

平成29年10月18日 厚生労働省保険局公表資料

後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直しについて （健保組合・共済組合の保険者インセンティブ関係）

平成29年10月18日	資料2
第30回保険者による 健診・保健指導等に関する検討会	

後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直しについて (健保組合・共済組合の保険者インセンティブ関係)

(※) 減算指標について、4月24日の保険者による健診・保健指導等に関する検討会で、厚生労働省から報告した案から、未来投資戦略2017を踏まえ、さらに関係者と調整した結果を整理したもの。

2017年10月
厚生労働省 保険局

4月24日の検討会資料からの主な追加・修正点

- (1) 特定健診・保健指導の各保険者別の2017年度実施率を2019年3月頃予定で公表するなど、2018年度以降の後期高齢者支援金の加算・減算のスケジュールを具体化した。
- (2) 減算（インセンティブ）の指標について、未来投資戦略2017を踏まえ、以下のような見直しを追加した。
- ① 予防・健康づくりの多様な取組をバランス良く評価する観点から、保険者が優先的に取り組むべき項目として、重点項目を設定する。重点項目は、2018年度は大項目ごとに1項目以上実施することを要件とし、2019年度以降は実施状況を踏まえて見直しを行い、2項目以上に段階的に引き上げていくことを検討する。
 - ② 法定義務である特定健診・特定保健指導の実施率について、2018年度の評価（2017年度実績）では、保険者種別の目標値の0.9倍の達成を要件とする（目標達成に向けた取組を促すため、2015年度実績の評価で用いた水準を下げないようにする）。同要件は、実施状況を踏まえて、第3期の中間時点で保険者種別の目標値までの引上げを検討する。
 - ③ 加算（ペナルティ）を適用しない基準についても、多様な取組をバランス良く評価する観点から、大項目ごとに1項目以上の重点項目の実施を要件とする。
 - ④ 減算指標や配点、評価方法については、第3期の中間時点で実施状況を点検した上で、更に見直しを検討する。
 - ⑤ 多様な取組をバランス良く評価する観点から、配点について、以下のように見直す。
 - ・大項目1（特定健診・保健指導の実施）の配点の割合を下げる（75点→65点）
 - ・特定健診・保健指導以外の評価項目について、4点を基準に揃えた上で、本人への分かりやすい情報提供、特定健診データの保険者間の連携、喫煙対策（特定保健指導対象者の選定項目に位置づけられている）を5点とする。
 - ・事業主との連携の取組に、従業員等の健康増進の取組や目標に関する「健康宣言」の策定を位置づける。
 - ・その他、各項目について、幅広い取組を評価する観点から、取組例を具体的に記載する。

◎「未来投資戦略2017」（2017年6月9日閣議決定）（抜粋）

- 1 健康・医療・介護 （2）新たに講ずべき具体的施策
- ② 保険者や経営者によるデータを活用した個人の予防・健康づくりの強化
 - ・ 予防・健康づくり等に向けた加入者の行動変容を促す保険者の取組を推進するため、保険者に対するインセンティブを強化する。健保組合・共済については、後期高齢者支援金の加算・減算制度について、加算率・減算率ともに、来年度から段階的に引き上げて2020年度には最大で法定上限の10%まで引き上げる。（略）各制度共通の評価指標は、特定健診・特定保健指導の実施率に加え、がん検診・歯科健診の実施状況や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等を追加することで、予防・健康づくりなど医療費適正化に資する多様な取組をバランス良く評価するものとする。また、保険者の責任を明確化するため、全保険者の特定健診・特定保健指導の実施率を本年度実績から公表し、開示を強化する。

後期高齢者支援金の加算・減算のスケジュール（イメージ）

- 2018年度の後期高齢者支援金の加算・減算は、①2019年夏頃までに、2017年度の特設健診・保健指導の実施率の実績により加算額を確定し、②2019年秋頃までに、2018年度の総合評価の取組実績により減算の評価を行い、加算と減算の対象保険者を確定し、③2020年度に、2018年度の後期高齢者支援金の概算額と確定額との精算を行う（加算・減算を反映させる）予定としている。
- 2021～23年度の後期高齢者支援金の加算・減算の指標は、2018年度からの実施状況を中間的に評価・検討した上で、設定する予定としている。

	加算（ペナルティ）	減算（インセンティブ）
2017年度	4月 加算対象の要件と加算率を公表（2017～19年度実績分） 特定健診・保健指導の実施（2017年度実績分の場合）	4月 総合評価の指標案（検討中）を公表 更に指標や要件等を検討 10月 総合評価の指標と要件を公表（2018～20年度分）
2018年度	2017年度実績の保険者から国への法定報告（11月1日締切） NDBから集計、保険者に必要に応じて確認 2019年3月頃（予定） 2017年度の保険者別の実施率実績を公表	総合評価指標の取組の実施（2018年度分の場合） （特定健診・保健指導以外の取組）
2019年度	6～7月頃 2018年度の加算額の確定（2017年度の実施率を使用） 2018年度実績の保険者から国への法定報告（11月1日締切） 2020年3月頃（予定） 2018年度の保険者別の実施率実績を公表	6～7月頃 総合評価指標の取組実績の国への報告（2018年度分） 9～10月頃 2018年度の減算対象保険者の確定・公表
2020年度	2020年度以降の実施分の加算の要件と加算率を検討、設定 特定健診・保健指導の実施（2020～22年度分）	2018年度の後期高齢者支援金の概算額と確定額の精算（予算の承認後、加算・減算の確定額を反映させる） 6～7月頃 総合評価指標の取組実績（2019年度分）の国への報告 2021年度以降の総合評価の指標と要件を検討、設定
2021年度～2023年度		総合評価指標の取組の実施（2021～23年度分）

（※）後期高齢者支援金の加算・減算を反映させるための政省令は、2018年度分の精算手続きは2020年度だが、2018年度内を目途に改正・公布予定。

後期高齢者支援金の減算（インセンティブ）の指標（2018～23年度）

（１）保険者機能の発揮への総合的な評価、アウトプットの評価の導入

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

（２）減算対象の保険者の要件、重点項目の設定（要件の段階的な引き上げの検討）

- 特定健診・保健指導は、生活習慣に起因する糖尿病等の発症予防、医療費適正化のために保険者が共通で取り組む法定義務の保健事業であり、法定義務の達成状況を優先的に評価するため、2018年度分の評価（2017年度実績）は保険者種別の目標値の0.9倍を達成している保険者を減算の対象とする。この達成要件については、2018年度分の評価（2017年度実績）での特定健診・保健指導の実施状況を踏まえて、第3期の中間時点で保険者種別の目標値までの要件の引き上げを検討する。

