

経済・財政一体改革 エビデンス整備プラン2023（案）

令和5年4月17日

経済・財政一体改革推進委員会

EBPMアドバイザーボード

(目次)

1. 人材育成・職業訓練

- 雇用・就労に掛かる施策（職業訓練等） 3

2. 社会保障

- 特定健診・特定保健指導 23
- 保険者インセンティブ制度 38
- 医療費適正化の取組 49
- 医療扶助 58

3. 社会資本整備等

- ICTの活用 70
- 中長期的な担い手の確保 70
- 効率的・効果的な老朽化対策の推進 78
- スマートシティ 100
- PPP/PFI 105

4. 地方行財政改革等

- 自治体の業務改革 112
- 自治体のAI・RPA 116
- 自治体の広域連携 121
- 地域運営組織 130
- 地方創生推進交付金 131

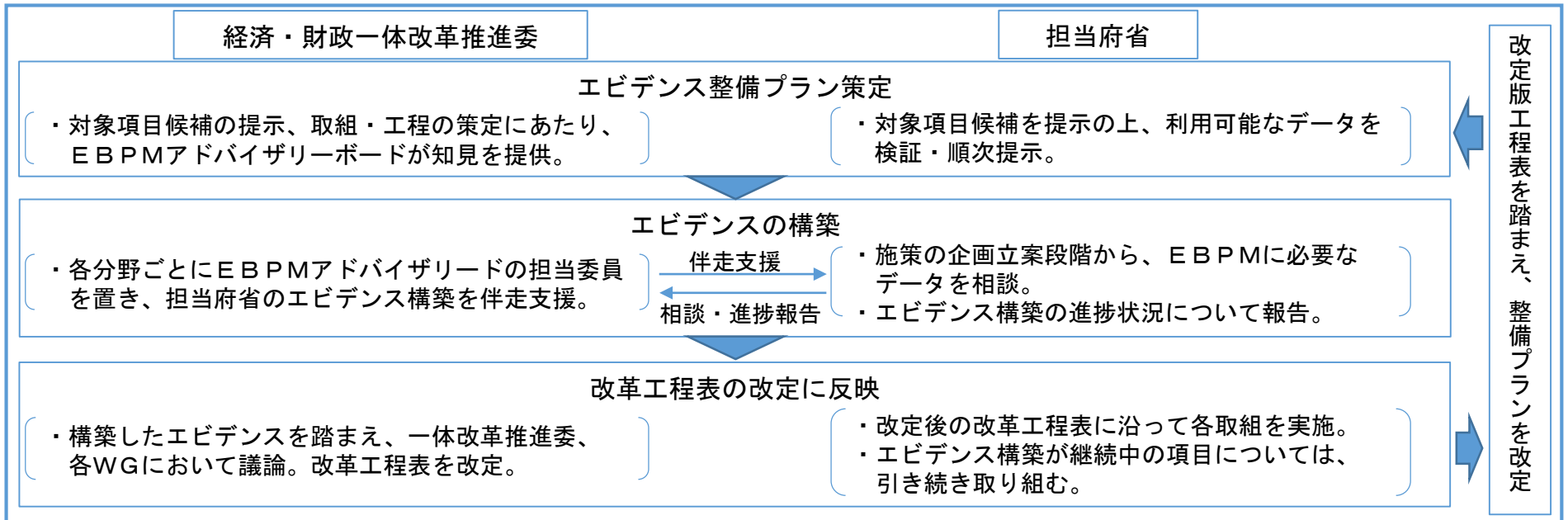
5. 文教・科学技術

- 教育の情報化の加速（主にGIGAスクール構想） 136
- 研究力強化・若手研究者支援総合パッケージ 145
- スポーツ政策 158

1. 目的・対象期間

- エビデンス整備プランは、新経済・財政再生計画改革工程表の改善に向けて、①改革工程表の「政策目標」・「KPI」等のつながり（ロジック）の検証、②必要なエビデンスの構築、のための取組・工程等を示すもの。
 - 担当府省は各取組の進捗を経済・財政一体改革推進委員会に報告するとともに、構築されたエビデンス等の成果は、本年末の改革工程表の改定に反映させる。また、エビデンスの構築に時間を要する項目については、継続して取り組むとともに、工程表の改定を踏まえ、整備プランも改定していく※。
 - こうした取組を通じて、行政機関及び民間が保有するデータを活用し、政策効果をデータで検証する仕組みの構築と、その仕組みを活用した政府の政策決定基盤の一層の向上を目指す。
- ※新経済・財政再生計画の対象期間は2025年度までであることを踏まえ、2024年の改革工程表の改定までに反映していくよう取り組む。

2. 推進の枠組み



3. 改革工程表への反映について

2024年までにエビデンス構築をして改革工程表に反映させることを目的として始まったエビデンス整備プランは、今年で目標年の前年となるため、今後はどのように改革工程表に反映できるかをより一層意識しながらエビデンス構築を行うことが重要。

【エビデンス構築の成果や改革工程表への反映の例】

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| ① 取組がKPIや政策目標の達成に結びついていることを確認 | ② エビデンス構築を踏まえた取組の改善や改善の検討 |
| ③ ロジックモデル（KPIやそれらのつながり）の見直し | ④ その他の成果（データ整備、検証結果の他事業への再利用等） |

【雇用・就労】

1. 狙い

職業訓練や雇用保険の業務データ等を用いた分析を拡充させるため、これまで進めてきた公共職業訓練等の効果分析も参考に、コロナ禍における雇用調整助成金の特例による効果の検証を行う。

2. 具体的な検証項目

	担当府省	対象施策	工程表の箇所	確認するエビデンス等	予定	必要なデータ例
1	厚労省	雇用・就労に係る施策（職業訓練等）	歳出11 (p138)	・コロナ禍における雇用調整助成金の特例に係る効果	<ul style="list-style-type: none"> ・雇用・就労に関する分析結果を踏まえ、施策への反映を検討 ・厚生労働省が（独）労働政策研究・研修機構に要請し、労働経済学の専門家を含む研究会において、特例の効果を示すエビデンスを取得すべく、分析等を進める。 	<ul style="list-style-type: none"> ・雇用保険の業務データ等 ・業務データで取得できない情報についてはアンケートの実施も検討

【雇用・就労】

1. 職業訓練等の取組

これまでの進捗状況

(1) 求職者支援訓練の効果分析（令和4年度における取組結果）

- ・昨年度にとりまとめた公共職業訓練の効果分析に加え、主に雇用保険を受給できない方を対象とした求職者支援訓練について、訓練を受講することにより、雇用保険が適用された仕事に就職しやすいか、就職後も就業継続をしやすいか、といった観点で分析を行った。有識者のご意見を伺いながら分析を進め、結果を取りまとめた（参考資料1を参照）。また、審議会（※）において結果をご報告した。

（※）労働政策審議会雇用保険部会（令和5年3月14日）

(2) ハローワークにおけるマッチングの分析（令和4年度における取組結果）

- ・他の雇用・就労に係る政策についても分析ができないかと検討をしたところ、ハローワークのマッチングに焦点を当てて分析を行った。ハローワークにおいて受け付けられた求人について、その紹介の状況を分析し、どのような企業においてどのような求人が紹介されやすいかを分析した。有識者のご意見を伺いながら分析を進め、結果を取りまとめた（参考資料2を参照）。

(3) 他の雇用・就労に係る政策についてのEBPM実施の検討

- ・EBPMをさらに拡充させる観点から、令和5年度の取組として、雇用・就労に係る政策の中で検討を行ったところ、コロナ禍における雇用調整助成金（参考資料3を参照）の特例について分析を今後進めるテーマとして選定した。今後、雇用保険の業務データやアンケート等を活用した分析を行っていく予定。

求職者支援訓練に関する効果分析

2023年3月

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

結果のサマリー

- 政府全体でEBPM（証拠に基づく政策立案）を進めている中で、主に雇用保険を受給できない方を対象とした求職者支援訓練について、雇用保険や職業紹介に係る行政記録情報を連結して分析を行い、現状を把握した。
- 傾向スコアマッチング法などを用いて訓練受講後における入職の効果を検証したところ、求職者支援訓練を受講することにより、雇用保険が適用された仕事に入職しやすくなる傾向が見られ（→8ページ）、期待される効果が認められた。労働市場整備が求められている中で、求職者支援訓練を推進していくことは、雇用保険が適用された仕事への入職を促進させ、安定的な雇用の実現のためには不可欠であるといえる。
- 一方で、入職後3年間ににおける就業継続をみると、求職者支援訓練を受けた者と受けなかった者の間で大きな差が見られなかった（→12、13ページ）。

求職者支援訓練による入職への効果

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

分析データの基本統計

○2018年中に終了した求職者支援訓練のコースを修了した者に注目し、2017年以降における求職申込の情報と紐付けできた約1.2万人が「受講あり」、それ以外で、無作為に抽出した約15万人を「受講なし」とした。

○求職者支援訓練の「受講あり」、「受講なし」ともに、希望する職業で事務的職業が多い。

性別

	男性	女性	不明
受講あり	27.1%	72.8%	0.1%
受講なし	43.3%	56.6%	0.1%

※「受講あり」「受講なし」いずれにおいても、2017～18年において雇用保険被保険者データが無く、基本手当を受給していない者を抽出している

※「受講なし」には公共職業訓練を受講した者が含まれる。過去においては公共職業訓練の受講有無が記録されていないために、「受講なし」から除外できていない

※修了者から途中退校者は除いている

最終学歴

	中学	高校	高専	短大	大学・大学院	その他
受講あり	3.8%	54.2%	1.2%	13.2%	26.5%	1.1%
受講なし	6.1%	54.6%	1.3%	10.8%	25.6%	1.5%

年齢層（ハローワークへの求職申込時点）

	15-24歳	25-34歳	35-44歳	45-54歳	55-64歳	65歳以上
受講あり	15.0%	28.4%	23.8%	21.3%	10.0%	1.5%
受講なし	13.0%	22.9%	20.4%	17.6%	15.4%	10.7%

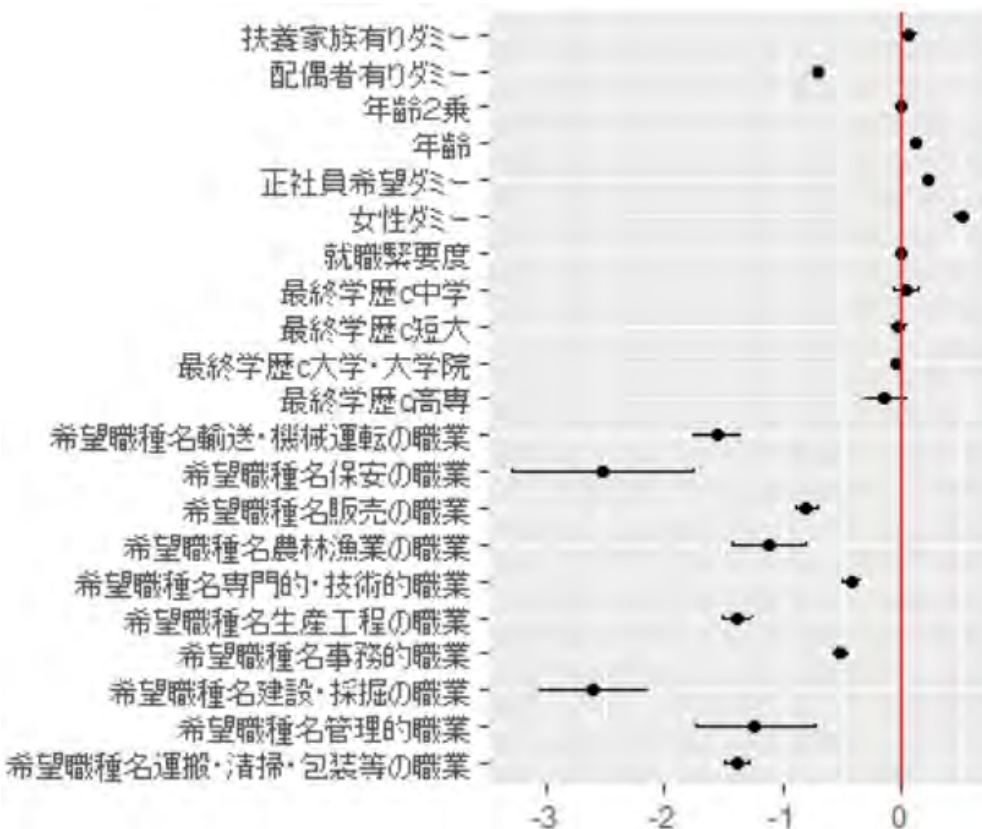
希望する職業

	専門的・ 技術的職 業	事務的職 業	サービスの 職業	販売の職 業	生産工程 の職業	運搬・清 掃・包装 等の職業	輸送・機 械運転の 職業	その他
受講あり	17.9%	46.1%	17.2%	6.6%	2.3%	5.3%	1.0%	3.7%
受講なし	14.3%	38.4%	9.7%	8.2%	5.1%	14.6%	3.6%	6.2%

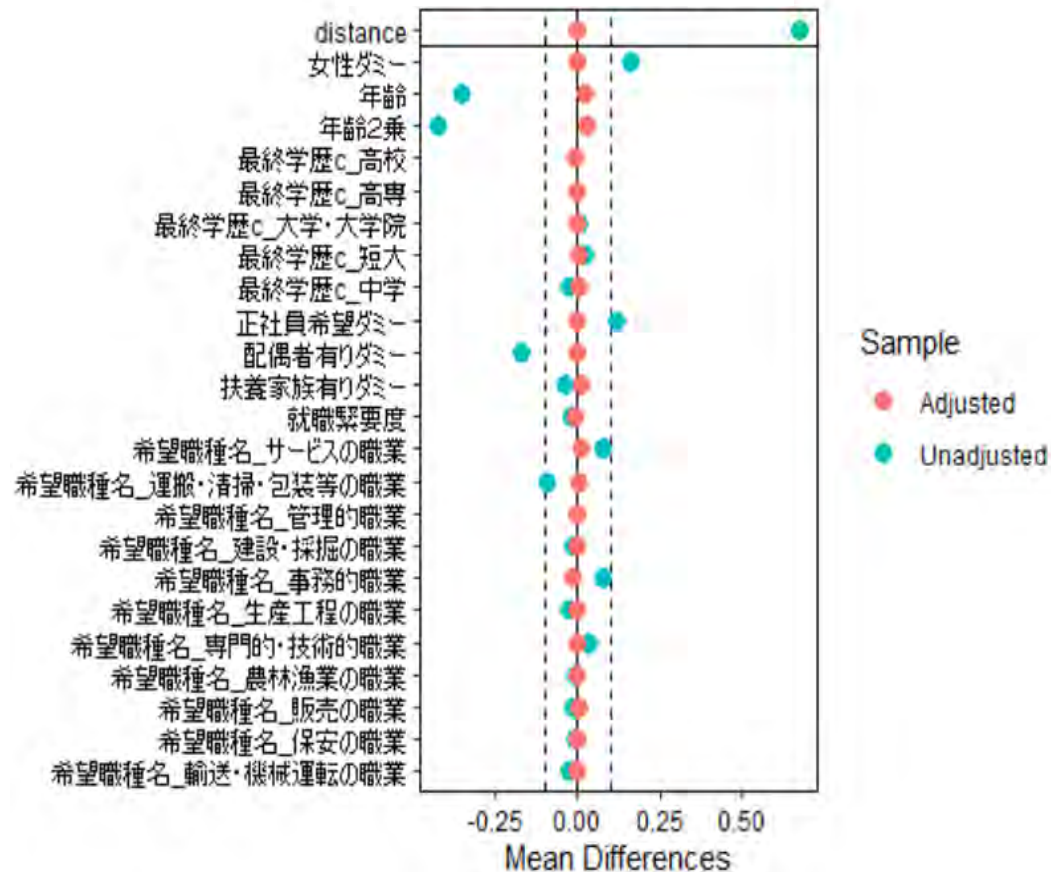
傾向スコアマッチング法を活用した対照群の構築

傾向スコアマッチング法の一つである最近傍（Nearest Neighborhood）法を用いる。ロジットモデルを推定し傾向スコアを算出し、傾向スコアが処置群と最も近い対照群を構築した。

ロジットモデルの推定（被説明変数 = 訓練受講ダミー）



マッチング後のバランス確認

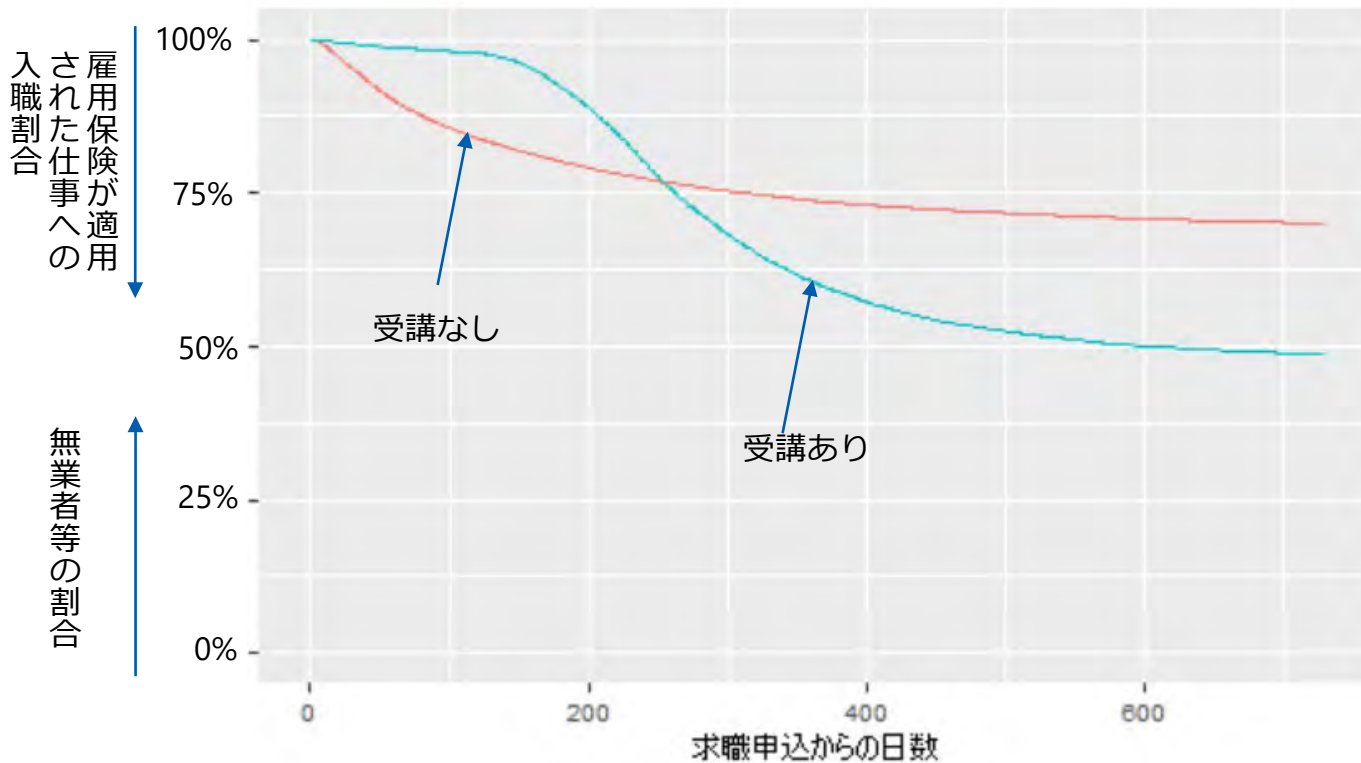


※最終学歴のレファレンスグループは高校、希望職種のそれはサービスの職業。

雇用保険が適用された仕事への入職割合

求職申込から雇用保険が適用された仕事への入職までの期間を見ると、求職申込から150日経過あたりから、訓練受講者における無業者等の割合が大きく低下している。

求職者支援訓練受講有無別 無業者等の割合



入職の有無に関する線形回帰分析

=====

被説明変数: 1 = 入職した、0 = それ以外

	最小二乗法	マッチング法
訓練受講ダミー	0.214*** (0.004)	0.191*** (0.004)
Constant	0.306*** (0.001)	0.329*** (0.004)
Observations	164,537	24,550
Adjusted R2	0.014	0.037

=====

Note: *p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

※Kaplan-Meier法によってグラフを表示している。

※訓練非受講者は、マッチングを行う前のサンプルを用いた結果である。

※2017年以降に求職申込をした者が、2019年までに雇用保険が適用された仕事に就職しているかを把握している。

※無業者等には、雇用保険が適用されない仕事への就職や自営業の開始等が含まれる。

求職者支援訓練による 就業継続（※）への効果

※）就業継続については、雇用保険の資格取得（＝入職）、離職によって判断するが、離転職を繰り返しながらも引き続き雇用保険に適用される仕事で継続することもキャリア形成上重要な観点であるため離転職を繰り返しながらも、雇用保険に適用される仕事を継続しているかといった点に着目した分析を行う。

分析データの基本統計

求職者支援訓練の「受講あり」、「受講なし」とともに、女性の構成比が半数を超える。

性別

	男性	女性	不明
受講あり	25.8%	74.0%	0.1%
受講なし	43.5%	56.4%	0.1%

最終学歴

	中学	高校	高専	短大	大学・大学院
受講あり	3.0%	50.3%	1.0%	14.3%	31.4%
受講なし	5.3%	55.7%	1.3%	10.9%	26.8%

年齢層（2019年1～6月の入職時点）

	15-24歳	25-34歳	35-44歳	45-54歳	55-64歳	65歳以上
受講あり	9.4%	28.5%	24.6%	24.2%	11.8%	1.5%
受講なし	8.2%	25.2%	21.8%	21.7%	15.7%	7.5%

入職時の雇用形態

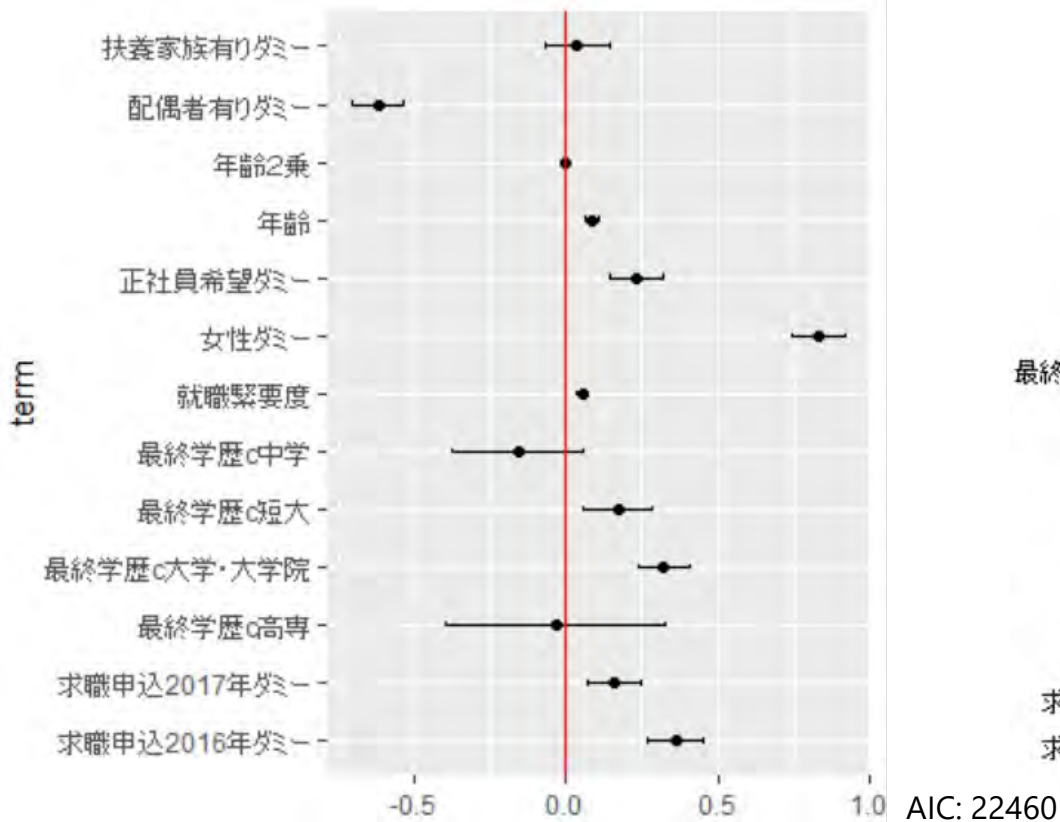
	パートタイム	有期契約	派遣	正社員等	その他
受講あり	21.7%	26.4%	14.0%	37.9%	0.1%
受講なし	21.5%	23.9%	10.5%	40.2%	3.9%

