

参 考 資 料

保険者による予防・健康づくりの推進(総論)

保険者による予防・健康づくりの推進（総論）

保険者の役割

健康保険法 第150条第1項（抄）

保険者は、…特定健康診査及び…特定保健指導（以下…「特定健康診査等」という。）を行うものとするほか、特定健康診査等以外の事業であって、健康教育、健康相談及び健康診査並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者及びその被扶養者（以下…「被保険者等」という。）の自助努力についての支援その他の被保険者等の健康の保持増進のために必要な事業を行うように努めなければならない。

保険者は、**加入者の立場に立って健康の保持増進を図り、もって病気の予防や早期回復を図る役割**が期待されている。平成27年国保法等改正で、保険者による**個々の加入者の自主的な取組の支援**を法律に位置づけた。

予防・健康づくりの取組の推進

保険者による取組

● 特定健康診査・特定保健指導の実施

特定健診により、糖尿病等の生活習慣病の発症のリスクが高い者を選定し、専門職等による個別指導（特定保健指導）により生活習慣の改善につなげていく。

● データの活用等による健康づくりの推進

「データヘルス計画」を策定し、特定健診等結果データやレセプトデータを活用し、加入者の健康特性に応じて、PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図る。

● 個人へのインセンティブの推進

予防・健康づくりに取り組む加入者にヘルスケアポイント等を付与し、加入者に対して予防・健康づくりのインセンティブを提供する取組について、保健事業で実施する場合の具体的なガイドラインを公表し（平成28年5月）、推進。

● 糖尿病重症化予防の枠組整備・全国展開

行政と医療関係者の連携の枠組みを構築するため 国レベルで「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定（平成28年4月）。都道府県単位でもプログラムの策定、市町村による取組の促進。

● 民間事業者の活用の推進

「データヘルス・予防サービス見本市」を開催し、保険者と健康・予防サービスを提供する民間事業者のマッチングを推進。
・H27年12月 東京で開催。
・H28年11-12月 仙台、大阪、福岡で開催（45社が出展、約2000人が参加）。

● 保険者へのインセンティブ

後期高齢者支援金の加算減算制度、国保の保険者努力支援制度等、保険者にインセンティブを付与し、取組を推進。

● 「見える化」「横展開」の推進

民間主導の「日本健康会議」で「健康なまち・職場づくり宣言2020」をまとめ、各保険者の取組状況をHPで公表し、好事例を全国展開。全保険者の特定健診・特定保健指導の実施率を、29年度実績から公表する。

国等による支援・取組促進

データヘルス改革

● 審査支払機関改革

ビッグデータとICTを最大限に活用することで、保険者と協働し、医療の質の向上に寄与する「頭脳集団」として、その役割を再定義する。

● ビッグデータ活用

医療・介護のレセプト情報や特定健診等のデータベースを保険者機能強化の観点から医療・介護サービスの効率的な提供に資するため活用する方策を検討し、実行に移していく。

日本健康会議 2016

H27年7月に、経済界・医療関係団体・自治体・保険者のリーダーが民間主導で、健康寿命の延伸とともに医療費の適正化を図るため、予防・健康づくりの取組状況の「見える化」と先進事例の「横展開」を強く進めていく「日本健康会議」が発足。

(共同代表：三村明夫日本商工会議所会頭 横倉義武日本医師会長)

2020年の数値目標を入れた「健康なまち・職場づくり宣言2020」(8つの宣言)を取りまとめ(H27年7月)。政府の「改革工程表」のKPIにも位置づけられた。

本年(H28年)7月に、日本健康会議2016(第2回)を開催。全数調査を実施し、達成状況をホームページで公表。「日本健康会議データポータルサイト」で、地域別などで「見える化」し、取組を加速化。

- (1) 保険者全数調査は、対象保険者3459のうち、3202保険者(92.6%)から回答を得た。
- (2) 日本健康会議ホームページでは、複数の保険者が推薦する具体的な企業名88社も公表。

WEBサイト上にて全国の取組状況を可視化 (H28年7月25日公開)



複数の保険者・自治体から推薦を受けたヘルスケア事業者：日本健康会議2016で公表

●宣言1(予防・健康づくりの住民へのインセンティブの取組)

千葉	つくばウエルネスリサーチ
東京	イーウェル
東京	エヌ・ティ・ティ・データ
東京	クリエイトオンライン
東京	JTBベネフィット
東京	DeSCヘルスケア
東京	ヘルスケア・コミッティー
東京	法研
愛知	あまの創健
大阪	社会保険研究所(関西)

●宣言2(糖尿病重症化予防の取組)

青森	青森県総合健診センター	東京	バリューHR	大阪	ケーシップ
宮城	健生	東京	ヘルスケア・コミッティー	大阪	総合医科学研究所
東京	ALSOKあんしんケアサポート	東京	法研	大阪	法研関西
東京	エヌ・ティ・ティ・データ	東京	保健同人社	岡山	岡山スポーツ会館
東京	エム・エイチ・アイ	東京	ミナケア	広島	DPPヘルスパートナーズ
東京	現代けんこう出版	東京	明治安田システム・テクノロジー	広島	データホライゾン
東京	サンライフ企画	東京	メディヴァ	広島	ホームナース
東京	専門医ヘルスケアネットワーク	東京	労働衛生協会	広島	マイティネット
東京	SOMPOリスクアマネジメント	神奈川	ベストライフ・プロモーション	愛媛	東京ネバーランドえひめ
東京	ティーベック	長野	セイコーエプソン	福岡	カルナヘルスサポート
東京	東京都総合組合保健施設振興協会	愛知	愛知県健康づくり振興事業団	熊本	保健支援センター
東京	日本医療データセンター	愛知	あまの創健		
東京	野村総合研究所	大阪	ウエルクル		

●宣言6(健康・医療情報の加入者への分かりやすい情報提供)

福島	福島県保健衛生協会	東京	ヘルスケア・コミッティー
東京	赤ちゃんとママ社	東京	法研
東京	インテージテクノスフィア	東京	保健同人社
東京	イーウェル	東京	みずほ情報総研
東京	ウエルネス・コミュニケーションズ	東京	明治安田システム・テクノロジー
東京	ウェル・ビーイング	東京	ユニバーサル・ビジネス・ソリューションズ
東京	エストコーポレーション	神奈川	ベストライフ・プロモーション
東京	エヌ・ティ・ティ・データ	山梨	山梨県厚生連健康管理センター
東京	エム・エイチ・アイ	愛知	あまの創健
東京	LSIメディエンス	愛知	小林クリエイト
東京	クックパッドダイエットラボ	愛知	法研中部
東京	現代けんこう出版	京都	京都工場保健会
東京	サンライフ企画	京都	メスプ・コーポレーション
東京	社会保険研究所	大阪	ウエルクル
東京	社会保険出版社	大阪	関西情報センター
東京	専門医ヘルスケアネットワーク	大阪	ケーシップ
東京	SOMPOリスクアマネジメント	大阪	社会保険研究所(関西)
東京	大和総研ビジネス・イノベーション	大阪	法研関西
東京	DeSCヘルスケア	岡山	両備システムズ
東京	東京法規出版	広島	データホライゾン
東京	トッパン・フォームズ	広島	ヒロケイ
東京	日本医療データセンター	愛媛	愛媛県総合保健協会
東京	日本健康文化振興会	高知	ジェイエムシー
東京	バリューHR	福岡	FCCテクノ
東京	光ビジネスフォーラム	熊本	くまもと健康支援研究所
東京	富士ゼロックス	熊本	保健支援センター

●宣言8(後発医薬品の使用促進の取組)

北海道	サポートシステム	長野	システックス
東京	インテージテクノスフィア	愛知	社会保険研究所(中部)
東京	エヌシーアール社会保険サービス	大阪	日本システム技術
東京	エヌ・ティ・ティ・データ	大阪	南大阪電子計算センター
東京	エム・エイチ・アイ	大阪	メディブレーション
東京	オークス	広島	データホライゾン
東京	社会保険研究所	広島	マイティネット
東京	社会保険システム研究会		
東京	大正オーディット		
東京	大日本印刷		
東京	大和総研ビジネス・イノベーション		
東京	東京法規出版		
東京	トッパン・フォームズ		
東京	ニチイ学館		
東京	ニッセイ情報テクノロジー		
東京	日本医療データセンター		
東京	日本生産性本部		
東京	日本調剤		
東京	バリューHR		
東京	光ビジネスフォーラム		
東京	法研		
東京	保健同人社		
東京	ユニバーサル・ビジネス・ソリューションズ		

「データヘルス・予防サービス見本市」の開催を全国に拡大

保険者が高度な専門性や人的資源を豊富に有する質の高い事業者を選定し、効率的に横展開を進めていくため、27年度に引き続き、健康・予防サービスを提供する事業者と医療保険者等とが出会い、協働・連携を推進させる場として「データヘルス・予防サービス見本市2016」を開催した。

28年度は、全国に開催地を拡大し、福岡（11月8日）仙台（11月21日）大阪（12月14日）で開催した。

健診・保健指導、データ分析、健康な職場づくりに関する展示やセミナーを開催（30ブース、45社が出展）

※医療保険者、地元自治体の担当者等、約2,000人が参加



データヘルス・ 予防サービス見本市 2016

＜福岡：健康経営モデル＞ ※健康保険組合連合会との併催
名称：「データヘルス・予防サービス見本市2016 in 九州」
開催日時：2016年11月8日10:00～17:00
開催場所：福岡国際会議場 多目的ホール

＜仙台：産官学連携モデル＞
名称：「データヘルス・予防サービス見本市2016 in 東北」
開催日時：2016年11月21日10:00～17:00
開催場所：仙台国際センター展示棟 展示室1・2

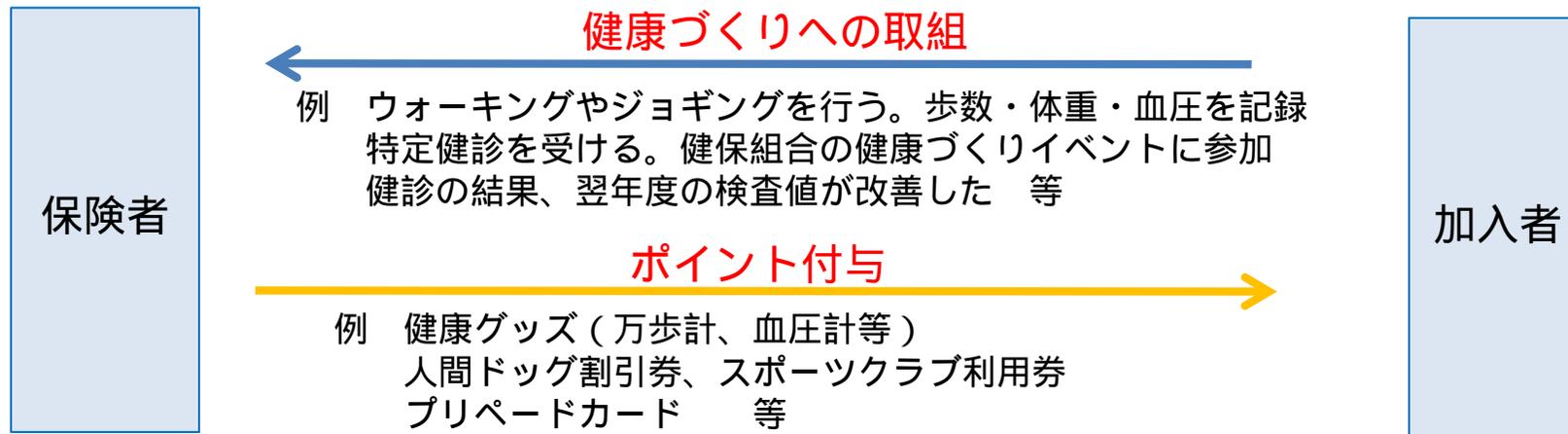
＜大阪：メイン会場＞
名称：「データヘルス・予防サービス見本市2016」
開催日時：2016年12月14日10:00～17:00
開催場所：インテックス大阪・3号館