- 法定義務に加えてバランスのとれた取組を確保するため、保険者において優先的に取り組むべき重点項目を設定する。2018年度は、大項目ごとに重点項目の中から1項目以上実施することを減算の要件とする。2019年度以降は、実施状況を踏まえて重点項目の中で達成すべき項目数の見直しを行い、大項目2～7の要件となる項目数を2項目以上に段階的に引き上げていくことを検討する。

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

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

（※）第3期の目標値の0.9倍に設定した場合、特定健診の要件は、2016年度の減算対象保険者（2015年度実績）が達成した実施率よりもハードルが高くなるが、特定保健指導の要件は、2016年度の減算対象保険者が達成した実施率よりはハードルが少し低くなる。

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

(3) 3グループごとの評価、減算対象保険者名の公表（点数の公表を検討）

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

(4) 加算（ペナルティ）を適用しない基準（総合評価の指標の活用）

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

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

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

健保組合・共済の保険者機能の総合評価の指標・配点（インセンティブ）（案）

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

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

総合評価の項目

重点項目

配点案

大項目1 特定健診・特定保健指導の実施(法定の義務)

①-1 保険者種別毎の目標値達成	前年度の特定健診の実施率が目標達成(単一健保90%、総合健保・私学共済85%、その他の共済90%以上)、かつ、特定保健指導の実施率が特に高い(単一健保・その他共済60%、総合健保・私学共済35%以上)	○	65
①-2 保険者種別毎の目標値達成	前年度の特定健診の実施率が目標達成(単一健保90%、総合健保・私学共済85%、その他の共済90%以上)、かつ、特定保健指導の実施率が目標達成(単一健保55%、総合健保・私学共済30%、その他の共済45%以上)	○	60
①-3 実施率が上位	前年度の特定健診の実施率が[目標値×0.9]以上 かつ 特定保健指導の実施率が[目標値×0.9]以上 (※)共済グループの特定保健指導の実施率は保険者種別目標値(45%)以上とする	○	30
②-1 特定健診の実施率の上昇幅	前年度の特定健診の実施率が[目標値×0.9]未満で、前々年度より10ポイント以上上昇(②-2との重複不可)	—	20
②-2 特定健診の実施率の上昇幅	前年度の特定健診の実施率が[目標値×0.9]未満で、前々年度より5ポイント以上上昇(②-1との重複不可)	—	10
③-1 特定保健指導の実施率の上昇幅	前年度の特定保健指導の実施率が[目標値×0.9]未満で、前々年度より10ポイント以上上昇(③-2との重複不可)	—	20
③-2 特定保健指導の実施率の上昇幅	前年度の特定保健指導の実施率が[目標値×0.9]未満で、前々年度より5ポイント以上上昇(③-1との重複不可)	—	10
小計			65

大項目2 要医療の者への受診勧奨・糖尿病等の重症化予防

① 個別に受診勧奨	特定健診結果から、医療機関への受診が必要な者を把握し、受診勧奨を実施 (※)「標準的な健診・保健指導プログラム」の具体的なフィードバックを参考に受診勧奨の情報提供を行う	○	4
② 受診の確認	①を実施し、一定期間経過後に、受診状況をレセプトで確認、または本人に確認		4
③ 糖尿病性腎症等の重症化予防の取組	重症化予防プログラム等を参考に重症化予防の取組の実施(治療中の者に対し医療機関と連携して重症化を予防するための保健指導を実施する、またはレセプトを確認して治療中断者に受診勧奨する)	○	4
④-1 特定保健指導の対象者割合の減少	前年度の特定保健指導の該当者割合が前々年度より3ポイント減少(④-2との重複不可)	—	10
④-2 特定保健指導の対象者割合の減少	前年度の特定保健指導の該当者割合が前々年度より1.5ポイント減少(④-1との重複不可)	—	5
小計			22

大項目3 加入者への分かりやすい情報提供、特定健診のデータの保険者間の連携・分析

① 情報提供の際にICTを活用 (提供ツールとしてのICT活用、ICTを活用して作成した個別性の高い情報のいずれでも可)	本人に分かりやすく付加価値の高い健診結果の情報提供(個別に提供)(※)以下のいずれかを実施 ・経年データやレーダーチャートのグラフ等の掲載 ・個別性の高い情報(本人の疾患リスク、検査値の意味)の掲載 ・生活習慣改善等のアドバイスの掲載	○	5
② 対面での健診結果の情報提供	本人への専門職による対面での健診結果の情報提供の実施(医師・保健師・看護師・管理栄養士その他医療に従事する専門職による対面での情報提供(集団実施も可))		4
③ 特定健診データの保険者間の連携①(退職者へのデータの提供、提供されたデータの活用)	保険者間のデータ連携について以下の体制が整っている。(※)実際のデータ移動の実績は不要 ・退職の際に本人又は他の保険者の求めに応じて過去の健診データの提供に対応できる ・新規の加入者又は他の保険者から提供された加入前の健診データを継続して管理できる	○	5
④ 特定健診データの保険者間の連携②(保険者共同での特定健診データの活用・分析)	保険者協議会において、以下の取組を実施。(※)いずれかでも可 ・保険者が集計データを持ち寄って地域の健康課題を分析 ・地域の健康課題に対応した共同事業を実施		4
小計			18

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

補 足 資 料

(4月24日の保険者による健診・保健指導等に関する検討会資料など)

保険者における予防・健康づくり等のインセンティブの見直し

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

〈現行（2015年度まで）〉

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

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

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

〈2018年度以降〉

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

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：2016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、2016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

健保組合・共済組合の予防・健康づくりの取組の強化（後期高齢者支援金の加算減算の見直し）

- (1) 健保組合等の保険者は、医療保険制度の運営を担う中核的な組織。国民が健康を保持し安心して生活できるよう、健康保険法等において、①療養の給付や傷病手当金等の保険給付、保険料の徴収、②糖尿病等の予防による医療費を適正化するため、40歳以上の被保険者に対し、特定健診・保健指導の実施、③その他健診・健康教育等の保健事業や、被保険者の健康管理等の支援などの保健福祉事業（努力義務）、④前期高齢者納付金、後期高齢者支援金、介護納付金の納付の役割が位置づけられている。
- (2) 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、健診により糖尿病等のリスクが高い者を選定し、本人自ら生活習慣の改善の実践につなげるよう、専門職が個別に介入・指導を行うものであり、重要な保険者機能（法定義務）である。特定保健指導の全保険者目標45%に対し、平成26年度時点で健保組合のうち実施率5%未満の保険者が3割を占めているなど、実施率の向上が課題である。
- (3) また、特定保健指導該当者の6～8割は20歳の時から体重が10キロ以上増加している者であるなど、健診結果の本人への分かりやすい情報提供や、40歳未満も対象とした健康づくり、がん検診、歯科健診・保健指導、受動喫煙防止、就業上の配慮、後発医薬品の使用促進など、保険者と事業主が連携して加入者の健康増進に総合的に取り組むことが重要。

