

参考資料2: 第11回EBPMアドバイザーボード
(2023年11月13日)資料1「経済・財政一体改革
エビデンス整備プラン2023 進捗報告」

経済・財政一体改革 エビデンス整備プラン2023進捗報告 (社会保障分野抜粋)

2023年11月

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が見える化し、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
- 保険者による取組を具体化し、より効果的な取り組みを行う保険者を増やすため、全保険者のデータから効果的な保健指導を実施している保険者を抽出してヒアリングを実施し、好事例の収集及び周知を行うこととしている。（2023年度）
- （改革工程表への反映方針）
- 第4期の特定健診・特定保健指導において「腹囲2cm・体重2kg減の達成者割合」の増加を目標とすることなどを次の改革工程表に反映予定。

- 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歳以上あるいは高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

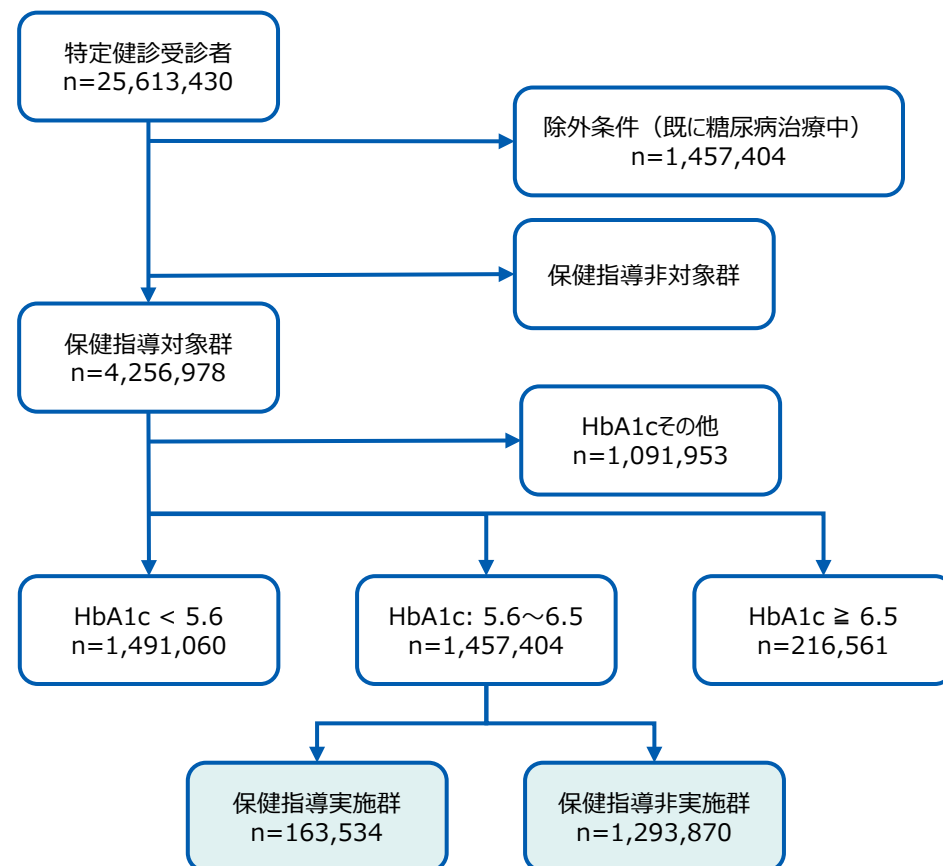
- 厚生労働省委託事業内に、効果検証の評価を行う学識経験者からなる検討委員会を設置。

◎ 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	

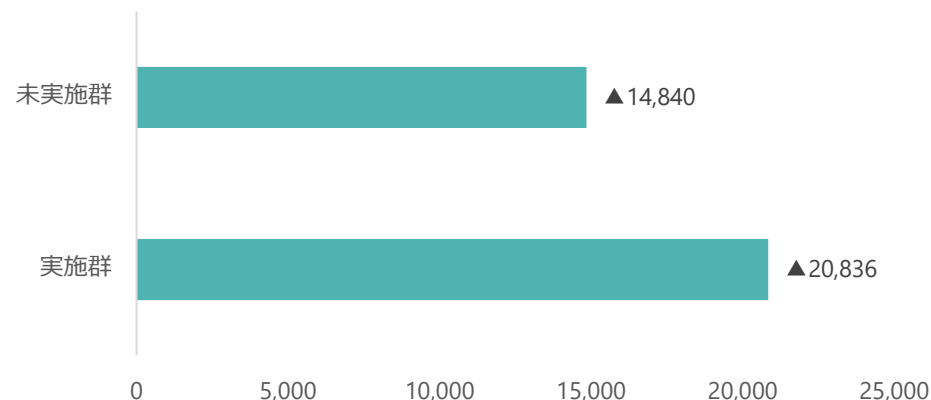
- 2019年度（6年後）の群間の比率の差は、「特定保健指導対象者とする事」や「特定保健指導を実施すること」が医療費を抑制する可能性を示唆している。

