインセンティブ提供に係る評価指標と報奨の在り方
評価指標の在り方、報奨の在り方など。
- 個人にインセンティブを提供する取組の効果
- 個人にインセンティブを提供する取組の推進方策
対象者を広げる工夫（普及啓発、口コミの誘発、事業所とのコラボヘルス、日常動線の活用、インセンティブの評価指標や報奨の工夫、効果の確認等）、継続性を確保する工夫など。

- 対象者の特性を意識した受診勧奨の例
A町では、特定健診の受診率向上策として、過去の健診の受診歴等により対象者を分類し、特性ごとに健診の受診勧奨を実施。
 - ・ 健診の継続受診者は、本年度も健診を受診する確率が高いため、通常の健診の受診案内のみ実施。
 - ・ 一昨年は健診未受診だったが昨年度は健診を受診した者は、再勧奨としてメッセージ性の高い通知を送付。
 - ・ 過去に健診の受診歴はあるが、昨年度は健診未受診だった者は、再勧奨の通知ではなく、保健師による戸別訪問や電話勧奨を実施
- グループ活動や口コミ等をインセンティブの評価指標に組み込んでいる例
 - ・ M社では、事業所の衛生管理委員の若手メンバーが中心となって企画し、運動推進の健康づくり活動を行う部活動（自転車部、プチトレ部、体重測るだけ部など）を立ち上げ。活動参加によりポイントが得られる。
 - ・ N市では、健康ポイント事業を市民に紹介することをポイント付与の対象の一つとしている。



「データヘルス・予防サービス見本市」の開催

- **健康・予防サービスを提供する事業者との協働・連携を推進**させる場として「データヘルス・予防サービス見本市」開催し、医療保険者と高度な専門性や人的資源を豊富に有する質の高い事業者とのマッチングを促進。
- **2019年度は、東京で2日間（11月26日、11月27日）開催。**
医療保険者、企業の経営者・人事・労務・総務、自治体の担当者等が来場。
※2015年度に東京で初開催。2016年度は福岡・仙台・大阪、2017年度は名古屋・東京、2018年度は大阪・東京で開催。



データヘルス・
予防サービス見本市 2019

東京会場

開催日：2019年11月26日（火）、27日（水）
場所：プリズムホール（東京都文京区）
来場者数（延べ人数）：約2,600名

データヘルス・予防サービス見本市2019の様子



↑ ブース展示



↑ **主催者セミナー**
「健康づくりの未来
～2040年へ向けた挑戦～」
経済産業省×スポーツ庁×厚生労働省



← 出展者Award2019 受賞者

出展事業者 60社以上
(うち、新規出展は 20社)

**出展事業者ブースは、
5つのテーマで展示**

- ①データヘルス計画
- ②特定健診・特定保健指導の実施率向上対策
- ③生活習慣病の重症化予防・フレイル対策
- ④予防・健康づくりのインセンティブ
- ⑤健康経営・職場環境の整備

**主催者セミナー・
出展者セミナーも
2日間開催**

日本健康会議について

- 平成27年7月に、「**日本健康会議**」が発足。
 - ・ 保険者等における先進的な予防・健康づくりの取組を全国に広げるための**民間主導の活動体**。
 - ・ **経済界・医療関係団体・自治体・保険者団体のリーダー**が手を携え、**健康寿命の延伸**とともに**医療費の適正化**を図ることを目的。
 - ・ メンバーは、**各団体のリーダーおよび有識者の計32名**で構成。
 (※) 三村会頭 (日本商工会議所)、横倉会長 (日本医師会)、老川顧問 (読売新聞) が共同代表。
- **予防・健康づくりの目標を設定 (8つの宣言)**。進捗状況をHPで公表。
 (※) データポータルサイトで「見える化」し取組を加速化
- 5回目となる今年度 (**日本健康会議2019**) は、**令和元年8月23日に開催**。
- さらに平成30年からは、**地域版の日本健康会議**の開催も進めているところ。



日本健康会議2019の様子
(令和元年8月23日開催)