- (1) 加入者の健康の保持向上や医療費適正化等の保険者機能の責任を明確にする観点から、厚生労働省において全保険者の特定健診・保健指導の実施率を、2017年度実績から公表する。

- (2) 特定健診・保健指導の実施率が低い保険者の取組を促すため、後期高齢者支援金の加算率（ペナルティ）を段階的に引き上げ、加算の対象範囲を拡大していく。加算の指標に、特定健診・保健指導以外の取組状況（減算の指標の点数）を組み入れる（点数が高い場合は加算しない）ことで、特定健診・保健指導以外の取組も進める（2020年度～）。

（※1）現行の加算率 0.23% → 見直し後 最大10%（法定上限） ※3区分で設定

- (3) 減算（インセンティブ）の指標に、①健診結果の分かりやすい情報提供（ICTの活用）や受診勧奨、後発医薬品の使用促進、がん検診、歯科健診・保健指導、就業上の配慮、受動喫煙防止等の取組や、②保健指導対象者割合の減少、健診・保健指導の実施率の向上幅などアウトカム指標を新たに導入する（2018年度～）。

（※2）現行の減算率 0.05% → 見直し後 最大10～5%、5～3%、3～1%の3区分 （加算の合計額に応じて設定）

（※3）減算対象の各保険者の点数の公表や、優秀な保険者の格付けの公表も検討。

後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直し

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

【現行の仕組み】 ※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 (2016年度の例)

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

※事業規模(健保・共済分):0.5億円

※支援金総額(保険者負担、健保・共済分):2.3兆円

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

1. 支援金の加算(ペナルティ)

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

2. 支援金の減算(インセンティブ) ※減算の規模=加算の規模

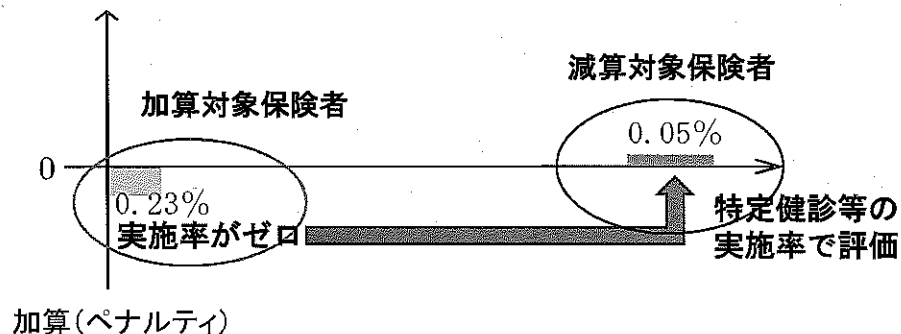
- ・ 特定健診・保健指導の実施率に加え、特定保健指導の対象者割合の減少幅(=成果指標)、がん検診・歯科健診、事業主との連携等の複数の指標で総合評価
※減算率=最大10%~1% 3区分で設定

(項目案)

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

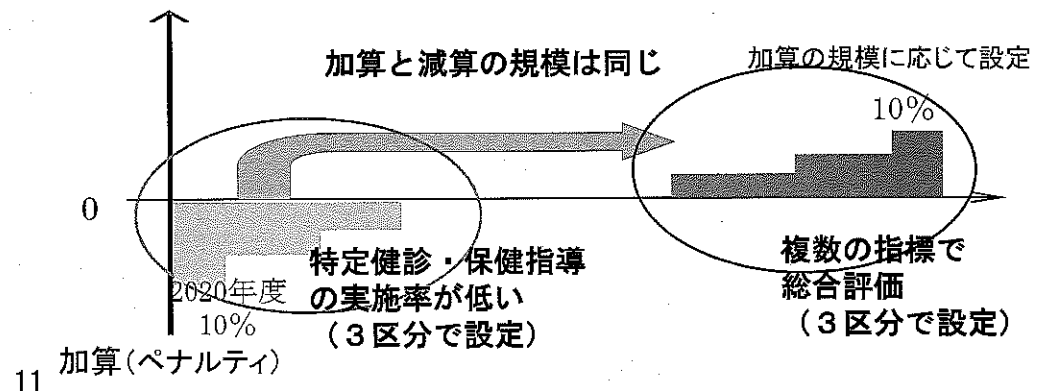
＜現在の仕組み:2017年度まで＞

減算(インセンティブ)



減算(インセンティブ)

＜見直し後:2018年度～＞



後期高齢者支援金の加算率の見直し（2018年度～）

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

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

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

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

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

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

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

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

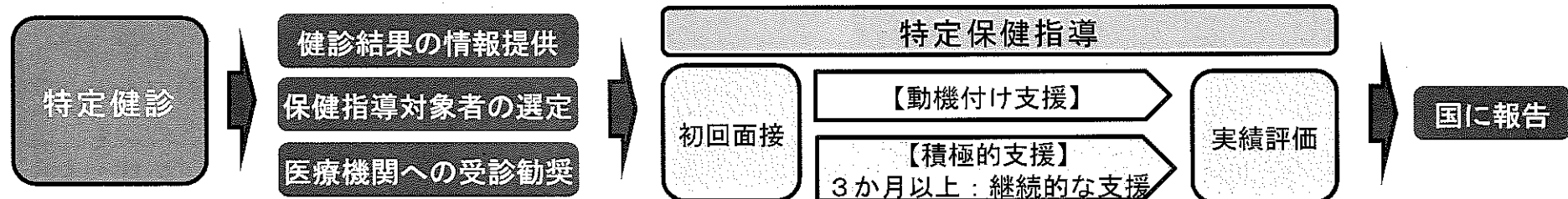
（※7）該当年度において、特定健診・保健指導（法定の義務）以外の取組が一定程度（減算の指標で集計）行われている場合には加算を適用しない。

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

特定健診・保健指導の見直し（2018年度～）

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～）

＜特定保健指導の選定基準＞（※）服薬中の者は、特定保健指導の対象としない。

腹囲	追加リスク	④喫煙歴	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40-64歳	65-74歳
≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2つ以上該当		積極的支援	動機付け支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外で BMI ≥25	3つ該当		積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当			

＜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）→ 2706万人（2015年度） 毎年100万人増
実施率 39%（2008年度）→ 50%（2015年度）

特定保健指導 終了者数 30.8万人（2008年度）→ 79.3万人（2015年度）
実施率 8%（2008年度）→ 18%（2015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～）