※正社員等には、常用派遣、フルタイムの正社員が含まれる

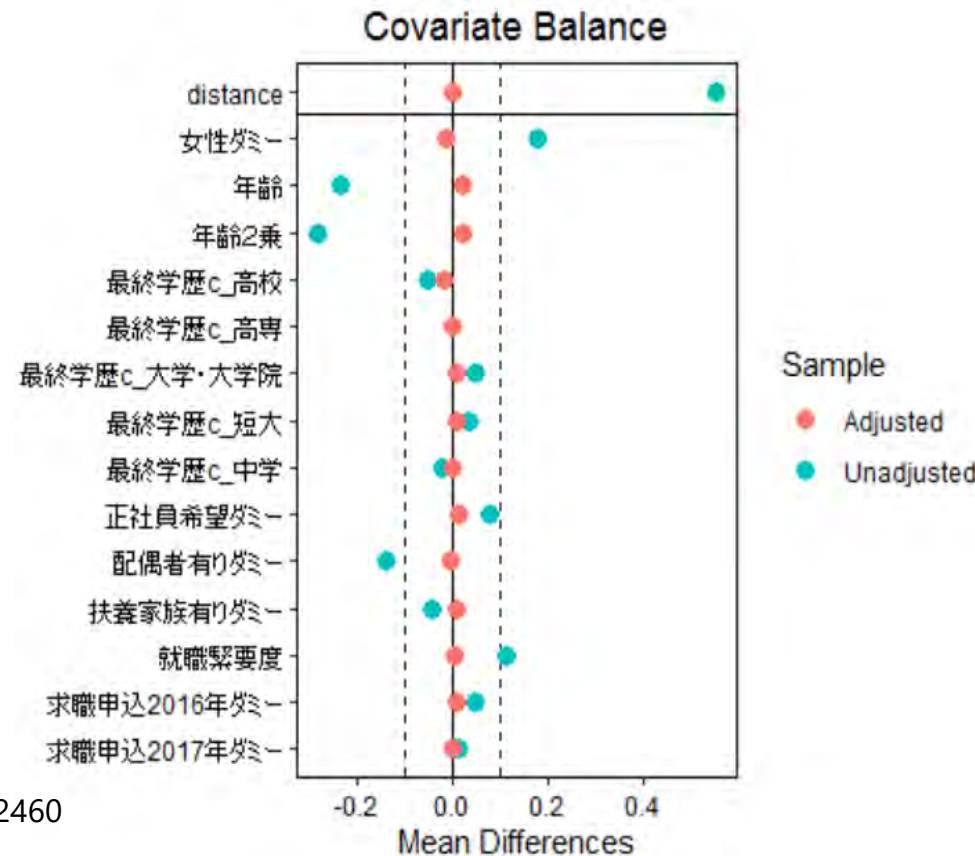
傾向スコアマッチング法を活用した対照群の構築

傾向スコアマッチング法の一つである最近傍（Nearest Neighborhood）法を用いる。ロジットモデルを推定し傾向スコアを算出し、傾向スコアが処置群と最も近い対照群を構築した。

ロジットモデルの推定（被説明変数 = 訓練受講ダミー）



マッチング後のバランス確認



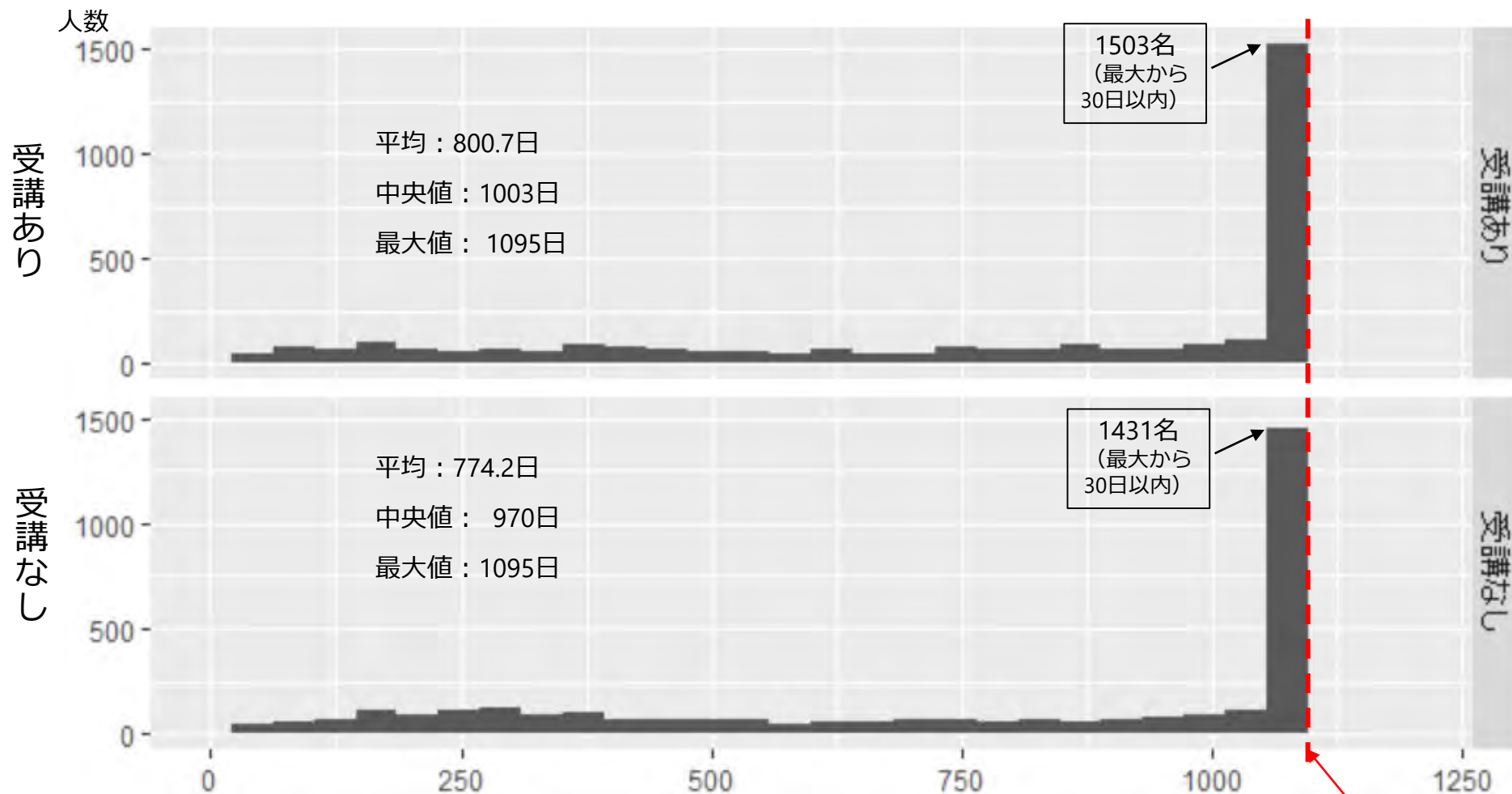
※ロジットモデルのグラフの横軸は係数、縦軸は説明変数。限界効果を取っていない。

※最終学歴のレファレンスグループは高校。

※対照群については、無作為にサンプルを10分の1にして推定等を行った。

就業継続の状況

2019年1～6月の入職後3年間において、雇用保険に適用されていたかを見ると、訓練受講の有無に関わらず、大半の者は、3年間のうち多くの期間において、雇用保険が適用されている仕事についていることが分かる。



入職してから3年間 (1095日) のうち雇用保険に適用されていた期間 (日数)

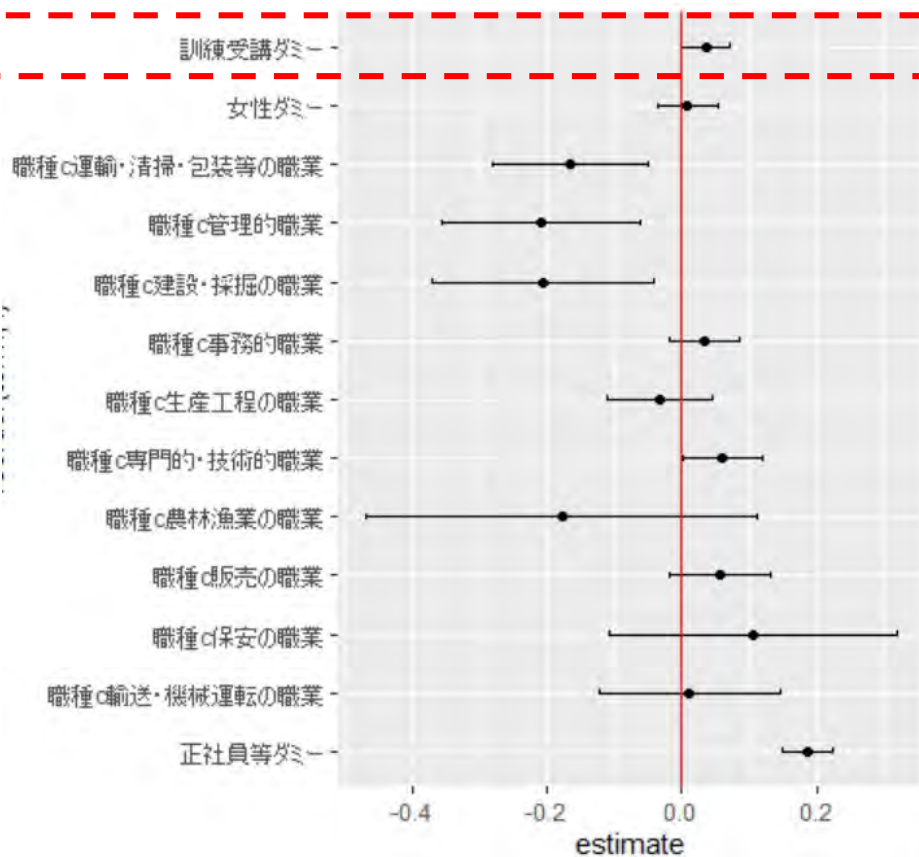
1095日

※受講なしはマッチ後のデータを使用しており、訓練受講、非受講いずれも3,347名の結果

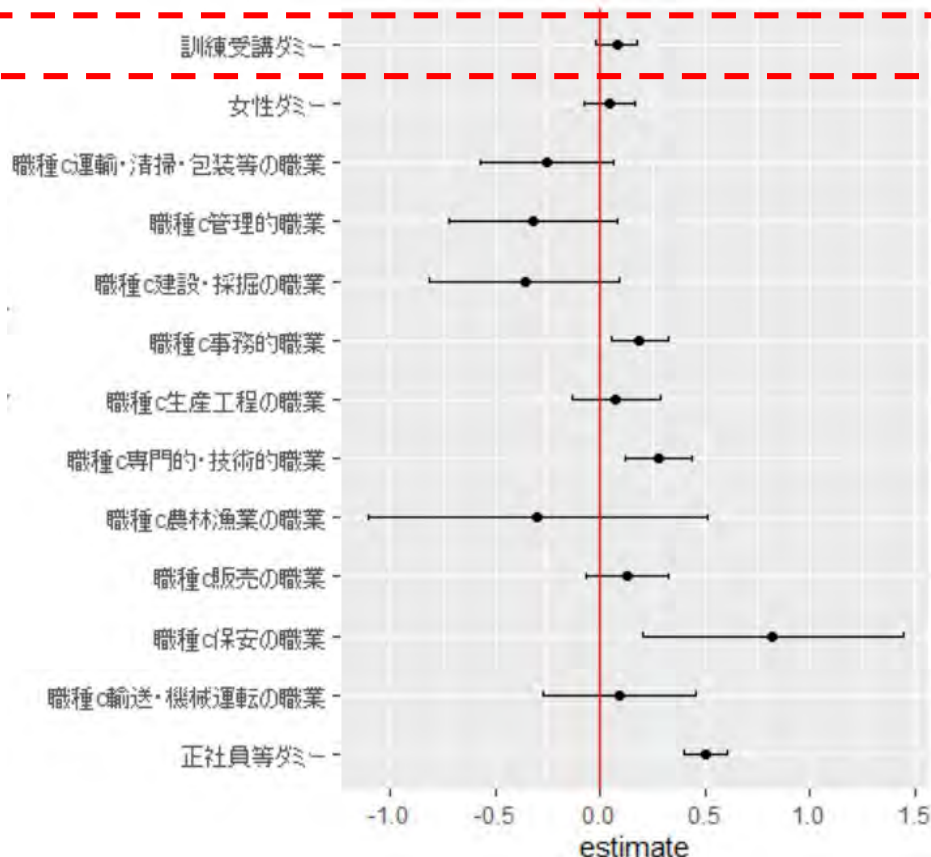
就業継続に関する回帰分析の結果

就業継続として、①3年間のうち雇用保険に適用された期間と、②その期間が中央値以上を1とするダミー変数のそれぞれにおいて分析を行ったが、訓練受講の有無によって就業継続についての差は見られなかった。

①適用された期間に関する分析（対数、最小2乗法）



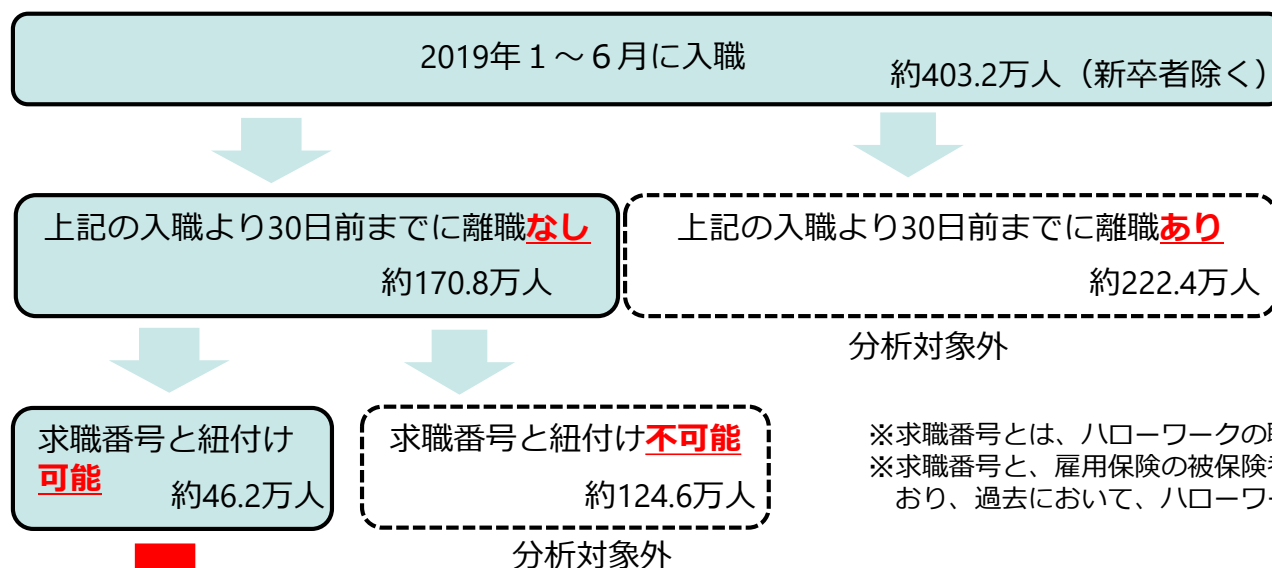
②全体の中央値以上を1とするダミー変数に関する分析
(ロジットモデル)



※職業のレファレンスグループはサービスの職業。

【参考】就業継続の分析におけるデータの構築方法

入職後3年程度の動向を把握できるようにするため、2019年1～6月に入職した者に限定し、下記の条件を設定し、分析対象となる者の絞り込みを行った。



※入職とは、雇用保険が適用された仕事への就職を意味し、雇用保険に適用されない仕事に就職した者は含まれない。

※離職とは、雇用保険が適用された仕事からの離職を意味する。

※いわゆるOn-the-job searchを経験した者を対象外とするため、ハローワークへの求職申込以外に、他の求職手段で転職している者も考慮し、一定期間内に転職している者を対象外としている。

※求職番号とは、ハローワークの職業紹介における個人を識別する番号である。
※求職番号と、雇用保険の被保険者番号が一対一に対応する者を「紐づけ可能」としており、過去において、ハローワークに求職申し込みをした者であるといえる。

職業紹介の利用可能なデータとして、2016年以降にハローワークに求職申込をした者のうち

- ✓ 求職者支援訓練を受講し、修了した者 **3,347名** (処置群)
- ✓ 求職者支援訓練を受講していない者 **396,615名** (対照群)

を分析の対象とする。

※訓練を受講したが途中退校した者は処置群にも対照群にも含めていない。

※上記の対照群の人数は、マッチング法を適用する前の人数。

※対照群は求職者支援訓練を受講していないが、公共職業訓練を受けている者が含まれている可能性がある。

ハローワークにおける求人の紹介状況等について

2023年3月

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

分析の概要

- ハローワークにおいて受け付けられた求人について、その紹介の状況を分析し、どのような企業におけるどのような求人が紹介されやすいかを明らかにする。

使用するデータ

○ハローワークの行政記録情報

- ・ **2022年1～3月に新規求人として受け付けられた求人全て。**
(求人の紹介状況の経過を確認するため、2022年1月、2022年2月の有効求人データとマッチング)
- ・ **求人をハローワークに申し込んだ企業の基本情報** (企業規模等)

分析の概要

- ・ **賃金や休暇制度等が、求人の被紹介に及ぼす影響を確認。**

※求人が少なくとも1回以上求職者に紹介される確率について、職種や企業規模等をコントロールした上で、賃金やボーナス、休暇制度等を説明変数としてロジスティック回帰分析を行った。

※求人における被紹介件数を求人における募集人数で除した値を「被紹介確率」と定義し、職種や企業規模等をコントロールした上で、賃金やボーナス、休暇制度等を説明変数として下限を0としたトービットモデルで推計した。

※被紹介はすべてオンライン紹介を含む。

分析手法

- ・ ロジスティック回帰分析、トービットモデル

分析の結果

<ロジスティック回帰分析>

- 求人1件に対して少なくとも1人以上の被紹介がなされる確率を推計。
- フルタイム求人では、求人賃金の下限を最低賃金近傍の水準よりも**5%以上高く設定すると、2%程度紹介確率を高める効果を持つ。**また、**ボーナスや完全週休二日は紹介される確率を大きく引き上げる。**
- パートタイム求人では、完全週休2日やボーナスといった条件を重視し、労働組合の存在が被紹介確率を引き上げているのはフルタイムと同じものの、休暇等の要素がより重視視されている可能性。

<トービットモデル>

- 各求人ごとに募集人数が異なることを踏まえ、募集人数1人当たり何件の被紹介があるかを下限を0としたトービットモデルで分析。
- フルタイム求人では、傾向はロジスティック回帰と変わらないが、求人賃金の寄与がより大きくなり、求人賃金の下限を最低賃金より5%高く設定すると、**3ヶ月以内に（募集人数1人当たり）紹介される確率が5%上昇する。**

ロジスティック回帰分析（限界効果）

	被紹介1ヵ月以内						被紹介2ヵ月以内						被紹介3ヵ月以内					
	フルタイム			パート			フルタイム			パート			フルタイム			パート		
求人賃金ダミー (最低賃金×1.05倍)	0.0101*** (4.17)	0.0216*** (8.89)	0.0181*** (7.43)	-0.0192*** (-10.42)	-0.0161*** (-8.41)	-0.0162*** (-8.48)	0.0152*** (5.45)	0.0287*** (10.27)	0.0227*** (8.07)	-0.0374*** (-17.75)	-0.0307*** (-14.16)	-0.0301*** (-13.89)	0.0165*** (5.64)	0.0304*** (10.37)	0.0232*** (7.89)	-0.0471*** (-21.63)	-0.0395*** (-17.56)	-0.0384*** (-17.10)
完全週休2日ダミー	0.0533*** (38.21)	0.0450*** (30.59)	0.0453*** (30.63)	0.0453*** (21.70)	0.0309*** (14.99)	0.0307*** (14.90)	0.0586*** (36.51)	0.0564*** (33.40)	0.0571*** (33.56)	0.0531*** (22.74)	0.0375*** (16.34)	0.0378*** (16.43)	0.0535*** (31.64)	0.0569*** (32.01)	0.0579*** (32.37)	0.0526*** (21.87)	0.0387*** (16.32)	0.0391*** (16.49)
時間外労働ダミー	-0.0129*** (-7.52)	-0.0263*** (-15.08)	-0.0243*** (-13.88)	-0.0121*** (-5.41)	-0.0218*** (-9.96)	-0.0217*** (-9.86)	-0.0211*** (-10.64)	-0.0366*** (-18.22)	-0.0330*** (-16.37)	-0.0127*** (-4.99)	-0.0280*** (-11.29)	-0.0263*** (-10.57)	-0.0253*** (-12.13)	-0.0403*** (-19.13)	-0.0360*** (-17.00)	-0.0105*** (-3.98)	-0.0276*** (-10.72)	-0.0249*** (-9.63)
ボーナスダミー	0.0325*** (16.99)	0.0421*** (21.86)	0.0409*** (21.09)	0.0526*** (25.03)	0.0473*** (22.52)	0.0432*** (20.23)	0.0402*** (18.37)	0.0517*** (23.45)	0.0505*** (22.77)	0.0599*** (24.57)	0.0545*** (22.57)	0.0507*** (20.75)	0.0444*** (19.35)	0.0544*** (23.57)	0.0528*** (22.74)	0.0592*** (23.25)	0.0536*** (21.31)	0.0505*** (19.85)
昇給ダミー	-0.00901*** (-4.40)	0.00116 (0.56)	0.000327 (0.16)	-0.0616*** (-33.21)	-0.0323*** (-17.17)	-0.0315*** (-16.60)	-0.00995*** (-4.19)	0.00847*** (3.53)	0.00650*** (2.70)	-0.0727*** (-34.44)	-0.0355*** (-16.64)	-0.0354*** (-16.50)	-0.00867*** (-3.47)	0.0146*** (5.80)	0.0122*** (4.84)	-0.0701*** (-31.89)	-0.0311*** (-14.00)	-0.0315*** (-14.12)
労働組合ダミー			0.0283*** (11.94)			0.0311*** (11.13)			0.0334*** (12.02)			0.0395*** (12.27)			0.0369*** (12.57)			0.0363*** (10.82)
1000人以上企業ダミー			-0.0395*** (-17.42)			-0.0256*** (-9.48)			-0.0621*** (-23.76)			-0.0512*** (-16.68)			-0.0751*** (-27.36)			-0.0617*** (-19.42)
300-999人企業ダミー			-0.0219*** (-9.83)			-0.0267*** (-9.26)			-0.0364*** (-14.17)			-0.0429*** (-13.17)			-0.0434*** (-16.09)			-0.0521*** (-15.43)
100-299人企業ダミー			-0.0189*** (-10.10)			-0.0209*** (-8.06)			-0.0297*** (-13.81)			-0.0336*** (-11.47)			-0.0339*** (-15.00)			-0.0396*** (-13.06)
創業25年以上ダミー			-0.0000970 (-0.06)			0.00782*** (3.89)			-0.000644 (-0.37)			0.00822*** (3.61)			0.00140 (0.77)			0.00921*** (3.91)
職種ダミー	なし	あり	あり	なし	あり	あり	なし	あり	あり	なし	あり	あり	なし	あり	あり	なし	あり	あり
産業ダミー	なし	あり	あり	なし	あり	あり	なし	あり	あり	なし	あり	あり	なし	あり	あり	なし	あり	あり
都道府県ダミー	なし	あり	あり	なし	あり	あり	なし	あり	あり	なし	あり	あり	なし	あり	あり	なし	あり	あり
サンプル数	305012	305012	305012	191874	191874	191874	305012	305012	305012	191874	191874	191874	305012	305012	305012	191874	191874	191874