個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブの推進

予防・健康づくりに取り組む加入者にヘルスケアポイントを付与し、健康グッズ等と交換できるようにするなど、一部の**健保組合や市町村**では、**インセンティブを提供する取組が保健事業として実施**されている。

このような、保険者が加入者に対して予防・健康づくりの**インセンティブを提供する取組は重要**。
平成27年医療保険制度改革でも、**保険者の努力義務として健保法等に位置付けた**（平成28年4月施行）。
厚生労働省では、保健事業で実施する場合の具体的な**ガイドラインを策定・公表**した（平成28年5月）。



持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律(平成27年法律第31号) (抄)
健康保険法の一部改正 傍線部分は改正で追加

第百五十条 保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第二十条の規定による特定健康診査及び同法第二十四条の規定による特定保健指導(以下この項及び第百五十四条の二において「特定健康診査等」という。)を行うものとするほか、特定健康診査等以外の事業であつて、健康教育、健康相談及び健康診査並びに**健康管理及び疾病の予防に係る被保険者及びその被扶養者**(以下この条において「被保険者等」という。)の**自助努力についての支援**その他の被保険者等の健康の保持増進のために必要な事業を行うように努めなければならない。

国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律、共済各法等の保健事業の規定においても同様に追加

持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議(抄)
(平成27年5月26日 参議院厚生労働委員会)

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

四 2 保健事業において保険者が実施する予防・健康づくりのインセンティブの強化に当たっては、**保険者に対し好事例の周知に積極的に取り組む**とともに、**必要な医療を受けるべき者が受診を抑制し、重症化することがないよう、インセンティブ付与の在り方について十分検討**すること。

個人にインセンティブを提供する取組に係るガイドライン(概要)

1. 基本的な考え方

- 健康長寿社会の構築に向け、国民一人ひとりが、「**自らの健康は自らがつくる**」という意識を持ち、それぞれの年齢や健康状態等に応じて、**具体的な行動として第一歩を踏み出す**ことが重要
- 自分自身の健康づくりに関心が低い「健康無関心層」も含めて国民が健康づくりの取組を実践し、継続していくためには、
 - ・一人ひとりがそれぞれの選択の中で第一歩を踏み出すきっかけとなるよう、**ポピュレーションアプローチとして様々なインセンティブの提供**や、**ICT・民間の創意工夫も活用した多様な選択肢(健康プログラム)の提供**に加え、
 - ・個人が日常生活の大部分を過ごす企業や地域社会の中で、**個人が無理なく健康づくりを行える環境づくり**や、**共に取組を進めることができる新たなコミュニティの構築**なども併せて進めていくことが必要
- 既に一部の医療保険者や企業、市町村等では、加入者等の健康づくりの取組に対してインセンティブの提供を含め様々な支援が実践
- ガイドラインでは、こうした先行事例も参考にしつつ、**インセンティブの取組を中心に、医療保険制度等の趣旨に照らし保険者等が留意すべき点も明示しながら、個人が主体的に健康づくりを進めるための様々な方策を提案**することで、こうした取組を推進すること目的とする。

2. 個人への分かりやすい情報提供

- インセンティブの取組に併せて、保険者が加入者の**健康情報を分かりやすく提供し、継続的に健康に対する問題意識を喚起**することは重要
- このため、個人の健康への『気づき』につながるよう、**ICT等も活用しながら分かりやすく健診結果等を提供**するとともに、**情報の内容も本人にとっての付加価値を高めるといった工夫が必要**(* その際、個人の健康情報の取扱いに十分に配慮するとともに、関連法規を遵守し、いたずらに本人の不安を煽ったりすることは厳に慎むことが必要)
- ガイドラインでは、本人の『気づき』の段階を踏まえた情報提供の工夫の在り方について例示
 - ☞ **第1段階 加入者の視覚**に訴える(* ICTも活用し、単に健診結果(数値)だけでなく、レーダーチャートにする、経年変化のグラフを示すことなど)
 - ☞ **第2段階 数値の意味**を伝える(* 本人の疾患リスクとの関係の中で、健診結果(数値)の持つ意味や、医療機関の受診の必要性を伝えることなど)
 - ☞ **第3段階 ソリューション**を伝える(* 健康維持や生活習慣病リスクを避けるための生活習慣改善の個別的なアドバイスを伝えることなど)

3. 個人にインセンティブを提供する方法

- 保険者等では、**表彰**等により本人の健康づくりの取組を鼓舞する取組の他、個人へのインセンティブの提供として、**ヘルスケアポイント(物品等と交換できるポイント)**といった取組が行われている。 * これらの方法は関係法令に照らし問題があるというものではない。
- これらに加えて、**ヘルスプロモーションの一策として、例えば、ヘルスケアポイントを提供するタイミングを事業主の給与支払と同時に行うこと等の工夫**を行い、これを保険者が『**保険料への支援**』として呼称することも考えられる。
 - * 保険者等によっては現金を付与する取組が行われている場合もあるが、そのこと自体が目的化しやすいので、慎重に考えることが必要。
- インセンティブの取組を公的医療保険制度の保健事業として行う場合には、公的医療保険制度の趣旨(疾病リスクに応じた保険料の設定はできない)を踏まえると、個人の保険料(率・額)を変更することは困難であるため留意が必要。

4. インセンティブ提供に係る評価指標と報奨の在り方

- インセンティブの取組を、幅広い対象者にポピュレーションアプローチとして実施し、結果として『健康無関心層』を動かしていくためには、個人の健康意識や行動変容の状況に即して、評価指標や報奨を検討する必要がある。
- ガイドラインでは、以下の3つの場面に分けてインセンティブの活用の在り方を提示
 - ☞ **第1段階** 健康づくりに参加する**きっかけ**（*健康無関心層の巻きこみも念頭に健康とは直接関係ない報奨の活用も含め幅広くインセンティブを活用）
 - ☞ **第2段階** 健康づくりの**継続支援**（*本人の努力やその成果を評価。継続の意欲を喚起するため、ゲーム性のある健康づくりのプログラムも提供）
 - ☞ **第3段階** 取組が**習慣化した後**の対応（*インセンティブの役割は完了。保健事業や民間サービスを活用した本人の自主的な取組を支援）

評価指標の在り方

- 個人の疾病リスクといった属性を評価するのではなく、**本人の積極的な取組を重視して評価するもの**として考えていくことが必要（特に、医療機関への受診を抑制し結果的に重症化することがないように留意が必要）
- ガイドラインでは、本人の積極的な取組を評価するものとして以下の3つの類型を提案
 - ☞ **参加型**:健康づくりの**取組やプログラムへの参加**を評価（*健診受診や各種健康教室への参加など）
 - ☞ **努力型**:健康づくりの**プログラム等の中での本人の努力**を評価（*ウォーキングやジョギング、体重・血圧・食事の記録の継続など）
 - ☞ **成果型**:健康づくりの**成果としての健康指標の改善**を評価（*健診の検査値、体重減少など）
- 可能な限り複数の指標で評価し、公平性の観点からは、客観的な指標としていくことが望ましい。

報奨の在り方

- 健康無関心層への促しにつなげる観点からは、**報奨の内容を魅力的なものとしていく必要**（例えば、ポイントの使い途も、各種コンビニで活用可能な共通ポイント、寄付といった社会貢献等、**多様な個人の価値観に合わせ、多様な途を用意することが望ましい。**）
- その際、**報奨の金銭的な価値が高すぎると、報奨を得ることのみが目的化**してしまい、最終的な目的である本人の行動変容にはつながらない場合も出てくるので留意が必要
- 金銭的な価値の水準は一概に論ずることは困難。**透明かつ中立的な意思決定のプロセスを経て決めることや、事業の効果を検証・評価し、報奨の在り方についても必要に応じて見直しを。**

5. 個人にインセンティブを提供する取組の効果

- インセンティブ事業が、**本人の行動変容につながっているかという観点**から、インセンティブの活用の場面に即して、**予め効果検証の仕組みをビルトインしておく必要**（事業の継続性を確保する観点からも効果検証は必須）
- 事業の目的に沿った**KPIを設定し、3年程度の中期計画を立てて実施していくことが望ましい。**

保険者インセンティブ

第3期実施計画期間（H30～35年度）の特定保健指導の運用の弾力化

（平成29年1月19日 保険者による健診・保健指導のあり方に関する検討会 とりまとめ）

保険者の厳しい財政状況や専門職の限られた人的資源の中で、保健指導の質を確保しつつ、対象者の個別性に応じた現場の専門職による創意工夫や改善を可能とし、実施率の向上につながるよう、特定保健指導の運用の大幅な弾力化を行う。

- （1）行動計画の実績評価の時期を現在の「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。
 - ⇒ 保健指導の質を確保し、対象者の負担の軽減も図りながら、利用者の拡充に対応できるようになる。
 - （※）例えば、3か月間は専門職が個別に介入して保健指導を実施した上で、3か月後に実績評価を行い、その後は、加入者全員向けのICTのアプリを活用して生活習慣の改善状況をフォローするなど、保険者の実施体制に応じた効果的・効率的な取組が可能。
- （2）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。
 - ⇒ 保険者と委託先との間で対象者の保健指導の情報が共有され、保険者のマネジメントが強化される。
 - （※）保険者は、初回面接の実施機関に行動計画の実績評価の結果を共有する。
- （3）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をできるようにする。
 - ⇒ 健康意識が高まっている時に受診者に働きかけることができ、受診者にも利便性がよく、実施率の向上につながる。定期健康診断等と連携することで、産業医・産業保健師との連携も図られる。
 - （※1）①健診受診当日にすべての検査結果が判明しなくても、腹囲・体重、血圧、喫煙歴等の状況から特定保健指導の対象と見込まれる者に、把握できる情報（腹囲・体重、血圧、質問票の回答など）をもとに医師・保健師・管理栄養士が初回面接を行い、行動計画を暫定的に作成し、②後日、全ての項目の結果から医師が総合的な判断を行い、専門職が本人に電話等を用いて相談しつつ、行動計画を完成する方法を可能とする。
 - （※2）初回面接を分割実施する場合、例えば分割した2回目の初回面接に引き続いて継続的な支援を実施することで、対象者の負担の軽減も図りながら、効率的・効果的な保健指導を行うことも可能。
- （4）積極的支援に2年連続で該当した場合に、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（初回面接と実績評価は必須、3か月以上の継続的支援は180ポイント未満でも可）でも可とする。
- （5）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（行動計画の策定・実績評価、喫煙者への禁煙指導を行い、3か月以上の保健指導により腹囲・体重の値が改善すれば、180ポイントの実施量を満たさなくても特定保健指導とみなす）を導入する ⇒ 実施量ではなく、アウトカム（結果）での評価・報告が可能になる
 - （※）実施計画を国へ提出していれば、モデル実施の保険者は限定しない。モデル実施の結果は国で効果検証を行う。