「健康なまち・職場づくり宣言2020」(8つの宣言)

		進捗状況	
		2018	2019
宣言1	予防・健康づくりについて、一般住民を対象としたインセンティブを推進する自治体を800市町村以上とする。	563 (市町村)	823
宣言2	かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を1500市町村、広域連合を47団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。*2019年度より目標を800から1500市町村に、24から47広域連合に上方修正	1,003 (市町村) 31 (広域連合)	1,180 32
宣言3	予防・健康づくりに向けて、47都道府県の保険者協議会すべてが地域と職域が連携した予防に関する活動を実施する。	47 (協議会)	47
宣言4	健保組合等保険者と連携して健康経営に取り組む企業を500社以上とする。	539 (法人)	818
宣言5	協会けんぽ等保険者のサポートを得て健康宣言等に取り組む企業を3万社以上とする。*2018年度より目標を1万社から3万社に上方修正	23,074 (社)	35,196
宣言6	加入者自身の健康・医療情報を本人に分かりやすく提供する保険者を原則100%とする。その際、情報通信技術 (ICT) 等の活用を図る。	2,123 (保険者)	2,298
宣言7	予防・健康づくりの企画・実施を提供する事業者の質・量の向上のため、認証・評価の仕組みの構築も視野に、保険者からの推薦等一定の基準を満たすヘルスケア事業者を100社以上とする。	102 (社)	123
宣言8	品質確保・安定供給を国に求めつつ、すべての保険者が後発医薬品の利用勧奨など、使用割合を高める取組を行う。	608 (保険者)	815

WEBサイト上で全国の取組状況を可視化

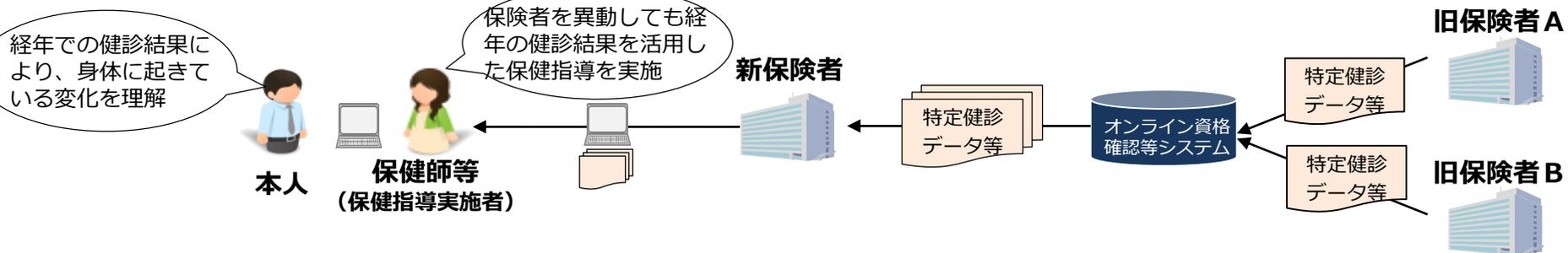


オンライン資格確認等システムを活用した特定健診データ等の保険者間の引継ぎについて （基本的な考え方）

- 従来、特定健診等データの保険者間の引継ぎについては、「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」において、保険者にとって新規加入者の過去の特定健診等データを活用して、本人の過去の状況や病歴等の特性に応じた、個別の保健事業へのアプローチが可能となること等のメリットが指摘されてきた。
- 一方で、一律的・網羅的な対応を行うためには、保険者において一定のシステム改修が必要であるが、マイナンバー制度の運用状況も踏まえる必要があったことから、これまで特段の対応は行わず、当面の間、紙又は電子媒体での引継ぎを行っている。
- 現状において、新規加入者などに対する保健指導等において過去の健診結果を活用している例は少ない。
- 現在マイナンバー制度のインフラを活用したオンライン資格確認等システムの整備が進められており、特定健診データ等の引継ぎの重要性や現状を踏まえ、効率的な引継ぎが行えるよう、この環境を活用した仕組みを整備することとする。
- また、加入者の予防・健康づくりを促進する観点から、マイナポータルでの特定健診データ等の閲覧や民間PHRサービスへの情報連携の仕組みについても併せて構築する。