※ 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%

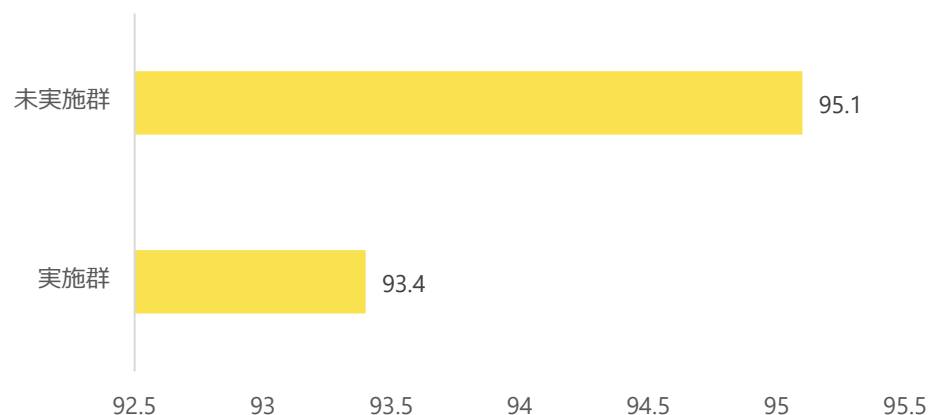
【差分（実績－期待）】



【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

- 福利厚生の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】

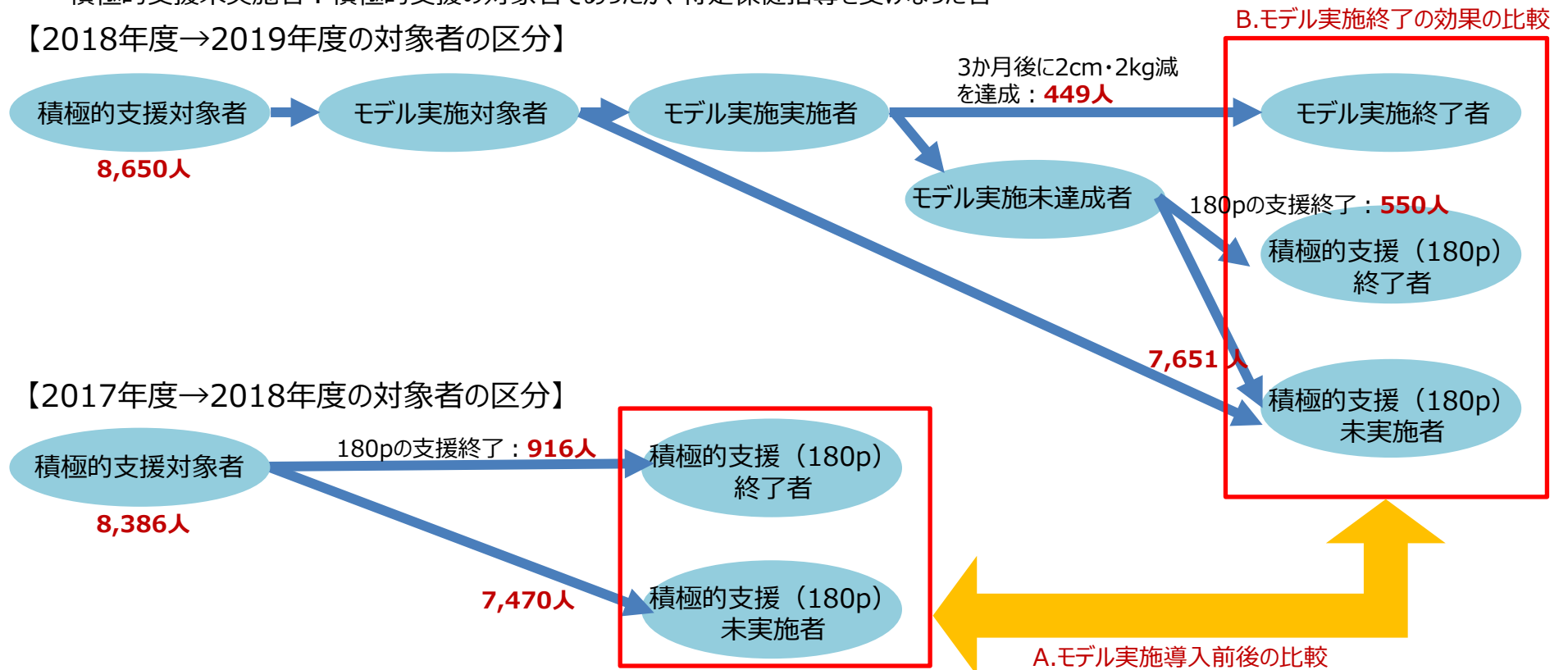
モデル実施終了者 : 3か月後に2cm・2kgの改善を達成した者

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】



- 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)		アウトカム評価	支援B (励ましタイプ)	
	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		2cm・2kg 180p	個別支援*
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	②アウトカム評価は、腹囲・体重と行動変容	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
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		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	電子メール支援
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	④支援Aと支援Bの区別を廃止		個別支援*
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	グループ支援*
	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
	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	電子メール・チャット等支援	1往復を1単位 (1単位=5p)
	電子メール支援	1往復を1単位 (1単位=5p)		健診当日の初回面接	20p
				健診後1週間以内の初回面接	10p
					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。

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 1 cm 体重 1 kg 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

