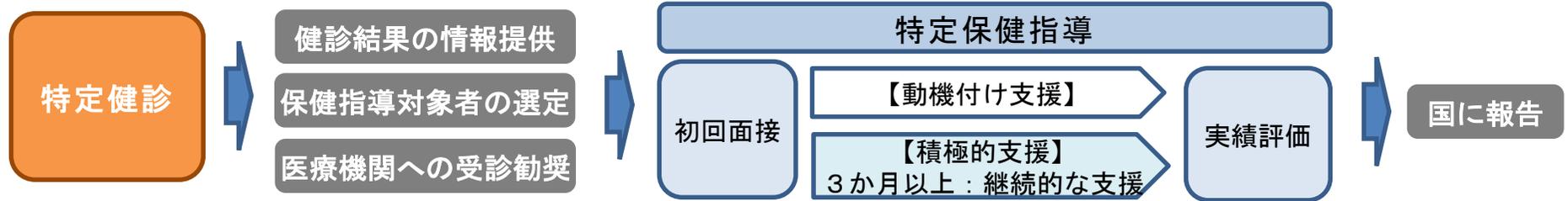


生活習慣病等対策

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
≥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～2023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・イント）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

(平成30年3月改訂)

○標準的な健診・保健指導プログラムとは

高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健診・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、事務担当者を含め、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。

(※)本プログラムは、保険者が義務として実施する特定健診・特定保健指導の対象年齢である40歳から74歳までの者を主たる対象として記載している。

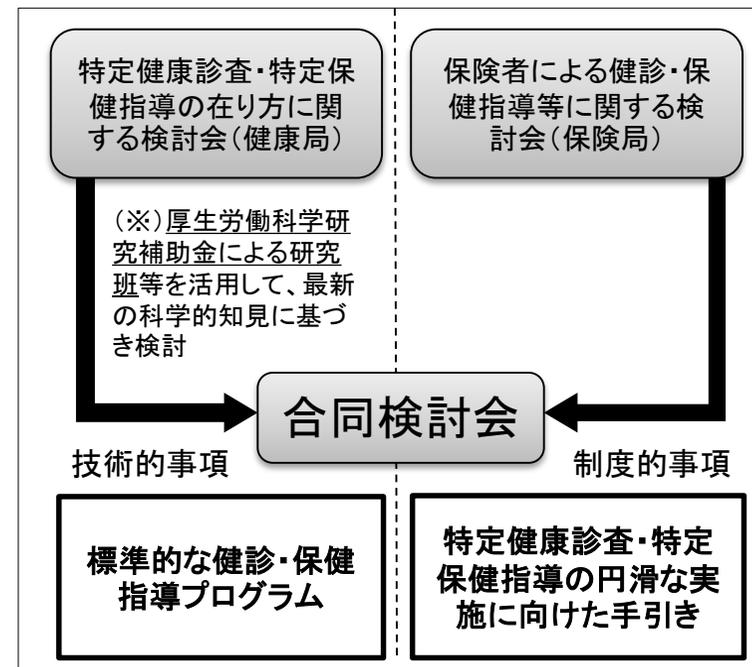
○現在の取組状況

高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、保険者は特定健康診査等実施計画を6年を一期として定めることとされており、現在は平成30年に見直した「標準的な健診・保健指導プログラム」に基づき、平成30年度から令和5年度を計画期間とする第三期特定健康診査実施計画に基づく取組が進められている。

・第3期特定健康診査の検査項目(平成30年度～令和5年度)