経年の特定健診結果を活用した効果的な保健指導の実施

保険者間の特定健診データ等の引継ぎ



過去の健診結果を活用している例が少ない

- ・ 特定健診の記録の提供を求められた旧保険者は、新保険者に記録（紙又は電子媒体）を提供しなければならないが、実際に旧保険者に照会し活用している例は少なく、新保険者ではその年の健診結果のみを用いて保健指導をしているとの指摘がある。

効率的に記録の提供・取得ができる仕組みがない

- ・ 現在、主として紙で記録を引き継いでいる。
- ・ 予防・健康づくりの進展に伴い、今後は、保険者間の特定健診データ等の引継ぎの機会の増加が見込まれるため、事務負担の増加も予想される。

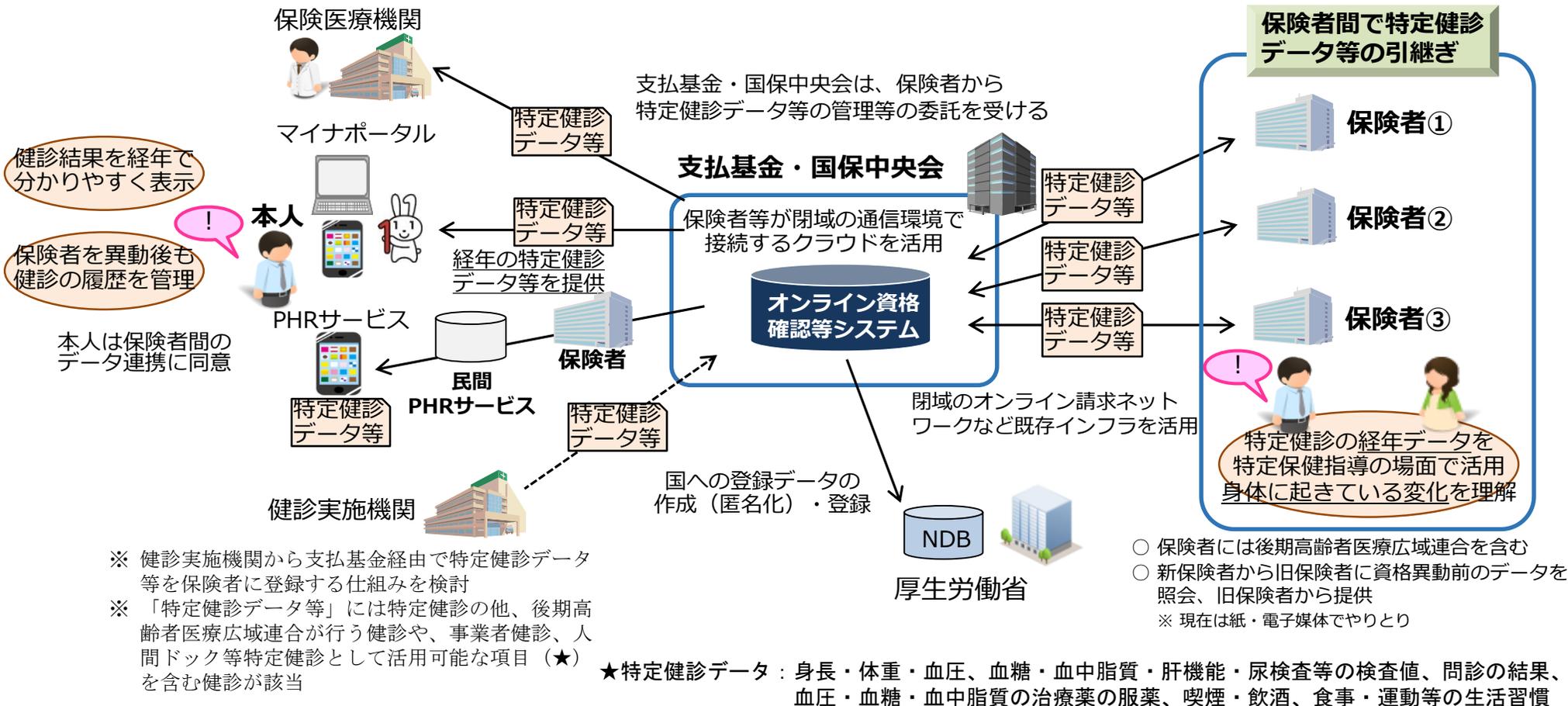
- ・ 引き継がれた特定健診データ等を活用することで、経年の特定健診結果に基づいた、的確な保健指導が提供できる。
- ・ 過去の健診結果を活用することで、加入者等に対して、特定健診・保健指導以外の保健事業の更なる推進ができる。
- ・ オンライン資格確認等システムの環境を活用し、特定健診データ等を集約することで、最適なセキュリティを確保しつつ、効率的なデータの引継ぎが可能となる。