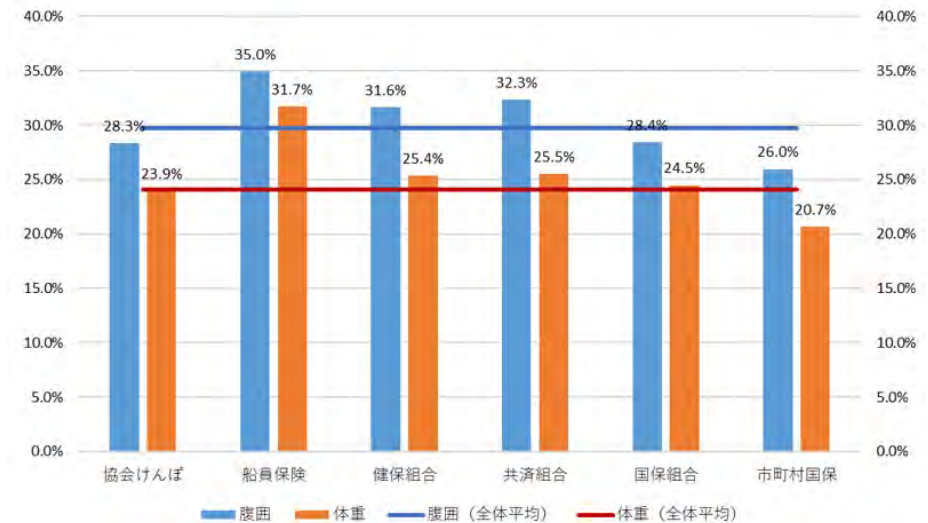
データを用いた効果的な保健指導実施保険者の抽出と好事例の周知

- 保険者による取組を具体化し、より効果的な取組を行う保険者を増やすため、全保険者のデータから効果的な保健指導を実施している保険者を抽出してヒアリングを実施し、好事例の収集及び周知を行うこととしている。
- さまざまな規模の保険者が取組可能となるよう、対象者の規模や減量等のアウトカムの達成度合いを踏まえてヒアリング対象を選定し、きめ細やかな好事例を周知する。

■ 分析を踏まえたヒアリング対象保険者の抽出イメージ

保健指導対象の数	アウトカム(-2cm, -2kg)達成度合い ※括弧内は、それぞれ腹囲、体重のアウトカム達成割合	
	低い	高い
多数	①ポピュレーションアプローチ型 ・大きな対象者数(1万人以上)に対して保健指導を実施出来るよう取り組んでいる保険者 例)●●組合(27%, 17%)、●●組合(34%, 28%)等	③ベストプラクティス型 ・一定規模(5,000名以上)の対象者数に対して、高いアウトカムを達成している保険者 例)●●組合(36%, 32%) ●●組合(36%, 30%)等
少数	好事例調査対象外 ・対象者の規模が小さく、かつ、アウトカムの達成度が相対的に低い保険者	②ハイリスクアプローチ型 ・比較的小さな対象者(千人程度)に対して実施し、高いアウトカムを達成している保険者 例)●●(33%, 21%) ●●市(37%, 30%)等

■ 特定保健指導修了者に占める2cm・2kg減の者の割合(保険者種別)



さまざまな規模の保険者が取組可能となるよう、保険者の規模毎等に好事例を作成し、周知することで取組の実効性を向上させる。

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

- 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29 (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。
- （改革工程表への反映方針）
- 次の改革工程表改定時に、KPIの第二階層は、糖尿病腎症の年間新規透析導入患者数、糖尿病の治療継続者の割合、HbA1c 8.0%以上の者、糖尿病有病者数（推計値）、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の人数（年齢調整値）とすることとしたい。

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（BMI25以上）、やせ（BMI18.5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>	→		

健康づくりに取り組む5つの実行宣言2025
 (日本健康会議)
 2022年 達成状況の報告 (2022年10月4日)

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

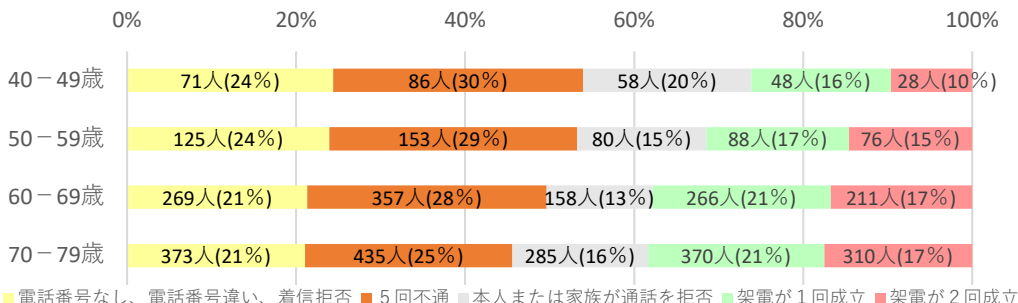
介入内容：26市において同一の条件で対象者を抽出し、受診勧奨通知を送付。
介入群は、通知に加えて、架電による受診勧奨を実施。