* p<0.10 ** p<0.05 *** p<0.01

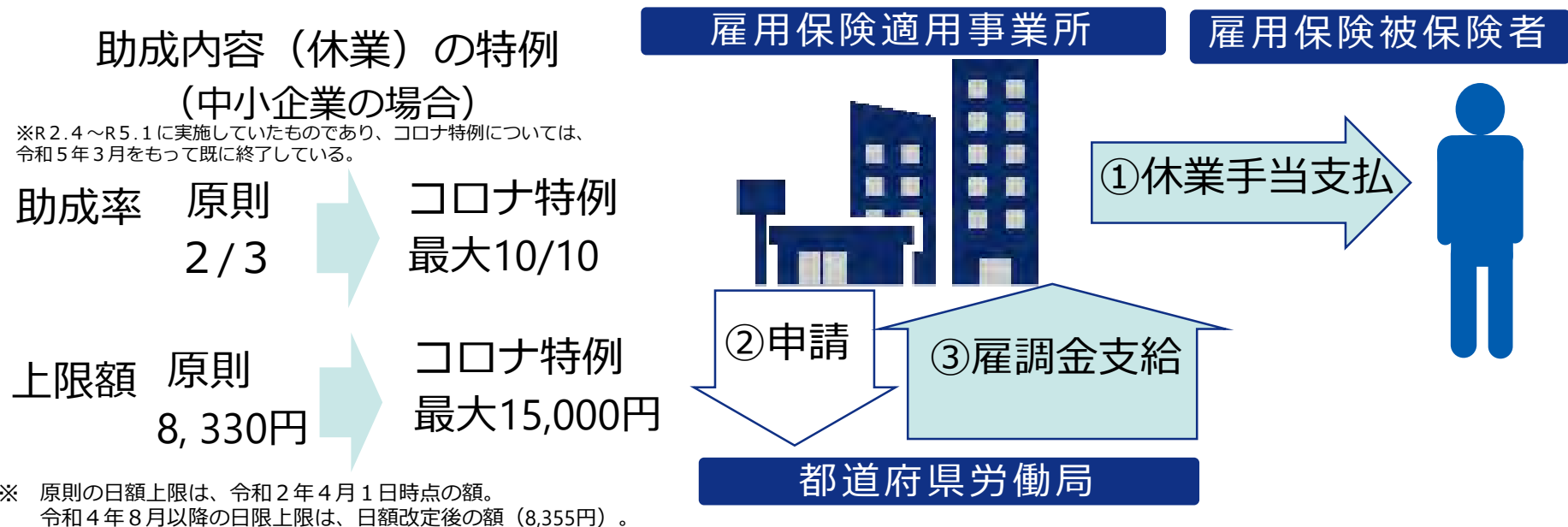
トービットモデル（限界効果）

	被紹介 1 ヶ月以内						被紹介 2 ヶ月以内						被紹介 3 ヶ月以内					
	フルタイム			パート			フルタイム			パート			フルタイム			パート		
求人賃金ダミー (最低賃金×1.05倍)	0.0201*** (6.32)	0.0320*** (10.80)	0.0285*** (9.61)	-0.0120*** (-6.77)	-0.00963*** (-5.70)	-0.0103*** (-6.13)	0.0351*** (8.07)	0.0538*** (13.01)	0.0466*** (11.27)	-0.0252*** (-10.23)	-0.0202*** (-8.41)	-0.0209*** (-8.71)	0.0415*** (8.43)	0.0634*** (13.42)	0.0540*** (11.42)	-0.0403*** (-14.39)	-0.0338*** (-12.19)	-0.0341*** (-12.35)
完全週休 2 日ダミー	0.0715*** (46.13)	0.0518*** (34.08)	0.0515*** (33.75)	0.0517*** (26.68)	0.0299*** (16.72)	0.0291*** (16.39)	0.105*** (49.40)	0.0840*** (39.62)	0.0837*** (39.31)	0.0782*** (29.38)	0.0479*** (19.05)	0.0473*** (18.89)	0.115*** (47.55)	0.0968*** (39.87)	0.0969*** (39.76)	0.0880*** (29.21)	0.0560*** (19.43)	0.0558*** (19.39)
時間外労働ダミー	-0.0174*** (-9.19)	-0.0284*** (-15.88)	-0.0266*** (-14.87)	-0.0172*** (-8.25)	-0.0239*** (-12.52)	-0.0249*** (-13.06)	-0.0322*** (-12.41)	-0.0483*** (-19.34)	-0.0444*** (-17.77)	-0.0246*** (-8.56)	-0.0392*** (-14.49)	-0.0394*** (-14.57)	-0.0409*** (-13.91)	-0.0594*** (-20.78)	-0.0542*** (-18.93)	-0.0265*** (-8.13)	-0.0455*** (-14.63)	-0.0444*** (-14.29)
ボーナスダミー	0.0491*** (23.35)	0.0596*** (30.06)	0.0572*** (28.79)	0.0778*** (39.50)	0.0654*** (35.69)	0.0578*** (31.15)	0.0781*** (27.16)	0.0955*** (34.67)	0.0924*** (33.42)	0.114*** (41.26)	0.0997*** (38.03)	0.0894*** (33.74)	0.0932*** (28.64)	0.112*** (35.56)	0.108*** (34.25)	0.123*** (38.87)	0.109*** (35.88)	0.0986*** (32.23)
昇給ダミー	-0.0228*** (-10.12)	-0.00950*** (-4.46)	-0.00909*** (-4.26)	-0.0719*** (-41.36)	-0.0378*** (-23.08)	-0.0351*** (-21.41)	-0.0313*** (-10.11)	-0.00803*** (-2.69)	-0.00864*** (-2.90)	-0.104*** (-43.12)	-0.0534*** (-22.99)	-0.0506*** (-21.69)	-0.0300*** (-8.51)	-0.000702 (-0.21)	-0.00221 (-0.65)	-0.109*** (-39.60)	-0.0529*** (-19.74)	-0.0508*** (-18.91)
労働組合ダミー			0.0411*** (16.82)			0.0458*** (19.04)			0.0635*** (18.39)			0.0759*** (21.89)			0.0737*** (18.54)			0.0815*** (20.28)
1000人以上企業ダミー			-0.0387*** (-16.72)			-0.0208*** (-8.94)			-0.0732*** (-22.59)			-0.0521*** (-15.64)			-0.0966*** (-25.97)			-0.0721*** (-18.77)
300-999人企業ダミー			-0.0257*** (-11.18)			-0.0303*** (-12.14)			-0.0487*** (-15.16)			-0.0575*** (-16.21)			-0.0615*** (-16.74)			-0.0743*** (-18.17)
100-299人企業ダミー			-0.0229*** (-11.88)			-0.0212*** (-9.44)			-0.0426*** (-15.83)			-0.0398*** (-12.49)			-0.0531*** (-17.22)			-0.0519*** (-14.17)
創業25年以上ダミー			0.000872 (0.57)			0.0123*** (7.08)			-0.000696 (-0.32)			0.0187*** (7.55)			0.000898 (0.37)			0.0207*** (7.26)
職種ダミー	なし	あり	あり	なし	あり	あり	なし	あり	あり	なし	あり	あり	なし	あり	あり	なし	あり	あり
産業ダミー	なし	あり	あり	なし	あり	あり	なし	あり	あり	なし	あり	あり	なし	あり	あり	なし	あり	あり
都道府県ダミー	なし	あり	あり	なし	あり	あり	なし	あり	あり	なし	あり	あり	なし	あり	あり	なし	あり	あり
サンプル数	305012	305012	305012	191874	191874	191874	305012	305012	305012	191874	191874	191874	305012	305012	305012	191874	191874	191874

* p<0.10 ** p<0.05 *** p<0.01

雇用調整助成金の概要

経済上の理由により、事業活動の縮小を余儀なくされた事業主が、休業、教育訓練又は出向により、労働者の雇用の維持を図った場合に、休業手当等の一部を助成する制度。(財源は雇用保険二事業)



- 【支給対象事業主】** 雇用保険適用事業所（労働者を雇用する事業は業種等を問わず適用）
- 【支給対象労働者】** 雇用保険被保険者（週20時間以上かつ31日以上継続雇用見込みの者）
- 【要件】** 当該事業主の生産指標の最近1か月間の値が前年、前々年又は3年前同期比あるいは直近12か月の任意の月との比較で5%以上低下*。（コロナ特例による要件緩和） *コロナ特例はR5.3をもって終了。
※令和4年10月以降は10%以上低下
- 【支給実績】** 令和2年1月のコロナ特例開始以降、累計6兆3,358億円*（令和5年3月10日現在）
※ 緊急雇用安定助成金を含む

【社会保障：予防・健康づくりの推進】

1. 政策体系の概要

政策目標：社会全体の活力を維持していく基盤として、予防・健康づくりの推進や高齢者の就業・社会参加率の向上等の観点から、2040年までに健康寿命を男女ともに3年以上延伸し、75歳以上とすることを旨とする。具体的には、先進事例の横展開やインセンティブの積極活用等を通じて糖尿病等の生活習慣病の予防・重症化予防や認知症の予防等に重点的に取り組む。

KPI第2階層

KPI第1階層

○糖尿病有病者の増加の抑制
○メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の数

○特定健診・特定保健指導の実施率

2. 狙い

政策目標、KPI第1階層、KPI第2階層の関係の明確化

3. 具体的な検証項目

担当府省	対象施策	工程表の箇所	確認するエビデンス等	予定	必要なデータ例
1 厚労省	特定健診・特定保健指導	社保16 (p12)	特定健診・特定保健指導の効果、効率的・効果的な実施方法	確認してきたエビデンスを踏まえた特定健診・特定保健指導の見直しについて、2024年度からはじまる第4期に向けて、改革工程表2023に反映。	・NDBデータ等を用いた分析を実施済み

1. 特定健診・特定保健指導

これまでの進捗状況

- 特定健診・特定保健指導に係るエビデンス構築のため、これまでに以下の取組を実施。
 - ✓ 大規模実証事業（特定健診・保健指導）
 - 諸外国における予防・健康づくりに係るエビデンスレビュー（文献検索）を実施し、USPSTF（米国予防医学専門委員会）による文献検索の結果、高血圧・糖尿病・脂質異常症・肥満に対するスクリーニング検査・生活指導介入が高く推奨されていることを確認。
 - 特定保健指導が健診結果に与える影響を、NDBデータを用いて回帰不連続デザインにより推定。体重・HbA1cについては統計学的に有意な減少が認められたが、収縮期血圧・LDLコレステロールについては改善傾向を示しているものの、有意差が認められず、効果的に特定保健指導を実施するための実施方法等の見直しの必要性が指摘された。
 - NDBデータを用いて、特定健診受診者のうち糖尿病予備群について、保健指導実施群と未実施群の6年後の実績医療費と期待医療費の差額を比較する効果検証を実施。「特定保健指導対象者とすること」や「特定保健指導を実施すること」が医療費を抑制する可能性が示唆された。
 - ✓ NDBデータを用いた特定保健指導のモデル実施（※）の効果検証
 - モデル実施導入前後の比較では、モデル実施者（モデル実施終了者・モデル実施未達成者で積極的支援終了者）は、積極的支援未実施者と比較して、翌年度の健診時に、体重・腹囲等の検査項目の数値の改善傾向（統計学的に有意差）を認めた。
 - モデル実施終了の効果の比較では、モデル実施終了者は、積極的支援未実施者と比べ、翌年度の健診時でも、腹囲・体重が減少した状態を維持できているとともに、その他の収縮期血圧、HbA1c等の項目の数値の改善傾向（統計学的に有意差）を認めた。
 - こうしたエビデンスを踏まえ、2024年度からはじまる第4期に向けた特定健診・特定保健指導の見直しの方向性をとりまとめ、保険者が具体的に取り組むべき事項や目標を3月に示した。
 - ✓ 腹囲2cm・体重2kg減を達成した場合には、保健指導の介入量を問わずに特定保健指導終了とする等、成果が出たことを評価する体系へと見直し（アウトカム評価の導入）
 - ✓ 特定保健指導の成果等を見える化し、より質の高い保健指導を対象者に還元 等
- （※）第4期の特定健診・特定保健指導の実績報告データが集まる2026年以降に公表予定
- 第4期において国や保険者が取り組むべき事項やKPIについて、次の改革工程表に反映。

- 大規模実証事業（特定健診・保健指導）において、諸外国における予防・健康づくりに係るエビデンスレビュー（文献検索）を実施。
- USPSTF（米国予防医学専門委員会）のエビデンスレビューにより、高血圧・糖尿病・脂質異常症・肥満に対するスクリーニング検査・生活指導介入の有益性が高いものとして推奨されていることを確認。

■ 健診項目

	一般集団へのスクリーニング	ハイリスク集団へのスクリーニング (健診項目以外の年齢・既往歴等の情報から対象者を決定する方法)
高血圧	18歳以上の成人に高血圧のスクリーニングを推奨【Grade A】	40歳以上あるいはハイリスク集団には毎年のスクリーニングを推奨
糖尿病	肥満、妊娠糖尿病歴、家族歴などの情報を基にスクリーニング対象を選択することを推奨	40～70歳の過体重または肥満の成人を対象に、心血管リスク評価の一環として血糖異常のスクリーニングを行うことを推奨【Grade B】
脂質異常症	40～75歳の集団において5年ごとに心血管リスク因子をスクリーニングして、スタチンの一次予防導入を推奨【Grade B】	心血管リスクの高い集団にはスクリーニング間隔を狭めることを推奨
肥満	2012年のガイドはすべての成人に肥満のスクリーニングを行うことを推奨【Grade B】	

■ 保健指導

	スクリーニングに組み合わされた生活指導	生活指導一般（参考）
高血圧	生活習慣病一般に対する生活指導として言及	
糖尿病	糖尿病患者に対して行動療法（健康的な食事と運動習慣の指導）を行うことを推奨 血糖異常者に対して、健康的な食事と身体活動を促進するための集中的な生活指導介入を推奨【Grade B】	高血圧、脂質異常症、あるいは10年心血管リスクが7.5%を超える持つ成人に対して、健康的な食事と身体活動を促進するための行動カウンセリング介入を提供または紹介することを推奨【Grade B】
脂質異常症	1つ以上の心血管リスク因子（脂質異常症、糖尿病、高血圧、喫煙など）を有し、10年心血管リスクが10%以上である心血管疾患の既往歴のない成人に対して、心血管イベントの予防のために低用量から中用量のスタチンを使用することを推奨【Grade B】	
肥満		BMIが30以上の成人に対して、臨床医による集中的な行動療法による介入を推奨【Grade B】

※USPSTF（米国予防医学専門委員会）とは、エビデンスレベルに応じて、予防サービスの格付けを行う米国の学術組織。GradeはUSPSTFの推奨。Gradeは、推奨の度合いを表し、5種類（A（有益性が非常に高いことが確定的）、B（有益性が中程度が確定的）、C（有益性が小さい・確実性は中程度）、D（有益性がない）、I（エビデンスは不十分））ある

- 大規模実証事業（特定健診・保健指導）において、NDBデータを用いて特定保健指導が健診結果に与える影響を、回帰不連続デザインを用いて推定。
 - 体重・HbA1cについては統計学的に有意な減少が認められたが、収縮期血圧・LDLコレステロールについては改善傾向を示しているものの、有意差が認められなかった。
 - これらの変化が、生活習慣病や心血管病の発症予防においてどの程度寄与しているのかは引き続き詳細な検討が必要。

■ 解析方法

NDBに含まれる2008～2018年の39～75歳の約4400万人分の特定健診・特定保健指導データを用いて、特定保健指導が検査値等の変化に与える影響を検討した。3年および5年後までの健診結果（体重、収縮期血圧、HbA1c、LDLコレステロール）に特定保健指導が与える影響を回帰不連続デザインで推定した。

■ 結果：特定保健指導と3年後の検査値等の変化（（ ）内は95%信頼区間・太字は統計学的に有意な差）

	体重 (kg)	収縮期血圧 (mmHg)	HbA1c※ (%)	LDLコレステロール (mg/dL)
<特定保健指導の対象者に選定されたことの効果>				
女性	-0.14kg (-0.17 ~ -0.09)	-0.02 (-0.18 ~ +0.20)	-0.01% (-0.02 ~ -0.01)	-0.19 (-0.91 ~ +0.99)
男性	-0.09kg (-0.10 ~ -0.06)	-0.07 (-0.12 ~ +0.03)	-0.004% (-0.006 ~ -0.001)	-0.54 (-1.08 ~ +0.18)
<特定保健指導の実施の効果>				
女性	-1.04kg (-1.33 ~ -0.66)	-0.13 (-1.36 ~ +1.49)	-0.07% (-0.12 ~ -0.04)	-1.44 (-6.87 ~ +7.42)
男性	-0.87kg (-0.96 ~ -0.61)	-0.63 (-1.14 ~ +0.28)	-0.03% (-0.06 ~ -0.01)	-5.08 (-10.21 ~ +1.63)

※ 1～2ヶ月の血糖値の変動を反映する検査値。

特定健診・特定保健指導による 効果検証（令和3年度大規模実証事業）

令和4年6月28日	参考資料 3
第4回 効果的・効率的な実施方法等に関するワーキング・グループ	

▶ 事業概要

- 三菱総合研究所が厚生労働省委託事業により、特定健診・特定保健指導による効果検証を実施。

▶ 分析方法

- 2013年度に特定健診を受診した者のうち、糖尿病予備群（HbA1c:5.6-6.5）で保健指導実施群の2019年度（6年後）の実績医療費と期待医療費を比較（保健指導未実施群も同様）。

※実績医療費（総和）は、各群の人数に対して性別・年齢階級別にかかった医療費の総和。期待医療費（総和）は、各群の人数に対して性別・年齢階級別に特定健診受診者全体の平均医療費を乗じた値の総和。

▶ 検討委員会

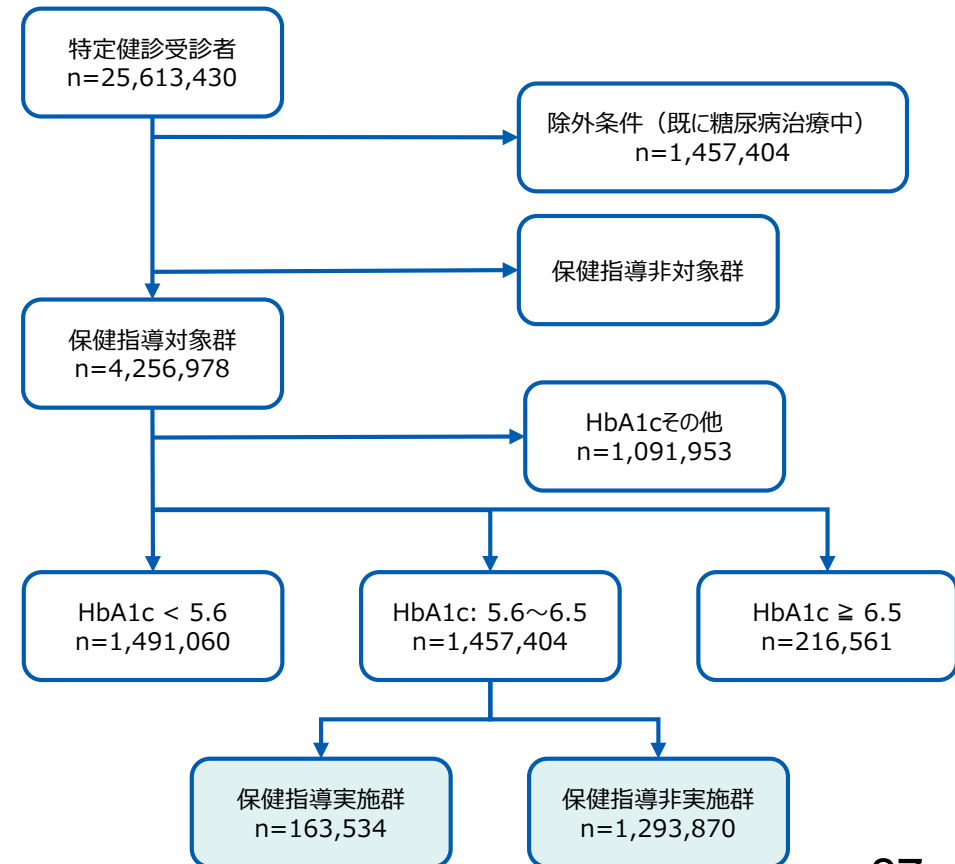
- 厚生労働省委託事業内に、効果検証の評価を行う学識経験者からなる検討委員会を設置。

◎ 今村 知明 奈良県立医科大学 公衆衛生学講座 教授
 加藤 源太 京都大学 医学部 附属病院 診療報酬センター 准教授
 西岡 祐一 奈良県立医科大学 公衆衛生学講座 助教
 森由 希子 京都大学 医学部 附属病院 医療情報企画部 講師