特定健診データ等の保険者間の連携、マイナポータル等の活用（イメージ）

- 特定健診データ等の管理等を支払基金・国保中央会に委託する仕組みとすることで、保険者間での円滑なデータ連携ができる。マイナポータルや民間PHRサービスを活用して、本人が経年の特定健診等の記録を確認できるシステムも整備できる。

（※）PHR（Personal Health Record）サービス：個人の健康データを履歴管理し、健康管理サービスを提供。

マイナポータル等やPHRサービスで特定健診等の経年データを閲覧



- ※ 健診実施機関から支払基金経由で特定健診データ等を保険者に登録する仕組みを検討
- ※ 「特定健診データ等」には特定健診の他、後期高齢者医療広域連合が行う健診や、事業者健診、人間ドック等特定健診として活用可能な項目（★）を含む健診が該当

5. 參考資料

第三期計画期間における保険者の実施目標

- 各保険者の目標は、「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20年厚生労働省告示第150号）において、保険者種別に応じてそれぞれに掲げる値を踏まえて設定することとしている。

保険者種別	実施率	
	特定健診	特定保健指導
全国目標	70%以上	45%以上
市町村国保	60%以上	60%以上
国民健康保険組合	70%以上	30%以上
全国健康保険協会 （船員保険）	65%以上 （65%以上）	35%以上 （30%以上）
健康保険組合（単一）	90%以上	55%以上
健康保険組合（総合）・私学共済	85%以上	30%以上
共済組合（私学共済除く）	90%以上	45%以上

特定健診・特定保健指導の実施状況

○ 特定健診・保健指導の実施率は、施行(2008年度)から10年経過し、着実に向上しているが、目標(特定健診70%以上保健指導45%以上)とは依然かい離があり、更なる実施率の向上に向けた取組が必要である。

〔特定健診〕 受診者数 2,019万人(2008年度) → **2,858万人(2017年度)**
 実施率 38.9% → **53.1%**
 〔特定保健指導〕 終了者数 30.8万人(2008年度) → **95.9万人(2017年度)**
 実施率 7.7% → **19.5%**

○ 保険者機能の責任を明確にする観点から、厚生労働省において、全保険者の特定健診・保健指導の実施率を2017年度実施分から公表。

	特定健診			特定保健指導の対象者		特定保健指導の終了者	
	対象者数	受診者数	実施率	対象者数	対象者割合	終了者数	実施率
2017年度	53,876,463	28,582,798	53.1%	4,918,207	17.2%	959,076	19.5%
2016年度	53,597,034	27,559,428	51.4%	4,690,793	17.0%	881,183	18.8%
2015年度	53,960,721	27,058,105	50.1%	4,530,158	16.7%	792,655	17.5% (注)
2014年度	53,847,427	26,163,456	48.6%	4,403,850	16.8%	783,118	17.8%
2013年度	53,267,875	25,374,874	47.6%	4,295,816	16.9%	759,982	17.7%
2012年度	52,806,123	24,396,035	46.2%	4,317,834	17.7%	707,558	16.4%
2011年度	52,534,157	23,465,995	44.7%	4,271,235	18.2%	642,819	15.0%
2010年度	52,192,070	22,546,778	43.2%	4,125,690	18.3%	540,942	13.1%
2009年度	52,211,735	21,588,883	41.3%	4,086,952	18.9%	503,712	12.3%
2008年度	51,919,920	20,192,502	38.9%	4,010,717	19.9%	308,222	7.7%