・既存の検査項目や令和6年度以降の新たな検査項目の検討体制

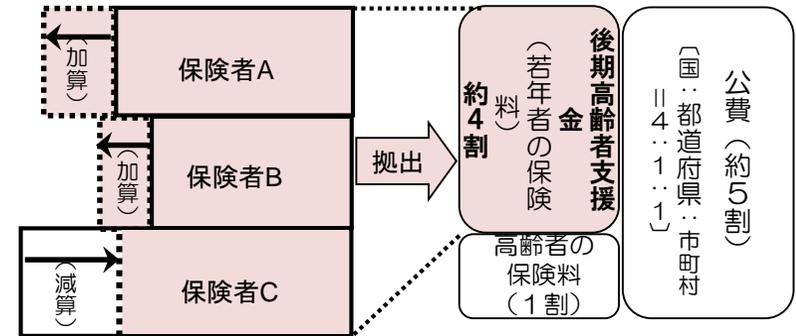
基本的な健診の項目	<ul style="list-style-type: none"> ○ 質問票(服薬歴、喫煙歴 等) ○ 身体計測(身長、体重、BMI、腹囲) ○ 理学的検査(身体診察) ○ 血圧測定 ○ 血液検査 <ul style="list-style-type: none"> ・ 脂質検査(中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール) <ul style="list-style-type: none"> ※脂質検査において中性脂肪が400mg/dl以上である場合又は食後採血の場合には、LDLコレステロールに代えてnon-HDLコレステロールでも可とする。 ・ 血糖検査(空腹時血糖又はHbA1c) <ul style="list-style-type: none"> ※やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1cを測定していない場合は、食直後を除き随時血糖により血糖検査を行うことを可とする。 ・ 肝機能検査(AST、ALT、γ-GTP) ○ 検尿(尿糖、尿蛋白)
詳細な健診の項目	<ul style="list-style-type: none"> ○ 心電図検査 ○ 眼底検査 ○ 貧血検査(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値) ○ 血清クレアチニン検査 (eGFRによる腎機能の評価を含む) <p>注)一定の基準の下、医師が必要と認めた場合に実施</p>



後期高齢者支援金の加算・減算制度

- 平成18年の医療保険制度改正において、各保険者の特定健診の実施率等により、当該保険者の後期高齢者支援金の額について一定程度加算又は減算を行う後期高齢者支援金の加算・減算制度を創設。
- 2018年度以降、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し、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し。

＜後期高齢者支援金の仕組み＞



【2018年度以降】 ※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・保健指導の実施率が一定割合に満たない場合の加算率を段階的に引上げ(2018年度最大2% → 2019年度最大4% → 2020年度最大10%)

2. 支援金の減算(インセンティブ) ※減算の規模＝加算の規模

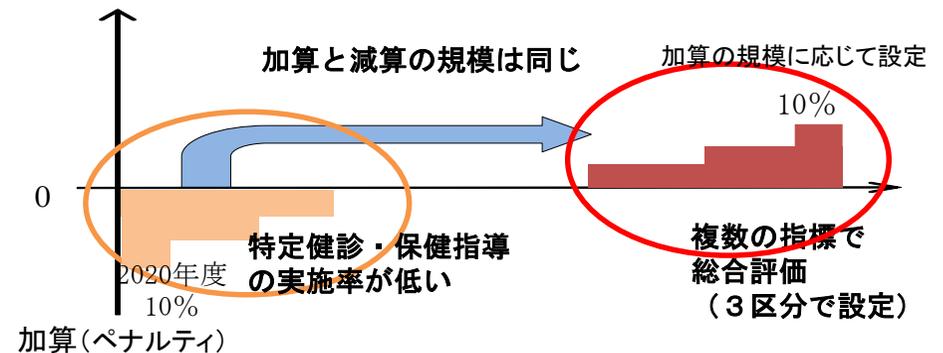
- ・ 特定健診・保健指導の実施率に加え、特定保健指導の対象者割合の減少幅(＝成果指標)、がん検診・歯科健診、事業主との連携等の複数の指標で総合評価

※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

減算(インセンティブ)



➡ 2021年度以降の加算率・減算率は、第三期の中間時点（2020年度）で対象範囲等も含めて更に検討。

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	内容	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場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



健康なまち・職場づくり宣言2020

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。

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市町村から1500市町村に、24広域連合から47広域連合に上方修正