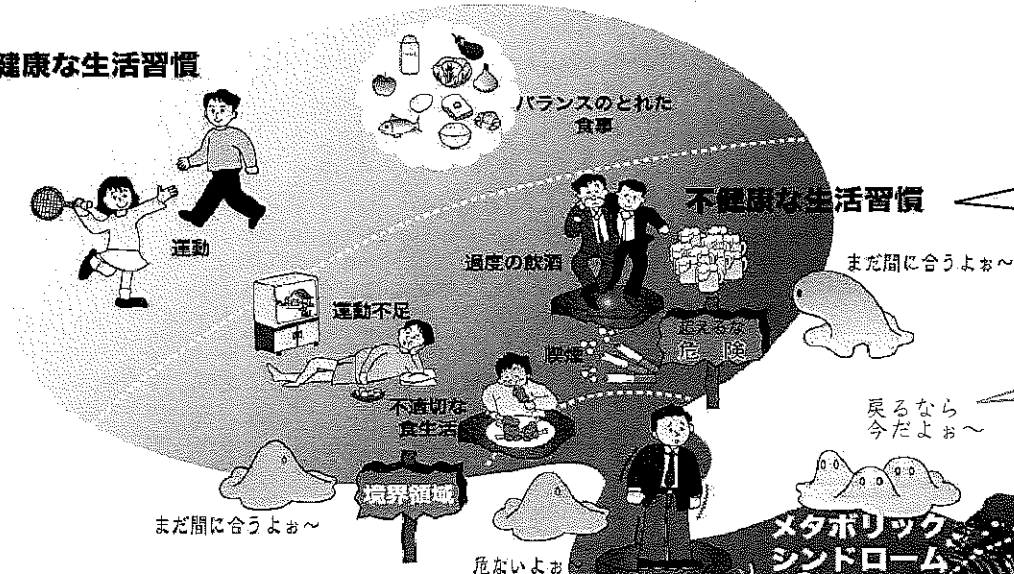


【特定保健指導の運用の弾力化】（2018年度～：第3期計画期間）

- 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（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。
- 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

- 運動・食事・喫煙などに関する不適切な生活習慣が引き金となり、肥満、脂質異常、血糖高値、血圧高値から起こる虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の発症・重症化を予防するためには、重症化に至っていく前の段階で、本人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られるよう、保険者が健診結果によりリスクが高い者を的確なタイミングで選定し、専門職が個別に介入する必要がある。こうした国民の健康保持・増進と医療費適正化の観点から、保険者は、法律に基づき、特定健診・保健指導を実施し、その結果を国に報告することが義務付けられている。

健康な生活習慣



レベル1

- 不適切な食生活
(エネルギー・食塩・脂肪の過剰等)
- 身体活動・運動不足
- 喫煙
- 過度の飲酒
- 過度のストレス

レベル2

- 肥満 (内臓脂肪型肥満)
- 生活習慣病予備群
(正常高値血圧、高血糖(境界領域)等)

レベル3

- 肥満症
- 糖尿病
- 高血圧症
- 脂質異常症

レベル4

- 虚血性心疾患(心筋梗塞・狭心症等)
- 脳卒中(脳出血・脳梗塞等)
- 糖尿病の合併症(腎症、網膜症等)
- 下肢末梢動脈疾患

レベル5

- 日常生活における支障
- 半身の麻痺、失明、人工透析、下肢切断
- 認知症

生活機能の低下
要介護状態



第3期実施計画期間（2018～23年度）の特定保健指導の運用の弾力化

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。

（※1）3か月間は専門職が個別に介入して保健指導を実施し、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となる。

（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。

（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保健指導に着手でき、受診者の利便性も向上。産業医・産業保健師との連携も図られる。

（※2）①健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、喫煙歴等の結果から特定保健指導の対象と見込まれる者に、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。

（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（※3）していれば、2年目は動機付け支援相当（3か月以上の継続的支援を要しない）で可とする。

（※3）改善の要件：①BMI30未満の者 腹囲1cm以上かつ体重1kg以上、②BMI30以上の者 腹囲2cm以上かつ体重2kg以上

（※4）現在は「3か月以上の継続的支援」として、食事や運動等の生活習慣の個別支援、電話等による確認・働きかけなど、180ポイントの実施量を求めている。2年目は、動機付け支援相当（180ポイントを要しない）とすることで、フォローしやすくなる。

（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（※5）していれば、180ポイントの実施量を満たさなくてもよいこととする）を導入する。

（※5）改善の要件：腹囲2cm以上かつ体重2kg以上（または 体重に0.024を乗じた体重以上、かつ同値の腹囲以上）

（※6）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。

（6）情報通信技術を活用した初回面接（遠隔面接）の事前届出を廃止する。（2017年度～）

（※7）テレビ電話・タブレット等を用いた初回面接は、現在も可能であり、導入実績もある。更に導入を促進する。

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
河合 雅司	産経新聞社 論説委員	藤井 康弘	全国健康保険協会 理事
北原 省治	共済組合連盟 常務理事	蓬萊 務	全国後期高齢者医療広域連合協議会 副会長
酒井 薫	日本私立学校振興・共済事業団 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
佐藤 文俊	全国国民健康保険組合協会 常務理事	吉田 勝美	日本総合健診医学会 副理事長
茂原 荘一	全国町村会行政委員会委員長 ・群馬県甘楽村長	◎座長	※構成員は、2017年10月18日時点

○開催経緯

2011年4月に第1回検討会を開催。第3期の特定健診・保健指導の見直しについて、2017年1月に取りまとめ。直近では2017年4月に第29回検討会を開催。

第三期特定健康診査等実施計画期間（2018年度～2023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）

（2017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（2018～23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2017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2017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

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

(2017年1月19日 保険者による健診・保健指導等に関する検討会 とりまとめ)

(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2017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2023年度までに2008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%以上	35%以上 (30%以上)	55%以上	30%以上	45%以上

※下線部が変更箇所である。質問項目13は、「この1年間で体重の増減が±3kg以上増加している」を削除し、新たに「食事をかんで食べる時の状態」の質問を加えた。質問項目数の変更はない。

	質問項目	回答
	現在、aからcの薬の使用の有無	
1	a. 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	①はい ②いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	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、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか。	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

	質問項目	回答
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	①何でもかんで食べることができる ②歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある ③ほとんどかめない
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	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	①毎日 ②時々 ③ほとんど摂取しない
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(日本酒、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 日本酒1合(180ml)の目安:ビール500ml、焼酎(25度)110ml、ウイスキーダブル1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すか。	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