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。 25

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

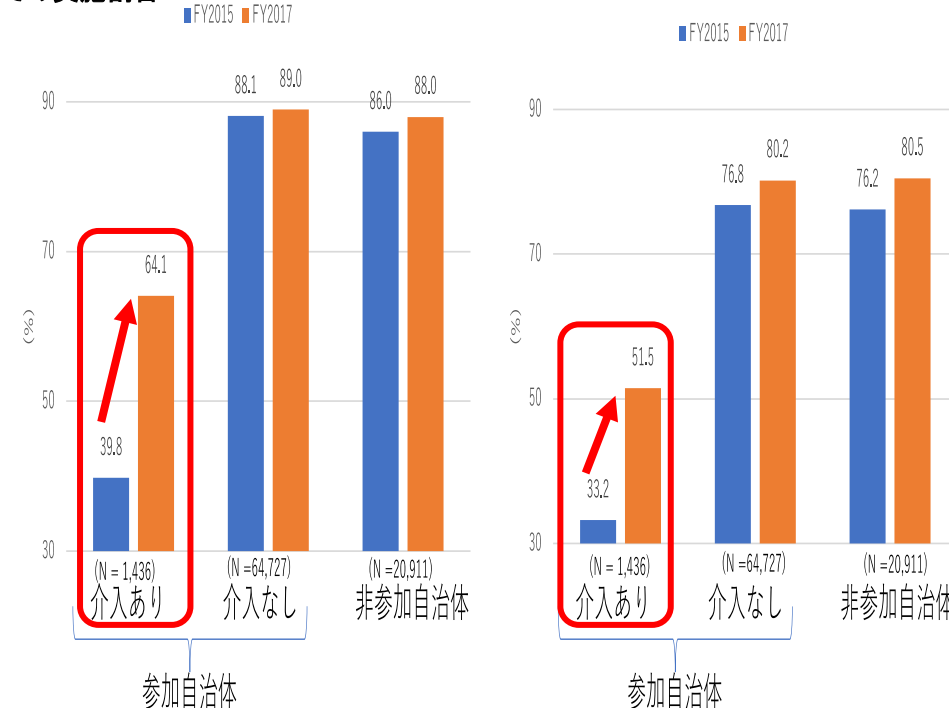
結果

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26

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）

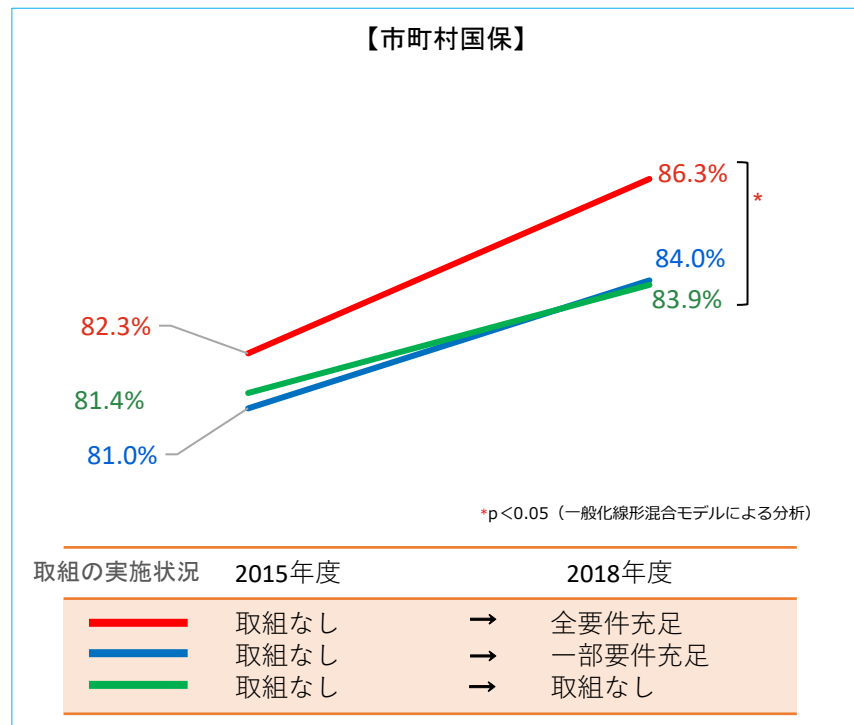
（2）について

- 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。

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。	<ul style="list-style-type: none"> ・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
- 医療保険部会におけるとりまとめを踏まえ、令和5年7月20日には、都道府県が都道府県医療費適正化計画を作成するに当たって即すべき方針である第4期医療費適正化計画の基本方針を策定した。
- 現在、都道府県において都道府県医療費適正化計画を作成中。
- （改革工程表への反映方針）
- 第4期の医療費適正化計画に向けて、KPI第1階層に「急性下痢症又は急性気道感染症患者への抗菌薬薬剤費が減少している都道府県の数」、工程に「急性下痢症、急性気道感染症患者への抗菌薬処方を減少させるための取組支援」とするなど、次の改革工程表に反映予定。