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。

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（法人）以上とする。

宣言 5

協会けんぽ等保険者や商工会議所等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

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。

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。

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り組みを行う。

各宣言の達成度（達成保険者数）が大きく向上



呉市糖尿病性腎症等重症化予防事業

糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者基準

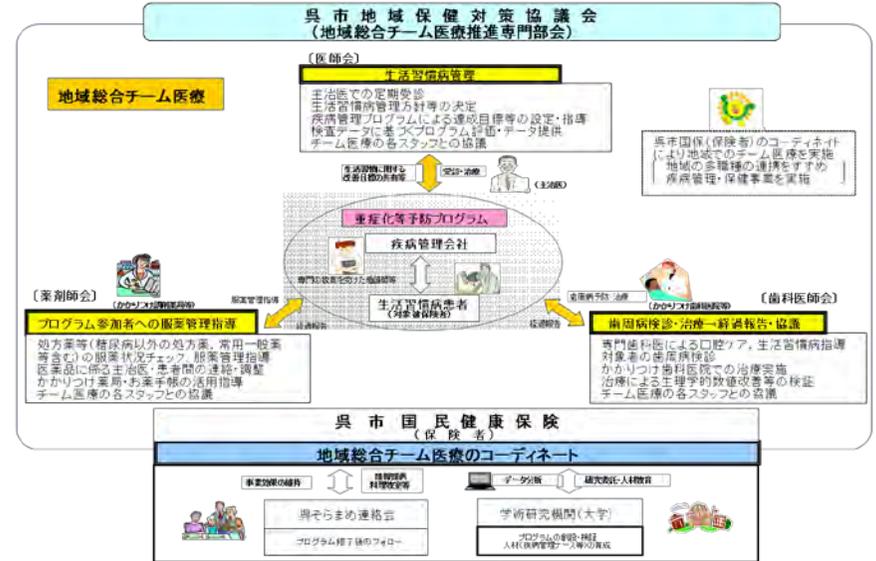
- ① 20歳以上の呉市国民健康保険被保険者
- ② 糖尿病及び糖尿病性腎症第3期又は第4期で通院治療していると思われる者
- ③ 除外基準:がんで治療中の者, 重度の合併症や身体症状を有する者等

呉市糖尿病性腎症重症化予防プログラム

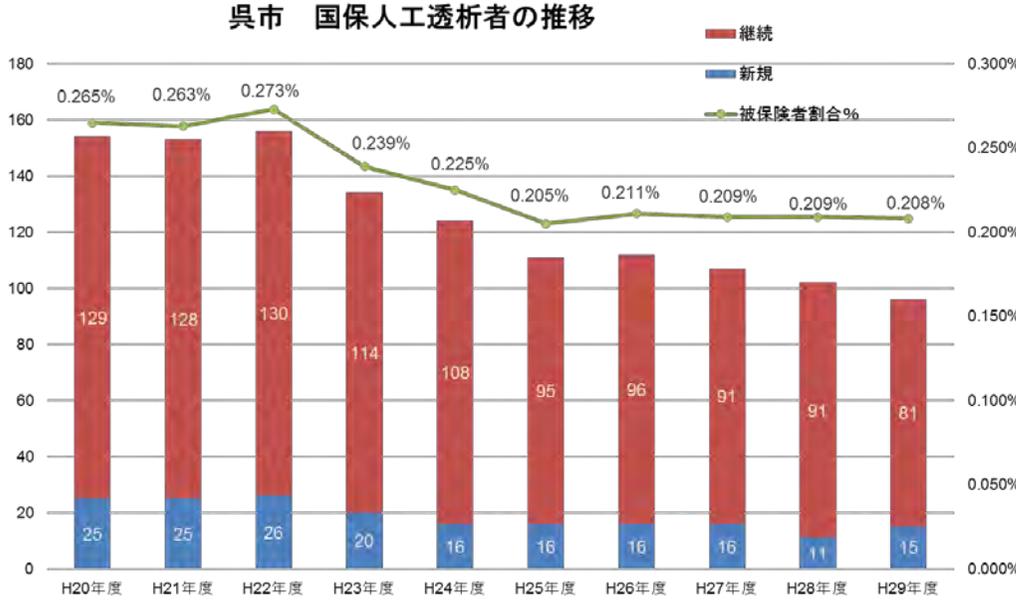
- 専門的な訓練を受けた看護師による個別支援。
- 期間は6か月。(●面談指導:3回, ○電話指導:9回)

1か月	2か月	3か月	4か月	5か月	6か月
●○	●○	●○	○○	○○	○○

- 食事の実践方法を学ぶ「腎臓にやさしい料理教室」を開催。
- プログラム終了後も6か月ごとにフォローアップ。



プログラム参加者の人工透析移行状況 (人)



年度	参加者数	人工透析移行者数				
		H25	H26	H27	H28	H29
H22	50	2	2	0	2	0
H23	71	1	1	0	0	0
H24	71	0	0	0	0	0
H25	73	0	0	0	0	0
H26	82	0	0	0	0	1
H27	17	0	0	0	0	0
H28	24	0	0	0	0	0
H29	28	0	0	0	0	0
計	416	3	3	0	2	1