保険者による健診・保健指導等に関する検討会について

○位置づけ

医療保険者における特定健康診査及び特定保健指導の提供方法等の今後のあり方について、これまでの実績等を踏まえて検討を行うため、関係者の参集を得て、厚生労働省保険局長が開催。

○検討事項

- (1) 特定健診・保健指導の実施方法等について
- (2) 特定健診の健診項目及び特定保健指導の内容等について
- (3) 保険者における特定健診・特定保健指導への取組みの評価方法等について
- (4) その他特定健診・保健指導に関連する事項について

○構成員

井伊 久美子	日本看護協会 専務理事	下浦 佳之	日本栄養士会 常務理事
飯山 幸雄	国民健康保険中央会 常務理事	白川 修二	健康保険組合連合会 副会長
伊藤 彰久	日本労働組合総連合会総合政策局生活福祉局長	鈴木 茂明	地方公務員共済組合協議会事務局長
今村 聡	日本医師会 副会長	高野 直久	日本歯科医師会 常務理事
岩崎 明夫	産業医科大学作業関連疾患予防学研究室	◎多田羅 浩三	一般財団法人日本公衆衛生協会 会長
岡崎 誠也	全国市長会国民健康保険対策特別委員長	津下 一代	あいち健康の森健康科学総合センター センター長
金子 正	日本私立学校振興・共済事業団 理事	藤井 康弘	全国健康保険協会 理事
河合 雅司	産経新聞社 論説委員	細江 茂光	全国後期高齢者医療広域連合協議会 副会長
北原 省治	共済組合連盟 常務理事	武藤 繁貴	日本人間ドック学会理事/聖隷健康診断センター所長
久野 時男	全国町村会行政委員会委員長 ・愛知県飛島村長	吉田 勝美	日本総合健診医学会 副理事長
佐藤 文俊	全国国民健康保険組合協会 常務理事	◎座長	※構成員は、平成28年12月19日現在

○開催経緯

平成23年4月に第1回検討会を開催。直近では、第3期の特定健診・保健指導の見直しについて、平成29年1月に取りまとめ。

第三期特定健康診査等実施計画期間（平成30年度～35年度）における 特定健診・保健指導の運用の見直しについて（議論のまとめ）

（平成29年1月19日）

- 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。
こうした対象者の個別性を重視した効果的な保健指導の実施は、加入者の健康の保持・向上や医療費適正化等の観点から、極めて重要な保険者機能であり、実施率の更なる向上が求められる。
- 検討会では、保険者による特定健診・保健指導を着実に実施し、保険者全体で更なる実施率の向上を達成する観点から、第3期実施計画期間（H30～35年度）における制度運用の見直しの検討結果をとりまとめた。運用方法の詳細やH29年度中に行うシステム改修に必要な要件定義・仕様については、検討会の下に設置した実務担当者によるワーキンググループで検討を行う。

1. 特定健診・保健指導の枠組み、腹囲基準

- 特定健診・保健指導についての科学的知見の整理を前提としつつ、生活習慣病対策全体を俯瞰した視点、実施体制、実現可能性と効率性、実施率、費用対効果といった視点を踏まえ、特定健診・保健指導の枠組み、特定健診の項目について整理する。
- 内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因の数に着目した現行の特定保健指導対象者の選定基準を維持する。内臓脂肪の蓄積を評価する方法は、現行の腹囲基準（男性85cm以上、女性90cm以上）を維持する。
- 腹囲が基準未満でリスク要因（血圧高値、脂質異常、血糖高値）がある者は特定保健指導の対象者とはならないが、これらの者への対応方法等は重要な課題であり、引き続き、検討を行う。

2. 特定健診項目の見直し

- 現在実施している健診項目等について基本的に維持する。その上で、科学的知見の整理及び労働安全衛生法に基づく定期健康診断の見直しを踏まえて、健診項目の見直しを行う。

（1）基本的な健診の項目（別添1）

①血中脂質検査

定期健康診断等で、中性脂肪が400mg/dl以上や食後採血のため、LDLコレステロールの代わりにnon-HDLコレステロールを用いて評価した場合でも、血中脂質検査を実施したとみなす。

②血糖検査

やむを得ず空腹時以外でヘモグロビンA1cを測定しない場合は、食直後を除き随時血糖による血糖検査を可とする。

（3）標準的な質問票（別添2）

- ・これまでの質問項目との継続性を考慮しつつ必要な修正を加える。
- ・生活習慣の改善に関する歯科口腔保健の取組の端緒となる質問項目を追加。

（2）詳細な健診項目（別添1）

①血清クレアチニン検査

- ・血清クレアチニン検査を詳細な健診の項目に追加し、eGFRで腎機能を評価する。
- ・対象者は、血圧又は血糖検査が保健指導判定値以上の者のうち、医師が必要と認めるものとする。

②心電図検査

対象者は、当該年の特定健康診査の結果等で、血圧が受診勧奨判定値以上の者又は問診等で不整脈が疑われる者のうち、医師が必要と認めるものとする。

③眼底検査

対象者は、原則として当該年の特定健康診査の結果等で、血圧又は血糖検査が受診勧奨判定値以上の者のうち、医師が必要と認めるものとする。

3. 特定保健指導の実施方法の見直しについて

- 保険者の厳しい財政状況や専門職の限られた人的資源の中で、特定保健指導の質を確保しつつ、対象者の個別性に応じた現場の専門職による創意工夫や運用の改善を可能とし、効果的・効率的な保健指導を推進することにより、実施率の引き上げにつながるよう、特定保健指導の実施方法の見直しを行う。

(1) 行動計画の実績評価の時期の見直し

- ・ 行動計画の実績評価を3か月経過後（積極的支援の場合は、3か月以上の継続的な支援終了後）に行うことを可能とする。
- ・ 3か月経過後に実績評価を行う場合、的確な初回面接の実施がこれまで以上に重要である。また、実績評価後に、例えばICTを活用して実践状況をフォローする等の取組が期待される。

(2) 初回面接と実績評価の同一機関要件の廃止

- ・ 保険者と委託先との間で適切に情報が共有され、保険者が対象者に対する保健指導全体の総括・管理を行う場合は、初回面接と実績評価を行う者が同一機関であることを要しないこととする（保険者マネジメントの強化が図られる）。

(3) 特定健診当日に初回面接を開始するための運用方法の改善

① 健診結果が揃わない場合の初回面接の分割実施

- ・ 検査結果が判明しない場合、①健診受診当日に、腹囲・体重、血圧、喫煙歴等の状況から対象と見込まれる者に対して初回面接を行い、行動計画を暫定的に作成し、②後日、全ての項目の結果から医師が総合的な判断を行い、専門職が本人と行動計画を完成する方法を可能とする。

② 特定健診当日に初回面接を行う場合の集合契約の整備

- ・ 特定保健指導対象者全員（①を含む）に保健指導を実施すると決めた医療保険者のグループと、特定健診受診当日に特定保健指導を実施できる実施機関のグループとで集合契約が締結できるよう、共通ルールを整理する。

(4) 2年連続して積極的支援に該当した者への2年目の特定保健指導の弾力化

- ・ 2年連続して積極的支援に該当した者のうち、1年目に比べ2年目の状態が改善している者について、2年目の積極的支援は、動機付け支援相当（初回面接と実績評価は必須。3か月以上の継続的な支援は180ポイント未満でもよい）の支援を実施した場合でも、特定保健指導を実施したと位置づける。

(5) 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

- ・ 積極的支援対象者に対する3か月以上の継続的な支援におけるポイントの在り方や、生活習慣の改善効果を得るための目安となる新たな指標等を検証するために、柔軟な運用による特定保健指導のモデル実施を行う。

(※) モデル実施は、一定の要件を満たせば、特定保健指導を実施したとみなすこととする。

(6) 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の届出を平成29年度から廃止する。

(7) その他の運用の改善

- ① 医療機関との適切な連携（診療における検査データを本人同意のもとで特定健診データとして活用できるようルールの整備）
- ② 保険者間の再委託要件の緩和（被用者保険者から市町村国保への委託の推進）
- ③ 歯科医師が特定保健指導における食生活の改善指導を行う場合の研修要件の緩和（食生活改善指導担当者研修（30時間）の受講を要しないこととする）
- ④ 看護師が保健指導を行える暫定期間の延長
- ⑤ 保険者間のデータ連携、保険者協議会の活用
- ⑥ 特定健診の結果に関する受診者本人への情報提供の評価



4. 全保険者の実施率の公表、第3期計画期間における保険者の実施目標

(1) 全保険者の実施率の公表

- 特定健診・保健指導は、内臓脂肪の蓄積に起因する糖尿病等の発症・重症化の予防により医療費を適正化するため、保険者が共通に取り組む保健事業であり、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平成29年度実施分から公表する。

(2) 第3期計画期間における保険者の実施目標

- ① 特定健診・保健指導の保険者全体の実施率の目標については、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、第2期の目標値である特定健診実施率70%以上、特定保健指導実施率45%以上を維持する。
- ② メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率については、保険者が行う特定健診・保健指導の実施の成果に関する目標として、特定健診の結果に基づく特定保健指導の対象者の減少を目指すこととする。
第3期では、特定保健指導の対象者を平成35年度までに平成20年度比で25%減少することを目標とする。

保険者種別	全国目標	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会 (船保)	単一健保	総合健保・ 私学共済	共済組合(私学 共済除く)
特定健診 の実施率	70%以上	60%以上	70%以上	65%以上 (65%以上)	90%以上	85%以上	90%以上
特定保健指導 の実施率	45%以上	60%以上	30%	35%以上 (30%以上)	55%以上	30%	45%以上

特定保健指導による特定健診の検査値への改善効果（平成20～25年度）

- 積極的支援の参加者は不参加者と比較すると、特定保健指導後の5年間にわたり、特定健診のほぼ全ての検査値（腹囲、体重、血糖、血圧、脂質）について、改善効果が継続していることが確認された。
- 動機づけ支援参加者についても、積極的支援より改善幅は小さかったが、同様の傾向がみられた。