◎ 委員長

▶ 集団定義（2013年度）

特定健診受診者は2500万人、保健指導対象者は430万人。糖尿病予備群のうち、保健指導実施群は16万人、未実施群は130万人の規模。



特定健診・特定保健指導による 効果検証（主な結果）

令和4年6月28日	参考資料 3
第4回 効果的・効率的な実施方法等に関するワーキング・グループ	

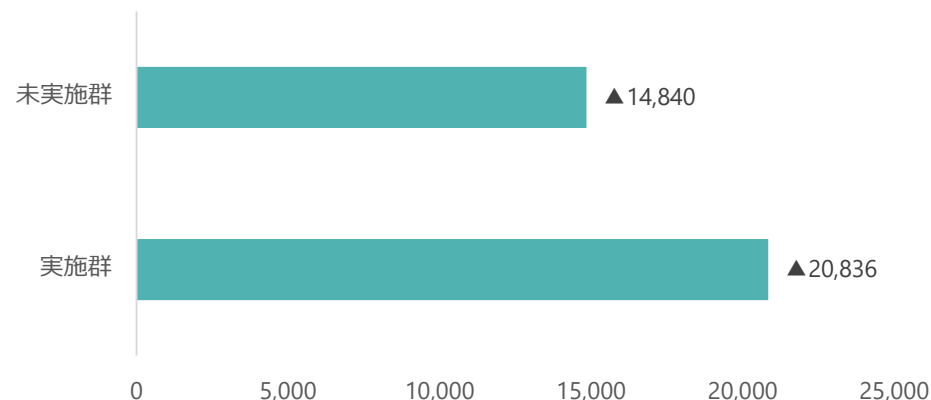
- 2019年度（6年後）の群間の比率の差は、「特定保健指導対象者とする事」や「特定保健指導を実施すること」が医療費を抑制する可能性を示唆している。

※ ただし、脱落が一定程度割合存在するため、今後、死亡による脱落等の精緻な検証等が必要。

【保健指導未実施群】※特定保健指導対象者とする事

保健指導未実施群	2019年度 (6年後)
人数	526,304
実績医療費	¥290,761
期待医療費	¥305,601
差分（実績-期待）	▲¥14,840
比率（実績÷期待）	95.1
脱落率	53.0%

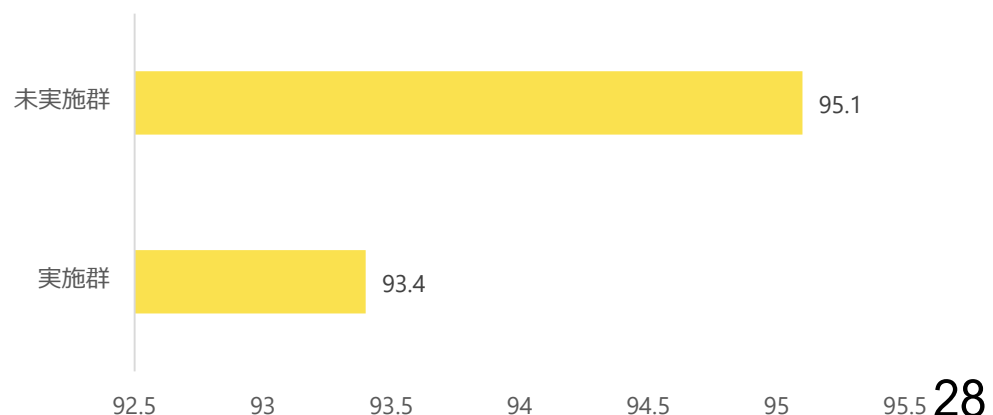
【差分（実績-期待）】



【保健指導実施群】※特定保健指導を実施すること

特定保健指導実施群	2019年度 (6年後)
人数	76,911
実績医療費	¥296,019
期待医療費	¥316,856
差分（実績-期待）	▲¥20,836
比率（実績÷期待）	93.4
脱落率	59.3%

【比率（実績÷期待）】



※実績医療費・期待医療費は、1人当たり年間医療費（円）

特定保健指導のモデル実施

1. 概要

従前の積極的支援

- 保健師等の専門職による面談、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年度から実施】

- 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**
- **3カ月間の介入の成果（腹囲 2 cm以上、体重 2 kg以上の改善）を評価**

※厚生労働省に実施計画を提出する必要あり。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。

※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ヶ月の介入の成果は、当該年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以上減少していることでも可

2. モデル実施に係る取組例

（1）事業主と連携

- 福利厚生健康ポイントを腹囲の減少量に応じて付与
- 事業主が従業員と面談する機会を活用して保健指導

（2）スポーツジム等の活用

- 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を提供
- スマホを活用した遠隔面談でトレーナーによる運動指導

（3）アプリ等の活用

- 日々の歩数をアプリに記録し、成果の確認や運動・栄養指導
- 食べたメニューを写真添付し、食事指導。対象者の関心に併せた情報提供

- 2018年度に、積極的支援の全てをモデル実施で実施した保険者における積極的支援対象者 (n=8,650) について、モデル実施導入に係る効果を検証

(A: モデル実施導入前後の比較)

- モデル実施による1年後の検査値の変化と、従来の積極的支援による1年後の検査値の変化について比較検証。

(B: モデル実施終了の効果の比較)

- 1年後の体重・腹囲の減少の継続状況や、血圧やHbA1c、コレステロール等の他の検査値への影響について検証。

【対象者の定義】

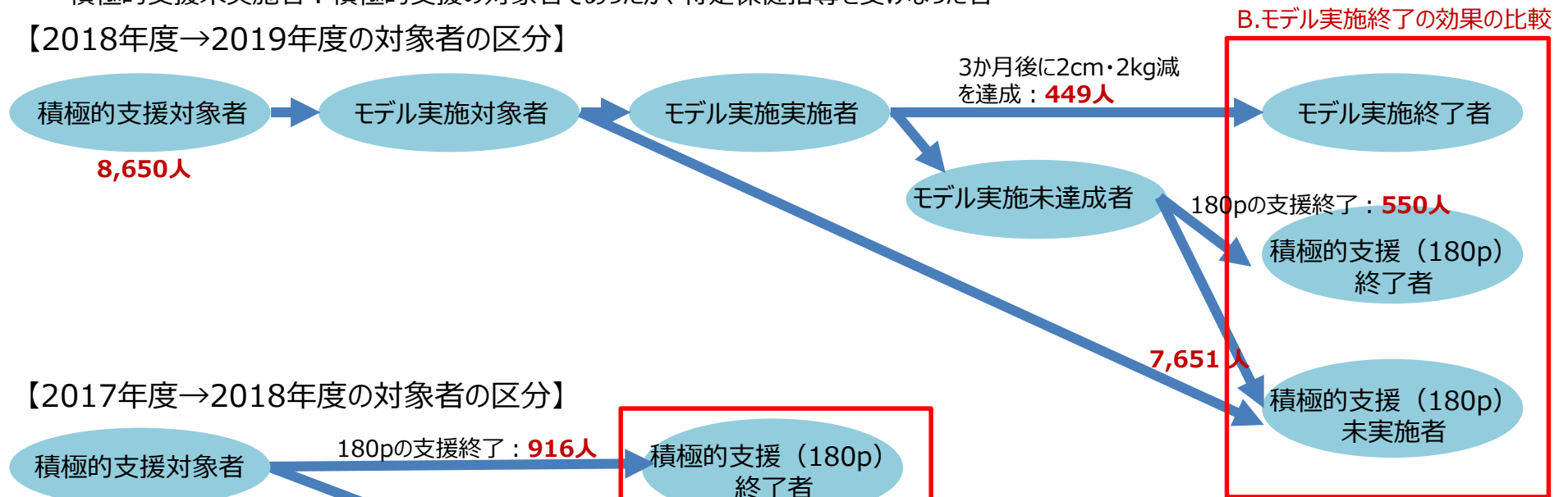
モデル実施終了者: 3か月後に2cm・2kgの改善を達成した者

積極的支援終了者: 3か月後に2cm・2kgの改善を達成できず、従来の180ptの支援に切り換え、支援終了の条件を満たした者

(モデル実施者: モデル実施終了者及び積極的支援終了者)

積極的支援未実施者: 積極的支援の対象者であったが、特定保健指導を受けなかった者

【2018年度→2019年度の対象者の区分】



【2017年度→2018年度の対象者の区分】



A.モデル実施導入前後の比較

- 従来 of 積極的支援終了者と同様に、モデル実施者（モデル実施終了者及びモデル実施未達成者で積極的支援終了者）は、積極的支援未実施者と比較して、翌年度の健診時に、ほとんどの検査項目で数値の改善傾向を認めた。

【2018年度→2019年度での検査値の変化】
(モデル実施)

【2017年度→2018年度での検査値の変化】
(従来 of 積極的支援)

	モデル実施者 (モデル実施終了者 + 積極的支援終了者) N=999			積極的支援未実施者 N=7,651			積極的支援終了者 N=916			積極的支援未実施者 N=7,470	
	平均値	標準偏差	P値	平均値	標準偏差		平均値	標準偏差	P値	平均値	標準偏差
体重 (kg)	-1.54	3.39	<0.01	-0.12	2.95	体重 (kg)	-0.93	3.21	<0.01	-0.08	3.00
腹囲 (cm)	-1.73	3.76	<0.01	-0.13	3.40	腹囲 (cm)	-1.24	3.68	<0.01	-0.14	3.54
BMI (kg/m ²)	-0.50	1.15	<0.01	-0.02	1.01	BMI (kg/m ²)	-0.29	1.09	<0.01	-0.01	1.02
収縮期血圧 (mmHg)	-2.31	12.38	<0.01	-0.57	13.63	収縮期血圧 (mmHg)	-1.74	13.10	<0.01	-0.06	13.06
拡張期血圧 (mmHg)	-1.71	8.63	<0.01	-0.45	9.11	拡張期血圧 (mmHg)	+0.21	9.04	<0.01	+1.15	9.18
中性脂肪 (mg/dL)	-27.53	132.99	<0.01	-14.27	129.39	中性脂肪 (mg/dL)	-27.20	130.11	<0.01	-13.63	131.91
		N=987		N=7,527				N=901		N=7,345	
HbA1c (%)	-0.04	0.49	<0.01	0.01	0.54	HbA1c (%)	-0.03	0.35	<0.01	+0.04	0.56
		N=875		N=5,450				N=890		N=5,201	
LDL-C (mg/dL)	-1.65	21.89	0.44	-1.58	23.63	LDL-C (mg/dL)	+0.62	22.46	0.80	-0.26	22.81

※ HbA1c、LDL-Cについては、集計対象のうち、検査値が格納されている者の値を用いて算出
 ※ P値は、Wilcoxonの順位和検定を用いて、積極的支援未実施者群との2群間における差異を検定

- モデル実施終了者は、積極的支援未実施者と比較して、翌年度（2019年度）の健診時でも、腹囲及び体重が減少した状態を維持できていた。⇒①
- モデル実施終了者については、血圧やHbA1c等の項目についても、数値の改善傾向を認めており、特定保健指導対象者に関しては体重管理を続けることが生活習慣病の改善に寄与する可能性が示唆された。⇒②

	モデル実施終了者 N=449			積極的支援（180p） 終了者 N=550			積極的支援未実施者 N=7,651	
	平均値	標準偏差	P値	平均値	標準偏差	P値	平均値	標準偏差
体重 (kg)	① -3.31	3.63	<0.01	-0.09	2.33	0.30	-0.12	2.95
腹囲 (cm)	-3.50	3.87	<0.01	-0.29	2.98	<0.05	-0.13	3.40
BMI (kg/m ²)	-1.11	1.23	<0.01	0.00	0.79	0.42	-0.02	1.01
収縮期血圧 (mmHg)	② -3.88	13.39	<0.01	-1.02	11.34	0.39	-0.57	13.63
拡張期血圧 (mmHg)	-2.66	8.91	<0.01	-0.94	8.32	0.10	-0.45	9.11
中性脂肪 (mg/dL)	-40.39	114.54	<0.01	-17.03	145.59	0.71	-14.16	129.39
		N=443		N=544			N=7,527	
HbA1c (%)	-0.10	0.33	<0.01	0.00	0.59	0.60	0.01	0.54
		N=340		N=535			N=5,450	
LDL-C (mg/dL)	-5.03	22.32	<0.01	+0.50	21.39	0.10	-1.58	23.63

※ HbA1c、LDL-Cについては、集計対象のうち、検査値が格納されている者の値を用いて算出

※ P値は、Wilcoxonの順位和検定を用いて、積極的支援未実施者群との2群間における差異を検定

第4期の見直しの概要（特定保健指導）

令和4年10月12日	参考資料 1 - 2
第3回 第4期特定健診・特定保健指導の見直しに関する検討会	

成果を重視した特定保健指導の評価体系

- 腹囲2 cm・体重2 kg減を達成した場合には、保健指導の介入量を問わずに特定保健指導終了とする等、成果が出たことを評価する体系へと見直し。（アウトカム評価の導入）
- 行動変容や腹囲1 cm・体重1 kg減の成果と、保健指導の介入と合わせて特定保健指導終了とする。保健指導の介入は、時間に比例したポイント設定を見直し、介入1回ごとの評価とする。

特定保健指導の見える化の推進

- 特定保健指導の成果等について見える化をすすめ、保険者等はアウトカムの達成状況の把握や要因の検討等を行い、より質の高い保健指導を対象者に還元する。
- アウトカムの達成状況等について、経年的な成果の達成状況等を把握する。

ICT活用の推進

- 在宅勤務や遠隔地勤務等の多様なニーズに対応することを促進するため、遠隔で行う保健指導については、評価水準や時間設定等は対面と同等とする。
- 保健指導におけるICT活用を推進するため、ICT活用に係る留意点を「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」や「標準的な健診・保健指導プログラム」で示す。

積極的支援における継続支援の 第3期と第4期の評価体系の比較

令和4年10月12日	参考資料 1-2
第3回 第4期特定健診・特定保健指導の見直しに関する検討会	

【第3期】

①アウトカム評価導入

【第4期】

プロセス評価	支援A (積極的関与タイプ)	個別支援*	・5分間を1単位 (1単位 = 20p) ・支援1回当たり最低10分間以上 ・支援1回当たりの算定上限 = 120p	アウトカム評価	2cm・2kg	180p
		グループ支援*	・10分間を1単位 (1単位 = 10p) ・支援1回当たり最低40分間以上 ・支援1回当たりの算定上限 = 120p		1cm・1kg	20p
		電話支援	・5分間の会話を1単位 (1単位 = 15p) ・支援1回当たり最低5分間以上会話 ・支援1回当たりの算定上限 = 60p		食習慣の改善	20p
		電子メール支援	・1往復を1単位 (1単位 = 40p)		運動習慣の改善	20p
	支援B (励ましタイプ)	個別支援*	・5分間を1単位 (1単位 = 10p) ・支援1回当たり最低5分間以上 ・支援1回当たりの算定上限 = 20p		喫煙習慣の改善 (禁煙)	30p
		電話支援	・5分間の会話を1単位 (1単位 = 10p) ・支援1回当たり最低5分間以上会話 ・支援1回当たりの算定上限 = 20p		休養習慣の改善	20p
		電子メール支援	・1往復を1単位 (1単位 = 5p)		その他の生活習慣の改善	20p
		個別支援*	・支援1回当たり70p ・支援1回当たり最低10分間以上		グループ支援*	・支援1回当たり70p ・支援1回当たり最低40分間以上
	プロセス評価	電話支援	・支援1回当たり30p ・支援1回当たり最低5分間以上		電子メール・チャット等支援	・1往復当たり30p
		健診当日の初回面接	20p		健診当日の初回面接	20p
健診後1週間以内の初回面接		10p	健診後1週間以内の初回面接	10p		

②アウトカム評価は、腹囲・体重と行動変容

③プロセス評価は、時間に比例したポイントを見直し、介入1回ごとの評価

⑤早期介入を評価

注) 支援Aのみの方で180p以上又は支援A (最低160p以上) と支援Bの方法の合計が180p以上実施とする。

*情報通信技術を活用した面接を含む。

④支援Aと支援Bの区別を廃止

第 4 期の特定健診・特定保健指導の目標

- 高齢者医療確保法において、特定健診・保健指導の実施方法や目標の基本的な事項など、基本的な指針（特定健康診査等基本方針）を定めている。
- 第 4 期計画における特定健診実施率、特定保健指導実施率の目標値については、直近の実績^(※)では、第 3 期の目標値とかい離があるが、引き続き実施率の向上に向けて取組を進めていく必要があるため、それぞれ第 3 期の目標値70%以上、45%以上を維持する。
- メタボリックシンドロームの該当者と予備群の減少率についても、生活習慣病の予防対策という特定健診・保健指導の目的を踏まえ、第 3 期の目標値25%以上（2008年度比）を維持する。
- 実施率等の向上のため、これまでの取り組みに加えて、ICT活用の推進等を進めていく。

	第 1 期	第 2 期	第 3 期		第 4 期
	2012年度まで	2017年度まで	2020年度実績	2023年度まで	2029年度まで 目標案
特定健診実施率	70%以上	70%以上	53.4%	70%以上	70%以上
特定保健指導実施率	45%以上	45%以上	23.0%	45%以上	45%以上
メタボリックシンドローム該当者及び予備群等の減少率	10%以上 (2008年度比で 2015年度に25% 減少)	25%以上 (2008年度比)	10.9%	25%以上 (2008年度比)	25%以上 (2008年度比)

特定保健指導の見える化について

令和 5 年 3 月 29 日

第 4 回 第 4 期特定健診・特定保健指導の見直しに関する検討会

資料 4

経緯

- 第 3 回見直し検討会において、特定保健指導の「見える化」を推進していくことがとりまとめられた。

特定保健指導についてはその「見える化」を推進し、対象者の行動変容に係る情報等を収集して、保険者等がアウトカムの達成状況等を把握し、達成に至った要因の検討等を行って、対象者の特性に応じた質の高い保健指導を対象者に還元していく仕組みを構築していくことが重要である。

「見える化」において分析・評価する項目としては、特定保健指導の結果を評価できるように、特定保健指導対象者の腹囲 2 cm・体重 2 kg減達成割合や行動変容指標の改善割合、次年度以降の特定健診時の階層化や体重等の状況、喫煙者の次年度禁煙割合、リピーター（2 年連続して特定保健指導対象となる者）の特定保健指導の終了状況、複数年継続した健診結果の変化等が考えられる。

（令和 4 年 10 月 第 4 期特定健診・特定保健指導の見直しに関する検討会（とりまとめ）より）

- 見える化に係る項目については、現在すでに実績報告している項目に加え、第 4 期から新たに追加する項目を厚労科研（研究代表者 中山 健夫（京都大学）「特定健康診査および特定保健指導における問診項目の妥当性検証と新たな問診項目の開発研究」）での検討をベースに作成。

見える化の項目とスケジュール(案)

令和 5 年 3 月 29 日	資料 4
第 4 回 第 4 期特定健診・特定保健指導の見直しに関する検討会	

- 第 4 期の特定健診・特定保健指導の実績報告データが集まる2026年以降、保険者ごとの集計結果を順次公表することとしてはどうか。

【集計項目定義】

項目	説明
特定保健指導対象者数	特定保健指導対象者数
特定保健指導終了者数	特定保健指導終了者数
動機付け支援終了者数	特定保健指導終了者のうち動機付け支援終了者数
動機付け支援相当終了者数	特定保健指導終了者のうち動機付け支援相当終了者数
積極的支援終了者数	特定保健指導終了者のうち積極的支援終了者数
腹囲 2 cm 体重 2 kg 減の達成者数	積極的支援終了者のうち 2cm, 2kg の改善を認めた者の数
腹囲 1cm 体重 1kg 減の達成者数	積極的支援終了者のうち 1cm, 1kg の改善を認めた者の数
食習慣の改善を認めた者の数	積極的支援終了者のうち食習慣の改善を認めた者の数
運動習慣の改善を認めた者の数	積極的支援終了者のうち運動習慣の改善を認めた者の数
喫煙習慣の改善を認めた者の数	積極的支援終了者のうち喫煙習慣の改善を認めた者の数
休養習慣の改善を認めた者の数	積極的支援終了者のうち休養習慣の改善を認めた者の数
その他の生活習慣の改善を認めた者の数	積極的支援終了者のうちその他の習慣の改善を認めた者の数
保健指導の介入のみで保健指導を終了した者の数	積極的支援終了者のうちプロセス評価のみで保健指導を終了した者の数
前年度の積極的支援終了者数	前年度の積極的支援終了者
前年度の積極的支援終了者の健診受診者数	前年度の積極的支援終了者かつ今年度特定健診受診者
前年度の積極的支援終了者の階層化の状況 1	前年度の積極的支援終了者のうち、今年度階層化で特定保健指導対象外（ただし質問票の服薬なし）の者の数
前年度の積極的支援終了者の階層化の状況 2	前年度の積極的支援終了者のうち、今年度階層化で動機付け支援の者の数
前年度の積極的支援終了者の階層化の状況 3	前年度の積極的支援終了者のうち、今年度階層化で積極的支援の者の数
前年度の積極的支援終了者の階層化の状況 4	前年度の積極的支援終了者のうち、今年度階層化で特定保健指導対象外（ただし質問票の服薬あり）の者の数
前年度の禁煙達成者の特定健診対象者数	前年度禁煙達成者かつ今年度特定健診対象者
前年度の禁煙達成者の特定健診受診者数	前年度禁煙達成者かつ今年度特定健診受診者
前年度の禁煙達成者で喫煙の状況 1	前年度禁煙達成者かつ今年度健診で喫煙の回答「1 はい」（喫煙している）者の数
前年度の禁煙達成者の喫煙の状況 2	前年度禁煙達成者かつ今年度健診で喫煙の回答「2 以前は吸っていたが、最近 1 ヶ月間は吸っていない」（禁煙継続している）者の数

【社会保障：予防・健康づくりの推進】

1. 政策体系の概要

政策目標：社会全体の活力を維持していく基盤として、予防・健康づくりの推進や高齢者の就業・社会参加率の向上等の観点から、2040年までに健康寿命を男女ともに3年以上延伸し、75歳以上とすることを目指す。具体的には、先進事例の横展開やインセンティブの積極活用等を通じて糖尿病等の生活習慣病の予防・重症化予防や認知症の予防等に重点的に取り組む。

KPI第2階層

KPI第1階層

- 加入者や企業への予防・健康づくりや健康保険の大切さについて学ぶ場の提供、及び上手な医療のかかり方を広める活動に取り組む、保険者の数
- レセプトの請求情報を活用し、被保険者の全体像を把握した上で、特定健診未受診者層や未治療者、治療中断者、治療中の者から事業対象者を抽出している自治体数
- アウトカム指標を用いて事業評価を実施している自治体

2. 狙い

健康寿命の延伸

3. 具体的な検証項目

	担当府省	対象施策	工程表の箇所	確認するエビデンス等	予定	必要なデータ例
1	厚労省	保険者インセンティブ制度	社保9 (P23)	・予防・健康づくりの事業の効果	予防・健康づくりの事業のうち、糖尿病性腎症重症化予防の取組に対する大規模実証事業の結果を踏まえて、改革工程表2023のKPI第2階層の指標を設定。	予防・健康づくりの事業におけるデータ等