特定保健指導による特定健診の検査値への改善効果（2008～2013年度）

- 積極的支援の修了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。

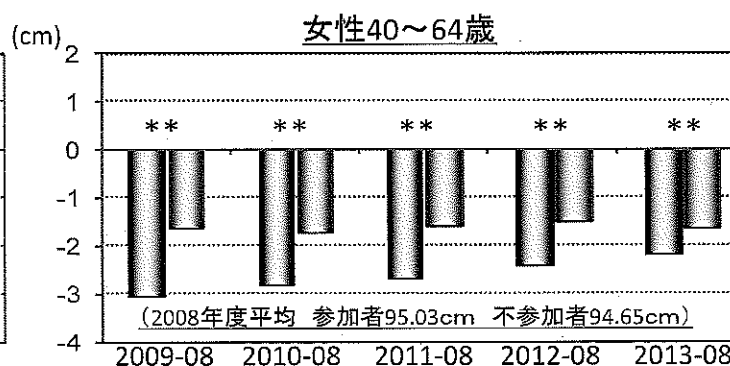
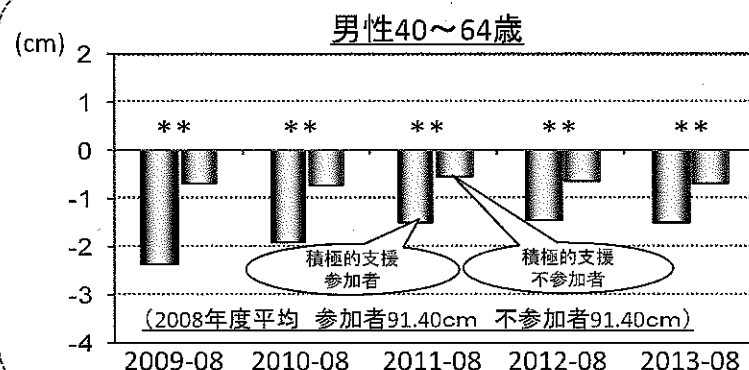
※動機付け支援・・・特定保健指導対象者のうち、腹囲が一定数値以上で、追加リスクが1つ該当かつ喫煙歴がない者への支援。40～74歳が対象。（65歳以上では、積極的支援の基準に該当する場合でも動機付け支援を実施）

※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）

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

*, **・・・統計学的に有意な差

特定保健指導（積極的支援）による検査値の推移（2008年度との差）

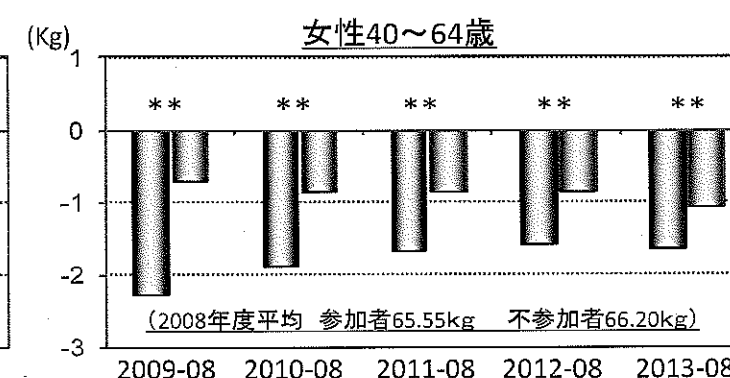
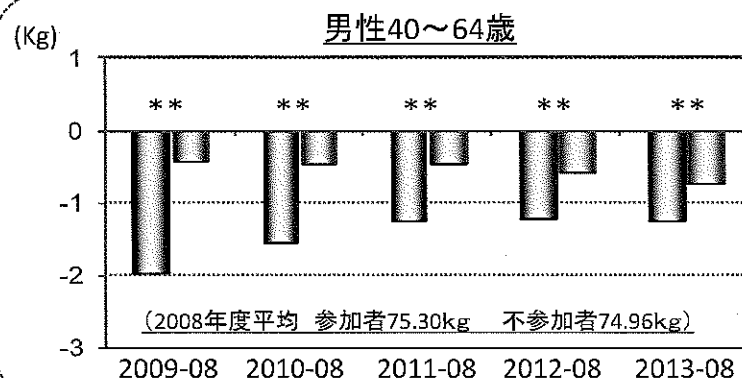


【腹囲】

2008年度と比べて参加者は

男性-2.33cm (2009年度)
-1.91cm (2010年度)
-1.46cm (2011年度)
-1.42cm (2012年度)
-1.47cm (2013年度)

女性-3.01cm (2009年度)
-2.82cm (2010年度)
-2.66cm (2011年度)
-2.39cm (2012年度)
-2.16cm (2013年度)

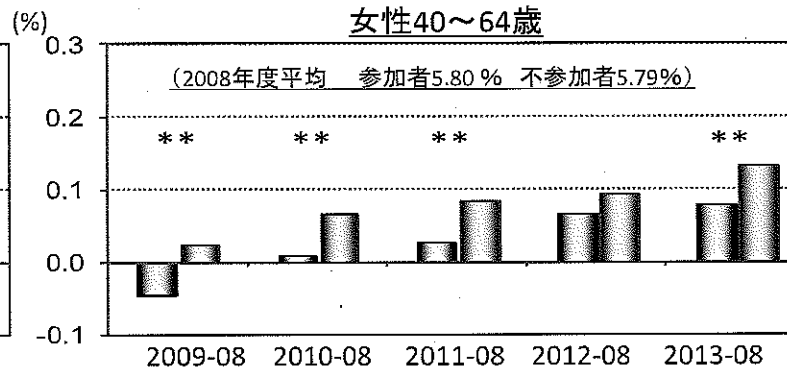
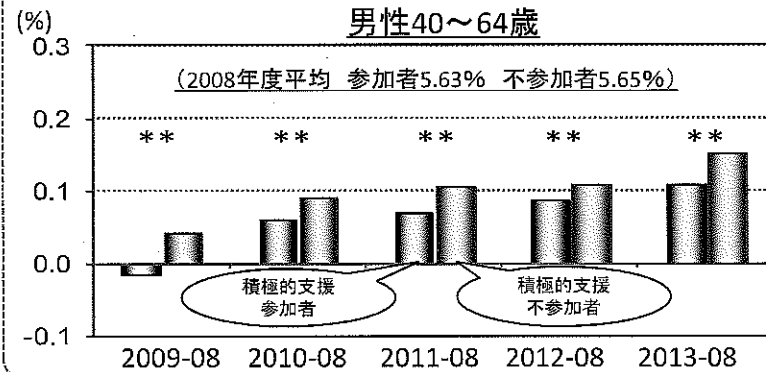


【体重】

2008年度と比べて参加者は

男性-1.98kg (2009年度)
-1.54kg (2010年度)
-1.25kg (2011年度)
-1.22kg (2012年度)
-1.25kg (2013年度)

女性-2.26kg (2009年度)
-1.86kg (2010年度)
-1.65kg (2011年度)
-1.57kg (2012年度)
-1.63kg (2013年度)