積極的支援・・・特定保健指導対象者のうち、腹囲が一定数値以上で、追加リスク（血糖・血圧・脂質）が2つ以上該当か、1つ該当かつ喫煙歴がある、40～64歳の者が対象。

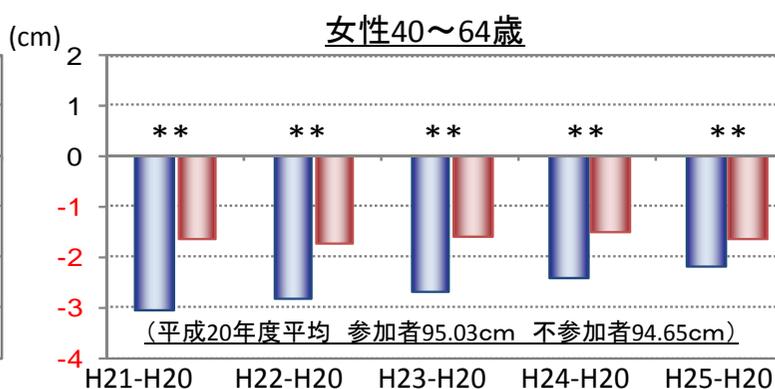
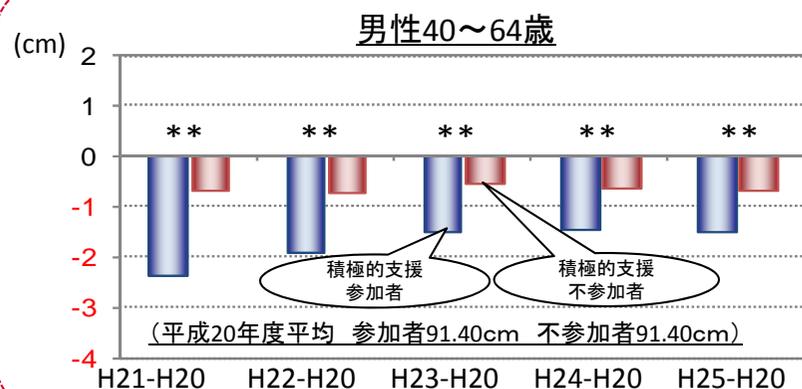
動機付け支援・・・特定保健指導対象者のうち、腹囲が一定数値以上で、追加リスクが1つ該当かつ喫煙歴がない者への支援。40～74歳が対象。（65歳以上では、積極的支援の基準に該当する場合でも動機付け支援を実施）

分析対象：364保険者（国保320、健保組合2、共済42）、20万～22万人（分析方法で異なる）

*p<0.05 **p<0.01

*, **・・・統計的に有意な差

特定保健指導（積極的支援）による検査値の推移（平成20年度との差）

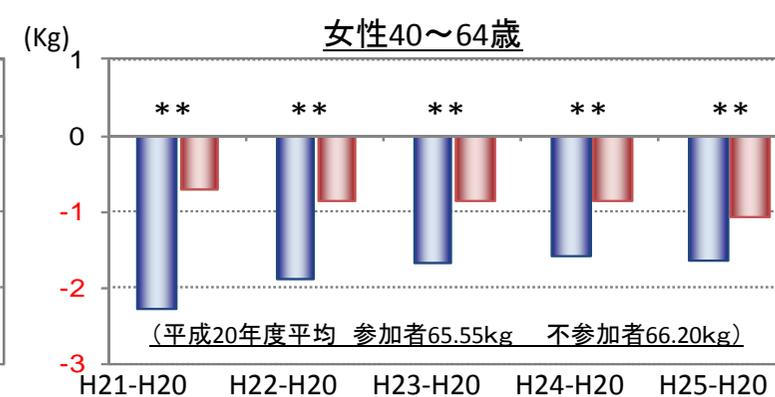
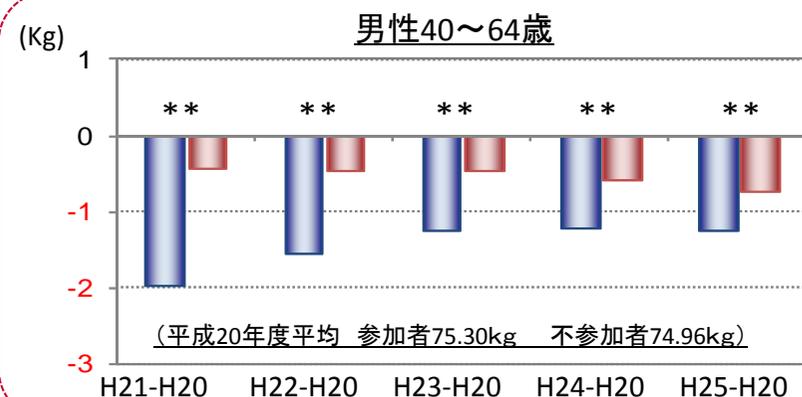


【腹囲】

平成20年度と比べて参加者は

男性 **-2.33cm** (平成21年度)
 - 1.91cm (平成22年度)
 - 1.46cm (平成23年度)
 - 1.42cm (平成24年度)
 - 1.47cm (平成25年度)

女性 **-3.01cm** (平成21年度)
 - 2.82cm (平成22年度)
 - 2.66cm (平成23年度)
 - 2.39cm (平成24年度)
 - 2.16cm (平成25年度)



【体重】

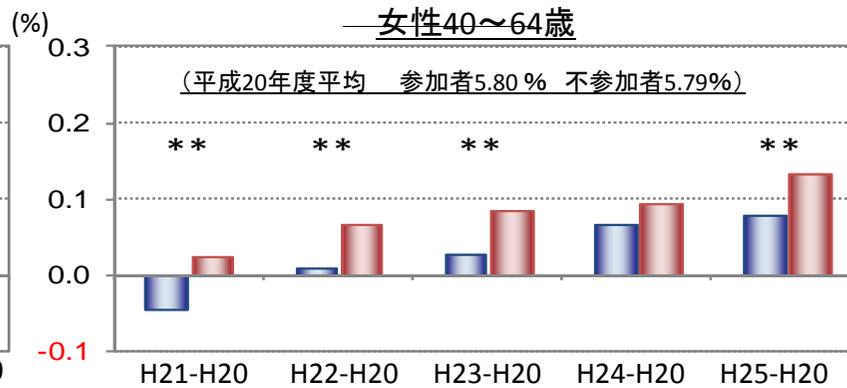
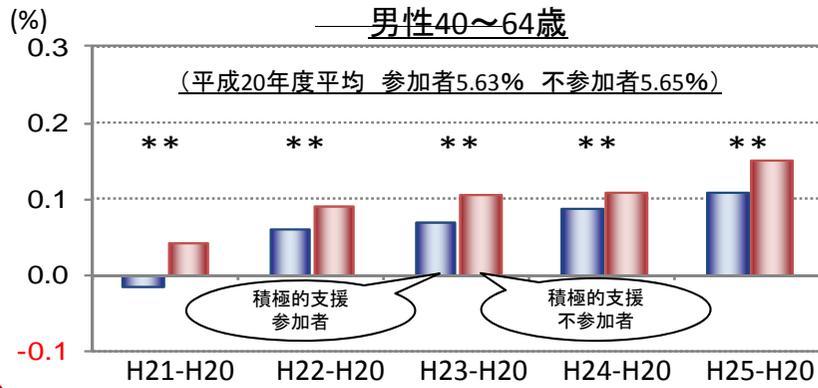
平成20年度と比べて参加者は

男性 **-1.98kg** (平成21年度)
 - 1.54kg (平成22年度)
 - 1.25kg (平成23年度)
 - 1.22kg (平成24年度)
 - 1.25kg (平成25年度)

女性 **-2.26kg** (平成21年度)
 - 1.86kg (平成22年度)
 - 1.65kg (平成23年度)
 - 1.57kg (平成24年度)
 - 1.63kg (平成25年度)

*p<0.05 **p<0.01

*, **, . . . 統計学的に有意な差



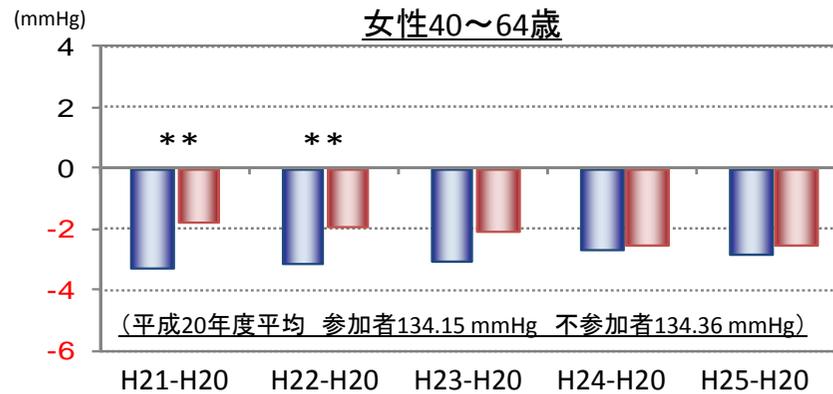
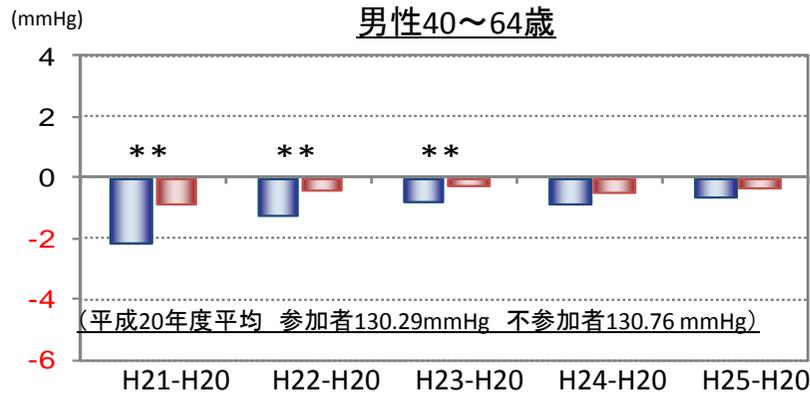
【血糖(HbA1c)】

1

平成20年度と比べて

男性 -0.01% (平成21年度)
 +0.06% (平成22年度)
 +0.07% (平成23年度)
 +0.09% (平成24年度)
 +0.11% (平成25年度)

女性 -0.04% (平成21年度)
 +0.01% (平成22年度)
 +0.03% (平成23年度)
 +0.07% (平成24年度)
 +0.08% (平成25年度)