2. 保険者インセンティブ制度

これまでの進捗状況

- 大規模実証事業（重症化予防プログラム）において、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証事業を令和2年度から令和4年度にかけて実施したところ、下記の結果を得られた。
 - ① プログラムを実施した保険者では、医療機関受診率が20%程度上昇することが確認された。
 - ② プログラムの効果的・効率的な実施方法を検証したところ、5つの条件（①対象者の抽出基準が明確である、②かかりつけ医と連携して取り組む、③保健指導を実施する場合は専門職が取組に携わる、④事業の評価を実施する、⑤取組の実施に当たり県単位の糖尿病対策推進会議等と連携する）をすべて満たす保険者では、医療機関受診率が上昇することが確認された。
 - ③ 他方、プログラム実施の長期的効果として、人工透析への移行防止が期待されるが、その評価には10年以上の期間を要すると想定される。プログラム策定から10年経過していない今回の実証事業では、腎機能の変化等の定量的な効果までは検証できなかった。
- 重症化予防プログラム等を活用した取組により、かかりつけ医と連携した糖尿病性腎症への早期介入が実施され、糖尿病の重症者の減少や重症化の遅延につながることを期待される。今回の実証事業では、保険者の取組により医療機関の受診率の上昇につながることを確認されたので、引き続き、同プログラムを活用した早期の重症化予防の取組を保険者に働きかけるとともに、インセンティブとして、取組状況の評価指標となり得るKPIを整理し、次の改革工程表に反映したい。
- (※) KPIの第一階層は、プログラムを活用した保険者での重症化予防の取組や、特定保健指導の取組とし、第二階層は、中長期目標として、糖尿病有病者数や透析患者数の抑制にかかる数値、メタボリックシンドロームの該当者数の抑制にかかる数値、とすることが考えられる。

社会保障 1. 予防・健康づくりの推進

KPI第2階層	KPI第1階層	工程(取組・所管府省、実施時期)	21	22	23
<p>○糖尿病有病者の増加の抑制 【2022年度までに1,000万人以下】</p> <p>○メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の数 【2022年度までに2008年度と比べて25%減少】</p> <p>○適正体重を維持している者の増加(肥満(BMI 25以上)、やせ(BMI 18.5未満)の減少) 【2022年度までに ・20~60歳代男性の肥満者の割合28%(BMI(体重kg÷身長m÷身長m)の数値が25以上の者 / 調査対象者のうち、20~60歳代男性で、身長・体重を測定した者。国民健康・栄養調査) ・40~60歳代女性の肥満者の割合19%(BMI(体重kg÷身長m÷身長m)の数値が25以上の者 / 調査対象者のうち、40~60歳代女性で、身長・体重を測定した者。国民健康・栄養調査) ・20歳代女性のやせの者の割合20%(BMI(体重kg÷身長m÷身長m)の数値が18.5未満の者 / 調査対象者のうち、20歳代女性で、身長・体重を測定した者。国民健康・栄養調査)】</p>	<p>○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、広域連合の数 【2020年度までに市町村：1,500、広域連合：47】日本健康会議から引用</p> <p>○レセプトの請求情報を活用し、被保険者の全体像を把握した上で、特定健診未受診者層や未治療者、治療中断者、治療中の者から事業対象者を抽出している自治体数 【増加】</p> <p>○アウトカム指標を用いて事業評価を実施している自治体数 【増加】</p>	<p>19. 保険者努力支援制度の評価指標への追加などインセンティブの一層の活用等</p> <p>a. 保険者インセンティブ制度の加減算双方向での評価指標による財政的インセンティブの一層の活用、戦略的な情報発信などによる後押しにより、先進・優良事例の横展開を促進。</p> <p>b. 効率的・効果的なデータヘルスの普及に向け、評価指標や保健事業の標準化を検討。健康保険組合については、2020年度の第2期データヘルス計画の中間見直し以降、保険者共通の評価指標を導入し、健康保険組合間での実績の比較等を可能にする。</p> <p>c. 保険者努力支援制度については、2021年度以降も加減算双方向での評価指標による財政的インセンティブを一層活用するとともに、「見える化」を促進する観点から市町村ごとの点数獲得状況を指標ごとに公表する。</p> <p>d. 国民健康保険における取組に加えて、後期高齢者医療や被用者保険等その他の各医療保険制度においても、評価指標や各保険者の取組状況等について、保険者等にとって活用しやすい形で見える化を進める。</p> <p>e. 2024年度以降の後期高齢者支援金の加減算制度について、検討を行う。</p> <p>《厚生労働省》</p>	<p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p>		<p>→</p>

社会保障 1. 予防・健康づくりの推進

KPI第2階層	KPI第1階層	工程(取組・所管府省、実施時期)			
		22	23	24	
—	<p>○加入者や企業への予防・健康づくりや健康保険の大切さについて学ぶ場の提供、及び上手な医療のかかり方を広める活動に取り組む、保険者の数【2025年度までに2,000保険者以上】日本健康会議から引用</p> <p>○レセプトの請求情報を活用し、被保険者の全体像を把握した上で、特定健診未受診者層や未治療者、治療中断者、治療中の者から事業対象者を抽出している自治体数【増加】</p> <p>○アウトカム指標を用いて事業評価を実施している自治体数【増加】</p>	<p>19. 保険者努力支援制度の評価指標への追加などインセンティブの一層の活用等</p> <p>a. 保険者インセンティブ制度の加減算双方向での評価指標による財政的インセンティブの一層の活用、戦略的な情報発信などによる後押しにより、先進・優良事例の横展開を促進。</p> <p>b. 保険者努力支援制度については、2021年度以降も加減算双方向での評価指標による財政的インセンティブを一層活用するとともに、「見える化」を促進する観点から市町村ごとの点数獲得状況を指標ごとに公表する。</p> <p>c. 国民健康保険における取組に加えて、後期高齢者医療や被用者保険等その他の各医療保険制度においても、評価指標や各保険者の取組状況等について、保険者等にとって活用しやすい形で見える化を進める。</p> <p>d. 2024年度以降の後期高齢者支援金の加減算制度について、検討を行う。 《厚生労働省》</p>	→	→	→
○2025年までに、認知症の診断・治療効果に資するバイオマーカーの確立(臨床試験取得3件以上)、日本発の認知症の疾患修飾薬候補の治験開始	○薬剤治験に即刻対応できるコホートを構築【薬剤治験対応コホート(J-TRC)におけるwebスタディ及びオンサイトスタディの登録者数の増加】	<p>20. 認知症等の社会的課題解決に資する研究開発や実装</p> <p>a. 認知症の危険因子、防御因子を特定し、病態を解明する大規模コホート研究の実施。</p> <p>b. 有効な認知症予防、診断・治療法の研究・開発を推進。 《厚生労働省》</p>	→	→	
○がん・難病の本態解明 ○創薬等の産業利用 ○効果的な治療・診断方法の開発促進【KPIについては、今後、全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会において、全ゲノム解析等実行計画(第2版)を策定し、それを踏まえ、設定予定】	【2019年に策定した全ゲノム解析等実行計画(第1版)およびロードマップ2021に掲げられたがん・難病全ゲノム解析等の工程表に基づき先行解析(2021年度：がん領域9,900症例、難病領域3,000症例)を実施し、解析結果等を踏まえ、今後の本格解析に向けた実行計画(第2版)の策定を行う】	<p>21. ゲノム医療の推進</p> <p>a. 全ゲノム解析等の推進 2019年に策定した全ゲノム解析等実行計画およびロードマップ2021を患者起点・患者還元原則の下、着実に推進し、これまで治療法のなかった患者に新たな個別化医療を提供するとともに、産官学の関係者が幅広く分析・活用できる体制整備を進める。 《厚生労働省》</p>	→		

宣言 4

加入者や企業への予防・健康づくりや健康保険の大切さについて学ぶ場の提供、及び上手な医療のかかり方を広める活動に取り組む、保険者を2,000保険者以上とする。

達成要件

次の①～③について、すべて行われていること。

- ① 下記の具体的な取組例(a)を参考に、加入者や企業へ予防・健康づくりや健康保険の大切さについて学ぶ場を提供する取組を一つ以上実施すること。また、下記の具体的な取組(b)の中から、上手な医療のかかり方を広める活動に関する取組を一つ以上実施すること。
- ② 参加者と非参加者との比較等により、①の取組(b)に関する効果検証を行うこと。
- ③ ②の結果を広報媒体を通じて加入者へ周知すること。

〈具体的な取組例(a)〉

1. データヘルス等の取組を通じて、健康保険の大切さや上手な医療のかかり方を加入者に伝える取組を実施すること。
2. 感染症をはじめとした病気の原因とその予防策、抗生物質による耐性菌リスクをはじめとした薬剤の効能や副作用についてセミナーを開くこと。
3. 子供や若者の時からの健康な生活習慣づくりにも配慮した生活習慣病予防、全身の健康にも密接に関連する歯科疾患、とりわけ歯周病予防について学ぶ機会を提供すること。
4. 心の健康づくりについて一人ひとりの気づきと見守りを促す取組を実施すること。その際、ストレスマネジメント等について学ぶ機会を提供すること。
5. 企業が自社製品を通じて、予防・健康づくりに資する可能性について情報提供すること。

〈具体的な取組例(b)〉

1. 生活習慣病の重症化予防に取り組むこと。その際、糖尿病や高血圧症等について、早期からの合併症発症予防・重症化予防に取り組むこと。
2. 薬剤の重複服薬・多剤投与を把握し、医療機関・薬局、訪問看護ステーション・看護小規模多機能型居宅介護事業所等と共同して、ポリファーマシーの防止に努めること。
3. 健康医療相談・セルフケアの推進等を通じて、医療の適正利用（重複・頻回・はしご受診の抑制等）を図ること。
4. 歯や口腔の健康は全身の健康に寄与することから、かかりつけ歯科医へ定期的に歯科受診できる環境を整えること。

※具体的な取組(b)1～3については、地域の医師会・歯科医師会・薬剤師会・看護協会等と連携して取り組むこと。健康保険組合、共済組合及び国民健康保険組合においては、専門職との連携でも要件を満たすものとする。

糖尿病性腎症重症化予防プログラムについて(平成28年4月20日策定。平成31年4月25日改定)

1. 改定の背景

- 呉市等の先行的取組を全国に広げていくためには、**各自治体と医療関係者が協働・連携できる体制の整備**が必要。
- 国レベルでも支援する観点から、**日本医師会・日本糖尿病対策推進会議・厚生労働省の三者で、糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定**したものの(それに先立ち平成28年3月24日に連携協定締結)
- 日本健康会議の「宣言2」として掲げられている5つの達成要件を達成した市町村や広域連合においても取組の質にはばらつきが見られることから、より効果的・効率的な事業の実施を目指すためには、**プログラムの条件における留意点の整理**が必要
- 関係者の連携や取組内容等実施上の課題に対応し、**更なる推進を目指していくために改定**するもの

2. 基本的考え方

- 重症化リスクの高い**医療機関未受診者等に対する受診勧奨・保健指導**を行い治療につなげるとともに、**通院患者のうち重症化リスクの高い者に対して**主治医の判断で対象者を選定して**保健指導**を行い、**人工透析等への移行を防止**する
その際、CKD対策等、既存の取組を活用し取り組むことも考えられる

3. 関係者の役割

(市町村)

- **庁内体制の整備**・地域における**課題の分析と情報共有**・**対策の立案**・対策の**実施**・実施状況の**評価**・**人材確保と育成**

(都道府県)

- **庁内体制を整備の上市町村の事業実施状況のフォロー**、都道府県レベルで**医師会や糖尿病対策推進会議等と取組状況の共有、対応策等について議論、連携協定の締結、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの策定(改定)、人材育成**
- **保健所を活用した取組支援**

(広域連合)

- 後期高齢者医療制度と国保の保健事業が**一体的に実施されるよう調整**するなど、**市町村との連携が不可欠**
- 広域連合からの委託等により**市町村が保健指導を実施する際は、実施支援のための情報提供が重要**

(地域における医師会等)

- 都道府県医師会等の関係団体は、**郡市区医師会等に対して、国・都道府県における動向等を周知し、必要に応じ助言**
- 都道府県医師会等や郡市区医師会等は、都道府県や市町村が取組を行う場合には、**会員等に対する周知、かかりつけ医と専門医等との連携強化、保健事業のアドバイザーとして取組を支援するなど、必要な協力を努める**

(都道府県糖尿病対策推進会議)

- 国・都道府県の動向について**構成団体に周知、医学的・科学的観点からの助言、市町村等との連携の窓口となる責任者を周知**するなど、**自治体の取組に協力するよう努める**
- **地域の住民や患者への啓発、医療従事者への研修に努める**

(国保連合会の役割)

- **KDBの活用によるデータ分析・技術支援、課題抽出、事業実施後の評価分析**などにおいて連携し、取組を支援

4. 地域における関係機関との連携

- 都道府県、市町村において、**あらかじめ医師会や糖尿病対策推進会議等と問題認識を共有し十分協議**の上、推進体制を構築
- **都道府県レベル、二次医療圏等レベルで協議会や検討会を実施する**など、地域の関係者間で顔を合わせ議論することにより連携体制の充実を図る
- 必要に応じて**かかりつけ医と専門医の連携、医科歯科連携**ができる体制をとることが望ましい

5. プログラムの条件

- ① 対象者の抽出基準が明確であること
- ② **かかりつけ医と連携した取組であること**
- ③ **保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること**
- ④ **事業の評価を実施すること**
- ⑤ **取組の実施に当たり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携（各都道府県による対応策の議論や取組内容の共有など）を図ること**

（効果的・効率的な事業を実施するための条件）

- ① **レセプトの請求情報（薬剤や疾患名）も活用**し被保険者の全体像を把握した上で抽出することにより、健診未受診者層等からの抽出が可能
- ② 事業の**実施時のみならず企画時や評価時などきめ細かく連携**することにより、PDCAサイクルに基づく取組を実施
- ③ **医師・歯科医師・薬剤師等多職種連携による取組**を行うことにより保健指導の質の向上につながる
- ④ **アウトカム指標（特定健診結果の値や人工透析新規導入患者数の変化等）を用いた事業評価**を行うことにより、重症化予防効果等の測定が可能
- ⑤ **情報提供のみならず専門的助言を受け、更に事業へ反映**することにより取組の質の向上へとつながる

6. 取組方策

- ・ 体制整備（庁内連携、地域連携）
- ・ 事業計画
- ・ 事業実施
- ・ 事業評価、**改善（次年度事業の修正）**

7. 対象者選定 ※取組内容については地域の実情に応じ優先順位を意識し柔軟に対応

- ① **健診データ・レセプトデータ**等を活用したハイリスク者の抽出
- ② **医療機関における糖尿病治療中の者からの抽出**
※生活習慣改善が困難な方・治療を中断しがちな患者等から医師が判断
- ③ **治療中断かつ健診未受診者**の抽出

8. 介入方法 ※取組内容については地域の実情に応じ優先順位を意識し柔軟に対応

- ① **受診勧奨**：手紙送付、電話、個別面談、戸別訪問等
 - ② **保健指導**：電話等による指導、個別面談、訪問指導、集団指導等
- ※ 受診勧奨、保健指導等の保健事業については外部委託が可能

9. 評価

- 関係者と共に、**中長期的な視点**をもった事業評価を行い、今後の事業の取組を見直すなど、**PDCAサイクル**を回すことが重要

10. 個人情報の取扱い

- 取組に当たっては、基本情報に加え**健診データやレセプトデータ等個人情報**を活用することから、**取扱いに留意する必要がある**

重症化予防プログラムの効果検証事業

● ねらい：人工透析移行ストップ

- 人工透析の主な原疾患である糖尿病性腎症の重症化予防は、健康寿命の延伸とともに、医療費適正化の観点で喫緊の課題である。
- 専門医療機関等における介入のエビデンスは存在するが、透析導入患者をみると適切に医療を受けてこなかったケースも多く、医療機関未受診者を含めた戦略的な介入が必要である。このため、保険者において実施されている重症化予防の取組について、腎機能等一定の年月を必要とする介入・支援の効果やエビデンスを検証する。

● 実証の手法

現在、保険者においては、糖尿病性腎症重症化予防プログラム（平成28年4月策定、平成31年4月改定）に基づき、健診・レセプトデータを活用して抽出したハイリスク者（糖尿病治療中の者や治療中断かつ健診未受診者等）に対し、かかりつけ医や専門医等との連携の下、受診勧奨・保健指導の取組を実施している。

実証においては、①糖尿病性腎症未治療者と治療中断者への医療機関への受診勧奨の有効性の分析、②保健指導等の介入を受けた糖尿病性腎症患者の検査値等の指標の変化を分析、③NDBやKDBを活用し、長期的な検査値の変化や重症化リスクの高い対象者の特徴について分析を実施する。これらの分析により、介入すべき対象者の優先順位や適切な介入方法等を検討する。

【事業規模】

- ・実施主体（保険者）200程度

● 実証のスケジュール（案）

2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度～2025年度
実証事業の枠組みを検討	実証の実施（実施～評価まで）			結果を踏まえ、保険者等による予防健康事業等への活用
・実証事業全体のスキームにおける位置づけを検討	・既存の研究事業の効果検証の結果を踏まえ、実証事業に反映 ・実証フィールドの検証（市町村など200保険者）	・実証フィールド（200保険者）での実施 ・病期別の介入とデータ収集	・実証フィールド（200保険者）での実施 ・実証分析・評価：第三者の視点も加えて実施	・糖尿病性腎症重症化予防プログラム等への反映を検討

糖尿病性腎症未治療者及び治療中断者への受診勧奨の有効性検証

目的

糖尿病性腎症重症化予防プログラムにおいて、未治療者や治療中断者に対して電話等を用いた受診勧奨が、医療機関への受診率及び再受診率の向上に資するかを検証する。

対象者

26市（被保険者数1万～5万人規模）
介入群（13市）と対照群（13市）を、ランダムに設定し、それぞれ受診勧奨を行う。

方法

分析対象データ：国保データベース（KDB）システムのデータ

分析デザイン：クラスター・ランダム化比較試験（保険者単位で無作為割付）

分析対象者：被保険者のうち糖尿病性腎症病期2期以下の者
または、糖尿病で病期不明の者のうち、未治療者、治療中断者

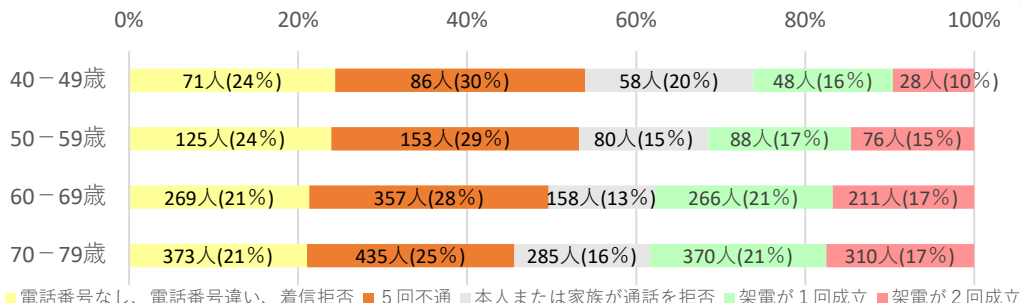
介入内容：26市において同一の条件で対象者を抽出し、受診勧奨通知を送付。
介入群は、通知に加えて、架電による受診勧奨を実施。

評価：介入群と対照群の被保険者について、受診勧奨実施後の医療機関受診率等を比較する。

図表1 医療機関受診率

	受診者数／該当者数（受診率）		
	全体	対照群	介入群
全体	1,770/7,720 (22.9%)	952/3,873 (24.6%)	818/3,847 (21.3%)

図表2 架電の成立状況（年齢階層別）



結果

- 対照群と介入群の医療機関受診率、継続受診率（図表1）
 - 介入群と対照群の受診率を比較した結果、介入群の方が低かった。
- 受診勧奨における架電の効果
 - 通知に加え、架電による受診勧奨は、年齢が高くなるほど成立しやすく、一部の層には、架電による受診勧奨は効果を得られるといえる。（図表2）
 - 健診データがない治療中断者で受診率が低かった。若年層及び健診を受けていない治療中断者への架電は、架電が成立しても、むしろ医療機関の受診や継続受診に対して負に作用した可能性がある。
 - 若年層、特に男性は架電が成立しづらかったことから、架電による受診勧奨にかわるアプローチを検討していく必要がある。
- 介入群における医療機関の受診率（図表3）
 - 2回の架電が成立した対象者では、受診率が未治療者、治療中断者によらず上昇した。特に未治療者では、架電の成立が受診に結びつく傾向が見られた。

図表3 未治療者・治療中断者別、架電状況別の医療機関受診率（介入群）

	受診者数／該当者数（受診率）					
	全体	電話番号なし、電話番号違い、着信拒否	5回不通	本人または家族が通話を拒否	架電が1回成立	架電が2回成立
未治療者+治療中断者（介入群全体）	818/3,847 (21.3%)	154/838 (18.4%)	191/1,031 (18.5%)	124/581 (21.3%)	171/772 (22.2%)	178/625 (28.5%)
未治療者	149/616 (24.2%)	23/99 (23.2%)	35/174 (20.1%)	12/85 (15.3%)	28/116 (24.1%)	50/142 (35.2%)
治療中断者（健診有り）	33/132 (25.0%)	5/19 (26.3%)	9/47 (19.2%)	4/18 (22.2%)	6/19 (31.6%)	9/29 (31.0%)
治療中断者（健診無し）	636/3,099 (20.5%)	126/720 (17.5%)	147/810 (18.2%)	107/478 (22.4%)	137/637 (21.5%)	119/454 (26.2%)

< 今回の結果を参照する際の留意点（研究の限界） >

- 当初、全対象者に対して、通知による受診勧奨を行い、介入群では「2回の架電」と自治体による「面談・訪問」を加えることを予定していたが、新型コロナウイルス感染症のまん延を受け、介入群では「2回の架電」を加えるのみとなり、介入群と対照群で医療機関の受診率や継続受診率に差が生じにくい状況での実施となった。
- 電話番号が不明なものや着信拒否・電話番号違い、5回不通等のため一回も架電が成立しないものが4割弱いた。さらに1回目の架電後、2回目の架電を希望しないものも半数近くいた。

糖尿病性腎症重症化予防プログラムの介入効果の検証

目的

糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果を明らかにする。

対象者

193市町村

・プログラム実施の自治体（介入群）（99市町村）
研究班※に参加した保険者（2016年度または2018年度に市町村による介入あり）

・プログラム非実施の自治体（対照群）（94市町村）
研究班※に参加しておらず、2018年度時点で糖尿病性腎症重症化予防事業を実施していない

※ 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証と重症化予防のさらなる展開を目指した研究（研究代表者：津下一代）

方法

分析対象データ： 国保データベース（KDB）システムのデータ、実施自治体の介入者リスト（研究班参加時のリスト）

分析対象者： 介入年度の前年（2015年度または2017年度）に、以下の4点を満たす者

1. 健診受診あり
2. 入院歴なし
3. 健診結果で糖尿病性腎症1期～4期
4. 1型糖尿病の病名がない

分析方針：

- ・実施自治体において、プログラムによる介入（①受診勧奨、②保健指導、③受診勧奨＋保健指導）を受けた糖尿病性腎症患者の検査値等の指標の変化を分析（研究班の分析を継続）
※ 医療機関受診率が低い対象者の集団に対し、介入を実施
- ・実施自治体と非実施自治体における糖尿病性腎症患者について、介入の有無による検査値等の指標の変化を比較分析