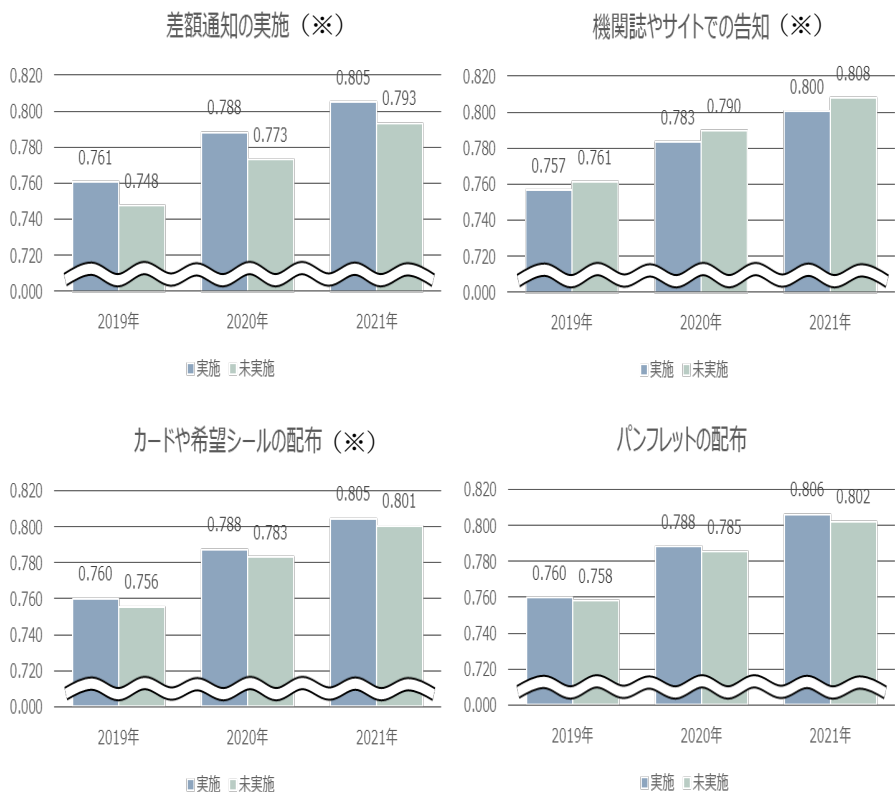
後発医薬品の使用促進策の効果検証（主な結果）

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。

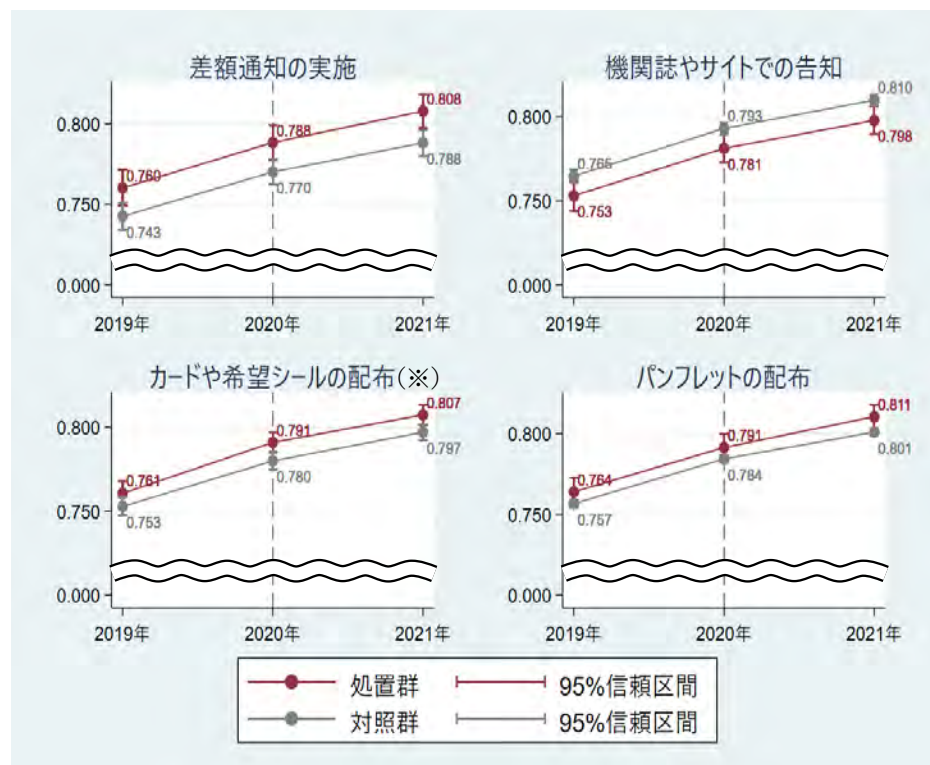
- 差額通知の実施、カード等の配布については、統計学的に有意な使用割合の増加効果が認められた。パンフレット配布については、統計学的に有意な差はなかったが、使用割合増加の傾向が認められた。機関誌やサイトでの告知については、有意な使用割合の増加効果が認められなかった。

(※) 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）

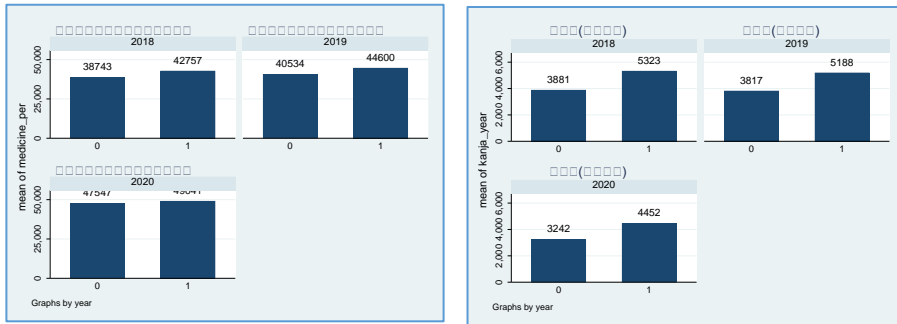
NDBデータ等を用いて、保険者による多剤投与者に対する指導実施が多剤投与に与える影響（多剤投与の総薬剤費、薬剤費/人、患者数）の効果検証（平均値の比較等の記述統計、差の差推定による統計的因果効果の分析）を実施。