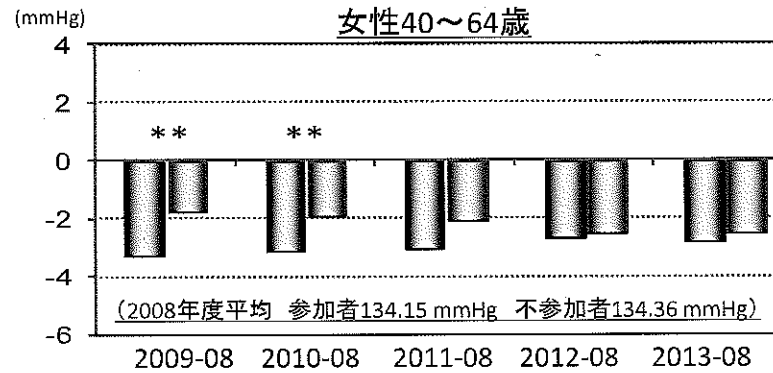
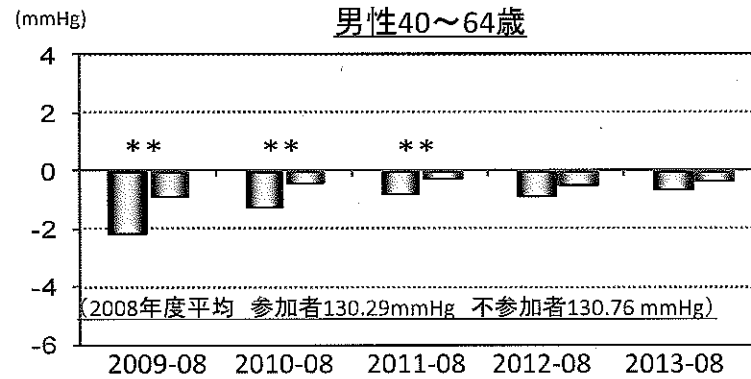


【血糖(HbA1c)】 ※1

2008年度と比べて

男性-0.01% (2009年度)
+0.06% (2010年度)
+0.07% (2011年度)
+0.09% (2012年度)
+0.11% (2013年度)

女性-0.04% (2009年度)
+0.01% (2010年度)
+0.03% (2011年度)
+0.07% (2012年度)
+0.08% (2013年度)

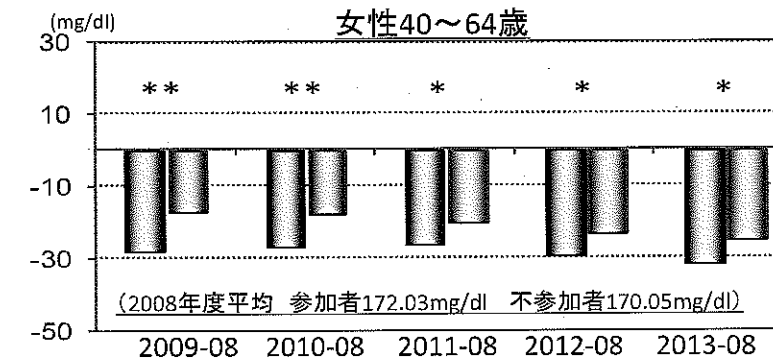
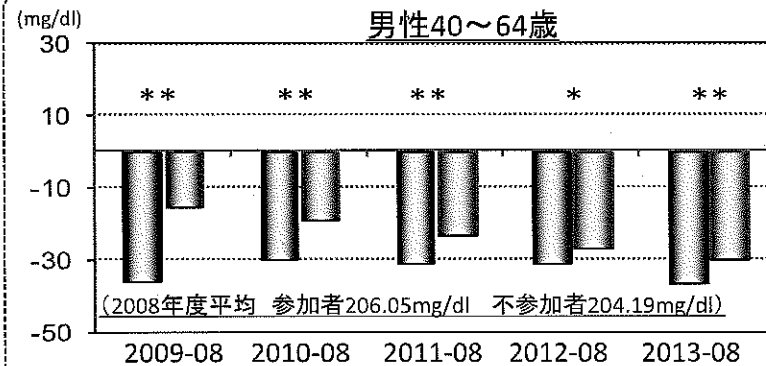


【血圧(収縮期血圧)】 ※2

2008年度と比べて

男性-2.13mmHg (2009年度)
-1.21mmHg (2010年度)
-0.76mmHg (2011年度)
-0.88mmHg (2012年度)
-0.63mmHg (2013年度)

女性-3.24mmHg (2009年度)
-3.13mmHg (2010年度)
-3.00mmHg (2011年度)
-2.65mmHg (2012年度)
-2.80mmHg (2013年度)



【脂質(中性脂肪)】

2008年度と比べて

男性-35.91mg/dl (2009年度)
-29.55mg/dl (2010年度)
-31.15mg/dl (2011年度)
-31.16mg/dl (2012年度)
-36.23mg/dl (2013年度)

女性-27.80mg/dl (2009年度)
-27.02mg/dl (2010年度)
-26.27mg/dl (2011年度)
-29.27mg/dl (2012年度)
-31.79mg/dl (2013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。

2013年4月より、JDS値からNGSP値へ変更となったため、2008年度～2013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

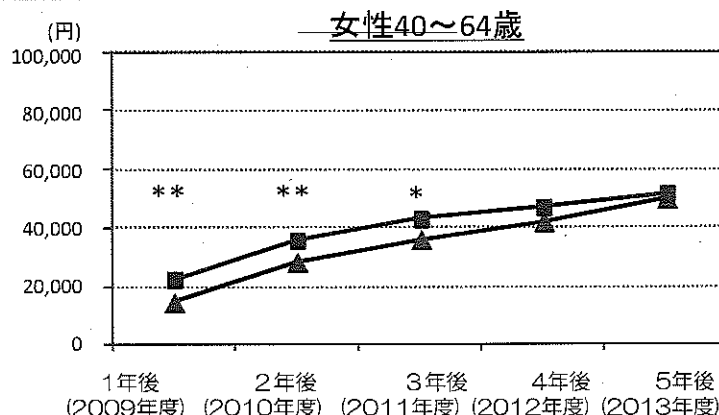
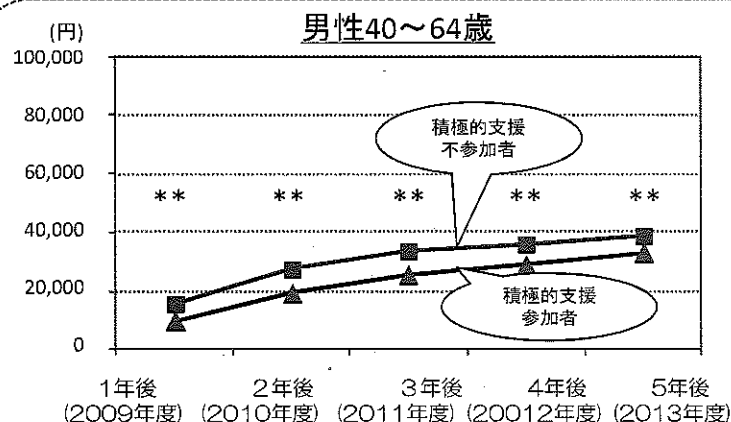
特定保健指導による生活習慣病関連の1人当たり外来医療費等の経年分析（2008～2013年度）