評価方法：

- ・介入年度の前年（2015年度または2017年度）から、3～5年度の指標※を用いて評価を実施した。

※ 評価指標：糖尿病性腎症にかかる指標（HbA1c、eGFR等）の変化（病期別解析）、未受診者においては医療機関受診率等

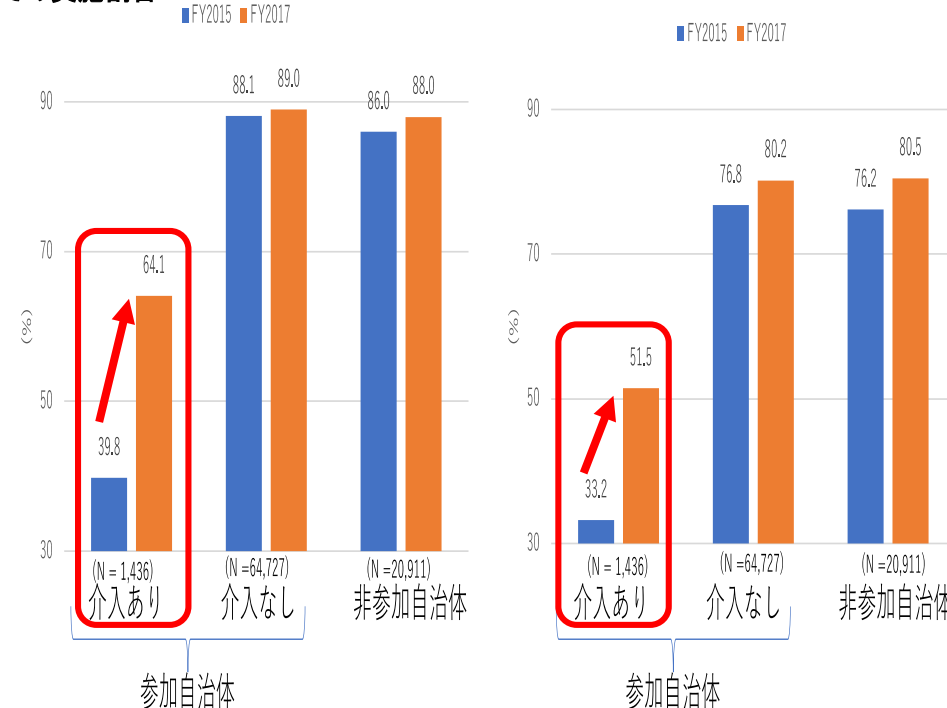
結果

プログラムによる介入を行った集団では、介入後に糖代謝指標の検査の実施割合と糖尿病治療薬の処方の実施割合が増加していた。

糖尿病治療者割合の変化（2016年度に介入した保険者）

HbA1c/グリコアルブミンの検査の医療機関での実施割合

糖尿病治療薬の処方の実施割合



< 今回の結果を参照する際の留意点（研究の限界） >

- 1) 分析データ：健診を受診した患者のみを対象としているため、限定的な結果である。
- 2) 対象者選択・適応による交絡：介入者の選定は、各保険者の基準で行われており、実施自治体における介入ありの者と介入なしの者として生活習慣の状況や、医療機関の受診状況などの背景が大きく異なっている可能性が考えられる。今回のデータセットにて判別可能な変数（年齢、性別、生活習慣、服薬内容、自治体規模等）の調整は行ったが、未測定の変数については調整できていない。
- 3) 観察期間：eGFR低下や新規透析導入等の腎アウトカムを評価するためには観察期間が短い。

ビッグデータ分析による糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証

目的

NDBのビッグデータ分析により、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果を明らかにする。

対象者

市町村国保、国保組合、協会けんぽ、健保組合、共済組合

方法

分析対象データ：レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）のデータ

分析内容：

- (1) 保険者の取組や地域特性による糖尿病性腎症重症化予防の影響を分析
- (2) 糖尿病性腎症病期等ベースライン状況が類似した対象者の集団について、腎症病期悪化の要因を分析

市町村国保の結果

(1)について

- プログラムの実施状況を、下記の「5条件を満たしたプログラムを実施した保険者」、「一部条件を満たしたプログラムを実施した保険者」、「プログラムを実施していない保険者」の3群において、プログラムの策定の前後で医療機関の継続受診率を比較したところ、「5条件を満たしたプログラムを実施した保険者」が最も継続受診率が上昇した。プログラムによる医療機関継続受診率が上がる効果が確認された。（図表1）

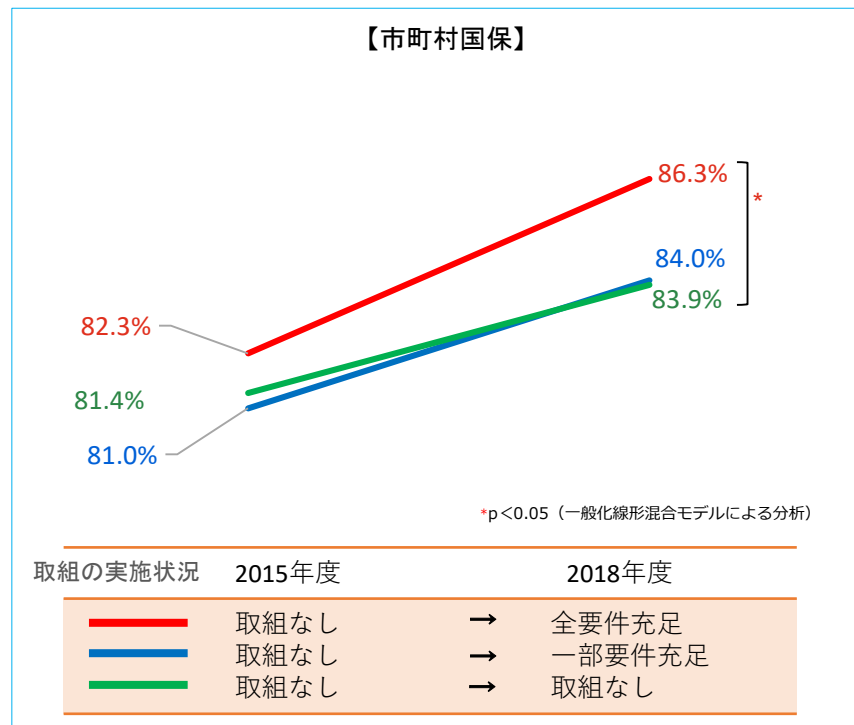
(2)について

- 全年齢で、喫煙有り、朝食抜きがeGFRの急激な低下のリスクとなっていた。
- 40-59歳では、十分な睡眠がとれていないこと、60歳以上では、運動習慣無しが2年後のeGFRの急激な低下に関連した。
- 一連の糖尿病性腎症病期悪化の生活習慣の要因を、早い段階で特定健診により把握することの重要性が示された。糖尿病性腎症重症化予防における保健指導などで有効に活用されるべき知見と考えられた。

〈市町村国保で比較に当たって設定した5条件〉

- 1 対象者の抽出基準が明確であること
- 2 かかりつけ医と連携した取組であること
- 3 保健指導を実施する場合は、専門職が取組に携わること
- 4 事業の評価を実施すること
- 5 取組の実施にあたり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議との連携(各都道府県による対応策の議論や取組内容の共有など)を図ること

図表1 医療機関継続受診有りの割合の変化



- ①全要件充足：5条件のすべての要件を満たす
- ②一部要件充足：すべての要件は満たさないが少なくとも1つ以上要件を満たす
- ③取組なし：すべての要件を満たしていない

〈今回の結果を参照する際の留意点（研究の限界）〉

- 1) NDBデータベースでは糖尿病性腎症重症化予防プログラムの対象者であることが把握できないため、今回の分析では、保険者単位で糖尿病性腎症重症化予防プログラムの要件を充足しているか否かで分け、分析を行った。本プログラムの対象になった被保険者に限った分析ではないため、結果の解釈には注意を要する。
- 2) NDBすべてのデータを用いたわけではなく、ある程度対象層が絞られたデータを用いているため、本基準に合致しない糖尿病有病者が一部含まれなかった可能性がある。

【社会保障：医療・福祉サービス改革】

1. 政策体系の概要

政策目標：持続可能な社会保障制度の実現に向け、医療・介護提供体制の効率化を促進するとともに、医療・福祉サービスの生産性向上・質の向上を図るため、地域医療構想に示された病床の機能分化・連携や介護医療院への移行等を着実に進めるとともに、人口減少の中にあって少ない人手で効率的なサービスが提供できるよう、AIの実装、ロボット・IoT・センサーの活用、データヘルスの推進など、テクノロジーの徹底活用を図る。これらにより、医療費・介護費の適正化並びに一人当たり医療費の地域差半減及び介護費の地域差縮減を目指す。

KPI第2階層

KPI第1階層

○第3期医療費適正化計画における各都道府県の医療費目標及び適正化指標
○年齢調整後の一人当たり医療費の地域差

○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保険者
○重複・頻回受診、重複投薬の防止等の医療費適正化の取組を実施する保険者

2. 狙い

医療費の地域差縮減の取組の推進

3. 具体的な検証項目

担当府省	対象施策	工程表の箇所	確認するエビデンス等	予定	必要なデータ例
3 厚労省	医療費適正化の取組	社保42 (p32)	医療費適正化の取組（後発医薬品の使用割合、医薬品の適正使用等）の効果、効率的・効果的な実施方法	確認してきたエビデンスを踏まえた医療費適正化計画の見直しについて、2024年度からはじまる第4期に向けて、改革工程表2023に反映。	・NDBデータ ・保険者データヘルス全数調査 ・このほか検討状況を踏まえ、必要なデータを検討

3. 医療費適正化の取組

これまでの進捗状況

- 医療費適正化の取組に係るエビデンス構築のため、これまでにNDBデータ等を用いて以下の取組を実施。
 - ✓ 保険者による後発医薬品の使用促進策の効果検証
 - 差額通知の実施、カード等の配布については、統計学的に有意な使用割合の増加効果が認められた。パンフレット配布については、統計学的に有意な差はなかったが、使用割合増加の傾向が認められた。機関誌やサイトでの告知については、有意な効果が認められなかった。
 - ✓ 保険者による多剤投与者に対する指導実施の効果検証
 - 全保険者又は健保のみを分析対象とし、一人当たり薬剤費を指標として分析した場合は、指導実施について統計学的に有意な効果が認められたが、その他の分析対象・指標に関する分析では、有意な効果が認められず、この分析結果から多剤投与者に対する指導実施の効果を一概に判断することはできない。
 - ✓ 特定保健指導のモデル実施の効果検証（再掲）
- こうしたエビデンスや国内外の既存のエビデンスを踏まえ、医療保険部会において、2024年度からはじまる第4期に向けた医療費適正化計画の見直しに関する議論を進め、昨年12月に方向性をとりまとめた。
 - ✓ 後発医薬品の使用促進に向けて、効果が確認されている個別通知の実施等の取組を推進
 - ✓ 特定健診・特定保健指導について、個人の受診者の行動変容につながり、成果が出たことを評価する方向（アウトカム評価の導入、ICTを活用した取組など）で見直し
 - ✓ 新たな目標として、急性気道感染症・急性下痢症に対する抗菌薬の処方など、効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療を位置づけ 等
- 第4期において国や保険者が取り組むべき事項やKPIについて、次の改革工程表に反映。

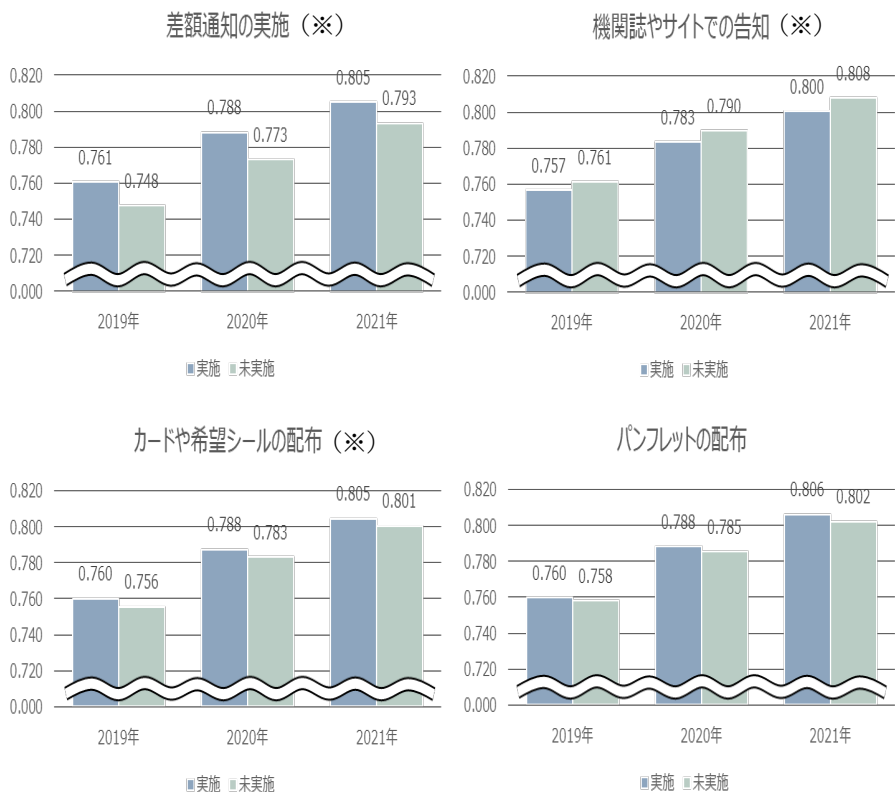
後発医薬品の使用促進策の効果検証（主な結果）

NDBデータ等を用いて保険者の後発医薬品の使用促進策が後発医薬品使用割合に与える影響の効果検証（平均値の単純比較、差の差推定）を実施。

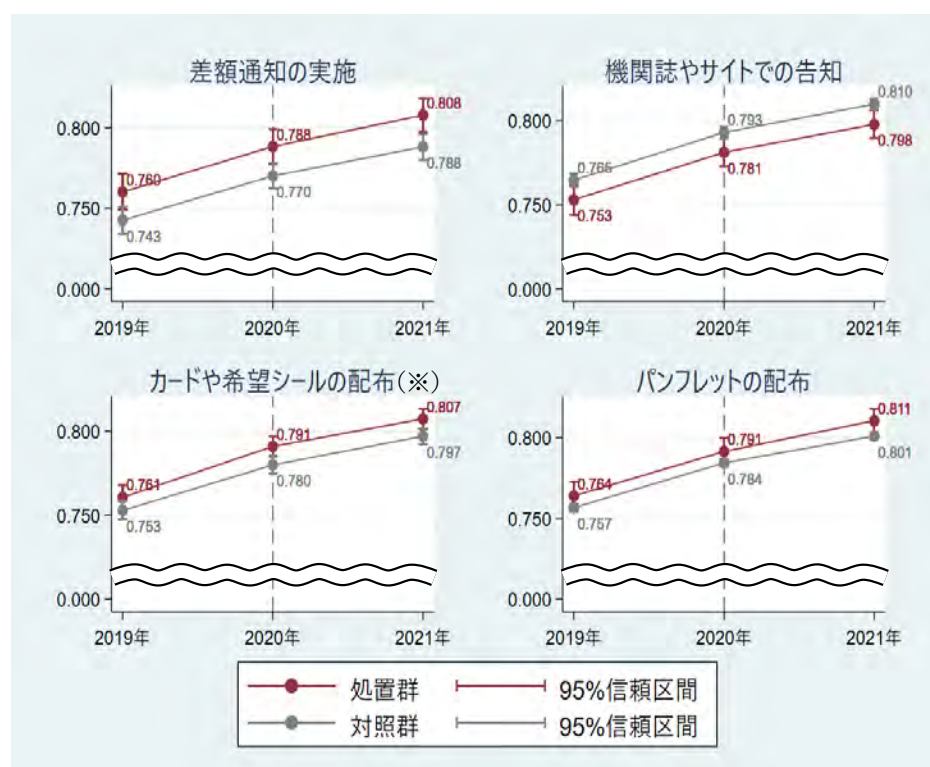
- 差額通知の実施、カード等の配布については、統計学的に有意な使用割合の増加効果が認められた。パンフレット配布については、統計学的に有意な差はなかったが、使用割合増加の傾向が認められた。機関誌やサイトでの告知については、有意な効果が認められなかった。

(※) 分析結果で統計的な有意性($\alpha \leq 0.1$)も確認できたもの。

後発医薬品の使用割合（平均値の単純比較）



後発医薬品の使用割合（差の差推定）



※ 差の差推定のグラフは平均値の推移を示したものであり、分析結果そのものではない
 ※ 20年・21年に施策を実施した群を処置群、実施しなかった群を対照群とした（19年は双方未実施）

後発医薬品の使用促進策の効果検証（概要）

1 事業概要

後発(ジェネリック)医薬品の使用を促進するために、以下のアクティビティを実施

1. 差額通知の実施
2. 機関誌やサイトでの告知
3. カードや希望シールの配布
4. パンフレットの配布

2 分析に使用したデータ

データ	保険者データヘルス全数調査 NDBデータ
サンプル	保険者(2,000件/年程度)
期間	2019～2021年
アウトカム	後発医薬品使用割合(数量シェア)
説明変数	アクティビティ(差額通知等)の実施有無

3 分析方針

① 平均値の単純比較

⇒ パネルデータの各年において、施策を実施した/未実施の保険者のジェネリック使用割合の平均値を算出し、両者を比較することで、施策の効果を検証

② 差の差推定

⇒ 上記の分析からバイアス(時間効果や保険者固有の特性(固定効果))を排除した上で、施策の純粋な効果を検証

4 分析結果

施策	処置効果の傾向	
	①平均値の単純比較	②差の差推定
1. 差額通知の実施	+*	+
2. 機関誌やサイトでの告知	-*	-
3. カードや希望シールの配布	+*	+*
4. パンフレットの配布	+	+

※ 処置効果の傾向がプラスであれば+、マイナスであれば-、さらに複数の分析結果で統計的な有意性($\alpha \leq 0.1$)が確認できれば*を表示している。

※ 今回用いた分析手法は以下の特徴や留意点を有する。

分析手法	特徴・留意点
平均値の単純比較	<ul style="list-style-type: none"> ■ 比較的簡単に用いることができる効果検証手法 ■ 施策の純粋な効果を把握できない場合がある <ul style="list-style-type: none"> ✓ 例えば、差額通知の実施者は未実施者に比べてジェネリック使用割合が高いことが確認されたが、「差額通知の実施」以外の要因（時間効果や保険者固有の特性など）が作用していた可能性を排除しきれない
差の差推定	<ul style="list-style-type: none"> ■ 時間効果や保険者固有の特性を排除した上で、施策の純粋な効果を把握することが可能 ■ 分析に利用したパネルデータの期数が3年と短く、施策の実施前において処置群と対照群のアウトカムが平行に推移していることを確認できていない <ul style="list-style-type: none"> ✓ 施策実施前の段階で両群のアウトカムが平行に推移していない場合、比較対象として適切とは言えない

多剤投与者への指導実施の効果検証（主な結果）

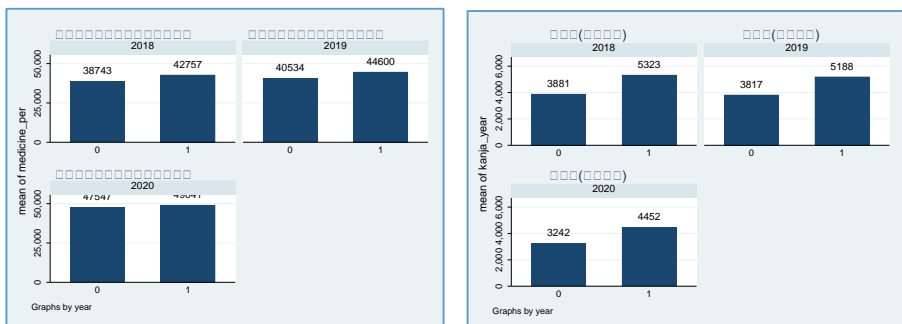
NDBデータ等を用いて、保険者による多剤投与者に対する指導実施が多剤投与に与える影響（多剤投与の総薬剤費、薬剤費/人、患者数）の効果検証（平均値の比較等の記述統計、差の差推定による統計的因果効果の分析）を実施。

- 全保険者、保険者種別ごと（健保、国保）に、処置群と対照群それぞれについて、各指標の統計量を確認。
- 全保険者、保険者種別ごとに、指導実施が各指標に与える効果について、差の差推定を実施。全保険者又は健保のみを分析対象とし、一人当たり薬剤費を指標として分析した場合は、指導実施について統計的に有意な効果が認められたが、その他の分析では有意な効果が認められなかった。
- 今回の分析結果から、多剤投与者に対する指導実施の効果を一概に判断することはできない。

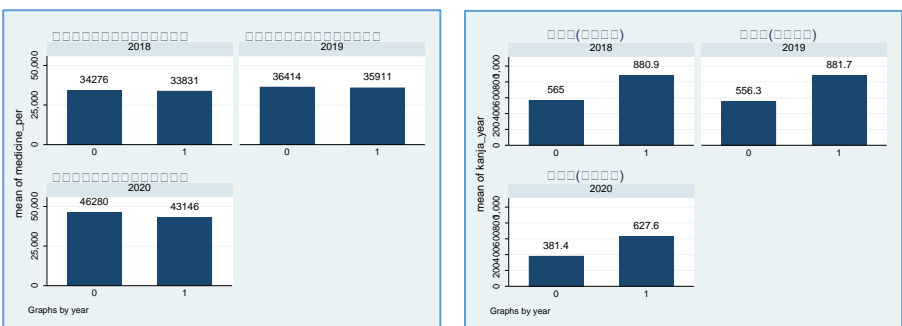
結果の例（一人当たり薬剤費・患者数）

○平均値の比較（各年度）

【全保険者】



【健保組合】

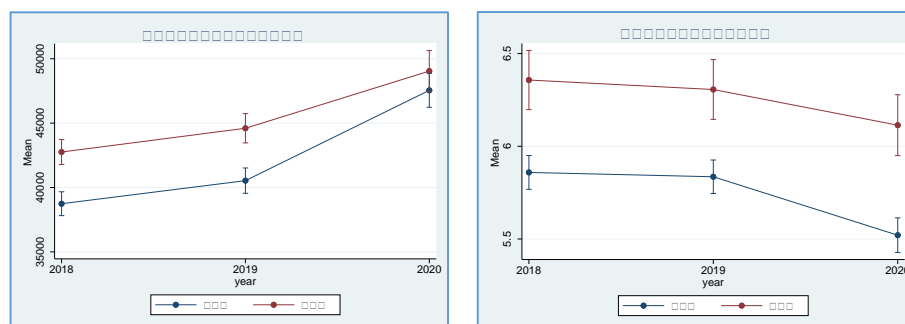


※0が対照群、1が処置群

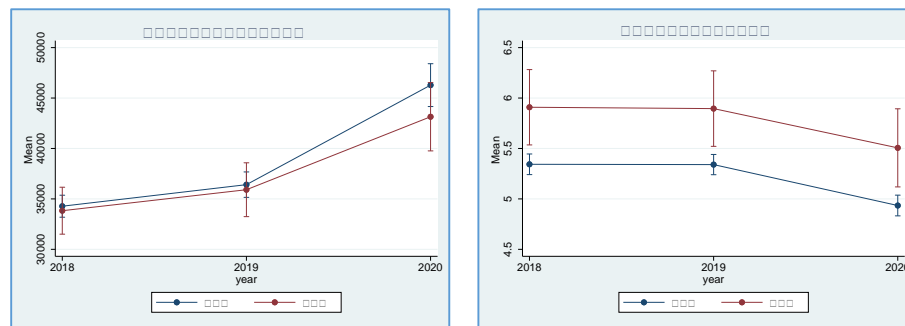
※医療費適正化計画の見直しに関する調査研究（厚生労働省保険局医療費適正化対策推進室）