- 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。

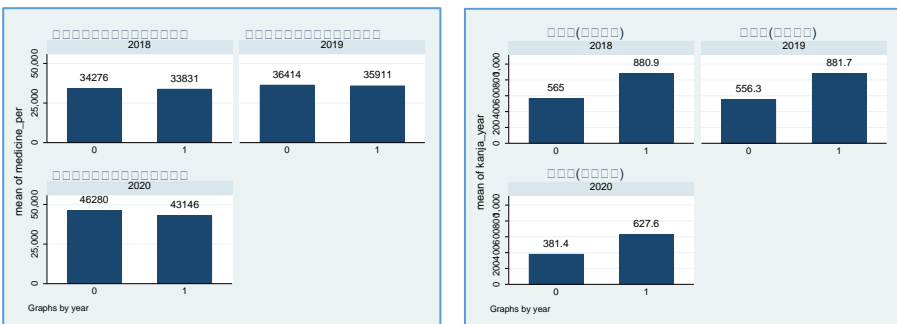
結果の例（一人当たり薬剤費・患者数）

○平均値の比較（各年度）

【全保険者】



【健保組合】

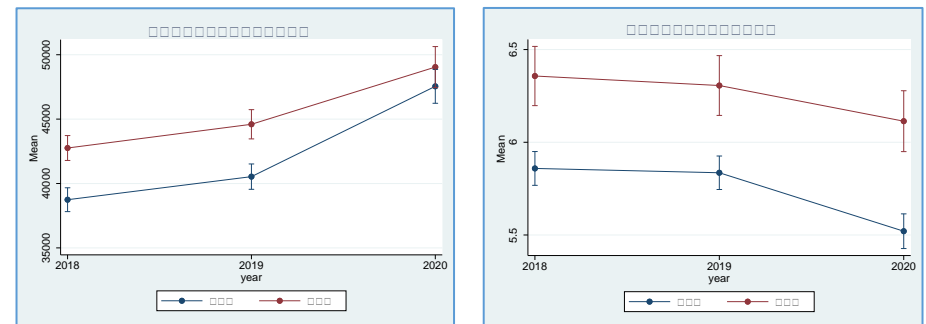


※0が対照群、1が処置群

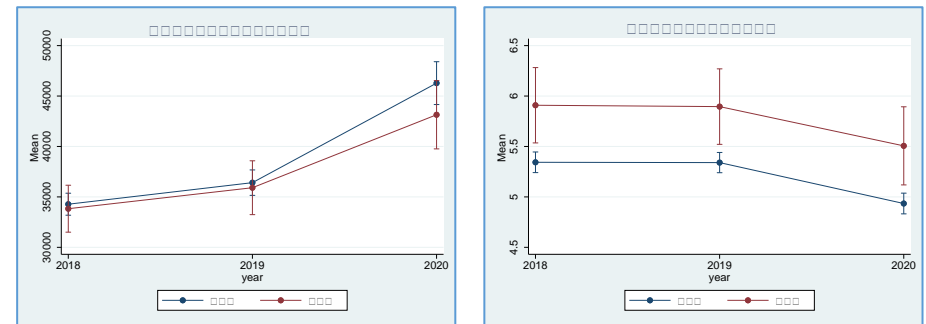
※医療費適正化計画の見直しに関する調査研究（厚生労働省保険局医療費適正化対策推進室）

○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）の概要

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

第4期医療費適正化計画（2024～2029年度）の概要

① 複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供等の推進

2040年の医療・介護需要を見据え、より効果的・効率的に進めるための取組を推進

- 医療と介護の複合的なニーズを有する高齢者の増加が今後見込まれる中で、医療と介護にまたがるアプローチの重要性を関係者が認識し、限られた医療・介護資源を効果的・効率的に組み合わせた医療費適正化を推進する。
 - 高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防を新たに目標とし、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について、医療費適正化計画に位置づける。
 - 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進を新たに目標とする。例えば、今後の高齢化の進展に伴い増加が見込まれる高齢者の骨折について、急性期から回復期、在宅での介護や通院時の医療・介護の機能連携や適切な受診勧奨等を推進する。

個別の医療サービスについて、エビデンスや地域差に基づく新たな目標を設定

- 個々の医療サービスの提供状況について、地域ごとに関係者が把握・検討し、適正化に向けて必要な取組を進められるよう、有識者による検討体制を発足し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提示する。
- 第4期では新たに以下の項目を目標として位置づける。有識者の検討を踏まえて具体的なメニューを更に追加する。
 - 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（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。

② デジタル等を活用した既存目標に係る効果的な取組の推進

既存の目標についても更なる実効性の向上を図るために、デジタルの活用等を推進

- 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）で見直す。
- 重複投薬・多剤投与の適正化について、電子処方箋の活用等により更に効果的に実施する。
- 後発医薬品の使用促進について、使用促進効果が確認されている個別通知や、医薬品の適正使用の効果も期待されるという指摘もあるフォーミュラリ等の取組を地域の実情に応じて検討・推進する。「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会」の議論や、バイオ後続品の目標設定を踏まえ、医薬品の安定的な供給を基本としつつ、後発医薬品の使用促進に関する新たな数値目標を設定する。

第4期医療費適正化計画（2024～2029年度）の概要

③ 保険者・医療関係者との連携による実効性向上

医療費適正化計画の策定・実施主体である都道府県が目標達成に向けて実効性のある取組を実施できるよう、保険者・医療関係者と方向性を共有・連携する枠組みを設けた上で、都道府県の責務や取り得る措置を明確化