（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



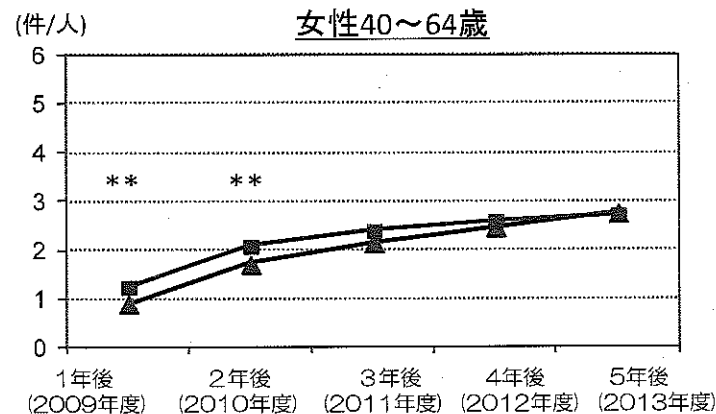
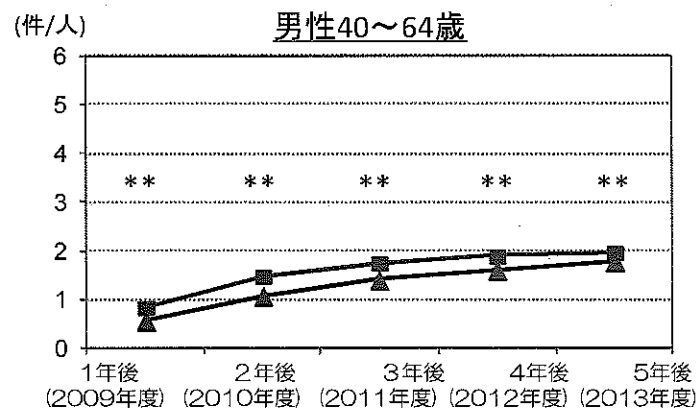
【1人当たり入院外医療費】

参加者と不参加者の差

男性－5,830円 (2009年度)
 －8,100円 (2010年度)
 －7,940円 (2011年度)
 －7,210円 (2012年度)
 －5,720円 (2013年度)

女性－7,870円 (2009年度)
 －7,500円 (2010年度)
 －6,940円 (2011年度)
 －5,180円 (2012年度)
 －1,680円 (2013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 (2009年度)
 －0.40件／人 (2010年度)
 －0.35件／人 (2011年度)
 －0.29件／人 (2012年度)
 －0.19件／人 (2013年度)

女性－0.35件／人 (2009年度)
 －0.37件／人 (2010年度)
 －0.25件／人 (2011年度)
 －0.13件／人 (2012年度)
 ＋0.03件／人 (2013年度)

の差異

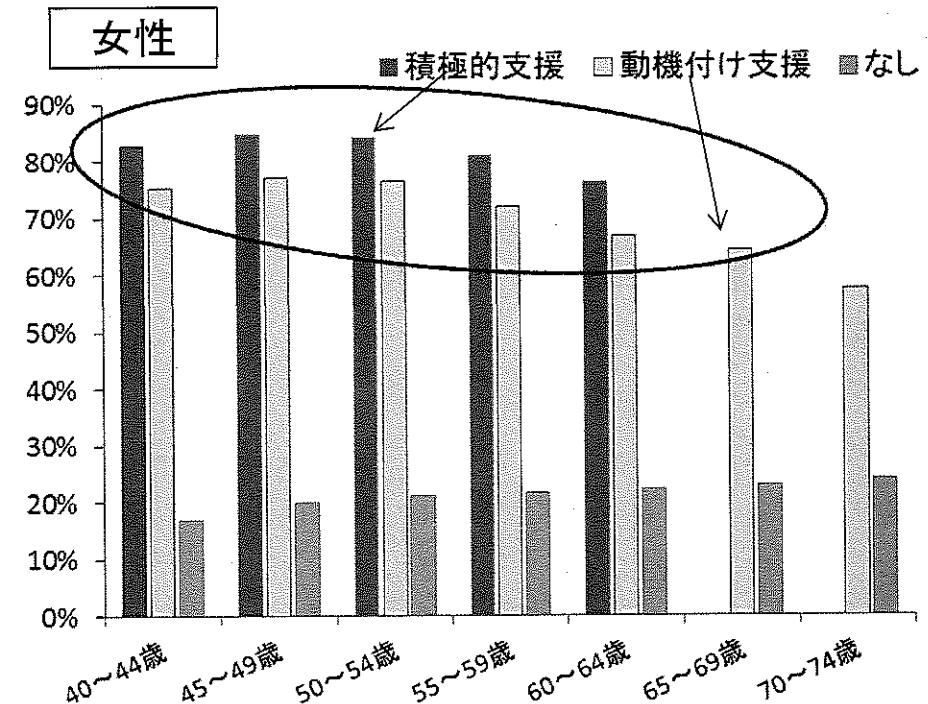
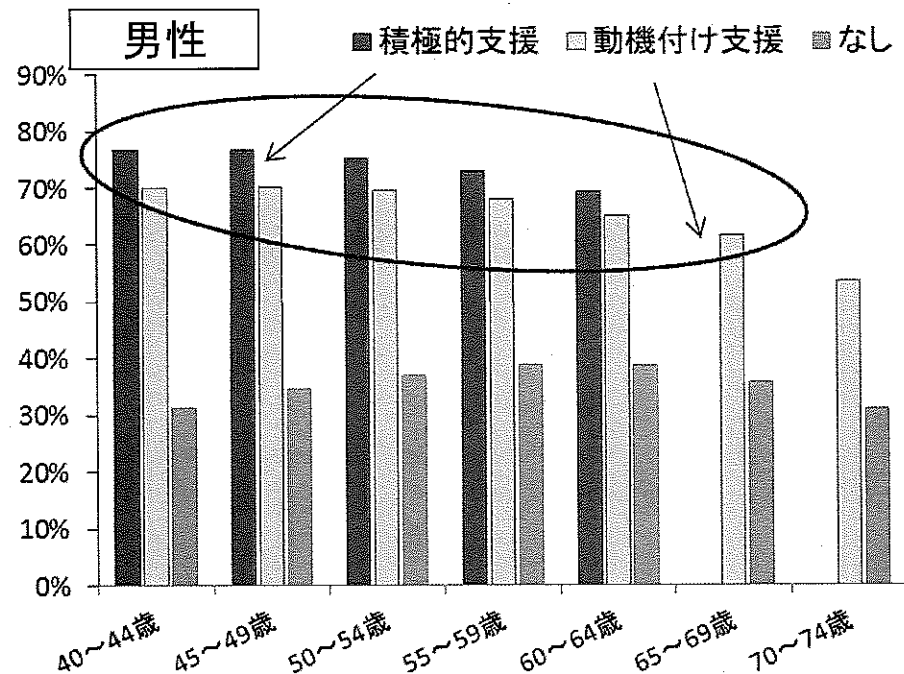
※2008～2013年度の特定健診・保健指導データとレセプトデータのうち突合率が80%以上の364保険者のデータ(分析対象:19.3万人)のうち、2008年度に積極的支援に参加した11606人と不参加だった84558人について、2009年度以降の糖尿病、高血圧症、脂質異常症に関する外来医療費等の経年分析をした。