埼玉県方式（1）「三者連携」

「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（平成26年5月）

（埼玉県医師会・埼玉糖尿病対策推進会議・埼玉県）

特定健診・レセプトデータから糖尿病の重症化リスクの高い方を抽出

（抽出基準：HbA1c 6.5%以上、eGFR 60ml/分/1.73m²未満 など）

未受診者
受診中断者

受診勧奨

重症化リスクをお伝え



2期：（4か月間）面談1回・電話3回
3・4期：（6か月間）面談3回・電話4回

通院者

保健指導

専門職がマンツーマン指導

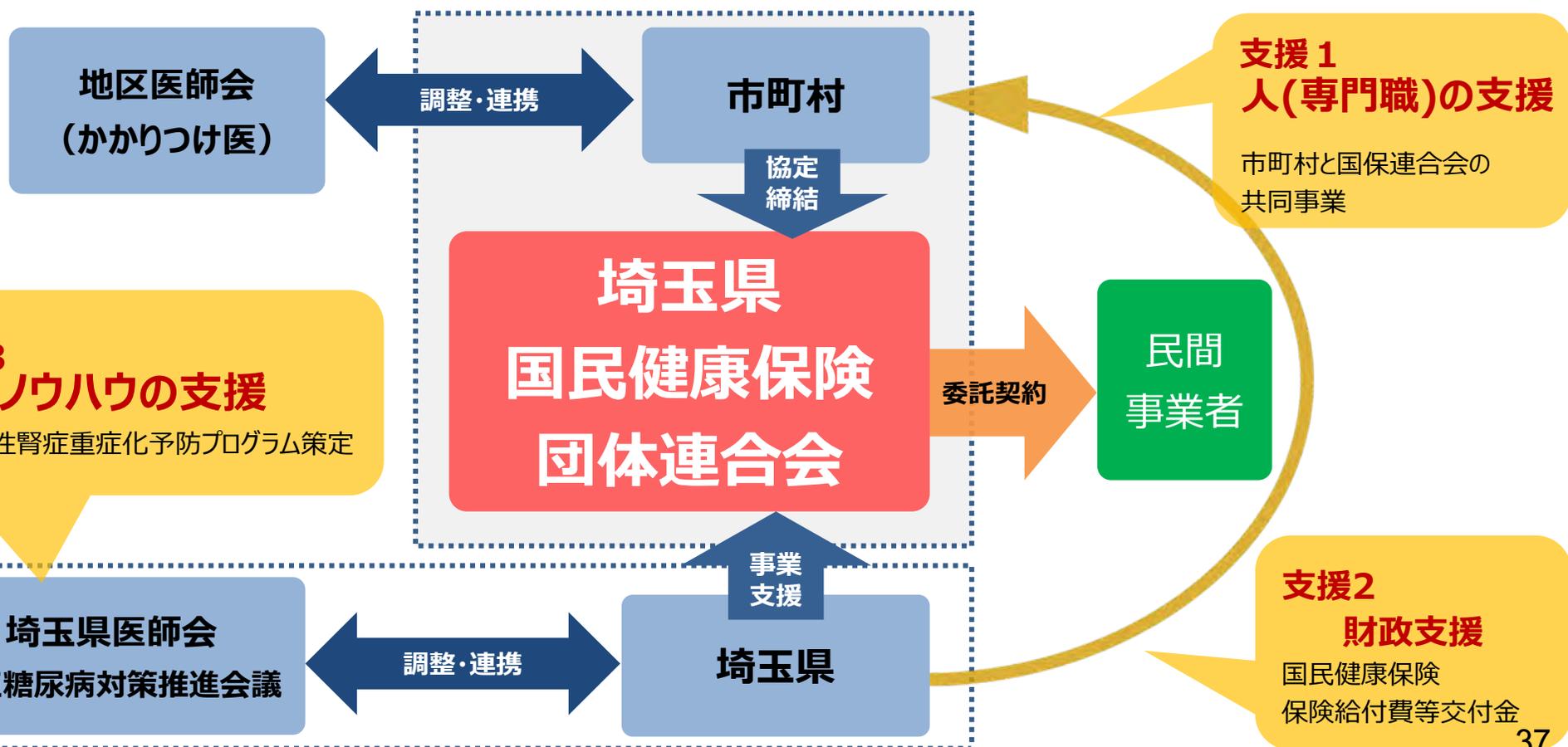
翌年度以降

継続支援

（年2回 専門職が面談or電話）

埼玉県方式（２）「市町村広域展開」

- ① 事業は国民健康保険団体連合会が民間事業者へ委託して実施。
- ② 県と医師会・埼玉糖尿病対策推進会議が支援。
- ③ 市町村は国民健康保険団体連合会と協定締結により参加。



データヘルス改革

新たなデータヘルス改革が目指す未来

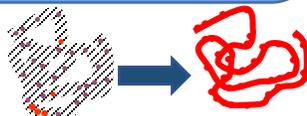
- データヘルス改革で実現を目指す未来に向け、「国民、患者、利用者」目線に立って取組を加速化。
- 個人情報保護やセキュリティ対策の徹底、費用対効果の視点も踏まえる。