① 保険者・医療関係者との方向性の共有・連携

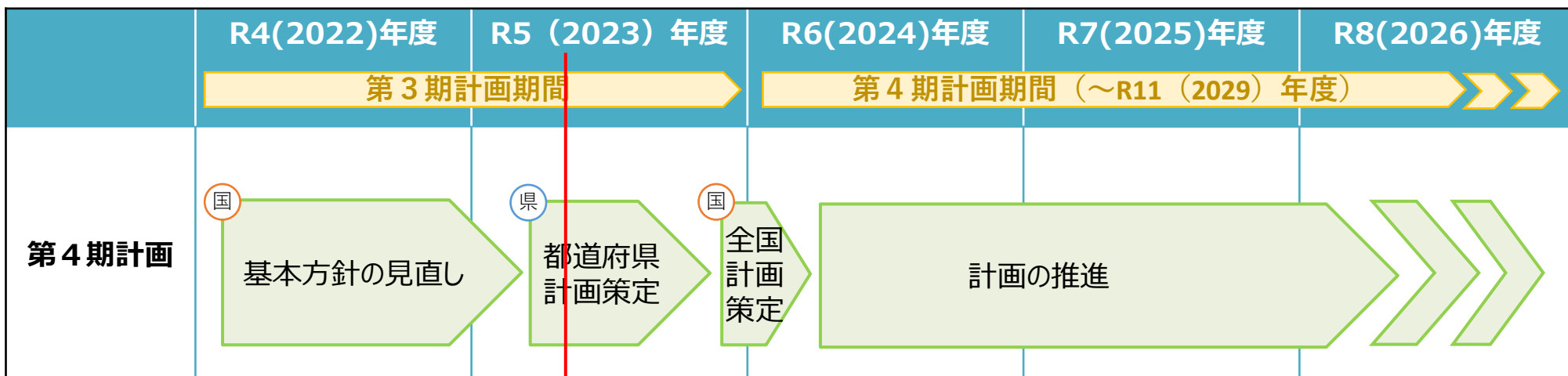
- 都道府県計画に記載すべき事項を充実させるとともに、保険者協議会を必置として都道府県計画への関わりを強化することにより、都道府県と関係者による医療費適正化のP D C Aサイクルを強化する。
- 保険者協議会への医療関係者の参画を促進し、都道府県・保険者・医療関係者が協力して医療費適正化に取り組む場とする。
- 都道府県計画の医療費見込みを精緻化し、制度区分別（国保、後期、被用者保険）に見える化するとともに、それをもとに国保・後期の1人当たり保険料を試算することとし、医療費適正化の意義・方向性を保険者・住民と共有する。
- 国保運営方針においても医療費適正化の取組を記載すべき事項とするとともに、財政見通しについて、都道府県計画の国保の医療費見込みを用いることが望ましいこととする。
- 支払基金及び国保連合会の目的や基本理念等に、診療報酬請求情報等の分析等を通じた医療費適正化を明記する。

② 都道府県の責務や取り得る措置の明確化

- 都道府県は、住民の高齢期における医療費の適正化を図るための取組において中心的な役割を果たすべきであることを明確化する。
- 都道府県は、医療費が医療費見込みを著しく上回る場合等には、その要因を分析し、当該要因の解消に向けて、保険者・医療関係者等と連携して必要な対応を講ずるよう努めるべきであることを明確化する。
- 医療費が医療費見込みを著しく上回る場合や、都道府県計画の目標を達成できないと認める場合に都道府県が取り得る措置として、高確法第9条第9項に基づく保険者・医療関係者等に対する協力要請があることを明確化するとともに、その内容の具体的な例を示す。

医療費適正化計画の今後のスケジュール

- 第4期医療費適正化計画については、国において令和5年7月20日に基本方針を示したところ。
- 現在、各都道府県において都道府県医療費適正化計画を策定中。
- 都道府県医療費適正化計画を踏まえ、国において全国医療費適正化計画を作成し、計画を推進していく



○ 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）

（医療費適正化基本方針及び全国医療費適正化計画）

第八条 厚生労働大臣は、国民の高齢期における適切な医療の確保を図る観点から、医療に要する費用の適正化（以下「医療費適正化」という。）を総合的かつ計画的に推進するため、医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（以下「医療費適正化基本方針」という。）を定めるとともに、六年ごとに、六年を一期として、医療費適正化を推進するための計画（以下「全国医療費適正化計画」という。）を定めるものとする。

2～8（略）

（都道府県医療費適正化計画）

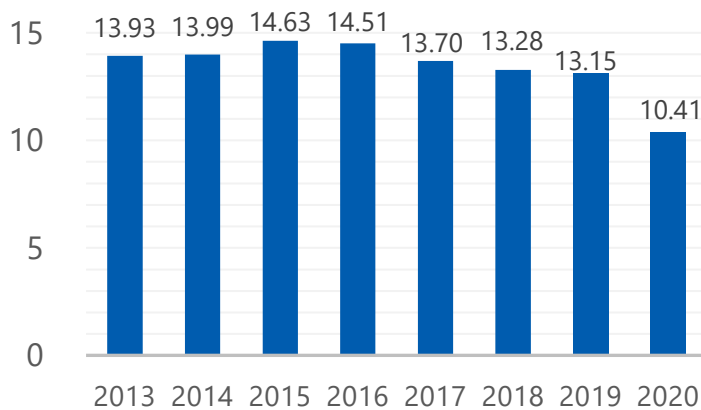
第九条 都道府県は、医療費適正化基本方針に即して、六年ごとに、六年を一期として、当該都道府県における医療費適正化を推進するための計画（以下「都道府県医療費適正化計画」という。）を定めるものとする。

2～10（略）

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 (抗菌薬適正使用の取組)