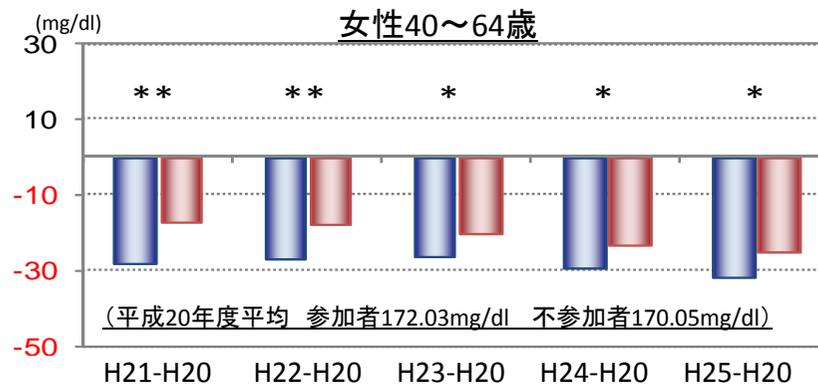
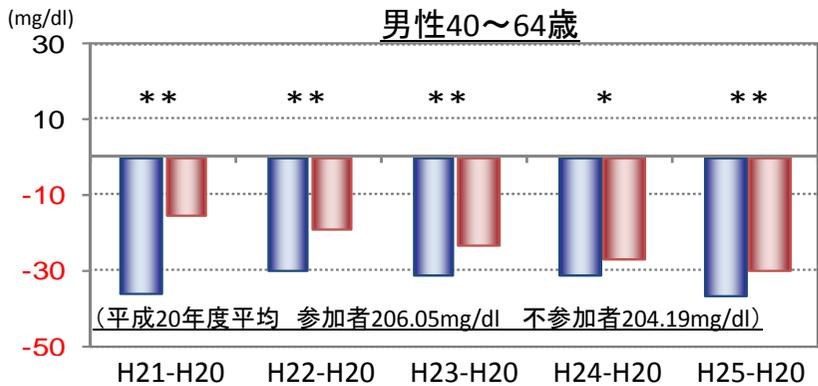
【血圧(収縮期血圧)】

2

平成20年度と比べて

男性 -2.13mmHg (平成21年度)
 -1.21mmHg (平成22年度)
 -0.76mmHg (平成23年度)
 -0.88mmHg (平成24年度)
 -0.63mmHg (平成25年度)

女性 -3.24mmHg (平成21年度)
 -3.13mmHg (平成22年度)
 -3.00mmHg (平成23年度)
 -2.65mmHg (平成24年度)
 -2.80mmHg (平成25年度)



【脂質(中性脂肪)】

平成20年度と比べて

男性 -35.91mg/dl (平成21年度)
 -29.55mg/dl (平成22年度)
 -31.15mg/dl (平成23年度)
 -31.16mg/dl (平成24年度)
 -36.23mg/dl (平成25年度)

女性 -27.80mg/dl (平成21年度)
 -27.02mg/dl (平成22年度)
 -26.27mg/dl (平成23年度)
 -29.27mg/dl (平成24年度)
 -31.79mg/dl (平成25年度)

1 ベースラインの差を補正するため、HbA1c7.0%未満の対象者について分析。

平成25年4月より、JDS値からNGSP値へ変更となったため、平成20年度～平成25年度のデータを換算式にてNGSP値に換算して分析

2 ベースラインの差を補正するため、160mmHg未満の対象者について分析

特定保健指導による生活習慣病関連の1人当たり外来医療費等の経年分析

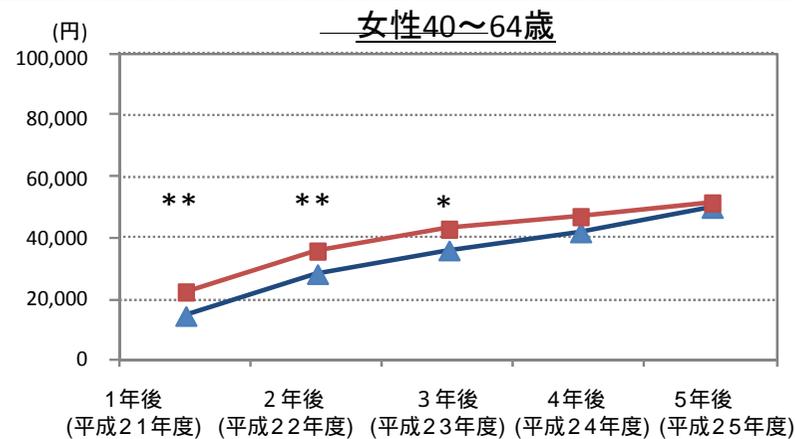
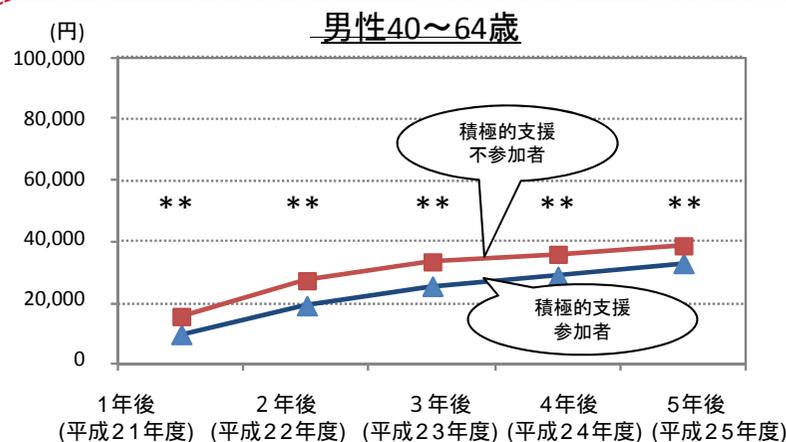
(平成20~25年度)

(特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループ報告書)

- 積極的支援参加者と不参加者を比較すると、1人当たり入院外医療費については、男性で-8,100~-5,720円、女性で-7,870~-1,680円の差異が見られた。
- 外来受診率については、男性で-0.40~-0.19件/人、女性で-0.37~+0.03件/人の差異が見られた。

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

* , ** . . . 統計学的に有意な差



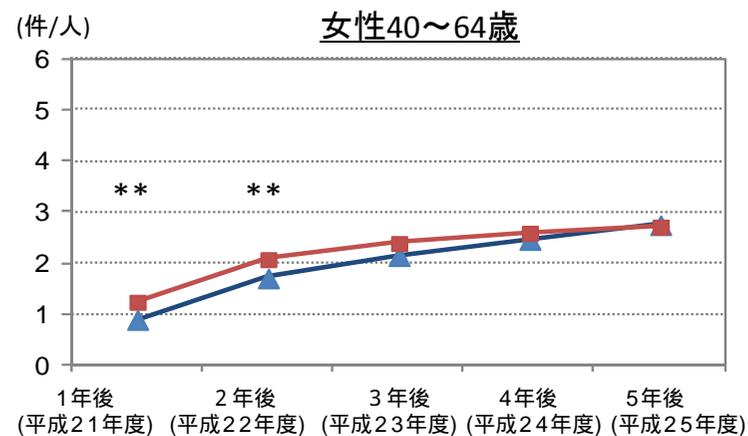
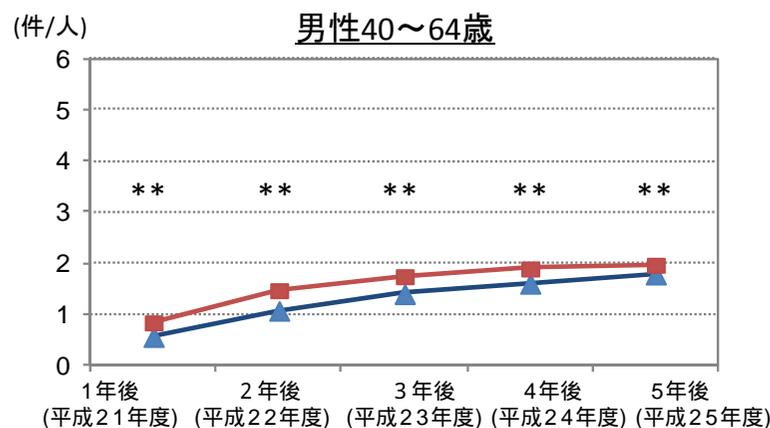
【1人当たり入院外医療費】

参加者と不参加者の差

男性 -5,830円 (平成21年度)
 - 8,100円 (平成22年度)
 - 7,940円 (平成23年度)
 - 7,210円 (平成24年度)
 - 5,720円 (平成25年度)

女性 -7,870円 (平成21年度)
 - 7,500円 (平成22年度)
 - 6,940円 (平成23年度)
 - 5,180円 (平成24年度)
 - 1,680円 (平成25年度)

の差異



【外来受診率】

参加者と不参加者の差

男性 -0.28件/人 (平成21年度)
 - 0.40件/人 (平成22年度)
 - 0.35件/人 (平成23年度)
 - 0.29件/人 (平成24年度)
 - 0.19件/人 (平成25年度)

女性 -0.35件/人 (平成21年度)
 - 0.37件/人 (平成22年度)
 - 0.25件/人 (平成23年度)
 - 0.13件/人 (平成24年度)
 +0.03件/人 (平成25年度)

の差異

※平成20~25年度の特定健診・保健指導データとレセプトデータのうち突合率が80%以上の364保険者のデータ(分析対象:19.3万人)のうち、平成20年度に積極的支援に参加した11606人と不参加だった84558人について、21年度以降の糖尿病、高血圧症、脂質異常症に関する外来医療費等の経年分析をした。

特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のための ワーキンググループ 標準的な質問票の分析に関する中間報告 概要

標準的な質問票の分析について

1. 標準的な質問票とは

質問票は、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（平成19年厚生労働省令第157号）に規定されている特定健康診査の項目のうち、既往歴の調査（服薬歴及び喫煙習慣の状況の調査を含む）として実施されている。

特定保健指導対象者の選定・階層化に必要なNo.1～3の服薬状況とNo.8の喫煙習慣は必須項目である。

標準的な質問票は「標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）」において示されているが、一字一句まで省令・告示等で規定しているものではなく、これをベースに、医療保険者・健診機関で、これまでの経験・ノウハウや受診対象者の属性を踏まえ、質問の趣旨を逸脱しない範囲であれば、質問文をより適切と判断する内容に適宜改変することは差し支えないとされている。

2. 標準的な質問票の回答状況（平成26年度実施分）

平成26年度実施分の特定健診データのうち標準的な質問票の回答についてNDBより集計した。平成26年度の回答者数は約2,600万人であり、有効回答率は、必須項目は概ね100%、その他の項目は概ね80%以上（国保、健康保険組合：約85%、全国健康保険協会、共済組合：約80%）であった。

性・年齢階級別の集計は、全ての質問項目において表1を分母とし、無回答も含めて回答状況を集計した。

性・年齢階級別×保険者種別、性・年齢階級別×保健指導レベル別、性・年齢階級別×メタボ判定別のクロス集計は、各質問項目において無回答を除いた有効回答を分母とし、回答状況を集計した。