20歳の時からの体重の増加（+10kg）と特定保健指導の該当との関係

○ 特定保健指導該当者の6～8割は、20歳の時から体重が10キロ以上増加している者である（＝20歳のときは体重が10キロ以上少なかった）。このため、健診結果の本人への分かりやすい情報提供や、40歳未満も対象とした健康づくりなど、保険者と事業主が連携して加入者の健康づくりに総合的に取組むことが重要である。

（参考）「20歳の時から体重が10キロ以上増加している」の質問に「はい」と答えた割合（40～74歳平均）：男性35.5%、女性20.9%

「20歳の時から体重が10キロ以上増加している」の質問に「はい」と答えた割合（2014年度特定健診結果）



【n数（当該項目の回答者数）：2160.1万件（未回答を除く）】

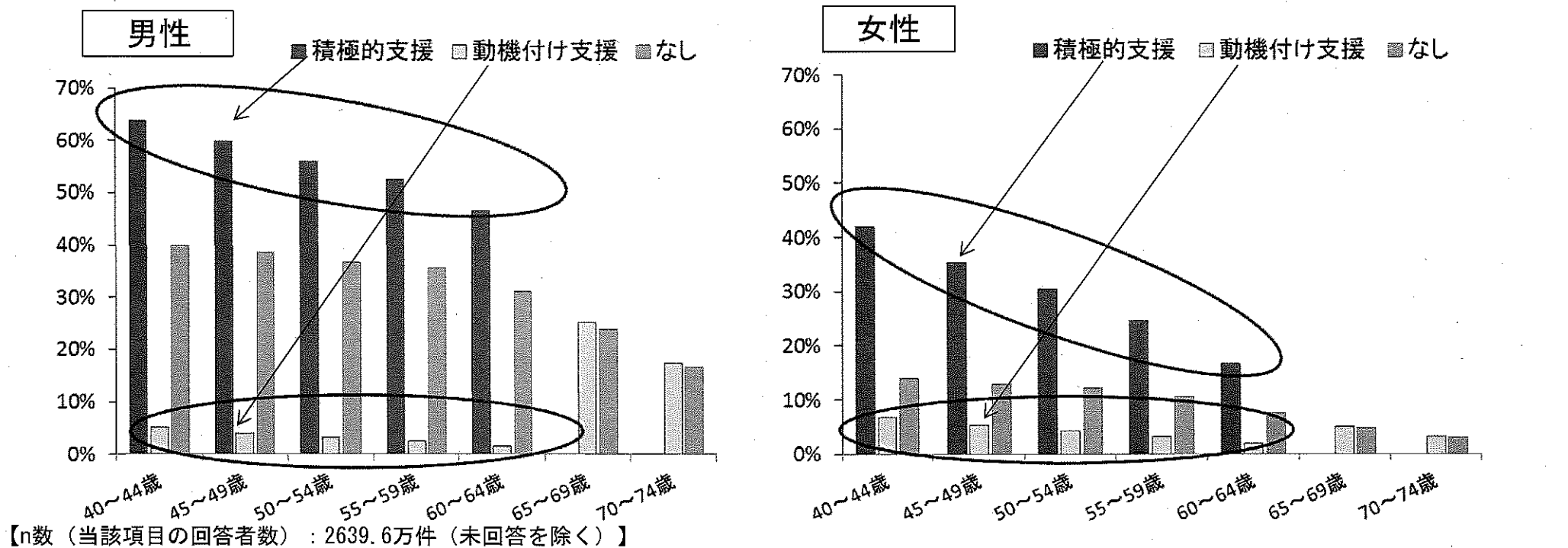
20歳の時の体重から 10kg以上増加している	総数	40～74歳								40～74歳							
		40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳		40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	
		男性	男性	男性	男性	男性	男性	男性	男性	女性	女性	女性	女性	女性	女性	女性	女性
積極的支援	1,847,778	1,639,983	427,966	396,365	334,512	273,455	207,685	0	0	207,795	39,481	41,960	43,245	41,494	41,615	0	0
動機付け支援	1,729,050	1,158,398	215,332	187,148	152,801	123,086	98,637	228,404	152,990	570,652	80,177	85,349	80,990	69,946	68,025	104,992	81,173
なし	18,017,533	8,908,676	1,633,386	1,422,567	1,332,424	1,290,100	1,166,938	1,109,398	953,863	9,108,857	1,472,650	1,312,121	1,236,035	1,172,000	1,223,079	1,412,703	1,280,269
判定不能	6,872	3,796	911	714	539	528	526	393	185	3,076	940	455	401	392	445	318	125

喫煙と特定保健指導の該当との関係

○ 特定保健指導の積極的支援の該当者のうち、男性は4～6割、女性は1～4割が喫煙している。動機付け支援の該当者は、喫煙している者は約5%であるので、喫煙しているかどうかでリスクが1つ増えて、動機付け支援から積極的支援に保健指導の該当レベルが上がっていることがデータで示されている。積極的支援該当者を減らす対策として、喫煙対策が非常に重要である。

(※) 積極的支援に該当すると、動機付け支援よりも約3倍程度に保健指導のコストが増えることから、厳しい保険財政の中で保健指導の実施率を向上させるためにも、保険者と事業主が連携して、加入者の喫煙対策に取り組むことが重要である。

「現在、たばこを習慣的に吸っている」の質問に「はい」と答えた割合（2014年度特定健診結果）



現在、たばこを習慣的に吸っている	総数	40～74歳								40～74歳							
		40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳		40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	
		男性	男性	男性	男性	男性	男性	男性	男性	女性	女性	女性	女性	女性	女性	女性	女性
積極的支援	2,296,162	2,041,921	533,476	495,691	419,189	338,476	255,089	0	0	254,241	48,743	51,651	52,944	50,579	50,324	0	0
動機付け支援	2,127,192	1,434,789	270,815	236,217	192,800	152,571	121,373	276,159	184,854	692,403	97,784	104,437	98,849	84,891	81,942	126,644	97,856
なし	21,962,679	10,950,173	2,027,693	1,774,783	1,662,107	1,578,028	1,420,430	1,335,759	1,151,373	11,012,506	1,783,392	1,592,859	1,498,763	1,411,431	1,470,483	1,704,400	1,551,178
判定不能	10,139	5,236	1,214	928	727	721	748	595	303	4,903	1,364	765	676	647	713	524	214