(注) 2015年度の特定保健指導の実施率の低下は、全国健康保険協会において、不審通信への対処のため、約1年間、協会けんぽのシステムについて、ネットワーク接続を遮断したこと等により、健診結果のデータをシステムに効率的に登録することができず、初回面接の件数が大きく落ち込んだことが影響している。

後期高齢者支援金の減算（インセンティブ）の指標（2018～23年度）

（1）保険者機能の発揮への総合的な評価、アウトカムの評価の導入

- 保険者機能の発揮を幅広く総合的に評価する観点から、特定健診・保健指導（法定義務）の実施率に加えて、健診結果の分かりやすい情報提供や医療機関の受診状況の確認、後発医薬品の使用促進、事業主との連携（就業時間中の配慮、受動喫煙防止の取組等）、予防等に一定の効果が期待できる保健事業（がん検診、歯科健診、糖尿病の重症化予防）等を指標に位置づける。
- 取組を実施しているかどうかだけではなく、取組の実施による成果を評価する指標として、特定保健指導の対象者の割合の減少幅、特定健診・保健指導の実施率の上昇幅、後発医薬品の使用割合の上昇幅などを盛り込む。

（2）減算対象の保険者の要件、重点項目の設定（要件の段階的な引上げの検討）

- 特定健診・保健指導は、生活習慣に起因する糖尿病等の発症予防、医療費適正化のために保険者が共通で取り組む法定義務の保健事業であり、法定義務の達成状況を優先的に評価するため、2018年度分の評価（2017年度実績）は保険者種別の目標値の0.9倍を達成している保険者を減算の対象とする。この達成要件については、2018年度分の評価（2017年度実績）での特定健診・保健指導の実施状況を踏まえて、第3期の中間時点で保険者種別の目標値までの要件の引上げを検討する。
- 法定義務に加えてバランスのとれた取組を確保するため、保険者において優先的に取り組むべき重点項目を設定する。2018年度は、大項目ごとに重点項目の中から1項目以上実施することを減算の要件とする。2019年度以降は、実施状況を踏まえて重点項目の中で達成すべき項目数の見直しを行い、大項目2～7の要件となる項目数を2項目以上に段階的に引き上げていくことを検討する。

（※1）仮に、特定健診・保健指導の実施率目標をほぼ達成した保険者が減算（インセンティブ）とならないで、目標の達成に十分でない保険者が減算となった場合、これまで第1期・第2期で実施率目標をほぼ達成して医療保険制度全体の医療費適正化に貢献してきた減算対象保険者の理解が得られないことから、2018年度分の評価（2017年度実績）は保険者種別の目標値×0.9の達成を要件とする。

（※2）共済の特定保健指導の実施率の要件は、2015年度実績による減算対象保険者が目標値45%を上回っているため、45%以上の目標とする。

	単一健保		総合健保・私学共済		共済組合（私学共済除く）	
第3期の実施率の目標	特定健診	90%以上	特定健診	85%以上	特定健診	90%以上
	特定保健指導	55%以上	特定保健指導	30%以上	特定保健指導	45%以上
目標値の0.9倍に設定した場合	特定健診	81%以上	特定健診	76.5%以上	特定健診	81%以上
	特定保健指導	49.5%以上	特定保健指導	27%以上	特定保健指導	45%以上（※2）
2016年度の後期高齢者支援金の減算対象保険者（2015年度実績の実施率）	特定健診	76.7%以上	特定健診	68.7%以上	特定健診	79.2%以上
	特定保健指導	52.2%以上	特定保健指導	34.7%以上	特定保健指導	52.8%以上
2015年度実績の平均実施率（私学共済は共済グループに入れて平均実施率を計算）	特定健診	76.2%	特定健診	69.7%	特定健診	75.8%
	特定保健指導	22.5%	特定保健指導	10.4%	特定保健指導	19.6%