表1 分析対象者数

	男性（人）	女性（人）
40～74歳	14,448,013	11,971,971
40～44歳	2,837,268	1,933,447
45～49歳	2,510,805	1,751,549
50～54歳	2,277,570	1,652,613
55～59歳	2,072,219	1,548,589
60～64歳	1,799,436	1,604,178
65～69歳	1,613,728	1,832,083
70～74歳	1,336,987	1,649,512

注）「平成26年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況」で公表している特定健診受診者数は、基本的な健診の項目等の必須項目が漏れなく入力されている者に限り集計しているが、本分析の対象者数は必須項目の入力漏れがあっても集計しているため、健診受診者数と分析対象者数は一致しない。

3. 主な特徴

メタボリックシンドロームとの関係

メタボリックシンドローム該当者（以下、メタボ該当者という。）と非該当者で最も差があった質問項目は「20歳からの体重変化」であった。メタボ該当者で+10kgだったのは60～80%台であったのに対し、非該当者で+10kgだったのは10～20%台であり50%近い差があった。

また、年齢階級により+10kgだった者の割合の差はほぼなく、40歳の時点で男性は3分の1以上が既に+10kgに達していた。

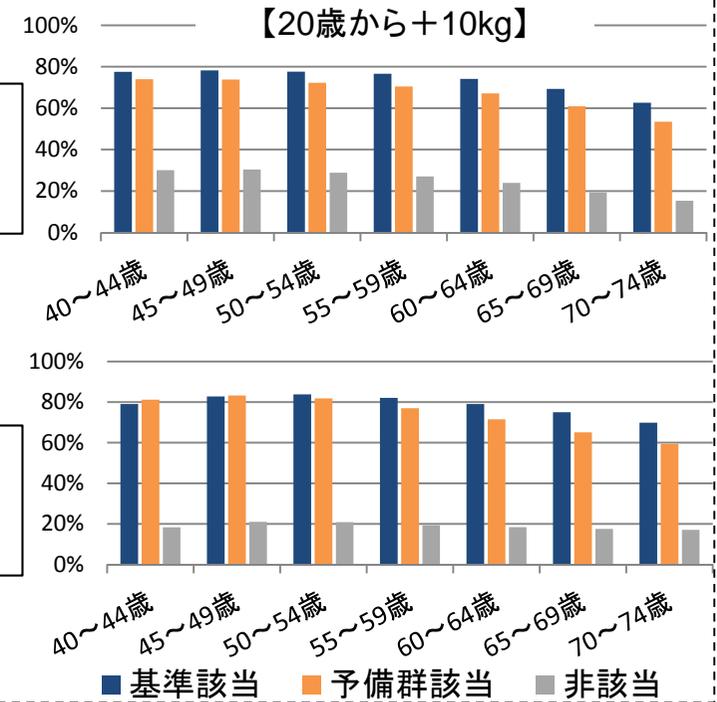
「20歳からの体重変化」ほどではないが、メタボ該当者と非該当者で運動習慣及び食習慣の差があり、特に食べる速度が速い者の割合はメタボ該当者の方がどの年齢階級においても約10%高かった。

喫煙状況

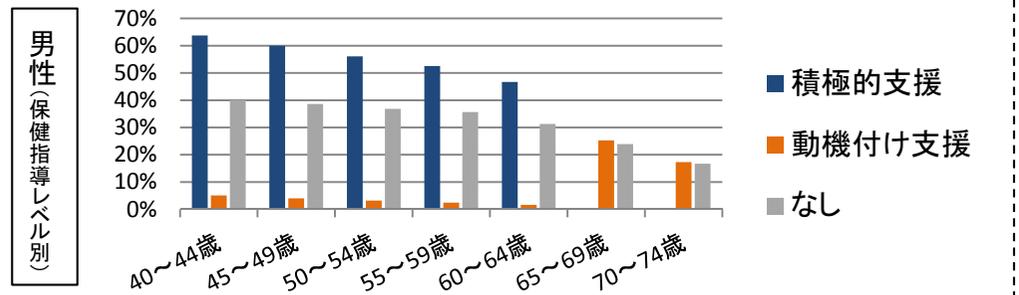
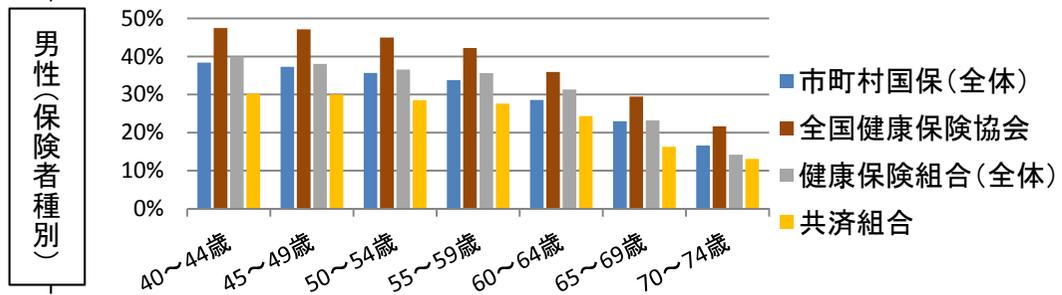
特定健康診査受診者の喫煙率は23.0%であるが、男性34.2%、女性9.4%と男性の喫煙率が高く、特に40～44歳の男性の喫煙率が41.1%と高かった。年齢階級が上がるほど喫煙率は低くなった。

保険者種別では、共済組合は男女ともに喫煙率が低く、全国健康保険協会は男性の喫煙率が高かった。

保健指導レベル別では、積極的支援該当は保健指導対象外よりも20%程度喫煙率が高かった。また、特定保健指導の階層化では喫煙歴があると支援レベルが上がるため、65歳未満では、動機付け支援該当の喫煙率は概ね5%以下と低く、特定保健指導対象者であって喫煙歴有りの場合は、ほとんどが積極的支援該当となっていた。



【現在、たばこを習慣的に吸っている】



4. 分析から得られたポイント

20歳の時の体重から10kg以上増加している者は、メタボリックシンドロームに該当している割合が高く、また、40歳以前に既に運動・食事・喫煙などの関する不適切な生活習慣が形成された結果、メタボリックシンドロームに該当している者が相当程度いることが示唆される。このため、メタボリックシンドロームを未然に防ぐために、40歳未満の者を含めて適切な体重の維持や生活習慣の改善に関する指導を取り組むことも求められる。

喫煙については、40歳代男性の喫煙率が最も高く、年齢階級が上がるにつれて喫煙率は低くなっていた。また、積極的支援該当者の喫煙率は、男性では40～60%台、女性では10～40%台であり、概ね5%であった動機付け支援該当者に比べ非常に高かった。このため、保険者は事業者と共同して、喫煙しない職場環境づくりの推進、40歳以前からの禁煙に関する保健指導の実施、積極的支援の中で禁煙効果の高い保健指導を的確に実施など喫煙者を減らす取組が求められる。また、40歳以前からの取組により喫煙者を減らすことは、特定保健指導対象者を減らす取組としても有効である。

性・年齢階級別、保険者種別など属性による生活習慣の差が確認され、ポピュレーションアプローチも含めた対策に本データは活用できると考えられる。

メタボ該当者及び特定保健指導対象者の生活習慣の状況が捉えられたため、保健指導に活用していくことが重要である。



	質問項目	回答
1-3	現在、aからcの薬の使用の有無 ^{※①}	
1	a. 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ
2	b. インスリン注射又は血糖を下げる薬	①はい ②いいえ
3	c. コレステロール ^{※②} を下げる薬	①はい ②いいえ
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
6	医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがある。	①はい ②いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者)	①はい ②いいえ
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	①はい ②いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施	①はい ②いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施	①はい ②いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	①はい ②いいえ
13	この1年間で体重の増減が±3kg以上あった。	①はい ②いいえ
14	人と比較して食べる速度が速い。	①速い ②ふつう ③遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ
16	夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ
18	お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	①毎日 ②時々 ③ほとんど飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 清酒1合(180ml)の目安・ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎35度(80ml)、ウイスキーダブル一杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	①1合未満 ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3合以上
20	睡眠で休養が十分とれている。	①はい ②いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	①改善するつもりはない ②改善するつもりである(概ね6か月以内) ③近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている ④既に改善に取り組んでいる(6か月未満) ⑤既に改善に取り組んでいる(6か月以上)
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	①はい ②いいえ

※①医師の診断・治療のもとで服薬中の者を指す。 ※②中性脂肪も同様に取扱う。

(参考) 特定保健指導とメタボリックシンドロームの基準について

<特定保健指導の基準>

腹囲	追加リスク			喫煙歴	対象	
	血糖	脂質	血圧		40-64歳	65-74歳
85cm(男性) 90cm(女性)	2つ以上該当			あり なし	積極的 支援	動機付け 支援
	1つ該当					
上記以外でBMI 25	3つ該当			あり なし	積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当					
	1つ該当					

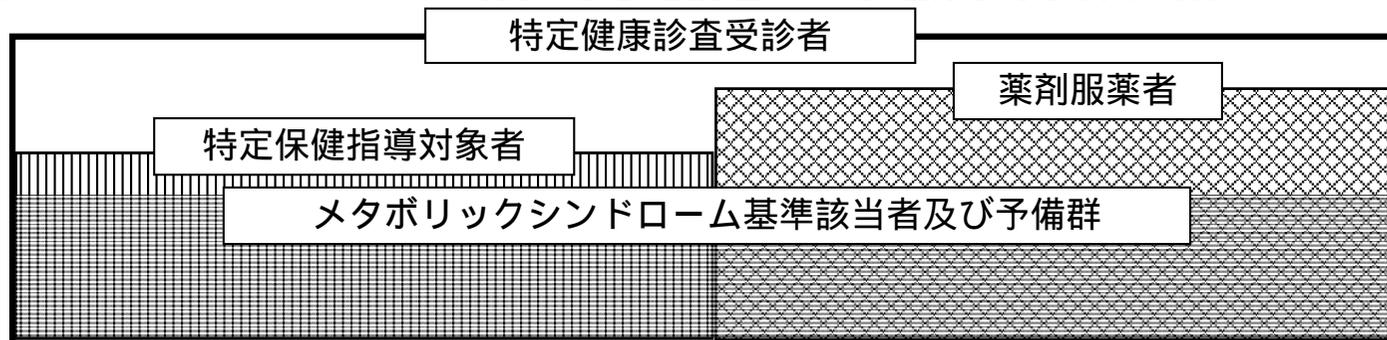
* 血糖：空腹時血糖100mg/dl以上、またはHbA1c（JDS値・平成24年度まで）5.2%以上（NGSP値・平成25年度から）5.6%以上、
脂質：中性脂肪150mg/dl以上、またはHDLコレステロール40mg/dl未満、 血圧：収縮期130mmHg以上、または拡張期85mmHg以上

<メタボリックシンドロームの判定基準>

腹囲	追加リスク			
	血糖	脂質	血圧	
85cm(男性)	2つ以上該当			メタボリックシンドローム基準該当者
90cm(女性)	1つ該当			メタボリックシンドローム予備群該当者