ゲノム医療・AI活用の推進

- 全ゲノム情報等を活用したがんや難病の原因究明、新たな診断・治療法等の開発、個人に最適化された患者本位の医療の提供
- AIを用いた保健医療サービスの高度化・現場の負担軽減

【取組の加速化】

- 全ゲノム解析等によるがん・難病の原因究明や診断・治療法開発に向けた実行計画の策定
- AI利活用の先事例の着実な開発・実装



※パネル検査は、がんとの関連が明らかな数百の遺伝子を解析

自身のデータを日常生活改善等につなげるPHRの推進

- 国民が健康・医療等情報をスマホ等で閲覧
- 自らの健康管理や予防等に容易に役立てることが可能に

【取組の加速化】

- 自らの健診・検診情報を活用するための環境整備
- PHR推進のための包括的な検討



医療・介護現場の情報利活用の推進

- 医療・介護現場において、患者等の過去の医療等情報を適切に確認
- より質の高いサービス提供が可能に

【取組の加速化】

- 保健医療情報を全国の医療機関等で確認できる仕組みの推進と、運用主体や費用負担の在り方等について検討
- 電子カルテの標準化推進と標準規格の基本的な在り方の検討



データベースの効果的な利活用の推進

- 保健医療に関するビッグデータの利活用
- 民間企業・研究者による研究の活性化、患者の状態に応じた治療の提供等、幅広い主体がメリットを享受

【取組の加速化】

- NDB・介護DB・DPCデータベースの連結精度向上と、連結解析対象データベースの拡充
- 個人単位化される被保険者番号を活用した医療等分野の情報連結の仕組みの検討



全国的な保健医療情報ネットワークに向けた実証事業等について

実証事業の概要

- 全国的な保健医療情報ネットワークに向けた実証事業のために、2018年度に以下の事業を実施。
 - ① 保健医療記録共有サービスの基盤整備に係わる調査
 - ・福岡県及び佐賀県の地域医療情報連携ネットワークに参加する医療機関のレセコンデータを、双方向で閲覧できる環境を構築。模擬データを使用した実証を行い、有効性や課題についての意見交換等を実施（2018年6月～2019年3月）。意見交換では主に以下について検討
 - 保健医療記録共有サービスで全国的に共有すべきデータ項目
 - 保健医療記録共有のユースケース
 - ・個人情報保護のための患者同意手続き
 - ・保健医療記録共有サービスの概算コストの試算
 - ② 医療等分野情報連携基盤ネットワークセキュリティ調査
 - ・諸外国におけるネットワーク構成及びセキュリティガイドラインの調査
 - ・全国保健医療情報ネットワークの構成検討（クラウド※1環境の構成検討、クラウド環境でのセキュリティ機能実証、コスト試算）
- ※1）従来は利用者が手元のコンピュータで利用していたデータやソフトウェアを、ネットワーク経由で、サービスとして利用者に提供するもの。

検討会の概要

- 有識者による下記検討会を医務技監が開催。医療等分野における情報連携基盤やシステムの安全性の確保のあり方等について検討を行った。
 - 医療等分野情報連携基盤検討会（2018年3月～7月に2回開催）
 - 医療等分野情報連携基盤技術ワーキンググループ（2018年4月～7月に6回開催）
 - 医療等分野ネットワーク安全管理ワーキンググループ（2018年12月に1回開催）



課題

- 実証事業等で明らかになった課題
 - ① ネットワーク参加者及び患者双方へのメリットのあるサービスとは何か
 - 薬（処方、調剤）と検査結果及びそれらに関する基本情報（いつ（実施年月日）どこで（施設情報）誰が（患者基礎情報等）など）を、重要表示項目（最も重要な共有データ項目）とする。また、全国から収集可能なレセプトデータから開始する。
 - ② 初期コスト・運営コスト等の低コスト化の必要性
 - コストを上回る便益、国民から見た利便性、さらにリスクに見合ったベネフィットについて、さらにコスト面について整理が必要。
 - ③ 電子カルテを含む医療情報システムの標準化
 - 地域医療連携ネットワークは、標準化が不十分なまま、ばらばらに構築されている現状がある。
 - ④ 患者同意をとるときの、診療現場の負担が軽減される方法の検討
 - 同意手続きとして、法令上求められる対応や運用上求められる対応について、診療現場に過度な負担がかからないことが重要。