(3) 3グループごとの評価、減算対象保険者名の公表（点数の公表を検討）

- 保険者ごとに配点を積み上げて総合評価する。事業主との連携のしやすさなど保険者の特性を考慮し、現行と同様、**単一健保、総合健保・私学共済、その他の共済の3グループごと**に評価する。
- **減算率は、メリハリある評価とするため、達成状況に応じて3区分を基本として段階的に減算率を設定する。**保険者が最上位を目指して努力する意欲につながるよう、**加算額（減算額）の規模や減算対象保険者の後期高齢者支援金額、減算対象保険者の合計点数等に応じて、上位から減算率を10～5%、5～3%、3～1%の3区分**とすることを基本とする。
 - (※3) **加算額と減算額の規模は同じとする必要があるため、3区分の減算率と各区分の区切りは、当該年度の加算額（減算額）の規模や減算対象保険者の後期高齢者支援金額、減算対象保険者の合計点数、重点項目の実施数等に応じて、毎年度調整し、決定する必要がある。**加算額の規模に対して、減算対象最上位保険者の後期高齢者支援金がかかなり大きい場合は、最上位区分の減算率を10～5%で設定できない可能性もある。
- **減算対象保険者については、3区分で格付けした保険者名の公表や、減算対象保険者ごとの点数の公表**を検討する。

(4) 加算（ペナルティ）を適用しない基準（総合評価の指標の活用）

- **特定健診・保健指導の実施率が一定未達の保険者のうち、当該翌年度の総合評価の指標で一定以上の取組が実施されている場合（※4）、後期高齢者支援金の加算（ペナルティ）の対象としないこと**としており、この基準は、**保険者種別ごとの2018年度以降の総合評価の指標の実績を考慮しつつ検討し、設定する。**その際、**バランスのとれた取組を確保するため、大項目2～7のそれぞれについて、少なくとも1項目以上の重点項目の実施を要件**とすることを検討する。
 - (※4) 例えば、単一健保組合・共済で、2018年度の特定健診の実施率が45%以上57.5%未満、特定保健指導の実施率が2.75%以上5.5%未満の場合に、2019年度の総合評価の指標で一定以上の取組の場合には、加算（ペナルティ）を適用しないこととしている。

(5) 第3期（2018～23年度）の中間時点での実施状況の点検と見直しの検討

- **減算の総合評価の指標は、第3期から初めて導入するので、第3期の中間年度で、データヘルス計画の見直しと平仄を揃え、新制度の実績を点検し、さらに保険者の総合的な取組を促すよう、減算の指標や配点、評価方法の見直し**を検討する。
 - (※5) 実施状況を効率的に集計するため、①特定健診・保健指導の実施状況と後発医薬品の使用割合は、厚労省がNDBから保険者別に集計する、②その他の指標の実施状況は、健保組合等が厚労省に報告するデータヘルス・ポータルサイトの活用を検討する。
 - (※6) 地域のかかりつけ医師、かかりつけ歯科医師、かかりつけ薬剤師等との連携の下、重複・多剤服薬と思われる者等への医薬品の服用の適正化を促す取組について、今後、減算の評価指標に用いる具体的な取組について検討した上で、第3期の中間時点での見直しまでに、減算指標の追加を検討する。
 - (※7) 例えば、がん検診の取組については、新たな減算指標によって、今後、市町村が実施するがん検診への受診の働きかけや、要精密検査になった者への保険者からの受診勧奨などの取組の広がりが期待できるので、こうした取組の広がりを踏まえ、がん検診の実施率を減算指標に追加することを検討する。