* 血糖：空腹時血糖110mg/dl以上、 脂質：中性脂肪150mg/dl以上、またはHDLコレステロール40mg/dl未満、
血圧：収縮期130mmHg以上、または拡張期85mmHg以上
* 高TG血症、低HDL-C血症、高血圧、糖尿病に対する薬剤治療を受けている場合は、それぞれの項目に含める。

<メタボリックシンドローム基準該当者及び予備群と特定保健指導対象者の関係>



* メタボリックシンドロームには、薬剤服薬者が含まれるほか、血糖値の基準が若干異なる。

保険者における予防・健康づくり等のインセンティブの見直し

○ H27年国保法等改正において、保険者種別の特性を踏まえた保険者機能をより発揮しやすくする等の観点から、①市町村国保について保険者努力支援制度を創設し、糖尿病重症化予防などの取組を客観的な指標で評価し、支援金を交付する（H28年度から前倒し実施を検討）、②健保組合・共済の後期高齢者支援金の加算・減算制度についても、特定健診・保健指導の実施状況だけでなく、がん検診や事業主との連携などの取組を評価する（施行はH30年度から）仕組みに見直すこととした。

〈現行（～平成29年度）〉

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保（市町村）	国保組合	後期高齢者医療 広域連合
手法	後期高齢者支援金の加算・減算制度				なし
指標	特定健診・保健指導の実施率				



〈見直し後（平成30年度～）〉

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保（都道府県・市町村）	国保組合	後期高齢者医療 広域連合
手法	後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直し	各支部の取組等を都道府県単位保険料率に反映	保険者努力支援制度を創設	各国保組合の取組等を特別調整補助金に反映	各広域連合の取組等を特別調整交付金に反映
指標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保険者種別共通の項目を設定（特定健診・保健指導の実施率、重症化予防の取組、後発品の使用促進等） ・ 保険者種別ごとにその特性を踏まえた項目を追加で設定 				

◎持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議 参議院厚生労働委員会

一、国民健康保険について

5 保険者努力支援制度の実施に当たっては、保険者の努力が報われ、医療費適正化に向けた取組等が推進されるよう、綿密なデータ収集に基づく適正かつ客観的な指標の策定に取り組むこと。

保険者における予防・健康づくり等のインセンティブの共通の指標 (保険者による健診・保健指導等に関する検討会での取りまとめ：平成28年1月)

- 保険者による健診・保健指導等に関する検討会で、保険者において種別に関わりなく共通的に取り組むべき指標について検討し、平成28年1月に、以下のとおり、とりまとめた。

ア 予防・健康づくりに係る指標

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

- 具体例 特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率、健診未受診者・保健指導未利用者対策

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

- 具体例 がん検診や歯科健診などの健（検）診の実施、健診結果等に基づく受診勧奨や精密検査の必要な者に対する働きかけ、歯科のリスク保有者への保健指導等の取組の実施状況

【指標③】 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況

- 具体例 糖尿病等の治療中断者への働きかけや、治療中の加入者に対して医療機関等と連携して重症化を予防するための保健指導等を実施する取組

【指標④】 広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況

- 具体例 ICT等を活用して本人に分かりやすく健診結果の情報提供を行うことや、ヘルスケアポイント等による予防・健康づくりへのインセンティブ付与の取組のうち、実効性のあるもの

イ 医療の効率的な提供への働きかけに係る指標

【指標⑤】 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況

- 具体例 地域のかかりつけ医師、薬剤師等との連携の下、重複頻回受診者、重複服薬・多剤投与と思われる者への訪問指導の実施や、訪問による残薬確認・指導等の取組

【指標⑥】 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況

- 具体例 後発医薬品差額通知の実施や後発医薬品の希望カードの配付など、実施により加入者の後発医薬品の使用を定着・習慣化させ、その後の後発医薬品の継続使用に資するものや後発医薬品の使用割合など

後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直し（検討中）

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

【現行の仕組み】 ※国保・被用者保険の全保険者が対象

1. 目標の達成状況

- ・ 特定健診・保健指導の実施率のみによる評価

2. 支援金の加減算の方法（H26年度の例）

①健診等の実施率ゼロ(0.1%以下)の保険者(142保険者)
→支援金負担を加算(ペナルティ) 加算率=0.23%

②実施率が相対的に高い保険者(183保険者)
→支援金負担を減算(インセンティブ)

事業規模:7,600万円 支援金総額(保険者負担):5.6兆円

【見直し:H30年度~】 ※加減算は、健保組合・共済組合が対象
(市町村国保は保険者努力支援制度で対応)

1. 支援金の加算(ペナルティ)

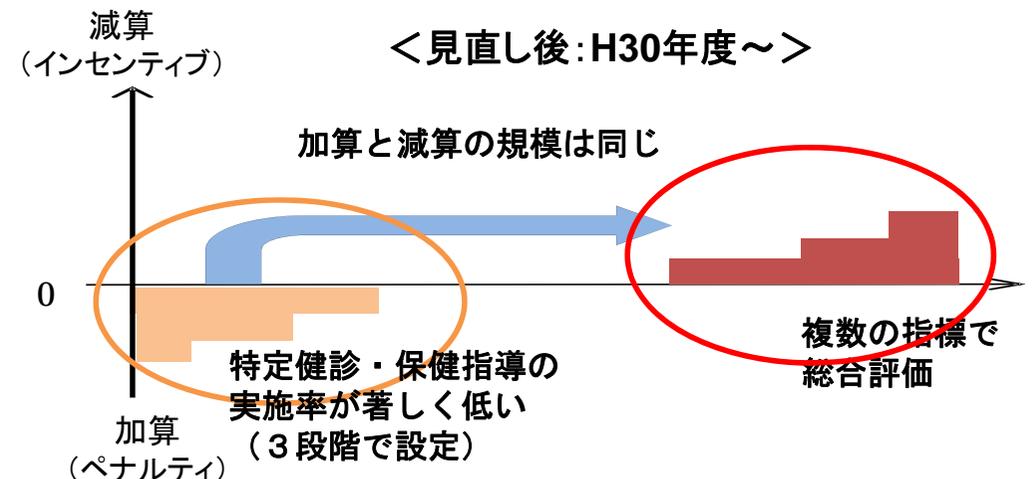
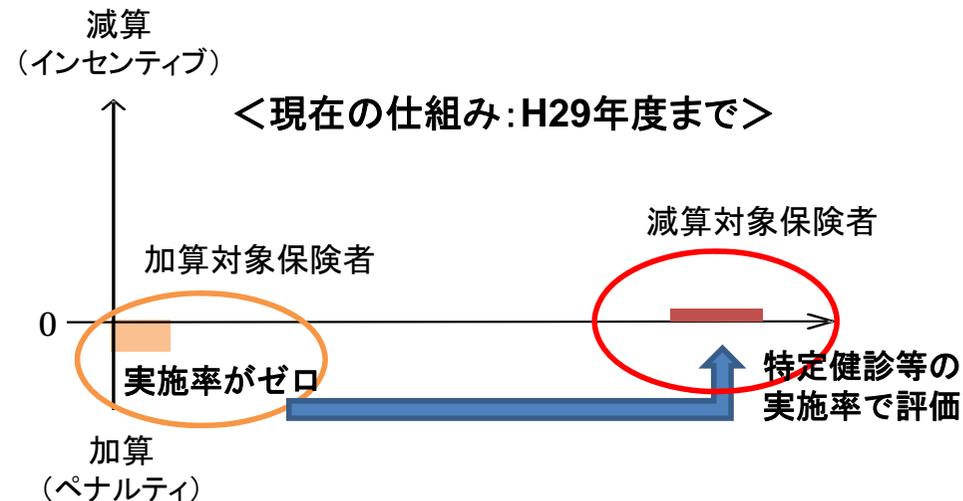
- ・ 特定健診・保健指導の実施率が「ゼロ(0.1%以下)の保険者」だけでなく、「実施率が著しく低い保険者」に対象範囲を拡大
- ・ 実施率に応じて、3段階で、加算率を設定

2. 支援金の減算(インセンティブ) ※減算の規模=加算の規模

- ・ 特定健診・保健指導の実施率に加え、がん検診・歯科健診、糖尿病等の重症化予防、予防・健康づくりの個人へのインセンティブの取組、事業主との連携等の複数の指標で総合評価

(項目案)

- ・ 特定健診・保健指導の実施率、前年度からの上昇幅
- ・ 後発品の使用割合、前年度からの上昇幅
- ・ がん検診・歯科健診等、糖尿病等の重症化予防
- ・ 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(就業時間中の配慮、受動喫煙防止等)
- ・ 予防・健康づくりの個人へのインセンティブの取組 等



特定健診・保健指導のH26年度の実施率が高い保険者 【平成27年度後期高齢者支援金の減算対象保険者①】

H26年度の特定健診・保健指導の実績率が以下の範囲に該当しており、健診・保健指導の実績が優れた保険者である。

市町村国保（大）：健診 45.6%以上 保健指導 34.6%以上 市町村国保（中）：健診 33.7%以上 保健指導 58.5%以上
市町村国保（小）：健診 40.4%以上 保健指導 70.8%以上 国保組合 ：健診 36.1%以上 保健指導 30.1%以上

市町村国保（保険者数：73）

上川町（北海道）
上富良野町（北海道）
中富良野町（北海道）
南富良野町（北海道）
剣淵町（北海道）
下川町（北海道）
加美町（宮城県）
会津若松市（福島県）
檜枝岐村（福島県）
柳津町（福島県）
三島町（福島県）
鮫川村（福島県）
益子町（栃木県）
神流町（群馬県）
富津市（千葉県）
江戸川区（東京都）
上越市（新潟県）
妙高市（新潟県）
南砺市（富山県）
小松市（石川県）
七尾市（石川県）
加賀市（石川県）
白山市（石川県）
能美市（石川県）
野々市市（石川県）
宝達志水町（石川県）
葦崎市（山梨県）
南アルプス市（山梨県）
飯田市（長野県）
伊那市（長野県）
千曲市（長野県）
木曾町（長野県）
麻績村（長野県）
池田町（長野県）
松川町（長野県）
喬木村（長野県）
信濃町（長野県）
高山市（岐阜県）
中津川市（岐阜県）
恵那市（岐阜県）
本巣市（岐阜県）
飛騨市（岐阜県）
下呂市（岐阜県）
島田市（静岡県）
湖西市（静岡県）

下北山村（奈良県）
小松島市（徳島県）
吉野川市（徳島県）
美馬市（徳島県）
東みよし町（徳島県）
海陽町（徳島県）
飯塚市（福岡県）
うきは市（福岡県）
島原市（長崎県）
西海市（長崎県）
雲仙市（長崎県）
南島原市（長崎県）
山鹿市（熊本県）
阿蘇市（熊本県）
球磨村（熊本県）
佐伯市（大分県）
臼杵市（大分県）
竹田市（大分県）
日南市（宮崎県）
椎葉村（宮崎県）
石垣市（沖縄県）
国頭村（沖縄県）
今帰仁村（沖縄県）