○差の差推定

【全保険者】



【健保組合】



※差の差推定のグラフは平均値の推移を示したものであり、分析結果そのものではない。
※バーは95%信頼区間

多剤投与者への指導実施の効果検証（概要）

1. 概要

多剤投与者（同月内に15種類以上投与された65歳以上の患者）に対して保険者が実施する指導について、効果を検証する。

2. 分析に使用したデータ

データ	保険者データヘルス全数調査 NDBデータ		
期間	多剤投与：2018年度～2020年度		
アウトカム	多剤投与の総薬剤費・一人当たり薬剤費・患者数		
説明変数	多剤投与者への指導実施の有無		
共変量	保険者数、平均年齢、経常収支など		
サンプル	全保険者	健保	国保
	1,709	764	726

3. 分析方針

①平均値の比較

②差の差推定（DID）+固定効果モデルによる比較

⇒ 指導を実施した／未実施の保険者について、多剤投与者の一人当たり薬剤費の経年変化の差（＝差の差）を比較することで、各保険者の時間を通じて一定な要素（被保険者の健康意識など）によるバイアスを排除した上で施策の効果を検証。

4. 2020年度分析結果

全保険者・健保のみ・国保のみそれぞれについて、総薬剤費・一人当たり薬剤費・患者数への影響を分析。データや分析手法に関する留意点もあり、一概に効果の有無を判断することはできなかった。

①平均値の比較

⇒一人当たり医療費の推移において、平行トレンドを確認。

②差の差推定（DID）+固定効果モデル

⇒全保険者又は健保のみを分析対象とし、一人当たり薬剤費を指標として分析した場合は、指導実施について統計的に有意な効果が認められたが、その他の分析では有意な効果が認められなかった。

総括

⇒保険者種別ごと、指標ごとに分析を試みた結果として、統計的に有意な結果が得られた場合もあった一方で、そうではなかった場合もあったため、今回の分析によって当該施策の効果が明らかになったとはいえない。

※主な留意点

- データ数が少なく、効果検証に限界がある。
- 取組を行うかどうかの選択が保険者自ら行えるという点でのバイアスを完全には取り除けない。
- 各保険者の各年度時点における多剤投与者を分析対象としているため、対象となる加入者が年度毎に異なる点に留意が必要。

第 4 期 医療費適正化計画（2024～2029年度）に向けた見直し

医療費の更なる適正化に向けて、①新たな目標として、複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供等を加えるとともに、②既存の目標についてもデジタル等を活用した効果的な取組を推進する。また、計画の実効性を高めるため、③都道府県が関係者と連携するための体制を構築する。

計画の目標・施策の見直し

① 新たな目標の設定

- **複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供**
 - ・ 医療・介護の機能連携を通じた効果的・効率的なサービス提供（例：骨折対策）
 - ・ 高齢者の心身機能の低下に起因した疾病予防・介護予防
 - **医療資源の効果的・効率的な活用**
 - ・ 効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療（例：急性気道感染症・急性下痢症に対する抗菌薬処方）
 - ・ 医療資源の投入量に地域差がある医療（例：白内障手術や化学療法の外来での実施、リフィル処方箋（※））
 - （※）リフィル処方箋については、地域差の実態等を確認した上で必要な取組を進める。
- ⇒ 有識者による検討体制を発足させて、エビデンスを継続的に収集・分析し、都道府県が取り組める目標・施策の具体的なメニューを追加

② 既存目標に係る効果的な取組

健康の保持の推進

- **特定健診・保健指導の見直し**
⇒アウトカム評価の導入、ICTの活用など

医療の効率的な提供

- **重複投薬・多剤投与の適正化**
⇒電子処方箋の活用
- **後発医薬品の使用促進**
⇒個別の勧奨、フォーミュラ策定等による更なる取組の推進や、バイオ後続品の目標設定等を踏まえた新たな数値目標の設定

➔ さらに、医療DXによる医療情報の利活用等を通じ、健康の保持の推進・医療の効率的な提供の取組を推進

※ 計画の目標設定に際し、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意

実効性向上のための体制構築

③ 保険者・医療関係者との方向性の共有・連携

- ・ 保険者協議会の必置化・医療関係者の参画促進、医療費見込みに基づく計画最終年度の国保・後期の保険料の試算 等
- **都道府県の責務や取り得る措置の明確化**
 - ・ 医療費が医療費見込みを著しく上回る場合等の要因分析・要因解消に向けた対応の努力義務化 等

見直しの方向性 ① 新たに取り組むべき目標

医療資源の効果的・効率的な活用

- 医療サービスの提供状況について地域差等を分析して取組を進めることは重要であり、継続的な検討が必要との指摘や、地域差だけでなく医療提供体制等についても協議した上で取り組む必要があるとの指摘があった。
- ⇒ 新たな目標として、①効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療の適正化、②医療資源の投入量に地域差がある医療の適正化を位置づける。

見直しのポイント

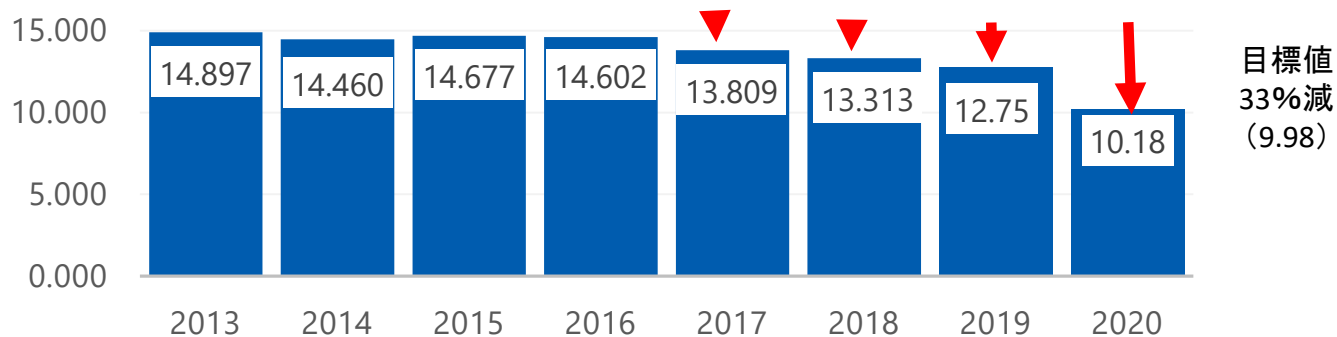
医療資源の効果的・効果的な活用

- 医療資源の効果的・効率的な活用のために、地域ごとに都道府県や関係者が把握・検討を行い、適正化に向けた必要な取組を進めるべき事項として、以下を新たに位置づける。
 - ① 効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療
(例：急性気道感染症・急性下痢症に対する抗菌薬処方)
 - ② 医療資源の投入量に地域差がある医療
(例：白内障手術・化学療法の外来での実施、リフィル処方箋)
- なお、リフィル処方箋については、分割処方等と合わせて、地域差の実態等を確認し、必要な取組を進める。
- 国は、各地域で取り組み得る目標・施策や、各都道府県における把握・検討に必要なデータを提示することとする。

効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療

- 効果が乏しいというエビデンスがある医療については知見が集積されてきている。こうした医療サービスの提供状況について、地域ごとに都道府県、医療関係者、保険者などが把握・検討を行い、これを踏まえて必要な適正化に向けた取組を進めることは重要。他方、こうした医療サービスは、個別の診療行為としては医師の判断に基づき必要な場合があることには留意が必要。
- 例えば、急性気道感染症や急性下痢症の治療における抗微生物薬の使用については、AMRアクションプランや「抗微生物薬適正使用の手引き」の策定等の関係者の取組を通じて、使用量が減少してきている。

○抗菌薬販売量（DID）の推移



※DID(DDD per 1,000 inhabitants per day)

人口や抗菌薬毎の使用量の差を補正するため、抗菌薬の販売量を1000住民・1日あたりDDD(※※)で表したものの。

※※DDD (Defined Daily Dose)

WHOによって定められたその抗菌薬が通常1日に使用される量(g)。

※日本におけるヒト用抗菌薬の販売量に基づいた抗菌薬使用は、2020年においては、10.18 DIDであり、2013年と比較して、29.9%減少していた。ただし、新型コロナウイルス感染症による影響も考慮されるため、今後の推移を慎重にみていく必要がある。

出典：薬剤耐性ワンヘルス動向調査報告書2021

【その他】

1. 狙い

再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進

2. 具体的な検証項目

	担当府省	対象施策	工程表の箇所	確認するエビデンス等	予定	必要なデータ例
4	厚労省	医療扶助	社保④① (p46)	改革工程表中の医療扶助のガバナンス強化に係る検討(※)に関し、どのようなデータが必要となるのか。	改革工程表の検討スケジュールにあわせて検討	改革工程表の検討スケジュールにあわせて検討

※新経済・財政再生計画 改革工程表2022 (抄)

工程 (取組・所管府省、実施時期)	23	24	25
	④① 生活保護の適用ルールの確実かつ適正な運用、医療扶助をはじめとする生活保護制度の更なる適正化 a. 頻回受診等に係る適正受診指導の徹底、生活保護受給者に対する健康管理支援の実施等により、医療扶助の適正化を推進。また、生活保護受給者の頻回受診対策については、現在開催している「医療扶助に関する検討会」の議論等を踏まえ、更なる適正化に向けた検討を行う。また、その他医療扶助における適正化について、医療費適正化計画の医療費に医療扶助も含まれることを踏まえ他制度における取組事例も参考に推進しつつ、中期的に医療扶助のガバナンス強化に向け、EBPMの観点も踏まえて検討を行う。 ※2025年度以降も実施 <厚生労働省>		

4. 医療扶助

これまでの進捗状況

(1) 医療扶助のガバナンス強化に向けた保健医療施策との連携や効果的な健康管理支援の実施等に関する調査分析等を実施

- ・ 令和3年度の調査研究事業により、被保護者健康管理支援事業の全国の取組状況を把握するとともに、健康管理支援に関する保健医療施策全般との連携に係る好事例を収集しつつ、今後の他制度との連携・協働の在り方について検討（参考資料1）。
- ・ 被保護者健康管理支援事業は、医療面からの支援のみならず、被保護者の社会生活面の情報も活用した課題の分析とその結果に基づく支援が重要だが、こうした情報の活用状況は低調。このため令和4年度の調査研究事業では、効果的な健康管理支援に向けて、優先的に把握することが望まれる社会生活面の情報を整理するとともに、事業の目標・評価指標案を検討（参考資料2）。
- ・ 令和3年度から、NDBデータを活用し、医療扶助の地域差の状況と、被保護者と医療保険加入者における医療の利用状況・健康状態の違いを分析し、当該結果を都道府県等に提供。令和4年度に実施した被保護者の医薬品の利用状況の分析結果等を踏まえ、令和5年度から地域での医療扶助における医薬品の適正使用に向けた取組を強化（参考資料3）。

(2) 医療扶助のガバナンス強化に向けた都道府県による市町村への支援の在り方を検討

- ・ 「生活困窮者自立支援制度及び生活保護制度の見直しに関するこれまでの議論の整理（中間まとめ）」において、都道府県が広域的な観点から、市町村に対して取組目標の設定・評価やデータ分析等に係る必要な助言その他の援助を行えるようにしていくなど、都道府県による市町村支援の強化に向けた方向性を整理。国としても、こうした都道府県の取組に対する支援を行うことが必要とされたことから、これらへの対応についても検討を進めていく（参考資料4）。

【令和3年度社会福祉推進事業】

「医療扶助の更なるガバナンス強化のための、保健医療施策全般との連携に関する調査研究」

【背景】

- 医療扶助については、中長期的な課題として医療扶助のガバナンス強化の指摘があるが、こうした指摘に対しては、地域における保健医療施策と連携して取り組んでいくことが重要である。
- こうした中、被保護者の生活習慣病の予防等を推進するための「被保護者健康管理支援事業」が、令和3年1月から全ての福祉事務所に於いて実施する必須事業として施行されたところであり、これを機に、各自治体における保健医療施策との連携を強化しながら、医療扶助の更なるガバナンス強化につなげていく必要がある。

【目的】

- 被保護者健康管理支援事業の全国の実施状況を把握するとともに、健康管理支援に関する保健医療施策全般との連携に係る好事例を収集することを通じて、医療扶助のガバナンス強化に向けて、今後の他制度とのよりよい連携・協働の在り方について検討する。

○事業の全体像

- 検討委員会を設置するとともに、アンケート調査、ヒアリング調査を行い、報告書を取りまとめる。

検討委員会の設置

有識者や自治体関係者による検討委員会を設置し、事業の進め方、設計、調査結果の考察、報告書の取りまとめに関して検討。

アンケート調査
(悉皆)

全国の福祉事務所（悉皆1250か所）を対象に、被保護者健康管理支援事業の実施状況を調査。

ヒアリング調査
(抽出)

アンケート調査結果から保健医療施策と連携した先進的な取組を行っている自治体を選定し、当該自治体に対して、具体的な実施状況をヒアリング。

報告書の作成

アンケート調査とヒアリング調査結果を踏まえ、健康管理支援に関する保健医療施策との連携に係る好事例と、連携する上での課題を整理するとともに、これを踏まえて、医療扶助のガバナンスのためのよりよい連携・協働の在り方や制度見直しの方向性について検討し、報告書を作成。

取りまとめのポイント

■ 事業実施に関する基本認識

- 被保護者健康管理支援事業(本事業)は、福祉事務所が実施主体として主体的に取り組むが、住民の健康の保持増進に関わる部局は多岐にわたること等から、関係部局との連携が重要。
- 本事業を効果的かつ効率的に進めるためには、健康・医療情報等を活用してPDCAサイクルに沿った事業展開が重要。

■ 事業実施に係る現状と課題

✓ 関係部局との連携状況

- 保健部局との連携は進みつつあるが、それ以外の部局との連携は低調。
- 事業の段階別にみると、「企画段階」・「評価段階」での連携は、保健部局を除くと10%未満。「実施段階」での連携は、「健診受診勧奨」以外の取組では福祉事務所での単独実施が多い。
- 他制度の事業と共同で実施することは、対象要件(被保険者区分、年齢)等の違い等から難しいが、類似事業の知見・ノウハウの活用、情報共有、専門職との相談等の連携によって効果的に実施している事例は複数あり。

※ 本事業の主な取組は、「健診受診勧奨」「医療機関受診勧奨」「保健指導・生活支援」「主治医と連携した保健指導・生活支援」「頻回受診指導」の5つ。

✓ データ分析・PDCAサイクルに係る取組等の状況

- 地域の現状分析のために活用しているデータは、医療扶助レセプトが最も多く84.2%。健診結果やCWから得られた情報の活用は50%程度。被保護者に対するインタビューやアンケート結果はほとんど活用されていない。
- 本事業の評価指標を設定している福祉事務所は27.6%。
- 各取組の実施率は、保健医療専門職が福祉事務所に在籍している方が高い割合を占め、「保健指導・生活支援」では30.1ポイントの差。

■ 今後の連携強化に当たっての基本的方向性

医療扶助のガバナンス強化の観点では、福祉事務所は、

- PDCAサイクルに係る段階(企画段階・実施段階・評価段階)ごとの関係部局の知見やノウハウ等の活用等による連携強化
- 当該連携強化等を通じたデータ分析・PDCAサイクルによる取組そのものの強化により、被保護者への支援を強化していく必要。

➤ PDCAサイクルに係る各段階ごとの関係部局との連携の推進

- 保健部局は、被保護者が対象となる健康増進事業を所管していること等から、重要な連携先の一つとして更なる連携強化が望まれる。
- 一方で、保険者として保健事業等に取り組む国保部局等との連携も重要。
- 保健事業等では、PDCAサイクルに沿った事業運営がなされており、本事業でも企画段階から、他制度の類似事業のスキームや、知見・ノウハウを活用する「連携」が重要。

➤ データ分析・PDCAサイクルに係る取組の強化

保健事業等で蓄積されている知見・ノウハウを活用しながら、特に以下の3点の強化が必要と考えられ、このため、福祉事務所・都道府県・国がそれぞれの役割を果たすことが重要。

① 多角的なデータ分析

- 健康課題の把握、対象者の抽出・選定に当たっては、健康・医療情報の横断的・総合的な分析が重要。健診結果の積極的な活用とともに、社会生活面等にも着目した多角的な分析も重要。

② 目標・評価指標の設定

- 取組の達成状況や効果を評価できるような客観的な評価指標の設定、評価に要する情報源やその収集方法の整理が必要。

③ 保健医療専門職の関与

- データ・課題の分析や事業の進捗状況の確認・評価等のためには、専門職との連携・協力が重要。

<福祉事務所・都道府県・国の役割>

	福祉事務所	都道府県	国
① 多角的なデータ分析	<ul style="list-style-type: none"> 保健部局と健診情報の授受、社会生活面も含めた質的情報の収集 多様な情報を活用した総合的な分析等 	<ul style="list-style-type: none"> 管内市区町村の実施状況を踏まえた市区町村への後方支援(データ分析支援、評価支援、人材の確保・人材育成支援等) 	<ul style="list-style-type: none"> 優先的に把握すべき社会生活面のスクリーニング項目の整理 データ分析のための環境整備等
② 目標・評価指標の設定	<ul style="list-style-type: none"> 評価指標の検討・関係部局との共有等 		<ul style="list-style-type: none"> 評価指標の提示等
③ 保健医療専門職の関与	<ul style="list-style-type: none"> ケースワーカー研修の実施 日常的な意見交換・情報提供等 		<ul style="list-style-type: none"> 関係部局に対する協力依頼 好事例の収集・横展開等

関係部局と連携して取り組む好事例

取組事例①

- **関係部局・外部有識者との連携の下、医療扶助のデータヘルス計画を作成。PDCAサイクルに沿った取組を展開。**
 - 事業創設を受け、令和元年度に関係部局※・外部有識者から構成されるワーキンググループを設置し、4回にわたる会議を経てデータヘルス計画を策定。取組ごとに数値目標を設定し、目標に対する実施状況は、毎年度ごとに評価し、次年度の計画の見直しを実施している。 ※健康増進担当課、精神保健福祉センター、保健所
 - 現状分析を踏まえ、特に健康課題がみられた30～64歳を重点勧奨対象とし、重点的支援を実施。保健部局とは双方にデータ分析結果を共有し、密に情報共有が行われている(保健部局では被保護者も含む医療・介護・健診等データベースを保有)。
 - 事業を効果的に推進するために、各区保健センター長が集まる会議の場で、データヘルス計画やデータの分析結果等の情報共有を行い、意見交換や協力依頼を実施。受診勧奨においては、対象者の抽出・受診券の郵送は保護課が、健診は保健部局が実施し、健診結果に基づく保健指導は保健部局の保健師が実施するなど、関係部局・専門職との連携体制が構築されている。

取組事例②

- **健康・医療情報に加えて被保護者の生活状況など質的情報も含めた多様な情報を活用した支援を実施。**
 - 市政運営の最上位指針に位置づけられてる行政計画において、被保護者健康管理支援事業の推進を図る旨、記載されている。
 - 事業方針としては、「医療の適正化」と「健康寿命の延伸」の2つを掲げ、取組内容・目標は国保データヘルス計画や健康増進計画等を参考に策定している。
 - 現状分析では、被保護者の生活習慣病の有病率の上昇開始年齢を国保加入者と比較する等により、被保護者の特徴を把握。また、被保護者の健診・検診結果※や生活状況等が、全てシステム上で閲覧可能となっており、多様な情報を活用して個別支援を実施している。 ※保健部局からアクセス権限を付与され閲覧可能となっている。
 - 他法活用や頻回受診指導はケースワーカー(CW)が、個々の健康状態に応じた保健指導は保健師が行い、状況に応じて協働して家庭訪問や健康相談を行うなど、CWと保健師との連携によって充実した取組を実施している。

取組事例③

- **国保データヘルス計画を参考に、医療扶助のデータヘルス計画を作成。統括保健師を通じて、関係部局と組織的な連携により取組を実施。**
 - 事業創設を受け、令和2年12月に国保データヘルス計画を参考に、データヘルス計画を作成。取組ごとに数値目標を設定し、毎年度末に評価委員会において評価し、課題や改善方法を検討、必要に応じて見直しを実施することとしている。
 - 国保部局(保健部局の機能ももつ)が管理する健康情報システムを通じて、関係部局が保有する被保護者の情報が閲覧でき、円滑な情報連携が行われている。
 - 国保部局に統括保健師が在籍し、気軽に相談できる関係が構築されているほか、当該保健師の調整により、その他の部局とも組織としての連携体制が構築され、要保護児童対策地域協議会や介護のケア会議にも関わることがある。国保部局とは、保健指導に係る勉強会や意見交換を週1回開催しているほか、同部局が開催する医療費適正化研修会に参加するなど、保健事業に係る知見・ノウハウが共有されている。

【令和4年度社会福祉推進事業】

「被保護者健康管理支援事業における支援を要する者に対する適切な支援のための標準例に関する調査研究」

調査研究の概要

- 被保護者健康管理支援事業は、医療面からの支援にとどまらず、社会参加も含めて広く生活全般の環境を改善する視点も重要である。このため、レセプトや健診情報だけではなく、**被保護者の社会生活面の情報も活用した課題の分析とその結果に基づく支援が必要**であり、また、**これらの情報も踏まえた目標・評価指標の設定が重要**となる。
- 社会生活面の情報については、「被保護者健康管理支援事業の手引き」において、把握することが望ましい項目を「フェイスシートの項目例」として示しているが、項目数が多いことや具体的な活用方法が示されていないことなどの理由から、福祉事務所での活用が進んでいない。
- また、目標や評価指標については、手引きで一部の評価指標例を示しているものの、実際に設定している福祉事務所は3割未満と低調で、自治体からは統一的な基準を求める要望も寄せられてる。
- このため、本調査研究では、**被保護者健康管理支援事業において優先的に把握すべき社会生活面の項目を整理し、現場での活用しやすさに配慮したフェイスシート案を作成するとともに、事業の目標・評価指標案を検討する**ことを目的とする。

調査研究の方法

■ フェイスシート案の作成

- ①福祉事務所による優先順位付け
 - ・本調査に協力の同意を得た福祉事務所のCW等（44名）に質問紙調査票とヒアリング調査により、現行のフェイスシート項目（32項目）のうち、健康支援において「重要だと考えられる項目」と「反対に、重要でないと考えられる項目」を5つずつ選択してもらい数値化。
- ②研究者によるエビデンスを基にした優先順位付け
 - ・現行のフェイスシートの各項目と健康アウトカム^{※1}の関連について検証している論文を選定^{※2}。
 - ※1 死亡率、心血管系疾患、がん、2型糖尿病、高血圧、認知機能、精神保健、要介護状態、転倒等
 - ※2 システマティックレビューやメタアナリシスを選定。ない場合はランダム化比較試験を用いた論文→縦断研究→横断研究の順番で関連論文を選定。
 - ・選定した論文から抽出した情報等を基に、3名の疫学研究者が独立して5段階でランク付け評価し、その後3名の評価を統合。
- ③最終優先順位付け
 - ・①と②の結果を統合してフェイスシート項目と当該項目の把握方法（質問票）を検討。その後、フェイスシート素案を①の協力福祉事務所に送付し、福祉事務所からの意見等を踏まえて再度研究者で検討の上、最終決定。