- 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。

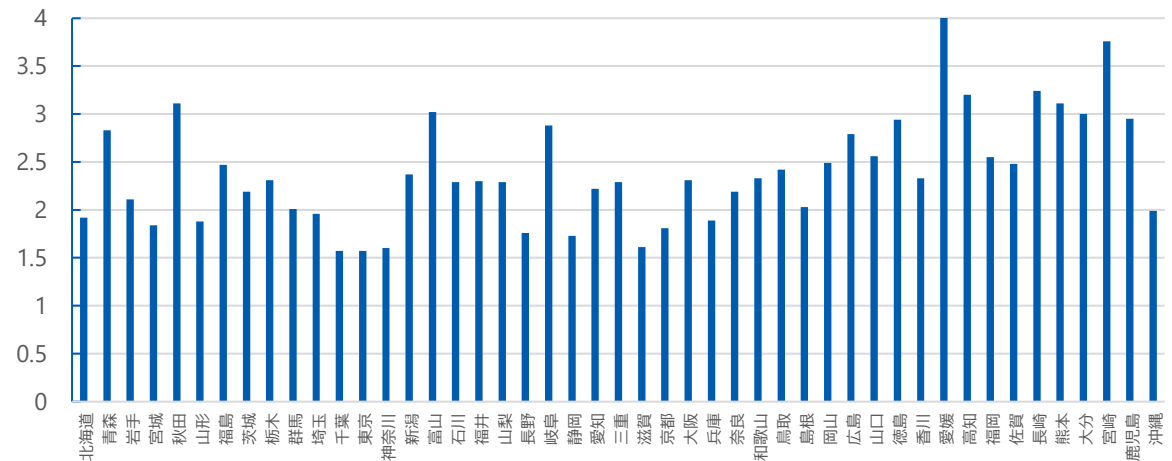
抗菌薬の使用動向 (DID)



※経口および注射用抗菌薬合計

出典：薬剤耐性ワンヘルス動向調査年次報告書2021

都道府県ごとの抗菌薬使用状況 (DID)



※15歳未満の第3世代セファロスポリン系のデータ

出典：薬剤耐性 (AMR) ワンヘルスプラットフォーム

※DID(DDDs 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、抗菌薬の使用量を1000住民・1日あたりの標準的な使用量で指標化したもの。

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 (p54)	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。（参考資料1）
- ・ これを受け、関係機関から意見も聞きつつ、今秋から再開した社会保障審議会生活困窮者自立支援及び生活保護部会において、具体的な手法等について検討を深めているところ。
- ・ 令和5年度社会福祉推進事業において、都道府県が行うデータ分析に資するよう、医療等情報を「見える化」するツールの作成とデータ活用マニュアルの作成を行う予定。（参考資料2）

(2) 医療扶助におけるオンライン資格確認の導入

- ・ マイナンバーカードを用いた医療扶助のオンライン資格確認については、「デジタル社会の実現に向けた重点計画」（令和3年12月24日閣議決定）等を踏まえ、令和5年度中の運用開始に向けた準備を進めているところ。

(改革工程表への反映方針)

- ・ 頻回受診対策について、オンライン資格確認で把握できる資格確認の実績（ログ情報）を活用して、受診行動が習慣化してしまう前に、早期からのアプローチを行えるようにするため、次のように修正する。

【現 行】（略）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。

【修正後】（略）頻回受診対策については、オンライン資格確認システムを活用した早期の助言等の仕組みを構築し、推進する。

「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。

令和5年度 厚生労働省 社会福祉推進事業

医療扶助における都道府県のデータ分析に基づくPDCAサイクル実践に関する調査研究

背景・目的

- 社会保障審議会生活困窮者自立支援及び生活保護部会における「中間まとめ」（令和4年12月20日）において、医療扶助の更なるガバナンス強化に向けて、都道府県が広域的な観点から、市町村に対してデータ分析や取組の評価等に係る後方支援を行っていく必要性が指摘されている。
- しかし、都道府県には、医療扶助におけるデータ分析に基づくPDCAサイクルの実践ノウハウは十分に蓄積されていない。
- そこで本事業では、全ての都道府県が、質の高いデータ分析に基づくPDCAサイクルによる取組を推進し、管内市町村に対する必要な後方支援ができるよう、健診・医療等の情報を「見える化」するための分析ツールを作成するとともに、データ活用マニュアルを作成する。

事業内容（予定）

検討委員会の設置

有識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、報告書のとりまとめに関して検討を行う。
検討委員会には自治体担当者にも参画いただき、現場の意見も反映させたものとする。

アンケート調査

全国の都道府県・指定都市・中核市を対象に、現在の健診・医療等データの活用状況等を調査し、課題を整理する。

分析項目の精査

医療扶助適正化に係るデータの分析項目の精査を行う。
国が提供しているNDB集計項目の精査を行い、追加で集計すべき項目等の提案を行う。（例：男女別、政令市単位の集計）

ツール・マニュアル
作成

アンケート調査の結果も踏まえ、健診・医療等データを活用して、地域差、経年変化等を「見える化」するツールを作成する。
また、具体的なデータの読み解き方を整理したデータ活用マニュアルを作成する。
※ツール作成に当たっては、医療保険等の関連施策での取組を参考にするとともに、地域での活用のしやすさに十分配慮したものとする。
※可能であれば、一部自治体で試行版を利用いただいたうえで改良を加える。

報告書の作成

上記に関する内容について、報告書としてとりまとめる。