読谷村（沖縄県）
南風原町（沖縄県）
座間味村（沖縄県）
伊平屋村（沖縄県）
南城市（沖縄県）

国保組合（保険者数：4）

京都市中央卸売市場国保組合
大阪木津卸売市場国保組合
神戸中央卸売市場国保組合
鹿児島県歯科医師国保組合

市町村国保 都道府県別 減算対象保険者数

北海道(6)、宮城(1)、福島(5)、
栃木(1)、群馬(1)、千葉(1)、
東京(1)、新潟(2)、富山(1)、
石川(7)、山梨(2)、長野(9)、
岐阜(6)、静岡(2)、奈良(1)、
徳島(5)、福岡(2)、長崎(4)、
熊本(3)、大分(3)、宮崎(2)、
沖縄(8)

特定健診・保健指導のH26年度の実施率が高い保険者②

【平成27年度後期高齢者支援金の減算対象保険者②】

H26年度の特定健診・保健指導の実績率が以下の範囲に該当しており、健診・保健指導の実績が優れた保険者である。

健保組合（単一）：健診 70.0%以上 保健指導 52.6%以上 健保組合（総合）：健診 70.3%以上 保健指導 31.3%以上
 共済：健診 77.9%以上 保健指導 45.6%以上

総合型健保組合（保険者数：9）

東京都鉄二健保組合
 東京都情報サービス産業健保組合
 長野県機械金属健保組合
 愛知県信用金庫健保組合
 トヨタ関連部品健保組合
 愛鉄連健保組合
 京都府農協健保組合
 近畿しんきん健保組合
 福岡県農協健保組合

資生堂健保組合
 T&Dフィナンシャル生命健保組合
 日本中央競馬会健保組合
 協和エクシオ健保組合
 フランスベッドグループ健保組合
 あおぞら銀行健保組合
 鷺宮健保組合
 日本ケミコン健保組合
 高見澤電機健保組合
 ヤクルト健保組合
 カシオ健保組合

エプソン健保組合
 大垣共立銀行健保組合
 岐阜信用金庫健保組合
 スクロール健保組合
 三保造船健保組合
 矢崎化工健保組合
 ホトニクス・グループ健保組合
 トヨタ車体健保組合
 アイシン健保組合
 中部電力健保組合
 トヨタ販売連合健保組合

倉紡健保組合
 品川リフラクトリーズ健保組合
 もみじ銀行健保組合
 イズミグループ健保組合
 東洋鋼鈑健保組合
 西京銀行健保組合
 阿波銀行健保組合
 徳島銀行健保組合
 神島化学健保組合
 住友共同電力健保組合
 帝人グループ健保組合
 KCカード健保組合
 雪の聖母会健保組合
 センコー健保組合

単一型健保組合（保険者数：71）

青森銀行健保組合
 みちのく銀行健保組合
 日本原燃健保組合
 秋田銀行健保組合
 山形銀行健保組合
 東京鐵鋼健保組合
 日本ピストンリング健保組合
 曙ブレーキ工業健保組合
 三井精機工業健保組合
 ヒゲタ健保組合
 第一生命健保組合

ナイガイ健保組合
 日本旅行健保組合
 船場健保組合
 アドバンテスト健保組合
 アコム健保組合
 ヨドバシカメラ健保組合
 エルナー健保組合
 ビー・エス・エヌ健保組合
 直江津電子健保組合
 中越パルプ工業健保組合
 セーレン健保組合
 サカイ健保組合

ATグループ健保組合
 岡谷鋼機健保組合
 富士機械製造健保組合
 シロキ工業健保組合
 日新電機健保組合
 京セラ健保組合
 森下仁丹健保組合
 野村健保組合
 塩野義健保組合
 大日本住友製薬健保組合
 シバタ工業健保組合
 鳥取銀行健保組合

共済組合（保険者数：4）

岩手県市町村職員共済組合
 東京都職員共済組合
 三重県市町村職員共済組合
 岡山県市町村職員共済組合

健保組合におけるデータヘルス

健保組合におけるデータヘルス

これまでの取組

保健師など医療専門職がない、また先進的な取組みを進めるためのノウハウが不足しているなど、健保組合等保険者の多くは人員や資源が必ずしも十分ではない。

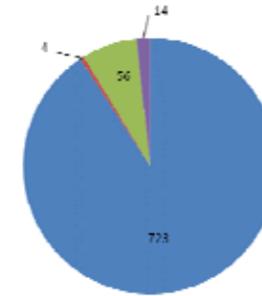
保険者のデータヘルスの取組みを支援する先進的なノウハウを有する民間事業者（企業）の活用により中小規模保険者の取組みを後押し。

具体的には、**保険者と民間事業者のマッチングを推進するため**、28年11-12月に、仙台、大阪、福岡にて、「**データヘルス・予防サービス見本市**」を開催（45社が出展、約2000人が参加）。

アンケートでは、回答者の内、約91%が見本市のような連携推進の場を必要と回答、約94%が満足又はやや満足と回答。

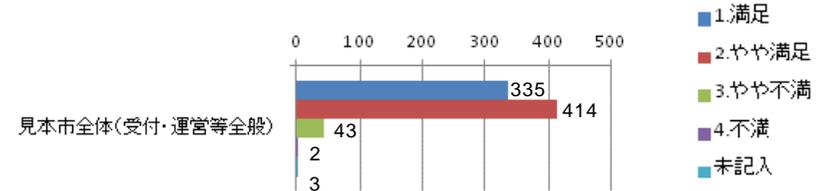
28年7月開催の日本健康会議2016において、**データヘルスの好取組事例を紹介し、複数の保険者・自治体から推薦を受けたヘルスケア事業者（88社）を公表**。ホームページでもデータヘルスの取組事例を公表。

問 データヘルス・予防サービス見本市のような保険者等と事業者との連携推進の場は必要ですか。（n=797）



- 必要であり、今後も継続的に実施すべき
- 必要ではない
- どちらともいえない
- 未記入

問 本日のイベントはいかがでしたか。満足度を各1～4の項目にチェックをお願いします。（n=797）



- 1.満足
- 2.やや満足
- 3.やや不満
- 4.不満
- 未記入

今後の進め方

30年度から始まる第2期データヘルス計画（本格稼働）に向けて、健保組合によるデータヘルスの取組みを更に推進するため、以下の強化策を行う。

● コラボヘルスガイドラインの策定

健保組合のデータヘルスを円滑に進めるためには、**事業主（企業）の協力が不可欠であるが十分な協力体制が構築できていない**。したがって、**コラボヘルスガイドラインを策定し、企業が健保組合に人材や財源を投入する等ガバナンスを強化**することで、企業と健保組合が協働して加入者の健康増進に取り組むコラボヘルスを推進する。

● 都道府県単位の共同事業化に向けたモデル事業の実施

都道府県単位でビックデータの共同分析やデータヘルス共同事業モデルを整備することにより、**保険者機能の集約化による保健事業の再編を促し効率化と強化を同時に実現**する。

（例：糖尿病重症化予防の共同事業化、一定地域単位でのがん検診共同実施・保健師等専門職の共同活用等）

● 「データヘルスポータルサイト」の本格稼働

第1期データヘルス計画（平成27年度～平成29年度）の課題として、**目的や動機が明確でない取組みや、定量的なアウトカム目標の設定が行えていない取組みが散見された**。したがって、**各健保組合の取組みの成果を見える化する「データヘルスポータルサイト」を本格稼働し、健保組合による成果量目標に基づく実施効果の検証を支援**する。

例：アウトカム：保健指導利用者におけるHba1c改善者の割合

（前年比 %増加）

糖尿病性腎症による新規人工透析者数

（2年間で %減少）

受診勧奨レベル該当者における医療機関未受診者の割合

（前年度比 %減少（レセプトで確認））

データヘルス計画の作成状況

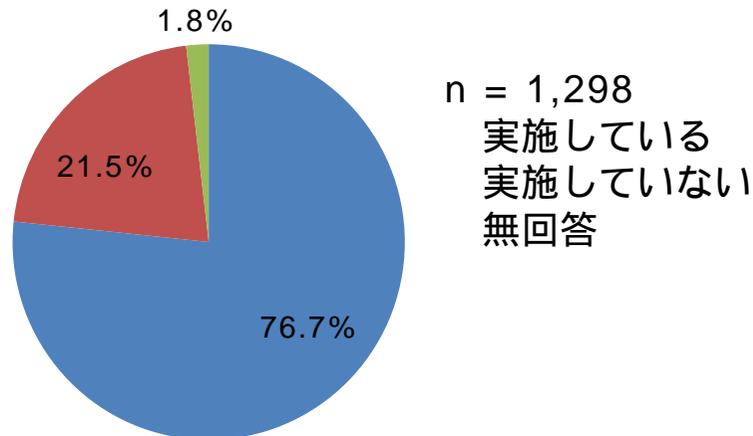
平成28年3月現在

	作成済み	作成中	未作成	計
健保組合	1,395組合 (99.6%)	—	5組合(※1) (0.4%)	1,400組合 (100%)
協会けんぽ	47支部+船保 (100%)	—	—	47支部+船保 (100%)
市町村国保	1,013保険者 (64.6%)	295保険者 (18.8%)	261保険者 (16.6%)	1,569保険者 (100%)
後期広域連合	47 (100%)	—	—	47 (100%)

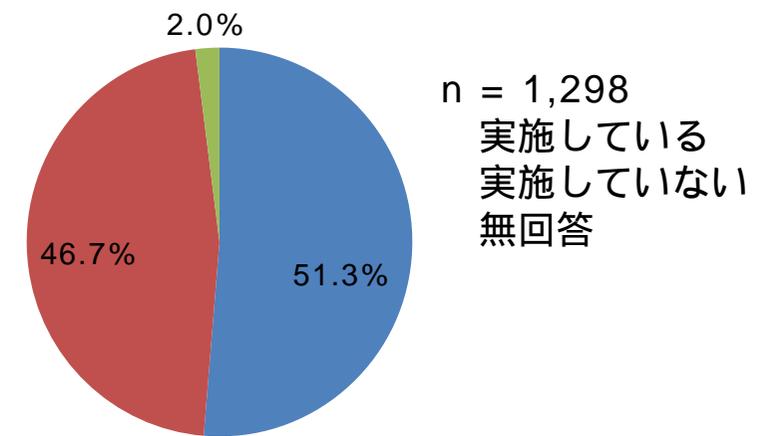
(※1) 健保組合で未作成の5組合は、合併・解散等が予定されていて作成しないので、実質的に全健保組合で作成済。

(※2) 市町村国保1716保険者のうち、日本健康会議2016の全数調査で報告のあった1569保険者の調査結果(147保険者の結果が反映されていない)。

データヘルス計画全体の進捗管理の有無



データヘルス計画全体の評価改善の有無



出典：日本健康会議2016 保険者データヘルス全数調査

データヘルス計画のスケジュール