■ 目標・評価指標案の作成

- ・生活保護制度の目的及び本事業の創設の経緯をもとに、事業の目標・評価指標の概念図を検討。概念図に応じて、短期・中期・長期目標を設定。
- ・それぞれの目標について、単年度ごとに経時的に評価できる指標を検討し、福祉事務所に対するヒアリング調査結果をもとに、各福祉事務所において実施可能な評価指標案を作成。

■ フェイスシート案の作成

- 福祉事務所の担当者と研究者の着眼点の双方を考慮しつつ、**被保護者健康管理支援事業で活用できる科学的かつ現実的なフェイスシート案**を作成。健康状態、生活習慣、社会生活面の項目を中心に15問の質問が設定※1され、各問の解説と利活用の手引きを作成。

※1 福祉事務所の担当者と研究者の優先順位付けが上位で合致していた項目（「食習慣」「運動習慣」「飲酒習慣」「喫煙習慣」）と、福祉事務所の担当者が重要と考えた項目（「必要な時に医療機関を受診すること」「睡眠習慣」）を質問項目に設定。一方、研究者が重要と考えた項目（「外出」「健診受診状況」「服薬管理」「医科の受療状況」「歯科の受療状況」「かかりつけ医」「病状の理解」「周囲の者との助け合い」「友人・知人と会う頻度」）と、研究者が先行研究を踏まえて新たに必要と考えた社会的孤立・孤独に関連する質問項目については、標準的な質問紙調査の有無や福祉事務所の負担の観点から取捨選択し設定。

- フェイスシート案は、全ての成人に対応できるであろう「コア」項目として整理。福祉事務所のCW等が初回面接等で把握し、優先的に健康管理支援すべき者の選定の一助として活用することを想定。

<フェイスシート案の項目等※2>

	項目	質問文
1	健診受診状況	この1年間に、健診・検診を受けましたか。
2	かかりつけ医	あなたには「かかりつけの医師」はいますか。
3	医科の受療状況 (必要な時に医療機関を受診すること)	過去1年間に、必要な治療を受けなかったことがありますか。
4	歯科の受療状況	最後に歯科医院に通院したのはいつですか。
5	食習慣	1日3回食べますか。
6	睡眠習慣	ふだん、何時に寝て、何時に起きますか（お休みの日はのぞく）。
7	運動習慣	ふだん、1日に仕事を含めて体を動かす時間はどれくらいですか。 a 筋肉労働や激しいスポーツ b 座っている時間 c 歩いたり立っている時間

	項目	質問文
8	外出	外出する頻度はどのくらいですか（畑や隣近所へ行く、買い物、通院などを含む）。
9	家族・親戚と会う頻度	家族や親戚に会う機会はありますか。
10	友人・知人と会う頻度	友人・知人と会う機会はありますか。
11	周囲の者との助け合い	あなたが病気で数日間寝込んだときに看病や世話をしてくれる人はいますか。
12	周囲の者との助け合い	反対に、あなたが看病や世話をしてあげる人はいますか。
13	喫煙習慣	たばこを吸いますか（加熱式たばこ、電子たばこ等を含みます）。
14	飲酒習慣	お酒を飲みますか。
15	健康状態の認識	健康のことで、相談したいことや心配なことがありますか。

※2 回答文、各問の解説と活用方法例は省略。

■ 目標・評価指標案の作成

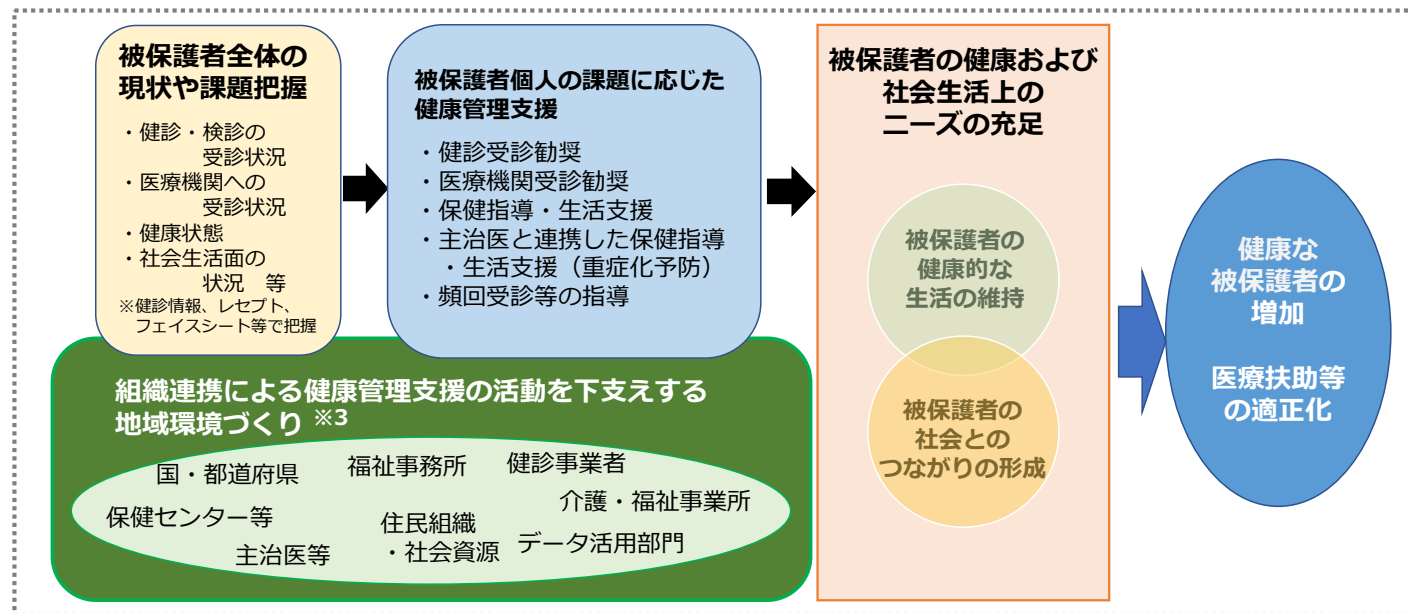
- 以下の通り、被保護者健康管理支援事業が目指す長期・中期・短期目標案と、それぞれの評価指標案を作成※1。

	目標案	評価指標案
①長期目標	<ul style="list-style-type: none"> 健康的な生活をおくる被保護者の増加 医療扶助等の適正化 	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病の有病者数（糖尿病や糖尿病合併症等） 入院の発生数 医療扶助費等の経年変化と支援効果など
②中期目標	<ul style="list-style-type: none"> 被保護者の健康的な生活の維持 被保護者の社会とのつながりの維持 	<ul style="list-style-type: none"> 外出する頻度の変化 家族・親戚と会う頻度の変化 友人・知人と会う頻度の変化 受診行動の変化 受診中断の経験の変化など
③短期目標※2	<ul style="list-style-type: none"> 単年度の各取組（健診受診勧奨、医療機関受診勧奨、保健指導・生活支援、主治医と連携した保健指導・生活支援（重症化予防）、頻回受診等の指導）の実施 	<ul style="list-style-type: none"> 健診受診者数・受診率 受診中断者数 保健指導の実施人数・割合 健康相談希望のうち相談した人数・割合 頻回・重複受診者数、重複・多剤処方該当者数など

※1 事業の目標・評価指標案については、令和5年度以降も引き続き検討。

※2 短期目標の評価指標案については、構造（ストラクチャー）、過程（プロセス）、結果（アウトカム）の3側面から検討。上記の表ではアウトカム指標のみ抜粋して記載。

<被保護者健康管理支援事業 目標・評価指標案の概念図>



※3 被保護者健康管理支援事業は、被保護者個人の健康な生活を支援するマイクロレベルの事業ではあるが、その実現のためには組織単位での連携・協力体制の構築が重要。そのような組織連携は、地域のソーシャル・キャピタルの醸成に寄与し、被保護者個人のつながりを構築していく効果も期待され、有機的な組織連携を通じた被保護者の社会生活面での支援が被保護者の健康や自立へとつながっていくことが考えられる。

被保護者健康管理支援事業における全国データ分析（令和4年度実施分）

■ 目的

- 生活保護法第55条の9に基づき、被保護者健康管理支援事業の実施に資するため、生活保護受給者の医療の利用状況や健康状態を把握するために必要な全国データ分析を行う。

■ 令和4年度の主な分析内容

分析内容	対象レセプトの範囲	対象レセプトの保険種別	対象レセプトの期間
地域別にみた医療扶助費の状況(地域差分析)	1人当たり年齢調整後医療扶助費 ・地域差指数 ・地域差指数に対する各種寄与度	医科入院、医科入院外、DPC、調剤、歯科	医療扶助 令和2年4月～令和3年3月診療分
公的医療保険との比較	年齢階級別医療費・三要素 ・受診者1人当たり件数・日数・医療費	医科入院、医科入院外、DPC、調剤、歯科	医療扶助 市町村国保 後期高齢者医療 令和2年6月審査分(4・5月診療分)*
	受診者1人当たり傷病数・医療機関数 ・糖尿病・高血圧症・脂質異常症の有病状況等(各疾患に係る1人当たり医療費・有病割合・受診者1人当たり医療費)	医科入院、医科入院外 医科入院外、調剤	
医薬品の使用状況	重複処方の状況 ・複数種類の医薬品の処方状況	医科入院外、調剤	医療扶助 令和2年6月診療分

※ 受診者数の算出における1受診者への名寄せには精度上の課題がある。NDBのIDについては、「匿名化ID1N」では保険者の異動、「匿名化ID2」では医療機関での表記ゆれや姓の変更等により、同一患者であっても別のIDが付与されている場合があるため、特に1年間の集計においては、同一患者を重複カウントしている可能性がある。このため、6月審査分を用いて集計を行った。

■ 結果の概要

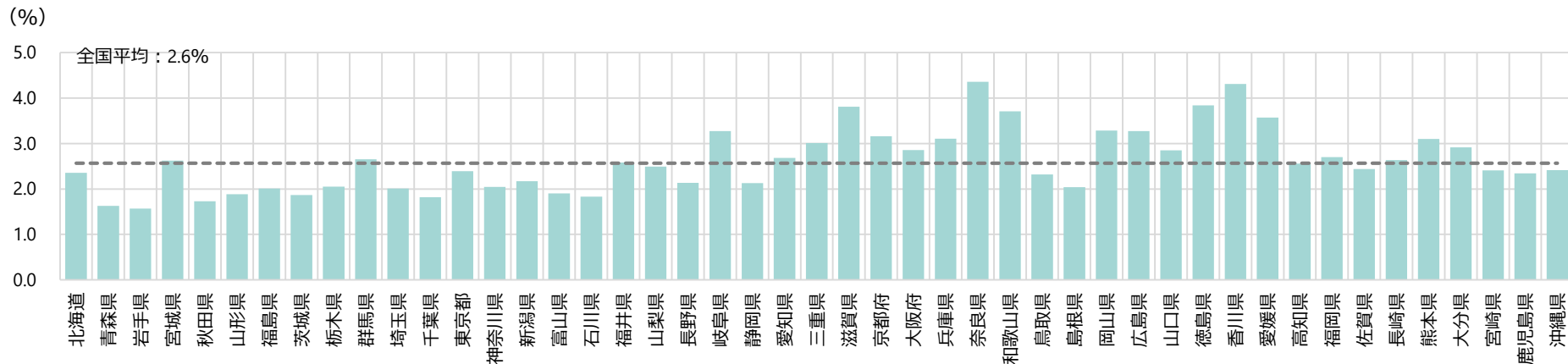
- 本分析結果の概要については、以下サイトのp.122-135に掲載。
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12201000/001074494.pdf>)

■ 都道府県等への提供

- 本分析結果については、各都道府県において、管内福祉事務所間の地域差分析や、他の都道府県との比較により、自都道府県の被保護者の医療の利用状況や健康状態における課題分析を深める一助として活用できるよう、令和5年3月末に都道府県等へ提供。

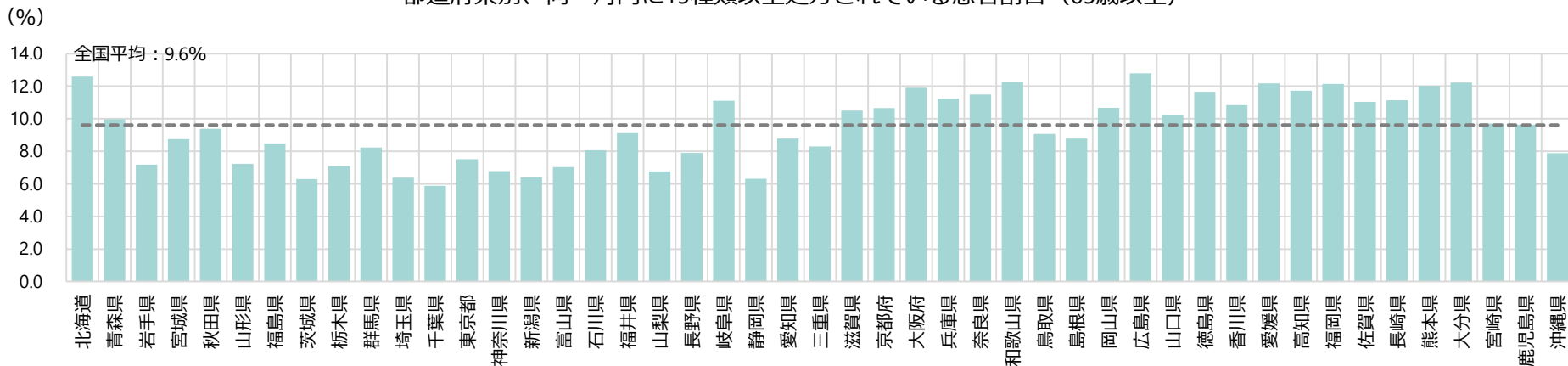
医療扶助における医薬品の利用状況

都道府県別、同一月内に同一成分の薬剤を複数医療機関から投与されている患者の割合



- ※1 種類数の判別には薬価基準収載医薬品コード上7桁を用いた。
- ※2 令和2年6月診療分の医療扶助に該当するレセプトから、受診者数、重複処方(同一診療年月に同一成分の医薬品が2つ以上の医療機関から処方されている状態)の発生した医療機関数別の受診者数を求め、都道府県別に算出した。
- ※3 処方日数を考慮していないため、例えば、1週間ごとに同分類の薬剤を2つの医療機関から処方されている場合についても「重複処方」として判別されている。

都道府県別、同一月内に15種類以上処方されている患者割合 (65歳以上)



- ※1 種類数の判別には薬価基準収載医薬品コード上7桁を用いた。
- ※2 令和2年6月診療分の医療扶助に該当するレセプトから、受診者数、処方された薬剤の種類数別の受診者数を求めた。
- ※3 患者の状態を勘案していないため、処方された種類数の適否を一概に判断することはできない。

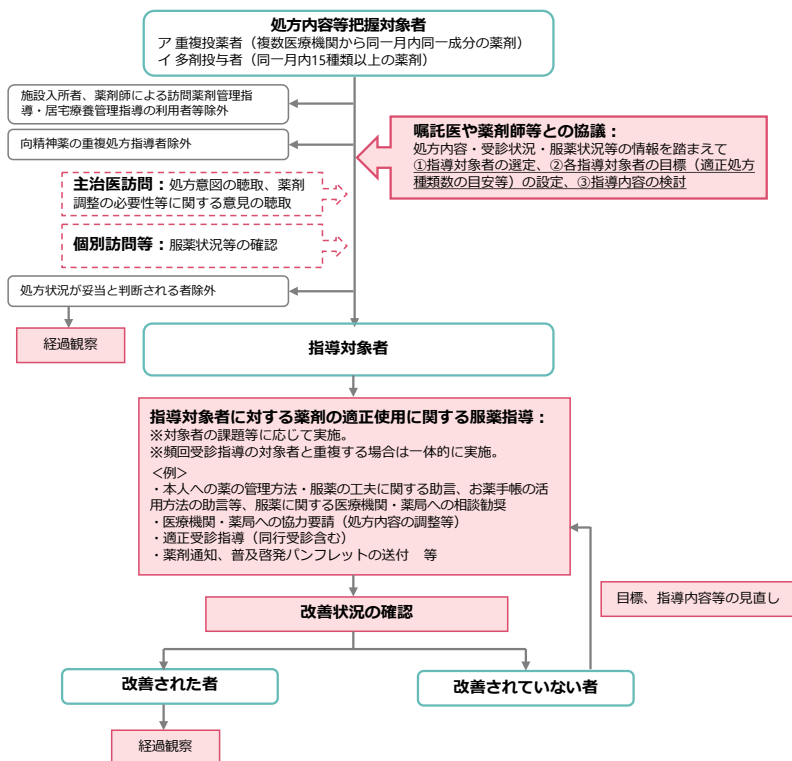
(参考) 生活保護の医療扶助における医薬品の適正使用の推進について

(令和5年3月14日付け社援保発0314第1号厚生労働省社会・援護局保護課長通知)

通知概要

- 今後、医療扶助の更なる適正な運営に向けては、重複投薬の是正を始め、医薬品の適正使用を推進することが重要。一方、医療扶助では、主に向精神薬の重複投薬に着目した取組は行ってきているが、**向精神薬以外の重複投薬の是正や多剤投与の適正化に着目した取組は広く実施されていない。**
- また、複数疾患を有する患者では、併存疾患を治療するための医薬品の多剤服用等によって、薬物有害事象の発生や医薬品の飲み残し等につながっていると指摘があり、医療保険では保険者等による医療機関及び薬局と連携した医薬品の適正使用に関する取組が進められている。
- このような状況を踏まえ、**重複投薬や不適切な複数種類の医薬品の投与がみられる者について、医師や薬剤師等医療関係者と連携して医薬品の適正使用に関する指導を行うことを目的とする。**

実施スキーム



1 重複・多剤投与の指導対象者の把握

(1) 処方内容等把握対象者の選定

福祉事務所は、レセプト等からア及びイの基準に該当する者を抽出。

ア 重複投薬者：同一月内に同一成分の医薬品 (向精神薬を除く。) を2つ以上の医療機関から処方されている者。

イ 多剤投与者：同一月内に15種類以上の医薬品の投与を受けている者。

(2) 嘱託医や薬剤師等との協議、指導対象者の決定

処方状況等把握対象者について、処方内容、受診状況、服薬状況等の情報を踏まえ、重複・多剤投与の指導対象とするか否かを嘱託医や薬剤師等と協議[※]。また、多剤投与の指導対象と判断された者については、各指導対象者の指導内容等も協議。

※ 協議において主治医訪問の要否も検討し、主治医に処方意図等を聴取。また、必要に応じて対象者への個別訪問等により、服薬状況等を確認。

2. 重複・多剤投与者に対する指導

福祉事務所は、地域の実業に応じて、庁内の関係部局や、地域の医療機関・薬局、医師会・薬剤師会等の関係機関との連携体制の構築を含め、実施体制の確立を図り、重複・多剤投与の指導対象者への指導を実施。

3. 改善状況の確認

指導の結果、受診行動や処方種類数等が改善されたかどうかについて、翌月のレセプトにより確認。

「生活困窮者自立支援制度及び生活保護制度の見直しに関するこれまでの議論の整理（中間まとめ）」（令和4年12月20日：社会保障審議会生活困窮者自立支援及び生活保護部会）（抄）

6. 被保護者健康管理支援事業・医療扶助

(3) 医療扶助に関する都道府県等の関与

(現状と課題)

- 医療扶助に関する都道府県による市町村への支援としては、生活保護法（昭和25年法律第144号）において、必要な助言その他の援助を行うことができることとなっているが、**現在、都道府県から市町村に対する広域的な観点からの支援はあまり行われていない。**
- 医療扶助運営要領（通知）では、都道府県、指定都市及び中核市（福祉事務所設置町村を含む。以下6（3）において「都道府県等」という。）には、医療扶助の決定・実施等に係る医学的判断等に関する諮問機関として、医療関係者等で構成する医療扶助審議会の設置を推奨しているが、現状、医療扶助審議会が設置・運用されている都道府県等は少ない。
- 都道府県等による医療機関への関与については、都道府県等では、主に指導により適正な医療の提供等を求めている。指導を行う対象医療機関の選定は、関係機関等からの情報提供に加え、例えば、請求全体に占める被保護者に関する請求割合が高い、被保護者以外と比較して被保護者の1件当たり平均請求点数が高いなど、レセプトの分析結果から得られる特徴を総合的に勘案するなどといった方法により行うこととしているが、必ずしも医療扶助の適正な実施に係る効果的な指導の実施ができていない。
- 被保護者は、国民健康保険制度や後期高齢者医療制度の対象となっておらず、被保護者に対する生活保護独自の制度として、福祉事務所が、医療扶助や被保護者健康管理支援事業に取り組んでいる。

(対応の方向性)

- 医療扶助における都道府県のガバナンス強化を図るため、**都道府県が広域的な観点から、市町村に対して取組目標の設定・評価やデータ分析等に係る必要な助言その他の援助を行えるようにしていくことが必要**である。
- このため、**都道府県の医療に係る専門的知識をバックアップし、市町村への支援を強化する体制整備が必要**である。具体的には、現行の医療扶助審議会の機能や構成員を見直し、都道府県の医学的な専門知識を補い、広域的な観点から管内市町村に対する必要な助言その他の援助を行うための会議体を都道府県に設置する方向で検討していくことが必要である。なお、新たな会議体の具体的な役割や審議事項等については、引き続き検討が必要である。
- **国としても、市町村における医療扶助及び被保護者健康管理支援事業の取組の評価に対して、国による参酌標準としての数値目標の設定も含め、標準化された指標づくり等に取り組む必要がある。**また、**市町村への支援機能を都道府県が十分に果たすことができるよう、国としても、好事例の把握やその横展開など、都道府県に対する支援に取り組むことが重要**である。
- また、都道府県等の医療機関への関与についても、より効果的に指導が実施できるよう、専門性を有する関係者の意見も踏まえつつ、指導対象となる医療機関について、頻回受診者が多いこと等も考慮して選定するようにしていくことが必要である。また、医療扶助の適正な実施の観点から、対象医療機関への指導結果の内容等から留意すべき点を整理し、管内医療機関に対する周知を進めていくことも必要である。
- 被保護者の国民健康保険等への加入については、国民健康保険等における他の被保険者の保険料負担や保険財政に与える影響が大きいことや、これまでの福祉事務所における頻回受診対策等の取組で一定の成果が出ていること等を踏まえ、まずは、被保護者健康管理支援事業の取組強化や都道府県による市町村への支援等を強化することが必要である。一方で、都道府県のガバナンスが医療扶助にも及ぶことに繋がるため、引き続き検討が必要との意見があった。